第８次広島県保健医療計画
（素案）

令和６（２０２４）年　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 …… 2
3　計画の期間 …… 3
4　基本理念 …… 3
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 …… 8

第３節　広島県の現状

1　人口の動向 …… 9
2　受療状況 …… 12
3　医療資源の状況 …… 14

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連携体制

1　がん対策 …… 17
2　循環器病（脳卒中・心筋梗塞等の心血管疾患）対策 …… 41
2－1　脳卒中対策 …… 49
2－2　心筋梗塞等の心血管疾患対策 …… 59
3　糖尿病対策 …… 71
4　精神疾患対策 …… 80

第２節　救急医療などの医療連携体制

1　救急医療対策 …… 103
2　災害時における医療対策 …… 118
3　新興感染症発生・まん延時における医療対策 …… 128
4　へき地の医療対策 …… 134
5　周産期医療対策 …… 145
6　小児医療（小児救急医療を含む）対策 …… 154

第３節　在宅医療と介護等の連携体制

1　医療介護連携等の構築及び推進 …… 161
2　訪問歯科診療の充実 …… 173
3　訪問薬剤管理指導の充実 …… 175
4　訪問看護の充実 …… 178
5　訪問栄養食事指導の充実 …… 182
6　人生の最終段階における自己決定 …… 183

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 …… 186
2　医療機器の効率的な活用 …… 190
3　紹介受診重点医療機関 …… 193

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 …… 195
2　ICT を活用した診療支援（ひろしまメディカル DX の推進） …… 197

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 …… 201
2　障害保健対策 …… 203
3　感染症対策 …… 208
4　臓器移植・造血幹細胞移植の推進 …… 213
5　難病対策 …… 218
6　アレルギー疾患対策 …… 220
7　母子保健対策 …… 223
8　歯科保健対策 …… 226
9　健康増進対策 …… 232
10　リハビリテーションの推進 …… 236

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 …… 241
2　令和７（2025）年の医療需要と医療提供体制 …… 242
3　病床の機能の分化及び連携の促進 …… 249
4　病床の機能に関する情報提供の推進 …… 252
5　「高度医療・人材育成拠点」の整備について（基本計画の概要） …… 253

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 …… 255
2　歯科医師・歯科衛生士の確保・育成 …… 276
3　薬剤師の確保・育成 …… 279
4　看護職員の確保・育成 …… 288
5　介護人材の確保・育成・定着及び生産性向上 …… 292
6　その他の人材の確保・育成 …… 301

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 …… 304
2　医薬品等の安全確保対策 …… 309
3　食品の安全衛生対策 …… 315
4　生活衛生対策 …… 318

第７章　医療費の適正化

1　医療費の適正化 …… 322

第８章　計画の推進体制と評価の実施

1　計画の推進体制 …… 345
2　施策の評価と評価結果の公表 …… 345

資料編　参考資料（データ集） …… 347

用語の解説 …… 357

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 …… 2
３　計画の期間 …… 3
４　基本理念 …… 3
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 …… 8

第３節　広島県の現状

１　人口の動向 …… 9
２　受療状況 …… 12
３　医療資源の状況 …… 14

第１節　基本的事項

1　計画作成の趣旨

第７次広島県保健医療計画（平成 30（2018）～令和５（2023）年度）では、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し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保に向けた取組を進めてきました。

また、平成 28（2016）年に策定した広島県地域医療構想の実現に向けて、病床の機能の分化及び連携の推進を図ってきたところです。

この間、新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、地域における入院・外来・在宅にわたる医療機能の分化・強化、連携等を行う重要性や、地域医療全体を視野に入れて適切な役割分担の下で必要な医療提供を行う重要性などが改めて認識されました。

さらに、令和７（2025）年にかけて高齢者人口が急速に増加した後、令和 22（2040）年に向けてその増加は緩やかになる一方、既に減少に転じている生産年齢人口は、令和７（2025）年以降さらに減少が加速する中、人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化に対応した必要な医療提供体制を維持する必要があります。

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もと、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８次広島県保健医療計画」として取りまとめました。

2　計画の位置付け

この計画は、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」の目指す姿の実現に向けた、本県の保健医療施策の基本となる計画であり、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、以下の計画は保健医療計画と政策的に関連が深く、定める内容に重複する部分が多くあることから、関連する計画を保健医療計画と一体的に策定します。

・がん対策基本法第 12 条に基づく広島県がん対策推進計画
・健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法第 11 条に基づく広島県循環器病対策推進計画
・高齢者の医療の確保に関する法律第９条に基づく広島県医療費適正化計画

更に、以下の関連計画と整合や調和を図っています。

・ひろしま高齢者プラン
・健康ひろしま２１
・広島県感染症予防計画
・広島県依存症対策推進計画
・広島県地域福祉支援計画
・広島県障害者プラン
・広島県食育推進計画
・広島県歯と口腔の健康づくり推進計画　など

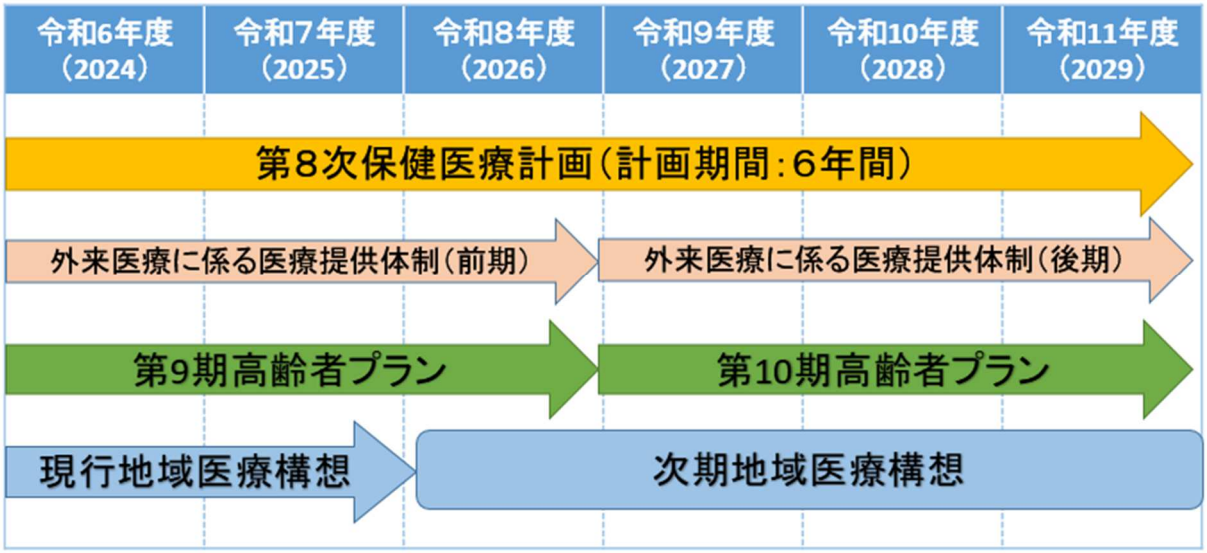
3　計画の期間

令和６（2024）年度から令和 11（2029）年度までの６年間とします。

なお、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年目に当たる令和８（2026）年度に中間評価に基づく見直し検討を行います。

また、「外来医療に係る医療提供体制」については、比較的短期間に変化しうることから、計画期間は、令和６（2024）年から令和８（2026）年までの３年間とします。

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



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。なお、この基本理念は、第７次広島県保健医療計画の基本理念を継承しています。

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６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。

新興感染症発生・まん延時においては、通常医療提供体制への影響を最小限にしつつ、感染症医療提供体制が確保されています。

平時から新興感染症発生・まん延時の地域における医療機関の機能や役割分担を明らかにしながら有事に備えるとともに、新興感染症発生・まん延時においては、協定締結医療機関等における協定の履行、感染状況のフェーズに応じた準備体制の迅速かつ確実な稼働などの取組を通じて、通常医療提供体制への影響を最小限にしつつ、感染症医療提供体制の確保を図ります。

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な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おり、また、安定的な医療保険制度のもと、持続可能な医療提供体制が整い適切な医療サービスが効果的・効率的に提供されています。

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。

また、限られた医療資源の効果的・効率的な配置を促し、患者の状態に応じた切れ目のない医療提供体制を構築するとともに、近年、目覚ましく発展するデジタル技術をさらに活用し、適切な医療サービスを効果的・効率的に提供します。

さらに、県民の健康づくりに向けた取組や適正受診の推進により、医療費の適正化を図ります。

計画の実効性を高める観点から、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。

なお、広島県医療審議会において二次保健医療圏の見直し検討を行った結果、

・現行の二次保健医療圏（７圏域）について、国の見直し基準であるいわゆる「トリプル 20 基準（※）」に該当する圏域はなく、流入・流出率についても前回計画策定時から大きな変化はない。

・基幹病院の受療動向については、圏域内患者が大半を占めており、アクセスでは、全ての圏域において自圏域の基幹病院までの 60 分以内カバー率（有料道路使用）が 95%以上となっている。

・全ての圏域地域保健対策協議会においても、現行の二次保健医療圏が妥当との結論が示されたこと。

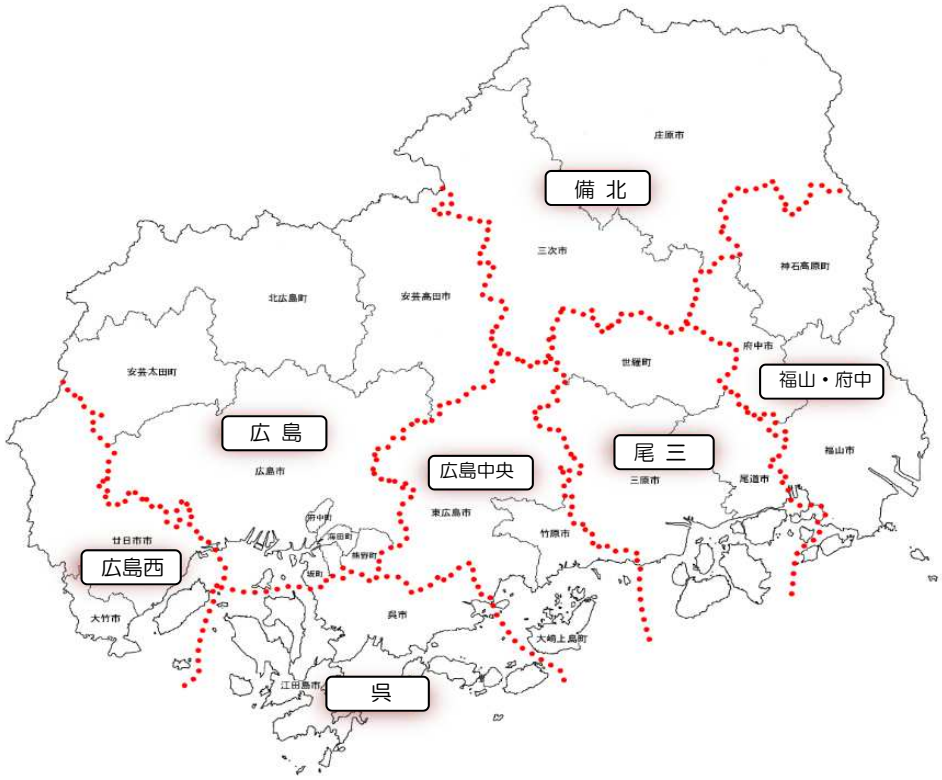
などの理由により、現行の二次保健医療圏が妥当であるとの結論が示されました。

※人口 20 万人未満、入院の流入 20%未満、流出 20%以上の圏域は見直しを検討。

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 ㎢	1,366,912 人
広 島 西	大竹市、廿日市市	568 ㎢	140,492 人
呉	呉市、江田島市	454 ㎢	236,522 人
広島中央	竹原市、東広島市、大崎上島町	797 ㎢	227,759 人
尾　　三	三原市、尾道市、世羅町	1,035 ㎢	236,868 人
福山･府中	福山市、府中市、神石高原町	1,096 ㎢	506,835 人
備　　北	三次市、庄原市	2,025 ㎢	84,314 人
合　　計		8,479 ㎢	2,799,702 人

出典：総務省「国勢調査」（令和２（2020）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・６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、安心で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。

※５疾病…５つの疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患）。

６事業…６つの事業（救急医療、災害時における医療、新興感染症発生・まん延時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む。））。

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〉

二次保健医療圏	基準病床数	【参考】既存病床数
広　　島	11,074	13,516
広 島 西	1,266	1,779
呉	2,173	3,224
広島中央	1,834	2,171
尾　　三	2,325	3,305
福山･府中	4,754	4,823
備　　北	765	1,508
計	24,191	30,326

〈精神病床〉

区分	基準病床数	【参考】既存病床数
広島県全域	7,045	8,485

〈結核病床〉

区分	基準病床数	【参考】既存病床数
広島県全域	33	87

〈感染症病床〉

区分	基準病床数	【参考】既存病床数
広島県全域	36	30

※　既存病床数は令和５(2023)年９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

本県の令和２（2020）年 10 月１日現在の年齢別人口は、年少人口（15 歳未満）が 35 万 2,678 人、生産年齢人口（15 歳から 64 歳）が 158 万 54 人、高齢者人口（65 歳以上）が 81 万 1,931 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。

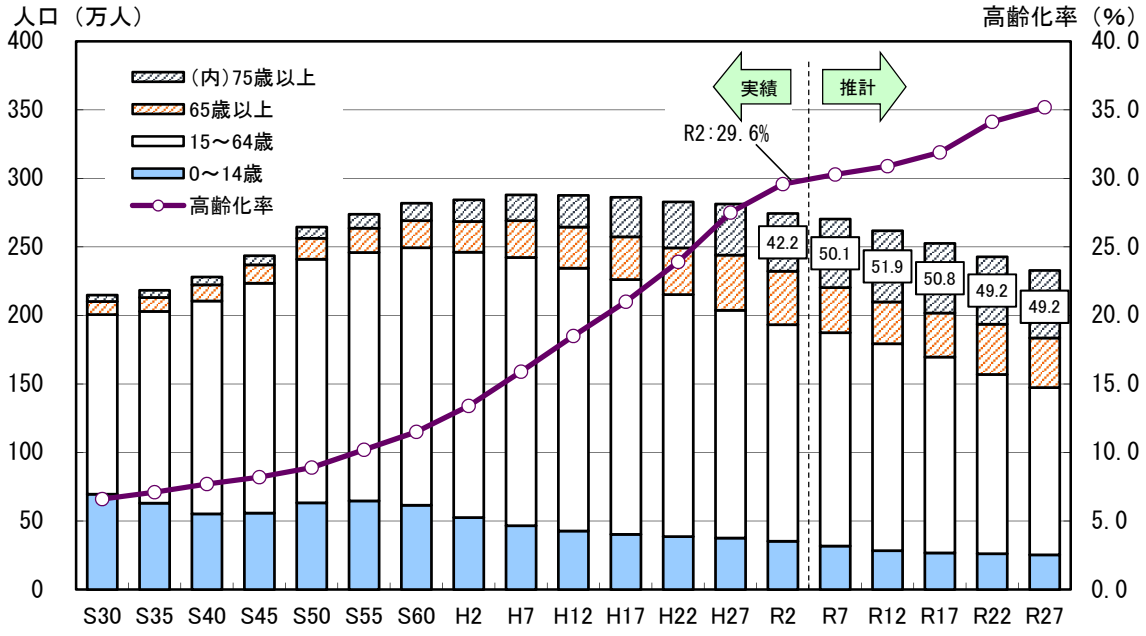
本県の高齢化率（65 歳以上人口割合）は、昭和 35（1960）年に 7%を超えて高齢化社会となり、平成７（1995）年に 14%を超え高齢社会に、平成 17（2005）年には 21%を超えて超高齢社会が到達し、その後も年々上昇を続けています。

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 270 万人、令和 22(2040)年には約 243 万人になると見込まれています。また、高齢者人口は令和 22(2040)年には約 86 万人になると見込まれます。

高齢化率は令和７（2025）年に 30%を超え、令和 22（2040）年には 34.1%まで上昇を続ける見込みとなっています。

また、75 歳以上人口についても令和 12（2030）年まで増加することが見込まれるため、医療需要は今後も増加することが予想されます。

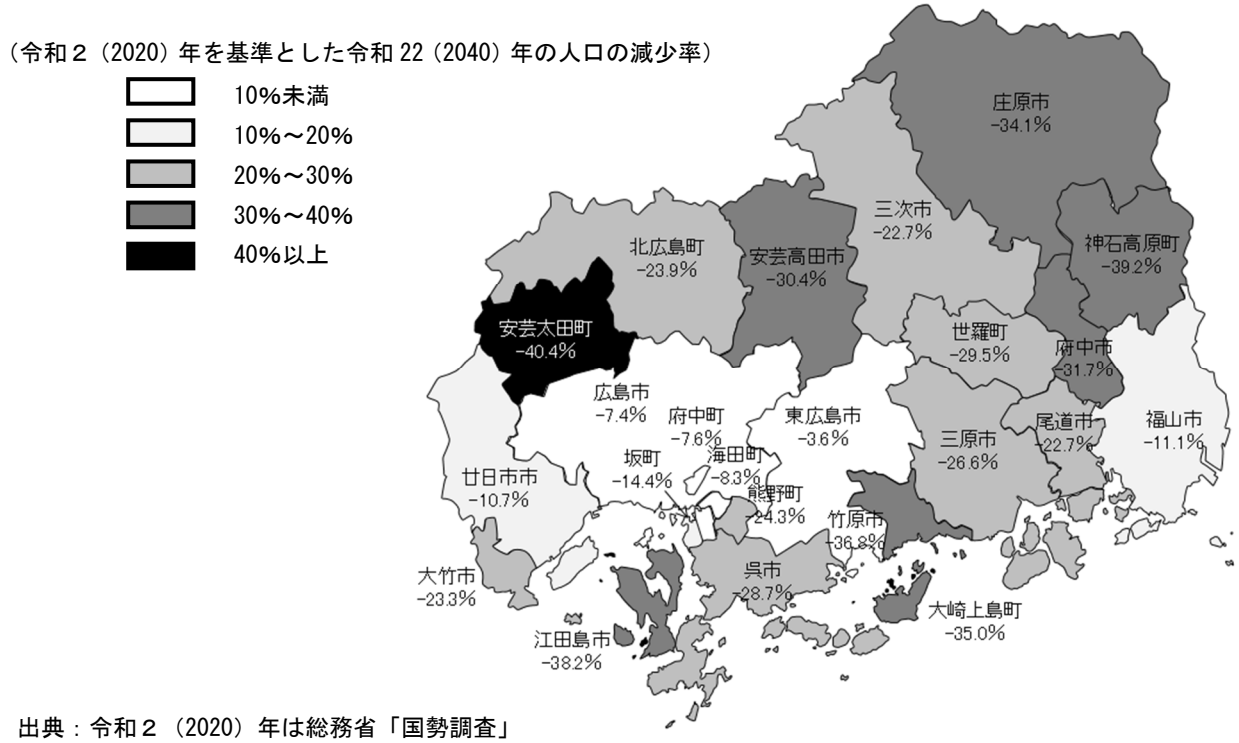
図表 1-3-1　年齢３区分別人口の推移



出典：令和２（2020）年までは総務省「国勢調査」
令和７（2025）年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（令和５（2023）年推計）

更に、県内でも人口の減少率などの人口構造の変化は一律ではなく地域ごとに異なります。

図表 1-3-2　令和２（2020）年を基準とした 2040 年の人口の減少率



出典：令和２（2020）年は総務省「国勢調査」
　　令和 22（2040）年は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」　（令和５（2023）年推計）

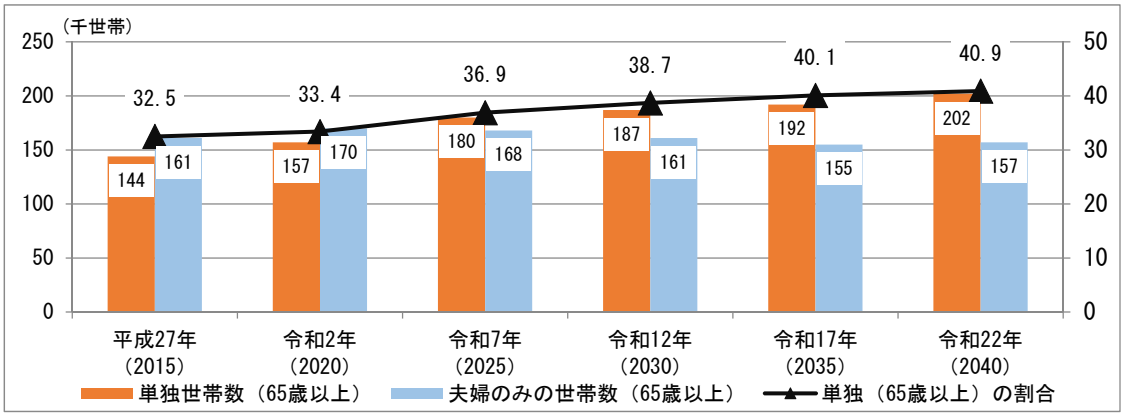
２　高齢者世帯の推移

令和２（2020）年の国勢調査によると、本県の一般世帯（124 万 1,204 世帯）のうち、世帯主が６５歳以上の高齢者世帯は 47 万 1,162 世帯（38.0%）で、世帯主が 75 歳以上の高齢者世帯は 24 万 4,332 世帯（19.7%）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 15 万 7,316 世帯（33.4%）、夫婦のみ世帯は 17 万 198 世帯（36.1%）となっており、高齢者世帯の約 70%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又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７（2025）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 1-3-3　本県の高齢者世帯の推移



出典：令和２（2020）年までは総務省「国勢調査（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７（2025）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）」（平成 31（2019）年推計）

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 1-3-4　市町別人口と県人口に占める割合

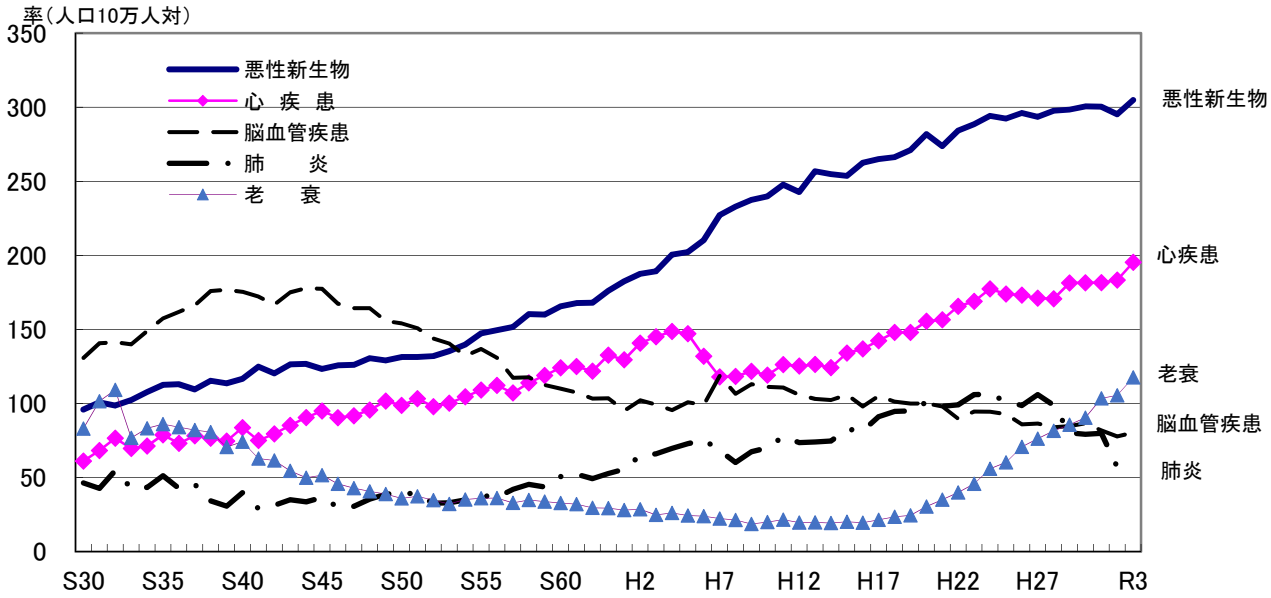
市町名	人口	割合	市町名	人口	割合
広島市	1,200,754	42.9%	安芸高田	26,448	0.9%
呉市	214,592	7.7%	江田島市	21,930	0.8%
竹原市	23,993	0.9%	府中町	51,155	1.8%
三原市	90,573	3.2%	海田町	29,636	1.1%
尾道市	131,170	4.7%	熊野町	22,834	0.8%
福山市	460,930	16.5%	坂町	12,582	0.4%
府中市	37,655	1.3%	安芸太田	5,740	0.2%
三次市	50,681	1.8%	北広島町	17,763	0.6%
庄原市	33,633	1.2%	大崎上島	7,158	0.3%
大竹市	26,319	0.9%	世羅町	15,125	0.5%
東広島市	196,608	7.0%	神石高原	8,250	0.3%
廿日市市	114,173	4.1%	広島県	2,799,702	100.0%

出典：総務省「国勢調査」（令和２（2020）年）

４　死因別死亡率

広島県人口動態統計年報（令和３（2021）年）によると、令和３（2021）年の本県における死因（構成比）は、１位が悪性新生物（26.2%）、２位が心疾患（16.8%）、３位が老衰（10.1%）、４位が脳血管疾患（6.9%）となっており、これらによる死亡が本県総死亡数の６割を占めています。年次推移では、悪性新生物、心疾患、老衰は増加傾向に、脳血管疾患、肺炎は減少傾向にあります。

図表 1-3-5　主な死因別に見た死亡率の年次推移



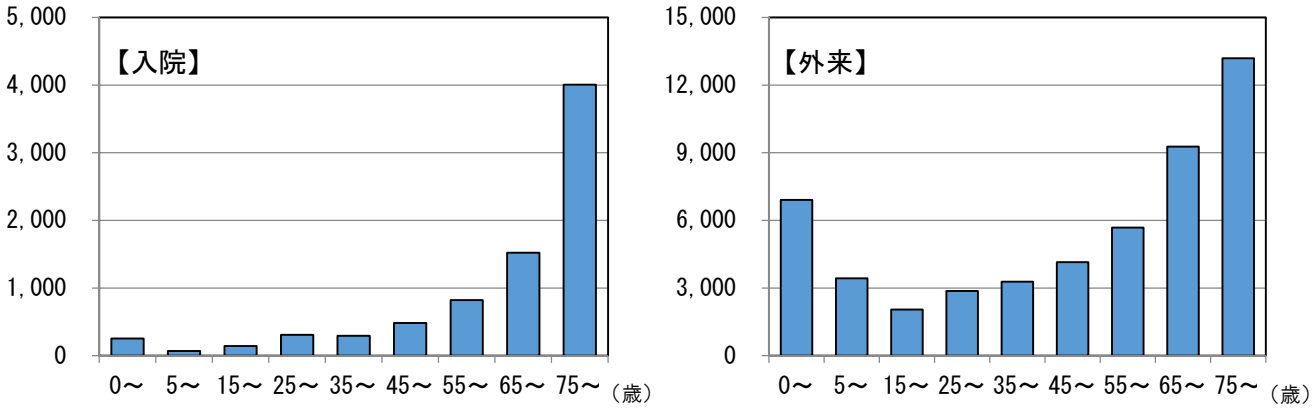
出典：広島県「令和３年人口動態統計年報第 50 号」（令和３（2021）年）
平成７年の死因分類の改正により、名称、区分等が変更されており、データの連続性が一部保たれていない。

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、入院受療率は 15 歳以上、外来受療率は0～4歳及び 45 歳以上の年齢区分で全国の値を上回っています。

図表 1-3-6　年齢階級別受療率（人口 10 万人対）



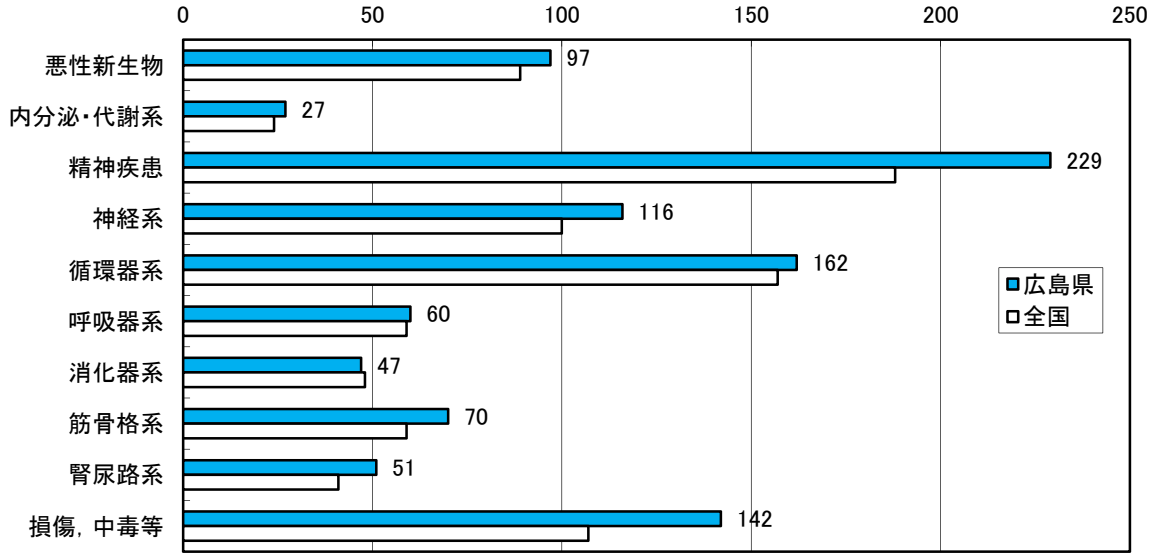
区分		0～4 歳	5～14 歳	15～24 歳	25～34 歳	35～44 歳	45～54 歳	55～64 歳	65～74 歳	75 歳以上	総数
入院	広島県	253	70	142	309	293	484	822	1,522	4,008	1,090
	全国	306	86	133	223	266	407	776	1,385	3,568	960
	差	▲ 53	▲ 16	9	86	27	77	46	137	440	130
外来	広島県	6,909	3,427	2,047	2,871	3,278	4,149	5,684	9,270	13,194	6,049
	全国	6,505	4,046	2,253	2,872	3,336	3,999	5,596	8,847	11,167	5,658
	差	404	▲ 619	▲ 206	▲ 1	▲ 58	150	88	423	2,027	391

出典：厚生労働省「患者調査」（令和２（2020）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、「消化器系」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る傾向にあります。

図表 1-3-7　傷病分類別入院受療率

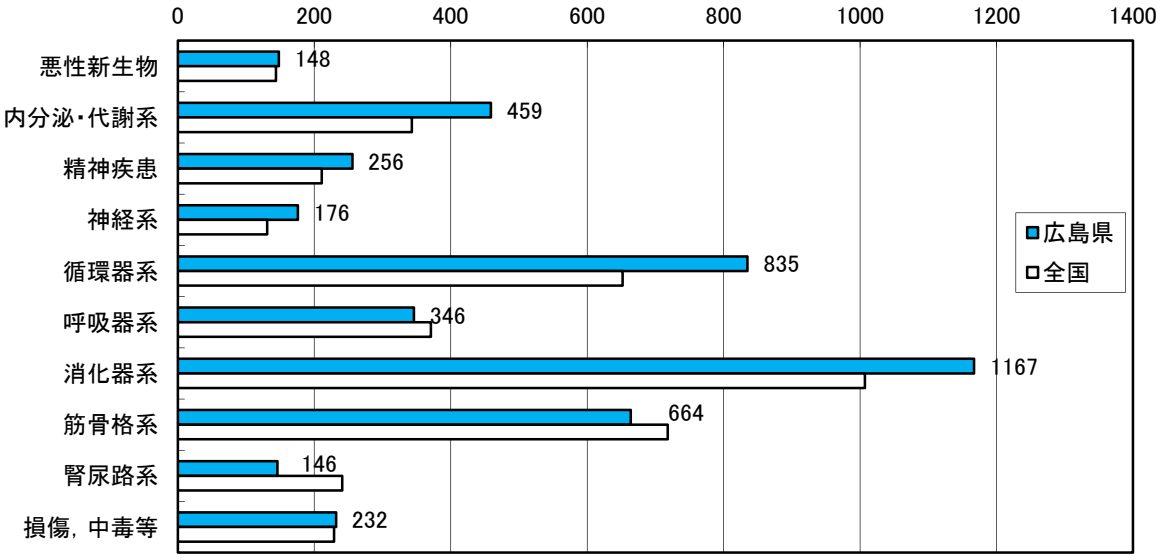


出典：厚生労働省「患者調査」（令和２（2020）年）

３　主要傷病分類別外来受療率

傷病別の外来受療率は、「呼吸器系」、「筋骨格系」、「腎尿路系」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 1-3-8　傷病分類別外来受療率



出典：厚生労働省「患者調査」（令和２（2020）年）

3　医療資源の状況

1　医師の偏在と無医地区

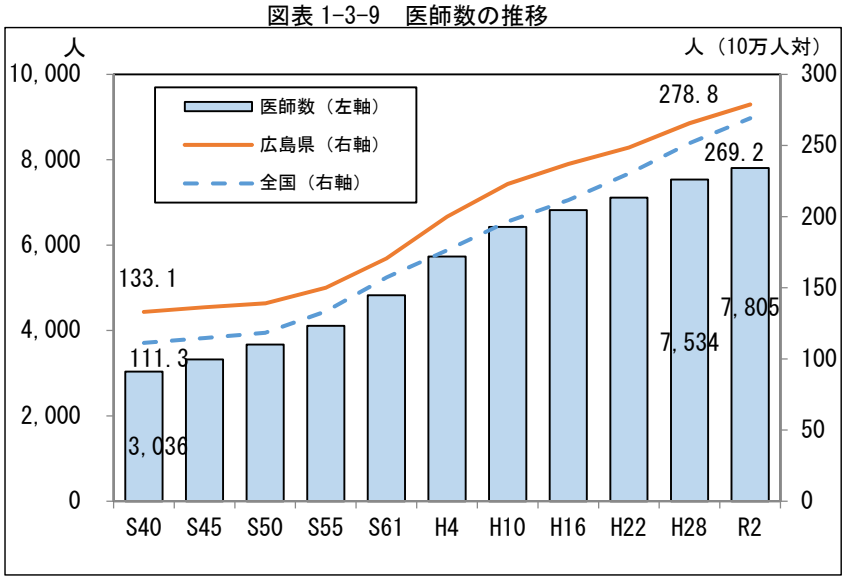
本県の令和２（2020）年の医師数は7,805 人で、平成 30（2018）年より 196 人増加しています。

人口 10 万人当たりの医師数は278.8 人となり、全国の 269.2 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、10 市町で医師数が減少しています。

令和４（2022）年「無医地区等調査」によると、本県の無医地区数は 53 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。

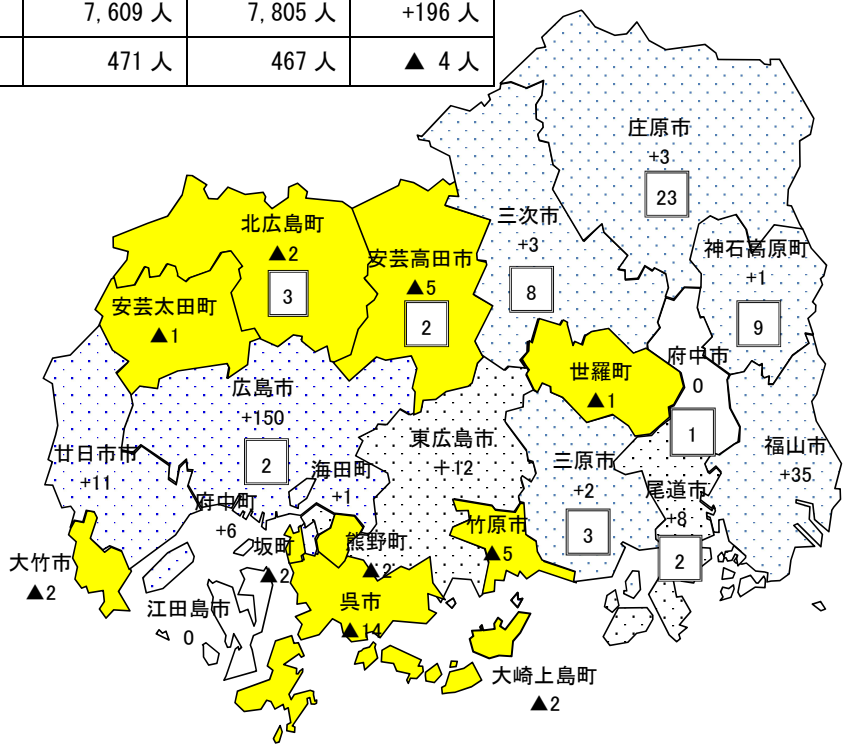
図表 1-3-9　医師数の推移



出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」（昭和 40（1965）年～平成 28（2016）年）
「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和２（2020）年）

図表 1-3-10　市町別の医師数の増減及び無医地区の現状

区分	平成 30 年（2018）	令和 2 年（2020）	増減
県全体	7,609 人	7,805 人	+196 人
過疎市町	471 人	467 人	▲ 4 人



圏　域	無医地区数
広　島	7
広島西	0
呉	0
広島中央	0
尾　三	5
福山・府中	10
備　北	31
計	53

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・薬剤師統計」（平成 30（2018）年、令和２（2020）年）
厚生労働省「無医地区等調査」（令和４(2022)年）

2　医療施設数の推移

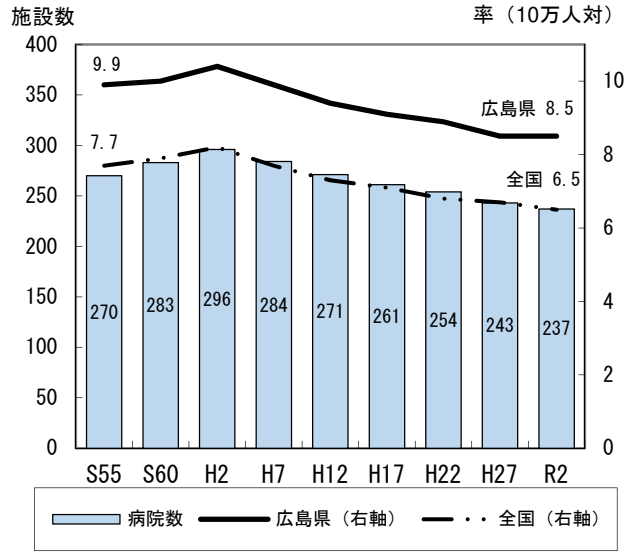
本県の令和２（2020）年の病院数は 237 施設で、平成２（1990）年をピークに近年は減少傾向にあります。人口 10 万人当たりでは 8.5 施設で、全国の 6.5 施設を２上回っています。

本県の令和２（2020）年の一般診療所数は 2,533 施設で、近年、無床診療所は微増傾向、有床診療所は減少傾向でしたが、平成 27（2015）年から令和２（2020）年にかけて無床診療所も減少に転じました。人口 10 万人当たりでは 90.5 施設で、全国の 81.3 施設を 9.2 上回っています。

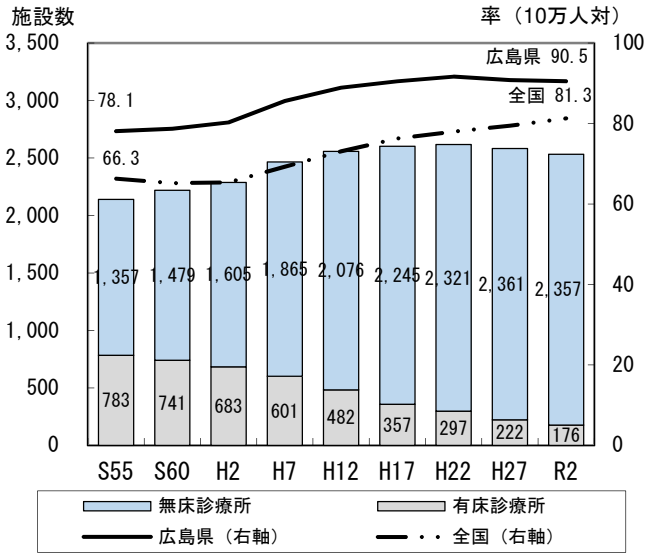
本県の令和２（2020）年の歯科診療所数は 1,527 施設で、近年微増傾向でしたが、平成 27（2015）年から令和２（2020）年にかけて減少に転じました。人口 10 万人当たりでは 54.5 施設で、全国の 53.8 施設を 0.7 上回っています。

本県の令和２（2020）年の薬局数は 1,599 施設で、近年は微増傾向でしたが、平成 27（2015）年から令和２（2020）年にかけて減少に転じました。人口 10 万人当たりでは 57.1 施設で、全国の 48.3 施設を 8.8 上回っています。

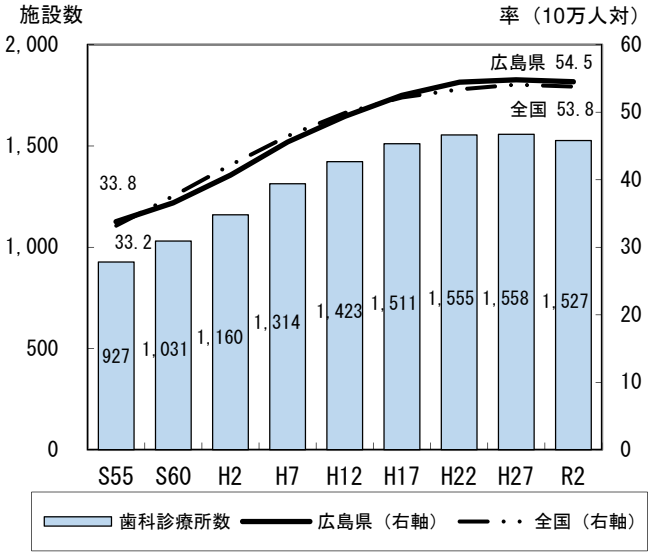
図表 1-3-11　病院



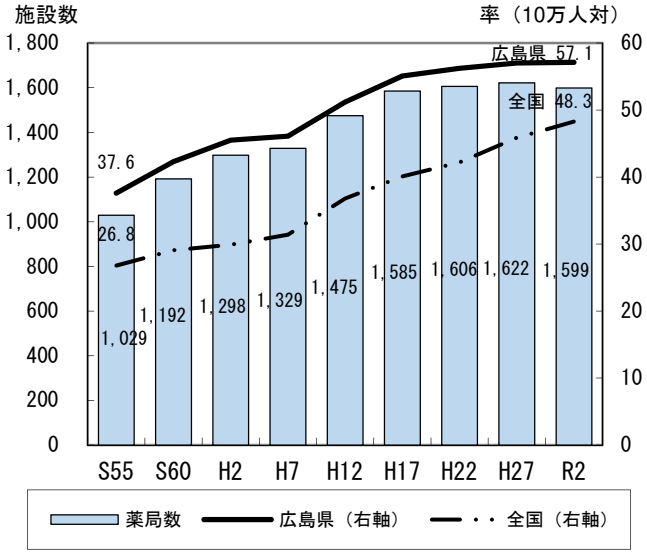
図表 1-3-12　一般診療所



図表 1-3-13　歯科診療所



図表 1-3-14　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連携体制

１　がん対策 …… 17
２　循環器病（脳卒中・心筋梗塞等の心血管疾患）対策 …… 41
２－１　脳卒中対策 …… 49
２－２　心筋梗塞等の心血管疾患対策 …… 59
３　糖尿病対策 …… 71
４　精神疾患対策 …… 80

第２節　救急医療などの医療連携体制

１　救急医療対策 ……103
２　災害時における医療対策 …… 118
３　新興感染症発生・まん延時における医療対策 …… 128
４　へき地の医療対策 ……134
５　周産期医療対策 ……145
６　小児医療（小児救急医療を含む）対策 ……154

第３節　在宅医療と介護等の連携体制

１　医療介護連携等の構築及び推進 ……161
２　訪問歯科診療の充実 ……173
３　訪問薬剤管理指導の充実 ……175
４　訪問看護の充実 ……178
５　訪問栄養食事指導の充実 ……182
６　人生の最終段階における自己決定 ……183

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 ……186
２　医療機器の効率的な活用 ……190
３　紹介受診重点医療機関 ……193

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 ……195
２　ICT を活用した診療支援（ひろしまメディカル DX の推進） ….197

第１節　がんなど主要な疾病の医療連携体制

1　がん対策

※　本項及び関連する項を「がん対策基本法」第 12 条の規定に基づく広島県がん対策推進計画として位置付けます。

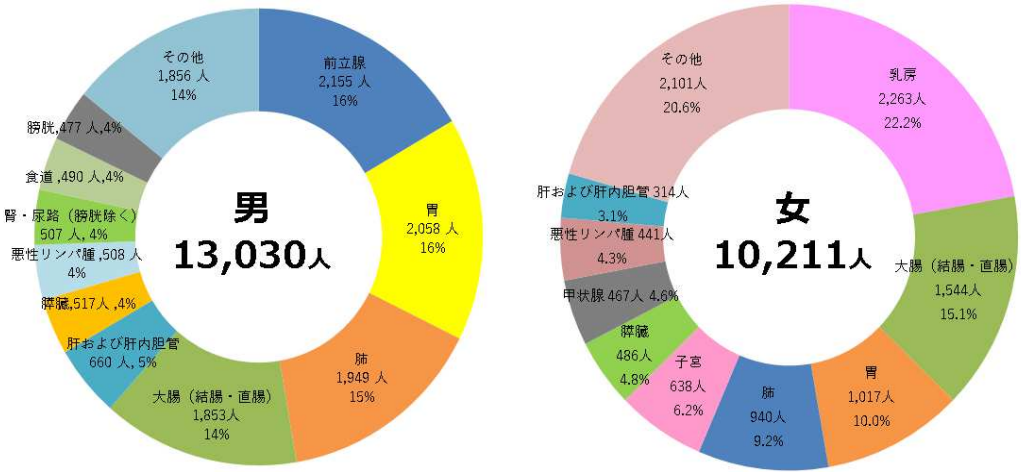
現　状

１　がんの罹患・死亡

（1）がん患者数

がんの罹患者数は年間 ２ 万人を超えており、部位別にみると、男性では前立腺が最も多く、次いで胃、肺、大腸、女性では乳房が最も多く、次いで大腸、胃、肺の順となっています。

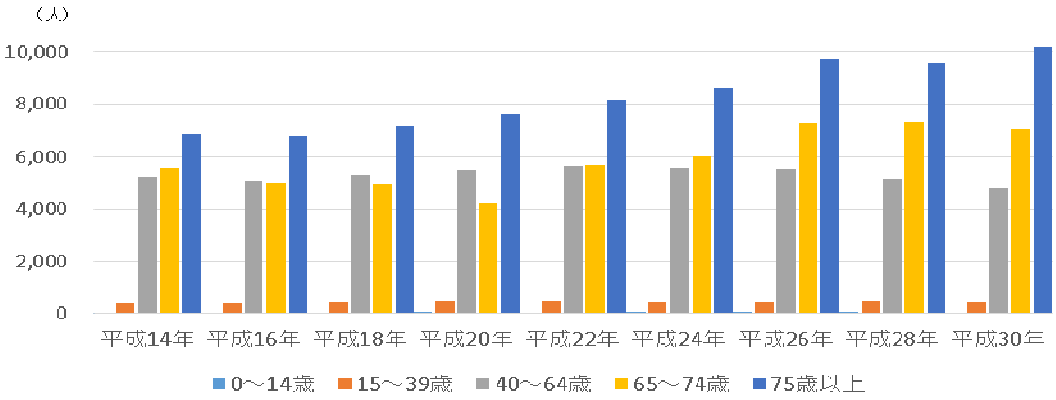
図表 2-1-1　がんの罹患状況（令和元（2019）年広島県の男女別・部位別がん罹患数）



出典：広島県「全国がん登録　広島県がん情報集計報告書」（令和元（2019）年）

がんの罹患者数を年齢階級別にみると、75 歳以上の罹患者が増えており、平成 14（2002）年と比べて、平成 30（2018）年は約 1.5 倍となっています。

図表 2-1-2　年齢階級別罹患数

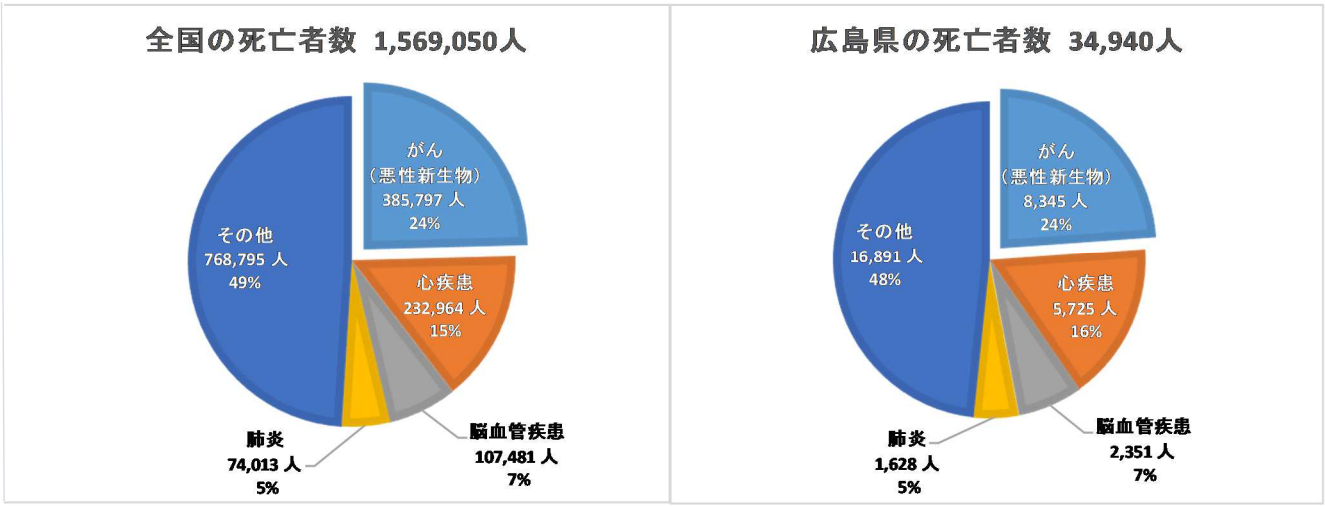


出典：広島県「広島県地域がん登録報告書」（平成 14（2002）年～平成 27（2015）年）
広島県「全国がん登録　広島県がん情報集計報告書」（平成 28（2016）年～平成 30（2018）年）

（2）がんによる死亡者数

がんは死亡原因の第１位であり、本県では、年間約３万５千人の死亡者のうち、24%にあたる約８千人が「がん」により死亡しており、全国と同じ割合となっています。

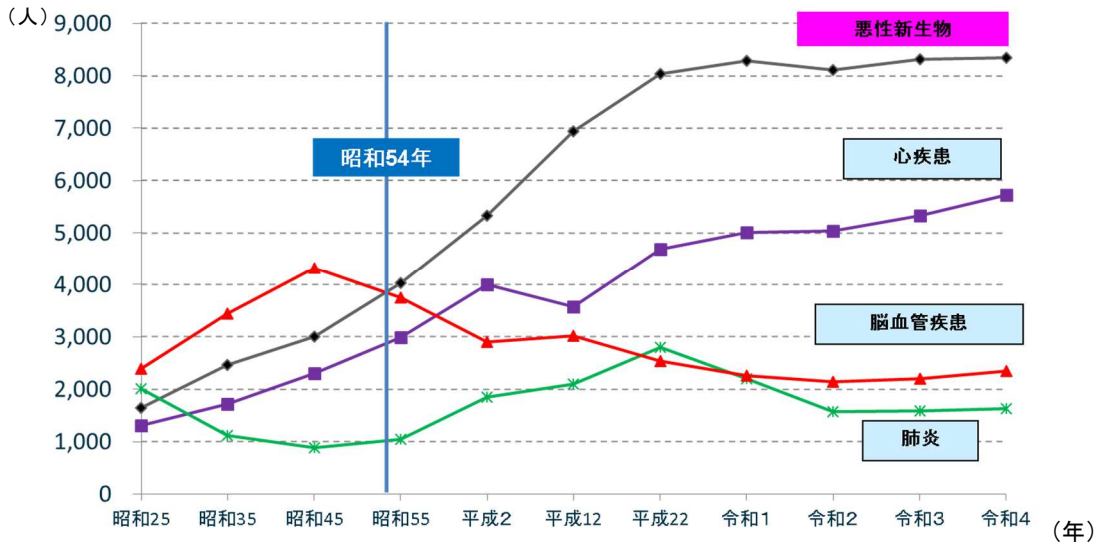
図表 2-1-3　死亡者数の状況（広島県・全国、令和４（2022）年）



出典：厚生労働省「人口動態統計」（令和４（2022）年）

がんによる死亡者数は、高齢化の進展に伴って増加し、昭和 54（1979）年から、死亡原因の第１位となっています。

図表 2-1-4　主要死因別の死亡者数の推移（広島県）



出典：厚生労働省「人口動態統計」（令和３（2021）年）

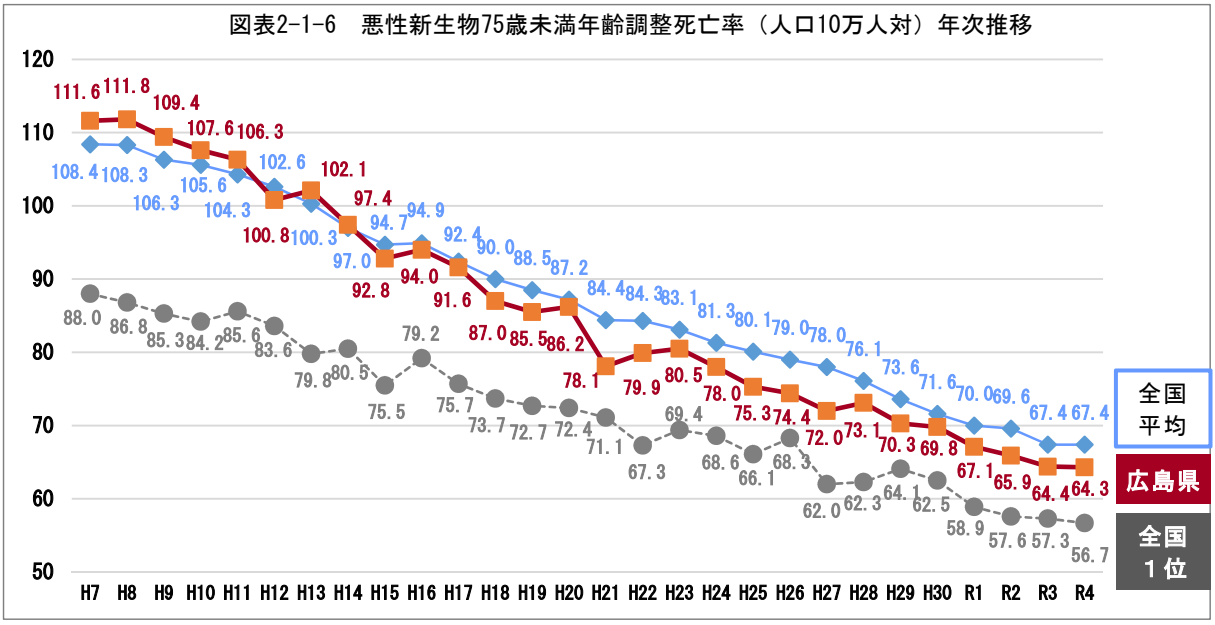
（3）がんの年齢調整死亡率

人口 10 万人当たりの 75 歳未満のがんによる「年齢調整死亡率」は、年々減少しており、平成 14（2002）年度の 97.4（全国 32 位）が、20 年間で 64.3（全国 14 位）まで下がっています。

図表 2-1-5　がんの年次別死亡率

（単位：人口 10 万人当たりの死者数）

区分	平成 14 年	平成 24 年	令和 2 年	令和 3 年	令和 4 年	目標 (R5)	減少率 20 年 (H14→R4)	減少率 10 年 (H24→R4)
全　国	97.0	81.3	69.6	67.4	67.4	－	30.5%	17.1%
広島県 (全国順位)	97.4 (32 位)	78.0 (15 位)	65.9 (13 位)	64.4 (13 位)	64.3 (14 位)	58.0	40.0%	17.6%

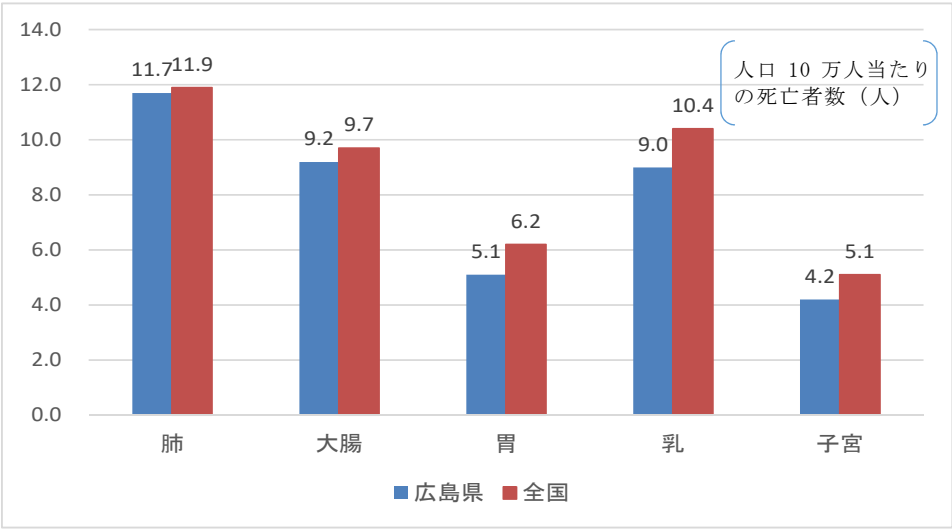


出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」（人口動態統計）（令和４（2022）年）

がんの部位別の年齢調整死亡率を全国と比較すると、全国と同様に肺が最も高くなっており、子宮が最も低くなっています。なお、乳がんでは全国では 10.4 ですが、本県では 9.0 と低くなっています。

全国と比較すると、全てのがんにおいて、全国の年齢調整死亡率を下回っています。

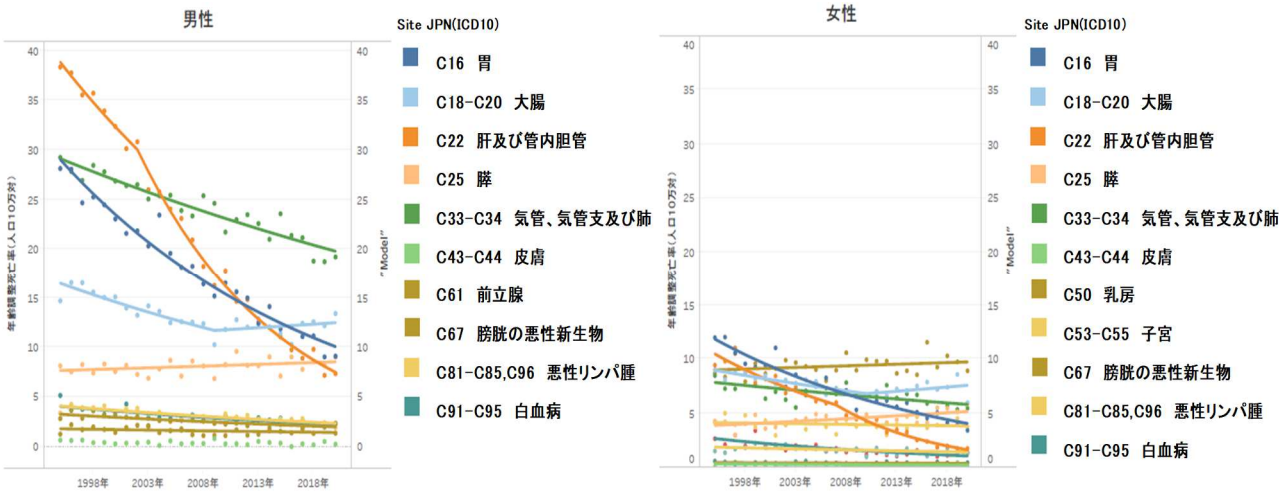
図表 2-1-7　部位別 75 歳未満年齢調整死亡率（広島県・全国）



出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」（人口動態統計）（令和４（2022）年）

年齢調整死亡率の増減はがん種によって異なり、男性、女性ともに肝がん、胃がん、白血病で大きく減る一方で、膵臓がんは増えています。また、女性では乳がんが年平均で 0.3%増えています。

図表 2-1-8　広島県の 75 歳未満がん死亡率（実測値と Joinpoint 解析による推定値）



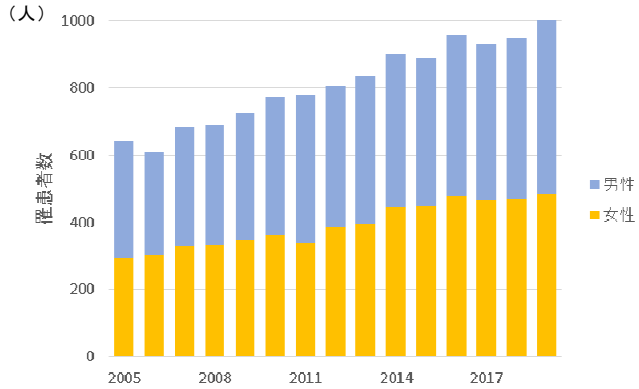
点：実測値、実線：joinpoint 解析による推定値
出典：県健康福祉局調べ

（4）難治性がん・希少がん

①　膵臓がん

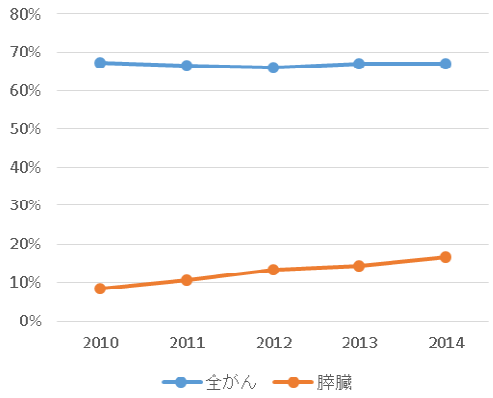
難治性がんである膵臓がんは、男性、女性ともに75歳未満の罹患者数及び年齢調整死亡率（人口10万対）が増加しています。

図表 2-1-9　広島県の 75 歳未満がん罹患者数



出典：広島県
「広島県地域がん登録報告書」（平成 20（2008）年~平成 27（2015）年）
「全国がん登録　広島県がん情報集計報告書」
（平成 28（2016）年～令和元（2019）年）

図表 2-1-10　広島県の５年相対生存率（2010～2014 年診断）



出典：広島県
「広島県地域がん登録報告書」（平成 27（2015）年）
「全国がん登録　広島県がん情報集計報告書」
（平成 28（2016）年～令和元（2019）年）

②　希少がん

希少がんとは、216 種類に分類した全てのがんのうち、１年当たりの男女計の粗罹患率が人口 10 万人当たり６例未満のがん種の総称です。平成 27（2015）年から令和元（2019）年の本県において、罹患率が人口 10 万人当たり ６ 未満のがんは、193 種類確認されました。個々のがんで見ると患者が少ないものの、がん全体から見ると、約 20%の割合を占めています。

図表 2-1-11　広島県の主な希少がん罹患数、年齢調整罹患率（2014-2018 年）

RARECAREnet list（Casali 2020版）	罹患数			年齢調整罹患率（人口10万対）		
	男	女	総数	男	女	総数
血液	4,974	4,018	8,992	40.1	27.1	32.9
頭頸部	2,250	831	3,081	18.6	5.7	11.7
消化器（希少）	1,451	1,300	2,751	9.6	5.8	7.5
内分泌器官	680	1,997	2,677	7.1	20.9	14.1
男性性器及び泌尿器（希少）	1,109	410	1,519	9.7	1.8	5.6

※集計対象　ICD-O-3：性状3

出典：広島県「全国がん登録　広島県がん情報集計報告書」（平成 30（2018）年集計）一部改変

③　小児がん

小児がんは、毎年約 50～60 人程度が罹患しており、特に白血病等の患者が多くなっています。また、疾患や地域によって多少のばらつきはあるものの、多くの患者が小児がん拠点病院である広島大学病院、小児がん連携病院である広島赤十字・原爆病院といった広島圏内の医療機関で治療を受けています。

図表 2-1-12　広島県の主な小児がん罹患数、年齢調整罹患率（2014-2018 年）（５年平均）

ICCC Recode Third Edition, ICD-O-3/IARC 2017（Main）	罹患数（5年平均）			年齢調整罹患率（人口100万対）		
	男	女	総数	男	女	総数
白血病、骨髄増殖性疾患、骨髄異形成疾患	12.0	8.2	20.2	63.8	45.4	54.8
中枢神経系及びその他の頭蓋内・脊髄内新生物	9.0	7.2	16.2	47.6	39.8	43.8
リンパ腫及び細網内皮新生物	4.4	2.4	6.8	23.3	13.3	18.4
神経芽腫及びその他の末梢神経細胞腫瘍	1.8	1.8	3.6	9.6	10.1	9.9
SEERで分類されない腫瘍又は上皮内がん	1.8	1.6	3.4	9.5	8.8	9.2

※悪性及び上皮内の原発がんと一部の良性腫瘍・性状不詳または不明の腫瘍、0-14歳
※集計対象　ICD10：C00-C96、D00-D09、D32、D33、D352-D354、D42、D43、D443-D445、D45、D46、D47

出典：広島県「全国がん登録　広島県がん情報集計報告書」（平成 30（2018）年集計）一部改変

④　ＡＹＡ世代のがん

AYA 世代のがんは、毎年 470 人程度が罹患し、多くの患者が居住する二次保健医療圏で治療を受けています。

図表 2-1-13　広島県の主なＡＹＡ罹患数、年齢調整罹患率（2014-2018 年）（５年平均）

AYA Site Recode 2020 Revision（Main）	罹患数（5年平均）			年齢調整罹患率（人口10万対）		
	男	女	総数	男	女	総数
上皮内がん	14.6	342.6	357.2	3.5	90.5	45.9
癌腫	83.0	233.4	316.4	20.5	60.0	39.8
中枢神経系及びその他の頭蓋内・脊髄内腫瘍	25.0	34.4	59.4	6.5	9.4	7.9
性腺腫瘍及び関連する腫瘍	24.0	16.2	40.2	6.3	4.4	5.3
白血病及び関連する疾患	19.2	15.2	34.4	4.9	4.2	4.6

※悪性及び上皮内の原発がんと一部の良性腫瘍・性状不詳または不明の腫瘍、15-39歳
※集計対象　ICD10：C00-C96、D00-D09、D32、D33、D352-D354、D42、D43、D443-D445、D45、D46、D47

出典：広島県「全国がん登録　広島県がん情報集計報告書」（平成 30（2018）年集計）一部改変

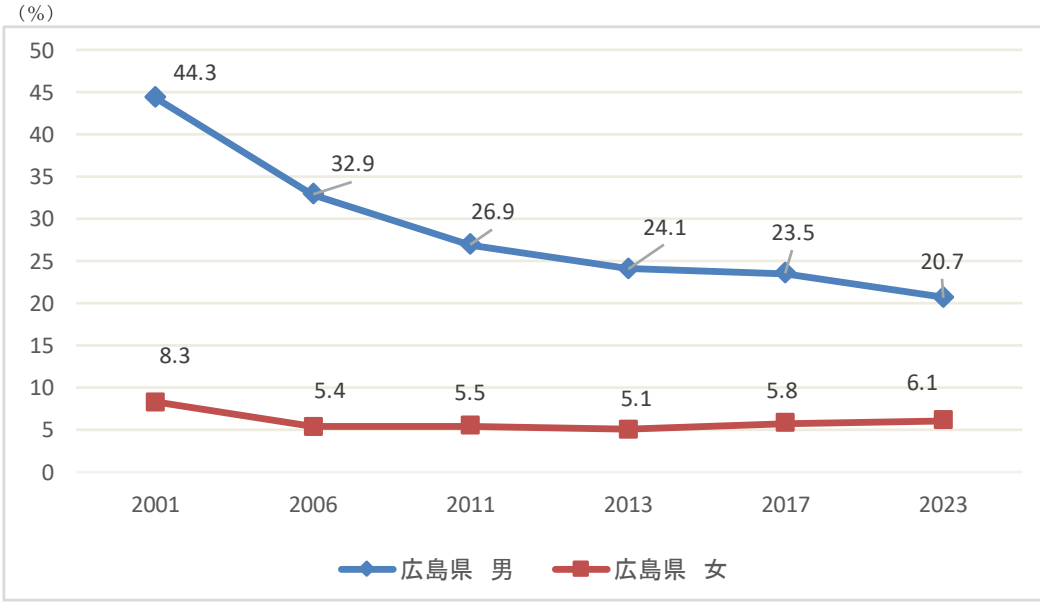
２　分野別

（1）がん予防・検診

①　がん予防

喫煙者の割合（喫煙率）は、令和５（2023）年度は男性 20.7%、女性 6.1%です。

図表 2-1-14　喫煙率の推移

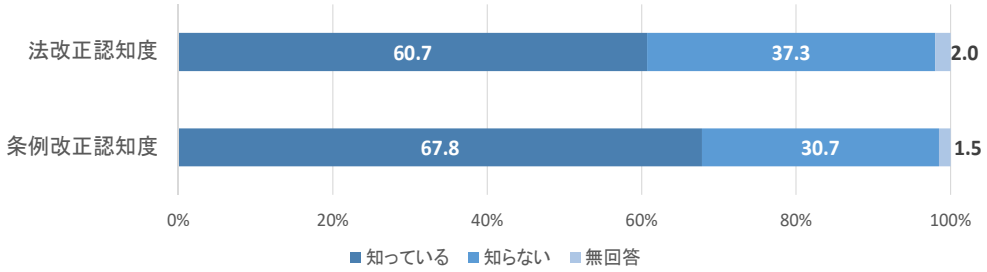


出典：広島県「広島県県民健康意識調査」（調査実施年平成 13（2001）年、平成 18（2006）年、平成 23（2011）年、平成 25（2013）年、平成 29（2017）年、令和５（2023）年）

令和４（2022）年に実施した本県全域の健康増進法第 28 条の対象施設（※）（無作為抽出）に対して、受動喫煙防止に関する施設調査を実施した結果、健康増進法改正により受動喫煙防止対策がルール化されたことを「知っている」は６割超、がん対策推進条例改正により学校や児童福祉施設等が敷地内禁煙となったことを「知っている」は約７割となっています。

※学校・病院・児童福祉施設・国、地方機関等の行政機関施設等の第１種施設並びに飲食店・小売店等の多数の者が利用する第２種施設

図表 2-1-15　法改正及び条例改正の認知度（受動喫煙防止に関する施設調査）n=5,244

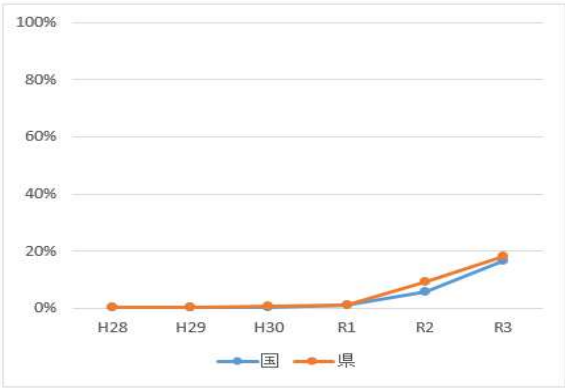


出典：県健康福祉局調べ（「受動喫煙防止に関する喫煙調査」から作成（令和４（2022）年７月調査））

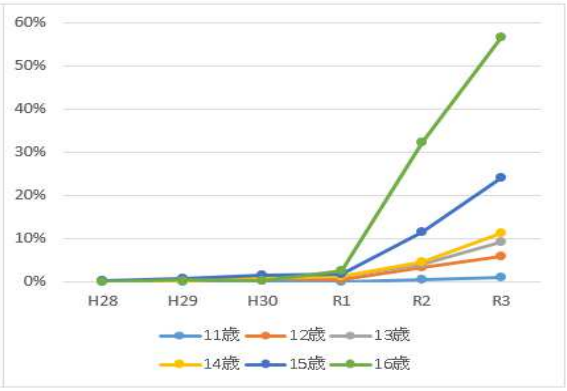
子宮頸がんは HPV（ヒトパピローマウイルス）による感染が主な原因です。ワクチン接種により２価及び４価ワクチンでは、子宮頸がんの５０～７０%、９価 HPV ワクチンでは、80～９０%防ぐと考えられています。定期検診と組み合わせることにより、発症率及び死亡率を大幅に減らすことができるとされています。

ワクチン接種後に副反応等が発生した事例などの報告があり、国において、国民に適切な情報提供ができるまでの間、定期接種を積極的に勧奨していませんでしたが、令和４（2022）年から HPV ワクチンの積極的勧奨を再開し、令和５（2023）年４月からは９価 HPV ワクチンの定期接種を開始しました。ワクチン接種緊急促進事業の対象であった平成 11（1999）年度以前に生まれた世代では接種率が 70%程度である一方、令和３（2021）年度実績の接種率は、国は約 17%、県は 18%と依然として低い状況にあります。年齢別では、特に 11 歳（平成 22（2010）年生まれ）から 13歳（平成 20（2008）年生まれ）までは 10%未満という低い接種率となっています。

図表 2-1-16 HPV ワクチン接種率



図表 2-1-17 HPV ワクチン接種率（年代別）（広島県）



出典：厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」（平成 28（2016）年度～令和３（2021）年度）

②　がん検診

ア　受診状況

がん検診の受診率は胃がんで５０％を超え、全国平均よりも高くなっていますが、その他の部位では、５０％を下回り、いずれも全国平均よりも低くなっています。

図表 2-1-18　がん検診の受診率の状況（令和４（2022）年）

部位	胃	肺	大腸	子宮頸	乳
広島県	５０．４％ （２１位）	４７．７％ （３４位）	４４．０％ （３４位）	４２．５％ （３０位）	４２．６％ （４０位）
全　国	４８．４％	４９．７％	４５．９％	４３．６％	４７．４％

出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」（令和４（2022）年）

新型コロナウイルス感染症の影響により、がん検診の中止や、受診を控える動きが広がり、令和２（2020）年度の受診者は大きく落ち込みました。令和３（2021）年度から回復傾向にあるものの、子宮頸がん検診については、令和４（2022）年度も新型コロナウイルス感染症の流行前の水準に戻っていません。

図表 2-1-19　主要 10 健診機関における受診者数の推移（令和元（2019）年度～令和４（2022）年度）

（単位　人）

部位	胃	肺	大腸	子宮頸	乳
令和元年度	128,887	430,140	296,804	81,091	80,706
令和２年度	122,153 (-5.2%)	402,725 (-6.4%)	282,812 (-4.7%)	74,826 (-7.7%)	71,447 (-11.5%)
令和３年度	130,608 (1.3%)	420,162 (-2.3%)	301,389 (1.5%)	80,341 (-0.9%)	80,518 (-0.2%)
令和４年度	135,174 (4.9%)	430,394 (0.1%)	308,984 (4.1%)	80,778 (-0.4%)	81,538 (1.0%)

※（）内は令和元（2019）年度比の増減率

出典：県健康福祉局調べ（集計期間：令和元（2019）年４月～令和５（2023）年３月）

イ　精度管理

がん検診で精密検査となった人の受診率は、令和２（2020）年度において、胃がん以外は全国平均を下回り、特に子宮頸がんは 11%低くなっています。

精検未把握率は要精検者が実際に精密検査を受診したかを測る指標であり、低いことが望ましいものですが、県の精密検査未把握率は、胃がん以外は全国平均より高くなっています。特に子宮頸がんは精密検査未把握率が 30%以上と高くなっています。

図表 2-1-20　がん検診で精密検査となった方の受診率の状況

部位		胃	肺	大腸	子宮頸	乳
精密検査受診率	広島県	８６．７％	７６．２％	６９．７％	６５．６％	８７．７％
	全　国	８４．４％	８２．６％	７０．２％	７６．６％	８９．８％
精密検査未把握率	広島県	９．３％	１８．５％	１９．１％	３０．８％	１０．１％
	全　国	９．７％	１１．３％	１６．８％	１７．７％	７．３％

出典：厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」（令和３（2021）年度）

(2) がん医療

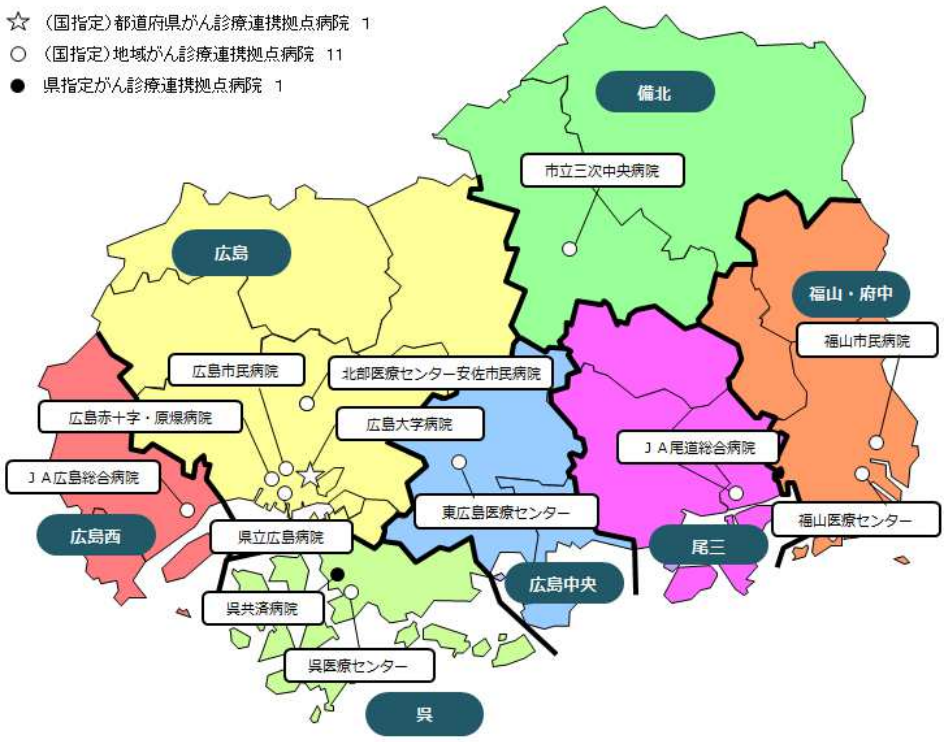
①　医療体制

どこに住んでいても質の高いがん医療を受けられるよう、「国指定のがん診療連携拠点病院」を全二次保健医療圏に整備し、令和５（2023）年４月現在、12 施設が指定されています。そ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連携協力体制の構築の中心的な役割を担っています。

更に、国指定のがん診療連携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、呉共済病院を指定しています（以下この項において「国指定のがん診療連携拠点病院」と「県指定のがん診療連携拠点病院」を併せて「拠点病院」という。）。

また、５大がんについて、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」を構築し、拠点病院では、地域連携クリティカルパスを整備しています。

図表 2-1-21 各医療圏のがん診療連携拠点病院配置図（令和５（2023）年４月１日現在）



② 手術

県内の拠点病院におけるがん手術の実施件数は、大腸がん、乳がん、胃がんの順に多く、各地域で手術によるがん医療が提供されています。

図表 2-1-22　拠点病院における各がんの手術療法年間実施件数

（単位：件）

部位	胃		大腸		乳		肺		肝	
区　分	施設数	年間件数	施設数	年間件数	施設数	年間件数	施設数	年間件数	施設数	年間件数
計	13	1,935	13	3,007	13	2,324	13	1,220	13	645

出典：厚生労働省「拠点病院現況報告」（集計期間：令和４（2022）年１月１日～12 月 31 日）

③ 放射線療法

低侵襲で身体機能を温存できる放射線療法の技術的進歩は目覚ましく、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）などの高度で効果的な治療を提供する体制も進んでいます。

図表 2-1-23　拠点病院等における放射線療法の実施状況

（単位：件）

区　分	医療圏	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	廣島総合	呉医療	呉共済	東広島医療	尾道総合	福山市民	福山医療	三次中央	
患者数（体外照射）	5,218	570	107	805	378	240	225	318	77	400	443	481	341	110	723

出典：（拠点病院）厚生労働省「拠点病院現況報告」（集計期間：令和４（2022）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：令和４（2022）年１月１日～12 月 31 日）

④ 薬物療法

薬物療法は通院で実施されることが一般的になっていることから、拠点病院等では、薬物療法の十分な説明や、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。

薬局との連携により、再度来院するまでの服薬状況や副作用の有無に関する情報を把握する取組も進んでいます。

⑤ 専門医等の状況

質の高い医療の提供には、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。

がん医療専門医等の配置を拠点病院ごとに見ると、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病院もあるなど、配置にばらつきがあります。

図表 2-1-24　拠点病院等における専門医等の配置状況

（単位：人）

区分	広島大学	県立広島	広島市民	広島赤十字	安佐市民	廣島総合	呉医療	呉共済	東広島医療	尾道総合	福山市民	福山医療	三次中央	高精度放射線治療Ｃ
放射線治療専門医等（常勤・専従）	5	2	1	2	2	1	2	1	1	1	2	2	0	2
がん薬物療法専門医等（常勤・専従）	3	4	1	3	1	1	1	1	1	1	2	1	1	－
病理専門医等（常勤・専従）	7	3	5	3	2	1	3	1	1	1	2	1	1	－

出典：（拠点病院）厚生労働省「拠点病院現況報告」（令和５（2023）年９月１日時点）
（高精度放射線治療センター）県健康福祉局調べ（令和５（2023）年）

⑥　受療動向

がん患者が自身の居住地の二次保健医療圏で医療を受けられているかは、居住する医療圏によってばらつきが見られました。広島医療圏に住む患者は 92.7%が広島医療圏で治療を受けていますが、広島西及び広島中央医療圏に住む患者の約 25%は、広島医療圏の病院で治療を受けています。尾三及び福山・府中医療圏に住む患者の約 7%は県外の病院で治療を受けています。

また、広島県がん登録室（放射線影響研究所へ委託）での解析によると、例えば、小児がんでは専門病院である広島大学病院や広島赤十字・原爆病院を受診する患者が多く、胃がん・大腸がんなど治療が標準化されている場合は、拠点病院、非拠点病院を問わず、広く治療が受けられるなど、がんの種類によって、病院間の受診者数が異なっていることが分かりました。

図表 2-1-25　がん患者の受療動向の状況

		（患者住所）						
		広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北
（医療機関所在地）	広島	**92.7%**	27.5%	10.9%	24.8%	6.9%	0.8%	20.9%
	広島西	4.6%	**68.7%**	0.1%	0.2%	－	－	0.1%
	呉	1.0%	0.1%	**87.9%**	16.3%	0.2%	－	0.3%
	広島中央	0.3%	－	0.3%	**53.7%**	1.0%	－	0.2%
	尾三	－	－	－	3.1%	**76.5%**	4.5%	0.8%
	福山・府中	－	－	－	0.3%	7.5%	**87.1%**	1.0%
	備北	0.3%	0.1%	－	0.1%	0.7%	0.4%	**74.2%**
	広島県外	1.1%	3.6%	0.7%	1.4%	7.1%	7.2%	2.6%
	総計	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

※「－」の項目は，0.1%以下

出典：県健康福祉局調べ（令和４（2022）年度）

⑦　緩和ケア

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おり、現在、緩和ケア病棟が 13 病院に 259 床、緩和ケアチームは 36 病院に整備されています。

図表 2-1-26　緩和ケア提供体制の状況

圏域	人口（人）	緩和ケア病棟		緩和ケアチーム	
		数　（病床数）	10万人当たり病床数	設置数	10万人当たりチーム数
広　　島	1,366,912	8　（180）	13.17	13	0.95
広 島 西	140,492	1　（24）	17.08	2	1.42
呉	236,522	1　（19）	8.03	4	1.69
広 島 中 央	227,759	0	0	2	0.88
尾　　三	236,868	1　（6）	2.53	5	2.11
福 山・府 中	506,835	2　（30）	5.92	8	1.58
備　　北	84,314	0	0	2	2.37
計	2,799,702	13　（259）	9.25	36	1.29

出典：人口：総務省統計局「国勢調査」（令和2（2020）年）
緩和ケア病棟：中国四国厚生局「中国四国厚生局管内の届出受理医療機関名簿」（令和5（2023）年8月1日現在）
緩和ケアチーム：県健康福祉局調べ（令和5（2023）年4月）

在宅緩和ケアにおいては、住み慣れた地域で適切に緩和ケアを受けることができる体制整備に向けて、平成30（2018）年度から各医療圏の地域保健対策協議会が中心となって在宅緩和ケア推進に向けた研修事業と在宅緩和ケア提供体制整備の取組を実施しました。

また、令和４（2022）年度からは、県が介護職向けの在宅緩和ケアセミナー事業を実施しています。セミナー（年３回）には、令和 4（2022）年度は延べ 685 名、令和 5（2023）年度は延べ 1,049 名が参加しました。

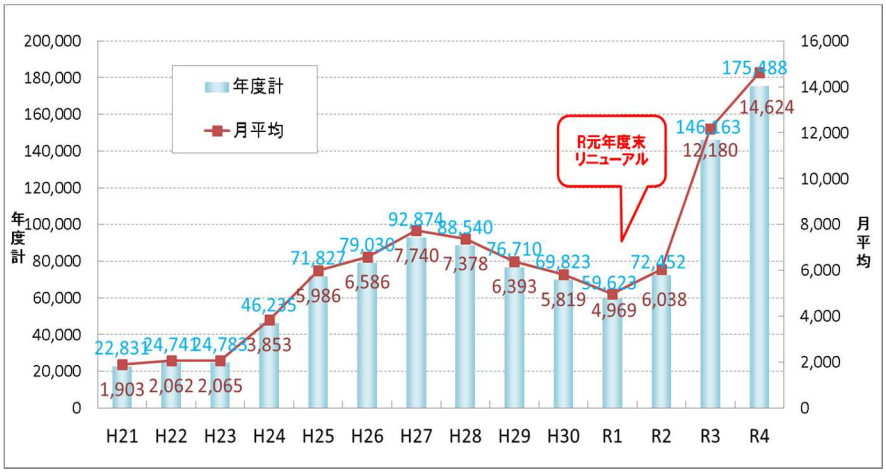
（3）がんとの共生

①　情報提供

県民一人ひとりが、がんを自分事として関心を持ち、それぞれの立場で、がんに対して適切に行動するには、「正しい情報」（＝科学的根拠のある情報）を容易に入手できる環境が必要です。

県では、平成21（2009）年４月に、がん情報サポートサイト「広島がんネット」を開設し、県内のがんに関する情報や国立がん研究センターの収集する情報を集約して提供しています。近年のアクセス数は年々増えており、令和４（2022）年度のアクセスは 175,488 件となっています。

図表 2-1-27　「広島がんネット」のアクセス件数の推移　　（単位：件）



出典：県健康福祉局調べ（集計期間：平成 21 年（2009）年～令和４年（2022）年）

また、ホームページへのアクセスが難しい方が適切な情報を入手できるよう、冊子「がん患者さんとご家族のためのサポートブックひろしま」を平成 23（2011）年３月から配布しています。

その後も掲載内容の充実を図るため、医療関係者や患者団体等の声を反映して改訂を行っています。（直近改訂：令和５（2023）年２月）

学校教育においては、学習指導要領に基づくがん教育を進めるとともに、その充実のために、関係機関と連携して専門医等の外部講師を各学校に派遣しており、令和４（2022）年度は 32 校に派遣しています。また、小学校、中学校及び高等学校において、がん教育を学校保健計画に位置付け、実践するよう促しており、86.4%の学校が学校保健計画に位置付け、実践しています（令和４（2022）年度時点）。

②　相談支援

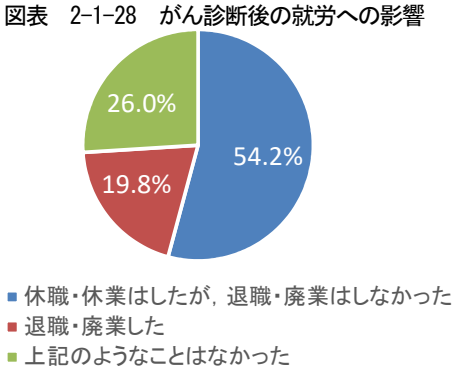
拠点病院では、がん相談支援センターに専門的な研修を受けた相談員を配置し、院内外のがん患者と家族等からの相談を受ける体制が整っています。

がん経験者等が相談支援へ参画することで、がん患者とその家族等の不安や悩みを軽減する体制を充実するため、平成 26（2014）年度から令和５（2023）年度までに養成されたピアサポーター46 名が、拠点病院等において活動しています。

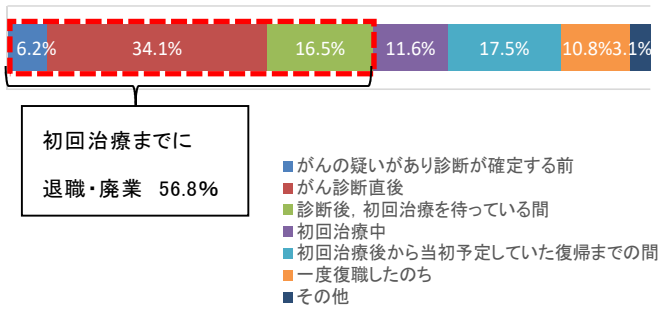
③　就労支援

医療技術の進歩により、働きながらがん治療を受けている人も多くなっていますが、平成 30（2018）年度に実施された全国のがん患者に対する実態調査では、就労者のうち 19.8%が、がんと診断された後に退職・廃業しており、そのうち 56.8%は診断から初回治療までの間に退職・廃業しています。

図表　2-1-28　がん診断後の就労への影響



図表 2-1-29　「退職・廃業した」と回答した患者の分布



出典：厚生労働省委託事業「患者体験調査」（平成 30（2018）年度）

④　妊孕性温存、アピアランスケア

がん患者や経験者が、がんと共に生きていくためには、がん患者や経験者のＱＯＬ向上や社会参加を後押しする取組が必要です。

本県では平成 30（2018）年度から国に先駆けて妊孕性温存療法の医療費補助を開始し、これまで 132 件の助成をしています（令和５（2023）年３月末時点）。

令和４（2022）年度から開始したウィッグ購入費の助成は、初年度 945 件（令和５（2023）年３月末時点）の実績があり、アピアランスケアの専門家による医療従事者等向けのセミナーも開催しています。

【主な指標の達成状況】

計画の目標達成のために指標を設定して取り組んできましたが、がん検診受診率をはじめとして、未達成の指標が多い状況です。現状をしっかり分析し、施策を展開する必要があります。

分　野	指　標		策定時数値	直近値	目標値	参考値（全国）
がん予防	喫煙率	男性	23.5%（H29）	20.7%（R5）	18.0%以下	27.1%（R1）
		女性	5.8%（H29）	6.1%（R5）	5.0%以下	7.6%（R1）
がん検診	がん検診受診率		胃 41.3% 肺 45.9% 大腸 41.0% 子宮頸 43.6% 乳 43.9% （R1）	胃 50.4% 肺 47.7% 大腸 44.0% 子宮頸 42.5% 乳 42.6% （R4）	全て 50% 以上	胃 48.4% 肺 49.7% 大腸 45.9% 子宮頸 43.6% 乳 47.4% （R4）
	市町検診の 精密検査受診率		胃 78.9% 肺 72.0% 大腸 70.4% 子宮頸 72.3% 乳 83.1% （H27）	胃 86.7% 肺 76.2% 大腸 69.7% 子宮頸 65.6% 乳 87.7% （R3）	全て 90% 以上	胃 84.4% 肺 82.6% 大腸 70.2% 子宮頸 76.6% 乳 89.8% （R2）
がん医療	拠点病院等の放射線治療 専門医等数（HIPRAC 含む）		24 人 （H28）	24 人 （R5）	10 人増	－
	拠点病院へのがん薬物療 法専門医等配置		10/16 拠点病院 （H28）	全拠点病院 （R5）	全拠点病院	－
	拠点病院へのがん薬物療 法認定薬剤師配置		13/16 拠点病院 （H28）	全拠点病院 （R5）	全拠点病院	－
	拠点病院へのがん化学療 法看護認定看護師配置		15/16 拠点病院 （H28）	全拠点病院 （R5）	全拠点病院	－
	拠点病院への 病理専門医等（常勤）配置		13/16 拠点病院 （H28）	全拠点病院 （R5）	全拠点病院	－
緩和ケア	苦痛のスクリーニング増 の拠点病院数		－	6/13 拠点病院 （R4）	全拠点病院	－

分　野	指　標	策定時数値	直近値	目標値	参考値（全国）
緩和ケア	在宅緩和ケアの提供体制の整備	在宅緩和ケア推進モデル事業の実施 (H29)	介護職のための在宅緩和ケアセミナーを開催し、介護福祉関係者の研修を実施 (R5)	在宅緩和ケアの 拠点づくり	―
	がん患者に対応できる地域包括支援センター数	―	78/122 施設 (R5)	全地域包括支援センター	―
情報提供相談支援	「広島がんネット」のアクセス件数	88,540 件	175,488 件 (R4)	前年より増	―
	ピア・サポートに対応できる拠点病院数	1/16 拠点病院 (H29)	12/13 拠点病院 (R4)	全拠点病院	―
	拠点病院の両立支援コーディネーター研修受講者	6 人	39 人 (R3)	32 人	―
	「Team がん対策ひろしま」登録企業数	51 社 (H29)	188 社 (R5)	100 社 (R1)	―
	学校保健計画に「がん教育」を位置付けている公立学校数	―	86.4% (R4)	全公立学校	―

※　□は目標達成、■は目標未達成

課　題

１　がん予防・検診

(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・運動等といった生活習慣の改善や、ウイルス感染が原因となるがんについては感染予防の徹底が求められています。

がんの罹患リスクの高い喫煙・受動喫煙については、施設における禁煙、分煙、喫煙の表示等の法令に基づく対策を周知徹底し、県民一人ひとりの禁煙や生活習慣の改善に向けた行動を支援する必要があります。また、HPV ワクチンについては、定期接種の対象者、その保護者に対して、ワクチンの有効性や安心して接種できる医療体制が構築されていることを周知する必要があります。

(2) がん検診

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。がん検診受診率はコロナ禍の影響による落ち込みから回復しつつありますが、依然として、胃がんを除き 40%台と伸び悩んでおり、対策が一人ひとりの行動変容につながっていません。

このため、対策を講じながら受診動向等を分析し、受診しやすい検診体制の構築や職域等への受診勧奨について、効果的な取組を実践し、受診者の利便性を考慮した受診環境の整備について取り組む必要があります。

がん検診により確実にがんを発見するには、がん検診の質（精度管理）向上が不可欠ですが、精密検査受診率は胃がん以外全国平均を下回り、市町と医療機関との連携が不十分であるため精密検査未把握率は、胃がん以外全国平均よりも高くなっています。

そのため、未受診者に対する受診勧奨や、未受診精密検査結果把握の向上とともに、関係者間の迅速な情報共有や精度管理の支援・分析のためのＩＴ・ＡＩの活用、検査画像の読影医の養成などを積極的に進め、がん検診の効果が十分に発揮され、早期かつ的確な治療につなげる仕組みづくりが課題となっています。

２　がん医療

(1) 拠点病院の機能強化

拠点病院は、集学的治療等を担い、地域医療や地域包括ケアシステムの仕組みも踏まえた介護施設や薬局等の関係機関との連携の推進、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、拠点病院を中心に、医療の均てん化を進めましたが、標準的治療の実施や相談支援の提供等において、施設間格差が指摘されているほか、がん治療や病理診断を担う専門医等の不足等は依然として解消されていません。

また、新型コロナウイルス感染症の感染拡大や、西日本豪雨災害をはじめとした度重なる豪雨災害等の経験を踏まえ、新興・再興感染症や大規模な災害発生が常に起こり得るものと想定し、二次保健医療圏の医療機能分担・連携を進め、拠点病院の体制強化を継続していく必要があります。

(2) ゲノム医療、難治性・希少がん医療、小児・ＡＹＡ世代のがん医療、高齢者のがん医療

①　ゲノム医療

がんゲノム医療を必要とするがん患者が、どこに住んでいてもがんゲノム医療を受けられるよう、がんゲノム医療拠点病院やがんゲノム医療連携病院を中心とした医療提供体制を整備するとともに、高度かつ専門的な医療を提供するため、がんゲノム医療の集約化を推進していく必要があります。

②　難治性がん・希少がん

膵臓がんのような、早期発見が困難で治療抵抗性が高く、転移・再発しやすい難治性がんは、５年相対生存率が低いため、検査による早期発見体制の構築が重要となっています。

その他の希少がんについても、患者が適切に治療を受けられるよう、医療提供体制の現状を把握し、的確に情報提供することや、診断・治療に向けたサポート体制が求められています。

③　小児がん・ＡＹＡ世代のがん

小児がんについて、小児がん拠点病院や小児がん連携病院を中心に、患者が確実に専門家へ紹介され、早期に治療を受けられる体制を強化する必要があります。

また、AYA 世代のがんについては、小児がん拠点病院と拠点病院等が連携しつつ、ＡＹＡ世代のがん患者への対応を行えるような体制の構築を進める必要があります。

④　高齢者のがん

高齢者は、認知症により治療の意思決定が難しい場合もあることから、関係者の理解や意思決定の支援が求められます。また、介護を受けながら治療を継続することもあるため、医療と介護が連携して適切な治療を受けられる環境整備も求められます。

(3) 緩和ケアの充実

団塊の世代が全て 75 歳以上となる時代を迎え、患者のＱＯＬや医療資源の適正配分の観点から、住み慣れた地域で療養できる医療・介護の体制整備が求められています。施設間の調整役を地域において養成し、施設間で顔の見える関係づくりが急がれます。

施設緩和ケアについては、拠点病院を中心に、緩和ケアチームの設置は進んでいますが、各施設の人員配置や取組には依然として差があり、全体の底上げが求められます。

図表 2-1-30　緩和ケア（PEACE）研修会修了者数　（単位：人）

医師	看護師	薬剤師	その他	計
3,877	180	83	54	4,194

出典：県健康福祉局調べ（令和５（2023）年３月31日）

在宅緩和ケアにおいては、介護・福祉関係者の緩和ケアの知識・技術を向上させることにより、医療と介護の連携を推進していく必要があります。

緩和ケアの取組を支えるには、まずは専門的な知見を有する人材の確保が必要ですが、本県の緩和ケアの専門医は2名（令和５年12月現在）と全国（335名）と比較して、不足している状況であり、広島大学等と連携して専門人材の育成・確保を図ることが喫緊の課題です。

３　がんとの共生

(1) がん患者の社会参画

①　治療と仕事との両立

がんに罹患した就労者の治療と職業生活の両立支援が引き続き課題となっています。がんと診断された時から治療と仕事を両立させるための情報提供や相談支援を受けることのできる体制整備が重要です。

②　ライフステージに応じた支援

小児・ＡＹＡ世代のがんは、幅広いライフステージで発症し、治療後も長期のフォローアップを要する場合があるため、就学、就労、妊娠等のライフステージに応じた多様なニーズがあります。また40歳未満は介護保険適用外であり、利用できる支援制度に限りがあることなどから、それ以降の世代のがんとは異なる対応が必要です。

③　妊孕性温存療法、アピアランスケア、社会的問題への対応

がん患者や経験者が、がんと共に生きていくためには、QOL 向上や社会参画を応援する取組が大事であり、妊孕性温存に関する支援や普及啓発、治療に伴う外見（アピアランス）の変化等に対する支援や正しい理解、がん患者の貧困や自殺といった社会的な問題への対応が求められています。

(2) 相談支援・情報提供

①　相談支援

拠点病院に設置されたがん相談支援センターでは、専門の相談員が院内外のがん患者とその家族等からの相談を受けています。

しかし、相談内容の多様化や専門化が進み、より広範な社会資源との連携など、相談ニーズに適切に対応できるがん相談のあり方を検討していく必要があります。

また、多くの患者団体では、がん患者や家族が心の悩みや体験等を語り合う「がん患者サロン」が開催されています。がん患者とその家族等の不安や悩みを軽減するため、がん経験者等が相談支援へ参画する等の充実が求められています。

② 情報提供

がん患者や家族等が求める情報は多様化していることや、がんに関する情報の中には、科学的根拠に基づかないものが含まれている場合があり、必要な時に、必要とする正しい情報を入手できる環境を整備しなければなりません。

がんに対する正しい理解と行動を促すためには、子どもの頃からの教育が重要であり、健康と命の大切さについて学び、自らの健康を適切に管理するとともに、がんに対する正しい知識、がん患者への理解及び命の大切さについて認識を深める必要があります。

目　標

１　目指す姿

令和２（2020）年１０月に策定した県の基本計画である「安心▷誇り▷挑戦 ひろしまビジョン」に基づき、次のとおり目指す姿を設定し、その実現に向けて取り組みます。

がん予防・がん検診	個々人が、健康や医療のデータを活用しながら、がんに対する予防策やがん検診の確実な受診行動をとり、適切なタイミングで治療を受ける行動が身に付いています。
がん医療	全国トップレベルのがん医療を提供する中核的機能が整備され、がん医療の高度化・効率化が促進されることで、県民が安心して質の高い医療を受けられます。
がんとの共　生	県民や企業、事業所が、がんへの理解を深め、がんになっても、包括的なサービスを受けながら、住み慣れた地域で自分らしく安心して暮らせる社会が構築されています。

２　達成目標

（1）全体目標

<u>75 歳未満のがんによる年齢調整死亡率（人口 10 万対）を、「計画の終期に 53.6 人以下とする」</u>ことを全体目標として掲げます。

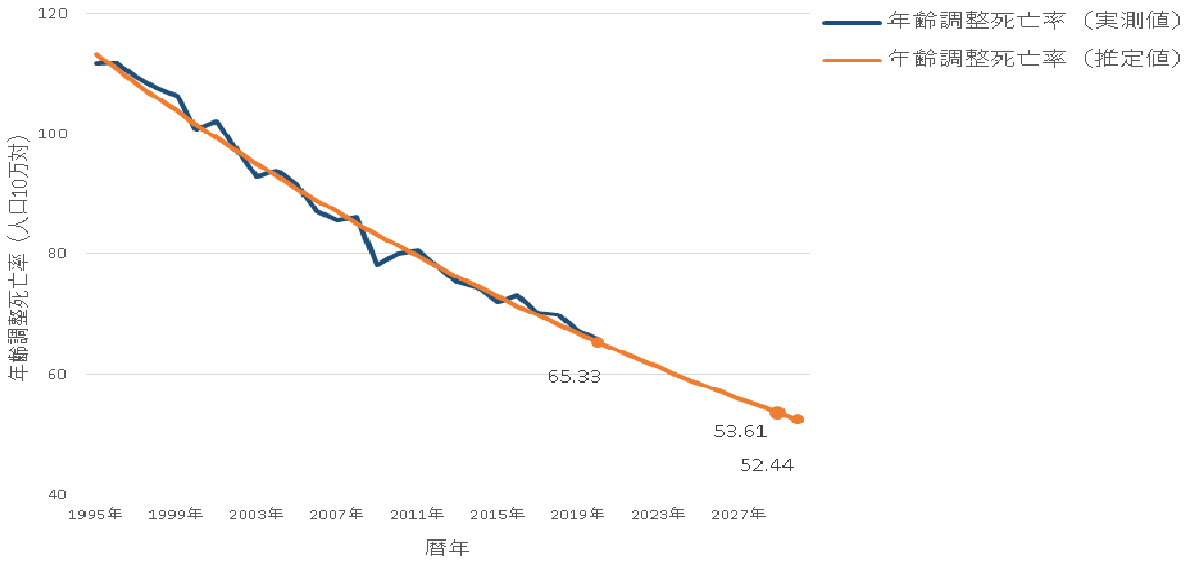
【年齢調整死亡率の目標設定について】

① 平成７（1995）年から令和２（2020）年までの 75 歳未満のがん年齢調整死亡率について、Joinpoint 回帰分析(※)を行い、がん年齢調整死亡率の年変化率を推定しました。最新の年齢調整死亡率の変化率が、令和 11（2029）年まで続くと仮定して、年齢調整死亡率を予測しました。

② その結果、計画終期の令和 11（2029）年は 53.6 人で、全国 4 位と推計されたため、このまま施策を着実に推進し、計画終期の年齢調整死亡率 53.6 人以内を目指すこととしました。

※Joinpoint 回帰分析は、重み付き最小二乗法による対数線形回帰分析の一つです。観察されたがん死亡率及び罹患率に、回帰式を当てはめ、経年的にどのくらい増加又は減少してきたかという変化率を計算し、その増減が発生した時点で変曲点を検出する解析手法です。

図表 2-1-31　年齢調整死亡率の年変化率



出典：県健康福祉局調べ

図表 2-1-32　75 歳未満年齢調整死亡率　全国順位

順位	Ｒ４（現状）	
1	長野県	56.7
2	滋賀県	59.4
3	山梨県	61.3
4	岡山県	62.4
5	三重県	62.3
6	奈良県	62.3
7	香川県	62.3
8	大分県	63.0
9	岐阜県	63.2
10	石川県	63.5
11	群馬県	63.9
12	愛知県	64.1
13	神奈川県	64.3
14	**広島県**	**64.3**

順位	Ｒ11（推計値）	
1	長野県	51.2
2	滋賀県	51.3
3	奈良県	52.3
4	**広島県**	**53.6**
5	山梨県	54.1
6	福井県	54.2
7	大分県	54.2
8	京都府	54.3
9	三重県	54.7
10	岡山県	55.0
11	富山県	55.7
12	兵庫県	55.9
13	東京都	56.1
14	徳島県	56.2

※がん年齢調整死亡率の年変化率を Joinpoint 回帰分析により、広島県が推計した数値

出典：県健康福祉局調べ

（2）分野別の目標

施策の分野別に指標を設定し、それぞれの指標の達成すべき水準（目標）を明確にして、達成に向けた取組の進捗を管理していきます。

区分	指　標		現状値	目標値	指標の出典
P	喫煙率	男性	[R5] 20.7%	[R11] 17.0%以下	広島県県民健康意識調査
		女性	[R5] 6.1%	[R11] 5.0%以下	
P	がん検診受診率		[R4] 胃 50.4% 肺 47.7% 大腸 44.0% 子宮頸 42.5% 乳 42.6%	[R10] 60%以上	国民生活基礎調査
P	市町検診の精密検査受診率		[R2] 胃 86.7% 肺 76.2% 大腸 69.7% 子宮頸 65.6% 乳 87.7%	[R11] 全て 90%以上	地域保健・健康増進事業報告
S	拠点病院等への放射線治療専門医等（常勤・専従）配置（HIPRAC 含む）		[R5] 13/14 拠点病院等	[R11] 全拠点病院等	拠点病院現況報告
S	拠点病院へのがん薬物療法専門医等（常勤・専従）配置		[R5] 全拠点病院	[R11] 全拠点病院	拠点病院現況報告
S	拠点病院への病理専門医等（常勤・専従）配置		[R5] 全拠点病院	[R11] 全拠点病院	拠点病院現況報告
P	緩和ケア（PEACE）研修会修了者数（医師、看護師、薬剤師等）		[R4] 236 人（累計 4,194 人）	[R11] 前年より増	県健康福祉局調べ
	緩和ケア認定看護師数		[R4] 94 人	[R11] 10 人増	日本看護協会「データで見る認定看護師」
S	がん患者に対応できる地域包括支援センター数		[R5] 78/122 施設	[R11] 全地域包括支援センター	県健康福祉局調べ
P	「広島がんネット」のアクセス件数		[R4] 175,488 件	[R11] 現状より増	県健康福祉局調べ
	「Ｔｅａｍがん対策ひろしま」登録企業数		[R5] 188 社	[R11] 300 社	県健康福祉局調べ
S	学校保健計画に「がん教育」を位置付けている公立学校数		[R4] 86.4%	[R11] 全公立学校	県教育委員会調べ

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

３　実現に向けた取組

全体目標を達成し、目指す姿を実現するため、令和６（2024）年度から令和 11（2029）年度までの６年間において、「がん予防・がん検診」「がん医療」「がんとの共生」を施策の３本柱と位置付け、総合的に取り組んでいきます。

施策の方向

１　重点施策

課題解決のために充実・強化が求められる施策のうち、県が主体となって取り組むべきものを重点施策とします。

（1）がん予防・がん検診

①　健康経営の意識向上の機運を捉え、企業と連携したがん予防・がん検診受診率向上の取組を強化します。

②　早期かつ的確な治療につなげ、がんによる死亡を減らすため、ＩＴやＡＩ等を活用しながら、がん検診の精度管理や早期検査の体制を底上げします。

（2）がん医療

①　拠点病院の更なる機能強化による医療の均てん化を加速するとともに、集約化を含めた医療機関の機能分担・連携を、地域の実情に応じて推進し、引き続き質の高い医療を提供します。

②　新興・再興感染症や大規模災害の状況下にあっても、必要ながん医療を提供できる連携体制を平時から構築します。

③　地域の在宅医療・介護の実態に即して、がん治療・緩和ケアを担う医療・介護人材を育成する環境を整備します。

（3）がんとの共生

小児・ＡＹＡ世代から高齢者までの幅広い世代のがん治療と社会参画を応援するため、治療と就労の両立、妊孕性温存療法の普及、アピアランスケアの充実を支援します。

２　施策体系

（1）がん予防・がん検診

①　がん予防

・禁煙を希望する喫煙者への禁煙支援、受動喫煙防止対策の徹底、喫煙による健康被害について、あらゆる機会・媒体を通じて普及啓発を推進します。

・栄養・食生活や運動等、生活習慣改善に向け、子どもの頃からの普及啓発・環境整備に取り組みます。

・ウイルス感染に起因するがんを予防するため、関係機関と連携して、肝炎ウイルス検査の促進、肝炎治療費助成の実施、HPV ワクチン、ピロリ菌除菌の情報提供を推進します。

【主な取組】

生活習慣の改善・ 受動喫煙防止対策	・喫煙による健康被害について、大学生・生徒や企業を対象とした研修会実施等による普及啓発の推進 ・健康増進法やがん対策推進条例に基づく、指導・助言・立入検査の徹底 ・健康経営優良法人の表彰等による健康経営の機運醸成 ・ＡＩを活用した特定健康診査受診勧奨の普及推進 ・個人の健康・医療情報を活用した保健指導の充実
感染症対策の強化	・「Team がん対策ひろしま」登録企業の活用等、職域による肝炎ウイルス持続感染の早期発見、早期の治療介入 ・手術前検査、妊婦健診、職域健診など発見方法に応じた受診勧奨 ・肝疾患患者フォローアップシステムを活用した受検動向の把握、継続的な受診勧奨 ・HPV ワクチン接種について、市町や薬局等との連携による対象者や家族への積極的かつ適切な情報提供の推進

② **がん検診**

・がん検診の受診率向上のため、受診環境を整備するとともに、「検診を受ける」という行動変容につながる受診勧奨・再勧奨及び個人の健康状態等に応じた適切な情報提供を推進します。

・市町と連携して科学的かつ効率的ながん検診の実施を徹底し、医療機関等関係機関との連携を強化するなど、精密検査が必要と判断された人を確実に受診・受療につなげる取組を進めます。

・がん検診の事業評価や助言等を推進し、がん検診の質（精度管理）の向上を図ります。

【主な取組】

がん検診受診率の向上	・「がん対策職域推進アドバイザー」の事業所訪問によるがん検診の普及啓発・受診勧奨や、協会けんぽの生活習慣病予防健診の利用促進 ・がん検診の個別受診勧奨・リピート受診の推進 ・乳がん・子宮頸がん検診を居住地に関わらず、県内どこでも受診できる契約方式の検討や市町の個別検診導入支援による検診アクセス向上
精度管理の強化	・胃内視鏡検査従事者研修会や乳がんマンモグラフィ読影講習会の実施 ・ひろしま医療情報ネットワーク（HM ネット）を活用した肺がん検診の遠隔読影体制の構築 ・がん登録等を活用したがん検診の精度管理の評価や精検受診率の向上

(2) がん医療

① **拠点病院等の強化**

・各二次保健医療圏における、がん医療の均てん化を進めるため、広島大学病院を中心に、拠点病院の機能を充実・強化します。

・患者が適切ながん医療を受けることができるよう、感染症や災害の発生を想定しつつ、集約化を含めた治療機能の役割分担・連携を、地域の実情に応じて推進します。

・広島がん高精度放射線治療センター（HIPRAC）を中心とした広域的な機能分担・連携を進め、放射線治療の質の向上と人材育成の強化を図ります。

【主な取組】

拠点病院の拠点性 及び機能の強化	・がん診療連携協議会における情報共有や課題解決に向けた協議等の活性化 ・希少がんや高齢者のがんなどについて地域の医療機関等との連携や情報提供ができる体制の整備 ・研修やカンファレンスの定期開催等による専門スタッフの育成と施設内の適正配置 ・各施設が専門とするがんについて、手術・放射線治療・薬物療法を効果的に組み合わせた集学的治療の提供体制の整備や科学的根拠を有する治療の推進 ・遠隔病理診断を含む術中迅速病理診断ができる体制整備や専門的な知識・技能を有する常勤医師の配置等による病理診断の充実 ・施設全体の多職種によるカンファレンスの定期開催などチーム医療の提供体制整備の推進 ・医科歯科連携によるがん患者の周術期の口腔機能管理や、治療中の副作用・合併症対策、口腔リハビリテーションなどの口腔健康管理の推進 ・緩和ケア研修の定期開催及び在宅医療に携わる医療機関等との連携による疼痛治療の普及啓発・実施体制整備の推進 ・専門的知識・技能を有する診療従事者の配置等によるリハビリ提供体制の整備 ・治験を含めた臨床研究等の適切な実施・情報提供
がん医療における 機能分担・連携の推進	・新興・再興感染症や災害発生時にも対応できる、診療機能の役割分担、人材育成、施設間の応援体制の平時からの構築 ・がん医療ネットワークを活用した医療機関の役割分担の明確化 ・外来や在宅における入院治療と同水準のがん薬物療法の実践に向けた専門医療機関連携薬局等との連携の推進 ・HIPRAC を中心とした放射線治療の質向上、広域的な機能分担・連携

② **ゲノム医療、難治性・希少がん医療、小児・ＡＹＡ世代のがん医療、高齢者のがん医療**

- 質の高いがんゲノム医療を提供するため、拠点病院の役割分担を踏まえた集約化を推進するとともに、拠点病院は、専門人材の育成や配置などに取り組み、全拠点病院において、がんゲノム医療が適切に実施可能な体制を整備します。
- 難治性がんについて、拠点病院や医師会が連携してハイリスクの患者を中核病院に積極的に紹介する仕組みを構築し、早期発見・早期診断の体制を強化します。
- 患者が少なく、診療・受療上の課題が他のがん種に比べて大きい希少がんの医療提供状況について、県民への適切な情報提供を進めます。
- 小児・AYA 世代のがんについて、小児がん拠点病院や小児がん連携病院を中心に県内の医療機関との連携強化を図るとともに、患者やその家族等の目線に立った分かりやすい情報提供に取り組みます。
- 医療と介護が連携して、合併症、認知症、要介護等の高齢者が適切ながん治療を受ける環境整備を進めます。

【主な取組】

ゲノム医療	・がんゲノム医療拠点病院やがんゲノム医療連携病院を中心としたがんゲノム医療の推進
難治性がん・希少がん対策	・「Hi-PEACE プロジェクト」を核とした膵臓がんの早期発見・早期治療のための医療提供体制の推進 ・難治性がん・希少がんについて、治療等の現状把握及び「広島がんネット」等による分かりやすい情報提供の推進
小児がん・AYA 世代のがん対策	・小児がん拠点病院（広島大学病院）や小児がん連携病院（広島赤十字・原爆病院）を中心とした県内医療機関との小児がん治療のネットワーク強化 ・AYA 世代のがん治療に伴う妊孕性温存の取組の普及啓発・支援 ・「広島がん・生殖医療ネットワーク（HOFNET）」を活用した、生殖医療機関及び拠点病院との連携強化
高齢者のがん対策	・高齢のがん患者の特性を考慮した患者・家族に対する説明リーフレット等による療養支援

③　緩和ケアの充実

・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仕組みづくりを工夫し、人的資源等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を構築します。
・適切な緩和ケアを提供するため、拠点病院、市町、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、介護等を調整する者を養成・確保していきます。
・がん診療に携わる医療従事者が緩和ケアに関する知識と技術を習得する機会を得られるよう、広島大学等と連携して緩和医療の専門人材を育成する拠点づくりを検討します。

【主な取組】

在宅医療・在宅緩和ケアの充実	・地域連携の推進等による地域の在宅緩和ケア提供体制の構築 ・専門医療機関連携薬局の設置推進の検討 ・多職種研修や介護・福祉関係者研修の実施による在宅緩和ケアの提供に係る質の向上・人材の育成
施設緩和ケアの充実	・診断時からの緩和ケアを推進するため、緩和ケア提供体制の実態を把握 ・「施設緩和ケア推進検討会」の実施及び全施設での課題共有 ・緩和ケア病棟、拠点病院以外の病院における取組把握・支援 ・多職種研修等による人材育成 ・緩和ケアチームの医療スタッフ派遣研修による質向上支援
緩和ケアへの正しい理解の促進	・「広島がんネット」の充実・活用等による、県民や医療従事者の理解を深める取組の強化 ・がんと診断された早期からの緩和ケアの取組 ・リーフレット等を活用したＡＣＰ普及による自己決定の促進

(3) がんとの共生

①　がん患者の社会参画

・治療と仕事が両立できる就労環境を整備するため、企業等への普及啓発を継続するほか、拠点病院の就労支援機能を強化します。

・将来、子どもを産み育てることを望む患者が希望を持って治療に臨むことができるよう、妊孕性温存療法や温存後生殖補助医療の正しい情報提供や経済的負担の軽減に取り組みます。
・がん治療に起因した外見の変化による負担を少しでも軽減するため、アピアランスケアを充実します。

【主な取組】

就労や学業と治療の両立支援	・拠点病院のがんサロンや院内研修等への社会保険労務士派遣による就労支援の推進 ・「Team がん対策ひろしま」登録企業による地域や社員に向けた就労支援の実施 ・通信機器を用いた、入院中・療養中のオンライン教育等の環境整備
小児・ＡＹＡ世代の治療支援	・在宅療養に係る支援の検討 ・治療費助成や啓発による妊孕性温存療法の普及
アピアランスケアの充実	・がん患者に対するウィッグの購入費用の助成 ・県民や医療従事者向け公開講座の開催によるアピアランスケアに関する正しい理解の普及

②　相談支援、情報提供

・拠点病院の「がん相談支援センター」の機能に関する情報を積極的に広報し、センターの認知度を高めていきます。
・ＰＤＣＡサイクルによる組織的な改善策を講じ、「がん相談支援センター」への社会福祉士の適正な配置に努め、がん患者とその家族等が求める情報の高度化や相談内容の多様化に対応した相談体制を整備し、必要な時に、必要とする正しい（＝科学的根拠を有する）情報を、的確に提供します。
・教育機関、医師会、歯科医師会、薬剤師会、拠点病院、薬局、がん患者団体が連携し、医療従事者等によるがん教育担当教員の研修や、生徒・児童への教育活動を推進します。
・教育機関、企業、関係団体、行政でしっかり連携し、がんが正しく理解され、偏見が払拭されるよう、効果的な普及啓発に努めます。

【主な取組】

がん患者・家族等への相談対応	・拠点病院における相談支援体制の充実や、リーフレットや「サポートブック」を活用した認知度向上 ・がんピアサポーター養成やフォローアップによるピア・サポートの充実 ・「Team がん対策ひろしま」登録企業等を通じた患者団体等の活動支援 ・自殺対策に関する研修等の拠点病院への情報提供
情報提供機能の充実	・「広島がんネット」や「サポートブック」の充実等による、県民のニーズに沿った細やかな情報提供の推進 ・拠点病院の情報発信機能の強化
がん教育の充実	・医師会、歯科医師会、薬剤師会、医療機関、薬局等と連携した専門家の学校派遣等による、予防、医療、共生のそれぞれのがん教育の充実 ・小学校、中学校及び高等学校において、がん教育を学校保健計画に位置付けて実践

医療連携体制

がんの予防、治療、療養支援ごとに求められる、関係機関の役割や求められる事項は、次表のとおりです。引き続き、二次保健医療圏ごとに、がんについての医療連携体制を強化していきます。

図表 2-1-33　がん対策の医療体制に求められる医療機能

	予防	治療	療養支援
関係機関	・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	・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 ・がん治療を行う医療機関	・拠点病院 ・がん医療ネットワーク術後治療・経過観察施設 ・がん治療を行う医療機関 ・薬局、訪問看護ステーション、介護関係施設
役割	・たばこ対策やウイルス感染予防等により、罹患リスクを低減させる ・がん検診の精度管理により、がん検診の質を向上させる ・がん検診の個別受診勧奨により受診率を上昇させる ・ＨＰＶワクチンに対する啓発を実施する	・精密検査や確定診断を実施する ・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 ・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 ・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	・がん患者や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 ・在宅緩和ケアを実施する
関係機関等に求められる事項	【県・市町】 ・市町は科学的根拠に基づくがん検診を実施する ・県は検診の実施方法や質（精度管理）の向上に向けた取組を推進する ・県は、科学的根拠に基づくがん検診を実施するよう市町に働きかけを行う ・県は、市町の個別検診導入等の受診環境整備の取組を支援する ・市町は、要精検者が確実に受診するよう体制を構築する ・がん登録情報の活用等を通じてがんの現状把握に努める ・禁煙を希望する喫煙者への禁煙支援や受動喫煙防止等のたばこ対策に取り組む ・感染に起因するがんへの対策を行う 【検診実施施設】 ・がんの要精検となった人には精密検査を実施する ・がん検診の精度管理（質向上）に努める ・がん早期発見のための体制整備に取り組む	【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を実施する ・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 ・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する ・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をがん患者に提供できるよう周知する ・がんと診断された時から緩和ケアを実施する ・周術期の口腔機能管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関と連携する ・地域連携体制を確保するため、病院間の役割分担を進め、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、他の医療機関と連携する ・院内がん登録を実施する	・24 時間対応が可能な在宅医療を提供する ・疼痛等に対する緩和ケアを実施する ・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する ・医療用麻薬を提供する ・看取りを含めた終末期ケアを 24 時間体制で提供する

2　循環器病（脳卒中・心筋梗塞等の心血管疾患）対策

※　本項及び関連する項を「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」第 11 条第１項の規定に基づく「広島県循環器病対策推進計画」として位置付けます。

現　状

１　循環器病対策

循環器病（脳血管疾患・心血管疾患）は、広島県人口動態統計年報（令和３（2021）年）によると、県内における死因の約４分の１（23.7%）を占めており、循環器病を死因として年間７千人以上の県民が亡くなっています。また、全国（22.2%）に比べて死亡原因に占める循環器病の割合が若干高くなっています。（年次推移は 11 ページの図表 1-3-5 参照）

基礎疾患である高血圧症や脂質異常症、糖尿病も含め、循環器病は生活習慣の改善や適切な治療により予防・進行抑制が可能な疾患です。

循環器系の疾患は加齢とともに増加する傾向にあり、高齢者人口がピークを迎えると見込まれる令和 22（2040）年に向けて、循環器病患者の大幅な増加が見込まれます。

２　循環器病の予防と正しい知識の普及啓発

１日の食塩摂取量、１日の野菜摂取量、日常生活における歩数、多量飲酒する人の割合、喫煙する人の割合、肥満者の割合について、本県の目標値に達していません。

循環器病を発症する可能性が高いことが示唆されている歯周病患者では、中等度及び重度の歯周炎を有する人の割合が年齢を重ねるにつれて急激に増加しています。

３　保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実

(1) 循環器病を予防する健診等の普及や取組の推進

令和３（2021）年度「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」によると、本県の特定健康診査実施率は 52.5%であり、全国値の 56.2%を下回っています。また、本県の特定保健指導実施率は 25.2%であり、全国値の 24.7%を上回っています。

脳卒中や急性心筋梗塞の最大の危険因子は高血圧であり、その他、脂質異常症、糖尿病、喫煙、メタボリックシンドロームなども危険因子です。

(2) 循環器病の後遺症を有する人に対する支援

循環器病は、急性期に救命されたとしても、様々な後遺症を残す可能性があり、後遺症によって、日常生活の活動が低下し、介護が必要な状態になることもあります。

(3) 循環器病の緩和ケア

循環器病は、生命を脅かす疾患であり、病気の進行とともに身体的・精神心理的・社会的等の多面的な観点を有する全人的な苦痛が増悪することを踏まえて、治療の初期段階から継続して緩和ケアを必要とする疾患です。

(4) 治療と仕事の両立支援・就労支援

県内で循環器病の治療や経過観察等により通院・入院している患者のうち、15 歳～64 歳の割合は、脳血管疾患で約 17%（５万２千人のうち９千人)、心疾患で約 14%（６万５千人のうち９千人）となっています。

循環器病患者の職場復帰（復職）に向け、医療機関、職能団体、広島産業保健総合支援センター等において、相談対応や個別調整など様々な支援が行われています。

(5) 小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策

循環器病の中には、小児脳卒中、家族性高コレステロール血症等といった小児期・若年期から配慮が必要な疾患がありますが、近年の治療法の開発や治療体制の整備等により、小児期に慢性疾病に罹患した患者全体の死亡率は大きく減少するなど、患者の予後は改善しています。

一方、小児患者の治療に当たっては、保護者の役割が大きいこと、成人になっても継続的な経過観察や治療が必要な場合があることなどから、原疾患の治療や合併症への対応を抱えたまま成人期を迎える患者が増えているといった現状があります。

(6) 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援

急性期には患者が意識障害を呈していたり、家族がショックを受けていたりすることがあり、また、時間的制約もあることから、必要な情報にアクセスすることが困難な可能性があります。

地域心臓いきいきセンター等では、二次保健医療圏ごとに市民公開講座を開催し、患者や地域住民に心血管疾患の発症予防などの啓発活動を行っています。

県内６施設（令和５（2023）年度）の一次脳卒中センター（PSC）コアにおいて、脳卒中に関する相談窓口が設置されています。

課　題

１　重点的に取り組む事項

(1) 循環器病の発症予防・重症化予防・再発予防【予防】

循環器病は生活習慣を改善することで進行を抑えられる可能性があるため、発症予防のみならず、重症化予防や再発予防としても生活習慣の改善が重要です。

このため、望ましい生活習慣の確立や基礎疾患の管理の重要性等に係る普及啓発が必要です。

(2) 循環器病に係る質が高く適切な保健医療提供体制の確保【医療】

高齢化の進展に伴い、今後も循環器病患者の大幅な増加が見込まれることから、患者それぞれの状態にふさわしい良質かつ適切な医療を効果的かつ効率的に提供する体制を構築する必要があります。

とりわけ、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できるまでの時間）の長短が患者の予後を左右する急性期の医療提供体制などにおいて地域間格差が認められており、高度医療の提供と地域医療を確保するための人材育成が求められます。

(3) 循環器病患者の意思や希望が尊重され、安心して暮らせる社会の構築【共生】

循環器病患者とその家族は、社会とのつながりの喪失、仕事や家庭生活と治療との両立など、様々な社会的不安や問題を抱えています。

このため、患者が急性期治療や回復期リハビリテーションを経て地域での療養に移行していく中で、患者とその家族が抱く、診療及び生活における疑問や悩み等に対応することが求められます。

また、仕事や家庭生活と治療を両立するための体制づくりを進めるには、会社の理解や支援が広がる取組を通じて、循環器病患者を社会全体で支えていくことが必要です。

更に、県民誰もが、循環器病や循環器病患者を理解し関わっていくことが必要です。

２　循環器病の予防と正しい知識の普及啓発

循環器病は、生活習慣を改善することで進行を抑えられる可能性があるため、望ましい生活習慣の確立や基礎疾患の管理の重要性等に係る普及啓発が必要です。

３　保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実

(1) 循環器病を予防する健診等の普及や取組の推進

循環器病の発症の予防には、生活習慣の改善や適切な治療に努めることが重要であり、県民への普及啓発など、特定健康診査及び特定保健指導の実施率を向上させるための取組が必要です。

(2) 循環器病の後遺症を有する人に対する支援

循環器病の発症後には、うつや不安等が認められる場合もあるため、心理的サポートも求められます。

脳卒中の発症後には、手足の麻痺だけでなく、外見からは障害がわかりにくい摂食嚥下障害、てんかん、失語症、高次脳機能障害等の後遺症が残る場合があり、社会的理解や支援が必要です。

(3) 循環器病の緩和ケア

慢性心不全においては、急性増悪による入退院を繰り返しながら、最後は急速に悪化し、終末期の判断が困難な場合もあるため、心不全が症候性となった早期の段階から、治療と連携した緩和ケアやＡＣＰ（アドバンス・ケア・プランニング）に基づく意思決定支援を並行して提供することが求められます。

(4) 治療と仕事の両立支援・就労支援

脳卒中は、発症直後からのリハビリテーションを含む適切な治療により、職場復帰することが可能な場合もありますが、復職に関して患者の希望がかなえられないこともあり、就労支援において適切な連携が求められます。

心血管疾患は、治療後、通常の生活に戻り、適切な支援が行われることで職場復帰できるケースもありますが、治療法や治療後の心機能によっては、継続した配慮が必要な場合があります。また、職場復帰後は、再発予防に努めることが重要です。

(5) 小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策

小児から成人までの生涯を通じてドロップアウトせずに切れ目のない医療を受けることができるよう、他領域の診療科との連携や移行医療を含めた総合的な医療体制の充実が求められます。また、療養生活に係る相談支援や自立支援を推進することも必要です。

(6) 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援

患者とその家族が、地域において、急性期から維持期・生活期までの医療、介護及び福祉サービスに係る必要な情報提供を受けることができる環境が求められます。

また、患者が、急性期治療や回復期リハビリテーションを経て地域での療養に移行していく中で、患者とその家族が抱く、診療及び生活における疑問や悩み等に対応することが求められますが、急性期から生活期に至るまで対応が可能な相談窓口が細かく分かれており、患者や家族が支援を選択・決定する上で困惑することも多くあるなど、循環器病に対する適切な支援方法などの一貫的な情報提供・相談支援体制が十分でないことから、県民が循環器病に関する適切な情報を享受できる相談先を整備する必要があります。

目　標

【全体目標】

国の「循環器病対策推進基本計画」を踏まえ、「循環器病の予防や正しい知識の普及啓発」、「保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実」に取り組むことにより、「令和 22（2040）年までに、３年以上の健康寿命の延伸（かつ、全国平均を上回り、平均寿命の伸び以上に延伸）と循環器病の年齢調整死亡率の減少」を目指します。

（参考）　広島県の健康寿命（令和元（2019）年）は、男性 72.71 年（全国 72.68 年）、女性 74.59 年（全国 75.38 年）

区分	指標名		現状値	目標値	出典
P	１日の食塩摂取量（成人）		[R1]9.7ｇ	[R11] 8ｇ以下	国民健康・栄養調査〔広島県分〕
P	１日の野菜摂取量（成人）		[R1]252ｇ	[R11] 350ｇ以上	国民健康・栄養調査〔広島県分〕
P	日常生活における歩数	20～64 歳 男性	[R5] 7,907 歩	[R11] 9,700 歩以上	広島県県民健康意識調査
		20～64 歳 女性	[R5] 6,951 歩	[R11] 8,600 歩以上	
		65 歳以上 男性	[R5] 5,811 歩	[R11] 7,300 歩以上	
		65 歳以上 女性	[R5] 4,864 歩	[R11] 6,600 歩以上	
P	運動習慣のある人の割合	20～64 歳 男性	[R5] 33.6%	[R11] 44%以上	広島県県民健康意識調査
		20～64 歳 女性	[R5] 25.7%	[R11] 36%以上	
		65 歳以上 男性	[R5] 54.5%	[R11] 65%以上	
		65 歳以上 女性	[R5] 41.2%	[R11] 51%以上	
P	睡眠による休養が十分にとれていない人の割合		[R5] 21.1%	[R11] 16%以下	広島県県民健康意識調査
P	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合(20歳以上)	男性	[R5] 14.7%	[R11] 13%以下	広島県県民健康意識調査
		女性	[R5] 10.5%	[R11] 6.4%以下	
P	喫煙する人の割合（20 歳以上）	男性	[R5] 20.7%	[R11] 17%以下	広島県県民健康意識調査
		女性	[R5] 6.1%	[R11] ５%以下	
P	肥満者の割合	20～60 歳代 男性	[R5] 28.5%	[R11] 26%未満	広島県県民健康意識調査
		40～60 歳代 女性	[R5] 18.0%	[R11] 15%未満	
P	進行した歯周炎を有する人の割合	40 歳代	[R4] 58.0%	[R11] 35%以下	広島県歯科保健実態調査
		50 歳代	[R4] 69.1%	[R11] 40%以下	
P	特定健康診査実施率		[R3] 52.5%	[R11] 70%以上	特定健康診査・特定保健指導の実施状況
P	特定保健指導実施率		[R3] 25.2%	[R11] 45%以上	特定健康診査・特定保健指導の実施状況
P	多職種による相談支援体制が構築された連携病院数		―	[R11] 11 病院（全７圏域）	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

施策の方向

１　循環器病の予防と正しい知識の普及啓発

（1）県民に対して、栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙、適正体重、成人期の歯・口腔の健康などに係る望ましい生活習慣の確立や高血圧性疾患、糖尿病、脂質異常症などの基礎疾患の管理の重要性等について、ホームページやＳＮＳ等を活用して、効果的な普及啓発に取り組みます。

（2）若い時期から生涯を通じた健康の大切さとリスクを意識し、デジタル技術やデータも活用しながら、食事や運動等の生活習慣の改善など、健康を維持する行動を身に付けることができる取組を推進します。

（3）たばこが健康に及ぼす影響に関する普及啓発や禁煙治療に係る情報提供により、喫煙率の減少を図るとともに、健康増進法及び広島県がん対策推進条例に基づき、受動喫煙防止対策を推進します。

２　保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実

(1) 循環器病を予防する健診等の普及や取組の推進

① 生活習慣病の予防と早期発見に努め、生活習慣の改善や早期に適切な治療へと結びつけるため、県民に対して、特定健康診査の意義や効果について、ホームページやＳＮＳ等を活用し、周知啓発を行います。

② 医療保険者等と連携し、土・日・夜間健診、レディース健診、がん検診との同時実施、商業施設での実施など特定健康診査を受診しやすい環境の整備に取り組みます。

③ 健診情報等のデータを活用して対象者を抽出し、メタボリックシンドロームの該当者や予備群の減少を目指して、個人の生活習慣に合わせた細やかな特定保健指導を行います。

④ 特定健康診査や特定保健指導の効果的な実施を図るため、保険者協議会等と連携し、人材育成研修会の開催など、従事者の資質向上のための取組を推進します。

(2) 循環器病の後遺症を有する人に対する支援

① 循環器病の後遺症を有する人が、症状や程度に応じて、適切な診断や治療、必要な福祉サービス等を受けることができる環境の整備を促進します。

② てんかん患者への地域での適切な支援、失語症者への意思疎通支援、高次脳機能障害者へのニーズに応じた相談支援等を受けることができるよう、てんかん診療実施医療機関等の連携体制の整備を推進します。

③ 循環器病の後遺症等について、県民に分かりやすく伝え、理解を促進するよう必要な取組を進めます。

(3) 循環器病の緩和ケア

① 患者の苦痛を身体的・精神心理的・社会的等の多面的な観点を有する全人的な苦痛として捉え、関係機関の多職種が連携し、循環器病患者の状態に応じた適切な緩和ケアやＡＣＰに基づく意思決定支援を治療の初期段階から推進します。

② 専門的な緩和ケアの質を向上させることにより、患者とその家族のＱＯＬを高めるため、循環器病の緩和ケアに関する研修会等を通じて、緩和ケアの提供体制の充実を図ります。

③ 広島県地域保健対策協議会と連携し、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、ＡＣＰの普及促進に取り組むとともに、引き続き、県において、ＡＣＰを広く情報発信するＡＣＰ普及推進員のフォローアップ研修を実施していきます。

(4) 治療と仕事の両立支援・就労支援

① 治療と仕事の両立や復職・就労について、患者やその家族の現状や悩み等の把握に努め、医療機関や広島産業保健総合支援センター等関係機関と連携し、心身だけでなく社会的な支援も含め、それぞれの悩み等に応じた情報提供・相談支援ができる体制の整備を推進します。

② 患者が自身の病状に応じた治療を継続しながら就労できるよう、患者、会社、医療機関等の関係者間における情報共有を促進するとともに、会社の理解を促進する取組を推進します。

③ 治療と仕事の両立支援を機能させるため、それぞれの悩みに応じた相談支援及びかかりつけ医、会社・産業医、両立支援コーディネーターによる、患者への「トライアングル型サポート体制」の構築を推進します。

(5) 小児期・若年期からの循環器病への対策

小児期・若年期からの循環器病について、小児期から成人期にかけて必要な医療を切れ目なく行うことができる移行医療支援、療養生活に係る情報提供・相談支援等のあり方について検討を行います。

(6) 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援

① 患者とその家族が、循環器病に関する医療、介護及び福祉サービスに係る必要な情報提供を受けることができる環境の整備を進めるため、国、国立循環器病研究センター、市町等関係機関と連携して、情報の収集及び提供の促進に取り組みます。

② 急性期治療や回復期リハビリテーションを経て地域での療養に移行していく過程で生じる患者とその家族の診療及び生活における疑問や悩み等に対応するため、医療機関、地域包括支援センター、市町等関係機関の相談支援の実態を踏まえ、機関相互の連携を推進します。

③ 両立支援・就労支援に係る情報も含め、循環器病に係る疑問・悩みに関して、患者やその家族が、どこに相談すればよいか、また、支援に携わる関係者がどこにつなげばよいかについて整理を行い、これらの情報を幅広く発信します。

④ 脳卒中月間における啓発活動や、地域心臓いきいきセンター等による啓発活動などにより、望ましい生活習慣の確立や基礎疾患の管理の重要性等に係る普及啓発を更に推進し、脳卒中や心血管疾患の発症予防などに取り組みます。

⑤ 循環器病に係る専門的な知識を有し、相談対応や情報提供の中心的な役割を担う拠点病院を設置し、患者や家族に対する支援体制の充実を図るとともに、各圏域に連携病院を配置し、拠点病院と連携して相談支援等を行うことにより、本県全体の循環器病患者に対する包括的な支援体制の充実を図ります。

(7) 関係者等の有機的連携・協力の更なる強化

① 県、市町、保険者、保健・医療・介護・福祉の関係機関は、この計画に掲げた循環器病対策を総合的に展開していくために、適切な役割分担の下、相互の連携を図りつつ、一体となって取組を推進します。

② 循環器病対策の推進にあたっては、関係者等の意見を把握し、取組に反映させるように努めます。

③ 県民は、循環器病に関する正しい知識を持ち、循環器病の予防に積極的に取り組むように努めるとともに、自己又は家族等が循環器病を発症した疑いがある場合には、できる限り迅速かつ適切に対応するように努めるものとします。

(8) 他の疾患等に係る対策との連携

① 循環器病は合併・併発症も多く、病態は多岐にわたるため、他の疾患等に係る対策と重なる部分があることから、そのような取組については、関係部署等と適時情報共有を行い、協力して取り組んでいきます。

② また、心原性脳塞栓症など、循環器病の中でも脳血管疾患と心血管疾患で関連する部分もあり、これらの発症予防等について、関係者で連携して取り組んでいきます。

2-1　脳卒中対策

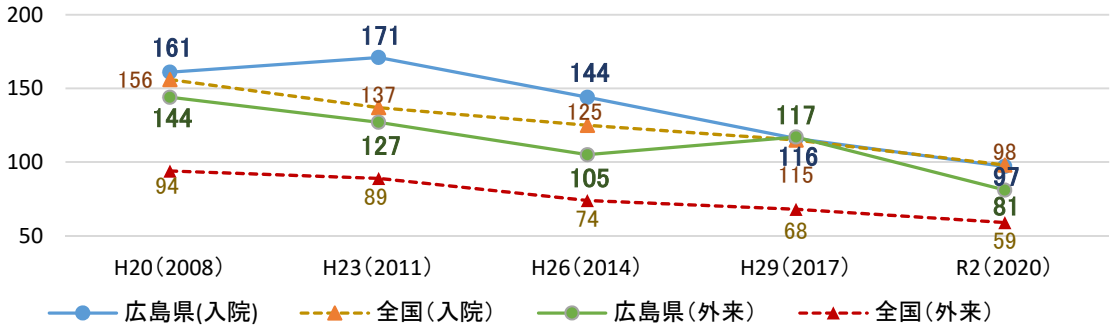
現　状

1　罹患及び死亡の状況

脳血管疾患の入院受療率は、減少傾向にあり、全国平均を上回って推移していたものの、令和 2（2020）年は全国平均を下回っています。

脳血管疾患の外来受療率は、全国平均を上回って推移しており、平成 29（2017）年に増加に転じましたが、令和２（2020）年は減少しています。

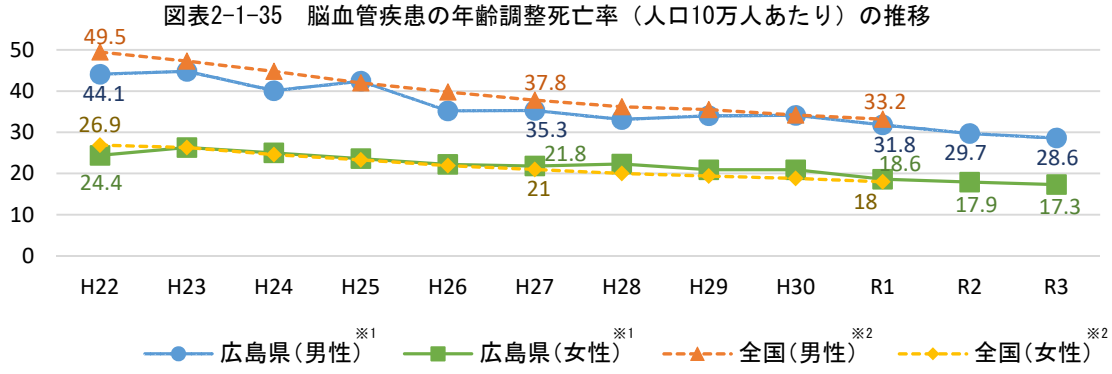
図表2-1-34　脳血管疾患　受療率（人口10万人あたり）の推移



出典：厚生労働省「患者調査」

脳血管疾患の年齢調整死亡率は、男性は全国平均を下回って推移しており、女性は全国平均を上回って推移していますが、いずれも減少傾向にあります。

図表2-1-35　脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万人あたり）の推移



出典：※１　広島県人口動態調査　※２　厚生労働省「人口動態統計」
※２　Ｒ２以降の全国値は基準人口が異なり比較できないため掲載していない。

２　脳卒中医療提供体制

（1）救急搬送体制の整備

脳卒中の発症時には、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で、より高い治療の効果や後遺症の軽減が見込まれますが、令和５（2023）年版「救急・救助の現況」によると、令和４（2022）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 45.5 分で、全国平均（47.2 分）より短くなっています。

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）を全二次保健医療圏で整備しています。

広島市消防局では、適切な病院前救護（プレホスピタルケア）を行いつつ、可能な限り速やかな搬送を行うため、救急車内の専用端末アプリに症状の有無を入力し、脳卒中が予想される確率などを算出してトリアージをしながら、搬送先の選択を行う「ジャストスコア」を用いた脳卒中患者の救急搬送を令和元（2019）年から開始しています。

（2）救急医療の確保をはじめとした脳卒中に係る医療提供体制の構築

人口 10 万人あたりの脳神経内科、脳神経外科の医師数は、それぞれ 4.3 人と 6.9 人で、全国平均（4.5 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 2-1-36　脳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
脳神経内科	5,758	122	77	7	13	8	1	14	2
人口 10 万人あたり	4.5	4.3	5.6	4.9	5.3	3.6	0.4	2.7	2.3
脳神経外科	7,349	195	111	6	18	13	16	27	4
人口 10 万人あたり	5.8	6.9	8.1	4.2	7.4	5.9	6.5	5.2	4.6

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和２（2020）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」（令和２（2020）年１月１日現在）

人口 10 万人あたりの医療機能別の医療機関数は、予防 14.1 施設、急性期 1.2 施設、回復期 3.1 施設、維持期 8.4 施設となっており、二次保健医療圏ごとにみると、その施設数にばらつきがあります。

図表 2-1-37　脳卒中の医療連携体制

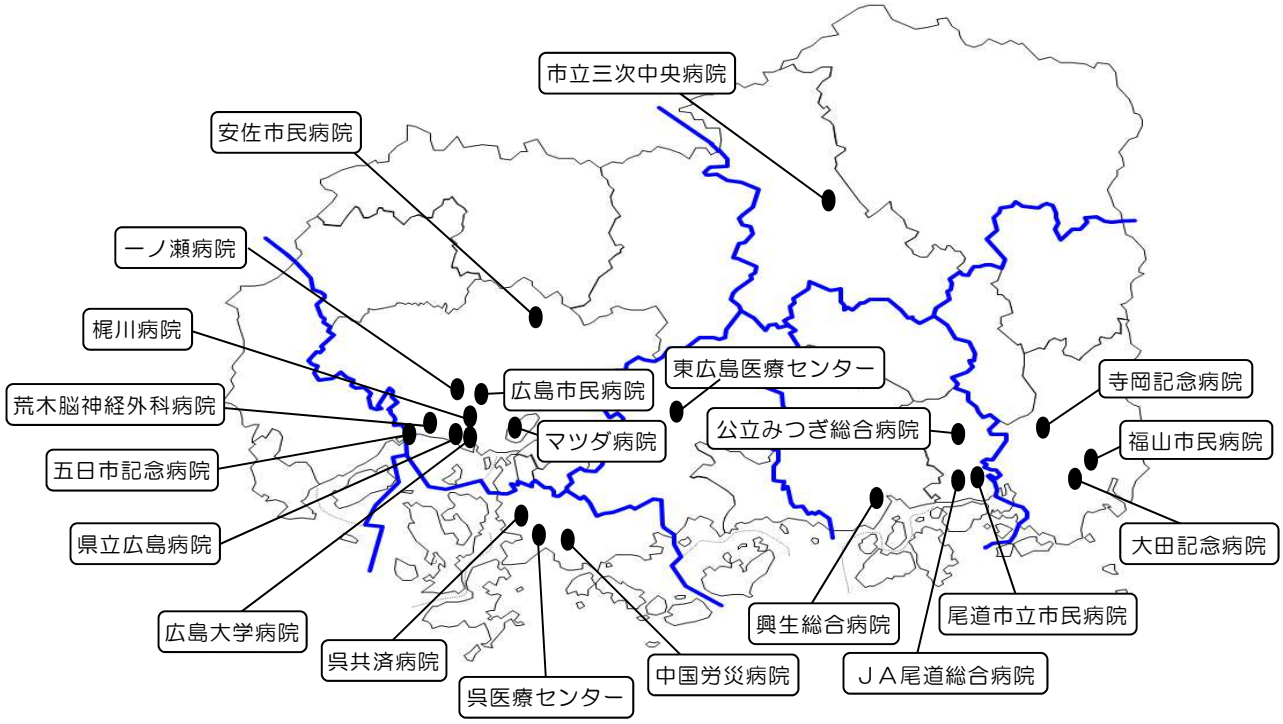
（単位：施設）

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
予　防	－	390	181	27	35	35	41	57	14
人口 10 万人あたり	－	14.1	13.4	11.7	24.6	15.8	17.5	11.3	17.0
急性期	－	34	12	3	3	2	6	5	3
人口 10 万人あたり	－	1.2	0.9	1.3	2.1	0.9	2.6	1.0	3.7
回復期	－	87	35	6	11	6	10	16	3
人口 10 万人あたり	－	3.1	2.6	2.6	7.7	2.7	4.3	3.2	3.7
維持期	－	234	99	14	25	21	29	34	12
人口 10 万人あたり	－	8.4	7.3	6.1	17.6	9.5	12.4	6.7	14.6

出典：広島県「医療機能調査」（令和５（2023）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」（令和５（2023）年１月１日現在）

地域の医療機関や救急隊からの要請に対して、24 時間 365 日脳卒中患者を受け入れ、急性期脳卒中診療担当医師が、患者搬入後可及的速やかに診療（ｒｔ－ＰＡ静注療法を含む）を行うことが可能な一次脳卒中センター（ＰＳＣ）として、県内 21 施設が日本脳卒中学会の認定を受けています。

図表 2-1-38　一次脳卒中センター（ＰＳＣ）



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医療機関数は 22 施設、人口 10 万人あたりでは 0.8 施設であり、全国平均（0.8 施設）と同じ水準となっています。

人口 10 万人あたりの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は 14.3 件で、全国平均（11.4 件）を上回っています（医療機関数、実施件数ともマスク処理による非公表分を除く）。

図表 2-1-39　脳梗塞に対するｔ－ＰＡによる脳血栓溶解療法の実施医療機関数等

（単位：施設、件）

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
医療機関数	984	22	9	*	3	*	6	4	*
人口 10 万人あたり	0.8	0.8	0.7	*	1.2	*	2.5	0.8	*
実施件数	14,451	402	177	*	56	10	54	90	15
人口 10 万人あたり	11.4	14.3	13.0	*	23.3	4.5	22.3	17.5	17.6

*…「レセプト情報・特定健診等情報の提供に関するガイドライン」に準じて、マスク処理

出典：厚生労働省「ＮＤＢ」（令和３（2021）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」（令和３（2021）年１月１日現在）

脳梗塞に対する血栓回収療法の実施医療機関数は 10 施設、人口 10 万人あたりでは 0.4 施設で、全国平均（0.5 施設）と同程度であり、人口 10 万人あたりの血栓回収療法の実施件数は 9.6 件で、全国平均（10.6 件）をやや下回っています（医療機関数、実施件数ともマスク処理による非公表分を除く）。

図表 2-1-40　脳梗塞に対する血栓回収療法の実施医療機関数等

（単位：施設、件）

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
医療機関数	600	10	7	*	*	*	3	*	*
人口 10 万人あたり	0.5	0.4	0.5	*	*	*	1.2	*	*
実施件数	13,470	269	132	23	*	18	17	64	15
人口 10 万人あたり	10.6	9.6	9.7	16.0	*	8.1	7.0	12.5	17.6

*…「レセプト情報・特定健診等情報の提供に関するガイドライン」に準じて、マスク処理

出典：厚生労働省「ＮＤＢ」（令和３（2021）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」（令和３（2021）年１月１日現在）

３　在宅等における支援体制

(1) リハビリテーション等の取組

脳卒中患者では、急性期診療後に様々な神経症状が残ることが多く、また、合併症の治療など、個々の患者に応じた適切な対応のため、多職種によるアプローチが求められます。また、社会復帰に向けて身体機能の回復を目的としたリハビリテーションが病期に応じて必要です。

人口 10 万人あたりのリハビリテーション科の医師数は、2.0 人で、全国平均（2.3 人）を下回っています。

図表 2-1-41　リハビリテーション科の医師数

（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
リハビリテーション科	2,903	56	30	3	5	1	6	11	－
人口 10 万人あたり	2.3	2.0	2.2	2.1	2.0	0.5	2.4	2.1	－

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和２（2020）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」（令和２（2020）年１月１日現在）

脳血管疾患等リハビリテーションの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、Ⅲの算定のある届出医療機関数の合計）は 193 施設、人口 10 万人あたりでは 6.9 施設であり、全国平均（5.0 施設）を上回っています。

図表 2-1-42　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ）の算定のある届出医療機関数

（単位：施設）

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
医療機関数	6,391	193	70	9	20	17	25	43	9
人口 10 万人あたり	5.0	6.9	5.1	6.3	8.3	7.7	10.3	8.4	10.5

出典：厚生労働省「ＮＤＢ」（令和３（2021）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」（令和３（2021）年１月１日現在）

脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数は 21,891 件、人口 10 万人あたりでは 778.4 件であり、全国平均（742.2 件）を上回っています。

図表 2-1-43　脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数

（単位：件）

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
実施件数	940,007	21,891	9,496	917	2,434	1,173	2,398	4,602	871
人口 10 万人あたり	742.2	778.4	695.0	638.3	1,014.0	530.2	990.7	895.8	1,019.4

出典：厚生労働省「ＮＤＢ」（令和３（2021）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」（令和３（2021）年１月１日現在）

脳血管疾患退院患者の平均在院日数は 65.2 日で、全国平均（76.8 日）より短くなっています。

また、在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合は 57.1％で、全国平均（53.3％）より高くなっています。

図表 2-1-44　在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合

単位：％

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
患者の割合	53.3	57.1	59.0	44.3	53.0	57.2	54.2	60.7	40.8

出典：厚生労働省「患者調査」（令和２（2020）年）

(2) 関係機関の連携に基づく脳卒中対策・脳卒中患者支援

脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施医療機関数は 25 施設、人口 10 万人あたりでは 0.9 施設であり、全国平均（0.6 施設）を上回っており、人口 10 万人あたりの地域連携計画作成等の実施件数も 60.2 件で、全国平均（31.9 件）を大きく上回っています（医療機関数はマスク処理による非公表分を除く。）。

また、多職種が協調して質の高い医療を効率的、かつ安全、適正に提供するための手段として、平成 21（2009）年度に、広島県地域保健対策協議会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 2-1-45　脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施医療機関数等

（単位：施設、件）

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
医療機関数	716	25	14	＊	3	＊	＊	8	＊
人口 10 万人あたり	0.6	0.9	1.0	＊	1.2	＊	＊	1.6	＊
実施件数	40,459	1,694	602	93	199	151	75	534	40
人口 10 万人あたり	31.9	60.2	44.1	64.7	82.9	68.3	31.0	103.9	46.8

＊…「レセプト情報・特定健診等情報の提供に関するガイドライン」に準じて、マスク処理
出典：厚生労働省「ＮＤＢ」（令和３（2021）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」（令和３（2021）年１月１日現在）

課　題

１　脳卒中医療提供体制

(1) 救急搬送体制の整備

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、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っています。

また、発症後早急に適切な治療を開始するためにも、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が必要です。

(2) 救急医療の確保をはじめとした脳卒中に係る医療提供体制の構築

人口１０万人あたりのｔ－ＰＡによる脳血栓溶解療法及び脳梗塞に対する脳血管内治療の実施医療機関数及び実施件数は全国と同程度ですが、医療サービスの需要の増大及び多様化に対応し続けるためには、患者それぞれの状態にふさわしい良質かつ適切な医療を効果的かつ効率的に提供する体制を構築する必要があります。

２　在宅等における支援体制

(1) リハビリテーション等の取組

急性期の早期の段階からリハビリテーションを行い、円滑に回復期及び維持期・生活期のリハビリテーションに移行するなど、継続的なリハビリテーションが必要です。

患者が継続的にリハビリテーションを実施するためには、専門家を育成するとともに、質の向上を図りつつ、地域の医療資源を含めた社会資源を効率的に用いて、多職種が連携して取り組む体制を構築する必要があります。また、在宅で過ごす患者にも適切なリハビリテーションが提供されるような体制を整備することも必要です。

リハビリテーションは、機能回復のみならず、その後の生活を意識し、国際生活機能分類（ＩＣＦ）の理念に基づき、「心身機能」「活動」「参加」を念頭に置き提供することが重要です。

(2) 関係機関の連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援

循環器病は再発や増悪等を繰り返しやすい特徴があり、再発した場合には初回より重症となることから、その予防のための生活習慣の改善や、服薬の徹底等適切な管理及びケアを行うために、関係機関が相互に連携しながら、必要に応じて、介護保険や障害者総合支援法のサービスを利用するなど、継続して必要な医療、介護及び福祉に係るサービスを提供することが求められます。

「ひろしま脳卒中地域連携パス」のより効果的な活用に向け、実態把握や、かかりつけ医、介護支援専門員等への周知が必要です。

目　標

区分	指標名	現状値	目標値	出典
O	救急要請から医療機関に収容までの平均時間	[R4] 45.5 分	[R11] 40.2 分以下	総務省消防庁「救急・救助の状況」
S	脳卒中の相談窓口を設置している急性期脳卒中診療が常時可能な医療機関数	[R4] 7 施設	[R11] 12 施設 （未設置圏域に１以上）	日本脳卒中学会からデータ提供
S	脳梗塞に対するｔ－ＰＡによる血栓溶解療法の実施医療機関数（人口 10 万人あたり）	[R3] 0.8 施設	[R11] 0.8 施設以上 （現状値以上）	R3（2021）年度 NDB
P	脳梗塞に対するｔ－ＰＡによる血栓溶解療法の実施件数（人口 10 万人あたり）	[R3] 14.3 件	[R11] 14.3 件以上 （現状値以上）	R3（2021）年度 NDB
S ◆	脳梗塞に対する血栓回収療法の実施医療機関数（人口 10 万人あたり）	[R3] 0.4 施設	[R11] 0.4 施設以上 （現状値以上）	R3（2021）年度 NDB
P	脳梗塞に対する血栓回収療法の実施件数（人口 10 万人あたり）	[R3] 9.6 件	[R11] 13.5 件以上 （第１次計画目標値継続）	R3（2021）年度 NDB
S ◆	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ）の届出医療機関数（人口 10 万人あたり）	[R3] 6.9 施設	[R11] 8.8 施設以上 （第１次計画目標値継続）	R3（2021）年度 NDB
P	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数（人口 10 万人あたり）	[R3] 778.4 件	[R11] 778.4 件以上 （現状値以上）	R3（2021）年度 NDB
P	脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数（人口 10 万人あたり）	[R3] 60.2 件	[R11] 60.2 件以上 （現状値以上）	R3（2021）年度 NDB
O	脳血管疾患の退院患者平均在院日数	[R2] 65.2 日	[R11] 65.2 日以下 （現状値以下）	R2（2020）年患者調査
O ◆	在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合	[R2] 57.1%	[R11] 62.6% （第１次計画目標値継続）	R2（2020）年患者調査（個票解析）
O	脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口 10 万人あたり）	[R3] 男性 28.6 女性 17.3	[R11] 男性 26.4 [R11] 女性 16.6 （第１次計画目標値継続）	R3（2021）年人口動態統計

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、◆：国基本計画の重点指標

施策の方向

１　脳卒中医療提供体制

（1）救急搬送体制の整備

①　地域の実情に応じた効果的・効率的な救急搬送から受入体制を整備していくことなどにより、救急要請から医療機関への搬送までの時間短縮と受入困難事案の減少を図ります。

②　メディカルコントロール協議会、消防機関等の関係機関と連携し、「ＰＳＬＳ」に関する研修、脳卒中の発症時の対応に関する啓発等を推進することで、救急隊員の観察力を強化し、脳卒中のプレホスピタルケアの充実を図ります。また、「ジャストスコア」などアプリを活用した搬送支援の仕組みについても調査・検討していきます。

③　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、まずは、患者やその家族（施設入所の場合には、その職員等）が発症を認識することが重要であるため、「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を行うとともに、脳卒中の発症時の対応に関する情報提供を推進していきます。

（2）救急医療の確保をはじめとした脳卒中に係る医療提供体制の構築

① 関係医療機関等と連携し、各二次保健医療圏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。

② 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「専門的治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「専門的治療を行う施設」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。

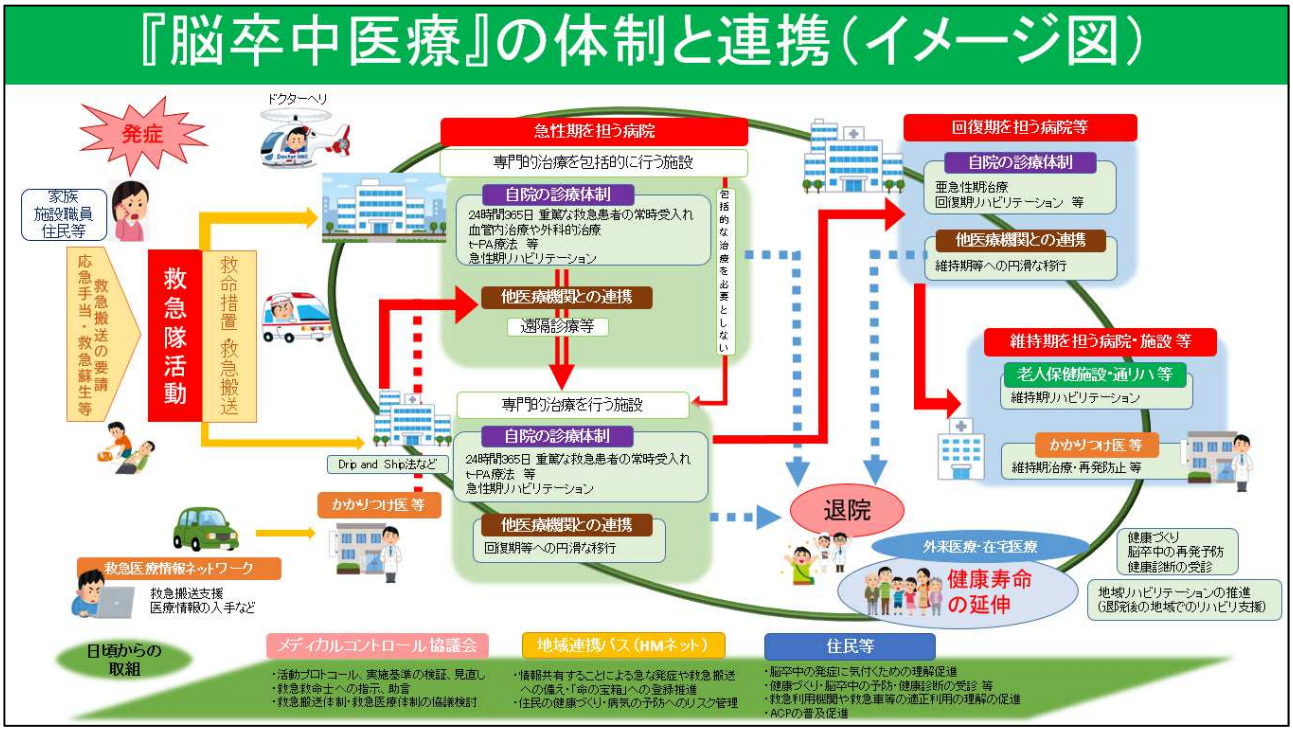
③ 将来的には、単独でｔ－ＰＡ療法を実施することができない施設を、遠隔診療（Telestroke）を用いてｔ－ＰＡ療法を可能にしたり、血管内治療が行えない施設に搬送された患者を Drip and Ship 法等によって治療可能な施設に転送したりすること等により、急性期の診療提供体制の構築を進めます。

④ 急性期以降の転院先となる病院（回復期及び慢性期の病院等）の医療提供体制の強化や、訪問診療、訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導などを含めた在宅医療の体制を強化します。

⑤ 医療連携を推進する体制については、二次保健医療圏ごとに構築を進めており、その連携の充実・強化に取り組みます。また、圏域間の格差の是正にも取り組みます（脳卒中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次ページ「図表 2-1-47」のとおり）。

⑥ とりわけ、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できるまでの時間）の長短が患者の予後を左右する脳梗塞などの急性期の医療提供体制の在り方や、二次保健医療圏ごとの地域間格差の是正なども含め、医療の均てん化及び集約化並びに効率的かつ持続可能な循環器病医療の実現へ向け、検討を進めます。

図表 2-1-46　『脳卒中医療』の体制と連携（イメージ図）



図表 2-1-47　脳卒中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】	【維持期・生活期】
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	【医療機関】 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 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 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人に対する教育、啓発を実施すること 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	【本人及び家族等周囲にいる人】 ①発症後速やかに救急搬送の要請を行うこと 【救急救命士等】 ①地域メディカルコントロール協議会の定めた活動プロトコールに沿って、脳卒中患者に対する適切な観察・判断・処置を行うこと ②急性期医療を担う医療機関へ迅速に搬送すること	【医療機関】 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、特に急性期の診断及び診療については、24 時間体制で実施されていること。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 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 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） 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） 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、ｔ－ＰＡ（組織プラスミノゲン活性化因子）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） 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 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 ⑦合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔健康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 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 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 ⑩回復期（あるいは維持期・生活期）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 ⑪回復期（あるいは維持期・生活期）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 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	【医療機関等】 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 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 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 ③合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔健康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 ④急性期の医療機関及び維持期・生活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 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	【医療機関等】 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 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 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 ③合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔健康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 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 ⑤回復期（あるいは急性期）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 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

医療機能別の医療機関名は、県のホームページに掲載しています。

２　在宅等における支援体制

(1) リハビリテーション等の取組

①　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。

②　急性期の医療が終了し、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（生活期）・在宅等生活の場への円滑な移行を図ります。

③　回復期の医療が終了し、維持期（生活期）・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（生活期）の医療を実施するほか、介護老人保健施設や通所リハビリテーションにおいては、とりわけ高齢者の特性を理解しながら、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します。

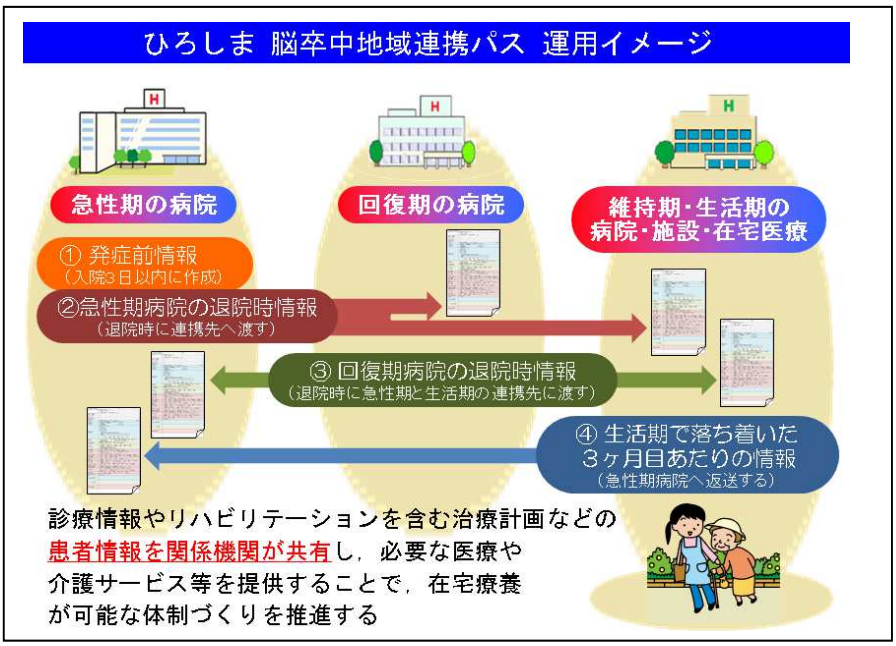
（2）関係機関の連携に基づく脳卒中対策・脳卒中患者支援

①　在宅医療に取り組む医師や看護師等への研修会等を通じて人材育成を図り、入院医療機関と在宅医療に係る機関の円滑な連携を推進し、切れ目のない継続的な体制の確保に努め、発症から在宅復帰までの地域連携体制を構築します。

②　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情報共有、連携の強化に努めます。

③　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、「ひろしま医療情報ネットワーク（HMネット）」の活用や実態把握・分析等により、「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。

図表 2-1-48　ひろしま脳卒中地域連携パス　運用イメージ



※　「ひろしま脳卒中地域連携パス」（広島県地域保健対策協議会ホームページ）
https://citaikyo.jp/pass/nousotchu.html

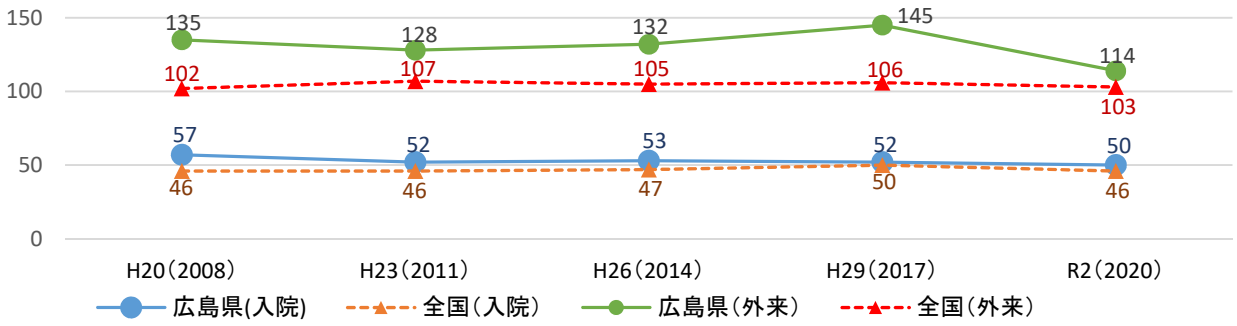
2-2　心筋梗塞等の心血管疾患対策

現　状

1　罹患及び死亡の状況

心疾患（高血圧性のものを除く）受療率は、入院、外来とも、全国平均を上回って推移しています。

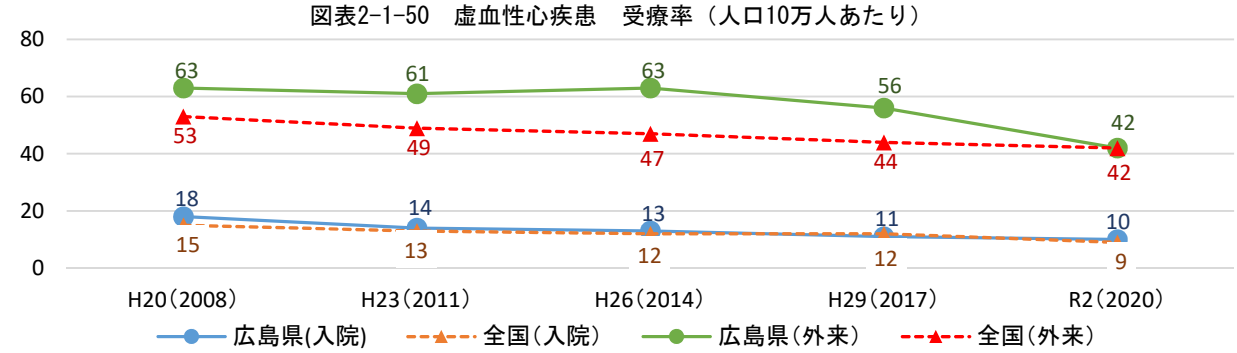
図表2-1-49　心疾患　受療率（人口10万人あたり）



出典：厚生労働省「患者調査」

虚血性心疾患の外来受療率は、全国平均を上回って推移していましたが、近年減少しており、令和２（2020）年に全国平均と同水準となりました。

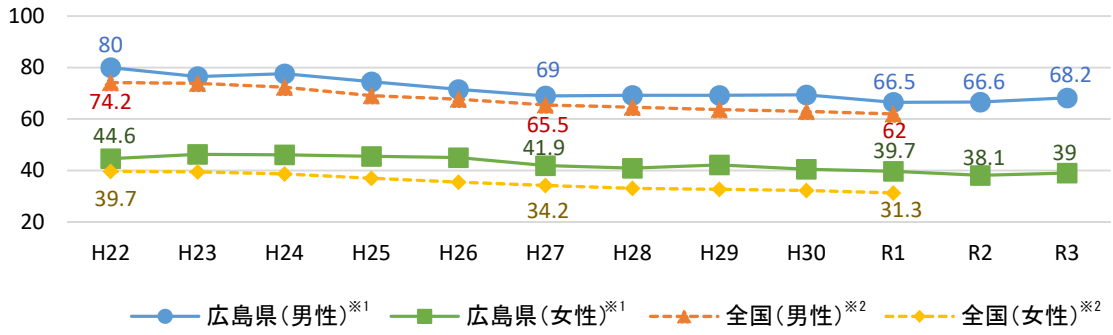
図表2-1-50　虚血性心疾患　受療率（人口10万人あたり）



出典：厚生労働省「患者調査」

心疾患（高血圧性を除く）の年齢調整死亡率は、全国平均を上回って推移しているものの、概ね減少傾向にあります。

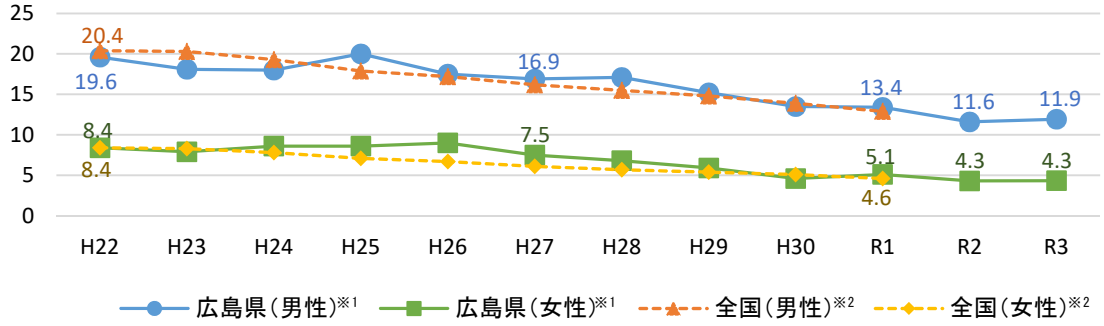
図表2-1-51 心疾患（高血圧性を除く）の年齢調整死亡率（人口10万人あたり）の推移



出典：※１　広島県人口動態調査　※２　厚生労働省「人口動態統計」
※２　Ｒ２以降の全国値は基準人口が異なり比較できないため掲載していない。

急性心筋梗塞の年齢調整死亡率は、全国平均と同水準で推移しており、減少傾向にあります。

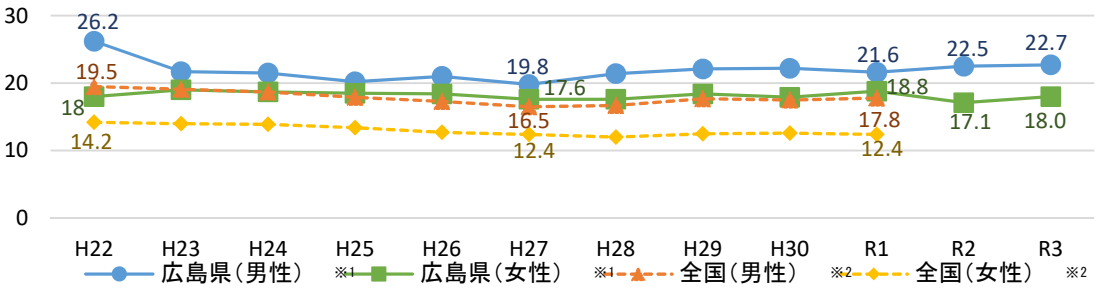
図表2-1-52 急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（人口10万人あたり）の推移



出典：※１　広島県人口動態調査　※２　厚生労働省「人口動態統計」
※２　Ｒ２以降の全国値は基準人口が異なり比較できないため掲載していない。

心不全の年齢調整死亡率は、近年横ばいで、全国平均を上回って推移しています。

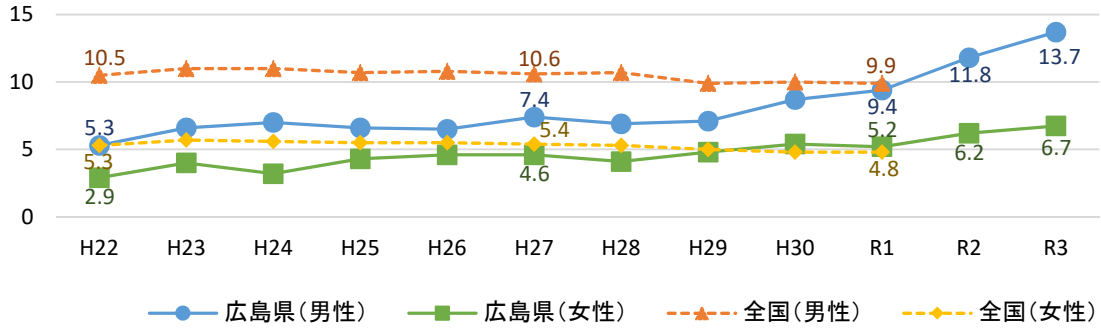
図表2-1-53 心不全の年齢調整死亡率（人口10万人あたり）の推移



出典：※１　広島県人口動態調査　※２　厚生労働省「人口動態統計」
※２　Ｒ２以降の全国値は基準人口が異なり比較できないため掲載していない。

不整脈及び伝導障害の年齢調整死亡率は、全国平均を下回って推移していましたが、近年増加傾向にあります。

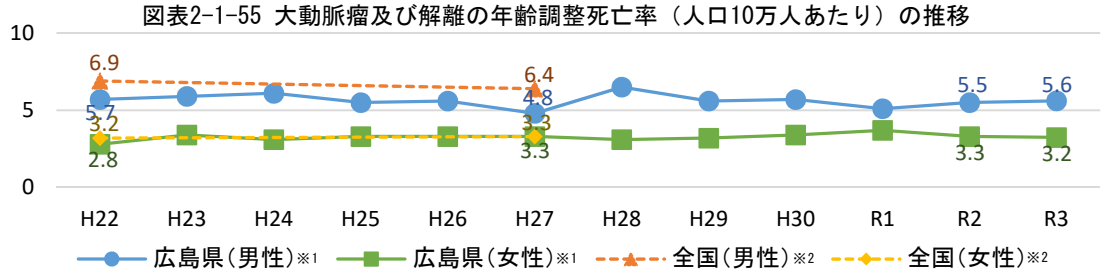
図表2-1-54 不整脈及び伝導障害の年齢調整死亡率（人口10万人あたり）の推移



出典：※１　広島県人口動態調査　※２　厚生労働省「人口動態統計」
※２　Ｒ２以降の全国値は基準人口が異なり比較できないため掲載していない。

大動脈瘤及び解離の年齢調整死亡率は、概ね横ばいで推移しています。

図表2-1-55 大動脈瘤及び解離の年齢調整死亡率（人口10万人あたり）の推移



出典：※１　広島県人口動態調査　※２　人口動態統計特殊報告
※２　H27 以降の全国値は基準人口が異なり比較できないため掲載していない。

２　心血管疾患医療提供体制

（1）救急搬送体制の整備

急性心筋梗塞等の心血管疾患の発症時には、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で、より高い治療の効果や後遺症の軽減が見込まれます。令和５（2023）年版「救急・救助の現況」によると、令和４（2022）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 45.5 分で、全国平均（47.2 分）より短くなっています。

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）を全二次保健医療圏で整備しています。

急性心筋梗塞等の心血管疾患の発症時には、患者の周囲にいる人がいち早く、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、救命率の向上が見込まれるため、日本救急医療財団全国ＡＥＤマップなどにおいて、県内設置施設を紹介しています。

（2）救急医療の確保をはじめとした心血管疾患に係る医療提供体制の構築

人口 10 万人あたりの医療機能別の医療機関数は、予防 14.1 施設、急性期 1.0 施設、回復期 3.2 施設、再発予防 11.5 施設となっており、二次保健医療圏ごとにみると、その施設数にばらつきがあります。

図表 2-1-56　心血管疾患の医療連携体制

（単位：施設）

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
予　防	－	391	181	29	37	33	40	57	14
人口 10 万人あたり	－	14.1	13.4	12.6	26.0	14.9	17.1	11.3	17.0
急性期	－	28	9	3	3	3	6	1	3
人口 10 万人あたり	－	1.0	0.7	1.3	2.1	1.4	2.6	0.2	3.7
回復期	－	88	35	4	14	9	10	12	4
人口 10 万人あたり	－	3.2	2.6	1.7	9.8	4.1	4.3	2.4	4.9
再発予防	－	319	141	23	34	26	30	52	13
人口 10 万人あたり	－	11.5	10.4	10.0	23.9	11.8	12.8	10.3	15.8

出典：広島県「医療機能調査」（令和５（2023）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」（令和５（2023）年１月１日現在）

人口 10 万人あたりの循環器内科の医師数は 10.2 人であり、全国平均（10.2 人）と同水準となっています。人口 10 万人あたりの心臓血管外科の医師数は 1.9 人であり、全国平均（2.5 人）を下回っています。

二次保健医療圏ごとにみると、それぞれの人数にばらつきがあります。

図表 2-1-57　循環器内科と心臓血管外科の医師数等

（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
循環器内科	13,026	288	158	15	26	15	17	43	14
人口 10 万人あたり	10.2	10.2	11.5	10.4	10.6	6.8	6.9	8.3	16.1
心臓血管外科	3,222	53	31	4	4	3	4	7	－
人口 10 万人あたり	2.5	1.9	2.3	2.8	1.6	1.4	1.6	1.4	－

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和２（2020）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」（令和２（2020）年１月１日現在）

退院後に在宅で心臓リハビリテーションを継続できるよう、平成 23（2011）年度から「広島県心臓いきいき推進事業」を実施しており、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、各二次保健医療圏に地域心臓いきいきセンターが７施設設置されるとともに、心臓いきいき在宅支援施設が 387 施設認定されています。

広島大学病院心不全センター及び地域心臓いきいきセンター７施設の平成29（2017）年2月から1年間の心不全成人患者の再入院率を調査したところ、22.2%と国内の他機関による調査で示された再入院率（36.2%：日本の急性期心不全免疫学調査（平成19（2007）年～平成24（2012）年調査）ATTEND 研究2013）を下回っています。

※　広島大学病院心不全センター
「広島県心臓いきいき推進事業」の事務局を担い、地域心臓いきいきセンターと協働し、下記の役割を担います。
1　心臓いきいき推進会議、症例検討会等の開催
2　地域心臓いきいきセンターの取組への支援
3　心臓いきいき在宅支援施設の確保
4　心不全の再発・再入院防止に対する啓発
5　心不全患者の実態把握及び再入院要因の分析等

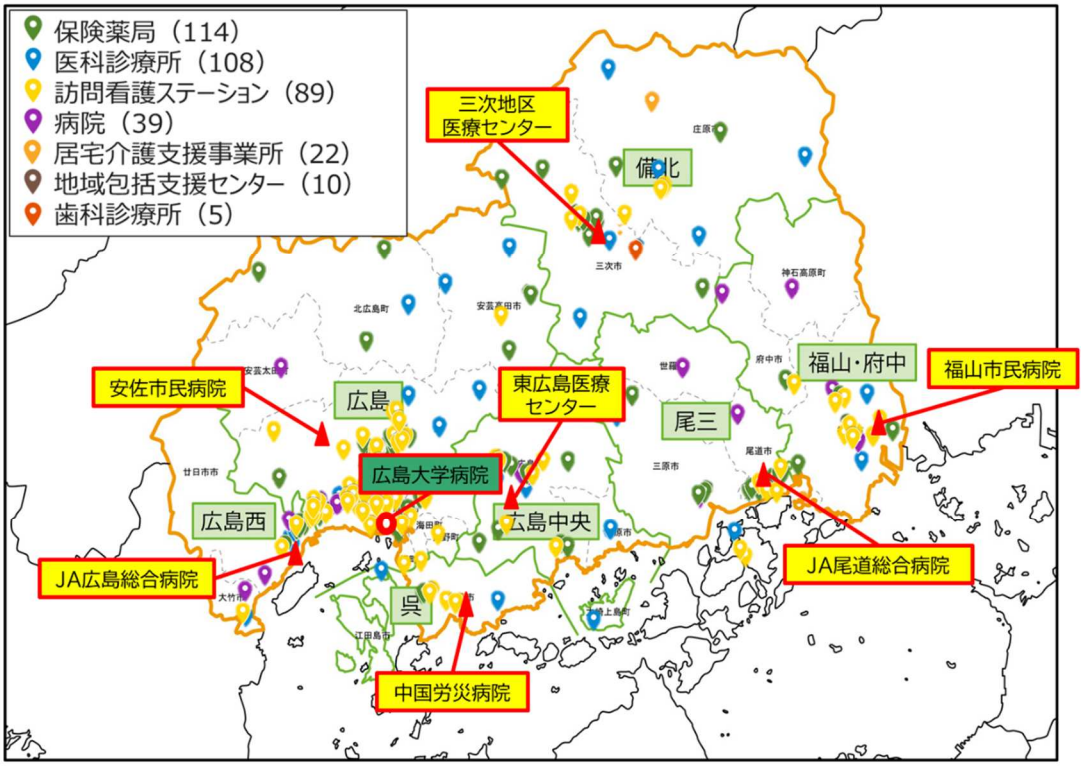
HHP
Hiroshima Heart Health Promotion Project
広島県心臓いきいき推進事業

※　地域心臓いきいきセンター
心臓いきいき在宅支援施設と協働し、下記の役割を担います。
1　キャラバン研修、市民公開講座の開催による心不全の予防や再発・重症化予防に関する普及啓発
2　心臓いきいき在宅支援施設の確保

※　心臓いきいき在宅支援施設（心不全患者在宅支援施設）
県内の心不全診療の基盤を地域に広げ、ネットワークの強化を図るため、下記の役割を担います。
1　地域における包括的心臓リハビリテーションの概念に基づいた医療・介護の提供
2　心不全増悪の早期発見と介入による重症化予防
3　急性期医療を担う医療施設との連携強化

※　心臓いきいき連携病院（28 施設）
下記の役割を担います。
1　急性期及び、急性期医療を終えた回復期、あるいは増悪徴候のある維持期（生活期）から観察期における、入院及び外来による包括的心臓リハビリテーションの提供
2　心不全増悪の早期発見と介入による重症化予防及び QOL の向上
3　急性期・回復期・維持期（生活期）にある各施設との連携

図表 2-1-58　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、心臓いきいき在宅支援施設



心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数は４施設、人口 10 万人あたりでは 0.1 施設であり、全国平均（0.3 施設）を下回っています（マスク処理による非公表分を除く。）。

図表 2-1-59　心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数

（単位：施設）

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
医療機関数	378	4	4	*	*	*	*	*	－
人口 10 万人あたり	0.3	0.1	0.3	*	*	*	*	*	－

*…「レセプト情報・特定健診等情報の提供に関するガイドライン」に準じて、マスク処理
出典：厚生労働省「ＮＤＢ」（令和３（2021）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」（令和３（2021）年１月１日現在）

急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンション（ＰＣＩ）の実施率は 90.0%で、全国平均（80.7%）を上回っています。

図表 2-1-60　急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンション（ＰＣＩ）の実施率

（単位：%）

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
実施率	80.7	90.0	86.5	94.2	88.1	95.5	91.0	95.8	88.6

出典：厚生労働省「ＮＤＢ」（令和３（2021）年度）

人口 10 万人あたりの心筋梗塞に対する冠動脈再開通件数は 40.5 件で、全国平均（40.1 件）を上回っています。うち、来院後 90 分以内の再開通件数 28.3 件で、全国平均（24.6 件）を上回っています。

図表 2-1-61　心筋梗塞に対する冠動脈再開通件数等

（単位：件）

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
再開通件数	50,842	1,139	490	62	125	68	110	247	37
人口 10 万人あたり	40.1	40.5	35.9	43.2	52.1	30.7	45.4	48.1	43.3
うち来院後 90 分以内	31,132	797	373	28	81	47	87	160	21
人口 10 万人あたり	24.6	28.3	27.3	19.5	33.7	21.2	35.9	31.1	24.6

出典：厚生労働省「ＮＤＢ」（令和３（2021）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」（令和３（2021）年１月１日現在）

３　在宅等における支援体制

(1) リハビリテーション等の取組

心血管疾患患者は、リハビリテーションを急性期の入院中から開始し、回復期から維持期・生活期にかけても継続することが重要ですが、心大血管疾患リハビリテーションの実施医療機関数（心大血管疾患リハビリテーション料Ⅰ、Ⅱの届出医療機関数の合計）は 41 施設、人口 10 万人あたりでは 1.5 施設であり、全国平均（1.2 施設）を上回っています。

図表 2-1-62　心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ、Ⅱ）の届出医療機関数

（単位：施設）

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
医療機関数	1,536	41	19	3	4	2	4	6	3
人口 10 万人あたり	1.2	1.5	1.4	2.1	1.7	0.9	1.7	1.2	3.5

出典：診療報酬施設基準（令和３（2021）年３月）
　　総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」（令和３（2021）年１月１日現在）

入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数は 4,351 件、人口 10 万人あたりでは 154.7 件であり、全国平均（182.8 件）を下回っています。

図表 2-1-63　入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数

（単位：件）

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
実施件数	231,547	4,351	1,640	301	679	222	302	894	313
人口 10 万人あたり	182.8	154.7	120.0	209.5	282.9	100.3	124.8	174.0	366.3

出典：厚生労働省「ＮＤＢ」（令和３（2021）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」（令和３（2021）年１月１日現在）

外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数は 2,434 件、人口 10 万人あたりでは 86.5 件であり、全国平均（145.2 件）を下回っています。

図表 2-1-64　外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数

（単位：件）

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
実施件数	183,903	2,434	1,185	301	70	44	239	519	76
人口 10 万人あたり	145.2	86.5	86.7	209.5	29.2	19.9	98.7	101.0	88.9

出典：厚生労働省「ＮＤＢ」（令和３（2021）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」（令和３（2021）年１月１日現在）

虚血性心疾患の退院患者の平均在院日数（令和 2（2020）年）は 7.2 日で、全国平均（12.4 日）より短くなっています。

図表 2-1-65　虚血性心疾患退院患者の平均在院日数

（単位：日）

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
平均在院日数	12.4	7.2	6.3	12.3	6.4	14.5	7.1	6.0	9.5

出典：厚生労働省「患者調査」（令和２（2020）年）

在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合は 91.1％で、全国平均（85.4％）より高くなっています。

図表 2-1-66　在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合

（単位：%）

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
患者の割合	85.4	91.1	95.4	92.1	96.3	83.9	94.7	93.9	44.0

出典：厚生労働省「患者調査」（令和２（2020）年）

（2）関係機関の連携に基づく心血管疾患対策・心血管疾患患者支援

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が、心臓いきいき在宅支援施設を対象に専門研修や症例検討会を開催し、在宅医療連携体制の構築を図っているところであり、引き続き、継続的な学習の機会が求められています。

従来、地域心臓いきいきセンターが急性期から回復期までの診療を一貫して担ってきましたが、増加が見込まれる心不全患者に対応していくため、回復期を担う「心臓いきいき連携病院」との医療機能の分化・連携の推進を図っています。

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ています。

課　題

1　心血管疾患医療提供体制

（1）救急搬送体制の整備

心血管疾患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、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っています。

また、発症後早急に適切な治療を開始するためにも、県民に対する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が必要です。

（2）救急医療の確保をはじめとした心血管疾患に係る医療提供体制の構築

心臓血管外科手術が可能な医療機関数は限られており、それらが有効に連携するためには、医療施設間連携や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、心臓血管外科出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。

２　在宅等における支援体制

(1) リハビリテーション等の取組

心血管疾患患者では、再発予防、再入院予防の観点が重要であり、多職種疾病管理プログラムによる実施が求められます。

急性期の早期の段階からリハビリテーションを行い、円滑に回復期及び維持期・生活期のリハビリテーションに移行するなど、継続的なリハビリテーションが必要です。

患者が継続的にリハビリテーションを実施するためには、専門家を育成するとともに、質の向上を図りつつ、地域の医療資源を含めた社会資源を効率的に用いて、多職種が連携して取り組む体制を構築する必要があります。また、在宅で過ごす患者にも適切なリハビリテーションが提供されるような体制を整備することも必要です。

リハビリテーションは、機能回復のみならず、再発・再燃予防を意識し、国際生活機能分類（ＩＣＦ）の理念に基づき、「心身機能」「活動」「参加」を念頭に置き提供することが重要です。

(2) 関係機関の連携に基づく心血管疾患対策・心血管疾患患者支援

心血管疾患は再発や増悪等を繰り返しやすい特徴があり、再発した場合には初回より重症となることから、その予防のための生活習慣の改善や、服薬の徹底等適切な管理及びケアを行うために、関係機関が相互に連携しながら、必要に応じて、介護保険や障害者総合支援法のサービスを利用するなど、継続して必要な医療、介護及び福祉に係るサービスを提供することが必要です。

「心筋梗塞・心不全手帳」のより効果的な活用に向け、かかりつけ医、介護支援専門員等への周知や情報更新が必要です。

目　標

区分	指標名	現状値	目標値	出典
P ◆	救急要請から医療機関に収容までの平均時間	[R4] 45.5 分	[R11] 40.2 分以下	総務省消防庁「救急・救助の状況」
P	急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンションの実施率	[R3] 90.0%	[R11] 95.8% (R3 圏域最高値)	R3（2021）年度ＮＤＢ
P ◆	PCI を施行された急性心筋梗塞患者数のうち、90 分以内の冠動脈再開通割合	[R3] 70.0%	[R11] 79.1% (R3 圏域最高値)	R3（2021）年度ＮＤＢ
P	「心筋梗塞・心不全手帳」の活用（配布部数）	[R4] 累計 75,535 部	[R11] 累計 130,000 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 ◆	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数（人口 10 万人あたり）	[R3] 154.7 件	[R11] 182.8 件 (R3 全国平均)	R3（2021）年度ＮＤＢ
P ◆	外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数（人口 10 万人あたり）	[R3] 86.5 件	[R11] 145.2 件 (R3 全国平均)	R3（2021）年度ＮＤＢ
O ◆	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	[R2] 7.2 日	[R11] 5.4 日以下 （第１次目標値継続）	R2（2020）年患者調査
O ◆	在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合	[R2] 91.1%	[R11] 96.3%以上 (R2 圏域最高値)	R2（2020）年患者調査
O ◆	在宅等生活の場に復帰した大動脈疾患患者の割合	[R2] 75.2%	[R11] 75.2%以上 （現状値以上）	R2（2020）年患者調査
O	心疾患（高血圧性を除く）の年齢調整死亡率（人口 10 万人あたり）	[R3] 男性 68.2 女性 39.0	[R11] 男性 68.2 以下 [R11] 女性 39.0 以下 （現状値以下）	R3（2021）年人口動態統計
O	急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（人口 10 万人あたり）	[R3] 男性 11.9 女性 4.3	[R11] 男性 11.9 以下 [R11] 女性 4.3 以下 （現状値以下）	R3（2021）年人口動態統計
O	心不全の年齢調整死亡率（人口 10 万人あたり）	[R3] 男性 22.7 女性 18.0	[R11] 男性 16.5 以下 [R11] 女性 12.4 以下 （第１次目標値継続）	R3（2021）年人口動態統計
O	大動脈瘤及び解離の年齢調整死亡率（人口 10 万人あたり）	[R3] 男性 5.6 女性 3.2	[R11] 男性 4.1 以下 [R11] 女性 1.8 以下 （第１次目標値継続）	R3（2021）年人口動態統計
O	不整脈及び伝導障害の年齢調整死亡率(人口 10 万人あたり)	[R3] 男性 13.7 女性 6.7	[R11] 男性 13.7 以下 [R11] 女性 6.7 以下	R3（2021）年人口動態統計

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、◆：国基本計画の重点指標

施策の方向

１　心血管疾患医療提供体制

(1) 救急搬送体制の整備

① メディカルコントロール協議会、消防機関等の関係機関と連携し、地域の実情に応じた効果的・効率的な救急搬送から受入体制を整備していくことなどにより、救急要請から医療機関への搬送までの時間短縮と受入困難事案の減少を図ります。

② 消防機関、市町等が実施するＡＥＤ（自動体外式除細動器）の使用を含めた救急蘇生法の講習等を支援し、急性心筋梗塞等の心血管疾患の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）救急医療の確保をはじめとした心血管疾患に係る医療提供体制の構築

① 急性期から維持期・生活期まで、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、各二次保健医療圏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、今後、一層の充実を図ることにより、再入院率の低減に取り組んでいきます。

② 急性期の診療提供体制については、内科的治療、経皮的冠動脈インターベンション（ＰＣＩ）等に加えて、外科的治療等を含めた治療を行う「専門的治療を包括的に行う施設」と、内科的治療や経皮的冠動脈インターベンション（ＰＣＩ）等の治療を行う「専門的治療を行う施設」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。

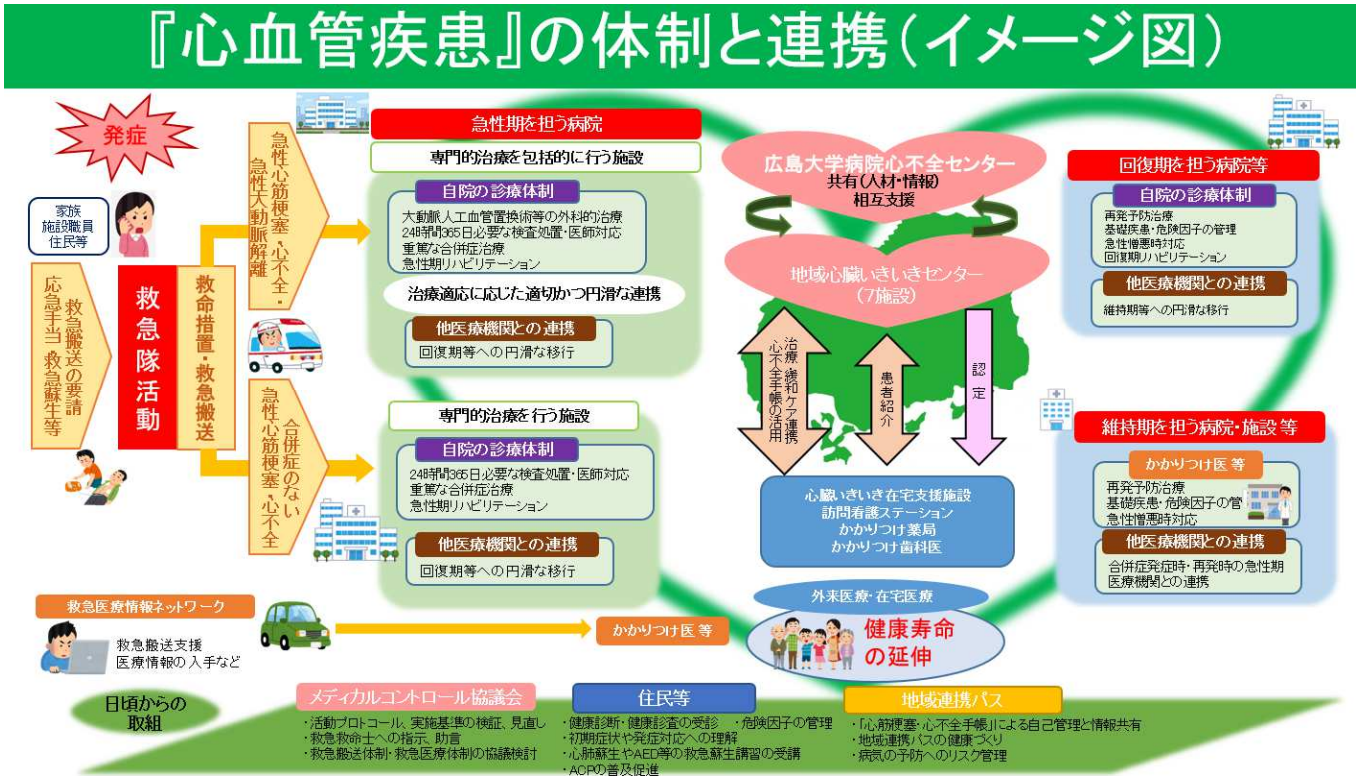
③ 特に、急性大動脈解離については、安全性等の質が確保された緊急手術が常時可能な施設が限られており、より広域のネットワーク体制を構築し、将来的には、新しい知見や医療技術を取り入れることなども視野にいれて、急性期の診療提供体制の構築を進めます。

④ 高齢化の進行に伴って、増加することが見込まれる心房細動の患者に対応していくため、心房細動の早期発見・早期治療に向けた検討を進めていきます。

⑤ 急性期以降の転院先となる病院（回復期及び慢性期の病院等）の医療提供体制の強化や、訪問診療、訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導などを含めた在宅医療の体制を強化します。

⑥ 医療連携を推進する体制については、二次保健医療圏ごとに構築を進めており、その連携の充実・強化に取り組みます。また、圏域間の格差の是正にも取り組みます（心血管疾患対策の医療体制に求められる医療機能は、次ページのイメージ図及び「図表 2-1-68」のとおり）。

図表 2-1-67　『心血管疾患医療』の体制と連携（イメージ図）



図表 2-1-68　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 ・心不全センター、地域心臓いきいきセンター	・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 ・地域心臓いきいきセンター	・病院、診療所等 ・心臓いきいき在宅支援施設
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人に対する教育、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	【家族等周囲にいる人】 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人に対して、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、薬剤投与等の特定行為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。 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 ③ＳＴ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電気的除細動、機械的補助循環装置、緊急ペー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等が可能であること ②心電図検査、電気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法について、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

医療機能別の医療機関名は、県のホームページに掲載しています。

２　在宅等における支援体制

（1）リハビリテーション等の取組

急性期診療が終了し、回復期から維持期・生活期に移行した患者に対しては、食事・服薬指導等の患者教育、運動療法、危険因子の管理等、実施すべき内容が多岐にわたります。また、高齢者へのリハビリテーションについては、合併症を併発しやすいことなど高齢者の特性を理解して実施する必要があります。

そのため、医師、看護師、薬剤師、栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、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。

(2) 関係機関の連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援

① 引き続き、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による心臓いきいき在宅支援施設への研修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。

② 高齢者人口の増加に伴い、今後も増加が見込まれる心不全患者に対応するため、心臓いきいき連携病院との連携等を通じて、各二次保健医療圏の急性期の機能を担う地域心臓いきいきセンターと回復期を担う「心臓いきいき連携病院」との連携体制を強化していきます。

③ 退院後でも在宅において心血管疾患リハビリテーションが継続できるよう、地域心臓いきいきセンターや心臓いきいき連携病院、心臓いきいき在宅支援施設に認定された病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所が連携を図るなど、医療機関等の関係者と介護サービス事業者の情報共有、連携の強化に努めます。

④ 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。

広島県心筋梗塞・心不全手帳の特徴

- **手帳感覚で持ち歩く**
  - 病名
  - かかりつけの医療機関
  - 医療者から受けた教育内容　などを集約
- **自身の生活に合わせて病気を管理する**
  - 健康管理に必要なデータを記入可能
  - 体調の変化を自分で確認可能
  - 自宅での様子を医療者が知る手段となる
  - 内容を診療やケアに役立てる
- **自分で健康的な生活習慣を身に付ける**
  - 医療者と健康維持に対する目標や日々の状態を共有
- **（患者に関わる）医療従事者間の連携に役立つ**
  - 医療者間で情報のやり取りや目標を共有

制作：広島県地域保健対策協議会

3　糖尿病対策

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、足病変といった特有の合併症を発症し、更に高齢化で増加するサルコペニア、フレイル、認知症、悪性腫瘍等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するとともに、糖尿病患者については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、令和３（2021）年度、52.5%であり、平成 20（2008）年度の 33.3%から徐々に増加していますが、全国平均の 56.2%（令和３（2021）年度）と比べるといまだ低い状況にあります（全国 36 位）。

本県の特定保健指導実施率は、令和３（2021）年度、25.2%であり、平成 20（2008）年度の 8.6%から徐々に増加しており、全国平均の 24.7%（令和３（2021）年度）と比べるとやや高い状況にあります（全国 29 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、令和３（2021）年度、男性 154,872 人、女性 60,762 人です。

(2) 糖尿病予備群等の状況

全国の糖尿病予備群（糖尿病の可能性を否定できない者）の割合は、「国民健康・栄養調査」の結果によると、令和元（2019）年度、男性 12.4%、女性 12.9%（本県人口に換算すると、男性約 11 万人、女性約 13 万人）、また、糖尿病有病者（糖尿病が強く疑われる者）の割合は、同調査結果によると、令和元（2019）年度、男性 19.7%、女性 10.8%（本県人口に換算すると、男性約 16 万人、女性約 11 万人）です。

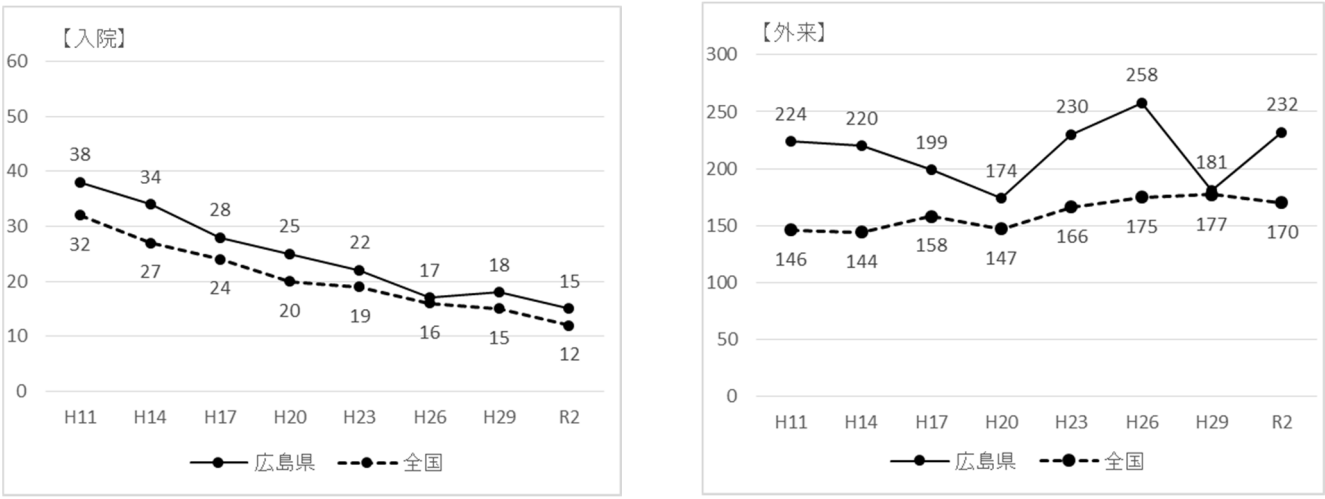
※令和２（2020）年及び令和３（2021）年の「国民健康・栄養調査」は新型コロナウイルス感染症の影響により調査中止。

(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が、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、増減しています。

また、本県の糖尿病患者の平均入院日数は、令和２（2020）年の「患者調査」では 27.8 日（退院患者平均在院日数）となっています。

図表 2-1-69　　糖尿病の受療率（人口 10 万人対）

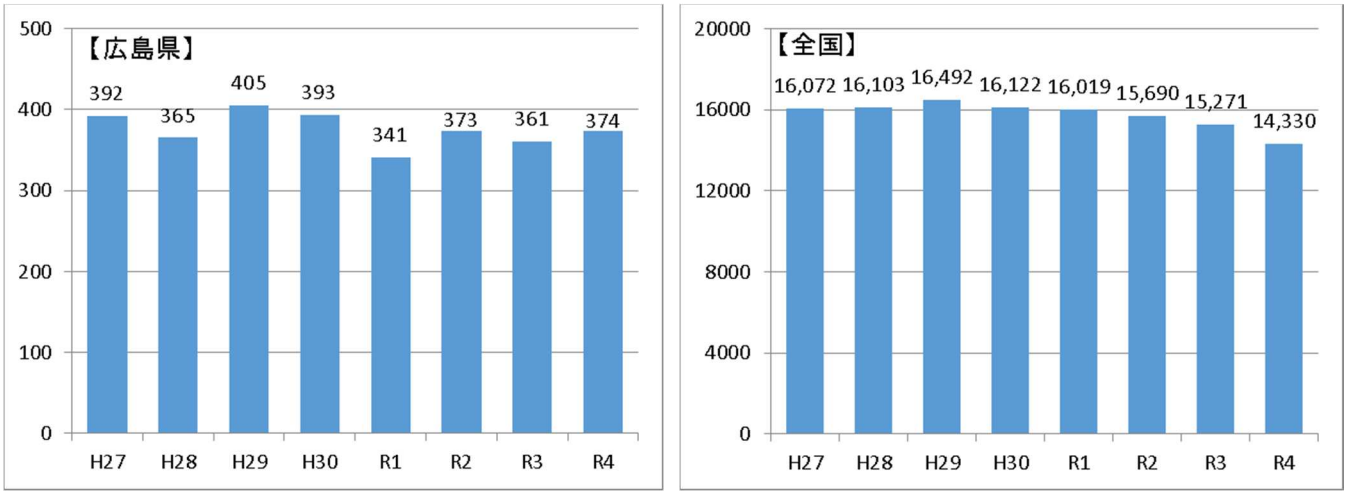


出典：厚生労働省「患者調査」（各年）

（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、糖尿病患者総数は増加している一方で、新しい糖尿病治療薬の開発など腎症に対する治療が進歩し、新規透析導入の抑制に寄与していることが考えられます。

図表 2-1-70　　糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数（人）

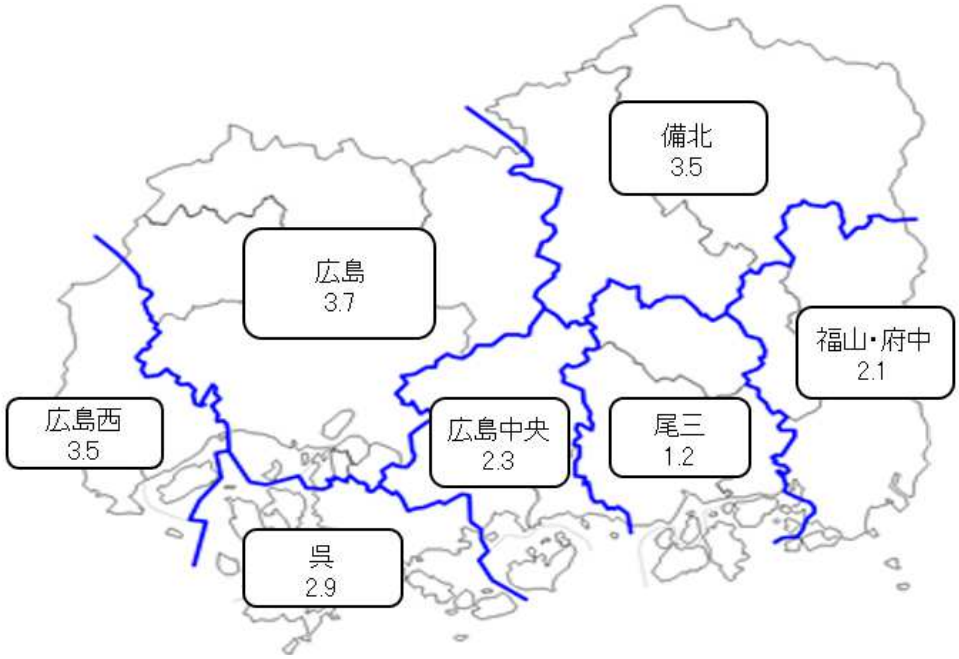


出典：（一社）日本透析医学会 透析調査委員会「わが国の慢性透析療法の現況」（各年 12 月 31 日現在）

（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、令和２（2020）年度において92人で、人口10万人当たり2.8人であり、全国平均4.0人より低い状況です。二次保健医療圏別でみると、広島圏域3.7人と広島市の周辺に集中しており、広島西圏域3.5人、備北圏域3.5人、呉圏域2.9人、広島中央圏域2.3人、福山・府中圏域2.1人、尾三圏域1.2人の順で少ない状態です。また、日本糖尿病学会認定の糖尿病専門医は107人（令和５年６月現在）であり、糖尿病専門医が存在しない市町は11市町となっています。

図表 2-1-71　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・薬剤師統計」（令和２（2020）年）

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、個別の病態に応じた医療を提供することが必要です。

１　糖尿病発症予防

生活習慣病のリスクを有する者や耐糖能異常者等、糖尿病予備群を把握するために、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。

糖尿病の発症を予防するために、糖尿病予備群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　糖尿病医療提供体制（治療）

糖尿病の重症化や合併症の発症を予防するために、糖尿病有病者すなわち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が、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、県内全域に隈なく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現況においては、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。

３　糖尿病との共生

糖尿病患者が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、糖尿病の重症化や合併症の発症を予防することは重要です。すでに合併症を有している糖尿病患者においては、合併症の重症化を予防するために、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るとは言えません。その要因として、事業対象者（糖尿病患者）の事業参加にはかかりつけ医の同意が必要であるところ、かかりつけ医に事業の必要性や効果が十分に伝わっていないことや事務に煩雑さがあることにより同意が得られないこと、自覚症状に乏しいことから、事業対象者が糖尿病の重症化することのリスクを感じるきっかけがなく、自分事として捉えられないこと等が考えられます。そのため、かかりつけ医が患者に糖尿病の重症化予防の必要性の理解を促し、認知及び行動変容の手段として糖尿病性腎症重症化予防事業を活用してもらえるようにする必要があります。

また、糖尿病は定期的な通院への配慮などがなされれば、おおむね通常と変わりなく就労を継続することができる一方、自覚症状に乏しく、治療中断につながりやすい疾患です。そのまま放置すると重症化や合併症の発症につながるため治療の継続ができるよう、事業者の理解を得る必要があります。

目　標

県民が糖尿病に対する正しい知識を持ち、糖尿病予備群の生活習慣を適切に改善することで、糖尿病の発症を予防します。

糖尿病有病者を早期に発見し、早期に医療機関を受診させ治療につなげることで、糖尿病の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、病態に応じた適切な医療が受けられるよう、医療機能の分化と集中を整備し、同一圏域内で完結可能な、住民が安心できる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	[R3] 52.5%	[R11] 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	[R3] 25.2%	[R11] 45%以上	
O	人口10万人あたりの糖尿病性腎症による新規透析導入患者数	[R2～R4] 13.2	[R11] 直近３年間での平均値が全国平均値以下	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　糖尿病発症予防

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・充実を図り、地域住民の主体的な健康の保持・増進を支援します。

２　糖尿病医療提供体制（治療）

糖尿病に関する専門的な医療提供を行うことができる、「糖尿病看護認定看護師」、「糖尿病療養指導士（CDE）」等の育成に取り組みます。また、令和５（2023）年度から広島県栄養士会が認証する管理栄養士「ひろしま糖尿病栄養食事サポーター」を、最寄りの栄養ケア・ステーションから県内の診療所に派遣し、外来栄養食事指導を開始し、普及させます。

平成 29（2017）年度に設置された広島県地域保健対策協議会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整備し明確化しました。

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、糖尿病に対する県内全体の認知度を向上させ、早期受診・早期治療・継続治療を促進します。

3　糖尿病との共生

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、行政機関との更なる連携強化を図るとともに、かかりつけ医の負担が軽減され、協力が得やすい内容となるよう一般社団法人広島県医師会（以下「県医師会」という。）、広島県糖尿病対策推進会議と協働し、広島県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの改定について議論を行い、事業の効果や必要性の理解を得られるような効果的な働きかけについて検討します。

平成 25（2013）年の一般社団法人広島県歯科医師会（以下「県歯科医師会」という。）による Hiroshima Study など、糖尿病と歯周病には密接な関連があるという調査結果があります。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。

糖尿病は必ずしも生活習慣のみが原因で発症、悪化するものではありませんが、誤った理解や知識から、職場における理解・協力、必要な配慮等が妨げられる場合があるため、治療と仕事の両立支援について正しい情報の普及啓発を行います。

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。

広島県地域保健対策協議会糖尿病対策専門委員会において、各圏域や各職能団体における糖尿病医療や地域連携に関する取組や活動の報告、課題の検討等を行っています。

また、「糖尿病診療拠点病院」及び「糖尿病診療中核病院」が少ない地域においても適切な糖尿病医療を提供できるよう、ＩＣＴを活用した遠隔医療の推進に取り組みます。

糖尿病対策の医療体制に求められる医療機能は、図表２-１-73 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、県のホームページで掲載しています。

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

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（かかりつけ医）と密接な医療連携を構築し、診療所では実施できない慢性合併症の検査や治療を担います。また、糖尿病に関する研修会（症例勉強会等）を定期的に開催し、地域における糖尿病診療に詳しく優れた人材を育成します。

（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。

（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（各圏域にて人口規模を考慮）。

糖尿病内科の医師が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。

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かかりつけ医を増やします。

図表 2-1-72　糖尿病診療拠点病院・糖尿病診療中核病院（令和５（2023）年４月１日現在）

図表 2-1-73　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	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 ・75g 経口ブドウ糖負荷試験（OGTT）を実施可能である ・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 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 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 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	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 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 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 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 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	①各専門職種のチームによる、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 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 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 ④日本糖尿病協会（広島県支部）、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	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(CSII)）が実施可能である 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 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 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 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	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 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 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 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
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眼科医が常勤している、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勤している、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勤している、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勤している、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ー、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・形成外科医が常勤している、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・壊疽などの糖尿病足病変に対して、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

4　精神疾患対策

現　状

1　本県の精神医療を取り巻く状況

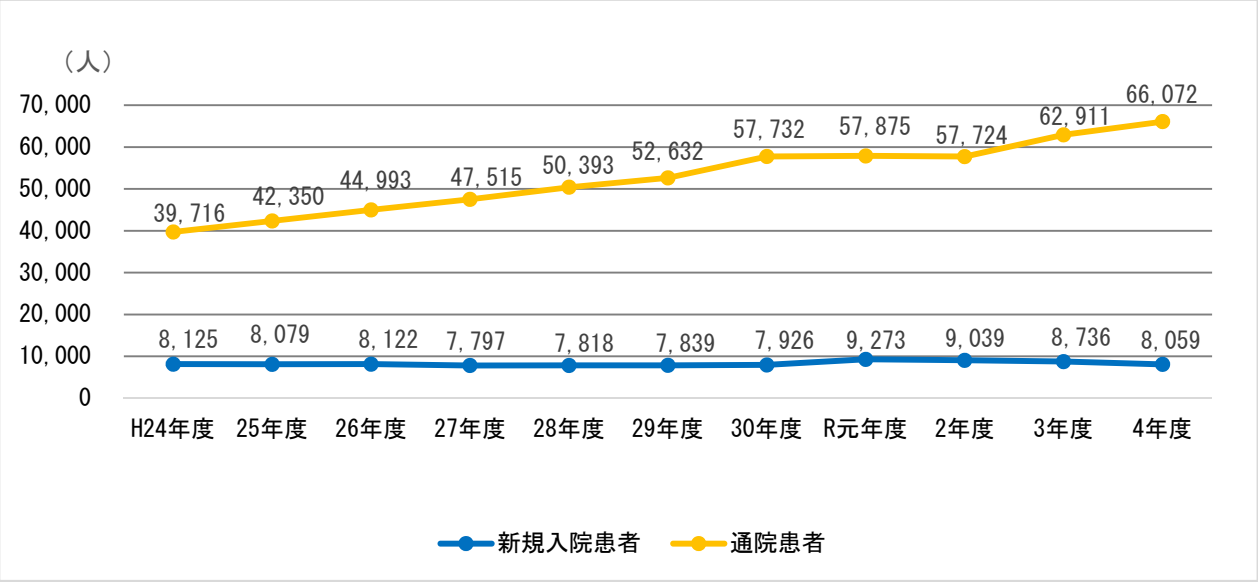
(1) 受療の状況

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、令和４（2022）年度では 66,072 人となっており、10 年前の平成 24（2012）年度の 39,716 人と比べ、約 1.7 倍となっています。

一方、新規入院患者は、令和４（2022）年度で 8,059 人となっており、令和元（2019）年度の 9,273 人をピークに減少しています。

また、令和４（2022）年度「精神保健福祉資料」によると、本県の精神病床における６月 30 日時点の入院患者数は 7,448 人で、そのうち、急性期入院患者数は 1,394 人、回復期入院患者数は 1,334 人、慢性期入院患者数は 4,720 人となっています。

図表 2-1-74　精神科新規入院患者数と通院患者数の推移



（単位：人）

区分	平成24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度	30年度	令和元年度	2年度	3年度	4年度
新規入院患者	8,125	8,079	8,122	7,797	7,818	7,839	7,926	9,273	9,039	8,736	8,059
通院患者	39,716	42,350	44,993	47,515	50,393	52,632	57,732	57,875	57,724	62,911	66,072
計	47,841	50,429	53,115	55,312	58,211	60,471	65,658	67,148	66,763	71,647	74,131

※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）

出典：県健康福祉局調べ

(2) 精神科病院及び精神科を標榜する診療所等数

精神科医療機関の分布は、広島医療圏の広島市、呉医療圏、福山・府中医療圏に集中しており、備北医療圏及び広島医療圏の中山間地域では少ない状況です。

令和５（2023）年の本県の精神科を標榜する病院数は 81 施設で、人口 10 万人当たり 3.0 施設（令和３（2021）年の全国平均 2.3 施設）です。そのうち、精神病床を有する病院数は、40 施設であり、人口 10 万人当たり 1.5 施設です。精神病床を有する一般病院数は、人口 10 万人当たり 0.4 施設（全国平均 0.5 施設）となっています。

また、精神科を標榜する診療所数は 128 施設あり、人口 10 万人当たり 4.7 施設（令和２（2020）年の全国平均 5.9 施設）です。

図表 2-1-75　精神科の医療施設数

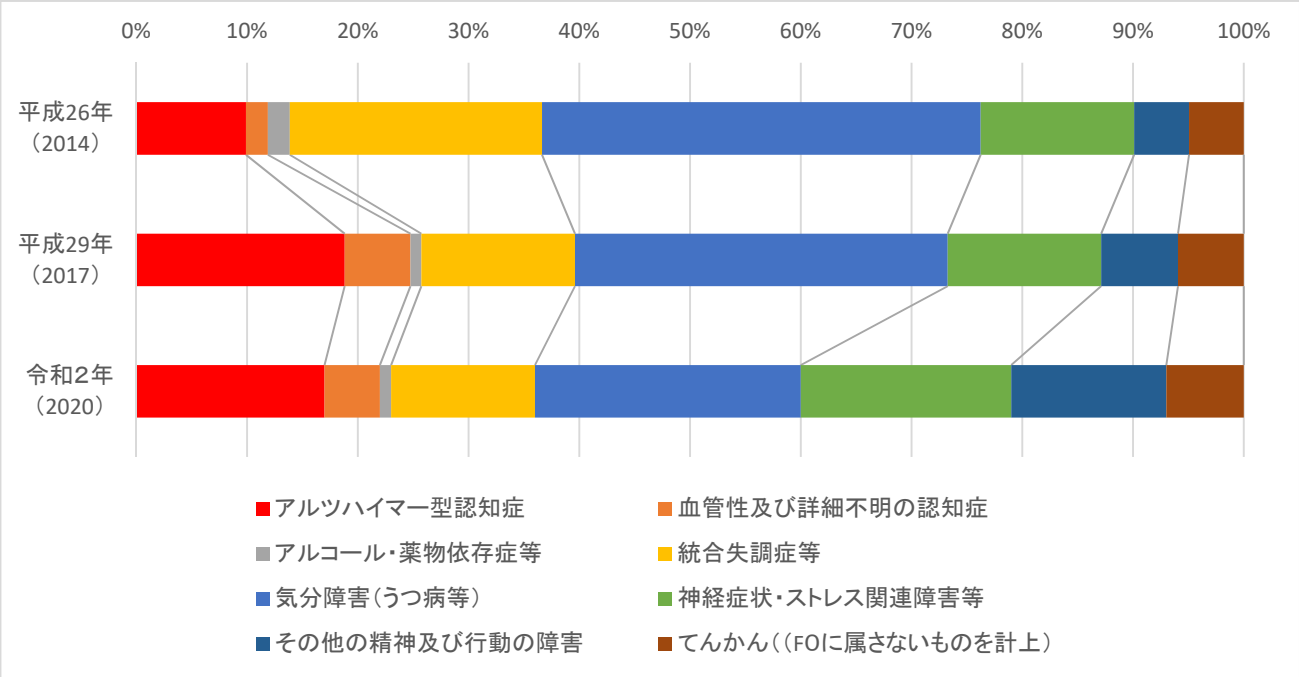
令和５（2023）年９月 30 日現在

二次保健医療圏	所在地	精神科を標榜する病院数	精神科を標榜する診療所数	精神病床を有する病院（病床数）	
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	29施設	83施設	広島大学病院 県立広島病院 広島市立広島市民病院 広島第一病院 比治山病院 松田病院 己斐ケ丘病院 草津病院 安佐病院 児玉病院 広島市立北部医療センター安佐市民病院 瀬野川病院 養神館病院 ナカムラ病院 府中みくまり病院 千代田病院	16施設 （3，210床）
広島西	大竹市、廿日市市	8施設	4施設	メープルヒル病院 友和病院 敬愛病院	3施設 （476床）
呉	呉市、江田島市	12施設	7施設	国立病院機構呉医療センター 呉みどりケ丘病院 ほうゆう病院 ふたば病院 呉やけやま病院 安浦病院 吉田病院	7施設 （1，250床）
広島中央	竹原市、東広島市、大崎上島町	9施設	8施設	国立病院機構賀茂精神医療センター AOI広島病院 宗近病院 竹原病院	4施設 （920床）
尾三	三原市、尾道市、世羅町	9施設	8施設	小泉病院 三原病院 青山病院	3施設 （904床）
福山・府中	福山市、府中市、神石高原町	11施設	17施設	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 市立湯が丘病院	6施設 （1，490床）
備北	三次市、庄原市	3施設	1施設	三次病院	1施設 （235床）
合　計		81施設	128施設		40施設 （8，485床）

出典：県健康福祉局調べ

（3）精神疾患の患者数

図表 2-1-76　精神疾患患者の推移



精神疾患種別			平成 26 年度（2014）		平成 29 年度（2017）		令和２年度（2020）	
			患者数（千人）	構成比（%）	患者数（千人）	構成比（%）	患者数（千人）	構成比（%）
F０	F00	アルツハイマー型認知症	9	10	16	19	30	17
	F01	血管性及び詳細不明の認知症	2	2	5	6	8	5
F１		アルコール・薬物依存症等	2	2	1	1	2	1
F２		統合失調症等	20	23	12	14	23	13
F３		気分障害（うつ病等）	35	40	29	34	43	24
F４		神経症性・ストレス関連障害等	12	14	12	14	34	19
		その他の精神及び行動の障害	4	5	6	7	24	14
		てんかん（F0）に属さないものを計上する）	4	5	5	6	12	7
県合計			88	100	86	100	176	100

出典：厚生労働省「患者調査」（平成 26（2014）年、平成 29（2017）年、令和２（2020）年、ICD10 順）

※令和２（2020）年から総患者数の推計方法が変更となりました。具体的には、外来患者数の推計に用いる平均診療間隔の算出において、前回診療日から調査日までの算定対象の上限が変更しています。
⇒平成 29（2017）年までは 31 日以上を除外していましたが、令和２（2020）年からは 99 日以上を除外して算出しています。

２　予防・治療・回復・地域生活への移行

(1) 日常生活における悩みやストレスのある人

令和４（2022）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 47.1％で、全国平均（46.1％）より少し高くなっています。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 9.8％で、全国平均（9.8％）と同じです。

＜参考＞「K６」は米国の Kessier 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」、「そわそわ、落ち着かなく感じましたか」、「気分が沈みこんで、何が起こって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））で点数化しています。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されています。

(2) 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

本県の令和３（2021）年度における保健所及び市町が実施した精神保健福祉相談の被指導実人員は 4,606 人、人口 10 万人当たり 168.8 人、延人数は 11,316 人、人口 10 万人当たり 414.7 人で、いずれも人口 10 万人当たりの全国平均（243.2 人、685.1 人）より低い状況です。一方、令和３（2021）年の精神保健福祉センターにおける相談実人員は 564 人、人口 10 万人当たり 20.7 人で、人口 10 万人当たりの全国平均（17.1 人）より高い状況です。

また、令和３（2021）年度における保健所、市町が実施した精神保健福祉訪問指導の実人員は 2,643 人、人口 10 万人当たり 96.8 人で人口 10 万人当たりの全国平均（87.3 人）よりも高く、延人員についても 7,001 人、人口 10 万人当たり 256.5 人で、人口 10 万人当たりの全国平均（221.5 人）より高い状況となっています。

令和３（2021）年の普及啓発の講演会等については、開催回数が３回、人口 10 万人当たり 0.1 回、受講者数が 73 人、人口 10 万人当たり 2.7 人で、講演会の開催回数（全国平均 0.4 回）、受講者数（全国平均 46.8 人）ともに人口 10 万人当たりの全国平均を下回っています。

(3) 入退院の状況

令和４（2022）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 76.5％で、全国平均（82.2％）より低くなっています。

また、本県の退院患者平均在院日数[病院]は 306.7 日で、全国平均（296.9 日）より長くなっています。医療圏ごとに見ると、広島西医療圏及び広島中央医療圏は長く、備北医療圏は短くなっています。

患者調査の「退院患者平均在院日数」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、退院患者が少ない場合には、極端に高い値あるいは低い値が出ることがあります。

図表 2-1-77　病院からの退院患者平均在院日数　（単位：日）

全国	広島県	二次保健医療圏						
平均		広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北
296.9	306.7	302.5	752.5	321.1	421.8	246.5	248.9	181.4

出典：厚生労働省「患者調査」（令和２（2020）年）

（4）地域移行

令和５（2023）年５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 10 か所ありますが、地域差があります。

図表 2-1-78　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
10	4	0	3	1	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」（令和５（2023）年５月１日）

（5）精神科訪問看護を提供している病院数・診療所数、利用者数

令和２（2020）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 17 病院、人口 10 万人当たり 0.6 施設（全国平均 0.6 施設）で、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）です。

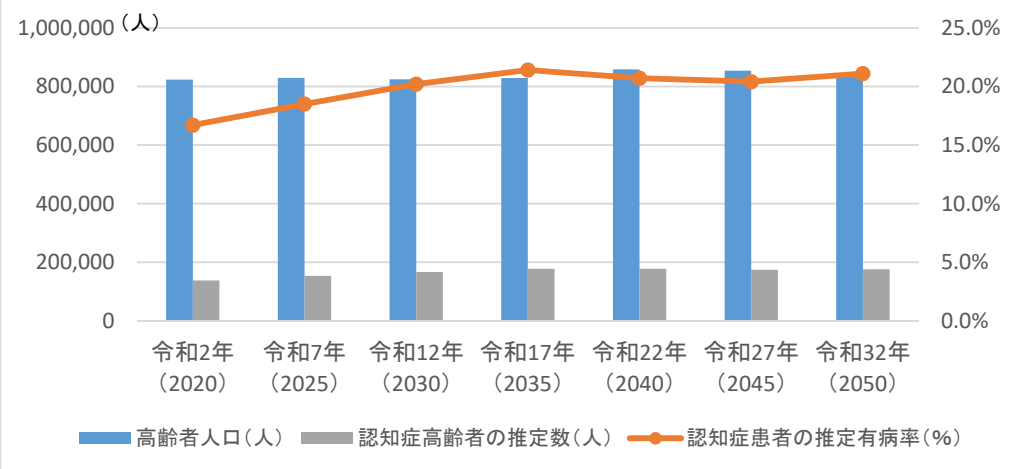
令和３（2021）年度「精神保健福祉資料」によると、本県の精神科訪問看護の利用者数は人口 10 万人当たり 208.3 人で、全国で多い方から８番目となっています。そのうち、医療機関の利用者数は人口 10 万人当たり 69.4 人で、訪問看護ステーションの利用者数は人口 10 万人当たり 138.9 人となっています。共に、全国平均（46.5 人、102.5 人）より高い状況です。

3　多様な精神疾患等ごとの医療体制

（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７（2025）年には約 15 万３千人、令和 22（2040）年には約 17 万８千人になると見込まれます。

図表 2-1-79　高齢者人口・認知症推定有病率・認知症高齢者の推定数



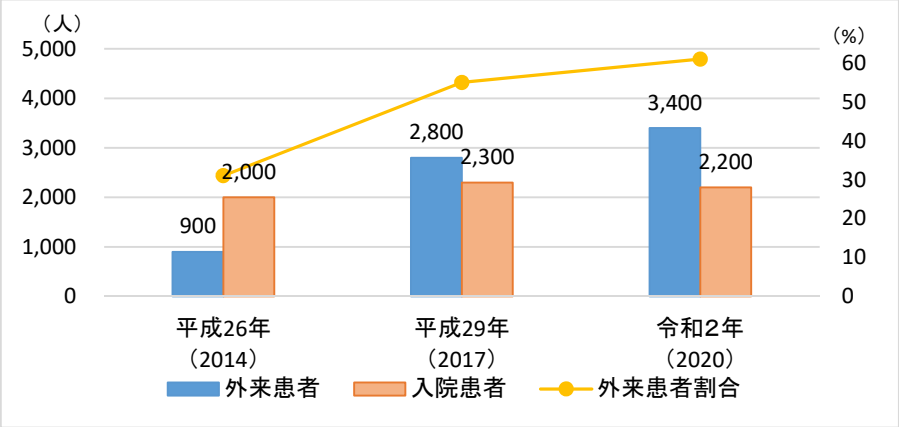
区分	令和２年（2020）	令和７年（2025）	令和12年（2030）	令和17年（2035）	令和22年（2040）	令和27年（2045）	令和32年（2050）
高齢者人口（人）	823,098	829,336	824,619	828,624	858,115	853,792	833,902
認知症患者の推定有病率(%)	16.7%	18.5%	20.2%	21.4%	20.7%	20.4%	21.1%
認知症高齢者の推定数（人）	137,500	153,400	166,600	177,300	177,600	174,200	176,000

※　「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」の推定有病率に、「日本の都道府県別将来推計人口（令和５（2023）年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）における本県の高齢者人口を乗じた数値（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。

令和２（2020）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38,000人、医療施設を受診した認知症患者のうち、外来患者の割合は平成26（2014）年は３割でしたが、令和２（2020）年は６割となっており、外来患者の割合が半数以上を占めています。

図表 2-1-80　医療施設を受診した認知症患者の推移



出典：厚生労働省「患者調査」（平成26（2014）年、平成29（2017）年、令和2（2020）年）

認知症疾患医療センターは県内に11か所設置され（広島市が指定した３か所を含む）、保健・医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症疾患に関する詳細な診断や、認知症の行動・心理症状と身体合併症の急性期治療に関する対応、専門医療相談、診断後の相談支援等を実施しています。

図表 2-1-81　広島県内の認知症疾患医療センター　　令和５（2023）年10月現在

医療圏	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	東広島市西条町御薗宇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
	下永病院	福山市金江町藁江590-１
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
	瀬野川病院	広島市安芸区中野東４丁目11-13
	広島市立北部医療センター安佐市民病院	広島市安佐北区亀山南１丁目２－１

また、本県では、次の取組を実施しています。

- 関係機関と協力し、かかりつけ医への助言や専門医療機関との連携の推進役となる認知症サポート医を養成するとともに、医療従事者を対象とした認知症対応力向上研修等の実施、また、所定の認知症関係研修を修了した医師をもの忘れ・認知症相談医（オレンジドクター）（以下この項において「オレンジドクター」という。）に認定し、身近な相談窓口としてホームページ等で情報提供しています。
- 専門医療による早期診断・早期対応から、急性期など必要時に効率よく入院治療を提供する体制をシームレスにつなぎ、認知症の人及びその家族の在宅生活を支援していく循環型の仕組みの構築に取り組んでいます。
- 市町においては、各市町の地域包括支援センター等に、認知症地域支援推進員が配置され、認知症疾患医療センターを含む医療機関、介護サービス施設・事業所、地域の支援機関と連携が図られるとともに、全市町に認知症初期集中支援チームが設置され、認知症の症状がありながら医療・介護に結びついていない人の自宅を訪問してアセスメントし、鑑別診断や適切なサービスへのつなぎを行っています。
- 認知症地域連携パス「ひろしまオレンジパスポート」（以下この項において「オレンジパスポート」という。）を活用し、認知症に関する地域の医療・介護連携を促進するためのツールとして運用しています。
- 認知症介護研修体系のもと、在宅の認知症の人を介護する家族等の身近な相談役である認知症介護アドバイザー（オレンジアドバイザー）等の養成に取り組んでいます。
- 県内には約 800 人の若年性認知症の人が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、また、住民や職場の理解が不足し、支援につながりにくい状況があります。そのため、本県では、若年性認知症支援コーディネーターを設置し、若年性認知症の人や家族への相談支援を行うとともに、若年性認知症の人の支援に携わる関係機関とのネットワークの構築や支援に必要な知識・技術を習得するための研修を行っています。

(2) 身体合併症を有する患者の医療体制

令和元（2019）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 47.2 件で、全国平均（31.2 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、マツダ病院の２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。

(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、本県と広島市が共同で精神科救急医療システム（精神科救急情報センター、精神科救急医療センター、精神科救急医療施設）を設置し、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。

24 時間 365 日体制で精神医療相談に対応する精神科救急情報センターについては、広島県精神科病院協会に開設を委託し、瀬野川病院に設置されています。令和４（2022）年「事業報告」によると、夜間・休日における精神科救急情報センターへの相談件数は 992 件です。

精神科救急医療施設として県内の西部において２医療機関、東部において３医療機関及び全県を対象とした後方支援１医療機関が精神科救急の患者の受け入れを行っています。

令和２（2020）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（0.9 施設）より低い状況です。これは、輪番型の医療施設数が他県と比べて少ないためですが、本県では、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。

精神科救急医療センターでは 24 時間、365 日、重度の症状を呈する精神科急性期患者への対応等をしています。

令和２（2020）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７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 31 施設あり、人口 10 万人当たり、それぞれ、0.3 施設、1.1 施設（全国平均 0.2 施設、0.9 施設）となっており、共に、全国平均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

令和４（2022）年度「衛生行政報告例」によると、本県の年度末措置入院患者数は、人口 10 万人当たり 2.7 人で、全国平均（1.3 人）より高く、医療保護入院患者数は、人口 10 万人当たり 143.8 人で、全国平均（151.8 人）より低い状況です。

なお、本県の精神科病院入院者総計は令和４（2022）年度末時点で 8,585 人となっています。入院形態別の在院状況を見ると、措置入院患者数と医療保護入院患者数は横ばいで推移している一方で、任意入院患者数は減少傾向となっています。

令和４（2022）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 47.2 人で、全国平均（46.9 人）をやや上回っていますが、精神科病院在院患者の身体拘束の実施患者数は、在院患者 1,000 人当たり 25.5 人で、全国平均（42.1 人）を下回っています。

図表 2-1-82　入院形態別在院状況

年度	病床数（床）	入院者総計(人)	割合（%）	措置（人）	割合（%）	医療保護(人)	割合（%）	任意（人）	割合（%）	その他（人）	割合（%）
平成 25 年度	9,055	8,049	100.0	66	0.8	3,704	46.0	4,279	53.2	0	0.0
28 年度	8,947	7,790	100.0	67	0.9	3,580	46.0	4,142	53.2	1	0.0
令和元年度	8,705	7,587	100.0	56	1.0	3,741	47.3	3,786	51.7	4	0.0
４年度	8,585	7,292	100.0	88	1.2	3,865	53.0	3,336	45.7	3	0.0

※入院患者数は、各年度末時点の患者数（広島市を含む）

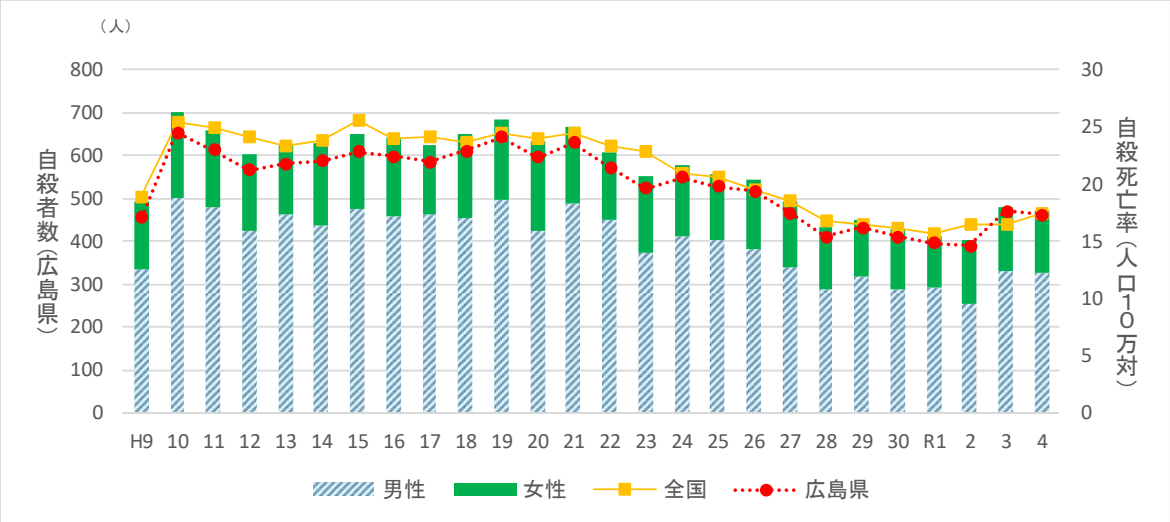
出典：県健康福祉局調べ

(5) うつ病・自殺対策

令和２（2020）年「患者調査」によると、精神疾患の総患者数では、気分障害（うつ病等）の患者が最も多い状況です。また、本県の自殺者数は、「人口動態調査」によると、平成 10（1998）年に 700 人を超えましたが、平成 23（2011）年には 14 年ぶりに 600 人を割り込んだ後、令和２（2020）年には 401 人まで減少し、自殺死亡率も 25 年間全国平均を下回っていました。

しかし、令和３（2021）年の自殺者数は480人、自殺死亡率は人口10万人当たり17.6で、全国平均（16.5）より高く深刻な状況となっており、更なる対策が求められています。なお、県内の自殺の特徴は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、過疎地域では、自殺死亡率が高い傾向にあります。

図表 2-1-83　自殺者数の推移



出典：厚生労働省「人口動態統計」（令和４（2022）年）

（6）依存症

①　薬物依存症

令和２（2020）年度「精神保健福祉資料」によると、本県の薬物依存症の総患者数は 321 人（全国 15,106 人）となっており、年々増加しています。また、覚醒剤や大麻などの違法薬物のほか、処方薬や市販薬などの合法薬物の依存も深刻化しています。

令和４（2022）年の厚生労働省研究班の実態調査によると、１年以内に薬物を使用した薬物関連精神障害患者における主たる薬物のうち、睡眠薬・抗不安薬は 28.7%、市販薬は 20.0%と二つで全体の半分近くを占めています。覚醒剤や大麻などの違法薬物と比較して、安価で購入しやすいため、今後も依存症患者が増加する可能性があります。

本県では、平成 30（2018）年に薬物依存症治療拠点機能及び薬物依存症専門医療機関の指定を行い、専門的診療が可能な体制と連携体制の構築を図っています。

図表 2-1-84　薬物依存症の診療実績のある医療機関数（重複あり）　（単位：施設）

	入院医療	外来医療	治療プログラム	その他 カウンセリング等
病　院	３１	３６	１７	２８
診療所	－	３９	１５	２７
合　計	３１	７５	３２	５５

出典：広島県「依存症アンケート調査」（令和４（2022）年８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(ひまーぷ)」を、相談事業の中で実施しています。

②　アルコール依存症

令和２（2020）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 3.7 人に対して 7.1 人であり、全国で多い方から 10 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、令和３（2021）年の本県人口におけるアルコール依存症者は、約 12,100 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、令和３（2021）年で約 1,400 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、令和５（2023）年５月現在、診療報酬に係る施設基準として「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 12 か所となっています。

③　ギャンブル等依存症

ギャンブル等依存症対策基本法に基づき独立行政法人国立病院機構久里浜医療センターが令和２（2020）年度に実施した「ギャンブル障害およびギャンブル関連問題の実態調査」では、調査対象者の過去 1 年以内のギャンブル等の経験の評価結果から、「ギャンブル等依存が疑われる者」の割合を 20 歳以上 74 歳以下の 2.2%と推計しており、これを広島県人口に当てはめると、約 42,000 人と推計されます。

ギャンブル等依存症の相談件数は年々増加していますが、依存症治療拠点機関や依存症専門医療機関（ギャンブル等依存症）における新規外来患者数は令和３（2021）年で 95 人であり、多くのギャンブル依存症者が治療を受けていないと推定されます。

(7) 災害拠点精神科病院・災害派遣精神医療チーム（ＤＰＡＴ）

災害時における精神科医療を提供する上での中心的な役割を担う機関として、令和２（2020）年３月に賀茂精神医療センターを災害拠点精神科病院に指定しました。

また、21 の精神科病院等と協定を締結し、21 チームの災害派遣精神医療チーム（ＤＰＡＴ）の派遣体制を確保しています。

(8) 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、令和５（2023）年５月現在で、「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、県内で松田病院１か所です。

また、「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広島市立舟入市民病院、呉みどりケ丘病院、広島市こども療育センター附属診療所の３か所です。

(9) 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、令和４（2022）年度は 135 医療機関、医師 229 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、発達障害の診療が一部の専門医療機関に集中し、初診までに長期の待機が生じています。

また、初診時に、療育や障害福祉、母子保健等の医療以外の分野の支援に繋がっていないケースが多く存在しています。

課　題

精神疾患は症状が多様であるとともに、自覚しにくい場合があり、症状が比較的軽いうちには精神科医療機関を受診せず、症状が重くなり入院治療が必要な状態や状況になって初めて精神科医療機関を受診するという場合があります。また、重症化してから入院すると治療が困難になるなど、長期の入院が必要になってしまう場合もあります。発症してからできるだけ早期に必要な精神科医療が提供されれば、早期に回復して、地域生活や社会生活を営むことができるようになります。

また、長期間入院している精神障害者の地域移行を進めるに当たっては、精神科病院や地域援助事業者による努力のみでは限界があり、自治体を中心とした地域精神保健医療福祉の一体的な取組の推進に加えて、地域住民の協力を得ながら、差別や偏見のない、あらゆる人が共生できる包摂的（インクルーシブ）な社会（地域共生社会）を構築していく必要があります。

１　重層的な連携による支援体制

(1) 予防・普及啓発

医療圏ごとの保健・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。具体的には、精神保健に関する「本人の困りごと等」への支援を行う平時の対応を充実する観点と、精神科救急医療体制整備をはじめとする精神症状の急性増悪や精神疾患の急性発症等による患者の緊急のニーズへの対応を充実する観点が必要です。

精神保健医療福祉上のニーズを有する方が必要な保健医療サービス及び福祉サービスの提供を受け、安心してその人らしい地域生活を送ることができるよう、精神疾患や精神障害に関する普及啓発や、地域住民の理解や支えも重要です。メンタルヘルスや精神疾患への正しい知識を持ち、地域や職域でメンタルヘルスの問題を抱える人や家族に対してできる範囲で手助けする人を増やすなど、様々な機会を通じて、より一層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。

(2) 治療・回復

精神疾患は症状がわかりにくく、変化しやすいこと、また、相談支援や医療サービスが届きにくいという特性があることから、治療につながりやすく、必要な医療を受けられる体制の整備が求められています。

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、県民へ情報提供するなど、多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の充実を図る必要があります。

(3) 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、退院患者の平均在院日数は長くなっており、退院後の生活支援体制の整備が必要です。

また、本県では、精神科病院や訪問看護ステーション等が行う精神科訪問看護の利用者数が全国平均よりも高い状況にあること、更に保健所、市町が実施する精神保健福祉訪問指導の実人員も全国平均を上回っていることから、精神障害者の地域での生活を支える資源については、アウトリーチ（訪問支援）が充実していると考えられます。

これらのサービスを有効に活用するためには、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、拠点機能をもつ医療機関を中心とした研修等により、人材育成の充実を図る必要があります。

２　多様な精神疾患等ごとの医療

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よう、各医療機関の医療機能を明確化するとともに、役割分担や相互の連携を推進する必要があります。

(1) 認知症

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、外来の割合が増加しており、より一層認知症の方が安心して生活できる地域づくりが重要です。

認知症を早期に発見し、適切に対応するためには、オレンジドクター等の身近な医療機関に速やかに相談できる体制を充実させるとともに、認知症の人の状況に応じた良質で適切な保健医療サービスを提供することで、身体合併症等があっても、住み慣れた地域での生活が継続できるよう、医療従事者の認知症対応力の向上を図る必要があります。高齢者等と接する機会が多い歯科医療機関や薬局においても、認知症の早期発見に向けた対応が期待されています。

また、地域が一体となって連携体制を推進していくには、かかりつけ医、認知症サポート医、認知症疾患医療センター等の専門医療機関、介護サービス施設・事業所等が緊密な関係を構築するとともに、地域の実情に応じた支援の仕組みづくりが求められています。また、地域の医療・介護連携の促進のため、オレンジパスポートの更なる運用の拡大に向けて、内容の見直し等の検討が必要です。

更に、認知症に対する医療提供体制の充実・強化を図るため、認知症疾患医療センターの役割が重要となっています。

若年性認知症の人を早期に適切な支援につなぐため、幅広い普及啓発に加え、若年性認知症の人や家族が気軽に相談できる総合的な相談体制の確立が求められるとともに、住み慣れた地域の中で生活していくためには、地域での、より一層の個別性の高い、きめ細やかな支援が必要なことから、市町における若年性認知症施策の取組が求められています。

(2) 身体合併症を有する患者のための医療体制の整備

精神疾患患者の高齢化に伴う精神疾患と身体症状への対応や自殺企図等の患者に対する適切な診療が求められるなかで、今後、身体合併症を有する患者に対応できる医療機関の整備を推進していくことが重要であり、このような医療機関として、公的な病院、総合病院の精神科や精神科を有する特定機能病院が役割を担うことが考えられます。

(3) 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の強化を図る必要があります。

しかし、備北医療圏、広島医療圏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ています。

また、自殺で亡くなった人の数や自殺死亡率については、これまで減少傾向にありましたが、令和３（2021）年に大きく増加しました。新型コロナウイルス感染症の影響や、年齢層別、月別、職業別、原因・動機別、地域別の自殺者数や自殺死亡率、未遂者の状況等から、地域の実情に合わせた対策を講じる必要があります。

未遂となった人への介入支援としては、再度の自殺企図を予防するために継続した相談が重要です。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。

(4) 依存症に対応する体制の構築

①　薬物依存症

薬物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すが、患者本人や家族が依存症であるという認識を持ちにくいという依存症の特性や、依存症の相談拠点、専門医療機関、専門医の不足等から、依存症患者やその家族が必要な支援を受けられていない状況にあります。

そのため、医療機関や精神保健福祉センター、保健所、市町、民間団体・回復施設、保護観察所等が相互に有効かつ緊密に連携し、その責任、機能または役割に応じた包括的な支援を提供することで、地域におけるニーズに総合的に対応する必要があります。

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」が施行されました。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、更生保護機関、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、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。

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。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

多くの人が競馬などの公営競技やぱちんこ等を健全に楽しんでいる一方で、これらのギャンブル等にのめり込むことにより、本人及びその家族の日常生活や社会生活に支障を生じさせるのみならず、多重債務や犯罪等の重大な社会問題を生じさせる場合があります。

ギャンブル等依存症は、早期の支援や適切な治療により、回復等が十分に可能であるにもかかわらず、医療機関及び相談支援体制が乏しかったり、治療を行っている医療機関や相談支援機関、自助グループ等の支援に関する情報を得にくかったりするなどの理由により、ギャンブル依存症である人等が必要な治療及び支援を受けられていないという問題が、かねてより指摘されています。また、ギャンブル等依存症についての関心と理解を深め、その予防を図ることが重要です。

(5) 災害拠点精神科病院・災害派遣精神医療チーム（ＤＰＡＴ）

令和５（2023）年４月現在、ＤＰＡＴは 21 のチーム、隊員の確保ができていますが、広島ＤＰＡＴ調整本部や被災地域の活動拠点本部、被災病院での病院支援指揮所等に参集し、本部運営を行える人材の育成が必要です。

また、災害時に発生する被害は、多岐にわたるため、あらゆる災害に対応できる柔軟性が必要です。

(6) 児童・思春期精神疾患の医療体制の構築

児童・思春期精神医療に係る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３か所となっています。

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、子供の養育者や支援者へのサポート体制の構築が必要です。

(7) 発達障害の医療連携体制の構築

発達障害の早期把握、早期支援を鑑み、専門医の確保を図り、専門医療機関における初診の申し込みから実際に受診に至るまでの待機期間を短縮していく必要があります。

また、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ことのできる医師の養成が必要です。

更に、初診を待つ期間から適切な、切れ目のない支援を受けられるよう、地域のかかりつけ医や専門医療機関、保健、福祉、教育等が連携した地域支援体制を整備していくことが必要です。

目　標

精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、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・介護事業者が、地域生活に関する相談に対応しながら、医療圏ごとの保健・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、地域援助事業者、市町などとの重層的な連携を図ります。

区分	指標名	現状値	目標値	出典
Ｏ	精神病床における入院需要（患者数）	[R4] 急性期（３か月未満）1,394 人 回復期（３か月以上１年未満）1,334 人 慢性期（１年以上・65 歳以上）3,231 人 慢性期（１年以上・65 歳未満）1,489 人	[R8] 急性期（３か月未満）1,319 人 回復期（３か月以上１年未満）1,262 人 慢性期（１年以上・65 歳以上）3,056 人 慢性期（１年以上・65 歳未満）1,408 人	精神保健福祉資料
Ｏ	精神病床における各時点の退院率	[R2] 入院後３か月時点　59.9% 入院後６か月時点　76.8% 入院後１年時点　85.2%	[R8] 入院後３か月時点　68.9% 入院後６か月時点　84.5% 入院後１年時点　91.0%	ＮＤＢ集計
Ｏ	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	[R 元]314 日	[R8]325.3 日	厚生労働省調査
Ｏ	自殺死亡率 （人口 10 万人対）	[R4]17.4 人	[R9]13.2 人	人口動態統計
Ｓ	発達障害に係る地域支援ネットワーク体制が整備された市町数	[R4]４市町	[R11]23 市町	ひろしま子供の未来応援プラン 第５次障害者プラン

Ｓ：ストラクチャー、Ｐ：プロセス、Ｏ：アウトカム

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

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）多様な精神疾患に対応する医療

患者の状態に応じた必要な医療の提供と保健・福祉等が連携した体制の確保、更に、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。また、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。

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、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。

（3）地域での生活を支える体制の整備

障害保健福祉圏に保健・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、地域援助事業者、市町などとの重層的な連携による支援体制を構築し、地域の支援へつなぐ取組を促進します。

長期入院している患者が、住み慣れた身近な地域で安心して自分らしく暮らすことができるよう、県や市町、関係機関における地域精神保健・医療・福祉の一体的な取組に加え、地域住民への精神障害の理解の深化や差別や偏見の解消を促進し、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らせる地域包括ケアシステムの構築を進めます。

そのために、障害福祉サービス等を含む地域の基盤整備を推進するとともに、関係機関の役割分担などの連携強化を図り、入院後早期からの退院に向けた支援に取り組みます。

また、保健所、市町における相談支援やアウトリーチ（訪問支援）等、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。更に、行政や地域の支援事業者等に研修を行い、精神疾患に対応する医療・福祉サービスや相談支援・訪問支援に携わる人材の確保に取り組みます。

２　精神疾患等ごとの医療連携・提供体制

（1）認知症

市町や医療関係団体と連携し、医療従事者に対する認知症対応力向上研修の開催、オレンジドクター制度の継続的な運用などを通じ、地域における医療支援体制の充実を図るとともに、歯科医師や薬剤師が、高齢者等と接する中で認知症の疑いがある人に早期に気づき、かかりつけ医や認知症疾患医療センター、地域包括支援センター等との連携が進むよう、研修に取り組みます。

各地域の医療介護等の支援機関が連携して機能を発揮できるよう、引き続き、認知症サポート医の養成を行うとともに、認知症地域支援推進員や認知症初期集中支援チーム員の研修を通じ、認知症地域支援推進員、地域包括支援センター、認知症初期集中支援チームの活動の充実に向けた支援を行います。また、オレンジパスポートの内容の見直し等を行うことにより、専門医療機関と医療・介護関係者が認知症の患者情報を共有し、適切な医療・介護サービスが確実に提供できるよう取り組みます。

更に、認知症疾患医療センターの機能評価を継続的に実施し、認知症疾患医療連携全体協議会での共有及び地域課題を把握することで、事業の質の確保を図ります。

若年性認知症支援コーディネーターは、各地域の地域包括支援センターや認知症地域支援推進員等へ迅速に情報提供を行うなど、若年性認知症の人や家族からの相談ケースを地域の関係機関に繋ぐことにより、地域を含めた支援の実行体制の構築を図り、オーダーメイド型の支援を行います。また、市町や医療等の関係機関との連携体制の構築、地域や関係機関に対する若年性認知症に係る正しい知識の普及を行います。

(2) 身体合併症患者への救急医療提供等

公的な病院を中心として、精神症状と身体症状を一元的に対応できる医療機関の整備を推進するなど、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、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

令和５（2023）年３月に策定した「いのち支える広島プラン（第３次広島県自殺対策推進計画）」に基づき、「誰も自殺に追い込まれることのない社会」の実現を目指し、計画期間中も施策の検証を行いながら、効果的な自殺対策を推進していきます。

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。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た結果、全医療圏での体制が整備されました。引き続き、連携体制の維持・発展を推進し、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研修会等を実施します。ゲートキーパー養成研修を全市町で実施するほか、ゲートキーパーの講師となる人材育成にも取り組みます。また、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。

医療圏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体制、再度の自殺を図るリスクの高い自殺未遂者に、包括的な支援のできる体制の構築等、自殺に携わる関係機関・関係団体が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、若年層や中高年層において、被雇用者・勤め人が多くを占めていること等から、事業所の人事・労務管理者や産業保健スタッフを対象とした研修会等、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では、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を引き続き行います。

(4) 依存症に対応する体制の構築

①　薬物依存症

依存症治療拠点（薬物依存症）及び依存症専門医療機関（薬物依存症）との連携を強化し、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。

また、依存症治療拠点（薬物依存症）に地域連携による依存症早期発見、早期対応、継続支援モデル事業を委託し、地域での支援を進めていきます。

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」を定期的に開催し、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

依存症治療拠点（アルコール健康障害）及び依存症専門医療機関（アルコール健康障害）との連携を強化し、アルコールの持つ特性や飲酒に伴うリスクに関する知識の普及、アルコール健康障害サポート医等の養成など、アルコールに依存する人を減らし、本人の健康問題の発生を低減させる取組を実施していきます。

また、アルコール健康障害を有している人が受診していることが多いかかりつけ医のほか、産業医や中高年層のかかりつけ医と依存症専門医療機関（アルコール健康障害）との医療連携の促進に努めるとともに、「地域連携による依存症早期発見、早期対応、継続支援モデル事業」により、地域の関係機関が連携し、依存症患者の早期発見から、早期対応、地域資源への接続、継続的なサポートに至る一貫した形での取組を実施します。

③　ギャンブル等依存症

市町、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。

ギャンブル等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、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。

また、ギャンブル等依存症の回復、社会復帰が円滑に進むよう、社会全体でギャンブル等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。

(5) 災害拠点精神科病院・災害派遣精神医療チーム（ＤＰＡＴ）

災害時における精神科医療を提供する上での中心的な役割を担う災害拠点精神科病院として令和２（2020）年３月に指定した賀茂精神医療センターや、ＤＰＡＴ派遣の協定を締結している21の精神科病院等と連携を図り、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。

災害時に本部を設置運営する役割を担うＤＰＡＴ先遣隊を養成し、本部運営対応力の強化を図り、また、政府主催の総合防災訓練や中国ブロック実動訓練等への参加を通じて、実災害での対応力の強化を図ります。

(6) 児童・思春期精神疾患の医療連携体制の構築

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。

また、子供の養育者や支援者からの相談体制の充実や、研修会等により支援スキルの向上を図ります。

(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、専門医の確保や特性に応じた診療等を行うことのできる医師の養成に取り組みます。

また、発達障害の特性に応じた適切な支援が受けられるよう、医療機関の情報や身近な相談窓口の県ホームページへの掲載等により、県民への情報提供の充実を図ります。

更に、発達障害児・者の早期把握とライフステージを通じた早期からの切れ目のない支援を行うため、地域のかかりつけ医や専門医療機関、保健、福祉、教育、労働、司法等の関係機関が連携した地域支援体制の整備に取り組みます。

医療連携体制

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。

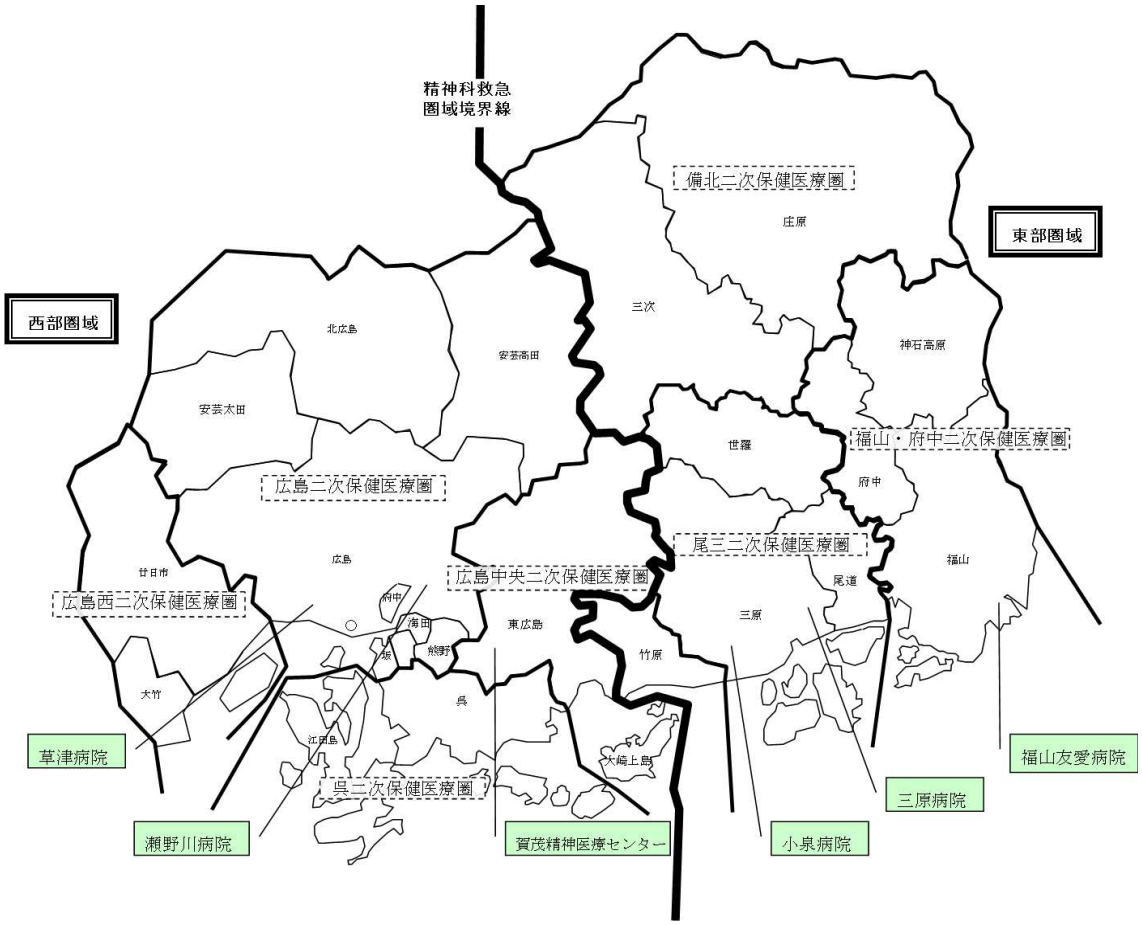
児童・思春期精神疾患、依存症、PTSD、摂食障害、発達障害については、対応できる医療機関が限られており、今後引き続き、現状把握を進め、方策の検討を行うとともに、これらの医療機能の情報について集約して県民へ情報提供し、必要な時に適切な医療を受けることができる体制の充実を図ります。

広島県精神科救急医療施設圏域図については図表 2-1-85 のとおりです。
精神疾患等の県連携拠点機能及び地域携拠点機能は、図表 2-1-86 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 2-1-87 のとおりです。

※　地域連携拠点機能及び県連携拠点機能

- 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
- 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

図表 2-1-85　広島県精神科救急医療施設圏域図



図表 2-1-86　精神疾患等の県連携拠点機能及び地域連携拠点機能

令和３（2021）年３月 18 日現在

圏域	医療機関	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
													アルコール	薬物	ギャンブル等	
広島（18）	広島市民病院						◎		◎			◎				
	舟入市民病院			◎												
	広島市こども療育センター（本館・北部・西部）															◎小・精
	松田病院			☆							◎					☆
	広島大学病院						☆	☆	☆		☆	☆				◎小・精
	県立広島病院						☆				☆					
	京橋心療クリニック										◎					
	草津病院	☆	◎		◎	◎							◎	◎		
	よこがわ駅前クリニック												◎			
	安佐病院			◎									◎			
	広島市立リハビリテーション病院									◎						
	安佐市民病院								◎							
	瀬野川病院		◎		☆	◎							☆	☆	☆	
	JA吉田総合病院						◎									
	府中みくまり病院												◎			
	マツダ病院						◎									
	千代田病院		◎													
広島西（4）	広島西医療センター															◎小
	メープルヒル病院		☆													
	JA広島総合病院								◎							
	廿日市記念病院									◎						
呉（5）	呉みどりケ丘病院			◎									◎	◎	◎	◎精
	ほうゆう病院	◎														
	呉医療センター	☆					☆		◎			◎				
	呉中通病院									◎						
	ふたば病院		◎													
広島中央（6）	宗近病院		◎													
	東広島医療センター								◎							
	賀茂精神医療センター	☆			◎	☆										
	県立障害者リハビリテーションセンター									☆						
	わかば療育園															◎小・精
	井野口病院									◎						
尾三（6）	小泉病院	◎			◎	◎							◎			
	三原病院	◎	◎	◎	☆	◎							◎			
	県立広島大学保健福祉学部附属診療センター															◎小
	港町クリニック												◎			
	尾道市公立みつぎ総合病院									◎						
	JA尾道総合病院								◎							
福山・府中（9）	福山こころの病院												◎			
	光の丘病院	☆	◎										◎			
	福山市民病院						◎									
	脳神経センター大田記念病院								◎	◎						
	下永病院		◎													
	福山友愛病院				◎	◎								◎		
	福山若草園															◎小
	福山リハビリテーション病院									◎						
	こども発達支援センター															◎小
三次（5）	三次病院												◎			
	市立三次中央病院								◎							
	三次地区医療センター									◎						
	子鹿医療療育センター															◎精
	三次神経内科クリニック花の里		◎													

※　☆：県連携拠点、◎：地域連携拠点

※　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。

※　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。

※　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。

※　発達障害については、小は小児科、精は精神科での対応を意味する。広島市こども療育センターは、主として広島市域を所管する。

図表 2-1-87　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５（2023）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		□	○（※）	
	千代田病院				
呉支所	呉医療センター	◎			
	呉みどりケ丘病院		□		
	医療法人緑風会　ほうゆう病院		□	○	
	ふたば病院		□	○	
	呉やけやま病院			○	
	吉田病院		□		
	安浦病院				
西部東保健所	賀茂精神医療センター	◎		○（※）	●
	AOI 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		□		
	己斐ケ丘病院		□		
	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				
	広島市立北部医療センター安佐市民病院				
計		4	24	16	6

※　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

令和５年（2023）版「救急・救助の現況」（総務省消防庁）によると、本県における令和４（2022）年中の救急車による傷病者の搬送人員数は、127,150 人で、人口 1,000 人あたり 45.4 人と全国平均（49.3 人）を下回っており、平成 28（2016）年から 12,962 人、前年度の令和４（2022）年からは 13,874 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 130 隊、救急隊員数は 1,197 人、救急車稼働台数は 168 台です。人口 10 万人あたりの救急車稼働台数は 6.0 台で、全国平均（5.1 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づくり

令和４（2022）年中の救急車による傷病者の搬送人員数は、127,150 人で、そのうち、傷病の程度が重症のものが 12,352 人、中等症のものが 63,989 人で、全体の 60.0%を占めています。一方、傷病の程度が軽症の者が 49,086 人で、全体の 38.6%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（令和４（2022）年中）　（単位：人、%）

合計	死亡		重症		中等症		軽症		その他	
		割合		割合		割合		割合		割合
127,150	1,698	1.3	12,352	9.7	63,989	50.3	49,086	38.6	25	0.0

出典：総務省消防庁「救急・救助の現況」（令和５（2023）年）

(1) 地域住民の救急医療への理解・救急蘇生法の実施等

①　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、令和５（2023）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の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 10.0%で、全国平均（10.3%）と同程度となっており、その１か月後社会復帰率は 7.1%（全国平均 6.6%）となっています。

図表　2-2-2　一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された心原性の心肺機能停止傷病者

	平成 30 年	令和元年	令和２年	令和３年	令和４年
症例数	400 人	430 人	430 人	477 人	539 人
１か月後生存数	46 人	59 人	62 人	60 人	54 人
１か月後生存率	11.5%	13.7%	14.4%	12.6%	10.0%
１か月後社会復帰者数	35 人	48 人	47 人	43 人	38 人
１か月後社会復帰率	8.8%	11.2%	10.9%	9.0%	7.1%

出典：総務省消防庁「救急・救助の現況」（令和５（2023）年）

② ＡＥＤ（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、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 AED（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。令和５（2023）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 50.0 人と、全国平均（64.1 人）を下回っています。

(2) 居宅・介護施設の高齢者の救急医療

心肺蘇生を望まない心肺停止患者への対応方針については、県の救急隊現場活動プロトコールにおいて定めており、蘇生措置拒否意思を確認でき、主治医から「心肺蘇生処置を行わない」旨の指示が取得されたならば処置を中止することとしています。それ以外の場合は、プロトコールどおりの心肺蘇生処置を開始します。

２　救急医療機関への円滑な搬送と医療機関における受け入れ体制の確保

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、令和５（2023）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 746 人、人口 10 万人あたり 26.6 人で、全国平均（26.0 人）を上回っています。

本県では、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）を全二次保健医療圏（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。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、多くの実施可能な救急救命士が認定（令和４（2022）年４月１日現在で 659 人）されています。

(1) 傷病者の救急搬送状況

令和５（2023）年版「救急・救助の現況」によると、令和４（2022）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 45.5 分で、全国平均（47.2 分）より短くなっています。

(2) 救急搬送受入困難事案

令和 4（2022）年「救急搬送における医療機関の受入れ状況実態調査」によると、本県における令和３（2021）年中の、重症以上の傷病者の搬送（11,055 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 937 件（8.5%）で全国平均値（7.7%）より上回っているが、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）については 332 件（3.0%）で全国平均値（4.3%）より下回っています。

また、広島市を中心とした広島医療圏においては、令和４（2022）年中で、重症以上の受入照会が４回以上の件数の割合が 6.0%で、広島県全体の 3.0%及び全国平均 4.3%を上回っています。

(3) 救急医療に係る情報提供・救急搬送支援

県では、昭和 55（1980）年度から傷病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を運用しています。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（在宅当番医情報や受診可能な初期救急医療機関等）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。

救急搬送業務の更なる迅速化、効率化を図ることを目的に、令和 5（2023）年 10 月から広島県救急搬送支援システム実証実験を開始しています。

(4) 搬送手段の多様化・いち早い救命医療のスタート等

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、令和４（2022）年度には 517 回の出動要請を受けて、そのうち 378 件について出動しました。

また、バックアップとして、県及び広島市が保有している防災・消防ヘリコプター2 機を活用したドクターヘリ的事業も継続しています。

更に、より効率的で効果的な活用を図るため、中国地方５県や愛媛県と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、令和３（2021）年度までの累計で 1,948 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。

3　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適切な救急医療体制の提供

救急医療機関の機能

①初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】

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。

②入院を要する救急医療を担う医療機関（二次救急医療）の機能【入院救急医療】

高齢者救急をはじめ、地域で発生する救急患者の初期診療と入院治療を主に担う。

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担う。

また、自施設では対応困難な救急患者については、必要な救命処置を行った後、速やかに、救命救急医療を担う医療機関等へ紹介する。

③救急医療機関（三次救急医療）の機能【救命医療】

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症例や診断が難しい症例等、他の医療機関では治療の継続が困難かつ幅広い疾患に対応して、高度な専門的医療を総合的に実施する。

その他の医療機関では対応できない重篤な患者への医療を担当し、地域の救急患者を最終的に受け入れる役割を果たす。

また、救急救命士等へのメディカルコントロールや、救急医療従事者への教育を行う拠点となる。

なお、救命救急センターの中でも、高度救命救急センターについては、特に高度な診療機能を有し、通常の救命救急センターでは対応困難な重症外傷等の診療を担う。

①　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、「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。

令和２（2020）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 28.9%で、全国平均（13.5%）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、インターネット等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、令和４（2022）年度で約 201 万件となっています。

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、「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。

令和５（2023）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 134 か所ありますが、経年的に減少しています。

③　三次救急医療体制（救命救急医療機関）

三次救急医療は、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３か所設置しています。

令和４（2022）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についての充実度評価は、８センター中１センターがＳ評価、７センターがＡ評価となっています。

(2) 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、精神科医療施設とし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、精神科救急の患者の受け入れを行っています。本県では、常時対応型の精神科救急医療センターと輪番型の精神科医療施設とが協力しながら、効率よく運営されています。

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・府中医療圏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・府中医療圏での受け入れや、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。

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

(1) 救命救急医療機関等から在宅復帰までの切れ目のない医療介護連携体制づくり

救急医療機関等から療養の場へ移行した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（医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員等）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) 回復期病床

現在の地域医療構想の令和７（2025）年時点の必要病床数に既存病床数が近づきつつありますが、回復期病床は必要病床数よりも少ない状況となっています。

課　題

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

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、救急業務及び救急医療に対する正しい理解と認識を深める啓発活動に取り組んでいますが、令和３（2021）年中で、救急搬送における軽症者の割合は 36.9%（平成 29（2017）年：39.6%）となっています。

また、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について、新型コロナウイルス感染症等の影響による講習開催の見送りなどにより受講者数が令和３（2021）年中で 8,389 人（平成 29（2017）年：26,852 人）と大きく減少しており、新規実施者の育成や、既講習受講者への新興感染症に対応した新たな実施方針が十分周知されていない状況があります。

(2) 居宅・介護施設の高齢者の救急医療

高齢者の心肺停止症例対応現場において、本人意思に反した救急搬送による三次救急のひっ迫や、傷病者や主治医からの意思表示を救急隊がタイムリーに得られない場合があるなどの問題もあり、救急医療の関係者や地域包括ケアの医療・介護関係者、消防関係者等地域の関係者等による、ＡＣＰ（アドバンス・ケア・プランニング）に関する議論や、救急現場における心肺蘇生を望まない心肺停止患者への対応方針等の検討が望まれています。

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、救急搬送件数は、高齢化や新興感染症等により今後増加することが見込まれており、受入体制の整備や、デジタル化等による救急搬送業務の迅速化、効率化は喫緊の課題となっています。

(2) 救急医療機関における傷病者の受入体制の確保

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、「診療科目別現場滞在 30 分以上搬送人員数」（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、「内科」が 8,101 人、「整形外科」が 3,746 人、「脳神経外科・神経内科」が 2,943 人と多くなっています。

また、「診療科目別受入照会４回以上搬送人員数」（県メディカルコントロール協議会調べ）でも、「内科」が 3,376 人、「整形外科」が 1,499 人、「脳神経外科・神経内科」が 890 人と突出しており、特定の診療科目に集中している救急搬送受入困難事案の解消を図るため、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・救急搬送支援

救急医療情報ネットワークシステムによる、幅広い医療情報（休日夜間の当番医情報等）の提供は、急病で病院を探す初期救急の場面において、県民に活用されているところです。

また、救急搬送時の救急隊への支援として導入した救急搬送支援機能については、傷病者の容態等を、迅速かつ視覚的に救急隊と救急医療機関とで情報共有したいという新たなニーズへの対応が求められています。

(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、愛媛県を含めた全ての隣県と連携している現在の体制を維持していく必要があります。

3　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の提供

①　傷病者の適切な救急搬送

救急搬送においては、重症度・緊急度に応じ、傷病者を適切な医療機関へ搬送する必要があります。

②　救急医療体制

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傾向にあり、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。

「救命救急センター充実段階評価」（厚生労働省）において、各センターの評価点や搬送受入要請に対する応需率について大きな差が発生しています。

③　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。

④　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きたす問題の対策として、救急車の適正利用を促し、傷病の緊急度に応じた適切な救急医療体制を確保するため実施している「救急安心センター事業（#7119）」がありますが、県内対応エリアが限られています。

また、当事業を円滑に運用するため、#7119 の県民への認知度を上げる必要があります。

更に、急性期を脱した患者を身近な地域の回復期の機能を担う病院へ円滑に転院させる等、病態に応じた最適な医療が受けることができる「地域完結型」医療への転換を推進していく必要があります。

病院間の患者搬送については、緊急を要する場合に救急車を活用し、緊急性のない患者の搬送は民間救急等を活用するよう促します。

⑤　新興感染症の発生・まん延時における救急医療

新興感染症の発生・まん延時において、感染症対策と通常の救急医療を両立できるような体制の構築が必要となっています。

(2) 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

精神疾患を有する患者の高齢化や自殺未遂者へ対応できる医療機関の整備を、今後、推進していくことが重要であり、身体合併症及び自殺未遂者へ対応する医療体制を確保する必要があります。

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 8.5%（令和４（2022）年中）で、平成 28（2016）年中（6.7%）から増加しており、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。

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

(1) 救命救急医療機関等から在宅復帰までの切れ目のない医療介護連携体制づくり

急性期を脱した後、適切な医療機関で必要な医療やケアを受けて日常生活機能を回復させることや、退院後の環境整備など、在宅復帰に向けた支援が必要です。

(2) 回復期病床

医療機関間の機能分化及び連携を進めるとともに、不足している回復期病床への転換を進める必要があります。

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、次の指標を設定します。

区分	指標名	現状値	目標値	出典等
O	心肺機能停止患者の一か月後の生存率	[R4] 10.0%	[R11] 14.4%以上	総務省消防庁「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
O	心肺機能停止患者の一か月後社会復帰率	[R4] 7.1%	[R11] 11.2%以上	総務省消防庁「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
O	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	[R4] 4.1%	[R11] 3.0%以下	総務省消防庁「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。
O	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	[R4] 80.5%	[R11] 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
O	救急要請から医療機関に収容までの平均時間	[R4] 45.5 分	[R11] 40.2 分以下	総務省消防庁 「救急・救助の現況」

アウトカム指標を押し上げる指標として、次の指標を設定します。

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きます。

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	[R4] 1.36 件	[R11] 1.36 件以上	総務省消防庁 「救急・救助の現況」
P	救命救急センターの充実度評価Ｓ及びＡの割合	[R4] 100%	[R11] 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	[R4] 1 回	[R11] 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）	[R3] 225 件	[R11] 289 件以上	厚生労働省 「救急医療提供体制の現況調べ」
S	医師届出票（11）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	[R2] 2.5 人	[R11] 3.1 人	厚生労働省 「医師・歯科医師・薬剤師統計」
S	特定集中治療室のある病院の 10 万人あたり病床数	[R2] 4.1 床	[R11] 5.0 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

①　救急医療の啓発

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、住民に対して、健康づくりに努め、日頃から近隣住民との助け合い関係を築き、かかりつけ医を持つとともに、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、周知・啓発を行います。

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（「救急安心センター事業（#7119）」）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、一般財団法人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、県民に対する受講促進に向けた取組を強化し、既講習受講者への新興感染症に対応する新たな実施方針の周知を促進します。

(2) 居宅・介護施設の高齢者の救急医療

患者や家族や救急・医療・介護等の関係者が、人生の最終段階においてどのような医療・ケアを望むかについて日頃から話し合うことを促し、自ら意思に沿った救急医療を受けられるような環境整備を進めます。

※ＡＣＰ（アドバンス・ケア・プランニング）に関しては、第３節「１　医療介護連携等の構築及び推進」及び「６　人生の最終段階における自己決定」にて記載

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) 救急医療機関における傷病者の受入体制の確保

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) 救急医療に係る情報提供・救急搬送支援

救急医療情報ネットワークシステムによる県民への医療情報の提供は、急病で病院を探す初期救急の場面において有効であることから、国の全国統一情報提供システム（医療情報ネット）へ移行し、提供を継続していきます。

課題となっている救急搬送時の救急隊への支援機能については、従来の救急医療機関による応需情報に変わる新たなニーズへ対応するため開始した実証実験の成果を踏まえ、救急搬送業務のデジタル化等、業務の迅速化や効率化に向けた検討を行うとともに、実証実験で得られるデータを基に、円滑な搬送や受入体制の確保について検討していきます。

(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していきます。

全国的にドクターカーの活用が広まり、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

①　傷病者の適切な救急搬送

救急業務デジタル化を通じて、傷病者の容態等を迅速かつ視覚的に救急隊と救急医療機関とで情報共有することで、適切な医療機関への搬送を図ります。

②　救急医療体制

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。

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。

また、地域の実情に即した二次救急医療体制の現状・課題の整理及び対策を検討する圏域ごとの会議体・協議体を通じて解決を図ります。

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、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。

また、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や、質及び応需率の更なる向上に向けた新たな取組を検討し、救急医療体制の維持・確保に取り組みます。

③　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。

④　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たさないよう、「救急安心センター事業（#7119）」の県内対応エリアの拡充や広報等、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を受け入れる医療機関や介護施設等との連携強化を図り、地域における機能分化・連携の協議を進めていきます。

⑤　新興感染症の発生・まん延時における救急医療

救急医療機関が、通常の救急患者に対しても適切な医療を提供できるよう、第二次救急医療機関や第三次救急医療機関及び地域全体において対応できる体制づくりを進め、感染症対策との両立を図ります。

(2) 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等の緊急な医療を必要とするすべての精神障害者が、迅速かつ適切な医療を受けられるよう、精神科救急医療と一般救急医療等との連携も含めた医療体制の構築に努めます。

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

夜間に軽症患者を受け入れる医療提供体制を引き続き確保するとともに、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在宅復帰までの切れ目のない医療介護連携体制づくり

急性期を脱した後には、適切な医療機関において必要な医療やケアを受けて日常生活機能を回復させることや、退院後の環境整備など、在宅復帰に向けた支援が必要です。

このため、救命救急医療機関と回復期医療機関、在宅医療・介護関係機関の円滑な連携・協力により、発症から在宅復帰までの切れ目のない医療介護提供体制の確保を進めます。

具体的には、退院時カンファレンスを実施できる体制整備を促進するとともに、在宅療養を支える医療・介護関係者の多職種連携により、必要な情報共有や顔のみえる関係づくりを推進します。

※在宅医療に関しては、第３節「１　医療介護連携等の構築及び推進」にて記載

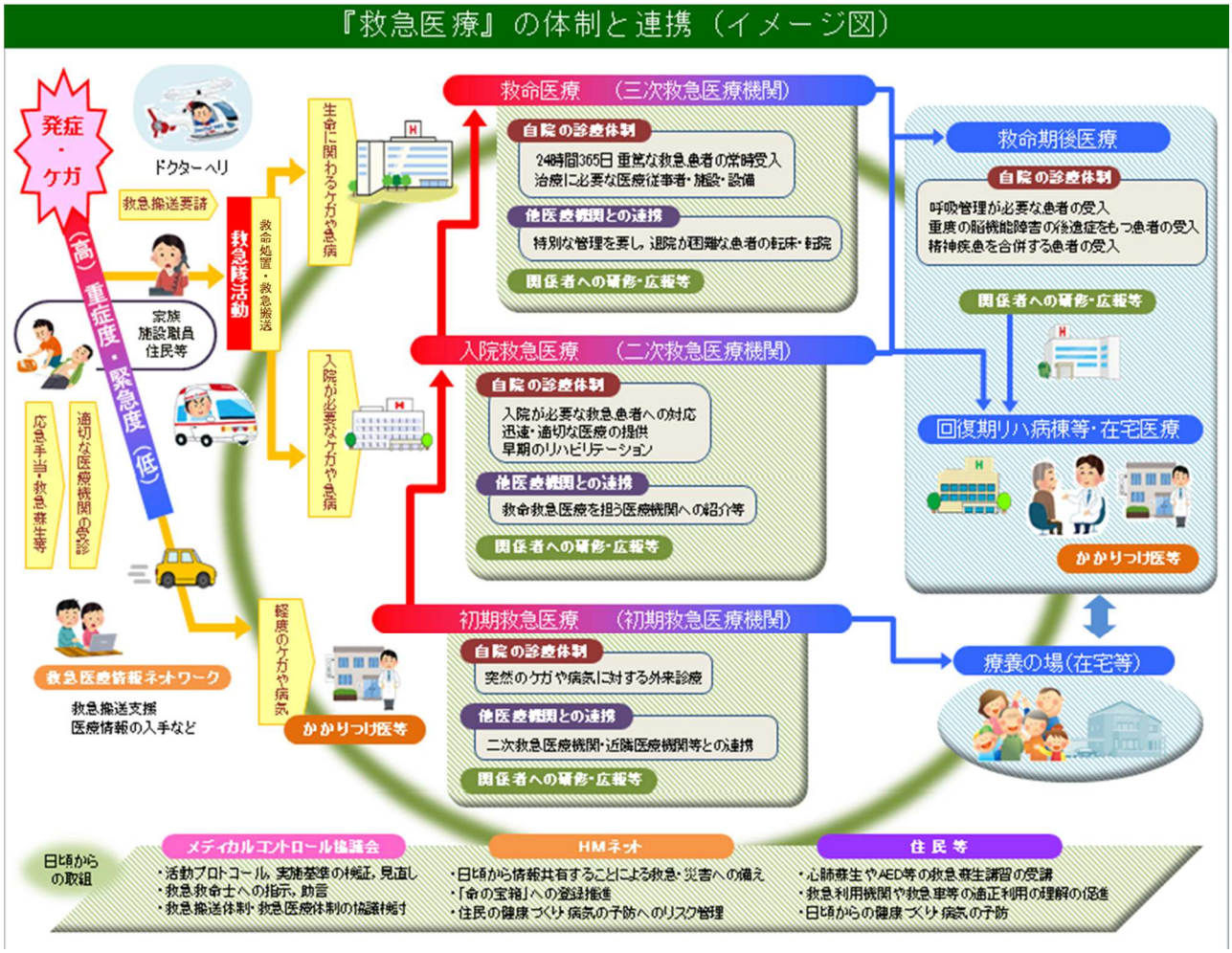
(2) 回復期病床

現在の地域医療構想の最終年である令和７（2025）年を目指し、全ての医療機関で対応方針を策定し、機能分化・連携の協議を進めていくとともに、地域医療総合確保基金を活用した回復期病床への転換を促進します。

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】		【初期救急医療】	【入院救急医療】	【救命医療】	【救命後の医療】
機能	医療機関の受診や救急車の要請の相談に対応	病院前救護活動	初期救急医療を担う医療機関	入院を要する救急医療を担う医療機関（第二次救急医療）	救命救急医療機関（第三次救急医療）	救命救急医療機関等からの転院受入れ
ポイント	①患者又は周囲の者が、必要に応じて、居住している地域にかかわらず、速やかに電話相談窓口等への相談できること ②電話相談の実施により、適切かつ速やかな救急要請又は適切な医療機関への受診が行われること	①患者又は周囲の者が、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 ②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 ③実施基準の運用や、空床情報等のデータ共有による医療の見える化により、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 ④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	①患者の状態に応じた適切な救急医療を提供すること	①24時間365日、救急搬送の受入れに応じること ②患者の状態に応じた適切な救急医療を提供すること	①24時間365日、救急搬送の受入れに応じること ②患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	①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 ②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	・都道府県	・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 ・地域の救急医療関係者	・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もの） ・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	・救命救急センター	・療養病床を有する病院 ・精神病床を有する病院 ・回復期リハビリテーション病棟を有する病院 ・地域包括ケア病棟を有する病院 ・診療所（在宅医療等を行う診療所を含む。） ・訪問看護事業所
医療機関等に求められる事項	【都道府県】 ①全ての地域の住民が、質の高い相談窓口のサービスを受けられるよう、電話相談窓口等の整備や周知を実施すること	【住民等】 ①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 ②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、又は適切な医療機関を受診すること ③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 ④人生の最終段階においてどのような医療・ケアを望むかについて日頃から話し合うこと 【消防機関の救急救命士等】 ①住民等に対し、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 ②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 ③搬送先の医療機関の選定に当たっては、実施基準や医療機関とのデータ共有等により、事前に各救命救急医療機関の専門性や空床情報等を把握すること ④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ールに則し、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 ⑤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 ⑥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 【メディカルコントロール協議会】 ①救急救命士等の行う処置や、疾患に応じた活動プロトコールを策定し、事後検証等によって随時改訂すること ②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ールを策定し、事後検証等によって随時改訂すること ③医師から救急救命士に対する直接指示・助言する体制が確立されていること ④救急救命士等への再教育を実施すること ⑤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 ⑥ドクターヘリや消防防災ヘリコプター等の活用に際しては、関係者の連携について協議する場を設け、ドクターヘリが同時に要請された際や、都道府県協付近の患者からの要請時における都道府県境を越えた隣接都道府県との広域連携を含め、効率的な運用を図ること ⑦ドクターカーについて、厚生労働省が実施する調査や、調査に基づき作成されたマニュアルを参考にしながら、救急医療提供体制の一部として、より効果的に活用すること ⑧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 ⑨必要に応じて年間複数回以上協議会を開催すること 【地域の救急医療関係者】 ①医療関係者、介護関係者は、地域包括ケアシステムやＡＣＰ（アドバンス・ケア・プランニング）に関する議論の場等において、患者の希望する医療・ケアについて必要な時に確認できる方法について検討すること ②自治体や医療従事者等は、患者や家族等が、人生の最終段階においてどのような医療・ケアを望むかについて日頃から話し合うよう促すこと ③ＡＣＰに関する議論や救急現場における心肺蘇生を望まない心肺停止患者への対応方針等は、例えば、救急医療の関係者や地域包括ケアの医療・介護関係者、消防関係者等地域の関係者がそれぞれ実施する会議を合同で開催することなどにより、地域の実情に応じ地域の多様な関係者が協力して検討すること	①救急医療の必要な患者に対し、外来診療を提供すること ②休日・夜間急患センターの設置や在宅当番医制などにより、地域で診療の空白時間が生じないように努めること ③病態に応じて速やかに患者を紹介できるよう、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 ④休日・夜間に対応できる薬局と連携していること ⑤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	①救急医療について相当の知識及び経験を有する医師・看護師が常時診療等に従事していること ②その他、医療関係職種が必要に応じて診療の補助業務に対応できること ③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 ④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 ⑤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 ⑥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 ⑦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 ⑧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 ⑨第三次救急医療機関や、回復期病床・慢性期病床を有する医療機関等と、患者を受け入れる際に必要な情報や受入可能な時間帯、搬送方法等についてあらかじめ共有しておくこと ⑩高次の医療機関からの転院搬送を行う場合には、医療機関が所有する搬送用車両等を活用すること ⑪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 ⑫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 ⑬救急医療提供体制の機能向上のため、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、救急救命士等、多職種へのタスク・シフト/シェアを含め、地域の実情に応じて、救急外来に携わる多職種の業務分担や効率化を進めること ⑭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 ⑮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	①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 ②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 ③救急医療について相当の知識及び経験を有する医師（日本救急医学会が認定する救急科専門医等）・看護師が常時診療等に従事していること ④その他、医療関係職種が必要に応じて診療の補助業務に対応できること ⑤高度救命救急センター等の地域の基幹となる救急医療機関は、平時から、重症外傷等の特に高度で専門的な知識や技術を要する患者へ対応可能な医師・看護師等の人材の育成・配置、院内の体制整備を行い、地域における重篤患者を集中的に受け入れる役割を担う。また、厚生労働省が実施する外傷外科医等養成研修事業を活用して、テロ災害発生時等における銃創や爆傷等にも対応ができる体制を構築すること。 ⑥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 ⑦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 ⑧急性期のリハビリテーションを実施すること ⑨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、特別な管理が必要な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 ⑩第二次救急医療機関や、回復期病床・慢性期病床を有する医療機関等と、患者を受け入れる際に必要な情報や受入れ可能な時間帯、搬送方法等についてあらかじめ共有しておくこと ⑪高次の医療機関からの転院搬送を行う場合には、医療機関が所有する搬送用車両等を活用すること ⑫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 ⑬ＤＭＡＴ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 ⑭災害時に備え、災害拠点病院と同様に自家発電機（備蓄する燃料を含む。）、受水槽（備蓄する飲料水を含む。）の保有が望ましい ⑮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 ⑯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 ⑰救急医療提供体制の機能向上のため、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、救急救命士等、多職種へのタスク・シフト/シェアを含め、地域の実情に応じて、救急外来に携わる多職種の業務分担や効率化を進めること ⑱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 ⑲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	①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 ②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 ③救急医療機関等の地域の医療機関と、患者を受け入れる際に必要な情報や受け入れ可能な時間帯、搬送方法等についてあらかじめ共有しておくこと ④高次の医療機関からの転院搬送を行う場合には、医療機関が所有する搬送用車両を活用すること ⑤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 ⑥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 ⑦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 ⑧通院困難な患者の場合、薬局、訪問看護事業所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 ⑨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などして連携していること ⑩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、大規模な事故などによる災害（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

①　地震

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月の熊本地震では、死者 273 名、負傷者 2,809 名の被害が生じました。

②　風水害等

近年、短時間強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。広島県内では、特に、平成 26（2014）年８月の広島土砂災害では死者 77 名（災害関連死として認定された３名を含む。）、負傷者 68 名の被害が生じ、更に、平成 30（2018）年７月豪雨では死者 152 名（災害関連死として認定された 43 名を含む。）、負傷者 147 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や、風水害などを想定し、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　医療救護活動体制の現状

(1) 連携体制

「広島県地域防災計画（基本編・震災対策編）」（昭和 38（1963）年策定）及び「広島県地域防災計画（南海トラフ地震防災対策推進計画）」（昭和 55（1980）年策定）においては、大規模災害が発生した場合に、迅速かつ適切な医療救護活動等を実施するため、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。

本県では、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、中国・四国各県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が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、保健医療福祉調整本部等において助言等を行う、災害医療コーディネーター、災害時小児周産期リエゾン及び災害薬事コーディネーターを委嘱等しています。

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) 圏域における災害対応

災害時に、円滑に医療救護活動を実施するためには、地域の実情に応じた医療資源の投入が必要であることから、平時から関係機関の連携を深めるため、災害拠点病院と地域の二次救急医療機関及び地区医師会、日本赤十字社等の医療関係団体による訓練等を実施しています。

(4) 災害時の情報把握

災害時における医療機関の被害情報等を一元的に収集・提供し、関係者間で情報を共有する「広域災害・救急医療情報システム（ＥＭＩＳ）」が国において整備されています。

当該システムを有効に活用するため、入力訓練や研修等を実施し、災害時に迅速かつ適切に被害情報等を集約・活用できる体制の構築に努めています。

さらに、県及び全ての災害拠点病院に、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、保健師、看護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。

(6) 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。

(7) 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）での対応に必要な知識を習得するため、医療従事者や防災業務従事者への研修を実施しています。

３　災害拠点病院等の医療機関の体制

(1) 災害拠点病院・災害派遣医療チーム（ＤＭＡＴ）

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、令和５（2023）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 18 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。

また、被災しても、早期に診療機能を回復できるよう、全ての災害拠点病院において業務継続計画（ＢＣＰ）を策定し、災害への備えを行っています。

本県では、ＤＭＡＴを、令和５（2023）年４月現在、31 チーム登録しています。

ＤＭＡＴは、広島県ＤＭＡＴ調整本部又は被災地内の災害拠点病院等に設置されるＤＭＡＴ活動拠点本部等に参集し、医療救護活動を行います。

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。

(2) 災害拠点病院以外の病院

災害拠点病院以外の病院は、災害時に自院にいる患者への診療を継続するために、平時から防災対策を行い、災害時には災害拠点病院とともに、その機能や地域における役割に応じた医療の提供を行います。

災害時にも診療機能を継続できるよう、事前に必要な資源の確保・配分や必要な対策をまとめたＢＣＰの策定が進められており、本県では、令和５（2023）年４月現在、約 36%の病院において策定済、約 33%の病院において策定中となっています。

(3) 災害拠点精神科病院・ 災害派遣精神医療チーム（ＤＰＡＴ）

精神科病院等が被災し甚大な被害を受けた場合に、精神疾患を有する患者の受入れや一時的避難場所としての機能を有する災害拠点精神科病院を令和２（2020）年３月に県内に１か所指定し、災害時に安定した精神医療を提供できる体制を確保しています。

また、令和元（2019）年度より、各精神科病院における平時の備え（自助）の状況や共助のための緊急連絡先等の情報を共有する取組を実施しています。

本県では、平成 25（2013）年度に、災害派遣精神医療チーム（ＤＰＡＴ）を創設し、令和５（2023）年４月現在、21 チーム登録しており、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。

(4) 災害時の透析医療

災害時に透析医療機関に対する迅速な支援が行えるよう、平時から透析医療機関の施設用水の使用量や受水槽の有無などの施設情報の把握に努めています。

また、広島県透析連絡協議会との連携により、災害時における透析医療機関の被害情報の収集や施設情報を基に、被災した透析医療機関に対する支援等を行います。

４　指標による現状把握

区分	指標名	７次計画目標値	現状値	出典
S	ＤＭＡＴのチーム数	[R5] 36 チーム	[R4] 31 チーム	県健康福祉局調べ
S	病院におけるＢＣＰの策定率(災害拠点病院を除く)	[R4] 100%	[R4] 36.3%	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	[R5] 60 人	[R4] 64 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	[R5] 15 人	[R4] 17 人	県健康福祉局調べ
P	ＥＭＩＳ等の操作を含む訓練･研修を実施した二次保健医療圏の数	[R5] ７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	[R5] 100%	[R4] 74%	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	[R5] ８回	[R4] 14 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

課　題

１　医療救護活動体制の強化

(1) 連携体制

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。

災害急性期以降においても、災害関連死を防ぐためのリハビリ支援など、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) 災害時の医療救護体制

大規模災害時に、様々な保健医療活動チームが円滑な連携のもと、医療救護活動を行っていくため、それぞれの役割の明確化、連携体制の確認、顔の見える関係の構築について、継続的な訓練など通じて維持・強化を図る必要があります。

(3) 圏域における災害対応

災害時において、地域の実情に応じた医療資源の投入を行うためには、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、地域災害医療コーディネーターなどとの連携による訓練等を実施する必要があります。

(4) 災害時の情報把握

災害時には、ＥＭＩＳを通じて、全国で被災情報等を共有することとしています。

また、医療機関を対象とした入力訓練などにより、ＥＭＩＳの認知度及び操作の習熟度は高まっていますが、入力操作の経験の少ない医療機関もあることから、災害時に医療資源を適切に配分できるよう、継続的な研修・訓練を行う必要があります。

(5) 広島県災害時公衆衛生チーム

新型コロナウイルス感染症の流行期間中は、必要な知識の習得及び技術向上を図る研修が実施できなかったため、活動マニュアル等の再確認を含めた研修を実施する必要があります。

(6) 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。

(7) 特殊災害への対応

特殊災害では、通常の大規模な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、必要な知識の習得や医療従事者と防災業務従事者の連携体制の強化が必要です。

２　災害拠点病院等の医療機関の体制強化

(1) 災害拠点病院・災害派遣医療チーム（ＤＭＡＴ）

災害拠点病院は、災害発生時に、被災地内の傷病者等の受入れや搬出等を円滑に行うため、整備されたＢＣＰに基づき、地域の二次救急医療機関及び医師会、日本赤十字社等と定期的な訓練を行うとともに、災害時に地域の医療機関への支援を行うための体制を整備する必要があります。

また、浸水想定区域又は津波災害警戒区域に立地する災害拠点病院においては、浸水対策を推進する必要があります。

令和４（2022）年度までの直近５年間で 69 人のＤＭＡＴ隊員を養成したものの、所属医療機関の配置転換や退職による欠員等により、ＤＭＡＴチーム数は５年間で２チームの増加にとどまっています。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懸念されます。

養成したＤＭＡＴの技能維持・向上を図るため、関係機関と連携した実践的な訓練を行う必要があります。

(2) 災害拠点病院以外の病院

災害発生時には、災害拠点病院とともに、その機能や地域における役割に応じた医療の提供を行う必要があり、そのためには、ＢＣＰの策定を促進するとともに、災害時の医療救護活動への理解の促進を図り、地域における連携体制を構築する必要があります。

(3) 災害拠点精神科病院・災害派遣精神医療チーム（ＤＰＡＴ）

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場合があるためＤＰＡＴを整備していますが、平成 30（2018）年７月豪雨のような広域大規模災害においては、被災地域の情報収集や被災病院の支援のため、ＤＰＡＴ活動拠点本部や病院支援指揮所等の医療本部の設置が必要であり、これらの本部の運営を行える人材を育成する必要があります。

また、実災害において、迅速に活動が行えるよう、より実践的な訓練・演習等を通じて、隊員のスキルアップを図っていく必要があります。

(4) 災害時の透析医療

透析の診療には、大量の水と電気を必要とすることから、災害時にＥＭＩＳ等により透析医療機関の被害情報を迅速に収集するとともに、診療継続のため、応急給水や自家発電機への給油及び被災地域外での透析患者の受入等の調整を行う必要があります。

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	ＤＭＡＴのチーム数	[R4] 31 チーム	[R11] 43 チーム	県健康福祉局調べ
S	病院におけるＢＣＰの策定率(災害拠点病院を除く)	[R4] 36.3%	[R7] 100%	県健康福祉局調べ
P	ＥＭＩＳの緊急時入力訓練を含む訓練・研修に参加した病院の割合	[R5] 82.9%	[R7] 100%	県健康福祉局調べ
P	圏域単位の災害対応訓練･研修に参加した病院の割合	[R5] 48.5%	[R8] 100%	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	[R4] 74%	[R8] 100%	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

(1) 連携体制

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。

(2) 災害時の医療救護体制

大規模災害が発生した場合に、保健医療福祉調整本部を中心とした迅速かつ適切な医療救護活動を実施するため、ＤＭＡＴ、日本医師会災害医療チーム（ＪＭＡＴ）、日本赤十字社の救護班、ＤＰＡＴ、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福祉活動を行うチーム等との定期的な訓練を実施し、連携体制を構築します。

(3) 圏域における災害対応

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、地域災害医療コーディネーターや災害薬事コーディネーターを配置するとともに、平時からの訓練・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する体制を整備します。

(4) 災害時の情報把握

全県又は圏域単位の研修・訓練等を通じ、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。

(5) 広島県災害時公衆衛生チーム

災害時に迅速かつ適切な公衆衛生活動を行い、被災者の多様なニーズに対応するために、協定を締結している職能団体及び保健所職員等に対して、必要な知識の習得及び技術向上を図る研修を継続的に実施します。

(6) 広域医療搬送等

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、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。

(7) 特殊災害への対応における災害対応

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研修・訓練等を実施し、医療従事者と防災業務従事者との連携強化に努めます。

２　災害拠点病院等の医療機関の体制強化

(1) 災害拠点病院・災害派遣医療チーム（ＤＭＡＴ）

すべての災害拠点病院において、災害発生時に診療機能を維持又は早期回復させるため、ＢＣＰに基づいた訓練・研修を実施します。

また、大規模災害時にライフラインが途絶した場合に、迅速な応急復旧を行えるよう、平時からライフライン事業者との訓練・研修を実施します。

災害拠点病院は、自院の浸水による被害を軽減するため、地域と連携して止水対策を含む浸水対策を実施します。

ＤＭＡＴチーム数の増加に向けて、国が実施するＤＭＡＴ養成研修を通じて、積極的にＤＭＡＴ隊員数の養成を図るなど、チーム数の拡充に取り組むとともに、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。

(2) 災害拠点病院以外の病院

病院におけるＢＣＰの策定を促進するため、引き続き、ＢＣＰの策定研修を実施するとともに、圏域単位で開催する災害対応研修の開催を通じ、地域における医療機関の役割や他機関との連携体制の構築に向けた支援を行います。

(3) 災害拠点精神科病院・災害派遣精神医療チーム（ＤＰＡＴ）

精神科病院等が被災し甚大な被害を受けた場合に備え、精神科病院間において、緊急連絡先の共有などを通じた共助の取組を継続実施するとともに、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た相互支援体制を整備し、疾患特性を考慮した移送、医薬品及び食料等の支援など、入院患者のみならず、地域で精神科医療を必要とする人への支援体制を構築します。

また、ＤＰＡＴ活動拠点本部や病院支援指揮所等の本部運営を行う、ＤＰＡＴ先遣隊の養成を推進します。

(4) 災害時の透析医療

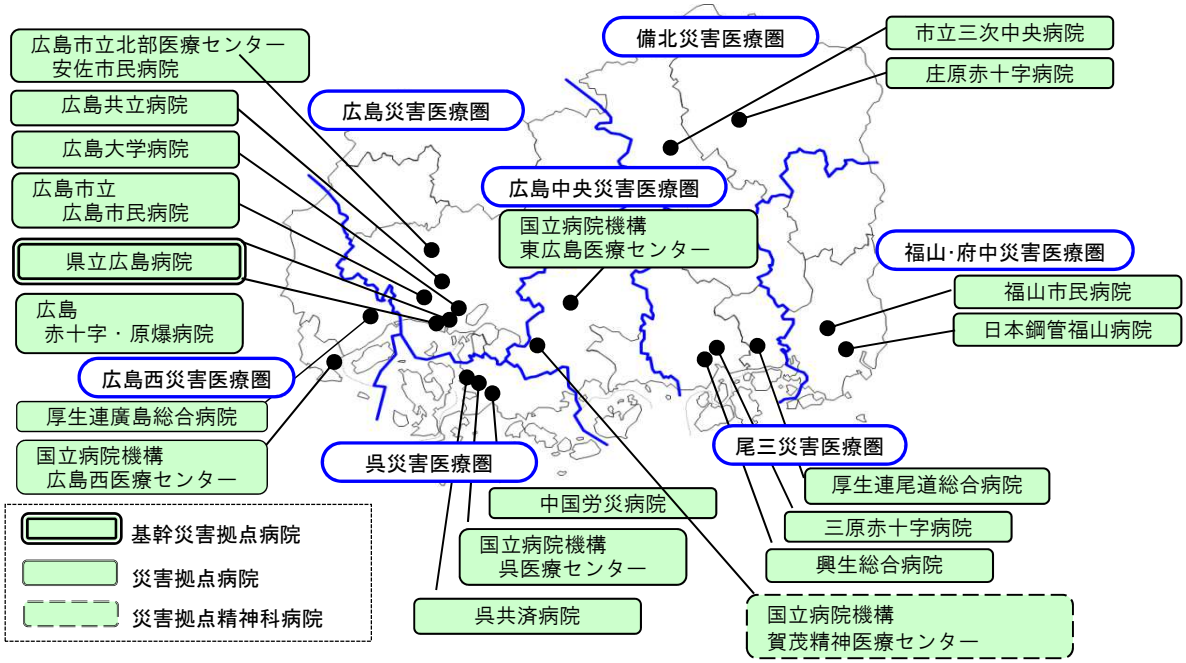
災害時に、透析医療機関の被害情報を迅速に把握し、必要な支援を行うため、広島県透析連絡協議会と連携したＥＭＩＳを含めた訓練や研修を行います。

また、透析医療機関の施設情報についても、随時、更新を行います。

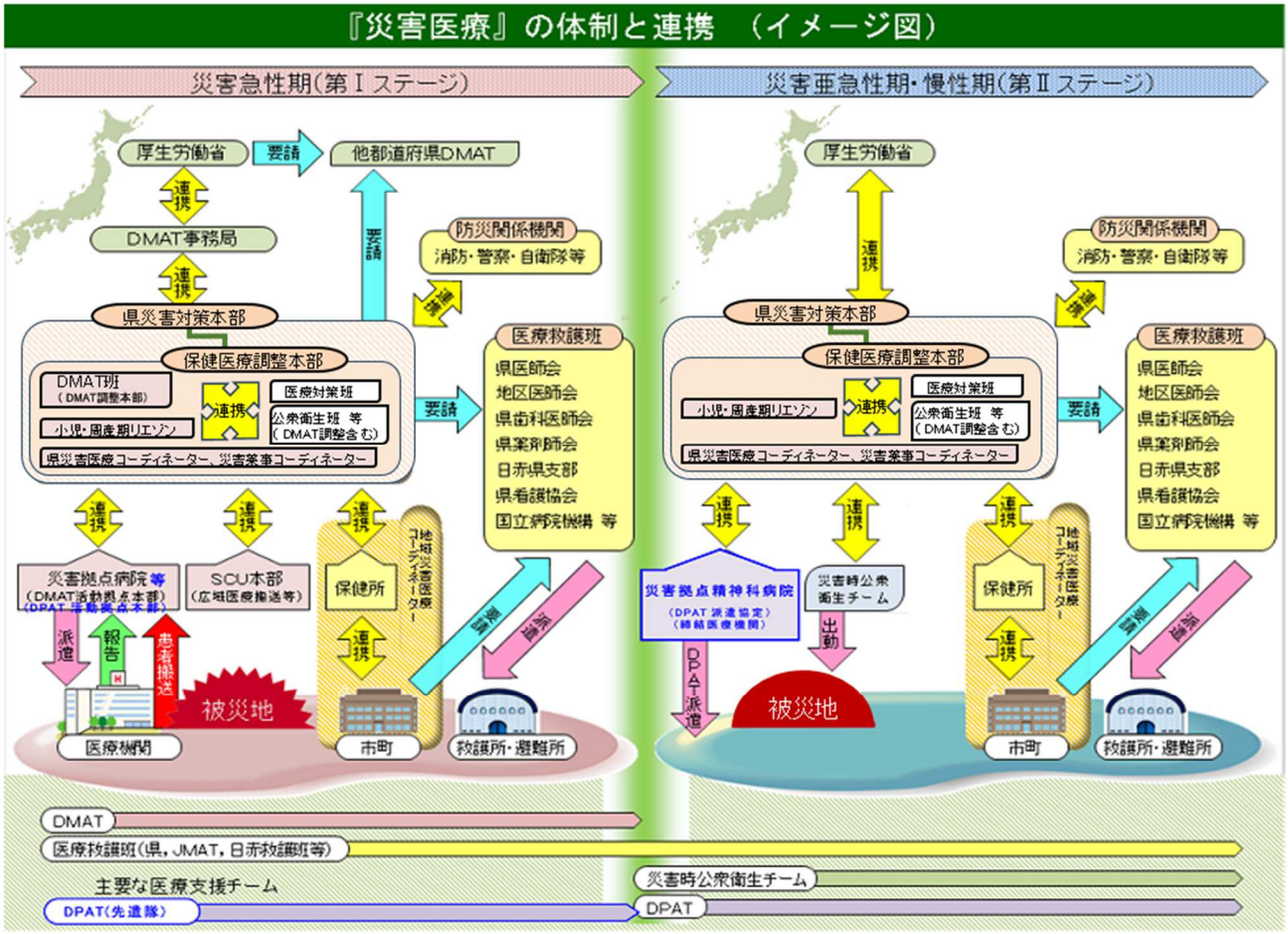
医療連携体制

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	県
	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	・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な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、早期に診療機能を回復できるよう、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	・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な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、早期に診療機能を回復できるよう、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	・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、早期に診療機能を回復できるよう、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	・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、早期に診療機能を回復できるよう、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	・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	○災害医療を提供する上で中心的な役割を担うこと 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、通常時の６割程度の発電量のある自家発電機を保有し、３日分程度の備蓄燃料を確保していること 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、少なくとも３日分の水の確保に努めること ⑦浸水想定区域又は津波災害警戒区域に所在する場合は、風水害が生じた際の被害を軽減するため、止水板等の設置による止水対策や自家発電機等の高所移設、排水ポンプ設置等による浸水対策を講じること ⑧飲料水・食料、医薬品、医療機材等を３日分程度備蓄していること。加えて、飲料水・食料、医薬品、医療機材、燃料等は、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 ⑨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 ⑩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 ⑪ＥＭＩＳ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を事前に決めておき、訓練を行うことでその使用方法に精通していること ⑫複数の災害時の通信手段を確保するよう努めること ⑬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・訓練を実施すること ⑭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、保健所、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	○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 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、通常時の６割程度の発電量のある自家発電機を保有し、３日分程度の備蓄燃料を確保していること 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、少なくとも３日分の水の確保に努めること ⑦浸水想定区域又は津波災害警戒区域に所在する場合は、風水害が生じた際の被害を軽減するため、止水板等の設置による止水対策や自家発電機等の高所移設、排水ポンプ設置等による浸水対策を講じること ⑧飲料水・食料、医薬品、医療機材等を３日分程度備蓄していること。加えて、飲料水・食料、医薬品、医療機材、燃料等は、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 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を事前に決めておき、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・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、保健所、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	○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 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重症の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浸水想定区域又は津波災害警戒区域に所在する場合は、風水害が生じた際の被害を軽減するため、止水板等の設置による止水対策や自家発電機等の高所移設、排水ポンプ設置等による浸水対策を講じること ⑧飲料水・食料、医薬品、医療機材等を３日分程度備蓄していること。加えて、飲料水・食料、医薬品、医療機材等は、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 ⑨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 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を事前に決めておき、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・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、保健所、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	○災害時には災害拠点病院とともに、その機能や地域における役割に応じた医療の提供に努めること 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・訓練を実施すること ②診療に必要な施設の耐震化や自家発電機の整備、燃料の備蓄等を含めた必要な防災対策に努めること ③ＥＭＩＳ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 ④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 ⑤浸水想定区域又は津波災害警戒区域に所在する場合は、風水害が生じた際の被害を軽減するため、止水板等の設置による止水対策や自家発電機等の高所移設、排水ポンプ設置等による浸水対策を講じるよう努めること	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精神疾患を有する患者、障害者、小児、妊婦、透析患者等、特に災害時においても配慮を有する被災者に対応できる体制構築を検討すること ④都道府県間での相互応援協定の締結に努めること ⑤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 ⑥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で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 ⑦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 ⑧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　新興感染症発生・まん延時における医療対策

現　状

1　新興感染症発生・まん延時における医療の現状

(1) 新型コロナウイルス感染症への対応

新型コロナウイルス感染症（以下この項において「新型コロナ」という。）に対応する医療提供体制については、「保健・医療提供体制確保計画」等を策定し、病床確保や発熱外来の確保等を進めてきたところです。

他方で、感染拡大による急速な医療ニーズの増大に直面し、それぞれの地域において、通常医療との両立を含め機能する保健医療提供体制を早急に構築することが求められる中で、平時から入院・外来・在宅にわたる医療機能の分化・強化と連携を図ることにより、地域医療全体を視野に入れて必要な医療を連携やネットワークにより提供していくことの重要性が改めて認識されました。

(2) 新興感染症の医療提供体制

新型コロナ対応の教訓を踏まえ、限られた医療資源が適切に配分されるよう、各地域で平時より、医療機能の分化、感染症発生・まん延時の役割の明確化を図るとともに、健康危機管理を担当する医師及び看護師を養成してネットワーク化しておくことや実践的な訓練をはじめとした平時からの備えを確実に行うことにより、感染症危機事案発生時に医療機関、薬局、医師、薬剤師や看護師等の行動がその役割に沿って確実に実行されるよう、県と医療機関で平時に協定を締結する仕組み等が法定化されました。

課　題

1　新興感染症患者等に必要な医療を提供する人材の確保

感染症患者の入院医療の中核的役割を担う感染症指定医療機関や新興感染症等の診療（主に外来診療）や疫学調査に協力可能な感染症協力医療機関だけでは、新型コロナ患者等の入院や診療等を受けきれず、一般の病院が通常医療を制限してでも病床確保をすることや地域の医療機関においても、診療・検査医療機関として疑似症患者等の診療を行う必要が生じましたが、医療従事者の感染防護策に関する研修・訓練などの準備が行われていなかったため、新型コロナ患者等に医療を提供する人材が不足し、体制の立ち上げに時間がかかりました。

そのため、健康危機管理を担当する医師や看護師等の医療従事者を養成してネットワーク化しておくことや実践的な訓練をはじめとした平時からの備えを確実に行っておく必要があります。

2　新興感染症の医療提供体制の確保

(1) 新興感染症患者を入院させ、必要な医療を提供する機能（病床確保）

新興感染症の発生時から中心となって対応する感染症指定医療機関について、第二種感染症指定医療機関が基準病床数 34 床に対して 28 床と基準に達していない状況であり、尾三医療圏においては、第二種指定医療機関を設置できていない状況のため、早急に整備する必要があります。

また、新型コロナ患者の入院医療を提供する必要が生じた一般の病院においては、そうした事態を想定した入院調整や救急搬送、院内ゾーニング等の感染防護策などの準備を行っていなかったため、体制の立ち上げに時間を要したり、対応そのものが困難な医療機関がありました。

そのため、感染症発生・まん延時においても、重症者や特に配慮が必要な患者（精神疾患を有する患者や妊産婦、小児、透析患者等）を含む新興感染症の患者が必要な場合に確実に入院ができるよう、体制を確保する必要があります。

(2) 新興感染症の疑似症患者等の診療を行う機能（発熱外来）

診療・検査医療機関として新型コロナの疑似症患者等の診療を行う必要が生じた地域の医療機関においては、そうした事態を想定した院内ゾーニング等の感染防護策などの準備を行っていなかったため、体制の立ち上げに時間を要したり、対応そのものが困難な医療機関がありました。

そのため、感染症発生・まん延時においても、新興感染症の疑似症患者等の診療等を確実に行えるよう体制を整備する必要があります。

図表 2-2-8　感染症指定医療機関・感染症協力医療機関一覧

令和６（2024）年　月　日現在

種　別	医療圏名	感染症指定医療機関名 （病床数）	感染症協力医療機関名
第一種	県内	国立大学法人広島大学病院（２）	
第二種	広島	地方独立行政法人広島市立病院機構 広島市立舟入病院（16）	県立広島病院、済生会広島病院、 国家公務員共済組合連合会吉島病院、 広島県厚生農業協同組合連合会 吉田総合病院、 地方独立行政法人広島市立病院機構 広島市立北部医療センター安佐市民病院
	広島西		広島県厚生農業協同組合連合会 廣島総合病院、 独立行政法人国立病院機構 広島西医療センター
	呉		独立行政法人国立病院機構 呉医療センター、 国家公務員共済組合連合会呉共済病院、 独立行政法人労働者健康福祉機構 中国労災病院
	広島中央	独立行政法人国立病院機構 東広島医療センター（４）	独立行政法人国立病院機構 東広島医療センター（再掲）、 県立安芸津病院
	尾三	（未定）	総合病院三原赤十字病院、 尾道市立市民病院
	福山・府中	福山市民病院（６）	福山市民病院（再掲）
	備北	総合病院庄原赤十字病院（２）	市立三次中央病院、 総合病院庄原赤十字病院（再掲）

(3) 居宅又は高齢者施設等で療養する新興感染症患者に対し医療を提供する機能（自宅療養者等への医療の提供）

新型コロナ発生前までは、新興感染症の患者は入院医療が前提となっており、自宅療養者等に対する医療の提供の仕組みがなかったため、電話・オンライン診療、往診、医薬品対応や訪問看護等体制の立ち上げに時間がかかりました。

そのため、新興感染症の患者のニーズに合った医療提供体制を迅速に構築できるよう平時から準備しておく必要があります。

また、新興感染症発生・まん延時においても、在宅療養患者等に対する口腔の管理は重要であるため、地域の実情を踏まえた歯科保健医療提供体制を構築する必要があります。

(4) 新興感染症患者以外の患者に対し医療を提供する機能（後方支援）

新型コロナの入院患者を受け入れる入院医療機関の逼迫を解消するため、入院患者の転院や後方支援医療機関での受け入れが試行されましたが、医療機関間の病態に応じた役割分担が不十分であったことや患者・家族の理解、病院スタッフの理解の難しさなど多様な要因により、必ずしもスムーズに行われなかったため、各地域で平時より、医療機能の分化、感染症発生・まん延時の役割の明確化を図る必要があります。

(5) 新興感染症に対応する医療従事者を確保し、医療機関その他の機関に派遣する機能（医療人材派遣）

広島県感染症・疾病管理センター（以下この項において「ひろしまＣＤＣ」という。）を司令塔とした新興感染症の感染対策及び業務継続を支援するチームを派遣する体制はありましたが、感染症医療を提供する医師等の感染症医療担当従事者を派遣する仕組みは確立されておらず、医療人材の不足等により、感染症医療を維持できない医療機関があったため、県外も含め、迅速に医療人材を派遣調整できる体制を構築する必要があります。

(6) 新興感染症に対応するために必要な個人防護具の備蓄

個人防護具（ＰＰＥ）については、県や一部の医療機関おいて、新型コロナ発生前から備蓄を行っていましたが、特に新型コロナの流行初期に、世界的需要が高まる中で輸入が停滞する等により、大幅に不足したことから、次の新興感染症が発生した際に迅速に対応できるよう、必要なＰＰＥを医療機関を含め備蓄しておく必要があります。

目　標

医療機関や医師等の医療従事者、医師会等の関係団体、県等が連携して、県民が適切に新興感染症医療を受けられる体制を整備します。

区分	指標名	目標値	出典
S	確保病床数	891 床	県健康福祉局調べ
S	確保病床数のうち、流行初期医療確保措置	396 床	県健康福祉局調べ
S	発熱外来数	1,499 機関	県健康福祉局調べ
S	発熱外来数のうち、流行初期医療確保措置	779 機関	県健康福祉局調べ
S	自宅療養者等への医療提供医療機関数	386 機関	県健康福祉局調べ
S	自宅療養者等への医療提供薬局数	810 機関	県健康福祉局調べ
S	自宅療養者等への医療提供訪問看護事業所数	69 機関	県健康福祉局調べ
S	後方支援医療機関数	122 機関	県健康福祉局調べ
S	派遣可能医師数	42 人	県健康福祉局調べ
S	派遣可能看護師数	80 人	県健康福祉局調べ
S	個人防護具を２ヶ月以上確保している医療機関数	1,263 機関	県健康福祉局調べ
S	院内感染対策に関する地域のネットワークに参加している医療機関数	1,510 機関	県健康福祉局調べ
P	年１回以上、新興感染症患者の受入研修・訓練を実施又は外部の研修・訓練に医療従事者を参加させている割合	100%	県健康福祉局調べ

Ｓ：ストラクチャー、Ｐ：プロセス、Ｏ：アウトカム

施策の方向

１　新興感染症患者等に必要な医療を提供する人材の確保

広島県感染症対策連携協議会を活用し、効果的な人材養成の方策を検討するとともに、医療機関等が感染症の診療や院内感染対策等に関する教育を受け、その教育を受けた人材が各医療機関等の従事者などに指導できる体制を確保します。

また、大学、県医師会等の関係団体や医療機関と連携して、感染症の診療や院内感染対策等に関する研修・訓練の機会や人材の養成状況を把握するとともに、その人材を活用できるよう、ひろしまＣＤＣを中心とした体制を整備します。

２　新興感染症の医療提供体制の確保

(1) 新興感染症患者を入院させ、必要な医療を提供する機能（病床確保）

新興感染症発生時から対応する第二種感染症指定医療機関の指定による医療提供体制の整備を図ります。

また、新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表以降に新興感染症の入院を担当とする医療機関と平時に医療措置協定を締結のうえ、第一種協定指定医療機関を指定します。

なお、重症病床や特に配慮が必要な患者（精神疾患を有する患者や妊産婦、小児、透析患者等）の病床についても確保した医療提供体制を整備します。

更に、第一種協定指定医療機関のうち、流行初期から入院対応を行う医療機関とは、その旨の医療措置協定（流行初期医療確保措置）を締結します。

(2) 新興感染症の疑似症患者等の診療を行う機能（発熱外来）

新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表以降に新興感染症の発熱外来を担当とする医療機関と平時に医療措置協定を締結のうえ、第二種協定指定医療機関を指定します。

また、第二種協定指定医療機関のうち、流行初期から発熱外来対応を行う医療機関とは、その旨の医療措置協定（流行初期医療確保措置）を締結します。

(3) 居宅又は高齢者施設等で療養する新興感染症患者に対し医療を提供する機能（自宅療養者等への医療の提供）

新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表以降に新興感染症の自宅療養者等への医療の提供を担当とする医療機関や薬局、訪問看護事業所と平時に医療措置協定を締結のうえ、第二種協定指定医療機関を指定します。

また、自宅療養者に対する口腔健康管理についても、歯科衛生士も活用しながら、必要となる在宅歯科医療や高齢者施設等との連携が円滑に実施できる歯科保健医療提供体制を構築します。

(4) 新興感染症患者以外の患者に対し医療を提供する機能（後方支援）

特に流行初期の感染症患者以外の患者の受入や感染症から回復後に入院が必要な患者の転院の受入を担当とする医療機関と平時に医療措置協定を締結します。

(5) 新興感染症に対応する医療従事者を確保し、医療機関その他の機関に派遣する機能（医療人材派遣）

感染症患者に対する医療を担当する感染症医療担当従事者や感染症の予防及びまん延を防止するための医療提供体制の確保に係る業務に従事する感染症予防等業務関係者の人材を派遣する医療機関と平時に医療措置協定を締結します。

(6) 新興感染症に対応するために必要な個人防護具の備蓄

第一種協定指定医療機関や第二種協定指定医療機関など医療措置協定を締結する医療機関において、必要なＰＰＥを備蓄するよう推進します。

また、県においては、新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づき、新興感染症発生・まん延時にＰＰＥの供給及び流通を的確に行うため、引き続きＰＰＥの備蓄を行うとともに、関係団体との協定等に基づき、確実で安定した物資調達や医療機関等への速やかな供給に努めます。

医療連携体制

平時から関係者間で情報共有やきめ細かい調整、役割分担を行うことによって、連携を図ります。

なお、新興感染症の医療体制に求められる医療機能は、次表のとおりです。医療体制を担う具体的な医療機関等名は、県のホームページに掲載しています。

図表 2-2-9　新興感染症の医療体制に求められる医療機能

	【病床確保】	【発熱外来】	【自宅療養者等への医療の提供】	【後方支援】	【医療人材派遣】
機能	新興感染症患者への入院医療の提供	新興感染症の疑似症患者の診療	居宅や高齢者施設等で療養する新興感染症患者に対する医療の提供や医薬品対応	新興感染症患者以外の患者に対する医療の提供	新興感染症に対応する医療従事者の医療機関その他の機関への派遣
関係機関等	感染症指定医療機関、病院、診療所	病院、診療所	病院、診療所、訪問看護事業所、薬局	病院、診療所	病院、診療所
関係機関等に求められる事項	①新型コロナ対応の重点医療機関の施設要件も参考に、確保している病床であること ②県からの要請後速やかに（２週間以内を目途）即応病床化すること ③関係学会等の最新の知見に基づくガイドライン等を参考に、院内感染対策を適切に実施すること ④流行初期医療確保措置の対象となる協定を締結する医療機関の基準は、次のとおり ・感染症発生・まん延時に入院患者を受け入れる病床を一定数以上確保し継続して対応できること ・新興感染症の発生の公表後、県知事の要請後速やかに即応病床化すること ・病床の確保に当たり影響が生じ得る一般患者への対応について、後方支援を行う医療機関との連携も含め、あらかじめ確認を行うこと ⑤自院の医療従事者への訓練・研修等を通じ対応能力を高めること ⑥重症用病床の確保に当たっては、重症の感染症患者に使用する人工呼吸器等の設備や当該患者に対応する医療従事者の確保に留意すること ⑦重症者病床の確保に伴い、患者の生命に重大な影響が及ぶおそれのある通常医療が制限される場合も考えられることから、後方支援を行う医療機関と連携すること ⑧特に配慮が必要な患者の病床確保に当たっては、国や県から周知等される必要となる配慮等を踏まえること ⑨新興感染症の疑い患者については、その他の患者と接触しないよう、独立した動線等を要することから、新型コロナの対応に当たっての協力医療機関の個室等の施設要件も参考に、病床の確保を図ること （感染症指定医療機関） ①新興感染症についての知見の収集及び分析を行うこと	①新型コロナ対応の診療・検査医療機関の施設要件も参考に、発熱患者等専用の診察室（時間的・空間的分離を行い、プレハブ・簡易テント・駐車場等で診療する場合を含む。）を設けること ②あらかじめ発熱患者等の対応時間帯を住民に周知し、又は地域の医療機関等と情報共有して、発熱患者等を受け入れる体制を有すること ③関係学会等の最新の知見に基づくガイドライン等を参考に、院内感染対策を適切に実施すること ④流行初期医療確保措置の対象となる協定を締結する医療機関の基準は、次のとおり ・流行初期から一定数以上の発熱患者を診察できること ・発生の公表後、県知事の要請後速やかに発熱外来を開始すること ⑤新興感染症医療以外の通常医療を担う診療所も含め、日頃から患者のことをよく知る医師、診療所等と連携すること ⑥地域の診療所が新興感染症医療以外の通常医療を担っている場合は、患者からの相談に応じ発熱外来等の適切な受診先の案内に努めること。その際は、当該患者に対して、自身の基礎疾患等や受けている治療内容、当該診療所での受診歴などの情報を当該受診先に伝えることやお薬手帳を活用することなど助言すること	①関係学会等の最新の知見に基づくガイドライン等を参考に、感染対策を適切に実施すること （病院、診療所） ①必要に応じ、訪問看護事業所や薬局と連携し、また各機関間でも連携しながら、往診やオンライン診療等を行うこと ②自宅療養者等が症状悪化した場合に入院医療機関等へ適切につなぐこと ③救急医療機関と連携すること ④自宅療養者への医療をを行う際は、患者の容態の変化等の場合に迅速に医療につなげるためにも、あわせてできる限り健康観察の協力を行うこと （訪問看護事業所、薬局） ①病院や診療所と連携し、また、各事業所間でも連携しながら、訪問看護や医薬品対応等を行うこと	①通常医療確保のため、特に流行初期の感染症患者以外の患者の受入や感染症から回復後に入院が必要な患者の転院の受入を行うこと	①自機関の医療従事者への訓練・研修等を通じ、対応能力を高めること

4　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

本県の令和２（2020）年の人口は 279 万人で、そのうち過疎地域の人口は 33.1 万人であり、全体の 12.1％を占め、全国平均の 9.2％を大きく上回っています。

本県の面積は 8,480 ㎢で、うち 64.7％が過疎地域であり、全国平均の 63.2％を上回っています。

２　無医地区の状況

令和４（2022）年の「無医地区等調査」（厚生労働省）では、本県の無医地区（※）は 53 地区あり、全国で２番目に多い状況となっています。令和元（2019）年調査と比較すると、無医地区数は減少しましたが、特に中山間地域では、高齢化や後継者不足、地域住民の減少等を背景に、今後は医療機関の休廃止が予想され、それに伴う無医地区数の増加が懸念されます。

※ 無医地区：医療機関のない地域で、当該地区の中心的な場所を起点として、概ね半径 4km の区域内に 50 人以上が居住している地区であって、かつ容易に医療機関を利用することが出来ない地区

図表 2-2-10　県内の無医地区数　（単位：地区）

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
令和元（2019）年	５	０	０	０	５	１０	３９	５９	１２．５	２位
令和４（2022）年	７	０	０	０	５	１０	３１	５３	１１．８	２位
増減	＋２	±０	±０	±０	±０	±０	▲８	▲６	▲０．７	－

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

令和２（2020）年「医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）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 267.1 人と、平成 30（2018）年の前回調査と比べて、8.5 人増加しており、過疎市町（※）では、人口 10 万人あたり 200.0 人と、前回調査と比べて、4.9 人増加しています。

図表 2-2-11　人口 10 万人に対する医療施設従事医師数の推移　（単位：人）

区分	平成 28 年（2016）	平成 30 年（2018）	令和２年（2020）	増減（2018→2020）
過疎市町	190.5	195.1	200.0	+4.9
広島県	254.6	258.6	267.1	+8.5
全国	240.1	246.7	256.6	+9.9

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

令和２（2020）年「医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）によると、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 91.0 人と、平成 30（2018）年の前回調査と比べて 1.5 人増加しており、過疎市町では人口 10 万人あたり 72.0 人と、前回年調査と比べて 0.3 人増加しています。

図表 2-2-12　人口 10 万人に対する医療施設従事歯科医師数の推移　（単位：人）

区分	平成 28 年（2016）	平成 30（2018）年	令和２（2020）年	増減（2018→2020）
過疎市町	67.9	71.7	72.0	+0.3
広島県	86.4	89.5	91.0	+1.5
全国	80.0	80.5	82.5	+2.0

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

(3) 看護職員

令和２（2020）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 45,255 人と、平成 30（2018）年と比べて 1,071 人増加、うち過疎市町では 41 人増加し、人口 10 万人あたりでは 1,741 人と平成 30（2018）年に比べて 78.8 人と増加しています。

図表 2-2-13　県内の就業看護職員数の推移　（単位：人）

区分	平成 28（2016）年	平成 30（2018）年	令和２（2020）年	増減（2018→2020）
過疎市町	3,962／(1,651.2)	3,851／(1,662.2)	3,892／(1,741.0)	+41／(+78.8)
広島県	42,904／(1,512.3)	44,184／(1,566.8)	45,255／(1,619.2)	+1,071／(+52.4)
全国	1,559,562／(1,228.7)	1,612.951／(1,275.6)	1,659.035／(1,315.2)	+46,084／(+39.6)

※就業看護職員数／（　）内：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

県内の病院数は、令和３（2021）年では、県全体で 235 施設、うち過疎市町では 26 施設となっており、平成 28 年（2016）年と比べ、ともに減少しています。

また、県内の一般診療所数は、令和３（2021）年では県全体で 2,534 施設、うち過疎市町では 210 施設となっており、平成 28 年（2016）年と比べ、ともに減少しています。

(2) 歯科診療所

県内の歯科診療所数は、令和３（2021）年では、県全体で 1,518 施設、うち過疎市町では 121 施設となっており、平成 28 年（2016）年と比べ、ともに減少しています。

図表 2-2-14　県内の病院・一般診療所・歯科診療所数の推移　（単位：施設, %）

区分	平成 23 年（2011）	平成 28 年（2016）	令和３年（2021）	増減（割合）（2016→2021）
過疎市町	29	29	26	−3（−0.1%）
病院	249	244	235	−9（−3.6%）
過疎市町	234	222	210	−12（−5.4%）
一般診療所	2,611	2,572	2,534	−38（−1.4%）
過疎市町	126	124	121	−3（−2.4%）
歯科診療所	1,546	1,556	1,518	−38（−2.5%）

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、令和４（2022）年度末時点で 12 病院指定しています。

また、拠点病院への支援機能を補完する役割として、「へき地医療支援病院」１病院を指定しています。

令和４（2022）年度では、無医地区等への巡回診療は、４拠点病院が 10 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。

本県では、公設診療所及び民営診療所を対象として「へき地診療所」の認定を行っており、令和４（2022）年度末時点で 18 機関となっています。

図表 2-2-15　へき地医療拠点病院による支援等の状況（令和４（2022）年度）

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		○	◎	○市立三次中央病院、庄原赤十字病院、安佐市民病院、廣島総合病院 ◎大和診療所
	安佐市民病院		○		○雄鹿原診療所※2、豊平診療所、市立三次中央病院
	吉田総合病院		○		○川根診療所※2
	安芸太田病院		○		○吉和診療所※2
広島西	廣島総合病院		○		○栗谷診療所※
	広島西医療センター		○		○阿多田診療所※2（R4 年度実績はなし） 廣島総合病院
尾三	尾道総合病院		○		○府中市民病院、佐木島診療所※2
福山・府中	福山市民病院（※1）		○		○神石高原町立病院
	府中市民病院	◆			◆協和地区、久佐地区
	神石高原町立病院	◆			◆油屋地区、笹尾地区、日ノ郷地区
備北	市立三次中央病院		○	◎	○庄原赤十字病院、尾道総合病院、廣島総合病院 ◎甲奴診療所、川西診療所※2
	庄原赤十字病院	◆			◆帝釈地区（6 か所）
	西城市民病院	◆			◆小鳥原・高尾地区、小奴可地区、内堀地区、比和地区

※1 へき地医療支援病院（拠点病院の支援機能を補完、本県独自制度）　※2 へき地診療所

図表 2-2-16　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（令和４（2022）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	373 回	3,666 人	７機関	８診療所	279 回

出典：広島県へき地医療支援機構「へき地医療拠点病院等の運営状況調査」（令和 5（2023）年 8 月実施）

図表 2-2-17　へき地診療所の設置・運営状況（令和４（2022）年度）　（単位：機関）

圏域／年度	広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北	計
平成 29 年度	６	３	―	１	２	１	６	19
令和４年度	６	３	―	０	２	１	６	18
増減	±０	±０	±０	▲１	±０	±０	±０	▲１

出典：県健康福祉局調べ

課　題

１　へき地医療支援体制

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。

加えて、高齢化に伴い複数疾患や慢性疾患を持つ患者が増加することから、それを総合的に診ることや適切な初期対応を行うことのできる医療体制が求められています。

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。

加えて、平成 30（2018）年度から新たな専門医制度が導入され、専門診療分野における専門医取得に向けた研修環境の面等で、へき地等への勤務が、より敬遠される状況となっています。

そのため、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研修や指導面での支援の仕組が、地域を挙げて構築されることが重要です。

一方、平成 30（2018）年度からは、地域の初期診療体制の充実に向け、新たな専門医資格として、総合診療専門医が加わりましたが、その数はまだ少ない状況にあり、その育成に向けた取組を進める必要があります。

(2) 歯科医師・歯科衛生士の確保・育成

要介護者等に対する適切な訪問歯科医療の提供や専門的な口腔機能管理に対応可能な歯科医師の養成が必要です。

歯科衛生士については、就業歯科衛生士の地域偏在を解消していくとともに、介護予防や摂食嚥下障害の軽減、誤嚥性肺炎や低栄養の予防など全身の健康につながる口腔衛生管理に対応可能な人材の養成が必要です。

(3) 薬剤師・看護職員の確保・育成

薬剤師の従事先には地域偏在があり、へき地等において地域で必要な薬剤師サービスが提供できない場合があります。このため、チーム医療で無医地区等への巡回診療に参画する病院薬剤師や、へき地等の患者宅へも訪問薬剤管理指導等を行う薬局薬剤師を確保・育成することが必要です。

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人は少ない状況です。また、へき地等の医療機関では、看護職員の高齢化が進みつつある状況で、看護職員等の新たな採用、再就業者の確保はともに都市部よりも難しい状況です。

3　へ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	現状値	目標値	出典
S	へき地医療拠点病院・支援病院数	[R5.4] 拠点：12 施設 支援：１施設	[R11] 現状を維持する。	県健康福祉局調べ
S	へき地診療所数	[R5.4] 18 施設	[R11] 現状を維持する。	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）	[R4 実績] 449 回	[R11] 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）	[R2] 200.0 人	[R8] 208.9 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）	[R2] 72.0 人	[R11] 72.0 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）	[R2] 1741.0 人	[R11] 1741.0 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	総合診療専門研修プログラム採用専攻医数	[R5] 22 人	[R11] 46 人	県健康福祉局調べ
O	自治医大卒業医師県内定着率	[R4 末] 69.3%	[R11] 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	[R4 末] 3,174 人	[R11] 4,014 人	県健康福祉局調べ
O	地域の拠点病院を中心とした人材交流・育成に係るネットワークの構築数	[R4 末] ２地域	[R11] ７地域	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。

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）や広域的な人材育成、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、「へき地医療支援病院」を指定する本県独自制度を創設しており、必要に応じて制度を活用し、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うとともに、拠点病院からの代診医派遣等の支援等、拠点病院とへき地診療所の連携強化を推進します。

(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）の取組を支援するとともに、オンライン診療等による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」の運営を引き続き、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、義務年限修了後においても、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。

図表 2-2-18
広島県医師育成奨学金制度による育成
（令和５（2023）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

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、中山間地域の医療機関等で構成する「ふるさと枠配置調整ワーキンググループ会議」を組織しており、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案を作成し、最終的に「広島県医療対策協議会」で確認の上、配置先を決定します。

(3) 総合診療医の養成・確保

診療科の枠を超えて、幅広い領域の疾患を総合的に診ることのできる医師のニーズの高まりに対応するため、若手医師等を対象にロールモデルの紹介やセミナー等を実施し興味をもつきっかけ作りを行うとともに、指導医の質の向上のための意見交換会の開催等に取り組み、「総合診療医」の確保・育成を図ります。

また、地域医療への従事を希望する医師を県で採用し、中山間地域等での公的医療機関に派遣する県職員採用制度（プライマリ・ケア医養成事業）を今後も継続して実施します。

(4) 拠点病院等による人材育成等

備北地域や芸北地域においては、「地域医療連携推進法人備北メディカルネットワーク」や「広島県北西部地域医療連携センター」といった、地域の拠点となる病院を中心とした関係機関のネットワークが構築され、診療支援や当直支援、共同研修による人材育成等、地域の医療提供体制を維持・確保する取組が実施されており、これらネットワークによる取組を支援していきます。

更に、令和５（2023）年９月策定の高度医療・人材育成拠点基本計画の地域医療体制確保計画に基づき、こうしたネットワークの取組を県内全域に拡大し、へき地等においても専門医療等を学ぶ機会が得られる人材育成の仕組みや環境づくりに取り組んでいきます。

(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 2-2-19　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	・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）	・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	・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	・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) 歯科医師・歯科衛生士の確保・育成

広島口腔保健センターを活用し、要介護者等の歯科治療や口腔機能の維持・向上、歯科疾患予防及び誤嚥性肺炎予防など専門的な口腔健康管理ができる歯科医師の養成等を行い、要介護者等に対応可能な人材の確保・育成を図ります。

歯科衛生士については、介護予防等のための口腔機能の維持・向上、誤嚥性肺炎予防等のための専門的な口腔衛生管理が実施でき、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。

(7) 薬剤師・看護職員の確保・育成

地域の医薬品提供体制の確立に向けて、へき地等においても薬剤師の確保を進めるため、病院間の薬剤師の出向や病棟薬剤業務の充実化による病院の魅力づくり、薬局薬剤師が在宅医療に関する専門的な知識・技術を習得し、医療介護関係の多職種と連携するための研修等を推進します。

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みます。

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、地域偏在の解消に向けて、看護職員の離職時の届出制度の周知、徹底を働きかけるとともに、広島県ナースセンターを中心に、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」の事務局を、広島県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

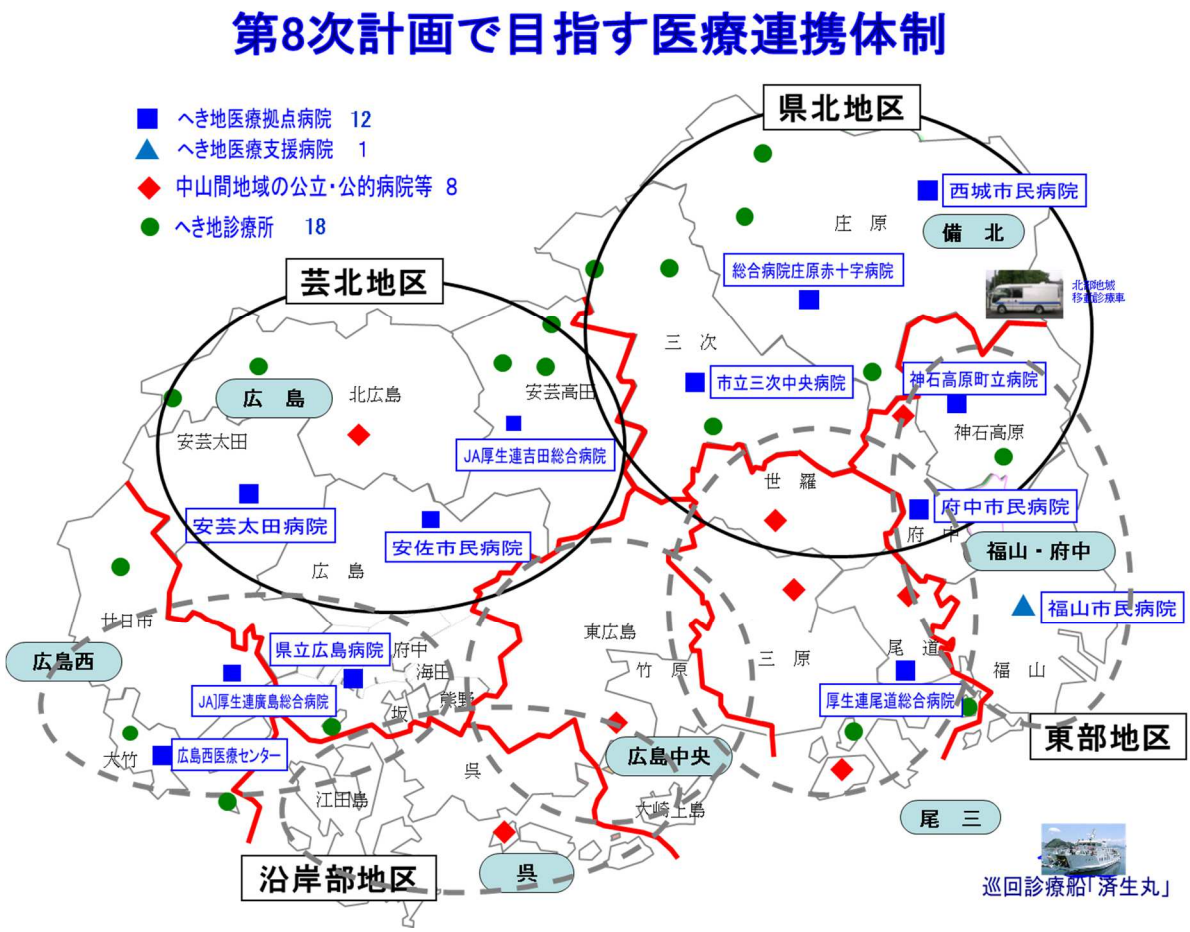
へき地等での地域医療を維持していくためには、住民を含めて地域全体の理解・協力が必要です。地域の医療体制を維持するための意識と行動が、地域の医療を守ることに繋がるという認識が共有され、地域に関わるすべての人が、医療提供体制を支える担い手であるという理解を広げていくこととともに、医療提供体制を維持していくための課題の共有や市町等の地域の取組への協力、また、健康の維持増進に向けた予防・早期受診、適正受診等への理解を促進することで、地域で支える医療提供体制の確保に努めます。

医療連携体制

へき地においては、地域の拠点病院を中心とした関係機関のネットワークの構築により、連携を図ります。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 2-2-21 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　2-2-20　広島県における「へき地医療拠点病院等」の連携体制



令和５（2023）年 12 月現在

図表　2-2-21　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	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 ※保健医療計画の策定に当たっては、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。 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		

5　周産期医療対策

※産科における医師確保については、第５章「１ 第２ 産科・小児科における医師確保計画」に詳述します。

現　状

１　周産期を取り巻く現状

(1) 出生数

令和４（2022）年の出生数は 17,903 人で、平成 17（2005）年と比較すると、３割程度減少し、近年で最も少なくなっています。

全ての圏域において出生数は減少傾向にあり、その割合は圏域ごとに差があります。

また、令和４（2022）年の低出生体重児（2,500 グラム未満）の出生数は 1,753 人で、低出生体重児の割合は全出生数の 9.8%と横ばいで推移しています。

図表 2-2-22　圏域ごとの出生数

（単位：人）

圏域	平成 17 年（2005）	平成 22 年（2010）	平成 27 年（2015）	令和２年（2020）	令和３年（2021）	令和４年（2022）	増減(2022/2005)	
							増減数	増減率
全県	24,740	25,546	23,679	19,606	18,636	17,903	▲ 6,837	▲ 27.6%
うち低出生体重児（割合）	2,315（9.4%）	2,456（9.6%）	2,286（9.7%）	1,829（9.3%）	1,855（10.0%）	1,753（9.8%）	—	—
広島	12,448	12,961	12,155	10,403	10,013	9,561	▲ 2,887	▲ 23.2%
広島西	1,129	1,112	1,099	918	928	891	▲ 238	▲ 21.1%
呉	1,957	1,994	1,697	1,273	1,106	1,104	▲ 853	▲ 43.6%
広島中央	1,905	2,065	1,868	1,550	1,486	1,470	▲ 435	▲ 22.8%
尾三	1,885	1,856	1,704	1,216	1,163	1,053	▲ 832	▲ 44.1%
福山・府中	4,636	4,848	4,532	3,749	3,494	3,373	▲ 1,263	▲ 27.2%
備北	780	710	624	497	440	451	▲ 329	▲ 42.2%

出典：厚生労働省「人口動態統計」

(2) 出生時における母親の年齢

出生時における母親の年齢は、30～34 歳の割合が最も多く（令和４（2022）年 平均 31.7 歳）、20 歳代の割合が低下し、35 歳以上の割合が上昇傾向にあります。これは、全国、県内の各圏域についても同様です。

(3) 死亡率等

周産期死亡率（出産 1,000 対）、新生児死亡率（出産 1,000 対）及び妊産婦死亡率（出産 10 万対）は、平成 25（2013）年から令和４（2022）年までの 10 年平均で、いずれも全国平均を下回っており、従前から低い水準を維持しています。

図表 2-2-23　妊産婦死亡率、新生児死亡率、周産期死亡率（平成 25（2013）年～令和 4（2022）年平均）

区　分	平成 25 年（2013）	平成 26 年（2014）	平成 27 年（2015）	平成 28 年（2016）	平成 29 年（2017）	平成 30 年（2018）	令和元年（2019）	令和２年（2020）	令和３年（2021）	令和４年（2022）	平均（2013～2022）	
											県	全国
周産期死亡率（出産千対）	3.3	3.0	3.4	3.7	3.5	3.9	3.4	3.2	3.2	3.1	3.8	3.9
新生児死亡率（出産千対）	0.8	1.1	1.1	0.8	0.9	1.2	0.7	0.7	0.6	0.3	0.8	0.9
妊産婦死亡率（出産 10 万対）	4.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.9	0.0	0.0	5.5	1.4	3.3

出典：厚生労働省「人口動態統計」から算出

２　周産期医療の提供体制

(1) 分娩取扱施設

①　正常分娩

本県では、分娩取扱施設数は減少傾向にあり、平成 18（2006）年と令和５（2023）年を比較すると、診療所は半分（42 施設から 22 施設）に減少し、病院も６割程度に（34 施設から 22 施設）に減少しています。

②　ハイリスク分娩

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、広島西医療圏には周産期母子医療センターは設置されていませんが、隣接する広島医療圏には４施設設置されており、広島西医療圏をカバーしています。

また、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、半数以上の周産期母子医療センターにおいては、その稼働率が 85%以上となっています。

図表 2-2-24　周産期母子医療センターにおけるＮＩＣＵ利用状況
（令和元（2019）年度～令和３（2021）年度）

圏域	医療機関名	周産期母子医療センター	ＮＩＣＵ病床数	ＮＩＣＵ利用率		
				令和元年度(2019)	令和２年度(2020)	令和３年度(2021)
広島	県立広島病院	総合	12 床	93.5%	93.3%	94.5%
	広島市民病院	総合	9 床	98.8%	98.4%	98.2%
	広島大学病院	地域	6 床	89.5%	89.8%	81.3%
	土谷総合病院	地域	3 床	85.7%	74.8%	93.8%
呉	呉医療センター	地域	6 床	19.0%	26.9%	34.8%
	中国労災病院	地域	4 床	43.3%	39.0%	35.8%
広島中央	東広島医療センター	地域	6 床	50.6%	60.2%	49.5%
尾三	尾道総合病院	地域	6 床	92.2%	98.7%	98.3%
福山・府中	福山医療センター	地域	12 床	92.7%	84.4%	82.2%
備北	三次中央病院	地域	3 床	34.2%	24.3%	29.4%
合計			67 床	―	―	―

出典：厚生労働省「周産期医療体制調査」

(2) 医療的ケア児

令和３（2021）年度に実施した、医療的ケア児及びその家族の生活状況や支援ニーズに関する調査によると、県内の在宅の医療的ケア児数は 499 人であり、国の推計値（平成 28（2016）年 10 月１日現在：422 人）と比較すると増加しています。

(3) 災害時等における体制

妊産婦、新生児、小児の特性を踏まえた医療救護等を適切に行うため、小児・周産期医療に特化した調整役である「災害時小児周産期リエゾン」を設置し、災害時における医療救護活動の体制強化を進めています。

３　医療従事者の現状

（1）産科及び産婦人科医師数

産科医師数（産婦人科医師を含む。以下同じ。）は、令和２（2020）年で 245 人となっており、平成 16（2004）年以降で見た場合、大きな伸びはなく、横ばいで推移しています。

また、15～49 歳の女性人口 10 万人あたり医師数では、診療所に勤務する産科医師は 19.0 人（全国平均 16.7 人）と全国平均を上回っていますが、病院に勤務する産科医師は 26.2 人（全国平均 30.0 人）と、全国平均を下回っています。

周産期母子医療センターにおける分娩または新生児を取り扱う医師については、40 歳以上の医師が少なくなっています。

（2）小児科医師数

小児科医師数は、令和２（2020）年で 373 人となっており、平成 16（2004）年以降で見た場合、24 人増と増加傾向にあるものの、大きな伸びはありません。

また、小児人口（15 歳未満）10 万人あたりの医師数では、診療所に勤務する小児科医師は 48.0 人（全国平均 46.0 人）と全国平均を上回っていますが、病院に勤務する小児科医師は 57.3 人（全国平均 73.8 人）と、全国平均を大幅に下回っています。

（3）助産師数

就業助産師数は、平成 30（2018）年は 678 人、令和４（2022）年は 727 人となっています。

図表 2-2-25　本県の産科・小児科医師数

【産婦人科＋産科】　（単位：人）

区　分	平成 16 年 (2004)	平成 20 年 (2008)	平成 24 年 (2012)	平成 28 年 (2016)	令和２年 (2020)	増減 (2020/2004)	
						増減数	増減率
総数	246	237	245	244	245	▲ 1	▲ 0.6%
病院	137	126	135	144	142	5	3.6%
診療所	109	111	110	100	103	▲ 6	▲ 5.5%

●人口 10 万対【広島県ー産婦人科＋産科】（単位：人）

区　分		平成 16 年 (2004)	令和２年 (2020)	増減 (2020/2004)	
				増減数	増減率
総数		39.4	45.2	5.8	14.7%
	全国	37.3	46.7	9.4	25.1%
病院		22.0	26.2	4.2	19.3%
	全国	21.4	30.0	8.6	40.0%
診療所		17.5	19.0	1.5	8.8%
	全国	15.9	16.7	0.8	5.1%

※人口は、「15～49 歳女性人口」

【小児科】　（単位：人）

区　分	平成 16 年 (2004)	平成 20 年 (2008)	平成 24 年 (2012)	平成 28 年 (2016)	令和２年 (2020)	増減 (2020/2004)	
						増減数	増減率
総数	349	332	362	365	373	24	6.9%
病院	180	169	186	198	203	23	12.8%
診療所	169	163	176	167	170	1	0.6%

●人口 10 万対【広島県ー小児科】　（単位：人）

区　分		平成 16 年 (2004)	令和２年 (2020)	増減 (2020/2004)	
				増減数	増減率
総数		86.2	105.4	19.2	22.3%
	全国	82.8	119.7	37.0	44.7%
病院		44.4	57.3	12.9	29.0%
	全国	47.3	73.8	26.4	55.9%
診療所		41.7	48.0	6.3	5.1%
	全国	35.4	46.0	10.5	29.7%

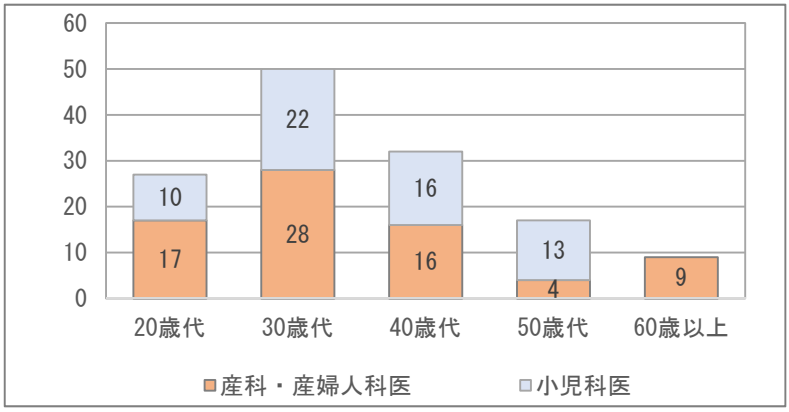
※人口は、「15 歳未満人口」

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（調査）」及び総務省「人口推計」から算出

図表 2-2-26　周産期母子医療センターにおける分娩または新生児を取り扱う医師数

（令和４（2022）年４月１日現在）

（単位：人）



出典：県健康福祉局調べ

課　題

１　周産期医療体制の確保

(1) 分娩のリスクに応じた医療体制の確保

①　周産期医療施設

令和５（2023）年度に実施した調査では、医師の高齢化や出生数の減少等により、数年以内に分娩の取扱を中止する予定の診療所が複数あるなどの課題が見られました。

出生数は減少傾向にありますが、低出生体重児の割合が横ばいで推移していることや、出産時における母親の年齢上昇などによるハイリスク妊娠・分娩や合併症の増加、また、分娩取扱医療機関の減少により、周産期母子医療センターの負担が大きくなっています。

こうした中であっても、医療の質と安全な医療の継続的な確保とともに、周産期母子医療センターを中心に、全ての圏域において、安心して出産を行える体制を維持することが必要です。

②　周産期医療施設間の連携と搬送受入体制

圏域内及び圏域を越えた連携により、迅速かつ適切な搬送と受入体制を維持し、将来を見据えて、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する必要があります。

(2) ＮＩＣＵ退院児等の退院支援及び療養・療育支援

ＮＩＣＵ長期入院児の実態や支援体制の状況は十分に把握できていませんが、ＮＩＣＵ退院児のほとんどは在宅へ移行していることから、在宅療養・療育等への円滑な移行と継続的な支援が受けられる体制を構築するため、保健・福祉等との連携が必要です。

また、低出生体重児の発育・発達の特徴について、家族が理解し、安心して育児に取り組めるよう、家族支援を充実させる必要があります。

(3) 災害時等における対策

災害時小児周産期リエゾンについては、継続的な養成による人材確保と適切な配置を検討するとともに、迅速かつ適切な活動ができるよう、具体的な活動内容を整理する必要があります。

また、新興感染症発生・まん延時においても、一部の医療機関に負担が集中することのない体制が求められます。

２　医療従事者の確保

(1) 医師及び助産師

産科医師数や小児科医師数に大きな伸びは見られず、医師の高齢化のほか、臨床経験が豊富な中堅医師も少なくなっており、適切な医療や人材育成の面からも、周産期医療体制を維持していくことが困難になる恐れがあります。

そのため、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あり、産科及び小児科は女性医師の割合も高いことから、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。

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や実習受入機関の不足といった課題があるほか、安定的に助産師を確保していくため、新卒者の県内就業の促進を図る必要があります。

(2) 周産期医療関係者の資質向上

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ていることから、周産期医療従事者の技能向上を図る必要があります。

目　標

県民が安全で安心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	[H30～R4] 3.4 （参考：全国）3.3	直近５年間での平均値が現状値未満	厚生労働省 「人口動態統計」 から算出
S	災害時小児周産期リエゾン任命者のうち、訓練や研修に参加した人数	[R5] １名/年	[R11] ５名以上/年	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　周産期医療体制の確保

(1) 分娩のリスクに応じた医療体制の確保

①　医療資源の集約化・重点化と役割分担

限りある資源と効率的な医療提供や医師の働き方改革の観点から、医療の質の向上、安全な医療を継続的に確保していくため、医療資源の集約化・重点化を進めます。

分娩取扱施設が減少している状況を踏まえ、分娩を取り扱わない医療機関は妊婦健診等を、正常分娩を扱う医療機関等はローリスク妊娠・分娩を安全に実施し、ハイリスク妊娠・分娩は周産期母子医療センターにおいて対応するなど、医療機能に応じた役割分担を行います。

また、社会的ハイリスク妊産婦への対応として、必要に応じて母子保健等に関する事業との連携を行います（第３章 「７ 母子保健対策」を参照）。

②　総合周産期母子医療センターを中心とした施設間の連携と搬送受入体制

質の高い周産期医療の提供体制の確保のため、周産期母子医療センターに対する運営を支援し、常時の母体及び新生児搬送受入体制を有し、高度な周産期医療を行うことができる総合周産期母子医療センターを中心とした施設間の連携を図ります。

また、緊急・遠距離搬送が必要な際のヘリコプターによる対応のほか、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についても、引き続き相互に連携を図ります。

(2) ＮＩＣＵ退院児等の退院支援及び療養・療育支援

ＮＩＣＵを退院した医療的ケア児等が生活の場で療養・療育できるように支援するため、ＮＩＣＵ長期入院時の実態把握を行い、必要な取組について検討します。

医療的ケア児に関しては、市町の医療的ケア児等コーディネーターが、退院時カンファレンスへ参加し、市町の関係部局と当該児に関する情報を共有することで、円滑な在宅療養・療育への移行と、切れ目のない支援の実現に向けた体制の整備に取り組みます。

低出生体重児を持つ家族に対しては、周産期母子医療センターや市町等を通じて「ひろしまリトルベビーハンドブック」を配付し、低出生体重児の発育・発達の特徴と対応について啓発に取り組みます。

(3) 災害時等における対策

災害時小児周産期リエゾンについては、診療科や圏域等のバランスを考慮しながら養成・配置を行います。また、役割や活動内容を明確化し、災害訓練や研修等を通じて、平時における圏域や全県の連携体制、ネットワークを活用した体制強化に取り組みます。

また、新興感染症発生・まん延時における連携体制について、広島県周産期・小児医療協議会においてあらかじめ協議を行います。

２　医療従事者の確保・育成

(1) 医師及び助産師

広島県地域医療支援センターによる総合的な医師確保対策とともに、医療機関が行う分娩手当等の支給など処遇改善の取組を支援するなど、確保と定着を図ります。

本県が設定している「地域枠」等による地域医療を担う医師の育成と、地域のニーズと医療資源の適正配置を踏まえ、医師の確保を進めていきます。

広島県地域医療支援センターによる女性医師等の就業等の支援を行うとともに、医師の長時間労働の解消に向けた勤務環境改善のための支援を行います。

助産師については、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、地域間、分娩取扱施設間の偏在解消、実践能力向上等を目的とした施設間の出向を支援することにより、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、ローリスク妊娠・分娩に対する院内助産の活用について検討します。

(2) 周産期医療関係者の資質向上

総合周産期母子医療センターにおいて、周産期医療に従事する医師・看護師・助産師等が専門的知識及び技術を向上させるための研修会や、症例をもとにした検討会などを実施します。

～医療資源の集約化・重点化等の方向性～（令和５（2023）年７月19日第２回広島県周産期・小児医療協議会とりまとめ）

平成18（2006）・19（2007）年度に医療資源の集約化・重点化に関する検討を行い、15年が経過している。この間、出生数や小児人口は減少を続ける一方で、医師数に大きな伸びは見られず、医師の高齢化も進んでいる。

当時の「勤務医の負担増大、医療の質・安全性の問題」など課題認識は改善、解消されておらず、病院勤務医の勤務環境や医療提供体制の確保は、厳しい状況が続いていると言わざるを得ない。また、豊富な臨床経験を持つ中堅医師が少なくなっており、適切な医療や人材育成の面からも、体制の見直しは喫緊の課題である。

現在、分娩取扱施設がない二次保健医療圏はないなど、今後もこの状況が維持されることが望ましい。一方、限りある資源と効率的な医療提供や医師の働き方改革の観点から、医療の質の向上、安全な医療を継続的に確保していくため、「高度・専門的な医療機能の集約化・重点化」を進める必要がある。

（1）基本的な方針

① 引き続き、現行の二次保健医療圏を基本に、「正常に経過する分娩」を取り扱う施設があり、「初期の小児救急患者等」が受診可能な体制を維持していくこと。

② 集約化・重点化は、医療機能（高度・専門的な医療、救急）の維持・強化を図る上から各圏域の中核となる病院とし、両分野についてできるだけ同一の医療機関となるよう、進めていくこと。

③ 医師の勤務環境が適切に保たれるよう、特定の医療機関へ負担を集中させないこと。

（2）医療資源の調整について

① 15年前の「連携拠点病院」と「連携病院」の集約化・重点化の考え方により、各圏域の中核となる病院（連携強化病院）を原則、「１つ」に特定する。（医療需要の多寡から、連携している広島・広島西医療圏、福山・府中医療圏では、複数となることも想定される。）

② 各圏域の中核となる病院へ入院医療の集約、医師等の重点配置を行う。

③ 患者の動向、医療機関の受入状況及び機能を定期的に評価・分析しながら、３年後（計画の中間評価）を目途に体制の見直しを進める。

【各圏域の中核となる病院】

圏域	方向性
全県	○ 総合周産期母子医療センター　○ 小児救命救急センター(高度医療・人材育成拠点 基本計画による) ○ 救命救急センター　とする。
広島 広島西	地域の需要と全県の医療需要に対応する必要があるため、新病院の機能を明らかにした上で、３年後までに、中核となる病院並びに周産期母子医療センターのあり方を明確にする。
呉	医療需要の減少、広島中央医療圏の体制構築に伴う受療動向の変化から、地域周産期母子医療センターの重点化など、３年後を目途に見直す。
広島中央	○ 東広島医療センター　とする。
尾三	○ ＪＡ尾道総合病院　とする。
福山・府中	地域の関係者による協議・取組が進められていることから、３年後に進捗を確認し、中核となる病院並びに周産期母子医療センターのあり方を明確にする。
備北	○ 市立三次中央病院　とする。

（3）相互に連携を強めるべき圏域（広域連携）について

人口減少（将来見通し含む）の圏域ごとの違い、患者等の流入・流出を踏まえた圏域の設定については、今後、二次保健医療圏が見直される場合に検討する。

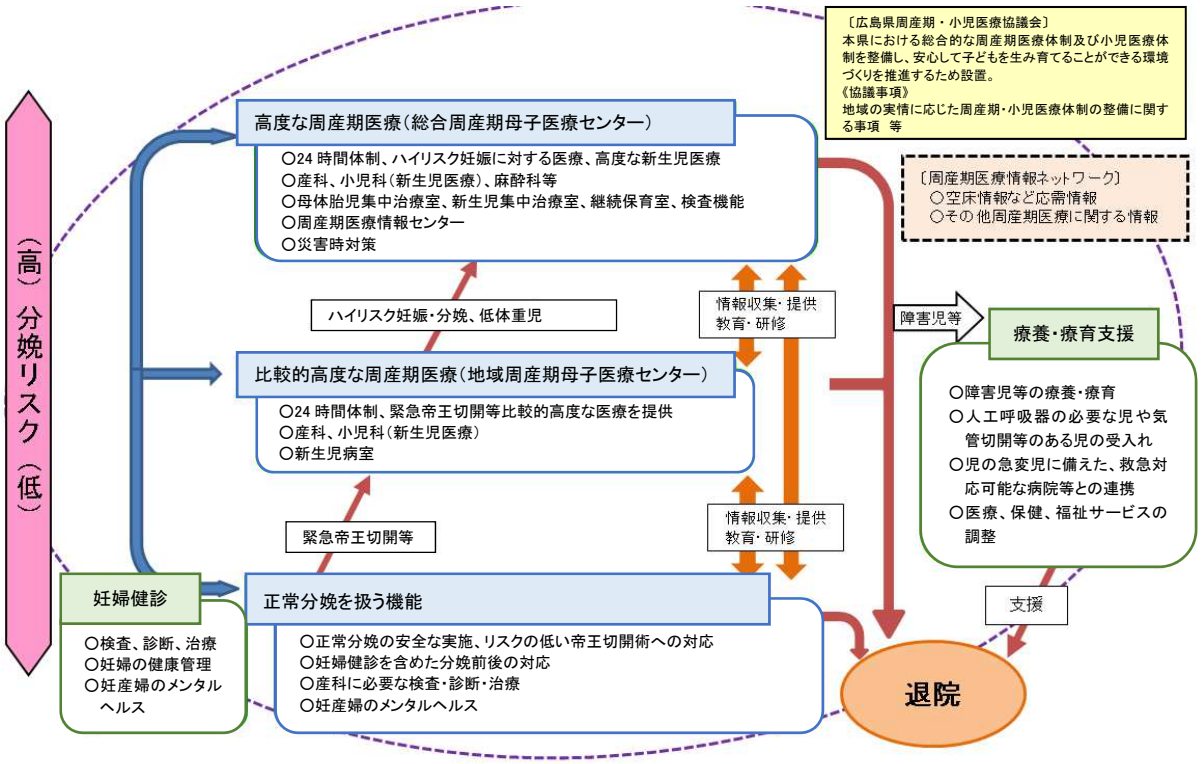
医療連携体制

周産期医療体制は、7 つの二次保健医療圏を基本とし、ハイリスク妊娠・分娩等は広島医療圏が広島西医療圏を含めて対応します。

周産期の医療体制に求められる医療機能は、図表 2-2-28 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。

図表 2-2-27　「周産期医療」の連携体制（イメージ）



図表 2-2-28　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	分娩を取り扱わないが､妊婦健診や産前･産褥管理・産後ケアを実施する機能	正常分娩等を扱う機能 【正常分娩】 （日常の生活・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医療的ケア児等が生活の場（施設を含む。）で療養・療育できるよう支援する機能 【療養・療育支援】
目標	●妊婦健診や産前・産褥管理・産後ケアを実施すること	●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療を行うこと ●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	●周産期医療関連施設を退院した医療的ケア児等が生活の場（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） ●レスパイト等の、在宅において療養・療育を行っている児の家族等に対する支援を実施すること
医療機関等	分娩を取り扱わない産婦人科を標榜する病院又は診療所 分娩を取り扱わない助産所	産科又は産婦人科を標榜する病院又は診療所 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 薬局 訪問看護事業所 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産科に必要とされる検査、診断、初期治療が実施可能であること ②妊産婦のメンタルヘルスケアを行うこと ③妊産婦の日常的の生活・保健指導に対応すること ④オープンシステム・セミオープンシステムを活用し、分娩取扱医療機関との連携により、分娩以外の産科診療に対応すること ⑤当該施設の休診時間等におけるかかりつけの妊産婦の症状等への対応について、連携する分娩取扱医療機関と取決めを行うこと ⑥当該施設のかかりつけ妊婦の分娩が近くなった際に、適切に分娩取扱医療機関への診療情報提供を行うこと。また、オープンシステム、セミオープンシステムを活用し、情報の共有に努めること ⑦緊急時の搬送に当たっては、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	①産科に必要とされる検査、診断及び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。 ⑤分娩の立会いや面会の方針など、医療機関を選択する上で必要な情報をあらかじめ提供すること ⑥緊急時の搬送に当たっては、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 ⑦助産所においては、嘱託医師・嘱託医療機関を定め、妊産婦の状況の変化や異常分娩が生じた際には適切に連携を行うこと	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)公認心理師等を配置 (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入れ、オープンシステム・セミオープンシステム等の活用による地域の産婦人科医療機関からの妊産婦の受入れ、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、輸血用検査、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)公認心理師等を配置すること 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 総合周産期母子医療センターは、オープンシステム・セミオープンシステム等の活用による地域の産婦人科医療機関からの妊産婦の受入れ、救急搬送の受入れ、合同症例検討会の開催等により、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こと	①周産期医療関連施設等と連携し、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薬局、訪問看護事業所、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、福祉サービス及びレスパイト入院の受入れ等を調整し、地域で適切に療養・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家族等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	

6　小児医療（小児救急医療を含む）対策

※小児科における医師確保については、第５章「１ 第２ 産科・小児科における医師確保計画」に詳述します。

現　状

１　小児を取り巻く現状

(1) 小児人口

県内の小児人口（15 歳未満）は、平成 17（2005）年の 40.3 万人から、令和２（2020）年は 35.2 万人と 12.5%減少し、人口総数に対する割合は、令和２（2020）年で 12.6%を占めています。また、圏域ごとの減少率は、地域によって異なっています。

図表 2-2-29　小児人口の推移

（単位：人）

圏域	平成 17 年 (2005)	平成 22 年 (2010)	平成 27 年 (2015)	令和２年 (2020)	増減（2020/2005）	
					増減数	増減率
県内人口総数	2,876,642	2,860,750	2,843,990	2,799,702	▲ 76,940	▲ 2.7%
県内小児人口	403,271	386,810	375,890	352,678	▲ 50,593	▲ 12.5%
広島	194,545	191,766	189,007	179,805	▲ 14,740	▲ 7.6%
広島西	20,493	18,245	18,200	17,786	▲ 2,707	▲ 13.2%
呉	34,301	31,130	27,965	24,694	▲ 9,607	▲ 28.0%
広島中央	32,159	31,376	30,763	29,413	▲ 2,746	▲ 8.5%
尾三	34,446	31,832	29,417	26,311	▲ 8,135	▲ 23.6%
福山・府中	74,359	70,782	69,898	65,284	▲ 9,075	▲ 12.2%
備北	12,968	11,679	10,640	9,385	▲ 3,583	▲ 27.6%

出典：総務省「国勢調査」

(2) 死亡率等

令和４（2022）年における、乳児（１歳未満）死亡率（出生 1,000 対）は 0.95、幼児（５歳未満）死亡率は 0.25、小児（15 歳未満）死亡率は 0.15 となっています。５年間の平均では、いずれも全国平均値以下となっています。

図表 2-2-30　乳児死亡率、幼児死亡率、小児死亡率（平成 30（2018）年～令和４（2022）年平均）

区　分	平成 30 年 (2018)	令和元年 (2019)	令和２年 (2020)	令和３年 (2021)	令和４年 (2022)	5年間の平均 (2018～2022)	
						県	全国
乳児死亡率（出生千対）	2.1	1.8	1.5	1.6	0.95	1.6	1.8
幼児死亡率（幼児人口千対）	0.53	0.41	0.37	0.35	0.25	0.38	0.44
小児死亡率（小児人口千対）	0.25	0.20	0.15	0.15	0.15	0.18	0.18

出典：厚生労働省「人口動態統計」及び総務省「住民基本台帳」より算出

(3) 救急搬送の受入状況

令和３（2021）年における救急車による搬送人員のうち、乳幼児（生後 28 日以上７歳未満の者）4,323 人、少年（満７歳以上 18 歳未満）3,556 人となっており、感染症の流行などの影響があるものの、平成 28（2016）年からほぼ横ばいとなっています。また、傷病程度別でみると、半数以上が軽症となっています。

２　小児医療の提供体制

（1）一般小児医療を担う診療所・病院

一般小児医療を担う医療施設の数は、平成 23（2011）年の 205 施設（病院 71、診療所 134）から、令和２（2020）年の 189 施設（病院 62、診療所 127）に減少しています。

小児人口 10 万人あたりの診療所数は 35.0（全国平均 34.8）、病院数は 17.1（全国 16.4）となっています。

（2）小児の救急医療体制

軽傷などに対応する「初期救急」については、住民の身近な地域で「在宅当番医」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の重症患者に対応する「二次救急」については、24 時間 365 日体制で受け入れる「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、福山市民病院、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休日・夜間の診療体制を整備しています。

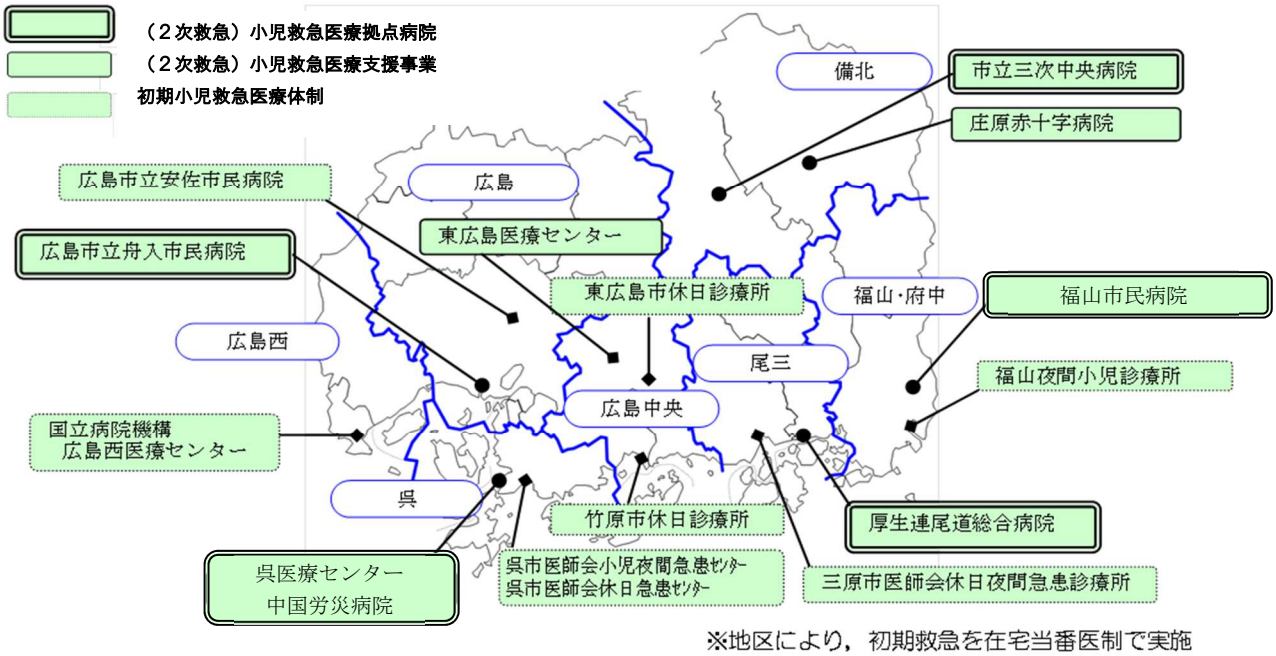
更に、複数の診療科に渡る重篤患者に対応する「三次救急」については、「救命救急センター」が小児救急患者に広域的に対応しています。

（3）小児の健康状態を相談する機能

休日・夜間の軽度な小児救急患者の不安を軽減するとともに、初期及び二次救急病院への不要不急の受診を抑制し、小児科医師の負担軽減を図ることを目的として、平成 14（2002）年度から全国に先駆けて、小児救急医療電話相談事業(#8000 事業)を実施しています。

相談件数については、相談時間の延長等の拡充や#8000 事業に関する認知が広まったことにより、新型コロナウイルス感染症流行時の一時的な減少を除き、増加傾向にあります

図表 2-2-31　小児救急医療の体制



※令和５（2023）年４月１日現在

(4) 医療的ケア児に対する療養・療育支援

令和３（2021）年度に実施した、医療的ケア児及びその家族の生活状況や支援ニーズに関する調査によると、県内の在宅の医療的ケア児数は 499 人であり、国の推計値（平成 28（2016）年 10 月１日現在：422 人）と比較すると増加しています。

また、重症心身障害児の療育・療養を支援する医療型障害児入所施設は 10 施設あり、在宅生活における家族等の日常的な医療的ケアからの一時的な解放（レスパイト・ケア）を支援する医療型短期入所施設は 17 施設あります。

(5) 災害時等における体制

妊産婦、新生児、小児の特性を踏まえた医療救護等を適切に行うため、小児・周産期医療に特化した調整役である「災害時小児周産期リエゾン」を設置し、災害時における医療救護活動の体制強化を進めています。

３　小児科医師の現状

小児科医師数は、令和２（2020）年で 373 人となっており、平成 16（2004）年以降で見た場合、24 人増と増加傾向にあるものの、大きな伸びはありません。

また、小児人口（15 歳未満）10 万人あたりの医師数では、診療所に勤務する小児科医師は 48.0 人（全国平均 46.0 人）と全国平均を上回っていますが、病院に勤務する小児科医師は 57.3 人（全国平均 73.8 人）と、全国平均を大幅に下回っています。

図表 2-2-32　本県の小児科医師数

【小児科】　（単位：人）

区　分	平成 16 年 (2004)	平成 20 年 (2008)	平成 24 年 (2012)	平成 28 年 (2016)	令和２年 (2020)	増減 (2020/2004)	
						増減数	増減率
総数	349	332	362	365	373	24	6.9%
病院	180	169	186	198	203	23	12.8%
診療所	169	163	176	167	170	1	0.6%

●人口 10 万対【広島県ー小児科】　（単位：人）

区　分		平成 16 年 (2004)	令和２年 (2020)	増減 (2020/2004)	
				増減数	増減率
総数		86.2	105.4	19.2	22.3%
	全国	82.8	119.7	37.0	44.7%
病院		44.4	57.3	12.9	29.0%
	全国	47.3	73.8	26.4	55.9%
診療所		41.7	48.0	6.3	5.1%
	全国	35.4	46.0	10.5	29.7%

※人口は、「15 歳未満人口」

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（調査）」及び総務省「人口推計」から算出

課　題

１　小児医療の提供体制の確保

(1) 小児救急など症状に応じた医療体制と役割分担

小児救急患者の時間帯別受診状況をみると、平日では夕刻から準夜帯にかけて増える傾向があるほか、土曜日及び日曜日も多く、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、休日・夜間の診療に当たっている病院の医師等の負担増大につながり、疲弊する要因となっています。その結果、24 時間 365 日の小児救急医療体制を維持していくことが困難となる恐れがある地域もあります。

このため、各圏域の中核となる医療機関の小児の拠点機能を維持しながら、県民が安心して質の高い小児医療が受けられる体制を構築していく必要があります。

(2) 小児の健康状態を相談する機能

近年、#8000 事業による電話相談件数は増加傾向にありますが、小児救急医療機関を受診する患者は、依然として、その多くが軽症患者であることや時間外受診が多い状況にあります。

その原因としては、子供の病気や事故等に対して、正しい知識による対応に悩む保護者等がいることなどが考えられます。また、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に加え、専門的指向、病院志向が大きく影響していることが指摘されています。

このため、適切な受療行動につながるような相談対応や情報提供を行っていく必要があります。

(3) 医療的ケア児の療養・療育支援

医療的ケア児は、医療技術の進歩等に伴い、今後も増加する見込みであり、小児期から成人期に移行した後も含め、住み慣れた地域で適切なサービスを受けながら、安心して生活できる環境の整備が必要ですが、支援体制が十分に整備されていない市町があります。

また、家族からのニーズの高い医療型短期入所について、受入施設の偏在や受入定員数の不足等が指摘されています。

そのため、在宅等でのケアが必要な児に対して、医療と福祉が一体となった支援体制を充実させる必要があります。

(4) 災害時等における対策

災害時小児周産期リエゾンについては、継続的な養成による人材確保と適切な配置を検討するとともに、具体的な活動内容を整理する必要があります。

また、新興感染症発生・まん延時においても、一部の医療機関に負担が集中することのない体制が求められます。

２　医療従事者の確保・育成

小児科医師数に大きな伸びは見られず、医師の高齢化が進み、臨床経験が豊富な中堅医師も少なくなっており、適切な医療や人材育成の面からも、小児医療体制を維持していくことが困難になる恐れがあります。

そのため、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あり、女性医師の割合も高いことから、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。

目　標

県民が安全で安心な小児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	乳児死亡率	[H30～R4]1.6 （参考：全国）1.8	直近５年間での平均値を全国平均値以下で維持	厚生労働省「人口動態統計」から算出
O	幼児死亡率	[H30～R4]0.38 （参考：全国）0.44	直近５年間での平均値を全国平均値以下で維持	厚生労働省「人口動態統計」から算出
O	小児死亡率	[H30～R4]0.18 （参考：全国）0.18	直近５年間での平均値を全国平均値以下で維持	厚生労働省「人口動態統計」から算出
S	災害時小児周産期リエゾン任命者のうち、訓練や研修に参加した人数	［R5］１名/年	［R11］５名以上/年	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　小児医療の提供体制の確保

(1) 小児救急など症状に応じた医療体制と役割分担

①　医療資源の集約化・重点化

限りある資源と効率的な医療提供や医師の働き方改革の観点から、医療機能（高度・専門的な医療、救急）の維持・強化を図るため、各圏域の中核となる病院において医療資源の集約化・重点化を周産期医療対策と一体的に進めます。

②　小児の救急医療体制

在宅当番医制や休日夜間急患センターなど初期救急の体制についても、地域の実情に応じた体制を検討します。

引き続き、「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」により市町や二次救急医療機関の取組を支援します。

三次小児救急医療体制については、高度医療・人材育成拠点の整備など、より高度で専門的な医療を提供できる体制を整備するとともに、緊急時のヘリコプター等による搬送体制を維持します。

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、引き続き、相互に連携を図ります。

(2) 小児の健康状態を相談する機能

保護者等へ適切な受療行動を促すために、#8000 事業による電話相談やホームケア等の情報提供を実施します。また、電話相談における応答率の把握等から充実・強化を検討し、相談員研修の積極的実施により質の向上を図ります。

(3) 医療的ケア児の療養・療育支援

在宅で医療的ケアを必要とする児に対して、退院・転院後の療養生活を担う医療機関や訪問看護事業所等との連絡調整、薬剤管理、福祉サービスの導入に係る支援及び緊急入院への対応等における医療提供施設間での連携体制の充実を図ります。

広島県医療的ケア児支援センターを支援に係る情報の集約点とし、どこに相談したらいいか分からないといった家族からの相談を受け付け、助言を行うとともに、相談内容に応じて、市町や保健、医療、福祉、教育等の関係機関につなぎ、又は連携して対応します。

住み慣れた地域で安心して生活できる環境の整備に向けて、支援体制が十分に整備されていない市町を中心に、広島県医療的ケア児支援センターが、市町やコーディネーターが行う支援や、地域の医療的ケア児等を取り巻く市町内外の連携体制の構築のサポート等に取り組みます。

また、ニーズの高い医療型短期入所の受入定員の拡充に向けて、引き続き、関係医療機関に対する働きかけを行います。

(4) 災害時等における対策

災害時小児周産期リエゾンについては、診療科や圏域等のバランスを考慮しながら養成・配置を行います。また、役割や活動内容を明確化し、災害訓練や研修等を通じて、平時における圏域や全県の連携体制、ネットワークを活用した体制強化に取り組みます。

また、新興感染症発生・まん延時における連携体制について、広島県周産期・小児医療協議会においてあらかじめ協議を行います。

２　医療従事者の確保・育成

広島県地域医療支援センターによる総合的な医師確保対策を進めるとともに、本県が設定している大学「地域枠」等による地域医療を担う医師の育成と、地域のニーズと医療資源の適正配置を踏まえ、医師の確保を進めていきます。

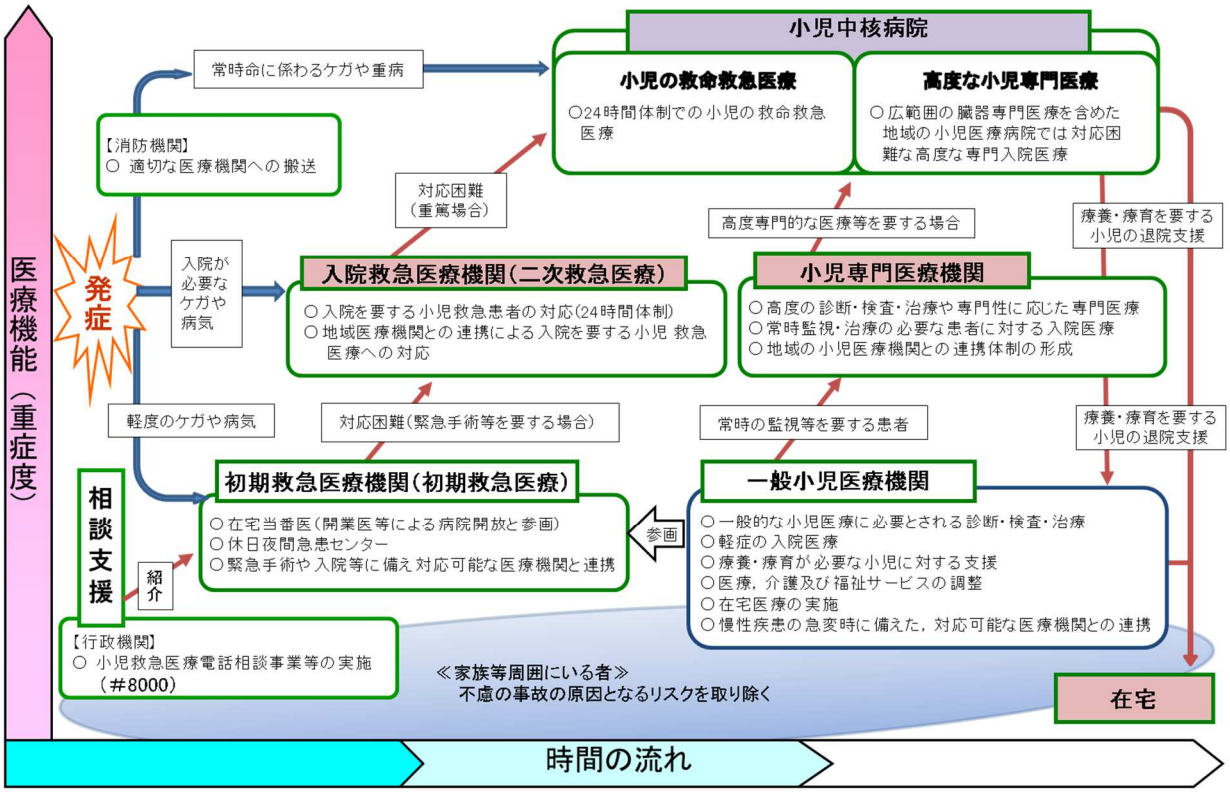
小児科は女性医師の割合が高いことから、広島県地域医療支援センターによる女性医師等の就業等の支援を行うとともに、医師の長時間労働の解消に向けた勤務環境改善のための支援を行います。

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 2-2-34 のとおりです。

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

図表 2-2-33　「小児医療」の連携体制（イメージ図）



図表 2-2-34　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	●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 ●一般的な小児の病気等に関する予防について普及啓発を実施すること	●子供の急病時の対応等を支援すること ●不慮の事故等の救急の対応が必要な場合に、救急蘇生法等を実施できること ●小児かかりつけ医を持つとともに、適正な受療行動をとること	●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	●初期小児救急を実施すること	●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	●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	●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	●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） 訪問看護事業所	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	（家族等周囲にいる人） ①必要に応じ電話相談事業等を活用すること ②小児の病気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	（家族等周囲にいる人） ①救急蘇生法等の適切な処置を実施すること	①一般的な小児医療に必要とされる診断・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訪問看護事業所、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の支援を実施すること ⑦医療的ケア児、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	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緊急手術や入院等を要する場合、他科の診察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	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・治療の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、医療的ケア児や慢性疾患児の急変等に対応していること 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	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、地域で求められる入院を要す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	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・治療を実施し、医療人材の育成・交流などを含めて地域医療に貢献すること 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	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搬送による患者を中心として、重篤な小児患者に対する救急医療を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、医療的ケア児や慢性疾患児の急変等に対し救命医療を実施すること 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
		（消防機関等） ①急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送すること ②救急医療情報システム等を活用し、適切な医療機関へ速やかに搬送すること ③心肺蘇生法や不慮の事故予防に対する必要な知識を家族等に対し、指導すること						
	（行政機関） ①急病時の対応等について適正な受療行動の啓発を実施すること ②小児の病気に関する予防について必要な知識・技術等について普及啓発を図る体制を確保すること ③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 ④発達障害等について、医師をはじめとする関係者に対する研修や地域の医療資源福祉サービス等に関する情報提供を通じて、身近な地域での早期発見・早期療育の支援体制を整備すること	（行政機関） ①休日・夜間等に子供の急病等に関する相談体制を確保すること （小児救急電話相談事業） ②電話相談事業の改善の必要性を適宜検討すること ③対応者研修事業の活用等により、相談者への対応の質の向上を図ること						
連携			●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　医療介護連携等の構築及び推進

現　状

1 在宅医療の提供体制

(1) 在宅医療需要と将来推計

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。

県内の在宅医療の利用件数は、都市部を中心に増加傾向にあります。

令和４（2022）年度の人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査（厚生労働省）における「最期を迎えたい場所」の自宅の割合は43.8%（全国値）です。

一方で、県内の死亡場所における自宅割合は、15.5%に留まっています。

県内の訪問診療件数は約23.4万件で、その88.5%を診療所が担っています。

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人の増加やそのニーズの多様化が見込まれます。

図表 2-3-1　在宅患者訪問診療料の推移　　（単位：件数/月）

圏域（保険者）	平成 25 (2013)	令和 4 (2022)	令和 7 (2025)	令和 12 (2030)	令和 17 (2035)	令和 22 (2040)
広島	6,834	11,326	12,559	14,752	17,061	17,172
広島西	481	971	1,,311	1,173	1,369	1,411
呉	1,865	2,622	2643	2,847	2,993	2,726
広島中央	708	961	1,010	1,163	1,358	1,375
尾三	1,732	2,077	2,079	2,213	2,416	2,360
福山・府中	2,618	3,390	3,682	4,200	4,735	4,757
備北	555	639	622	612	656	657
計	14,793	21,986	23,628	26,960	30,588	30,459

※１　令和４年までは 10 月分の算定件数、令和７年以降は将来推計による算定件数である。
※２　圏域（保険者）は、患者の加入する保険（国民健康保険、後期高齢者医療制度）による。
出典：医療・介護・保健情報統合分析システム（以下「ＥＭＩＴＡＳ－Ｇ」という。）による。

図表 2-3-2　広島県における死亡者数、死亡の場所

病院	診療所	介護医療院・介護老人保健施設	老人ホーム	自宅	その他	計
21,146 人 (66.6%)	641 人 (2.0%)	1,231 人 (3.9%)	2,900 人 (9.1%)	4,923 人 (15.5%)	933 人 (2.9%)	31,774 人 (100.0%)

出典：厚生労働省「人口動態調査」（令和３（2021）年）

図表 2-3-3　県内の訪問診療件数（医療機関区分別）

	診療所	病院	計
訪問診療件数	207,038	26,974	234,012
割合（%）	88.5%	11.5%	-

出典：ＥＭＩＴＡＳ－Ｇ（令和３（2021）年度）

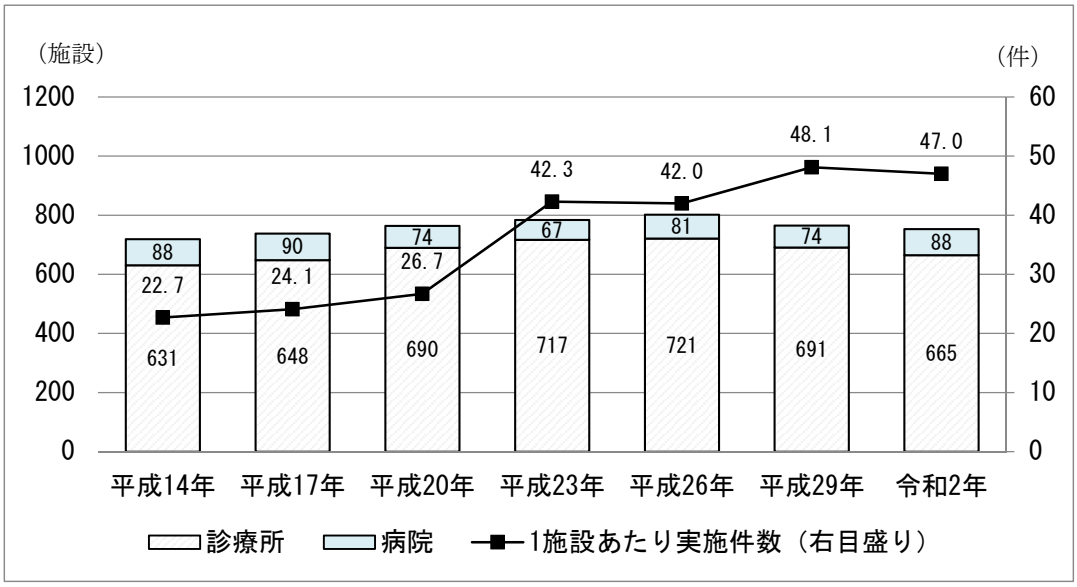
(2) 在宅医療の提供機関等

在宅医療を提供している病院や診療所数については、診療所は減っているものの、病院数は増加しています。

24 時間体制や急変時の対応を行っている後方支援病院は増加しています。

市町によっては訪問診療を実施している診療所の減少等により在宅医療の受け皿に地域差が生じています。

図表 2-3-4　訪問診療の実施医療施設数・件数の推移



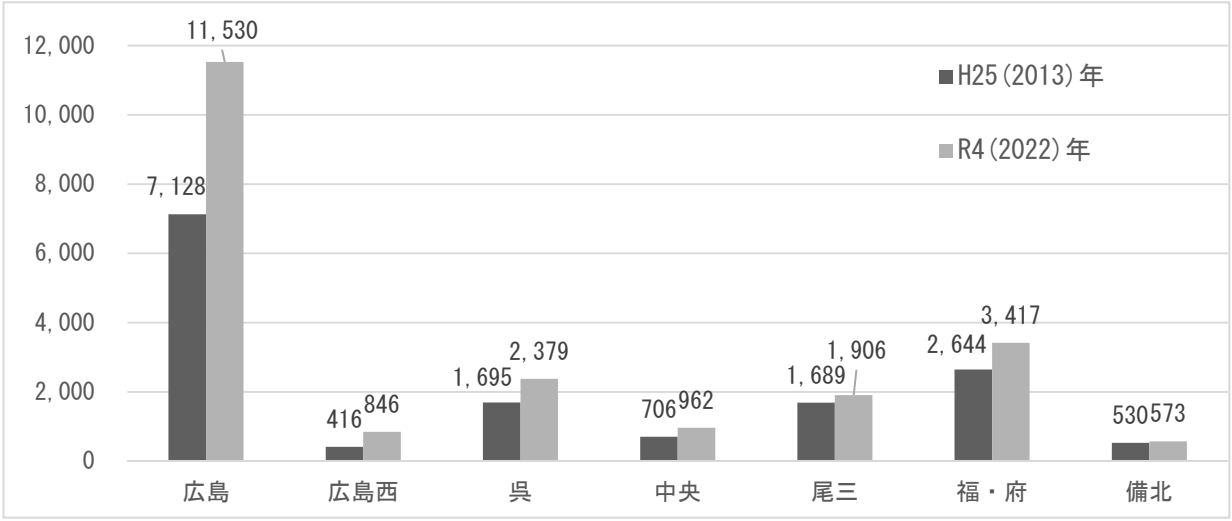
出典：厚生労働省「医療施設調査」

図表 2-3-5　市町別　訪問診療所数・訪問診療件数

	診療所数	訪問診療件数
増加している市町数	６	２１
減少している市町数	１３	２
同等の市町数	４	０

出典：ＥＭＩＴＡＳ－Ｇ（平成 29(2017)年度-令和 3(2021)年度比較）

図表 2-3-6　圏域別　在宅患者訪問診療料件数　　（単位：件数）



※圏域は、訪問診療を実施した医療機関の所在地ベースである。

出典：ＥＭＩＴＡＳ－Ｇ

日本医師会総合政策研究機構「かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査」（平成 29（2017）年）では、在宅医療を実施する上で特に大変なこととして、74%が 24 時間対応の困難さを挙げています。

在宅医療の多くが診療所を中心とした小規模な組織体制で提供されており、24 時間対応、急変時の対応及び看取りを行うための複数の医療機関の連携体制や情報通信機器の活用等による対応力の強化が求められています。

図表 2-3-7　訪問診療等を実施している医療機関

	調査項目	前回値	現状値
1	在宅療養後方支援病院	8 か所 （R2 年度）	14 か所 （R4 年度）
2	在宅療養支援病院	48 か所 （R2 年 8 月）	69 か所 （R5 年 8 月）
3	在宅療養支援診療所	570 か所 （R2 年 8 月）	550 か所 （R5 年 8 月）
4	在宅看取りを実施している診療所数	146 か所 （H29 年度）	135 か所 （R2 年度）
5	在宅看取りを実施している病院数	12 か所 （H29 年度）	19 か所 （R2 年度）

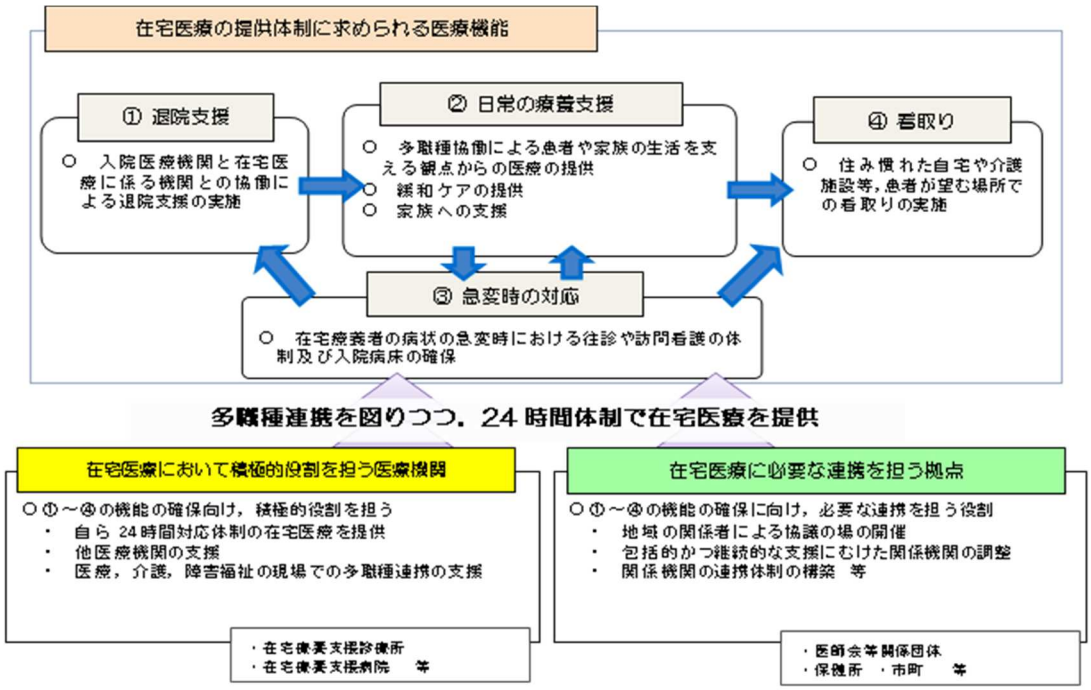
出典：１、２、３：中国四国厚生局「施設基準届出受理状況」
　　４、５：厚生労働省「医療施設調査」

※　在宅療養支援診療所（在支診）・在宅療養支援病院（在支病）とは
在宅療養をされる方のために、その地域で主たる責任をもって診療にあたる診療所や病院です。
地方厚生(支)局長に届出て認可される施設基準のひとつです。

★基準（令和４（2022）年度診療報酬改定内容）
①24 時間連絡を受ける体制の確保　②24 時間の往診体制　③24 時間の訪問看護体制
④緊急時の入院体制　⑤連携する医療機関等への情報提供
⑥年に１回、看取り数等を報告している　⑦適切な意思決定支援に係る指針を作成していること

在宅医療介護の提供体制については、「入退院支援」「日常の療養支援」「急変時の対応」「看取り」の４つの機能が切れ目なく提供されることを目指しています。

図表 2-3-8　在宅医療の提供体制



出典：厚生労働省

本県では、在宅医療圏域を市町の区域（23 圏域）ごとに設定しています。

「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」は、70 施設で地域によってばらつきがあります。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ます。

図表 2-3-9 在宅医療において積極的役割を担う医療機関（令和４（2022）年度）

市町名			病院	診療所		合計
				有床	無床	
広島	広島市	中区		1	1	2
		東区		1	3	4
		南区			5	5
		西区	1		3	4
		安佐南区		2	4	6
		安佐北区	1	1	3	5
		安芸区				0
		佐伯区	2		3	5
	安芸高田市				2	2
	府中町					0
	海田町				1	1
	熊野町					0
	坂町					0
	安芸太田町		1			1
	北広島町					0
広島西	大竹市				1	1
	廿日市市				2	2
呉	呉市				2	2
	江田島市		2			2
広島中央	竹原市		1		2	3
	東広島市		1		1	2
	大崎上島町				1	1
尾三	三原市					0
	尾道市		1		6	7
	世羅町					0
福山・府中	福山市		4	1	3	8
	府中市		1			1
	神石高原町		1		1	2
備北	三次市			1		1
	庄原市		3			3
合計			19	7	44	70

出典：県健康福祉局調べ

①　入退院支援

入退院支援にあたっては、医療の継続性や退院に伴って新たに生じる心理的・社会的問題の予防や対応のために、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援が重要となります。

退院支援については、退院調整率は 80%を超えて推移しているものの、退院支援担当者を配置している病院の割合は 50.2%（119 か所）にとどまっています。

退院カンファレンスにおける医師の参加率は、38.5%（R4（2022）年度）となっています。

②　日常の療養支援

日常の療養支援においては、「口腔の管理・リハビリテーション・栄養管理」の一体的な提供体制が求められています。

③　急変時・看取り、災害時等

「救急救助の現況（総務省）」によると、令和4（2022）年中の本県の救急搬送の 64.3%が高齢者となっています。

高齢者の救急搬送において、救急隊が傷病者の家族等と連絡がとれない、延命措置について本人の意思確認ができない、高齢者向け住宅などの施設や家族から、入居者の疾患・服薬などの情報が得られないといった事案が生じています。

また、本県の在宅看取り数は年々増加しています。

図表 2-3-10　在宅看取り数の年次推移　　（単位：件数）

	H29 (2017)	H30 (2018)	R 元 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)
0～64 歳	34	27	37	25	57	43
65 歳以上	1,865	1,986	2,027	2,330	2,812	3,195
総数	1,899	2,013	2,064	2,355	2,869	3,238

出典：ＥＭＩＴＡＳ－Ｇ

看取りについては、医療・ケア、ＡＣＰ（人生会議）、グリーフケアなどについて、各医療機関や職能団体等で独自の研修を実施しています。

在宅緩和ケアにおいては、各二次保健医療圏の地域保健対策協議会が中心となって在宅緩和ケア推進に向けた研修事業や在宅緩和ケア提供体制整備の取組を実施し、住み慣れた地域で適切に緩和ケアを受けることができる体制整備が進められています。

また、災害時の業務継続計画（ＢＣＰ）の策定について、国の手引きが示されています。

（3）在宅医療に携わる医師の確保・育成

在宅医療に携わる医師については、後継者や担い手の不足が生じています。

特に中山間地域等では、後継者不足に直面しており、自治医科大学卒業医師等が、通院だけでなく在宅医療も担っている場合もあります。

在宅医療に携わる医師は、在宅医療やケアに必要なスキル、本人や家族とのコミュニケーションのほか、多職種との連携体制づくりなどについて、実践の積み重ねや医療機関や職能団体における独自研修等により習得しています。

また、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人への更なる対応が求められています。

（4）市町や関係機関等との連携

県は、地域保健医療対策協議会の在宅医療・介護連携推進専門委員会（以下この項において「地対協・在宅医療介護推進専門委員会」という。）において、在宅医療介護に関する他地域の取組事例や、調査データを提供しています。

図表 2-3-11　提供事例

調査名	対象	調査機関
医療機能調査	医療機関、診療所、歯科診療所、訪問看護 ST、薬局	県
退院等状況調査	地域包括支援 C、居宅介護事業所	県
在宅医療・介護連携推進事業実施状況調査	市町	県
医療施設調査 毎年度：動態調査　静態調査：３年に１回	医療機関	国
老人保健事業（各種テーマ）	テーマによる	国

また、国においては、令和８（2026）年以降の新たな地域医療構想について、病院のみならずかかりつけ医機能や在宅医療等を対象に取り込んだものとなるよう、議論を行っているところです。

２　在宅医療介護の連携

（1）在宅医療介護連携体制

在宅医療介護連携体制の推進に当たっては、在宅医療・介護に携わる医療・介護従事者など多職種による水平的な連携強化を図りつつ、24 時間体制で在宅医療介護サービスが提供できる体制を確保することが必要です。

入退院支援から看取りまで、切れ目のない在宅医療介護提供体制への理解を深めるため、医療介護関係の多職種による情報共有の場や顔の見える関係性の構築を推進しています。

在宅医療の連携体制は、県内全市町において構築されており、市町と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」は、令和５（2023）年度までに 29 か所整備されています。

【在宅医療に必要な連携を担う拠点に求められる事項】

① 地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議を定期的に開催し、在宅医療における提供状況の把握、災害時対応を含む連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること
② 地域包括ケアシステムを踏まえた在宅医療の提供体制を整備する観点から、地域の医療及び介護、障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するよう、関係機関との調整を行うこと
③ 質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による急変時の対応や 24 時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること
④ 在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと
⑤ 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を実施すること

図表 2-3-12 在宅医療に必要な連携を担う拠点

圏域名	市町名	拠点名	①	②	③	④	⑤
広島	広島市	広島市連合地区地域保健対策協議会	○	○	○	○	○
		広島市中区地域保健対策協議会	○	○	○	○	○
		広島市東区地域保健対策協議会	○	○	○	○	○
		広島市南区地域保健対策協議会	○	○	○	○	○
		広島市西区地域保健対策協議会	○	○	○	○	○
		広島市安佐南区地域保健対策協議会	○	○	○	○	○
		広島市安佐北区地域保健対策協議会	○	○	○	○	○
		広島市安芸区地域保健対策協議会	○	○	○	○	○
		広島市佐伯区地域保健対策協議会	○	○	○	○	○
	安芸高田市	安芸高田市福祉保健部健康長寿課	○	○			
		広島県厚生農業協同組合連合会 吉田総合病院		○	○		
	府中町	府中町地域包括支援センター	○				
		一般社団法 安芸地区医師会		○	○		○
	海田町	一般社団法 安芸地区医師会	○	○	○		○
	熊野町	一般社団法 安芸地区医師会	○	○	○		○
	坂町	一般社団法 安芸地区医師会	○	○	○		○
	安芸太田町	安芸太田町地域包括支援センター	○	○			
	北広島町	北広島町保健課(北広島町地域包括支援センター)	○	○			○
広島西	大竹市	大竹市	○	○	○		○
	廿日市市	特定非営利活動法人 廿日市市市五師士会	○	○	○	○	○
呉	呉市	呉市福祉保健部高齢者支援課	○	○	○	○	○
		一般社団法人 呉市医師会	○	○	○	○	○
	江田島市	江田島市福祉保健部高齢介護課(江田島市地域包括支援センター)	○	○			○
広島中央	竹原市	竹原地域医療介護推進協議会	○		○		○
	東広島市	東広島市健康福祉部地域包括ケア推進課	○	○	○		○
	大崎上島町	大崎上島町福祉課	○				○
尾三	三原市	一般社団法人 三原市医師会	○	○	○	○	○
	尾道市	尾道市福祉保健部高齢者福祉課		○	○		
		尾道市福祉保健部健康推進課			○		○
	世羅町	公立世羅中央病院(世羅町在宅医療・介護連携支援センター)	○	○			○
福山・府中	福山市	福山市	○	○	○	○	○
	府中市	一般社団法人 府中地区医師会	○		○		○
		府中市健康福祉部介護保険課(府中市地域包括支援センター)	○	○			
	神石高原町	神石高原町福祉課(神石高原町地域包括支援センター)	○	○	○		○
備北	三次市	三次市			○		○
	庄原市	庄原市	○	○			○

出典：県健康福祉局調べ

(2) 多職種連携

市町や地域包括支援センターで開催する地域ケア会議においても、医療従事者をはじめ、多職種の参画が進んでいます。

高齢者の自分らしい療養や生活を支えるため、医療と介護連携の橋渡し役を担う介護支援専門員により、入退院時の調整等の支援や高齢者の自立を支援するための自立支援型ケアマネジメントに取組んでいます。

在宅医療介護を推進する上で、複合的課題や制度の狭間の問題等が顕在化しており、対応ノウハウを学んだり、継続的なスキルアップを図ったりする機会が十分ではありません。

図表 2-3-13 自立支援型地域ケア個別会議における専門職の参加状況（令和５（2023）年度）

	医師	歯科医師	薬剤師	看護師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士・栄養士	歯科衛生士
市町数	10	11	19	11	19	20	11	21	12

出典：県健康福祉局調べ

(3) 市町の取組支援

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、平成 30（2018）年度中に全市町において、在宅医療・介護連携推進事業が実施されています。

本県では、「資源把握」「多職種連携」「住民啓発」といった観点から、県内全市町がこの事業に取組んでいます。

図表 2-3-14 市町の主な取り組み内容

区分	具体的な内容（抜粋）
資源把握	・医療・介護サービス等の資源マップや冊子等作成 ・リストを作成しホームページに掲載　　等
多職種連携	・多職種向けの相談支援窓口の設置 ・多職種参加の研修会の開催 ・ＩＣＴを活用した情報共有システムの運用 ・統一した連携シートの活用　等
住民啓発	・「認知症」「ＡＣＰ」等をテーマにした市民講座の開催 ・専門職等におけるミニ講座の実施 ・啓発ツール（ＤＶＤ・チラシ等）の作成　等

(4) 普及啓発

県では、地対協・在宅医療介護推進専門委員会と連携し、「在宅医療はすまいる医療」のキャッチフレーズのもと、在宅医療の現状や様々な職種の役割等を紹介するポスターや動画を作成し、県ＨＰ等に掲載しています。

また、高齢者の総合相談窓口である「地域包括支援センター」について、その相談内容や連絡先一覧を県ＨＰに掲載しています。

図表 2-3-15　啓発ツール　在宅医療はすまいる医療

ポスター

ＨＰ

図表 2-3-16 在宅医療介護　動画の概要

	テーマ	概要
R3	在宅医療とは	在宅医療（看取りまで）の再現ドラマ/医師・介護支援専門員の解説/患者・家族の体験談（約 25 分）
R4	歯科訪問診療	歯科衛生士による実演/歯科医師、歯科衛生士の解説/患者・家族の体験談（約 10 分）
	訪問薬剤師	訪問薬剤師の再現ドラマ/薬剤師の解説/患者・家族の体験談（約 12 分）
R5	訪問看護師	訪問看護師の再現ドラマ/訪問看護師の解説/患者・家族の体験談（約 10 分）
	介護支援専門員	介護支援専門員の再現ドラマ/介護支援専門員の解説/利用者の体験談（約 10 分）

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、歯科訪問診療及び訪問薬剤管理指導の実施状況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。

課　題

1　在宅医療の提供体制

(1) 在宅医療の提供体制の充実

在宅医療に携わる病院や診療所の実態、地域偏在の状況などや課題について把握するとともに、その体制維持のために必要な対応策（在宅医療のバックアップ体制、人材不足、オンライン診療等への対応の可能性）について検討していく必要があります。

①　入退院支援

入退院支援については、利用者の状態に応じた医療・介護サービスや、退院後の生活支援等に着実につなげられるよう、入退院支援に携わる関係者間の顔の見える関係づくりや、地域内の医療・介護資源、生活支援サービス、当事者や家族のピアサポート等について把握しておく必要があります。

②　日常の療養支援

日常の療養支援においては、「口腔の管理・リハビリテーション・栄養管理を適切に提供するために関係職種間で連携体制を構築すること」が必要です。

③　急変時・看取り、災害時等

高齢者の救急搬送において、延命措置について ACP の実践等により、本人の意思確認を促進したり、急変時の連携ルールを地域で検討し、住民や救急・医療・介護等の関係者間で共有しておく必要があります。

患者のＱＯＬや医療資源の適正配分の観点から、住み慣れた地域で療養できる医療・介護の体制整備が求められているため、施設間の調整役を地域において養成し、施設間で顔の見える関係づくりが必要です。

災害時の業務継続計画（ＢＣＰ）の策定においては、在宅医療機関間や訪問看護事業所間等、また、医療機関、薬局、訪問看護事業所、居宅介護支援事業所等の関係機関間、更に市区町村や県との連携が重要になります。

(2) 在宅医療に携わる医師の確保・育成

訪問診療を実施する医療従事者の育成が必要です。

在宅医療介護を推進する上で複合的課題や制度の狭間の問題等に対応できるノウハウを学んだり、継続的なスキルアップを図ったりする機会を充実していくことが必要です。

高齢化による複数疾患を抱える患者を総合的に診ることのできる総合診療医の育成が必要です。

(3) 市町や関係機関等との連携

在宅医療介護の中長期的な需要予測や、医療・介護資源や人材に地域差があることなど、それぞれの地域課題について、関係者間における共通理解を進める必要があります。

今後、在宅医療が直面する課題に対応していくため、地域の実情に応じて、医療・介護の垂直・水平連携をより一層強化していく必要があります。

地域の実情に応じて在宅医療の提供体制を確保していくには、その地域の人口構造や医療介護資源等を踏まえた上で、在宅医療領域だけではなく、急性期、回復期、慢性期の病床等や介護サービス等との調整が必要になります。

このため、地対協・在宅医療介護推進専門委員会以外にも、市町、市郡地区医師会等と連携し、それぞれの地域において、在宅医療介護に関する地域課題を検討する機会を更に広げる必要があります。

また、令和８（2026）年以降の新たな地域医療構想について、国の議論を踏まえ、病院のみならずかかりつけ医機能や在宅医療等を対象に取り込み、議論を進めた上で、更に生産年齢人口の減少が加速していく 2040 年に向けて、バージョンアップをしていく必要があります。

2　在宅医療介護の連携

(1) 在宅医療介護連携体制

市町と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」や「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」などが、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、行政、地域包括支援センター、介護施設、保健所等）と連携し、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関係者で積極的な意見交換や情報共有を行えるような機会を設けるなど、在宅医療介護連携体制を維持していく必要があります。

(2) 多職種連携

地域ケア会議等を通じて多職種の連携が図られてきていますが、医療従事者の参画をより一層進めるなど、ネットワークを充実していく必要があります。

また、多職種が連携して、高齢者の自分らしい療養や生活に向けた支援を行うとともに、介護支援専門員の自立支援型ケアマネジメントの実践力を高める必要があります。

(3) 市町の取組支援

市町が実施する在宅医療・介護連携推進事業を引き続き促進するとともに、地域の実情にあった体制の取組が更に実施されるよう、市町支援を行う必要があります。

市町がこれらの取組を進める上で、把握した次のような課題に対応する必要があります。

図表 2-3-17 市町の取組上の主な課題

区分	課題
資源把握	・専門職や住民にとって、比較・選択が可能な医療資源や生活支援等の情報発信に至っていない。
多職種連携	・急変時、入退院・日常療養支援において必要な調整が、複数の関係機関・多職種間で円滑に進まない場合がある。 ・域内で連携ルールを共有化するなど、多職種連携で地域課題を検討し具体化する取組（機会づくり等）が十分でない地域がある。
住民啓発	・利用者や家族等に対して、パワハラ・セクハラ等の防止に対する啓発が進んでいない。 ・訪問診療に携わる医療従事者等へのパワハラ・セクハラ等への対処方法や未然防止などについて、医療従事者間等で認識・共有化が進んでいない。

（4）普及啓発

在宅医療の具体的なイメージを幅広く発信することにより、県民が医療や介護が必要となった時に、在宅療養を一つの選択肢として検討したり、在宅医療に携わる多職種の相互理解につなげていく必要があります。

目　標

区分	指標名	現状値	目標値	出典
P	市町の在宅医療介護連携の取組実施率	[R5]56.0%	[R11] 76.7%	県健康福祉局調べ

Ｓ：ストラクチャー、Ｐ：プロセス、Ｏ：アウトカム

施策の方向

１　在宅医療の提供体制

（1）在宅医療の提供体制の充実

在宅医療に携わる病院や診療所の実態や課題について把握するとともに、その体制維持のために必要な対応策（在宅医療のバックアップ体制、人材不足、オンライン診療等への対応の可能性）について検討し、実施します。

①　入退院支援

入退院支援に携わる関係者間の顔の見える関係づくりや、地域内の医療・介護資源、生活支援サービス、当事者や家族のピアサポート等について把握し、市町による効果的な発信等の取組みを促進します。

②　日常の療養支援

日常の療養支援における「口腔の管理・リハビリテーション・栄養管理を適切に提供するために関係職種間で連携体制を構築」に取組む市町を支援します。

③　急変時・看取り、災害時等

地域内の救急・医療・介護等の関係者間で、顔の見える関係づくりや、本人や家族の意向を尊重しつつ、救急搬送を円滑化するための方策について検討を促進します。

多職種研修や介護・福祉関係者研修の実施による在宅緩和ケアの提供に係る質の向上・人材を育成します。医療・介護連携による在宅緩和ケアの仕組みづくりを工夫し、人的資源等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を構築します。

災害時の業務継続計画（ＢＣＰ）の策定においては、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等において平時から連携を進めるとともに、国が策定した手引き等を活用できるよう周知を図ります。

（2）在宅医療に携わる医師の確保・育成

県医師会と連携して、在宅医療に取り組む医療従事者等に対する研修機会の確保を行います。

また、中山間地域等の在宅医療を含めた医療提供体制を維持していくため、自治医科大学卒業医師や広島大学ふるさと枠医師等の育成及び中山間地域等への配置に引き続き取組みます。

加えて、高齢化による複数疾患を抱える患者を総合的に診ることのできる総合診療医の育成に取組みます。

（3）市町や関係機関等との連携

市町や地対協・在宅医療介護推進専門委員会等と連携して、分析データを共有し、意見交換等を通じて在宅医療介護に関する地域課題に係る検討を促進します。

県や二次保健医療圏単位で実施した方が、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、県地域保健対策協議会、圏域地域保健対策協議会、関係団体と連携しながら取組みます。

また、令和８（2026）年以降の新たな地域医療構想においては、国の議論を踏まえ、病院のみならずかかりつけ医機能や在宅医療等を対象に取り込み、市町や関係機関等と議論の上、策定を検討します。

２　在宅医療介護の連携

（1）在宅医療介護連携体制

市町と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」や「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」などが、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、行政、地域包括支援センター、介護施設、保健所等）と連携し、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関係者で積極的な意見交換や情報共有を行えるような機会を設けるなど、引き続き、在宅医療介護連携体制の促進を図ります。

（2）多職種連携

県地域包括推進センターと連携して、複合的課題や制度の狭間の問題等の困難事例について、多職種向けの研修を開催します。

地域ケア会議等において、多職種が連携して、高齢者の自分らしい療養や生活に向けた支援を行うとともに、取組内容に課題のある市町等に対し、他市町の好事例やノウハウなどを共有するほか、必要に応じ助言・支援を行います。

自立支援型ケアマネジメントの実践に向け、引き続き市町や専門職等への助言やアドバイザー派遣等の支援に取組みます。

(3) 市町の取組支援

市町における在宅医療・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・分析等により市町支援を行います。

また、在宅医療・介護連携推進事業を進める上で、次のような視点に基づいた取組を促進します。

図表 2-3-18 市町の主な取組内容

区分	取組内容
資源把握	・医療資源や生活支援等に必要な情報の収集・再編を行うとともに、住民ひとり一人の状態像に応じて必要な情報を比較・選択が可能な情発信等の工夫を行う。
多職種連携	・地域内で医療・介護の相談・サービス等に携わる関係者間の顔の見える関係づくりを進める。 ・域内で連携ルールを共有化するなど、多職種連携で地域課題を検討し具体化する取組（機会づくり等）を進める。
住民啓発	・利用者や家族等に対して、パワハラ・セクハラ等の防止に対する啓発を進める。 ・訪問診療に携わる医療従事者等へのパワハラ・セクハラ等への対処方法や未然防止などについて、医療従事者間等で認識・共有化を進める。

(4) 普及啓発

地対協・在宅医療介護推進専門委員会と連携し、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多職種の機能や役割等を広く県民、医療・介護関係者等に紹介し、在宅医療に対する理解を促進します。

また、医療機関等の医療機能（退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り）を明確にし、名称等を県ホームページで公表し対応状況等の見える化を図ることにより、連携体制の構築を促進します。

2　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、自ら口腔の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。

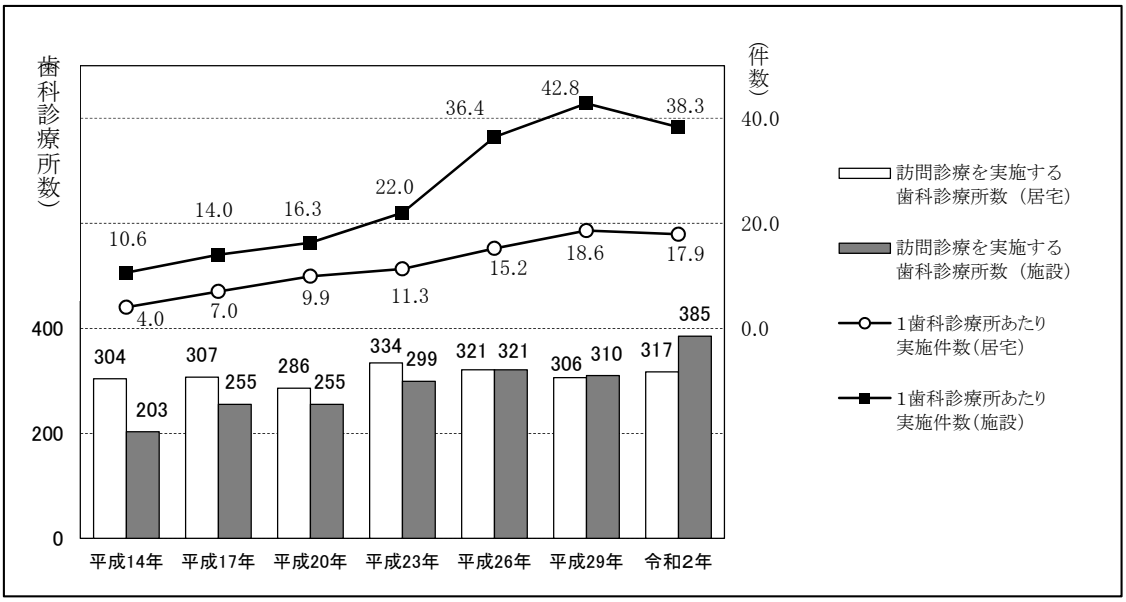
また、摂食嚥下機能の低下により、誤嚥やそれに伴う誤嚥性肺炎の危険性も高まってきます。摂食嚥下障害の軽減、誤嚥性肺炎や低栄養の予防には、口腔健康管理が効果的であることがわかっています。

１　訪問歯科診療等における在宅医療提供体制の現状

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や、入所施設への訪問歯科診療を実施する歯科診療所数は増加傾向にあります。一方で、居宅への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 2-3-19　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」（令和２（2020）年）

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５（2023）年３月現在、県内で 241 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５（2023）年３月に 127,800 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５（2023）年３月に 255 施設となっており、更にこうした指導の実施件数は、令和５（2023）年３月に 157,849 人となっています。

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
P	相談できる歯科医院がある地域包括支援センターの割合	―	[R5]76.4%	県健康福祉局調べ
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	[R4] 127,800 人	ＥＭＩＴＡＳ－Ｇ（広島県）
P	訪問口腔衛生指導実施件数	[R1] 151,531 人	[R4] 157,849 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

介護者の口腔管理の必要性について、本人やその家族、施設職員等に情報が十分に届いておらず、相談や支援を受けにくい状況にあります。

歯科医療機関が訪問歯科診療を実施するための機器整備等への支援や人材確保等の環境整備が必要です。

在宅歯科医療連携室における在宅歯科医療機器の貸出や患者・家族等からの相談窓口などの周知啓発、歯科医療機関と医療・介護等との連携、相談窓口の周知を更に推進する必要があります。

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
P	相談できる歯科医院がある地域包括支援センターの割合	[R5]76.4%	[R11] 100%	県健康福祉局調べ
S	訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数	[R4] 255 施設	[R11] 370 施設以上	ＥＭＩＴＡＳ－Ｇ（広島県）

Ｓ：ストラクチャー、Ｐ：プロセス、Ｏ：アウトカム

施策の方向

広島口腔保健センターを活用し、要介護者の歯科治療や口腔機能の維持・向上、歯科疾患予防及び誤嚥性肺炎予防など専門的な口腔健康管理ができる歯科医師・歯科衛生士の養成等を行い、要介護者に対応可能な人材の確保・育成を図ります。

加えて、歯科医療機関が、要介護者への訪問歯科診療や口腔健康管理を実施するために必要な医療機器等の整備に対して支援を行います。

在宅での介護を必要とする高齢者本人やその家族、ケアマネジャー（介護支援専門員）などの介護職員等に対して、かかりつけ歯科医を持ち、在宅歯科医療を受ける重要性や相談窓口の周知を図ります。

歯科関連団体や市町等と連携した広報等を行い、在宅歯科医療連携室が効果的に活用され、医療介護連携を推進することで、地域包括ケアシステムにおける在宅歯科医療の充実を図ります。

3　訪問薬剤管理指導の充実

現　状

1　在宅医療に参加する薬局数及び研修を修了した薬剤師数

在宅医療における薬局及び薬剤師の主な役割として、患家への医薬品・衛生材料の供給、一包化等の患者の状態に応じた調剤、薬の飲み合わせ等の確認、服薬指導・支援、副作用等のモニタリング、残薬の管理、医療用麻薬の管理、在宅医への処方提案及び地域の医療・介護関係の他職種との連携・情報共有等があり、これらの訪問薬剤管理指導は、地域包括ケアシステムの中で提供されるべき重要な専門性の一つです。

地域包括ケアシステムの進展に伴い、在宅医療に参加する県内の薬局数は年々増加しており、令和４（2022）年には 730 施設（県内保険薬局の 49%）、当該薬局が所在する日常生活圏域は 112 圏域まで広がっています。

また、県及び公益社団法人広島県薬剤師会（以下「県薬剤師会」という。）が実施する在宅医療に関する専門的知識・技術を習得するための研修を修了した薬剤師数は 303 人（令和４（2022）年３月末現在）で、４年間で約３倍に増加しています。

図表 2-3-20　在宅医療に参加する県内の薬局数

区分	令和元(2019)年	令和２(2020)年	令和３(2021)年	令和４(2022)年
在宅医療に参加する薬局数 （薬局が所在する日常生活圏域数）	545 施設 （106 圏域）	647 施設 （107 圏域）	685 施設 （112 圏域）	730 施設 （112 圏域）

出典：県健康福祉局調べ（薬局機能情報報告制度）

図表 2-3-21　在宅医療に関する専門的知識・技術を習得するための研修を修了した薬剤師数（県内）

区分	令和元(2019)年	令和２(2020)年	令和３(2021)年	令和４(2022)年
在宅医療の質向上のための知識・技能を習得し、他職種連携研修を修了した薬局薬剤師数	107 人	217 人	273 人	303 人

出典：県健康福祉局調べ

2　小児の在宅医療に対応可能な薬局数

新生児医療の発達により救える命が増える一方で医療機関を退院したあとも在宅で人工呼吸器又は経管栄養等の医療的ケアを必要とする子どもが増加しています。

このような中、小児の在宅医療に対応可能な県内の薬局数は、272 施設（令和４（2022）年３月現在、保険薬局の 18%）、当該薬局が所在する日常生活圏域は 78 圏域あります。

図表 2-3-22　医療的ケア児の調剤に対応可能な県内の薬局数

区分	令和４(2022)年３月現在
医療的ケア児の調剤に対応可能な薬局数 （薬局が所在する日常生活圏域数）	272 施設 （78 圏域）

出典：県薬剤師会「医療的ケア児の調剤に対応する薬局」（令和４（2022）年）

3　在宅医療における多職種との連携

薬局が在宅医療に参加する契機として、在宅医による指示、訪問看護師、介護支援専門員又は病院薬剤師等からの提案・相談等がありますが、これらの多職種とのつながりがない又は多職種から提案されても薬局側の人的・時間的理由で受けられない等、退院時カンファレンス又はサービス担当者会議に出席していない薬局が少なくない状況です。

図表 2-3-23　多職種と連携する会議に出席している保険薬局の割合

区分	令和元(2019)年	令和２(2020)年	令和３(2021)年	令和４(2022)年
薬局薬剤師が地域の医療・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	―	25%	30%	30%

出典：県健康福祉局調べ

課　題

1　在宅医療に参加する薬局及び薬剤師の量的拡大並びに質的向上

在宅医療のニーズが増大する一方で、少子化により医療従事者の確保が更に困難となっていくことが予想される中、地域包括ケアシステムを機能させていくためには、薬局がより一層在宅医療に参加することが重要です。また、患者本位の行き届いた訪問薬剤管理指導を実践するためには、患者に身近なかかりつけ薬局が在宅対応を行うことが最適ですが、いまだ在宅医療に参加する薬局が所在していない日常生活圏域があるなど、引き続き、在宅医療に参加する薬局及び薬剤師の量的拡大を図る必要があります。

更に、これまでは量的拡大を図るため、在宅医療に関する専門的知識・技術を習得した薬剤師の育成・増加に努めてきましたが、今後は育成後のフォローアップにも注力し、訪問薬剤管理指導の質的向上も両立させていく必要があります。

2　小児への訪問薬剤管理指導体制の整備

医療的ケア児に使用される薬剤及び薬学的ケアに必要な知識は、高齢者の在宅医療とは異なります。医療的ケア児については、肝代謝能及び腎排泄も踏まえた薬剤の個別の投与設計が重要となるとともに、多くの場合、経管で投与されるため薬剤を粉砕する必要があること、小児用製剤が少なく成人用製剤を代替として用いること、小児の成長・発達度合いに応じた投与量の調整等の専門的な知識が求められます。また、薬剤師が関与することは患者本人のみでなく保護者の負担軽減にもつながります。

このため、小児の在宅医療に対応可能な薬局数を増やすことにより、医療的ケア児が県内どこに住んでいても日常的に適切な薬学的介入を受けることができる体制を整備する必要があります。

3　在宅医療における多職種との連携強化及び病院と薬局の連携体制の構築

在宅医による指示及び他職種からの提案がなく在宅医療への参加実績を有する薬局が所在しない地域においては、薬剤師需要を喚起するため、専門的知識・技術に加え、多職種との連携及び退院時カンファレンス等への参加が可能な薬剤師を確保・育成する必要があります。

また、在宅医療における薬学管理については、多様な病態の患者への対応又はターミナルケアへの参画等の観点から、病棟薬剤業務及び高度薬学管理等の知識・経験が求められ、これらを習得する機会は病院と連携して行われる研修に限られることから、病院と薬局の連携体制を構築していく必要があります。

目　標

県及び県薬剤師会が連携して、在宅医療に参加する薬局及び薬剤師の量的拡大並びに質的向上に取り組むことで、在宅医療の充実を目指します。

区分	指標名	現状値	目標値	出典
S	在宅医療に参加する薬局数	[R4] 730 施設	[R11] 900 施設	県健康福祉局調べ
S	小児の在宅医療に対応可能な薬局数	[R4] 272 施設	[R11] 500 施設	県薬剤師会調べ 県健康福祉局調べ
P	薬局薬剤師が地域の医療・介護関係の他職種と連携する会議に出席している保険薬局の割合	[R4] 30%	[R11] 60%	県健康福祉局調べ

S：ストラクチャー、P：プロセス、O：アウトカム

施策の方向

1　在宅医療に参加する薬局及び薬剤師の量的拡大並びに質的向上

在宅医療に参加する薬局及び薬剤師の量的拡大を図るため、引き続き、県及び県薬剤師会が協力して在宅医療に関する専門的知識・技術を習得するための研修を実施し、在宅医療に参加できる薬剤師の育成・増加を図ります。なお、当該研修への受講の働きかけは、薬剤師需要があるにも関わらず、人的・時間的余裕がないことを理由に在宅医療に参加できない薬局が所在する地域の薬剤師に対して重点的・戦略的に行います。

また、訪問薬剤管理指導の質的向上を図るため、既に在宅医療に参加している薬剤師を対象として、実際に在宅医療を経験した上で感じる問題点とそれを解決するアイデアの共有、ICT を活用した多職種との連携及び最新の医療機器・医療材料に関する知識の充実等を図るフォローアップ研修を実施します。

2　小児への訪問薬剤管理指導体制の整備

県及び県薬剤師会が協力して小児特有の在宅医療に関する専門的知識・技術を習得するための研修を実施し、小児の在宅医療に対応可能な薬局数の増加を促進します。

また、医療的ケア児の調剤に対応可能な薬局についてはリスト化し公開するとともに、関係機関と情報共有します。

3　在宅医療における多職種との連携強化及び病院と薬局の連携体制の構築

薬局及び薬剤師が在宅医療により一層関わることができるよう、「お薬相談シート」を用いた相談応需及びＩＣＴを活用した情報共有等、地域における薬剤師と多職種との連携の好事例を地域全体でルール化することにより、多職種連携の強化を図ります。

また、在宅医療に係る人的・物的なリソースが豊富でない場合においても、地域の他の薬局と連携して地域全体で必要なサービスを効率的・効果的に提供していくことにより、多職種との信頼関係を獲得していきます。

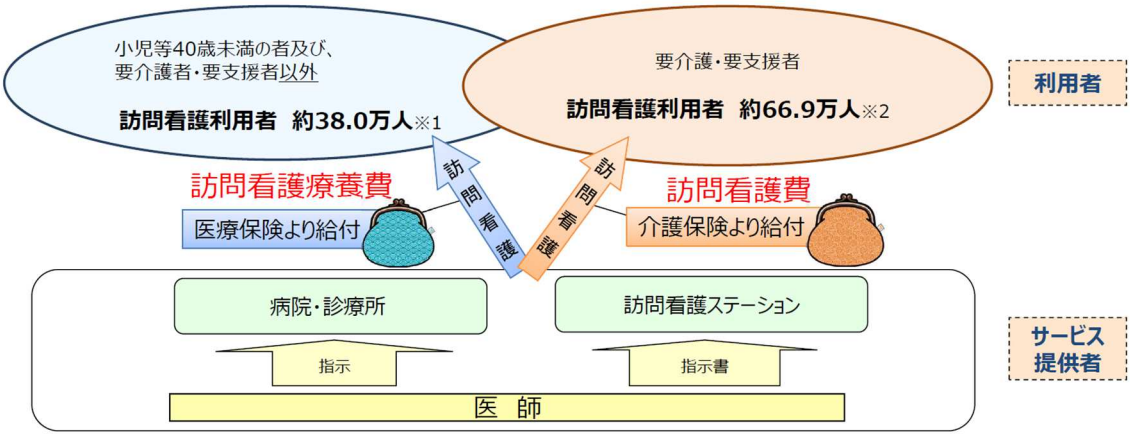
更に、病院が薬局薬剤師の研修生を受け入れる取組を進めることにより、研修時のつながりを活用した病院と薬局の連携体制を構築するとともに、薬局薬剤師に対して病棟薬剤業務及び高度薬学管理等の知識・経験を習得する機会を付与し、訪問薬剤管理指導の質的向上につなげます。

4　訪問看護の充実

現　状

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、主治医の指示のもと、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いい、医療機関（病院・診療所）と訪問看護事業所（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されるため、要介護被保険者については、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、医療保険給付による訪問看護が行われます。

図表 2-3-24　訪問看護の仕組み



出典：※1 訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成（令和3年6月審査分より推計）　※2 介護給付費等実態統計（令和3年6月審査分）

出典：厚生労働省「社会保障審議会介護給付分科会（第 220 回）」資料３

１　訪問看護サービスの利用状況

訪問看護サービスの利用は年々増加しており、令和３（2021）年度と平成 30（2018）年度を比較すると、利用者数は＋24.6%、給付額は＋29.1%となっています。

図表 2-3-25　訪問看護の利用者数と給付額の推移

年度	H29(2017)	H30(2018)	R 元(2019)	R２(2020)	R３(2021)	R３/H30
利用者数（人）	51,340	54,380	57,259	62,689	67,742	124.6 %
うち介護保険	18,977	19,973	21,006	22,495	23,836	119.3 %
うち医療保険	32,363	34,407	36,253	40,194	43,906	127.6 %
給付額（千円）	11,338,392	12,250,272	13,206,553	14,423,652	15,821,165	129.1 %
うち介護保険	7,127,885	7,552,398	8,003,518	8,612,590	9,212,613	122.0 %
うち医療保険	4,210,507	4,697,874	5,203,035	5,811,062	6,608,552	140.7 %

出典：ＥＭＩＴＡＳ－Ｇ

※介護保険は「介護レセプト」、医療保険は「医療レセプト」と「訪問看護ステーション請求・支払いデータ」から算出

2　訪問看護サービスの提供体制

(1) 訪問看護事業所数の分布と推移

令和５（2023）年７月１日現在、県内の指定訪問看護事業所は 398 か所で、うち半数の 199 か所は広島市に所在しています。（※１）

また、年度当初（４月１日時点）に稼働している訪問看護事業所数について、令和５（2023）年と平成 30（2018）年度を比較すると、＋34.4%と増加していますが、毎年一定数の休廃止もみられます。

図表 2-3-26　訪問看護事業所の新設と休廃止の推移（単位：施設）

年度	H29 (2017)	H30 (2018)	R 元 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)	R5/H30
年度当初の稼働数	260	282	288	301	324	349	379	134.4%
年度中の新設数	37	20	29	34	35	40	－	－
年度中の休廃止数	18	18	26	24	21	20	－	－

出典：全国訪問看護事業協会「訪問看護ステーション数調査結果」（令和５（2023）年度）

(2) 事業所の経営体制

広島県訪問看護ステーション協議会の調査（※２）によると、看護職員の配置人数（常勤換算）別の事業所割合をみると、2.5～３人未満が 11.0%、３～５人未満 38.6%となっており、小規模な事業所が全体の約半数を占めています。また、事業の実施期間別の事業所割合をみると、５年以下が 37.3%、6～10 年以下が 17.1%となっており、全体の３分の１以上が比較的新しい事業所といえます。更に、事業所の管理者としての経験年数別の事業所割合をみると、１年未満が 13.4%、１～３年未満が 32.3%、３～５年未満が 16.1%となっており、経験年数の短い管理者が多いといえます。

また、令和４（2022）年 12 月時点で、県内に就業する看護職員 44,710 人のうち、事業所に就業する看護職員は 2,094 人（4.7%）であり、平成 29（2017）年度からの６年間で廃止された事業所 76 か所をみると、廃止理由の 46.1%が職員不足によるものでした。つまり、業界全体の人材不足が事業所の経営を不安定にする最大の要因であるといえます。

(3) 医療的ニーズの高い利用者への対応

本県が実施した令和４（2022）年度医療機能調査（在宅医療）によると、人工呼吸器等の特別な管理を必要とする医療的ニーズの高い利用者の中でも、特に未就学児について、半数以上の事業所が対応できないと回答するなど、事業所の受入体制は十分であるとは言えません。

また、広島県訪問看護ステーション協議会の調査（※２）によると、人工呼吸器装着の対応可能割合は、看護職員７人以上の事業所では 85.0%であるのに対し、2.5～３人未満事業所では 43.5%、腹膜透析（腹膜潅流）の対応可能割合は、看護職員７人以上の事業所で 78.3%であるのに対し、2.5～３人未満事業所では 43.5%となっており、看護職員数が多い事業所ほど、医療的ニーズの高い利用者の受入が可能であるといえます。

事業所の機能については、令和５（2023）年７月１日現在、機能強化型訪問看護ステーション（機能強化型訪問看護管理療養費の届出がある事業所）は県内に 26 か所、全体の 6.5%にとどまっています（※３）。

(4) 人材の技能

事業所に就業する看護職員の技能については、令和４（2022）年 12 月時点での県内の特定行為研修修了者 75 人のうち、事業所に就業するのは３人、認定看護師は病院 457 人に対し、事業所 17 人となっており、高度な専門性を持つ看護職が少ない状況です。（※４）（※５）

※１　出典：中国四国厚生局「コード内容別訪問看護事業所一覧」令和５（2023）年７月
※２　出典：広島県訪問看護ステーション協議会「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」令和４(2022)年３月
※３　出典：中国四国厚生局「届出受理指定訪問看護事業所名簿」令和５（2023）年７月
※４　出典：厚生労働省「衛生行政報告例（業務従事者届）」令和４（2022）年 12 月
※５　出典：公益社団法人日本看護協会「認定看護師登録者一覧」

図表 2-3-27　訪問看護に関するデータ

項　目	現状値	出　典
訪問看護の空白地域※数 （県内 23 市町 125 日常生活圏域）	[R5]　０市町 ０日常生活圏域	県健康福祉局調べ
訪問看護事業所の廃止理由（一部抜粋） ①職員不足 ②利用者確保困難 ③組織変更・廃止 ④事業譲渡・統合	[H29～R4] ①46.1% ②11.8% ③11.8% ④10.5%	県健康福祉局調べ
機能別対応可能割合（一部抜粋） ①人工呼吸器 ②吸引 ③在宅酸素療法 ④経管栄養 ⑤中心静脈栄養 ⑥麻薬	[R4]（未就学児、成人） ①31.3%、77.8% ②38.6%、90.3% ③43.2%、93.8% ④42.6%、93.2% ⑤35.8%、87.5% ⑥31.8%、89.2%	県健康福祉局 医療機能調査（在宅医療）

※訪問看護の空白地域とは、圏域内に訪問看護事業所がなく、他圏域からのサービス提供もない地域のこと

課　題

１　サービスの量的確保

(1) 事業所の確保・経営の安定化

令和５（2023）年２月時点で、県内に訪問看護の空白地域はないとされていますが、事業所の多くは都市部に集中しており、今後増加が見込まれる訪問看護のサービス需要に対応するためには、各圏域及び市町ごとのサービス需要量に応じたサービス提供体制のあり方を把握する必要があります。

また、毎年一定数の事業所が休廃止していることから、事業所の機能強化及び経営規模の拡大等による経営の安定化を図る必要があります。

(2) 人材の確保

サービスを持続的に提供するためには、経営の安定化とともに、人材の確保が不可欠です。そのためには、事業所の魅力を向上させ、事業所に就業する看護職員の総数を増やす必要があります。

２　サービスの質的向上

（1）事業所の機能強化

医療的ニーズの高い利用者の受入体制は、看護職員数が多い事業所に偏っていることから、事業所の機能強化を図り、医療的ニーズの高い利用者に対応可能な事業所を増やす必要があります。事業所の機能強化は、高度な専門性を持つ看護職員が活躍する機会を増やし、職場としての魅力を向上させることにもつながります。

（2）人材の技能向上

事業所に就業する看護職員の技能向上のためには、事業所内での人材育成と並行して、高度な専門性を持つ人材を誘致していくことが必要です。

目　標

区分	指標名	現状値	目標値	出典
P	訪問看護事業所に所属する特定行為研修修了者数	[R4]　４人	[R11] 10 人	厚生労働省 衛生行政報告例（業務従事者届）
P	訪問看護事業所に所属する認定看護師数	[R4]　17 人	[R11] 22 人	公益社団法人日本看護協会 認定看護師登録者一覧

Ｓ：ストラクチャー、Ｐ：プロセス、Ｏ：アウトカム

施策の方向

１　サービスの量的確保

（1）事業所の確保・経営の安定化

経営の安定化のため、持続可能なサービス提供体制のあり方を分析、検討するとともに、経営力向上に係る研修等を通じて管理者の育成を図ります。

（2）人材の確保

人材の確保のため、新卒看護師や就業中の看護師、潜在看護師、プラチナナースといった対象に合わせて就職や転職に関する情報発信や相談対応を行います。

２　サービスの質的向上

（1）事業所の機能強化

医療的ニーズの高い利用者に対応可能な機能強化型訪問看護ステーションへのサービス転換及び設立を検討するため、事業所経営に係るアドバイザーの派遣や関係団体との連携強化を図ります。

（2）人材の技能向上

看護職員の技能向上のため、特定行為研修機関及び認定看護師教育機関への訪問看護師の派遣や、病院看護師の訪問看護事業所への出向等について、取組を実施する団体への補助を行います。

5　訪問栄養食事指導の充実

現　状

１　有資格者の状況

本県は、２つの栄養士養成施設と８つの管理栄養士養成施設を有しており、令和４（2022）年度末時点の定員は合わせて 645 人です。また、年間の栄養士免許申請件数は約 600 件、管理栄養士免許申請件数は約 350 件です。

２　給食施設における栄養士・管理栄養士の配置状況

県内の特定給食施設（特定多数人に対して継続的に１回 100 食以上又は１日 250 食以上の食事を供給する施設）における栄養士・管理栄養士配置率は、全体で 72.6%です。そのうち病院における配置率は100%で、主に給食管理、入院・外来患者への栄養指導に従事しています。

３　訪問栄養指導の実施状況

県内において訪問栄養食事指導を実施している病院・診療所は 11 施設、訪問栄養食事指導を受けた患者数は 126 人です（令和３（2021）年度介護 DB：厚生労働省）。

４　栄養ケア・ステーションの設置状況

地域住民、医療機関、自治体、健康保険組合等の要請に応じて、食・栄養の専門職である管理栄養士・栄養士の紹介・派遣を行う拠点である栄養ケア・ステーション及び認定栄養ケア・ステーションは、令和５年 10 月時点で、県内に 12 か所が設置されています。

このうち、診療所等からの訪問栄養食事指導の依頼に応じるのは、都道府県栄養士会が設置する栄養ケア・ステーションで、本県では公益社団法人広島県栄養士会が設置・運営しています。

課　題

県内の栄養士・管理栄養士の有資格者は相当数存在すると考えられますが、免許取得後の就業等の動向が把握できていないため、訪問栄養食事指導を担うことが可能な人材の把握が十分できていません。

施設あたりの在宅にかかわる管理栄養士・栄養士の配置数が少なく、訪問指導に従事できるだけの人的余裕が十分でないと考えられます。

訪問栄養食事指導は、医師の指示の下に行われるものであり、実施にあたっては、専門的知識と技術が必要とされます。国の「在宅医療の体制構築に係る指針」においては、「今後、訪問栄養食事指導を充実させるためには、都道府県栄養士会が設置・運営する栄養ケア・ステーション等の活用を含めた体制整備が必要」とされています。本県においては栄養ケア・ステーションへの登録者を増やすとともに、その質の向上が課題となっています。

施策の方向

管理栄養士養成施設、職能団体の協力を得ながら、栄養士免許、管理栄養士免許取得者の就業動向を調査し、潜在している人材の掘り起こしと確保に努めます。

職能団体等と連携し、訪問栄養食事指導を担う栄養士・管理栄養士を対象とした研修会を開催し、人材の確保と知識・スキルの獲得に努めます。

訪問栄養食事指導に対するニーズを明らかにするとともに、指導を希望する医療機関等と栄養ケア・ステーションをつなぐ仕組の構築に努めます。

6　人生の最終段階における自己決定

現　状

国では、「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」（以下この項において「ガイドライン」という。）を平成 30（2018）年３月に改訂しました。

これに基づき、人生の最終段階のために、自分が望む医療やケアについて、前もって考え、繰り返し話し合い共有するＡＣＰ（アドバンス・ケア・プランニング（人生会議））の取組を促進しています。

> ＡＣＰ（愛称：人生会議）
> これから受ける医療やケアについて、自分の考えを家族・代理人や医療・ケアチームと話し合って、「私の心づもり」として文章に残すことで、希望や思いが医療やケアに反映すること

広島県地域保健対策協議会では、国の動向に先立ち、次のような取組を進めてきました。

＜平成 25（2013）年度＞　「終末期医療のあり方検討特別委員会」設置

＜平成 29（2017）年度～＞　在宅医療・介護連携推進専門委員会の「ＡＣＰ普及促進WG」として活動

＜令和３（2021）年度～＞　「ＡＣＰ普及促進専門委員会」設置

【主な活動】

・県民向けの啓発ツールの作成等

「ポスター（一般県民向け）」、「説明ツール（専門職向け）」、

「ＡＣＰの手引き～私の心づもり～」

【広島県地対協ＨＰ】https://citaikyo.jp/other/acp/index.html

県では、地域で中心となってＡＣＰを広く普及する医療・介護等の専門職に対して研修等を行い、地域における普及啓発の促進を図っています。

・養成者数：Ｒ２～３年度：183 名

・対象：医療・介護等の専門職（医師、看護師（訪問看護師等）、介護支援専門員、ケースワーカー、地域包括支援センターの職員等）で市町から推薦があった者

課　題

県内医師のＡＣＰにおける認知度の割合は、「知っている（内容を理解している）」が 66.3%であり、医療・介護関係者等に対して引き続き普及啓発とともに、実践につながる取組が必要です（出典：県医師会「ＡＣＰ（人生会議）に関する調査（令和２（2020）年）」）。

県民のＡＣＰにおける認知度の割合は、「知らない」63.5%、「聞いたことはあるがよく知らない」25.8%であり、県民に対しては、より一層理解度を向上するための取組が必要です（出典：県調査（令和５（2023）年度　医療介護時の安心感に関する調査））。

また、ＡＣＰの普及啓発にあたっては、高齢者等が日頃から、本人や身近な家族や医療介護従事者等とも、「これからの人生の過ごし方等について」「いざとなったときの医療やケアについて」等、繰り返し話し合うといった実践につなげ、人生の最終段階において、本人や家族等の意思を尊重した医療や介護サービスが提供されるよう備えを促進する必要があります。

目　標

区分	指標名	現状値	目標値	出典
S	ＡＣＰに関する県民の認知度	[R5]　10.8%	[R11] 25.2%	県健康福祉局調べ
S	ＡＣＰ実施施設数の割合	[R5]　39.6%	[R11] 54.0%	県健康福祉局調べ

Ｓ：ストラクチャー、Ｐ：プロセス、Ｏ：アウトカム

施策の方向

人生の最終段階において、本人や家族等の意思を尊重した医療や介護サービスが提供されるよう、市町、医師会、関係団体等と連携して推進していきます。

本人意思の尊重や急変時への円滑な対応に向けたＡＣＰの早期からの実施、緩和ケア、家族介護者への支援についても、広島県地域保健対策協議会と連携し、市町が行う住民啓発活動を支援するとともに、県民、行政、医療や介護の専門職等に対して、更なるＡＣＰの普及促進に取り組みます。

また、地域においてＡＣＰを広く情報発信する市町職員や医療・介護等の専門職に対して研修等を行います。

図表 2-3-28 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、薬局、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	［入院医療機関］ ・病院・有床診療所 ［在宅医療に係る機関］ ・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	［在宅医療に係る機関］ ・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	［在宅医療に係る機関］ ・病院・診療所（歯科を含む） ・薬局 ・訪問看護事業所 ［入院医療機関］ ・病院・有床診療所	［在宅医療に係る機関］ ・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 ［入院医療機関］ ・病院・有床診療所
関係機関等に求められる事項	［入院医療機関］ ・退院支援担当者を配置している ・退院支援担当者は、可能な限り在宅医療に係る機関での研修や実習を行っている ・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 ［在宅医療に係る機関］ 〇病院・診療所 ・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 〇歯科医療機関 ・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 〇薬局 ・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 〇訪問看護事業所 ・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	［在宅医療に係る機関］ 〇病院・診療所 ・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 〇歯科医療機関 ・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 〇薬局 ・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 ・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 〇訪問看護事業所 ・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、連携を図っている	［在宅医療に係る機関］ 〇病院・診療所 ・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） 〇薬局 ・病状急変時に 24 時間対応が可能な体制を確保している 〇訪問看護事業所 ・病状急変時に 24 時間対応が可能な体制を確保している ［入院医療機関］ ・在宅療養支援病院、有床診療所（在宅療養支援診療所を含む。）、在宅療養後方支援病院、二次救急医療機関等において、在宅医療に係る機関（特に無床診療所）が担当する患者の病状が急変した際の受入れを行っている	［在宅医療に係る機関］ 〇病院・診療所 ・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） 〇歯科医療機関 ・必要に応じて、在宅看取りの支援が可能である 〇薬局 ・必要に応じて、在宅看取りの支援が可能である 〇訪問看護事業所 ・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 ［入院医療機関］ ・在宅医療に係る機関で看取りに対応できない場合について、病院・有床診療所で必要に応じて受け入れること
	［在宅医療において積極的役割を担う医療機関］ ・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 ・臨床研修制度における地域医療研修において、在宅医療の現場での研修を受ける機会等の確保に努めている ・災害時等にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）を策定し、他の医療機関等の計画策定等の支援を行っている ・地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療、介護及び障害福祉サービスや家族等の負担軽減につながるサービスを適切に紹介している ・入院機能を有する医療機関においては、患者の病状が急変した際の受入れを行っている			
	［在宅医療に必要な連携を担う拠点］ ・地域の医療、介護及び障害福祉の関係者による会議を定期的に開催し、在宅医療における提供状況の把握、災害時対応を含む連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施している ・地域包括ケアシステムを踏まえた在宅医療の提供体制を整備する観点から、地域の医療、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急変時の対応や 24 時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図っている ・在宅医療に係る医療、介護及び障害福祉関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行っている ・在宅医療に関する地域住民へ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、

- 地域で中心的に外来医療を担う無床診療所の開設状況が都市部に偏っている
- 診療所における診療科の専門分化が進んでいる
- 救急医療提供体制の構築、グループ診療の実施、放射線装置の共同利用等の医療機関の連携の取組が、地域で個々の医療機関の自主的な取組に委ねられている

などにより、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５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へき地等の地理的条件
④医師の性別・年齢分布
⑤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。

$$\text{外来医師偏在指標} = \frac{\text{標準化診療所医師数（※１）}}{\left(\frac{\text{地域の人口}}{10\text{万}} \times \text{地域の標準化受療率比（※２）}\right) \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合（※３）}}$$

$$\text{（※１）標準化診療所医師数} = \sum \text{性年齢階級別診療所医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{診療所医師の平均労働時間}}$$

$$\text{（※２）地域の標準化外来受療率比} = \frac{\text{地域の外来期待受療率（※４）}}{\text{全国の外来期待受療率}}$$

$$\text{（※３）地域の診療所の外来患者対応割合} = \frac{\text{地域の診療所の外来延べ患者数}}{\text{地域の診療所＋病院の外来延べ患者数}}$$

$$\text{（※４）地域の外来期待受療率} = \frac{\sum（\text{全国の性年齢階級別外来受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口}）}{\text{地域の人口}}$$