

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（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	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	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的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の事業も継続しています。

更に、より効果的で効率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け入れ、初期診療を行った上で、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4（2022）年中で、救急搬送における軽症者の割合は38.6%（平成30（2018）年：39.3%）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4（2022）年中で14,002人（平成30（2018）年：26,296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られることができる「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。

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
○	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
○	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
○	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。
○	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
○	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）に従事する診療科名等で主たる診療科を「救急科」と届け出をした医師の10万人あたり人数	[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。

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

(3) 救急医療に係る情報提供・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、国の全国统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、中国地方5県及び愛媛県との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。

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

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、市町と連携して、二次救急医療機関や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

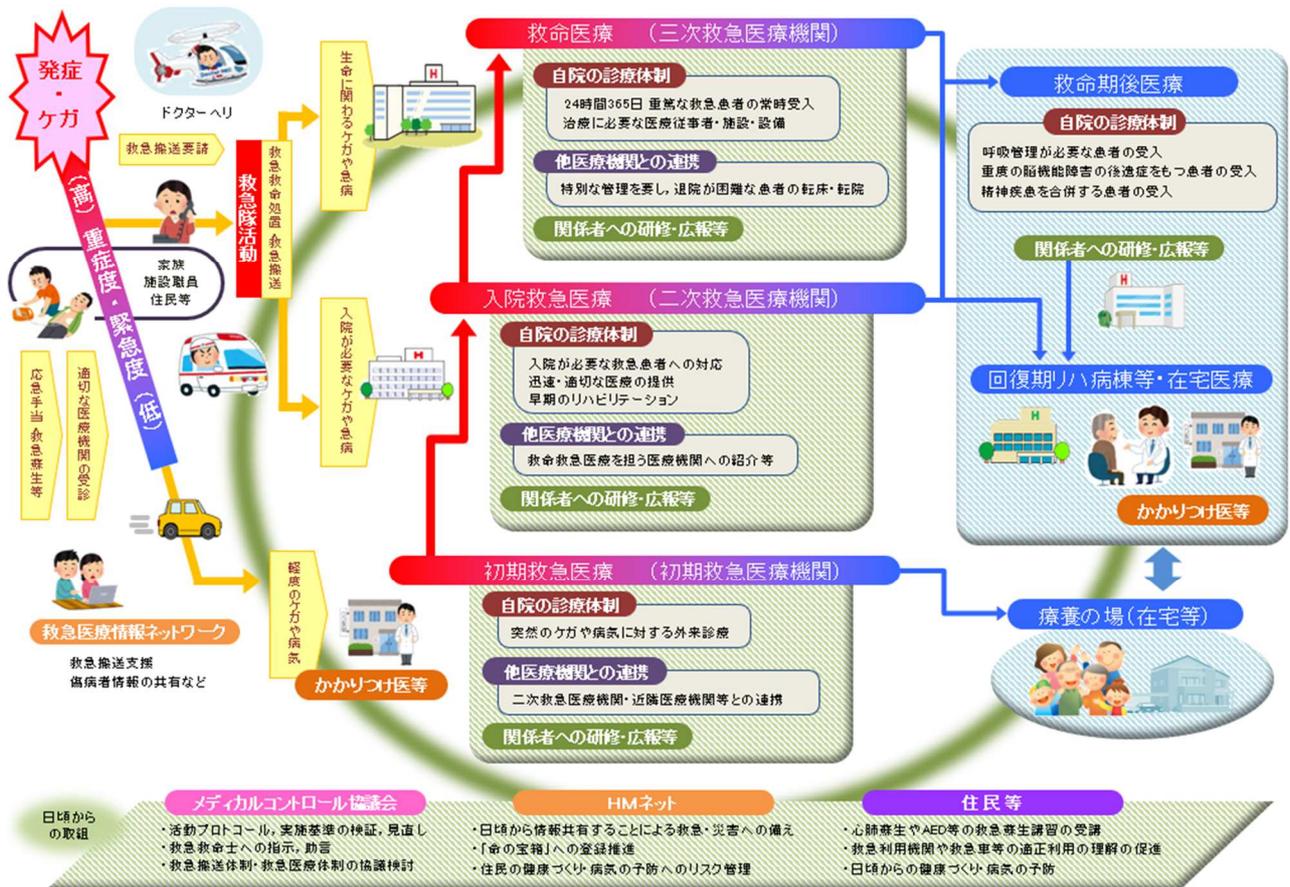
現在の地域医療構想の最終年である令和7（2025）年を目指し、全ての医療機関で対応方針を策定し、機能分化・連携の協議を進めていくとともに、地域医療総合確保基金を活用した回復期病床への転換を促進します。

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

『救急医療』の体制と連携(イメージ図)



第2章 安心できる保健医療体制の構築

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搬送を実施すること 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、救急搬送の受け入れに応じること 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、救急搬送の受け入れに応じること 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 ・精神科を有する病院 ・回復期リハビリテーション病床を有する病院 ・地域包括ケア病床を有する病院 ・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 ③ACPIに関する議論や救急現場における心臓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、地域の実情に応じた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すること 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、診療可能な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患者への対応に備え、近隣の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・救急医療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、地域の実情に応じた、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）、心臓病専用室（CCU）、脳卒中専用室（SCU）等を備え、常時、重篤な患者に対し高度な治療が可能であること 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命救急医療機関は、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、トモ災害発生時等における統制や備前等にも対応できる体制を構築すること ⑥必要に応じて、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院、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。）の保有が望ましいこと 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、地域の実情に応じた、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等を活用すること ⑤救命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日常生活活動（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診療内容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ます。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、日本災害歯科支援チーム（JDAT）、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

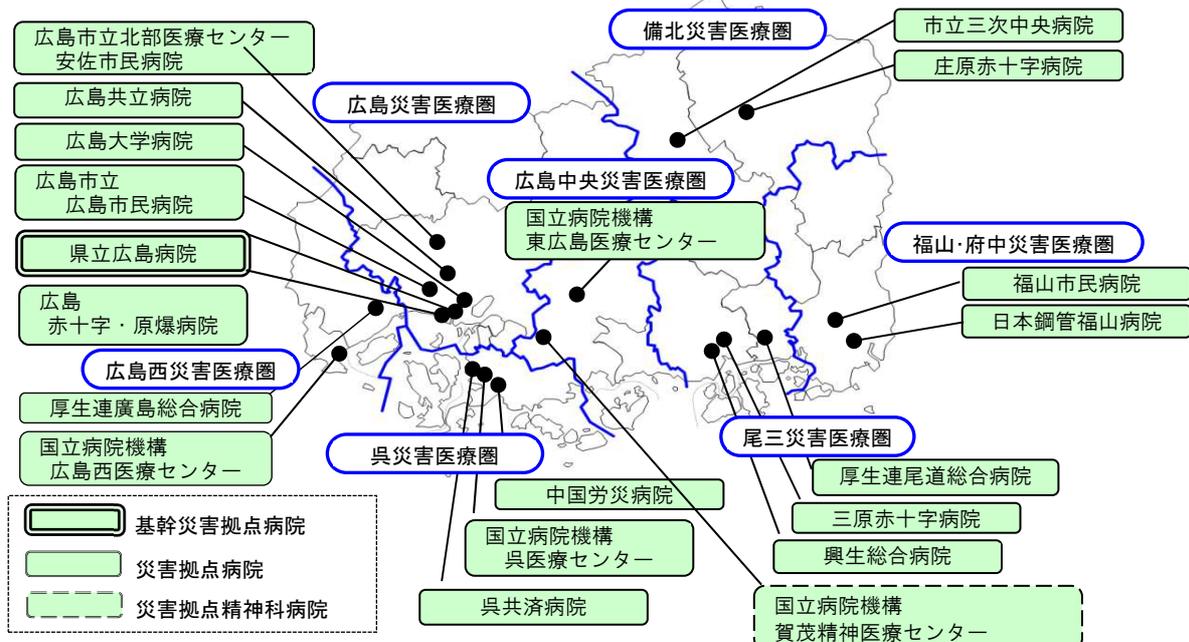
災害時に、透析医療機関の被害情報を迅速に把握し、必要な支援を行うため、広島県透析連絡協議会と連携したEMISを含めた訓練や研修を行います。

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。

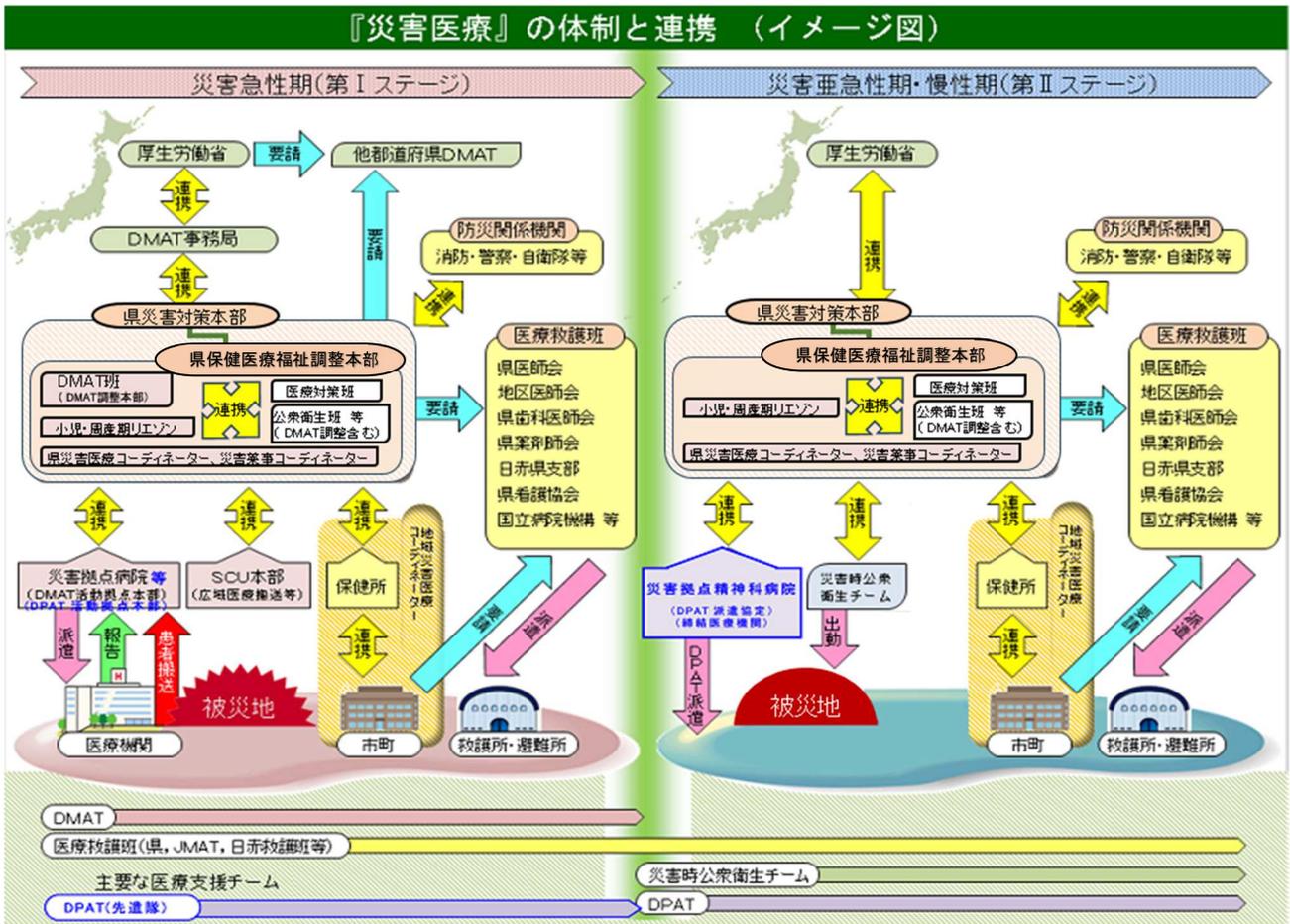
医療連携体制

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



第2章 安心できる保健医療体制の構築

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	<ul style="list-style-type: none"> ・被災した際に、被害状況、診療継続可否等の情報を、EMIS等を用いて県災害対策本部へ共有すること ・災害時においても、多発外傷、挫滅症候群、広範囲熱傷等の重篤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 	<ul style="list-style-type: none"> ・被災した際に、被害状況、診療継続可否等の情報を、EMIS等を用いて県災害対策本部へ共有すること ・災害時においても、多発外傷、挫滅症候群、広範囲熱傷等の重篤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 	<ul style="list-style-type: none"> ・被災した際に、被害状況、診療継続可否等の情報を、EMIS等を用いて県災害対策本部へ共有すること ・災害時においても、医療保護入院、措置入院等の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく精神科医療を行うための診療機能を有すること ・災害時においても、精神疾患を有する患者の受入れや、一時避難場所としての機能を有すること ・DPAT派遣機能を有すること ・被災しても、早期に診療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 	<ul style="list-style-type: none"> ・被災した際に、被害状況、診療継続可否等の情報を、EMIS等を用いて県災害対策本部へ共有すること ・被災しても、早期に診療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 	<ul style="list-style-type: none"> ・消防、警察等の関係機関や公共輸送機関等が、災害時において迅速に適切な対応がとれ、連携できること ・保健所管轄区域や市町単位での保健所等を中心とした地域コーディネート体制を充実させることで、実災害時に救護所、避難所の被災者に対して感染症の蔓延防止、衛生面のケア、災害時要支援者へのサポート、メンタルヘルスケア等に関してより質の高いサービスを提供すること
医療機関等に求められる事項	<p>○災害医療を提供する上で中心的な役割を担うこと</p> <ol style="list-style-type: none"> ①災害時に多発する重篤患者の救命医療を行うために必要な施設・設備・医療従事者を確保していること ②多数患者に対応可能な居室や簡易ベッド等を有していること ③病院の機能を維持するために必要な全ての施設が耐震構造であること ④被災時においても電気、水、ガス等の生活必需基盤が維持可能であること ⑤災害時において必要な医療機能を発揮できるよう、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、医療器材等を3日分程度備蓄していること。加えて、飲料水・食料、医薬品、医療器材、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 	<p>○災害医療を提供する上で地域における中心的な役割を担うこと</p> <ol style="list-style-type: none"> ①災害時に多発する重篤患者の救命医療を行うために必要な施設・設備・医療従事者を確保していること ②多数患者に対応可能な居室や簡易ベッド等を有していること ③診療に必要な施設が耐震構造であること ④被災時においても電気、水、ガス等の生活必需基盤が維持可能であること ⑤災害時において必要な医療機能を発揮できるよう、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、医療器材等を3日分程度備蓄していること。加えて、飲料水・食料、医薬品、医療器材、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 	<p>○災害時における精神科医療を提供する上で中心的な役割を担うこと</p> <ol style="list-style-type: none"> ①災害時に精神疾患を有する患者の一時の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、通常時の6割程度の発電量のある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、医療器材等を3日分程度備蓄していること。加えて、飲料水・食料、医薬品、医療器材等は、関係団体と協定を締結し、災害時に優先的に供給を受けられるようにしておくこと 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 	<p>○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</p> <ol style="list-style-type: none"> ①被災後、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を行うよう努め、整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修・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、日本災害歯科支援チーム（JDAT）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 	<ol style="list-style-type: none"> ①平時から、災害支援を目的としたDMAT、DPATの養成と派遣体制の構築に努めること ②災害医療コーディネーター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して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まん延防止、衛生面のケア、災害時要支援者へのサポート、メンタルヘルスケア等に関して継続的に質の高いサービスを提供できるよう、保健所を中心とした体制整備に平時から取り組むこと 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集乗拠点等に関する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し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できるような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2月29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安全機構 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		（調整中）	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、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において、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か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、確実に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	<p>①新型コロナウイルス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</p> <p>②県からの要請後速やかに（2週間以内を自途）即応病床化すること</p> <p>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</p> <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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る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、新型コロナウイルス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 <p>（感染症指定医療機関）</p> <p>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</p>	<p>①新型コロナウイルス対応の診療・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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 	<p>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</p> <p>（病院、診療所）</p> <p>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、住診やオンライン診療等を行うこと</p> <p>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</p> <p>③救急医療機関と連携すること</p> <p>④自宅療養者への医療を行う際は、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</p> <p>（訪問看護事業所、薬局）</p> <p>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</p>	<p>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</p>	<p>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</p>

4 ヘキ地の医療対策

ヘキ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ヘキ地診療所等が設置されている地域とし、以下「ヘキ地等」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「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（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（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（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)
病院	過疎市町	29	29	26 (-0.1%)
		249	244	235 (-3.6%)
一般診療所	過疎市町	234	222	210 (-5.4%)
		2,611	2,572	2,534 (-1.4%)
歯科診療所	過疎市町	126	124	121 (-2.4%)
		1,546	1,556	1,518 (-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、広島総合病院 ◎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	広島総合病院		○		○栗谷診療所 [※]
	広島西医療センター		○		○阿多田診療所 ^{※2} （R4年度実績はなし） 広島総合病院
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、広島総合病院 ◎甲奴診療所、川西診療所 ^{※2}
	庄原赤十字病院	◆			◆帝釈地区（7か所）
	西城市民病院	◆			◆小島原・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）

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みが、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「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	[R8] 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、中国地方5県及び愛媛県との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。

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。

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：県健康福祉局調べ

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) 総合診療医の確保・育成等

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

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

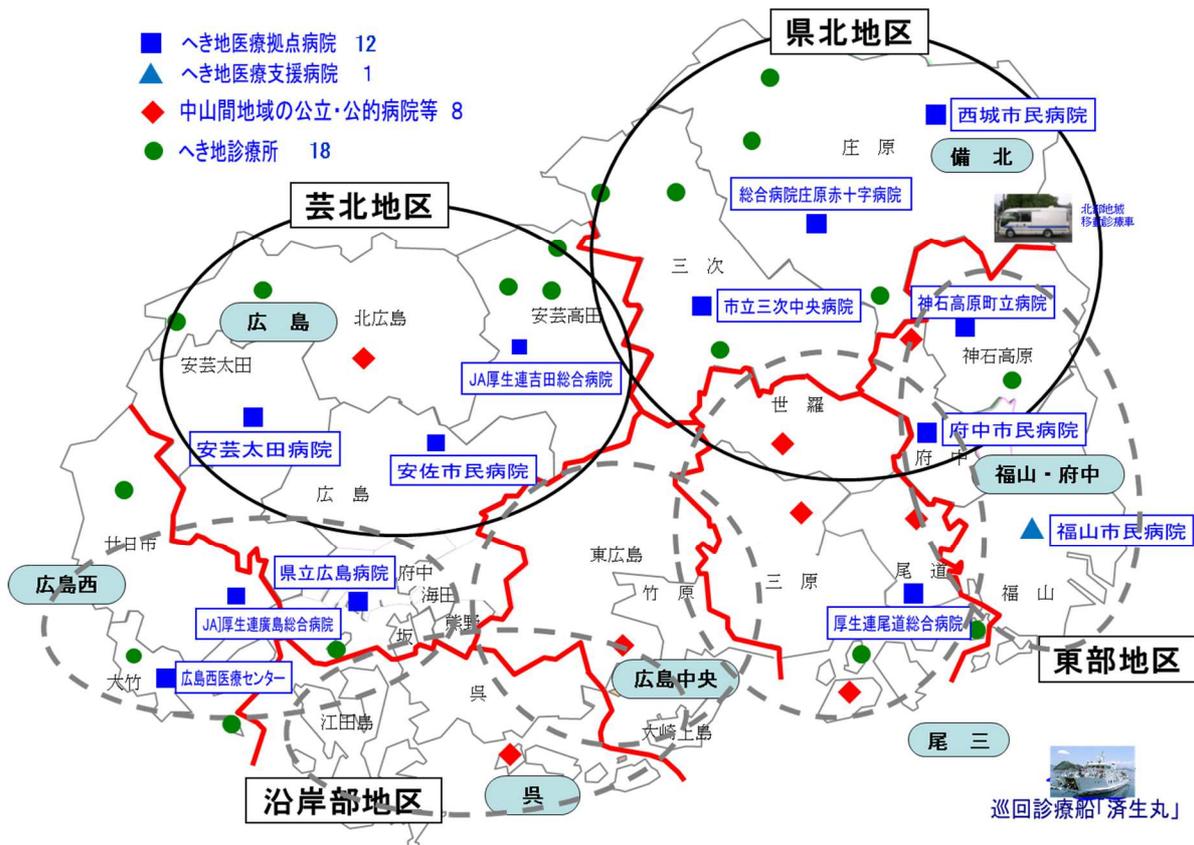
へき地等での地域医療を維持していくためには、住民を含めて地域全体の理解・協力が必要です。地域の医療体制を維持するための意識と行動が、地域の医療を守ることに繋がるという認識が共有され、地域に関わるすべての人が、医療提供体制を支える担い手であるという理解を広げていくこととともに、医療提供体制を維持していくための課題の共有や市町等の地域の取組への協力、また、健康の維持増進に向けた予防・早期受診、適正受診等への理解を促進することで、地域で支える医療提供体制の確保に努めます。

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

第8次計画で目指す医療連携体制



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【広島県一産婦人科+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%

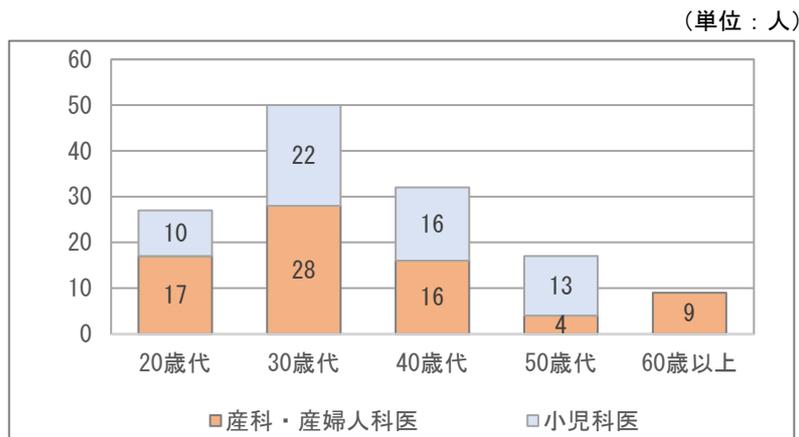
●人口10万対【広島県一小児科】(単位：人)

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)



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たことから、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
○	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	地域の需要と全県の医療需要に対応するため、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。
広島西	
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。

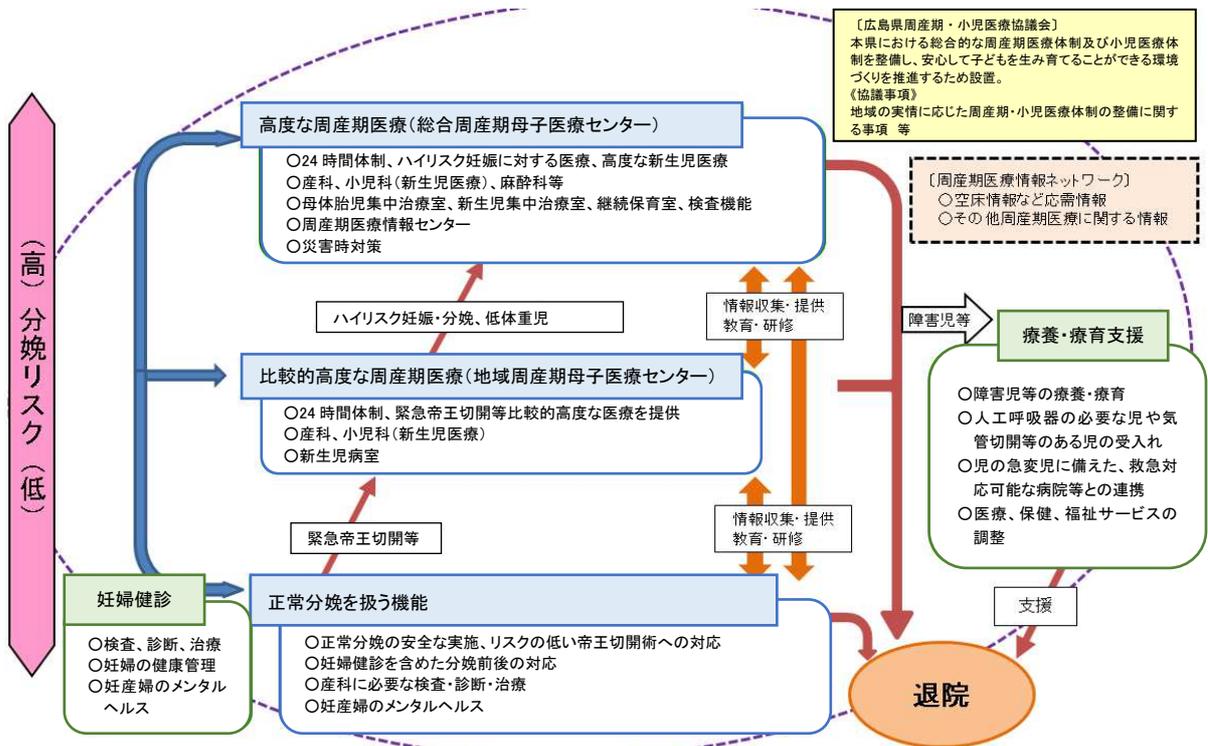
医療連携体制

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）



第2章 安心できる保健医療体制の構築

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・療育できるような支援する機能 【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こと、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クアを行うこと ③妊産婦の日常的な生活・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すること ④妊産婦のメンタルヘルスに対応可能であること ⑤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 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相当数勤務 (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を図れていること 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、地域によって異なります。

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、傷病程度別で見ると、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、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。

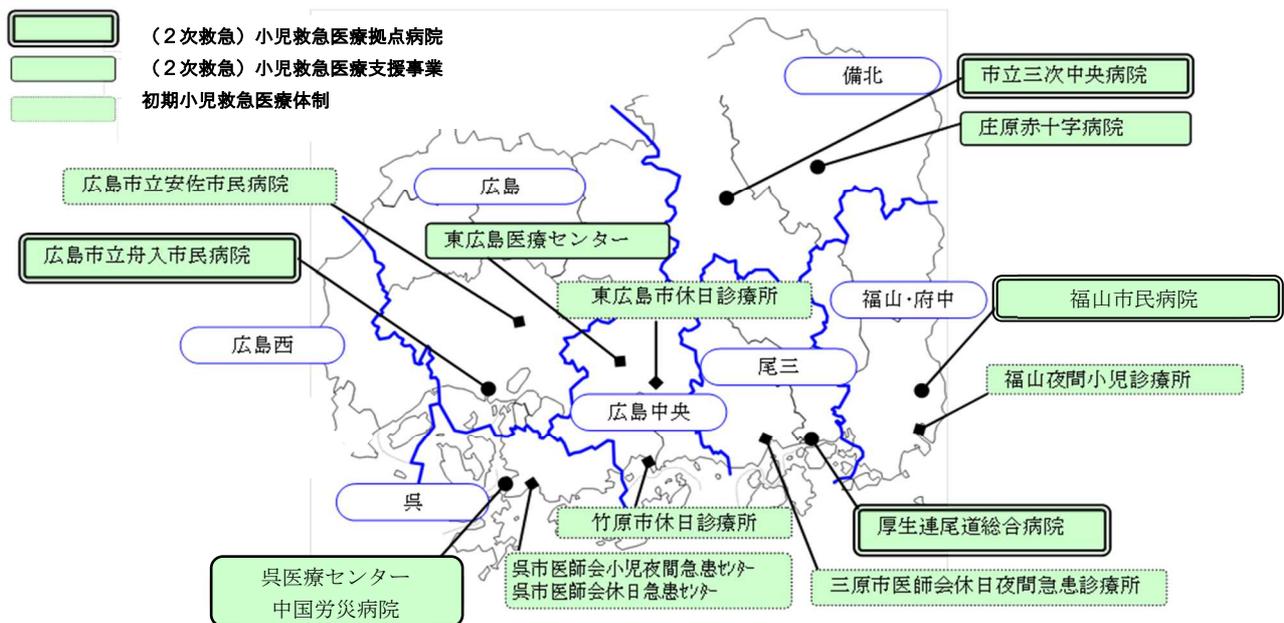
更に、複数の診療科に渡る重篤患者に対応する「三次救急」については、「救命救急センター」が小児救急患者に広域的に対応しています。

(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)					●人口10万対【広島県一小児科】				(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)		平成16年 (2004)	令和2年 (2020)	増減 (2020/2004)		
	増減数	増減率	増減数	増減率								
総数	349	332	362	365	373	24	6.9%	86.2	105.4	19.2	22.3%	
病院	180	169	186	198	203	23	12.8%	82.8	119.7	37.0	44.7%	
診療所	169	163	176	167	170	1	0.6%	44.4	57.3	12.9	29.0%	
								47.3	73.8	26.4	55.9%	
								41.7	48.0	6.3	5.1%	
								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見ると、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
○	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
○	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
○	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、薬局等との連絡調整、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わ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。

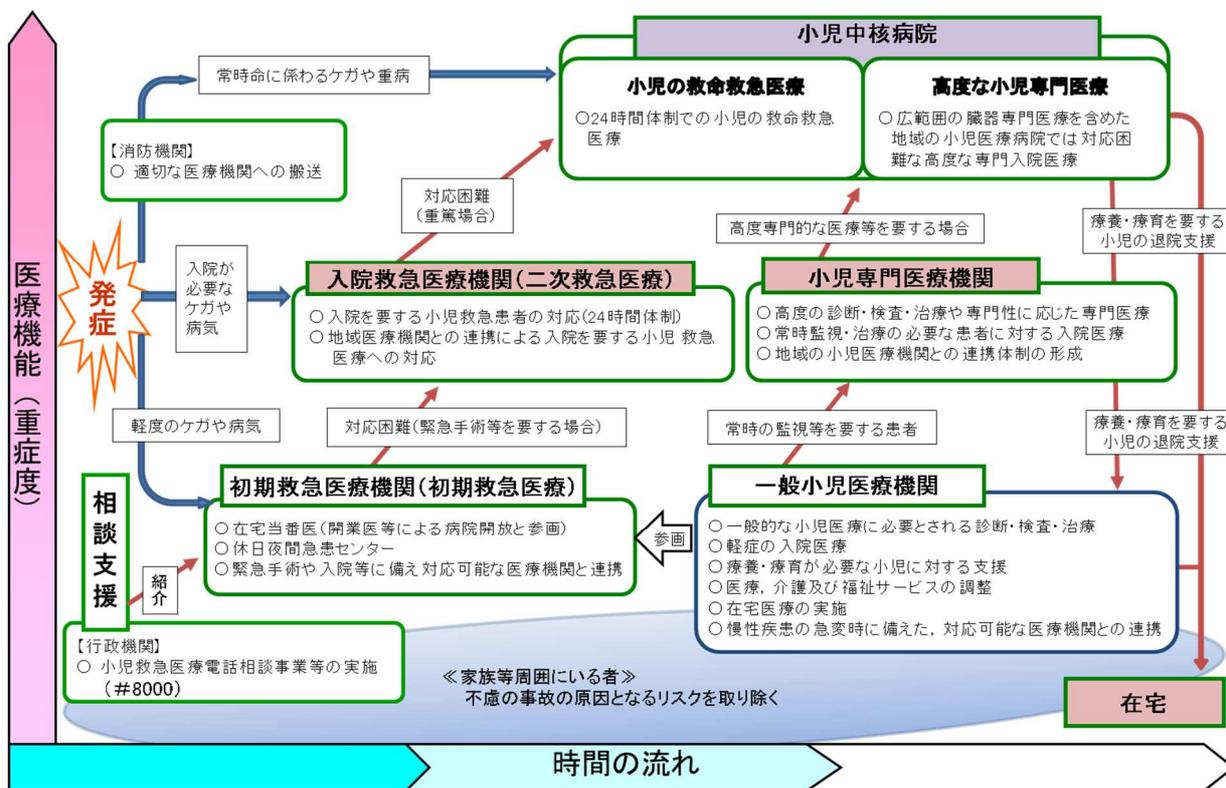
小児科は女性医師の割合が高いことから、広島県地域医療支援センターによる女性医師等の就業等の支援を行うとともに、医師の長時間労働の解消に向けた勤務環境改善のための支援を行います。

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制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	
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に係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に場合に、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
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 薬局	小児科標榜医療機関 休日夜間急患センター 在宅当番医	
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小児の病気に係る予防について、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なとされる診断・検査・治療を実施すること ②軽症の入院診療を実施すること(入院設備を有する場合) ③他の医療機関の小児病棟やNICU等から退院するに当たり、生活の場(施設を含む)での療養・療育が必要な小児に対し支援を実施すること ④訪問看護事業所、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	
	(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小児の病気に係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	(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	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	
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				