

第7次広島県保健医療計画

【中間見直し版】

(案)

令和3（2021）年3月

広島県

目次

第1章 総論

第1節 基本的事項

1	計画作成の趣旨	2
2	計画の位置付け	3
3	計画の期間	3
4	基本理念	4
5	目指す姿	4

第2節 保健医療圏と基準病床数

1	保健医療圏の設定	6
2	基準病床数	7

第3節 広島県の現状

1	人口の動向	8
2	受療状況	11
3	医療資源の状況	13

第2章 安心できる保健医療体制の構築

第1節 がんなど主要な疾病の医療体制

1	がん対策	16
2	脳卒中对策	30
3	心筋梗塞等の心血管疾患対策	39
4	糖尿病対策	49
5	精神疾患対策	57

第2節 救急医療などの医療連携体制

1	救急医療対策	85
2	災害時における医療対策	98
3	へき地の医療対策	107
4	周産期医療対策	117
5	小児医療（小児救急医療を含む）対策	125

第3節 在宅医療と介護等の連携体制

1	在宅医療提供体制の整備	133
2	訪問診療等の充実	135
3	訪問歯科診療の充実	138
4	訪問薬剤管理指導の充実	140
5	訪問看護の充実	143
6	医療と介護の連携	148
7	在宅医療に関する情報提供の推進	150
8	人生の最終段階における自己決定	151

第4節 外来医療に係る医療提供体制

1	外来医療提供体制の確保	155
2	医療機器の効率的な活用	158

第5節 医療に関する情報提供

1	患者の医療に関する選択支援	161
2	ICTを活用した診療支援	163

第3章	保健医療各分野の総合的な対策	
1	原爆被爆者医療対策	166
2	障害保健対策	168
3	感染症対策	172
4	臓器移植・造血幹細胞移植の推進	178
5	難病対策	182
6	アレルギー疾患対策	185
7	母子保健対策	187
8	歯科保健対策	190
9	健康増進対策	195
第4章	地域医療構想の取組	
1	地域医療構想の策定と構想の推進	200
2	平成37(2025)年の医療需要と医療提供体制	201
3	病床の機能の分化及び連携の促進	208
4	病床の機能に関する情報提供の推進	211
第5章	保健医療体制を支える人材の確保・育成	
1	医師の確保・育成	214
2	歯科医師・歯科衛生士の確保・育成	244
3	薬剤師の確保・育成	247
4	看護職員の確保・育成	249
5	介護職員の確保・育成	254
6	その他の人材の確保・育成	261
第6章	医療の安全の確保, 安全な生活の確保	
1	医療の質と安全性の確保	264
2	医薬品等の安全確保対策	269
3	食品の安全衛生対策	273
4	生活衛生対策	276
第7章	計画の推進体制と評価の実施	
1	計画の推進体制	280
2	施策の評価と評価結果の公表	280
3	中間評価と中間見直しの実施	282
資料編	参考資料(データ集)	285
	用語の解説	323

第1章

総論

第1節 基本的事項

1	計画作成の趣旨	2
2	計画の位置付け	3
3	計画の期間	3
4	基本理念	4
5	目指す姿	4

第2節 保健医療圏と基準病床数

1	保健医療圏の設定	6
2	基準病床数	7

第3節 広島県の現状

1	人口の動向	8
2	受療状況	11
3	医療資源の状況	13

第1節 基本的事項

1 計画作成の趣旨

第6次広島県保健医療計画（平成25（2013）～29（2017）年度）では、精神疾患及び在宅医療の医療連携体制の構築を追加し、県民一人ひとりが心身の健康を保持増進し、安心して質の高い保健医療サービスを受けられるよう、高齢化の進行に対応した対策を進めてきました。

少子高齢化が急速に進み、本県では、令和7（2025）年には団塊の世代が75歳以上となり、人口の3割以上が65歳以上となります。このため、医療や介護を必要とする高齢者がますます増加することが見込まれます。

超高齢社会を迎える中、国においては、「効率的で質の高い医療提供体制の構築」、「地域包括ケアシステムの構築」及び「質の高い医療・介護人材の確保と多職種連携の推進」など、医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針が示され、本県では、令和7（2025）年を見据えた「広島県地域医療構想」を平成28（2016）年3月に策定し、地域の医療機関が果たす役割を明確化するとともに、病床の機能の分化・連携を促進することにより、限られた医療資源を効率的に活用していくこととしています。

あわせて、退院後も在宅等において切れ目なく質の高い医療を受けることができるよう、在宅医療と介護サービス基盤の整備を一体的かつ着実に進めていくこととしています。

また、医師の偏在解消、医療従事者や介護従事者の確保・育成に、引き続き、取り組んでいく必要があります。

一方、加齢に伴って高まる病気やケガのリスクを軽減し健康寿命を延伸させるため、「疾病予防、重症化予防、再発予防」と合わせ、健康づくりの推進にも積極的に取り組んでいく必要があります。

これら保健医療を取り巻く環境変化に適切に対応していくため、国の「医療提供体制の確保に関する基本方針」を踏まえつつ、県内の保健医療関係者の協力の下、必要とされる具体の取組方策について検討を重ね、新たな「第7次広島県保健医療計画」として取りまとめました。

◆◆保健医療計画の中間見直しについて◆◆

医療計画については、医療法第30条の6の規定により、在宅医療その他必要な事項について、3年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があると認めるときは計画を変更することとされています。

このため、計画期間の3年目にあたる令和2（2020）年度に、国の「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」の改正への対応や第7次広島県保健医療計画の中間評価を踏まえた見直し検討を行い、広島県医療審議会や広島県地域保健対策協議会等での議論を経て、「第7次広島県保健医療計画（中間見直し版）」を取りまとめました。

また、今般の新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた今後の医療提供体制の構築に向けて、次の第8次医療計画（令和6（2024）～11（2029）年度）から「新興感染症等の感染拡大時における医療」を医療計画の記載事項の6事業目として新たに位置付ける方針が国から示されました。本県においては、今後の国の議論を踏まえ、次期医療計画の策定に向けて検討を進めてまいります。

2 計画の位置付け

この計画は、医療法第30条の4に基づき、都道府県が定める保健医療計画です。

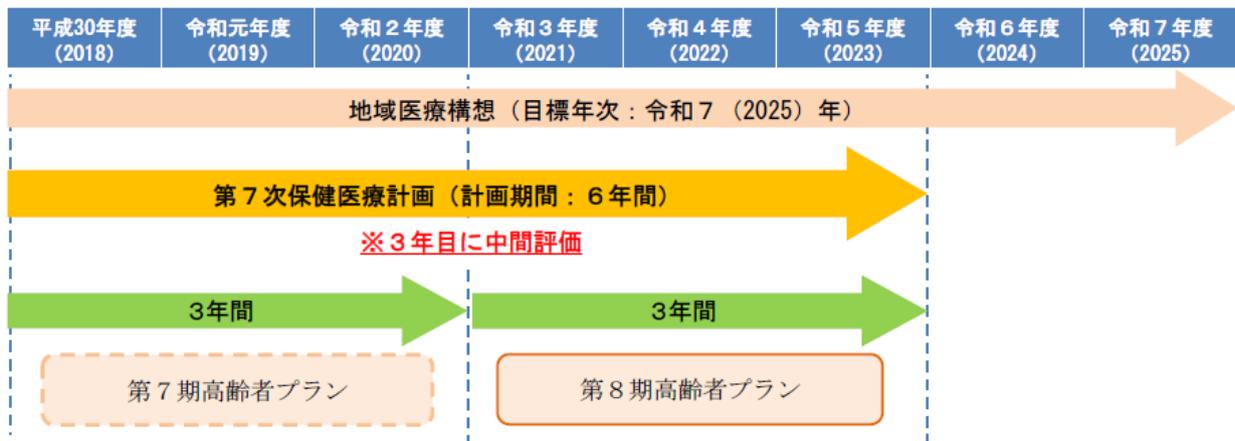
また、本県の最上位計画である「ひろしま未来チャレンジビジョン」に掲げる人づくり（少子化対策）、安心な暮らしづくり（医療・介護、健康）の実現に向けた計画であり、本県の保健医療施策の基本となる計画です。

なお、「ひろしま未来チャレンジビジョン」の計画期間が令和2（2020）年度で終了することから、新たな県の総合計画として、「安心▷誇り▷挑戦 ひろしまビジョン」が令和2（2020）年10月に策定されました。保健医療計画の中間見直しに当たっては、県の総合計画、「健康ひろしま21」、「広島県がん対策推進計画」、「広島県医療費適正化計画」や「ひろしま高齢者プラン」等の関連計画と整合や調和を図っています。

特に、今後の介護サービス見込量とその確保を図る「ひろしま高齢者プラン」（計画期間3年）は、医療及び介護の総合的な確保の観点から整合を図る必要があるため、この計画の中間見直しに際して、「第8期ひろしま高齢者プラン」の医療介護連携の内容を反映させています。

引き続き、医療提供体制と介護サービスの提供体制を一体的に推進していきます。

図表1-1-1 広島県保健医療計画とひろしま高齢者プランの計画期間



3 計画の期間

平成30（2018）年度から令和5（2023）年度までの6年間とします。

なお、令和2（2020）年に計画の中間評価に基づく見直し検討が必要な事項を整理し、計画の一部を改定しました。

4 基本理念

本県の最上位計画である「安心▷誇り▷挑戦 ひろしまビジョン」では、

県民一人一人が「安心」の土台と「誇り」により、夢や希望に「挑戦」しています
～仕事も暮らしも。里もまちも。それぞれの欲張りなライフスタイルの実現～

を目指して取り組んでいます。

また、質が高く切れ目のない医療提供体制と地域包括ケアシステムの一体的な構築を目指す地域医療構想を踏まえて、この計画の基本理念を次のとおりとします。

県内どこに住んでいても、生涯にわたっていきいきと暮らすことができるよう、
質が高く安心できる保健医療提供体制を地域包括ケアシステムと一体的に構築します。

5 目指す姿

基本理念を踏まえた計画の目指す姿は、次の5つです。

疾病予防から治療、再発予防まで質が高く適切な保健医療提供体制が確保されています。

疾病予防、適切な医療の提供、再発予防まで広範な対応が必要となる5疾病（がん・脳卒中・心筋梗塞等の心血管疾患・糖尿病・精神疾患）については、疾病予防に向けた啓発活動から早期発見のための検診の勧奨、発症時の適切な治療と在宅復帰支援、再発予防への取組等に至る質の高い保健医療提供体制を整備します。

“いざ”というときに安心できる医療提供体制が確保されています。

生まれ、育ち、働く中で遭遇する“いざ”というときのための「救急医療」や「周産期医療」、
「小児医療」の提供体制を整備します。

また、県内のどこに住んでいても適切に医療を受けることができるよう中山間地域等への医師派遣など（へき地の医療）の体制を整えます。

更に、災害発生時に備えた医療提供システムを整えます。

県内どこに住んでいても自分らしく暮らすことができる地域包括ケアシステムが機能しています。

今後、慢性疾患や認知症を抱える方など、医療的管理下で介護サービスを受けながら在宅等で生活をする高齢者等の増加が見込まれることから、退院後においても在宅等における切れ目なく質の高い医療を受けることができる体制を整備するとともに、急変時には安心して適切な入院治療を受けることができる体制を確保します。

また、行政や医療・介護・福祉の関係機関等の連携のもと、緩和ケアを含めた適切なサービスを提供することにより、患者や家族の望む場所と形で最期を迎えることができる体制を実現します。

生涯にわたって生活習慣病に対する理解と疾病予防・重症化予防・再発予防に取り組むことにより健康寿命が延伸され、いきいきと暮らし続けることができます。

生活習慣病は、健康寿命の最大の阻害要因となるだけでなく、本人や家族の生活にも多大の影響を及ぼすことから、疾病予防、病状を悪化させない重症化予防及び再発予防の重要性が一層高まっています。

また、年齢を重ねることによる衰えは避けられませんが、可能な限り自立した生活を維持していくためには、子供の頃からの健康な生活習慣づくりも重要です。このため、本県では、「健康ひろしま21」（広島県健康増進計画）を策定し、総合的な対策を推進しています。

医師や看護師等が働きやすい環境が整い、地域に必要な医療・介護人材が確保されています。

中山間地域等における医師確保など、質が高く安心できる医療と介護の連携体制を支える人材が継続的に確保・育成され、こうした専門職が誇りを持って働き続けることができるようキャリアアップ研修の促進、仕事と子育てや介護を両立できる就業環境の整備などに取り組みます。

計画の実効性を高める観点から、第2章及び第5章では、現状や目標に係る各指標を次の3つに分類し、関連性を捉えることとしています。

分類	記号	説明
ストラクチャー指標	S	医療サービスを提供する物質資源、人的資源及び組織体制などを測る指標
プロセス指標	P	実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標
アウトカム指標	O	住民の健康状態や患者の状態を測る指標

第2節 保健医療圏と基準病床数

1 保健医療圏の設定

地域における基本的な保健医療体制から、全県的な高度・専門医療まで、保健医療サービスの提供に必要な体制を整備するための地域的単位として「保健医療圏」を設定します。

1 一次保健医療圏

基本的な保健医療活動，すなわち住民に密着した頻度の高い日常的な保健医療活動が展開される地域であり，かかりつけ医等によるプライマリ・ケアが推進される市町域をいいます。

2 二次保健医療圏（構想区域）

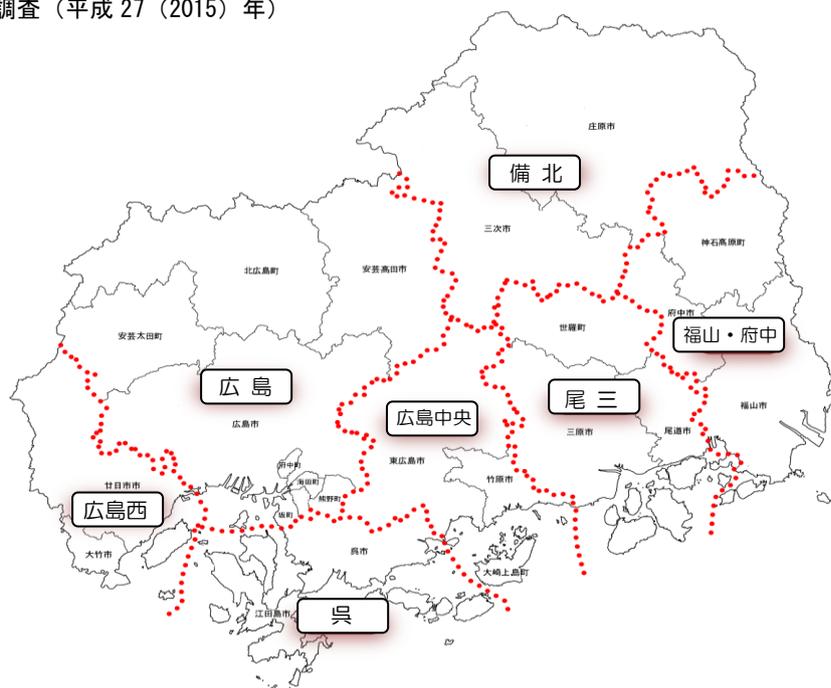
通常の保健医療需要を充足できる圏域，すなわち特殊な保健医療等を除く一般の医療需要に対応するために設定する区域であり，次の7つの区域です。

この区域は，広島県地域医療構想における病床の機能の分化及び連携を一体的に推進する区域（構想区域），ひろしま高齢者プランにおける保健・医療・福祉・介護の総合的な連携を図る老人福祉圏域と合致しています。

図表 1-2-1 広島県の二次保健医療圏

二次保健医療圏	圏域内市町	面積	人口
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	2,506 km ²	1,365,134 人
広島西	大竹市，廿日市市	568 km ²	142,771 人
呉	呉市，江田島市	454 km ²	252,891 人
広島中央	竹原市，東広島市，大崎上島町	797 km ²	227,325 人
尾三	三原市，尾道市，世羅町	1,035 km ²	251,157 人
福山・府中	福山市，府中市，神石高原町	1,096 km ²	514,097 人
備北	三次市，庄原市	2,025 km ²	90,615 人
合計		8,479 km ²	2,843,990 人

出典：国勢調査（平成 27（2015）年）



3 三次保健医療圏

特殊な診断や治療を必要とする医療需要や高度又は専門的な保健医療対策に対応するために設定する区域であり、全県を区域とします。

4 疾病・事業ごとの医療圏と県境を越えた医療連携

この計画では、5 疾病・5 事業及び在宅医療について、医療提供施設の相互間で機能の分担と連携を進め、安心して質の高い保健医療サービスの提供体制を構築していくため、人口や受療動向を踏まえて、疾病・事業ごとに医療圏を設定します。具体の圏域設定や取組方策については、第2章「安心できる保健医療体制の構築」で定めています。

また、他県と隣接している医療圏では、隣接する医療圏の医療提供施設や自治体、消防機関、関係団体等との相互支援に取り組み、県境を越えた医療連携を積極的に進めていくこととします。

◆◆ 二次保健医療圏の見直し検討について ◆◆

この計画の中間見直しの過程で二次保健医療圏の見直しの必要性について、広島県医療審議会において圏域地域保健対策協議会の意見を踏まえた検討が行われました。

検討の結果、現状において、国の見直し要件に該当する二次保健医療圏が無いことや、前回見直し検討時の状況から面積や人口、アクセス環境等に大きな変化がないことを踏まえ、中間見直しでは二次保健医療圏を見直さず、第8次広島県保健医療計画の策定時に見直し検討を行うこととされました。

なお、次期計画における見直しに際しては、計画期間の終期を見据えつつ、人口や患者の流入・アクセス環境等の要件以外に、介護基盤の整備状況や在宅医療と介護の連携体制、隣接する二次保健医療圏の広域連携、新型コロナウイルス感染症を踏まえた医療体制等の視点も加味することとされました。

2 基準病床数

基準病床数は、病院等の病床の適正配置の促進と適切な入院医療の確保を目的に、医療法の規定に基づいて定めることとされています。

療養病床及び一般病床については二次保健医療圏ごとに、精神病床、結核病床、感染症病床については、それぞれ広島県全域で次のとおり定めます。

図表 1-2-2 基準病床数及び既存病床数

〈療養病床及び一般病床〉			〈精神病床〉		
二次保健医療圏	基準病床数	既存病床数	区分	基準病床数	既存病床数
広島	10,450	13,776	広島県全域	7,735	8,653
広島西	1,438	1,784			
呉	2,206	3,226			
広島中央	1,678	2,164			
尾三	2,519	3,411			
福山・府中	4,565	4,833			
備北	804	1,508			
計	23,660	30,702			
			〈結核病床〉		
			区分	基準病床数	既存病床数
			広島県全域	51	109
			〈感染症病床〉		
			区分	基準病床数	既存病床数
			広島県全域	36	30

※ 既存病床数は令和2(2020)年11月30日現在

第3節 広島県の現状

1 人口の動向

1 人口及び高齢者数

本県の平成 27 (2015) 年 10 月 1 日現在の年齢別人口は、年少人口 (15 歳未満) が 37 万 5,890 人、生産年齢人口 (15 歳から 64 歳) が 166 万 2,522 人、高齢者人口 (65 歳以上) が 77 万 4,440 人となっています。

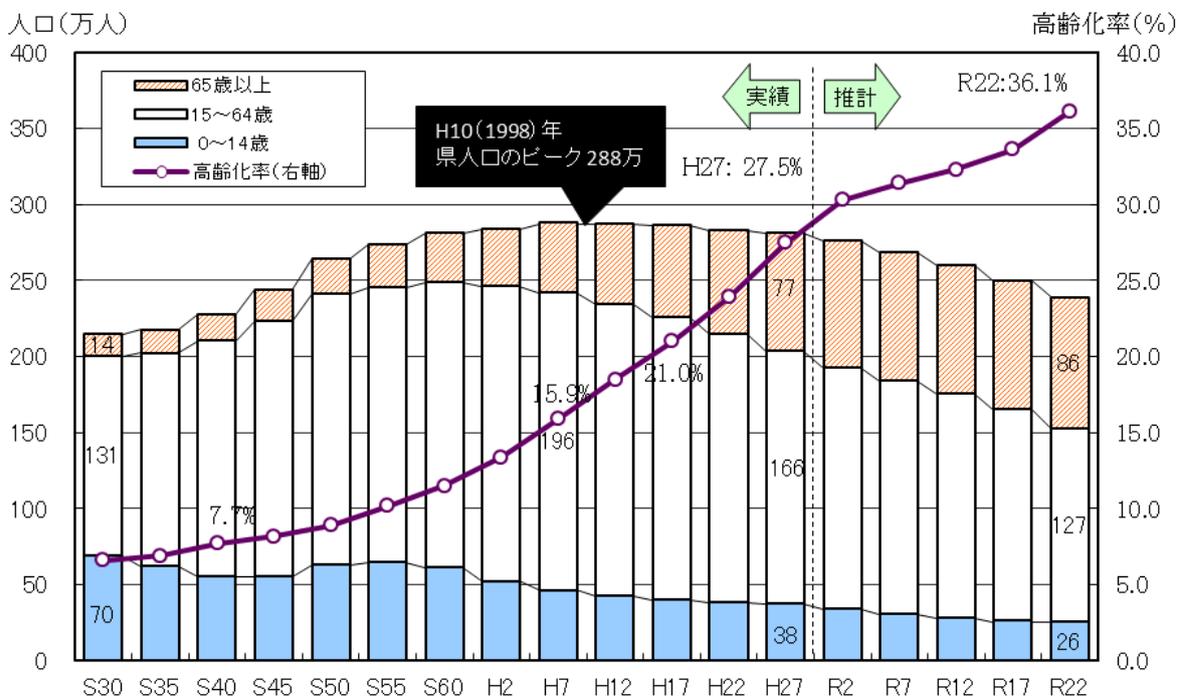
これまでの人口の推移をみると、年少人口は昭和 30 (1955) 年をピークに、生産年齢人口は平成 7 (1995) 年をピークに減少している一方、高齢者人口は増加を続けています。総人口は、平成 10 (1998) 年の約 288 万人をピークに減少を続けています。

本県の高齢化率 (65 歳以上人口割合) は、昭和 40 (1965) 年に 7% を超えて高齢化社会となり、平成 7 (1995) 年に 14% を超え高齢社会に、平成 17 (2005) 年には 21% を超えて超高齢社会が到達し、その後も年々上昇を続けています。

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、令和 7 (2025) 年には約 269 万人、令和 22 (2040) 年には約 239 万人になると見込まれています。また、高齢者人口は令和 2 (2020) 年に 80 万人を超え、令和 22 (2040) 年には 86 万人に達すると見込まれます。

高齢化率は令和 2 (2020) 年に 30% を超え、令和 22 (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 1-3-1 年齢3区分別人口の推移



出典：昭和 30 (1955) 年～平成 27 (2015) 年の実績値は国勢調査
 令和 2 (2020) 年以降の推計値は「日本の地域別将来推計人口 (H25.3 推計)」
 (国立社会保障・人口問題研究所)

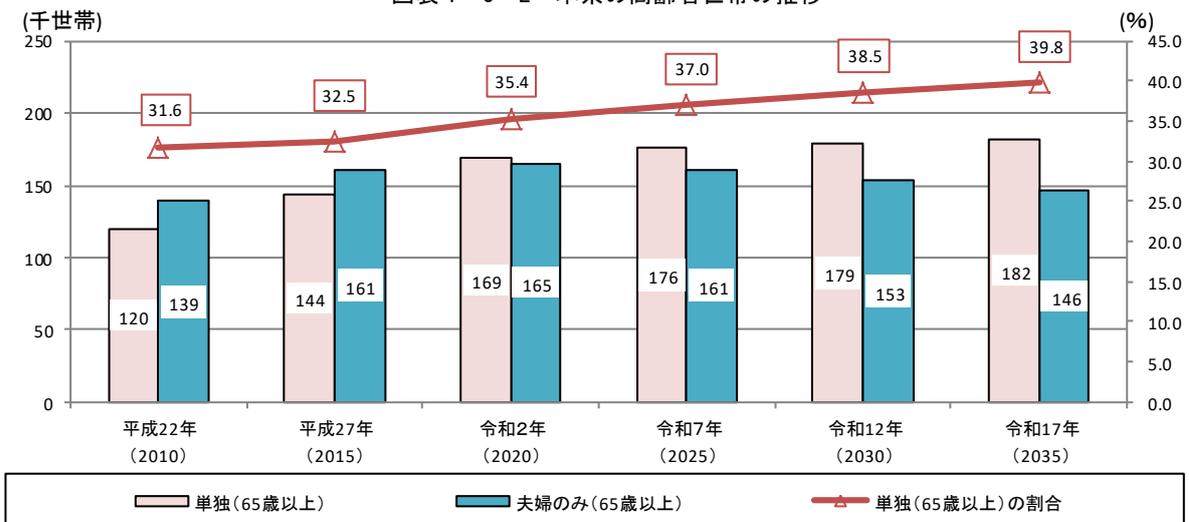
2 高齢者世帯の推移

平成27(2015)年の国勢調査によると、本県の一般世帯(120万9,288世帯)のうち、世帯主が65歳以上の高齢者世帯は44万3,236世帯(36.7%)で、世帯主が75歳以上の高齢者世帯は20万8,347世帯(17.2%)となっています。

世帯主が65歳以上の高齢者世帯のうち、単独世帯は14万4,014世帯(32.5%)、夫婦のみ世帯は16万561世帯(36.2%)となっており、高齢者世帯の約69%が夫婦のみ又は一人暮らしの世帯となっています。

今後も、高齢者世帯の数や、高齢者世帯であって単独世帯または夫婦のみの世帯の数は、増加し続ける見込みです。また、令和2(2020)年以降は、単独世帯が夫婦のみの世帯を上回る見込みです。

図表 1-3-2 本県の高齢者世帯の推移



※ 平成27(2015)年までは国勢調査による(割合は総人口から「年齢不詳」を除いた数を分母として算出)。
 ※ 令和2(2020)年以降は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(都道府県別推計)」(2014年4月推計)による。

3 人口分布状況

県内の市町は、政令市や中核市といった人口規模の大きな自治体が沿岸部に集中する一方で、内陸部や島しょ部では小規模の町が多くなっています。

図表 1-3-3 市町別人口と県人口に占める割合

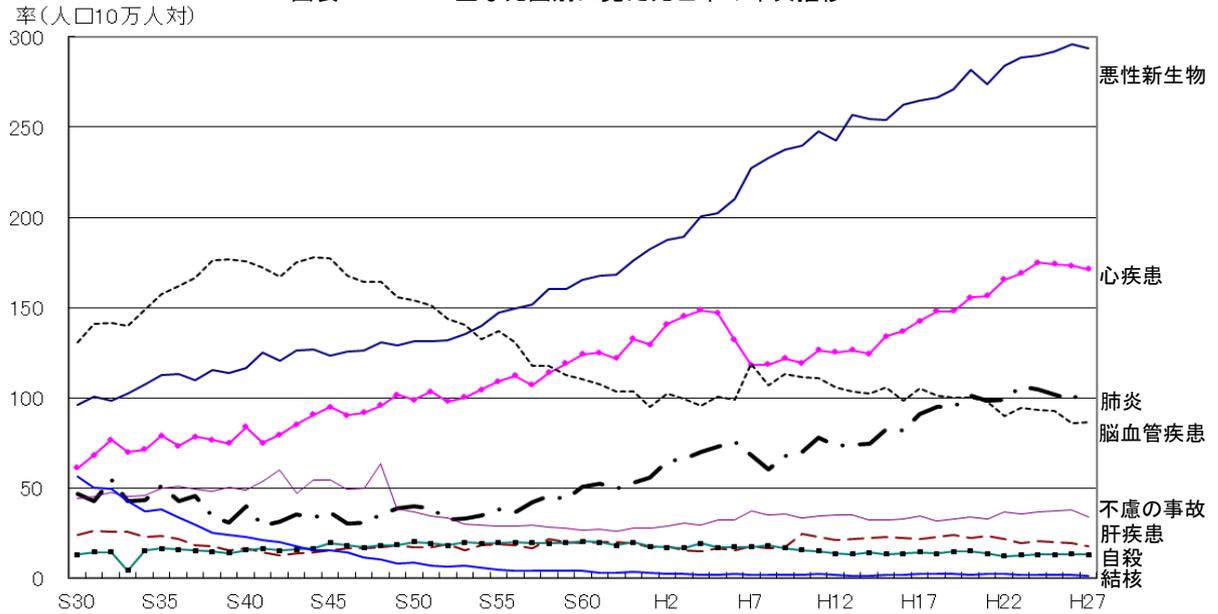
市町名	人口	割合	市町名	人口	割合
広島市	1,194,034	42.0%	安芸高田市	29,488	1.0%
呉市	228,552	8.0%	江田島市	24,339	0.9%
竹原市	26,426	0.9%	府中町	51,053	1.8%
三原市	96,194	3.4%	海田町	28,667	1.0%
尾道市	138,626	4.9%	熊野町	23,755	0.8%
福山市	464,811	16.3%	坂町	12,747	0.4%
府中市	40,069	1.4%	安芸太田町	6,472	0.2%
三次市	53,615	1.9%	北広島町	18,918	0.7%
庄原市	37,000	1.3%	大崎上島町	7,992	0.3%
大竹市	27,865	1.0%	世羅町	16,337	0.6%
東広島市	192,907	6.8%	神石高原町	9,217	0.3%
廿日市市	114,906	4.0%	広島県	2,843,990	100.0%

出典：国勢調査(平成27(2015)年)

4 死因別死亡率

平成 27 (2015) 年の本県における死因 (構成比) は, 1 位が悪性新生物 (27.6%), 2 位が心疾患 (16.1%), 3 位が肺炎 (10.0%) となっており, これら三大死因による死亡が本県総死亡数の半数以上を占めています。年次推移では, 悪性新生物, 心疾患, 肺炎は増加傾向に, 脳血管疾患は減少傾向にあります。

図表 1-3-4 主な死因別に見た死亡率の年次推移



出典：広島県「平成 27 年人口動態統計年報第 44 号」

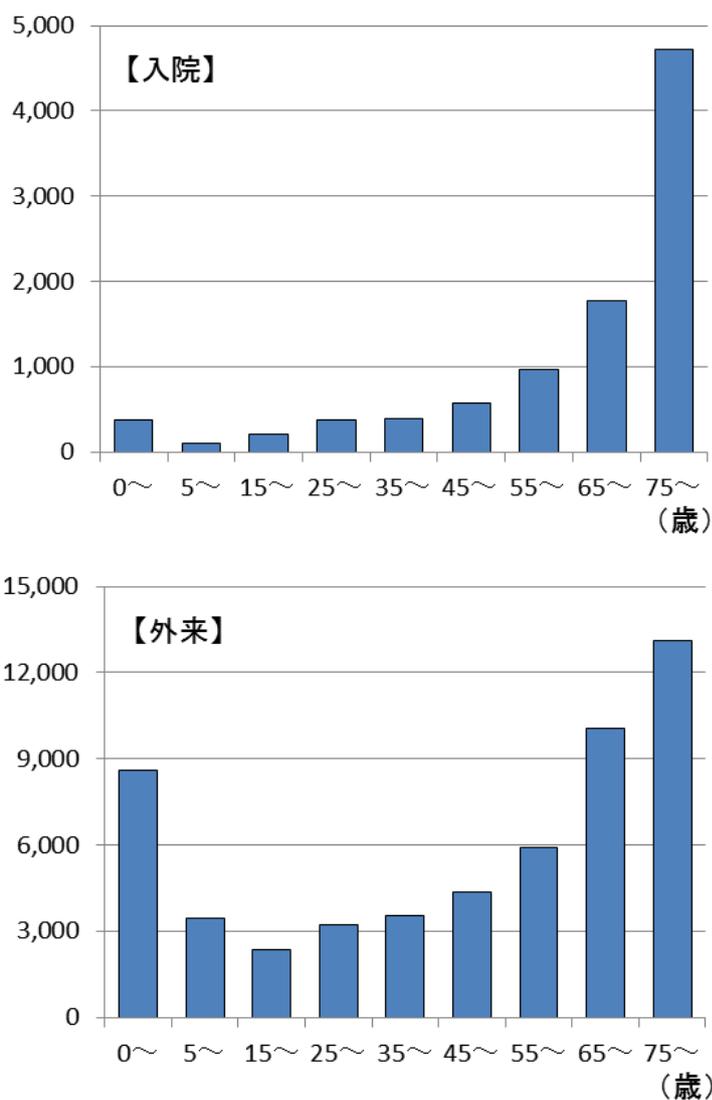
平成 7 年の死因分類の改正により, 名称, 区分等が変更されており, データの連続性が一部保たれていない。

2 受療状況

1 年齢別の受療率

入院、外来ともに、年齢が高くなるに従って受療率（人口10万人あたりの患者数）が高くなる傾向にあります。また、ほとんどの年齢区分において、入院受療率、外来受療率ともに全国の値を上回っています。

図表 1-3-5 年齢階級別受療率（人口10万人対）



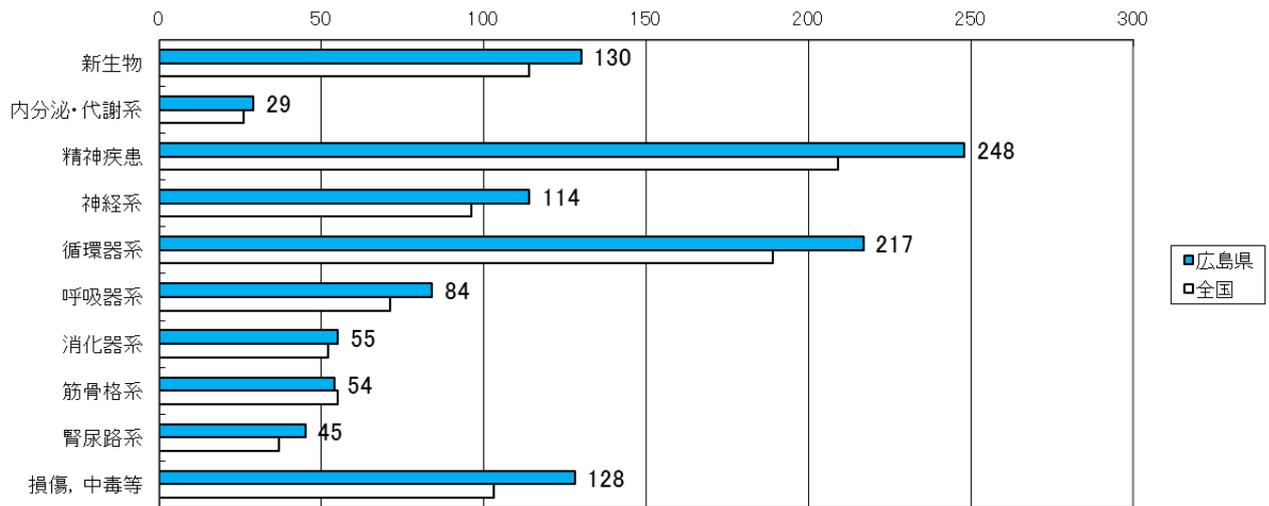
区分		0～4歳	5～14歳	15～24歳	25～34歳	35～44歳	45～54歳	55～64歳	65～74歳	75歳以上	総数
入院	広島県	376	104	214	372	392	582	976	1,768	4,715	1,210
	全国	345	92	141	270	318	505	930	1,568	4,205	1,038
	差	31	12	73	102	74	77	46	200	510	172
外来	広島県	8,584	3,450	2,385	3,221	3,560	4,384	5,915	10,044	13,095	6,215
	全国	6,762	3,503	2,091	2,911	3,334	4,225	5,984	9,455	11,906	5,696
	差	1,822	▲ 53	294	310	226	159	▲ 69	589	1,189	519

出典：厚生労働省「患者調査」（平成26（2014）年）

2 主要傷病分類別入院受療率

傷病別の入院受療率では、「筋骨格系」（筋骨格系及び結合組織の疾患）が54で全国を下回っていますが、それ以外の主な傷病では全国を上回る傾向にあります。

図表 1-3-6 傷病分類別入院受療率

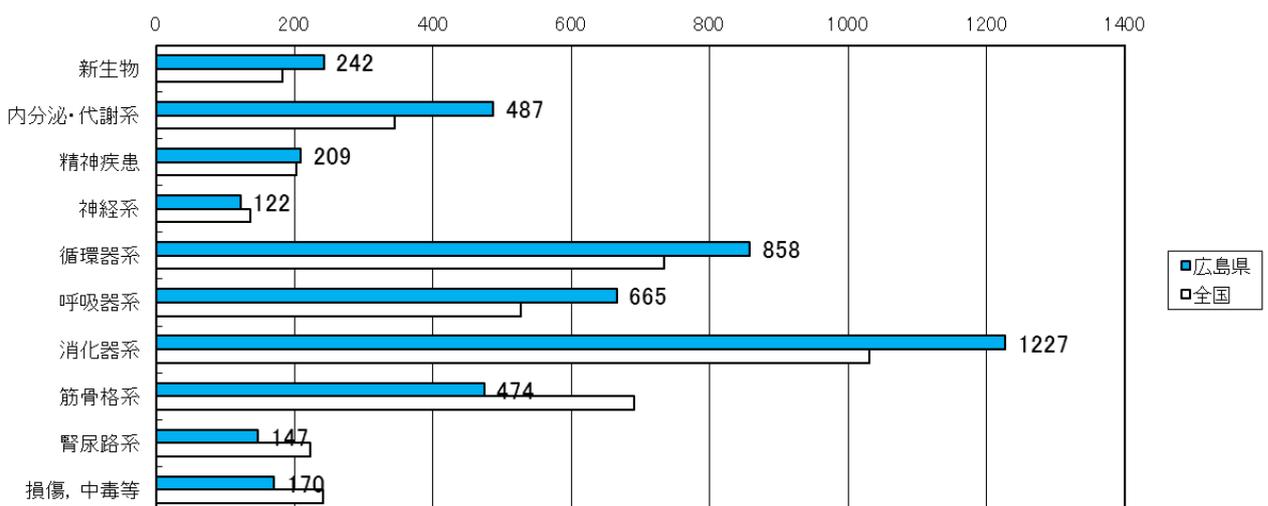


出典：厚生労働省「患者調査」（平成26（2014）年）

3 主要傷病分類別外来受療率

傷病別の外来受療率は、「神経系」（神経系の疾患）、「筋骨格系」，「腎尿路系」（腎尿路生殖器系の疾患）、「損傷，中毒等」（損傷，中毒及びその他の外因の影響）が全国を下回っていますが、それ以外の主な傷病では全国を上回っています。

図表 1-3-7 傷病分類別外来受療率



出典：厚生労働省「患者調査」（平成26（2014）年）

3 医療資源の状況

1 医師の偏在と無医地区

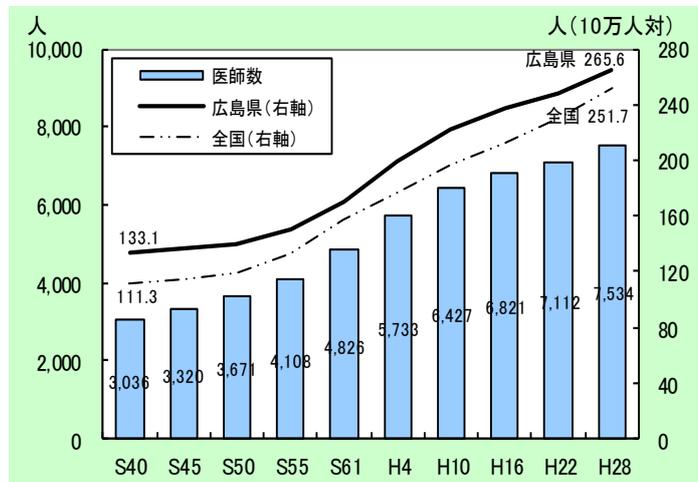
本県の平成 28 (2016) 年の医師数は 7,534 人で、平成 26 (2014) 年より 81 人増加しています。

人口 10 万人当たりの医師数は 265.6 人となり、全国の 251.7 人を上回っていますが、近年、全国との差が縮まる傾向にあります。

市町別にみると、広島市で医師数が大きく増加している一方、11 市町で医師数が減少しています。

平成 26 (2014) 年「無医地区等調査」によると、本県の無医地区数は 54 地区となり、北海道に次いで全国で 2 番目に多い状況となっています。

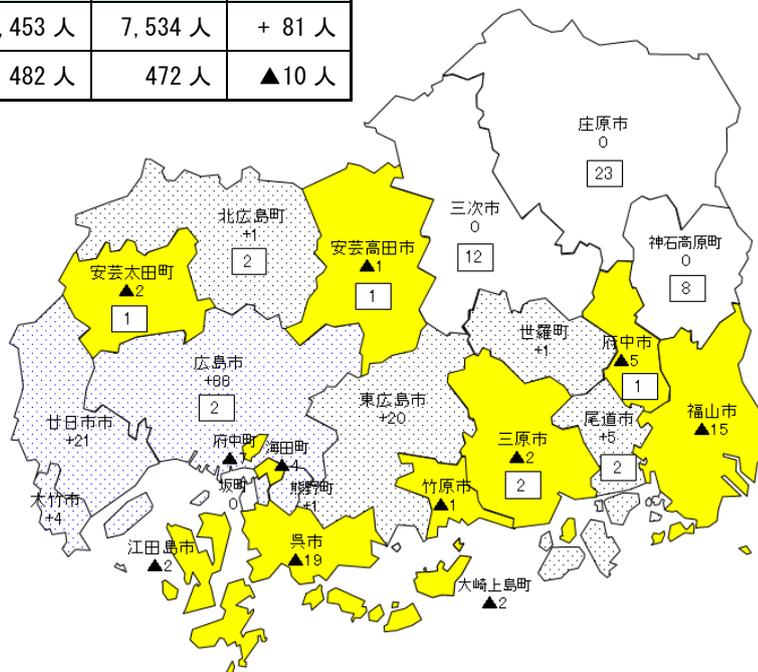
図表 1-3-8 医師数の推移



出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」(各年)

図表 1-3-9 市町別の医師数の増減及び無医地区の現状

区分	平成 26 年 (2014)	平成 28 年 (2016)	増減
県全体	7,453 人	7,534 人	+ 81 人
過疎市町	482 人	472 人	▲10 人



圏域	無医地区数
広島	6
広島西	0
呉	0
広島中央	0
尾三	4
福山・府中	9
備北	35
計	54

市町名
(医師数増減)
無医地区数

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」(平成 26 (2014)・28 (2016) 年)
厚生労働省「無医地区等調査」(平成 26 (2014) 年)

2 医療施設数の推移

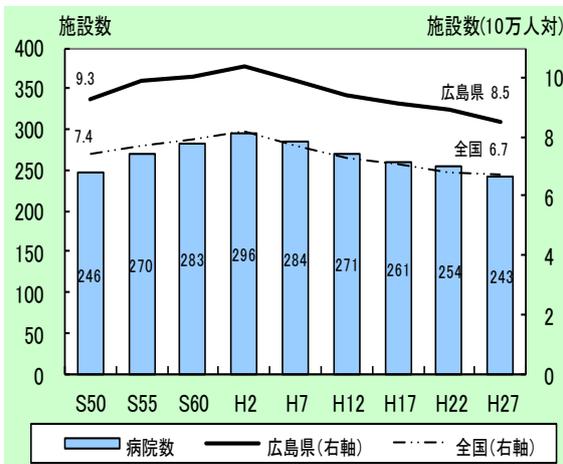
本県の平成27(2015)年の病院数は243施設で、平成2(1990)年をピークに近年は減少傾向にあります。人口10万人あたりでは8.5施設で、全国の6.7施設を1.8上回っています。

本県の平成27(2015)年の一般診療所数は2,583施設で、近年、無床診療所は微増傾向にあります。有床診療所は減少傾向にあります。人口10万人あたりでは90.8施設で、全国の79.5施設を11.3上回っています。

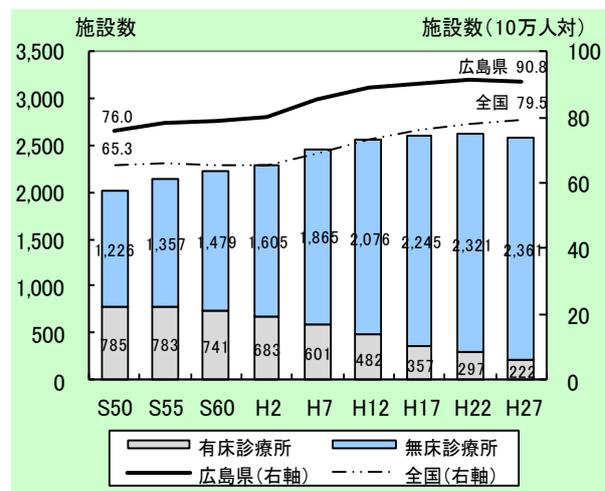
本県の平成27(2015)年の歯科診療所数は1,558施設で、近年は微増傾向にあります。人口10万人あたりでは54.8施設で、全国の54.1施設を0.7上回っています。

本県の平成27(2015)年の薬局数は1,622施設で、近年は微増傾向にあります。人口10万人あたりでは57.0施設で、全国の45.9施設を11.1上回っています。

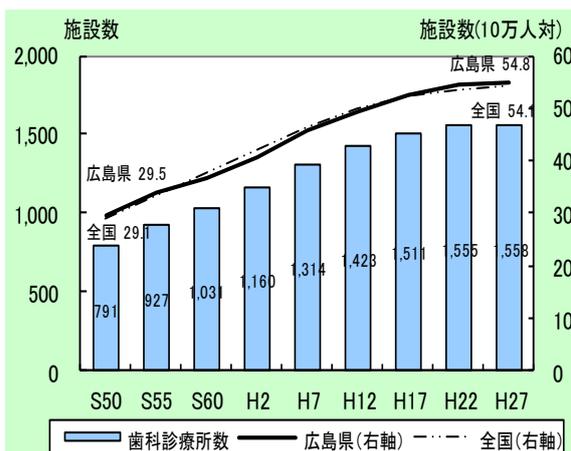
図表1-3-10 病院



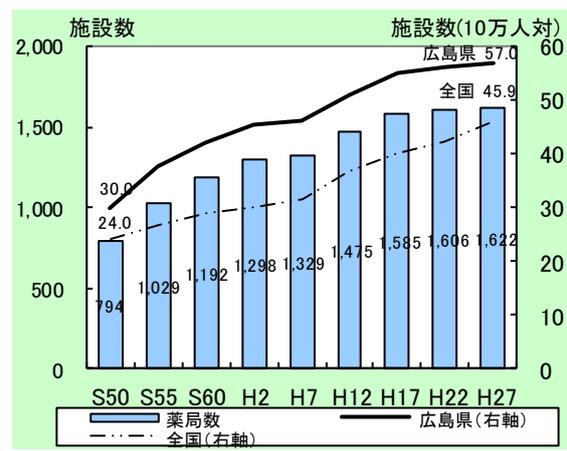
図表1-3-11 一般診療



図表1-3-12 歯科診療



図表1-3-13 薬局



出典：厚生労働省「医療施設調査」，「衛生行政報告例」（各年）
 病院，一般診療所及び歯科診療所は各年10月1日現在，薬局は年度末現在

第2章

安心できる保健医療体制の構築

第1節 がんなど主要な疾病の医療体制

1	がん対策	16
2	脳卒中対策	30
3	心筋梗塞等の心血管疾患対策	39
4	糖尿病対策	49
5	精神疾患対策	57

第2節 救急医療などの医療連携体制

1	救急医療対策	85
2	災害時における医療対策	98
3	へき地の医療対策	107
4	周産期医療対策	117
5	小児医療（小児救急医療を含む）対策	125

第3節 在宅医療と介護等の連携体制

1	在宅医療提供体制の整備	133
2	訪問診療等の充実	135
3	訪問歯科診療の充実	138
4	訪問薬剤管理指導の充実	140
5	訪問看護の充実	143
6	医療と介護の連携	148
7	在宅医療に関する情報提供の推進	150
8	人生の最終段階における自己決定	151

第4節 外来医療に係る医療提供体制

1	外来医療提供体制の確保	155
2	医療機器の効率的な活用	158

第5節 医療に関する情報提供

1	患者の医療に関する選択支援	161
2	ICTを活用した診療支援	163

第1節 がんなど主要な疾病の医療体制

1 がん対策

現 状

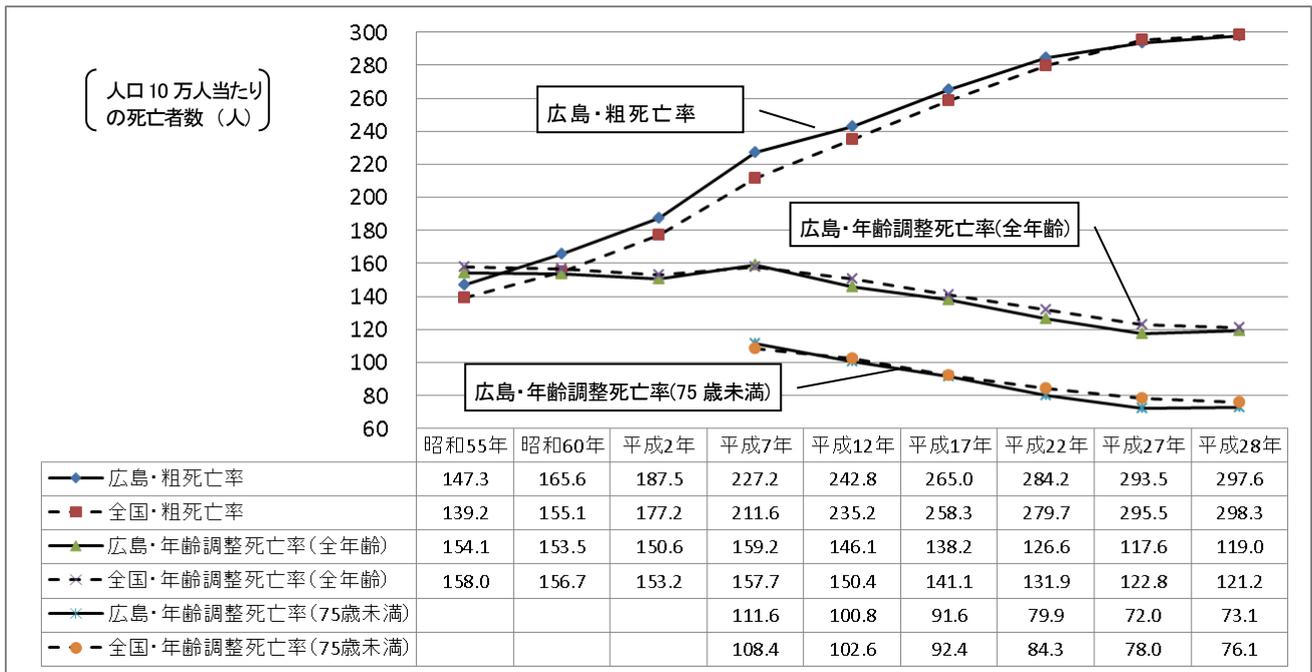
1 がんの死亡及び罹患

(1) 死亡率の推移

近年のがんの死亡率（人口10万人当たりの死者数）の推移をみると、「粗死亡率」（死亡数を単純に人口で割った死亡率）は、高齢化の影響により全国・本県ともに上昇していますが、年齢構成の変動の影響を取り除いて算出された「年齢調整死亡率」は、全年齢でも、75歳未満に限った場合でも減少しています。

なお、本県の平成28（2016）年における「粗死亡率」、「年齢調整死亡率」は、全年齢、75歳未満のいずれも全国を下回っています。

図表 2-1-1 がんの年次別死亡率



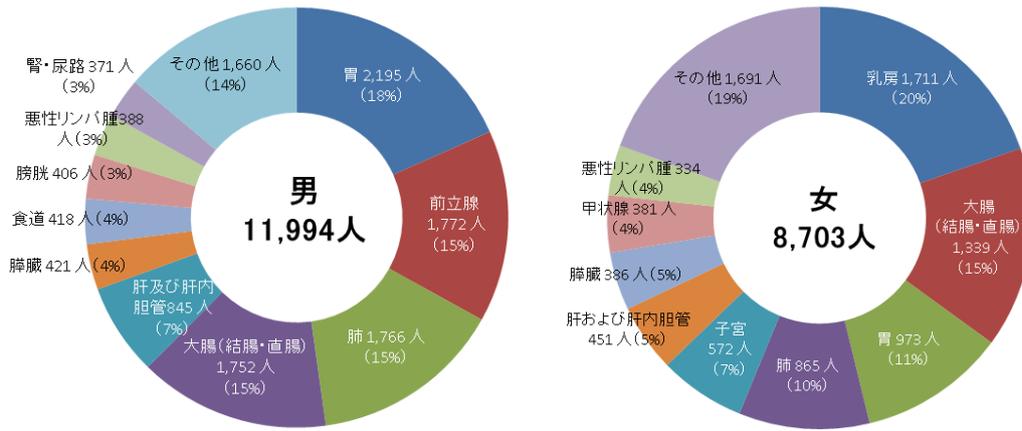
出典：広島県人口動態統計年報（各年）

国立がん研究センターがん対策情報センター（75歳未満年齢調整死亡率）（各年）

(2) がんの罹患の状況

本県の地域がん登録データによると、1年間にがんにかかる人の数（罹患者数）は2万人を超えており、部位別にみると、男性では胃、前立腺、肺、大腸、女性では乳房、大腸、胃、肺の順に多くなっています。

図表 2-1-2 がんの罹患状況（平成 24（2012）年広島県の男女別・部位別がん罹患数）

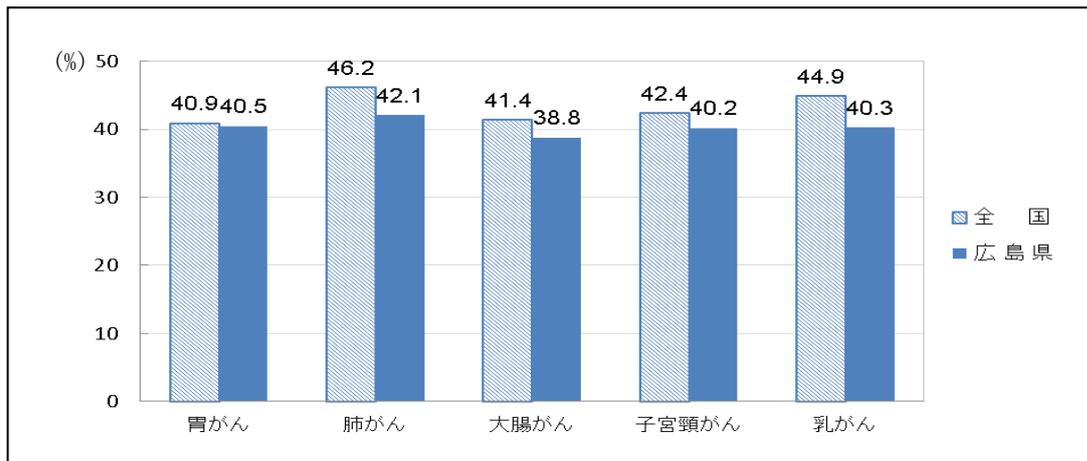


出典：広島県のがん登録（平成 24 年集計）

(3) がん検診の現状

平成 28（2016）年の「国民生活基礎調査」によると、市町が実施しているがん検診や職場で実施しているがん検診等を含めた本県全体のがん検診受診率は、全ての部位で全国平均を下回っており、40%前後となっています。

図表 2-1-3 がん検診受診率



※胃・肺・大腸がんは年に1回、子宮頸・乳がんは2年に1回の受診状況。

出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」（平成 28（2016）年）

2 医療提供体制

(1) がん診療連携拠点病院の整備

県内のどこに住んでいても質の高いがん医療を受けることができるよう、がん医療の均てん化を目的とした「国指定のがん診療連携拠点病院」（以下「国指定拠点病院」という。）を、平成 18（2006）年に全国 3 番目の早さで全二次保健医療圏に整備し、平成 29（2017）年 4 月現在、11 施設が指定されています。なお、全ての二次保健医療圏に国指定拠点病院が指定されているのは 18 府県となっています。

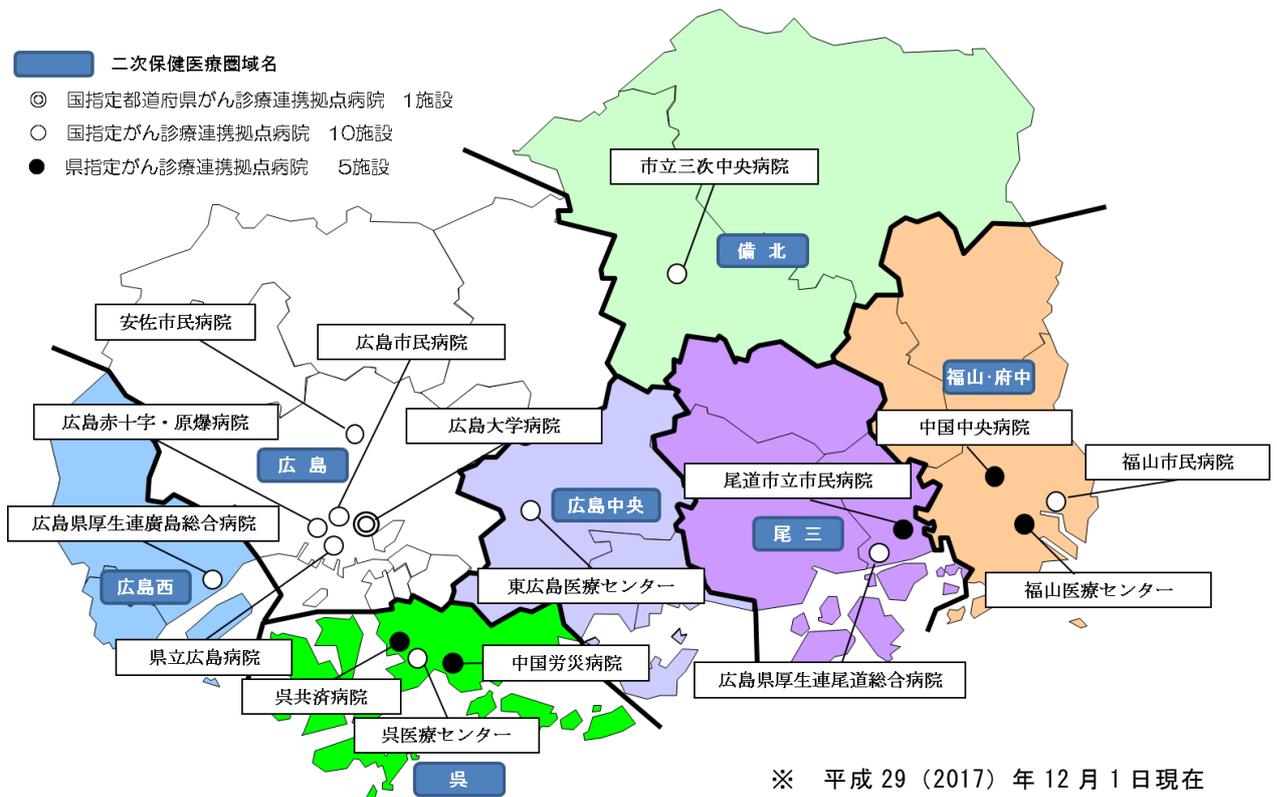
国指定拠点病院のうち広島大学病院は、都道府県がん診療連携拠点病院として、全県のがん診療の質の向上とがん診療の連携協力体制の構築について中心的な役割を担っています。

また、国指定拠点病院のうち広島圏域の4施設（広島大学病院、県立広島病院、広島市立広島市民病院、広島赤十字・原爆病院）については、「ネットワーク型がんセンター」として機能分担し、県全体を対象とした高度専門治療の提供や人材育成等で、県内の医療機関を支援する体制となっています。

更に、平成22（2010）年からは、本県独自の取組として、がん医療水準の更なる向上を促すとともに、県民に安心かつ適切な医療を提供できる体制を強化するため、国指定拠点病院と同等の医療機能を有する施設を県指定のがん診療連携拠点病院として、平成29（2017）年4月現在、5施設を指定し、医療提供体制の充実を図っています。

加えて、平成25（2013）年2月に、広島大学病院が中四国地域における小児がん医療及び支援を提供する中心施設である「小児がん拠点病院」に指定されています。

図表2-1-4 各圏域のがん診療連携拠点病院



(2) 小児がん、希少がん及び難治性がんの医療提供体制

本県では、これまで5大がん（乳がん、肺がん、肝がん、胃がん、大腸がん）から対策を進めてきました。今後は5大がん以外にも拡大し、希少がん、難治性がんなどの適切な受療を支援するため、医療提供体制の現状を把握し、県民への情報提供に取り組む必要があります。

小児がんについては、新たに罹る患者数が毎年50人弱と少ないですが、疾患も多様です。このため、「小児がん拠点病院」である広島大学病院を中心とした県内の医療機関の連携体制が構築され、広島大学病院と広島赤十字・原爆病院に患者の集約が進んでいます。

3 医療連携体制

(1) 地域連携クリティカルパスの活用

全ての国指定・県指定がん診療連携拠点病院（以下、この項において「拠点病院」という。）では、5大がんの地域連携クリティカルパス（以下「地域連携パス」という。）を整備しており、平成28（2016）年6月から7月の拠点病院における地域連携パスの適用患者数は、次の図表のとおりです。

図表 2-1-5 拠点病院における地域連携クリティカルパス適用患者数

区分	計	広島大学	県立広島	広島市民	広島赤十字	安佐市民	広島総合	呉医療	東広島医療	尾道総合	福山市民	三次中央	中国労災	呉共済	尾道市民	福山医療	中国中央
乳がん	97	16	10	39	0	0	0	0	0	0	21	0	0	0	0	10	1
肺がん	31	8	5	1	5	0	0	7	0	0	0	0	2	2	1	0	0
肝がん	16	0	0	0	11	4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
胃がん	47	4	1	13	14	11	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0
大腸がん	30	1	10	0	11	1	0	2	1	0	0	0	3	0	1	0	0
計	221	29	26	53	41	16	0	9	2	0	24	0	6	2	2	10	1

出典：平成28年度がん診療連携拠点病院現況報告（平成28（2016）年6月～7月実績）

(2) 5大がんの医療連携体制

5大がんについては、一定の施設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」の構築が平成24（2012）年度末で完了しました。なお、当該ネットワーク参加施設のうち集学的治療等を担う施設は、部位別のがん医療の拠点として、中心的な役割を担っています。

図表 2-1-6 広島県がん医療ネットワーク参加施設数（平成28（2016）年12月末現在）

【乳がん】

区分	検診施設	診断専門施設	周術期治療施設	フォローアップ施設					参加施設総数 (延数)
				化学療法実施施設	放射線療法実施施設	術後リハビリ・後遺症ケア実施施設	術後定期検査施設	療養支援施設	
施設数	62	45	15	72	15	49	85	77	151 (420)

【肺がん】

区分	検診・検査施設	診断治療施設	総合診断治療施設	フォローアップ施設	参加施設総数 (延数)
施設数	78	10	8	116	159 (212)

【肝がん】

区分	検診・検査施設	診断治療施設	フォローアップ施設		参加施設総数 (延数)
			定期検査施設	療養支援施設	
施設数	110	17	162	79	214 (368)

【胃がん】

区分	検診・検査施設	精密診断施設	治療施設		フォローアップ施設			参加施設総数 (延数)	
			総合治療施設	内視鏡治療施設	定期検査施設	化学療法実施施設			
						a	b		
施設数	210	31	21	10	204	101	62	86	310 (725)

※ 化学療法実施施設 a：術後補助化学療法実施施設
化学療法実施施設 b：切除不能・再発がんに対する化学療法実施施設

【大腸がん】

区分	検診・検査施設	精密診断施設	治療施設		フォローアップ施設				参加施設総数 (延数)	
			総合治療施設	内視鏡治療施設	定期検査施設	化学療法実施施設		ストーマケア実施施設		療養支援施設
						a	b			
施設数	158	33	18	12	187	95	64	76	82	275 (725)

※ 化学療法実施施設 a : 術後補助化学療法実施施設
 化学療法実施施設 b : 切除不能・再発がんに対する化学療法実施施設

4 がん治療の状況

(1) 手術の実施状況

県内の拠点病院におけるがん手術の実施件数は次の図表のとおりで、部位別では、大腸がん、胃がん、乳がんの順に多く、各地域で手術によるがん医療が提供されています。また、県内には、広島大学病院をはじめとして、先進的な手術を行って、その領域をリードしている医師もいます。引き続き、安全で適切な手術療法の実施について徹底する必要があります。

図表 2-1-7 拠点病院における各がんの手術療法年間実施件数（平成 27（2015）年度）

部位	胃		大腸		乳		肺		肝	
	施設数	年間件数								
広島	5	1,029	5	1,978	5	1,158	5	666	5	504
広島西	1	151	1	191	1	130	1	88	1	34
呉	3	297	3	434	3	161	3	99	3	198
広島中央	1	59	1	89	1	66	1	58	1	17
尾三	2	274	2	383	2	92	2	121	2	96
福山・府中	3	371	3	416	3	339	3	216	3	214
備北	1	74	1	79	1	61	1	53	1	9
計	16	2,255	16	3,570	16	2,007	16	1,301	16	1,072

出典 がん対策課調べ（集計期間：平成 27（2015）年 4 月～28（2016）年 3 月診療分）

(2) 放射線療法の実施状況

身体機能を温存できる放射線療法の技術的進歩は目覚しく、治療方法の選択に関する患者の意識も変化してきていることから、放射線療法へのニーズはより増大することが予測されます。

こうした中、強度変調放射線治療（IMRT）などの高度で効果的な高精度放射線治療を確実に提供する体制を整えるため、「広島がん高精度放射線治療センター（HIPRAC）」を整備し、平成 27（2015）年から運営を開始しました。

図表 2-1-8 拠点病院等における放射線療法の実施状況

区分	圏域	広島					広島西	呉			広島中央	尾三		福山・府中			備北	高精度放射線治療C
	計	広島大学	県立広島	広島市民	広島赤十字	安佐市民	広島総合	呉医療	中国労災	呉共済	東広島医療	尾道総合	尾道市民	福山市民	福山医療	中国中央	三次中央	
放射線治療装置	23	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	3
患者数(体外照射)	5,058	612	457	754	386	340	235	271	85	162	236	247	67	421	287	239	196	63

出典：(拠点病院)「拠点病院現況報告」(集計期間：平成27(2015)年1月1日～12月31日)

(高精度放射線治療センター) 県健康福祉局調べ(集計期間：平成27(2015)年10月1日～12月31日)

(注) 「放射線治療装置」は、リニアックに限る。

(3) 薬物療法、免疫療法の実施状況

薬物療法が通院治療で実施されることが一般的になり、薬物療法を外来で受ける患者が増加していることから、拠点病院等では、薬物療法に関する十分な説明や、支持療法をはじめとした副作用対策等の必要性が増大しています。

更に、近年、免疫療法の研究が進んでおり、副作用が少ない新たながん治療として、治療選択肢の一つとなっています。

(4) 専門医等の状況

質の高い医療を提供するためには、専門的な知識と高い技術を持つ医療従事者の配置が必要です。がん医療に係る専門医等の状況を拠点病院ごとに見ると次の図表のとおりで、放射線療法、薬物療法、病理診断の各分野で専門医等が未配置の拠点病院もあるなど、配置にばらつきがあります。

図表 2-1-9 拠点病院等における専門医等の配置状況

区分	広島大学	県立広島	広島市民	広島赤十字	安佐市民	広島総合	呉医療	東広島医療	尾道総合	福山市民	三次中央	中国労災	呉共済	尾道市民	福山医療	中国中央	高精度放射線治療C
放射線診断専門医	11	4	3	3	4	4	3	1	3	5	2	3	3	1	3	1	0
放射線治療専門医	4	1	3	1	2	1	1	1	1	1	1	0	1	0	2	1	3
医学物理士	7	0	1	1	2	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	1	4
放射線治療品質管理士	0	2	4	3	1	2	1	2	1	2	2	2	1	1	0	1	2
放射線治療専門放射線技師	4	2	4	2	1	2	1	2	2	3	2	2	1	1	2	1	7
放射線療法看護認定看護師	1	1	0	0	0	1	2	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1
がん薬物療法専門医	2	5	2	1	1	0	2	0	0	3	0	0	1	0	1	3	-
がん薬物療法認定薬剤師	1	1	1	1	0	0	3	1	2	1	1	2	1	2	0	3	-
がん化学療法看護認定看護師	1	3	2	3	2	2	2	2	2	3	1	0	1	1	1	2	-
日本病理学会病理専門医	7	1	3	2	1	1	3	1	1	1	0	1	1	0	0	1	-

出典：(拠点病院)平成28(2016)年度がん診療連携拠点病院現況報告

(高精度放射線治療センター) 県健康福祉局調べ(平成28(2016)年)

5 緩和ケア実施体制

施設緩和ケアにおいては、拠点病院を中心に緩和ケアチーム等の専門分野の整備を進めてきたことから、現在、県内には、緩和ケア病棟が11病院に201床、緩和ケアチームについては、拠点病院を含め45病院に整備されています。

また、在宅緩和ケアにおいては、医療・介護・福祉の連携の強化を図るために、平成25(2013)年度から「在宅緩和ケア推進モデル事業」を県内7つの二次保健医療圏で実施し、モデル地区においては、地域における連携・調整を担う在宅緩和ケアコーディネーターを中心にネットワークを形成したことにより、関係者の顔の見える関係づくりが進み、拠点病院と在宅医療・介護を提供する施設の連携が強化されています。

図表 2-1-10 緩和ケア提供体制の状況

圏域	人口 〔「住民基本台帳人口」 (平成23(2011)年3月31日)〕	緩和ケア病棟		緩和ケアチーム	
		設置数(病床数)	人口10万人対 病床数	設置数	人口10万人対 設置数
広島	1,365,134	6(114)	8.35	19	1.39
広島西	142,771	1(32)	22.41	2	1.40
呉	252,891	1(19)	7.51	4	1.58
広島中央	227,325	-(-)	0	2	0.88
尾三	251,157	1(6)	2.39	7	2.79
福山・府中	514,097	2(30)	5.84	9	1.75
備北	90,615	-(-)	0	2	2.21
計	2,843,990	11(201)	7.07	45	1.58

出典：人口は総務省統計局「国勢調査」(平成27(2015)年)

緩和ケア病棟は中国四国厚生局「診療報酬施設基準の届出状況」(平成29(2017)年4月)

緩和ケアチームは県健康福祉局調べ(平成29(2017)年4月)

課題

1 がん予防

がんを予防するためには、喫煙・受動喫煙の防止、食生活・適正飲酒・運動等の生活習慣の改善、肝がんについてはウイルス感染の予防等の取組が求められています。

がんの早期発見のためには、質の高いがん検診の実施が重要です。県内では、死亡率減少効果を示す科学的根拠がある検査方法として5種類のがん検診(胃、肺、大腸、子宮頸、乳)を推奨し、全市町が実施しています。

一方で、検診を受けることによる合併症や過剰診療等の不利益が利益を上回る可能性がある、県として推奨していないがん検診を実施しているのは23市町のうち19市町となっています(平成28(2016)年度)。

また、効果のあるがん検診とするためには、受診率の向上だけでなく、がん検診の質(精度管理)の向上の取組が不可欠となっています。しかしながら、精度管理を高い水準で実施している市町は、依然として全体の6割程度に留まっており、検診の精度管理を徹底していく必要があります。

がん検診の受診率は、5種類のがんについて40%前後(平成28(2016)年国民生活基礎調査)であり、早期発見に向けた県民一人ひとりの行動変容も大きな課題となっています。

2 がん診療

(1) 医療提供体制の充実強化

① 拠点病院の機能強化

拠点病院は、各圏域において集学的治療等を担うとともに、地域の医療連携の推進、がん患者・家族に対する相談支援、地域の医療機関に対する研修や緩和ケア等の拠点として機能することが求められています。本県では、早い時期から一定の体制が整い、均てん化が進んでいますが、標準的治療の実施や相談支援の提供等、施設間で差があると指摘されているほか、医療安全に関する取組の強化が求められています。

また、近年、個人のゲノム情報に基づき個人ごとの違いを考慮したゲノム医療への期待が高まっています。今後、拠点病院や小児がん拠点病院において、がんゲノム医療を提供するための体制の整備が必要となっています。

② 小児がん、希少がん及び難治性がんの医療体制

小児がんは、「小児がん拠点病院」の広島大学病院と広島赤十字・原爆病院に患者の集約が進んでいますが、患者が確実に紹介され、早期に治療を受けられるよう、医療連携体制を強化する必要があります。

希少がんは、個々のがん種としては患者数が少ないものの、希少がん全体としては、がん全体の一定の割合を占めていることから、希少がんの患者が適切に治療を受けられるように、医療提供体制の現状を把握し、県民への情報提供に取り組む必要があります。

また、膵臓がんやスキルス胃がんのような、早期発見が困難であり、かつ、治療抵抗性が高く、転移、再発しやすい等という性質を持つ難治性がんは、5年相対生存率は改善されておらず、有効な診断・治療法が開発されていないという課題があります。

(2) 医療連携体制の充実強化

① 地域連携パス等による連携強化

地域の医療機関が役割を分担し連携しながら、患者が身近な地域で適切な医療を受けられる体制とするため、全ての拠点病院に地域連携パスが導入されていますが、適用患者数が増えている状況にはなく、地域連携パスの普及促進のため、拠点病院と地域の医療機関との連携の実態を把握する必要があります。

② 広島県がん医療ネットワークの充実

広島県がん医療ネットワークが質的にも量的にも充足し、機能しているかについて、地域の医療資源も勘案しながら検証を行う必要があります。

3 医療内容の充実

(1) 手術療法

手術はがん治療として広く実施されています。今後、高齢患者が一層増加することが見込まれること等から、従来の手術よりも患者の負担がより少ない低侵襲手術を拡充していくことが求められています。

(2) 放射線療法

身体機能を温存できる放射線治療の必要性が高まっていますが、県内の放射線治療専門医、医学物理士、治療専門の診療放射線技師、がん放射線療法看護認定看護師等の各職種の人材は不足しており、計画的な人材育成が求められています。

(3) 薬物療法、免疫療法

より質が高く安全な薬物療法の推進には専門スタッフの配置が必要ですが、広島西圏域、広島中央圏域、尾三圏域、備北圏域の4圏域では、拠点病院にがん薬物療法専門医が配置されておらず、がん薬物療法認定薬剤師も広島西圏域で配置されていない状況となっています。

また、免疫療法については、十分な科学的根拠を有する治療法とそうでない治療法があります。このため、県民に対して科学的根拠を有する免疫療法に関する適切な情報の提供に取り組む必要があります。

(4) 病理診断

病理診断は、組織の一部を顕微鏡で調べて、がんの種類や性質などを特定するもので、治療方針の決定や治療効果を評価するのに重要な分野です。しかし、それを行う病理医の育成には時間がかかり、日本病理学会病理専門医を常勤で配置できていない拠点病院があります。

(5) チーム医療

拠点病院等では、カンサーボード（各種がん治療に対して専門的な知識を有する多職種の医療従事者が患者の治療方針等について総合的に検討するカンファレンス）を設置しています。放射線診断医や病理医等が参加した正確で質の高い診断に基づき、手術療法、放射線療法、薬物療法の各分野が連携した集学的治療の充実が求められています。

また、がん患者の抱える様々な苦痛や悩み、負担に應えるため、患者をサポートする多職種によるチームを育成することや個々の患者の状況に応じたチーム医療を提供することが求められています。

(6) 施設緩和ケア

拠点病院を中心に、緩和ケアチーム等の設置をはじめとした提供体制は整備されてきましたが、各施設の人員配置や取組には差があることから、全体の質の向上を図る必要があります。

また、拠点病院以外の病院については、緩和ケアの提供体制を充実させていくため、その実態の把握が必要です。

(7) 口腔ケア

がん治療中の歯科疾患発症予防や合併症のリスクを軽減するためには、医科と歯科の連携による口腔ケアの充実が重要であることから、拠点病院の院内歯科との連携や地域の歯科診療所と連携した「がん患者の周術期等の口腔ケア」の充実が求められています。

(8) リハビリテーション

がんの治療技術は向上し、長期に生存できる病気になってきている一方で、治療に伴う副作用や後遺症等により、日常生活に支障をきたしている患者も少なくありません。

こうした患者の生活の質の低下を最小限にするため、手術等の影響による、呼吸、嚥下等の日常生活における障害や、がんの進行に伴う機能低下に対してのリハビリテーションが、より一層重要となっています。このため、今後、地域におけるがん治療の分野とリハビリテーション分野の連携の推進による生活の質の向上が求められています。

4 在宅療養支援

在宅緩和ケアにおいては、「在宅緩和ケア推進モデル事業」の成果を県内全域に広げていくため、各地域において施設間の調整役を担う者を養成・確保し、拠点病院と在宅医療・介護を提供する施設の顔の見える関係づくりなどの取組を進めて行く必要があります。

また、緊急時や夜間対応など在宅医療を行う医師一人では、心身ともに負担が大きいことや、疼痛緩和に係る知識・技術の不足により、緩和ケアに対応できない在宅医療を行う医師も多いことから、医師の負担を軽減するとともに、知識・技術面を支援することにより、在宅緩和ケアに対応できる医師を増やす必要があります。

更に、高齢者の在宅生活を支援する機関として各市町に設置されている地域包括支援センターにおける緩和ケアへの対応については、センターによって差があります。

人材育成については、基本的な緩和ケアの知識と技術の習得を目的とした「がん診療に携わる医師に対する研修会」の修了者 2,634 名（平成 28（2016）年現在）の内訳を見ると、拠点病院が 1,924 名（73.0%）であるのに対し、その他の病院の医師が 360 名（13.7%）、診療所の医師が 350 名（13.3%）となっており、拠点病院以外の病院や診療所の医師の受講が進んでいません。

特に、在宅緩和ケアにおいては、医療と介護の連携が重要ですが、介護・福祉関係者の緩和ケアに関する専門知識・技術の不足、緩和ケアに関する理解不足が課題となっています。今後、介護保険施設におけるがん患者の看取りが増えていくことが見込まれる中で、介護・福祉職向けのがん医療・緩和ケアに関する知識・技術を向上させていく必要があります。

目 標

区分	指標等	目標の考え方	現状値	目標値	指標の出典
P	がん検診（胃、肺、大腸、子宮頸、乳）受診率	5つのがん検診について、受診率が50%以上となるよう受診率向上対策を推進します。	[H28] 胃 40.5%, 肺 42.1%, 大腸 38.8%, 子宮頸 40.2%, 乳 40.3%	[R4] 全てのがん検診において受診率50%以上	国民生活基礎調査
S	がんゲノム医療の拠点整備	がんゲノム医療が提供可能な体制の整備に向けて取り組みます。	[H29] 指定なし	[R5] 現状（6施設）以上の国指定	県健康福祉局調べ
S	拠点病院のがん薬物療法専門医の配置	専門医の育成と施設内の適正配置により安全で適切な薬物療法の提供を行います。	[H28] 専門医 10病院/16病院	[R5] 全拠点病院に専門医を配置	拠点病院現況報告
S	拠点病院の病理専門医の配置	専門医の育成と施設内の適正配置により確実な病理診断を行います。	[H28] 専門医 13病院/16病院	[R5] 全拠点病院に専門医を配置	拠点病院現況報告
O	がん患者が病院以外の自宅等で死亡する割合	在宅緩和ケアを充実させます。	[H28] 12.2%,	[R5] 現状より増	人口動態統計

S：ストラクチャー指標、P：プロセス指標、O：アウトカム指標

施策の方向

1 がん予防

がん予防対策として、喫煙者への禁煙支援や広島県がん対策推進条例による受動喫煙防止対策の徹底、喫煙による健康被害についての普及啓発の推進等のたばこ対策の強化と、生活習慣の改善に向けた子供の頃からの普及啓発、ウイルス感染に起因するがんを予防するための肝炎ウイルス検査の促進等の対策の強化に取り組みます。

がん検診については、死亡率減少効果を示す科学的根拠があるがん検診の全市町での実施を徹底するとともに、市町が実施するがん検診の事業評価や助言等によるがん検診の質（精度管理）の向上に取り組みます。あわせて、精密検査が必要と判断された者を確実に受診・受療につなげる取組を進めます。

また、がん検診の受診率向上のため、がん検診未受診者に対して、「がん検診を受けに行く」という行動変容につなげる効果の高い個別の受診勧奨・再勧奨の推進に取り組みます。

2 がん診療

(1) 医療提供体制の充実強化

① がん診療連携拠点病院の機能強化

県内のがん診療の協力体制の構築等における中心的な役割を担う都道府県がん診療連携拠点病院である広島大学病院において、がん診療連携協議会のより一層の活性化等により、各圏域での拠点病院と地域の医療機関との連携体制を充実させます。

また、広島圏域の4施設（広島大学病院、県立広島病院、広島市立広島市民病院、広島赤十字・原爆病院）については、それぞれの特色や高度な専門性を組み合わせた「ネットワーク型がんセンター」として連携強化を一層推進するとともに、全県のがん医療機能の充実を推進します。特に、放射線療法の分野では、「広島がん高精度放射線治療センター（HIPRAC）」の運営を4施設の連携と機能分担により平成27（2015）年から開始しており、全県の連携による効率的で効果の高い放射線治療を提供していきます。

二次保健医療圏ごとの拠点病院の整備は進んできたことから、各拠点病院の機能について、がん登録データ等を活用し、患者の受療動向、生存率や治療件数等から客観的に評価し、課題への組織的な対応に取り組みます。

更に、ゲノム情報等を活用し、個々のがん患者に最適な治療を提供するため、拠点病院は、がんゲノム医療を必要とする患者が適切に治療を受けられるよう、専門人材の育成やその配置など、がんゲノム医療の提供体制の整備に取り組みます。

② 小児がん、希少がん及び難治性がん対策の推進

小児がんについては、小児がん拠点病院である広島大学病院を中心に県内の医療機関との連携体制の強化を図るとともに、広島大学病院と広島赤十字・原爆病院への患者の集約を行うとともに、医療提供体制等について積極的に県民へ情報提供します。

希少がんについては、患者数が少なく、診療・受療上の課題が他のがん種に比べて大きいため、医療提供状況等について現状把握を行うとともに、県民への情報提供に取り組みます。

難治性がんについては、死亡者の多い膵臓がんについて、拠点病院と市郡地区医師会等が連携してリスクの高い患者の経過観察を行うなど、早期発見のための医療連携体制の構築に取り組みます。

(2) 医療連携体制の充実

① 地域連携パスの普及による地域連携の推進

県内統一の地域連携パスについて、拠点病院が中心となって各地域への一層の普及促進に取り組むとともに、地域連携パスの運用について実態を調査します。

また、地域連携パスの適用患者数が伸び悩んでいることを踏まえ、そのあり方の見直しや電子化等事務の効率化を推進します。

② 広島県がん医療ネットワークの充実強化

がん患者の安心につながる切れ目のない医療の提供を目指し、5大がんについて構築している「広島県がん医療ネットワーク」の機能、運用状況等について、「がん診療連携協議会」と連携して検証を行い、地域の実状に応じた医療提供体制の構築を図るとともに、参加施設の医療水準の向上を図ります。

3 医療内容の充実

(1) 手術療法の充実

全ての拠点病院において、安全で適切な手術療法が提供できるよう、エビデンスのある手術療法の導入・普及を行います。

また、定型的な術式での治療が困難な希少がん、難治性がん等については、医療提供体制の実態に応じた一定の集約化について取り組みます。

更に、低侵襲手術が可能となるよう、より早期でのがんの発見に向け、開業医等に対する研修と県民への普及啓発に取り組みます。

(2) 放射線療法の充実

「広島がん高精度放射線治療センター（HIPRAC）」を中心として、広域的な連携により、県内の放射線治療の質の向上を図ります。

また、各圏域において、放射線治療の必要な患者が適切かつ確実に治療を受けることができるよう、放射線治療の有効性について普及啓発に取り組みます。

広島大学病院を中心に拠点病院と「広島がん高精度放射線治療センター（HIPRAC）」において、放射線治療スタッフの放射線治療医、医学物理士、診療放射線技師、看護師の人材育成と適正配置を図ります。

また、「広島がん高精度放射線治療センター（HIPRAC）」における臨床実習等により、県内の医療スタッフの専門技術の向上に取り組みます。

(3) 薬物療法の充実、科学的根拠を有する免疫療法の推進

広島大学病院を中心に拠点病院において、がん薬物療法専門医、がん薬物療法認定薬剤師、がん化学療法看護認定看護師の育成と適正配置を図ります。

また、薬物療法に関する研修会の開催等により、県内における薬物療法の質の向上を図ります。

拠点病院において科学的根拠を有する免疫療法を適切かつ確実に受けることができるよう、医療提供体制を整備するとともに、県民への情報提供に取り組みます。

(4) 病理診断の充実

広島大学を中心に、拠点病院と連携して病理専門医を確保・育成するため、広島大学、岡山大学医学部の「地域枠」の活用等による病理専門医の増加を図り、全県での適正配置を進めます。

また、拠点病院は、常勤病理医の配置など、確実な病理診断を行うための体制の整備に努めます。

(5) チーム医療の推進

拠点病院において、カンサーボードを活用し、手術療法、放射線療法、薬物療法の各分野が連携した集学的治療の充実を図ります。

また、拠点病院において、患者の状況に応じ、栄養サポートチーム、緩和ケアチーム、感染防止対策チーム等が連携して介入する仕組みを構築し、多職種連携を強化することで、患者をサポートするチーム医療を推進します。

(6) 施設緩和ケアの充実

拠点病院等において、国が作成する緩和ケアの質を評価する指標を活用し、評価・改善できる体制を整備することにより、施設緩和ケアの質の向上に取り組みます。

また、がん診療に携わるすべての医療従事者が緩和ケアに関する基本的な知識と技術を習得することにより、がんと診断された時からの緩和ケアを推進します。

更に、県内の拠点病院以外の病院における緩和ケアの実態把握に努めます。

(7) 口腔ケアの推進

医科と歯科の連携を図り、がん治療中における継続した口腔ケアを提供します。

(8) リハビリテーション分野との連携推進

患者の生活の質の向上を図るため、治療施設内のがん診療部門とリハビリテーション部門及び治療施設と地域のリハビリテーション施設との連携を推進し、がんのリハビリテーションの充実に努めます。

4 在宅療養支援

(在宅緩和ケアの充実)

一定の基準を満たした在宅医療を提供する医療機関、訪問看護ステーション、薬局、介護事業所による在宅緩和ケアの拠点づくりを推進するとともに、中山間地域等の在宅医等の医療資源が乏しい地域においても、在宅緩和ケアが提供できる仕組みづくりに取り組みます。

また、がん患者に適切な緩和ケアを提供するため、拠点病院、市町（在宅医療・介護連携相談窓口）、地域包括支援センターにおいて、患者の状況に応じて必要な医療、介護等を調整する役割を担う者を養成・確保するとともに、その取組を支援し、県全体の在宅緩和ケアを推進します。

更に、在宅医療を行う医師と拠点病院の専門医との連携体制、緊急時のサポート体制並びに緩和ケアに関する知識・技術面を支援することができる体制を構築するなど、在宅緩和ケアを提供する医師の負担を軽減する取組を推進します。

医療連携体制

がん対策については、二次保健医療圏ごとに、医療連携体制を整備しています。

がん対策に求められる医療機能は、次の図表のとおりです。

圏域ごとの医療連携体制を担う具体的な医療機関名は、県のホームページに掲載しています。

図表 2-1-11 がん対策に求められる医療機能

	【予防】	【治療】	【療養支援】
機能	がんを予防する	がん診療機能	在宅療養支援機能
ポイント	<ul style="list-style-type: none"> ・たばこ対策やウイルス感染予防等によりがんのリスクを低減させる ・がん検診の精度管理・事業評価を実施し、がん検診の質を向上させる ・がん検診の個別受診勧奨の推進により受診率を向上させる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・精密検査や確定診断を実施する ・診療ガイドラインに準じた診療を実施する ・患者の状態やがんの病態に応じた集学的治療を実施する ・がんと診断された時からの緩和ケアを実施する ・治療後のフォローアップを行う ・医療従事者間の連携と多職種でのチーム医療を実施する 	<ul style="list-style-type: none"> ・がん患者やその家族の意向を踏まえ、在宅等の生活の場での療養を選択できるようにすること ・在宅緩和ケアを実施すること
関係機関等	市町 県 医療保険者 がん検診実施施設 がん医療ネットワーク検診・検査施設	がん診療連携拠点病院 がん医療ネットワーク精密検査・確定診断、総合診断・集学的治療施設 がん治療を行う病院又は診療所	がん診療連携拠点病院 がん医療ネットワーク術後治療・経過観察施設 がん治療を行う病院又は診療所 薬局、訪問看護ステーション 介護関係施設
関係機関等に求められる事項	(行政等) ・市町は科学的根拠に基づくがん検診を行う ・県は検診の実施方法や質(精度管理)の向上に向けた取組みを推進する ・県は、科学的根拠に基づくがん検診以外のがん検診を実施する市町に必要な働きかけを行う ・市町がん検診の要精検者が確実に受診するように連携体制を構築する ・地域がん登録、全国がん登録及び院内がん登録の情報の利用等を通じてがんの現状把握に努めること ・禁煙支援や受動喫煙防止等のたばこ対策に取組む ・感染に起因するがんへの対策を行う(検診実施施設) ・がんの精密検査を実施する ・がん検診の質(精度管理)の向上に努める ・がん早期発見のための体制整備に取り組む ・施設内のたばこ対策に積極的に取り組む	<ul style="list-style-type: none"> ・診療ガイドラインに則した診療を実施していること ・血液検査、画像診断(X線、CT、超音波、内視鏡、MRI、核医学検査)及び病理診断等の、診断・治療に必要な検査が実施可能であること ・がんと診断された時からの緩和ケアを実施すること(拠点病院) ・患者の状態やがんの病態に応じて、手術療法、放射線療法及び薬物療法等の集学的治療が実施可能であること ・各職種の専門性を生かし、医療従事者間の連携と補完を重視した多職種でのチーム医療を実施すること ・相談体制を確保し、情報収集・発信、患者・家族の交流支援等を実施していること ・仕事と治療の両立支援や就職支援、がん経験者の就労継続支援の取組をがん患者に提供できるように周知すること ・がんと診断された時からの緩和ケアを実施すること ・周術期の口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関との連携を図ること ・地域医療連携支援体制を確保するため、病院間の役割分担を進めるとともに、研修、カンファレンス、診療支援、地域連携クリティカルパス等の活用や、急変時の対応も含めて、他のがん診療医療機関や在宅療養支援医療機関等と連携すること ・院内がん登録を実施し、全国がん登録の精度向上に取り組むこと 	<ul style="list-style-type: none"> ・24時間対応が可能な在宅医療を提供していること ・疼痛等に対する緩和ケアが実施可能であること ・がん診療機能を有する医療機関等と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携が可能であること ・医療用麻薬を提供できること ・看取りを含めた終末期ケアを24時間体制で提供できること

2 脳卒中对策

現 状

脳卒中は、脳血管の閉塞や破綻によって脳機能に障害が起きる疾患で、片麻痺、嚥下障害、言語障害、認知障害、遷延性意識障害などの後遺症が残る場合があります。患者及びその家族の日常生活に大きな影響を及ぼす疾患です。平成 27（2015）年「人口動態統計年報」（広島県）によると、本県の脳血管疾患による死亡数は年間 2,430 人で、死亡数全体の 8.1%を占め、死因の第4位となっています。医療従事者の状況は、全ての医師が脳卒中に特化して診療を行っているものではないものの、平成 28（2016）年の「医師・歯科医師・薬剤師調査」によると、本県の人口 10 万人あたりの神経内科、脳神経外科の医師数は、それぞれ 3.8 人と 6.8 人で、全国平均（3.9 人、5.8 人）と同程度か上回っていますが、二次保健医療圏ごとにみると、その人数にばらつきがあります。

図表 2-1-12 神経内科と脳神経外科の医師数等

単位：人

区分	全国	広島県	二次保健医療圏						
			広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北
神経内科	4,922	107	60	8	13	5	1	18	2
人口 10 万人あたり	3.9	3.8	4.4	5.5	5.0	2.3	0.4	3.4	2.2
脳神経外科	7,360	194	110	8	18	13	15	26	4
人口 10 万人あたり	5.8	6.8	8.0	5.5	7.0	5.9	5.8	5.0	4.3
対象人口	—	2,863,211	1,366,585	145,277	258,069	220,584	257,411	523,106	92,179

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」（平成 28（2016）年）

総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」（平成 28（2016）年 1 月 1 日現在）

1 速やかな搬送と専門的な診療が可能な体制

(1) 脳卒中の発症予防

平成 27（2015）年度「都道府県別特定健康診査・特定保健指導の実施状況」によると、生活習慣病予防に向けた特定健康診査の対象年齢である 40 歳から 74 歳までの本県の特定健康診査の受診率は 45.3%で、全国平均（50.1%）を下回っています。また、特定保健指導の実施率は、19.8%で、全国平均（17.5%）を上回っています。

平成 26（2014）年「患者調査」によると、高血圧性疾患の年齢調整外来受療率は人口 10 万人あたり 282.8 人と、全国平均（262.2 人）より多く、脳卒中の危険因子を持つ人が多い状況です。

(2) 急性期の医療機関への患者の搬送

平成 29（2017）年版「救急・救助の状況」によると、平成 28（2016）年中の救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した平均時間は 39.4 分で、全国平均（39.3 分）と同程度となっています。また、「平成 27（2015）年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」によると、重症以上の患者の受け入れの照会が 4 回以上の割合は、平成 27（2015）年中で 3.0%となっており、全国平均（2.7%）より高く、平成 22（2010）年中の 2.6%（全国平均：3.8%）から改善がみられません。

しかしながら、広島県メディカルコントロール協議会の調べによると、「救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した平均時間が30分以上の人数」及び「重症以上の患者の受け入れの照会が4回以上の人数」を症候別にみると、脳卒中が想起される「麻痺」、「頭痛めまい」といった症候に係るものは多くはなく、比較的スムーズな救急搬送が行われています。

(3) 急性期の治療

本県の脳梗塞に対する t-PA（組織プラスミノゲン活性化因子）による脳血栓溶解療法の実施可能な医療機関は21施設で、人口10万人あたり0.7施設で、全国平均（0.6施設）を上回っています。一方、人口10万人あたりの t-PA 治療による脳血栓溶解療法適用患者への同療法実施件数は8.6件で、全国平均（9.6件）を下回っています。

図表 2-1-13 脳梗塞に対する t-PA による脳血栓溶解療法の実施可能な病院数等

単位：施設、件

項目	全国	広島県	二次保健医療圏						
			広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北
実施可能病院数	794	21	7	1	3	1	6	2	1
人口10万人あたり	0.6	0.7	0.5	0.7	1.2	0.5	2.3	0.4	1.1
同療法実施件数 [※]	12,292	248	85	14	28	14	28	68	11
人口10万人あたり	9.6	8.6	6.2	9.6	10.7	6.3	10.8	13.0	11.8

※ 脳梗塞に対する t-PA による脳血栓溶解療法適用患者への同療法実施件数

2 病期に応じたリハビリテーションが一貫して実施可能な体制

(1) 脳血管疾患等のリハビリテーション

県内で、脳血管疾患等のリハビリテーションが実施可能な医療機関数（脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅰ、Ⅱ又はⅢの届出施設数の合計）は、人口10万人あたり8.2施設で、全国平均（5.9施設）を上回っています。また、早期リハビリテーションの実施件数は、人口10万人あたり729.6件で、全国平均（660.1件）を上回っています。

(2) 退院患者の平均在院日数

平成26（2014）年「患者調査」によると、本県において、脳血管疾患の退院患者の平均在院日数は78.6日で、全国平均（89.1日）より短い状況です。

3 在宅療養が可能な体制

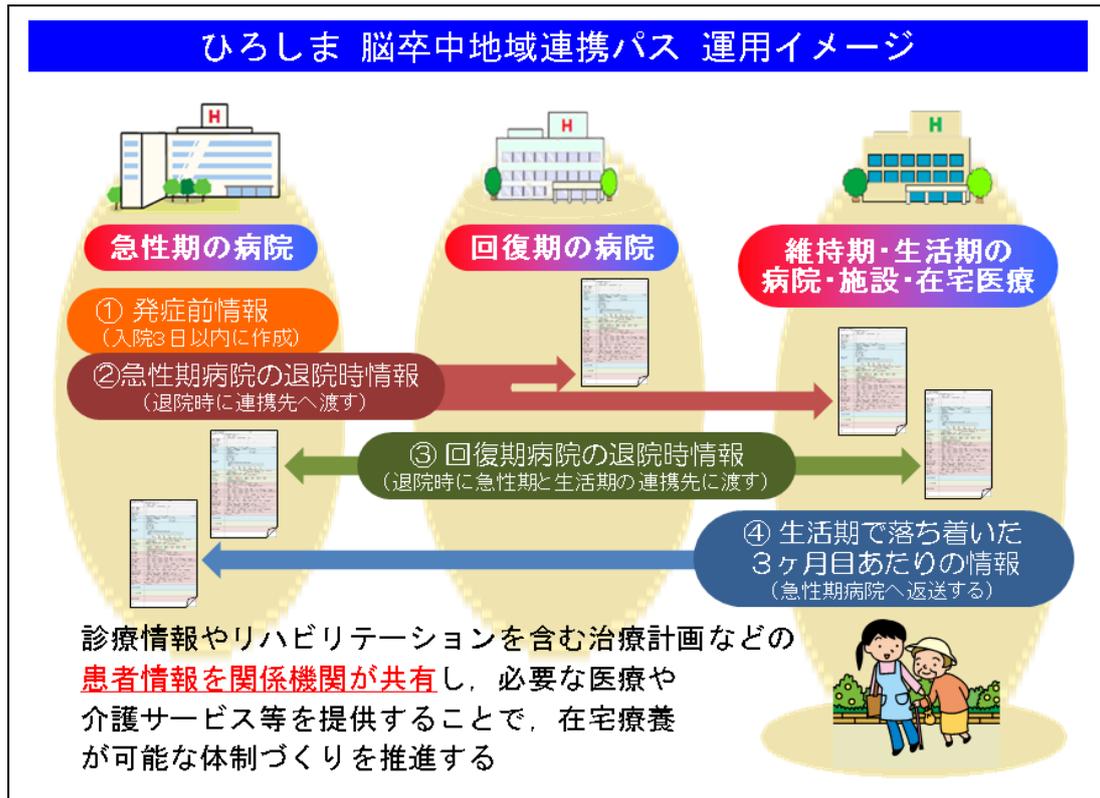
(1) 地域医療連携体制

本県では、全7圏域において、県内共通版の脳卒中の地域連携クリティカルパス（以下、第2章第1節「脳卒中対策」において「地域連携パス」という。）の運用が行われており、NDBの分析結果においても、急性期、回復期における地域連携パスに基づく診療計画作成等の人口10万人あたりの実施件数は、それぞれ53.7件と43.6件で、ともに全国値（39.2件、28.7件）を上回っています。

(2) 地域連携クリティカルパス

平成21（2009）年度には、広島県地域保健対策協議会（以下、「県地対協」という。）脳卒中医療連携推進専門委員会において、県内共通版の脳卒中地域連携パス「ひろしま脳卒中地域連携パス」が作成され、以降、より使いやすく改修し、運用も広がっています。

図表 2-1-14 ひろしま脳卒中地域連携パス



急性期		回復期					生活期
病期	急性期病院	リハビリテーション・回復期病院					自宅または施設での家庭医
日数	入院	連院日(14~60日)	転院日	30日	60日	90日	連院日
日付	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)
達成目標	1. 神経症状が安定している。 2. 離床・リハビリが開始できる。 3. 食事・栄養が開始できる。	1. 自宅退院あるいは施設入所の準備ができる。 2. リハビリの効果が期待できる。					1. 在宅で生活できる。 2. 神経機能を維持できる。 3. 再発しないよう受診継続する。
検査	○脳卒中の原因を診断するための、採血や心電図、レントゲン、超音波(CT、MRI)などの検査があります。	○脳卒中再発予防の薬による治療を継続します。(高血圧、糖尿病、脂質異常症、心房細動、心臓病) ○術後管理があります。 ☆栄養指導があります。					○定期的に危険因子の評価(血圧測定・血液検査など)をします。
治療・薬物	○点滴や薬による治療を行います。 ○緊急手術が必要となる場合があります。	○脳卒中再発予防の薬による治療を継続します。(高血圧、糖尿病、脂質異常症、心房細動、心臓病) ○術後管理があります。 ☆栄養指導があります。					○薬は継続して服用しましょう。
リハビリ	○リハビリを開始します。 あなたには 口理学療法士 口作業療法士 口言語聴覚士 が担当します。	○構成された時点で、回復期コースを考えます。以下の3つのコースに分けられます。	○脳卒中再発予防の薬による治療を継続します。(高血圧、糖尿病、脂質異常症、心房細動、心臓病) ○術後管理があります。 ☆栄養指導があります。	○リハビリを継続します。 ☆自宅での生活方法を指導します。	○自宅を想定したりリハビリを行います。	○社会生活・家庭生活へ復帰	
		○軽症：自宅生活まで可能	○中等症：積極リハビリ開始	○重症：治療優先・ベッドサイドリハビリ		○自宅への生活 (○(必要時)退所リハビリ等があります。	
食事	○状態に応じて食事がとれます。 ○状態によって鼻から管を入れて栄養をとることもあります。 ☆栄養指導があります。	○自分でまたは介助で食事がとれます。 ○嚥下訓練 ☆栄養指導があります。					☆栄養指導があります。 ○食事運動療法の指導もあります。
清潔	○状態に応じて身体を清潔に保ちます。 ○入浴できない場合は看護婦が身体を拭きます。 ○介助でシャワーが入れるようになります。	○介助または自分でお風呂やシャワーが入れるようになります。					
排泄	○ベッド上で過ごす間は ○状態に応じてベッド上やベッド上で排泄します。 トイレで排泄できます。	○状態に応じてベッド上やトイレで排泄ができるようになります。					○施設での生活期リハビリ・長期療養となります。
説明・指導	☆医師から病状と入院中の治療計画について説明があります。 ☆看護婦から入院生活について説明があります。	☆転院の準備について説明があります。	☆医師から入院中の治療計画について説明があります。 ☆介護保険の説明があります。	☆医師から入院中の治療計画について説明があります。 ☆ケアマネジャーと必要なサービスを相談します。	☆今後の治療についてかかりつけ医から説明があります。	☆ケアマネジャーと必要なサービスを相談します。	

* この計画はのりやすであり、病状によって変更になることもあります。

課 題

1 速やかな搬送と専門的な診療が可能な体制

(1) 脳卒中の発症予防

脳卒中の最大の危険因子は高血圧であり、その他、糖尿病、脂質異常症、不整脈（特に心房細動）、喫煙、過度の飲酒なども危険因子です。脳卒中発症の予防には、生活習慣の改善や適切な治療に努めることが必要ですが、特定健康診査の必要性が十分に認識されておらず、受診行動に繋がっていません。

また、脳卒中発症時には、速やかに急性期の専門的治療が実施できる医療機関を受診することにより、より高い治療の効果や後遺症の軽減が見込まれますが、県民に対する脳卒中の症状や発症時の緊急受診の必要性に関する啓発は十分ではありません。

(2) 急性期の医療機関への円滑な搬送

脳卒中に有効な治療法には、発症後の迅速な治療開始が求められるため、専門的な治療を実施できる医療機関への、適切な病院前救護を行いつつ、可能な限り速やかな搬送が必要ですが、救急搬送に要する時間は年々長くなるとともに、重症以上の患者の受け入れの照会が4回以上の割合は、改善がみられません。

(3) 急性期の医療連携体制の構築

本県の人口10万人あたりのt-PA治療による脳血栓溶解療法適用患者への同療法実施件数は全国平均を下回っており、実施状況も地域にばらつきがあり、発症後早期にt-PA治療が実施できる体制が十分に構築できていません。

2 病期に応じたリハビリテーションが一貫して実施可能な体制

脳卒中は、社会生活に復帰するまでに、身体機能の回復を目的としたリハビリテーションが必要であり、個々の患者の神経症状の程度等に基づき、機能的な改善の到達点や、それに到達する時期を想定した上で、急性期から回復期・維持期（生活期）へ、継続的にリハビリテーションを行う必要があります。

3 在宅療養が可能な体制

(1) 地域連携体制

脳卒中は、発症の前兆として、一時的な頭痛や吐き気、手足の痺れや半身の麻痺などの症状が起きる場合もありますが、前ぶれもなく突然発症する場合があります。また、急性期から回復期・維持期（生活期）に移行する段階も、直接もしくは回復期リハビリテーションの実施を経て生活の場に復帰するといった一般的な経過を辿らないケースも多く、患者の状況に応じた、多職種によるアプローチが必要であり、地域連携体制の更なる構築を進める必要があります。

(2) 県内共通版地域連携クリティカルパスの利用

本県において、7圏域全てにおいて脳卒中地域連携パスが適用されていますが、急性期、回復期、維持期（生活期）において必要とされる医療機関が十分に確保できていない一部の地域では、十分に活用されていません。

目 標

区分	指標名	現状値	目標値	出典
○	脳血管疾患退院患者平均在院日数	[H26] 78.6日	[R5] 78.6日以下	厚生労働省「患者調査」
○	在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合	[H26] 56.9%	[R5] 62.6%	厚生労働省「患者調査」
○	年齢調整死亡率 (10万人あたり)	[H27] 男性 33.7 女性 19.0	[R5] 男性 26.4 女性 16.6	厚生労働省「人口動態統計特殊報告」

アウトカム指標を押し上げる指標として、次の指標を設定する。

なお、救急搬送データと医療・介護データを接続することで、救護から救命後医療(予後)までのアウトカムをしっかりと把握できる手法を検討していく。

区分	指標名	現状値	目標値	出典
P	特定健康診査受診率	[H27] 45.3%	[R5] 70.0%	厚生労働省調査 「特定健康診査・特定保健 指導実施状況」
P	重症以上傷病者の搬送において、医療機関に4回以上受入れの照会を行った割合	[H27] 3.0%	[R5] 3.0%以下	消防庁「救急業務のあり方に関する検討会」
P	救急要請から医療機関に収容までの平均時間	[H28] 39.4分	[R5] 39.4分以下	消防庁「救急業務のあり方に関する検討会」
P	脳梗塞に対する脳血管内治療(経皮的脳血栓回収術等)の10万人あたり実施件数	[H27] 7.6件	[R5] 7.6件以上	NDB
	(S)脳梗塞に対する脳血管内治療(経皮的脳血栓回収術等)の実施可能な病院数(10万人あたり)	[H28] 0.4施設	[R5] 0.4施設以上	NDB
P	脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法適用患者への10万人あたり同療法実施件数	[H27] 8.6件	[R5] 8.6件以上	NDB
	(S)脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法の実施可能な病院数(10万人あたり)	[H28] 0.7施設	[R5] 0.7施設以上	NDB
S	脳血管疾患等リハビリテーション料の10万人あたり届出施設数	[H28] 8.2施設	[R5] 8.7施設以上	厚生労働省「診療報酬施設基準の届出状況」

S：ストラクチャー指標、P：プロセス指標、O：アウトカム指標

施策の方向

1 速やかな搬送と専門的な診療が可能な体制づくり

(1) 脳卒中の発症予防

① 保健指導体制の充実

各保険者、市町等が連携して実施する、特定健康診査の受診勧奨及び特定保健指導の推進を支援し、脳卒中の危険因子の早期発見と生活習慣の改善を図ります。

② 患者やその家族等による脳卒中の発症の認識と救急要請等の実施

脳卒中に対しては、発症後早急に適切な治療を開始する必要があります。まずは、患者やその家族（施設入所の場合には、その職員等）が、脳卒中の発症を認識することが重要です。そのために、「FAST」などを活用した脳卒中の初期症状に気づくための啓発活動や、脳卒中発症時の対応に関する情報提供等を推進するために、市町と連携して取組みを進めていきます。

(2) 急性期の医療機関への円滑な救急搬送

① プレホスピタルケアの充実に向けた研修等の実施

脳卒中が疑われる患者の救急搬送に際しては、病院前脳卒中スケール等を活用して脳卒中が疑われる例を判別し、疑わしい場合には、脳卒中の専門的な医療を行う施設に搬送することが求められます。そのために、メディカルコントロール協議会、関係医療機関、消防機関等と連携し、P S L S（脳卒中病院前救護）に関する研修や、脳卒中発症時の対応に関する啓発等を推進することで、救急隊員の観察力の強化による迅速な脳卒中の判定など、脳卒中のプレホスピタルケアの更なる充実を図ります。

② 急性期の医療機関への円滑な救急搬送

救急医療情報ネットワークシステムを適宜改修するなど、救急搬送受入要請の支援機能を強化し、更なる受入困難事案の減少に努めます。

(3) 急性期の医療連携体制の構築

関係医療機関等と連携し、各圏域における急性期の専門治療の拠点となる病院と、地域の医療機関の医療連携を進め、より多くの急性期患者に、より早く専門治療が提供できる体制の構築を進めます。

将来的には、単独でt-PA療法を実施することができない施設を、遠隔診療を用いてt-PA療法を可能にしたり、また血管内治療が行えない施設に搬送された患者をDrip and Ship法等によって治療可能な施設に転送すること等により、急性期の診療提供体制の構築を進めます。

2 病期に応じたリハビリテーションが一貫して実施可能な体制づくり

(1) 急性期リハビリテーション

脳卒中の急性期診療が24時間体制で提供できる医療体制の構築を進めるとともに、急性期の専門的医療を行う施設においては、急性期診療を実施するほか、早期にセルフケアについて自立できるよう急性期リハビリテーションを実施することで、回復期の医療への円滑な移行を図ります。医療体制の構築に向けては、t-PA療法に加え脳血管内治療や外科的治療等を含めた急性期診療を提供する「専門的医療を包括的に行う施設」と、t-PA療法等の脳卒中急性期に対する一般的な診療を提供する「専門的医療を行う施設」といった医療機能を、地域の状況や医療施設の医療資源に応じて分担するなど、柔軟に検討していきます。

(2) 回復期リハビリテーション

急性期診療が終了し、回復期に移行した患者に対しては、再発予防や基礎疾患・危険因子の管理、合併症への対応等の回復期の医療を実施するほか、身体機能の早期改善のための集中的な回復期リハビリテーションを多職種により、集中的、包括的かつ積極的に実施することで、維持期・在宅等生活の場への円滑な移行を図ります。

(3) 維持期・生活期リハビリテーション

回復期の医療が終了し、維持期・在宅等生活の場へ移行した患者に対しては、再発予防や基礎疾患・危険因子の管理等の維持期治療を実施するほか、介護老人保健施設や通所リハビリテーションにおいて、生活機能の維持・向上のための維持期・生活期リハビリテーションを実施することで、年齢を問わず、社会復帰や職業復帰に向けた支援を行います。

3 在宅療養が可能な体制づくり

(1) 地域連携体制の構築

入院医療機関と在宅医療に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制の確保に努め、発症から在宅復帰までの円滑な地域連携体制の構築を推進します。

具体的には、退院時カンファレンスを実施できる体制やかかりつけ医を中心とした多職種連携による在宅医療体制などを構築するとともに、医療機関等の関係者と介護サービス事業者の連携に努めることができるよう、地域包括支援センターの機能強化を図ります。

(2) 県内共通版地域連携クリティカルパスの普及促進

県内のどこで脳卒中を発病・再発しても、関係機関のスムーズな連携により、切れ目のない医療サービスが提供できるよう、関係医療機関等と連携し、「ひろしま脳卒中地域連携パス」の一層の普及を進め、診療情報やリハビリテーションを含む治療計画などの患者情報を関係機関が共有し、必要な医療や介護サービス等を提供することで、在宅療養が可能な体制づくりを推進します。

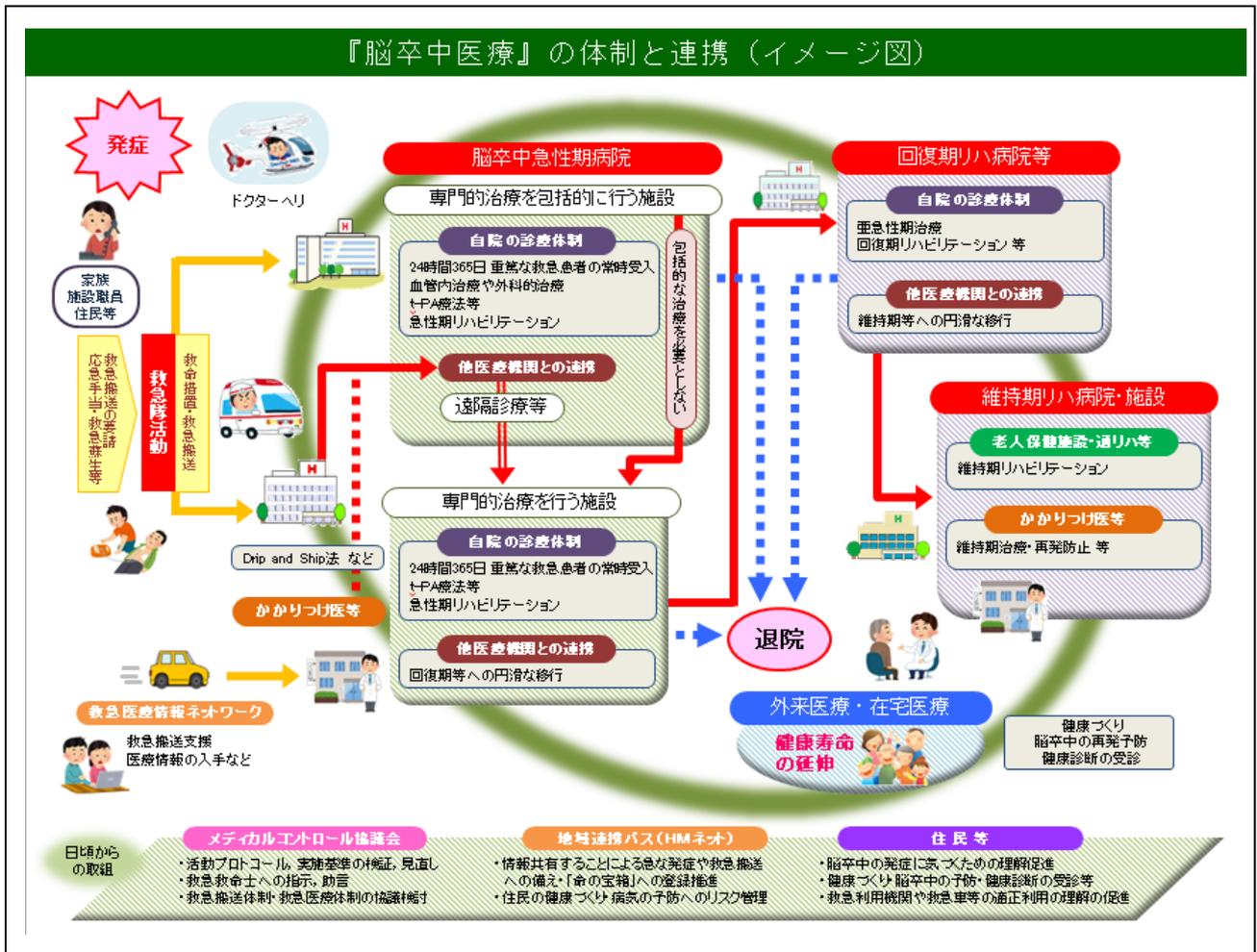
「ひろしま脳卒中地域連携パス」については、ひろしま医療情報ネットワーク（HMネット）へ掲載し、より汎用的で効果的な活用を目指します。

医療連携体制

脳卒中の医療連携を推進する体制は、圏域内の医療体制が整う二次保健医療圏ごとに構築します。脳卒中对策の医療体制に求められる医療機能は、次のイメージ図及び図表 2-1-16 のとおりです。

圏域ごとの医療連携体制を担う具体的な医療機関名は、県のホームページに掲載しています。

図表 2-1-15 「脳卒中医療」の体制と連携



図表 2-1-16 脳卒中对策の医療体制に求められる医療機能

	【予防】	【救護】	【急性期】	【回復期】	【維持期】
機能	発症予防	応急手当 病院前救護	救急医療	身体機能を回復させる リハビリテーション	日常生活への復帰及び維持のための リハビリテーション
目標	・脳卒中の発症を予防すること	・脳卒中の疑われる患者が、発症後迅速に専門的な診療が可能な医療機関に到着できること ・超急性期血栓溶解療法の適応時間を越える場合でも、できるだけ早く、専門的な治療が可能な医療機関へ搬送すること	・患者の来院後1時間以内（発症後4.5時間以内）に専門的な治療を開始すること ・発症後4.5時間を越えても高度専門治療の実施を検討すること ・誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療を行うこと ・廃用症候群を予防し、早期にセルフケアについて自立できるためのリハビリテーションを実施すること	・身体機能の早期改善のための集中的なリハビリテーションを実施すること ・再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること ・誤嚥性肺炎等の合併症の予防を図ること	・生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを実施し、その人に合った生活に近づけ社会復帰を支援すること ・再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること
医療機関等に求められる事項	<p>【医療機関】</p> <p>次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していること</p> <p>① 高血圧症、糖尿病、脂質異常症、心房細動、喫煙、過度の飲酒等の基礎疾患及び危険因子の管理が可能であること</p> <p>② 突然の症状出現時における対応について、本人及び家族等患者の周囲にいる者に対する教育、啓発を実施すること</p> <p>③ 突然の症状出現時に、急性期医療を担う医療機関への受診勧奨について指示すること</p>	<p>【本人及び家族等周囲にいる者】</p> <p>① 発症後速やかに救急搬送の要請を行うこと</p> <p>【救急救命士等】</p> <p>① 地域メディカルコントロール協議会の定めた活動プロトコルに沿って、脳卒中患者に対する適切な観察・判断・処置を行うこと</p> <p>② 急性期医療を担う医療機関へ迅速に搬送すること</p>	<p>【医療機関】</p> <p>次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していること。単一の医療機関で24時間体制を確保することが困難な場合には、地域における複数の医療機関が連携して、24時間体制を確保すること</p> <p>① 血液検査や画像検査（エックス線検査、CT、MRI、超音波検査）等の必要な検査が実施可能であること</p> <p>② 脳卒中が疑われる患者に対して、専門的診療が実施可能であること（画像伝送等の遠隔診断に基づく治療を含む）</p> <p>③ 脳卒中評価スケールなどを用いた客観的な神経学的評価が実施可能であること（遠隔診療を用いた補助を含む）</p> <p>④ 適応のある脳梗塞症例に対し、来院後1時間以内（発症後4.5時間以内）に、組織プラスミノゲン・アクチベータ（t-PA）の静脈内投与による血栓溶解療法が実施可能であること（医療機関が単独でt-PA療法を実施できない場合には、遠隔画像診断等を用いた診断の補助に基づく実施を含む）</p> <p>⑤ 適応のある脳卒中例に対し、外科手術や脳血管内手術が来院後速やかに実施可能又は実施可能な医療機関との連携がとれていること</p> <p>⑥ 呼吸、循環、栄養等の全身管理、及び感染症や深部静脈血栓症等の合併症に対する診療が可能であること</p> <p>⑦ 合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関を含め、多職種間で連携して対策を図ること</p> <p>⑧ リスク管理のもとに早期座位・立位、関節可動域訓練、摂食・嚥下訓練、言語聴覚療法、装具を用いた早期歩行訓練、セルフケア訓練等のリハビリテーションが実施可能であること</p> <p>⑨ 個々の患者の神経症状等の程度に基づき、回復期リハビリテーションの適応を検討できること</p> <p>⑩ 回復期（或いは維持期）の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携していること</p> <p>⑪ 回復期（或いは維持期）に、重度の後遺症により自宅への退院が容易でない患者を受け入れる医療施設や介護施設等と連携し、その調整を行うこと</p> <p>⑫ 脳卒中疑いで救急搬送された患者について、その最終判断を救急隊に情報提供すること</p>	<p>【医療機関等】</p> <p>次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していること</p> <p>① 再発予防の治療（抗血小板療法、抗凝固療法等）、基礎疾患・危険因子の管理が可能であること</p> <p>② 失語、高次脳機能障害（記憶障害、注意障害等）、嚥下障害、歩行障害などの機能障害の改善及びADLの向上を目的とした、理学療法、作業療法、言語聴覚療法等のリハビリテーションが専門医療スタッフにより集中的に実施可能であること</p> <p>③ 合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関を含め、多職種間で連携して対策を図ること</p> <p>④ 急性期の医療機関及び維持期の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携していること</p> <p>⑤ 再発が疑われる場合には、急性期の医療機関と連携すること等により、患者の病態を適切に評価すること</p>	<p>【医療機関等】</p> <p>次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していること</p> <p>① 再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応等が可能であること</p> <p>② 生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーション（訪問及び通所リハビリテーションを含む）が実施可能であること</p> <p>③ 合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関を含め、多職種間で連携して対策を図ること</p> <p>④ 介護支援専門員が、自立生活又は在宅療養を支援するための居宅介護サービスを調整すること</p> <p>⑤ 回復期（或いは急性期）の医療機関等と、診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携していること</p> <p>⑥ 合併症発症時や脳卒中の再発時に、患者の状態に応じた適切な医療を提供できる医療機関と連携していること</p>

3 心筋梗塞等の心血管疾患対策

現 状

急性心筋梗塞は、冠動脈の閉塞等によって心筋への血流が阻害され、心筋が壊死し心臓機能の低下が起きる疾患で、大動脈解離は、大動脈壁が二層に剥離し、二腔（真腔・偽腔）になった状態であり、突然の急激な胸背部痛、解離に引き続く動脈の破裂による出血症状、解離による分枝動脈の狭窄・閉塞による臓器虚血症状等、様々な症状をきたします。

また、慢性心不全は、慢性の心筋障害により心臓のポンプ機能が低下し、肺、体静脈系または両系のうっ血や、組織の低灌流を来し日常生活に障害を生じた状態であり、労作時呼吸困難、息切れ、四肢浮腫、全身倦怠感、尿量低下等、様々な症状をきたします。

平成 27（2015）年「人口動態統計年報」（広島県）によると、本県の心血管疾患による死亡数は年間4,805人で、死亡数全体の16.1%を占め、死因の第2位となっています。

医療従事者の状況としては、本県の人口10万人あたりの循環器内科、心臓血管外科の医師数は、それぞれ、10.1人と2.2人です。

図表 2-1-17 循環器内科及び心臓血管外科の医師数

単位：(人)

区分	全国	広島県	二次保健医療圏						
			広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北
循環器内科	12,456	286	157	14	26	17	17	43	12
人口10万人あたり	9.8	10.1	11.5	9.6	10.1	7.7	6.6	8.2	13.0
心臓血管外科	3,137	62	33	4	5	3	8	9	0
人口10万人あたり	2.5	2.2	2.4	2.8	1.9	1.4	3.1	1.7	0.0
対象人口	—	2,863,211	1,366,585	145,277	258,069	220,584	257,411	523,106	92,179

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」（平成28（2016）年）

総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」（平成28（2016）年1月1日現在）

1 発症の予防が可能な体制

平成 27（2015）年度「都道府県別特定健康診査・特定保健指導の実施状況」によると、生活習慣病予防に向けた特定健康診査の対象年齢である40歳～74歳の本県の特定健康診査の受診率は45.3%で、全国平均（50.1%）を下回っています。また、特定保健指導の実施率は、19.8%で、全国平均（17.5%）を上回っています。

平成 26（2014）年「患者調査」によると、高血圧性疾患患者の人口10万人あたりの外来受療率は282.8人と、全国平均（262.2人）より多く、心血管疾患の危険因子を持つ人が多い状況です。

2 速やかな救命処置の実施と搬送が可能な体制

急性心筋梗塞は、AED（自動体外式除細動器）の使用を含めた、迅速な救急蘇生法の実施や、急性期の医療機関への迅速な搬送、治療の実施により、救命率や社会復帰率の向上が期待できます。県では、AED（自動体外式除細動器）の全県的な普及を目指して、県立学校や集客力の高い県立施設等に2,654台を配備するとともに、（財）日本救急医療財団全国AEDマップなどにおいて、県内の設置施設を紹介しています。

急性大動脈解離は、死亡率が高く予後不良な疾患であり、発症後の死亡率は1時間毎に1～2%ずつ上昇するといわれており、迅速な診断と治療が必要ですが、平成29（2017）年版「救急・救助の状況」によると、平成28（2016）年中の救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した平均時間は39.4分で、全国平均（39.3分）と同程度になっています。

また、「平成27（2015）年中の救急搬送における医療機関の受入状況実態調査」によると、重症以上の患者の受け入れの照会が4回以上の割合は、平成27（2015）年度で3.0%となっており、全国平均（2.7%）より高く、平成22（2010）年度の2.6%（全国平均：3.8%）から改善がみられません。

3 速やかに疾患に応じた専門的診療が可能な体制

本県の急性心筋梗塞に対する経皮的インターベンションの実施件数は、平成27（2015）年度で、4,123件です。

図表2-1-18 急性心筋梗塞に対する経皮的インターベンションの実施件数等

区分	全国	広島県	二次保健医療圏						
			広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北
手術実施件数（件）	219,623	4,123	2,097	209	343	131	448	793	102
性・年齢調整標準化レセプト出現比	100	85.6	102.6	77.3	66.5	35.0	81.7	89.0	48.5
対象人口（人）	—	2,863,211	1,366,585	145,277	258,069	220,584	257,411	523,106	92,179

出典：NDB（平成27（2015）年度）

総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」（平成28（2016）年1月1日現在）

4 合併症予防や在宅復帰を目的とした心血管疾患リハビリテーションが可能な体制

(1) 心臓リハビリテーションの実施件数

平成27（2015）年度の心臓リハビリテーションが実施可能な医療機関数（心大血管リハビリテーション料Ⅰ、Ⅱの届出施設数の合計）は、人口10万人あたり1.1施設と、全国平均（0.9施設）をやや上回っています。

平成27（2015）年度の入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数は人口10万人あたり163.4件で、全国平均（151.0件）をやや上回っています。

(2) 退院患者の平均在院日数

平成26（2014）年「患者調査」によると、本県における、心血管疾患の退院患者の平均在院日数は6.0日で、全国平均（8.3日）より短い状況です。

(3) 在宅への復帰

本県において、主病名が虚血性心疾患の患者で、退院後に在宅等生活の場に復帰した患者の割合は平成26（2014）年度で95.5%です。

図表 2-1-19 主病名「虚血性心疾患」で退院後の行き先が「家庭」の患者の割合 単位：%

区分	広島県	二次保健医療圏						
		広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北
主病名「虚血性心疾患」で退院後の行き先が「家庭」の患者の割合	95.5	96.5	90.3	89.9	93.9	94.6	96.6	88.2
高齢化率	27.5	24.6	28.9	34.3	24.9	34.0	27.9	37.3

出典：厚生労働省「患者調査」（平成 26（2014）年）、総務省統計局「国勢調査」（平成 27（2015）年）

5 在宅療養が可能な体制

(1) 心不全患者の再発予防に向けた地域連携サポート体制

平成 27（2015）年度の外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数は人口 10 万人あたり 83.2 件で全国平均 107.8 件を下回っています。

また、広島大学病院に心不全センターを設置するとともに、全圏域に地域心臓いきいきセンターを設置し、心不全の地域連携サポート体制の構築による患者の生活の質の向上や心不全患者の再発・再入院率の低下に資する事業を推進しています。

(2) 地域連携クリティカルパスの普及促進

本県では、平成 23（2011）年度に地域連携クリティカルパスである心筋梗塞手帳を、「心筋梗塞・心不全手帳」に改訂し、心筋梗塞医療・心不全医療を行う医療機関、手帳の使用を希望する医療機関や患者への普及啓発を進め、平成 28（2016）年度には 30,461 冊を配布しました。

課 題

1 発症の予防が可能な体制

急性心筋梗塞の危険因子は高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病、メタボリックシンドローム、ストレスなどであり、発症の予防には、生活習慣の改善や適切な治療に努めることが重要ですが、特定健康診査の必要性が十分に認識されておらず、受診行動に繋がっていません。

2 速やかな救命処置の実施と搬送が可能な体制

(1) 心血管疾患の救護に関する普及・啓発

急性心筋梗塞等の心血管疾患を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲にいる者は、速やかに救急要請を行い、急性期の専門的治療が実施できる医療機関を受診することにより、より高い治療の効果や後遺症の軽減が見込まれますが、県民に対する急性心筋梗塞等の心血管疾患の症状や発症時の緊急受診の必要性に関する啓発は十分ではありません。

(2) 急性期の医療機関への円滑な救急搬送

① 一般市民による救急蘇生

急性心筋梗塞発症時には、患者の周囲にいる人等が、いち早く、心肺蘇生や AED（自動体外式除細動器）を使用することにより、救命率の改善が見込めます。一般市民による心肺機能停止傷病者への応急手当の実施件数は増加し、AED も普及していますが、平成 28（2016）年度の救急蘇生法講習の受講率は 1 万人あたり 98.5 人で、全国平均（110.0 人）を下回っており、普及啓発が必要です。

② 急性期の医療機関への円滑な救急搬送

急性心筋梗塞等の心血管疾患には、発症後の迅速な治療開始が求められるため、適切な病院前救護を行いつつ、専門的な治療を実施できる医療機関への可能な限り速やかな搬送が必要ですが、救急搬送に要する時間は年々長くなるとともに、重症以上の患者の受け入れの照会が4回以上の割合は、改善がみられません。

3 速やかに疾患に応じた専門的診療が可能な体制

(1) 急性心筋梗塞に対する経皮的インターベンション実施

本県の急性心筋梗塞に対する経皮的インターベンションの実施状況は圏域にばらつきがあり、発症後、早期に治療が実施できる体制が十分に構築できていません。

(2) 心臓血管外科手術が実施可能な医療機関

平成27(2015)年度で、急性大動脈解離等に対する心臓血管外科手術を算定した医療機関は、備北圏域以外の6圏域にあり、それらが有効に連携するためには、医療施設間連携や広域のネットワークの構築が求められます。また、医療機能を集約していくことで心臓血管外科手術が常時可能な体制づくりを進めていく必要があります。

4 合併症予防や在宅復帰を目的とした心血管疾患リハビリテーションが可能な体制

心血管疾患患者の回復期～維持期の管理については、社会生活の復帰とともに、再発・再入院・死亡を減少させ、生活の質の向上を目的としたリハビリテーションが必要であり、多職種チームによる多面的・包括的な疾病管理が重要です。

5 在宅療養が可能な体制

(1) 心不全患者の再発予防に向けた地域連携サポート体制

慢性心不全患者は、心不全増悪による再入院を繰り返し、今後は高齢化に伴い更なる増加が予想されています。

慢性心不全患者の管理については、心血管疾患の専門的医療を行う施設のみではなく、地域の幅広い施設で管理を行うとともに、患者やその家族及び地域に向けた啓発活動も進める必要があります。

(2) 地域連携クリティカルパスの利用

急性期を脱した後の合併症予防、再発予防、心疾患リハビリテーション及び冠危険因子の継続的な管理のためには関係医療機関での診療情報及び治療計画の共有による連携が必要ですが、地域連携クリティカルパスである「心筋梗塞・心不全手帳」は十分に活用されていません。

目 標

区分	指標名	現状値	目標値	出典
○	虚血性心疾患退院患者 平均在院日数	[H26] 6.0日	[R5] 5.8日	厚生労働省「患者調査」
○	在宅等生活の場に復帰した患者の割合	[H26] 95.5%	[R5] 96.6%	厚生労働省「患者調査」
○	急性心筋梗塞による 年齢調整死亡率	[H27] 男性 16.2 女性 6.9	[R5] 男性 16.2 女性 6.1	厚生労働省「人口動態統計特殊報告」
○	心不全による 年齢調整死亡率	[H27] 男性 18.4 女性 13.9	[R5] 男性 16.5 女性 12.4	厚生労働省「人口動態統計特殊報告」
○	大動脈瘤及び解離による 年齢調整死亡率	[H27] 男性 4.6 女性 3.1	[R5] 男性 4.1 女性 1.8	厚生労働省「人口動態統計特殊報告」

アウトカム指標を押し上げる指標として、次の指標を設定する。

なお、救急搬送データと医療・介護データを接続することで、救護から救命後医療(予後)までのアウトカムをしっかりと把握できる手法を検討していく。

区分	指標名	現状値	目標値	出典
P	特定健康診査受診率	[H26] 45.3%	[R5] 70.0%	厚生労働省調査 「特定健康診査・特定保健指導実施状況」
P	重症以上傷病者の搬送において、医療機関に4回以上受入れの照会を行った割合	[H27] 3.0%	[R5] 3.0%以下	消防庁「救急業務のあり方に関する検討会」
P	入院心血管疾患リハビリテーションの10万人あたり実施件数	[H27] 163.4件	[R5] 238.0件	N D B
P	外来心血管疾患リハビリテーションの10万人あたり実施件数	[H27] 83.2件	[R5] 127件	N D B
P	「心筋梗塞・心不全手帳」の活用(配布部数)	[H28] 累計 30,461部	[R5] 累計 70,000部	広島大学病院心不全センター・地域心臓いきいきセンター調べ
P	急性心筋梗塞に対する経皮的インターベンションの10万人あたり同療法実施件数	[H27] 143.7件	[R5] 171.3件	N D B
P	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術の10万人あたり同療法実施件数	[H27] 11.6件	[R5] 12.9件	N D B

S : ストラクチャー指標, P : プロセス指標, O : アウトカム指標

施策の方向

1 発症の予防が可能な体制づくり

各保険者、市町等が連携して実施する、健康診断・健康診査の受診勧奨及び保健指導の推進を支援し、心血管疾患の危険因子の早期発見と生活習慣の改善を図ります。

2 速やかな救命処置の実施と搬送が可能な体制づくり

(1) 心血管疾患の救護等の普及・啓発

急性心筋梗塞等の心血管疾患に対しては、発症後早急に適切な治療を開始する必要があるため、患者やその家族（施設入所の場合には、その職員等）が、その発症を認識することが重要です。

そのために、急性心筋梗塞等の心血管疾患の初期症状に気づくための啓発活動や、発症時の対応に関する情報提供等を推進していきます。

(2) 急性期の医療機関への円滑な救急搬送

① 一般市民による救急蘇生

消防機関、市町等が実施するAED（自動体外式除細動器）を含めた救急蘇生法の講習等を支援し、急性心筋梗塞発症時及び再発時の応急処置に関する一般市民への普及啓発に努めます。

② プレホスピタルケアの充実

急性心筋梗塞等の心血管疾患が疑われる患者の救急搬送に際しては、適切な専門的医療を行う施設に搬送することが求められます。そのために、メディカルコントロール協議会、関係医療機関、消防機関等と連携し、心血管疾患のプレホスピタルケアの更なる充実を図ります。

③ 急性期の医療機関への円滑な救急搬送

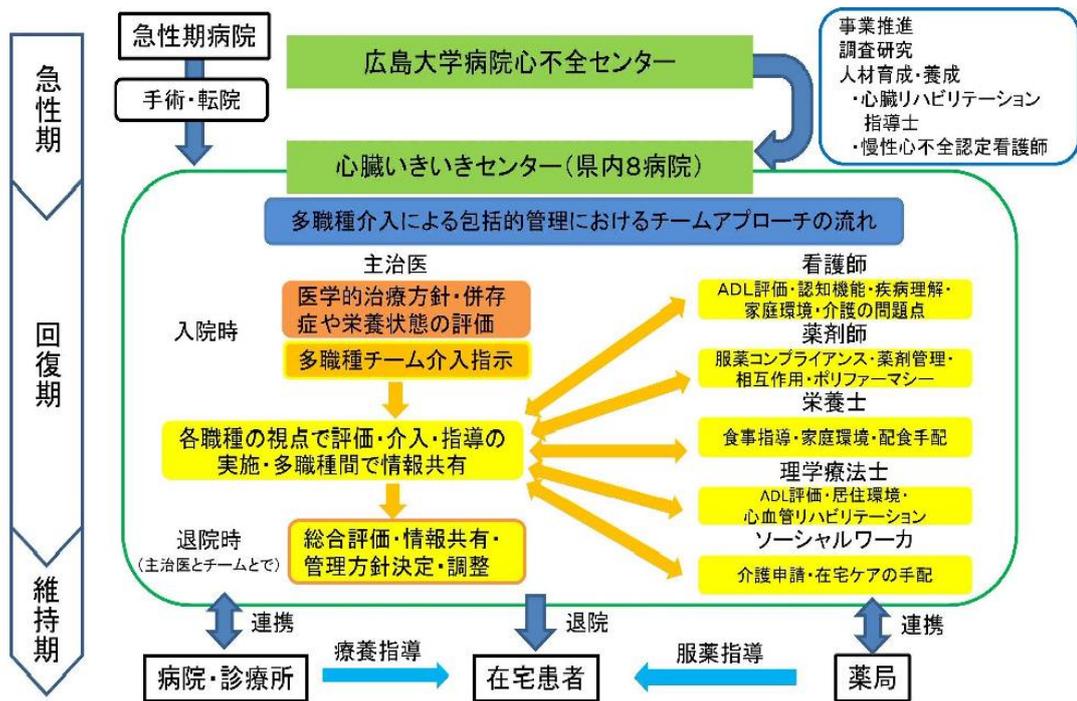
救急医療情報ネットワークシステムを適宜改修するなど、救急搬送受入要請の支援機能を強化し、更なる受入困難事案の減少に努めます。

3 速やかに疾患に応じた専門的診療が可能な体制づくり

本県では急性期～慢性期まで、専門治療の拠点となる「広島大学病院心不全センター」を中心として、各二次医療圏域に「地域心臓いきいきセンター」を設置し、心不全患者の急性増悪期、慢性安定期を通じて、関係施設等が連携してサポートする体制を、全国に先駆けて構築しており、一層の充実を図っていきます。

図表 2-1-20

「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方について」（平成29年7月）資料より抜粋



急性期の診療提供体制については、内科的治療、PCI 等に加えて、外科的治療等を含めた専門的治療を行う「専門的医療を包括的に行う施設」と、内科的治療や PCI 等の一般的な診療を行う「専門的医療を行う施設」といった医療機能を、地域の状況や医療施設の医療資源に応じて分担するなど、専門的な診療が可能な医療機関間の円滑な連携を進めていきます。

特に急性大動脈解離については、安全性等の質が確保された緊急手術が常時可能な施設は限られており、より広域のネットワーク体制を構築し、将来的には、新しい知見や医療技術を取り入れること等も視野に置いて、急性期の診療提供体制の構築を進めます。

4 合併症予防や在宅復帰を目的とした心血管疾患リハビリテーションが可能な体制づくり

急性期治療が終了し、回復期～維持期に移行した患者に対しては、再発予防・再入院予防の観点が必要であり、食事・服薬指導等の患者教育、運動療法、冠危険因子の管理等、内容は多岐にわたります。そのため、医師、看護師、薬剤師、栄養士、理学療法士、ソーシャルワーカー等、多職種チームの介入による多面的・包括的な疾病管理を実施していくことで、再発予防等に必要な合併症予防や在宅復帰を目的とした心血管疾患リハビリテーションが可能な体制を構築し、地域心臓いきいきセンターにおける多職種疾病管理プログラムの充実を図ります。

5 在宅療養が可能な体制づくり

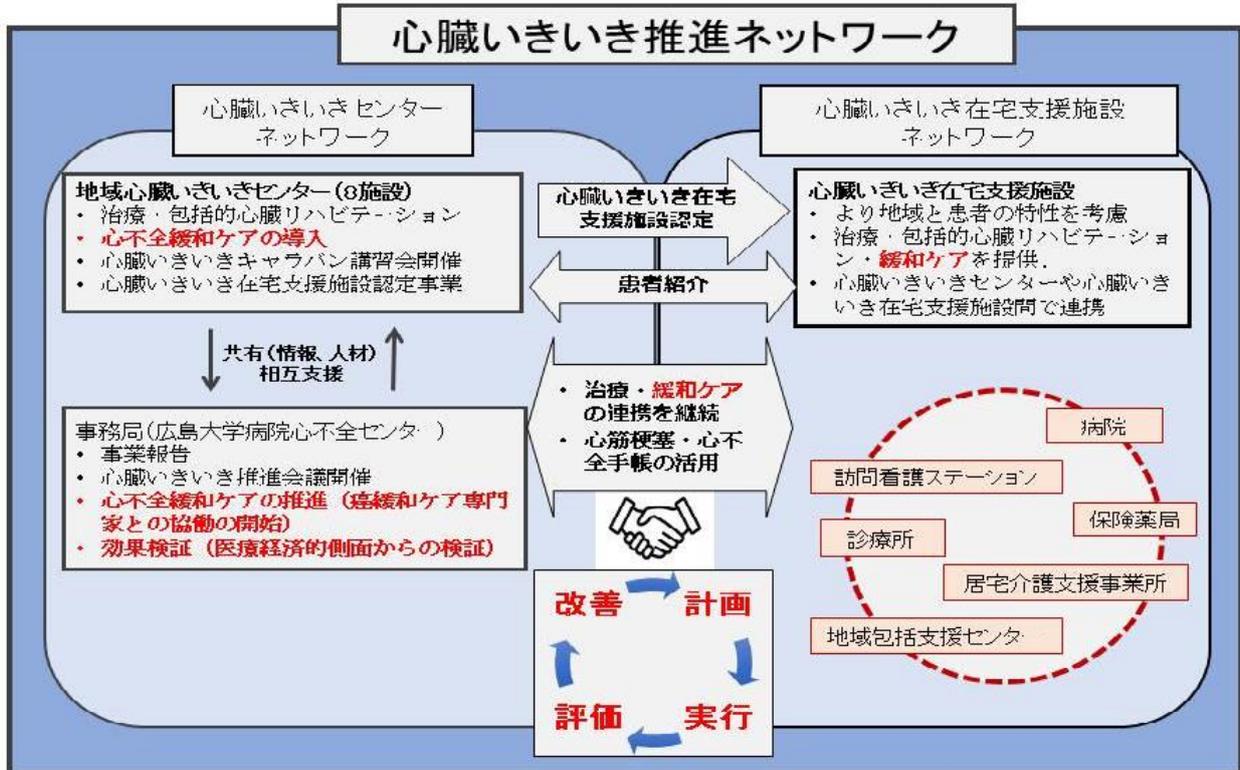
(1) 広島県心不全患者在宅支援施設（心臓いきいき在宅支援施設）の設置

病院、診療所、保険薬局、訪問看護ステーション、地域包括ケアセンター及び居宅介護支援事業所等を心不全患者在宅支援施設と位置付け、地域心臓いきいきセンターと連携を図ることで、退院後も在宅で心血管疾患リハビリテーションが継続できるようにします。

心不全患者在宅支援施設には講習会等を通じて人材育成を図り、心不全患者の生活の質を向上させるとともに、心不全の再発予防と慢性心不全に係る在宅医療連携体制の基盤を構築します。

将来的には、患者及びその家族の協力の下で、広義の緩和ケアを提供できる体制を構築していきます。

図表 2-1-21 心臓いきいき推進ネットワーク



広島大学病院心不全センター提供

(2) 地域心臓いきいきセンターの啓発活動

県内全圏域に設置された地域心臓いきいきセンターで、心不全患者や家族及び地域住民を対象とした食事や運動療法等の講習会等により、心血管疾患の予防や再発を防ぐ啓発活動を実施します。

(3) 地域連携クリティカルパスの普及促進

県内のどこで心血管疾患を発病・再発しても、関係機関のスムーズな連携により、切れ目のない医療サービスが提供できるよう、関係医療機関等と連携し、「心筋梗塞・心不全手帳」の一層の普及を進め、診療情報やリハビリテーションを含む治療計画などの患者情報を関係機関が共有し、必要な医療や介護サービス等を提供することで、在宅療養が可能な体制づくりを推進します。

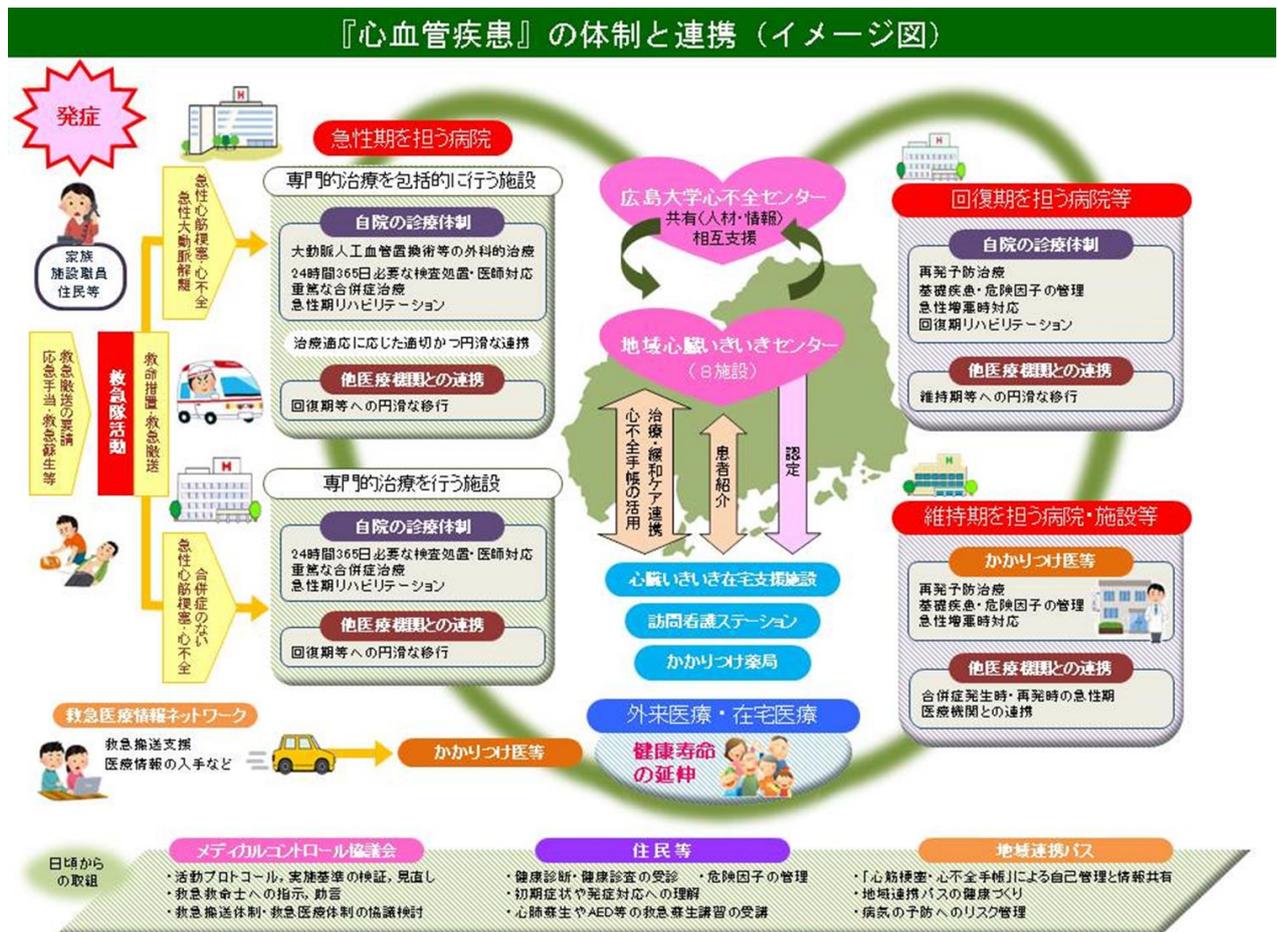
「心筋梗塞・心不全手帳」については、ひろしま医療情報ネットワーク（HMネット）へ登録し、より汎用的で効果的な活用を目指します。

医療連携体制

心血管疾患の医療連携を推進する体制は、圏域内の医療体制が整う二次保健医療圏ごとに構築します。

心血管疾患対策の医療体制に求められる医療機能は、次のイメージ図及び図表2-1-23のとおりです。

圏域ごとの医療連携体制を担う具体的な医療機関名は、県のホームページに掲載しています。



図表 2-1-23 心筋梗塞等の心血管疾患対策の医療体制に求められる医療機能

	【予防】	【救護】	【急性期】	【回復期】	【再発予防】
機能	発症予防	応急手当 病院前救護	救急医療	身体機能を回復させる リハビリテーション (社会復帰支援)	再発予防
ポイント	・心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防すること	・心筋梗塞等の心血管疾患の疑われる患者が、できるだけ早期に専門的な診療が可能な医療機関に到着できること	・患者の来院後速やかに初期治療を開始するとともに、30分以内に専門医の診察を開始すること ・合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションを実施すること ・再発予防の定期的専門的検査を実施すること	・再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること ・合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションを入院又は通院により実施すること ・在宅等生活の場への復帰を支援すること ・患者に対し、再発予防などに関して必要な知識を教授すること	・再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること ・在宅療養を継続できるよう支援すること
関係機関等	【行政機関等】 ・広島県 ・市町 ・健診機関	【行政機関等】 ・市町（消防機関）等	・救命救急センターを有する病院 ・心臓内科系集中治療室（CCU）等を有する病院 ・心筋梗塞等の心血管疾患に対する急性期医療を担う病院又は有床診療所	・内科、循環器科又は心臓血管外科を有する病院又は診療所 ・心不全センター・地域心臓いきいきセンター など	・病院、診療所等 (かかりつけ医、薬局等の在宅支援施設 など)
医療機関等に求められる事項	【医療機関に求められる事項】 次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。 ① 高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等の危険因子の管理が可能であること ② 初期症状出現時における対応について、本人及び家族等患者の周囲にいる者に対する教育、啓発を実施すること ③ 初期症状出現時に、急性期医療を担う医療機関への受診勧奨について指示すること 【行政機関等】 ① 特定健診の受診勧奨及び受診支援	【家族等周囲にいる者】 ① 発症後速やかに救急搬送の要請を行うこと ② 心肺停止が疑われる者に対して、AEDの使用を含めた救急蘇生法等適切な処置を実施すること 【救急救命士等】 ① 地域メディカルコントロール協議会によるプロトコール（活動基準）に則し、薬剤投与等の特定制度を含めた救急蘇生法等適切な観察・判断・処置を実施すること ② 急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送すること 【市町（消防機関）等】 ① 救急蘇生法の講習の受講率を上げるよう普及・啓発を行うこと	【医療機関に求められる事項】 次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。 ① 心電図検査、血液生化学検査、心臓超音波検査、エックス線検査、CT検査、心臓カテーテル検査、機械的補助循環装置等必要な検査及び処置が24時間対応可能であること ② 心筋梗塞等の心血管疾患が疑われる患者について、専門的な診療を行う医師等が24時間対応可能であること ③ ST上昇型心筋梗塞の場合、冠動脈造影検査および適応があればPCIを行い、来院後90分以内の冠動脈再疎通が可能であること ④ 慢性心不全の急性増悪の場合、状態の安定化に必要な内科的治療が可能であること ⑤ 呼吸管理、疼痛管理等の全身管理や、ポンプ失調、心破裂等の合併症治療が可能であること ⑥ 虚血性心疾患に対する冠動脈バイパス術や大動脈解離に対する大動脈人工血管置換術等の外科的治療が可能又は外科的治療が可能な施設との連携体制がとれていること ⑦ 電氣的除細動、機械的補助循環装置、緊急ベーンシングへの対応が可能であること ⑧ 運動耐容能などに基づいた運動処方により合併症を防ぎつつ、運動療法のみならず多面的・包括的なリハビリテーションを実施可能であること ⑨ 抑うつ状態等の対応が可能であること ⑩ 回復期（あるいは在宅医療）の医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携していること、またその一環として再発予防の定期的専門的検査を実施すること	【医療機関に求められる事項】 次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。 ① 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態等の対応が可能であること ② 心電図検査、電氣的除細動等急性増悪時の対応が可能であること ③ 合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関と連携していること ④ 運動耐容能を評価の上で、運動療法、食事療法、患者教育等の心血管疾患リハビリテーションが実施可能であること ⑤ 心筋梗塞等の心血管疾患の再発や重症不整脈などの発生時における対応について、患者及び家族への教育を行っていること ⑥ 急性期の医療機関及び二次予防の医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携していること	【医療機関に求められる事項】 次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。 ① 再発予防のための治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応が可能であること ② 緊急時の除細動等急性増悪時への対応が可能であること ③ 合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関と連携していること ④ 急性期の医療機関や介護保険サービス事業所等と再発予防の定期的専門的検査、合併症併発時や再発時の対応を含めた診療情報や治療計画を共有する等して連携していること ⑤ 在宅での運動療法、再発予防のための管理を医療機関と訪問看護ステーション・かかりつけ薬剤師・薬局が連携し実施出来ること

4 糖尿病対策

現 状

1 糖尿病の現状

糖尿病は心血管疾患のリスクを高め、神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症を併発することにより、生活の質並びに社会経済的活力や社会保障資源に多大な影響を及ぼします。

糖尿病有病者の増加を抑制し、また、良好な血糖コントロール状態を維持することにより、糖尿病による合併症の発症や進行を抑制することができます。

(1) 特定健康診査の状況

本県の特定健康診査実施率は、平成 27（2015）年度、45.3%であり、平成 20（2008）年度の 33.1%から徐々に増加していますが、全国平均の 50.1%（平成 27（2015）年度）と比べるといまだ低い状況にあります（全国 38 位）。

本県のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の推定数は、特定健康診査の結果によると、平成 27（2015）年度、男性 259,117 人、女性 77,730 人です。

(2) 糖尿病予備群等の状況

本県の糖尿病予備群（糖尿病の可能性が否定できない人）の推計数は、「国民健康・栄養調査」の結果によると、平成 28（2016）年度、男性 98,417 人、女性 126,043 人です。

糖尿病有病者（糖尿病が強く疑われる人）の推定数は、同調査結果によると、平成 28（2016）年度、男性 126,042 人、女性 96,995 人です。

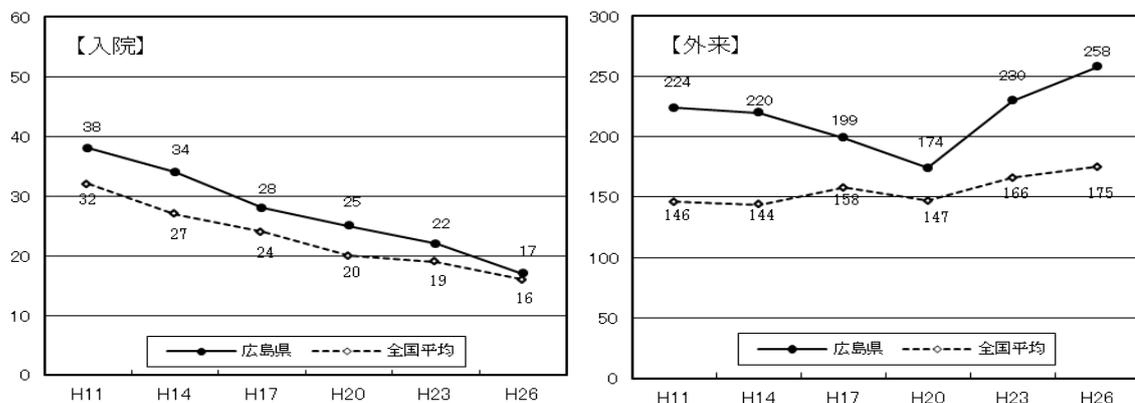
また、特定健康診査受診者のうち糖尿病の治療のための薬剤を服用している者は、平成 27（2015）年度、本県 4.9%（全国 5.0%）となっています。

(3) 受療の状況

「患者調査」によると、本県の糖尿病の受療率（人口 10 万人対）は、入院、外来、いずれも全国平均を上回って推移しており、入院の受療率は減少傾向にあります。また、外来の受療率は平成 20（2008）年までは減少傾向にあったものの、その後、増加に転じています。

また、本県の糖尿病患者の平均入院日数は、平成 26（2014）年の「患者調査」では 30.1 日（退院患者平均在院日数）となっています。

図表 2-1-24 糖尿病の受療率（人口 10 万人対）

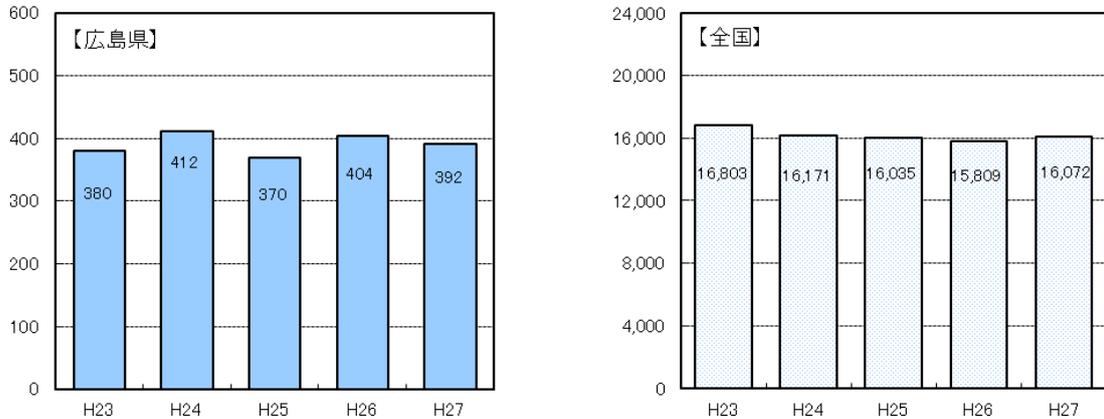


出典：厚生労働省「患者調査」（各年）

(4) 透析の状況

糖尿病性腎症重症化予防の取組が広がっていますが、本県の糖尿病性腎症による新規透析導入患者数は、近年、400人前後で推移しています。この理由としては、糖尿病患者総数の増加や高齢化が考えられます。

図表 2-1-25 糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数（人）



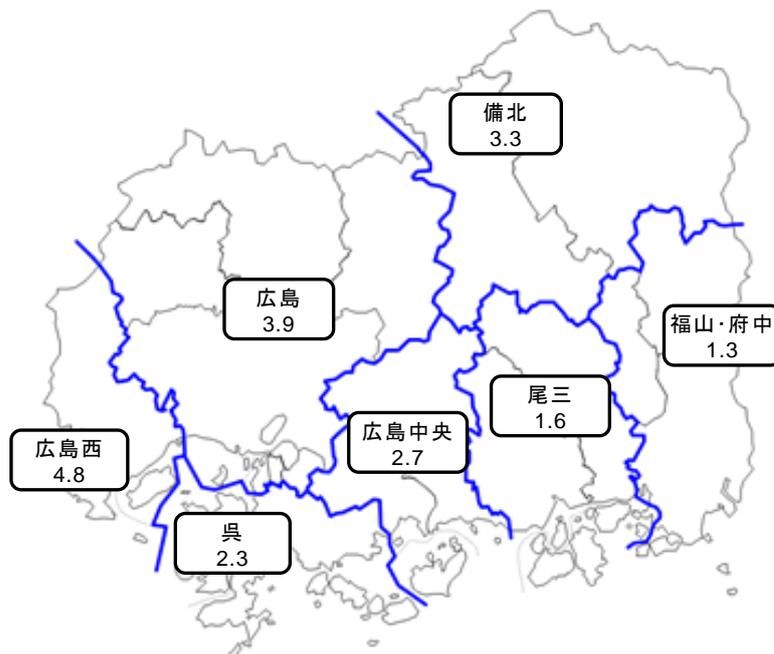
出典：（一社）日本透析医学会 透析調査委員会「わが国の慢性透析療法の現況」（各年12月31日現在）

(5) 医療施設等の状況

本県の糖尿病内科の医師数（主たる診療科）は、平成28（2016）年度において86人で、人口10万人当たり3.0人であり、全国平均（3.9人）より低い状況です。二次保健医療圏別で見ると、広島圏域（3.9人）、広島西圏域（4.8人）と広島市の周辺に集中しており、備北圏域3.3人、広島中央圏域2.7人、呉圏域2.3人、尾三圏域1.6人、福山・府中圏域1.3人の順で少ない状態です。

糖尿病性腎症の管理が可能な施設（人口10万人あたり1.31）及び糖尿病足病変の管理が可能な医療機関数（同1.77）は、全国平均（それぞれ1.24及び1.74）を若干上回っていますが、二次保健医療圏別では、約2倍の差があります。

図表 2-1-26 二次保健医療圏域別に見た人口10万人当たり糖尿病内科の医師数（人）



出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」（平成28（2016）年）

(6) 地域連携体制の状況

本県の「糖尿病地域連携クリティカルパス」は、平成 23（2011）年度から県地对協メタボリックシンドローム予防特別委員会において、県内の先進事例として佐伯地区医師会及び佐伯区医師会とJA広島総合病院とで実施しており「糖尿病地域連携クリティカルパス」をもとに、県内への普及を図り、重症化予防のための医療提供体制を整備しています。

2 指標による現状把握

区分	指標名		前回	現状値	出典
P	糖尿病患者の受療率 (人口10万人対)	入院	[H20] 25	[H26] 17	患者調査
		外来	[H20] 174	[H26] 258	
O	糖尿病性腎症による 新規人工透析導入患者数		[H22] 408人	[H27] 392人	日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」
S	特定健康診査実施率		[H23] 37.1%	[H27] 45.3%	厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」
S	特定保健指導実施率		[H23] 17.2%	[H27] 19.8%	
S	糖尿病内科（代謝内科） 医師数（主たる診療科）		[H22] 71人	[H28] 86人	医師・歯科医師・薬剤師調査
S	糖尿病性腎症の管理が可能な医療機関数		—	[H28] 37	診療報酬施設基準
S	糖尿病足病変の管理が可能な医療機関数		[H24] 38	[H28] 50	診療報酬施設基準

S：ストラクチャー指標，P：プロセス指標，O：アウトカム指標

課 題

糖尿病は急性及び慢性合併症の発症や進行の抑制のため、1人の患者に対し、生涯を通じて、継続した生活習慣の改善と薬物治療など、個別に病態に応じた医療を提供することが必要です。

1 特定健康診査及びフォローアップ体制の充実

生活習慣病のリスクを有する者や耐糖能異常者等、糖尿病の疑いのある者を把握するために、特定健康診査の実施率の向上にこれまで以上に努めることが必要です。

糖尿病の疑いのある者あるいは糖尿病の可能性を否定できない者、一人ひとりの状態に応じて、個別に生活習慣の改善を図るサポートを提供するために、特定健康診査受診後の特定保健指導の実施率の向上に努めることが必要です。

2 重症化予防の取組の推進

糖尿病の治療介入が必要な者を、早期に医療機関に受診させることが必要です。

健診情報等のデータを活用し、個人の状況に応じた保健指導の仕組みを取り入れた、「糖尿病性腎症重症化予防事業」の取組が県内で広がりつつありますが、いまだ十分浸透していません。

3 医療提供体制の構築

糖尿病有病者が増加するなかで、糖尿病内科の医師（日本糖尿病学会認定専門医、日本糖尿病協会認定療養指導医等）による十分な医療提供体制を、県内全域に整備することは困難な状況です。

限られた医師数と地域偏在の中にあっては、地域のかかりつけ医と糖尿病の専門医療機関との連携による医療提供体制が欠かせませんが、県内全域で十分な連携体制が構築できているとは言えません。

目 標

県民が糖尿病に対する正しい知識を持ち、適切な生活習慣を確立することで、糖尿病の発症を予防します。

糖尿病の疑いのある者を早期に発見し、早期に医療機関を受診させ治療につなげることで、重症化や合併症の発症を予防します。

糖尿病性腎症など合併症を発症した場合、例えば身近な地域の医療機関で人工透析を受けられる等、同一圏域内で完結可能な、住民が安心できる医療体制を構築します。

医療機能の分化と連携を進め、効率的な医療提供体制を整備するとともに、病態に応じた適切な医療が受けられるよう医療連携体制を構築します。

区分	指標名	現状値	目標値	出典
S	特定健康診査実施率	[H27] 45.3%	[R5] 70%以上	厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」
S	特定保健指導実施率	[H27] 19.8%	[R5] 45%以上	
O	糖尿病性腎症による新規透析導入患者の減少	[H27] 392人	[R5] 350人 (H27)の1割減	日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」

S：ストラクチャー指標，P：プロセス指標，O：アウトカム指標

施策の方向

1 特定健康診査及びフォローアップ体制の充実

特定健康診査等の必要性について県民に啓発を行い、実施率向上の取組を強化していきます。

また、健康増進法に基づいて実施する健康教育等の事業と医療保険者が実施する特定保健指導等との連携を進め、県民自らが生活習慣の改善を目指す「ひろしま健康づくり県民運動」の取組を推進します。

平成28（2016）年から始まった「健康サポート薬局」の普及・充実に努め、地域住民の主体的な健康の保持・増進を支援します。

2 重症化予防の取組の推進

糖尿病有病者のうち未治療の者や治療中断者を減少させるため、啓発資料の配布やメディアを活用し、継続治療の重要性に対する県内全体の認知度を向上させ、早期受診を促進します。

市町国民健康保険をはじめ県内の医療保険者で糖尿病性腎症重症化予防事業の取組を進めるため、かかりつけ医の協力が得られるよう普及啓発を行います。

糖尿病に関する専門的な療養指導を行うことができる、「糖尿病看護認定看護師」、「病態栄養認定管理栄養士」、「糖尿病療養指導士」等を育成するとともに、積極的な活動を推進します。

3 医療提供体制の構築

平成 29（2017）年度に設置された県地对協糖尿病対策専門委員会において、糖尿病に関する医療機能を、初期・安定期治療、教育治療、専門治療、急性増悪時治療、慢性合併症治療に分化し、それぞれを担う医療機関を明確化します。

初期・安定期治療を担う診療所、教育や専門治療まで担う診療所や病院、急性増悪時治療や多くの慢性合併症治療を担う病院（糖尿病診療拠点病院、糖尿病診療中核病院）との間で医療連携体制を構築します。

糖尿病と歯周病には密接な関連があるという調査結果や研究データもあることから、歯周病対策として、糖尿病患者に対する歯科受診の勧奨など、かかりつけ医とかかりつけ歯科医の連携（医科・歯科連携）を推進します。

医療連携体制

糖尿病の医療連携を推進する体制は、「糖尿病診療拠点病院」及び「糖尿病診療中核病院」を中心に、圏域内の医療体制が整う二次保健医療圏ごとに構築します。

糖尿病対策の医療体制に求められる医療機能は、図表 2-1-27 及び 2-1-28 のとおりです。圏域ごとの医療連携体制を担う具体的な医療機関名は、県のホームページに掲載しています。

1 糖尿病診療拠点病院・糖尿病診療中核病院の要件と役割

(1) 糖尿病診療拠点病院

各圏域に少なくとも 1 施設以上設置することを目指します。

糖尿病内科の医師（日本糖尿病学会認定専門医、日本糖尿病協会認定療養指導医等）が 3 名以上常勤し、「糖尿病の医療体制に求められる機能」を概ね備えており、24 時間体制で急性増悪時の治療を担い、合併症治療のほとんどすべてに対応が可能な病院とします。

また、複数種の医療スタッフから構成されるチーム医療を実践し、教育治療及び専門治療を提供するとともに、地域において診療所と密接な医療連携を構築し、糖尿病に関する研修会（症例勉強会等）を定期的に開催し、地域における人材を育成します。

(2) 糖尿病診療中核病院

各圏域に 1～2 施設の設置を目指します。（広島、福山、府中圏域は人口規模を考慮）

糖尿病内科の医師（日本糖尿病学会認定専門医、日本糖尿病協会認定療養指導医等）が 1～2 名以上常勤し、「糖尿病の医療体制に求められる機能」の多くを備えており、可能な範囲で急性増悪時の治療を担い、合併症治療の多くに対応が可能な病院とします。

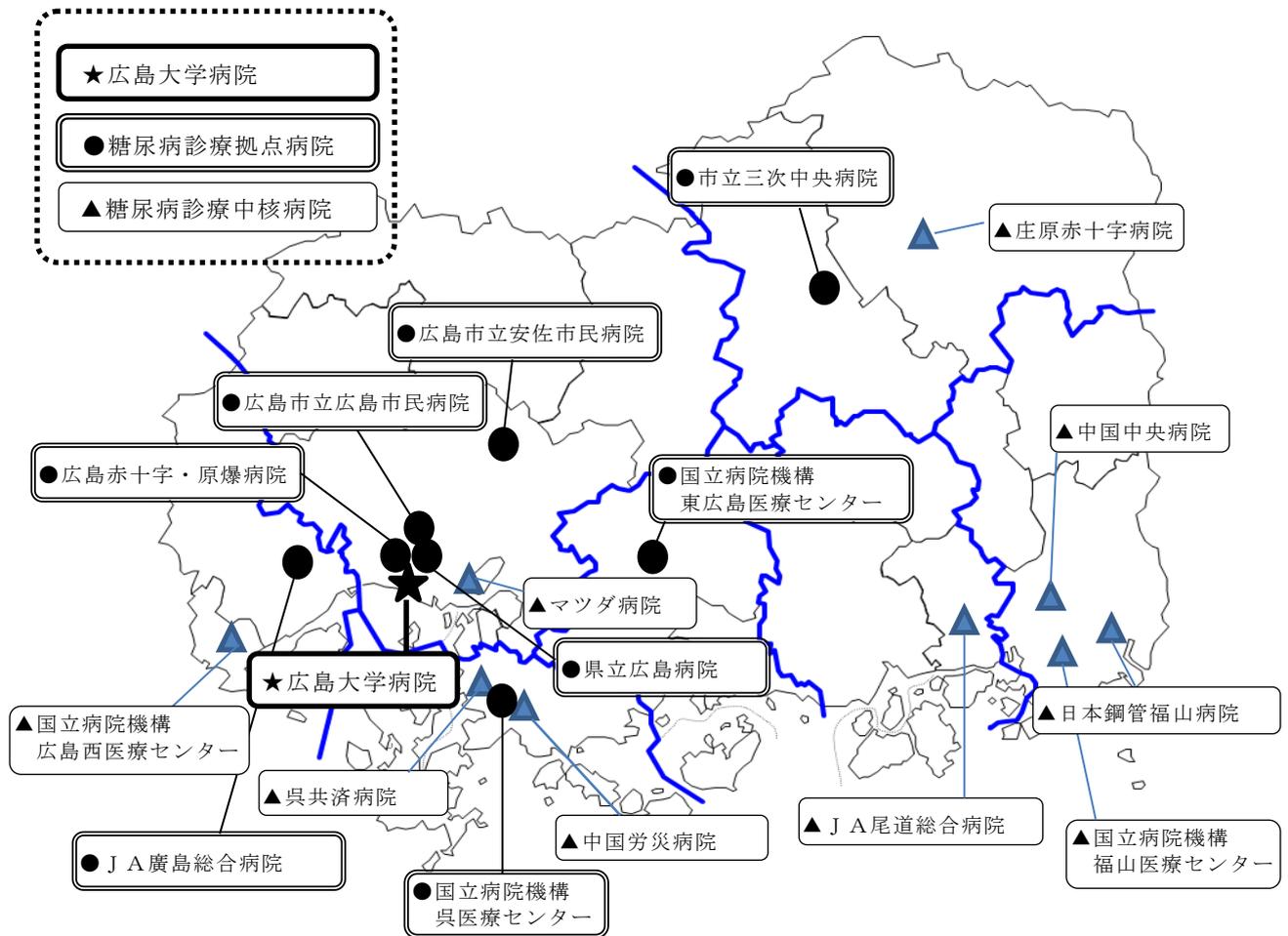
また、かかりつけ医と連携し、診療所では実施できない教育や専門治療、慢性合併症の検査や治療を担います。

2 診療所（かかりつけ医）の役割

初期及び安定期の治療を担います。血糖コントロールの困難な患者、合併症の検査や処置が必要な患者は適宜、糖尿病診療拠点病院や糖尿病診療中核病院へ紹介し、状態が安定したら治療を継続します。

講習会や研修会に参加し、糖尿病診療に対するモチベーションの向上と質の高い診療を確保し、初期・安定期治療のみならず、教育や専門治療まで担うことのできる内科医を増やします。

図表 2-1-27 糖尿病診療拠点病院・糖尿病診療中核病院（平成 30（2018）年 4 月 1 日現在）



図表 2-1-28 糖尿病対策の医療体制に求められる医療機能

	【初期・安定期治療】		【教育治療】	【専門治療】	【急性増悪時治療】
	初期	安定期			
機能	■糖尿病の診断および自己管理方法を指導する機能	■合併症の発症を予防するための安定期治療を行う機能	■糖尿病に対する知識や自己管理方法を教育する機能	■血糖コントロール困難な患者の治療を行う機能	■急性合併症の治療を行う機能
目標	■糖尿病の診断(病型も含めて)及び生活習慣の指導を実施する	■合併症の発症を予防するために、良好な血糖コントロールを目指した治療を実施する	■教育入院や外来にて糖尿病療養指導を実施する	■血糖コントロール指標を改善するために、入院による集中的な治療や専門外来を実施する	■糖尿病昏睡等の急性合併症、感染症や外傷等の併発による急性増悪時の治療を実施する
医療機関に求められる事項	<p>①糖尿病の疑いのある(健診で高血糖や尿糖を指摘されたり、他院で偶然に発見されたり、糖尿病を心配して来院するなどの)患者に対して、適切な検査を実施し、糖尿病の診断を行うことができる</p> <p>・75g 経口ブドウ糖負荷試験(OGTT)を実施可能である</p> <p>・HbA1c、インスリン(IRI)、Cペプチド(CPR)、抗GAD抗体等の検査(外部委託でよい)を実施し、糖尿病の病型・病態・病期の評価が可能である</p> <p>②糖尿病に対する基礎知識、日常生活の注意点などの指導(初期教育)が可能である</p> <p>③食事療法、運動療法及び薬物療法による治療介入が開始できる</p> <p>④専門治療を行う医療機関及び急性・慢性合併症治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携している</p>	<p>①血糖値やHbA1cなどを指標に、食事療法や運動療法の指導、経口血糖降下薬の選択や変更・用量調整が可能である</p> <p>②専門治療を行う医療機関で導入されたインスリン注射やGLP-1受容体作動薬(アゴニスト)注射の継続および投与量の調整が可能である</p> <p>③低血糖時の対応(50%あるいは20%のブドウ糖液の静注など)やシックデイの際の初期対応が可能である</p> <p>④専門治療を行う医療機関及び急性・慢性合併症治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携している</p> <p>⑤糖尿病に関する知識や診療技術向上のため、各医療圏で実施される講習会や研究会に参加可能である</p>	<p>①各専門職種チームによる、食事療法、運動療法、薬物療法等を組み合わせた教育入院等の集中的な治療(心理問題を含む)が実施可能である</p> <p>②糖尿病看護認定看護師や糖尿病療養指導士(CDE-JやCDE-L)などによる外来での療養指導(フットケア、シックデイ対策、インスリン注射や自己血糖測定の手技確認など)が実施可能である</p> <p>③院内および院外の患者向けの糖尿病教室を定期的に開催している</p> <p>④日本糖尿病協会(広島県支部)、広島県医師会、広島県糖尿病療養指導士認定機構が行う、ウォークラリー、世界糖尿病デーのブルーライトアップや血糖測定などの啓発活動に参加している</p>	<p>①GLP-1受容体作動薬(アゴニスト)やBOTにおける基礎インスリン注射の導入、インスリン強化療法(頻回皮下注射あるいは持続皮下インスリン注入療法(GSI))が実施可能である</p> <p>②(病院の場合)糖尿病患者の周術期血糖管理が実施可能である</p> <p>③糖尿病患者の妊娠あるいは妊娠糖尿病患者に対応可能である</p> <p>④食事療法、運動療法を実施するための糖尿病療養指導士及び設備がある</p> <p>⑤糖尿病の初期・安定期治療を行う医療機関及び急性・慢性合併症の治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携している</p>	<p>①糖尿病昏睡(ケトアシドーシス、高血糖高浸透圧症候群、低血糖症)等の急性合併症の治療が24時間実施可能である</p> <p>②感染症や外傷の併発などシックデイによる血糖コントロール増悪時に24時間対応可能である</p> <p>③糖尿病専門医あるいは糖尿病診療に常時従事している内科医が常勤している</p> <p>④糖尿病の初期・安定期治療を行う医療機関、専門治療を行う医療機関、慢性合併症治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携している</p>
医療機関の例	病院又は診療所	病院又は診療所	病院又は診療所	病院又は診療所	病院

【慢性合併症治療】						
	網膜症	腎症	神経障害 脳卒中（脳梗塞）	冠動脈疾患 末梢動脈疾患	足潰瘍・壊疽	歯周病
機能	■糖尿病の慢性合併症の治療を行う機能					
目標	■糖尿病の慢性合併症の専門的な治療を実施する					
医療機関に求められる事項	■糖尿病の細小血管障害（網膜症、腎症、神経障害）、大血管障害（動脈硬化性疾患：脳卒中、冠動脈疾患、末梢動脈疾患）、足潰瘍・壊疽、歯周病について、それぞれ専門的な検査・治療が実施可能である（単一医療機関ですべての合併症治療が可能である必要はない）					
	■糖尿病の初期・安定期治療を行う医療機関、専門治療を行う医療機関及び急性合併症の治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携している					
	①眼科医が常動している、あるいは眼科医と密接に連携し、定期的な診察が実施可能である ②糖尿病網膜症治療の場合、蛍光眼底造影検査、光凝固療法、硝子体出血・網膜剥離の手術等が実施可能である	①腎臓・透析内科医または外科医が常動している、あるいはこれらの専門医と密接に連携し、定期的な診察が実施可能である ②糖尿病腎症の場合、尿一般検査、尿中アルブミン排泄量検査、腎生検、腎臓超音波検査、透析治療等が実施可能である	①脳神経内科医または外科医が常動している、あるいはこれらの専門医と密接に連携し、定期的な診察が実施可能である ②糖尿病神経障害の場合、腱反射、振動覚検査、神経伝導検査等が実施可能である ③脳卒中（なかでも脳梗塞）の場合、頸動脈超音波検査、頭部CT検査、頭部MRI検査等が実施可能である	①循環器内科医または心臓血管外科医が常動している、あるいはこれらの専門医と密接に連携し、定期的な診察が実施可能である ②心電図検査、ABI/PWV（CAVI）検査、心臓・下肢超音波検査、心臓・下肢CT検査、下肢MRI検査、心筋シンチグラフィ、血管造影検査等が実施可能である	①皮膚科医または整形外科医・形成外科医が常動している、あるいはこれらの専門医と密接に連携し、定期的な診察が実施可能である ②蜂窩織炎や潰瘍・壊疽などの糖尿病病変に対して、デブリードマン等の観血的処置、場合によっては下肢切断術が可能である ③オーダーメイドの靴や義足の製作が対応可能である	①糖尿病患者の「かかりつけ歯科医」として定期的なフォローが可能である ②糖尿病連携手帳等を確認し、血糖コントロール状況の把握をし、できていない患者に対し内科への受診を促すことが可能である ③抜歯や歯周外科治療等の観血的処置の際には、かかりつけ内科医と薬剤情報など診療情報の連携ができる
医療機関の例	病院又は診療所	病院又は診療所	病院	病院	病院	歯科診療所

5 精神疾患対策

現 状

1 本県の精神医療を取り巻く状況

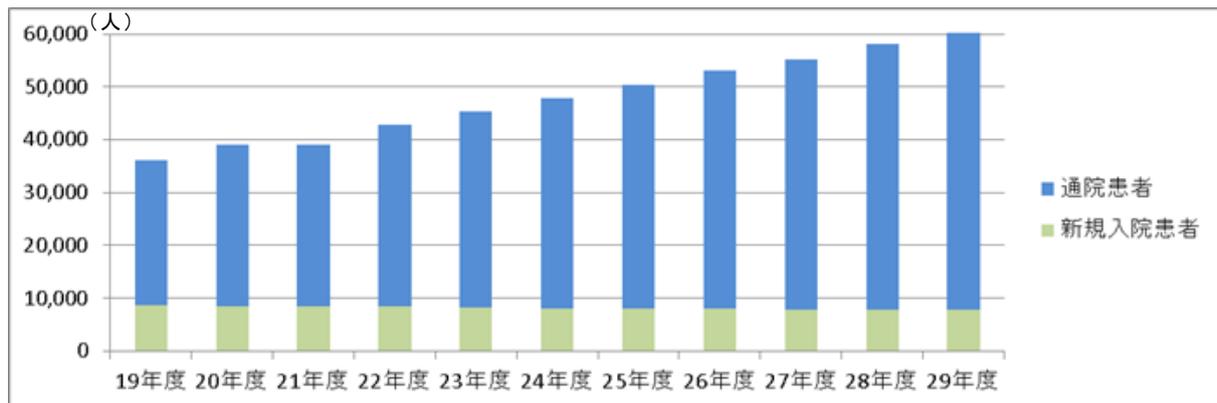
(1) 受療の状況

本県の精神医療を受診する通院患者は、精神通院医療（自立支援医療）公費受給者数によると、平成 29(2017)年度では 52,632 人となっており、10 年前の平成 19(2007)年度の 27,322 人と比べ、約 2 倍となっています。

一方、新規入院患者は、平成 19(2007)年度で 8,714 人、平成 29(2017)年度で 7,839 人となっており、10 年間で 875 人減少しています。また、本県の平成 26(2014)年度の精神病床における入院患者数は 8,083 人で、そのうち、急性期入院患者数は 1,437 人、回復期入院患者数は 1,414 人、慢性期入院患者数は 5,232 人となっています。

本県が実施した平成 29(2017)年度精神科病院長期入院患者に関する実態調査によると、本県の継続的な入院治療を要する長期入院患者は、慢性期入院患者の 78.9%です。

図表 2-1-29 精神科新規入院患者（県健康福祉局調べ）
及び通院患者数（通院医療公費受給者数）の推移



(単位：人)

区分	19年度	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度
新規入院患者	8,714	8,577	8,369	8,383	8,186	8,125	8,079	8,122	7,797	7,818	7,839
通院患者	27,322	30,500	30,754	34,377	37,132	39,716	42,350	44,993	47,515	50,393	52,632
計	36,036	39,077	39,123	42,760	45,318	47,841	50,429	53,115	55,312	58,211	60,471

※ 新規入院患者は、各年度、前年の 7 月 1 日から当該年 6 月 30 日までの患者数（広島市を含む）
通院患者は、各年度 6 月 30 日現在の精神通院医療（自立支援医療）公費受給者数（広島市を含む）

(2) 精神科病院及び精神科を標榜する診療所等数

精神医療機関の分布は、広島圏域の広島市、呉圏域、福山・府中圏域に集中しており、備北圏域及び広島圏域の中山間地域では少ない状況です。

平成 26(2014)年度「医療施設調査」によると本県の精神科を標榜する病院数は、80 施設で、人口 10 万人当たり 2.8 施設（全国平均 2.1 施設）です。そのうち、精神病床を有する病院数は、42 施設であり、人口 10 万人当たり 1.5 施設です。

平成 26(2014)年「医療施設調査」によると、精神科を標榜する診療所数は 73 施設あり、人口 10 万人当たり 2.5 施設（全国平均 2.5 施設）です。

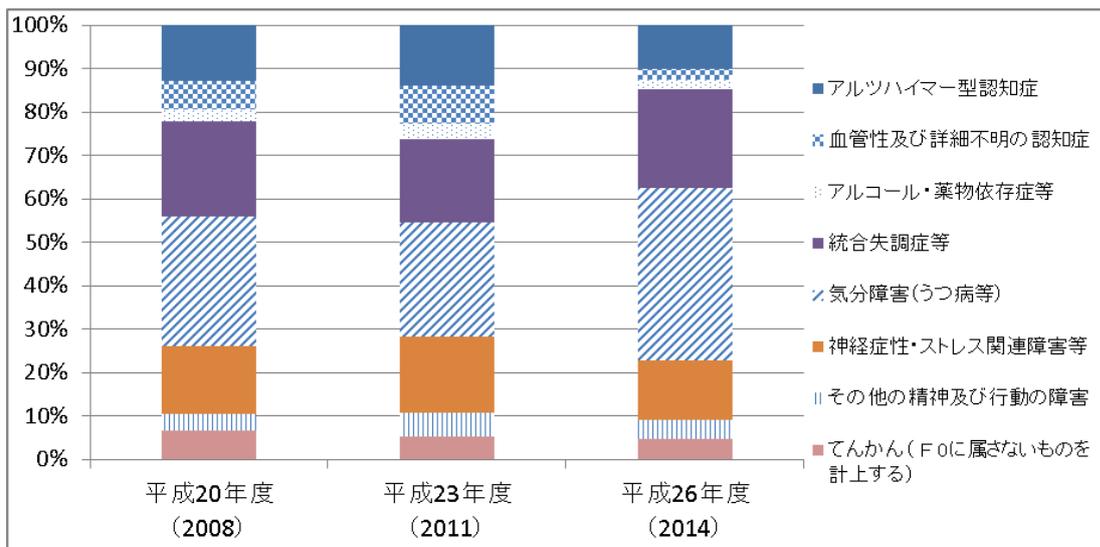
図表 2-1-30 精神科の医療施設数

二次保健医療圏	市 町	精神科を標榜する病院数		精神病床数	精神科を標榜する診療所数
			精神病床を有する病院数		
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	28 施設	18 施設	8,902 床	53 施設
広島西	大竹市, 廿日市市	8 施設	3 施設		0 施設
呉	呉市, 江田島市	12 施設	7 施設		1 施設
広島中央	竹原市, 東広島市, 大崎上島町	9 施設	4 施設		6 施設
尾三	三原市, 尾道市, 世羅町	8 施設	3 施設		6 施設
福山・府中	福山市, 府中市, 神石高原町	12 施設	6 施設		6 施設
備北	三次市, 庄原市	3 施設	1 施設		1 施設
合 計		80 施設	42 施設		8,902 床

出典：厚生労働省「平成 26（2014）年医療施設調査」, 「平成 27（2015）年度精神保健福祉資料」

(3) 精神疾患の患者数

図表 2-1-31 精神疾患の総患者数



(単位：千人)

精神疾患種別			平成20年度 (2008)		平成23年度 (2011)		平成26年度 (2014)	
			患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比
F0	F00	アルツハイマー型認知症	10	13%	8	14%	9	10%
	F01	血管性及び詳細不明の認知症	5	6%	5	9%	2	2%
F1	アルコール・薬物依存症等		2	3%	2	4%	2	2%
F2	統合失調症等		17	22%	11	19%	20	23%
F3	気分障害(うつ病等)		23	30%	15	26%	35	40%
F4	神経症性・ストレス関連障害等		12	16%	10	18%	12	14%
	その他の精神及び行動の障害		3	4%	3	5%	4	5%
	てんかん (F0に属さないものを計上する)		5	6%	3	5%	4	5%
県合計			77	100%	57	100%	88	100%

出典：厚生労働省（平成 20（2008）年，平成 23（2011）年，平成 26（2014）年患者調査による総患者数，ICD10 順）

2 予防・アクセス

(1) 日常生活における悩みやストレスのある人

平成 28（2016）年「国民生活基礎調査」によると、本県の日常生活において、悩みやストレスを抱えている人は 49.2%で、全国平均（47.7%）より高くなっています。

また、20 歳以上で気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている人（こころの状態に関する 6 項目の質問（K6）の合計点において 10 点以上）の割合は 10.5%で、全国平均の 10.4%とほぼ同じです。

<参考> 「K6」は米国の Kessler らによって、うつ病・不安障害などの精神疾患をスクリーニングすることを目的として開発され、一般住民を対象とした調査で心理的ストレスを含む何らかの精神的な問題の程度を表す指標として広く利用されています。

「神経過敏に感じましたか」、「絶望的だと感じましたか」、「それぞれ、落ち着かなく感じましたか」、「気分が沈み込んで、何が起ころうとも気が晴れないように感じましたか」、「何をするのも骨折りだと感じましたか」、「自分は価値のない人間だと感じましたか」の 6 つの質問について 5 段階（「まったくない」（0 点）、「少しだけ」（1 点）、「ときどき」（2 点）、「たいてい」（3 点）、「いつも」（4 点））で点数化する。合計点が高いほど、精神的な問題がより重い可能性があるとしてされています。

(2) 県保健所、市町及び精神保健福祉センターにおける相談及び訪問の状況

本県の平成 26（2014）年度における県保健所及び市町が実施した精神保健福祉相談等の被指導実人員は、14,564 人、人口 10 万人当たり 506.3 人、延人数は 24,366 人、人口 10 万人当たり 847.1 人で、いずれも全国平均より高い状況です。

また、平成 27（2015）年の精神保健福祉センターにおける相談実人員は 578 人、人口 10 万人当たり 20.1 人で、全国平均（18.2 人）より高い状況です。

一方、平成 26（2014）年度における県保健所、市町が実施した精神保健福祉訪問指導の実人員は、3,152 人、人口 10 万人当たり 109.6 人で全国平均（109.2 人）よりもやや高いが、延人員は、7,160 人、人口 10 万人当たり 248.9 人で、全国平均（278.5 人）より低い状況です。

また、平成 27（2015）年の普及啓発の講演会等については、開催回数が 8 回、人口 10 万人当たり 0.3 回、受講者数が 1,560 人、人口 10 万人当たり 54.4 人で、講演会の開催回数（全国平均（0.6 回））、受講者数（全国平均（67.0 人））ともに全国平均を下回っています。

3 治療・回復・地域生活への移行

(1) 入退院の状況

平成 27（2015）年度「精神保健福祉資料」によると、本県の 1 年未満入院者の平均退院率は、70.2%で、全国平均（71.7%）より少し低い状況ですが、在院期間 5 年以上かつ 65 歳以上の退院患者数は人口 10 万人当たり 11.3 人で、全国平均（7.9 人）より高い状況です。また、平成 26（2014）年度 NDB 集計によると、3 か月時点再入院率は、28.0%で、全国平均（23.0%）より高くなっています。

平成 26（2014）年「患者調査」によると、本県の副傷病に精神疾患を有する入院患者の割合は、21.2%で、全国平均（19.6%）より高い状況です。また、副傷病に精神疾患を有する外来患者の割合は、7.0%で、全国平均（3.4%）より高い状況です。

また、本県の退院患者平均在院日数[病院]は 279.6 日で、全国平均（295.1 日）より短くなっていますが、広島西圏域、呉圏域は長くなっています。

広島西圏域の値が高くなっていますが、患者調査の「退院患者平均退院日数」は、調査対象期間中（9月1日～30日）に退院した患者の在院日数の平均であり、退院患者数が少ない場合には、極端に高い値あるいは低い値が出る場合があります。

図表 2-1-32 病院からの退院患者平均在院日数 (単位：日)

全国平均	広島県	二次保健医療圏						
		広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北
295.1	279.6	275.5	818.8	498.4	232.6	265.8	274.4	110.6

出典：厚生労働省「平成 26（2014）年患者調査」

(2) 地域移行

平成 28（2016）年 3 月現在、診療報酬の施設基準について「精神科地域移行実施加算」を届け出ている医療機関は、県内に 8 か所ありますが、地域差があります。

図表 2-1-33 精神科地域移行実施加算医療施設数 (単位：施設)

広島県	二次保健医療圏						
	広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北
8	4	0	2	0	0	2	0

出典：厚生労働省「診療報酬施設基準 精神科地域移行実施加算届出施設数（平成 28（2016）年 3 月 31 日）」

(3) 精神科訪問看護を実施する病院数・診療所数・利用者数（デイケア含む）

平成 26（2014）年「医療施設調査」によると本県の精神科訪問看護を提供する病院数は 29 病院、人口 10 万人当たり 1.0 施設、全国 23 位で、全国平均（0.7 施設）より高く、精神科訪問看護を提供する診療所数は 11 施設、人口 10 万人当たり 0.4 施設（全国平均 0.4 施設）、全国 14 位です。

平成 27（2015）年度「精神保健福祉資料」によると、本県の精神科訪問看護の利用者数（単科精神科病院）は、人口 10 万人当たり 380.6 人、全国 26 位で、全国平均（337.4 人）より高い状況です。また、本県の精神科訪問看護の利用者数（精神科を標榜する診療所）は、人口 10 万人当たり 246.3 人で、全国平均（83.2 人）より高い状況です。

更に、本県の精神科デイ・ケア等の利用実人員は 1,602 人、人口 10 万人当たり 55.8 人、全国 12 位で、全国平均（39.2 人）より高い状況です。

(4) 精神障害者社会復帰施設等の利用実人員数

平成24(2012)年度「精神保健福祉資料」によると、本県の精神障害者社会復帰施設[入所系]の利用実人員数は、人口10万人当たり8.3人で、全国平均(11.7人)より低い状況です。

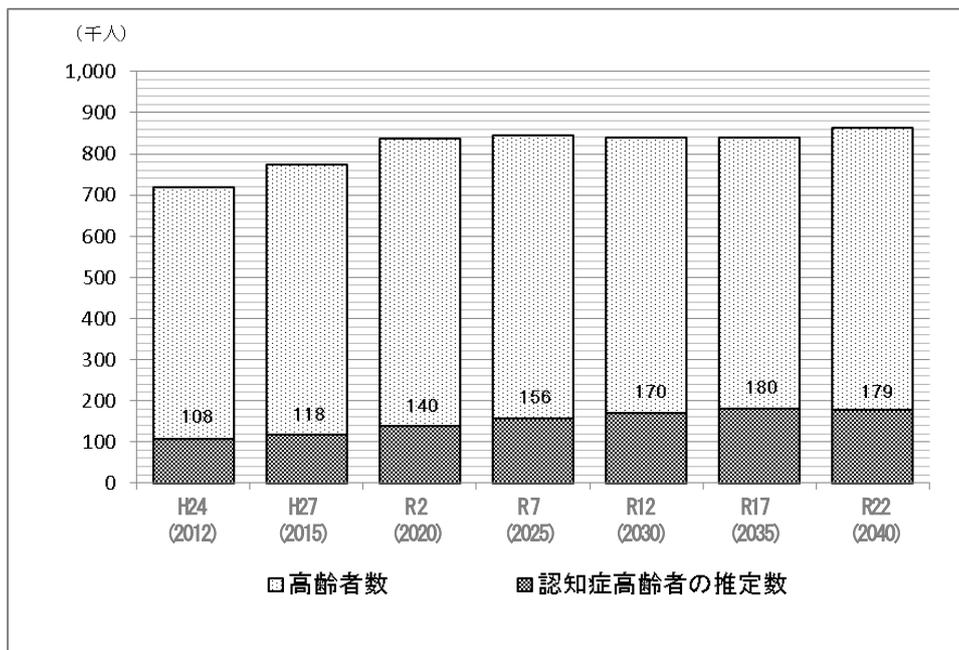
また、精神障害者社会復帰施設[通所系]の利用実人員数は、人口10万人当たり26.1人で、全国平均(62.1人)より低い状況です。

4 多様な精神疾患等ごとの医療

(1) 認知症

本県の認知症高齢者の数については、厚生労働省の研究班が平成27(2015)年3月に発表した認知症患者の推定有病率に基づいて推計すると、令和2(2020)年には14万人になり、令和7(2025)年には15万6千人になると見込まれます。

図表 2-1-34 認知症高齢者の推計



区分	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	令和2年 (2020)	令和7年 (2025)	令和12年 (2030)	令和17年 (2035)	令和22年 (2040)
高齢者人口(人)	719,000	774,440	838,517	844,283	839,472	840,003	864,366
認知症患者の推定有病率(%)	15.0%	15.2%	16.7%	18.5%	20.2%	21.4%	20.7%
認知症高齢者の推定数(人)	107,900	117,700	140,000	156,200	169,600	179,800	178,900

※ 「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究 平成26年度総括・分担報告書」(平成27(2015)年3月：厚生労働科学研究費補助金・厚生労働科学特別研究事業、研究代表者 二宮利治)における「各年齢層の認知症有病率が2012年以降一定と仮定した場合」の推定有病率、「日本の都道府県別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」(国立社会保障・人口問題研究所)における本県の老年人口(ただし、平成24(2012)年、平成27(2015)年は、それぞれ、総務省推計人口、国勢調査による広島県の65歳以上の人口を使用した。)を乗じた数値(100未満四捨五入)

なお、同研究によれば、今後、糖尿病の頻度が増加し、各年齢層の認知症有病率が平成24(2012)年以降も上昇すると仮定した場合、令和7(2025)年度の認知症患者の推定有病率は1.5ポイント高い20.0%と推計されている。

平成 26（2014）年「患者調査」によると、認知症疾患に係る本県の総患者数は 11,000 人、医療施設を受診した認知症患者のうち、外来患者の割合は3割となっています。

また、平成 27（2015）年度「精神保健福祉資料」によると、本県の認知症治療病棟における認知症入院患者の入院後 1 年時点の退院率は、73.2%となっています。

医療資源についてみると、保健・医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症に関する詳細な診断や、認知症の行動・心理症状（以下、「BPSD」という）と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談等を実施する「認知症疾患医療センター」が、県内に9か所設置されています（広島市が指定した2か所を含む）。

図表 2-1-35 広島県内の認知症疾患医療センター

平成 30（2018）年 3 月 1 日現在

圏 域	認知症疾患医療センター	所 在 地
広島（広島市を除く）	千代田病院	山県郡北広島町今田 3860
広島西	メープルヒル病院	大竹市玖波 5 丁目 2-1
呉	ふたば病院	呉市広白石 4 丁目 7-22
広島中央	宗近病院	東広島市西条町御園宇 703
尾三	三原病院	三原市中之町 6 丁目 31-1
福山・府中	光の丘病院	福山市駅家町向永谷 302
備北	三次神経内科クリニック花の里	三次市十日市東 4 丁目 3-10
広島（広島市）	草津病院	広島市西区草津梅が台 10-1
広島（広島市）	瀬野川病院	広島市安芸区中野東 4 丁目 11-13

また、「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」に沿い、容態に応じた適時・適切な医療・介護等が提供される循環型の仕組みの構築への取組を次のとおり実施しています。

- ・ 地域包括支援センターと認知症疾患医療センターの両者の機能を併せ持つ認知症疾患医療・地域包括支援合併型センターを設置しているほか、在宅で医療・介護サービスを受けていない認知症高齢者を適切に診断等に結びつけるための認知症初期集中支援チームが全市町に設置され活動を開始しています。
- ・ 日常診療に携わる医師（かかりつけ医）の認知症対応力の向上や、治療に携わる医師の他、歯科医師、薬剤師、看護職員のための医療従事者研修を実施しています。
- ・ 物忘れ・認知症相談医（オレンジドクター）認定制度の運用のほか、平成 22（2010）年から、連携の推進役となる「認知症サポート医」を養成しています。
- ・ 認知症介護研修体系のもと、介護従事者への各種の研修を実施するとともに、地域で相談支援活動等を行う認知症介護アドバイザー（オレンジアドバイザー）を養成しています。
- ・ 「ひろしま医療情報ネットワーク（HMネット）」を活用した認知症地域連携パス（ひろしまオレンジパスポート）を作成し、認知症疾患医療センター等で発行しています。
- ・ 本県には、700 人から 800 人の若年性認知症の人が生活していると推計されていますが、若年性認知症は、症状が進むまで適切な支援を受けていないケースが多く存在しています。

平成 22（2010）年度に、若年性認知症の実態に関する調査を実施するとともに、「若年性認知症支援ガイド」を作成し、関係機関に配付しています。また平成 29（2017）年度に若年性認知症支援コーディネーターを設置し、支援のための相談体制や支援ネットワークの構築等に向けた活動を開始しました。

(2) 身体合併症を有する患者の医療体制

平成 27 (2015) 年度NDB集計によると、精神科身体合併症管理加算の算定件数は、人口 10 万人当たり 78.1 件で、全国平均 (44.1 件) より高くなっています。

精神科救急医療システムにおいては、身体合併症に対応できる総合病院は、県内に呉医療センター、マツダ病院、JA 吉田総合病院の 3 医療機関で、軽症の患者は瀬野川病院も受け入れています。

精神疾患を有する患者の高齢化や自殺企図等の患者に適切な診療が求められるなかで、身体合併症を有する患者に対応できる総合病院精神科の確保が必要となっています。

(3) 精神科救急医療体制等

精神疾患の急性症状に対応するため、広島県と広島市が精神科救急情報センターを共同設置し、関係機関と連携を図りながら精神科救急医療体制を整備しています。平成 27 (2015) 年「事業報告」によると、精神科救急情報センターへの相談件数は、1,753 件 (全国平均 1,460 件) です。

緊急な診察等が必要な場合の精神科救急医療システムを整備しており、精神科救急医療センターでは 24 時間、365 日、常時対応をしています。加えて県内の西部において 2 医療機関、東部において 3 医療機関及び後方支援 1 医療機関が「精神科救急医療施設」として、精神科救急の患者の受け入れを行っています。

平成 27 (2015) 年「事業報告」によると、本県の精神科救急医療施設数は、人口 10 万人当たり 0.2 施設で、全国平均 (0.8 施設) より低い状況です。これは、本県は常時対応型の精神科救急医療センターがあり、輪番型の医療施設数が他県と比べて少ないためです。

広島県精神科病院協会に精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターの開設を委託し、瀬野川病院に設置しています。

平成 26 (2014) 年「医療施設調査」によると、本県の救命救急センターで「精神科」を有する施設は 6 施設、入院を要する救急医療体制で「精神科」を有する施設は 26 施設あり、それぞれ、人口 10 万人当たり 0.2 施設、0.9 施設 (全国平均 0.2 施設、0.7 施設) となっています。

なお、精神病床を有する一般病院数は、人口 10 万人当たり 1.5 施設となっており、全国平均 (1.3 施設) より高くなっています。

(4) 措置入院及び医療保護入院等の状況

平成 27 (2015) 年度「衛生行政報告例」によると、本県の年間措置入院患者数は、人口 10 万人当たり 7.4 人で、全国平均 (5.5 人) より高く、医療保護入院患者数は、人口 10 万人当たり 125.6 人で、全国平均 (138.5 人) より低い状況です。平成 27 (2015) 年度「精神保健福祉資料」によると、本県の精神科病院在院患者の保護室の隔離患者数は、在院患者 1,000 人当たり 34.7 人で、全国平均 (34.9 人) をやや下回っています。精神科病院在院患者の身体拘束の実施患者数も、在院患者 1,000 人当たり 24.8 人で、全国平均 (36.2 人) を下回っています。

(5) うつ病・自殺対策

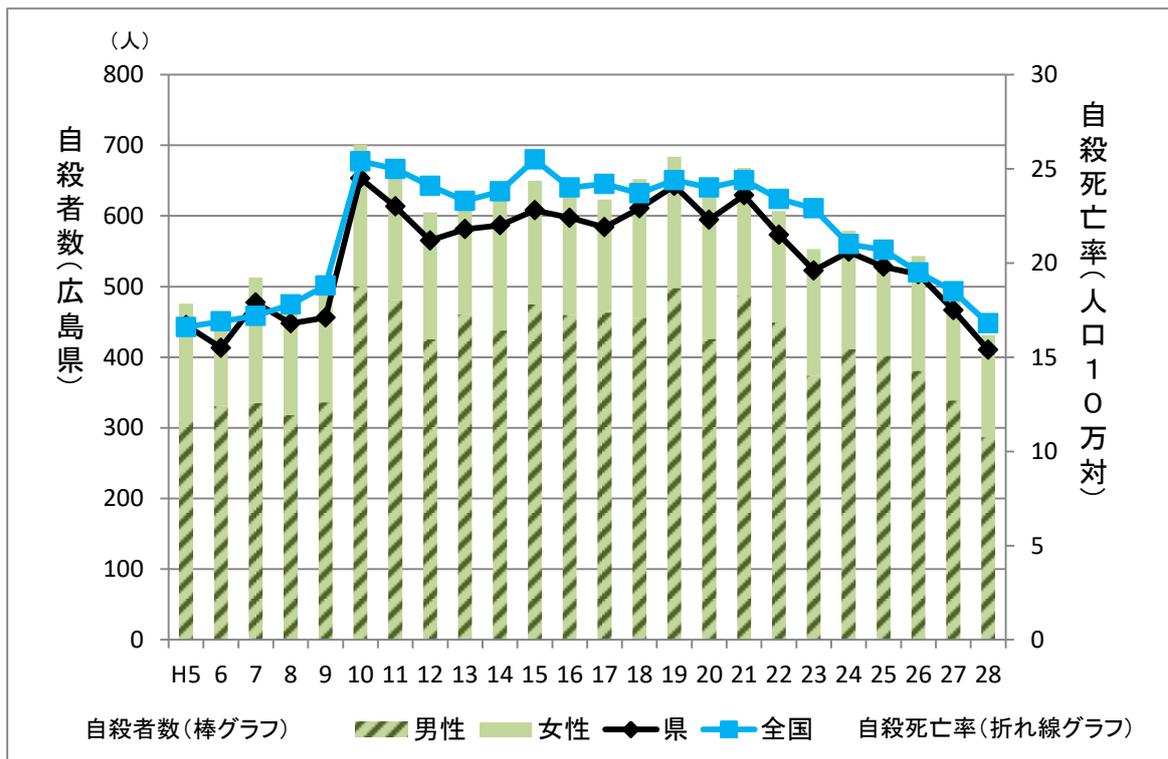
平成 26 (2014) 年「患者調査」によると、精神疾患の総患者数では、うつ病患者が最も多い状況です。また、平成 28 (2016) 年「人口動態調査」によると、本県の自殺者数は、431 人、自殺死亡率は、人口 10 万人当たり、15.4 で、全国平均 (16.8) より低い状況です。平成 10 (1998) 年に 600 人を超え、平成 23 (2011) 年には 14 年ぶりに 600 人を割り込み、平成 27 (2015) 年には 492 人と 400 人台まで減少しています。しかしながら、現在でも年間 400 人を超える県民の尊い命が自殺により失われており、これは、交通事故で亡くなった人の 5 倍という、見過ごすことのできない高い水準で推移しています。

なお、県内の自殺の特徴は、全国と同様に女性よりも男性の自殺者が多く、年齢別では中高年層の自殺者の割合が高くなっています。地域別では、中山間地域は、自殺死亡率が高い傾向があります。

平成 28 (2016) 年度の GP 連携会議の開催地域数及びかかりつけ医と精神科専門医との連携 (GP 連携) 体制の構築ができている地域数は 3 か所です。

※ GP 連携の例：地域レベルでの定期的な連絡会議 (内科等身体疾患を担当する科の医師でうつ病患者を発見したときの日常的な連携体制の構築、ケーススタディ等) の開催、精神科医への紹介システムの導入等

図表 2-1-36 最近の自殺者数の推移



出典：厚生労働省「平成 28 (2016) 年人口動態統計」

(6) 依存症

① 薬物依存症

平成 26 (2014) 年「患者調査」によると、全国の医療機関を継続的に受療している薬物依存症の総患者数は 3,000 人であり、平成 11 (1999) 年の 1,000 人から増加しています。

厚生労働科学研究「こころの健康についての疫学調査に関する研究(2004-2006)」では、薬物依存症者が約 10 万人と推計されており、医療機関を受診している薬物依存症者は未だ少ないのが現状となっています。

平成 29 (2017) 年 7 月現在、県内の精神科病院及び精神科を標榜する診療所のうち 14 施設で薬物依存症の診療実績がありますが、依存症集団療法の算定対象となる研修を修了した医師及び看護師、作業療法士により、薬物関連障害を対象として、「SMARPP」などの依存症回復プログラムを実施している医療機関は瀬野川病院のみです。

図表 2-1-37 薬物依存症の診療実績のある医療機関数 (重複あり)

	入院 医療	外来 医療	回復プログラム		家族相談・ 家族教室	他機関 との連携
				集団療法算定対象		
病 院	3	6	1	1	5	4
診療所		8	1		5	4
計	3	14	2	1	10	8

出典：広島県「依存症対応状況に関するアンケート調査」(平成 29 (2017) 年 7 月)

また、県立総合精神保健福祉センターにおいて、個別相談、家族教室、研修等に加え、SMARPP を基に開発した広島県版の回復プログラム「HIMARPP (ひまーぶ)」を、相談事業の中で実施しています。

② アルコール依存症

平成 26 (2014) 年「患者調査」によると、本県のアルコール性肝疾患推計患者数は、全国平均の人口 10 万人当たり、4.2 人に対し、7.0 人であり、全国で多い方から 9 番目となります。厚生労働省研究班の調査によると男性の 1.0%、女性の 0.1%がアルコール依存症の基準に当てはまり、平成 24 (2012) 年、本県人口におけるアルコール依存症者は、約 12,300 人と推計されます。

アルコール依存症の治療は、主に精神科での入院や通院(自立支援医療を利用)によりますが、県内で治療を受けている人は、平成 24 (2012) 年で約 1,500 人であり、多くのアルコール依存症者がアルコール依存症の治療を受けていないと推定されます。アルコール依存症については専門医療機関が不足している状況で、平成 30 (2018) 年 1 月現在(診療報酬の施設基準※中国四国厚生局管内の施設基準の届出受理状況)、診療報酬に係る施設基準で「重度アルコール依存症入院医療管理加算」を届け出ている医療機関は県内で 9 か所となっています。

③ ギャンブル等依存症

平成 26 (2014) 年に医療機関を継続的に受療しているギャンブル等依存症患者の総患者数は全国で 500 人未満でした。現在、日本医療研究開発機構の委託研究(平成 28 (2016) 年~30 (2018) 年度)により、ギャンブル等依存症に関する実態把握が進められています。

本県の平成 28 (2016) 年度の精神保健福祉センター及び県保健所等におけるギャンブル依存症に関する相談延べ件数は、地域保健・健康増進事業報告によると、電話が 65 件、来所が 17 件となっています。

(7) 災害派遣精神医療チーム（DPAT）

本県では、平成29（2017）年4月現在、DPATを3チーム整備し、災害時における精神医療救護活動を実施できる体制を整備しています。

DPATは、災害急性期から災害慢性期にかけて、被災地内の医療機関や避難所等の精神科診療支援・災害ストレスによる新たな精神的問題への対応等を行います。

(8) 災害時精神科医療

災害発生時に精神科医療機関の被害状況を共有するとともに、精神科患者の搬送や人員、物資等の被災時の支援及び地域における精神障害者支援の体制を構築するため、精神科医療提供体制検討委員会を設置しています。

(9) 児童・思春期精神医療

児童・思春期精神医療は、主に小児科等がその役割を担っています。このうち、平成30（2018）年1月現在（診療報酬の施設基準※中国四国厚生局管内の施設基準の届出受理状況）で、「児童思春期精神科入院医療管理料」を届け出ている医療機関は松田病院（広島市内）1か所です。「児童思春期精神科専門管理加算」を届け出ている医療機関は舟入市民病院、広島市こども療育センター附属診療所（広島市内）の2か所です。

(10) 発達障害

本県の「発達障害の診療を行っている医療機関」については、平成22（2010）年度から本県ホームページにおいて県民に対して情報提供を行っており、平成29（2017）年度97医療機関、医師158人で発達障害の診療を行う医師は徐々に増加しています。しかし、発達障害の初診対応や確定診断、治療ができる専門医や地域のかかりつけ医はいまだ不足しており、一部の発達障害の専門医療機関においては、初診までに6か月以上の待機期間となっています。

図表2-1-38 発達障害の診療を行っている医療機関数・医師数

区 分	平成21年度 (2009)	平成24年度 (2012)	平成27年度 (2015)	平成29年度 (2017)
医療機関数(機関数)	68	75	107	97
医師数(人)	91	103	147	158

出典：広島県「発達障害の診療実態アンケート調査」（平成29（2017）年10月）

指標による現状把握

区分	指標名	全国又は前計画時	現状値	出典
S	精神科を標榜する病院・診療所数，精神科病院数	全国 人口10万人当たり 病院 2.1施設 診療所 2.5施設 精神科病院 0.8施設	人口10万人当たり 病院 2.8施設 診療所 2.5施設 精神科病院 1.1施設	平成26年 医療施設調査 ※精神科病院 は，精神病床の みを有する施設
S	精神科救急医療施設数	全国 人口10万人当たり 施設数 0.8施設	人口10万人当たり 施設数 0.2施設	平成27年 精神科救急医療 体制整備事業報告
S	児童思春期精神科入院医療 管理加算届出施設数	平成24年11月 1施設	平成30年1月 1施設	中国四国厚生局 管内の施設基準 の届出受理状況
S	かかりつけ医等と専門医の 連携（GP連携）会議設置 圏域数	平成23年度 2圏域	平成28年度 3圏域	—
P	年間措置入院患者数	全国 人口10万人当たり 5.5人	人口10万人当たり 7.4人	平成27年衛生行政報告例
P	年間医療保護入院患者数	全国 人口10万人当たり 138.5人	人口10万人当たり 125.6人	平成27年衛生行政報告例
P	県保健所及び市町が実施した 精神保健福祉相談等	全国 人口10万人当たり 被指導実人員 251.7人 被指導延人員 719.7人	人口10万人当たり 被指導実人員 506.3人 被指導延人員 847.1人	平成26年度 地域保健・健康増 進事業報告
P	県保健所及び市町が実施した 精神保健福祉訪問指導	全国 人口10万人当たり 被指導実人員 109.2人 被指導延人員 278.5人	人口10万人当たり 被指導実人員 109.6人 被指導延人員 248.9人	平成26年度 地域保健・健康増 進事業報告
P	精神保健福祉センターにお ける相談等	全国 人口10万人当たり 相談の実人員 18.2人 相談の延人員 112.4人	人口10万人当たり 相談の実人員 20.1人 相談の延任人員 124.6人	平成27年 衛生行政報告例
O	精神病床における入院後3, 6, 12か月時点の退院率	全国 3か月 66.0% 6か月 82.0% 12か月 90.0%	3か月 63.0% 6か月 79.0% 12か月 88.0%	平成26年度 NDB集計
O	精神病床における新規入院 患者の平均在院日数	全国 128日	134日	平成26年度 NDB集計
O	精神科病床における1年未 満入院者の平均退院率	全国 71.7%	70.2%	平成27年度精神保 健福祉資料

区分	指標名	全国又は前計画時	現状値	出典
○	精神病床における退院後3, 6, 12か月時点の再入院率	全国 3か月 23.0% 6か月 30.0% 12か月 37.0%	3か月 28.0% 6か月 34.0% 12か月 41.0%	平成26年度 NDB集計
	1年未満入院患者	3か月 20.0% 6か月 28.0% 12か月 36.0%	3か月 26.0% 6か月 33.0% 12か月 40.0%	
	1年以上入院患者 全国	3か月 37.0% 6か月 40.0% 12か月 43.0%	3か月 39.0% 6か月 41.0% 12か月 44.0%	
○	精神病床における急性期・回復期・慢性期入院患者数 (65歳以上・65歳未満別)	全国 人口10万人当たり	人口10万人当たり	平成26年度 精神保健福祉 資料
	急性期	・65歳以上 19.5人 ・65歳未満 24.6人	・65歳以上 23.7人 ・65歳未満 26.2人	
	回復期	・65歳以上 21.1人 ・65歳未満 15.6人	・65歳以上 28.1人 ・65歳未満 21.0人	
	慢性期	・65歳以上 82.7人 ・65歳未満 62.7人	・65歳以上 109.5人 ・65歳未満 72.4人	
○	自殺死亡率	全国 人口10万人当たり 16.8人	人口10万人当たり 15.4人	平成28年 人口動態統計
○	こころの状態	全国		平成28年 国民生活 基礎調査
	全国日常生活において 悩みやストレスがある	47.7%	49.2%	
	気分障害等に相当する 心理的苦痛を感じている	10.4% (20歳以上)	10.5% (20歳以上)	
○	認知症患者の入院後1年時点の退院率	全国 67.8%	73.2%	平成27年度 精神保健福祉資料

S：ストラクチャー指標，P：プロセス指標，O：アウトカム指標

課 題

1 予防・アクセス

精神科医療機関，その他の医療機関，地域援助事業者，市町などとの重層的な連携による支援体制を構築する必要があります。

講習会等で，精神疾患を正しく理解することで，誤解や偏見が少なくなり，精神障害者の支援者が増えること，自分自身や家族が精神疾患にかかった可能性があるときに受診の遅れを防ぐことが期待されます。本県は，講習会の開催回数，受講者数ともに全国平均よりも少ない状況ですが，精神疾患を正しく理解する機会として講習会等を開催するとともに，様々な機会を通じてより多くの県民へ正しい知識を普及啓発する必要があります。

ストレスや悩みを抱えている人や，気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている人が全国平均より多い状況です。

相談及び訪問は、ストレスや悩みを抱えている人たちに対して、発症予防の支援をする効果が期待されますが、県保健所、市町による被訪問指導延人員は全国平均より少ない状況となっています。再発予防（再入院予防）においては、アウトリーチ（訪問支援）の推進等により、より一層医療機関と行政が連携した支援体制の充実が求められます。

2 治療・回復・地域生活への移行

精神病床における入院需要（患者数）及び地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）の目標を明確にした上で、各種計画（県保健医療計画、県障害福祉計画、市町介護保険事業（支援）計画等）に基づき基盤整備を推し進める必要があります。

本県の精神科病院入院患者の状況を全国平均と比べると、1年未満入院者の平均退院率は低く、退院後3か月時点の再入院率は高い状況となっており、退院後の生活支援体制の整備が必要です。

また、在院期間5年以上かつ65歳以上の退院患者数が、全国平均よりも高くなっています。しかし、第6次保健医療計画の目標値（360人）には達しておらず、在院期間の長い高齢者の退院支援の体制整備が必要です。退院患者平均在院日数は、圏域差はあるものの県全体においては全国平均よりも短くなっています。

精神障害者社会復帰施設の利用状況では、入所系の施設利用、通所系の利用も全国平均よりも低い状況です。精神科訪問看護の利用者数は、単科の精神科病院及び精神科を標榜する診療所ともに全国平均よりも高い状況です。また、精神科デイ・ケア等の利用者数も全国平均よりも高い状況です。

このことから、本県では、精神障害者の地域での生活を支える資源は、社会復帰施設よりも、精神科病院が行うアウトリーチ（訪問支援）、デイ・ケアの方が充実していると考えられます。

県保健所、市町、精神保健福祉センターによる相談及び県保健所、市町による訪問指導は、退院後の患者の生活を支え、再入院予防等の効果が期待されます。ただし、県内の状況としては、県保健所、市町による被訪問指導延人員は全国平均よりも少ない状況で、退院した人の生活を支える支援体制が十分ではありません。

患者の状態に応じた必要な医療の提供と保健・福祉等と連携した体制の確保、早期の退院に向け、地域で支え合えるよう関係機関との連携を中心とした退院支援が必要です。そのため、県拠点機能をもつ医療機関を中心とした人材育成の充実を図る必要があります。

3 多様な精神疾患等ごとの医療

精神疾患を有する患者数は増加傾向にあり、入院、通院患者を合わせて平成29（2017）年度には60,471人となっています。精神疾患には、統合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、発達障害、依存症（アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル等依存症）、PTSD、高次脳機能障害、摂食障害などが含まれます。このような精神疾患に加えて、精神科救急、自殺未遂者への精神科医療も含めて、多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築を進めるとともに、患者本位の医療を実現していけるよう各医療機関の医療機能を明確化する必要があります。

(1) 認知症の発症・進行予防から地域生活の維持

認知症高齢者の推計と比較して、認知症疾患に係る総患者数が非常に少ないことから、適切な医療サービスにつながっていない認知症患者が相当数存在すると推測されます。

また、医療施設で受診した認知症患者のうち、7割が入院することなどから、認知症疾患が重

症化してから医療施設で受診していると考えられます。重症化予防のため、早期の診断・治療が必要です。

認知症は、発症予防が重要です。認知症を引き起こす危険因子である高血圧、糖尿病などの生活習慣病、及び喫煙習慣、肥満、運動不足にならないような取組を行う必要があります。また、認知症は、早期の診断により適切な治療を受けることで、症状の改善や維持、あるいは進行を遅らせることができる場合がありますが、認知症の疑いのある高齢者や家族には、早期段階での受診の重要性が十分認識されていないこと、オレンジドクターやオレンジアドバイザーなどの身近な相談窓口等が十分に知られていないことなどから、早期相談・早期受診が進んでいない状況です。早期診断に向けた普及啓発、医療機関に速やかに相談できる体制の充実が必要です。

認知症の方が早期の診断や認知症及び合併症の治療を受けながら、できる限り住み慣れた地域で生活を継続できるような医療提供体制の構築が必要です。そのため、認知症に係る医療・介護の社会資源をシームレスにつなぎ、認知症の人とその家族の在宅生活を支援していくことが必要です。また、「認知症初期集中支援チーム」の活動を促進し、認知症が疑われる人等を早期に適切なサービスにつなぐことや、認知症の専門医やスタッフが一般病院にアウトリーチして入院患者等の認知症対応に関するアドバイスを行う事業の普及が必要です。

患者の原因疾患や状態に応じた適切な医療とケアを提供するため、医療と介護の関係者における情報共有のための仕組みづくりや、重篤なBPSDや身体合併症に対応できる医療機関の機能情報の集約と提供を行う必要があります。

また、生活機能障害、特に食事動作の障害・摂食嚥下障害については、食事に関する総合リハビリテーションにより、入院中の認知症高齢者のADLの維持向上を図り、早期退院及び在宅生活への移行を促進することが必要です。

若年性認知症の人が利用できるサービスを提供する事業所・施設が不足しているほか、企業関係者等の若年性認知症に関する知識の不足による、就労時の社会的障壁が存在しています。障害者就業・生活支援センターにおける、よりきめ細かな定着支援が必要です。また、幅広い普及啓発に加え、関係機関同士をつなぐ支援ネットワークの構築、総合的な相談体制の確立が必要です。

(2) 身体合併症を有する患者のための医療体制の整備

人口の高齢化に伴い、精神科疾患と身体疾患の合併症がある患者が増加することが見込まれます。精神科救急医療施設と一般救急医療機関との連携及び身体合併症に対応できる総合病院精神科の整備等身体合併症患者の医療提供体制の確保について、検討していく必要があります。また、自殺未遂者は、身体のケアとともに再度の自殺を防ぐための診療体制の充実を図る必要があります。

(3) 精神科救急医療体制の維持

入院形態では、措置入院患者数は全国平均より多く、医療保護入院患者数は全国平均よりも少ない状況です。

精神科救急情報センターへの相談が全国平均よりも多くなっており、患者の病状に応じて速やかに精神科救急医療や専門医療を提供できる体制が必要です。本県においては常時対応型の精神科救急医療センターがあり、輪番型の医療施設と協力しながら効率よく運営されています。

(4) うつ病・自殺予防対策の充実

うつ病や統合失調症等、精神疾患は治療法が確立されており、早期受診、早期治療をするため、発症してから精神科医に受診するまでの期間を短縮する必要があります。うつ病に関しては、初期に精神科以外の診療科を受診することが多く、かかりつけ医の本疾患に対する対応力を高める

ため、内科等の身体疾患を担当する科の医師の資質の向上及びかかりつけ医と精神科専門医との連携（GP連携）の強化を図る必要があります。しかし、備北医療圏域、広島医療圏域の北部の中山間部においては、精神科病院、診療所ともに不足している状況であり、精神科以外の診療科（かかりつけ医）において精神科疾患への対応が求められます。

また、自殺で亡くなった人の数や自殺死亡率は減少傾向にありますが、依然として、自殺者は年間400人を超えており、年齢層別、月別、職業別、原因・動機別、地域別の自殺で亡くなった人の数や自殺死亡率、未遂となった人の状況等から、地域の実情に合わせた対策を検討する必要があります。また、かかりつけ医と精神科専門医との連携（GP連携）の強化を図る必要があります。

未遂となった人への介入支援事業の中で、自殺を予防する大きな要因として、継続した相談が重要であることがわかりました。

身近な人が悩みに気づき、悩みに応じて各種相談機関につなぎ、場合によっては早めの受診を勧奨できる支援体制が整備されていることが必要です。

(5) 依存症に対応する体制の構築

① 薬物依存症

依存症は適切な治療と支援により回復が十分に可能な疾患である一方、依存症の治療を行う医療機関が少ないことや、治療を行っている医療機関情報が乏しいこと、依存症に関する効果的な治療方法が確立していないことなどの理由により、依存症者が必要な治療を受けられないという現状があります。

そのため、依存症者の治療や回復支援の推進には、医療機関を受診していない潜在的な患者が多いという特性を踏まえ、相談体制、医療体制、連携体制の整備が必要になっています。特に医療においては、認知行動療法等の専門的な治療を行える医療機関の充実が必要になっています。

加えて、平成28（2016）年12月には「再犯の防止等の推進に関する法律」が施行され、薬物依存症者等に対して、適切な保健医療サービス等を提供することが求められています。

また、平成28（2016）年6月に「刑の一部執行猶予制度」が施行され、薬物依存症者の再使用（再犯）防止と社会復帰を地域で支援するため、保健医療機関、更正保護機関、民間支援団体等の連携を促進する必要があります。

② アルコール依存症

アルコール健康障害は、本人の健康の問題だけではなく、その家族へ深刻な影響や重大な社会問題を生じさせる危険性が高いことから、アルコール健康障害の発生、進行及び再発の防止を図るため、アルコール健康障害対策を総合的かつ計画的に推進することが必要です。

過度な飲酒は、肝疾患、脳卒中、がん等の生活習慣病を誘因し、長期にわたる多量飲酒は、アルコールへの依存を形成し、本人の精神的・身体的健康を損なうとともに、社会への適応力を低下させ家族等周囲の人にも影響を与えることから、飲酒に伴うリスクについて啓発していく必要があります。

アルコール依存症の回復においては、本人とその家族を孤立させないことが重要であり、自助グループ、相談拠点（窓口）と医療との連携・交流を促進する取組が必要です。

アルコール健康障害に対する相談から治療・回復に至るまで、切れ目のない支援を受けられる体制を構築し、周知する必要があります。また、アルコール依存症が回復する病気であることや回復に対する正しい知識と理解の普及が必要です。

③ ギャンブル等依存症

平成28(2016)年12月に特定複合観光施設区域の整備の推進に関する法律(IR推進法)が施行されましたが、同法案に対する参議院内閣委員会の附帯決議において、ギャンブル等依存症対策を抜本的に強化することが求められています。

(6) 災害時における精神科病院等への支援

災害発生時には、被災した精神科病院から多数の精神科患者の搬送や人員、物資等の支援等が必要となる可能性があります。患者の受け入れや精神症状の安定化等を災害拠点病院のみで対応することは困難であるため、災害時の医療提供体制も整備する必要があります。

現在、県内のDPATのチーム数は3チームとなっており、大規模災害が発生した場合は、活動が困難となることが予想されるため、DPATを数多く養成していく必要があります。

(7) 災害時精神科医療体制の構築

災害発生時に災害の種類や規模に応じて利用可能な医療資源を有効に活用するため、官民が協働して相互に連携する精神科医療提供体制を構築する必要があります。

(8) 児童・思春期精神疾患の医療体制の構築

児童・思春期精神医療で診療報酬の施設基準「児童思春期精神科入院医療管理料」を届け出ている医療機関は1か所、「児童思春期精神科専門管理加算」を届け出ている医療機関は2か所となっており、児童・思春期の心の問題に対して専門的な診療を行う医療機関は不足していると考えられます。

この時期の特性に応じた診療を行う医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等専門職の養成や多職種連携・多施設連携体制の構築が必要です。

(9) 発達障害の医療連携体制の構築

発達障害の早期把握、早期支援を進めていく上で、発達障害の専門的な診療を行う医療機関が不足しているため、専門医の確保を図り、専門医療機関における初診までの待つ期間を短縮していく必要があります。

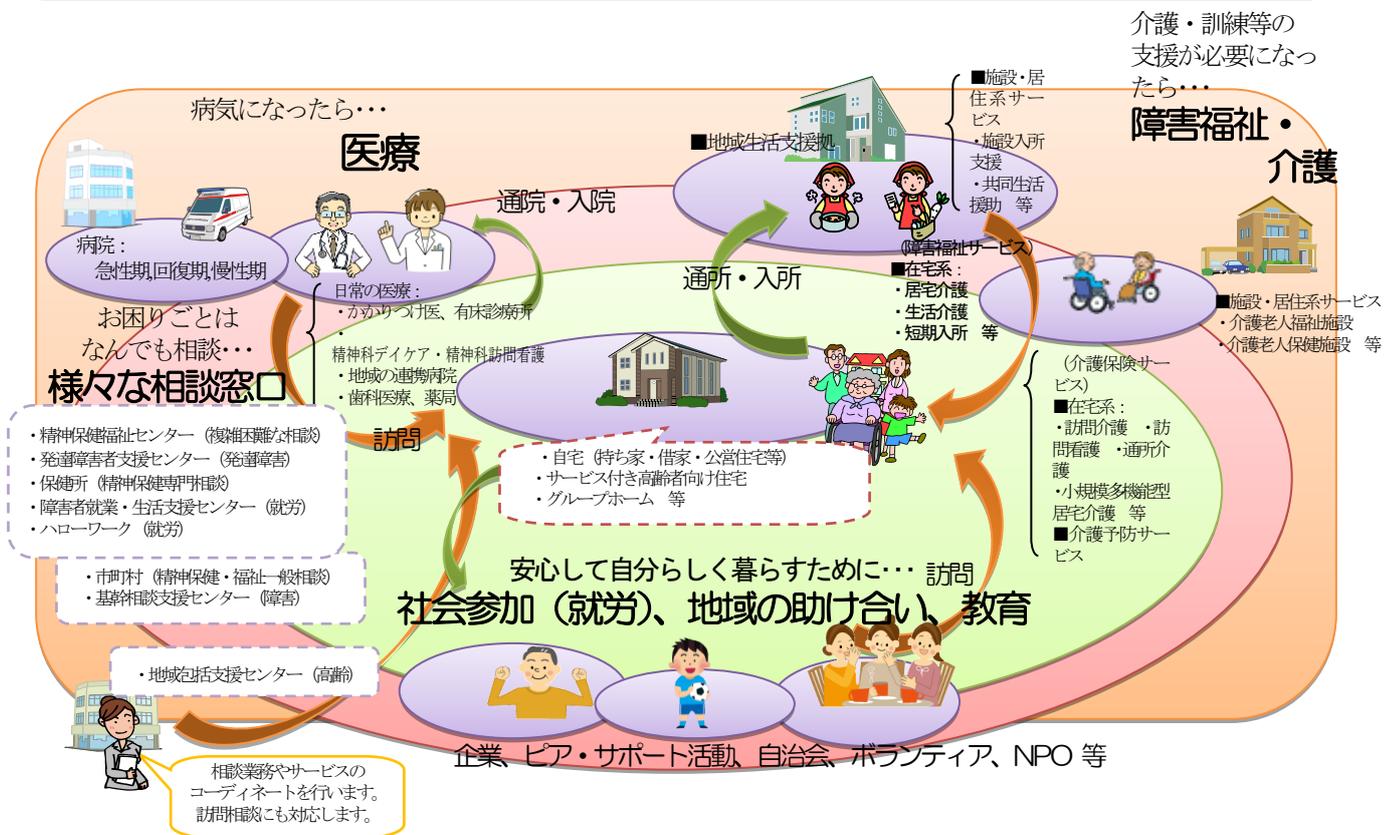
発達障害児・者は、コミュニケーションの困難さや感覚過敏などの個々の特性から、医療を継続して受けにくいことがあるため、発達障害の特性に応じた診療を行う医師の養成や発達障害児・者の診療に対応できる医療機関を増やしていくことが必要です。

また、発達障害児・者が乳幼児期から成人期までのライフステージを通して、必要に応じて医療や支援を受けられるようにするため、地域のかかりつけ医と専門医療機関間や小児科医と精神科医間、地域の関係機関等との連携体制の構築が必要です。

目 標

精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保された地域包括ケアシステムを目指します。このような精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町や障害福祉・介護事業所が、精神障害の程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業所、市町などとの重層的な連携による支援体制の構築を図ります。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）



市町ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場、市町

障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場、県保健所

県での保健・医療・福祉関係者による協議の場、県庁・精神保健福祉センター

区分	指標名	現状値	目標値	出典
○	精神病床における急性期（3か月未満）入院需要（患者数）	[H26]1,437人	[R5]1,330人	平成26年度 精神保健福祉資料
○	精神病床における回復期（3か月以上1年未満）入院需要（患者数）	[H26]1,414人	[R5]1,282人	
○	精神病床における慢性期（1年以上）入院需要（患者数）	[H26]5,232人	[R5]4,482人	
○	精神病床における慢性期入院需要（65歳以上患者数）	[H26]3,150人	[R5]2,766人	
○	精神病床における慢性期入院需要（65歳未満患者数）	[H26]2,082人	[R5]1,649人未満*	
○	精神病床における入院需要（患者数）	[H26]8,083人	[R5]7,094人	
○	精神病床における入院後3か月時点の退院率	[H26]63.0%	[R5]69.0%	
○	精神病床における入院後6か月時点の退院率	[H26]79.0%	[R5]86.0%	
○	精神病床における入院後1年時点の退院率	[H26]88.0%	[R5]92.0%	
○	退院後1年以内の地域における平均生活日数	[H28]314日	（[R5]316日以上）	厚生労働省調査
○	自殺死亡率（人口10万人対）	[H28]15.4人	[R4]14.2人	平成28年 人口動態統計
S	発達障害の診療を行う医師数	[H29]158人	[R4]228人	平成29年発達障害の診療実態アンケート調査

S：ストラクチャー指標，P：プロセス指標，O：アウトカム指標

※ 国の基本指針を基に算定した目標値は1,716人となり，中間見直し時の実績（令和元年）において目標達成しているため，令和元年度の現状値未満を目標値として設定する。

施策の方向

1 重層的な連携による支援体制の構築

(1) 発症の予防及び早期発見・治療のための普及啓発

県民へ正しい知識を普及・啓発することによって精神疾患に対する誤解や偏見をなくし、発症の予防とともに、精神疾患への誤解や偏見から受診が遅れることを防ぎ、早期受診・早期治療で重症化を予防し、早期の回復を図ります。

(2) 地域で支え合えるような支援体制の整備

患者の状態に応じた必要な医療の提供と保健・福祉等と連携した体制の確保と、早期の退院に向け、地域で支え合えるよう関係機関との連携を中心とした支援を実施します。

(3) 保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置

障害保健福祉圏ごとに保健・医療・福祉関係者による協議の場を設置し、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業所、市町などとの重層的な連携による支援体制を構築します。

2 長期入院精神障害者の地域生活への移行

(1) 精神疾患の状態に応じて、訪問医療等の必要な医療を提供し、地域連携により地域生活や社会生活を支える体制の整備

患者が住み慣れた身近な地域で基本的な医療やサービス支援を受けやすい体制の整備を推進し、精神疾患や身体合併症等の様々な患者の状態に応じた医療の提供を確保するよう努めます。

県保健所、市町における相談、家庭訪問等の地域で精神障害者を支える基盤づくりの強化を推進します。

早期の退院に向けた地域定着支援、グループホーム等地域移行の受入体制の拡充、アウトリーチ（訪問支援）を推進します。これらの取り組みにより、精神障害者の精神病床から退院後1年以内の地域における平均生活日数の上昇を推進します。

(2) 障害福祉計画との連携

障害福祉計画（県、市町）と連携を取り、早期の退院に向けた地域定着支援、社会復帰施設の受入体制の拡充及びアウトリーチ（訪問支援）を推進します。

3 多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担を整理

「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」を踏まえて、統合失調症、うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、発達障害、依存症、高次脳機能障害などの多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担を整理し、相互の連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していけるよう、各医療機関の医療機能を明確化していきます。

(1) 認知症の発症・進行予防

認知症の発症予防の取組について、生活習慣病予防及び喫煙習慣、肥満、運動不足にならないよう「健康ひろしま21」と連携しながら対策を進めます。

今後、高齢者が増加し、それに伴って認知症高齢者が増加すると推定されることから、認知症を診る専門医療提供体制の整備を進めていきます。また、認知症対応力向上研修の開催、オレンジドクター認定制度の拡大などを通じ、地域における医療支援体制を充実するとともに、早期診断の重要性や認知症のある人への対応方法等、認知症に関する基礎知識等の普及に取り組み、県民が、オレンジドクターや認知症疾患医療センター等に気軽に相談できるよう広報に努めます。

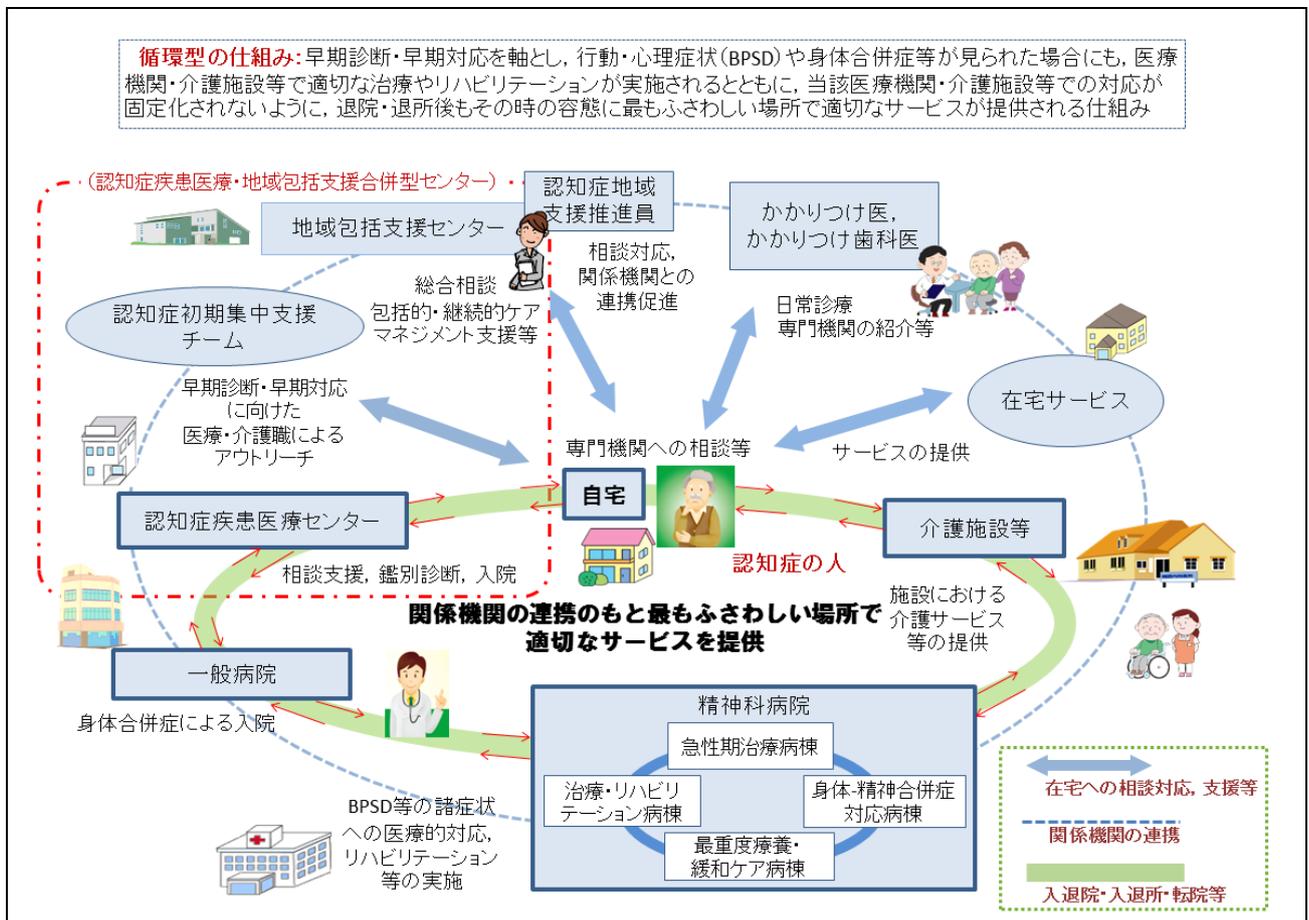
循環型の仕組みの充実に向け、専門医療による早期診断・早期対応から、急性期、身体合併症等、容態に応じた適切な医療サービスが、介護サービスとの適切な連携のもとで提供される体制の確保に努めます。そのため、認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員、認知症サポート医、認知症介護アドバイザー等の各地域の支援機関や支援者の連携が、実効性のあるものとなるよう、県から助言・支援を実施していきます。また、「認知症疾患医療・地域包括支援合併型センター」や、一般病院へのアウトリーチ支援など、先進的な取組についての情報共有を実施するほか、医療と介護の関係者が患者情報を共有する認知症地域連携パス（ひろしまオレンジパスポート）の利用を促進します。

また、精神科医を中心とした多職種リハビリテーションチームによる「認知症総合食事リハビリテーション手技」によって認知症高齢者のADLの維持・向上に努めます。

若年性認知症の人の能力や適性を活かした支援による、継続した就労や活動が可能な社会を実現していきます。そのため、若年性認知症になった人が、若年性認知症支援コーディネーターや若年性認知症コールセンター等の適切な支援に速やかにつながるよう、普及啓発を推進します。

また、若年性認知症の人の自立を支援するネットワークの構築の推進及び支援関係者に対する研修等を実施します。

図表 2-1-39 循環型の仕組みの構築



(2) 身体合併症患者への救急医療提供等

今後も、24時間365日の精神科救急医療と身体合併症を有する患者への適切な医療を提供できるように、引き続き体制の確保を図ります。

身体合併症及び自殺未遂者へ対応する精神科救急医療の確保について精神科救急医療施設と一般救急医療機関等との連携も含めた体制の構築を進めます。

(3) うつ病・自殺予防対策の強化

本県は、平成22(2010)年3月に「広島県自殺対策推進計画～いきる・ささえる広島プラン～」(以下「第1次計画」とする。)を策定し、自殺対策に取り組んできました。この第1次計画が平成27(2015)年度末で終了することに伴い、平成28(2016)年3月にこれまでの総合的な取組を継承しつつ、それぞれの取組の成果を検証しやすい施策体系に見直すとともに、第1次計画で浮き彫りとなった本県の課題について重点的に取り組むこととし、「生きる支援」に向けて実践的な取組の推進を図る「いのち支える広島プラン」として第2次計画を策定しました。

平成29(2017)年には、第2次計画の総括目標(自殺死亡率16.8)を達成しましたが、自殺者数が年間400人を上回る現状や、若年層の自殺が増加傾向にあることから、平成31年(2019)年3月に第2次計画の見直しを行い、この計画に基づき県・市町・関係者が綿密に連携・協働し、包括的な生きる支援に関する取り組みを行っていますが、令和2(2020)年に発生した新型コロナウイルス感染症の影響により社会情勢も大きく変化しており、その変化に応じた自殺対策を総合的に推進していきます。

また、自殺で亡くなった人は、若年層、中高年層及び高齢者層においての原因・動機の多くが健康問題で、そのほとんどが、うつ病を主とする精神疾患を原因としています。そのため、うつ病等の精神疾患の早期発見・早期治療を図るため、かかりつけ医と専門医の連携体制の構築に取り組んできましたが、現状では3圏域にとどまっています。本計画では、全圏域で構築することをはじめ、更なる精神科医療体制の充実に取り組みます。

うつ病の正確な診断ができ、うつ病の状態に応じた医療を提供できるようにするため、精神科以外の診療科の医師を対象に「うつ病対応力向上研修」等を実施します。

ゲートキーパー養成研修を全市町で実施するほか、県保健所、市町の関係職員へうつ・自殺の情報を提供し、研修を充実させ、相談、家庭訪問など地域で精神障害者を支える基盤づくりの強化を図ります。

各圏域ごとに自殺対策に携わる関係者が連携して支援を行うネットワーク体制の構築や、自殺の各段階において対象者への支援を連携調整できる支援コーディネーターの養成等、自殺に携わる関係機関・関係団体の有機的な連携を図り、自殺のメカニズムの全ての段階において切れ目のない支援を実施できる体制の構築に取り組みます。

本県の自殺で亡くなった人は、若年層及び中高年層において、被雇用者・勤め人が多くを占めていること等から、職場におけるメンタルヘルス対策を推進します。

広島県自殺対策推進センターが行う事業としては、情報収集と市町等への情報提供、人材育成研修、市町等における自殺未遂者及び自死遺族等支援に対する助言等があります。

自殺で亡くなった人の数は減少していますが、自殺で亡くなった人のうち未遂の経験がある人は、全体の2割前後を占めています。そのため、未遂となった人の再企図の防止に取り組めます。

(4) 依存症に対応する体制の構築

① 薬物依存症

依存症集団療法の算定対象となる研修を修了した医師等により回復プログラムを実施する医療機関を薬物依存症治療拠点機関（薬物依存症専門医療機関）に指定し、医療機関を対象とした依存症に関する研修や、依存症に関する取組の情報発信を行うことにより、県内における依存症の医療連携体制を構築していきます。

薬物依存症者の再使用（再犯）防止と社会復帰を地域で支援するため、県立総合精神保健福祉センターを相談拠点とし、地域での相談をバックアップするとともに、保健福祉部門と医療機関や更生保護機関等との連携を強化します。

また、捜査機関、矯正施設、更生保護施設、保護観察所、医療・保健・福祉機関及び民間支援団体等を構成員とする「薬物相談事業推進連絡会議」を定期的開催し、県内の薬物依存・薬物乱用に関する情報共有と連携を促進するとともに、各機関の果たすべき役割を調整します。

② アルコール依存症

本県では、平成29（2017）年3月「広島県アルコール健康障害対策推進計画」を策定しました。今後は、この計画に基づき、県・市町・関係者が連携し、飲酒に伴うリスクに関する正しい知識の普及、適切な支援につなぐ仕組みの構築、相談から治療、回復に至る切れ目のない支援体制の整備を重点施策として、アルコール健康障害対策を推進していきます。

具体的には、飲酒に伴うリスクやアルコール依存症について、正しい知識・理解の啓発を推進し、多量の飲酒、未成年者及び妊産婦の飲酒等の不適切な飲酒を防止します。

市町、県保健所等の相談窓口を確保し、関係機関や自助グループ等の民間団体との連携により、適切な指導、相談、医療の提供、社会復帰の支援につなげる体制づくりを行います。

アルコール依存症の治療の拠点となる専門医療機関を整備するとともにアルコール健康障害への早期介入を含め、かかりつけ医、産業医、救急医等と専門医療機関との連携を促進します。

また、アルコール依存症者の回復、社会復帰が円滑に進むよう、社会全体でアルコール依存症並びにその回復及び社会復帰について、理解を促進します。

③ ギャンブル等依存症

ギャンブル等依存症については、対応できる医療機関が限られています。ギャンブル等依存症に対応できる専門職の養成や多職種連携、多施設連携を推進し、必要な時に適切な医療を受けることができる体制の充実を図ります。

(5) 災害県拠点精神科病院の指定等

「医療保護入院、措置入院等の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」に基づく精神医療を行うための診療機能を有する病院を、災害県拠点精神科病院又は災害地域連携拠点精神科病院として、災害時に安定した精神医療を提供できる体制を整備します。

また、これらの病院において、災害派遣精神医療チーム（DPAT）を派遣できるよう、登録チームの増加など体制の強化を推進します。

(6) 児童・思春期精神疾患の医療連携体制の構築

児童・思春期精神疾患の専門的な医療を行う医療機関が不足しているという課題を精神科医療、福祉、行政等関係者間で共有し、その解決に向けた有効な取組について検討します。

更に、身近な地域で早期に必要な医療を受けることができるよう、児童・思春期精神疾患の診療を行う医療機関の医療機能を明確化し、地域の拠点となる専門医療機関と他の医療機関との連携体制の構築に取り組むとともに、児童・思春期精神疾患の特性に応じて、適切な医療が受けられるよう、医療機関の情報提供体制の充実を図ります。

(7) 発達障害の医療連携体制の構築

身近な地域で早期に発達障害を診断し、必要な医療を受けることができるよう、医師や医療スタッフの養成研修を実施するとともに、専門医療機関における臨床研修や国立精神・神経医療研究センター等への医師派遣研修等により、専門医の確保に取り組みます。

発達障害の診療を行う医療機関の医療機能を明確化し、地域の拠点となる専門医療機関と他の医療機関との連携体制の構築に取り組むとともに、発達障害児・者の個々の特性に応じて、適切な医療が受けられるよう、医療機関の情報提供体制の充実を図ります。

また、発達障害児・者の早期把握とライフステージを通じた切れ目のない支援を行うため、かかりつけ医、専門医療機関、地域の保健、福祉、教育、労働、司法等の関係機関の連携・協力体制の構築に取り組みます。

医療連携体制

1 多様な精神疾患等ごとの医療連携体制について

精神疾患等の医療連携体制については、統合失調症、うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、発達障害、依存症、PTSD、高次脳機能障害、摂食障害、災害精神医療などの多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担を整理し、相互の連携を推進するとともに、各医療機関の医療機能を明確化し、地域連携拠点機能及び県連携拠点機能の強化を図っています。

児童・思春期精神疾患、依存症、PTSD、摂食障害、発達障害については、対応できる医療機関が限られており、今後引き続き、現状把握を進め、方策の検討を行うとともに、これらの医療機能の情報について集約して県民へ情報提供し、必要な時に適切な医療を受けることができる体制の充実を図ります。

2 災害時における公的支援の在り方と精神科病院等の体制強化について

精神科病院等が被災し、甚大な被害を受けた場合に公的救出・援助活動、これと連携した精神科病院間の相互支援体制を確立するとともに、災害拠点精神科病院を整備し、移送、医薬品、食料等の支援及び疾患特性を考慮し、災害時に安定した精神医療を提供できる体制の確保に努めます。更に、入院患者のみならず、地域で精神科医療を必要とする者への支援及び医療提供体制を構築します。

また、これらの病院において、DPATを派遣できるよう、登録チームの増加など体制の強化を推進します。

精神疾患等の地域連携拠点機能及び県連携拠点機能は、図表 2-1-40 のとおりです。

広島県精神科救急医療施設圏域については、図表 2-1-41 のとおりです。

また、指定病院、応急入院指定病院、精神科救急医療施設の指定状況については、図表 2-1-42 のとおりです。

(注) 地域連携拠点機能及び県連携拠点機能

第7次保健医療計画においては、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」を踏まえて、統合失調症、うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症、発達障害などの多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担を整理し、相互の連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していけるよう、次の医療機能を明確化しました。

- ・地域連携拠点機能：地域ネットワーク構築のための地域連携会議の運営支援や地域・患者への積極的な情報発信、難治性精神疾患・処遇困難事例の受け入れ、地域の当事者団体等と共同し合同相談会や勉強会を開催する等の役割を果たす機能
- ・県連携拠点機能：地域ネットワーク構築のための地域連携会議の運営や県民・患者への積極的な情報発信、専門職に対する研修プログラムの作成と企画運営、地域連携拠点機能を担う医療機関からの個別相談への対応、難治性精神疾患・処遇困難事例の受け入れ、県の当事者団体等と共同し合同相談会や勉強会を開催する等の役割を果たす機能

図表 2-1-40 精神疾患等の地域連携拠点機能及び県連携拠点機能

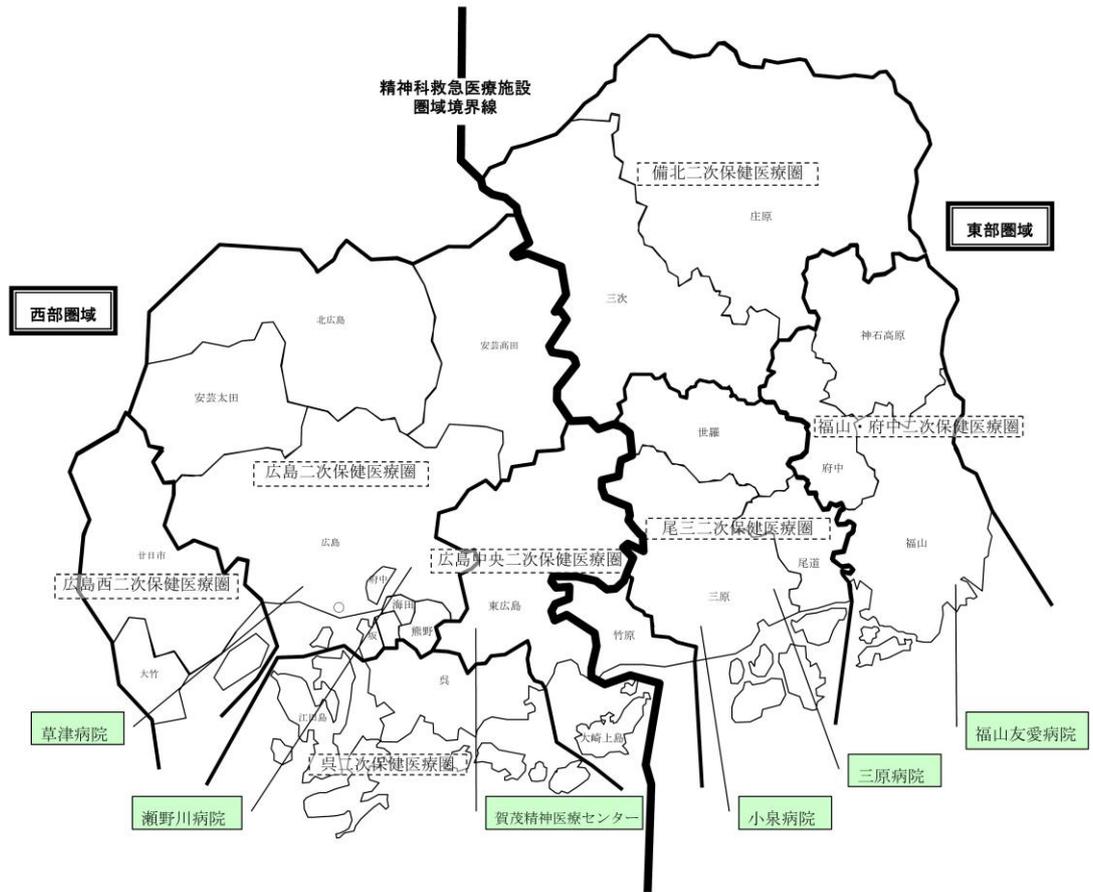
平成 30 (2018) 年 3 月 1 日現在

圏域	医療機関	所在地	病床数 (うち精神)	統合失調症	認知症	児童・思春期	精神科救急	災害医療	身体合併症	PTSD	てんかん	高次脳機能障害	摂食障害	うつ・自殺対策	依存症	発達障害	
広島 (15)	広島市民病院	広島市中区	743(28)						◎		◎			◎			
	舟入市民病院	広島市中区	156(0)			◎											
	広島市こども療育センター(本館・北部・西部)	広島市東区・安佐北区・佐伯区	-													◎小・精	
	京橋心療クリニック	広島市南区	-										◎				
	県立広島病院	広島市東区	743(50)										☆				
	広島大学病院	広島市東区	743(50)										☆	☆		◎小・精	
	松田病院	広島市東区	743(50)										◎			☆	
	草津病院	広島市東区	743(50)												◎薬・ア		
	広島市立リハビリテーションセンター	広島市東区	743(50)									◎					
	安佐市民病院	安佐南区	743(50)														
	浅田病院	安佐南区	743(50)														
	瀬野川病院	安佐南区	743(50)												☆	薬・ア・ギ	
	JA吉田総合病院	安芸高田市吉田町	340(120)							◎							
	マツダ病院	府中町青崎南	270(0)							◎							
	千代田病院	北広島町今田	158(158)		◎												
広島西 (4)	メープルヒル病院	大竹市玖波	386(296)		☆												
	広島西医療センター	大竹市玖波	440(0)													◎小	
	JA広島総合病院	廿日市市地御前	561(0)								◎						
	廿日市記念病院	廿日市市陽光台	126(0)									◎					
呉 (5)	呉医療センター	呉市青山町	700(50)						☆		◎			☆			
	呉中通病院	呉市中通	123(0)									◎					
	呉みどりヶ丘病院	呉市阿賀北	304(304)												◎ア		
	ほうゆう病院	呉市阿賀北	323(323)	◎													
	ふたば病院	呉市広	208(208)	◎													
広島中央 (6)	井野口病院	東広島市西条土与丸	188(0)									◎					
	賀茂精神医療センター	東広島市黒瀬町	412(312)	☆			◎	☆									
	県立障害者リハビリテーションセンター	東広島市西条町	275(0)										☆				
	東広島医療センター	東広島市西条町	435(0)								◎						
	宗近病院	東広島市西条町	216(216)		◎												
	わかば療育園	東広島市八本松町	55(0)													◎小・精	
尾三 (5)	小泉病院	三原市小泉町	392(392)	☆			◎	◎							◎ア		
	三原病院	三原市中之町	405(405)	◎	◎	◎	☆	◎									
	県立広島大学保健福祉学部附属診療センター	三原市学園町	-													◎小	
	JA尾道総合病院	尾道市平原	393(0)								◎						
	尾道市公立みつぎ総合病院	尾道市御調町	240(0)									◎					
福山・府中 (6)	脳神経センター大田記念病院	福山市沖野上町	178(0)								◎	◎					
	光の丘病院	福山市駅家町	175(175)		◎										◎ア		
	福山市民病院	福山市蔵王町	506(0)						◎								
	こども発達支援センター	福山市三吉町	-													◎小	
	福山友愛病院	福山市水呑町	361(361)	◎			◎	◎							◎薬		
	福山若草園	福山市水呑町	60(0)													◎小	
三次 (5)	市立三次中央病院	三次市東酒屋町	350(0)								◎						
	三次病院	三次市粟屋町	283(235)	◎											◎ア		
	子鹿医療療育センター	三次市粟屋町	84(0)													◎精	
	三次神経内科クリニック花の里	三次市十日市東	-		◎												
	三次地区医療センター	三次市十日市東	150(0)									◎					
一	広島うつ病医療ネットワーク	-	-										◎				

注1) ☆：県連携拠点，◎：地域連携拠点
 注2) 災害医療について，災害が県内で発生した場合は，すべての精神科の医療機関で対応することとする。
 注3) PTSDについては，広島県精神科病院協会，広島県精神神経科診療所協会と連携する。

- 注4) てんかんについては、地域及び院内において脳神経外科のみならず、脳神経内科・精神科・小児科と連携することとする。
- 注5) 広島うつ病医療ネットワーク：うつ病医療について、連携しながら活動している医療機関
- 注6) うつ・自殺対策については、「いのち支える広島プラン（H28.3）（広島県自殺対策推進計画（第2次））」で推進している各圏域での連携支援ネットワーク体制等の活用も検討する。
- 注7) 依存症の欄の薬は薬物依存症、アはアルコール依存症、ギはギャンブル依存症に対応できることを意味する。
- 注8) 発達障害は、小は小児科、精は精神科での対応を意味する。広島市子ども療育センターは、主として広島市域を所管する。広島大学病院においては、医師の人材育成機能を担う。

図表 2-1-41 広島県精神科救急医療施設圏域図



図表 2-1-42 指定病院，応急入院指定病院，精神科救急医療施設の指定状況

令和2（2020）年4月1日現在

病 院 名		国立・県立	指定病院	応急入院 指定病院	精神科救急 医療施設
西部保健所	メープルヒル病院			○(※)	
	友和病院				
	敬愛病院				
広島支所	府中みくまり病院		□	○(※)	
	安芸太田病院				
	千代田病院				
	広島県厚生連 吉田総合病院		□		
呉支所	国立病院機構呉医療センター	◎			
	呉みどりヶ丘病院		□		
	ほうゆう病院		□	○	
	ふたば病院		□	○	
	呉やげやま病院		□	○	
	吉田病院		□		
	安浦病院				
西部東保健所	独立行政法人国立病院機構 賀茂精神医療センター	◎		○(※)	●
	A O I 広島病院				
	宗近病院		□	○	
	竹原病院				
東部保健所	小泉病院		□	○(※)	●
	三原病院		□	○(※)	●
	青山病院				
福山支所	光の丘病院		□	○(※)	
	福山こころの病院		□	○	
	蔵王病院		□	○(※)	
	下永病院		□		
	福山友愛病院		□	○(※)	●
	府中市立湯が丘病院		□		
北部保健所	三次病院		□		
広島市	広島大学病院	◎			
	県立広島病院	◎			
	広島市民病院				
	広島第一病院		□	○(※)	
	比治山病院		□		
	松田病院		□		
	己斐ヶ丘病院		□		
	草津病院		□	○(※)	●
	安佐病院		□		
	児玉病院		□		
	瀬野川病院		□	○(※)	●
	養神館病院		□		
	ナカムラ病院				
	計		4	26	16

※ 特例措置を採ることができる応急入院指定病院及び特定病院

第2節 救急医療などの医療連携体制

1 救急医療対策

現 状

平成 29（2017）年版「救急・救助の現況」（総務省消防庁）によると、本県における平成 28（2016）年中の救急車による傷病者の搬送人員数は、114,188 人で、人口 1,000 人あたり 40.2 人と全国平均（44.2 人）を下回ってはいますが、平成 23（2011）年から 5,149 人増加しています。

また、本県の救急隊総数は 13 消防本部で 126 隊、救急隊員数は 1,129 人、救急車稼働台数は 163 台です。人口 10 万人あたりの救急車稼働台数は 5.7 台で、全国平均（4.9 台）を上回っています。

1 適切な病院前救護活動が可能な体制

(1) 地域住民の救急医療への理解・救急蘇生法の実施等

① 救急搬送の現状

平成 28（2016）年中の救急車による傷病者の搬送人員数は、114,188 人で、そのうち、傷病の程度が重症のものが 11,766 人、中等症のものが 54,984 人で、全体の 58.5%を占めています。一方、傷病の程度が軽症の者が 45,964 人で、全体の 40.3%を占めています。

図表 2-2-1 傷病程度別搬送人員及び構成比（平成 28（2016）年中）（人、%）

合計	死亡		重症		中等症		軽症		その他	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
114,118	1,429	1.3	11,766	10.3	54,984	48.2	45,964	40.3	45	0.0

出典：平成 29（2017）年版「救急・救助の現況」

② A E D（自動体外式除細動器）の設置及び救急蘇生法講習

平成 18（2006）年度から県立施設への配備を進め、平成 29（2017）年 5 月現在 2,654 台が配備されています。また、その設置場所等についてはインターネットにより情報提供が行われています。

心肺蘇生の実施や A E D（自動体外式除細動器）使用等の救急蘇生法等の講習については、消防機関、日本赤十字社広島県支部等において実施されています。平成 29（2017）年版「救急・救助の現況」によると、本県における県民の救急蘇生法等の講習の受講率は、人口 1 万人あたり 98.5 人と、全国平均（110.0 人）を下回っています。

③ 目撃された心原性心肺停止傷病者の転帰

迅速かつ適切な救急蘇生法等の実施及び救急搬送は、心肺機能停止傷病者の救命率の向上に寄与しますが、平成 29（2017）年版「救急・救助の現況」（総務省消防庁）によると、本県における、心臓が原因で心肺機能が停止した時点が一般市民により目撃された人の 1 か月後生存率は 11.7%で、全国平均（13.3%）より低く、その 1 か月後社会復帰率は 6.8%となっています。

図表 2-2-2 心臓が原因で心肺機能が停止した時点が一般市民により目撃された人数等

	平成 24 年	平成 25 年	平成 26 年	平成 27 年	平成 28 年
症例数	373 人	367 人	344 人	391 人	366 人
1 か月後生存数	43 人	39 人	42 人	52 人	43 人
1 か月後生存率	11.5%	10.6%	12.2%	13.3%	11.7%
1 か月後社会復帰者数	11 人	24 人	30 人	23 人	25 人
1 か月後社会復帰率	2.9%	6.5%	8.7%	5.9%	6.8%

出典：平成 29（2017）年版「救急・救助の現況」

(2) 医療機関への患者搬送

① 病院前救護体制

病院前救護（プレホスピタルケア）は、救急救命士が医師の指示の下で、傷病者が医療機関に搬送されるまでの間に救急救命処置を行うことであり、病院前救護体制を強化することで、傷病者の救命率の向上等が期待されます。

消防機関においては積極的に救急救命士の養成に取り組み、平成 29（2017）年版「救急・救助の現況」によると、本県の救急救命士の資格を持つ救急隊員数は 656 人、人口 10 万人あたり 23.1 人で、全国平均（21.8 人）を上回っています。また、本県における救急隊のうち救急救命士が常時救急車に同乗している割合は 96.8%で、全国平均（91.2%）を上回っています。

県では、救命率向上を図るため、救急救命士を含む救急隊員が救急現場で行う応急処置等の質を、医学的観点から保証するための、「指示・指導体制」「事後検証体制」「教育・研修体制」（メディカルコントロール体制）を全保健医療圏（7 圏域）で整備しています。

救急救命士の技能向上に向けて、各圏域のメディカルコントロール協議会においては、病院実習体制の整備が図られるとともに、医師の指示下における救急救命士による特定行為の処置の拡大が進められています。近年では、平成 26（2014）年から、救急救命士による「心肺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」が認められ、県内でも各圏域のメディカルコントロール協議会において必要な講習等が開催され、実施可能な救急救命士の認定が進んでいます。

② 傷病者の救急搬送状況

平成 29（2017）年版「救急・救助の状況」によると、平成 28（2016）年中の救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した平均時間は 39.4 分で、全国平均（39.3 分）と同程度となっています。

③ 救急搬送受入困難事案

平成 27（2015）年「救急搬送における医療機関の受入状況実態調査」によると、本県における平成 27（2015）年中の、重症以上の傷病者の搬送（10,119 件）における、傷病者の受入に時間を要し、搬送先医療機関が速やかに決定しない受入困難事案の発生状況は、現場滞在時間 30 分以上の場合が 776 件（7.7%）、医療機関への搬送受入要請 4 回以上の場合（現場滞在時間 30 分以上の場合との重複含む）が 304 件（3.0%）で、全国平均（それぞれ 5.2%、2.7%）をいずれも上回っています。

特に、広島市を中心とした広島二次保健医療圏においては、平成 27（2015）年中で、重症以上の受入照会が 4 回以上の件数の割合が 4.3%で、広島県全体の 3.0%及び全国平均 2.7%を上回っています。

④ 救急医療情報ネットワークシステムを活用した搬送受入要請の支援

県では、昭和 55（1980）年度に救急患者の搬送支援を行うことを目的に、救急医療情報ネットワークシステムの運用を開始しています。平成 9（1997）年度からはインターネットの利用により、幅広い医療情報を県民や保健医療関係者に提供し、救急医療体制を側面的に支援しています。

このシステムでは、救急医療機関が入力した応需情報（診療科ごとの受入体制）についても、消防機関に対して随時情報提供しており、消防機関等にタブレット端末 171 台を配備しています。

特に、広島二次保健医療圏については、救急患者の搬送先選定困難時に、救急隊がタブレット端末を活用して、救急現場から複数の医療機関に対して一斉に受入要請を行うことができる機能「こまっTEL」を付加し、円滑な搬送先医療機関の選定を支援しています。

⑤ 搬送手段の多様化・いち早い救命医療のスタート等

従来の救急車や県及び広島市が保有している防災・消防ヘリコプター2機を活用した救急搬送に加え、平成 25（2013）年 5 月に、広島大学病院を基地病院として救急医療用ヘリコプター（ドクターヘリ）の運航を開始し、平成 28（2016）年度には、518 回の出動要請を受けて、そのうち 367 件について出動しました。

また、より効率的で効果的な活用を図るため、中国地方 5 県でドクターヘリ広域連携に係る基本協定を締結し、ドクターヘリの相互活用及び災害時の相互協力を行っており、平成 29（2017）年 9 月までの累計で、670 件のドクターヘリの広域連携による出動を実施しました。

これにより、医療機関への迅速な患者搬送は基より、医師等が現場に出向き、患者の状態を把握し必要な治療などの判断を行うことで、いち早く救命医療をスタートさせることが可能となっています。

2 重症度・緊急度に応じた医療が提供可能な体制

(1) 三次救急医療体制（救命救急医療機関）

三次救急医療は、二次救急医療機関では対応が困難な複数の診療科領域にわたる重篤な傷病者等に対し、24 時間 365 日体制で高度な医療を総合的に提供するもので、県内には、複数の二次保健医療圏を対象とした救命救急センターを 4 か所、救命救急センターの機能に加えて、広範囲熱傷や指肢切断等の特殊傷病に対応できる高度救命救急センターを 1 か所、救命救急センターへのアクセスに時間を要する地域の重篤な傷病者に対応する地域救命救急センターを 2 か所設置しています。

平成 29（2017）年度「救命救急センターの評価結果」（厚生労働省）によると、本県の救命救急センターはすべて、充実度評価 A と評価されています。

(2) 二次救急医療体制（入院を要する救急医療を担う医療機関）

二次救急医療は、入院治療を必要とする重症救急患者に対応する医療で、「病院群輪番制病院」を基本に、救急告示医療機関も含め、休日・夜間における体制が確保されています。

平成 29（2017）年 12 月現在、県内には救急病院・診療所（救急告示医療機関）が 140 か所ありますが、経年的に減少しています。また、病院群輪番制の運営のために設定した 14 救急医療圏すべてにおいて、病院群輪番制が運営されています。

(3) 初期救急医療体制（初期救急医療を担う医療機関）

初期救急医療は、外来診療により救急医療を行う最も地域に密着した体制であり、「在宅当番医制」、「休日夜間急患センター」、「休日等歯科診療所」等によって実施されています。

平成26（2014）年「医療施設調査」（厚生労働省）によると、本県における一般診療所のうち、初期救急医療に参画する診療所の割合は34.8%で、全国平均（16.5%）を大きく上回っています。「在宅当番医制」は、県内全ての市町において、各市郡地区医師会の協力を得て実施されています。

休日等歯科診療は、地区歯科医師会等が設置している口腔保健センター等4施設で実施されています。

また、県民が在宅当番医情報や受診可能な初期救急医療機関等の情報をいつでも得られるよう救急医療情報ネットワークシステムを運営し、インターネット、ファクシミリ、電話を通じた情報提供サービスを実施しており、そのアクセス件数は増加しています。（平成28（2016）年度アクセス件数：約157万件）

(4) 診療科や地域における救急医療体制

① 精神科救急医療体制

精神科救急医療センターでは24時間、365日、常時対応をしています。

加えて県内の西部において2医療機関、東部において3医療機関及び後方支援1医療機関が「精神科救急医療施設」として、精神科救急の患者の受け入れを行っています。精神科救急医療施設は、単科の精神科病院で構成されています。

② 広島市を中心とした広島都市圏における救急医療体制

広島市を中心とした広島都市圏では、二次救急医療体制の強化を図るため、広島市立広島市民病院を救急医療コントロール機能（管制塔機能）を担う医療機関と位置付け、受入先の決まらない救急患者を一旦受入れ、初期診療を行ったうえで、必要に応じて二次救急医療機関等の支援医療機関へ転院させるなど、受入困難事案の解消に努めています。

③ 県東部における救急医療体制

福山・府中圏域と県境を接する岡山県の井笠地域とは、就労や消費活動などの生活圏として結びつきが強く、救急医療体制においても、井笠地域からの救急搬送等の福山・府中圏域での受け入れや、福山夜間成人診療所への井笠地域の医師の参画など、圏域を越えた連携が図られています。

3 救急医療機関等から療養の場へ円滑な移行が可能な体制

(1) 救命救急医療機関等から転院を受け入れる体制

治療や療養を要する患者が、日常の生活の場において必要な医療が受けられるよう、多職種連携による在宅医療の支援体制の構築や、在宅医療に関する普及啓発を行うため、在宅医療推進拠点が整備されています。

(2) ひろしま医療情報ネットワーク（HMネット）

平成25（2013）年2月に、広島県民の万が一の備えとして、ひろしま医療情報ネットワーク（HMネット）の運営を開始しました。HMネットには、医療機関や薬局等で診療情報を共有する機能や「命の宝箱」（緊急時の必要情報を登録し、この情報をもとに適切で迅速な救急医療を行うことができる）の機能など多様な機能があります。

課 題

1 適切な病院前救護活動が可能な体制

(1) 地域住民の救急医療への理解・救急蘇生法の実施等

① 救急医療の啓発

9月の「救急の日」,「救急医療週間」に合わせて,救急車の適切な利用や救急蘇生法等の講習への参加を呼び掛けるポスター掲示やリーフレット配布,救急医療功労者知事表彰を通じて,救急医療の啓発に取り組んでいますが,平成28(2016)年度で,救急搬送における軽症者の割合は40.3%(H24(2012):41.2%),救急蘇生法等の講習の受講者数は27,712人(H24(2012):27,733人)で,横ばいで推移しており,改善する必要があります。

② AED(自動体外式除細動器)の設置及び救急蘇生法等の講習

公共施設におけるAEDの設置は,着実に進んでいるものの,その利用等に関する救急蘇生法等の講習受講率は全国平均を下回っており,AEDの活用に向けた課題となっています。

(2) 救急医療機関への円滑な搬送と医療機関における受入体制の確保

① 迅速・円滑な救急医療機関への患者搬送

傷病者の状況に応じた,より迅速で円滑な救急搬送と医療機関による受入を図るため,平成21(2009)年の消防法の一部改正に伴い,本県では,平成23(2011)年8月に,医療機関の分類基準に基づく医療機関リストや傷病者の状況を確認するための観察基準,傷病者を搬送する医療機関の選定基準等を定めた「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」を策定しましたが,本県の救急搬送に要する平均時間は,年々,長くなっています。

また,県では救急搬送の迅速化等を目的に,救急医療情報ネットワークシステムを活用した搬送受入要請の支援を行っていますが,救急医療機関による応需情報の入力十分ではないこと等から,システムを有効に活用できていません。

② 傷病者の疾病や症候に合った円滑な搬送と受入体制の確保

救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した時間は,症候によりばらつきがあり,県メディカルコントロール協議会調べによると,現場滞在が30分以上の件数としては,「外傷」が2,065人,「意識障害・痙攣」が864人と多く,搬送人数に占める割合は,「精神疾患」が28.0%,「中毒」が26.2%,「複数診療科必要」が21.6%,「外傷」が16.2%となっています。

また,受入照会4回以上の搬送状況としては,「外傷」が827人,「意識障害・痙攣」が235人と多く,搬送人数に占める割合は,「指肢切断」が16.7%,「複数診療科必要」が9.2%となっており,症候ごとに,搬送時間や受入困難の発生に大きな相違があることから,救急搬送困難事例の解消を図るためのメディカルコントロール体制の強化が求められます。

③ 救急医療に係る情報提供

救急医療情報ネットワークシステムによる在宅当番医情報や受診可能な初期救急医療機関等の県民向け情報提供サービスを実施しています。合わせて,二次救急医療機関等の応需情報を入力することで,受入医療機関の確保に努めていますが,医療機関等の入力率が低く,搬送の効率化・分散化につながっておらず,「こまっ TEL」の運用においても,受信方法等の問題から,医療機関の「気づき」が遅れる傾向にあり,受入体制が十分であるとは言えません。

平成25(2013)年2月に運用を開始した「ひろしま医療情報ネットワーク(HMネット)」の「命の宝箱」の機能により、救急搬送される際に救急隊に「治療中の病気」や「服用している薬」、「アレルギー」、「手術歴」等を予め登録することで、救急・けがなどの緊急時など本人が症状説明できない時に、この情報をもとに適切で迅速な救急医療を行うことができますが、現時点ではシステム上、その運用に至っていません。

④ ドクターヘリ等による救急医療・救急搬送

緊急度・重症度の高い傷病者に対する、医師による早期の医療の介入は、病院前救護体制の質の向上につながり、救命率の向上や傷病者の転帰の改善など、救急医療体制の更なる充実が期待されます。

ヘリコプターは、短時間で長距離を移動できる高い機動性をもっており、ドクターヘリの継続的な運航が求められるとともに、中国5県をはじめとした近隣県のドクターヘリとの相互乗り入れの連携を進める必要があります。

2 重症度・緊急度に応じた医療が提供可能な体制

(1) 患者の状態に応じた救急医療体制

医師・看護師等医療従事者の不足等により、二次救急医療体制を支える救急病院・診療所(救急告示医療機関)の数が減少しているため、各圏域の二次救急医療体制を支える医療機関の負担が増大しています。

また、多くの軽症患者が直接二次救急医療機関を受診することや、それにより、本来受け入れるべき患者が三次救急医療機関に流れることで、二次・三次の救急医療機関の負担が増大するといった、救急医療体制が十分に組めない状況を解消し、救急医療体制の維持・確保に向けた取組みを推進するためには、医師会、大学、市町や消防機関等の関係機関との連携が欠かせません。

(2) 救急医療に係る資源の効率的な配置とアクセス時間を考慮した整備

医師や看護師等の人材確保が困難な状況において、救急医療資源の効率的な配置が望まれます。

(3) 救急医療に係る医療機関等の連携

二次救急医療機関に多くの軽症患者が直接受診することにより、本来担うべき救急医療に支障を来す可能性や、重度の後遺症等により在宅への復帰ができない急性期を脱した患者や、院内の連携不足により一般病棟に円滑に転床できない患者がいることで、結果として救命救急センターでありながら新たな重症患者を受け入れることができないといった点が指摘されています。

(4) 診療科や地域における救急医療体制

① 精神科救急医療体制

今後、人口の高齢化に伴い、精神科疾患と身体疾患の合併症がある患者が増加することが見込まれます。精神科救急医療施設と一般救急医療機関との連携等身体合併症患者の医療体制の確保について、検討していく必要があります。

自殺未遂者は、身体のケアとともに再度の自殺を防ぐための診療体制の充実を図る必要があります。

② 広島市を中心とした広島都市圏における救急医療体制

広島市消防局管内の、輪番時間帯（18時～8時）における搬送人員のうち受入照会が4回以上の割合は、全体で6.7%（平成28（2016）年）で、そのうち外科が12.7%、整形外科が11.2%となっており、外科系の診療科における救急患者の受入体制について、改善が必要とされています。この背景の一つに、夜間に多数の軽症患者が病院群輪番制病院を受診している実態があることも示唆されています。

③ 県東部における救急医療体制

県境である福山・府中圏域と岡山県井笠地域においても、高齢化の進展に伴い、救急搬送の増加傾向が続くことが予測されます。互いに限られた医療体制で、より質の高い救急医療を提供するためには、地域の救急医療機関において、人的支援や情報共有を図りながら、県境を越えた救急医療体制を整備する必要があります。

3 救急医療機関等から療養の場へ円滑な移行が可能な体制

(1) 救命救急医療機関等から転院を受け入れる体制

急性期を脱した患者で、重度の後遺症等により在宅への復帰が容易でない患者を受け入れる医療機関や介護施設等と、救命救急医療機関との連携の強化や在宅に戻るための関係機関の連携による、切れ目のない継続的な医療体制の構築のために、地域包括ケアシステムの推進が望まれます。

(2) HMネットの普及

HMネットは、まず、県民が登録することが必要ですが、平成28（2016）年度末時点で、約20,000人の登録に留まっています。

目 標

病院前救護・救急医療機関等から療養の場への切れ目のない円滑な医療を提供することを目標に、次の指標を設定する。

区分	指標名	現状値	目標値	出典等
○	心肺機能停止患者の一か月後の生存率	[H28] 11.7%	[R5] 14.0%以上	消防庁「救急救助の現況」 ※心原性でかつ一般市民により心肺停止の時点が目撃された症例
○	心肺機能停止患者の一か月後社会復帰率	[H28] 6.8%	[R5] 8.8%以上	消防庁「救急救助の現況」 ※心原性でかつ一般市民により心肺停止の時点が目撃された症例
○	重症以上傷病者の搬送において、医療機関に4回以上受入れの照会を行った割合	[H27] 3.0%	[R5] 3.0%以下	消防庁「救急業務のあり方に関する検討会」 ※軽症者の受入体制も重要であるが、指標としては、全国で統一された当該指標を用いる。
○	三次救急医療機関における救急搬送要請に対する受入割合	[H28] 94.2%	[R5] 94.2%以上	厚生労働省「救命救急センターの充実度段階評価における現況調」より算出

アウトカム指標を押し上げる指標として、次の指標を設定する。

なお、救急搬送データと医療・介護データを接続することで、救護から救命後医療（予後）までのアウトカムをしっかりと把握できる手法を検討していく。

区分	指標名	現状値	目標値	出典等
P	心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された10万人あたり件数	[H28] 2.5件	[R5] 3.8件	消防庁 「救急救助の現況」
P	一般診療所のうち、初期救急に参画する施設の割合	[H26] 34.8%	[R5] 42.7%	厚生労働省 「医療施設調査」
P	救命救急センターの充実度評価S及びAの割合	[H30] 100%	[R5] 100%	厚生労働省 「救命救急センターの充実段階評価」
P	二次救急医療機関等と救急医療機関やかかりつけ医、介護施設等の関係機関が参加したメディカルコントロール協議会や多職種連携会議等の開催回数	[H28] 1回	[R5] 1回以上	県健康福祉局調べ
P	中核・高次の救急医療機関とその周辺の救急医療機関との間の病院間搬送件数（10万人あたり転院搬送の受入件数）	[H30] 289件	[R5] 289件以上	厚生労働省 「救急医療提供体制の現況調べ」
P	救急要請から医療機関に収容までの平均時間	[H30] 40.2分	[R5] 40.2分以下	消防庁 「救急救助の現況」
S	医師届出票（11）に従事する診療科名等で主たる診療科を「救急科」と届け出をした医師の10万人あたり人数	[H28] 2.0人	[R5] 2.4人	厚生労働省 「医師・歯科医師・薬剤師調査」
S	特定集中治療室のある病院の10万人あたり病床数	[H26] 4.3床	[R5] 5.1床	厚生労働省 「医療施設調査」

S：ストラクチャー指標，P：プロセス指標，O：アウトカム指標

施策の方向

1 適切な病院前救護活動が可能な体制づくり

(1) 地域住民の救急医療への理解・救急蘇生法の実施等

高齢化の進行により救急医療のニーズが増加し、また医療人材の不足も解消しない中で、住民自身も健康づくりに努め、日頃から近隣住民との助け合い関係やかかりつけ医との連携を構築するとともに、不要不急の救急要請を行わず、限られた救急医療資源を効率的に利用するよう、努力する必要があります。

9月の「救急の日」、「救急医療週間」をはじめ、様々な機会を活用して、救急車の適正利用や救急蘇生法等の講習への参加につながる啓発の取組を実施し、市町や関係機関等と連携して繰り返し県民に呼び掛けていきます。

(2) AED（自動体外式除細動器）の普及・啓発

集客能力の高い施設へのAED（自動体外式除細動器）の設置促進について、引き続き市町や民間事業者等に積極的に働き掛け、その設置場所等について、(財)日本救急医療財団全国AEDマップなどにより情報提供を行っていきます。

また、心肺蘇生やAEDを使用した救急蘇生法等の講習について、その実施機関である消防機関や日本赤十字社広島県支部等と連携して、県民に対する受講の働きかけを促進します。

2 救急医療機関への円滑な搬送と医療機関における受入体制の確保

(1) 迅速・円滑な救急医療機関への患者搬送

消防機関、医師会、関係医療機関と連携し、広島県メディカルコントロール協議会において、メディカルコントロール体制の充実・強化を図るとともに、「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」の検証及び必要な見直し等を通じて、より適切で円滑な救急搬送及び搬送受入を推進します。

(2) 傷病者の疾病や症候に合った円滑な搬送と受入体制の確保

救急救命士の現場での特定行為が拡大されるなど、救急業務に求められる役割は大きくなっています。救急業務に携わる消防職員へのメディカルコントロールによる教育などを通じた新しい知識、技術の習得により、疾病や症候に合った円滑な搬送をより一層促進し、また、救急医療を担う医療従事者への教育を充実し、受入れやすい環境整備に努めることで、受入困難事案の発生の防止に努めます。

具体的には、メディカルコントロール協議会への専任医師の配置や救急患者を受け入れるための必要な体制づくりなど、メディカルコントロール体制の強化に向けた検討を進め、救急医療体制の強化に努めます。

(3) 救急医療情報ネットワークシステムの改修による機能強化

救急医療情報ネットワークシステムは、前回のシステム改修後3年以上が経過しており、医療機関の応需情報の入力や共有化が図れるよう、また、「こまっ TEL」の要請を医療機関側に気づいてもらえる機能を追加するなど、救急医療情報ネットワークシステムを、より効果的なものに改修するとともに、応需情報の入力について啓発するなど、医療機関の受入体制も強化していきます。

県民が、日頃から急病や救急搬送に備えて、HMネットの「命の宝箱」の登録やACP（アドバンス・ケア・プランニング、人生会議）に係る実践の周知・啓発を進めるとともに、救急現場での活用に向けて、消防機関など関係機関との調整を進めます。

(4) ドクターヘリ等による救急医療・救急搬送

ドクターヘリの運航等により、医療機関への迅速な患者搬送は基より、医師等が現場に出向き、患者の状態を把握し必要な治療などの判断を行うことで、いち早く救命医療をスタートさせることが可能となります。

年間を通して消防機関からの出動要請に応じていくため、ドクターヘリの安全な運航と救急専門医・看護師の確保などに向けて、ドクターヘリの基地病院等に対し必要な運営支援を実施します。

また、「中国5県等ドクターヘリ広域連携に係る基本協定」に基づき、隣接する他県のドクターヘリとの相互連携をより一層強化するとともに、新たにドクターヘリを導入する近隣県との更なる連携を進め、相互支援の体制づくりに積極的に取り組んでいきます。

全国的にドクターカー等の活用が広まり、本県においても導入が始まっており、今後とも効果的な運用等について検討していきます。

3 重症度・緊急度に応じた医療が提供可能な体制づくり

(1) 患者の状態に応じた適切な救急医療体制の提供

緊急性・専門性の高い脳卒中、急性心筋梗塞等や重症外傷等の複数の診療科領域にわたる疾病等、幅広い疾患に対して、高度な専門的医療を総合的に実施する三次救急医療機関の支援・充実を図るとともに、その医療機関は、地域の救急患者を最終的に受け入れる役割や救急救命士等へのメディカルコントロール、救急医療従事者への教育の拠点としての役割も担っていきます。なお、国における救命救急センターの定義の見直しなどの動向に注視しながら、要件を具備し、積極的に三次救急医療の機能を担う旨、申請があった場合は、新たな三次救急医療機関の指定も検討するなど、本県の救急医療体制の強化に向けて検討していきます。

地域で発生する救急患者への初期診療や入院治療を行う二次救急医療機関の増加を目指すとともに、医療機関によっては、脳卒中、急性心筋梗塞等に対する医療等、自施設で対応可能な範囲において、高度な専門的診療を行います。

主に独歩で来院する軽度の救急患者への夜間及び休日における外来診療を行う初期救急医療体制の充実を図るとともに、「在宅当番医制」、「休日夜間急患センター」、「休日等歯科診療所」等と合わせて、地域で診療の空白が生じないように努めます。

救命救急センターの運営に対する助成を行うとともに、医師会、大学、市町等の関係機関と連携し、救急医療体制を担う医療機関に対する、救急医療を担う人材の確保等の支援の検討を進め、救急医療体制の維持・確保を図ります。

(2) 救急医療に係る資源の効率的な配置とアクセス時間を考慮した整備

救急医療においては、アクセス時間（発症から適切な医療機関で適切な治療が開始されるまでの時間）の長短が、患者の予後を左右する重要な因子の一つであり、本県の場合は、島嶼部や中山間地域を除いては、一定程度アクセスが確保できており、ドクターヘリによる患者搬送といった搬送手段の工夫や、将来的には遠隔診断による診療補助といった仕組みを工夫することで、資源の効率的な配置に努めます。

(3) 救急医療に係る医療機関等の連携の促進

二次救急医療機関に多くの軽症患者が直接受診するなど、本来担うべき救急医療に支障を来さないよう、患者の重症度・緊急度に応じて適切な医療機関が受け入れる体制の充実を図ります。

また、急性期を脱した患者で、重度の後遺症等により在宅への復帰ができない患者を受け入れる医療機関や介護施設等との連携強化を図るとともに、三次救急医療機関において、急性期を乗り越えた患者が一般病棟に円滑に転床できるよう、院内における連携体制を強化していきます。

(4) 診療科や地域における救急医療体制

① 精神科救急医療体制

身体合併症及び自殺未遂者へ対応する精神科救急医療の確保について精神科救急医療施設と一般救急医療機関等との連携も含めた体制の構築を進めます。

② 広島市を中心とした広島都市圏における救急医療体制

夜間に外傷の軽症患者を受け入れる医療機関の整備を推進するなど、外科系の輪番制病院の負担軽減、救急搬送の応需率向上等に広島市等関係者と連携して努めます。

③ 県東部における救急医療体制

広島県と岡山県では、平成24(2012)年1月から医療広域連携会議を設置しており、県境を接する岡山県の井笠地域を含めた救急搬送・救急医療の連携体制の構築に向けて検討を行っています。引き続き、関係者による協議の場において、県境を越えた救急医療体制の構築に向けた取組の検討を進めます。

4 救急医療機関等から療養の場へ円滑な移行が可能な体制づくり

(1) 救命救急医療機関等から回復期の病棟や在宅等への転院を受け入れる体制づくり

救命期を脱した後に、重度の合併症、後遺症のある患者が、救急医療施設から適切な医療機関に転院でき、介護施設・在宅で療養を行う際には、生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーションをはじめとした医療及び介護サービスが相互に連携できる体制を構築し、急変時には24時間対応が可能な体制を確保します。

また、入院医療機関と回復期リハビリテーション病棟等や在宅医療に係る機関・在宅等の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制の確保に努め、発症から在宅復帰までの円滑な地域連携体制が構築されるよう、地域包括ケアシステムを推進します。

具体には、退院時カンファレンスを実施できる体制やかかりつけ医を中心とした多職種連携による在宅医療体制などを構築するとともに、医療機関等の関係者と介護サービス事業者の連携に努めることができるよう、地域包括支援センターの機能強化を図ります。

(2) HMネットの普及と関係機関等における診療情報や治療計画の共有

医療・介護サービス等の関係機関のスムーズな連携により、切れ目のない医療サービスが提供できるよう、ひろしま医療情報ネットワーク(HMネット)の一層の普及を進め、診療情報やリハビリテーションを含む治療計画などの患者情報を関係機関が共有し、必要な医療や介護サービス等を提供することで、救命期を脱した後に、在宅療養が可能な体制づくりを支援します。

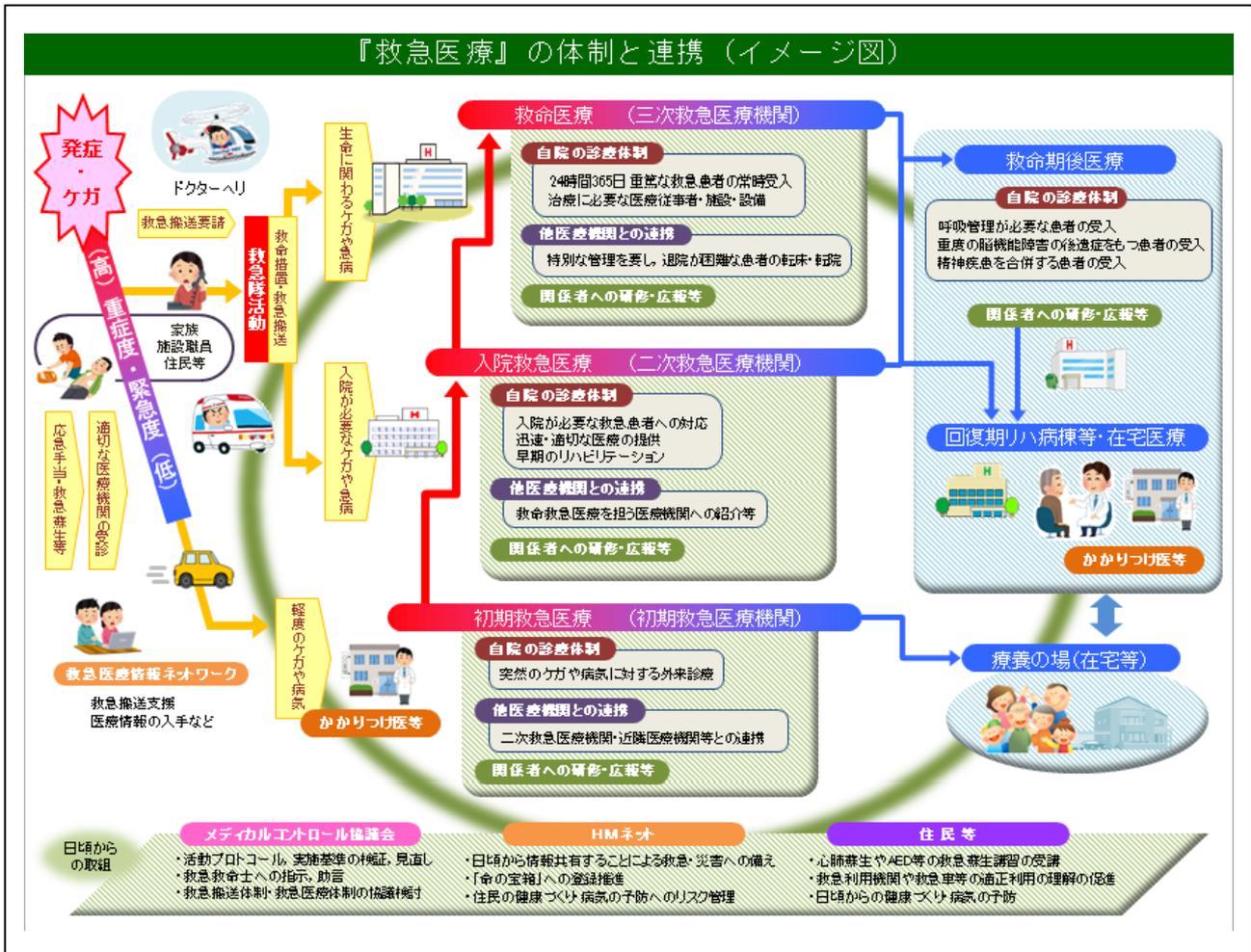
医療連携体制

救急医療の医療連携体制は、7つの二次保健医療圏が基本となっています。

救急医療の医療体制に求められる医療機能は、表及び次のイメージ図のとおりです。

圏域ごとの医療連携体制を担う具体的な医療機関名は、県のホームページに掲載しています。

図表 2-2-3 「救急医療」の体制と連携



図表 2-2-4 救急医療の医療体制に求められる医療機能

	【救護】	【救命医療】	【入院救急医療】	【初期救急医療】	【救命後の医療】
機能	病院前救護活動	救命救急医療機関（第三次救急医療）	入院を要する救急医療を担う医療機関（第二次救急医療）	初期救急医療を担う医療機関	救命救急医療機関等からの転院受入れ
ポイント	<ul style="list-style-type: none"> 患者あるいは周囲の者が、必要に応じて、速やかに救急要請及び救急蘇生法を実施すること メディカルコントロール体制の整備により、救急救命士等の活動が適切に実施されること 実施基準の運用により、傷病者の搬送及び医療機関への受入れが適切に行われること 地域住民の救急医療への理解を深める取組が行われること 	<ul style="list-style-type: none"> 24時間365日、救急搬送の受け入れに応じること 傷病者の状態に応じた適切な情報や救急医療を提供すること 	<ul style="list-style-type: none"> 24時間365日、救急搬送の受け入れに応じること 患者の状態に応じた適切な救急医療を提供すること 	<ul style="list-style-type: none"> 患者の状態に応じた適切な救急医療を提供すること 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅等での療養を望む患者に対し医療機関からの退院を支援すること 合併症、後遺症のある患者に対して慢性期の医療を提供すること
関係機関等	住民等 消防機関の救急救命士等 メディカルコントロール協議会	救命救急センター	病院群輪番制病院、共同利用型病院、一年を通じて診療科にとらわれず救急医療を担う病院又は有床診療所、地域医療支援病院（救命救急センターを有さない）、脳卒中や急性心筋梗塞等に対する急性期の専門的医療を担う病院又は有床診療所	休日・夜間急患センター、休日や夜間に対応できる診療所、在宅当番医制に参加する診療所	病床を有する病院、精神病有する病院、期リハビリテーション病棟する病院、診療所（在宅を行う診療所を含む。）、訪問ステーション
医療機関等に求められる事項	<p>【住民等】</p> <ol style="list-style-type: none"> 講習会等の受講により、傷病者に対する応急手当、AEDの使用を含めた救急蘇生法が実施可能であること 傷病者の救護のため、必要に応じて適切かつ速やかに救急要請を行うこと、あるいは適切な医療機関を受診すること 日頃からかかりつけ医を持ち、また、電話による相談システムを用いて、適切な医療機関の受診、適切な救急車の要請、他の交通手段の利用等を判断すること <p>【消防機関の救急救命士等】</p> <ol style="list-style-type: none"> 住民に対し、応急手当、AEDの使用を含めた救急蘇生法等に関する講習会を実施すること 脳卒中、急性心筋梗塞等、早期の救急要請が必要な疾患について関係機関と協力して住民教育の実施を図ること 搬送先の医療機関の選定に当たって、実施基準等により、事前に各救急医療機関の専門性等を把握すること 地域メディカルコントロール協議会により定められたプロトコルに則し、心肺機能停止、外傷、急病等の患者に対して、適切な観察・判断・処置を実施すること 搬送手段を選定し、適切な急性期医療を担う医療機関を選定し、傷病者を速やかに搬送すること 緊急な医療を必要とする精神疾患を有する患者等の搬送に当たっては、精神科救急情報センターを活用し、精神科救急医療体制と十分な連携を図ること <p>【メディカルコントロール協議会】</p> <ol style="list-style-type: none"> 救急救命士等の行う処置や、疾患に応じた活動プロトコルを策定し、事後検証等によって随時改訂すること 実施基準を踏まえ、搬送手段を選定し、適切な医療機関に搬送するためのプロトコルを策定し、事後検証等によって随時改訂すること 医師から救急救命士に対する直接指示・助言体制が確立されていること 救急救命士等への再教育を実施すること ドクターカーやドクターヘリ等の活用の適否について、地域において定期的に検討すること ドクターヘリや消防防災ヘリコプター等の活用の際には、関係者の連携について協議する場を設け、効率的な運用を図ること 地域包括ケアシステムの構築に向け、第二次救急医療機関等の救急医療機関、かかりつけ医や介護施設等の関係機関が連携・協議する体制を、メディカルコントロール協議会等を活用して構築し、より地域で連携したきめ細やかな取組を進めること 必要に応じて年間複数回以上協議会を開催すること 	<ol style="list-style-type: none"> 脳卒中、急性心筋梗塞、重症外傷等の患者や、複数の診療科にわたる重篤な救急患者を、広域災害時を含めて24時間365日必ず受け入れることが可能であること 集中治療室（ICU）、心臓病専用病室（CCU）、脳卒中専用病室（SCU）等を備え、常時、重篤な患者に対し高度な治療が可能なこと 救急医療について相当の知識及び経験を有する医師が常時診療に従事していること（救急科専門医等） 必要に応じ、ドクターヘリ、ドクターカーを用いた救命救急医療を提供すること 救命救急に係る病床の確保のため、一般病棟の病床を含め、医療機関全体としてベッド調整を行う等の院内の連携がとられていること 急性期のリハビリテーションを実施すること 急性期を経た後も、重度の脳機能障害（遷延性意識障害等）の後遺症がある患者、精神疾患を合併する患者、人工呼吸器による管理を必要とする患者等の特別な管理が必要となるため退院が困難な患者を転棟、転院できる体制にあること 実施基準の円滑な運用・改善及び都道府県又は地域メディカルコントロール体制の充実に当たり積極的な役割を果たすこと DMAT派遣機能を持つ等により、災害に備えて積極的な役割を果たすこと 救急医療情報センターを通じて、診療機能を住民・救急搬送機関等に周知していること 医師、看護師等の医療従事者に対し、必要な研修を行う体制を有し、研修等を通じ、地域の救命救急医療の充実強化に協力していること 都道府県又は地域メディカルコントロール協議会に医師を参加させるとともに、救急救命士の気管挿管・薬剤投与等の病院実習や、就業前研修、再教育などに協力していること 救急病院等を定める省令（昭和39年厚生省令第8号）によって定められる救急病院であること 	<ol style="list-style-type: none"> 救急医療について相当の知識及び経験を有する医師が常時診療に従事していること 救急医療を行うために必要な施設及び設備を有すること 救急医療を要する傷病者のために優先的に使用される病床又は専用病床を有すること 救急隊による傷病者の搬送に容易な場所に所在し、かつ、傷病者の搬入に適した構造設備を有すること 急性期にある患者に対して、必要に応じて早期のリハビリテーションを実施すること 初期救急医療機関や精神科救急医療体制等と連携していること 当該病院では対応できない重症救急患者への対応に備え、近隣のより適切な医療機関と連携していること 救急医療情報センターを通じて、診療可能な日時や、診療機能を住民・救急搬送機関に周知していること 医師、看護師、救急救命士等の医療従事者に対し、必要な研修を行うこと 数年間、受入実績のない救急医療機関については、その位置付けについて見直しを検討すること 救急病院等を定める省令によって定められる救急病院であること 	<ol style="list-style-type: none"> 救急医療の必要な患者に対し、外来診療を提供すること 休日・夜間急患センターの設置や、在宅当番医制などと合わせて、地域で診療の空白時間が生じないように努めること 病態に応じて速やかに患者を紹介できるように、近隣の医療機関や精神科救急医療体制等と連携していること 休日・夜間に対応できる薬局と連携していること 自治体等との連携の上、診療可能時間や対応可能な診療科等について住民等に周知していること 	<ol style="list-style-type: none"> 救急医療機関と連携し、人工呼吸器が必要な患者や、気管切開等のある患者を受け入れる体制を整備していること 重度の脳機能障害（遷延性意識障害等）の後遺症を持つ患者を受け入れる体制を整備していること 救命期を脱した救急患者で、精神疾患と身体疾患を合併した患者を受け入れる体制を整備していること 生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーション（訪問及び通所リハビリテーションを含む。）が実施可能であること 日常生活動作（ADL）の低下した患者に対し、在宅等での包括的な支援を行う体制を確保していること 通院困難な患者の場合、訪問看護ステーション、薬局等と連携して在宅医療を実施すること、また居宅介護サービスを調整すること 救急医療機関及び在宅での療養を支援する医療機関等と診療情報や治療計画を共有すること 診療所等の維持期における他の医療機関と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること

2 災害時における医療対策

現 状

1 災害の現状

(1) 災害の種類

災害には、地震、風水害等の自然災害から、鉄道災害、航空災害といった大規模な事故による災害（事故災害）に至るまで様々な種類があります。また、同じ種類の災害であっても、発生場所、発生時刻や発生時期等によって被災・被害の程度は大きく異なります。

(2) 主な災害の発生状況

我が国では、木造建築物の多い密集市街地が広い範囲で存在するため、地震によって大規模火災が発生したり建物が崩壊したりするなど、これまでも多大な被害が発生しています。

近年、死者が 1,000 名を超える地震災害としては、平成 7（1995）年 1 月の阪神・淡路大震災、平成 23（2011）年 3 月の東日本大震災があります。また、平成 28（2016）年 4 月に発生した平成 28（2016）年熊本地震では、死者 49 名、重傷者 345 名、軽傷者 1,318 名の被害が出ました。

また、近年、短時間豪雨の年間発生回数が増加傾向にあり、河川の氾濫も相次いでいます。特に、平成 26（2014）年 8 月 20 日の広島土砂災害では死者 77 名、負傷者 68 名の被害が生じました。今後も、大雨の頻度や熱帯低気圧の強度の増加が予想されています。

このため、遠くない時期に発生することが懸念されている南海トラフ巨大地震をはじめとして、様々な大規模災害が発生する可能性を考慮し、更なる災害医療体制の構築を推進する必要があります。

2 医療救護体制の現状

(1) 連携体制

平成 28（2016）年熊本地震等を受けて修正を加えた「広島県地域防災計画（基本編）」（昭和 38（1963）年策定）及び「広島県地域防災計画（震災対策編・地震災害対策計画／津波災害対策計画／東南海・南海地震防災対策推進計画）」（昭和 55（1980）年策定）においては、平常時から県や市町、防災関係機関及び近隣自治体が連携体制を確保するとともに、情報を共有するよう定めています。

県では、関係団体や中国・四国各県と災害時における医療救護協定等を締結し、また、市町では、市郡地区医師会と医療救護協定を締結することで医療救護体制を確保しています。

近年頻発する広域災害に対応するため、本県では、県一中国（・四国）ブロックと繋がる各種会議の場を設置し、実効性のある連携体制構築に向けた意見交換を行う場を設けています。

(2) 災害時の医療救護体制

本県では、災害時に医療機関と防災関係機関と連携して医療救護活動が実施できるよう、各種訓練・研修・会議の実施を通じて、平常時から「顔の見える関係」の維持、構築を推進しています。

また、災害時の医療救護活動等について規定した「災害時医療救護活動マニュアル」及び「災害時医薬品等供給マニュアル」を整備し、各役割の具体的な行動を明示することで、災害時の医療救護活動における実効性を確保しています。

(3) 災害拠点病院

災害拠点病院は、災害による重篤患者の救命医療等の高度な診療機能を有し、被災地からの患者の受入れ、広域医療搬送に係る対応等を行います。

本県では、平成29(2017)年4月現在、災害拠点病院として、基幹災害拠点病院を1か所、地域災害拠点病院を17か所指定しており、各二次保健医療圏に最低1か所の災害医療を担う拠点病院を確保するとともに、当該病院に災害派遣医療チーム(DMAT)を整備し、災害急性期に迅速に医療救護活動を実施できる体制を構築しています。

DMATは、災害発生後直ちに被災地に入り、被災地内におけるトリアージや救命処置、患者を近隣・広域へ搬送する際における必要な観察・処置、被災地内の病院における診療支援等を行います。

また、災害拠点病院では、災害時に多くの患者や応援のDMATを受入れることとなるため、建物の耐震化、患者処置等に必要な電気等を確保するための自家発電装置、医薬品・食料・飲料水の確保等のライフラインの整備を行っています。さらに、医療救護活動を円滑に実施するための災害対応マニュアルを整備しています。

(4) 災害時の情報把握

本県では、災害時における医療機関の被害情報等を収集・共有できるよう広島県災害医療情報システムを運用し、県内すべての病院等が利用できるようになっています。

なお、当該システムは、国の「広域災害救急医療情報システム(EMIS)」とも連携しており、県内の被害状況等は、他県からも確認でき、広域災害時の県外医療機関、防災関係機関との連携に活用できます。

さらに、県をはじめ、災害拠点病院に、災害時にも通信できる手段として衛星携帯電話や災害時優先携帯電話を整備しています。

(5) 広域医療搬送等

南海トラフ巨大地震などの大規模災害が発生した場合、県内の医療機関では対応できない事態も想定されることから、国、他都道府県と連携して、自衛隊機やドクターヘリ等による広域医療搬送等を実施します。

本県では、広域医療搬送等を安全かつ円滑に実施するため、広島空港に航空搬送拠点臨時医療施設(SCU)の設置場所を確保し、設置に必要な資機材等を整備しています。

また、国が主催する大規模地震時医療活動訓練へ本県DMATやドクターヘリが参加することにより、SCUを設置した広域医療搬送等の体制強化に努めています。

(6) 災害派遣精神医療チーム(DPAT)

本県では、平成29(2017)年4月現在、災害派遣精神医療チーム(DPAT)を3チーム整備し、災害時における精神医療救護活動を実施できる体制を整備しています。

DPATは、災害急性期から災害慢性期にかけて、被災地内の医療機関や避難所等の診療支援・災害ストレスによる新たな精神的問題への対応等を行います。

(7) 広島県災害時公衆衛生チーム

災害発生時に迅速かつ適切な医療提供及び公衆衛生支援が実施できるよう、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、保健師及び理学療法士等複数の職種で構成する「広島県災害時公衆衛生チーム」を設置し、DMATからの活動を引継ぎ、被災者の健康管理及び心のケア、避難所の衛生管理等、様々なニーズに対応できる体制を構築しています。

(8) 災害時の透析医療

透析医療については、災害時に患者の受け入れができるよう、広島県透析連絡協議会により、ネットワーク体制の整備が行われています。

3 指標による現状把握

区分	指標名	前回	現状値	出典
S	DMA Tのチーム数	[H24] 24 チーム	[H29] 29 チーム	県健康福祉局調べ
S	DPA Tのチーム数	—	[H29] 3 チーム	県健康福祉局調べ
S	全ての施設が耐震化された災害拠点病院の割合	[H24] 50%	[H29] 83%	厚生労働省「災害拠点病院現況調査」
S	災害時に患者処置等に必要な電気等を確保するための自家発電装置を整備している災害拠点病院の割合	[H24] 72%	[H29] 100%	厚生労働省「災害拠点病院現況調査」
S	災害対応マニュアルを整備している災害拠点病院の割合	[H24] 89%	[H29] 100%	厚生労働省「災害拠点病院現況調査」
P	災害時の医療チーム等の受入を想定し、関係機関との連携の確認を行う災害実動訓練を実施した災害拠点病院の割合	[H24] 44%	[H29] 78%	県健康福祉局調べ

S：ストラクチャー指標，P：プロセス指標，O：アウトカム指標

課 題

1 医療救護活動体制

県は、防災関係機関との訓練・研修・会議等を引き続き実施し、訓練等を通じて、「広島県地域防災計画」や「災害時医療救護活動マニュアル」等の見直しを適宜実施することにより、災害時の医療救護活動における実効性を恒常的に確保しておく必要があります。

災害急性期を脱し、DMA Tの活動終了後においても、継続的に必要な医療を提供できるよう、医療関係団体との連携体制を整えておく必要があります。

2 災害拠点病院

災害発生時に、災害拠点病院では多くの患者を受け入れることとなるため、診療機能を維持又は早期回復させる必要があることから、不測の事態に備えた計画を策定し、その計画に基づいた訓練・研修を実施しておく必要がありますが、多くの病院で計画が策定されていません。

南海トラフ巨大地震が発生した場合、県内災害拠点病院 18 病院のうち、7病院が津波浸水の被害を受ける可能性があるため、災害拠点病院の体制強化を図る必要があります。

3 災害時における精神科病院への支援

災害発生時には、被災した精神科病院から多数の精神科患者の搬送や人員、物資等の支援等が必要となる可能性があります。患者の受け入れや精神症状の安定化等を災害拠点病院のみで対応することは困難となる可能性があります。

現在、県内のDPA Tのチーム数は3チームとなっており、大規模災害が発生した場合は、活動が困難となることが予想されるため、DPA Tを数多く養成していく必要があります。

4 災害拠点病院以外の病院

災害発生時には、災害拠点病院以外の病院でも、患者の治療実施が必要となります。

これらの病院においても、災害時の医療救護活動に関する知識を有していなければ、円滑な活動への協力は困難となります。

5 災害派遣医療チーム（DMAT）

災害拠点病院におけるDMATの養成は、厚生労働省が実施する研修の受講により行われており、現在、県内のDMATは29チームとなっていますが、引き続き、より多くのDMATの養成を進めていかなければ、大規模災害時における活動が困難となることが予想されます。

また、東日本大震災や平成28（2016）年熊本地震では、円滑な医療救護活動のためにロジスティックスの機能強化や様々なパターンの訓練等の必要性が明らかになったため、これらの内容を踏まえた訓練等を実施し、DMATの実践力の強化に取り組む必要があります。

6 災害時の情報把握

災害発生時には、国の「広域災害救急医療情報システム（EMIS）」と連携した災害医療情報システムを通じて、全国的に被災情報等を共有することとしています。

現状では、システムへの入力訓練や研修が十分ではなく、特に災害拠点病院以外の病院では、入力の方法を熟知していない状態であることから、災害発生時に迅速な入力が行われず、情報共有が図られない結果、限られた医療資源の有効活用に支障が生じる可能性があります。

7 広域医療搬送等

広域的な医療搬送については、国、災害拠点病院及び防災関係機関との連携の下、訓練により習熟度を高めていく必要があります。

自衛隊機、ドクターヘリ、消防ヘリ及び防災ヘリ等が航空機搬送を担うことが想定されるため、災害時におけるヘリコプターの運航管理体制の強化が必要です。また、ヘリコプターが使用できない場合に備えて、災害時の陸路及び海路による搬送体制の強化を図っていく必要があります。

大規模災害が発生し、ヘリコプターによる搬送が必要となった場合、現状のSCUでは対応できない可能性があるため、複数のSCU設置場所を確保する必要があります。

8 圏域における災害対応

災害時において、円滑に医療救護活動を実施するためには、地域の実態に応じた医療資源の投入が必要であり、地域の状況をよく知る各二次保健医療圏単位でのマネジメントが重要となることから、各二次保健医療圏における災害時のマネジメント機能の確立や訓練等を実施する必要があります。

9 災害時を見据えた小児・周産期医療体制

現状の災害医療体制では、小児・周産期における特有のニーズに対応する体制が十分取られているとは言えない状況が指摘されています。

10 特殊災害への対応

化学、生物、放射線、爆発物等による特殊災害（CBRNE災害）では、通常の大規模交通事故による多数傷病者事案や地震などの自然災害とは異なる対応が求められるため、災害拠点病院等の医療従事者や防災業務従事者へ知識の普及等を進めていく必要があります。

目 標

医療機関、防災関係機関、行政などが連携して訓練・研修等に取り組むことで、災害時においても必要な医療が確保される体制を構築します。

区分	指標名	現状値	目標値	出典
S	DMA Tのチーム数	[H29] 29 チーム	[R5] 36 チーム	県健康福祉局調べ
S	病院における業務継続計画（BCP）の策定率（災害拠点病院を除く）	[H30] 10.2%	[R4] 100%	県健康福祉局調べ
S	災害医療コーディネーター任命者数	[R1] 0 人	[R5] 60 人	県健康福祉局調べ
S	災害時小児周産期リエゾン任命者数	[R1] 0 人	[R5] 15 人	県健康福祉局調べ
P	EMIS等の操作を含む訓練・研修の実施した二次保健医療圏の数	[H29] 2 圏域	[R5] 7 圏域	県健康福祉局調べ
P	災害時の医療チーム等の受入を想定し、関係機関との連携の確認を行う災害実動訓練を実施した災害拠点病院の割合	[H29] 78%	[R5] 100%	県健康福祉局調べ
P	都道府県による医療従事者に対する災害医療教育の実施回数	[R1] 4 回	[R5] 8 回	県健康福祉局調べ

S：ストラクチャー指標，P：プロセス指標，O：アウトカム指標

施策の方向

1 医療救護活動体制の強化

災害時に防災関係機関と連携して医療救護活動が実施できるよう、訓練・研修、会議等を通じて、平常時から「顔の見える関係」の維持・構築を引き続き推進します。また、訓練等の課題を踏まえ、「広島県地域防災計画」や「災害時医療救護活動マニュアル」等の見直しを適宜実施し、災害時の医療救護活動における実効性を恒常的に確保します。

また、大規模災害が発生した場合に保健医療活動の総合的な調整を行う保健医療調整本部を中心とした保健医療提供体制の構築や、適切な医療を確保し、二次的な健康被害を防ぐため、DMA T、日本医師会災害医療チーム（JMA T）、日本赤十字社の救護班、災害派遣精神医療チーム（DPA T）、広島県災害時公衆衛生チーム及びその他の災害対策に係る保健医療活動を行うチーム等の保健医療活動チームとの定期的な災害訓練を実施し、連携体制を構築します。

2 災害拠点病院の体制強化

すべての災害拠点病院が、災害発生時に診療機能を維持又は早期回復させるための業務継続計画（BCP）を整備するとともに、整備したBCPに基づいた院内訓練・研修を実施します。

また、大規模災害が発生した場合には、複数の病院でライフラインの途絶が生じるおそれがあるため、将来的には、各二次保健医療圏の災害拠点病院を中心とした地域単位でのBCPの整備を推進します。

南海トラフ巨大地震が発生した場合でも、県内災害拠点病院の体制維持を図るため、バックアップ機能としての災害拠点病院の追加を検討します。

3 災害時における公的支援の在り方と精神科病院等の体制強化

精神科病院等が被災し甚大な被害を受けた場合に、公的救出・援助活動、これと連携した精神科病院間の相互支援体制を整備し、移送、医薬品、食料等の支援及び疾患特性を考慮し、災害時に安定した精神医療を提供できる体制を確保するため、令和2年3月に指定した災害拠点精神科病院や、広島 DPAT 派遣協力医療機関等と連携し、精神科医療体制の充実強化を図るとともに、引き続き、入院患者のみならず、地域で精神科医療を必要とする者への支援体制を構築します。

また、災害時の活動に係る研修や実地訓練、演習を通じて、DPAT 派遣体制の充実・強化に向けた取組を推進します。

4 災害拠点病院以外の病院の機能強化

県は、研修の実施や訓練の公開等により、災害拠点病院以外の病院へ災害医療に関する知識の習得を推進するとともに、医療機関の診療機能を維持し患者の安全・安心を確保するため、病院の事業継続計画（BCP）策定を支援します。

これらの病院は、県の実施する研修や訓練等への参加や参観を通じて、災害医療への知識・理解を深め、自院の災害対応機能を強化した上で、地域の医師会と調整し、災害時における協力体制を構築します。

5 災害派遣医療チーム（DMAT）の養成・強化

厚生労働省が実施するDMAT養成研修を通じて、DMAT隊員数の増加など体制の強化を推進します。

実効性のある各種訓練の実施を通じて、DMAT隊員間の連携やロジスティックス機能の強化に努めます。

6 災害時の情報把握の強化

EMIS、災害時診療記録/J-SPEED等の情報管理システムを活用した被災状況等の収集・分析体制の整備に取り組むとともに、医療資源の配分をはじめとした本部運営業務を適切に行うことができる人材の確保・育成を進めます。

7 広域医療搬送等の体制強化

広域医療搬送等が円滑に実施できるよう、訓練を通じて、SCUの設置に関する検証や搬送体制の習熟に努めます。また、ヘリコプターが使用できない場合に備え、大型バスや船舶等による搬送体制の確保など、災害時における陸路及び海路搬送の体制強化に努めます。

ドクターヘリの参集拠点の確保や運航管理を行う人材の確保など、ドクターヘリの運航管理体制の強化に努めるとともに、防災関係機関のヘリコプターとの連携強化に努めます。

医療機関へのヘリコプター搬送のアクセス等の点を考慮し、広島ヘリポート等、新たなSCU設置場所の確保に努めます。

8 圏域における災害対応の強化

災害時において、保健医療活動の総合調整等を適切かつ円滑に行うため、災害医療コーディネーターを配置するとともに、平時から訓練・研修等を通じて、二次保健医療圏ごとに、保健所・市町・地区医師会・医療機関等が連携して活動できる体制を確立します。

9 災害時を見据えた小児・周産期医療体制の強化

災害時において、適切な小児・周産期医療や物資を提供するためのコーディネーター（災害時小児周産期リエゾン）を配置するとともに、平時からDMATの活動と連携した訓練を実施する等、被災時を見据えた体制の整備に取り組みます。

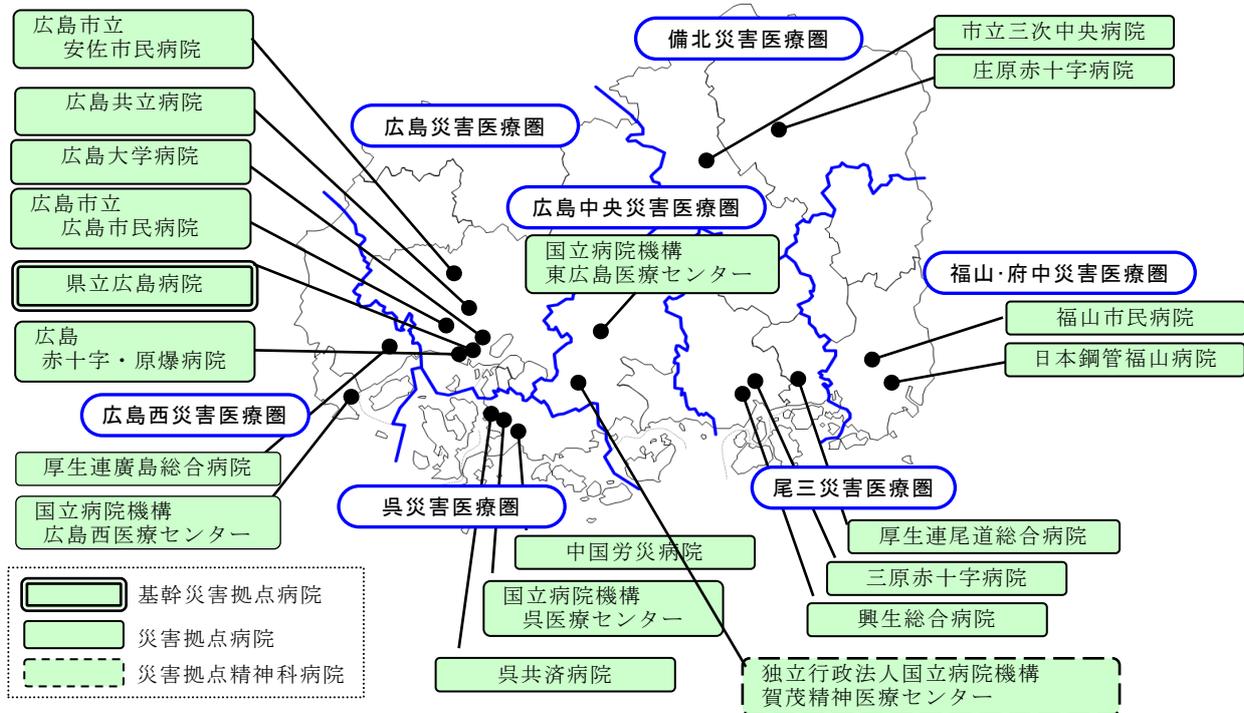
10 特殊災害への対応強化

特殊災害時に発生した多数傷病者への対応を目的としたMCLS-CBRNE研修を実施し、医療従事者や防災業務従事者へ特殊災害に対する知識の普及等を推進します。

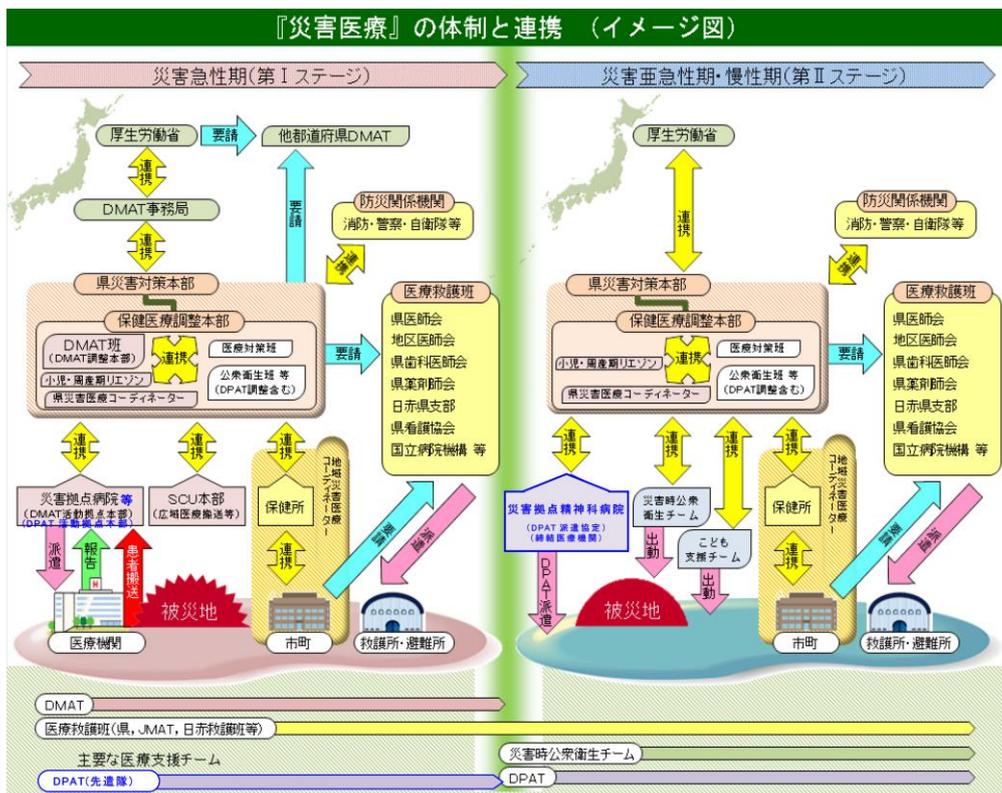
医療連携体制

災害医療の医療連携を推進する体制は、圏域内の医療体制が整う二次保健医療圏ごとに構築します。災害医療の医療体制に求められる医療機能は、次のイメージ図及び表のとおりです。圏域ごとの医療連携体制を担う具体的な医療機関名は、県のホームページに掲載しています。

図表 2-2-5 県内の災害拠点病院，災害拠点精神科病院



図表 2-2-6 「災害医療」の体制と連携



図表 2-2-7 災害医療の医療体制に求められる医療機能

区分	災害時に拠点となる病院			災害時に拠点となる病院以外の病院	都道府県等
	基幹災害拠点病院	地域災害拠点病院	災害拠点精神科病院		
目標	<ul style="list-style-type: none"> 被災した際に、被害状況、診療継続可否等の情報を、EMIS等を用いて県災害対策本部へ共有すること 災害時においても、多発外傷、挫滅症候群、広範囲熱傷等の重篤救急患者の救命医療を行うための高度の診療機能を有すること 患者等の受入れ及び搬出を行う広域医療搬送に対応すること 自己完結型の医療チーム(DMATを含む)の派遣機能を有すること 被災しても、早期に診療回復できるよう、業務継続計画の整備を含め、平時からの備えを行っていること 	<ul style="list-style-type: none"> 被災した際に、被害状況、診療継続可否等の情報を、EMIS等を用いて県災害対策本部へ共有すること 災害時においても、多発外傷、挫滅症候群、広範囲熱傷等の重篤救急患者の救命医療を行うための高度の診療機能を有すること 患者等の受入れ及び搬出を行う広域医療搬送に対応すること 自己完結型の医療チーム(DMATを含む)の派遣機能を有すること 被災しても、早期に診療回復できるよう、業務継続計画の整備を含め、平時からの備えを行っていること 	<ul style="list-style-type: none"> 被災した際に、被害状況、診療継続可否等の情報を、EMIS等を用いて県災害対策本部へ共有すること 災害時においても、医療保護入院、措置入院等の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく精神科医療を行うための診療機能を有すること 災害時においても、精神疾患を有する患者の受入れや、一時避難場所としての機能を有すること DPAT派遣機能を有すること 被災しても、早期に診療回復できるよう、業務継続計画の整備を含め、平時からの備えを行っていること 	<ul style="list-style-type: none"> 被災した際に、被害状況、診療継続可否等の情報を、EMIS等を用いて県災害対策本部へ共有すること 被災しても、早期に診療回復できるよう、業務継続計画の整備を含め、平時からの備えを行っていること 	<ul style="list-style-type: none"> 消防、警察等の関係機関や公共輸送機関等が、実災害時において迅速に適切な対応がとれ、連携できること 保健所管轄区域や市町単位での保健所等を中心とした地域コーディネート体制を充実させることで、実災害時に救護所、避難所の被災者に対して感染症の蔓延防止、衛生面のケア、災害時要支援者へのサポート、メンタルヘルスケア等に関してより質の高いサービスを提供すること
医療機関等に求められる事項	<p>○災害医療を提供する上で中心的な役割を担うこと</p> <ol style="list-style-type: none"> ①災害時に多発する重篤患者の救命医療を行うために必要な施設・設備・医療従事者を確保していること ②多数患者に対応可能な居室や簡易ベッド等を有していること ③病院の機能を維持するために必要な全ての施設が耐震構造であること ④被災時においても電気、水、ガス等の生活必需基盤が維持可能であること ⑤災害時において必要な医療機能を発揮できるよう、自家発電機を保有していること ⑥災害時においても診療が継続できるよう、適切な容量の受水槽や井戸設備の整備、優先的な給水協定の締結等により、必要な水の確保に努めること ⑦飲料水・食料、医薬品、医療器材等を備蓄していること。加えて、飲料水・食料、医薬品、医療器材等は、関係団体と協定を締結し、災害時に優先的に供給を受けられるようにしておくこと ⑧災害医療に精通した医療従事者の育成の役割を担うこと ⑨病院敷地内又は病院近接地にヘリコプターの離着陸場を有していること ⑩EMISに加入しており、災害時にデータを入力する複数の担当者事前に決めておき、訓練を行うことでその使用方法に精通していること ⑪複数の災害時の通信手段を確保するよう努めること ⑫被災後、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を行い、整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修及び訓練を実施すること ⑬災害急性期を脱した後も継続的に必要な医療を提供できるよう、日本医師会災害医療チーム(JMAT)、日本赤十字社救護班等の医療関係団体の医療チームと定期的な訓練を実施するなど、適切な連携をとること 	<p>○災害医療を提供する上で地域における中心的な役割を担うこと</p> <ol style="list-style-type: none"> ①災害時に多発する重篤患者の救命医療を行うために必要な施設・設備・医療従事者を確保していること ②多数患者に対応可能な居室や簡易ベッド等を有していること ③診療に必要な施設が耐震構造であること ④被災時においても電気、水、ガス等の生活必需基盤が維持可能であること ⑤災害時において必要な医療機能を発揮できるよう、自家発電機を保有していること ⑥災害時においても診療が継続できるよう、適切な容量の受水槽や井戸設備の整備、優先的な給水協定の締結等により、必要な水の確保に努めること ⑦飲料水・食料、医薬品、医療器材等を備蓄していること。加えて、飲料水・食料、医薬品、医療器材等は、関係団体と協定を締結し、災害時に優先的に供給を受けられるようにしておくこと ⑧病院敷地内又は病院近接地にヘリコプターの離着陸場を有していること ⑨EMISに加入しており、災害時にデータを入力する複数の担当者事前に決めておき、訓練を行うことでその使用方法に精通していること ⑩複数の災害時の通信手段を確保するよう努めること ⑪被災後、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を行い、整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修及び訓練を実施すること ⑫災害急性期を脱した後も継続的に必要な医療を提供できるよう、日本医師会災害医療チーム(JMAT)、日本赤十字社救護班等の医療関係団体の医療チームと定期的な訓練を実施するなど、適切な連携をとること 	<p>○災害時における精神科医療を提供する上で中心的な役割を担うこと</p> <ol style="list-style-type: none"> ①災害時に精神疾患を有する患者の一時的避難に対応できる場所を確保していること ②重症な精神疾患を有する患者に対応可能な保護室等を有していること ③診療に必要な施設が耐震構造であること ④被災時においても電気、水、ガス等の生活必需基盤が維持可能であること ⑤災害時において必要な医療機能を発揮できるよう、自家発電機を保有していること ⑥災害時においても診療が継続できるよう、適切な容量の受水槽や井戸設備の整備、優先的な給水協定の締結等により、必要な水の確保に努めること ⑦飲料水・食料、医薬品、医療器材等を備蓄していること。加えて、飲料水・食料、医薬品、医療器材等は、関係団体と協定を締結し、災害時に優先的に供給を受けられるようにしておくこと ⑧災害時における精神科医療に精通した医療従事者の育成の役割を担うこと ⑨EMISに加入しており、災害時にデータを入力する複数の担当者事前に決めておき、訓練を行うことでその使用方法に精通していること ⑩複数の災害時の通信手段を確保するよう努めること ⑪被災後、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を行い、整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修及び訓練を実施すること ⑫災害急性期を脱した後も継続的に必要な医療を提供できるよう、日本医師会災害医療チーム(JMAT)、日本赤十字社救護班等の医療関係団体の医療チームと定期的な訓練を実施するなど、適切な連携をとること 	<ol style="list-style-type: none"> ①被災後、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を行うよう努め、整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修及び訓練を実施すること ②EMISを利用し、自らの被災情報を被災地内に発信することができるよう備えること。また、災害時にデータを入力する複数の担当者を決めておき、訓練を行うことでその使用方法に精通していること ③災害急性期を脱した後も継続的に必要な医療を提供できるよう、日本医師会災害医療チーム(JMAT)、日本赤十字社救護班等の医療関係団体の医療チームと連携をとること 	<ol style="list-style-type: none"> ①平時から、災害支援を目的としたDMAT、DPATの養成と派遣体制の構築に努めること ②災害医療コーディネート体制の構築要員の育成に努めること ③都道府県間での相互応援協定の締結に努めること ④災害時の医療チーム等の受入れも想定した災害訓練を実施すること。訓練においては、被災時の関係機関・関係団体と連携の上、県としての体制だけでなく、保健所管轄区域や市町単位での保健所等を中心としたコーディネート体制に関しても確認を行うこと ⑤災害急性期を脱した後も避難所等の被災者に対して感染症の蔓延防止、衛生面のケア、災害時要支援者へのサポート、メンタルヘルスケア等に関して継続的に質の高いサービスを提供できるよう、保健所を中心とした体制整備に平時から取り組むこと ⑥災害時におけるドクターヘリの運用について、ドクターヘリの要請手順や自地域における参集拠点に関しても訓練等を通じて確認を行うこと ⑦県を超える広域医療搬送を想定した災害訓練の実施又は参加に努めること。その際には、航空搬送拠点臨時医療施設(SCU)の設置場所及び協力を行う医療機関との連携確認を行うこと

3 へき地の医療対策

へき地の医療対策の対象地域は、県内の「過疎地域自立促進特別措置法」及び「離島振興法」の適用地域並びに無医地区、準無医地区、無歯科医地区、準無歯科医地区又はへき地診療所等が設置されている地域とし、以下、「へき地等」と表現します。

現 状

1 地勢・人口

本県の平成27(2015)年の人口は284万人で、そのうち過疎地域の人口は29.7万人であり、全体の10.4%を占め、全国平均の8.6%を大きく上回っています。

本県の面積は8,480km²で、うち63%が過疎地域であり、全国平均の59%を上回っています。

2 無医地区の状況

平成26(2014)年の「無医地区等調査」では、本県の無医地区は54地区あり、全国で2番目に多い状況となっています。

平成21(2009)年調査と圏域別に比較すると、無医地区数は、「広島」、「広島西」の2圏域で減少した一方、福山・府中圏域では無医地区数が民間診療所の廃止等により増加しており、無医地区の県東部・北部地域への偏在が顕著になっています。

図表 2-2-8 県内の無医地区数

区分	広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北	県全体	全国平均	全国順位
平成21(2009)年	7	1	0	0	4	6	35	53	15	2位
平成26(2014)年	6	0	0	0	4	9	35	54	13.5	2位
増減	▲1	▲1	±0	±0	±0	+3	±0	+1	▲1.5	—

出典：厚生労働省「無医地区等調査・無歯科医師地区等調査」

3 医療従事者の状況

(1) 医師

平成28(2016)年「医師・歯科医師・薬剤師調査」では、医療施設に従事している医師数は、県内全域で人口10万人当たり254.6人と、平成26(2014)年の前回調査と比べて、2.4人増加しており、過疎市町(※)では、人口10万人あたり190.5人と、前回調査と比べて、1.8人増加しています。

図表 2-2-9 人口10万人に対する医療施設従事医師数の推移

区分	平成24年(2012)	平成26年(2014)	平成28年(2016)	増減(2014→2016)
過疎市町	181.4	188.7	190.5	+1.8
広島県	245.4	252.2	254.6	+2.4
全国	226.5	233.6	240.1	+6.5

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

※ 過疎地域自立促進特別措置法に基づき「過疎地域」として公示された市町のうち、その全域が過疎地域とされる市町(三次市、庄原市、安芸高田市、江田島市、府中市、安芸太田町、北広島町、大崎上島町、世羅町、神石高原町)以下同じ。

(2) 歯科医師

平成28(2016)年、医療施設に従事している歯科医師数は、県内全域で人口10万人あたり86.4人と、平成26(2014)年の前回調査と比べて0.3人減少しており、過疎市町では人口10万人あたり67.9人と、前回調査と比べて0.8人増加しています。

図表2-2-10 人口10万人に対する医療施設従事歯科医師数の推移

区分	平成24(2012)年	平成26(2014)年	平成28(2016)年	増減(2014→2016)
過疎市町	65.5	67.1	67.9	+0.8
広島県	83.8	86.7	86.4	-0.3
全国	78.2	79.4	80.0	+0.6

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

(3) 看護職員

平成28(2016)年末現在の県内の就業看護職員(保健師・助産師・看護師・准看護師)数は42,904人と、平成26(2014)年と比べて1,453人増加していますが、うち過疎市町では2人減少と増加には至っていません。

図表2-2-11 県内の就業看護職員数の推移

区分	平成24(2012)年	平成26(2014)年	平成28(2016)年	増減(2014→2016)
過疎市町	3,832/(1,508.5)	3,964/(1,606.0)	3,962/(1,651.2)	-2/(+45.2)
広島県	39,157/(1,419.1)	41,451/(1,463.1)	42,904/(1,512.3)	+1,453/(+49.2)
全国	1,452,635/(1,139.3)	1,509,340/(1,187.7)	1,559,562/(1,228.7)	+50,222/(+41.0)

※上段：就業看護職員数／(下段)：人口10万人に対する看護職員数

出典：厚生労働省「保健・衛生行政業務報告(衛生行政報告例)」(隔年12月末日現在)

過疎市町の人口10万人に対する看護職員数は、県推計人口を基に算出した推計値

4 医療施設の状況

(1) 病院及び診療所

病院数は、平成28(2016)年では、県全体で244施設、うち過疎市町では29施設となっています。過疎市町では、平成23年(2011)から5年間減少はありませんが、いずれも平成2(1990)年をピークに減少しています。

また、一般診療所数は、平成28(2016)年では県全体で2,572施設、うち過疎市町では222施設となっており、いずれも平成23(2011)年から減少しています。

(2) 歯科診療所

県内の歯科診療所数は、平成28(2016)年では、県全体で1,556施設と増加していますが、うち過疎市町では124施設と減少しています。

図表2-2-12 県内の病院・一般診療所・歯科診療所数の推移

区分	平成18年(2006)	平成23年(2011)	平成28年(2016)	増減(割合)(2011→2016)	
病院	過疎市町	31	29	29	- (-)
		254	249	244	-5 (-2.0%)
一般診療所	過疎市町	244	234	222	-12 (-5.1%)
		2,639	2,611	2,572	-39 (-1.5%)
歯科診療所	過疎市町	133	126	124	-2 (-1.6%)
		1,522	1,546	1,556	+10 (+0.6%)

出典：厚生労働省「医療施設調査」(各年10月1日現在)

5 へき地医療体制の状況

(1) へき地医療拠点病院

本県では、へき地診療所への医師派遣や無医地区等への巡回診療等の医療支援活動を行う「へき地医療拠点病院」（以下、この項において「拠点病院」という。）を、平成28（2016）年度末時点で11病院指定しています。

平成28（2016）年度では、無医地区等への巡回診療は、4拠点病院が7地区を対象に実施しています。また、へき地診療所等への代診医等の派遣協力は、9拠点病院が実施しています。

(2) へき地診療所

無医地区等を有する市町において、受療機会を安定的に提供し、住民生活の安心の基盤を確保するため、「へき地診療所」が設置・運営されています。

平成24（2012）年度では公設17機関が運営されていましたが、平成25（2013）年度からは新たに民営診療所を対象に加えて、新規認定を進めたことにより、これまで6機関が増加した半面、4機関が休廃止されたため、平成29（2017）年度では19機関となっています。

図表2-2-13 へき地医療拠点病院による支援等の状況（平成28（2016）年度） ※へき地診療所

圏域	へき地医療拠点病院	巡回診療	医師派遣	代診医派遣	支援・派遣先
広島	県立広島病院		○	○	○総領診療所 [※] 、大和診療所、 ○神石高原町立病院
	安佐市民病院		○		○雄鹿原診療所 [※] 、豊平病院、 ○安芸太田病院、市立三次中央病院
	吉田総合病院		○		○川根診療所 [※]
	安芸太田病院			○	○吉和診療所 [※]
広島西	広島総合病院		○		○栗谷診療所 [※]
	広島西医療センター			○	○阿多田診療所 [※]
福山・ 府中	府中市民病院	◆			◆協和地区、久佐地区
	神石高原町立病院	◆	○		○高蓋診療所 [※] 、 ◆油屋地区、笹尾地区、日ノ郷地区
備北	市立三次中央病院		○		○作木診療所 [※] 、甲奴診療所 ○庄原赤十字病院、 ○作木歯科診療所、君田歯科診療所
	庄原赤十字病院	◆	○	○	○総領診療所 [※] 、西城市民病院 ◆帝釈地区（7か所）
	西城市民病院	◆			◆小鳥原・高尾地区

図表2-2-14 へき地医療拠点病院による巡回診療・医師派遣等の実施状況（平成28（2016）年度）

区分	無医地区等への巡回診療			へき地診療所への医師派遣（代診・定期）		
	実施機関	実施回数	受診患者延数	実施機関	派遣先	派遣回数
へき地医療拠点病院	4機関	198回	1,096人	9機関	9診療所	474回（人）

図表2-2-15 へき地診療所の設置・運営状況（平成29（2017）年度）

年度	広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北	計
平成24年度	4	2	—	2	0	1	8	17
平成29年度	6	3	—	1	2	1	6	19
増減	+2	+1	—	▲1	+2	—	▲2	+2

課 題

1 ヘき地医療支援体制

拠点病院は、へき地等の医療提供体制を支える重要な役割を担っていますが、一部の拠点病院では、医療従事者の確保が難しく、他機関からの人的支援がなければ、医療活動やへき地診療所等への支援が維持できない状況にあります。

人口減少や後継者の不在等によって、地域における受療機会を提供する公設・民営の診療所や歯科診療所の休廃止が、今後一層懸念されます。

へき地等では、専門医や病理診断医が少ないことから、専門診療科への受療は、都市部と比べて容易ではありません。

人口減少等によるバス路線等の縮小・廃止は、特に自家用車利用が困難な高齢者等にとっては、市町による移動支援（患者輸送事業、福祉タクシー助成等）が、医療機関を受診する唯一の交通手段となっている地域もあり、アクセスの確保が必要となっています。

また、巡回診療による受療確保やドクターヘリ等による救急搬送が必要とされています。

2 医師等医療従事者の確保・育成

(1) 医師の確保・育成

県内の医師数は増加傾向にありますが、都市部とへき地等における医師の地域偏在は拡大しています。キャリア形成の面での不安や、子育てなどの生活環境に対する懸念などが、へき地等における就業や定着促進を阻む障壁となっています。

また、平成30（2018）年度から新たな専門医制度が導入されますが、今後、専門医取得のための研修環境の面で、へき地等への勤務が、より敬遠される状況が懸念されます。

このため、就業促進へのアプローチのみならず、地域医療への理解が深まる機会の提供や、勤務に対する不安等が取り除かれる職場環境が求められます。

特に、地域医療へのやりがいやモチベーションが継続されるよう、本人のキャリア形成に資する勤務環境や支援の仕組が、地域を挙げて構築されることが重要です。

(2) 看護職員の確保・育成

看護職員については、今後の医療需要の増加に対して不足することが懸念される中で、特にへき地等での勤務を希望する者は少なく、へき地等の医療機関では、看護職員等の新たな採用・確保は都市部よりも難しい状況です。

3 ヘき地医療対策の推進体制

今後、へき地等では、人口減少に伴って、限りある医療資源等の有効化・効率化が一層求められます。へき地等への医療活動と、それを支える人材の確保・育成が、施策推進の両輪となって一体的に展開されることに加えて、地域においては、住民を含めた関係者の理解と協力のもとで、医療・保健・福祉・介護等の担い手が相互に補完しながら、その機能が有効に発揮される連携体制の構築が一層重要となります。

目 標

へき地等の医療提供体制を支える医療機関、医師等の医療従事者、県、市町等が連携し、地域住民が、必要に応じて適切な医療を受けられる体制を整備します。

区分	指標等	現状	目標 (R5)	出典
S	へき地医療拠点病院・支援病院数	[H29.4] 11 施設	必要に応じて増加させる。	県健康福祉局調べ
S	へき地診療所数	[H29.4] 19 施設	現状を維持し、必要に応じて増加させる。	県健康福祉局調べ
P	へき地医療拠点病院間の連携強化 (関係病院間の医師派遣回数/年)	[H28実績] 480 回	600 回	県健康福祉局調べ
O	医師数 (過疎市町の人口 10 万人対医療施設従事医師数)	[H30] 195.1 人	[R4] 206.1 人以上	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
O	歯科医師数 (過疎市町の人口 10 万人対医療施設従事歯科医師数)	[H28] 67.9 人	[R4] 67.9 人以上	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
O	看護職員数 (過疎市町の人口 10 万人対医療施設従事看護職員数)	[H30] 1,662.2 人	[R5] 1,708.6 人以上	厚生労働省「保健・衛生行政業務報告 (衛生行政報告例)」
O	自治医大卒業医師県内定着率	[H28末] 70.5%	75.0%	県健康福祉局調べ
O	「ふるさとドクターネット広島」登録者数	[H28末] 2,297 人	3,137 人	県健康福祉局調べ

S : ストラクチャー指標, P : プロセス指標, O : アウトカム指標

施策の方向

1 へき地医療支援体制の維持・強化

(1) へき地医療拠点病院への支援と機能強化

拠点病院による巡回診療や代診医派遣等の医療活動に対して支援を行うとともに、必要に応じて、新たに拠点病院を指定し、運営支援等を行います。

拠点病院を、所在地域により県内4地区にグルーピングし、各ブロック内で、基幹的な拠点病院が他の拠点病院のバックアップ(医師派遣など)や広域的人材育成、地域の医療機関のネットワーク機能を担うことで、拠点病院の機能分担による相互連携体制を構築するとともに、都市部の拠点病院からへき地等への広域的な後方支援を推進します。

なお、拠点病院への支援機能を補完する役割として、新たに「へき地医療支援病院」を指定する本県独自制度を創設し、医療活動が維持される体制づくりを推進します。

(2) へき地診療所への支援

公設の診療所のほか、市町からの要望に応じて民営の診療所を「へき地診療所」として認定し、運営が維持されるよう、ハード及びソフトの両面において支援等を行います。

(3) へき地等の歯科医療体制の確保

拠点病院による支援や過疎地域等特定診療所(歯科診療所)の運営、在宅歯科診療の促進等により、へき地等における歯科医療体制を確保します。

(4) 情報通信技術の活用支援

拠点病院が進める情報通信技術（ICT）を活用した診療支援や医療情報の共有化（診療相談や読影協力、患者情報の共有等）の取組を支援し、地理的障壁の解消や高度医療等へアクセスできる環境を促進します。

(5) アクセスの確保

へき地や離島における受療機会の確保等として進められている「広島県北部地域移動診療車」や「瀬戸内海巡回診療船・済生丸」の運営を支援します。

市町等が実施する患者輸送事業や、福祉タクシー等の移動支援事業、デマンド交通の導入を促進し、医療機関までの交通手段やアクセス環境の維持・向上を図ります。

ドクターヘリによる救急医療体制を推進するとともに、「中国5県等ドクターヘリ広域連携に係る基本協定」に基づき、隣接する他県のドクターヘリとの相互連携の強化を図ります。

2 医師等医療従事者の確保・育成

(1) 自治医科大学による医師の育成・派遣

自治医科大学へ、毎年2名程度、本県出身学生を入学させ、拠点病院やへき地診療所等において地域医療の中心を担う県派遣医師を育成します。

また、派遣先での研修機会の確保や後期臨床研修の充実、新専門医制度による専門医取得に資する勤務先への派遣など、地域ニーズに応えつつキャリア形成にも配慮した派遣調整を行うことで、義務年限終了後においても、県内のへき地医療機関等の公立・公的医療機関へ継続して勤務するなど、県内への定着促進を図ります。

(2) 広島大学ふるさと枠等による医師の育成・配置

地域医療に従事する医師養成を目的とした大学医学部の入学定員増（地域枠）による「広島大学医学部ふるさと枠」・「岡山大学医学部地域枠広島県コース」の医学生や、全国の大学を対象に一般募集した本県出身の医学生に対して広島県医師育成奨学金を貸与し、国の医師養成方針や制度改正等の動向も踏まえながら、へき地等の医療を担う医師を計画的に育成します。

広島大学内に寄付講座「広島大学医学部地域医療システム学講座」を設置し、地域枠等の医学生に対する卒前教育の充実や、将来の専門医取得を踏まえたキャリアプランの作成などを通じて、地域医療に対する不安等を解消し、モチベーションを高めて、へき地等への勤務が行えるよう、卒後も含めた支援を行います。

県内の医師確保対策を推進するため平成23（2011）年度から設置している「広島県地域医療支援センター」に県、市町、広島大学、県医師会、地域医療実習施設等で構成する「ふるさと枠医師等キャリア支援委員会」を組織し、地域ニーズや本人のキャリア形成を踏まえて、地域枠医師等の配置調整を進めます。

(3) プライマリ・ケア医の採用・派遣

地域医療への従事を希望する医師を県で採用し、中山間地域等の公的医療機関に派遣する県職員採用制度を、今後も継続して実施します。

図表 2-2-16
広島県医師育成奨学金制度による育成
（平成29（2017）年度募集定員）

奨学金の対象	人数
広島大学医学部ふるさと枠	18人
岡山大学医学部地域枠	2人
一般募集	4人

出典：県健康福祉局

(4) 拠点病院等による人材育成等

拠点病院やへき地診療所、地域で活躍する地域枠医師等の協力を得て、医学生等が地域医療への理解を深める機会の提供や、へき地等においても専門医療を学ぶ機会が得られる医師育成の仕組みや環境づくりを推進します。

基幹的な拠点病院等が中心となって、関係機関のネットワーク化や研修研鑽機会の提供等の地域ぐるみの取組を支援し、へき地等の医療等を支える連携体制の構築を推進します。

(5) 地域医療支援センターによる医師確保対策と定着促進

広島県地域医療支援センターにおいて、初期臨床研修医の誘致や、県内就業希望者への相談・斡旋、女性医師が働きやすい職場環境の促進、県内外の医師等のネットワークづくりなどの各種取組を推進し、医師の確保と県内への定着促進を図ります。

図表 2-2-17 広島県地域医療支援センター（公益財団法人広島県地域保健医療推進機構委託）の取組

区分	取組内容
○医師の養成・配置調整	<ul style="list-style-type: none"> ・奨学金医師・学生への相談支援 ・地域医療セミナーの開催 ・ふるさと枠医師等の配置調整
○医師の確保（誘致）	<ul style="list-style-type: none"> ・臨床研修病院の研修医誘致の活動支援 ・県内外の医師の就業支援（県内医療情報の提供） ・求職・求人当事者間の調整（無料職業紹介事業等）
○医師の活躍支援	<ul style="list-style-type: none"> ・女性医師の就業環境向上等に取組む医療機関への支援 ・若手医師等が地域で活躍できる仕組みづくり
○地域医療の環境整備	<ul style="list-style-type: none"> ・中山間地域での研修研鑽支援やネットワークづくり支援等 ・へき地医療支援機構の事務局業務 ・地域医療を支える取組み支援

ホームページ
「ふるさとドクターネット広島」
の運営
(医師・研修医・医学生のネット
ワークづくり、情報発信 等)

(6) 看護職員の確保・育成

県内の看護職員の確保及び定着を図るため、「養成の充実・強化」、「離職防止」、「再就業促進」、「専門医療等への対応（資質向上）」を柱とした事業に取り組めます。

県北地域唯一の看護専門学校である県立三次看護専門学校において、卒業後も引き続き地域医療に貢献する人材を養成するとともに、看護職員の離職時の届出制度を活用して、ハローワークや市町と連携しながら、就業相談や復職支援研修等を実施します。

3 へき地医療対策の推進体制

(1) 医療活動と人材確保・育成の一体的な推進

拠点病院やへき地診療所をはじめ、広島大学、医療関係団体等の関係機関で構成し、本県のへき地医療対策の推進組織である「へき地医療支援機構」において、各種取組の進捗管理を行うとともに、各地域の実情や医療支援体制等の実態把握・分析等を行い、効果的な施策推進を図ります。

「へき地医療支援機構」事務局を、地域医療支援センターが併せて担い、へき地医療対策と医師確保対策を一体的な推進体制の下で、緊密に連携して進めることで、へき地等の医療提供体制の確保を図ります。

(2) 市町の取組への支援等

市町が実施する地域医療確保の取組には、過疎地域自立促進特別措置法による財政支援制度（過疎対策事業債の発行）も活用できることから、地域の実情に応じた市町の取組を促進するとともに協力・支援等を行います。

拠点病院やへき地診療所等、へき地等での限られた医療資源が有効に機能するために、市町は、医療・介護・福祉等の多職種の関係者が相互に連携・協力して、住み慣れた身近な日常生活圏域の中で様々なニーズに応え、地域全体で住民の暮らしを支える体制づくり（地域包括ケアシステムの構築）を推進し、県は、市町の取組に対して支援を行います。

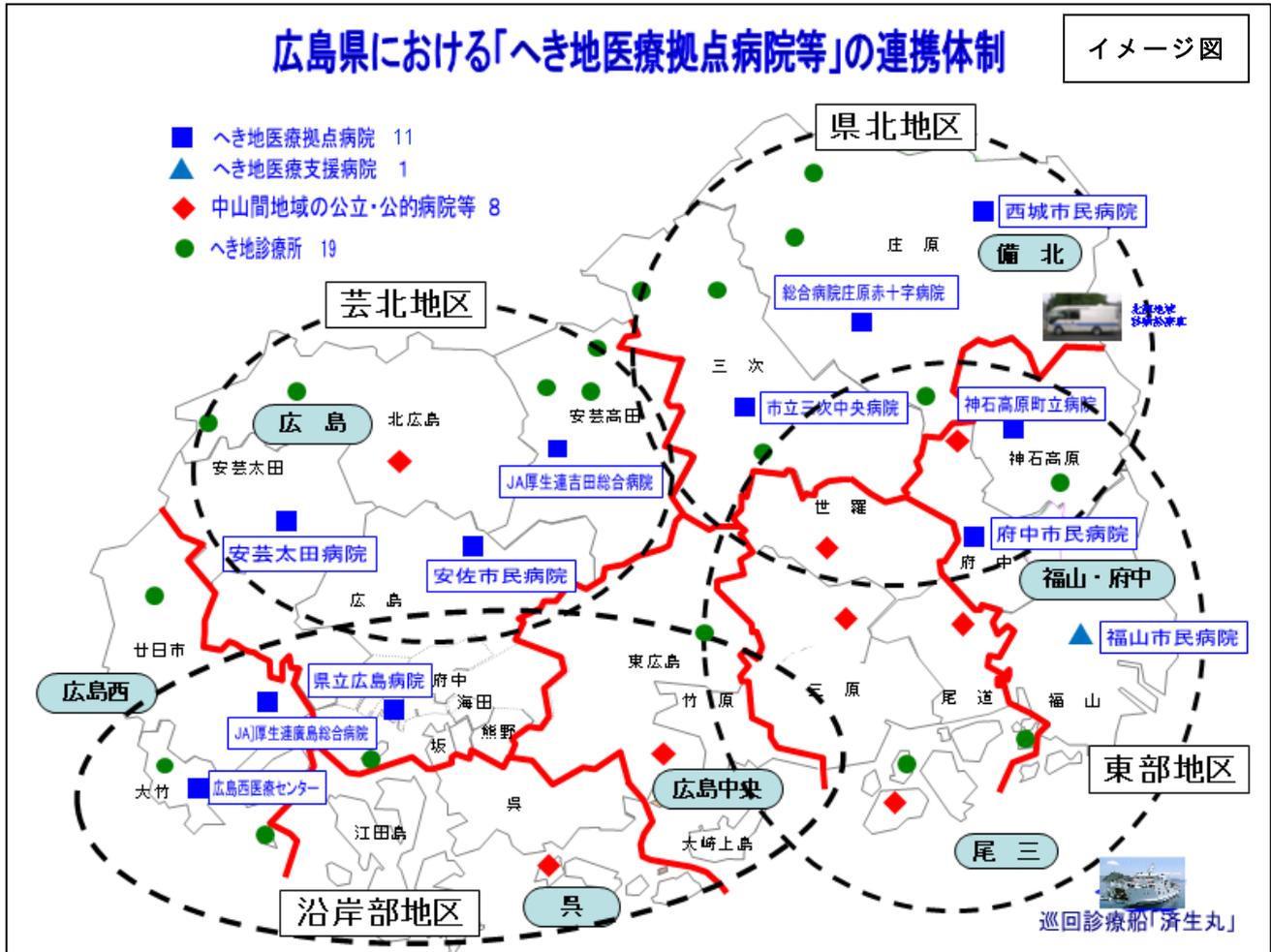
(3) 住民への啓発

へき地等での地域医療を維持していくためには、住民を含めて地域全体の理解・協力が必要です。地域における医療機関等の必要性・重要性を住民が認識して、それを維持していくための課題の共有や市町等の地域の取組への協力、また、健康の維持増進に向けた予防・早期受診、適正受診等への理解を促進することで、地域で支える医療提供体制の確保に努めます。

医療連携体制

へき地の医療連携を推進する体制は、県内4地区にグルーピングし構築します。
 へき地の医療体制に求められる医療機能は、次のイメージ図及び図表2-2-19のとおりです。
 圏域ごとの医療連携体制を担う具体的な医療機関名は、県のホームページに掲載しています。

図表 2-2-18 広島県における「へき地医療拠点病院等」の連携体制



※ 平成 29 (2017) 年 12 月 1 日現在

図表 2-2-19 へき地の医療体制に求められる医療機能

	【保健指導】	【へき地診療】	【へき地診療の支援医療】	【行政機関等の支援】
機能	へき地における保健指導	へき地における診療	へき地の診療を支援する医療	行政機関等によるへき地医療の支援
ポイント	・無医地区等において、保健指導を提供	・無医地区等において、地域住民の医療を確保 ・専門的な医療や高度な医療へ搬送する体制を整備	・診療支援機能の向上	・保健医療計画を作成 ・作成した計画に基づく施策を実施
関係機関等	保健所、市町	へき地診療所 過疎地域等特定診療所 へき地医療拠点病院	へき地医療拠点病院 へき地医療支援病院	県 へき地医療支援機構
関係機関等に求められる事項	①保健師等、必要な体制を確保し保健指導等を実施していること ②地区の保健衛生状態を十分把握し、保健所及び最寄りのへき地診療所等との緊密な連携のもとに計画的に地区の実情に即した活動を行うこと	①プライマリーの診療が可能な医師等がいること又は巡回診療を実施していること ②必要な診療部門、医療機器等があること ③緊急の内科的・外科的処置が可能なへき地医療拠点病院等と連携していること ④へき地医療拠点病院とへき地診療所との間に伝送装置を設置するなどにより、へき地医療拠点病院と連携していること ⑤へき地医療拠点病院等における職員研修等に計画的に参加していること	①遠隔診療等の実施により各種の診療支援を行うこと ②巡回診療等によりへき地住民の医療を確保すること ③へき地診療所等への代診医等の派遣及び技術指導、援助を行うこと ④へき地の医療従事者に対する研修の実施及び研究施設を提供すること ⑤その他都道府県及び市町村がへき地における医療確保のため実施する事業に対して協力すること ⑥24時間365日の診療体制を構築すること ⑦高度の診療機能を有し、へき地医療拠点病院の診療活動等を援助すること	県は、保健医療計画の策定に当たり、地域や地区の状況に応じて、医療資源を有効に活用しながら、県内の実情にあわせて「医師を確保する方策」、「医療を確保する方策」、「診療を支援する方策」、「へき地医療の普及・啓発」を定め、行政機関等が担うへき地医療の支援策を明示する。 ①県 ・保健医療計画におけるへき地医療対策の策定及びそれに基づく施策の実施 ②へき地医療支援機構 ・保健医療計画に基づく施策の実施
連携	地域住民の健康状況等の情報交換		緊急の内科的・外科的処置を可能とするための連携	

4 周産期医療対策

現 状

1 周産期を取り巻く現状

(1) 出生数及び合計特殊出生率

平成 28(2016)年の本県の出生数は 22,736 人で、前年の 23,678 人より 942 人減少し、近年最も低くなっています。合計特殊出生率は全国平均を上回る状況が続いており、平成 28(2016)年は 1.57 で全国第 15 位、東京都及び政令指定都市のある 16 都道府県に限ると、熊本県に次いで第 2 位となっています。

(2) 低出生体重児出生率

本県における平成 28(2016)年の低出生体重児(2,500 グラム未満)の出生数は 2,208 人で、低出生体重児出生率は 9.7%と横ばい状態が続いており、全国平均をやや上回る状況で推移しています。

(3) 妊産婦死亡率及び周産期死亡率

都道府県別の妊産婦死亡率(出産 10 万対)及び周産期死亡率(出産 1,000 対)の相関関係では、平成 19(2007)年から平成 28(2016)年までの 10 年平均で、本県はいずれも全国平均を下回っており、全国でもトップレベルの周産期医療水準を維持しています。

2 周産期の医療提供体制

(1) 産科医及び産婦人科医の数

減少を続けていた本県の産科医及び産婦人科医の数は、平成 18(2006)年以降回復傾向にあります。その増加状況は鈍化しています。

また、15 歳～49 歳の女性人口 10 万人あたりの診療所に勤務する産科医及び産婦人科医については 17.2(全国平均 16.2)と全国平均を上回っていますが、病院に勤務する産科医及び産婦人科医の数では 24.8(全国平均 26.6)と、全国平均を下回っています。

(2) 小児科医師数

本県の小児科医の数は平成 20(2008)年以降増加傾向にあります。

小児人口 10 万人あたりの診療所に勤務する小児科医師については 43.7(全国平均 40.3)と全国平均を上回っていますが、小児医療にかかる病院勤務医の数は 51.8(全国平均 63.4)と、全国平均を下回っています。

(3) 分娩を取扱う医療機関等

本県では、分娩を取り扱う施設は減少傾向にあり、平成 20(2008)年から平成 29(2017)年の 10 年間で約 2 割減少しています。

また、ハイリスクの妊娠・分娩に対応する医療機関として、現在、2 施設を総合周産期母子医療センターに指定し、8 施設を地域周産期母子医療センターに認定しています。圏域別で見ると、広島西圏域には周産期母子医療センターは設置されていませんが、隣接する広島圏域には 4 施設設置されており、広島西圏域もカバーしています。

(4) NICUの体制

県内には、10 か所の周産期母子医療センターに 67 床のNICUを整備していますが、半数の周産期母子医療センターにおいては、その稼働率がほぼ 100%となっています。

また、医療的ケアを必要とする重症心身障害児が療育・療養できるよう支援する医療型障害児入所施設が9施設あり、自宅で生活を希望する場合の家族の日常のケアからの一時的な解放（レスパイト・ケア）を支援するための短期入所（医療型）施設が11施設あります。

(5) 災害時における周産期医療の体制

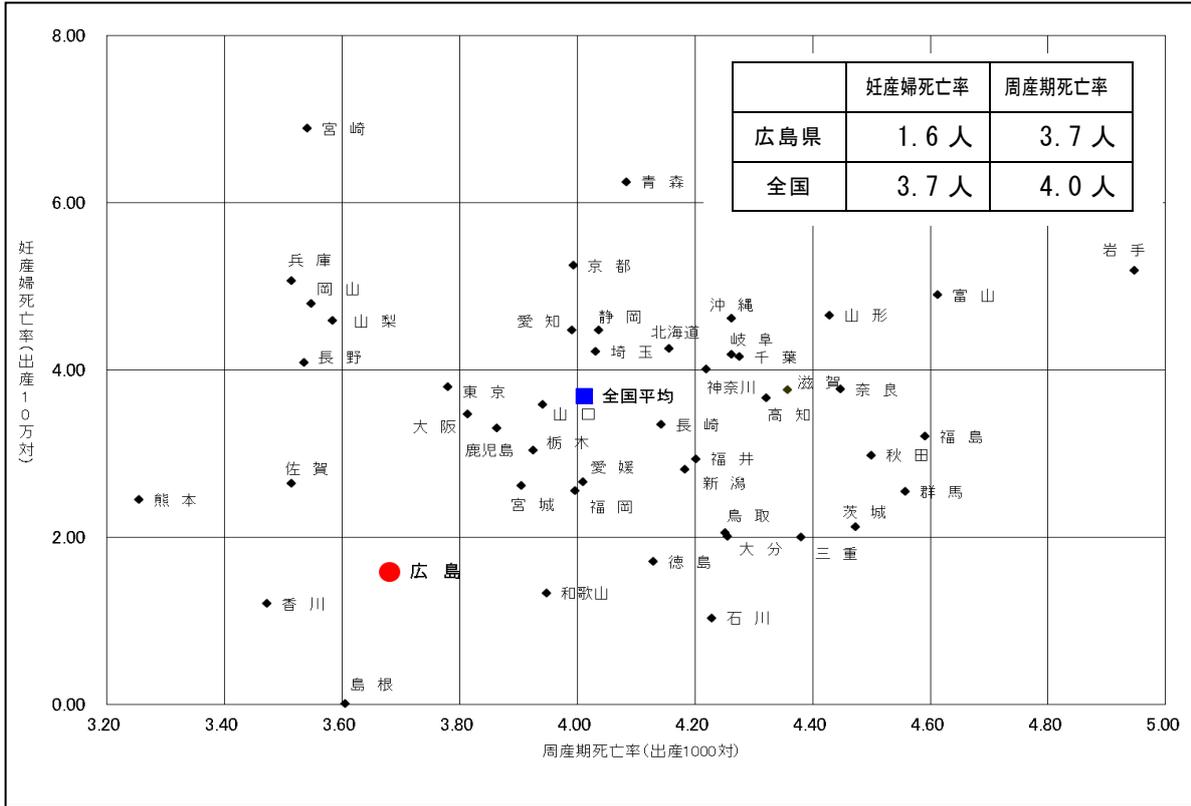
災害時における医療体制に基づき、全体の医療体制の中で対応を行っています。

3 指標による現状把握

区分	指標名	前回	現状値	出典
○	周産期死亡率 (直近10年間での平均値)	[H14~H23] 4.1	[H19~H28] 3.7	厚生労働省「人口動態統計調査」から算出
○	妊産婦死亡率 (直近10年間での平均値)	[H14~H23] 2.7	[H19~H28] 1.6	厚生労働省「人口動態統計調査」から算出
P	分娩取扱医療機関数	[H24.4.1] 61施設	[H29.4.1] 54施設	広島県調べ
P	NICU整備数	[H24.4.1] 58床	[H29.4.1] 67床	広島県調べ
S	産科・産婦人科医師数 (主たる診療科)	[H22] 245人 〔病院 132人〕 〔診療所 113人〕 (参考:H18) 229人 〔病院 122人〕 〔診療所 107人〕	[H28] 244人 〔病院 144人〕 〔診療所 100人〕	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
S	助産師数	[H22] 577人	[H28] 654人	厚生労働省「衛生行政報告例」

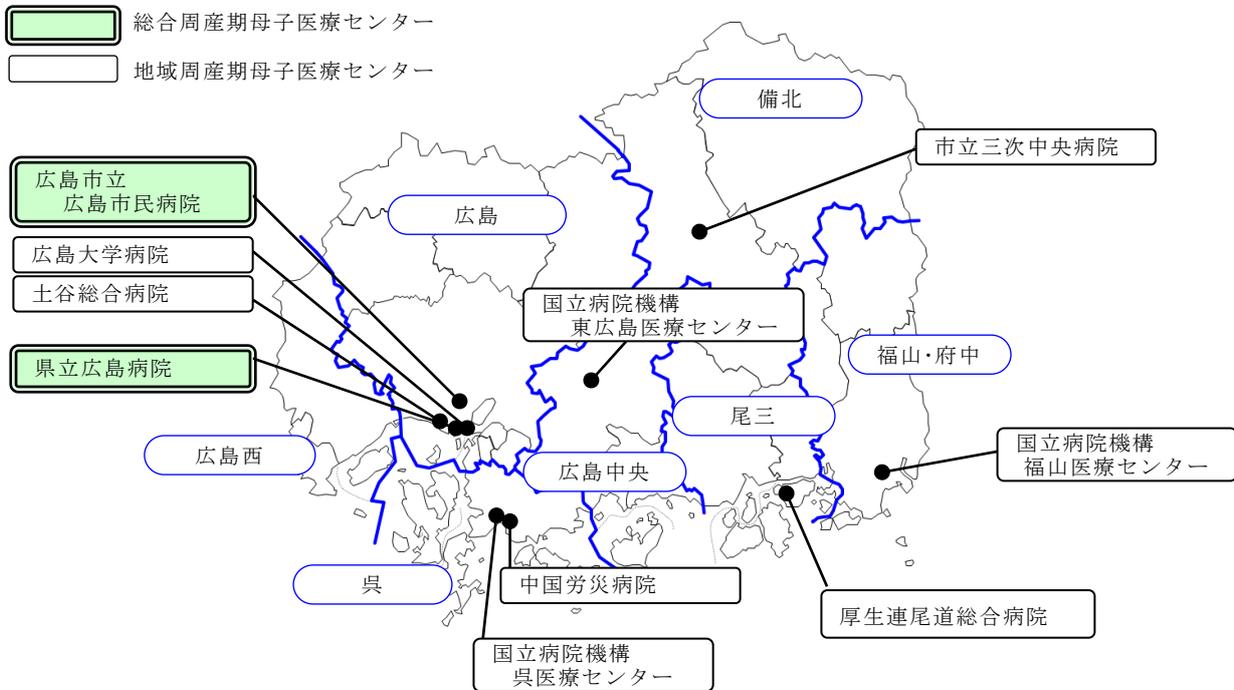
S：ストラクチャー指標，P：プロセス指標，O：アウトカム指標

図表 2-2-20 都道府県別妊産婦死亡率及び周産期死亡率（平成 19（2007）～28（2016）年平均）



出典：厚生労働省「人口動態統計調査」から算出

図表 2-2-21 県内の周産期母子医療センター



※平成 29（2017）年 12 月 1 日現在

課 題

1 医療従事者の確保

(1) 産科医及び産婦人科医・小児科医

本県の産科医及び産婦人科医の数は、平成 18（2006）年に大きく減少して以降、回復傾向にはあるものの、近年、ほぼ横ばいです。平成 29（2017）年度に実施した調査では、医師の高齢化等により、数年以内に分娩の取扱を中止する予定の診療所が多くあるなどの課題があります。

また、小児科医の数についても、小児人口あたりの医師数は全国的にみて少なく、高齢化等による開業医の減少により、小児医療体制の維持が困難になってくることも懸念されます。

周産期医療体制を維持するためには、医師の確保等による勤務環境の改善が不可欠ですが、特に、産科医及び産婦人科医、小児科医においては女性医師の割合が高いことから、不足している保育施設の確保など、出産・子育て世代が勤務を継続できる体制整備が必要です。

(2) 助産師

助産師については、就業助産師数は増加傾向にあるものの、依然として、地域間、分娩取扱施設間における偏在、新卒者の県内就業率の低迷、県内の実習受入機関の不足といった課題があります。

(3) 周産期関係者研修

周産期医療に関する医療従事者が不足する中で、医師・助産師等には、より高度な知識や技術が求められていますが、病院内の研修体制が十分であるとは言えない状況です。

2 ハイリスク妊娠・分娩等への対応

(1) 正常分娩

分娩取扱施設が減少傾向にある中、少なくとも、全ての二次保健医療圏において、出産を行える体制を維持・確保することが必要です。

(2) ハイリスク妊娠・分娩

低出生体重児の割合が高い傾向で推移していることや、出産年齢の高齢化などによるハイリスクの分娩の増加に伴い、妊産婦及び新生児の状態に応じた医療の提供が求められていますが、分娩を取り扱う診療所の減少等により、周産期母子医療センターでも通常分娩を多く取り扱うこととなるなど負担が増加し、ハイリスク分娩への対応が困難になっています。

また、医療が高度化する中で、より質の高い周産期医療の提供が必要となってきたことから、周産期母子医療センターの充実強化や、圏域内及び圏域や県境を越えた連携、搬送受入体制の維持・強化が求められています。

(3) 関連診療科との連携体制

周産期医療に係る疾患は多岐にわたることから、様々な診療科との連携体制を確保することが必要となります。

(4) NICU長期入院児

急性期治療を終了し、結果として重度の障害が残った児については、常時医療的ケアを必要とするため、在宅医療への移行が困難な場合や重症心身障害児施設に空きがない場合に、入院が長期化することとなり、NICU病床の確保が困難になっています。

3 災害時を見据えた周産期医療体制

これまでの災害時における問題点として、現状の災害医療体制では、小児・周産期における特有のニーズに対応する体制が十分取られているとは言えない状況が指摘されています。

目 標

県民が安全に・安心して必要な周産期医療が受けられる体制を構築します。

区分	指標名	現状値	目標値	出典
O	周産期死亡率	[H24～H28] 3.5 (参考：全国) 3.8	直近5年間での平均値を現状値で維持します。	厚生労働省「人口動態統計調査」から算出
O	妊産婦死亡率	[H24～H28] 0.8 (参考：全国) 3.5	直近5年間での平均値を現状値で維持します。	厚生労働省「人口動態統計調査」から算出
S	分娩取扱施設に勤務する産科及び産婦人科医師数	[H26] 病院 18.9人 診療所 7.7人 (参考：全国) 病院 23.4人 診療所 8.4人	15歳～49歳の女性人口10万人あたりの医師数を全国平均まで増加させます。	厚生労働省「医療施設調査」
S	助産師数	[H28] 654人	前回調査より増加させます。	厚生労働省「衛生行政報告例」
S	災害時小児周産期リエゾン任命者数	[R1] 0人	[R5] 15人	県健康福祉局調べ

S：ストラクチャー指標，P：プロセス指標，O：アウトカム指標

施策の方向

1 医療従事者の確保

(1) 医師

広島県地域医療支援センターを中心とした医師確保対策を総合的かつ機動的に実施し、産婦人科医、小児科医（小児外科及び小児感覚器科に従事する医師を含む）の確保や県内定着等を図ります。

特に、産婦人科医、小児科医は女性医師の割合が高いことから、相談体制や短時間勤務制度などの就業環境を整え、就業継続や定着を図るとともに、未就業の女性医師の就業を促進します。

大学医学部地域枠による、将来、県内で医療に従事する医師を養成するとともに、広島大学医学部寄附講座「地域医療システム学講座」等や産科医や小児科医を育成するための魅力ある専門医研修プログラムを県内外に周知することにより、地域で周産期医療を担う医師を育成します。

(2) 助産師

県内で助産師として就業する意思のある学生を対象とした修学資金の貸与や、助産師の就業実態や分娩取扱施設の意向を踏まえ、偏在解消、助産師の実践能力向上、実習受入支援等を目的とした施設間の助産師出向を調整・支援する助産師出向支援導入事業を実施し、助産師の確保に努めます。

また、医師の負担軽減や助産師の効果的な活用の観点から、ローリスクの分娩に対する院内助産の活用について検討します。

(3) 周産期関係者研修

医師と助産師の合同研修などにより、情報交換と環境づくりを図り、周産期医療の充実を図ります。

その他、周産期医療に従事する医師・看護師・助産師等に対し、専門的（基礎的）知識及び技術を習得するための研修を、総合周産期母子医療センター等において実施します。

2 ハイリスク妊娠・分娩等への対応

(1) 医療機能に応じた役割分担

分娩取扱施設が減少している状況を踏まえ、地域における分娩取扱体制を維持するため、分娩を取り扱わない医療機関は妊婦健診を、正常分娩を扱う医療機関等はローリスク妊娠の分娩を安全に実施し、ハイリスク妊娠・分娩はできるだけ周産期母子医療センター等において対応するなど役割分担を行います。

(2) 周産期医療施設間の連携体制の構築

ハイリスク妊娠・分娩に対応する周産期母子医療センター等の高次医療施設について、限られた資源を有効に生かすために重点化なども検討します。

また、日ごろからリスクに応じた患者紹介などが円滑に行われるよう、周産期医療機関相互における連携体制を構築します。

(3) 周産期母子医療センターの充実

質の高い周産期医療の提供体制の確保及び充実強化のため、周産期母子医療センターの運営及び機能強化への支援を行います。

また、常時の母体及び新生児搬送受入体制を有し、合併症妊婦、胎児・新生児異常等、高度な周産期医療を行うことができ、産科合併症以外の合併症（脳血管障害、心疾患、敗血症、外傷、精神疾患等）を有する母体に対応する機関である総合周産期母子医療センターの充実を支援します。

(4) 搬送受け入れ体制の強化

いつ、どこで生まれても、母体及び新生児の状況に応じた適切な救急搬送と受け入れ先を確保するとともに、緊急母体搬送の受け入れやNICUの受け入れの可否等の応需情報等について、速やかな情報の収集や提供が行えるよう、周産期医療情報システム（広島県周産期医療システム）の運営を行います。

また、緊急・遠距離搬送が必要な際のヘリコプターによる搬送対応を行います。

近隣の県との県境を越えた周産期医療に関する円滑な患者搬送のため、相互の支援に向けて、引き続き連携していきます。

3 新生児への対応

(1) 関連診療科との連携体制の構築

周産期医療に係る疾患は多岐にわたることから、周産期医療に関わる診療科と広く医療連携体制を構築します。特に、新生児については、小児外科、小児感覚器科に関する領域との密接な連携を推進し、対応の充実を図ります。

(2) NICUの整備

国の指針（出生数1万人に対し25床から30床）に基づく本県のNICUの整備数は、出生数（平成28（2016）年：22,736人）から推計すると、県全体では57床～69床が必要となり、目標とするNICUの数は確保できています。

今後、重症度に合わせてマンパワーの配置や、地域におけるNICU病床の充足状況等を踏まえながら、必要な病床数の確保について検討します。

(3) NICU長期入院児支援

福祉サービス事業者及び各自治体等との医療、保健、福祉サービスの調整など、退院支援のための体制の整備や、NICU等を退院可能となった児がそれぞれの状況に応じた生活の場で療育・療養できるよう、GCUの充実等を含めた、病院における適切な看護の確保とともに、地域における療養介護及び医療型短期入所サービス等の必要見込量の確保に努めます。

4 災害時を見据えた周産期医療体制

災害時において、適切な周産期医療や物資を提供するためのコーディネーター（「災害時小児周産期リエゾン」）を配置するとともに、平時から、DMATの活動と連携した訓練の実施や、災害対策情報のシステムを活用するなど、被災時（近隣府県を含む。）を見据えた体制の整備に取り組みます。

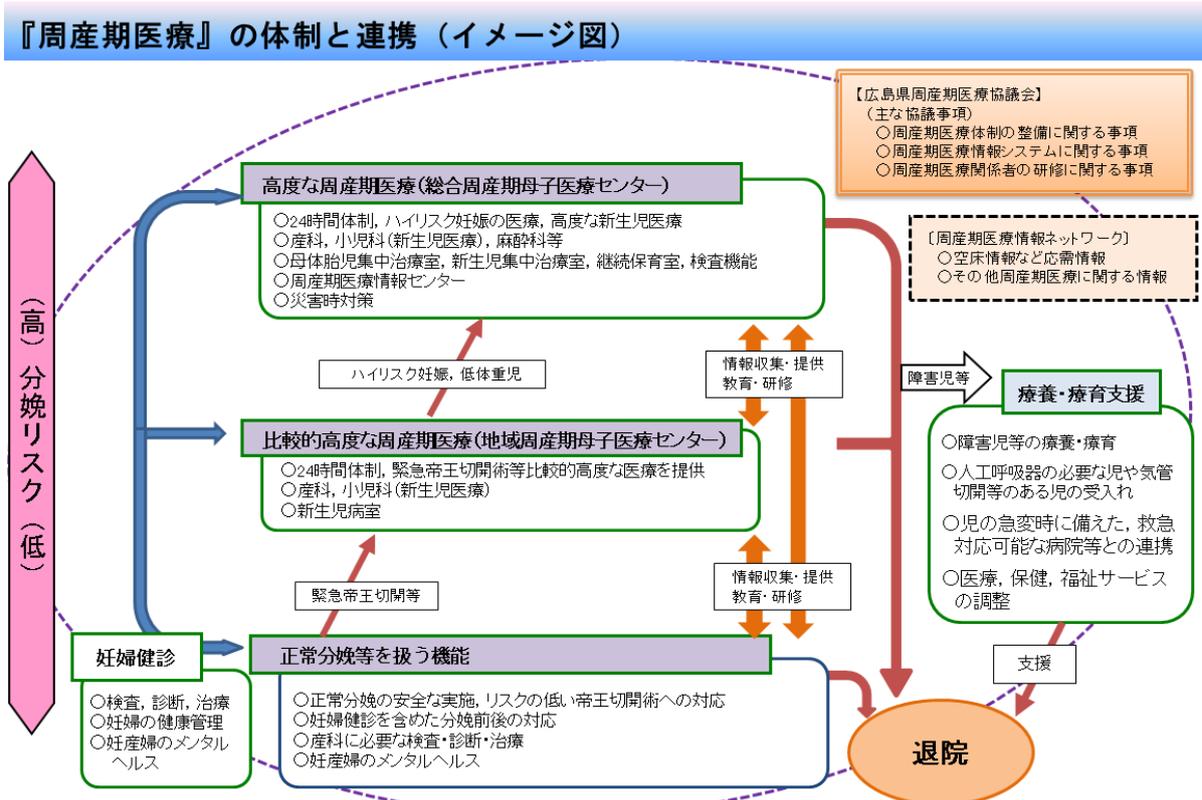
医療連携体制

周産期医療体制は、概ね7つの二次保健医療圏ごとに構築します。

周産期の医療体制に求められる医療機能は、図表2-2-23のとおりです。また、各機能を踏まえた医療体制と連携については、次のイメージ図のように考えられます。

圏域ごとの医療連携体制を担う具体的な医療機関名は、県のホームページに掲載しています。

図表2-2-22 「周産期医療」の体制と連携



図表2-2-23 周産期の医療体制に求められる医療機能

	【妊婦健診】	【周産期医療】			【療養・療育支援】
機能	妊婦健診を扱う機能 (分娩の扱いはない) (日常生活・保健指導を含む)	正常分娩等を扱う機能 【正常分娩】 (日常生活・保健指導、新生児の医療相談を含む。)	周産期に係る比較的高度な医療行為を行うことができる機能 【地域周産期医療】	母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療等の周産期医療を行うことができる機能 【総合周産期医療】	周産期医療関連施設を退院した障害児等が生活の場(施設を含む。)で療養・療育できるような支援する機能 【療養・療育支援】
目標	●分娩を行う医療機関と連携し、妊婦健診等を含めた分娩前後の診察を行うこと。	●正常分娩に対応すること ●妊婦健診等を含めた分娩前後の診察を行うこと。 ●周産期母子医療センター及びそれに準ずる施設など他の医療機関との連携により、リスクの低い帝王切開術に対応すること。	●周産期に係る比較的高度な医療行為を実施すること。 ●24時間体制での周産期救急医療(緊急帝王切開術、その他の緊急手術を含む。)に対応すること。	●合併症妊娠、胎児・新生児異常等母体又は児にリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等を行うことができるとともに、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、産科合併症以外の合併症を有する母体に対応すること。 ●周産期医療体制の中核として地域周産期医療関連施設等との連携を図ること。	●周産期医療施設を退院した障害児等が生活の場(施設を含む。)で療養・療育できる体制を提供すること(地域の保健・福祉との連携等) ●在宅において療養・療育を行っている児の家族に対する支援を実施すること。
医療機関等	検診施設等	産科・産婦人科標榜医療機関 助産所	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	小児科を標榜する病院又は診療所 在宅医療を行っている診療所 訪問看護ステーション 医療型障害児入所施設 日中一時支援施設
医療機関等に求められる事項	①産科に必要なとされる検査、診断、治療が実施可能であること。 ②分娩を行う医療機関と連携し妊婦の健康管理が行えること。 ③妊産婦のメンタルヘルスに対応可能であること。	①産科に必要なとされる検査、診断、治療が実施可能であること。 ②正常分娩を安全に実施可能であること。 ③他の医療機関との連携により、合併症や、帝王切開術その他の手術に適切に対応できること。 ④妊産婦のメンタルヘルスに対応可能であること。 ⑤緊急時の搬送にあっては、周産期救急情報システム等を活用し、病態や緊急度に応じて適切な医療機関を選定すること。また平時から近隣の高次施設との連携体制を構築すること。 (助産所) ① 正常な妊娠分娩産褥及び新生児の診断を行い、異常が認められる場合は、医師と連携し、適切に対応できること。 ② 正常分娩を安全に実施可能であること。 ③ 妊産婦のメンタルヘルスに対応可能であること。	①診療科目 産科及び小児科(新生児診療を担当するもの)を有するものとし、麻酔科及びその他関連各科を有することが望ましい。 ②設備 a 産科を有する場合は、次に掲げる設備を備えることが望ましい。 (a)緊急帝王切開術等の実施に必要な医療機器 (b)分娩監視装置 (c)超音波診断装置 (d)微量輸液装置等 b 小児科等には新生児病室を有し、次に掲げる設備を備えるNICUを設けることが望ましい。 (a)新生児用呼吸循環監視装置 (b)新生児用人工換気装置 (c)保育器等 ③職員 次に掲げる職員を配置することが望ましい。 a 小児科(新生児医療を担当するもの)については、24時間体制を確保するために必要な職員 b 産科を有する場合は、帝王切開術が必要な場合に迅速(おおむね30分以内)に手術への対応が可能となるような医師(麻酔科医を含む。)及びその他の職員 c 新生児病室については次に掲げる職員 (a)24時間体制で病院内に小児科を担当する医師が勤務 (b)各地域周産期医療センターにおいて設定した水準の新生児医療を提供するために必要な看護師が適当数勤務 (c)臨床心理士等の臨床心理技術者を配置 (d)NICUを有する場合は入院児支援コーディネータを配置することが望ましい。 ④連携機能 総合周産期母子医療センターからの戻り搬送の受け入れ、オープンシステム・セミオープンシステム等の活用、合同症例検討会等の開催等により、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連携を図る。	①診療科目 産科及び新生児医療を専門とする小児科(MFICU及びNICUを有するものに限る)、麻酔科その他の関係診療科を有するものとする。 ②設備 a MFICU(次に掲げる設備を備えるものとする。必要に応じ個室とする。) (a)分娩監視装置 (b)呼吸循環監視装置 (c)超音波診断装置等 b NICU(次に掲げる設備を備えるものとする。) (a)新生児用呼吸循環監視装置 (b)新生児用人工換気装置 (c)超音波診断装置 (d)新生児搬送用保育器等 c GCU NICUから退出した児並びに輸液、酸素投与等の処置及び心拍呼吸監視装置の使用を必要とする新生児の治療に必要な設備を備えるものとする。 d 新生児と家族の愛着形成を支援するための設備 e 周産期医療に利用し得るドクターカーを必要に応じ整備 f 血液一般検査、血液凝固系検査、生化学一般検査、血液ガス検査、エックス線検査、輸血用検査、超音波診断装置による検査及び分娩監視装置による連続的な監視が常時可能であるものとする。 ③職員 次に掲げる職員をはじめとして適切な勤務体制を維持する上で必要な数の職員の確保に努めるものとする。 a MFICU (a)24時間体制で産科を担当する複数の医師が勤務 (b)MFICUの全病床を通じて常時3床に1名の助産師又は看護師が勤務 b NICU (a)24時間体制で新生児医療を担当する医師が勤務 (b)常時3床に1名の看護師が勤務 (c)臨床心理士等の臨床心理技術者を配置すること。 c GCU 常時6床に1名の看護師が勤務 d 分娩室 原則として、助産師及び看護師が病棟とは独立して勤務 e 麻酔科医を配置すること。 f NICU入院コーディネーターを配置することが望ましい。 ④連携機能 地域周産期母子医療センターその他の地域で分娩を取り扱う全ての周産期医療関連施設等と連携を図るとともに、関係診療科と緊密な連携を図る。また、精神疾患を合併する妊産婦についても対応可能な体制を整える。 ⑤周産期救急情報センターを設置し、周産期医療に関する病床の空床状況、重症例の受け入れ可能状況並びに搬送に向かう医師の存否等に関する情報を提供する。 ⑥地域周産期医療関連施設等の医師、助産師、看護師等に対し、必要な専門的・基礎的知識、技術を習得させるため研修を行う。 ⑦災害対策 災害時を見据えて業務継続計画を策定すること。また、被災時(近隣府県を含む)において、災害時小児周産期リエゾンを介して物資や人員の支援を積極的に担うこと。	①周産期医療施設等と連携し、人工呼吸器の管理が必要な児や、気管切開等のある児の受け入れが可能であること ②児の急変時に備え、救急対応可能な病院等との連携が図れていること。 ③訪問看護ステーション、薬局、福祉サービス事業者及び自治体等との連携により、医療、保健及び福祉サービス及びレスパイト入院の受け入れ等を調整し、適切に療養・療育できる体制を提供すること。 ④地域又は総合周産期母子医療センター等の周産期医療関連施設等と連携し、療養・療育が必要な児の情報(診療情報や治療計画等)を共有していること。 ⑤医療型障害児入所施設等の自宅以外の場においても、障害児の適切な療養・療育を支援すること。 ⑥家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること。
連携		● 地域周産期関連施設との連携		● ドクターカー等による母体・新生児の搬送	
				● 療養・療育が必要な児の情報(診療情報や治療計画等)の共有	

5 小児医療（小児救急医療を含む）対策

現 状

1 小児医療を取り巻く現状

(1) 小児人口（15歳未満人口）

県内の小児人口は、平成24（2012）年の39万人から、平成28（2016）年は38.2万人と減少していますが、人口割合で見ると、平成28（2016）年現在では13.3%を占め、全国で高い方から9番目の水準にあります。圏域ごとにみると、広島、広島中央、福山・府中の各圏域で、小児人口の人口に占める割合が、全国平均の12.7%を上回っています。

また、国立社会保障・人口問題研究所の推計（平成25（2013）年3月）によれば、令和2（2020）年には34.1万人に、令和7（2025）年には31.1万人になると推計されています。

(2) 一般小児医療を担う診療所・病院数

本県の一般小児医療を担う医療施設の数、平成23（2011）年の207施設から、平成26（2014）年の205施設と減少していますが、小児人口10万人あたりの診療所数は35.8と、全国平均の33.1を、また、一般小児医療を担う病院数は17.0で、全国平均の16.1を上回っています。

(3) 死亡率等

本県の平成28（2016）年における、乳児（1歳未満）死亡率（出生1,000人対）は1.9（全国平均2.0）、幼児（5歳未満）死亡率は0.5（全国平均0.5）、小児（15歳未満）死亡率については0.2（全国平均0.2）と、全国平均値と同様の値となっています。

2 小児医療提供体制

(1) 小児科医師数

本県の小児科医の数は平成20（2008）年以降増加傾向にあります。

平成28（2016）年の小児人口10万人あたりの診療所に勤務する小児科医師については43.7（全国平均40.3）と全国平均を上回っていますが、小児医療にかかる病院勤務医の数は51.8（全国平均63.4）と、全国平均を下回っています。

(2) 小児救急医療体制

軽症患者などに対応する「初期救急」については、住民の身近な地域で初期の小児救急医療体制が確保されるよう、「在宅当番医制」や「休日夜間急患センター」の体制により実施しています。

入院治療を要するなど重症患者に対する「二次救急」については、複数の救急医療圏を広域的にカバーし、365日24時間体制で受け入れる「小児救急医療拠点病院」として、広島市立舟入市民病院、JA尾道総合病院、市立三次中央病院を指定しています。

また、地域の小児科を標榜する病院群または病院が、病院群輪番制方式等により、小児救急医療に係る休日・夜間の診療体制を整備しています。

複数の診療科目にわたる重篤患者に対する「三次救急」については、「救命救急センター」の充実・強化を図るなかで、重症の小児救急患者に広域的に対応しています。

課 題

1 医師数

小児科医の数については平成 20（2008）年以降増加状況が続いていますが、小児人口あたりの医師数は全国的にみて少なく、高齢化等による開業医の減少により、小児救急医療体制の維持が困難になってくる恐れもあることから、医師の確保と勤務環境の改善による負担軽減が不可欠です。特に、小児科医においては女性医師の割合が高いことから、不足している保育施設の確保など、出産・子育て世代が就業を継続できる体制整備が必要です。

2 小児救急医療体制

小児救急患者の時間帯別受診状況を見ると、平日では夕刻から準夜帯にかけて増加傾向にあり、更に土曜日及び日曜日では多くなっており、小児救急患者はいわゆる時間外受診者が多いことが指摘されています。また、小児の入院救急医療機関（二次救急医療機関）を訪れる患者のうち、9割以上が軽症患者というデータもあり、それが夜間休日の診療に当たる病院小児科医の過重労働を引き起こし、小児科医が疲弊する要因となっています。その結果、小児科医が不足し、地域によっては24時間365日の小児救急医療体制の確保に苦慮している地域もあります。

3 小児救急医療電話相談

近年、電話相談利用者が大幅に増加しており、この取り組みの認知が進んできたことによると考えられますが、対象者は、出生や子どもの成長に伴い変わっていくことから、引き続き、周知していくことが必要です。

4 医療的ケアを必要とする児

NICU等を退院可能となった児については、病院における適切な看護の確保、施設への入所や、在宅での支援のための短期入所（医療型）など多様なニーズに対応した療養体制の充実が必要です。

5 災害時を見据えた小児医療体制

これまでの災害時における問題点として、現状の災害医療体制では、小児・周産期における特有のニーズに対応する体制が十分取られているとは言えない状況が指摘されています。

6 県民の受療状況

小児救急患者については、その多くが軽症患者であることや時間外受診が多いことが指摘されています。

また、小児救急における受療行動には、少子化、核家族化、夫婦共働きといった社会情勢や家庭環境の変化に加え、保護者等による専門医志向、病院志向が大きく影響していることが指摘されており、子どもの病気やけがへの対応について、情報提供や啓発を行うことが必要と考えられます。

目 標

医療機関，医師等の医療従事者，県，市町等が連携して小児医療提供体制を構築し，県民が，必要ときに適切な医療を受けられる体制を整備します。

区分	指標名	現状値	目標値	出典
○	周産期死亡率	[H24～H28] 3.5 (参考：全国) 3.8	直近5年間での平均値を現状値で維持します。	厚生労働省「人口動態統計調査」から算出
○	乳児死亡率	[H24～H28] 2.0 (参考：全国) 2.1)	直近5年間での平均値を全国平均値以下で維持します。	厚生労働省「人口動態統計調査」
○	幼児死亡率	[H24～H28] 0.53 (参考：全国) 0.54)	直近5年間での平均値を全国平均値以下で維持します。	厚生労働省「人口動態統計調査」から算出
○	小児死亡率	[H24～H28] 0.22 (参考：全国) 0.23)	直近5年間での平均値を全国平均値以下で維持します。	厚生労働省「人口動態統計調査」から算出
S	小児科医師数 (主たる診療科)	[H28] 病院 51.8人 診療所 43.7人 (参考：全国) 病院 63.4人 診療所 40.3人	小児人口10万人あたり医師数を全国平均まで増加させます。	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」から算出
S	災害時小児周産期リエゾン任命者数	[R1] 0人	[R5] 15人	県健康福祉局調べ

S：ストラクチャー指標，P：プロセス指標，O：アウトカム指標

施策の方向

1 小児科医の確保と人材育成

広島県地域医療支援センターを中心とした医師確保対策を総合的かつ機動的に実施するとともに、地域の実情に応じた医師の確保対策を検討するなど、小児科医師の確保や県内定着等を図ります。

特に、小児科医は女性医師の割合が高いことから、相談体制や短時間勤務制度などの就業環境を整え、就業継続や定着を図るとともに、未就業の女性医師の就業を促進します。

大学等と連携して、大学医学部地域枠による、将来、県内で医療に従事する医師を養成するとともに、広島大学医学部寄附講座「地域医療システム学講座」等や小児科医を育成するための魅力ある専門医研修プログラムを県内外に周知することにより、地域で小児医療を担う医師を育成します。

また、県内の小児科医に対する研究や研修についての支援を充実するなど、小児医療技術の向上を図ります。

2 小児救急医療体制

(1) 初期小児救急医療体制の強化

在宅当番医制や休日夜間急患センターの体制の充実を図るなど、地域の実情に応じた小児救急医療体制を確保します。また、救急対応を経験していない小児科医や内科医等を対象とした、小児の初期救急についての基本的な知識、技術を習得するための研修を実施するなど、地域の初期小児救急医療体制の強化を図ります。

(2) 二次救急医療体制の充実と三次救急医療との連携強化

「小児救急医療支援事業」や「小児救急医療拠点病院運営事業」により市町や医療機関の取組を支援するとともに、大学・医療機関等と連携しながら地域の二次救急医療体制を確保します。

事業の実施に当たっては、地域の中核的病院を中心とした在宅当番医制や病院の小児科機能の重点・集約化による拠点病院化等、地域の実態に即した新たな実施方策についても検討を進めるとともに、具体化に向けた関係機関との積極的な協議を行います。

三次小児救急医療体制については、より高度で専門的な医療を提供できる体制を維持するとともに、緊急時のヘリコプター等による搬送体制の維持・充実を図ります。

また、平成28(2016)年の「人口動態統計調査」によると、小児の死因では、不慮の事故によるものが全体の死亡数の約12%と高い割合を占めていることから、消防機関、医師会、関係医療機関と連携し、「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」に基づき、より適切で円滑な救急搬送及び搬送受入を推進します。

県境に接する圏域では、隣接県との県境を越えた小児救急医療に関する円滑な患者搬送のため、相互の支援に向けて、引き続き連携していきます。

3 小児救急医療電話相談事業

電話相談事業の充実・強化について検討するとともに、県民への周知・広報を積極的に行い、初期及び二次救急病院への適切な受療行動を促し、小児救急を受診する患者の減少と小児科医の負担軽減を図ります。

4 医療的ケアを必要とする児の療養体制

NICU等を退院可能となった児がそれぞれの状況に応じた生活の場で療育・療養できるよう、病院における適切な看護の確保とともに、地域における療養介護及び医療型短期入所等の必要なサービス見込量の確保に努めます。

5 災害時を見据えた小児医療体制

災害時において、適切な小児医療や物資を提供するためのコーディネーター(「災害時小児周産期リエゾン」)を配置するとともに、平時から、DMATの活動と連携した訓練の実施や、災害対策情報のシステムを活用するなど、被災時(近隣府県を含む。)を見据えた体制の整備に取り組みます。

6 県民への情報提供と啓発

子どもの病気に対する保護者の不安解消を図るため、小児の病気や事故に関する予防についての必要な知識・技術について情報提供するとともに、急病時の対応にかかる適正な受療行動等について普及・啓発を行います。

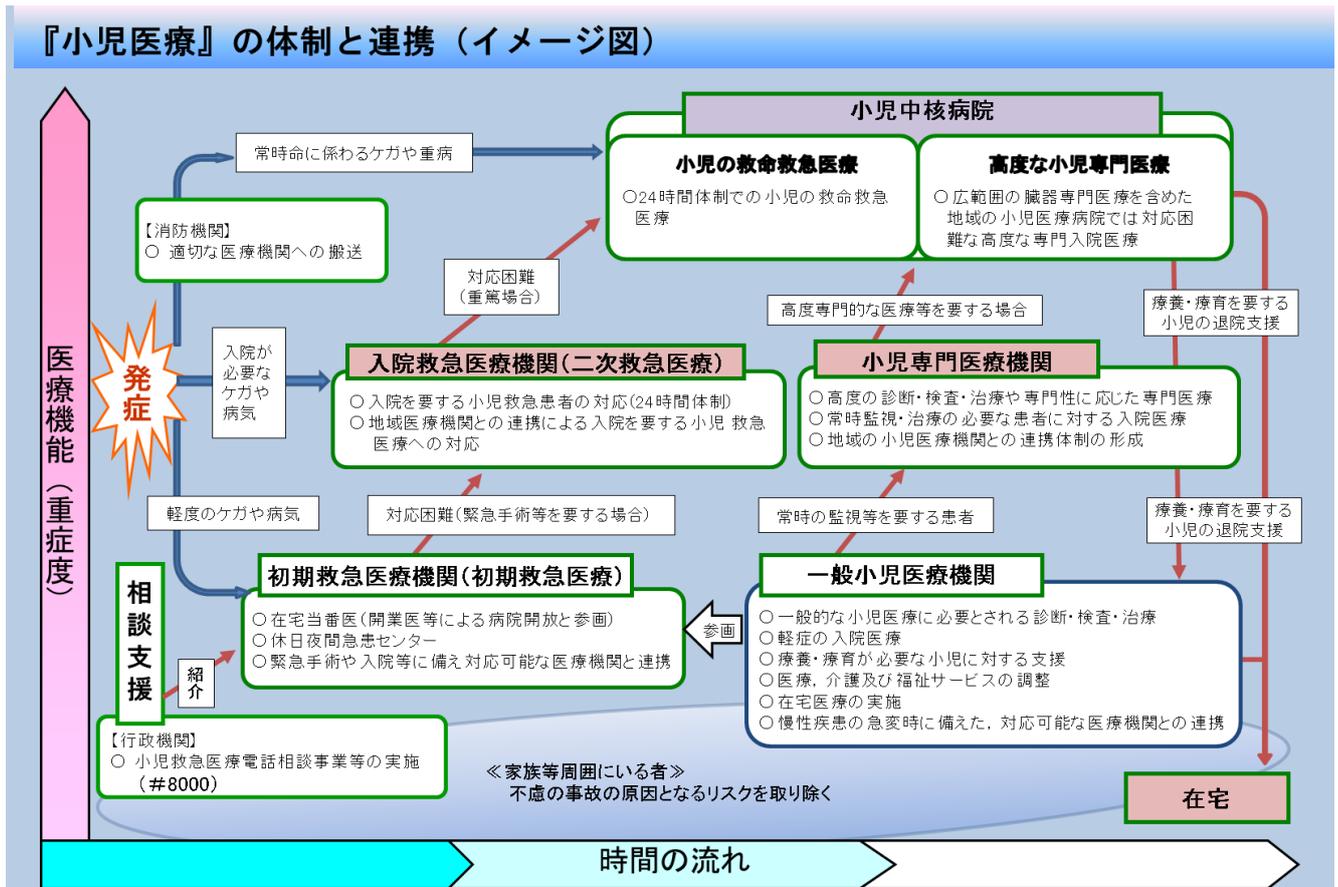
医療連携体制

小児医療体制は、概ね7つの二次保健医療圏ごとに構築します。

小児の医療体制に求められる医療機能は、図表2-2-26のとおりです。また、各機能を踏まえた医療体制と連携については、次のイメージ図のように考えられます。

圏域ごとの医療連携体制を担う具体的な医療機関名は、県のホームページに掲載しています。

図表2-2-25 「小児医療」の体制と連携



図表 2-2-26 小児の医療体制に求められる医療機能

	【相談支援等】		【一般小児医療】		【地域を対象とした小児中核病院】		【全県を対象とした小児中核病院】	
機能	健康相談等の支援機能	救急電話相談等初期の支援機能	一般小児医療（初期小児救急医療を除く）	初期小児救急	小児専門医療	入院を要する小児救急医療	高度な小児専門医療	小児の救命救急医療
目標	<ul style="list-style-type: none"> ●慢性疾患の診療や心の診療が必要な児童及びその家族に対し、地域の医療資源・福祉サービス等について情報を提供すること ●発達障害児に対する早期発見・療育を充実すること ●一般的な小児の病状に関する普及啓発を実施すること 	<ul style="list-style-type: none"> ●子供の急病時等の対応を支援すること ●不慮の事故等での救急の対応が必要な場合、救急蘇生法等を実施すること ●小児かかりつけ医をもち、適切な行動をとること 	<ul style="list-style-type: none"> ●地域に必要な一般小児医療を実施すること ●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すること 	<ul style="list-style-type: none"> ●初期小児救急を実施すること 	<ul style="list-style-type: none"> ●一般の小児医療を行う機関では対応が困難な患者に対する医療を実施すること ●小児専門医療を実施すること 	<ul style="list-style-type: none"> ●入院を要する小児救急医療を24時間体制で実施すること 	<ul style="list-style-type: none"> ●地域を対象とした小児中核病院では対応が困難な患者に対する高度な専門入院医療を実施すること 	<ul style="list-style-type: none"> ●小児の救命救急医療を24時間体制で実施すること
医療機関等	家族等行政機関	家族等消防機関等行政機関	小児科標榜医療機関（小児かかりつけ医を含む）訪問看護ステーション	小児科標榜医療機関 休日夜間急患センター 在宅当番医	小児科標榜医療機関（特定分野の小児医療提供機関）	小児救急医療拠点病院 小児救急医療支援事業参加病院	小児科標榜医療機関（高度専門分野の小児医療機関）	救命救急センター
医療機関等に求められる事項	<p>（家族等周囲にいる者）</p> <ul style="list-style-type: none"> ①必要に応じ電話相談事業等を活用すること ②小児の病状に関する予防について、必要な知識を習得すること ③不慮の事故の原因となるリスクを可能な限り取り除くこと 	<p>（家族等周囲にいる者）</p> <ul style="list-style-type: none"> ①救急蘇生法等の適切な処置を実施すること 	<ul style="list-style-type: none"> ①一般的な小児医療に必要なとされる診断・検査・治療を実施すること ②軽症の入院診療を実施すること（入院設備を有する場合） ③他の医療機関の小児病棟やNICU等から退院するに当たり、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すること ④訪問看護ステーション、福祉サービス事業者、行政等との連携により、医療、介護及び福祉サービス（レスパイトを含む。）を調整すること ⑤重症心身障害児施設等、自宅以外の生活の場を含めた在宅医療を実施すること ⑥家族に対する精神的サポート等を実施すること ⑦慢性疾患の急変時に備え、対応可能な医療機関と連携していること ⑧専門医療を担う地域の病院と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること 	<ul style="list-style-type: none"> ①小児初期救急センター、休日夜間急患センター等において平日昼間や夜間休日における初期小児救急医療を実施すること ②緊急手術や入院を要する場合、他科の診療を必要とする疾患に備え、対応可能な医療機関と連携していること ③地域で小児医療に従事する診療所医師等が、病院の開放施設（オープン制度）や小児初期救急センター等、夜間休日の初期小児救急医療に参画すること 	<ul style="list-style-type: none"> ①高度の診断・検査・治療や勤務医の専門性に応じた専門医療を行うこと ②一般小児医療を行う機関での対応が困難な患者や常時監視・治療が必要な患者等に対する入院診療を行うこと ③院内外の診療科のバックアップ等、必要な連携体制を有していること ④小児科を標榜する診療所や一般病院等の地域における医療機関と、小児医療の連携体制を形成することにより、地域で求められる小児医療を全体として実施すること ⑤より高度専門的な対応について、高次機能病院と連携していること ⑥療養・療育支援を担う施設と連携していること ⑦家族に対する精神的サポート等を含む包括的支援を実施すること 	<ul style="list-style-type: none"> ①入院を要する小児救急医療を24時間365日体制で実施可能であること（地域によっては輪番制として体制を整備すること） ②院内外の診療科のバックアップ等、必要な連携体制を有していること ③小児科を標榜する診療所や一般病院等の地域医療機関と連携し、地域で求められる小児救急医療を担うこと ④高度専門的な対応について、高次機能病院と連携していること ⑤療養・療育支援を担う施設と連携していること ⑥家族に対する精神的サポート等を含む包括的支援を実施すること 	<ul style="list-style-type: none"> ①広範囲の臓器専門医療を含め、地域小児医療病院では対応が困難な患者に対する高度専門的な診断・検査・治療を実施すること ②療養・療育支援を担う施設と連携していること ③家族に対する精神的サポート等を含む包括的支援を実施すること 	<ul style="list-style-type: none"> ①地域を対象とした小児中核病院からの紹介患者や救急の搬送による患者を中心とした小児患者に対する救命救急医療を24時間365日体制で実施すること ②小児集中治療室（PICU）を運営することが望ましいこと ③療養・療育支援を担う施設と連携していること ④家族に対する精神的サポート等を含む包括的支援を実施すること
連携	<ul style="list-style-type: none"> ●より専門的な医療を要するなど対応が困難な患者に係る連携 ●療養・療育を要する小児の退院支援に係る連携推進強化 							

第3節 在宅医療と介護等の連携体制

1 在宅医療提供体制の整備

現 状

1 社会状況

本県の65歳以上の高齢者人口は、令和2（2020）年には82.9万人となっていますが、令和7（2025）年には83.5万人と推計されており、今後も増加が見込まれます。

また、認知症高齢者の数についても、厚生労働省の研究班が発表した認知症患者の推定有病率に基づいて推計すると、令和2（2020）年では13.9万人ですが、令和12（2030）年には16.8万人になると見込まれます。

急速な高齢化により、慢性疾患を中心とした在宅での長期療養や介護を必要とする高齢者が増加し、また、自宅等の住み慣れた環境で過ごすことを希望する方は、今後更に増加していくことが予測されることから、在宅医療や在宅での看取りなどのニーズも更に増加することが見込まれます。

2 在宅医療の現状

在宅医療は、治療や療養を要する患者が、日常の生活の場において必要な医療を受けられるよう、医師等の医療従事者が患者の居宅等を訪問し、看取りまで含めた医療を提供するものです。

市町や市郡地区医師会を中心とした「在宅医療に必要な連携を担う拠点」が令和元（2019）年度までに37か所整備されています。

今後、在宅療養に関する医療技術の進歩等により、認知症高齢者や障害のある患者、小児、がん患者、ターミナルケア等在宅で療養を希望する者の増加やそのニーズの多様化が見込まれます。

地域における在宅医療と介護の連携体制を構築し、在宅医療サービスと介護サービスを一体的に提供するため、市町において、在宅医療・介護連携推進事業が実施されます。

課 題

今後の在宅医療ニーズの増加に対応するため、退院支援から日常の療養支援、急変時の対応、看取りまでが切れ目なく行われる在宅医療提供体制を構築する必要があります。

- 入院医療機関においては、在宅療養への円滑な移行を担う退院支援担当者を配置することが必要ですが、退院支援担当者を配置している病院は、平成29（2017）年では118か所（48.8%）です。
- 本人や家族状況、環境など個々の状況に応じた在宅医療を提供できるよう基幹病院等とかかりつけ医、介護支援専門員等との連携体制づくりが必要です。
- 市町が実施する在宅医療・介護連携推進事業について県は、PDCAサイクルに沿った取組を更に推進するため、医師会等の関係機関との調整、研修等を通じた情報発信や人材育成、保健所等による広域的なデータの活用・分析結果の提供等の市町支援を行うことが必要です。

目 標

在宅での看取りを希望する県民の意思を最大限に尊重できるよう、地域における支援機関（病院、診療所、歯科医療機関、薬局、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、介護施設、行政、保健所等）が連携し、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員、介護福祉士等による多職種が積極的な意見交換や情報共有を行い、退院支援から看取りまで切れ目なく行われる在宅医療提供体制の構築を目指します。

区分	指標名	現状値	目標値	出典
P	在宅看取り数	[R2] 3,996人	[R5] 4,675人	県健康福祉局調べ

S：ストラクチャー指標，P：プロセス指標，O：アウトカム指標

施策の方向

1 退院支援から看取りまで切れ目のない在宅医療提供体制の構築

- 在宅医療の入り口である退院支援が確実に実施されるように担当者を配置し、退院時カンファレンスの実施体制を構築します。
- かかりつけ医を中心として、歯科医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員、介護福祉士等による多職種連携による在宅医療提供体制を構築します。
- 本人や家族状況、環境など個々の状況に応じた適切なサービスを提供するため、医療、介護従事者間の情報共有、連携の強化を進めます。
- ひろしま医療情報ネットワーク（HMネット）の在宅医療介護支援ツールなどを活用し、在宅医療や介護に関わる多職種の協働を支援することにより、効率的な医療連携を促進します。
退院調整、退院支援が円滑に行われるよう、ルールや連携ツールの活用例を共有できる仕組みを県地对協と連携して取り組みます。

2 市町への支援及び関係機関との連携

- 県は、市町が、在宅医療・介護連携推進事業について、PDCAサイクルに沿った在宅医療と介護の連携が更に推進できるよう、医師会等の関係機関との調整、研修等を通じた情報発信や人材育成、保健所等による広域的なデータの活用・分析等を実施することで市町の支援を行います。
- 県は、かかりつけ医と在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の連携体制の構築や、後方病床確保等の体制整備に対する取組について、広域的に実施した方が効果的である場合は、圏域地对協などを通じて、市町や市郡地区医師会などと連携して取り組みます。
- 県や二次保健医療圏単位で実施したほうが、効果的、効率的な医療介護連携の取組（人材育成、広域的な連携、普及啓発等）について、市町との役割分担を確認の上、県が、県地对協、圏域地对協、関係団体と連携しながら取り組みます。

2 訪問診療等の充実

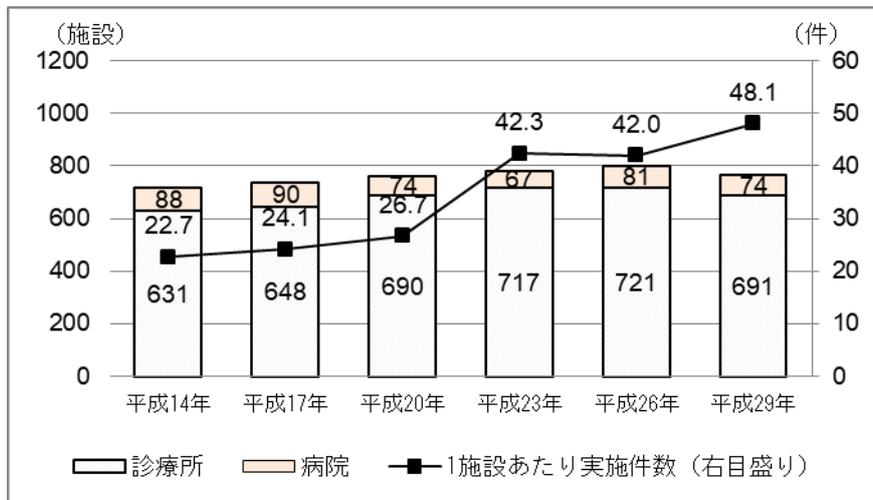
現 状

1 訪問診療等における在宅医療提供体制

平成 29（2017）年では、病院や診療所の医師が患者の居宅等を計画的に訪れて行う「訪問診療」について、診療所は 2,524 か所のうち 691 か所（27.4%）、病院は、237 か所のうち 74 か所（31.2%）となっています。

訪問診療を提供する医療機関は全体では横ばいで推移しています。なお、1施設当たりの訪問診療実施件数（48.1 件）については、増加しています。

図表 2-3-1 訪問診療の実施医療施設数・件数の推移

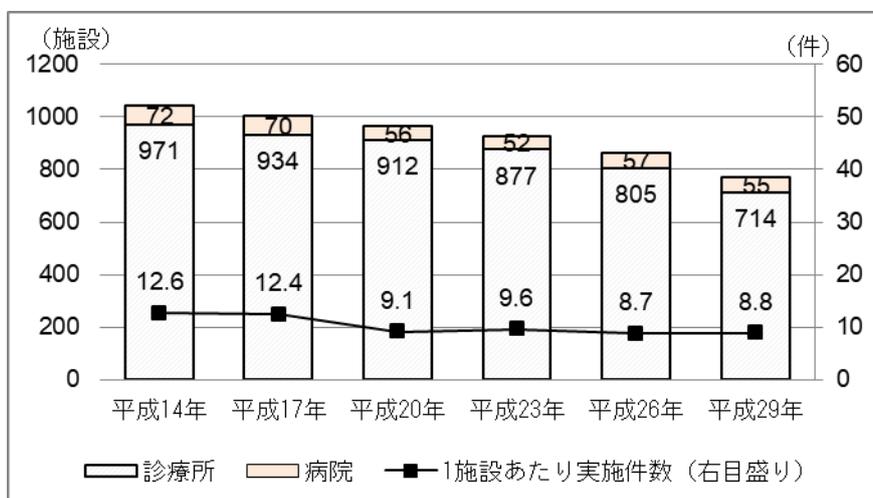


出典：厚生労働省「医療施設調査」

一方、急な症状等により患者や家族等の求めに応じて医師が居宅に出向くなど、「往診」を行っている医療機関については、平成29(2017)年では、診療所は、2,524か所のうち714か所(28.3%)、病院は、237か所のうち55か所(23.2%)となっています。

往診を行う医療機関は、病院、診療所ともに減少しており、1施設当たりの往診実施件数（8.8件）についても、減少傾向です。

図表 2-3-2 往診の実施医療施設数・件数の推移



出典：厚生労働省「医療施設調査」

在宅での看取りも含め、24時間の往診や訪問看護等の提供体制を確保するなど、地域において在宅医療の中心的役割を担う「在宅療養支援診療所」、「在宅療養支援病院」については、令和2（2020）年8月現在で、570診療所、48病院が届出ています。

2 指標による現状把握

全ての指標において、全国平均を上回っています。

区分	指標名	全国平均	現状値	出典
S	訪問診療を実施している診療所・病院数（10万人あたり）	[H30] 20.5	[H30] 30.9	NDB
S	往診を実施している診療所・病院数（10万人あたり）	[H30] 28.3	[H30] 43.5	NDB
S	在宅看取り（ターミナルケア）を実施している診療所・病院数（10万人あたり）	[H30] 7.9	[H30] 12.1	NDB

S：ストラクチャー指標，P：プロセス指標，O：アウトカム指標

課題

1 在宅医療を担う人材の確保

今後の在宅医療ニーズの増加に対応するため、訪問診療等を実施する医師や緩和ケアに対応できる医師の確保が必要です。

2 医療連携の充実，医療・介護連携の充実

地域のかかりつけ医には、常勤の医師が1人の診療所も多く、患者の病状が急変した場合の入院体制や看取りに24時間対応する体制を確保するため、入院医療機関と在宅医療を行う医療関係機関との連携が必要です。

また、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者に、在宅医療と介護を一体的かつ継続的に提供することが必要です。

目標

退院支援から看取りまでが切れ目なく行われるよう、在宅医療提供体制の構築を目指します。

区分	指標名	現状値	目標値	出典
S	退院支援担当者を配置している病院の割合	[H29] 48.8%	[R5] 64.4%	厚生労働省「医療施設調査」
S	訪問診療を実施している診療所数	[H29] 691 か所	[R5] 912 か所	厚生労働省「医療施設調査」
S	訪問診療を実施している病院数	[H29] 74 か所	[R5] 98 か所	厚生労働省「医療施設調査」
S	在宅療養後方支援病院数	[R2] 8 か所	[R5] 9 か所	中国四国厚生局施設基準届出受理状況
S	在宅療養支援病院数	[R2] 48 か所	[R5] 56 か所	中国四国厚生局施設基準届出受理状況
S	在宅看取りを実施している診療所数	[H29] 146 か所	[R5] 193 か所	厚生労働省「医療施設調査」
S	在宅看取りを実施している病院数	[H29] 12 か所	[R5] 16 か所	厚生労働省「医療施設調査」

S：ストラクチャー指標，P：プロセス指標，O：アウトカム指標

施策の方向

1 在宅医療，在宅看取りに取り組む医師等の育成

県医師会と協力して，新たに在宅医療に取り組む医師，介護支援専門員，訪問看護師，介護職員等に対し，在宅医療を推進する上で直面する困難事例に対して，座学・グループワークで対処方法等を学ぶノウハウ連携研修を実施し，在宅医療に実際に取り組む医師等の増加を図るための施策を推進します。

また，医師に対する緩和ケア研修を更に充実させます。

2 医療連携，医療・介護連携の推進

病院及び有床診療所等と無床診療所との連携を促進し，患者の病状が急変した場合や看取りが困難な場合への対応が可能な体制づくりを推進します。

常勤医師が1人の診療所等については，在宅医療を単独の医療機関だけで行うのではなく，複数の医療機関がグループとして在宅患者を担当する仕組みを普及させることにより，在宅医療を行う医師や医療施設の負担軽減を図り，24時間体制で対応できる診療体制の確保を図ります。

また，医療と介護の連携を図るため，地域ケア会議における医療関係者の参加を推進します。

3 訪問歯科診療の充実

現 状

認知症などで介護が必要な高齢者は、自ら口腔管理を行うことが困難であることから、歯周病など口腔の問題が生じやすくなります。

口腔機能の低下は、低栄養状態を引き起こし、要介護度の悪化につながることもあります。

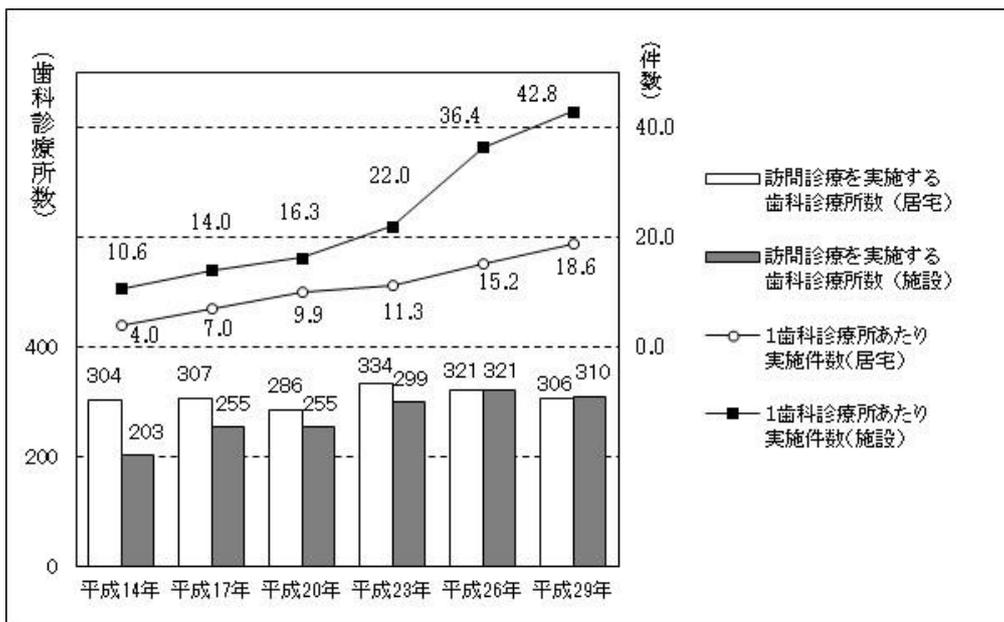
また、摂食嚥下機能の低下により、誤嚥やそれに伴う誤嚥性肺炎の危険性も高まってきます。摂食嚥下障害の軽減、誤嚥性肺炎や低栄養の予防には、口腔ケアが効果的であることがわかっています。

1 訪問歯科診療等における在宅医療提供体制

高齢化の進展に伴い、在宅での診療を必要とする高齢者が増加し、在宅医療のニーズが増加することが見込まれています。

医療施設調査によると、在宅患者の居宅や入所施設を訪問して行う訪問歯科診療について、1歯科診療所あたりの実施件数は増加傾向にあります。一方で、訪問歯科診療を実施する歯科診療所数は、ほぼ横ばいとなっています。

図表 2-3-3 訪問歯科診療（居宅・施設）実施歯科診療所数・件数



出典：厚生労働省「医療施設調査」

訪問歯科診療の実施等により在宅や入所施設での療養を歯科医療面から支援する「在宅療養支援歯科診療所」は、令和2（2020）年3月現在、県内で279施設が届出しており、この「在宅療養支援歯科診療所」等が行った歯科衛生士を帯同した訪問歯科診療の実施件数は、令和2（2020）年3月に120,683人となっています。

また、訪問歯科診療を受けた患者に、歯科衛生士等が訪問して療養上必要な口腔衛生指導を行っている医療機関の数は、令和2（2020）年3月に298施設となっており、5年前と比べて41施設の増加（1.16倍）となっています。さらにこうした指導の実施件数は、令和2（2020）年3月に151,531人となっており、5年間で62,593人の増加（1.7倍）となっています。

訪問診療を行うための歯科医療機関と医療・介護等との連携、相談体制の整備、訪問歯科診療に使用する機器の貸出を行う在宅歯科医療連携室は、県内全19か所の地区歯科医師会に整備されています。

2 指標による現状把握

区分	指標名	前回	現状値	出典
S	在宅療養支援歯科診療所数	[H24] 124 施設	[R1] 279 施設	中国四国厚生局施設基準届出受理状況
P	歯科衛生士を帯同した訪問歯科診療実施件数	—	[R1] 120,683 人	Emitas-G (広島県)
P	訪問口腔衛生指導実施件数	—	[R1] 151,531 人	Emitas-G (広島県)

S：ストラクチャー指標，P：プロセス指標，O：アウトカム指標

課題

要介護者に対する摂食嚥下障害の軽減，誤嚥性肺炎や低栄養の予防等の専門的な口腔ケアに対応可能な人材の育成が必要です。

高齢化の進展等に伴う訪問歯科診療件数や訪問口腔衛生指導件数の増加に対応する環境整備が必要です。

在宅歯科医療連携室については，患者・家族からの相談件数や訪問歯科診療機器の貸出実績が少ない地区もあり，在宅歯科医療連携室の機能が県内全域で十分に発揮できているとは言えない状況です。

目標

在宅歯科医療の充実を図り，地域包括ケア体制を強化します。

区分	指標名	現状値	目標値	出典
S	在宅療養支援歯科診療所数	[R1] 279 施設	[R5] 346 施設	中国四国厚生局施設基準届出受理状況
S	訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院	[R1] 298 施設	[R5] 370 施設	Emitas-G (広島県)

S：ストラクチャー指標，P：プロセス指標，O：アウトカム指標

施策の方向

要介護者や障害者等への専門的な歯科治療機能を有する広島口腔保健センターを活用して，口腔機能の維持・向上，歯科疾患予防及び誤嚥性肺炎予防等の専門的な口腔ケアに対応可能な歯科医師・歯科衛生士の養成を図り，専門人材の確保・育成を進めます。

加えて，介護予防等における口腔ケアプラン立案の知識・技術等を身に着け，低栄養予防も含めた多職種連携を担う歯科衛生士を養成します。

在宅歯科医療の広域的拠点でもある広島口腔保健センターを活用して，居宅や施設での歯科診療等に必要な知識・技術等を身に着けた歯科医師・歯科衛生士の養成を図り，訪問歯科診療や訪問口腔衛生指導に対応可能な歯科医療機関の整備を進めます。

在宅歯科医療に関する相談窓口や機器貸出といった在宅歯科医療連携室の役割・機能等について，地域のかかりつけ医や訪問看護，介護支援専門員等の医療・介護関係者に十分周知し，在宅歯科医療連携室の積極的な活用を促すことで，歯科を含む在宅医療・介護連携をさらに推進します。

4 訪問薬剤管理指導の充実

現 状

1 薬局における在宅医療提供の現状

高齢化の進展に伴い、入院医療だけでなく、在宅医療の重要性が増加しています。高齢患者においては様々な理由により薬を指示通りに飲まないケースが見られますが、その場合には症状が悪化し、自宅での生活が困難になってしまう可能性があります。このことは、症状の改善につながらないだけでなく、薬剤の無駄にもつながっています。

在宅がん患者においては、無菌製剤による治療や薬剤による緩和ケアが必要となるため、それらに關する薬局薬剤師の役割の重要性が増しています。

在宅医療を実施している薬局数は年々増加し、在宅医療における薬局薬剤師の需要も増加しています。

2 薬局における在宅医療提供体制

(1) 在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数

薬局における在宅医療を行う際には、在宅患者薬剤管理指導料の届出が必要となります。本県においては、令和元（2019）年度の全薬局（1,599 薬局）の 87.2%に当たる 1,394 薬局が同届出を行っており、在宅医療を行う体制が整いつつあります。

(2) 在宅医療を実際に行っている薬局数

令和元（2019）年度に居宅療養管理を行った薬局数は 346 となっており、在宅医療を行う体制が整っている薬局のうち、24.8%が実際に在宅医療を行っており、薬局による在宅医療提供体制は充実しつつあります。

(3) 在宅支援薬剤師の育成

薬局による在宅医療の更なる推進を目的とし、平成 30（2018）年度より在宅支援薬剤師の養成のための専門研修を実施しています。令和元（2019）年度までに 107 名の養成を行い、在宅医療を担う薬剤師のスキルの更なる向上を目指しています。

3 指標による現状把握

区分	指標名	前回	現状値	出典
S	在宅医療を実際に行っている薬局数	[H29] 497 薬局（居宅療養管理指導費を請求した薬局数）	[R1] 346 薬局（居宅療養管理指導費を請求した薬局数）	広島県国民健康保険団体連合会
S	在宅支援薬剤師専門研修を修了した薬剤師数	[H28] 109 名	[R1] 275 名	広島県健康福祉局調べ
S	在宅医療薬剤師支援センター	[H29] 0 か所	[R2] 1 か所	広島県健康福祉局調べ
S	在宅訪問薬局相談窓口	[H29] 14 か所	[R2] 14 か所	広島県健康福祉局調べ

S：ストラクチャー指標，P：プロセス指標，O：アウトカム指標

課 題

1 在宅医療を担う薬剤師のスキルの更なる向上

地域の薬剤師を対象とした、在宅医療に必要な服薬支援等のスキルを高めるための継続的な研修機会が必要です。

2 薬剤師の人材不足

薬局において在宅医療を実施する場合、1人の薬剤師しか勤務していない薬局においては、在宅医療のために出向いている間、薬局を原則閉局する必要があります。しかしながら、薬局当たりの薬剤師数が不足しており、在宅支援に必要な薬剤師数（およそ3名）を確保できていません。

3 医療・衛生材料の供給体制の構築

在宅医療の質向上においては、医療・衛生材料の供給及び適切な情報提供が重要となりますが、デッドストックになるリスクや管理及び取扱いに関する知識不足のために、薬局における医療・衛生材料の取扱いが進んでいません。

4 薬局・薬剤師の役割に対する理解不足と連携不足

在宅医療を発展させるための更なる多職種連携のためには、地域と薬局をつなげる在宅訪問薬局相談窓口の活用が重要となりますが、その活用状況及び多職種と連携する機会が十分とは言えません。

目 標

薬局による在宅医療の参画や在宅医療の質向上を目的とし、継続的な研修を実施することで、在宅医療の更なる質向上を目指します。

区分	指標名	現状値	目標値	出典
S	薬局薬剤師が地域ケア会議等、地域の医療・介護関係の多職種と連携する会議に出席している保険薬局の割合	—	[R5] 60%	県健康福祉局調べ
P	在宅医療の質向上のための知識・技能を習得し、多職種連携研修を修了した薬剤師数	[R1] 107人	[R5] 510名	県健康福祉局調べ

S：ストラクチャー指標，P：プロセス指標，O：アウトカム指標

施策の方向

1 在宅医療を担う薬剤師の育成

在宅医療を行う薬剤師に対して、在宅における服薬管理や無菌調剤などの高度薬学的管理に必要な知識や技術を身に着けた薬剤師の育成を行い、在宅医療の更なる質の向上を目指します。

2 未就業薬剤師の研修

未就業の薬剤師に対して復職支援研修を行い、薬局における人材不足の解消を図ります。

3 医療・衛生材料の供給体制の整備

在宅医療薬剤師支援センターの運用を通して医療・衛生材料の供給を行います。

また、医療・衛生材料の供給において必要となる知識について研修を実施します。

更に、各地域に設置した在宅訪問薬局相談窓口においても医療・衛生材料の供給が担えるよう整備を行います。

4 在宅訪問薬局相談窓口の機能強化による連携強化

在宅訪問薬局相談窓口を活用した事例収集・検討を通して窓口機能を強化します。

また、多職種との会議体の状況や参加方法など、得られた事例に関する情報を地域で共有するとともに、在宅訪問スキルの醸成をすることで連携を強化します。

5 訪問看護の充実

現 状

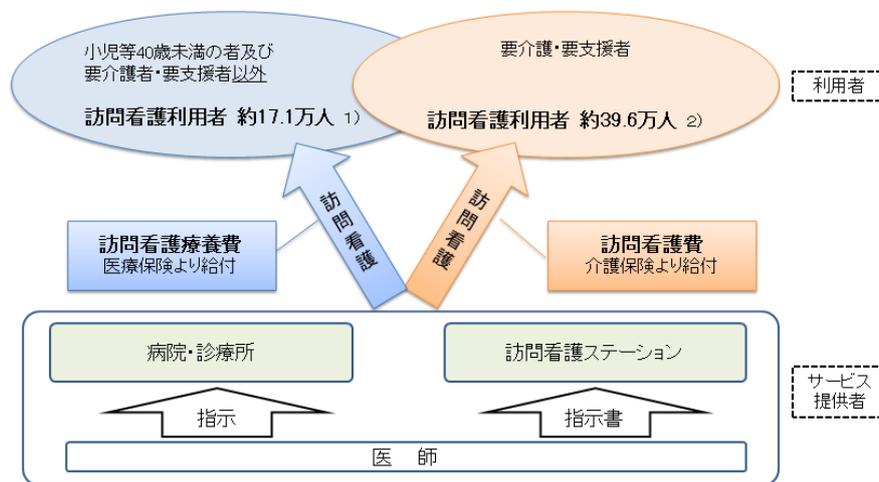
1 訪問看護の仕組み

訪問看護とは、傷病又は負傷のため居宅で継続して療養を受ける状態にある人に対し、かかりつけ医の指示のもと、その人の居宅において看護師等が行う療養上の世話及び必要な診療の補助を行い、医療機関（病院・診療所）と訪問看護ステーションの両者から提供されます。

保険の適用は年齢や疾患、状態によりますが、介護保険の給付が医療保険の給付に優先するため、要介護被保険者等については、末期がんや難病、急性増悪等による主治医の指示があった場合などに限り、医療保険の給付による訪問看護が行われます。

利用人数や給付額は増加しており、訪問看護は、高齢化や医療の高度化に伴って増加している在宅医療ニーズを支える医療資源として、重要な役割を果たしています。

図表 2-3-4 訪問看護の仕組み（厚生労働省資料を一部改編）



出典：1) 保険局医療課調べ（平成27（2015）年6月審査分より推計）
2) 介護給付費実態調査（平成27（2015）年6月審査分）

図表 2-3-5 訪問看護の利用者数と給付額の推移

	H27 (2015)	H28 (2016)	H29 (2017)	H30 (2018)	R1 (2019)
利用者数（人）	43,615	47,181	51,231	54,200	56,954
うち介護保険	15,998	17,315	18,981	19,975	20,875
うち医療保険	27,617	29,866	32,250	34,225	36,079
給付額（千円）	9,723,691	10,539,657	11,430,467	12,246,459	12,972,201
うち介護保険	5,905,438	6,501,160	7,127,885	7,552,398	7,985,020
うち医療保険	3,818,253	4,038,497	4,302,582	4,694,060	4,987,181

※1 広島県医療・介護・保健情報統合分析システム（Emitas-G）による。医療保険に関するデータは国民健康保険、後期高齢者医療及び国保退職者保険分。

2 訪問看護の現状

(1) 訪問看護ステーションの分布

令和2(2020)年4月1日現在、県内の訪問看護ステーション数は301施設です(※1)。

(2) 訪問看護ステーションの運営状況

訪問看護ステーション管理者の経験年数は、1年未満の者が10.9%、1～3年未満の者が22.5%となっています(※2)。

県内1ステーション当たりの常勤換算従事者数は12.0人(うち看護職9.0人)で、増加傾向にあります(※2)。

訪問看護ステーション数は、年々増加している一方で、休廃止するステーションも増えていきます(※1)。

(3) 訪問看護ステーションのサービス提供体制

急変や看取りに対応できるような緊急時訪問体制や、がん末期や人工呼吸器などの高度な医療に対応できる訪問体制の整備を表す指標として、診療報酬における「緊急時訪問看護加算(※3)」及び「特別管理加算(※4)」の届出割合があります。「緊急時訪問看護加算」の届出ステーションの割合は、平成30(2018)年度は90.1%、「特別管理加算」の届出ステーションの割合は、平成30(2018)年度は85.5%となっています(※5)。

多様な利用者への対応状況として、精神科訪問看護を提供できるステーションは53.6%、3歳以上6歳未満の幼児へ対応可能なステーションは44.9%、3歳未満の乳幼児へ対応可能なステーションは42.0%であり、高度な専門性を持った訪問看護ステーションがまだ少ない状況です(※2)。

(4) 訪問看護ステーションの人材の育成・確保

平成30(2018)年12月末現在の県内の就業看護師は44,184人であり、そのうち訪問看護ステーションに就業している看護師は1,818人(全体の4.1%)です。

※1 訪問看護ステーション数調査(全国訪問看護事業協会)

※2 訪問看護ステーションの機能強化に関する実態調査報告書(平成31(2019)年3月、広島県訪問看護ステーション協議会)

※3 緊急時訪問看護加算は、利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制にある事業所において、当該事業所の看護師等が訪問看護を受けようとする者に対して、当該体制にある旨及び計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を行った場合には当該加算を算定する旨を説明し、その同意を得た場合に加算できる。

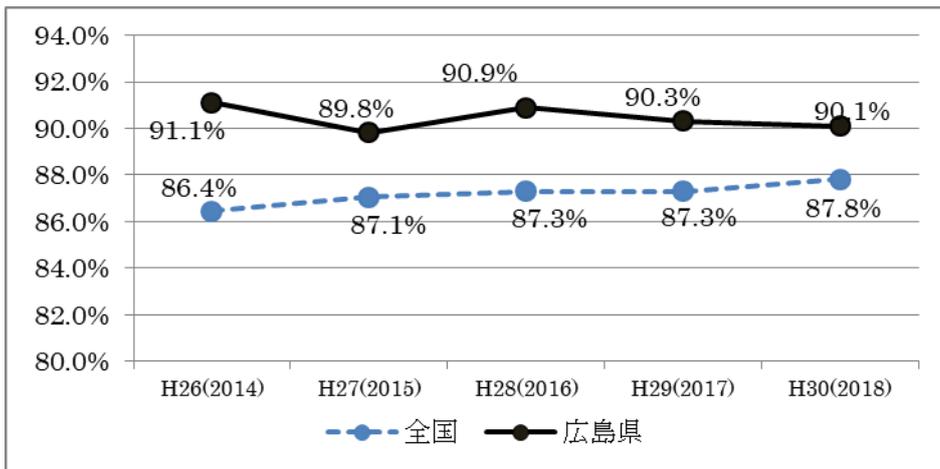
※4 特別管理加算は、特別な管理を必要とする利用者(がん、気管切開、人工透析、在宅酸素療法、中心静脈栄養、週3日以上点滴注射等)から看護に関する意見を求められた場合に、常時対応できる体制、その他計画的な管理を実施できる体制にあるときに算定できる。

※5 介護サービス施設・事業所調査(厚生労働省)

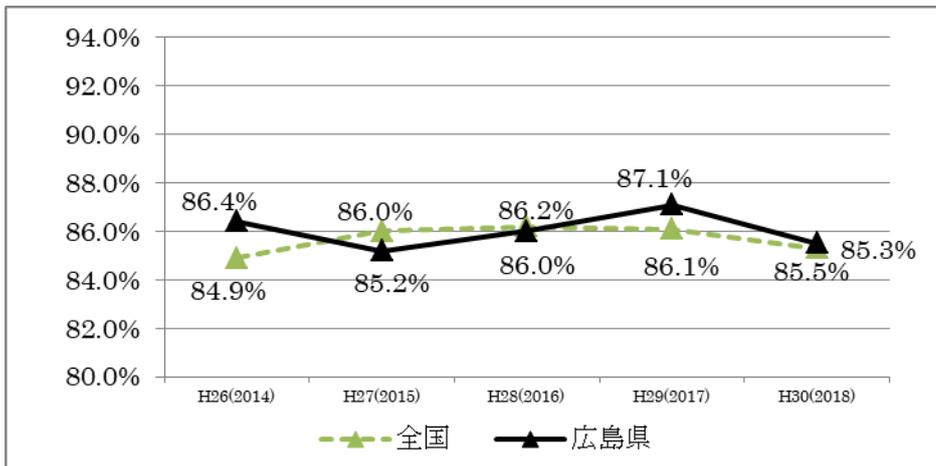
図表2-3-6 訪問看護ステーションの新設と休廃止の推移

	H27 (2015)	H28 (2016)	H29 (2017)	H30 (2018)	R1 (2019)	R2 (2020)
年度当初ST数	219	245	260	282	288	301
年度中の新設数	30	33	37	20	29	—
年度中の休廃止数	12	24	18	18	26	—

図表 2-3-7 緊急時訪問看護加算の体制届出ステーションの推移



図表 2-3-8 特別管理加算の体制届出ステーションの推移



3 指標による現状把握

区分	指標名	前回	現状値	出典
S	訪問看護ステーション数	[H29] 260 か所	[R2] 301 か所	訪問看護ステーション数調査 (全国訪問看護事業協会)
S	1ステーション当たり 常勤換算従事者数	[H28] 10.0 人	[R1] 12.0 人	広島県訪問看護ステーション 協議会調査報告書
S	訪問看護ステーション 空白地域数	[H29] 12 市町 32 日常生活圏域	[R2] 0 市町 0 日常生活圏域	県健康福祉局調べ
P	年間利用者数	[H27] 43,615 人	[R1] 56,954 人	Emitas-G (広島県)
P	年間給付額	[H27] 9,723,691 千円	[R1] 12,972,201 千円	Emitas-G (広島県)
P	診療報酬における届出割合 ①緊急時訪問看護加算 ②特別管理加算	[H27] ① 89.8% ② 85.2%	[H30] ① 90.1% ② 85.5%	介護サービス施設・事業所調査 (厚生労働省)
P	①精神科訪問看護 ②3歳以上6歳未満 ③3歳未満の対応可能割合	[H28] ① 40.2% ② 36.0% ③ 34.9%	[R1] ① 53.6% ② 44.9% ③ 42.0%	広島県訪問看護ステーション 協議会調査報告書
P	訪問看護ステーション 管理者の研修受講割合	[H28] 68.3%	[H28] 68.3%	広島県訪問看護ステーション 協議会調査報告書

S : ストラクチャー指標, P : プロセス指標, O : アウトカム指標

課 題

全ての県民が、生涯にわたっていきいきと暮らすためには、県内のどの地域に住んでいても、どのような疾病や障害があっても、在宅での療養生活を継続したい、あるいは在宅で最期を迎えたいという本人や家族の希望に応じて、訪問看護が適切に利用できる体制が必要ですが、そのためには次のような課題があります。

1 訪問看護ステーションの地域偏在

本県の訪問看護ステーションは、都市部に多く、中山間地域に少ない傾向があり、地域偏在が見られます。平成31(2019)年3月現在では、県内全ての125日常生活圏域で訪問看護の空白地域はありませんが、その状況を維持していく必要があります。

2 訪問看護ステーションの安定的な経営

訪問看護を地域へ安定的に供給するためには、ステーションの経営を安定させることが必要であり、管理者のマネジメント力の向上が求められます。

3 訪問看護ステーションの高度な専門性

県内どの地域でも安心して在宅での療養生活を継続するためには、24時間訪問看護や看取り、精神障害者や小児等の多様なニーズに対応できる体制の整備が求められます。

4 訪問看護を担う人材の育成・確保

今後、訪問看護ニーズが増大すると考えられることから、看護師等有資格者の訪問看護領域への就業や訪問看護に必要な知識や技能の修得を支援します。への支援が必要です。

目 標

区分	指標名	現状値	目標値	出典
S	訪問看護 ステーション 空白地域数	[R1] ○市町 ○日常生活圏域 ※サテライト設置や医療機関・ 他地域ステーションからの訪 問によるカバーも含む。	[R5] ○市町 ○日常生活圏域 ※サテライト設置や医療機関・ 他地域ステーションからの訪 問によるカバーも含む。	県健康福祉局調べ

S：ストラクチャー指標，P：プロセス指標，O：アウトカム指標

施策の方向

1 訪問看護ステーション空白地域における訪問看護体制の構築

県内全ての地域で、ニーズに応じて、在宅療養を支えることができる体制づくりを目指します。二次保健医療圏ごとの訪問看護連携窓口の活用により、空白地域へのサテライト設置や医療機関からの訪問看護、周辺地域からのカバーも含め、地域の実状に応じた訪問看護提供体制の構築を促進します。

2 訪問看護ステーションが経営的に安定し、訪問看護を継続して提供するための支援

中山間地域等のステーションの経営が困難な地域でも、ニーズに応じ継続的に訪問看護を提供できるよう、高いマネジメント力を持った管理者の育成を図ります。

3 多様な利用者へ訪問看護を提供するための支援

小児疾患や難病、精神疾患、がん患者等にも対応できるよう、高度な専門性を持つ訪問看護師の育成に取り組みます。

特に研修等の機会が少ない小規模なステーションの看護職に対する、圏域ごとの医療技術修得研修の開催を支援します。

4 訪問看護を担う人材の育成・確保

訪問看護への理解と就業を促進するため、看護師等有資格者に対する、在宅での療養生活に必要な基本的知識と技術習得のための研修等や医療機関と訪問看護ステーションの交流研修の実施を支援します。

6 医療と介護の連携等

現 状

市町では、在宅医療・介護連携推進事業の中で、「医療・介護関係者の情報共有の支援」、「医療・介護関係者の研修」等の取組を行っています。

介護や支援を必要とする高齢者の個別事例について検討する地域ケア会議は全ての市町で開催され、医療・介護などの専門職等から助言を得ながら、個別課題の解決を図っています。

また、複数の個別事案から地域課題を明らかにし、これらを解決するための政策形成に11市町が対応しています。

在宅療養している人の中で、要介護度が高い人ほど、訪問診療のニーズが高い現状があります。

在宅での療養を希望する者の増加に伴い、高齢者の救急搬送について、救急隊が傷病者の家族等から心肺蘇生の中止を求められる事案や、高齢者向け住宅などの施設や家族から、入居者の疾患・服薬などの情報が提供できない事案が生じています。

課 題

医療と介護の連携等の充実

在宅医療・介護連携推進事業において、「医療・介護関係者の情報共有の支援」、「医療・介護関係者の研修」等に引き続き取り組み、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者に、包括的かつ継続的な在宅医療と介護を一体的に提供することが必要です。

医療や介護関係者等の多職種が協働して高齢者の個別課題の解決を図るとともに、介護支援専門員が高齢者の自立を支援して高齢者本人の目標が達成できるよう、自立支援型ケアマネジメントを積極的に実践していくことが重要です。また、後期高齢者の増加に伴い、入退院時の支援や、認知症、看取りなどの対応が必要な事例に対し、医療と介護が円滑に連携することができるよう、介護支援専門員が橋渡し役を担っていくことが必要です。

診療所や介護サービス事業者等、様々な主体が情報連携を行う必要がある中、情報共有ができない現状があります。

市町や地域包括支援センターには、地域ケア会議の5つの機能（「個別課題の解決」、「地域包括支援ネットワークの構築」、「地域課題の発見」、「地域づくり、資源開発」、「政策形成」）のうち、約半数以上の市町において「地域課題の発見」、「地域づくり、資源開発」及び「政策形成」が十分でない状況にあります。

地域ケア会議の開催を通じ多様な職種や関係機関との連携が図れてきているが、よりネットワークの構築及び強化していく必要があります。

要介護度が高く、医療と介護の両方のニーズを持つ在宅療養者に対して、適切なサービス提供の体制を確保する必要があります。

高齢者の救急搬送について、高齢者向け住宅などの施設や家族から病床者の疾患・服薬などの情報が提供できず、情報不足等により、受入医療機関の選定等に時間を要し、医療機関への搬送までにかかる時間が長くなってしまいうケースがあり、高齢者の救急対応の円滑化に向け検討する必要があります。

施策の方向

医療と介護の連携等の推進

県は、在宅医療・介護連携推進事業に取り組む市町に対して、先進地や県内市町の取組などの必要な情報を提供するとともに、市町に専門職等を派遣して必要な助言・支援をします。

医療と介護関係者等の多職種が連携して高齢者の個別課題を解決するとともに、「地域課題の発見」、「地域づくり、資源開発」、「政策の形成」などにも結びつくよう、地域ケア会議の更なる充実に向け、市町に対して助言・支援します。また、介護支援専門員が自立支援型ケアマネジメントや、入退院時の支援、認知症、看取りなどの対応を積極的に実践していくよう、研修等を実施します。

入院医療機関、在宅医療実施医療機関及び介護サービス事業者等、様々な主体が情報連携できるよう、ICT連携ツールの活用を推進していきます。

地域ケア会議の役割や手法などについて、地域包括支援センター職員をはじめ、医療・介護の専門職等の理解を促進し、地域ケア会議の運営、進め方などに係る技術の向上を図った上で、会議が積極的に開催されるとともに、市町、地域包括支援センターが地域ケア会議の5つの機能を着実に実施し、市町、地域住民、多職種、関係機関等が互いに連携し、地域課題の解決等に向けたネットワークを構築ができるよう必要な助言・支援をします。

県医師会と協力して、医療と介護の両方のニーズを持つ在宅療養者のニーズに対応するため、医師、訪問看護師、介護支援専門員、介護職員等に対し、在宅医療・介護連携を推進する上で、直面する困難事案に対して、座学・グループワークで対処方法等を学ぶ実践的なノウハウ連携研修を行うことにより、在宅医療・介護連携を推進する人材の確保を行います。

県は、高齢者の救急搬送の円滑化に向け、県地对協と連携して取り組みます。

目 標

区分	指標名	現状値	目標値	出典
P	要支援者・要介護者の退院時に医療機関から地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所に退院調整の連絡があった割合	[R2] 83.5%	[R5] 85.0%	県健康福祉局調べ

7 在宅医療に関する情報提供の推進

現 状

県では、県民向け啓発及び医療介護連携の構築のため、医療機能調査を毎年度実施し、医療機関ごとの看取り件数等を県ホームページで公表することにより、見える化を図っています。

市町では、在宅医療・介護連携推進事業の中で、地域の医療機関及び介護事業所等の住所・機能等の地域資源を把握し、リスト又はマップを作成・活用する取組を行っています。

更に、市町では、同事業で在宅医療・介護連携の理解を促進するため、地域住民等に対する普及啓発を実施しています。

課 題

在宅医療に対する理解不足

県民への在宅医療に関する情報提供を推進するとともに、在宅医療の理解促進などが必要です。

医療・介護関係者についても、お互いの役割や立場を理解し合い、在宅医療に関する理解を一層促進する必要があります。

施策の方向

在宅医療に対する理解促進

在宅で受けられる医療の現状やかかりつけ医の重要性、在宅での看取り等に関する情報、在宅医療に従事する職種の機能や役割等を広く県民、医療・介護関係者に紹介し、在宅医療に対する理解促進や不安軽減に努めます。

医療機能調査結果や医療費・介護給付費データなどを活用し、研究機関等と連携して在宅医療に係る分析及び見える化を行うことにより連携体制を推進するとともに、県民や専門職、関係機関に対して在宅医療に関する啓発・情報提供を行います。

県医師会等と連携して、在宅医療に関する普及啓発ツールを作成することにより、更なる普及・啓発を図ります。

8 人生の最終段階における自己決定

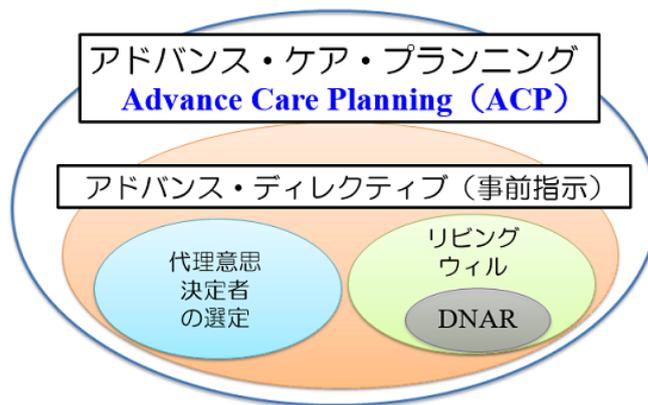
現 状

厚生労働省において、医療・介護の現場や在宅における、ACP（アドバンス・ケア・プランニング、人生会議）を繰り返し実践することの重要性を盛り込んだ「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」（以下、「ガイドライン」という。）が、平成30（2018）年3月に改訂されました。また、特別養護老人ホーム等の高齢者施設では、医療ニーズの高い入所者にも対応しており、入所者やその家族からの希望があれば、施設内での看取りを行う方針の施設も多数あります。

県地対協では、ACP啓発ポスターの作成やACPについての講演の際の統一説明資料として、「ACPの手引き（説明ツール）」の作成などによって普及啓発に取り組んでいます。

県では、令和2年度から新たに地域で中心となってACPを広く普及する推進員の養成に取り組んでいます。

図表 2-3-9 意思決定に関する枠組み



（出典：阿部泰之 「コミュニケーションと意思決定支援」資料より、あさひかわ緩和ケア講座）

アドバンス・ディレクティブ（AD）	直訳すると「事前の指示」。将来、自らが判断能力を失った際に自分に行われる医療行為に対する意向を前もって口頭や書面で意思表示をしたもの。
リビング・ウィル（LW）	直訳すると「生前の意思」。将来、病気や事故などで、意識が不明瞭になった場合や、判断能力の回復が見込めなくなった時に受ける医療行為について、事前に、医療者や家族へ文書化して知らせる指示書。
DNAR（Do Not Attempt Resuscitation）	直訳すると「蘇生を試みないこと」。患者本人又は患者の利益に関わる代理者の意思決定を受けて心肺蘇生法を行わないこと。ただし、インフォームド・コンセント（説明に基づく理解と同意）と患者の社会的な医療拒否権の保障が前提となる。

課 題

1 ACPの普及

平成30（2018）年の県調査では、人生の最期を「今いる場所で生活したい。」と望む人の割合は54.6%であり、県内の在宅看取り数や在宅療養（後方）支援病院数は、着実に増加しているものの、死亡場所における自宅割合は、13.4%（平成30（2018）年の人口動態調査）に留まっています。

【参考】平成30（2018）年の内閣府調査では、万一治る見込みがない病気になった場合、自宅で最期を迎えたいと希望する人は51.0%

人生の最終段階における自己決定のために、ACPの手引き、私の心づもりを作成し、普及啓発に取り組んでいます。但し、広島県医師会A会員を対象とした「ACP（人生会議）に関する調査」では、「ACPを知っている（内容を理解している）」と回答した割合は、41.7%であることから、医療・介護関係者及び県民に対して更なる普及促進が必要です。

令和元（2019）年の県地対協調査では、看取りができる体制が整っていない介護保険施設・高齢者向け住宅等は、専門職（看護師等）の配置や職員への専門知識の提供が課題となっています。

2 高齢者施設での看取り

看取りを行っている高齢者施設では、医師の理解や協力、介護職員と看護職員など多職種の連携という点で課題を抱えている施設もあります。

目 標

人生の最終段階において、患者本人による決定を基本とした医療や介護サービスが提供されるよう、市町、関係団体等と連携して推進します。

区分	指標名	現状値	目標値	出典
S	ACP普及推進員の養成	[R2] 84人	[R5] 125人	県健康福祉局調べ
S	ACP実施施設数の割合	[R1] 8.0%	[R5] 12.0%	県健康福祉局調べ

S：ストラクチャー指標、P：プロセス指標、O：アウトカム指標

施策の方向

1 ACPの普及促進

人生の最終段階において、自己決定を基本とした医療や介護サービスが提供されるよう、市町、関係団体等と連携して推進していきます。

令和2（2020）年度から2年間にかけて、日常生活圏域に1～2人程度、ACPを広く情報発信するACP普及推進員の養成に取り組みます。

また、ACP普及推進員のスキルアップを図るため、市町と連携し、養成研修修了後に活動状況の情報交換や育成研修等を実施します。

県地対協と連携し、市町が行う住民啓発活動を支援することにより、県民、行政、医師等に対して、更にACPの普及促進を図ります。

2 高齢者施設での看取りの促進

高齢者施設での看取りを促進するために、次のことに取り組みます。

- ・ 施設内研修を充実させていくとともに、集団指導等を通じ、多職種の連携や体制の強化を働きかけます。
- ・ 令和3（2021）年度介護報酬改定において、看取り対応への充実が図られたことから、ガイドライン等に沿った取組を促進します。

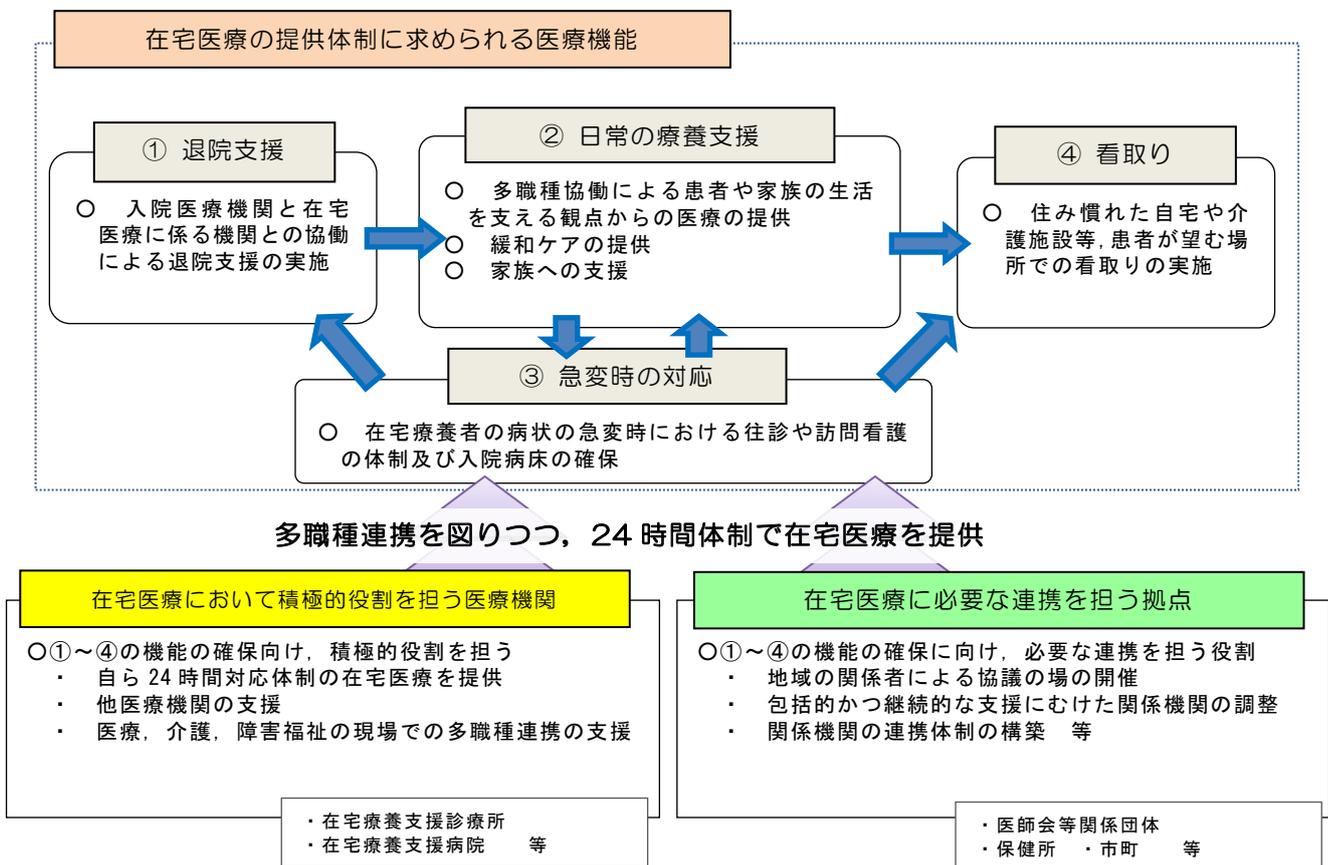
医療連携体制

在宅医療の連携体制は、市町の区域（23 圏域）ごとに構築します。

在宅医療の提供体制に求められる医療機能は、次の図及び表のとおりです。

圏域ごとの医療連携体制を担う具体的な医療機関等の名称は、県のホームページに掲載しています。

図表 2-3-10 在宅医療の提供体制



図表 2-3-11 在宅医療の医療体制に求められる医療機能

	【退院支援】	【日常の療養支援】	【急変時の対応】	【看取り】
機能	円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制	日常の療養支援が可能な体制	急変時の対応が可能な体制	患者が望む場所での看取りが可能な体制
目標	・入院医療機関と、在宅医療に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保すること	・患者の疾患、重症度に応じた医療（緩和ケアを含む）が多職種協働により、できる限り患者が住み慣れた地域で継続的、包括的に提供されること	・患者の病状急変時に対応できるよう、在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護事業所及び入院機能を有する病院・診療所との円滑な連携による診療体制を確保すること	・住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を確保すること
関係機関等	<p>[入院医療機関]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院・有床診療所 <p>[在宅医療に係る機関]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院・診療所（歯科を含む） ・薬局 ・訪問看護事業所 ・居宅介護支援事業所 ・地域包括支援センター ・基幹相談支援センター ・相談支援事業所 	<p>[在宅医療に係る機関]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院・診療所（歯科を含む） ・訪問看護事業所 ・薬局 ・居宅介護支援事業所 ・地域包括支援センター ・介護老人保健施設 ・短期入所サービス提供施設 ・基幹相談支援センター ・相談支援事業所 	<p>[在宅医療に係る機関]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院・診療所（歯科を含む） ・薬局 ・訪問看護事業所 <p>[入院医療機関]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院・有床診療所 	<p>[在宅医療に係る機関]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院・診療所（歯科を含む） ・薬局 ・訪問看護事業所 ・居宅介護支援事業所 ・地域包括支援センター ・基幹相談支援センター ・相談支援事業所 <p>[入院医療機関]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院・有床診療所
関係機関等に求められる事項	<p>[入院医療機関]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院支援担当者を配置している ・入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援を行っている <p>[在宅医療に係る機関]</p> <p>○病院・診療所</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問看護、栄養士、リハビリ、介護、障害福祉サービス及び地域包括支援センターの担当者等と患者の状態に応じて、退院前共同指導により、連携を図っている <p>○歯科医療機関</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療、訪問薬剤管理指導、訪問看護、栄養士、リハビリ、介護、障害福祉サービス及び地域包括支援センターの担当者等と患者の状態に応じて、退院前共同指導により、連携を図っている <p>○薬局</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療、訪問歯科診療、訪問看護、栄養士、リハビリ、介護、障害福祉サービス及び地域包括支援センターの担当者等と患者の状態に応じて、退院前共同指導により、連携を図っている <p>○訪問看護事業所</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、栄養士、リハビリ、介護、障害福祉サービス及び地域包括支援センターの担当者等と患者の状態に応じて、退院前共同指導により、連携を図っている 	<p>[在宅医療に係る機関]</p> <p>○病院・診療所</p> <ul style="list-style-type: none"> ・往診、訪問診療及び訪問看護を行っている（訪問看護は、訪問看護事業所に指示して行う場合を含む） ・訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問看護、栄養士、リハビリ、介護、障害福祉サービス及び地域包括支援センターの担当者等と患者の状態に応じて、連携を図っている <p>○歯科医療機関</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問歯科診療を行っている ・訪問口腔ケアを行っている ・在宅医療、訪問薬剤管理指導、訪問看護、栄養士、リハビリ、介護、障害福祉サービス及び地域包括支援センターの担当者等と患者の状態に応じて、連携を図っている <p>○薬局</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問薬剤管理指導を行っている ・服薬及び残薬管理を行っている ・医薬品や医療・衛生材料等の供給が可能である <p>○訪問看護事業所</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療、訪問歯科診療、訪問看護、栄養士、リハビリ、介護、障害福祉サービス及び地域包括支援センターの担当者等と患者の状態に応じて、連携を図っている 	<p>[在宅医療に係る機関]</p> <p>○病院・診療所</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病状急変時に24時間対応が可能な体制を確保している（他の医療機関と連携している場合を含む） <p>○薬局</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病状急変時に24時間対応が可能な体制を確保している <p>○訪問看護事業所</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病状急変時に24時間対応が可能な体制を確保している <p>[入院医療機関]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・連携している医療機関が担当する患者の病状が急変した場合に、必要に応じて受入れを行っている 	<p>[在宅医療に係る機関]</p> <p>○病院・診療所</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅看取りを希望する患者に対して、在宅看取りを行っている（在宅看取り数について、毎年の医療機能調査で報告する） <p>○歯科医療機関</p> <ul style="list-style-type: none"> ・必要に応じて、在宅看取りの支援が可能である <p>○薬局</p> <ul style="list-style-type: none"> ・必要に応じて、在宅看取りの支援が可能である <p>○訪問看護事業所</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者の気持ちに寄り添い、終末期及び緩和ケアを踏まえた在宅看取りを支援している ・エンゼルケアを行っている ・グリーフケアを行っている <p>[入院医療機関]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・連携している医療機関が担当する終末期の患者について、必要に応じて受入れを行っている
	<p>[在宅医療において積極的役割を担う医療機関]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・他の医療機関（特に一人の医師が開業している診療所）が必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、患者の病状の急変時等における診療の支援を行っている ・在宅での療養に移行する各患者にとって必要な医療、介護及び障害福祉サービスが十分確保できるよう、関係機関に働きかけている ・在宅医療に係る医療、介護及び障害福祉関係者に必要な基本的知識・技能について情報の共有を行っている ・臨床研修制度における地域医療研修において、在宅医療の現場での研修を受け入れることができる ・地域包括支援センター等と協働しつつ、各患者の療養に必要な医療、介護及び障害福祉サービスや家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介している ・入院機能を有する医療機関においては、在宅療養中の患者の病状が急変した際の受入れを行っている 無床診療所においては、入院機能を有する医療機関と連携して、在宅療養中の患者の病状が急変した際の受入れを行っている ・地域住民に対し、在宅医療の内容や地域の医療、介護及び障害福祉サービスに関する情報提供を行っている 			
	<p>[在宅医療に必要な連携を担う拠点]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の医療、介護及び障害福祉関係者による会議を定期的に開催し、在宅医療における連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施している ・地域の医療、介護及び障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等と連携しながら、退院時から日常の療養支援、急変時の対応、看取りまでの医療、介護及び障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するよう、関係機関との調整を行っている ・質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による24時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図っている ・在宅医療に関する人材育成及び普及啓発を実施している 			

第4節 外来医療に係る医療提供体制

1 外来医療提供体制の確保

現状と課題

1 外来医療の偏在・不足

外来医療については、個々の医療機関の自主的な取組みに委ねられてきたことから、外来医療の中心的な役割を担う診療所の地域偏在が顕著になっていることや、初期救急医療や在宅医療等といった外来医療機能が不足している状況となっています。

(1) 外来医師偏在指標

地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握が可能となる指標として「外来医師偏在指標」を設定します。

外来医療サービスの提供主体である診療所医師数に基づいて算定することとし、次の4つの要素を勘案した人口10万人対診療所医師数としています。

- ①医療需要（ニーズ）及び人口構成とその変化
- ②患者の流出入等
- ③医師の性別・年齢分布
- ④医師偏在の種別（区域，入院／外来）

(2) 外来医師偏在指標の算定方法

外来医師偏在指標は、外来医療機能の偏在等を客観的に可視化する指標として、厚生労働省が定めた算定式を用いて、全国で統一的に算出されています。

外来医師偏在指標 =

$$\frac{\text{標準化診療所医師数（※1）}}{\left(\frac{\text{地域の人口}}{10万} \times \text{地域の標準化受療率比（※2）}\right)} \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合（※4）}$$

$$\text{（※1）標準化診療所医師数} = \sum \text{性年齢階級別診療所医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{診療所医師の平均労働時間}}$$

$$\text{（※2）地域の標準化外来受療率比} = \frac{\text{地域の外来期待受療率（※3）}}{\text{全国の外来期待受療率}}$$

$$\text{（※3）地域の外来期待受療率} = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別外来受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

$$\text{（※4）地域の人口診療所の外来患者対応割合} = \frac{\text{地域の診療所の外来延べ患者数}}{\text{地域の診療所+病院の外来延べ患者数}}$$

※ 外来医師偏在指標の算定にあたって、都道府県間の外来患者の流出入については、必要に応じて都道府県間で調整を行うこととされています。

厚生労働省から提供のあったデータによると、本県の流出入は僅か（2,000人/日未満）であったことから、他の都道府県との協議・調整は行わず、厚生労働省から提供された流出入を適用することとしました。

(3) 外来医師偏在指標の算定結果

図表 2-4-1 外来医師偏在指標

医療圏名	外来医師 偏在指標	全国順位 〔355 圏域中〕	多数区域 〔上位 33.3%〕	外来標準化 受療率比	診療所外来 患者数割合
全 国	106.3	—	—	1.000	75.5%
広 島 県	118.2	—	—	1.014	78.4%
広 島	131.3	27	多数区域	0.971	82.0%
広 島 西	114.5	68	多数区域	1.038	82.3%
呉	127.5	33	多数区域	1.108	75.0%
広 島 中 央	107.4	101	多数区域	0.980	77.6%
尾 三	107.9	96	多数区域	1.110	71.0%
福 山・府 中	94.8	185		1.017	74.1%
備 北	100.3	147		1.162	72.6%

《外来医師偏在指標関連データ》

■ 診療所従事医師数

医師・歯科医師・薬剤師調査（2016年）12月31日現在の医療施設（病院及び診療所）従事医師数のうち、診療所従事医師数（性・年齢階級別医師数）

■ 労働時間比

平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」（研究班）より、診療所従事医師の性・年齢階級別の労働時間比を算出

■ 人口

住民基本台帳人口（2017年）2018年1月1日現在の人口（外国人含む、性・年齢階級別の人口）

■ 外来受療率

患者調査（2017年）全国の性・年齢階級別入院患者数

住民基本台帳人口（2018年1月1日時点）の性・年齢階級別人口を用いて以下の方法で算出

全国の性・年齢階級別の外来受療率＝全国の性・年齢階級別外来患者数（人）÷全国の性・年齢階級別人口（10万人）

■ 診療所の外来患者対応割合

NDB（レセプト情報・特定健診等情報データベース）の平成29年4月から30年3月までの診療分データ（12か月）に基づき抽出・集計したもの

2 外来医師多数区域の設定

外来医師偏在指標の値が全二次保健医療圏（355 圏域）の中で上位 33.3%に該当する二次保健医療圏を「外来医師多数区域」に設定します。

県内の二次保健医療圏では、広島、広島西、呉、広島中央、尾三の5つの二次保健医療圏が外来医師多数区域となっています。

3 地域で不足する外来医療機能

外来医療の中心的な役割を担っている市郡地区医師会や外来患者に最も身近な基礎自治体である市町に対して実施したアンケート調査の結果や国から示された各種データ等を元に、各圏域の地域医療構想調整会議における協議結果を踏まえて、二次保健医療圏ごとに「不足する外来医療機能」を設定しています。

圏域ごとの地域で不足する外来医療機能については、県のホームページに掲載しています。

施策の方向

1 対象区域

二次保健医療圏と同じ7圏域とします。

これは、二次保健医療圏が通常の保健医療需要を充足できる圏域、すなわち特殊な保健医療等を除く一般の医療需要に対応するために設定された区域であり、また、広島県地域医療構想における病床の機能の分化及び連携を一体的に推進する区域（構想区域）であることを踏まえています。

2 協議の場の設置

医療法第30条の18の2第1項に定める「外来医療に係る医療提供体制に関する協議の場」は、各二次保健医療圏に設置している地域医療構想調整会議とします。

地域医療構想調整会議では、外来医療機能の偏在・不足等への対応に関する事項等について協議を行い、その結果を公表します。

3 医療機関等に対する情報提供

二次保健医療圏ごとの外来医師偏在指標及び外来医師多数区域である二次保健医療圏の情報や医療機関のマッピングに関する情報等を公表します。

また、開業希望者に対しては、開業に当たっての事前相談の機会や届出様式を入手する機会に、地域で不足する外来医療機能に関する事項などを情報提供します。

なお、新規開業に間接的に関わる機会があると考えられる管下の金融機関、医薬品・医療機器卸売業者、調剤薬局等に対する情報提供を行うことも有効と考えられるため、様々な機会を捉えて周知に努めていきます。

4 診療所の新規開設に係る手続き

外来医師多数区域における診療所の新規開業手続きへの対応は次のとおりとします。

- 届出様式の提出に際して「地域で不足する外来医療機能」を担うことについての申出書の提出を求め、合意の有無及び合意する場合に担おうとする外来医療機能を地域医療構想調整会議において具体的に確認します。
- 合意がない場合や申出書の提出がない場合は、地域医療構想調整会議へ報告するとともに、必要に応じて出席を要請します。

各圏域での具体的な手続きについては別に定めることとし、県ホームページ等により公表します。

また、「地域で不足する外来医療機能」についても、地域の医療ニーズの変化や充足度に応じて適宜見直しを行い、県ホームページで公開します。

なお、「地域で不足する外来医療機能」を担うことについての合意の有無や合意内容、地域医療構想調整会議での確認の有無やその結果により、診療所の開設が妨げられるものではありません。

5 目標

全圏域で「不足する外来医療機能」の解消を目指します。

2 医療機器の効率的な活用

現状と課題

1 医療機器の配置状況

人口当たりの医療機器の台数には地域差があり、また、医療機器ごとに地域差の状況は異なっています。今後、人口減少が見込まれ、効率的な医療提供体制を構築する必要がある中、医療機器についても効率的な活用が求められています。

(1) 調整人口当たり台数

医療機器の項目ごと、性・年齢別ごとに大きな差のあるニーズを可視化する指標として、医療機器の項目ごと及び地域ごとに性・年齢構成を調整した「調整人口当たり台数」を設定します。

なお、対象とする医療機器※は、CT、MRI、PET、マンモグラフィ、放射線治療（体外照射）とします。

※ CT（全てのマルチスライスCT及びマルチスライスCT以外のCT）、MRI（1.5テスラ未満、1.5テスラ以上3.0テスラ未満及び3.0テスラ以上のMRI）、PET（PET及びPET-CT）、放射線治療（リニアック及びガンマナイフ）並びにマンモグラフィ

(2) 調整人口当たり台数の算定方法

調整人口当たり台数は、地域の医療機器のニーズを踏まえて地域ごとの医療機器の配置状況を医療機器の項目ごとに可視化する指標として、厚生労働省が定めた算定式を用いて、全国で統一的に算出されています。

$$\text{調整人口当たり台数} = \frac{\text{地域の医療機器の台数}}{\frac{\text{地域の人口}}{10万} \times \text{地域の標準化検査率比} (\ast 1)}$$

$$(\ast 1) \text{ 地域の標準化検査率比} = \frac{\text{地域の性年齢調整人口当たり期待検査数 (外来} (\ast 2))}{\text{全国の人口当たり期待検査数 (外来)}}$$

$$(\ast 2) \text{ 地域の人口当たり期待検査数} =$$

$$\frac{\sum \left\{ \frac{\text{全国の性年齢階級別検査数 (外来)}}{\text{全国の性年齢階級別人口}} \times \text{地域の性年齢別階級別人口} \right\}}{\text{地域の人口}}$$

(3) 調整人口当たり台数の算定結果

図表 2-4-3 調整人口当たり台数

医療圏名	CT	MRI	PET	マンモグラフィ	放射線治療 (体外照射)
全 国	11.1	5.5	0.46	3.4	0.91
広 島 県	13.4	6.9	0.45	4.2	1.00
広 島	12.1	6.9	0.54	3.9	1.32
広 島 西	13.7	6.6	0.65	3.4	<u>0.64</u>
呉	14.2	7.0	0.69	4.4	1.01
広 島 中 央	17.4	8.4	<u>0.00</u>	3.8	<u>0.47</u>
尾 三	12.8	7.4	<u>0.35</u>	4.4	1.01
福 山 ・ 府 中	15.5	5.5	<u>0.19</u>	4.9	<u>0.57</u>
備 北	11.5	7.6	0.95	3.5	<u>0.90</u>

※「下線」…全国平均を下回るもの

出典：厚生労働省「平成 29（2017）年医療施設調査」

基準人口は「住民基本台帳人口（平成 30（2017）年 1 月 1 日現在）」

放射線治療（対外照射）の合計装置台数の一部は NDB（レセプト情報・特定健診等情報データベース）の年間算定回数から合計台数を推計。

施策の方向

1 対象区域

二次保健医療圏と同じ7圏域とします。

これは、二次保健医療圏が通常の保健医療需要を充足できる圏域、すなわち特殊な保健医療等を除く一般の医療需要に対応するために設定された区域であり、また、広島県地域医療構想における病床の機能の分化及び連携を一体的に推進する区域（構想区域）であることを踏まえています。

2 協議の場の設置

医療法第 30 条の 18 の 2 第 1 項に定める「医療機器の効率的な活用に係る協議の場」は、「外来医療に係る医療提供体制に関する協議の場」を活用し、各二次保健医療圏に設置している地域医療構想調整会議とします。

地域医療構想調整会議では、医療提供施設の建物の全部又は一部、設備、器械及び器具の効率的な活用に関する事項等について協議を行い、その結果を公表します。

3 医療機関等に対する情報提供

二次医療圏ごとの医療設備・機器等の情報や共同利用の方針、医療機器を有する病院及び有床診療所のマッピングに関する情報等を公表し、医療機器の購入を検討している医療機関が、近隣の医療機関で保有している共同利用可能な医療機器の配置状況及び利用状況を把握できる環境を整備します。

また、新規購入希望者に対しては、医療機器の設置の届出様式を入手する機会等を通じて、医療設備・機器等の共同利用の方針及び具体的な共同利用計画等に関する事項などを情報提供します。

なお、医療設備・機器等の情報発信に際して、医療機器を有する医療機関から医療機器の耐用年数や老朽化の状況等の情報提供を求める仕組みも検討していきます。

4 地域医療支援病院の役割

地域医療支援病院では、地域の病院・診療所との医療機器の共同利用が承認要件の一つとされており、積極的な役割を担うことが期待されています。

このため、地域医療支援病院における共同利用の状況や課題の有無を整理し、医療機器の効率的な活用方針の検討に向け、地域において必要な協議を進めていきます。

また、共同利用における検査依頼の受付から検査結果の提供までの流れが円滑に進むよう、予約体制や読影を行う医師の配置状況、検査結果の提供体制等について、地域における協議を通じて情報提供を進めていきます。

5 各圏域における医療機器の共同利用方針

各圏域の地域医療構想調整会議においてまとめられた「医療機器の共同利用方針(全医療機器共通)」については次のとおりです。

なお、共同利用方針は全ての圏域で同じ内容となっています。

- ・ 対象医療機器（CT，MRI，PET，マンモグラフィ，放射線治療）については、共同利用に努めるものとする。
- ・ 医療機関が新たに対象医療機器を購入又は更新する場合は、当該医療機器の共同利用に係る計画を作成し、地域医療構想調整会議において確認を行うこととする。
- ・ 共同利用を行わない場合については、共同利用を行わない理由について、地域医療構想調整会議において確認を行うこととする。

6 医療機器の共同利用に係る手続き

全圏域における医療機器の新規購入手続きへの対応は次のとおりとします。

- ・ 届出様式の提出に際して共同利用計画書の提出を求め、地域医療構想調整会議において共同利用の有無及び共同利用を行う場合の具体的な内容を確認します。
- ・ 共同利用を行わない場合や共同利用計画の提出がない場合は、地域医療構想調整会議へ報告するとともに、必要に応じて出席を要請します。

各圏域での具体的な手続きについては別に定めることとし、県ホームページ等により公表します。

なお、医療機器の共同利用の有無や共同利用計画の内容、地域医療構想調整会議での確認の有無やその結果により、医療機器の購入・更新が妨げられるものではありません。

第5節 医療に関する情報提供

1 患者の医療に関する選択支援

現状

1 医療機能情報の提供

医療機関（病院、診療所、助産所）の管理者は、医療法に基づき、医療機能に関する情報を都道府県知事に報告することが義務付けられており、本県では、報告された医療機能情報を救急医療情報ネットワークシステムに登録し、インターネットを通じて情報提供することにより、住民や患者による医療機関の適切な選択の支援を行っています。

図表 2-4-1 広島県救急医療情報システム トップページ



図表 2-4-2 医療機能情報報告率

病院（243 施設）		診療所（2,494 施設）		歯科診療所（1,525 施設）		助産所（46 施設）		全 体
報告数	報告率	報告数	報告率	報告数	報告率	報告数	報告率	報告率
234	96.2%	2,223	89.1%	1,324	86.8%	33	71.7%	88.5%

出典：広島県救急医療情報システム（平成 29（2017）年 10 月 1 日現在）

2 患者視点に立った医療の提供

医師や看護師等の医療従事者は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努める必要があります。患者や家族等と医療機関の信頼関係の構築には、医療機関における相談支援体制を整備することが重要であり、県内医療機関において医療に関する相談窓口を設置している割合は、病院で約 87%、診療所（歯科診療所を除く）では約 9%となっています。

また、病気の診断や治療法が適切かどうか、主治医以外の医師から意見を聴きたいと考える患者も増えています。県内の医療機関において、セカンドオピニオンのための診療に関する情報提供・診察等を行っている割合は、病院で約 54%、診療所（同上）では約 30%となっています。

図表 2-4-3 医療相談窓口設置医療機関・セカンドオピニオン対応医療機関

区分	病院 (243 施設)		診療所 (歯科診療所を除く) (2,494 施設)	
	数	割合	数	割合
医療に関する相談窓口を設置している医療機関	212	87.2%	233	9.3%
セカンドオピニオンのための診療情報を提供・診察をしている医療機関	132	54.3%	740	29.6%

出典：救急医療情報システム（平成 29（2017）年 10 月 1 日現在）

課題

1 医療機能情報の提供

住民や患者が自分にあった医療サービスを適切に選択できるよう、医療機関からの医療機能情報の報告率を向上させ、客観的かつ正確な情報をわかりやすく提示していく必要があります。

2 患者視点に立った医療の提供

患者が納得した医療を受けるためには、インフォームド・コンセントやセカンドオピニオンを充実する必要があります。規模の小さな医療機関では、医療従事者の人数などの制約もあり、専用の窓口を設けることは難しい状況にあるため、医療機能情報の報告率を更に上げることなどにより、患者が情報を入手しやすい環境を整えるなど、医療の選択の支援をしていくことが必要となります。

目標

（医療機能情報の提供）

住民や患者が必要な医療機関の最新情報を、正確に取得できるよう、医療機関からの医療機能情報の報告率を向上させます。

指標等	目標の考え方	現状値	目標値	指標の出典
医療機能情報の報告率	医療サービスの選択を支援する。	[H28] 88.5%	報告率の向上	救急医療情報システム

施策の方向

1 医療機能情報の提供

医療機関に対して、医療機能情報の定期的な報告を求め、県への報告が確実に実施されるよう指導するとともに、住民や患者の医療機関等の適切な選択に資するよう、救急医療情報ネットワークシステムを広く周知し、積極的な活用を促します。

2 患者視点に立った医療の提供

医療の提供に当たって、患者の意向が十分に尊重され、選択や同意が適切に行われるよう、医療機関への立入検査等の機会を通じて、インフォームド・コンセントの周知徹底を図ります。

また、県医師会等の関係団体と連携し、医療機関における相談支援体制の充実に向けた情報提供、セカンドオピニオンの普及・啓発を図っていきます。

2 ICTを活用した診療支援

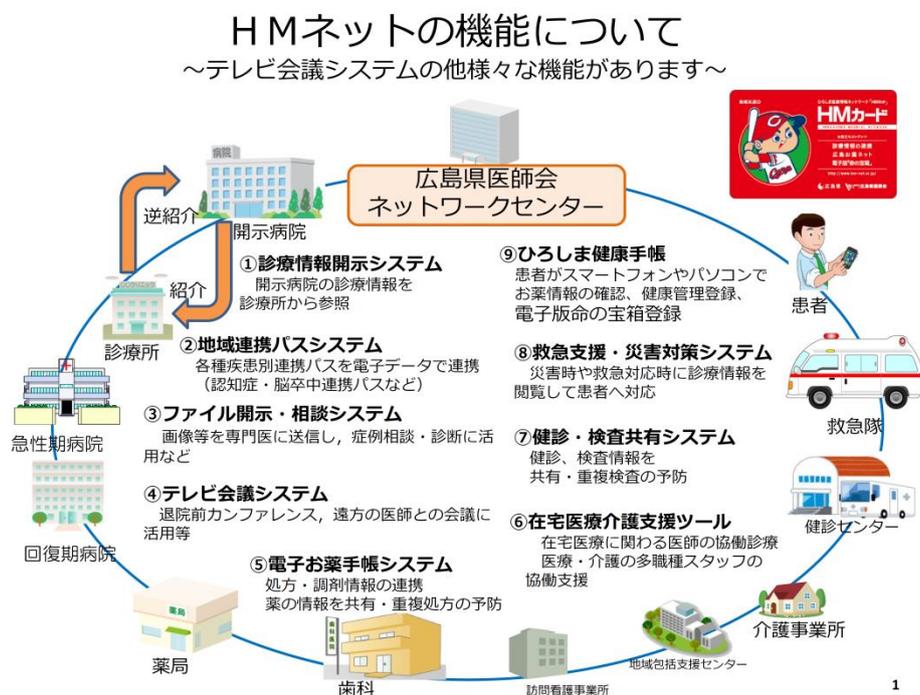
現 状

1 医療ネットワークの推進

県と県医師会は、地域における医療機関の連携を促進するため、平成25年6月に診療情報を効率的に利用する「ひろしま医療情報ネットワーク（HM ネット）」の運用を開始しています。

HM ネットでは、基幹病院の診療情報を診療所等が参照する機能に加え、電子お薬手帳や在宅医療介護の多職種の連携等の機能を拡充し、県民が自身の健康管理登録を行う簡易版PHR「ひろしま健康手帳」の仕組みも構築しています。

近年は、救急隊での傷病者情報把握や、病院が地域で連携して胃がん検診画像の二重読影などに、HM ネットを活用する取組も進んでいます。



2 オンライン診療の推進

令和2年4月10日に厚生労働省が「新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱いについて」を発出し、時限的に初診でもオンライン診療を許可し、それには電話での診療も含めることを示しました。

課 題

1 医療ネットワークの推進

近年、目覚ましく発展しているICTやAIなどデジタル技術を更に活用して、診療情報の提供をはじめ、適切な医療サービスを効果的・効率的に提供することが期待されています。

また、新型コロナウイルス感染症の拡大で、医療現場では適切な感染症対策が求められ、Web 会議システムなどの活用による非対面・非接触の連携体制の構築が急務となっています。

さらには、医療情報等の症例を集積し、治療研究等への活用が期待されています。

2 オンライン診療の推進

新型コロナウイルス感染症拡大の影響で、オンライン診療・服薬指導を行う医療機関は増加しましたが、今後、医学的な安全性や情報セキュリティの確保が求められます。

目 標

1 医療ネットワークの推進

HM ネットを介して、医療機関や個人の診療・健康情報等の共有・連携・活用を図ります。(HM ネットの加入拡大、DX(デジタルトランスフォーメーション)による高付加価値化の創造を図る。)

2 オンライン診療の推進

新型コロナウイルス感染症の拡大に際して、時限的・特例的に実施されているオンライン診療について、実用性と実効性、医療安全等の観点から検証を行い、その結果を踏まえて、地域医療情報連携ネットワーク(HM ネット)の活用などにより、オンライン診療・服薬指導の普及を図り、効率的な医療提供体制を整備します。

指標等	目標の考え方	現状値	目標値	指標の出典
オンライン診療料届出医療機関の割合	20年後に、全医療機関の90%の医療機関がオンライン診療をできる環境を整備している。	6.3% (R2.1~8月末)	[R5] 17%	中国四国厚生局
オンライン服薬指導を行う薬局の割合	オンライン診療料届出医療機関の6割の薬局がオンライン服薬指導をできる環境を整備している。	2.1% (R2.1~8月末)	[R5] 10%	中国四国厚生局

施策の方向

1 医療ネットワークの推進

HM ネットについては、医療機関等のニーズに応じた機能強化により魅力を高めることで、参加施設数の拡大につなげ、拡大がさらなる機能強化を導くという好循環を実現し、医療介護分野の強固なネットワークを構築します。

HM ネットの診療情報等は、医療の高度化や治療研究等への活用が期待される貴重な情報資産であり、これを活かしてAI医療等を実現していくとともに、その便益が県民や関係機関に還元される仕組みを構築します。

これらの取組については、医療・介護等の関係団体や、医療機関、介護保険事業所、行政、保険者、消防、大学等の関係機関が、地域単位で主体的に推進します。

【必要な取組】

- 健康づくり(健康経営等)
- 医療の最適化(診療情報の集積・共有等)
- 地域医療の支援(診療支援(遠隔画像診断等)や人材育成支援等)
- 医療費適正化(健(検)診データの情報共有等)
- 救急・災害等の備え(患者基本情報の閲覧システム等)
- 医療介護連携の促進(多職種でのオンライン情報共有等)

2 オンライン診療の推進

医療安全等の検証及びHM ネットの活用について、モデル事業の実施、関係機関との連携などにより、オンライン診療・服薬指導の普及を図ります。