

第6節 離島・へき地医療

1. 離島・へき地医療について

- 離島・へき地の医療については、昭和31年度から11次にわたって「長崎県へき地保健医療計画」により対策を実施してきましたが、国の医療計画の策定方針により、第7次医療計画から、へき地保健医療計画を、医療計画と統合して策定することとされました。

【図】対象地域



- 「離島・へき地」の地域は、「離島振興法」及び「過疎地域自立促進特別措置法」の適用地域です。

2. 本県の現状と課題

(1) 患者の状況

- 離島の医療圏においては、公的な医療機関を中心に一定の急性期機能は確保されていますが、医療機関所在地と患者住所地の患者数を比較すると、一定の患者が島外へ流出している状況がみられます。

【表】入院患者の動向

	五島	上五島	壱岐	対馬	合計
患者住所地 (a)	9,257 件	5,098 件	8,339 件	6,909 件	29,603 件
医療機関所在地 (b)	7,599 件	3,692 件	6,688 件	5,217 件	23,196 件
域内 (C) = (b) ÷ (a)	82%	72%	80%	76%	78%
域外流出 (d) = 100% - (c)	18%	28%	20%	24%	22%

※出典：第8章「二次医療圏ごとの課題と施策の方向性」の各離島医療圏域のデータより再掲

※「医療機関所在地」は、各医療圏に立地している医療機関の診療報酬の年間の発生件数

「患者住所地」は、各医療圏に居住している住民の診療報酬の年間の発生件数（令和元年度実績）。

※詳細は「第4章第1節 地域医療構想について」及び「第8章二次医療圏ごとの課題と施策の方向性」をご覧ください。

(2) 医療提供体制

- 離島の医療圏においては、長崎県病院企業団が基幹的な医療施設を運営するとともに、周辺部の医療については、市町立と民間の病院・診療所が担っています。
- 離島の医療圏の医療機関を人口10万対で比較すると、病院数は離島全体では本土並みですが、上五島地域、対馬地域では少なく、診療所数は、壱岐地域では本土地域より少ない状況です。また、歯科診療所は、五島地域、壱岐地域、対馬地域で本土地域に比べて少ない状況にあります。

- 離島の医療圏の病床数を人口10万対と比較すると、病院及び診療所ともに本土地域に比べて少なくなっていますが、全国平均は上回っています。
- 歯科診療所数については、本土地域及び全国と比較して少なく、離島医療圏には、矯正歯科、小児歯科等の専門医はいません^{※1}。なお、障害のある方に対しての歯科医療については、長崎県口腔保健センターの巡回歯科診療車による巡回歯科診療が行われています。^{※2}

※1「第7章第2節歯科医師」をご覧ください。

※2「第3章第6節高次歯科・救急歯科」をご覧ください。

【表】離島の医療圏別の医療施設の状況

	病院				診療所				歯科診療所	
	施設数	人口 10万 対	病床数	人口 10万 対	施設数	人口 10万 対	病床数	人口 10万 対	施設数	人口 10万 対
離島計	12	11.1	1,512	1404.8	110	102.2	102	94.8	49	45.5
五島	4	11.6	508	1477.1	39	113.4	79	229.7	14	40.7
上五島	1	5.1	186	939.8	21	106.1	17	85.9	12	60.6
壱岐	5	20.0	483	1936.0	16	64.1	0	0.0	9	36.1
対馬	2	7.0	335	1175.4	34	119.3	6	21.1	14	49.1
本土計	136	11.3	24,244	2012.5	1,238	102.8	3,082	255.8	667	55.4
県 計	148	11.3	25,756	1962.6	1,348	102.7	3,184	242.6	716	54.6
全 国	8,238	6.5	1,507,526	1195.1	102,612	81.3	86,046	68.2	67,874	53.8

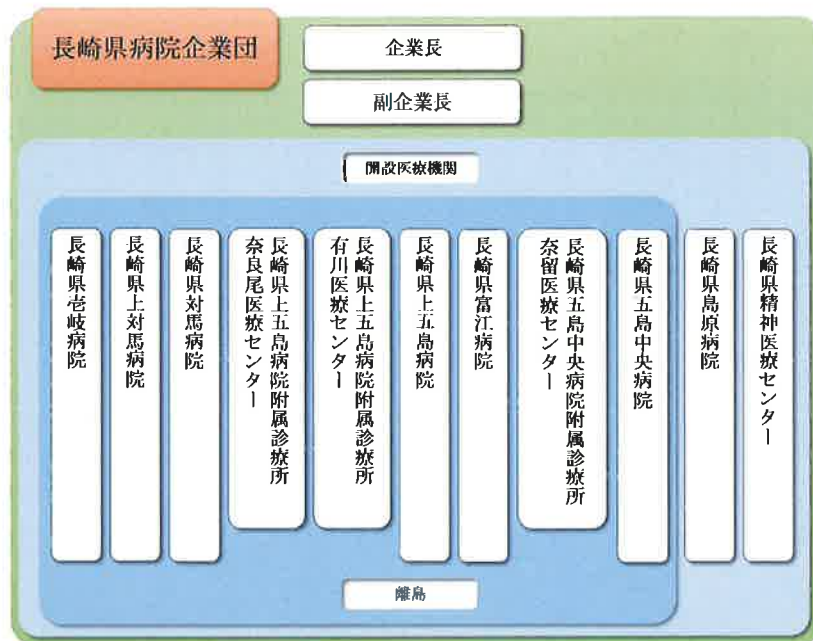
※出典：厚生労働省「令和2年医療施設調査」

- 離島の医療圏においては、これまで企業団病院等の公立・公的病院を中心に診療機能の充実がなされ、脳神経外科や心臓血管外科などの専門領域や特殊な治療を除くほとんどの疾患が地域内で対応できる状況となっています。
- 離島の医療圏においては、内科、外科、整形外科など一部本土並みの医師が確保できている診療科もありますが、それ以外のほぼ全ての診療科目において医師が少ない状況にあり、さらに、離島地域間でも診療科目により医師数に差があります。
- 離島の病院・診療所において、常勤医師がいない特定診療科（精神科・皮膚科等）については、長崎医療センターや長崎大学等からの診療応援を受けて医療を確保しています。なお、県においては、離島の公立診療所の維持のために医師給与費の一部を助成しています。令和4年度においては、8つの診療所に補助を行いました。

ア) 長崎県病院企業団

- 「長崎県病院企業団」は、病院を経営する特別地方公共団体（一部事務組合）として平成21年4月1日に発足しました。構成団体は、県のほか、6市1町です。

【図】長崎県病院企業団の構成図



- 離島の医療圏においては、医療提供体制の充実のため、昭和43年に長崎県病院企業団の前身である長崎県離島医療圏組合が設立されました。令和5年4月現在、離島の医療圏では6病院3附属診療所を運営しています。
- 離島の医療圏は、人口減少が急速に進んでおり、少子・高齢化、患者ニーズの変化等により、企業団病院の患者数の減少が続くなど、病院経営を取り巻く環境は厳しいものとなっていますが、中・長期的な地域住民のニーズを踏まえ、必要な急性期機能の維持や適正かつ効率的な医療機器や施設の整備・運営が求められています。

イ) ヘキ地診療所・ヘキ地医療地拠点病院

- 「ヘキ地診療所」とは、概ね半径4kmの区域内に他の医療機関がなく、その区域内の人口が原則として千人以上であり、かつ、最寄りの医療機関まで通常の交通機関を利用して30分以上（通常の交通機関を利用できない場合は徒歩で30分以上）要するなどにより、設置されたものをいいます。
- 本県におけるヘキ地診療所は、現在63施設（歯科診療所含む）であり、そのうち医師が1名以上常駐している診療所が20施設、医師が常駐していない出張診療所が43施設となっています。
- なお、離島（ヘキ地）の公立診療所に常勤医師が配置されているところは、全体の32%であり、それ以外は病院企業団病院等の地域の中核病院から医師の派遣や一人の医師による複数診療所の兼務によって維持されています。

【表】へき地診療所の状況（数字は箇所数）

※備考欄記載の診療所数以外はすべて公設公営

市町名	診療所		うち有床診療所	歯科診療所	備考
	常駐	非常駐	常駐		
長崎市	2	1			
西海市	3				
佐世保市	1	2	1 (17床)		
平戸市	2	1		1	
松浦市	3	1	1 (19床)		
五島市	3	9		2	
新上五島町	1	10		2	
小値賀町	1		1 (19床)		
対馬市	4	11	1 (6床)	3	
壱岐市					
合計	20	35	4 (61床)	8	

※出典：厚生労働省「令和4年度へき地医療概況調査」

- 現在、診療所に常勤医師を配置できている市町においても、急速な過疎化による患者数の減少や医師の高齢化等により日常的な医療の提供が厳しくなっているところもあります。
- 県は、へき地診療所等への代診医師派遣等の支援を実施する病院として「へき地医療拠点病院」を指定し、へき地における住民の医療を確保するように努めており、現在、へき地医療拠点病院として8病院を指定しています。

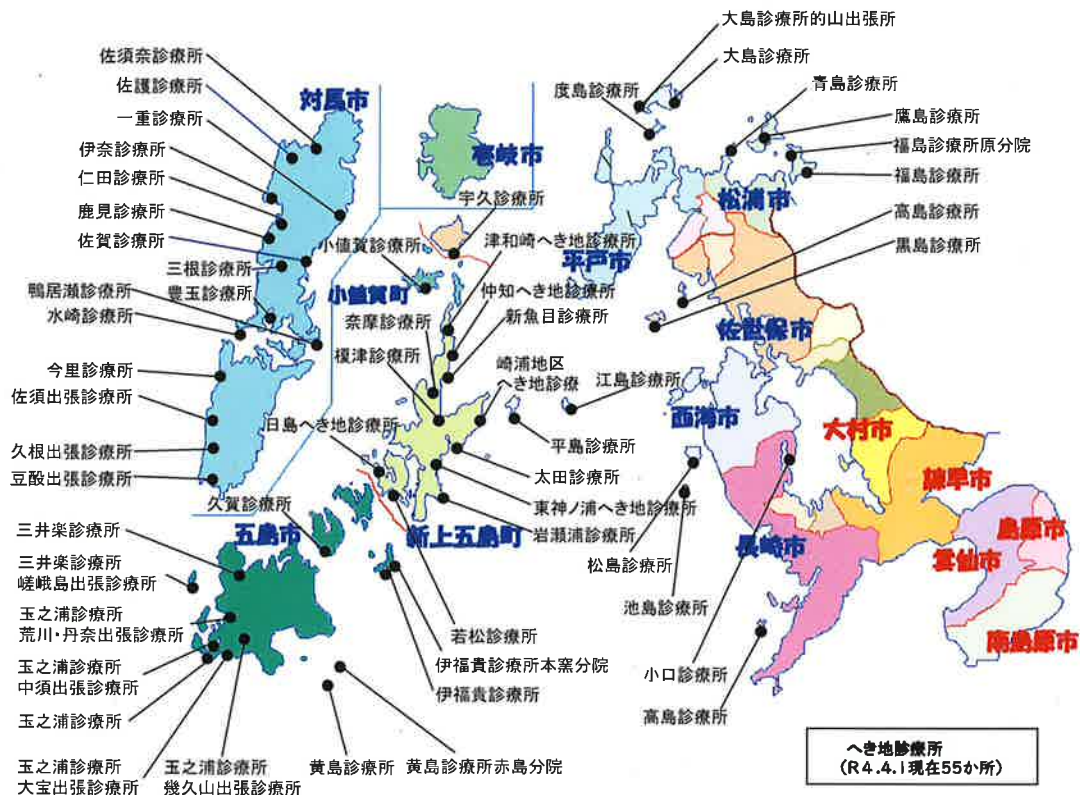
【表】へき地医療拠点病院の状況

施設名称	所在地	病床数	医師数 (常勤換算)	標準医 師数	一日平 均入院 患者数	一日平 均外来 患者数	医師派遣	
							実施 回数	延べ派 遣日数
長崎県五島中央病院	五島市	304	34.2	21.0	168.0	485.4	63	31.5
長崎県上五島病院	新上五島町	186	29.4	17.2	133.9	476.5	560	584
長崎県対馬病院	対馬市	275	40.0	20.9	182.6	426.0	44	44
長崎県上対馬病院	対馬市	60	5.3	4.5	34.5	113.5	47	47
医療法人社団 大同会 ニユー琴海病院	長崎市	48	6.7	4.0	21.2	121.1	94	94
社会医療法人 青洲会 青洲会病院	平戸市	183	13.5	8.6	169.3	142.0	139	139
長崎医療センター	大村市	643	206.2	42.7	429.1	693.2	11	11
佐世保共済病院	佐世保市	404	55.9	21.4	210.1	466.3	14	11

※出典：県の医療政策課令和4年度病院立入検査結果、へき地医療現況調査（厚生労働省）より

- 県では、医療施設の整備やX線撮影装置等の設備整備を行うへき地診療所等に対して、その費用の助成を行っており、令和4年度は3件の補助を行いました。

【図】へき地診療所の配置図（令和4年4月）



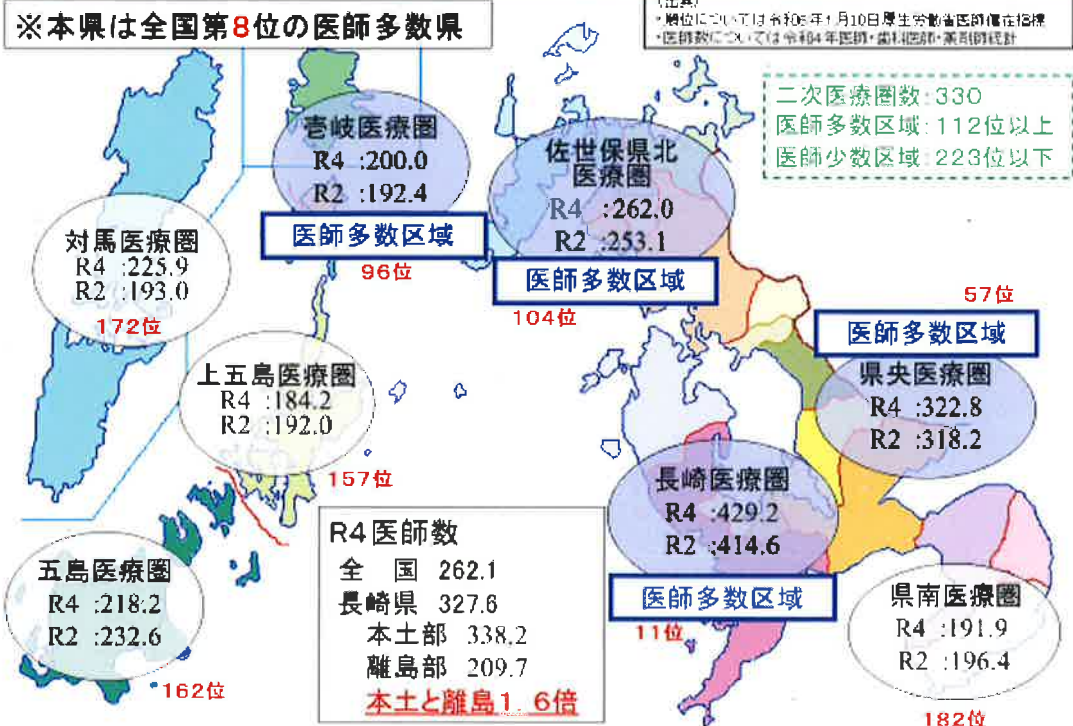
(3) 医師・歯科医師の状況

ア) 医師・歯科医師の状況

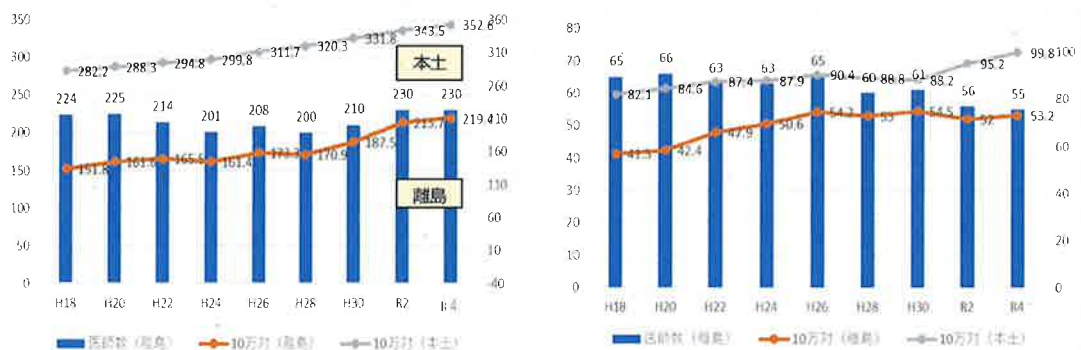
- 本県は、全国最多の51島の有人離島（離島振興法）を有し、県土面積の4割近くを占めています。この地理的要因により医療提供の基本となる医師数は本土と離島の間で1.6倍の格差となっており、地域格差が大きい状態にあります。また、本土部でも県南医療圏は最も医師数が少なく、離島部と同程度の状況となっています。佐世保県北圏域は医療圏としては医師多数区域となっていますが、佐世保市の中心部に医師が集中しており、それ以外の市町では医師が少ないなど、本土間においても地域格差がみられます。

【図】本県の医師の状況

長崎県の医師の状況



- 平成18年から令和4年までの本県の離島の医療施設等に従事する医師・歯科医師の数は、人口10万対では、ともに本土地域より少ないものの、人口減少の影響もあり平成18年と比較すると増加しています。



【グラフ】離島の医療圏の医師数推移 (単位: 人)

【グラフ】離島の医療圏の歯科医師数推移 (単位: 人)

※出典: 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

イ) 医師の養成

- 昭和45年から本県では、離島・へき地医療に進んで従事しようという大学医学部生に対し、授業料や生活費等の修学資金を貸与する制度を設けています。さらに、昭和47年には、全都道府県が出資して栃木県に自治医科大学が設立されています。

- さらに平成22年度からは、地域医療に従事することを条件とした地域枠入学制度を設けており、現在、長崎大学、佐賀大学、川崎医科大学において医師の養成を行っています。
- 県の養成医は、離島の企業団病院を中心に配置していますが、離島医療圏でも一定の充足が図られた地域もあることから、今後は地域の医療提供体制を維持するために、へき地の医師少数スポットへの養成医の配置も進めていきます。離島・へき地における医師の確保のためには、医療機関と行政が一体となって、医師一人ひとりのキャリア形成を支援しながら、一体的に地域への配置等を行う必要があるほか、義務期間が満了した養成医が県内に残るための受け皿づくりが必要です。

【表】医師の養成状況（単位：人）

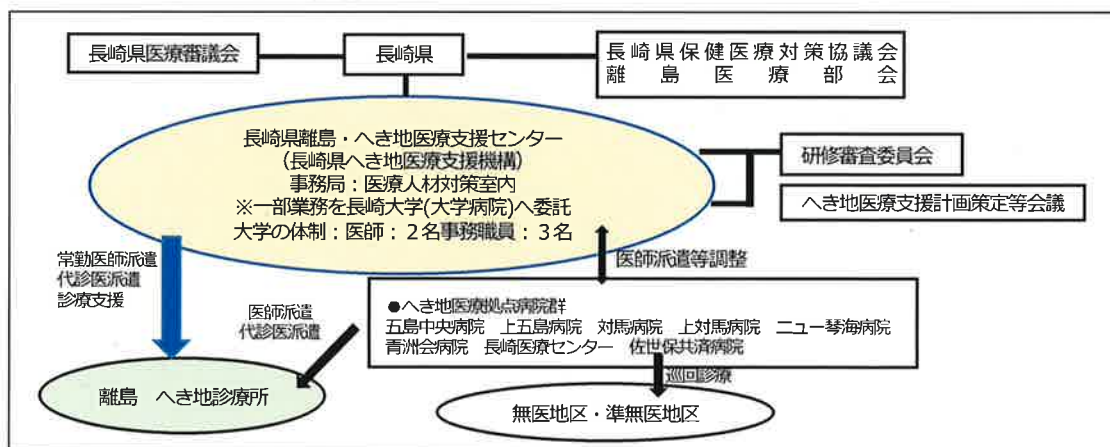
		現養成数	学生数 ()内は地域枠	医師		
				離島勤務	本土勤務	研修中等
県養成医	医学修学資金	197	115 (109)	41	5	36
	自治医科大学	51	14	18	6	13
合計		248	129 (99)	59	11	49

※出典：令和5年4月時点 県の医療人材対策室調べ

ウ) 長崎県離島・へき地医療支援センター（ながさき地域医療人材支援センター）

- 本県では、離島・へき地の公立診療所を支援するため、平成16年4月に「長崎県離島・へき地医療支援センター」を設置し、常勤医師の派遣、代診医師の派遣等の支援を行っており、平成25年度からは「ながさき地域医療人材支援センター」と一体となって業務を実施しています。

【図】長崎県離島・へき地医療支援センター



【表】長崎県離島・へき地医療支援センターの役割

長崎県離島・へき地医療支援センターの役割	
常勤医師の派遣	平成16年4月以降、これまでに8人の医師を県職員として採用し、診療所へ派遣しています。
常勤医師の斡旋	公立診療所、企業団病院、自治体病院に対して令和4年度までに合計72名の医師を斡旋しています。
代診医師の派遣	センター付けの医師を派遣するほか、「しますけつと団」のシステムにより、個人や医療機関を登録して、離島診療所に代診医師を派遣しています。

地域医療継続支援事業	医師の地域偏在の縮小のための事業として県外在住の医師に対しての UIJ ターンを働きかけ、医師不足地域での診療所開業・継承・従事しようとする医師を地元自治体とともに支援する体制の構築に取り組んでいます。
------------	---

エ) ヘリコプターによる医師の派遣

- 長崎県病院企業団は、令和2年4月から「離島等医療連携ヘリ事業（RIMCAS）」事業を実施し、ヘリコプターによる本土病院から離島病院への医師搬送に加え、本土病院で治療を終えた患者を離島病院へ搬送（下り搬送）を行っています。移動時間短縮による医師の負担軽減や診療時間の確保、本土病院で治療を終えた患者に安心して地元の病院で引き続き治療を受けていただけるよう運営しています。

【図】「離島等医療連携ヘリ事業（RIMCAS）」



オ) 長崎医療センター・長崎大学における地域医療への貢献

- 長崎医療センターは、へき地医療拠点病院の中心的病院として医師派遣や、離島医療を担う医師の育成を行なっています。また、救急搬送ではドクターヘリの基地病院を担うとともに、特に離島からの搬送は、昭和30年代から自衛隊機等による24時間体制に対応しており、重要な役割を担っています。
- 県と五島市は、平成16年から共同で長崎大学に寄付講座として「離島・へき地医療学講座」を設け、長崎大学は五島中央病院に「離島医療研究所」を設置し、長崎大学の医学部生等に対する離島医療の教育と診療を行っています。さらに、長崎大学としても様々な診療科の常勤医師の派遣や診療応援を離島の病院・診療所で行なっています。

(4) 無医地区等の状況

- 本県における無医地区・無歯科医地区の状況は、令和4年10月末現在の無医地区等調査（厚生労働省）で、無医地区は1地区（1市）、準無医地区が6地区（1市2町）、無歯科医地区が3地区（2市）、準無歯科医地区が9地区（2市2町）あり、そのすべてが離島に存在します。

【表】本県の無医地区等

市町	地区	人口 (人)	無医地区	準無医 地区	無歯科医 地区	準無歯科 医地区
佐世保市	寺島	9		●		●
	高島	165			●	
	黒島	407			●	
五島市	黄島	35				●
壱岐市	三島(大島・長島・原島)	263	●		●	
小値賀町	六島	1		●		●
新上五島町	江袋	45		●		●
	赤波江	8		●		●
	大水	30		●		●

飯ノ瀬戸・青木・焼崎	77	●	●
仲知・一本松・竹谷	89		●
米山・津和崎	72		●

※出典：令和4年度無医地区等調査（厚生労働省）

無医地区

- 無医地区とは、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、おおむね半径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を指します。

準無医地区

- 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都道府県知事が判断し、厚生労働大臣に協議できる地区（具体的には下記のような地区）を指します。
- ・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、巡回診療が必要である。
- ・半径4kmの地区内に医療機関はあるが診療日数が少ない（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。
- ・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。

- 離島の市町は、安定的な医療を住民に提供するために診療所を設置していますが、診療所が無い2次離島においては、地域の中核病院等が巡回診療を実施しています。

【表】無医地区等における巡回診療の実施件数（単位：件）

市町名	地区名	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
小値賀町	大島	12	12	12	12	9
	六島	0	0	0	0	0
	納島	12	12	12	12	12
壱岐	三島	55	55	52	55	57
合計		79	79	76	79	92

※出典：県の医療人材対策室調べ

(5) 救急搬送体制

- 離島・へき地には、山間部や海岸線に集落が点在し、救急医療機関までの患者搬送に時間がかかるとい問題があります。近年ではトンネル開通等で交通の便が改善されているものの、より速く、安全に搬送できる体制が求められています。さらに、救命率の向上のため、救急救命士の養成や高規格救急自動車の配備が進められています。

【表】離島の救急体制（単位：台）

消防名	平成23年4月				平成28年4月				令和3年4月			
	救急自動車		救急隊員		救急自動車		救急隊員		救急自動車		救急隊員	
	うち高規格		うち救命士		うち高規格		うち救命士		うち高規格		うち救命士	
五島	7	4	74	22	7	6	74	21	7	7	79	22
新上五島	5	2	47	13	5	2	45	13	5	4	50	12
壱岐	4	3	46	17	4	4	40	15	4	4	55	17
対馬	7	5	80	22	8	6	94	23	8	7	98	22

※出典：消防防災年報

●離島における救急患者の本土への搬送は、ドクターヘリ（昼間：365日）、県防災ヘリ（昼間：365日）、海上自衛隊ヘリ（24時間365日）等を用いることにより、搬送時間の短縮等が図られてきていますが、治療開始時間の一層の短縮を目指し、より円滑で効果的な体制となるよう関係機関が連携し、運用していく必要があります。

●壱岐と対馬の医療圏においては、隣接する福岡県の民間医療機関によるヘリ搬送が行われています。

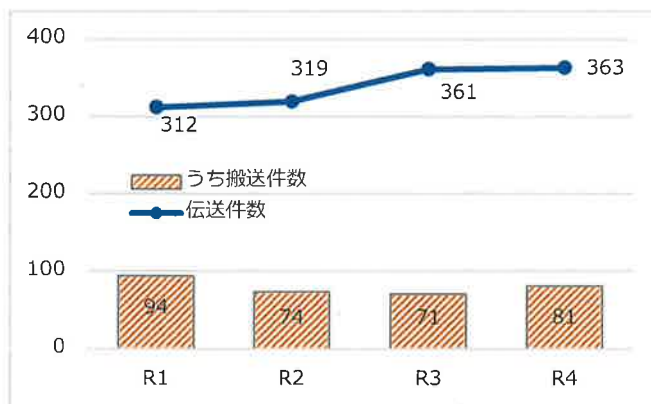
【表】離島の医療圏の搬送実績（ドクターヘリ・県防災ヘリ・海上自衛隊ヘリの合計 単位：件）

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
五島	88	80	86	77	66
新上五島	51	47	57	59	45
壱岐	44	40	34	27	34
対馬	39	42	27	33	42
宇久	15	13	6	11	1
小値賀	5	11	10	11	2
合計	242	233	220	218	190

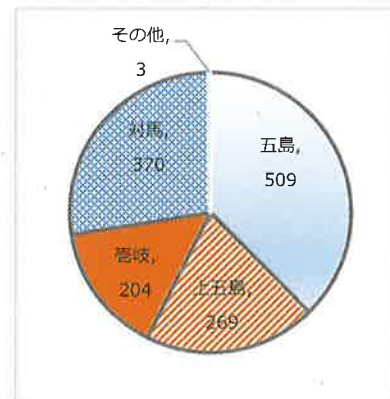
※出典：県の医療人材対策室調べ

●離島の救急医療機関と本土の長崎医療センター・長崎大学病院の間で、平成2年からCT画像等を送信する遠隔画像診断支援システムを整備し、診断・診療の支援が実施されていますが、このシステムの性能については、随時更新を行っていく必要があります。

【グラフ】画像伝送件数及びこれに基づくヘリコプター搬送件数



【グラフ】累計の画像伝送件数（医療圏別）



●救急患者が、離島地域から長崎医療センターに搬送されたときの家族の宿泊施設として、「しまの救急ファミリーハウス」を病院に隣接して設置しており、多くの方々に利用されています。

【表】しまの救急ファミリーハウス利用人数（単位：人）

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
利用延べ人数	2,143	2,102	635	615	315
1日平均利用人数	5.9	5.7	1.7	1.7	0.9

※出典：県の医療政策課調べ

3. 施策の方向性

(1) 医療提供体制の整備

- 離島の企業団病院は、地域に必要とされる医療の質の維持・向上を図り、患者の地域外への流出の抑制に努め、効率的で効果的な運営体制の確立を目指します。
- 離島の企業団病院は、公的医療機関として、地域医療構想の実現のために、地域における病床機能の分化・連携と在宅医療の充実に取り組みます。また、公立診療所の医療提供体制の変化に対応するために企業団病院を中心とした人的支援の可能性を検討します。
- 県は、医療の質の向上と地域のため、へき地医療拠点病院と離島・へき地の診療所の整備・運営を引き続き支援します。
- 県は、医療機関が必要時に遠隔医療を活用したへき地医療を行えるよう、オンライン診療を含む遠隔医療のための機器整備を支援します。
- へき地医療の体制確保及びチーム医療の充実に向けて、医師・歯科医師をはじめ、必要となる医療従事者の確保に努めます。

(2) 医師・歯科医師の確保

- 県は、医学修学資金貸与制度や自治医科大学派遣制度により、引き続き、離島・へき地に勤務する医師を養成します。
 - 国立病院機構長崎医療センター、長崎県島原病院、長崎県五島中央病院、長崎県上五島病院及び対馬病院は、基幹型臨床研修病院として、離島医療を担う医師の育成を行っていますが、県でもその取り組みを引き続き支援していきます。さらに、今後は国の動向も踏まえつつ、壱岐病院の基幹型臨床研修病院としての指定に向け病院企業団と連携し、離島の4医療圏全てにおいて基幹型臨床研修病院を置く体制の確立を目指します。
- さらに、離島地区において基幹型として臨床研修を実施する病院の増加も目指していきます。
- 県は、医師不足の地域における医師確保・定着を図るため、「ながさき地域医療人材支援センター」を中心にキャリア形成支援と一体となった医師の配置等を引き続き行っていきます。
 - 県南医療圏など本土の医療圏においても医師が不足している地域があることから、県としても医師確保策の検討を行っていきます。
 - 平成30年度からの新たな専門医制度により、若手医師の他県の医療機関への流出が懸念されることから、臨床研修医を引き続き県内に留めるため、効果的な研修システム構築のための支援等を行っていきます。

- 歯科医師会等の関係機関が連携し、離島医療圏の歯科医師の確保に努めるほか、長崎大学病院から離島の拠点病院への歯科医師の派遣も検討します※1。

※1 「第7章第2節歯科医師」をご覧ください。

(3) 離島・へき地の救急搬送体制の整備

- 救急搬送にかかわる関係機関が連携し、ヘリコプターの有効かつ効果的な運航を行い、さらに海上自衛隊・海上保安部とも連携しながら、救急搬送体制の充実に努めます。
- 「遠隔画像診断支援システム」については、情報通信技術の向上も踏まえ、モバイル端末の導入等の機能向上を図りながら、適切な時期に更新を行います。

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) 2029年
離島の医療機関における医師を確保すること	離島の病院等に勤務する医師数	230 (2022年)	230
離島の二次救急医療体制を維持すること	離島の二次救急を担う医療機関数	9 (2022年)	9
離島へき地における医師数増加	離島と本土との医師数格差縮小	1.61 (2022年)	1.49
良質かつ適切なへき地医療提供体制の構築	へき地医療拠点病院の中で主要3事業の年間実績が合算で12回以上の医療機関の割合	87.5% (7病院) (2022年)	100% (8病院)
	へき地医療拠点病院の中でへき地医療拠点病院の必須事業の実施回数が年間1回以上の医療機関の割合	100% (8病院) (2022年)	100% (8病院)
	遠隔医療を実施するへき地医療拠点病院数	0 (2022年)	8

2) 指標の説明

指標	説明
離島の病院等に勤務する医師数	離島の病院等に勤務する医師数を増加させます。 ※出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
離島の二次救急を担う医療機関数	現行の救急告示医療機関数を維持します。 ※出典：県の医療政策課調べ
離島と本土との医師数格差縮小	離島と本土との医師数格差を1.5倍未満に縮小します。 ※出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

へき地医療拠点病院の中で主要 3 事業の年間実績が合算で 12 回以上の医療機関の割合	へき地医療拠点病院の中で主要 3 事業（巡回診療、医師派遣、代診医派遣）の年間実績が合算で 12 回以上の医療機関の割合を増加させます。 ※出典：へき地医療現況調査（厚生労働省）
へき地医療拠点病院の中でへき地医療拠点病院の必須事業の実施回数が年間 1 回以上の医療機関の割合	へき地医療拠点病院の中でへき地医療拠点病院の必須事業の実施回数が年間 1 回以上の医療機関の割合を増加させます。 ※出典：へき地医療現況調査（厚生労働省）
遠隔医療を実施するへき地医療拠点病院数	遠隔医療を実施するへき地医療拠点病院数を増加させます。 ※出典：へき地医療現況調査（厚生労働省）

第7節 救急医療

1. 救急医療について

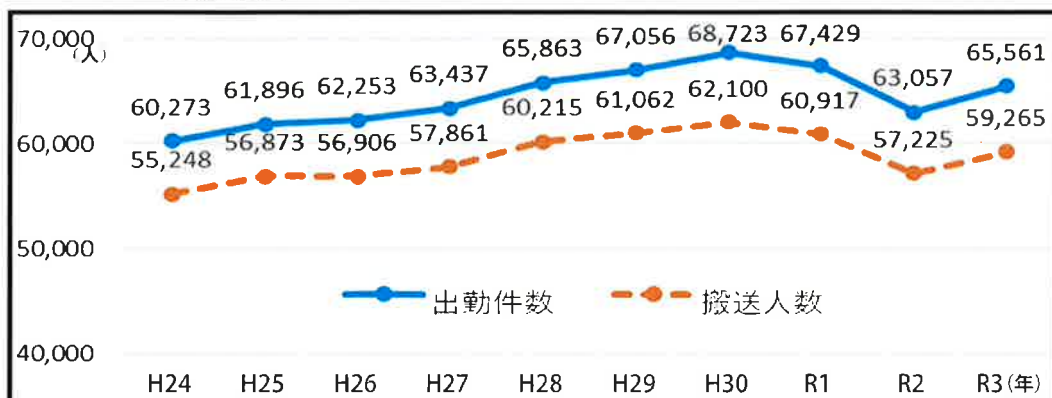
- 本県の救急医療体制は、患者の傷病の程度に応じて、初期救急、二次救急、三次救急の3段階に分かれています。
- 初期救急医療は、比較的軽症の患者の外来診療を行っており、各市が運営する急患センターや、各郡市医師会による在宅当番医制度により行われています。平日夕方の時間外や夜間、土曜日午後、日曜日については、二次救急の病院群輪番制病院等もその役割を担っています。
- 二次救急医療は、入院治療・手術等が必要とされる重症救急患者への対応を行っており、原則として、消防による救急搬送や、初期救急医療機関からの転送患者を対象としています。県内の医療圏で病院群輪番制度やそれを補完する救急医療協力病院により対応しています。
- 三次救急医療は、二次救急医療機関においても処置できない重症患者や複数の診療科領域にわたる重篤患者への対応を行っており、県内では4病院が三次救急医療機関として指定されています。
- 救急医療を担う医師の確保が重要な課題となっており、医療圏によって、又は同じ医療圏の中でも、中心部とそれ以外の地域では医師の数に偏在が見られ、医師の疲弊が増大してきていることも深刻な問題となっています。

2. 本県の現状と課題

(1) 救急患者の推移

- 本県における救急医療の需要は、年々増加傾向にあります。新型コロナウイルス感染症の影響により、令和2年は県全体の出動件数、搬送人数が減少したものの、令和3年は元の水準に戻りつつあります。

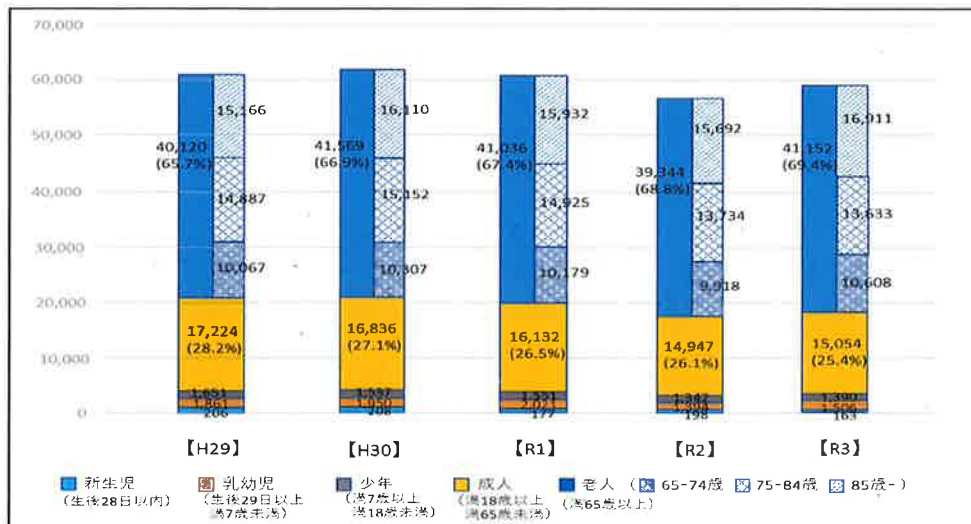
【グラフ】 本県の救急患者の推移



※出典：令和3年度版消防防災年報

- 搬送患者の約7割近くを65歳以上の高齢者が占めており、全国的に、今後も高齢者の増加に伴い高齢者救急の件数は増加すると見込まれていることから、それに伴う疾病構造の変化にも対応するため、引き続き、医療体制が手薄となる休日・夜間帯において、多様な疾患に対応できる体制の整備が必要です。

【グラフ】本県の年齢区分別搬送患者の推移

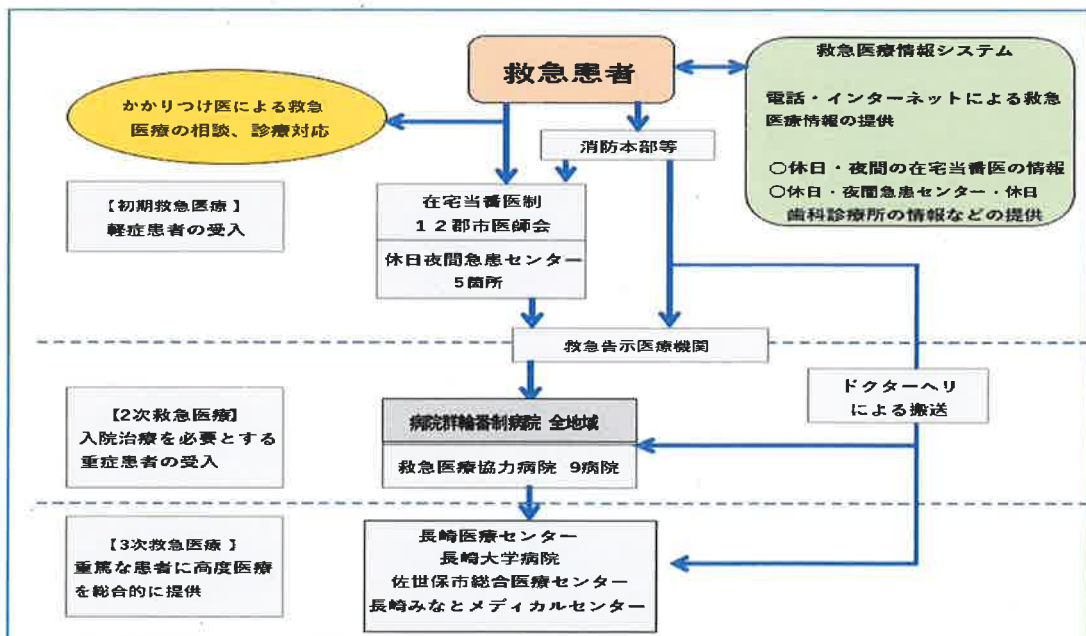


※出典：県医療政策課調べ

(2) 救急医療体制

ア) 医療機関等の状況

【図】本県の救急医療体制



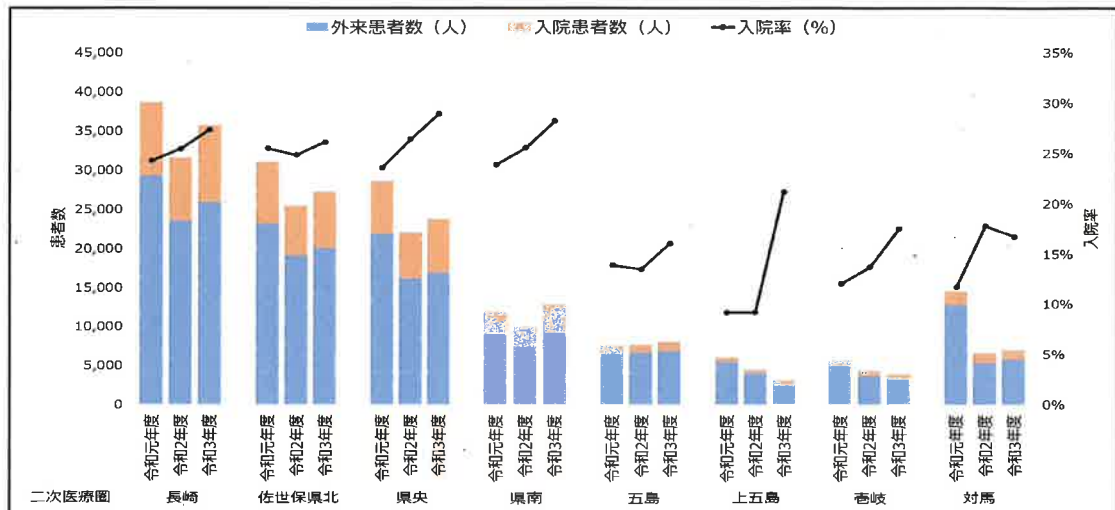
※精神科救急については、「第5節-1 精神科医療」に記載しています。

※救急医療体制の詳細については本節末尾の「【表】本県の救急医療体制」を参照してください。

イ) 医療機関の役割分担と連携

- 時間外において、休日夜間急患センターおよび救急告示医療機関等では限られた医師や看護師等で対応している中で、急を要さない患者の受診が一定数を占めています。それにより医療従事者の疲弊が深刻な問題となっており、地域住民に対して「適正な受診」についての啓発が必要です。

【表】二次医療圏別 二次・三次救急医療機関における時間外救急患者数等の状況



※出典：県医療政策課調べ（病床機能報告データ）

- 医師の高齢化、地域偏在などの影響から、救急医療を担う医師が不足する事態が生じています。また、このことにより、近隣の二次救急を担う病院群輪番制病院や救命救急センターに救急患者が集中するため、ますます勤務医が疲弊し、救急医療に係る機能の低下が懸念されています。
- 都市部では、医療人材不足による輪番病院の辞退などにより、搬送受入に対応できない状況も顕著となっています。

【表】二次・三次救急医療機関における医師数の状況

医療圏	常勤医師数 [A]	非常勤医師数 [B]	人口 [C]	人口10万人あたりの医師数 ([A] + [B] / [C]) × 10万
長崎	403 人	35 人	505,512 人	86.6 人
佐世保 県北	256 人	35 人	307,771 人	94.6 人
県央	296 人	94 人	264,638 人	147.4 人
県南	74 人	20 人	126,764 人	74.2 人
五島	32 人	0 人	34,391 人	93.0 人
上五島	24 人	7 人	19,791 人	156.6 人
壱岐	14 人	3 人	24,948 人	68.1 人
対馬	35 人	4 人	28,502 人	136.8 人
計	1,134 人	198 人	1,312,317 人	101.5 人

※出典：県医療政策課調べ

※長崎大学病院に関しては、三次救急医療のみの人数です。

※各医療機関の医師数は各医療機関の直近の救急告示更新時（令和2～4年度）のものです。

※人口は令和2年国勢調査時のものです。

- 三次救急医療機関においては、重症外傷・広範囲熱傷・急性中毒等の特殊疾病患者への医療提供を担う高度救命救急センターとして、平成30年4月に長崎大学病院及び長崎医療センターを指定、また、令和2年2月に長崎医療圏にて新たに長崎みなとメディカルセンターを救命救急センターに指定し、三次救急医療機関相互や二次救急医療機関との連携が図られているところです。
- 二次及び三次救急医療機関に搬送された患者が救急医療用の病床を長期間使用することで、救急医療機関が新たに救急患者を受け入れることが困難になる、いわゆる救急医療機関の「出口の問題」の改善が必要です。
- 精神科救急においては、精神科救急を担う医療機関の多くは精神科単科の医療機関であり、身体合併症の患者受入れが困難な場合も少なくありません。一方、精神科以外の診療科においては、患者が精神疾患を合併している場合の対応に苦慮していることが多い点も指摘されており、地域における精神科救急医療体制の整備が必要です。

※ 精神科救急の詳細は、「第5節-1 精神科医療」に記載

- 新型コロナウイルス感染症まん延時には、感染症患者受入のための病床確保や疑い患者の隔離のため相対的に一般病床が減少したことや、医療従事者の感染等により人員不足が生じたことなどにより、救急外来や入院病床において救急患者の受入れが困難になる事案が増加し、救急医療における様々な課題が顕在化しました。このような問題を解決するためには、平時より、地域の医療機関が役割分担を行ったうえで連携体制を構築しておく必要があります。

ウ) 高齢者の救急医療

- 高齢者の救急搬送件数は今後も増加傾向が続くと予測されることから、救急医療機関が現在も抱える搬送受入れ困難及び出口の問題がさらに深刻化することが懸念されており、その対応が必要です。
- 搬送受入れについては、高齢者の急病の場合において疑われる疾患が多岐にわたり、搬送先選定が困難であることや、患者の医療情報の確認に時間を要することなどが課題となっています。また、人生の最終段階を迎える患者においては、患者自らの意思に沿った医療を提供できるよう、その意思の情報共有のための仕組みについて検討していく必要があります。
- 出口の問題としては、急性期病院において救命期を脱した患者の転院を受け入れる医療機関がないなどの問題が発生しています。医療機関の連携強化や役割分担が必要であり、長崎医療圏の一部では、地域連携パスの導入による翌日転院の仕組みづくりが始まっています。
- また、退院後の受入れ施設がない、在宅生活へ帰することができないなどの問題があり、医療と介護の関係者が連携を図り、包括的な在宅医療・介護の提供体制を整備する必要があります。

(3) 救急搬送体制

ア) 救急搬送の推移

- 長崎県には10箇所の消防本部があり、それぞれ複数台の救急車が配置されています。本県でも高齢化の進展や疾病構造の変化にともない、都市部では救急出動件数が増えています。(令和4年4月1日現在、救急自動車98台(うち、通常の救急車に比べて活動しやすい車内空間とより高度な救急資

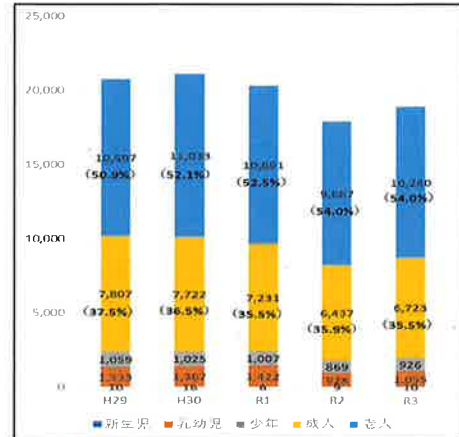
器材を有した高規格救急自動車が 88 台))

- 近年、救急車で搬送された人のうち、入院の必要のない軽症者の割合が約 3 分の 1 を占めています。また、その軽症者の半数以上が 65 歳以上の高齢者となっています。限られた救急車を運用する中で、タクシーや歩いて行けるような病気やケガで救急車を利用すると、1 分 1 秒を争う重症患者の搬送に支障をきたすおそれがあります。

【表】傷病程度別搬送人員の推移

傷病程度	R元年中		R2年中		R3年中	
	人員数	構成比	人員数	構成比	人員数	構成比
死亡	796	1.3%	889	1.6%	883	1.5%
重症	6,653	10.9%	6,485	11.3%	6,103	10.3%
中等症	32,567	53.5%	31,474	55.0%	32,839	55.4%
軽症	20,357	33.4%	17,930	31.3%	18,954	32.0%
その他	544	0.9%	447	0.8%	486	0.8%
計	60,917	100.0%	57,225	100.0%	59,265	100.0%

【グラフ】「軽症」の年齢区分別搬送人員の推移



※出典：長崎県消防防災年報

※重症とは、傷病の程度が3週間の入院加療を必要とするもの以上のもの。中等症とは、傷病の程度が入院を要するもので重症に至らないもの。軽症とは、傷病の程度が入院加療を必要としないもの。

イ) ドクターヘリ (救急医療用ヘリコプター)

- ドクターヘリとは、救急専用の医療機器を装備し、救急医療の専門医師と看護師が搭乗して救急現場などに緊急出動する専用のヘリコプターです。
- 本県では平成 18 年 12 月に独立行政法人国立病院機構長崎医療センターを基地病院として、ドクターヘリを 1 機体制で運航開始しました。
- 重症救急患者の治療においては、発症から 30 分以内に適切な治療を開始できることが重要なため、現場ですばやく治療に取りかかることができるドクターヘリの導入により、救急患者の救命率向上や後遺症の軽減につながっています。また、平成 21 年 10 月から佐賀県との共同運航（長崎県から佐賀県への出動）を開始し、平成 30 年 3 月には佐賀県とドクターヘリ相互応援協定を締結することで、救急医療搬送体制の強化を図っています。
- 平成 27 年度以降、ドクターヘリへの搬送要請は年間 1,000 件を超えています。また、本県における「ドクターヘリ 1 機あたりの年間飛行時間」は全国 2 位、「1 機あたりの出動件数」は全国 3 位となっています。（令和 3 年度・日本航空医療学会調）

■ ドクターヘリ 佐賀県との相互応援協定について

- ・長崎県は平成30年3月に、佐賀県との間に相互応援協定を締結しました。
- ・この協定締結によって、事情により自県のドクターヘリが出動できない場合や自県のドクターヘリのみでは対応ができない場合等に相手県のドクターヘリを自県へ出動要請することが可能となりました。
- ・このことによって、救急医療体制の強化・両県の救命率の向上等の効果が期待されます。



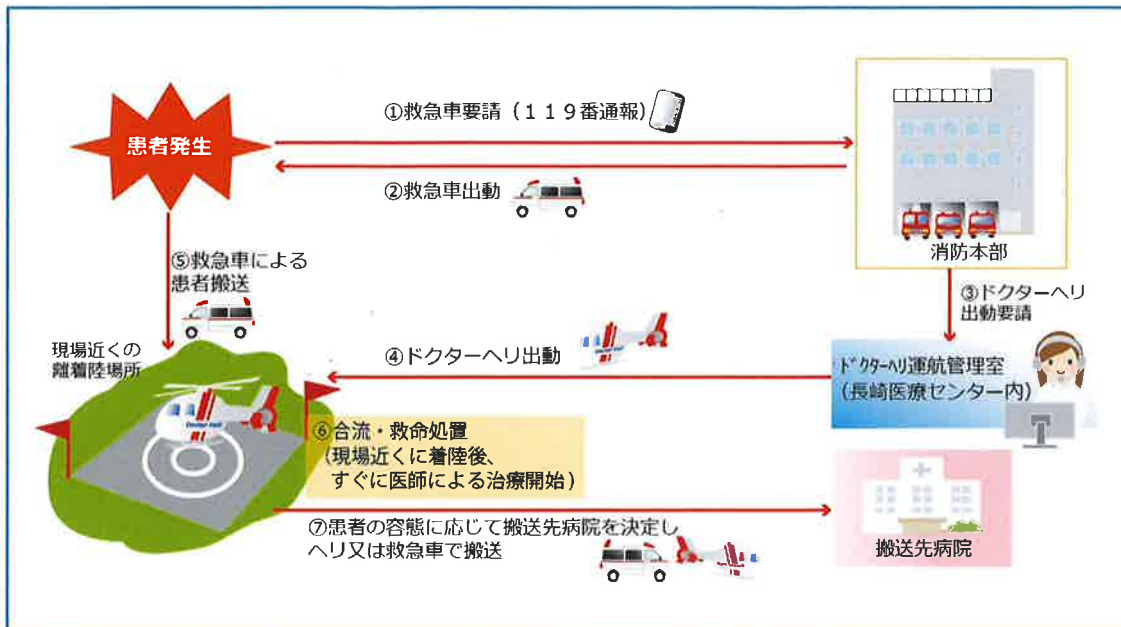
【表】ドクターヘリの運航実績（医療政策課調）

年度	要請数 ア=イ+ウ	出 動 前 キャンセル イ	合 計 ウ=エ+オ+カ	出 動 回 数		
				現場 エ	病院間 オ	出動後キャンセル カ
平成18年度	112	6	106	53	49	4
平成19年度	435	41	394	210	158	26
平成20年度	494	32	462	237	193	32
平成21年度	622	59	563	267	251	45
平成22年度	676	84	592	309	228	55
平成23年度	881	129	752	465	191	96
平成24年度	832	118	714	413	224	77
平成25年度	832	110	722	399	235	88
平成26年度	998	179	819	484	228	107
平成27年度	1,138	248	890	558	195	137
平成28年度	1,049	255	794	494	166	134
平成29年度	1,069	236	833	478	196	159
平成30年度	1,130	232	898	528	235	135
令和元年度	1,039	209	830	480	226	124
令和2年度	1,067	252	815	444	230	141
令和3年度	1,063	234	829	415	228	186
令和4年度	1,045	237	808	434	226	148

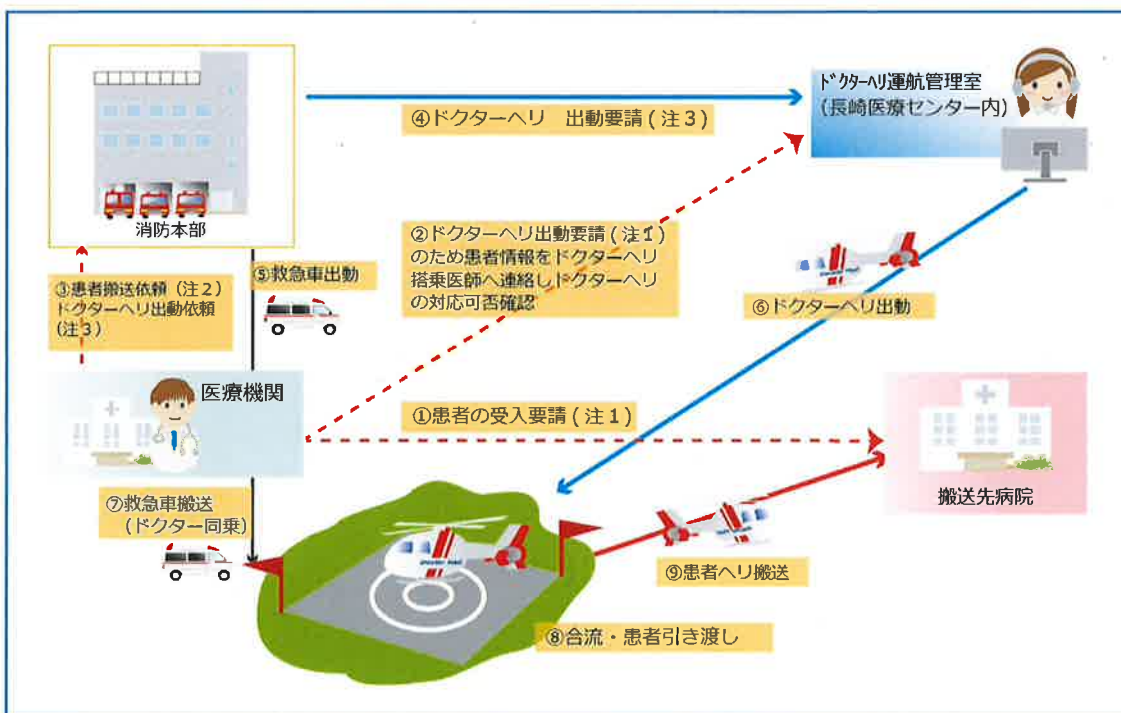
- ドクターヘリの出動方法には、「現場出動」と「病院間搬送」があります。

出動方法	内容
現場出動	原則、消防機関が医師による早期治療が必要と判断した場合に出動要請を行います。ドクターヘリは出動後、消防機関が選定した離着陸場へ着陸し、医師による処置が行われた後、患者の容態に応じて適切な医療機関へ搬送します。
病院間搬送	要請は搬送元の医師が基地病院医師と協議の上、ドクターヘリ搬送が必要と判断した場合に行います。病院敷地内等にヘリポートを有していない病院は消防機関等の協力を得て離着陸場を選定した後、救急車等にて離着陸場まで患者を搬送します。離着陸場にて合流し、患者の引渡しを行い、ドクターヘリにて搬送先病院へ搬送します。

ドクターヘリ運航体制図（現場出動）



ドクターヘリ運航体制図（病院間搬送）



（注1）患者搬送先病院が長崎医療センターの場合は、①と②の要請は一体で行われる。

（注2）要請元の医療機関がドクターカー又は救急車を出動させる場合は、消防機関に対する患者搬送依頼や消防機関の救急車出動は不要となる。

（注3）使用する離着陸場所が、病院所有でない場合は、消防機関とドクターヘリ運航管理室は協力して、離着陸場所の確保等を行うこととなる。

- 緊急を要する場合には、症状や要請時間帯に応じて、ドクターヘリ、県防災ヘリ、海上保安庁・海上自衛隊ヘリにより、適切な医療機関への搬送等を行っています。

	ドクターヘリ	防災ヘリ	海上保安庁・自衛隊ヘリ
救急医療 専用性	有 (救急医療専用ヘリ)	無 (他用途にも使用)	無 (他用途にも使用)
機能	○救急患者搬送 ○転院患者搬送	○離島からの転院患者搬送	○離島からの救急患者搬送
特徴	・救急要請時は4分以内に離陸 ・基地病院の医師、看護師が搭乗 ・救急専用医療機器を常備	・基地病院等の医師が搭乗 ・必要な医療機器を持参	・基地病院等の医師が搭乗 ・必要な医療機器を持参
離着陸地	・臨時離着陸場、場外離着陸場、 ヘリポート、空港	・場外離着陸場、ヘリポート、 空港	・ヘリポート、空港
時間帯	昼間 365 日	昼間 365 日 (点検期間除)	24 時間 365 日

※海保・自衛隊ヘリは、ドクターヘリ、防災ヘリ共に出動不可の場合のみ要請可能

ウ) アクセス時間を考慮した体制整備

- 平成 29 年 3 月から、長崎医療センターの敷地内に設置された消防署の救急出動の際、必要に応じて長崎医療センターの医師、看護師が救急車に同乗する「県央地域広域市町村圏組合と長崎医療センターにおける医師同乗救急車 (EMTAC (エムタック))」を運用しています。悪天候でドクターヘリが運航できない場合等も対応することが可能となっており、救命率の向上に寄与しています。
- 長崎大学病院では、平成 24 年 5 月よりドクターカーを運用しています。ドクターカーには医療機器を搭載しており、医師、看護師等が乗り込んで救急現場へ駆けつけるため、より素早く治療を行うことができます。

エ) ICT による情報共有

- 本県では、救急医療情報システムを再整備し、救急患者搬送先医療機関の応需情報や搬送受入状況を、救急隊や二次・三次救急医療機関が相互で情報共有し、患者の搬送や受入に活用することとしています。また、搬送受入結果データを集積し、救急搬送にかかる課題分析などを行うよう進めています。
- 離島・へき地においては、島内の中核病院やへき地診療所から、CT・MRI の画像を「遠隔画像診断支援システム」により長崎医療センター等へ送り、救急患者の診断、治療に活用しています。

(4) 病院前救護活動

- 救命率の向上には、「心停止の予防」、「早期認識と通報」、「一次救急処置 (心肺蘇生と AED)」、「二次救命処置と心拍再開後の集中治療」のスムーズな連携が重要で、大切な命を救うためには、住民・救急隊・医師が一体となって迅速な対応・連携をしていくことが大切です。

ア) メディカルコントロール

- 救急現場から医療機関に搬送されるまでの間において、救急救命士等が実施する応急処置に対して医師が医学的指示・指導又は助言を行い、実施した応急処置を検証してそれら応急処置の質を保障す

ることを「メディカルコントロール」と言います。

- 長崎県は、これらメディカルコントロールの充実のために、平成15年3月に「長崎県メディカルコントロール協議会」、県内7地域（長崎・県北・県央県南・下五島・上五島・杵岐・対馬）に「地域メディカルコントロール協議会」を設立しました。
- この協議会には、医師と消防の救急責任者及び県行政機関が参加しており、救急活動を円滑に行うことができるよう関係機関が相互理解を深めています。
- 県内の各地域では、医師による救急活動の事後検証や現場の救急隊員に対する指示・指導・助言、病院での応急処置の実習を通して、救急救命士や救急隊員のレベルアップに取り組んでいます。

イ) 救急救命士

- 救急救命士とは、厚生労働大臣の免許を受けて、病院到着前に医師の指示のもと救急患者に対し、救急救命処置を行うことができる人のことです。
- 救急救命士は、病院まで救急で搬送する間に、脈拍も呼吸も止まってしまった人や心肺機能停止前の重度傷病者に対して、器具による気道確保や薬剤の投与等の救急救命処置※を行うことができ、その処置範囲は拡大してきています。

※これらの処置を行うためには実務訓練など一定の要件を満たす必要があります。

- 令和4年4月1日現在、県内の救急隊員数は1,094名（専任148名、兼任946名）であり、そのうち、救急救命士である者は、365名です。また、県内全消防本部が高規格救急自動車による運用を実施しています。
- 本県では、気管挿管ができる救急救命士を育成するために、麻酔科専門医の指導のもと、病院での全身麻酔を受ける患者を対象に、挿管実習を令和3年度は延べ14医療機関で行っています。資格取得のためには、30症例の実績が必要ですが、件数確保が難しくなっています。病院での挿管実習には、県民の皆さんの理解と協力が不可欠です。

ウ) 自動体外式除細動器（AED）の住民への周知等

- AED講習を含む救命講習については、消防機関等の協力により、多くの住民が受講しています。また、学校などの教育の現場においても、AED講習を含む救命講習を実施するなど、その必要性が浸透しています。
- AED設置についても、各施設事業者の自主的な設置が年々進み、県内設置数は4,569台（令和5年5月現在 一般社団法人日本救急医療財団調べ）となっています。

3. 施策の方向性

(1) 救急医療体制

- 緊急性がなく自分で病院に行ける場合やコンビニ受診、特に都市部における軽症者の二次・三次医療機関へのウォークイン受診などを抑制する一方、救急車の要請や時間外受診をためらうことで、生命

に危険が及んだりすることがないように、電話相談体制（#7119）の早期導入及び周知を行うとともに、救急車の適正利用と救急医療機関の適切な受診について、かかりつけ医の協力も得ながら、県民に対する普及啓発を図ります。

- 医療圏によって、又は地域によっては、救急医療を担う医師が不足している地域があることから、救急科を専攻し県内の救命救急センターなどで勤務すると返済が免除される研修資金の貸与や、県養成医が救急科を専攻しやすくするための勤務要件の見直しを行うなど、救急医の確保に取り組んでいきます。
- 病院群輪番制病院及び救命救急センターに対して、より良い医療提供が行えるよう設備整備等への支援を行っていくとともに救急医療協力病院に対しても充実した運営が行えるよう支援を行います。
- 救急医療機関の搬送受入れ等の実態に即した輪番体制の見直しや、地域における各医療機関の役割分担、連携を踏まえた救急医療体制の構築を支援します。
- 二次及び三次救急医療機関が速やかに患者の受入れを行うため、早期退院もしくは適切な医療機関への早期転院の仕組みづくりや、関係機関との連携体制構築を支援します。
- 脳卒中および急性心筋梗塞については、発症時の症状、救急要請の必要性などについての県民向けの啓発を行うとともに、急性期治療を専門に行う医療機関を設定し、医療従事者や県民へ周知します。
- 精神科救急医療体制を整備するため、精神科救急医療にかかる関係者からなる会議を開催し、関係者間の共通認識を深め連携強化を図ります。また、身体合併症の患者受入れについて、一般医療機関と精神科医療機関での協議を行うなど連携強化を図るとともに、身体合併症に対応できる医療提供体制の整備を目指します。

※ 精神科救急の詳細は、「第 5 節—1 精神科医療」に記載

- 居宅・介護施設の高齢者については、施設におけるオンライン診療の導入や、医療・介護従事者及び住民の ACP（アドバンス・ケア・プランニング）への理解促進を図ります。
- 高齢者の救急搬送が増加する中、人生の最終段階を迎える患者においては、患者自らの意思に沿った医療を提供できるようにするための情報共有の仕組みなどについて、救急医療・介護施設等の関係者が合同で協議します。
- 高齢者の救急医療機関からの転院や退院を促すため、医療機関の機能分化や在宅医療の体制整備を推進するとともに、自宅や施設で切れ目のないサービスを受けられるよう地域包括ケアシステムの充実を図ります。
- 新興感染症の発生・まん延期においても、救急医療の機能を維持し、適切に救急医療を提供できるよう、平時から関係者で構成する協議会等を通じて、新興感染症対応時の地域の医療機関の役割分担を明確化します。また、救急外来を受診しなくて済むよう、新興感染症の発生・まん延時には、発熱患者向けの受診相談窓口の設置や地域の外来機能の拡充により、救急外来の需要が急増した際にも対応できる体制を構築します。

（2）救急搬送体制

- ドクターヘリの有効かつ効果的な運航を行うため、隣県との相互応援協定や、県防災ヘリ、海上保安

庁（固定翼・回転翼航空機、船舶）、自衛隊ヘリとの連携を図り、救命率の向上に努めます。

- ドクターヘリの更なる有効活用のために、医療機関、消防機関、佐賀県関係機関と合同で引き続き症例の検討、分析を行っていきます。
- 増加するドクターヘリへの搬送要請に対応するため、関係機関が運航するヘリの利用を含め、ドクターヘリの運航体制強化を検討します。
- 遠隔画像診断支援システムについて、システムの更新を図りながら、本土・へき地を含め効率的な救急搬送体制の構築に活用するなど、より迅速に診断できる機能の充実を図ります。
- 新救急医療情報システムにより、救急患者搬送先医療機関の応需情報や搬送受入状況を、救急隊や二次・三次救急医療機関が相互で情報共有し、搬送時間の短縮を図ります。また、当システムの搬送受入結果データや長崎県検診票データを集積・分析し、今後の救急医療の機能向上に役立てます。

(3) 病院前救護活動

- 「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」に基づき、患者の状況に応じた医療機関の区分や受入医療機関が速やかに決定しない場合等の対応ルールを設定し、救急搬送・受入の円滑な実施を図ります。
- 救急車の適正な利用のために、休日・夜間に県民からの救急医療相談を医師や看護師等で対応する相談窓口（＃7119）の導入を検討します。
- 厚生労働省が整備する医療情報ネットにおいて休日夜間急患センターや在宅当番医情報をより多くの県民に利用してもらえるよう、普及啓発を図ります。

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) 2029 年
二次救急医療体制を整備すること	二次救急医療機関数	59 機関 (2023 年)	59 機関
三次救急医療体制を整備すること	救命救急センター充実段階評価 A 以上の割合 100%の維持	100% (全 4 施設) (2022 年)	100%
救急搬送時間を短縮すること	救急搬送の収容平均所要時間	42.1 分 (2021 年)	42.1 分未満
救急車の適正利用と救急医療機関の適切な受診ができること	救急搬送の傷病程度別「軽症」患者数の割合	32% (2021 年)	32%未満

最終的な成果	アウトカム指標	直近の実績	(目標) 2029 年
救命率を向上させること	心肺停止患者の1ヶ月後の生存率（1ヶ月後の生存者数/一般市民により心原性心肺機能停止の時点が目撃された症例）	9.3% (27 人/289 人) (2021 年)	全国平均 以上※

※2021 年の全国平均 11.1% (2,944 人/26,500 人)

(2) 指標の説明

指標	説明
二次救急医療機関数	現行の救急医療体制を維持します。 ※出典：県の医療政策課調べ
救命救急センター充実段階評価 A の割合	全ての救命救急センターにおいて充実段階評価 A 以上の評価を目指します。 ※出典：厚生労働省「救急救命センターの評価結果」
救急搬送の収容平均所要時間	救急隊の出動から病院収容までの平均時間の短縮を目指します。 ※出典：長崎県消防防災年報
救急搬送の傷病程度別「軽症」患者数の割合	傷病程度別が「軽症」の救急搬送患者の減を目指します。 ※出典：長崎県消防防災年報
心肺停止患者の1ヶ月後の予後（1ヶ月後の生存者数/一般市民により心原性心肺停止の時点が目撃された症例）	心肺停止患者の1ヵ月後の予後について全国平均以上の達成を目指します。 ※出典：消防庁「救急救助の現況」

長 崎 県 の 救 急 医 療 体 制

図 域	初期(一次)救急医療体制				二 次 救 急 医 療 体 制			三次救急医療体制
	休日夜間 急患センター	診療日	在宅当番医制	診療日	病院群輪番制病院	救急医療協力病院	その他の医療機関	
長 崎	長崎市夜間 急患センター	毎日 20:00～23:30 年末年始 10:00～17:00 20:00～23:30	長崎市医師会 休日 西彼杵医師会 休日		＜長崎南＞ ◎長崎みなとメディカルセンター ◎長崎記念病院 ◎掖済会病院 ◎十善会病院 ＜長崎北＞ ◎長崎原爆病院 ◎聖フランシスコ病院 ◎井上病院 ◎長崎百合野病院 ◎済生会長崎病院	＜長崎地区＞ 大久保病院 ◎重工記念長崎病院 千綿病院 ◎日浦病院 長崎友愛病院 ◎田上病院	◎長崎北徳洲会病院 ◎虹が丘病院 ◎上戸町病院 ◎光晴会病院 ◎長崎北病院	◎長崎大学病院 高度救命救急センター ◎長崎医療センター 高度救命救急センター ◎佐世保市総合医療センター 救命救急センター ◎長崎みなとメディカルセンター 救命救急センター
	佐世保市立 急病診療所	月～土 20:00～23:00 休日 10:00～18:00 年末年始 10:00～18:00	佐世保市医師会 休日 平戸市医師会 休日 北松浦医師会 休日		◎佐世保市総合医療センター ◎長崎労災病院 ◎佐世保中央病院 ◎京町病院 ◎佐世保共済病院 ◎杏林病院 ◎三川内病院 ◎北松中央病院 ◎千住病院 ◎佐町浜野病院	◎柿添病院	◎福田外科病院 ◎平戸市民病院 ◎青洲会病院 ◎平戸市立生月病院 ◎松浦中央病院 ◎久保内科病院	
県 央	諫早市こども 準夜診療センター	毎日 20:00～23:00	諫早医師会 休日 大村市医師会 休日		◎諫早総合病院 ◎市立大村市民病院 ◎宮崎病院 ◎長崎川棚医療センター ◎西諫早病院 ◎長崎医療センター ◎長崎原爆諫早病院	◎貞松病院 ◎諫早記念病院	◎佐藤病院	
	大村市夜間 初期診療センター	毎日 19:00～22:00	東彼杵郡医師会 休日					
県 南	小児の 日曜診療所	土曜日18:00 ～ 日曜日17:00	島原市医師会 休日 南高医師会 休日		◎長崎県島原病院 ◎柴田長庚堂病院 ◎愛野記念病院 ◎泉川病院 ◎釜釜病院 ◎公立小浜温泉病院			
			五島医師会 休日		◎長崎県五島中央病院		◎長崎県留置医療センター ◎長崎県富江病院	
五 島				平日夜間	◎長崎県上五島病院		◎小値賀町国民健康保険診療所	
上五島								
壱 岐			壱岐医師会 休日		◎長崎県壱岐病院 ◎光武内科循環器科病院			
対 馬					◎長崎県対馬病院 ◎長崎県上対馬病院			
県全体	5カ所		12郡市医師会		38病院(37)	9病院(6)	13病院(13)、2診療所(2)	4病院(4) ※3医療機関は再掲

※1 「◎」印は救急告示医療機関、()の数字は救急告示医療機関数、総数59医療機関

※2 救急告示医療機関……「救急病院等を定める省令」に基づき、相当の知識及び経験を有する医師を常時配置するなど一定の要件を満たし「自ら救急業務に協力する」ことを申し出た医療機関。
保健医療対策協議会(救急医療対策部会)の意見聴取を経て、県が認定のうえ告示。

※3 病院群輪番制病院……地域内の病院群が共同連帯して、輪番制方式により休日夜間の診療体制を整え、原則として、初期救急医療施設からの転送患者を受け入れる病院。
地域医療対策協議会、保健医療対策協議会(救急医療対策部会)の意見聴取を経て、県が承認。

※4 救急医療協力病院……救急患者が病院群輪番制病院へ集中することによって生じる診療機能のマヒを回避するために救急患者対応を行う病院。
地域保健医療対策協議会からの申し出に基づき保健医療対策協議会(救急医療対策部会)の意見聴取を経て、県が認定。

第8節 小児医療

1. 小児医療（小児救急医療含む）について

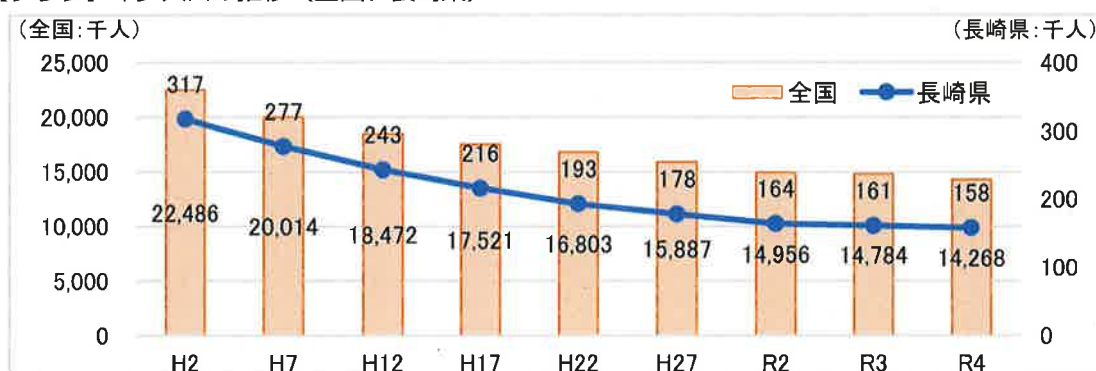
- 本県の小児医療は、長崎県保健医療対策協議会の専門部会として設置された「小児・周産期・産科医療確保対策部会」での検討を中心として、小児科医師確保、小児医療機能の集約や拠点化を進めてきました。
- 小児救急医療は、24 時間体制で小児の二次及び三次救急医療が可能な長崎大学病院、佐世保市総合医療センター、長崎医療センター、長崎みなとメディカルセンターの4 機関が、広域にわたって患者を受け入れ、さらに郡市医師会等とも連携して体制の充実が図られてきました。

2. 本県の現状と課題

（1）小児患者の状況

- 本県の令和4年の年少人口（15歳未満の人口）は、平成27年と比較して、19,779人減少しており、全国の年少人口と同様に年々減少しています。
- 本県の令和4年の小児の死亡数、死亡率は、平成27年と比較して減少しています。死因（令和4年）については、先天奇形が最も多くなっています。

【グラフ】年少人口の推移（全国、長崎県）



※出典：総務省「国勢調査」、「人口推計（各年10月1日現在）」

【表】小児の死亡数及び死亡率（平成27年と令和4年の比較）

区分			0～4 歳	5～9 歳	10～14 歳	合計
小児死亡数（人）	全国	H27	2,692	452	470	3,614
		R4	1,851	311	422	2,584
	長崎県	H27	29	8	3	40
		R4	14	4	3	21
小児死亡率 （人口10万人対）	全国	H27	54.0	8.5	8.4	22.7
		R4	43.6	6.3	8.0	17.8
	長崎県	H27	52.3	13.5	4.8	22.5
		R4	30.7	7.4	5.2	13.3

※厚生労働省「人口動態調査」

【表】令和4年における小児の死因（単位：人）

死因	死亡数	死亡数		
		0～4歳	5～9歳	10～14歳
先天奇形	6	6	0	0
周産期に発生した病態	4	4	0	0
新生物＜腫瘍＞	3	2	1	0
神経系疾患	1	0	1	0
消化器系疾患	2	0	1	1
その他	5	2	1	2
合計	21	14	4	3

※厚生労働省「人口動態調査」

- 平成30年から令和2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。

【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30年		令和元年		令和2年	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
新生児	死亡	1	0.48%	0	0.00%	1	0.51%
	重症	27	12.98%	35	19.77%	34	17.17%
	中等症	160	76.92%	130	73.45%	151	76.26%
	軽傷	16	7.69%	6	3.39%	9	4.55%
	その他	4	1.92%	6	3.39%	3	1.52%
	計	208	－	177	－	198	－
乳幼児	死亡	7	0.36%	4	0.20%	3	0.22%
	重症	41	2.10%	25	1.24%	37	2.65%
	中等症	527	27.03%	560	27.71%	421	30.20%
	軽傷	1,367	70.10%	1,422	70.36%	928	66.57%
	その他	8	0.41%	10	0.49%	5	0.36%
	計	1,950	－	2,021	－	1,394	－
少年	死亡	3	0.20%	1	0.06%	3	0.22%
	重症	41	2.67%	38	2.45%	27	2.01%
	中等症	460	29.93%	494	31.85%	432	32.19%
	軽傷	1,025	66.69%	1,007	64.93%	869	64.75%
	その他	8	0.52%	11	0.71%	11	0.82%
	計	1,537	－	1,551	－	1,342	－

全区分	死亡	865	1.39%	796	1.31%	889	1.55%
	重症	7,185	11.57%	6,653	10.92%	6,485	11.33%
	中等症	32,507	52.35%	32,567	53.46%	31,474	55.00%
	軽傷	21,163	34.08%	20,357	33.42%	17,930	31.33%
	その他	380	0.61%	544	0.89%	447	0.78%
	計	62,100	—	60,917	—	57,225	—

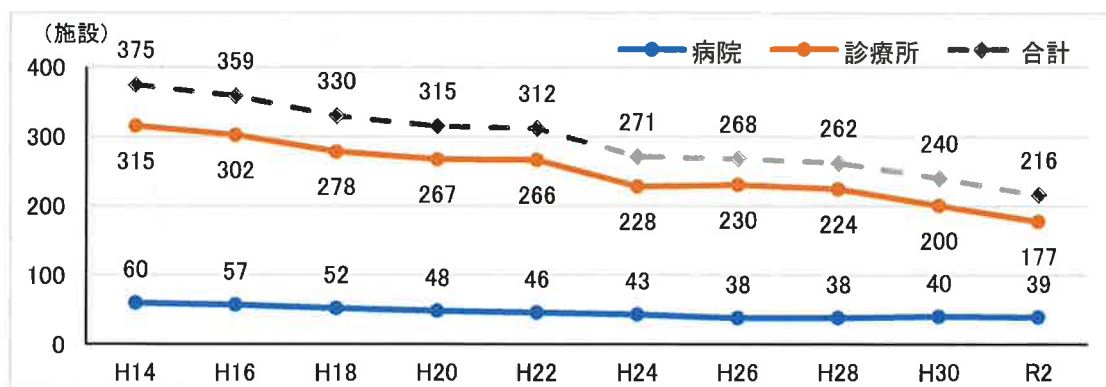
※出典：県消防保安室「消防防災年報」

- 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、長崎市障害福祉センター診療所〔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。
- 人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な児童（医療的ケア児）が全国的に増加傾向にあり、令和3年度に実施した調査によると、県内で187名の医療的ケア児が在宅で生活を送っています。家族等の負担軽減を目的としたレスパイト等の受入れ体制の整備が課題となっています。

（2）医療提供体制

- 令和2年における本県の小児科を標榜する医療機関は216あり、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：県福祉保健課「長崎県医療統計」

- 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。本県においては、中核病院として2病院、地域小児科センターとして2病院が登録されており、地域小児科センターがない小児医療圏においては、一次・二次医療を担当する病院小児科である「地域振興小児科」が6病院あります。

【表】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	地域振興小児科
長崎	長崎大学病院	長崎みなとメディカルセンター	
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

※地域振興小児科：地域小児科センターがない小児医療圏において、一次二次医療を担当する病院

- 令和5年7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、15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（令和5年7月20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	4
佐世保県北		1		1	1	3
県央		1	1	1（1）		3（1）
県南					1	1
五島					1	1
上五島					1	1
壱岐					1	1
対馬					1	1

※出典：九州厚生局ホームページ

※カッコ書きは重複

（3）小児医療従事者の状況

- 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。
- 医療圏別の医師数は、長崎と県央圏域に、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、ほかの圏域と比較して医師数が多くなっています。

- 小児救急外来やNICU（新生児集中治療管理室）においては、休日・夜間に受診する患者とその家族への対応が重要なことから、これに対応できる看護師の資質向上も求められています。

（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（令和5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／20～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／20～23時
	大村市こども夜間初期診療センター	365日／19～22時
県南	小児の日曜診療所（島原病院内）	土曜日18時～日曜日17時

- 二次・三次小児救急医療については、4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】救命救急センターの小児患者受入状況（令和4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	長崎みなと メディカル センター	計
受入人数	558	1,570	1,833	1,549	5,510
うち入院した人数	284	407	519	641	1,851
入院した割合	50.9%	25.9%	28.3%	41.4%	33.6%

※出典：県医療政策課調べ

- 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小児救急医療機関の小児患者受入状況（令和4年度）

	五島中 央病院	上五島 病院	杓岐 病院	対馬 病院	上対馬 病院	計
受入人数	1,383	426	1,290	1,370	238	4,707
うち入院した人数	46	5	31	35	1	118
入院した割合	3.3%	1.2%	2.4%	2.6%	0.4%	2.5%

※出典：県医療政策課調べ

(5) 子ども医療電話相談事業

ア) 長崎県子ども医療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日より子ども医療電話相談事業を開始しています。
- 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刻を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】長崎県子ども医療電話相談センター

運営形態	医療電話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）・095-822-3308（ダイヤル回線）
相談体制	毎日（365日）、平日18時～翌8時・日祝24時間
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) 子ども医療電話相談の利用状況について

- 令和4年度の相談件数は11,921件であり、相談開始時刻を変更した平成28年度以降同程度で推移しています。なお、令和2～4年度については、新型コロナウイルス感染症の感染拡大により外出機会が減ったこと、子ども医療電話相談と別に新型コロナウイルス感染症の相談窓口が設けられたことにより相談件数が減少しています。

【グラフ】医療圏別子ども医療電話相談件数の推移（単位：件）

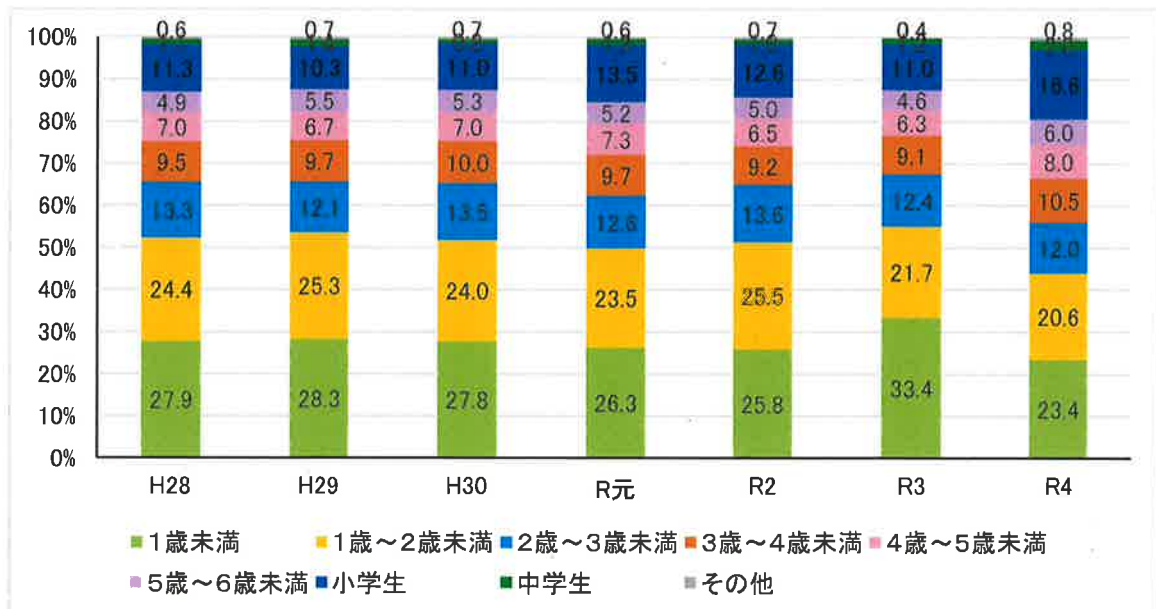
医療圏	H28	H29	H30	R元	R2	R3	R4
長崎	5,277	5,331	6,400	6,333	4,249	3,910	5,645
佐世保県北	3,137	3,194	3,364	3,023	2,143	1,994	2,989
県央	2,352	2,393	2,691	2,541	1,744	1,748	2,439
県南	648	620	695	648	419	398	595
五島	104	113	137	126	67	92	123
上五島	64	58	57	66	28	25	21
壱岐	69	70	98	86	46	49	50
対馬	94	80	126	93	61	68	56
不明・県外	39	17	6	5	3	4	3
合計	11,784	11,876	13,574	12,921	8,760	8,288	11,921

※出典：県医療政策課調べ

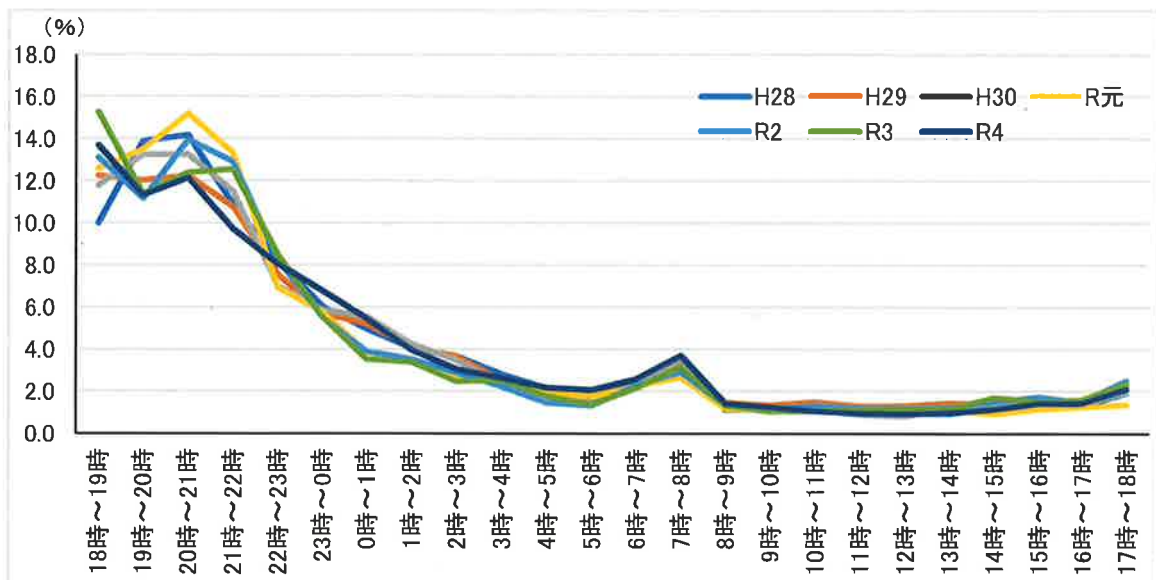
- 相談対象者年齢は、0～2歳未満が約半数を占めており、令和4年度は44%を占めています。また、相談時間帯で見ると、医療機関の診療時間終了後の18時から22時及び診療時間開始前の7

～8時に割合が増加する傾向にあります。

【グラフ】子ども医療電話相談対象者の年齢別割合



【グラフ】相談時間別件数割合



- 子ども医療電話相談事業により、翌日の医療機関受診を勧めた件数は、令和4年度は1,295件と相談件数のうち約1割を占めており、適切な受診行動につながっています。

(6) 災害医療

- 近年、異常気象や地震等が多発しており、災害医療体制下において、小児医療が効果的に機能していくために、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」の養成を進めており、令和5年4月時点で17名委嘱しています。

3. 施策の方向性

(1) 地域の小児医療体制の整備

- 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、「小児・周産期・産科医療確保対策部会」を中心として、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取組を進めていきます。
- 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」の整備の取組を引き続き支援します。
- 厚生労働省が整備する医療機能情報提供制度・薬局機能情報提供制度の全国統一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、「長崎県子ども医療電話相談センター」のさらなる利用促進の呼びかけや体制充実に努めます。
- 発達障害児の受診待ち期間を短縮するため、専門医療機関において発達障害児の診断等にかかる医師の研修を実施するとともに、新たに発達外来を開設する医療機関への施設・設備整備支援等を行うことにより、医療体制の整備に努めます。

(2) 医療従事者の育成・確保

- ※小児科医師の確保等については、医師確保計画における「産科・小児科における医師確保の方針」、「産科・小児科における医師確保のための施策」参照
- 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。

(3) 災害医療

- 災害医療体制下において小児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」の養成及び技能維持を図ります。

(4) 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、令和4年8月に、医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律に基づく、「長崎県医療的ケア児支援センター」を開設し、家族や関係機関からの相談に一元的に対応しており、引き続き、必要な助言等を行うとともに、レスパイト等の支援体制の整備に努めます。
- また、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に対する周産期母子医療センターでの研修や、訪問看護、特別支援学校や保育所等に勤務する看護職等に対して実践的な研修を実施し、NICU からの退院後において、できるだけ早く地域で受け入れることができる体制の構築を図ります。

(5) 新興感染症発生・まん延時の小児医療体制

- 新興感染症の発生・まん延時においても、地域で小児医療を確保するため、感染症の罹患又は罹患が疑われる小児に対して救急医療を含む小児医療を実施する医療機関について、「小児・周産期・産科医療確保対策部会」において協議を進めていきます。
- 適切に妊婦のトリアージや入院等に係るコーディネートを行う災害時小児周産期リエゾン等の人材の養成・活用について平時から検討します。
- 新興感染症の発生・まん延時に対面診療が困難となる場合に備えて、平時からオンライン診療の導入について検討します。

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) 2029 年
小児の救急医療体制が整備されていること	小児救急搬送症例のうち受入困難事例の件数	60 件 (2022 年度)	30 件
子ども医療電話相談センターの運営を実施すること	子ども医療電話相談の応答率	—	年平均 80%以上
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可能な訪問看護ステーションが所在する医療圏数	6 医療圏 (2022 年度)	8 医療圏
災害時や新興感染症の発生・まん延時に小児医療体制が機能していること	災害時小児周産期リエゾン任命者数	17 名 (2022 年度)	38 名

最終的な成果	アウトカム指標	直近の実績	(目標) 2029 年
小児死亡率を低下させること	出生千人対乳児死亡率	1.2 (2022 年)	全国平均以下 (2022 : 1.8)
	人口 10 万人対小児死亡率	13.3 (2022 年)	全国平均以下 (2022 : 18.1)

(2) 指標の説明

指標	説明
小児救急搬送症例のうち受入困難事例の件数	二次・三次小児救急医療施設における受入困難事例を減少させることを目指します。
子ども医療電話相談の応答率	応答率を上昇させ、相談者への対応の質の向上を目指します。
医療的ケアが必要な小児に対応可能な訪問看護ステーションが所在する医療圏数	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ことができる訪問看護ステーションの地域偏在をなくすことを目指します。
災害時小児周産期リエゾン任命者数	災害時小児周産期リエゾン任命者数を増加させることを目指します。
人口千人対乳児死亡率	乳児死亡率を低下させることを目指します。
人口 10 万人対小児死亡率	小児死亡率を低下させることを目指します。

第9節 周産期医療

1. 周産期医療

- 周産期とは、妊娠満22週から生後7日未満までの期間のことであり、周産期医療とは、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主に対象とする医療のことをいいます。
- 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。
- 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。
- 本県では、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に反映するため、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」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。令和4年の出生数は8,364人で、前年(8,862人)と比較して約5.6%減少しています。また、平成2年(16,517人)と比較して約49.4%、平成22年(12,004人)と比較して約30.3%減少しています。
- 令和4年は、本県出生率が、全国の出生率を0.3ポイント上回り、全国では第15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）

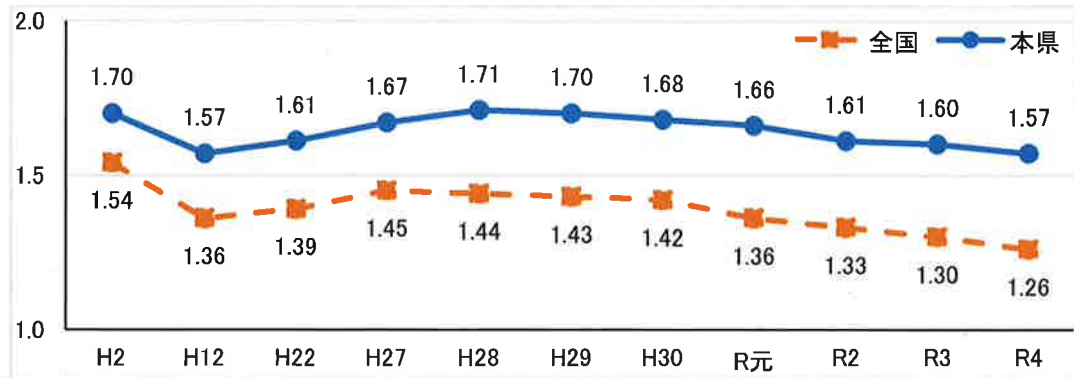


※出典：厚生労働省「人口動態調査」

※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、平成18年以降は徐々に上昇していましたが、平成29年から再び減少に転じています。令和4年は全国平均1.26を0.31ポイント上回る1.57で、全国第5位となっています。

【グラフ】合計特殊出生率（全国・本県）



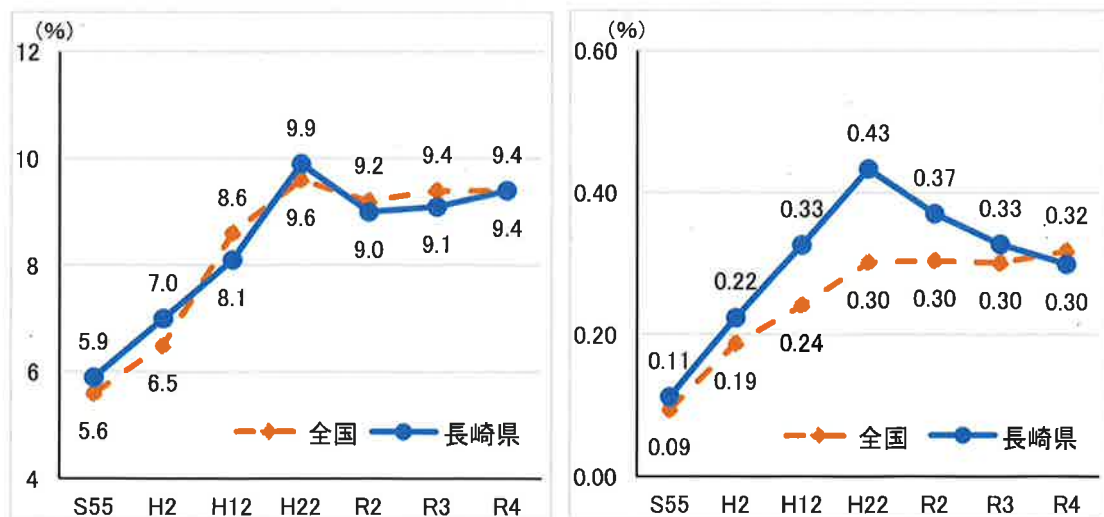
※出典：厚生労働省「人口動態調査」

※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

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、出産年齢の高齢化等に伴い増加傾向にありましたが、近年はほぼ横ばいで推移しており、令和4年の低出生体重児の割合は9.4%となっています。また、超低出生体重児の割合は、平成22年に全国平均を大幅に上回ったものの、その後は減少傾向にあり、令和4年は全国平均を0.02ポイント下回る0.30%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)

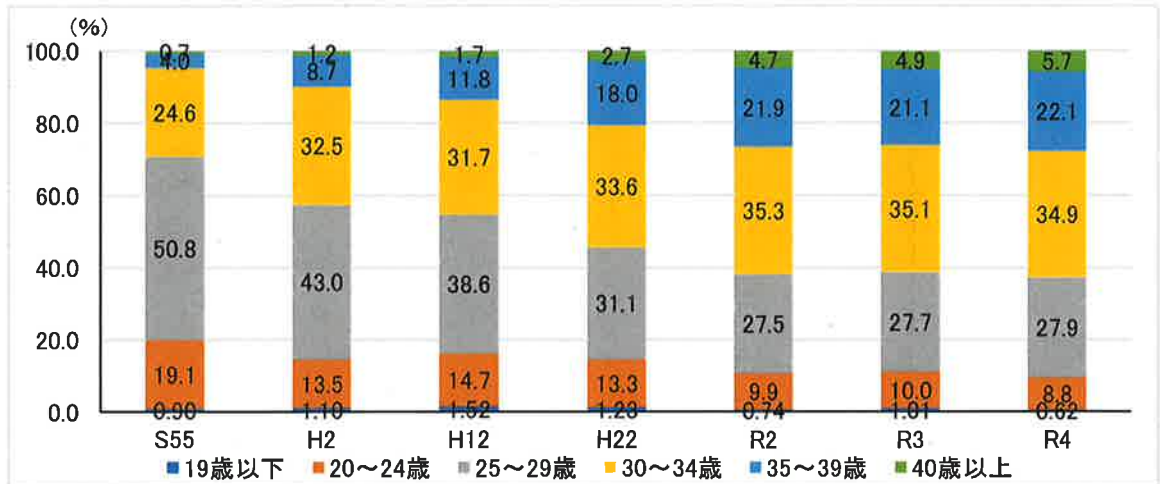


※出典：厚生労働省「人口動態調査」

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12年は20歳代が53.3%を占めていましたが、令和4年には30歳代が57.0%と最も多く、20歳代は36.7%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）

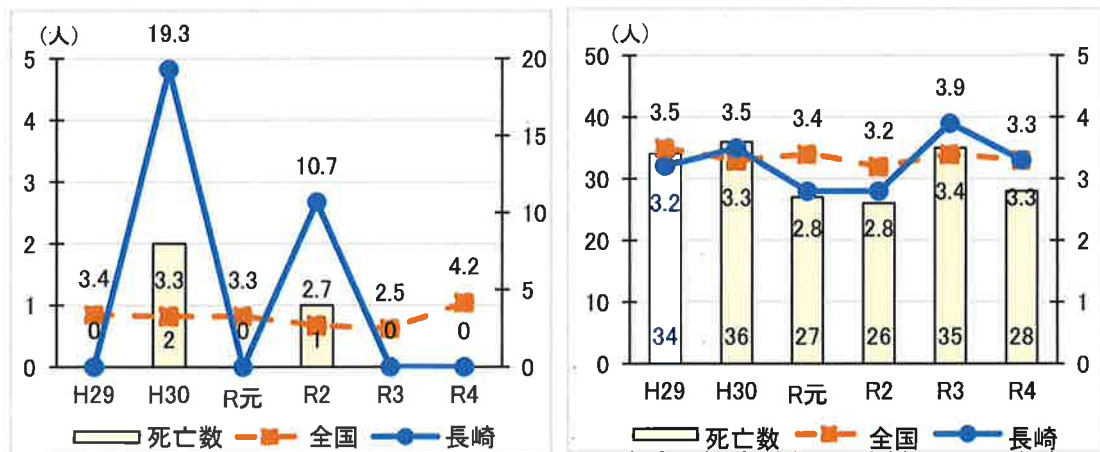


※出典：厚生労働省「人口動態調査」

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減速しています。本県では平成30年に2件、令和2年に1件の妊産婦死亡が発生しています。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、平成30年及び令和3年に全国平均を上回っています。

【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、妊娠期間及び部位には関係しないが、妊娠若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／出生数（出生数＋死産数）×100,000

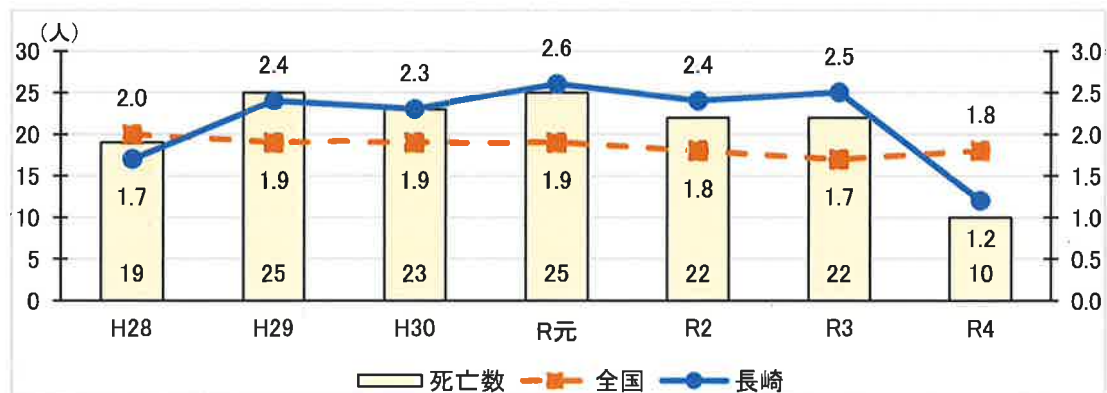
※周産期死亡：妊娠満22週以後の死産と早期新生児死亡（生後7日未満の死亡）をあわせたもの。

※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

- 本県の乳児死亡率は平成29年以降、新生児死亡率は平成28年以降、全国平均を上回る水準で推移しており、令和3年の調査では、乳児死亡率は全国平均1.7を0.8ポイント上回る2.5で全国2位、新生児死亡率は、全国平均0.8を1.0ポイント上回る1.8で全国1位となっていました。
- 令和4年の調査では、乳児死亡率は全国平均1.8を0.6ポイント下回る1.2で全国42位、新生児死亡率は全国平均0.8を0.1ポイント下回る0.7で全国27位と大きく改善しています。

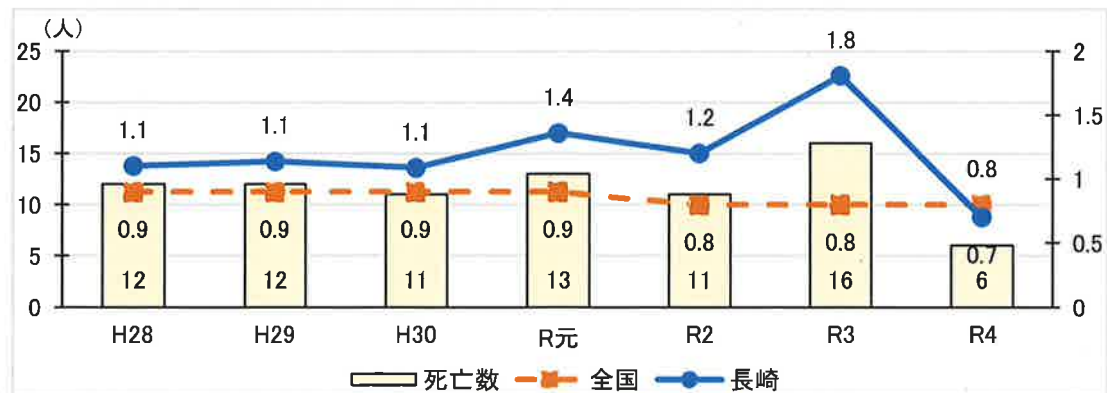
【グラフ】乳児死亡数（本県）と乳児死亡率（出生千対）（全国・本県）



※出典：厚生労働省「人口動態調査」

※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

【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」

※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月に長崎医療センター、令和元年9月に長崎大学病院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。総合周産期母子医療センターでは、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。

- 総合周産期母子医療センターには、母体・胎児集中治療管理室（以下「MFICU」という）、新生児集中治療管理室（以下「NICU」という）、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）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、何らかの病気を抱え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

医療機関名	指定日	MFICU 病床数	NICU 病床数	GCU 病床数
長崎医療センター	H19.7.31	6	9	21
長崎大学病院	R 元.9.25	6	12	12

※病床数：令和5年4月1日現在

【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

医療機関名	認定日	NICU 病床数	GCU 病床数
長崎みなとメディカルセンター	H20.4.1	9	6
佐世保市総合医療センター	H20.4.1	6	14

※病床数：令和5年4月1日現在

【表】地域周産期母子医療センターの主な認定要件

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) 分娩取扱施設

- 県内の分娩取扱施設は、令和5年8月現在、総合周産期母子医療センターが2か所、地域周産期母子医療センターが2か所、周産期母子医療センターを除く病院及び診療所が33か所、助産所（出張助産師含む）が3か所、計40か所となっており、平成29年の49か所から年々減少して

います。

- 二次医療圏別に見ると、離島医療圏でそれぞれ1～2施設と分娩取扱施設が少なくなっています。

【表】二次医療圏別分娩取扱施設数

二次医療圏名		分娩取扱施設数 (R5.8 現在)	分娩取扱件数 (R3 年度)	
				うち帝王切開数
長崎	総合周産期母子医療センター	1	378	168
	地域周産期母子医療センター	1	247	107
	病院・診療所 (周産期母子医療センターを除く)	11	2,899	398
	助産所・出張助産師	1	6	—
	小計	14	3,530	673
佐世保 県北	地域周産期母子医療センター	1	286	120
	病院・診療所 (周産期母子医療センターを除く)	5	1,915	376
	助産所・出張助産師	2	4	—
	小計	8	2,205	496
県央	総合周産期母子医療センター	1	599	225
	病院・診療所 (周産期母子医療センターを除く)	8	1,747	238
	小計	9	2,346	463
県南	病院・診療所	3	749	142
五島	病院・診療所	2	205	35
上五島	病院・診療所	1	45	4
壱岐	病院・診療所	2	132	15
対馬	病院・診療所	1	145	19
計		40	9,357	1,847

※出典：長崎県産婦人科医会調べ、県医療政策課調べ

※分娩取扱施設数は令和5年8月現在、分娩件数は令和3年4月1日から令和4年3月31日の間

【表】分娩取扱施設一覧（病院・診療所）

医療圏	医療機関名	区分
長崎	●長崎大学病院	病院
	○長崎みなとメディカルセンター	病院
	医療法人社団レディースクリニック ICHIRO	診療所
	田栗レディースクリニック	診療所
	医療法人宝マタニティクリニック	診療所
	医療法人高翠会まつお産科・婦人科クリニック	診療所
	医療法人測レディースクリニック	診療所
	池田産科-YOU-婦人科医院	診療所
	医療法人愛育会花みずきレディースクリニック	診療所
	医療法人しもむら産婦人科	診療所

長崎	小濱産婦人科医院	診療所
	いまむらウィミズクリニック	診療所
	医療法人社団清齋会三浦産婦人科	診療所
佐世保県北	○地方独立行政法人佐世保市総合医療センター	病院
	国家公務員共済組合連合会佐世保共済病院	病院
	医療法人佐世保晩翠会村上病院	病院
	産科・婦人科東島レディースクリニック	診療所
	医療法人 TOG つきやま産婦人科	診療所
	平井産婦人科医院	診療所
県央	●国立病院機構長崎医療センター	病院
	独立行政法人地域医療機能推進機構諫早総合病院	病院
	立石産婦人科医院	診療所
	医療法人安永産婦人科医院	診療所
	医療法人まごころ会たらみエンゼルレディースクリニック	診療所
	医療法人松角会マムレディースクリニック	診療所
	医療法人福重会レディースクリニックしげまつ	診療所
	医療法人大村中央産婦人科	診療所
	医療法人まつお産婦人科	診療所
県南	医療法人愛心会島原マタニティ病院	病院
	医療法人翔南会山崎産婦人科医院	診療所
	医療法人いその産婦人科	診療所
五島	長崎県五島中央病院	病院
	医療法人社団福江産婦人科医院	診療所
上五島	長崎県上五島病院	病院
壱岐	長崎県壱岐病院	病院
	医療法人協生会品川病院	病院
対馬	長崎県対馬病院	病院

※出典：長崎県産婦人科医会調べ

※分娩取扱施設は令和5年8月現在

※●は総合周産期母子医療センター、○は地域周産期母子医療センター

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推移し、人口10万対の医師数は全国平均を上回っており、病院・診療所別に見ても、全国平均を上回っています。
- 二次医療圏別にみると地域によって偏りがあり、令和4年の産科・産婦人科医師は、長崎圏域に集中しており、佐世保県北圏域が少ない状況にあります。
- 本県の助産師数は微増傾向にありますが、年齢構成では50歳以上が全体の1/4を占めており、55歳以上の割合が増加傾向にあります。

(3) 搬送及び受入体制

- 本県の周産期医療は、2つの総合周産期母子医療センターを中心として、2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。本県の令和3年中の産科・周産期傷病者救急搬送件数は538件で、うち転院搬送416件を除いた122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（令和3年）

医療機関への受入照会回数別						現場滞在時間区分別			
1回	2回	3回	4回	6回	計	15分未満	15分以上 -30分未満	30分以上 -45分未満	計
107	7	6	1	1	122	73	39	10	122
紹介するも受入れに至らなかった理由とその件数									
手術中・ 患者対応中	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
2	5		11		0	0		9	27

※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令和4年度の救急搬送受入状況については、母体搬送840件、新生児搬送131件で、約3.6%は県外からの受入です。
- 受入ができなかった件数は、母体搬送11件、新生児搬送7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（令和4年度）

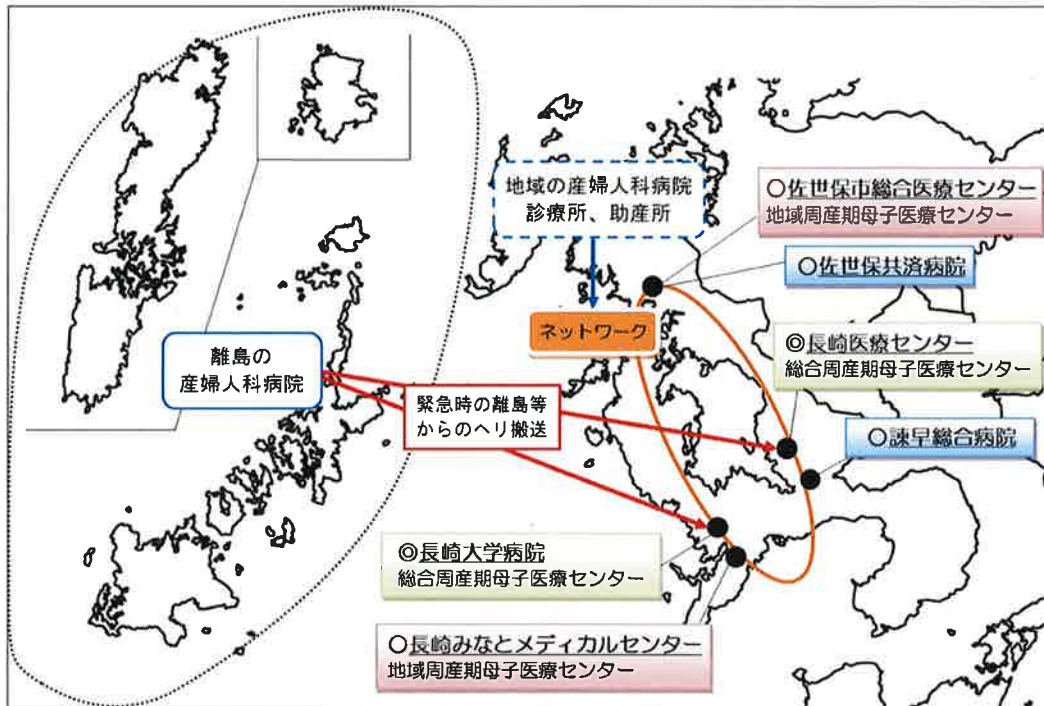
種類	総合				地域				計	
	長崎医療センター		長崎大学病院		長崎みなとメディカルセンター		佐世保市総合医療センター			
	母体	新生児	母体	新生児	母体	新生児	母体	新生児	母体	新生児
受入数	576	31	109	26	54	52	101	22	840	131
うち他県から	2	0	0	1	0	0	10	22	12	23
受け入れできなかった件数	0	0	5	7	0	0	6	0	11	7
NICU 満床	0	0	5	7	0	0	2	0	7	7
MFICU 満床	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
医師不在	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
その他	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0
うち県外へ搬送	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0

※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、長崎県離島救急患者家族待機宿泊所「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 等周産期施設の充実

- 令和5年4月1日現在、MFICU は、総合周産期母子医療センターである長崎大学病院（長崎圏域）に6床、長崎医療センター（県央圏域）に6床の計12床、出生1万人対14.3床が整備されています。また、NICU 病床数は、4つの周産期母子医療センターに36床、出生1万人対43.0床（令和4年の出生数で算出）が整備されています。
- しかしながら、出産年齢の高齢化等に伴うハイリスク妊娠およ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 が満床で新規受入れ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、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、県として必要な支援を実施します。
- 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した「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。

※産科医師の確保等については、医師確保計画における「産科・小児科における医師確保の方針」、「産科・小児科における医師確保のための施策」参照

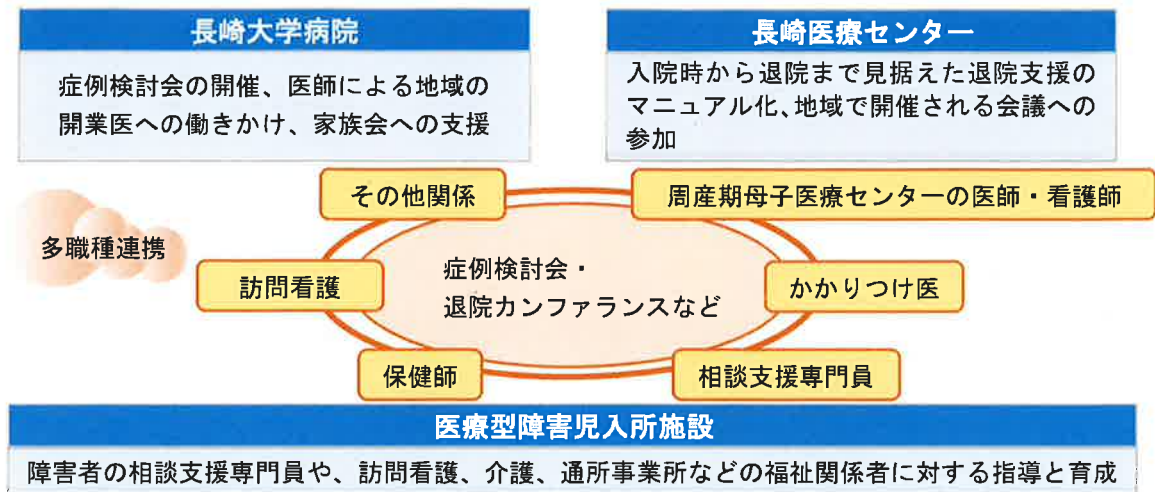
イ) 看護職員等の専門性の向上に向けた取組の推進

- 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。併せて助産師の養成や確保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、令和4年8月に、医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律に基づく、「長崎県医療的ケア児支援センター」を開設し、家族や関係機関からの相談に一元的に対応しており、引き続き、必要な助言等を行います。
- また、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け入れることができる体制を構築します。

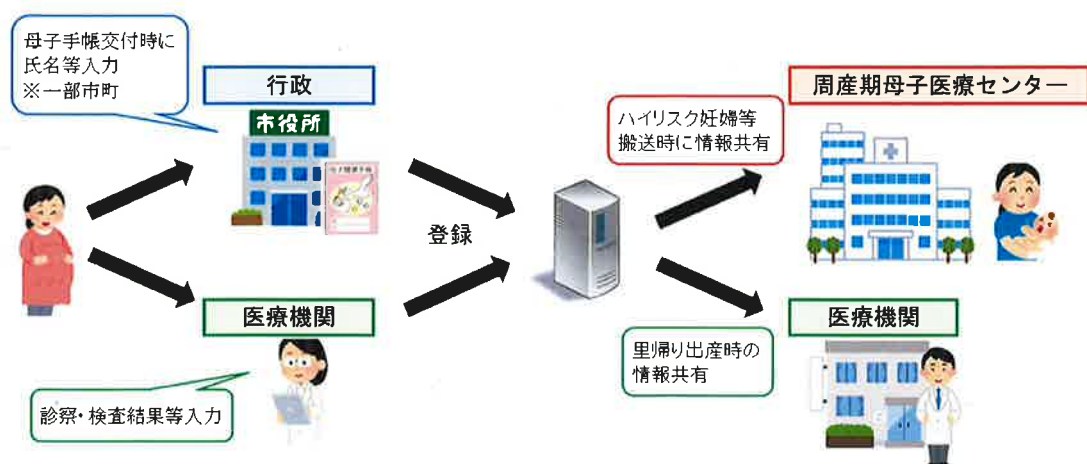
【図】医療と保健、障害福祉、教育等の連携



(4) ICT（周産期医療支援システム「すくすく」）の活用

- 本県では、平成26年から医療情報ネットワーク「あじさいネット」の機能を拡充して、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）には、妊婦健診の記録、グラフ化、ハイリスク妊婦の抽出及び地域内共有、検査データの自動取得、医療機関間のオンライン紹介などの機能があり、令和5年7月時点で、加入医療機関が23施設、妊婦の登録が30,446名となっています。
- 今後は、さらなるシステムの活用を促進し、医療機関と行政が連携して、安全・安心な分娩環境の確保に努めます。

【図】周産期医療支援システム概念図



(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周産期母子医療センター以外の高次医療機関や診療所（助産所）との役割分担により周産期医療体制を確保することが重要です。

- 分娩取扱施設は年々減少しており、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るため、必要な施設及び設備の整備に対する支援や、オープンシステム、セミオープンシステムによる連携、周産期医療支援システムの活用を促進します。

(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94%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」の養成及び技能維持を図ります。

(7) 症例の検討と母子保健等との連携

- 近年、乳児・新生児死亡率が全国平均を上回ることが多いことから、周産期医療支援システム（すくすく）の活用を促進し、ハイリスク妊婦の抽出や搬送時・災害時の情報共有を行い、早期に適切な対応ができるようにします。
- 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（産婦人科医、小児科医、助産師等）と精神科医療（精神科医、臨床心理士等）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。
- 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産婦健診への助成、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。
- 退院直後の不安定になりやすい時期に、母子に対して心身のケアや育児のサポート等きめ細かい支援を実施する「産後ケア事業」の実施を促進し、関係機関と連携しながら、妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援を行います。

また、周産期母子医療センターに入院中の妊産婦に対し、居住する市町の母子保健事業について個別に情報提供を行うなど医療と市町の保健・福祉事業との連携を図ります。

(8) 新興感染症発生・まん延時の周産期医療体制

- 新興感染症の発生・まん延時においても、地域で周産期医療を確保するため、感染症の罹患又は罹患が疑われる妊婦に対して産科的緊急症を含む産科診療を実施する医療機関について、「小児・周産期・産科医療確保対策部会」において協議を進めていきます。

- 適切に妊婦のトリアージや入院等に係るコーディネートを行う災害時小児周産期リエゾン等の人材の養成・活用について平時から検討します。

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 (2022年度)	(目標) 2029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	母体・新生児の県内搬送率	99.9%	100%
	母体・新生児搬送数のうち受入困難事例の件数	14件	0件
NICUで治療を受けた医療的ケア児が円滑に在宅ケアに移行し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可能な訪問看護ステーションが所在する医療圏数	6医療圏	8医療圏
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（すくすく）加入施設数	22施設	37施設
災害時や新興感染症の発生・まん延時に周産期医療体制が機能していること	災害時小児周産期リエゾン任命者数	17名	38名

最終的な成果	アウトカム指標	直近の実績	(目標) 2029年
乳児死亡率が全国平均を下回ること	出生千人対乳児死亡率	1.2 (2022年)	全国平均以下 (2022: 1.8)
新生児死亡率が全国平均を下回ること	出生千人対新生児死亡率	0.7 (2022年)	全国平均以下 (2022: 0.8)
周産期死亡率が全国平均を下回ること	周産期死亡率	3.3 (2022年)	全国平均以下 (2022: 3.3)
妊産婦の死亡をなくすこと	妊産婦死亡数	0人 (2022年)	0人
NICU・GCU長期入院児を減らすこと	NICU・GCU長期入院児数	1人 (2022年度)	0人

(2) 指標の説明

指標	説明
母体・新生児搬送数・県内搬送率	母体及び新生児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。
母体・新生児搬送数のうち受入困難事例の件数	NICU満床を原因とする受入困難事例を減少させることを目指します。
医療的ケアが必要な小児に対応可能な訪問看護ステーションが所在する医療圏数	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ことができる訪問看護ステーションの地域偏在をなくすことを目指します。
周産期医療支援システム（すくすく）加入施設数	周産期医療支援システムに加入する産婦人科医療機関を増加させることを目指します。
災害時小児周産期リエゾン任命者数	災害時小児周産期リエゾン任命者数を増加させることを目指します。
出生千人対乳児死亡率	出生千人対乳児死亡率を低下させることを目指します。

出生千人対新生児死亡率	出生千人対新生死亡率を低下させることを目指します。
周産期死亡率	周産期死亡率を低下させることを目指します。
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。
NICU・GCU 長期入院児数	NICU・GCU 長期入院児数を減少させることを目指します (長期入院とは、NICU 又は GCU に1年以上入院していることをいう。)

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、平成30年の北海道胆振東部地震（大規模停電）、今後発生が懸念される南海トラフ地震などの大規模地震や台風・線状降水帯による自然災害、テロ等国民保護事態へ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。また、令和4年2月には、新型コロナウイルス感染症での活動成果を踏まえ、新興感染症対応がDMATの活動内容に追加されました。
- 令和3年5月、水防法等の一部改正により、浸水想定区域や土砂災害警戒区域の要配慮者利用施設に避難確保計画の作成及び避難訓練の実施・報告が義務付けられました。市町と連携した要配慮者利用施設の把握や支援体制の構築が必要です。
- 本県では、地震、風水害、火山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、災害時においては、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しています。
- 本県では、近年の災害事象や法改正等の趣旨を踏まえ、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迅速な派遣体制の整備、災害医療人材の養成等、災害による「防ぎえた死」を防止することを第一に体制構築を図っています。
- 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」「災害時透析医療支援マニュアル」を作成し、災害時活動の具体的な手順や関係機関との連携等について定めています。

2. 本県の現状と課題

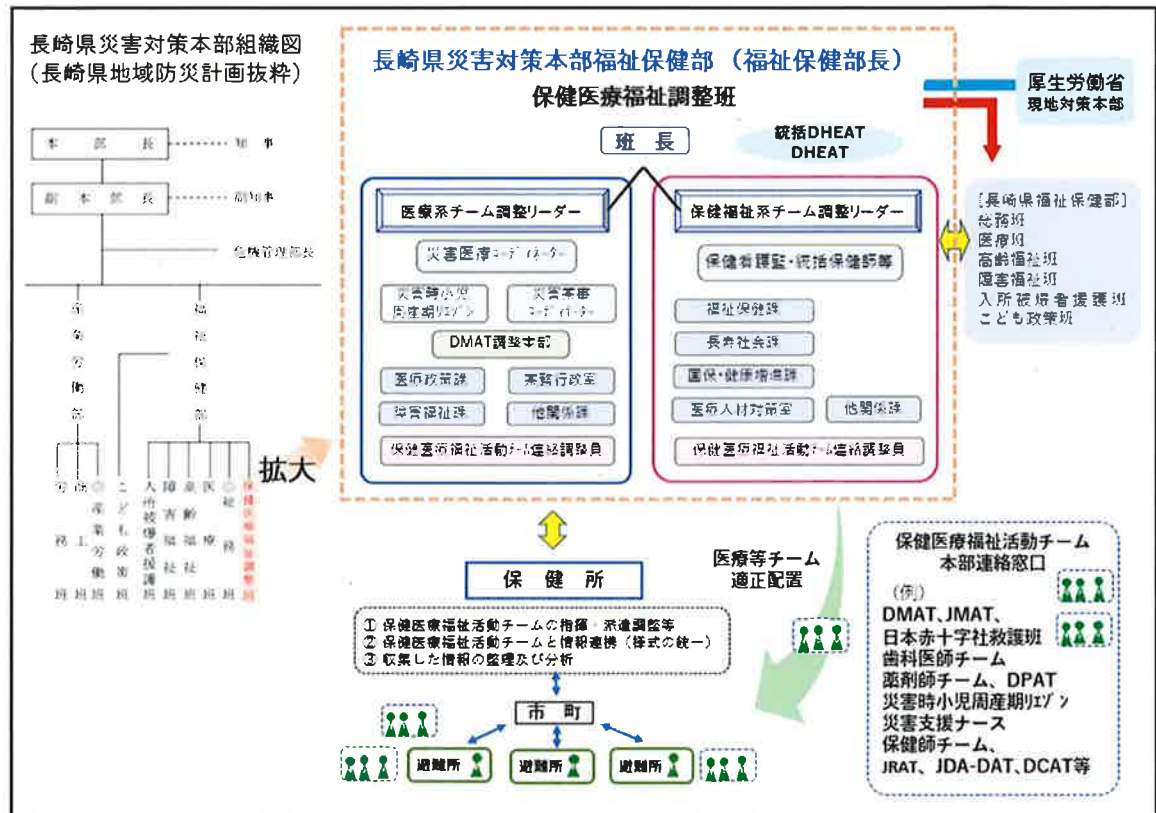
(1) 災害医療提供体制

ア) 保健医療福祉調整本部（班）

- 保健・医療・福祉分野の連携を図るため、本県では、平成29年7月5日付け厚生労働省5課局部長通知「大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備について」に基づき、平成31年4月から福祉保健部内に「保健医療福祉調整班」の名称で保健医療福祉調整本部を設置することとしています。
- 大規模災害が発生し長崎県災害対策本部が設置された時は、福祉保健部長は、保健医療福祉活動の総合調整を行うために、福祉保健部内に保健医療福祉調整本部（班）を設置します。また、災害が発生した地域を管轄する保健所に地域保健医療福祉調整本部（班）を設置します。
- 保健医療福祉調整本部（班）は、福祉保健部職員、統括DHEAT、災害医療コーディネーター、災害薬事コーディネーター、保健医療福祉活動チームの連絡員及び関係各課のリエゾン等で構成し、保健医療福祉ニーズ、医療施設等の地域資源の被災状況、応援の状況と課題等の全体像を把握し、医療をはじめとする専門的な支援・協力を得て、保健医療福祉活動を指揮調整します。

- 保健医療福祉調整本部（班）では、①保健医療福祉活動チームの応援派遣及び受援調整、②保健医療福祉活動に関する情報連携、③保健医療福祉活動に係る情報の収集、整理、分析及び提供等を行います。
- 保健医療福祉調整本部（班）の機能強化ならびに被災地保健所との連携強化を行うため、専門的な研修・訓練を受けた公衆衛生医師の中から、統括 DHEAT を配置します。
- 迅速な支援活動ができるよう、必要により保健医療福祉活動チームも含めた訓練等を実施し、平時から備える必要があります。

【図】長崎県における大規模災害時の体制（保健医療福祉調整班）



イ) 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、都道府県、保健所及び市町村が保健医療福祉活動の総合調整等を適切かつ円滑に行えるよう、都道府県の保健医療福祉調整本部や保健所等の保健医療活動の調整等を行う本部において、保健医療ニーズの把握や保健医療活動チームの派遣調整等に係る助言及び支援を行います。
- 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、「長崎県災害医療コーディネーター」及び「長崎県地域災害医療コーディネーター」を任命しています。
- 今後、保健医療福祉調整班や保健所等の訓練において、役割や連携等を確認する必要があります。

■ 長崎県災害医療コーディネーター

災害時に、県災害対策本部保健医療福祉調整班等において、切れ目の無い医療を提供するため、医療提供体制の構築に係る助言や医療救護活動の総合調整等の業務を担います。

本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します。

令和5年3月末現在 21名（長崎県医師会：4名、長崎大学病院：5名、長崎医療センター：5名、佐世保市総合医療センター：1名、日赤長崎原爆病院1名、県5名）を委嘱しています。

【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

■ 長崎県地域災害医療コーディネーター

災害時に、県災害対策地方本部等において、医療救護班の配置調整、情報の集約・分析・提供等の業務を担います。

本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推薦を受けた者のうち、県開催研修受講者を知事が委嘱します。

令和5年3月末現在 37名（二次医療圏別に、長崎7名、佐世保県北8名、県央7名、県南4名、五島4名、上五島1名、壱岐4名、対馬2名）を委嘱しています。

【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

ウ) 災害時小児周産期リエゾン

- 都道府県が小児・周産期医療に係る保健医療福祉活動の総合調整を適切かつ円滑に行えるよう、保健医療福祉調整本部（班）において、被災地の保健医療ニーズの把握、保健医療福祉活動チームの派遣調整等に係る助言及び支援を行う都道府県災害医療コーディネーターのサポートを目的に都道府県が任命する医師、助産師又は看護師です。厚生労働省の指定研修を受講した者から都道府県が任命します。なお、令和5年3月末現在の任命者数は17名で、2029年までに38名を目標としています。

- 今後、保健医療福祉調整班の訓練において、役割や連携等を確認する必要があります。（第8節「小児医療」参照）

エ) 災害薬事コーディネーター

- 災害薬事コーディネーターとは、災害時に、都道府県並びに保健所及び市町が行う保健医療活動における薬事に関する課題解決のため、都道府県が設置する保健医療福祉調整本部並びに保健所及び市町村における保健医療活動の調整等を担う本部において、被災地の医薬品等や薬剤師及び薬事・衛生面に関する情報の把握やマッチング等を行います。
- 本県では、「長崎県災害薬事コーディネーター登録要綱」及び「長崎県災害薬事コーディネーター設置要綱」に基づき、「長崎県災害薬事コーディネーター」を登録・設置しています。
- 災害薬事コーディネーターの研修事業等を実施し、災害薬事コーディネーターの養成及びその能力向上に努めています。
- 今後は保健医療福祉調整班において、役割や連携等を確認する必要があります。

■ 長崎県災害薬事コーディネーター

災害時に、県災害対策本部保健医療福祉調整班、県災害対策地方本部地域保健医療福祉調整班において、主に医療保健班が担う医薬品等の供給や薬剤師の派遣要請等に係る調整を行い、対応方針について立案等の業務を行います。

本コーディネーターは、保健医療福祉調整班又は地域保健医療福祉調整班の構成員として位置付けられ、必要に応じて召集されます。

令和 6 年 3 月末現在 40 名を本コーディネーターとして登録しています。

【 職務 】

- ① 医薬品等の供給調整
- ② 災害支援薬剤師の受入及び派遣調整
- ③ 被災地区における薬局等の被災状況に関する情報収集
- ④ 県災害対策本部等に対する、医薬品管理等の医療救護活動に関する助言
- ⑤ その他、県が必要と認めた事項

オ) 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、県内全域をカバーする救命救急センター機能を有した基幹災害拠点病院を 2 病院、二次医療圏域毎に二次救急医療機関の機能を有した地域災害拠点病院を 12 病院指定しています。
- 災害発生に備え、市町等防災訓練への参加・協力支援、県等大規模訓練を活用した応援 DMAT の受け入れ・活動拠点本部運営、衛星電話訓練等により、日頃からの体制整備に努める必要があります。

■ 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（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

■ 災害拠点病院の主な指定要件

（1）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（以下、「BCP」）の整備を行っていること。

（2）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（以下「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。

カ) 災害拠点精神科病院

●本県の精神病床を有する病院は、令和 4 年 6 月 30 日時点で県内に 38 施設 7,661 床（但し、1 施設は平成 23 年 7 月から休床中、1 施設は令和 5 年 8 月に病床を廃止したため、実際は 36 施設 7,633 床）ありますが、精神病床を有する災害拠点病院の精神病床は 5 施設 227 床、全精神病床の約 3.0%（但し、1 施設は休床中で 4 施設 177 床、稼働している精神病床の約 2.3%）であり、災害時の精神科病院からの患者の受け入れや精神症状の安定化等を災害拠点病院のみで対応することは困難な状況です。

●精神科病院協会等の関係団体とも連携を図りながら、県内の精神科医療機関における精神疾患を有する患者の受け入れについて、平時から協議を行う必要があります。

●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ました。同様の大規模災害が発生した際には多数の精神科患者の搬送が見込まれます。

（第 5 節－1「精神科医療」参照）

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

●DMAT とは、大地震及び航空機・列車事故等の災害時、新興感染症等のまん延時に、地域における必要な医療提供体制を支援し、傷病者の生命を守るため、厚生労働省の認めた専門的な研修・訓練を受けた災害派遣医療チームで、発災直後の急性期（概ね 48 時間以内）から活動を開始できる機動性を有しています。DMAT は「Disaster Medical Assistance Team」の頭文字です。

●DMAT は、医師 1 名、看護師 2 名、業務調整員 1 名の計 4 名を基本とし、DMAT 調整本部（DMAT 事務局、都道府県 DMAT 調整本部、DMAT 活動拠点本部、DMAT 参集拠点本部）、医療機関、SCU、災害現場等において、本部活動、搬送、情報収集・共有、診療等を行います。また、必要な場合には、初期の避難所、救護所、社会福祉施設での活動のサポート等も行います。

（引用）DMAT の定義「日本 DMAT 活動要領（R4.2.8 改正）」

●本県では、厚生労働省等が実施する「日本DMAT隊員養成研修（4 日間）」を修了し全国で活動を行う「長崎 DMAT（日本 DMAT）」と、都道府県が実施する「地域 DMAT 研修（1.5 日間）」を修了し県内でのみ活動を行う「長崎県 DMAT（ローカル DMAT）」の整備に努めています。また、DMAT の派遣に協力する意思を持つ病院を「DMAT 指定病院（長崎・長崎県）」として指定しています。

●原子力災害時には、自然災害との複合災害や病院等施設避難も見込まれるため、原子力災害医療派遣チームや長崎大学（高度被ばく医療支援センター/原子力災害医療・総合支援センター）との連携した対応が求められます。

●必要な DMAT の確保に向け、養成機会の確保や技能維持に向けた訓練開催に努める必要があります。

【表】災害拠点病院・DMAT 指定病院・DMAT 数

（令和 5 年 12 月末現在）

医療圏	医療機関名	災害拠点病院	長崎 DMAT （日本 DMAT）		長崎県 DMAT （ローカル DMAT）	
			指定	チーム数	指定	チーム数
長 崎	長崎大学病院	◎	○	5	○	2
	長崎みなとメディカルセンター	○	○	2	—	—
	日本赤十字社長崎原爆病院	○	○	3	○	0
	済生会長崎病院	○	○	1	○	0
	長崎掖済会病院	—	—	—	○	0
佐世保 県 北	佐世保市総合医療センター	○	○	3	○	0
	北松中央病院	○	○	1	○	0
	長崎労災病院	○	○	1	—	—
県 央	長崎医療センター	◎	○	8	○	1
	諫早総合病院	○	○	2	○	0
	長崎川棚医療センター	—	○	1	—	—
	市立大村市民病院	—	—	—	○	2
県 南	長崎県島原病院	○	○	1	○	0
五 島	長崎県五島中央病院	○	○	1	—	—
上五島	長崎県上五島病院	○	○	2	○	0
壱 岐	長崎県壱岐病院	○	○	0	—	—
対 馬	長崎県対馬病院	○	○	2	○	1
合 計		14	15	33	11	6

※「◎」は基幹災害拠点病院、「○」は地域災害拠点病院。DMAT のチーム数は Dr1-Ns2-Log1 での換算数。

■ 熊本地震における DMAT の活動

・平成 28 年に発生した熊本地震では、全国から（熊本県内を除く）466 チームが派遣されました。本県も 15 チームを熊本県に派遣し、熊本市内及び益城町で救命救急活動、入院患者の医療支援、行政機関のサポート、被災現場や救護所等での活動を行いました。また、県内では県庁内に設置した DMAT 調整本部で派遣チームの編成や県本部の統括、患者受け入れに係る様々な調整を行いました。

■ 新型コロナウイルス感染症対策における DMAT の活動

・本県では令和 2～4 年度に延 781 名の DMAT 隊員が支援にあたりました。
令和 2 年度 クラスター支援 3 件（船舶①延 342 名、病院①延 72 名、施設①延 71 名）
令和 3 年度 クラスター支援 5 件（病院②延 92 名、施設③延 147 名）
入院調整 1 件（調整本部・延 6 名）、臨時医療施設支援 1 件（延 6 名）
令和 4 年度 転院調整 1 件（調整本部・延 45 名）

ク) 災害派遣精神医療チーム (DPAT : Disaster Psychiatric Medical Assistance Team)

- 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。
- 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、長崎県 DPAT を編成し、被災地等に派遣します。

（第 5 節－1「精神科医療」参照）

■ DPAT の活動内容

- ・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
- ・その他被災地での精神保健活動への専門的支援

ケ) 災害時健康危機管理支援チーム (DHEAT : Disaster Health Emergency Assistance Team)

- 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、県では、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（ディーヒート）」を組織し、保健医療福祉調整本部（班）及び被災地保健所等に派遣し、健康危機管理対応に必要な情報収集・分析や全体調整などの災害フェーズ毎

の公衆衛生活動を支援します。

- 迅速な受援・支援調整及び、被災地情報の同時共有のため、各災害関係システムが災害保健情報システムに一元化されました。
- 保健所職員の受援・派遣時の災害対応能力を向上させるため、計画的な人材育成を今後も継続する必要があります。

コ) 災害支援ナース

- これまでは、大規模自然災害が発生した地域へ、県の要請により、地域住民の健康維持・確保のために必要な看護を提供する災害支援ナースが派遣されていました。
- 令和4年12月の改正医療法及び感染症法に基づき、災害・感染症医療業務従事者とし、県と所属医療機関等の協定に基づく派遣業務として位置づけられ、新たに新興感染症が蔓延した地域への対応が追加されました。
- 災害支援ナースは、厚生労働省の委託を受け日本看護協会で養成されています。
- 災害派遣ナースが所属する医療機関等との協定を締結し、円滑な支援のための体制整備を図る必要があります。

サ) 保健医療福祉活動チーム

- 災害が沈静化した後においても、被災地の医療提供体制が復旧するまでの間、避難所や救護所等に避難した住民等に対する医療・健康管理を中心とした医療が必要となるため、様々な保健医療福祉活動チーム（日本医師会災害医療チーム（JMAT）、日本赤十字社救護班、独立行政法人国立病院機構医療班、全日本病院医療支援班（AMAT）、日本災害歯科支援チーム（JDAT）、薬剤師チーム、保健師チーム、管理栄養士チーム、日本栄養士会災害支援チーム（JDA-DAT）、日本災害リハビリテーション支援チーム（JRAT）、災害派遣福祉チーム（DCAT）等）がDMATやDPAT等と連携し、活動を行います。
- 今後、保健医療福祉調整班・現地保健所等で関係者と連携等を確認する訓練が必要です。

■ 急性期以降の保健医療活動

- ・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、平成25年にリハビリテーション関係団体による「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）」が組織され、熊本地震等でも活躍しました。

■ 令和2年度 熊本県豪雨災害 DHEAT 派遣



(2) 災害時の医療情報の把握・共有

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

- 厚生労働省は、災害時の迅速な対応が可能となるよう、医療機関の被災状況や患者の受診・受入情報、DMAT の活動状況、避難所状況等を一元的に収集・提供し、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。災害発生時には被災した病院に代わり、県や保健所、DMAT 等がシステムへの代行入力を行います。
- 災害時には、本システムを利用し、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。
- 本県では、台風や線状降水帯等による局所災害が見込まれる際にも、病院・保健所に EMIS の緊急時入力を指示し、県内の被災状況を把握しています。
- 県では、長崎県災害医療ロジスティクス検討部会と連携した EMIS による医療機関の脆弱性評価や EMIS の入力率向上、保健所医療安全研修の機会を利用した研修会の開催等に取り組んでいます。
- 災害時に支援を行うため、EMIS 医療機関詳細情報等の入力率向上に取り組む必要があります。

■ EMIS 登録施設 447 か所

○医療機関：病院 147 施設（全施設）

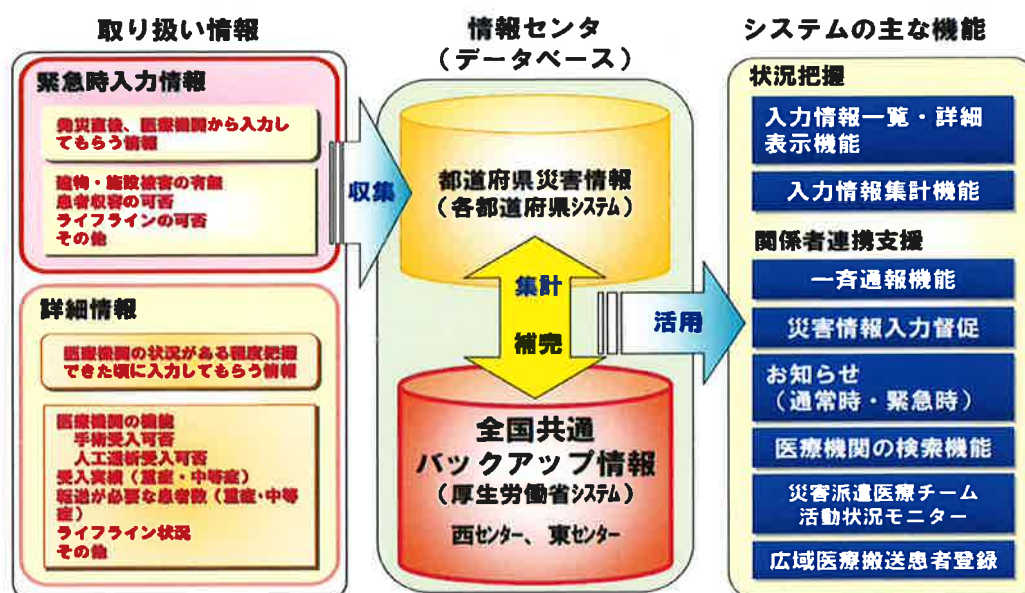
有床診療所 212 施設（全施設）、無床診療所 25 施設（透析提供等）

○行政機関：47 機関（保健所・市町・消防機関等）

○関係団体：16 機関（県・郡市医師会、県看護協会等）

* 厚生省 DMAT 事務局「第1回災害急性期対応研修」（令和5年4月4日時点登録数）

【図】広域災害・救急医療情報システム（EMIS）の機能（出典：厚生労働省研修資料）



(3) 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。自県及び他県が被災した際に速やかに支援できるよう、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。
- 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を関係機関に要請します。また、被災地に向かう DMAT や医療救護班の車両について、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。
- 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」の活用は、災害医療においても非常に重要です。災害発生時には、本県ドクターヘリの他、他県との相互支援協定や「大規模災害時のドクターヘリ運用体制構築に係る指針」に基づき、他県のドクターヘリと運用調整を行いながら、関係機関のヘリと協調した災害活動に努めています。
- 災害時に円滑な医療救護を行うため、研修や訓練、会議等様々な機会を通じ、行政（国・県・市町）、医療機関、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」の構築に努める必要があります。
- 受援時の医療チーム受け入れや患者搬出、支援時の医療チーム派遣や患者受け入れが円滑に行えるよう、九州・沖縄ブロック訓練や防災訓練等の機会を利用した訓練参加に努める必要があります。

【表】各医療団体との主な協定等

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	大規模自然災害及び新興感染症対応へ派遣する看護職に関する協定
県栄養士会	災害時の栄養・食生活支援活動に関する協定	令和元年 10 月	県栄養士会が派遣する栄養士に関する協定
長崎災害リハビリテーション推進協議会	災害時のリハビリテーション支援活動に関する協定	令和元年 11 月	災害リハビリテーション推進協議会による人材の派遣に関する協定
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
医療ガス協会	災害時における医療ガスの供給に関する協定	平成 26 年 3 月	医療ガス協会による医療ガスの供給に関する協定
日本赤十字社	災害救助法に基づく救助・応援に関する委託契約	令和元年 8 月 (再協定)	日本赤十字社長崎県支部による災害発生時の救助等に関する契約

【表】災害発生時における移動・輸送等に係る協定（長崎県地域防災計画・資料編抜粋、掲載順）

団体名	協定名	締結月	内容
長崎県石油商業組合	災害時における支援に関する協定書	平成 21 年 5 月	災害対策基本法第 76 条に定める緊急通行車両への優先的な燃料供給等
西日本高速道路(株)九州支社	大規模災害発生時における相互協力に関する協定書	平成 23 年 6 月	県内 PA 等施設の防災拠点活用、休憩施設等の緊急開口部を活用した緊急車両の通行等
(公社)長崎県トラック協会	災害応急対策に必要な緊急輸送の確保に関する協定	平成 23 年 8 月	物資等の緊急輸送、緊急輸送に付随する業務
(一社)長崎県バス協会	災害時における緊急輸送に関する協定書	平成 29 年 8 月	被災者の輸送業務、災害応急対策に必要な要員・資機材の輸送業務、車両貸与等
(一社)長崎県タクシー協会	災害時のタクシーにおける緊急輸送に関する協定書	平成 31 年 2 月	被災者の輸送、災害対策に必要な要員の輸送等
長崎三菱自動車販売株式会社、三菱自動車工業株式会社	災害時における電動車両等の支援に関する協定書	令和 2 年 10 月	電気自動車、プラグインハイブリッド車、自動車からの外部給電に必要な機器の貸与
九州各県・山口県	九州・山口9県災害時応援協定	平成 23 年 10 月	職員派遣、食料・飲料水・生活必需品の提供、避難施設・住宅の提供、緊急輸送路・輸送手段の確保、医療支援等
西九州トヨタ自動車(株)長崎支店、カガミトヨタ(株)、トヨタ加ラ長崎(株)、ネッパト長崎(株)、(株)トヨタリース長崎、トヨタレバパース(株)	災害応急対策等にかかる連携協定	令和 4 年 2 月	燃料電池自動車、電気自動車、プラグイン・ハイブリッド自動車、ハイブリッド自動車、自動車からの外部給電に必要な機器等

(4) 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ています。
- 人工透析については、医療機関の停電・断水、患者の避難等により継続的な治療が困難となるため、日本透析医会と連携し、災害時医療情報ネットワーク（透析）や EMIS を活用し、被害状況や受入医療機関の把握を迅速に行います。
- 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、小児周産期リエゾンによる調整の他、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します。
- 災害時には多くの関係団体や関係機関との連携が必要なため、日常的な関係構築が必要です。

(5) 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。そのため、県では、災害拠点病院や DMAT 指定病院を中心とした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へ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。そのため、県では、国が行う研修とは別に、災害医療コーディネーター養成研修や佐賀県と連携したローカル DMAT の養成研修等を実施しています。
- ブロック訓練や防災訓練等の機会を利用し、DMAT 調整本部・現地活動拠点本部・参集拠点本部・SCU 等の活動訓練を行っています。
- 県では令和 4 年度から長崎大学（長崎大学病院災害医療支援室）に委託し、災害医療初任者教育（EMIS・BCP 含）、ローカル DMAT の養成等を行っています。
- 災害医療体制の充実強化を図るため、DMAT インストラクター（政府総合防災訓練や DMAT ブロック訓練、都道府県訓練の企画・運営、発災時の DMAT 本部活動マネージメントができる能力を有するとして、一定の要件を満たし、日本 DMAT 検討委員会が認める者）の養成が必要です。
- 長崎災害リハビリテーション推進協議会（以下、「長崎 JRAT」という）では県内の登録協力機関や長崎 JRAT 構成団体等を対象に研修会を開催し、各圏域で協力機関の組織化を図り、リハビリテーション支援のできる人材を育成しています。
- 災害時に備え、人材育成のための研修、連携等確認のための訓練機会を設ける必要があります。

■ 県が実施している主な災害研修（令和4年度）

- ・長崎県 DMAT（ローカル DMAT）養成研修 / 長崎県 DPAT 養成研修会 / DHEAT 養成基礎研修
- ・長崎県地域災害医療コーディネーター養成研修 / 感染症対応人材育成研修
- ・災害医療従事者研修 / 病院災害対策本部支援要員養成研修 / EMIS 研修 / BHELP 研修

■ 長崎 DMAT が参加した主な災害訓練（令和4年度）

- ・県総合防災訓練・国民保護訓練 / 市防災訓練 / 長崎空港事故想定訓練
- ・保健医療福祉調整班訓練 / 長崎 DMAT 等衛星電話訓練
- ・九州沖縄ブロック訓練 / 政府訓練（大規模地震・自衛隊機）

■ 防災訓練等と連携した人材育成



- H29.6 月 県防災訓練/県立五島高校
- R3.7 月五島市防災訓練/保健所・消防

■ 県訓練を活用した長崎 DMAT 等訓練



- R4.5 月 県防災訓練/救護所
- R4.11 県国民保護訓練/DMAT 調整本部

（6）災害時の健康危機管理体制等

- 発災直後の急性期だけではなく、被災から復興へ向けた中長期的な支援活動ができるよう、保健医療と福祉、防災を含めた連携の必要性が増しています。
- 統括 DHEAT や県内 DHEAT、保健医療福祉活動チーム、保健所が、協働で被災地における保健医療福祉支援活動を行うため、保健医療福祉調整本部（班）において総合調整ができるよう体制整備に努めています。
- 平時からの備えとして、関係職員の対応力向上と保健医療福祉活動支援チームとの連携強化を図るために、保健医療福祉調整本部（班）や DHEAT の災害対応訓練等を行っています。

（7）病院の耐震化等

- 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。

- 災害拠点病院以外の入院医療機関においても、3日分を目安とした水・食料・燃料の備蓄、受援計画を含めたBCPや避難確保計画の策定が求められます。そのため、県では病院立入検査等の機会を利用し、指導を行っています。また、災害拠点病院については、地方厚生局と連携した現地確認を行い、災害備蓄等の徹底に努めています。

【表】病院の耐震化率（厚生労働省耐震等調査・令和4年9月1日現在）

区分	区域	病院数 (A)	全ての建物に 耐震性有 (B)	一部の建物 に耐震性有	全ての建物に 耐震性なし	耐震性不明 (耐震診断未)	耐震化率 B/A
病院	全 国	8,160	6,426	572	110	978	78.8%
	長崎県	149	118	10	1	20	79.2%
(再掲) 災害拠点病院 救命救急センター	全 国	778	742	35	0	0	95.4%
	長崎県	14	14	0	0	0	100.0%

※全国の耐震化率は未回答病院 11 施設を分母から除き算出された公表値。

(8) その他

- 平成31年3月25日に長崎空港事務所と「航空搬送拠点臨時医療施設（以下、「SCU」）の資機材保管及び運用管理に係る覚書」を締結すると共に、有事に展開可能な災害用テント等を設置しました。
- 令和5年、国土強靱化基本計画及び骨太の方針2023において、医療コンテナを活用した減災・防災への取り組みが示されました。
- 令和5年3月、本県では長崎県災害医療検討委員会の下部組織として、「長崎県災害医療ロジスティクス検討部会」を設置しました。

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、国の検討会報告書や指針を踏まえ、災害医療体制を整備するとともに、「長崎県災害医療救護マニュアル」等を見直し、関係機関への周知を図ります。
- 各種訓練を通じ、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、DMAT 調整本部・活動拠点本部・広域搬送・隣県等協力体制の確立・強化を図ります。
- 県は災害拠点病院実地検査の機会を利用し、県内災害拠点病院の実情や課題把握に努めます。
- 長崎県災害医療ロジスティクス検討部会と連携し、災害時に利用可能な衛星通信網を整備します。
- 災害拠点精神科病院（24時間緊急対応し、被災地からの精神疾患を有する患者の受け入れやDPATの派遣に係る対応等を行う医療機関）の整備を目指します。
- 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、事前に受け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。

- 各病院における水・食料・燃料の備蓄状況を EMIS に反映させ、脆弱性が認められる施設のリスト化を行います。また、県 DMAT 調整本部による本施設への支援が円滑に行えるよう、九州・沖縄ブロック DMAT 実務者会議等と共に、医療資源確保フロー等支援計画の作成に取り組みます。

(2) 関係機関の連携と災害医療従事者の育成等

- 県は、DMAT・DPAT の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。また、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。
- 東日本大震災の被災地で活動した日本 DMAT の隊員から、派遣後に PTSD が疑われた方が確認されました。本県から派遣する DMAT・DPAT のメンタルケアについては、県関係課と連携を図り、派遣元の医療機関等と協力して、活動後にケアを受けられる体制を検討します。また、セルフケアや必要に応じた医療機関の受診、適切な休養の取り方などを研修等の機会伝えていきます。
- 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 育成のための研修や訓練を行います。
- 県は、県本部で総合調整を行う「長崎県災害医療コーディネーター」、地域で調整を行う「長崎県地域災害医療コーディネーター」、小児・周産期医療分野で調整を行う「災害時小児周産期リエゾン」の養成に努めるとともに、訓練参加を促し、災害時の体制強化を図ります。
- 県は、行政機関（市町を含む）、災害拠点病院、医療機関、消防機関、自衛隊、医師会、日本赤十字社長崎県支部等の関係団体及び各保健医療福祉活動チームとの連携に努めます。また、保健医療福祉調整本部（班）訓練を開催し、各機関・活動チームの役割や連携を確認すると共に、迅速な医療・福祉人材の派遣調整や資器材調達等に努めます。
- 県、市町、関係団体、関係機関との災害時（新興感染症対応含む）に関する協定の締結を推進します。
- 防災・減災を図るため、病院や保健所の職員に対し、災害医療（支援や受援のあり方を含む）や EMIS に関する研修を行います。
- 災害医療体制の充実強化を図るため、病院が行う DMAT インストラクターの養成を支援します。
- 災害リハビリテーション支援チームの人材育成を行うと共に、避難所生活において必要となる福祉機器等の迅速・適切な調達が行えるよう、避難所に於ける支援体制の構築や質の向上を図ります。
- 原子力災害及びその複合災害に対応するため、原子力災害医療派遣チームや長崎大学（高度被ばく医療支援センター/原子力災害医療・総合支援センター）と連携した原子力防災訓練を行います。

(3) その他

- 平時から EMIS 登録情報や耐震情報、浸水・土砂災害のおそれのある要配慮者利用施設情報等の収集を行い、脆弱性の評価に努め、災害時は医療機能や脆弱性を考慮した被災状況の把握に努めます。
- 国土強靱化基本計画及び骨太の方針 2023 を踏まえ、本県においても減災・防災を目的とした医療コンテナの利活用・整備に向け、検討を進めてまいります。

- 「長崎県災害医療ロジスティクス検討部会」と連携し、災害医療ロジスティクスの能力向上を目的とした衛星電話訓練や研修・訓練の企画・運営、EMIS 情報の確認・指導等を行います。

4. 成果と指標

(1) 成果と指標

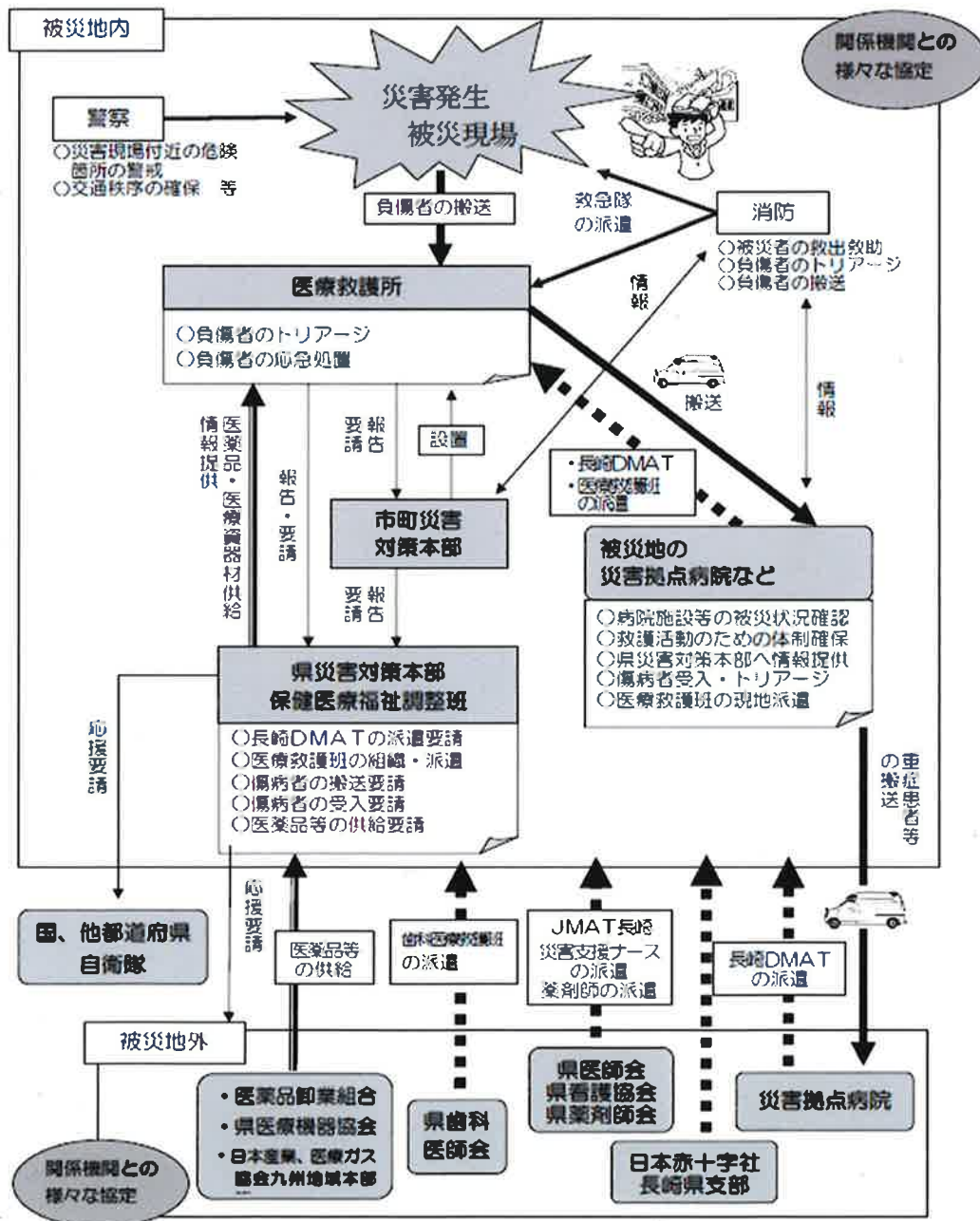
施策の成果	ストラクチャー・プロセス指標	直近の実績 (2023.3月)	(目標) 2029年
災害発生時に活動の中心となる人材の育成	DMAT 登録チーム数 (日本 DMAT)	32 チーム	42 チーム
	DMAT インストラクター数	3 名	5 名
	DPAT の登録チーム数	1 チーム	3 チーム
	県災害医療コーディネーター任命者数	21 名	20 名を維持
	地域災害医療コーディネーター任命者数	37 名	48 名
災害発生に備えた体制整備	災害拠点精神科病院の指定施設数	0	1 病院
	病院・保健所等への災害医療教育実施回数	2 回/年	2 回/年
	EMIS・病院基本情報登録率	98.6%	100%
	EMIS・病院補給情報登録率	49.7%	75%
	県災害対策本部や保健医療福祉調整班、保健所・市町等との合同訓練実施回数	1 回/年	1 回/年

(2) 指標の説明

指標	説明
DMAT 登録チーム数 (日本 DMAT)	基幹災害拠点病院 2 病院×各 8 チーム=16 チーム 地域災害拠点病院・DMAT 指定病院 13 病院×各 2 チーム=26 チーム 計 42 チームの確保を目指します。
DMAT インストラクター数	現在の 3 名は全て医師。今後は医師以外(看護師・ロジ)を含めたインストラクターの 5 名体制を目指します。
DPAT の登録チーム数	令和 5 年 10 月時点登録 1 チーム 新たに 2 チーム登録し、計 3 チームの確保を目指します。
県災害医療コーディネーター任命者数	災害時に、県災害対策本部保健医療福祉調整班等において、切れ目の無い医療を提供するため、医療提供体制の構築に係る助言や医療救護活動の総合調整等の業務を担います。必要な数として、1～2 名/年を養成し、任命者 20 名以上を維持します。
地域災害医療コーディネーター任命者数	災害時に、県災害対策地方本部等において、医療救護班の配置調整、情報の集約・分析・提供等の業務を担います。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 名を養成し、計 48 名の任命・配置を目指します。
災害拠点精神科病院の指定施設数	令和元年 6 月 20 日付医政発 0620 第 8 号厚生労働省医政局長等通知「災害拠点精神科病院の整備について」に基づき、県内 1 病院の「災害拠点精神科病院」指定を目指します。
病院・保健所等への災害医療教育実施回数	県内の病院・保健所を対象とした研修会を年 2 回以上開催し(委託研修を含む)、災害医療対策向上を目指します。

EMIS・病院基本情報登録率	EMIS（広域災害・救急医療情報システム）における施設名・住所・緊急時連絡先等の基礎情報、受水槽・自家発電機の有無に関する情報が入力されている病院の登録率（九州・沖縄ブロック災害医療ロジスティクス検討委員会提供）を把握。全病院の登録を目指します。
EMIS・病院補給情報登録率	EMIS（広域災害・救急医療情報システム）における「休日の水の平均使用量」が入力されている病院の登録率（九州・沖縄ブロック災害医療ロジスティクス検討委員会提供）を把握。75%以上の登録を目指します。
県災害対策本部や保健医療福祉調整班、保健所・市町等との合同訓練実施回数	県災害対策本部や保健医療福祉調整班における県関係課・関係団体との連携や役割を確認するため、年1回以上の合同訓練開催を目指します。

【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. 原子力災害医療の基本理念

- 「いつでも、どこでも、誰でも最善の医療を受けられる」という救急医療の原則と、「最大多数の最大利益を」という災害医療の原則に立脚し、人命の尊重を優先します。そのため、平時から救急・災害医療機関が原子力災害医療に対応できる体制と指揮系統を整備、確認しておく必要があります。

2. 原子力災害医療の特徴

- 放射性物質や放射線は五感で感じることはできませんが、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。
- 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。

3. 本県の現状と課題

- 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。
- 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。

【図】玄海原子力発電所からの距離



（1）原子力災害時の組織

- 県は、長崎県地域防災計画に基づき、長崎県災害対策本部（以下「県災害対策本部」）と県北振興局に現地災害対策本部を設置します。
- また、県災害対策本部には、原子力災害医療調整官を置き、原子力災害医療関係者の支援を受け、多数の傷病者の搬送先の指示等の対応を行います。

- さらに、住民が被ばく又は汚染の恐れがあるときには、県北振興局の現地対策本部に現地医療対策班を設置します。

(2) 原子力災害医療体制

①原子力災害拠点病院

- 県は、国の示した要件を満たしている医療機関から1～3施設程度、原子力災害拠点病院を指定します。平成28年度に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本県の原子力災害医療体制の中核となる病院で、主に以下の機能を有します。
 - ・災害時に汚染の有無にかかわらず傷病者等を受け入れ、被ばくがある場合は適切な診療等を行う
 - ・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を受け入れ、適切な診療等を行う
 - ・被ばく傷病者の状況に応じ、高度被ばく医療支援センター等へ患者を搬送する
 - ・原子力災害医療派遣チームを保有する
- 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、研修や訓練への参加を促進することにより、連携体制を強化しています。

②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、下記の7項目のうち、1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) 国又は県等からの要請に基づき、甲状腺被ばくモニタリングを実施できる要員を保有し、その派遣を行う。
 - (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) 避難地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	○	○		○	○	○	○
長崎川棚医療センター	○	○				○	○
平戸市民病院	○	○				○	○
松浦中央病院						○	○
長崎県壱岐病院	○	○				○	○
日本赤十字社長崎原爆病院	○	○	○	○	○		○
長崎県医師会		○		○		○	○
長崎県薬剤師会		○		○		○	○
長崎県診療放射線技師会		○		○	○		○

※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。

- 県は、原子力災害医療協力機関へ必要な資機材を配備していますが、資機材の管理の徹底及び必要に応じた消耗品等の更新が必要です。

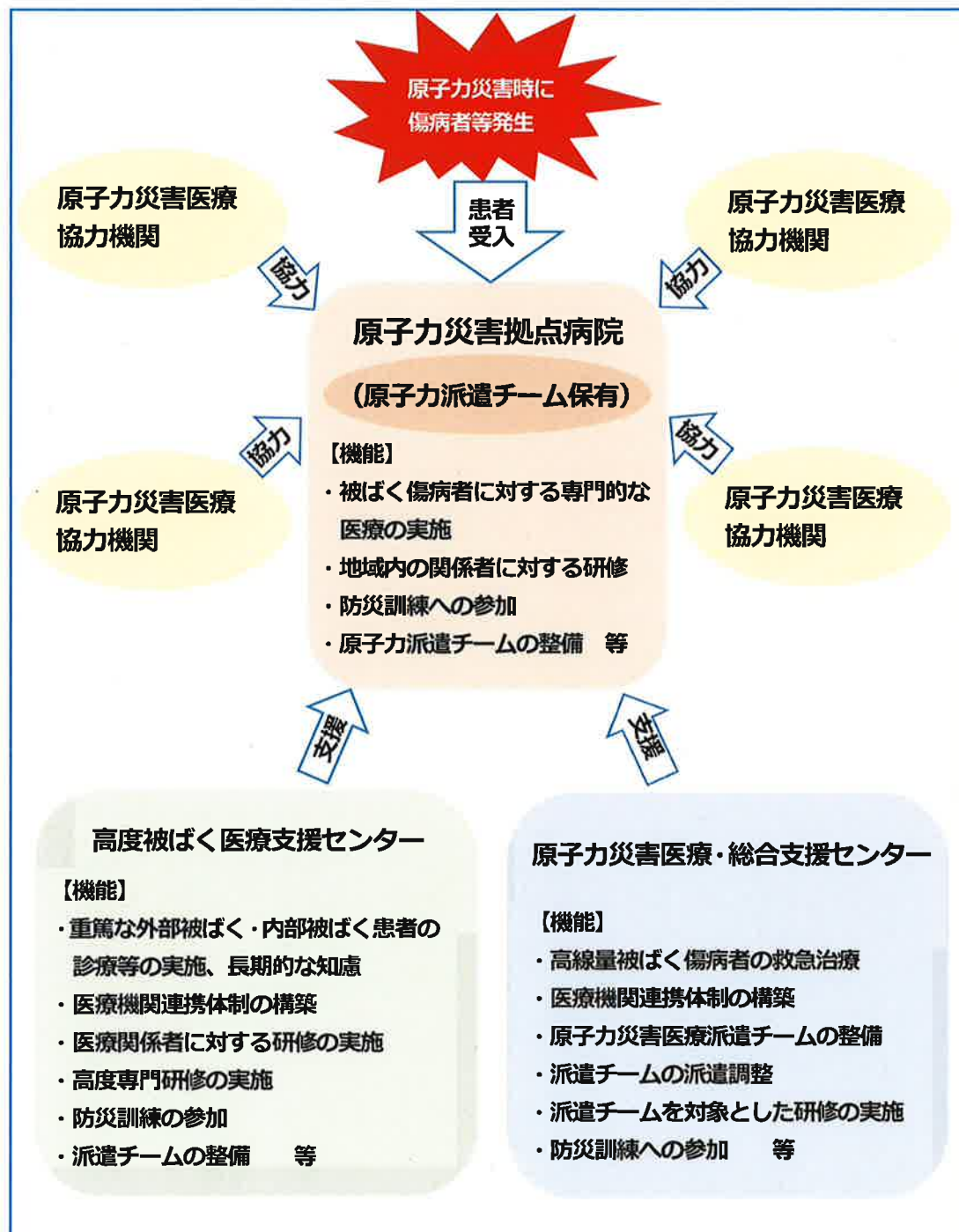
③高度被ばく医療支援センター及び原子力災害医療・総合支援センター

- 高度被ばく医療支援センターは、拠点病院等の診療に専門的な助言を行うとともに、拠点病院では対応できない傷病者を受け入れ、専門的治療を提供します。
- 原子力災害医療・総合支援センターは、原子力災害医療派遣チームの派遣調整等を行うとともに、派遣チームへ現地情報の提供等の活動支援を行います。
- 国は、高度被ばく医療支援センターを 6 施設、原子力災害医療・総合支援センターを 4 施設、指定しています。国立大学法人長崎大学は、高度被ばく医療支援センター及び原子力災害医療・総合支援センターの指定を受け、九州の原子力発電所立地県等をその所管としています。
- 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。

④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道府県等内に派遣され救急医療等を行います。
- 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ます。
- 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。
- 国の活動要領では、原子力災害医療派遣チームの活動は、平時に派遣チームを保有する医療機関と県との間で締結された協定及び地域防災計画等に基づくものと明記されています。県は令和 5 年度に派遣チームを保有する、原子力災害拠点病院及び原子力災害医療協力機関と協定を締結しました。
- 令和 5 年度末時点で、県と協定を締結した医療機関は長崎医療センター(2)、佐世保市総合医療センター(1)、日本赤十字社長崎原爆病院(1)の 3 機関 4 チームです。※ () 内はチーム数
- 原子力災害発生時に大きな役割を担うため、県内の原子力災害医療派遣チーム数を増やす必要があります。

【図】 原子力医療体制のイメージ



(3) 原子力災害発生時の対応

- 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 18 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。

- 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、住民が円滑に避難することができるよう、国及び市町の協力を得ながら、避難退域時検査を実施します。なお、関係機関の協力を得て、原子力災害医療を提供するための救護所を設置し、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。

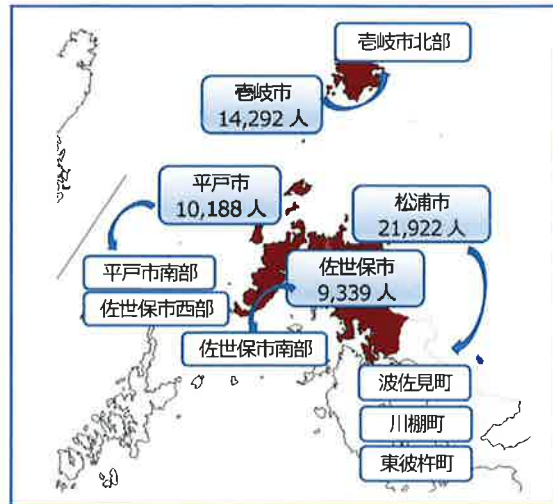
- 避難退域時検査では、住民の汚染状況を確認し、必要な人に対して簡易除染（脱衣および拭取り）を実施しますが、実施には広大な土地が必要になるため、県は関係機関と連携し、避難退域時検査場所のリストを作成する必要があります。

- また、長崎県では、住民への検査は全員に行うとしていますが、時間と人手を考慮し、見直しが必要です。

- 県等は、国が令和 5 年 5 月に定めた甲状腺被ばく線量モニタリング実施マニュアルに基づき、関係機関の協力を得て、被ばく線量を推定することを目的に甲状腺被ばく線量モニタリングを実施します。円滑な実施のため、十分な測定要員の確保が必要です。

- なお、災害時には、放射線による身体への影響や生活に関する不安を抱く方が増えることが予想されます。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、専門的機関との連携が求められます。

【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（令和 3 年 7 月 内閣府「玄海地域の緊急時対応」資料より）



※人数は避難対象地域の人口（R3.3）

(4) 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、令和4年度に県薬剤師会等の協力のもと事前配布を行い、以後5年ごとに更新を行っていきます。

【表】市町別の備蓄状況（令和5年4月現在）

市町	配備 場所数	丸剤	新生児用 ゼリー	乳児用 ゼリー
		人数	人数	人数
松浦市 (波佐見、川棚、東彼杵町を含む)	44	80,000	600	1,800
平戸市	13	27,500	80	300
佐世保市	22	25,500	280	900
壱岐市	33	59,000	600	1,800
合計	112	192,000	1,560	4,800

※丸剤は1人2丸で換算しています。

3. 施策の方向性

（1）原子力災害医療機関の整備・充実

- 県は、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。
- 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及び本県の原子力災害医療に関わる人材の確保を図ります。
- 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。
- 県は、放射線の測定器やその他消耗品など、原子力災害医療において必要な資機材の整備・充実を図ります。
- 資機材の整備については、令和2年度に導入した原子力防災資機材管理システム（NEMS）を活用し、関係機関へ配備している資機材及び消耗品の管理等を行います。
- 放射線測定器については、3年に1回の頻度で点検・校正を行います。点検・校正に係る対象機器の管理についてもNEMSで行います。

（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。

- 県は、長崎大学による研修の共催や県が実施する訓練により、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。
- 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。

(3) 効果的な連携体制の構築

- 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見込まれるため、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。
- 「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、市町に加え、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。
- 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。
- 県は、関係機関と連携し、避難退域時検査場所のリストを作成後、訓練等で実証を行うとともに、市町と協議を行いながら、住民への全員検査の見直しを行います。
- 県は、県内の派遣チーム数を増やすため、関係者へ研修及び訓練への受講を促進するとともに、拠点病院等と連携し、原子力災害医療派遣チームの出勤に係る協定及び地域防災計画等に基づく派遣チームの運用体制を整備します。
- 県は、長崎大学やその他の関係機関と連携し、甲状腺簡易測定研修の受講を促進するとともに、国や他県の動向を踏まえ、甲状腺被ばく線量モニタリングの実施体制の構築を行います。
- 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。

■ 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、県の防災企画課が中心となって、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。
- ・県内外8箇所程度に避難所(救護所)を設置し、避難住民への対応訓練を行うほか、傷病者の搬送処置訓練、原子力災害医療派遣チームの派遣訓練、避難退域時検査訓練等を行っています。
- ・コロナ禍の令和2年度から令和4年度にかけては、県内1～2箇所に避難所(救護所)を設置し、避難住民へ医療講和のDVDの視聴を行うなど規模を縮小し、実施しました。

- 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、DMAT との連携体制の構築を図るとともに、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。

- 原子力艦の原子力災害について、県は必要に応じて、住民等に対し、簡易な測定法による放射性物質の汚染の把握、避難退域時検査及び原子力災害医療措置を講ずるものとしており、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。

4. 成果と指標

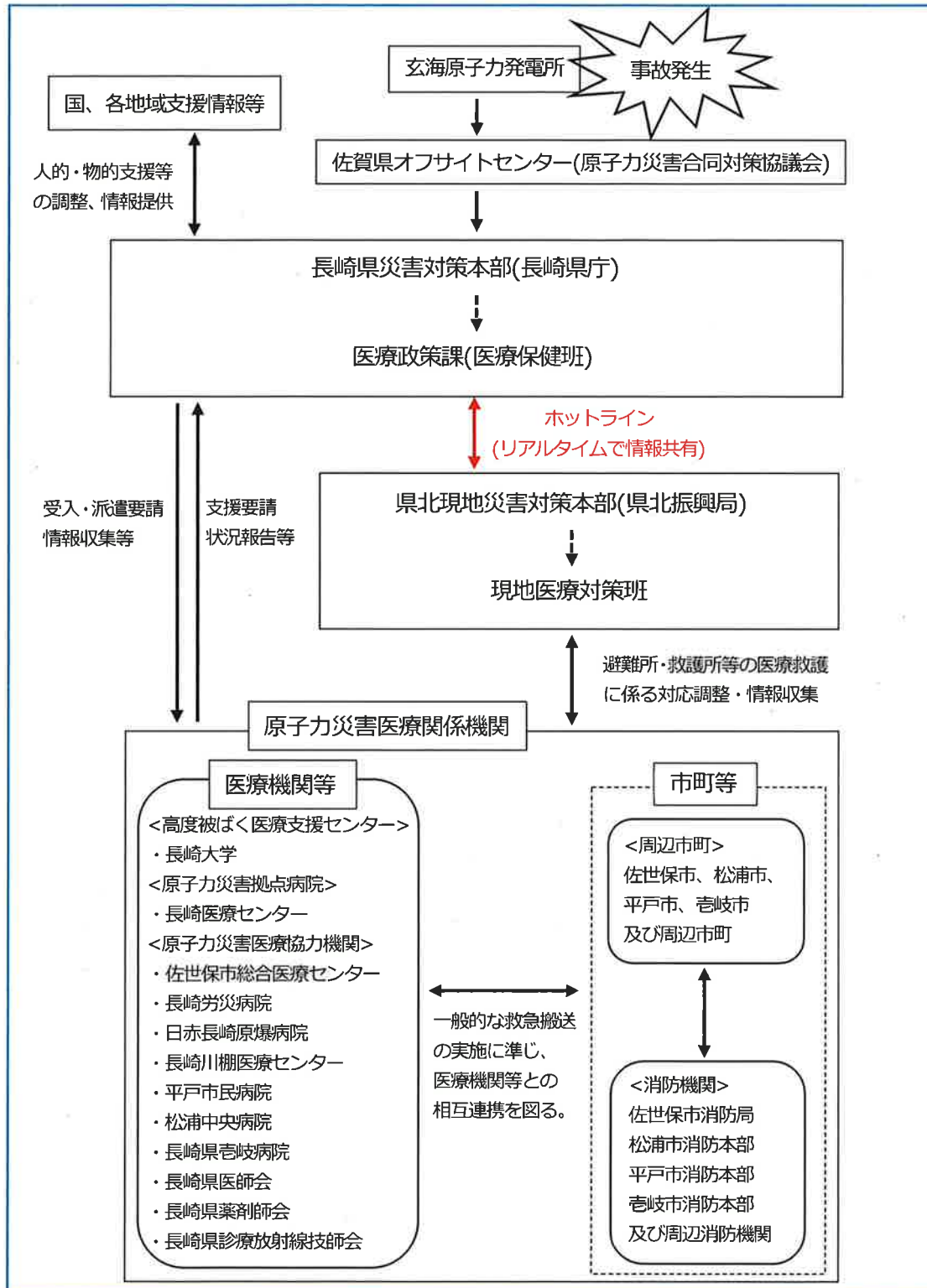
(1) 成果と指標

施策の成果	指標	直近の実績	(目標) 2029 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	10 機関 (2022 年)	10 機関 以上
	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)	59.0% (2022 年)	59.0% 以上
	原子力災害拠点病院の数	1 病院 (2022 年)	2 病院
	原子力災害医療派遣チームの数	4 チーム (2023 年)	5 チーム 以上
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	甲状腺被ばく線量モニタリングにおいて簡易測定を実施できる者の数	27 名 (2023 年)	40 名
	原子力災害医療関連研修の開催回数	3 回 (2022 年)	6 回

(2) 指標の説明

指標	説明
原子力災害医療協力機関	10 機関（令和 5 年 7 月 31 日時点）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
原子力災害医療派遣チームの数	県内の原子力災害医療派遣チームの数の増加を目指します。 ※出典：県の医療政策課調べ
甲状腺被ばく線量モニタリングにおいて簡易測定を実施できる者の数	簡易測定を実施できる人材を増やし、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
原子力災害医療関連研修	より多くの研修に開催し、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



長崎県原子力災害医療マニュアル令和5年3月より

第11節 新興感染症発生・まん延時における医療

1. 新興感染症対策について

- 新興感染症とは、そのまん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある感染症で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。）第6条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第8項に規定する指定感染症（当該指定感染症にかかった場合の病状の程度が重篤であり、かつ、全国的かつ急速なまん延のおそれがあるものに限り）及び同条第9項に規定する新感染症のことをいいます。
- 令和元年度に発生した新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、新興感染症の発生及びまん延に備えるため、地域の関係者間の連携強化や感染症発生・まん延時における保健医療提供体制等の整備等が法定化された改正感染症法（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等の一部を改正する法律（令和4年法律第96号））が令和4年12月9日に公布され、順次施行されています。
- 改正感染症法により、国の基本指針が見直され、令和6年4月1日に適用されることに伴い、「長崎県感染症予防計画」（以下、「予防計画」という。）についても見直しを行いました。新興感染症発生・まん延時における医療を含む、長崎県の感染症対策に関する施策については、予防計画に沿って推進します。
- 新興感染症は、広く一般の医療提供体制（役割分担・連携）への影響に加えて、発生時期や感染力、病原性などについて事前に予測することが困難であり、災害医療とも共通しているため、予め平時に、県が医療機関とその機能や役割に応じた協定を締結することで、新興感染症発生・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を構築しておく必要があります。
- 体制構築にあたっては、関係医療機関、診療に関する学識経験者の団体、高齢者施設等の関係団体、保健所設置市を含む行政機関等から構成する「長崎県感染症対策委員会」において協議を行い、毎年進捗管理を行います。
- 予防計画をはじめ、関連する医療計画や新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく長崎県新型インフルエンザ等対策行動計画は、各計画の整合性を図ったうえで策定し、保健所等においては健康危機対応計画（感染症編）に詳細を定めています。

2. 本県の現状と課題

（1）感染症医療の提供体制

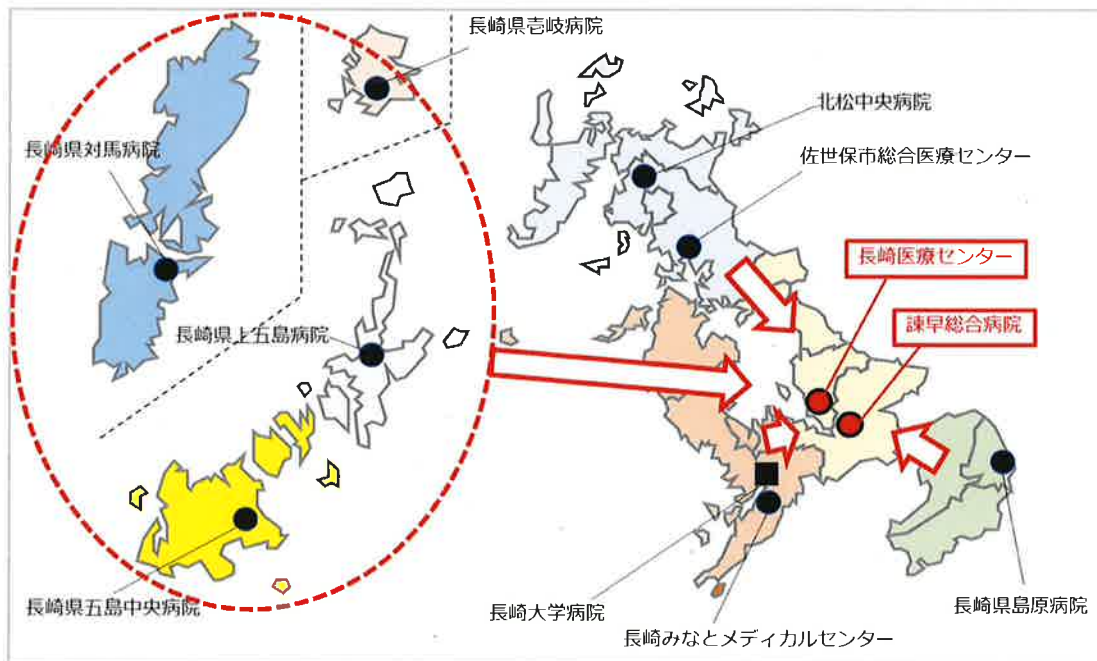
- 本県では、一類感染症の患者の入院を担当し、これと併せて二類感染症又は新型インフルエンザ等感染症の患者の入院を担当する医療機関として、長崎大学病院を指定し、2床整備しています。（感染症の分類については、第3章第3節「結核・感染症対策」を参照。）
- 二類感染症又は新型インフルエンザ等感染症の患者の入院を担当させる医療機関として、二次医療圏毎に、第二種感染症指定医療機関を指定しています。

- 第二種感染症指定医療機関の病床数は、当該二次医療圏の人口を勘案して必要と認める数ですが、離島医療圏から本土地区へ患者を搬送することを前提に県央医療圏へ病床を確保しており、全40床を指定しています。

【表】二類感染症患者等の医療を行う第二種感染症指定医療機関と病床数

医療圏	医療機関名	病床数
長崎	長崎みなとメディカルセンター	6
佐世保県北	佐世保市総合医療センター	4
	北松中央病院	2
県央	長崎医療センター	4
	諫早総合病院	4
県南	長崎県島原病院	4
五島	長崎県五島中央病院	4
上五島	長崎県上五島病院	4
壱岐	長崎県壱岐病院	4
対馬	長崎県対馬病院	4
合計		40

【図】 第一種 (■) 及び第二種 (●) 感染症指定医療機関配置図



- 平成 21 年に発生した新型インフルエンザ(A/H1N1 2009)の教訓も踏まえた新型インフルエンザ等対策特別措置法が公布され、平成 26 年 3 月に長崎県新型インフルエンザ等対策行動計画を策定しました。感染症指定医療機関及び受入医療機関とあわせて 80 の医療機関を確保・整備するとともに、抗インフルエンザウイルス薬やマスク、防護スーツの感染防護衣を備蓄し、訓練等を実施して

います。

■ 感染症患者対応訓練（患者移送訓練）

- ・保健所は新興感染症のまん延を防止するため必要があると認められるときは、患者に対し入院することを勧告することができ、その患者を移送します。
- ・患者移送訓練では、防護服や移送装置の取扱習熟や、緊急走行のための警察や消防機関と合同訓練を行い、迅速な移送対応の検証を続けています。
- ・離島を多く抱える本県の特徴として、離島から本土への患者移送を想定した訓練も行っています。



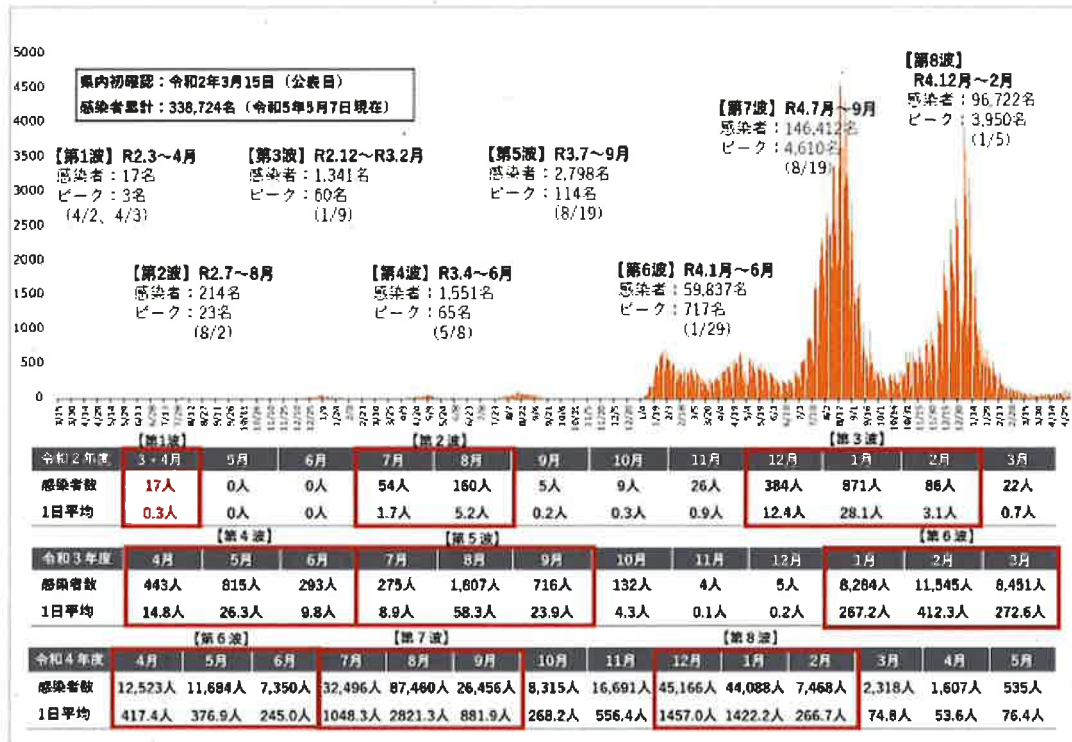
（2）これまでの新型コロナウイルス感染症対策と課題

ア) 患者発生の状況に応じた保健医療提供体制の確保

- 新型コロナウイルス感染症の状況や実施した対策等については、「新型コロナウイルス感染症対策にかかる振り返りと今後の方向性について」（令和5年12月）に記載されていますが、本県における、新型コロナウイルス感染症の感染者数は、令和2年3月の1例目の発生から令和5年5月8日に感染症法上の位置付けが5類感染症へ移行するまでの間、338,724人でした。この期間の新型コロナウイルス感染症による死者数の合計は647人であり、死者の90%以上が70歳以上でした。
- 令和2年3月から令和5年5月までの間に、新型コロナウイルスは変異を繰り返しながら感染の拡大を引き起こし、8回にわたる感染拡大の中で、1日における新規感染者数の最大値は、オミクロン株が流行した第7波の4,610人でした。致死率（新規感染者数に対する死者数）は第5波0.14%、第6波0.09%、第7波0.14%と、第4波までの10分の1程度に低下しましたが、第8波では0.26%と増加しました。
- 県民の感染症対策に対する協力や医療機関の協力により、本県における新型コロナウイルス感染症による人口や感染者に占める死者の割合は、いずれも全国平均よりも低く抑えることができました。
- 流行初期には、未知のウイルスに対する不安等から、医療従事者も差別や偏見、誹謗中傷の対象となりました。県では「新型コロナウイルス感染症関連人権相談窓口」の設置や、医療従事者等への人権に関する配慮についてテレビ、ラジオ、新聞など様々な広報媒体を活用して啓発を行いました。
- 新型コロナウイルス感染症患者への医療提供体制は、感染のまん延状況や症状に応じた入院対象者、療養期間、療養場所等、国の施策の変更に対応することで、限られた医療資源の中で各種体制や対応を見直し、切替えを行いながら構築しました。
- 新型コロナウイルス感染症の保健医療対策について、県、2次医療圏（必要に応じ、保健所圏域）の会議体や医師会等の会議体で重層的に協議し、地域の実情に対応した体制を確保しました。
- 平時から、新興感染症発生時やまん延時に備え、医療機関や医療関係団体等と連携体制を構築し、

感染症患者に対する医療提供体制を検討しておくとともに、新興感染症発生と同時に、医療提供の体制や方針を全関係者と共有できる仕組みを構築しておくことが重要です。

【図】新規感染者数の推移と流行の状況（第1波～第8波）



イ) 入院医療体制

- 新型コロナウイルス感染症の発生当初は、感染症指定医療機関や新型インフルエンザ等対策行動計画に基づく新型インフルエンザ患者入院協力医療機関を中心に協力依頼を行い、医療提供体制の構築を図りました。令和2年7月からは、病床確保計画を策定し、感染状況に応じた効率的な病床の運用に努めました。
- 新型コロナウイルス感染症への対応と通常医療の両立を図るため、感染症療養後の患者を積極的に受け入れる後方支援医療機関をリスト化し、限られた病床の効率的な運用に努めました。
- 感染者の急増による入院病床のひっ迫に備え、患者の緊急度に基づく入院優先度判断フローを関係者間で共有しました。
- 補液のための点滴や酸素投与、重症化予防のための中和抗体薬投与等、一時的な医療を提供できる臨時的医療施設を、県内2か所の宿泊療養施設に併設することで、入院医療のひっ迫回避を図りました。
- 広域転院は、患者やその家族と転院先医療機関の負担が少なからずあるため、感染拡大に応じ、早期に圏域内で病床を確保することが必要であり、患者の受け入れは原則として二次医療圏で行いましたが、重症者や精神疾患等の特別な配慮が必要な患者については、県内広域で受入体制を確保し

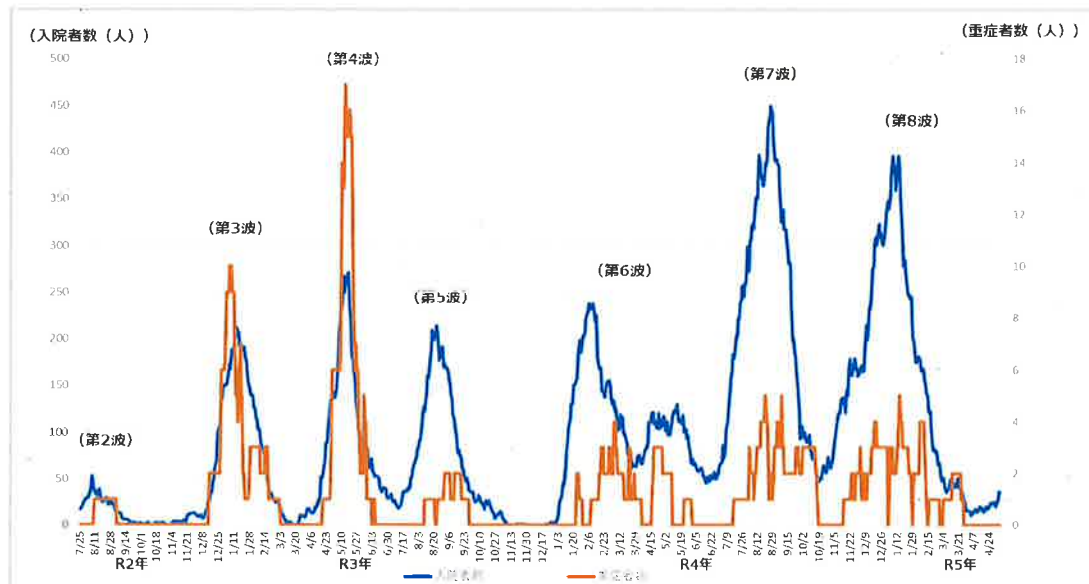
ました。

- 入院調整については、令和 2 年 3 月に、長崎大学病院の感染症専門家や統括 DMAT（災害派遣医療チーム）等で構成する調整本部を設置し、県内の入院受入状況の把握・分析や保健所による調整が困難な場合の入院調整や搬送調整を行いました。特に、長崎医療圏においては、圏域内の陽性者の外来受診・入院受入調整について、調整本部が長期間関与しました。
- また、一部の医療圏では、病床がひっ迫した際に空床を確保するため、調整本部の DMAT により、他の医療圏へ広域の転院調整を実施しました。
- 限られた医療資源の中での円滑な入院調整のためには、退院や転院の促進により感染症へ対応する確保病床の回転率を上げる必要があり、入院者の転院に対する理解促進のため説明用のチラシを作成し、入院医療機関での活用を図りました。また、感染まん延期には、確保病床での長期入院を避けるため、一定期間の入院後は、後方支援医療機関において転院受入することを地域内で合意形成し、効率的な確保病床の活用を行った圏域もありました。
- 離島医療圏での対応が難しい新型コロナウイルス感染症の重症者や、重症化のおそれのある患者については、県の防災ヘリを使用し、やむを得ない場合は、海上自衛隊や海上保安庁等の協力の元、本土病院への搬送を行いました。
- 感染拡大時に確保病床がひっ迫する中、新型コロナウイルス感染症患者のための病床を更に確保するため、多くの医療機関で予定手術の延期や入院の制限が生じ、通常医療への影響がみられました。
- さらに医療従事者が感染者または濃厚接触者となることによる人材不足や、医療機関内で集団感染（クラスター）が発生したことによる診療制限等によっても、通常医療への影響が生じました。
- 感染症発生初期から、まん延状況に応じた医療提供体制を構築するためには、平時から各医療機関の役割や機能、連携について検討し、迅速な病床の確保、後方支援体制、人材派遣体制を構築しておくことが重要です。

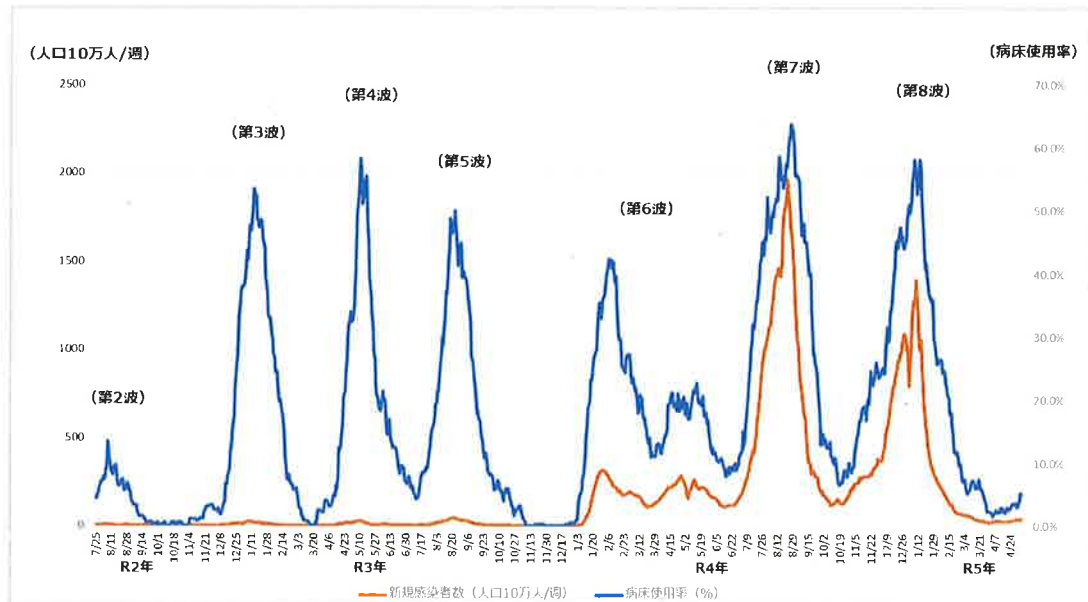
【図】 新型コロナウイルス感染症対策における確保病床数の推移



【図】 確保病床における入院者数及び重症者数の推移（第2波から第8波）



【図】新規感染者数（1週間、人口10万人あたり）及び病床使用率の推移（第2波から第8波）



ウ) 外来診療と検査体制

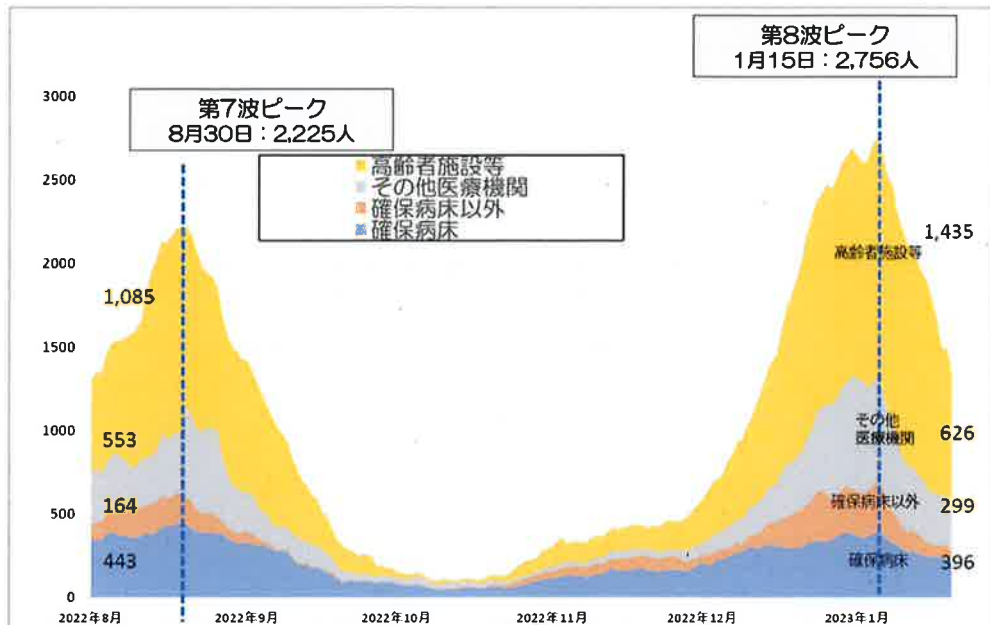
- 新型コロナウイルス感染症の発生当初は、新型インフルエンザ等感染症行動計画に基づき、帰国者接触者外来において対応しましたが、発熱外来を必要とする方の増加に合わせ、長崎医療圏（運営者：長崎市医師会）、佐世保県北医療圏（運営者：佐世保市医師会）、県央医療圏（運営者：日赤原爆諫早病院）に地域・外来検査センターを設置しました。
- 脆弱な PCR^{※1} 等の検査体制を補うため、長崎県医師会、長崎大学病院（検査実施）等の連携により、唾液検体の PCR 検査体制が構築されました。また、長崎国際大学や日赤原爆諫早病院等の医療機関においても PCR 検査等体制が構築され、増大する検査需要に対応しました。県では蛍光 LAMP 装置^{※2}を購入し、蛍光 LAMP 装置の開発に携わった長崎大学熱帯医学研究所の協力を得て、医療機関等へ導入を支援し、貸与しました。（※1 PCR：Polymerase Chain Reaction 核増幅法の一つで新型コロナウイルス検査の主要な検査法の一つ。※2 蛍光 LAMP 装置：栄研化学株式会社が開発した核増幅法である Loop-Mediated Isothermal Amplification を用いた新型コロナウイルスの検出技術・検出システム）
- 令和2年10月には、冬季の季節性インフルエンザとの同時流行に備え、発熱患者等が地域において診療及び検査を受けられる医療機関として診療・検査医療機関を指定し、発熱外来体制を構築しました。
- 本県においては、産学官が協働して検体採取・検体搬送・検査実施までの体制を構築したことにより、検査実施能力が向上しました。新興感染症発生時は、外来診療体制の構築に加え、検体搬送の体制についても構築することが重要です。
- 令和2年11月、県下全域を対象とする「長崎県受診・相談センター」を外部委託により設置し、看護師等が24時間365日対応することで、相談者の状況に応じた適切な受診を促し、外来診療のひっ迫回避や保健所の相談業務の負担軽減を図りました。

- 令和4年9月から令和5年1月までの間、休日等の外来診療ひっ迫の緩和策として、休日等外来診療医療機関支援事業を実施し、県が要請する日時に発熱外来を行う医療機関及び開局する薬局の増加を図りました。
- 感染症発生初期は、発熱患者に対応する医療機関が不足し、一部の対応医療機関へ発熱患者が集中した結果、外来診療等がひっ迫しました。また、夜間・休日等に対応できる医療機関が限られるため、感染症まん延時には、2次救急輪番病院や在宅当番医がひっ迫しました。流行初期から、発熱外来を行う医療機関を確保しておき、平時から地域での対応体制の拡充を検討しておくことや、県民へ適切な受療行動を促すための周知が重要です。

工) 自宅・宿泊施設等の療養者への医療の提供

- 感染者の入院治療が不要な場合、感染性が消失するまでの間は、家庭内感染や医療のひっ迫を防ぐ観点から、自宅や民間等の宿泊施設、施設内に入所されている方は高齢者施設等内における療養が必要となりました。当初は、保健所が全ての自宅等療養者（宿泊療養者を除く）に対して、健康観察を実施していましたが、感染のまん延状況に応じて、保健所は重症化リスクの高い患者を担当し、それ以外の患者については外部委託により実施しました。
- 宿泊施設は、県内全ての二次医療圏に確保し、療養者の病状悪化時は、医師会や病院（離島医療圏の基幹病院）の医師による電話診療等により医療を提供しました。また、県薬剤師会の協力を得て宿泊施設の療養者へ医薬品の提供等を行う薬局を整備しました。
- 自宅療養者の症状悪化に対応するため、県医師会や県小児科医会、離島地域は基幹病院に診察待機や保健所からの相談対応業務を委託し、自宅療養サポート医体制を構築しました。さらに、薬局が、自宅療養者へ電話による服薬指導や薬剤の配送を行いました。
- 高齢者施設等内で療養する感染者への医療提供体制を構築するため、医療提供支援が可能な医療機関リストを提供し、施設での医療提供体制の確保を求めましたが、特に第7波、第8波では、高齢者施設等内の療養者が増加し、施設からの救急外来への搬送も増加しました。
- 高齢者施設等については、入所者が施設内療養する際、必要な医師や看護師による往診・派遣等の医療を確保できる体制を構築することが重要です。

【図】 第7波及び第8波における療養先別療養者数



オ) 人材派遣・人材育成

- 本県では DMAT 隊員が、令和2～4年度にクラスター支援、入院や転院調整、臨時医療施設の立ち上げ等の支援にあたり、DPAT（災害派遣精神医療チーム）は、令和2～3年度に、クラスターが発生した精神科医療機関における転院（退院）調整や、クラスター発生施設の職員に対するメンタルヘルス等の支援にあたりました。また、クラスターが発生した高齢者施設等へ、感染症専門家を派遣し、感染制御の指導支援が行われました。
- 感染者への医療提供や感染制御等により感染の拡大防止を図ることを目的に、新型コロナウイルス感染症が多発した医療機関や高齢者施設・障害者施設又は臨時の医療機関等へ医療従事者を派遣可能な医療機関や団体等を、長崎 CoVMAT として登録しました。感染症まん延時には、CoVMAT 登録医療機関もひっ迫したため、クラスター施設への派遣が困難な場合があります。
- 本県では、平成24年度から長崎大学病院への委託により、地域における院内感染対策向上のため、院内感染地域支援ネットワーク（長崎感染制御ネットワーク）を構築し、院内感染対策の強化に取り組んできました。新型コロナウイルス感染症への対応においてもこのネットワークを活かし、医療機関への感染症専門家による感染制御支援が行われました。
- 新型コロナウイルス感染症や新興感染症に対応するため長崎大学病院に委託し、感染症専門医不在の医療機関における多職種による診療チームの育成や、人工呼吸器等を適切に扱える人材の育成に取り組みました。
- 医師会と協力し、診療時の感染予防対策や新型コロナウイルス感染症及び罹患後症状の診療に関する研修会を開催し、一般医療機関における理解促進を図りました。
- 医療機関では、多くの医療従事者が、院内感染の予防・発生時の対応や新興感染症の疑い患者の診

療等に関わることから、平時から、研修や訓練を通じて必要なスキル・心得を身に付けておくことが重要です。

カ) 衛生材料及び个人防护具

- 感染症の発生初期段階において、医療機関におけるマスクやアイソレーションガウン等の个人防护具が不足し、医療提供が困難となる状況が生じました。
- 従前から備蓄していた県の个人防护具や国から提供された个人防护具を医療機関等へ提供しましたが、世界的な感染拡大による物資の生産や流通の著しい停滞により、新たな物資の調達はできませんでした。
- 医療機関は、平時から感染症の発生やまん延を想定し、个人防护具を適切に備蓄管理しておく必要があります。

(3) 改正感染症法による医療措置協定の仕組み

- 次の新興感染症に備えるため感染症法が改正され、県と医療機関が、各医療機関の機能や役割に応じ、医療措置協定を締結する仕組みが設けられました。
- 医療措置協定の対象感染症は、新興感染症を想定していますが、まずは、現に対応しており、これまでの対応の教訓を生かすことができる新型コロナウイルス感染症への対応を念頭に取り組みます。
- 実際に発生・まん延した感染症が、「事前の想定とは大きく異なる事態」となった場合は、その感染症の特性に合わせて協定の内容を見直すなど、実際の状況に応じた機動的な対応をとるものです。「事前の想定とは大きく異なる事態」の判断については、国が国内外の最新の知見や、現場の状況を把握しながら、適切に判断し、周知します。
- 協定対象は、病院、診療所、薬局、訪問看護事業所であり、協定の内容は、医療機関が講じる措置として、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、人材派遣に関するもの、その他として、个人防护具の備蓄や研修・訓練等の実施や参加に関する項目が含まれます。
- 病床に関する協定を締結した医療機関は第一種協定指定医療機関に指定され、発熱外来や自宅療養者等への医療の提供を行う協定を締結した医療機関は第二種協定指定医療機関に指定されます。
- 医療措置協定は、感染症法上の厚生労働大臣による新興感染症に係る発生等の公表（以下、「発生の公表」という。）から3か月程度の流行初期と、その後の流行初期以降に時期を分け、措置の内容について協定を締結します。
- 第一種協定指定医療機関と発熱外来を行う第二種協定指定医療機関が新興感染症の流行初期の段階から一定規模で措置を講じ、当該措置を講じたと認められる日の属する月の診療報酬収入額が、新興感染症発生・まん延前の同月の診療報酬収入額を下回った場合には、流行初期医療確保措置により流行初期医療の確保に要する費用を支給する措置がとられます。
- 流行初期医療確保措置の基準は、県知事が定めることとされていることから、本県は、国の示す基準を参酌し、「表 本県における流行初期医療確保措置の基準」のとおりとします。

【表】第一種協定指定医療機関と第二種協定指定医療機関の基準

第一種協定指定医療機関 ⇒ 病床を確保する医療機関		
・当該医療機関に所属する者に対して、最新の知見に基づき適切な感染防止等の措置を実施することが可能であること。		
・患者等がお互いに可能な限り接触することがなく、診察することができること等の院内感染対策を適切に実施しながら、必要な医療を提供することが可能であること。		
・新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間において、長崎県知事からの要請を受けて、新型インフルエンザ等感染症若しくは指定感染症の患者又は新感染症の所見がある者を入院させ、必要な医療を提供する体制が整っていると認められること。		
第二種協定指定医療機関 ⇒ 発熱外来の医療提供を行う医療機関		
・当該医療機関に所属する者に対して、最新の知見に基づき適切な感染防止等の措置を実施することが可能であること。		
・受診する者同士が可能な限り接触することがなく、診察することができること等の院内感染対策を適切に実施しながら、外来医療を提供することが可能であること。		
・新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間において、長崎県知事からの要請を受けて、外来医療を提供する体制が整っていると認められること。		
第二種協定指定医療機関 ⇒ 自宅療養者等への医療提供を行う医療機関		
病院、診療所	薬局	訪問看護事業所
・当該医療機関に所属する者に対して、最新の知見に基づき適切な感染防止等の措置を実施することが可能であること。	・当該薬局に所属する者に対して、最新の知見に基づき適切な感染防止等の措置を実施することが可能であること。	・当該指定訪問看護事業者に所属する者に対して、最新の知見に基づき適切な感染防止等の措置を実施することが可能であること。
・新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間において、長崎県知事からの要請を受けて、外出自粛対象者に対してオンライン診療等の医療を提供する体制が整っていると認められること。	・新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間において、長崎県知事からの要請を受けて、外出自粛対象者に対して医薬品等対応（調剤・医薬品等交付・服薬指導等）を行う体制が整っていると認められること。	・新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間において、長崎県知事からの要請を受けて、外出自粛対象者に対して訪問看護を行う体制が整っていると認められること。

令和5年5月26日付け医政発0526第11号他「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等の一部を改正する法律」の一部の施行等について（通知）（厚生労働省医政局長他）より抜粋

【表】本県における流行初期医療確保措置の基準

第一種協定指定医療機関（病床確保）
① 感染症法第36条の2第1項第1号に掲げる措置（入院措置）の実施に係る県知事の要請があった日から起算して7日以内に実施するものであること。 ② 通知又は医療措置協定の内容として当該措置（入院措置）を講ずるために確保する病床数が、原則として20床以上であること。ただし、県知事が認めた場合はこの限りでない。 ③ 後方支援の医療の提供を行う旨を内容とする通知を受けた医療機関又は医療措置協定を締結した医療機関と必要な連携を行うこと。ただし、離島地区※においては、医療資源が限られていることから必ずしも求めない。その他入院措置を適切に実施するために必要な体制を構築するものであること。（※ 離島地区：離島の4医療圏）
第二種協定指定医療機関（発熱外来）
① 感染症法第36条の2第1項第2号に掲げる措置（外来措置）の実施に係る県知事の要請があった日から起算して7日以内に実施するものであること。 ② 通知又は医療措置協定の内容として、1日あたり20人以上の診療（外来措置）を行うものであること。

3. 施策の方向性

新型コロナウイルス感染症への対応を念頭に、まずは当該対応の最大規模の体制を目指しつつ地域の実情を考慮し、医療機関の役割に応じた協定締結等を通じて、新興感染症に対応する医療及び通常医療の提供体制の確保を図ります。また、新興感染症の性状やその対応方法を含めた最新の知見等は国から提供されることを前提としています。

（1）長崎県感染症対策委員会等による連携体制の構築

- 医療提供体制の構築にあたっては、長崎県感染症対策委員会を通じて、各医療機関の役割分担の明確化や医療関係団体以外の高齢者施設等の関係団体とも連携を図り、毎年予防計画の進捗管理を行うこととし、新興感染症の発生に備えた協議を行います。
- 保健所においては、各種会議体等を活用し、予防計画の地域における推進を図り、健康危機対処計画の進捗管理や、医療機関や関係者が参加する訓練を実施します。

（2）新興感染症患者の入院医療を提供する体制の確保（病床確保）

- 県は、新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間（新興感染症に係る発生等の公表が行われたときから新興感染症と認められなくなった旨の公表等が行われるまでの間）に新興感染症の入院を担当する医療機関と、平時に医療措置協定を締結し、第一種協定指定医療機関に指定します。
- 新興感染症の発生時は、第一種感染症指定医療機関及び第二種感染症指定医療機関の感染症病床を中心に対応する体制とし、発生の公表が行われた後の、流行初期の一定期間（3か月程度）は、第

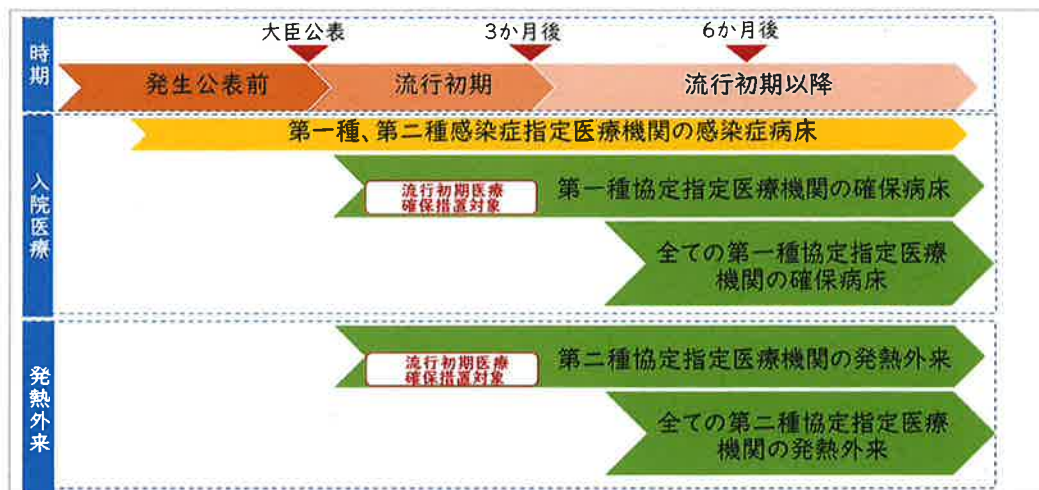
一種感染症指定医療機関及び第二種感染症指定医療機関が引き続き対応するとともに、流行初期医療確保措置の対象となる医療措置協定を締結した医療機関や、流行初期から病床確保を行う協定を締結した医療機関についても対応します。

- 発生公表後の一定期間経過後は、流行初期の段階から医療提供を行った医療機関に加え第一種協定締結医療機関である公的医療機関による対応とし、その後3か月程度（発生の発表後6か月程度）を目途に、順次速やかに第一種協定を締結した全ての医療機関で対応します。
- 特に配慮が必要な患者（精神疾患を有する患者、妊産婦、小児、障害児者、認知症である者、がん患者、透析患者、外国人）に対する病床についても切れ目のない医療提供体制の整備のため、病床を確保します。
- 新興感染症のまん延期において適正かつ必要な医療が提供されるよう、発生の公表後、適切な時期に医療機関間による円滑な入院調整ができる体制の構築について、平時より、長崎県感染症対策委員会等において協議を行います。
- 新興感染症発生時には、長崎県感染症対策委員会に部会を設置し、感染拡大の実情に応じ、国が示す入院対象者の基本的な考え方を参考に、患者の療養場所の振り分けや入院調整時の入院対象者の範囲について協議し、明確にします。

（3）新興感染症の疑似症患者等の診察を行う体制の確保（発熱外来）

- 県は、新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間に新興感染症の発熱外来を担当する医療機関と、医療措置協定を平時に締結し、第二種協定指定医療機関に指定します。
- 流行初期医療確保措置の対象となる協定を締結した医療機関は、流行初期から一定の規模をもって対応し、1週間以内を目途に発熱外来を開始します。
- 救急医療を担う医療機関においては入院が必要な疑い患者の救急搬送等が想定されることから、受け入れ先が確保されるよう、入院・発熱外来に係る医療措置協定の締結について二次救急医療機関等に対し、検討を促します。

【図】新興感染症対応医療機関と対応時期の目安に関するイメージ



(4) 自宅・宿泊施設・高齢者施設等で療養する者への医療提供体制の確保

- 県は、新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間に、自宅療養者等（自宅、宿泊施設、高齢者施設等で療養する新興感染症患者）へ、往診や電話・オンライン診療を行う病院や診療所、服薬指導等を行う薬局、訪問看護を行う訪問看護事業所との協定を平時に締結し、第二種協定指定医療機関に指定します。
- 自宅療養者等に対しては、医療措置協定の枠組みを利用し、医療機関や関係団体等の協力を得て健康観察等を行うとともに、療養者からの相談体制を構築し、自宅療養者等が安心して療養でき、体調悪化時等に、適切に医療につながる体制を整備します。
- 健康観察については、多数の対象者に適切に実施できるよう、対象者の重症化リスクの程度に応じた実施体制とし、民間事業者や医師会等への委託とするなど、効率・効果的な実施方法を検討します。
- 平時から高齢者施設等の療養者に対し新興感染症に係る医療の提供を行う医療機関、薬局等と医療措置協定を締結するとともに、高齢者施設等に対する医療支援体制を確認します。
- 高齢者施設等と協力医療機関を始めとする地域の医療機関との連携について、実効性のあるものにするため、長崎県感染症対策委員会等を活用し連携の強化を図ります。また、同委員会等を通じ、平時から救急医療機関を含む医療機関、消防機関等の役割を確認し、高齢者施設等に対する救急医療を含めた医療支援体制を確認します。

(5) 後方支援体制の構築

- 新興感染症発生時の通常医療の確保のため、新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間に、特に流行初期の感染症患者以外の患者の受入や、感染症から回復後に入院が必要な患者の転院受け入れを行う医療機関と後方支援の協定を締結するとともに、長崎県感染症対策委員会等を通じ、回復した患者の退院先となる介護老人保健施設等の高齢者施設等との連携を強化します。
- 特に、流行初期医療確保措置対象の医療機関は、後方支援医療機関との連携体制を構築しておく必要があり、長崎県感染症対策委員会等を活用しながら、後方支援医療機関での受け入れを促します。

(6) 感染症医療担当従事者や感染症予防等業務関係者の人材派遣体制の構築

- 新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間において派遣される人材には、感染症患者に対する医療を担当する医師、看護師、その他医療従事者や、感染症の予防及びまん延を防止するための医療提供体制の確保に係る業務に従事する医師、看護師その他の医療関係者がいます。人材派遣について医療機関と協定を平時に締結し、研修や訓練の参加及び実施を求めます。
- 新興感染症発生・まん延時には、医療機関との協定に基づき、新型コロナウイルス感染症対策を参考に人材派遣体制を構築し、医療提供体制の維持に努めます。また、高齢者施設等でのクラスター発生時には必要に応じてゾーニング等の感染対策の助言を行うことのできる体制を速やかに構築することで、施設内における感染のまん延防止に努めます。
- 県内の医療人材の応援体制を整備するとともに、県外から医療人材の応援等を要請する場合の方針

についても検討し、他の都道府県や国からの応援要請がある場合には、必要な協力を行います。

(7) 人材育成

- 医療機関は、感染症に関わる人材に対し、国等が行う講習会等に積極的に参加することを促すとともに、特に感染症指定医療機関（第一種協定指定医療機関、第二種協定指定医療機関を含む）においては、感染症対応を行う医療従事者等の新興感染症の発生を想定した必要な研修・訓練を実施すること又は、県もしくは保健所や他の医療機関が実施する研修・訓練に医療従事者を参加させることにより、人材の育成及び資質の向上に取り組めます。
- 保健所は、保健所の感染症有事体制に構成される人員を対象に実践的な訓練を行いますが、各医療圏における協定締結医療機関とも連携した実施を検討します。
- 医療機関は、平時から、長崎感染制御ネットワーク（感染症対策向上加算の未加算病院も含めた地域支援ネットワーク）へ参加する等、職員が感染対策に係る研修を受講する機会をつくり、研修内容等について院内での情報共有に努めます。
- 第一種協定指定医療機関は、高齢の患者の対応において、そのケアを意識した適切な療養環境の確保の観点から、感染症発症早期から適切なリハビリテーションや口腔・栄養管理の提供のため、医師、歯科医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種連携で対応できるよう人材育成に努めます。

(8) 個人防護具の備蓄

- 病院、診療所、訪問看護事業所に対し、各施設における個人防護具（サージカルマスク、N95 マスク、アイソレーションガウン、フェイスシールド及び非滅菌手袋）の使用量の2か月分以上の備蓄を推奨します。
- 県内医療機関の初動時1か月の供給において十分な対応を確保する観点から、本県において医療機関の初動時1か月分を目安に、個人防護具を備蓄します。

(9) 啓発・広報

- 平時から、県民に対し感染症に関する正しい知識の周知啓発を行うとともに、人権啓発・教育を推進し、新興感染症が発生した際は、それに起因する差別的な扱い等の実態把握や防止のための啓発、被害を受けられた方からの相談対応を行います。
- 感染症発生時は、新興感染症対応下の医療提供の体制や状況等について県民に周知し、医療ひっ迫の恐れがある場合には地域医療を守る行動を促すための啓発・広報に努めます。

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		直近の実績等		(目標) 2029年	
			流行初期	流行初期以降	流行初期	流行初期以降
入院が必要な患者等が適切な医療を受けられる体制が整備されている	確保病床数 (流行初期医療確保措置対象)		395 (2020年12月) (85) (2023年8月 事前調査)	681 (2022年12月)	337 (85)	633
	重症者用病床		27 (2020年12月)	30 (2022年12月)	19	27
		精神疾患を有する患者	8 (2023年8月 事前調査)	64 (2022年12月)	8	14
		妊産婦	16 (2023年8月 事前調査)	72 (2022年12月)	16	23
		小児	19 (2023年8月 事前調査)	27 (2023年8月 事前調査)	19	27
		障害児者	2 (2023年8月 事前調査)	16 (2023年8月 事前調査)	2	16
		認知症患者	27 (2023年8月 事前調査)	38 (2023年8月 事前調査)	27	38
		がん患者	24 (2023年8月 事前調査)	31 (2023年8月 事前調査)	24	31
		透析患者	36 (2023年8月 事前調査)	49 (2023年8月 事前調査)	36	49
		外国人	7 (2023年8月 事前調査)	9 (2023年8月 事前調査)	7	9
疑い患者を含め外来診療体制が整備されている	発熱外来医療機関数 (流行初期医療確保措置対象)		327 (2020年12月) (80) (2023年8月 事前調査)	620 (2022年12月)	494 (80)	549

施策の成果	ストラクチャー・プロセス指標	直近の実績等	(目標) 2029年
自宅療養者等へ医療が適切に受けられる体制が整備されている	自宅療養者等への医療の提供（病院・診療所数）	391 (2023年8月事前調査)	391
	往診対応機関数	189 (2023年8月事前調査)	189
	電話・オンライン診療対応機関数	363 (2023年8月事前調査)	363
	自宅療養者対応機関数	358 (2023年8月事前調査)	358
	宿泊施設療養者対応機関数	228 (2023年8月事前調査)	228
	高齢者施設等内療養者対応機関数	269 (2023年8月事前調査)	269
	自宅療養者等への医療の提供（薬局数）	373 (2023年8月事前調査)	373
感染症等のまん延時においても必要な医療の提供が継続できる体制の構築ができる	自宅療養者等への医療の提供（訪問看護事業所数）	79 (2023年8月事前調査)	79
	後方支援医療機関数	95 (2022年12月)	137
	派遣可能な医師数	134 (2022年12月)	72
	県外派遣可能数	12 (2023年8月事前調査)	12
	感染制御・業務継続支援チームに所属している医師数	99 (2022年12月)	32
	派遣可能な看護師数	227 (2022年12月)	157
	県外派遣可能数	18 (2023年8月事前調査)	18
	感染制御・業務継続支援チームに所属している看護師数	227 (2022年12月)	82

感染症等のまん延時においても必要な医療の提供が継続できる体制の構築ができる	個人防護具を2か月分以上確保している医療機関数	263	549以上 (※対象医療機関のうち8割以上)
	年1回以上、新興感染症患者の受入研修・訓練を実施又は外部の研修・訓練に医療従事者を参加させている割合	61.0% (2023年8月事前調査) ※病院・診療所のみ集計	100%

(2) 指標の説明

指標	説明
確保病床数 (流行初期医療確保措置対象、重症者用、特別な配慮が必要な患者等)	協定締結医療機関における対応可能時期別の確保病床数、その中でも流行初期からある一定の規模で病床を確保する医療機関の病床数、特別な配慮が必要な病床を確保数(兼用病床可)。新型コロナウイルス感染症対応における最大の対応を目安とし、それぞれ2023年8月の事前調査結果から得られた病床数を目指します。
発熱外来医療機関数 (流行初期医療確保措置対象)	協定締結医療機関のうち、対応可能時期別の発熱外来医療機関数、その中でも流行初期からある一定の規模以上の患者を診る発熱外来実施医療機関数。新型コロナウイルス感染症対応における最大の対応を目安とし、それぞれ2023年8月の事前調査結果から得られた医療機関数を目指します。
自宅・宿泊・高齢者施設療養者等への医療の提供、病院・診療所数(うち往診、電話・オンライン診療対応機関数、自宅、宿泊、高齢者施設等への対応機関数)、薬局、訪問看護事業所数	協定締結医療機関のうち、流行初期以降における自宅・宿泊・高齢者施設療養患者等への医療の提供を行う病院、診療所(医療提供方法、各療養先別対応機関数)、薬局、訪問看護事業所の機関数。新型コロナウイルス感染症対応の最大値を目安とし、2023年8月の事前調査結果から得られた医療機関数を目指します。
後方支援医療機関数	感染症患者以外の患者受け入れや、感染症から回復後に入院が必要な患者の受け入れを行う医療機関数。新型コロナウイルス感染症対応の最大値を目安とし、2023年8月の事前調査結果から得られた医療機関数を目指します。
派遣可能な医師数(県外含む)	他の医療機関へ派遣可能な医師数(県外派遣可能な医師数を含む)。新型コロナウイルス感染症対応の最大値を目安とし、2023年8月の事前調査結果から得られた医師数を目指します。
派遣可能な医師数(感染制御・業務継続支援チームに所属している医師数)	他の医療機関へ派遣可能な医師数のうち、感染症予防等業務関係者の数。新型コロナウイルス感染症対応の最大値を目安とし、2023年8月の事前調査結果から得られた医師数を目指します。
派遣可能な看護師数(県外含む)	他の医療機関へ派遣可能な看護師数(県外派遣可能な看護師数を含む)。新型コロナウイルス感染症対応の最大値を目安とし、2023年8月の事前調査結果から得られた看護師数を目指します。
派遣可能な看護師数(感染制御・業務継続支援チームに所属している看護師数)	他の医療機関へ派遣可能な看護師数のうち、感染症予防等業務関係者の数。新型コロナウイルス感染症対応の最大値を目安とし、2023年8月の事前調査結果から得られた看護師数を目指します。

個人防護具を 2 か月分以上確保している医療機関数	協定を締結した病院、診療所、訪問看護事業所のうち、個人防護具を 2 か月分以上確保するという内容の協定を締結した医療機関数。8 割以上の医療機関が 2 か月分以上の個人防護具を確保する体制を目指します。
年 1 回以上、新興感染症患者の受入研修・訓練を実施又は外部の研修・訓練に医療従事者を参加させている割合	協定を締結した病院、診療所、薬局、訪問看護事業所の全てが、年 1 回以上新興感染症患者の受入研修や訓練の実施、または外部の研修や訓練に参加させていることを目指します。

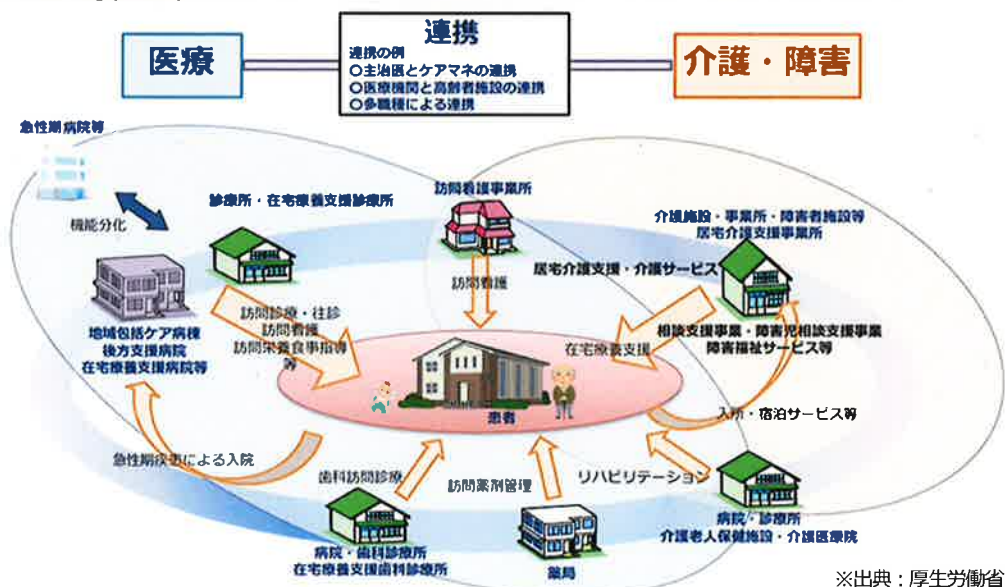
第12節 在宅医療

1. 在宅医療について

- 在宅医療とは、通院に支障がある方に対し、医療従事者が自宅（施設・居住系サービスを含む）を訪問し、継続的に医療行為を行うものです。
- 多くの県民は、病気になっても、住み慣れた自宅や地域で最期ま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、高齢になっても、病気や障害の有無にかかわらず、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。在宅医療では、医師や歯科医師、薬剤師、訪問看護師、リハビリテーション専門職、管理栄養士、介護関係者等の多職種が連携し、患者の状態に応じた適切な医療サービスを提供する体制が求められています。

地域包括ケアシステムにおける在宅医療（イメージ）

- ・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。
- ・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。

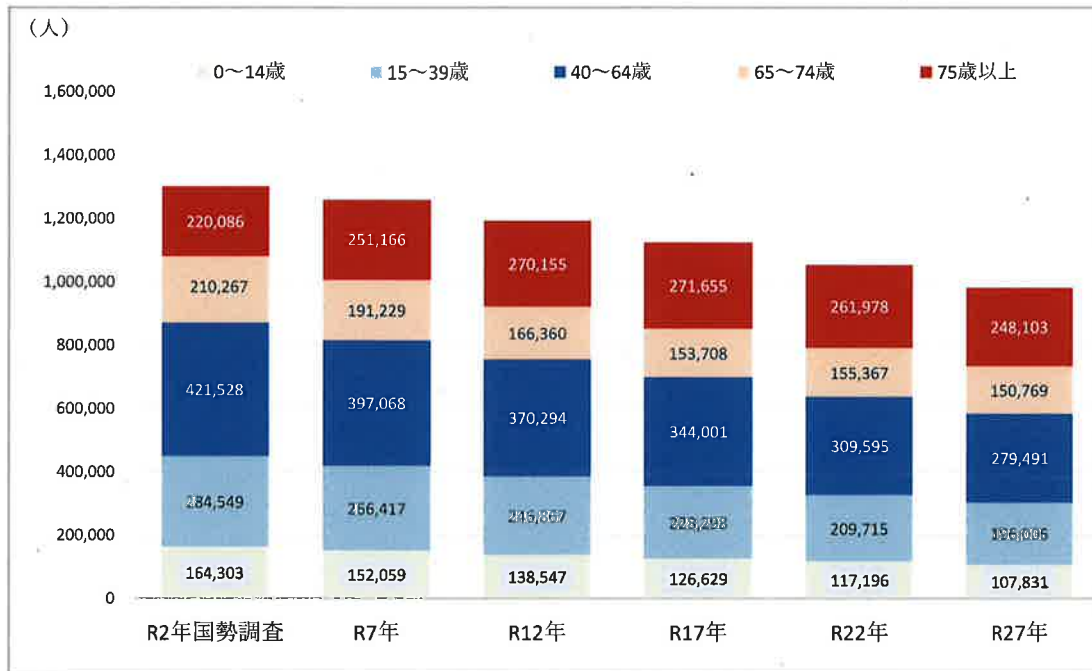


2. 本県の現状と課題

(1) 在宅医療を取り巻く環境

- 本県の人口は令和2年をピークに、減少に転じています。しかし、75歳以上の人口の増加は顕著で、令和17年まで増加が見込まれます。
- 高齢者の増加に伴う通院困難者の増加や地域医療構想の実現に向けた病床の機能分化・連携により、在宅医療等の需要は、令和22年のピークに向け今後増加することが予想されています。

【図】 将来人口推計



出典：国立社会保障・人口問題研究所（H30年推計）

- 県内においては、既に医療需要がピークアウトしている地域もあります。また、人口の動向や在宅医療を支える医療・介護資源の状況等地域によって様々で、課題も異なります。課題解決に向けては、地域で県・市町・関係団体が一体となって在宅医療・介護の提供体制を構築していくことが重要です。

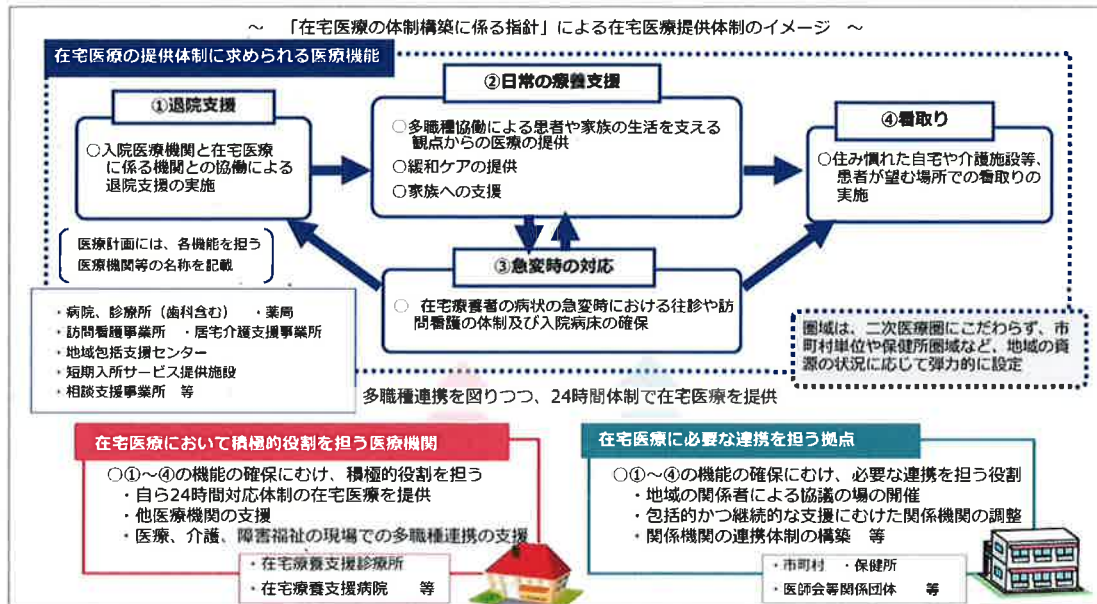
※第8章 二次医療圏ごとの課題と施策の方向性を参照

- 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。高齢者の対応に加え、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

- 令和5年度に実施したWEB 県政アンケートの結果によると、最期まで自宅等で療養することは困難であると思うと回答した人の割合は約7割を占め、困難である主な理由としては、家族への負担や症状急変時の対応不安が挙げられています。
- 在宅医療を推進するためには「①退院支援」、「②日常の療養生活の支援」、「③急変時の対応」、「④看取り」の4つの機能の充実・強化により、在宅医療の提供体制整備を図る必要があります。

■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

- 本県においては、在宅医療を適切に提供するために、医療機関相互の連携や市町を中心とした地域の関係機関の連携、医療・介護等の連携体制づくりにも取り組んでいます。多職種の円滑な連携のためには、多職種がリアルタイムに情報を共有する体制が重要であることから、ICTを活用した効果的な情報共有を支援しています。現在、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、第5章第2節「医療分野の情報化」を参照

①退院支援

- 入院初期の段階から退院後の生活を見据えた支援が重要であり、退院支援においては、在宅医療に関わる医師、訪問看護師をはじめ、医療と介護の多職種が連携し、在宅生活への移行に向けたサービス調整を進めています。
- 地域関係者も参加する退院前カンファレンスについて、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。

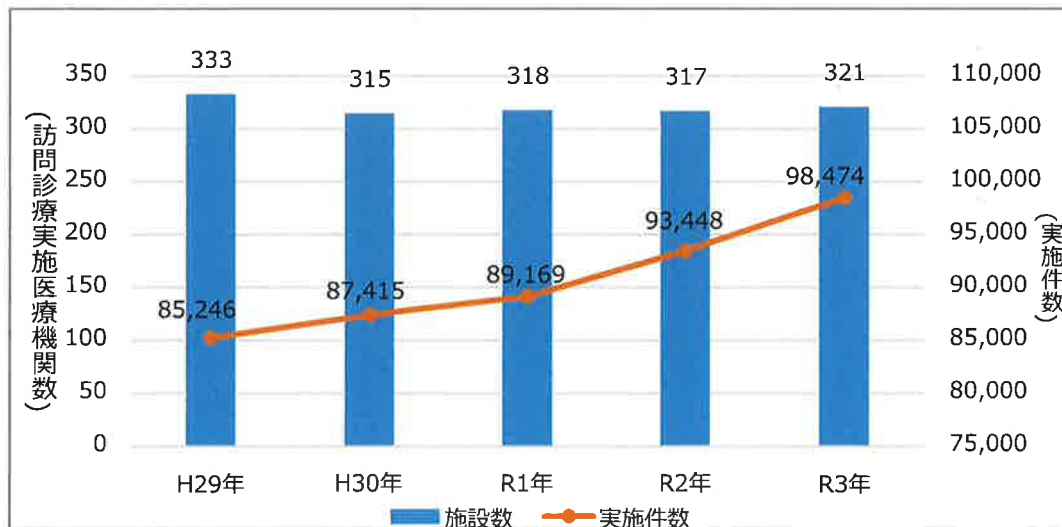
②日常の療養生活の支援

- 自宅や施設における高齢者等の日常の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、最適かつ安心安全な薬物療法の提供を行う薬剤師、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。
- 新型コロナウイルス感染症対応において、介護保険施設や有料老人ホームなどにおける生活機能が低下した高齢者の救急搬送が顕在化しました。施設から医療へのアクセス手段の多様化など、施設と医療機関の連携強化を進める必要があります。

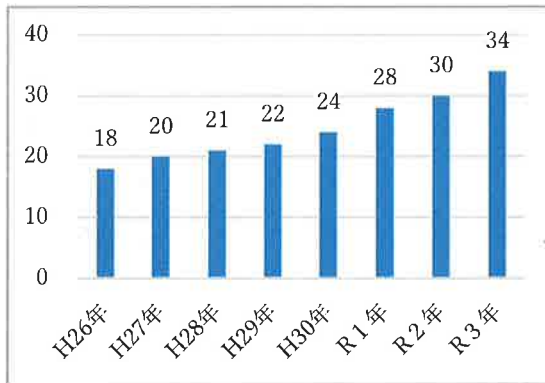
【訪問診療の状況】

- 訪問診療件数（各年9月の1か月間）は、平成27年77,693件が、令和3年98,474件と約1.2倍に増加しています。一方で、訪問診療に対応する届出医療機関は、平成27年の341箇所から令和3年321箇所と減少しています。特に在宅療養支援診療所においては、医師数が少ないことや昼夜問わない対応などが課題として挙がっています。

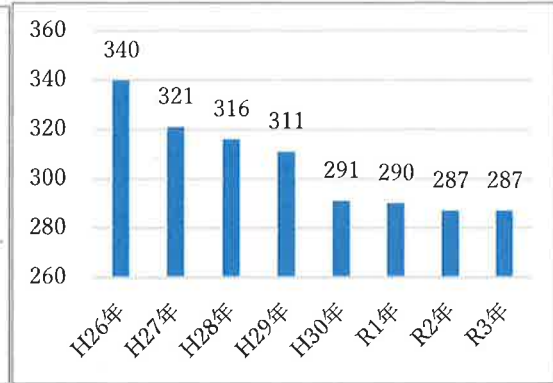
【図】 訪問診療届出医療機関数と訪問診療実施件数



【図】在宅療養支援病院数の推移（単位：施設）



在宅療養支援診療所数の推移（単位：施設）



出典：厚生労働省「医療施設調査」、九州厚生局届出状況（10月1日時点）

- 本県の人口あたりの在宅療養支援医療機関の設置状況は全国と比較しやすい状況ですが、在宅療養支援医療機関が1箇所もない市町もあるなど資源の偏りも見られます。

【図】在宅療養支援医療機関数の全国との比較（令和3年3月時点）

	人口10万対	
	長崎県	全国
在宅療養支援病院	2.5 施設	1.2 施設
在宅療養支援診療所	21.6 施設	11.9 施設

出典：医療施設調査（厚生労働省）

- 令和5年度に県独自で実施した在宅医療等実態調査によると、訪問診療を行っている医師の年齢階級では、50～70歳代が約8割を占めています。また、今後10年若しくはそれ以上訪問診療を継続できると回答した医療機関は約1/3にとどまり、訪問診療を行う医師の高齢化に伴い医師の負担軽減や人材確保が課題となっています。
- 実態調査において、在宅診療を実施するうえで特に大変なこととして、24時間対応の困難さを挙げる医療機関が多く、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ます。24時間対応、急変時の対応及び看取り機能の提供体制を整備するための連携体制の構築が必要です。

【訪問看護の状況】

- 在宅医療の提供にあたっては、訪問看護師の役割が重要です。訪問看護事業所数は、2021年(令和3年)10月現在134箇所となっています。近年、訪問看護ステーションの従事者数も増えており、精神科訪問看護や小児訪問看護の提供に特化する事業所もみられています。在宅医療提供体制の構築では、24時間体制、小児訪問看護の実施体制、ターミナルケア実施体制が求められています。
- 過疎地域における小規模事業所や新規事業所は人材育成体制が十分でない状況があります。県全体で、小規模事業所（看護職員常勤換算5人未満）が約4割を占めています。今後の在宅医療の需要増大を見据え、訪問看護師の確保や多様な医療ニーズに対応できる訪問看護師の育成が課題です。
- 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・経験に応じた研修、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ため、訪問看護サポートセンターを中心に訪問看護師として活躍できる環境整備を進めています。

【訪問歯科診療の状況】

- 在宅療養支援歯科診療所の届出施設数は、平成27年138箇所から令和3年182箇所に増加しています。今後の在宅医療のニーズの増大や高齢化に伴い摂食嚥下障害等を有する患者の増加を見据え、訪問歯科診療を実施する医療機関の増加や歯科医療従事者の確保が求められています。口腔衛生・機能管理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。

【訪問薬剤管理指導の状況】

- 薬学的管理・服薬指導等の在宅医療サービスを提供できる人材を育成することが必要です。
- 「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。地域の薬局では、薬剤師一人の所が多く、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育成が必要です。
- 近年、医療的ケア児やがん患者等の専門的な薬学管理が必要な利用者に対して、高い専門性が求められており、他の医療提供施設との密な連携と薬物療法支援体制の構築が必要です。

【訪問栄養食事指導の状況】

- 在宅で療養している高齢者のうち独居世帯の高齢者に低栄養状態がみられる場合があります。低栄養状態は、疾病の悪化や免疫力の低下による感染症等の発症につながります。在宅栄養食事指導の提供体制の充実が必要です。

【訪問リハビリテーションの状況】

- 通院、通所が困難になった場合に、居宅において実施する訪問リハビリテーションの重要性が増しています。訪問リハビリテーションにおける介護給付費の請求事業所数は、令和2年の98箇所（4月審査分）から令和5年108箇所（4月審査分）と増加しています。

（参考）市町別の医療・介護資源の状況

市町	訪問看護事業所数（※1）			在宅療養支援診療所数（※2）	在宅療養支援病院数（※2）	介護保険施設（※3）			
	実数	看護師数	1箇所あたり看護師数			介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護医療院	介護療養型医療施設
長崎市	54	286	5.29	129	11	49	15	3	3
佐世保市	18	105	5.83	36	4	25	10	4	2
島原市	5	37	7.40	8	2	8	2	1	1
諫早市	17	81	4.76	38	3	16	4	3	3
大村市	8	46	5.75	25	1	5	2	0	1
平戸市	1	6	6.00	2	1	5	3	1	0

松浦市	3	14	4.66	1	1	5	1	1	1
対馬市	3	9	3.00	0	0	6	2	0	0
壱岐市	2	12	6.00	4	1	4	2	0	0
五島市	5	17	3.40	2	1	7	3	0	0
西海市	3	12	4.00	3	1	4	2	0	0
雲仙市	2	7	3.50	10	0	6	3	0	1
南島原市	4	14	3.50	5	3	8	4	1	0
長与町	3	17	5.66	8	2	3	1	0	0
時津町	1	2	2.00	6	2	2	3	0	0
東彼杵町	1	7	7.00	1	0	1	1	0	0
川棚町	1	3	3.00	0	0	1	0	0	0
波佐見町	1	5	5.00	6	0	2	0	0	0
小値賀町	0	0	0	0	0	1	0	0	0
佐々町	1	10	10.00	3	0	2	1	0	0
新上五島町	1	6	6.00	0	1	5	2	0	0
県全体	134	696	5.19	287	34	165	61	14	12

※出典：(1) 介護サービス施設・事業所調査 (R3.10.1) (2) 厚生局届出施設数 (R3.3.31)

(3) 県の長寿社会課調べ (R5.4.1 現在)

③急変時の対応

- 在宅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。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。
- 急変時の対応については、日頃から患者・家族と、医師をはじめとする関係者の間で繰り返し話し合い、患者本人の意思を尊重しながら適切に対応することが求められています。
- 本県において、24 時間往診が可能な在宅療養支援医療機関は、令和3年 321 箇所です。うち、複数の医師により、緊急往診や看取りに対応する機能強化型の在宅療養支援医療機関（単独型・連携型）は、計 58 箇所です。全体の約 5 %となっています。
- 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う在宅療養後方支援病院は、県内に 13 箇所（令和4年）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、二次医療圏における後方支援病院の充実が必要です。また、地域包括ケア病床への転換等による後方支援機能の充実も必要です。

④看取り

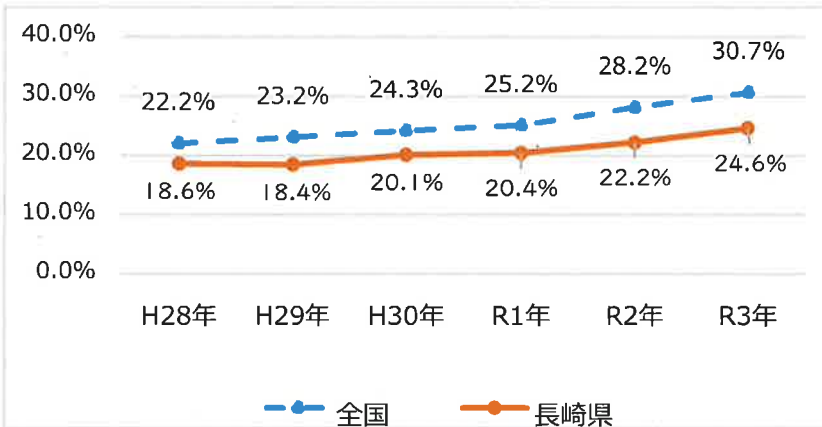
- 場所別の死亡者数をみると、病院 69.5%、診療所 4.2%と多くの方が医療機関で亡くなっています。在宅等死亡割合（自宅、老人ホーム、介護医療院・老人保健施設）は、平成27年 18.4%から令和3年には 24.6%と増加しているものの、全国平均より低い状況です。

【表】場所別死亡数

	病 院	診療所	介護医療院・ 介護老人保健施設	老 人 ホーム	自 宅	その他
全国 (%)	65.9	1.5	3.5	10.0	17.2	1.8
本県 (人)	12,680	765	588	1,476	2,431	308
(%)	69.5	4.2	3.2	8.1	13.3	1.7

出典：令和3年「人口動態調査」(厚生労働省)

【図】在宅等死亡割合の経年変化（全国比較）



出典：令和3年「人口動態調査」(厚生労働省)

【図】令和3年長崎県内各市町の自宅・施設（老人ホーム、介護医療院・老人保健施設）死亡割合



出典：令和3年「人口動態調査」(厚生労働省)

- 在宅医療では療養の開始時や急変時、看取りの対応等につき、患者本人・家族による意思決定を尊重することが重要であり、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に加え、施設等における看取りへの支援等が必要とされています。
- 在宅や施設での看取りを進めることは、救急救命等の医療機関との適切な役割分担による医療提供体制の安定にもつながります。
- 看取りの実施は、緊急往診や休日・夜間への対応が必要となることから、医療機関の負担が大きいため、医師間や多職種間での連携や、機能強化型の在宅療養支援医療機関の整備の推進等が必要です。

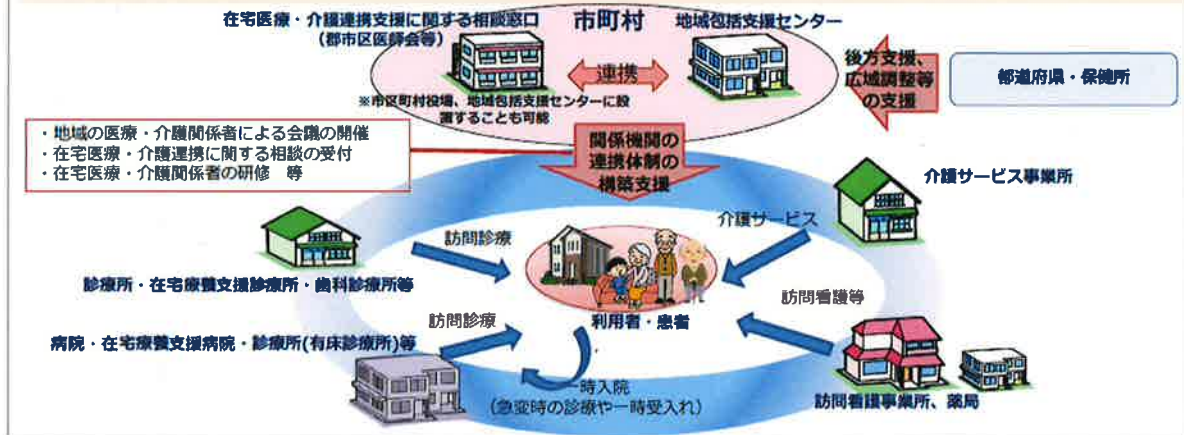
(3) 在宅医療・介護の連携

- 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需要増加への対応や医療と介護の両方を必要とする高齢者が、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が連携し、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。
- 現在、全ての市町に、在宅医療・介護連携推進事業に基づく在宅医療・介護連携支援センターが設置されており、在宅医療・介護連携に関する相談支援などを実施しています。
- 医療については、市町の枠を超えた広域の施策展開が多いため、市町において「将来的な在宅医療・介護連携推進のあるべき姿」をイメージして実施することが難しく、医療との連携に苦慮している状況です。
- このため、特に市町の範囲を超えた広域な視点が必要な在宅医療・介護連携に関する関係市町の連携については、医療に係る専門的・技術的対応が必要であることから、第8期介護保険事業計画期間より都道府県が主体的役割を果たすよう見直されており、県に対しては、保健所が中心となった積極的な取組が期待されています。
- 患者の尊厳ある生き方を実現するためには、本人の意思が尊重された医療及びケアが提供される必要があり、そのためには、予測されない急激な変化に備えて、本人の意思の確認が可能のうちから、その意思を家族や医療・介護従事者等が共有しておくことが重要です。
- このため、市町を中心に ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の普及啓発に取り組んでいます。令和5年度実施のWEB 県政アンケートでは、ACP について「知らなかった」と回答した人が8割を占めており、引き続き、県民への普及啓発の取組が必要とされます。

※ACP（アドバンス・ケア・プランニング）：将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、患者本人を主体に、その家族や近い人、医療・ケアチームが繰り返し話し合いを行い、患者本人の意思決定を支援するプロセスのこと。患者の人生観や価値観、希望に沿った将来の医療及びケアを具体化することを目指している。

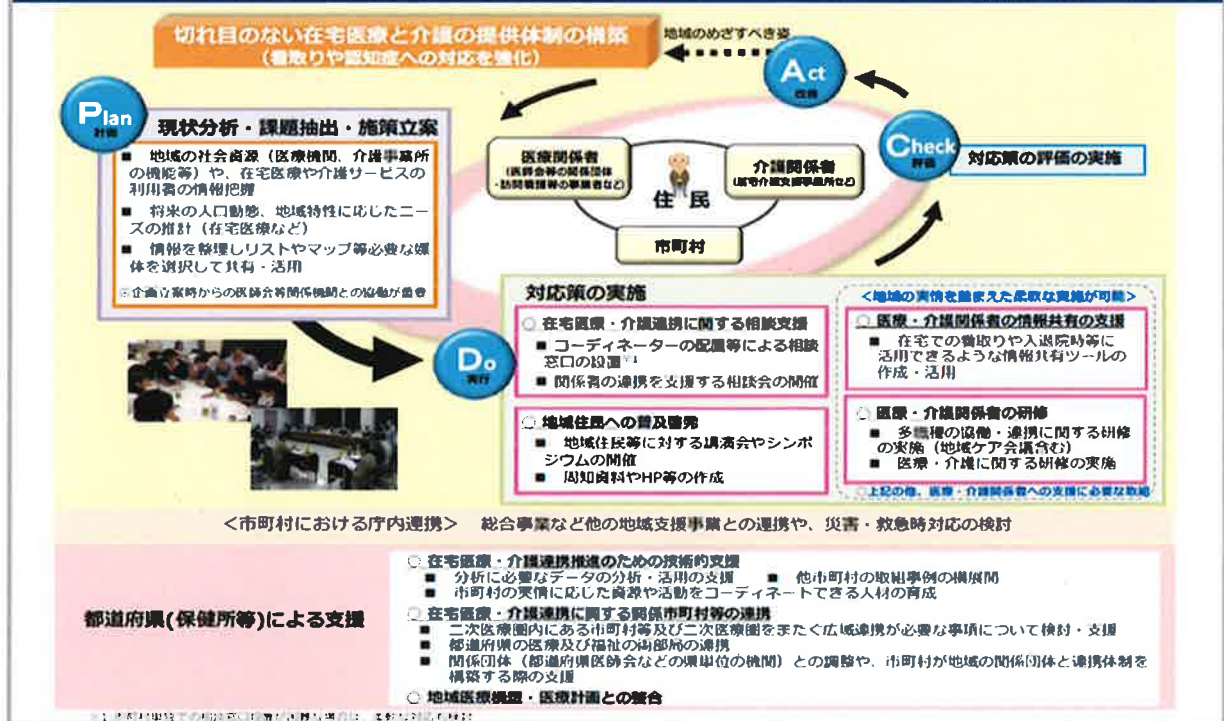
在宅医療・介護連携の推進

- 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（※）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。
- （※）在宅療養を支える関係機関の例
- ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
 - ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
 - ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
 - ・介護サービス事業所（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）
- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



※出典：厚生労働省

地域包括ケアシステムの実現に向けた第8期介護保険事業計画期間からの在宅医療・介護連携推進事業の在り方



※出典：厚生労働省

3. 施策の方向性

在宅医療の需要の推移を見据え、在宅療養を希望する患者が住み慣れた地域で必要な医療を安心して受けることができるよう（１）在宅療養に向けた入退院支援（２）日常の療養生活の支援（３）急変時の対応（４）患者が望む場所での看取りを目指し、地域における医療や介護の多職種連携を図りながら 24 時間 365 日体制で在宅医療が提供される体制を構築します。

【目標】

- ・在宅医療の需要に応じた在宅医療・介護サービスを整備します。
- ・在宅医療医師の負担軽減や在宅医療に携わる多職種連携の取組を促進します。
- ・地域包括ケアシステムの充実にに向けた体制を整備します。

（１）在宅医療圏域の設定

- 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、「在宅医療圏域」を設定します。
- 人口の動向や在宅医療を支える医療・介護資源等に大きな地域差があり、課題も地域ごとに異なることから、原則市町単位（在宅医療・介護連携支援センターを合同で設置している東彼杵町、川棚町、波佐見町は3町を1圏域とします）を基本とします。市町は、郡市医師会等関係機関と連携・協力しながら地域の特性に応じた取組を進めていきます。
- 県は、関係団体等と連携し、在宅医療・介護連携推進事業を実施する市町の取組を支援し、また広域的な体制づくりを支援していきます。

（２）在宅医療の提供体制の基盤整備

①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、在宅療養支援診療所及び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づけます。離島等医療資源が限られている地域においては、地域の中核的な医療機関がその役割を担うことが期待されています。
- 積極的役割を担う医療機関は、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います。

【積極的役割を担う医療機関に求めること】

（１）目標

- ・在宅医療の提供及び他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
- ・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

（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
- ・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等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

②在宅医療に必要な連携を担う拠点

- 医療機関の連携体制の構築や、医療機関の訪問診療の取組の促進、患者の急変時に24時間対応できる体制の整備、専門職の人材育成等を推進するための拠点を各市町に整備し、「在宅医療・介護連携推進事業」との連携を進めます。
- 介護保険法に基づく在宅医療・介護連携推進事業の主体である市町を「在宅医療に必要な連携を担う拠点」に位置づけ、地域のニーズに応じた在宅医療・介護の提供体制の整備に取り組めます。

【在宅医療に必要な連携を担う拠点到求めること】

（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
- ・在宅医療に関する人材育成を行うこと
- ・在宅医療に関する地域住民への普及啓発を行うこと
- ・災害時及び災害に備えた体制構築への支援を行うこと

（2）役割

- ・地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による協議を定期的に開催し、在宅医療における提供状況の把握、災害時対応を含む連携上の課題の抽出及びその対応策等を実施すること
- ・地域包括ケアシステムを踏まえた在宅医療の提供体制を整備する観点から、地域の医療及び介護、障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供できるよう、関係機関との調整を行うこと
- ・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急変時の対応や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
- ・在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の提供を行うこと
- ・在宅医療に関する地域住民への普及啓発を実施すること

（3）4つの機能ごとの体制整備

在宅医療に必要な連携を担う拠点を中心とし、在宅医療を担う医療や介護の関係機関相互のより一層の理解促進と、関係する各職種がそれぞれの専門性を発揮し、協力と役割分担のもと在宅療養患者を支える体制づくりを推進します。

①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、ケアマネジャー等の地域関係者との切れ目のないサービス提供をするため情報共有を図るとともに、情報共有等のルールを定めた入退院支援ルールを地域の実情に応じて策定、運用するなど地域における入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中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。

②日常の療養生活の支援

- 県は、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、訪問看護サポートセンターにおける訪問看護事業所や訪問看護師の総合的な支援により、訪問看護を担う人材の確保や育成、安定的な訪問看護サービスの提供体制の整備を強化します。
- 県は、自宅や施設での高齢者等の生活の質を維持する口腔管理、栄養管理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活用した歯科衛生士・管理栄養士・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。
- 在宅医療に関わる各機関は、あじさいネットの活用等、ICT の導入により多職種間の円滑な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、在宅において口腔管理が必要な要介護者、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。併せて、医療・介護の多職種と連携しながら、口腔内と全身の健康状態の改善を通して、在宅療養患者の QOL（生活の質）の向上を図っていきます。
- 薬局におけるかかりつけ薬剤師の推進や健康サポート薬局の周知を図り、デジタル化による保健・医療情報(介護含む)を積極的に利活用しながら、薬剤師が積極的に在宅医療、介護予防、自立支援・重度化防止に関わることができる取組を進めます。
- 県は、在宅療養の継続を図るため、ショートステイ、小規模多機能型居宅介護や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。
- 県は、介護施設における入所者の急変時の医療ニーズへの対応について、介護施設と在宅療養支援病院など在宅医療を支援する地域の医療機関等との連携をさらに強化することで、施設の医療対応力の強化と施設職員の負担軽減を図ります。

③急変時の対応

- 市町は、家族の負担を軽減するため、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進めます。

- 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、在宅等での急変時に適切に搬送されるよう、地域における在宅医療・救急隊等の関係者間の連携体制の構築を支援し、本人の意思が尊重される環境を検討し整備します。
- 地域において、在宅支援診療所・病院の往診・訪問診療の効率化を図るとともに、地域におけるかかりつけ医、訪問看護事業所、施設等に対する在宅療養後方支援病院等によるバックアップ体制の構築を図ります。

④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、地域において、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。
- 在宅医療を24時間提供する在宅療養支援医療機関の、特に時間外・休日の看取りに対する対応を支援するための検討を行います。
- 看取りを実施できる介護施設を増やすため、施設で看取りができる人材の育成に取り組むとともに、介護施設と医療機関、訪問看護事業所との連携推進を図ります。
- 患者や家族、県民に対して、人生の最終段階における医療や看取りに関する適切な情報提供を行います。また、在宅医療に関する知識の普及や啓発を実施し、在宅医療への理解を深めます。

(4) 在宅医療・介護連携

- 市町の実態を確認し、かかりつけ医機能報告等も踏まえた協議の結果も考慮しつつ、広域的医療資源に関する情報提供、医療と介護の連携に資する実態把握及び分析に取り組めます。
- 県は、市町の在宅医療・介護連携推進のため、研修会の開催、他市町の実践事例の横展開、必要なデータの分析・活用支援等総合的に在宅医療・介護連携事業を進めることができる人材育成に取り組めます。
- 保健所と情報共有を図りながら、二次医療圏内やそれ以外の市町との広域連携、県医師会等関係団体との調整、入退院時における医療機関職員と介護支援専門員の連携など広域的な医療機関と地域の介護関係者との連携・調整に取り組めます。
- 県は、ACPについて、地域においてACP推進の核となる人材を養成し、養成した人材を市町が行う住民への普及啓発や医療・介護従事者に対する研修会等に講師として派遣するなどにより、患者本人の意思決定を支援する環境整備を図ります。

(5) 在宅医療に関わる人材の育成と確保

- 各関係団体は、質の高い在宅医療サービスの提供が担える人材の育成に取り組めます。
- 県は、在宅医療従事者の安全確保について、実態把握を行い、対策について検討します。

- 看護協会は、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。
- 各地域において、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。
- 県は、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。

4. 成果と指標

(1) 成果と指標

- 介護保険事業（支援）計画との整合性を確保する観点から令和8年度末の目標を設定します。
- （★）は、二次医療圏域との共通指標です。

施策の成果	ストラクチャー・プロセス指標	直近の実績 (2021 年)	(目標) 2026 年
【入退院支援】 切れ目のない継続的な医療体制を確保すること	退院支援の実施件数	51,277	57,718
【日常の療養支援】 継続的、包括的にケアを提供する体制を確保すること	訪問診療の実施件数（★）	98,474	109,918
	訪問看護の実施件数	7,086	8,843
【急変時の対応】 病状急変時に対応した診療体制を確保すること	機能強化型訪問看護ステーションがある在宅医療圏域数	4	13
【看取り】 患者が望む場所での看取り体制を確保すること	在宅ターミナルケアの実施件数	1,220	1,349

最終的な成果	アウトカム指標	直近の実績 (2021 年)	(目標) 2026 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	24.6%	全国平均
	看取り数（死亡診断書のみを含むレセプト件数）（★）	2,248	2,486

(2) 指標の説明

指 標	説 明
退院支援の実施件数	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)の増加を図ります。 ※出典：NDB
訪問診療の実施件数	「在宅患者訪問診療料」の算定件数(レセプト件数) の増加を図ります。 ※出典：NDB
訪問看護の実施件数	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）（1ヶ月の利用者）の増加を図ります。※出典：介護サービス施設・事業所調査
機能強化型訪問看護ステーションがある在宅医療圏域数	機能強化型訪問看護ステーションがある在宅医療圏域の増加を目指します。※出典：NDB

在宅ターミナルケアの実施件数	「在宅ターミナルケア加算」等の算定件数（レセプト件数）の増加を目指します。※出典：NDB
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の増加を目指します。 ※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、介護医療院・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。※出典：NDB

（3）在宅医療を扱うにあたり理解が必要な用語の説明

- 訪問診療と往診
患者と約束した日時に定期的に訪問医療を行うことを訪問診療といい、患者の求めに応じて不定期に訪問医療を行うことを往診という。
- 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は、強化型として届出が可能
- 在宅療養支援病院
複数の勤務医で在宅医療を行う。夜間などの当直医には、当直医以外に在宅のオンコール医を配置する必要がある。
- 在宅医療後方支援病院
通常許可病床が200床以上で、在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保している。連携する医療機関の求めに応じて、入院希望患者の診療が24時間可能な体制の確保等の条件がある。
- 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
- 介護医療院
要介護者であって、主として長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護および機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行う施設
- 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提供