

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、日祭日については、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。

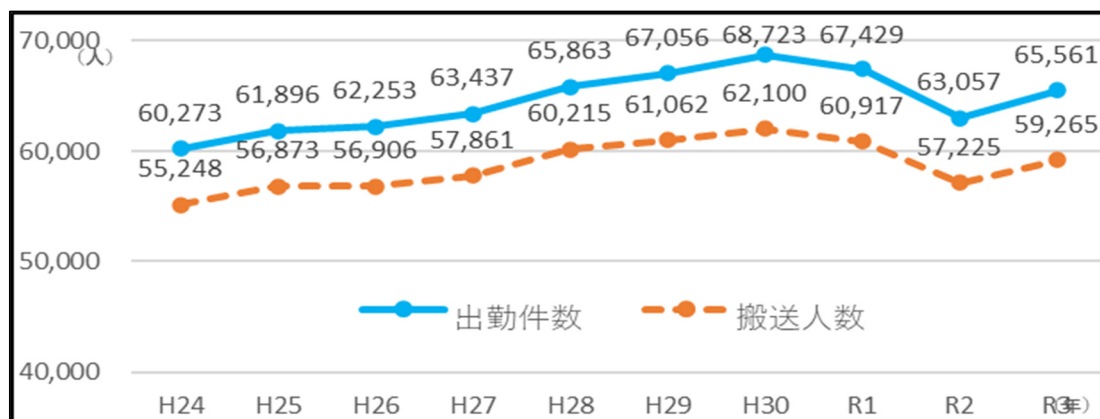
救急医療を担う医師の確保が重要な課題となっており、医療圏によって、又は同じ医療圏の中でも、中心部とそれ以外の地域では医師の数に偏在が見られ、医師の疲弊が増大してきていることも深刻な問題となっています。

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年は県全体の出勤件数、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。

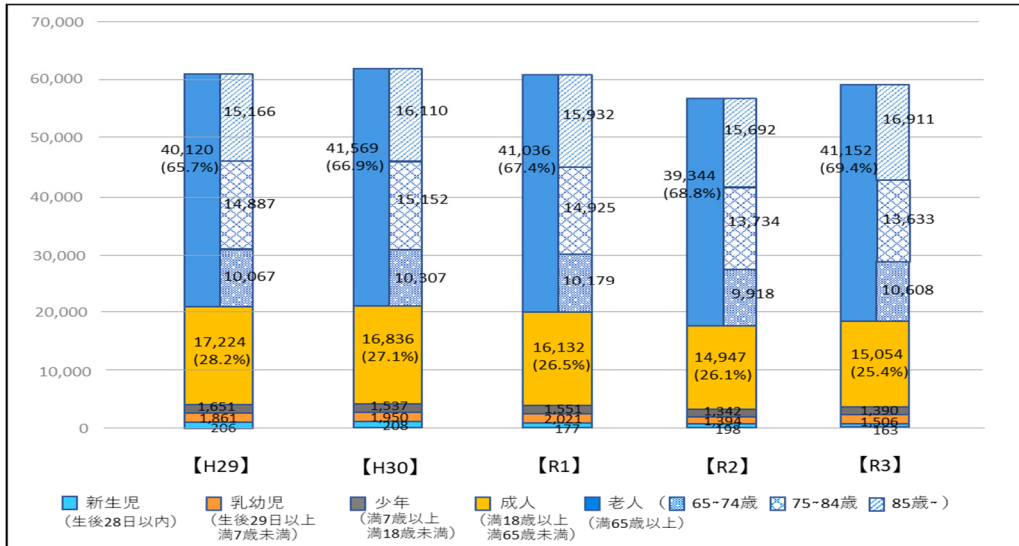
【グラフ】本県の救急患者の推移



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

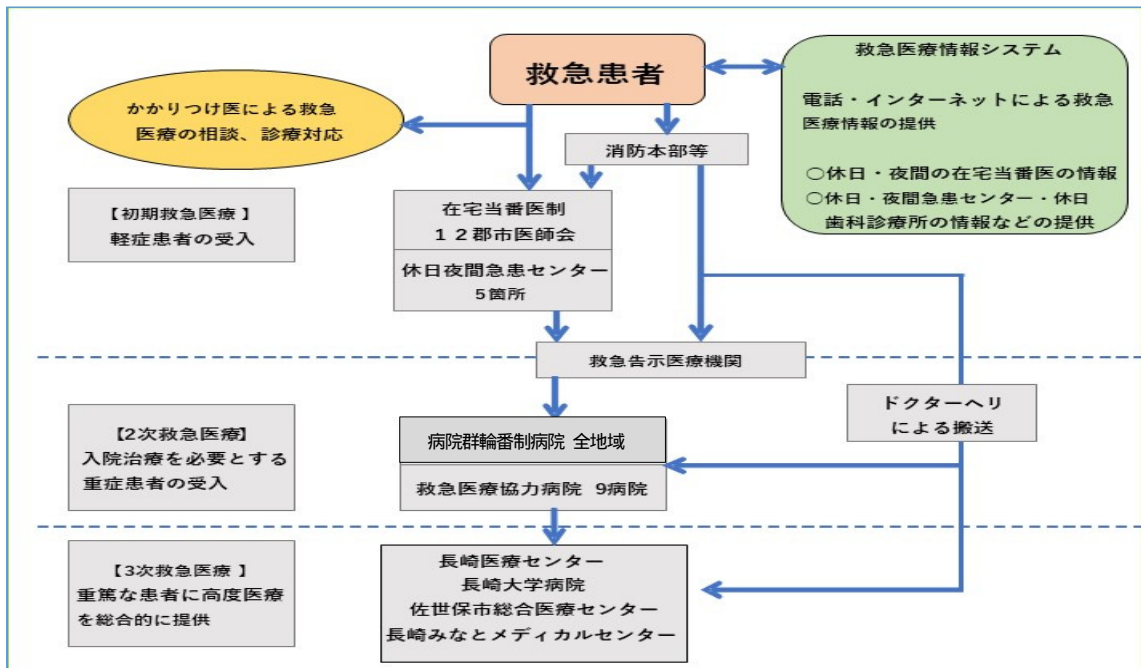


出典：県医療政策課調べ

(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



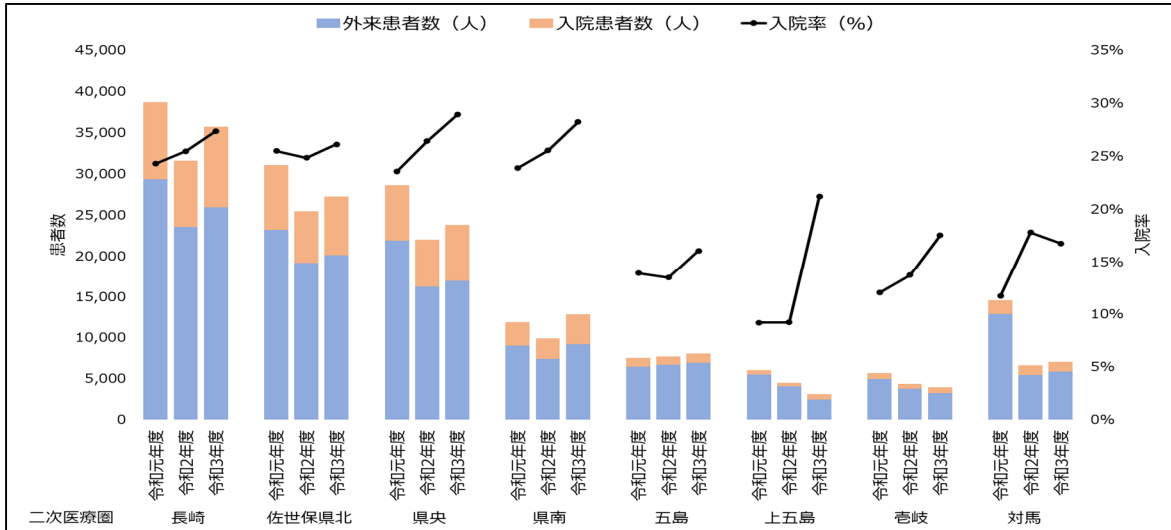
精神科救急については、「第5節 1 精神科医療」に記載しています。

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
吉野	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。

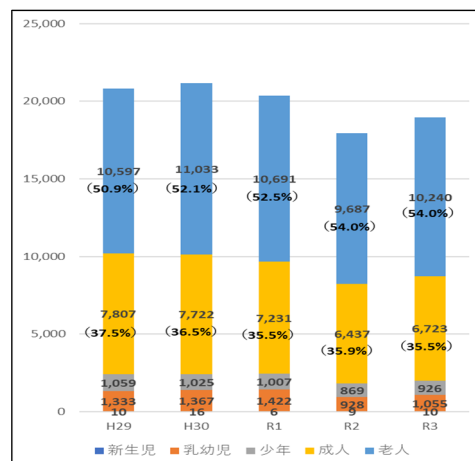
限られた救急車を運用する中で、タクシーや歩いて行けるような病気やケガで救急車を利用すると、

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。



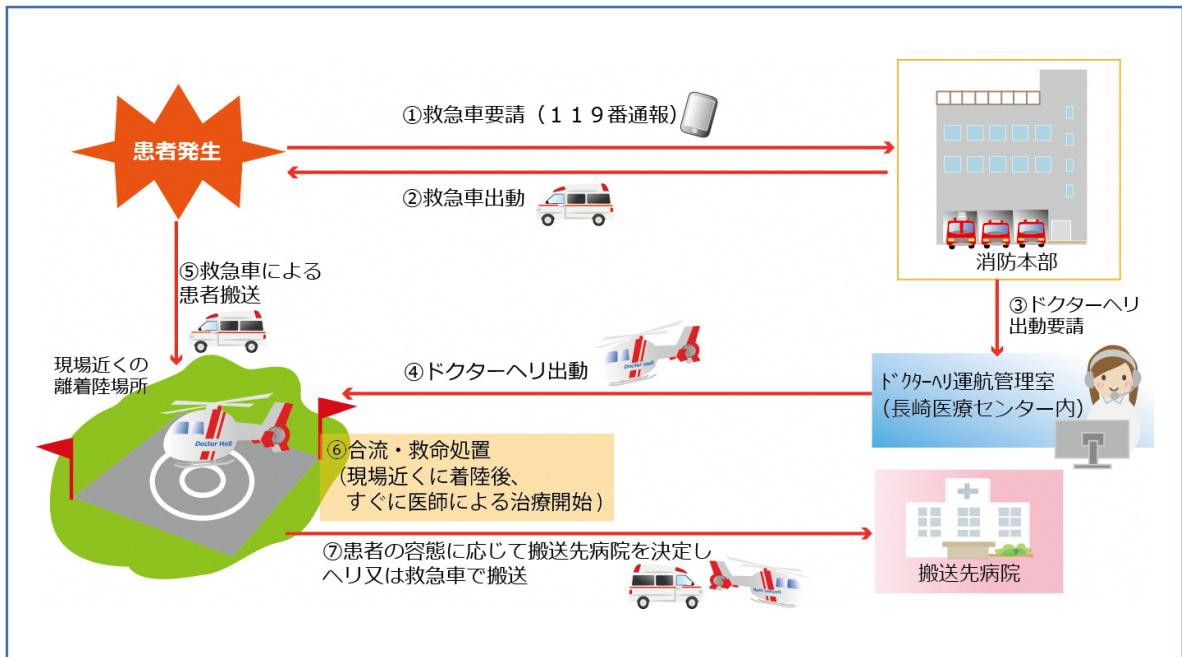
【表】ドクターヘリの運航実績（医療政策課調）

年度	要請数 ア=イ+ウ	出動前	出動回数			
		キャンセル イ	合計 ウ=エ+オ+カ	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

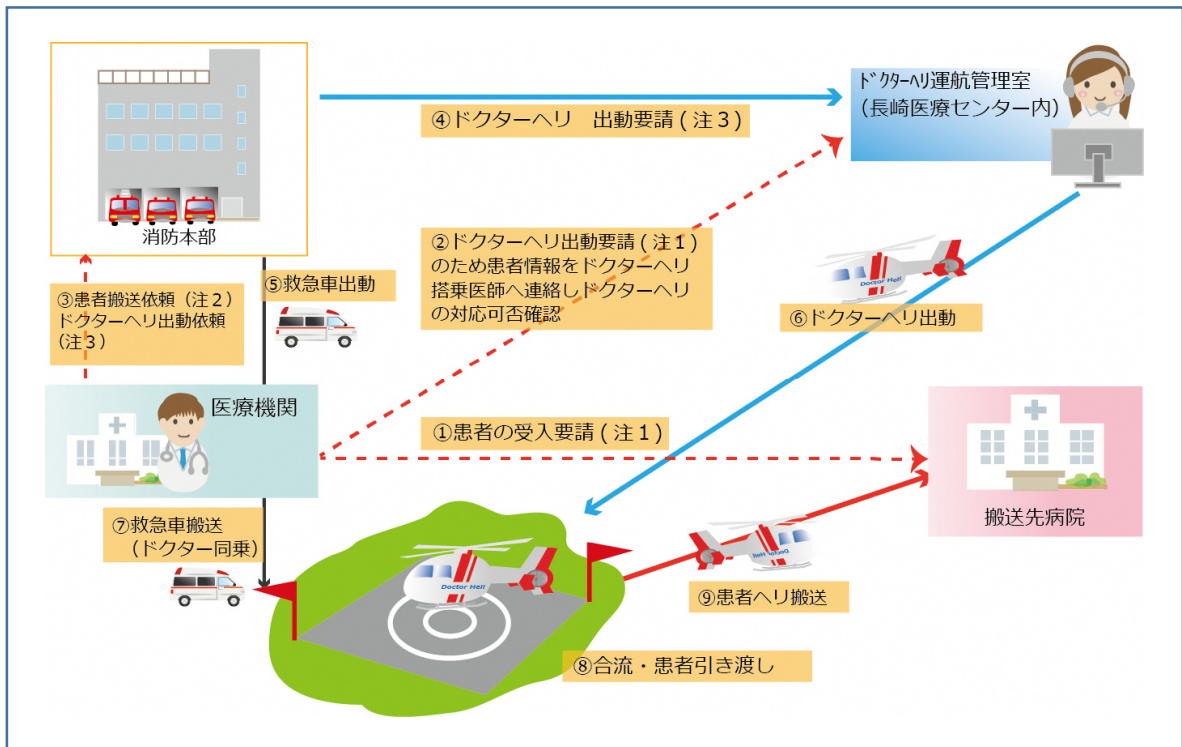
ドクターヘリの出動方法には、「現場出動」と「病院間搬送」があります。

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、と 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・壱岐・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ことが必要です。

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証票データを集積・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 ヶ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

圏 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 年未年始 10:00～17:00 20:00～23:30	長崎市医師会 西彼杵医師会	休日 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 長崎協栄病院 十善会病院 <長崎北> 長崎原爆病院 井上病院 済生会長崎病院	<長崎地区> 大久保病院 千綿病院 長崎友愛病院 重工記念長崎病院 日浦病院 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 県 北	佐世保市立 急病診療所	月～土 20:00～23:00 休日 10:00～18:00 年未年始 10:00～18:00	佐世保市医師会 平戸市医師会 北松浦医師会	休日 休日 休日	佐世保市総合医療センター 佐世保中央病院 佐世保共済病院 三川内病院 千住病院 俵町浜野病院	長崎労災病院 京町病院 杏林病院 北松中央病院	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 深夜診療センター 大村市夜間 初期診療センター	毎日 20:00～23:00 毎日 19:00～22:00	諫早医師会 大村市医師会 東彼杵郡医師会	休日 休日 休日	諫早総合病院 宮崎病院 西諫早病院 長崎原爆諫早病院	市立大村市民病院 長崎川棚医療センター 長崎医療センター	貞松病院 諫早記念病院	佐藤病院
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 南高医師会	休日 休日	長崎県島原病院 愛野記念病院 哲翁病院	柴田長庚堂病院 泉川病院 公立小浜温泉病院		
五 島			五島医師会	休日	長崎県五島中央病院		長崎県奈留医療センター 長崎県富江病院	
上五島				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	
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			3医療機関は再掲
県全体	5カ所		12都市医師会		38病院(37)	9病院(6)	13病院(13)、2診療所(2)	4病院(4)

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。