

第3節 特定の課題に応じた保健医療施策の推進

第1項 在宅医療

1. 現状と課題

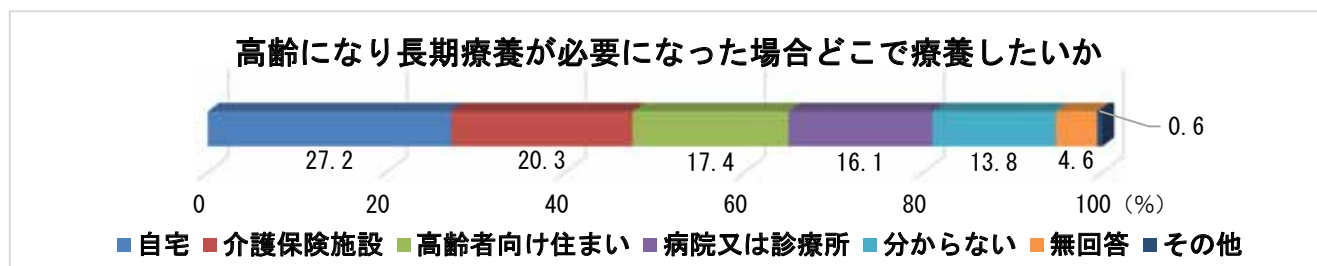
- 今後の高齢化の進展等により、在宅医療の需要は大きく増加していくことが見込まれています。また、「令和4年度保健医療に関する県民意識調査」によると、高齢になり長期療養が必要となった場合も自宅で療養したいという人が27.2%と最も多くなっています（図1参照）。こうした需要の増加に対応するため、平成30年度（2018年度）から設置している「在宅医療サポートセンター^①」と連携し、在宅医療提供体制の充実に向けて取り組んでいます。今後は、在宅医療に求められる機能である「入退院支援」「日常の療養支援」「急変時の対応」「看取り」の4つの場面への対応の充実など、在宅医療サポートセンターの活動を更に推進する必要があります。
- 入退院支援については、在宅復帰に係る相談対応や在宅生活への移行に向けたサービスの調整等に取り組んでいます。今後は、入院時から多職種で早期介入し、退院後を見据えた支援をすることが必要です。
- 日常の療養支援については、訪問診療、訪問看護等の質の向上に係る研修会の開催等に取り組んでいます。今後は感染症発生・まん延時や災害時等の有事の際にも適切な医療等を提供するための平時からの多職種連携、BCPの策定などに取り組む必要があります。
- 急変時の対応や看取りには、空床情報の共有体制や看取りに対応できる体制の構築のほか、ACPの普及啓発が必要です。また、救急搬送に関して、本人の意思に沿わない救急搬送が増加することが懸念されていることから、在宅医療と救急医療との連携も必要となります。
- 在宅生活においては、在宅医療のみならず在宅介護も必要となることから、医療と介護の連携、多職種の連携の促進が求められています。多職種連携のためには、医師や訪問看護師のみならず、歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、リハビリテーション専門職、管理栄養士・栄養士、介護支援専門員、訪問介護員などの専門職種が、互いに各職種の役割を理解することが必要です。
- 薬局には、医薬品等の提供体制の構築のみならず、多職種との連携、夜間・休日を含む患者の急変時の対応等が求められています。在宅訪問に参画している薬局は、年々増加していますが、在宅医療のより一層の質の向上のため、高度な薬学管理に対応が可能な薬局の整備を推進する必要があります。

^① 在宅医療サポートセンターとは、必要な医療の提供体制づくり、マッチング、医療機関の連携促進、関係専門職の人材育成、県民への普及啓発等を行う在宅医療のサポート機関のことで、県在宅医療サポートセンターと18か所の地域在宅医療サポートセンターとで構成されています。（令和5年10月1日時点）県在宅医療サポートセンターでは、各地域在宅医療サポートセンターと連携し、人材育成や普及啓発等、全県的な施策を推進しています。地域在宅医療サポートセンターは各圏域内の地域特性に応じ、日常の療養支援や急変時の対応等の在宅医療を推進しています。

また、厚生労働省「在宅医療の体制構築に係る指針」における、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」は、本県では「地域在宅医療サポートセンター」及び連携先の医療機関等を位置付けることとします。

- 「令和4年度保健医療に関する県民意識調査」において、「地域の在宅医療や在宅介護の情報がよく分からない」という人が44.9%いることが分かりました。このため、県民が必要な時に在宅医療を選択肢として考えることができるよう、在宅医療に係る普及・啓発を推進する必要があります。

【図1】



出典：熊本県「令和4年度保健医療に関する県民意識調査」

2. 目指す姿

- 在宅生活を希望する県民が住み慣れた地域で安心して必要な医療や介護を受けることができるよう、地域における医療や介護の多職種連携を図りながら在宅医療が円滑に提供される体制を構築します。

3. 施策の方向性

(1) 在宅医療提供体制の充実

- ・ 熊本県在宅医療サポートセンターを中心に、医師等を対象とした研修等を通して、在宅医療に必要な知識等の習得等に取り組みます。
- ・ 地域在宅医療サポートセンターと連携し、研修等を通して入院初期から入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援に取り組みます。
- ・ 在宅医療を受けている患者の急変時に対応するため、地域在宅医療サポートセンターと、連携先の医療機関及び関係機関等との定期的な連絡会議などを通して、各地域における空床情報等の共有体制を構築するほか、病院、診療所、薬局、訪問看護事業所等のみならず、消防関係者も含めた連携体制の確保に取り組みます。
- ・ 望む場所での看取りに対応できるよう、地域在宅医療サポートセンターと連携した医療及び介護専門職等を対象とする研修会の開催等により、看取りに対応できる体制の整備や、医療・介護専門職及び住民向けのACPの啓発に取り組みます。
- ・ 定期的な関係者会議等の開催により、日常の療養支援のための連携体制の構築（医師、訪問看護師、歯科医師、薬剤師、リハビリテーション専門職、管理栄養士・栄養士等）に取り組みます。また、くまもとメディカルネットワークの更なる利用促進に取り組みます。こうした取組により、災害時対応のための平時からの多職種連携を進めます。
- ・ 地域在宅医療サポートセンターと連携し、医療機関等を対象とした研修会の開催等により、感染症発生・まん延時や災害時等の有事の際にも適切な医療等を提供するためのBCP策定を促進します。

- ・ 訪問看護総合支援センター（県看護協会）と連携し、訪問看護ステーションの経営強化、人材確保、質の向上等に向けた取組を強化します。

（２）在宅医療・介護連携の推進及び多職種連携の促進

- ・ 市町村が自ら地域医師会や関係機関と連携し、PDCAサイクルに沿った事業展開ができるよう、市町村職員等を対象とした研修等により人材育成に取り組みます。
- ・ 各圏域で在宅医療連携体制検討地域会議を開催し、在宅医療を推進する上での課題の抽出、対応策の検討や具体的な多職種連携方策等の検討を行う（連携のルール作り）など、PDCAサイクルに沿って地域の実情に応じた連携体制の構築を行います。
- ・ 在宅医療サポートセンター等と連携し、多職種を対象とした研修等を実施することで、薬剤師やリハビリテーション専門職、管理栄養士・栄養士等についても役割を理解し、日常の療養支援に活用できるよう、多職種間の相互理解を図ります。
- ・ 在宅歯科医療連携室（県歯科医師会）や、訪問看護総合支援センター（県看護協会）等による介護支援専門員向けの研修会を開催するなど、医療と介護の連携促進に取り組みます。
- ・ 県在宅医療サポートセンターと連携し、医療と介護の連携により高齢者の自立支援につながった事例など、好事例を展開します。
- ・ 高度な薬学管理を充実させ、多様な病態の患者への対応等を推進するため、薬局の体制整備や薬剤師向けの研修等を行い、麻薬調剤^②や無菌製剤処理^③、小児への訪問薬剤管理指導及び24時間対応が可能な薬局の整備を行います。

（３）県民の在宅医療に関する認知度の向上

- ・ 県民が療養が必要な時に、在宅医療を選択肢の1つとして考えることができるよう、市町村、地域包括支援センター、在宅医療サポートセンターや在宅医療連合会等の関係団体と連携し、出前講座や啓発動画等を通して訪問診療や訪問看護サービス等に関する情報提供を実施します。また、入退院支援や日常療養支援に関わる専門職による普及啓発の充実に取り組みます。
- ・ 在宅医療を行う医療機関等を登録し、登録医療機関等が「在宅医療ステッカー」を掲示することで県民への周知に取り組みます。県内の医療機関等で行われている在宅医療の情報を県のホームページ上で発信したり、ステッカーを窓口等に掲示することで、在宅医療を実施している医療機関等を県民に広く周知します。

^② 麻薬調剤とは、医療用麻薬（注射剤を含む）の調剤を行うことをいいます。

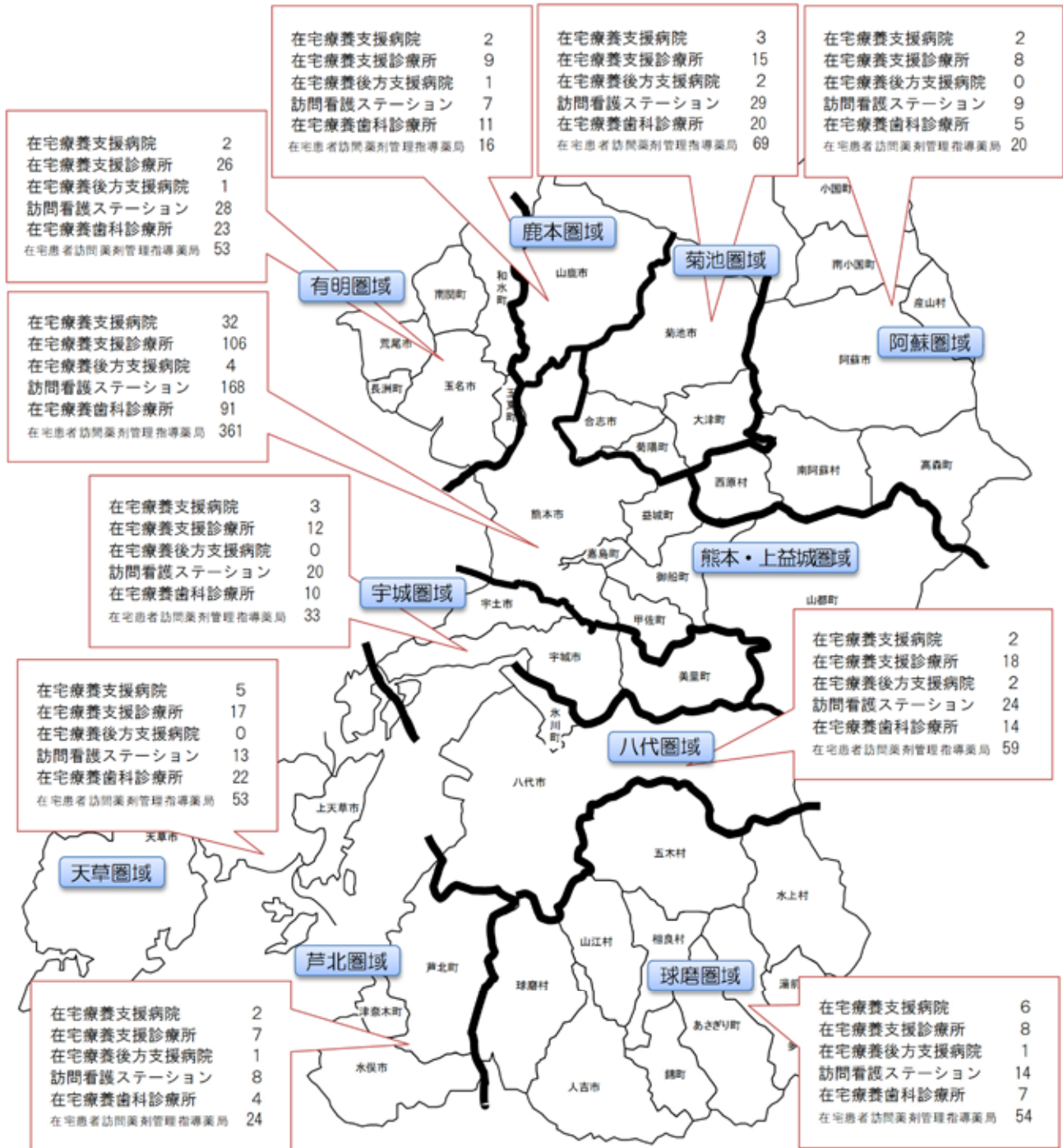
^③ 無菌製剤処理とは、無菌室・クリーンベンチ・安全キャビネット等の無菌環境の中で、無菌化した器具を使用し、無菌的な製剤を行うことをいいます。

4. 評価指標

指標名	現状	目標	指標の説明・目標設定の考え方
① 自圏域内における在宅医療の自己完結率	85.6% (令和4年度)	90% (令和11年度)	全圏域で自圏域内から訪問診療を受けられる体制を構築する。
② 訪問診療実施医療機関数(推計値)	497 箇所 (令和4年度)	562 箇所 (令和11年度)	今後の在宅医療の需要増加に対応できるよう、これまでの実績を踏まえ、訪問診療に取り組む医療機関数を10%以上増加させる。
③ 入退院支援加算を届け出ている医療機関数	131 箇所 (令和5年4月)	144 箇所 (令和11年度)	今後の在宅医療の需要増加に対応できるよう、これまでの実績を踏まえ、入退院支援加算を届け出ている医療機関数を10%(2機関×6年)増加させる。
④ 訪問診療を受けた患者数(推計値)	10,504 人 (令和4年度)	16,714 人 (令和11年度)	今後の高齢化の進展等を踏まえた訪問診療を受ける患者数の見込み。
⑤ 24 時間体制をとっている訪問看護ステーション数	292 箇所 (令和5年4月)	457 箇所 (令和11年度)	今後の在宅医療の需要増加に対応できるよう、これまでの実績を踏まえ、24 時間体制をとっている訪問看護ステーション数を約 55%増加させる。
⑥ 看取り加算を算定した医療機関数	137 箇所 (令和4年度)	155 箇所 (令和11年度)	今後の在宅医療の需要増加に対応できるよう、これまでの実績を踏まえ、看取り加算を算定する医療機関数を10%以上増加させる。
⑦ 在宅医療の認知度(県民の意識調査)	64.3% (令和4年12月)	80% (令和11年度)	県民の80%が在宅医療を知っている状態にすることで、療養の必要が生じた際に、在宅医療も選択肢の一つとして考えることができるようにする。
⑧ 在宅訪問に参画している薬局の割合	45.3% (令和4年度)	60% (令和11年度)	今後の在宅医療の需要増加に対応できるよう、これまでの実績を踏まえ、在宅訪問に参画している薬局の割合を約 15%増加させる。
⑨ 24 時間対応可能な薬局数	210 箇所 (令和4年度)	292 箇所 (令和11年度)	今後の在宅医療の需要増加に対応できるよう、これまでの実績を踏まえ、24 時間対応可能な薬局数を約 40%増加させる。

5. 在宅医療の医療圏

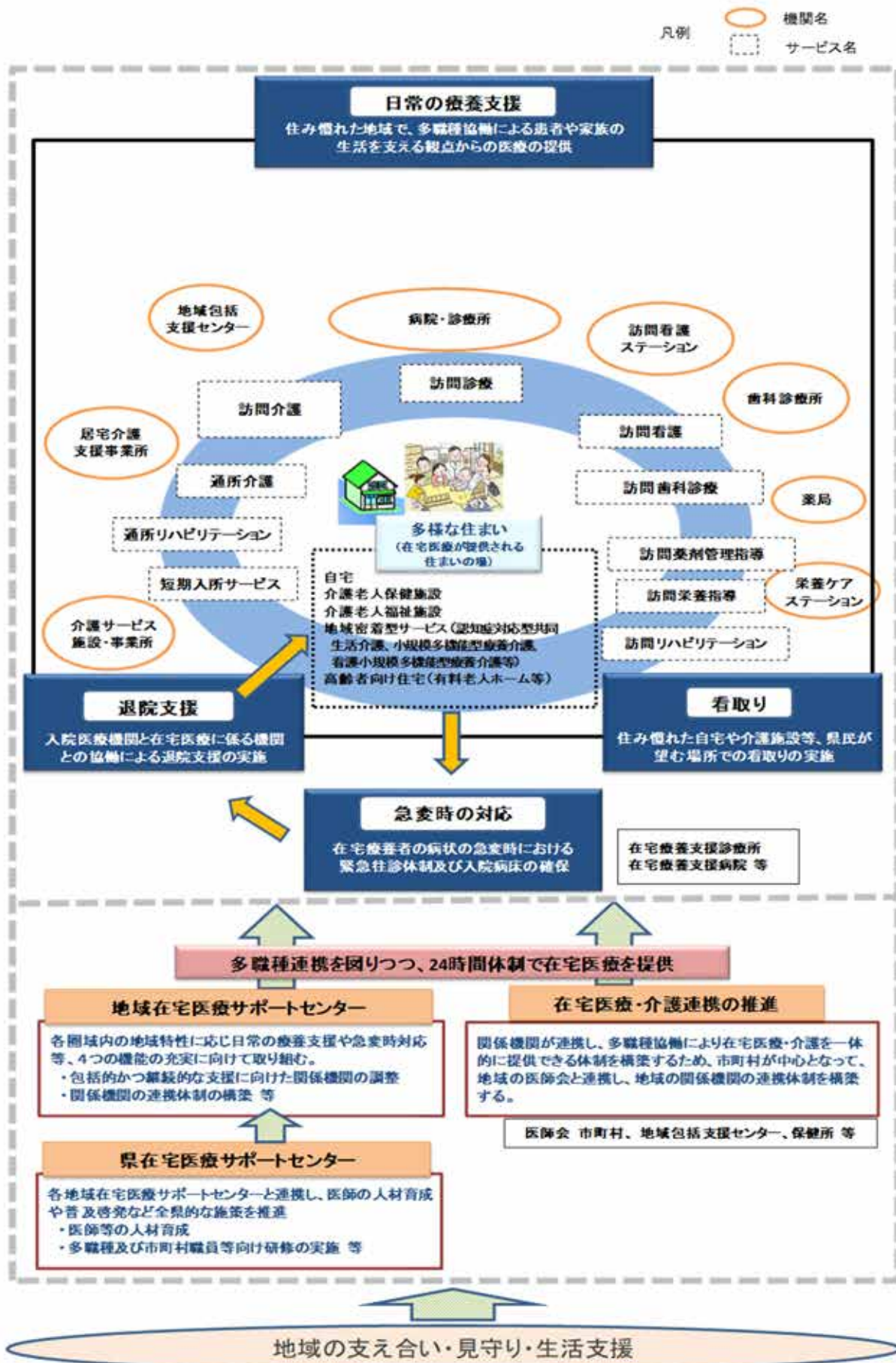
各市町村の医療資源の状況には偏在があり、特に急変時の対応体制については差があります。このため、急変時対応等も含めた在宅医療の提供体制が概ね完結できる二次保健医療圏を在宅医療の医療圏とします。



出典：九州厚生局「施設基準等届出受理医療機関名簿」（R5.10.1時点）

※在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養支援歯科診療所の届け出を行っていないが、訪問診療を行っている医療機関はあります。

6. 在宅医療の医療連携体制図



第2項 救急医療

1. 現状と課題

- 救急医療体制については、患者の症状や治療の程度に応じた医療を提供するため、初期救急、二次救急、三次救急の区分^①ごとに体系的に整備を進めています。
- 初期救急医療体制については、一般診療所の約半数が初期救急医療に参画しており、在宅当番医制^②により休日の診療は全圏域で確保できています。しかし、夜間については、休日夜間急患センター等で対応する熊本中央、有明、八代圏域を除く他の圏域では、初期救急医療体制が十分整っておらず、二次救急を担う病院群輪番制^③の当番病院に依存している状況です（「6-（1）. 救急医療の医療連携体制図」及び「6-（2）. 主な医療機能と医療機関等に求められる事項」参照）。
- 二次救急医療体制については、病院群輪番制病院（44 か所）や救急告示^④病院（84 か所）により全ての救急医療圏（10 圏域）で対応しています（「6-（1）」及び「6-（2）」参照）（令和5年9月現在）。
- 三次救急医療体制については、24 時間体制で対応する3か所の救命救急センター^⑤（熊本赤十字病院、熊本医療センター、済生会熊本病院）と、先進・特殊な救急医療を提供する熊本大学病院において、県内の重篤な救急患者の受入れを行っています。
- 初期救急医療機関で対応可能と思われる多くの軽症者が、二次や三次の救急医療機関を受診しています（表1参照）。また、今後、高齢化の進展に伴い、救急患者数の増加が見込まれることから、地域包括ケアシステムの構築に当たって、これまで以上に重症度・緊急度に応じた救急医療を提供していくことが求められています。

【表1】

（令和3年）

救急車により救急搬送された患者のうち、入院加療を必要としない軽症者の割合	33.4%
救急車により二次救急医療機関に救急搬送されたが、入院に至らなかった患者の割合	53.1%
救命救急センターで受け入れた救急患者のうち、独歩等による患者の割合	68.8%

出典：[1行目] 消防庁「令和4年版救急・救助の現況」、[2行目・3行目] 厚生労働省「救急医療提供体制の現況調

- 県境地域においては、県境を越えて医療機関の利用がなされていることから、隣接する他県の医療機関等と連携し、救急医療を提供しています。

① 初期救急、二次救急、三次救急の区分については、症状や必要な治療の程度に応じて、概ね次のとおり区分しています。
・初期救急：入院の必要がなく、外来で対処できる患者に対応する。
（在宅当番医制に参加する診療所、休日夜間急患センター、休日や夜間に対応できる診療所）
・二次救急：入院を必要とする重症の患者に対応する。（病院群輪番制病院、救急告示病院）
・三次救急：二次救急では対応できない複数の診療科にわたる処置が必要な患者や、重篤な患者に対応する。
（救命救急センター（熊本赤十字病院、熊本医療センター、済生会熊本病院）、熊本大学病院）

② 在宅当番医制とは、地区医師会が当番病院・診療所を決め、休日に比較的軽症の救急患者の診療にあたる制度です。

③ 病院群輪番制とは、二次救急医療機関の病院が当番病院を決め、休日、夜間に入院治療を必要とする重症救急患者の診療にあたる制度のことで、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ます。

④ 救急告示とは、救急病院等を定める省令に基づき、救急業務に関し協力する旨の申出があった病院又は診療所のうち、医師・施設及び設備等の一定の要件を満たすものを県が認定し、その名称等を告示するものです。

⑤ 救命救急センターとは、概ね20床以上の専用病床を有し、24時間体制で、重症及び複数の診療科領域にわたる全ての重篤な救急患者に対する高度な診療機能を有する三次救急医療機関のことで、

- 「熊本型」ヘリ救急搬送体制^⑥により、救急患者の救命率向上や広域救急患者搬送体制の強化を図っており、令和4年度（2022年度）は700件を超えるヘリ救急搬送が行われました。
- 県内の救急出動件数は増加傾向にあり、通報から現場到着までの平均所要時間も延びる傾向にあります（表2参照）。
- 救急出動件数が増加することで、高齢者の医療情報の確認や在宅患者による救急隊の蘇生措置等を求めないケースで事前の意思表示が不足している事案などにより、救急医療機関への収容までの時間が延びる傾向にあります。
- TSMC^⑦の進出等に伴い、今後外国人からの119番通報の増加が見込まれますが、多言語対応システムを導入しているのは、県内12消防本部のうち7本部となっています。
- 今後、高齢化や在宅での医療や介護の増加、国際化の進展などにより、救急出動件数の増加が見込まれることから、救急車の適正な利用に係る啓発や救急搬送、受入体制の強化が必要です。

【表2】

（令和3年）

県内の救急出動件数	84,866件（対前年3,321件増）
県内の救急搬送人員	77,769人（対前年2,871人増）
県内の救急車の平均出動件数	233件/日（約7分に1回）
県内の通報から現場到着までの平均所要時間	9.2分（対前年比0.3分遅） （全国平均9.4分（対前年比0.5分遅））

出典：消防庁「令和4年版救急・救助の現況」

- 県内の救急隊員のうち救急救命士の有資格者数、現場で活動している者の数、気管挿管の有資格者率及び処置拡大2行為^⑧の有資格者率は増加しています。

【表3】

（調査時点：令和4年4月1日現在）

県内の救急隊員のうち救急救命士の資格取得割合	43%（全国平均48.2%）
県内の救急救命士の有資格者数	468人（平成29年：401人）
上記のうち現場で活動している者の数	434人（平成29年：366人）
県内の救急救命士の気管挿管有資格者率	51%（平成29年：50%）
県内の救急救命士の処置拡大2行為有資格者率	92%（平成29年：42%）

出典：[1～3行目] 消防庁「令和4年版救急・救助の現況」、[4・5行目] 熊本県消防保安課調べ

- 今般の新型コロナウイルス感染症がまん延した際には、一部の消防本部では救急要請が急増し、一時的に救急搬送体制がひっ迫しました。新興感染症の発生・まん延時でも、感染症対応と通常の救急医療を両立できるように、電話による相談体制（救急安心センター事業（#7119）、子ども医療電話相談（#8000）等）等の強化を検討することや、地域全体において救急医療に対応できる体制の整備が求められています。

⑥ 「熊本型」ヘリ救急搬送体制とは、ドクターヘリ（基地病院：熊本赤十字病院）と県防災消防ヘリの2機で役割分担と相互補完を行い、4つの三次救急医療機関が連携して患者を受け入れる体制です。

⑦ TSMCとは、台湾北部の新竹市に本社がある世界的半導体メーカーです。セミコンテックパークの隣接地（菊陽町）に、日本初となる工場建設が決定し、令和4年4月に工場の建設が開始され、令和6年2月に操業を開始しています。

⑧ 処置拡大2行為とは、心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与のことです。

2. 目指す姿

- 初期救急、二次救急、三次救急の適切な機能・役割分担により、重症度・緊急度に応じた適切な救急医療体制を整備することで、県民が安心して救急医療にかかることができるようにします。

3. 施策の方向性

(1) 初期救急医療体制の強化

- ・ 夜間における初期救急医療体制を強化するため、市町村や医師会等と連携し、地域の実情を踏まえた休日夜間急患センター等の整備を推進します。

(2) 二次救急、三次救急医療体制の強化

- ・ 二次救急医療体制を強化するため、病院群輪番制病院に対し、施設や設備の整備を通じた支援を行います。
- ・ 本県の救急搬送患者の発生状況や救命救急センターの救急患者の受入実績等を踏まえ、二次救急、三次救急医療機関間での連携強化や、高度救命救急センター^⑨及び地域救命救急センター^⑩の整備など、二次救急、三次救急医療体制を強化します。

(3) 適切な機能・役割分担による救急医療体制の強化

- ・ 地域における救急医療体制を強化するため、熊本県救急医療専門委員会や各圏域の救急医療専門部会等において、地域の医療機能の把握、かかりつけ医を含む関係者間での課題共有や連携体制等の検討を行い、初期救急、二次救急、三次救急の適切な機能・役割分担、搬送体制の強化、「くまもとメディカルネットワーク」の活用等を推進するとともに、医療DX^⑪の推進について検討を行います。
- ・ 県境地域については、迅速かつ効率的な救急医療の提供に向け、必要に応じ、隣接する他県の医療機関等との連携を推進し、県境地域における救急医療体制を整備します。

(4) 県民への医療機関情報の提供

- ・ 県民に対して、重症度・緊急度に応じた受療を促すため、「医療情報ネット^⑫」などを活用し、救急医療機関に関する情報を提供するとともに、症状に応じた適切な救急医療機関の受診について啓発を行います。

(5) ドクターヘリ等救急搬送体制の強化

- ・ 増加する様々なヘリ搬送ニーズへ迅速に対応するため、熊本県ヘリ救急搬送運航調整委員会等において「熊本型」ヘリ救急搬送に係る運航調整や連携についての協議、症例

^⑨ 高度救命救急センターとは、広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特殊疾病患者に対する救命医療を行うために必要な相当高度な診療機能を有する救命救急センターのことです。

^⑩ 地域救命救急センターとは、最寄りの救命救急センターへのアクセスに時間を要する地域（概ね60分以上）において整備することができる、専用病床が10床以上20床未満の救命救急センターです。

^⑪ 医療DXとは、保健・医療・介護の各段階において発生する情報やデータを、全体最適された基盤を通して、保健・医療や介護関係者の業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化を図り、より良質な医療やケアを受けられるように、社会や生活の形を変えることです。

^⑫ 医療情報ネットとは、医療を受ける者が病院等の選択を適切に行うために必要な情報を提供することを目的に、病院・診療所・歯科診療所・助産所の住所、電話番号、診療科目等の基本情報の他あらゆる情報を掲載している医療機能情報システムのことです。

検討等を行います。また、関係機関との連携を強化し、ドクターヘリの救急搬送体制の効率的な運用に取り組むとともに、ドクターカー等の活用方法について検討を行います。

(6) 救急車の適正な利用に係る啓発

- ・ 県民の救急医療に関する理解を深め、真に緊急搬送を必要とする方の要請に迅速に対応できる救急搬送体制を確保するため、「救急の日（毎年9月9日）」や「救急医療週間（9月9日を含む1週間）」などの行事や、医療機関、消防機関、県、市町村等を通じて、応急手当の更なる普及や救急車の適正な利用について啓発を行います。
- ・ 救急安心センター事業（#7119）、子ども医療電話相談（#8000）等による電話相談体制の強化を検討し、適切な医療機関の受診等の啓発を行います。

(7) 救急搬送・受入体制の強化

- ・ 消防機関や救急医療機関等（小児救急、周産期救急、精神科救急等を含む。）の関係機関で課題等を共有した上で、メディカルコントロール協議会^⑬等の各種会議を通じ、地域の実情に応じた救急搬送・受入体制の整備等を強化します。
- ・ 救急搬送の更なる迅速化を図るため、デジタル技術を活用した消防本部と救急医療機関の救護情報共有の取組を推進します。
- ・ 増加する高齢者へ対応するため、地域包括ケアシステムやACP、DNAR^⑭に関する取組を推進します。
- ・ 外国人からの119番通報に的確に対応するため、消防機関での外国語対応システムの整備や、消防本部職員向け研修の実施など、多言語対応に関する取組を推進します。
- ・ また、住民の生命の危機に適切に対応するとともに、高齢化や在宅での医療及び介護に伴う救急需要の増加に対応するため、気管挿管や処置拡大2行為等の高度な救命処置ができる救急救命士の育成を強化するとともに、救命処置能力の維持・向上のための再教育を実施します。

(8) 新興感染症の発生・まん延時における、救急医療体制の整備

- ・ 新興感染症の発生・まん延時や災害時の有事においても、感染症対応と通常の救急医療を両立できるように、電話による相談体制の強化を検討するとともに、地域の医療資源を有効に活用できるよう、平時より多職種との連携を推進し、第二次救急医療機関や第三次救急医療機関及び地域全体において対応できる体制を整備します。
- ・ 地域の医療機関が感染症へ適切に対応するためのBCP策定を促進します。

^⑬ メディカルコントロール協議会とは、救急業務を円滑に推進し、県民の救命率の向上のため、消防及び医療の関係機関が病院前救護に係る諸課題を協議する場のことです。

^⑭ DNARとは、終末期の傷病者が、家族や医師等と話し合って心肺蘇生を行わない意思決定を行うことです。国においても平成30年度から「傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生に関する検討部会」が設置され協議されていますが、具体的な基準等は示されていません。そのため、熊本県メディカルコントロール協議会において、県独自のプロトコルの策定に向け協議を行っています。

4. 評価指標

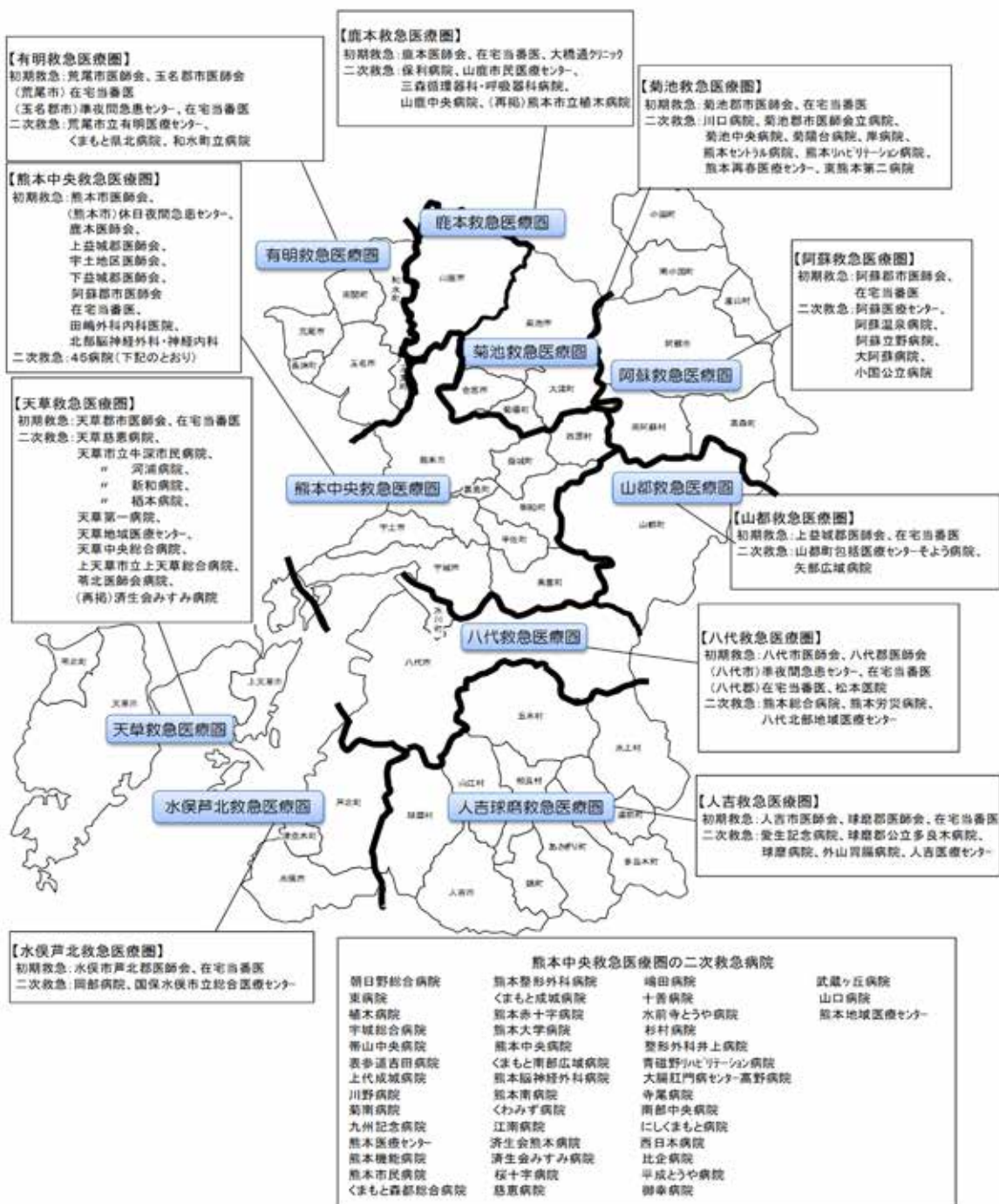
指標名		現状	目標	指標の説明・目標設定の考え方
①	心肺機能停止傷病者の1か月後の生存率	12.1% (全国平均12.9%) (平成29年から令和3年までの平均)	12.9%以上 (令和6年から令和11年までの平均)	救急隊の現着時間の短縮や一般市民に対する救急蘇生法等を指導する救命講習の普及促進により、全国平均以上を目指す。
②	救急車により救急搬送された患者のうち、入院加療を必要としない軽症者の割合	33.4% (全国平均44.8%) (令和3年)	33.4%以下 (令和11年)	適切な医療機関の受診を周知啓発し、全国平均以下を維持し、更なる改善を目指す。
③	救急要請(入電)から救急医療機関への搬送(医師引継ぎ)までに要した平均時間	39.7分 (全国平均42.8分) (令和3年)	39.7分以下 (令和11年)	県民への医療機関情報の提供を行い、適切な医療機関の受診を周知啓発するとともに、救急搬送体制を強化して全国平均以下を維持し、更なる改善を目指す。

5. 救急医療の医療圏

救急医療圏は、特殊な医療を除いて、入院医療に対応し、初期・二次の救急医療に対応する圏域です。

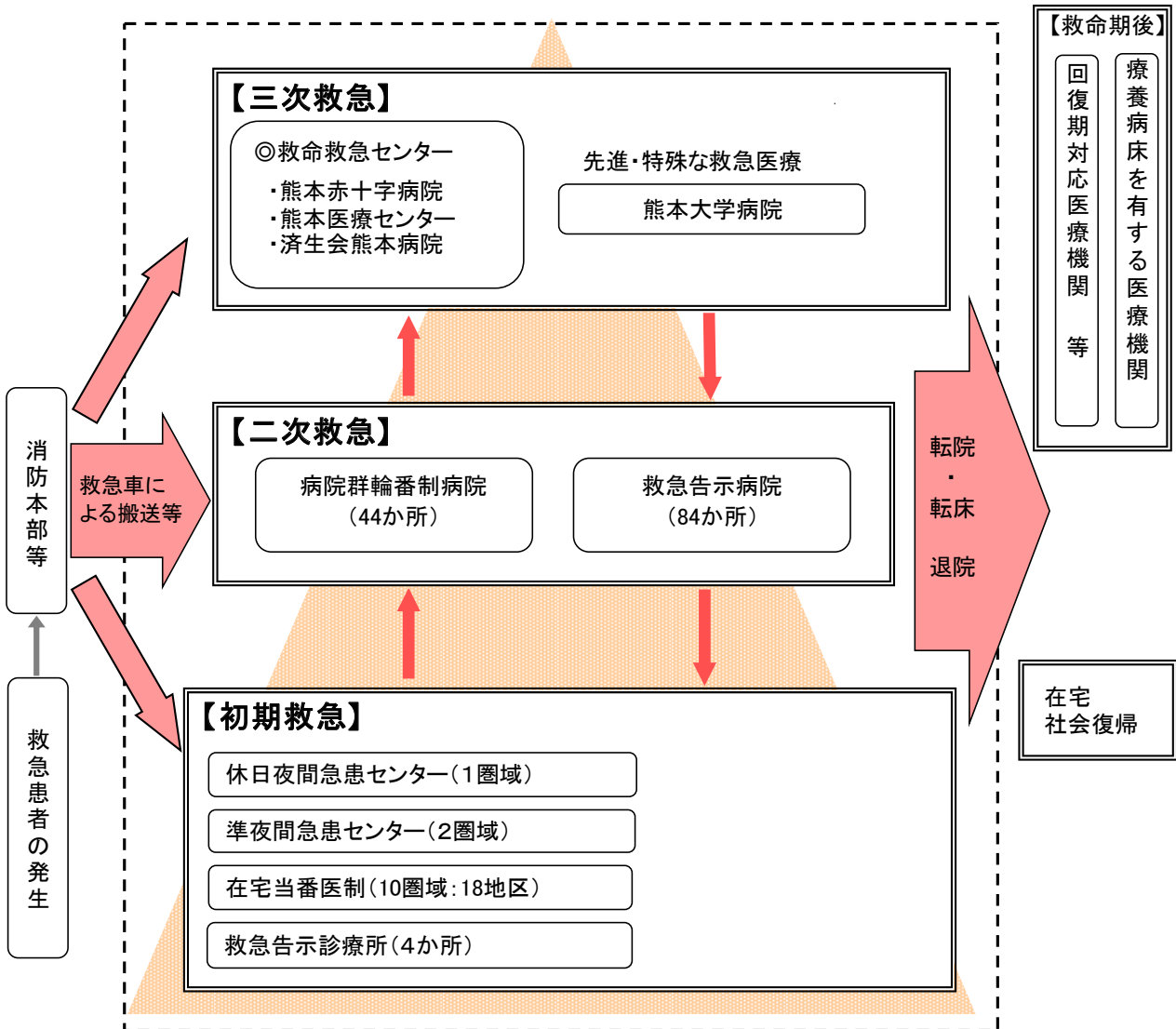
本県では、原則として二次保健医療圏の区域をもって救急医療圏としていますが、救急医療機関の分布や救急搬送の実情等を踏まえ、熊本・上益城保健医療圏(山都町を除く。)、宇城保健医療圏の2圏域に阿蘇保健医療圏の西原村を加えて「熊本中央救急医療圏」とし、山都町を「山都救急医療圏」とします。

※ 内には、初期救急及び二次救急を担う医療機関名等を記載しています。
(令和5年9月現在)



6 - (1). 救急医療の医療連携体制図

※ 医療機関数は令和5年9月現在の情報です。



6 - (2). 主な医療機能と医療機関等に求められる事項

- ※ 病院群輪番制病院と救急告示病院は、重複している場合があります。
- ※ 表中の医療機関名は、令和5年9月現在の情報です。

県 全 域										
三次救急医療体制										
救命救急センター（熊本赤十字病院、熊本医療センター、済生会熊本病院）、熊本大学病院										
有明		菊池		鹿本		熊本中央				
病院群輪番制										
荒尾市立有明医療センター くまもと県北病院 和水町立病院	川口病院 菊池郡市医師会立病院 菊池中央病院 岸病院 再春医療センター 熊本セントラル病院 熊本リハビリテーション病院 東熊本第二病院		熊本市立植木病院 保利病院 山鹿市民医療センター 山鹿中央病院		熊本医療センター 熊本市民病院 熊本赤十字病院 熊本地域医療センター 済生会熊本病院					
二次救急医療体制										
救命告示病院										
荒尾市立有明医療センター くまもと県北病院 和水町立病院 米の山病院(福岡県)*1	川口病院 菊池郡市医師会立病院 菊池中央病院 菊陽台病院 岸病院 再春医療センター 熊本セントラル病院 熊本リハビリテーション病院 東熊本第二病院		保利病院 三森循環器科・呼吸器科病院 山鹿市民医療センター 山鹿中央病院		朝日野総合病院 東病院 植木病院 宇城総合病院 帯山中央病院 表参道吉田病院 上代成城病院 川野病院 菊南病院 九州記念病院 熊本医療センター 熊本機能病院 熊本市民病院 くまもと森都総合病院	熊本整形外科病院 くまもと成城病院 熊本赤十字病院 熊本大学病院 熊本中央病院 くまもと南部広域病院 熊本脳神経外科病院 熊本南病院 くわみず病院 江南病院 済生会熊本病院 済生会みすみ病院 桜十字病院 慈恵病院	嶋田病院 十善病院 水前寺とうや病院 杉村病院 整形外科井上病院 青磁野リハビリテーション病院 大腸肛門病センター高野病院 寺尾病院 南部中央病院 にしくまもと病院 西日本病院 比企病院 平成とうや病院 御幸病院	武蔵ヶ丘病院 山口病院		
初期救急医療体制										
荒尾市医師会	玉名郡市医師会	菊池郡市医師会		鹿本医師会	熊本市医師会	鹿本医師会 (熊本市北区植木)	下益城郡医師会	宇土地区医師会	阿蘇郡市医師会 (西原村)	上益城郡医師会
	準夜間急患センター*2				休日夜間急患センター*2					
在宅当番医制	在宅当番医制	在宅当番医制		在宅当番医制	在宅当番医制	在宅当番医制	在宅当番医制	在宅当番医制	在宅当番医制	在宅当番医制
救命告示診療所										
				大橋通クリニック		田嶋外科内科医院 北部脳神経外科・神経内科				

- * 1 当該病院は、医療法第42条の2第1項第4号口の規定に基づき、救急医療等確保事業を南関町所在のさかき診療所と一体的に実施しています。
- * 2 初期救急医療体制の「休日（準）夜間急患センター」の診療時間について
 - ・「休日」の診療：日曜日、国民の祝日に関する法律に定める祝日及び休日、年末年始の日（12/29～1/3）、週休二日制に伴う土曜日又はその振替日の午前8時から午後6時までの間に行う診療
 - ・「夜間」の診療：午後6時から翌日午前8時までの間に行う診療
 - ・「準夜間」の診療：概ね午後6時から午後10時までの間に行う診療

		県 全 域							
三次救急医療体制	救命救急センター(熊本赤十字病院、熊本医療センター、済生会熊本病院)、熊本大学病院								
二次救急医療体制	阿蘇	山都	八代		水俣芦北	人吉球磨		天草	
	病院群輪番制								
	阿蘇医療センター 阿蘇温泉病院 阿蘇立野病院 大阿蘇病院 小国公立病院	山都町包括医療センター 山都町 矢部広域病院	熊本総合病院 熊本労災病院 八代北部地域医療センター		岡部病院 国保水俣市立総合医療センター	球磨郡公立多良木病院 人吉医療センター		天草慈恵病院 天草市立牛深市民病院 天草市立河浦病院 天草第一病院 天草地域医療センター 天草中央総合病院 上天草市立上天草総合病院 済生会みすみ病院 苓北医師会病院	
	救急告示病院								
阿蘇医療センター 阿蘇温泉病院 阿蘇立野病院 大阿蘇病院 小国公立病院	山都町包括医療センター 山都町	熊本総合病院 熊本労災病院		岡部病院 国保水俣市立総合医療センター	愛生記念病院 球磨郡公立多良木病院 球磨病院 外山胃腸病院 人吉医療センター		天草慈恵病院 天草市立牛深市民病院 天草市立河浦病院 天草市立新和病院 天草市立栖本病院 天草第一病院 天草地域医療センター 天草中央総合病院 上天草市立上天草総合病院		
初期救急医療体制	阿蘇都市医師会	上益城郡医師会 (山都町)	八代市医師会	八代郡医師会	水俣市芦北郡医師会	人吉市医師会	球磨郡医師会	天草都市医師会	
	在宅当番医制	在宅当番医制	準夜間急患センター*2 在宅当番医制	在宅当番医制	在宅当番医制	在宅当番医制	在宅当番医制	在宅当番医制	
	救急告示診療所								
	松本医院								

第3項 災害医療

1. 現状と課題

(1) 災害医療提供体制の強化

- 本県では、県災害医療コーディネーター^①を14人、地域災害医療コーディネーター^②を29人、災害薬事コーディネーター^③を57人養成しています。災害発生時は、保健医療調整部門^④において、県内外から参集した災害派遣医療チーム（DMAT）^⑤などの医療チームや災害支援薬剤師について、受入れや被災地への派遣など、医療救護活動に関する全県的なコーディネートを行ってきました。この体制を維持していくため、引き続き養成を進めていくことが必要です。
- DMATについて、国の養成研修を活用し、チーム数の増加を進めているところですが、前計画の目標チーム数に達しておらず、更なる養成が必要です。
また、新興感染症発生・まん延時における役割として、クラスターが発生した医療施設等での業務継続支援等を担うこととされました。また、関係法令の改正^⑥により、都道府県は派遣協定の締結及びDMATの研修・訓練の支援を行うこととされました。感染症発生・まん延時に対応できるDMATを養成するとともに、感染症発生・まん延時に派遣できる体制の整備が必要です。
- 災害時は、県医師会（JMAT^⑦）、県薬剤師会（災害薬事コーディネーター）、県看護協会（災害支援ナース^⑧）、県歯科医師会（災害歯科コーディネーター^⑨、JDAT^⑩）等の関係団体との円滑な連携が重要となるため、更なる連携の強化が必要です。
- 南海トラフ等の大規模災害に備え、患者の空路搬送や大規模災害時に必要となる広域医療搬送については、航空搬送拠点臨時医療施設（SCU）^⑪の設置や運用など具体的な体制等の整備が必要です。

① 県災害医療コーディネーターとは、災害時に県庁に出務し、県全体の医療チームの配置調整や傷病者の受入先の調整等を行う医師のことで、

② 地域災害医療コーディネーターとは、災害時に保健所等に出務し、保健所管轄区域内の医療チームの配置調整や傷病者の受入先の調整等を行う医師のことで、

③ 災害薬事コーディネーターとは、災害時に災害医療コーディネーターの総合的な指示のもと、医薬品等の供給や薬剤師班の派遣等の調整を行う薬剤師のことで、また、災害支援薬剤師（災害薬事コーディネーターの指示のもと、被災地域等において医薬品の供給等を行う薬剤師）も養成しています。

④ 保健医療調整部門は、災害時に医療救護に関する情報共有や活動方針等を調整するため、県災害対策本部内に設置されます。令和2年7月豪雨時は、「保健医療調整本部」の名称で、令和5年4月1日に名称の変更を行っています。

⑤ 災害派遣医療チーム（DMAT）とは、Disaster Medical Assistance Teamの略で、大地震及び航空機・列車事故といった大規模災害の急性期に、被災地に迅速に駆けつけ、救急治療を行う専門的な訓練を受けたチームのことで、

⑥ 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）。

⑦ 日本医師会は、災害時に、被災地の医師会からの要請に基づき、都道府県医師会ごとに編成される日本医師会災害医療チーム（JMAT）を派遣し、JMATは、避難所等での診療、健康管理活動などを行います。

⑧ 災害支援ナースとは、国（厚生労働省）が実施する災害支援ナース養成研修を修了し、登録された看護職のことで、被災地での避難所及び医療機関等での災害支援に加え、新興感染症対応なども行います。

⑨ 災害歯科コーディネーターは、災害医療コーディネーターの総合的な指示のもと、災害時歯科保健医療活動及び歯科医療救護に関する支援策の立案及び実施、県外からの支援を効率的かつ効果的に受け入れるための受援体制の整備等を行います。

⑩ 日本歯科医師会は、災害時に、被災地域の都道府県の派遣要請を踏まえた厚労省からの要請に基づき、日本災害歯科支援チーム（JDAT）を派遣し、JDATは、避難所等での口腔衛生を中心とした公衆衛生活動の支援等を行います。

⑪ 航空搬送拠点臨時医療施設（SCU）とは、Staging Care Unitの略で、大規模災害時の航空機による広域医療搬送や地域医療搬送に際し、患者の症状の安定化や搬送を行う救護所として、被災地域及び被災地域外の空港や自衛隊基地などに設置される施設のことで、

(2) 災害拠点病院を中心とした体制の強化

- 本県では、災害医療を提供する上で、県全域で中心的な役割を担う基幹災害拠点病院^⑫ 1施設と、各地域で中心的な役割を担う地域災害拠点病院^⑬ 14施設を指定しています。
- 災害時に地域の診療機能を維持し、又は早期に回復するため、災害拠点病院を中心とした医療機関の連携体制を強化する必要があります。
- 広域災害・救急医療情報システム（EMIS）^⑭は災害時の迅速かつ適切な医療救護活動に活用されるものであり、現在、県内全ての病院のEMIS登録を完了し、保健所等が操作研修・訓練を行っています。災害時に即座に医療機関の情報を相互に収集・提供できる環境を引き続き維持するためにも、保健所等が実施する研修・訓練を継続して行うことが必要です。
- 被災後、早期に診療機能を回復するためには、BCPを整備する必要があります。災害拠点病院では整備が完了していますが、病院全体としては未だ整備が十分に進んでいない状況（表1参照）であるため、整備を促進する必要があります。

【表1】

BCPを整備している病院	158 施設中 85 施設（令和3年8月現在）
うちBCPを整備している災害拠点病院	15 施設中 15 施設（令和3年8月現在）

熊本県医療政策課調べ

※R3年度調査時、病院総数208に対し、回答数が158であったため回答数を母数としています。

- 浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在する病院では、災害時の診療継続が可能となるように止水板の設置や自家発電機の高所移設等水害等に備えた対策が求められており、浸水対策への取組が必要です。

(3) 災害時の精神保健医療提供体制の整備

- 平成28年熊本地震の際には、県内の精神科医療機関が多数被災したことに加えて、災害時の精神保健医療の提供に関する体制が未整備だったことから、県外のDPATの支援を中心に対応しました。その後、本県でも平成29年（2017年）6月に「熊本DPAT」を正式に発足させ、災害時の精神保健医療の提供に関する体制等の整備を行いました。また、令和2年7月豪雨の際は、発災直後から被災地域の精神保健医療ニーズの把握を行い、関係機関と連携し、精神科医療の提供と精神保健活動の支援を行いました。

(4) 備蓄医薬品の適正管理・医薬品等の供給体制及び生活衛生環境の確保

- 災害時の初動医療に必要な医薬品等については、98品目・約4,000人分を県内4か所に分散して備蓄しています。また、県薬剤師会と連携し、モバイルファーマシー^⑮を導

^⑫ 基幹災害拠点病院とは、地域災害拠点病院の機能、県全域の災害拠点病院の機能を強化するための訓練・研修機能を有する病院であり、県が災害時の医療体制を確保するため指定した病院のことでです。

^⑬ 地域災害拠点病院とは、災害時に多発する重篤救急患者の救命医療を行うための高度の診療機能、被災地からのとりあえぬ重症傷病者の受入れ機能、DMAT等の受入れ・派遣機能、傷病者等の受入れ及び搬出を行う広域搬送への対応機能、地域の医療機関への応急用資機材の貸出し機能を有し、県が指定した病院のことでです。

^⑭ 広域災害・救急医療情報システム（EMIS）とは、Emergency Medical Information Systemの略で、災害時の迅速かつ適切な医療救護活動を支援するため、医療機関の被害情報や患者受入れ情報をはじめ、診察状況など災害医療に関する情報を収集・提供し、行政や医療関係機関等と共有するシステムのことでです。

^⑮ モバイルファーマシーとは、調剤・冷蔵・蓄発電・通信設備等を搭載し、ライフラインの途絶えた被災地でも自立的に調剤や医薬品の供給を行うことができる災害対策医薬品供給車両です。

入するとともに、関係団体^⑥と協力し、災害時の提供体制を整備しています。

令和2年7月豪雨の際には、備蓄医薬品の提供に加えて、県薬剤師会と連携し、モバイルファーマシーや災害支援薬剤師を被災地に派遣し、医薬品等の供給のみならず避難所等における感染症まん延防止の取組、生活衛生環境確保に資するため、換気状態の把握（CO₂濃度の測定）、消毒薬の適正使用によるトイレなどの施設の衛生管理等を行いました。また、新型コロナウイルス感染症のまん延防止のため、他県からの災害支援薬剤師の受入れが困難な状況だったことを踏まえ、今後も、災害薬事コーディネーターや災害支援薬剤師の養成を続ける必要があります。

（５）災害時の保健活動体制の整備

- 災害時には、被災状況に応じて保健師等チームを被災地に派遣し、保健活動の支援を行います。熊本地震の際には、被災地の情報集約や支援・受援に係る体制の整備が進んでおらず、被災地のニーズに対応した支援を十分に行うことができませんでした。
- このような課題を踏まえ、国において、災害時健康危機管理支援チーム（DHEAT）^⑦が制度化され、これまでに、本県から他県へDHEATを派遣するとともに、令和2年7月豪雨の際には、他県へDHEATの派遣を要請し、被災保健所の業務支援を行いました。今後も、DHEATの資質向上、技能向上が必要です。

（６）災害時のリハビリテーション体制の整備

- 災害時の高齢者等の生活不活発病対策として、熊本地震や令和2年7月豪雨の際には、県災害リハビリテーション推進協議会（JRAT）^⑧や復興リハビリテーションセンターからリハビリ等専門職が派遣され、避難所や仮設住宅における生活環境の調整や介護予防活動等の災害リハビリテーション活動を実施しました。

2. 目指す姿

- 災害の経験を踏まえ、全県及び地域での災害医療コーディネート機能を強化するとともに、災害拠点病院を中心とした連携体制の整備等を行います。また、大規模災害や局地災害が発生した場合、県内の関係機関が連携して、発災直後から被災地の診療機能が回復するまで、県民に対し切れ目なく必要な医療を提供できる体制を整えます。

^⑥ 本県は、熊本県薬剤師会、熊本県医薬品卸業協会、日本医療用ガス協会熊本県支部、熊本県医療機器協会、熊本県歯科用品商組合、熊本県製薬協会、熊本県医薬品登録販売者協会、熊本県医薬品配置協会と災害時の医薬品等の供給に関する協定を締結しています。

^⑦ 災害時健康危機管理支援チーム（DHEAT）とは、Disaster Health Emergency Assistance Team の略で、一定規模以上の災害が発生した際に、被災都道府県庁の保健医療福祉調整本部及び保健所が担う指揮・総合調整機能等を支援するため、専門的な研修・訓練を受けた都道府県等の職員により構成される応援派遣チームです。

^⑧ 日本災害リハビリテーション支援協会（JRAT）とは、Japan Disaster Rehabilitation Assistance Team の略で、県災害リハビリテーション推進協議会は地域JRATとなります。災害時は、リハビリ専門職等がチームを組み、災害のフェーズに合わせて、リハビリテーショントリアージや生活不活発病予防、健康支援等を行います。

3. 施策の方向性

これまでの本県における災害の経験を踏まえた内容としています。

(1) 災害医療提供体制の強化

- ・ 医療救護活動に関する県全体及び地域のコーディネート機能を強化するため、国の行う研修等を活用し、県災害医療コーディネーター及び地域災害医療コーディネーターの養成を推進するとともに熊本大学病院等と連携し、医療チームの受入れや派遣、市町村等の関係機関との連携・情報共有等を行う体制を強化します（体制については「6. 災害医療連携体制図」参照）。
- ・ 災害時の関係団体との連携を強化するため、各専門分野の医療救護担当者が災害医療コーディネーターの総合的な指示のもとで医療救護活動を行う体制を強化します。また、各団体の担うべき役割を明確にし、必要に応じて、医療救護に関する協定の見直し等を行います。
- ・ DMATの機能強化を図るため、DMAT指定病院^⑨を中心に国の研修を活用し、DMATの養成及び新興感染症に対応できる人材の育成を推進するとともに、EMIS操作や衛星電話による情報伝達等の研修・訓練を実施します。また、災害発生時に医療救護活動に必要な診療・調剤等の患者情報を共有し、適切な医療を提供するため、「くまもとメディカルネットワーク」の構築を推進します。
- ・ 大規模災害時に空路搬送を迅速に行うため、ドクターヘリ等による空路搬送体制を強化するとともに、広域医療搬送に必要なSCUの設置場所や運営方法、関係機関との連絡体制等を整備します。また、災害時の仮設診療所の設置や被災した病院施設の補完等を行うための医療コンテナ^⑩の導入等について検討します。

(2) 災害拠点病院を中心とした体制の強化

- ・ 災害時に地域の診療機能を維持し、又は早期に回復するため、災害拠点病院を中心とした医療機関の連携体制を強化するとともに、全ての病院に対してBCPの作成及びそれに基づく研修や訓練の実施を促進します。
- ・ 災害拠点病院が行う機能強化については、国庫補助制度等を活用し、施設や設備などの必要な整備を支援します。
- ・ 災害時に医療機関が適切かつ相互に情報を収集・提供できるよう、各地域で研修を実施するなど、EMISの操作の習熟度を高め、その活用を促進します。
- ・ 浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在する病院の、災害時の診療継続が可能となるよう止水板の設置や自家発電機の高所移設等浸水対策への取組を促進します。

(3) 災害時の精神保健医療提供体制の整備

- ・ 災害時の精神保健医療提供体制を整備するため、平成29年（2017年）6月に発足した「熊本DPAT」についてチーム数の増加や研修の実施により体制を強化します。また、令和4年（2022年）3月には、3つの災害拠点精神科病院を指定しました。今後も継続

^⑨ DMAT指定病院とは、DMATを保有し、DMAT派遣に関する本県からの協力依頼を受諾した病院のことです。令和5年4月現在、17施設を指定しています。

^⑩ 医療コンテナとは、コンテナ内で医療行為が行えるよう医療資機材を搭載し、医療機能を運搬可能にしたコンテナのことです。現場において組立・設置を行う「設置型」と、車輪と一体のトレーラーシャーシ型である「移動型」に大別されます。

して、関係機関との連携体制を強化します。

- ・ 災害拠点精神科病院については、被災後、早急に診療機能を回復できるよう、BCPの作成及びそれに基づく研修や訓練の実施を促進します。

(4) 備蓄医薬品の適正管理・医薬品等の供給体制及び生活衛生環境の確保

- ・ 災害時に適切に医薬品等を提供するため、適宜、備蓄医薬品等の品目の見直しを行うとともに、災害薬事コーディネーター及び災害支援薬剤師の養成を推進し、研修や訓練、協定の見直し等を通じて、医薬品供給や避難所等における感染症予防のための衛生管理体制の整備など、関係団体の役割分担・連携体制を強化します。
- ・ 熊本県薬剤師会が備えるモバイルファーマシーについて、研修や訓練を通じて災害時に備えるとともに、その活動を支援します。

(5) 災害時の保健活動体制の整備

- ・ 平時から災害時保健活動に備えるため、災害時保健活動に係る市町村担当者一覧を作成するとともに、熊本県災害時保健活動マニュアル等を活用し行政保健師を対象とした研修や訓練を実施します。
- ・ 被災地のニーズに応じた支援が出来るように、情報集約体制や支援・受援体制を整備し、県内における職員の派遣調整や、県外から派遣されるDHEATや保健師等チームの受入れを行います。

(6) 災害時のリハビリテーション体制の整備

- ・ 災害時に避難所や仮設住宅などへのJRATによるリハビリテーション専門職の派遣等に係る体制を速やかに整備するため、多職種連携による災害時から平時までの地域リハビリテーション体制の強化や、研修会等を通じて人材育成に取り組みます。

4. 評価指標

指標名	現状	目標	指標の説明・目標設定の考え方
① 被災した状況を想定した、県保健医療調整部門と関係機関等との実動訓練の実施回数	0回 (令和3年)	毎年1回 (令和11年)	関係者間で顔の見える関係を構築し、災害時にも迅速に対応できるよう、連携訓練を毎年1回は実施する。
② DMATのチーム数	35チーム (令和4年)	45チーム (令和11年)	国主催のDMAT養成研修の受講枠を最大限に確保し、チーム数を毎年2チーム程度増加させる。
③ 被災した状況を想定した災害実動訓練を実施した災害拠点病院の割合	86.7% (令和5年)	100% (令和11年)	平時からの災害に備えるために、毎年全ての災害拠点病院の実施を目指す。
④ 病院における業務継続計画の策定率	53.8% (令和3年)	100% (令和11年)	災害発生時の早期の診療回復のために全ての病院が策定済みであることを目指す。
⑤ EMISの操作を含む研修・訓練に参加している病院の割合	93.3% (令和4年)	100% (令和11年)	保健所等が実施するEMISの操作研修・訓練に毎年県内全ての病院が参加することにより、EMISの習熟度を高める。
⑥ DPATのチーム数	22チーム (令和5年)	28チーム (令和11年)	単一病院で構成されているDPATチーム数を毎年1チーム程度増加させる。

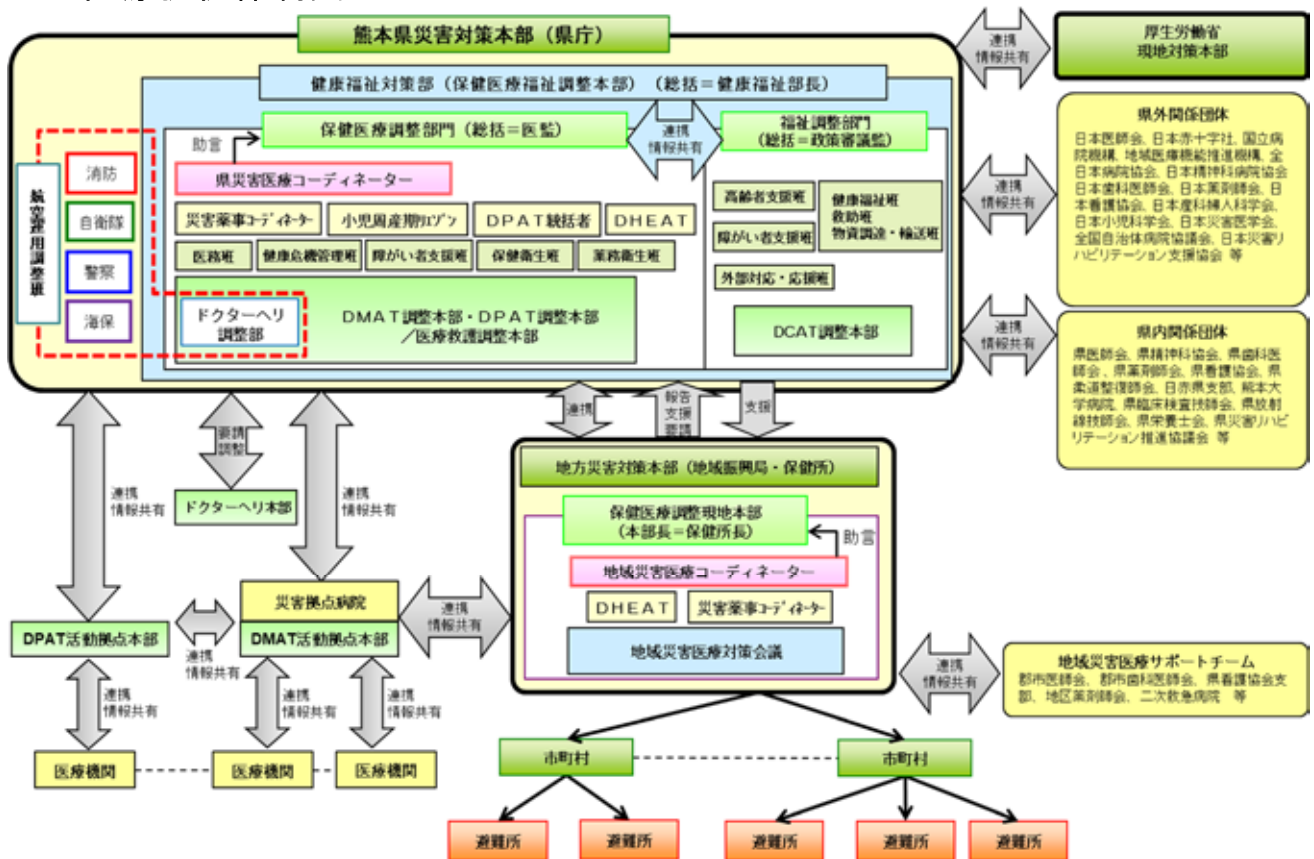
5. 災害医療圏

県全体を災害医療圏とします。



6. 災害医療連携体制図

○ 医療提供体制図



○ 医療救護の推移

救命救急 ⇨ 病院支援 ⇨ 避難所等での診療支援 ⇨ 在宅者の保健、医療



① 全国知事会は、災害時に、被災県からの要請に基づき、都道府県ごとに編成される都道府県救護班を派遣し、都道府県救護班は、避難所等での診療、健康管理活動などを行います。

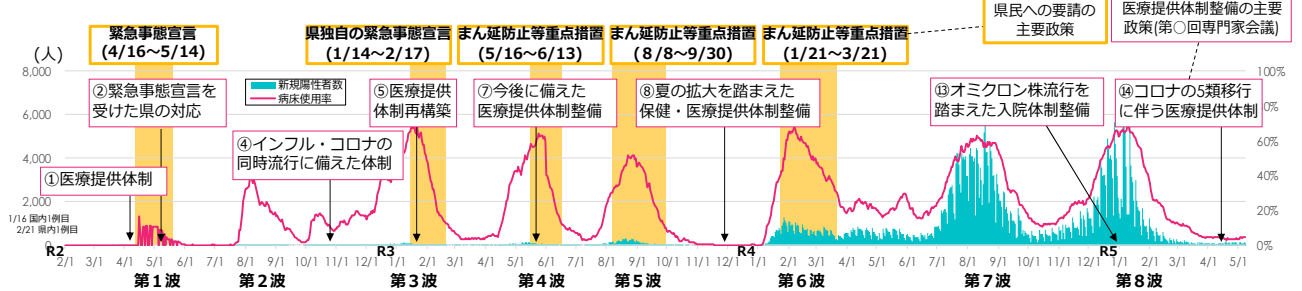
② 日本赤十字社は、災害時に、発災直後から都道府県支部ごとに編成される日赤救護班を派遣し、日赤救護班は、救護所の設置、避難所等での診療、こころのケア活動などを行います。

第4項 新興感染症発生・まん延時における医療

1. 現状と課題

- 新興感染症発生に備え、本県でも平成25年(2013年)に改定した「熊本県新型インフルエンザ等対策行動計画」等により準備を進めていましたが、実際の新型コロナウイルス感染症パンデミックにおいては、全国と同様に想定を超えた課題に直面しました。
- 医療提供体制については、全国的な感染拡大により、急速に医療ニーズが増大しました。その結果、感染症指定医療機関等では入院患者を受けきれず、一般の病院においても通常医療と調整しながら病床確保をする必要が生じ、そのための体制整備に時間を要しました。
- さらに、感染拡大に伴い、軽症者の自宅等での療養が増加し、こうした方へのフォローアップ体制の整備が求められたほか、特に高齢者施設等においては、感染制御のほか業務継続や医療提供に係る支援が必要とされました。
- また、新興感染症対応は多くの関係機関が関連し、多岐にわたるものでしたが、熊本市や関係機関との連携や役割分担が明確ではなく、情報共有にも課題がありました。

本県の新型コロナウイルス感染症対応の概要



	第1波	第2波	第3波	第4波	第5波	第6波	第7波	第8波
対策本部会議/知事会見回数	13回/21回	2回/16回	8回/16回	9回/8回	5回/9回	2回/11回	1回/5回	1回/6回
感染者数	約50人	約500人	約2,900人	約3,100人	約7,900人	約88,000人	約234,000人	約202,000人
最大確保病床	378床	400床	473床	722床	814床	841床	1,060床	1,131床
病床利用率ピーク	16.2%	39.0%	69.8%	64.0%	51.7%	67.5%	(実質) 62.9%	(実質) 69.2%
県内における感染の特徴	感染者数は少なかったが、県内各地で散発。	大規模クラスターを契機に感染が拡大。熊本市中心部において、接待を伴う飲食店等のクラスター等も散発。	熊本市飲食店のクラスターから感染波及し拡大。	アルファ株により感染が拡大。熊本市中心部では飲食店クラスターが統廃。	デルタ株により感染が拡大。学校等での感染も多発し、子どもから親への家庭内感染も増加した。	オミクロン株により爆発的に感染拡大。	オミクロン株BA.5系統により急速に感染拡大。年末年始に過去最大の致死率が低く、行動制限を行わない対策により対応。	感染が徐々に拡大し、により急速に感染拡大。年末年始に過去最大のピークに。
県民・事業者への対策	・リスクレベル策定 ・感染確認後の記者会見等による注意喚起	・リスクレベル引き上げによる注意喚起 ・イベントの延期等 ・県有施設の使用制限	県独自緊急事態宣言 不要不急の外出自粛 飲食店時短	「熊本まん延防止宣言」 不要不急の外出自粛 飲食店時短	「熊本まん延防止宣言」 不要不急の外出自粛 飲食店時短	熊本BA.5対策強化宣言 適正受診勧奨等	専門家会議座長等との適正受診勧奨等の4者メッセージ	
※特措法に基づく措置	緊急事態宣言 不要不急の外出自粛 集客施設休業要請	不要不急の県外への移動自粛		まん延防止等重点措置 不要不急の外出自粛 飲食店時短 集客施設時短	まん延防止等重点措置 不要不急の外出自粛 飲食店時短 集客施設時短	まん延防止等重点措置 飲食店時短		
保健・医療提供体制	・感染症指定医療機関を中心に病床を確保 ・帰国者・接触者相談センター(保健所)で検査等を調整	・診療・検査医療機関(かかりつけ医)での検査・診療開始 ・宿泊療養開始 ・一部で自宅療養開始	・自宅療養を制度化(自宅療養者の健康観察業務を外部委託)	・宿泊療養施設の医療機能強化 ・高齢者施設での定期PCR等	・ワクチン接種促進(広域接種センターの設置・運営)	・陽性者対応に係る入院基準の見直し ・高齢者施設等への集中的検査、医療支援チームの派遣	・夜間のオンライン診療を付加した相談窓口の設置 ・医療機関へ検査キット配布 ・業務継続支援チームの派遣	・外来医療機関の拡充 ・全数届出の見直し ・届出対象外の方をフォローアップ
保健所対応	・積極的疫学調査による感染経路特定 ・相談対応により業務ひっ迫	・事業所における大規模クラスター対応 ・令和2年7月豪雨に係る避難所等の感染対策	自宅療養者への健康観察、クラスター施設指導等が増加	重症化率が高まると言われ、入院判断や健康観察が困難化	感染者増加により入院・宿泊療養の調整や移送が困難化	感染者激増により着しい業務ひっ迫。これまでの対応の重点化・効率化を実施	疫学調査をSMSを用いて省力化 ・夜間の救急搬送調整等の増加	・全数届出の見直しにより対応を重点化 ・夜間の救急搬送調整等の増加
課題	・検査能力が全国的に不足 ・感染への不安や懸念から県民からの相談が増加	・大規模クラスター対策 ・飲食店等の感染対策	・入院・宿泊では受け止めきれず、自宅療養が制度化 ・熊本市周辺で入院病床ひっ迫	重症化率の高いアルファ株への対応	感染性・重症化率の高いデルタ株への対応	爆発的な感染者の増加	・急速な感染者増加 ・高齢者施設や医療機関でのクラスター増加 ・外来のひっ迫	・高齢者施設や医療機関でのクラスターがさらに増加 ・救急のひっ迫

2. 目指す姿

- 新型コロナウイルス感染症の経験等を踏まえ、平時から地域における関係者の役割分担の協議を進めることにより、新興感染症に対応する医療及び新興感染症以外の通常医療の提供体制の確保を図り、新興感染症発生時に、県民が適切に医療を受けられる体制を構築します。

3. 施策の方向性

(1) 入院・診療体制を迅速に構築できる体制の整備

【新興感染症患者の発熱外来を行う医療機関及び入院病床の確保】

- ・ 新たな新興感染症発生時に新型コロナウイルス感染症における医療提供体制と同等の診療・検査及び入院体制を確保するため、平時から病院・診療所と協定を締結します。
- ・ また、重症患者や特別な配慮が必要な患者（精神疾患を有する患者、妊産婦、小児、障がい児（者）、認知症患者、がん患者、透析患者、外国人）の受入体制についても、協定に基づき役割分担し、整備を進めます。

【个人防护具の不足が起きないような体制づくり】

- ・ 新興感染症が発生した場合に、対応する機関において个人防护具が不足しないよう、病院・診療所、訪問看護事業所と協定を締結し、个人防护具（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、非滅菌手袋）のローリングストック体制を構築します（2か月分以上を推奨）。

【協定締結医療機関における訓練の実施】

- ・ 協定締結医療機関（病院・診療所、薬局、訪問看護事業所）において、新興感染症発生時に円滑な対応ができるよう、当該医療機関において患者発生を念頭においた訓練を年1回以上実施する、又は外部の機関が実施する訓練に医療従事者等が参加するよう協定を締結します。

(2) 通常医療への影響が最小限となるような体制の整備

- ・ 新興感染症対応を行う病院・診療所の入院病床を必要な方が使用するとともに、通常医療への影響を最小限とするため、病床確保の協定を締結している医療機関に代わって新興感染症患者以外の患者を受け入れる病院・診療所や、新興感染症から回復後に入院が必要な患者の転院の受け入れを行う病院・診療所と協定を締結します。

(3) 自宅・宿泊療養施設・高齢者施設等療養者への医療提供やフォローアップ等のケア体制を迅速に構築できる体制の整備

【軽症者等が自宅・高齢者施設等で安心して療養できる体制整備】

- ・ 自宅や宿泊療養施設、高齢者施設等で療養する患者の急変時に備え、一定の医療提供や健康観察が行えるよう、病院・診療所、薬局、訪問看護事業所と協定を締結します。

【高齢者等施設等における感染拡大防止と業務継続支援】

- ・ 高齢者施設等における施設内感染拡大防止の支援、業務継続支援のため、平時から感染防止についての啓発・周知やBCPに基づく訓練・研修の支援を行うとともに、保健所、感染管理認定看護師等の医療従事者、関係団体等と連携した支援体制について、平時から協議を行います。

(4) 関係者間の連携強化や役割分担の明確化

- ・ 新興感染症発生に備え、熊本市や医療機関、関係団体、消防機関等で平時から連携強化を図り、継続的に協議を行うため、「熊本県感染症対策連携協議会」を年1回以上開催します。
- ・ また、新型コロナウイルス感染症対応の検証から抽出された課題については、今後も関係者で継続的に協議を行うとともに、新興感染症発生時を想定した訓練を行い、その結果に基づいて対策の見直し・強化を行います。

4. 評価指標

指標名	現状	目標	指標の説明・目標設定の考え方
① 入院確保病床数	—	【流行初期 ^① 】428床 【初期以降】1,131床 (令和11年度)	病床の確保に係る医療措置協定を締結した病院・診療所の確保病床数 ^② 【流行初期】新型コロナの令和2年(2020年)冬の感染拡大に対応できる水準 【初期以降】新型コロナ最大の水準
② 発熱外来医療機関数	—	【流行初期】100機関 【初期以降】777機関 (令和11年度)	発熱外来の実施に係る医療措置協定を締結した病院・診療所数 ^② 【流行初期】新型コロナの令和2年(2020年)冬の感染拡大に対応できる水準 【初期以降】新型コロナ最大の水準
③ 个人防护具を備蓄している医療機関の割合	—	80%以上 (令和11年度)	協定締結医療機関のうち、病院・診療所、訪問看護事業所について、个人防护具の備蓄に係る医療措置協定を締結した割合
④ 年1回以上、訓練を実施等している医療機関の割合	—	100% (令和11年度)	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た協定締結医療機関(病院・診療所、薬局、訪問看護事業所)の割合
⑤ 後方支援医療機関数	—	120機関 (令和11年度)	後方支援に係る医療措置協定を締結した病院・診療所数 ^② 新型コロナ最大の水準
⑥ 自宅等療養者への医療提供を行う医療機関数	—	820機関 (令和11年度)	自宅療養者等への医療の提供及び健康観察に係る医療措置協定を締結した病院・診療所、薬局、訪問看護事業所数 ^② 新型コロナ最大の水準
⑦ 高齢者施設等への医療提供を行う医療機関数	—	390機関 (令和11年度)	前項のうち、高齢者施設等への対応が可能とした病院・診療所、薬局、訪問看護事業所数 新型コロナ最大の水準
⑧ 新興感染症発生時の発効協定割合(入院)	—	100%	(新たな新興感染症の発生・対応後に評価) 病床の確保に係る医療措置協定に基づいた対応が行われた割合

① 感染症法第16条第2項に規定する新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表が行われた後の流行初期の一定期間(3か月を基本とした必要最小限の期間)。

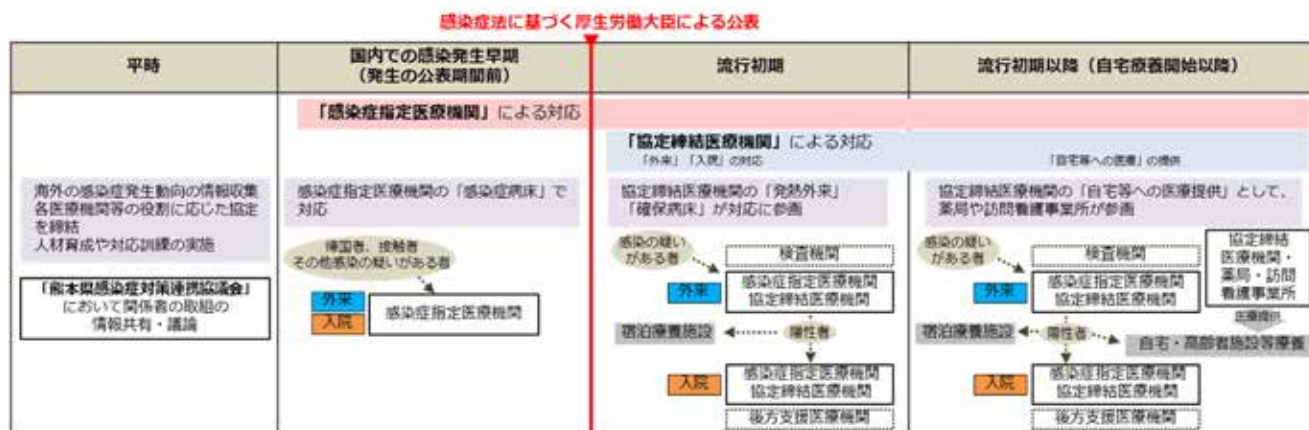
② 協定を締結した病院・診療所、薬局、訪問看護事業所については、一覧を作成し、県ホームページで公表。

5. 新興感染症発生・まん延時の医療圏

新興感染症発生・まん延時の医療圏については、二次保健医療圏を基本としますが、新型コロナウイルス感染症対応の経験を踏まえ、域内調整が困難な重症患者、特別な配慮が必要な患者については全県での入院調整を行います。

また、引き続き効率的な体制を検討します。

6. 新興感染症発生・まん延時の医療連携体制図



第5項 へき地の医療

1. 現状と課題

- 本県の無医地区^①は令和元年度(2019年度)から令和4年度(2022年度)までに6地区増加して26地区、準無医地区^②は1地区増加して3地区あります。また、無歯科医地区は令和元年度(2019年度)から5地区増加して26地区、準無歯科医地区は1地区増加し4地区あります(表1参照)。無医地区等及び無歯科医地区等においては、巡回診療や遠隔医療等、住民が必要な医療サービスを受けることができる体制の整備が求められています。

【表1】県内の無医地区・無歯科医地区

医療圏	市町村	地区	無医地区・準無医地区		無歯科医地区・準無歯科医地区	
			令和元年度	令和4年度	令和元年度	令和4年度
阿蘇	高森町	都留・野尻	○	○	○	○
		草部北部	○	○	○	○
		芹口・下切・菅山	○	○	○	○
		河原・尾下	○	○	○	○
熊本・上益城	山都町	花上	○	○	○	○
		橘	○	○	○	○
		下山	○	○	○	○
		菅	○	○	○	○
		下矢部西部	○	○	○	○
		内大臣目丸	○	○	○	○
		御所	○	○	○	○
		木原谷	○	○		
八代	八代市	鮎埴		○		○
		深水		○		○
		中谷		○		○
		中津道		○		○
		田上		○		○
		百済来		○		○
		縦木	○	○	○	○
芦北	芦北町	永谷・黒岩	△	○	○	○
		西告・天月	○	○	○	○
		塩浸・市野瀬・大野	○	○	○	○
		丸山・百木	○	○	○	○
		古石・高岡	○	○	○	○
		上原	△	△	△	△
球磨	多良木町	槻木			○	○
		湯島			△	△
天草	上天草市	外平	○	○	○	○
		椀の木	○	○	○	○
	天草市	向辺田	○	△	○	△
		合計	無医地区数/無歯科医地区数	20	26	21
準無医地区数/準無歯科医地区数	2	3	3	4		

(注) ○…無医地区・無歯科医地区 △…準無医地区・準無歯科医地区

厚生労働省「無医地区等調査」・「無歯科医地区等調査」を基に熊本県医療政策課作成

① 無医地区とは、原則として医療機関のない地域で、当該地区の中心的な場所を起点として概ね半径4kmの区域内に50人以上が居住している地区であって、かつ容易に医療機関を利用することができない地区のことです。

② 準無医地区とは、無医地区ではないが、これに準じて医療の確保が必要と都道府県知事が判断し、厚生労働大臣に協議し適当と認めた地区のことです。

- 近年、へき地^③の自治体病院においては、医師の高齢化や慢性的な医師不足など、安定的かつ継続的なへき地の医療（以下、「へき地医療」という。）の提供に大きな支障を及ぼす事態が危惧されています。また、新興感染症の発生などにより医療ニーズが増大した場合も医療提供体制を維持できるよう、県全体でへき地医療を支える仕組みが求められています。
- 熊本県へき地医療支援機構^④では、専任担当官（医師）を配置し、社会医療法人^⑤等からへき地診療所^⑥への医師派遣調整など、へき地医療支援事業の企画・調整を行っています。へき地医療が住民のニーズに応じた体制となるよう、効果的に医師派遣調整を行うことが求められています。
- 本県には、へき地医療拠点病院^⑦が5か所あり、へき地診療所への医師派遣や代診医派遣^⑧等の支援を継続的に行っています。
- また、へき地診療所が15か所、へき地歯科診療所が1か所あります。へき地診療所においては医師、歯科医師、看護師等の人員体制が小規模であり、赤字経営であるなど、運営が不安定な状況です。
- 平成30年度（2018年度）から開始された新たな専門医制度^⑨では、総合診療専門医が19の基本領域の専門医の一つとして位置付けられました。へき地では患者の年齢・性別や疾病・傷病等にとらわれず、適切な初期対応と継続的な診療ができる総合診療専門医の需要が高まっています。
- へき地では、熊本市内などの高次医療機関までの搬送に時間を要するため、ドクターヘリと県防災消防ヘリ「ひばり」の2機を活用した「熊本型」ヘリ救急搬送体制の構築等により、迅速な救急搬送を行っています。

③ へき地とは、交通条件及び自然的、経済的、社会的条件に恵まれない山間地、離島その他の地域のうち医療の確保が困難であって、「無医地区」、「準無医地区」及び「へき地診療所」の要件に該当する地域のことです。

④ へき地医療支援機構とは、へき地保健医療政策の中心的機関として、へき地診療所等への医師派遣調整等へき地医療支援事業の企画・調整等を行うため都道府県に設置されるものです。

⑤ 社会医療法人とは、地域住民にとって不可欠な救急医療等確保事業（救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療）を担う公益性の高い医療法人として都道府県知事が認定した法人のことです。

⑥ へき地診療所とは、概ね半径4kmの区域内に他に医療機関がなく、その区域内の人口が原則として人口1,000人以上であり、かつ、当該診療所から最寄りの医療機関まで通常の交通機関を利用して30分以上要する診療所のことです。

⑦ へき地医療拠点病院とは、無医地区等において、へき地医療支援機構の指導・調整のもとに、巡回診療、へき地診療所等への医師派遣や代診医派遣等の実績を有する（又は当該年度に実施可能）と認められ、都道府県が指定する病院のことであり、令和5年4月現在、県内では山都町包括医療センターそよう病院（平成15年4月1日指定）、球磨郡公立多良木病院（平成15年4月1日指定）、上天草市立上天草総合病院（平成15年4月1日指定）、阿蘇医療センター（平成30年3月30日指定）、小国公立病院（令和5年4月1日指定）が指定されています。

⑧ 代診医派遣とは、医療機関に勤務する医師が急病や忌引き、研修その他やむを得ない事情により休診する際に、その医師に代わって診療する医師を派遣することです。

⑨ 新たな専門医制度とは、これまで各学会が独自に専門医を育成し、その能力を検証し、認証する仕組みを運用してきたため、第三者機関として設立された一般社団法人日本専門医機構が、専門医の認定と専門研修プログラムの認定を統一的行う新たな制度のことであり、令和5年4月現在、県内では山都町包括医療センターそよう病院（平成15年4月1日指定）、球磨郡公立多良木病院（平成15年4月1日指定）、上天草市立上天草総合病院（平成15年4月1日指定）、阿蘇医療センター（平成30年3月30日指定）、小国公立病院（令和5年4月1日指定）が指定されています。

2. 目指す姿

- 行政機関、医療機関、社会医療法人等の関係機関の役割分担と相互の連携により、へき地を支える医療従事者を確保するとともに、へき地の診療を支援する体制を強化し、へき地に暮らす住民が継続して医療サービスを受けられる体制を構築します。

3. 施策の方向性

(1) へき地医療機関等による医療提供体制の維持・向上

【無医地区・無歯科医地区等における住民の医療の確保】

- ・ 無医地区・無歯科医地区等における住民の医療を確保するため、市町村による巡回診療や患者送迎など地区住民の意向を踏まえた医療の提供を支援します。

【無薬局町村等における医薬品の提供体制の確保】

- ・ 無薬局町村^⑩等の周辺地域の薬局と協力して、地域住民への必要な医薬品を円滑に提供できる体制を整備します。

【へき地医療拠点病院の機能強化・運営支援】

- ・ へき地医療拠点病院の機能を強化するため、熊本大学に設置する寄附講座から医師派遣の支援を受けたへき地医療拠点病院がへき地診療所等に必要な医師の派遣を行うなど、へき地医療拠点病院を中核として県全体でへき地医療を支援する体制を整備します。
- ・ へき地医療拠点病院が主たる3事業（巡回診療、医師派遣、代診医派遣）を円滑に行えるよう、その運営を支援します。
- ・ 新たなへき地医療拠点病院の指定については、地域のバランスや、へき地医療拠点病院以外の医療機関からへき地診療所への医師派遣の実績などを踏まえて適切に行います。

【へき地診療所の運営支援】

- ・ へき地診療所が限られた医療人材を活用し、住民に対し安定的に医療を提供することができるよう、遠隔医療等ICTを活用した診療を支援します。
- ・ へき地診療所の医療提供体制を維持するため、設置主体の市町村が行うへき地医療拠点病院、医師会、歯科医師会、薬剤師会、住民等と連携したへき地診療所の課題の共有や今後のあり方についての協議を踏まえ、へき地診療所の計画的かつ効率的な運営を支援します。

【へき地の救急搬送体制の強化】

- ・ 増加する様々な救急搬送ニーズへ迅速に対応するため、関係機関や隣県等との連携により、多様な搬送手段の確保など救急搬送体制を強化します。

(2) へき地医療を支える医療従事者の確保・支援

【へき地医療支援機構の機能強化及び地域医療支援センターとの緊密な連携】

- ・ へき地医療に従事する医師を確保し、へき地診療所の医療機能を向上するため、へき地医療支援機構によるへき地医療拠点病院や社会医療法人等からへき地診療所への医師の派遣調整を行います。

^⑩ 無薬局町村とは、区域内に薬局が設置されていない町村のことです。

- ・ 医師派遣調整業務をより効果的に行うため、へき地医療支援機構は、医師の地域偏在の解消に取り組む地域医療支援センター（熊本県地域医療支援機構）との緊密な連携を進め、総合的な企画・調整機能を強化します。
- ・ 地域で勤務する医師を確保するため、本県出身の医師など県内外に居住する医師を対象に、「熊本県ドクターバンク^①」を活用した地域の医療機関の情報発信に取り組みます。

【へき地医療を支える医師の確保及び総合診療専門医の養成・支援】

- ・ へき地医療を支える医師を確保するため、自治医科大学との連携や熊本大学等の医学部生への医師修学資金^②貸与制度を通じて、地域の実情や医師のキャリア形成を踏まえた自治医科大学卒業医師の派遣や修学資金貸与医師の配置を行います。
- ・ へき地での活躍が期待される総合診療専門医を養成・確保するため、熊本大学に開設する地域医療・総合診療実践学寄附講座^③等において、地域医療に関する卒前からの継続的な教育、総合診療専門研修プログラムの作成、地域の医療機関への医師派遣による支援等を進めます。
- ・ へき地等に勤務する医師が子育てや傷病等により長期休暇を取得する必要がある場合に、安心して休暇を取得できるようにするため、近隣で勤務する医師による代診等、相互にサポートし合う体制づくりを支援します。

4. 評価指標

指標名	現状	目標	指標の説明・目標設定の考え方
① 遠隔医療等 ICT を活用した診療を実施しているへき地診療所の割合	62.5% (令和4年度)	80% (令和11年度)	全国の診療所における電子カルテの普及状況の推計伸び率から、計画終期に全国と同水準の普及率を達成することを目指し設定。
② 熊本県ドクターバンクによる県内への医師の就職件数(累計)	16件 (令和4年度)	23件 (令和11年度)	各年度1件のマッチングを想定し設定。
③ へき地等で勤務する医師の休暇等に対応する支援制度の要請に対する対応率	— (令和5年度)	100% (令和11年度)	地域勤務医師等支援枠制度の活用希望があった場合、全てに対応できることを目標に設定。

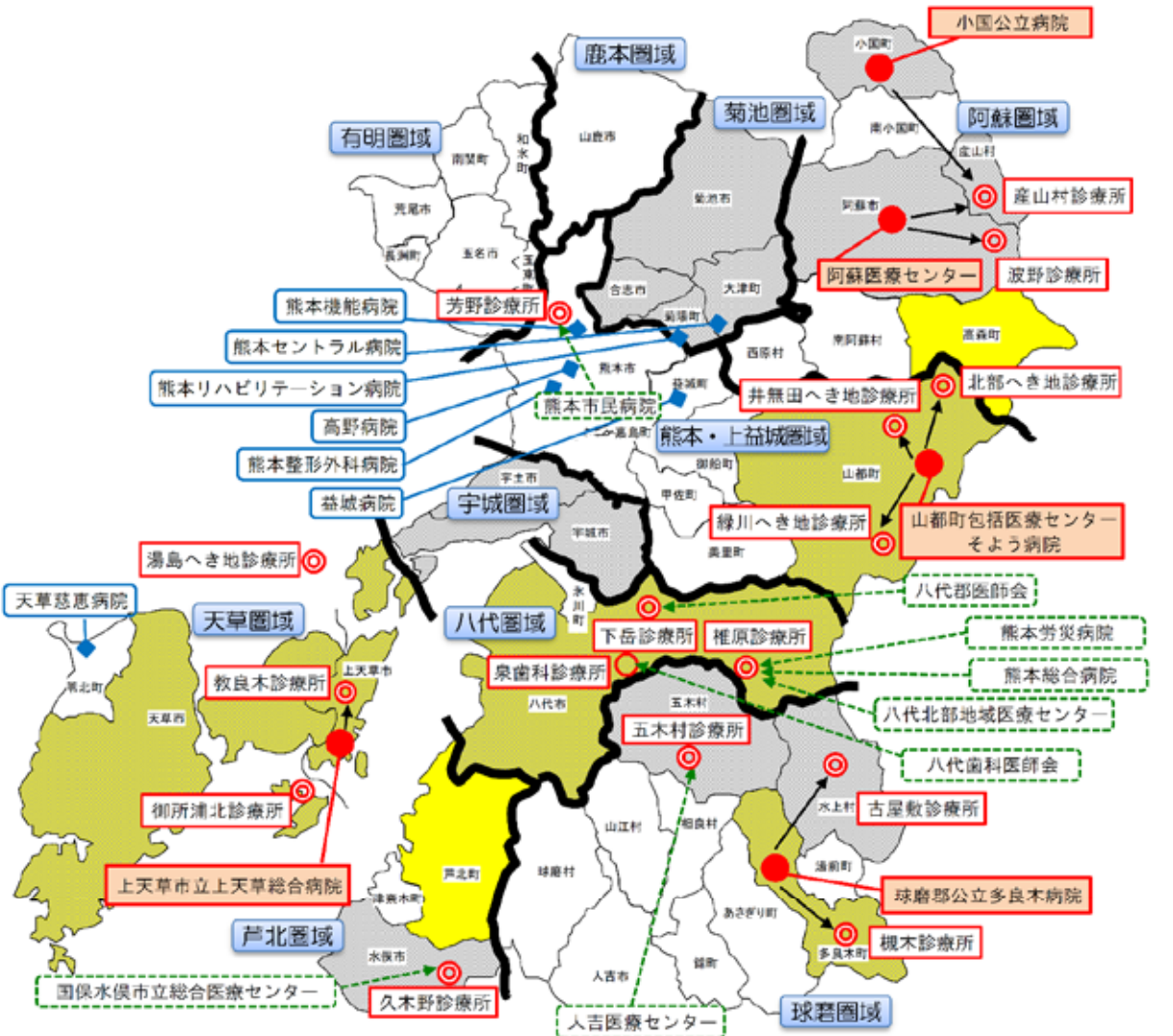
① 熊本県ドクターバンクとは、熊本県が運営する「医師の無料職業仲介所」のことです。県内の公立の医療機関と県内での就業を希望する医師とをマッチングさせるため、就業のあっ旋・紹介を行います。

② 医師修学資金とは、県内の地域医療を担う医師を確保するため、将来、医師が不足している地域の病院等に医師として勤務しようとする医学部生に対して貸与する修学資金のことです。大学卒業後の一定期間、知事が指定する病院等で勤務した場合は、修学資金の返還が全額免除されます。

③ 地域医療・総合診療実践学寄附講座とは、県からの寄附（負担割合：県 3/4、市町村 1/4）により熊本大学に開設され、地域医療に関する卒前からの継続的な教育、総合診療（専門）医の育成や地域の医療機関における診療支援に関連する研究を行う講座のことです。

5. へき地医療提供体制

熊本県のへき地医療提供体制



- 医師少数区域又は医師少数スポットを有する市町村
- 無医地区・準無医地区又は無歯科医地区・準無歯科医地区を有する市町村
- 医師少数区域又は医師少数スポットかつ無医地区・準無医地区又は無歯科医地区・準無歯科医地区を有する市町村
- へき地診療所
- へき地歯科診療所
- へき地医療拠点病院
- 社会医療法人（へき地医療）
- へき地医療拠点病院の代診医等派遣先
- へき地医療拠点病院以外の代診医等派遣先

令和5年12月1日現在

【参考1】県内のへき地診療所及びへき地歯科診療所

1. へき地診療所

No	施設名	所在地	診療日1日平均 外来患者数 (人) (令和3年度)
1	熊本市立熊本市市民病院附属芳野診療所	熊本市西区河内町野出1410番地	9.5
2	産山村診療所	阿蘇郡産山村大字山鹿489番地5	29.0
3	阿蘇医療センター波野診療所	阿蘇市波野大字波野2703番地	20.9
4	北部へき地診療所	上益城郡山都町東竹原285番地1	6.0
5	緑川へき地診療所	上益城郡山都町緑川2015番地	5.0
6	井無田へき地診療所	上益城郡山都町井無田1294番地3	6.2
7	八代市立下岳診療所	八代市泉町下岳1562番地1	18.6
8	八代市立椎原診療所	八代市泉町椎原3番地16	7.3
9	国保水俣市立総合医療センター附属久木野診療所	水俣市久木野833番地	6.0
10	槻木診療所	球磨郡多良木町大字槻木字本園702番地13	6.1
11	古屋敷診療所	球磨郡水上村大字江代1658番地1	2.4
12	五木村診療所	球磨郡五木村甲2672番地11	31.0
13	上天草市立湯島へき地診療所	上天草市大矢野町湯島655番地	15.0
14	教良木診療所	上天草市松島町教良木2948番地1	8.2
15	国民健康保険天草市立御所浦北診療所	天草市御所浦町横浦750番地13	15.2

2. へき地歯科診療所

No	施設名	所在地	診療日1日平均 外来患者数 (人) (令和3年度)
1	八代市立泉歯科診療所	八代市泉町柿迫3188番地2	0.8

【参考2】県内のへき地医療拠点病院

No	施設名	所在地	病床数 (令和4年7月1日時点)	1日平均 入院患者数 (人) (令和3年度)	1日平均 外来患者数 (人) (令和3年度)	指定年月日
1	山都町包括医療センターそよう病院	上益城郡山都町滝上476番地2	57	29.3	1300	平成15年4月1日
2	球磨郡公立多良木病院	球磨郡多良木町大字多良木4210	183	131.0	393.3	平成15年4月1日
3	上天草市立上天草総合病院	天草市龍ヶ岳町高戸1419番地19	195	148.8	468.5	平成15年4月1日
4	阿蘇医療センター	阿蘇市黒川1266	120	59.6	222.8	平成30年3月30日
5	小国公立病院	阿蘇郡小国町宮原1743	73	34.7	172.2	令和5年4月1日

【参考1, 2】熊本県医療政策課調べ

第6項 周産期^①医療

1. 現状と課題

- 本県分娩取扱件数は減少傾向にありますが、その一方で、本県の周産期死亡率^②は全国平均より高い状況にあり、出生後のハイリスク要因^③である低出生体重児^④及び極低出生体重児^⑤の出生割合は、これまで全国平均並み又はそれより高い状況で推移しています（本節第9項母子保健の図1・図2参照）。
- 高度な周産期医療を提供する周産期母子医療センターについては、総合周産期母子医療センター2施設、地域周産期母子医療センター2施設を指定・認定しています。また、地域周産期中核病院^⑥については、8施設を位置付けているなど、周産期医療体制を構築しています（「6. 周産期医療の医療連携体制・医療機能」参照）。
- 新生児集中治療室（以下、「NICU」という。）病床については、国の「周産期医療の体制構築に係る指針」に基づき、51床の病床を整備しており、引き続き病床の維持・確保が必要です。
- 母体・新生児搬送体制については、周産期母子医療センター等への携帯電話の配備や総合周産期母子医療センターへの新生児用救急車の配備など、体制の充実に取り組んでおり、今後も取組の推進が必要です。
- 精神疾患等の合併症を抱える妊産婦に対しては、精神科医等による内服治療も含めた専門的・医学的な管理が必要であり、関係機関との連携強化が求められています。
- 限られた医療資源の中で周産期医療体制を維持していくためには、周産期医療協議会等の開催を通じ、周産期母子医療センター、地域周産期中核病院と地域の産科医療施設等との更なる連携の強化や医療機能の重点化・集約化が必要です。
- 周産期医療に従事する医師や助産師等に対し、これまで育成研修や救急対処能力向上研修などを実施してきましたが、継続的な育成が必要です。
- 県内の医療的ケア児^⑦数は増加しており、医療的ケア児支援センターを中心に、小児訪問看護ステーション相談支援センター等と連携し、在宅移行を支援しています。今後、更なる支援の充実が求められています。

① 周産期とは、妊娠満22週から生後1週未満までの期間で、合併症妊娠（何らかの病気を持っている人が妊娠した場合、もしくは妊娠中に新たに他の病気を発症した状態）や分娩時の新生児仮死（出生時の新生児にみられる呼吸、循環不全を主徴とする症候群）等、母体・胎児や新生児の生命に関わる緊急な事態が発生する可能性が高い時期です。

② 周産期死亡率とは、妊娠満22週以後の死産と生後1週未満の早期新生児死亡の合計の割合です。

③ 出生後のハイリスク要因とは、出生後の発育・発達において何らかの障がいを伴う可能性のある要因のことです。

④ 低出生体重児とは、出生時体重2,500g未満の新生児のことです。

⑤ 極低出生体重児とは、出生時体重1,500g未満の新生児のことです。

⑥ 本県では、周産期医療圏域毎に状態が安定している「母体」又は「新生児」の管理を担う中核的な医療機関を地域周産期中核病院として位置付けています。

⑦ 医療的ケア児とは、日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケア（人工呼吸器による呼吸管理、かくたん吸引その他の医療行為をいう。）を受けることが不可欠である児童のことです。

- 県内の市町村における産後ケア事業^⑧の利用率は全国平均より低い状況にあるため、関係機関と連携し、更なる利用率の向上が必要です。
- 災害時に、小児・周産期医療に係る保健医療活動の総合調整を適切かつ円滑に行えるよう、「災害時小児周産期リエゾン」の更なる養成を行うとともに、平時からの訓練や災害時の活動等を通じた、災害時の小児・周産期医療提供体制の強化が求められています。
- 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等に対して救急医療を含む周産期医療を提供できる体制の整備、妊婦等のトリアージや入院等に係るコーディネートをを行う災害時小児周産期リエゾン等人材の育成が求められています。

2. 目指す姿

- 周産期母子医療センターから、地域の産科医療施設等に至るまで周産期医療連携体制の整備や人材育成等を行い、県民が母子ともに安心して出産できる周産期医療を提供します。

3. 施策の方向性

(1) 早産予防対策の充実

- ・ 低出生体重児や極低出生体重児の出生を減少させるため、産科・歯科医療機関及び行政が連携して行う「熊本型早産予防対策^⑨」に取り組む市町村を拡大するとともに、妊娠中の健康管理を徹底するため、妊婦等への禁煙や歯周病予防の指導、妊婦健診の受診勧奨等の啓発を行います。

(2) 周産期医療提供体制の強化

- ・ 周産期医療提供体制を強化するため、周産期母子医療センターへの支援や地域周産期中核病院の整備を推進します。
- ・ 低出生体重児など集中管理による治療が必要な新生児に対応するため、NICU病床を確保することで、質の高い周産期医療を提供します。
- ・ 母体・新生児搬送体制の充実を図るため、携帯電話の配備や「くまもとメディカルネットワーク」の活用等により、周産期母子医療センターと地域周産期中核病院等との連携を強化します。
- ・ 精神疾患等の合併症を抱える妊産婦への医療提供体制の充実を図るため、精神疾患等の関係機関との連携を強化します。
- ・ 周産期医療協議会等を開催し、周産期医療体制の課題、必要な取組を検討するとともに、小児医療等に関する協議会との連携を推進します。

^⑧ 産後ケア事業は、産後に家族等から十分な家事や育児などの支援が受けられず、心身の不調や育児不安のある方などに対して、助産師等の専門職がサポートをするものです。

^⑨ 熊本型早産予防対策とは、産科・歯科医療機関、行政が連携し、早産と関係が深い絨毛膜羊膜炎（胎児を包む膜の炎症）と歯周病の対策、禁煙等の保健指導を多角的に実施する取組のことであります。

(3) 周産期医療従事者の人材育成

- ・ 周産期医療に従事する医師、助産師等、必要な人材育成を図るため、専門的な知識や技術の習得を目的として従事者の技能に応じた研修を計画的に実施します。

(4) NICU退院児等の在宅移行支援

- ・ NICU退院児等の在宅移行を支援するため、小児訪問看護ステーション相談支援センターや小児在宅医療支援センターが中心となり、地域の訪問看護師や理学療法士などの多職種や地域周産期中核病院、市町村等との連携を強化します。

(5) 出産後の切れ目のない支援体制の整備

- ・ 産後ケア事業の利用率の向上を図るため、市町村や関係機関との連携を強化し、産後ケア事業の周知・啓発を行います。

(6) 災害時小児・周産期医療提供体制の強化

- ・ 災害時に災害医療コーディネーターのサポート役として小児・周産期医療の調整役となる「災害時小児周産期リエゾン」を計画的に養成するとともに、平時からの訓練等を通じ災害時における医療提供体制を強化します。

(7) 周産期医療における新興感染症の発生・まん延時の体制整備

- ・ 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等に対して救急医療を含む周産期医療体制を整備します。また、適切に妊婦等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を育成するとともに、平時からの体制整備について検討します。
- ・ 地域の医療機関が感染症へ適切に対応するためのBCP策定を促進します。

4. 評価指標

指標名	現状	目標	指標の説明・目標設定の考え方
① 低出生体重児出生率 ^⑩	10.0% (全国平均9.4%) (令和3年)	9.4%以下 (令和11年)	早産予防対策の推進等により、低出生体重児の出生率を全国平均以下にする。
② 極低出生体重児出生率 ^⑪	1.03% (全国平均0.75%) (令和3年)	0.75%以下 (令和11年)	早産予防対策の推進等により、極低出生体重児の出生率を全国平均以下にする。
③ 妊婦死亡数	2人 (令和3年)	0人 (令和11年)	周産期医療提供体制の充実等により、妊婦死亡数を0人にする。
④ 周産期死亡率 ^⑫	3.8‰ (全国平均3.2‰) (令和3年)	3.2‰以下 (令和11年)	周産期医療提供体制の充実等により、周産期死亡率を全国平均以下にする。
⑤ 新生児死亡率 ^⑬	1.0‰ (全国平均0.8‰) (令和3年)	0.8‰以下 (令和11年)	周産期医療提供体制の充実等により、新生児死亡率を全国平均以下にする。
⑥ 小児在宅医療支援センターが連携した市町村数	31市町村 (令和4年)	45市町村 (令和11年)	小児在宅医療支援センターによる支援等により、県内全市町村における小児在宅医療体制の整備を目指す。
⑦ 産後ケア事業の利用率	0.5% (全国平均6.1%) (令和3年)	6.1%以上 (令和11年)	妊娠・出産・子育て期にわたる切れ目のない支援の推進により、産後ケア事業の利用率を全国平均以上にする。
⑧ 熊本県災害時小児周産期リエゾンの養成数	産婦人科医7人 小児科医13人 (令和5年4月)	産婦人科医8人 小児科医14人 (令和11年度)	災害時の急性期において、リエゾン2人が24時間体制で、最大3日間従事できる体制を整備する。

⑩ 低出生体重児出生率(%) = (低出生体重児出生数 / 年間出生数) × 100

⑪ 極低出生体重児出生率(%) = (極低出生体重児出生数 / 年間出生数) × 100

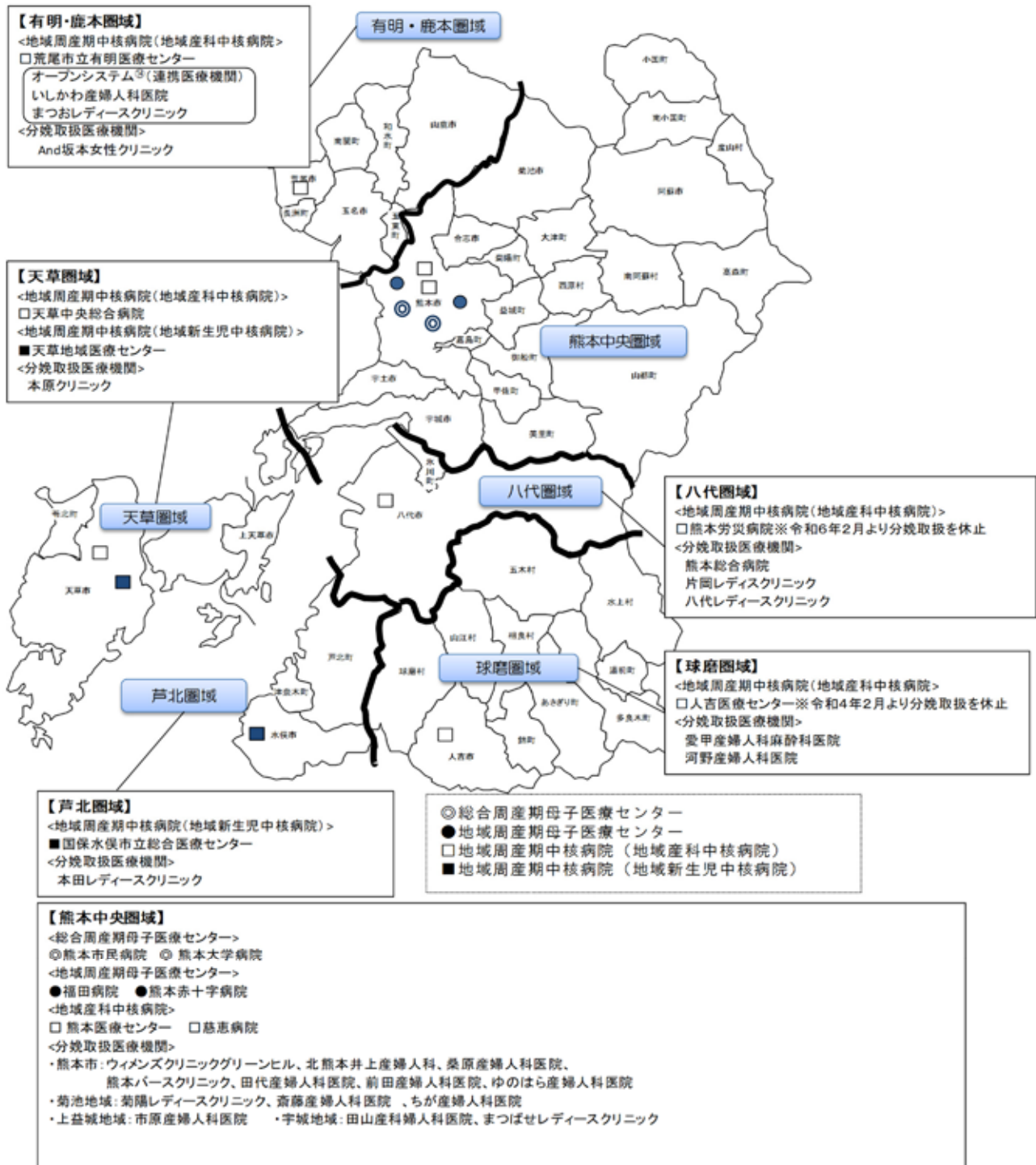
⑫ 周産期死亡率(出産千対) = (妊娠満22週以後の死産数 + 早期新生児死亡数) / (出生数 + 妊娠22週以後の死産数) × 1,000

⑬ 新生児死亡率(出生千対) = (年間新生児(生後28日未満)の死亡数) / 年間出生数 × 1,000

5. 周産期医療の医療圏

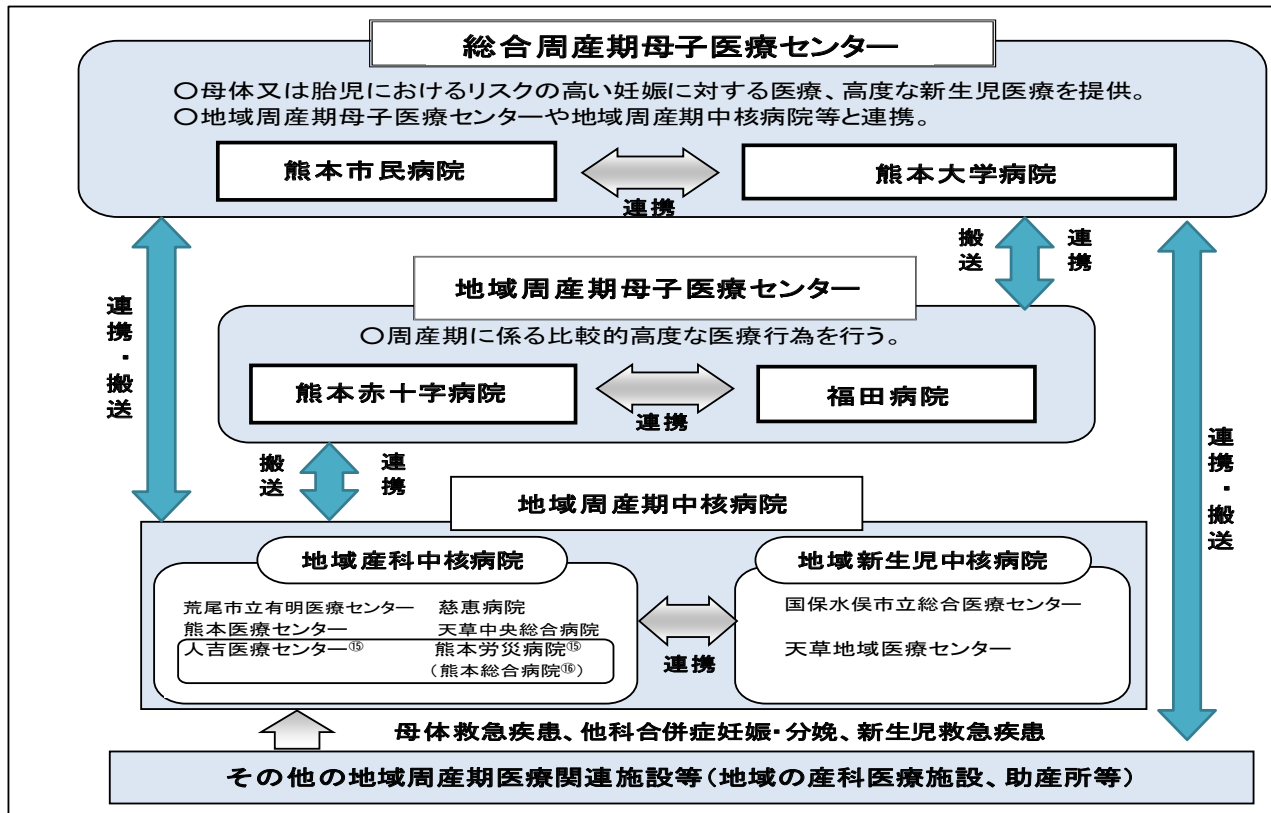
周産期母子医療センター及び地域周産期中核病院を中核にした圏域を周産期の医療圏とします。

なお、地域周産期中核病院が分娩取扱を休止している八代圏域、球磨圏域については、圏域内に分娩取扱医療機関が所在しているため、圏域を維持することとします。



⑭ オープンシステムとは、妊婦健診は診療所で行い、分娩は診療所の医師自身が基幹病院に赴いて行うシステムのことです。

6. 周産期医療の医療連携体制・医療機能



【周産期母子医療センター等の医療機能】

総合周産期母子医療センター	地域周産期母子医療センター	地域周産期中核病院（※熊本県独自）				
<p>○相当規模のMFICU(母体・胎児集中治療室)を含む産科病棟及びNICUを含む新生児病棟を備え、常時の母体及び新生児搬送受入体制を有する。</p> <p>○合併症妊娠(重症妊娠高血圧症候群、切迫早産等)、胎児・新生児異常(超低出生体重児、先天異常児等)等、母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等の周産期医療を行う。</p> <p>○必要に応じて当該施設の関係診療科又は他の施設と連携し、脳血管疾患、心疾患、敗血症、外傷、精神疾患等を有する母体に対応する。</p> <p>○地域周産期医療関連施設等からの救急搬送を受け入れるなど、周産期医療体制の中核として地域周産期母子医療センターその他の地域周産期医療関連施設等との連携を図る。</p> <p>○災害時を見据えて業務継続計画を策定する。また、本県のみならず近隣県の被災時においても、災害時小児周産期リエゾン等を介して物資や人員の支援を積極的に担う。</p> <p>※上記以外に必要な設備等については、「周産期医療の体制構築に係る指針」(平成29年3月31日付け厚生労働省医政局長通知)に基づく。</p>	<p>○産科及び小児科(新生児診療を担当するもの)等を備え、周産期に係る比較的高度な医療行為を行う。</p> <p>○地域周産期医療関連施設等からの救急搬送や総合周産期母子医療センターその他の地域周産期医療関連施設等との連携を図る。</p> <p>※上記以外に必要な設備等については、「周産期医療の体制構築に係る指針」(平成29年3月31日付け厚生労働省医政局長通知)に基づく。</p>	<p>●周産期医療圏ごとに状態が安定している「母体」または「新生児」の管理を担う中核的な医療機関を「地域周産期中核病院」として位置づける。</p> <p>○地域の関係医療機関と連携し、状態が安定している母体及び新生児の地域の周産期医療施設からの搬送受入や周産期母子医療センターからの戻り搬送受入等を支援する。</p>				
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>地域産科中核病院</th> <th>地域新生児中核病院</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <p>○産婦人科医の複数配置により、母体救急疾患、他科合併症を有する妊娠等、迅速な救急対応が必要とされる妊婦に対する産科医療を行うことができ、地域の中核的役割を担うことが可能な病院。</p> </td> <td> <p>○複数の小児科医師、新生児医療を行う施設・設備と看護師を備えることにより、新生児救急疾患、他科合併症を有する新生児、2,500g未満の低出生体重児等の迅速な救急対応が必要とされる新生児に対する医療を行い、地域の中核的な役割を担うことが可能な病院。</p> </td> </tr> </tbody> </table>	地域産科中核病院	地域新生児中核病院	<p>○産婦人科医の複数配置により、母体救急疾患、他科合併症を有する妊娠等、迅速な救急対応が必要とされる妊婦に対する産科医療を行うことができ、地域の中核的役割を担うことが可能な病院。</p>	<p>○複数の小児科医師、新生児医療を行う施設・設備と看護師を備えることにより、新生児救急疾患、他科合併症を有する新生児、2,500g未満の低出生体重児等の迅速な救急対応が必要とされる新生児に対する医療を行い、地域の中核的な役割を担うことが可能な病院。</p>
地域産科中核病院	地域新生児中核病院					
<p>○産婦人科医の複数配置により、母体救急疾患、他科合併症を有する妊娠等、迅速な救急対応が必要とされる妊婦に対する産科医療を行うことができ、地域の中核的役割を担うことが可能な病院。</p>	<p>○複数の小児科医師、新生児医療を行う施設・設備と看護師を備えることにより、新生児救急疾患、他科合併症を有する新生児、2,500g未満の低出生体重児等の迅速な救急対応が必要とされる新生児に対する医療を行い、地域の中核的な役割を担うことが可能な病院。</p>					

⑮ 人吉医療センターは令和4年2月より分娩取扱を休止、熊本労災病院は令和6年2月より分娩取扱を休止しています。

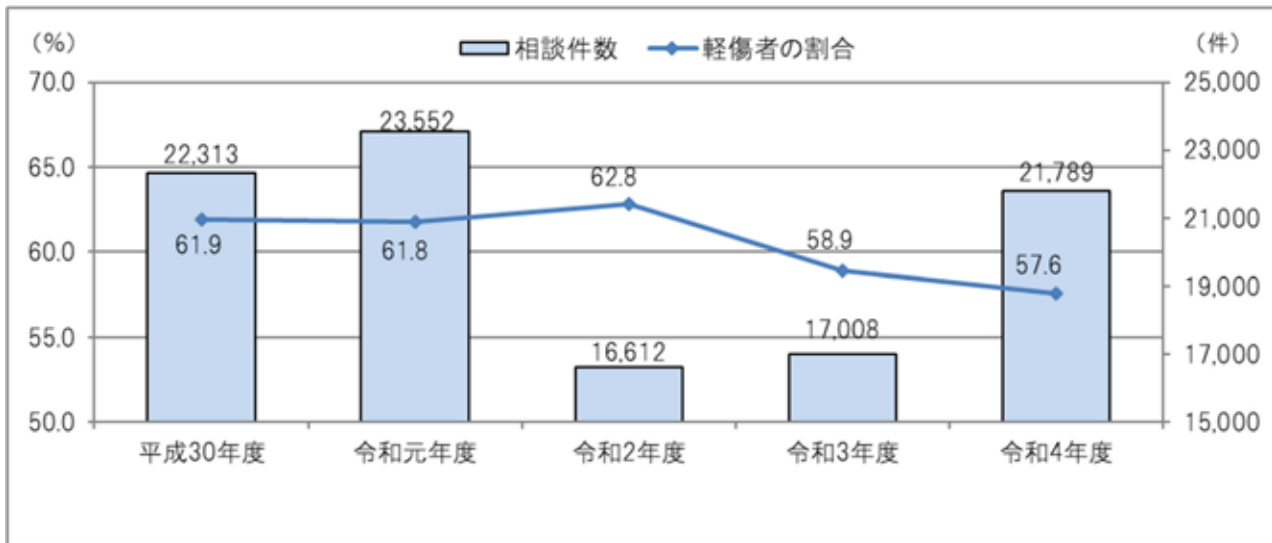
⑯ 熊本総合病院は令和6年2月より分娩取扱を開始し、八代及び球磨圏域のハイリスク妊婦等の産科救急対応を行っています。

第7項 小児医療（小児救急医療を含む）

1. 現状と課題

- 小児救急医療体制については、熊本赤十字病院が小児救命救急センターを整備し、小児救急医療拠点病院の熊本地域医療センター及び天草地域医療センターとともに、重篤な小児救急患者等を24時間受け入れられる体制となっており、引き続き、この体制を維持していく必要があります（「6. 小児医療の医療連携体制・医療機能」参照）。
- 急病により救急搬送される乳幼児の軽症者割合は5割以上を占めており、減少傾向にあるものの、依然として高い状況です。このような状況を踏まえ、夜間・休日にこどもの急病等に関して看護師が助言等を行う子ども医療電話相談（#8000）を継続して実施しており、新型コロナウイルス感染症の影響により相談件数の増減はありますが、急病により救急搬送される乳幼児の軽症者割合の減少につながっています。（図1参照）。一方で、「令和4年度保健医療に関する県民意識調査」によると、子育て世代（30～40歳代）の約6割が子ども医療電話相談（#8000）を「知らなかった」と回答していることから、更なる周知啓発が必要です。

【図1】急病により救急搬送される乳幼児の軽症者割合と子ども医療電話相談（#8000）の相談件数



出典：消防庁「救急・救助の現状」、熊本県医療政策課調べ

- 限られた医療資源の中で、患者に必要な小児医療が提供される体制の強化や、小児期に発症した疾患やその合併症をその後も継続している患者に対応する移行期の医療提供体制の整備が求められており、体制の充実や小児医療関係機関での連携を強化する必要があります。
- 県内の医療的ケア児数は増加しており、医療的ケア児支援センターを中心に、小児訪問看護ステーション相談支援センター等の関係機関と連携し、在宅移行を支援しています。今後、更なる支援の充実が求められています。
- 児童虐待の相談対応件数は年々増加しており、医療機関でも身体的虐待などが疑われ

るこどもの受診がみられる一方、医療機関においては知識や経験が不十分だったり、組織的対応の体制がない場合もあります。虐待対応における医療の役割が求められる中、児童相談所や市町村等との連携も含めて地域医療全体で児童虐待対応体制を整備することが必要です。

- 災害時に、小児・周産期医療に係る保健医療活動の総合調整を適切かつ円滑に行えるよう、「災害時小児周産期リエゾン」の更なる養成を行うとともに、平時からの訓練や災害時の活動等を通じた、災害時の小児・周産期医療提供体制の強化が求められています（再掲：本節第6項 周産期医療に記載）。
- 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に、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提供できる体制の整備、小児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人材の育成が求められています。

2. 目指す姿

- 安心して子育てができる環境を提供するため、保護者の不安を軽減し、こどもの病気に適切に対応できるよう、小児救急医療体制や小児在宅医療体制など、小児医療提供体制の充実を図ります。

3. 施策の方向性

(1) 小児救命救急医療体制の整備支援

- ・ 重篤な小児救急患者等に24時間体制で対応するため、小児救命救急センター及び小児救急医療拠点病院の整備を支援します。

(2) 夜間・休日の相談対応及び適切な受診の促進

- ・ 夜間・休日のこどもの急病等に関して、保護者の不安を解消し、適切な受診を促すため、子ども医療電話相談（#8000）を継続するとともに、引き続き県民へ事業の周知を行います。併せて、軽症の場合はできるだけかかりつけ医等の受診を促すため、こどものケガや急病に関する「小児救急ガイドブック」の周知も行います。

(3) 小児医療体制の整備及び関係機関の連携強化

- ・ 小児医療体制検討会議等を開催し、小児医療体制の課題、必要な取組を検討するとともに、小児医療に係る周産期医療等の関係機関との連携を強化します。
- ・ また、「くまもとメディカルネットワーク」を活用し、地域の小児診療所等アクセス不良地域の小児医療を支援するなど、小児医療連携体制を強化します。

(4) 小児在宅医療体制の強化

- ・ NICU退院児等の在宅移行を支援するため、小児在宅医療支援センターや小児訪問看護ステーション相談支援センターが中心となり、地域の訪問看護師や理学療法士などの多職種や中核となる病院、市町村等との連携を強化します。

(5) 児童虐待対応体制の整備

- ・ 中核的な小児救急病院等に、児童虐待専門コーディネーター^①を配置し、地域の医療機関に対する研修、助言等を行うとともに、関係機関との連携を図るなど、地域の児童虐待対応医療ネットワークを構築します。

(6) 災害時小児・周産期医療提供体制の強化

- ・ 災害時における小児・周産期医療提供体制を強化するため、小児・周産期関係学会等との連携を推進するとともに、災害医療コーディネーターのサポート役として小児・周産期医療の調整役となる「災害時小児周産期リエゾン」を計画的に養成します（再掲：この節第6項 周産期医療に記載）。

(7) 小児医療における新興感染症の発生・まん延時の体制整備

- ・ 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体制を整備します。また、適切に小児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を養成するとともに、平時からの体制整備について検討します。
- ・ 地域の医療機関が感染症へ適切に対応するためのBCP策定を促進します。

^① 児童虐待専門コーディネーターとは、児童虐待の専門知識を有し、院内及び地域の関係者との連絡・調整を行う者です。

4. 評価指標

指標名		現状	目標	指標の説明・目標設定の考え方
①	乳児死亡率 ^②	2.2‰ (全国平均 1.7‰) (令和3年)	1.7‰以下 (令和 11 年)	夜間・休日の相談対応や小児救急医療拠点病院等の整備支援等により、全国平均以下に改善する。
②	幼児死亡率 ^③	0.2‰ (全国平均 0.4‰) (令和3年)	0.2‰以下 (令和 11 年)	夜間・休日の相談対応や小児救急医療拠点病院等の整備支援等により、現状を更に改善する。
③	小児(15 歳未満)の死亡率 ^④	0.2‰ (全国平均 0.2‰) (令和3年)	0.2‰以下 (令和 11 年)	夜間・休日の相談対応や小児救急医療拠点病院等の整備支援等により、現状を更に改善する。
④	子ども医療電話相談の相談件数	21,789 件 (令和4年)	24,000 件 (令和 11 年)	周知啓発等により、乳幼児死亡率の低下や時間外外来受診回数の減少につなげるため、相談件数を増加させる。
⑤	小児在宅医療支援センターが連携した市町村数(再掲)	31 市町村 (令和4年)	45 市町村 (令和 11 年)	小児在宅医療支援センターからの支援等により、県内全市町村における小児在宅医療体制の整備を目指す。
⑥	小児救急搬送症例のうち受入困難事例の割合	受入照会4回以上 1.1% 現場滞在時間 30 分以上 1.7% (令和3年)	受入照会4回以上 1.1%以下 現場滞在時間 30 分以上 1.7%以下 (令和 11 年)	小児救急医療拠点病院等の整備支援等により、現状を更に改善する。
⑦	時間外外来受診回数	107,259 件 (令和3年)	106,000 件 (令和 11 年)	夜間休日の相談体制の整備や周知啓発等により、現状を更に改善する。
⑧	熊本県災害時小児周産期リエゾンの養成数(再掲)	産婦人科医 7 人 小児科医 13 人 (令和5年4月)	産婦人科医 8 人 小児科医 14 人 (令和 11 年度)	災害時の急性期において、リエゾン2人が 24 時間体制で、最大3日間従事できる体制を整備する。

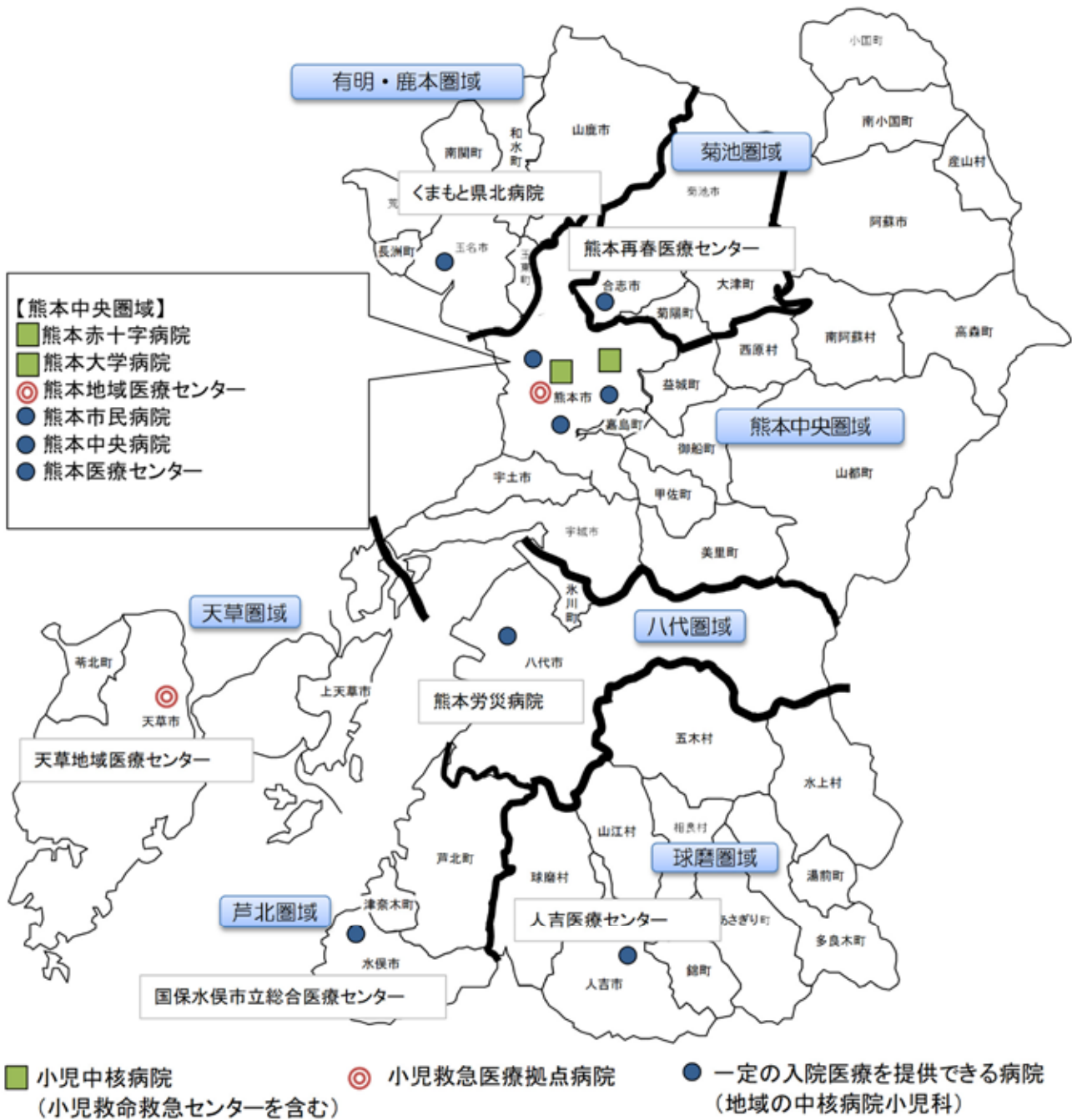
② 乳児死亡率(出生千対:‰) = (年間乳児(生後1年未満)死亡数 / 年間出生数) × 1,000

③ 幼児死亡率(出生千対:‰) = (5歳未満の死亡数 / 5歳未満人口) × 1,000

④ 小児(15歳未満)の死亡率(小児人口千対:‰) = (15歳未満の死亡数 / 15歳未満人口) × 1,000

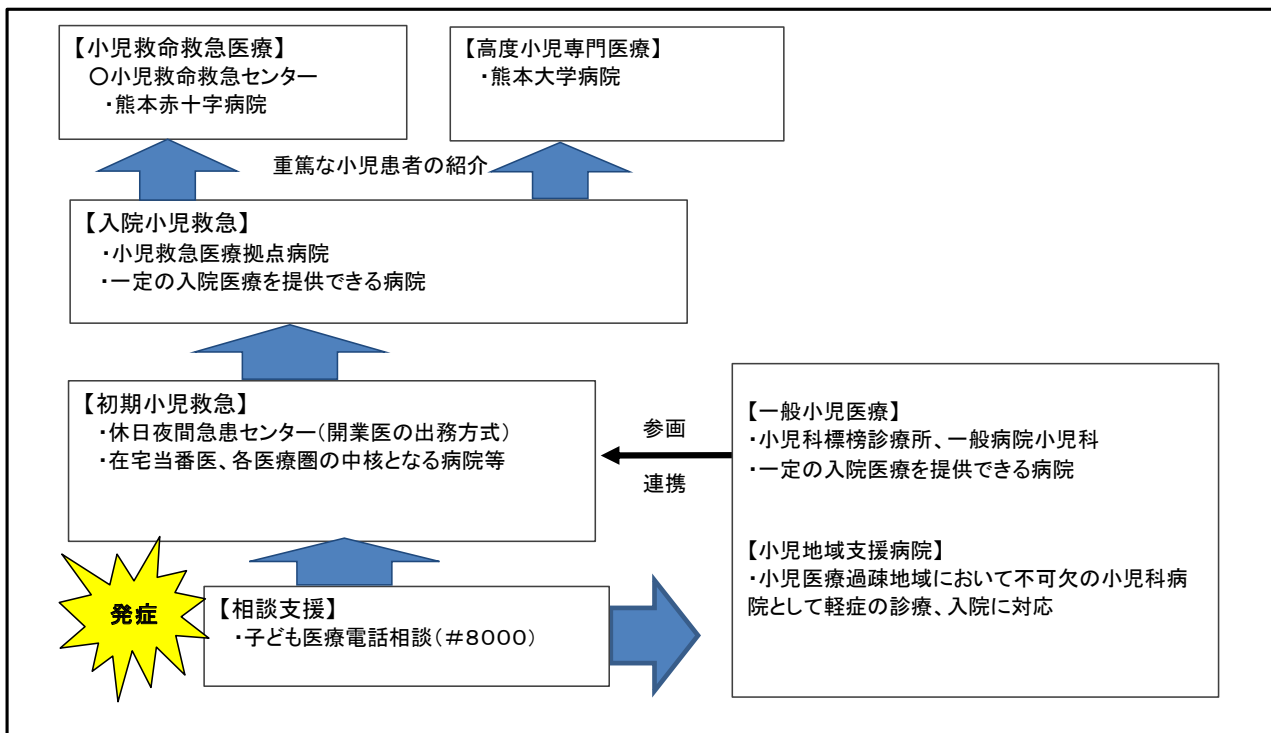
5. 小児医療の医療圏

小児患者に一定の入院医療を提供できる病院を中心として圏域を設定します。



6. 小児医療の医療連携体制・医療機能

(1) 小児医療の連携体制



(2) 小児医療機関の医療機能

	小児中核病院		小児地域医療センター		一般小児医療			相談支援
機能	高度小児専門医療	小児救命救急医療	小児専門医療	入院小児救急	一般小児医療	初期小児救急	小児地域支援病院 ¹⁾	健康相談等の支援
目標	高度な専門入院医療を実施 ・当該地域における医療従事者への教育や研究を実施	小児の救命救急医療を24時間体制で実施	一般の小児医療機関では対応が困難な患者に対する医療を実施 ・小児専門医療を実施	入院を要する小児救急医療を24時間体制で実施	地域に必要な一般小児医療を実施 ・生活の場(施設を含む)での療養・療育が必要な小児に対し支援を実施	初期小児救急を実施	小児医療過疎地域において不可欠の小児科病院として、軽症の診療、入院に対応	小児の急病対応支援 ・地域の医療資源、福祉サービス等の情報提供 ・救急蘇生法等の実施 ・小児かかりつけ医を持ち適正な受療行動をとる
県	●熊本大学病院	●熊本赤十字病院 小児救命救急センター(H25.4~)	●各一定の入院医療を提供できる病院 ・くまもと県北病院 ・熊本再春医療センター ・熊本市民病院 ・国立熊本医療センター ・熊本中央病院 ・熊本労災病院 ・国保水俣市立総合医療センター ・人吉医療センター	●小児救急医療拠点病院 ・熊本赤十字病院 ・熊本地域医療センター ・天草地域医療センター	●小児科標榜診療所 ●一般病院小児科	●休日夜間急患センター ●在宅当番医	・くまもと県北病院 ・熊本再春医療センター ・熊本労災病院 ・国保水俣市立総合医療センター ・人吉医療センター ・天草地域医療センター ※日本小児科学会の「地域振興小児科A ²⁾ 」候補病院推薦事業	●子ども医療電話相談事業(#8000) ●熊本県医療的ケア児支援センター(R4.4~) ●熊本大学病院小児在宅医療支援センター(H28.12.1~) ●小児訪問看護ステーション相談支援センター(H27.3.2~)

1) 小児地域支援病院：日本小児科学会の「地域振興小児科病院A」に相当するもの

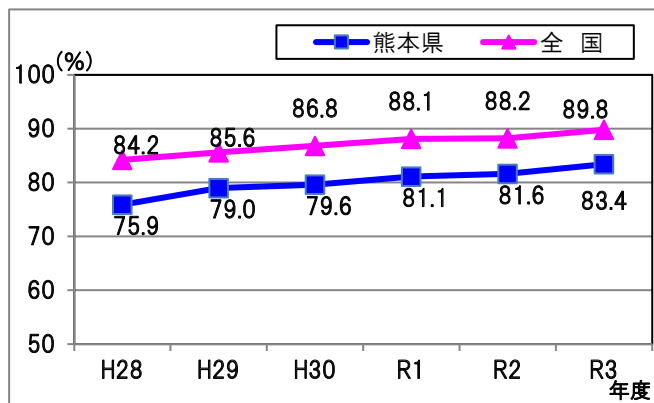
2) 地域振興小児科：小児中核病院又は小児地域医療センターがない医療圏において最大の病院小児科であり、小児中核病院又は小児地域医療センターからアクセス不良(車で1時間以上)であるもの。

第8項 歯科保健医療

1. 現状と課題

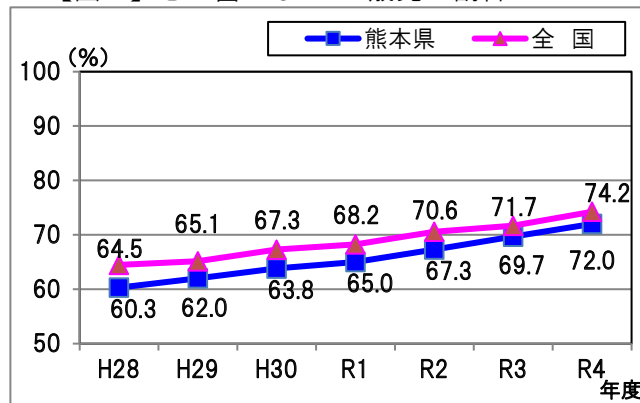
- 乳幼児と学齢期のこどものむし歯の有病状況の把握には、3歳児と12歳児のむし歯の状況が用いられます^①。むし歯のない3歳児及び12歳児の割合は増加傾向にありますが、全国平均と比べて低い状況です（図1・図2参照）。

【図1】むし歯のない3歳児の割合



出典：厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」

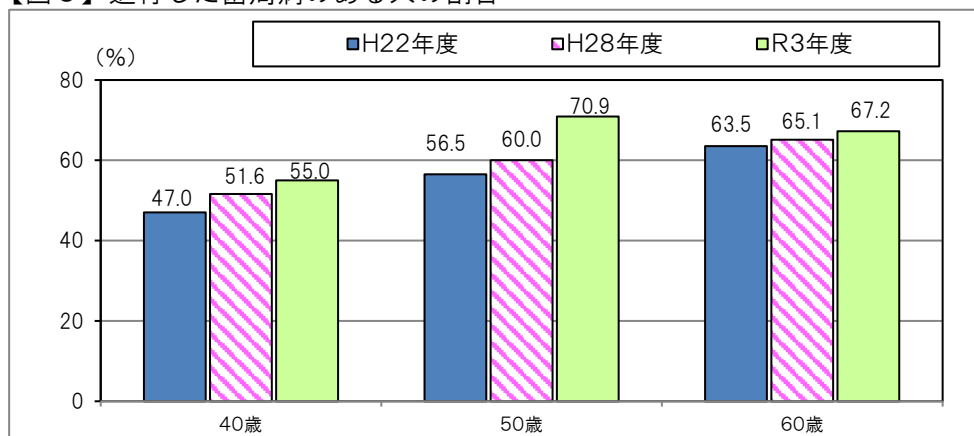
【図2】むし歯のない12歳児の割合



出典：全国 文部科学省「学校保健統計調査」
熊本県 熊本県「歯科保健状況調査」

- 本県における進行した歯周病のある人の割合は、40歳、50歳、60歳のいずれも前回調査より増加しています（図3参照）。また、歯周疾患検診を実施している市町村は30市町村（令和3年度）であり、一部の市町村では歯周疾患検診及び歯科保健指導等を受けることができない状況です。

【図3】進行した歯周病のある人の割合



出典：熊本県「歯科保健実態調査」

^① 3歳児は、乳歯咬合の完成する年齢のため、乳歯のむし歯有病状況の把握に用いられます。また、12歳児は、永久歯咬合が完成する年齢のため、永久歯のむし歯状況の把握に用いられています。

- 近年、口腔ケアが誤嚥性肺炎等の合併症予防や周術期^②の口腔機能管理によって在院日数の短縮につながることで報告されるなど、口腔と全身との関係について広く指摘されており、入院患者や在宅等で療養を行う患者に対して、医科歯科連携等を更に推進することが必要です。
- 障がい児（者）を受け入れる歯科医療機関は、令和5年(2023年)現在で163機関ありますが、歯科医療機関によって障がい児（者）への対応（歯科診療に慣れ、歯科治療に至るまでの段階を踏んだ対応）に大きな差があり、受診しにくい状況にあるため、受入体制の充実を図る必要があります。
- 通常の診療時間として休日、平日夜間を掲げる歯科診療所が増えてきていますが、休日当番医による休日の救急診療や夜間診療に対応できる保健医療圏域は6圏域（熊本・上益城、有明、菊池、八代、球磨、天草）と限られています。
- 県内の在宅療養支援歯科診療所数^③は令和5年(2023年)10月1日時点で207か所ありますが、熊本・上益城保健医療圏に診療所が集中するなど、地域的な偏在があります。
- 近年、災害時の避難生活において、口腔衛生用品を活用した健康維持、歯科医療による口腔機能の回復、歯科保健活動による誤嚥性肺炎予防などの重要性が明らかになっています。歯科医療関係機関・団体との連携体制の強化など、災害時の歯科保健医療体制の整備を進める必要があります。

2. 目指す姿

- 全ての県民が年齢や心身の状況などに応じて、歯や口腔に係る良質な保健医療サービスの提供を受けることができますようにします。

3. 施策の方向性

（1）乳幼児期及び学齢期のむし歯予防対策の充実

- ・ 市町村や保育施設での歯科健診・歯科保健指導機会の増加や、歯磨き・適切な食生活習慣指導、フッ化物応用等の取組を進めます。
- ・ 市町村における早期（3～4か月児）からの保護者等への歯科保健指導の実施や発達段階に応じた歯科保健指導内容充実のための支援を行います。
- ・ 学齢期のむし歯の有病状況を改善するため、全小中学校・特別支援学校等でのフッ化物洗口実施を目指し、市町村等へ働きかけを行います。また、全小中学校等・特別支援学校の児童生徒が安全かつ効果的な方法でフッ化物洗口を継続・定着できるように、一つの機関又は特定の人に役割や負担が集中しないよう市町村等へ支援を行います。

② 周術期とは、手術が決定した外来から入院、麻酔・手術、術後回復、退院までの、患者の術中だけでなく手術前後を含めた一連の期間のことです。

③ 在宅療養支援歯科診療所とは、在宅等における療養を歯科医療面から支援する歯科診療所のことです。厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生（支）局に届出を行っている歯科診療所のことです。在宅療養支援歯科診療所には「在宅療養支援歯科診療所1」と「在宅療養支援歯科診療所2」があり、届出を行うには、過去1年間の歯科訪問診療料の算定実績（「在宅療養支援歯科診療所1」では合計18回以上、「在宅療養支援歯科診療所2」では合計4回以上）などが必要となります。

(2) 歯周病予防対策の充実

- ・ 県民がかかりつけ歯科医を持ち、定期的に歯科健診や歯石除去、歯科保健指導等を受ける必要性について、SNSの活用や、歯と口の健康週間及びいい歯の日イベント等のあらゆる機会を通じて普及啓発を行います。
- ・ 健康増進事業における歯周疾患検診未実施市町村の実施困難な理由を把握し、実施に向け支援を行います。

(3) 障がい児（者）への歯科保健医療の提供

- ・ 障がい児（者）の歯科疾患の予防及び口腔機能の維持向上を図るため、その保護者や施設職員等に対して、むし歯予防や口腔清掃等の指導を行います。
- ・ 障がい児（者）に対して適切な歯科医療が提供できるよう、その中心的役割を担っている熊本県歯科医師会立口腔保健センターへの支援を行います。
- ・ 歯科医師や歯科衛生士を対象とした障がいの特性に応じた治療についての研修を行い、研修修了者を登録歯科医師・歯科衛生士とする登録制度を設け、障がい児（者）が受診可能な医療機関の確保及びその周知に取り組みます。
- ・ 歯科診療所と連携した全身管理を有する障がい児（者）への歯科治療や口腔外科を担う病院歯科の確保に取り組みます。

(4) 休日や夜間の救急診療体制整備への支援

- ・ 休日の夜間診療や救急診療の体制を強化するため、関係機関による休日の救急・夜間診療の運営等を支援します。

(5) 在宅歯科連携体制の整備

- ・ 県歯科医師会内に設置された在宅歯科医療連携室において、訪問歯科診療調整対応の更なる強化及び高度な知識・技術を持った歯科医療人材の育成（研修会の開催）に取り組みます。
- ・ 訪問歯科診療体制を強化するため、訪問歯科診療の器材整備等の支援や、歯科衛生士向けに研修を実施することで、介護予防の現場等において、口腔機能向上に向けた技術的支援を実施できる人材の育成に取り組みます。

(6) 医科歯科連携の推進

- ・ がん等治療時の誤嚥性肺炎等の合併症予防や口腔機能の維持につなげるため、口腔ケアや口腔機能管理に関する研修等を通じて、歯科保健関係者の資質向上に取り組むとともに、がん、脳卒中、心血管疾患、糖尿病などの医科と歯科の更なる連携を推進します。
- ・ 低出生体重児や極低出生体重児の出生を減少させるため、産科・歯科医療機関及び行政が連携して行う「熊本型早産予防対策」において、健診を行う市町村へ助成を行うとともに、妊婦健康診査や歯科健診受診の必要性等の啓発を確実に実施していきます。
- ・ 妊娠中の健康管理を徹底するため、妊婦への歯周病予防に関する指導及び妊婦健康診査や歯科健診の受診の必要性について啓発を行います。

(7) 災害時歯科保健医療提供体制の整備

- ・ 災害時の歯科保健医療提供体制の構築のため、災害時歯科保健医療活動及び歯科医療救護に関する立案及び実施等を行う災害歯科コーディネーター、JDATと他の医療チーム、保健師、栄養士等の多職種間の連携を強化します。また、県歯科医師会や市町村等関係機関と連携し、災害時の支援体制強化のための研修の取組を推進します。

4. 評価指標

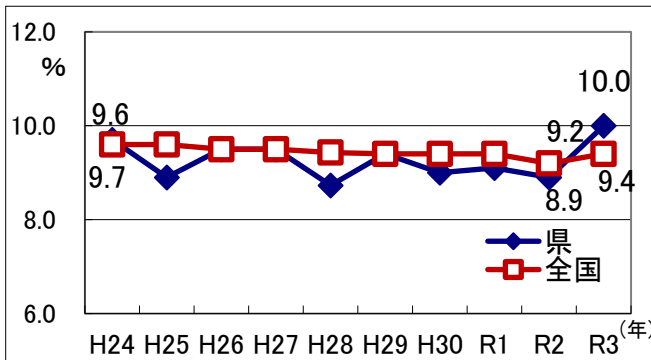
指標名		現状	目標	指標の説明・目標設定の考え方
①	むし歯のない幼児（3歳児）の割合	83.4% (令和3年度)	90%以上 (令和9年度)	市町村等での歯科健診・歯科保健指導を充実することで、むし歯のない3歳児の割合を90%以上とすることを目指す。
②	むし歯のない12歳児の割合	72% (令和4年度)	75%以上 (令和10年度)	フッ化物洗口の取組を継続し、全国平均を上回ることを目指す。
③	歯周病を有する人の割合	40歳 55.0% 60歳 67.2% (令和3年度)	40歳 50%以下 60歳 60%以下 (令和9年度)	歯周病予防対策を推進することで、40歳及び60歳の歯周病有病者を10%程度低下させることを目指す。
④	障がい児(者)のむし歯予防や口腔清掃等の知識・技術を習得した職員を有する入所施設の割合	66.2% (令和4年12月)	87.8% (令和9年3月)	障がい児(者)施設職員への研修会の実施により、歯科保健知識・技術を習得した職員を有する入所施設を増加させる。
⑤	在宅療養支援歯科診療所数	207施設 (令和5年10月1日)	250施設 (令和11年度)	訪問歯科診療に必要な器材に対し助成を行うこと等により、在宅療養支援歯科診療所を増加させる。
⑥	訪問歯科診療を受けた患者数(実人数)	7,286人 (令和4年度)	8,400人 (令和11年度)	訪問歯科診療の相談・調整に対応できる体制づくりの推進により、歯科訪問診療料算定者数(実人数)を増加させる。
⑦	妊婦の歯科健診受診率	47.6% (令和4年3月)	増加	国の現状が、30%であり、成育医療等基本方針に係る指標において「増加」となっていることから、県においても、現状から増加させる。

第9項 母子保健

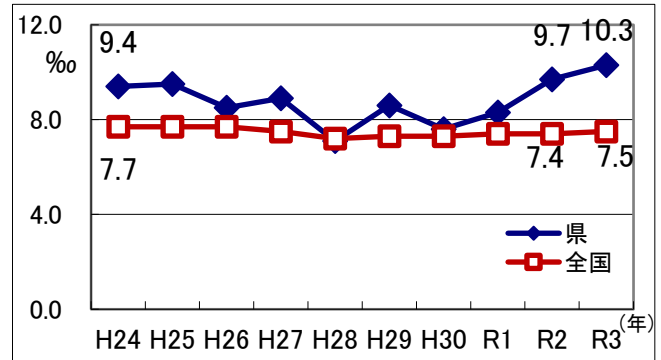
1. 現状と課題

- 地域のつながりの希薄化などにより、妊産婦や子育て中の方の孤立感や負担感が高まっています。産後うつ等の精神的問題があると、自殺や虐待の危険性が高まることから、市町村には妊娠期から子育て期にわたる様々なニーズに対して、総合的な相談支援を行うことが求められています。
- 近年、結婚年齢や妊娠・出産年齢の上昇に伴い、不妊に悩む方が増加しています。不妊治療は経済的、身体的、精神的負担が大きいことから、個々の状況に応じた専門的な支援が求められています。
- 本県での出生後のハイリスク要因である低出生体重児及び極低出生体重児の出生割合は、これまで全国平均並み又はそれより高い状況で推移しています（図1、2参照）。

【図1】低出生体重児出生割合（出生百対）



【図2】極低出生体重児出生割合（出生千対）



出典 [図1、図2]：厚生労働省「人口動態統計」

- 令和3年度(2021年度)の3歳児健康診査時の聞き取りで、約3割の保護者が「育てにくさ」を感じており、その要因は、こどもの心身の状態や発達・発育の偏り、慢性疾患によるもの、養育環境の問題等多岐にわたっています。
- 令和3年度(2021年度)の本県の10歳代の人工妊娠中絶実施率^①(3.9%)は、全国平均(3.3%)より高い状況です（「4. 評価指標」の④を参照）。

2. 目指す姿

- 誰もが安心して妊娠・出産・子育てができ、全てのこどもが健やかに育つため、妊娠期から子育て期にわたる包括的で切れ目のない支援を推進します。

^① 10歳代の人工妊娠中絶実施率とは、15～19歳以下の人工妊娠中絶件数の割合（15～19歳の女性人口千対）です。

3. 施策の方向性

(1) 妊娠・出産・子育て期にわたる切れ目ない支援体制の整備

- ・ 妊娠期から子育て期にわたり切れ目なく妊産婦や子育て中の方を支援するため、市町村の子育て世代包括支援センター運営に対する助言、関係者を対象とした産後うつへの対応及び、妊産婦等の支援に関する研修会などを実施します。

さらに、必要に応じてこども家庭センターにおいて、福祉や教育関係機関とも連携した支援に取り組みます。

(2) 妊娠や出産に伴う悩みに対する相談体制の整備

- ・ 妊娠・出産の希望を実現するために、女性特有の悩みに対応する女性のケア事業及び不妊・不育症治療等に関する支援として、妊娠とこころの相談や不妊相談を実施します。

(3) 早産予防対策の推進

- ・ 低出生体重児や極低出生体重児の出生を減少させるため、産科・歯科医療機関及び行政が連携して行う「熊本型早産予防対策」に取り組む市町村への支援を継続するとともに、妊娠中の健康管理を徹底するため、妊婦等への禁煙や歯周病に関する指導、妊婦健康診査や歯科健診の受診の必要性について啓発を行います。

(4) 個々の育児の状況に応じた保護者への支援の強化

- ・ こどもの心身の状態や発達・発育の偏り、慢性疾患等により育てにくさを感じる保護者を支援するため、医療機関や市町村、庁内各課等の関係者による連携した支援や専門的相談などを行います。
- ・ 小児慢性特定疾病を持つこどもに対しては、地域の支援体制を確立するための協議会を設置し、支援体制について整備します。

(5) プレコンセプションケア^②の推進

- ・ 男女を問わず、若い世代から性や妊娠に関する正しい知識を得て、健康管理ができるようになるために、プレコンセプションケアについての普及・啓発を行います。
- ・ 10歳代の予期しない妊娠をなくし人工妊娠中絶を減らすため、学校と連携して高校生などの若い世代に対して、講演会等を通じて、性や生、ライフデザインに関する正しい知識の普及啓発や相談窓口の周知を行います。

^② プレコンセプションケアとは、近々妊娠したいと考える女性だけでなく、思春期以降の女性やカップルが将来の妊娠を考えながら自分たちの生活や健康に向き合うことです。

4. 評価指標

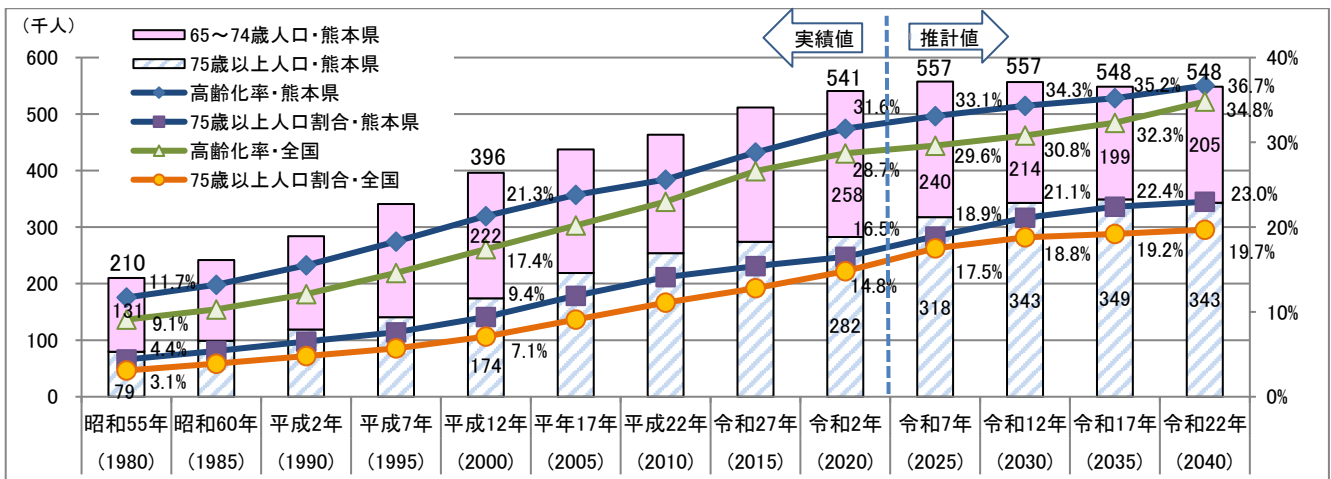
指標名		現状	目標	指標の説明・目標設定の考え方
①	低出生体重児出生率	10.0% (全国 9.4%) (令和3年)	①9.4% ②7.5% (令和11年)	熊本型早産予防対策の実施により、令和3年時点の全国平均以下を目指す。
②	極低出生体重児出生率	10.3% (全国 7.5%) (令和3年)		
③	育てにくさを感じたときに、相談先などの解決方法を知っている割合 (3・4か月児、1歳6か月児、3歳児健診の平均値)	83.4% (全国 80.9%) (令和3年度)	増加 (令和11年度)	個々の育児の状況に応じた保護者への相談支援等の実施により、現状から増加を目指す。
④	10歳代の人工妊娠中絶率	3.9% (全国 3.3%) (令和3年度)	3.3% (令和11年度)	思春期保健対策の推進により、全国平均以下を目指す。
⑤	産後ケア事業の利用率	0.5% (全国 6.1%) (令和3年度)	6.1% (令和11年度)	妊娠・出産・子育て期にわたる切れ目ない支援の推進により、全国平均以上を目指す。

第10項 高齢者保健医療福祉（介護保険含む）

1. 現状と課題

- 本県の高齢者人口は2025年頃をピークに、その後は減少すると予測されますが、生産年齢人口も大きく減少し、高齢化率の上昇は続く見込みです（図1参照）。そのため、団塊ジュニア世代が高齢者となり、生産年齢人口の急減が見込まれる2040年を見据え、高齢者ができる限り住み慣れた地域で自立して生活することができるよう、高齢者が元気で活躍する社会の実現や地域包括ケアシステムの深化・推進に向けて取り組む必要があります。
- 本県の平均寿命は令和2年(2020年)に男性が全国9位、女性が5位と高いものの、健康寿命(令和元年推計値)は男性が全国37位、女性が24位に留まっています。また、本県の要介護認定率は全国平均よりも高い状況にあります。
- 本県の高齢者の就業率は25.8%であり、全国平均24.7%を上回っていますが、内閣府調査では60歳以上の者の約6割が65歳以上まで働きたいと回答しており、本県においても就労意欲の高い潜在的な高齢者がいると見込まれます。
- 認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、早期からの適切な対応、認知症医療・介護体制の整備等を進める必要があります。また、認知症への社会の理解を深め共生社会の実現を推進することが求められています。
- 後期高齢者人口の増加に伴い、本県の要介護認定者数は増加していくことが見込まれるため、地域の実情を踏まえて、在宅医療等の充実や多様な住まい・サービス基盤の整備を推進する必要があります。
- 介護サービスの需要は増加していますが、本県の介護職の離職率は全国平均より高く、介護人材の需給ギャップが生じており、介護職員の数の確保が求められます。また、介護サービスの質の向上を図るため、介護現場の生産性向上に努めることが必要です。
- 近年の全国的な災害の発生状況や新型コロナウイルス感染症の感染状況を踏まえ、高齢者等の特に配慮が必要な人への支援体制の整備が必要です。

【図1】本県及び全国の高齢者人口の推移



出典：「国勢調査」、「日本の将来推計人口」等を基に熊本県高齢者支援課作成

2. 目指す姿

- 「高齢者が住み慣れた地域で健やかに暮らし、みんなで支え合う“長寿で輝く”くまもと」の実現に向けて、全ての高齢者が、「暮らしたいと思う地域・場所で」、「快適かつ安全・安心に」、「生きがいと社会参加の機会を持ちながら」、自立して長寿を全うすることができるようにします。

3. 施策の方向性

(1) 高齢者が元気で活躍する社会の実現と自立支援の推進

- ・ 高齢者が積極的に社会を支える存在として活躍し、世代を超えて地域住民が支え合う地域づくりを推進するため、高齢者の社会活動やスポーツ文化活動を支援するとともに、ハローワーク、シルバー人材センター等を通じて高齢者の就労を促進します。
- ・ 健康寿命を延ばすため、地域リハビリテーション体制を生かした自立支援の取組を推進するとともに、フレイル及びオーラルフレイル予防の推進等を支援します。
- ・ 市町村における高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の取組の推進に向けて、好事例の横展開や関係団体との連絡調整、事業の取組結果に対する評価や効果的な取組の分析を進めます。
- ・ 高齢者が住み慣れた家や地域で生活を継続していけるよう、中山間地域等における在宅サービス提供体制づくりや高齢者の移動手段の確保等の取組を支援します。

(2) 認知症施策の推進

- ・ 認知症の早期発見・早期診断・早期対応のための体制整備を進めるとともに、医療、介護等の多職種連携を更に進め、認知症医療・介護体制の充実・強化を図ります。また、介護職員等の認知症ケアの質の向上を推進します。
- ・ 認知症サポーターの養成や地域の見守り・支援活動を促進するとともに、認知症の人と家族に対する相談・交流の場の提供など地域支援体制の整備を推進します。

(3) 在宅医療の充実と在宅医療・介護連携の推進

- ・ 在宅医療と介護を一体的に提供できる体制を整備するため、市町村や関係団体等と連携し、在宅医療と介護サービスの充実及び多職種連携のための人材育成等を進めます。また、日常の療養支援や入退院支援の実施等に取り組むとともに、訪問看護、在宅歯科診療や薬局による在宅訪問等の提供体制の強化に取り組みます。

(4) 多様な住まい・サービス基盤の整備

- ・ 高齢者が住み慣れた地域で状況に応じて必要なサービスが受けられるよう、地域の実情を踏まえて、必要な施設・居住系サービス等の整備を支援するとともに、特別養護老人ホーム等における看取りやたん吸引等の医療・看護サービスの推進に取り組みます。

(5) 介護人材の確保と介護サービスの質の向上

- ・ 介護人材の確保・定着及び介護サービスの質の向上に向けて、外国人、高齢者及び潜在的有資格者等の多様な人材の参入促進、介護職員の処遇改善に取り組むとともに、介護ロボット・ICT導入等の介護現場における生産性向上への取組を推進します。

(6) 災害や感染症への対応

- ・ 災害による被害を最小限に抑えるため、要配慮者利用施設における防災対策の強化や要配慮者の避難支援体制の確保等を支援します。
- ・ 新興感染症等への感染防止及び感染発生時の安全かつ継続的な介護サービス提供のため、高齢者施設等における感染対策の支援、BCPに基づく訓練・研修の支援、医療機関との連携の促進に取り組みます。

4. 評価指標

	指標名	現状	目標	指標の説明・目標設定の考え方
①	訪問診療実施医療機関数（推計値）【再掲】	497 か所 （令和4年度）	562 か所 （令和11年度）	今後の在宅医療の需要増加に対応できるように、これまでの実績を踏まえ、訪問診療に取り組む医療機関数を10%以上増加させる。

第11項 障がい保健医療福祉

1. 現状と課題

- 発達障がい児（者）の支援については、早期発見・早期療育の効果が大きく、乳幼児健診や日頃の診療等で発達障がいに気付くことが重要であることから、各圏域で発達障がいを診療できる医療体制の整備を進めていますが、長期の診断待機が生じている地域があります。
- 発達障がい児（者）に対して、各関係機関が、療育、教育及び就労などの支援に取り組んでいるところですが、ライフステージに応じた切れ目のない支援を行うため、引き続き医療、福祉、教育、就労等の関係機関が連携して支援していくことが求められています。
- 医療的ケア児及び重症心身障がい児（者）の在宅生活を支援するため、熊本県医療的ケア児支援センターを設置し、地域における支援体制の整備を進めていますが、整備状況は地域によって差があります。また、医療的ケア児及び重症心身障がい児（者）の地域生活を継続するためには、家族の精神的・肉体的負担を軽減するレスパイトケアが重要であり、医療的ケア児等が利用できる事業所の開設を支援していますが、その数は十分ではありません。
- 障がい児（者）については、医療費の負担が大きいことから、必要な医療が適切に受けられるよう、自立支援医療費や重度心身障がい児（者）医療費の給付を行っています。

2. 目指す姿

- 発達障がい児（者）については、早期に気づき、身近な地域で専門的な診断が受けられ、診断の後には地域の医療機関において適切な診療を受けられるようにします。
- 医療的ケア児及び重症心身障がい児（者）については、本人が身近な地域で安定した生活や療育などの必要な支援が受けられ、その家族もレスパイトケアなどの支援が受けられるようにします。

3. 施策の方向性

(1) 発達障がい児（者）への医療提供体制の整備等

- ・ 発達障がいの早期発見・早期療育のため、乳幼児健診等で早期に発達障がいに気づき、障害児通所支援などの療育支援をできるだけ早く受けることができる体制を整備します。また、こども総合療育センターを拠点として専門的な助言・指導等を行うとともに、各圏域に中核機能を十分に備える児童発達支援センター等を整備し、地域の発達障がいに係る療育支援体制の整備を推進します。
- ・ 身近な地域で発達障がいの診療が受けられるよう、発達障がい医療センター及びこども総合療育センターにおいて、地域の医療機関の医師を対象とする発達障がいの知識・技術の習得に係る研修、検診・診察への陪席、症例検討会等を行い、地域の医療機関において発達障がいを診療できる医師を養成します。
- ・ 発達障がいの円滑な受診につなげるため、地域療育ネットワーク会議等の活用により、各圏域における医療、福祉、行政等の連携を進めるとともに、小児科医と精神科医及び専門医療機関と地域のかかりつけ医の診療の役割分担と連携を推進し、各圏域で地域の実

情に応じた発達障がいに対応できる医療体制を強化します。

(2) 発達障がい児（者）への支援のための関係機関の連携体制の強化

- 発達障がい児（者）をライフステージに応じて切れ目なく支援するため、個別支援計画等を活用し、関係機関で情報共有を行うなど、連携を強化します。また、医療、福祉、教育、就労等の関係機関で構成する発達障がい者支援地域協議会等により、連携を強化します。

(3) 地域における医療的ケア児支援体制の整備

- 医療的ケア児の支援に携わる保健、医療、福祉、教育等の関係機関で構成する医療的ケア児等支援検討協議会等で情報共有を行うなど、連携を強化します。
- 医療的ケア児等に対する支援を総合調整するコーディネーターや、保育所、学校、事業所等における支援者を養成するとともに、熊本県医療的ケア児支援センターにおいて市町村における医療的ケア児等コーディネーター配置などを支援し、地域の支援体制を整備します。

(4) 医療的ケア児及び重症心身障がい児（者）とその家族への支援の充実

- 医療的ケア児及び重症心身障がい児（者）が地域で安心して暮らすことができ、その家族もレスパイトケアなどの支援が受けられるようにするため、在宅の医療的ケア児及び重症心身障がい児（者）が利用できる事業所の開設を支援し、居宅介護、短期入所、日中一時支援、児童発達支援等のサービスを身近な地域で提供できる体制を強化します。

(5) 医療費助成による負担の軽減

- 障がい児（者）の医療費負担を軽減するため、市町村を通して、自立支援医療費の給付や重度の心身障がい児（者）の医療費について助成します。

4. 評価指標

指標名		現状	目標	指標の説明・目標設定の考え方
①	かかりつけ医等発達障がい対応力向上研修の受講者数	227人 (令和4年度)	451人 (令和11年度)	身近な地域で発達障がい診療できるようにするため、発達障がいに対応できるかかりつけ医を養成する。32人/年の受講者を養成することを目指す。
②	医療的ケア児等コーディネーター配置市町村数	4市町村 (令和4年度)	45市町村 (令和8年度)	令和8年度末までに全市町村に配置することを目指す。