第８節　小児医療

１．小児医療（小児救急医療含む）について

●本県の小児医療は、長崎県保健医療対策協議会の専門部会として設置された「小児・周産期・産科医療確保対策部会」での検討を中心として、小児科医師確保、小児医療機能の集約や拠点化を進めてきました。

●小児救急医療は、24 時間体制で小児の二次及び三次救急医療が可能な長崎大学病院、佐世保市総合医療センター及び長崎医療センターの３機関が、広域にわたって患者を受け入れ、さらに郡市医師会等とも連携して体制の充実が図られてきました。

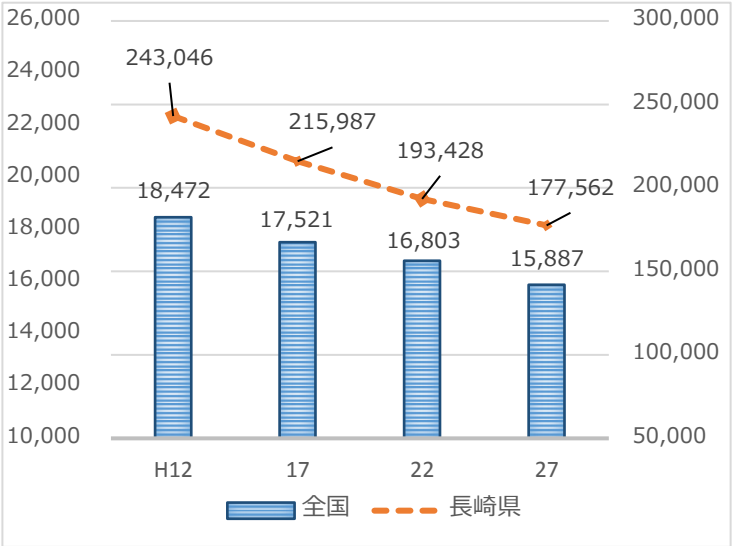
２．本県の現状と課題

（１）小児患者の状況

●本県の平成 27 年の年少人口（15 歳未満の人口）は、平成 22 年と比較して、15,866 人減少しており、全国、長崎県とも年々減少しています。

●本県の平成 28 年の小児の死亡数、死亡率は、平成 23 年と比較して、減少しています。死因（平成 28 年）については、先天奇形が多くなっています。小児外来については、呼吸器系の疾患が多くなっています（厚生労働省「患者調査」）。

【グラフ】年少人口の推移（全国、長崎県）



※出典：総務省「国勢調査」

【表】小児の死亡数及び死亡率（平成 23 年と平成 28 年の年代別比較）

区　　分			０～４歳	５～９歳	１０～１４歳	０～１４歳（合計）
小児死亡数（人）	長崎県	H23	43	5	8	56
		H28	26	3	6	35
小児死亡率（人口10万人対）	全国	H23	68.9	13.8	12.4	30.8
		H28	53.5	7.5	8.0	22.1
	長崎県	H23	73.1	8.1	11.4	29.3
		H28	47.3	5.1	9.7	20.0

※出典：厚生労働省「人口動態調査」

【表】平成 28 年における小児の死因（単位：人）

0～4歳	死因	先天奇形	周産期に発生した病態	呼吸器系	感染症	その他	合　計
	死亡数	8	6	4	3	5	26
5～9歳	死因	血液疾患	循環器系	消化器系			合　計
	死亡数	1	1	1			3
10～14歳	死因	新生物	事故等				合　計
	死亡数	3	3				6

※出典：厚生労働省「患者調査」

●平成 25 年から平成 27 年までの救急搬送人員は、乳幼児を除いて減少傾向であり、傷病の程度で見ると、乳幼児と少年は、軽症の割合が高くなっています。全国的に見ても小児の入院救急医療機関（二次救急医療機関）を訪れる患者数のうち、9 割以上は、軽症であることが以前より指摘されています（日本医師会「小児救急医療体制のあり方に関する検討委員会報告書」）。

【表】事故種別・年齢区分別・傷病程度別搬送人員

年齢区分	傷病程度	平成25年		平成26年		平成27年	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
新生児	死亡	3	1.3%	1	0.5%	0	0.0%
	重症	37	15.7%	36	16.4%	27	14.4%
	中等症	178	75.4%	170	77.3%	148	79.1%
	軽症	16	6.8%	8	3.6%	10	5.4%
	その他	2	0.8%	5	2.3%	2	1.1%
	計	236	-	220	-	187	-
乳幼児	死亡	7	0.4%	7	0.4%	6	0.3%
	重症	41	2.3%	35	1.9%	41	2.2%
	中等症	440	24.6%	451	25.1%	483	26.1%
	軽症	1,293	72.4%	1,299	72.3%	1,317	71.2%
	その他	5	0.3%	4	0.2%	4	0.2%
	計	1,786	-	1,796	-	1,851	-
少年	死亡	1	0.1%	3	0.2%	7	0.4%
	重症	51	3.0%	69	4.4%	53	3.4%
	中等症	571	33.2%	522	33.3%	510	32.4%
	軽症	1,095	63.7%	967	61.7%	1,000	63.5%
	その他	2	0.1%	7	0.4%	4	0.3%
	計	1,720	-	1,568	-	1,574	-
全区分	死亡	878	1.5%	824	1.4%	881	1.5%
	重症	7,893	13.9%	7,776	13.7%	7,358	12.8%
	中等症	28,372	49.9%	28,996	51.0%	29,757	51.4%
	軽症	19,522	34.3%	19,062	33.5%	19,616	33.9%
	その他	208	0.4%	248	0.4%	249	0.4%
	計	56,873	-	56,906	-	57,861	-

※出典：長崎県消防保安室「消防防災年報」

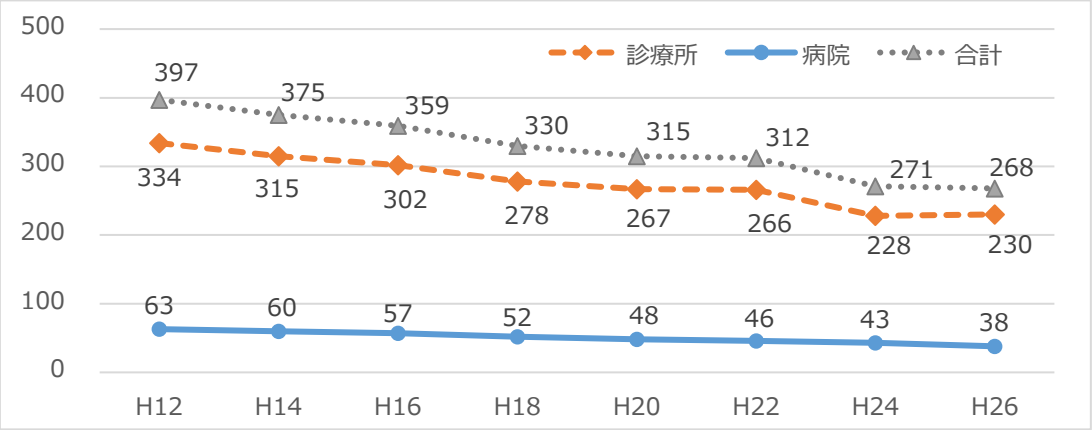
●小児医療に関連する業務においては、育児不安や小児の成長発達上の相談、親子の心のケア、予防接種等の保健活動が占める割合が、大きくなっています。

●発達障害児については、対応可能な専門医療機関（こども医療福祉センター、長崎市ハートセンター、佐世保市子ども発達センター）での受診待ち期間が、３ヶ月以上を要するなど、十分な医療応需ができていない状況であり、医療体制の整備が課題となっています。

（２）医療提供体制

●平成 26 年度における本県の小児科を標榜する医療機関は 268 あり、平成 12 年度から病院、診療所とも医師の高齢化等により年々減少しています。

【グラフ】本県の小児医療機関数の推移



※出典：厚生労働省「医療施設調査」

●日本小児科学会は、医療の地域特性を考慮しつつ、質の高い小児医療が継続的に提供できるよう、全国で中核病院小児科と地域小児科センターを登録しています。本県において、中核病院として２病院、地域小児科センターとして９病院登録されています。

【参考】日本小児科学会が登録している中核病院小児科・地域小児科センター病院一覧（本県）

医療圏	中核病院小児科	地域小児科センター
長崎	長崎大学病院	長崎みなとメディカルセンター・長崎病院
佐世保県北		佐世保市総合医療センター
県央	長崎医療センター	諫早総合病院
県南		長崎県島原病院
五島		長崎県五島中央病院
上五島		長崎県上五島病院
壱岐		長崎県壱岐病院
対馬		長崎県対馬病院

※出典：日本小児科学会

※中核病院：大学病院や総合小児医療施設であり、ネットワークを構築して、網羅的・包括的な高次医療を提供し、医療人材育成・交流を含めて、地域医療に貢献する病院

※地域小児科センター：原則として小児医療圏に１箇所設置され、24 時間体制で小児二次医療を提供する病院

●平成 29 年 10 月現在で、小児科を標榜し、15 歳未満の患者に対する入院医療を包括的に評価した入院料である小児入院医療管理料の施設基準を満たす医療機関は、11 病院あります。そのうち小児病棟において、比較的高度な小児医療を提供している「小児入院医療管理料 3」以上（管理料の数字

が小さい）の施設基準を満たしているのは、４病院となっています。

【表】医療圏別における小児入院医療管理料算定届出医療機関数（平成 29 年 10 月 1 日現在）

医療圏	小児入院医療管理料					合計
	管理料 1	管理料 2	管理料 3	管理料 4	管理料 5	
長　崎		1	1	2（1）	1	5（1）
佐世保県北		1		1	1	3
県　央		1		3（1）		4（1）
県　南					1	1
合　計	0	3	1	6（2）	3	13（2）

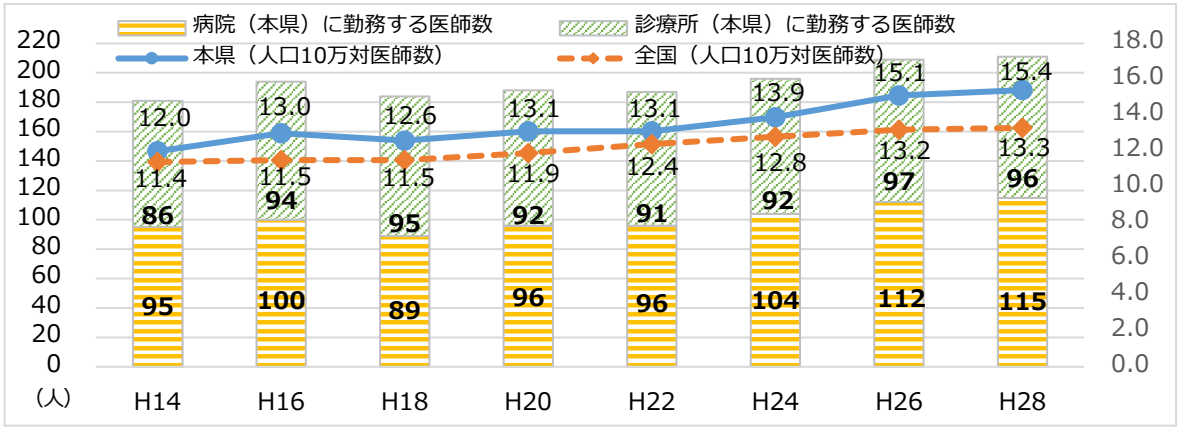
※カッコは重複　　出典：九州厚生局ホームページ

（3）小児科医師の状況

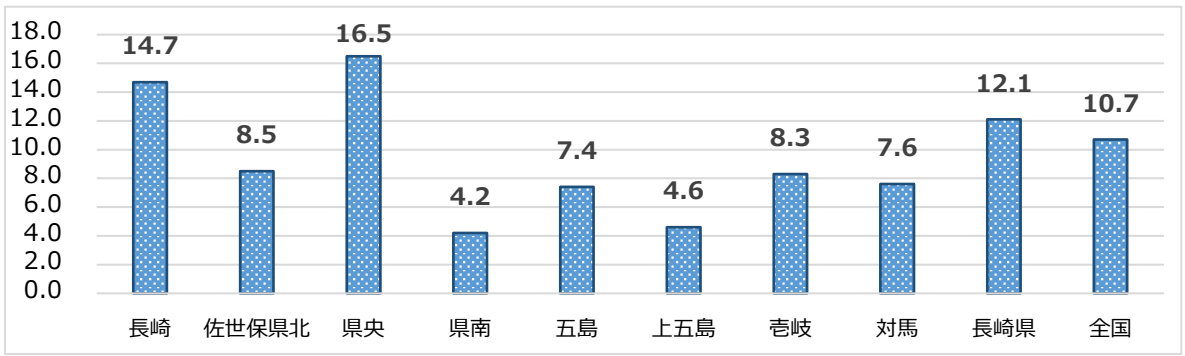
●本県の小児科医師数は、ほぼ横ばいで推移しており、人口 10 万人あたりの小児科医師数は、県全体では全国平均を上回っていますが、高齢化が進んでいます。

●医療圏別の医師数は、長崎、県央圏域で多く、県南・佐世保県北圏域においては、少ない状況です。長崎と県央圏域では、重症の小児患者を受け入れる高度な小児医療施設や慢性期の小児患者を受け入れる医療機関が集中しているため、他の圏域と比較して医師数が多くなっています。

【グラフ】人口 10 万対小児科医師数等の推移（全国・本県）



【グラフ】平成 28 年二次医療圏別小児科医師数（15 歳未満人口 1 万人対）



※出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

（4）小児の救急医療体制

●小児の休日・夜間における初期救急医療は、郡市医師会による在宅当番医制（昼間）のほか、4 つの医療圏域における休日・夜間（準夜）急患センターで対応しています。

【表】県内の休日・夜間（準夜）急患センター（平成 29 年 4 月現在）

医療圏	医療機関名称	診療体制
長崎	長崎市夜間急患センター（小児科）	365日／夜間20時～翌6時
佐世保 県北	佐世保市立急病診療所（小児科）	月～土／20～23時 日祝祭日／10～18時
県央	諫早市こども準夜診療センター	365日／夜間20時～23時
	大村市こども夜間初期診療センター	365日／夜間19時～22時
県南	小児の日曜診療所（島原病院内）	土曜日18時～日曜17時

●二次・三次小児救急医療については、3病院が 24 時間体制で、広域にわたって、より重症の小児患者を受け入れるとともに、その他の圏域においては、一般（小児科に限らない）の病院群輪番制のほか、小児科医のオンコールによって対応するなど、各医療機関が機能分担を図りながら連携して対応しています。

【表】24 時間体制がとられている二次･三次小児救急医療機関（平成 29 年 4 月現在）

圏域名	二次･三次小児救急医療機関名		診療体制
長崎	二次及び三次	長崎大学病院	365日／24時間
佐世保県北	二次及び三次	佐世保市総合医療センター	
県央	二次及び三次	長崎医療センター	

※出典：県の医療政策課調べ

【表】救命救急センターの小児患者受入状況（平成 27 年度）

	長崎大学病院	佐世保市総合 医療センター	長崎医療センター	計
受入人数	1,075	2,711	3,267	7,053
うち入院した人数	388	604	636	1,628
入院した割合	36.1%	22.3%	19.5%	23.1%

※小児の救急搬送患者及び時間外に受診した小児患者について調査

※出典：県の医療政策課調べ

【表】24 時間体制の二次小児救急医療機関の小児患者受入状況（平成 27 年度）

	長崎みなとメディカルセンター	済生会 長崎病院	佐世保 中央病院	諫早 総合病院	島原病院	計
受入人数	3,148	645	249	5,111	1,036	10,189
うち入院した人数	1,005	77	22	437	172	1,713
入院した割合	31.9%	11.9%	8.8%	8.6%	16.6%	16.8%

※県の医療政策課が、小児の救急搬送患者及び時間外に受診した小児患者について調査

●離島医療圏における小児救急は、主に長崎県病院企業団の病院が対応しています。

【表】離島医療圏における二次小児救急医療機関の小児患者受入状況（平成 27 年度）

	五島中央病院	上五島病院	壱岐病院	対馬病院	上対馬病院	計
受入人数	1,378	1,152	1,236	3,110	302	7,178
うち入院した人数	53	15	34	87	4	193
入院した割合	3.8%	1.3%	2.8%	2.8%	1.3%	2.7%

※県の医療政策課が、小児の救急搬送患者及び時間外に受診した小児患者について調査

（5）小児救急電話相談事業

ア）長崎県小児救急電話相談センターについて

●県は、小さな子どもを持つ保護者の夜間休日の急な病気やケガなどに関する不安を軽減・解消し、安心して子育てができる環境づくりを推進するとともに、症状に応じた適切な受診を促すため、平成20年6月1日より「長崎県小児救急電話相談センター」を開設しています。

●電話相談によって、夜間の子どもの急な病気やケガなどの際に、看護師や必要に応じて小児科医師の専門的なアドバイスを受けることができます。

●小児救急診療については、夕刻から準夜帯（18 時から 23 時まで）にかけて受診者が多くなるため、平成 28 年度から相談開始時間を 19 時から 18 時に変更し、相談センターの一層の利用促進を図っています。

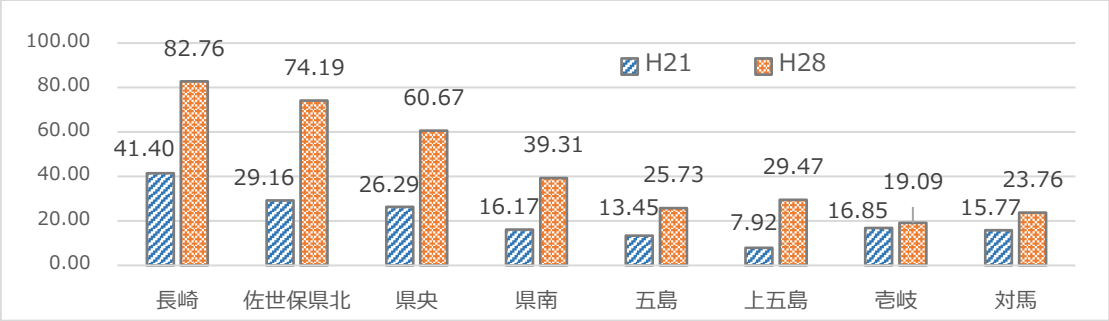
【表】長崎県小児救急電話相談センター

運営形態	電話医療相談サービス事業を行っている民間事業者に委託
電話番号	＃8000（短縮）
相談体制	毎日（365 日）、18 時～翌朝 8 時（日祝は全日）
相談対応	臨床経験 5 年以上の看護師・保健師（必要に応じて小児科医師が対応）

イ）小児救急電話の利用状況について

●平成 28 年度の相談件数は 11,784 件であり、平成 21 年度の 6,047 件と比較して、5,737 件も増加しています。

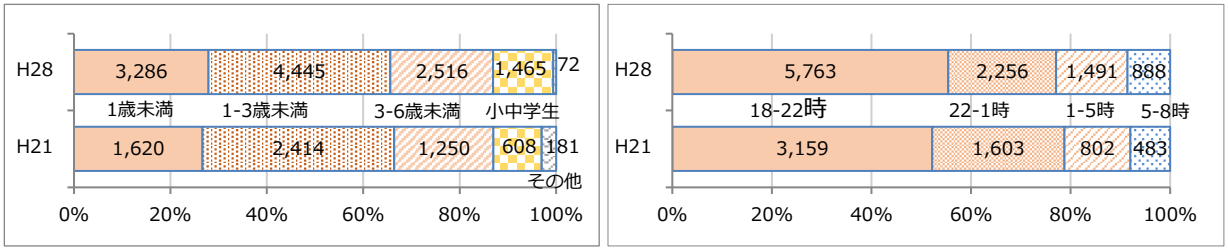
【グラフ】医療圏別の 0-14 歳人口あたりの小児救急電話相談事業実績（単位：件）



※人口は長崎県市町別年齢別推計人口（各年 10 月１日現在）
※出典：県の医療政策課調べ

●利用状況を平成 21 年度と比較すると、相談対象者年齢は、小中学生の割合が増えています。また、相談時間帯でみると、18 時から 22 時の割合が多くなっています。

【グラフ】小児救急電話相談事業実績の年度比較（相談対象者年齢と相談時間帯）



※出典：県の医療政策課調べ

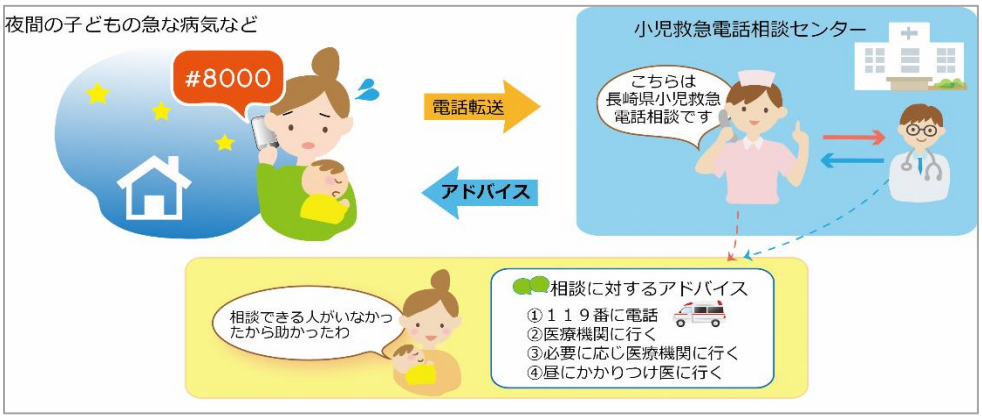
●相談者年齢で見ると、40 代以上の相談者の割合が増えています。また、相談の対応については、「一般的な保健指導」の割合が増えています。

●平成 28 年４月から、相談対応時間を延長したことにより、昨年度までの同時期と比較して、時間外や日曜祝日の救急患者数の変化について、県内の小児医療機関へアンケート調査を実施したところ、同時期と比較して 26.6%の医療機関が減ったとの回答がありました。

【表】小児救急電話相談に関するアンケート調査結果（医療政策課調べ）
・実施期間：平成 28 年 12 月
・調査対象：実働小児科診療所・病院（110 箇所）
・回答：79（回答率 71.8%）

（１）前年同時期比救急患者数		（２）小児電話利用呼びかけ	
減った・かなり減った	21（26.6%）	呼びかけている	42 (53.1%)
増えた	5（6.3%）	呼びかけていない	35 (44.3%)
変わらない	36（45.6%）	不明	2 (2.6%)
急患を受けていない	17 (21.5%)		
合計	79 (100.0%	合計	79 (100.0%)

【図】小児救急電話相談事業のイメージ



（6）人材の確保・育成

●現在の小児救急医療は、医師の時間外診療等の過度な負担や、市による休日・夜間（準夜）急患センターの確保などによって支えられており、医師の勤務環境の改善等を図りながら、救急医療を確保することが必要です。

●小児救急外来や NICU（新生児集中治療管理室）では、休日・夜間に受診する患者とその家族への対応に加え、高度な知識と判断が要求され、これに対応できる看護師の養成も求められています。

（7）災害医療

●近年、地震等が多発しており、災害医療体制下において小児・周産期医療が効果的に機能するためには、医療ニーズ等の情報収集及び医療チーム（DMAT 等）との連絡調整等を行う災害医療コーディネーターのサポートとして、「災害時小児周産期リエゾン」の養成を進めていく必要があります。

（8）小児の在宅医療

●国では、NICU を退院後、引き続き医療的ケアが必要となる小児等が、在宅で安心して療養できる体制の整備を目指し、医療と保健、障害福祉、教育等が連携した施策を推進しています。

●本県では、周産期母子医療センターと医療型障害児入所施設が連携し、「知る・増やす・つなぐ」をキーワードとして、医療や生活支援、そして住まいの面から支える多職種の「仲間」づくりを行っています。具体的には、多職種が参加する症例検討会の開催、地域における退院時カンファランスの技術的支援等により、相談支援専門員や訪問看護師など、地域で支援のリーダーとなる人材を育成しています。

●地域の産科等の医療従事者が、周産期母子医療センターで研修を受けるなど、NICU からの退院後において、できるだけ早く地域で受入れることができる体制の構築を図ります。

3．施策の方向性

●診療時間内に相談できる「かかりつけ医」を持ち、症状に応じて適切に受診するよう県民に広く啓発します。

●小児における予防接種や不慮の事故に対する予防策などについて、県民向けの啓発を推進します。

●限られた小児科医療資源の効率的な活用を図るため、初期救急医療機関、二次・三次救急医療機関のそれぞれが担う役割を維持するとともに、小児科医師が不足している地域や偏在の解消に向けて、行政、医師会、大学及び中核病院など、関係機関や地域と一体となって協議を進めていきます。

●地域の医師会や病院および市町が連携して行う「休日・夜間診療所」の整備の取り組みを、引き続き支援します。

●長崎県救急医療情報システムなどを通じて、県内の在宅当番医情報や医療機関情報を提供するとともに、「長崎県小児救急電話相談センター」のさらなる利用促進の呼びかけや体制充実に努めます。

●県は、女性医師の就労支援の取り組みについて、関係機関と協議を進めます。

●地域の小児医療体制の整備に向けて、国に対して、小児科医師の養成・確保や施設整備等の財政措置の充実、診療報酬における評価など、制度の改善を働きかけていきます。

■ 子どもの不慮の事故予防の取組

・大村市の「NPO 法人 Love＆Safety おおむら」では、子どもの不慮の事故予防のため、「こどもを事故から守るプロジェクト」を立ち上げ、市内の医療機関及び消防署と連携して事故の情報を収集し、研究機関で工学的な手法で解析することで、課題を明らかにして、市全体で情報を共有する取組を行っています。
・さらに、教育委員会、保育園、幼稚園等の教育・保育機関や警察もネットワークに参加して、子どもの事故の予防対策や効果的で持続性のある社会のシステムづくりを行っています。

４．具体的な目標

（１）成果と指標

施策の成果	ストラクチャー・プロセス指標	直近の実績	（目標）2023 年
県内の小児科医師を確保すること	人口 10 万人あたりの医師数	15.4 (2016 年)	増加
小児救急電話相談センターの運営を実施すること	緊急の医療機関受診を必要としなかった件数	1,314 件 (2016 年)	2,000 件
小児救急電話相談事業の周知が図られること	休日夜間（準夜）急患センターの患者数	26,530 人 (2016 年)	減少
	市町の広報誌への掲載	5 市町 (2017 年)	21 市町
医療的ケアが必要な小児が在宅で安心して療養できること	医療的ケアが必要な小児に対応する訪問看護ステーション数	20 施設 (2017 年)	32 施設

最終的な成果	アウトカム指標	直近の実績	（目標）2023 年
小児死亡率を低下させること	人口 10 万対小児死亡率	20.0 (2016 年)	減少

（２）指標の説明

●指標の出典は、特に記載がない限り、県の医療政策課調べです。

指標	説明
人口 10 万人あたりの医師数	人口 10 万人あたりの医師数の増加を図ります。 ※出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
緊急の医療機関受診を必要としなかった件数	症状に応じた適切な小児科医療機関の受診勧奨を図ります。
休日夜間（準夜）急患センターの患者数	休日夜間（準夜）急患センターの負担の軽減を目指します。

市町の広報誌への掲載	小児救急電話相談事業の一層の周知を図ることを目指します。
医療的ケアが必要な小児に対応する訪問看護ステーション数	医療的ケアが必要な小児を受け入れる訪問看護ステーションを増加させることを目指します（現在県内で児を受け入れている又は受け入れ可能なステーション数の合計）。
人口 10 万対小児死亡率	人口 10 万対小児死亡率を低下させることを目指します。 ※出典：厚生労働省「人口動態調査」

第９節　周産期医療

１．周産期医療

●妊娠満 22 週から生後満７日未満までの期間を「周産期」と呼びます。近年、出生率が低下し、少子化が進行する一方、出産年齢の高齢化等に伴うハイリスク妊産婦及び低出生体重児の割合は、増加傾向にあり、周産期における母体、胎児の健康管理や、妊産婦、新生児の特性に応じた高度で専門的な医療を一貫して提供できる「周産期医療体制」の充実が求められています。

●県は、平成 22 年に策定された国の「周産期医療体制整備指針」に基づき、平成 24 年３月に「長崎県周産期医療体制整備計画」を策定し、周産期医療体制の整備を進めてきました。

●全国的にみると、国の指針等に沿って高度医療施設等医療体制の整備が進んだことにより、妊産婦死亡率や周産期死亡率は低下していますが、地域における周産期医療に従事する医師の不足と地域偏在、周産期医療施設のあり方、多職種・診療間の連携、災害・救急等他分野との連携など、解決すべき新たな課題が生じています。

●こうした課題に対応するため、県では、平成 29 年３月、新たに「第２期長崎県周産期医療体制整備計画」を策定しました。この計画を県の医療計画に組み込むことによって、災害・救急など他分野との連携や施策の評価等を一体となって推進することとします。

●なお、これまで「長崎県周産期医療体制整備計画」の策定にあたり、本県において、国指針に定める「周産期医療協議会」として位置づける「周産期医療検討委員会」において、協議を行ってきました。

●今後、計画の評価や見直しにあたっては、周産期医療の特性を十分反映するため、引き続き同委員会において、協議を行うこととします。

２．本県の現状と課題

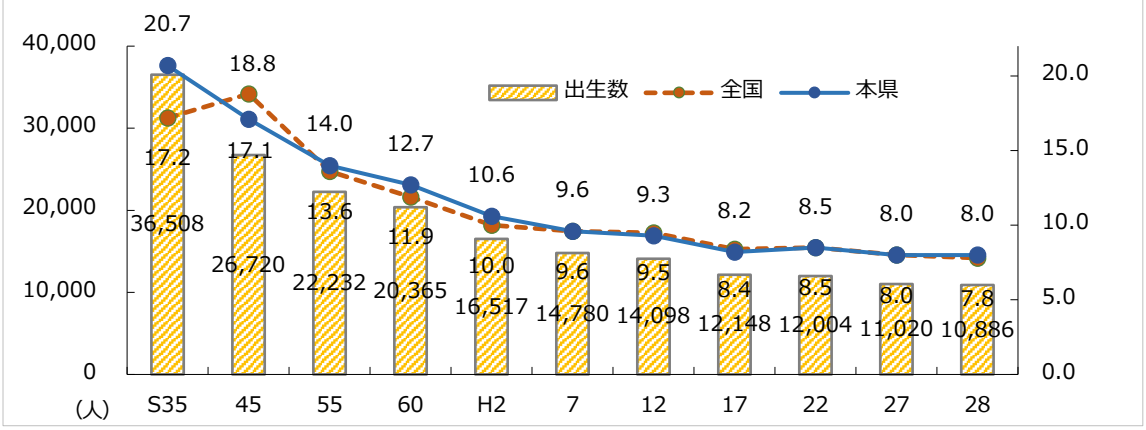
（１）出生数・死亡率

ア）出生数・出生率

●本県の出生数及び出生率は、全国平均同様、減少傾向にあります。平成 28 年の出生数は 10,886 人で、前年度と比較して、134 人の減、昭和 60 年度と比較して約５割、平成 17 年度と比較して、約１割減少しています。

●平成 28 年度は、本県の出生率が、全国の出生率を上回り、全国では第 12 位となっています。

【グラフ】出生数と出生率（人口千対）（全国・本県）

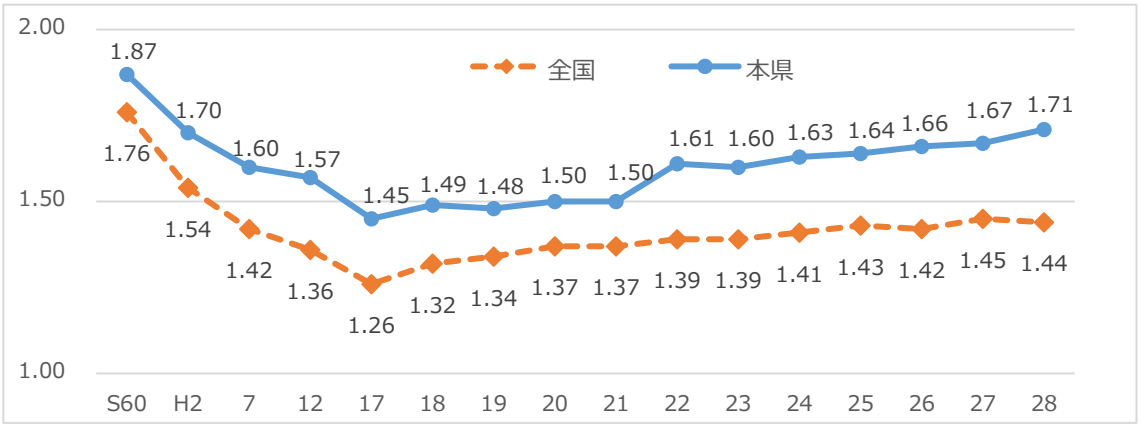


※出典：厚生労働省「人口動態調査」

※出生率：人口 1,000 人に対する 1 年間の出生数（年間出生数／人口×1,000）

●本県の合計特殊出生率は、年々低下を続けていましたが、平成 22 年に上向き、以降は徐々に上昇しています。平成 28 年は全国平均 1.44 を 0.27 ポイント上回る 1.71 で、全国第 4 位となっています。

【グラフ】合計特殊出生率（全国・本県）



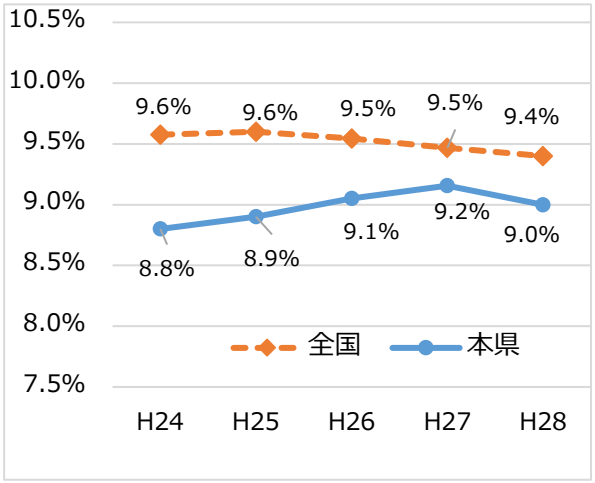
※出典：厚生労働省「人口動態調査」

※合計特殊出生率：15 歳から 49 歳までの女性の年齢別出生率を合計したもので、1 人の女性が仮にその年次の年齢別出生率で一生の間に生むとした時の子ども数に相当します。

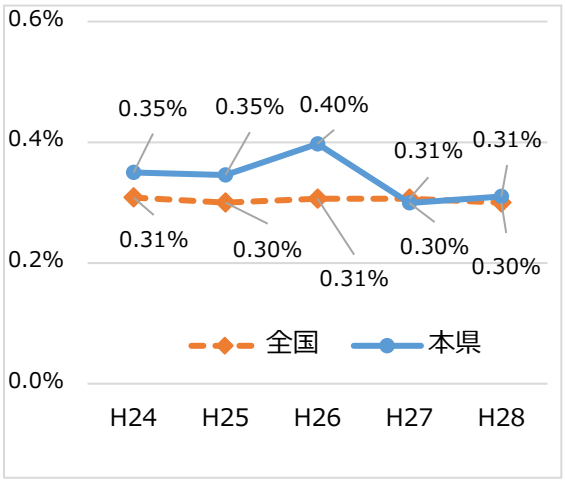
イ）低出生体重児・超低出生体重児

●出生時の体重が 2,500ｇ未満の新生児を「低出生体重児」、1,000ｇ未満の新生児を「超低出生体重児」といいます。本県の低出生体重児の割合は、一時的な減少はあるものの、出産年齢の高齢化等に伴い、徐々に増加しています。平成 28 年の低出生体重児の割合は 9.0%、超低出生体重児の割合は 0.31%となっています。

【グラフ】低出生体重児の割合（全国・本県）



【グラフ】超低出生体重児の割合（全国・本県）



※出典：厚生労働省「人口動態調査」

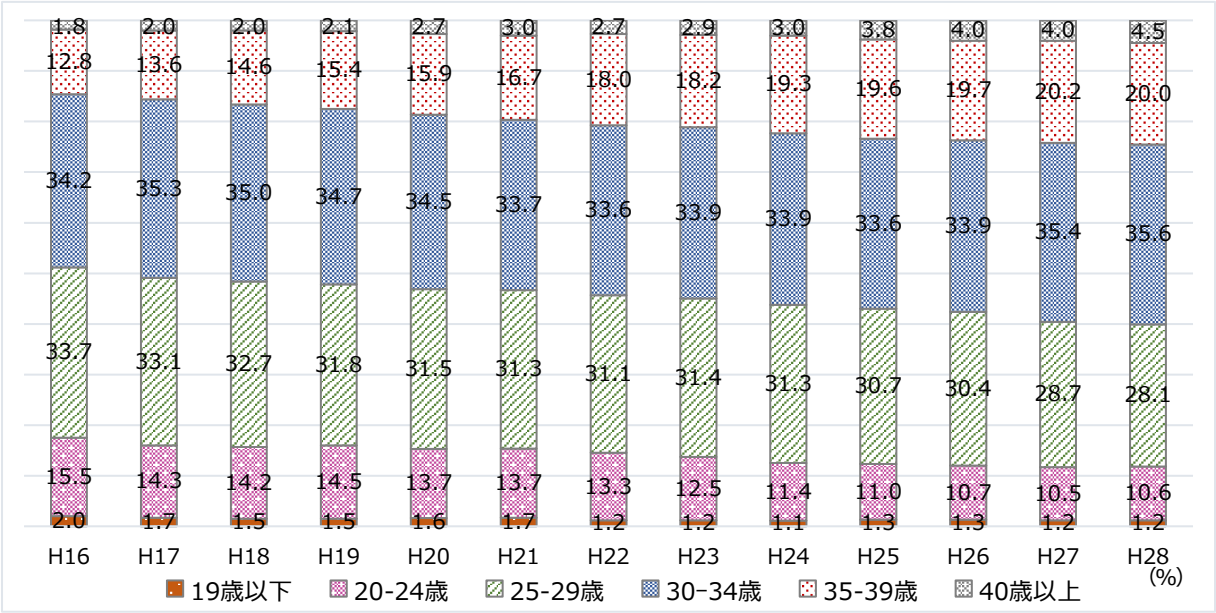
※低出生体重児：出生時の体重が 2,500ｇ未満の新生児

※超低出生体重児：出生時の体重が 1,000ｇ未満の低出生体重児

ウ）母親の年齢階級別にみた出生数の構成

●女性の社会進出等により、全国的に出産年齢が高齢化しています。本県の母親の年齢階級別にみた出生数の構成比は、平成 16 年は 20 歳代が約 50%を占めていましたが、平成 28 年には 30 歳代が約 56%と最も多く、20 歳代は約 39%に減少しています。

【グラフ】母の年齢階級別にみた出生数の構成比（本県）



※出典：厚生労働省「人口動態調査」

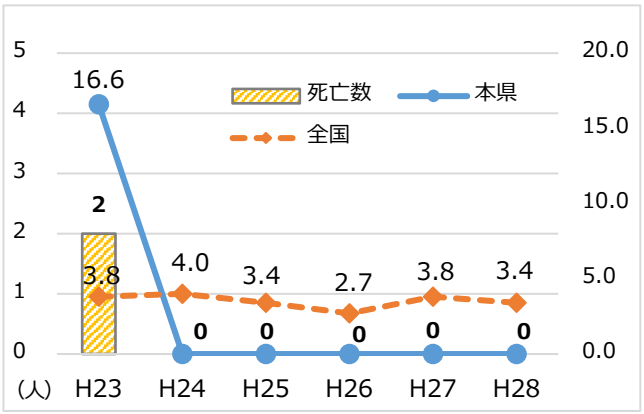
エ）妊産婦死亡率・周産期死亡率

●昨今の医療技術の進展等に伴い、全国的に妊産婦死亡率は逓減しています。本県では、平成 24 年から平成 28 年まで妊産婦死亡は発生していません。妊産婦死亡者の実数が毎年 0 人から 2 人と少ないこと

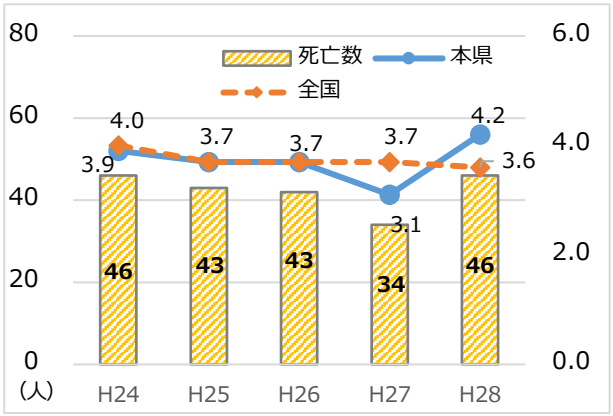
から、妊産婦死亡率は年によって大きく変動します。

●本県における周産期死亡率は、ほぼ全国平均の水準で推移していましたが、平成 28 年は全国平均を上回りました。

【グラフ】妊産婦死亡数（本県）・死亡率（全国・本県）



【グラフ】周産期死亡数（本県）・死亡率（全国・本県）



※出典：厚生労働省「人口動態調査」

※妊産婦死亡：妊娠中又は妊娠終了後満 42 日未満の女性の死亡で、妊娠の期間及び部位には関係しないが、妊娠もしくはその管理に関連した又はそれらによって悪化した全ての原因によるものをいう。ただし、不慮又は偶発の原因によるものを除く。

※妊産婦死亡率：妊産婦死亡数／出産数（出生数＋死産数）×100,000

※周産期死亡：妊娠満 22 週以後の死産と早期新生児死亡（生後 7 日未満の死亡）をあわせたもの。

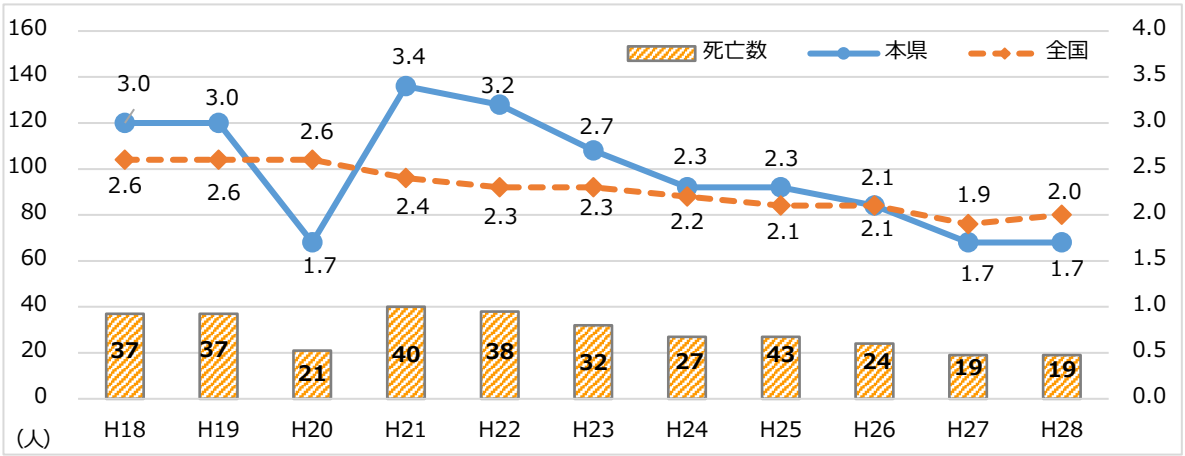
※周産期死亡率：周産期死亡数／（出生数＋妊娠満 22 週以後の死産数）×1,000

オ）乳児死亡率・新生児死亡率

●本県の乳児死亡率及び新生児死亡率は、一時的な低下はあるものの、平成 25 年までは、全国平均を上回る水準で推移していましたが、平成 26 年は、乳児死亡率が全国平均と同じとなり、新生児死亡率が全国平均を下回りました。

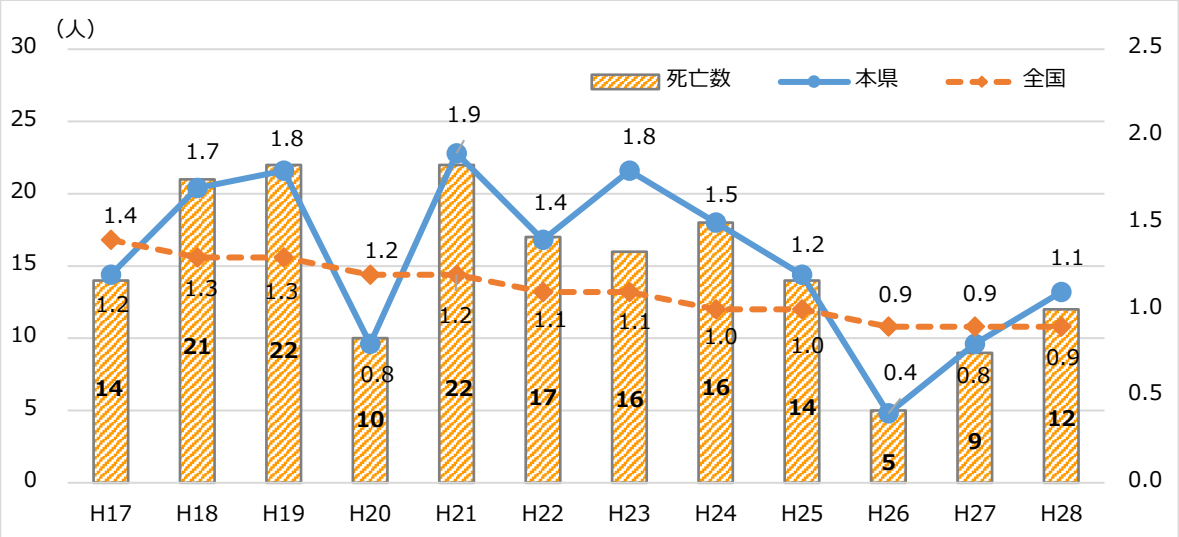
●直近の平成 28 年の調査では、乳児死亡率は全国平均 2.0 を 0.3 ポイント下回る 1.7、新生児死亡率は、全国平均 0.9 を 0.2 ポイント上回る 1.1 となっています。

【グラフ】乳児死亡数（本県）と乳児死亡率（出生千対）（全国・本県）



※出典：厚生労働省「人口動態調査」

【グラフ】新生児死亡数（本県）と新生児死亡率（出生千対）（全国・本県）



※出典：厚生労働省「人口動態調査」

※乳児死亡：生後１年未満の死亡。乳児死亡率は出生 1,000 人に対する乳児死亡数

※新生児死亡：生後 28 日未満の死亡。新生児死亡率は出生 1,000 人に対する新生児死亡数

（２）医療提供体制

ア）周産期母子医療センター

●県は、平成 19 年７月、長崎医療センターを周産期医療体制の中心となる総合周産期母子医療センターに指定しました。長崎医療センターでは、24 時間体制で妊産婦と新生児を受け入れ、リスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療等の周産期医療を行うほか、周産期医療ネットワークの中核として、地域の周産期医療機関との連携を図っています。

●同センターには、母体・胎児集中治療管理室（以下「ＭＦＩＣＵ」という）６床、新生児集中治療管理室（以下「ＮＩＣＵ」という）９床、ＮＩＣＵと同等の機能を有する新生児回復期治療室（以下「ＧＣＵ」という）21 床が整備されています。

・ＭＦＩＣＵ（Maternal-Fetal Intensive Care Unit）：重症妊娠高血圧症候群、切迫早産、胎児異常など、リスクの高い出産に対応するための設備とスタッフを備えた集中治療室。
・ＮＩＣＵ（Neonatal Intensive Care Unit）：低出生体重児や、何らかの病気を持って生まれた新生児を集中的に管理・治療する設備とスタッフを備えた集中治療室。
・ＧＣＵ（Growing Care Unit）：ＮＩＣＵで治療を受け、状態が安定してきた新生児等を引き続きケアする設備とスタッフを備えた回復期治療室。

【表】総合周産期母子医療センターの病床数及び病床利用率

医療機関名	MFICU		NICU		GCU		一般産婦人科	
	病床数	病床利用率	病床数	病床利用率	病床数	病床利用率	病床数	病床利用率
長崎医療センター	6	93.0%	9	100.0%	21	77.0%	41	－

※県の周産期医療体制調べ（医療機関からの報告　平成 28 年４月）による

※病床数：平成 29 年４月１日現在

※病床利用率（一日平均入院患者数×100÷病床数）：平成 27 年４月１日～平成 28 年３月 31 日

【表】総合周産期母子医療センターの主な指定要件

施設数	・三次医療圏に一か所（原則） ・ただし、都道府県の面積、人口、地勢、交通事情、周産期受療状況及び地域周産期医療関連施設の所在等を考慮し、三次医療圏に複数設置することができるが、その場合は、周産期医療情報センター等に母体搬送及び新生児搬送の調整等を行う搬送コーディネーターを配置する等により、母体及び新生児の円滑な搬送及び受け入れに留意するものとする。	
診療科目	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ものとする。	
設備等	MFICU	次に掲げる設備を備えるものとする。なお、必要に応じ個室とするものとする。 ① 分娩監視装置 ② 呼吸循環監視装置 ③ 超音波診断装置（カラードップラー機能を有するものに限る） ④ その他母体・胎児集中治療に必要な設備
	NICU	次に掲げる設備を備えるものとする。 ① 新生児用呼吸循環監視装置 ② 新生児用人工換気装置 ③ 超音波診断装置（カラードップラー機能を有するものに限る） ④ 新生児搬送用保育器 ⑤ その他新生児集中治療に必要な設備
	GCU	NICU から退出した児並びに輸液、酸素投与等の処置及び心拍呼吸監視装置の使用を必要とする新生児の治療に必要な設備を備えるものとする。
	検査機能	血液一般検査、血液凝固系検査、生化学一般検査、血液ガス検査、輸血用検査、エックス線検査、超音波診断装置（カラードップラー機能を有するものに限る。）による検査及び分娩監視装置による連続的な監視が常時可能であるものとする。
病床数	MFICU	６床以上 ・MFICU の病床数は、これと同等の機能を有する陣痛室の病床を含めて算定して差し支えない。ただし、この場合においては、陣痛室以外の MFICU の病床数は６床を下回ることができない。 ・MFICU の後方病室（一般産科病床等）は、MFICU の２倍以上の病床数を有することが望ましい。
	NICU	９床以上（12 床以上とすることが望ましい。） ・NICU の病床数は、新生児用人工換気装置を有する病床について算定するものとする。
	GCU	NICU の２倍以上を有することが望ましい。

●地域周産期母子医療センターは、産科及び小児科（新生児医療を担当するもの）等を備え、周産期に係る比較的高度な医療行為（ハイリスク妊娠に対する医療及びＮＩＣＵによる新生児医療）を行うことができる医療機関です。本県では、長崎みなとメディカルセンター、佐世保市総合医療センター、長崎大学病院を地域周産期母子医療センターとして認定しています。

【表】地域周産期母子医療センターの病床数及び病床利用率

医療機関名	認定日	NICU		GCU	
		病床数	病床利用率	病床数	病床利用率
長崎みなとメディカルセンター	H20.4.1	6	85.0%	10	21.3%
佐世保市総合医療センター	H20.4.1	6	98.5%	14	59.8%
長崎大学病院	H21.3.31	6	90.0%	9	53.0%
合計		18	－	33	－

※佐世保市総合医療センターの GCU は診療報酬非加算

※県の周産期医療体制調べ（医療機関からの報告　平成 28 年４月）による

※病床利用率（一日平均入院患者数×100÷病床数）：平成 27 年4月1日～平成 28 年3月 31 日

【表】地域周産期母子医療センターの主な指定要件

施設数	総合周産期母子医療センター１か所に対して数か所の割合で整備するものとし、１つ又は複数の二次医療圏に１か所又は必要に応じそれ以上整備することが望ましい。
診療科目	産科及び小児科（新生児医療を担当するもの）を有するものとし、麻酔科その他関連診療科を有することが望ましい。ただし、NICU を備える小児専門病院等であって、都道府県が適当と認める医療施設については、産科を有していなくても差し支えないものとする。
設　　備	○産科を有する場合は、次に掲げる設備を備えることが望ましい。 ① 緊急帝王切開術等の実施に必要な医療機器 ② 分娩監視装置 ③ 超音波診断装置（カラードップラー機能を有するものに限る） ④ 微量輸液装置 ⑤ その他産科医療に必要な設備 ○小児科等には新生児病室を有し、次に掲げる設備を備える NICU を設けることが望ましい。 ① 新生児用呼吸循環監視装置 ② 新生児用人工換気装置 ③ 保育器 ④ その他新生児集中治療に必要な設備

イ）分娩取扱い施設

●県内の分娩取扱施設は、平成 29 年９月現在、総合周産期母子医療センターが１か所、地域周産期母子医療センターが３か所、周産期母子医療センターを除く病院及び診療所が 42 か所、助産所（出張助産師含む）が３か所、計 49 か所となっています。平成 23 年(８月)の 57 か所から年々減少しています。

【表】二次医療圏別分娩取扱施設

医療圏	種類	分娩取扱施設数	平成 28 年分娩取扱件数	
				うち帝王切開数
長崎	地域周産期母子医療センター	2	584	260
	それ以外の病院・診療所	14	3,738	409
	助産所・出張助産師	1	13	-
	計	17	4,335	669
佐世保県北	地域周産期母子医療センター	1	379	164
	それ以外の病院・診療所	8	2,654	369
	助産所・出張助産師	2	1	-
	計	11	3,034	533
県央	総合周産期母子医療センター	1	643	245
	それ以外の病院・診療所	10	2,336	340
	計	11	2,979	585
県南	病院・診療所	4	976	156
五島	病院・診療所	2	256	36
上五島	病院・診療所	1	111	11
壱岐	病院・診療所	2	193	29
対馬	病院・診療所	1	224	37
合計		49	12,108	2,056

※出典：長崎県産婦人科医会及び（社）長崎県助産師会調べ

※分娩取扱施設数は平成 29 年９月現在、分娩件数は平成 28 年１月１日から 12 月 31 日の間

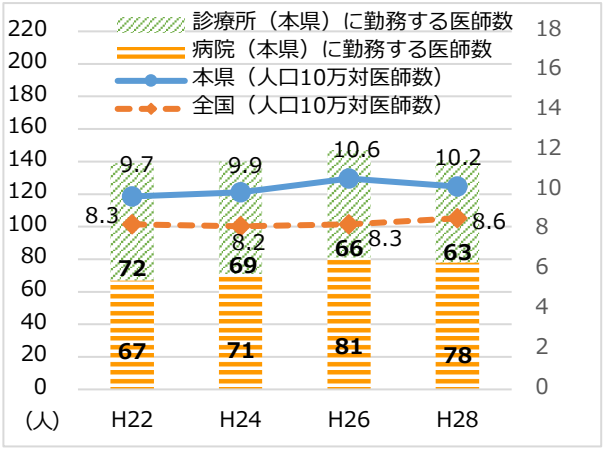
ウ）医療従事者

●本県の産科・産婦人科医師数は、ほぼ横ばいであり、人口 10 万対の医師数は全国平均を上回っています。人口 10 万対の医師数を病院・診療所別に見ても、全国平均を上回っていますが、高齢化と後継者不足により、本県の 10 年後の医師数は、10%以上減少する試算が出されています（「日本産婦人科学会会員の勤務実態調査」（H26））。

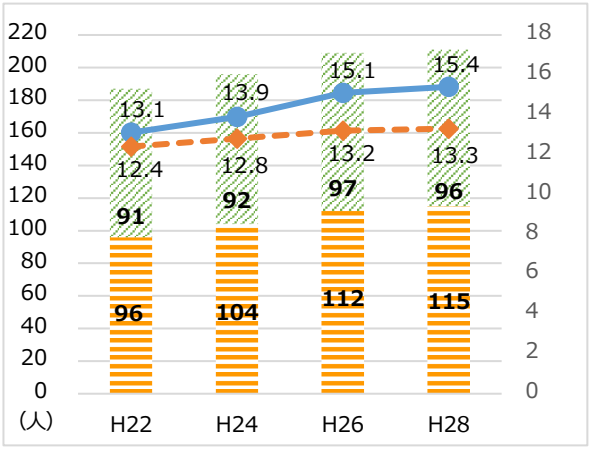
●二次医療圏別に見ると地域によって偏りがあり、平成 28 年の産科・産婦人科医師は、長崎圏域（67 人）に集中しており、佐世保県北圏域（27 人）が少ない状況にあります。さらに、佐世保県北圏域においては、産婦人科医師の平均年齢が 64.7 歳と高齢化が特に進んでおり（H26 長崎県医師会調べ）、10 年後は、分娩を担う医師が激減する可能性があります。

●本県の人口 10 万対の小児科医師数は、県全体では全国平均を上回っていますが、病院・診療所別に見ると、病院に勤務する医師の数は、全国平均とほぼ同じであり、診療所に勤務する医師の数は、全国平均を大きく上回っています。

【グラフ】産科・産婦人科医師数（単位：人）



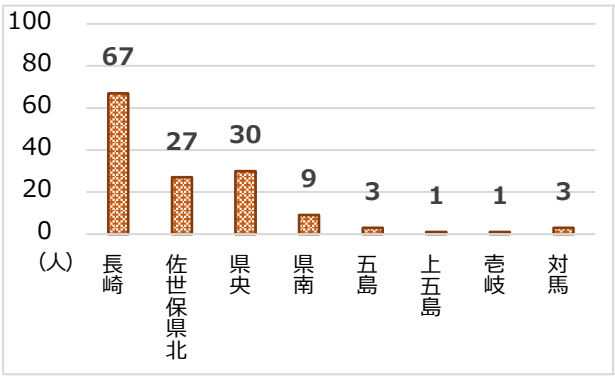
【グラフ】小児科医師数（単位：人）



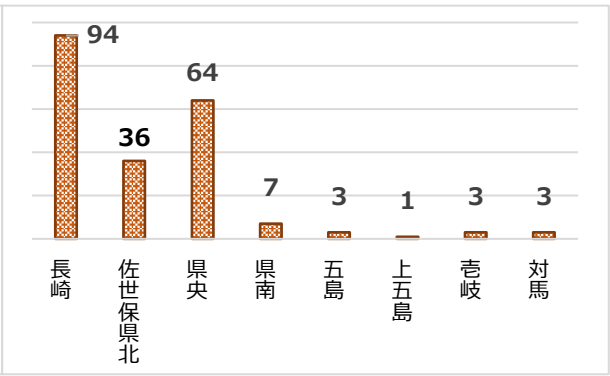
※出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

●全国的に見ると新生児科医師は不足しています（「地域格差是正を通した周産期医療体制の将来ビジョン実現に向けた先行研究」（H27 厚生労働科学研究））。また、二次医療圏別に見ると地域によって偏りがあり、長崎・県央圏域に集中しており、離島圏域のほか、特に県南圏域が少ない状況です。

【グラフ】医療圏別産科・産婦人科医師数（平成 28 年）



【グラフ】医療圏別小児科医師数（平成 28 年）



※出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

（3）搬送及び受入れ体制

●本県の周産期医療は、総合周産期母子医療センターを中心として、3 つの地域周産期母子医療センターと地域の周産期医療機関とのネットワークによって確保されています。また、一部の新生児は、諫早総合病院や佐世保共済病院で受け入れるなど、他の医療機関とも連携した受入体制を構築しています。

●離島地域においては、ある程度の周産期医療が可能な企業団病院等の中核病院が対応していますが、切迫早産などの重篤な患者については、ドクターヘリや海上自衛隊ヘリ、県の防災ヘリなどによって本土の総合周産期母子医療センター等へ搬送するシステムが確立されています。本県の平成 27 年中の産科・周産期傷病者救急搬送件数は 678 件で、うち転院搬送 583 件を除いた 95 件の受入状況は次のとおりです。

【表】救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査（平成 27 年）

	医療機関への受入れ照会回数別					現場滞在時間区分別				
	1 回	2 回	3 回	4 回	計	15 分未満	15 分以上 -30 未満	30 分以上 -45 未満	45 分以上 -60 未満	計
件数	87	6	0	2	95	68	21	6	0	95
(H22 調査)	169	7	2	0	178	135	37	5	1	178

	照会するも受入れに至らなかった理由とその件数					
	ベッド満床	処置困難	専門外	医師不在	理由不明その他	合計
件数	0	1	1	1	9	12
(H22 調査)	2	1	2	1	5	11

※調査対象は、母体搬送のみで、新生児搬送は含まない。

※出典：消防庁

●本県の周産期母子医療センターにおける平成 28 年度の救急搬送受入状況については、母体搬送 442 件、新生児搬送 156 件で、約 5%は県外からの受け入れです。

●受け入れができなかった件数は、母体搬送 65 件、新生児搬送 5 件で、ＮＩＣＵが満床であったことが主な理由です。

【表】周産期母子医療センターの救急搬送受入状況（平成 28 年度）

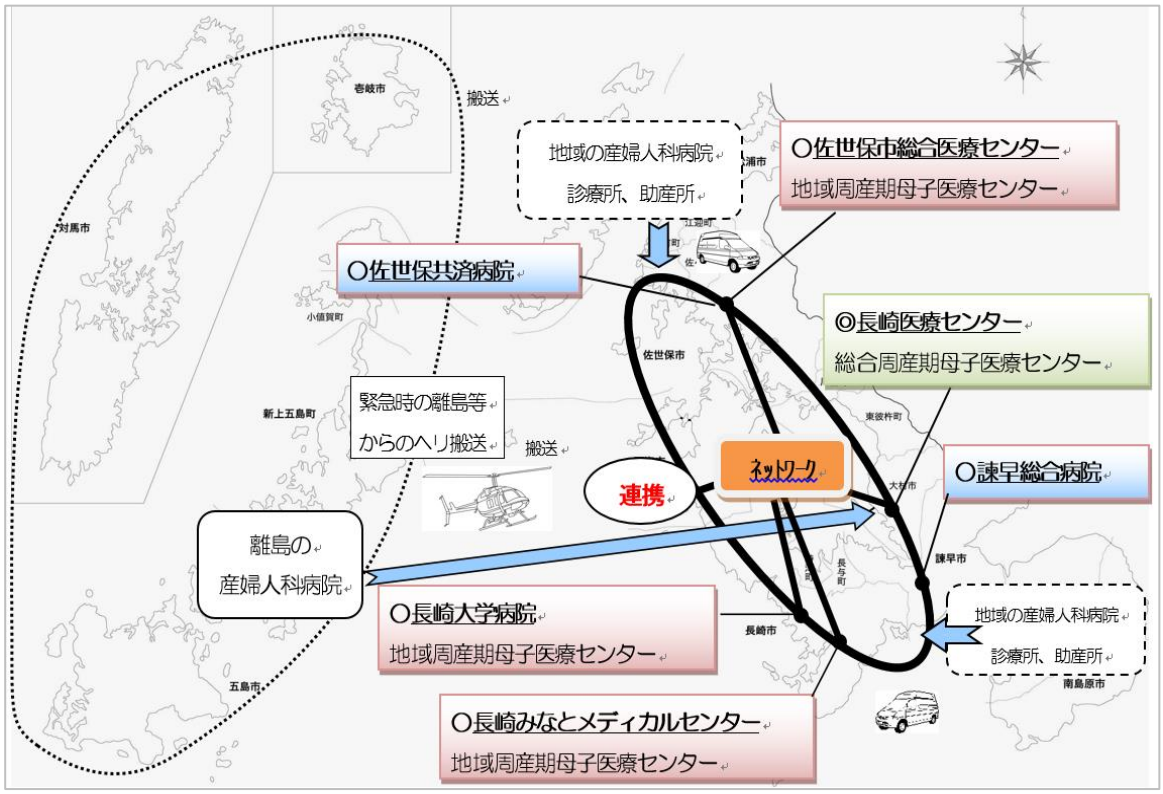
種類	総合		地域						計	
	長崎医療センター		長崎みなとメディカルセンター		佐世保市総合医療センター		長崎大学病院			
	母体	新生児	母体	新生児	母体	新生児	母体	新生児	母体	新生児
受入数	183	45	70	10	101	52	88	49	442	156
うち他県から	0	2	0	0	14	7	0	5	14	14
受入できなかった件数	20	0	8	0	8	0	29	5	65	5
NICU 満床	20	0	0	0	7	0	14	5	41	5
MFICU 満床	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
医師不在	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他	0	0	8	0	1	0	15	0	24	0
うち県外へ搬送	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0

※各医療機関で把握している範囲での件数

※出典：長崎県医療政策課調べ

●本県では、関係各機関の協力を得て、離島から本土への救急医療体制を整備しています。特にドクターヘリの基地病院として、離島からの患者受入れを行っている長崎医療センターの敷地内には、救急患者が離島の医療機関から搬送された際の家族の宿泊施設として、「しまの救急ファミリーハウス」を設置しており、多くの方々に利用されています。

【図】本県の周産期医療ネットワーク



３．施策の方向性

（１）ＮＩＣＵ等周産期施設の整備・充実

●平成 29 年４月１日現在、ＭＦＩＣＵは、県内唯一の総合周産期母子医療センターである長崎医療センター（県央医療圏）に６床整備されています。また、ＮＩＣＵ病床数は、４つの周産期母子医療センターに 27 床、出生１万人対 24.5 床（平成 27 年の出生数で算出）が整備されていますが、国の指針で定める目標数（出生１万人対 25～30 床）には達していません。

●出産年齢の高齢化等に伴うハイリスク妊娠及び低出生体重児の割合が増加しており、ＮＩＣＵ等における入院期間についても長期化傾向にあるため、ＮＩＣＵやＭＦＩＣＵが満床で新規受入ができないといった事例が少なからず発生しています。

●こうした状況を踏まえ、長崎大学病院は、ＭＦＩＣＵの設置やＮＩＣＵの増床などを行い、総合周産期母子医療センターとしての指定を目指しています。本県の周産期医療体制の施設面、人材面での充実を図るため、県としての必要な支援を検討します。

●２つの総合周産期母子医療センターの主な役割分担としては、長崎医療センターが引き続き、離島を含

めた県内の周産期医療体制の中心となる機関としての役割を担い、長崎大学病院は、主に長崎医療圏をカバーするとともに、高度な治療が求められる疾患や県全体の周産期医療従事者の人材育成・確保の中心となる機関としての役割を担うものとします。

（２）医療従事者の育成・確保

ア）産科・小児科医の確保に向けた取組の推進

●産科を担当する産婦人科専門医師及び新生児を担当する小児科専門医師の育成、確保と地域偏在を解消するため、長崎大学病院は、総合周産期母子医療センターの整備にあたって策定する「周産期専門医の人材育成・配置計画」に基づき、計画的な人材育成と県内の周産期母子医療センター等への医師配置を行うこととしています。なお、周産期専門医の養成は、県内の周産期母子医療センターと連携して行います。

●本県における地域医療、特に離島地域の医師を確保するため、「長崎県医学修学資金」貸与及び自治医科大学への修学生派遣を継続します。また、長崎大学に設置している「ながさき地域医療人材支援センター」において、県内の医師不足の状況等を把握・分析したうえで、医師のキャリア形成支援と一体となった離島やへき地等における医師の確保を図ります。

●医師等の周産期医療従事者は、県外の大都市圏に集中し、県内においては都市部でも不足しています。特に離島・へき地では深刻な状況です。長崎大学病院における医師の人材育成と合わせて、地域で不足する看護師等を含めた周産期医療従事者の確保を進めます。

イ）看護職員等の確保と専門性の向上に向けた取組の推進

●看護職員の離職防止と定着促進のため、「修学資金貸与」「新人看護職員研修」の推進等に努めるとともに、看護職員の現任教育や潜在看護職員の復職のための研修等の体制を整え、資質向上を図ります。

●周産期に係る看護分野の資格（専門看護師や認定看護師）取得等を推進し、専門性の高い看護師の育成を図ります。

●助産能力が一定の水準に達した助産師である「アドバンス助産師」認定制度など、新たな資格に関する人材の育成を図ります。

●医師の負担軽減や助産師の効果的な活用の観点から、助産師外来やローリスクの分娩に対する院内助産の活用、さらに医師等との連携のあり方について検討します。

●このほか、周産期医療全体の向上を図るため、多職種による母体救命を図るための研修など医療安全教育を推進します。

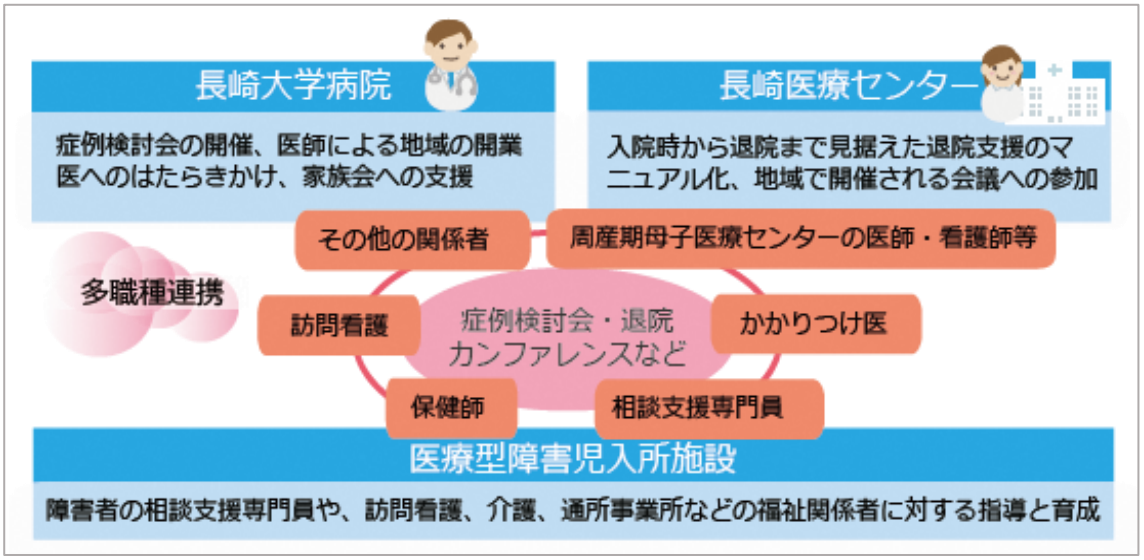
（３）地域における早期の受入れ体制の確立

●国では、ＮＩＣＵを退院後、引き続き医療的ケアが必要となる小児等が、在宅で安心して療養できる体制の整備を目指し、医療と保健、障害福祉、教育等が連携した施策を推進しています。

●本県では、周産期母子医療センターと医療型障害児入所施設が連携し、「知る・増やす・つなぐ」をキーワードとして、医療や生活支援、そして住まいの面から支える多職種の「仲間」づくりを行っていま

す。具体的には、多職種が参加する症例検討会の開催、地域における退院時カンファランスの技術的支援等により、相談支援専門員や訪問看護師など、地域で支援のリーダーとなる人材の育成を図ります。

●地域の産科等の医療従事者が周産期母子医療センターで研修を受け、ＮＩＣＵからの退院後において、できるだけ早く地域で受入れることができる体制を構築します。



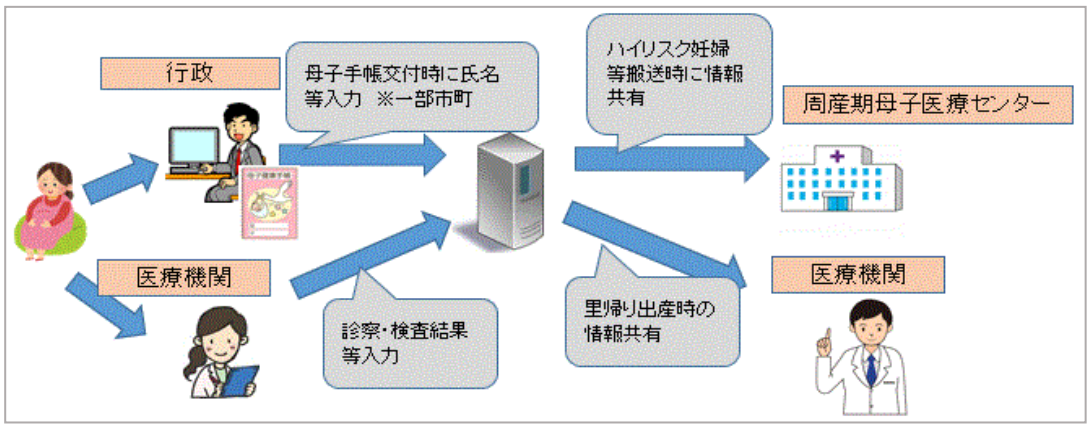
（４）ＩＣＴ（周産期医療支援システム）の活用

●本県では、平成 26 年からハイリスク分娩に備え、関係機関で必要な情報を迅速に共有するため、医療情報ネットワーク「あじさいネット」の機能を拡充し、妊婦健診時から母体や胎児情報を一元管理し、県内の産科医と周産期母子医療センターを結ぶ「周産期医療支援システム（すくすく）」を運用しています。

●「周産期医療支援システム（すくすく）」は平成 29 年６月現在で、周産期母子医療センターのほか、17 の医療機関が参加し、迅速な情報共有が行われています。また、市町窓口における母子健康手帳交付時にシステムの参加登録をすることで、行政機関との情報共有を図ることとしています。

●今後は、産科と小児科が連携することで、出生後障害が疑われ、フォローの必要な児童を含め、発育に応じた一貫した管理が可能となるよう、システムの改修、普及を図ります。

【図】周産期医療支援システム概念図



■ 母子健康手帳交付時における周産期医療支援システム登録

・大村市では、平成 29 年４月１日にシステムに加入し、妊娠届に来所された際、母子健康手帳交付時にこどもセンターにおいて、同意を得て初期登録を行っています。
・これまでの状況把握は、妊婦健診受診票で行っていましたが、本システム加入により、早期の健診受診の有無や健診データの把握が可能となり、適切な時期に受診勧奨や保健指導が可能となりました。

（５）分娩取扱施設の役割分担と連携の推進

●本県は、全国でも診療所（助産所）における分娩件数の割合が大きい地域となっており、周産期母子医療センター等の高度医療施設と母子医療センター以外の高次医療機関や診療所（助産所）との役割分担を明確にする必要があります。

●最近は分娩取扱施設が減少し、施設へのアクセスが悪い地域もみられます。より効果的・効率的な体制を構築するため、高度医療における周産期母子医療センターを中心とした搬送体制の整備を図るとともに、二次医療圏単位で安心して分娩できる体制の構築を図ります。

●総合周産期母子医療センターを中心とする本県の周産期医療体制の現状や役割分担について、関係者及び県民に情報を提供し、適切な受診のための普及啓発を進めます。

（６）救急・災害時における搬送体制の整備

●本県では、産科・周産期に限らず、傷病者の 97%以上が医療機関への受入照会３回以内で搬送先が決定しており、傷病者の搬送及び受入れは概ね円滑に行われています。今後は、救急隊により直接搬送される妊産婦のより迅速かつ適切な受入体制の構築について検討します。

●佐賀県とのドクターヘリ共同運航等、救急搬送について近隣県との連携を図っています。母体や新生児の搬送・受入体制の更なる充実を目指し、近隣県との広域的な連携体制の構築について検討します。

●災害医療体制下において周産期医療体制が効果的に機能するため、医療ニーズ等の情報収集及び医療チーム（ＤＭＡＴ等）との連絡調整等を行う災害医療コーディネーターのサポートとして、「災害時小児周産期リエゾン」の養成を進めます。

（７）症例の検討と母子保健等との連携

●県内の主要新生児医療施設の医師で構成する「ＮＩＣＵ死亡症例検討ワーキンググループ」により、平成 20 年から新生児（乳幼児）死亡の個別症例の検討を行っています。これまで、新生児死亡 144 例、乳幼児死亡 38 例、計 182 例について検証し、原因分析と対策について検討を行いました。新生児（乳幼児）死亡の原因は一元的ではありませんが、予後改善のためには、早期診断（出生前診断の充実）、早期介入、適時・適所の分娩が必要です。そのためには、高次施設側の病床数の確保を検討する必要があります。

●地域母子保健等との連携により、安全で安心な妊娠と出産のための健康相談や妊婦健診への助成、産科

医がいない離島地域の支援などの取組を推進します。また、乳幼児が安心して医療を受けられるよう、現物給付等により医療費を助成します。

●精神疾患を合併する妊娠については、様々なリスクが指摘されていることから、精神疾患を合併した妊婦の診療に対応できるよう、周産期医療と精神科医療が連携した体制を整備します。また、産後うつなどによる妊産婦の自殺対策についても、関係機関と連携して、対策を検討します。

４．具体的な目標

（１）成果と指標

施策の成果	ストラクチャー・プロセス指標	直近の実績	（目　標）2023年
県内で周産期の高度医療が受けられる体制を構築すること	ＮＩＣＵ満床を原因とする母体の県外搬送数	3件（2016年）	0件
	出生１万人あたりのＮＩＣＵ・ＭＦＩＣＵ病床数	NICU 24.5床 MFICU 5.4床 (2015年)	NICU 30.3床 MFICU11.0床
ＮＩＣＵで治療を受けた医療的ケアが必要な小児が、待機することなく在宅で安心して療養できること	医療的ケアが必要な小児を受入れている訪問看護ステーション数	20施設（2017年）	32施設
効率的な周産期医療の連携体制が構築されること	周産期医療支援システムに参加する施設数	21施設（2017年）	39施設

最終的な成果	アウトカム指標	直近の実績	（目　標）2023年
乳児死亡率が全国平均を下回ること	人口千人対乳児死亡率	1.7（2016年）	全国平均以下
新生児死亡率が全国平均を下回ること	人口千人対新生児死亡率	1.1（2016年）	全国平均以下
妊産婦の死亡をなくすこと	妊産婦死亡数	ゼロ（2016年）	ゼロ

（２）指標の説明

●指標の出典は、特に記載がない限り、県の医療政策課調べです。

指標	説明
ＮＩＣＵ満床を原因とする母体の県外搬送数	母体の県外搬送数をゼロにして、県内での受入体制を構築することを目指します。
出生１万人あたりのＮＩＣＵ・ＭＦＩＣＵ病床数	ＮＩＣＵ・ＭＦＩＣＵ病床数を、国の指針以上に増加させることを目指します。
医療的ケアが必要な小児を受入れている訪問看護ステーション数	周産期母子医療センターを退院した医療的ケアが必要な児を受け入れる訪問看護ステーションを増加させることを目指します（県内で児を現在受け入れている又は受け入れ可能なステーション数の合計）。
周産期医療支援システムに参加する施設数	周産期医療支援システムへ参加する産婦人科医療機関を増加させることを目指します（県内の分娩取扱施設の80%）。
人口千人対乳児（新生児）死亡率	人口千人対乳児（新生児）死亡率を低下させることを目指します。 ※出典：厚生労働省「人口動態調査」
妊産婦死亡数	妊産婦死亡数をゼロにすることを目指します。 ※出典：厚生労働省「人口動態調査」

第１０節 - １　災害医療

１．災害医療について

●平成 23 年の東日本大震災、平成 28 年の熊本地震などの大地震や、異常気象によって頻発する豪雨などの風水害、テロなどの脅威の高まりなどにより、被災地における負傷者への応急処置や、被災した医療機関からの患者の安全な搬送等を担う災害医療体制はますます重要になっています。

●本県では、地震、風水害、火山災害等の自然災害や航空・道路災害、大規模な事故による災害等に備え、「長崎県地域防災計画」を策定しており、災害時において、その種類や規模に応じて医療資源を有効かつ効果的に活用するという観点にたち、関係機関と連携して対応することとしています。

●国は、平成 23 年に発生した東日本大震災の状況等をうけて、「災害医療のあり方に関する検討会」を設置し、災害医療に関する施策の見直しを行いました。

●本県においても、こうした見直しの方向性を十分に踏まえ、各関係機関との連携のもと、中核となる拠点病院等の体制整備や、被災地への医療スタッフの迅速な派遣体制の整備等、災害による「防ぎえた死」を防止することを第一として体制構築を図ることとしています。

●体制構築にあたっては、災害医療に関する専門家、関係機関等の意見を聴くため設置している「災害医療検討委員会」において協議を行うほか、「長崎県災害医療救護マニュアル」を作成し、医師会、日本赤十字社長崎県支部等の関係団体との連携や、初動時等における具体的な手順を定めています。

２．本県の現状と課題

（１）災害拠点病院

●災害拠点病院は、救命救急センターや二次救急医療機関の機能を有し、災害発生時の医療救護活動の中核施設として患者の受入を行うほか、医療チームを編成し、被災地等への派遣を行う医療機関です。

●本県では、災害拠点病院として、複数の医療チーム、また救命救急センターを有するなど、県内全域をカバーする基幹災害拠点病院を２病院、医療チーム、また二次救急医療機関の機能を有し、二次医療圏域ごとに設ける地域災害拠点病院を 11 病院指定しています。

●災害拠点病院の役割
① 多発外傷、挫滅症候群、広範囲熱傷等の災害時に多発する重篤患者の救命救急
② 重症傷病者の受入及び搬出（広域搬送含む。）
③ 自己完結型医療救護チーム（災害派遣医療チーム(ＤＭＡＴ)）※の派遣
④ 地域の医療機関への応急用医療資機材の貸出し
⑤ 災害医療に関する研修・訓練
※「（２）災害派遣医療チーム（ＤＭＡＴ：Disaster Medical Assistance Team）」を参照

●災害拠点病院は、国が示す要件に沿って県が指定します。要件のうち、災害発生時においても可能な限り医療サービスへの影響を抑えるための「業務継続計画（ＢＣＰ：Business Continuity Plan）」の策定は、平成 31 年３月までに行うこととなっています。本県においては、平成 29 年９月時点で、23%の整備率となっています。

●災害拠点病院の主な指定要件
【運営体制】
・24 時間緊急対応し、災害発生時に被災地内の傷病者等の受入れ及び搬出を行うことが可能な体制を有すること。
・災害派遣医療チーム（ＤＭＡＴ）を保有し、その派遣体制があること。
・救命救急センター又は二次救急医療機関であること。
・被災後、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画（ＢＣＰ）の整備を行っていること。
【施設及び設備】
・手術室等の救急診療に必要な部門を設けるとともに、災害時に多数の患者を受入れることが可能なスペース及び簡易ベッド等の備蓄スペースを有することが望ましいこと。
・病院機能を維持するために必要なすべての施設が耐震構造を有することが望ましいこと（診療機能を有する施設は耐震構造を有することとする）。
・衛星電話を保有し、衛星回線インターネットが利用できる環境を整備すること。また、複数の通信手段を保有していることが望ましいこと。
・広域災害・救急医療情報システム（ＥＭＩＳ）※に登録し、災害時に情報を入力する体制を整えておくこと。
※「（５）広域災害・救急医療情報システム（(EMIS：Emergency Medical Information System）（イーミス）」を参照

■ 業務継続計画（ＢＣＰ）とは

・業務継続計画（ＢＣＰ）とは、災害などで被災した病院の被害を最小限に抑え、早期に回復し、被災者の診療にあたることができるよう、具体的な事前の備えや対応を盛り込んだ手順書のことです。停電、断水時における入院患者への対応、被災者への迅速な診療等を可能にするため、災害拠点病院の指定要件に盛り込まれ、平成 31 年 3 月までの策定が求められています。また、策定だけでなく、計画に沿って、被災状況を想定した訓練を行うことも必要になります。

●平成 28 年に発生した熊本地震では、被災した精神科病院から 595 人の患者搬送が行われており、今後想定される大規模災害においても、同様に多数の精神科患者の搬送が必要となる可能性が指摘されています。

●本県の精神病床を有する病院は、県全体で 37 施設（7,846 床）あります。このうち、災害拠点病院は５施設（180 床）あり、全精神病床の約 2.3%となっています。

（２） 災害派遣医療チーム（ＤＭＡＴ：Disaster Medical Assistance Team）

●災害時において被災者の死を少しでも防ぐためには、災害発生直後の急性期（発災後概ね 48 時間以内）に、トレーニングを受けた医療チームによる早期の救命医療や、被災した医療機関の診療機能を取り戻すことが重要です。「災害派遣医療チーム（ＤＭＡＴ）」とは、「災害急性期に活動できる機動性を持ったトレーニングを受けた医療チーム」と定義されており、「Disaster Medical Assistance

Team」の頭文字をとって略してＤＭＡＴ（ディーマット）と呼ばれています。

●ＤＭＡＴは、医師、看護師、業務調整員（事務職員等）で構成され、大規模災害や多数傷病者が発生した事故などの現場に迅速に駆け付け、被災地内におけるトリアージ※や救命処置等を行います。

※トリアージ：災害時など、限られた医療資源で、多数の傷病者に最善の医療を提供するため、傷病の緊急度と重症度により、治療や搬送の優先順位を決定する行為。

●本県では、日本ＤＭＡＴ活動要領、長崎ＤＭＡＴ運営要綱に基づき、ＤＭＡＴ派遣に協力する意思をもつ病院を「長崎ＤＭＡＴ指定病院」として指定しています。現在 15 病院を指定し、24 チームを有しています。

●必要に応じて、県外で発生した災害についても派遣を行っており、平成 28 年４月に発生した熊本地震の際にも、活動を行いました。

●ＤＭＡＴの活動内容
（１）広域医療搬送拠点におけるトリアージ、救命処置、搬送支援
（２）災害現場における医療情報の収集及び伝達、トリアージ、救命処置、搬送支援
（３）被災地内の病院におけるトリアージ、診療支援
（４）その他災害現場における救命活動に必要な措置

■ 熊本地震におけるＤＭＡＴの活動

・平成 28 年４月に発生した熊本地震では、全国から 466 チーム（熊本県内ＤＭＡＴを除く）が派遣され、行政機関のサポートや、被災現場・救護所等での活動を行いました。
・本県からは 15 チームを派遣し、主に熊本市内及び益城町地域において救命救急にあたるとともに、病院などにおいて入院患者の医療支援を行いました。
・本県内での活動としては、県庁内に設置したＤＭＡＴ調整本部での全体の統括及び、被災地からの患者搬送に備え、様々な調整を行いました。

【表】災害拠点病院及びＤＭＡＴ指定病院・ＤＭＡＴ数

医療圏	医療機関名	災害拠点病院	長崎ＤＭＡＴ指定病院	
			指定	チーム数
長崎	長崎大学病院	◎	○	4
	長崎みなとメディカルセンター	○	○	1
	日本赤十字長崎原爆病院		○	1
	済生会長崎病院	○	○	1
佐世保県北	佐世保市総合医療センター	○	○	1
	北松中央病院	○	○	1
	長崎労災病院	○	○	2
県央	長崎医療センター	◎	○	3
	諫早総合病院	○	○	2
	長崎川棚医療センター		○	1
県南	長崎県島原病院	○	○	2
五島	長崎県五島中央病院	○	○	1
上五島	長崎県上五島病院	○	○	2
壱岐	長崎県壱岐病院	○	○	1
対馬	長崎県対馬病院	○	○	1
合計		13	15	24

※災害拠点病院は、「◎」が基幹災害拠点病院、「○」が地域災害拠点病院です。

（３）災害医療コーディネーター

●災害医療コーディネーターは、災害時に、被災地に派遣される様々な医療チームの調整体制を強化するため、県の災害対策本部下に設置される医療保健班や災害対策地方本部において、被災地の医療ニーズを適切に把握するとともに、医療チーム等の派遣調整業務等のコーディネートを行います。

●本県では、「長崎県災害医療コーディネーター設置要綱」に基づき、人的被害の軽減を図るため、必要とされる医療が迅速かつ的確に提供されるよう調整する「長崎県災害医療コーディネーター（以下、「県コーディネーター」という。）」と、通常の地域医療体制の早期復旧を図るため、医療チームが地域内でニーズに応じ効率よく活動できるように調整する「長崎県地域災害医療コーディネーター（以下、「地域コーディネーター」という。）」を設置しています。

●県コーディネーターは、災害医療に精通し、かつ、長崎県の医療の現状について熟知している医師のうち、国が開催する研修の受講者を知事が委嘱することとしており、平成 30 年３月末現在 10 名（長崎県医師会：3 名、長崎大学病院：4 名、長崎医療センター：2 名、佐世保市総合医療センター：1 名）が委嘱を受けています。

●県コーディネーターの職務
① 災害時医療救護活動の総合調整に関すること
② 情報の集約、分析及び提供に関すること
③ ＤＭＡＴ及び医療救護班の派遣又は受入等の調整に関すること
④ 患者の搬送（県外への広域搬送も含む）及び受入の調整に関すること
⑤ 国や他都道府県からの要請に基づく医療救護活動の調整に関すること
⑥ その他県の福祉保健部長が必要と認める業務に関すること

●地域コーディネーターは、各県立保健所長及び、各地域保健医療対策協議会からの推薦者のうち、県が開催する研修の受講者を知事が委嘱することとしており、平成 30 年３月末現在 23 名（医療圏別に、長崎３名、佐世保県北４名、県央４名、県南３名、五島３名、上五島１名、壱岐２名、対馬３名）が委嘱を受けています。

●地域コーディネーターの職務
① 情報の集約、分析及び提供に関すること
② 地域における医療救護班の配置調整に関すること
③ 地域災害医療対策会議の座長に関すること
④ ＤＭＡＴの撤収後の引継ぎ業務に関すること
⑤ 医療救護活動と公衆衛生活動との連携調整に関すること
⑥ その他県の福祉保健部長が必要と認める業務に関すること

（４）関係機関等との協力・連携体制

●災害時の多様なニーズに対応するためには、様々な関係機関との連携が重要です。本県が被災した場合の関係機関への支援要請に限らず、他都道府県が被災した際に速やかに支援できるように、各団体が派遣する医療チームや、医薬品及び医療材料等の提供に関して、各関係機関との間で様々な協定を結んでいます。

●災害急性期以降においては、長崎県医師会災害医療チーム（ＪＭＡＴ長崎：Japan Medical Association Team）（ジェイマット）、長崎災害リハビリテーション推進協議会（Nagasaki-JRAT：Japan Rehabilitation Assistance Team）、日本赤十字社長崎県支部や各種医療団体等の医療チームが連携し、避難所や救護所等に避難した住民等に対して、災害急性期以降の健康危機管理支援及び医療の提供を行います。

●被災地に向かうＤＭＡＴや医療救護班が搭乗する車両について、緊急車両としての運用が認められるよう、関係機関との調整を行っています。また、緊急輸送手段確保のため、県有車両の活用や民間車両等の借上げ、自衛隊等の車両や航空機、旅客船事業者等の船舶の使用など、関係機関に協力を要請します。

●大規模災害時に、必要な医薬品や診療・外科的治療用具の確保を図るため、県内４ヶ所の医薬品卸業者倉庫に、「災害時緊急医薬品等備蓄セット（１セット千人分）」を１セットずつ備蓄しています。

●大規模災害時に、被害が甚大で本県単独では十分な対応ができない場合の応援要請や他県への支援に関して、九州・山口の各県と「九州・山口９県災害時応援協定」を結んでいます。

●医療現場等に医師や看護師が迅速に到達可能な「ドクターヘリ」を活用することは、災害医療においても非常に重要です。災害発生時においては、本県ドクターヘリに加え、他県との相互支援協定に基づき、他県ドクターヘリと連携します。複数のドクターヘリの運用調整を行いながら、災害時の活動を行います。

●災害時に円滑な医療救護を行うため、研修や訓練、会議等様々な場を通じて、行政（国・県・市町）、医療機関、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会などの医療関係団体、消防機関、自衛隊、他県のＤＭＡＴや医療ボランティアなど様々な機関・団体と、日頃から「顔の見える関係」を構築しています。

●東海地方の駿河湾から九州の日向灘沖までのプレートが接する区域を「南海トラフ」といい、プレート境界を震源とする大規模な「南海トラフ地震」の切迫性が高まっており、国を挙げて対策が進められています。本県は大規模な被災は想定されていませんが、県内の被災地への対応のほか、被災都道府県への医療チームの派遣、患者の受入れなど、災害拠点病院を中心として、広域的な支援を行う必要があります。

【表】各医療団体との主な協定

団体名	協定名	締結月	内容
県医師会(JMAT 長崎)	ＪＭＡＴ長崎の派遣に関する協定	平成 25 年３月	県医師会が派遣する医療救護班に関する協定
県歯科医師会	歯科医療救護班の派遣に関する協定	平成 25 年３月	県歯科医師会が派遣する歯科医療救護班の派遣に関する協定
県薬剤師会	災害時等における薬剤師の派遣に関する協定	平成 26 年 11 月	県薬剤師会が派遣する薬剤師に関する協定
県看護協会	災害発生時等における医療救護活動に関する協定	平成 28 年６月	県看護協会が派遣する看護班に関する協定
県医薬品卸業組合	災害時における医薬品の供給に関する協定	平成９年８月	県医薬品卸業組合による医薬品の供給に関する協定
県医療機器協会	災害時における医療材料等の供給に関する協定	平成９年８月	県医療機器協会による医療材料等の供給に関する協定

（５）広域災害・救急医療情報システム（EMIS：Emergency Medical Information System）（イーミス）

●県では、インターネットを利用して、災害時において患者の医療機関受診状況やライフラインの稼動状況、避難所の状況等の情報を迅速に収集し、関係機関で共有する「広域災害・救急医療情報システム（ＥＭＩＳ）」を整備しています。

●ＤＭＡＴは、システムを利用して、被災した病院等の状況を迅速に把握し、被災者への救急医療の提供や、必要な支援を行います。

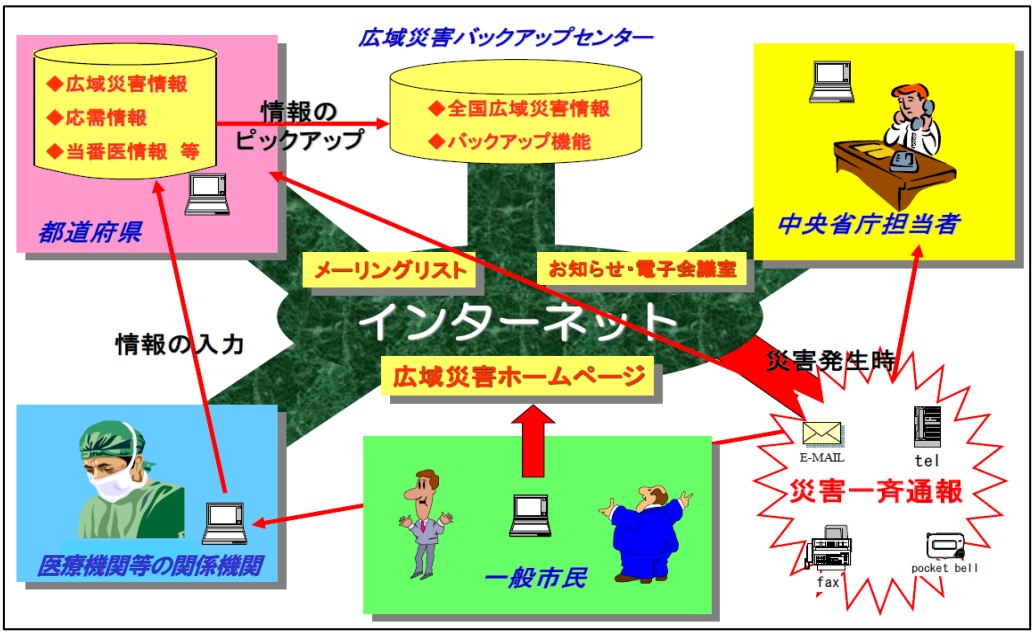
●災害発生時には、被災した病院に代わって、県や保健所等がシステムへの代行入力を行うことが可能であり、市町の担当者を含め、定期的に入力訓練を行っています。

●ＥＭＩＳに登録されている関係機関：243 箇所（平成 30 年１月末現在）　※( )内は箇所数
○行政機関：県関係部局(保健所含む)(14)・市町関係部局(保健所含む)(23)、消防機関(10)
○関係団体：県医師会(1)、各郡市医師会(14)、県看護協会(1)
○医療機関：病院(150)（県内全病院）、診療所(30)

【表】ＥＭＩＳの機能

一般市民向け	災害医療関係者向け
・災害救急医療に関わる一般向け各種情報の提供（お知らせ、医療機関情報検索） ・災害医療に関わる固定コンテンツ（行政機関の連絡先、システムについて等） ・災害医療全般についてのリンク集（法令や対応事例、災害の知識、災害救急リンク等）	・災害医療情報（緊急時、詳細）の入力、検索、集計 ・災害救急に関わる関係者向け各種情報の登録・提供 ・医療機関情報の提供 ・災害時における速報 ・情報共有化機能（メーリングリスト、メールマガジン） ・機関情報の管理機能 ・システム運用状態の切替 ・災害時における通知、連絡などの配信機能

【図】広域災害・救急医療情報システム(EMIS)のイメージ図



※出典：厚生労働省研修資料より引用

（６）災害発生時の連携活動

●災害発生時には、被災地内の災害拠点病院や救急医療機関の被災状況、診療機能・ライフラインの状況、医療救護班の要請の有無や必要な医薬品、また被災地外の災害拠点病院等の受入患者可能数などについて、密接な情報のやりとりが必要になるため、ＥＭＩＳやその他の通信手段を用いて、情報の収集や提供に努めます。

●治療に大量の水道水を必要とする人工透析については、医療機関の停電・断水や避難等により継続的な治療が困難となるケースがあるため、県は、日本透析医会の災害時医療情報ネットワークや、ＥＭＩＳを活用し、長崎県透析医会と連携して、被害状況や患者を受け入れる医療機関を迅速に把握することとしています。

●新生児集中治療室（ＮＩＣＵ）等での管理を必要とする小児、新生児、妊産婦については、ハイリスク出産等への対応のために構成されている小児・周産期医療独自のネットワークを活用することとしています。

（７）訓練・研修による人材の育成

●大規模災害時には、医療関係者の迅速かつ的確な対応が求められます。このため、県では、災害拠点病院やＤＭＡＴ指定病院を中心とする医療従事者の医療技術向上と、病院相互及び関係機関との連携強化などを目的とした研修や訓練を開催するとともに、国や他機関が開催する研修や訓練への参加を促進しています。

●被災地が通常の医療体制に早期に復旧するためには、派遣された医療救護班等が必要とされる医療を迅速かつ的確に提供し、ニーズに応じて効率よく活動するための派遣調整等が重要になります。また、災害の規模によって、急性期におけるＤＭＡＴをはじめ、関係機関等から数多くの医療チームが派遣されるため、効果的に配置調整等を行うコーディネート機能が求められます。

●このため、県は、独自のＤＭＡＴの養成や、災害対策本部において中心的な役割を担う災害医療コーディネーターの養成研修を実施しています。

■ 災害医療コーディネーターや DMAT の養成

・県では、国が行う「都道府県災害医療コーディネート研修」及び「ＤＭＡＴ研修」とは別に、独自で以下の研修を実施しています。

・「長崎県災害医療コーディネート研修」

通常の地域医療体制の早期復旧を図るため、医療チームが地域内でニーズに応じ効率よく活動できるように調整する“地域災害医療コーディネーター”を養成します。

・「長崎県ＤＭＡＴ(仮称)養成研修」

国が行う研修の参加への負担軽減を図るため、主として県内の災害時に医療救護活動を長崎ＤＭＡＴと協力して行う“長崎県ＤＭＡＴ(仮称)”を養成します。

■ 防災訓練と連携した災害医療訓練による人材の育成

・県では、毎年、総合防災訓練を実施しており、県内の DMAT も参加しています。平成 29 年６月に開催された長崎県総合防災訓練（五島市）では、関係機関と連携した災害医療訓練も併せて実施しました。
・訓練会場となった長崎県五島中央病院（災害拠点病院）で、災害対策本部運営訓練や傷病者受入訓練を同時に行い、災害医療従事者の技能向上を図りました。
・さらに、傷病者受入訓練の模擬患者として参加した長崎県立五島高等学校衛生看護学科の生徒に対して、事前に本県の災害医療体制の説明や訓練指導を行い、災害医療に対する意識の向上も図りました。

（８）災害時の精神医療・健康危機管理等

●災害は、人々に様々な心理的反応をもたらすとともに、ＰＴＳＤ（心的外傷後ストレス障害）やうつ病などの精神疾患の発症、アルコール関連問題の出現など、精神保健上の重大な問題を数多く引き起こすことが知られており、「こころのケア」が必要とされます。

●このため、平成 24 年度に、国において「災害派遣精神医療チーム（ＤＰＡＴ：Disaster Psychiatric Assistance Team）（ディーパット）」の仕組みが創設されています。本県では、平成 28 年の熊本地震において、熊本県及び厚生労働省からの要請を受け、初めて派遣しました。

●ＤＰＡＴは、県が被災地に継続して派遣する災害派遣精神医療チームであり、精神科医師、看護師、業務調整員等から構成されます。災害時には、関係機関で長崎県ＤＰＡＴを編成し、被災地等に派遣します。

●ＤＰＡＴの主な活動内容
・避難所や在宅の精神障害者等に対する被災地での精神科医療の提供
・外来、入院等被災した医療機関への専門的支援（患者避難への支援を含む。）
・災害のストレスによって心的問題を抱える住民への対応
・支援者（地域の医療従事者、救急隊員、自治体職員等）への専門的支援

●ＤＰＡＴは、ＤＭＡＴ等の医療チームと連携し、災害時の精神保健医療のマネージメントを行います。精神科医療機関の情報、避難所の情報、ＤＰＡＴの活動状況など、ＤＰＡＴに関連する情報は、ＥＭＩＳを用いて、他の保健医療チーム等と共有します。また、ＤＰＡＴの活動記録については、基本的に「災害時精神保健医療情報支援システム（ＤＭＨＩＳＳ：Disaster mental health information support system）（ディーミス）」を用いています。

●災害によりライフラインや物流が寸断された状況においては、避難所をはじめ、医療機関や自宅、施設等における保健予防活動や生活衛生環境の確保が重要になります。東日本大震災では、避難所等におけるニーズの的確な把握と、各災害対策本部等における限られた資源の有効活用や支援物資等の適正配分をどのように調整するかが課題としてあげられました

●このため、県は、保健所を中心に、専門的研修を受けた医師、保健師、業務調整員等から構成する「災害時健康危機管理支援チーム（ＤＨＥＡＴ：Disaster Health Emergency Assistance Team）（ディーヒート）」を組織し、各段階の災害対策本部に派遣し、健康危機管理に必要な情報収集・分析や全体調整などの支援を行います。

（9）病院の耐震化

●病院は、地震発生時においても医療提供機能の維持が求められるため、患者及び地域住民の安全・安心の確保を図るためにも、建物が十分な耐震強度を備えていることが必要です。県では医療施設耐震整備事業補助金を交付することで医療機関の耐震化を支援しています。

●本県では、患者が利用する建物すべてが耐震化されている病院は、平成 29 年 9 月 1 日現在で、全体の 70.00%であり、災害拠点病院においては、100.00%となっています。

【表】病院の耐震化率（長崎県：平成 29 年 9 月 1 日現在）、（全国：平成 28 年 9 月 1 日現在）

区分	区域	病院数 (A)	耐震化済 (B)	一部未耐震	すべて未耐震	不明	耐震化率 B/A
病院全体	長崎県	150	105	9	3	33	70.00%
	全国	8,464	6,050	704	141	1,569	71.50%
災害拠点病院	長崎県	13	13	0	0	0	100.00%
	全国	726	636	76	0	14	87.60%

※出典：厚生労働省の調査結果より

3．施策の方向性

（1）災害医療拠点等の整備・充実

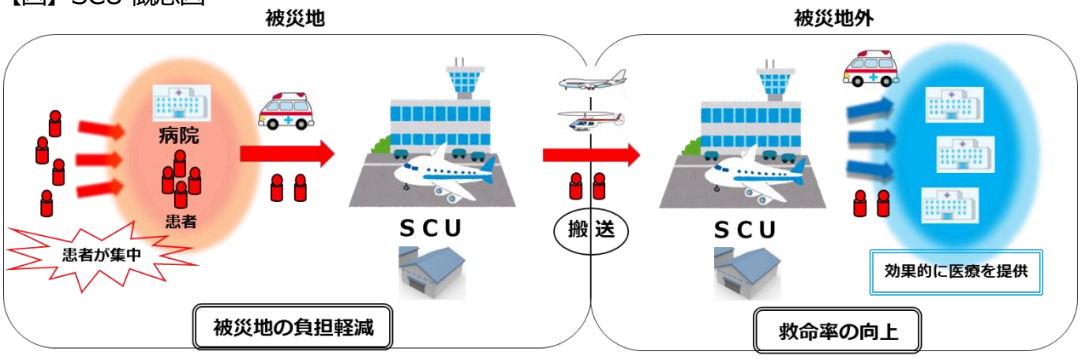
●災害拠点病院においては、自らが被災した際も早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備等、平時からの備えを行うとともに、訓練等により計画に基づき機能が回復できる体制を整備します。

●県は、東日本大震災をうけて開催された国の「災害医療のあり方に関する検討会」報告書や、熊本地震等における経験を踏まえ、医療救護活動のための標準マニュアルである「長崎県災害医療救護マニュアル」を見直し、関係機関への周知を図ります。

●県外における自然災害への対応や、南海トラフ地震における広域搬送への対応など、基幹災害拠点病院を中心とした、被災地への広域的な支援体制の検討を行います。

●県は、大規模な被害が予想されている南海トラフ地震をはじめ、県の内外で災害が発生し、航空機等による搬送が必要な場合に備えて、患者の症状の安定化を図る救護所及び県内外への航空機等の搬送拠点である「航空搬送拠点臨時医療施設（ＳＣＵ：staging care unit）（エスシーユー）」として長崎空港を活用するための体制整備を図ります。

【図】SCU 概念図



●災害時には、一般の電話回線やインターネット回線が不通となる恐れがあるため、災害時に強い通信環境として、衛星通信網の整備を図ります。

●災害時における精神科の患者の搬送においては、ＤＭＡＴとＤＰＡＴの連携を図るほか、適切な搬送体制を構築するため、事前に受入れ可能な精神科病院を把握し、搬送体制の検討を行います。

（２）関係機関の連携と災害医療従事者の育成

●ＤＭＡＴは、本県に現在 24 チーム整備されていますが、大規模災害が発生した際に十分な活動を行うためには、できるだけ多くのＤＭＡＴが必要です。県は、ＤＭＡＴの養成と技能向上のための研修を行うとともに、研修・訓練への参加を促します。

●東日本大震災の被災地で活動したＤＭＡＴ隊員の中には、派遣後に強いストレスを感じ、ＰＴＳＤ症状の疑いもみられたことが厚生労働省の調査で分かっています。このため、活動後において、必要に応じて医療機関の受診や、適切な休養を勧めるとともに、研修等においてもセルフケアの重要性を伝えることとしています。

●本県から派遣した医療チームのメンタルケアについては、必要に応じて県の関係部署と連携を図り、派遣元の医療機関等と協力して、その対応にあたるよう検討します。

●県は、ＤＰＡＴの派遣に関し、医療機関と協定を締結し、災害時の精神保健医療活動の支援体制の構築に努めます。

●県外での大規模災害派遣にも対応するために、保健所の災害対応能力向上に努めるほか、ＤＨＥＡＴの育成のための研修や訓練を行います。

●東日本大震災等では、避難所や仮設住宅での生活が長期化したことによる環境の悪化や、生活不活発病により、医療や介護を必要とする方が急増しました。このため、集中的に対応するチームを派遣する目的で、リハビリテーション関係団体により平成 25 年に「大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会（ＪＲＡＴ：Japan Rehabilitation Assistance Team）（ジェイラット）」が構成されており、熊本地震の際にも有効な活動を行っています。県は、災害時におけるリハビリテーションの重要性を認識し、ＪＲＡＴとの連携を図ります。

●県は、災害対策本部における調整等の中心となる県コーディネーターを養成するため、国が実施する研修への参加を促します。また、災害時に地域の医療体制の早期の復旧を図るため、保健所等において調整の中心となる地域コーディネーターを育成するための研修を実施します。

●県は、県コーディネーターのサポートとして、小児・周産期医療に特化した調整役である「災害時小児周産期リエゾン」を養成し、訓練等により、災害医療における連携体制の強化を図ります。

●県は、毎年度、医療救護活動に関わる行政機関や災害拠点病院等の医療機関のほか、消防機関や自衛隊、医師会、日本赤十字社長崎県支部等の関係団体と、災害時にスムーズに連携を取るための訓練を行います。

●県と関係団体及び市町をはじめとする関係機関と関係団体等における、災害時に関する協定の締結を推進します。

4．成果と指標

（1）成果と指標

施策の成果	ストラクチャー・プロセス指標	直近の実績	（目標）2023 年
災害発生時に活動の中心となる医療機関や拠点を整備すること	災害拠点病院における業務継続計画の策定率	23%（2017 年）	100%※
	航空搬送拠点臨時医療施設（ＳＣＵ）	0 箇所（2017 年）	1 箇所
災害発生時に活動の中心となる医療従事者を確保すること	ＤＭＡＴ数	24（2017 年）	32
	県コーディネーター数	10 名（2017 年）	22 名
	地域コーディネーター数	23 名（2017 年）	48 名

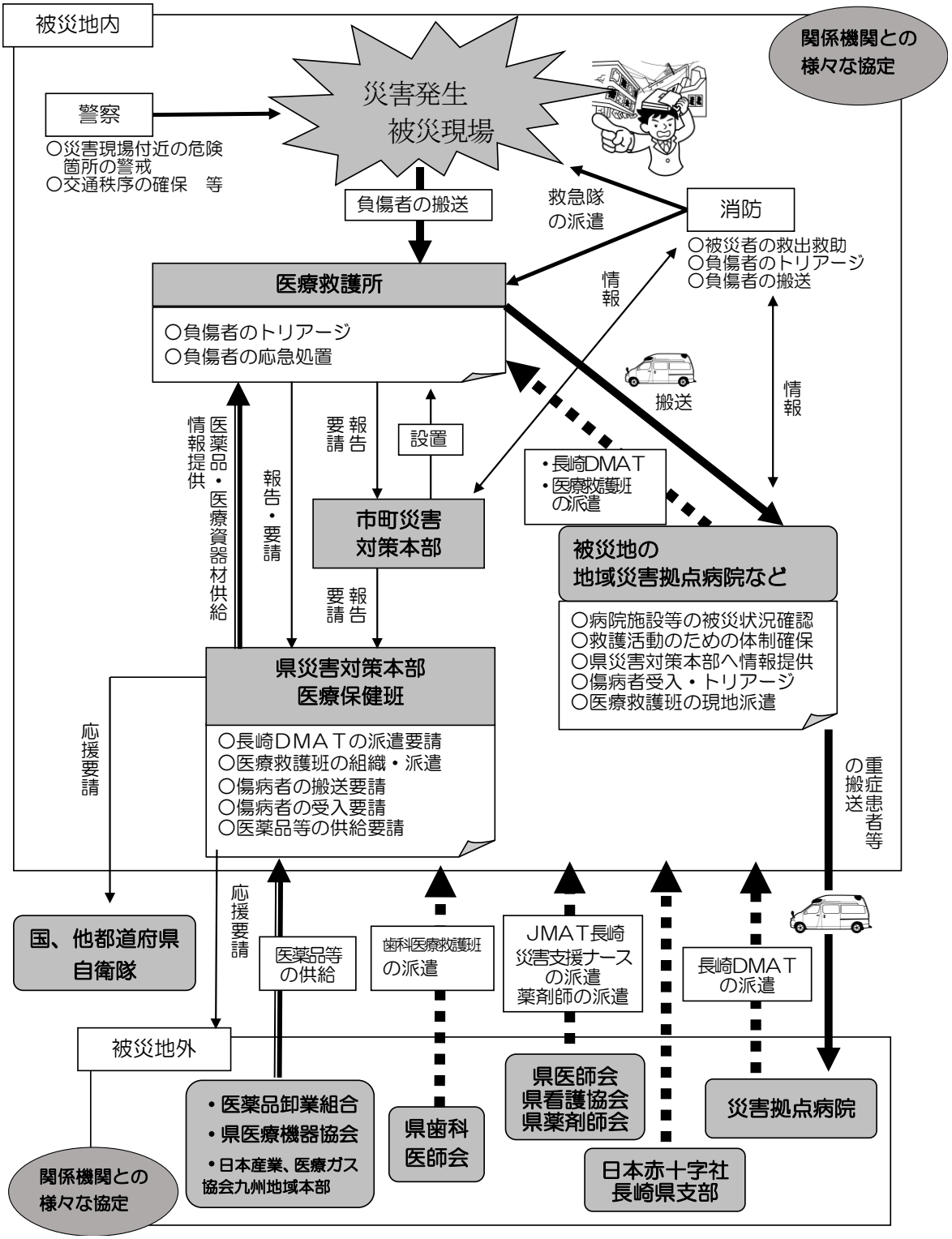
※厚生労働省が示した目標年である 2018（平成 30）年度末（2019 年 3 月）までの策定を目標とする。

（2）指標の説明

●指標の出典はすべて県の医療政策課調べです。

指標	説明
災害拠点病院における業務継続計画の策定率	全ての災害拠点病院において、業務継続計画の策定と計画に沿った訓練が実施されることを目指します。
航空搬送拠点臨時医療施設（ＳＣＵ）	SCU としての長崎空港の体制確立を図ります。
ＤＭＡＴ数	基幹災害拠点病院においては、3 チームずつ×2 病院＝6 チームが確保される、地域災害拠点病院・DMAT 指定病院において、2 チームずつ×13 病院＝26 チームが確保されることを目指します。
県コーディネーター数	災害時に、県災害対策本部下の医療保健班において、調整業務を行い、切れ目の無い医療を提供するために必要な数として、1 年間に 2 名を養成し、6 年間で計 12 名を養成します。
地域コーディネーター数	災害時に、市町災害対策本部の保健医療部門において、調整業務を行い、切れ目の無い医療を提供するために必要な数として、本土医療圏において、医療圏あたり８名、離島医療圏において、医療圏あたり４名の配置を目指します。

図】災害時の医療機関および行政機関の連携イメージ



第１０節-２　災害医療（原子力災害医療）

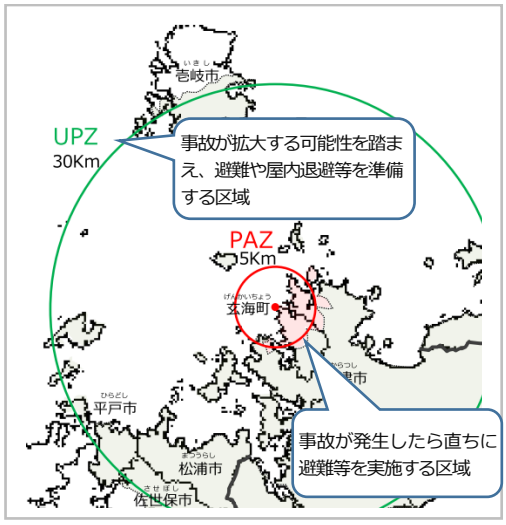
１．原子力災害医療について

●放射性物質や放射線が異常な水準で放出される原子力災害に備えるためには、放射線などの専門的な知識に基づいた医療体制（原子力災害医療体制）を整備する必要があります。

●放射性物質から出る放射線を浴びてしまうことを「被ばく」といいます。放射性物質が皮膚や衣服に付着することを「表面汚染」といい、吸ったり、飲んだり、傷口から吸収することを「内部汚染」といい、これらの違いを明確にし、周知することが重要です。

●原子力災害医療は、原子力災害や放射線事故により、被ばくした又は被ばくの恐れがある傷病者（以下、「被ばく傷病者等」という。）に対する医療であり、通常の救急医療に、被ばく医療、放射性物質による汚染対策が加わったものです。

【図】玄海原子力発電所からの距離



※PAZ：Precautionary Action Zone
※UPZ：Urgent Protective action planning Zone

●放射性物質や放射線は五感で感じることができませんが、感染症等と比較すると、放射線測定器で計測することにより人体への影響を客観的に評価できるため、十分な準備と研修、訓練が行われていれば、医療関係者、住民等の不安を軽減することができます。

●国は、原子力発電所から半径 30km 圏内の地域について、事前に災害対策を講ずるべき区域として定めており、本県では、佐賀県の九州電力玄海原子力発電所の半径 30km 圏内に、松浦市の全域と、佐世保市、平戸市、壱岐市の一部が位置しています。

●また、佐世保市の佐世保港には、アメリカ軍の原子力艦が不定期に入港しており、万が一の事故に備えて、国、県及び佐世保市による定期的な防災訓練を実施しています。

●平成 23 年に発生した東日本大震災では、自然災害と原子力災害が複合した未曾有の災害となり、東京電力福島第一原子力発電所から大量の放射性物質が広範囲にわたって放出されるという事態が生じました。当時の原子力災害医療体制の反省等を踏まえ、平成 27 年 8 月に、原子力災害対策特別措置法に基づく国の「原子力災害対策指針」が全面的に改訂されました。

●本県では、災害対策基本法に基づく「長崎県地域防災計画」において原子力災害対策編を定め、行政や関係団体等の体制を明確にしています。また、災害発生時の具体的な医療活動の手順を定めた「原子力災害医療マニュアル」を定期的に改訂し、実効的な体制の確保に努めています。

●原子力災害医療体制の構築にあたっては、原子力災害発生時における関係機関相互の通信連絡体制の確立、汚染状況の把握、医療活動等の習熟と防災関係機関相互の協力体制の強化を図るとともに、住民の原子力防災に対する理解を深めることが重要になります。

2．本県の現状と課題

（1）原子力災害医療体制

●本県における原子力災害医療体制は下記のとおりです。

【表】原子力災害医療体制とそれぞれの役割

名称	機能	医療機関等
原子力災害拠点病院	・県が国の示した要件に基づき、県内に１～３箇所程度指定する。 ・災害時に、汚染の有無にかかわらず傷病者等を受け入れ、被ばくがある場合には、適切な診療等を行う。また、原子力災害が発生した立地道府県等内において救急医療等を行う「原子力災害医療派遣チーム」を所有する。	長崎医療センター
原子力災害医療協力機関	原子力災害時において行われる診療や立地道府県等が行う原子力災害医療対策等を支援する。	「（3）原子力災害医療協力機関」の表のとおり
高度被ばく医療支援センター	拠点病院では対応できない高度専門的な診療及び支援並びに高度専門教育研修等を行う。	国立大学法人 長崎大学
原子力災害医療・総合支援センター	平時において、拠点病院に対する支援や関連医療機関とのネットワークの構築を行うとともに原子力災害時において原子力災害医療派遣チームの派遣調整等を行う。	国立大学法人 長崎大学
原子力災害医療派遣チーム	拠点病院等に所属し、原子力災害が発生した立地道府県等内において救急医療等を行う。	原子力災害拠点病院等

（2）原子力災害拠点病院

●県は、平成 28 年度において、長崎医療センターを原子力災害拠点病院に指定しました。原子力災害拠点病院は次表の機能を有する、本県の原子力災害医療体制の中核となる病院です。

●県は、原子力災害拠点病院における必要な資機材の整備について支援を行っているほか、医療従事者が研修や訓練へ参加することによって、連携体制を強化しています。

【表】原子力災害拠点病院の主な機能

区分	必要な機能
救急・被ばく医療の診療体制等	・汚染の有無にかかわらず、多発外傷、挫滅症候群、広範囲熱傷等の災害時に多発する重篤な傷病者に対し高度な診療を提供できる体制 ・被ばく傷病者等に対して、線量測定、除染処置を行うとともに、被ばくに対して必要な集中治療等の診療を提供する体制 ・救急医療と被ばく医療を提供する者（チーム）とが連携して対応する体制 ・原子力災害医療協力機関では対応できない被ばく傷病者等の受け入れを行うことや、患者の状態に応じ、他の関係医療機関等に患者を搬送することが可能となる体制 ・他の原子力災害拠点病院等から派遣された原子力災害医療派遣チームの支援を受け入れる際の待機場所や対応の担当者を定めておく等の体制

専門的な人材の配置	・原子力災害医療に関する基礎的な研修、高度・専門的な研修を受講している施設管理者、中核人材の配置 ・救急医療に加え、被ばく医療の専門的な知識及び技能を有する医師や看護師の配置 ・除染処置や、線量評価の基礎的な知識を有し、専門的な知識及び技能を有する者の配置
必要な施設及び設備等	・災害拠点病院に求められる施設、設備に加え、除染室や被ばく傷病者等に対して救急処置等を行う処置室、病室 ・救急医療、災害医療に必要な設備、備品に加え、放射線防護の機器や、被ばく等の線量評価のために必要な放射線測定器、医薬品、除染するために必要な資機材、災害時に利用できる衛星電話、衛星回線インターネットが利用できる環境及び複数の通信手段等
教育研修・訓練の実施、関係機関への支援体制等	・原則として、自施設の全職員（医師、看護師、事務職員等）に対する教育研修の定期的な開催 ・原子力災害医療協力機関の職員等、自施設以外の関係者に対する研修の定期的な開催 ・原子力災害に関係する職員に対する定期的な訓練の実施や県等が実施する訓練への参加 ・県等と協力し、必要な会議への参加等、原子力災害医療協力機関等との連携体制の構築、県等が行う原子力災害対策への協力
原子力災害医療派遣チームの配置等	・原子力災害が発生した場合に、医師、看護師及び放射線防護関係者（診療放射線技師、放射線管理要員等）から構成し、災害医療の知識、技能に加えて、原子力災害、放射線防護の知識を有するチームの保有 ・必要な資機材に加え、放射性物質の放出開始後の活動や、被ばく患者等に対する医療活動も行うことを想定した放射線防護に必要な資機材等の保有

（3）原子力災害医療協力機関

●県は、原子力災害医療に協力する機関を、「原子力災害医療協力機関」として積極的に募集し、登録（リスト化）しています。

●原子力災害医療協力機関は、医療機関、医療機関以外の機関（研究所、職能団体、民間企業等）を含め幅広く募集するため、それぞれの機関からどのような協力を得ることができるかを明確にする必要があります。

●災害時において、主に原子力発電所から 30km 圏内の住民に対する初期被ばく医療を提供する医療機関や救護所等への医療従事者の派遣等の役割を果たします。

●原子力災害医療協力機関は、下記の項目のうち、一項目以上を実施することとします。

（A）被ばく傷病者等の初期診療及び救急診療を行えること。
（B）被災者の放射性物質による汚染の測定を行えること。
（C）「原子力災害医療派遣チーム」を保有し、その派遣体制があること。
（D）救護所への医療チーム（又は医療関係者）の派遣を行えること。
（E）避難退域時検査実施のための放射性物質の検査チームの派遣を行えること。
（F）立地道府県等が行う安定ヨウ素剤配布の支援を行えること。
（G）その他、原子力災害発生時に必要な支援を行えること。

【表】原子力災害医療協力機関

医療機関名	上記のA－Gの機能						
	A	B	C	D	E	F	G
佐世保市総合医療センター	○	○	○	○	○	○	○
長崎労災病院	○			○	○	○	○
松浦市立中央診療所	○						○
平戸市民病院	○	○				○	○
長崎県壱岐病院	○						
長崎川棚医療センター	○						

※最新の協力機関の一覧は、県の「原子力災害医療」のホームページをご覧ください。

（4）高度被ばく医療支援センター及び原子力災害医療・総合支援センター

●国は、平成 27 年に高度被ばく医療支援センターを 5 施設、原子力災害医療・総合支援センターを 4 施設それぞれ指定しました。国立大学法人長崎大学も指定を受け、九州の原子力発電所立地県等をその所管としています。

●高度被ばく医療支援センターは、災害時における原子力災害医療拠点病院等が対応できない被ばく患者の受入れや、防災、医療関係者への支援を行います。また、原子力災害医療・総合支援センターは、災害時の原子力災害医療派遣チームの派遣調整や、平時における原子力災害拠点病院に対する研修や訓練等を実施します。

●県は、長崎大学と連携し、本県の原子力災害医療体制のあり方や体制構築のための情報共有を行っています。

【表】高度被ばく医療支援センターの主な機能

区分	必要な機能
被ばく医療の診療体制等	・長期的かつ専門的治療を要する内部被ばく患者の診療及び長期経過観察を行う体制 ・除染が困難であり、二次汚染等を起こす可能性が大きい患者の診療が提供できる体制 ・原子力災害拠点病院等での診療に、専門的助言を行う体制 ・原子力災害拠点病院等の被ばく傷病者等に対して、高度専門的な評価を行う体制 ・原子力災害拠点病院等で対応できない高線量外部被ばく患者や内部被ばく患者の受け入れ、専門的治療を提供できる体制
人材の配置	・原子力災害医療の基礎的な研修や高度・専門的な研修を受講している施設管理者の配置 ・高度被ばく医療支援センターとしての診療について、専門的な知識及び技能を有する医師、看護師の配置、線量評価、除染処置の専門的な知識及び技能を有する者の配置
必要な施設及び設備等	・原子力災害拠点病院に求められる機能に加え、被ばく傷病者等の長期観察、入院治療等が行える病室等及び教育研修・訓練の実施に必要な施設 ・内部被ばくの詳細な線量評価・測定に必要な体外計測機器及び資機材
教育研修・訓練の実施、関係機関への支援体制等	・自施設の職員（医師、看護師、事務職員等）に対する教育研修の定期的開催 ・汚染拡大防止措置、放射線防護対策、被ばく線量評価等に関する高度・専門的な教育研修を行う体制 ・原子力災害医療拠点病院の中核人材等に対し、高度・専門的な教育研修を行う体制 ・原子力災害医療派遣チームに必要な高度・専門的な教育研修を行う体制 ・原子力災害に関係する職員に対する定期的な訓練の実施や国又は県等が開催する訓練への参加 ・原子力災害拠点病院が実施する訓練に対する助言・指導

災害対応チームの配置等	・国又は県等の要請に基づき、防災関係者や医療関係者等に対して個人防護、作業環境の放射線測定、被ばく患者の線量評価・診療等に関する指導、助言、援助等を行うため、必要な人材、資機材を備えたチームの配置
その他	・原子力災害時に、国又は立地道府県等からの要請により被ばく医療に関する専門家を派遣する体制 ・関係機関の協力による、原子力災害医療の事例等に係るデータの収集 ・内部被ばくを含め原子力災害、放射線被ばく等に関する研究

【表】原子力災害医療・総合支援センターの主な機能

区分	必要な機能
原子力災害医療派遣チームの派遣調整	・原子力災害時に、発生県等からの要請に基づき、発生した県等以外から派遣される原子力災害医療派遣チームの派遣調整、現地情報の提供等の活動支援 ・平時における原子力災害拠点病院、派遣チームの情報収集、関係者との情報共有
人材の配置	・原子力災害医療の基礎的な研修や高度・専門的な研修を受講している施設管理者の配置 ・原子力災害医療派遣チームの派遣調整、活動支援等に必要な人員、平時における原子力災害拠点病院、原子力災害医療派遣チームの情報収集、情報共有するために必要な人員
必要な施設及び設備等	・被災地域以外からの「原子力災害医療派遣チーム」の派遣調整に必要な設備 ・原子力災害拠点病院等との通信ネットワーク設備 ・確実な派遣実施のため、被災地域からの通信が可能な衛星回線等の通信機器を装備した車輌（有していることが望ましい）
教育研修・訓練の実施、関係機関への支援体制等	・自施設における、定期的な派遣調整訓練 ・原子力災害拠点病院からの要請による派遣訓練に対する助言・指導 ・国又は県等からの要請による、国又は県等が開催する訓練への参加
診療体制・人材の配置・施設及び設備・原子力災害医療派遣チームの配置	原子力災害拠点病院の要件に加えて次の機能を満たすこと ・被ばく傷病者に対応可能な高度救命救急センターの診療（骨髄移植や重症熱傷等の診療を含む）機能 ・原子力災害拠点病院で対応できない高線量被ばく傷病者の受け入れ、専門的治療体制 ・原子力災害拠点病院等での診療に専門的助言を行う体制 ・教育研修・訓練の実施に必要な施設、高線量被ばく傷病者の診療に必要な無菌室等
関係機関への支援体制等	・原子力災害医療派遣チームが派遣先で活動するために必要な高度・専門的な教育研修・指導 ・原子力災害拠点病院に対するネットワーク構築のための研修、指導、助言 ・関連医療機関との全国的な連携・協力体制が平常時より構築され、全国規模の原子力災害医療関係者による情報交換等のための会合の定期的開催 ・原子力災害拠点病院等の「原子力災害医療派遣チーム」の派遣調整のため、平時から、全国規模の連携・協力体制のネットワークの構築 ・原子力災害時に、国及び立地道府県等からの要請により専門家を派遣する体制

（5）原子力災害医療派遣チーム

●国は、平成 29 年 3 月、「原子力災害医療派遣チーム」の活動要領を定めました。原子力災害医療派遣チームは、汚染のある患者に対する救急医療等の提供など、被災地の原子力災害医療拠点病院における活動を基本とします。また、派遣先の原子力災害拠点病院で対応できない被ばく傷病者等が発生した場合には、高度被ばく医療支援センター等へ搬送する際の搬送支援を行います。

●原子力災害医療派遣チームは、国指定の原子力災害医療・総合支援センター（長崎大学）、県指定の原子力災害拠点病院（長崎医療センター）においては必ず配置することとなっており、その他、原子

力災害医療派遣チームの保有が可能な原子力災害医療協力機関の登録を進める必要があります。

●原子力災害医療派遣チームは４名以上で、必要な知識、技能を保有する医師、看護師、放射線防護関係者から構成され、チーム編成の方針、初動時の対応など、派遣調整にあたる担当者等を含め、派遣候補者を院内であらかじめ定めることが望まれます。

●原子力災害医療派遣チームは非被災立地道府県からの受入れを基本とするため、活動拠点となる原子力災害拠点病院における支援受入れ体制の整備、受入れ後の運用体制の検討が必要です。

●長崎大学は、平時において、派遣調整に係る教育・研修、訓練、医療ネットワークの構築を図るほか、要領に沿って、災害時の体制を整備することが求められます。

（6）原子力災害発生時の対応

●県では、長崎県地域防災計画において、原子力災害発生時の対応を定めており、原子力災害の発生時には、県災害対策本部と現地災害対策本部（県北振興局等）を設置します。災害対策本部には、国、地方公共団体、医療機関等の間の情報交換、連携を円滑に実施するための調整を行う「原子力災害医療調整官」を置き、県北振興局の現地対策本部には「緊急医療本部」を設置します。

●原子力災害医療調整官は、災害時において、医療関係者の支援を受けつつ、傷病者の搬送先の指示等の対応を行うほか、原子力災害医療・総合支援センターと連携し、必要に応じて、県内や他の立地道府県等に対して原子力災害医療派遣チームの派遣要請を行い、原子力災害拠点病院等へ派遣します。

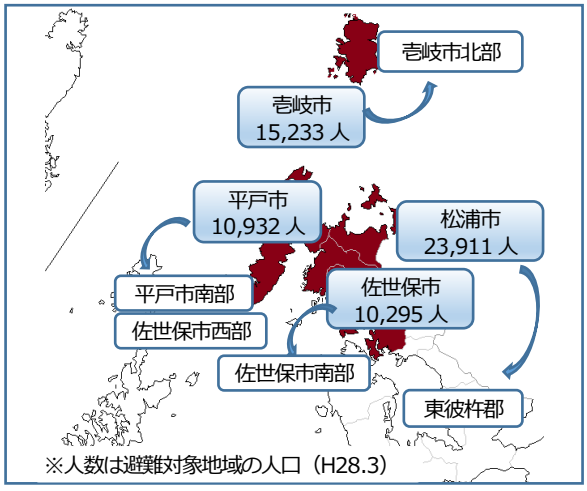
●災害により放射性物質の放出が確認され、一定の基準に達すると、国の指示により 30km 圏内の住民を対象に避難（一時移転）が行われます。県は、市町が設置する避難所への人的、物質的支援を行うほか、原子力災害医療を提供するための救護所を設置します。住民が円滑に避難することができるよう、救護所において、放射線測定器による避難住民の汚染状況の確認、汚染等があった場合の拭き取り等の簡易的な除染、健康不安を取り除くための健康相談や保健指導を行います。

●災害時には、避難所等において診療が必要となる患者のほか、放射線による身体への影響や生活に関する不安を抱き、正確な情報を求める方が増えることが予想されます。また、災害避難が長期的になることも想定されます。

●このため、原子力災害に関する正確な情報の提供や、避難住民の心のケアを行うための、専門的機関との連携が求められます

●玄海原子力発電所より 30km圏内には、入院患者がいる医療機関が 21 箇所あり、あらかじめ災害時における避難計画を策定しています。計画に沿って、医療機関においては入院患者の搬送、県は消防、自衛隊等と連携した救急搬送の支援や受入先医療機関の調整等を行います。

【図】玄海原子力発電所における原子力災害発生時の避難計画（平成 28 年 11 月　内閣府「玄海地域の緊急時対応」資料より）



■ 原子力防災訓練（原子力災害医療訓練）

・原子力防災訓練は毎年 1 回、佐賀・福岡両県と合同で開催しています。県の危機管理課が中心となって、関係各課、県の地方機関、市町、自衛隊等の関係機関との連携のもと、災害時の情報伝達、住民の搬送訓練、放射線の測定訓練、そして原子力災害医療訓練を実施しています。
・平成 29 年度は国の原子力総合防災訓練と合同で行い、県、市町、関係機関から 148 人（全体約 2,000 人）が参加しました。4 箇所の救護所を設置、避難住民への対応訓練を行ったほか、傷病者の搬送処置訓練、入院患者の搬送シミュレーション等を行いました。

（7）安定ヨウ素剤の配布

●災害時に放射性物質の一種である「放射性ヨウ素」が放出され、呼吸や飲食物を介して人体に取り込まれると、甲状腺に集積し、放射線被ばくの影響により数年から数十年後に甲状腺がん等を発生させる可能性があることが分かっています。

●「安定ヨウ素剤」を服用し、あらかじめ甲状腺をヨウ素※で満たしておくことで、危険性を低下させることができます。安定ヨウ素剤の服用は、その効果が服用の時期に大きく左右されることや、副作用の可能性もあることから、医療関係者の指示により適切に実施する必要があります。

※甲状腺がんや安定ヨウ素剤の詳しい内容については、県医療政策課の「原子力災害医療体制」のホームページをご覧ください。

●市町では、災害発生時に迅速に住民への配布を行うため、玄海原子力発電所より 30km 圏内を中心に安定ヨウ素剤を備蓄しており、県も支援しています。また、松浦市の鷹島・黒島地区においては、平成 27 年度に県薬剤師会等の協力のもと事前配布を行い、以後 3 年ごとに更新を行っていきます。なお、佐世保市においても、原子力艦の事故に備え、安定ヨウ素剤を備蓄しています。

●平成 28 年度からは、乳児が服用しやすくするため、新たに製品化された「ゼリー剤」の購入、備蓄を行っています。

【表】市町別の備蓄状況（平成 29 年 9 月現在）

市町	配備場所数	丸剤	散剤	新生児用ゼリー	乳児用ゼリー
		人数	人数	人数	人数
松浦市 (波佐見、川棚、東彼杵町を含む)	44	77,500	31,500	500	1,800
平戸市	13	27,500	2,250	80	300
佐世保市	22	25,500	3,000	220	900
壱岐市	33	59,000	24,750	500	1,800
合計	112	189,500	61,500	1,300	4,800

※丸剤は 1 人 2 丸、散剤は 1 人 30g で換算しています。

3．施策の方向性

（1）原子力災害医療機関の整備・充実

●県は、放射線の測定器や災害時の通信手段など、原子力災害医療機関において必要な資機材の整備充実を図ります。

●県は、関係者の意見を聞いたうえで、原子力災害拠点病院の追加指定について検討を行います。

●県は、原子力災害医療協力機関の登録（リスト化）を継続して行うほか、その立地場所や医療機能を考慮したうえで、役割の明確化を図ります。

●長崎大学は、高度被ばく医療支援センター及び原子力災害医療・総合支援センターとして必要な人材の育成、資機材の整備、研修等を行うほか、国や県と連携し、本県の原子力災害医療体制の機能向上を図ります。

●原子力災害拠点病院は、必要な人材の育成、資機材の整備、研修等を行うほか、自院における原子力災害医療派遣チームの確保、育成を行います。

（2）原子力災害医療従事者の育成

●県が毎年実施する「長崎県原子力防災訓練」において医療訓練を実施し、幅広い行政関係者等が原子力災害医療に対応できるよう、また、より効果的、効率的な体制を構築するため、評価及び見直しを行います。

●長崎大学は、原子力災害拠点病院の医療関係者に対する研修や、原子力災害医療派遣チームに関する研修等を実施し、国や県と連携しながら、本県の原子力災害医療に関わる人材の確保を図ります。

●県内の原子力災害医療関係者は、長崎大学による研修や国及び関係機関が開催する研修、訓練に積極的に参加します。

●県は、研修や訓練により、県医師会、県薬剤師会、県診療放射線技師会等の関係者との連携を強化します。

（3）効果的な連携体制の構築

●「長崎県原子力防災訓練」では、原子力災害医療体制に定める関係医療機関、関係団体に加え、公的医療機関や自衛隊、九州電力等に積極的な参加を求め、災害時に迅速に対応する体制を構築します。

●新たな事故や災害の発生等に伴い、国の原子力防災指針の改定や県の地域防災計画の見直しが想定されるため、原子力災害医療の専門家、地元自治体、消防関係者が参加する「長崎県原子力災害医療ネットワーク検討会」を定期的に開催し、県の原子力災害医療体制に関する検討を行います。

●長崎県原子力災害医療ネットワーク検討会の検討結果に基づき、「長崎県原子力災害医療マニュアル」を必要に応じて見直すとともに、マニュアルに基づく訓練を実施し、その実効性の向上を図ります。

●県は、県立保健所の職員を中心として、原子力災害医療に関する知識を深めるとともに、災害時に多くの職員が対応できるよう、行政職員の育成を図ります。

●県と市町及び原子力災害医療関係機関は、防護服・マスク・手袋、ポケット線量計など医療従事者の基本的な装備品、救護所における除染のための設備のほか、放射線測量器などの資機材を早期に整備し、定期的な線量校正を行うなど、適正な維持管理に努めます。

●県は、研修や訓練等により、災害時の心のケアを行う保健師の技能向上を図るほか、「災害派遣精神医療チーム（ＤＰＡＴ）」※との連携を図ります。

※被災地に派遣するため、精神科医師、看護師、業務調整員等から構成されるチーム。詳細は「第 10 節-1 災害医療」をご覧ください。

●原子力艦の原子力災害について、適切な情報提供が行われるよう国への要請を行うとともに、定期的に実施する防災訓練等により、県と市、関係機関の連携体制を強化します。

●県は、安定ヨウ素剤の計画的な購入を行うほか、市町と連携し、住民に円滑に配布できるよう、効果的な備蓄体制を構築します。

●入院患者が円滑に避難できるよう、医療機関が策定する避難計画に基づき、患者の搬送訓練を行うことで、計画の実効性の向上をはかります。

●原子力災害だけでなく、自然災害等との複合災害が懸念されることから、医療機関や避難所等の情報収集や情報伝達において、「広域災害・救急医療情報システム（ＥＭＩＳ）」※等ＩＣＴシステムの活用を図ります。

※インターネットを利用して、災害時において患者の医療機関受診状況やライフラインの稼動状況、避難所の状況等の情報を共有するシステム。詳細は「第 10 節-1 災害医療」をご覧ください。

４．成果と指標

（1）成果と指標

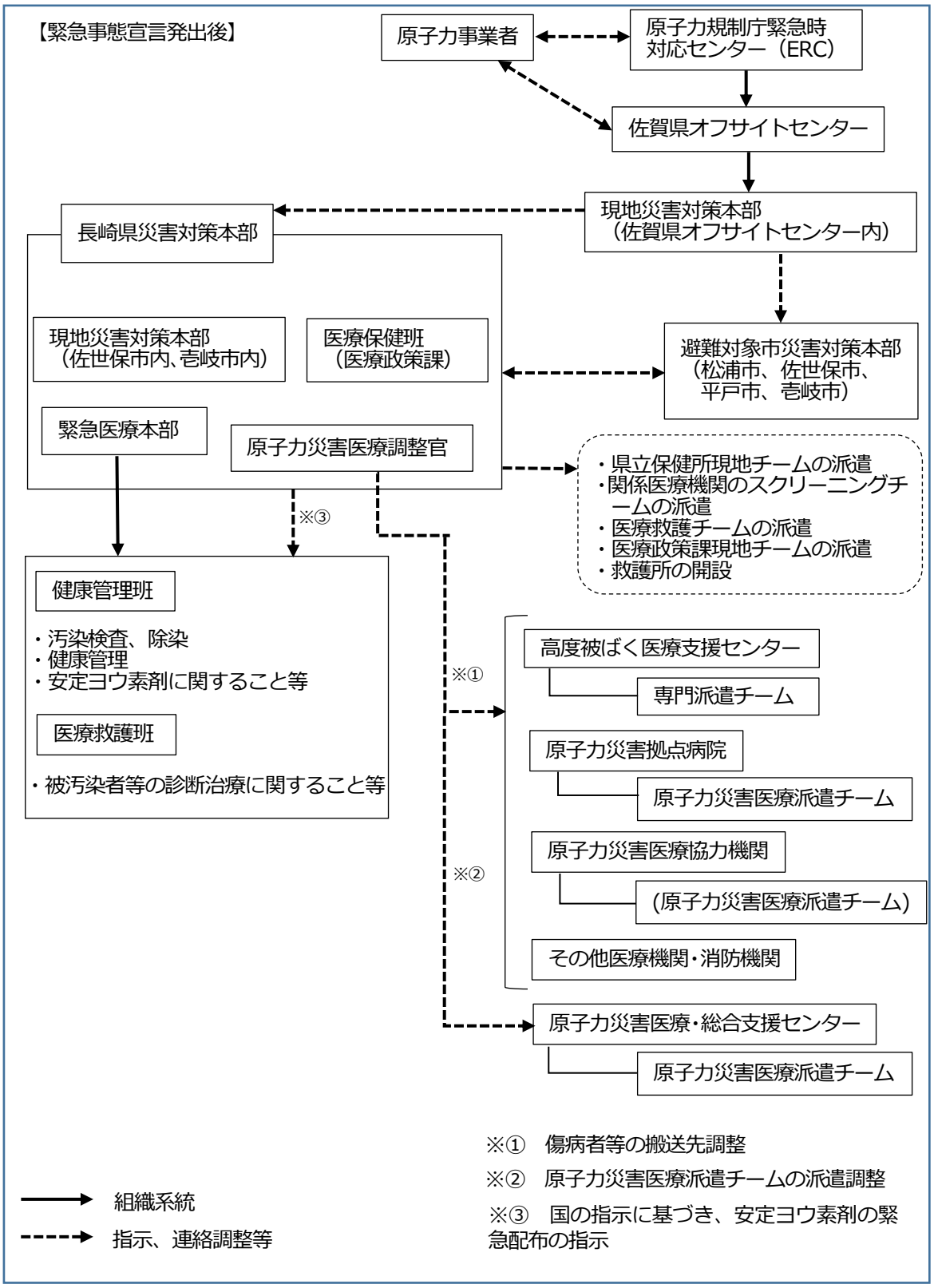
施策の成果	指標	直近の実績	（目標）2023 年
災害発生時において活動の中心となる医療機関や拠点を整備すること	原子力災害医療協力機関	6 機関（2017 年）	10 機関
	安定ヨウ素剤の事前配布率（配布済人数/事前配布対象地域住民数）	53.6%（2017 年）	53.6%以上
	原子力災害拠点病院の数	1 病院（2017 年）	2 病院
災害発生時において活動の中心となる人材を確保すること	原子力災害医療関連研修の参加回数（県で把握しているもののみ）	8 回（2017 年）	9 回以上

（2）指標の説明

指標	説明
原子力災害医療協力機関	従来の初期被ばく医療機関（６箇所）に加え、関係団体と協議を行うこととしています。 ※出典：県の医療政策課調べ
安定ヨウ素剤の事前配布率	PAZ（原子力発電所から半径 5km 圏内）に準じた区域である松浦市鷹島、黒島地域住民への安定ヨウ素剤の事前配布率を向上させます。 ※出典：県の医療政策課調べ

原子力災害拠点病院数	県内に新たな原子力災害拠点病院の設置を目指します。 ※出典：県の医療政策課調べ
原子力災害医療関連研修	より多くの研修に参加し、災害の際に活動できる人材を確保します。 ※出典：県の医療政策課調べ

【図】原子力災害時における緊急体制のフロー図



第 11 節　在宅医療

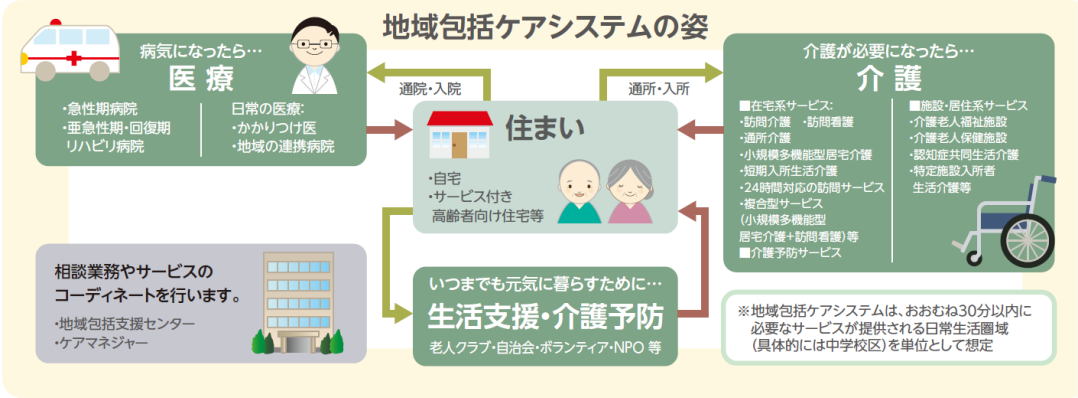
1．在宅医療について

●多くの県民は、病気になっても、住み慣れた自宅や地域で自分らしい療養生活を送ることを望んでいます。高齢化の進展に伴い疾病構造が変化し、何らかの病気を抱えながら生活をすることが多くなる中で、「治す医療」から「治し、支える医療」の充実が求められています。

●「在宅医療」は、住み慣れた自宅や地域で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムに不可欠な構成要素です。また、今後増大する慢性期の医療ニーズに対し、在宅医療はその受け皿として、看取りも含む医療提供体制の基盤のひとつとして期待されています。

■ 地域包括ケアシステム

・地域包括ケアシステムとは、地域において「住まい」を中心に医療・介護・予防・生活支援が切れ目なく一体的に提供される体制をいいます。高齢化に伴い増加する慢性的な疾患を抱えた患者、認知症の患者等に対応するため、市町や県が地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です。
・また、その体制づくりにあたっては、医師、歯科医師、看護師、薬剤師及び介護関係者等、患者に関わる多職種が、迅速に情報を共有し、切れ目のない支援を行うことが不可欠です。



2．本県の現状と課題

（1）在宅医療を取り巻く環境

●高齢化の進展により、要介護(要支援)認定者や認知症患者が大幅に増加しており、今後さらに自宅や施設など、地域において疾病や障害を抱えながら生活を送る方が増えることが予想される中、入院医療だけでなく、在宅医療を充実させることで、地域で安心して療養できる体制の整備を進めていく必要があります。

●平成 27 年の国民生活基礎調査によると、要介護状態に至る主な原因疾患は、脳血管疾患が約 21%、認知症が約 15%、関節疾患が約 11%、老衰が約 14%となっています。また、本県の認知

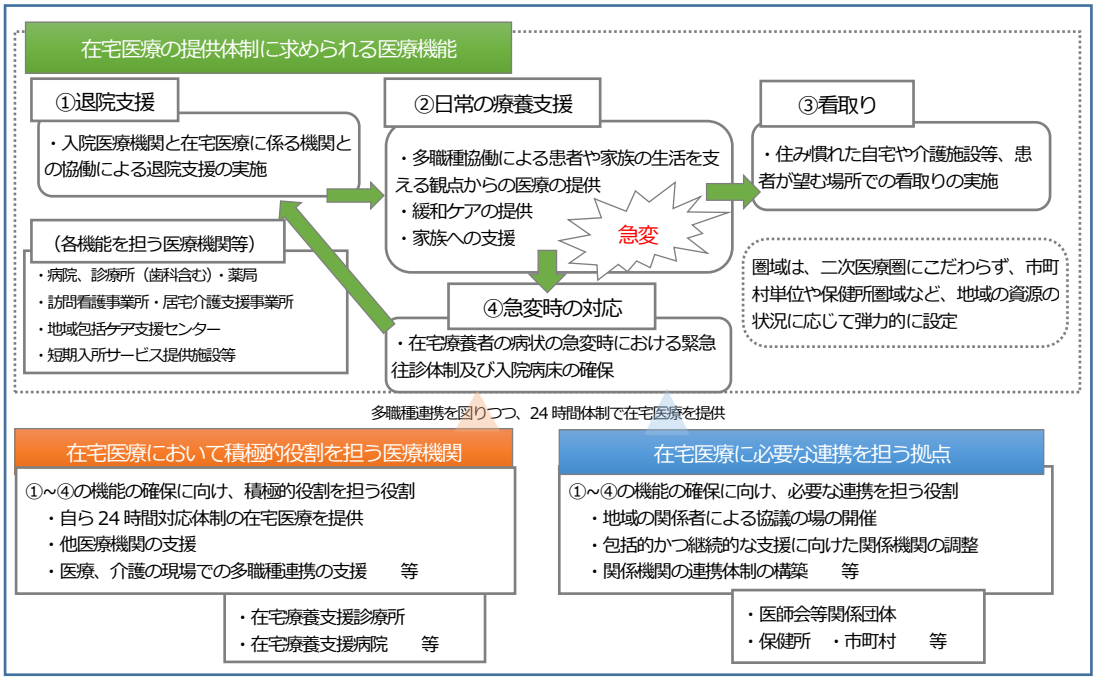
症高齢者は、平成 27 年の６万４千人から、平成 37 年には８万４千人に増加すると推計されています。

●また、医療技術の進歩等を背景として、退院後も人工呼吸器や胃ろう等を使用し、痰の吸引や経管栄養などの医療的ケアを受けながら日常生活を営む小児や若年層の患者が増加しています。精神疾患を抱える患者を地域で支えていく取組を含め、こうした在宅医療ニーズの多様化への対応も必要になっています。

（２）在宅医療の提供体制

●在宅医療は、「退院支援・調整」、「日常の療養生活の支援」、「急変時の対応」、「在宅での看取り」の４つの機能に分け、提供体制の整備を図っています。

【図】在宅医療の提供体制に求められる医療機能



※出典：厚生労働省資料より

ア）退院支援

●人工呼吸器を装着した患者など、退院後も引き続き何らかの医療処置が必要な患者について、退院後の医療の継続性、退院に伴う心理的、社会的な課題への対応のため、入院後早期から退院後の療養生活を見据えた支援が重要となります。

●適切な退院支援を行うことにより、自宅で療養できる患者の増加や、早期退院、患者や家族の家庭での生活の質の向上等が期待できます。医療機関における退院支援担当者の配置や退院後の医療、介護サービスを担当する関係者を含めた多職種による退院前カンファレンス等の実施が重要になります。

●退院支援担当者を配置している病院の数は、平成 26 年には 61 箇所となっており、これは精神科病院を除くすべての病院の 48%にあたり、全国平均並みとなっています。医療機関において退院支援を行う退院支援担当者のさらなる確保が必要です。

●近年は、多職種が参加する退院前カンファレンスも増加していますが、市町に対する調査結果によると、一部において関係者の参加が十分でない地域も見られます。全ての関係者が参加しやすい環境づくりを進めるとともに、入退院情報共有シート等の効率的な情報共有の仕組みづくりが必要です。

●退院後、口腔の状態が悪くなり、食事が十分にとれず、状態が悪化して再入院となるケースが増加しています。退院後も適切な口腔ケアが受けられるよう、入院時からの口腔ケアと退院時の医科と歯科の情報共有が必要です。

イ）日常の療養生活の支援

●日常の在宅における療養生活を支えるためには、主治医や、その指示に基づき日常の医療処置を行い、家族も含めた療養生活の相談を受ける訪問看護事業所の看護師をはじめ、口腔機能の維持・向上を行う歯科医師や歯科衛生士、服薬指導を行う薬剤師、栄養指導を行う管理栄養士やリハビリ指導を行うリハビリ専門職及びケアマネージャー等の介護専門職など、多職種が相互に連携しながら患者や家族をサポートすることが重要です。

●病院、診療所を対象とした国の調査では、在宅医療を実施するうえで、特に大変なこととして、74%が 24 時間対応の困難さを挙げており、これは、在宅医療の多くが診療所を中心とした小規模な組織体制で提供されていることが主な要因と考えられるため、24 時間対応、急変時の対応及び看取りを行うための連携体制の構築が必要とされています。

●訪問看護事業所数は、平成 24 年の 80 箇所から平成 29 年においては 101 箇所と増加していますが、地域偏在があるほか、小規模の事業所が多いため、経営基盤が不安定になる場合があります。

●訪問診療を行う医師や訪問看護を行う看護師の高齢化が進んでおり、医師や看護師の負担軽減や人材確保が課題となっています。

【表】市町別の在宅医療資源の状況

市町	訪問看護事業所数（※１）			訪問診療を行っている医療機関数（※２）	在宅療養支援診療所数（※３）	在宅療養支援病院数（※３）
	実数	看護師数	１箇所あたり看護師数			
長崎市	44	207.40	4.71	184	141	8
佐世保市	11	54.60	4.96	65	42	2
島原市	4	22.40	5.60	12	9	1
諫早市	10	39.50	3.95	47	44	2
大村市	5	24.20	4.84	27	26	1
平戸市	3	7.80	2.60	10	2	1
松浦市	3	9.60	3.20	5	1	0
対馬市	2	5.30	2.65	5	0	0
壱岐市	2	14.20	7.10	10	5	1
五島市	4	18.70	4.68	12	2	1
西海市	1	2.80	2.80	9	2	0
雲仙市	3	12.50	4.17	15	9	0
南島原市	3	12.80	4.27	9	6	2
長与町	2	13.10	6.55	13	10	1
時津町	0	0	0	12	8	1
東彼杵町	1	4.00	4.00	3	1	0
川棚町	1	3.50	3.50	4	0	0
波佐見町	1	3.20	3.20	6	6	0
小値賀町	0	0	0	0	0	0
佐々町	0	0	0	4	2	0
新上五島町	1	4.70	4.70	4	0	0
県全体	101	460.30	4.56	456	316	21

※出典：（１）介護サービス施設・事業所調査（H29.4.1）　（２）国のＮＤＢ（平成 27 年度）　（３）厚生局調 H28.3.31

■ 訪問看護師の育成、確保を図るための取組

・県は、県看護協会や長崎大学病院とともに、訪問看護師の育成、確保を図るため、訪問看護の段階に応じた研修や専門技術研修、県内で共通して活用できるサマリー様式の整備による情報共有の仕組みづくり、複数の事業所による協力体制の構築に向けた取組等を行っています。

●在宅における口腔ケアが、誤嚥性肺炎の発症予防につながるなど、口腔と全身との関係が広く指摘されており、医療機関やケアマネージャー等日常療養を支援する多職種の連携をさらに推進していくことが必要です。また、訪問歯科診療を行う歯科医師の確保も必要です。

■ 在宅歯科医療を推進するための取組

・県は、県歯科医師会が設置する地域歯科医療連携室において、病院や施設に入院、入所している高齢者等に対し、歯科衛生士を派遣し、口腔機能の状態をチェックするとともに、関係者に対して口腔ケアに必要な指導及び助言を行っています。また、かかりつけ歯科医、施設協力歯科医と連携して、継続した口腔機能管理を行うことで、誤嚥性肺炎等の疾病予防を図る取組を進めています。

●患者の自宅等を訪問し、薬の保管や、服薬に関する理解不足、飲み忘れなど、薬剤の管理指導を行う薬局は、51 箇所あります（平成 27 年）。医療保険による在宅患者訪問薬剤管理指導と、介護保険による居宅療養管理指導により行われています。

●「かかりつけ薬剤師」として、患者の服薬情報を一元的且つ継続的に把握することや、それに基づく薬学的管理・指導を行うことが求められていますが、地域の薬局では、薬剤師が一人の所が多く、在宅への訪問を行うことが困難であることが指摘されており、訪問薬剤管理指導を行う薬剤師の確保が必要です。

【表】市町別の施設等の状況

市町	介護保険施設（※1）			在宅療養支援歯科診療所数（※2）	在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設数（※2）
	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設		
長崎市	32	17	9	55	33
佐世保市	20	11	12	20	5
島原市	5	2	2	9	0
諫早市	8	5	9	10	3
大村市	3	2	2	9	3
平戸市	4	3	1	1	0
松浦市	3	1	4	1	0
対馬市	6	2	0	1	4
壱岐市	3	2	1	2	0
五島市	7	3	0	3	0
西海市	4	2	0	1	0
雲仙市	2	3	3	3	0
南島原市	6	4	2	6	0
長与町	2	1	0	7	3
時津町	1	3	1	2	0
東彼杵町	1	1	1	1	0
川棚町	1	0	0	3	0
波佐見町	1	0	1	2	0
小値賀町	1	0	0	0	0
佐々町	2	1	0	2	0
新上五島町	5	2	0	0	0
県全体	117	65	48	138	51

※出典：(1) 県の長寿社会課調べ H29.4.1 現在　(2) 国 NDB（平成 27 年度）

■ 長崎在宅 Dr.ネット

・県内で在宅医療に取り組んでいる代表的な団体として、「認定ＮＰＯ法人長崎在宅Ｄｒ．ネット」があります。同法人は、平成 15 年３月に、病院と診療所、診療所同士の連携を推進することを目的として発足し、長崎市及び周辺の開業医が中心となって、地域医療の連携に取り組んでいます。具体的には、自宅療養を希望する入院患者に対し、主治医・副主治医の複数の担当医師を紹介し、24 時間対応の在宅医療を実現しており、これからの在宅医療の一つのあり方を示しています。

ウ）急変時の対応

●自宅での療養が困難な理由の一つに、急変時の対応に関する不安や家族への負担が挙げられています。こうした不安や負担の軽減が、在宅での療養を継続するための重要な課題です。そのため、24 時間対応が可能な連携体制や、病院や有床診療所における緊急時の入院受入れといった後方支援体制の構築が必要です。

●本県において、往診を実施している診療所・病院数は、679 箇所です。人口 10 万対 48.0 箇所で、全国的に見ると多い方ですが、地域差があります。また、24 時間体制をとっている訪問看護事業所の従事者数は、人口 10 万対 33.3 人で全国並みですが、各市町間では 0 人から 186.2 人と、地域差がみられます（平成 27 年）

●急性期機能が長崎市、佐世保市などの都市部に集中しており、地域によっては、救急搬送に 1 時間程度必要となっています。

●高度急性期病院の救急搬送受け入れにおいて、がん末期など人生最終段階における医療の割合がかなり高くなっています。入院の長期化に対応するため、施設等での看取りを充実するなど、在宅医療体制の整備を進め、機能を分担する必要があります。

●ショートステイは主に施設で行なわれていますが、医療的ケアへの対応が難しく、空床があっても受入れできないケースがみられます。また、一時的な利用であることから、生活支援が中心となっており、退所（退院）後の自宅等での生活を見据えたリハビリテーションや口腔ケア等の提供が必要です。

●日頃から在宅医療を行う診療所等と患者の情報を共有し、緊急時の円滑な入院受入れを行なう在宅療養後方支援病院は、県内に 6 箇所あります。200 床以上の病院が指定されることとなっており、訪問診療を行なう医師の負担を軽減し、在宅医療の連携拠点のひとつとしての役割を果たすため、二次医療圏で後方支援病院の充実が必要です。

エ）看取り

●在宅医療においては、患者や家族の療養生活の質の維持向上を図るとともに、患者本人や介護を行う家族に対し、事前に十分な情報提供を行い、人生の最終段階で出現する症状について、理解を求めながら、患者や家族が希望した場合には、最期を「看取る」ことができる医療・介護体制の構築が求められています。

●本県の死亡場所別の割合を見ると、自宅での死亡割合は、平成 7 年は 13.9%でしたが、平成 19 年に 8.6%までいったん減少した後、平成 27 年には 9.4%と、やや増加に転じています。介護保険施設や有料老人ホーム等の施設を含めた医療機関以外での死亡割合（在宅死の割合）は、平成 23 年の 15.6%から、平成 27 年には 18.4%と増加しています（人口動態調査）。

●在宅医療関係者に対する、看取りに関する知識や人生の最終段階における医療に関する研修、看取りの事例を多職種で共有する機会の設定、施設等における看取りへの支援等が必要です。

（3）在宅医療・介護の連携

●地域医療構想による病床の機能分化･連携に伴う、在宅医療等の追加的需要や高齢化の進展により増大する医療ニーズと介護ニーズ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人生の最後まで続けられるよう、地域における医療・介護の関係機関及び市町等が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要です。

●地域で医療・介護に携わる多職種が機能的に連携するためには、医療、介護、福祉の区分や県と市町の二段構造を取り払い、医師会・歯科医師会・薬剤師会・看護協会・栄養士会・理学療法士会等の関係団体、医療機関、訪問看護事業所、地域包括支援センター、在宅医療の連携拠点、介護サービス施設等も含めた地域全体の「在宅療養力」の結集が最も重要です。

●平成 27 年度の介護保険制度の改正に伴い、介護保険事業の一つとして、市町による「地域支援事業（介護予防・日常生活支援、認知症施策推進、生活支援体制整備等）」の取組が始まっており、その中で、身近な地域において切れ目のない在宅医療と介護を提供するため、医療と介護の連携体制の構築を図る「在宅医療・介護連携推進事業」を実施しています。

●市町においては、地域住民の在宅医療等に関する相談に対応するための相談窓口や、在宅医療・介護連携に関する検討を行う、地域の医療・介護の関係者で組織する協議体として在宅医療連携協議会等の設置が必要ですが、設置できていない市町があり、今後、既存の相談窓口や協議体の活用を含め、整備していく必要があります。

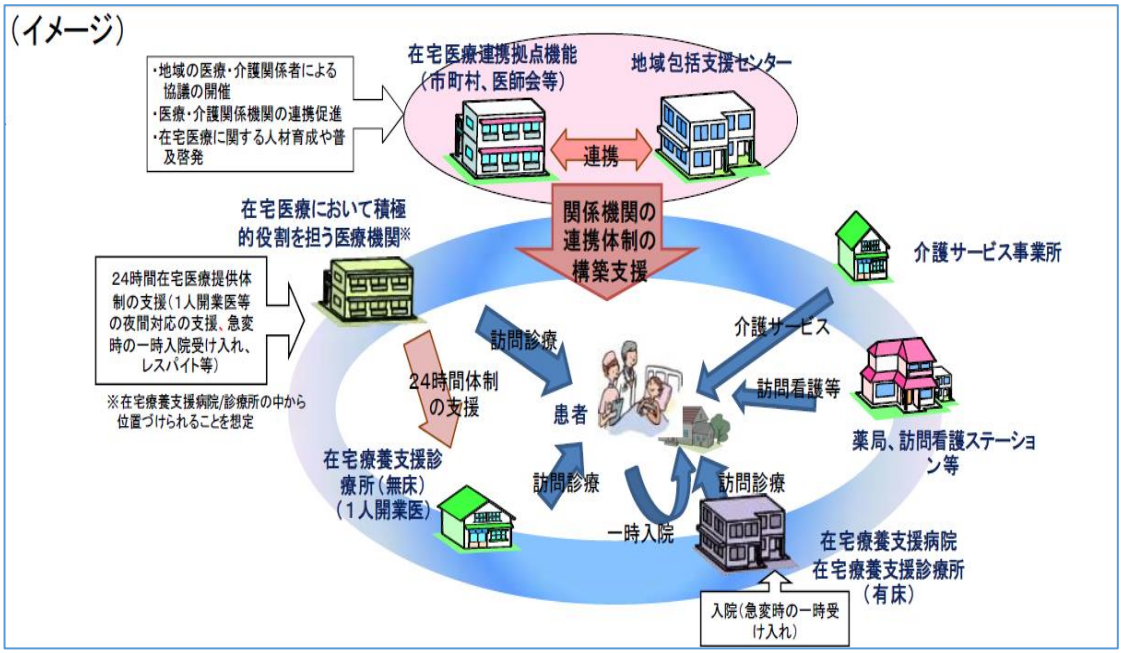
●高齢者等の医療情報を共有する手段として、あじさいネット※が医療機関や薬局を中心に運用されていますが、在宅での医療や介護を担う居宅介護支援事業所、訪問看護事業所等での活用が十分でないため、ネットワークの輪を拡大していくことが必要です。

※あじさいネットについては、第５章第２節「医療分野の情報化」をご覧ください。

●在宅医療を切れ目なく提供する体制を構築するためには、地域の実情に応じて、病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等の関係団体、保健所、市町等のいずれかを在宅医療に必要な連携を担う拠点として整備することが必要ですが、現状では、医師会の協力により設置している大村市や島原市など一部の地域にとどまっています。

●在宅医療に必要な連携を担う拠点においては、次の目標、役割が求められます。

（1）目標
・多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図ること
（2）役割
・地域の医療及び介護、障害福祉関係者による協議の場を定期的に開催し、在宅医療における連携上の課題の抽出及びその対応策等を検討すること
・地域の医療及び介護資源の現状等を把握し、地域包括支援センター等と連携し、退院時から看取りまでの医療や介護にまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するよう関係機関と調整すること
・質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による 24 時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること
・在宅医療に関する人材育成及び普及啓発を実施すること



※出典：厚生労働省

■ 長崎市・佐世保市の取組

●長崎市では、「長崎版地域包括ケアシステム」の構築に向け、在宅医療・介護連携の拠点として「長崎市包括ケアまちんなかラウンジ」を設置しています。

・医療機関、介護事業所、地域包括支援センターからの相談受付や情報の提供
・多職種によるグループワークや情報交換などの「連携の場」づくり
・市民からの医療・介護に関する総合相談窓口
・市民、患者とその家族が集う「まちんなかサロン」の開催
・医療、介護職を対象とした研修会の開催、健康づくり、在宅医療講座などの開催

●佐世保市では、「急変時の緊急対応」と「退院時の連携」を円滑に行うためのルールや、情報共有のための様式を作成しました。また、ホームページ「佐世保市在宅医療介護連携ウェブサイト（かっちぇて）」にて、在宅医療・介護に関する情報を提供しています。また、地域包括支援センターを中心に多職種研修会を開催し、地域の医療・介護従事者の「顔が見える関係」構築のための取組を進めています。

（４）小児の在宅医療

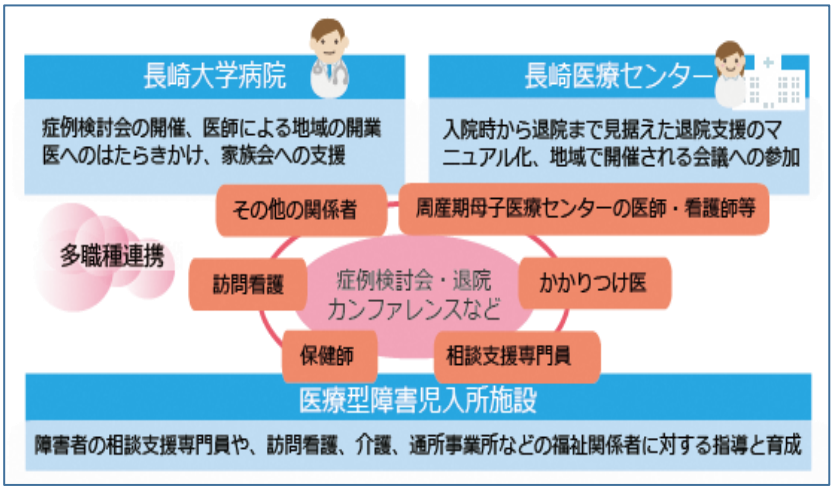
●重症心身障害児を含め、在宅において人工呼吸器や胃ろうなどの何らかの医療的ケアが必要な小児は、国の推計では全国に約 1.7 万人いるとされています。また、県が行った訪問看護事業所への調査によれば、訪問看護事業所によるサービスを受けている医療的ケアが必要な小児は、県内に約 70 名おり、日頃子どもたちを支える家族の視点にたって、24 時間切れ目なく支援する体制の構築が急がれています。

●国では、退院後、引き続き医療的ケアが必要となる小児等が、在宅で安心して療養できる体制の整備を目指し、医療と保健、障害福祉、教育等が連携した施策を推進しています。本県では、周産期

母子医療センターと医療型障害児入所施設※が連携し、医療、生活の両面から支える多職種の「仲間」づくりを行っています。

※周産期母子医療センターは、ハイリスク妊婦や未熟児等に対して高度な医療を提供する病院で、県内に４箇所あります。また、医療型障害児入所施設は、医療的ケアが必要な身体障害や知的障害がある小児等が入所する施設です。

【図】県の医療的ケアが必要な小児等に対する支援事業のスキーム



（５）精神疾患・認知症への対応

●精神障害者が地域で安心して自分らしい暮らしを送ることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、教育などの必要な支援（地域定着支援）を行う体制づくりが進められています。

●自宅等における精神障害者に対しては、精神科病床を有する病院等による訪問看護が行われていますが、国の統計によると、本県の利用者数は平成 25 年において 833 人であり、人口 10 万対でみると全国平均を上回っています（精神保健福祉資料）。

●高齢化の進展により認知症の患者が増加しており、2025 年には、現在の約 1.3 倍である８万４千人程度になると推計されています。認知症になっても、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、医療・介護・予防・生活支援等の一体的な提供が可能な地域支援体制の構築が急がれます。

●県では、各二次医療圏に、認知症の症状の特定（鑑別診断）をはじめ、適切な医療の提供や家族への相談・支援を行うために、認知症医療の中核となる専門医療機関として、「認知症疾患医療センター」の指定を進めています。

●「認知症疾患医療センター」は、地域の医療機関や地域包括支援センター等との連携を図るため、地域連携協議会や事例検討会を開催するなど、地域の認知症医療体制の中で連携拠点としての役割を果たしています。今後、かかりつけ医や認知症サポート医をはじめ、地域で認知症患者のケアに携わる幅広い多職種との連携体制の構築が必要です。

※認知症医療については、「第２章第５節-2　精神科医療（認知症医療）」をご覧ください。

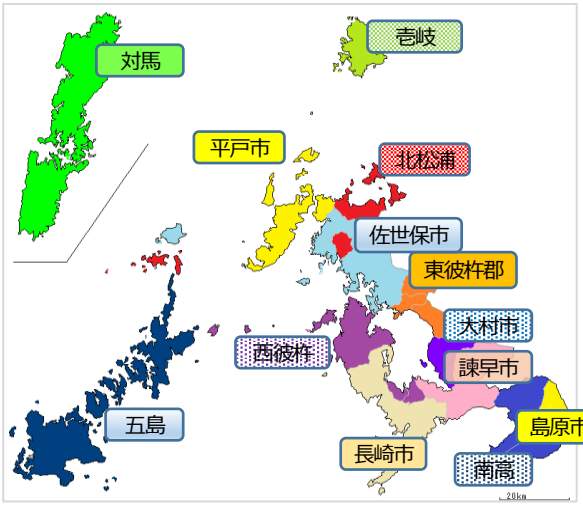
３．施策の方向性

（１）在宅医療圏域の設定

●在宅療養に関する医療・介護サービス等の資源を明確にしたうえで、住民の在宅療養に対するニーズの把握や在宅医療に関する知識の普及、在宅医療に関わる医療機関等の体制整備等の事業を推進する地域単位として、第６次計画と同様に、郡市医師会単位を基本に「在宅医療圏域」を設定します。

【表】在宅医療圏

在宅医療圏	構成市町
長崎市	長崎市
佐世保市	佐世保市
諫早市	諫早市
大村市	大村市
島原市	島原市
平戸市	平戸市
五島	五島市、新上五島町
東彼杵郡	東彼杵町、川棚町、波佐見町
西彼杵	西海市、長与町、時津町
南高	雲仙市、南島原市
北松浦	松浦市、佐々町、小値賀町
壱岐	壱岐市
対馬	対馬市



（２）４つの機能ごとの体制の整備

ア）退院支援

●高齢者等が、病院から在宅に移行する際、医療機関と地域包括支援センター、ケアマネージャー等の地域関係者との切れ目のない情報共有を図るため、既に先行して導入されている共有シートを参考にしながら、県共通の「入退院情報共有シート」等の作成を検討するなど、各圏域における退院支援の仕組みづくりを推進します。

●入退院や施設等への入所、在宅医療への移行の流れにおいて、患者の歯科診療や情報が分断されることのないよう医科と歯科の連携推進に努めます。

●在宅医療の関係機関は、入院患者の円滑な退院支援を図るため、次のような機能の整備に努めます。

●入院医療機関に求められること
・退院支援担当者を配置し、多職種による退院前カンファレンスを実施できる仕組みづくりを行うこと
・退院支援担当者は、できる限り在宅医療に係る機関での研修や実習を受けること
・入院初期から退院後の生活を見据え、リハビリテーション病床の確保をはじめ、入院早期からのリハビリテーションの実施を図るなど、退院支援を実施すること
・退院支援の際には、患者の住み慣れた地域に配慮した在宅医療及び介護、障害福祉サービスの調整を十分図ること
・退院後、患者に起こりうる病状の変化やその対応について、退院前カンファレンスや情報共有シート等で、在宅医療に係る機関との情報共有を十分図ること（多職種や離島等の遠隔地との情報共有については、あじさいネット等を利用したテレビ会議システムの活用などを検討）

●関係機関に求められること
・在宅療養者のニーズに応じて、医療や介護、障害福祉サービスを包括的に提供できるよう調整すること
・在宅医療や介護、障害福祉サービスの担当者間で、今後の方針や病状に関する情報や計画を共有し、連携すること
・高齢者のみではなく、小児や若年層の患者に対する訪問診療、訪問看護、訪問薬剤指導等にも対応できるような体制を確保すること
・病院・有床診療所・介護老人保健施設の退院（退所）支援担当者に対し、地域の在宅医療及び介護、障害福祉サービスに関する情報提供や在宅療養に関する助言を行うこと

イ）日常の療養生活の支援

●在宅での医療の提供にあたっては、訪問看護師の役割が重要であり、医師の手順書により、一定の診療の補助が可能な「特定行為の研修を受けた看護師」の育成や、訪問看護師の知識や経験に応じた研修や専門技術研修等の実施、さらには、訪問看護事業所や訪問看護師を総合的に支援する訪問看護サポートセンターの設置など、訪問看護師として活躍できる環境の整備を進めます。

●在宅における継続的な療養と訪問看護事業所の効率的な運営を図るため、複数の訪問看護事業所が一人の患者に対応する仕組みづくりを推進し、また、訪問看護の機能強化及び事業所の安定的な運営つながるよう、機能強化型訪問看護事業所を増やすことに努めます。

●自宅での生活の質を維持する口腔、栄養及びリハビリテーション等の継続的な提供を図るため、地域ケア会議やサービス担当者会議を通じたリハ職等の専門職と地域包括支援センターの連携など、介護予防・自立支援及び重度化防止のための体制整備に向けた市町の取組を支援します。

●住み慣れた地域での疾患・重症度に応じた療養生活に資するよう、あじさいネットの活用等、ICT の導入により多職種間の情報共有を図ります。

●かかりつけ歯科医師等、地域の歯科医師が、市町の地域包括支援センター等の関係者を通して、在宅において口腔ケアが必要な要介護者、小児及び障害者等に関する情報を共有することで、早期に歯科診療につながる仕組みづくりを進めます。

●薬局におけるかかりつけ薬剤師の確保や調剤情報の共有システムの整備など、薬剤師が積極的に在宅医療に関わることができる仕組みづくりを進めます。

●在宅療養の継続を図るため、ショートステイ、訪問介護を一体となって提供する「小規模多機能型居宅介護」や、それに加えて訪問看護が一体となった「看護小規模多機能型居宅介護」の整備に対して支援を行います。

●在宅医療の関係機関は、在宅における日常の療養生活の支援を図るため、次のような機能の整備に努めます。

・相互の連携により、患者のニーズに対応した医療や介護、障害福祉サービスが包括的に提供される体制を確保すること
・医療関係者は、地域包括支援センターが地域ケア会議において患者に関する検討をする際には積極的に参加すること
・地域包括支援センター等と協働しつつ、在宅療養に必要な医療や介護、障害福祉サービス、家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
・がん患者（緩和ケア体制の整備）、認知症患者（身体合併症等の初期対応やと専門医療機関への適切な紹介）、

小児患者（小児の入院機能を有する医療機関との連携）等、それぞれの患者の特徴に応じた在宅医療の体制を整備すること
・災害時にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）を策定すること
・医薬品や医療・衛生材料等の供給を円滑に行うための体制を整備すること
・身体機能及び生活機能の維持向上のためのリハビリを適切に提供する体制を構築すること

ウ）急変時の対応

●家族の負担を軽減するため、24 時間対応可能な訪問看護事業所の確保を図るほか、急変時に速やかに情報共有ができるシートの作成、安定的なケアの提供が行える体制の構築を行います。

●高齢者等の急性期医療機関への搬送増加や、地域包括ケア病棟の充実等を踏まえ、在宅での急変時に対応する医療機関の機能分化を推進するとともに、適切に搬送されるよう、関係機関との情報共有に努めます。

●在宅支援診療所・病院の拡大を図るとともに、地域におけるかかりつけ医、訪問看護事業所、施設等に対する後方支援病院によるバックアップ体制の構築を図ります。

●在宅医療の関係機関は、在宅で療養する患者の急変時に対応するため、次のような機能の整備に努めます。

●入院医療機関に求められること
・在宅療養支援病院、有床診療所、在宅療養後方支援病院、二次救急医療機関等において、連携している医療機関（特に無床診療所）が担当する患者の病状が急変した際に、必要に応じて受入れを行うこと
・重症等で対応できない場合は、他の適切な医療機関と連携する体制を構築すること

●関係機関に求められること
・病状急変時における連絡先をあらかじめ在宅療養者やその家族に提示し、また、求めがあった際に 24 時間対応が可能な体制を確保すること
・24 時間対応が自院で難しい場合も、近隣の病院や診療所、訪問看護事業所等との連携により、24 時間対応が可能な体制を確保すること
・在宅医療に係る機関で対応できない急変の場合は、その症状や状況に応じて、搬送先として想定される入院医療機関と協議し入院病床を確保するとともに、搬送については地域の消防関係者へ相談する等連携を図ること

エ）看取り

●在宅における看取りに際し、利用者が穏やかな気持ちで残された日々を少しでもよりよく家族と過ごせるよう、かかりつけ医、訪問看護師、介護職等の在宅医療・介護関係者が連携し、日常的な療養上の世話や痛み等の症状管理、利用者や家族の精神的なケア等、急変時や日常療養生活をサポートする体制づくりを図ります。

●人生の最終段階における医療は、患者本人や家族の死生観、そして医療関係者の意識に依る部分も多いため、医療関係者の看取りに関する知識の修得、看取りの事例を多職種で共有する機会の設定、人生の最終段階における医療やアドバンス・ケア・プランニング（ＡＣＰ）に関する研修や啓発に取り組みます。

※アドバンス・ケア・プランニング：将来の意思決定能力の低下に備えて、患者やその家族とケア全体の目標

や具体的な治療・療養について話し合う過程（プロセス）

●看取りを実施できる介護施設を増やすため、施設看護師の確保や研修等を行うなど、施設で看取りができる人材の育成、確保を図ります。

●在宅での看取りや、人生の最終段階や本人の死後、家族が様々な判断や手続きを進める際に必要な情報を書き残すためのノート（エンディングノート）に対する啓発を進めます。

●在宅医療の関係機関は、在宅での看取りを支援するため、次のような機能の整備に努めます。

●入院医療機関に求められること ・在宅医療に係る機関で看取りに対応できない場合について、病院・有床診療所で必要に応じて受け入れること
●関係機関に求められること ・人生の最終段階に出現する症状に対する患者や家族の不安を解消し、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を構築すること ・患者や家族に対して、自宅や住み慣れた地域で受けられる医療及び介護、障害福祉サービスや看取りに関する適切な情報提供を行うこと ・介護施設等による看取りを必要に応じて支援すること

オ）在宅医療において積極的役割を担う医療機関

●在宅医療における「退院支援」、「日常の療養生活の支援」、「急変時の対応」、「看取り」の４つの機能の提供体制の構築に向けて、医療機関自ら 24 時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護、障害福祉現場での多職種連携の支援を行なう病院・診療所を、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ための検討を行います。特に、離島等医療資源が限られている地域においては、地域の中核的な病院がその役割を担うことが期待されています。

●基本的には、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所等の中から位置付けることが想定されており、次の目標、役割が求められます。

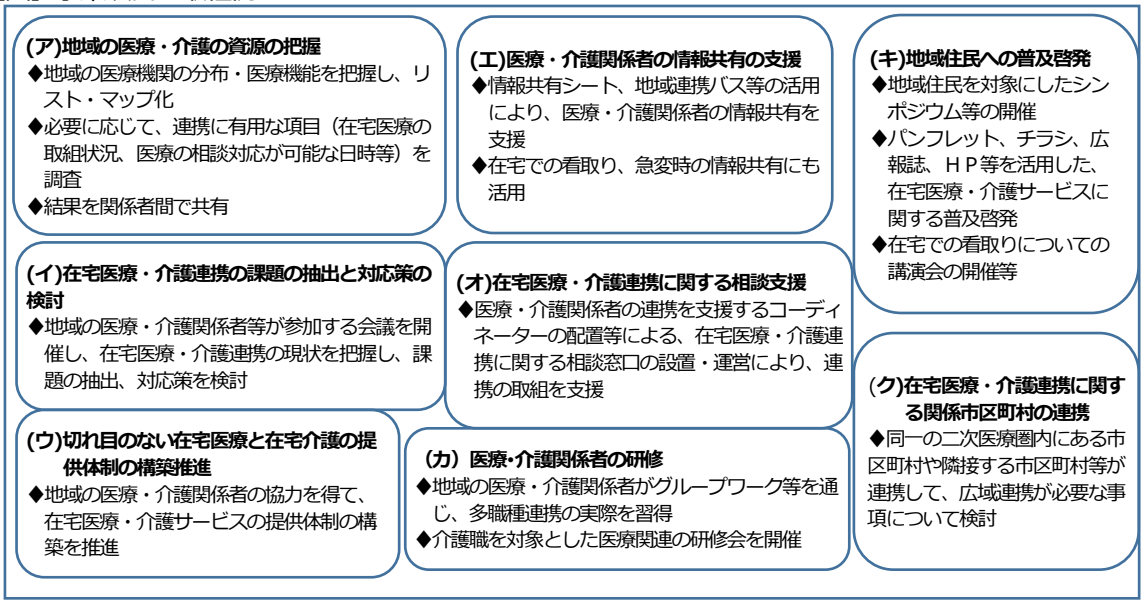
（1）目標 ・在宅医療の提供及び他の医療機関の支援を行うこと ・多職種が連携し、包括的、継続的な在宅医療を提供するための支援を行うこと ・在宅医療に関する人材育成を行うこと ・災害時及び災害に備えた体制構築への対応を行うこと ・患者家族への支援を行うこと ・在宅医療に関する地域住民への普及啓発を行うこと （2）役割 ・医療機関（特に一人の医師が開業している診療所）が必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、患者の病状の急変時等における診療の支援を行うこと ・在宅の療養に移行する患者にとって必要な医療及び介護、障害福祉サービスが十分に確保できるよう、関係機関に働きかけること ・在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な基本的知識、技術に関する研修の実施や情報の共有を行うこと ・臨床研修制度における地域医療研修において、在宅医療の現場での研修を受ける機会等の確保に努めること

・災害時等にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）を策定し、他の医療機関等の計画策定等の支援を行うこと
・地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療及び介護、障害福祉サービスや家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
・入院機能を有する医療機関においては、患者の病状が急変した際の受け入れを行うこと
・地域住民に対し、在宅医療の内容や地域の医療及び介護、障害福祉サービスに関する情報提供を行うこと

（３）在宅医療・介護連携

●在宅医療・介護連携に関する相談窓口や在宅医療連携協議会等の設置、在宅医療に必要な連携を担う拠点等の検討など、介護保険制度における地域支援事業として在宅医療・介護連携推進事業に取り組む市町に対して、地域医療介護総合確保基金等を活用しながら積極的に支援します。

【図】事業項目と取組例



●在宅医療において、あじさいネット等のＩＣＴを活用して、秘匿性を考慮しながら、在宅医療・介護関係者等多職種の間で必要な情報共有及び拡大を推進していきます。

（４）小児・精神障害者等の多様なニーズに対応する体制の構築

●退院後も引き続き医療的ケアが必要となる小児等を受入れることができる在宅医療資源について、医療的ケアのレベルごとの把握に努めます。また、多職種が参加する症例検討会や、地域における退院時カンファレンスへの技術的支援を行います。

●重症心身障害児についての専門性が高い医療型障害児入所施設との連携により、相談支援専門員や訪問看護師など、地域で支援のリーダーとなるべき人材の育成を図ります。

●精神障害者の地域移行、地域定着を進めるため、精神障害者に対応できる訪問看護師の育成を図るほか、福祉・介護関係機関との円滑な情報共有による利用促進等、訪問看護の充実を図ります。

●増加する認知症患者に対応するため、認知症サポーターなどをはじめ、ボランティアが認知症予防、認知症ケアに関わる仕組みづくりを進めます。また、認知症の診療に習熟し、かかりつけ医等に対し

て助言等の支援を行い、認知症疾患医療センターや地域包括支援センター等との連携の推進役となる「認知症サポート医」を養成するとともに、医療関係者に対する認知症対応力向上研修を開催することなどにより、認知症の早期診断・早期対応のための体制整備を図ります。

※認知症医療については、「第~~弟~~2 章第５節-2　精神科医療（認知症医療）」をご覧ください。

（５）在宅医療に係る人材育成・確保

●訪問看護師として、若い時から経験を積めるよう体系的な研修プログラムを検討し、人材の育成、確保を図ります。

●訪問診療を行う医師及び訪問看護師等との連携体制の構築を図り、個々の在宅医療関係者の負担軽減とバックアップ体制の確保を検討します。

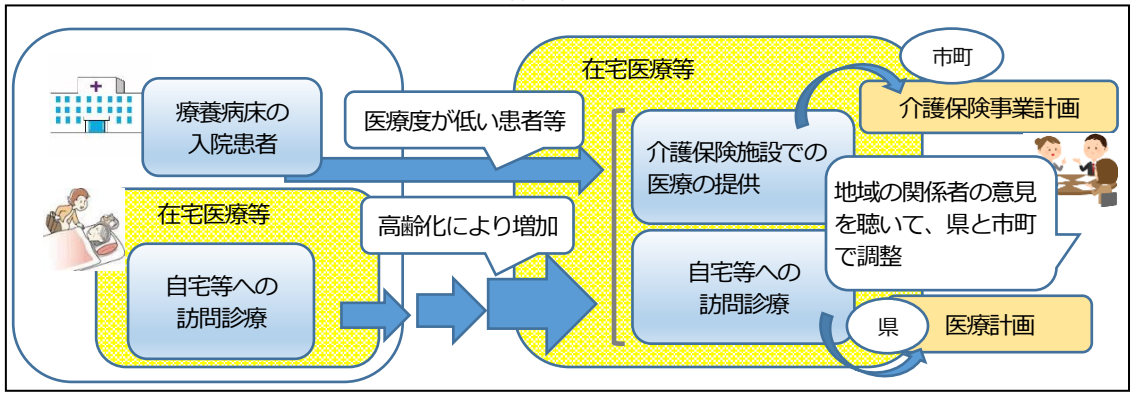
●退院支援担当者、訪問歯科診療医師や訪問薬剤管理を行う薬剤師の確保に向けた対策を検討します。

（６）地域医療構想の理念の実現と介護保険事業計画との整合性の確保

●本計画に先駆けて、平成 28 年 11 月に策定された地域医療構想においては、入院患者等のデータを分析したうえ、将来大幅に増加する慢性期の患者について、一定の患者を在宅医療等で対応する方向性が示されています。

●具体的には、現状は療養病床に入院している患者であっても、患者の実情に応じ、自宅等への訪問診療や、医療を提供する施設などを整備することによって、患者の在宅医療等への移行を進めていこうとするものです。

【図】在宅医療と介護サービスの整合性の確保の概念図



●介護保険施設の整備にあたっては、市町が策定する介護保険事業計画において整備目標の記載が必要であるほか、在宅医療の患者が増加することで、訪問看護やその他の介護保険サービスの将来の見込み量の推計にも影響を与えます。また、療養病床については、引き続き介護保険施設への転換も見込まれており、転換により在宅医療へ移行する患者数の把握も必要です。

●地域では、診療所の医師の高齢化等、訪問診療を行う医師の確保が困難な状況にあります。このため、単に患者の増加分に対して傾斜的に増加させることは現実的に不可能であり、地域の実情を踏まえた目標を設定することが必要です。

※詳細については、「第４章第４節　構想実現のための考え方」をご覧ください。

4．成果と指標

（1）成果と指標

施策の成果	ストラクチャー・プロセス指標	直近の実績	（目標）2020 年
入院医療機関と、在宅医療に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保すること	退院支援を受けた患者数（レセプト件数）	19,665（2015 年）	21,504
	退院支援の仕組みが構築されている在宅医療圏数	1（2017 年）	13
患者の疾患、重症度に応じた医療（緩和ケアを含む）が多職種協働により、できる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	訪問診療を実施している診療所・病院数	456（2015 年）	498
	訪問診療を受けた患者数(レセプト件数)	77,693（2015 年）	84,915
	訪問看護利用者数（１ヶ月の利用者）	4,400（2015 年）	4,809
	訪問歯科診療を実施している歯科診療所数	278（2014 年）	303
	訪問薬剤指導を実施している薬局数	51（2015 年）	57
在宅療養者の病状急変時に対応できるよう、在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護事業所及び入院機能を有する病院・診療所との円滑な連携による診療体制を確保すること	24 時間体制をとっている訪問看護事業所従事者数	470（2015 年）	512
住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を確保すること	在宅看取り（ターミナルケア）を実施している病院・診療所数	157（2015 年）	172
	在宅ターミナルケアを受けた患者数(レセプト件数)	690（2015 年）	756

最終的な成果	アウトカム指標	直近の実績	（目標）2020 年
住み慣れた地域で人生の最終段階を迎える方が増えること	在宅死亡割合（%）	18.4%（2015 年）	20.4%
	看取り数（死亡診断書のみの場合を含むレセプト件数）	1,421（2015 年）	1,540

（2）指標の説明

●指標の出典は、特に記載がない限り、国のナショナルデータベース（NDB）です。

●目標値は、特に記載がない限り、地域医療構想において推計した将来の在宅医療の医療需要と整合性をとったうえで、二次医療圏ごとに実現可能な値を設定しています。

指標	説明
退院支援を受けた患者数（レセプト件数）	診療所や病院の退院支援担当者等の支援により、円滑な退院支援を受ける「退院調整加算」件数(レセプト件数) プロセス指標として、増加を図ります。
退院支援の仕組みが構築されている在宅医療圏数	効率的な情報共有を図るため、全在宅医療圏域で退院支援の仕組みが構築されることを目指します。 ※出典：県の長寿社会課調べ
訪問診療を実施している診療所・病院数	在宅医療の充実を図るため不可欠な訪問診療を提供する診療所等の増加を図ります。
訪問診療を受けた患者数(レセプト件数)	「在宅患者訪問診療料」の算定件数(レセプト件数) プロセス指標として、増加を図ります。
訪問看護利用者数（１ヶ月の利用者）	訪問看護利用者（医療保険利用者と介護保険利用者の合計） プロセス指標として、増加を図ります。 ※出典：介護サービス施設･事業所調査（Ｈ２７．９）
訪問歯科診療を実施している歯科診療所数	在宅療養支援歯科診療所として届出をした歯科診療所であり、在宅における口腔管理の増加を図ります。 ※出典：医療施設静態調査
訪問薬剤指導を実施している薬局数	「在宅患者訪問薬剤管理指導料」を算定した薬局数であり、薬剤師による訪問薬剤管理の増加を図ります。
24 時間体制をとっている訪問看護事業所従事者数	在宅での患者急変時に対応するため、24 時間対応可能な訪問看護師事業所の従事者の増加を図ります。 ※出典：介護サービス施設･事業所調査
在宅看取り（ターミナルケア）を実施している病院・診療所数	「在宅ターミナルケア加算」等を算定した病院、診療所数であり、自宅や施設において看取りを行うことが出来る体制の整備を図ります。
在宅ターミナルケアを受けた患者数(レセプト件数)	「在宅ターミナルケア加算」等の算定件数（レセプト件数） 看取りにおけるプロセス指標として増加を目指します。
在宅死亡割合	住み慣れた地域で人生の最終段階を迎える方が増えることを目指します。 ※出典：国の人口動態統計における、全死亡者のうち、自宅、 老人ホーム、介護老人保健施設で死亡した者の割合
看取り数（死亡診断書のみの場合を含む）	「看取り加算」等の算定件数（レセプト件数）であり、住み慣れた地域で人生の最終段階を迎える方が増えることを目指します。

介護保険等関係用語の説明

○在宅療養支援診療所

24 時間連絡を受ける医師又は看護職員を配置し、往診等の体制が構築されている診療所であり、厚生労働省にその旨の届出を行ったもの。常時３名以上の常勤医師が確保されている場合、強化型として届出が可能。

○介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

自宅での介護が困難な寝たきりの方等に対して、入所により、入浴や食事をはじめとする日常生活の介護や機能訓練、健康管理、療養上の世話などのサービスを提供する施設。

○介護老人保健施設

病院と自宅の中間的な役割を持ち、在宅復帰をめざすための医療的ケアやリハビリテーションを提供する施設。

○介護療養型医療施設（療養病床の一種）

慢性的な症状のための療養を行うため、医療機関の療養病床のうち、介護保険が適用される施設。

○訪問介護

介護福祉士や訪問介護員が介護を要する利用者の居宅等を訪問し、入浴、排泄、食事等日常生活を送るうえで必要となるサービスを提供。

○訪問看護

訪問看護事業所から、看護師や保健師、理学療法士、作業療法士などが、介護を要する利用者の居宅等を訪問し、療養にかかわる世話や、医師の指示のもと、必要な診療の補助を行う。

○通所リハビリテーション

医療機関や介護老人保健施設などで、食事や入浴などの日常生活の自立を目的とする機能回復の訓練などを日帰りで提供。

（介護保険以外の主な施設）

○養護老人ホーム

環境上及び経済的理由により居宅において養護を受ける事が困難な人を対象とし、自立した生活及び社会的活動に参加するために必要な指導及び訓練、その他の援助を提供する施設。

○軽費老人ホーム

介護は不要だが身体機能の低下や、独立して生活するには不安があり、家族による援助を受けるのが困難な人を対象とした低額料金の施設。所得制限あり。

○有料老人ホーム

終身介護に対応する施設から健康な方を対象としたものまであり、入浴や排泄、食事といった介護サービスや洗濯、掃除等の日常生活サービスのいずれかを提供する施設。

○サービス付き高齢者向け住宅

バリアフリー構造の賃貸住宅で、職員が常駐し、介護や医療と連携した状況把握サービスや生活相談サービス等を提供。