

第2章

安心できる保健医療体制の構築

第1節 がんなど主要な疾病の医療体制

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

第2節 救急医療などの医療連携体制

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

第3節 在宅医療と介護等の連携体制

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

第4節 外来医療に係る医療提供体制

1	外来医療提供体制の確保	155
2	医療機器の効率的な活用	158

第5節 医療に関する情報提供

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

第1節 がんなど主要な疾病の医療体制

1 がん対策

現 状

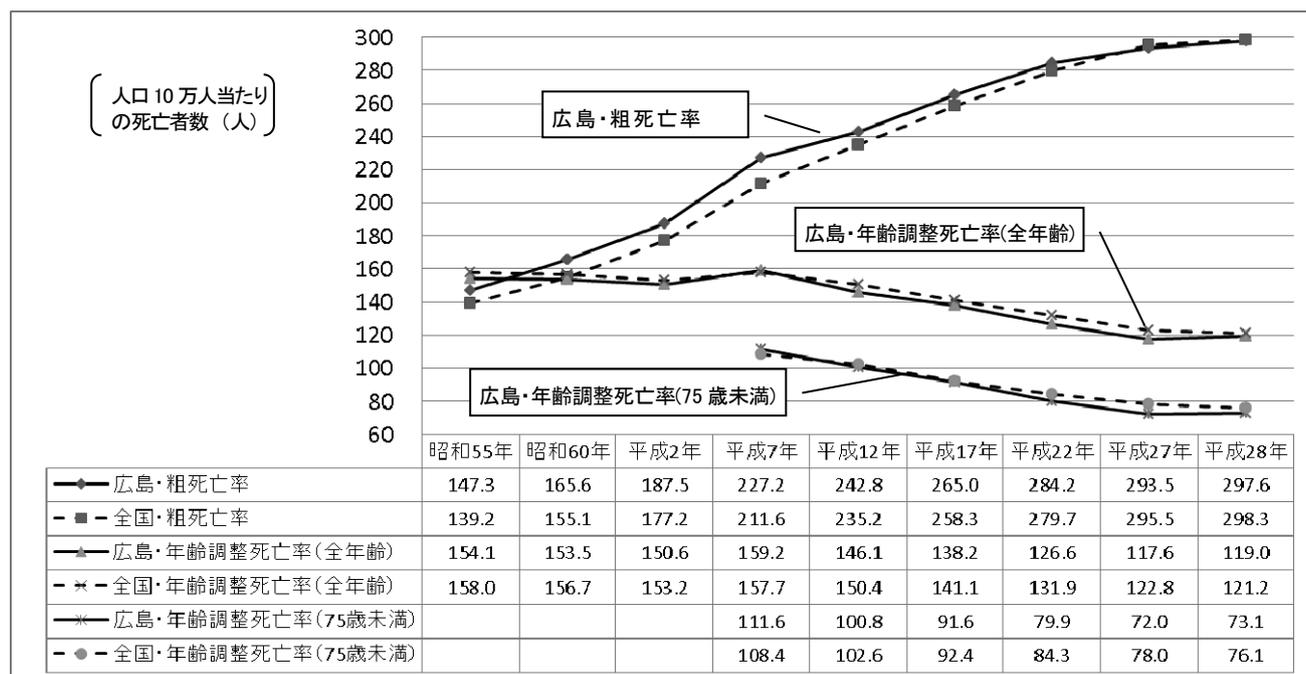
1 がんの死亡及び罹患

(1) 死亡率の推移

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

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

図表 2-1-1 がんの年次別死亡率



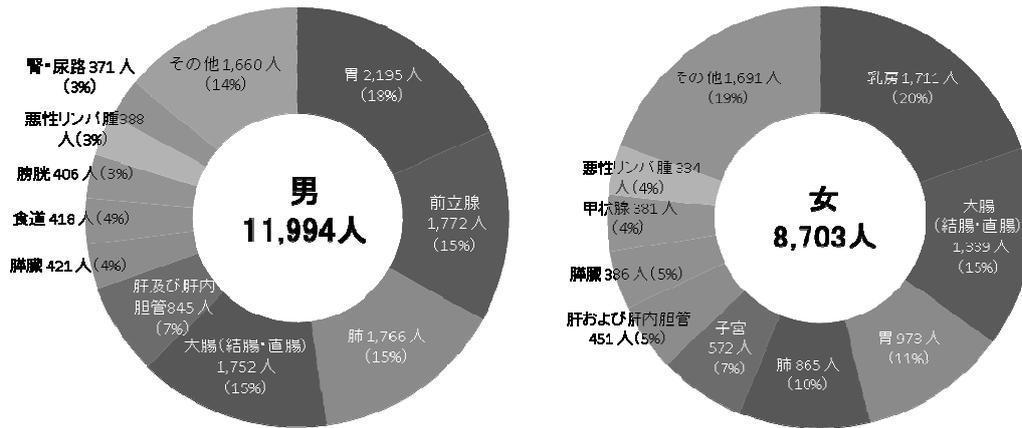
出典：広島県人口動態統計年報（各年）

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

(2) がんの罹患の状況

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

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

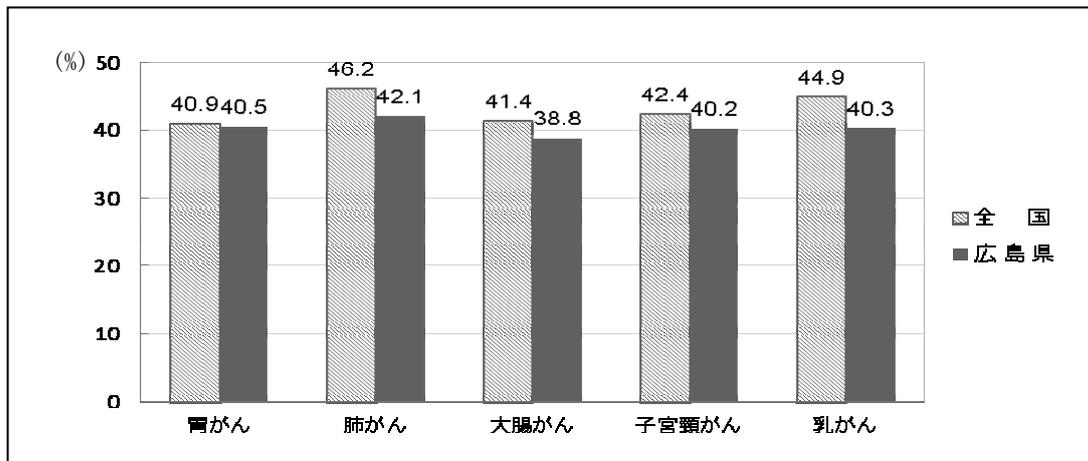


出典：広島県のがん登録（平成 24 年集計）

(3) がん検診の現状

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

図表 2-1-3 がん検診受診率



※胃・肺・大腸がんは年に1回、子宮頸・乳がんは2年に1回の受診状況。

出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」（平成 28（2016）年）

2 医療提供体制

(1) がん診療連携拠点病院の整備

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

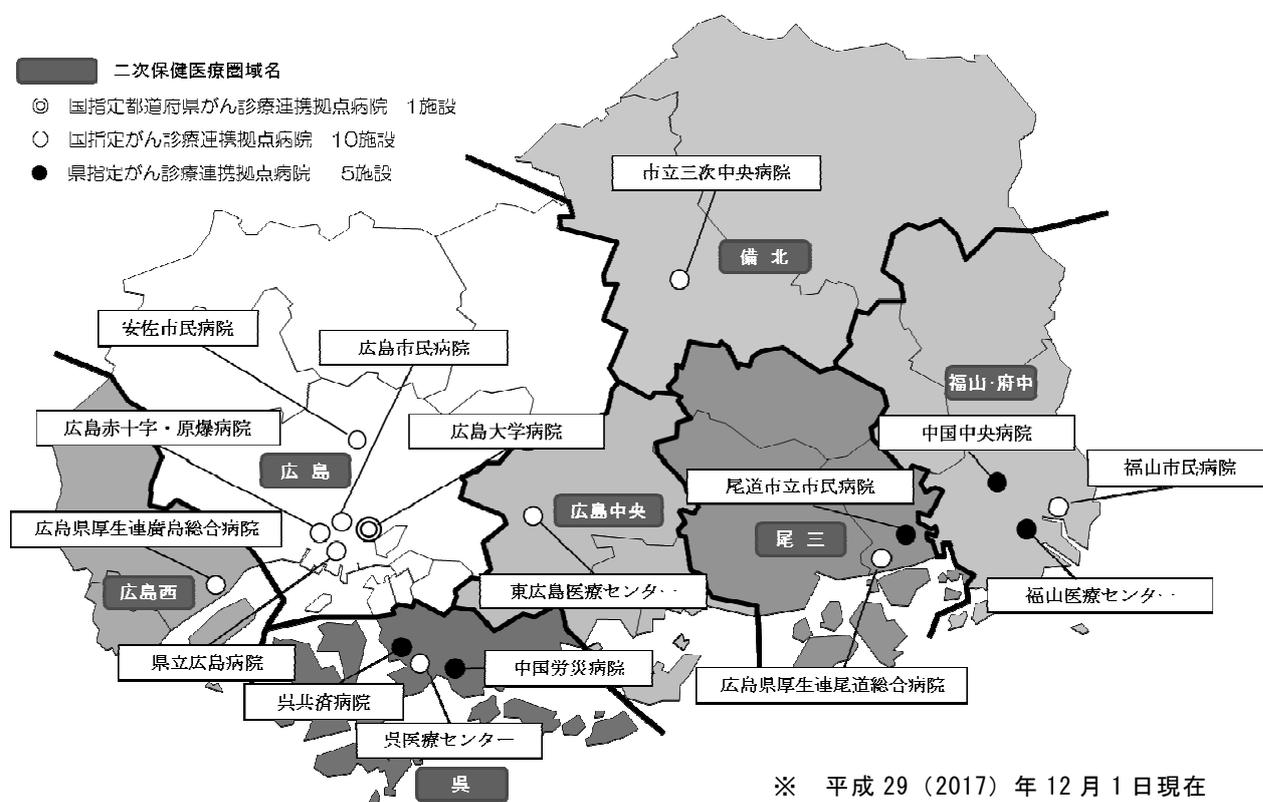
国指定拠点病院のうち広島大学病院は、都道府県がん診療連携拠点病院として、全県のがん診療の質の向上とがん診療の連携協力体制の構築について中心的な役割を担っています。

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

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

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

図表2-1-4 各圏域のがん診療連携拠点病院



(2) 小児がん、希少がん及び難治性がんの医療提供体制

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

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

3 医療連携体制

(1) 地域連携クリティカルパスの活用

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

図表 2-1-5 拠点病院における地域連携クリティカルパス適用患者数

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

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

(2) 5大がんの医療連携体制

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

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

【乳がん】

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

【肺がん】

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

【肝がん】

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

【胃がん】

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

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

【大腸がん】

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

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

4 がん治療の状況

(1) 手術の実施状況

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

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

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

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

(2) 放射線療法の実施状況

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

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

図表 2-1-8 拠点病院等における放射線療法の実施状況

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

出典：(拠点病院)「拠点病院現況報告」(集計期間：平成27(2015)年1月1日～12月31日)
 (高精度放射線治療センター) 県健康福祉局調べ(集計期間：平成27(2015)年10月1日～12月31日)
 (注) 「放射線治療装置」は、リニアックに限る。

(3) 薬物療法、免疫療法の実施状況

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

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

(4) 専門医等の状況

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

図表 2-1-9 拠点病院等における専門医等の配置状況

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

出典：(拠点病院)平成28(2106)年度がん診療連携拠点病院現況報告
 (高精度放射線治療センター) 県健康福祉局調べ(平成28(2016)年)

5 緩和ケア実施体制

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

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

図表 2-1-10 緩和ケア提供体制の状況

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

出典：人口は総務省統計局「国勢調査」(平成 27 (2015) 年)

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

緩和ケアチームは県健康福祉局調べ(平成 29 (2017) 年 4 月)

課題

1 がん予防

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

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

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

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

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

2 がん診療

(1) 医療提供体制の充実強化

① 拠点病院の機能強化

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

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

② 小児がん、希少がん及び難治性がんの医療体制

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

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

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

(2) 医療連携体制の充実強化

① 地域連携パス等による連携強化

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

② 広島県がん医療ネットワークの充実

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

3 医療内容の充実

(1) 手術療法

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

(2) 放射線療法

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

(3) 薬物療法、免疫療法

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

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

(4) 病理診断

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

(5) チーム医療

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

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

(6) 施設緩和ケア

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

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

(7) 口腔ケア

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

(8) リハビリテーション

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

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

4 在宅療養支援

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

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

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

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

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

目 標

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

S：ストラクチャー指標，P：プロセス指標，O：アウトカム指標

施策の方向

1 がん予防

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

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

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

2 がん診療

(1) 医療提供体制の充実強化

① がん診療連携拠点病院の機能強化

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

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

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

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

② 小児がん、希少がん及び難治性がん対策の推進

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

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

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

(2) 医療連携体制の充実

① 地域連携パスの普及による地域連携の推進

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

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

② 広島県がん医療ネットワークの充実強化

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

3 医療内容の充実

(1) 手術療法の充実

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

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

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

(2) 放射線療法の充実

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

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

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

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

(3) 薬物療法の充実、科学的根拠を有する免疫療法の推進

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

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

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

(4) 病理診断の充実

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

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

(5) チーム医療の推進

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

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

(6) 施設緩和ケアの充実

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

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

更に、県内の拠点病院以外の病院における緩和ケアの実態把握に努めます。

(7) 口腔ケアの推進

医科と歯科の連携を図り、がん治療中における継続した口腔ケアを提供します。

(8) リハビリテーション分野との連携推進

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

4 在宅療養支援

(在宅緩和ケアの充実)

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

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

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

医療連携体制

がん対策については、二次保健医療圏ごとに、医療連携体制を整備しています。

がん対策に求められる医療機能は、次の図表のとおりです。

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

図表 2-1-11 がん対策に求められる医療機能

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

第1章
第2章
 第3章
 第4章
 第5章
 第6章
 第7章
 資料編
 第1節 がんなど主要な疾病の医療体制

2 脳卒中对策

現 状

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

図表 2-1-12 神経内科と脳神経外科の医師数等

単位：人

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

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」（平成 28（2016）年）

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

1 速やかな搬送と専門的な診療が可能な体制

(1) 脳卒中の発症予防

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

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

(2) 急性期の医療機関への患者の搬送

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

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

(3) 急性期の治療

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

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

単位：施設、件

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

※ 脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法適用患者への同療法実施件数

2 病期に応じたリハビリテーションが一貫して実施可能な体制

(1) 脳血管疾患等のリハビリテーション

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

(2) 退院患者の平均在院日数

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

3 在宅療養が可能な体制

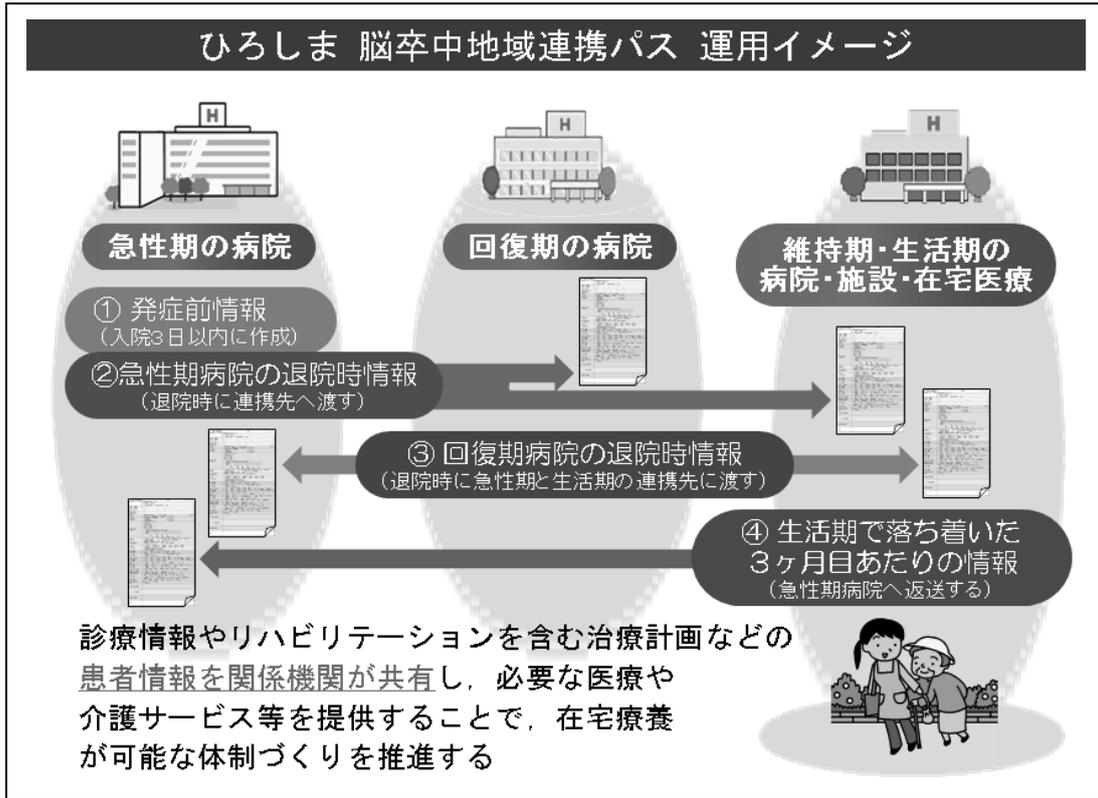
(1) 地域医療連携体制

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

(2) 地域連携クリティカルパス

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

図表 2-1-14 ひろしま脳卒中地域連携パス



ひろしま脳卒中地域連携パス		Ver.2-3 (2017.10.)					
あなたの病名は		口脳梗塞 ・ 口脳出血 ・ 口くも膜下出血 ・ その他の脳卒中					
病期	急性期	回復期				生活期	
場所	急性期病院	リハビリテーション・回復期病院				自宅または施設での家庭医	
日数	入院	連日(14~60日)	転院日	30日	60日	90日	連日
日付	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)
達成目標	1. 神経症状が安定している。 2. 離床・リハビリが開始できる。 3. 食事・栄養が開始できる。	1. 自宅退院あるいは施設入所準備ができる。 2. リハビリの効果が期待できる。				1. 在宅で生活できる。 2. 神経機能を維持できる。 3. 再発しないよう受診継続する。	
検査	○脳卒中の原因を診断するための、採血や心電図、レントゲン、超音波(CT、MRI)などの検査があります。	○脳卒中再発予防の薬による治療を継続します。(高血圧、糖尿病、脂質異常症、心房細動、心臓病) ○術後管理があります。 ☆栄養指導があります。				○定期的に危険因子の評価(血圧測定・血液検査など)をします。	
治療・薬剤	○点滴や薬による治療を行います。 ○緊急手術が必要となる場合があります。	○脳卒中再発予防の薬による治療を継続します。(高血圧、糖尿病、脂質異常症、心房細動、心臓病) ○術後管理があります。 ☆栄養指導があります。				○薬は継続して服用しましょう。	
リハビリ	○リハビリを開始します。 あなたには 口理学療法士 口作業療法士 口言語療法士 が担当します。	○在宅で実施した時点で、回復期コースを考えます。以下の3つのコースに分けられます。 口軽症：自宅生活まで可能 口中等症：積極リハビリ開始 口重症：治療優先・ベッドサイドリハビリ				○社会生活・家庭生活へ復帰 ○自宅への生活 (必要時)退所リハビリ等があります。 ○施設での生活期リハビリ・長期療養となります。	
食事	○状態に応じて食事がとれます。 ○状態によって鼻から管を入れて栄養をとることもあります。 ☆栄養指導があります。	○自分でまたは介助で食事がとれます。 ○嚥下訓練 ☆栄養指導があります。				☆栄養指導があります。 ○食事運動療法の指導もあります。	
清潔	○状態に応じて身体を清潔に保ちます。 ○入浴できない場合は看護士が身体を拭きます。 ○介助でシャワーが入れるようになります。	○介助または自分でお風呂やシャワーが入れるようになります。					
排泄	○ベッド上で過ごす間は ○状態に応じてベッド上やベッド上で排泄します。 トイレで排泄できます。	○状態に応じてベッド上やトイレで排泄ができるようになります。					
説明・指導	☆医師から病状と入院中の治療計画について説明があります。 ☆看護士から入院生活について説明があります。	☆医師から入院中の治療計画について説明があります。 ☆介護保険の説明があります。				☆退院後の生活について説明があります。 ☆ケアマネジャーと必要なサービスを相談します。 ☆今後の治療についてかかりつけ医から説明があります。 ☆ケアマネジャーと必要なサービスを相談します。	

* この計画はのりやすであり、病状によって変更になることもあります。

課 題

第1章

第2章

第3章

第4章

第5章

第6章

第7章

資料編

第1節
がんなど主要な疾病の医療体制

1 速やかな搬送と専門的な診療が可能な体制

(1) 脳卒中の発症予防

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

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

(2) 急性期の医療機関への円滑な搬送

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

(3) 急性期の医療連携体制の構築

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

2 病期に応じたリハビリテーションが一貫して実施可能な体制

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

3 在宅療養が可能な体制

(1) 地域連携体制

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

(2) 県内共通版地域連携クリティカルパスの利用

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

目 標

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

アウトカム指標を押し上げる指標として、次の指標を設定する。

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

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

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

施策の方向

第1章

第2章

第3章

第4章

第5章

第6章

第7章

資料編

第1節
がんなど主要な疾病の医療体制

1 速やかな搬送と専門的な診療が可能な体制づくり

(1) 脳卒中の発症予防

① 保健指導体制の充実

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

② 患者やその家族等による脳卒中の発症の認識と救急要請等の実施

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

(2) 急性期の医療機関への円滑な救急搬送

① プレホスピタルケアの充実に向けた研修等の実施

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

② 急性期の医療機関への円滑な救急搬送

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

(3) 急性期の医療連携体制の構築

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

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

2 病期に応じたリハビリテーションが一貫して実施可能な体制づくり

(1) 急性期リハビリテーション

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

(2) 回復期リハビリテーション

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

(3) 維持期・生活期リハビリテーション

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

3 在宅療養が可能な体制づくり

(1) 地域連携体制の構築

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

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

(2) 県内共通版地域連携クリティカルパスの普及促進

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

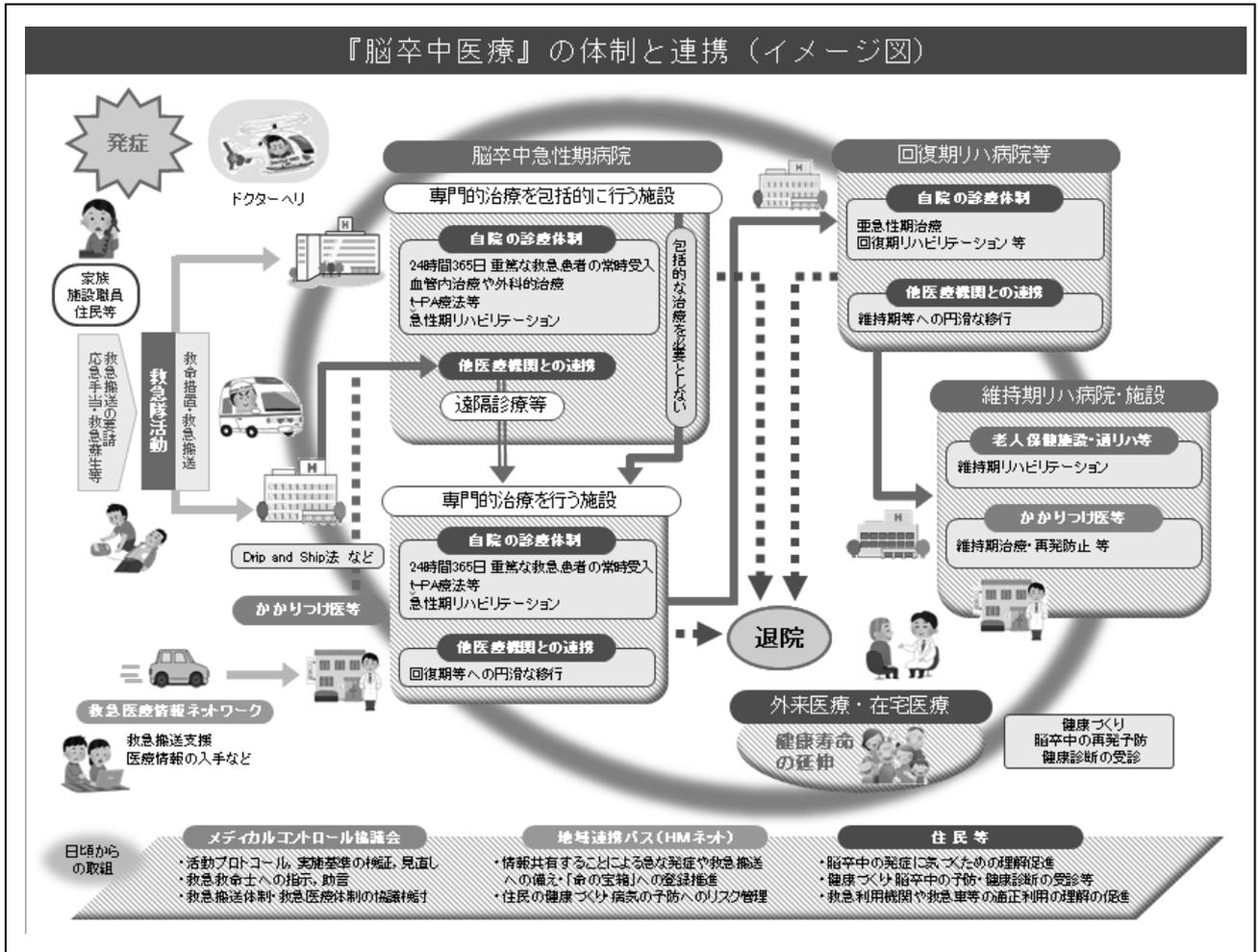
「ひろしま脳卒中地域連携パス」については、ひろしま医療情報ネットワーク（HMネット）へ掲載し、より汎用的で効果的な活用を目指します。

医療連携体制

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

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

図表 2-1-15 「脳卒中医療」の体制と連携



第1章

第2章

第3章

第4章

第5章

第6章

第7章

資料編

第1節

がんなど主要な疾病の医療体制

図表 2-1-16 脳卒中对策の医療体制に求められる医療機能

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

3 心筋梗塞等の心血管疾患対策

現 状

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

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

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

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

図表 2-1-17 循環器内科及び心臓血管外科の医師数 単位：(人)

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

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」（平成28（2016）年）

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

1 発症の予防が可能な体制

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

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

2 速やかな救命処置の実施と搬送が可能な体制

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

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

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

3 速やかに疾患に応じた専門的診療が可能な体制

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

図表2-1-18 急性心筋梗塞に対する経皮的インターベンションの実施件数等

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

出典：NDB（平成27（2015）年度）

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

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

(1) 心臓リハビリテーションの実施件数

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

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

(2) 退院患者の平均在院日数

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

(3) 在宅への復帰

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

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

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

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

5 在宅療養が可能な体制

(1) 心不全患者の再発予防に向けた地域連携サポート体制

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

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

(2) 地域連携クリティカルパスの普及促進

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

課 題

1 発症の予防が可能な体制

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

2 速やかな救命処置の実施と搬送が可能な体制

(1) 心血管疾患の救護に関する普及・啓発

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

(2) 急性期の医療機関への円滑な救急搬送

① 一般市民による救急蘇生

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

② 急性期の医療機関への円滑な救急搬送

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

3 速やかに疾患に応じた専門的診療が可能な体制

(1) 急性心筋梗塞に対する経皮的インターベンション実施

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

(2) 心臓血管外科手術が実施可能な医療機関

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

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

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

5 在宅療養が可能な体制

(1) 心不全患者の再発予防に向けた地域連携サポート体制

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

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

(2) 地域連携クリティカルパスの利用

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

目 標

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

アウトカム指標を押し上げる指標として、次の指標を設定する。

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

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

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

1 発症の予防が可能な体制づくり

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

2 速やかな救命処置の実施と搬送が可能な体制づくり

(1) 心血管疾患の救護等の普及・啓発

急性心筋梗塞等の心血管疾患に対しては、発症後早急に適切な治療を開始する必要があるため、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、その発症を認識することが重要です。

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

(2) 急性期の医療機関への円滑な救急搬送

① 一般市民による救急蘇生

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

② プレホスピタルケアの充実

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

③ 急性期の医療機関への円滑な救急搬送

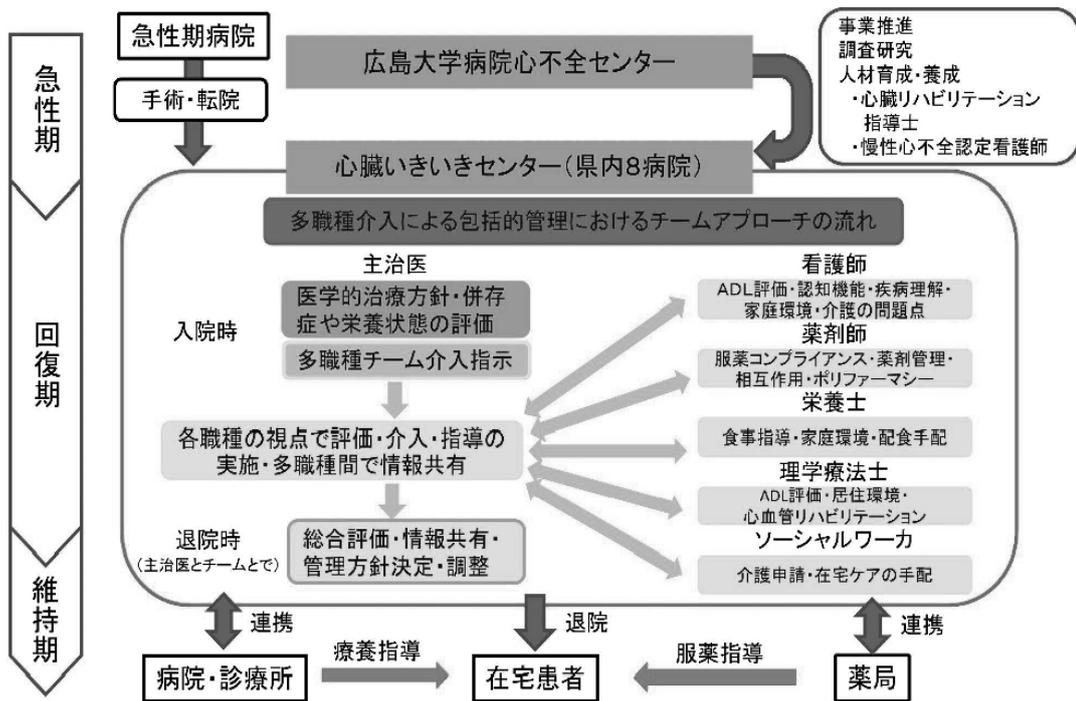
救急医療情報ネットワークシステムを適宜改修するなど、救急搬送受入要請の支援機能を強化し、更なる受入困難事案の減少に努めます。

3 速やかに疾患に応じた専門的診療が可能な体制づくり

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

図表 2-1-20

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



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

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

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

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

5 在宅療養が可能な体制づくり

(1) 広島県心不全患者在宅支援施設（心臓いきいき在宅支援施設）の設置

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

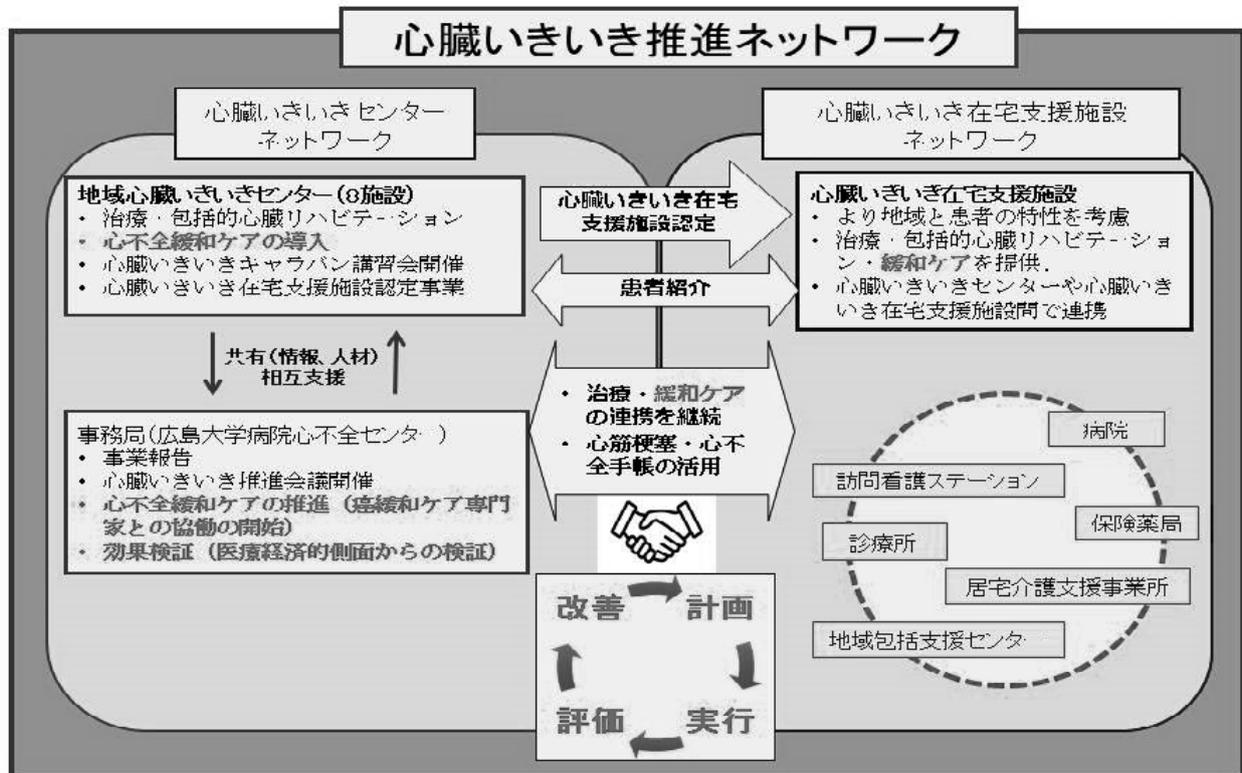
第1章
第2章
第3章
第4章
第5章
第6章
第7章
資料編

第1節
がんなど主要な疾病の医療体制

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

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

図表 2-1-21 心臓いきいき推進ネットワーク



広島大学病院心不全センター提供

(2) 地域心臓いきいきセンターの啓発活動

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

(3) 地域連携クリティカルパスの普及促進

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

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

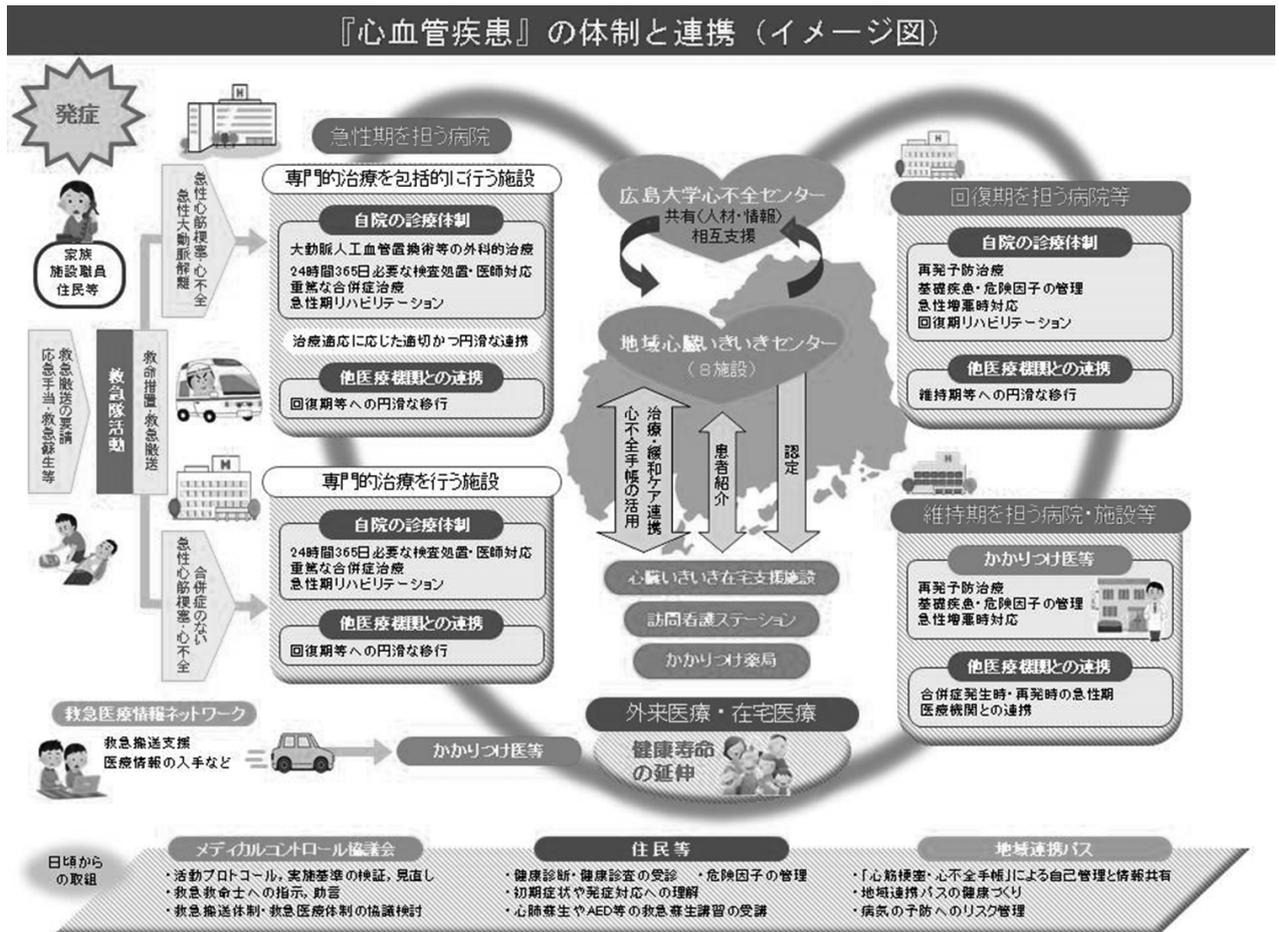
医療連携体制

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

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

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

図表 2-1-22 「心血管疾患医療」の体制と連携



第1章
第2章
第3章
第4章
第5章
第6章
第7章
資料編
第1節 がんなど主要な疾病の医療体制

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

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

4 糖尿病対策

現 状

1 糖尿病の現状

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

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

(1) 特定健康診査の状況

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

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

(2) 糖尿病予備群等の状況

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

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

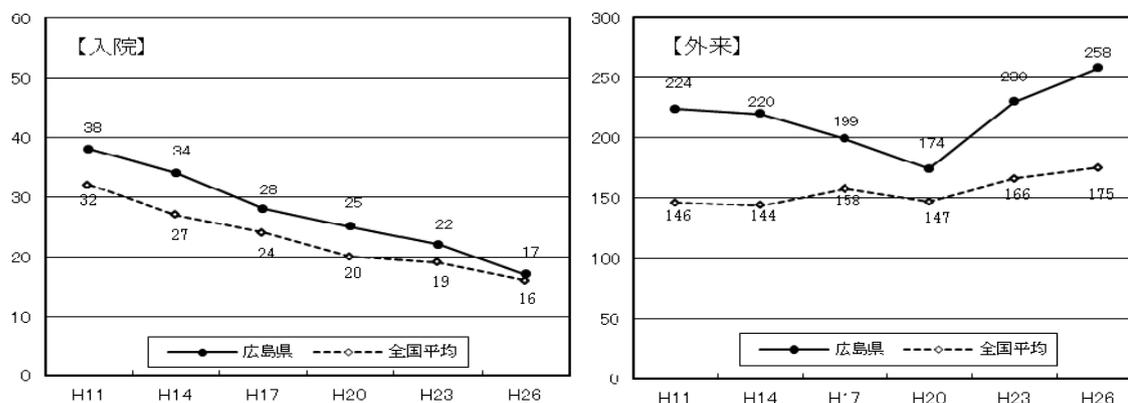
また、特定健康診査受診者のうち糖尿病の治療のための薬剤を服用している者は、平成 27（2015）年度、本県 4.9%（全国 5.0%）となっています。

(3) 受療の状況

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

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

図表 2-1-24 糖尿病の受療率（人口 10 万人対）

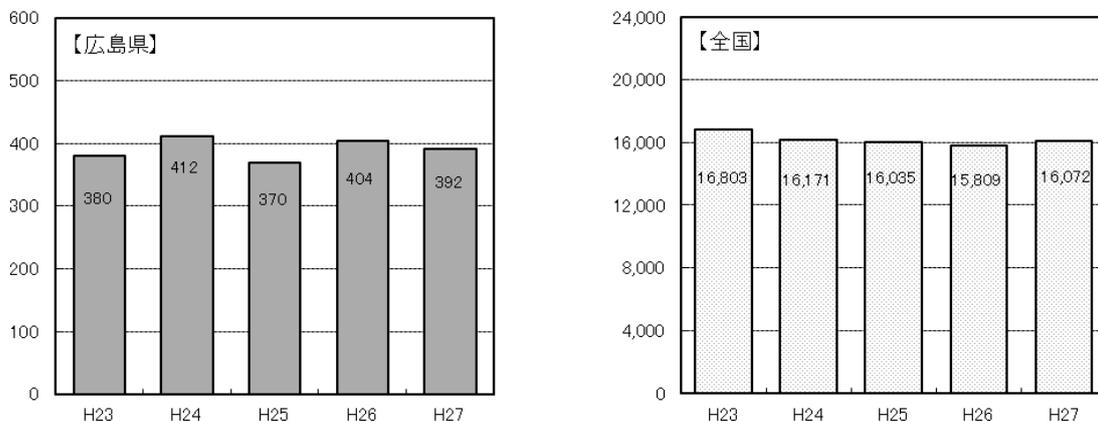


出典：厚生労働省「患者調査」（各年）

(4) 透析の状況

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

図表 2-1-25 糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数（人）



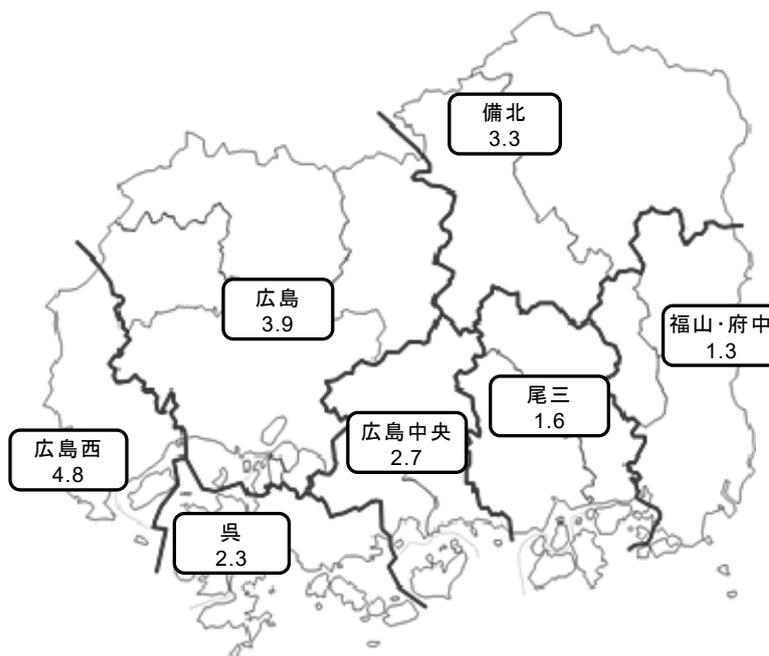
出典：（一社）日本透析医学会 透析調査委員会「わが国の慢性透析療法の現況」（各年12月31日現在）

(5) 医療施設等の状況

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

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

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



出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」（平成 28（2016）年）

(6) 地域連携体制の状況

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

2 指標による現状把握

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

S：ストラクチャー指標，P：プロセス指標，O：アウトカム指標

課 題

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

1 特定健康診査及びフォローアップ体制の充実

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

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

2 重症化予防の取組の推進

糖尿病の治療介入が必要な者を、早期に医療機関に受診させることが必要です。

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

3 医療提供体制の構築

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

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

目 標

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

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

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

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

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

S：ストラクチャー指標，P：プロセス指標，O：アウトカム指標

施策の方向

1 特定健康診査及びフォローアップ体制の充実

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

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

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

2 重症化予防の取組の推進

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

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

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

3 医療提供体制の構築

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

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

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

医療連携体制

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

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

1 糖尿病診療拠点病院・糖尿病診療中核病院の要件と役割

(1) 糖尿病診療拠点病院

各圏域に少なくとも1施設以上設置することを目指します。

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

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

(2) 糖尿病診療中核病院

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

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

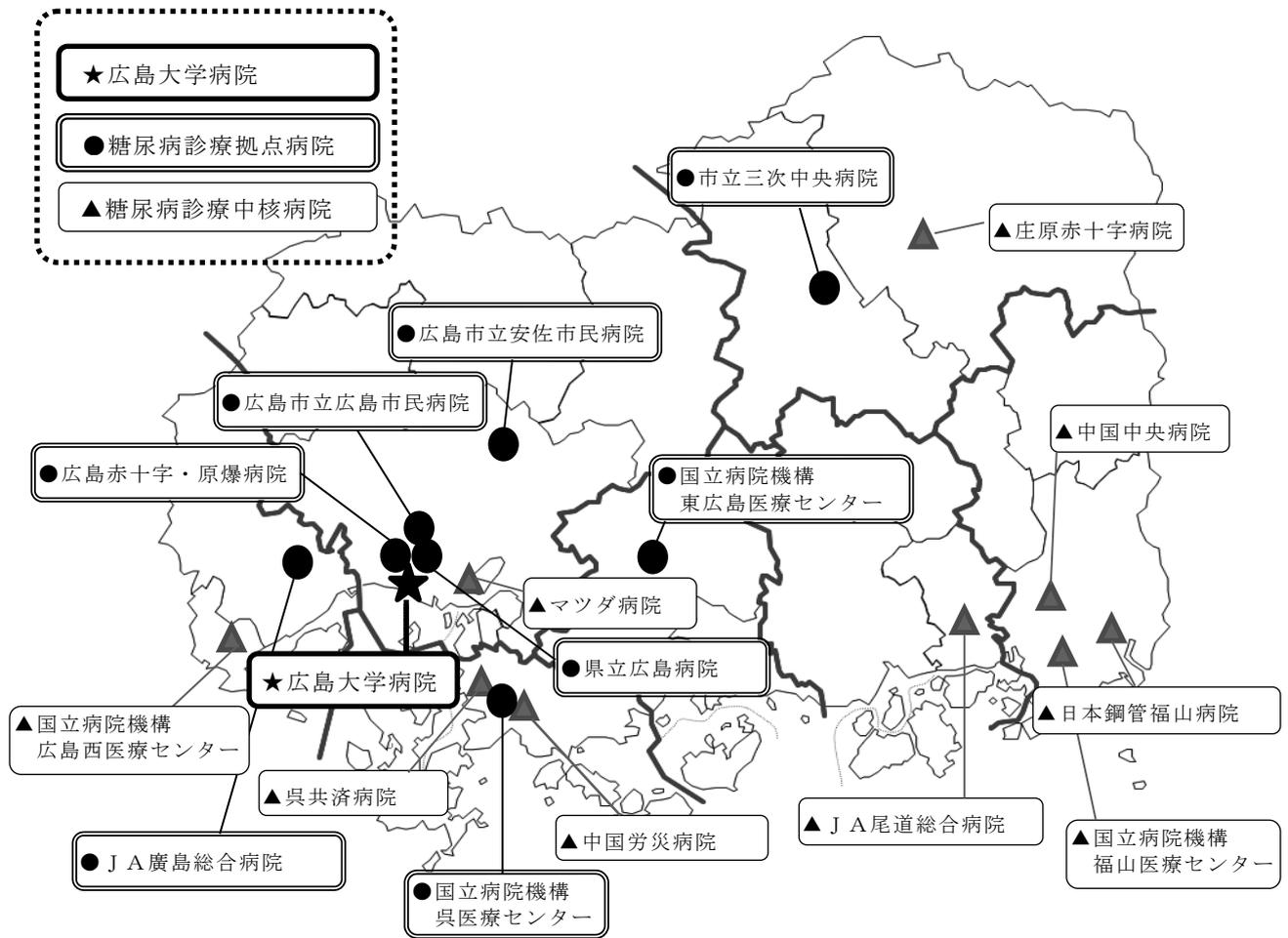
また、かかりつけ医と連携し、診療所では実施できない教育や専門治療、慢性合併症の検査や治療を担います。

2 診療所（かかりつけ医）の役割

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

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

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



図表 2-1-28 糖尿病対策の医療体制に求められる医療機能

	【初期・安定期治療】		【教育治療】	【専門治療】	【急性増悪時治療】
	初期	安定期			
機能	■糖尿病の診断および自己管理方法を指導する機能	■合併症の発症を予防するための安定期治療を行う機能	■糖尿病に対する知識や自己管理方法を教育する機能	■血糖コントロール困難な患者の治療を行う機能	■急性合併症の治療を行う機能
目標	■糖尿病の診断(病型も含めて)及び生活習慣の指導を実施する	■合併症の発症を予防するために、良好な血糖コントロールを目指した治療を実施する	■教育入院や外来にて糖尿病療養指導を実施する	■血糖コントロール指標を改善するために、入院による集中的な治療や専門外来を実施する	■糖尿病昏睡等の急性合併症、感染症や外傷等の併発による急性増悪時の治療を実施する
医療機関に求められる事項	<p>①糖尿病の疑いのある(健診で高血糖や尿糖を指摘されたり、他院で偶然に発見されたり、糖尿病を心配して来院するなどの)患者に対して、適切な検査を実施し、糖尿病の診断を行うことができる</p> <p>・75g 経口ブドウ糖負荷試験(OGTT)を実施可能である</p> <p>・HbA1c、インスリン(IRI)、Cペプチド(CPR)、抗GAD抗体等の検査(外部委託でよい)を実施し、糖尿病の病型・病態・病期の評価が可能である</p> <p>②糖尿病に対する基礎知識、日常生活の注意点などの指導(初期教育)が可能である</p> <p>③食事療法、運動療法及び薬物療法による治療介入が開始できる</p> <p>④専門治療を行う医療機関及び急性・慢性合併症治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携している</p>	<p>①血糖値やHbA1cなどを指標に、食事療法や運動療法の指導、経口血糖降下薬の選択や変更・用量調整が可能である</p> <p>②専門治療を行う医療機関で導入されたインスリン注射やGLP-1受容体作動薬(アゴニスト)注射の継続および投与量の調整が可能である</p> <p>③低血糖時の対応(50%あるいは20%のブドウ糖液の静注など)やシックデイの際の初期対応が可能である</p> <p>④専門治療を行う医療機関及び急性・慢性合併症治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携している</p> <p>⑤糖尿病に関する知識や診療技術向上のため、各医療圏で実施される講習会や研究会に参加可能である</p>	<p>①各専門職種チームによる、食事療法、運動療法、薬物療法等を組み合わせた教育入院等の集中的な治療(心理問題を含む)が実施可能である</p> <p>②糖尿病看護認定看護師や糖尿病療養指導士(CDE-JやCDE-L)などによる外来での療養指導(フットケア、シックデイ対策、インスリン注射や自己血糖測定の手技確認など)が実施可能である</p> <p>③院内および院外の患者向けの糖尿病教室を定期的に開催している</p> <p>④日本糖尿病協会(広島県支部)、広島県医師会、広島県糖尿病療養指導士認定機構が行う、ウォークラリー、世界糖尿病デーのブルーライトアップや血糖測定などの啓発活動に参加している</p>	<p>①GLP-1受容体作動薬(アゴニスト)やBOTにおける基礎インスリン注射の導入、インスリン強化療法(頻回皮下注射あるいは持続皮下インスリン注入療法(GI1))が実施可能である</p> <p>②(病院の場合)糖尿病患者の周術期血糖管理が実施可能である</p> <p>③糖尿病患者の妊娠あるいは妊娠糖尿病患者に対応可能である</p> <p>④食事療法、運動療法を実施するための糖尿病療養指導士及び設備がある</p> <p>⑤糖尿病の初期・安定期治療を行う医療機関及び急性・慢性合併症の治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携している</p>	<p>①糖尿病昏睡(ケトアシドーシス、高血糖高浸透圧症候群、低血糖症)等の急性合併症の治療が24時間実施可能である</p> <p>②感染症や外傷の併発などシックデイによる血糖コントロール増悪時に24時間対応可能である</p> <p>③糖尿病専門医あるいは糖尿病診療に常時従事している内科医が常勤している</p> <p>④糖尿病の初期・安定期治療を行う医療機関、専門治療を行う医療機関、慢性合併症治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携している</p>
医療機関の例	病院又は診療所	病院又は診療所	病院又は診療所	病院又は診療所	病院

第1章

第2章

第3章

第4章

第5章

第6章

第7章

資料編

第1節 がんなど主要な疾病の医療体制

【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、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、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」として定期的なフォローが可能である ②糖尿病連携手帳等を確認し、血糖コントロール状況の把握をし、できていない患者に対し内科への受診を促すことが可能である ③抜歯や歯周外科治療等の観血的処置の際には、かかりつけ内科医と薬剤情報など診療情報の連携ができる
医療機関の例	病院又は診療所	病院又は診療所	病院	病院	病院	歯科診療所

5 精神疾患対策

現 状

1 本県の精神医療を取り巻く状況

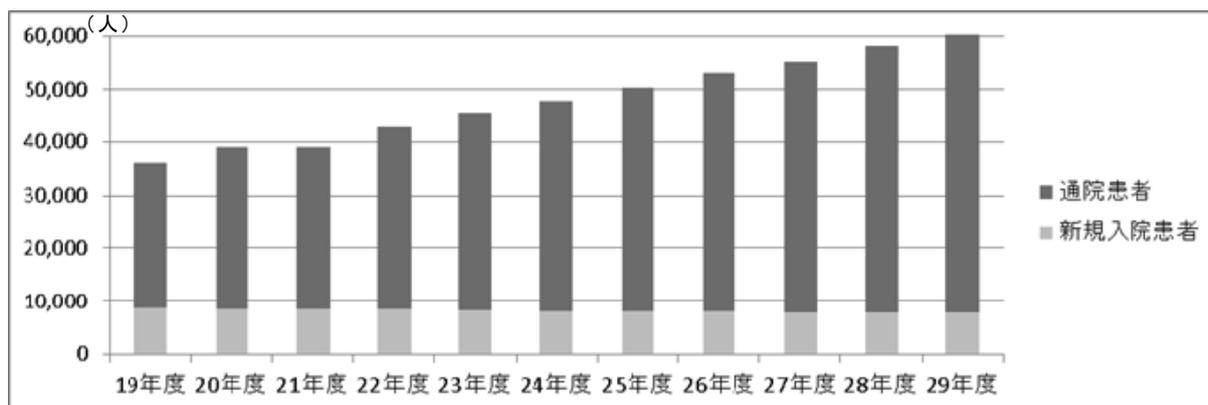
(1) 受療の状況

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

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

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

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



(単位：人)

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

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

(2) 精神科病院及び精神科を標榜する診療所等数

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

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

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

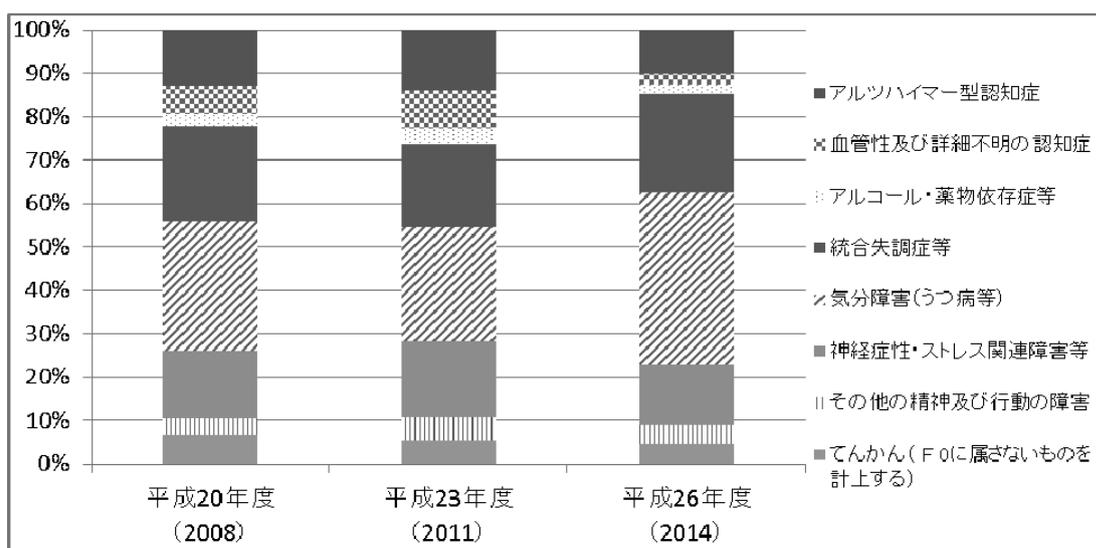
図表 2-1-30 精神科の医療施設数

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

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

(3) 精神疾患の患者数

図表 2-1-31 精神疾患の総患者数



(単位：千人)

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

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

2 予防・アクセス

(1) 日常生活における悩みやストレスのある人

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

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

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

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

(2) 県保健所、市町及び精神保健福祉センターにおける相談及び訪問の状況

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

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

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

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

3 治療・回復・地域生活への移行

(1) 入退院の状況

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

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

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

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

図表 2-1-32 病院からの退院患者平均在院日数 (単位：日)

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

出典：厚生労働省「平成 26（2014）年患者調査」

(2) 地域移行

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

図表 2-1-33 精神科地域移行実施加算医療施設数 (単位：施設)

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

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

(3) 精神科訪問看護を実施する病院数・診療所数・利用者数（デイケア含む）

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

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

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

(4) 精神障害者社会復帰施設等の利用実人員数

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

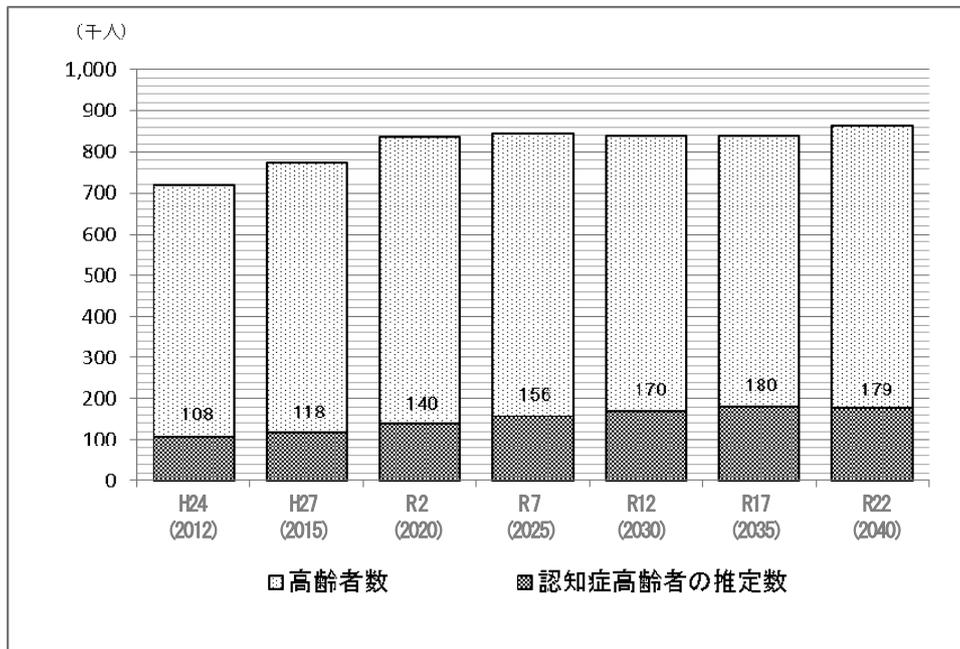
また、精神障害者社会復帰施設[通所系]の利用実人員数は、人口10万人当たり26.1人で、全国平均(62.1人)より低い状況です。

4 多様な精神疾患等ごとの医療

(1) 認知症

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

図表 2-1-34 認知症高齢者の推計



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

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

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

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

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

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

図表 2-1-35 広島県内の認知症疾患医療センター

平成 30（2018）年 3 月 1 日現在

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

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

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

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

(2) 身体合併症を有する患者の医療体制

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

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

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

(3) 精神科救急医療体制等

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

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

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

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

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

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

(4) 措置入院及び医療保護入院等の状況

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

(5) うつ病・自殺対策

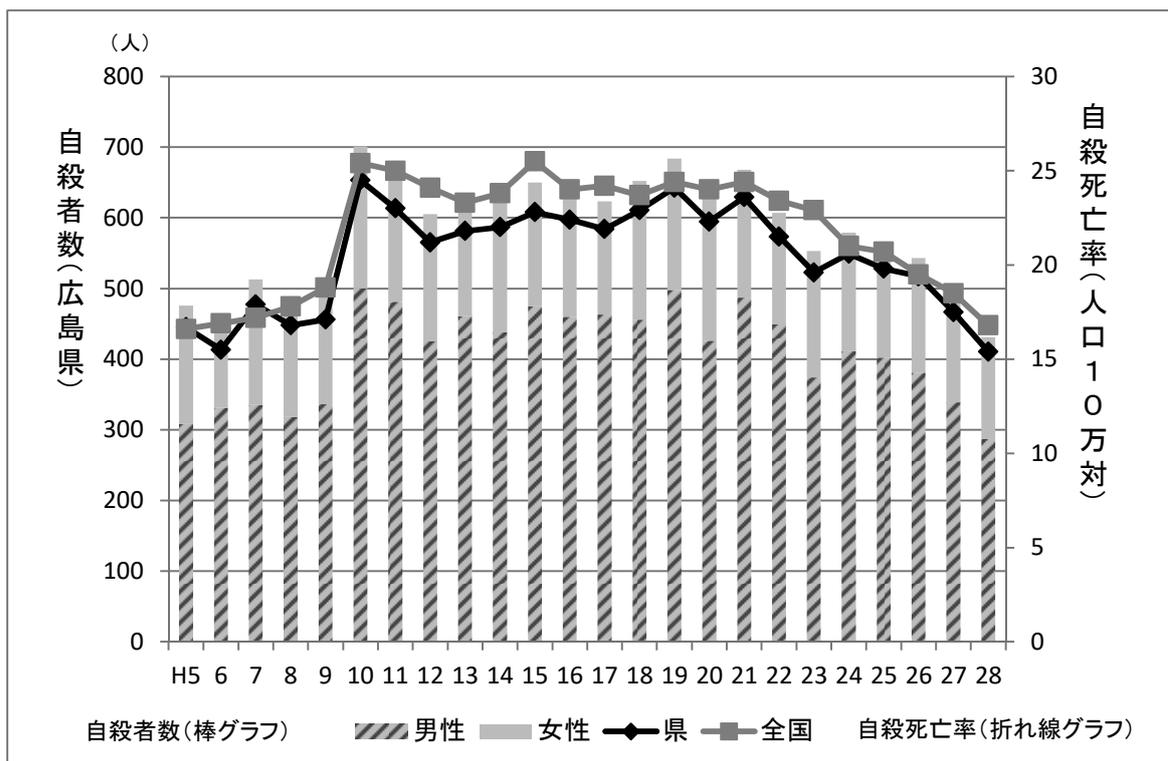
平成 26 (2014) 年「患者調査」によると、精神疾患の総患者数では、うつ病患者が最も多い状況です。また、平成 28 (2016) 年「人口動態調査」によると、本県の自殺者数は、431 人、自殺死亡率は、人口 10 万人当たり、15.4 で、全国平均 (16.8) より低い状況です。平成 10 (1998) 年に 600 人を超え、平成 23 (2011) 年には 14 年ぶりに 600 人を割り込み、平成 27 (2015) 年には 492 人と 400 人台まで減少しています。しかしながら、現在でも年間 400 人を超える県民の尊い命が自殺により失われており、これは、交通事故で亡くなっ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

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

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

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

図表 2-1-36 最近の自殺者数の推移



出典：厚生労働省「平成 28 (2016) 年人口動態統計」

(6) 依存症

① 薬物依存症

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

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

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

図表 2-1-37 薬物依存症の診療実績のある医療機関数 (重複あり)

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

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

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

② アルコール依存症

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

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

③ ギャンブル等依存症

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

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

(7) 災害派遣精神医療チーム（DPAT）

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

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

(8) 災害時精神科医療

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

(9) 児童・思春期精神医療

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

(10) 発達障害

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

図表 2-1-38 発達障害の診療を行っている医療機関数・医師数

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

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

指標による現状把握

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

第1章

第2章

第3章

第4章

第5章

第6章

第7章

資料編

第1節 がんなど主要な疾病の医療体制

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

S：ストラクチャー指標，P：プロセス指標，O：アウトカム指標

課 題

1 予防・アクセス

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

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

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

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

2 治療・回復・地域生活への移行

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

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

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

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

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

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

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

3 多様な精神疾患等ごとの医療

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

(1) 認知症の発症・進行予防から地域生活の維持

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

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

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

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

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

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

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

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

(2) 身体合併症を有する患者のための医療体制の整備

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

(3) 精神科救急医療体制の維持

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

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

(4) うつ病・自殺予防対策の充実

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

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

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

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

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

(5) 依存症に対応する体制の構築

① 薬物依存症

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

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

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

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

② アルコール依存症

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

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

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

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

③ ギャンブル等依存症

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

(6) 災害時における精神科病院等への支援

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

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

(7) 災害時精神科医療体制の構築

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

(8) 児童・思春期精神疾患の医療体制の構築

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

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

(9) 発達障害の医療連携体制の構築

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

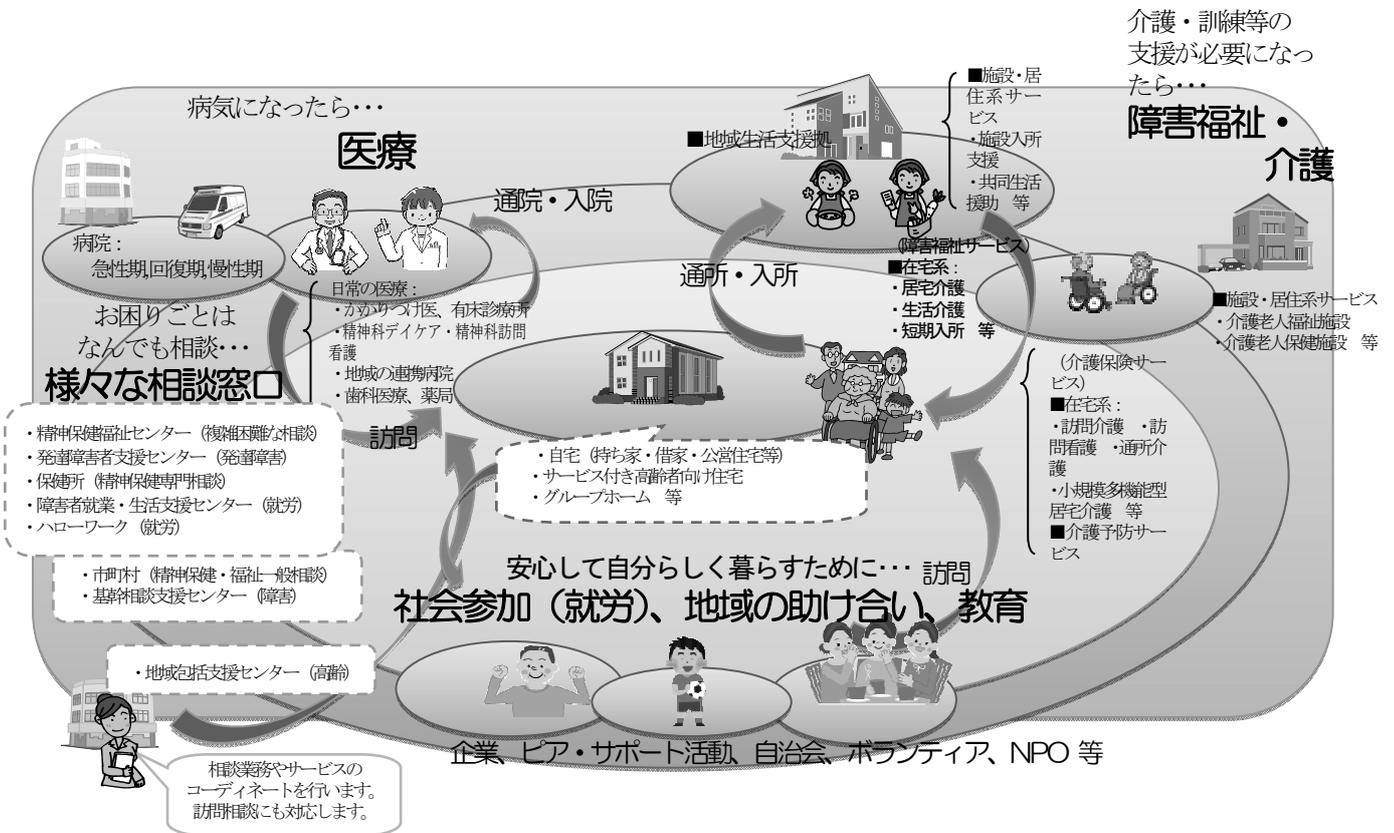
発達障害児・者は、コミュニケーションの困難さや感覚過敏などの個々の特性から、医療を継続して受けにくいことがあるため、発達障害の特性に応じた診療を行う医師の養成や発達障害児・者の診療に対応できる医療機関を増やしていくことが必要です。

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

目 標

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

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）



市町ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場、市町

障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場、県保健所

県での保健・医療・福祉関係者による協議の場、県庁・精神保健福祉センター

第1章
第2章
第3章
第4章
第5章
第6章
第7章
資料編
第1節 がんなど主要な疾病の医療体制

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

S：ストラクチャー指標，P：プロセス指標，O：アウトカム指標

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

施策の方向

第1章

第2章

第3章

第4章

第5章

第6章

第7章

資料編

第1節
がんなど主要な疾病の医療体制

1 重層的な連携による支援体制の構築

(1) 発症の予防及び早期発見・治療のための普及啓発

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

(2) 地域で支え合えるような支援体制の整備

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

(3) 保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置

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

2 長期入院精神障害者の地域生活への移行

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

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

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

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

(2) 障害福祉計画との連携

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

3 多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担を整理

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

(1) 認知症の発症・進行予防

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

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

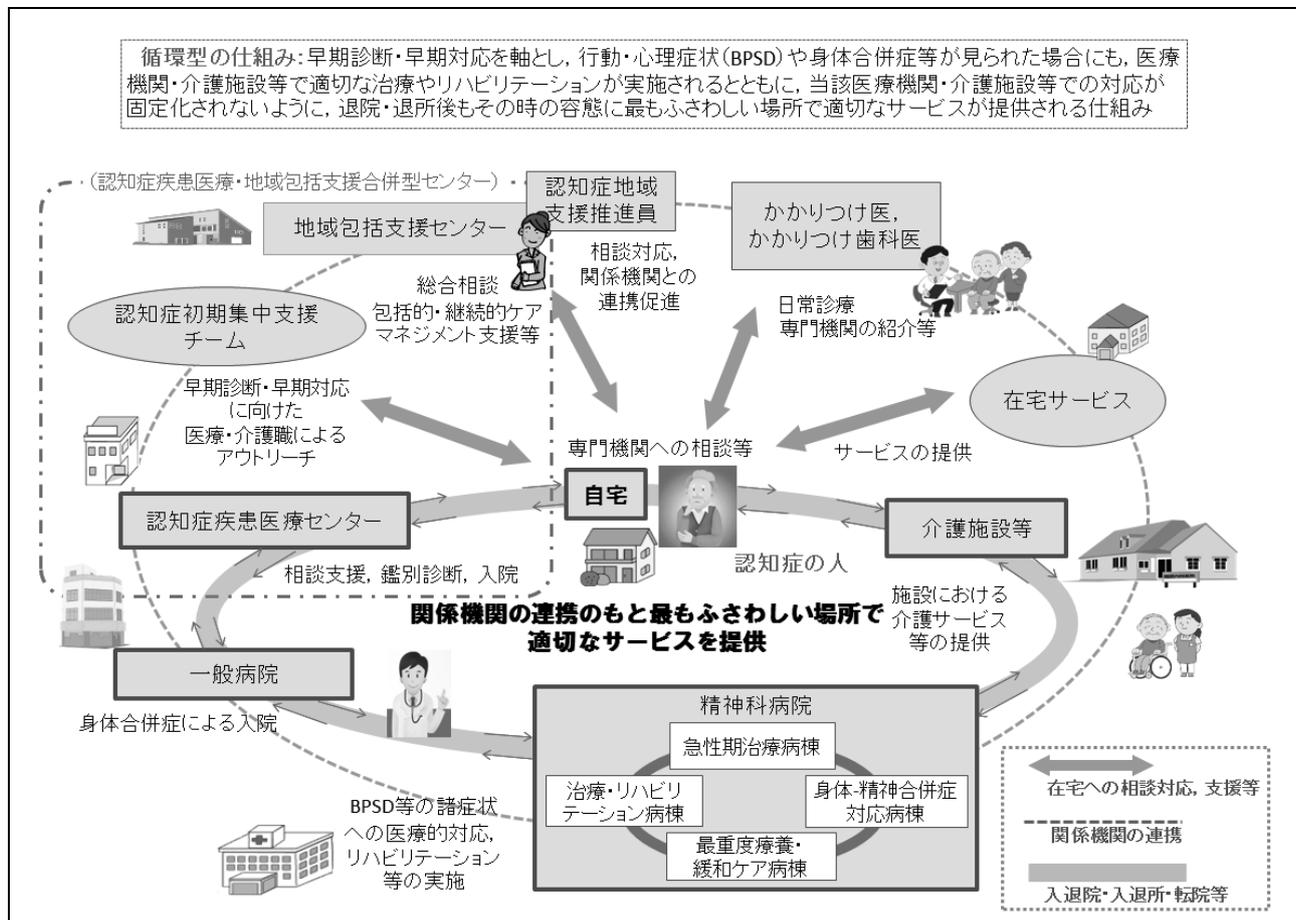
循環型の仕組みの充実に向け、専門医療による早期診断・早期対応から、急性期、身体合併症等、容態に応じた適切な医療サービスが、介護サービスとの適切な連携のもとで提供される体制の確保に努めます。そのため、認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員、認知症サポート医、認知症介護アドバイザー等の各地域の支援機関や支援者の連携が、実効性のあるものとなるよう、県から助言・支援を実施していきます。また、「認知症疾患医療・地域包括支援合併型センター」や、一般病院へのアウトリーチ支援など、先進的な取組についての情報共有を実施するほか、医療と介護の関係者が患者情報を共有する認知症地域連携パス（ひろしまオレンジパ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

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

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

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

図表 2-1-39 循環型の仕組みの構築



(2) 身体合併症患者への救急医療提供等

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

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

(3) うつ病・自殺予防対策の強化

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(4) 依存症に対応する体制の構築

① 薬物依存症

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

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

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

② アルコール依存症

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

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

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

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

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

③ ギャンブル等依存症

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

(5) 災害県拠点精神科病院の指定等

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

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

(6) 児童・思春期精神疾患の医療連携体制の構築

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

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

(7) 発達障害の医療連携体制の構築

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

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

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

1 多様な精神疾患等ごとの医療連携体制について

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

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

2 災害時における公的支援の在り方と精神科病院等の体制強化について

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

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

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

広島県精神科救急医療施設圏域については、図表 2-1-41 のとおりです。

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

(注) 地域連携拠点機能及び県連携拠点機能

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

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

図表 2-1-40 精神疾患等の地域連携拠点機能及び県連携拠点機能

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)	呉みどりヶ丘病院			◎										◎	◎	◎
	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		◎													

注1) ★：県連携拠点，◎：地域連携拠点

注2) 災害医療について，災害が県内で発生した場合は，すべての精神科の医療機関で対応することとする。

注3) PTSDについては，広島県精神科病院協会，広島県精神神経科診療所協会と連携する。

注4) てんかんについては，地域及び院内において脳神経外科のみならず，脳神経内科・精神科・小児科と連携することとする。

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

令和2（2020）年4月1日現在

病院名	国立・県立	指定病院	応急入院指定病院	精神科救急医療施設
西部保健所			○(※)	
メープルヒル病院				
友和病院				
敬愛病院				
広島支所		□	○(※)	
府中みくまり病院				
安芸太田病院				
千代田病院				
広島県厚生連 吉田総合病院		□		
呉支所	◎			
国立病院機構呉医療センター		□		
呉みどりヶ丘病院		□	○	
ほうゆう病院		□	○	
ふたば病院		□	○	
呉やげやま病院		□	○	
吉田病院		□		
安浦病院				
西部東保健所	◎		○(※)	●
独立行政法人国立病院機構 賀茂精神医療センター				
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		□		
己斐ヶ丘病院		□		
草津病院		□	○(※)	●
安佐病院		□		
児玉病院		□		
瀬野川病院		□	○(※)	●
養神館病院		□		
ナカムラ病院				
計	4	26	16	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1章

第2章

第3章

第4章

第5章

第6章

第7章

資料編

第1節 がんなど主要な疾病の医療体制

