

呉地域

呉市, 江田島市

1 地域の概況

(1) 人口及び高齢者数

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

図表 5-3-1 人口・高齢者数の推計

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

出典：平成 22 (2010) 年は国勢調査

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

(2) 医療提供体制の現状

① 医療機関数・病床数

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

図表 5-3-2 病院施設数・病院病床数

* 上段は実数、下段は人口 10 万対

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

注) 精神科病院とは、精神病床のみを有する病院。

出典：厚生労働省「医療施設調査」(平成 25 (2013) 年)

図表 5-3-3 一般診療所数・歯科診療所数

* 上段は実数，下段は人口 10 万対

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

出典：厚生労働省「医療施設調査」(平成 25 (2013) 年)

② 療養病床及び介護保険施設・高齢者向け住まい定員数の状況

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

図表 5-3-4 療養病床数及び介護保険施設・高齢者向け住まい定員数

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

出典：広島県調べ (平成 26 (2014) 年度末)

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

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

出典：広島県調べ (平成 26 (2014) 年度末)

2 平成37（2025）年の医療需要と医療提供体制

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

① 平成37（2025）年の病床の医療機能別の患者受療動向

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

図表 5-3-6 平成37（2025）年の医療機能別の入院患者受療動向（パターンC）

【流出】（地域完結率）

上段：人数（人/日） 下段：割合

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

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

【流入】

上段：人数（人/日） 下段：割合

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

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

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

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

図表 5-3-7 慢性期の必要病床数の推計パターン

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

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

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

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

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

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

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

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

③ 病床機能報告制度の状況

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

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

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

出典：厚生労働省「病床機能報告」(平成 26 (2014) 年)

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

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

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

(2) 病床の機能分化・連携の推進により在宅医療等へ移行する患者

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

図表 5-3-11 在宅医療等へ移行する患者数 (市町別)

(単位：人 / 日程度)

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

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

3 将来のあるべき医療・介護提供体制を実現するための施策

(1) 病床の機能の分化及び連携の促進

① 病床の機能の分化及び連携の促進

【現状・課題】

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

【施策の方向性】

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

② ICTの活用等による医療・介護連携体制の整備

【現状・課題】

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

【施策の方向性】

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

(2) 地域包括ケアシステムの確立

① 地域包括ケアシステムの確立

【現状・課題】

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

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

【施策の方向性】

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

② 在宅医療の充実

【現状・課題】

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

【施策の方向性】

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

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

③ 介護サービスの基盤整備と介護予防の推進

【現状・課題】

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

【施策の方向性】

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

④ 高齢者向けの多様な住まいの確保と日常生活の支援

【現状・課題】

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

【施策の方向性】

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

⑤ 認知症施策の充実

【現状・課題】

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

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

【施策の方向性】

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

(3) 医療・福祉・介護人材の確保・育成

① 医療人材の確保・育成

【現状・課題】

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

【施策の方向性】

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

② 福祉・介護人材の確保・育成

【現状・課題】

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

【施策の方向性】

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