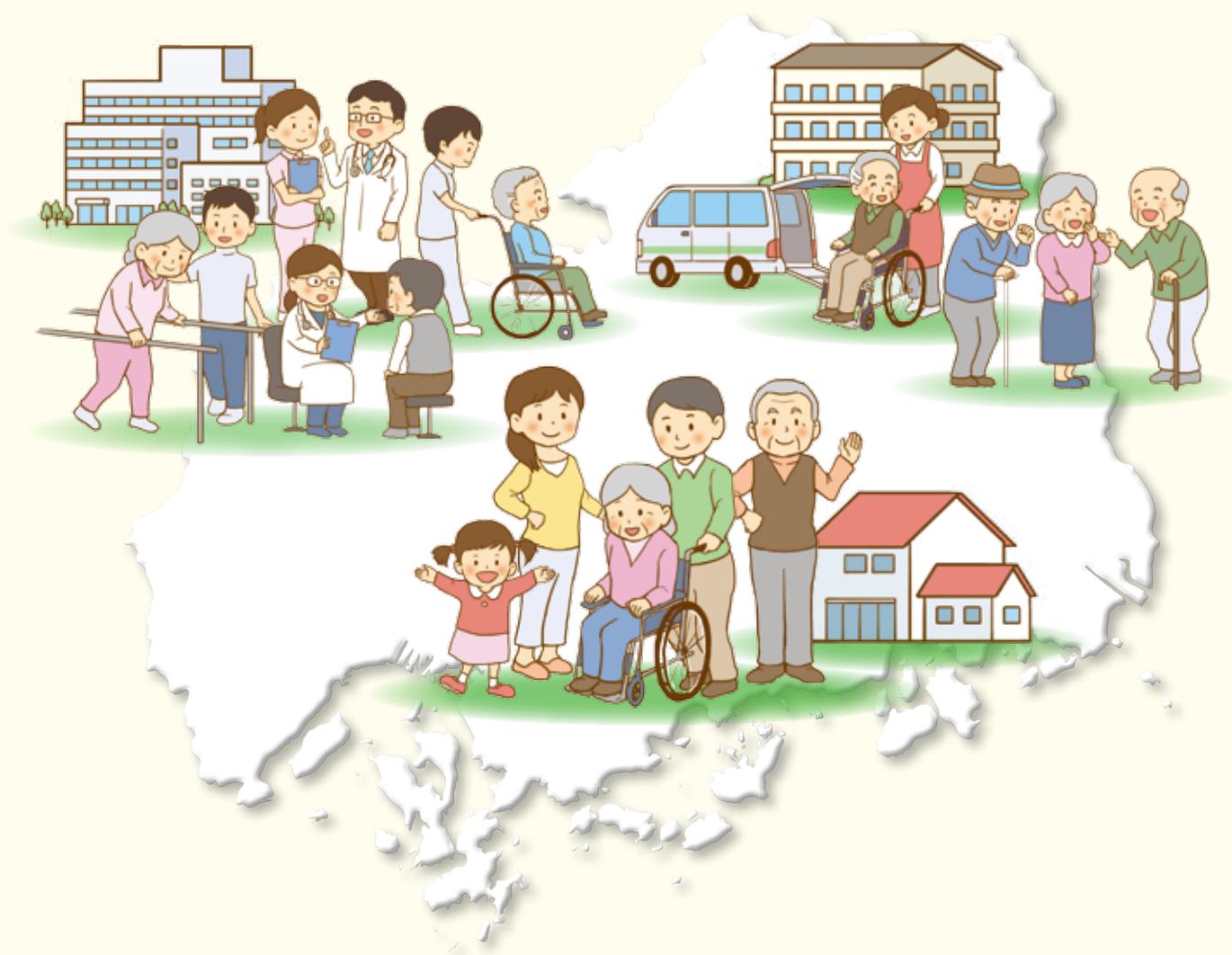


広島県地域医療構想

身近な地域で質の高い医療・介護サービスを受け、
住み慣れた地域で暮らし続けることができる広島県の実現



平成 28 (2016) 年 3 月



広島県

県民の皆様へ

心豊かに笑顔で暮らしていますか



平成 37（2025）年は団塊の世代の方々が 75 歳以上になり，県民の 3 割以上が高齢者（65 歳以上）となるなど，少子高齢化の流れは止まりません。加えて，人口減少が加速し，地域の姿も変わっていきます。

私たちは，親から生命を授かり次の時代へバトンタッチするまで，自分を生き，まわりの人を支え，支えられ，家族・地域の一員として社会をつくっています。

私たちは，いつでも健康でありたいと願っていますが，病気やけがなどで通院や入院，在宅等で療養することがあります。かかりつけ診療所や高度医療機関の医療で治癒することもあれば，慢性の病気とともに生きていかなければならないこともあります。場合によっては，要支援・要介護状態になり介護サービスの利用が必要になることもあります。

私たちが医療や介護が必要になったとき，「身近な地域で質の高い医療・介護サービスを受け，住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう」，限りある医療・介護資源の有効な活用による医療提供体制の整備と地域包括ケアシステムの確立を一体的に推進するとともに，医療・福祉・介護を支える人材の確保・育成を進めるため，この構想を策定しました。

県民の皆様“心豊かに笑顔で暮らしていただけるよう”，医療・介護の関係者と市町などの関係機関，そして皆様のご理解とご協力をいただきながら全力で取り組んでまいります。

平成 28（2016）年 3 月

広島県知事 湯崎英彦

目次

第1章 総論	1
1 地域医療構想策定の趣旨	3
2 地域医療構想の位置付け	3
3 基本理念・目指す姿・取組の基本方針	4
4 地域医療構想実現の目標年次	6
5 構想区域	6
6 地域医療構想の策定体制	7
7 地域医療構想の推進	8
第2章 医療提供体制の現状及び 将来の医療需要・医療提供体制の見通し	9
1 地域の現状	10
(1) 人口及び高齢者数	10
(2) 高齢者世帯の動向	11
(3) 認知症高齢者の状況	12
(4) 療養病床及び介護保険施設・高齢者向け住まい定員数の状況	12
(5) 医療療養病床入院患者の状況（速報値）	14
2 平成 37(2025) 年の医療需要と医療提供体制	18
(1) 平成 37(2025) 年の医療需要の推計方法	18
(2) 平成 37(2025) 年における病床数の必要量（必要病床数：暫定推計値）	22
(3) 病床機能報告制度の状況	24
(4) 病床の機能分化・連携の推進により在宅医療等へ移行する患者	26
第3章 将来のあるべき医療・介護提供体制を 実現するための施策	27
1 病床の機能の分化及び連携の促進	29
(1) 病床の機能の分化及び連携の促進	29
(2) ICT の活用による医療・介護連携体制の整備	31
2 地域包括ケアシステムの確立	33
(1) 地域包括ケアシステムの確立	33
(2) 在宅医療の充実	33
(3) 介護サービスの基盤整備と介護予防の推進	35
(4) 高齢者向けの多様な住まいの確保と日常生活の支援	37
(5) 認知症施策の充実	38

3 医療・福祉・介護人材の確保・育成	39
(1) 医療人材の確保・育成	39
(2) 福祉・介護人材の確保・育成	41
第4章 地域医療構想の実現に向けて	43
1 地域医療構想の実現に向けた推進体制	44
2 地域医療構想策定後の取組	44
3 病床機能報告制度等の活用	45
4 平成28(2016)年度以降の取組スケジュール	45
第5章 各地域の状況	47
広島地域	49
広島西地域	58
呉地域	67
広島中央地域	76
尾三地域	91
福山・府中地域	99
備北地域	111
資料編	123
地域医療構想策定に係る広島県の現状及び将来推計	124
(1) 概況	124
(2) 現在の医療提供体制及び患者受療動向	129
(3) 平成37年(2025)年における必要病床数等の推計	143
(4) 平成37年(2025)年の推計患者受療動向	144
(5) 構想区域別の入院患者受療動向及び医療需要推計	155
(6) D P C参加医療機関の診療実績	169
(7) 平成25(2013)年度D P Cデータに基づく疾患別の人口カバー率	170
広島県医療審議会委員名簿	171
地域医療構想調整会議委員名簿	172
地域医療構想調整会議開催状況	176
広島県地域医療構想の検討状況	177
県民意見募集(パブリックコメント)の実施	177
用語の解説	179

第1章

総論

1	地域医療構想策定の趣旨	3
2	地域医療構想の位置付け	3
3	基本理念・目指す姿・取組の基本方針	4
4	地域医療構想実現の目標年次	6
5	構想区域	6
6	地域医療構想の策定体制	7
7	地域医療構想の推進	8

第1章 総論

1 地域医療構想策定の趣旨

- 現在、本県では「第6次広島県保健医療計画*（平成25（2013）～29（2017）年度）」に基づき、県民一人ひとりの健康を支え、質が高く効率的な保健医療サービスが提供される体制の構築に向けて取り組んでいます。
- 一方、平成37（2025）年には団塊の世代*の方々が75歳以上となり、人口の3割以上が65歳以上の高齢者となります。今後、この超高齢社会*が進行するにつれ、医療や介護を必要とする方がますます増加すると推計されますが、現在の医療・介護サービスの提供体制のままでは十分な対応ができないと見込まれます。
- 例えば、医療については、退院して家に帰りたいが往診してくれる診療所・医師が見つからないのではないかとといった不安があります。
また、介護についても、要介護度が重度となり、あるいは一人暮らしや高齢の夫婦だけになっても安心して暮らすことができるのか、又は家で暮らすことができなくなった時の入所施設が十分にあるのかといった不安があります。
- このため、高度な急性期医療*が必要になった場合は、拠点となる医療機関において質の高い医療や手厚い看護が受けられるように、また、全ての県民が住み慣れた地域で安心して暮らし、人生の最終段階まで身近な地域で適切な医療・介護サービスを受けることができる環境を整備していくことが喫緊の課題になっています。
- 平成37（2025）年を見据え、限られた医療・介護資源を効率的に活用するため、①病床の機能の分化及び連携による、質の高い医療提供体制の整備、②在宅医療*の充実をはじめとした地域包括ケアシステム*の確立、③医療・福祉・介護人材の確保に関する施策の方向性を示す「広島県地域医療構想（以下「地域医療構想」という。）」を策定しました。

2 地域医療構想の位置付け

- 地域医療構想は、地域における病床の機能の分化及び連携を推進するため、医療需要を含む将来の医療提供体制に関する構想（医療法第30条の4第2項第7号）であり、医療法第30条の4に基づく「広島県保健医療計画*」の一部です。

（1）関係する他の県計画

- 地域医療構想を着実に推進し、医療と介護を総合的に確保する取組を進めるため、平成37（2025）年を展望し地域包括ケアシステム*の構築を加速化させる「第6期ひろしま高齢者プラン（平成27（2015）～29（2017）年度）」との整合を図っています。
- 地域医療構想は、広島県保健医療計画*の一部であることから、県の基本計画である「ひろしま未来チャレンジビジョン」はもとより、「広島県がん対策推進計画」、「広島県医療費適正化計画」、「健康ひろしま21*」など、県が策定する関連計画とも整合を図っています。
- また、地域における医療と介護を総合的に確保するために毎年度策定する「広島県地域医療介護総合確保計画*」は、地域医療構想との整合性をもって策定します。

（2）市町の計画との関係

- 地域医療構想の実現に当たっては、住民に最も身近な自治体である市町が、地域包括ケアシステム*の構築を推進する主体としての役割を果たすことが重要になります。
- 次期市町介護保険事業計画*の策定に当たっては、地域医療構想を踏まえた地域包括ケアシステム*を確立する視点が必要です。

3 基本理念・目指す姿・取組の基本方針

(1) 基本理念

**身近な地域で質の高い医療・介護サービスを受け、
住み慣れた地域で暮らし続けることができる広島県の実現**

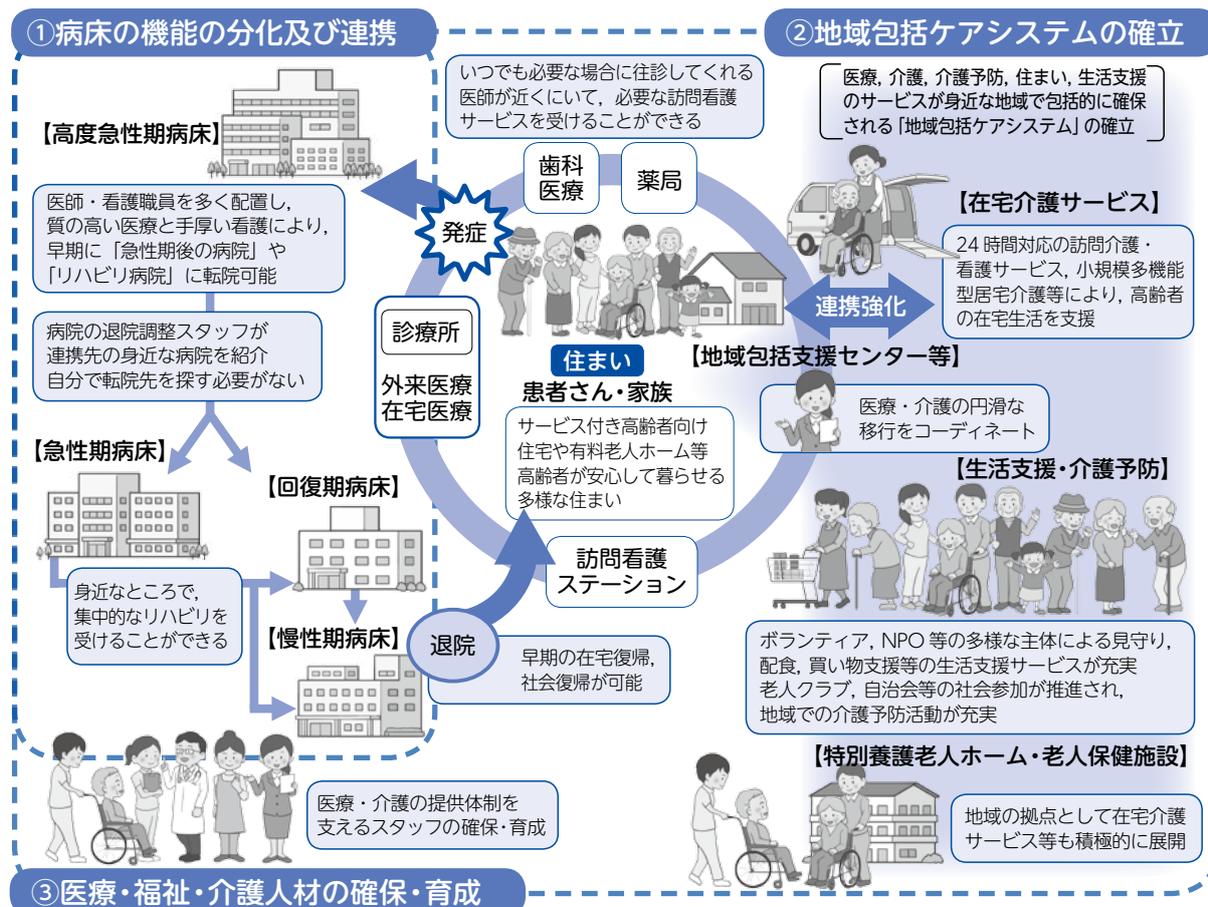
- 限りある医療・介護資源を効率的に活用するため、病床の機能の分化及び連携による質が高く切れ目のない医療提供体制の構築と地域包括ケアシステム^{*}の確立を一体的に推進します。
- 病気・けがの治療を一つの病院だけで行う、これまでの「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療へ転換することで、身近な地域で医療・介護サービスを受けることができる体制を整備するとともに、地域包括ケアシステム^{*}を支える医療人材、福祉・介護人材の確保・育成を行い、住み慣れた地域で暮らし続けることができる広島県の実現を目指します。

(2) 将来のあるべき医療・介護提供体制の姿（目指す姿）

県民が安心して医療・介護サービスを受けることができるよう、限られた医療・介護資源を効率的に活用するための病床の機能の分化及び連携を進めることにより、質が高く切れ目のない、そして患者の意志を尊重した医療が提供されるとともに、住み慣れた地域で暮らし続けることができる地域包括ケアシステム^{*}が確立されています。

- ① 高度急性期医療^{*}が必要な患者には最適な治療が提供されています。
高度急性期を過ぎてからは、身近な地域の急性期、回復期の機能を担う病院で在宅復帰・社会復帰への支援を受けることができます。
更に、慢性期病院では長期にわたる療養生活を送るなど、病態に応じた最適な医療が受けられます。
- ② 住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、安心して生活することのできる多様な形態の住まいが確保され、医療の必要度・要介護度に応じた医療サービスあるいは介護サービスが提供されています。
また、退院した患者や在宅の高齢者等が継続的に自立した生活を送ることができるよう、加えて速やかな社会復帰ができるよう、生活支援・介護予防や在宅介護サービスなどニーズに見合ったサービスが切れ目なく適切に提供されています。
- ③ 医療・介護の提供体制を支える医療人材、福祉・介護人材が確保・育成され、こうした人材が誇りを持って働き続けることができるよう仕事と子育てや介護を両立できる就業環境が整っています。

図表 1-1 将来のあるべき医療・介護提供体制の姿



(3) 取組の基本方針

1 病床の機能の分化及び連携の促進

地域の医療機関の機能や各病床の機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）を明確にし、不足する医療機能^{*}を充実させるとともに、地域の基幹病院間及び基幹病院と関連病院間をはじめとした医療機関間や病床機能間の分化及び連携を推進することにより、質が高く切れ目のない医療提供体制を整備します。

2 地域包括ケアシステムの確立

医療、介護、介護予防、住まい、生活支援のサービスが身近な地域で包括的に確保される「地域包括ケアシステム^{*}」が、平成 29（2017）年度末までに県内の 125 日常生活圏域^{*}で構築されるよう支援するとともに、平成 37（2025）年までに予想される人口構造や社会の変化に対応できるよう充実強化を促進します。

加えて、国による療養病床の在り方等の検討の結果を踏まえ、国が制度改正を行った場合には、新たな制度も取り入れた住まいと医療を提供する取組を進めます。

3 医療・福祉・介護人材の確保・育成

地域医療支援センター^{*}等による中山間地域^{*}等への医師の優先配置や広島県ナースセンター^{*}及び福祉人材センターにおいて相談・斡旋・研修などを行い、県内就業・再就業を支援するなど、医療人材、福祉・介護人材の確保・育成を進めます。

4 地域医療構想実現の目標年次

平成 37 (2025) 年

5 構想区域

構想区域は、二次保健医療圏とする。

- 構想区域は、病床の機能の分化及び連携を一体的に推進する区域のことであり、現行の二次保健医療圏*を基本に人口構造の変化、患者の受療動向などについても検討した結果、現行の二次保健医療圏*としています。
- また、この区域は保健・医療・福祉・介護の総合的な連携を図るため、ひろしま高齢者プランにおける老人福祉圏域*と合致しています。

図表 1-2 構想区域



* 医療提供体制の確保に当たっては、急性期・回復期・慢性期医療は構想区域内で完結します。高度急性期医療*は、構想区域を越えた広域で確保します。

6 地域医療構想の策定体制

- 地域医療構想は、次のプロセスに基づいて策定しました。

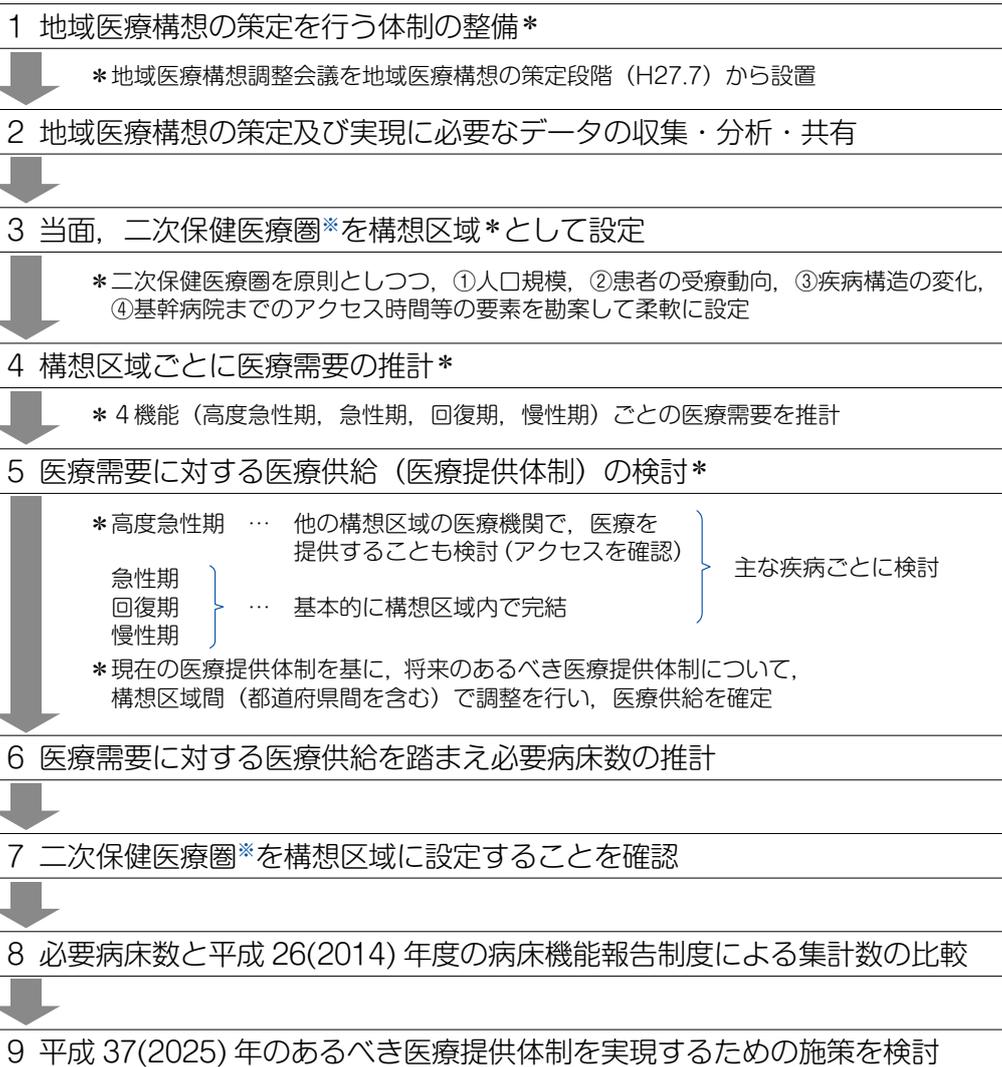
1 地域医療構想の策定体制

- ◆ 広島県保健医療計画*と同様に、広島県医療審議会*に地域医療構想(案)の作成を諮問しました。
- ◆ 地域医療構想の策定に当たっては、地域の実情を反映させる必要があることから、二次保健医療圏*ごとに医療、介護・福祉をはじめとした関係者による地域医療構想調整会議を設置し、その協議結果を踏まえることとしました。

◀検討体制▶

県	<p>広島県医療審議会</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 知事の諮問に基づき、地域医療構想案をまとめる。 ・ 具体的な内容は保健医療計画部会で検討する。 <p>広島県医療審議会保健医療計画部会</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域医療構想調整会議において検討された内容を踏まえて、地域医療構想案の具体的な内容を検討する。
各地域の検討体制	<p>地域医療構想調整会議</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 二次保健医療圏*ごとに、診療に関する学識経験者の団体及び医療・介護関係者、医療保険者、その他の関係者等との連携を図り、地域医療構想に地域の実情を反映させるための協議を行う場として、県が設置した。 ・ 地域医療構想策定後は、地域医療構想の達成のための協議を行う場として引き続き、構想区域ごとに設置する。 <p>(1) 所掌事務</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 地域医療構想の策定・改定段階における地域の関係者の意見の取りまとめに関すること ② 各医療機関が自主的に行う病床機能の分化及び連携の進捗状況の共有並びに構想区域単位での必要な調整に関すること ③ 病床機能報告*の内容と地域医療構想で推計した病床数を比較して、優先して取り組むべき事項の協議及び地域医療介護総合確保基金*の活用に関すること ④ 在宅医療*を含む地域包括ケアシステム*及び地域医療構想の推進に関すること <p>(2) 構成団体</p> <p>医師会、主な病院、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、医療保険者、公衆衛生推進協議会、社会福祉協議会、市町の保健・医療・介護保険・国民健康保険担当課、その他保健・医療・介護保険・福祉関係団体・関係者、厚生環境事務所・保健所(支所)等</p>

2 地域医療構想の策定プロセス



7 地域医療構想の推進

- 地域医療構想を平成 37（2025）年に実現させるため、医療・介護提供体制のあるべき姿の実現に向けた施策の方向性については、次期保健医療計画（平成 30（2018）～ 35（2023）年度）や次期ひろしま高齢者プラン（平成 30（2018）～ 32（2020）年度）に反映させます。
- 平成 37（2025）年までは毎年、構想区域及び県全体における進捗状況の確認や事業評価を実施し、必要に応じて施策の見直しを図る等 P D C A サイクル*を効果的に機能させます。その際、慢性期機能の医療については、国の「療養病床の在り方等に関する検討会」の動向も踏まえることとします。
- そのため、地域医療構想調整会議において、各地域の実情に応じた地域医療構想の実現に向けた協議を継続することとしています。
- 毎年、各圏域の地域医療構想調整会議において協議された事項や各構想区域における進捗状況等について広島県医療審議会*へ報告し、地域医療構想の実現に向けた施策に反映させます。

第2章

医療提供体制の現状及び 将来の医療需要・医療提供体制の見通し

1 地域の現状	10
(1) 人口及び高齢者数	10
(2) 高齢者世帯の動向	11
(3) 認知症高齢者の状況	12
(4) 療養病床及び介護保険施設・高齢者向け住まい定員数の状況	12
(5) 医療療養病床入院患者の状況（速報値）	14
2 平成 37(2025) 年の医療需要と医療提供体制	18
(1) 平成 37(2025) 年の医療需要の推計方法	18
(2) 平成 37(2025) 年における病床数の必要量（必要病床数：暫定推計値）	22
(3) 病床機能報告制度の状況	24
(4) 病床の機能分化・連携の推進により在宅医療等へ移行する患者	26

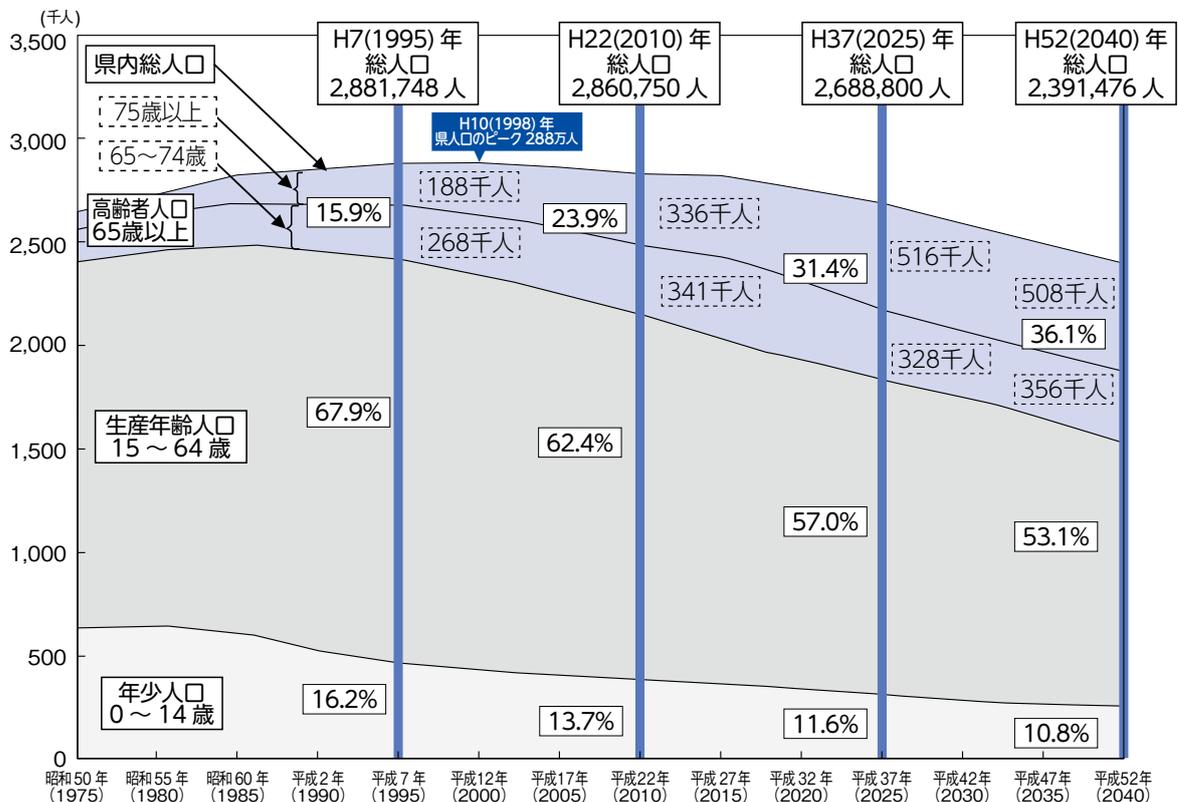
第2章 医療提供体制の現状及び 将来の医療需要・医療提供体制の見通し

1 地域の現状

(1) 人口及び高齢者数

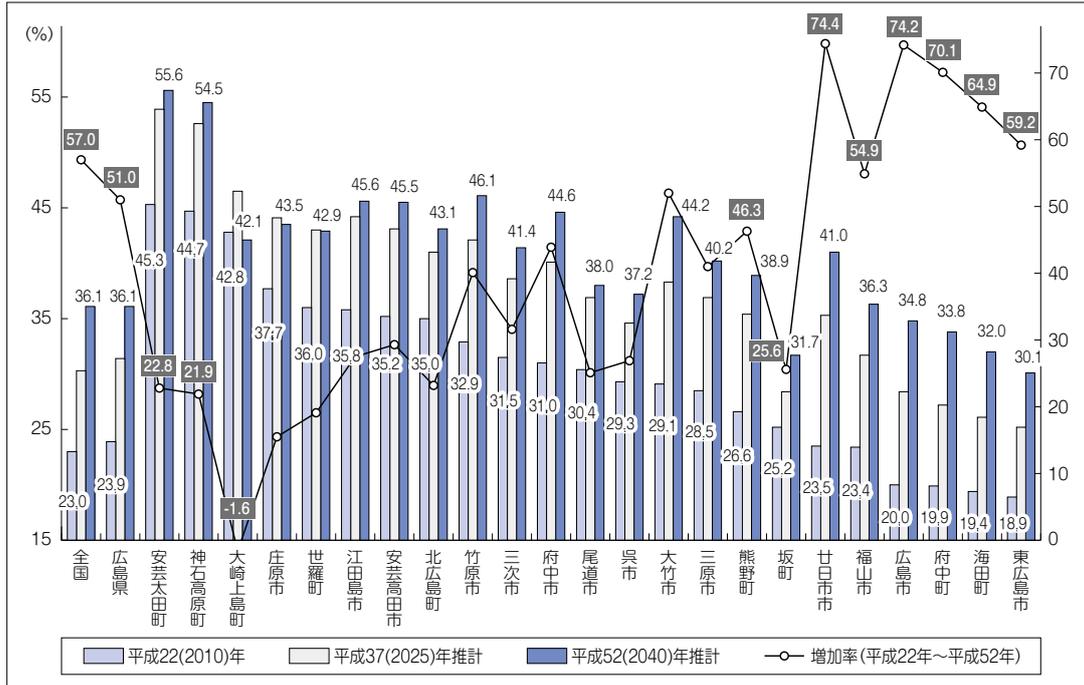
- 本県の平成22(2010)年の年齢別人口は年少人口(15歳未満)が38万6,810人、生産年齢人口^{*}(15歳から64歳)が176万5,036人、高齢者人口(65歳以上)が67万6,660人となっています。
- これまでの人口の推移をみると、年少人口は昭和30(1955)年をピークに、生産年齢人口^{*}は平成7(1995)年をピークに減少している一方、高齢者人口は増加を続けています。
総人口は平成10(1998)年の約288万人をピークに減少を続けています。
- 将来人口推計では、少子高齢化の進行に伴い人口減少が予測され、平成37(2025)年には約269万人、平成52(2040)年には約239万人になると見込まれています。
- 高齢者人口は平成32(2020)年に80万人を超え、平成52(2040)年には86万人に達すると見込まれています。
- また、高齢化率も平成32(2020)年に30%を超え、平成52(2040)年には36.1%まで上昇を続ける見込みとなっています。

図表 2-1 年齢3区分別人口の推移



^{*} 平成22(2010)年までは国勢調査、平成27(2015)年以降は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」(平成25(2013)年3月推計)による

図表 2-2 市町の高齢化率の推移

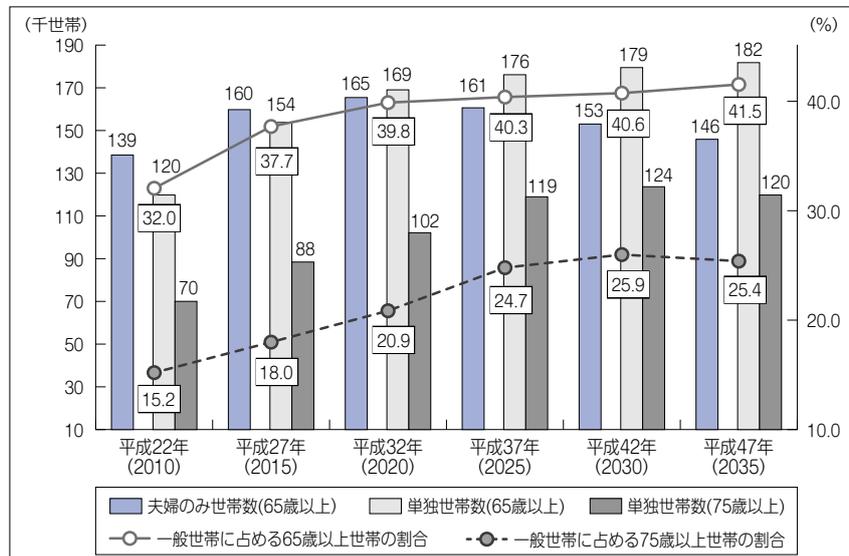


*平成 22 (2010) 年までは国勢調査, 平成 27 (2015) 年以降は, 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」(平成 25 (2013) 年 3 月推計) による

(2) 高齢者世帯の動向

- 平成 22 (2010) 年の国勢調査によると, 広島県の一般世帯 (118 万 3,036 世帯) のうち世帯主が 65 歳以上の高齢者世帯は 37 万 8,449 世帯 (32.0%) で, 75 歳以上の高齢者世帯は 17 万 9,417 世帯 (15.2%) となっています。
- また, 世帯主が 65 歳以上の高齢者世帯のうち, 単独世帯は 11 万 9,757 世帯 (31.6%), 夫婦のみ世帯は 13 万 9,391 世帯 (36.8%) となっており, 高齢者世帯の約 7 割が夫婦のみ又は一人暮らしの世帯となっています。
- 今後, 高齢者の単独世帯数は増加を続ける見込みで, 平成 32 (2020) 年以降は単独世帯数が夫婦のみの世帯数を上回る見込みです。

図表 2-3 本県の高齢者世帯の推移



*平成 22 (2010) 年までは国勢調査, 平成 27 (2015) 年以降は, 国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数将来推計」(平成 26 (2014) 年 4 月推計) による

(3) 認知症高齢者の状況

- 認知症高齢者*の数について、国の要介護認定における「認知症高齢者の日常生活自立度*」Ⅱ以上の高齢者数の割合に基づいて推計すると、平成 27 (2015) 年の 8.1 万人から平成 37 (2025) 年には 10.8 万人に増加することが見込まれます。

図表 2-4 認知症高齢者数の推計 (日常生活自立度Ⅱ以上)

区 分		平成 27 年 (2015)	平成 32 年 (2020)	平成 37 年 (2025)	平成 27 年に対する 平成 37 年の増減
認知症発生率 (65 歳以上人口当たり)		10.2%	11.3%	12.8%	+2.6 ポイント
認知症 高齢者数	広島県	81,000 人	94,800 人	108,100 人	+27,100 人
	広島	35,200 人	42,200 人	49,200 人	+14,000 人
	広島西	4,200 人	5,100 人	5,900 人	+1,700 人
	呉	8,700 人	9,500 人	10,100 人	+1,400 人
	広島中央	5,800 人	6,800 人	7,800 人	+2,000 人
	尾 三	8,700 人	9,800 人	10,800 人	+2,100 人
	福山・府中	14,800 人	17,500 人	20,000 人	+5,200 人
	備 北	3,500 人	3,800 人	4,200 人	+700 人

* 「日本の地域別将来推計人口 (平成 25 (2013) 年 3 月推計)」(国立社会保障・人口問題研究所) による本県の老年人口に、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について(平成 24 (2012) 年 8 月 24 日付け厚生労働省公表) における日常生活自立度Ⅱ以上の割合を乗じた数値

(4) 療養病床及び介護保険施設・高齢者向け住まい定員数の状況

- 本県の療養病床及び介護保険施設・高齢者向け住まいの定員数は 5 万 3,469 人で 65 歳以上人口千人当たり 72.4 人となっています。

* ここでの療養病床及び介護保険施設・高齢者向け住まいとは、医療療養病床、介護療養型医療施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、認知症対応型共同生活介護施設、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、養護老人ホーム、軽費老人ホームを指します。

図表 2-5 療養病床数及び介護保険施設・高齢者向け住まい定員数

区 分	療養病床数及び介護保険施設・高齢者向け住まい定員 (人)									
	療養病床 (床)	医療療養 病床 (床)	介護 療養型 医療施設 (床)	介護老人 保健施設 定員 (人)	介護老人 福祉施設 定員 (人)	認知症対 応型共同 生活介護 定員 (人)	有料老人 ホーム 定員 (人)	サービス付 き高齢者 向け住宅 定員 (人)	養護老人 ホーム 定員 (人)	軽費老人 ホーム 定員 (人)
広島県	53,469	8,084	2,717	8,991	12,419	5,693	5,551	5,863	1,808	2,343
広島	23,626	3,331	1,489	3,242	5,077	2,888	3,403	2,784	680	732
広島西	2,812	813	168	476	504	180	232	222	110	107
呉	5,059	710	229	1,322	1,398	350	234	330	228	258
広島中央	3,840	628	167	781	982	216	277	414	100	275
尾三	5,670	751	297	1,192	1,414	513	447	519	300	237
福山・府中	9,394	1,134	273	1,483	2,169	1,303	875	1,512	130	515
備北	3,068	717	94	495	875	243	83	82	260	219

出典：広島県調べ (平成 26 (2014) 年度末)

図表 2-6 療養病床数及び介護保険施設・高齢者向け住まい定員数（65歳以上人口千人当たり）

区 分	療養病床数及び介護保険施設・高齢者向け住まい定員（人）									
	医療療養 病床 (床)	介護 療養型 医療施設 (床)	介護老人 保健施設 定員 (人)	介護老人 福祉施設 定員 (人)	認知症対 応型共同 生活介護 定員 (人)	有料老人 ホーム 定員 (人)	サービス付 き高齢者 向け住宅 定員 (人)	養護老人 ホーム 定員 (人)	軽費老人 ホーム 定員 (人)	
広島県	72.4	10.9	3.7	12.2	16.8	7.7	7.5	7.9	2.4	3.2
広島	76.1	10.7	4.8	10.4	16.4	9.3	11.0	9.0	2.2	2.4
広島西	72.8	21.1	4.4	12.3	13.1	4.7	6.0	5.8	2.8	2.8
呉	59.3	8.3	2.7	15.5	16.4	4.1	2.7	3.9	2.7	3.0
広島中央	72.9	11.9	3.2	14.8	18.7	4.1	5.3	7.9	1.9	5.2
尾三	68.1	9.0	3.6	14.3	17.0	6.2	5.4	6.2	3.6	2.8
福山・府中	69.6	8.4	2.0	11.0	16.1	9.7	6.5	11.2	1.0	3.8
備北	92.3	21.6	2.8	14.9	26.3	7.3	2.5	2.5	7.8	6.6

出典：広島県調べ（平成26（2014）年度末）

《参考》 療養病床の在り方等に関する検討会（厚生労働省）

◆開催日程 平成27(2015)年7月10日(第1回)～平成28(2016)年1月15日(第7回)

◆検討会の目的

慢性期の医療・介護ニーズに対応する今後のサービス提供体制を整備するため、介護療養病床を含む療養病床の在り方をはじめ、具体的な改革の選択肢の整理等を行う。

◆検討内容

(1) 新たな選択肢を考えるに当たっての基本的な条件

● 基本的な考え方

「医療」、「介護」、「住まい」のニーズを併せ持つ高齢者に対して、これまでの類型にない、日常的な医学的管理、一定程度の介護に加え、「住まい」の機能を同時に満たす新たな類型として、

- ① 利用者の生活様式に配慮し、長期に療養生活を送るのにふさわしい、プライバシーの尊重、家族や地域住民との交流が可能となる環境整備
- ② 経管栄養や喀痰吸引等を中心とした日常的・継続的な医学管理や充実した看取り^{*}、ターミナルケア^{*}を実施する体制が求められる。

● 新たな選択肢に求められる基本的な条件

- ① 利用者の視点
- ② 実現可能性の視点

(2) 考えられる選択肢

● 個別の制度や法律等については、社会保障審議会医療部会、介護保険部会等において議論を行うものであり、本検討会では、そこでの議論を行うことを前提として、新たな類型を新たな選択肢として追加・提示している。

- ① 医療を内包した施設類型
- ② 医療を外部から提供する「住まい」と医療機関の併設類型

(5) 医療療養病床入院患者の状況（速報値）

医療療養病床に入院している医療区分1の患者について、医療の必要度を含めた実態を把握するため、「医療療養病床入院患者の状況把握アンケート」を実施しました。

○ 医療区分1の入院患者数は、1,169人で、医療療養病床の入院患者全体の19.4%を占めています。

（以下、医療区分1の患者の状況）

○ 「年齢」については、65歳以上が1,086人で全体の92.9%を高齢者が占めています。

○ 「世帯構成」について、「独居」が35.0%で、全体の約3分の1を占めており、また「家族等介護力なし」が全体の63.2%を占めるなど、入院患者の多くは退院後に家族等による介護が困難であるという状況にあります。

○ 「要介護度」については、「要介護3」から「要介護5」が43.8%を占めており、中重度の介護認定を受けている方が多く入院しています。

○ 「認知症*高齢者の日常生活自立度*」のうち、日常生活に支障をきたす「Ⅱ a」以上であると判定されている方が64.7%を占めています。

★ 調査結果によると本県においては、「医療区分1」の70%の患者が在宅療養等で十分対応できるとは言い切れません。

★ 慢性期機能の在り方については、現在療養病床が果たしている機能を代替する施設の整備と合せて検討する必要があります。

《調査の概要》

- ・調査対象 県内の医療療養病床を有する全医療機関 158 施設(病院 116 施設・診療所 42 施設)
- ・回収数 156 施設 98.7% (病院 115 施設 99.1%・診療所 41 施設 97.6%)
- ・調査期間 平成 27(2015)年 10月 20日～10月 30日
- ・調査対象 平成 27(2015)年 10月 1日 0時現在で医療療養病床へ入院している医療区分1の患者

① 医療療養病床の基本情報

図表 2-7 医療療養病床の基本情報

全 体				病 院				診 療 所			
医療療養病床を有する医療機関	医療療養病床数	医療療養病床の入院患者数	医療区分1の患者数	医療療養病床を有する医療機関	医療療養病床数	医療療養病床の入院患者数	医療区分1の患者数	医療療養病床を有する医療機関	医療療養病床数	医療療養病床の入院患者数	医療区分1の患者数
156	7,134	6,032	1,169 (19.4%)	115	6,787	5,822	1,074 (18.4%)	41	347	210	95 (45.2%)

② 調査結果の概要（抜粋）

【回収概要】

(件, %)

	全体	病院	診療所	医療区分1 の入院患者票
対象数	158	116	42	1,169 枚
回収数	156	115	41	
回収率	98.7	99.1	97.6	

図表 2-8 年齢

(人, %)

区分	40歳未満	40～49	50～59	60～64	65～69	70～79	80～89	90歳以上	未回答	計
件数	5	16	26	29	35	193	506	352	7	1,169
割合	0.4	1.4	2.2	2.5	3.0	16.5	43.3	30.1	0.6	100.0

*平均 83.6歳（最年少 23歳, 最年長 107歳）

図表 2-9 性別

(人, %)

区分	男性	女性	未回答	計
件数	353	809	7	1,169
割合	30.2	69.2	0.6	100.0

図表 2-10 住まい

(人, %)

区分	あり	なし	不明	未回答	計
件数	994	93	1	81	1,169
割合	85.0	8.0	0.1	6.9	100.0

図表 2-11 入院前の場所

(人, %)

区分	自宅 (借家含む)	養護・軽費 老人ホーム	介護老人 保健施設	特別養護 老人ホーム	医療機関	その他	未回答	計
件数	477	10	56	40	509	48	29	1,169
割合	40.8	0.9	4.8	3.4	43.5	4.1	2.5	100.0

図表 2-12 世帯構成

(人, %)

区分	独居	夫婦のみ			その他同居			不明	未回答	計		
		65歳以上 のみ	その他	不明	65歳以上 のみ	その他	不明					
件数	409	171	138	5	28	478	95	248	135	85	26	1,169
割合	35.0	14.6	11.8	0.4	2.4	40.9	8.1	21.2	11.5	7.3	2.2	100.0

図表 2-13 家族等介護力

(人, %)

区分	日中・夜間 ともあり	日中のみ あり	夜間のみ あり	なし	その他	不明	未回答	計
件数	144	10	118	739	23	119	16	1,169
割合	12.3	0.9	10.1	63.2	2.0	10.2	1.4	100.0

図表 2-14 要介護認定等区分

(人, %)

区分	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	新規 申請中	認定され ていない ※1	未回答 ※2	計
件数	30	43	80	83	140	190	182	28	328	65	1,169
割合	2.6	3.7	6.8	7.1	12.0	16.3	15.6	2.4	28.1	5.6	100.0

* 1 うち 56 名が 65 歳未満 * 2 うち 2 名が 65 歳未満

図表 2-15 ADL 区分

(人, %)

区分	区分 1	区分 2	区分 3	不明・ 未実施	未回答	計
件数	465	331	362	4	7	1,169
割合	39.8	28.3	31.0	0.3	0.6	100.0

図表 2-16 障害高齢者の日常生活自立度

(人, %)

区分	自立	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2	不明・ 未実施	未回答	計
件数	36	13	37	69	104	115	229	119	312	89	46	1,169
割合	3.1	1.1	3.2	5.9	8.9	9.8	19.6	10.2	26.7	7.6	3.9	100.0

図表 2-17 認知症高齢者の日常生活自立度

(人, %)

区分	自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	不明・ 未実施	未回答	計
件数	110	84	80	131	195	112	203	35	201	18	1,169
割合	9.4	7.2	6.8	11.2	16.7	9.6	17.4	3.0	17.2	1.5	100.0

図表 2-18 傷病【複数回答】(人, %)

区分	1つ以上 あり	未回答	計
件数	1,137	32	1,169
割合	97.3	2.7	100.0

図表 2-18-1 傷病のうち上位5つ(人, %)

区分	高血圧症	脳血管 疾患	認知症	心不全	慢性 便秘
件数	426	397	386	288	237
割合	36.4	34.0	33.0	24.6	20.3

図表 2-19 医療提供状況【複数回答】(人, %)

区分	1つ以上 あり	未回答	計
件数	1,082	87	1,169
割合	92.6	7.4	100.0

図表 2-19-1 提供された医療のうち上位5つ(人, %)

区分	服薬管理 ・指導	理学療法士 による リハビリ	酸素飽和 度測定	坐薬挿肛 及び摘便	作業療法士 による リハビリ
件数	664	506	343	318	209
割合	56.8	43.3	29.3	27.2	17.9

* 平成 27 年 9 月中の医療提供状況

図表 2-20 在院日数 (人, %)

区分	1週間未満 (7日未満)	1週間～ 1か月未満 (7日～ 30日未満)	1か月～ 3か月未満 (30日～ 90日未満)	3か月～ 6か月未満 (90日～ 180日未満)	6か月～ 1年未満 (180日～ 365日未満)	1年～ 2年未満 (365日～ 730日未満)	2年～ 3年未満 (730日～ 1,096日未満)	3年～ 10年未満 (1,096日～ 3,650日未満)	10年以上 (3,650日 以上)	未回答	計
件数	35	101	243	174	156	166	87	154	32	21	1,169
割合	3.0	8.6	20.8	14.9	13.3	14.2	7.4	13.2	2.7	1.8	100.0

*平均 610.5 日 (約 1.67 年) 最短 0 日～最長 9,375 日 (約 25.7 年)

図表 2-21 退院困難な理由 (人, %)

区分	1	2	3	4	5	6	7	8	9	未回答	無効回答	計
件数	2	75	2	172	505	175	14	85	110	18	11	1,169
割合	0.2	6.4	0.2	14.7	43.2	15.0	1.2	7.3	9.4	1.5	0.9	100.0

(選択肢一覧)

- 1 自宅近くに居宅介護サービスが少ない
- 2 介護施設等では医療処置への対応が困難である
- 3 在宅療養費の方が費用負担が増加する
- 4 入院継続を家族が希望している
- 5 家庭の状況等により自宅での対応が難しい
- 6 単身者のため在宅療養が困難
- 7 入院してからの期間が短いため判断できない
- 8 その他
- 9 困難はない

2 平成37(2025)年の医療需要と医療提供体制

(1) 平成37(2025)年の医療需要の推計方法

① 構想区域ごとに医療需要を推計

- 平成37(2025)年における一般病床及び療養病床に係る病床の機能区分（「(3) 病床機能報告制度*の状況」参照）ごとの医療需要（推計入院患者数）については、構想区域ごとに厚生労働省から示される基礎データを基に推計します。
- このうち、高度急性期機能*、急性期機能*及び回復期機能*の医療需要については、平成25(2013)年度のNDBのレセプトデータ*及びDPCデータ*を患者住所地別に配分した上で、当該構想区域ごと、性・年齢階級別の年間入院患者延べ数（人）を365（日）で除して1日当たり入院患者延べ数を求め、これを性・年齢階級別の人口で除して入院受療率を求めます。この性・年齢階級別入院受療率を病床の機能区分ごとに算定し、当該構想区域の平成37(2025)年における性・年齢階級別人口で除したものを総和することによって将来の医療需要を推計します。

平成37(2025)年の病床の機能区分ごとの医療需要の推計方法

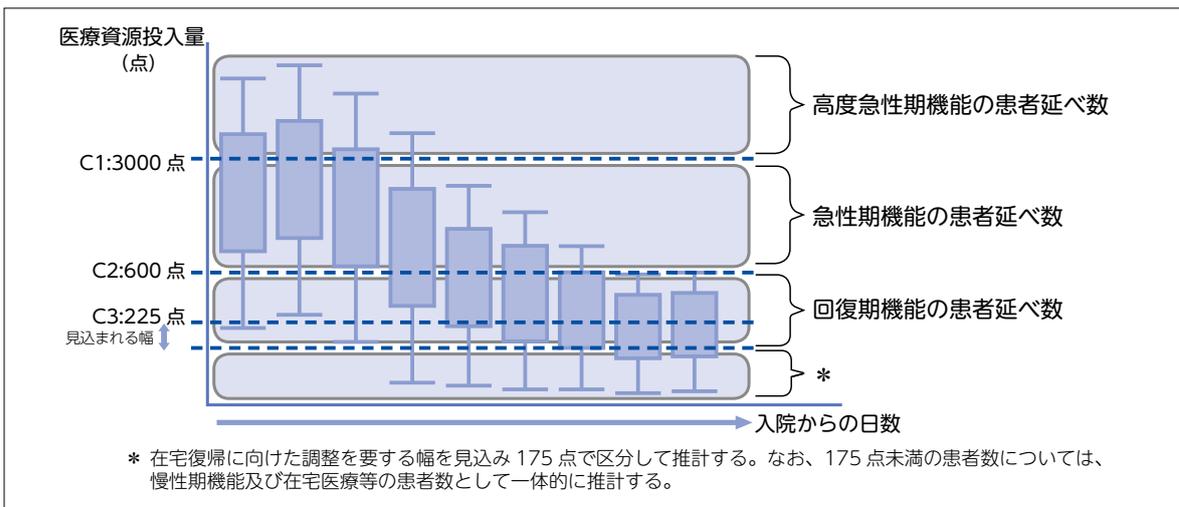
構想区域の平成37(2025)年の医療需要 =
〔当該構想区域の平成25(2013)年度の性・年齢階級別の入院受療率 ×
当該構想区域の平成37(2025)年の性・年齢階級別推計人口〕を総和したもの

- なお、慢性期機能の医療需要については、全国の入院受療率に地域差が生じていることから、この差を一定の幅の中で縮小させることとします。

② - 1 高度急性期機能、急性期機能及び回復期機能の医療需要推計の考え方

- ◆ 病床機能報告制度*においては、高度急性期機能*は「急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能」、急性期機能*は「急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて医療を提供する機能」、回復期機能*は「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能」と定義されています。（図表2-26参照）
- 高度急性期機能*、急性期機能*及び回復期機能*の医療需要については、患者に対して行われた医療の内容に注目することで、患者の状態や診療の実態を的確に勘案した推計になると考えられることから、レセプトデータ等による患者に対して行われた診療行為を診療報酬の出来高点数で換算した値（医療資源投入量*）で分析しています。その際、看護体制等を反映する入院基本料を含めた場合、同じような診療行為を行った場合でも医療資源投入量に差が出ることから、入院基本料相当分は含まないこととしています。
- これらの定義を踏まえ、高度急性期と急性期とを区分する境界線（C1）を3,000点、急性期と回復期とを区分する境界線（C2）を600点、回復期と慢性期及び在宅医療*等とを区分する境界線（C3）を225点（在宅復帰に向けた調整を行っている患者については、175点まで境界線を下げる。）とし、175点未満の患者数については、慢性期及び在宅医療等の患者数として一体的に推計します。

図表 2-22 高度急性期機能，急性期機能，回復期機能の医療需要の推計イメージ



	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期	C 1 3,000 点	救命救急病棟やICU、HCU で実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療（一般病棟等で実施する医療も含む）から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期		
回復期	C 2 600 点	急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量
*	C 3 225 点	在宅等において実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量 ただし、境界点に達してから在宅復帰に向けた調整を要する幅の医療需要を見込み 175 点で推計する。

* 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み 175 点で区分して推計する。なお、175 点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

出典：厚生労働省「地域医療構想策定ガイドライン」

② - 2 慢性期機能の医療需要推計の考え方

◆病床機能報告制度^{*}において、慢性期機能は「長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能。長期にわたり療養が必要な重度の障害者、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能」と定義されています。（図表 2-26 参照）

- 慢性期機能の医療需要の推計については、療養病床の診療報酬が包括算定であるために、一般病床のように医療資源投入量^{*}に基づく分析が困難であることから、慢性期機能の中に在宅医療^{*}等で対応することが可能と考えられる患者数を一定数見込むという前提（推計方針）に立った上で、療養病床の入院受療率の全国の地域差を解消するよう一定の幅の中で推計することとされています。
- 具体的には、療養病床の入院患者数のうち、「医療区分1の患者の70%を在宅医療^{*}等で対応する患者数」として推計し、「その他の入院患者数については、入院受療率の地域差を解消していく」観点で医療需要を推計します。

- 地域差を解消するための入院受療率については、構想区域ごとに以下のパターンAからパターンBの範囲内で定めることとされています。

パターンA：全ての構想区域の入院受療率を全国最小値にまで低下させる

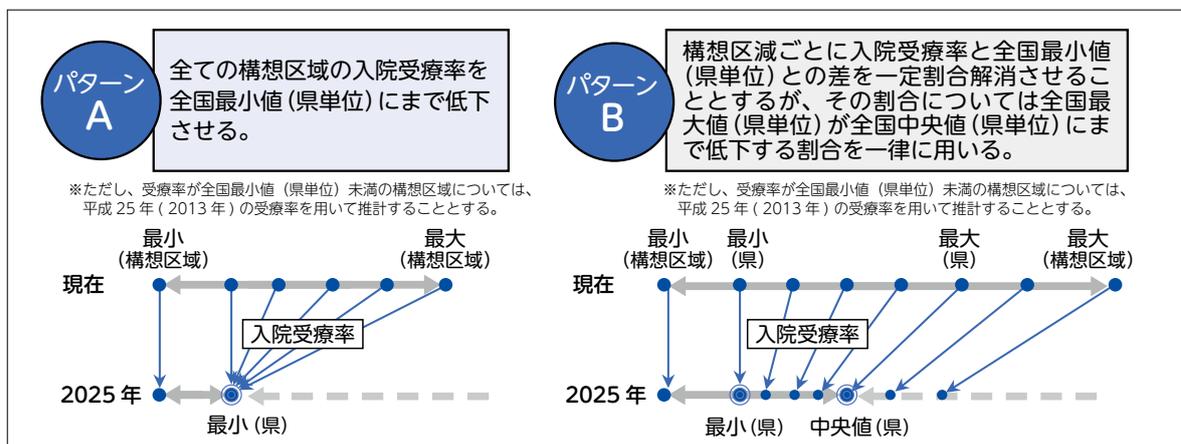
パターンB：構想区域ごとの入院受療率と全国最小値との差を一定割合解消する

- なお、一定の要件に該当する場合には、入院受療率の達成年次を平成 37（2025）年から平成 42（2030）年とする（パターンC：特例）ことができます。

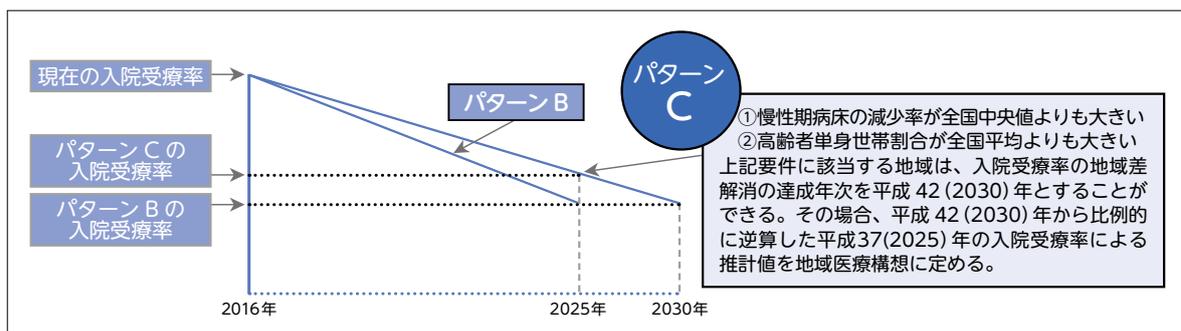
パターンC：パターンBの入院受療率の達成年次を、平成 37（2025）年から平成 42（2030）年とする

- パターンCは、次のいずれの要件にも該当する場合となっています。
 - ① パターンBにより入院受療率を定めた場合における当該構想区域の慢性期病床の減少率が全国中央値よりも大きい。
 - ② 当該構想区域の高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きい。
- 本県においては、広島西、呉、尾三、備北の4つの構想区域において、パターンCによる入院受療率を用いて医療需要を推計しています。広島、広島中央、福山の3つの構想区域は、パターンBにより医療需要を推計しています。

図表 2-23 地域の実情に応じた慢性期機能の医療需要推計の考え方



出典：厚生労働省「地域医療構想策定ガイドライン」

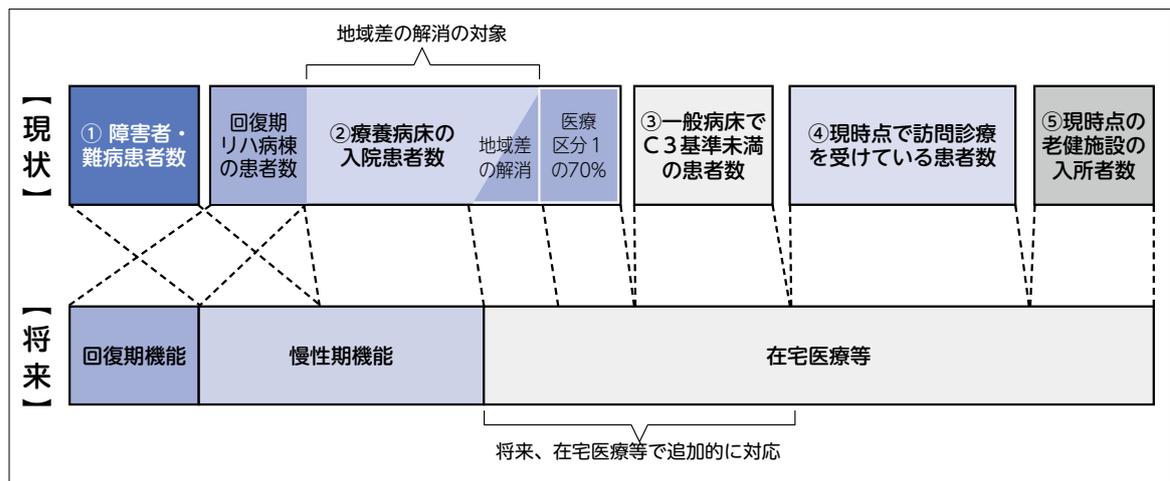


出典：厚生労働省「第9回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」参考資料（一部改変）

② - 3 在宅医療等の医療需要推計の考え方

- 在宅医療^{*}等の医療需要については、次の4つを合計することで推計します。
 - ・ 慢性期の入院患者数のうち、医療区分1の患者数の70%及び入院受療率の地域差を解消していくことで、将来的に在宅医療^{*}等に対応する患者数
 - ・ 一般病床の入院患者数のうち、医療資源投入量^{*}が175点未満の患者数
 - ・ 平成25(2013)年に在宅患者訪問診療料を算定している患者数の性・年齢階級別の割合を算出し、これに当該構想区域の平成37(2025)年における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって推計される患者数
 - ・ 平成25(2013)年の介護老人保健施設の施設サービス受給者数の性・年齢階級別の割合を算出し、これに当該構想区域の平成37(2025)年における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって推計される患者数
- なお、在宅医療^{*}等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指しており、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定しています。

図表 2-24 慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ



出典：厚生労働省「地域医療構想策定ガイドライン」（一部改変）

(2) 平成37(2025)年における病床数の必要量(必要病床数:暫定推計値)

- 平成 37 (2025) 年の医療需要の推計は、「図表 2-25 各構想区域における平成 37 (2025) 年の各機能区分別の医療需要に対する医療供給」のとおり、「① 平成 37 (2025) 年における医療需要(当該構想区域に居住する患者の医療需要) <患者住所地ベース>」, 「② ① の医療需要に対し, 現在の医療提供体制が変わらないと仮定した場合の他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したものと <医療機関所在地ベース>」, 「③ 将来のあるべき医療提供体制を踏まえ他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したものの」の順に検討します。
- 将来のあるべき医療提供体制は, 地域医療構想の基本理念である地域完結型の医療提供体制の構築を基本として, 患者住所地ベースの医療需要に基づき確保することとします。
ただし, 高度急性期機能^{*}にあつては, 医療資源に限りがあることなどを鑑みると, 構想区域内で自己完結する医療提供体制の確保は困難が予想されかつ非効率であることから, 現在の医療提供体制が変わらないと仮定し, 医療機関所在地ベースの医療需要に基づき確保することとします。
- そして, 平成 37 (2025) 年における病床数の必要量(必要病床数)は, ③により算出された医療需要を病床稼働率^{*}(高度急性期 75%, 急性期 78%, 回復期 90%, 慢性期 92%)で割り戻して求めます。
- 以上の考え方に基ついて推計すると, 平成 37 (2025) 年における広島県の必要病床数は 28,614 床となり, 医療機能別では高度急性期 2,989 床, 急性期 9,118 床, 回復期 9,747 床, 慢性期 6,760 床となります。
本県では, この推計値を必要病床数(暫定推計値)としつつ, 引き続き検証していき, 不足する機能を充足するよう病床の機能の分化及び連携を推進します。
なお, 慢性期機能の必要病床数は, 国の「療養病床の在り方等に関する検討会」の動向や本県が実施した医療療養病床入院患者の実態調査の結果を踏まえると, 現状では慢性期医療を入院医療と在宅医療^{*}とに明確に区分することが難しいため, 6,760 床以上とします。

**平成 37 (2025) 年における
広島県の必要病床数(暫定推計値) 28,614 床 以上**

【医療機能別の必要病床数】

◆ 高度急性期(医療機関所在地ベース)	2,989 床
◆ 急性期(患者住所地ベース)	9,118 床
◆ 回復期(患者住所地ベース)	9,747 床
◆ 慢性期(患者住所地ベース)	6,760 床 以上

- 慢性期, 在宅医療^{*}等を含めた地域の医療・介護提供体制は, 国の「療養病床の在り方等に関する検討会」の動向を踏まえながら, 次期ひろしま高齢者プランや次期市町介護保険事業計画^{*}への反映が必要になります。

図表 2-25 各構想区域における平成 37 (2025) 年の各機能区分別の医療需要に対する医療供給

区 分	平成37(2025)年における医療需要 (当該構想区域に居住する患者の医療需要)	平成 37 (2025) 年における医療供給 (医療提供体制)			病床数の必要量 (必要病床数 : 暫定推計値)
		患者住所地ベース ① (人/日)	医療機関所在地ベース ② (人/日)	基本的な考え方の数値 ③ (人/日)	
広島県	高度急性期	2,228	2,239	2,239	2,989
	急性期	7,108	7,184	7,108	9,118
	回復期	8,770	8,951	8,770	9,747
	慢性期	6,216	6,281	6,216	6,760 以上
	病床計	24,322	24,654	24,333	28,614 以上
	在宅医療等	46,794	47,043	46,794	
広島	高度急性期	1,087	1,188	1,188	1,585
	急性期	3,308	3,504	3,308	4,242
	回復期	4,055	4,266	4,055	4,506
	慢性期	2,511	2,368	2,511	2,730 以上
	病床計	10,962	11,327	11,063	13,063 以上
	在宅医療等	23,723	24,271	23,723	
広島西	高度急性期	104	116	116	156
	急性期	319	356	319	410
	回復期	463	521	463	515
	慢性期	439	677	439	478 以上
	病床計	1,326	1,671	1,338	1,559 以上
	在宅医療等	2,075	2,145	2,075	
呉	高度急性期	215	215	215	287
	急性期	668	661	668	858
	回復期	804	790	804	894
	慢性期	691	537	691	751 以上
	病床計	2,378	2,202	2,378	2,790 以上
	在宅医療等	4,513	4,184	4,513	
広島中央	高度急性期	149	91	91	122
	急性期	524	419	524	672
	回復期	610	516	610	678
	慢性期	615	700	615	669 以上
	病床計	1,897	1,726	1,839	2,141 以上
	在宅医療等	2,729	2,772	2,729	
尾三	高度急性期	198	181	181	242
	急性期	706	733	706	905
	回復期	892	954	892	991
	慢性期	667	660	667	726 以上
	病床計	2,462	2,528	2,445	2,864 以上
	在宅医療等	4,388	4,340	4,388	
福山・府中	高度急性期	407	393	393	524
	急性期	1,319	1,256	1,319	1,691
	回復期	1,656	1,636	1,656	1,840
	慢性期	897	884	897	976 以上
	病床計	4,279	4,168	4,264	5,031 以上
	在宅医療等	7,688	7,707	7,688	
備北	高度急性期	67	55	55	73
	急性期	265	255	265	340
	回復期	290	269	290	323
	慢性期	395	455	395	430 以上
	病床計	1,017	1,033	1,005	1,166 以上
	在宅医療等	1,678	1,625	1,678	

* 病床稼働率は高度急性期機能 75%、急性期機能 78%、回復期機能 90%、慢性期機能 92%とする。
 * ③の高度急性期は「医療機関所在地ベース (②)」, ③の急性期・回復期・慢性期は「患者住所地ベース (①)」の推計値を選定。
 * 慢性期機能の医療需要・必要病床数は、広島、広島中央、福山・府中地域はパターンB、広島西、呉、尾三、備北地域はパターンCで推計。
 * 医療需要 (①~③) は小数点以下を四捨五入、必要病床数 (③ / 病床稼働率) は切り上げにより、数値を表示している。
 そのため、表の各項目の計と病床計、③を病床稼働率で割り戻した数値と必要病床数が一致しない場合がある。

(3) 病床機能報告制度の状況

- 平成 26 (2014) 年度から国 (厚生労働省) において開始された病床機能報告制度*は、一般病床・療養病床を有する病院及び有床診療所*が、病棟ごとに図表 2-26 の 4 つの機能の中から自らの判断により「現状」と「将来の予定」を選択するほか、医療機関ごとに構造設備、人員配置等に関する項目及び具体的な医療の内容に関する項目を都道府県に報告するものです。
- 毎年度、地域医療構想調整会議において地域医療構想における必要病床数 (暫定推計値) と現況を比較し、不足する医療機能*の充足に向けた取組について協議を行います。
- なお、平成 26 (2014) 年度は制度運用の初年度であり、他の医療機関の報告状況等を踏まえていない報告となっています。平成 27 (2015) 年度以降、各医療機関は地域医療構想調整会議の協議を受けて、自院の現状と将来を検討することとなり、次第に収れんされることとなります。

図表 2-26 病床機能報告制度における医療機能

医療機能	医療機能の内容
高度急性期	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期	○急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ○特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)
慢性期	○長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○長期にわたり療養が必要な重度の障害者 (重度の意識障害者を含む。), 筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

- 平成 26 (2014) 年度は 372 施設 (病院 205 施設、有床診療所* 167 施設) の集計結果が公表されています。

図表 2-27 平成 26 (2014) 年 7 月 1 日時点の機能区分別病床数

区分		全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	未選択
広島県		32,971 床 100.0%	4,787 床 14.5%	14,209 床 43.1%	3,284 床 10.0%	10,368 床 31.4%	323 床 1.0%
広島	広島市, 安芸高田市, 府中町, 海田町, 熊野町, 坂町, 安芸太田町, 北広島町	14,180 床 100.0%	2,858 床 20.2%	5,591 床 39.4%	1,400 床 9.9%	4,213 床 29.7%	118 床 0.8%
広島西	大竹市, 廿日市市	2,169 床 100.0%	561 床 25.9%	299 床 13.8%	180 床 8.3%	1,129 床 52.1%	0 床 0.0%
呉	呉市, 江田島市	3,337 床 100.0%	55 床 1.6%	1,849 床 55.4%	405 床 12.1%	952 床 28.5%	76 床 2.3%
広島中央	竹原市, 東広島市, 大崎上島町	2,524 床 100.0%	83 床 3.3%	1,235 床 48.9%	251 床 9.9%	930 床 36.8%	25 床 1.0%
尾三	三原市, 尾道市, 世羅町	3,818 床 100.0%	394 床 10.3%	1,986 床 52.0%	265 床 6.9%	1,173 床 30.7%	0 床 0.0%
福山・府中	福山市, 府中市, 神石高原町	5,209 床 100.0%	806 床 15.5%	2,438 床 46.8%	695 床 13.3%	1,166 床 22.4%	104 床 2.0%
備北	三次市, 庄原市	1,734 床 100.0%	30 床 1.7%	811 床 46.8%	88 床 5.1%	805 床 46.4%	0 床 0.0%

図表 2-28 病床機能報告による病床数と平成 37 (2025) 年における必要病床数の比較

(単位：床)

区 分	平成26(2014)年における機能別病床数 (病床機能報告)	平成37(2025)年における必要病床数 (暫定推計値)	平成37(2025)年に向けた病床数の 過不足	平成37(2025)年に向けた病床数の 増減率	
	①	②	③ (①-②)	④ (-③ / ①)	
広島県	高度急性期	4,787	2,989	1,798	△ 38%
	急性期	14,209	9,118	5,091	△ 36%
	回復期	3,284	9,747	△ 6,463	197%
	慢性期	10,368	6,760	3,608	△ 35%
	未選択	323		323	
	病床計	32,971	28,614	4,357	△ 13%
広島	高度急性期	2,858	1,585	1,273	△ 45%
	急性期	5,591	4,242	1,349	△ 24%
	回復期	1,400	4,506	△ 3,106	222%
	慢性期	4,213	2,730	1,483	△ 35%
	未選択	118		118	
	病床計	14,180	13,063	1,117	△ 8%
広島西	高度急性期	561	156	405	△ 72%
	急性期	299	410	△ 111	37%
	回復期	180	515	△ 335	186%
	慢性期	1,129	478	651	△ 58%
	未選択	0		0	
	病床計	2,169	1,559	610	△ 28%
呉	高度急性期	55	287	△ 232	422%
	急性期	1,849	858	991	△ 54%
	回復期	405	894	△ 489	121%
	慢性期	952	751	201	△ 21%
	未選択	76		76	
	病床計	3,337	2,790	547	△ 16%
広島中央	高度急性期	83	122	△ 39	47%
	急性期	1,235	672	563	△ 46%
	回復期	251	678	△ 427	170%
	慢性期	930	669	261	△ 28%
	未選択	25		25	
	病床計	2,524	2,141	383	△ 15%
尾三	高度急性期	394	242	152	△ 39%
	急性期	1,986	905	1,081	△ 54%
	回復期	265	991	△ 726	274%
	慢性期	1,173	726	447	△ 38%
	未選択	0		0	
	病床計	3,818	2,864	954	△ 25%
福山・府中	高度急性期	806	524	282	△ 35%
	急性期	2,438	1,691	747	△ 31%
	回復期	695	1,840	△ 1,145	165%
	慢性期	1,166	976	190	△ 16%
	未選択	104		104	
	病床計	5,209	5,031	178	△ 3%
備北	高度急性期	30	73	△ 43	143%
	急性期	811	340	471	△ 58%
	回復期	88	323	△ 235	267%
	慢性期	805	430	375	△ 47%
	未選択	0		0	
	病床計	1,734	1,166	568	△ 33%

*慢性期機能の必要病床数：広島、広島中央、福山・府中地域はパターンB、広島西、呉、尾三、備北地域はパターンCで推計。

(4) 病床の機能分化・連携の推進により在宅医療等へ移行する患者

- 地域全体で治し、支える「地域完結型」医療への転換を図る中で、将来、介護施設や高齢者住宅、更には外来医療を含めた在宅医療[※]等の医療・介護ネットワークでの対応が追加的に必要となると想定される患者数は、「医療・介護情報活用による改革の推進に関する専門調査会[※]」の推計では平成 37（2025）年の段階で 1 万 200 人程度と見込まれます。
- なお、1 万 200 人程度と見込まれる在宅等での受療に移行する患者（以下「在宅医療[※]等へ移行する患者」という。）数は、「図表 2-25 各構想区域における平成 37（2025）年の各機能区分別の医療需要に対する医療供給」の在宅医療[※]等の推計患者数に含まれています。
- 将来の各市町における在宅医療[※]等へ移行する患者数は、各市町の平成 37（2025）年の 65 歳以上人口が県全体に占める割合を基に算出しました。

図表 2-29 在宅医療等へ移行する患者数

(単位：人 / 日程度)

区分	市町名	在宅等移行患者数	区分	市町名	在宅等移行患者数
広島	広島市	4,021	広島中央	竹原市	116
	安芸高田市	135		東広島市	589
	府中町	156		大崎上島町	34
	海田町	83		小計	739
	熊野町	93	尾三	三原市	389
	坂町	44		尾道市	557
	安芸太田町	32		世羅町	73
	北広島町	82		小計	1,019
	小計	4,646	福山・府中	福山市	1,676
広島西	大竹市	112		府中市	169
	廿日市市	447		神石高原町	46
	小計	559		小計	1,891
呉	呉市	845	備北	三次市	226
	江田島市	106		庄原市	169
	小計	951		小計	395
			合計		10,200

第3章

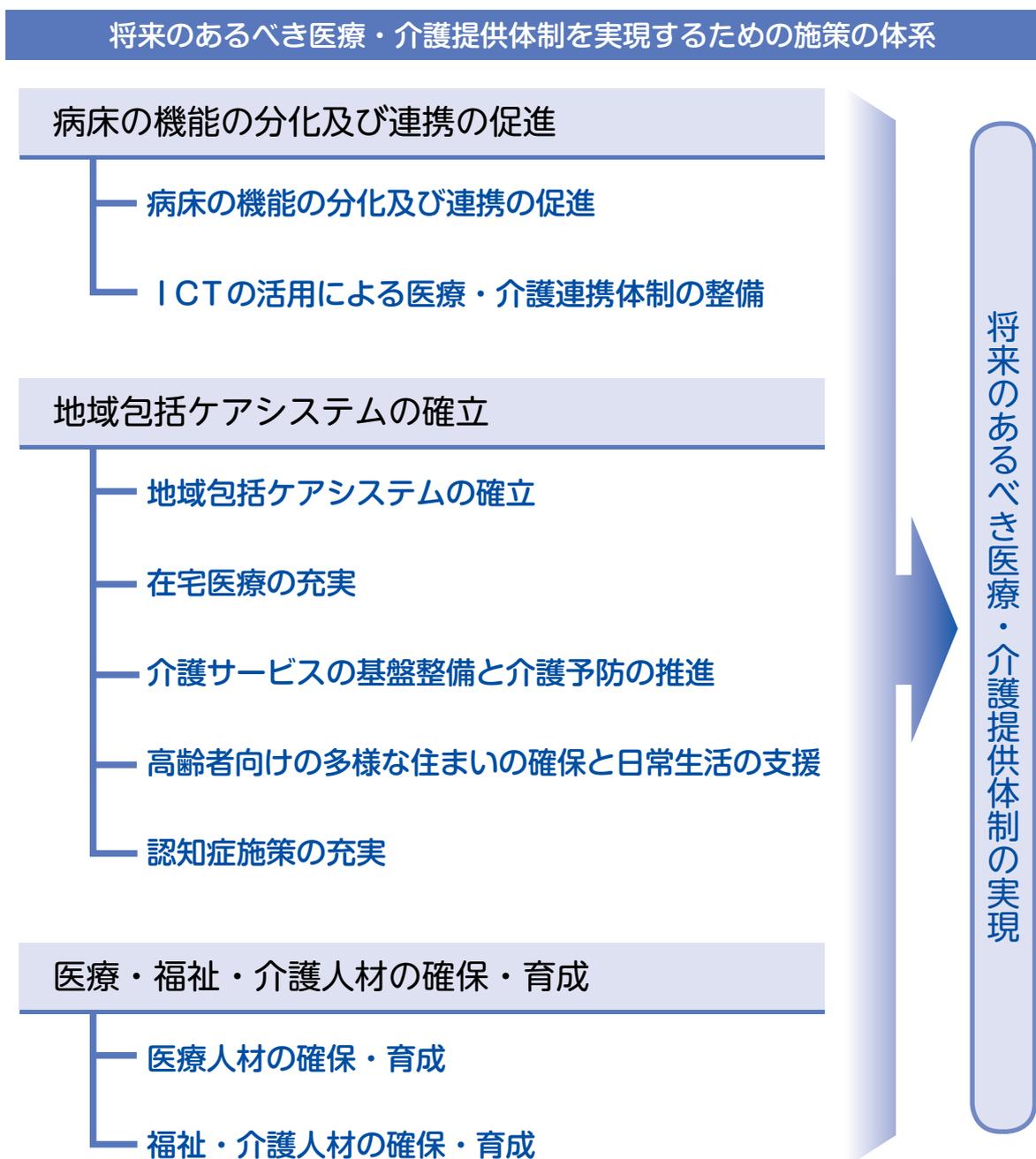
将来のあるべき医療・介護提供体制を実現するための施策

1 病床の機能の分化及び連携の促進	29
(1) 病床の機能の分化及び連携の促進	29
(2) ICT の活用による医療・介護連携体制の整備	31
2 地域包括ケアシステムの確立	33
(1) 地域包括ケアシステムの確立	33
(2) 在宅医療の充実	33
(3) 介護サービスの基盤整備と介護予防の推進	35
(4) 高齢者向けの多様な住まいの確保と日常生活の支援	37
(5) 認知症施策の充実	38
3 医療・福祉・介護人材の確保・育成	39
(1) 医療人材の確保・育成	39
(2) 福祉・介護人材の確保・育成	41

第3章 将来のあるべき医療・介護提供体制を実現するための施策

- ▶ 平成37（2025）年に向け、県民の安心を支える将来の医療・介護提供体制のあるべき姿を実現させるため、「第1章 - 3 - （3）取組の基本方針」に基づき施策の方向性を示します。

図表 3-1 将来のあるべき医療・介護提供体制を実現するための施策の体系



1 病床の機能の分化及び連携の促進

- (1) 病床の機能の分化及び連携の促進
- (2) ICTの活用による医療・介護連携体制の整備

(1) 病床の機能の分化及び連携の促進

① 病床の機能の分化及び連携の促進

【現状・課題】

- 現在の一般病床、療養病床の区分では、それぞれの医療機関が担っている機能が見えにくいため、地域の病院や診療所がどのように役割分担しているのか不明瞭になっています。
- 病床の機能の分化については、各医療機関が病床機能報告及び地域医療構想を踏まえて、構想区域内における自院の役割及び病床機能を選択し、他の医療機関との連携を図るとともに、地域の医療・介護サービスのネットワーク化を進めていく必要があります。

【施策の方向性】

- 各医療機関においては、病床機能報告制度^{*}による同一構想区域内の他の医療機関の状況を参考に、地域における自院の病床機能を客観的かつ相対的に位置付け、地域医療構想の実現に向けて主体的に病床機能の選択を行います。
- 各構想区域に設置した地域医療構想調整会議において、地域の関係者が地域の実情に応じて将来必要となる医療・介護提供体制の実現に向けて継続して協議・調整を行っていきます。
- 高度な医療機能^{*}を有する基幹病院が集中する地域においては、それぞれの病院の特徴を活かした役割分担を明らかにし、相互の連携を強化するとともに構想区域を越えた医療の提供を行うなど、医療の質の向上と医療資源の効率的な配置を図っていきます。

② 医療機関の施設・設備整備の推進

【現状・課題】

- 本県では、平成37（2025）年には全ての構想区域において回復期機能^{*}の病床が不足すると見込まれます。

【施策の方向性】

- 高度急性期から慢性期までの病床機能の分化及び連携を進めるため、関係する医療機関間において協議・調整を行うとともに、不足する病床機能を充足させるための病床転換を推進します。

③ 疾病別・事業別の医療機能の分化と連携の促進

【現状・課題】

- 疾病別・事業別の観点においても、診療密度が特に高い高度急性期については構想区域を越えた連携体制を充実・強化する必要がありますが、急性期、回復期及び慢性期については、患者や家族の身近なところでサービスの提供が受けられる体制が必要となります。
- 一方、同一構想区域内で複数の基幹病院が重複した機能を果たしている場合は、基幹病院間の役割分担を明確にしていく必要があります。
- 緊急性の高い脳卒中、急性心筋梗塞を含む救急医療については、当該診療を行う医療機関までのアクセス時間等を考慮し、構想区域を越えた連携も必要となります。
- がん等の疾患においては、地域連携クリティカルパス^{*}の導入を進め、十分に活用していくことができる環境を整える必要があります。

【施策の方向性】

- 高度急性期については、医療資源の集積を考慮し、構想区域を越えた広域連携を基本とした体制整備を図ります。
- 急性期、回復期及び慢性期については、患者住所地を基本として、構想区域内での完結を目指します。
- 緊急性の高い脳卒中、急性心筋梗塞を含む救急医療については、構想区域内で速やかに急性期の専門的治療を受けることが必要ですが、当該診療を行う医療機関までのアクセス時間等を考慮し、構想区域を越えた連携体制の充実・強化も図ります。
- がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病等の疾患においては、地域連携クリティカルパス^{*}の導入・普及を進めます。

④ 慢性期及び在宅医療等の患者へのサービス提供体制の確保

【現状・課題】

- 県内の療養病床の実態調査の結果によると、在宅（居宅）での医療・介護サービスを受けることで療養生活の継続が可能と考えられる患者の割合は低く、こうした患者や家族を支える医療・介護サービスの提供体制の確保・充実が必要となります。
- 平成 37 (2025) 年における必要病床数は、第 2 章に記述しているとおりでありますが、慢性期医療、特に療養病床に入院している患者に対する適切な医療・介護サービスの提供が求められます。

【施策の方向性】

- 平成 27 (2015) 年の療養病床入院患者の実態を踏まえ、また、国の施策立案の動向を踏まえながら、平成 37 (2025) 年に向けた慢性期病床及び在宅等での医療・介護二一ズに対応するために必要な体制整備を進めます。
- 引き続き、地域包括ケアシステム^{*}の構築を推進し、平成 37 (2025) 年に向けた在宅医療^{*}や訪問看護体制の強化、介護保険施設の整備をはじめとした幅広い選択肢の中から、患者にとって最も適切な療養環境を提供できる体制の確保を目指します。

(2) ICTの活用による医療・介護連携体制の整備

【現状・課題】

- 病床機能の分化及び連携を進めるためには、患者は状態に応じて最もふさわしい医療機関において医療の提供を受け、また退院後における在宅医療*・介護サービスへの移行が円滑に行われる必要があります。ICT*を活用した医療情報ネットワークは、そのための重要なツールとなります。
- 本県には、県内全域を網羅するひろしま医療情報ネットワーク*（HMネット）をはじめ、各地域内の独自の医療情報ネットワークや在宅介護支援システムが整備されており、高い情報セキュリティを確保しながら、これら相互のシステム連携が必要となります。

【施策の方向性】

- 県内の全ての医療機関がひろしま医療情報ネットワーク*（HMネット）に加入するか、ひろしま医療情報ネットワーク*（HMネット）と連携することにより全ての県民が医療情報ネットワークを利用できる環境整備を進めます。
- また、県内各地で整備されている医療情報ネットワークや在宅介護支援システムとの連携のほか、隣県のネットワークとの広域的な連携も進めていきます。
- 県内の医療・介護等のデータを集積、分析及び活用する仕組みの構築を検討していきます。

◀ 取組事例① 広島都市圏の医療提供体制 ▶

【現状・課題】

- 広島都市圏の基幹病院（広島大学病院、広島市立広島市民病院、県立広島病院、広島赤十字・原爆病院）は、重複した機能が少なくなく、役割分担が明確になっていません。
- 循環器系疾患など、高齢期に特徴的な疾患が急増しており、平成27（2015）～平成37（2025）年の10年間で循環器系疾患の入院患者は3割以上増加すると見込まれています。（平成23（2011）年の受療率による推計結果）
- 広島都市圏においては、今後急速に高齢化が進み、現状の医療提供体制のままでは、増加する医療需要に適切に対応できなくなるおそれがあります。
- 平成14（2002）年～平成24（2012）年の10年間で20～30歳代の医師数が全国合計で増加する中で、本県においては、約1割減少するなど、若手医師が減少しています。

【施策の方向性】

- 基幹病院の機能分化と連携強化を進めることで、効率的かつ高度な、患者はもとより医師にとっても魅力的な医療提供体制を実現します。

図表 3-2 基幹病院の機能分化と連携強化

① 急増する医療需要への対応	② 医師を惹きつける医療現場の魅力づくり
<ul style="list-style-type: none"> ・ 役割分担を踏まえた効率的・効果的な資源投入 ・ 各病院の強みを活かした高度先端医療の提供 ・ 症例集積による治療成績の向上 ・ 高額医療機器の整備（機器の共同利用） ・ 患者の状態に応じた適切な病院への紹介 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 症例集積による人材育成機能の強化 ・ 専門医の資格取得など多彩なキャリアパスの構築 ・ 医療従事者の就業環境の改善

◀ 取組事例② がんの医療提供体制 ▶

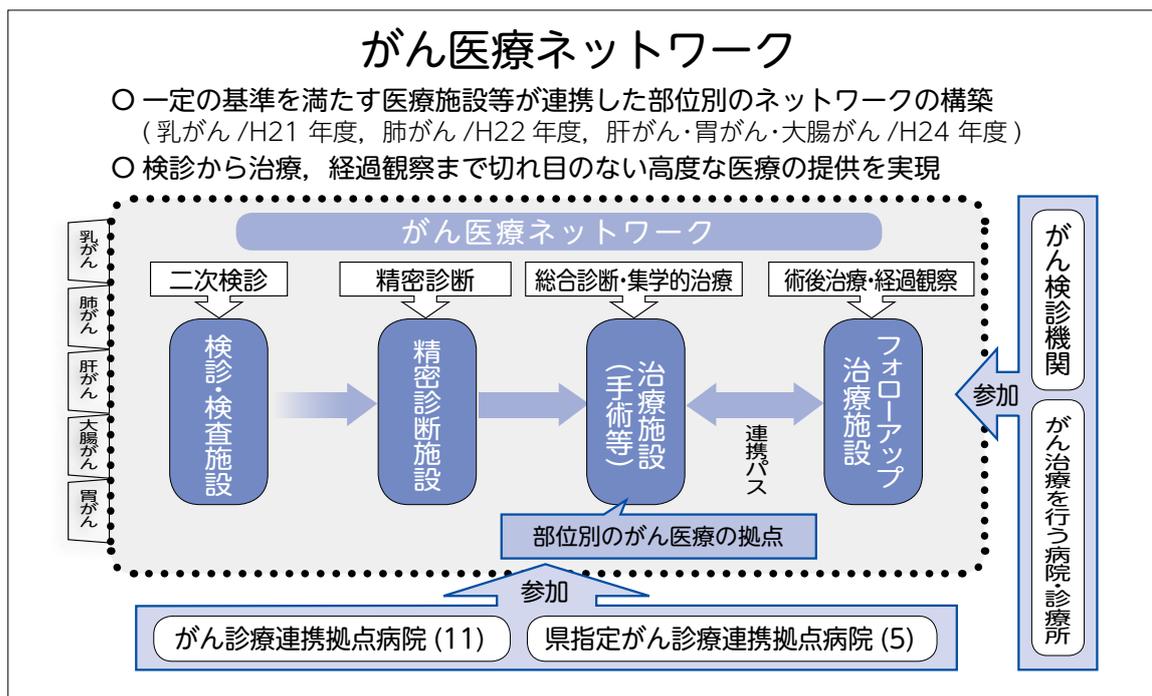
【現状・課題】

- がん医療の均てん化を目標とした国指定の「がん診療連携拠点病院※」を全二次保健医療圏※に11施設、また、県独自の取組として、国指定拠点病院と同等の医療機能※を有する5施設を県指定の拠点病院として整備し、医療提供体制の充実を図っています。拠点病院は、各圏域において周術期を中心とした医療を担うとともに、地域の医療連携の推進等の拠点として機能することが求められています。
- 全ての拠点病院では、5大がんの地域連携クリティカルパス※を整備していますが、十分に活用されている状況には至っていません。
- 5大がんについては、一定の医療基準を満たす施設が参加した「広島県がん医療ネットワーク※」を構築していますが、県民と医療関係者等への周知が十分でなく、また、質的にも量的にも十分な連携が図られているかの検証が必要です。
- 5大がん以外の医療の提供体制等の現状把握と県民への情報提供について十分ではありません。

【施策の方向性】

- 拠点病院は、地域のがん医療の拠点として、一層の機能強化に取り組みます。
- 5大がん全てを整備した県内統一の地域連携クリティカルパス※について、拠点病院が中心となって各地域への普及を進めるなど一層の普及促進に取り組みます。
- 5大がんのがん医療ネットワークを充実強化するため、地域の医療機関の理解促進及び地域連携クリティカルパス※の普及等、医療連携がスムーズに進むよう取り組みます。
- 5大がん以外のがんについても医療提供状況等の県民への情報提供を推進します。

図表 3-3 がん医療ネットワーク



2 地域包括ケアシステムの確立

- (1) 地域包括ケアシステムの確立
- (2) 在宅医療の充実
- (3) 介護サービスの基盤整備と介護予防の推進
- (4) 高齢者向けの多様な住まいの確保と日常生活の支援
- (5) 認知症施策の充実

(1) 地域包括ケアシステムの確立

【現状・課題】

- 今後も医療と介護の両方のサービスを必要とする高齢者、一人暮らしの高齢者、認知症*の高齢者等の増加が見込まれているため、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、切れ目のないサービス提供体制を推進していく必要があります。
- 県内125の全ての日常生活圏域*において、地域の特性に応じた地域包括ケアシステム*が構築され、市町が主体となった取組が更に推進されることが必要です。

【施策の方向性】

- 医療、介護、介護予防、住まい、生活支援の切れ目のないサービス提供体制の充実強化に向けて、医療や介護の専門職のみならず地域住民も一体となって取り組む体制づくりを推進します。
- 市町自らが、地域包括ケアシステム*の構築状況の評価や課題の明確化を行い、地域の関係者と協議することにより効果的な取組につなげるなど、市町が主体となった取組の推進を図ります。

(2) 在宅医療の充実

① 在宅医療の推進体制の整備

【現状・課題】

- 医療と介護の両方のサービスを必要とする高齢者が在宅で安心して生活するためには、退院時、日常の療養生活時、病状の急変時、看取り*期などにおける在宅医療*提供体制の充実と医師、看護職員（保健師、助産師、看護師、准看護師：以下同じ。）、歯科医師、薬剤師、介護支援専門員*、訪問介護員等による多職種連携が重要です。
- 県では、地区医師会や中核病院を中心とした在宅医療*の推進拠点の整備を進め、県内の全23市町で医療・介護連携の取組が開始されていますが、今後、市町主体の取組として推進されることが重要です。
- 在宅医療*を支えるためには、在宅療養者のニーズの多様化、医療の高度化に対応できる訪問看護サービスの確保・強化や、訪問栄養食事指導の推進等が必要です。
- 患者や家族、医療関係者に対して在宅医療*や介護、看取り*に関する情報を適切に提供するとともに、患者及び家族の意思を尊重した支援が必要です。

【施策の方向性】

- 市町主体の在宅医療*介護連携が推進されるよう、県では、医療・介護関係者等と連携して課題の把握や支援策を協議し、その結果を市町に情報提供するなどの支援を行います。
- 地域における多職種連携の推進や在宅医療*に携わる医療介護関係者の活動が円滑に行えるよう、県が養成した在宅医療推進医の活動の充実を図ります。
- 県は、地域において訪問看護が円滑に提供されるよう、各圏域に訪問看護ステーションの連携強化への支援や訪問看護についての相談等に応じる窓口の設置に取り組みます。
- 行政、医師会や各医療機関等は、在宅で受けられる医療や介護、看取り*に関する広報や情報提供に努めるとともに、アドバンス・ケア・プランニング*（ACP）の活用等も含め、患者や家族の意思を尊重した適切な支援を行います。

② 在宅歯科診療の充実

【現状・課題】

- 口腔機能*を維持・向上することは全身の健康に密接に関連していますが、今後、高齢者人口の増加に伴い、在宅歯科診療のニーズが高まっていくことが予想される中であって、この診療を担うことができる歯科医師・歯科衛生士*が少ないなど、在宅歯科診療体制が十分に確立されているとは言えません。また、歯科衛生士*が都市部へ偏在しているという課題があります。
- 県内の各地域において、要介護者の歯科保健医療が円滑に行える体制の整備が必要です。

【施策の方向性】

- 高齢者の増加に伴う在宅歯科診療のニーズに対応するため、この診療を担う歯科医師及び歯科衛生士*の養成を行います。
- 全身麻酔下での治療が必要な患者等、地域の歯科診療所では対応できない高度な歯科診療に対応する機能の充実・強化を図ります。
- 在宅歯科診療における医科や介護分野との連携・調整、住民からの相談受付、在宅歯科医療機器の貸出など、地域における在宅歯科医療の推進を図ります。

③ 在宅での薬剤管理の推進

【現状・課題】

- 医療ニーズの高い患者の在宅医療*を支えるためには、高度な調剤技術やきめ細かな服薬管理が必要となることから、在宅医療*を担う専門的な知識・技術を身に付け、他職種との円滑な連携を図ることのできる「在宅支援薬剤師」を養成する必要があります。
- 在宅医療*に必要な医療材料・衛生材料は、種類が多く医療機関のデッドストックになりやすいことから、地域の中で必要なときに必要な量だけ入手できる体制の整備が必要です。

【施策の方向性】

- 認知症高齢者*や医療ニーズの高い在宅患者の服薬管理に対応するため、「在宅支援薬剤師」を養成し、薬局・薬剤師の在宅医療*への参画と多職種連携の推進を図ります。
- 在宅医療*に必要な医薬品や医療材料・衛生材料の効率的な供給体制の整備を図ります。

(3) 介護サービスの基盤整備と介護予防の推進

① 在宅サービスの充実

【現状・課題】

- 介護を要する状態となっても、できる限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した生活が継続できるよう、在宅生活の限界点を高めるサービスの充実や居宅サービスの基盤整備を一層進める必要があります。
- 今後、単身や夫婦のみ高齢者世帯、認知症高齢者^{*}、医療ニーズを併せもつ中重度の要介護高齢者等の増加が見込まれる中、在宅での生活を継続できるよう、在宅要介護者が施設入所を検討する要因となる日中・夜間の排泄介助、認知症^{*}や医療ニーズへの対応を適切に行え、複数のサービスを統合した定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護、小規模多機能型居宅介護の充実を図る必要があります。
- 特に、定期巡回・随時対応型訪問介護看護については、市町、事業者、介護支援専門員^{*}等の理解や、訪問看護事業所と訪問介護事業所との間の連携が進んでいない等の要因から、普及が十分に進んでいない状況にあります。
- 在宅生活を支えるためには、医療、介護、生活支援サービス^{*}などを適切に組み合わせたケアプラン^{*}を作成できる居宅介護支援事業所^{*}が求められています。

【施策の方向性】

- 地域包括ケアシステム^{*}の構築を推進する観点から、高齢者が要介護状態となっても、可能な限り住み慣れた地域で在宅生活が継続できることを基本とした介護サービスの基盤づくりを目指し、特に居宅サービス及び地域密着型サービスの充実に重点的に取り組んでいきます。
- 市町は、各日常生活圏域^{*}の地域資源、ニーズ調査等を基に地域の特徴と課題を把握したうえで、既存の介護サービスの有効活用を図りつつ、それぞれの日常生活圏域^{*}で介護サービスをどのような方向性で充実させていくのか、地域の介護サービス見込量のピーク時を視野に入れながら平成37(2025)年度の介護サービス見込量やそのために必要な保険料水準を推計し、持続可能な制度とするための中長期的な視点に立った介護サービス基盤の種類・量・質の方向性を定めます。
- 県は、市町が取り組むサービス基盤整備の計画的な推進に向けて、必要な助言・支援を行います。
- 地域密着型サービス（認知症高齢者グループホーム、看護小規模多機能型居宅介護等）について、市町の整備計画に基づいた整備を支援していきます。
- 市町は、高齢者が介護や医療が必要な状態となっても、住み慣れた地域で、できる限り在宅生活を維持できるよう、訪問介護と訪問看護が密接に連携しながら重度の要介護者の在宅生活を24時間支える定期巡回・随時対応型訪問介護看護の積極的な導入を進めます。
- 医療、介護、生活支援サービス^{*}などを適切に組み合わせることができるようスキルを持った介護支援専門員^{*}の養成を図ります。

② 施設サービスの確保

【現状・課題】

- 介護保険法の改正により、平成 27 (2015) 年 4 月以降、特別養護老人ホームについては、限られた資源の中でより入所の必要性の高い方々が入所しやすくなるよう、居宅での生活が困難な中重度の要介護高齢者を支える施設としての機能に重点化が図られたことを踏まえ、施設の入所申込者の実態等を把握し、適切に施設を整備していく必要があります。
- 平成 27 (2015) 年度に国が設置した「療養病床の在り方等に関する検討会」において、「医療」、「介護」、「住まい」の機能を提供するサービスの検討が行われています。
- 施設での看取り^{*}期の対応を進める上で、施設としての基本方針の明確化、医療と介護の職員間の連携、経験・知識の不足などの課題があります。

【施策の方向性】

- 施設サービスの整備に当たっては、地域包括ケアシステム^{*}の推進を重視し、在宅生活を支える居宅サービスと在宅生活が困難な高齢者が入所できる施設サービスとをバランスよく適切に提供できるよう進めていきます。
- 特別養護老人ホーム等については、市町が地域の実情に応じて真に必要な利用見込数を設定し、県が施設整備に対する支援を行います。
- 国が設置している「療養病床の在り方等に関する検討会」における検討結果に基づいて、新たな施設の位置付けや整備の在り方等について検討します。
- 施設での看取り^{*}のあり方については、医師等の学識経験者を含めた検討を行うとともに、施設内の看取りガイドライン（仮称）を作成するほか、研修などにより施設内の看取り^{*}についての知識・技術を高め、入所者・家族の意向に沿った看取り^{*}の実施に向けた施設体制の充実に取り組みます。

③ 介護予防の推進

【現状・課題】

- 医療及び介護の提供体制を支える制度の持続可能性を高めるためには、限りある資源の効率的かつ効果的な活用に取り組むとともに、高齢者が要介護状態等となることの予防や要介護状態の軽減・悪化の防止を図るため、介護予防を積極的に推進していく必要があります。
- 介護予防の推進に当たっては、心身機能の改善に加えて、生活環境の調整や地域の中で生きがいや役割をもって生活できる居場所づくりなど生活の質の向上の視点が必要です。
- 生活機能が低下した高齢者には単なる機能回復訓練ではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能にし、その自立を促すための介護予防に参加しやすい環境づくりが重要です。
- 自立支援・重度化予防を重視した介護予防マネジメントが実践されるよう、地域包括支援センター^{*}、居宅介護支援事業所^{*}をはじめ、事業者、住民とも意識を共有していくことが必要です。

【施策の方向性】

- 地域住民が身近な場所で主体的に介護予防につながる取組を充実させ、継続していくよう推進します。

- リハビリテーション専門職の資質を高めるとともに、これら専門職等による地域での生活リハビリテーションを推進します。
- 自立支援・重度化予防を重視した介護予防マネジメントの実践に向けて、市町、地域包括支援センター*職員の資質向上に取り組みます。

(4) 高齢者向けの多様な住まいの確保と日常生活の支援

① 高齢者向けの多様な住まいの確保

【現状・課題】

- 高齢者の増加に伴い、高齢者の住まいの確保が必要となります。
- 自宅で生活することが困難な低所得者や比較的要介護度の低い高齢者が安心して暮らすことができる住まいの確保が必要です。

【施策の方向性】

- 高齢者が住み慣れた地域で安心して生活できる住環境の整備を進めていきます。
- 県は、民間賃貸住宅事業者、広島県居住支援協議会、市町と連携して、住宅の確保が難しい高齢者が安心して民間賃貸住宅に入居できる環境づくりを促進します。
- 有料老人ホームの届出を促進するとともに、有料老人ホームを安心して選択できるようなホームページ等を活用して情報を提供します。
- 県は、軽費老人ホーム、養護老人ホームについて、地域や施設の実情を踏まえながら特定施設入居者生活介護の指定などにより要介護者のニーズに適切に対応していけるよう支援していきます。
- サービス付き高齢者向け住宅*について制度を周知し、供給促進を図ります。

② 日常生活の支援

【現状・課題】

- 単身世帯や高齢者のみの世帯の増加に伴い、掃除や買い物、見守りや介護者への支援など生活支援のニーズの増加が見込まれるため、これらのサービス提供には、高齢者の参画を含め、地域のボランティアなどの活躍が期待されます。
- 判断能力が不十分な高齢者が地域で暮らし続けるためには、福祉・介護サービスや生活支援サービス*を適切に利用できるよう支援することが必要です。
- 福祉サービス利用援助事業*の利用者は年々増加していますが、利用者の状態変化に対応して、福祉サービス利用援助事業*から成年後見制度*への円滑な移行が行える仕組みが必要です。

【施策の方向性】

- 高齢者が知識や技能を生かして地域を支える一員として活躍することも含め、ボランティア、NPO*、民間企業等の多様な主体が生活支援サービス*を提供する体制の構築を推進します。
- 生活支援のニーズとサービスをマッチングさせるコーディネーターを養成し、市町の体制づくりを支援します。

- 県社会福祉協議会及び市町社会福祉協議会が実施している福祉サービス利用援助事業*（かけはし）の円滑な実施や困難事例に係る研修などの取組を支援し、事業の適切な運営や周知等を図ります。
- 福祉サービス利用援助事業*の利用者が、状態変化等に応じて成年後見制度*に適切に移行できるよう、受け皿となる市町社会福祉協議会による成年後見制度*（法人後見）の実施を進めるとともに、法人後見の支援を通じて市民後見人の育成を図るなど成年後見の担い手の充実を進めていきます。

（５） 認知症施策の充実

【現状・課題】

- 平成 27 (2015) 年 1 月に国が策定した「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」においては、医療・介護等が有機的に連携し、認知症*の人が住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができるよう、また、行動・心理症状（BPSD）*や身体合併症等が見られた場合にも、医療・介護施設等での対応が固定化されないよう、適切なサービスが提供される循環型の仕組みを構築することとされています。
- 循環型の仕組みの一部を担う専門医療機関が適切な機能分化を図りながら、医療・介護関係機関との役割分担と連携を進めることが重要となります。

【施策の方向性】

- 初期対応から状態の変化に応じた適切な医療サービス提供体制の構築や病院、診療所、歯科医療機関、薬局、地域包括支援センター*、介護サービス事業所、地域の支援機関等の医療・介護等関係者の連携体制構築に向け、次のような取組を進めます。

◀ 取組事例① 循環型認知症医療・介護連携システムの確立 ▶

- 県、市町、関係団体等は相互に協力して、認知症疾患医療センター*と地域包括支援センター*の機能統合や連携強化による認知症初期集中支援チーム*の設置及び運営体制の強化を図ります。併せて県は、認知症病棟の機能分化と認知症医療の標準化により、早期診断・早期対応から急性期、身体合併症等の発症時まで必要に応じて効率よく入院治療を提供する体制を整備し、早期退院・地域移行の促進を図ります。
- また、県は、市町、関係団体等と相互に協力して、医療・介護従事者等に対する研修の実施により認知症*に対する対応力向上を図るとともに、認知症*の専門医療機関による一般医療機関への支援の強化についても検討を進めていきます。

◀ 取組事例② 医療・介護の連携促進 ▶

- 県は、市町、関係団体等と相互に協力して、認知症*のある人とその家族に対し適切な医療・介護サービスを提供するため、医療と介護の関係者が患者情報を共有する認知症地域連携パス*の普及を図ります。
- また、地域の実情に応じて認知症サポート医*、専門医療機関と地域包括支援センター*、介護サービス事業所等との連携強化を進めるほか、本人・家族を支援する認知症地域支援推進員の全市町への設置により、相談業務等の体制整備と機能の充実を促進します。

3 医療・福祉・介護人材の確保・育成

- (1) 医療人材の確保・育成
- (2) 福祉・介護人材の確保・育成

(1) 医療人材の確保・育成

① 医師・看護職員等の確保・資質向上

【現状・課題】

- 医師数は増加傾向にありますが、診療科や都市部への医師の偏在解消に向けた取組が必要となっています。
- 医師の高齢化も進行していることから、20歳代、30歳代の若手医師の県内定着を促進する必要があります。
- 地域の医療体制を確保するため、大学医学部に卒業後に特定の地域に就業することが入学条件の定員枠である地域枠として広島大学に「ふるさと枠」、岡山大学に「地域枠」を設け、医師の県内定着とともに、特に中山間地域^{*}の医療を担う人材を計画的に育成しています。
- 就業看護職員数は年々増加傾向にありますが、厚生労働省では平成37（2025）年に必要となる看護職員数を全国で約200万人と推計しており、本県の人口規模に置き換えると、約5万人と推計されます。更に、地域医療構想の実現に向けて看護職員の需要数・供給数を推計する必要があります。
- 看護師等養成所の卒業生については約8割が県内に就業していますが、看護系大学については、定員は増加傾向にあるものの、県内就業率は約6割となっていることから、県内就業を促進する取組が必要です。
- 看護職員の離職理由の多くは、結婚・出産等のライフステージの変化が挙げられていますが、自身の健康問題ややりがいの喪失、教育体制・キャリアアップへの不満等から離職を選択される場合があり、継続就業に向けた支援が必要です。
- 再就業の対象となる離職中の看護職員の把握と潜在化を予防する取組が必要です。
- 在宅医療^{*}の推進に向け、在宅緩和ケア^{*}等専門的な知識を有する訪問看護師の確保・育成が必要です。
- リハビリテーションの必要性が増大し、医療施設や社会福祉施設等において理学療法士^{*}、作業療法士^{*}、言語聴覚士^{*}の需要が高まっており、人材の確保・育成が必要です。

【施策の方向性】

- 全ての地域において、急性期医療^{*}から在宅医療^{*}・介護までの一連のサービスが受けられる医療提供体制を構築するために、へき地医療拠点病院の体制整備やへき地診療所を含めた医師派遣等の支援に取り組みます。
- 自治医科大学卒業医師を、中山間地域^{*}等の医療機関へ優先的に配置します。
- 広島大学に設置した寄附講座^{*}「地域医療システム学講座」を通じて、地域医療に関わる医師の養成や、地域医療マインドの醸成を図ります。

- 広島県地域医療支援センター※を中心に、市町、大学、県医師会等と連携し、医師育成奨学金を活用した医師の育成や、初期臨床研修医の確保、県外医師の招致等に努めます。とりわけ、医師が不足する診療科については、医師数全体を増やす取組を進めるとともに、大学等と連携した確保・育成及び定着を支援します。
- 着実な看護職員の養成を行うとともに県内就業促進を図り、人材確保に努めます。
- 周産期※医療提供体制を維持するため、助産師の養成・確保及び助産実践能力の向上に取り組めます。
- 全ての看護職員が、自身のキャリアを形成し、やりがいを持って仕事に臨めるよう、新人期から中堅、ベテラン時期までの継続的な研修体制の整備を進めます。
- 離職した看護職員の届出制度の創設を契機に、広島県ナースセンター※を中心として、市町、ハローワーク、関係団体等が連携し、相談体制の充実、就職斡旋、復職研修などにより、潜在化の防止と再就業促進を図ります。
- 医療機関と連携し、看護職員の離職についての調査・分析等を行い、就業継続支援に取り組めます。
- 在宅医療※の推進に向け、在宅療養者のニーズの多様化、医療の高度化に対応できる訪問看護師や高い専門性を持つ認定看護師※の育成支援に取り組めます。
- 日々進歩する医療技術やリハビリテーション技術等に対応できるよう、県理学療法士※会や県作業療法士※会等と連携して、人材の確保と資質の向上に取り組めます。

② 医療従事者の就業環境改善

【現状・課題】

- 女性医師が増加傾向にある中、多様な就業形態の導入促進や、出産・子育て期においても医療技術を維持しながら就業できるような支援が必要となっています。
- 離職する看護職員の多くが、結婚・出産・育児・介護を理由としていることから、それぞれのライフステージにおける就業継続支援が必要となっています。
- 救急患者への対応をはじめ、心身の緊張を伴う長時間労働、夜勤・交代制勤務など、医療スタッフは厳しい就業環境にあります。
- 地域医療の担い手の充実を図るため、医療機関の就業環境を改善し、職員の定着促進を図る必要があります。

【施策の方向性】

- 子育て期においても安心して就業継続できるよう、院内保育所を設置する病院等への支援を行うとともに、育児や介護などに対応した多様な勤務形態や短時間正規雇用制度の導入など、ワーク・ライフ・バランスの推進に向けた取組を支援します。
- 勤務環境改善支援センターが勤務環境改善計画作成に取り組む医療機関に対し、専門アドバイザーを派遣します。
- 医師や看護職員など医療スタッフが健康で安心していきいきと働くことができる職場づくりを実現していくため、勤務環境改善を主体的に取り組む医療機関を支援します。

(2) 福祉・介護人材の確保・育成

① 福祉・介護人材の確保・資質向上

【現状・課題】

- 県内全市町での地域包括ケアシステム^{*}を推進していく上で必要な担い手となる質の高い福祉・介護人材を確保していくため、行政、職能団体、事業者団体などで構成する広島県福祉・介護人材確保等総合支援協議会で、人材の確保・育成・定着に向けた取組を推進しています。
- 国が公表した介護人材の需給推計では、平成37(2025)年には本県で約7千人の需給ギャップが生じると推計されており、この需給ギャップの解消や将来の介護サービス提供体制に対応できる質の高い福祉・介護人材を継続的に確保していくことが必要です。
- 福祉・介護職については、肯定的なイメージもある一方で、職務、給与、将来性等に対してマイナスイメージが持たれており、人材確保を促進するためには、このイメージを払拭する取組を進めていく必要があります。
- 労働力人口の減少と介護ニーズの拡大等が進む中で、介護人材の量的確保と資質の向上の両立を図るため、多様な人材の参入促進を図るとともに、基礎的な知識を有する職員から専門性を有する介護福祉士まで、各々の人材層が担うべき機能分化を進めることが求められています。

【施策の方向性】

- これまでの広島県福祉・介護人材確保等総合支援協議会が行ってきた一体的な取組を継続し、更に効果的なものとしていくため、地域での人材確保推進組織の立上げを支援し、地域の実情に応じた人材確保の取組を促進します。
- 一般大学生や地域の若者、就業していない女性、中高年齢者などの多様な人材層に対する適切で、きめ細やかなマッチングを進めるため、福祉人材センターと大学キャリアセンターやハローワーク等との情報提供・共有に加え、介護職員初任者研修事業者や介護福祉士実務者養成施設、事業者団体・市町等との緊密な情報共有体制を確立します。また、国の法改正の動向を踏まえ、外国人の人材の活用も検討していきます。
- 将来の担い手となり得る子供や若者、女性などが福祉・介護(職)への理解・関心を高め、イメージアップを図るため、市町や関係機関・団体等との連携・分担により、県全域や地域において福祉・介護の魅力・実情についての情報発信を継続して行います。
- 介護職の中核的な役割を担うことが期待される介護福祉士の量的確保を図るため、介護福祉士養成施設入学者への修学資金貸付や養成施設から学校の生徒に対する介護職の理解促進のための情報発信の強化等により新規参入を促進するとともに、潜在介護福祉士の再就業を促進するための再就職準備金の貸付や、研修・職場体験、求人情報の提供などの再就職支援を行います。
- 今後、高度化・複雑化する介護ニーズに対応するため、初任職員への基礎技術研修や中堅職員に対するチームケア・マネジメント研修など、多様な人材層ごとに必要とされる知識・技術を修得するための研修を実施します。併せて、介護等に関する知識・技術をはじめとした介護学の発展に資する研修・学習会を行う職能団体等に助成を行うことなどにより、介護人材の資質向上を支援します。

② 福祉・介護従事者の就業環境改善

【現状・課題】

- これまでの取組により介護人材の離職率は低下傾向にあるものの、今後、労働力人口の減少により他産業との競合が見込まれる中で必要となる介護人材を確保していくためには、新たに確保するための取組だけでなく、定着を促進するための取組を強化する必要があります。
- 求職者に「選ばれ」、就業者が「安心して働き続けられる」魅力ある職場となるよう、人材育成・処遇改善に向けた事業者の自主的な取組を支援する必要があります。
- 給与面に関しては、介護職員処遇改善加算により、介護職員の賃金改善効果が見受けられますが、今後は専門職制度や資格制度に応じた報酬体系、標準給与体系が整備されていく必要があります。

【施策の方向性】

- 「魅力ある職場づくり」に向けた事業者による取組を促進するため、経営層等に対する意識改革セミナーの開催や「魅力ある職場づくりのための自己点検ツール」の提供などにより、就業環境向上に向けた事業者の取組を支援します。
- また、人材育成やキャリアアップ等の就業環境改善に積極的に取り組む事業所を認証する「魅力ある福祉・介護の職場宣言ひろしま」制度の実施などにより、優良な事業所の「見える化」を図ります。
- 介護職員処遇改善加算の活用による賃金の改善や介護職員の資質向上、キャリアパス※の整備に向けた事業者の取組を促進するとともに、介護キャリア段位制度、喀痰吸引等研修等のキャリアアップ研修の受講費等の助成や小規模事業所ユニットへの介護技術・マネジメント等研修の実施、事業者に対する雇用管理改善（キャリアアップ）のための助成金の普及・啓発などにより、介護職員のキャリアアップを支援します。
- 介護ロボットの導入やICT※の活用等、福祉・介護人材の身体的負担軽減や事務負担等の軽減を図るための事業者の取組を支援します。

第4章

地域医療構想の実現に向けて

1	地域医療構想の実現に向けた推進体制	44
2	地域医療構想策定後の取組	44
3	病床機能報告制度等の活用	45
4	平成 28(2016) 年度以降の取組スケジュール	45

第4章 地域医療構想の実現に向けて

1 地域医療構想の実現に向けた推進体制

- 地域医療構想を実現させるためには、地域の医療・介護を支える医療関係機関、介護事業者や市町、医療・介護保険者はもとより、患者・家族である県民全体が共に地域の課題を共有するとともに目指す姿を協議し、自主的な取組を進めていくことが重要です。
- このため、本県では、各構想区域に設置した「地域医療構想調整会議」において、引き続き、地域医療構想の実現に向けた協議を進めていくこととしています。
- また、広島県医療審議会*において、地域医療構想の進行管理を行うとともに、次期の第7次保健医療計画の策定に当たっては、現在、地域医療構想の構想区域に設定している二次保健医療圏*のあり方をはじめ、今後の国の施策や診療報酬・介護報酬改定への対応なども含め、地域医療構想調整会議から意見を聴取しつつ、PDCAサイクル*を回しながら検討を行います。

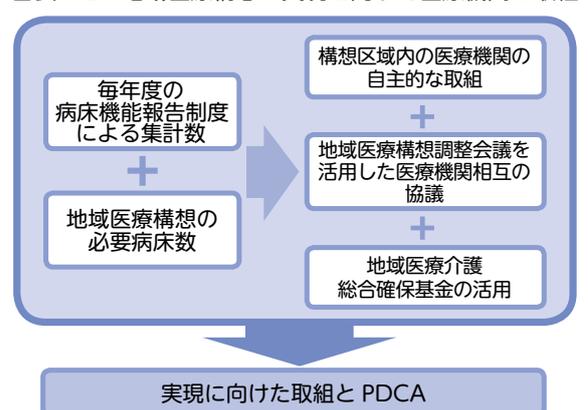
図表 4-1 地域医療構想の実現に向けた推進体制



2 地域医療構想策定後の取組

- 平成 37（2025）年における医療・介護サービスのあるべき姿として、従来の「病院完結型」の医療から地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換を目指しています。あるべき姿を実現させるための施策の方向として、限られた医療・介護資源を有効に活用して病床の機能の分化及び連携を図ることにより、
 - (1) 高度な急性期医療*が必要な患者には質の高い医療や手厚い看護の提供
 - (2) リハビリが必要な患者には身近な地域でリハビリが受けられる環境の整備
 - (3) 在宅での医療を望む患者や家族には、在宅医療*や介護サービスの充実を進めることとし、患者が早期に在宅復帰や社会復帰をすることができ、また、家族が介護離職をすることのない地域づくりに取り組めます。
- 構想区域ごとに医療、介護・福祉をはじめとした地域の関係者を構成員とした地域医療構想調整会議において、毎年度、構想の達成状況を確認するとともに今後の取組を協議し、その協議結果を踏まえて個々の医療機関が自主的に取組を進めていきます。

図表 4-2 地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組



(1) 医療機関の取組 ～ 自院の将来めざす医療について検討する ～

- ・ 構想区域内の各医療機能*の平成 37 (2025) 年の必要病床数を把握します。
- ・ 病床機能報告により、同一構想区域内の他の医療機関の機能の選択状況を把握します。
- ・ 構想区域内での平成37(2025)年に向けた自院の病床機能のあり方について検討します。
- ・ 他の医療機関との連携を図りつつ、自院内の病床機能に応じた患者の取れんを進めます。

(2) 県の取組 ～ 本県の医療・介護のあるべき姿の実現に向けた合意形成を行う ～

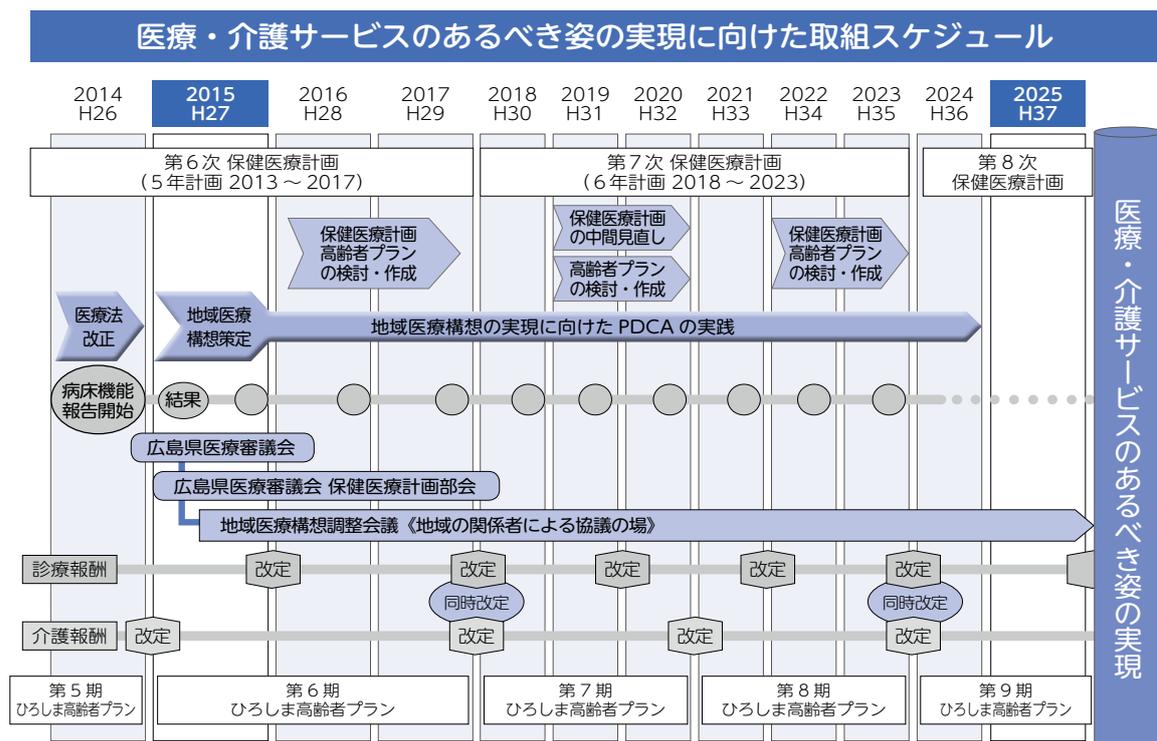
- ・ 地域医療構想調整会議等による関係者の協議を促進し、地域医療構想の実現に向けた意見集約、合意形成に努めます。
- ・ 病床機能報告と地域医療構想における必要病床数を比較しながら、各医療機関等の自主的な取組を支援します。
- ・ 毎年度、PDCA サイクル*に基づいた施策点検を実施します。

3 病床機能報告制度等の活用

- 各医療機関においては、病床機能報告制度*による、同一構想区域内の他の医療機関の状況を把握しつつ、地域における自院の病床機能の相対的位置付けを客観的に把握します。
- 地域医療構想調整会議においては、毎年の病床機能報告データ等を用いて地域医療構想における病床数の必要量と現況を比較し、不足する医療機能*の充足等について地域の関係者が協議を行います。
- 県においては、地域医療構想の実現に向けた検討が必要となる、より詳細なデータの収集に努めるとともに、県民に判りやすいデータの「見える化」に取り組みます。

4 平成28(2016)年度以降の取組スケジュール

図表 4-3 平成 28 (2016) 年度以降の取組スケジュール (イメージ)



第5章

各地域の状況

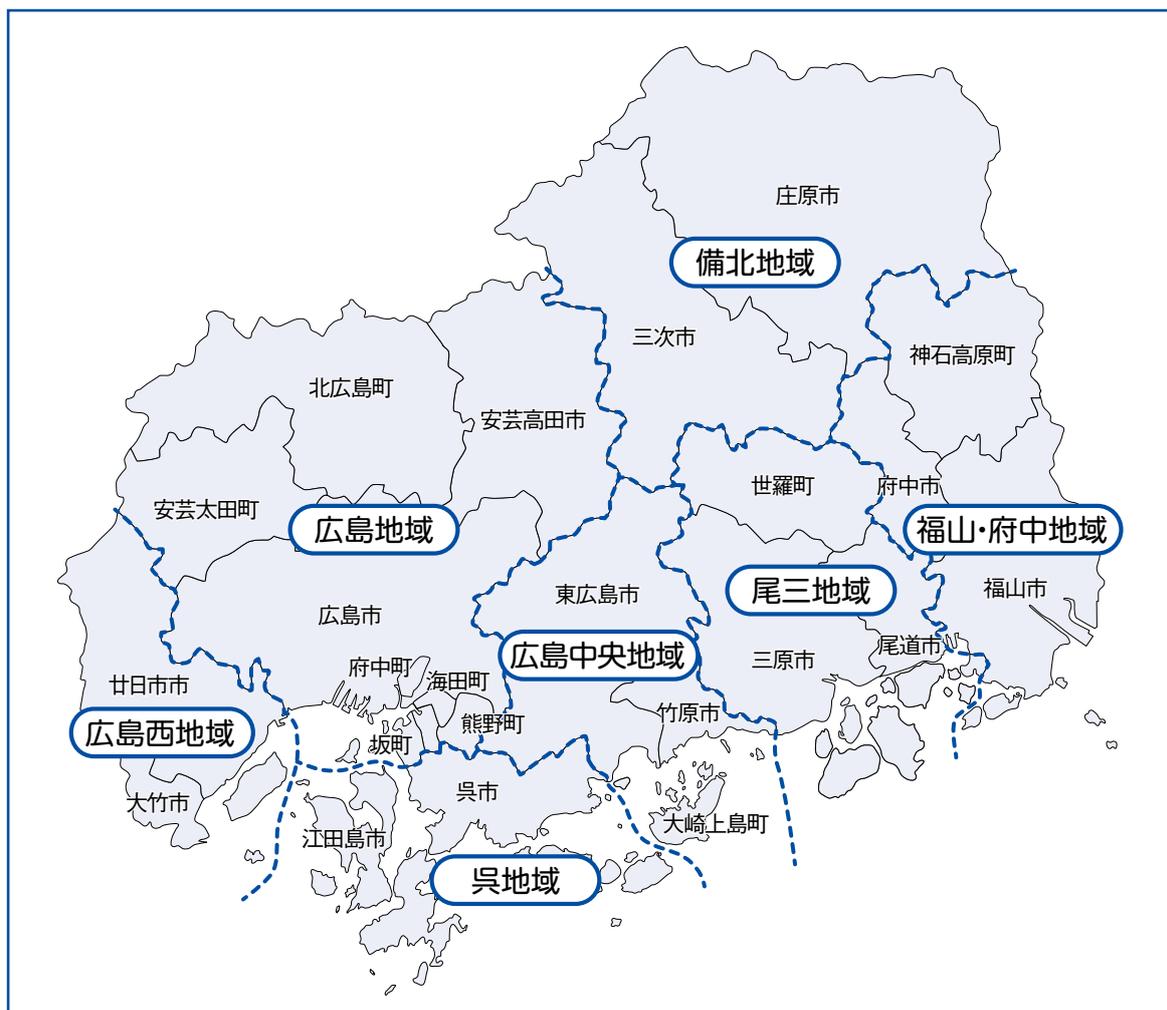
広島地域	49
広島西地域	58
呉地域	67
広島中央地域	76
尾三地域	91
福山・府中地域	99
備北地域	111

第5章 各地域の状況

◇◇ 地域医療構想調整会議 ◇◇

- ◆ 本県では、地域の実情を踏まえた地域医療構想を策定するため、地域の関係者の協議の場として各二次保健医療圏*に「地域医療構想調整会議」を設置し、議論を重ねてきました。
- ◆ 地域医療構想調整会議では、構想区域の設定について検討し、平成37(2025)年の医療需要及び必要病床数を推計するとともに、推計に基づいて医療提供体制の現状及び課題を把握して、将来のあるべき医療提供体制及びその実現に向けた地域の関係者が取り組むべき施策の方向性について取りまとめました。
- ◆ 地域医療構想調整会議では、広島県医療審議会*（保健医療計画部会を含む。）の検討状況と整合性を図りつつ協議していたことから、本章では、県全体の施策の方向性に関する「第3章 将来のあるべき医療・介護提供体制を実現するための施策」に記載されていない、各地域の実情に即して取り組むべき施策の方向性等を記載しています。

◇◇ 構想区域 ◇◇



* 医療提供体制の確保に当たっては、急性期・回復期・慢性期医療は構想区域内で完結します。高度急性期医療は、構想区域を越えた広域で確保します。

呉地域

呉市, 江田島市

1 地域の概況

(1) 人口及び高齢者数

- 呉地域の総人口は、平成 22 (2010) 年の 26 万 7,004 人から徐々に減少していきます。
- 一方、65 歳以上の高齢者人口は平成 27 (2015) 年の 8 万 5,467 人をピークに徐々に減少していきますが、総人口に占める割合は増加を続け、平成 22 (2010) 年の 29.9%から平成 52 (2040) 年の 37.8%まで増加します。
- また、75 歳以上の後期高齢者人口については、平成 37 (2025) 年には 5 万 584 人まで増加し、総人口に占める割合は平成 42 (2030) 年に 23.4%でピークとなります。

図表 5-3-1 人口・高齢者数の推計

呉地域	平成 22 年 (2010)	平成 27 年 (2015)	平成 32 年 (2020)	平成 37 年 (2025)	平成 42 年 (2030)	平成 47 年 (2035)	平成 52 年 (2040)
総人口 ①	267,004	251,854	237,206	221,612	205,921	190,475	175,770
65 歳以上人口 ②	79,941	85,467	83,841	78,691	73,059	68,526	66,503
地域人口に対する 割合 ② / ① (%)	29.9%	33.9%	35.3%	35.5%	35.5%	36.0%	37.8%
75 歳以上人口 ③	40,728	42,896	46,530	50,584	48,197	43,404	39,105
地域人口に対する 割合 ③ / ① (%)	15.3%	17.0%	19.6%	22.8%	23.4%	22.8%	22.2%

出典：平成 22 (2010) 年は国勢調査

平成 27 (2015) 年以降は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」(平成 25 (2013) 年 3 月推計)

(2) 医療提供体制の現状

① 医療機関数・病床数

- 呉地域の病院数は、平成 25 (2013) 年現在で 30 施設 (人口 10 万人当たり 11.4 施設) であり、全国平均の人口当たり病院数を上回っています。
- 一般診療所は 274 施設 (人口 10 万人当たり 104.3 施設)、そのうち有床診療所^{*}は 25 施設 (人口 10 万人当たり 9.5 施設)、歯科診療所は 153 施設 (人口 10 万人当たり 58.3 施設) となっています。

図表 5-3-2 病院施設数・病院病床数

* 上段は実数、下段は人口 10 万対

区分	病院 施設数	病院		病院 病床数	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床
		一般病院	精神科病院						
呉地域	30	24	6	4,643	2,391	859	1,347	46	-
	11.4	9.1	2.3	1,767.9	910.4	327.1	512.9	17.5	-
広島県	248	217	31	40,853	21,401	10,196	9,039	155	62
	8.7	7.6	1.1	1,438.5	753.6	359.0	318.3	5.5	2.2
全国	8,540	7,474	1,066	1,573,772	897,380	328,195	339,780	6,602	1,815
	6.7	5.9	0.8	1,236.3	704.9	257.8	266.9	5.2	1.4

注) 精神科病院とは、精神病床のみを有する病院。

出典：厚生労働省「医療施設調査」(平成 25 (2013) 年)

図表 5-3-3 一般診療所数・歯科診療所数

* 上段は実数，下段は人口 10 万対

区分	一般診療所						歯科診療所
	施設数	病床数		病床数	病床数		施設数
		有床診療所	無床診療所		一般病床	療養病床	
呉地域	274	25	249	358	252	106	153
	104.3	9.5	94.8	136.3	96.0	40.4	58.3
広島県	2,598	256	2,342	3,651	3,015	636	1,556
	91.5	9.0	82.5	128.6	106.2	22.4	54.8
全国	100,528	9,249	91,279	121,342	108,869	12,473	68,701
	79.0	7.3	71.7	95.3	85.5	9.8	54.0

出典：厚生労働省「医療施設調査」(平成 25 (2013) 年)

② 療養病床及び介護保険施設・高齢者向け住まい定員数の状況

- 呉地域の平成 26 (2014) 年度末の療養病床及び介護保険施設・高齢者向け住まいの定員数は 5,059 人であり，そのうち介護保険施設は介護療養型医療施設 229 床，介護老人保健施設 1,322 人，介護老人福祉施設 1,398 人，合計 2,949 人となっています。
- 呉地域の 65 歳以上人口千人当たりの療養病床数や認知症対応型共同生活介護，有料老人ホーム，サービス付き高齢者向け住宅*等の定員数は県平均を下回っています。

図表 5-3-4 療養病床数及び介護保険施設・高齢者向け住まい定員数

呉地域	療養病床数及び介護保険施設・高齢者向け住まい定員 (人)									
	医療療養病床	介護療養型医療施設	介護老人保健施設定員	介護老人福祉施設定員	認知症対応型共同生活介護定員	有料老人ホーム定員	サービス付き高齢者向け住宅定員	養護老人ホーム定員	軽費老人ホーム定員	
	(床)	(床)	(人)	(人)	(人)	(人)	(人)	(人)	(人)	
計	5,059	710	229	1,322	1,398	350	234	330	228	258
呉市	4,413	527	187	1,242	1,204	296	234	310	228	185
江田島市	646	183	42	80	194	54	0	20	0	73
広島県	53,469	8,084	2,717	8,991	12,419	5,693	5,551	5,863	1,808	2,343

出典：広島県調べ (平成 26 (2014) 年度末)

図表 5-3-5 療養病床数及び介護保険施設・高齢者向け住まい定員数 (65 歳以上人口千人当たり)

呉地域	療養病床数及び介護保険施設・高齢者向け住まい定員 (人)									
	医療療養病床	介護療養型医療施設	介護老人保健施設定員	介護老人福祉施設定員	認知症対応型共同生活介護定員	有料老人ホーム定員	サービス付き高齢者向け住宅定員	養護老人ホーム定員	軽費老人ホーム定員	
	(床)	(床)	(人)	(人)	(人)	(人)	(人)	(人)	(人)	
計	59.3	8.3	2.7	15.5	16.4	4.1	2.7	3.9	2.7	3.0
呉市	58.7	7.0	2.5	16.5	16.0	3.9	3.1	4.1	3.0	2.5
江田島市	63.9	18.1	4.2	7.9	19.2	5.3	0.0	2.0	0.0	7.2
広島県	72.4	10.9	3.7	12.2	16.8	7.7	7.5	7.9	2.4	3.2

出典：広島県調べ (平成 26 (2014) 年度末)

2 平成37（2025）年の医療需要と医療提供体制

(1) 平成37（2025）年における病床数の必要量（必要病床数：暫定推計値）

① 平成37（2025）年の病床の医療機能別の患者受療動向

- 平成37（2025）年の入院患者の受療動向では、流出の図表によると呉地域の住民が呉地域の医療機関に入院する割合は、81.8%（地域完結率）と推計しています。
- 病床の医療機能別の地域完結率は、高度急性期、急性期及び回復期の地域完結率は80%台となっていますが、慢性期の地域完結率は70%台に留まっています。
- また、流入の図表では呉の医療機関へ入院している者のうち、他の地域住民が入院している割合は11.6%と推計しています。

図表 5-3-6 平成37（2025）年の医療機能別の入院患者受療動向（パターンC）
【流出】（地域完結率） 上段：人数（人/日） 下段：割合

呉地域	医療機関所在地							不詳	計
	広島県								
	呉	広島	広島西	広島中央	尾三	福山・府中	備北		
合計	1,946.4 81.8%	245.8 10.3%	23.0 1.0%	126.6 5.3%	0.0 0.0%	0.0 0.0%	0.0 0.0%	36.2 1.5%	2,378.1 100.0%
高度急性期	180.8 84.2%	28.2 13.1%	0.0 0.0%	0.0 0.0%	0.0 0.0%	0.0 0.0%	0.0 0.0%	5.7 2.7%	214.7 100.0%
急性期	579.4 86.7%	65.8 9.8%	0.0 0.0%	14.2 2.1%	0.0 0.0%	0.0 0.0%	0.0 0.0%	9.1 1.4%	668.5 100.0%
回復期	691.8 86.0%	80.0 10.0%	0.0 0.0%	20.8 2.6%	0.0 0.0%	0.0 0.0%	0.0 0.0%	11.6 1.4%	804.2 100.0%
慢性期	494.5 71.6%	71.7 10.4%	20.6 3.0%	89.9 13.0%	0.0 0.0%	0.0 0.0%	0.0 0.0%	14.0 2.0%	690.8 100.0%

*不詳：10人/日未満の数値は非公表であるため、全て不詳の人数としています。なお、10人/日未満の項目はセルを着色して0人/日と区別しています。小数点以下第2位を四捨五入して表示しているため、各機能の数値の合計と合計欄の値が一致しない場合があります。

【流入】 上段：人数（人/日） 下段：割合

呉地域	患者住所地							不詳	計
	広島県								
	呉	広島	広島西	広島中央	尾三	福山・府中	備北		
合計	1,946.4 88.4%	96.1 4.4%	0.0 0.0%	135.6 6.2%	0.0 0.0%	0.0 0.0%	0.0 0.0%	24.2 1.1%	2,202.3 100.0%
高度急性期	180.8 84.1%	11.2 5.2%	0.0 0.0%	19.4 9.0%	0.0 0.0%	0.0 0.0%	0.0 0.0%	3.6 1.7%	214.9 100.0%
急性期	579.4 87.7%	29.1 4.4%	0.0 0.0%	45.3 6.9%	0.0 0.0%	0.0 0.0%	0.0 0.0%	7.2 1.1%	660.9 100.0%
回復期	691.8 87.6%	35.8 4.5%	0.0 0.0%	52.8 6.7%	0.0 0.0%	0.0 0.0%	0.0 0.0%	9.4 1.2%	789.8 100.0%
慢性期	494.5 92.1%	20.0 3.7%	0.0 0.0%	18.1 3.4%	0.0 0.0%	0.0 0.0%	0.0 0.0%	4.1 0.8%	536.7 100.0%

*不詳：10人/日未満の数値は非公表であるため、全て不詳の人数としています。なお、10人/日未満の項目はセルを着色して0人/日と区別しています。小数点以下第2位を四捨五入して表示しているため、各機能の数値の合計と合計欄の値が一致しない場合があります。

② 平成 37 (2025) 年における病床数の必要量 (必要病床数：暫定推計値)

- 呉地域における病床の機能区分別 (高度急性期, 急性期, 回復期, 慢性期) 及び在宅医療*等の医療需要及び必要病床数 (暫定推計値) の推計は, 図表 5-3-8 のとおりです。
- 高度急性期は, 広域連携を基本とした整備が必要なため, 区域間の流入・流出を前提とした医療機関所在地ベースの推計数を用いています。高度急性期の体制整備については, 他圏域を含めた広域での協議・検討が必要です。
- 急性期, 回復期, 慢性期は, できるだけ身近な地域で医療を受けられるよう圏域内での自己完結を目指すという観点から, 患者住所地ベースの推計数を用いています。
- 慢性期機能は, パターンCの推計方法を選定しています。

図表 5-3-7 慢性期の必要病床数の推計パターン

推計パターン	推計方法
パターンA	全ての構想区域の入院受療率を全国最小値 (県単位) まで低下させる。
パターンB	構想区域ごとに入院受療率と全国最小値 (県単位) との差を一定割合解消させることとするが, その割合については全国最大値 (県単位) が全国中央値 (県単位) にまで低下する割合を一律に用いる。
パターンC	次のいずれの要件にも該当する構想区域は, 入院受療率の地域差解消の達成年次を平成 42 (2030) 年とすることができる。その場合, 平成 42 (2030) 年から比例的に逆算した平成 37 (2025) 年の入院受療率により推計する。 要件 1 : 慢性期病床の減少率が全国中央値よりも大きい 要件 2 : 高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きい

図表 5-3-8 平成 37 (2025) 年病床の機能区分ごとの医療需要に対する医療供給

呉地域	平成 37 (2025) 年における医療需要 (当該構想区域に居住する患者の医療需要)	平成 37 (2025) 年における医療供給 (医療提供体制)			病床数の必要量 (必要病床数: 暫定推計値)
		現在の医療提供体制が変わらないと仮定した場合の他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したもの	将来のあるべき医療提供体制を踏まえ他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したもの	病床数の必要量 (必要病床数: 暫定推計値)	
	患者住所地ベース ① (人/日)	医療機関所在地ベース ② (人/日)	基本的な考え方の数値 ③ (人/日)	③ / 病床稼働率 (床) *	
高度急性期	215	215	215	215	287
急性期	668	661	668	668	858
回復期	804	790	804	804	894
慢性期	691	537	691	691	751 以上
病床合計	2,378	2,202	2,378	2,378	2,790 以上
在宅医療等	4,513	4,184	4,513	4,513	

* 病床稼働率: 高度急性期 75%, 急性期 78%, 回復期 90%, 慢性期 92%

* ③の高度急性期は「医療機関所在地ベース (②)」, ③の急性期・回復期・慢性期は「患者住所地ベース (①)」の推計値を選定。

* 医療需要 (①~③) は小数点以下を四捨五入, 必要病床数 (③ / 病床稼働率) は切り上げにより, 数値を表示している。

そのため, 表の各項目の計と病床計, ③を病床稼働率で割り戻した数値と必要病床数が一致しない場合がある。

* 在宅医療等とは, 居宅, 特別養護老人ホーム, 養護老人ホーム, 軽費老人ホーム, 有料老人ホーム, 介護老人保健施設, その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であり, 現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指し, 現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定。

③ 病床機能報告制度の状況

- 呉地域の医療機関の病床機能報告では, 病床全体は 3,337 床で県内の 10.1% を占めています。また, 機能別にみると高度急性期 55 床 (1.6%), 急性期 1,849 床 (55.4%), 回復期 405 床 (12.1%), 慢性期 952 床 (28.5%) の報告がありました。
- 平成 37 (2025) 年の必要病床数 (暫定推計値) と平成 26 (2014) 年の病床数を比較する (図表 5-3-10) と, 回復期の病床が不足する見込みです。

図表 5-3-9 平成 26 (2014) 年 7 月 1 日時点の機能別病床数

区分	全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	未選択
呉地域	3,337 床	55 床	1,849 床	405 床	952 床	76 床
	100.0%	1.6%	55.4%	12.1%	28.5%	2.3%
広島県	32,971 床	4,787 床	14,209 床	3,284 床	10,368 床	323 床
	100.0%	14.5%	43.1%	10.0%	31.4%	1.0%

出典：厚生労働省「病床機能報告」(平成 26 (2014) 年)

図表 5-3-10 病床機能報告制度による病床数と平成 37 (2025) 年における必要病床数の過不足

区分		平成 26 (2014) 年 における 機能別病床数 (病床機能報告)	平成 37 (2025) 年 における 必要病床数 (暫定推計値)	平成 26 (2014) 年と平成 37 (2025) 年の比較	
				病床数の過不足	増減率
		① (床)	② (床)	③ (① - ②) (床)	④ (-③ / ①)
呉地域	高度急性期	55	287	△ 232	422%
	急性期	1,849	858	991	△ 54%
	回復期	405	894	△ 489	121%
	慢性期	952	751	201	△ 21%
	無回答	76		76	
	病床計	3,337	2,790	547	△ 16%
広島県	高度急性期	4,787	2,989	1,798	△ 38 %
	急性期	14,209	9,118	5,091	△ 36 %
	回復期	3,284	9,747	△ 6,463	197 %
	慢性期	10,368	6,760	3,608	△ 35 %
	無回答	323		323	
	病床計	32,971	28,614	4,357	△ 13 %

*慢性期機能の必要病床数：広島、広島中央、福山・府中地域はパターンB、広島西、呉、尾三、備北地域はパターンCで推計。

(2) 病床の機能分化・連携の推進により在宅医療等へ移行する患者

- 地域において病床の機能分化・連携を推進することにより、入院中の患者が在宅医療*等へ移行すると想定される患者数（以下「在宅医療*等へ移行する患者」）は、「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」の推計では平成 37 (2025) 年に広島県全体で 1 万 200 人程度と見込まれており、呉地域では 951 人程度と推計しています。
- 各市町別の在宅医療*等へ移行する患者数の推計は、平成 37 (2025) 年における 65 歳以上県全体人口のうち、各市町が占める割合により算出しています。

図表 5-3-11 在宅医療等へ移行する患者数 (市町別)

(単位：人 / 日程度)

呉地域	在宅医療等へ 移行する患者数	平成 37 (2025) 年 における市町別 65 歳以上の 将来推計人口	県全体 65 歳以上人口 のうち各市町が占める割合
呉市	845	69,906	8.3%
江田島市	106	8,785	1.0%
計	951	78,691	9.3%
広島県	10,200	844,283	100%

出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」(平成 25 (2013) 年 3 月推計)

3 将来のあるべき医療・介護提供体制を実現するための施策

(1) 病床の機能の分化及び連携の促進

① 病床の機能の分化及び連携の促進

【現状・課題】

- 病床の機能分化については、各医療機関が病床機能報告及び地域医療構想を踏まえて、圏域内における自院の病床機能を自主的に選択し、他の医療機関との連携を図ることで、医療・介護サービスのネットワーク化を進めていく必要があります。
- 呉地域では、脳卒中や大腿骨骨折だけでなく、がんや糖尿病、認知症*などについての地域連携クリティカルパス*が運用されています。それぞれのパスが十分に機能するように今後も取組を推進していく必要があります。

【施策の方向性】

- 各医療機関は、この構想による医療需要推計や病床機能報告によって把握される他の医療機関の状況等を踏まえ、将来の病床機能を自主的に選択します。
- 高度急性期については、医療資源の集積を考慮し、構想区域を越えた広域連携を基本とした体制整備を図ります。
- 急性期、回復期及び慢性期については、区域内での完結を目指します。
- 緊急性の高い脳卒中、急性心筋梗塞を含む救急医療については、当該診療を行う医療機関までのアクセス時間等を考慮します。
- 引き続き、各種地域連携クリティカルパス*の普及に努めます。

② ICTの活用等による医療・介護連携体制の整備

【現状・課題】

- 病床機能の分化と連携を進めるためには、患者は病態に応じた最もふさわしい医療機関を利用するとともに、退院後における在宅医療*・介護サービスへの移行が円滑に行われる必要があります。ICT*を活用した医療情報ネットワークは、そのための重要なツールとなります。

【施策の方向性】

- ホームページ等により医療機能*情報の提供を推進します。
- 「ひろしま医療情報ネットワーク*（HMネット）」等のICT*を活用し、入院機関とケアマネジャーとの連携など、病診連携及び保健・医療・福祉等の連携を推進します。

(2) 地域包括ケアシステムの確立

① 地域包括ケアシステムの確立

【現状・課題】

- 厚生労働省の調査によると、約7割の人が「介護が必要となった場合は自宅で介護を受けたい」と希望していますが、家族の負担への懸念や医療への不安などから自宅での生活を断念することが少なくない状況です。

- 自宅での生活を希望する人が、その希望を実現できるようにするため、医療や介護のサービス提供体制を整備することが望まれます。
- また、施設での介護を希望する人や入院治療が必要な人、自宅での介護が困難な人などに対しては、低所得者も利用できる適切な医療施設や介護施設が整備される必要があります。
- 地域の特性に応じた地域包括ケアシステム*の構築を目指して、呉市・江田島市を主体に取組が推進されているところですが、在宅医療*・介護サービスや認知症*施策の充実などの課題も少なくない状況です。
- 島しょ部等では、介護力のある同居家族や訪問診療可能な医療機関が少ないため、在宅医療や在宅介護*は非常に困難です。

【施策の方向性】

- 呉市・江田島市が地域包括ケアシステム*の構築状況の評価や課題の明確化を行い、地域の関係者と協議することにより効果的な取組につなげるなど、両市が主体となって取組の推進を図ります。
- 在宅医療*や在宅介護が困難な地域では、在宅介護サービスや在宅医療*の充実等の対策に取り組むとともに、必要な施設等の計画的な整備を図ります。

② 在宅医療の充実

【現状・課題】

- 医療と介護の両方のサービスを必要とする高齢者が在宅で安心して生活するためには、退院時、日常の療養生活時、急変時、看取り*期などにおける在宅医療*の提供体制の充実と医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、介護支援専門員*、訪問介護職員などによる多職種の連携が重要です。
- 病院・施設・在宅における切れ目のないリハビリテーション体制の構築が重要です。
- 安心して在宅医療*を受けられるようにするため、急変時に対応できる体制の確保が必要です。
- 在宅で受けられる医療や介護、看取り*に関する情報が、患者、家族や医療関係者等に適切に提供されていないことが、在宅医療*の普及が進まない要因の一つと考えられます。
- 在宅医療*を支えるためには、在宅療養者のニーズの多様化、医療の高度化に対応できる訪問看護サービスの充実が必要です。
- 高齢者人口の増加に伴い、今後、在宅歯科診療のニーズが高まっていくことが予想されます。
- 在宅療養*を支える薬剤師には、高度な調剤技術やきめ細かな服薬管理指導が求められることから、在宅医療*を担う専門的な知識・技術を身に付け、他職種との円滑な連携を図ることのできる「在宅支援薬剤師」を養成する必要があります。

【施策の方向性】

- 呉市・江田島市が主体となって、課題の把握や支援策を医療・介護関係者等と連携して協議し、その結果を情報提供することなどにより取組を推進します。
- 医療・介護に関する関係機関等の協力による地域リハビリテーション*活動を推進します。
- 島しょ部等では、身近な入院施設である有床診療所*等による後方支援病床の確保に努めます。

- 行政、医師会や医療機関等が在宅医療資源マップを作成するなど、在宅で受けられる医療や介護、看取り*に関する広報や情報提供に努めます。
- 在宅歯科医療における医科や介護分野との連携・調整、住民からの相談受付、在宅歯科医療機器の貸出など、在宅歯科医療の推進を図ります。
- 薬局・薬剤師（在宅支援薬剤師等）の在宅医療*への参画と多職種連携を推進し、在宅患者の適切な服薬管理体制の構築を図ります。

③ 介護サービスの基盤整備と介護予防の推進

【現状・課題】

- 呉市・江田島市ともに地域包括支援センター*の機能強化に努め、医療・福祉・介護の連携による円滑な在宅療養生活を支える体制作りに取り組んでいます。
- 介護を要する状態となっても、できる限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した生活が継続できるよう、サービスの充実や居宅サービスの基盤整備を一層進める必要があります。
- 介護予防の必要性について、住民の理解を促進するとともに、高齢者が介護予防に参加しやすい環境づくりが重要です。

【施策の方向性】

- 高齢者が要介護状態となっても、可能な限り住み慣れた地域で在宅生活が継続できることを基本とした介護サービスの基盤づくりを推進します。
- 地域住民が身近な場所で主体的に介護予防につながる取組を充実させ、継続していくよう推進します。

④ 高齢者向けの多様な住まいの確保と日常生活の支援

【現状・課題】

- 高齢者の増加に伴い、高齢者の住まいの確保が必要となります。
- 単身世帯等の増加により、排泄や食事摂取等の身の回りの生活は自立しているが、掃除や買い物などが難しくなり、生活の支援が必要な高齢者も多くなります。

【施策の方向性】

- 高齢者が住み慣れた地域で安心して生活できる住環境の整備を進めていきます。
- 高齢者が知識や技能を生かして地域を支える一員として活躍することも含め、ボランティア、NPO*、民間企業等の多様な主体が生活支援サービス*を提供する体制が構築されるよう推進します。

⑤ 認知症施策の充実

【現状・課題】

- 医療・介護等が有機的に連携し、認知症*の人が住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができるよう、行動・心理症状（BPSD）*や身体合併症等が見られた場合にも、医療・介護施設等での対応が固定化されないように最もふさわしい場所で、適切なサービスが提供される循環型の仕組みを構築することが求められています。

- 循環型の仕組みの一部を担う専門医療機関が適切な機能分化を図りながら、医療・介護関係機関との役割分担と連携を進めることが重要となります。

【施策の方向性】

- 初期対応から状態の変化に応じた適切な医療サービスの提供体制や、医療・介護等の関係者の連携体制の構築に向けた取組を進めます。
- 認知症^{*}のある人とその家族に対し、適切な医療・介護サービスを提供するため、医療と介護の関係者が患者情報を共有する認知症地域連携パス^{*}の普及を図ります。

(3) 医療・福祉・介護人材の確保・育成

① 医療人材の確保・育成

【現状・課題】

- 呉地域では、看護職員、薬剤師などの医療従事者の不足が指摘されています。
- 呉地域には、6か所の看護職員養成機関がありますが、地域内での就業率が低いことが課題です。
- 在宅医療^{*}の推進に向け、専門的な知識を有する訪問看護師等を育成する必要があります。

【施策の方向性】

- 呉地域内の看護職員、薬剤師の養成機関等との連携を深めて、医療従事者の確保に取り組めます。
- 看護職員等の医療従事者が働きやすい環境づくりに向けた取組を推進します。
- 在宅医療^{*}の推進に向け、高い専門性を持つ認定看護師^{*}等の育成支援に努めます。

② 福祉・介護人材の確保・育成

【現状・課題】

- 今後、必要となる福祉・介護人材を確保し、高度化・複雑化する福祉・介護ニーズに対応していくためには、人材の量的確保を進める一方で、質的確保・向上を併せて進める必要があります。
- 福祉・介護人材の確保のためには、福祉・介護職の職務、給与、将来性等に対して持たれているマイナスイメージを払拭することが重要です。

【施策の方向性】

- 各種研修事業等により、福祉・介護人材の資質の向上に取り組めます。
- 関係機関が連携して、キャリアパス^{*}の構築支援や住民への情報提供等に努めます。