

第1章 長崎県地域医療構想について

（1）長崎県地域医療構想の概要

全国的に出生数の減少が続く中、特に人口流出が多い本県は、このままでは人口減少が急速に進み、都市部での活力の低下、離島やへき地での過疎化などの問題がさらに顕著になることが予想されています。また、全国に比べ高齢化の進行が早く、医療、介護サービスのニーズはますます増加することが見込まれています。

こうした中、医療や介護を取り巻く状況をみると、地域の医療を支えている医師や看護職員等の医療人材、訪問看護・介護等に携わる人材の不足と都市部への偏在が深刻となっており、また、認知症高齢者、単身や夫婦のみの高齢者世帯の増加による、地域における介護力の低下なども大きな問題となっています。

団塊の世代が75歳以上となる2025年（平成37年）には、県民の3人に1人が65歳以上の高齢者になると予想されており、このままではこれらの問題がさらに深刻になることは明らかです。このため、これから約10年の間に、将来においても医療や介護などの社会保障制度が持続できるよう、人材や財源など限られた資源を可能な限り効率的かつ効果的に活用するという視点に立ち、医療や介護を支える体制を構築していく必要があります。「地域医療構想」は、地域の実情を十分に踏まえたうえで、具体的なデータに基づいて、将来の医療提供体制の「あるべき姿」を描いたものであり、行政、医療機関、介護関係者はもちろんのこと、県民全体が認識を一つにして、その実現を目指すことが求められます。

国は、平成26年6月に「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（以下、「医療介護総合確保推進法」という。）を制定し、都道府県が「地域医療構想」を策定し、効率的かつ効果的な医療提供体制の構築を推進すること、また、医療と介護が一体となって、住みなれた地域で住まいや在宅医療、介護サービスを切れ目なく提供する体制（以下、「地域包括ケアシステム」という。）の確保を図ること、そして国と県が地域医療介護総合確保基金（以下、「基金」という。）を設置し、安定的な財源の確保を行うこととしました。

効率的かつ効果的な医療提供体制の構築のためには、現在の医療の実態を分析することが不可欠です。このため、国は、入院医療について、診療内容等のデータの分析を行い、診療内容に応じた機能区分や、在宅医療等で対応すべき患者の推計方法を定めました。これにより、将来の人口構造の変化の見通しを踏まえたうえで、地域ごと、患者の状態ごとに、入院及び在宅医療等で対応すべき患者数（以下、「医療需要」という。）の推計を行うこととなりました。

地域医療構想は、医療計画で定める二次医療圏を基本として、将来の医療需要の推計結果から、今後の目指すべき方向性となる機能区分ごとの「必要病床数」を導き出したうえで、地域の実情を反映したあるべき医療提供体制と、それを実現するための施策を示すものです。策定にあたっては、各医療圏において、医療、介護関係者を中心として、地域の実情や、具

体的な課題について、多様な意見を伺い、構想に反映したところです。また、策定手順については、国の「地域医療構想策定ガイドライン」(平成27年3月)を参考にしています。

なお、地域医療構想は、医療法において医療計画の一部と定められています。平成25年3月に策定した現行の医療計画は、平成30年3月までをその計画期間としており、同年4月からの新たな医療計画策定の際には、その一部として組み込まれることとなります。また、地域医療構想の実現にあたっては、医療と介護が一体となって取り組む必要があることから、次期医療計画と同時に改定される「長崎県老人福祉計画・長崎県介護保険事業支援計画」(以下「県老人福祉介護計画」という。)と十分に整合性を図ることとしています。

(2) 地域医療構想に定める内容

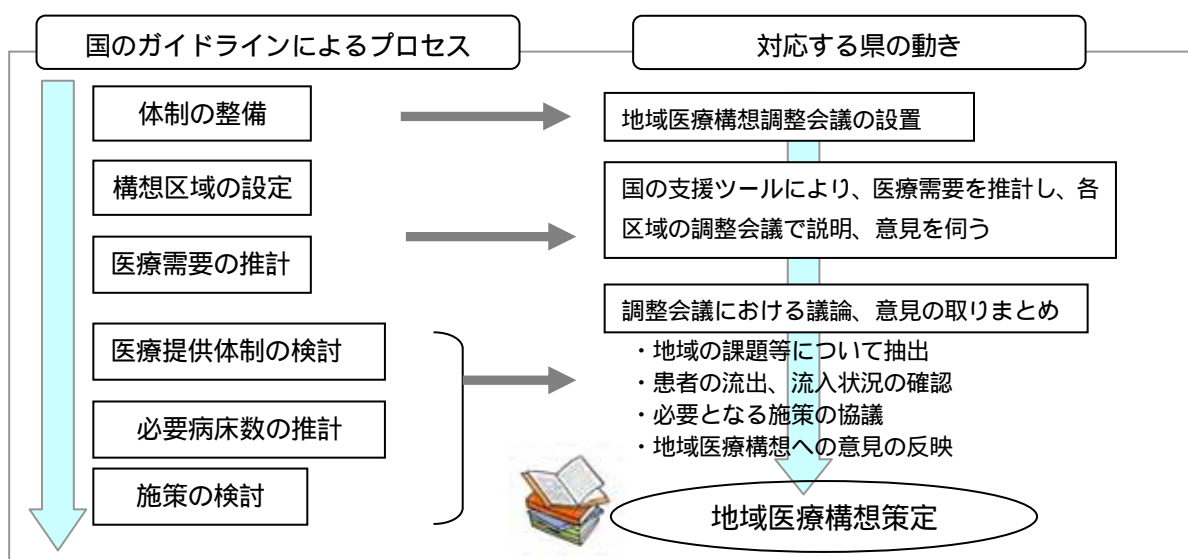
地域医療構想は医療法第30条の4に基づき都道府県が策定します。地域医療構想には、次の事項を記載することとなっています。

- ・ 2025年(平成37年)における医療需要の推計
- ・ 2025年において必要となる病床数をはじめとする目指すべき医療提供体制
- ・ 目指すべき医療提供体制を実現するために必要となる施策

(3) 地域医療構想の策定手順と地域医療構想調整会議

県では、地域医療構想の目標となる2025年(平成37年)に向けて、各地域において、構想を実現するための課題や施策、病床の調整など医療提供体制のあり方を話し合う場として「地域医療構想調整会議」(以下「調整会議」という。)を設置しました。

調整会議は、構想策定前の平成27年7月に設置し、平成28年5月まで、最大3回、各地域において開催し、多くの意見をいただきました。委員の意見のほか、パブリックコメントによる意見の聴取などを経て、策定いたしました。



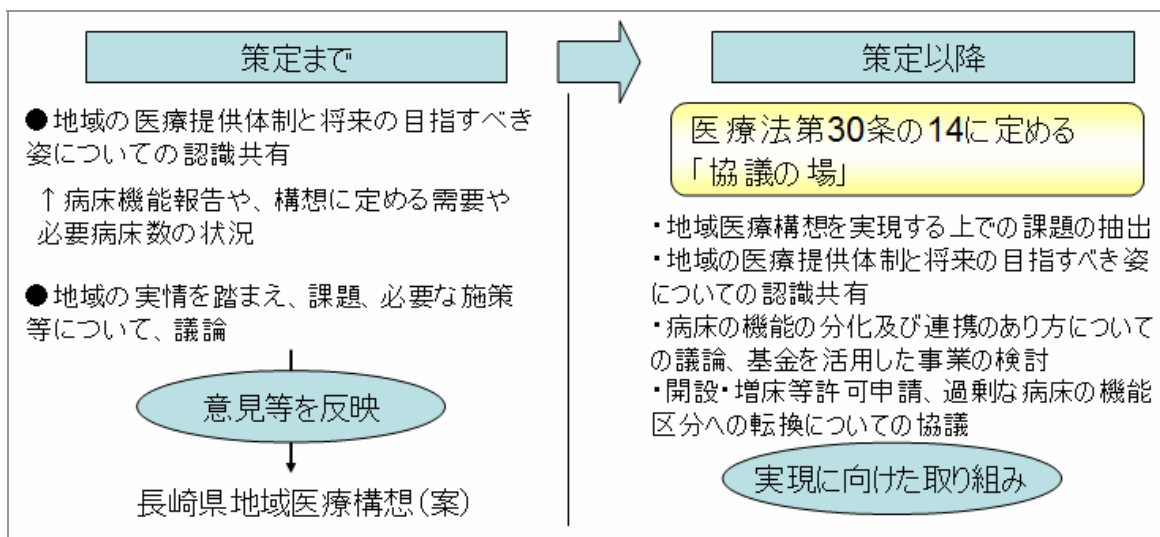
地域医療構想は医療計画の一部であることから、医師会等の診療又は調剤に関する団体をはじめ、医療審議会、市町、保険者協議会の意見を聴き策定しています。

なお、調整会議は、地域医療構想の策定前と策定後で役割が異なります。策定後は、医療法第30条の14に規定された「協議の場」として、構想の実現のために、定期的を開催することとなります。

【図】調整会議の委員構成

<ul style="list-style-type: none"> ・ 郡市医師会（郡市医師会長、病院代表、有床診療所代表） ・ 郡市歯科医師会、薬剤師会支部、看護協会支部の代表 ・ 国立・公的病院等（国立病院機構、大学病院、企業団、市立病院、地方独立行政法人等） ・ 介護関係者（介護事業者、社協、施設協議会、専門員協議会等） ・ 市町（介護保険事業担当部局） ・ 保険者（保険者協議会） ・ 保健所長、学識経験者（大学教授等） <p>県全体会は、既存の保健医療対策協議会企画調整部会委員のほか、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会各会長、病院関係団体代表、介護施設協議会代表、保険者代表を追加</p>

【図】調整会議の策定前と策定後の役割の整理



(4) 将来の医療需要の推計方法

ア) 「医療需要」の範囲

地域医療構想では、将来の「医療需要」を推計し、記載します。「医療需要」とは、特に付記がない限り、入院患者の数と、在宅医療等が必要な患者数の合計です。医療需要のうちの入院患者数から、将来の「必要病床数」を推計します。

なお、ここでいう「在宅医療等」とは、地域医療構想策定ガイドラインにおいて次のとお

り定義されています。

「在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。」

すなわち、自宅以外の施設等で受ける医療及び訪問看護等の一部の介護保険によるサービスを含め、「在宅医療等」といいます。

地域医療構想の対象となる医療需要は、病院及び診療所（歯科診療所を含む）（以下、「医療機関」という）における「一般病床」と「療養病床」の入院患者から推計しているほか、在宅医療等の医療需要として、訪問診療を受けている患者、介護老人保健施設のサービス受給者を含んでいます。

医療需要を算定するための患者数や医療実態などの基礎データについては、「推計ツール」という形で、国が一括して提供し、これを基にして、県が推計作業を行いました。地域医療構想における医療需要や必要病床数の推計方法は、医療法施行規則第 30 条の 28 の 3 に定められています。

イ) 医療需要の分析のために利用したデータ

病院や診療所の一般病床では、がんなどの難しい手術を受けたばかりの患者、自宅に戻るためにリハビリテーションを受けている患者、骨折の治療のため一時的な入院が必要な患者など、その実態は多様です。このため、一般病床の入院患者について、下記のデータを活用することで、その実態を詳しく分析して、患者の診療内容ごとに機能を分けてその人数を推計しています。

【表】医療需要を推計するために利用したデータ

用途	データの種類	内容
入院の医療需要の推計 (一部在宅医療等を含む)	NDB データ	「NDB」とはレセプト情報・特定健診等情報データベースの呼称。国が医療保険者等から収集して一括管理している診療報酬明細書(レセプト)等のデータベース。
	DPC データ	救急医療等を行う急性期の医療機関の多くで導入されている包括支払システム(「DPC」)における、診療内容等の調査データ。
	公費負担医療	「医療費の動向」から
	医療扶助受給者数	「生活保護の医療扶助受給者数」から
	分娩数	「人口動態調査」から
	労働災害入院患者数	「労働災害入院レセプト数」から
	自賠償保険入院患者数	「自賠償保険請求データ」から
在宅医療等の医療需要の推計	介護老人保健施設サービス受給者数	「介護給付費実態調査」から
	訪問診療患者	「生活保護の患者の訪問診療受給者数」から
人口		住民基本台帳年齢階級別人口(平成 25 年度)
将来人口		国立社会保障・人口問題研究所 性・年齢別将来推計人口

ウ) 病床機能報告制度と機能区分

地域医療構想では、実際に入院患者がどのような医療を受けているか、前述のデータを利用して将来の医療需要などの分析を行います。これと比較するため、医療機関の現状の把握が必要です。このため、どのような病床の機能を担っているのか、医療機関は毎年度、都道府県に報告を行うことになりました。これを「病床機能報告制度」といいます。

医療機関からの報告は、入院患者を次の4つの機能区分に分けて行うこととなります。この報告は、診療報酬明細書などのデータに基づくものではなく、病棟ごとに医療機関が自主的に判断し、一つだけ選んで報告することになっています。それぞれの機能区分について、病床機能報告における説明を中心に示すと、次のとおりです。

高度急性期

急性期の患者に対して、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能。具体的には、救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室などで行われる医療をイメージしてください。

急性期

急性期の患者に対して、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能。

具体的には、高度急性期の状態を脱して、回復期へ移行する前の患者であり、回復期へ向けて患者の日々の状態が徐々に改善している期間の医療を提供する機能です。

回復期

急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。

特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADL（日常生活における基本的な動作を行う能力）の向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションなどを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）です。ただし、リハビリテーションを提供していなくても「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合も含まれます。

慢性期

長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能。

具体的には、長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能です。

エ) 医療需要の推計方法

地域医療構想における医療需要は、2013年度（平成25年度）の診療報酬データ等に基づいて推計を行っています。患者への診療行為を診療報酬の出来高数（以下、「医療資源投入量」という。）でとらえ、その点数によって入院患者の状態を分けることとします。

国による診療報酬データの分析結果によれば、一般病床における患者は、入院日数の経過につれて、患者に対して行われる診療行為が少しずつ減っていく傾向がみられます。

具体的には、一般病床において、医療資源投入量 3,000 点以上の患者を高度急性期、3,000 点未満で 600 点以上の患者を急性期、600 点未満で 225 点（実際は退院調整等の期間を見込み 175 点）以上の患者を回復期の医療需要として推計します。また、225 点（実際は 175 点）未満の患者は、在宅医療等に対応可能として、在宅医療等の医療需要として推計します。

なお、この推計方法の考え方は、あくまで二次医療圏単位での推計方法であり、個別の医療機関における機能ごとの病床数の計算方法とは異なります。このため、病床機能報告における病棟の機能を選択する基準となるものではありません。

（留意事項）

看護体制等の差を反映する「入院基本料」については、診療内容の差が適切に反映されないため、含まれていません。

回復期リハビリテーション病棟入院料については、「回復期」として算定します。

障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料及び特殊疾患入院医療管理料については「慢性期」とします。

【表】各機能区分の境界点の考え方

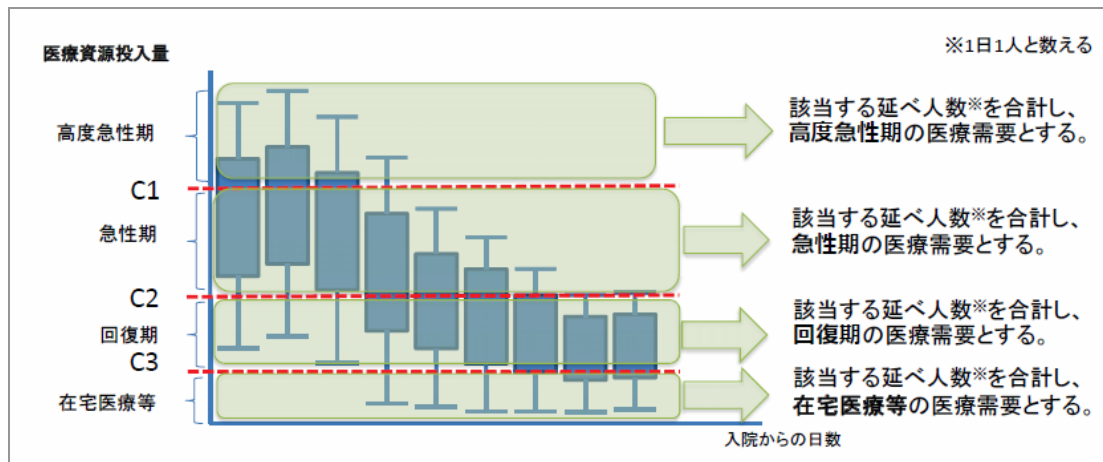
病床の機能別分類の境界点(C1～C3)について

	医療資源投入量	基本的考え方	患者像の例
高度急性期	C1 3,000点	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い治療（一般病棟等で実施する診療を含む。）から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量	<ul style="list-style-type: none"> 心不全に対して非侵襲的人工呼吸器による呼吸補助を行い、肺動脈圧測定カテーテルや心エコー、血液検査、レントゲン等で綿密な評価を行いながら、利尿剤等による治療を実施している状態。まもなく呼吸器から離脱出来そうで、検査や評価の頻度も下げていけそうである。
急性期			<p>[例] 非侵襲的人工呼吸器＋心エコー・心電図＋観血的肺動脈圧測定＋胸部レントゲン＋点滴管理＋薬剤＋血液検査</p>
回復期	C2 600点	急性期における治療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量	<ul style="list-style-type: none"> 急性胆管炎に対し、緊急で内視鏡的胆道ドレナージを行った。引き続き、抗菌薬治療を行い、全身状態は改善し、血液検査を実施した。 尿路感染症に対し、抗菌薬治療を行っている。熱が下がり、全身状態は回復しつつあり、食事を摂ることが出来ている。 <p>[参考] NDBのレセプトデータ及びDPCデータから、「医療資源投入量がおおよそ横這い」となって、落ち着く段階の平均資源投入量を計算。 ※ 具体的には、DPCの入院期間Ⅱ及び入院期間Ⅲにおける全疾患の平均資源投入量を、入院期間Ⅱ及び入院期間Ⅲのそれぞれの患者数で加重平均。その後、NDBのレセプトデータも加えて、さらに補正。</p>
在宅等	C3 225点	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量 ○境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を見込み、175点で区分。	<ul style="list-style-type: none"> 誤嚥性肺炎に対する抗菌薬療法は終了し、全身状態は安定しているが、経口摂取は不安定で補液が必要。喀痰が多いため吸引を行っている。 大腸がんの手術後、経過は良好であったが、腸閉塞となり、絶飲食とし、補液およびイレウス管によるドレナージを行っている。 <p>[例] 補液＋点滴管理＋ドレナ</p>

厚生労働省「地域医療構想策定ガイドライン検討会」資料から引用

【図】機能区分ごとの境界点のイメージ

入院後、日数の経過に伴い、医療資源投入量は遞減していきます。



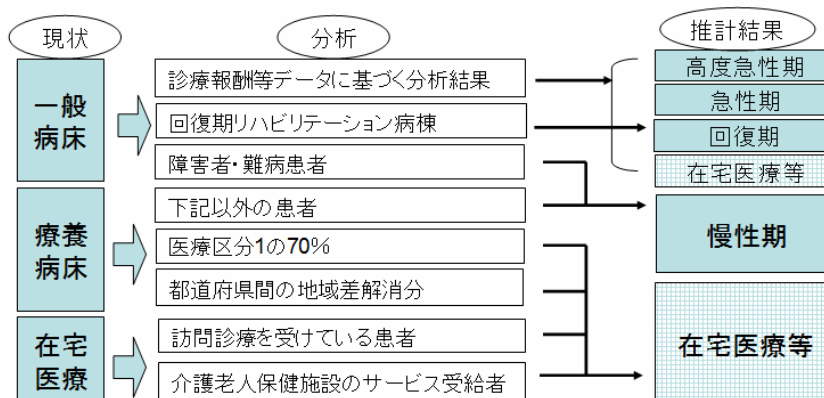
厚生労働省「地域医療構想策定ガイドライン検討会」資料から引用

こうして医療資源投入量に応じて分類された入院患者の年間延べ数（人）を 365 日で割ることで、1日あたりの入院患者数を算出します。これを性年齢別人口で割り、人口階層ごとの入院受療率を構想区域ごとに算定したうえで、将来の推計人口を乗じて、将来の医療需要を算定しています。

療養病床の患者については、医療資源投入量による分析が困難であるため、これまでの国による分析の結果から、在宅医療等に対応可能な患者が一定数存在するとして推計を行います。具体的には、療養病床の患者のうち、最も医療の必要度が少ない「医療区分1」に分類されている患者の70%を在宅医療等の医療需要として計算します。そのうえで、全国的にみると都道府県間で療養病床の人口あたりの利用者の割合（療養病床の入院受療率）に大きな差があることから、これを縮小するため、患者が多い地域はさらに在宅への移行を進めることとします。

また、在宅医療等に対応する患者については、こうした一般病床、療養病床から移行すると推計された患者に加え、現在、訪問診療を受けている患者、介護老人保健施設の入所者を基に推計をしています。

【図】医療需要の推計方法まとめ



オ) 療養病床の入院受療率の調整

療養病床から在宅医療等に対応する患者の推計にあたっては、各都道府県で異なる療養病床の入院受療率（地域差）を可能な限り平準化していくことになっています。その計算方法は、医療区分1の70%の患者を除いたうえで、入院受療率が全国で最も低い水準を目標とするパターンA、中間値を目標とするパターンB、パターンBの目標年度を2030年に延期するパターンC（特例）のいずれかから選択することになります。

本県は療養病床の入院受療率が高い県であり、また、離島をはじめ人材、施設などの受け皿となる在宅医療等の環境整備が十分でない地域が多く、準備するために十分な時間が必要であるため、在宅医療等へ移行する患者の将来推計数が最小となる「パターンC（特例）」を用いて推計を行うこととします。しかし、パターンCの適用には条件があり、慢性期病床の減少幅が大きく（条件1）かつ高齢者の単身世帯割合が全国平均より高い（条件2）構想区域のみに適用が可能であるため、該当しない区域はパターンBを適用しています。

【表】構想区域ごとの療養病床の入院受療率の地域差解消パターンの適用

構想区域	パターン	条件1に該当 (慢性期の減少率)	条件2に該当 (単身世帯割合の割合)	特例適用の 可否
長崎	パターンC			
佐世保県北	パターンC			
県央	パターンB		×	×
県南	パターンC			
五島	パターンB	×		×
上五島	パターンB	×		×
壱岐	パターンC			
対馬	パターンB	×		×

カ) 患者の流出と流入

診療報酬データのうち、国民健康保険、後期高齢者医療保険制度については、患者の住所地が分かるため、実際に受療した医療機関の所在地との比較により、地域の患者がどこに入院しているかが分かります。これにより、患者の現在の受療動向が分かりますので、将来も変わらずこの受療動向が続くかどうか、地域において検討する必要があります。

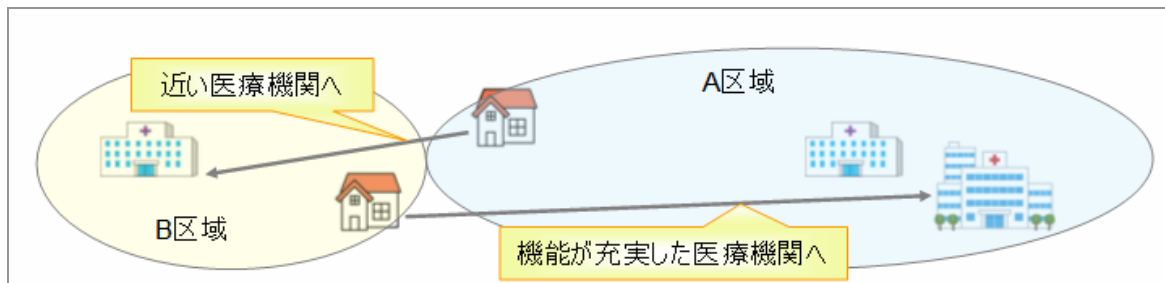
例えば、A区域で病院の機能の強化（医師の増員、医療機器の整備等）が予定されていれば、B区域に流出している患者が、A区域の病院で入院することになるかもしれません。また、A区域の病院よりもB区域の病院が近ければ、構想区域に関係なくA区域からB区域の病院へ入院する患者が多くなる傾向があります。

地域医療構想においては、この流出入の状況を構想区域間、都道府県間で調整したうえで、最終的な医療需要を推計することになっています。

（留意事項）

被用者保険（全国健康保険協会管掌健康保険、共済組合など）は患者住所地が不明のため、国民健康保険、後期高齢者医療保険制度の分布割合により按分しています。

【図】患者の流出入のイメージ



【図】地域医療構想策定ガイドラインに示された調整フォーマットとその説明

推計年度	平成37年(2025年)			
	2025年における	2025年における医療供給(医療提供体制)		
	医療需要 (当該構想区域に居住する患者の医療需要)	現在の医療提供体制が変わらないと仮定した場合の他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したものの②	将来のあるべき医療提供体制を踏まえ他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したものの①	病床の必要量(必要病床数) (①を基に病床利用率等により算出される病床数)
高度急性期 急性期 回復期 慢性期				
			将来の医療提供体制の整備状況を勘案し、流出と流入を調整した後の医療需要	
	この区域に居住する患者が全て当該区域の医療機関で入院したと仮定した場合の医療需要		この区域に居住する患者の現在の動向を踏まえた医療需要 ・区域外に入院している患者(流出)を除く。 ・区域に入院している区域外に居住する患者を加える(流入)	
	患者住所地の医療需要		医療機関所在地の医療需要	

将来の流出入が変化する大きな要素が現時点でなければ、原則として「医療機関所在地」の医療需要を基にして、将来の必要病床数を推計します。このため、特に記載がない場合、「医療需要」は「医療機関所在地」の医療需要のことであり、「必要病床数」は「医療機関所在地」の医療需要を基にして推計することとします。

なお、将来の流出入を左右する要素については、調整会議の議論を踏まえたうえで、地域医療構想の見直しにあたって適切に反映することとします。

(5) 将来の必要病床数の推計方法

医療需要を基にして、将来の必要病床数を推計します。医療需要を全国の病床の平均的な稼働率で除すことで、必要病床数を推計します。

$$\boxed{\begin{array}{c} \text{医療需要} \\ \text{(1日あたりの入院患者)} \end{array}} \div \boxed{\begin{array}{c} \text{病床稼働率} \\ \text{(一日の終了時点の患者数 + 那} \\ \text{日の退院患者数) } \div \text{病床数} \end{array}} = \boxed{\text{必要病床数}}$$

必要病床数を算定するための病床稼働率は、

高度急性期 75% 急性期 78% 回復期 90% 慢性期 92%
とされています。

(6) 構想区域の設定

ア) 構想区域の設定

地域医療構想では、厚生労働省令において「二次医療圏を基本として、人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を考慮して、一体の区域として地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域を単位として設定する」ものとされています。

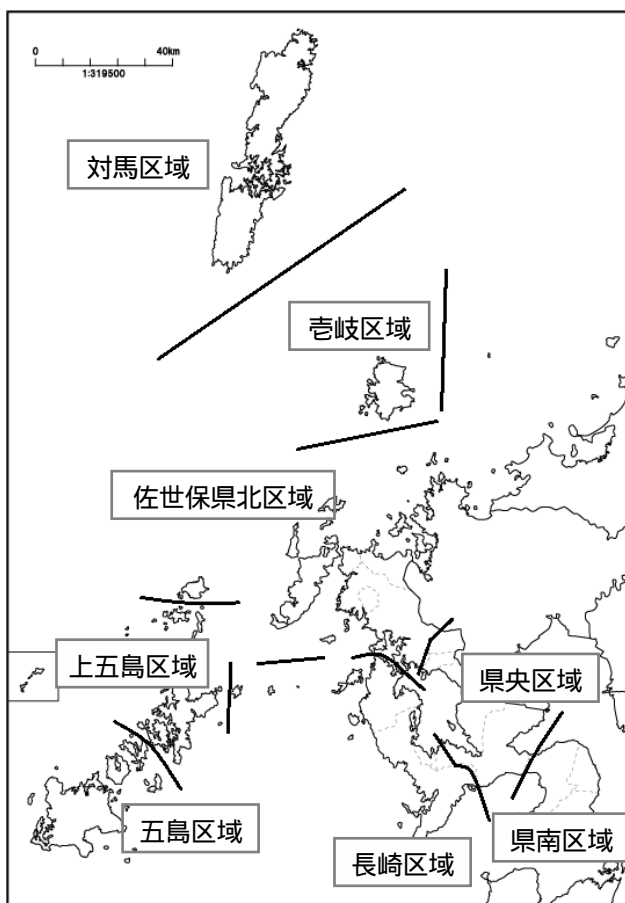
本県は、長崎、佐世保県北、県央医療圏それぞれに大規模な病院が多く立地しています。また、その他の圏域においては、県と関係市町で構成する一部事務組合である「長崎県病院企業団」(以下、「企業団」という。)が運営する病院が、地域での拠点的な病院となっています。また、現状の受療動向を分析すると、急性心筋梗塞、脳卒中など、発症後すぐに治療が必要な疾患については、それぞれの医療圏における完結率が高く、ある程度医療圏で対応できている状況といえます。また、離島の医療圏については、特に圏域外への依存度が大きくなっていますが、その地理的特性から圏域間の移動が困難な地域であり、可能な限り医療圏での医療提供体制の充実を目指していくべき地域です。

このため、今回の地域医療構想においては、構想区域は、医療計画の二次医療圏と同じ区域とします。

【表】構想区域の構成市町

構想区域	構成市町
長崎区域	長崎市・西海市・長与町・時津町
佐世保県北区域	佐世保市・平戸市・松浦市・佐々町
県央区域	諫早市・大村市・東彼杵町・川棚町・波佐見町
県南区域	島原市・雲仙市・南島原市
五島区域	五島市
上五島区域	新上五島町・小値賀町
壱岐区域	壱岐市
対馬区域	対馬市

長崎県地域医療構想（素案）



構想区域	人口 (人)	面積 (km ²)	人口密度 (人/km ²)
長崎	535,159	697.07	767.73
佐世保県北	324,518	824.20	393.74
県央	268,307	636.12	421.79
県南	137,365	467.35	293.92
五島	37,944	420.04	90.33
上五島	22,712	239.47	94.84
壱岐	27,485	139.42	197.14
対馬	31,670	708.63	44.69

※人口は平成27年10月1日の推計人口
 ※面積は国土地理院より

【表】国民健康保険・後期高齢者医療制度に基づく疾患ごとの受療動向（平成25年度）n=176,965

患者住所地	医療機関所在地										
	長崎	佐世保県北	県央	県南	五島	上五島	壱岐	対馬	福岡県	佐賀県	熊本県
長崎	93.24%	3.57%	2.38%	0.19%		0.02%			0.42%	0.13%	0.05%
佐世保県北	0.26%	91.78%	2.68%	0.12%					1.44%	3.61%	0.12%
県央	3.40%	2.04%	87.41%	2.82%					0.54%	3.75%	0.05%
県南	1.48%	0.11%	23.46%	73.59%					0.55%	0.09%	0.73%
五島	9.37%		3.13%		85.23%				2.28%		
上五島	9.14%	7.66%	3.10%		0.53%	75.74%			3.83%		
壱岐			1.23%				78.48%		20.29%		
対馬	0.17%	0.16%	1.31%					79.32%	19.04%		

医療計画作成支援データブックより。診療報酬「一般入院基本料」の動向から分析。

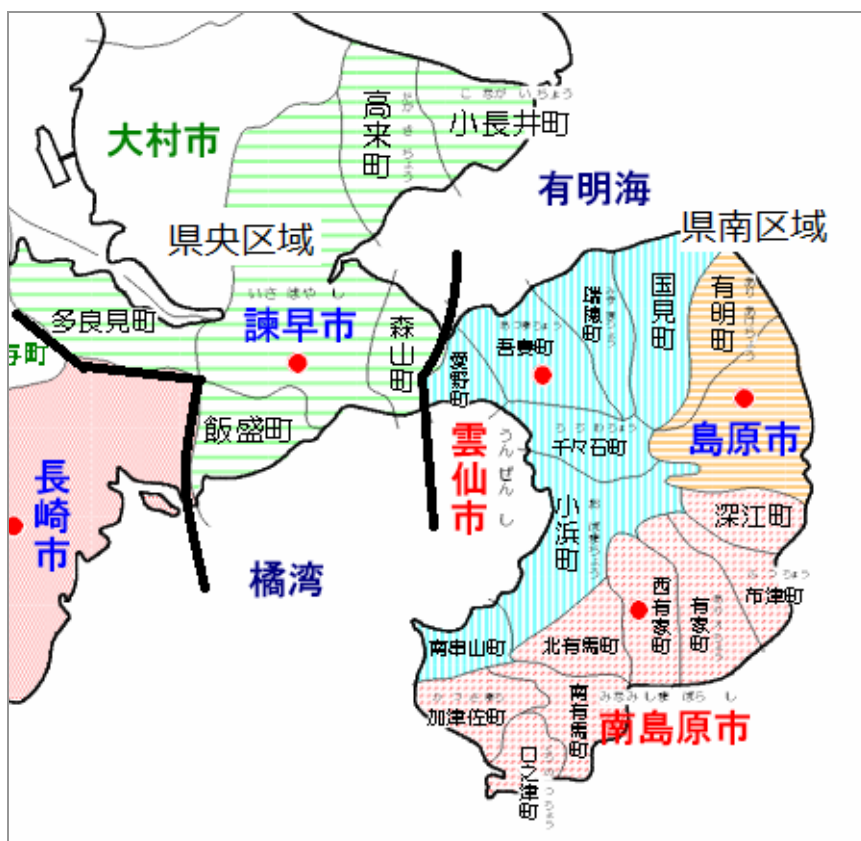
イ) 特に検討した事項

離島の構想区域においては、このままのペースで人口の減少が続けば、二次医療圏として医療体制を維持することが困難になる可能性があります。また、本土においては、地域高規格道路の新設、延伸計画等の道路事情の改善が進んでおり、将来の受療動向に影響を与える可能性があります。こうした区域については、特に具体的なデータ等を分析したうえで、検討を行いました。

【参考】医療計画における医療圏見直しの基準

【医療計画における医療圏見直しの基準】H24.3.30 国通知
 人口規模が20万人未満であり、且つ、二次医療圏内の病院の療養病床及び一般病床の推計流入入院患者割合（以下「流入患者割合」という。）が20%未満、推計流出院患者割合（以下「流出患者割合」という。）が20%以上となっている既設の二次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられるため、設定の見直しについて検討することが必要である。なお、設定の見直しを検討する際は、二次医療圏の面積や基幹となる病院までのアクセスの時間等も考慮することが必要である。

【図】県央区域と県南区域（市町村合併前市町を表示）



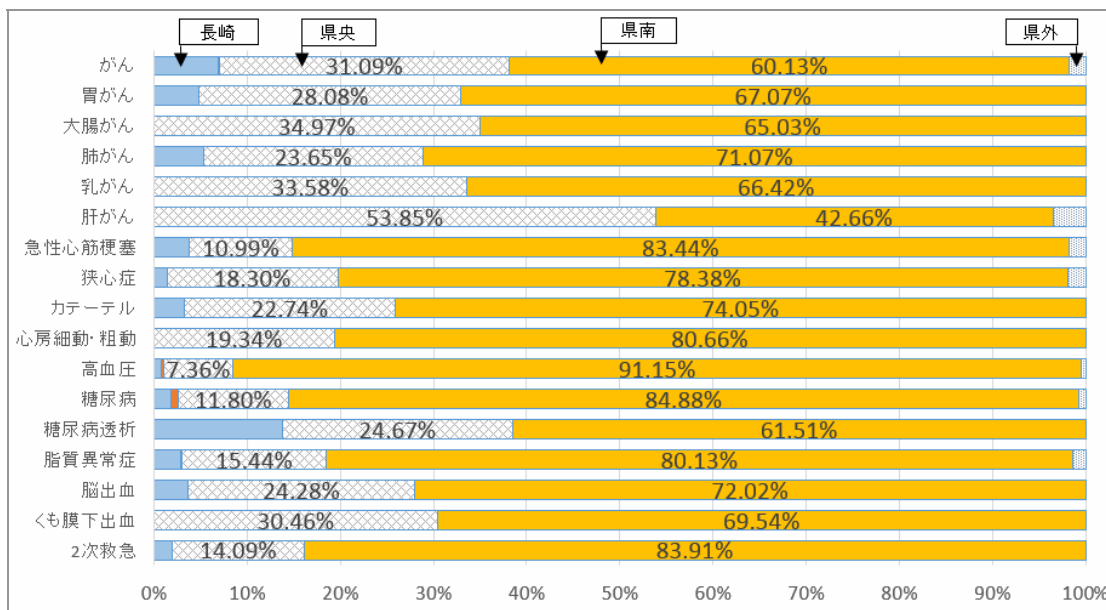
全国都道府県別市町村合併新旧一覧図（国土交通省 国土地理院）から引用

）県南区域

人口が20万人を下回り、流出が20%を超えています。県央区域に地理的に近接している地域から、県央区域への流出が多くみられます。また、南島原市から諫早インターチェンジを結ぶ高規格道路である「島原道路」の整備が行われています。完成すれば、島原市から諫早インターチェンジまで34分となり、島原半島のほぼ全域から、県央の長崎医療センターまで緊急車両により60分圏内で結ばれることとなります。

長崎県地域医療構想（素案）

【図】 県南区域の患者の入院先医療機関所在地（疾患別）

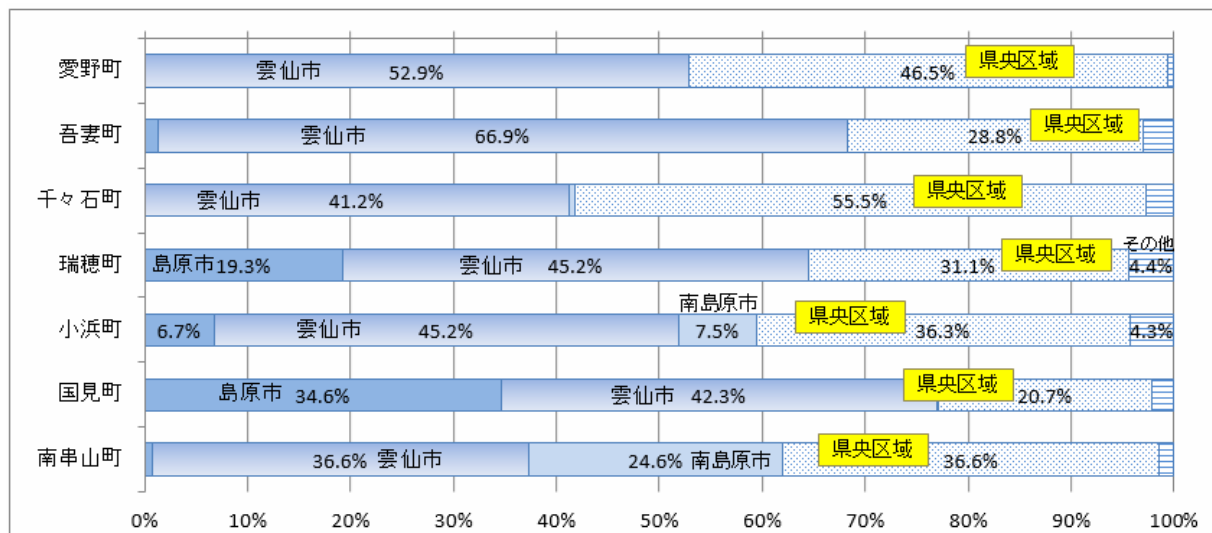


平成 25 年度国民健康保険・後期高齢者医療制度に基づく動向（厚生労働省）

また、構成 3 市の受療動向を分析すると、地理的に県央区域に近接する雲仙市は、県央区域への流出が特に多い傾向がみられます。県央の消防本部管轄区域以外の 2 町（旧瑞穂町、旧国見町）からも、一定の流出があります。

しかし、南島原市は、ほとんどの地域で 8 割以上が県南区域の医療機関に入院しており、島原市も 9 割程度が島原市の医療機関に入院しています。

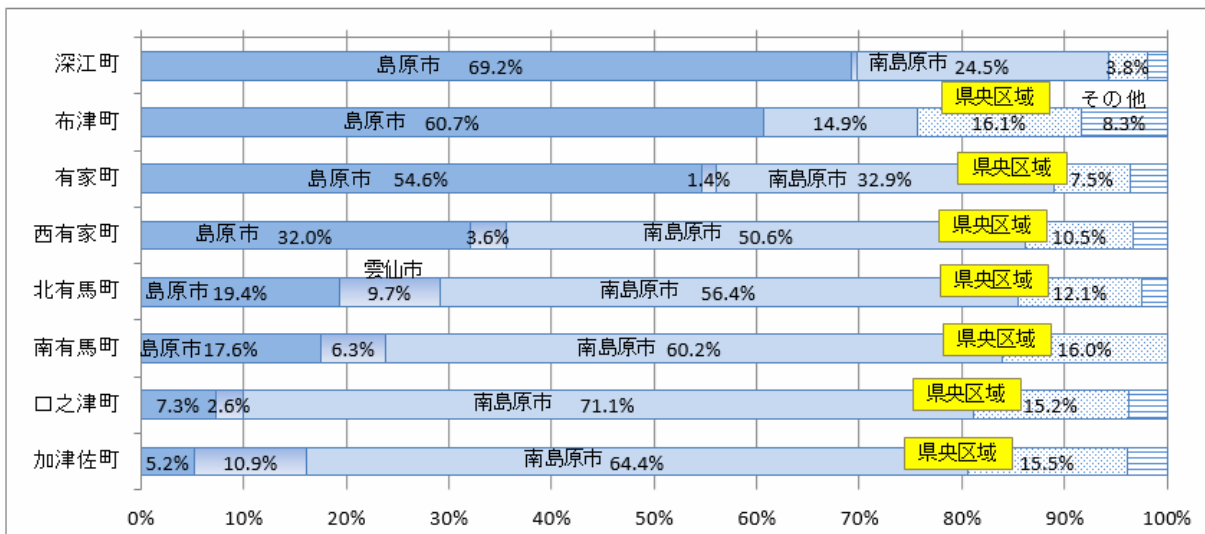
【図】 雲仙市の胃がん患者の入院先医療機関所在地（合併前旧町別） n=1,749
（県央区域への地理的近接順）



平成 26 年度国民健康保険に基づく動向（長崎県国民健康保険連合会からのデータを県医療政策課が加工）

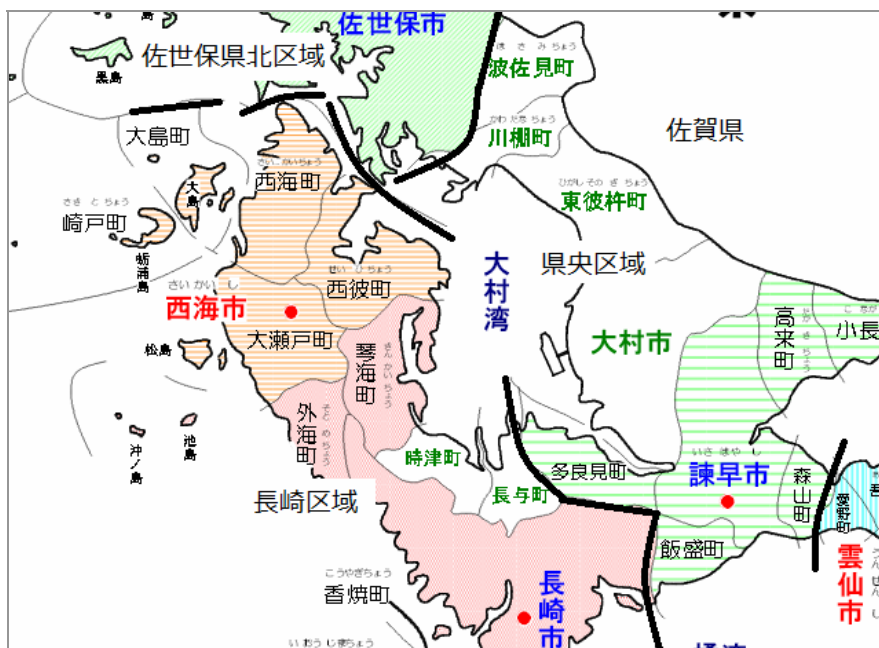
長崎県地域医療構想（素案）

【図】南島原市の胃がん患者の入院先医療機関所在地（合併前旧町別） n=2,323
（島原市への地理的近接順）



平成 26 年度国民健康保険に基づく動向（長崎県国民健康保険連合会からのデータを県医療政策課が加工）

【図】長崎区域と佐世保県北区域及び県央区域の東彼杵郡 3 町



全国都道府県別市町村合併新旧一覧図（国土交通省 国土地理院）から引用

）長崎区域

区域の北部に位置する西海市から、佐世保市への流出が多くなっています。長崎市と佐世保市を結ぶ高規格道路「西彼杵道路」は、佐世保市と西海市間が先行して整備されています。また、西海市の消防の管轄区域は佐世保市消防局に属しており、救急搬送は主に佐世保県北

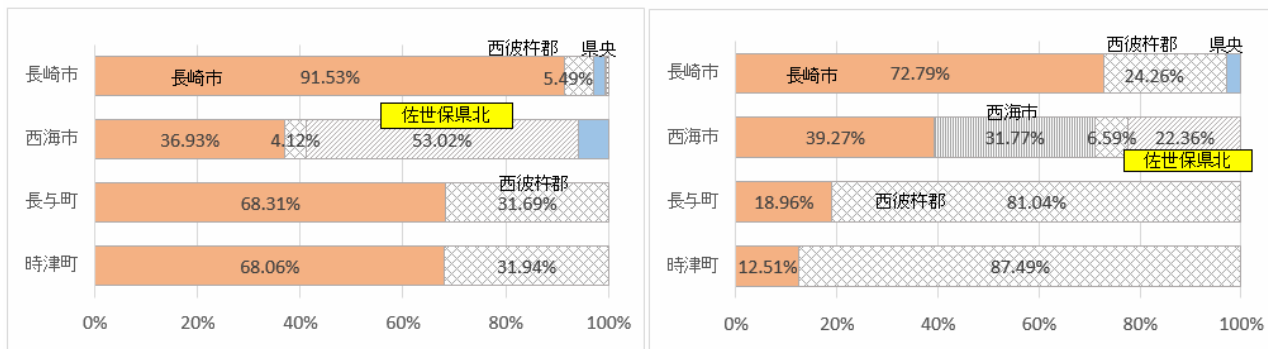
長崎県地域医療構想（素案）

区域へ搬送されています。また、西海市内においても、合併前の旧町域別に受療動向が大きく異なっています。

【図】長崎区域の患者の入院先医療機関所在地（市町別）

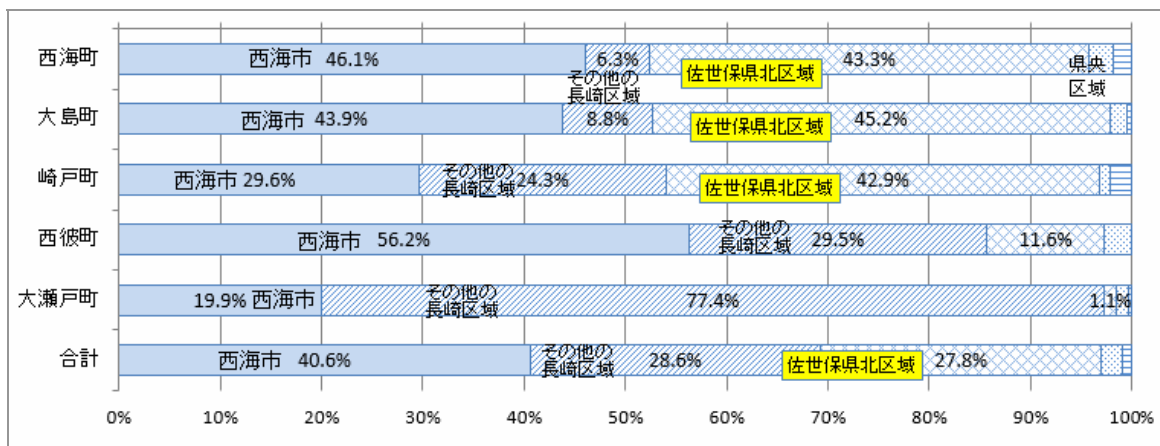
（一般入院基本料）

（療養病棟入院基本料）



平成 25 年度国民健康保険・後期高齢者医療制度に基づく動向（厚生労働省）

【図】西海市の胃がん患者の入院先医療機関所在地（合併前旧町別） n=1,744



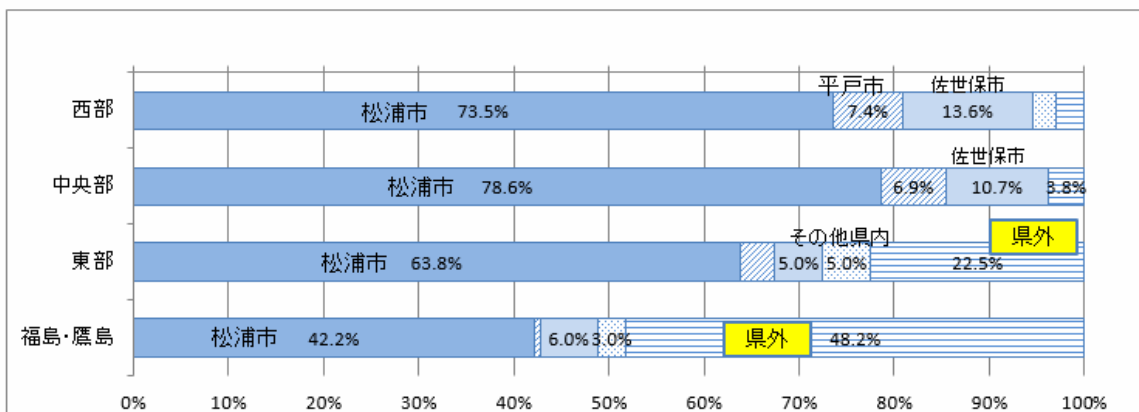
平成 26 年度国民健康保険に基づく動向（長崎県国民健康保険連合会からのデータを県医療政策課が加工）

）県央区域

県央区域には大きな病院がありますが、大村市、諫早市に多く、東彼杵郡からのアクセスがやや悪いいため、隣接する佐世保市や佐賀県嬉野町の医療機関への流出がみられます。

長崎県地域医療構想（素案）

【図】松浦市の胃がん患者の入院先医療機関所在地 n=1,461

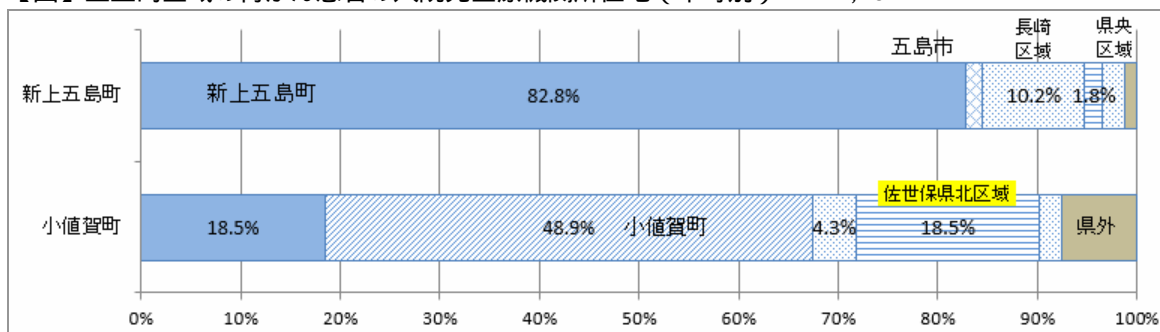


平成 26 年度国民健康保険に基づく動向（長崎県国民健康保険連合会からのデータを県医療政策課が加工）

）上五島区域

人口減少が急速に進んでおり、平成 37 年には 2 万人を切ると推計されています。また、構成 2 町の結びつきが弱く、新上五島町は長崎区域への流出が、小値賀町は佐世保県北区域への流出が多くみられます。

【図】上五島区域の胃がん患者の入院先医療機関所在地（市町別） n=1,401



平成 26 年度国民健康保険に基づく動向（長崎県国民健康保険連合会からのデータを県医療政策課が加工）