

# 第1章 総論

## 1 計画策定の趣旨

医療計画は、医療法第30条の4の規定に基づき、地域の実情に応じた医療提供体制の確保を図るために策定するものです。

本県では、1988年に第1次佐賀県保健医療計画を策定し、以来、7次にわたり計画の改定を行い、県民が安心して良質な医療を受けることができるよう、効率的かつ効果的な医療提供体制の構築に取り組んできました。

2013年4月の第6次計画の策定以降、本県においては、総人口の減少や高齢者数の増加など人口構造、疾病構造等が変化している他、団塊の世代が全員後期高齢者となる2025年や、後期高齢者の数がピークを迎える2035年を見据えた新しい医療提供体制の構築が求められています。

こうした変化を踏まえ、第7次計画の策定に先立ち、2016年3月には、病床の機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、効率的かつ質の高い医療提供体制の構築に向けた施策の方向性を示した佐賀県地域医療構想を策定しました。

また、医療分野と密接に関係がある介護分野においては、各市町において、在宅医療・介護連携推進事業の実施をはじめ、地域包括ケアシステムの構築が求められています。

このような状況を踏まえ、現在の第7次計画を見直し、新たに第8次佐賀県保健医療計画を策定するものです。

## 2 計画策定の基本方針

2025年に団塊の世代が全員後期高齢者となり、2035年にその後期高齢者の数がピークを迎えます。また、2040年には団塊ジュニア世代が高齢者となるなど、今後、人口の高齢化が急速に進展する一方、生産年齢人口の減少が加速することが見込まれます。

現在の佐賀県の医療提供体制は、医療機関数、病床数、医療従事者数が人口1人当たりで全国平均を上回っていることや、中核病院・基幹病院が県内に分散立地しており、患者からのアクセスが良いなど、比較的良好な体制です。

しかし、この体制は、人口増加社会の中で構築されたものであることから、今後の人口減少社会に対応できる医療提供体制へスムーズに転換していく必要があります。また、「病院で治す医療」だけでなく、「地域全体で治し支える医療」が強く求められています。

地域から求められている医療が確実に提供される体制を作ることは、「人を大切にする」県政の視点からも重要です。

また、新型コロナウイルス感染症対応で顕在化した課題等（感染症対応と救急医療や外来診療等の両立等）を踏まえた医療提供体制を構築していく必要があります。

### ○2つのビジョン

- 1 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
- 2 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

### ○4つのアプローチ

- 1 「データ」と「現場の生の声」の双方から「佐賀の特徴（強み・弱み）をつかむ」
- 2 計画最終年度の2029年度のみならず、2040年度以降の「佐賀の未来をみる」
- 3 情報通信技術（ICT）の活用を通じた医療分野のデジタル化の推進
- 4 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構築

3	計画期間及び位置づけ
---	------------

#### 1 計画の期間

この計画の期間は、2024年度から2029年度までの6年間とします。  
介護保険事業（支援）計画との整合性を確保するため、在宅医療に関する事項は、2026年度に必要な見直しを行う他、医師確保、看護師確保等その他の事項についても、計画策定後の状況の変化に応じて、適宜見直しを図ります。

#### 2 計画の位置付け

この計画は次のような位置付けを持ちます。

- (1) 医療法第30条の4第1項の規定に基づく医療計画であり、本県における保健医療行政の基本方針です。
- (2) 次に掲げる計画と関連性を有し、整合性の確保を図ったものです。
  - ・第9期さがゴールドプラン21（佐賀県高齢者保健福祉計画、佐賀県介護保険事業支援計画）  
（2024～2026年度）
  - ・第4期佐賀県医療費適正化計画（2024～2029年度）
  - ・第4次佐賀県がん対策推進計画（2024～2029年度）
  - ・第3次肝疾患対策推進計画（2024～2029年度）
  - ・第2期佐賀県循環器病対策推進計画（2024～2029年度）
  - ・第7期佐賀県障害福祉計画（2024～2026年度）
  - ・第3期佐賀県障害児福祉計画（2024～2026年度）
  - ・佐賀県自殺対策基本計画（2018～2027年度）

- ・佐賀県アルコール健康障害対策推進計画(第2期)(2023~2027年度)
- ・第3次佐賀県健康プラン(佐賀県健康増進計画)(2024~2035年度)
- ・第3次佐賀県歯科保健計画(ヘルシースマイル佐賀21)(2024~2035年度)
- ・佐賀県感染症予防計画(2024~2029年度)
- ・佐賀県結核予防推進プラン(2018~2024年度)

## 第 2 章 保健医療提供体制の基本的な状況

### 第 1 節 保健医療圏と基準病床数

1	保健医療圏の設定
---	----------

地域の実情をしっかりと踏まえ、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するため、以下の保健医療圏を設定します。

#### 1. 一次保健医療圏

一次保健医療圏は、県民の積極的な健康づくりを支援するために、生活に密着した保健サービスの提供とプライマリケアの確保を図る圏域です。プライマリケアは日常生活圏で確保される必要があり、日常生活圏である市町の区域を一次保健医療圏とします。

在宅医療など地域密着が特に求められる領域においては、この一次保健医療圏単位でみることも重要です。

#### 2. 二次保健医療圏（医療法第 30 条の 4 第 2 項第 14 号に規定する区域）

二次保健医療圏は、特殊な医療を除き、比較的専門性の高い領域も含めて、入院医療をはじめとする一般的な保健医療が概ね完結できる体制づくりを目指し、健康増進から疾病の予防、診断治療及びリハビリテーションに至る包括的な保健医療サービスを提供する圏域です。

第 8 次計画においては、医療法施行規則第 30 条の 29（区域の設定に関する基準）の規定を踏まえつつ、住民の生活圏、行政や保健医療団体の区域、中核的な医療機関の分布、患者の受診状況などを総合的に勘案して、引き続き 5 圏域を設定します。

医療提供体制は、この二次保健医療圏を基本に構築していきます。

保健医療圏名	区 域
中部保健医療圏	佐賀市、多久市、小城市、神埼市、吉野ヶ里町
東部保健医療圏	鳥栖市、基山町、上峰町、みやき町
北部保健医療圏	唐津市、玄海町
西部保健医療圏	伊万里市、有田町
南部保健医療圏	武雄市、鹿島市、嬉野市、大町町、白石町、江北町、太良町





(人口は2020国勢調査)

### 3. 三次保健医療圏 (医療法第30条の4第2項第15号に規定する区域)

高度、特殊、専門的な保健医療サービスの提供を行い、保健医療提供体制の完結を図る圏域です。県全体を三次保健医療圏とします。

## 2 精神医療圏の設定

精神医療圏は、二次保健医療圏と同じ5圏域(中部、東部、北部、西部、南部)とします。

### 3 小児医療圏の設定

小児医療の分野において、一般小児医療や初期小児救急医療については、二次医療圏単位で構築しますが、小児専門医療や入院を要する小児救急医療については、佐賀県内で3つ(「中部+東部」医療圏、「北部+西部」医療圏、「南部」医療圏)の小児医療圏を設定し、構築します。



#### 4 基準病床数の設定

基準病床数は、医療機関の病床の適正配置を促進することを目的として、医療法第 30 条の 4 第 2 項第 17 号の規定に基づき定めるものです。

療養病床及び一般病床は二次保健医療圏ごとに、精神病床、感染症病床及び結核病床は県全域で定めることとなっています。第8次計画期間中の基準病床数は、次のとおりです。

##### 基準病床数

病床種別	区域	基準病床数(床)	(参考) 既存病床数(床)
療養病床 及び 一般病床	中部保健医療圏	3,708	4,337
	東部保健医療圏	1,273	1,411
	北部保健医療圏	1,346	1,463
	西部保健医療圏	719	890
	南部保健医療圏	1,620	2,350
	計	8,666	10,451
精神病床	県全域	3,388	3,941
感染症病床	県全域	24	24
結核病床	県全域	20	30

既存病床数は、2023年10月31日現在  
療養病床及び一般病床の既存病床には介護保険施設転換分の392床を含む

既存病床数が基準病床数を超える圏域は、病床過剰地域として、原則として、新たな病床の設置はできません。佐賀県は、全ての圏域が病床過剰地域です。

診療所については、佐賀県医療審議会の議決により、病床過剰地域においても新たな病床の設置が可能であり、2023年12月時点で、以下の診療所が議決を受けています。

診療所名	特例	議決年度	主な理由
医療法人朝霧会じんの内医院(佐賀市)	5床	2010年度	人工透析
医療法人白水レディースクリニック(鳥栖市)	5床	2016年度	周産期医療
医療法人芳生会和田内科循環器科(鳥栖市)	6床	2016年度	人工透析
医療法人六科会徳富医院(小城市)	3床	2020年度	地域包括 ケアシステム

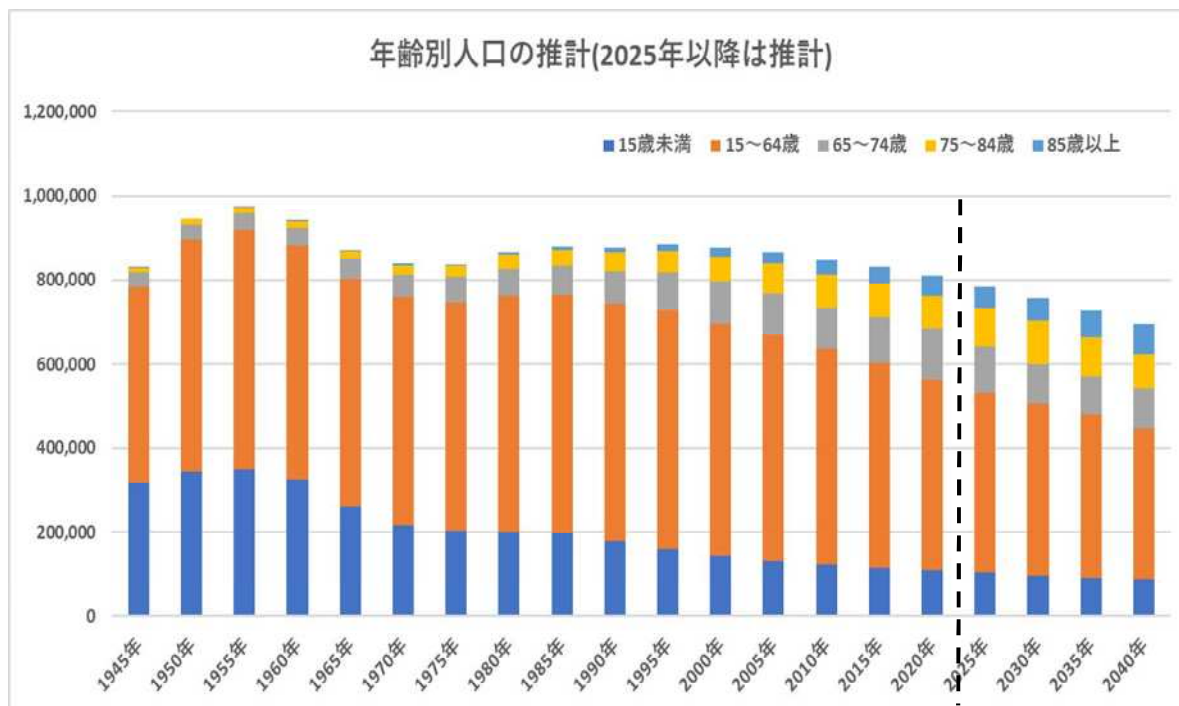
## 第2節 保健医療提供体制の現状

### I 人口構造

#### 1. 総人口

本県の人口は2020年10月1日現在、811,442人であり、2015年国勢調査人口832,832人に比べ、21,390人減少しています。

国立社会保障・人口問題研究所の2023年人口推計(中位推計)によると、本県の将来人口は、2030年には751,906人、2040年には687,798人と引き続き減少していく見込みです。



(総務省統計局「国勢調査」)

医療圏ごとにみると、65歳以上人口については、北部、西部、南部では2025年をピークに減少しますが、中部では2040年まで、東部では2045年まで増加傾向が続きます。75歳以上人口については、全医療圏で2035年がピークですが、その後、中部、東部は横ばい、北部、西部、南部は減少局面に入ります。佐賀県の中でも、「中部・東部」と「北部・西部・南部」で異なる傾向を示しています。

今後、医療需要が特に高い75歳以上の人口は増加し、総人口に占める構成比が高まる中で、それを支える生産年齢人口は減少し続けることを、計画の前提とします。

## 人口の推移

		2020年 国勢調査		2025年			2030年			2035年			2040年		2045年	
		人数	構成	人数	構成	増減率 (対2020)	人数	構成	増減率 (対2020)	人数	構成	増減率 (対2020)	人数	構成	人数	構成
佐賀県	総人口	811,442		782,764		▲ 3.5	751,906		▲ 7.3	720,207		▲ 11.2	687,798		654,356	
	15～64歳	453,697	55.9	429,288	54.8	▲ 5.4	409,183	54.4	▲ 9.8	387,924	53.9	▲ 14.5	358,189	52.1	330,518	50.5
	65歳以上	248,571	30.6	<b>254,609</b>	32.5	2.4	254,444	33.8	2.4	251,537	34.9	1.2	252,354	36.7	249,833	38.2
	うち75歳以上	126,306	15.6	142,417	18.2	12.8	156,008	20.7	23.5	<b>159,229</b>	22.1	26.1	156,308	22.7	151,074	23.1
中部	総人口	342,893		333,998		▲ 2.6	323,568		▲ 5.6	312,542		▲ 8.9	300,954		288,750	
	15～64歳	197,461	57.6	189,218	56.7	▲ 4.2	181,386	56.1	▲ 8.1	172,268	55.1	▲ 12.8	160,174	53.2	149,391	51.7
	65歳以上	99,878	29.1	103,122	30.9	3.2	104,341	32.2	4.5	104,886	33.6	5.0	<b>106,624</b>	35.4	106,474	36.9
	うち75歳以上	50,584	14.8	57,635	17.3	13.9	63,338	19.6	25.2	<b>64,944</b>	20.8	28.4	64,649	21.5	63,958	22.1
東部	総人口	126,243		126,991		0.6	125,534		▲ 0.6	123,423		▲ 2.2	120,740		117,624	
	15～64歳	73,336	58.1	73,195	57.6	▲ 0.2	72,310	57.6	▲ 1.4	70,619	57.2	▲ 3.7	66,513	55.1	62,783	53.4
	65歳以上	34,797	27.6	36,368	28.6	4.5	36,894	29.4	6.0	37,496	30.4	7.8	39,230	32.5	<b>40,240</b>	34.2
	うち75歳以上	17,249	13.7	20,561	16.2	19.2	22,856	18.2	32.5	<b>23,449</b>	19.0	35.9	23,101	19.1	22,985	19.5
北部	総人口	122,982		115,482		▲ 6.1	108,763		▲ 11.6	102,220		▲ 16.9	95,854		89,667	
	15～64歳	66,113	53.8	60,289	52.2	▲ 8.8	56,463	51.9	▲ 14.6	53,108	52.0	▲ 19.7	47,900	50.0	43,137	48.1
	65歳以上	40,230	32.7	<b>40,681</b>	35.2	1.1	39,966	36.7	▲ 0.7	38,356	37.5	▲ 4.7	37,776	39.4	36,800	41.0
	うち75歳以上	20,419	16.6	22,642	19.6	10.9	24,470	22.5	19.8	<b>24,840</b>	24.3	21.7	23,968	25.0	22,286	24.9
西部	総人口	71,639		66,953		▲ 6.5	62,962		▲ 12.1	59,080		▲ 17.5	55,297		51,482	
	15～64歳	38,224	53.4	34,657	51.8	▲ 9.3	32,489	51.6	▲ 15.0	30,299	51.3	▲ 20.7	27,612	49.9	24,760	48.1
	65歳以上	23,687	33.1	<b>23,967</b>	35.8	1.2	23,517	37.4	▲ 0.7	22,660	38.4	▲ 4.3	21,983	39.8	21,331	41.4
	うち75歳以上	12,027	16.8	13,256	19.8	10.2	14,542	23.1	20.9	<b>14,797</b>	25.0	23.0	14,192	25.7	13,223	25.7
南部	総人口	147,685		139,340		▲ 5.7	131,079		▲ 11.2	122,942		▲ 16.8	114,953		106,833	
	15～64歳	78,563	53.2	71,929	51.6	▲ 8.4	66,535	50.8	▲ 15.3	61,630	50.1	▲ 21.6	55,990	48.7	50,447	47.2
	65歳以上	49,979	33.8	<b>50,471</b>	36.2	1.0	49,726	37.9	▲ 0.5	48,139	39.2	▲ 3.7	46,741	40.7	44,988	42.1
	うち75歳以上	26,027	17.6	28,323	20.3	8.8	30,802	23.5	18.3	<b>31,199</b>	25.4	19.9	30,398	26.4	28,622	26.8

(参考) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口 2023年中位推計」

## 2. 性別・年齢階級別人口(2020年国勢調査)

5歳階級別にみると、最も多いのは「65～69歳」で62,347人(総人口の7.7%)、次いで「70～74歳」の59,918人(7.4%)、「60～64歳」の54,460人(6.7%)となっています。高齢者人口(65歳以上)を見ると、全体の30.7%となり、県内の総人口の約3割を占めています。また、後期高齢者(75歳以上)を見ると、全体の15.6%を占めています。

これに対し、年少人口(15歳未満)が13.5%、生産年齢人口(15～64歳)が55.9%となっています。



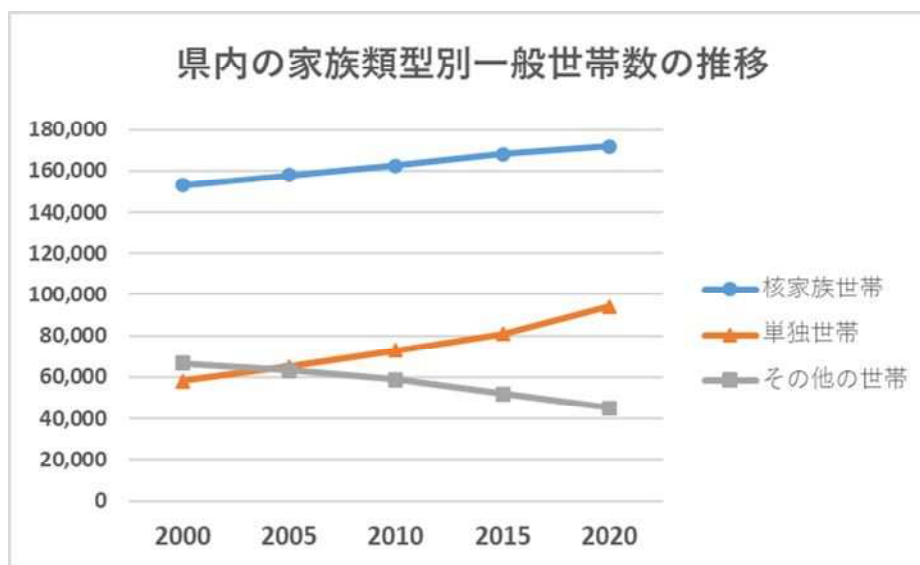
年齢(5歳階級)・男女人口(単位:人)

年齢 (5歳階級)	総人口	割合	男		女	
			人口	割合	人口	割合
合計	811,442	100%	384,451	47.4%	426,991	52.6%
0~4歳	32,426	4.0%	16,682	2.1%	15,744	1.9%
5~9歳	37,198	4.6%	19,078	2.4%	18,120	2.2%
10~14歳	39,550	4.9%	20,291	2.5%	19,259	2.4%
15~19歳	39,892	4.9%	20,326	2.5%	19,566	2.4%
20~24歳	35,649	4.4%	17,732	2.2%	17,917	2.2%
25~29歳	34,686	4.3%	17,536	2.2%	17,150	2.1%
30~34歳	39,141	4.8%	19,270	2.4%	19,871	2.4%
35~39歳	46,222	5.7%	22,850	2.8%	23,372	2.9%
40~44歳	51,114	6.3%	25,454	3.1%	25,660	3.2%
45~49歳	53,844	6.6%	26,665	3.3%	27,179	3.3%
50~54歳	48,687	6.0%	23,416	2.9%	25,271	3.1%
55~59歳	50,002	6.2%	24,141	3.0%	25,861	3.2%
60~64歳	54,460	6.7%	26,220	3.2%	28,240	3.5%
65~69歳	62,347	7.7%	30,166	3.7%	32,181	4.0%
70~74歳	59,918	7.4%	28,505	3.5%	31,413	3.9%
75~79歳	42,702	5.3%	18,156	2.2%	24,546	3.0%
80~84歳	36,014	4.4%	14,076	1.7%	21,938	2.7%
85歳以上	47,590	5.9%	13,887	1.7%	33,703	4.2%

(2020年国勢調査)

### 3. 世帯数

2020年国勢調査によると、一般世帯数は311,173世帯であり、前回調査時から、10,164世帯(3.3%)増加しています。そのうち核家族世帯が171,795世帯で前回調査時から3,756世帯(2.2%)の増加、更に世帯員が一人の単独世帯が94,280世帯で前回調査時から13,403世帯(16.5%)の増加となっています。



(2020年国勢調査)

※その他世帯には「不詳」を含む

佐賀県の65歳以上の単独世帯数、75歳以上の単独世帯数は、ともに、今後増加することが見込まれています。75歳以上の単独世帯数と夫婦のみ世帯数の合計は、2020年には35,866世帯となっています。2035年には48,647世帯になり、その後、47,000世帯台で推移しますが、単独世帯の割合は高まることが予想されます。

在宅医療等の推進、地域包括ケアシステムの構築に向けては、入院患者の状態や医療提供体制のあり方だけでなく、入院患者、とりわけ高齢者の「住まい」を取り巻く環境も変わっていくことを前提とする必要があります。

### 高齢者がいる世帯数の推移

	2020年		2025年		2030年		2035年		2040年	
	世帯数	%	世帯数	%	世帯数	%	世帯数	%	世帯数	%
全世帯数	301,594		299,533		295,255		288,896		280,428	
65歳以上の単独世帯数	36,511	12.1	39,514	13.2	41,688	14.1	43,302	15.0	45,048	16.1
75歳以上の単独世帯数	19,609	6.5	22,747	7.6	25,570	8.7	26,836	9.3	27,012	9.6
65歳以上の夫婦のみ世帯数	38,203	12.7	39,464	13.2	39,172	13.3	37,929	13.1	37,756	13.5
75歳以上の夫婦のみ世帯数	16,257	5.4	19,863	6.6	22,152	7.5	21,811	7.5	20,593	7.3
75歳以上の単独世帯及び夫婦のみ世帯（再掲）	35,866	11.9	42,610	14.2	47,722	16.2	48,647	16.8	47,605	17.0

国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（都道府県別推計）」（2019年推計）

## 2 人口動態

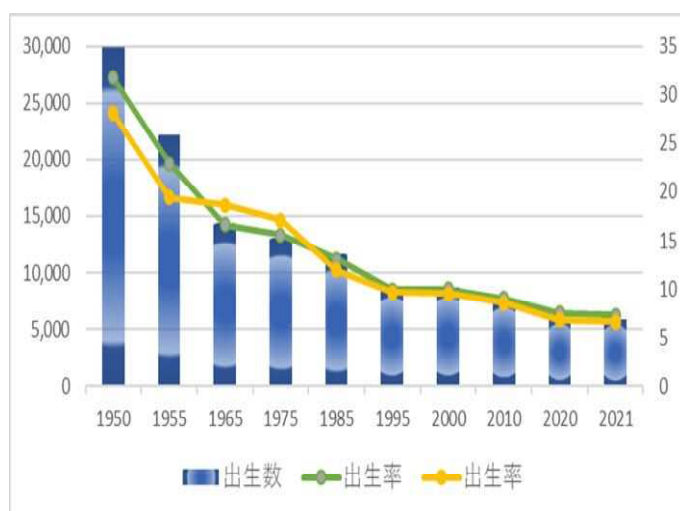
### 1. 出生

#### (1) 出生数及び出生率

本県の出生数は「第1次ベビーブーム」である1949年に最高値(出生数34,161人、出生率(人口千人当たり)36.0)を示しましたが、その後減少を続け、2021年には、出生数5,853人(出生率7.3)まで減少しています。

出生数と出生率の推移 (出生率は人口千対)

年次	佐賀県		全国	
	出生数	出生率	出生数	出生率
1950	29,996	31.7	2,337,507	28.1
1955	22,267	22.9	1,730,692	19.4
1965	14,443	16.6	1,823,697	18.6
1975	13,085	15.6	1,901,440	17.1
1985	11,705	13.1	1,431,577	11.9
1995	8,729	9.9	1,187,064	9.6
2000	8,745	10.0	1,190,547	9.5
2010	7,640	9.00	1,071,304	8.5
2020	6,004	7.5	840,835	6.8
2021	5,853	7.3	811,622	6.6



※1950年は母の住所地により、1955年以降は子の住所地による。※1950年の全国には、不詳を含む。

(参考) 厚生労働省 「人口動態統計」



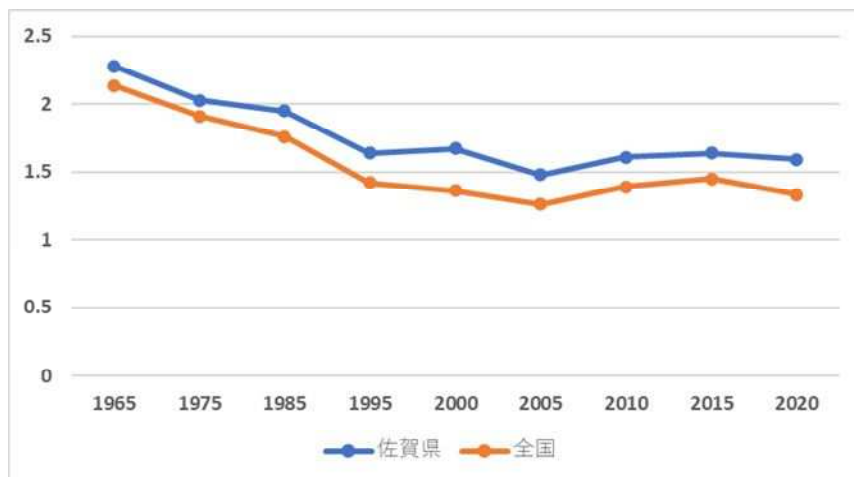
## (2) 合計特殊出生率

本県の合計特殊出生率は、全国よりも高い値で推移しています。2020年の合計特殊出生率は1.59となっており、2005年に最低となった1.48から若干改善がみられますが2015年の1.64より低下しています。

※合計特殊出生率：15～49歳の女子の年齢別出生率を合計したもので、1人の女子が一生の間に生む子供の数の概念上の値。

### 合計特殊出生率の推移

年次	佐賀県	全国
1965	2.28	2.14
1975	2.03	1.91
1985	1.95	1.76
1995	1.64	1.42
2000	1.67	1.36
2005	1.48	1.26
2010	1.61	1.39
2015	1.64	1.45
2020	1.59	1.33



参考（厚生労働省「人口動態統計」）

## 2. 死亡

### (1) 死亡数及び死亡率

本県の2021年の死亡数は10,145人で、死亡率(人口千人当たり)は12.7(全国平均11.7)となっています。

死亡率だけみると、いずれの年も全国平均をかなり上回っていますが、年齢調整死亡率(2020年:9.6)で比べてみると全国の死亡率とほぼ同じことから、本県の死亡率が高いのは高齢人口の割合が高いことによるものと思われます。

※年齢調整死亡率：人口構成の異なる地域間の死亡の状況を比較するために用いる指標で、その地域の年齢階級ごとの死亡率と昭和60年モデル人口(昭和60年人口をベースに作られた仮想人口モデル)を用いて地域ごとの年齢構成の違いを調整した死亡率。

## 死亡数と死亡率の推移（死亡率は人口千対）

年次	佐賀県		全国	
	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率
1950	11,322	12.0	904,876	10.9
1955	8,515	8.7	693,523	7.8
1965	7,267	8.3	700,438	7.1
1975	6,728	8.0	700,275	6.3
1985	6,811	7.6	752,283	6.3
1995	7,947	9.0	922,139	7.4
2000	7,899	9.0	361,653	7.7
2005	8,546	9.9	1,083,796	8.6
2010	9,212	10.9	1,197,012	9.5
2015	9,702	11.7	1,290,444	10.3
2020	9,963	12.4	1,372,755	11.1
2021	10,145	12.7	1,439,856	11.7

（厚生労働省「人口動態統計」）



### (2) 乳児死亡数及び乳児死亡率

本県の2021年の乳児死亡数(1歳未満)は11人、乳児死亡率(出生千人当たり)は1.9(全国平均1.7)となっており、全国平均を上回っています(高い方から全国19位)。

2021年の死因別の割合をみると、不慮の事故が54.5%、周産期に発生した病態が36.4%、代謝障害が9.1%となっています。

### (3) 死因別死亡数及び死因別死亡率

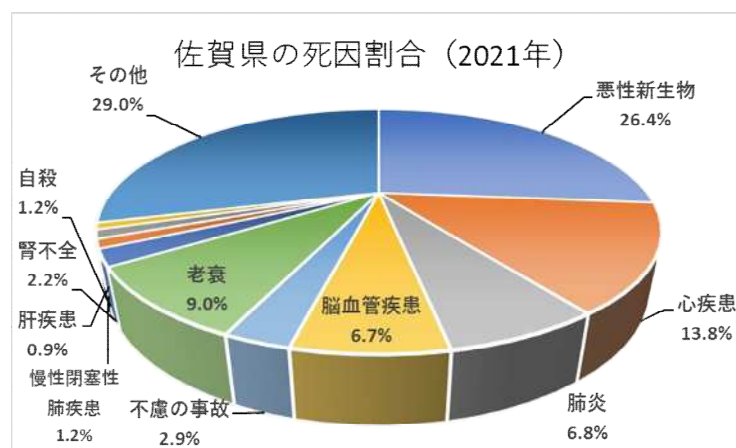
2021年の死因別死亡率では、「悪性新生物」が26.4%で第1位、次いで「心疾患」が13.8%、「老衰」が9.0%、「肺炎」が6.8%、「脳血管疾患」が6.7%となっています。

2007年以降、1位「悪性新生物」、2位「心疾患」に順位の変動はなく、2010年以降、3位は「肺炎」、4位は「脳血管疾患」となりましたが、今回の調査では、3位が「老衰」となり、4位が「肺炎」、5位が「脳血管疾患」となりました。

死因別に見た死亡数・死亡率 (人口10万対)

死因名	佐賀県(2021)		全国(2021)	
	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率
全死因	10,145	1268.1	1,439,856	1172.7
悪性新生物	2,674	334.3	381,505	310.7
心疾患	1,403	175.4	214,710	174.9
肺炎	693	86.6	73,194	59.6
脳血管疾患	679	84.9	104,595	85.2
不慮の事故	298	37.3	38,355	31.2
老衰	912	114	152,027	123.8
腎不全	222	27.8	28,688	23.4
自殺	120	15	20,291	16.5
慢性閉塞性肺疾患	118	14.8	16,384	13.3
肝疾患	87	10.9	18,017	14.7
その他	2,939	367.4	392,090	319.3

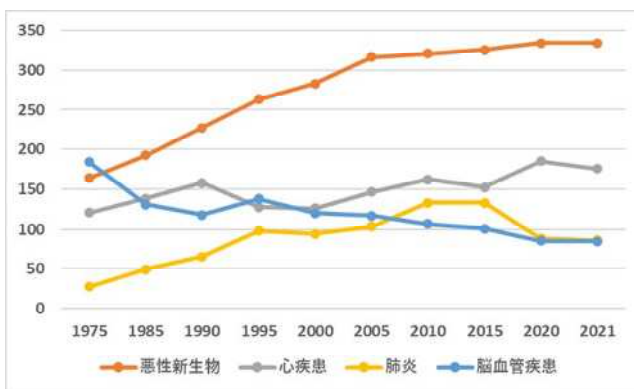
（厚生労働省「人口動態統計」）



佐賀県の死因別死亡率の推移 (人口10万対)

年次	悪性新生物	心疾患	肺炎	脳血管疾患
1975	163.5	120.8	27.5	183.7
1980	178.9	141.0	35.0	162
1985	192.2	138.2	49.4	130.8
1990	227.3	157.8	65.6	118.2
1995	262.9	127.5	98.4	137.6
2000	282.9	125.8	94.7	120.1
2005	316.5	146.3	103.3	116.7
2010	320.7	162.0	133.0	106.6
2015	325.5	152.1	133.1	100.9
2020	334.1	184.9	88.3	85.4
2021	334.3	175.4	86.6	84.9

(厚生労働省「人口動態統計」)



### 3. 平均寿命

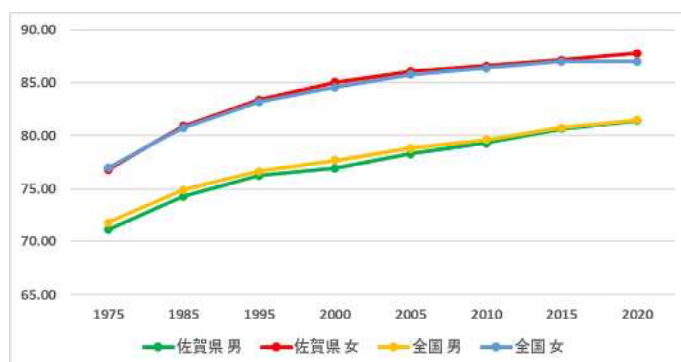
本県の平均寿命(0歳の平均余命)は、2020年で男性81.41歳(全国81.49歳)、女性87.78歳(全国87.01歳)となっています。

年次推移をみると、本県女性は全国女性よりわずかに高い値を、本県男性は全国男性よりわずかに低い値をそれぞれ示しながらも、全国とほぼ同じ推移となっています。

#### 平均寿命の推移

年次	佐賀県		全国	
	男	女	男	女
1975	71.10	76.83	71.79	77.01
1985	74.32	80.94	74.95	80.75
1995	76.26	83.43	76.70	83.22
2000	76.95	85.07	77.71	84.62
2005	78.31	86.04	78.79	85.75
2010	79.28	86.58	79.59	86.35
2015	80.65	87.12	80.77	87.01
2020	81.41	87.78	81.49	87.01

(厚生労働省「都道府県別生命表」)



## 3 住民の受療状況

### 1. 受療率(人口10万人当たり)

2020年の厚生労働省患者調査によると、本県の受療率は、入院1,523(全国960)、外来6,599(全国5,658)で、ともに全国の受療率を大きく上回っています。

入院と外来の別でみると、入院受療率は5歳以上の世代全てで全国の受療率を上回り、外来受療率は25歳以上の概ね全ての世代で全国の受療率を上回っています。

※受療率:調査日(1日)に医療施設で受療した患者数を人口で除した10万人当たりの率。

	総数				男性				女性			
	入院		外来		入院		外来		入院		外来	
	佐賀県	全国	佐賀県	全国	佐賀県	全国	佐賀県	全国	佐賀県	全国	佐賀県	全国
総数	1,523	960	6,599	5,658	1,419	910	6,134	4,971	1,617	1,007	7,018	6,308
0～4歳	286	306	6,308	6,505	319	338	5,798	6,699	250	273	6,847	6,302
5～14歳	103	86	3,699	4,046	104	92	3,807	4,166	102	78	3,584	3,919
15～24歳	285	133	2,174	2,253	362	125	2,028	1,882	208	141	2,322	2,642
25～34歳	395	223	3,239	2,872	338	154	2,361	2,011	451	296	4,111	3,776
35～44歳	437	266	3,279	3,336	483	248	2,527	2,544	393	283	4,021	4,152
45～54歳	709	407	4,409	3,999	878	464	4,008	3,315	548	350	4,792	4,695
55～64歳	1,235	776	6,821	5,596	1,400	915	6,550	4,917	1,081	638	7,074	6,268
65～74歳	1,932	1,385	10,344	8,847	2,257	1,628	10,313	8,303	1,631	1,162	10,373	9,345
75～84歳	3,896	2,650	14,493	11,665	4,063	2,867	15,599	11,525	3,781	2,485	13,726	11,772
85歳～	7,992	5,433	11,974	10,151	7,795	5,393	13,402	10,795	8,073	5,451	11,386	9,856
65歳～(再掲)	3,714	2,512	11,970	10,044	3,547	2,518	12,348	9,718	3,836	2,507	11,695	10,295
75歳～(再掲)	5,439	3,568	13,544	11,166	5,187	3,534	14,938	11,332	5,585	3,590	12,743	11,059

注：（1）全国には、住所不詳を含む。

（厚生労働省「患者調査」）

注：（2）総数、男性及び女性には、年齢不詳を含む。

## 2.患者の受療動向

### （1）入院患者の概要（千人単位）

2020年の厚生労働省患者調査によると、佐賀県内に所在する病院及び診療所の入院患者総数は12.4千人（病院11.6千人、診療所0.8千人）、うち佐賀県内に住所を有する入院患者は11.4千人（病院10.6千人、診療所0.8千人）でした。

#### 患者調査の概要

2020年10月1日現在

（単位：千人）

	総数	一般病床			療養病床			精神病床	結核病床	
		病院	診療所		病院	診療所				
総数	12.4	5.7	5.0	0.7	3.1	3.0	0.1	3.6	0.0	
住所地	県内	11.4	5.0	4.3	0.7	3.0	2.9	0.1	3.4	0.0
	県外	1.0	0.6	0.6	0.0	0.1	0.1	0.0	0.2	0.0

（厚生労働省「患者調査」）

### （2）疾病分類別の入院状況（千人）

疾病分類別にみた入院患者数は、「精神及び行動の障害」が2.8千人で最も多く、次いで、「神経系の疾患」の1.9千人、「循環器系の疾患」の1.7千人、の順となっています。

13ページに掲載している2021年の死因順位1～5位の疾病（「老衰」除く）の入院患者数をみると、悪性新生物0.9千人、心疾患0.4千人、肺炎0.2千人、脳血管疾患1.0千人となっています。

傷病分類	中部	東部	北部	西部	南部	県計
総数	4.5	1.6	1.8	1.2	2.6	11.6
I 感染症及び寄生虫症	0.1	0	0	0	0	0.1
II 新生物＜腫瘍＞	0.3	0.1	0.2	0.1	0.2	0.9
III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	0	0	0	0	0	0.1
IV 内分泌、栄養及び代謝疾患	0.1	0	0	0	0.1	0.2
糖尿病（再掲）	0.1	0	0	0	0	0.2
V 精神及び行動の障害	1	0.5	0.4	0.3	0.6	2.8
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（再掲）	0.5	0.2	0.2	0.2	0.3	1.5
気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）（再掲）	0.1	0.1	0.1	0	0.1	0.4
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害（再掲）	0	0	0	0	0	0.1
VI 神経系の疾患	0.8	0.4	0.2	0.1	0.5	1.9
VII 眼及び付属器の疾患	0	0	0	-	0	0
VIII 耳及び乳様突起の疾患	0	-	0	0	0	0
IX 循環器系の疾患	0.6	0.2	0.3	0.2	0.4	1.7
高血圧性疾患（再掲）	0	-	0	0	0	0.1
（心疾患（高血圧性のものを除く））（再掲）	0.2	0	0.1	0.1	0.1	0.4
虚血性心疾患（再掲）	0	-	0	0	0	0.1
脳血管疾患（再掲）	0.4	0.1	0.2	0.1	0.2	1
X 呼吸器系の疾患	0.2	0	0.1	0.1	0.2	0.6
肺炎（再掲）	0.1	0	0	0	0.1	0.2
X I 消化器系の疾患	0.2	0	0.1	0.1	0.1	0.4
X II 皮膚及び皮下組織の疾患	0	0	0	0	0	0.1
X III 筋骨格系及び結合組織の疾患	0.2	0.1	0.1	0.1	0.2	0.6
関節症（再掲）	0	0	0	0	0	0.2
脊柱障害（再掲）	0.1	0	0	0	0.1	0.2
X IV 腎尿路生殖器系の疾患	0.2	0	0.1	0	0.1	0.4
糸球体疾患、腎尿管間質性疾患及び腎不全（再掲）	0.1	0	0	0	0.1	0.3
乳房及び女性生殖器の疾患（再掲）	0	0	0	0	-	0
X V 妊娠、分娩及び産じょく	0	0	0	0	0	0.1
X VI 周産期に発生した病態	0	-	0	0	0	0.1
X VII 先天奇形、変形及び染色体異常	0	0	0	-	0	0.1
X VIII 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	0	0	0	0	0	0.1
X IX 損傷、中毒及びその他の外因の影響	0.5	0.1	0.2	0.2	0.3	1.3
骨折（再掲）	0.3	0.1	0.2	0.2	0.2	0.9
X X I 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	0	0	0	-	0	0.1

(厚生労働省「患者調査」)

### (3) 保健医療圏別の患者の流出率・流入率

2021年度の受療動向をみると、中部、北部、南部は、入院・外来ともに区域内の住民が区域内の医療機関を受診している割合（域内完結率）が高く、圏域としての完結性が見られます。

東部は、入院・外来ともに、福岡県（主に久留米市）との間で患者の流出・流入率が高くなっており、相互補完関係が見られます。

西部は、南部への一定の流出、長崎県（主に佐世保県北）からの一定の流入が見られます。

医療圏別の受療状況（流出率）（2021年度）

（単位：％）

			医療機関所在地									
			中部	東部	北部	西部	南部	県合計	福岡県	長崎県	その他	合計
患者 居住地	入院	中部	89.8	3.8	0.2	0.0	2.4	96.3	3.7	0.0	0.0	100.0
		東部	5.0	64.9	0.0	0.0	0.1	70.0	30.0	0.0	0.0	100.0
		北部	4.4	0.3	91.3	0.4	0.3	96.7	3.2	0.1	0.0	100.0
		西部	2.6	0.4	3.5	67.9	21.2	95.6	0.9	3.5	0.0	100.0
		南部	10.2	0.5	0.1	2.0	85.1	97.8	0.8	1.4	0.0	100.0
		県合計	38.5	10.7	14.7	7.4	21.6	92.9	6.4	0.7	0.0	100.0
	外来	中部	94.3	1.6	0.1	0.0	1.5	97.7	2.2	0.1	0.1	100.0
		東部	3.7	77.2	0.0	0.0	0.0	81.0	18.8	0.0	0.1	100.0
		北部	2.3	0.1	94.8	0.5	0.3	98.0	1.9	0.0	0.1	100.0
		西部	1.9	0.0	2.5	85.4	6.7	96.5	0.7	2.7	0.1	100.0
		南部	6.4	0.1	0.1	1.2	90.6	98.3	0.4	1.2	0.1	100.0
県合計	40.7	11.3	16.2	7.8	19.6	95.5	3.9	0.5	0.1	100.0		

（厚生労働省「医療計画作成支援データブック」）

医療圏別の受療状況（流入率）（2021年度）

（単位：％）

			患者居住地									
			中部	東部	北部	西部	南部	県合計	福岡県	長崎県	その他	合計
医療 機関 所在地	入院	中部	87.1	1.8	1.7	0.7	5.6	96.8	2.8	0.3	0.1	100.0
		東部	10.2	63.2	0.3	0.2	0.8	74.6	24.6	0.2	0.5	100.0
		北部	0.6	0.0	93.7	2.4	0.2	96.9	1.2	1.9	0.0	100.0
		西部	0.2	0.0	0.7	82.7	5.1	88.7	0.0	11.1	0.2	100.0
		南部	3.9	0.1	0.2	9.3	79.6	93.0	0.3	6.5	0.2	100.0
		県合計	36.8	9.7	14.9	9.6	21.1	92.1	4.9	2.9	0.2	100.0
	外来	中部	92.2	1.2	0.9	0.4	3.1	97.8	1.8	0.2	0.2	100.0
		東部	5.3	84.3	0.1	0.0	0.1	89.8	9.6	0.1	0.4	100.0
		北部	0.3	0.0	96.1	1.3	0.1	97.8	0.8	1.3	0.1	100.0
		西部	0.2	0.0	1.0	87.9	2.8	92.0	0.2	7.8	0.1	100.0
		南部	3.1	0.0	0.3	2.9	91.4	97.7	0.2	2.0	0.1	100.0
県合計	40.0	11.2	16.6	8.5	20.0	96.3	2.2	1.4	0.2	100.0		

（厚生労働省「医療計画作成支援データブック」）

## 4 医療機関の状況

### 1. 施設数

#### (1) 病院数

2021年厚生労働省医療施設調査によると、本県の病院数は97施設で、人口10万人当たり12.0施設となっています。これは、全国平均の6.5施設を大きく上回っています。

病院の内訳は、一般病院83施設（85.5%）、精神科病院（精神病床のみを有する病院）14施設（14.4%）となっており、結核病床のみの病院はありません。

二次医療圏別に見ると、人口10万人当たりの病院数は、全ての医療圏で全国平均を上回っており、南部、北部、西部が多くなっています。

〔 ※ 2023年3月31日現在の病院数は、95施設で、2021年と比較して2施設減少しています。 〕



## (2) 一般診療所数

2021年厚生労働省医療施設調査によると、本県の一般診療所数は703施設で、人口10万人当たり87.2施設となっています。これは、全国平均の83.1施設を若干上回っています。

一般診療所の内訳は、有床診療所142施設(20.1%)（うち療養病床を有する診療所31施設(4.4%)）、無床診療所561施設(79.8%)となっています。

また、県内の一般診療所数の年次推移を見ると、ここ数年は増加傾向にありますが、有床診療所は近年減少傾向が続いています。二次医療圏別の人口10万人当たりの診療所数は、中部が最多、南部が最少となっています。

〔 ※ 2023年3月31日現在の有床診療所数は136施設となっており、2021年と比較して6施設減少しています。 〕

## (3) 歯科診療所数

2021年厚生労働省医療施設調査によると、本県の歯科診療所数は408施設で、人口10万人当たり50.6施設となっています。これは、全国平均の54.1施設を下回っています。また、県内の歯科診療所数の年次推移をみると、2014年以降、徐々に減少しています。二次医療圏別の人口10万人当たり施設数は、中部が最多、西部が最少となっています。

### 医療施設数

2021年10月1日現在

	病院			一般診療所				歯科診療所	人口10万対施設数		
	総数	一般病院	精神科病院	総数	有床	療養病床を有する診療所(再掲)	無床		病院	一般診療所	歯科診療所
全国	8,205	7,152	1,053	104,292	6,169	642	98,123	67,899	6.5	83.1	54.1
佐賀県	97	83	14	703	142	31	561	408	12.0	87.2	50.6
中部	37	32	5	310	56	10	254	179	10.9	91.0	52.5
東部	13	11	2	114	16	2	98	66	10.3	90.0	52.1
北部	17	14	3	103	21	7	82	62	14.0	84.8	51.0
西部	9	7	2	59	12	5	47	32	12.7	83.3	45.2
南部	21	19	2	117	37	7	80	69	14.4	80.1	47.3

※二次医療圏別の人口10万対施設数は医務課で計算

(厚生労働省「医療施設調査」)

### 佐賀県の医療施設数の推移

各年10月1日現在

										人口10万対 (2021年)	
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	佐賀県	全国	
病院	108	108	107	106	103	101	100	97	12.0	6.5	
うち精神	14	14	14	14	14	14	14	14	1.7	0.8	
一般診療所	684	688	691	689	689	691	691	703	87.2	83.1	
うち有床	177	168	162	158	153	149	142	142	17.6	4.9	
歯科診療所	426	420	421	416	412	416	409	408	50.6	54.1	

※一般診療所のうち有床である場合の人口10万対の県の数値は医務課で計算

(厚生労働省「医療施設調査」)



## 2. 病床数

### (1) 病院病床数

2021年厚生労働省医療施設調査によると、本県の病院の病床数は14,261床で、人口10万人当たり1,769.4床となっています。これは、全国平均の1,195.2床を大きく上回っています。

病床の種別で見ると、一般病床6,280床(44.0%)が最も多く、次いで、精神病床4,131床(29.0%)、療養病床3,796床(26.6%)、結核病床30床(0.2%)、感染症病床24床(0.2%)となっています。

病床種別ごとの人口10万人当たりの病床数は、一般病床779.2床(全国706.0床)、療養病床471.0床(全国226.8床)、精神病床512.5床(全国257.8床)、結核病床3.7床(全国3.1床)、感染症病床3.0床(全国1.5床)で、療養病床と精神病床が全国と比較してかなり多くなっています。

※ 2023年3月31日現在の病院病床数概数は14,032床で、一般病床6,362床、療養病床3,621床、精神病床3,995床、結核病床30床、感染症病床24床となっています。

### (2) 一般診療所病床数

2021年厚生労働省医療施設調査によると、本県の一般診療所の病床数は2,082床で、人口10万人当たり258.3床となっています。これは、全国平均の66.7床の約3.9倍となります。

一般診療所の病床数のうち、療養病床数は273床(13.1%)で、人口10万人当たり33.9床となっています。これは、全国平均の5.0床の約7倍となっています。

※ 2023年3月31日現在の一般診療所病床数は、1,947床で、うち療養病床数は242床となっています。

## 医療施設病床数

2021年10月1日現在

		病院						一般診療所	
		総数	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床	総数	療養病床
実数	全国	1,500,057	886,056	284,662	323,502	3,944	1,893	83,668	6,310
	佐賀県	14,261	6,280	3,796	4,131	30	24	2,082	273
	中部	5,641	3,121	1,111	1,401	-	8	837	82
	東部	2,391	732	853	772	30	4	224	17
	北部	1,979	846	518	611	-	4	301	58
	西部	1,132	400	398	330	-	4	176	54
	南部	3,118	1,181	916	1,017	-	4	544	62
人口 10万対	全国	1,195.2	706.0	226.8	257.8	3.1	1.5	66.7	5.0
	佐賀県	1,769.4	779.2	471.0	512.5	3.7	3.0	258.3	33.9

※一般診療所のうち療養病床の人口10万対病床数は、医務課で計算

(厚生労働省「医療施設調査」)

### 3. 病床利用率

2021年厚生労働省病院報告によると、本県の2021年1年間の病院の病床利用率は、一般病床74.7%(全国69.8%)、療養病床88.3%(全国85.8%)、精神病床87.8%(全国83.6%)、結核病床54.6%(全国28.9%)となっており、全ての病床種別において全国平均を上回っています。

二次医療圏別にみた場合、一般病床では西部が65.0%と最も低く、南部が81.1%と最も高くなっています。療養病床では全ての医療圏で80%を超えており、精神病床では北部を除く全ての医療圏で85%を超えているなど、利用率が高くなっています。

### 4. 平均在院日数

2021年厚生労働省医療施設調査、佐賀県病院報告によると、本県の2021年1年間の病院の平均在院日数は、一般病床18.4日(全国16.1日)、療養病床108.1日(全国131.1日)、精神病床295.3日(全国275.1日)、結核病床74.2日(全国51.3日)、感染症病床8.2日(全国10.1日)となっており、療養病床、感染症病床を除き、全国平均より長くなっています。二次医療圏別にみた場合、特に東部が長くなっています。

病床利用率及び平均在院日数(2021年)

2021年10月1日現在

圏域	全病床		一般病床		療養病床		精神病床		結核病床		感染症病床	
	病床 利用率 (%)	平均 在院日数 (日)	病床 利用率 (%)	平均 在院日数 (日)	病床 利用率 (%)	平均 在院日数 (日)	病床 利用率 (%)	平均 在院日数 (日)	病床 利用率 (%)	平均 在院日数 (日)	病床 利用率 (%)	平均 在院日数 (日)
全国	76.1	27.5	69.8	16.1	85.8	131.1	83.6	275.1	28.9	51.3	343.8	10.1
県全体	82.3	39.6	74.7	18.4	88.3	108.1	87.8	295.3	54.6	74.2	200.2	8.2
中部	78.6	30.8	72.7	17.5	84.4	123	86.1	237.2	-	-	336.5	7.8
東部	86.2	87.4	74.8	37.1	91.6	116.9	91.1	307.2	54.6	74.2	300.7	8.6
北部	81.5	36.7	77.8	17.7	91.6	77.9	76.6	213.9	-	-	227.5	8.9
西部	79.8	43.6	65	15.5	83.6	77.3	94.0	368.1	-	-	-	-
南部	87.4	42.8	81.1	17	90	133.5	92.9	498.0	-	-	-	-

※計数のない場合 -

(厚生労働省「医療施設調査」、佐賀県「病院報告」)

### 5. 公・民比率、1病院当たりの規模

2021年厚生労働省医療施設調査によると、佐賀県における病院開設者のうち国(国立大学法人、NHO、JCHO等)と公的(自治体、地方独法、日赤、済生会等)が占める割合は15.5%(全国18.5%)、医療法人が占める割合は79.4%(全国69.2%)となっています。病院病床ベースでは、国と公的が占める割合は27.5%(全国28.8%)、医療法人が占める割合は68.5%(全国55.8%)となっています。

病院開設者の構成

2021年10月1日現在

		総数	開設者別					
			国	公的	社会保険 関係団体	医療法人	その他 法人	個人
全 国	病院数	8,205	320	1,194	47	5,681	207	137
	構成比	100.0	3.9	14.6	0.6	69.2	2.5	1.7
佐 賀	病院数	97	6	9	0	77	2	0
	構成比	100.0	6.2	9.3	0.0	79.4	2.1	0.0

(厚生労働省「医療施設調査」)

病院病床の開設者別構成

2021年10月1日現在

		総数	開設者別					
			国	公的	社会保険 関係団体	医療法人	その他 法人	個人
全 国	病院数	1,500,057	124,411	307,849	14,846	837,103	43,043	12,336
	構成比	100.0	8.3	20.5	1.0	55.8	2.9	0.8
佐 賀	病院数	14,261	2,354	1,571	0	9,766	245	0
	構成比	100.0	16.5	11.0	0.0	68.5	1.7	0.0

(厚生労働省「医療施設調査」)

一般病院(病院から精神科病院を除く)の規模を比較すると、100床未満の病院が53.0%(全国40.6%)を占め、佐賀県は、病院数は多いものの、規模が小さい病院が多いことがわかります。

一般病院の規模

2021年10月1日現在

	病院数	病床数									
		20~29	30~39	40~49	50~99	100~149	150~199	200~299	300~399	400~499	500以上
全 国	7152	126	301	478	2004	1240	1104	699	536	300	364
	構成比	100.0	1.8	4.2	6.7	28.0	17.3	15.4	9.8	7.5	4.2
佐 賀	83	-	5	9	30	10	15	7	3	1	3
	構成比	100.0	0.0	6.0	10.8	36.1	12.0	18.1	8.4	3.6	1.2

(厚生労働省「医療施設調査」)

地域医療構想をはじめ、循環器系疾患や救命救急など県内の医療連携体制を構築するうえでは、民間医療機関が占める割合が高く、1病院当たりの規模が小さい佐賀県の特徴を踏まえた検討が重要です。

5 医療機関以外の状況

医療機関以外で、医療計画に係る機関数等は、以下のとおりです。

1. 薬局数

各年度3/31時点

圏域	2017	2018	2019	2020	2021	2022
県全体	525	524	515	506	503	511
中部	244	240	234	229	230	233
東部	71	71	70	69	68	69
北部	77	79	79	79	78	79
西部	38	38	38	36	35	37
南部	95	96	94	93	92	93

2. 訪問看護ステーション数

各年度3/1時点

圏域	2017	2018	2019	2020	2021	2022
県全体	74	80	92	98	104	113
中部	29	31	38	43	44	48
東部	18	17	18	19	22	25
北部	7	9	10	10	10	11
西部	8	8	9	10	9	9
南部	12	15	17	16	19	20

3. 介護老人保健施設数・定員数

各年度3/1時点

圏域	2017		2018		2019		2020		2021		2022	
	施設数	定員(人)	施設数	定員(人)	施設数	定員(人)	施設数	定員(人)	施設数	定員(人)	施設数	定員(人)
県全体	41	2,936	41	2,936	41	2,936	41	2,936	41	2,936	41	2,936
中部	18	1,286	18	1,286	18	1,286	18	1,286	18	1,286	18	1,286
東部	4	270	4	270	4	270	4	270	4	270	4	270
北部	7	440	7	440	7	440	7	440	7	440	7	440
西部	3	240	3	240	3	240	3	240	3	240	3	240
南部	9	700	9	700	9	700	9	700	9	700	9	700

4. 有料老人ホーム数・定員数

各年度7/1時点

圏域	2017		2018		2019		2020		2021		2022	
	施設数	定員(人)	施設数	定員(人)	施設数	定員(人)	施設数	定員(人)	施設数	定員(人)	施設数	定員(人)
県全体	192	5,297	217	5,828	239	6,288	246	6,484	249	6,549	279	7,259
中部	97	2,483	106	2,725	111	2,845	114	2,895	114	2,895	119	3,030
東部	29	881	30	923	33	971	33	956	34	987	36	1,030
北部	28	732	29	736	34	832	36	901	36	901	47	1,208
西部	11	484	16	546	17	575	17	575	17	575	17	576
南部	27	717	36	898	44	1,065	46	1,157	48	1,191	60	1,415

## 5. サービス型高齢者住宅戸数

各年度3/31時点

圏域	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	施設数	施設数	施設数	施設数	施設数	施設数
県全体	571	571	571	571	571	571
中部	396	396	396	396	396	396
東部	149	149	149	149	149	149
北部	0	0	0	0	0	0
西部	11	11	11	11	11	11
南部	15	15	15	15	15	15

## 第 3 章 地域医療構想

### I これまでの振り返りと現状

地域医療構想は、団塊の世代が全員後期高齢者となる 2025 年を念頭に、病床の機能区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）ごとに医療需要と病床の必要量を推計し、将来の医療提供体制の構築に向けた施策の方向性を示すものです。

本県は、2016 年 3 月に全国で最も早い段階で地域医療構想を策定し、地域完結型医療の理念に基づき、人口減少社会における効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するという、地域医療構想の方向性の明確化、関係者間の課題意識共有の徹底などに取り組んできました。

具体的には、医療機関が「自院の立ち位置」を判断できるよう、本県独自に病床機能報告のダイジェスト版を作成・提供した他、地域医療構想調整会議のみならず、医師会、病院協会、有床診療所協議会等と連携した意見交換会、研修会等を開催し、多くの医療経営者等と、人口減少社会に対応した医療提供体制構築の必要性や、医療機関が抱える課題の共有に努めてきました。

また、2016 年 12 月に本県独自の「佐賀県地域医療構想調整会議における協議の取扱要領」を決定し、特定機能病院と地域医療支援病院の大幅な機能転換、医療機関の統合について、地域医療構想調整会議の事前協議事項とするなど、協議ルールの確立に努めてきました。

この結果、2019 年度中に全医療機関において 2025 年の具体的対応方針の策定が完了し、2021 年度には再検証を実施した他、複数医療機関の統合、地域医療連携推進法人の設置による医療機関間の役割分担や連携強化、将来の必要病床数から不足する回復期機能病床への転換などが図られました。また、2023 年度は公立病院経営強化プランの策定に向けた協議を地域医療構想調整会議分科会で実施しています。

2025 年の病床の必要量と病床機能報告の推移を比較すると、表 1 のとおりです。病床の必要量の算定基準と病床機能報告の報告基準が異なることや、病床機能報告は一つの病棟に複数の病期の患者が入院しているものの、病棟単位で最も多く入院している病期の患者にかかる機能を報告しなければならないことから、単純な比較はできませんが、病床の必要量に向かった収れんが進んでいます。

ただし、需要については、2025 年がピークではなく、75 歳以上の人口がピークとなる 2035 年から 2040 年ごろにピークを迎えます。このため、病床の機能分化・連携を進める際には、この需要のピークを見誤ることなく、対応する必要があります。

2025 年以降も訪問診療の需要が大きく伸びることが見込まれますが、療養病床から介護医療院等への転換により、訪問診療の必要量は変動します。第 7 次佐賀県保健医療計画策定時の見込より介護医療院への転換が少なかったため、訪問診療の必要量は増加する見込みですが、地域の医療・介護資源等を見極め、対応を行う必要があります。なお、本県では、自宅への訪問診療は、

訪問診療全体の 20%弱であり、多くは有料老人ホームやグループホーム等で行われていることが特徴です。

回復期の見通しについては、病床機能報告等を活用した分析が必要です。病床機能報告の回復期に、急性期・慢性期病棟のうち地域包括ケア入院医療管理料算定病床と回復期への転換について調整会議で協議が整った病床を加えると、表2のとおりとなり、圏域ごとに病床の必要量に対する充足率に差があることがわかります。ただ、急性期病棟の中に、平均在棟日数が 22 日を超える病棟が相当数あることから、医療機関の自主的な取組により必要な病床数は一定確保できるものと考えています。

なお、2025 年以降の地域医療構想については、国の社会保障審議会医療部会において、今後、高齢者人口がピークから減少を迎える 2040 年頃を視野に入れつつ、新型コロナ禍で顕在化した課題を含め、中長期的課題について整理し、新たな地域医療構想を策定する必要があるとされています。国の検討を踏まえ、都道府県は新たな地域医療構想を 2025 年度中に策定することが見込まれます。



(表1) 病床の必要量と病床機能報告の比較

(2022年度病床機能報告)

医療圏	医療機能	2014	2022	2025	医療圏	医療機能	2014	2022	2025
		(構想策定時)	(直近)	(必要量)			(構想策定時)	(直近)	(必要量)
佐賀県	高度急性期(※)	674	475	697	北部	高度急性期(※)	15	66	101
	急性期	5,752	4,863	2,638		急性期	784	718	378
	回復期	1,213	2,315	3,099		回復期	238	239	269
	慢性期	4,731	3,644	2,644		慢性期	683	470	437
	病床合計	12,370	11,297	9,078		病床合計	1,720	1,493	1,185
	(※)訪問診療	4,847	6,798	8,031		(※)訪問診療	890	1,014	1,294
	老健施設	2,917	2,936	2,936		老健施設	440	440	440
	介護医療院	0	392	392		介護医療院	0	52	52
	(参考)在宅等合計	7,764	10,126	11,359		(参考)在宅等合計	1,330	1,506	1,786
	中部	高度急性期(※)	187	303		372	西部	高度急性期(※)	6
急性期		2,730	2,188	1,168	急性期	546		412	171
回復期		437	1,011	1,430	回復期	158		172	244
慢性期		1,532	1,193	855	慢性期	514		346	272
病床合計		4,886	4,695	3,825	病床合計	1,224		930	719
(※)訪問診療		1,932	2,934	2,998	(※)訪問診療	429		397	802
老健施設		1,267	1,286	1,286	老健施設	240		240	240
介護医療院		0	178	178	介護医療院	0		42	42
(参考)在宅等合計		3,199	4,398	4,462	(参考)在宅等合計	669		679	1,084
東部		高度急性期(※)	0	20	31	南部		高度急性期(※)	466
	急性期	557	399	286	急性期		1,135	1,146	635
	回復期	173	480	472	回復期		207	413	684
	慢性期	1,025	838	559	慢性期		977	797	521
	病床合計	1,755	1,737	1,348	病床合計		2,785	2,442	2,001
	(※)訪問診療	755	1,552	1,674	(※)訪問診療		841	901	1,263
	老健施設	270	270	270	老健施設		700	700	700
	介護医療院	0	0	0	介護医療院		0	120	120
	(参考)在宅等合計	1,025	1,822	1,944	(参考)在宅等合計		1,541	1,721	2,083

(※) 高度急性期病床については、病床機能報告に分科会協議済の病床数を含んだ数

(※) 訪問診療の数値は、2021年度のNDBデータ

(表2) 回復期の今後の見通し

医療圏					⑤2025 必要量	④/⑤	(参考) 急性期で 平均在院日数 22日超
	①2022 病床機能 報告	②地域包括 ケア入院 管理料	③分科会 協議済	④合計			
県	2,315	252	26	2,593	3,099	83.7%	455
中部	1,011	121	10	1,142	1,430	79.9%	120
東部	480	36	0	516	472	109.3%	64
北部	239	35	0	274	269	101.9%	110
西部	172	0	0	172	244	70.5%	0
南部	413	60	16	489	684	71.5%	161

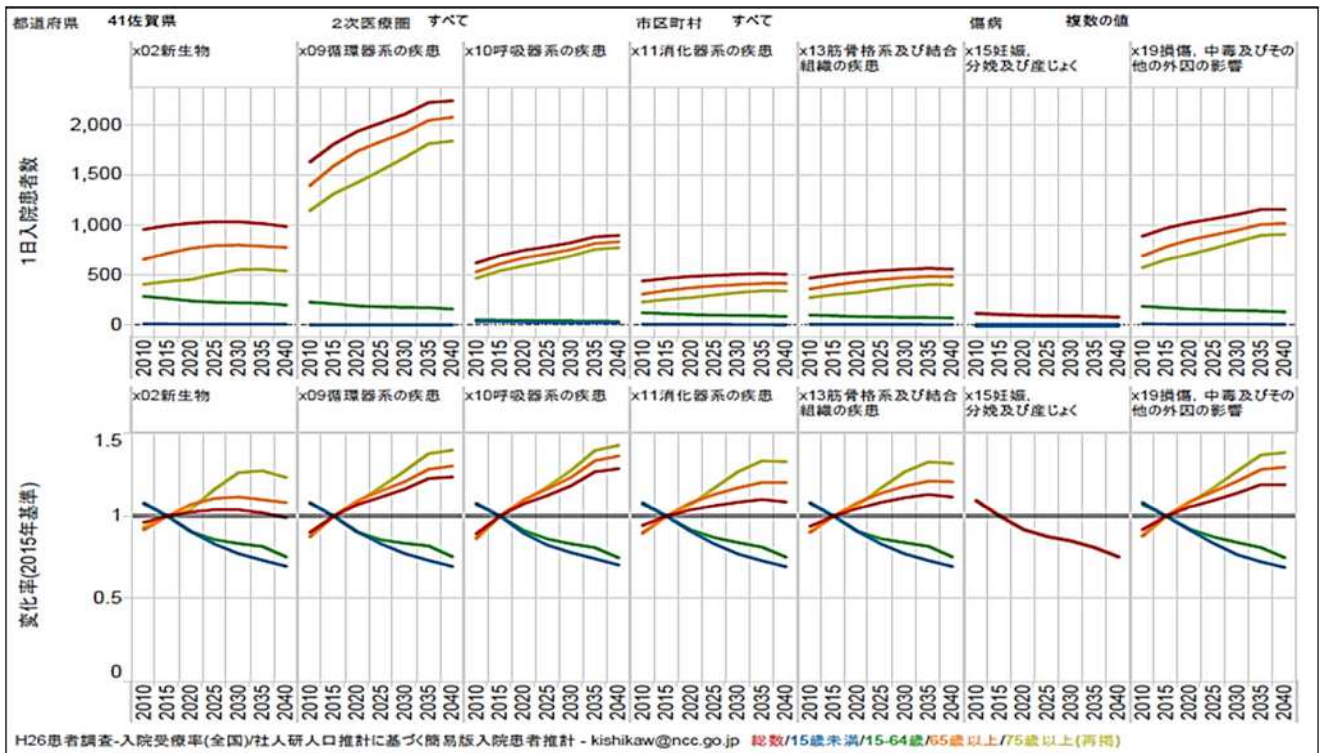
※(参考)は急性期で報告された病棟のうち急性期一般入院料及び地域一般入院料を算定している病床数

国立がん研究センターの石川ベンジャミン光一氏の推計による今後の疾患別入院需要は、表3のとおりであり、新生物はほぼ横ばいですが、2035年から2040年まで、循環器系、呼吸器系、損傷その他の疾患の入院需要が伸びることがわかります。

脳卒中は介護の原因疾患第1位であり、急性期から回復期・介護、在宅医療までの一貫した流れによる対応が求められます。また、心疾患は再入院率が高いことから中核医療機関とかかりつけ医の連携が求められます。脳卒中、心疾患、外傷はいわば「待てない急性期」であり、救急医療と密接に関係します。

こうしたことから、本計画に記載の脳卒中、心血管疾患、救急医療、在宅医療の医療連携体制は、地域完結型医療を目指す地域医療構想の達成と密接に関係します。地域医療構想が単に病床数を念頭においたものではなく、地域ごとに将来にわたり効率的かつ質の高い医療提供体制の構築を目指すものであることは、この点からも明らかです。

表3 今後の疾患別入院医療需要



### 1 医療機関における自院の立ち位置の判断

現在の病床機能は、各医療機関が経営方針、診療実績等を踏まえ判断したものです。個々の医療機関の将来の機能は、県が示すものではなく、医療機関が自ら判断し、決定していくものです。

人口減少・人口構造の変化は、着実に進む一方で、機能転換には、「意思決定」「準備」「実施」というステップがあり、実現に時間がかかります。医療機関は、入手できる情報を最大限活用し、自らの診療圏内の人口動態や他の医療機関の動向、医療従事者確保の可能性や、地域において自院に求められている機能をしっかり見極め、自院の立ち位置を判断することが必要です。

### 2 地域医療構想調整会議分科会における協議の徹底

地域医療構想は、地域完結型医療の理念のもと人口減少社会における効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するものであり、地域医療構想調整会議分科会において、「協議の取扱要領」に基づき、協議を積み重ねることが必要です。

### 3 地域から求められる医療機能への的確な対応

回復期については、表2のように病床機能報告に一定の補正をかけることで、より実態に近い需給を把握することが必要です。補正については、今後とも研究を重ね、その客観性をより高めていきます。

また、回復期の中でも、回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟ではその役割が大きく異なります。地域から求められるのは、回復期リハビリテーション病棟か地域包括ケア病棟なのかをしっかりと見極める必要があります。

### 3 地域医療構想の達成に向けた基本方針

佐賀県地域医療構想は、「病床の機能分化連携」、「地域包括ケアシステムの構築」、「医療従事者の確保養成」を施策の3本柱としていますが、医療計画上他の項目に包含されているため、ここでは「病床の機能分化連携」の基本方針について記述します。第5章に基づく医療連携体制の構築や第10章に基づく医療機関の連携による医療提供施設の整備については、地域医療構想と同じく「地域完結型医療」を目指して、進めていく必要があります。

#### 1 全圏域共通

- 県は、75歳以上人口がピークとなる2035年以降を見据え、各医療機関が「地域完結型医療」と「人口減少対応」の必要性を共有し、医療需要・医療スタッフ確保の両面から、自院の立ち位置を考えることができるよう、病床機能報告のダイジェスト版の作成などわかりやすい情報提供を引き続き進め、内容の充実を図ります。「佐賀県地域医療構想調整会議における協議の取扱要領」に基づく協議・調整を着実に進め、地域の医療関係者等の合意に基づき、医療需要の変化に対応した医療提供体制を構築します。
- 地域医療構想調整会議分科会において協議が整った公立病院経営強化プランと公的医療機関等2025プラン、民間医療機関の具体的対応方針について、着実な実施を求めます。
- 慢性期需要に対して、医療療養、介護老人保健施設、介護医療院、居宅や有料老人ホームへの訪問診療が、患者の状態に応じて提供されるよう、市町が実施する在宅医療・介護連携推進事業と連携して、医療と介護の双方を俯瞰した提供体制の構築を進めます。また、訪問診療と慢性期病床は相反関係にあるため、訪問診療の整備目標については、本県の慢性期病床が2025年の必要量に対して2022年度の病床機能報告によると約870床多いことに留意が必要です。
- 有床診療所については、自院の立ち位置の判断や、事業承継の円滑化による診療機能の維持・向上などを支援します。
- 佐賀県診療情報地域連携システム（ピカピカリンク）や、さがんパスネットの利用促進による医療機関の情報共有や連携体制の強化を進めます。
- 医療機関の立ち位置・機能転換に関する相談に、適切に対応し、医療法等や補助金による財政支援等の手続きが、可能な限り、一貫した流れで進むよう医療機関に寄り添った対応を行います。

#### 2 中部

- 佐賀大学医学部附属病院（特定機能病院）と佐賀県医療センター好生館（地域医療支援病院）が幅広い分野において高度急性期・急性期を担っています。
- NHO 佐賀病院（地域医療支援病院）は、主に周産期医療において高度急性期機能を担って

います。

- 3 病院ともに回復期への転換を予定しておらず、3 病院の役割分担と、転院先の医療機関との連携を強化することが、高度・専門医療の機能強化、地域完結型医療の実現につながります。
- NHO 肥前精神医療センターは、県立精神科病院を持たない本県において、精神科領域のオールラウンダー機能を継続させ、民間と役割分担し、精神科専門医療と精神科救急医療を担っていきます。
- JCHO 佐賀中部病院は、現状の急性期・回復期機能を引き続き担います。
- 小城市民病院と多久市立病院は、両病院を統合し、2025 年度に新たに公立佐賀中央病院を開院予定です。新病院では、スタッフの集約化によるメリットを活かして、救急医療・外来医療の強化をはじめとして、災害医療や新興感染症への対応強化、在宅医療の強化等が予定されています。
- 富士大和温泉病院は、中山間地という特性上、医療・介護施設等の資源が不足する地域のため、近隣の医療機関及び圏域内の高度専門医療機関との連携を推進しつつも、一定の自院完結型の医療・福祉等のサービス提供体制を維持し、「地域包括医療・ケア」を実践していきます。また、これらの役割を踏まえた病床機能の改変の方向性については、早急に検討を進めます。
- 2022 年度の病床機能報告の回復期 1,011 床に、表 2 の地域包括ケア病床と調整会議分科会協議済みの病床数を加えると、現時点で回復期は 1,142 床となります。
- 仮に回復期に近い急性期 120 床が全て転換した場合でも、対 2025 年の充足率は 88.2% であり、慢性期から回復期への転換により病床の必要量を確保する必要があります。今後とも、自院の立ち位置を判断し、調整会議分科会における協議を経た医療機関が回復期病床を整備する際には、施設整備に対する補助を実施します。
- 2023 年度までの介護医療院等への転換は 178 床と見込まれます。訪問診療の必要量は、2021 年の 2,934 に対して 2025 年に 2,998 (2%増)と見込まれます。

### 3 東部

- NHO 東佐賀病院(地域医療支援病院)は、急性期、回復期機能を担う他、本県における結核医療の拠点機能や重度心身障害児(者)に対する医療を担いながら、地域の医療機関との紹介・逆紹介を強化します。
- 従来、高度急性期は隣接する久留米医療圏の基幹病院が提供していましたが、如水会今村病院が地域医療連携推進法人の制度を活用した参加法人間の病床融通により、HCUの増床(20床→27床)が分科会で協議・了承されており、今後、東部地区において、高度急性期の充実が見込まれます。
- 2022 年度の病床機能報告の回復期480床に、表2の地域包括ケア病床を加えると、現時点



で回復期は516床となり、対 2025 年の必要量を充足します。

- 長年にわたり福岡県（特に久留米地域）との連携が強い地域であり、東部の急性期患者が福岡県に入院し、福岡県の慢性期患者が東部に入院するという相互補完関係にあります。東部の医療提供体制を検討する際には、久留米医療圏の動向に注視する必要があります。
- 現在のところ、介護医療院への転換は予定されていませんが、県内で最も訪問診療が盛んな地域です。訪問診療の必要量は、2021 年の 1,552 に対して 2025 年に 1,674 (7.8%増)と見込まれます。

#### 4 北部

- 唐津赤十字病院（地域医療支援病院）が、幅広い分野において高度急性期・急性期を担っています。回復期への転換を予定しておらず、今後、転院先の医療機関との連携を強化することが、地域完結型医療の実現、高度・専門医療の機能強化につながります。
- 済生会唐津病院は、がん・循環器・脳血管疾患など唐津赤十字病院と共に地域の急性期機能を担うとともに、急性期直後から、365 日リハビリテーションを提供できる体制も確保しています。
- 唐津市民病院きたはたは、引き続き慢性期を担うとともに新たに地域包括ケア病床を整備する予定で、唐津市南部を中心に、地域包括ケアシステムのハブとなる病院を目指します。
- 2022 年度の病床機能報告の回復期 239 床に、表 2 の地域包括ケア病床を加えると、現時点で回復期は 274 床となり、対 2025 年の必要量を充足します。
- 2023 年度までの介護医療院等への転換は 52 床と見込まれます。訪問診療の必要量は、2021 年の 1,014 に対して 2025 年に 1,294 (27.6%増)と見込まれます。

#### 5 西部

- 伊万里有田共立病院（地域医療支援病院）は、急性期機能を担っていますが、公立病院経営強化プランの協議結果を踏まえ、将来的な高度急性期病床への機能転換を見据えつつ、現在の病床機能（急性期）と病床数を維持し、がん、脳卒中、糖尿病、救急医療、災害医療、新興感染症及び小児医療などの提供を行っていきます。
- 急性期については、伊万里有田共立病院が脳卒中を、山元記念病院（社会医療法人）が心血管疾患を主に担っています。
- 2022 年度の病床機能報告では、回復期 172 床となっています。対 2025 年の充足率は 70.5%であり、慢性期から回復期への転換により病床の必要量を確保する必要があります。今後とも、自院の立ち位置を判断し、調整会議分科会における協議を経た医療機関が回復期病床を整備する際には、施設整備に対する補助を実施します。
- 2023 年度までの介護医療院等への転換は 42 床と見込まれます。訪問診療の必要量は、

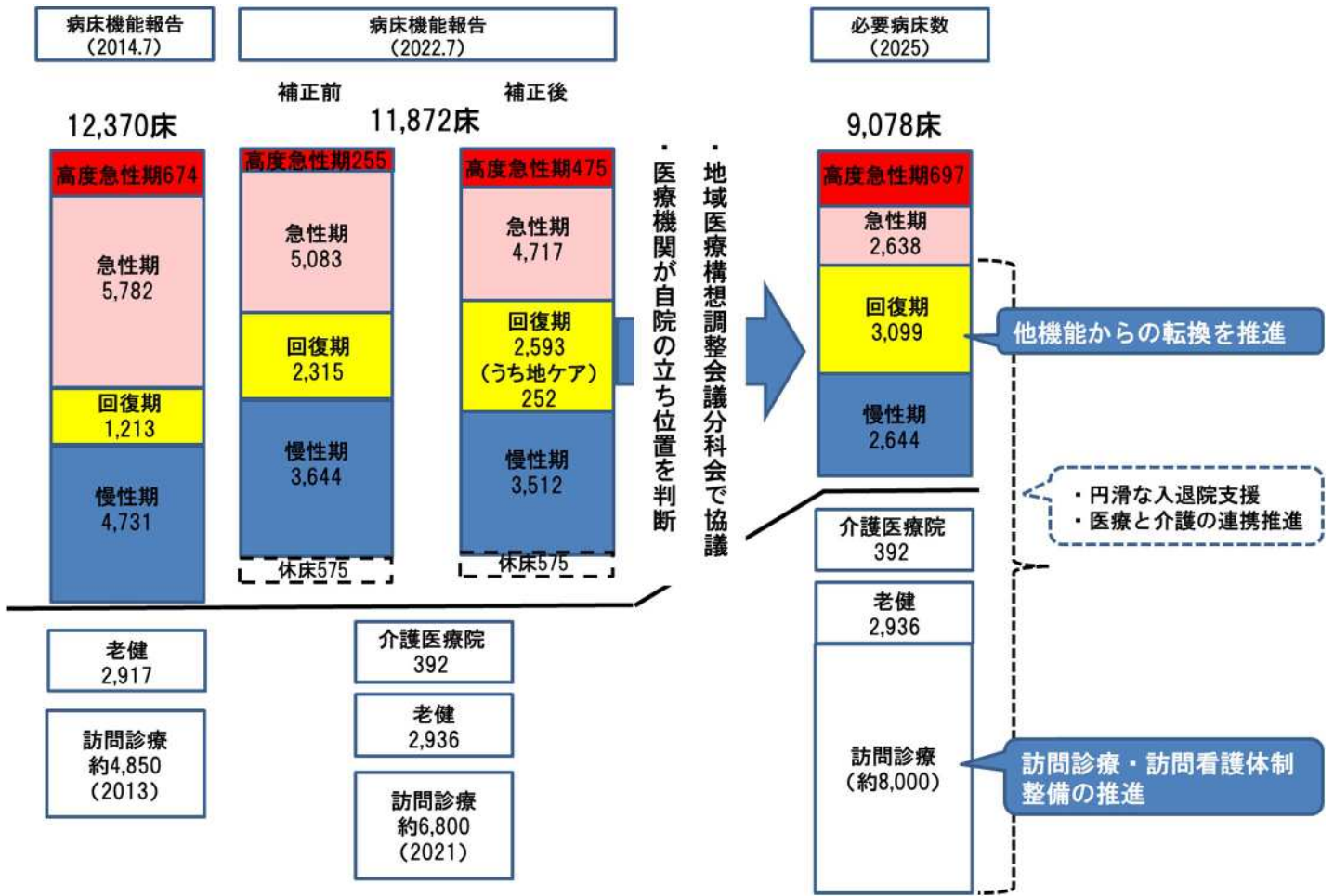
2021年の397に対して2025年に802(102%増)と見込まれます。

## 6 南部

- NHO 嬉野医療センター(地域医療支援病院)が、幅広い分野において高度急性期・急性期を担っています。回復期への転換を予定しておらず、今後、転院先の医療機関との連携を強化することが、地域完結型医療の実現、高度・専門医療の機能強化につながります。
- NHO 嬉野に次ぐ急性期機能は、織田病院(社会医療法人)、白石共立病院、新武雄病院等の民間医療機関が対応しています。
- 町立太良病院は、町内唯一の一般急性期病院として小児医療から、内科、整形外科を中心とした医療を提供するとともに在宅医療、訪問看護、訪問リハ、通所介護等幅広く対応し、地域包括ケアシステムの中心を担います。
- 2022年度の病床機能報告の回復期413床に、表2の地域包括ケア病床と調整会議分科会協議済みの病床数を加えると、現時点で回復期は489床となります。
- 仮に回復期に近い急性期161床が全て転換した場合、対2025年の充足率は95.0%であり、病床の必要量が確保されます。今後とも、自院の立ち位置を判断し、調整会議分科会における協議を経た医療機関が回復期病床を整備する際には、施設整備に対する補助を実施します。
- 2023年度までの介護医療院等への転換は120床と見込まれます。訪問診療の必要量は、2021年の901に対して2025年に1,263(40.2%増)と見込まれます。



○地域医療構想に基づく機能分化のイメージ



※図は県単位で便宜上示したイメージであり、実際の機能分化は医療圏単位に行うものである。

## 第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制

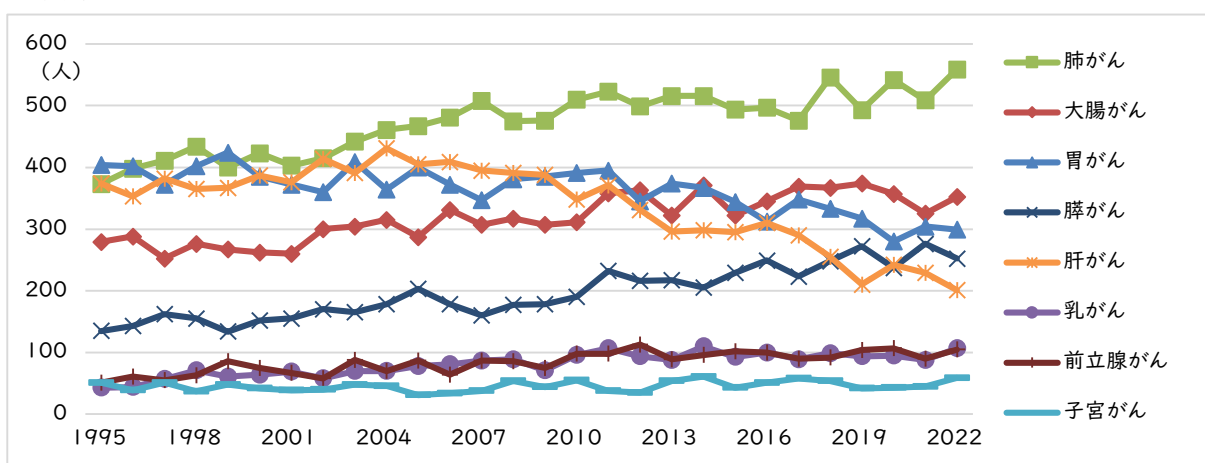
### 第1節 がん

#### 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

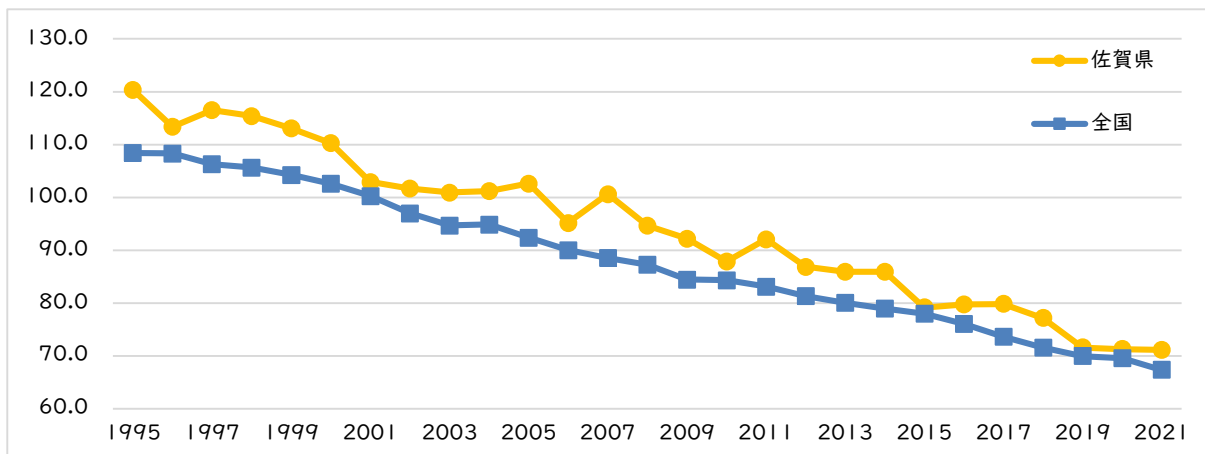


(出典:人口動態統計)

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)

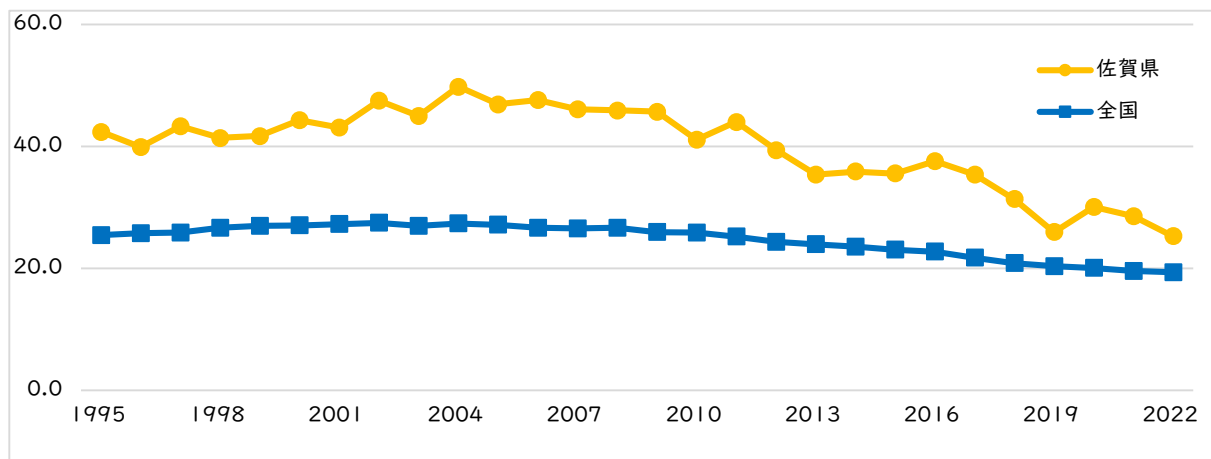


(出典:国立がん研究センターがん情報サービス)

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

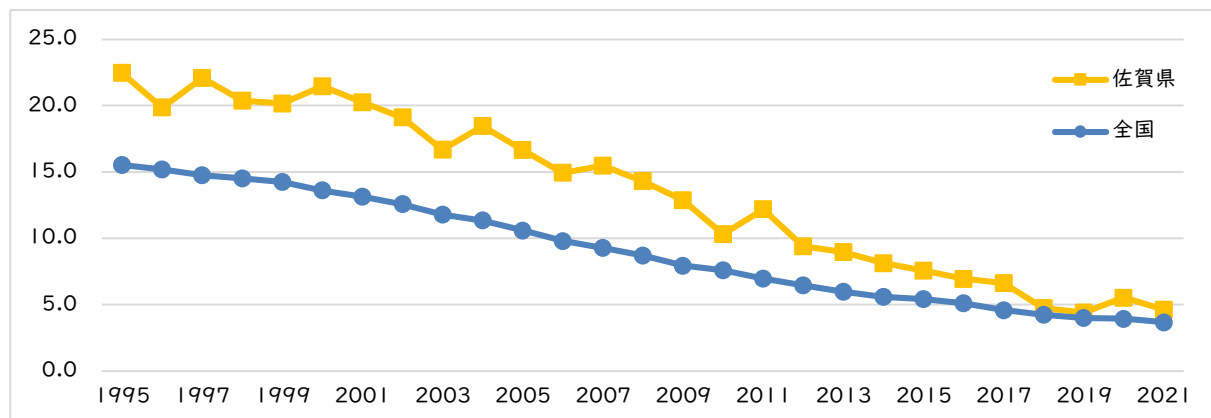
(単位:人口10万対)



(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

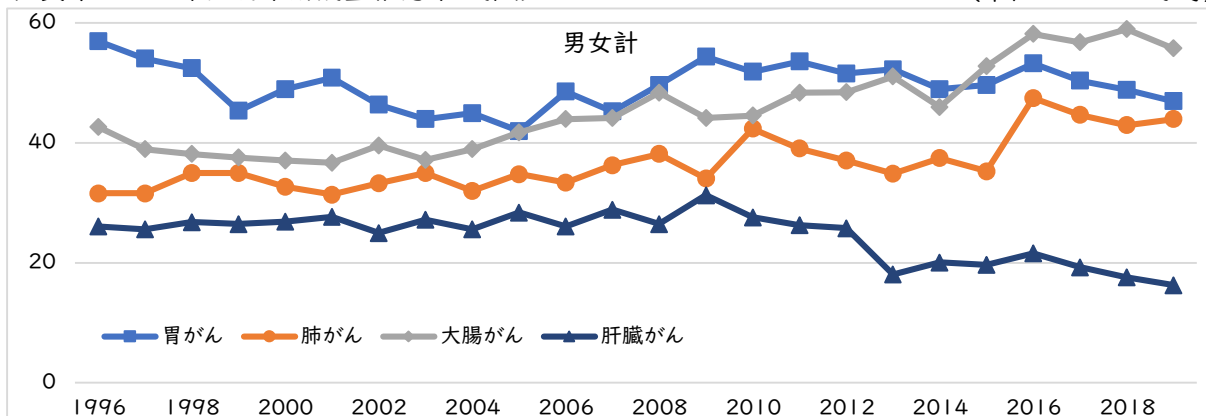
(単位:人口10万対)



(出典:国立がん研究センターがん情報サービス)

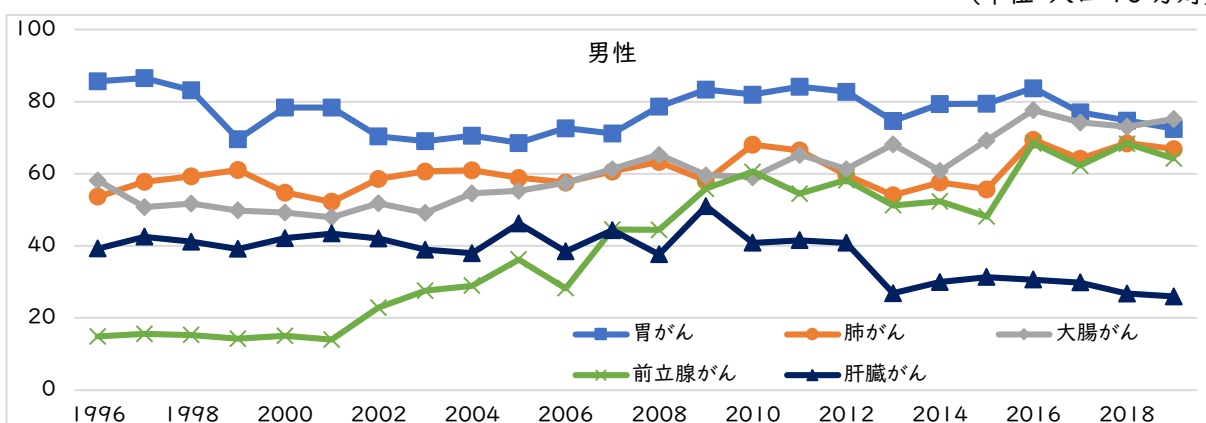
本県におけるがんの年齢調整罹患率(人口10万対)は、2019年の状況を見ると、部位別では大腸がん(55.8)が最も高く、ついで胃がん(47.0)、肺がん(44.0)、肝がん(16.3)の順となっています。

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)



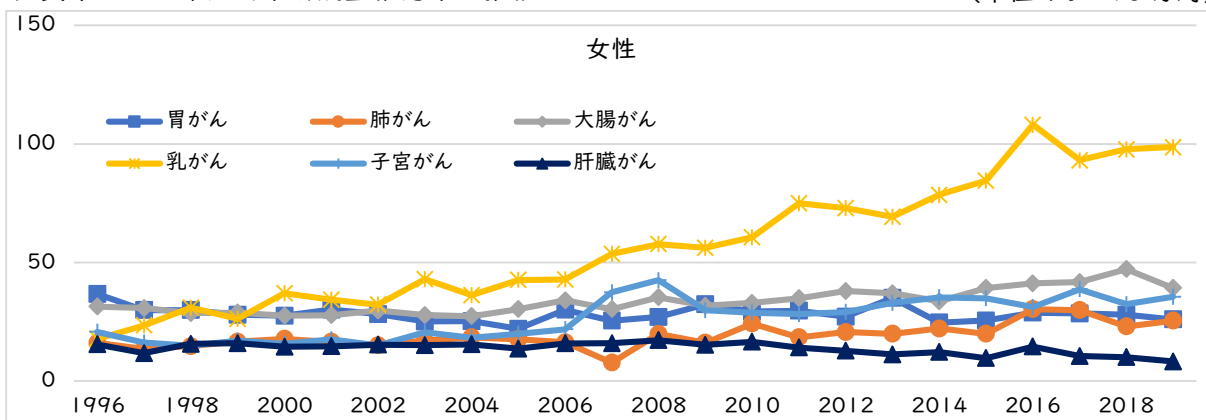
(出典:全国がん登録、地域がん登録)

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)

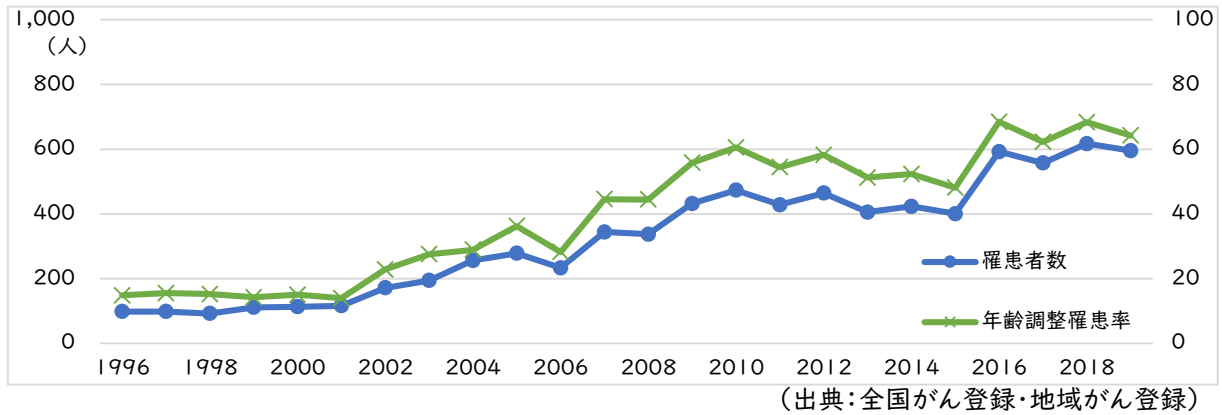
佐賀県のがん部位別年齢調整罹患率の推移 (単位:人口10万対)



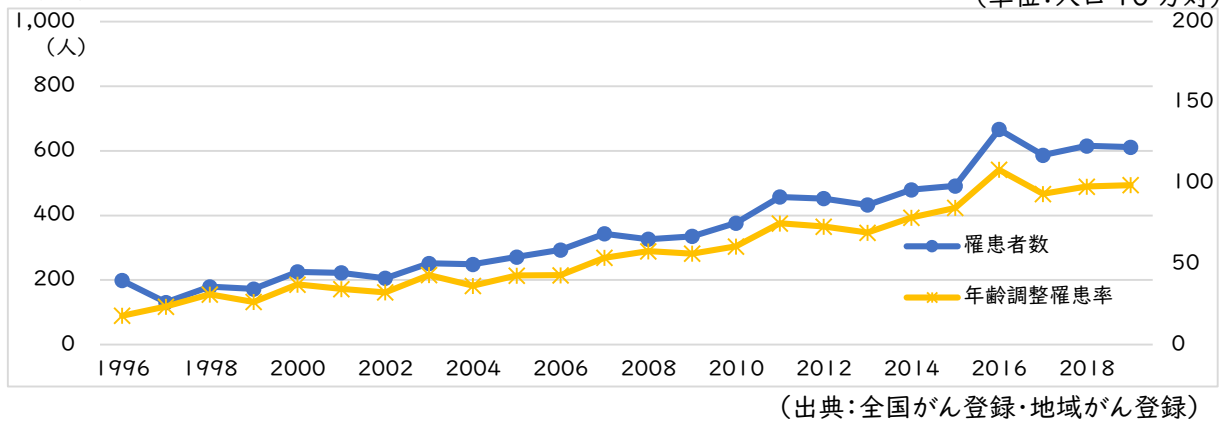
(出典:全国がん登録、地域がん登録)

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。

佐賀県の前立腺がんの罹患者数と年齢調整罹患率の推移 (単位:人口10万対)



佐賀県の乳がんの罹患者数と年齢調整罹患率の推移 (単位:人口10万対)



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)、胃がんに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

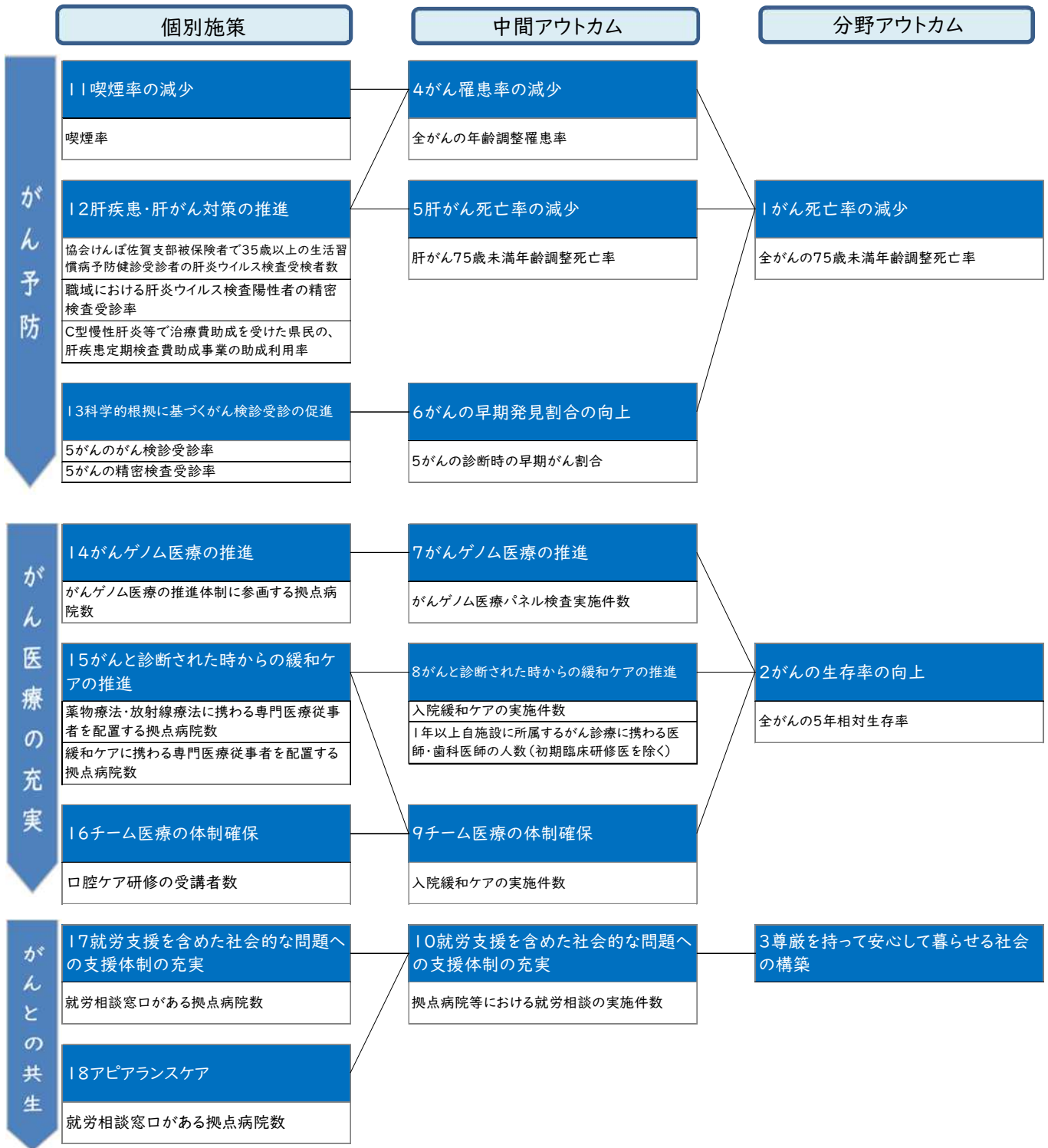
- ・科学的根拠に基づくがん検診受診の推進
  - ・がんと診断された時からの緩和ケアの推進
  - ・就労支援を含めた社会的な問題への支援（サバイバーシップ支援）体制の充実
- として、取組を推進することとしています。

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)

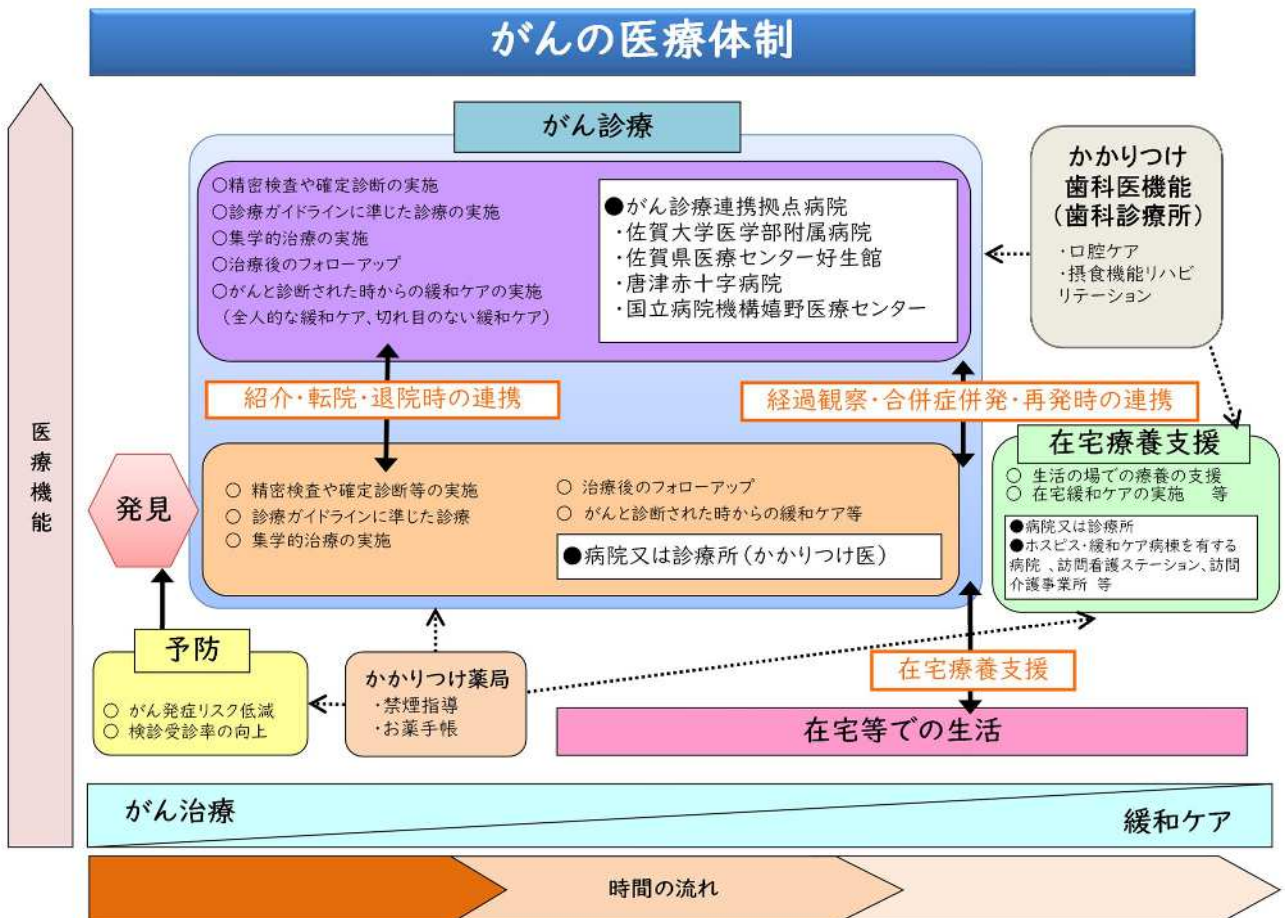
3 必要となる医療機能			
	予 防	医 療	療 養 支 援
目 標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・喫煙やがんに関連するウイルスの感染予防などがんのリスクを低減</li> <li>・科学的根拠に基づくがん検診の実施、がん検診の精度管理・事業評価の実施、受診率向上</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精密検査や確定診断等の実施</li> <li>・診療ガイドラインに準じた診療の実施</li> <li>・患者の状態やがんの病態に応じた集学的治療の実施</li> <li>・がんと診断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	34	13	11	8	20	86
	緩和ケア	58	33	38	16	37	182
胃がん	専門的ながん診療	78	34	25	16	42	195
	緩和ケア	67	39	39	16	42	203
大腸がん	専門的ながん診療	56	21	14	9	29	129
	緩和ケア	67	38	39	15	42	201
乳がん	専門的ながん診療	7	5	2	3	5	22
	緩和ケア	43	26	34	13	25	141
子宮がん	専門的ながん診療	10	2	5	3	5	25
	緩和ケア	27	19	30	11	22	109
肝がん	専門的ながん診療	65	28	28	9	40	170
	緩和ケア	70	35	42	17	42	206

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。

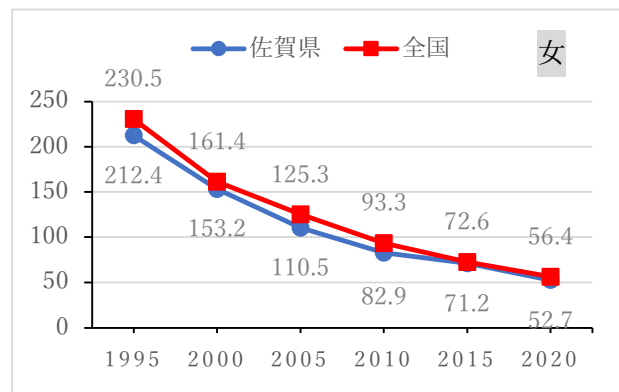
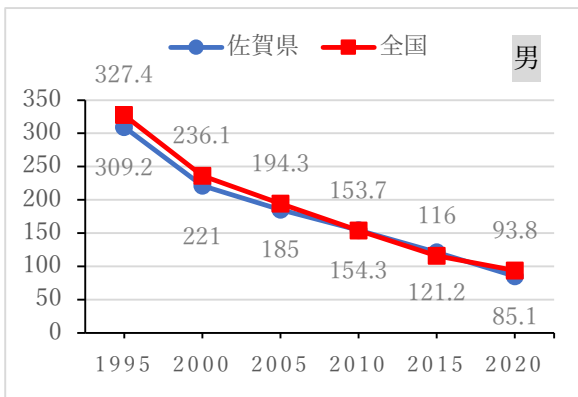
本県における脳血管疾患の年齢調整死亡率は低下しており、死亡者数は減少傾向となっています。

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。

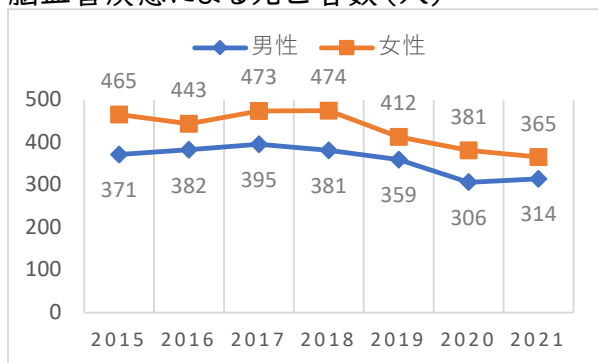
脳血管疾患の年齢調整死亡率(人口10万対)(2015年モデル人口)



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)



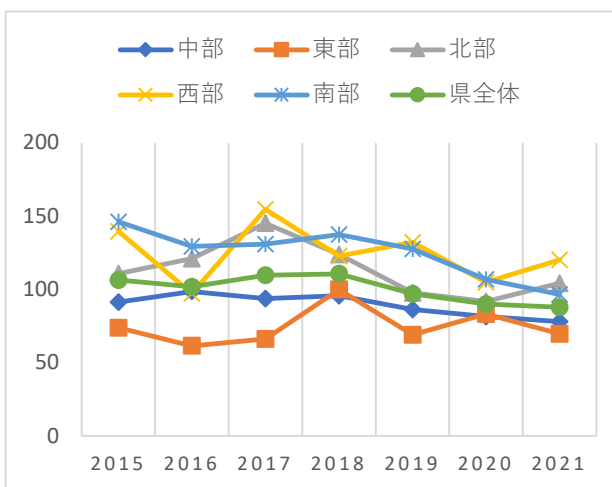
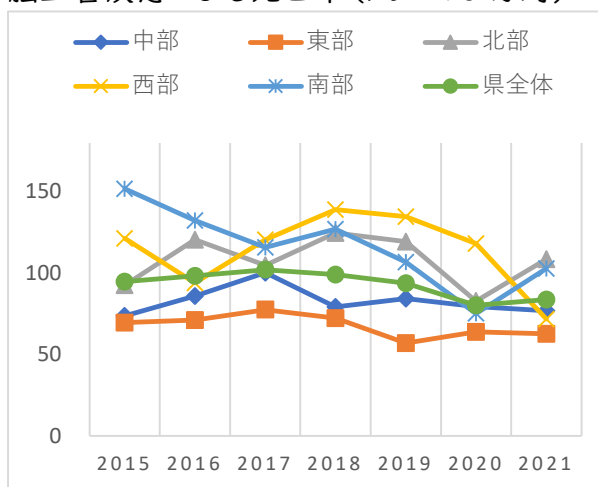
出典:人口動態統計

### 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。

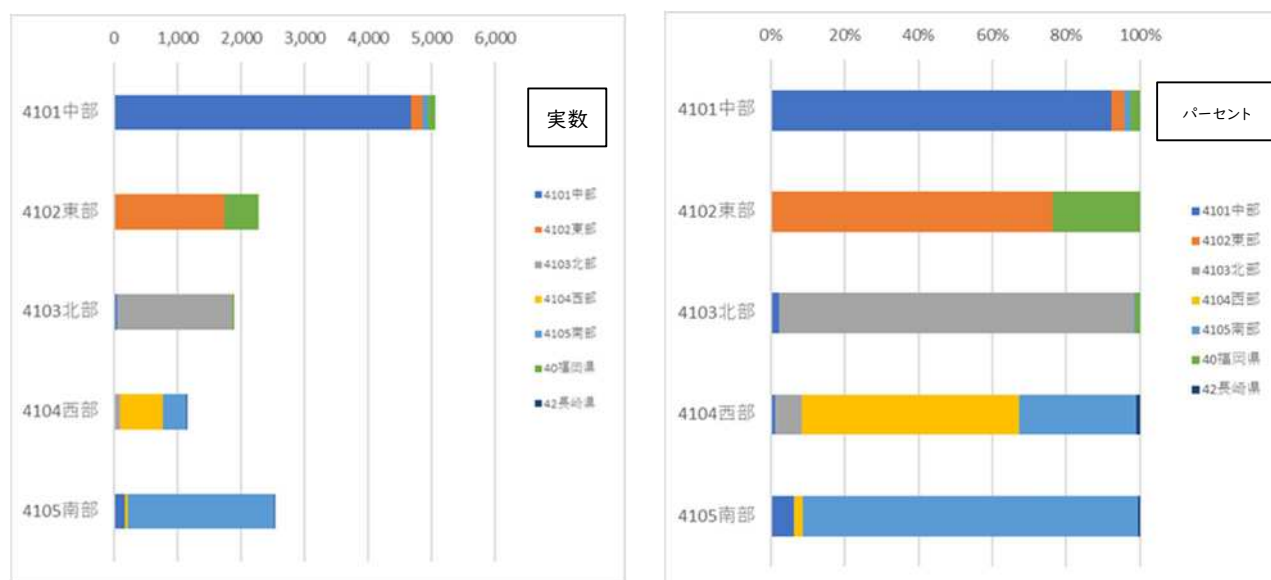
医療圏ごとの患者の受療動向を見ると、中部・北部・南部は域内完結率が高い一方、西部は南部へ、東部は福岡県への流出が見られます。

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

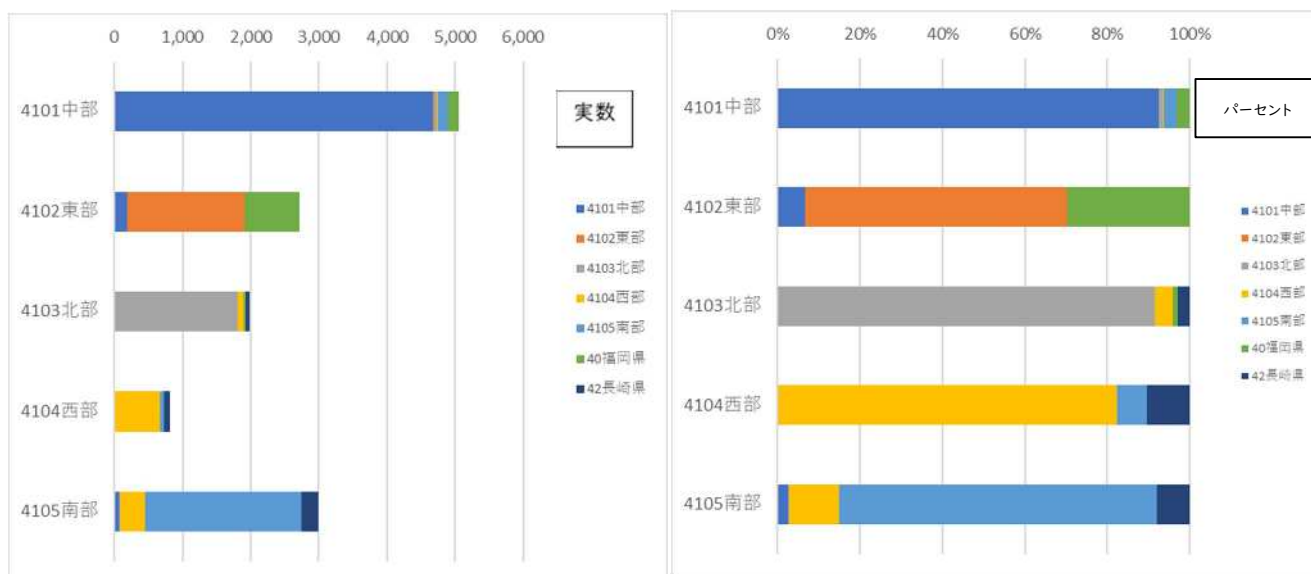


合計/総件数	医療機関二次保健医療圏名							
負担者二次保健医療圏名	4101中部	4102東部	4103北部	4104西部	4105南部	40福岡県	42長崎県	総計
4101中部	4,675	184			73	133		5,065
4102東部	10	1,722				537		2,269
4103北部	44		1,812		10	21		1,887
4104西部	12		84	676	365		10	1,147
4105南部	160			59	2,299		11	2,529
総計	4,901	1,906	1,896	735	2,747	691	21	12,897

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

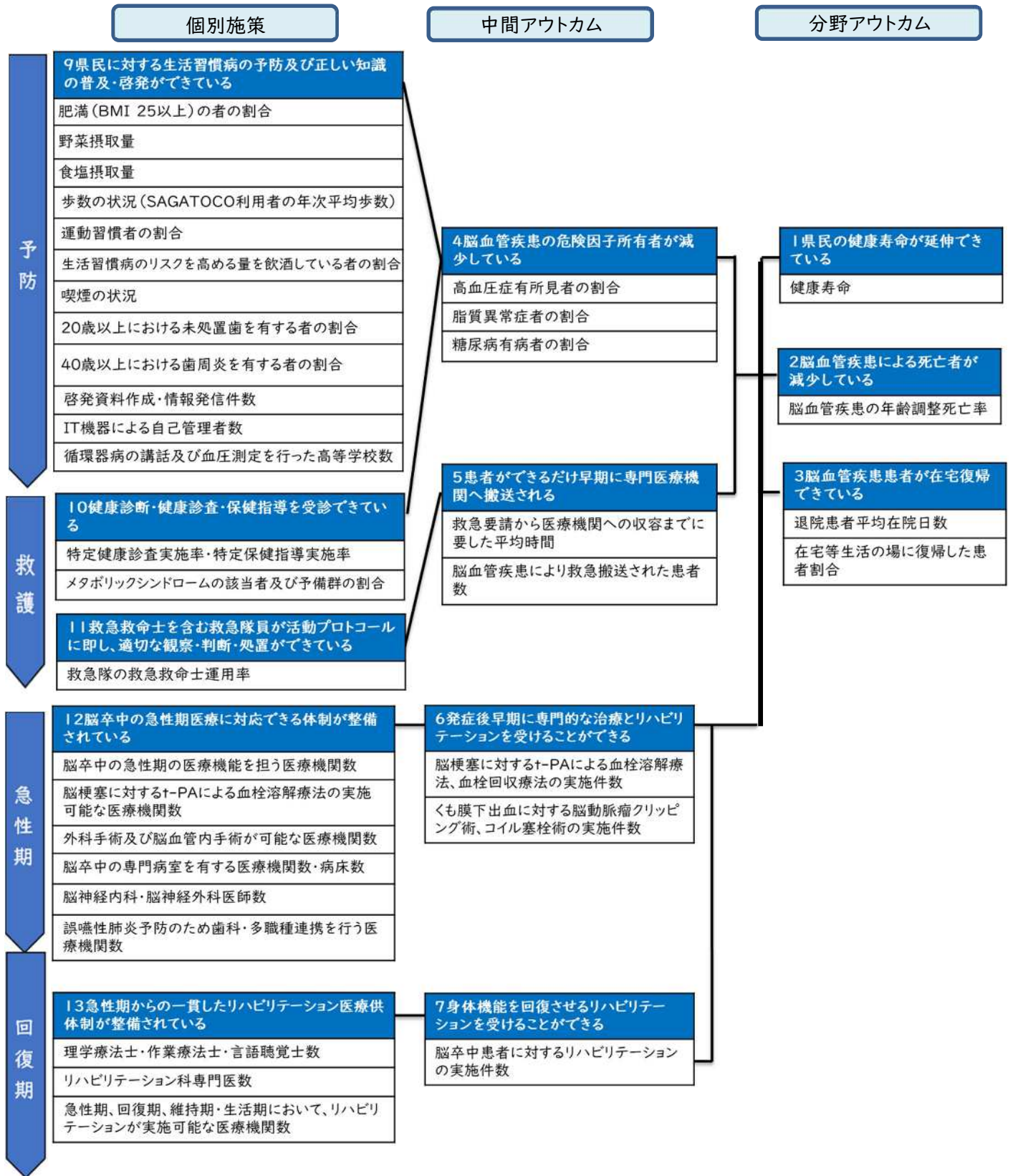
遺伝子組み換え組織プラスミノゲン・アクティベータの静注療法で発症後4.5時間以内に実施可能。

### （※2）Drip and Ship法

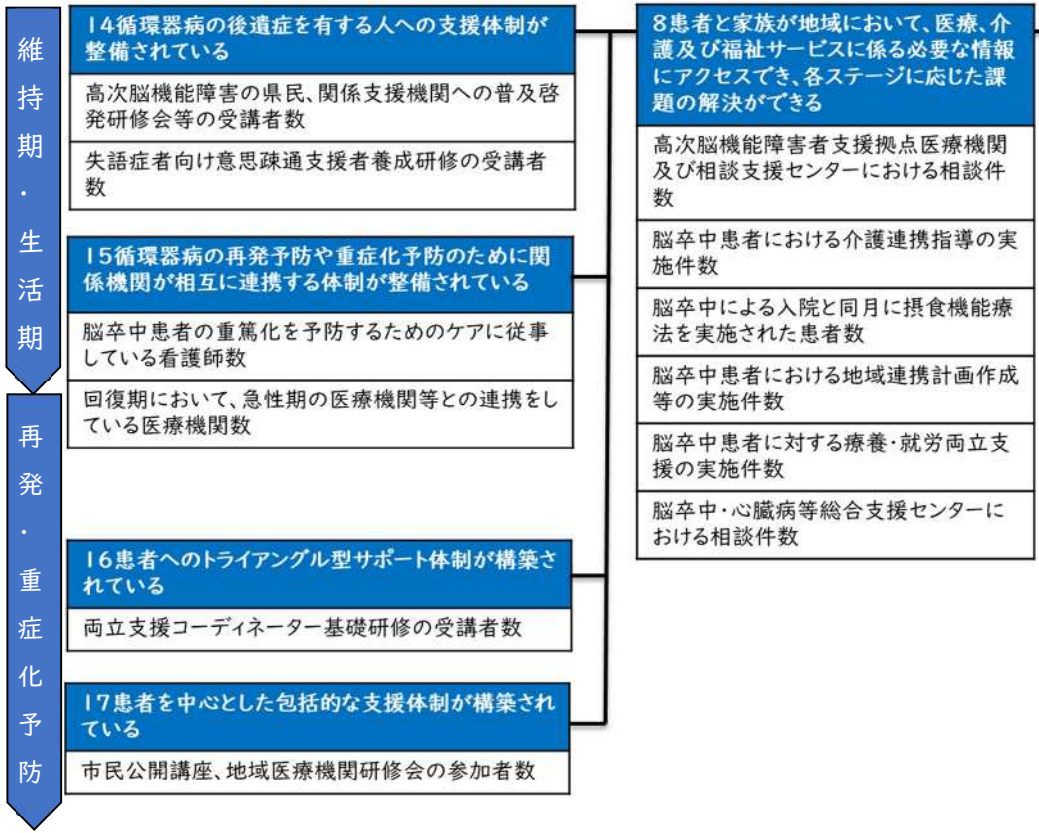
遠隔医療を用いる等によって、脳卒中を診療する医師の指示下に行われる、t-PA療法を開始した上での病院間搬送



《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%以上及び血糖関連 服薬者(特定健診結果を県で集計)	12.9% (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)(NDB)	【本県】15.8【全国】7.0 (2021年)	—
	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)	30万件
	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**

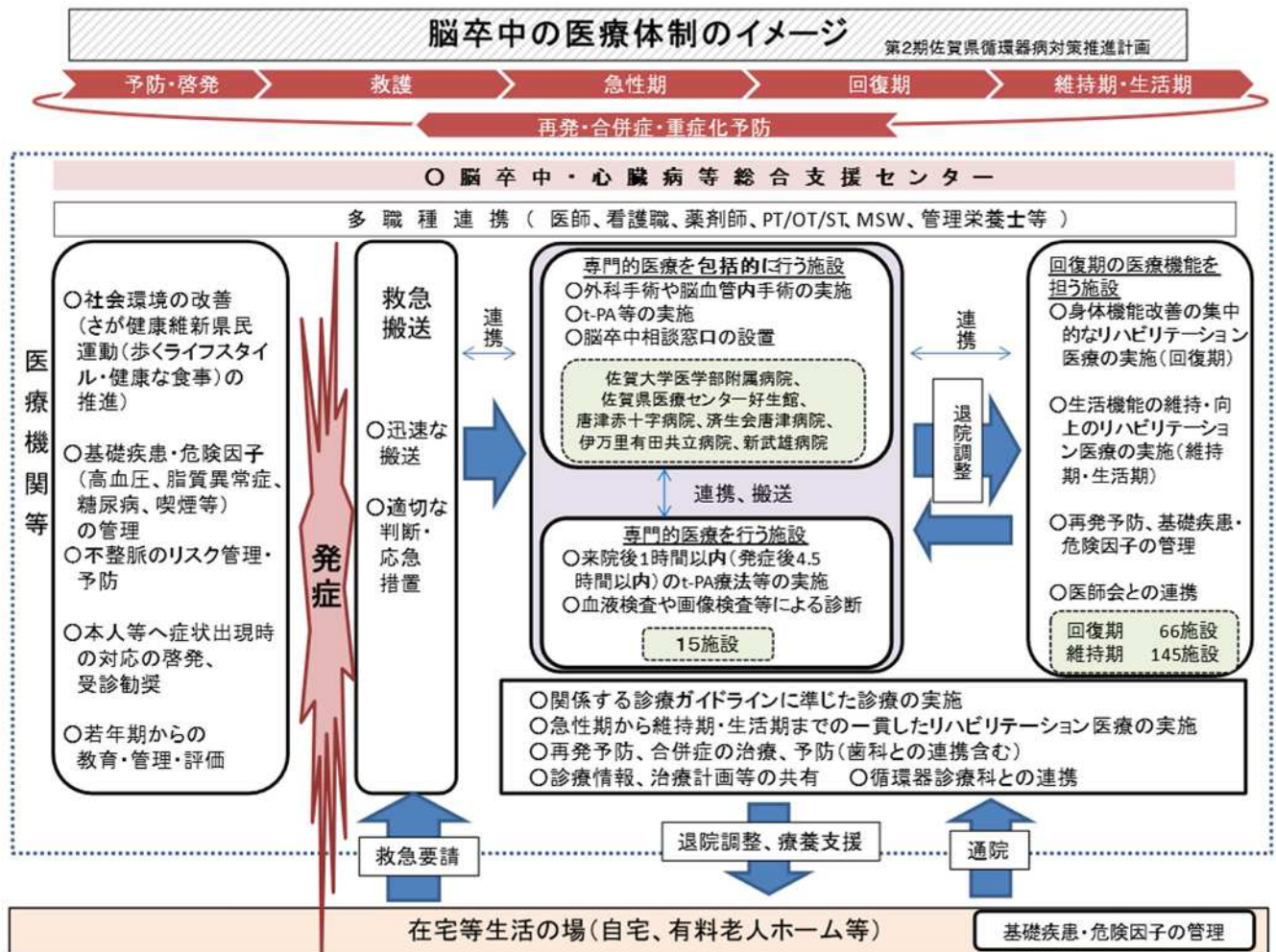
	予防	救護	急性期	回復期	維持期
目標	・脳卒中の発症を予防	・発症後迅速に専門的診療が可能な医療機関に到着	・t-PA 静注療法の適応となる脳梗塞患者については、少しでも早く治療を開始 ・脳梗塞患者は機械的血栓回収療法実施を検討し適応となる患者に対し速やかに治療開始 ・専門的治療を実施できない医療機関では、画像伝送等の遠隔医療を利用し治療が実施可能な医療機関と連携し転院搬送等検討 ・誤嚥性肺炎等の合併症の予防・治療	・身体機能の早期改善のための集中的なリハビリテーションを実施 ・回復期の医療機関における医療提供体制強化 ・再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理 ・誤嚥性肺炎等の合併症の予防	・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	5	22	48
東部	1	1	12	25
北部	2	0	11	26
西部	1	1	6	13
南部	1	5	15	30
計	7	12	66	142

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。

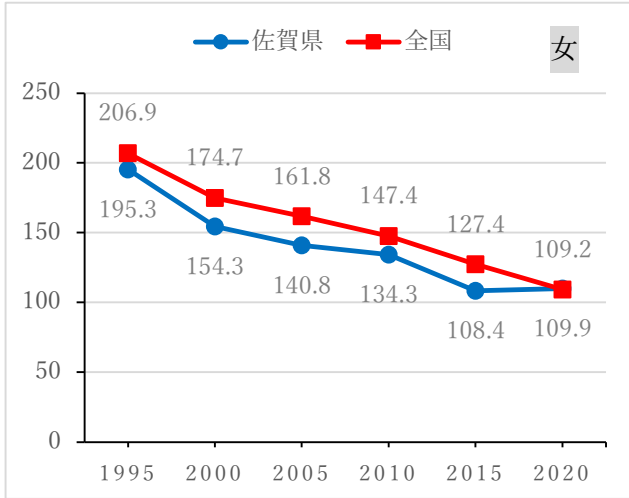
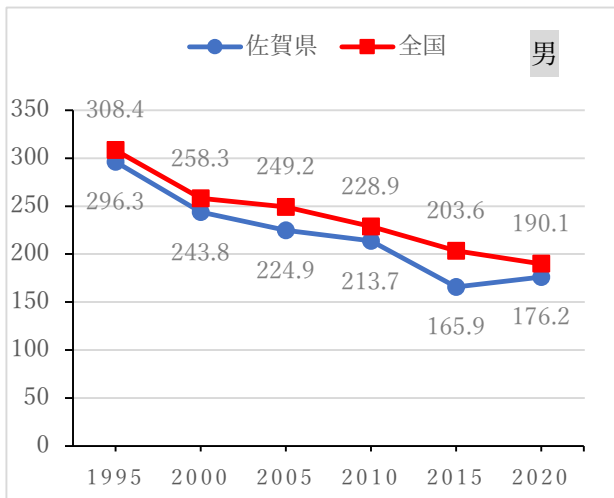
県内の心疾患（高血圧症を除く）の年齢調整死亡率は低下しているものの、死亡者数については横ばいになっています。

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。

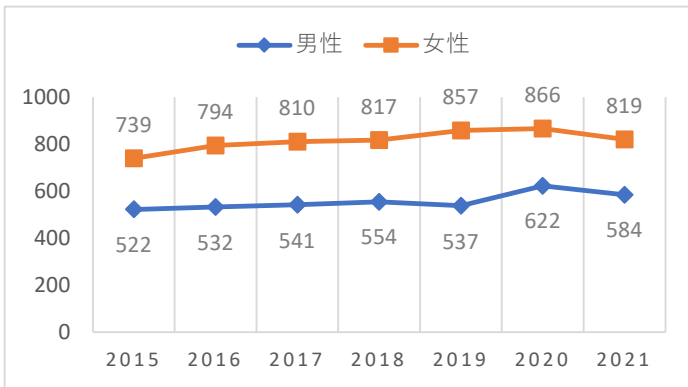
死亡率（人口10万対）を見ると女性のほうが男性よりも若干高く、二次保健医療圏ごとでは、男女ともに、北部、西部、南部が高く、中部、東部で低くなっています。

心疾患（高血圧症を除く）の年齢調整死亡率（人口10万対）（2015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)



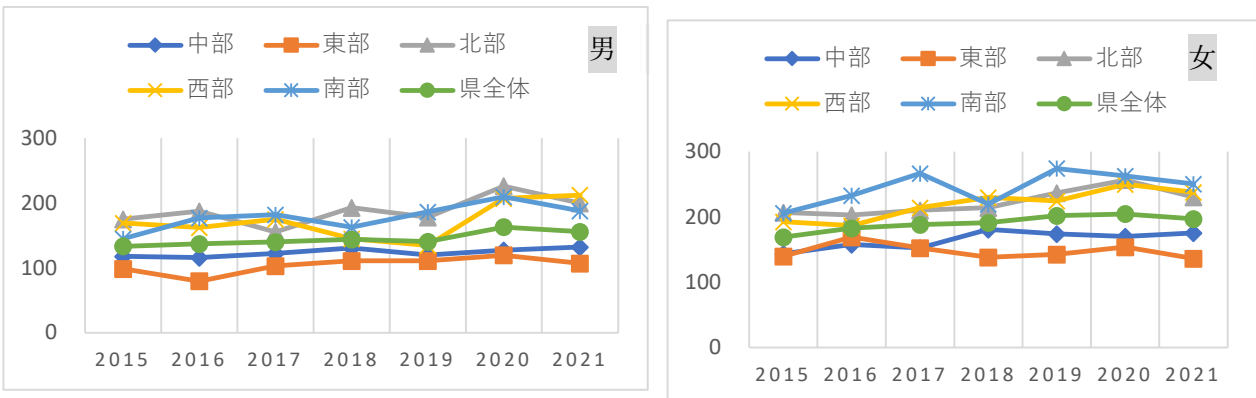
出典:人口動態統計

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

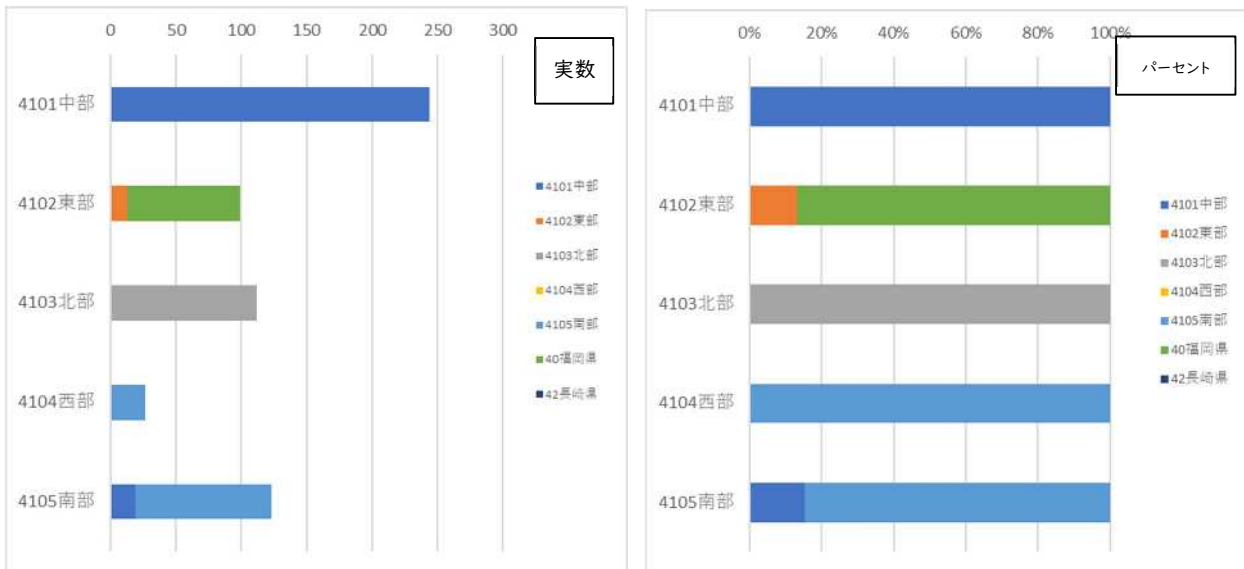
心血管疾患の医療提供体制は、PCI(カテーテル治療)や内科的治療、外科的治療等の「急性期の専門的医療を包括的に行う医療機関(佐賀大学医学部附属病院、佐賀県医療センター好生館、嬉野医療センター)」が存在するほか、各二次保健医療圏において、PCIや内科的治療等の一般的な急性期医療が実施できる医療機関や、心血管疾患リハビリテーションに対応できる医療機関が存在します。

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



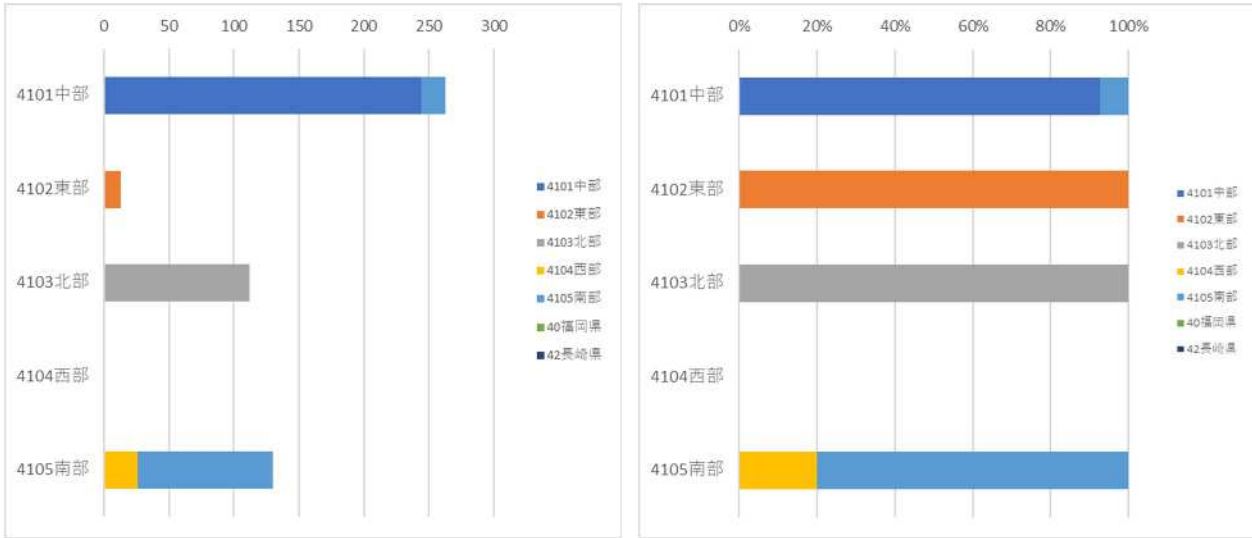
合計/総件数	医療機関二次保健医療圏名							総計
負担者二次保健医療圏名	4101中部	4102東部	4103北部	4104西部	4105南部	40福岡県	42長崎県	総計
4101中部	244							244
4102東部		13				86		99
4103北部			112					112
4104西部					26			26
4105南部	19				104			123
総計	263	13	112	0	130	86	0	604

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 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	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
---	-------

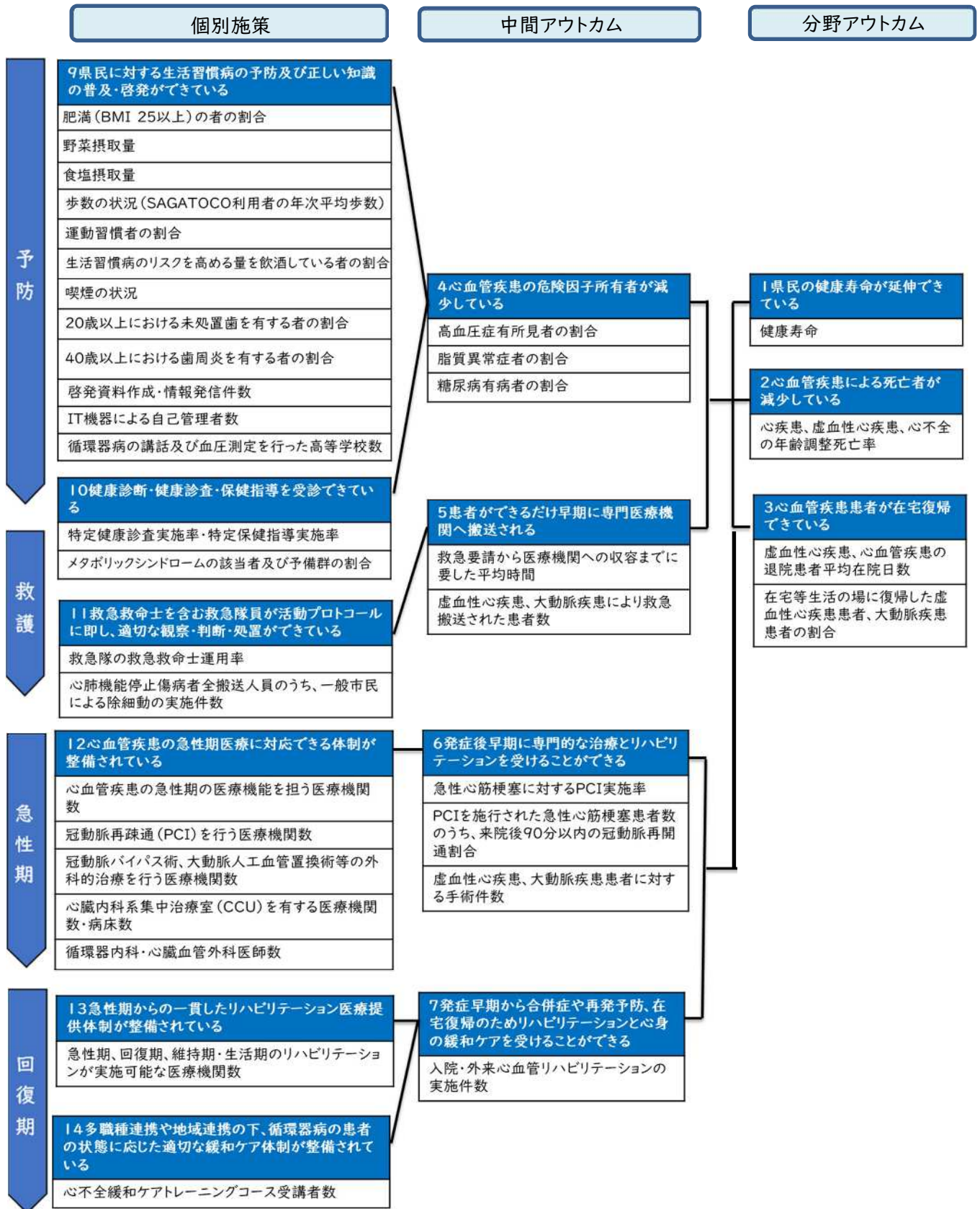
急性心筋梗塞等の心血管疾患の分野は、①県民の心血管疾患の発症予防に努め、②発症した場合は早急に急性期医療を受けることができ、③一日でも早く日常の生活に復帰できることを目指します。

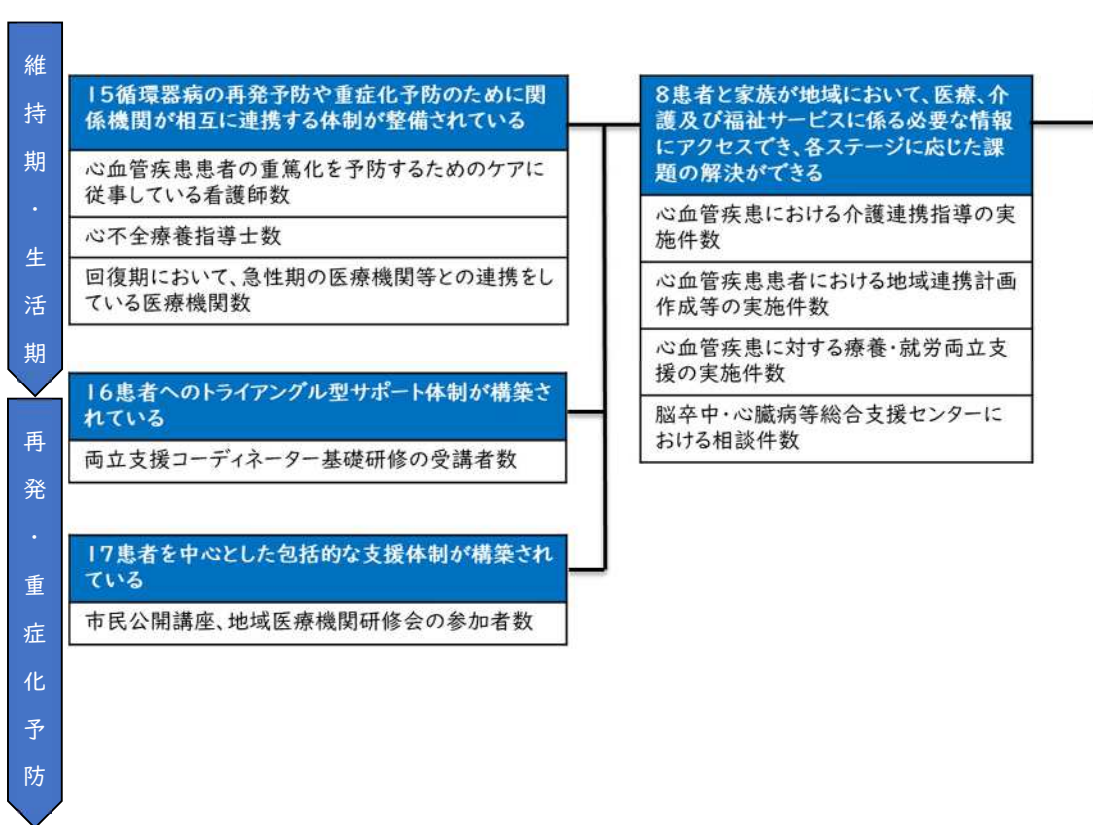
特に、高齢化に伴う患者数の増に対応することが重要であることから、重要施策を、

- ・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%以上及び血糖関連服薬者 (特定健診健診結果を県で集計)	12.9% (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)	30万件
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)	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

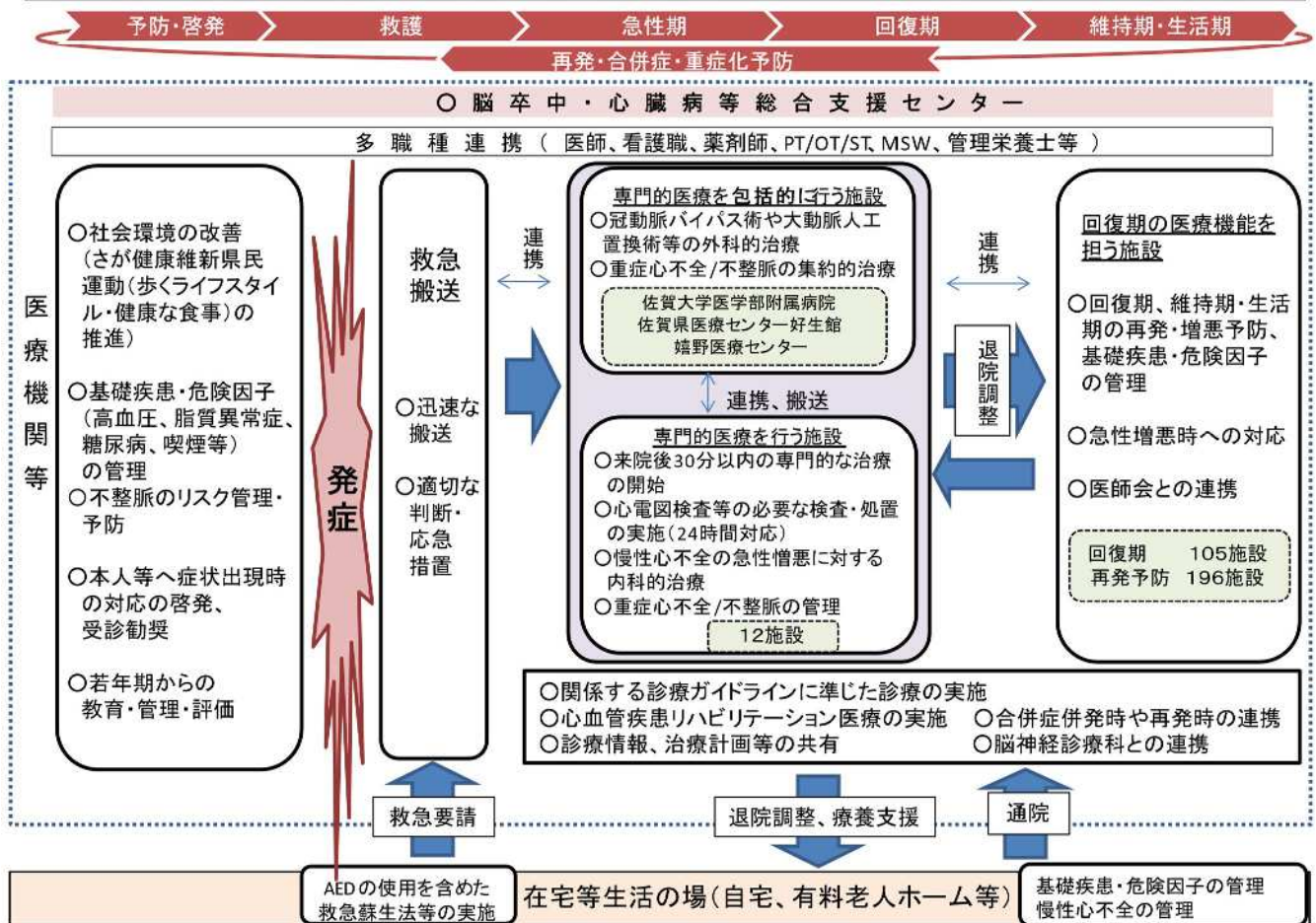
本県において、3で示した医療機能を担う医療機関数は、以下のとおりです。

	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	2	39	69
東部	0	4	15	33
北部	0	2	17	29
西部	0	1	11	22
南部	1	3	25	41
計	3	12	107	194

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。

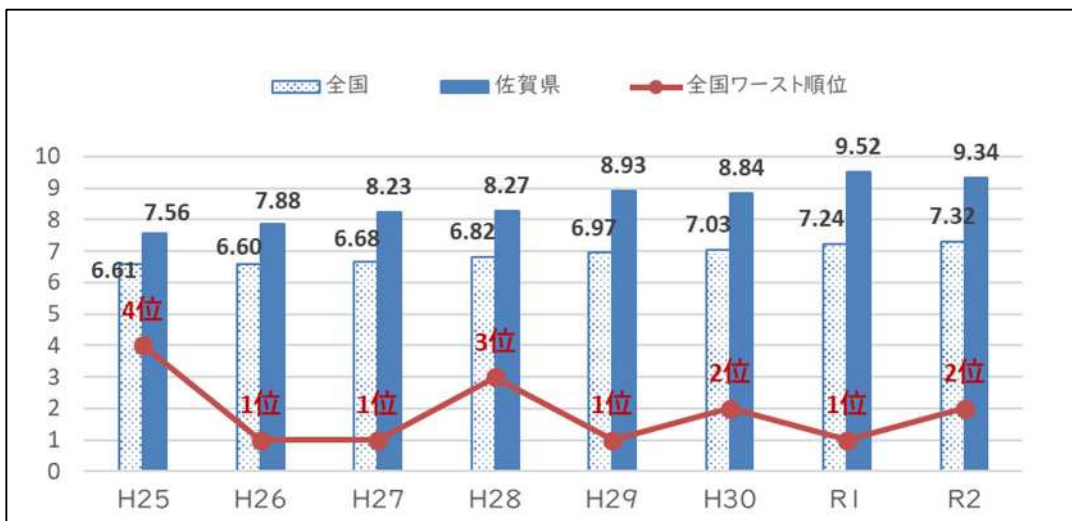
未治療のまま慢性の高血糖状態が続くと、神経障害、網膜症、腎症、足病変といった細小血管合併症を発症し、喫煙等の因子が重なると、心筋梗塞、脳梗塞、足病変などの大血管障害を併発してしまいます。

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HbA1c 6.5%以上の者の割合は、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

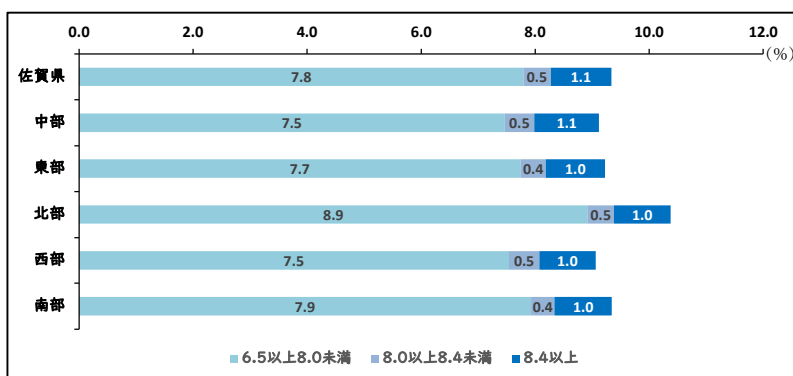


出典：NDB オープンデータ(厚生労働省)

\*HbA1c：血液中の糖化ヘモグロビンの割合で、過去1~2か月の平均的な血糖値の状態が反映される。糖尿病の診断は、症状の有無や血糖値の検査値等も踏まえて総合的に判断されるが、6.5%以上は糖尿病の可能性を否定できないものとして、発症リスクが高まる。



○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ター看護師を配置し、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。コーディネーター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。

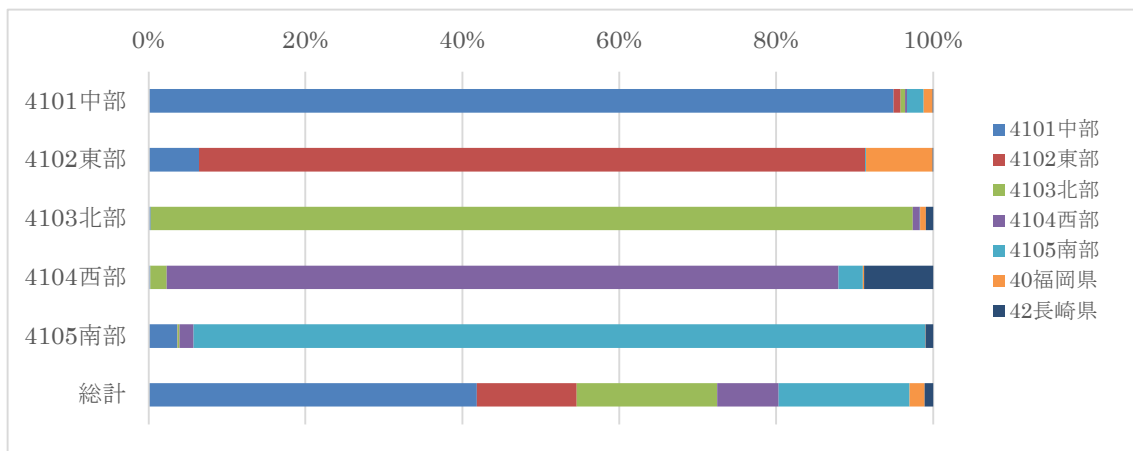
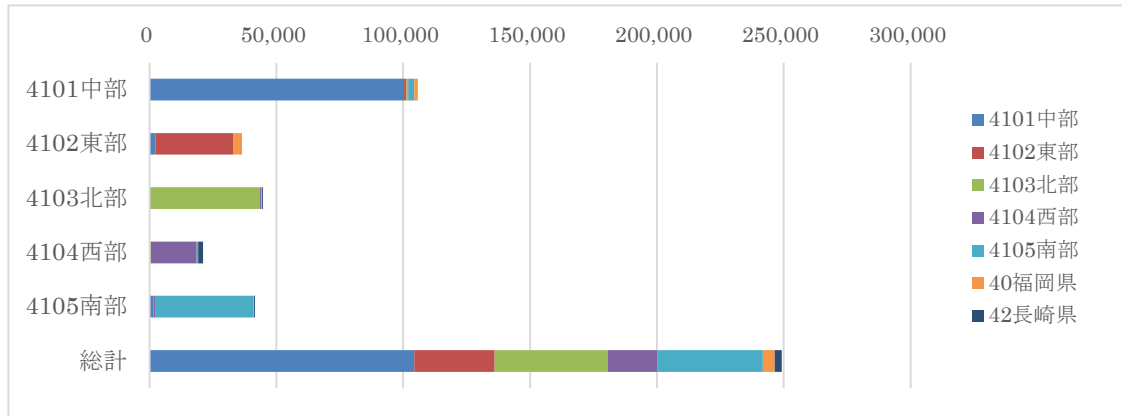
### ○患者受療動向



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							総計	流入率
医療機関二次医療圏名	4101中部	4102東部	4103北部	4104西部	4105南部	40福岡県	42長崎県		
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、成人1人1日当たりの食塩摂取目標量を7g未満としているのに対し、県民の平均食塩摂取量は12.8gで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) 特定健康診査及び健診後の医療機関への受診勧奨等に関する普及啓発

特定健康診査・特定保健指導の実施及び健診受診後の医療機関受診が進むよう、医療機関他関係機関・団体と連携しながら、受診勧奨等の普及啓発に努めます。

### (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。

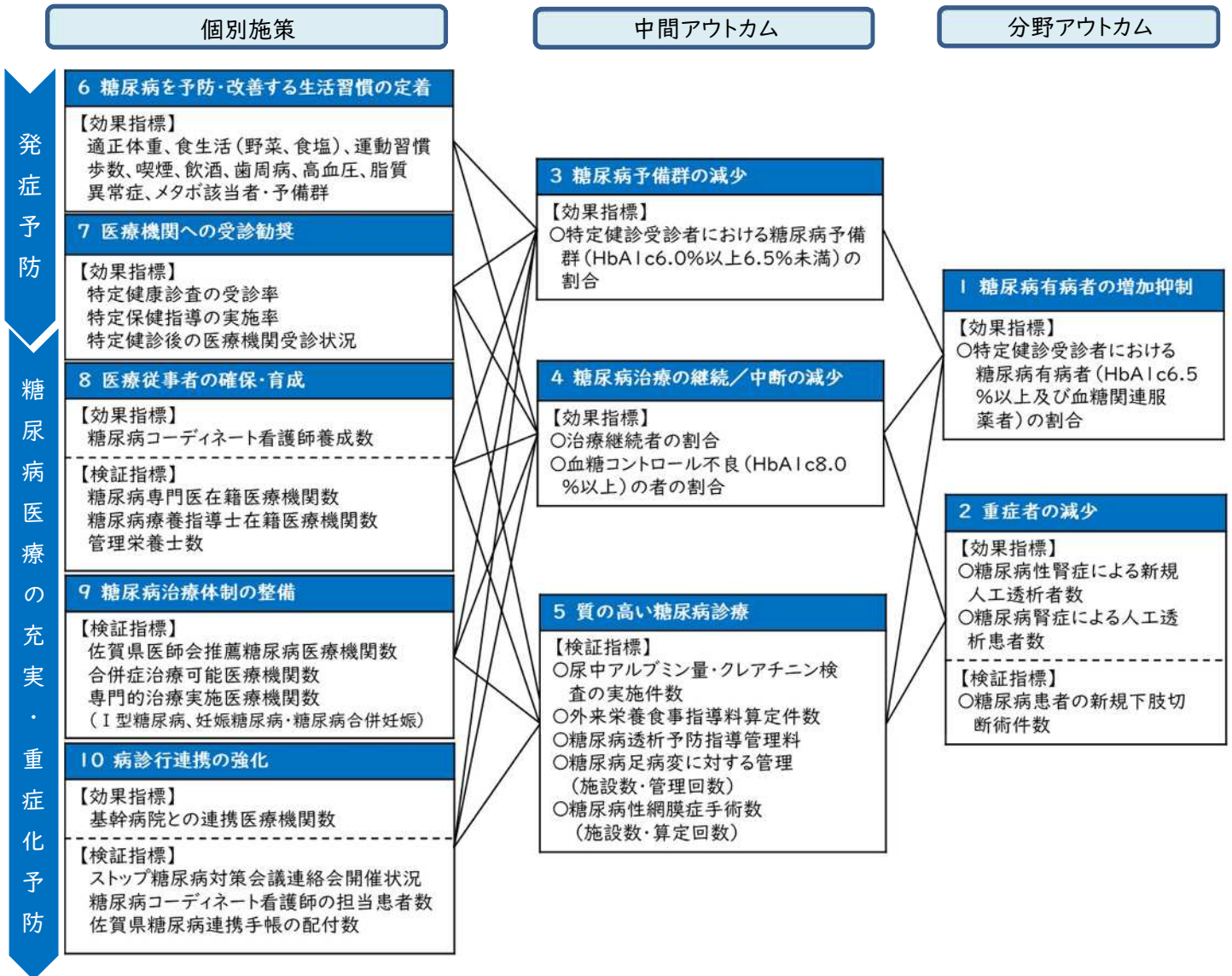
### (4) 糖尿病治療体制の整備

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%以上及び血糖関連服薬者)の割合 (特定健診結果を県で集計)	12.9% (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%

	特定健診後の受診勧奨により医療機関へ受診した糖尿病未治療患者の割合 (医療計画作成支援データブック)	20.8 (2021年)	—
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

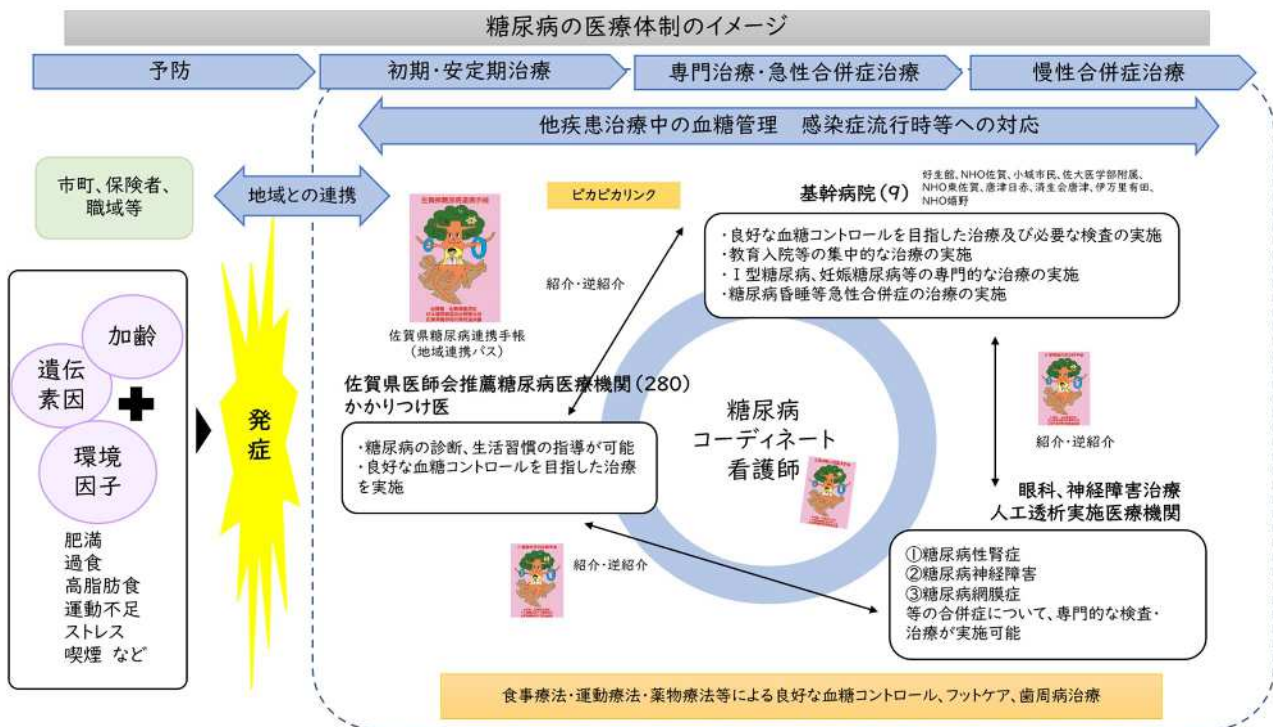
	予防、初期・安定期治療	専門治療	急性合併症治療	慢性合併症治療			地域と連携する機能	感染症流行時等の非常時に対応する機能
	かかりつけ医機能	糖尿病専門の医療既往	急性合併症の治療を行う機能	透析を行う医療機能	血管病変対応の医療機能	眼科の医療機能		
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診特定保健指導や健診後の受診勧奨の実施</li> <li>・糖尿病の診断、生活習慣の指導が可能</li> <li>・良好な血糖コントロールを目指した治療の実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <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を連携できる</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

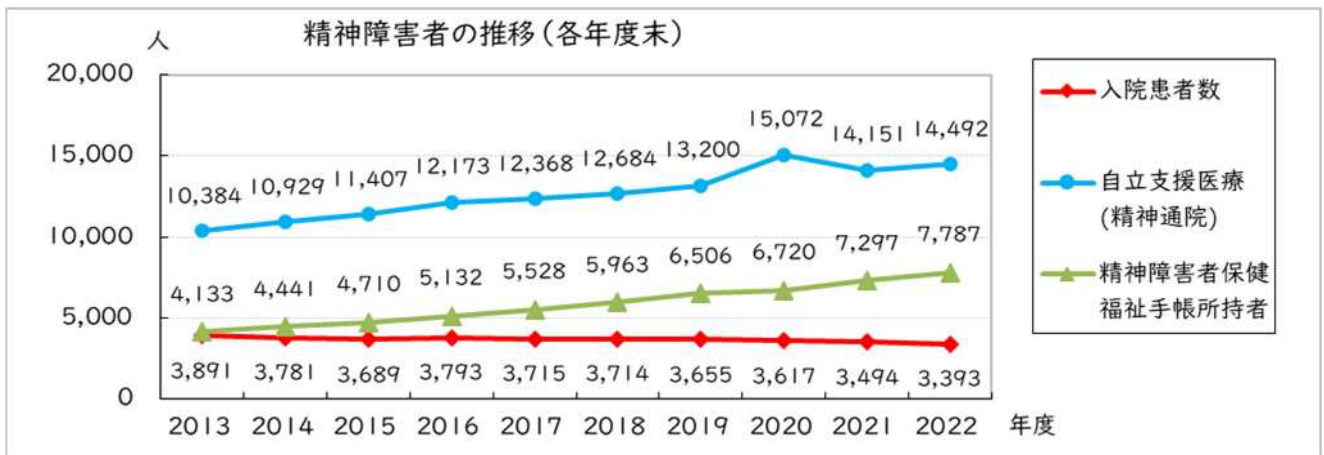
精神疾患は、統合失調症や気分障害（うつ病、躁うつ病等）、発達障害など多岐にわたり、症状が多様であるとともに自覚しにくい場合があり、症状が比較的軽いうちには精神科医療機関を受診せず、症状が重くなり入院治療が必要になって初めて精神科医療機関を受診するという場合が少なくありません。また、重症化してから入院すると治療が困難になるなど、長期の入院が必要となってしまう傾向にあります。

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。

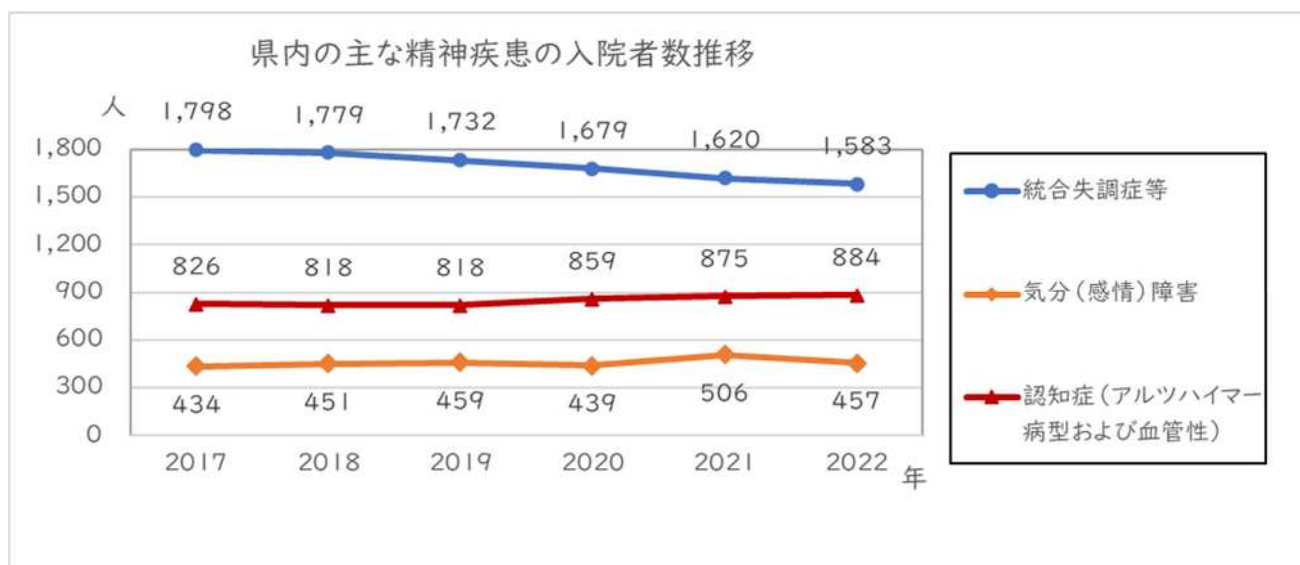
本県の精神科病院に入院している患者数は、2023年3月末現在 3,393 人（精神科病院月報）で、2018年3月末 3,715 人と比べると、グループホーム等の受け皿整備を図り地域移行が進んだ結果、減少傾向にあります。

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。

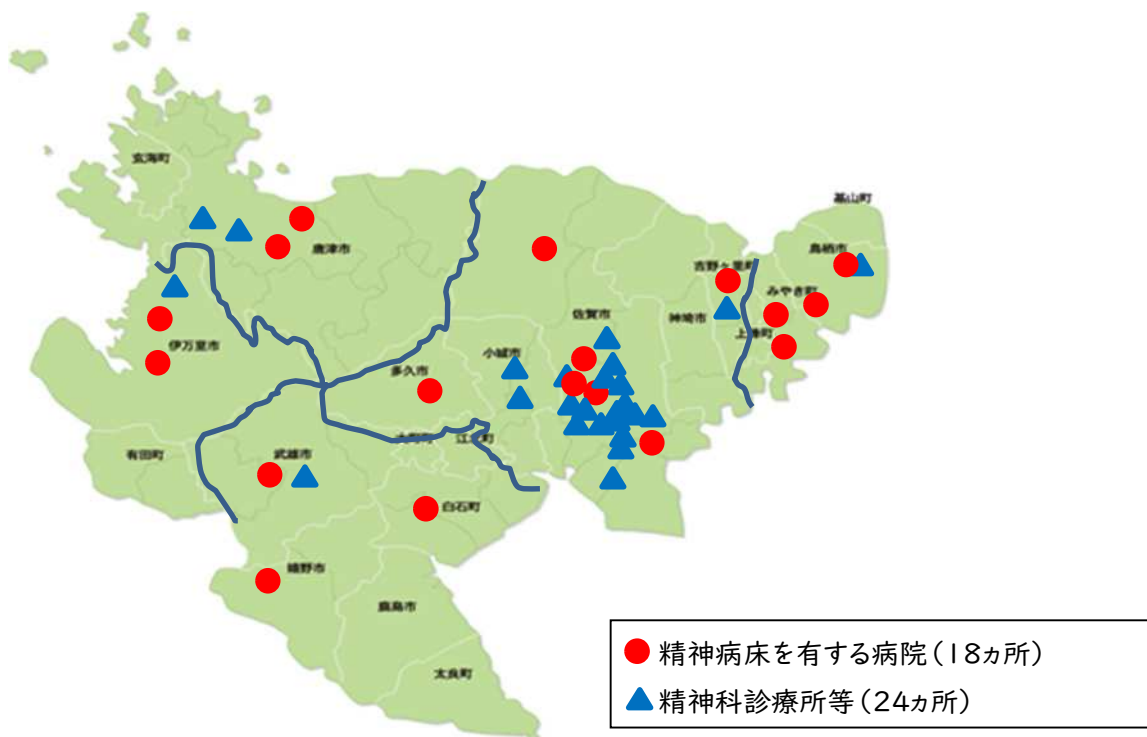
一般的な精神疾患等に対応する医療については主に診療所で対応し、高い専門医療については肥前精神医療センターや佐賀大学医学部附属病院が中核医療機関として対応するなど、県内の精神科医療機関で幅広い医療を提供できる体制が整っています。

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。

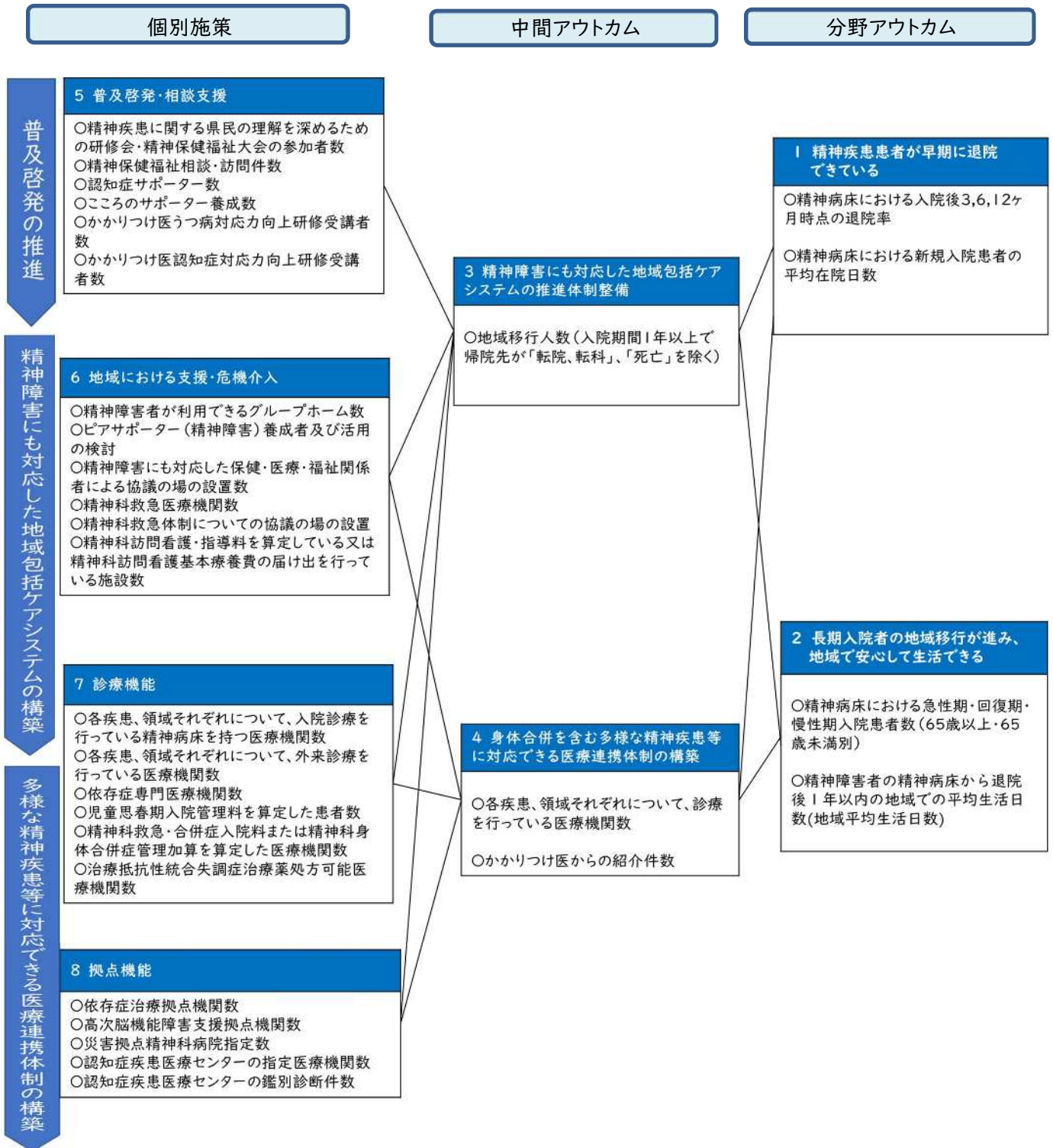
2	目標と施策
---	-------

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>

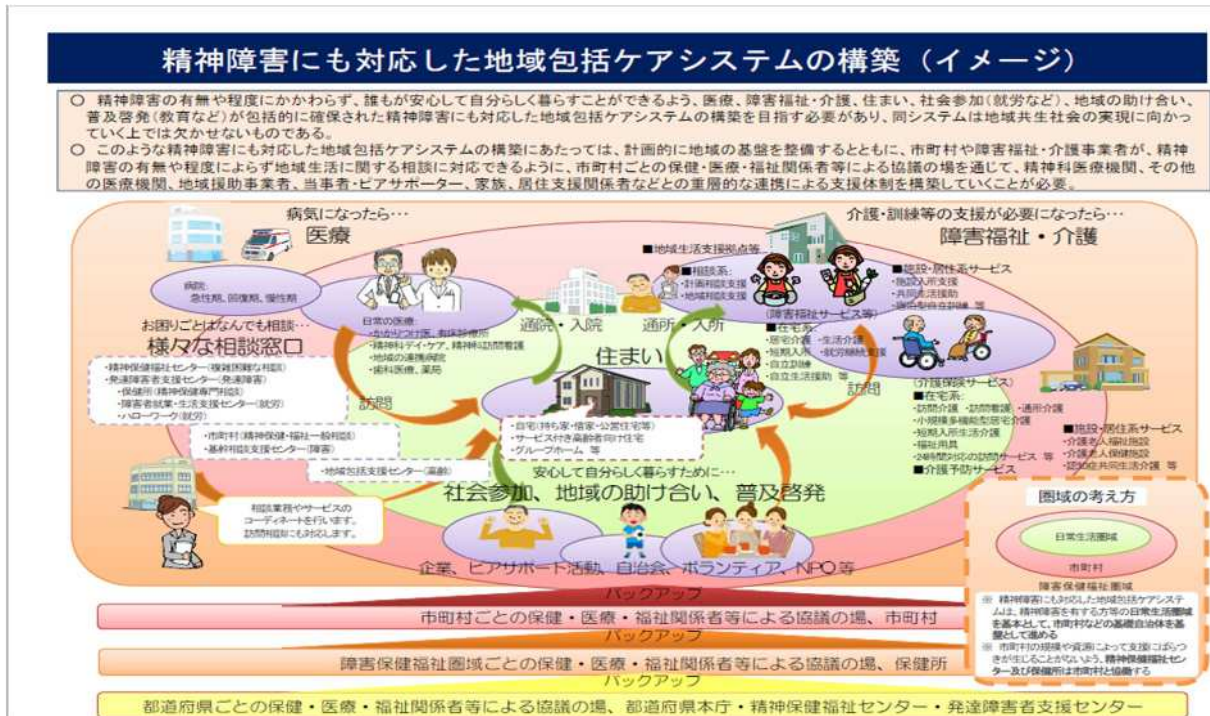
4 各医療機能を担う医療機関

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	4	2
東部	5	0	0
北部	4	1	0
西部	3	1	0
南部	4	1	0
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。

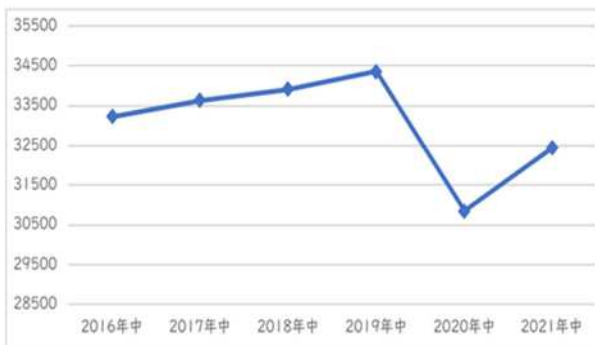
また、2021年の救急搬送人員のうち、65歳以上の高齢者が20,983人(64.7%)と全体の6割以上を占めています。(2016年19,766人(59.5%))

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。

重軽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。

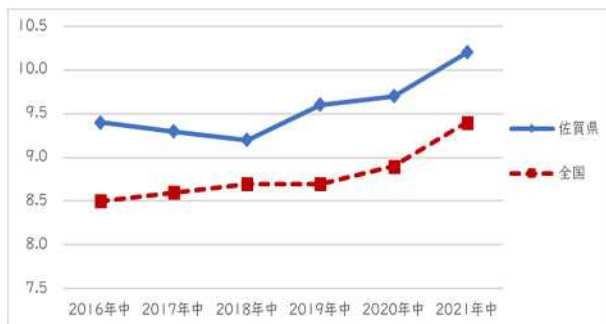
病院前救護活動については、救急隊の質の向上が重要です。本県では、救急隊総数43隊全てに常時救急救命士が乗車するとともに、2004年以降、メディカルコントロール体制のもとで、気管挿管や薬剤投与などの処置を適切に行えるようプロトコルを策定し、救急活動に対する医師の指示・助言と事後検証などにより、病院前救護活動の質の向上に努めています。

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
---	-------

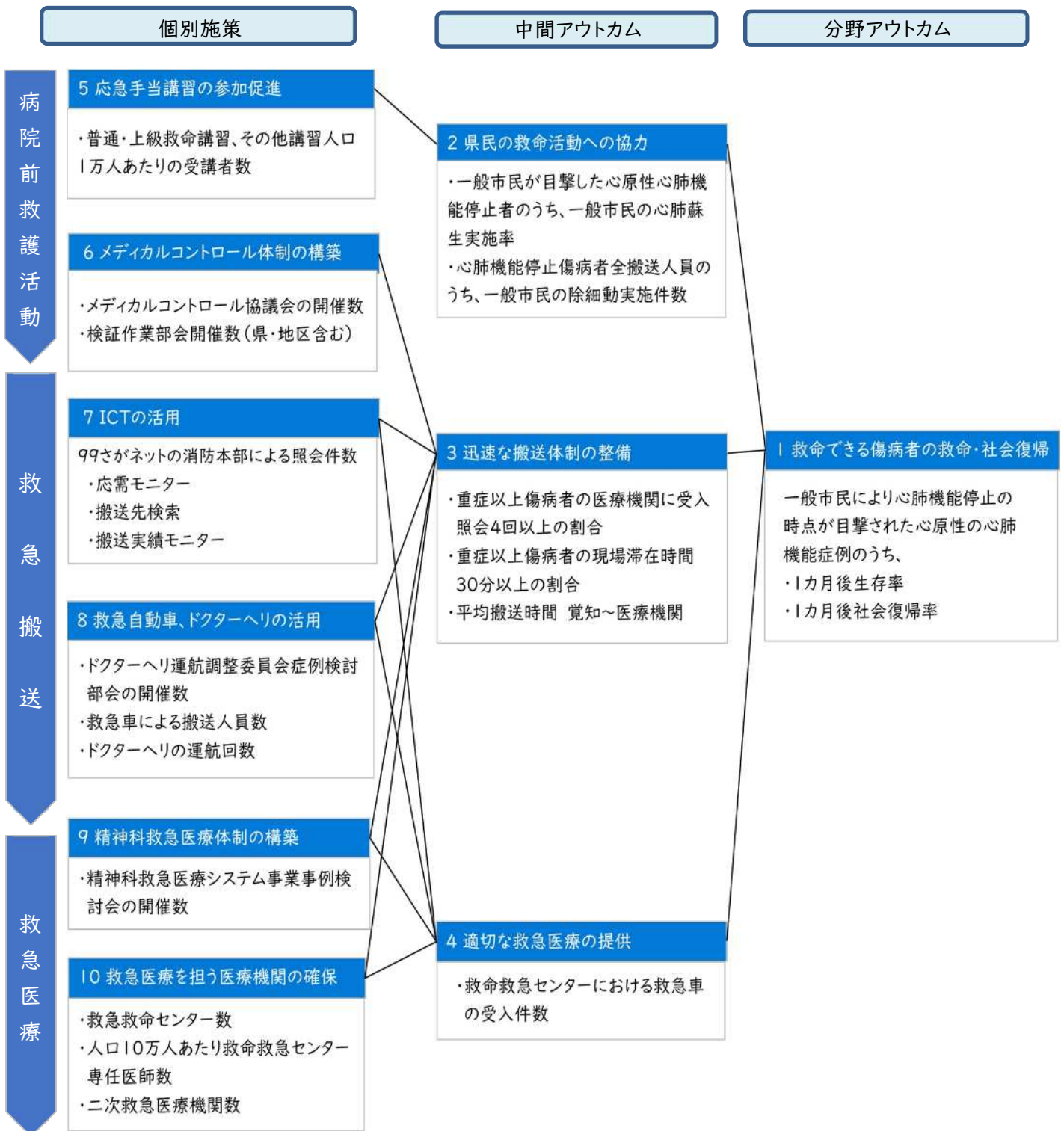
救急医療の分野は、県民の誰もが、いつでも、どこでも、①適切な病院前救護活動がなされ、②重症度や緊急度に応じた迅速な搬送・医療提供を受けることができ、③一人でも多くの傷病者が生存し、社会復帰できることを目指します。

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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・適切な傷病者の搬送及び医療機関の受入</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・24時間365日の救急搬送受入</li> <li>・患者の状態に応じた適切な情報や救急医療の提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・24時間365日の救急搬送受入</li> <li>・患者の状態に応じた適切な救急医療の提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の状態に応じた適切な救急医療の提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅等での療養を望む患者に対する退院支援</li> <li>・合併症、後遺症のある患者に対する慢性期の医療提供</li> </ul>
求められる事項	<p>【住民等】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・救急蘇生法の実施</li> <li>・適切かつ速やかな救急要請</li> </ul> <p>【救急救命士等】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・救急蘇生法等に関する講習会の実施</li> <li>・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</li> <li>・MC協議会のプロトコールに則した観察・判断・処置</li> <li>・適切な医療機関の選定、速やかな搬送</li> <li>・精神科救急医療体制との連携</li> </ul> <p>【MC協議会】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・プロトコールの策定・検証・改訂</li> <li>・医師から救急救命士に対する指示・助言体制の確立</li> <li>・ドクターヘリ活用の適否検討</li> </ul>	<p>【医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・高度な専門的医療を総合的に実施</li> <li>・地域の救急患者の最終的な受入</li> <li>・救急救命士等へのMCの拠点</li> <li>・重篤な救急患者の常時受入</li> <li>・高度な治療に必要な施設・設備</li> <li>・救急医療に関する知識・経験を有する医師・看護師の従事</li> <li>・ドクターヘリ、ドクターカーの活用</li> <li>・急性期のリハビリテーション実施</li> <li>・急性期後の転棟、転院体制</li> <li>・MC体制の充実</li> <li>・地域の救命救急医療の充実強化</li> </ul>	<p>【医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域で発生する救急患者の初期診療、入院治療</li> <li>・対応可能な範囲での高度な専門的診療</li> <li>・救急医療に関する知識・経験を有する医師・看護師の従事</li> <li>・救急医療に必要な施設・設備</li> <li>・早期のリハビリテーション実施</li> <li>・他の救急医療機関との連携</li> <li>・医療従事者に対する研修の実施</li> </ul>	<p>【医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・近隣医療機関との連携</li> <li>・診療可能時間、対応可能な診療科等の住民への周知</li> </ul>	<p>【医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・精神疾患と身体疾患合併患者の受入体制の整備</li> <li>・在宅介護サービスの調整</li> </ul>
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・救急告示医療機関</li> <li>・病院群輪番制医療機関</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・かかりつけ医(歯科医)</li> <li>・休日・夜間急患センター</li> <li>・在宅当番医・歯科在宅当番医</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・療養病床又は精神病床を有する病院</li> <li>・回復期リハビリテーション病棟を有する病院</li> </ul>

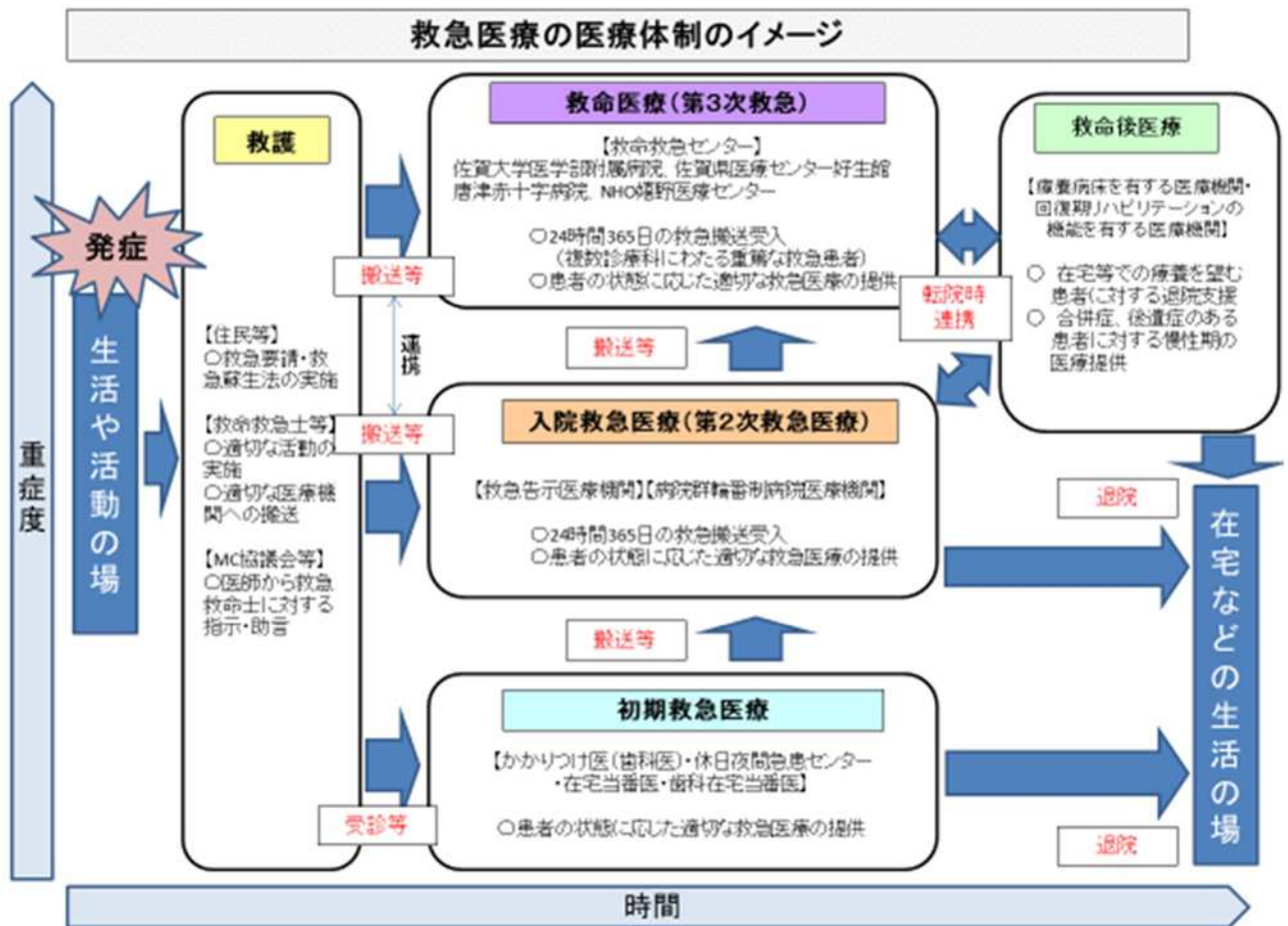
4 各医療機能を担う医療機関

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。

	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	0	6	1	16	50
北部	1	8	2	—	—
西部	0	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

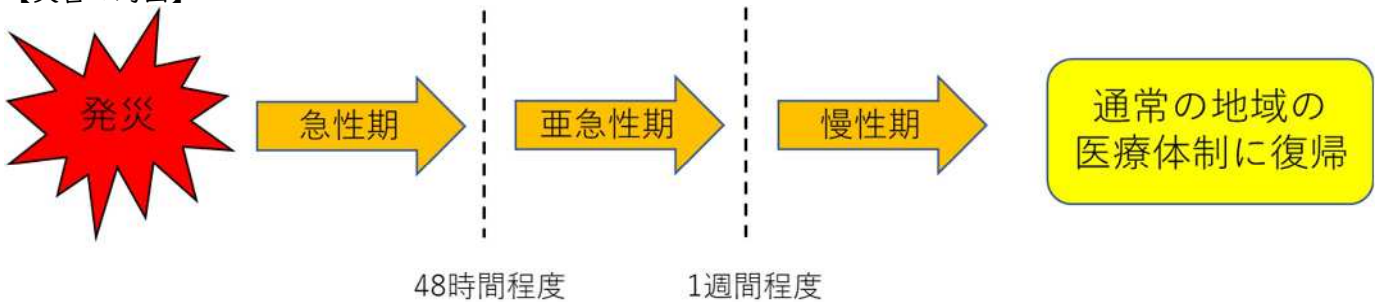
#### 1. 現状

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、災害時において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	・佐賀県医療センター好生館 ・唐津赤十字病院 ・佐賀大学医学部附属病院	・被ばく傷病者等に対する専門的医療の実施 ・地域内の関係者に対する研修 ・原子力災害医療派遣チーム整備
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	・長崎大学 ・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)	・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 ・原子力災害医療派遣チームの派遣調整 ・医療機関連携体制の構築 ・高度専門的研修の実施
原子力災害医療協力機関	・佐賀病院 ・多久市立病院 ・やよいがおか鹿毛病院 ・伊万里有田共立病院 ・白石共立病院 ・嬉野医療センター ・佐賀県放射線技師会	・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)

## 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
---	-------

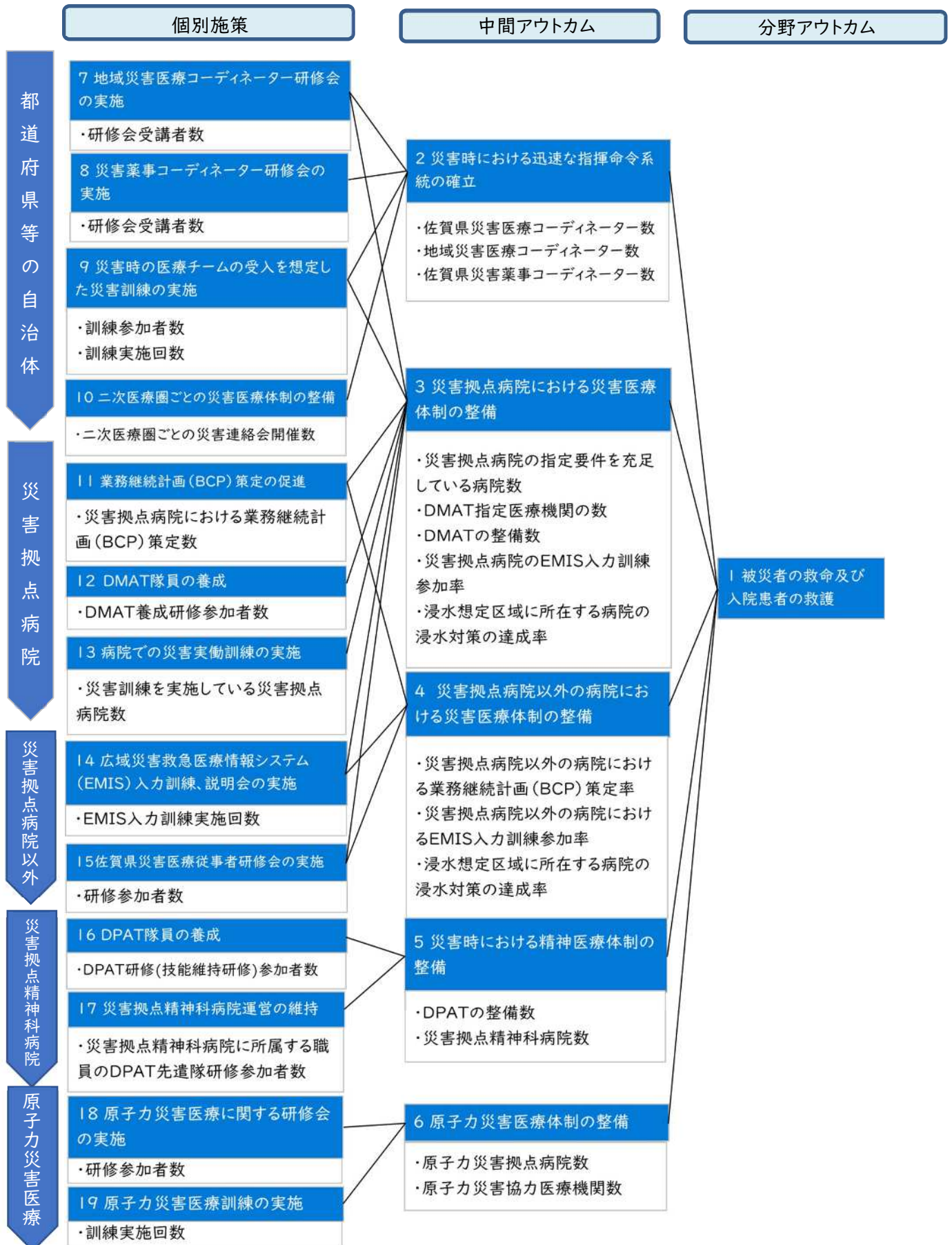
災害医療の分野は、災害時において一人でも多くの県民の命を救うことを目指します。

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)

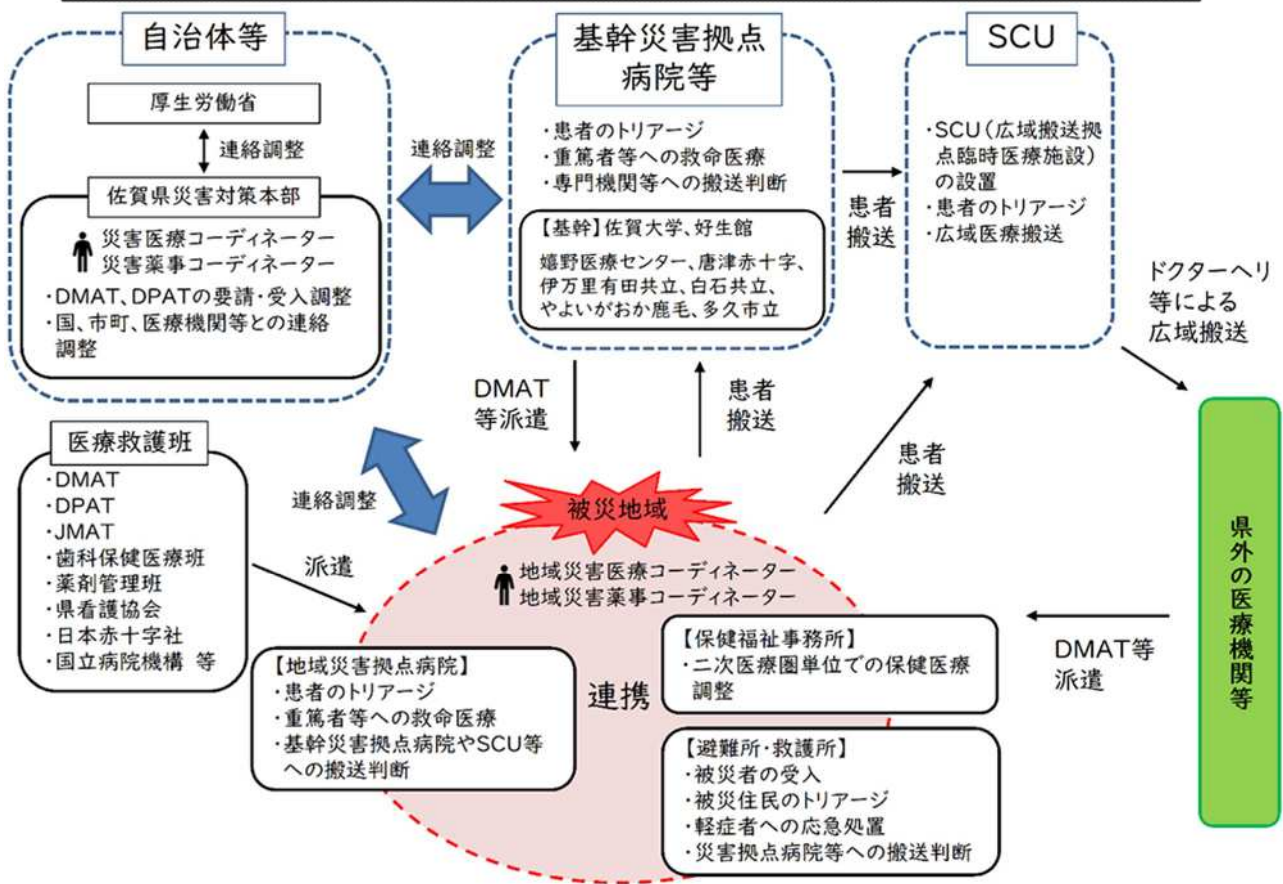


3 必要となる医療機能

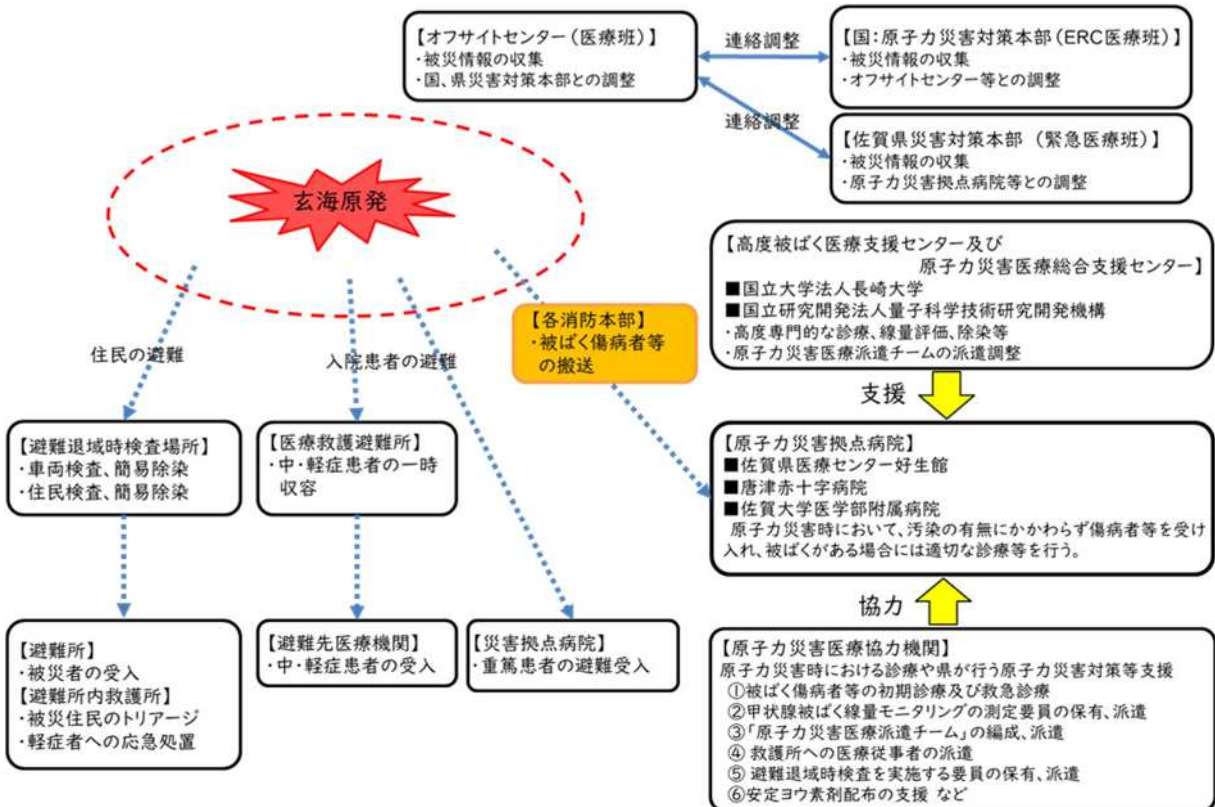
	都道府県等の自治体	災害拠点病院	災害時に拠点となる病院 以外の病院	災害拠点精神科病院	原子力災害
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・災害時において、各関係機関と迅速かつ適切に連携する</li> <li>・二次医療圏単位での保健所等を中心とした地域コーディネート体制の充実</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・被害状況等を EMIS 等にて県災害対策本部へ共有</li> <li>・災害時においても重篤救急患者の救命医療を行うための高度の診療機能を有する</li> <li>・広域医療搬送に対応</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

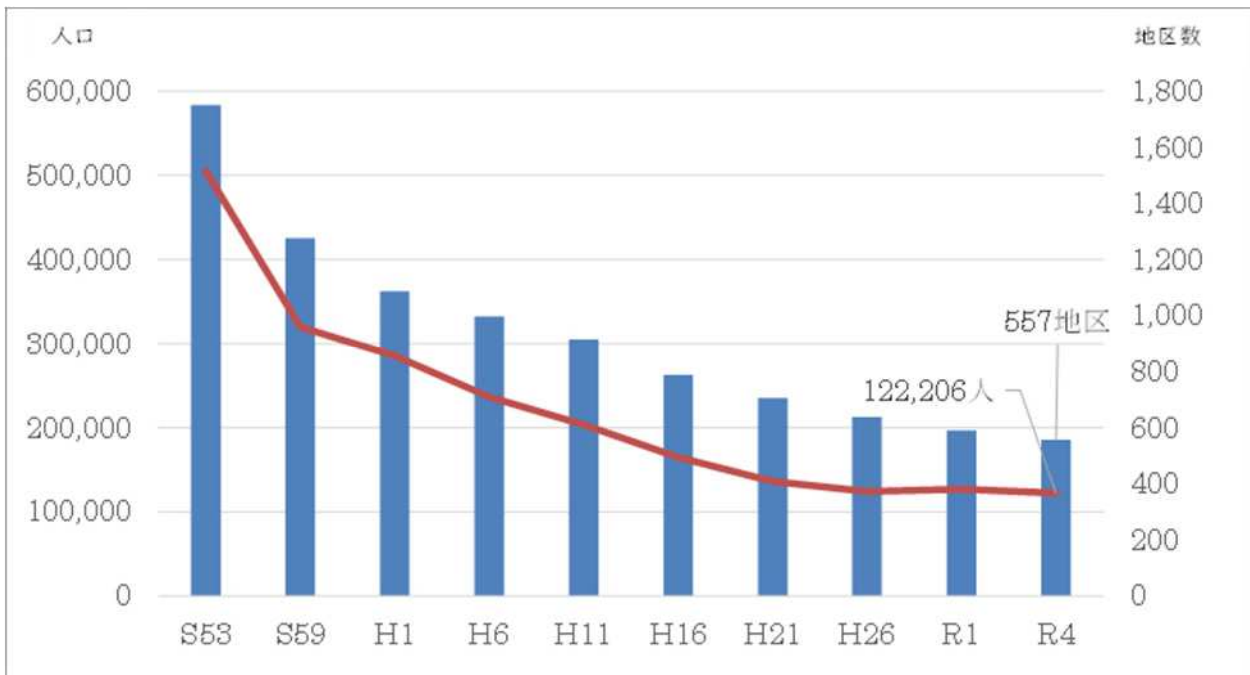
#### 1. 現状

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。

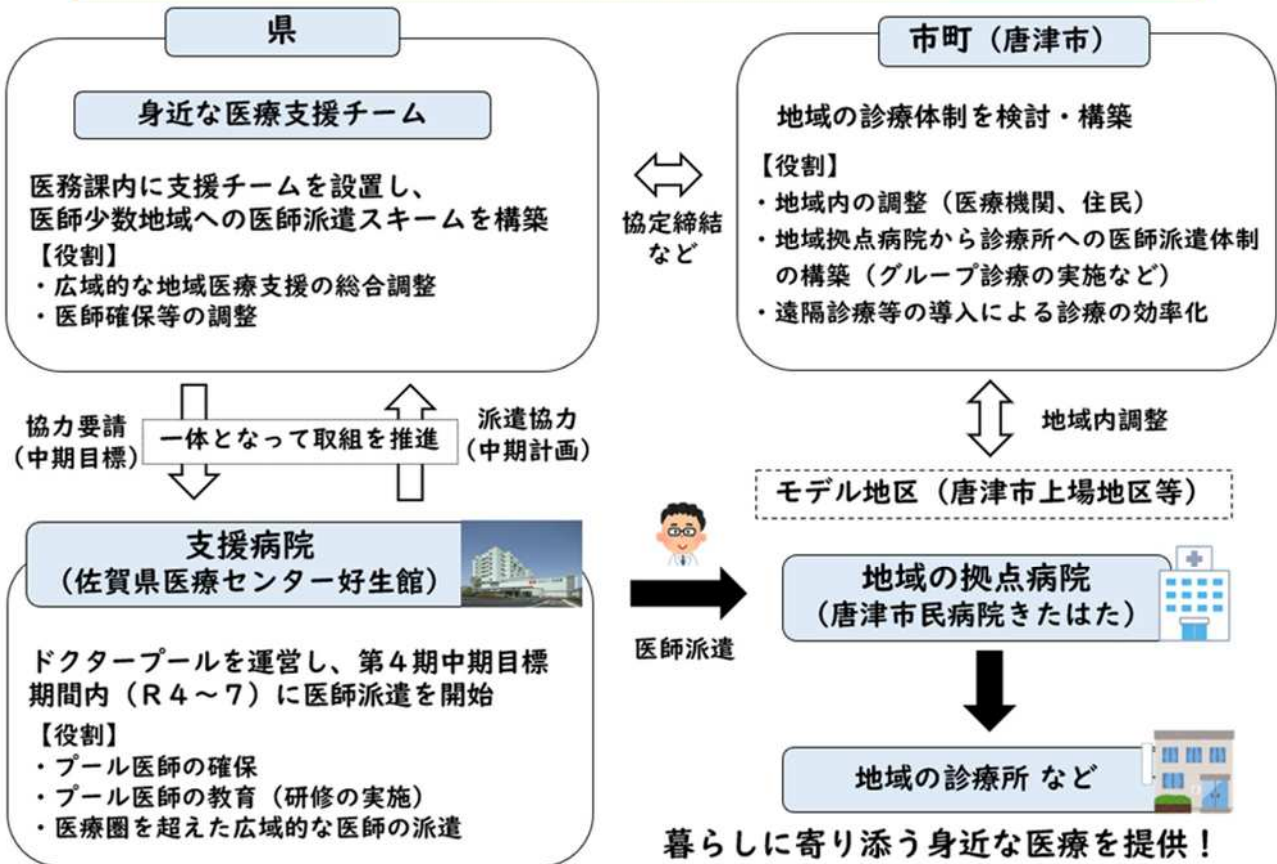
#### (※) 身近な医療提供支援事業について

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）



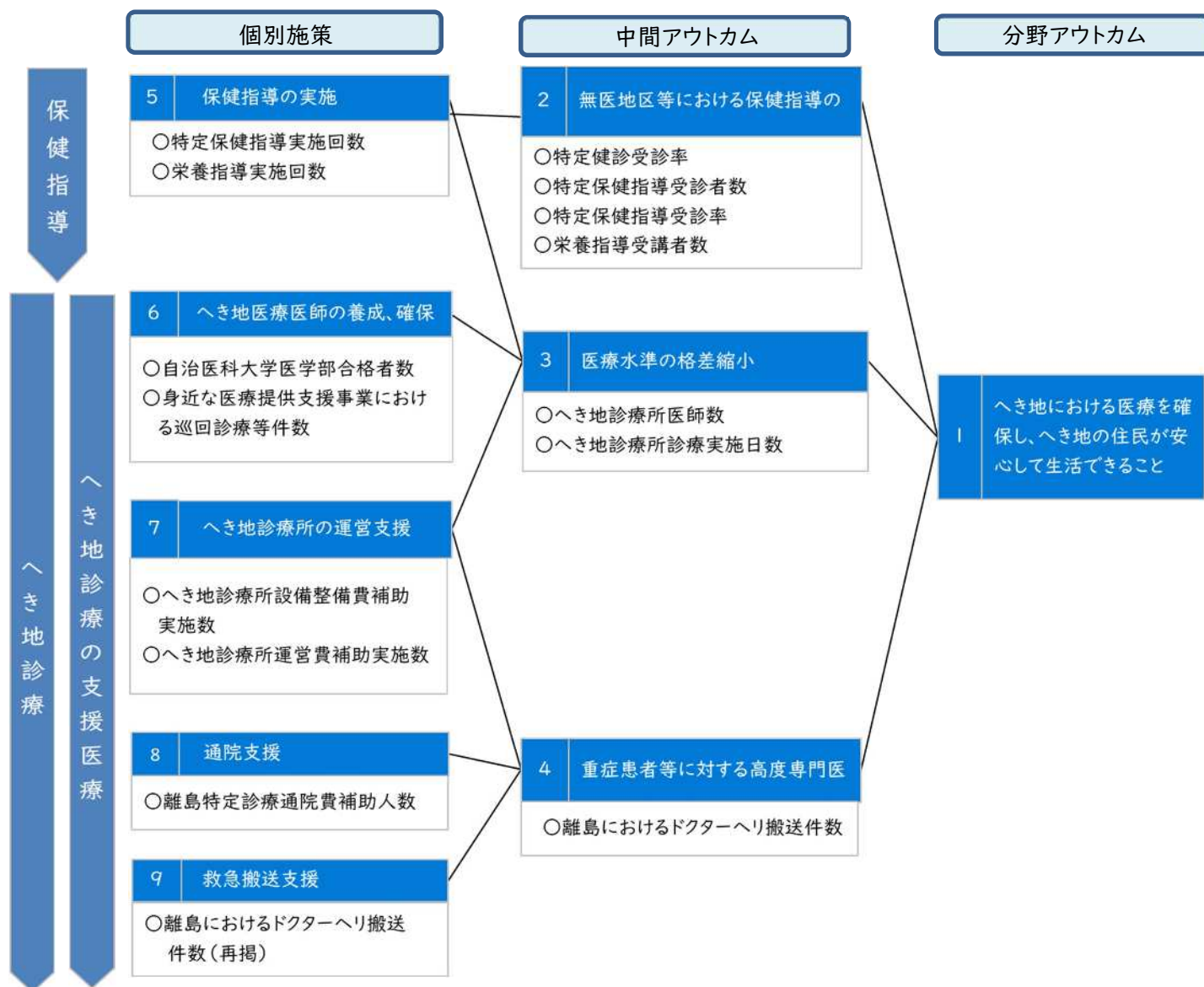
## 2 目標と施策

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**

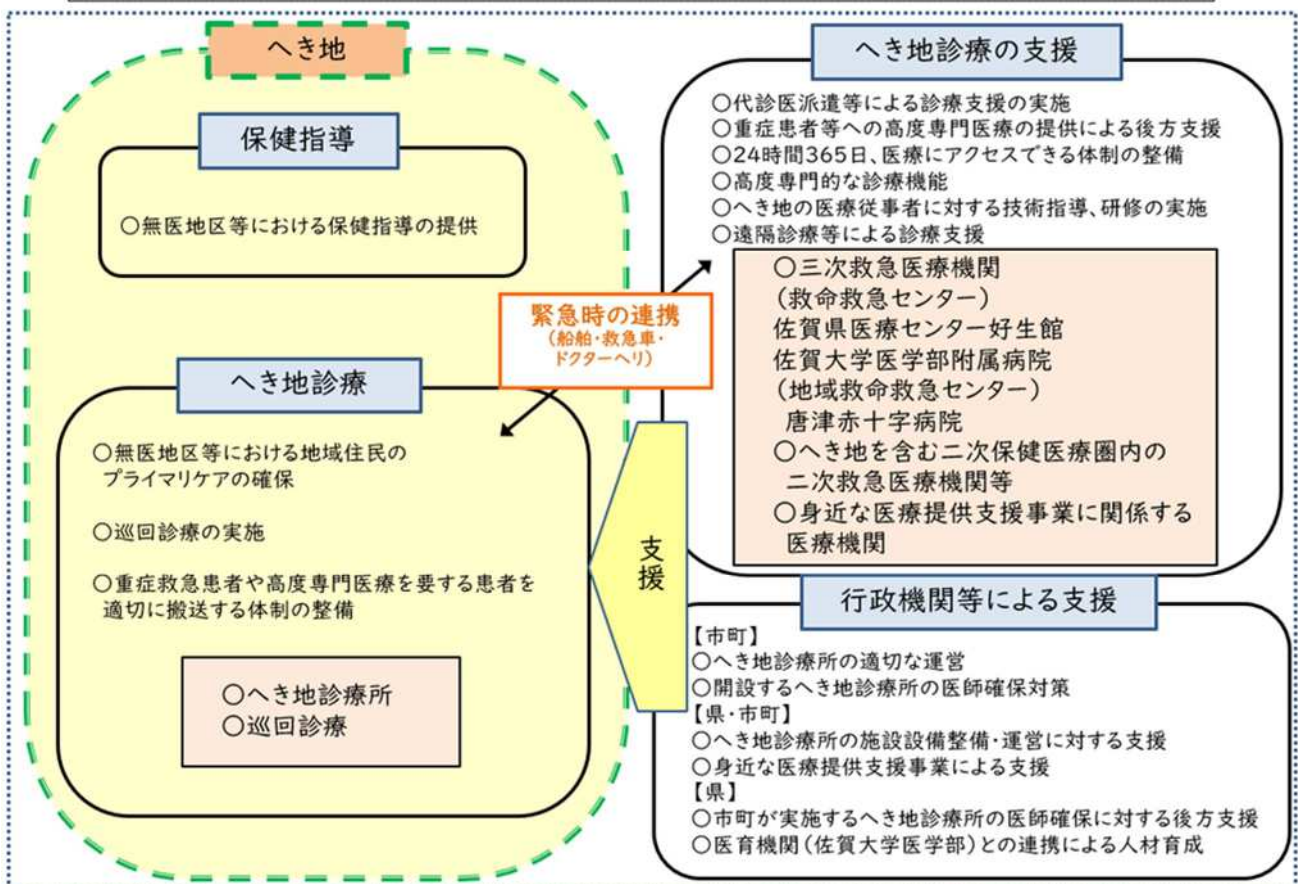
	保健指導	へき地診療	へき地診療の支援医療	行政機関等による支援
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・無医地区等における保健指導の提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・無医地区等における地域住民のプライマリケアの確保</li> <li>・重症救急患者や高度専門医療を要する患者を適切に搬送する体制の整備</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・診療支援の実施</li> <li>・重症患者等に対する高度専門医療の提供による後方支援</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	6	6	2
西部	—	—	—
南部	—	—	—
計	8	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	2,550	1,165	1,060	1,118	894	682	497	1,204	1,064	1,016,780	849,041
	15-49歳女性10万人当たり	—	4,520	4,084	4,414	3,899	4,481	4,120	4,776	4,300	5,152	4,219	4,312	4,291	3,869	3,396
	場所別件数	病院	1,932	1,630	737	639	219	180	575	483	110	101	291	227	—	—
		診療所	5,320	4,424	2,357	1,906	942	878	541	410	569	395	911	835	—	—
		その他	16	11	5	5	4	2	2	1	3	1	2	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	4.6	0	0	8.5	9.6	0	0	3.6	4.0	4.0	3.9
	診療所	11.8	11.4	10.0	9.2	7.7	7.8	4.3	4.8	30.2	25.5	17.9	20.2	5.0	4.4	
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	73.4	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	43.7	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	16.7	11.5	17.9	4.3	4.8	45.3	34.0	25.1	32.3	8.6	8.7
	診療所	105	117	76	84	0	0	12	15	0	0	17	18	18,224	18,821	
助産師数	実数	診療所	60	73	35	35	6	10	2	3	3	4	14	21	4,958	6,263
		病院	65.5	78.7	108.7	128.4	0	0	51.3	72.2	0	0	61	72	69.3	75.3
	15-49歳女性10万人当たり	診療所	37.0	49.0	49.4	53.2	23.1	39.6	8.5	13.9	24.9	32.3	48.3	84.7	18.9	25.1

※分娩件数は人口動態調査を基に県で算出したデータを含む

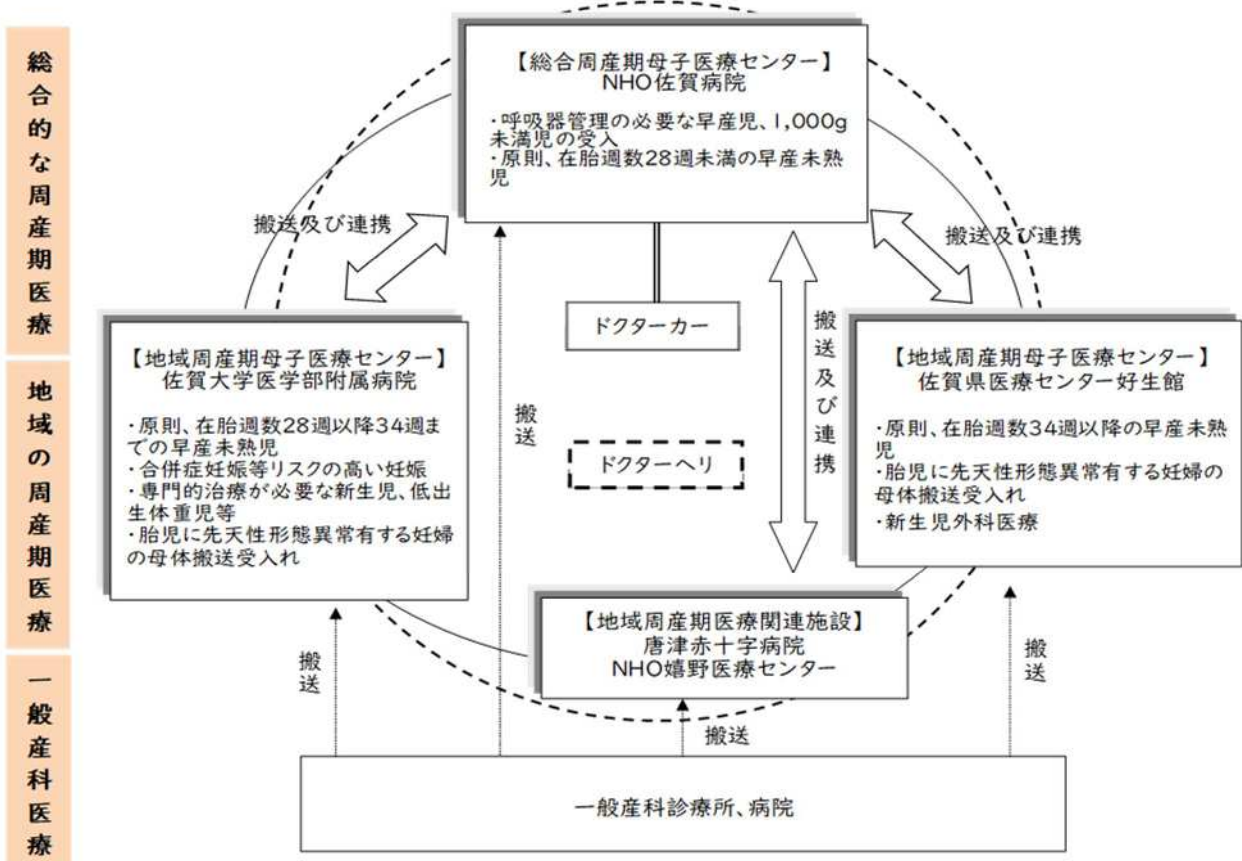
(人口動態調査、医療施設調査、医師・歯科医師・薬剤師統計)

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。

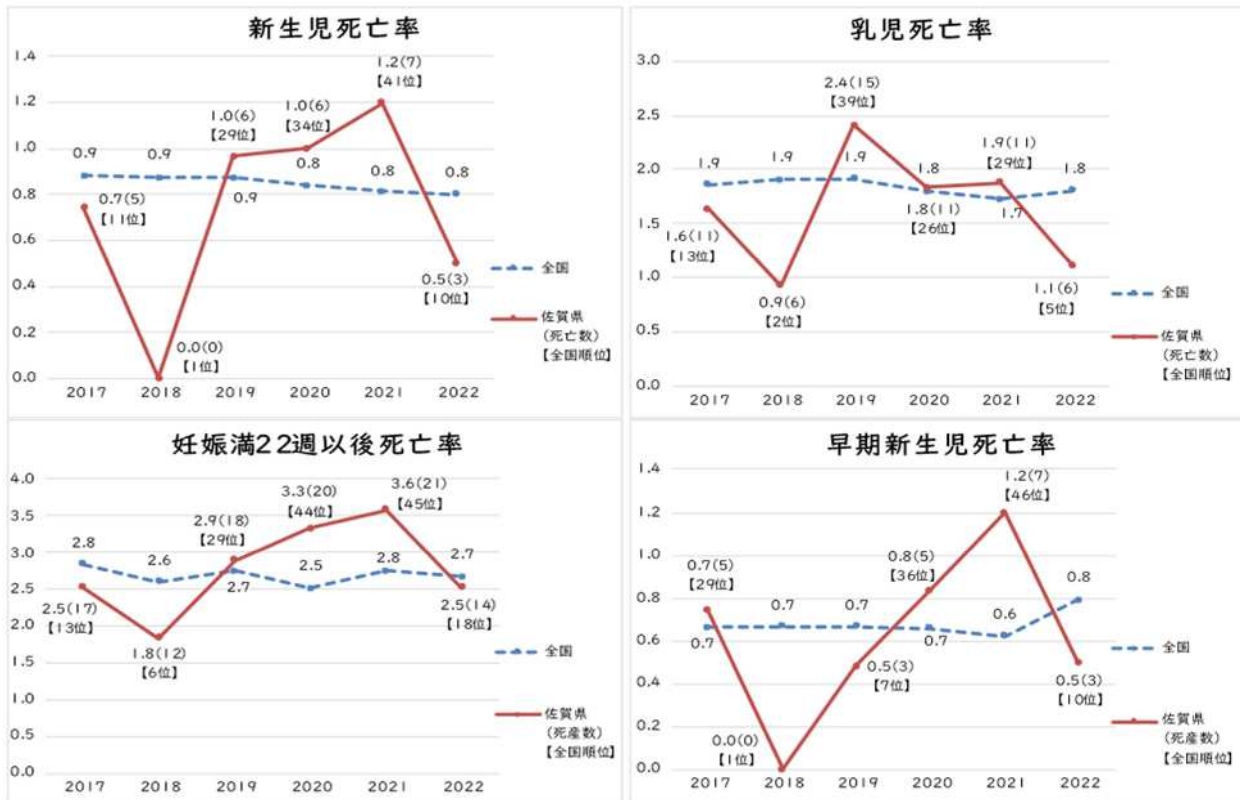
一般産科診療所・病院と周産期母子医療センターが連携し、安全な周産期医療が提供されています。

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
---	-------

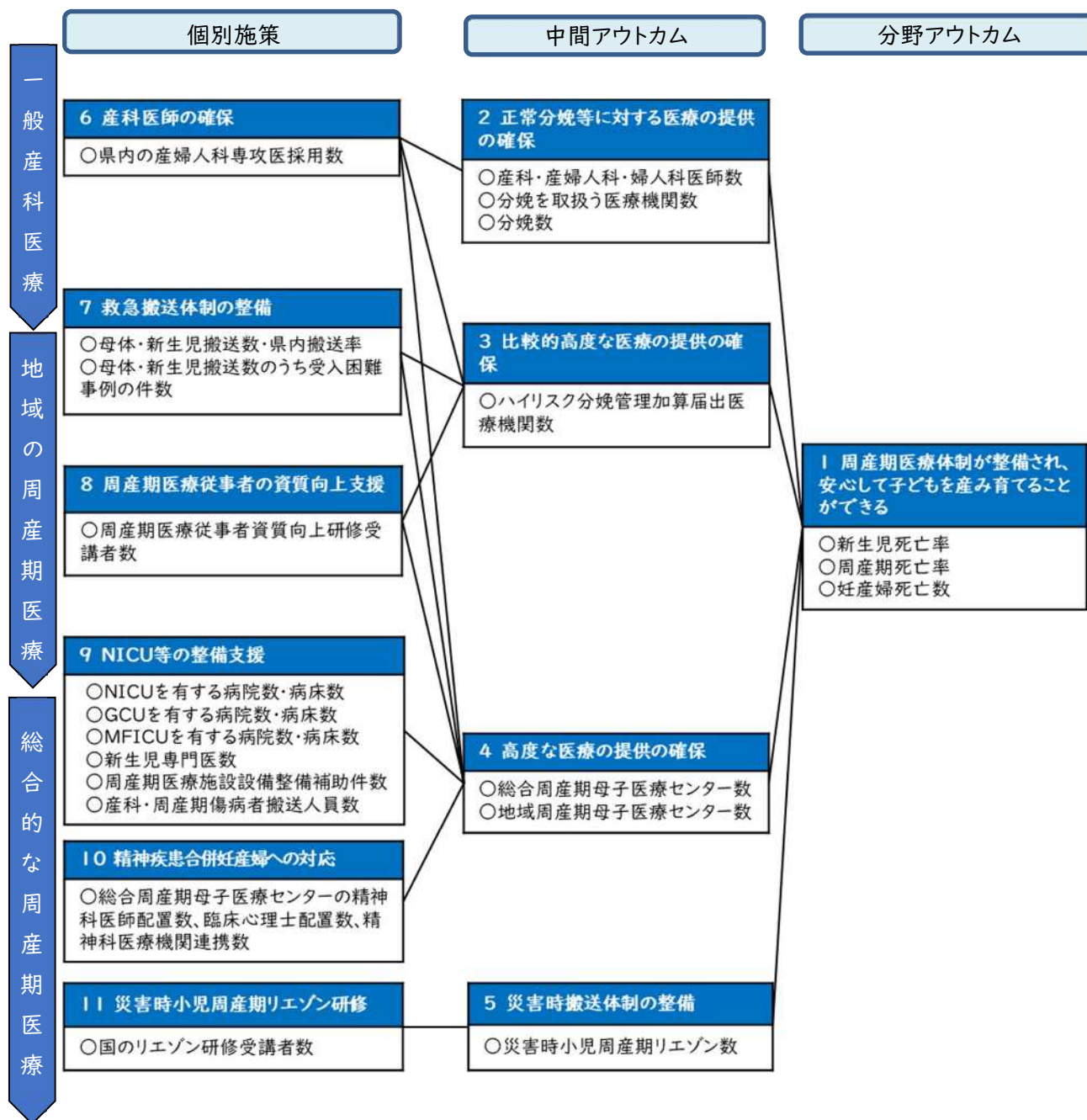
周産期医療の分野は、周産期医療体系図のとおり、引き続き一般産科医療、地域の周産期医療及び総合的な周産期医療が連携し、県民が安心して子供を産み育てることができるところを目指します。

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**

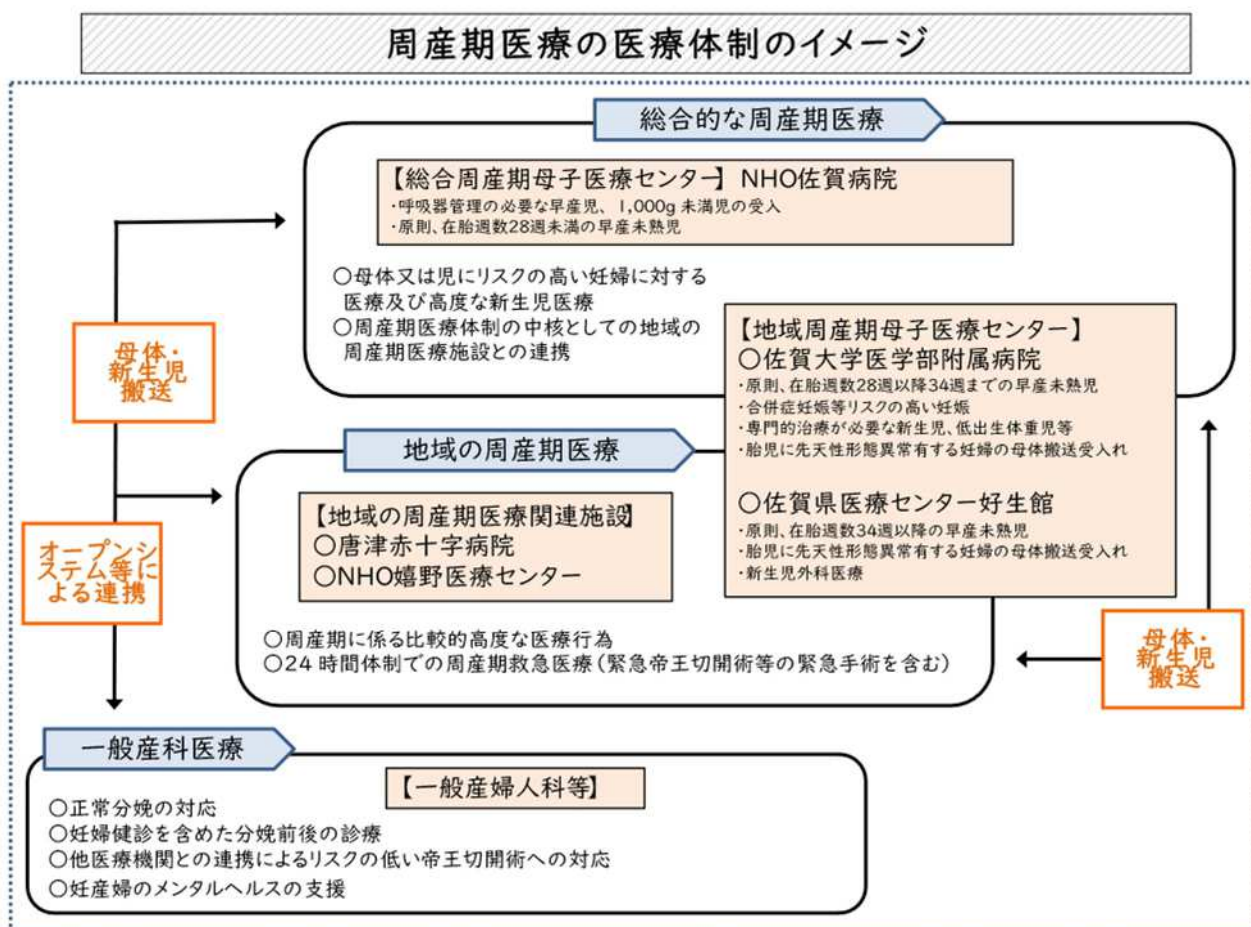
	一般産科医療	地域の周産期医療	総合的な周産期医療
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・正常分娩への対応</li> <li>・妊婦健診等を含めた分娩前後の診療</li> <li>・他医療機関との連携による、リスクの低い帝王切開術への対応</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・周産期に係る比較的高度な医療行為</li> <li>・24 時間体制での周産期救急医療（緊急帝王切開術等の緊急手術を含む）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <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	0	0	0
北部	2	1	1	0
西部	2	0	0	0
南部	5	1	1	0
計	17	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

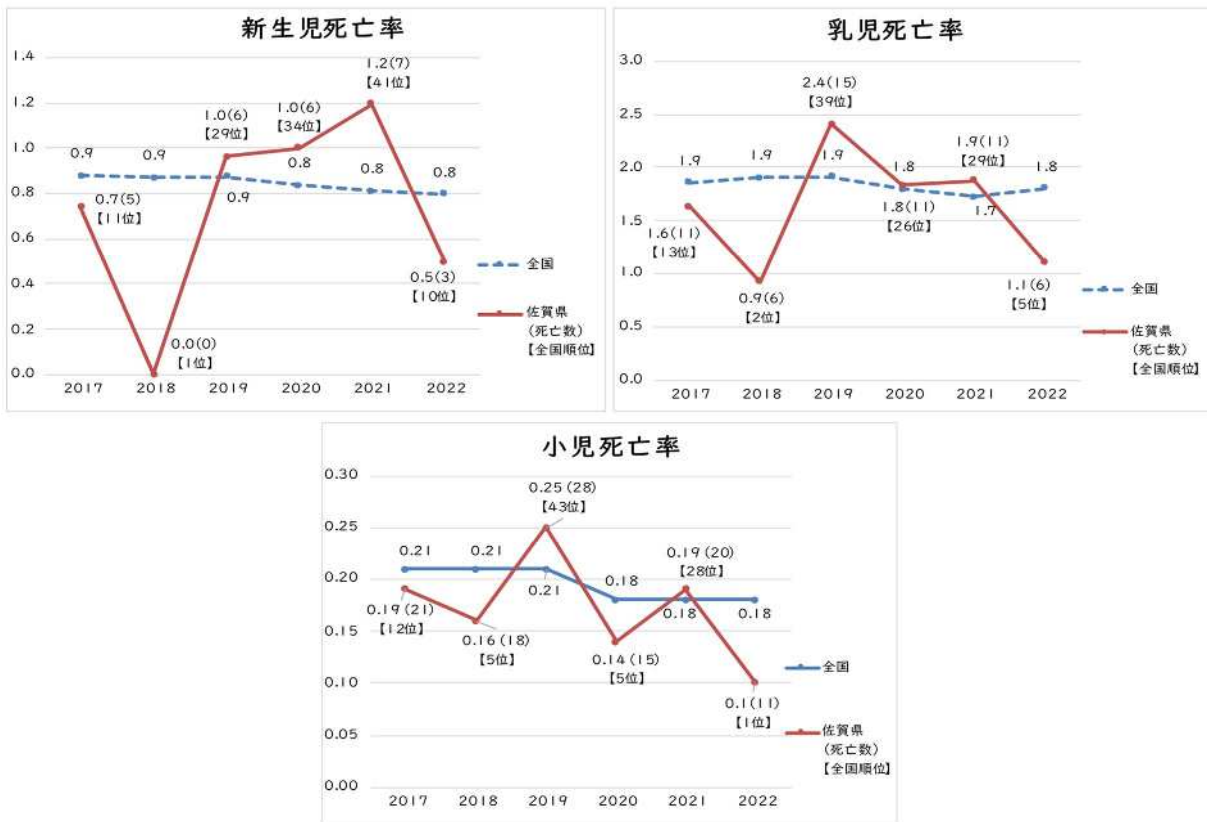
本県の小児（15歳未満）人口は、2020年に108,827人となっており、年々減少しています。2020年の厚生労働省患者調査によると、本県の1日当たりの小児患者数（推計）は、入院で約200人、外来で約4,800人となっています。

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

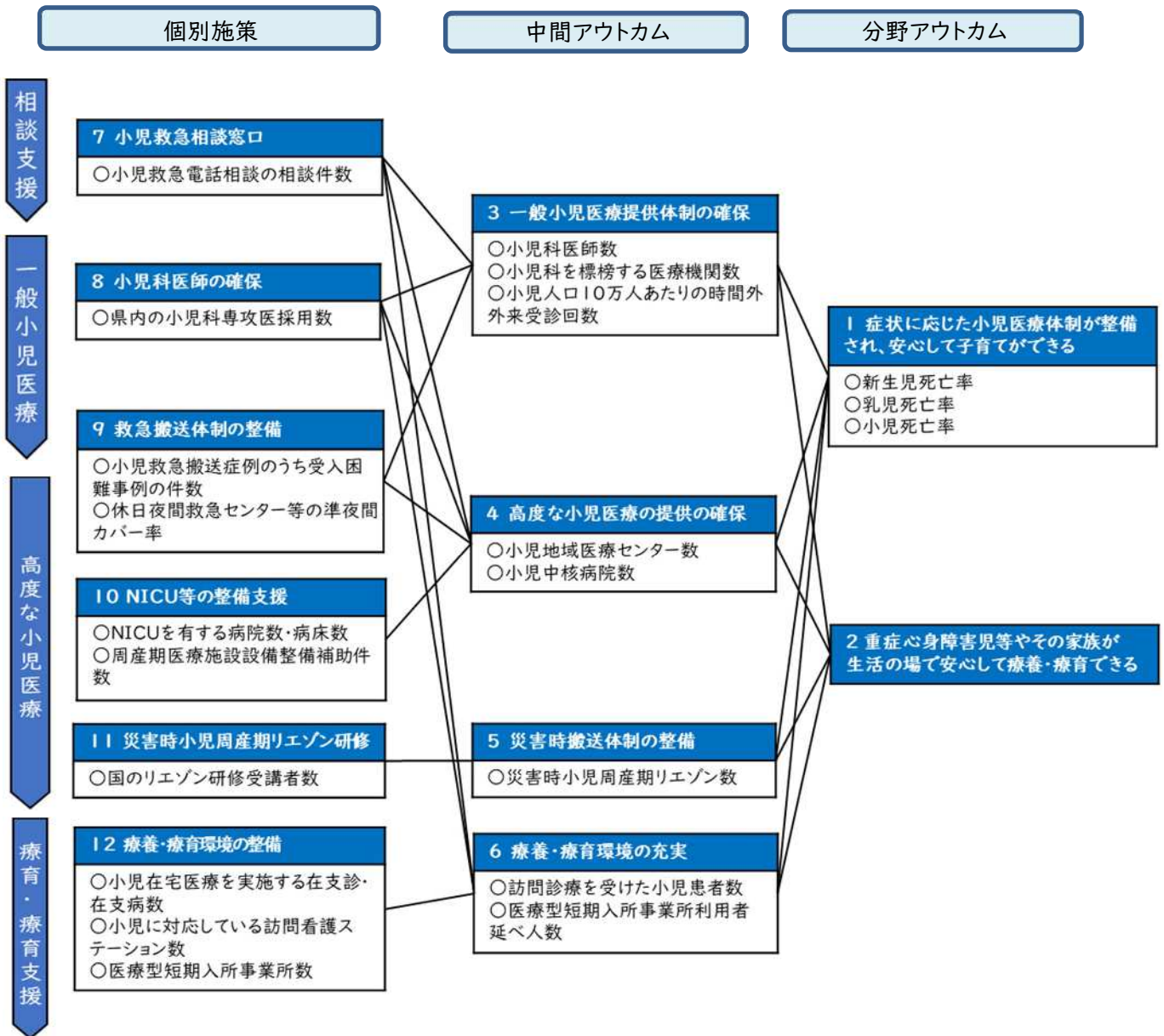
小児医療の分野は、子供の症状に応じた医療提供体制が整備され、子供がすくすくと健やかに成長できる環境を目指します。

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)	20 (2023 年度)	—
	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**

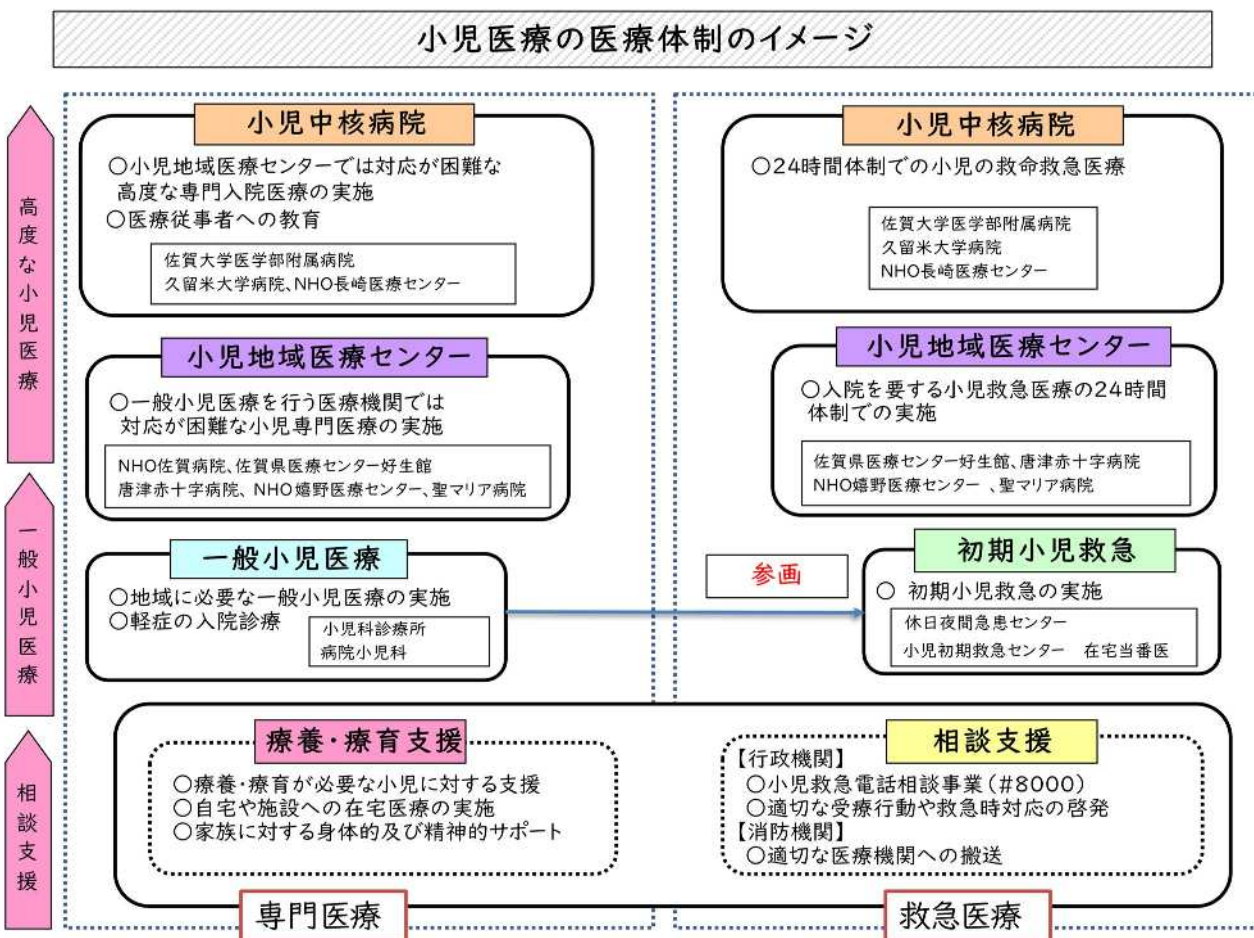
	相談支援	一般小児医療		小児地域医療センター		小児中核病院	
	健康相談等の支援機能	一般小児医療	初期小児救急	小児専門医療	入院小児救急	高度小児専門医療	小児救命救急医療
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・子供の急患時の対応支援</li> <li>・症状に応じた情報提供</li> <li>・適正な受療行動を促す</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域に必要な一般小児医療の実施</li> <li>・生活の場での療養・療育が必要な小児に対する支援</li> </ul>	<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	62	1	2	1	1	1
東部	23	1	0	0	0	0
北部	17	1	1	1	0	0
西部	12	1	0	0	0	0
南部	29	3	1	1	0	0
計	143	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。



<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)

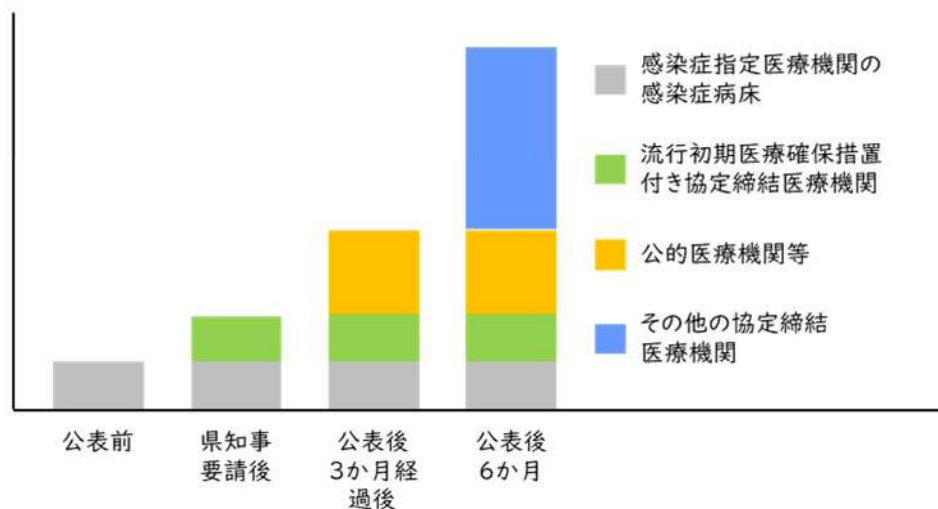
流行初期対応を行っていない公的医療機関等(対応可能な民間医療機関を含む)も加わり対応。

#### 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

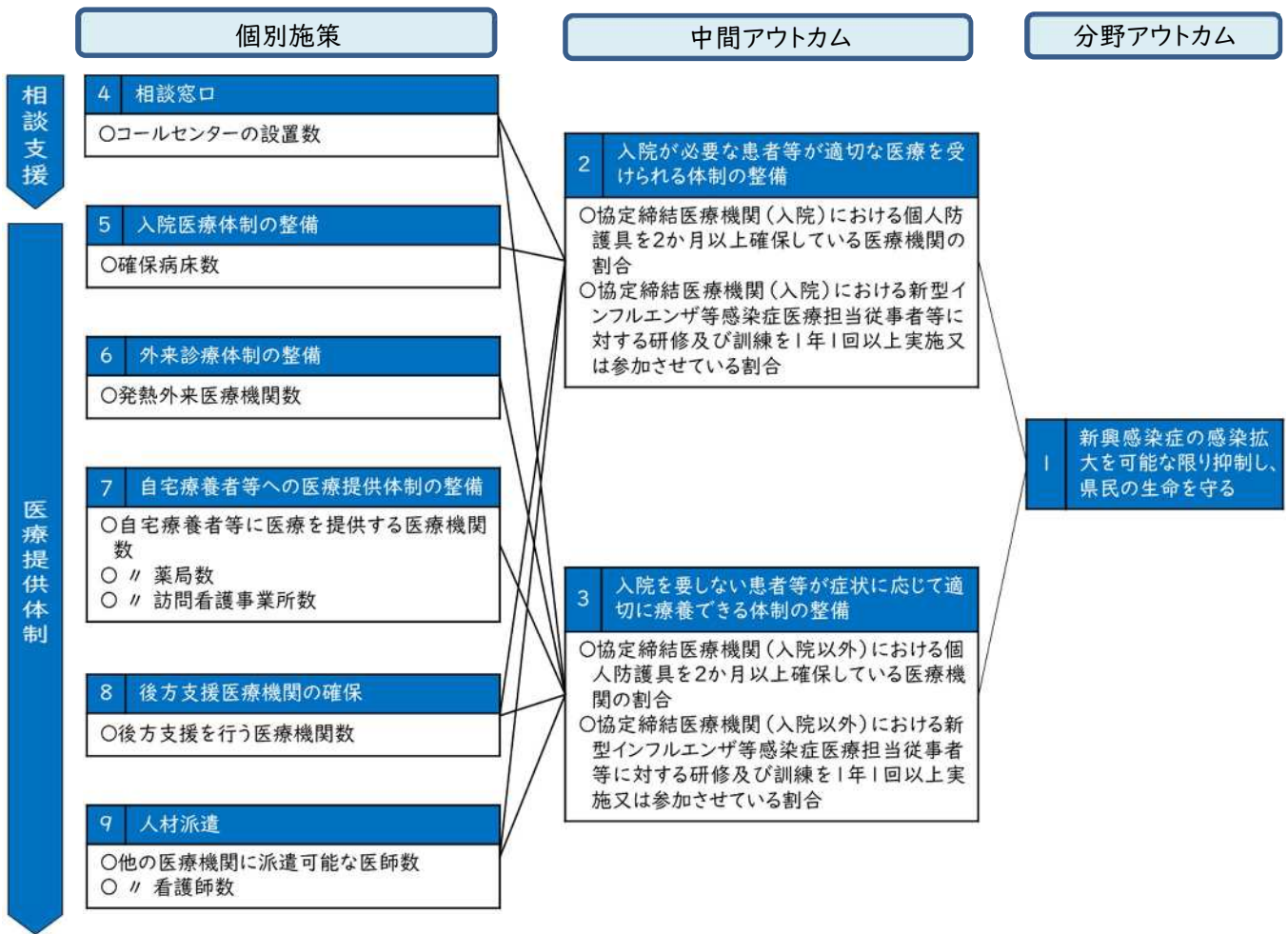
新興感染症の発生・まん延時における医療の分野は、①入院が必要な患者等が適切な医療を受けられる体制の整備、②入院を要しない患者等が症状に応じて適切に療養できる体制の整備を目指します。また、ICTの活用を含め、より一層個々の患者に寄り添った対策を行っていきます。

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、13の効果指標により把握し、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	} 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	}	}	}	}
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

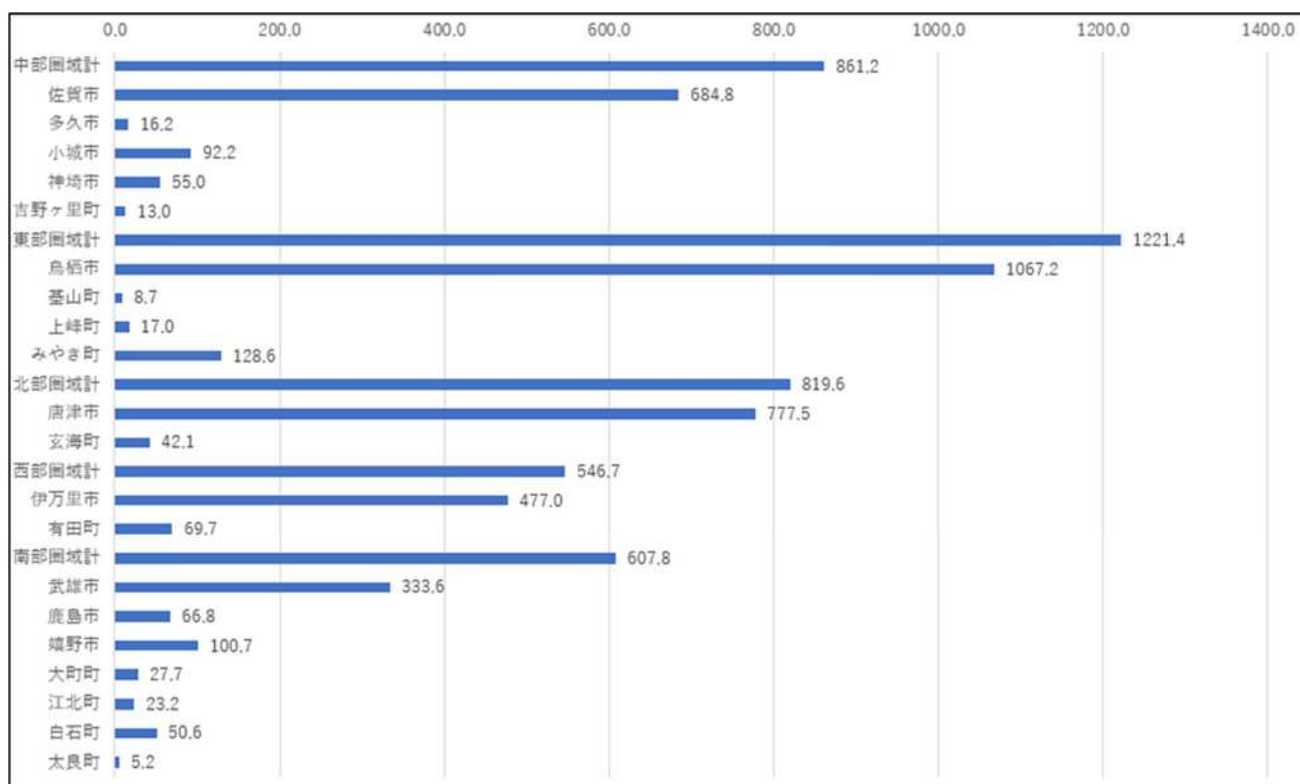
### I 現状と課題

#### 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&lt;人口 10 万人当たり&gt;

(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)

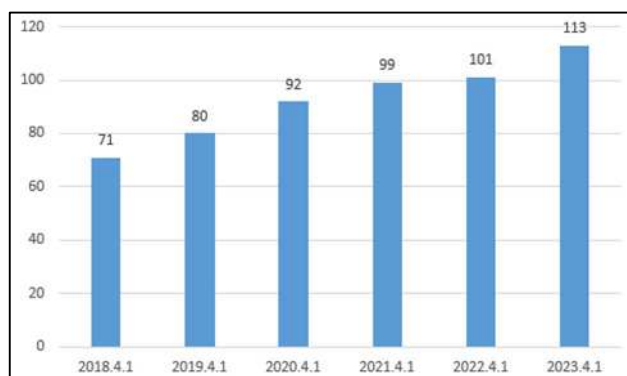
(2022年度医療計画作成支援データブックに基づき、佐賀県医務課で推計)

	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」

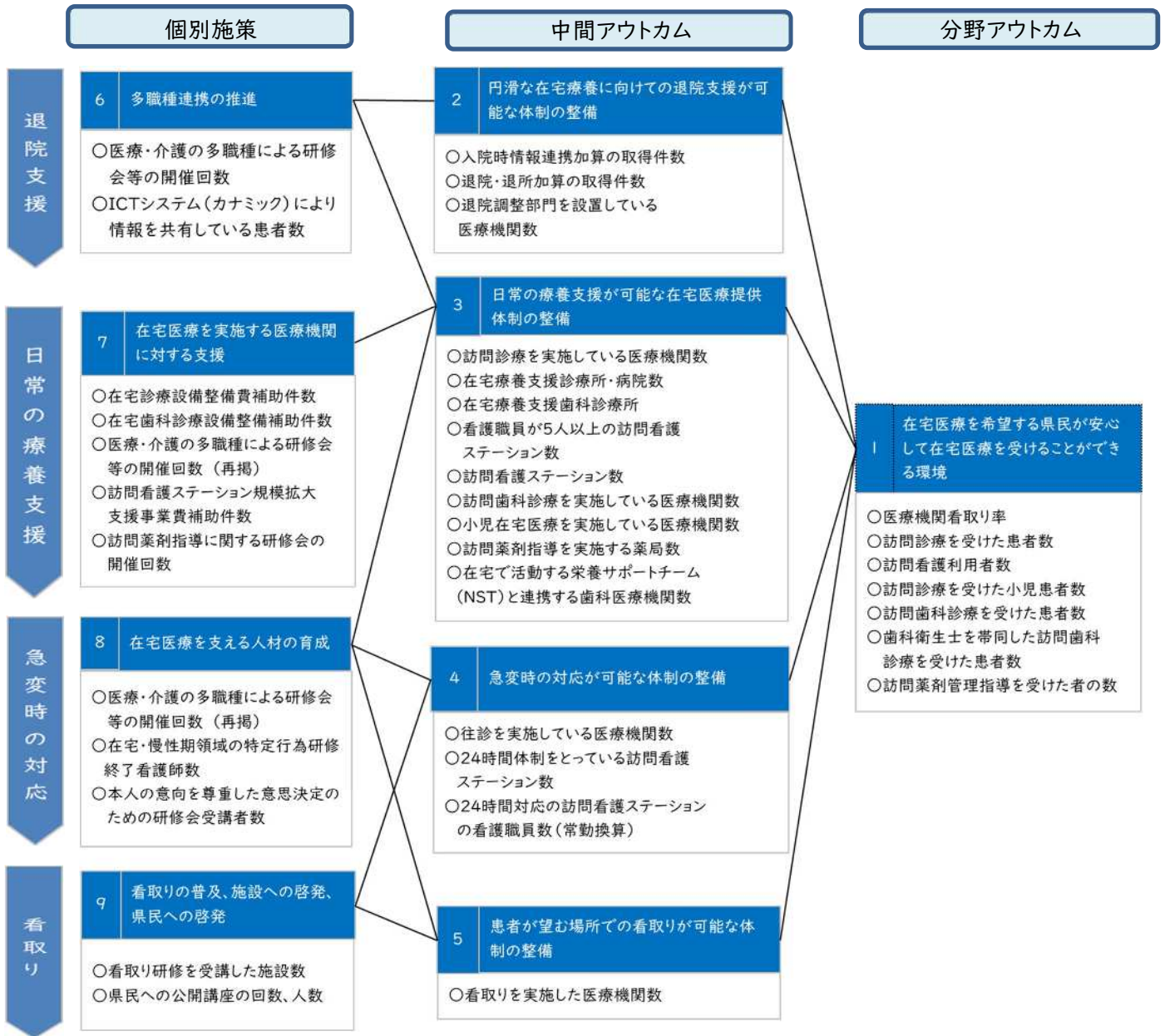
## 2 目標と施策

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

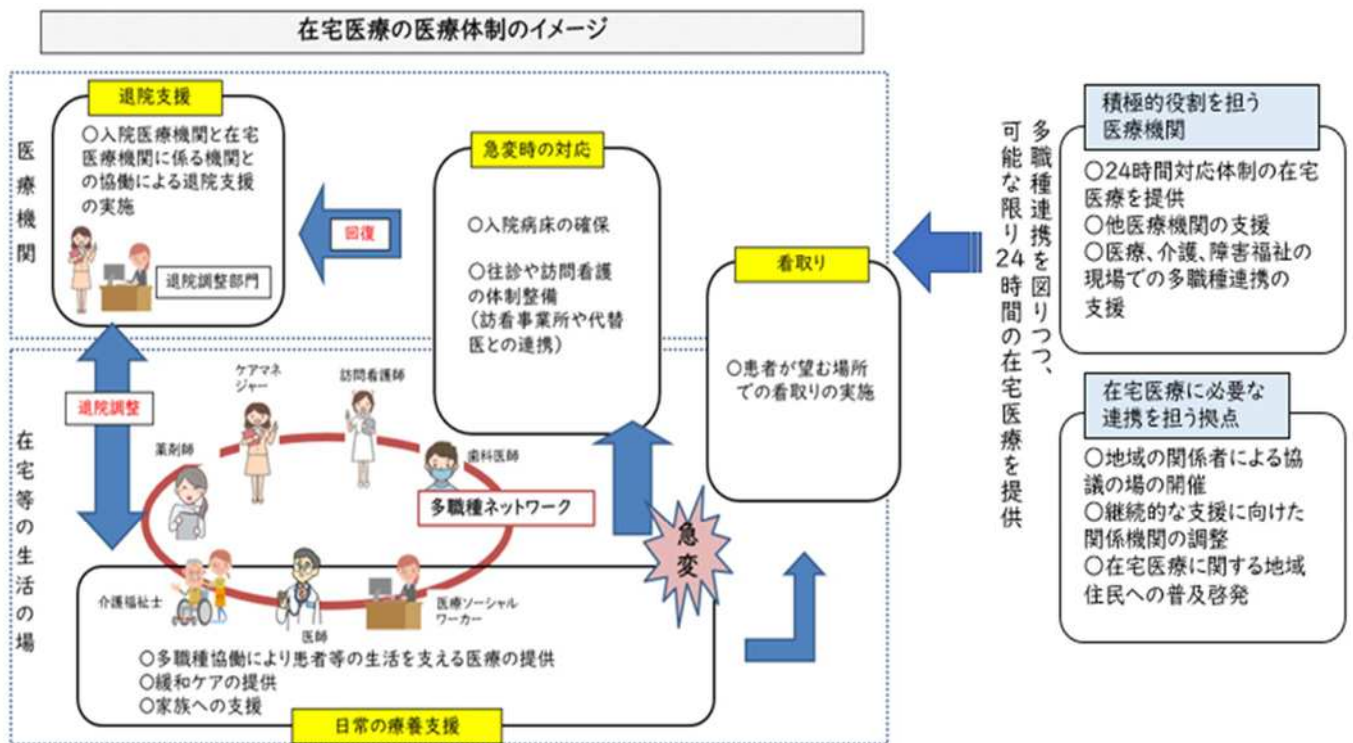
2023年9月時点 九州厚生局 HP(届出受理医療機関名簿)、県調査  
 具体的な医療機関名は、定期的に調査を実施し、県ホームページに掲載します。

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。



## 第5章 外来医療に係る医療提供体制の確保(外来医療計画)

### 第1節 外来医療計画の概要

#### 1 計画策定の趣旨

外来医療計画は医療法第30条の4第1項の規定に基づく、医療計画の一部として、同条第2項第10号に規定されている「外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項」を定めるものです。

#### 2 計画策定の基本方針

2020年の医師・歯科医師・薬剤師統計では、医療機関に勤務する人口10万人対医師数について、全国の256.6人に対し、本県では290.3人となっています。

このうち診療所に勤務する人口10万人対医師数については、全国の85.0人に対し、本県では93.4人となっています。このことから、本県は相対的には医師が多い県と言えます。

一方、厚生労働省においては、都市部を中心に無床診療所が集まってしまうなど、外来医療の提供状況が偏在の様相を示しているとのことで、その偏在の解消に向け、外来医療対応の中心である診療所医師の偏在状況を可視化・提供していくことを通じて、新規開設を検討する者の行動変革に繋げていくことを外来医師偏在対策の基本的考え方としています。

さらに、2021年5月に制定された「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」により2022年度から外来機能報告が開始され、これらのデータ等を活用し、今後、地域における外来医療機能の明確化・連携に向けた取組が求められています。

また、医療機器台数についても全国的に地域差があり、今後、人口減少が見込まれ、効率的な医療提供体制の構築が求められる中、特に高額の医療機器を中心に効率的な活用が求められるところ です。

このことから、本県においても、現状分析を行うとともに今後の方針を定めることとします。

(佐賀県の医療機関従事医師の人口10万人対医師数) 【 】は全国 (単位:人)

	2010年	2012年	2014年	2016年	2018年	2020年
総数	245.0 【219.0】	249.8 【226.5】	266.1 【233.6】	276.8 【240.1】	280.0 【246.7】	290.3 【256.6】
うち 病院	159.6 【141.3】	168.4 【147.7】	179.2 【153.4】	188.6 【159.4】	190.5 【164.5】	196.9 【171.6】
うち 診療所	85.4 【77.7】	81.4 【78.8】	87.0 【80.2】	88.2 【80.7】	89.5 【82.1】	93.4 【85.0】

(出典) 医師・歯科医師・薬剤師統計

### 3 計画期間

当該計画は、医療法上、医療計画の一部として策定するため、第8次佐賀県保健医療計画の計画期間は2024年度から2029年度ですが、外来医療に係る医療提供体制は比較的短期間に变化しうることから、当該計画の計画期間は、2024年度から2026年度の3年間とします。

### 4 医療圏の設定

医療計画に基づく医療圏の設定や、各種統計データ等との整合性を図る観点から、当該計画においても、これまで同様の二次医療圏である5医療圏（中部・東部・北部・西部・南部）を医療圏として設定します。

### 5 協議の場の設置

県は、医療法第30条の18の4第1項の規定に基づき、二次医療圏その他の都道府県知事が適当と認める区域ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者との協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ、外来医療に係る医療提供体制の状況等に関する協議を行い、その結果を取りまとめて、公表することとされています。また、外来機能報告において、紹介受診重点医療機関や外来機能の明確化・連携に向けた協議を行い、その結果を取りまとめて、公表することとされています。

このため、地域の医療提供体制に関する関係者の協議の場として各医療圏に既に設置している地域医療構想調整会議分科会を外来医療提供体制に関する協議の場とします。

### 6 計画の公表及び周知

県は、当該計画を公表するとともに、外来医師偏在指標や紹介受診重点医療機関の情報、高額医療機器の保有状況等を含め、新規開業希望者等が知ることができるよう、新規開業等に間接的に関わる機会があると考えられる管下の金融機関、医薬品・医療機器卸売業者等を含め、機会を捉えて周知に努めます。



## 第2節 外来医療体制の現状及び外来医師多数区域等について

### 1 外来医療提供体制の現状

佐賀県内においては、外来受診のうち診療所での受診が県全体では約 74.5%と大部分を占めています。

(佐賀県の診療所の外来患者対応割合)

圏域区分	都道府県名	圏域名	診療所の外来患者対応割合
都道府県	41 佐賀県	41 佐賀県	0.745
二次医療圏	41 佐賀県	4101 中部	0.766
二次医療圏	41 佐賀県	4102 東部	0.773
二次医療圏	41 佐賀県	4103 北部	0.739
二次医療圏	41 佐賀県	4104 西部	0.664
二次医療圏	41 佐賀県	4105 南部	0.718

(出典)NDB データ(2019 年度)

### 2 診療所の状況

診療所数は中部医療圏が最も多く、そのうち佐賀市内の診療所で中部医療圏全体の約 75.7%を占めています。

診療所数は、中部医療圏に続き、南部医療圏、東部医療圏、北部医療圏、西部医療圏の順となっています。

なお、1診療所当たりの人口で医療圏ごとと比較した場合、南部医療圏が最も多く、中部医療圏が最も少なくなっています。

(佐賀県の診療所数)

医療圏	診療所数	内 訳
中部	309	<ul style="list-style-type: none"> <li>・有床医療機関 54 (佐賀市:43、多久市:0、小城市:4、神崎市:4、吉野ヶ里町:3)</li> <li>・無床医療機関 255 (佐賀市:191、多久市:10、小城市:27、神崎市:18、吉野ヶ里町:9)</li> </ul>
東部	104	<ul style="list-style-type: none"> <li>・有床医療機関 14 (鳥栖市:13、基山町:0、上峰町:0、みやき町:1)</li> <li>・無床医療機関 90 (鳥栖市:56、基山町:11、上峰町:6、みやき町:17)</li> </ul>
北部	104	<ul style="list-style-type: none"> <li>・有床医療機関 19 (唐津市:17、玄海町:2)</li> <li>・無床医療機関 85 (唐津市:83、玄海町:2)</li> </ul>

西部	59	・有床医療機関 12(伊万里市:11、有田町:1) ・無床医療機関 47(伊万里市:30、有田町:17)
南部	116	・有床医療機関 35(武雄市:11、鹿島市:6、嬉野市:7、大町町:2、江北町:3、白石町:5、太良町:1) ・無床医療機関 81(武雄市:36、鹿島市:12、嬉野市:13、大町町:3、江北町:2、白石町:14、太良町:1)

(出典)保健福祉事務所調(2023年3月31日現在 ※休止含む)

(佐賀県の診療所当たり人口)

医療圏	診療所数	人口(人)	1診療所当たり人口(人)
中部	309	342,893	1,110
東部	104	126,243	1,214
北部	104	122,982	1,183
西部	59	71,639	1,214
南部	116	147,685	1,273
合計	692	811,442	1,173

(出典)診療所数(再掲):保健福祉事務所調(2023年3月31日現在 ※休止含む)

人口:2020年度国勢調査

### 3 医師の状況

県内の診療所従事医師について、男女比は県内全域で概ね男性が約85%、女性が約15%であり、全国と比較すると女性医師の比率が5%ほど低い状況です。

また、年齢構成については、県全体で男性は65~69歳、女性は50~54歳の人数が最も多い状況です。

年齢構成について医療圏ごとに見ていくと、中部医療圏では70歳以上の層で約22%、東部医療圏は約23%、北部医療圏は約18%、西部医療圏は約35%、南部医療圏では約24%と4医療圏で20%以上となっています。

年齢構成を40歳未満で見えていくと、県全体では約4%に対し、中部医療圏と東部医療圏は約4%、南部医療圏は約5%と県全体と同程度ですが、北部医療圏は約8%、西部医療圏では約2%となっています。

(佐賀県の診療所従事医師の男女・年齢構成)

圏域名	総数医師数(人)	男性・年齢階級別医師数(人)												
		～24歳	25～29歳	30～34歳	35～39歳	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80歳以上
00 全国	107,226	1	196	745	2,121	4,451	7,427	9,711	12,240	14,209	13,144	10,303	4,685	5,718
41 佐賀県	758	0	3	6	13	30	56	68	86	102	121	101	26	35
4101 中部	364	0	0	3	5	13	24	42	39	45	60	41	12	19
4102 東部	120	0	0	1	3	10	5	7	15	20	17	18	6	3
4103 北部	96	0	3	1	3	3	8	7	12	15	18	11	2	3
4104 西部	51	0	0	0	1	2	4	4	5	7	6	11	3	3
4105 南部	127	0	0	1	1	2	15	8	15	15	20	20	3	7

圏域名	総数医師数(人)	女性・年齢階級別医師数(人)												
		～24歳	25～29歳	30～34歳	35～39歳	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80歳以上
00 全国	107,226	0	112	548	1,639	2,813	3,521	3,430	3,114	2,651	1,831	1,277	632	707
41 佐賀県	758	0	0	2	10	13	16	24	15	7	13	6	4	1
4101 中部	364	0	0	0	6	8	5	15	7	5	8	4	3	0
4102 東部	120	0	0	1	0	1	3	3	3	2	1	0	0	1
4103 北部	96	0	0	1	0	0	3	3	1	0	1	1	0	0
4104 西部	51	0	0	0	0	1	0	1	2	0	0	0	1	0
4105 南部	127	0	0	0	4	3	5	2	2	0	3	1	0	0

(出典) 医師・歯科医師・薬剤師統計(2020年12月31日現在)

#### 4 外来受診の状況

表2のとおり、県内では外来患者のうち、約74%を診療所で対応しており、これは全国とほぼ変わらない状況となっています。しかし、西部医療圏においては70%を切る程度となっており、最も高い東部医療圏の77%に比べ、10%程度低い状況となっています。

また、全国と比較して外来を受診する地域かどうかを示す「外来標準化受療率比」では、県全体としては全国と比較した場合、より外来を受療する県であると言えますが、東部医療圏では全国に比べ外来受療をしない医療圏となっています。また、南部医療圏は県内では最も高く外来受療をする医療圏となっています。

(佐賀県の外来標準化受療率比)

圏域名	標準化 外来受療 率比	期待 外来受療 率	男性・年齢階級別外来医療需要																
			0~4歳	5~9歳	10~14 歳	15~19 歳	20~24 歳	25~29 歳	30~34 歳	35~39 歳	40~44 歳	45~49 歳	50~54 歳	55~59 歳	60~64 歳	65~69 歳	70~74 歳	75~79 歳	80歳以 上
00 全国	1.000	4670	150928.6	92564.3	67666.0	42383.9	38681.2	43698.0	51618.0	63562.9	85422.4	118014.7	130716.8	143183.7	170258.0	237821.9	346096.7	305827.7	444579.1
41 佐賀県	1.030	4810	1075.3	670.3	490.7	294.6	229.3	240.5	293.1	384.1	509.7	631.7	697.7	864.7	1208.8	1799.5	2306.9	1760.7	2969.3
4101 中部	1.012	4727	451.9	282.0	200.2	123.1	101.0	105.5	126.5	167.0	214.0	267.8	305.3	363.3	491.4	718.7	913.9	718.7	1185.3
4102 東部	0.980	4577	187.3	111.2	81.6	48.3	38.6	39.3	49.3	62.7	88.9	110.4	113.6	122.7	166.6	244.7	338.5	276.3	395.3
4103 北部	1.059	4947	159.3	99.8	76.2	46.7	32.0	34.4	42.0	55.0	75.3	95.0	94.8	133.7	192.9	292.5	380.8	269.2	490.3
4104 西部	1.061	4956	91.8	61.8	43.1	25.9	20.3	20.4	24.5	34.7	44.8	55.3	58.7	77.0	118.0	177.2	222.4	159.0	285.7
4105 南部	1.072	5009	184.9	115.5	89.6	50.6	37.4	40.8	50.8	64.7	86.6	103.2	125.2	168.0	240.1	366.5	451.4	337.6	612.7

圏域名	標準化 外来受療 率比	期待 外来受療 率	女性・年齢階級別外来医療需要																
			0~4歳	5~9歳	10~14 歳	15~19 歳	20~24 歳	25~29 歳	30~34 歳	35~39 歳	40~44 歳	45~49 歳	50~54 歳	55~59 歳	60~64 歳	65~69 歳	70~74 歳	75~79 歳	80歳以 上
00 全国	1.000	4670	137014.1	80114.4	55151.1	47633.2	62394.5	85926.0	108279.3	122392.4	130112.4	159583.9	170266.8	180671.2	202271.1	279696.4	422928.4	401479.1	736306.2
41 佐賀県	1.030	4810	968.8	578.7	400.4	337.8	386.0	484.7	657.4	772.3	802.7	891.8	985.7	1168.8	1519.5	2135.3	2774.7	2504.5	5561.7
4101 中部	1.012	4727	410.1	242.6	166.7	142.4	169.8	216.4	287.3	335.7	341.5	390.3	434.7	503.6	622.4	856.7	1125.1	1043.9	2179.1
4102 東部	0.980	4577	164.8	94.3	66.2	55.6	67.2	83.7	110.7	128.1	138.1	152.0	153.9	164.6	204.7	302.2	405.8	358.8	679.6
4103 北部	1.059	4947	142.4	87.3	60.8	51.4	54.1	66.7	94.1	110.1	118.0	130.7	142.2	180.5	249.6	352.6	449.9	395.1	942.6
4104 西部	1.061	4956	81.2	53.1	37.7	29.0	27.7	36.3	54.4	65.7	69.7	71.4	81.6	100.8	145.9	203.5	263.8	235.3	562.8
4105 南部	1.072	5009	170.4	101.3	69.0	59.4	67.1	81.6	110.9	132.7	135.3	147.5	173.3	219.3	296.9	420.2	530.1	471.4	1197.6

(出典) 患者調査(2017年)

5 患者の流出入の状況

医療圏ごとの患者の流出入状況を見ると、以下のとおりです。

- ・中部医療圏では、県外への流出もあるものの県内の他の医療圏からの流入もあり、結果としては流出よりも流入が上回っている状況にあります。
- ・東部医療圏では、県外への流出が大きく、隣接する久留米医療圏との相互補完関係を物語っていると云えます。
- ・北部医療圏では、県外を中心に流出が流入を上回っています。
- ・西部医療圏では、長崎県と南部医療圏との関係で流出が流入を上回っています。
- ・南部医療圏では、中部医療圏と県外との関係で流出が流入を上回っています。

また、県全体での県外への流出は 3.8 千人／日となっていますが、そのうち福岡県への流出が 3.0 千人／日と大部分を占めています。

(佐賀県の外来患者流出入表①)

佐賀県		患者数（施設所在地）（病院＋一般診療所の外来患者数、千人/日）						患者総数 （患者住所地）	患者流出入	
		中部	東部	北部	西部	南部	都道府県外		患者流出入 数(千人/日)	患者流出入 調整係数
患者数 （患者住所 地）	中部	18.8	0.3	0.0	0.0	0.3	0.9	20.5	0.4	1.020
	東部	0.4	5.2	0.0	0.0	0.0	1.8	7.4	-1.4	0.810
	北部	0.2	0.0	6.6	0.0	0.0	0.4	7.3	-0.4	0.939
	西部	0.1	0.0	0.1	3.4	0.3	0.3	4.2	-0.4	0.904
	南部	0.8	0.0	0.0	0.1	8.1	0.4	9.5	-0.5	0.943
	都道府県外	0.4	0.4	0.1	0.2	0.2	-	-	-	-
患者総数(施設所在地)		20.9	6.0	6.8	3.8	8.9	-	48.9	-2.4	0.951

(出典) 外来医師偏在指標に係るデータ集(表は、2017年患者調査の病院＋一般診療所の県内・県外の外来患者流出・流入数データを、NDBの2017年度の病院＋一般診療所における初再診・在宅医療の診療分データ(12か月分算定回数)の都道府県内二次医療圏間流出入割合に応じて集計したもの)

(全国の外来患者流出入表②)

施設所在地 患者居住地		患者数（施設所在地） （病院＋一般診療所の初再診・在宅医療、千人/日）		患者総数 （患者住所地）	患者流出入	
		福岡県	佐賀県		患者流出入 数 （千人/日）	患者流出入 調整係数
患者数 （患者住所 地）	福岡県	255.1	1.0	258.5	5.6	1.022
	佐賀県	3.0	45.1	48.9	-2.4	0.951

(出典) 外来医師偏在指標に係るデータ集(表は、2017年患者調査の病院＋一般診療所の県内・県外の外来患者流出・流入数データを、NDBの2017年度の病院＋一般診療所における初再診・在宅医療の診療分データ(12か月分算定回数)の都道府県間流出入割合に応じて集計したもの。)

## 6 外来医師偏在指標

外来医師偏在指標の算出方式は、ガイドラインにより以下のとおりとされています。

$$\text{外来医師偏在指標} = \frac{\text{標準化診療所医師数 (※1)}}{\left( \frac{\text{患者人口流入調整後の地域人口/10万人}}{\text{地域の標準化外来受療率比 (※2)}} \right) \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合 (※4)}$$

(※1) 標準化診療所医師数 =  $\sum$  性・年齢階級別診療所医師数  $\times$   $\frac{\text{性・年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$

(※2) 地域の標準化外来受療率比 =  $\frac{\text{地域の外来期待受療率 (※3)}}{\text{全国の外來期待受療率}}$

(※3) 地域の外来期待受療率 =  $\frac{\sum \text{全国の性・年齢階級別外来受療率} \times \text{地域の性・年齢階級別人口}}{\text{地域の人口}}$

(※4) 地域の診療所の外来患者対応割合 =  $\frac{\text{地域の診療所の外来延べ患者数}}{\text{地域の診療所} + \text{地域の病院の外来延べ患者数}}$

前述の算出方法により厚生労働省において計算された佐賀県の外來医師偏在指標は表 9、10 のとおりとなります。

また、全国の二次医療圏数 335 のうち、上位 1/3 以上であれば外來医師多数区域とされていることから、本県では、中部医療圏、東部医療圏、南部医療圏が外來医師多数区域となります。

(外來医師偏在指標(都道府県))

都道府県	医師偏在指標	順位
全国	112.2	—
佐賀県	<b>127.7</b>	<b>5</b>

(外來医師偏在指標(二次医療圏))

二次医療圏	医師偏在指標	順位
全国	112.2	—
中部	<b>135.9</b>	<b>24</b>
東部	<b>153.7</b>	<b>6</b>
北部	105.1	138
西部	106.7	121
南部	<b>120.5</b>	<b>60</b>

(出典:外來医師偏在指標に係るデータ集)

なお、外來医師偏在指標については、医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまで相対的なものであること、診療科ごとの状況を表していないこと、地域包括ケアシステムの単位等の細やかな視点での偏在状況を示しているものではないこと等に留意すべきであり、参考指標として、地域の実情をよく把握したうえで活用します。



## 7 診療所の新規開業者への情報提供

外来医師多数区域に該当する医療圏に関係する保健福祉事務所の窓口においては、新規開業の事前相談や開設届の提出に関係者が来訪した際には、地域の外来医療の提供状況を説明するとともに、当該医療圏が外来医師多数区域である旨周知します。

また、銀行や医療機器卸メーカー、医療経営のコンサルタント等へ、説明会の開催や出前講座の実施、ホームページ掲載などの方法を通じて、その事実を周知します。

なお、診療所の開設は、外来医師多数区域においても開業の規制はありません。このため、新規開業を希望する方に、地域の外来医療の状況を理解していただき、地域で不足する外来医療機能への協力を求めるものであることに留意する必要があります。

## 8 地域において不足する外来医療機能

外来医療提供体制に関する協議の場である、各構想地域の地域医療構想調整会議分科会で協議した結果、本県の外来医師多数区域においては、「初期救急」、「公衆衛生」、「在宅医療」を地域で不足する外来医療機能とします。

### 地域で不足する外来医療機能に関する目標

指標	現状	目標
休日夜間急患センター	6機関 【中部】2 【東部】1 【南部】3 (2022年度)	現状維持
在宅当番医実施医療機関数	【中部】189 【東部】16 【南部】49 (2022年度)	現状維持
産業医数 ※佐賀県医師会加入医師で日本医師会の 認定を受けた者	【中部】163 【東部】46 【南部】59 (2023年6月30時点)	現状維持
訪問診療実施医療機関	県全体190* 【中部】67* 【東部】39 【南部】35* (2021年度)	現状より増加

## 9 診療所の新規開業者へ地域で不足する外来医療機能を担うことを求める方法

新規開業者は、診療所開設に伴い、開設届を管轄の保健福祉事務所へ提出することとなります。

最終的にはその開設届等を提出する機会に、地域で不足する外来医療機能を担うことを求めま

すが、保健福祉事務所へ開設の事前相談に来訪される機会や開設届を入手する機会等の開設届の提出前に、あらかじめ新規開業者へ不足する医療機能を担うことを求めます。

なお、法人が開設者となる診療所の新規開業に当たっては、開設許可申請書の提出が開設届よりも先んじることから、開設許可申請書を入手する機会等に、あらかじめ新規開業者へ不足する医療機能を担うことを求めます。

## 10 外来医師多数区域において新規開業者へ求める医療機能に応じない場合の協議の場における協議プロセス及びその協議結果の公表の方法

### (1) 保健福祉事務所による理由書提出の求め

外来医師多数区域を所管する保健福祉事務所は、地域の外来医療の提供状況の説明を行い、地域で不足する外来医療機能への協力を求めた場合でも、新規開業者が求めに応じない場合、当該新規開業者に対し、求める医療機能に応じない理由書の提出を求めます。

### (2) 保健福祉事務所による地域医療構想調整会議分科会への情報提供

外来医師多数区域を所管する保健福祉事務所は、上記理由書の提出があった場合には、適宜に、関係する地域医療構想調整会議分科会へ情報提供します。

### (3) 地域医療構想調整会議分科会における協議

外来医師多数区域を所管する保健福祉事務所は、新規開業者へ求める医療機能に応じない新規開業者がいる場合には、当該新規開業者に出席を求める又は提出された理由書を利用して、地域医療構想調整会議分科会を開催し、協議を行い、その結果について公表します。

なお、その協議の際には、新規開業される場所や診療科目によっては地域において不足していたものである可能性もあることから、地域の実情に応じて協議することが必要です。更に分科会において結論を得た方針に沿わない医療機関については、医療審議会に報告し、意見を聴取します。

### 第3節 医療機器の共同利用

#### 1 対象とする医療機器

当該計画で共同利用を進める対象の高額医療機器は、ガイドラインに基づき以下のとおりとします。

- ・CT (マルチスライスCT及びマルチスライスCT以外のCT)
- ・MRI (1.5 テスラ未満、1.5 テスラ以上 3.0 テスラ未満及び 3.0 テスラ以上のMRI)
- ・PET (PET及びPET-CT)
- ・放射線治療 (リニアック及びガンマナイフ)
- ・マンモグラフィ

#### 2 医療機器の配置状況

##### (1) 医療機器の配置状況に係る指標

ガイドラインに基づき、地域の医療機器のニーズを踏まえ、医療機器の配置状況を医療機器の項目ごとに可視化します。なお、医療機器のニーズは、性・年齢別ごとに大きな差があることから、指標の算定に当たっては以下の算定式を用います。

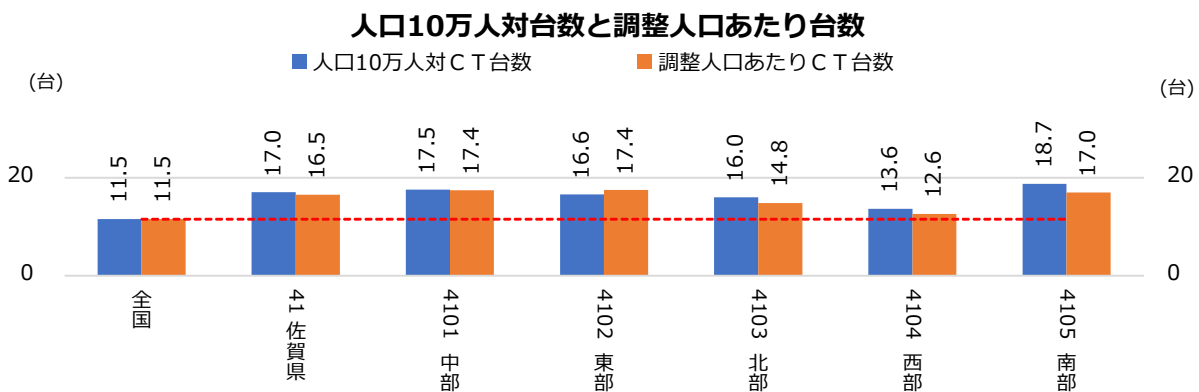
$$\text{調整人口あたり台数} = \frac{\text{地域の医療機器の台数}}{\text{地域の人口 (10万人)} \times \text{地域の標準化検査率比}^{(\ast 1)}}$$

$$\text{地域の標準化検査率比}^{(\ast 1)} = \frac{\text{地域の人口あたり期待検査数}^{(\ast 2)} (\text{入院+外来})}{\text{全国の人口あたり期待検査数} (\text{入院+外来})}$$

$$\text{地域の人口あたり期待検査数}^{(\ast 2)} = \frac{\sum \left\{ \frac{\text{全国の性・年齢階級別検査数} (\text{入院+外来})}{\text{全国の性・年齢階級別人口}} \times \text{地域の性・年齢階級別人口} \right\}}{\text{地域の人口}}$$

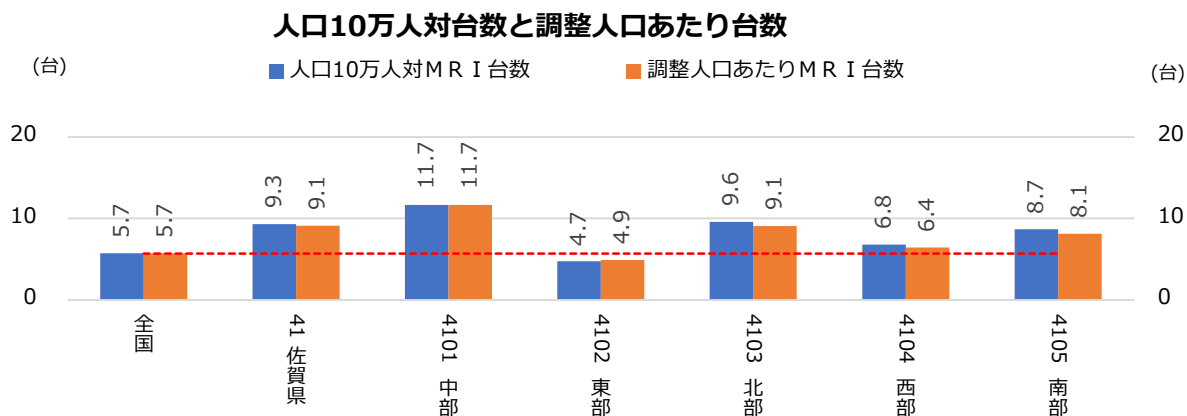
##### (2) 配置状況 (※具体的な配置状況については別冊に記載)

###### ①CT (2020 年度)



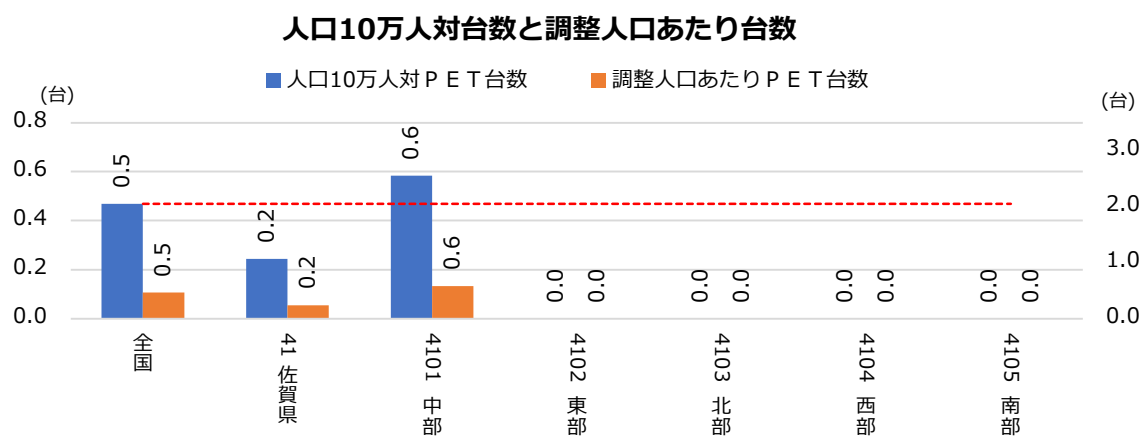
・全ての二次医療圏で保有台数は全国平均を上回っています。

## ②MRI(2020年度)



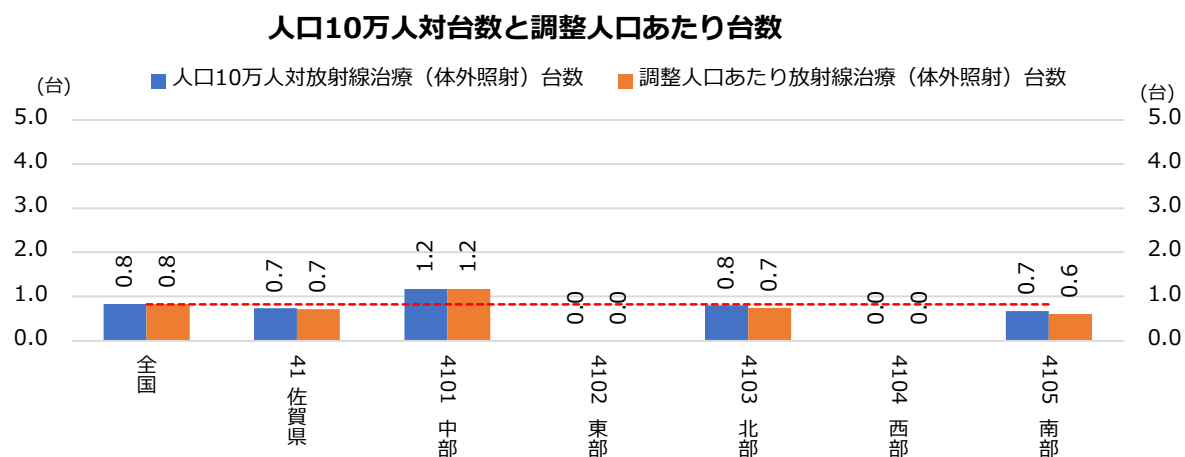
・東部を除く全ての二次医療圏で保有台数は全国平均を上回っています。

## ③PET(2020年度)



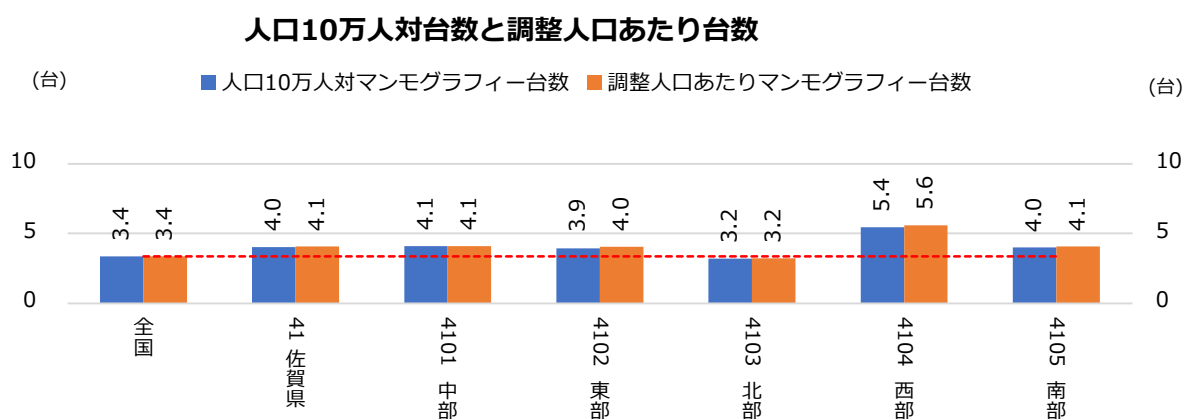
・PET—CTについては、県内では中部医療圏のみで保有されています(佐賀大学医学部附属病院 1 台、福岡病院 1 台)。なお、PETについては、保有する医療機関はありません。

④放射線治療（2020 年度）



・放射線治療を行う医療機器については、中部、北部及び南部医療圏のみで保有されており、全国並みの保有台数となっています。

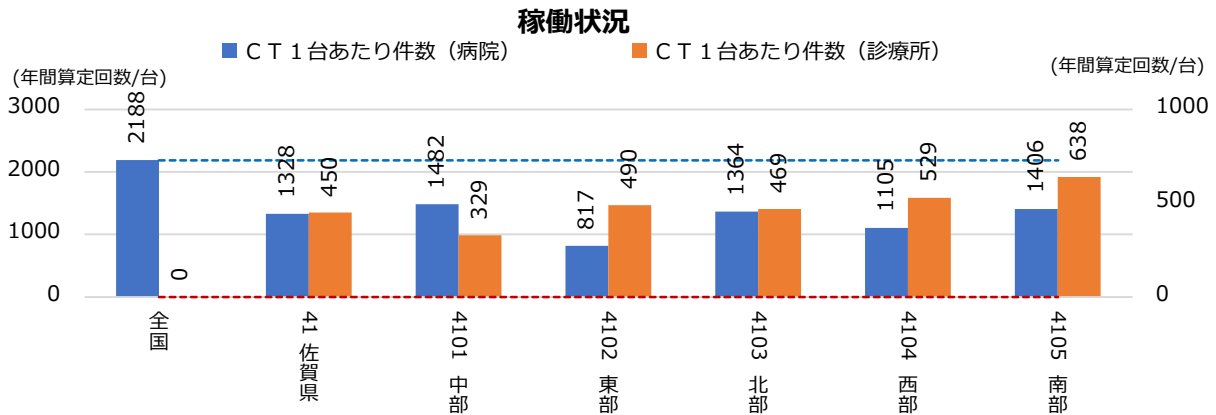
⑤マンモグラフィー（2020 年度）



・全ての二次医療圏について、全国並み又はそれ以上の保有台数となっています。

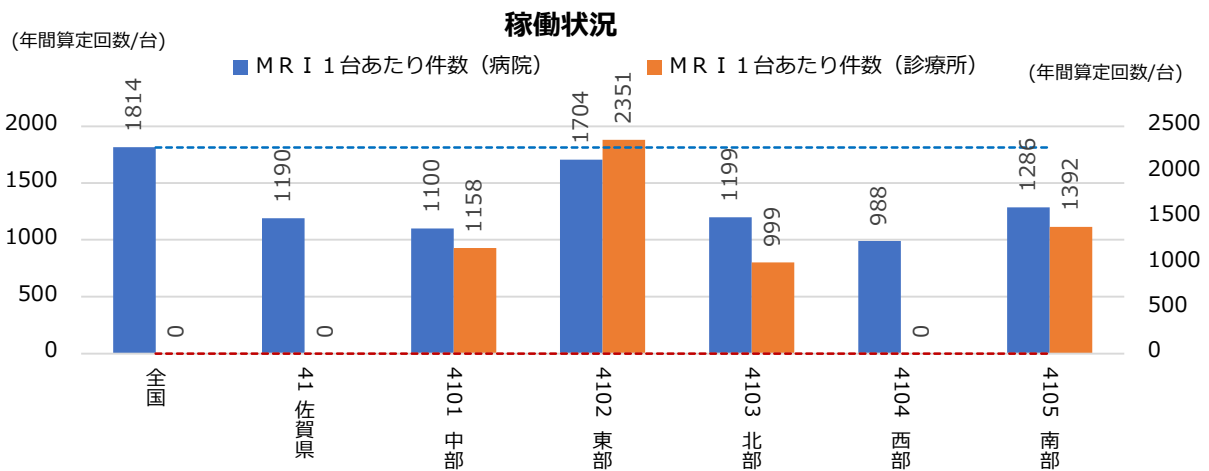
### 3 医療機器の稼働状況

#### (1) CT(2019年度)



- ・病院における稼働状況は、全国平均を下回っています。
- ・1台あたりの件数で見ると、中部及び北部医療圏は病院が診療所の約3倍、東部、西部及び南部医療圏は約2倍になっています。

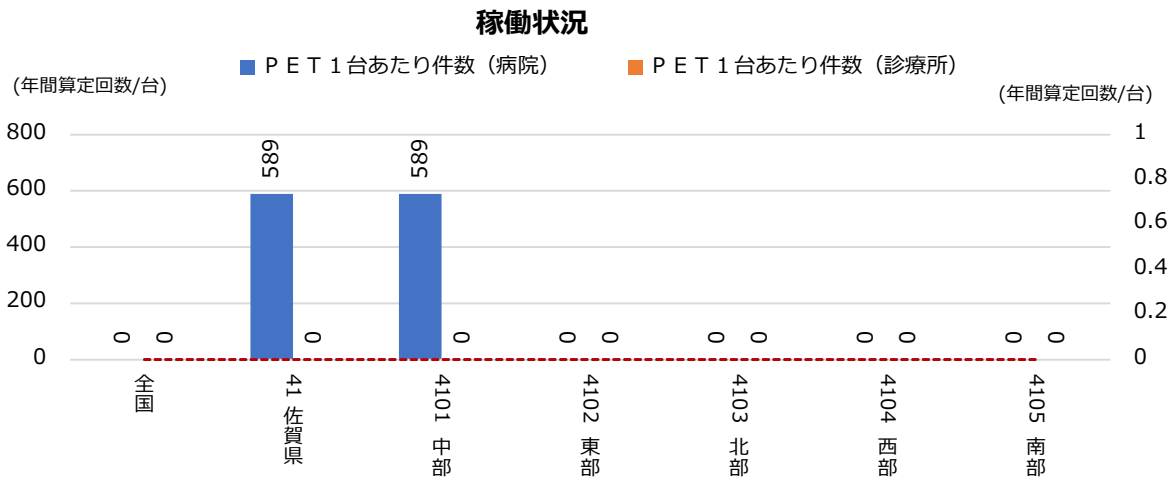
#### (2) MRI(2019年度)



- ・病院における稼働状況は、全国平均を下回っています。
- ・1台あたりの件数で見ると、中部及び南部医療圏は病院と診療所でほぼ同数、北部及び西部医療圏は病院が診療所より多くなっています。また、東部医療圏では診療所が病院の約1.4倍になっています。

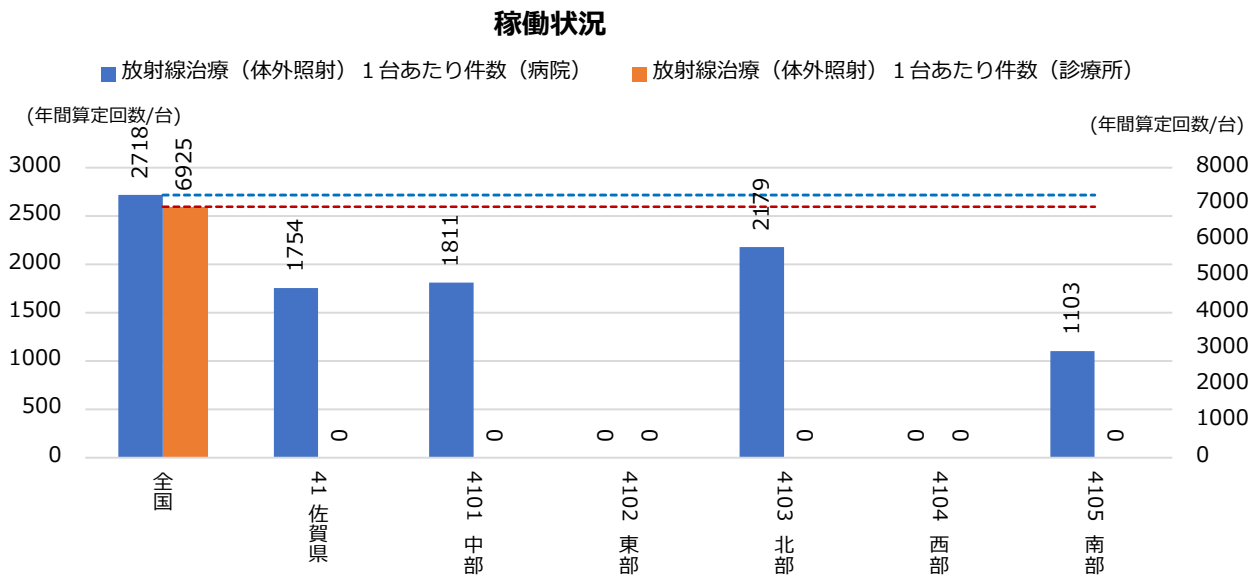


(3) PET(2019年度)



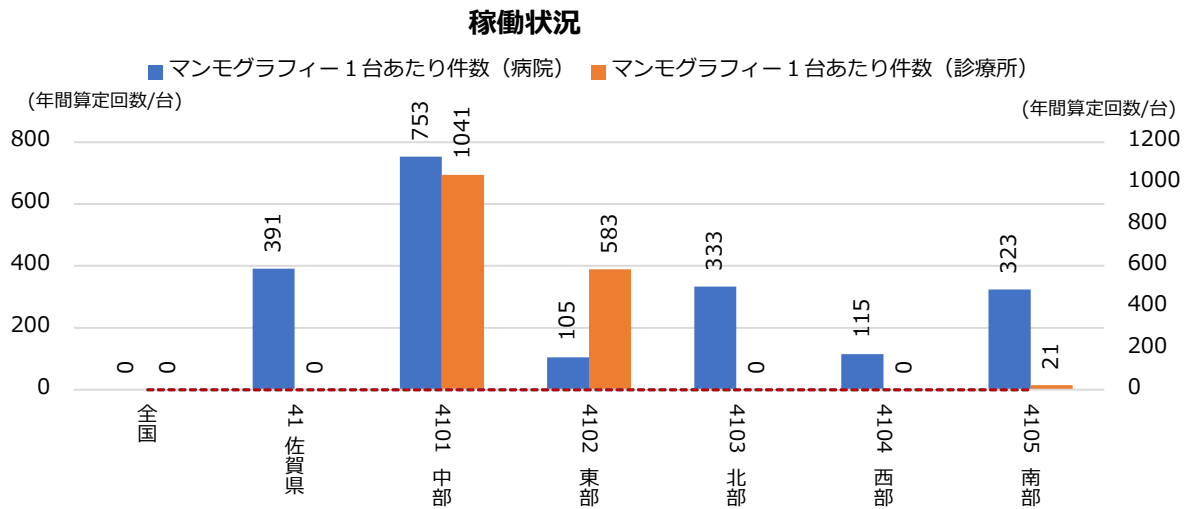
・PET-CTについては、県内では中部医療圏のみで保有されていますが、全国平均が不明のため、稼働状況の比較はできません。

(4) 放射線治療(2019年度)



・放射線治療を行う医療機器については、中部、北部及び南部医療圏のみで保有されており、いずれも病院における稼働状況は全国平均を下回っています。

(5) マンモグラフィー(2019年度)



- ・各医療圏で稼働状況に差が生じています。
- ・1台あたりの件数で見ると、中部及び東部医療圏については、診療所が病院より多くなっていますが、全国平均が不明のため、稼働状況の比較はできません。

4 共同利用方針

現状では患者紹介により実態的に医療機器の共同利用は概ね図られています。また、2020年以降、外来医療計画に基づき、機器の更新等の際には保健福祉事務所に対して共同利用計画が提出されていますが、今後、効率的な医療提供体制の構築がより求められています。

※具体的な共同利用の状況については、別冊に記載

5 共同利用計画の記載事項とチェックのためのプロセス

医療機器の効率的な活用を更に推進するため、医療機関が対象医療機器を新規導入(又は更新)する際に、共同利用の相手方となる医療機関や対象とする医療機器等についての共同利用に関する計画書を提出することとします。

(1) 共同利用計画の記載事項

- ・共同利用の対象とする医療機器
- ・共同利用の相手方となる医療機関
- ・保守、整備等の実施に関する方針
- ・画像撮影等の検査機器については画像情報及び画像診断情報の提供に関する方針

## (2) 共同利用計画のチェックのためのプロセス

### ①保健福祉事務所でのチェック

- ・共同利用計画及び付属資料の提出については、対象医療機器の設置後 10 日以内に、各保健福祉事務所あて提出することとします。
  - ・保健福祉事務所は、共同利用計画及び付属資料の内容について確認し、共同利用の相手方となる医療機関名が未記入の場合など、必要に応じて医療機関へ協議の場（地域医療構想調整会議分科会）での説明を求めることとします。
- なお、機器の更新の場合は、既に医療機関相互で患者紹介を行っているなど、実態的に共同利用の関係にあること状況が多いことへの留意が必要です。

### ②地域医療構想調整会議分科会等への報告

説明を求められた医療機関は、地域医療構想調整会議分科会で共同利用計画の内容について説明することとします。

### ③地域医療構想調整会議分科会でのチェック

地域医療構想調整会議分科会において、提出された共同利用計画について、現在の地域の医療提供体制を考慮して協議することとします。

### ④医療機関名の公表

共同利用計画を作成・提出しない、又は合理的理由なく共同利用を行わない医療機関がある場合は、県のホームページで医療機関名を公表することとします。

## 第4節 外来機能報告及び紹介受診重点医療機関

### 1 外来機能報告の趣旨

2021年5月に「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」により、地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、医療機関の管理者が外来医療の実施状況等を都道府県知事に報告する外来機能報告等が医療法に位置づけられました。

外来機能報告の目的は、患者が医療機関を選択するに当たり、外来機能の情報が十分得られず、また、患者にいわゆる大病院志向がある中で、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間の増加や勤務医の外来負担等の課題が生じていることから、医療資源を重点的に活用する外来（以下「重点外来」という。）の機能や実施状況を踏まえ、当該外来医療を提供する基幹的な役割を担う意向を有する病院又は診療所を紹介受診重点医療機関として明確化し、患者の流れの円滑化を図ることです。

都道府県は、外来機能報告により入手可能な重点外来や紹介・逆紹介等のデータを活用し、地域の外来医療の提供状況について把握するとともに、紹介受診重点医療機関の機能・役割も踏まえた、地域における外来医療提供体制の在り方について、検討します。

### 2 外来機能報告を踏まえた協議内容

外来機能報告を踏まえた協議内容は、次のとおりです。

#### (1) 紹介受診重点医療機関のとりまとめに向けた協議

- ①重点外来に関する基準を満たさない医療機関であって、紹介受診重点医療機関となる意向を有する医療機関に関する協議
- ②重点外来に関する基準を満たす医療機関であって、紹介受診重点医療機関となる意向を有しない医療機関に関する協議

#### (2) 外来機能の明確化・連携に向けた協議

### 3 紹介受診重点医療機関

外来機能報告による重点外来の実施状況や紹介率及び逆紹介率を参考に協議の場において、次の医療機関を紹介受診重点医療機関とする協議が整いました。

なお、医療機関の意向と協議の場での結論が最終的に一致したものに限り、紹介受診重点医療機関とし、協議結果を取りまとめてホームページで公表することとします。

(紹介受診重点医療機関一覧(2023.12.1時点))

番号	医療機関名	二次医療圏名	病床数			紹介受診重点外来の実施状況		紹介率	逆紹介率
			病床数合計	病床数一般	病床数療養	初診患者における実施割合	再診患者における実施割合		
1	佐賀大学医学部附属病院	中部	580	580	0	70.9	33.9	71	86
2	NHO佐賀病院	中部	292	292	0	66.2	27.1	79	71
3	佐賀県医療センター好生館	中部	442	442	0	60.7	36.9	53	89
4	JCHO佐賀中部病院	中部	160	160	0	53.7	28.7	27	27
5	如水会 今村病院	東部	248	174	74	45.4	28.4	47	42
6	NHO東佐賀病院	東部	301	301	0	40.7	12.7	61	92
7	唐津赤十字病院	北部	300	300	0	44.9	32	80	58
8	済生会唐津病院	北部	193	193	0	53.6	28.6	46	48
9	唐津東松浦医師会医療センター	北部	50	50	0	92.9	29.7	100	26
10	伊万里有田共立病院	西部	202	202	0	55.2	25.9	59	69
11	前田病院	西部	129	52	77	41.5	61.1	39	18
12	新武雄病院	南部	195	195	0	53.2	31.8	23	22
13	NHO嬉野医療センター	南部	395	395	0	64.5	35.5	67	147
14	白石共立病院	南部	150	108	42	44.6	34.3	22	20

※紹介受診重点医療機関は毎年度選定することから、別冊に記載

## 第6章 医療従事者の確保・養成

### 第1節 医師（医師確保計画）

#### 第1 医師確保計画について

##### 1 計画策定の趣旨

医師確保計画は医療法第30条の4第1項の規定に基づく医療計画の一部として、医師の確保に関する事項を定めるものです。

医師確保計画の策定に当たっては、厚生労働省より「医師確保計画策定ガイドライン～第8次（前期）～令和5年3月」（以下「ガイドライン」という。）が都道府県あて通知されています。

##### 2 計画期間

医師確保計画は、2036年までに医師偏在の解消を達成することを長期的な目標として、3年ごとに見直しを行うことになっており、本計画の計画期間は、2024年度から2026年度の3年間とします。

##### 3 計画の記載事項

ガイドラインに基づき、本計画では、三次医療圏（県全体）及び二次医療圏ごとの医師数及び国が定める医師偏在指標等のデータ並びに各種協議会の意見等を踏まえて、医師の確保に関する現状分析を行い、医師少数区域等を設定した上で、計画期間における、①医師確保の方針、②確保すべき医師数の目標、③目標の達成に向けた施策内容、を定めることとします。

また、産科及び小児科については、それぞれ国が定める分娩取扱医師偏在指標及び小児科医師偏在指標等を踏まえ、診療科別に医師確保計画を策定します。

##### 4 策定プロセス

医師確保計画の策定に当たっては、大学、医師会、研修病院及び地域の中核病院等の関係者で構成する佐賀県地域医療対策協議会で協議しました。また、佐賀県地域医療構想調整会議の各構想区域分科会並びに佐賀県周産期医療協議会及び佐賀県小児医療体制連絡会における議論も策定の参考としました。



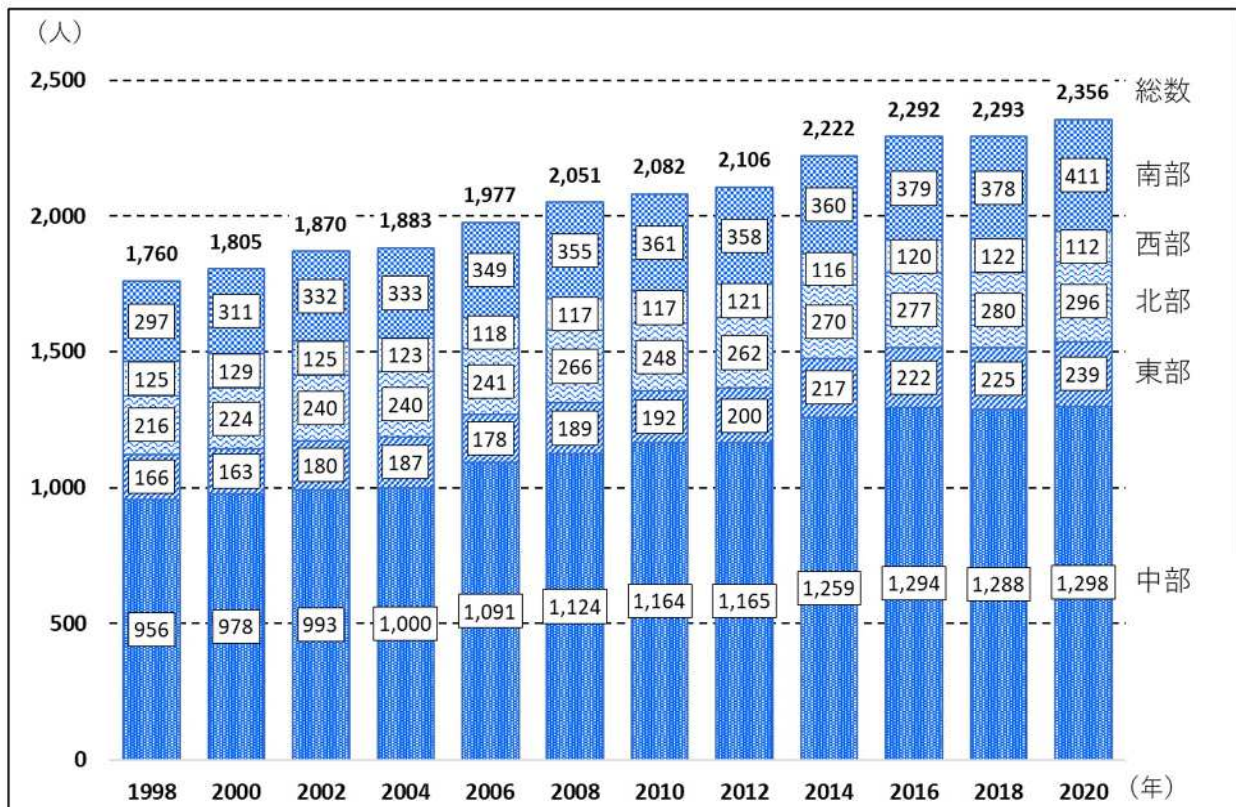
## 第2 医師数・医師偏在指標の状況

### 1 医師数の状況

#### 1 医療施設従事医師数の推移

本県の医療施設従事医師数は、1998年から2020年まで一貫して増加しています。しかし、二次医療圏別にみると、増加の程度にばらつきが生じており、中部、東部、北部及び南部医療圏は同期間に約1.4倍に増加する一方、西部医療圏は約1割(13人)減少しています。

(佐賀県の医療施設従事医師数の推移)

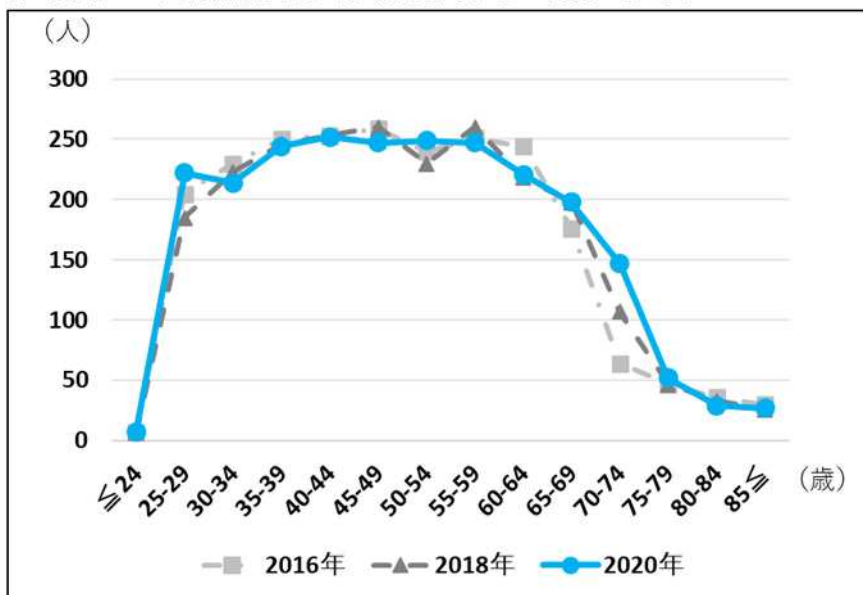


(出典) 医師・歯科医師・薬剤師統計

#### 2 年齢別の状況

年齢別にみると、2016年から2020年の4年間に、34歳以下の若年層の医師数は横ばいで推移する一方、65歳以上の高齢層の医師数は100人増加し、平均年齢も上昇しています。

(佐賀県の年齢階級別医療施設従事医師数の推移)

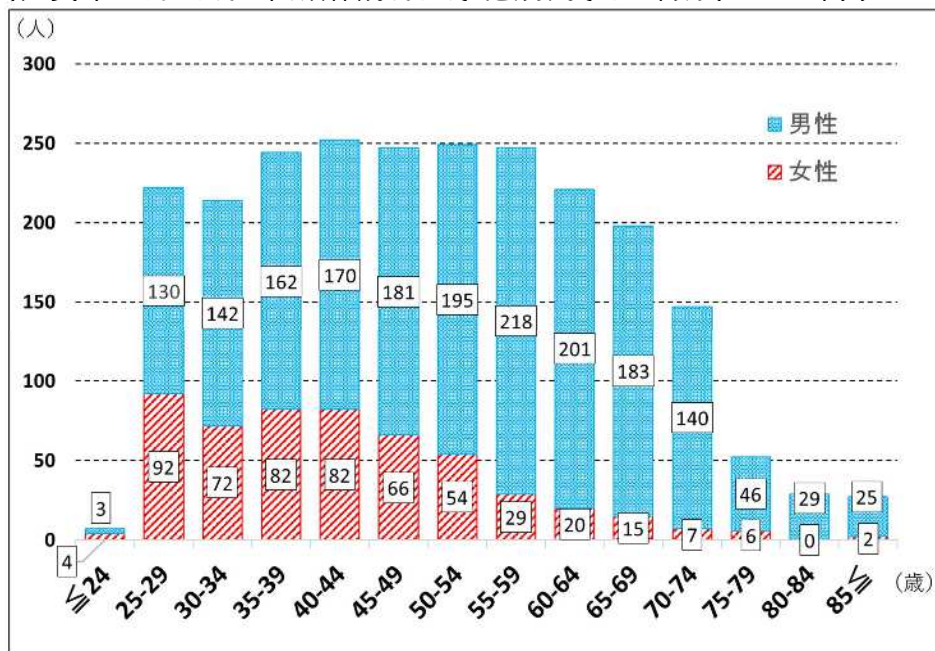


(出典) 医師・歯科医師・薬剤師統計

### 3 男女別の状況

男女別にみると、2020年の全体の女性の比率は22.5%となっており、女性比率の高さは全国9位です。特に若年層(34歳以下)の女性の比率は37.9%で全国3位の高さです。一方、高齢層は男性の比率が高くなっています。

(佐賀県の男女別・年齢階級別医療施設従事医師数(2020年))

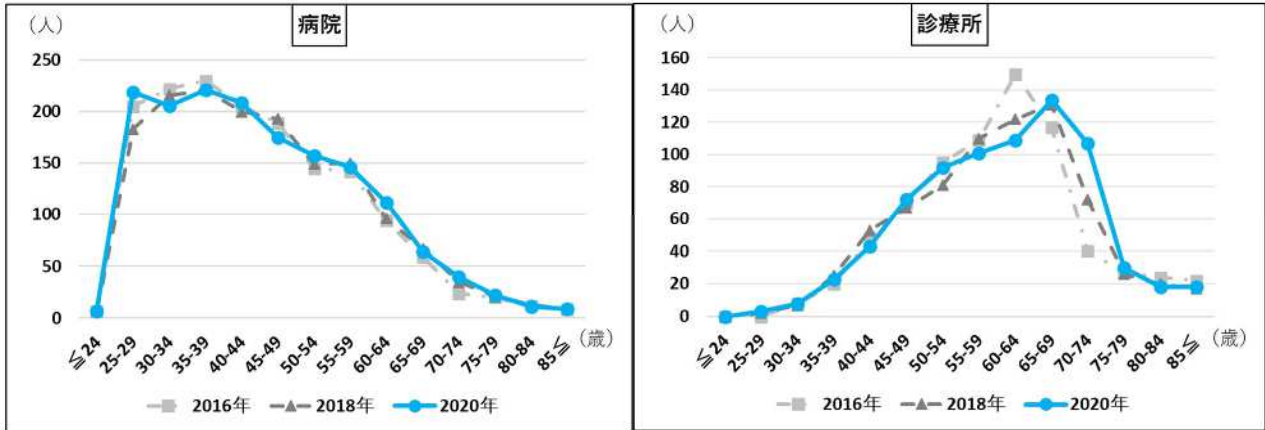


(出典) 医師・歯科医師・薬剤師統計

#### 4 病院・診療所別の状況

病院・診療所別にみると、2016年から2020年の4年間に、病院においては、各年齢階層の医師数は概ね横ばいです。一方、診療所においては、高齢化が一層進んでいます。

(佐賀県の年齢階級別医療施設従事医師数(病院及び診療所)の推移)

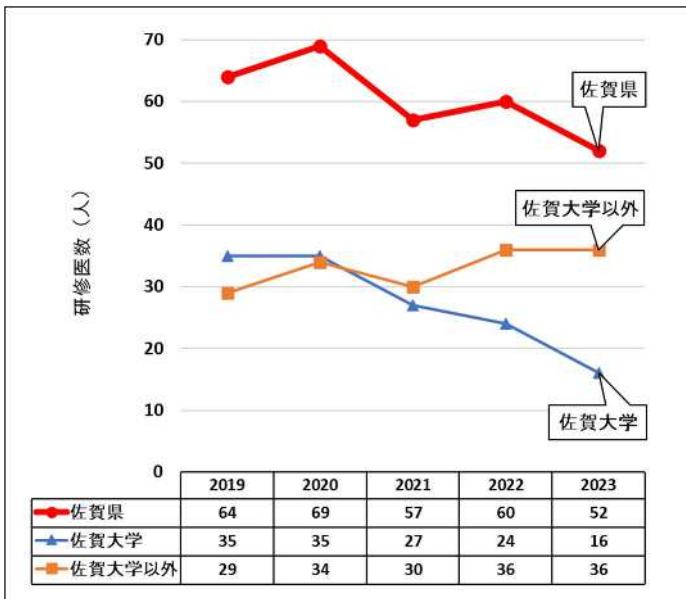


(出典) 医師・歯科医師・薬剤師統計

#### 5 臨床研修医の状況

本県の臨床研修医数は、2019年度以降、減少傾向が続いています。2023年度時点で本県には6施設の基幹型臨床研修病院がありますが、そのうち佐賀大学医学部附属病院の臨床研修医数の減少が続いています。

(佐賀県の臨床研修医の新規採用数の推移)



(出典) 臨床研修年次報告



## 6 専門医の状況

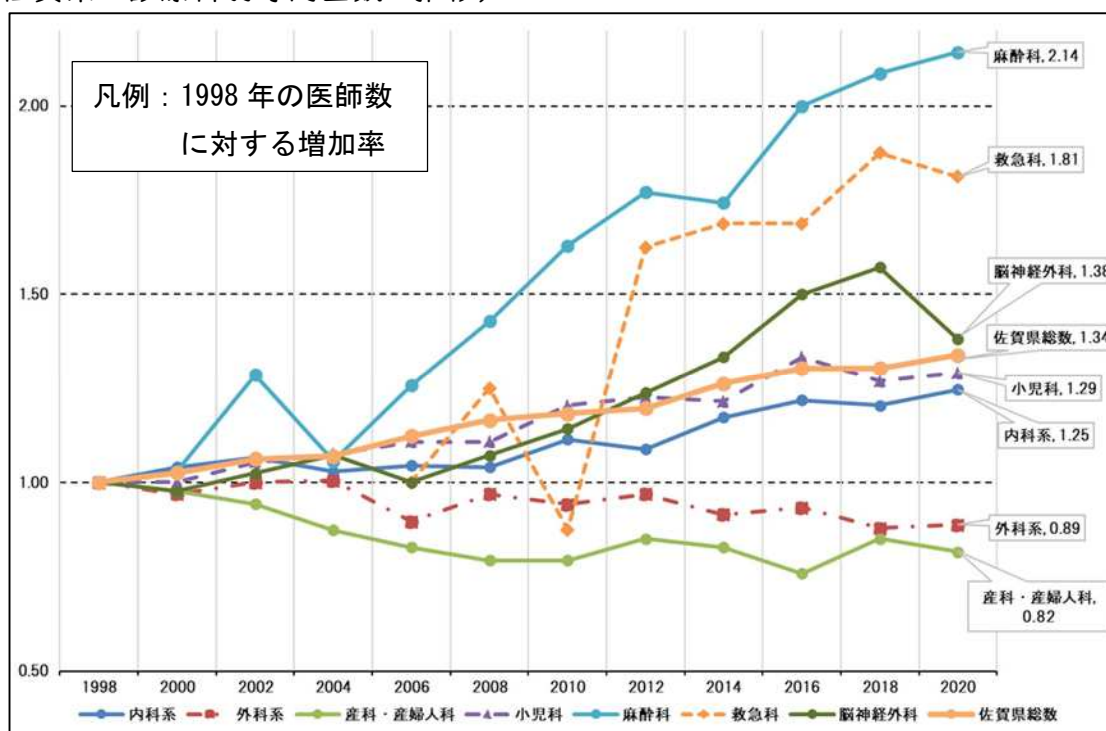
新専門医制度開始以降、本県の全基本領域学会の専門研修医の新規採用数は 50~60 名で推移しています。専門医の状況を見ると、1998 年から 2020 年までに、多くの診療科で増加がみられますが、外科系及び産科・産婦人科については減少しています。

(佐賀県の基本領域学会別専門研修医の新規採用数の推移)

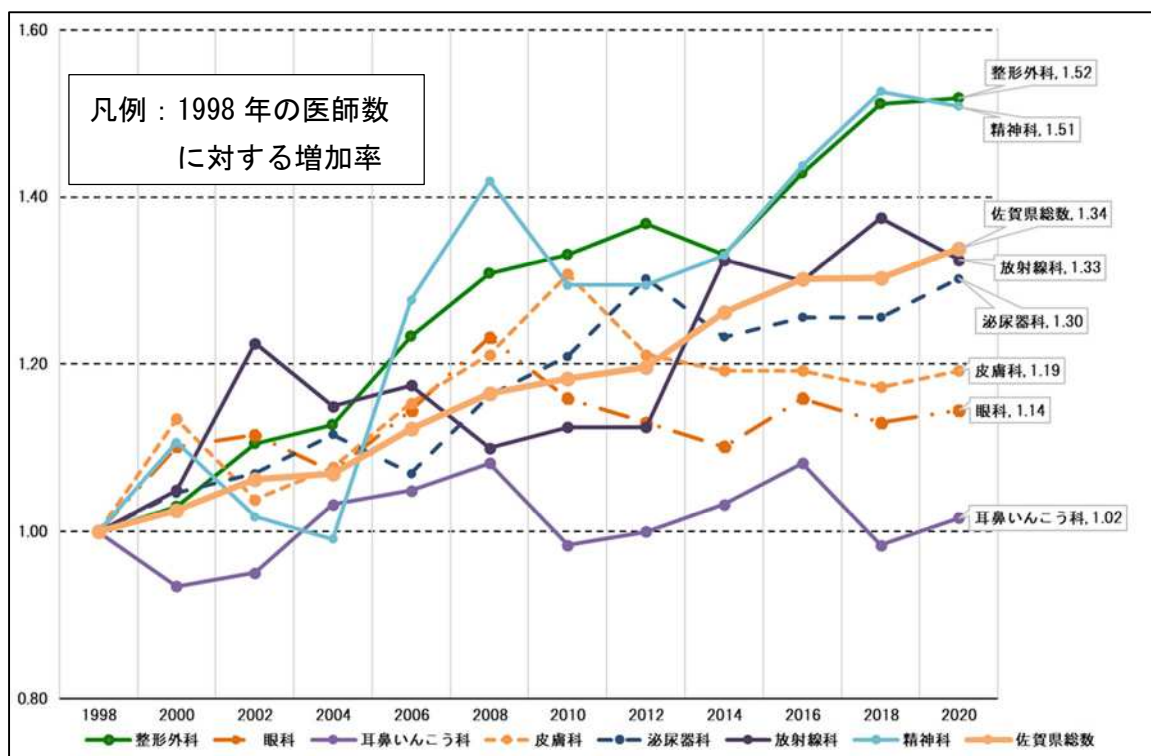
佐賀県 専攻医採用数	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年	総計
内科	19	15	13	22	27	13	109
小児科	0	3	4	4	3	2	16
皮膚科	0	2	3	3	0	4	12
精神科	8	7	8	8	8	10	49
外科	3	1	4	3	3	5	19
整形外科	3	4	1	7	1	2	18
産婦人科	5	0	1	1	1	2	10
眼科	4	4	5	2	3	0	18
耳鼻咽喉科	2	3	2	1	0	1	9
泌尿器科	2	0	2	0	0	0	4
脳神経外科	1	2	1	0	2	0	6
放射線科	2	1	1	1	0	3	8
麻酔科	5	6	2	0	3	6	22
病理	0	1	0	0	1	0	2
臨床検査	0	0	0	0	1	0	1
救急科	1	3	1	5	3	0	13
形成外科	2	1	2	0	3	1	9
リハビリテーション科	1	0	1	0	1	0	3
総合診療	0	0	2	0	1	1	4
合計	58	53	53	57	61	50	332

(出典) 一般社団法人日本専門医機構発表資料

(佐賀県の診療科別専門医数の推移)



次ページへ続く



(出典) 医師・歯科医師・薬剤師統計

## 2 医師偏在指標の状況

### 1 医師偏在指標の算出式等

厚生労働省は、全国ベースで医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価する指標として、次の「5要素」を考慮した医師偏在指標を設定しています。

- ・ 医療需要（ニーズ）及び人口・人口構成とその変化
- ・ 患者の流出入等
- ・ へき地等の地理的条件
- ・ 医師の性別・年齢分布
- ・ 医師偏在の種別（区域、診療科、入院／外来）

医師偏在指標は「地域の医療ニーズ」に対する「地域の医師数」を示すものです。詳細な算出式は本節末に示します。

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数}}{\text{地域の人口（10万人）} \times \text{地域の標準化受療率比}}$$

医師偏在指標は、医師数と医療需要が一致する 2036 年に医師の偏在が是正されることを目標に、医師偏在指標の下位 33.3%を医師少数区域及び医師少数都道府県として設定し、これらの区域に医師偏在対策を講じるものとされています。また、医師多数区域及び医師多数都道府県は医師偏在指標の上位 33.3%とされています。

ただし、医師偏在指標について厚生労働省は、「医師偏在指標の活用にあたっては、医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまでも相対的な偏在の状況を表すものであるという性質を十分に理解した上で、数値を絶対的な基準として取り扱うことや機械的な運用を行うことのないよう十分に留意する必要がある」としています。

このため、本県では医師偏在指標は参考指標として活用し、医師の地域間偏在については、地域の実情をよく把握した上で対応します。

## 2 医師偏在指標

2023年11月版の医師偏在指標によれば、本県（三次医療圏）は全国47都道府県のうち11位の医師多数県です。また、二次医療圏では、全国330の二次医療圏のうち東部医療圏（全国250位）及び西部医療圏（全国274位）が医師少数区域の水準です。

（佐賀県の医師偏在指標の状況）

医療圏		医師偏在指標（全国順位）	分類
三次医療圏	佐賀県全域	272.3（11/47）	医師多数都道府県
二次医療圏	中部医療圏	363.5（12/330）	医師多数区域水準
	東部医療圏	165.5（250/330）	医師少数区域水準
	北部医療圏	241.4（81/330）	医師多数区域水準
	西部医療圏	157.5（274/330）	医師少数区域水準
	南部医療圏	254.1（70/330）	医師多数区域水準

【都道府県】 下位 33.3%基準値：228.0、上位 33.3%基準値：266.9

【二次医療圏】下位 33.3%基準値：179.3、上位 33.3%基準値：217.7

（出典）厚生労働省通知 2023年11月版

## 3 医師少数区域及び医師少数スポットの設定

### （1）医師少数区域の設定

医師偏在指標が医師少数区域水準であった東部医療圏及び西部医療圏の取扱いについては、東部医療圏を医師少数区域として扱わず、西部医療圏のみ医師少数区域として扱います。

東部医療圏については、NDB（National Database：レセプト情報・特定健診等情報データベース）のデータに基づき詳細な分析を行ったところ、福岡県や中部医療圏などから流入している入院患者の多くが、医師の配置基準が大きく異なる療養型病床及び精神科病床の患者でした。また、医師偏在指標の積算に用いられている患者調査の流入入院患者数は、NDBデータに比べると誤差が大きく、NDBデータで医師偏在指標を再計算したところ、医師少数区域の基準値からの差が3%以内のボーダーラインとなったことも踏まえ、医師少数区域として取り扱わないこととします。

西部医療圏については、東部医療圏と同様にNDBデータに基づく分析や再計算を行っても流入・流出患者に特徴的な要素はないことから、医師少数区域とします。



(NDBデータにおける佐賀県の医療圏別入院患者流出入の状況(2020年度))

【流入】

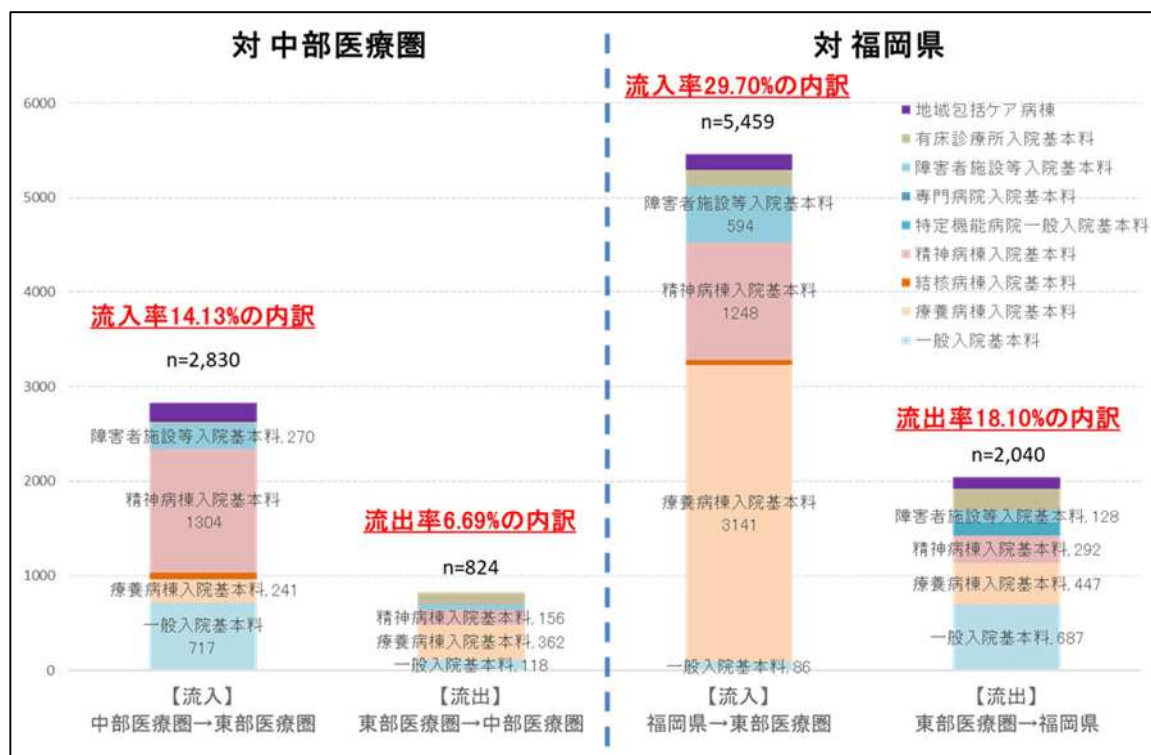
		NDBデータ(2020年度レセプト)								総計	流入率 a	患者調査 (2017年度) b	差異 a-b
		患者住所地											
		中部	東部	北部	西部	南部	福岡県	長崎県					
医療機関所在地	中部	87.73%	1.69%	1.59%	0.53%	4.54%	3.48%	0.43%	100.00%	12.27%	19.57%	-7.30%	
	東部	14.13%	52.70%	0.78%	0.39%	1.79%	29.70%	0.51%	100.00%	47.30%	58.82%	-11.52%	
	北部	1.59%	0.00%	93.31%	1.95%	0.16%	1.17%	1.82%	100.00%	6.69%	10.00%	-3.31%	
	西部	0.14%	0.00%	1.03%	83.58%	3.34%	0.00%	11.90%	100.00%	16.42%	15.38%	1.04%	
	南部	4.39%	0.07%	0.23%	6.35%	85.09%	0.30%	3.57%	100.00%	14.91%	22.22%	-7.31%	
	佐賀県	37.39%	8.10%	14.83%	13.13%	17.98%	5.78%	2.79%	100.00%	8.57%	12.20%	-3.63%	

【流出】

		NDBデータ(2020年度レセプト)								総計	流出率 a	患者調査 (2017年度) b	差異 a-b
		医療機関所在地											
		中部	東部	北部	西部	南部	福岡県	長崎県					
患者住所地	中部	88.92%	5.16%	0.61%	0.05%	2.07%	3.13%	0.06%	100.00%	11.08%	15.22%	-4.14%	
	東部	6.69%	75.09%	0.00%	0.00%	0.12%	18.10%	0.00%	100.00%	24.91%	29.41%	-4.50%	
	北部	4.09%	0.72%	91.24%	0.93%	0.27%	2.57%	0.18%	100.00%	8.76%	15.00%	-6.24%	
	西部	1.55%	0.41%	2.16%	84.83%	8.58%	0.86%	1.61%	100.00%	15.17%	38.46%	-23.29%	
	南部	9.64%	1.37%	0.13%	2.48%	83.89%	0.76%	1.75%	100.00%	16.11%	18.52%	-2.41%	
	佐賀県	39.32%	10.28%	15.12%	12.59%	18.27%	3.81%	0.62%	100.00%	4.43%	8.13%	-3.70%	

(出典) 医師偏在指標に係るデータ集

(NDBデータにおける東部医療圏の入院患者流出入の内訳(2020年度))



(出典) 医師偏在指標に係るデータ集

(医師偏在指標の影響値(NDBデータに基づく2020年度患者流入出を用いた再計算))

医師偏在指標 (入院患者流入出 の引用元)	厚生労働省通知 (2017年度 患者調査)	県試算 (2020年度 NDB)
41 佐賀県	272.3	270.6
4101 中部	363.5	366.1
4102 東部	165.5	174.6
4103 北部	241.4	227.2
4104 西部	157.5	140.1
4105 南部	254.1	256.7

(出典)佐賀県医務課による試算

## (2) 医師少数スポットの設定

ガイドラインでは、二次医療圏よりも小さい単位の地域で医師確保策を検討する必要がある地域を「医師少数スポット」として定めることができ、「無医地区・準無医地区に該当していない地域でも、へき地診療所における継続的な医師の確保が困難である場合であって、他の地域の医療機関へのアクセスが制限されている地域等については、必要に応じて医師少数スポットとして設定することが適切である。」とされています。

唐津市の各離島では、自治医科大学卒業医師が診療所に常駐したり、他の離島診療所医師や唐津市民病院きたはたの医師等による巡回診療をしたりして、必要な医師の確保が図られています。しかし、自治医科大学卒業医師や巡回診療の医師を継続的に確保できない場合を想定する必要があります。このことから、唐津市の各離島を医師少数スポットに設定して、当該地域の医療ニーズに応じた対策を検討することとします。

(唐津市離島の診療体制(2022年10月時点))



(出典)佐賀県医務課調べ  
(唐津市発表資料)

## 第3 医師確保の方針及び目標

### 1 医師確保の方針

#### 1 若年層の医師の県内定着

本県では県全域の医師総数は微増していますが、若年層の医師数は伸び悩んでいます。

医師の働き方改革に伴い、若年層の仕事と私生活に対する意識の変容がさらに進むことや、専門医志向のさらなる高まり等の背景を踏まえて、勤務環境の改善及び研修プログラムや指導体制の充実等により、県内外の若年層の医師にとって魅力のある医療機関を増やす取組を進めます。

また、医学部の入試枠について、高い割合で県内定着が見込まれる地域枠や地元出身者枠の拡大に向けて佐賀大学と調整するとともに、医学生及び医師のキャリア形成を支援します。

#### 2 医師の高齢化への対応

開業医の高齢化が進行しており、今後、診療所の廃止等により一次医療が受けられなくなる地域が出てくるのが想定されます。これに備えて、一次医療提供を確保できる体制を構築します。

#### 3 診療科間偏在是正

前期計画では、本県地域医療構想における医療需要の見通しを踏まえて、以下の通り「特に育成が必要な医師像」を定めました。医療需要の見通しと現在の各診療科の専門医数は、前期計画策定時から大きな変化はないことから、本計画でもこれを継続し、医師確保策を講じる指定診療科を定めます。

#### 【特に育成が必要な医師像】

##### ①高度急性期の需要増加に対処するための医師の育成

本県地域医療構想における医療需要の見通しは、今後、高度急性期の医療需要が増加することが見込まれ、医療需要のピークは2035年から2040年とみられます。したがって、高度急性期の需要増加に対処するための医師が必要となり、待てない急性期への対応が求められています。県内医療機関で高度急性期をカバーしている主たる診療科の実態（病床機能報告）を踏まえ、内科、小児科、外科、産婦人科、脳神経外科、麻酔科及び救急科の医師を育成します。

##### ②総合的な診療能力を有する医師の育成

医療技術の進歩に伴い高度に専門化した医師が増加していることを踏まえ、患者の全体像を診る「患者を選ばない医師」や、開業医の高齢化が進んでいることも踏まえ、在宅医療や地域包括ケアの推進など、患者だけでなく「家族や地域も診る医師」も必要です。具体的には、病院総合診療専門医、家庭医療専門医等の専門医、かかりつけ医やプライマリ・ケア認定医など、総合的な診療能力を有する医師を育成します。

### ③総合診療の経験（基礎的な総合診療の能力）のある専門医の育成

へき地等における勤務経験が義務とされている自治医科大学卒業医師のように、総合的な診療の経験があり、専門医としても活躍が期待されている医師については、義務履行とキャリア形成の両立が重要となります。

改正医療法において地域医療支援病院の管理者要件の一つに医師少数区域等における勤務が要件となっていることなどを踏まえ、将来、地域や医療機関のリーダーとなるべき存在とも言える当該医師のさらなる育成を行います。

## 4 地域間偏在是正

医師少数区域及び医師少数スポットに対して、キャリア形成プログラム適用医師及び自治医科大学卒業医師が優先的に配置されるよう取組を進めます。

## 2 医師確保の目標

### 1 目標医師数

ガイドラインによれば、医師多数都道府県及び医師多数区域は「現時点以上の医師確保対策を行う方針が定められることがないよう」方針を定めることとされ、医師少数区域については「医師の増加を基本方針とする」ことなどを医師確保の方針の原則として示しています。

また、厚生労働省は2026年度までに達成すべき目標医師数（医師少数区域から脱するための最低限必要な医師数）を示しており、医師少数区域については当該数値が目標医師数となります。

（佐賀県の医療圏ごとの2026年度時点の目標医師数の状況）

医療圏		分類	2020年 (計画策定時) 医師数	2026年 目標医師数
三次医療圏	佐賀県全域	医師多数県	2,361人	1,856人
二次医療圏	中部医療圏	医師多数区域	1,281人	605人
	東部医療圏	—	245人	255人
	北部医療圏	医師多数区域	299人	204人
	西部医療圏	医師少数区域	117人	116人※
	南部医療圏	医師多数区域	419人	268人

※ 医師少数区域における目標医師数 （出典）医師偏在指標に係るデータ集

しかし、本県の地域医療構想においては、今後の医療需要が増大することが見込まれており、また若年層医師が県外に流出している実態があることから、県全体の目標は、「1医師確保の方針」に記述している「若年層の医師の育成・定着」とし、二次医療圏の目標は、地域医療構想調整会議



地区分科会等を活用し、二次医療圏それぞれの実態把握を行い、前述した特に育成が必要な医師を中心に、必要な対応を行うこととします。

## 2 必要医師数

厚生労働省は、将来時点（2036年）において確保が必要な医師数を必要医師数として示しています。これは、マクロ需給推計に基づき、2036年において全国の医師数が全国の医療需要に一致する場合の医師偏在指標の値（全国値）を算出し、医療圏ごとに、医師偏在指標がこの全国値と等しい値になる医師数を指します。

推計に当たっては、各医療圏の性・卒後年数別就業者の増減が、将来も継続するものとして推計されており、医師の流出入の変化の影響等の不確実性があるため幅を持った推計がされています。

本県では上位推計においても医師が不足する医療圏があるため、地域枠の設定による長期施策や医療圏を超えた医師派遣の仕組みを構築する必要があります。

### （佐賀県の医療圏ごとの2036年時点の必要医師数の状況）

	必要医師数 (人)	供給推計		供給推計-必要医師数	
		(上位)	(下位)	(供給上位)	(供給下位)
佐賀県	2231	2985	2223	755	-8
中部	940	1699	1265	759	<b>325</b>
東部	410	280	209	<b>-130</b>	-201
北部	304	366	272	62	-32
西部	171	151	113	<b>-20</b>	-59
南部	396	489	364	93	-32

（出典）医師偏在指標に係るデータ集

## 第4 具体的な施策

次に掲げる施策を、医師育成・定着のためのSAGA Doctor-Sプロジェクトとして推進します。



## 1 佐賀県及び佐賀大学への愛着心の涵養

佐賀大学医学生が卒後に県内に定着するための動機付けをするため、佐賀大学への愛校心、佐賀県への愛着心及び佐賀県で働く医師等との繋がりを作るための取組を行います。

## 2 勤務環境改善及び働き方に制約のある医師の支援

医療機関の勤務環境改善に向けて、県医師会及び労働局等の関係機関と連携して、医療機関の労務管理や勤務体制等に関する相談対応を行います。また、大学及び関連病院において育児等により働き方に制約のある医師が、希望する働き方やキャリア形成ができる体制を整備するための支援を行います。

## 3 医学部入試枠

高い割合で県内定着が見込まれる地域枠や地元出身者枠の拡大に向けて佐賀大学と調整します。

また、地域の医師確保の観点から医学部の定員を増加する「臨時定員」については、本県は2020年度以降、6名の臨時定員を認められており、佐賀大学医学部に4名及び長崎大学医学部に2名の定員を設けています。国は2025年度も2019年度の臨時定員を超えない範囲で認める方針を示していますが、2026年度から臨時定員を縮小する方針を示し、都道府県は臨時定員を活用した地域枠を大学の恒久定員の中に設置することを助言していますので、厚生労働省の検討状況を注視しながら、関係機関と協議します。

## 4 身近な医療（一次医療）提供支援

診療所の廃止等に備えた、市町の一次医療提供体制の構築及び地域への派遣医師や巡回診療ができる医師の育成・確保を行います。

## 5 医師修学資金等貸与事業

診療科間の偏在に対処するため、「第3 医師確保の方針及び目標 | 医師確保の方針 3 診療科間偏在是正」に示した「特に育成が必要な医師像」を踏まえた診療従事を要件とする医師修学資金等貸与事業を行います。

また、若年層を中心とした医師を本県に呼び込むために、既存の指定診療科での診療従事を要件とする貸付に加えて、医学生及び医師のキャリア形成の支援等を目的とした特色ある貸付を追加することを検討します。

## 6 キャリア形成プログラム及びキャリア形成卒前支援プラン

医療法第30条の23第2項及び医療法施行規則(昭和23年厚生省令第50号)第30条の



33の17に定めるキャリア形成プログラムを2020年10月に策定しました。また、地域枠等医学生に対するキャリア形成卒前支援プランを2023年度から実施しています。

魅力あるプログラムとするため、佐賀大学医学部に設置した佐賀県医師育成・定着支援センターと連携して実施します。

## 7 自治医科大学卒業医師

1972年に全都道府県が共同で設立した自治医科大学は、各都道府県から選抜された学生が医師となり、卒後9年間は都道府県知事が指定する公立・公的病院等において勤務することが義務付けられています。

卒後9年間の義務年限については、地域医療の現状を踏まえつつ、離島・へき地診療所等での勤務を行いつつも、自治医科大学卒業医師本人のキャリア形成に配慮した取組としています。

引き続き、自治医科大学卒業医師との一層の意思疎通を図り、義務とキャリア形成の両立が可能となる取組及び義務年限終了後も本県に定着できる取組を継続します。

## 第5 産科の医師確保計画

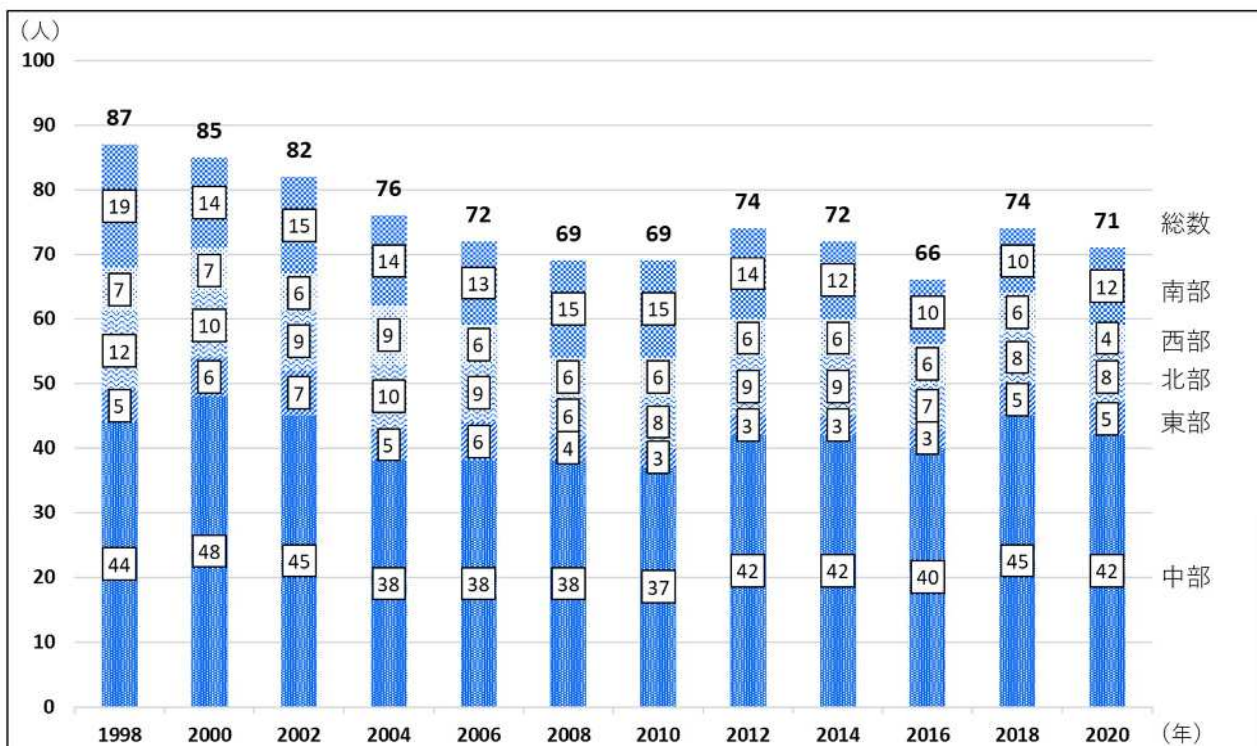
### Ⅰ 産科医師数・分娩取扱医師偏在指標等の状況

#### Ⅰ 産科医師数等の状況

本県の医療施設に従事する産婦人科・産科医師数は、1998年以降、概ね減少傾向にあります。

二次医療圏ごとに増減の傾向に違いがあり、中部及び東部医療圏では概ね横ばいで推移していますが、北部、西部及び南部医療圏では減少傾向にあります。

(佐賀県における医療施設従事医師数の推移(主たる診療科:産婦人科・産科))

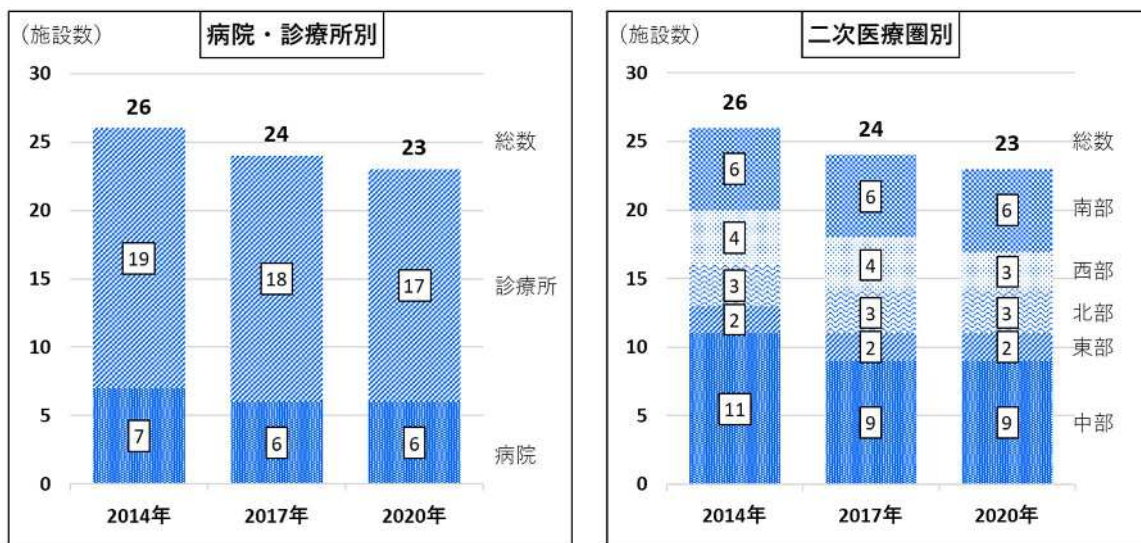


(出典) 医師・歯科医師・薬剤師統計

本県の分娩を取り扱う医療施設数は減少傾向にあります。二次医療圏ごとにみると、特に東部医療圏では2施設、北部及び西部医療圏では3施設と施設数が限られています。

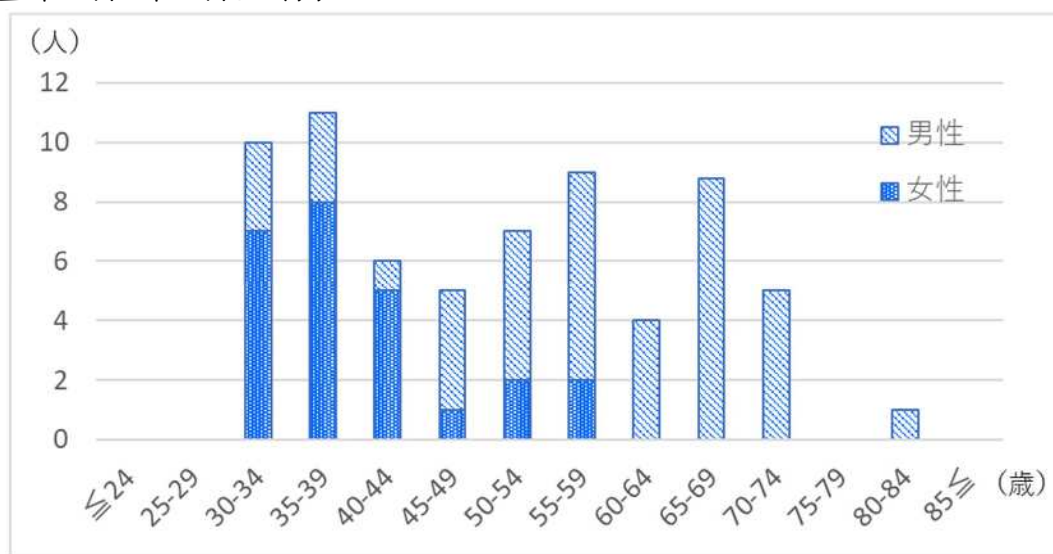
男女別・年齢階級別に見ると、分娩を取り扱う産科医師の半数以上が50歳以上です。また、40歳未満の階層では7割以上が女性医師です。

(佐賀県における分娩を取り扱う医療施設数の推移)



(出典)厚生労働省「医療施設調査」

(佐賀県における男女別・年齢階級別の分娩取扱医師数(2020年)(実際に分娩を取り扱う産科・産婦人科・婦人科医師))



(歳)	≤24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85≤
男性 (人)	0	0	3	3	1	4	5	7	4	8.8	5	0	1	0
女性 (人)	0	0	7	8	5	1	2	2	0	0	0	0	0	0

主たる従事先・従たる従事先の周産期医療圏が異なる場合は、主たる従事先の周産期医療圏において 0.8 人、従たる従事先の周産期医療圏において 0.2 人と換算

(出典)2020年「医師・歯科医師・薬剤師統計」

2 分娩取扱医師偏在指標の状況

2023年11月版の分娩取扱医師偏在指標によれば、本県は全国18位で相対的医師少数都道府県とならない水準です。また、二次医療圏においては、北部、西部及び南部医療圏が相対的医

師少数区域の水準です。

また、2026 年度時点の分娩取扱医師偏在指標が、計画開始時点の相対的医師少数区域の基準値に達するための医師数（分娩取扱医師偏在対策基準医師数）は、本県は 52.2 人です。

なお、ガイドラインでは、分娩取扱医師偏在対策基準医師数は、「医療需要に応じて機械的に算出される数値であり、確保すべき医師数の目標ではないことに留意が必要」とされています。

そのため、本県では分娩取扱医師偏在指標及び分娩取扱医師偏在対策基準医師数は参考指標とし、地域間の偏在については、地域の実情をよく把握した上で対応することとします。

（佐賀県の分娩取扱医師偏在指標及び分娩取扱医師偏在対策基準医師数）

医療圏	分娩取扱医師偏在指標	相対的医師少数区域	偏在対策基準医師数（2026 年）	分娩取扱医師数（2020 年）*
佐賀県	10.4	-	52.2 人	66.8 人
中部	17.5	-	15.5 人	40.8 人
東部	7.8	-	3.4 人	4.0 人
北部	6.4	少数区域	6.4 人	6.0 人
西部	4.4	少数区域	5.8 人	4.0 人
南部	6.6	少数区域	10.2 人	12.0 人

\* 2020 年「医師・歯科医師・薬剤師統計」（出典）分娩取扱医師偏在指標に係るデータ集

## 2 産科医師確保の方針と今後の施策の方向性

### 1 医師の育成段階における確保

産科医師数が減少傾向にあることから、医師を目指す段階や医師の育成段階において、関係機関が連携して、新たに産科医師を増やす取組を進めます。

〔施策の方向性〕

- 医師修学資金の活用等により、産科を目指す医学生及び臨床研修医の支援や県内への就業促進を図ります。

### 2 医師の働き方改革を踏まえた対策

2024 年4月から始まる医師の働き方改革に伴う時間外労働の短縮を見据える必要があることや、若年層では女性医師が多いことから、勤務環境の改善に一層取り組みます。

〔施策の方向性〕

- 医療勤務環境の改善及び子育て等により働き方に制約のある医師の支援を推進します。



### 3 開業医の今後の動向に対応するための対策

将来、診療所が廃止になった場合に分娩取扱医療機関の空白地帯が生じる可能性があることから、関係機関が連携して、即戦力となる医師や代替機能の確保を図るとともに、医療資源の集約化・重点化の検討を進めます。

[施策の方向性]

- 本県出身医師のUターン促進や県境の医療機関における協力体制の構築による県外からの招致等を図ります。
- 各医療圏の中核となる病院への医師の集約化の在り方について検討します。

## 第6 小児科の医師確保計画

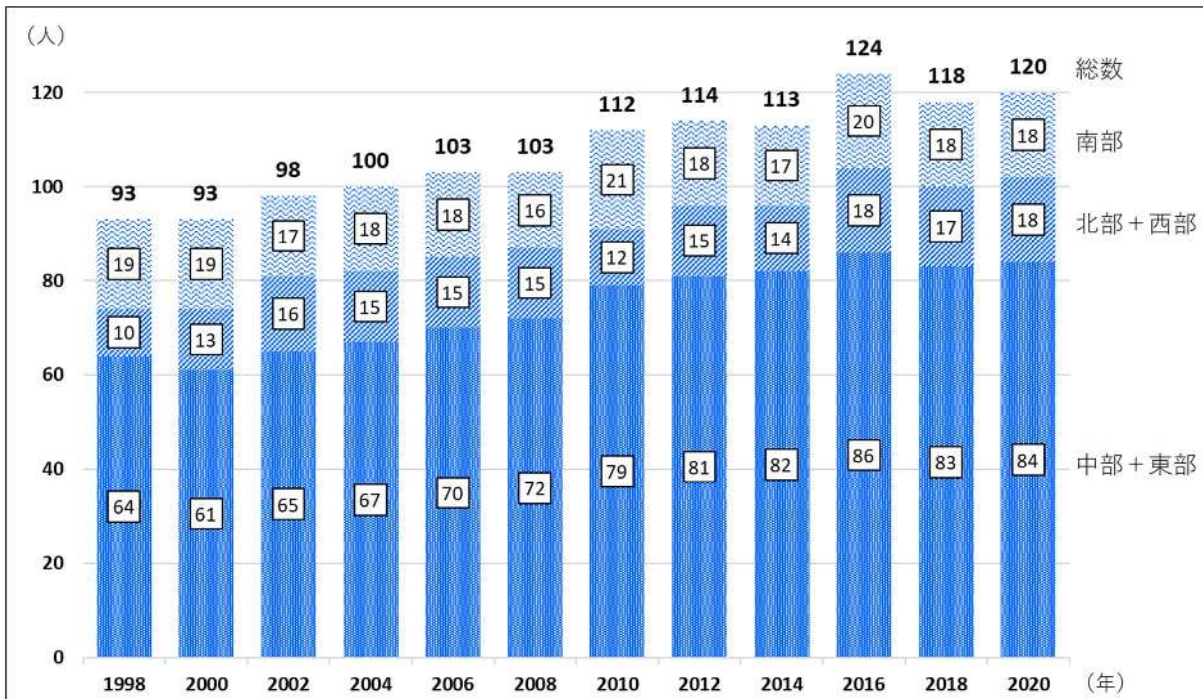
### 1 小児科医師数・小児科医師偏在指標等の状況

#### 1 小児科医師数等の状況

本県の医療施設に従事する小児科医師数は、1998年以降、概ね増加傾向にあります。

小児医療圏ごとに見ると、増減の傾向に違いがあり、中部+東部医療圏及び北部+西部医療圏では増加しているものの、2016年以降は横ばいで推移しています。南部医療圏では1998年以降、概ね横ばいで推移しています。

(佐賀県における医療施設従事医師数の推移(主たる診療科:小児科))



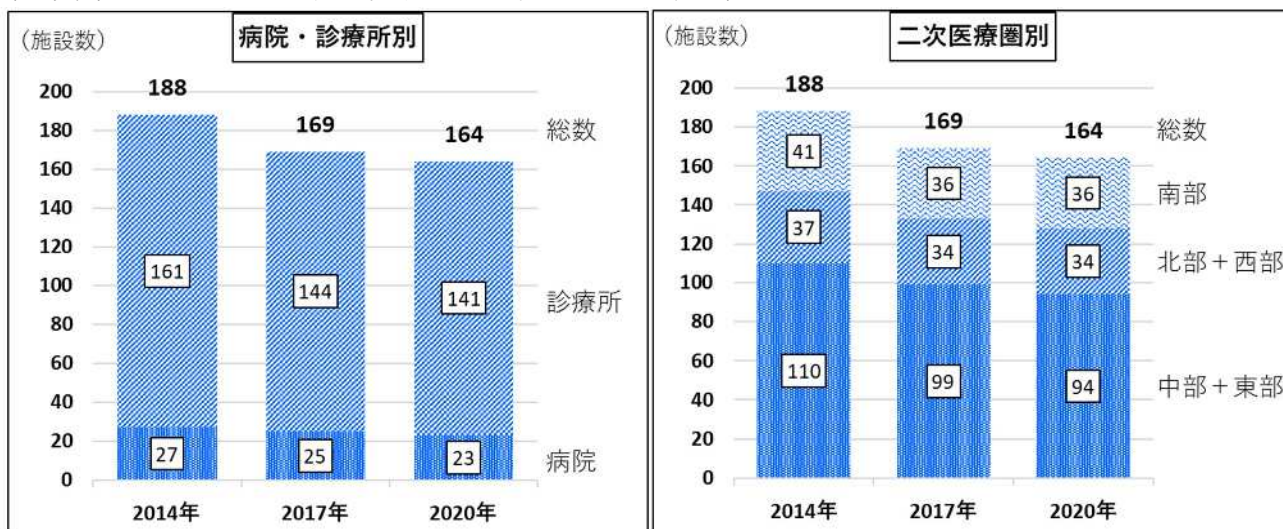
(出典) 医師・歯科医師・薬剤師統計

本県の小児科を標榜する医療施設数は、2014年から2020年までの6年間で24施設の減となっています。特に診療所数は減少傾向が顕著です。

小児医療圏ごとにみると、北部+西部医療圏及び南部医療圏では概ね横ばいで推移していますが、中部+東部医療圏では減少傾向です。

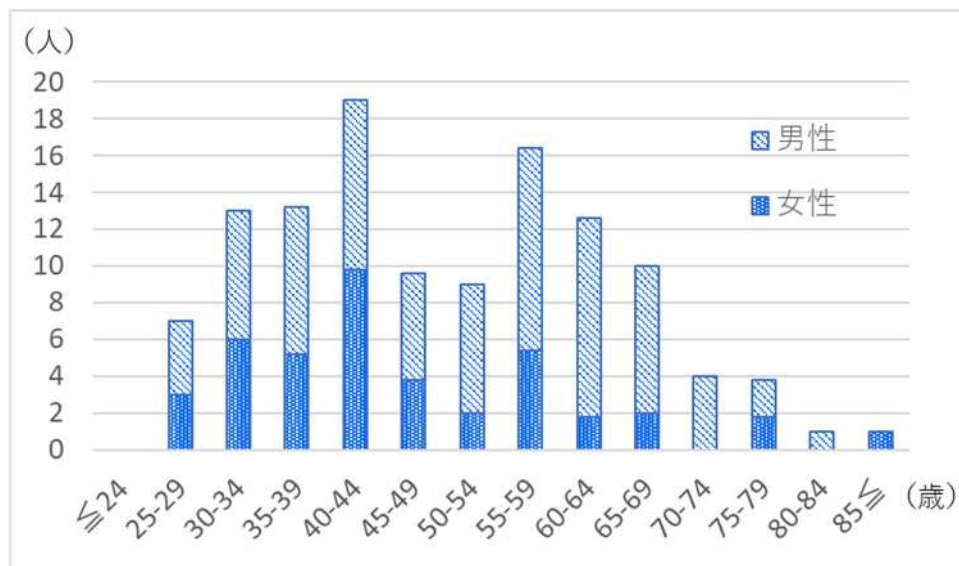
男女別・年齢階級別に見ると、小児科医師の約半数が50歳以上です。若年層における女性の比率が高く、特に40歳代前半以下の階層では約半数が女性です。

(佐賀県における小児科を標榜する医療施設数の推移)



(出典)厚生労働省「医療施設調査」

(佐賀県における男女別・年齢階級別の小児科医師数(2020年))



(歳)	≤24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85≤
男性(人)	0	4	7	8	9.2	5.8	7	11	10.8	8	4	2	1	0
女性(人)	0	3	6	5.2	9.8	3.8	2	5.4	1.8	2	0	1.8	0	1



主たる従事先・従たる従事先の周産期医療圏が異なる場合は、主たる従事先の周産期医療圏において 0.8 人、従たる従事先の周産期医療圏において 0.2 人と換算  
 (出典) 2020 年「医師・歯科医師・薬剤師統計」

## 2 小児科医師偏在指標の状況

2023 年 11 月版の小児科医師偏在指標によれば、本県は全国 27 位で相対的医師少数都道府県とならない水準です。また、二次医療圏においては、北部+西部医療圏が相対的医師少数区域の水準です。

また、2026 年度時点の小児科医師偏在指標が、計画開始時点の相対的医師少数区域の基準値に達するための医師数(小児科医師偏在対策基準医師数)は、本県は 104.6 人となっています。

なお、ガイドラインでは、小児科医師偏在対策基準医師数は、「医療需要に応じて機械的に算出される数値であり、確保すべき医師数の目標ではないことに留意が必要」とされています。

そのため、本県では小児科医師偏在指標及び小児科医師偏在対策基準医師数は参考指標とし、地域間の偏在については、地域の実情をよく把握した上で対応することとします。

(佐賀県の小児科医師偏在指標及び小児科医師偏在対策基準医師数)

医療圏	小児科医師偏在指標	相対的医師少数区域	偏在対策基準医師数(2026年)	小児科医師数(2020年)*
佐賀県	113.8	-	104.6人	119.6人
中部+東部	109.8	-	65.3人	83.8人
北部+西部	81.2	少数区域	18.2人	17.6人
南部	107.9	-	13.6人	18.2人

\* 2020 年「医師・歯科医師・薬剤師統計」(出典)小児科医師偏在指標に係るデータ集

## 2 小児科医師確保の方針と今後の施策の方向性

### 1 医師の育成段階における確保

若年層の小児科医師数が伸び悩んでいることから、医師を目指す段階や医師の育成段階において、関係機関が連携して、新たに小児科医師を増やす取組を進めます。

[施策の方向性]

○ 医師修学資金の活用等により、小児科を目指す医学生及び臨床研修医の支援や県内への就業促進を図ります。

### 2 医師の働き方改革を踏まえた対策

2024 年4月から始まる医師の働き方改革に伴う時間外労働の短縮を見据える必要があること

や、若年層では女性医師が多いことから、勤務環境の改善に一層取り組みます。

〔施策の方向性〕

○ 医療勤務環境の改善及び子育て等により働き方に制約のある医師の支援を推進します。

### 3 開業医の今後の動向に対応するための対策

将来、診療所が廃止になった場合に小児医療の空白地帯が生じる可能性があることから、関係機関が連携して、小児の一次医療提供体制の在り方及び医療資源の集約化・重点化の検討を進めます。

〔施策の方向性〕

○ 小児の一次医療提供体制の在り方について検討します。

○ 各医療圏の中核となる病院への医師の集約化の在り方について検討します。

## 【参考データ】

### 医師偏在資料の算出式

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数 (※1)}}{\frac{\text{地域の人口}}{10^5} \times \text{地域の標準化受療率比 (※2)}}$$

$$(\text{※1}) \text{標準化医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$(\text{※2}) \text{地域の標準化受療率比} = \frac{\text{地域の期待受療率 (※3)}}{\text{全国の期待受療率}}$$

$$(\text{※3}) \text{地域の期待受療率} = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別調整受療率}^{\text{※4}} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

$$(\text{※4}) \text{全国の性年齢階級別調整受療率} \\ = \text{無床診療所医療医師需要度}(\text{※5}) \times \text{全国の無床診療所受療率} \\ + \text{全国の入院受療率}$$

$$(\text{※5}) \text{無床診療所医療医師需要度} = \frac{\frac{\text{マクロ需給推計における外来医師需要}^{\text{※1}}}{\text{全国の無床診療所外来患者数 (※6)}}}{\frac{\text{マクロ需給推計における入院医師需要}^{\text{※2}}}{\text{全国の入院患者数}}}$$

$$(\text{※6}) \text{全国の無床診療所外来患者数} \\ = \text{全国の外来患者数} \\ \times \frac{\text{初診・再診・在宅医療算定回数 [無床診療所]}}{\text{初診・再診・在宅医療算定回数 [有床診療所・無床診療所]}}$$

さらに、患者の流出入に基づく増減を反映するために、(※4) 全国の性年齢階級別調整受療率を、次のように修正を加えて計算する。

$$\text{性年齢階級別調整受療率(流出入反映)} \\ = \text{無床診療所医療医師需要度} \times \text{全国の無床診療所受療率} \\ \times \text{無床診療所患者流出入調整係数 (※7)} \\ + \text{全国の入院受療率} \times \text{入院患者流出入調整係数 (※8)}$$

$$(\text{※7}) \text{無床診療所患者流出入調整係数} \\ = \frac{\text{無床診療所患者数(患者住所地)} + \text{無床診療所患者流入数} - \text{無床診療所患者流出数}}{\text{無床診療所患者数 (患者住所地)}}$$

$$(\text{※8}) \text{入院患者流出入調整係数} \\ = \frac{\text{入院患者数(患者住所地)} + \text{入院患者流入数} - \text{入院患者流出数}}{\text{入院患者数 (患者住所地)}}$$

## 第2節 歯科医師

I	現状と課題
---	-------

### 1. 現状

県内の医療施設に従事する歯科医師数は、2020年12月末で604人となっており、人口10万人当たりの人数で見ると全国平均を下回っています。医療圏別にみると、特に西部において少なくなっています。

また、本県の医療施設に従事する歯科医師の平均年齢は53.6歳で全国平均とほぼ変わりませんが、年齢階級別で見ると60歳以上の割合が34.1%となっており2016年と比較すると4.1%増加しており、歯科医師の高齢化が進んでいることが分かります。

医療施設に従事する歯科医師数の推移

(単位:人)

	2012年		2014年		2016年		2018年		2020年	
	実数	人口 10万対	実数	人口 10万対	実数	人口 10万対	実数	人口 10万対	実数	人口 10万対
全国	99,659	78.2	100,965	79.4	101,551	80.0	101,777	80.5	104,118	82.5
佐賀県	594	70.5	619	74.1	606	73.2	578	70.6	604	74.4
中部	265	75.5	290	83.3	283	81.5	279	81.0	291	85.2
東部	88	71.2	97	77.9	96	76.6	84	66.6	91	71.7
北部	90	68.3	87	67.2	87	68.3	79	63.3	86	70.6
西部	42	54.5	44	57.9	40	53.5	40	54.4	37	51.5
南部	109	68.1	101	64.4	100	65.1	96	63.9	99	67.4

※各年12月31日現在

(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」)

医療施設に従事する歯科医師数(年齢階級別)

	佐賀県(2020)				全国(2020)			
	病院	診療所	総数	割合	病院	診療所	総数	割合
総数	23	581	604	100.0%	12,329	91,789	104,118	100.0%
85歳以上	0	1	1	0.2%	1	928	929	0.9%
80-84歳	0	8	8	1.3%	4	1,282	1,286	1.2%
75-79歳	0	22	22	3.6%	14	2,495	2,509	2.4%
70-74歳	0	44	44	7.3%	66	6,941	7,007	6.7%
65-69歳	0	63	63	10.4%	225	9,642	9,867	9.5%
60-64歳	1	67	68	11.3%	675	12,594	13,269	12.7%
55-59歳	3	72	75	12.4%	711	11,878	12,589	12.1%
50-54歳	3	73	76	12.6%	732	10,448	11,180	10.7%
45-49歳	1	66	67	11.1%	952	10,193	11,145	10.7%
40-44歳	2	72	74	12.3%	1,054	9,107	10,161	9.8%
35-39歳	3	53	56	9.3%	1,579	8,248	9,827	9.4%
30-34歳	2	29	31	5.1%	2,663	5,570	8,233	7.9%
25-29歳	8	11	19	3.1%	3,524	2,444	5,968	5.7%
24歳以下	0	-	0	0.0%	129	19	148	0.1%
平均年齢	40.6	54.2	53.6	-	38.7	54.3	52.4	-

(厚生労働省「2020 医師・歯科医師・薬剤師調査」)

## 2. 課題

現在の歯科医療は歯の形態回復を目的とした従来の歯科医療機関完結型の歯科医療から、一層の高齢化を踏まえた地域完結型の歯科医療が求められています。

具体的には、歯の形態回復だけではなく、入院患者や在宅等で療養を行う患者に対する口腔機能の維持・回復の視点が考えられています。また、障害児・者への歯科診療についても対応が求められています。今後は、病院との連携や地域包括ケアシステムの中での役割がますます重要となってくるのが予想されます。

また、歯科医師の高齢化が進行していること、第2章で示したとおり、歯科診療所数が減少傾向にあることを踏まえ、地域の歯科医療提供体制の状況を把握します。

2	目標と施策
---	-------

### 1. 目標

病院との連携や地域包括ケアシステムの中での歯科の役割を果たすため、訪問診療や高齢者の摂食嚥下に対応できる歯科医師の養成や体制整備を行います。

### 2. 施策

- 佐賀県歯科医師会に設置している在宅歯科医療推進連携室の活動を通し、訪問歯科診療を行う歯科医師を支援します。
- 障害児・者への歯科診療について、対応医療機関の養成と質の向上、病院歯科との連携・推進に努めます。また、対象者が受診可能な歯科医療機関を選択できるように分かりやすい情報提供に努めます。
- 「かかりつけ歯科医」を推進する各種研修会の開催等により、歯科医師の資質向上に努めます。

### 第3節 薬剤師（薬剤師確保計画）

I	現状と課題
---	-------

#### 1. 現状

県内の薬剤師数は2020年12月末時点で1,952人であり、人口10万人当たりの薬剤師数は全国値を下回っていますが、薬局や病院等の医療機関で勤務している薬剤師数はいずれも全国値を上回っています。

業務の種類別薬剤師数の推移

各年12月31日時点

	2012	2014	2016	2018	2020
総数	1,779	1,799	1,907	1,941	1,952
薬局・医療施設の従事者	1,471	1,490	1,589	1,640	1,661
薬局の勤務者	1,103	1,116	1,196	1,240	1,251
病院・診療所の従事者	368	374	393	400	410
薬局・医療施設以外の従事者	256	256	259	245	235
介護保険施設の従事者	-	-	-	8	11
大学の勤務者(研究・教育)	4	7	10	7	5
大学院生又は研究生	2	-	-	-	-
医薬品関係企業	188	191	186	165	153
衛生行政/保健衛生施設の従事者	62	58	63	65	66
その他の者	52	53	59	56	56
その他の業務の従事者	18	22	15	27	15
無職の者	34	31	44	29	41

(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」)

人口10万人当たりの薬剤師数

2020年12月31日時点

	実数		百分率		人口10万対	
	佐賀県	全国	佐賀県	全国	佐賀県	全国
総数	1,952	321,982	100.0	100.0	240.6	255.2
薬局の勤務者	1,251	188,982	64.1	58.7	154.2	149.8
病院/診療所の勤務者	410	61,603	21.0	19.1	50.5	48.8
その他	291	71,397	14.9	22.2	35.9	56.6

(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」)

#### 2. 課題

高齢化の進展や医療の高度化・複雑化等の医療をとりまく状況の変化に伴い、薬剤師に求められる役割や業務内容は変化してきており、薬局薬剤師には地域包括ケアシステムの一員として在宅医療等における一元的・継続的な薬物療法の提供や地域住民への健康サポート業務等が、病院薬剤師には多職種連携によるチーム医療の推進等が求められています。



このような環境の変化に対応していくためには、業務量に応じた薬剤師数を確保するとともに、個々の薬剤師が、多岐にわたる医療需要に対応できるよう生涯にわたって自己研鑽により専門性を高めていく必要があります。

しかしながら、県内には薬学部がなく、また、県外に進学した薬学生の人材還流も高くないことから、恒常的に薬剤師が不足しており、また、自己研鑽の場となる研修の機会も少ない状況にあるため、薬剤師の人材確保・定着及び育成が課題となっています。

## 2 目標と施策

在宅医療やチーム医療等、時代に即応した医療需要に対応するため、地域の実情に応じて薬剤師を確保するとともに、国が2015年10月に公表した「患者のための薬局ビジョン」や2021年6月に公表した「薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会とりまとめ」を踏まえ、最新の医療や医薬品等に関する専門的知識・技能の習得や地域における多職種連携を推進する研修等を実施することにより、薬剤師の人材育成を行います。

このため、以下の目標を設定し、達成に向けた取組を実施します。

### 1. 目標

指 標	現 状	目 標
薬剤師奨学金制度を利用した県内に勤務する 薬剤師数 (県調査)	49名 (2023年4月)	120名 (2030年4月)
地域連携薬局数 <sup>※1</sup> (県調査)	9薬局 (2023年4月)	36薬局 (2030年4月)
地域薬学ケア専門薬剤師(がん)研修又は外来 がん治療専門薬剤師研修受講者数 (県調査)	4名 (2022年度)	毎年8名
専門医療機関連携薬局数 <sup>※2</sup> (県調査)	2薬局 (2023年4月)	7薬局 (2030年4月)

※1:在宅医療等に地域の医療機関等と連携しながら一元的・継続的に対応できる薬局

※2:がん等の専門的な薬学管理にがん診療連携拠点病院等の関係機関と連携して対応できる薬局(地域薬学ケア専門薬剤師(がん)等の配置が要件の一つ)

### 2. 施策

- 県外の薬学部で修業する佐賀県出身の薬学生等を対象とした奨学金制度を活用することで、県内に薬剤師を還流させ人材確保を図ります。
- 子育て等で一時的に離職・休職している女性薬剤師等を対象として、高度化する医療やICT

化への対応をサポートする研修会や復職に関する情報発信を行うことで、離職中の薬剤師の復職を支援し、人材の有効活用を図ります。

- 今後、増加が見込まれる在宅患者等に対する医療の質の向上に資するため、在宅医療に関する薬学的知識及び技能の習得や多職種連携に資する研修会を実施することで、地域包括ケアシステムの中で活躍できる薬剤師の育成を図ります。
- 今後、より高度化する医療需要に対応するため、薬剤師のリカレント教育環境を整備し、がん専門薬剤師等の高度医療の中で専門性を発揮できる薬剤師の育成を図るとともに、魅力ある多彩なりカレント教育メニューを提供することで、薬剤師の人材還流・確保を図ります。

## 第4節 看護師・准看護師・保健師・助産師

I	現状と課題
---	-------

### 1. 現状

#### (1) 看護師・准看護師・保健師・助産師の就業状況

2020年12月末において、県内で就業している看護職員は16,455人となっており年々増加しています。職種別にみると、近年は、医療の高度化、専門分化に加え、新興感染症等の発生に備えて専門性の高い看護師の確保が求められており、全国的にも准看護師数が徐々に減少しています。就業場所別に見ると、訪問看護ステーション、介護保険施設や社会福祉施設での増加が顕著であり、医療機関のみならず、看護職員の職域が広がっています。

佐賀県内の就業看護職員数(人)

	看護師		准看護師		保健師		助産師		人数計
	人数	人口 10万人対	人数	人口 10万人対	人数	人口 10万人対	人数	人口 10万人対	
2014年	10,020	1,200.0	4,837	579.3	467	55.9	208	24.9	15,532
2016年	10,579	1,277.7	4,755	574.3	487	58.8	221	26.7	16,042
2018年	10,937	1,335.4	4,529	553.0	493	60.2	237	28.9	16,196
2020年	11,389	1,403.6	4,299	529.8	511	63.0	256	31.5	16,455
<b>全国 (2020年)</b>	1,280,911	1,015.4	284,589	225.6	55,595	44.1	37,940	30.1	1,659,035

(厚生労働省「衛生行政報告例」隔年12月時点)

就業場所別看護職員常勤換算数(人)

	計	病院	診療所	助産所	訪問看護 ステーション	介護保険 施設※1	社会福祉 施設※2	事業所 ※3	県・保健 所	市町村	学校・ 養成所	その他
2014年	14,501.8	9,075.8	2,741.2	5.0	218.0	1,504.6	244.9	75.6	59.4	352.9	195.7	28.7
2016年	14,901.9	9,229.7	2,761.2	6.5	290.8	1,637.7	301.8	77.2	54.7	334.1	201.9	6.3
2018年	15,023.1	9,238.0	2,686.1	6.7	319.0	1,786.3	316.8	35.5	103.0	334.5	176.0	21.2
2020年	15,261.4	9,192.7	2,747.3	7.6	368.1	1,848.1	360.8	29.2	120.6	340.3	214.5	32.2

(厚生労働省「衛生行政報告例」隔年12月時点)

※1 介護保険施設…介護老人保健施設、指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)、居宅サービス事業所、居宅介護支援事業所等

※2 社会福祉施設…老人福祉施設、児童福祉施設等

※3 事業所…会社、官公署等

県内の看護師・准看護師の人口10万人対の常勤換算数の推移をみると、県全体では常に全国平均を超えています。二次医療圏ごとに地域差があります。2018年から2020年にかけて、中部・東部・南部は看護師・准看護師の常勤換算数は増加していますが、北部・西部は減少しています。

看護師・准看護師常勤換算数の推移

(単位:人)

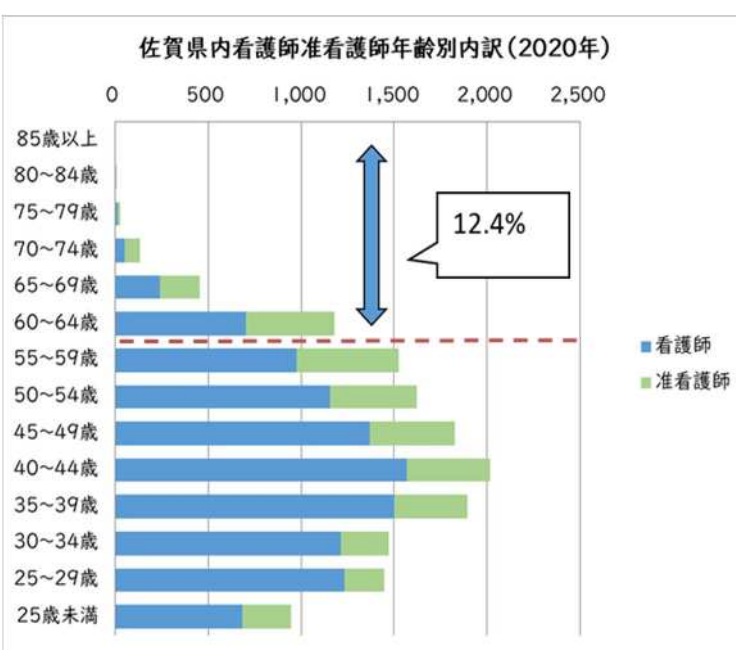
	2014年		2016年		2018年		2020年	
	常勤換算数	人口10万対	常勤換算数	人口10万対	常勤換算数	人口10万対	常勤換算数	人口10万対
全国	1,304,801.5	1,026.7	1,339,353.1	1,055.2	1,391,458.6	1,100.5	1,418,710.1	1,124.6
佐賀県	13,858.7	1,659.7	14,232.2	1,718.9	14,336.1	1,750.4	14,549.9	1,791.8
中部保健医療圏	5,823.6	1,671.8	5,984.4	1,723.8	6,034.8	1,751.3	6,264.0	1,825.6
東部保健医療圏	1,916.0	1,539.3	1,920.6	1,532.0	1,985.9	1,574.8	2,091.7	1,655.6
北部保健医療圏	1,874.6	1,447.5	2,051.2	1,610.2	2,064.3	1,655.1	2,008.1	1,632.1
西部保健医療圏	1,256.0	1,653.2	1,227.9	1,641.1	1,263.6	1,718.8	1,190.5	1,660.9
南部保健医療圏	2,988.5	1,906.9	3,048.1	1,983.8	2,987.5	1,989.3	2,995.6	2,026.4

(厚生労働省「衛生行政報告例」隔年12月時点)

県内の看護師・准看護師の常勤換算数を年齢別に見ると、全従事者に占める60歳以上の割合は、2016年は8.3%、2020年は12.4%と増加しています。

佐賀県内看護師准看護師年齢別内訳(2020年)

	看護師	准看護師	合計
85歳以上	2.0	0.0	2.0
80~84歳	2.6	1.7	4.3
75~79歳	14.0	13.0	27.0
70~74歳	51.4	85.9	137.3
65~69歳	240.5	213.0	453.5
60~64歳	701.9	479.8	1,181.7
55~59歳	974.1	552.1	1,526.2
50~54歳	1,156.3	465.7	1,622.0
45~49歳	1,368.7	458.3	1,827.0
40~44歳	1,570.3	443.5	2,013.8
35~39歳	1,502.4	388.8	1,891.2
30~34歳	1,214.7	256.6	1,471.3
25~29歳	1,233.3	211.2	1,444.5
25歳未満	683.0	265.1	948.1
	10,715.2	3,834.7	14,549.9



看護職員の需給推計については、2019年に病院等への看護職員需要調査を基本とした佐賀県独自の需給推計を行いました。2025年には、202人が不足する見込みとなっています。

佐賀県看護職員需給推計

	2023年	2024年	2025年
需要数	17,090	17,052	16,991
供給数	16,763	16,777	16,789
供給数-需要数	-327	-275	-202

## (2) 看護職員の養成状況

県内の看護師等学校養成所の1学年の定員は、2020年4月時点で、14校20課程952人となっています。入学生の確保が厳しく、定員割れしている養成所もあります。

2022年度卒業生は、89.2%が就職し、うち県内就職者割合は61.0%で、60%前後を推移しています。

看護師等養成所等の定員・入学者数(2023年4月)

養成課程名	学校・養成所名	課程数	1学年定員	2023.4入学者数
①保健師・助産師・看護師	佐賀大学、西九州大学(助産師、保健師は選択)	2	150	161
②助産師	好生館看護学院	1	12	12
③看護師(3年課程)	NHO嬉野医療センター附属看護学校、好生館看護学院、緑生館、アカデミー看護専門学校、武雄看護リハビリテーション学校	5	200	197
④看護師(2年課程)	佐賀市医師会立看護専門学校、唐津看護専門学校、武雄看護学校、伊万里看護学校、緑生館	5	250	205
⑤看護師(5年一貫)	佐賀女子短期大学付属佐賀女子高等学校	1	70	67
⑥准看護師	佐賀市医師会立看護専門学校、唐津看護専門学校、武雄看護学校、伊万里看護学校、鹿島藤津地区医師会立看護高等専修学校、鳥栖三養基医師会立看護高等専修学校	6	270	208
合計	大学:2 養成所19 高校:1	20	952	850

(厚生労働省「入学及び卒業生就業状況調査」)

### 卒業生の進路

	卒業 者数	進路状況						就職状況			
		進学		就職		その他		県内		県外	
		人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
2017年度	855	49	5.7%	778	91.0%	28	3.3%	491	63.1%	287	36.9%
2018年度	835	44	5.3%	767	91.9%	24	2.9%	497	64.8%	270	35.2%
2019年度	854	41	4.8%	771	90.3%	42	4.9%	483	62.6%	288	37.4%
2020年度	771	40	5.2%	701	90.9%	30	3.9%	449	64.1%	252	35.9%
2021年度	864	38	4.4%	792	91.7%	34	3.9%	467	59.0%	325	41.0%
2022年度	853	38	4.5%	761	89.2%	54	6.3%	464	61.0%	297	39.0%

(厚生労働省「入学及び卒業生就業状況調査」)

### (3) 看護職員の復職支援

看護職員の復職支援を担う機関であるナースセンター（県が佐賀県看護協会を指定）において、無料の職業紹介事業や再就業支援研修、離職時の届出制度の周知等を実施しています。

ナースセンター求職登録者数をみると、求職登録者のうち就職した割合は50～60%程度で推移しています。

再就業支援研修会

	受講者数	就業者数
2017	14	9
2018	16	8
2019	19	4
2020	21	8
2021	26	19
2022	107	17

ナースセンター求職登録者

	求職登録者数	就職者数	割合
2017	139	106	76.3
2017	195	116	59.5
2017	236	124	52.5
2017	310	180	58.1
2017	411	141	34.3
2017	199	102	51.3

（医務課調べ「ナースセンター事業実績報告書」より）

（※R4は助産師向けの研修も実施）

### (4) 看護職員の資質向上対策

訪問看護師に対する研修、新人看護職員研修、看護師等学校養成所の教員に対する看護教員研修及び実習指導を行う看護職員に対する実習指導者講習会を実施しています。

また、看護師の特定行為研修制度においては、研修受講料補助、研修制度の普及啓発、研修修了者の意見交換会を実施しており、特定行為研修修了看護師数は74名（2022年12月末現在）、指定研修機関6機関において延べ30区分、延べ6領域が受講可能となっています（2022年12月末現在）。また、医療機関等において、専門看護師や認定看護師等の資格取得に取り組まれています。

## 2. 課題

県内の看護職員数は、年々増加傾向にありますが、看護職員の職域の更なる拡大と年少人口の減少により新規の看護職員の大幅増は見込めません。このため、復職支援や職員の定着促進等を強化していく必要があります。

看護職員の養成状況については、看護師等学校養成所の入学生の確保が厳しく、定員割れしている養成所が多くあります。今後、年少人口がますます減少することから、地域の医療機関で従事する看護師をどのように育成するのか、養成所の在り方について関係機関で検討することが必要です。



看護職員の復職を進めるため、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ります。夜勤や休日等、求人側と求職側の勤務条件が合わず、就職率が伸び悩んでいます。医療機関においては、この状況を踏まえた看護職員確保の取り組みが必要となります。

新人看護職員の離職の一因として、看護教育で修得する看護実践能力と、臨床現場で必要とされる臨床実践能力との間に乖離が生じていることが指摘されています。これらを踏まえ、看護職員が長く働き続けるための離職防止対策や定着促進対策の取組が重要となります。

看護職員が置かれた状況の複雑化や対象者の多様化により、看護職員の専門的知識や技術の向上が求められます。

## 2 目標と施策

看護職員確保に向けては、将来の医療需要に対する看護職員の需給状況を把握することが重要です。2025年までの取組となっている地域医療構想については、生産年齢人口の減少が加速していく2040年に向けたバージョンアップが検討されており、看護職員の需給についてもこの動向を踏まえ、今後必要となる看護職員数を推計します。

本計画における看護職員確保の目標と施策は、看護師の常勤換算数の増加、離職率の低下、県内就業率の向上により、今後も安定的に看護職員を確保することや、特定行為研修への対応など看護職員の質の向上については、今後とも着実に進める必要があります。以下の目標を設定し、達成に向けた取組を実施します。

### 1. 目標

指標	現状	目標
看護師常勤換算数(人口10万対) (厚生労働省 衛生行政報告例)	1403.6 (全国第3位) (2020年度)	全国上位1/3 以内を維持 する
病院・診療所勤務看護職員離職率(定年退職者除く) (佐賀県ナースセンター 離職・需要調査)	8.0% (2022年度)	2022年度 より低下
県内看護師等学校養成所県内就業率 (厚生労働省 看護師等学校養成所入学及び卒業生 就業状況調査)	61.0% (2022年度)	2022年度 より上昇
特定行為研修修了看護師数 (県調査)	74名 (2022年12月)	184名
県内指定研修機関の特定行為区分数 (厚生労働省調べ)	延べ30区分 (2022年12月)	延べ36区分

## 2. 施策

- 魅力ある職場環境を作り、早期離職防止を促すため、新人看護職員研修をはじめとしたキャリア形成等の継続教育を推進します。
- 看護師等学校養成所の運営を支援するとともに、看護教員の養成、教員研修、実習指導者の養成の他、社会人基礎力を養う教育の導入を働きかけます。  
また、県内就業率向上に向けた取組を促します。
- 看護師等学校養成所の生徒数の減少を踏まえ、社会人経験者の就職なども視野に含め看護職員育成のあり方について、関係者間の話し合いを進めます。
- 生産年齢人口減少時代を見据えた看護業務の効率化に向けた検討を進めます。
- 看護職員志望者の確保のため、ふれあい看護フェスタ等を通じ、専門職としての看護職の魅力の積極的な普及啓発に努めます。
- 定年後も働き続けるため、ライフステージに対応した働き方、環境整備を推進します。
- 潜在看護師等の復職支援強化のため、ナースセンターとハローワークの緊密な連携を通じてマッチング機能の強化を図ります。
- 専門性の高い看護職員の養成のため、特定行為研修の推進、県内研修機関の増加、看護職員が働きながら研修を修了できるための支援等を行い、特定行為研修修了者を増やします。

## 第5節 管理栄養士・栄養士

I	現状と課題
---	-------

### 1. 現状

県内の医療施設に従事する管理栄養士・栄養士数は2022年度末において、それぞれ326人、203人となっています。

医療施設に従事する管理栄養士・栄養士

		区分	中部	東部	北部	西部	南部	県全体
2017年	病院	施設数	39	13	18	11	23	104
		管理栄養士	116	35	32	31	61	275
		栄養士	55	29	24	13	43	164
	診療所 (有床)	施設数	26	13	12	12	26	89
		管理栄養士	21	4	4	1	12	42
		栄養士	20	4	7	7	10	48
2022年	病院	施設数	38	13	15	9	23	98
		管理栄養士	126	39	33	25	66	289
		栄養士	55	24	13	11	43	146
	診療所 (有床)	施設数	27	11	9	8	24	79
		管理栄養士	18	3	3	2	11	37
		栄養士	26	3	5	10	13	57

(県健康福祉政策課とりまとめ(各年度末時点))

また、市町における行政管理栄養士・栄養士については、特定健康診査・特定保健指導等に携わっていることから、市町における配置が進んでおり、2017年4月においては47人であった行政管理栄養士・栄養士は2023年4月には61人に増加しています。

市町における配置状況

2017年4月現在				2023年4月現在			
配置市町	19市町	配置率 (嘱託栄養士含む)	95%(19/20)	配置市町	19市町	配置率 (嘱託栄養士含む)	95%(19/20)
人員	管理栄養士	43人	(内訳) 常勤(管理栄養士20人、栄養士2人) 嘱託(管理栄養士23人、栄養士2人)	人員	管理栄養士	58人	(内訳) 常勤(管理栄養士26人、栄養士2人) 嘱託(管理栄養士32人、栄養士1人)
	栄養士	4人			栄養士	3人	
	計	47人			計	61人	

### 2 課題

医療機関においては、栄養マネジメントや栄養指導を行う管理栄養士のニーズがさらに高まっており、傷病者の栄養管理を担う管理栄養士・栄養士の確保が必要です。

市町や医療機関等、地域や医療において健康づくり・栄養改善を進める観点から、管理栄養士・栄養士の資質向上を図っていく必要があります。

2	目標と施策
---	-------

医療機関等においては、患者の栄養マネジメントや臨床栄養指導・支援を継続して行う必要性があり、管理栄養士のニーズが高まっていることも踏まえ、県や栄養士会等が実施する各種研修会等を通じて資質の向上を図ります。

県及び保健福祉事務所での特定保健指導及び健康づくり栄養改善に関する事業の検討会等を通じて、市町の行政管理栄養士・栄養士との連携強化と資質向上を図ります。

## 第6節 診療放射線技師・臨床検査技師

I	現状と課題
---	-------

### I 現状

本県の医療機関に従事する診療放射線技師は2020年10月1日現在で380.7人(常勤換算値)であり、2017年と比較すると現象傾向です。特に東部医療圏での減少が顕著です。

人口10万人当たりでは、北部医療圏を除く全ての二次医療圏で全国平均を若干上回っています。

医療施設に従事する診療放射線技師数の推移(常勤換算値)

(単位:人)

	2017年				2020年			
	合計	病院	一般診療所	人口10万対	合計	病院	一般診療所	人口10万対
全国	54,213.1	44,755.4	9,457.7	42.8	55,624.3	45,177.0	10,447.3	44.1
佐賀県	396.2	303.4	92.8	48.1	380.7	286.9	93.8	46.9
中部	165.5	130.6	34.9	47.9	171.6	115.5	56.1	50.0
東部	83.7	34.9	48.8	66.6	59.5	35.6	23.9	47.1
北部	45.6	43.6	2	36.2	45.5	41.4	4.1	37.0
西部	31.2	31.2	-	42.0	34	34	-	47.5
南部	70.2	63.1	7.1	46.2	70.1	60.4	9.7	47.5

※各年10月1日現在

(厚生労働省「医療施設調査」)

※人口10万対は県医務課で算出

本県の医療機関に従事する臨床検査技師は2020年10月1日現在で401.7人(常勤換算値)であり、2017年と比較すると県内の全ての二次医療圏において現象傾向です。特に東部医療圏での減少が顕著です。

人口10万人当たりでは、中部医療圏を除く全ての二次医療圏で全国平均を下回っています。

医療施設に従事する臨床検査技師数の推移(常勤換算値)

(単位:人)

	2017年				2020年			
	合計	病院	一般 診療所	人口 10万対	合計	病院	一般 診療所	人口 10万対
全国	66,866.0	54,960.2	11,905.8	52.8	67,752.0	55,169.8	12,582.2	53.7
佐賀県	450.1	350	100.1	54.6	401.7	325.3	76.4	49.5
中部	218.2	162.3	55.9	63.1	210.4	141.6	68.8	61.4
東部	63	27.7	35.3	50.1	34.5	31.5	3	27.3
北部	63.7	59.2	4.5	50.6	57.3	57.3	-	46.6
西部	33.1	33.1	-	44.5	31.6	31.6	-	44.1
南部	72.1	67.7	4.4	47.5	67.9	63.3	4.6	46.0

※各年10月1日現在

(厚生労働省「医療施設調査」)

※計数のない場合 -

※人口10万対は県医務課で算出

## 2. 課題

近年、診療放射線技師や臨床検査技師が行う検査内容や、検査に使用する装置等は高性能化・複雑化しているため、高度な知識を持った人材の育成・確保が必要です。

また、2024年度から医師の働き方改革の開始に伴い、タスクシェア・タスクシフトの推進が求められており、業務範囲の拡大に対応できる人材養成が必要です。

### 2 目標と施策

関係団体等が実施する専門研修等を通じて、資質の向上を図ります。



## 第7節 理学療法士 (PT)・作業療法士 (OT)・言語聴覚士 (ST)

I	現状と課題
---	-------

### 1. 現状

本県の医療施設に従事する理学療法士・作業療法士・言語聴覚士は、2020年10月1日時点でそれぞれ1207.4人、665.4人、214.2人(常勤換算値)であり、2017年と比較すると増加傾向にあります。また、人口10万人対でも、全医療圏において全国平均を大きく上回っています。

医療施設に従事する理学療法士数の推移(常勤換算値)

(単位:人)

	2017年				2020年			
	合計	病院	一般診療所	人口10万対	合計	病院	一般診療所	人口10万対
全国	91,694.8	78,439.0	13,255.8	72.4	100,964.5	84,459.3	16,505.2	80.0
佐賀県	1,136.8	921.3	215.5	138.0	1,207.4	926.4	281	148.8
中部	404.3	288.5	115.8	116.9	391.3	256.2	135.1	114.1
東部	233.6	218	15.6	185.9	266.9	218.5	48.4	211.4
北部	141.1	115.1	26	112.0	153.5	124.2	29.3	124.8
西部	105.1	96.6	8.5	141.3	109.9	99.4	10.5	153.4
南部	252.7	203.1	49.6	166.4	285.8	228.1	57.7	193.5

※各年10月1日現在

(厚生労働省「医療施設調査」)

※人口10万対は県医務課で算出

医療施設に従事する作業療法士数の推移(常勤換算値)

(単位:人)

	2017年				2020年			
	合計	病院	一般診療所	人口10万対	合計	病院	一般診療所	人口10万対
全国	47,852.0	45,164.9	2,687.1	37.8	51,055.7	47,853.9	3,201.8	40.5
佐賀県	624.5	597.5	27	75.8	665.4	628.4	37	82.0
中部	200.6	192.1	8.5	58.0	204	190	14	59.5
東部	165.3	159.8	5.5	131.5	177.6	174.6	3	140.7
北部	76.9	67.9	9	61.1	86.1	74.1	12	70.0
西部	62.6	62.6	-	84.2	67.1	67	0.1	93.7
南部	119.1	115.1	4	78.4	130.6	122.7	7.9	88.4

※各年10月1日現在

(厚生労働省「医療施設調査」)

※計数のない場合 -

医療施設に従事する言語聴覚士数の推移(常勤換算値)

(単位:人)

	2017年				2020年			
	合計	病院	一般 診療所	人口 10万対	合計	病院	一般 診療所	人口 10万対
全国	16,639.2	15,781.0	858.2	13.1	17,905.4	16,799.0	1,106.4	14.2
佐賀県	206.6	200.1	6.5	25.1	214.2	205.1	9.1	26.4
中部	80.9	76.9	4	23.4	90.9	83.9	7	26.5
東部	42.7	42.2	0.5	34.0	37	35.9	1.1	29.3
北部	25.8	25.8	-	20.5	25.4	25.4	-	20.7
西部	18.2	18.2	-	24.5	23	23	-	32.1
南部	39	37	2	25.7	37.9	36.9	1	25.7

※各年10月1日現在

(厚生労働省「医療施設調査」)

※計数のない場合 -

## 2. 課題

人口の高齢化・医療の高度化に伴い、急性期段階からのリハビリの実施をはじめ、回復期・維持期の患者数の伸びが見込まれることから、在宅復帰に向けた医療機関や介護施設でのリハビリや在宅でのリハビリを行う理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の需要は一層増加すると考えられます。今後、この医療需要の変化に対応できる人材の養成・確保が必要となります。

また、リハビリの量に着目するのではなく、質に着目し、評価する方向が強まっています。この流れに呼応した質の高い人材の確保が必要です。

### 2 目標と施策

今後の医療需要の変化に対応するため、関係団体等が実施する専門的な研修等を通じて、資質の向上を図ります。

## 第8節 歯科衛生士・歯科技工士

I	現状と課題
---	-------

### 1. 現状

本県の就業歯科衛生士及び歯科技工士は2020年12月末現在でそれぞれ1,255人、236人となっており、人口10万人当たりで見ると、それぞれ154.74人(全国113.2人)、29.1人(全国27.6人)となっています。

就業歯科衛生士数は増加傾向にあり、全国平均を上回っていますが、2022年に県歯科医師会と共同で実施したアンケートでは、歯科衛生士が十分に確保できないため、外来や訪問歯科診療を制限せざるを得ないなどの声がありました。

一方、就業歯科技工士数は近年減少に転じていますが、全国平均をやや上回っています。

#### 就業歯科衛生士・歯科技工士数の推移

(単位:人)

		2016年		2018年		2020年	
		実数	人口10万対	実数	人口10万対	実数	人口10万対
歯科衛生士	全国	123,831	97.6	132,629	104.9	142,760	113.2
	佐賀県	1,146	138.4	1,209	147.6	1,255	154.7
歯科技工士	全国	34,640	27.3	34,468	27.3	34,826	27.6
	佐賀県	245	29.6	246	30.0	236	29.1

※各年末現在

(厚生労働省「衛生行政報告例」)

### 2. 課題

#### (1) 歯科衛生士

アンケートを踏まえ、安定的な歯科医療提供体制確保のため、県内の養成所と連携し、県内で従事する歯科衛生士の確保を図る必要があります。

歯科と病院や介護施設等との連携により専門的口腔ケアの需要が増加していることや、地域包括ケアシステムにおける口腔ケアの普及などにより、歯科医療の新たな需要に対応できる歯科衛生士の養成や、資質の向上を図る必要があります。

#### (2) 歯科技工士

CAD/CAM等のコンピューター技術の導入により従来の手作業による仕事の形態が大きく変化してきています。このため、新しい技術に対応できる歯科技工士の養成や、資質の向上を図る必要があります。

2	目標と施策
---	-------

### (1) 歯科衛生士

- 佐賀県歯科医師会や佐賀県歯科衛生士会、養成所と連携して、県内で就業する歯科衛生士確保の取組を進めます。
- 佐賀県歯科医師会や佐賀県歯科衛生士会等が実施する各種研修会を通じて、訪問歯科診療や摂食嚥下指導など口腔機能向上に対応できるよう資質向上に努めます。
- 佐賀県歯科衛生士会と連携して、地域の保健事業等に従事する歯科衛生士に対して各種研修会を通じた情報提供や、市町に対して人材に関する情報提供・支援を行います。

### (2) 歯科技工士

- 佐賀県歯科医師会や関係機関等が実施する各種研修会を通じて、資質の向上を図ります。

## 第9節 介護支援専門員

1	現状と課題
---	-------

### 1. 現状

本県の新規の介護支援専門員実務研修修了者数は、2019年度から横ばいに推移している状況にあります。

介護支援専門員実務研修修了者数(累計)

(単位:人)

	~2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度
実務研修 修了者数 (累計)	5,162	5,230	5,291	5,367	5,435
増減 (対前年比)	31	68	61	76	68

### 2. 課題

高齢化の進展に伴い、自立支援、重度化防止に資するケアマネジメントや多職種と連携・協同したケアマネジメントを実践できる介護支援専門員を育成していくことが重要となります。

また、介護支援専門員の新規登録者数は減少傾向にあり、将来の介護需要の増に対応するため、関係団体と連携した人材確保・育成に向けた取組が必要です。

2	目標と施策
---	-------

介護支援専門員実務研修や更新研修等の各種研修において、実務に即した内容を充実するなど、質の高い介護支援専門員の養成及び確保に取り組めます。

また、介護支援専門員の仕事の魅力を発信するなど、人材の確保・育成に取り組めます。

## 第7章 医療の安全の確保

### 第1節 医療提供施設における医療安全対策

I	現状と課題
---	-------

#### 1. 現状

##### (1) 医療機関における体制

2007年の医療法改正により、全ての医療機関の管理者は、医療の安全管理のための体制整備、院内感染対策のための体制整備、医薬品・医療機器の安全使用・安全管理のための体制整備が義務付けられました。

医療安全管理者の配置や相談窓口については、設置義務はありませんが、現在、県内の病院と一般診療所のうち、医療安全管理者を配置している医療機関数は483施設(62%)、医療相談窓口を設置している医療機関数は211施設(27%)となっています。

また、専従又は専任の医療安全管理者を配置している病院数は24施設(25%)となっています。

区分	病院	一般診療所	計
医療安全管理者を配置している医療施設数	94 (99%)	389 (56%)	483 (62%)
医療安全に関する相談窓口を設置している医療施設数	72 (76%)	139 (20%)	211 (27%)
専従又は専任の医療安全管理者を配置している病院数	24 (25%)	—	24 (25%)

(医療機能調査)

##### (2) 薬局における体制

###### ① 薬局における調剤の業務を行う体制の整備

薬局においては、医薬品医療機器等法に基づき、医薬品の安全使用のための責任者の設置や業務手順書の作成、事故時の従事者から開設者への報告のほか従事者に対する研修など、調剤の業務に係る安全管理及び適正管理体制を整備することが義務付けられています。

###### ② 医療機関と薬局との連携

薬局から医療機関への問い合わせ、お薬手帳の活用及び佐賀県診療情報地域連携システム(ピカピカリンク)の活用等により、患者の安全・安心な薬物療法に寄与するために、医療機関と薬局における医薬品情報等の共有化を図っています。



### ③ 薬局における夜間・休日体制

薬局においては、夜間・休日の連絡先等を掲示するほか、一部の地域薬剤師会では、常時、夜間・休日対応できる薬局を設けるなど医薬品の供給体制の構築を図っています。

### ④ 調剤事故防止対策

佐賀県薬剤師会では、薬局薬剤師や病院薬剤師等で構成される「医療安全委員会」を設け、会員からヒヤリハット事例などの情報を広く収集・分析して、調剤事故防止のための様々な手法や検討を行うとともに、それらの情報を薬剤師会会員で共有し、各薬局での具体的な対策につなげています。

また、各地域において研修会を開催するなど、薬局薬剤師と病院薬剤師がより連携する「薬薬連携」を充実させています。

## (3) 行政における体制

医療の安全を確保するためには、医療機関はもちろん、関係団体、行政、そして医療に関係する全ての者が、それぞれの役割に応じた医療安全対策に積極的に取り組むことが必要です。

### ① 立入検査における医療安全体制の確認

医療機関の構造設備や医療従事者の確保、清潔保持の状況、医療安全に対する組織的な取組等について、各保健福祉事務所が毎年実施する立入検査の際に確認、指導を行っています。

### ② 医療に関する相談体制の整備

県医務課と各保健福祉事務所に「医療安全支援センター」を設置し、患者・家族からの相談を受け付ける他、相談内容に応じて他の相談機関（法テラス等）を紹介することや、医療機関に対して患者・家族からの要望を伝えることで、医療現場における安全と信頼を高めています。2020～2022年にかけては、年平均350件程度の相談が寄せられています。

また、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、弁護士からなる「医療安全推進協議会」を設置し、医療安全支援センターの運営方針や地域における医療安全の推進のための方策等を検討する体制を設けています。

### ③ 薬局機能情報提供制度（医療情報ネット）

県においては、県民・患者による薬局の適切な選択を支援するために、薬局の有する機能に関する情報（薬局機能情報）をインターネットにて情報提供しています。

【医療情報ネット】<https://www.iryou.teikyouseido.mhlw.go.jp/>

## 2. 課題

患者や家族が医療情報にアクセスしやすくなったことに伴い、医療機関に対し十分な説明を求める傾向が強まっており、医療現場においては、これまで以上に、患者・家族への説明責任が求められています。

2	今後の対応
---	-------

医療機関に対する医療安全に関する情報の提供、立入検査等を通じて、医療安全対策や医療従事者に対する意識啓発を行い、医療機関における医療安全の管理体制の強化を推進します。

医療安全支援センターでは、引き続き、患者やその家族等からの相談や苦情に対応し、医療機関等へ情報提供、助言等を実施し、患者サービスの向上を図っていきます。

また、医療機関や関係団体等とより一層連携・協力を図り、安全な医療提供体制を目指します。

そのほか、薬局における夜間・休日対応については、輪番制等による対応により医薬品の供給体制の構築を図ります。

## 第2節 医療提供施設における医療事故・院内感染対策

### 1 現状と課題

医療事故とは、医療機関に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、医療機関がその死亡又は死産を予期しなかったものです。

2015年10月に医療法が改正され、医療事故が発生した場合には、医療機関において、医療事故に係る死亡又は死産した者の遺族に対する説明、国が指定した医療事故調査・支援センターへの報告を行うことなどにより、医療事故の再発防止につなげる医療事故調査制度が設けられました。医療機関には、該当事案が生じた場合には、適切に対応することが求められています。

院内感染対策については、定期的に厚生労働省が主催する研修会に県内の医療従事者が参加し、各医療機関における院内感染対策の充実を図っています。また、地域において基幹病院の感染管理認定看護師（CNIC）を中心に院内感染対策の地域ネットワークの構築が進んでいます。

県内において院内感染が発生した場合、医療機関からの情報提供を受け、各保健福祉事務所において、庁内関係課と情報の共有化を図り、発生した事案の詳細を確認し、必要に応じて他の医療機関及び関係団体あて注意喚起を行っています。

医療事故や院内感染の予防、再発防止のため、各医療機関のみならず、関係団体や行政等が連携して医療の安全に関する対策に取り組む必要があります。

### 2 今後の対応

医療事故調査については、厚生労働大臣が指定した医療事故調査等支援団体が対応するため、県が直接関わることはありませんが、医療機関への立入検査実施時には、医療安全対策や院内感染対策を確認し、ヒヤリハットの情報提供等、医療事故や院内感染を未然に防ぐ体制を構築できるよう支援します。

また、医療機関から医療事故や院内感染について、保健福祉事務所へ情報提供があった際は、必要に応じて、関係機関に注意喚起を行う等、類似事例の防止や再発防止を促します。

## 第8章 医療機関の連携による医療提供施設の整備

### 第1節 かかりつけ医及びかかりつけ医機能の普及

#### 1 現状と課題

「かかりつけ医」については、法令上、明確な定義はありませんが、日本医師会では、「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」としています。

2023年5月に改正された医療法において、「かかりつけ医機能」は、「患者が身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と定義されています。

かかりつけ医が、日常的な医学管理と重症化予防につとめることや、必要に応じて地域医療支援病院など専門医療機関と連携して治療にあたることは、住民の健康維持や早期発見・早期治療、効果的な治療に有効です。

今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有する高齢者のさらなる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくためには、かかりつけ医が果たす役割がこれまで以上に大きくなることから、地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備が進められています。

一方で、わが国は、医療機関に対してフリーアクセスとなっていることから、かかりつけ医を持つ、持たないは、患者本人に委ねられていますが、現行の医療機能情報提供制度では、かかりつけ医機能を有する医療機関の情報が不足したり、当該制度を知らないため、かかりつけ機能を有する医療機関を探す方法が分からないなどの課題があります。

#### 2 今後の対応

かかりつけ医機能等の理解が進むよう普及啓発に取り組みます。

医療機能情報提供制度の項目の見直しに合わせ、患者が、かかりつけ医機能を有する医療機関を選択する際に役立つ、分かりやすい情報提供に努めます。

かかりつけ医機能報告の開始に伴い、かかりつけ医機能を有する医療機関の把握に努めます。

## 第2節 地域医療支援病院の整備

I	現状と課題
---	-------

### 1. 現状

地域医療支援病院とは、医療法第4条に基づき、救急医療の積極的な提供、かかりつけ医からの紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を通じて、かかりつけ医等を支援する病院として、県医療審議会の審議を経て、県が名称承認をした病院です。

県内には、現在、6つの地域医療支援病院があり、全ての二次保健医療圏に整備されています。

#### <地域医療支援病院の整備状況>

二次保健医療圏	病院名	承認時期
中部	佐賀県医療センター好生館	2004年11月
	NHO佐賀病院	2011年03月
東部	NHO東佐賀病院	2010年11月
北部	唐津赤十字病院	2007年07月
西部	伊万里有田共立病院	2016年11月
南部	NHO嬉野医療センター	2006年10月

地域医療支援病院については、医療法第12条の2第1項の規定により、かかりつけ医等からの紹介等、病診連携体制、共同利用の状況、救急医療体制、医療従事者に対する生涯教育等、その資質向上を図る為の研修体制について、毎年度、都道府県知事あて業務報告を行うこととされています。

#### <2022年度実績>

病院名	紹介患者への医療の提供	共同利用の実施医療機関数	受入救急患者数	医療従事者に対する研修	病床規模
佐賀県医療センター好生館	紹介率95.3% 逆紹介率146.2%	343	10,757人	12回	一般442床 感染8床
NHO佐賀病院	紹介率72.6% 逆紹介率76.1%	1,122	5,500人	31回	一般292床
NHO東佐賀病院	紹介率58.1% 逆紹介率95.6%	179	2,090人	6回	一般301床 結核30床 感染症4床

唐津赤十字病院	紹介率97.0% 逆紹介率71.0%	686	10,882人	16回	一般300床 感染症4床
伊万里有田 共立病院	紹介率77.4% 逆紹介率66.0%	564	3,347人	3回	一般202床 感染症4床
NHO嬉野 医療センター	紹介率73.8% 逆紹介率164.3%	2,086	10,769人	18回	一般395床 感染症4床

## 2. 課題

計画策定時点においては、本県の地域医療支援病院はいずれも紹介受診重点医療機関に選定されており、入院・外来の両面においてこれまで以上に、地域の医療機関との連携を図りながら地域医療の確保を図る病院としての役割が求められます。

2023年5月の医療法改正に伴い、地域医療支援病院が地域の医療従事者の資質向上のために実施する研修として「かかりつけ医機能」確保のための研修の実施が求められることとなりました。

2	今後の対応
---	-------

佐賀県では、「佐賀県地域医療構想調整会議における協議の取扱要領」に基づき、地域医療支援病院の大幅な機能転換は、調整会議分科会での事前協議事項としています。

地域医療支援病院は、かかりつけ医との連携が大きな役割の一つとされており、地域医療構想に基づく病床機能の分化・連携においても「地域完結型医療の要」としての役割が期待されており、各病院にもそれを踏まえた病院運営を求めています。

併せて、地域の医療機関と一層の連携を図りながら、かかりつけ医機能の確保に努めます。



### 第3節 佐賀県診療情報地域連携システム（ピカピカリンク）

I	現状と課題
---	-------

#### 1. 現状

佐賀県診療情報地域連携システム（愛称：ピカピカリンク）は、患者の同意の下、医療機関が持つ患者情報（画像や検査情報等）を、インターネット回線を通じて他の医療機関等が閲覧できるようにするシステムです。

2010年11月から運用を開始し、2023年10月末現在、430か所の医療機関等が参加しています。

基本的には医療機関がそれぞれ個別に患者情報を有していますが、患者が複数の医療機関を受診している場合、各医療機関が持つ患者情報を共有することによって、検査や投薬の重複防止、現在の治療状況や既往歴の把握等が可能になります。

また、福岡県久留米地区の「アザレアネット」及び同県八女・筑後地区の「八女筑後医療情報ネットワーク」と相互接続を行っています。

さらに2015年からは、地域連携クリティカルパスの電子共有化システムである「さがんパス.net」を機能追加し、現在は脳卒中のパスについてシステムの運用が行われています。

#### ピカピカリンクへの参加状況（2023年10月末）

県全体	内訳			
	病院	診療所	保険薬局	その他
430	76	176	128	50

#### 2. 課題

病院完結型の医療から地域完結型の医療へと転換を図るためには、情報の共有化の面においても医療機関同士の緊密かつ円滑な連携体制を構築することが重要です。

医療機関等の参加数は着実に増加していますが、病院及び診療所の加入率は30%程度に留まっており、さらに加入数を増やす必要があります。このうち特に、脳卒中や心血管疾患をはじめ、治療期間が長く医療機関が患者の病期に応じて、分担して医療を提供する必要性が高い疾患の診療を担う医療機関の加入率を向上させる必要があります。

公開施設が開示する診療情報については、施設によって情報の質にばらつきがあり、開示情報の平準化が求められます。また、「さがんパス.net」における電子共有可能なパスの種類について、現在の脳卒中に加え、利用頻度が高い大腿骨頸部骨折等のパスにも拡大する必要があります。

## 2 今後の対応

「地域完結型医療」の実現に向け、以下の目標をもって、医療機関のピカピカリンク加入率向上を進め、医療機関相互の連携を強化します。

### 1. 目標

指標	現状	目標
病院及び診療所のピカピカリンク加入率 (出典)佐賀県調査	32% (2023年)	42% (2029年)
病院のピカピカリンク加入率 (出典)佐賀県調査	76% (2023年)	100% (2029年)
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 (出典)佐賀県調査	42% (2023年)	100% (2029年)

### 2. 施策

- ピカピカリンクへの加入により患者の利便性の向上が図られる疾患を担う医療機関に対し、加入の働きかけを重点的に実施します。
- 開示情報の平準化について、ピカピカリンク協議会において協議を進めます。
- 電子共有可能なパスの種類を拡大し、ピカピカリンクの機能向上を進めます。

## 第4節 地域における医療機能の把握

I	現状と課題
---	-------

かかりつけ医機能や地域医療構想に基づく病床機能の分化・連携、5疾病・6事業ごとの医療連携体制を構築するための一つの材料として、個々の医療機関が持つ医療機能を公表することが求められます。

### 1. 医療機能情報

医療法に基づき、毎年度、全ての医療機関に対して、「医療機能調査」が実施され、個々の医療機関が保有する医療資源や医療機能は、99さがネットで公表されています。

二次保健医療圏ごとに、2018年度調査と2023年度調査を比較すると、「形成外科」「心臓血管外科」等について、全般的に実施可能医療機関数が増加し、「胃腸科」「外科」等について、実施可能医療機関数が減少しています。

なお、2024年4月1日から、これらの情報は、99さがネットにかえて厚生労働省が所管するシステムである医療情報ネットで公表されることとなります。

### 2. 病床機能報告

2014年度からは、地域医療構想に基づく病床機能の分化・連携を促進するための基礎資料として、医療法に基づき一般・療養病床を有する病院と有床診療所が各病床機能や救急受入件数、入院患者数、退院患者数、手術実績等診療実績を報告する「病床機能報告」が始まりました。

県では、各医療機関にとって病床機能報告が自院の立ち位置を判断する材料となるよう、2016年度から県独自に、病床機能報告のダイジェスト版として、医療圏ごと、病床機能ごとに基礎情報を一覧化し、地域医療構想調整会議における協議資料としています。

### 3. 外来機能報告

2022年度からは、外来機能の明確化・連携を推進するための基礎資料として「医療資源を重点的に活用する外来」、いわゆる「紹介受診重点外来」の実施状況等を報告する「外来機能報告」が始まりました。地域の協議の場(=地域医療構想調整会議分科会)において、紹介受診重点外来の実施状況等を踏まえ、重点外来を地域で基幹的に担う医療機関である「紹介受診重点医療機関」を明確化することとした。

2	今後の対応
---	-------

「地域完結型医療」を推進していくためには、医療関係者が自院の情報のみならず、他院の情報も把握することが重要となります。入院医療機能の分化・連携には、病床機能報告が、外来医療の機能分化・連携には外来機能報告、医療機能情報の活用に加え、現在、国で創設が検討されている、かかりつけ医機能報告制度などの活用も重要となります。

県としては、これらの情報が医療機関の経営方針決定に役立つようわかりやすい整理と情報提供、分析をさらに進めていきます。

医療機器の整備等については、数の増加は医療水準の向上、患者利便性の向上につながる面もありますが、一方で、人口減少社会を迎え、佐賀県でも外来患者数は今後減少することが見込まれます。個々の医療機関がそれぞれ高額・高性能の医療機器を整備することが、過剰投資につながり、医療機関の経営を不安定とし、逆に医療水準の低下につながることも懸念される時代になりました。このため、本計画で定める外来医療計画において、高額医療機器の共同利用等を進めます。

医療機能情報や病床機能報告等を活用して、地域医療支援病院をはじめとする一定の中核病院と他の医療機関の連携をより一層進めていきます。

## 第9章 その他医療提供体制の確保に関する事項

### 第1節 佐賀県健康プランの推進

1	現状と課題
---	-------

#### 1 現状と課題

第2次佐賀県健康プラン(2013年度～2023年度)では、「共に支えあい、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会の実現」を目指し、5つの基本的な方向をもって、健康増進に取り組みました。

最終評価では、糖尿病有病者の割合が増加、また、肥満の者の割合も男女ともに増加し、さらに小学5年生男子の中等度・高度肥満児の割合も増加しており、悪化傾向にありました。

また、これらの要因につながる指標の一部については以下のとおりでした。

- ① 運動習慣のある者(運動を1回30分以上週2日、かつ1年以上継続している)の割合は、65歳以上の男性で2011年に39.6%でしたが、2020年では36.9%と悪化していましたが、20～64歳男女、65歳以上女性では改善傾向にあります。
- 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は、2011年に5.9%でしたが、2020年では11.5%と増加しており、悪化しました。
- ③ 喫煙率は全国的に減少しており、本県でも2011年に21%でしたが、2020年は16%と減少しており、改善しました。引き続き、望まない受動喫煙の防止対策を含め、取り組む必要があります。

第2次佐賀県健康プランの最終評価を踏まえ、第3次佐賀県健康プランでは、肥満対策を基本としたメタボリックシンドローム対策(栄養・食生活、身体活動・運動、飲酒、喫煙など)を重点課題として取り組んでいくこととしました。

2	今後の対応
---	-------

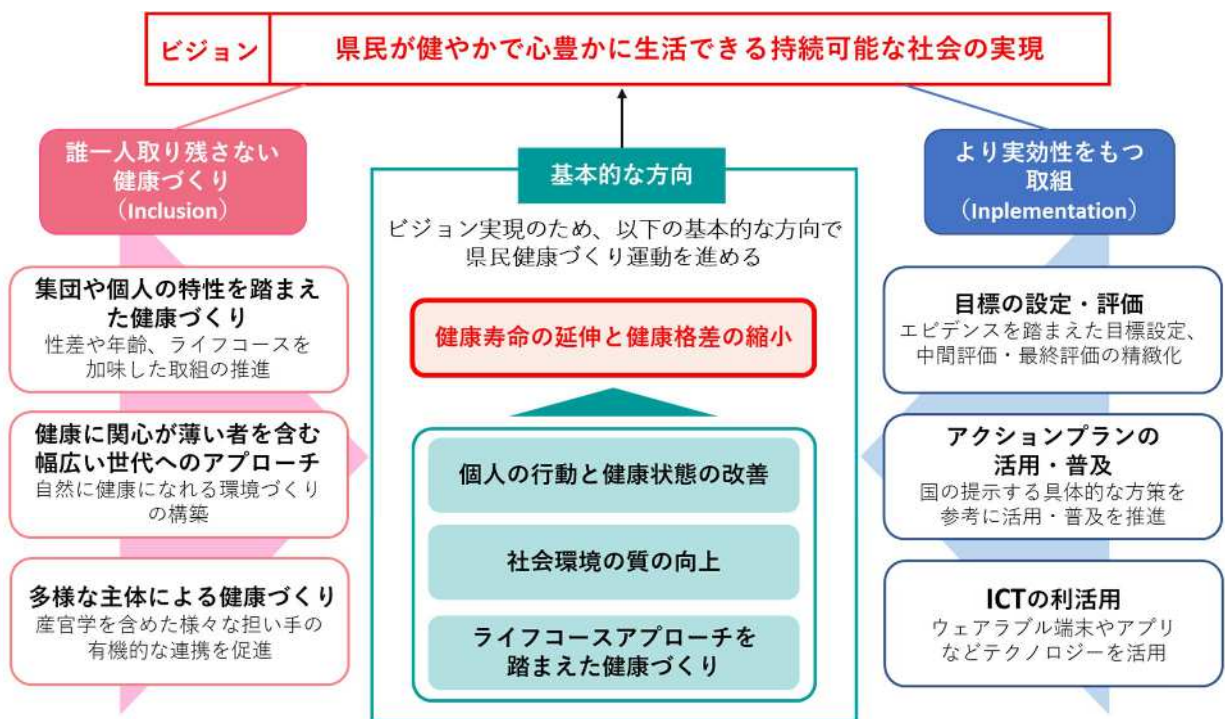
第3次佐賀県健康プラン(2024年度～2035年度)において、「すべての県民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現」を目指し、①健康寿命の延伸と健康格差の縮小、②個人の行動と健康状態の改善(生活習慣の改善等)、③社会環境の質の向上(個人や企業等が取り組む健康づくりを支援する環境整備等)、④ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり(子ども、高齢者、女性)を基本的な方向として、取り組みます。

また、健康づくり運動である「さが健康維新県民運動」を、市町・医療保険者・労働局のほか、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会、歯科衛生士会等の医療関係団体、食生活改善推進協議会等のボランティア団体、大学、マスメディア、企業等が一体となって、県民運動として盛り上げていきます。

また、佐賀県施策方針 2023 においては、未来に向けた重点プロジェクトの 1 つとして、歩くライフスタイルが位置づけられました。県が推進する「歩くライフスタイル」とは、過度なマイカー依存から、「歩く」あるいは「公共交通利用」を積極的に取り入れたライフスタイルへの転換を推進するもので、全庁横断的に取り組んでいます。

県公式アプリ「SAGATOCO」は健康づくり県民運動を推進するための活用にとどまらず、歩くライフスタイルの推進に取り組む庁内外の関係者にも様々な視点で活用でき、活用が進むことで、県民の歩く機運の向上につながり、ひいては県民の健康増進に寄与すると考えています。

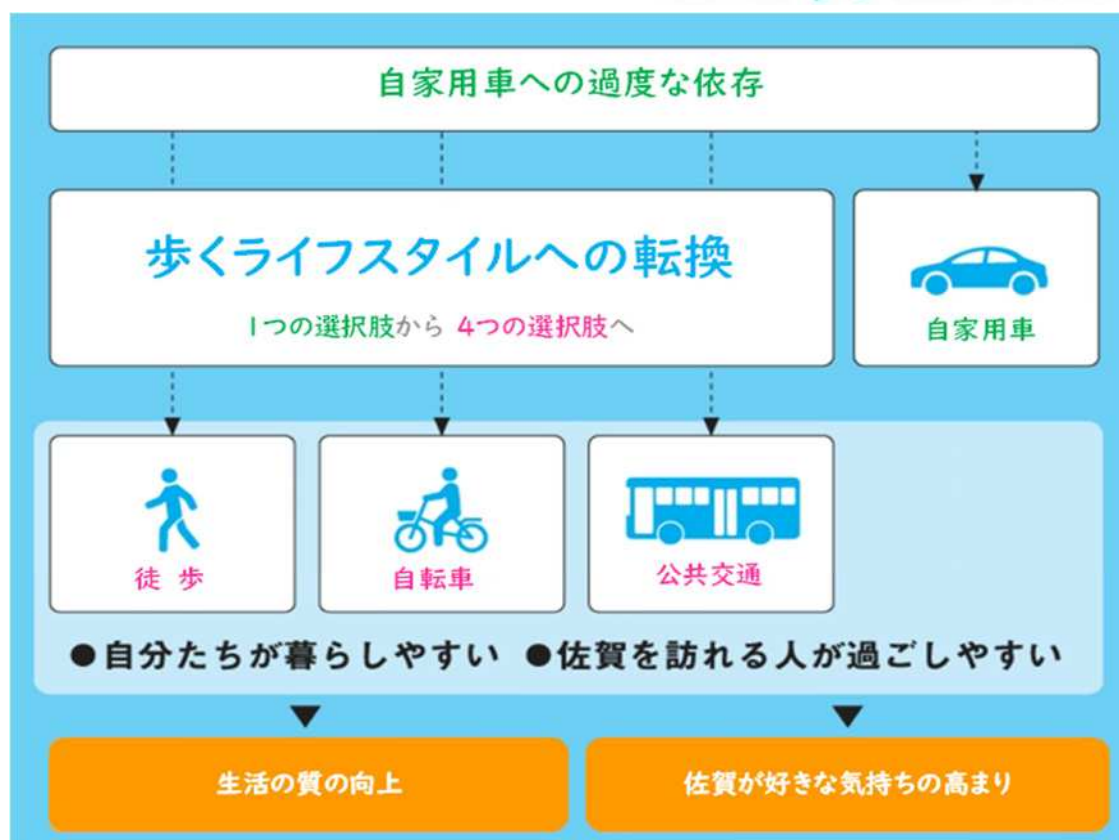
【第3次佐賀県健康プランの全体像】



(健康日本21 (第三次) の全体像 改編)



# 歩こう。佐賀県。



## 第 2 節 歯科保健対策

I	現状と課題
---	-------

### 1. 現状

歯科における二大疾患は、むし歯と歯周病です。むし歯について、本県では 1999 年度からフッ化物を応用したむし歯予防事業を推進し、むし歯は着実に減少しています。むし歯予防事業の成果は、12 歳児の一人平均むし歯数と有病者率に現れ、いずれも年々減少し、一人平均むし歯数は 2008 年度から、有病者率は 2009 年度から全国平均を下回っています。

しかし、3 歳児の一人平均むし歯数は、1999 年度の 3.1 本から 2021 年度には 0.52 本と減少しているものの、全国順位では 2021 年度は 43 位でした。

歯周病について、2022 年度において歯周炎を有する者は、40 歳代で 40.2%、60 歳代で 70.8%であり、特に 60 歳代で多い状況です。

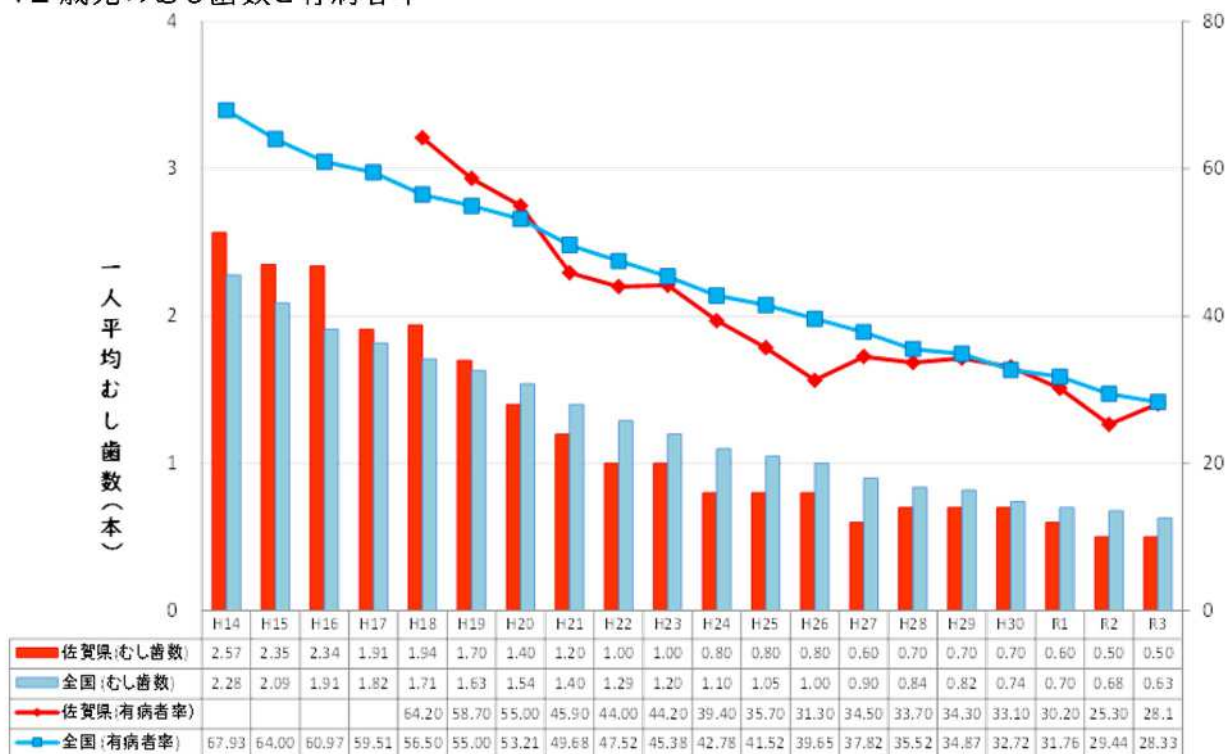
「8020(ハチマルニイロ)」達成者の割合は、2011 年度が 41.0%、2022 年度が 53.8%と増加しており、県民の間にも定着してきています。また、過去 1 年間に歯科健診を受診した者の割合は 2020 年度が 51.8% (2032 年度の目標値は 95%) となっています。

歯科医療提供体制について、本県では難症例に対応する口腔外科医療、障害(児)者および全身管理が必要な有病者の高次歯科医療を担う医療機関が少なく、そのほとんどを佐賀大学医学部附属病院と佐賀県医療センター好生館が担っていましたが、2018 年唐津赤十字病院に、2019 年嬉野医療センターに歯科口腔外科が開設され改善されています。

佐賀県歯科医師会において、障害(児)者に対応する一次医療機関としての県内ネットワーク構築のために「障害者歯科保健地域協力医」を養成し、現在は 113 人となっています。障害(児)者の歯科医療については、この協力医を一次医療機関として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、嬉野医療センター、佐賀整肢学園こども発達医療センター(佐賀市、唐津市)、若楠療育園を二次医療機関とする体制を整える予定です。

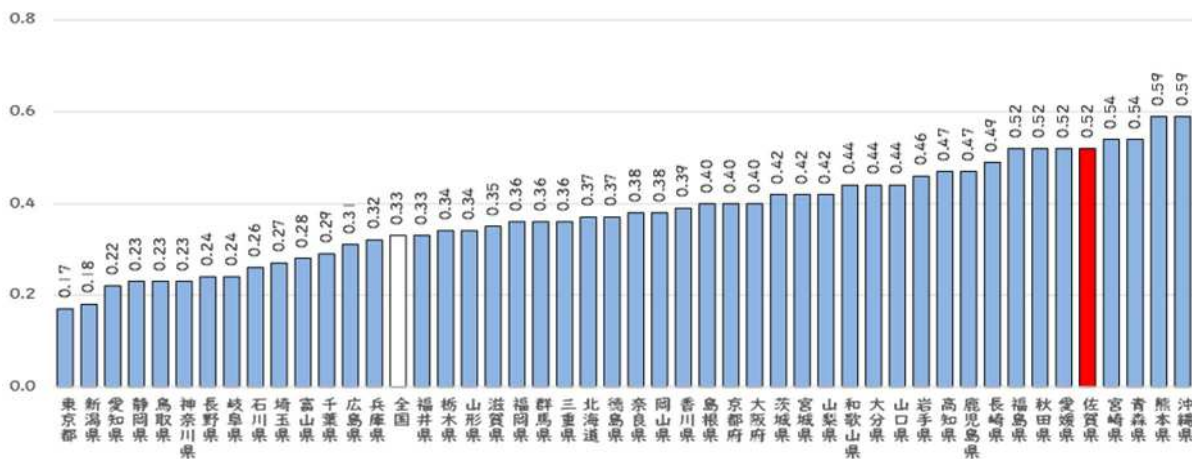
また、高齢者の歯科医療体制においては、地域包括ケアシステムの中で訪問診療が可能な歯科医院を増やすため、在宅歯科診療設備整備への補助をしています。

○ 12歳児のむし歯数と有病者率



(文部科学省:学校保健統計調査)

○ 令和3年度 3歳児一人平均むし歯数全国比較



(厚生労働省:地域保健・健康増進事業報告)

○ 歯周病等の現状

	2022年 ベースライン値	2032年 目標値
40歳代における歯周炎を有する者の割合	40.2%	25%
60歳代における歯周炎を有する者の割合	70.8%	45%
80歳で20歯以上自分の歯を有する者の割合	53.8%	85%

(県民歯科疾患実態調査)

## 2. 課題

歯科保健対策として代表的な歯科疾患であるむし歯については減少傾向にあります。しかし、3歳児の一人平均むし歯数は全国と比較してまだ多い状況です。また、歯周病については60歳代で多い状況です。

健診については、過去1年間に歯科健診を受診した者の割合を目標(95%)に向かって高くしていく必要があります。

歯科医療提供体制については、地域包括ケアシステムを推進していくために、訪問診療に対応できる歯科医師が不足してくることが見込まれます。また、障害(児)者等の全身管理を必要とする歯科治療に対応できる病院歯科では、受診までの待機期間が長くなる傾向にあり、その短縮が課題となっています。

2	今後の対応
---	-------

第3次佐賀県歯科保健計画に基づき、歯と口腔の健康づくりを推進します。

### 基本的な方針

- (1) 歯・口腔に関する健康格差を縮小します。
- (2) 歯科疾患を予防します。
- (3) 口腔機能の獲得・維持・向上を目指します。
- (4) 定期的に歯科健診歯科医療を受けることが困難な者に対する歯科口腔保健を推進します。
- (5) 歯科口腔保健を推進するために必要な社会環境を整備します。

これらの基本的方針に沿って歯科保健を充実させていくことで、12年後を見据えた目指す姿に近づけていきます。

### 【12年後を見据えた目指す姿】

県民一人ひとりが「かかりつけ歯科医」を持ち、定期的な健康管理を受けながら全身の健康と口腔の健康の関連を理解して積極的にセルフケアを実践し予防を中心とした歯科保健医療が進んでいます。

### 第3節 今後高齢化に伴い増加する疾病等対策

I	現状と課題
---	-------

#### 1. 現状

本県では高齢化が進展し、要支援・要介護認定者が増加していく中で、高齢者がいきいきと暮らせるための取組の重要性が高まっています。

加齢とともに増加し、介護が必要になる原因疾患として、ロコモティブシンドローム（運動器症候群）や骨粗しょう症があります。ロコモティブシンドロームは比較的新しい概念であるため、その内容と予防について普及啓発を行っていますが、認知度は29.1%（2020年）で、まだ低い状況です。

また、高齢者の低栄養は、フレイルやサルコペニアの要因となりますが、本県の低栄養傾向（BMI20以下）の人の割合は、2020年は18.4%でした。

ロコモティブシンドローム（運動器症候群）：運動器の障害のために自立度が低下し、介護が必要となる可能性が高い状態のこと

サルコペニア：高齢者において加齢に伴って生じる骨格筋量の低下

フレイル：加齢とともに、心身の活力が低下し、生活機能障害、要介護状態、死亡などの危険性が高くなった状態

#### 2. 課題

高齢者の心身機能や生活課題を改善して、重度化防止を図り、自立を促すためには、保健師、管理栄養士、歯科衛生士、リハビリテーション専門職等幅広い専門職を活用したケアマネジメントを行う必要があります。

また、地域における高齢者の通いの場等において、後期高齢者の保健事業、介護保険の地域支援事業、国民健康保険の保健事業により一体的に介護予防に取り組み、高齢者自身が心身機能の維持向上を図りながら、生きがいや役割をもって活動できるよう市町を支援していくことが必要です。

ロコモティブシンドロームが進行すると、将来要介護になるリスクが高まります。ロコモティブシンドローム予防については高齢期からではなく若年期からの取組が重要です。

低栄養傾向の高齢者は、2016年の19.6%に比べ、2020年は18.4%とやや改善しています。高齢者の低栄養（やせ）は肥満よりも死亡率が高くなりますので、高齢者が適正体重を維持するための低栄養予防の普及啓発等が更に必要です。

高齢者自身が心身機能の向上を図り、骨折やロコモティブシンドローム、低栄養等を予防するために、病気を含め身体の状態を知ることができる健診は重要ですが、後期高齢者の健診受診率が特に低いことが課題となっています。

2	今後の対応
---	-------

高齢者の重度化防止、自立支援に向けて市町が主体となって取り組む「介護予防のための地域ケア個別会議」や「住民主体の通いの場」において、幅広い専門職の関与を促進します。

市町において、保健事業と介護予防事業の一体的実施や通いの場の創出・充実が図られるよう支援していきます。

高齢者のロコモティブシンドローム及び低栄養予防対策として、栄養・食生活や身体活動・運動、歯・口腔の健康等に関連する取組を総合的に推進していきます。

地域高齢者に低栄養予防のための適切な食事が提供されるよう配食事業者に対し、支援を行います。併せて、市町、特別養護老人ホーム及び有料老人ホーム等の高齢者施設の管理栄養士・栄養士への研修等を通じて、利用者（高齢者）の低栄養予防を図っていきます。

また、若年期から高齢期の身体活動を高めるために、県公式ウォーキングアプリ「SAGATOCO」を、ロコモティブシンドローム予防対策の推進にも積極的に活用していきます。

高齢者の介護予防と自立支援等の取り組みと併せ、高齢者の生活習慣病予防や重症化予防を図ることも重要であるため、フレイルと生活習慣病の予防・発見を目的とした高齢者の健診について、医療機関等関係機関（団体）と連携し啓発等に努めてまいります。



## 第4節 地域包括ケアシステムの推進

1	現状と課題
---	-------

### 1. 現状

総人口及び現役世代が減少する中で、本県の高齢者（65歳以上）人口は、2025年にピークを迎えます。慢性疾病による受療が多い、複数の疾病にかかりやすい等の特徴がある75歳以上の人口は、2035年まで伸び続け、高齢化は今後更に進展することが見込まれています。2040年にはいわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上となり、更に介護を必要とする高齢者が増加します。

また、65歳以上の認知症高齢者は国が示した有病率から推計すると、2023年は45,809人と推計され、今後の見込みとしては2025年には65歳以上の高齢者の約5人に1人、2040年には約4人に1人が認知症になるという研究結果もあり、今後も増加していくことが見込まれています。

県では、第8期さがゴールドプラン21（佐賀県高齢者保健福祉計画、佐賀県介護保険事業支援計画）に基づき、「高齢者の社会参加の推進」、「自立支援・介護予防の推進」、「認知症の人の共生」、「介護サービス・住まいの充実」、「医療・介護人材の確保」など、地域共生社会の実現に向けた地域包括ケアシステムの推進のための基盤整備を進めてきました。

### 2. 課題

介護保険制度の持続可能性を維持しながら、高齢者が住み慣れた地域において、可能な限りその有する能力に応じ自立した生活を営むことを可能としていくためには、限りある社会資源を効率的かつ効果的に活用しながら、十分な介護サービスの確保のみに留まらず、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」を各地域の実情に応じて推進していくことが必要です。

認知症の症状の有無に関わらず医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関の情報共有及び連携体制を推進する必要があります。

2	今後の対応
---	-------

地域によって高齢化の状況、医療や介護の資源などの状況が異なることから、2024年3月に策定した第9期さがゴールドプラン21に基づき、すべての高齢者が住み慣れた地域で、安心して生活でき、元気に活躍する明るく豊かな地域共生社会の実現を目指して、県は市町の区域を超えた広域的な観点から次に掲げる取組を実施し、地域の実情に応じた地域包括ケアシステムを推進していきます。

- 県医師会等と連携し、入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等の様々な局面において、在宅医療及び介護が一体的に提供できる体制の強化に向けた取組を行います。
- 高齢者の重度化防止、自立支援に向けて市町が主体となって取り組む地域ケア会議や住民主体の通いの場において、リハビリテーション職等幅広い専門職の関与を促進します。
- 2023年度に成立した「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」の理念を踏まえ、国が2019年度に策定した認知症施策推進大綱に沿って、認知症についての正しい理解を促進し、認知症の人やその家族の意見も踏まえた認知症施策を進めます。
- 医療と介護の双方のニーズを持つ高齢者に対応できる看護小規模多機能型居宅介護などの在宅サービスを充実していきます。
- 地域医療介護総合確保基金を活用し、人材の確保・育成に向けた取組を進めていきます。

特に、医療と介護の連携については、以下の取組を行います。

- 医療・介護等の各分野の代表者により構成する地域医療介護総合確保促進会議や、地域医療構想調整会議等の場を活用し、県単位・二次医療圏単位での連携強化を図ります。
- 在宅医療・介護に従事する多職種が必要な患者情報を共有するためのICTシステムの活用を促進します。
- 訪問看護ステーションの人員・組織体制の強化を図るための支援を行い、県内の訪問看護体制の基盤整備を推進します。また、佐賀県訪問看護サポートセンターを設置し、訪問看護ステーション・医療機関・県民からの相談対応、看護師等を対象とした研修会の開催等を実施します。
- かかりつけ医や介護施設の職員等を対象とした看取りに関する研修会の開催や、県民に対する啓発を実施することによって、在宅や施設での看取りを推進します。

## 第 5 節 慢性閉塞性肺疾患 (COPD:Chronic Obstructive Pulmonary Disease) 対策

### I 現状と課題

慢性閉塞性肺疾患 (COPD) は、主として喫煙により引き起こされる肺の炎症性疾患で咳・痰・息切れなどの症状があります。かつては肺気腫、慢性気管支炎と称されていた疾患で、40 歳代以上に多く、呼吸障害が進行します。また、COPD は風邪やインフルエンザ・コロナ感染を契機に症状が悪化し、入院加療を必要とする場合があります。

COPD の最大の危険因子はたばこ煙で、COPD 患者の約 90% に喫煙歴があり、発症率は年齢や喫煙の暴露量とともに増加します。

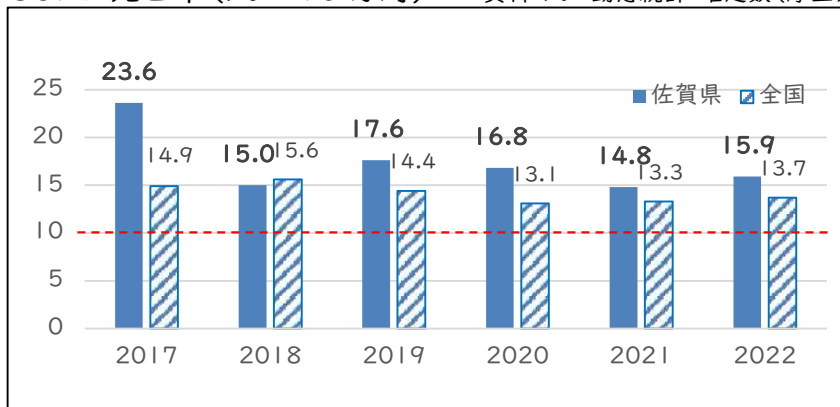
2019 年の国民生活基礎調査における本県の成人男性の喫煙率は 35.8% で全国ワースト 1 位であり、総数で見ても 21.2% で全国ワースト 4 位となっていました。喫煙率は減少傾向にあるものの、全国と比較すると特に男性で高くなっています。

たばこの消費量は減少傾向にありますが、過去のたばこ消費による長期的な影響と急速な高齢化によって、今後、さらに COPD の罹患率、有病率、死亡率の増加が続くと予想されます。COPD は、禁煙による予防と吸入薬等による治療が可能な疾患であるため、早期発見による早期治療が求められます。

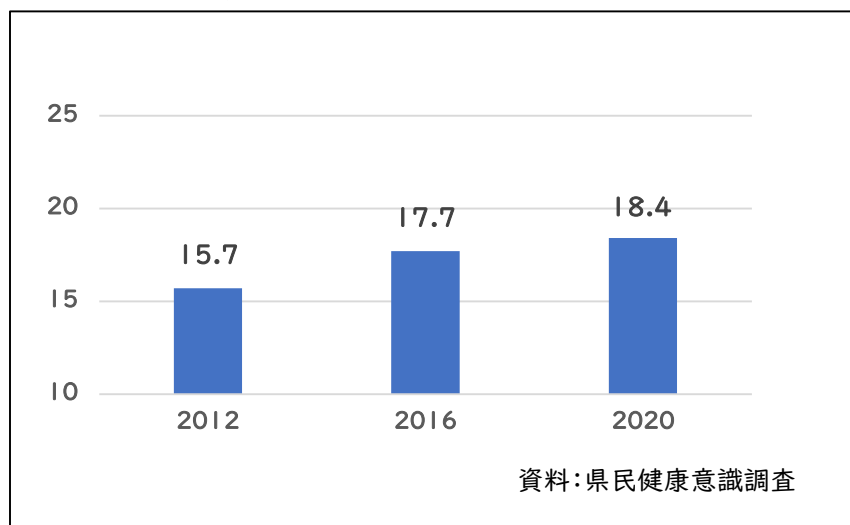
COPD の死亡を防ぐためには、COPD の認知度を上げ、予防や早期発見につなげることが重要であるため、県民への普及啓発が必要ですが、これまでの取り組みでは COPD の認知度はわずかに増加したものの、2020 年は 18.4% と、第 2 次佐賀県健康プランの目標 80% を達成できていません。引き続き、認知度の向上を図る取組を行うことに加え、予防、早期発見・介入、重症化予防など総合的に対策を行うことが重要です。

また、「たばこ」をやめたい人やニコチン依存症の患者が禁煙に成功する確率を高めるためには、適切な禁煙支援ができるように環境を整備する必要があります。COPD の発症には、出生前後・小児期の栄養障害やたばこ煙への暴露、喘息などのアレルギー性疾患も関与することが明らかになっていることから、妊娠中の喫煙等の防止とともに、受動喫煙防止対策の観点も考慮した対策も重要です。

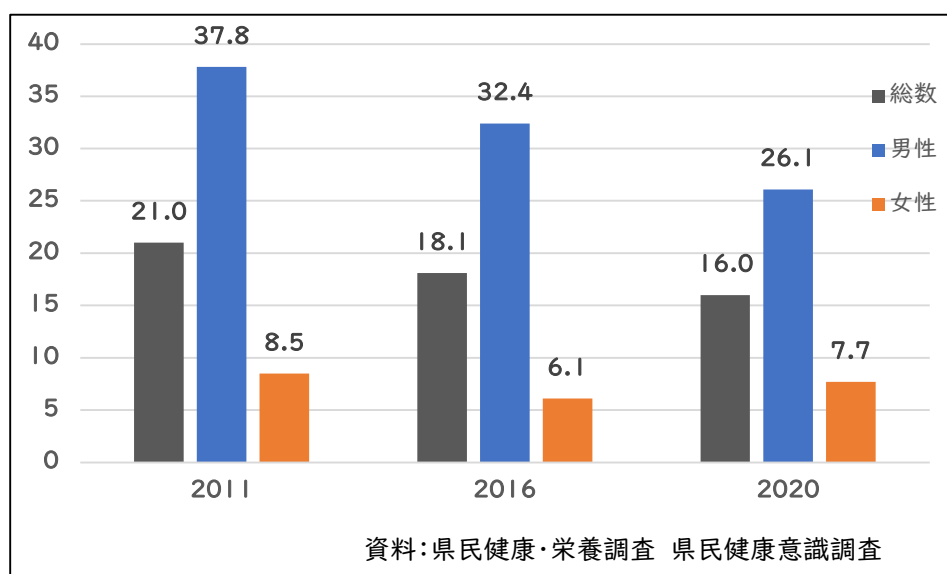
○ COPD 死亡率 (人口 10 万対) 資料:人口動態統計 確定数(厚生労働省)



○ COPD 認知度



○ 喫煙率の推移



○ 喫煙率の全国との比較

	2019 年		2022 年	
	佐賀県	全国	佐賀県	全国
総数	21.2%	18.3%	16.7%	16.1%
男性	35.8%	28.8%	28.4%	25.4%
女性	7.5%	8.8%	6.4%	7.7%

資料: 国民生活基礎調査

○ 2次医療圏ごとの呼吸器専門医（日本呼吸器学会 HP 呼吸器専門医）

2次医療圏	呼吸器専門医在籍医療機関数	呼吸器専門医
佐賀中部	12	17
東部	4	5
北部	3	4
西部	1	1
南部	5	7

**2** 今後の対応

COPD 対策を効果的に進めていくため、県、医師会、大学、市町等関係機関・団体と連携し、下記の取組を進めていきます。

1 COPD 対策に係る連携体制の構築

本県における COPD 対策を推進するため、関係機関・団体等との連携体制を構築します。

2 COPD に関する正しい知識の普及啓発・広報による発症・重症化予防

COPD の認知度を上げ、早期発見につなげるため、県のホームページをはじめ、様々な媒体を活用し、COPD の予防や重症化予防に関する正しい知識の普及啓発に取り組みます。

また、COPD の原因のほとんどが喫煙であることから、引き続き小中学生への防煙教育を継続するとともに、関係機関・団体と連携し、勤労者への喫煙防止教育や禁煙希望者に対する禁煙支援等に取り組みます。

さらに、COPD の管理・重症化予防として身体活動量を高めることが有用であるため、生活習慣の改善、特に身体活動に関する啓発を行います。

3 健診等による早期発見・早期介入

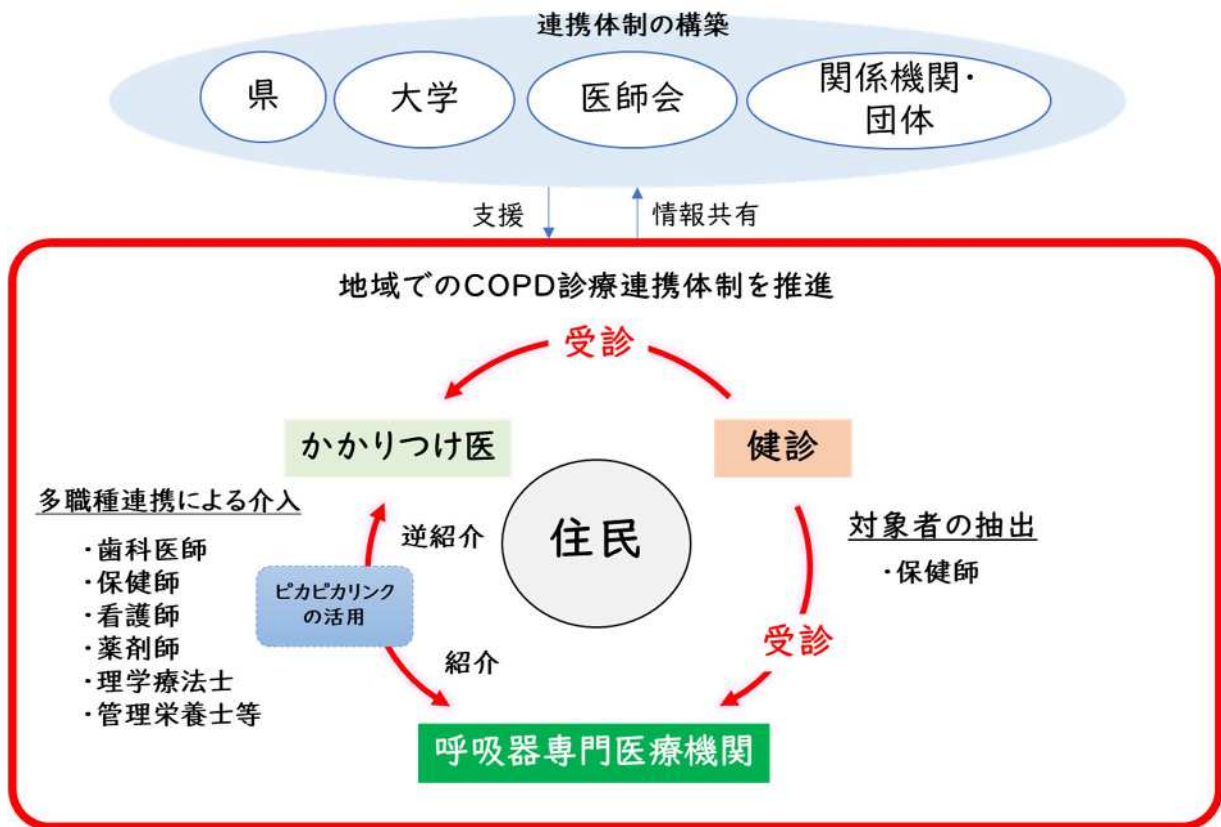
健診等において、高リスク者を把握・抽出するなどして、早期発見・早期介入ができる仕組みの構築を進めます。

県のホームページで、COPD チェックリストを掲載するなど、早期発見の機会創出に努めます。

4 診療連携体制の整備

かかりつけ医（歯科医を含め）と呼吸器専門医等が連携して診療することで、安心して治療が受けられる医療体制整備に努めます。

【COPD 診療体制イメージ図】



## 5 人材育成

佐賀大学や佐賀県医師会と連携し、COPD の発症予防、早期発見・治療介入及び重症化予防に関する研修会を開催するなど、医療従事者、保健指導従事者、保険者等の資質向上に努めます。



## 第6節 慢性腎臓病（CKD:Chronic Kidney Disease）対策

### I 現状と課題

腎臓の機能が低下した状態や尿蛋白陽性が持続するといった腎臓の障害が3か月以上続く状態を「慢性腎臓病（CKD）」といい、糖尿病性腎症や糖尿病性腎臓病を含む様々な腎臓病を包括した総称です。症状を自覚した時にはすでに進行しているケースが少なくありません。本県における腎不全の年齢調整死亡率は全国より低いものの、男性では増加傾向となっています。また、CKDの患者数は全国で約1,300万人と多く、CKDは脳梗塞や心筋梗塞等のリスクが上昇し、進行すると、末期腎不全さらには人工透析が必要となり、透析が導入されると、患者の生活の質（QOL）は大きく低下し、医療費は高額となります。

しかし、CKDを早期に発見し適切な治療を行えば、透析の回避や透析導入時期の後ろ倒しによる生涯透析年数の短縮、健康寿命の延伸が可能であるため、できるだけ早期に発見し、適切な治療へつなげることがとても重要となります。

ところが、CKDに対する社会的な認知度は低く、腎機能異常に気づいていない潜在的なCKD患者が多数存在すると推測され、医療現場においても見過ごされがちであるため、広くCKDに関する正しい知識の普及、CKD対策に必要な人材の育成等を図ることが必要です。

また、かかりつけ医等と腎臓専門医療機関等の連携を推進することで、CKDを早期に発見・診断し、適切な治療を早期から実施・継続できる診療体制を構築し、医療従事者及び市町等で好事例を共有し、普及啓発活動の横展開を図っていくことも重要となります。

全国同様、本県においても、原疾患が明らかである新規透析導入患者のうち、糖尿病性腎症が原因となっている患者の割合が最も多くなっていることから、関係機関等と連携し、糖尿病対策に取り組んでいます。

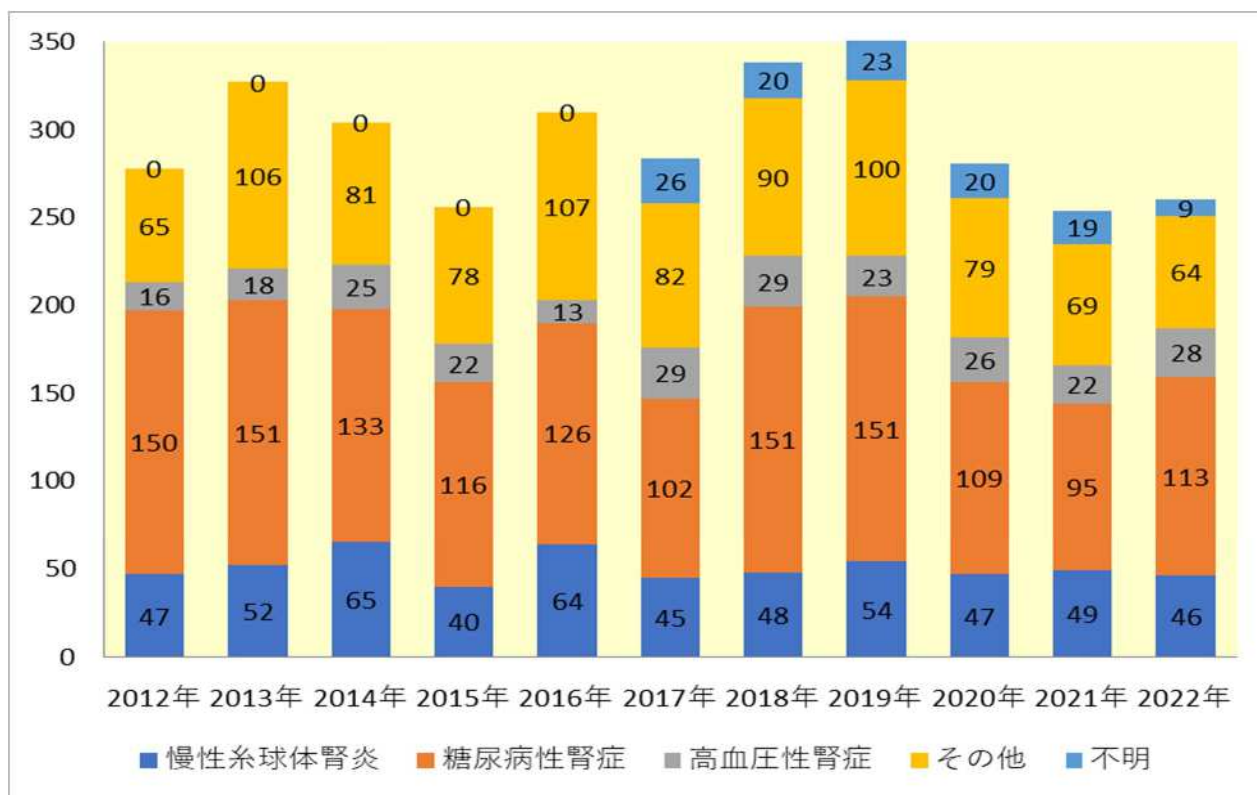
腎臓は老廃物を体から排出させるだけでなく、血圧を調整する働きもあり、高血圧症などの生活習慣病とも深い関わりがあります。糖尿病対策とともに、高血圧や脂質異常症等の生活習慣病対策にも取り組み、腎疾患の発症リスクを低下させることが必要です。

#### ○ 腎不全の年齢調整死亡率（2000～2020年）人口動態統計特殊報告



○ 新規人工透析導入患者数(原疾患別)の推移(人)

計(人) 278 327 304 256 310 284 338 351 281 254 260



人工透析患者等調べ(佐賀県健康福祉政策課)

○ 2次医療圏ごとの腎臓専門医の状況(日本腎臓学会 HP 腎臓専門医)

2次医療圏	腎臓専門医在籍医療機関数	腎臓専門医
佐賀中部	8	17
東部	5	5
北部	5	5
西部	2	5
南部	2	6

2 今後の対応

これまでの取組を含め、CKD 対策を効果的に進めていくため、県、医師会、大学、市町等関係機関・団体と連携し、下記の取組を進めていきます。

1 CKD 対策に係る連携体制の構築

本県における CKD 対策を推進するため、関係機関・団体等との連携体制を構築します。

2 CKD に関する正しい知識の普及啓発・広報

県のホームページをはじめ、様々な媒体を活用し、CKD の予防や重症化予防に関する正しい知識の普及啓発に取り組みます。

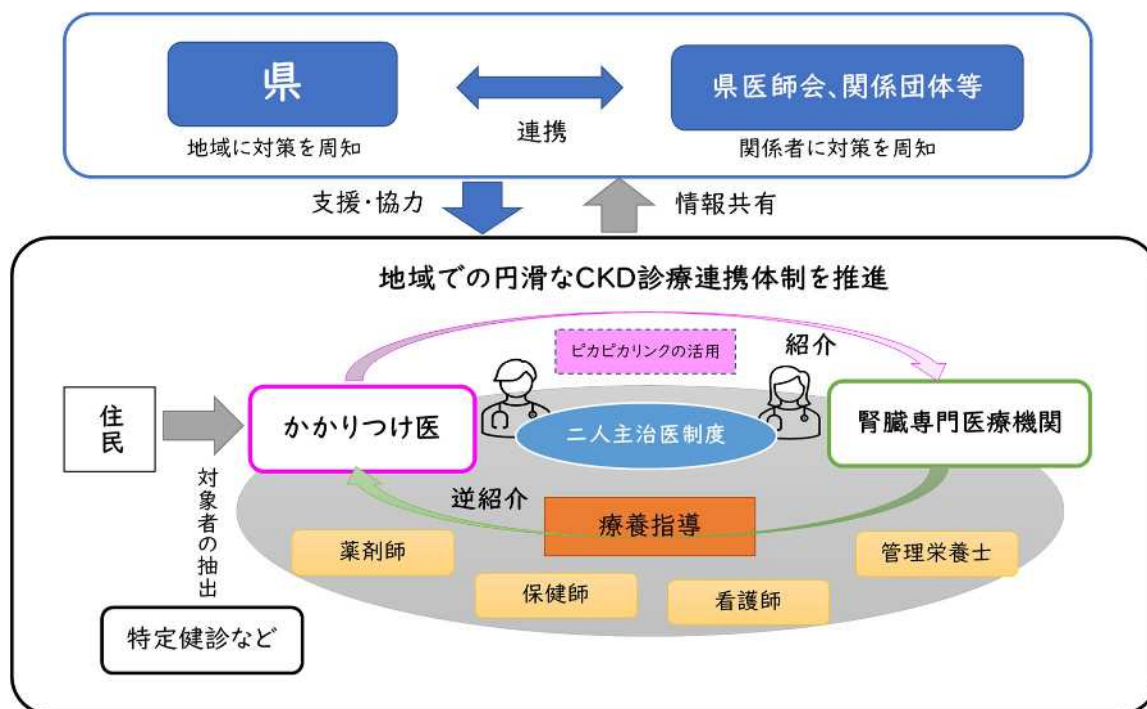
### 3 健診等による早期発見・受診勧奨

特定健康診査及び特定保健指導等の受診勧奨及び健診受診後の医療機関への受診勧奨について、市町、医療保険者、職域保健関係者等と連携しながら取り組みます。

### 4 医療連携体制の整備

CKD 患者は、普段はかかりつけ医の医療機関を受診し、定期的に腎臓専門医療機関を受診し、しっかり経過を確認するなど、かかりつけ医と腎臓専門医療機関（専門医等）による診療連携を進め、併せて、県、医師会、関係団体等を含めた連携を図っていくなど、地域で安心して治療及び療養指導が受けられる医療連携体制の整備に努めます。

#### 【CKD 医療体制イメージ】



(第1回腎疾患対策及び糖尿病対策の推進に関する検討会資料(R4.10.28 厚生労働省)改編)

### 5 人材育成

佐賀大学や県医師会と連携し、かかりつけ医を含めた腎臓の知識・診療に関する研修会を開催する等、CKD の予防及び人工透析等の重症化予防に関わる医療従事者等関係者のさらなる資質向上に努めます。

## 第7節 高次脳機能障害者対策

1	現状と課題
---	-------

### 1. 現状

高次脳機能障害は、事故や脳卒中等により脳に損傷を受けた後遺症として起こる記憶障害、注意障害、思考障害などの認知障害を指します。しかし、日常生活に大きな支障があるにも関わらず、外見上、障害があることが分かりにくいことから、誤解を受けやすいという現状があります。

県では、2010年に高次脳機能障害者支援拠点機関を、2015年に高次脳機能障害者相談支援センターを設置し、相談体制の充実、普及啓発に努めています。

また、身近な医療機関で相談支援・医療の提供を受けられることができるよう2020年に地域支援拠点機関を各医療圏に1カ所指定し、医療連携体制を構築しています。

<佐賀県の高次脳機能障害者支援体制>

名称	設置機関	相談種別
高次脳機能障害者支援拠点機関	佐賀大学医学部附属病院	相談全般、主として医療
高次脳機能障害者相談支援センター	一般社団法人ぷらむ佐賀	主として福祉

### 2. 課題

高次脳機能障害の診断、治療、リハビリに対応できる医療機関が少なく、身近な地域で専門的な医療やリハビリテーションを受けることが困難な場合があることから、医療連携体制の構築が求められています。

2	今後の対応
---	-------

高次脳機能障害者支援拠点機関に配置しているコーディネーターにより、地域連携医療機関を選定するとともに、身近な医療機関での治療やリハビリに対応できるよう、医療機関のネットワーク構築、医療体制の充実に取り組みます。

## 第 8 節 発達障害児(者)支援対策

1	現状と課題
---	-------

### 1. 現状

発達障害児(者)の支援については、早期発見・早期の気づき・適切な支援の効果が大きいことから、全市町で乳幼児健診の際に自閉症児等スクリーニングを実施し、発達障害の疑いのある子どもについては、保護者へのカウンセリングや療育指導教室・障害児療育等支援事業による療育を市町や県で実施しています。

さらに、発達障害に関する相談窓口として、各圏域 7 か所に発達障害児者専門相談窓口を定期的に設け、佐賀県発達障害者支援センターを県内 2 か所(鳥栖市、多久市)、就労に関する相談窓口として佐賀県発達障害者就労支援センター(佐賀市)を設置し、相談体制の充実に努めています。

### 2. 課題

県教育委員会の調査によると、発達障害やその傾向にある児童生徒数は年々増加しており、発達障害の疑いのある子の多くが診断を受けようとするため、専門医療機関での診断待機が発生しています。

また、個々の特性に合った適切な療育支援を選択して受けられる環境が整っていない等の課題があります。

2	今後の対応
---	-------

地域の児童発達支援センターにおいて、発達障害児や疑いのある子の個々の特性に早期に気づき、個々の特性に合った適切な時期、適切な療育支援を選択して受けることができる、さらに保護者支援により子の環境を整えられるよう支援体制の充実に努めていきます。また、診断の必要性を見極める人材や体制を整えていきます。

各圏域に児童発達支援センターが整備されることに伴い、地域の障害児支援の中核的役割を担うことで、県、市町、児童発達支援センター、発達障害者支援センターが連携し、生涯にわたるきめ細やかな切れ目ない支援を推進していきます。



## 第9節 臓器移植・骨髄等移植対策

1	現状と課題
---	-------

### 1 現状

臓器移植については、1997年に「臓器移植に関する法律」が施行され、脳死下での臓器移植が可能となり、その後、2010年に改正法が施行され、本人の意思表示が不明な場合も、家族の承諾により臓器提供ができるようになりました。

県においては、臓器移植の推進を図るため、公益財団法人佐賀県臓器バンクに県臓器移植コーディネーターを設置し、臓器移植の普及啓発を行っており、2023年12月末現在、腎臓移植希望者は84人となっています。

角膜移植については、1985年から公益財団法人佐賀県アイバンク協会を中心に普及啓発を図っており、2023年3月末現在、角膜又は眼球提供登録者は累計で5,712人となっています。

骨髄移植については、白血病や再生不良性貧血等の有効な治療法として実施されており、県内における骨髄バンクへのドナー登録受付は、佐賀県赤十字血液センター、唐津保健福祉事務所及び杵藤保健福祉事務所の3か所で行っており、2023年3月末現在、骨髄提供希望登録者は5,441人、骨髄移植希望登録者は4人となっています。

### 2 課題

臓器移植への県民の理解をさらに深め、マイナンバーカード、運転免許証、意思表示カード、インターネット、健康保険証による意思表示者を増加させるとともに、関係機関との連携強化を図る必要があります。

角膜移植、角膜提供に対する理解を得られるよう、普及啓発を進めることが必要です。

骨髄移植に関する正しい知識の普及啓発を関係機関と連携して行い、骨髄移植についての理解を進める必要があります。

2	今後の対応
---	-------

公益財団法人佐賀県臓器バンクと連携して、臓器移植に対する正しい知識の普及や臓器提供に関する意思表示を促す取組など移植医療への理解を深めるために普及啓発を図ります。

公益財団法人佐賀県アイバンク協会が行う角膜移植についての普及啓発活動を今後とも支援していきます。

骨髄移植に対する正しい理解の普及と骨髄ドナー登録を促進するため、骨髄提供希望者が登録しやすい環境を整備し、公益財団法人骨髄移植推進財団や県内関係団体等との連携により普及啓発活動を推進します。



## 第10節 難病等対策

### I 現状と課題

#### 1 現状

難病対策については、2015年1月に施行された「難病の患者に対する医療等に関する法律」（以下、「難病法」という。）及び「難病の患者に対する医療等の総合的な推進を図るための基本的な方針」に沿って、医療費の助成をはじめ、医療提供体制や相談支援体制、療養生活の環境整備等の対策を総合的に推進しています。

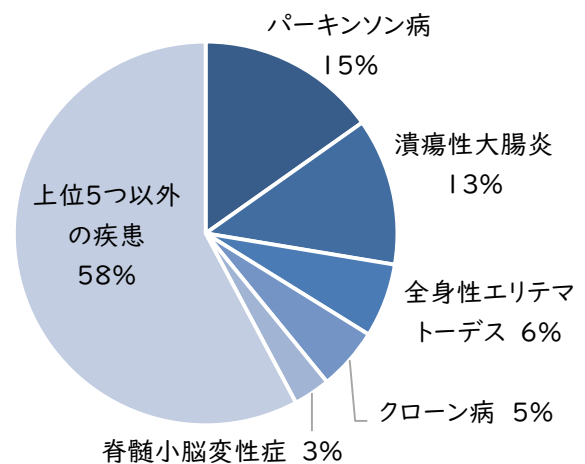
難病法では、①発病の機構が明らかでなく、②治療方法が確立していない、③希少な疾病であって、④長期の療養を必要とするもの、を難病の定義とされており、難病のうち、患者数が一定の人数（人口の約0.1%程度）に達しないこと及び客観的な診断基準（又はそれに準ずるもの）が定まっていること、のいずれも満たすものについては、指定難病として医療費助成の対象となっています。

2022年度末現在、338疾患が公費負担の対象となっており、本県では7,265人が医療費助成を受けられています。公費負担対象疾患数の増加に伴い、医療費助成対象者も増加傾向にあります。

難病は、長期の療養を必要とするものですが、適切な疾病の管理を継続すれば日常生活や学業・就業生活が可能であるものや、長期の入院や在宅での療養を必要とするものなど、患者の状況や必要な対応は多様です。

#### ○特定医療費（指定難病）受給者数の疾患別内訳（2022年度末）

順位	疾患名	受給者数
1	パーキンソン病	1,105
2	潰瘍性大腸炎	900
3	全身性エリテマトーデス	453
4	クローン病	383
5	脊髄小脳変性症	226
	上位5つ以外の疾患	4,198
	合計	7,265



#### 2 課題

難病は、発症してから確定診断までに時間を要するケースが多いことから、できる限り早期に正しい診断ができ、診断後はより身近な医療機関で適切な医療を受けることができる体制を構築する必要があります。

難病患者数が少ないために、難病に関する知識を持った人材が乏しいことから、正しい知識を持った人材を養成することを通じて、地域において適切な医療を提供する体制を整備する必要があります。

また、難病はその多様性・希少性のために周囲からの理解が得にくいほか、療養が長期に及ぶこと等により、難病患者の生活上の不安が大きいことを踏まえ、難病患者が住み慣れた地域において安心して暮らすことができるよう、難病患者を多方面から支えるネットワークの構築を図る必要があります。

特に、人工呼吸器を常時装着するような医療依存度の高い難病患者は、災害時における電源の確保など、疾患の特性に応じた独自の災害対策が必要となり、一層配慮が必要となります。

## 2 今後の対応

難病患者の医療提供体制整備を行うため、難病診療連携拠点病院を中心に、地域の難病医療協力病院やかかりつけ医と連携するとともに、患者やその家族が安心して在宅で療養できるよう、難病診療連携コーディネーターを活用し、関係機関の連携体制の強化や資質の向上、入院施設の確保やレスパイト入院等の推進を図ります。

地域で難病患者支援に従事している医療従事者等を対象にした研修会を開催し、資質の向上に努めるとともに、医療・保健・福祉及び地域関係者による難病対策地域協議会を開催し、地域の支援体制整備を行います。

難病相談支援センターにおいて、患者等の療養上、日常生活上での悩みや不安等の解消を図るとともに、患者等のもつ様々なニーズに対応した、きめ細やかな相談や支援を一層推進します。

また、災害対策として、平常時から市町と難病患者の情報を共有し、患者やその家族に対しても災害への備えや早めの行動を促すとともに、電源確保の取組や関係機関と連携した支援を行います。

## 第 11 節 アレルギー疾患対策

1	現状と課題
---	-------

### 1 現状

現在、わが国では、国民の約 2 人に 1 人が、気管支ぜん息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎、花粉症、食物アレルギーなどのアレルギー疾患に罹患していると言われており、その患者数は近年増加傾向にあります。

アレルギー疾患を有する者は、発症、憎悪、軽快、寛解、再燃を不定期に繰り返したり、アナフィラキシーショックなど、突然症状が憎悪することにより、死に至ったりする例もあり、職場、学校等のあらゆる場面で日常生活に多様な影響を及ぼしています。

このような現状に鑑み、総合的なアレルギー疾患対策を推進するため、アレルギー疾患対策基本法が 2015 年 12 月に施行されました。

県では、アレルギー疾患対策の推進に必要な事項を検討するため、佐賀県アレルギー疾患医療連絡会議を 2019 年に設置しました。翌年、佐賀県アレルギー疾患医療拠点病院に佐賀大学医学部附属病院を選定し、地域においてアレルギー診療に関する中心的な役割を担う地域協力病院を定めました。

### 2 課題

アレルギー疾患を有する者が、その居住する地域に関わらず、科学的知見に基づく適切なアレルギー疾患医療を等しく受けられるよう、アレルギー疾患医療全体の質の向上及び科学的根拠に基づいたアレルギー疾患医療の提供体制の整備が必要です。

アレルギー疾患に関し、科学的知見に基づく適切な情報を入手できる体制を整備するとともに、アレルギー疾患に罹患した場合には、日常生活の質の維持向上のための支援を受けることができる体制を整備する必要があります。

2	今後の対応
---	-------

佐賀県アレルギー疾患医療拠点病院、地域協力病院とアレルギー疾患医療を行っている診療所や一般病院との診療連携体制の整備を行い、アレルギー疾患を有する方が、居住する地域にかかわらず、適切なアレルギー疾患医療を受けられることができるようアレルギー疾患医療全体の質の向上を図ります。

佐賀県アレルギー疾患医療連絡会議において、アレルギー疾患の実情を継続的に把握し、佐賀県アレルギー疾患医療拠点病院を中心とした診療連携体制、情報提供、人材育成等の施策の企画・立案・実施等、地域の実情に応じたアレルギー疾患対策を推進します。

## 第12節 母子保健福祉対策

1	現状と課題
---	-------

### 1. 現状

本県の母子を取り巻く状況は、ライフスタイルの変化や家族形態の多様化、地域における人のつながりが希薄化するなど大きく変化しています。子どもを産み育てる環境も孤立化し、育児の不安や負担が大きくなっており、とくに妊産婦においては、ホルモンバランスの乱れ、環境の変化やストレスなどで心身のバランスを崩しやすく、うつ病の発症など、メンタルヘルスに関する問題が生じやすい状況にあります。

また、近年の晩婚化や晩産化などから不妊治療を受ける夫婦が多くなっています。

さらに、児童相談所における児童虐待相談対応件数は、2018年度は351件であったものが2022年度は1,085件と増加しています。

本県では、2021年4月には全ての市町において子育て世代包括支援センターが設置され、子ども家庭総合支援拠点は2023年12月現在、12市町に設置されており、相互の連携を図りながら、きめ細かな伴走型相談支援を行っています。

また、県においては、子育て相談アプリを活用した相談体制整備、ハイリスク妊産婦等への専門職による相談支援事業、小児慢性特定疾病児童等の家族へのレスパイト訪問看護事業等、市町や関係機関とも連携しながら、妊娠、出産、子育てを通じた切れ目ない支援の提供を行っています。

### 2. 課題

次世代を担う子どもが、多くの愛情や保護のもと健やかに育つために、母親等保護者の育児不安や負担を軽減するための支援や環境整備が必要です。また、希望する夫婦が子どもを持つことができるよう不妊治療の支援を行うとともに、男女ともに性や妊娠に関する正しい知識を身に付け健康管理を行えるよう思春期からの啓発や相談等の支援が必要です。

また、児童虐待の早期発見・支援のためには、関係機関相互あるいは当該機関内の各部門における連携の強化が必要です。特に、母子保健部門及び児童福祉両部門がともに支援対象としている特定妊婦及び要保護児童の支援に向けては、両者が連携・協働を深めていくことが求められています。

2	今後の対応
---	-------

市町による伴走型相談支援を推進するための広域的な調整や支援を行い、以下のような母子保健事業の充実、効果的な推進を図ります。

- 市町や県では、妊婦・乳幼児の健康診査や検査などにより疾病の早期発見・治療・療育に努めています。今後も各健康診査の充実を図るとともに健診後のフォロー体制の充実を推進しま

す。

- 妊娠・出産・産後のケアにおける切れ目のない支援のために、市町での産婦健康診査や産後ケア事業の推進に向け、市町と連携し、広域的な調整を図るとともに、流産・死産を経験した方や医療的ケア児等に対する支援等を推進していきます。
- 市町や県では、こどもの健全な発育の促進や不妊治療の負担軽減のために各種医療費等の支援を実施しています。今後も適正な医療の確保や支援の充実を図っていきます。
- 妊娠や出産、不妊、こどもの難病に関する各専門相談窓口を設置し、知識の普及と不安の軽減を図っており、今後も相談窓口の充実を図ります。
- 改正児童福祉法において、子育て世代包括支援センター（母子保健）と子ども家庭総合支援拠点（児童福祉）の設立の意義や機能は維持した上で、一体的に相談支援を行う機能を有する機関「こども家庭センター」の設置に努めることとされたことを受け、市町の実情に照らしながら、将来的なこども家庭センターの設置について支援を行います。

また、思春期からの健康づくり支援として、妊娠、出産の選択を含めた自身のライフプランを自己決定できるよう学校等と連携して性や妊娠に関する正しい知識の普及に継続的に取り組みます。

さらに、児童虐待防止のために、母子保健事業で把握したハイリスク妊産婦、要保護児童等の早期支援を市町の要保護児童対策地域協議会を核に児童相談所や学校等関係機関が連携しながら今後も切れ目なく行うとともに、心理的困難や苦しみを抱え日常生活に生きづらさを感じている子どもたちに細やかに対応していきます。

## 第13節 血液の確保・適正使用対策

I	現状と課題
---	-------

### 1. 現状

県内の2022年度の献血者数は33,786人で、献血者に占める各年代の割合は、10～30代の若年層が30.2%、40歳以上が69.8%となっており、近年、若年層の割合が減少傾向にあります。

九州各県の献血により得られた血液は、九州ブロック血液センター（久留米市）に集約され、赤血球、血漿、血小板などの輸血用血液製剤に分画され、九州各地の血液センターを經由して、各医療機関等に供給されています（血液を九州全体で融通）。

本県の医療機関で使用する血液製剤に必要な血液量は、すべて県内の献血者の献血量で賄っています。

献血者の推移

年度	献血者数 (人)	左の内訳			献血量 (L)
		200mL	400mL	成分	
2018	30,178	255	18,027	11,896	12,907
2019	31,188	631	17,726	12,831	14,045
2020	35,149	783	18,616	15,750	16,182
2021	35,027	715	18,895	15,417	16,392
2022	33,786	496	18,983	14,307	15,869

(佐賀県赤十字血液センター調べ)

血液製剤の供給状況

(単位)

年度	赤血球製剤	血漿製剤	血小板製剤	計
2018	33,775	9,426	29,055	72,256
2019	34,089	8,970	30,925	73,984
2020	32,534	8,496	28,265	69,295
2021	33,336	8,966	29,960	72,262
2022	32,815	8,285	34,180	75,280

(佐賀県赤十字血液センター調べ)

※赤血球製剤 200mL由来:1単位 400mL由来:2単位

血漿製剤 200mL由来:1単位 400mL由来:2単位 成分由来:4単位

血小板製剤 成分由来:1~20単位

献血者の年代別内訳

	2018年度		2019年度		2020年度		2021年度		2022年度	
	人数(人)	比率(%)	人数(人)	比率(%)	人数(人)	比率(%)	人数(人)	比率(%)	人数(人)	比率(%)
16~19歳	1,273	4.2	1,311	4.2	1,313	3.7	1,244	3.6	1,063	3.1
20~29歳	3,864	12.8	3,984	12.8	4,307	12.3	4,253	12.1	3,939	11.7
30~39歳	5,472	18.1	5,404	17.3	6,049	17.2	5,643	16.1	5,196	15.4
40~49歳	8,375	27.8	8,862	28.4	10,016	28.5	9,590	27.4	8,940	26.5
50~59歳	7,714	25.6	7,883	25.3	9,061	25.8	9,556	27.3	9,555	28.3
60~69歳	3,480	11.5	3,744	12	4,403	12.5	4,741	13.5	5,093	15.1
計	30,178	-	31,188	-	35,149	-	35,027	-	33,786	-

(佐賀県赤十字血液センター調べ)

### 2. 課題

血液は人工的に造ることができず、また、長期間保管ができないことから、病気の治療や手術等に不可欠な血液製剤を医療機関に安定的に供給するためには、より多くの献血者の継続的な協力を得て、血液を十分に確保する必要があります。

将来的に少子高齢化により献血が可能な人口が減少していく中、現在、献血は主に40代以上の方々に支えられている状況にあることから、今後も血液製剤の安定供給を維持していくためには、将来の献血を支える若年層の献血者を確保することが重要となっています。



また、血液製剤の安全性は、近年格段に向上しましたが、輸血に伴う副作用や感染症の防止を図る観点から、適正な使用が求められています。

## 2 今後の対応

血液製剤の安定供給に必要な献血量を確保するために、佐賀県赤十字血液センターや市町と協力し、若年層を中心とした普及啓発を行うことで、献血に関する県民の理解を深め、献血の受入が円滑に実施されるよう努めます。

また、輸血療法を行う医療機関においては、佐賀県合同輸血療法委員会の協力を得つつ、血液製剤の安全性や適正な輸血に関する情報提供や研修会などにより、血液製剤を使用する医師等の理解を深め、血液製剤の適正使用の推進を図ります。

## 第14節 医薬品等の適正使用対策

I	現状と課題
---	-------

### 1. 現状

県内の薬局数は2022年度末時点で511薬局、人口10万人あたりの薬局数は全国1位となっています。また、特定の機能を有する薬局についての認定制度が2021年8月にスタートしており、2022年度末時点で地域連携薬局9薬局、専門医療機関連携薬局2薬局を認定しています。

診断に基づく処方と処方せんに基づく調剤を医師と薬剤師がそれぞれの専門性を発揮し分業して行う医薬分業は年々進展しており、2022年度の医薬分業率は83.0%で全国9位と高い水準となっています。

また、患者負担の軽減や医療保険財政の健全化のための後発医薬品の使用割合は、2022年度は85.0%と全国平均を上回っています。

薬局・医薬品販売業者数の推移

(各年度末施設数)

年度	薬局	(認定薬局)		店舗 販売業	旧薬種商 販売業	特例 販売業	配置 販売業	卸売 販売業	人口10万人当たりの薬 局数	
		地域連携	専門医療 機関連携						佐賀県	全国平均
2019	514	—	—	202	4	3	102	102	63.1	47.7
2020	506	—	—	202	3	3	96	99	62.4	48.3
2021	503	(8)	(2)	200	2	3	89	97	62.4	49.2
2022	511	(9)	(2)	203	2	2	81	92	63.8	49.9

(佐賀県「薬務行政概要」)

(厚生労働省「衛生行政報告例」)

医薬分業率の推移

(%)

年度	佐賀県	全国平均
2018	81.9	74.0
2019	82.2	74.9
2020	82.4	75.7
2021	81.4	75.3
2022	83.0	76.6

(公益社団法人日本薬剤師会「処方箋受取率の推移」)

後発医薬品割合(新指標)の推移

(%)

年度	佐賀県	全国平均
2018	78.8	75.9
2019	81.6	79.1
2020	83.4	81.4
2021	84.1	82.0
2022	85.0	83.2

(厚生労働省「調剤医療費(電算処理分)の動向」)

### 2. 課題

国が策定した「患者のための薬局ビジョン」では、今後の医薬分業の在り方として、「服薬情報の一元的・継続的な把握」や「在宅での対応を含む薬学的管理・指導」等の機能を備える「かかりつけ薬剤師・薬局」を普及することで、対人業務の強化や医療機関等との地域連携等を実現することとしています。県内では、かかりつけ薬剤師・薬局の機能を発揮し、対人業務の強化等が行われている薬局が増えてきている一方、各医療機関の近辺に立地するいわゆる門前薬局で薬を受け取る患者がまだ多く、全体としては「かかりつけ薬剤師・薬局」の機能が十分には発揮できていないと考えられます。

2	今後の対応
---	-------

薬局や医薬品等販売業者に対する監視指導等によって、医薬品等の種類や患者等の状況に応じた適切な情報提供等、医薬品等販売制度（ルール）の適正な運用を確保します。

また、高齢化の進展に伴う多剤投与による副作用の懸念の高まりやがん患者等の外来治療へのシフトなどの近年の状況の変化にも、かかりつけ薬剤師・薬局が地域包括ケアシステムを担う一員としてその機能を発揮することで患者の医薬品の適正使用を確保していくよう、佐賀県薬剤師会など関係機関と協力し、「認定薬局」や「健康サポート薬局」等の推進を図るとともに、患者の負担軽減や医療費の削減となる後発医薬品の適正使用の推進を図ります。

## 第10章 計画の推進

1	目標に対する進捗管理と評価検証
---	-----------------

本計画では、以下の指標を設定しています。効果指標は施策の効果を図るための指標であり、検証指標は医療現場における診療実績などを把握する指標です。

	効果 指標	検証 指標	計		効果 指標	検証 指標	計
がん	14	7	21	周産期医療	12	11	23
脳卒中	21	36	57	小児医療	9	13	22
心血管疾患	21	36	57	新興感染症	13	0	13
糖尿病	21	17	38	在宅医療	7	26	33
精神疾患	7	26	33	外来医療計画	4	0	4
救急医療	9	12	21	医療従事者確保	10	0	10
災害医療	22	5	27	地域連携	3	0	3
へき地医療	3	11	14	合計	176	200	376

この指標については、毎年度進捗管理を行い、県が直面する課題に対して適切に対応している施策となっているか検証を行います。

その際、県医療審議会地域医療対策部会をはじめ、関係審議会等の意見を聴くこととし、必要に応じて、計画期間中であっても、計画を見直します。

2	関係者の役割
---	--------

### (1) 県

県は、医療提供体制の構築に向けた施策を推進します。

### (2) 医療提供者

医療提供者は、自院の診療機能を発揮するとともに、地域完結型医療の理念に基づき、他の医療機関、介護施設、行政との連携を強化します。

### (3) 市町

市町は、初期救急医療をはじめとする市町に課せられた役割を果たします。

### (4) 県民

県民には、効率的かつ効果的な診療を受けることができるような受療行動を求めます。

## 佐賀県保健医療計画策定の経過

### I 検討経過

- 2023年 3月22日 佐賀県医療審議会・佐賀県高齢者保健福祉推進委員会
- ・第8次佐賀県保健医療計画(策定スケジュール等)に係る協議
- 佐賀県地域医療構想調整会議
- ・地域医療構想に係る協議
- 2023年 5月23日 第1回佐賀県循環器病対策推進協議会
- ・脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患に係る協議
- 2023年 6月 8日 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の評価
  - ・第8次佐賀県保健医療計画(構成案、二次医療圏の設定等)に係る協議
- 2023年 6月19日 第1回 佐賀県地域医療対策協議会
- ・医師確保計画に係る協議
- 2023年 7月24日 第1回 佐賀県地域医療構想調整会議南部構想区域分科会
- ・在宅医療に係る協議
  - ・外来医療計画、紹介受診重点医療機関に係る協議
- 2023年 7月27日 第1回 佐賀県感染症対策連携協議会
- ・新興感染症発生・まん延時における医療に係る協議
- 2023年 8月 1日 第1回 佐賀県地域医療構想調整会議西部構想区域分科会
- ・在宅医療に係る協議
  - ・外来医療計画、紹介受診重点医療機関に係る協議
- 第1回 佐賀県感染症対策連携協議会病床確保部会
- ・新興感染症発生・まん延時における医療のうち、病床確保、後方支援に係る協議
- 2023年 8月 7日 第1回 佐賀県地域医療構想調整会議中部構想区域分科会
- ・在宅医療に係る協議
  - ・外来医療計画、紹介受診重点医療機関に係る協議
- 2023年 8月 8日 第1回佐賀県循環器病対策推進協議会脳・心血管疾患対策部会
- ・脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患に係る協議

- 2023年 8月 9日 第1回 佐賀県地域医療構想調整会議北部構想区域分科会  
 ・在宅医療に係る協議  
 ・外来医療計画、紹介受診重点医療機関に係る協議
- 2023年 8月10日 第1回 佐賀県地域医療構想調整会議東部構想区域分科会  
 ・在宅医療に係る協議  
 ・外来医療計画、紹介受診重点医療機関に係る協議
- 2023年 8月21日 第1回 佐賀県感染症対策連携協議会外来診療、療養生活支援部会  
 ・新興感染症発生・まん延時における医療のうち、外来診療、療養生活支援に係る協議
- 2023年 8月31日 第2回 佐賀県感染症対策連携協議会病床確保部会  
 ・新興感染症発生・まん延時における医療のうち、病床確保、後方支援に係る協議
- 2023年 9月 1日 第1回 佐賀県がん対策等推進協議会  
 ・がんに係る協議
- 2023年 9月 4日 唐津市との協議  
 ・へき地医療に係る協議
- 2023年 9月 5日 第1回佐賀県第8次保健医療計画(精神疾患)策定部会  
 ・精神疾患に係る協議
- 2023年 9月 8日 第1回 佐賀県感染症対策連携協議会保健所、検査体制等部会  
 ・新興感染症発生・まん延時における医療のうち、保健所、検査体制等に係る協議
- 2023年 9月11日 佐賀県救急医療協議会救急部会  
 ・救急医療に係る協議  
 第1回 佐賀県救急医療協議会災害部会  
 ・災害医療に係る協議
- 2023年 9月15日 神崎市(背振診療所)との協議  
 ・へき地医療に係る協議
- 2023年 9月20日 佐賀市(三瀬診療所)との協議  
 ・へき地医療に係る協議
- 2023年 9月22日 第2回佐賀県循環器病対策推進協議会脳・心血管疾患対策部会  
 ・脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患に係る協議
- 2023年 9月29日 第2回 佐賀県感染症対策連携協議会  
 ・新興感染症発生・まん延時における医療に係る協議



- 2023年10月 2日 第1回 佐賀県小児医療体制連絡会  
・小児医療に係る協議
- 2023年10月 3日 佐賀県糖尿病対策推進会議  
・糖尿病に係る協議
- 2023年10月 4日 第1回 佐賀県周産期医療協議会  
・周産期医療に係る協議
- 2023年10月 5日 第3回 佐賀県地域医療対策協議会  
・医師確保計画に係る協議
- 2023年10月11日 第2回 佐賀県循環器病対策推進協議会  
・脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患に係る協議
- 2023年10月19日 第2回 佐賀県医療審議会地域医療対策部会  
・5疾病・6事業及び在宅医療に係る医療連携体制に係る協議  
・医療従事者(医師を除く)の確保・養成に係る協議
- 2023年11月 第2回 佐賀県救急医療協議会災害部会(書面開催)  
・災害医療に係る協議
- 2023年11月 6日 第2回 佐賀県地域医療構想調整会議北部構想区域分科会  
・地域医療構想、在宅医療、外来医療計画に係る協議
- 2023年11月 8日 第2回 佐賀県がん対策等推進協議会  
・がんに係る協議  
第2回 佐賀県地域医療構想調整会議南部構想区域分科会  
・地域医療構想、在宅医療、外来医療計画に係る協議
- 2023年11月10日 唐津市へ第8次佐賀県保健医療計画の素案(へき地医療)に対する意見照会
- 2023年11月14日 佐賀県ストップ糖尿病対策会議  
・糖尿病に係る協議  
第2回 佐賀県地域医療構想調整会議西部構想区域分科会  
・地域医療構想、在宅医療、外来医療計画に係る協議
- 2023年11月17日 第2回 佐賀県地域医療構想調整会議中部構想区域分科会  
・地域医療構想、在宅医療、外来医療計画に係る協議
- 2023年11月21日 第2回 佐賀県第8次保健医療計画(精神疾患)策定部会  
・精神疾患に係る協議  
第2回 佐賀県地域医療構想調整会議東部構想区域分科会

- ・地域医療構想、在宅医療、外来医療計画に係る協議
- 2023年12月 1日 佐賀県看護職員確保対策連絡協議会
  - ・医療従事者(看護職員)の確保・養成に係る協議
- 2023年12月 4日 佐賀県在宅医療有識者会議
  - ・在宅医療に係る協議
- 2023年12月18日 第3回 佐賀県感染症対策連携協議会
  - ・新興感染症発生・まん延時における医療に係る協議
- 2023年12月19日 第4回 佐賀県地域医療対策協議会
  - ・医師確保計画に係る協議
- 2023年12月28日～2024年1月19日 第3回 佐賀県医療審議会地域医療対策部会(書面開催)
  - ・第8次佐賀県保健医療計画の素案に係る協議
- 2024年 3月21日 第4回 佐賀県感染症対策連携協議会
  - ・新興感染症発生・まん延時における医療に係る協議
- 2024年 3月25日 佐賀県医療審議会
  - ・第8次佐賀県保健医療計画(最終案)に係る審議
  - ・第8次佐賀県保健医療計画の決定

## 2 パブリック・コメントの実施

実施期間 2024年2月1日～2月28日

## 3 関係団体等からの意見聴取

2024年2月5日～2月28日

県内市町(救急業務を処理する一部事務組合及び広域連合を含む)、佐賀県保険者協議会、佐賀県医師会、佐賀県歯科医師会、佐賀県薬剤師会、佐賀県看護協会

## 4 公示

2024年4月1日 佐賀県ホームページにて公示