

広島県の医療機能強化に向けた拠点ビジョン【仮称】
(R3.12.23 現在 たたき台)

- 当該ビジョンは、策定途上のものです。
- 本日の議論を踏まえ必要な修正を行った上で、県民への意見聴取を行います。
- 県民からの意見等を踏まえた最終的なビジョン案については、次回の会議で提示する予定です。

2022年〇月

広島県地域保健対策協議会 保健医療基本問題検討委員会

目次

策定の趣旨	2
第1章 目指す姿	3
第2章 現状と課題	4
1 医療需要の動向	4
(1) 人口構造	4
(2) 患者数（入院・外来）	5
(3) 小児・周産期医療	17
(4) 医療費	18
2 医療提供体制の状況	20
(1) 医療施設	20
(2) 医療人材（医師）	27
(3) 医療設備等	45
3 新興・再興感染症への対応	52
4 SWOT分析	57
第3章 目指す姿の実現に向けた考察	58
1 先進事例調査	58
2 広島大学・広島県連携会議における意見	85
3 まとめ	90
第4章 課題解決に向けた方針	94
1 SWOT分析	94
2 新たな拠点の目指す姿・期待される役割	95
3 新たな拠点に求められる高度医療機能	96
4 新たな拠点に求められる人材供給（育成・派遣）機能	100
5 今後の検討事項	103
(1) 基幹病院等，周辺の医療機関との機能分化・連携等	103
(2) 新たな拠点の整備	103

策定の趣旨

第1章 目指す姿

広島県では、令和2年10月に策定した新たな県総合計画『安心➤誇り➤挑戦 ひろしまビジョン』において、医療・介護分野における概ね30年後のあるべき姿と、その実現に向けた10年後（2030年）の目指す姿を次のとおり定めている。

広島県の医療の目指す姿と医療の2つの柱

あるべき姿 (概ね30年後)	全ての県民が、質の高い医療・介護サービスを受けることができ、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる。
目指す姿 (10年後)	<ul style="list-style-type: none">■ 地域の医療・介護資源の最適化が進み、デジタル技術やデータの活用等により医療・介護の高度化・効率化が促進されることで、<u>県民が、安心して質の高い医療・介護サービスを受けることができる体制が維持されている。</u>■ <u>全国トップレベルの高度・専門医療や最先端の医療を提供できる中核的な機能を整備し、県民に高い水準の医療が提供</u>されている。また、こうした高度な医療や様々な症例の集積、医育機関との連携・協働を進め、<u>魅力ある医療現場として若手医師に選ばれることで、新たな医師等の育成・派遣の拠点として、県全域の医療提供体制が確保</u>されている。■ 後期高齢者が増加する中であっても、認知症ケアや医学的管理下での介護、緩和ケアを含めた看取りなど、高齢者が身近な地域で、医療・介護、介護予防、住まい、生活支援等のサービスを包括的に受けることができ、高齢者本人もその家族も、住み慣れた地域で安心して暮らしている。■ 地域の救急医療の体制や機能が維持・確保されるとともに、<u>災害発生時や新興感染症の拡大に対しても、十分な検査・診療体制が確保されるなど、大規模な健康危機管理事案に迅速に対応できる保健・医療の体制が整備</u>されている。また、県民一人一人が、平時から感染防止に留意した具体的な行動をとるなど、県民と行政が一丸となった取組により、<u>安心を実感</u>している。



《広島県の医療の2本の柱》

- I 県民に高い水準の医療を提供できる。
- II 地域の医療を持続的に確保することができる。

第2章 現状と課題

1 医療需要の動向

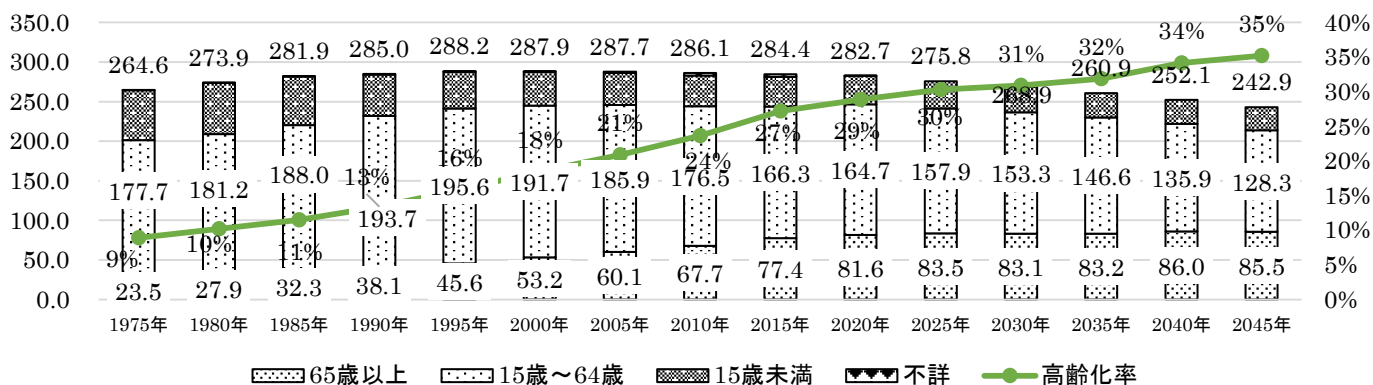
(1) 人口構造

国勢調査及び国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、本県の総人口は1998年をピークに減少し、2015年10月1日現在の年齢別人口は、年少人口（15歳未満）が37.6万人、生産年齢人口（15歳から64歳）が166.3万人、高齢者人口（65歳以上）が77.4万人となっている。また、本県の高齢化率（65歳以上人口割合）は、1995年に14%を超え高齢社会に、2005年には21%を超えて超高齢社会に到達し、その後も年々上昇を続けている。

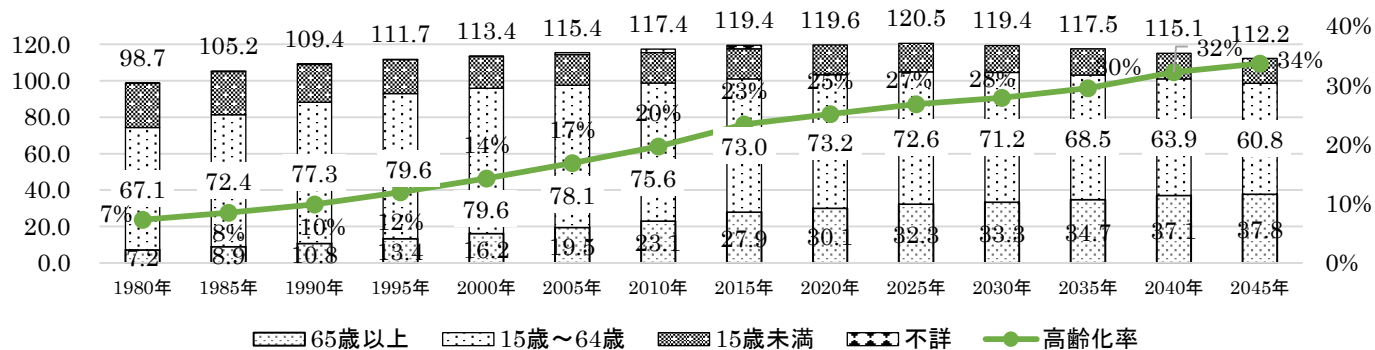
将来推計人口では、更なる少子高齢化の進行に伴い人口減少が加速するものと予測され、総人口は2025年に275.8万人、2040年に252.1万人になると見込まれている。また、高齢者人口は2040年には86.0万人に達すると見込まれており、高齢化率は34%となる（図表1）。

広島市については、2000年に14%を超え高齢社会に、2015年に21%を超えて超高齢化社会に達し、2040年には高齢化率が32%になることが見込まれる。県全体と比較すると、高齢化の進行が5～10年遅れて到来する見通しとなっている（図表2）。

図表1 広島県年齢別人口推計（万人）と高齢化率（%）¹



図表2 広島市年齢別人口推計（万人）と高齢化率（%）²



¹ 1975～2015年は国勢調査（各年10月1日時点）、2020年は住民基本台帳（1月1日時点）、2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2018年推計）」を基に作成

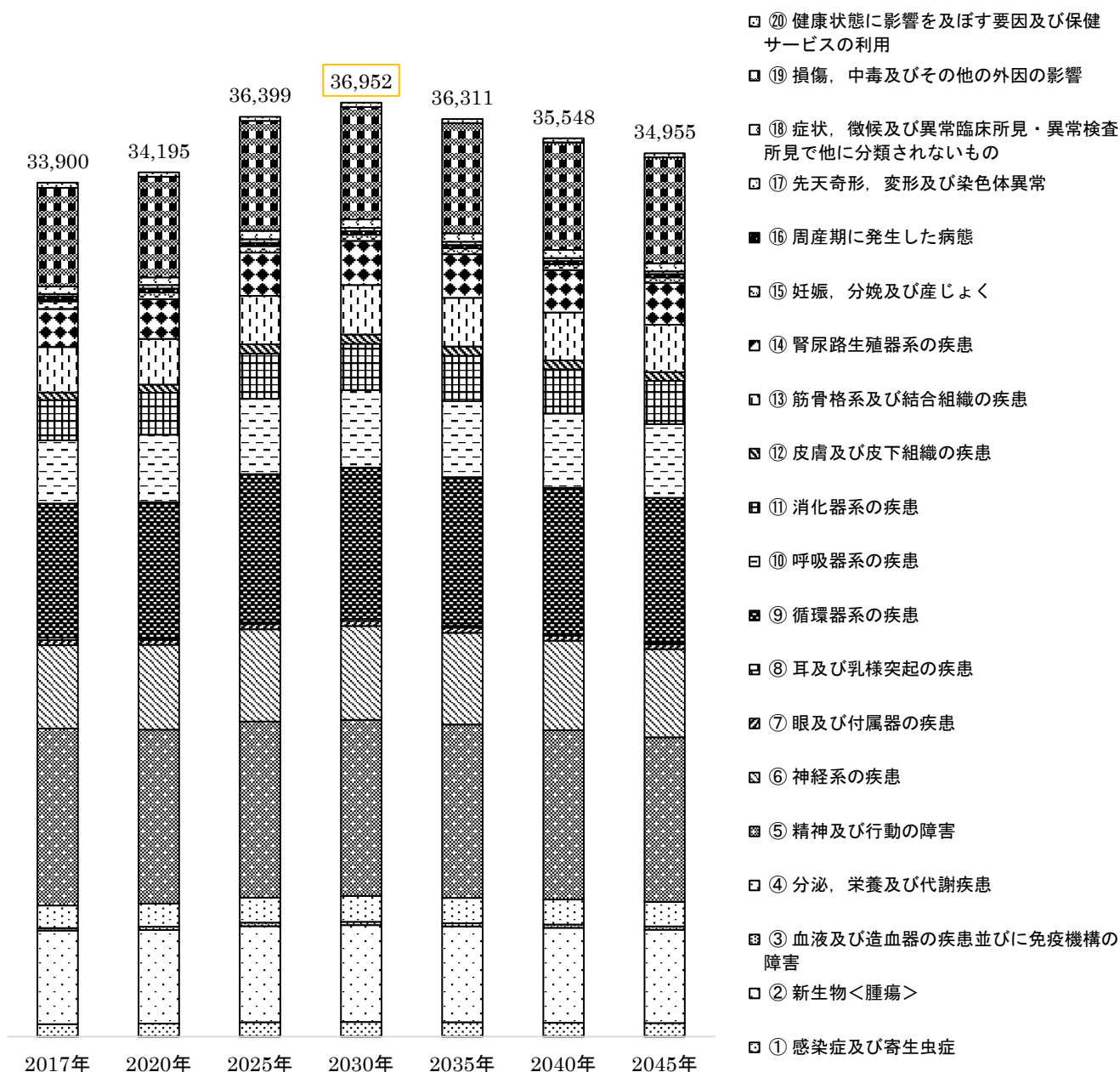
² 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2018年推計）」を基に作成

(2) 患者数（入院・外来）

ア 入院患者数の将来推計（広島県）

本県全体では、2030年まで1日あたり入院患者数は増加するものの、その後は減少に転じると見込まれる（図表3）。疾病別に見ると、高齢化の進展もあり、従来から入院患者数の多い神経系、循環器系、呼吸器系の入院患者数は、2045年にかけて大きく増加するものと見込まれる。また、入院患者数は少ないものの、血液及び造血器系、皮膚及び皮下組織系疾患等については、増加率が相対的に高くなっている。一方、少子化に伴い、妊娠、分娩及び産じょく、並びに周産期に係る入院患者数は、減少が見込まれる（図表4）。

図表3 【広島県】1日あたり入院患者数推計（人）³





³ 2017年は、厚生労働省「患者調査」の推計患者数。2020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（2018年推計）」の年齢階級別人口に2017年年齢階級別受療率（患者調査）を乗じて算出

図表 4 【広島県】1日あたり入院患者数推計（人）⁴

増減数、増減率は、2017年と2045年の比較

	2017年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	増減数	増減率
① 感染症及び寄生虫症	500	525	571	584	571	554	545	45	109.0%
② 新生物<腫瘍>	3,700	3,700	3,808	3,836	3,793	3,760	3,688	▲ 12	99.7%
③ 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	100	127	133	133	132	132	130	30	130.4%
④ 分泌、栄養及び代謝疾患	900	921	1,000	1,020	1,002	983	971	71	107.9%
⑤ 精神及び行動の障害	7,000	6,881	6,970	6,973	6,856	6,698	6,513	▲ 487	93.0%
⑥ 神経系の疾患	3,300	3,359	3,646	3,711	3,635	3,545	3,497	197	106.0%
⑦ 眼及び付属器の疾患	200	196	205	207	204	200	196	▲ 4	98.0%
⑧ 耳及び乳様突起の疾患	100	63	67	68	66	63	61	▲ 39	60.9%
⑨ 循環器系の疾患	5,300	5,388	5,862	5,989	5,892	5,789	5,724	424	108.0%
⑩ 呼吸器系の疾患	2,500	2,663	2,992	3,077	3,015	2,944	2,924	424	117.0%
⑪ 消化器系の疾患	1,600	1,660	1,784	1,821	1,789	1,744	1,714	114	107.1%
⑫ 皮膚及び皮下組織の疾患	300	327	362	370	361	350	346	46	115.4%
⑬ 筋骨格系及び結合組織の疾患	1,800	1,812	1,922	1,958	1,932	1,901	1,869	69	103.9%
⑭ 腎尿路生殖器系の疾患	1,500	1,571	1,711	1,751	1,720	1,682	1,660	160	110.7%
⑮ 妊娠、分娩及び産じょく	300	266	255	247	237	229	219	▲ 81	72.8%
⑯ 周産期に発生した病態	200	150	138	134	130	125	120	▲ 80	59.9%
⑰ 先天奇形、変形及び染色体異常	100	141	133	130	126	120	114	14	113.7%
⑱ 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	300	302	331	339	332	323	319	19	106.5%
⑲ 損傷、中毒及びその他の外因の影響	3,900	3,990	4,351	4,445	4,359	4,253	4,196	296	107.6%
⑳ 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	200	165	170	171	166	161	157	▲ 43	78.4%
総数	33,900	34,195	36,399	36,952	36,311	35,548	34,955	1,055	103.1%

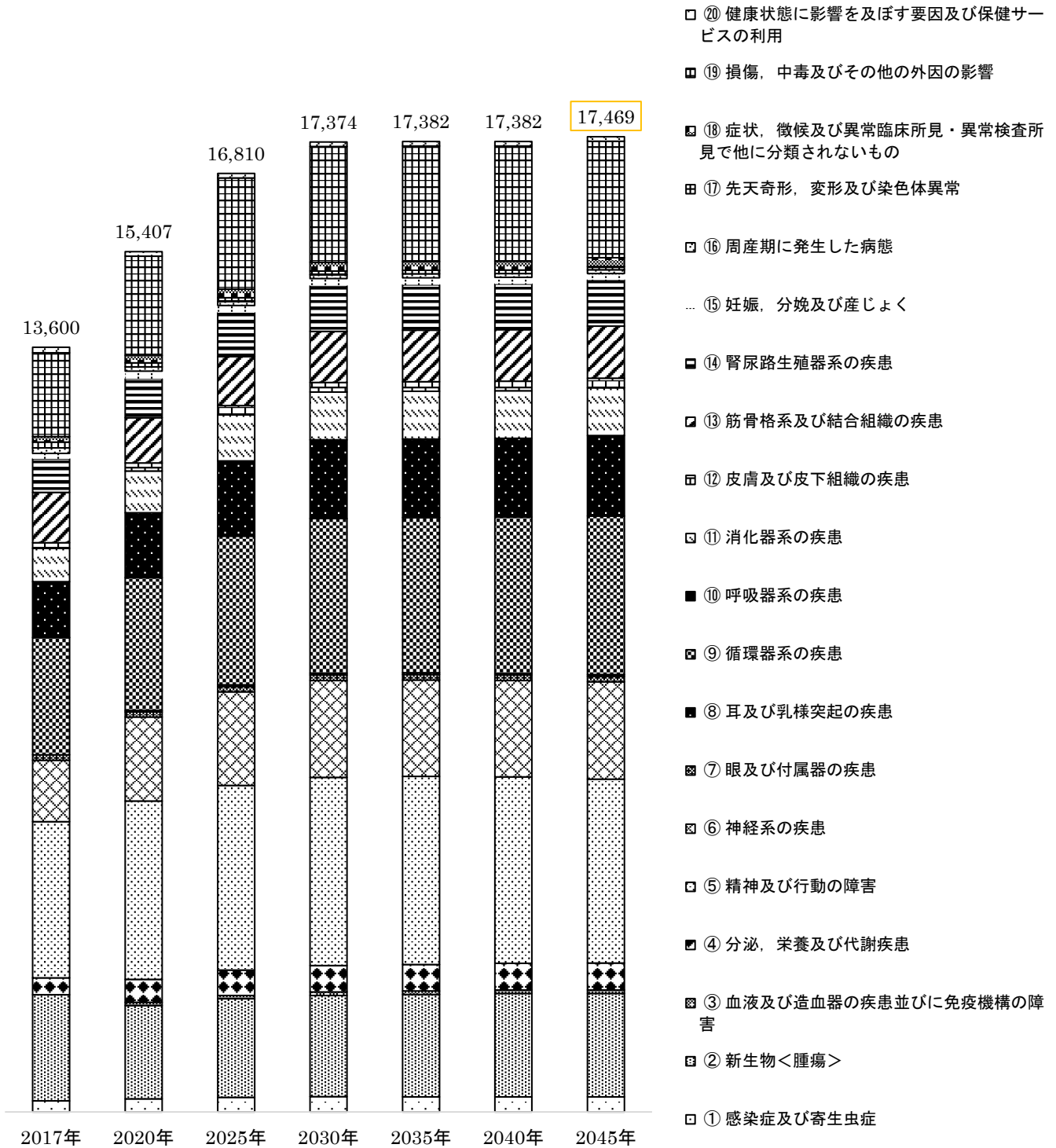
※  =増加傾向
 =減少傾向

⁴ 2017年は、厚生労働省「患者調査」の推計患者数。2020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（2018年推計）」の年齢階級別人口に2017年年齢階級別受療率（患者調査）を乗じて算出

イ 入院患者数の将来推計（広島二次医療圏）

本県全体の入院患者数が2030年にピークアウトする見込みである一方、広島医療圏の入院患者数は2030年に向けて増加し、その後2045年まで微増傾向で推移すると見込まれる（図表5）。疾病別にみると、神経系、循環器系、呼吸器系に加え、消化器系、腎尿路生殖器系などにおける入院患者数が増加すると見込まれる。一方、県全体と同様に、周産期に係る入院患者数は減少が見込まれる（図表6）。

図表5 【広島二次医療圏】1日あたり入院患者数推計（人）⁵



⁵ 2017年は、厚生労働省「患者調査」の推計患者数。2020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（2018年推計）」の年齢階級別人口に2017年年齢階級別受療率（患者調査）を乗じて算出

図表 6 【広島二次医療圏】1日あたり入院患者数推計（人）⁶

増減数、増減率は、2017年と2045年の比較

	2017年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	増減数	増減率
① 感染症及び寄生虫症	200	236	264	274	272	270	272	72	135.9%
② 新生物<腫瘍>	1,900	1,672	1,763	1,814	1,831	1,852	1,849	▲ 51	97.3%
③ 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	—	57	61	62	63	64	65	—	—
④ 分泌、栄養及び代謝疾患	300	409	456	474	474	476	483	183	160.9%
⑤ 精神及び行動の障害	2,800	3,196	3,307	3,370	3,369	3,342	3,296	496	117.7%
⑥ 神経系の疾患	1,100	1,506	1,676	1,734	1,727	1,723	1,742	642	158.4%
⑦ 眼及び付属器の疾患	100	89	95	98	99	99	98	▲ 2	98.3%
⑧ 耳及び乳様突起の疾患	—	29	32	33	32	31	31	—	—
⑨ 循環器系の疾患	2,100	2,379	2,663	2,773	2,782	2,801	2,840	740	135.3%
⑩ 呼吸器系の疾患	1,000	1,164	1,349	1,411	1,408	1,412	1,444	444	144.4%
⑪ 消化器系の疾患	600	746	823	855	854	851	856	256	142.6%
⑫ 皮膚及び皮下組織の疾患	100	146	166	172	171	170	172	72	172.1%
⑬ 筋骨格系及び結合組織の疾患	900	810	882	917	923	928	932	32	103.6%
⑭ 腎尿路生殖器系の疾患	600	697	781	813	814	815	825	225	137.5%
⑮ 妊娠、分娩及び産じょく	100	138	133	130	126	123	117	17	117.4%
⑯ 周産期に発生した病態	100	78	72	70	69	67	64	▲ 36	64.2%
⑰ 先天奇形、変形及び染色体異常	100	71	68	67	66	63	60	▲ 40	60.0%
⑱ 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類	100	134	151	158	157	157	159	59	158.7%
⑲ 損傷、中毒及びその他の外因の影響	1,500	1,778	1,993	2,071	2,067	2,063	2,087	587	139.1%
⑳ 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	100	78	82	83	82	81	80	▲ 20	80.2%
総数	13,600	15,407	16,810	17,374	17,382	17,382	17,469	3,869	128.4%

※ =増加傾向
 =減少傾向

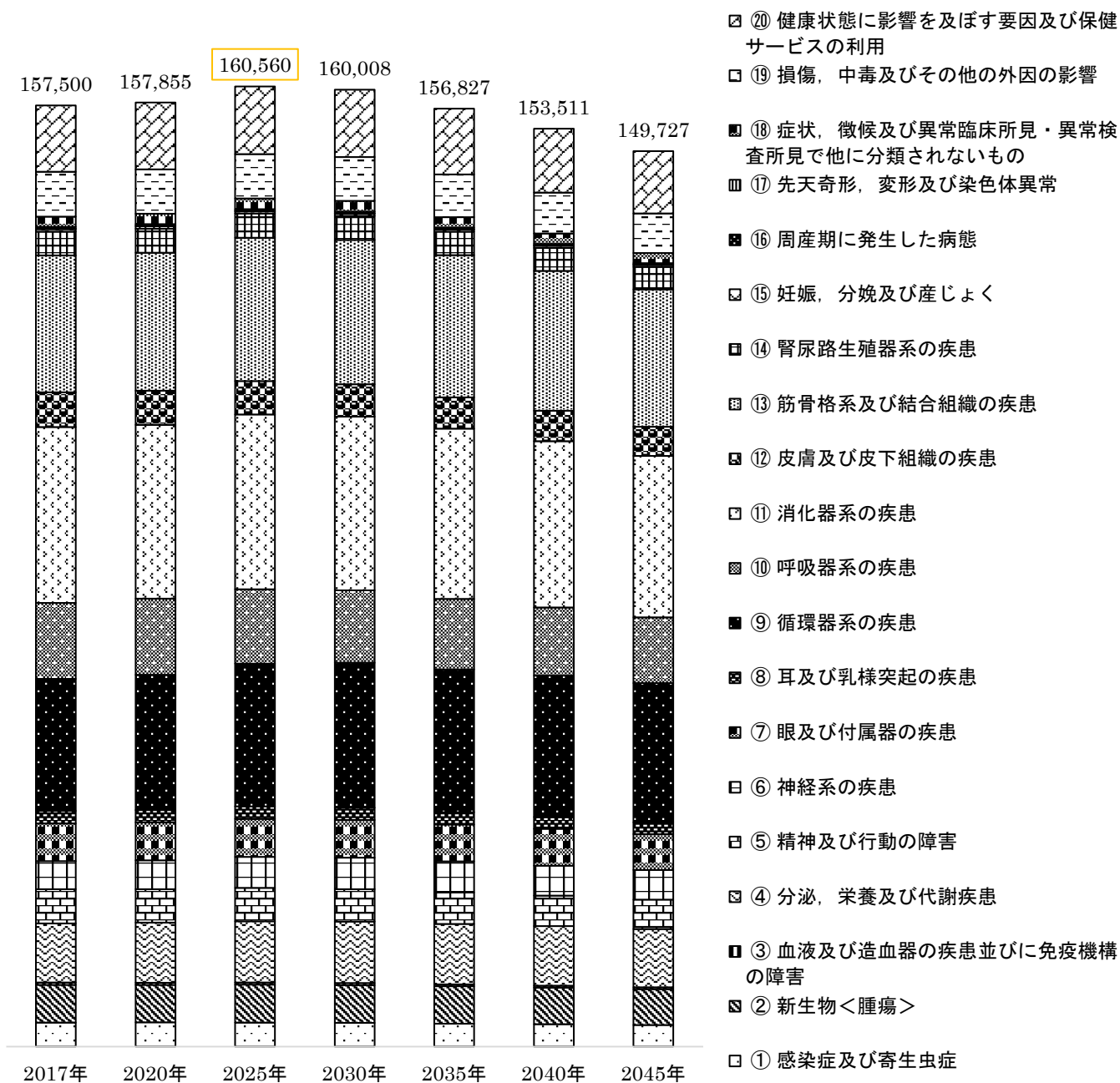
⁶ 2017年は、厚生労働省「患者調査」の推計患者数。2020年以降は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2018年推計）」の年齢階級別人口に2017年年齢階級別受療率（患者調査）を乗じて算出

ウ 外来患者数の将来推計（広島県）

本県全体では、2025年まで1日あたり外来患者数は増加するものの、それ以降は減少に転じると見込まれる（図表7）。

疾病別では、2045年度にかけて循環器系の疾患や神経系の疾患の増加が見込まれる一方で、消化器系や代謝系の疾患は減少が見込まれる。また、外来患者数は少ないものの、周産期、妊娠・分娩や、血液及び造血器の疾患等においては大きな減少率が見込まれる（図表8）。

図表7 【広島県】1日あたり外来患者数推計（人）⁷





⁷ 2017年は、厚生労働省「患者調査」の推計患者数。2020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（2018年推計）」の年齢階級別人口に2017年年齢階級別受療率（患者調査）を乗じて算出

図表 8 【広島県】県 1 日あたり外来患者数推計 詳細データ (人) 8

増減数、増減率は、2017年と2045年の比較

	2017年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	増減数	増減率
① 感染症及び寄生虫症	4,000	4,032	4,018	3,940	3,828	3,730	3,623	▲ 377	90.6%
② 新生物<腫瘍>	6,300	6,278	6,338	6,332	6,240	6,143	5,987	▲ 313	95.0%
③ 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	400	362	359	345	332	320	310	▲ 90	77.4%
④ 分泌、栄養及び代謝疾患	9,900	10,031	10,244	10,269	10,121	9,969	9,743	▲ 157	98.4%
⑤ 精神及び行動の障害	5,700	5,611	5,577	5,440	5,270	5,075	4,903	▲ 797	86.0%
⑥ 神経系の疾患	4,700	4,810	5,176	5,255	5,149	5,028	4,952	252	105.4%
⑦ 眼及び付属器の疾患	6,300	6,355	6,372	6,303	6,200	6,151	6,017	▲ 283	95.5%
⑧ 耳及び乳様突起の疾患	2,100	2,078	2,081	2,066	2,027	1,988	1,937	▲ 163	92.2%
⑨ 循環器系の疾患	22,100	22,597	23,860	24,206	23,904	23,644	23,296	1,196	105.4%
⑩ 呼吸器系の疾患	12,700	12,741	12,432	12,144	11,785	11,403	11,011	▲ 1,689	86.7%
⑪ 消化器系の疾患	29,400	29,082	29,250	29,066	28,476	27,789	26,986	▲ 2,414	91.8%
⑫ 皮膚及び皮下組織の疾患	5,800	5,709	5,568	5,399	5,234	5,075	4,899	▲ 901	84.5%
⑬ 筋骨格系及び結合組織の疾患	22,900	23,066	23,979	24,139	23,765	23,397	22,953	53	100.2%
⑭ 腎尿路生殖器系の疾患	4,000	4,019	4,063	4,031	3,948	3,862	3,760	▲ 240	94.0%
⑮ 妊娠、分娩及び産じょく	400	394	376	363	349	336	320	▲ 80	80.0%
⑯ 周産期に発生した病態	100	81	74	72	70	67	64	▲ 36	64.5%
⑰ 先天奇形、変形及び染色体異常	300	296	285	278	270	260	250	▲ 50	83.3%
⑱ 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類され	1,700	1,750	1,783	1,779	1,747	1,719	1,680	▲ 20	98.8%
⑲ 損傷、中毒及びその他の外因の影響	7,500	7,429	7,419	7,338	7,140	6,875	6,635	▲ 865	88.5%
⑳ 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	11,100	11,135	11,310	11,244	10,975	10,684	10,403	▲ 697	93.7%
総数	157,500	157,855	160,560	160,008	156,827	153,511	149,727	▲ 7,773	95.1%

※  =増加傾向
 =減少傾向

⁸ 2017年は、厚生労働省「患者調査」の推計患者数。2020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（2018年推計）」の年齢階級別人口に2017年年齢階級別受療率（患者調査）を乗じて算出

エ 患者受療動向

広島都市圏における完結率は92%と高いが、他の医療圏の平均は78%に留まり、広島都市圏への流入が高い傾向が見られる。特に、新生物や循環器（心）の広島都市圏への流入が多い傾向が見られる。

図表 9 疾患別広島県患者受療動向⁹

項目	概要
全体	<ul style="list-style-type: none"> ■ 広島県内の急性期患者は、「新生物」が最も多く、次いで「損傷・中毒」、「呼吸器」等となっている。 ■ 医療圏別の完結率では、「広島_広島市」医療圏の完結率が92%と高い一方で、他の医療圏の平均は78%に留まる。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 「広島_広島市」医療圏においては、基幹病院（広島市民病院、広島赤十字・原爆病院、広島市立安佐市民病院、広島大学病院及び県立広島病院）において急性期患者を最も多く受け入れている。 ➢ 「広島_その他」（完結率：19%）、「広島西」（65%）及び「広島中央」（73%）において相対的に完結率が低い状況である。
新生物	<ul style="list-style-type: none"> ■ 完結率は、「広島_広島市」「福山・府中」及び「呉」医療圏において90%以上と高く、次いで「備北」及び「尾三」医療圏において70%以上となっている。 ■ 流入患者数は、「広島_広島市」医療圏においては流入患者が174.8人と最も多く、次いで「呉」及び「広島西」で約30人/日前後となっている。
損傷・中毒	<ul style="list-style-type: none"> ■ 完結率は、「備北」、「尾三」及び「広島_広島市」医療圏において90%以上と高く、次いで、「呉」及び「福山・府中」医療圏において80%以上となっている。 ■ 流入患者数は、「広島_広島市」への流入が40.9人/日と最も多く、次いで「広島_その他」が17.7人となっている。
呼吸器	<ul style="list-style-type: none"> ■ 完結率は、「備北」、「福山・府中」及び「広島_広島市」医療圏において90%以上と高く、次いで「呉」、「広島中央」及び「尾三」医療圏において80%以上となっている。 ■ 流入患者数は、「広島_広島市」への流入が36.2人/日と最も多く、次いで「広島_その他」が10.8人/日となっている。
循環器（脳）	<ul style="list-style-type: none"> ■ 完結率は、「広島_広島市」、「福山・府中」及び「備北」において90%以上と高く、次いで「尾三」及び「呉」において85%以上となっている。 ■ 流入状況では、「広島_広島市」への流入が39.0人/日と最も多く、次いで「広島中央」が10.5人/日となっている。
循環器（心）	<ul style="list-style-type: none"> ■ 「福山・府中」及び「広島_広島市」医療圏で90%以上と高く、次いで「備北」、「呉」及び「尾三」で80%以上と高い。 ■ 流入状況は、「広島_広島市」への流入が50.5人/日と最も多く、次いで「広島西」で11.7人/日となっている。

*急性期患者：xCU または急性期一般入院料 1 の患者の医療機関に入院している患者を集計

⁹ 広島県国保及び後期高齢者レセプトデータ（2019年度）を基に作成

項目	概要
循環器 (その他)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 完結率は、「広島_広島市」医療圏で 91.2%と最も高く、次いで「福山・府中」及び「広島西」医療圏にて 80%以上と高い。 ■ 流入状況は、「広島_広島市」への流入が 21.9 人/日と最も多く、次いで「広島西」で 7.0 人/日となっている。
筋骨格	<ul style="list-style-type: none"> ■ 完結率は、「福山・府中」医療圏が 91.1%と最も高く、「広島_広島市」、「呉」及び「尾三」医療圏で 85%以上となっている。 ■ 流入状況は、「広島_広島市」への流入が 47.7 人/日と最も多く、次いで「広島西」で 14.5 人となっている。
消化器	<ul style="list-style-type: none"> ■ 完結率は、「広島_広島市」、「呉」、「備北」及び「尾三」医療圏において 90%以上と高い。 ■ 流入状況は、「広島_広島市」医療圏においては流入患者が 38.1 人/日と最も多い。
感染症	<ul style="list-style-type: none"> ■ 完結率は、「広島_広島市」医療圏で 93.4%と最も高く、次いで「呉」、「福山・府中」、「備北」及び「尾三」で 80%以上となっている。 ■ 流入状況は、「広島_広島市」への流入が 14.8 人/日と最も多い。
血液	<ul style="list-style-type: none"> ■ 完結率は「広島_広島市」医療圏で 92.8%と最も高く、次いで「呉」及び「福山・府中」で約 85%となっている。 ■ 流入状況は、「広島_広島市」への流入が 5.3 人/日と最も多くなっている。
妊娠	<ul style="list-style-type: none"> ■ 完結率は「広島_広島市」及び「尾三」医療圏で 94.7%と最も高く、次いで「福山・府中」、「備北」及び「呉」で 80%以上となっている。 ■ 流入状況は、「広島_広島市」への流入が 2.2 人/日と最も多くなっている。
先天奇形	<ul style="list-style-type: none"> ■ 完結率は「広島_広島市」及び「尾三」医療圏で 94.7%と最も高く、次いで「福山・府中」、「備北」及び「呉」で 80%以上となっている。 ■ 流入状況は、「広島_広島市」への流入が 2.2 人/日と最も多くなっている。

*急性期患者：xCU または急性期一般入院料 1 の患者の医療機関に入院している患者を集計

オ 広島県における救急搬送状況

広島県では、救急搬送時に救急隊から各医療施設へ照会をかける回数4回以上の割合が重症以上で3.0%、小児で2.2%と全国平均と比較して高い水準となっている。また、現場滞在時間30分以上の割合についても、重症以上7.5%、小児3.8%となっており、全国平均と比較して高い水準となっている（図表10、図表11）。

図表 10 全国と政令指定都市における医療機関受入状況_重症以上[※]_2019年¹⁰

区 分	受入れ件数	受入照会4回以上		現場滞在時間 30 分以上	
		件数	構成比	件数	構成比
全国	456,973	11,067	2.4%	23,790	5.2%
北海道	21,775	407	1.9%	1,093	5.0%
宮城県	9,932	355	3.6%	778	7.8%
埼玉県	24,345	1,095	4.5%	3,190	13.1%
千葉県	19,307	962	5.0%	2,232	11.6%
東京都	44,919	1,807	4.0%	2,349	5.2%
神奈川県	33,755	481	1.4%	2,819	8.4%
新潟県	11,498	451	3.9%	770	6.7%
静岡県	10,768	173	1.6%	502	4.7%
愛知県	18,657	61	0.3%	191	1.0%
京都府	7,878	110	1.4%	260	3.3%
大阪府	15,577	460	3.0%	702	4.5%
兵庫県	15,616	355	2.3%	789	5.1%
岡山県	10,189	295	2.9%	345	3.4%
広島県	10,861	330	3.0%	820	7.5%
福岡県	11,620	141	1.2%	157	1.4%
熊本県	7,809	109	1.4%	204	2.6%

※初診時の傷病程度が重症（3週間以上の入院加療）又は死亡

¹⁰ 総務省消防庁 令和2年度救急救助の現況を基に作成

図表 11 全国と政令指定都市における医療機関受入状況_小児[※]_2019年¹¹

区 分	受入れ件数	受入照会4回以上		現場滞在時間 30 分以上	
		件数	構成比	件数	構成比
全国	388,617	6,702	1.7%	11,532	3.0%
北海道	12,216	206	1.7%	381	3.1%
宮城県	6,062	199	3.3%	279	4.6%
埼玉県	23,483	481	2.0%	1,479	6.3%
千葉県	20,916	486	2.3%	1,024	4.9%
東京都	50,147	1,137	2.3%	2,064	4.1%
神奈川県	35,184	317	0.9%	1,253	3.6%
新潟県	5,074	183	3.6%	249	4.9%
静岡県	9,008	119	1.3%	227	2.5%
愛知県	22,340	94	0.4%	167	0.7%
京都府	7,654	58	0.8%	105	1.4%
大阪府	39,991	1,165	2.9%	1,271	3.2%
兵庫県	19,506	263	1.3%	436	2.2%
岡山県	5,223	117	2.2%	80	1.5%
広島県	7,148	158	2.2%	275	3.8%
福岡県	15,529	160	1.0%	162	1.0%
熊本県	4,771	80	1.7%	55	1.2%

※15歳未満の傷病者

¹¹ 総務省消防庁 令和2年度救急救助の現況を基に作成

重症（長期入院）以上傷病者において、患者が受け入れに至らなかった理由に着目すると、処置困難、手術中・患者対応中が多く、特に処置困難においては照会 11 回以上が多い。

図表 12 広島県における受け入れに至らなかった理由（重症（長期入院）以上傷病者）

理 由	重症以上		小児	
		照会 11 回以上		照会 11 回以上
手術中, 患者対応中	629	4	286	5
ベッド満床	494	8	31	3
処置困難	1,255	35	704	15
専門外	251	17	287	1
医師不在	121	5	150	1
初診(かかりつけ医なし)	109	0	0	0
理由不明, その他	756	30	355	1
合計	3,615	99	1,813	26

※「手術中, 患者対応中」…手術中, 重症（長期入院）患者対応などにより手が離せない

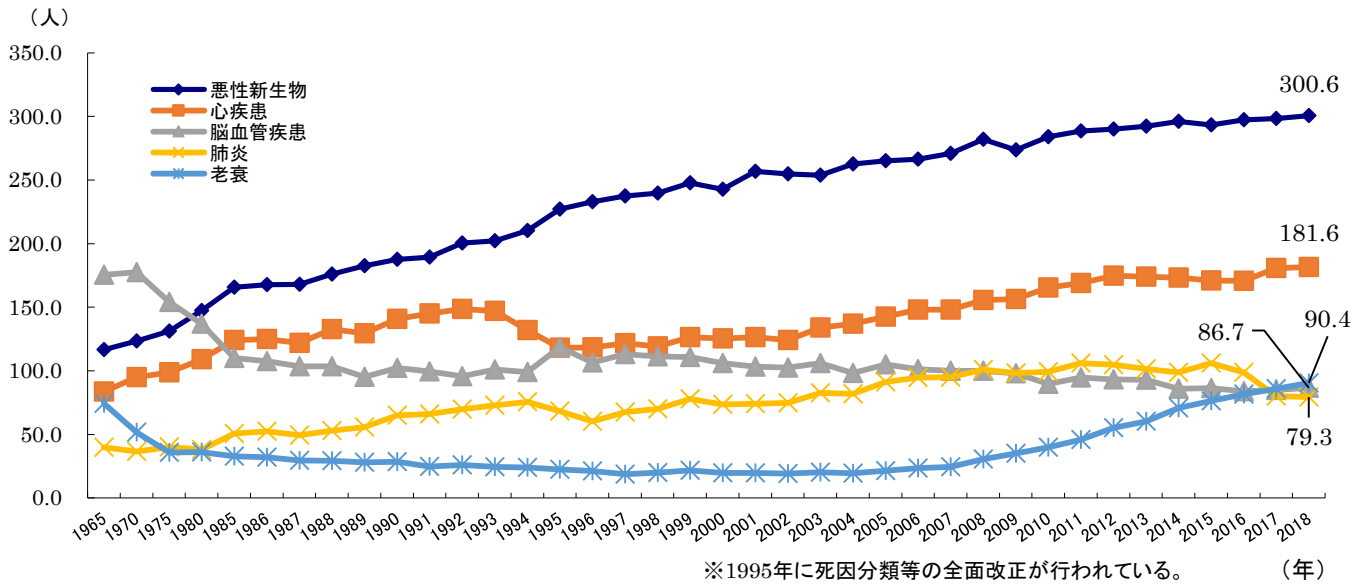
「処置困難」…傷病者の症状に対処する設備, 資器材がない。手術スタッフ不足, 人手不足, 手に負えない

「専門外」…専門処置が必要であるが, 専門医が不在

カ 死因別死亡率

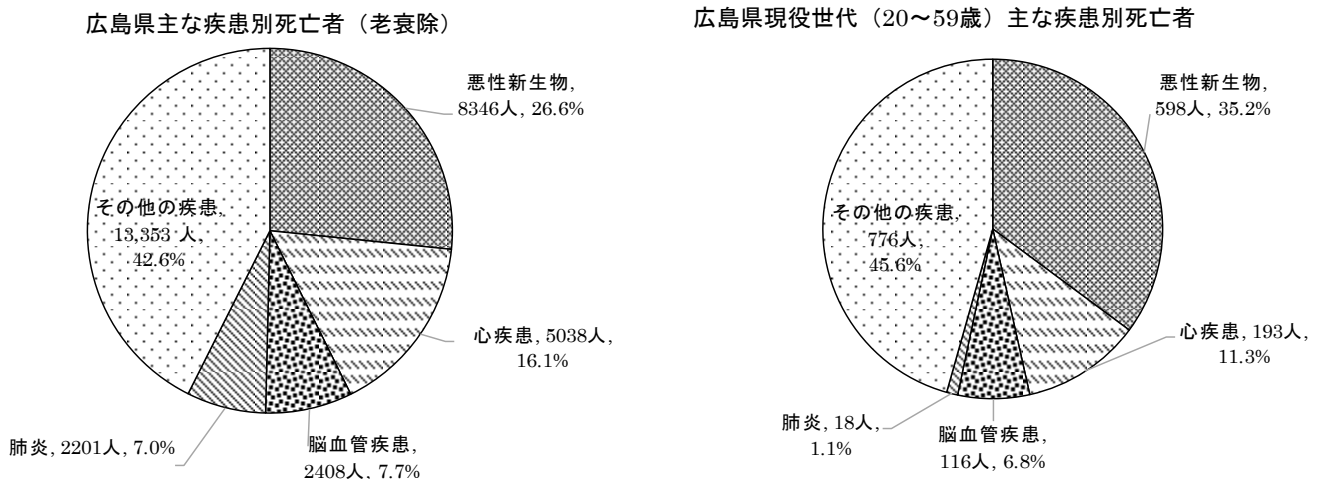
2018年の本県における死因（構成比）は、1位が悪性新生物（26.6%）、2位が心疾患（16.1%）、3位が老衰（9.2%）、4位が脳血管疾患（7.7%）、5位が肺炎（7.0%）となっており、老衰を除くこれら4疾病による死亡が、総死亡数の半数以上を占めている。また、悪性新生物、心疾患による死亡率は、近年増加傾向にある。

図表 13 広島県人口10万人あたり死亡率の推移（上位5死因）¹²



悪性新生物、心疾患、脳血管疾患による死亡者が全年代、現役世代ともに上位を占めているが、悪性新生物による死亡者割合は特に現役世代で多くなっている。

図表 14 年齢別死亡者数（人）と割合（%）（2018年）¹³



¹² 厚生労働省 人口動態統計を基に作成

¹³ 広島県 人口動態統計（2018年）を基に作成

(3) 小児・周産期医療

ア 小児における不慮の事故

小児における不慮の事故による死亡者割合は、1～4歳で23.5%、5～9歳で35.7%とどちらも全国の割合よりも高い傾向が見られる。

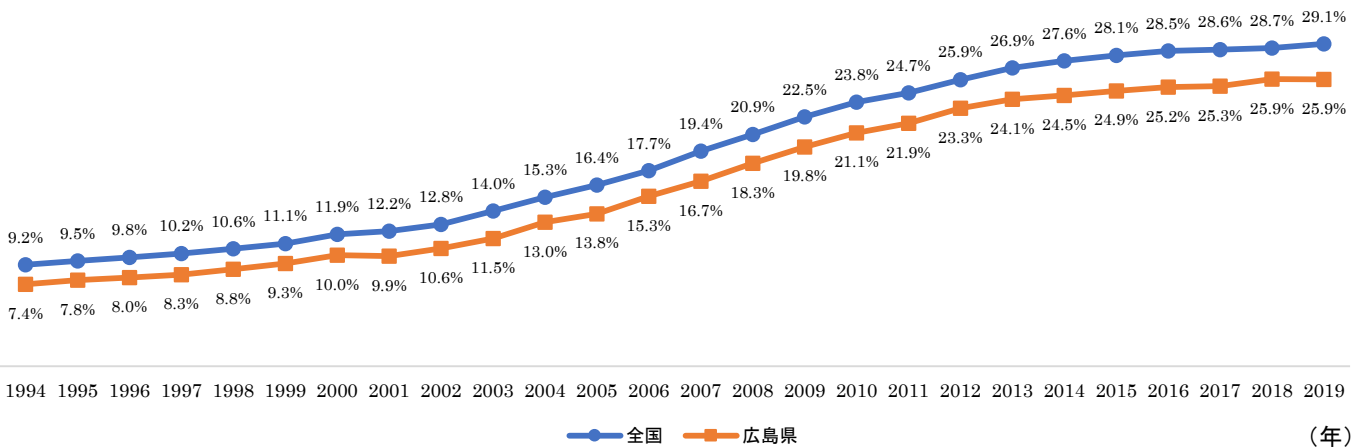
図表 15 小児 不慮の死亡者数（人）と割合（2018年）（%）¹⁴

		1～4歳	5～9歳
広島県	死亡者数	4人	5人
	当該年齢総死亡者数に対する割合	23.5%	35.7%
全国	死亡者数	83人	75人
	当該年齢総死亡者数に対する割合	12.9%	20.7%

イ 出産年齢

本県における出産年齢は全国と同様に高齢化しており、2019年の高齢出産率は25.9%となっている。

図表 16 高齢出産率*の推移(%)¹⁵



*高齢出産率：出産年齢が35歳以上の割合

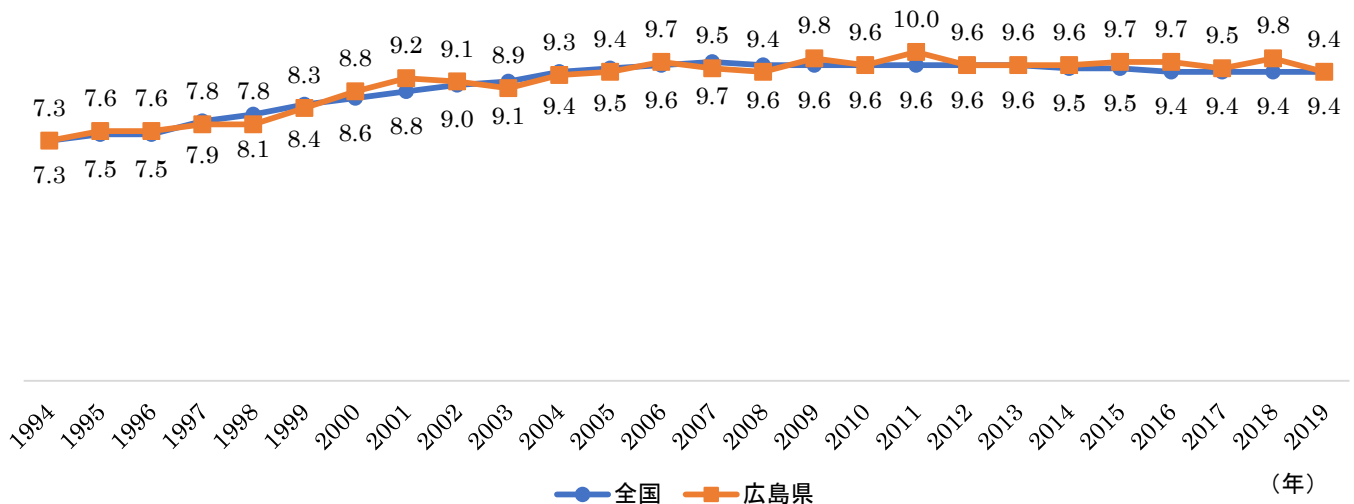
¹⁴ 厚生労働省 人口動態統計（2018年）、広島県 平成30年人口動態統計年報第47号を基に作成

¹⁵ 厚生労働省 人口動態統計各年度を基に作成

ウ 低出生体重児の状況

本県における新生児に占める低出生体重児の割合は全国と同様に年々増加傾向が見られるが、近年は横ばいで推移している。

図表 17 2,500g 未満の低出生体重児割合の推移 (%) ¹⁶

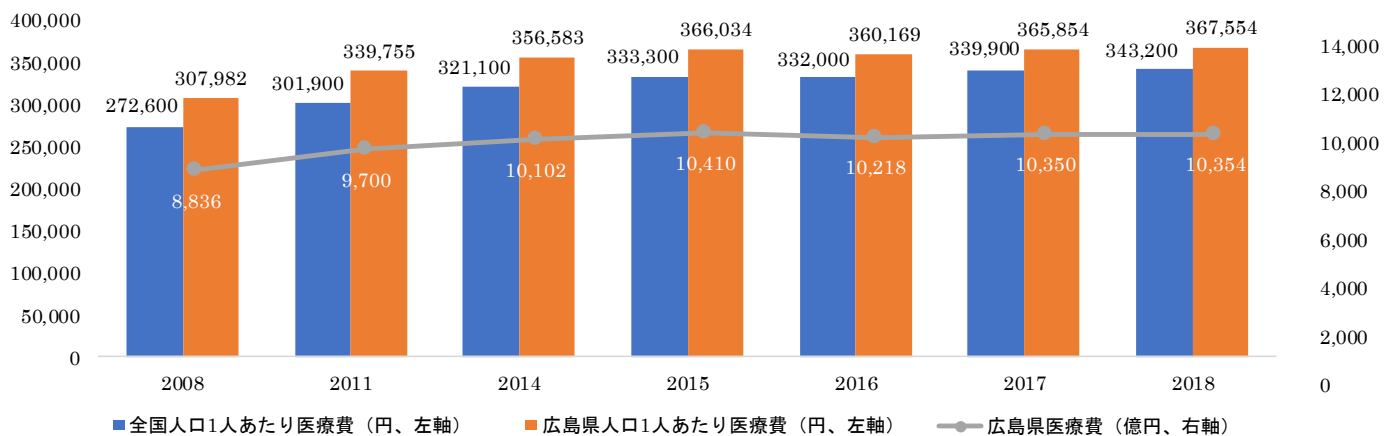


(4) 医療費

ア 医療費の推移

県全体の医療費について、年々増加傾向にある。また、一人あたりの医療費も年々増加しており、2018年では全国平均と比較して、約 24,000 円高くなっている。

図表 18 広島県医療費の推移¹⁷



¹⁶ 厚生労働省 人口動態統計各年度を基に作成

¹⁷ 厚生労働省「国民医療費」、広島県「国民健康保険の現況」を基に作成

【医療需要の動向から見える課題】

課題	詳細
少子高齢化に伴う医療需要の変化に対応する医療提供体制の構築	<ul style="list-style-type: none"> ■ 広島県全体の入院患者数は 2030 年にピークを迎え、その後減少に転じる一方で、広島医療圏の入院患者数は 2030 年以降も増加を続ける見込みである。そのため、広島医療圏においては、将来の医療需要に応える体制の整備や維持に向けた検討が必要である。
高齢者に特徴的な疾患の増加に対応する医療提供体制の構築	<ul style="list-style-type: none"> ■ 高齢化に伴い循環器系疾患の増加など、疾患構成が変化するため、医療需要の変化に応じた医療提供体制が必要である。
医療需要に対応する医療提供体制の強化	<ul style="list-style-type: none"> ■ 広島都市圏における完結率は 92% と高いが、他の医療圏の平均は 78% に留まり、特に広島都市圏への流入が高い傾向が見られる。 ■ 新生物や循環器（心）の広島都市圏の流入が多い傾向が見られ、今後広島都市圏において、受け入れるための体制強化が求められる。
救急受入体制の強化	<ul style="list-style-type: none"> ■ 広島県では、救急搬送時に救急隊から各医療施設へ照会をかける回数 4 回以上の割合が全体で 3.9% となっており、特に重症以上・小児・救命救急センターにおいていずれも全国平均よりも悪い数値となっている。更に、現場滞在時間 30 分以上の割合においても、重症以上・小児・救命救急センターにおいて全国平均よりも悪い数値となっている。 ■ また、照会に至らなかった理由として、処置困難と医師不在が全国平均よりも悪い数値となっている。
現役世代も死亡率の高いがん治療の高度化	<ul style="list-style-type: none"> ■ 医療提供体制の検討においては、現役世代においても死亡率が高いがんなどの主要な疾患へ適切に対応する必要がある。
周産期医療及び小児医療の効率化・高度化	<ul style="list-style-type: none"> ■ 少子化に伴い減少が見込まれる妊娠や産じょく期の疾患への対応について、効率的な医療提供体制を検討する必要がある。 ■ 一方、今後も高齢出産に伴うリスクの高い分娩や低体重出生児の出生は見込まれており、周産期・小児医療の更なる高度化が求められる。

【取組の方向性】

- 将来の医療需要を踏まえた病床機能の分化・連携の推進
- 効率的な医療資源（人的・物的）の配置
- 更なる医療の高度化

2 医療提供体制の状況

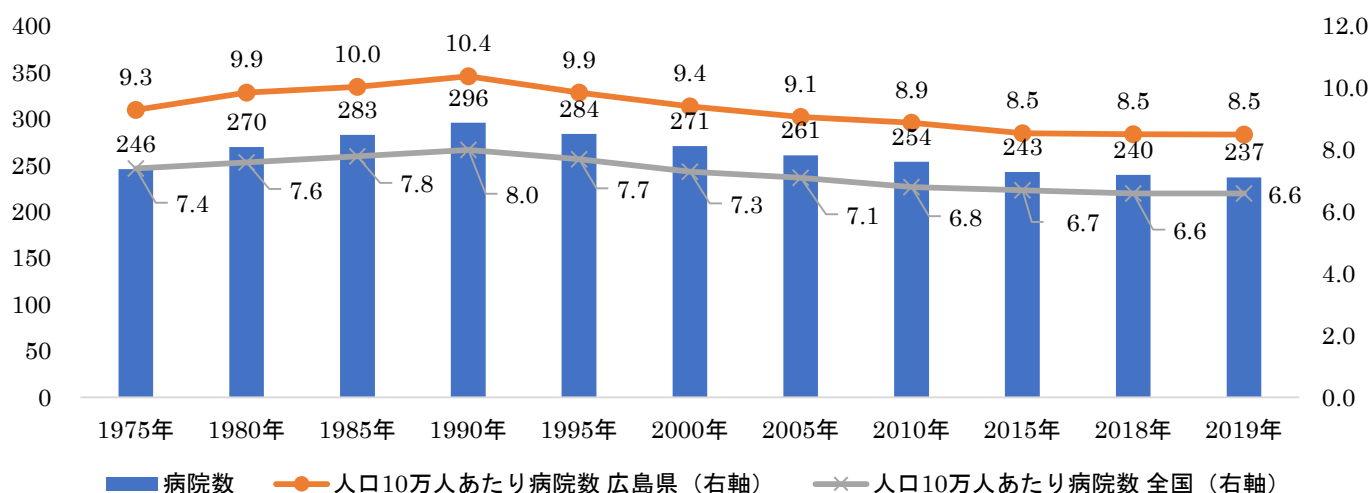
(1) 医療施設

ア 病院、診療所数

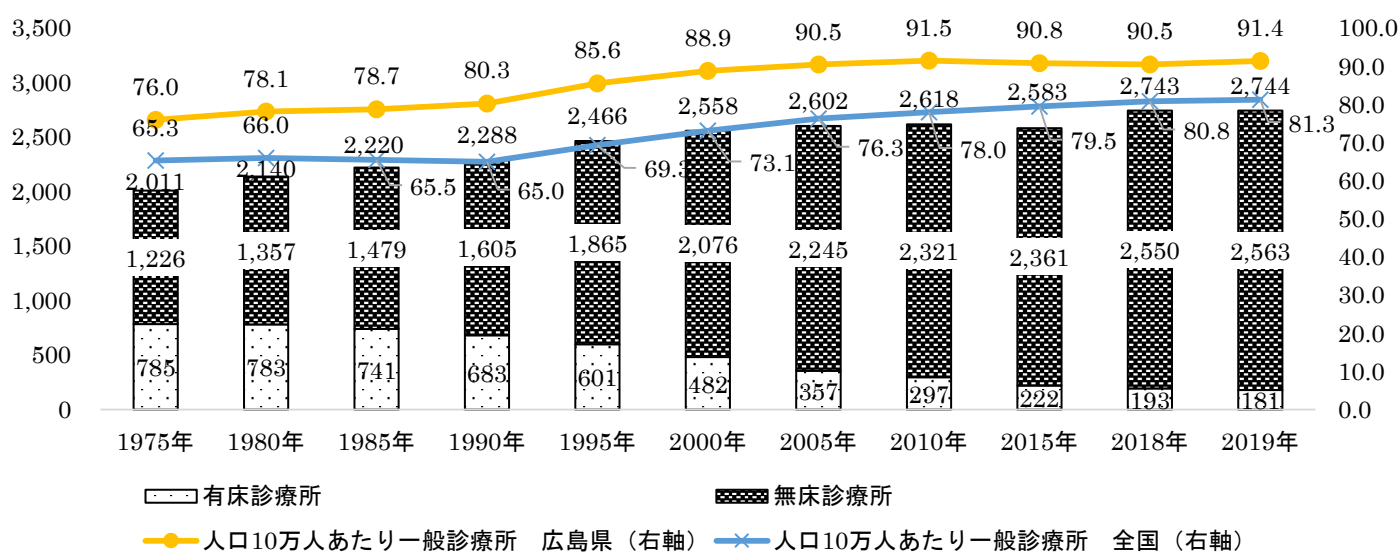
本県の2019年の病院数は237施設でとなっている。また、人口10万人あたりの病院数は8.5施設となっており、全国平均を上回って推移している。(図表19)。

本県の2019年の一般診療所数は2,744施設で微増傾向となっており、有床診療所が減少傾向にある一方、無床診療所が増加傾向にある。本県の人口10万人あたり一般診療所数は91.4施設で、全国平均を上回っている(図表20)。

図表 19 広島県病院数の推移 (施設) ¹⁸



図表 20 広島県診療所数の推移 (施設) ¹⁹



¹⁸ 厚生労働省「医療施設調査」, 「衛生行政報告例」 (各年) 病院、一般診療所は各年10月1日現在

¹⁹ 厚生労働省「医療施設調査」, 「衛生行政報告例」 (各年) 病院、一般診療所は各年10月1日現在

各医療圏における人口10万人あたりの病院数は、いずれも全国平均より多くなっている。また、全国では病院数が減少傾向にある一方で、本県では広島医療圏を除いて概ね横ばいで推移している（図表21）。

一般診療所数では、広島中央、尾三、福山・府中の3つの二次医療圏において全国平均を下回っている（図表22）。

図表 21 二次医療圏別病院数の推移²⁰

	病院数（施設）			人口10万人あたり病院数（施設）		
	2008年度	2018年度	2019年度	2008年度	2018年度	2019年度
広島	103	97	95	7.7	7.1	7.0
広島西	13	13	13	9.0	9.1	9.1
呉	31	30	30	11.4	12.3	11.9
広島中央	20	20	20	8.8	8.8	8.8
尾三	26	24	23	9.7	9.9	9.2
福山・府中	52	46	46	10.1	9.0	8.9
備北	11	10	10	11.1	11.6	11.0
全国平均				6.9	6.6	6.6

図表 22 二次医療圏別診療所数の推移²¹

	一般診療所数（施設）			人口10万人あたり一般診療所数（施設）		
	2008年度	2018年度	2019年度	2008年度	2018年度	2019年度
広島	1,355	1,336	1,355	100.8	97.6	99.3
広島西	123	126	125	85.6	88.6	87.6
呉	286	246	241	105.2	101.1	95.3
広島中央	166	168	172	73.2	73.8	75.7
尾三	224	201	200	83.5	83.0	79.6
福山・府中	371	383	383	72.1	75.1	74.5
備北	92	90	87	92.9	104.0	96.0
全国平均				78.7	80.8	81.3

※ □=全国平均よりも下回っている医療圏

²⁰ 厚生労働省「医療施設調査」, 「衛生行政報告例」(各年) 病院 一般診療所は各年10月1日現在 各年度人口を基に算出

²¹ 厚生労働省「医療施設調査」, 「衛生行政報告例」(各年) 病院 一般診療所は各年10月1日現在 各年度人口を基に算出

イ 病床数

本県では、広島県地域医療構想における2025年必要病床数28,614床に対して、2019年機能別病床数は32,083床となっており、現時点では必要病床数に対して既存病床数が過剰な状況である（図表23）。

機能別では、高度急性期が1,298床、急性期が3,047床の過剰である一方、回復期は4,201床の不足と試算されている。特に、本県全体の病床数の約4割を占める広島医療圏において、機能別必要病床数と現状病床数の乖離が大きくなっている（図表24）。

本県全体の傾向と同様に、多くの医療圏において、高度急性期・急性期病床の過剰と回復期病床の不足が見込まれている。

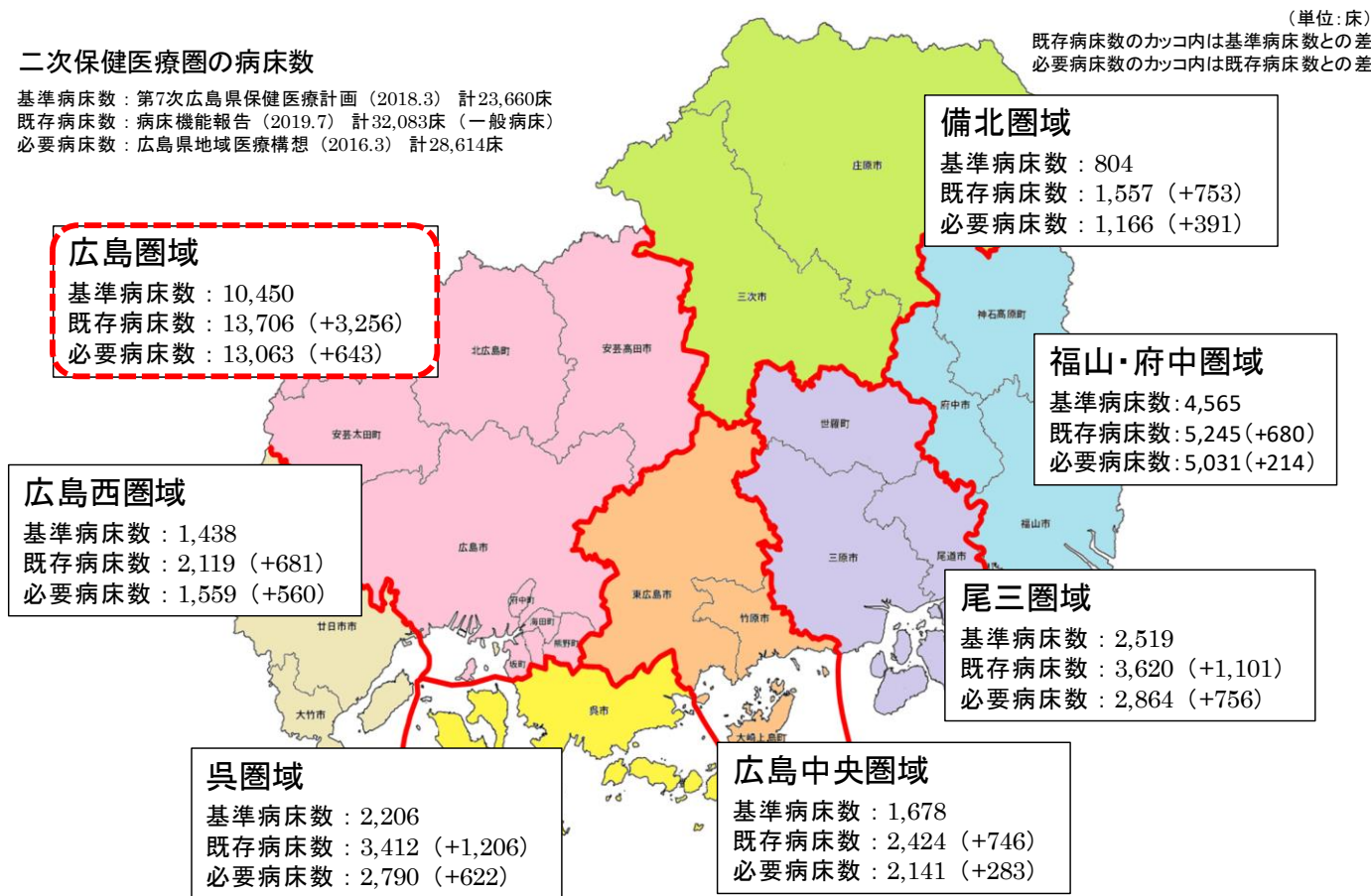
図表 23 広島県二次保健医療圏の病床数²²

(単位:床)

既存病床数のカッコ内は基準病床数との差
必要病床数のカッコ内は既存病床数との差

二次保健医療圏の病床数

基準病床数：第7次広島県保健医療計画（2018.3）計23,660床
既存病床数：病床機能報告（2019.7）計32,083床（一般病床）
必要病床数：広島県地域医療構想（2016.3）計28,614床



²² 令和元年病床機能報告，広島県地域医療構想を基に作成

図表 24 病床機能報告における病床数と 2025 年に必要な病床数²³

		2014年 機能別病床数 (病床機能報告)	2019年 機能別病床数 (病床機能報告) ①	2025年 必要病床数 (暫定推計値) ②	過不足 ①-②	2025年に向けた 増減率	2025年時点における 県各病床機能病床数 に占める割合
広島県	高度急性期	4,787	4,287	2,989	1,298	70.0%	100.0%
	急性期	14,209	12,165	9,118	3,047	82.7%	100.0%
	回復期	3,284	5,546	9,747	▲ 4,201	189.8%	100.0%
	慢性期	10,368	9,321	6,760	2,561	76.2%	100.0%
	休棟/未選択	323	764	—	—	—	—
	計	32,971	32,083	28,614	3,469	96.2%	100.0%
広島	高度急性期	2,858	2,498	1,585	913	63.9%	58.3%
	急性期	5,591	4,951	4,242	709	97.5%	40.7%
	回復期	1,400	2,402	4,506	▲ 2,104	208.5%	43.3%
	慢性期	4,213	3,477	2,730	747	82.1%	37.3%
	休棟/未選択	118	378	—	—	—	—
	計	14,180	13,706	13,063	643	104.0%	42.7%
広島西	高度急性期	561	270	156	114	57.8%	6.3%
	急性期	299	504	410	94	81.3%	4.1%
	回復期	180	247	515	▲ 268	208.5%	4.5%
	慢性期	1,129	1,080	478	602	44.3%	11.6%
	休棟/未選択	0	18	—	—	—	—
	計	2,169	2,119	1,559	560	73.6%	6.6%
呉	高度急性期	55	260	287	▲ 27	110.4%	6.1%
	急性期	1,849	1,557	858	699	55.1%	12.8%
	回復期	405	421	894	▲ 473	212.4%	7.6%
	慢性期	952	1,039	751	288	72.3%	11.1%
	休棟/未選択	76	135	—	—	—	—
	計	3,337	3,412	2,790	622	81.8%	10.6%
広島中央	高度急性期	83	14	122	▲ 108	871.4%	0.3%
	急性期	1,235	961	672	289	69.9%	7.9%
	回復期	251	545	678	▲ 133	124.4%	9.8%
	慢性期	930	895	669	226	74.7%	9.6%
	休棟/未選択	25	9	—	—	—	—
	計	2,524	2,424	2,141	283	88.3%	7.6%
尾三	高度急性期	394	353	242	111	68.6%	8.2%
	急性期	1,986	1,529	905	624	59.2%	12.6%
	回復期	265	673	991	▲ 318	147.3%	12.1%
	慢性期	1,173	989	726	263	73.4%	10.6%
	休棟/未選択	0	76	—	—	—	—
	計	3,818	3,620	2,864	756	79.1%	11.3%
福山・府中	高度急性期	806	858	524	334	61.1%	20.0%
	急性期	2,438	2,059	1,691	368	82.1%	16.9%
	回復期	695	1,081	1,840	▲ 759	170.2%	19.5%
	慢性期	1,166	1,118	976	142	87.3%	12.0%
	休棟/未選択	104	129	—	—	—	—
	計	5,209	5,245	5,031	214	95.9%	16.3%
備北	高度急性期	30	34	73	▲ 39	214.7%	0.8%
	急性期	811	604	340	264	56.3%	5.0%
	回復期	88	177	323	▲ 146	182.5%	3.2%
	慢性期	805	723	430	293	59.5%	7.8%
	休棟/未選択	0	19	—	—	—	—
	計	1,734	1,557	1,166	391	74.9%	4.9%

²³ 令和元年病床機能報告, 広島県地域医療構想を基に作成

ウ 広島都市圏における医療施設の状況

広島二次医療のうち、特に人口の集中する広島市内中心部の半径約5キロ圏内に所在する医療機関には、新生児・小児領域、循環器領域、がん領域において、重複する医療機能を有する基幹病院が近距離に立地している。

図表 25 診療報酬の届出状況(2021年3月現在)²⁴

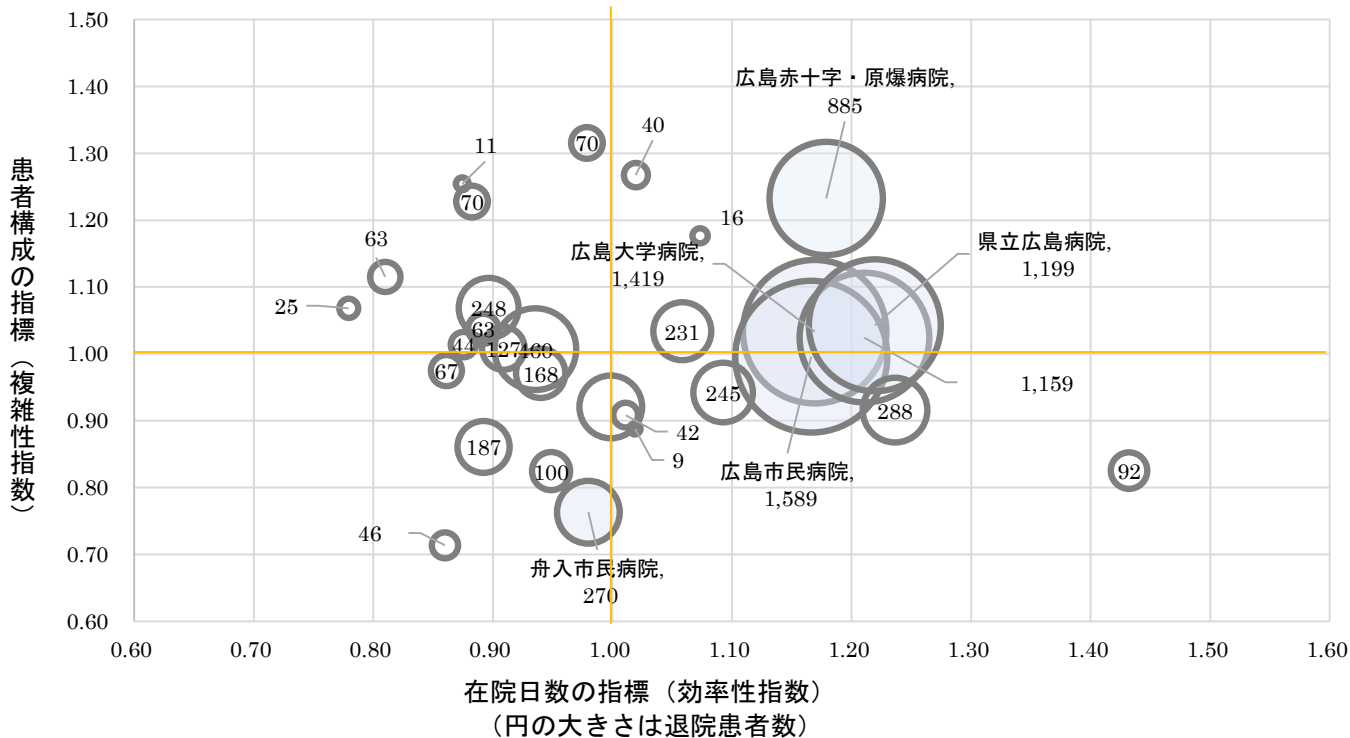
	県立広島病院	広島大学病院	広島市民病院	広島赤十字・原爆病院	舟入市民病院	JR広島病院	中電病院	マツダ病院	土谷総合病院
ハイリスク分娩管理加算	●	●	●	●					●
新生児特定集中治療室管理料1・2		●	●						●
小児入院医療管理1・2・4		●	●	●	●				●
冠動脈CT撮影加算	●	●	●	●		●		●	
外傷全身CT加算	●	●							
心臓MRI撮影加算	●	●	●	●		●	●	●	
乳房MRI撮影加算	●	●							
経カテーテル大動脈弁置換術			●						●
生体腎移植	●	●							
腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	●	●	●						



²⁴ 地方厚生局 施設届出状況を基に作成

広島都市圏の医療機関を、在院日数の指標（効率性指数）と患者構成の指標（複雑性指数）の視点から比較すると、退院患者数が多く比較的規模の大きい病院が両指数とも全国平均以上の位置にある一方で、退院患者数が少ない中小規模病院は全国平均水準に満たない傾向にある。

図表 26 ポジショニングマップ（在院日数及び患者構成の指標）（2019年度）²⁵



※ 患者構成指標（複雑性指数）

令和元年度全調査対象医療機関の全体の在院日数の平均値（11.98日）をDPC毎の患者構成を各年度全国平均に合わせた際の医療機関別の在院日数で除した値。在院日数の長い複雑な疾患の患者をどの程度診療しているのかを表現した指標。数値は1が全国平均であり、1より大きい場合、在院日数を長く必要とする複雑な疾患を診療している病院である。

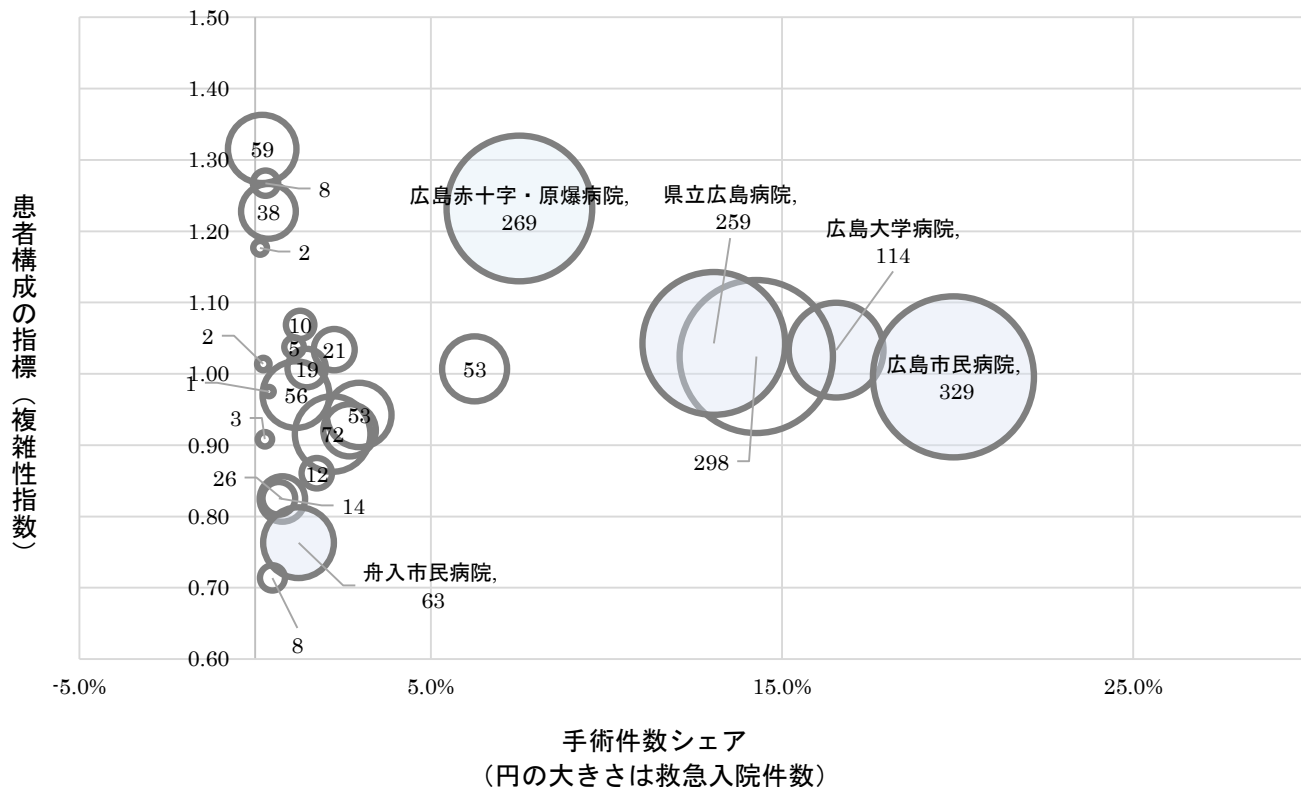
※ 在院日数の指標（効率性指数）

DPC毎の在院日数を各年度全国平均に合わせた際の医療機関別の在院日数を、令和元年度全調査対象医療機関の全体の在院日数の平均値（11.98日）で除した値。DPCごとの在院日数を視点とし、病院全体として効率よく診療（診断群分類点数表の入院期間Ⅱより短い）していることを評価する指標。数値は1が全国平均であり、数値が高いほど同じ傷病の場合の平均在院日数が短い。

²⁵ 中央社会保険医療協議会(中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織 (DPC 評価分科会))を基に作成

患者構成の指標（複雑性指数）と手術件数シェアの視点から、広島都市圏の医療機関を比較すると、広島市民病院、広島大学病院、県立広島病院の手術件数シェアが高い傾向にあり、救急入院件数も相対的に多い状況が見受けられる。また、広島赤十字・原爆病院においては、血液・造血器・免疫疾患等を中心に強みを有している。このことから、広島市内の4基幹病院（県立広島病院、広島大学病院、広島市民病院、広島赤十字・原爆病院）において、広島都市圏の急性期機能において大きな役割を担っていることが伺える。

図表 27 ポジショニングマップ（手術件数及び患者構成の指標）（2019年度）²⁶



²⁶中央社会保険医療協議会(中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織 (DPC 評価分科会))を基に作成

(2) 医療人材 (医師)

ア 医師数

① 医師数の推移と将来推計

本県の病院勤務医師数は、2002年度から2018年度にかけて737人増加する一方で、20～39歳の若手医師は225人減少している（図表28）。

また、病院勤務女性医師では、2002年から2018年において、全国では2002年度比186.2%の増加だが、本県は2002年度比168.6%の増加に留まっている（図表29）。

図表 28 都道府県別病院勤務医師数の推移²⁷

	病院勤務医師の総数						左のうち20～30歳の病院勤務医師数					
	2002年 (人)	平均年齢	2018年 (人)	平均年齢	増減 (人)	2018年-2002年 増加率	順位	2002年 (人)	2018年 (人)	増減 (人)	2018年-2002年 増加率	順位
全国計	159,131	41.7	208,127	44.8	48,996	130.8%		82,912	89,136	6,224	107.5%	-
北海道	8,105	43.7	9,403	47.8	1,298	116.0%	40	3,713	3,159	▲ 554	85.1%	39
青森県	1,500	43.0	1,711	46.6	211	114.1%	41	747	646	▲ 101	86.5%	36
岩手県	1,553	43.5	1,691	46.6	138	108.9%	46	737	646	▲ 91	87.7%	35
宮城県	2,762	42.6	3,718	45.2	956	134.6%	10	1,361	1,538	177	113.0%	8
秋田県	1,456	41.3	1,612	45.3	156	110.7%	44	778	671	▲ 107	86.2%	37
山形県	1,391	40.4	1,622	45.0	231	116.6%	37	752	669	▲ 83	89.0%	31
福島県	2,264	42.9	2,488	47.4	224	109.9%	45	1,110	926	▲ 184	83.4%	41
茨城県	2,635	41.8	3,679	44.2	1,044	139.6%	7	1,355	1,673	318	123.5%	5
栃木県	2,400	40.1	2,952	43.5	552	123.0%	27	1,372	1,389	17	101.2%	20
群馬県	2,342	41.8	2,820	46.2	478	120.4%	30	1,205	1,060	▲ 145	88.0%	33
埼玉県	5,123	43.1	7,917	45.2	2,794	154.5%	1	2,406	3,281	875	136.4%	1
千葉県	5,383	41.7	8,313	44.3	2,930	154.4%	2	2,782	3,654	872	131.3%	2
東京都	19,423	40.5	27,744	42.0	8,321	142.8%	3	10,939	14,366	3,427	131.3%	3
神奈川県	8,754	40.8	12,503	42.7	3,749	142.8%	4	4,831	6,098	1,267	126.2%	4
新潟県	2,580	42.6	3,001	46.8	421	116.3%	38	1,264	1,110	▲ 154	87.8%	34
富山県	1,603	42.8	1,908	46.6	305	119.0%	32	765	690	▲ 75	90.2%	29
石川県	1,979	42.4	2,396	45.9	417	121.1%	29	982	982	0	100.0%	21
福井県	1,120	41.6	1,423	45.3	303	127.1%	19	605	570	▲ 35	94.2%	25
山梨県	1,066	41.2	1,306	45.4	240	122.5%	28	579	516	▲ 63	89.1%	30
長野県	2,492	42.4	3,296	46.6	804	132.3%	12	1,225	1,219	▲ 6	99.5%	22
岐阜県	2,056	41.4	2,603	45.1	547	126.6%	20	1,078	1,112	34	103.2%	18
静岡県	3,725	40.8	4,891	44.1	1,166	131.3%	15	2,098	2,217	119	105.7%	13
愛知県	7,821	41.1	10,567	43.2	2,746	135.1%	9	4,271	5,151	880	120.6%	6
三重県	1,976	41.8	2,451	45.5	475	124.0%	23	1,052	982	▲ 70	93.3%	26
滋賀県	1,674	40.3	2,196	43.8	522	131.2%	16	924	973	49	105.3%	15
京都府	4,426	40.2	5,846	43.9	1,420	132.1%	13	2,558	2,695	137	105.4%	14
大阪府	12,458	41.0	16,216	44.2	3,758	130.2%	17	6,621	7,158	537	108.1%	10
兵庫県	6,290	41.7	8,831	44.5	2,541	140.4%	6	3,195	3,832	637	119.9%	7
奈良県	1,763	40.2	2,383	44.6	620	135.2%	8	973	1,004	31	103.2%	17
和歌山県	1,415	41.1	1,790	44.4	375	126.5%	21	740	784	44	105.9%	12
鳥取県	1,001	41.5	1,168	46.7	167	116.7%	36	505	433	▲ 72	85.7%	38
島根県	1,122	40.3	1,330	45.7	208	118.5%	33	633	513	▲ 120	81.0%	42
岡山県	3,099	42.0	4,161	45.5	1,062	134.3%	11	1,618	1,769	151	109.3%	9
広島県	3,806	42.0	4,543	46.1	737	119.4%	31	1,960	1,734	▲ 225	88.5%	32
山口県	2,076	43.4	2,258	48.4	182	108.8%	47	971	729	▲ 242	75.1%	46
徳島県	1,350	43.7	1,665	48.0	315	123.3%	26	606	576	▲ 30	95.0%	24
香川県	1,552	42.7	1,816	46.6	264	117.0%	35	747	674	▲ 73	90.2%	28
愛媛県	2,128	42.3	2,392	47.0	264	112.4%	42	1,075	869	▲ 206	80.8%	43
高知県	1,546	43.9	1,715	48.7	169	110.9%	43	704	552	▲ 152	78.4%	44
福岡県	8,224	41.2	10,612	45.0	2,388	129.0%	18	4,488	4,553	65	101.4%	19
佐賀県	1,182	42.2	1,560	45.5	378	132.0%	14	603	627	24	104.0%	16
長崎県	2,208	43.3	2,732	47.6	524	123.7%	24	1,036	994	▲ 42	95.9%	23
熊本県	2,808	44.3	3,517	48.3	709	125.2%	22	1,288	1,192	▲ 96	92.5%	27
大分県	1,802	42.5	2,136	47.2	334	118.5%	34	916	710	▲ 206	77.5%	45
宮崎県	1,513	43.2	1,758	47.8	245	116.2%	39	752	558	▲ 194	74.2%	47
鹿児島県	2,406	44.0	2,968	48.4	562	123.4%	25	1,088	921	▲ 167	84.7%	40
沖縄県	1,773	41.6	2,519	45.6	746	142.1%	5	904	960	56	106.2%	11

²⁷ 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」各年12月31日現在を基に作成

図表 29 都道府県別男女別病院勤務医師数の推移（男女別）²⁸

	病院勤務医師の総数						左のうち20～30歳代の病院勤務医師数					
	2002年（人）		2018年（人）		増加率（％）		2002年（人）		2018年（人）		増加率（％）	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
全国計	133,397	25,734	160,204	47,923	120.1%	186.2%	63,656	19,256	60,525	28,611	95.1%	148.6%
北海道	7,124	981	7,849	1,554	110.2%	158.4%	3,036	677	2,317	842	76.3%	124.4%
青森県	1,316	184	1,388	323	105.5%	175.5%	618	129	445	201	72.0%	155.8%
岩手県	1,363	190	1,376	315	101.0%	165.8%	602	135	460	186	76.4%	137.8%
宮城県	2,392	370	2,985	733	124.8%	198.1%	1,108	253	1,109	429	100.1%	169.6%
秋田県	1,260	196	1,251	361	99.3%	184.2%	643	135	450	221	70.0%	163.7%
山形県	1,184	207	1,309	313	110.6%	151.2%	593	159	492	177	83.0%	111.3%
福島県	1,951	313	2,051	437	105.1%	139.6%	882	228	682	244	77.3%	107.0%
茨城県	2,201	434	2,822	857	128.2%	197.5%	1,050	305	1,158	515	110.3%	168.9%
栃木県	1,993	407	2,277	675	114.2%	165.8%	1,044	328	940	449	90.0%	136.9%
群馬県	2,003	339	2,207	613	110.2%	180.8%	944	261	727	333	77.0%	127.6%
埼玉県	4,299	824	6,156	1,761	143.2%	213.7%	1,818	588	2,239	1,042	123.2%	177.2%
千葉県	4,478	905	6,485	1,828	144.8%	202.0%	2,123	659	2,545	1,109	119.9%	168.3%
東京都	15,227	4,196	19,312	8,432	126.8%	201.0%	7,765	3,174	8,995	5,371	115.8%	169.2%
神奈川県	7,123	1,631	9,225	3,278	129.5%	201.0%	3,532	1,299	3,982	2,116	112.7%	162.9%
新潟県	2,240	340	2,414	587	107.8%	172.6%	1,028	236	798	312	77.6%	132.2%
富山県	1,355	248	1,517	391	112.0%	157.7%	582	183	493	197	84.7%	107.7%
石川県	1,716	263	1,909	487	111.2%	185.2%	780	202	702	280	90.0%	138.6%
福井県	949	171	1,113	310	117.3%	181.3%	469	136	386	184	82.3%	135.3%
山梨県	927	139	1,041	265	112.3%	190.6%	476	103	366	150	76.9%	145.6%
長野県	2,120	372	2,637	659	124.4%	177.2%	943	282	892	327	94.6%	116.0%
岐阜県	1,774	282	2,107	496	118.8%	175.9%	870	208	832	280	95.6%	134.6%
静岡県	3,218	507	3,989	902	124.0%	177.9%	1,700	398	1,674	543	98.5%	136.4%
愛知県	6,453	1,368	8,012	2,555	124.2%	186.8%	3,251	1,020	3,539	1,612	108.9%	158.0%
三重県	1,716	260	1,960	491	114.2%	188.8%	867	185	714	268	82.4%	144.9%
滋賀県	1,419	255	1,711	485	120.6%	190.2%	716	208	676	297	94.4%	142.8%
京都府	3,652	774	4,461	1,385	122.2%	178.9%	1,962	596	1,859	836	94.8%	140.3%
大阪府	10,442	2,016	12,251	3,965	117.3%	196.7%	5,113	1,508	4,685	2,473	91.6%	164.0%
兵庫県	5,261	1,029	6,751	2,080	128.3%	202.1%	2,418	777	2,609	1,223	107.9%	157.4%
奈良県	1,505	258	1,883	500	125.1%	193.8%	771	202	707	297	91.7%	147.0%
和歌山県	1,182	233	1,412	378	119.5%	162.2%	566	174	551	233	97.3%	133.9%
鳥取県	838	163	923	245	110.1%	150.3%	373	132	307	126	82.3%	95.5%
島根県	952	170	1,017	313	106.8%	184.1%	501	132	331	182	66.1%	137.9%
岡山県	2,600	499	3,233	928	124.3%	186.0%	1,241	377	1,217	552	98.1%	146.4%
広島県	3,240	566	3,589	954	110.8%	168.6%	1,548	412	1,202	533	77.6%	129.4%
山口県	1,817	259	1,835	423	101.0%	163.3%	796	175	512	217	64.3%	124.0%
徳島県	1,082	268	1,218	447	112.6%	166.8%	423	183	354	222	83.7%	121.3%
香川県	1,281	271	1,406	410	109.8%	151.3%	542	205	464	210	85.6%	102.4%
愛媛県	1,834	294	1,895	497	103.3%	169.0%	860	215	579	290	67.3%	134.9%
高知県	1,296	250	1,335	380	103.0%	152.0%	535	169	359	193	67.1%	114.2%
福岡県	6,916	1,308	8,299	2,313	120.0%	176.8%	3,456	1,032	3,139	1,414	90.8%	137.0%
佐賀県	982	200	1,173	387	119.5%	193.5%	450	153	404	223	89.8%	145.8%
長崎県	1,889	319	2,143	589	113.4%	184.6%	802	234	663	331	82.7%	141.5%
熊本県	2,408	400	2,832	685	117.6%	171.3%	1,017	271	818	374	80.4%	138.0%
大分県	1,533	269	1,701	435	111.0%	161.7%	702	214	480	230	68.4%	107.5%
宮崎県	1,303	210	1,404	354	107.8%	168.6%	592	160	376	182	63.5%	113.8%
鹿児島県	2,081	325	2,399	569	115.3%	175.1%	865	223	656	265	75.8%	118.8%
沖縄県	1,502	271	1,941	578	129.2%	213.3%	683	221	640	320	93.7%	144.8%

²⁸ 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」各年12月31日現在を基に作成

医師偏在指標による都道府県間の比較によると、現時点では、本県は概ね全国平均並みとなっている
(図表 30)

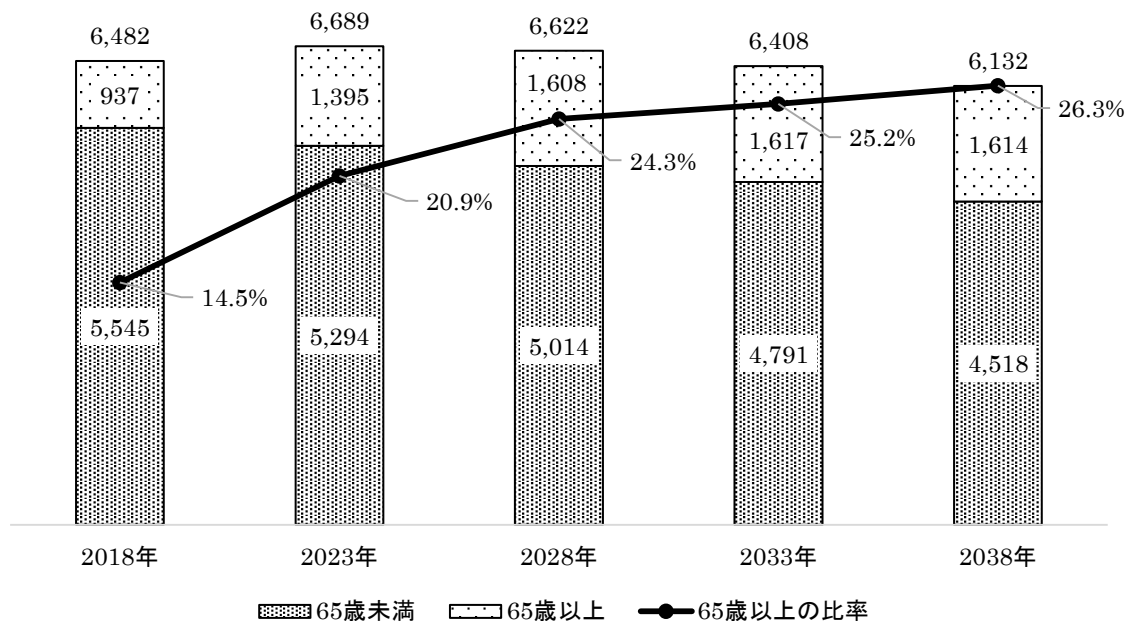
図表 30 都道府県別の医師偏在指標と病院勤務医師数 (2018 年)²⁹

	医師偏在指標 (降順)	参考		
		男性医師数 (人)	女性医師数 (人)	女性医師割合 (%)
東京都	329.0	19,312	8,432	30.4%
京都府	329.0	4,461	1,385	23.7%
福岡県	300.5	8,299	2,313	21.8%
沖縄県	279.3	1,941	578	22.9%
岡山県	278.8	3,233	928	22.3%
大阪府	274.4	12,251	3,965	24.5%
石川県	270.4	1,909	487	20.3%
徳島県	265.9	1,218	447	26.8%
長崎県	259.4	2,143	589	21.6%
和歌山県	257.2	1,412	378	21.1%
鳥取県	255.0	923	245	21.0%
高知県	254.3	1,335	380	22.2%
佐賀県	251.3	1,173	387	24.8%
熊本県	248.5	2,832	685	19.5%
香川県	247.8	1,406	410	22.6%
滋賀県	243.5	1,711	485	22.1%
兵庫県	243.0	6,751	2,080	23.6%
奈良県	241.1	1,883	500	21.0%
広島県	240.4	3,589	954	21.0%
大分県	238.0	1,701	435	20.4%
島根県	235.9	1,017	313	23.5%
宮城県	232.7	2,985	733	19.7%
神奈川県	231.8	9,225	3,278	26.2%
愛媛県	231.0	1,895	497	20.8%
福井県	230.9	1,113	310	21.8%
鹿児島県	229.8	2,399	569	19.2%
愛知県	225.3	8,012	2,555	24.2%
北海道	222.0	7,849	1,554	16.5%
栃木県	216.7	2,277	675	22.9%
山梨県	216.4	1,041	265	20.3%
富山県	216.2	1,517	391	20.5%
宮崎県	210.6	1,404	354	20.1%
山口県	210.3	1,835	423	18.7%
三重県	208.8	1,960	491	20.0%
群馬県	208.2	2,207	613	21.7%
岐阜県	204.7	2,107	496	19.1%
千葉県	200.5	6,485	1,828	22.0%
長野県	199.6	2,637	659	20.0%
静岡県	191.1	3,989	902	18.4%
山形県	189.4	1,309	313	19.3%
秋田県	180.6	1,251	361	22.4%
茨城県	179.3	2,822	857	23.3%
埼玉県	178.7	6,156	1,761	22.2%
福島県	177.4	2,051	437	17.6%
青森県	172.1	1,388	323	18.9%
新潟県	169.8	2,414	587	19.6%
岩手県	169.3	1,376	315	18.6%
全 国	-	160,204	47,923	23.0%

²⁹ 厚生労働省「医師偏在指標」(2019年)を基に作成

一方、若年層の医師が減少傾向にあるとともに、65歳以上の割合が比較的高い状況から、広島県医師数の将来推計によると、本県の総医師数は減少する一方で、2033年には4人に1人が65歳以上となると見込まれ、今後、世代交代が進んだ場合には医師が不足し、現状の体制が維持できなくなることが懸念される（図表 31）。

図表 31 広島県医師数の将来推計（人）³⁰



³⁰ 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（2016年）による本県の男女別/年齢5歳階級別医師数を基に、今後、現行水準の若手医師が、県内に定着し、75歳以上の医師が引退するものとして算出。

② 医師の地域別の偏在

医療圏別の人口10万人あたり医師数（2018年度）は、広島中央、尾三、福山・府中の3医療圏で全国平均246.7人を下回っており、医師偏在指標からは、特に尾三医療圏で医師の不足感が見られる。一方、広島、呉、広島西の3医療圏では人口10万人あたり医師数で全国平均を上回っており、医師偏在指標もいわゆる医師多数区域に位置している。

図表 32 広島県二次医療圏における医療施設に従事する医師数（人）³¹

医療圏名	2016年度		2018年度		医師偏在指標	医師偏在指標 全国順位 (全国二次保健 医療圏域数： 335圏域)
	医師数 (人)	人口10万人あたり 医師数(人)	医師数 (人)	人口10万人あたり 医師数(人)		
広島	3,844	261.3	3,891	284.4	286.0	37位
広島西	387	266.4	387	272.1	233.4	73位
呉	767	297.2	749	307.7	264.6	51位
広島中央	432	195.8	448	196.8	192.9	123位
尾三	550	213.7	554	228.9	181.3	155位
福山・ 府中	1,029	196.7	1,040	204.0	186.4	142位
備北	215	233.2	217	250.8	197.5	111位
広島県	7,224	254.6	7,286	258.6	—	—
全国	304,759	240.1	311,963	246.7	—	—

また、過疎市町における人口10万人あたり医療施設従事医師数は、2018年度195.1人であり、2016年度190.5人から4.6人増加している。しかし、県全体の人口10万人あたり医療施設従事医師数258.6人と比較すると依然として大きな乖離が見られる。

図表 33 広島県における医療施設従事医師数の状況³²

	2016年度		2018年度	
	医療施設 従事医師数	人口10万人あたり 医療施設従事医師数	医療施設 従事医師数	人口10万人あたり 医療施設従事医師数
広島県	7,224人	254.6人	7,286(+62)人	258.6(+4.0)人
過疎市町	457人	190.5人	452(▲5)人	195.1(+4.6)人
その他市町	6,767人	260.4人	6,834(+57)	264.0(+3.6)

※（ ）は、2016年度からの増減

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

³¹ 厚生労働省「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」厚生労働省「医師偏在指標」（2019年）を基に作成

³² 厚生労働省「平成28年、平成30年医師・歯科医師・薬剤師調査」を基に作成

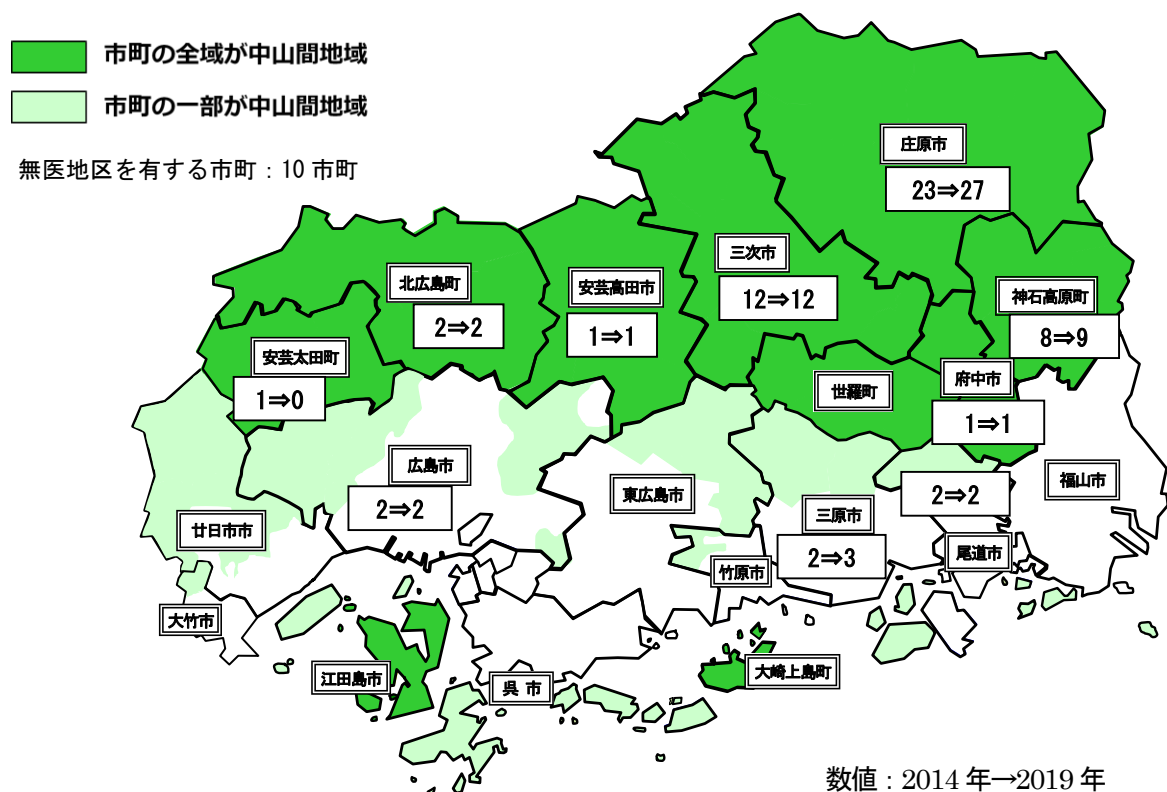
加えて、本県における無医地区※は2019年時点で59地区にのぼり、北海道に次いで2番目に多くなっている（図表34）。特に、庄原市、神石高原町、三原市においては前回調査から無医地区数が増加している（図表35）。

図表 34 都道府県別の無医地区（上位10道県）³³

	都道府県名	2014年調査	2019年調査	2019年 無医地区数 順位(昇順)	増減	増減比
		無医地区数 (地区)	無医地区数 (地区)		(地区)	(%)
		(A)	(B)		(B)-(A)	(B)/(A)
1	北海道	89	76	1	▲13	85.4
2	広島県	54	59	2	▲5	109.3
3	大分県	38	39	3	▲1	102.6
4	高知県	38	26	4	▲12	68.4
5	島根県	21	25	5	▲4	119
6	岩手県	20	23	6	▲3	115
7	岡山県	23	21	7	▲2	91.3
8	熊本県	20	20	8	0	100
9	茨城県	19	18	9	▲1	94.7
10	新潟県	20	17	10	▲3	85

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

図表 35 広島県市町別の無医地区数³⁴



³³ 広島県作成

³⁴ 広島県作成

③ 診療科における偏在

2018年時点の本県の診療科別医療施設従事医師数は、血液内科、小児科、心臓血管外科、泌尿器科、産婦人科等で全国平均を下回っており、広島市においても産科、婦人科等において全国平均を下回っている。

図表 36 人口 10 万人対診療科別医療施設従事医師数（複数回答）（人）³⁵

診療科	2010年			2018年			増減率 広島県
	全国	広島県	広島市	全国	広島県	広島市	
総数	219.0	235.9	271.2	246.7	258.6	299.7	109.6%
内科	68.8	85.7	83.5	70.4	84.6	86.8	98.7%
呼吸器内科	10.3	15.2	19.3	10.8	15.9	19.7	104.6%
循環器内科	17.5	21.3	24.5	18.0	21.9	24.3	102.8%
消化器内科（胃腸内科）	23.1	31.8	35.9	23.6	33.4	39.2	105.0%
腎臓内科	3.7	3.7	5.1	6.0	6.6	7.3	178.4%
神経内科	5.4	6.8	9.7	6.1	7.1	9.3	104.4%
糖尿病内科（代謝内科）	5.2	6.0	8.3	7.5	7.7	9.8	128.3%
血液内科	2.2	1.7	2.7	2.8	2.3	3.8	135.3%
皮膚科	11.6	10.4	11.4	11.3	9.4	10.5	90.4%
アレルギー科	5.3	6.9	7.9	5.2	6.5	7.6	94.2%
リウマチ科	4.8	4.6	5.1	4.8	4.8	5.8	104.3%
感染症内科	0.7	0.8	0.9	1.1	1.1	1.8	137.5%
小児科	23.7	20.5	21.0	21.8	19.6	22.0	95.6%
精神科	12.2	13.5	16.1	13.8	14.1	16.5	104.4%
心療内科	4.4	4.5	5.9	4.5	5.8	7.6	128.9%
外科	22.6	29.7	29.0	19.6	26.6	24.9	89.6%
呼吸器外科	1.6	1.7	2.0	2.0	2.3	2.6	135.3%
心臓血管外科	2.5	2.3	3.2	2.9	2.6	3.2	113.0%
乳腺外科	2.0	2.4	3.1	2.8	2.9	3.3	120.8%
気管食道外科	0.8	0.9	1.0	0.6	0.5	0.8	55.6%
消化器外科（胃腸外科）	6.0	6.5	8.3	7.1	7.8	9.7	120.0%
泌尿器科	6.5	6.2	6.3	6.9	6.6	6.6	106.5%
肛門外科	3.7	4.9	4.7	3.3	4.5	4.6	91.8%
脳神経外科	5.8	6.8	8.0	6.5	7.3	9.1	107.4%
整形外科	19.3	23.4	24.3	20.2	22.7	23.7	97.0%
形成外科	2.6	1.6	1.7	3.0	2.3	2.6	143.8%
美容外科	0.7	0.4	0.7	0.9	0.8	1.6	200.0%
眼科	10.2	10.2	12.2	10.7	11.1	14.1	108.8%
耳鼻咽喉科	7.3	7.4	8.6	7.5	7.9	9.5	106.8%
小児外科	0.9	1.2	1.2	1.0	1.0	1.3	83.3%
産婦人科	8.2	8.4	10.3	8.7	8.1	9.3	96.4%
産科	0.5	0.3	0.4	0.6	0.5	0.3	166.7%
婦人科	1.9	1.4	1.4	2.0	1.1	1.2	78.6%
リハビリテーション科	13.0	17.0	17.7	11.6	15.2	15.8	89.4%
放射線科	7.5	11.5	12.1	7.3	10.0	12.5	87.0%
麻酔科	7.8	8.3	10.2	9.1	9.7	12.6	116.9%
病理診断科	1.3	0.8	1.4	1.7	1.4	2.0	175.0%
臨床検査科	0.6	0.4	0.5	0.7	0.6	0.7	150.0%
救急科	2.4	3.4	5.5	3.7	3.0	4.1	88.2%
臨床研修医	11.4	9.7	13.1	13.7	12.7	15.6	130.9%
全科	0.2	0.2	0.1	0.2	0.1	0.1	50.0%
その他	4.0	4.1	7.6	4.7	3.1	3.8	75.6%
不詳	0.3	0.3	0.7	1.0	0.7	0.3	233.3%

※ = 全国平均以下

※ 2つ以上の資格を取得している場合、各々の資格に重複計上

また、2018年時点の本県の資格別医療施設従事医師数をみると、小児科、産婦人科、救急科、循環器、糖尿病、内分泌代謝、感染症、心臓血管外科等の専門医が全国平均より少ない。

図表 37 人口10万人対専門性に関する資格別 医療施設従事医師数（複数回答）（人）³⁶

資格名	2010年			2018年			増減率 広島県
	全国	広島県	広島市	全国	広島県	広島市	
総数	230.4	248.6	289.6	258.8	270.1	315.7	108.6%
総合内科専門医	11.9	12.9	15.2	24.0	25.2	31.9	195.3%
小児科専門医	8.9	9.2	11.0	11.5	11.4	14.9	123.9%
皮膚科専門医	3.7	4.1	5.4	4.6	4.7	5.7	114.6%
精神科専門医				8.0	8.8	11.8	
外科専門医	15.3	18.0	20.4	17.7	20.0	22.5	111.1%
整形外科専門医	11.3	13.7	15.1	13.5	15.7	17.4	114.6%
産婦人科専門医	7.5	8.5	10.2	9.1	7.6	8.8	89.4%
眼科専門医	6.6	7.0	7.7	7.9	8.4	10.3	120.0%
耳鼻咽喉科専門医	5.5	6.0	7.4	6.1	6.7	7.9	111.7%
泌尿器科専門医	4.2	4.4	4.4	5.0	4.5	4.7	102.3%
脳神経外科専門医	4.6	5.4	6.0	5.7	6.1	7.0	113.0%
放射線科専門医	3.6	4.1	5.5	4.9	5.4	7.8	131.7%
麻酔科専門医	4.5	5.1	6.6	5.9	6.1	8.4	119.6%
病理専門医	1.3	0.9	1.4	1.6	1.1	1.6	122.2%
救急科専門医	2.0	2.0	2.3	3.5	3.3	4.3	165.0%
形成外科専門医	1.2	0.8	1.0	1.8	1.2	1.7	150.0%
リハビリテーション専門医	2.1	2.1	2.5	2.3	2.5	2.8	119.0%
呼吸器専門医	3.1	4.1	6.0	4.8	5.7	8.3	139.0%
循環器専門医	8.1	8.4	10.1	10.5	10.4	12.1	123.8%
消化器病専門医	11.3	15.5	16.8	15.4	19.6	23.1	126.5%
腎臓専門医	2.3	2.2	2.4	3.6	3.4	3.7	154.5%
肝臓専門医	2.9	3.9	4.2	4.7	5.8	6.8	148.7%
神経内科専門医	3.0	2.6	3.5	4.1	3.7	5.1	142.3%
糖尿病専門医	2.8	2.3	3.0	4.2	3.0	4.1	130.4%
内分泌代謝専門医	1.3	0.5	0.4	1.8	0.7	1.1	140.0%
血液専門医	1.9	1.6	2.4	2.8	2.6	4.1	162.5%
アレルギー専門医	1.9	2.6	3.2	2.7	3.5	4.5	134.6%
リウマチ専門医	3.4	3.0	3.0	3.7	3.2	3.8	106.7%
感染症専門医	0.7	0.4	0.3	1.1	0.7	1.2	175.0%
心療内科専門医	0.4	0.5	0.9	0.3	0.5	0.2	100.0%
呼吸器外科専門医	0.9	1.0	1.2	1.2	1.3	1.4	130.0%
心臓血管外科専門医	1.3	1.4	1.7	1.7	1.4	1.7	100.0%
乳腺専門医	0.7	0.8	0.8	1.2	1.3	1.6	162.5%
気管食道科専門医	0.8	1.1	1.4	0.8	1.0	1.2	90.9%
消化器外科専門医	4.4	5.4	6.0	5.5	5.9	7.1	109.3%
小児外科専門医	0.5	0.6	0.6	0.5	0.5	0.8	83.3%
超音波専門医	1.1	1.5	2.1	1.5	1.8	2.6	120.0%
細胞診専門医	1.3	1.6	1.3	1.7	1.6	1.8	100.0%
透析専門医	2.6	3.5	3.9	3.7	4.2	4.8	120.0%
老年病専門医	0.9	1.3	1.2	1.0	1.4	1.5	107.7%
消化器内視鏡専門医	8.5	10.3	10.3	11.7	14.3	15.8	138.8%
臨床遺伝専門医	0.3	0.5	0.9	0.9	0.9	1.8	180.0%
漢方専門医	1.4	1.5	1.4	1.4	1.2	0.8	80.0%
レーザー専門医	0.1	0.0	-	0.2	0.1	0.2	
気管支鏡専門医	1.1	0.8	1.4	1.6	1.6	2.3	200.0%
核医学専門医	0.6	0.3	0.4	0.7	0.5	0.7	166.7%
大腸肛門病専門医	1.1	1.2	1.8	1.3	2.0	2.2	166.7%
婦人科腫瘍専門医	0.4	0.5	0.6	0.6	0.7	0.8	140.0%
ペインクリニック専門医	0.9	1.0	1.6	1.0	1.1	1.3	110.0%
熱傷専門医	0.2	0.1	0.2	0.2	0.1	0.3	100.0%
脳血管内治療専門医	0.4	0.5	0.4	0.9	1.2	2.1	240.0%
がん薬物療法専門医	0.4	0.3	0.4	0.9	1.1	1.5	366.7%
周産期（新生児）専門医	0.3	0.2	0.5	1.1	1.1	1.8	550.0%
生殖医療専門医	0.2	0.1	0.2	0.5	0.3	0.5	300.0%
小児神経専門医	0.6	0.6	0.6	0.8	0.9	1.0	150.0%
一般病院連携精神医学専門医	0.3	0.4	0.8	0.2	0.3	0.3	75.0%
麻酔科標榜医				9.5	10.1	12.0	

※ = 全国平均以下

※ 2つ以上の資格を取得している場合、各々の資格に重複計上

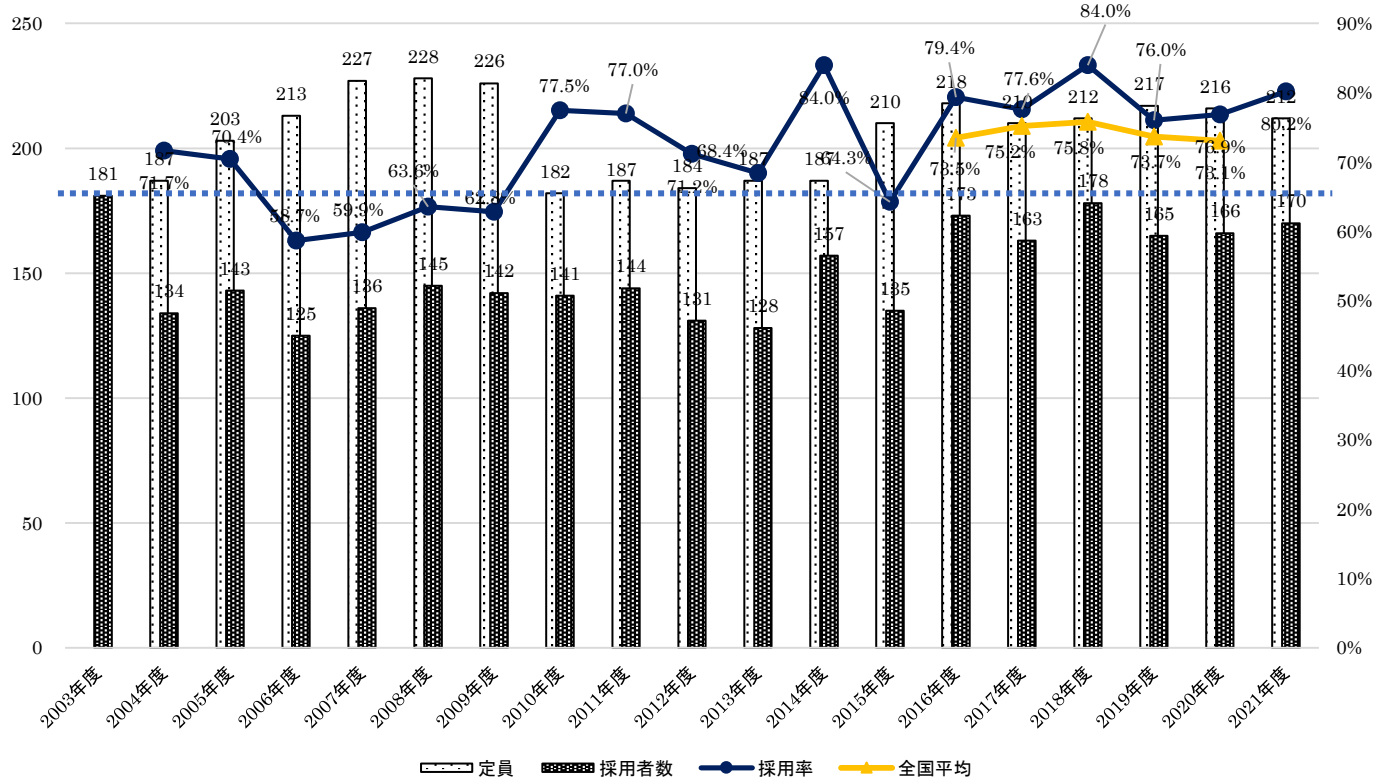
³⁶ 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」各年12月31日現在

イ 若手医師の状況

① 初期臨床研修医

広島県臨床研修医採用率は近年 76～80%台を維持しており、全国平均よりも高い推移を示している。しかし、採用者数では、過去 10 年で増加傾向にあるものの、初期臨床研修医制度が開始される前の 2003 年度水準の 180 人前後には戻っていない状況であることから、引き続き、若手医師の確保が厳しい状況にある。

図表 38 広島県 初期臨床研修医採用者数の推移（人）³⁷




本県における 2020 年度施設別マッチング者数は、37 プログラム中 19 プログラムで定員割れの状態である。中でも大学病院や地域病院との「たすきかけ研修プログラム」において、14 プログラム中 8 プログラムが定員割れの状態となっている。また、広島医療圏以外の医療圏でのマッチング率も低い傾向にある。（図表 39）

³⁷ 公益財団法人医療研修推進財団 令和 2 年度医師臨床研修マッチング資料を基に作成

図表 39 広島県初期臨床研修施設別マッチング者数（人）³⁸

	2018年度		2019年度		2020年度	
	定員	マッチング者数	定員	マッチング者数	定員	マッチング者数
広島大学病院 合計	63	49	63	35	57	37
プログラムA(多目的研修)	33	33	35	19	27	21
B1 広島市立広島市民病院	2	1	2	2	2	2
B2 県立広島病院	2	2	2	1	2	1
B3 広島市立安佐市民病院	2	1	2	1	2	1
B4 JR広島病院	2	0	2	1	2	1
B5 広島赤十字・原爆病院	2	2	2	2	2	2
B6 東広島医療センター	2	2	2	2	2	2
B7 中国労災病院	2	0	2	0	2	2
B8 公立みつぎ総合病院	2	0	2	2	2	0
B9 JA広島総合病院	2	2	2	2	2	2
B10 呉医療・中国がんセンター	2	2	2	1	2	1
B11 JA尾道総合病院	2	2	2	2	4	0
B12 呉共済病院	2	2	2	0	2	2
B13 広島西医療センター	2	0	-	-	-	-
C 小児科・産婦人科重点研修	4	0	4	0	4	0
県立広島病院	14	14	16	16	13	13
広島市立広島市民病院	13	13	13	13	13	13
広島市立安佐市民病院	8	8	8	8	8	8
JR広島病院	4	3	4	4	4	4
広島赤十字・原爆病院	9	9	9	9	9	9
マツダ株式会社マツダ病院	4	4	4	4	5	4
広島県厚生連 広島総合病院	10	10	10	10	10	10
国立病院機構呉医療・中国がんセンター	12	12	12	8	12	9
中国労災病院	8	5	8	5	8	6
国家公務員共済組合連合会呉共済病院	7	7	7	7	8	8
国立病院機構福山医療センター	7	7	7	7	7	7
興生総合病院	3	1	3	2	3	1
広島県厚生連 尾道総合病院	10	4	8	3	7	4
市立三次中央病院	4	0	3	3	5	2
尾道市立市民病院	3	0	3	1	3	1
福山市民病院	10	10	10	10	11	11
広島共立病院	3	3	3	3	3	2
福島生協病院	3	2	3	3	3	3
国立病院機構東広島医療センター	7	7	7	7	8	8
公立みつぎ総合病院	3	0	3	3	3	1
日本鋼管福山病院	2	0	2	0	2	1
公立学校共済組合中国中央病院	4	4	4	4	4	4
国立病院機構広島西医療センター	6	6	6	5	6	4
広島県 合計	217	178	216	170	212	170

※  = 定員数以下

³⁸ 公益財団法人医療研修推進財団 令和2年度医師臨床研修マッチング資料を基に作成

【初期臨床研修における本県出身者の動向】

広島県における医師臨床研修マッチングのマッチ者では、本県出身者が約7割を占め、このうちの約4割（51人）が広島大学の出身となっている。

図表 40 初期臨床研修に係る受験者・マッチ者の状況（2021年4月）³⁹

（単位：人、％）

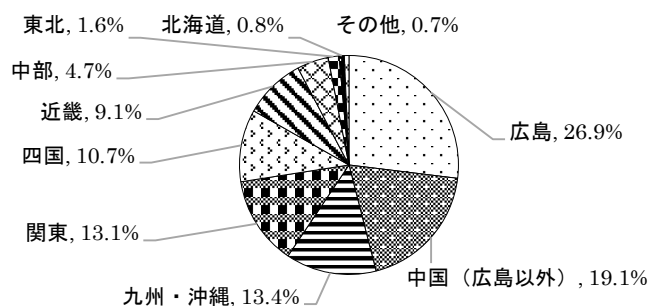
区分 出身高校	受験者	マッチ者				
	人数	人数	構成割合	広大出身 人数	その他大学出身 人数	広大割合 率
08茨城	2	0	0.0%	0	0	—
13東京	5	2	1.2%	1	1	50.0%
14神奈川	6	3	1.8%	2	1	66.7%
17石川	1	0	0.0%	0	0	—
20長野	2	1	0.6%	1	0	100.0%
23愛知	5	1	0.6%	1	0	100.0%
24三重	1	1	0.6%	0	1	0.0%
26京都	6	1	0.6%	1	0	100.0%
27大阪	2	0	0.0%	0	0	—
28兵庫	6	1	0.6%	0	1	0.0%
29奈良	2	1	0.6%	1	0	100.0%
30和歌山	6	3	1.8%	0	3	0.0%
31鳥取	8	2	1.2%	1	1	50.0%
32島根	7	1	0.6%	1	0	100.0%
33岡山	19	7	4.1%	0	7	0.0%
34広島	293	124	72.9%	51	73	41.1%
35山口	4	1	0.6%	0	1	0.0%
36徳島	1	1	0.6%	0	1	0.0%
37香川	10	4	2.4%	2	2	50.0%
38愛媛	15	3	1.8%	2	1	66.7%
39高知	4	2	1.2%	1	1	50.0%
40福岡	12	3	1.8%	1	2	33.3%
41佐賀	1	0	0.0%	0	0	—
43熊本	2	2	1.2%	0	2	0.0%
44大分	9	3	1.8%	1	2	33.3%
45宮崎	1	0	0.0%	0	0	—
46鹿児島	4	2	1.2%	1	1	50.0%
99国外	1	1	0.6%	0	1	0.0%
合計	435	170	100.0%	68	102	40.0%

³⁹ 広島県作成

【県内高校から医学部への進学状況】

県内高校を卒業し医学部へ進学する者のうち、約7割が広島県外の医学部に進学している。

図表 41 県内高校からの直近5年間の医学部進学先⁴⁰



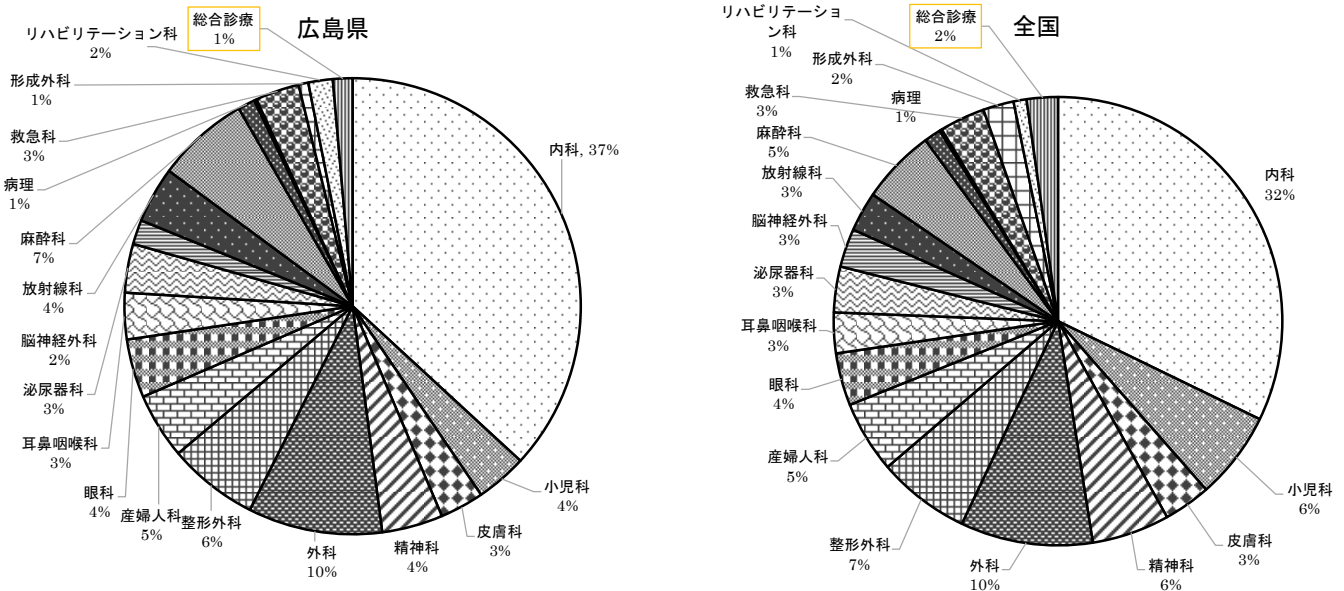
年度	進学地域	北海道	東北	関東	中部	近畿	中国（広島以外）	四国	九州・沖縄	その他	広島	合計
2017年	進学者数	0	4	23	14	29	43	32	24		64	233
	割合	0.0%	1.7%	9.9%	6.0%	12.4%	18.5%	13.7%	10.3%	0.0%	27.5%	100.0%
2018年	進学者数	1	3	34	12	14	59	25	36		55	239
	割合	0.4%	1.3%	14.2%	5.0%	5.9%	24.7%	10.5%	15.1%	0.0%	23.0%	100.0%
2019年	進学者数	2	7	27	7	18	42	25	38		61	227
	割合	0.9%	3.1%	11.9%	3.1%	7.9%	18.5%	11.0%	16.7%	0.0%	26.9%	100.0%
2020年	進学者数	4	3	34	11	25	43	28	30	4	68	250
	割合	1.6%	1.2%	13.6%	4.4%	10.0%	17.2%	11.2%	12.0%	1.6%	27.2%	100.0%
2021年	進学者数	2	2	37	11	21	38	16	30	4	70	231
	割合	0.9%	0.9%	16.0%	4.8%	9.1%	16.5%	6.9%	13.0%	1.7%	30.3%	100.0%
合計	進学者数	9	19	155	55	107	225	126	158	8	318	1,180
	割合	0.8%	1.6%	13.1%	4.7%	9.1%	19.1%	10.7%	13.4%	0.7%	26.9%	100.0%

⁴⁰ 広島県作成

② 専攻医

本県における2018年から2021年の専攻医採用割合は、全国と比較して相対的に内科が高い傾向にあり、外科系（整形外科、脳神経外科、救急科等）では全国より低い傾向が見られる。また、総合診療科の専攻医採用割合は全国と比較して低い傾向が見られる。

図表 42 専攻医採用割合（%）⁴¹



※専攻医採用数は2018年から2021年の累計より割合を算出

		専攻医採用数（人）					人口10万人当たり専攻医採用数（人）				
		2018年	2019年	2020年	2021年	2018年 -2021年計	2018年	2019年	2020年	2021年	2018年 -2021年計
広島県	全診療科	148	141	145	144	578	5.2	5.0	5.2	5.2	20.6
	総合診療科	4	1	1	2	8	0.142	0.036	0.036	0.072	0.285
	割合	2.7%	0.7%	0.7%	1.4%	1.4%	2.70%	0.71%	0.69%	1.39%	1.38%
全国	全診療科	8,410	8,615	9,082	9,183	35,290	6.6	6.8	7.3	7.3	28.1
	総合診療科	184	179	222	206	791	0.145	0.142	0.179	0.163	0.629
	割合	2.2%	2.1%	2.4%	2.2%	2.2%	2.19%	2.08%	2.44%	2.24%	2.24%

※2018年から2021年専攻医採用状況のうち、総合診療科の採用数を抽出

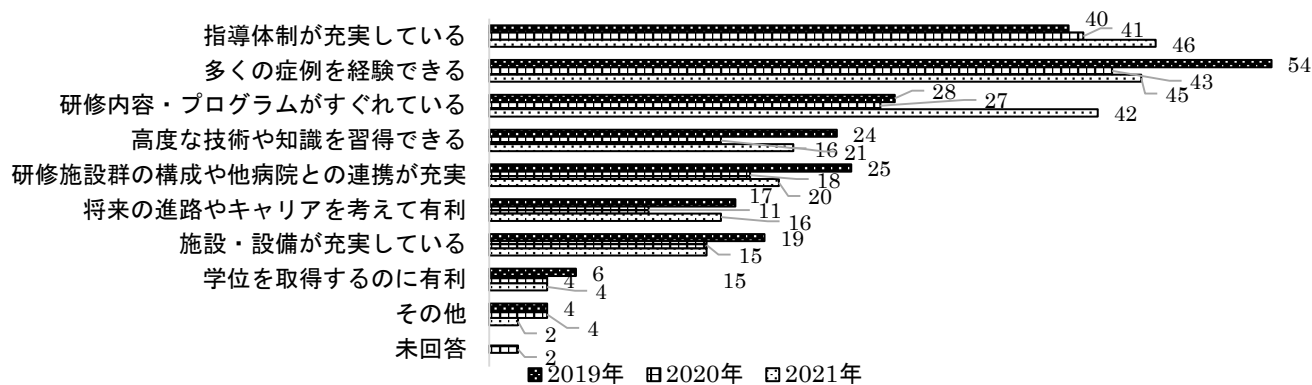
⁴¹ 日本専門医機構資料を基に作成

【専門研修プログラムの選択に関するアンケート】

初期研修医が専門研修プログラムを選択するにあたって考慮・重視する事項として、「指導体制が充実している」や「多くの症例が経験できる」が継続的に上位にあがっている。

図表 43 初期研修医専門研修プログラム選択理由

(複数回答, 2021 年降順) (人) ⁴²



(回答者数) 2019年：148人, 2020年：120人, 2021年：135人

⁴² 広島県実施アンケートを基に作成

ウ 女性医師の勤務状況

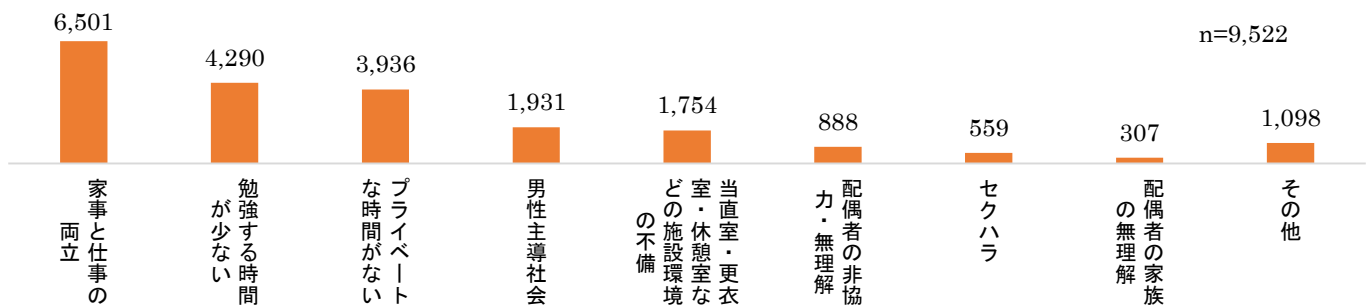
日本医師会女性医師支援センターが2016年度に病院勤務の女性医師を対象に実施した「女性医師の勤務環境の現況に関する調査報告書」によると、女性医師休職・離職理由の上位は出産や子育て（図表44）となっており、女性医師としての悩みにおいても、「家事と仕事の両立」がトップにあがっている（図表45）。

図表 44 女性医師休職・離職理由（件）⁴³



※対象：病院勤務の女性医師

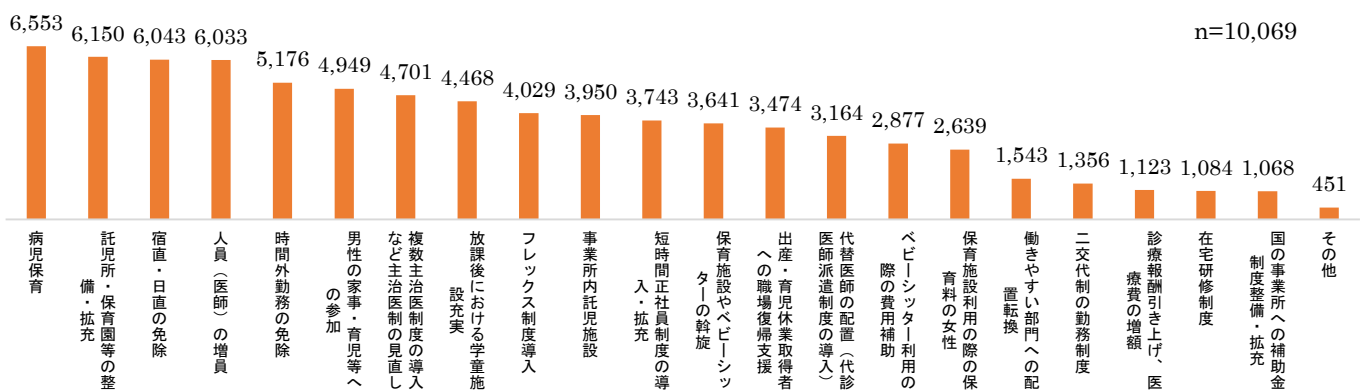
図表 45 女性医師としての悩み（複数回答）（件）⁴⁴



※対象：病院勤務の女性医師

女性医師が仕事を続ける上で必要な制度や仕組み・支援については、「病児保育」や「託児所・保育園等の整備・拡充」が上位にあがっている。

図表 46 女性医師が仕事を続ける上で必要な支援（複数回答）（件）⁴⁵



※対象：病院勤務の女性医師

⁴³ 日本医師会女性医師支援センター「女性医師の勤務環境の現況に関する調査報告書」（2016）を基に作成

⁴⁴ 日本医師会女性医師支援センター「女性医師の勤務環境の現況に関する調査報告書」（2016）を基に作成

⁴⁵ 日本医師会女性医師支援センター「女性医師の勤務環境の現況に関する調査報告書」（2016）を基に作成

エ 医師の働き方改革

医師に対する時間外労働規制の上限規制が、2024年4月から適用される。通常的时间外労働月45時間以下、年間360時間以下が上限と設定され、臨床的な必要がある場合は月100時間未満との規制がかかる予定になっている。

図表 47 医師の時間外労働の上限規制について⁴⁶

		(A) 水準	(B) 水準	(C) 水準
36協定で締結できる時間数の上限	①通常的时间外労働（休日労働を含まない）	月45時間以下・年360時間以下		
	②「臨時的な必要がある場合」（休日労働を含む）	月100時間未満（ただし下表の面接指導等を行った場合には例外あり）		
		年960時間以下	年1,860時間以下	
③36協定によっても越えられない時間外労働の上限時間（休日労働を含む）		月100時間未満（例外につき同上）		
		年960時間以下	年1,860時間以下	
適正な労務管理（労働時間管理等）		一般労働者と同様の義務（労働基準法、労働安全衛生法）		
医師労働時間短縮計画の作成によるPDCAの実施		現行どおり（勤務環境改善の努力義務）	義務	
追加的健康確保措置	連続勤務時間制限28時間*1（宿直許可なしの場合）	*2	努力義務（②が年720時間等を超える場合のみ）	義務
	勤務間インターバル9時間			
	面接指導（睡眠・疲労の状況の確認を含む）・必要に応じ就業上の措置（就業制限、配慮、禁止）	時間外労働が月100時間以上となる場合は義務（月100時間以上となる前に実施*3）		

※さらに、時間外労働が月155時間超の場合には労働時間短縮の措置を講ずる。

- 追加的健康確保措置については医事法制・医療政策における義務付け、実施状況確認等を行う方向で検討（36協定にも記載）。面接指導については労働安全衛生法上の義務付けがある面接指導としても位置づける方向で検討。

*1) (C)-1水準が適用される初期研修医の連続勤務時間制限については、28時間ではなく1日ごとに確実に疲労回復させるため15時間(その後の勤務間インターバル9時間)又は24時間(同24時間)とする。
 *2) 長時間の手術や急患の対応等のやむを得ない事情によって例外的に実施できなかった場合には、代償休息によることも可能(C)-1水準が適用される初期研修医を除く。
 *3) 時間外労働実績が月80時間超となった段階で睡眠及び疲労の状況についての確認を行い、(A)水準適用対象者の場合は疲労の蓄積が確認された者について、(B)・(C)水準適用対象者の場合は全ての者について、時間外労働が月100時間以上となる前に面接指導を実施。

⁴⁶ 厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会資料」を基に作成

厚生労働省の「働き方改革に関する検討会」で、公立病院における「医師の働き方の現状」を明らかにするために実施されたアンケート（2019年2月末から3月中旬に実施。270病院から有効回答）によると、「どの程度の医師がいれば、時間外労働を960時間（A水準）に抑えられるか？」との問いに対して、病床規模99床以下で現状比1.5倍、100床台で1.3倍、200床台以上で1.2倍との回答があったことから、小規模病院ほど医師1人あたりの負担が大きいと、必要医師数も多くなっている。

また、診療科に着目すると、救急科や放射線科の必要医師数が現状比1.5倍、特に300床台の放射線科においては現状比2.6倍と、さらに多くの医師が必要になるとの回答結果であった。

図表 48 診療科別必要医師数⁴⁷

	内科系	外科系	産婦人科	小児科	救急科	麻酔科	精神科	放射線科	その他	合計
病院数	75	64	30	30	20	27	13	12	28	
倍率（必要医師数/現在医師数）	1.1	1.2	1.4	1.3	1.5	1.4	1.3	1.5	1.2	1.2
99床以下	1.5	2.0		2.0		2.0			1.2	1.5
100床台	1.2	1.2	1.3	2.0					1.9	1.3
200床台	1.2	1.2	1.6	1.2		2.0	1.1	2.0	2.5	1.2
300床台	1.1	1.1	1.4	1.4	1.3	1.5	1.3	2.6	1.1	1.2
400床台	1.1	1.1	1.4	1.2	1.5	1.5	2.3	1.4	1.1	1.2
500床台	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.4	2.1	1.4	1.3	1.2

※ここでの必要医師数は、各病院において全常勤医師の時間外労働を年960時間以下（休日労働を含む）にするために必要な医師数を条件とした。よって、例えば常勤医師が不在のため医師が必要というケース（非常勤医師で補っている場合も同様）は、本設問では該当しないことに留意。

これらを背景に、厚生労働省では「医師の働き方改革に関する検討会」において、医師の労働時間短縮の方法として、各機関内のマネジメント改革だけではなく、地域の機能分化・連携、集約化・重点化の推進の重要性を指摘している。

図表 49 医師の働き方改革に関する検討会報告書（抜粋）⁴⁸

【労働時間短縮を強力に推進していくための具体的方向性】

- ・ 医療機関内のマネジメント改革（管理者・医師の意識改革、医療従事者の合意形成のもとでの業務の移管や共同化（タスクシフティング、タスク・シェアリング）、ICT等の技術を活用した効率化や勤務環境改善
- ・ 地域医療提供体制における機能分化・連携、プライマリケアの充実、集約化・重点化の推進（これを促進するための医療情報の整理・共有化を含む）、医療偏在対策の推進
- ・ 上手な医療のかかり方の周知を、全体として徹底して取り組んでいく必要がある。

特に、地域医療提供体制における機能分化・連携、集約化・重点化の推進に関しては、個々の医療機関レベルでの努力には限界があり、地域医療構想と連動した取組等が重要である。

⁴⁷ 全国自治体病院協議会「医師の働き方改革に関するアンケート調査結果（2019年5月）」を基に作成

⁴⁸ 厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」の報告書を基に作成

多くの医療機関では医師の時間外時間縮小に向け、医療職全体での働き方改革に取り組んでいる。

図表 50 働き方改革取組事例⁴⁹

事例	取組内容	影響
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">聖マリアンナ医科大学ア病院</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 副院長（人事担当）を委員長とした人事制度関連検討委員会を発足させ、法人全体の人事制度関連の問題検討を実施。 ■ 病院運営審議会及び安全衛生委員会において、医師を中心とした長時間労働対策を検討。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 患者家族への病状説明等は平日 17 時までとした。 ➢ 時間外勤務は各管理者の許可・承認を必須とし、学会や自己学習は時間外勤務対象外とした。 <ul style="list-style-type: none"> ✓ 適切な時間外勤務申請を行うため、判断基準を作成し、医師に対し周知文書を作成した。 ✓ 職員への啓発活動のためにポスター掲示した。 ➢ 単月 100 時間以上、3 か月連続 80 時間以上の時間外勤務者には産業医面談を実施した。 ➢ 実働との乖離を最小限にするため、医局付近と全職員対象に各病棟にタイムレコーダーを設置した。 ➢ 当直勤務の再検討。 <ul style="list-style-type: none"> ✓ 当直体制再検討により、日勤帯の医師が不足したため、外来枠の再検討を実施した。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 医師の在院時間の短縮ができてきている。 平均在院時間 2017 年 6 月：206 時間 2019 年 6 月：177 時間 ■ 時間外の削減を行うと給与が減るため、医師から不満の声が出ている。 平均時間外 2017 年 6 月：43 時間 2019 年 6 月：39 時間 ■ 外来の縮小により、収入減が予想される。 ■ 医師事務作業補助者加算を「2」から「1」へ引き上げ、タスクシフティングを実施。
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">聖路加国際病院</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 医師個人に働きかけ、意識改革をしてもらうよう促した。 ■ 労使協定を再締結した。 ■ 休日・夜間の救急外来・病棟の診療体制の変更を実施した。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 救急：それまで 5 年目までの医師を対象としていたが、救急医師以外の 10 年目までの医師とした。 ➢ 内科病棟：45 歳までと制限していたが、制限を排除し、体制を 4 名から 3 名へと変更した。 ➢ 外来病棟：35 歳までと制限していたが、50 歳までとし、体制を 2 名から 1 名へと変更した。 ➢ ICU：4 年目までの医師としていたが、6 年目までの医師と引き上げた。 ■ 医師勤怠管理表の毎週提出を義務付け、時間外勤務を管理した。また、時間が勤務に該当するもの、しないものの定義づけを行った。 ■ 1 か月単位の変形労働時間制を導入した。 ■ 土曜診療を縮小した。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 医師の平均時間外労働時間が削減された。 平均時間外 2016 年 6 月：100 時間 2018 年 3 月：39 時間 ■ 診療体制を変更しするだけでなく、モニタリングする仕組みを構築することで、意識を改革することができている。

⁴⁹ いきいき働く医療機関サポート Web（いきサポ）事例紹介を基に作成

(3) 医療設備等

ア 医療機器

本県の人口10万人あたりのCT, MRI等の医療機器の配置数は、人口10万人あたり病院数が全国平均を上回っていることも影響し、全国平均を上回っている。また、遠隔操作式密封小線源(RALS)や内視鏡手術用支援機器(ダヴィンチ)といった高度・高額医療機器については、広島医療圏に配置が集中しており、人口10万人あたり配置数は全国平均を上回っている。

図表 51 2019年度 二次医療圏別高度医療機器整備状況 (台) ⁵⁰

		医療圏							広島県	全国
		広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北		
実数	CT	91	12	26	16	27	44	7	223	8378
	MRI	56	5	13	8	17	26	5	130	4768
	SPECT	10	2	3	1	3	5	-	24	1325
	PET	-	-	-	-	-	-	-	-	40
	PET-CT	5	1	1	-	1	2	1	11	409
	ガンマナイフ・サイバーナイフ	1	-	-	-	-	1	-	2	85
	強度変調放射線治療機器(IMRT)	7	1	2	1	-	3	1	15	678
	遠隔操作式密封小線源(RALS)	3	-	-	-	-	1	-	4	170
	内視鏡手術用支援機器(ダヴィンチ)	4	-	-	-	-	1	-	5	339
対10万人	CT	6.67	8.41	10.28	7.04	10.75	8.56	7.72	7.84	6.56
	MRI	4.10	3.50	5.14	3.52	6.77	5.06	5.52	4.57	3.73
	SPECT	0.73	1.40	1.19	0.44	1.19	0.97	-	0.84	1.04
	PET	-	-	-	-	-	-	-	-	0.03
	PET-CT	0.37	0.70	0.40	-	0.40	0.39	1.10	0.39	0.32
	ガンマナイフ・サイバーナイフ	0.07	-	-	-	-	0.19	-	0.07	0.07
	強度変調放射線治療機器(IMRT)	0.51	0.70	0.79	0.44	-	0.58	1.10	0.53	0.53
	遠隔操作式密封小線源(RALS)	0.22	-	-	-	-	0.19	-	0.14	0.13
	内視鏡手術用支援機器(ダヴィンチ)	0.29	-	-	-	-	0.19	-	0.18	0.27

⁵⁰ 令和元年度病床機能報告, 人口統計を基に作成

イ 高度・先進医療

本県における先進医療は、広島医療圏でがん治療を中心に実施されている。

図表 52 2020 年 広島県内先進医療届出状況⁵¹

区分	No.	技術名	分類	医療圏・医療機関名									
				広島				広島西		呉	福山・府中	備北	
				広島大学病院	県立広島病院	広島市立広島市民病院	広島市立安佐市民病院	広島西医療センター	広島総合病院	呉医療・中国がんセンター	福山市民病院	市立三次中央病院	
先進医療 A	12	ウイルスに起因する難治性の眼感染症疾患に対する迅速診断(PCR法)	抗ウイルス治療	●									
	22	細胞診検体を用いた遺伝子検査	遺伝子治療		●								
	23	内視鏡的憩室隔壁切開術	がん治療							●			
先進医療 B	1	パクリタキセル静脈内投与(一週間に一回投与するものに限る。)及びカルボプラチン腹腔内投与(三週間に一回投与するものに限る。)の併用療法 上皮性卵巣がん、卵管がん又は原発性腹膜がん	がん治療							●	●		●
	3	ペメトレキセド静脈内投与及びシスプラチン静脈内投与の併用療法 肺がん(扁平上皮肺がん及び小細胞肺がんを除き、病理学的見地から完全に切除されたと判断されるものに限る。)	がん治療	●		●							
	7	経皮的乳がんラジオ波焼灼療法 早期乳がん(長径が一・五センチメートル以下のものに限る。)	がん治療			●							
	15	術前のS-1内服投与、シスプラチン静脈内投与及びトラスツマブ静脈内投与の併用療法 切除が可能な高度リンパ節転移を伴う胃がん(HER2が陽性のものに限る。)	がん治療	●		●	●					●	
	21	テモゾロミド用量強化療法 膠芽腫(初発時の初期治療後に再発又は増悪したものに限る。)	がん治療	●									
	22	ハイパードライヒト乾燥羊膜を用いた外科的再建術再発翼状片(増殖組織が角膜輪部を超えるものに限る。)	その他	●									
	33	水素ガス吸入療法 心停止後症候群(院外における心停止後に院外又は救急外来において自己心拍が再開し、かつ、心原性心停止が推定されるものに限る。)	その他	●									
	35	術後のカペシタビン内服投与及びオキサリプラチン静脈内投与の併用療法 小腸腺がん(ステージがI期、II期又はIII期であって、肉眼による観察及び病理学的見地から完全に切除されたと判断されるものに限る。)	がん治療		●								
	36	S-1内服投与並びにパクリタキセル静脈内及び腹腔内投与の併用療法 膵臓がん(遠隔転移しておらず、かつ、腹膜転移を伴うものに限る。)	がん治療	●									
	41	自家骨髄単核球移植による下肢血管再生治療 パージャー病(従来の治療法に抵抗性を有するものであって、フォンタン分類III度又はIV度のものに限る。)	再生治療	●									
	43	術後のアスピリン経口投与療法 下部直腸を除く大腸がん(ステージがIII期であって、肉眼による観察及び病理学的見地から完全に切除されたと判断されるものに限る。)	がん治療		●								
44	TRPV2阻害薬経口投与療法 心不全(十三歳以上の患者に係るものであって、筋ジストロフィーによるものに限る。)	その他						●					
65	マルチプレックス遺伝子パネル検査 進行再発固形がん(治療法が存在しないもの又は従来の治療法が終了しているもの若しくは従来の治療法が終了予定のものに限る。)	遺伝子治療	●	●	●	●							

*先進医療 A：未承認、適応外の医薬品、医療機器の使用を伴わない医療技術。未承認、適応外の体外診断薬の使用を伴う医療技術等であって当該検査薬等の使用による人体への影響が極めて小さいもの。

**先進医療 B：未承認、適応外の医薬品、医療機器の使用を伴う医療技術。未承認、適応外の医薬品、医療機器の使用を伴わない医療技術であって、当該医療技術の安全性、有効性等に鑑み、その実施に係り、実施環境、技術の効果等について特に重点的な観察・評価を要するものと判断されるもの。

⁵¹ 厚生労働省「当該技術を実施可能とする医療機関の要件一覧及び先進医療を実施している医療機関の一覧等について」を基に作成

本県では広島がん高精度放射線治療センター（HIPRAC [ハイブラック]）を設置しており、4基幹病院（広島大学病院、県立広島病院、広島市民病院、広島赤十字・原爆病院）とその他のがん診療連携拠点病院と連携したネットワーク型がんセンターとして高精度の放射線治療を実施している。

ハイブラックでは、治療サービスの提供だけではなく、ネットワークを活用したがん治療に関する県民向けの啓発事業やオープンカンファレンス等による人材育成に取り組んでいる。

図表 53 広島がん高精度放射線治療センター（HIPRAC）概要⁵²

項目	概要等						
		2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
月間新規治療患者数の目標、実績、達成率	目標（人）	259	588	602	610	643	693
	実績（人）	172	529	556	577	686	610
	達成率（％）	66.41%	89.97%	92.36%	94.59%	106.69%	88.02%
施設概要	構造	地下1階、地上2階 入院設備なし					
設置する治療機器等	治療装置	動体追尾機能付特殊型リニアック 1台 高精度治療専用リニアック 2台 （放射線の集中の度合いと出力が高く治療効果が高い機種） （広い照射野を有し様々な部位に対応できる機種）					
	治療計画装置	CT、MRI、エックス線撮影装置 等					
ネットワーク整備	<ul style="list-style-type: none"> ■ 効率的な治療連携のために専用の情報ネットワークシステムを整備し、4基幹病院からの治療計画の閲覧、高画質画像による遠隔合同カンファレンスを行う。 ■ 社団法人広島県医師会が整備・運営する「ひろしま地域医療連携情報ネットワーク」の基盤整備を踏まえて整備し、将来的には他のがん診療連携拠点病院が参加可能なシステムとする 						
人材育成	<ul style="list-style-type: none"> ■ 臨床での研修、オープンカンファレンス、研究会等を実施し、県内医療スタッフのレベルアップや放射線治療医等の育成を図る。 						
技術的支援	<ul style="list-style-type: none"> ■ 県内の放射線治療の均てん化と水準の向上のため、放射線治療の品質保証などがん診療連携拠点病院等に対する技術的支援を行う。 						
粒子線治療との連携	<ul style="list-style-type: none"> ■ 将来的には、県内で民間等の主導による粒子線治療施設が提案された場合の連携の在り方を検討する。 						

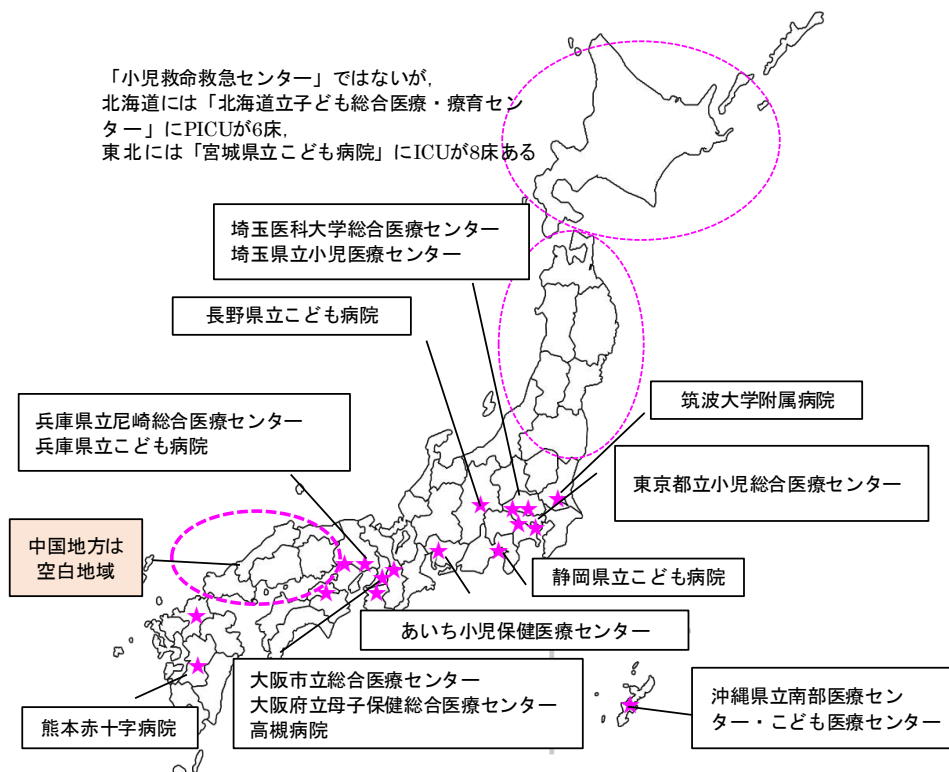
⁵² 広島がん高精度放射線治療センター [ハイブラック] ホームページを基に作成

全国的に小児救命救急センターやPICUの整備が広がっている中で、本県を含めた中国地方は、小児救命救急センターの空白地域となっている。現状は、各病院がICUを小児にも活用することで、小児医療に対応している状況である。本県における小児10万人あたり小児専攻医師の採用数（3年間）は4.7人であり、全国平均11.0人と比較して少ない状況にある。

なお、小児救命救急センターが配置されている都道府県のうち、小児専攻医を全国平均以上に確保できている都道府県においては、人口10万人あたり幼児・小児死亡率が全国平均より低くなっている。

図表 54 全国の小児救命救急センターの状況⁵³

病院名	所在地	PICU病床 (床)	PICU 利用率 (%)	指定時期	所在地	小児 (15歳未満) 人口 (人)	小児10万人あたり 3年間採用数 小児専攻医師 (人)	人口10万人あたり 幼児(5歳未満) 死亡率 (人)	人口10万人あたり 小児(15歳未満) 死亡率 (人)
長野県立こども病院	長野	12	79.4%	1994年5月	長野	250,000	8.8	36.8	14.5
静岡県立こども病院	静岡	10	75.9%	2007年6月	静岡	447,000	8.5	59.1	22.6
東京都立小児総合医療センター	東京	20	74.8%	2010年3月	東京	1,553,000	24.9	38.2	18.2
筑波大学付属病院	茨城	20	82.1%	2013年1月	茨城	342,000	9.1	67.9	26.0
熊本赤十字病院	熊本	8	71.1%	2013年4月	熊本	233,000	10.3	52.7	21.3
埼玉医科大学総合医療センター	埼玉	16	44.6%	2016年3月	埼玉	881,000	7.9	41.9	18.9
あいち小児保健医療総合センター	愛知	16	0.4%	2016年3月	愛知	991,000	8.3	49.2	21.0
沖縄県立南部医療・こども医療センター	沖縄	8	77.7%	2016年3月	沖縄	245,000	10.2	39.0	17.0
埼玉県立小児医療センター	埼玉	14	78.5%	2017年1月	埼玉	881,000	7.9	41.9	18.9
兵庫県立尼崎総合医療センター	兵庫	8	57.9%	2017年4月	兵庫	674,000	12.9	41.5	18.4
兵庫県立こども病院		6	83.4%						
大阪市立総合医療センター	大阪	12	80.7%	2018年11月	大阪	1,043,000	13.8	46.7	18.9
大阪府立母子保健総合医療センター		12	73.6%						
高槻病院		8	56.4%						
合計		176	66.4%	-	全国	15,213,000	11.0	47.9	20.3
					広島	358,000	4.7	41.6	20.1



⁵³ 厚生労働省「病床機能報告(令和元年度)」, 厚生労働省より死亡率数は「人口動態統計(令和元年度)」, 人口は「人口推計(平成30年度10月1日時点)」のデータ, 各医療機関ホームページを基に作成

現在全国で行われている先端医療として、以下のようなものがある。

図表 55 先端医療の例⁵⁴

	医療機器 関連	高分子・低 分子関連	遺伝子関連	生体材料	マテリアル 関連	ビッグデー タ関連
診断領域	<ul style="list-style-type: none"> ■ 画像診断 ■ カプセル内視鏡 ■ 遠隔診断 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 分子イメージング 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ゲノミクス 	—	—	<ul style="list-style-type: none"> ■ バイオバンク ■ AI
治療領域	<ul style="list-style-type: none"> ■ 人工腎臓 ■ 手術ロボット ■ 陽子線治療 ■ 重粒子線治療 ■ スマート手術 ■ 治療用アプリ 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 新規抗体医薬品 ■ 新規ペプチド医薬品 ■ 核酸医薬品 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 遺伝子治療 ■ ゲノミクス 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 再生医療 ■ バイオ3Dプリンター 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ナノマテリアル ■ DDS用材料 	<ul style="list-style-type: none"> ■ バイオバンク ■ AI

図表 56 先端医療の概要⁵⁵

名称	説明
画像診断	8K内視鏡など、先進的な画像診断技術を想定
遠隔診断	主に生活習慣病等の維持治療に活用。次期診療報酬改定で初の本格的評価が期待される
人工腎臓	透析患者のQOL向上の一助となる。装着型、植込み型等があり、国内外で開発が進んでいる
手術ロボット	ダ・ヴィンチ等を想定
陽子線治療	粒子線治療の一種で、重粒子線とは効果的な癌腫が異なる
重粒子線治療	粒子線治療の一種で、陽子線とは効果的な癌腫が異なる
スマート手術室	AR（拡張現実）、VR（仮想現実）等の最新技術を盛り込み、手術成績の向上を狙った手術室を想定
治療用アプリ	禁煙アプリや、医師間での診断画像共有アプリ等の医療機器として分類されるようなアプリケーションソフトを想定
分子イメージング	非常に解像度の高い顕微鏡を基に、生体内の分子の動きを明らかにし、疾患の治療につなげる技術を想定
新規抗体医薬品	従来よりも効果的な抗体医薬品（抗がん剤等）を想定
新規ペプチド医薬品	従来よりも効果的なペプチド医薬品（抗がん剤等）を想定
核酸医薬品	近時、開発が進みつつある核酸合成技術を用いた医薬品で、従来の医薬品では狙えないmRNAやmiRNA等の分子を創薬ターゲットとできる
ゲノミクス	全ゲノム解析を通じて、何らかの疾患を起こし得る遺伝子変異を特定し、予防・診断・治療につなげる
遺伝子治療（クリスパー、キャス9など）	遺伝子編集技術を用いて、先天的疾患や難治疾患の治療を図る
再生医療	ES細胞やiPS細胞を用いて任意の組織・臓器を構築し、患者に移植する
バイオ3Dプリンター	3Dプリンター技術を用いて、従来の細胞培養では困難だった細胞群の3次元構築を実現し、疾患の治療や研究に役立てる
ナノマテリアル（ナノファイバシート）	ナノレベルの小ささのマテリアルに治療薬や診断機器などを組み合わせて、体内の任意の場所へそれらを運搬し、所期の効果を発揮させる
DDS（ドラッグデリバリーシステム）用材料	非常に効果が高いが、そのままでは特定の臓器に到達できない（もしくは毒性の強い）薬物を、目的とする臓器へ選択的に到達させる
バイオバンク	健常者や患者から生体組織を採取し、カルテ情報等と共に大規模データバンク化し、その豊富な情報を基に、疾患の研究や治療を推進させる
AI（人工知能）	人間では処理しきれないような大量の情報を、半ば自動的に順序付けしていくプログラム。効果を発揮するためには、土台となるデータセットの質が重要

⁵⁴ 広島県調査

⁵⁵ 広島県調査

2014年に政府から出された、『医療分野研究開発推進計画』において、医療分野の研究開発並びにその環境整備及び成果の普及について言及されており、基礎から実用化までの一貫した研究開発が行われている。その中で、IoTを活用して各種医療機器・設備を接続・連携させ、手術の進行や患者の状況を統合把握することにより、手術の精度と安全性を向上させる「スマート治療室」の開発が進められており、本県の広島大学をはじめ国内の医療機関が開発・運用を進めている。

図表 57 国内のスマート手術室の状況⁵⁶

大学名	詳細
広島大学	<ul style="list-style-type: none"> ■ 2014年、AMEDによる『未来医療を実現する医療機器・システム研究開発事業』の一環として、『安全性と医療効率の向上を両立するスマート治療室の開発』が始動（開発期間：5年）
信州大学医学部 附属病院	<ul style="list-style-type: none"> ■ 2018年3月13日運用開始 ■ スタンダードモデル（販売版）：臨床利用可能なレベルのOPeLiNK（デンソーウェーブ社の産業用ミドルウェアORiN（Open Resource interface for the Network）を医用に転用したもので、通信規格やメーカーを問わず、各機器を接続・統合できる）が導入されたスマート治療室。手術室のほぼ全ての機器がネットワークで接続されている。
東京女子医科大学 大学院	<ul style="list-style-type: none"> ■ 2019年4月3日運用開始 ■ ハイパータイプ（高機能版）：新規開発のロボットベッド等のロボット化、情報のAI化を目指し、高密度集束超音波等の新規精密誘導治療の検討を行う。 ■ 2018年2月時点で臨床1例施行。

広島大学では、5Gを適用した治療を国内で初めて成功させるなど、多くの実績をあげている。

図表 58 広島大学病院のスマート手術室の取組⁵⁷

	詳細
経緯	<ul style="list-style-type: none"> ■ 2014年、AMEDによる『未来医療を実現する医療機器・システム研究開発事業』の一環として、『安全性と医療効率の向上を両立するスマート治療室の開発』が始動（開発期間：5年）当該事業に広島大学が参画。同大学から8人がプロジェクトメンバーに参加。 ■ 2016年7月18日、ベーシックモデルとして広島大学病院にて運用開始。 ■ 2019年3月末に当該事業の開発期間が終了。 ■ 2019年11月29日、広島大学病院と㈱NTTドコモにて5Gをスマート治療室適用する実験を行い、国内で初めて成功。
ベーシックモデル（基本版）について	<ul style="list-style-type: none"> ■ 術中MRIを中心とした国産医療機器（2019年4月時点、国内メーカーを中心に31社の46機器）を情報統合可能な形にパッケージ化したもの。 ■ 悪性脳腫瘍やてんかんなどの脳外科や、骨腫瘍など整形外科領域で40床例以上の臨床研究が行われている。 ■ 既に国内4施設に導入され、海外展開も始まっている。
臨床実験及び研究内容	<ul style="list-style-type: none"> ■ 脳腫瘍（主にグリーマ）の摘出術、難治性てんかんに対する病巣切除、再発骨腫瘍に対する切除術と対象領域の水平展開を実施。 ■ 中枢神経再生に関するヒト頭蓋骨髄を用いた細胞誘導に関する研究（保健学科 弓削教授研究室との共同研究）。 ■ 迷走神経刺激によるてんかん現象制御の基礎的研究（2014年基盤研究C、広島国際大学との共同研究）。 ■ 微小重力環境を用いた下垂体幹細胞の培養技術の開発-人工下垂体への応用を目指して-（2013年基盤研究B）。 ■ 脳磁図データ統一化ツールの開発（若手研究B）。 ■ 島皮質直接脳波・脳磁図計測による感性の可視化技術に関する研究（BMKにおけるCOI感性プロジェクトとの共同研究）。 ■ てんかんの遠隔医療支援事業のためのパイロット研究（広島大学疫学研究、アルム社との共同研究）。 ■ 難治性てんかん患者の脳組織の形態学的研究（新潟大学との共同研究）。 ■ 小児がん患者の化学療法・放射線治療が脳発達に与える影響について小児科との共同研究。 ■ 脳腫瘍におけるテロメア、micro RNA研究（薬学部との共同研究）。 ■ 脊髄血管血流動態、腫瘍に関する臨床研究。 ■ 手術の際の電気生理モニタリングの臨床研究。

⁵⁶ 各大学ホームページ等を基に作成

⁵⁷ 広島大学ホームページ等を基に作成

【医療提供体制の状況から見える課題】

課題	詳細
効率的な医療資源の配置	<ul style="list-style-type: none"> ■ 今後、更なる医療機能の再編を推進するにあたり、各圏域で不足する機能を充足するよう病床機能の分化及び連携を推進していく必要がある。
病床機能の分化・連携の推進	<ul style="list-style-type: none"> ■ 広島県の高度急性期病床や急性期病床は広島医療圏に集中しているため、広島県として将来医療需要に対応した医療提供体制を構築していくには、広島医療圏内における医療機能の見直しや医療機関の役割分担の検討を優先的に進めていく必要がある。
医療資源が集中する広島都市圏における高度医療の提供	<ul style="list-style-type: none"> ■ 本県全体において医療機器は充足しているが、医療圏において偏在が見られる。今後、医療機能の再編と並行して、医療機器等の適正配置に向けた取組を進める必要がある。 ■ 本県における提供医療の高度化に向けて、広島大学や広島都市圏の基幹病院等を中心に、連携や役割分担の検討が必要である。 ■ 小児医療領域における「小児救命救急施設の不足」や「医師確保」といった課題解決に向け、小児医療体制の集約化・効率化・高度化等を進める必要がある。
医師の地域・診療科偏在の解消	<ul style="list-style-type: none"> ■ 県内の医療圏間において、医師の偏在が見られる。特に、過疎市町を擁する医療圏に医師を供給する仕組みを構築する等の対策が必要である。 ■ へき地医療拠点病院を中心とした医療提供体制を確保するためにも、広島都市圏の拠点病院等から各地域拠点への医師派遣を通じて、地域拠点における医師の充実に取組とともに、各医療圏における医療機能再編・再配置が必要である。 ■ 今後、高齢化が進む中で、適切な初期対応を行うための総合的な診察能力を有する総合医のニーズがますます高まることが予想されており、総合診療医（家庭医を含む）を育成・確保し、高齢化が進む地域医療を維持していく必要がある。
県外から医師を惹きつける魅力ある医療現場の創出	<ul style="list-style-type: none"> ■ 将来にわたって安定的に医師を配置できるよう若手医師の確保が必須である。 ■ 専攻医の確保に向けて、症例数の集約や育成環境の整備が必要である。 ■ 小児科、産婦人科、循環器科、心臓血管外科等の専門医確保に向けては、症例数の集約や医師を育成する場の更なる充実も必要である。
医師のキャリア形成の支援	<ul style="list-style-type: none"> ■ 初期臨床研修医が専門研修プログラムを選択するにあたって考慮・重視する事項を基に魅力あるプログラム作りが必要である。また、初期臨床研修医確保に向けては、指導體制の検討が必要である。
医師の働き方改革の推進	<ul style="list-style-type: none"> ■ 医師労働時間の規制等を鑑みた体制構築が必要である。
女性医師が働きやすい環境づくり	<ul style="list-style-type: none"> ■ 今後の医師確保においては女性医師が働きやすい環境整備の検討が必要である。 ■ 女性医師確保の観点では、休職・離職理由等を鑑みた、復職しやすい職場環境整備等の取組を検討していく必要がある。

【取組の方向性】

- 将来の医療需要を見据えた病床機能の分化・連携の推進
- 効率的な医療資源（人的・物的）の配置
- 医療資源が集中する広島都市圏における更なる医療の高度化
- 医師の地域及び診療科における偏在の解消
- 医師を惹きつける魅力があり働きやすい医療現場の創出

3 新興・再興感染症への対応

本県における感染症に対応可能な医療機関として、第一種感染症指定医療機関が1病院、第二種感染症指定医療機関が7病院ある（

図表 59）。また、保健・医療及び福祉の現場において、感染症管理に関する熟練した看護技術及び知識を有する認定看護師数は年々増加しており、2021年6月時点で71人となっている（図表 60）。

図表 59 広島県における感染症指定医療機関⁵⁸

・第一種感染症指定医療機関

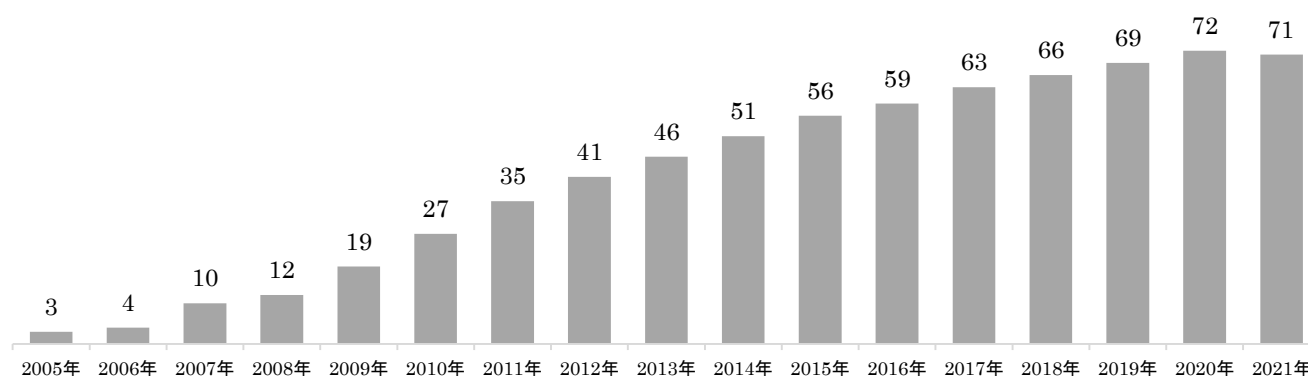
病院名	病床数
広島大学病院	2床

・第二種感染症指定医療機関

病院名	病床数	
	感染症	結核病床
地方独立行政法人広島市立病院機構 広島市立舟入市民病院	16床	-
福山市民病院	6床	-
独立行政法人国立病院機構 東広島医療センター	4床	16床
国家公務員共済組合連合会 吉島病院	-	41床
国家公務員共済組合連合会 呉共済病院	-	5床
公立学校共済組合 中国中央病院	-	6床
総合病院 庄原赤十字病院	2床	-

※第一種感染症（エボラ出血熱、天然痘、ペスト等）、第二種感染症（結核、SARS、MARS等）

図表 60 感染症管理*認定看護師数の推移（人）⁵⁹



※感染症管理課 A 過程と B 過程の合計数

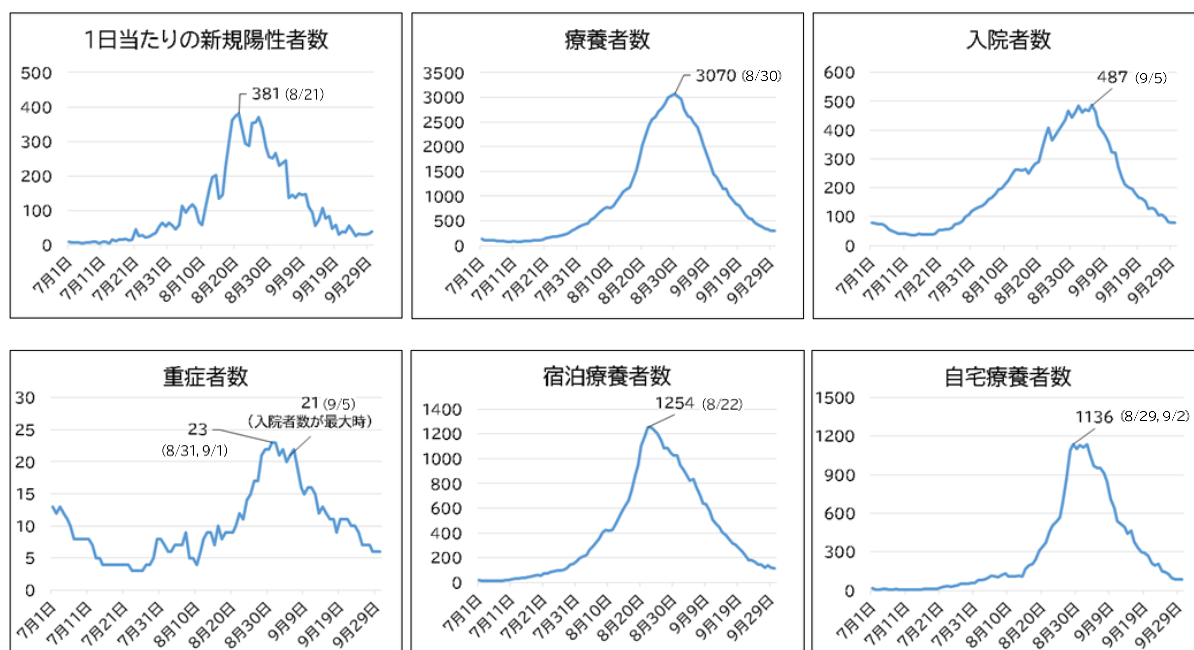
⁵⁸ 厚生労働省「感染症指定医療機関の指定状況（令和2年10月1日）」、厚生労働省「第二種感染症指定医療機関の指定状況（令和2年10月1日）」を基に作成

⁵⁹ 公益社団法人日本看護協会のデータを基に作成

広島県において、第5波（2021年7月1日～9月29日）では、8月中旬以降から感染が急拡大し感染者を受入れる病院の負担が増大した。また、保健所業務がひっ迫し、健康観察業務に影響が見られた。更に、患者受入病院や宿泊療養施設等への患者搬送がひっ迫した。2021年12月現在、ワクチン接種の進展に伴い、重症患者は減少傾向にあるが、今後は、宿泊療養者や自宅療養者の外来受診・治療需要が増大すると見込まれる。

重症化予防や発症抑制に効果のある中和抗体療法の実施体制の整理を行い、一部地域で短期入院による投与が進んでいる。

図表 61 広島県における第5波（2021年7月1日～9月29日）の感染状況等⁶⁰



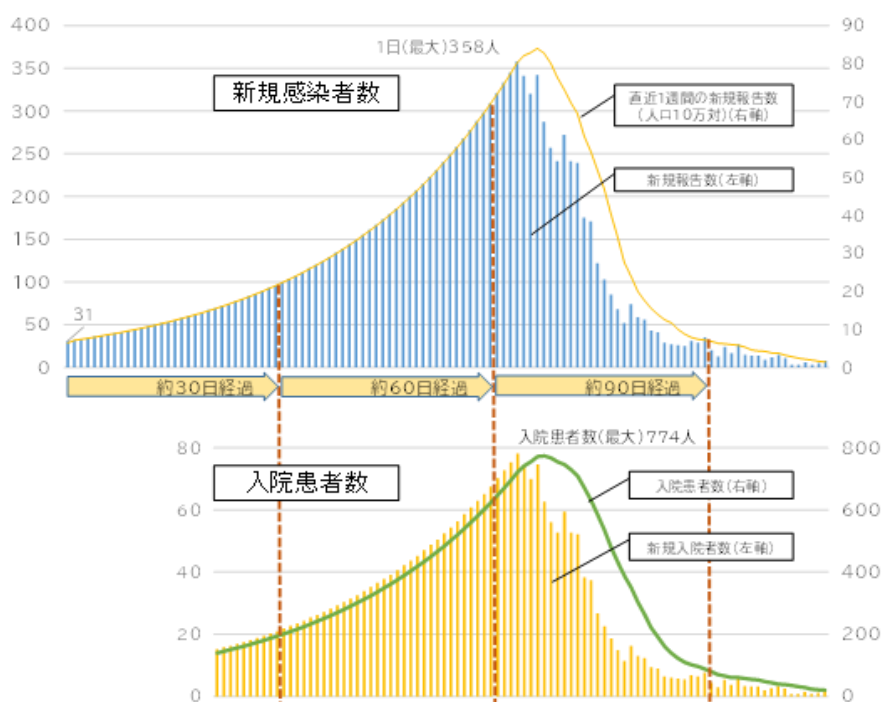
⁶⁰広島県作成

今後予想される第6波に向け、医療へのアクセス体制整備、医療人材確保、保健所業務や患者搬送の民間業者への委託等を検討していく必要がある。

図表 62 第6波の対応方針

- 入院・宿泊療養を基本とするが、やむを得ず自宅療養となった場合でも、医療にアクセスできる体制を整備
- 医療人材の確保、患者受入病院等への応援体制の確保
- 保健所業務の負担軽減のため、健康観察業務の民間委託の検討
- 患者搬送においては、運転業務等の民間委託の促進
- 宿泊・自宅療養者等の中和抗体療法の実施体制を地域ごとに整備

図表 63 第6波における新規感染者数と入院患者数のシミュレーション



区分	第6波で想定する患者数	R3.10.1 国通知による算定値	第5波での最大値	第5波での確保数
1日の新規感染者数 [最大] (ピーク日を中心とした1週間平均)	358人 (337人)	381人 (334人)	381人 (334人)	病床確保計画の想定 400人
入院患者数 [最大]	774人	584人	487人	最大確保病床数 872床
うち重症者数 [最大]	45人	—	23人	—
宿泊療養者数 [最大]	1,971人	2,270人	1,254人	最大確保居室数 2,397室
自宅療養者数 [最大] (拡大期の自宅割合25%を想定)	348人 (580人)	216人	1,136人	—

第6波に向けて、病床数の確保、宿泊療養・自宅療養への対応、重症化予防、医療人の確保について目標を図表64に示す。

図表 64 第6波に向けた整備目標

区分	現状(第5波)	目標(第6波)
入院病床	即応病床数 836 床 確保病床数 872 床(フェーズ5)	必要病床数 911 床 確保病床数 938 床(フェーズ5)
臨時の医療施設 (内数)	酸素センター 39 床 ※ 宿泊療養施設に併設	酸素センター106 床 既設: 1 施設 39 床 予定: 2 施設 67 床(独立設置)
宿泊療養施設	稼働室数 15 施設 2,270 室 確保室数 16 施設 2,397 室	必要室数 1,971 室 確保室数 16 施設 2,397 室
自宅療養	<ul style="list-style-type: none"> 二次保健医療圏ごとに、オンライン診療、往診、訪問看護、薬剤処方体制の確保 陽性者外来の受診調整体制を各保健所に確保 自宅療養者への食事の提供等業務の民間委託 	<ul style="list-style-type: none"> 二次保健医療圏ごとに、陽性者外来、オンライン診療、往診、訪問看護、薬剤処方体制の本格運用 陽性者外来の受診調整体制を各保健所に確保 自宅療養者の健康観察業務の民間委託の検討 自宅療養者への食事の提供等業務に関連した市町との連携調整(感染症法第44条の3第6項)
重症化予防		
陽性者外来	<ul style="list-style-type: none"> 広島地区は5病院による輪番体制を構築・運用 	<ul style="list-style-type: none"> 二次保健医療圏ごとに、外来診療体制(搬送を含む)を構築・運用 患者受入病院以外の医療機関での実施を協議、運用開始
中和抗体療法	<p>[対象] 軽症、中等症(1)</p> <p>[方法]</p> <ul style="list-style-type: none"> 入院患者に対して適宜実施 短期入院(可能ならば外来) 広島・福山地区で、早期治療開始及び効率的な運用に向けた実施体制を試行中 	<p>[対象] 軽症、中等症(1)に加え無症状者、同居の濃厚接触者に拡大</p> <p>[方法]</p> <ul style="list-style-type: none"> 短期入院、可能ならば外来 ピーク時の圏域の実情に応じた搬送体制の整備や患者受入病院の負荷を軽減する運用が検討課題
医療人材の確保・応援体制	<ul style="list-style-type: none"> 陽性者外来に看護師を応援派遣 	<ul style="list-style-type: none"> 臨時の医療施設や陽性者外来等への医療従事者の派遣・輪番体制の整備

【新興・再興感染症への対応から見える課題】

課題	詳細
新興・再興感染症対応と一般医療の両立	<ul style="list-style-type: none"> ■ 感染症拡大時においても、一般の医療提供体制に支障が生じないように、感染症対応と一般医療の役割分担を検討していく必要がある。 ■
新興・再興感染症への機動的な対応	<ul style="list-style-type: none"> ■ 速やかな感染症対応病床への転換による病床確保の仕組みや、潜在看護師の登録・派遣制度などによる人材の確保等、新興・再興感染症拡大といった緊急事態へ機動的に対応できる体制の構築に向けた検討が必要である。 ■ 2021年12月現在、ワクチン接種の進展に伴い、重症患者の減少及び軽症・中等症患者が増加の増加が見られ、今後は、宿泊療養者や自宅療養者の外来受診・治療需要が増大すると見込まれ、今後状況の応じた対応が必要である。
専門人材の育成	<ul style="list-style-type: none"> ■ 本県においては、中小規模医療機関が多く、ECMOを操作できる人員が配置されている医療機関が限られているため、今後専門人材の育成が必要である。 ■ また、院内の感染症対策のみならず、医療機関や社会福祉施設におけるクラスター発生に迅速に対応できるよう、感染管理認定看護の育成が必要である。

【取組の方向性】

- 新興・再興感染症への機動的な対応

4 SWOT 分析

本県の医療における現状・課題の分析, 及び, 関係者へのヒアリングなどを踏まえ, 本県の強み・弱みを整理するとともに, 今後の医療分野をとりまく環境変化や制度の見直しなどを踏まえ, 本県の目指す姿の実現に向けた取組の方向性を次のとおり整理した。

図表 65 広島県の医療提供体制についての SWOT 分析

		機会 (Opportunity)	脅威 (Threat)
		<ul style="list-style-type: none"> ■ 地域医療構想の推進 ■ 公立病院改革ガイドラインの推進 ■ 初期研修医の意識 (図表 43) ■ 総合医のニーズ増加 (図表 37) ■ 新たな治療薬, 治療技術の開発 (図表 55) ■ 低侵襲手術のニーズ拡大 (図表 56) ■ 働き方改革への対応 (図表 47, 図表 48, 図表 49) ■ 遠隔診療, IT 化の推進 (図表 55) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 高齢者人口の増加 (図表 1, 図表 2) ■ 生産年齢人口の減少 (図表 1, 図表 2) ■ 医療需要の増加 (脳・循環器) (図表 3, 図表 4, 図表 5, 図表 6) ■ 医療需要の減少 (小児・周産期) (図表 3, 図表 4, 図表 5, 図表 6) ■ 死亡率の増加 (悪性新生物, 心疾患) (図表 13, 図表 14) ■ 高齢出産 (ハイリスク分娩) の増加 (図表 16) ■ 豪雨災害の頻発・南海トラフ地震の恐れ ■ 新興感染症の発生 (図表 61)
強み (Strong)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 医師数が全国平均よりも多い (図表 28) ■ 県内唯一の医療機関である広島大学の影響力が大きい ■ 充実した高度医療機器の整備 (図表 51) ■ 基幹病院が連携した放射線治療の実施 (図表 53) ■ がん手術件数の増加 ■ IoT を活用した新たな医療技術の開発 (図表 58) ■ 周産期死亡率が全国平均よりも低い 	<p style="text-align: center;">【目指す姿の実現に向けた取組の方向性】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 将来の医療需要を見据えた病床機能の分化・連携の推進 2. 効率的な医療資源 (人的・物的) の配置 3. 医療資源が集中する広島都市圏における更なる医療の高度化 4. 医師を惹きつける魅力があり, 働きやすい医療現場の創出 5. 医師の地域及び診療科における偏在の解消 6. 新興・再興感染症への機動的な対応 	
弱み (Weakness)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 救急隊からの照会回数 4 回以上は全国平均よりも悪い (図表 10, 図表 11) ■ 救急隊から照会に至らなかった理由として, 処置困難と医師不在であり, 全国平均よりも悪い (図表 12) ■ 病院の分散, 非効率な体制 (図表 21, 図表 22) ■ 過剰病床, 病床の役割分担の偏在 (図表 23, 図表 24) ■ 重複する医療機能 (広島圏域) (図表 26, 図表 27) ■ 若手医師の不足 (減少) (図表 38, 図表 39, 図表 40, , 図表 42) ■ 医師の地域・診療科偏在 (図表 30, 図表 32, 図表 33, 図表 34, 図表 35) ■ 無医地区数の増加 (図表 34) ■ 女性医師の不足 (図表 29) ■ 小児救命救急センター (PICU) の未設置 (図表 54) ■ ECMO 操作人員が限定的 		

第3章 目指す姿の実現に向けた考察

1 先進事例調査

第1章から第2章にかけて、本県の目指す姿とその実現に向けた取組の方向性を整理した。

第2章でまとめた「目指す姿の実現に向けた取組の方向性」と類似した取組事例を元に、関連医療機関が果たしている役割を整理し、今後の具体的な取組の参考とするため、全国の先進的な医療機関の取組について調査を行った。

図表 66 医療機関事例調査結果（概要）と事例関連医療機関が果たしている役割⁶¹

先進事例施設	本県の参考となる取組事例	本県が目指す姿の実現に向けた取組の方向性				
		1.病床機能の 分化・連携 の推進	2.効率的な医 療資源（人 的・物的） の配置	3.医療の 高度化	4.医師を惹き つける魅力 ある医療現 場の創出	5.医師の地域 及び診療科 における偏 在の解消
【事例①】 済生会熊本病院	後方連携・患者情報の共有 ■ 患者の評価・対応方針を施設間で共有し、信頼関係を伴う強固な連携の仕組みを確立することで、質の高い、患者中心の医療を地域で継続して実現することを目的としている。	○	○		○	
【事例②】 埼玉県立小児医療 センター、さいたま 赤十字病院	隣接連携による高度医療提供, IT 技術の導入 ■ 2 病院の連携部門を同一階で配置し、渡り廊下で連携することで、患者転院や施設共用等がスムーズに実施することが可能となり、周産期や救急分野での相互補完により強化している。 ■ IT 技術を導入し、地域産科医療機関との連携を図り、地域医療に貢献している。	○	○	○	○	○
【事例③】 地域医療連携推進 法人日本海ヘルスケア ネット	医療資源の有効活用 ■ 10 法人で地域医療連携推進法人を設立し、地域一体となって限りある医療資源を有効活用し、医療を提供している。	○	○	○	○	○
【事例④】 亀田総合病院	世界最先端医療機器の導入 ■ がん放射線治療と化学療法 of 拡充を図るために、がん治療施設を開設し、最新の医療機器等を導入し、患者に安全を重視した医療を提供している。			○	○	
【事例⑤】 虎ノ門病院	専門特化したがんセンター、がん関連診療科をつなぐ「がん総合診療部」 ■ がんの中でも専門性が必要とされる食道がん治療をセンター化し、複数診療科による治療を提供している。 ■ 診療科間の垣根を超えたサポートチームにより患者サービスを提供している。		○	○	○	

⁶¹ 各病院・団体ホームページ等を参考に作成

先進事例 施設	本県の参考となる取組事例	本県が目指す姿の実現に向けた取組の方向性				
		1.病床機能 の分化・連 携の推進	2.効率的な医 療資源（人 的・物的）の 配置	3.医療の 高度化	4.医師を惹き つける魅力あ る医療現場の 創出	5.医師の地域 及び診療科 における偏 在の解消
【事例⑥】 神戸市立医療セン ター中央市民病院	最先端・高精度医療設備の整備 ■ 神戸市の基幹病院として、市民の生命と健康を守ることを目的に、患者中心の質の高い医療を提供している。 ■ ハイブリット手術室を整備した脳卒中センターや、最先端の医療機器を兼ね備えた循環器センター等を整備することで、医師を惹きつける要因となっている。			○	○	
【事例⑦】 倉敷中央病院	高度医療提供, チーム医療提供, 症例集積, IT技術の導入 ■ 「地域統合型医療」への転換を進めるため、ヒト・情報の相互交流を進め、地域医療全体の質向上と効率化を図っている。 ■ 高度医療を提供し、チーム医療を提供することにより、症例を集積させ治療成績を向上させている。また、若手医師を集積し、スタッフの充実を図っている。		○	○	○	
【事例⑧】 豊田地域医療セン ター	総合診療医育成 ■ 豊田地域医療センターを中心に、計26か所の研修先を確保し総合診療医を育成するプログラムを実施している。2018年、2019年、全国で最も多くの総合診療医を輩出している。				○	○
【事例⑨】 安佐市民病院	総合診療医育成・派遣 ■ 地域へ安心・安全・最適な医療提供体制を構築するため、総合診療医を育成・派遣している。 ■ 派遣先の病院とオンラインで繋ぎ、研修医がいつでも相談できる体制を構築している。				○	○
【事例⑩】 川崎市・聖マリア ンナ医科大学アン ナ医科大学	指定管理者制度の導入 ■ 聖マリアンナ医科大学を指定管理者として指定し、医師の確保を行っている。 ■ 聖マリアンナ医科大学にとっても、本院でできない診療等を行うことが出来ている。		○			
【事例⑪】 湘南鎌倉総合病院 救急総合診療科 (ER)	地域医療機関との連携, 救急救命士の活躍 ■ 「初療を集約, 入院を分担」をコンセプトに地域連携している。 ■ 救急救命士を中心に、業務分担を進めている。	○	○			
【事例⑫】 大阪急性期・総合 医療センター	大阪府と大阪市による母子医療センターの共同運営 ■ 大阪府と大阪市の共同運営により、二重行政の解消を図り、医療資源の集約・強化、小児周産期医療体制の充実等に取組んでいる。		○			

【先進事例調査】

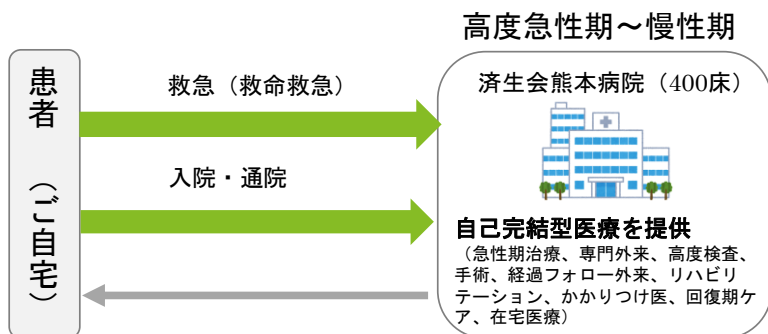
① 【事例①】 済生会熊本病院

本県における取組の方向性	参考となる先進的取組事例等
1. 病床機能の分化・連携の推進	<ul style="list-style-type: none"> ■ 後方連携強化や医療機器の導入により、急性期医療の症例を集積させて高い医療の質を保っている。 ■ データ分析やRPA化、リモート診療等ICT機器を活用することで、病院内外との連携を図っている。
2. 効率的な医療資源（人的・物的）の配置	
4. 医師を惹きつける魅力ある医療現場の創出	<ul style="list-style-type: none"> ■ 技術診療支援等により、魅力的な育成環境等を通じ、医師等の医療従事者を確保している。

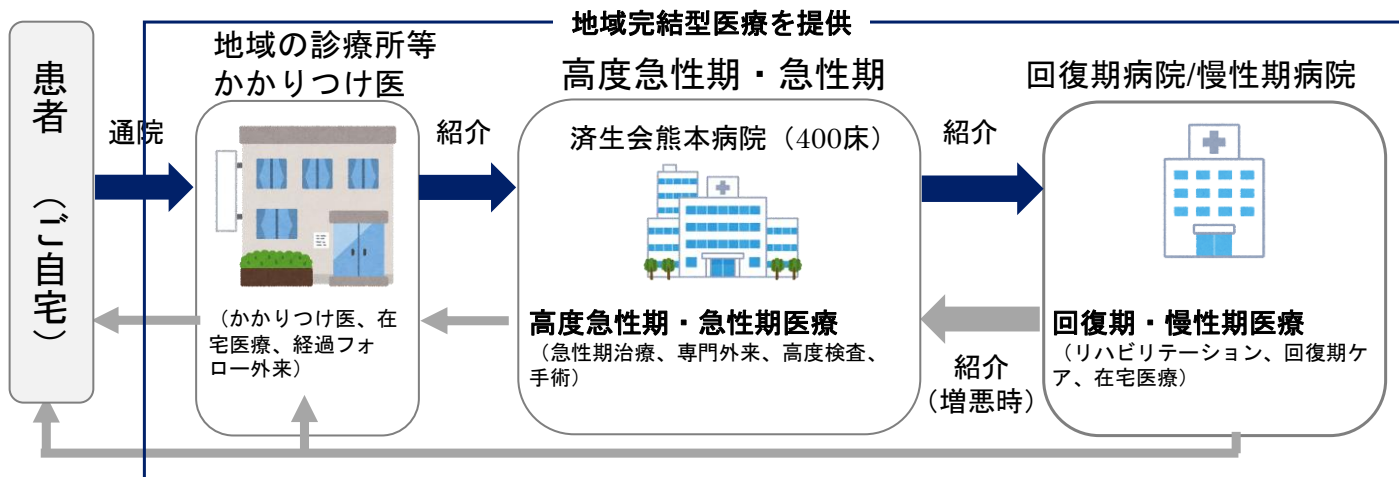
<施設・取組概要>

済生会熊本病院は急性期病院で、特定の回復期系病院との連携でリソースを集中させ、信頼関係を伴う強固な連携の仕組み（アライアンス）を確立している。地域医療連携前（図表 67）は急性期～回復期や在宅医療まで「自院完結型医療」を提供していた。しかし、より多くの患者に質の高い医療を提供するためには、地域全体で患者をサポートする「地域完結型医療」を提供していく必要があると考え、連携を強化する取組を進めた（図表 68）。

図表 67 済生会熊本病院と関係医療機関における地域医療連携前イメージ⁶²



図表 68 済生会熊本病院と関係医療機関における地域医療連携後イメージ⁶³



⁶² 公開情報を基に作成

⁶³ 公開情報を基に作成

■ 後方支援病院との連携強化

済生会熊本病院と連携病院との間で、「医療情報の差（暗黙知情報のモレ等）」によって、転院時に患者の不利益とならないよう、患者像や診療能力の相互理解を含めた情報連携を実施している。また、双方で転院患者の転帰を共有・モニタリングしたうえで、最適な転院タイミングの検証や、紹介先病院への医師派遣などにより、アライアンスの質をコントロールする等、患者目線に基づいた仕組み作りを行っている。

その他、特徴的な取り組みとして、空床情報のアライアンス病院との共有や、アライアンス病院と救急外来からの直接転院調整、人材育成の機会を創出する等、連携医療機関と一緒に「質の高い患者中心の医療を地域で実現する」という共通目的を目指し取組が進められている

■ コスト減を目指し、IT 技術を導入

今後、人口減少等の理由から、医療資源の公正な分配を意識する必要があるため、地域医療機関との連携の下で、コストを抑えた適正な医療を提供することが必要である中で、中期事業計画に「デジタル化を基盤とした『価値中心の医療』の実施」を掲げ、IT 技術を導入した取組が行われている。具体的には、電子化パスと NECV（Novel Electronic Clinical pathway analysis Viewer）を活用し、データ分析を行い、例えば適正なタイミングでの転院を支援し、安全で質の高い地域完結型医療の提供を行うといったことが行われている。また、過疎地での医療サービスの提供には、オンライン・リモートサービスが導入されており、専門医不在地域への医療提供を実現している。さらに、人的資源の有効活用として、事務作業のプロセス自動化（RPA 化）も導入されている。

済生会熊本病院における取組の方向性を整理した所、医療従事者の確保、高い医療の質、最新設備の整備、ICT の利活用について取組が行われていることがわかった。

② 【事例②】 埼玉県立小児医療センター，さいたま赤十字病院

目指す姿の実現に向けた取組の方向性	該当する取組等
1. 病床機能の分化・連携の推進	■ ICT 機器を活用した地域クリニックとの協働遠隔診療を行い、外部との連携を図っている。
2. 効率的な医療資源（人的・物的）の配置	
3. 医療資源が集中する広島都市圏における更なる医療の高度化	■ 小児生体肝移植，がんゲノム医療や CAR-T 細胞療法を実施する等，小児に特有用な高度医療を提供し高い医療の質を保っている。
4. 医師を惹きつける魅力ある医療現場の創出	■ 小児のサブスペシャリティ専門領域の専門医取得を推進し，医師等の医療従事者を確保している。
5. 医師の地域及び診療科における偏在の解消	

<施設・取組概要>

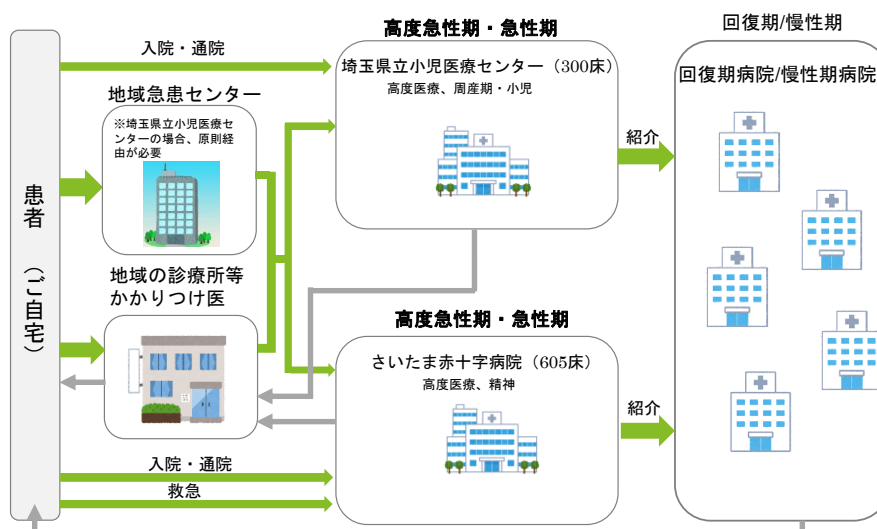
埼玉県立小児医療センターとさいたま赤十字病院は，小児医療の総合病院と成人医療の総合病院で，変化する出産事情への対応や，より高度な小児医療の提供，小児保健・発達支援へのさらなる取り組みなど，新たな課題の解決策を目的に連携を行っている。

■ 連携強化

移転連携前（図表 69）における埼玉県での周産期医療は，産科医と小児科医不足が課題となっていた。埼玉県は首都圏と隣接していることから，医師も首都圏へ流出する傾向にあり，出生数は多いが，それに見合った医師の確保ができておらず，患者が県外へ流出をしている状態であった。また，産科医が少ないために胎児の診断が不十分で出生後に先天性疾患が判明することが多かった。

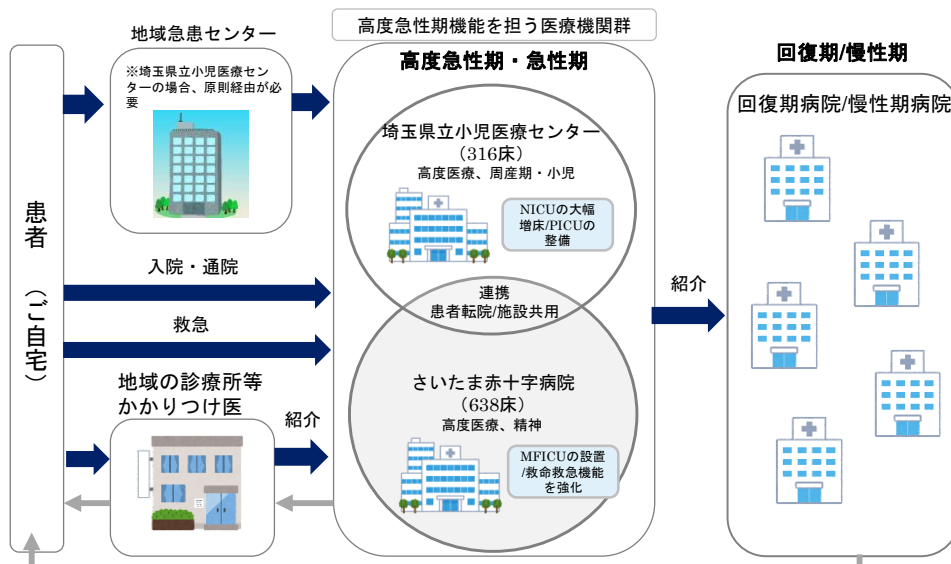
この課題を解決するため，当時建物の老朽化・耐震問題から建替えの話が出ていた，埼玉県立小児医療センターとさいたま赤十字病院を隣接移転させ，地域の周産期・小児医療の抱える課題を解決する連携取組が行われるようになった（図表 70）。

図表 69 埼玉県立小児医療センターとさいたま赤十字病院の連携前イメージ⁶⁴



⁶⁴ 公開情報を基に作成

図表 70 埼玉県立小児医療センターとさいたま赤十字病院の連携後イメージ⁶⁵



埼玉県立小児医療センターでは、PICU（小児集中治療室）14床を新設し、「小児救命救急センター」の指定を受けている。また、さいたま赤十字病院と一体で「総合周産期母子医療センター」の指定を受け、ドクター・カーの共同運営や、両病院間での患者情報共有を行い、ハイリスク分娩への埼玉県立小児医療センター小児科医の立会いや速やかな患者移送を可能にするなど2病院が隣接立地するメリットを活かした施設の共同利用を行っている。

■ 医師の育成

更に、地域医療支援病院として、地域の拠点病院に医師を派遣し、地域の医療水準向上等の取組を実施するだけでなく、小児のサブスペシャリティ専門領域の専門医取得を推進しており、高度な医療人材の育成を進め、小児特有の症例集積や総合病院との連携等、先進的な取組により医師への魅力が向上しており、医師集積にもつながっている。

■ 遠隔診断システムの構築

地域の産科医療機関のサポートも実施しており、ネットワークを通じた「遠隔胎児診断支援システム」を構築させている。

⁶⁵ 公開情報を基に作成

③ 【事例③】 山形県・地域医療連携推進法人日本海ヘルスケアネット

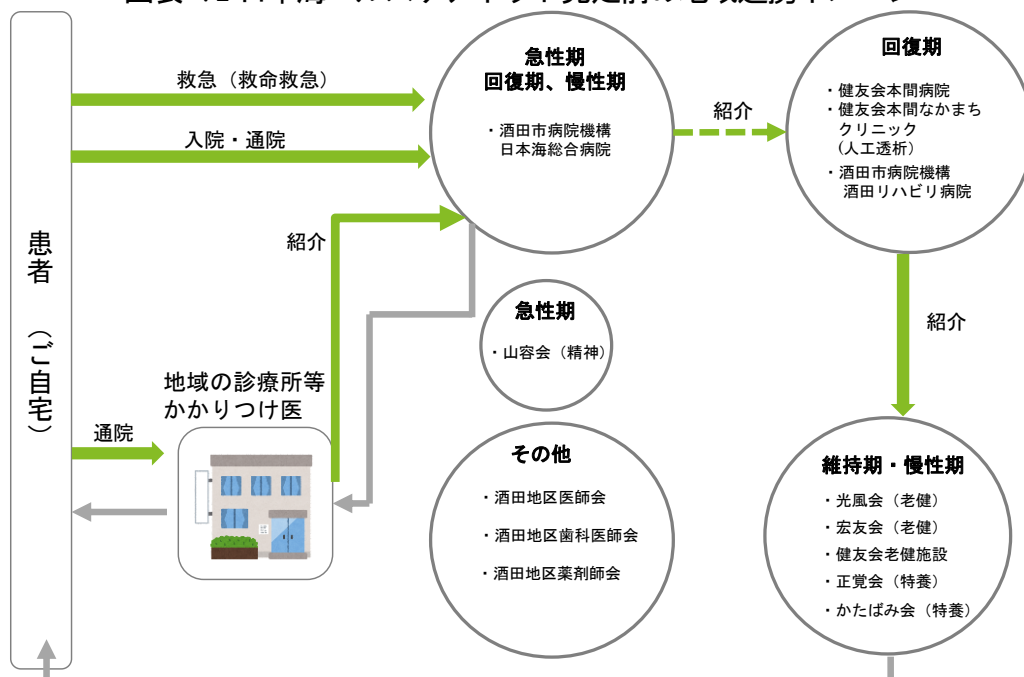
目指す姿の実現に向けた取組の方向性	該当する取組等
1. 病床機能の分化・連携の推進	<ul style="list-style-type: none"> ■ 連携医療機関と機能分化することにより、医療圏内で限りある人的・物的資源を最適配置し、日本海総合病院に急性期疾患を集積させ高い医療の質を保っている。
2. 効率的な医療資源（人的・物的）の配置	
3. 医療資源が集中する広島都市圏における更なる医療の高度化	
4. 医師を惹きつける魅力ある医療現場の創出	<ul style="list-style-type: none"> ■ 連携医療機関との協働教育体制を構築した医療従事者の確保や、医療圏内での医師の派遣等により、医師等の医療従事者を確保している。
5. 医師の地域及び診療科における偏在の解消	

<施設・取組概要>

地域医療連携推進法人日本海ヘルスケアネットでは、「施設最適化」から「地域最適化」への転換を基本方針とし、「日本海ヘルスケアネット」に参加する各法人の財務諸表、各種リース料など、経営データを共有し、地域で使用する費用の最適化を進めている。

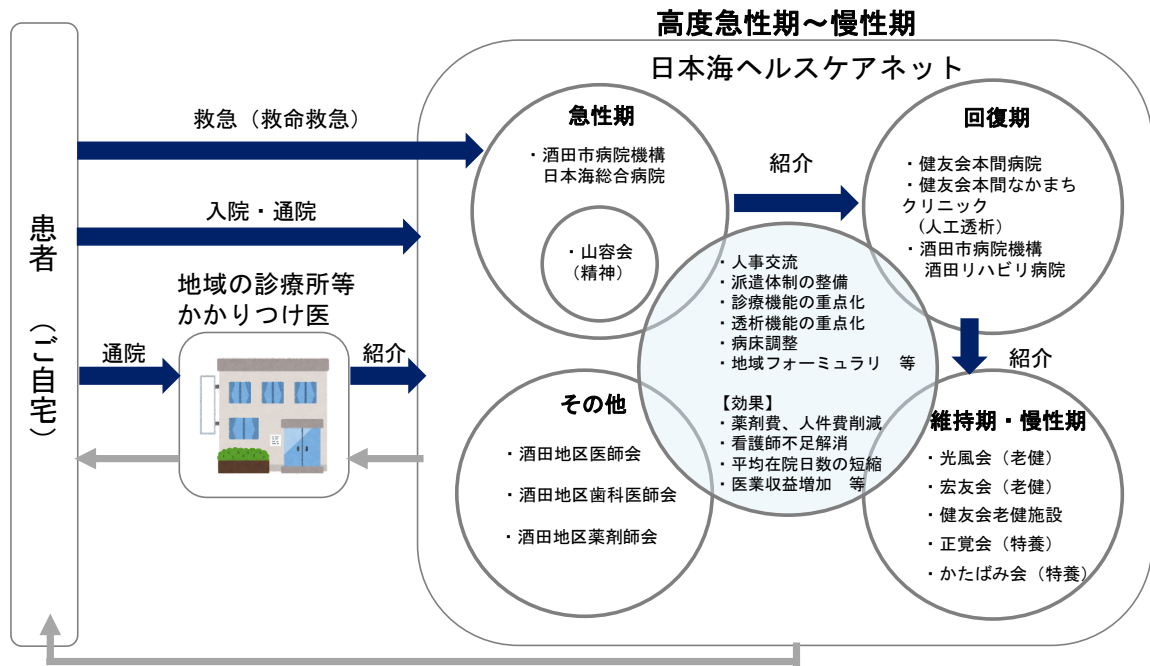
日本海総合病院は法人設立前、地域の9割の手術を受入れる急性期病院であったが、地域医療機関との後方連携が上手くいかず、急性期病院でありながら手術後等の回復期や慢性期の患者を診ており、病院経営が厳しい状況であった（図表 71）。法人設立後、日本海総合病院は急性期医療に特化し、地域の機能分担を行い、患者情報の共有や人材等資源の有効活用、人材の育成等を協働で行うことにより、機能維持だけではなく、参加医療機関の収益向上、患者への適切な医療サービスの提供が可能となっている（図表 72）。

図表 71 日本海ヘルスケアネット発足前の地域連携イメージ⁶⁶



⁶⁶ 公開情報を基に作成

図表 72 日本海ヘルスケアネット発足後の地域連携イメージ⁶⁷



■ 連携医療機関との情報交換

法人内では、カルテ情報等、連携医療機関で相互の医療情報を開示・連携することで患者のスムーズな移送を実現している。また情報を開示することにより、相互関係の構築に繋げている。

■ 医療資源(人的・物的)の配置, コスト削減

更に、資源の有効活用にも繋げることが出来ている。例えば、夜間救急の医師確保を連携医療機関で進めることによる人件費の節約や、地域フォーミュラリによる医薬品費の削減が可能となっている特に、人材交流においては、医師の派遣だけではなく、看護師等の交流も図り、法人全体で医療・介護の質向上に繋げている。

⁶⁷ 公開情報を基に作成

④ 【事例④】 医療法人鉄蕉会 亀田総合病院

目指す姿の実現に向けた取組の方向性	該当する取組等
3. 医療資源が集中する広島都市圏における更なる医療の高度化	■ 放射線治療センターや化学療法センター、リンパ浮腫センター等の開設により、がん放射線治療と化学療法の拡充を図り、患者の安全を重視した医療を提供し、患者を集積させ高い医療の質を確保している。
4. 医師を惹きつける魅力ある医療現場の創出	■ 最先端技術を導入し、国際的な認証を取得していくことで、医師等の医療従事者を確保している。

<施設・取組概要>

亀田総合病院ではがん放射線治療と化学療法の拡充を図るために、がん治療施設の開設や最新の医療機器の導入し、患者の安全を重視した医療を提供している。また、リンパ浮腫センターでは世界的権威のある LE&RN より COE 認証を取得し、優秀な人材と最先端の設備を集約した医療拠点運営を行っている。

図表 73 亀田総合病院がん関連施設の取組概要⁶⁸

	概要
施設整備	■ がん治療施設「C 棟」(3 階建て、延床面積約 5,558 m ²) では、高齢化に伴い今後のニーズが高まるであろう「放射線治療」と「化学療法」の拡充を図り、患者への身体負担が少なく、より質の高い治療を提供する体制を整えている。
医療機器	■ 「放射線治療センター」では最新放射線治療機器「リニアック」2 機が稼働している。 ■ 「化学療法センター」では、無菌環境下で、特殊ロボットが抗がん剤の混合調製を自動的に行う装置「CytoCare (サイトケア)」を国内で初めて導入した。
COE 認証取得	■ リンパ浮腫センターでは、世界的に権威のある LE & RN(Lymphatic Education & Research Network)*というニューヨークに本部のある NPO 機関から COE(Center of Excellence)の認証を取得し、優秀な人材集積と最先端の設備環境を集約した医療拠点を掲げている。 ■ 亀田総合病院とグループ病院の亀田京橋クリニックを通して、リンパ浮腫の予防から治療、検査、そして保存療法から外科治療まで全てを行っている。 ■ さらに、乳腺科・婦人科・放射線科の医師、高度なトレーニングを受けたリンパセラピスト(看護師、理学療法士など)と共に、チーム医療を提供している。
働き手の安全性	■ 薬剤師の抗がん剤暴露や人為的ミスを防止し、確実に正確な調製を行うとともに、医師・看護師・薬剤師のチーム医療により安全を重視した治療を行っている。

* 教育、研究、発信を通じてリンパ疾患やリンパ浮腫と闘う患者をサポートするために、1998 年に設立された国際的に認められた非営利団体で、世界中に支部を置き、疾患の予防や治療を促進することを目的とした世界有数の大きな団体である。

⁶⁸ 公開情報を基に作成

⑤ 【事例⑤】東京都 虎ノ門病院

目指す姿の実現に向けた取組の方向性	該当する取組等
2. 効率的な医療資源（人的・物的）の配置	■ 脳卒中センターでは、センターに特化した看護師等を育成し、質の高い医療を提供している。
3. 医療資源が集中する広島都市圏における更なる医療の高度化	■ 全国的も珍しい食道がんをセンター化し医師や症例を集積させている。また、センター化されていないがん関連診療科をサポートする、がん総合診療部を開設し、質の高い医療を提供している。
4. 医師を惹きつける魅力ある医療現場の創出	

<施設・取組概要>

虎ノ門病院では複数のセンターを設置し、質の高い医療を提供している。

■ 人員育成、センター化による連携

脳卒中センターでは、脳神経外科、脳神経血管内治療科、脳神経内科の医師による診療体制を組み、SCU 専任の看護師・リハビリテーション職員を育成している。

消化器系がん疾患の中でも専門性が高く、総合的な診断と治療を必要とする食道がん治療をセンター化し、様々な治療を提供している。また、がん関連診療科を横断的に結ぶがん総合診療部を設け、患者ニーズに合った治療を提供している。

図表 74 虎ノ門病院主なセンターの概要⁶⁹

センター名称	概要
脳卒中センター	<ul style="list-style-type: none"> ■ 脳神経外科、脳神経血管内治療科、脳神経内科で脳卒中センターを形成し、24 時間 365 日専門医が脳卒中診療にあたる体制を構築している。rt-PA 静注療法を始めとする内科治療、血管内治療、開頭手術の全ての科に専門医が複数常勤しており、内科治療・外科治療に偏ることなく病状に応じて適切な治療を行えるよう 3 科が密接に連携している。 ■ SCU を 9 床設置し、看護配置 3 : 1 で手厚く細かい看護を提供している。配置されている看護師も脳卒中の症状や周術期管理を学んだスタッフである。 ■ 脳卒中では早期からのリハビリテーションも重要であり、SCU では専任のリハビリテーションスタッフが入院当初から病状に応じた訓練を行っている。また、医療ソーシャルワーカー（MSW）も早期より関わり、転院や退院支援を行っている。

⁶⁹ 公開情報を基に作成

センター名称	概要
食道がん治療センター	<ul style="list-style-type: none"> ■ 食道がんの治療は内視鏡的治療, 化学療法, 放射線療法, 手術が4つの柱とされており, 消化器系がん疾患の中でも専門性が高く, 総合的な診断と治療を必要とする。 ■ 患者を治療するのみならず治療前, 治療後を通じてあらゆる方面からサポートするために, 全国に先駆けて食道がん治療に特化した治療サポートチームとして, センターが設立された。 ■ 外来受診された段階から手術を含めた治療, そしてその後の外来フォローアップまで, 一連の治療の中で, 消化器外科, 消化器内科, 放射線科, 臨床腫瘍科, 耳鼻咽喉科, 歯科, 形成外科, 麻酔科などの診療科, および, 看護師, リハビリテーション(PT, OT, ST)や NST(栄養サポートチーム)など各領域の専門家と協力しあいながら治療を進めている。
がん総合診療部	<ul style="list-style-type: none"> ■ がん治療に関係する診療科は20科あり, 従来から種々のがんに対して患者のニーズに合わせた治療を行ってきた。そういった実際の診療を行う各診療科を縦の糸とするなら, 縦の糸を結ぶ横の糸としての役割を担うのががん総合診療部である。 ■ 一般病院でありながらがん専門病院と遜色のないがん医療を提供しており, 一般病院のメリットである診療科間の垣根の低い, 小回りの利く診療体制を提供し, かつ経験豊富ながん治療のエキスパート達ががん患者さんの検査・治療にあたっている。

⑥ 【事例⑥】 独立行政法人神戸市民病院機構 神戸市立医療センター中央市民病院

目指す姿の実現に向けた取組の方向性	該当する取組等
3. 医療資源が集中する広島都市圏における更なる医療の高度化	<ul style="list-style-type: none"> ■ 脳卒中センターや循環器センターで兵庫県唯一の最先端の設備を整備し症例を集積させ、高い医療の質を確保している。
4. 医師を惹きつける魅力ある医療現場の創出	

<施設・取組概要>

神戸市立医療センター中央市民病院では、市民の生命と健康を守ることを目的に患者中心の質の高い医療を提供している。様々な診療科等をセンター化することにより、外科・内科の垣根を超え高度な医療技術を導入し、多くの症例を集積することができており、それにより医師を惹きつけるきっかけを作っている。

■ センター化等による高度医療の提供

脳卒中センターでは、脳血管治療ハイブリッド手術室を稼働させており、県内で唯一血管造影装置を配置している。循環器（心臓）センターでは、数多くの部署との協同により、心臓・血管疾患の内科的治療から外科手術までをスムーズに提供している。また、さまざまな検査機器と手法を駆使し、正確な診断と病態の評価、治療方針の決定を行っている。

ロボット手術センターでは、今後のさらなる広がりを見据えてロボット手術の拡充を図るとともに、看護部、ME、事務なども含め関係部署の連携・調整体制を強化している。

図表 75 神戸市立医療センター中央市民病院における主なセンターの概要⁷⁰

センター名称	概要
脳卒中センター	<ul style="list-style-type: none"> ■ 2018年より開頭手術も血管内治療もどちらも可能な脳血管治療専用ハイブリッド手術室を稼働させている。 ■ ハイブリッド手術室の血管撮影装置は1方向のみ撮影が可能な心臓・大動脈用のものを整備している医療機関が多いが、神戸市立医療センター中央市民病院では2方向同時撮影が可能な血管撮影装置を整備し、通常の血管撮影室と同様、どのような血管内治療にも対応できる高精細な画像が得られるものとなっている。全国で整備されている医療施設は数施設であり、兵庫県内では唯一の設備となっている。 ■ ハイブリッド手術室では、脳内出血やくも膜下出血と診断後、救急外来から直接手術室に患者を移すことが可能となり、麻酔導入から血管撮影、開頭手術の手術一連の流れを、1ヶ所で完結できるようになっており、患者に負担の少ない手術が可能となっている。

⁷⁰ 公開情報を基に作成

センター名称	概要
循環器（心臓）センター	<ul style="list-style-type: none"> ■ 心臓血管外科をはじめ、臨床検査技術部 生理検査部門、放射線技術部、臨床工学技術部、リハビリテーション技術部、薬剤部、看護部など数多くの部署との協同により、心臓・血管疾患の内科的治療から外科手術までをスムーズに提供している。 ■ 循環器疾患の診断においては、冠動脈造影に比べてより低侵襲的な検査としての 320 列 MDCT による冠動脈病変の評価、心疾患診療に必須である質の高い経胸壁心エコー図、経食道心エコー図検査、さらには心臓 MRI や心臓核医学検査など、さまざまな検査機器と手法を駆使し、正確な診断と病態の評価、治療方針の決定に役立てている。 ■ 最新の医療機器による治療の前提として、冠動脈疾患や心不全における生活習慣の改善や患者さんごとの最適な薬物治療がまず必須であり、その点では心臓リハビリテーションによる総合的な患者指導などが必要不可欠である。
ロボット手術センター	<ul style="list-style-type: none"> ■ 2017 年 5 月にロボット手術センターを新設し、耳鼻咽喉科、胸部外科、消化器外科、泌尿器科、産婦人科領域など、今後のさらなる広がりを見据えてロボット手術の拡充を図るとともに、看護部、ME、事務なども含め関係部署の連携・調整体制を強化している。 ■ 関係部署が緊密に連携をとり、導入前にシミュレーションを繰り返し行い、手術前後で疑問点、不備なところを洗い出し解決しながら、円滑な導入ができるように進めている。

⑦ 【事例⑦】 公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院

目指す姿の実現に向けた取組の方向性	該当する取組等
2. 効率的な医療資源（人的・物的）の配置	<ul style="list-style-type: none"> ■ 大学病院に劣らない病床数・先進医療機器を整備し、多くの診療科を取り揃え専門性の高い先端治療を実施することで、多くの症例を集積させ、研修期間中に様々な症例を経験することができる仕組みを構築し、医師等の医療従事者を確保している。
3. 医療資源が集中する広島都市圏における更なる医療の高度化	<ul style="list-style-type: none"> ■ また、多くの指導医を確保し、質の高い指導を提供し、指導方式を屋根瓦式サポート体制で実施している。 ■ 更に、研修時は同一職種のみで構成するのではなく、多職種協働横断的研修を導入し、チーム医療の現場と同様に医師を含めた全職種でワークショップが行われている。
4. 医師を惹きつける魅力ある医療現場の創出	<ul style="list-style-type: none"> ■ 複数のセンターを運営し、内科系・外科系の垣根を超えた医療を提供し、最新医療機器の導入や、施設ハード面での工夫によって、高い医療の質が確保されている。 ■ IT 技術を活用し、人材や医療機器の有効活用を進めている。

<施設・取組概要>

■ 症例集積による医師の集積、教育体制の構築

倉敷中央病院は、許可病床数 1,000 床を超える高度急性期病院で、大学病院に劣らない病床数・先進医療機器を整備し、多くの診療科を取り揃え専門性の高い先端治療を実施することで、多くの症例を集積させ、研修期間中に様々な症例を経験することができる仕組みを構築し、医師を惹きつけている。

また、多くの指導医を確保し、質の高い指導を提供している。指導医の確保だけではなく、研修 1 年目は 2 年目の研修医が教え、2 年目は 3 年目が教えるという屋根瓦式サポート体制で指導が行われており、強固な組織を作っている。研修時は同一職種のみで構成するのではなく、多職種協働横断的研修を導入し、チーム医療の現場と同様に医師を含めた全職種でワークショップが行われている。

■ IT 技術導入による医療の効率化

IT 技術導入も積極的に行っており、IoT や AI の活用により、医療スタッフの動線や潜在分布、医療機器の稼働状況を分析することで、医療スタッフや機器の稼働効率化等を目指している。

IoT や AI の活用により、医療スタッフの動線や潜在分布、医療機器の稼働状況を分析することで、医療スタッフや機器の稼働効率化等を進めている。

■ センター化による医療の高度化, 内科・外科の連携強化

倉敷中央病院は多くのセンターを有しており、内科系・外科系の垣根を超えた医療を提供し、更にセンターと外部組織との連携を図っている。また、施設ハードの面からも工夫が見られる。心臓病センターでは、モービルCCU 帰還場所から血管造影室, 集中治療室とすべて直結するエレベーターに隣接しており、心臓救急医療に適切に対応できる体制をとっている。救急センターでは、救急用の病棟とICUが併設され、より迅速な対応が可能な体制になっており、また外部の救急隊との連携もすすめ、メディカルコントロール体制を整備している。NICUでは、小児循環器のスタッフを充実させており、先天性心疾患を年間約50-70例以上受入れ、新生児期に積極的に心臓カテーテル検査、カテーテル治療を行っている。

図表 76 倉敷中央病院における主なセンター概要⁷¹

センター名称	概要
心臓病センター	<ul style="list-style-type: none"> ■ 体制 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 循環器内科と心臓血管外科が一つのチームとなって医療サービスを提供している。 ➢ 急性期・救急医療の充実のため、モービルCCU 帰還場所から血管造影室, 集中治療室とすべて直結するエレベーターに隣接しており、心臓救急医療により適切に対応できる体制をとっている。
救急センター	<ul style="list-style-type: none"> ■ 体制 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 外来に24時間体制で医師・看護師・事務職員を配置し、救急搬送と時間外受診に対応し、当院各診療科・診療部門との協力の下活動を行っている。 ➢ 救急用の病棟とICUが併設されており、より迅速な対応が可能な体制になっている。 ■ 外部連携 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 救急隊との連携も進み、救急現場への直接指示が可能なホットラインによるメディカルコントロール体制を整備している。 ■ 近隣救急隊と合同の救急事例検討会も開催しており、自然災害時や多重傷病者発生時には災害拠点病院として、災害医療の要としての働きを担っている。
血液治療センター	<ul style="list-style-type: none"> ■ 体制 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 倉敷中央病院におけるすべての輸血関連業務, 輸血関連検査, 自己血貯輸血, 治療的ヘムアフェレシス(血液成分治療), ドナーアフェレシス(血液成分採取)等を行うために、診療科を越えて設立された組織となっている。 ■ 外部連携 <ul style="list-style-type: none"> 日本赤十字社中四国ブロック血液センター, 岡山県赤十字血液センターをはじめ、骨髄バンク活動等を通じて、全国のさまざまな機関と協力して活動している。

⁷¹ 公開情報を基に作成

⑧ 【事例⑧】 豊田地域医療センター

目指す姿の実現に向けた取組の方向性	該当する取組等
4. 医師を惹きつける魅力ある医療 現場の創出	<ul style="list-style-type: none"> ■ 総合診療医育成に豊富な知見を有する大杉氏が総合診療医育成プログラムの策定に関与していることから、実際の総合診療医を育成した経験が活かされた魅力あるプログラムが実施されている。
5. 医師の地域及び診療科における 偏在の解消	<ul style="list-style-type: none"> ■ 総合診療を目指す医師が少しでも多くの診療の携わることができる仕組みを構築し、医師の多様性を認め合う等することにより多くの医師等の医療従事者を確保している。

<施設・取組概要>

豊田地域医療センターでは、高齢者医療の充実および在宅医療支援の拠点機能充実を図るため、総合診療医の育成・確保を進めており、医師派遣元である藤田医科大学と協働で実施している。

■ 総合診療医育成プログラムの作成

総合診療医育成プログラムは、大杉泰弘氏の取組により開始されたものであり、大杉氏の総合診療医を育成した経験を活かしたプログラムとなっている。大杉氏は、今後地域の中小病院が生き残るためにも、総合診療医が必要であると考えており、当プログラムや中小病院の考え方をパッケージとして全国展開していく予定である。

総合診療医を育成するために、ワークバランスを重視した働き方改革、研修医が少しでも多くの患者と関わることができるよう、外来診療枠を増設する等の取組が行われており、その結果、2018年、2019年、全国で最も多い総合診療医輩出を実現している。

図表 77 豊田地域医療センター総合診療医育成の取組⁷²

取組	概要
働き方改革	<ul style="list-style-type: none"> ■ ワークライフバランスを重視した取組を実施しており、平均有給取得数 8.8 日、男性育休取得割合 83%といった指標を目標に掲げて取り組んでいる。
豊田地域医療センターにおける外来機能の拡充	<ul style="list-style-type: none"> ■ 診療枠の増設等を図ることで、外来患者数増加ならびに臨床研修の機会をより多く確保している。 ■ また診療体制面においては研修プログラムに基づいて、一人の患者に対して指導医 1 名、専攻医 1 名の 2 名体制で診療するなど研修機能面に配慮した医療提供体制を確保している。
多様性の認容	<ul style="list-style-type: none"> ■ 日本一の専攻医数（23 名）を有していることで、多種多様な知見を共有することができ、各人多様性を認め合うことができる。 ■ 教育者、開業医、臨床医、在宅医療、研究、経営者など様々な道を目指すものが集積している。

⁷² 公開情報を基に作成

⑨ 【事例⑨】安佐市民病院

目指す姿の実現に向けた取組の方向性	該当する取組等
4. 医師を惹きつける魅力ある医療 現場の創出	<ul style="list-style-type: none"> ■ 救急総合診療体制の強化や指導チーム体制の強化等により、総合診療医の育成と医師確保に取り組んでいる。 ■ へき地連携病院へ意思を派遣するとともに、へき地に派遣された医師をフォローする為に、IT 機器を活用した診療サポート体制を構築している。また、派遣医師が急性期医療の知見をアップデートできるように、オンラインで抄読会や症例検討会を行なう等のサポートを充実させている。
5. 医師の地域及び診療科における 偏在の解消	

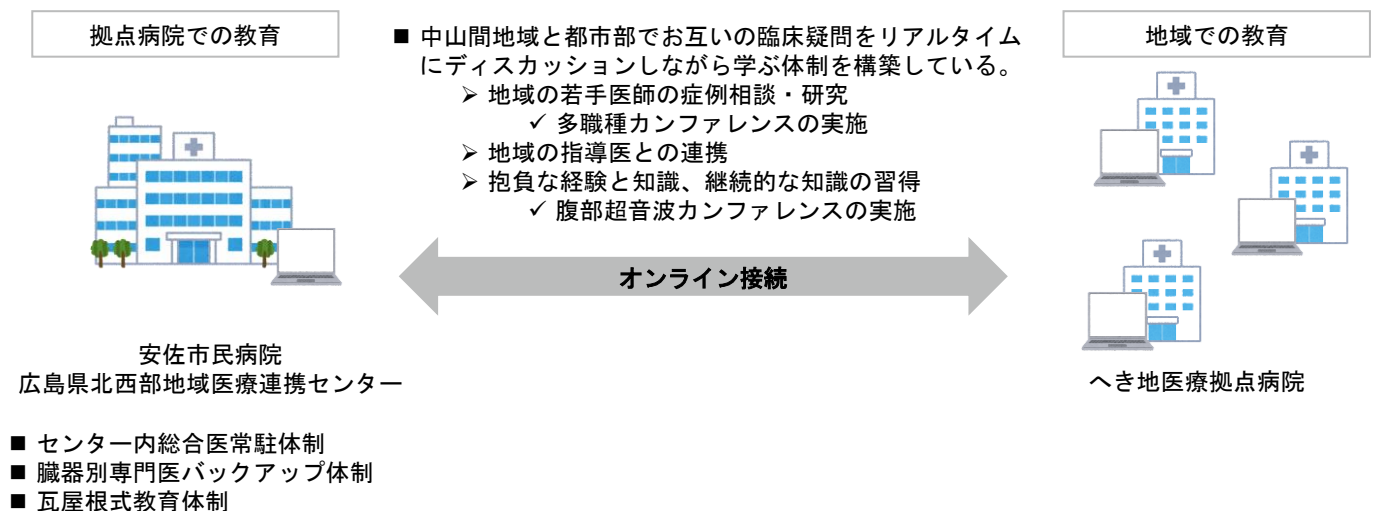
<施設・取組概要>

安佐市民病院内に「広島県北西部地域医療連携センター」を設置し、地域住民が住み慣れた場所で安心・安全・最適な医療を受けることができる医療提供体制を構築するために、総合診療医の育成と派遣を行っている。安佐市民病院は、安佐市民病院からへき地医療拠点病院等への診療応援、自治医大・ふるさと枠医師等のキャリア形成支援、協力病院の院外研修を受入れ等、中心的な役割を担っている。

■ 派遣医師フォローアップ体制

医師のフォローアップ体制を強化しており、派遣された医師が不安にならないよう、また急性期医療の教育機会が減らないよう、オンラインで地域全体を点と点で結び、面で総合診療医を育て、支える仕組みを構築している。

図表 78 安佐市民病院とへき地拠点病院との連携イメージ⁷³



⁷³ 公開情報を基に作成

■ 総合研修医指導体制

特徴的な取り組みとして、日中の内科系の緊急紹介患者の対応や1次2次救急の対応については、指導医、専攻医、初期研修医の3名以上の体制で実施するなど、救急総合診療体制を強化している。また、総合診療科に係る患者の対象領域は広いため、毎朝総合診療科全体で回診し、週1回多職種カンファレンスを実施する等取組が行われている。

図表 79 安佐市民病院による特徴的な取組の概要⁷⁴

取組	概要
救急総合診療体制の強化・指導	<ul style="list-style-type: none"> ■ 日中の内科系の緊急紹介患者の対応や1次2次救急の対応については、指導医、専攻医、初期研修医の3名以上の体制で行っている。また、救急症例の約4割、緊急入院患者の4分の1の対応を指導医が専攻医、初期研修医に指導しながら行なっている。
総合診療科入院体制（包括的総合診療・Hospital部門）	<ul style="list-style-type: none"> ■ 総合診療科に係る患者の対象領域は、1次2次救急症例、重症複雑症例・多疾患併存症例（例：重症感染＋心不全＋認知症＋α、骨折、褥瘡）、病態が不明な症例（全身性浮腫、体重減少、原発不明癌、ポリファーマシー）などである。 ■ 毎朝、総合診療科全体で回診し全身状態の把握、週1回の多職種カンファレンスを通じて意見交換を行なっている。
IT技術の導入	<ul style="list-style-type: none"> ■ オンラインを活用し地域全体を点と点を結び、面で総合医を育てる・支える仕組み作りを行っている。 ■ 救急初療と入院のみならず、北西部地域全体で総合医を育てていく体制が地域全体の医療の質の向上に非常に重要と考えている。 ■ 毎週オンラインで、抄読会や症例検討会を行っており、最新の知識をアップデートできるよう切磋琢磨している。 ■ 若手医師においては、地域内の病院で働きながら、専門医が取得できる指導体制になっている。

⁷⁴ 公開情報を基に作成

⑩ 【事例⑩】川崎市立多摩病院・聖マリアンナ医科大学

目指す姿の実現に向けた取組の方向性	該当する取組等
2. 効率的な医療資源（人的・物的）の配置	<ul style="list-style-type: none"> ■ 指定管理者制度を導入することにより、医師確保、救急医療・小児救急医療・災害井医療の提供が行われている。 ■ 指定管理者において医師の確保が確実に行われ、人件費を削減できている。

<施設・取組概要>

川崎市立多摩病院は、2006年より聖マリアンナ医科大学アンナ医科大学を指定管理者として指定し、開院している。聖マリアンナ医科大学アンナ医科大学が選定された理由として、「市内に救急救命センター等を設置しており、救急等についての緊密な連携が期待できる」「医師や看護師等を養成しており、医療従事者の万全な確保が期待できる」の2点となっている。

■ 指定管理者制度の目的と運用スキームと川崎市からの繰り出し金

多摩病院の指定管理者の業務として、24時間365日の救急医療、小児救急医療、災害時医療の提供を求めているが、病院外への医師の派遣による地域医療体制の確保については管理運営業務に位置づけられていない。現在は指定管理者において医師の確保が確実に行われ、人件費を削減できている。

また、年間6億1,800万円を上限とし、聖マリアンナ医科大学アンナ医科大学に川崎市から繰り出しをしている。

図表 80 指定管理者制度の目的と運用スキームと川崎市からの繰り出し金⁷⁵

項目	詳細
指定管理者制度の目的と運用スキーム	<ul style="list-style-type: none"> ■ 川崎市では多摩病院の他に、川崎病院と井田病院を運営しており、多摩病院が設立される前から、2病院で赤字の経営となっていた。市民の救急医療を確保するために、多摩病院が必要であったが、既に2病院が赤字経営の中、もう1病院を運営することが難しいと考え、指定管理者制度による運営を選択した。 ■ 多摩病院の指定管理者の業務として、24時間365日の救急医療、小児救急医療、災害時医療の提供を求めているが、病院外への医師の派遣による地域医療体制の確保については管理運営業務に位置づけられていない。 ■ 現在は指定管理者において医師の確保が確実に行われ、人件費を削減できている。 ■ 指定管理事業以外の業務については病院局からではなく、川崎市から直接聖マリアンナ医科大学に依頼をしている（コロナ患者の受入等）。 ■ 指定管理者制度の契約適用期間が終了する際には、病院施設を原状復帰して返還する契約となっている。 ■ 自由診療等の価格については、川崎市の条例で決められており、聖マリアンナ医科大学が自由に価格設定はできない。

⁷⁵ ヒアリングを基に作成

項目	詳細
川崎市からの繰出し金などについて	<ul style="list-style-type: none"> ■ 年間6億1,800万円を上限とし、聖マリアンナ医科大学に繰り出しをしている。病院開設時の土地、建物、医療機器は川崎市で支出をしており、これらに関する減価償却費相当額を聖マリアンナ医科大学に負担をしてもらっている。 ■ 聖マリアンナ医科大学にとって、減価償却費相当額の負担が大きく、運営が厳しい状態である旨言われている。川崎市としては、減価償却費相当額を算出する際の償却期間を18年と設定し、なるべく負担が少なくなるように工夫している。 ■ 病院開設後の医療機器の購入や更新は、聖マリアンナ医科大学で負担している。 ■ 指定管理が開始された当初は、文科省より、法人の付随事業で進めていいと言われていたが、数年後、直営ではない病院なので収益事業として切り離すよう通知が出た。これにより、黒字化分は全て大学法人会計に入っていく仕組みとなってしまう、多摩病院で利益が出たとしても多摩病院でストックすることが出来ない状況となっている。

■ 聖マリアンナ医科大学におけるメリット

指定管理者である聖マリアンナ医科大学はにとって、指定管理者になったことで、総合内科の開設等、本院ではできないことが可能になる等メリットがある。

図表 81 聖マリアンナ医科大学におけるメリット⁷⁶

項目	詳細
聖マリアンナ医科大学におけるメリット	<ul style="list-style-type: none"> ■ 総合内科の開設や歯科との連携など、本院ではできないことができています。

⑪

⁷⁶ ヒアリングを基に作成

⑫ 【事例⑪】 湘南鎌倉総合病院

本県における取組の方向性	参考となる先進的取組事例等
1. 病床機能の分化・連携の推進	<ul style="list-style-type: none"> ■ 救急総合診療科（以下、ER）で受け入れた後の院内における後方受入体制を強化している。 ■ 「初療は集約，入院を分担」をコンセプトに，地域の救急医療の中核を担い，当院でなくても対応可能な患者については，連携医療機関に受入れの要請を行っている。
2. 効率的な医療資源（人的・物的）の配置	<ul style="list-style-type: none"> ■ 地域ニーズに耳を傾け，それに必要な人材を確保している。 ■ 救急救命士を採用し，「救急調整室」を開設することで，医師や看護師との業務分担が進み，効率的な業務を行うことができています。

<施設・取組概要>

病院の方針・理念として、24時間365日全ての救急車収容要請を受け入れるとし、ERが患者受入の入り口として機能する部門として機能している。そのため、どのような状況下であっても、各専門科から「なぜERが受け入れをしたのだ」とクレームがあがることはない。

2014年頃から救急救命士を採用し、2015年に「救急調整室」を設立させた。2020年現在14名の救急救命士が勤務しており、「救急調整室」で急患の受入・転院の調整の電話対応、医師や看護師の補助業務、病院救急車の出動等多岐にわたる業務を行っている。救急総合診療科に所属する研修医は、研修期間36か月のうち18か月を他の専門診療科にローテーションで回り、専門知識（お産など）を身に付けてから救急救命科で活動している。

図表 82 救急受入体制への取組⁷⁷

項目	詳細
地域の救急医療で果たしている役割	<ul style="list-style-type: none"> ■ 「初療は集約，入院は分担」をコンセプトに，地域の救急医療の中核として機能しており，救急搬送応需率100%を実現している。 ■ この実現には，救急救命士で構成される救急調整室によるホットライン対応や転院調整等の活動が貢献している。また，従前から地域の急性期病院と救急受入の役割分担を調整済みであることから，これらの病院では，当院からの救急患者転院要請にも前向きに対応してもらっている。
院内の仕組み	<ul style="list-style-type: none"> ■ 救急をジェネラルに行うには，救急対応の後に患者が流れていく外科，内科等の診療科の体制がしっかりしている必要がある。まずは外科，内科が受け皿として動き，そのあと専門診療科に流れていく仕組みが必要である。救急科だけで救急患者の受入を行うことは難しい。 ■ 救急搬送から入院に至る割合は37-38%程度である。救急で運ばれてきた患者が全て入院に繋がるわけではないため，全ての救急搬送の受入れを行い，入院が必要になればベッドの確保を行う。

⁷⁷ ヒアリングを基に作成

項目	詳細
<p>周辺病院との連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 救急調整室を立ち上げた頃、周辺病院に挨拶回りをを行い、各病院（100床以上の施設）がどのような疾患に強いのか調査を行った。各病院の特徴を理解した上で、当院で救急搬送患者を受けられない場合の受入や、当院で一時処置した後の救急患者受入の依頼等を行っている。 ■ 圧迫骨折等、当院でなくても診れる患者は移送させる仕組みを取っている。
<p>医師確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ リクルート活動を強化しており、ホームページやSNSを活用した発信をしている。 ■ 若手が何をしたいのか等、若手のニーズをくみ取り、それに沿った発信をしている。
<p>医師教育</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 最近の若手医師はジェネラルプラクティスに傾いている印象であり、バリバリの救急医になりたいという人がとても多いという印象は無い。そのため、研修メニューには柔軟さが必要である。 ■ 救急総合診療科に所属している医師の半数は研修医であり、研修期間の36か月のうち、18か月は専門科にローテーションで回ってもらっている。 ■ 専門科を回り、専門知識（お産など）を身に付けてもらい救急救命科に戻ってきて活躍してもらっている。 ■ 専門科からは研修医が派遣されてくることで、人手が増えるので嬉しいと、前向きに受入れをしてもらっている。
<p>医師の働き方</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 夜勤は5～6回/月、準夜勤も5～6回/月である。3交代制を取っている。 ■ チーム制を取っている。
<p>救急調整室の役割 (救急救命士の活躍)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 救急調整室では、救急関連情報の集約とその情報に基づく各種調整を担っている。現在常勤で14名、非常勤で2名採用している。 ■ 救急救命士をは2014年頃から採用している。救急救命士が採用されるまで、救急隊からの応需や移送手配等は医師や看護師が行っていた。診療の手を止めてこれらに対応する必要があり、非効率であった。それを現在は救急救命士にタスクシフトしている。 ■ 過去、救急患者の問診やトリアージは救急救命士が行っていたが、診療報酬改定の影響もあり、現在は看護師が行っている。その代わりに、救急救命士はホットライン対応や転院先病院との調整に専念し、消防隊や連携病院との信頼関係を構築している。ホットラインには「応需100%、回答2分」の姿勢で対応している。 ■ 現在勤務している救急救命士のうち10名は医師事務補助者の資格を取得しており、医師のサポートに入っている。
<p>救急救命士の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 救急調整室では、救急関連情報の集約とその情報に基づく各種調整を担っている。現在常勤で14名、非常勤で2名採用している。7割は新卒者で、1人は元々消防での勤務経験がある。 ■ 救急救命士をは2014年頃から採用している。救急救命士が採用されるまで、救急隊からの応需や移送手配等は医師や看護師が行っていた。診療の手を止めてこれらに対応する必要があり、非効率であった。それを現在は救急救命士にタスクシフトしている。 ■ 過去、救急患者の問診やトリアージは救急救命士が行っていたが、診療報酬改定の影響もあり、現在は看護師が行っている。その代わりに、救急救命士はホットライン対応や転院先病院との調整に専念し、消防隊や連携病院との信頼関係を構築している。ホットラインには「応需100%、回答2分」の姿勢で対応している。 ■ 現在勤務している救急救命士のうち10名は医師事務補助者の資格を取得しており、医師のサポートに入っている。

項目	詳細
救急救命士の働き方	<ul style="list-style-type: none"> ■ 現在 2 交代制を取っており、救急搬送の多い昼間と 21 時台は人員を厚く配置させている。
人材教育	<ul style="list-style-type: none"> ■ 朝礼で、申し送り等の他に理念の唱和を行い、職員全員が同じ方向を見て日々の業務に当たっている。 ■ 職員満足度を図っている。職員満足度が下がれば顧客満足度も下がっていくので、何が職員の不満になっているのか、解決するよう心掛けている。 ■ 調査分析の結果、院内における情報の共有やノルマを職員に掛けないことが、職員満足度を向上させるとの結果が出ているので、今後職員の満足度を上げるために対応をしていく予定である。
経営全体	<ul style="list-style-type: none"> ■ 患者目線に立った経営が必要である。市民が何を求めているのかを考え、それに沿った広報活動をしている。 ■ 医師会との連携は不可欠である。

⑬ 【事例⑫】大阪急性期・総合医療センター 住吉母子医療センター

目指す姿の実現に向けた取組の方向性	該当する取組等
2. 効率的な医療資源（人的・物的）の配置	<ul style="list-style-type: none"> ■ 人口減少や医療資源に分散による収益悪化等を踏まえ、建替えのタイミングで大阪府と大阪市の連携による医療資源の集約化を行っている。 ■ 府市統合本部は、これまでの府市の壁を取り払った新しい大阪づくりのため、広域行政の一元化や二重行政の解消など府市共通の課題に関して協議をし、行政としての方向性を一致させる場として設置されている。

<施設・取組概要>

大阪府市統合本部会議において、新たな大都市制度のあり方や二重行政の解消を図るため、経営形態の見直しを検討すべき項目として「病院」が選択され、建替えが喫緊の課題であった大阪市立住吉市民病院のあり方について、府全体の医療需要の観点から分析・検討が行われた。その結果、2012年5月29日の府市統合本部会議では、住吉市民病院と急性期・総合医療センターとの医療機能の統合に向けた取組を進める基本的方向性が示された。

統合により、地域医療機能の集約・強化、小児医療・周産期医療体制の充実、高度専門医療の充実等が期待され、2018年4月より大阪急性期・総合医療センターに併設する形で開院し、旧住吉病院の機能よりも、小児・周産期医療提供体制を充実させている他、内視鏡センター、外来化学療法及び手術室を拡充させている。

図表 83 統合による取組⁷⁸

項目	概要
府市統合による地域医療機能の集約・強化	<ul style="list-style-type: none"> ■ 急性期・総合医療センターが有する既存医療資源の活用により、小児救急医療のさらなる充実や最重症・合併症妊産婦等への対応が強化できる。 ■ 医療資源の集約化・重点化に伴う医療提供体制の充実により、医師等の勤務環境の向上を図ることができる。 ■ イニシャル・ランニングコストの抑制などが期待できる。
小児医療・周産期医療体制の充実	<ul style="list-style-type: none"> ■ 住吉市民病院の機能を統合し、分娩件数の維持など住吉市民病院の持つ機能継続を図るとともに、救急を含む小児医療のさらなる充実やローリスクからハイリスクまでの妊産婦・新生児等への医療提供など、市南部医療圏域における小児医療・周産期医療体制の確立を図る。
高度専門医療の充実	<ul style="list-style-type: none"> ■ ベッド利用率の向上と平均在院日数の短縮による手術数の増加への対応、医療の高度化による手術室の機能強化、増加する外来化学療法・内視鏡ニーズに対応するため、手術室等の機能拡充と増室を図る。

⁷⁸ 大阪府市共同 住吉母子医療センター（仮称）基本構想を基に作成

周産期医療、小児医療、関連医療機関との連携による人材確保・育成等、地域から求められる機能を整備した開設を行っている。

図表 84 住吉母子医療センターに求められる機能⁷⁹

機能	詳細
周産期医療	<ul style="list-style-type: none"> ■ 分娩件数を年 1,200 件程度まで段階的に引き上げる。 ■ 新生児、妊産婦の 24 時間 365 日緊急搬送受入体制を継続 ■ 未受診妊産婦、最重症合併症妊産婦などのハイリスク母子への対応強化 ■ 将来的には、母体・胎児・新生児型の総合周産期母子医療センターをめざすことを視野に NICU や MFICU などの整備を行う。
小児医療	<ul style="list-style-type: none"> ■ 住吉市民病院との統合にあたっては、これまで通り 24 時間 365 日の小児救急体制を継続し、比較的軽症な小児救急患者についても、引き続き積極的に受け入れる。 ■ 外傷等の小児傷病者や重症な患児の時間外診療や救急搬送対応への医療体制を質・量ともに安定的に確保するための機能充実を図る。 ■ 脳神経外科等、他診療科の小児患者を積極的に受け入れるとともに、リハビリテーション部門の豊富な資源を活かし、小児リハビリテーションを推進する。
関連医療機関との連携による人材確保・育成	<ul style="list-style-type: none"> ■ 市立総合医療センター、府立母子保健総合医療センター、大阪市立大学・大阪大学医学部附属病院等と急性期・総合医療センターは、各施設が人材確保と育成に努力するとともに、相互連携による医療人材の育成プログラムの作成や、相互派遣など積極的な人事交流を行うことにより小児・周産期医療を担う医療人材の確保・育成に努める。

住吉母子医療センター開設後（2018 年）、地域周産期母子医療センターとして受入れ拡充のために体制が強化され、入院患者数、分娩件数が増加させることができている。

図表 85 新入院患者数の推移と分娩件数の推移⁸⁰

区分		2016 年度	2017 年度	2018 年度	2019 年度
新棟新入院患者数（人）		—	—	4,408	4,878
分娩件数（件）	急性期・総合医療センター	750	805	1,178	1,315
	住吉病院	547	N/A		

⁷⁹ 大阪急性期・総合医療センターホームページ、大阪府市共同 住吉母子医療センター（仮称）基本構想等を基に作成

⁸⁰ 大阪急性期・総合医療センターホームページ、大阪府市共同 住吉母子医療センター（仮称）基本構想等を基に作成

【先進事例医療機関の成果・効果の整理】

広島県が抱える課題の事例調査から、対象とした医療機関において特に成果・効果を発揮できている要因として、「魅力的な育成環境等を通じて、医師等の医療従事者が確保されていること」、「症例集積等により、高い医療の質が確保されていること」、「医療資源の最適配置等により、最新（最先端）の設備が備わっていること」、「ICT利活用等により、医療機関内外の連携体制が整備されていること」などの共通点が見いだされた。

図表 86 先進事例調査の成果・効果要因の整理

関連医療機関	調査のため抽出した事例の概要	特に成果・効果を発揮できている要因			
		魅力的な育成環境等を通じて、医師等の医療従事者が確保されている	症例集積等により、高い医療の質が確保されている	医療資源の最適配置等により、最新（最先端）の設備が備わっている	ICT利活用等により、医療機関内外の連携体制が整備されている
【事例①】 済生会熊本病院	後方連携・患者情報の共有 ■ 患者の評価・対応方針を施設間で共有し、信頼関係を伴う強固な連携の仕組みを確立することで、質の高い、患者中心の医療を地域で継続して実現することを目的としている。	○	○	○	○
【事例②】 埼玉県立小児医療センター、さいたま赤十字病院	隣接連携による高度医療提供, IT 技術の導入 ■ 2 病院の連携部門を同一階で配置し、渡り廊下で連携することで、患者転院や施設共用等がスムーズに実施することが可能となり、周産期や救急分野での相互補完により強化している。 ■ IT 技術を導入し、地域産科医療機関との連携を図り、地域医療に貢献している。	○	○	○	○
【事例③】 地域医療連携推進法人日本海ヘルスケアネット	医療資源の有効活用 ■ 10 法人で地域医療連携推進法人を設立し、地域一体となって限りある医療資源を有効活用し、医療を提供している。	○	○	○	
【事例④】 亀田総合病院	世界最先端医療機器の導入 ■ がん放射線治療と化学療法の拡充を図るために、がん治療施設を開設し、最新の医療機器等を導入し、患者に安全を重視した医療を提供している。	○	○	○	
【事例⑤】 虎ノ門病院	専門特化したがんセンター、がん関連診療科をつなぐ「がん総合診療部」 ■ がんの中でも専門性が必要とされる食道がん治療をセンター化し、複数診療科による治療を提供している。 ■ 診療科間の垣根を超えたサポートチームにより患者サービスを提供している。	○	○	○	

関連医療機関	調査のため抽出した事例の概要	特に成果・効果を発揮できている要因			
		魅力的な育成環境等を通じて、医師等の医療従事者が確保されている	症例集積等により、高い医療の質が確保されている	医療資源の最適配置等により、最新（最先端）の設備が備わっている	ICT活用等により、医療機関内外の連携体制が整備されている
【事例⑥】 神戸市立医療センター中央市民病院	最先端・高精度医療設備の整備 <ul style="list-style-type: none"> 神戸市の基幹病院として、市民の生命と健康を守ることを目的に、患者中心の質の高い医療を提供している。 ハイブリット手術室を整備した脳卒中センターや、最先端の医療機器を兼ね備えた循環器センター等を整備することで、医師を惹きつける要因となっている。 		○	○	
【事例⑦】 倉敷中央病院	高度医療提供、チーム医療提供、症例集積、IT技術の導入 <ul style="list-style-type: none"> 「地域統合型医療」への転換を進めるため、ヒト・情報の相互交流を進め、地域医療全体の質向上と効率化を図っている。 高度医療を提供し、チーム医療を提供することにより、症例を集積させ治療成績を向上させている。また、若手医師を集積し、スタッフの充実を図っている。 	○	○	○	○
【事例⑧】 豊田地域医療センター	総合診療医育成 <ul style="list-style-type: none"> 豊田地域医療センターを中心に、計26か所の研修先を確保し総合診療医を育成するプログラムを実施している。2018年、2019年、全国で最も多くの総合診療医を輩出している。 	○			○
【事例⑨】 安佐市民病院	総合診療医育成・派遣 <ul style="list-style-type: none"> 地域へ安心・安全・最適な医療提供体制を構築するため、総合診療医を育成・派遣している。 派遣先の病院とオンラインで繋ぎ、研修医がいつでも相談できる体制を構築している。 	○			○
【事例⑩】 川崎市・聖マリアンナ医科大学アンナ医科大学	指定管理者制度の導入 <ul style="list-style-type: none"> 聖マリアンナ医科大学を指定管理者として指定し、医師の確保を行っている。 聖マリアンナ医科大学にとっても、本院でできない診療等を行うことが出来ている。 			○	
【事例⑪】 湘南鎌倉総合病院救急総合診療科（ER）	地域医療機関との連携、救急救命士の活躍 <ul style="list-style-type: none"> 「初療を集約、入院を分担」をコンセプトに地域連携している。 救急救命士を中心に、業務分担を進めている。 	○		○	
【事例⑫】 大阪急性期・総合医療センター	大阪府と大阪市による母子医療センターの共同運営 大阪府と大阪市の共同運営により、二重行政の解消を図り、医療資源の集約・強化、小児周産期医療体制の充実等に取組んでいる。			○	

2 広島大学・広島県連携会議における意見

本県における医療機能の更なる強化を実現するため、令和2年11月24日付けで広島大学と締結した覚書に基づき、次のとおり「広島大学・広島県連携会議」を開催した。

連携会議には、各診療科長で構成される全体会議に加えて、分野別分科会を設置した。

図表 87 広島大学・広島県連携会議委員名簿

番号	氏名	所属	備考(分科会)
1	木内 良明	広島大学上席副学長(病院担当)、広島大学病院長	
2	粟井 和夫	広島大学 医学部長 広島大学大学院 医系科学研究科 放射線診断学 教授	がん
3	田中 信治	広島大学病院 内視鏡診療科 教授	消化器 } がん
4	大段 秀樹	広島大学大学院 医系科学研究科 消化器・移植外科学 教授	消化器 } がん
5	服部 登	広島大学大学院 医系科学研究科 分子内科学 教授	呼吸器 } がん
6	岡田 守人	広島大学原爆放射線医科学研究所 腫瘍外科 教授	呼吸器 } がん
7	杉山 一彦	広島大学病院 がん化学療法科 教授	がん
8	永田 靖	広島大学大学院 医系科学研究科 放射線腫瘍学 教授	がん
9	竹野 幸夫	広島大学大学院 医系科学研究科 耳鼻咽喉科学・頭頸部外科学 教授	がん
10	亭島 淳	広島大学病院 泌尿器科 科長	がん
11	一戸 辰夫	広島大学原爆放射線医科学研究所 血液・腫瘍内科 教授	がん
12	丸山 博文	広島大学大学院 医系科学研究科 脳神経内科学 教授	脳卒中 } がん
13	飯田 幸治	広島大学病院 脳神経外科 科長	脳卒中 } がん
14	中野 由紀子	広島大学大学院 医系科学研究科 循環器内科学 教授	心血管疾患 } がん
15	高橋 信也	広島大学大学院 医系科学研究科 外科学 教授	心血管疾患 } がん
16	米田 真康	広島大学病院 内分泌・糖尿病内科 科長	糖尿病 } がん
17	正木 崇生	広島大学病院 腎臓内科 教授	腎臓疾患 } がん
18	岡本 泰昌	広島大学大学院 医系科学研究科 精神神経医学 教授	精神疾患(個別協議)
19	志馬 伸朗	広島大学大学院 医系科学研究科 救急集中治療医学 教授	救急・災害医療 } 小児・感染症
20	堤 保夫	広島大学大学院 医系科学研究科 麻酔蘇生学 教授	救急・災害医療 } 小児・感染症
21	安達 伸生	広島大学大学院 医系科学研究科 整形外科 教授	救急・災害医療 } 小児・感染症
22	伊藤 公訓	広島大学病院 総合内科・総合診療科 教授	へき地医療 } がん
23	松本 正俊	広島大学医学部 地域医療システム学 教授	へき地医療 } がん
24	蓮沼 直子	広島大学大学院 医系科学研究科 医学教育学 教授	へき地医療 } がん
25	工藤 美樹	広島大学大学院 医系科学研究科 産科婦人科学 教授	周産期医療 } がん
26	岡田 賢	広島大学大学院 医系科学研究科 小児科学 教授	小児医療 } がん
27	大毛 宏喜	広島大学病院 感染症科 教授	感染症医療
28	木村 浩彰	広島大学病院 リハビリテーション科 教授	リハビリテーション(個別協議)
29	有廣 光司	広島大学病院 病理診断科 教授	病理診断 } がん
30	武島 幸男	広島大学大学院 医系科学研究科 病理学 教授	病理診断 } がん
31	大上 直秀	広島大学大学院 医系科学研究科 分子病理学 准教授	病理診断 } がん
32	新本 陽一郎	広島大学病院副院長(管理運営担当)	
33	浅原 利正	広島県参与	
34	平川 勝洋	広島県病院事業管理者、広島県参与	
35	木下 栄作	広島県健康福祉局長	
36	福永 裕文	広島県健康福祉局 総括官(医療機能強化)	
37	斉藤 一博	広島県健康福祉局 医療機能強化担当課長	
38	田所 一三	広島県健康福祉局 医療介護人材課長	

(順不同・敬称略)

【分野別分科会の開催状況】

令和3年8月18日～9月13日にかけて各分科会を開催した。

分科会の構成は以下の通りである。

①がん, ②消化器, ③呼吸器, ④循環器 (脳卒中・心疾患), ⑤糖尿病・腎臓, ⑥精神疾患, ⑦救急・災害, ⑧へき地, ⑨周産期・小児, ⑩感染症, ⑪リハビリテーション, ⑫病理診断 (以上, 12分科会)

【第1回連携会議 (全体会議) の開催状況】

令和3年9月14日及び9月16日の2日間の日程で全体会議を開催し, 各分野別分科会で出された意見を報告するとともに, ①医療の高度化に必要な機能, ②病院間の機能分化・連携, ③人材育成と地域医療の確保の3つの観点で協議を行った。

各分科会及び全体会議における主な意見については図表 88, 図表 89, 図表 90 参照

図表 88 医療の高度化に必要な機能に関する主な意見⁸¹

	連携会議における主な意見	意見を踏まえた対応方針案
がん	<ul style="list-style-type: none"> ■ がんセンターを核として、小児や救急などのセンター集合体として、1つの拠点形成する形が良いのではないかと。 ■ 全ての分野のがんを集約するのは難しい。総合的な拠点の中に設置するのであれば、むしろ「がん治療センター」という形の方が良いのではないかと。 ■ 小児がんや婦人科腫瘍など大学病院で行った方がよい疾患もある。標準治療が決まっていれば、一定のクオリティの治療ができる疾患を集約できると良い。 ■ がんは検診が重要であり、集約により検診機能が低下しないようにしなければならない。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ がん（治療）センターの整備 <p>(検討課題)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ センターのあり方の整理 ➢ 対象疾患の整理 ➢ 必要病床数、必要な設備、医療機器 ➢ HIPRAC との連携方法 ➢ がん検診を担う病院との役割分担
循環器疾患 (脳・心臓)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 循環器の救急部門について、しっかりとした体制をつくるとともに、『循環器医療救急センター』といった県民に分かりやすい名称を掲げ、安心感をアピールすることが必要 ■ 循環器の特徴として、市内では急性期の取り扱いになっている。虚血も減り、不整脈も同じ規模の医療機関が取り合っている。現状では急性期病院ではなく、心不全を診られる病院が求められている。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 脳・心臓血管（循環器医療救急）センターの整備 ■ 疾患別の医療機関の役割分担の整理 <p>(検討課題)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 脳心臓血管センターの充実（医師の集約、医師の育成） ➢ 必要病床数、SCU、CCU の必要性
糖尿病・内分泌	<ul style="list-style-type: none"> ■ DM ステーションをどこに拠点を行うべきか検討しており、遠隔医療を行うのであれば拠点に設置することも一つの選択肢である。 ■ 乳腺、内分泌、甲状腺の3つをまとめて『内分泌センター』としてはどうか。拠点の特徴の一つとなる。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ DM ステーションの強化 ■ 内分泌センターの整備 <p>(検討課題)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 対象疾患の整理 ➢ 必要病床数、必要な設備、医療機器
精神	<ul style="list-style-type: none"> ■ 不登校、家庭内暴力を受けているなど様々な要因で学校に行けない生徒や、発達障害にも対応するため、拠点に児童精神科病床を作ることも検討してはどうか。 ■ 精神科救急について、自傷他害や複合疾患を有する精神科救急患者を受入れられるよう、個室や専門のスタッフも配置されていると良い。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 児童精神科病床の設置（発達障害） ■ 精神科救急（自傷他害等）への対応 <p>(検討課題)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 専門人材（医師）の育成、確保 ➢ 必要な設備、医療機器
救急	<ul style="list-style-type: none"> ■ 救急科、総合診療科、感染症のスタッフでチームを編成し、各診療科からの協力も得た上で、年間1万台の救急車受入、100%応需をすれば確実に患者は集まる。 ■ ICU などの高機能ユニットは、大きくして集約化していくのが近年の流れ。仮に搬送距離が延長されたとしても、応需率、即応需を高めることにより、完全にカバーできる。 ■ 拠点にはER部門を充実させることが重要である。 ■ 拠点が小児救急機能を有するのであれば、それに関連した外科手術機能も集約することが望ましい。 ■ 広島規模であれば、救命救急の外傷センターは絶対に必要。即時対応が求められるケースが多いため、一般的な手術室とは違う独立した手術室、スタッフを構築すべき。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ER・救命救急センターの整備 ■ (1次救急を含む)小児救命救急センターの整備 ■ 外傷センターの整備 <p>(検討課題)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ ER機能の充実 ➢ 救急医・小児外科医の育成、集約 ➢ 必要なICU、PICU、ER専用手術室

⁸¹ 広島大学・広島県連携会議資料を基に作成

	連携会議における主な意見	意見を踏まえた対応方針案
周産期	<ul style="list-style-type: none"> ■ 拠点は周産期医療に特化し、大学病院は腫瘍を充実させるなど、2つの施設をあわせて成育医療センター構想のようにすれば良い形になる。 ■ 将来的な分娩件数や医師の働き方改革を踏まえると、広島市内に周産期母子医療センターが4つもあるのは、多いのではないか。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 総合周産期母子医療センター (検討課題) <ul style="list-style-type: none"> ➢ 周産期医療(医師)の集約 ➢ 対象疾患の整理 ➢ 必要病床数, NICUの必要病床数
小児	<ul style="list-style-type: none"> ■ 拠点到救命救急センターを作ってその一部に小児救命救急センターという部門を設ける, ICUの中にPICUの部門を設けるのが良いのではないか。 ■ 非社会的な行動にでるような発達障害児が社会に戻れるような支援を行うのは, 公的な施設でないと担えない。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ (1次救急を含む)小児救命救急センターの整備【再掲】 ■ 児童精神科病床の設置【再掲】 (検討課題) <ul style="list-style-type: none"> ➢ 専門医の育成, 確保 ➢ 必要な設備, 医療機器 ➢ 必要な財源(投資), 運営コスト
感染症	<ul style="list-style-type: none"> ■ 急性期の第2種感染症と結核を拠点に集めて, 残りは他の病院に任せるという仕組みを作る必要があるのではないか。少ない感染症専門医を各病院に置くことは非効率。 ■ 結核患者は多くではないが必ず発生する。併存疾患のある結核患者の受入なども含めて検討していく必要がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 2種感染症病床の整備(中等・重症) (検討課題) <ul style="list-style-type: none"> ➢ 結核病床の整理(関連病院含む) ➢ 専門医の育成, 確保 ➢ 必要な設備, 医療機器
DX	<ul style="list-style-type: none"> ■ DMステーションをどこに拠点を行うべきか検討しており, 遠隔医療を行うのであれば拠点に設置することも一つの選択肢である。(再掲) ■ 遠隔で画像診断するためにスキャナー等の機器が必要だが, 高額で導入が進んでいない。 ■ 拠点にはAIを導入してもらいたい。AIの活用については, 胃がん等について, 事例が集まってきており, 仕組みとしてある程度できつつある。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ デジタル(遠隔診療, AI)診療センターの整備 (検討課題) <ul style="list-style-type: none"> ➢ 専門人材(医師)の育成, 確保 ➢ 必要な設備, 医療機器 ➢ 必要な財源(投資), 運営コスト

図表 89 大学病院と拠点の連携, 病院間の機能分化・連携に関する主な意見⁸²

	連携会議における主な意見	意見を踏まえた対応方針案
大学病院と拠点の連携	<ul style="list-style-type: none"> ■ 大学病院と拠点の結び付けをしっかりとの方が良い。発足から時間が経過していくと, 大学病院と拠点が競合するようにならないか心配している。 ■ 大学には人材(ソフト)もシステム(ハード)も限界があるので, 臨床部門は拠点で出来るという棲み分けが図れると良い。 ■ 大学病院と拠点において, 簡単に人事交流できるシステムが出来れば良い。 ■ 大学病院と拠点は電子カルテ, 医療材料, 医療機器の調達方法を統一して欲しい。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 広島大学病院と新たな拠点病院の一体的運営(連携手法の検討) ■ 柔軟な人事交流の枠組みの構築 ■ 患者情報の共有化や, 共同調達の仕組みの構築 (検討課題) <ul style="list-style-type: none"> ➢ 運営形態・連携手法の事例検討 ➢ 柔軟な人事交流の仕組みの検討 ➢ カルテ共通化に向けた課題の洗い出し
病院間の機能分化・連携	<ul style="list-style-type: none"> ■ 働き方改革が始まると, 体制的に大変な状況になる。集約化できれば, 今よりも余裕を持って働けるようになる。 ■ 手術部門は集約した方が良い。 ■ 拠点と他医療機関の棲み分けを整理する必要がある。 ■ 健診・検査機能, 内科の慢性疾患の患者をみる病院も地域には必ず必要。一般的な診療を多く診ている病院の機能が低下することになれば, 地域医療の空洞化が懸念される。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 拠点と他医療機関の棲み分け, 役割分担(健診, 検診, 外来機能, 回復期・慢性期病床等)の検討 ■ 医療機関の段階的な統合, 集約の検討 (検討課題) <p>各病院の診療データ, 医療資源, 財務等のデータ分析</p>

⁸² 広島大学・広島県連携会議資料を基に作成

図表 90 人材育成と地域医療の確保等に関する主な意見

	連携会議における主な意見	対応方針（案）及び検討課題
人材育成と地域医療の確保	<ul style="list-style-type: none"> ■ 総合診療科、感染症科、救急科の3科をローテーションしながら最終的にいずれかの専門性を身につけられる仕組みが出来れば若手医師にとって魅力的ではないか。 ■ 拠点と大学病院が一体的な運営をしていく中で、研修医の教育や学生の臨床実習も良い形をつくっていきたい。大学院生を受け入れる体制も整備して欲しい。 ■ 教育する側の医師にインセンティブを与えてもらいたい。そういった医師に光を当てて頂きたい。教育者になり得る人材を拠点で育てることができれば良いのではないか。 ■ 医療職を再教育する場がない。再教育システムを取り入れて、若い医師を指導するポジションを作るとか、地域包括ケアを担う医師として回復期の病院で働くなど、定年後の医師の活用の仕組みを検討すべき 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 魅力的な専門教育プログラムの構築 (検討課題) <ul style="list-style-type: none"> ➢ 先進事例の調査 ➢ 指導医の活用方策の検討 ➢ 指導者へのインセンティブ付与の検討
	<ul style="list-style-type: none"> ■ 地域に派遣するためには、ある程度の強制力が必要。入局者を増やすだけでなく、中山間地域に派遣する仕組みをしっかりと検討しなければならない。 ■ 各医療圏の基幹病院に医師が集まり、そこからエリア内の中小病院や診療所に医師の調整が出来るとすればある程度柔軟な人事が行える可能性がある。 ■ 中山間地域に医師を派遣するのは良いが、結果的に専門医の取得が遅れてしまうケースも想定される。 ■ 地域医療システム学講座のような地域医療を進めていくための部門が拠点にあれば良いのではないか。 ■ 大学を指定管理者として管理運営を委託し、条件として地域に医師を派遣することを課しているような事例もあり、そうした事例も検討してほしい。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 中山間地域への定期的な医師派遣の仕組みの構築 (検討課題) <ul style="list-style-type: none"> ➢ 中山間地域の医療需要の把握 ➢ 中山間地域への医師派遣する方法 ➢ 中山間地域の医療に従事するメリット（インセンティブ）
	<ul style="list-style-type: none"> ■ CT や MRI は地方で撮ってデータを送ってもらえれば、都市圏から情報を返せる。遠隔医療が広がれば地域医療は活性化できる。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 遠隔医療システムの構築 (検討課題) <ul style="list-style-type: none"> ➢ 専門人材の育成、確保 ➢ 必要な設備、医療機器 ➢ 必要な財源（投資）、運営コスト
その他	<ul style="list-style-type: none"> ■ 院内に病児保育施設を作るのは難しいところもあるが、地域の病院で保育室を持っているところをオープン化したり、地域の公的な病院にスタッフを配置したりしているところもある。保育のサポートをすることで子供が小さい医師にも活躍してもらえる。また、当直時における何かあった時のバックアップ体制も考える必要がある。 ■ 今後医学生の50%が女性になる。その点を踏まえて制度設計をしなければならない。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 働きやすい環境整備の検討 (検討課題) <ul style="list-style-type: none"> ➢ 院内保育室の規模、運営方法等 ➢ 女性医師が働き続けやすい支援制度の拡充検討
	<ul style="list-style-type: none"> ■ 現在外科は、主治医制を撤廃してチーム体制にしている。勤務体制を時間で割って働いている。上部と下部を別々に動いていたらシフトが組めない。 ■ 複数病院が一つになって、シフトが組めるようになれば、研究に費やす時間も増えるので、大変ありがたい。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ チーム体制の検討

3 まとめ

本県では、医師や診療科の偏在、高度医療機器の分散、都市部における医療機能の重複等の課題が見られ、特に高度な医療資源が広島都市圏に集中しており、中山間地域においては中長期的に地域医療を維持することが困難な状況にある。

そこで、「先進事例から抽出した課題解決の成功要因」と「広島大学・広島県連携会議における主な意見」などを踏まえて、本県における医療機能強化に向けた取組の方向性を検討した結果、本県の地域特性を踏まえ、本県の目指す姿を実現するためには、「高度医療・人材供給拠点」と広島大学とが密接に連携して高度医療の提供と地域医療の確保を両立させる必要がある。

図表 91 広島県における医療機能強化に向けた取組

取組の方向性	先進事例における成功要因	大学・県連携会議における主な意見
1.将来の医療需要を見据えた病床機能の分化・連携の推進	<ul style="list-style-type: none"> ■ 回復期・慢性期機能を有する後方連携医療機関との機能分化と強固な連携により、質の高い患者中心の「地域完結型医療」を実現（事例①） ■ 小児医療と成人医療の総合病院の隣接移転により、相互に機能を補完し合うことで、地域においてより高度な周産期・小児医療提供体制を構築（事例②） ■ 地域医療連携推進法人を構成する医療機関間での患者情報の共有や人材資源の有効活用、人材育成の協働化により、収益の向上及び適切な医療サービス提供体制を確保（事例③） ■ 「初療は集約，入院は分担」とし，地域医療機関と連携した救命救急体制の構築（事例④） 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 働き方改革が始まると，体制的に大変な状況になる。集約化できれば，今よりも余裕を持って働けるようになる。 ■ 手術部門は集約した方が良い。 ■ 拠点と他医療機関の棲み分けを整理する必要がある。 ■ 健診機能，検査機能，内科の慢性疾患の患者をみる病院も地域には必ず必要。一般的な診療を多く診ている病院の機能が低下することになれば，地域医療の空洞化が懸念される。
2.効率的な医療資源（人的・物的）の配置	<ul style="list-style-type: none"> ■ データ分析や RPA 化，リモート診療等 ICT 機器の活用により人的資源を有効活用（事例①） ■ ICT 機器を活用し，地域の医療機関との協働による遠隔診療を実施（事例②） ■ 夜間救急の医師確保を連携医療機関で進めることによる人件費の節約，地域フォーミュラリによる医薬品費の削減，看護師の交流等による法人全体での医療・介護の質の確保（事例③） ■ 脳卒中センターでは，センターに特化した看護師等を育成し，質の高い医療を提供（事例⑤） ■ 指定管理者制度を適用し，医師の安定的な確保を実施（事例⑩） ■ 救急救命士を採用し，医師・看護師と業務分担（事例⑪） ■ 二重行政の壁を越え，府と市で母子医療センターを共同運営（事例⑫） 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 拠点と大学病院で，簡単に人事交流できるシステムが出来れば良い。 ■ 大学病院と拠点は電子カルテ，医療材料，医療機器の調達方法を統一して欲しい。 ■ ICU などの高機能ユニットは，集約化していくのが近年の流れ。搬送距離が延長されたとしても，応需率，即応需を高めることにより，完全にカバーできる。

取組の方向性	先進事例における成功要因	大学・県連携会議における主な意見
3.医療資源が集中する広島都市圏における更なる医療の高度化	<ul style="list-style-type: none"> ■ 放射線治療センターや化学療法センター、リンパ浮腫センター等の開設により、がん放射線治療と化学療法の拡充を図り、患者の安全を重視した医療を提供し、患者を集積させ高い医療の質を確保（事例④） ■ 全国的にも珍しい食道がんをセンター化し医師や症例を集積させるとともに、センター化されていないがん関連診療科をサポートするがん総合診療部を開設し、質の高い医療を提供（事例⑤） ■ 脳卒中センターや循環器センターなど県内唯一の最先端設備を整備し、症例を集積させ、高い医療の質を確保（事例⑥） 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 高度化を図るため、がん（治療）センター、循環器センター、（小児）救命救急センターなどの複数の診療科によるセンター化について検討すべきである。 ■ 小児がんや婦人科腫瘍など大学病院で行った方が良い疾患もある。標準治療が決まっいて、一定のクオリティの治療ができる疾患を集約化できると良い。
4.医師を惹きつける魅力があり、働きやすい医療現場の創出	<ul style="list-style-type: none"> ■ 総合診療医の育成に豊富な知見を有する医師が専門プログラムの策定に関与し、経験に裏打ちされた魅力あるプログラムを実施するとともに、有給休暇や男性の育休取得を積極的に奨励するなど、ワークライフバランスを重視した働き方改革にも積極的に取り組んでいる（事例⑧） ■ 救急総合診療体制の強化や指導チーム体制の強化とともに、オンラインで拠点病院と地域の医療機関とを結び、抄読会や症例検討会を行うなど、面で総合診療医を育成する仕組みを構築（事例⑨） 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 総合診療科、感染症科、救急科の3科をローテーションしながら最終的にいずれかの専門性を身につけられる仕組みが出来れば若手医師にとって魅力的ではないか。 ■ 拠点と大学病院が一体的な運営をしていく中で、研修医の教育や学生の臨床実習も良い形をつくっていきたい。大学院生を受け入れる体制を整備して欲しい。 ■ 地域の病院で保育室を持っているところをオープン化したり、地域の公的な病院にスタッフを配置したりしているところもある。保育のサポートをすることで子供が小さい医師にも活躍してもらえる。

取組の方向性	先進事例における成功要因	大学・県連携会議における主な意見
5.医師の地域及び診療科における偏在の解消	<ul style="list-style-type: none"> ■ 地域医療連携推進法人日本海ヘルスケアネットに参加する各法人間で地域の機能分担を行い、患者情報の共有や人材等資源の有効活用、人材の育成等を共働で実施している（事例③） ■ 豊田地域医療センターは総合医の育成・確保を進めており、医師派遣元である藤田医科大学と共働で実施している。（事例⑧） ■ へき地連携病院へ医師を派遣するとともに、へき地に派遣された医師をフォローするために、IT機器を活用した診療サポート体制を構築している。また、派遣医師が急性期医療の知見をアップデートできるように、オンラインで抄読会や症例検討会を行う等のサポートを充実させている。（事例⑨） 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 地域に派遣するためには、ある程度の強制力が必要。入局者を増やすだけでなく、中山間地域に派遣する仕組みをしっかりと検討しなければならない。 ■ 各医療圏の基幹病院に医師が集まり、そこからエリア内の中小病院や診療所に医師の調整が出来るとすればある程度柔軟な人事が行える可能性がある。 ■ 地域医療システム学講座のような地域医療を進めていくための部門が拠点にあれば良いのではないか。 ■ CTやMRIは地方で撮ってデータを送ってもらえれば、都市圏から情報を返せる。遠隔医療が広がれば地域医療は活性化できる。
6.新興・再興感染症への機動的な対応	<ul style="list-style-type: none"> ■ 新興・再興感染症の拡大といった緊急事態時の医療提供体制について今後、検証を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 急性期の第2種感染症と結核を拠点に集めて、残りは他の病院に任せるといった仕組みを作る必要があるのではないか。少ない感染症専門医を各病院に置くことは非効率。 ■ 結核患者は多くではないが必ず発生する。併存疾患のある結核患者の受入なども含めて検討していく必要がある。

広島医療圏を中心とした医療機能の分化・連携・再編により、
 多くの症例が集まる高度医療・人材供給拠点の整備を目指す

第4章 課題解決に向けた方針

1 SWOT 分析

第3章で取りまとめた本県の目指す姿の実現に向け新たな拠点に必要な機能等を具現化するために、戦略・方向性をクロス SWOT 分析を用いて検討した。各戦略について、次項以降に具体的な内容を記載していく。

図表 92 拠点における戦略・方向性（クロス SWOT 分析）

		機会 (Opportunity)	脅威 (Threat)
		<ul style="list-style-type: none"> ■ 地域医療構想の推進 ■ 公立病院改革ガイドラインの推進 ■ 初期研修医の意識 (図表 43) ■ 総合医のニーズ増加 (図表 37) ■ 新たな治療薬、治療技術の開発 (図表 55) ■ 低侵襲手術のニーズ拡大 (図表 56) ■ 働き方改革への対応 (図表 47, 図表 48, 図表 49) ■ 遠隔診療, IT 化の推進 (図表 55) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 高齢者人口の増加 (図表 1, 図表 2) ■ 生産年齢人口の減少 (図表 1, 図表 2) ■ 医療需要の増加 (脳・循環器) (図表 3, 図表 4, 図表 5, 図表 6) ■ 医療需要の減少 (小児・周産期) (図表 3, 図表 4, 図表 5, 図表 6) ■ 死亡率の増加 (悪性新生物, 心疾患) (図表 13, 図表 14) ■ 高齢出産 (ハイリスク分娩) の増加 (図表 16) ■ 豪雨災害の頻発・南海トラフ地震の恐れ ■ 新興感染症の発生 (図表 61)
強み (Strong)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 医師数が全国平均よりも多い (図表 28) ■ 県内唯一の医療機関である広島大学の影響力が大きい ■ 充実した高度医療機器の整備 (図表 51) ■ 基幹病院が連携した放射線治療の実施 (図表 53) ■ がん手術件数の増加 ■ IoT を活用した新たな医療技術の開発 (図表 58) ■ 周産期死亡率が全国平均よりも低い 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 医療の高度化と医療の高度化による医療従事者の確保 ■ 広島県医療機関における患者情報や医療機関情報の共有など, 情報連携強化における中核機関 ■ 地域全体で機能分化・連携を図り, 在宅医療～高度医療まで切れ目のない医療提供を進める ■ 地域医療連携推進法人制度の活用による医療資源の有効活用 	<ul style="list-style-type: none"> ■ がんセンターの充実によるがん治療の強化 ■ 循環器疾患機能の充実 ■ 小児救命救急センターの整備による小児受入れ体制の強化 ■ 高額医療機器の共同利用の推進
弱み (Weakness)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 救急隊からの照会回数 4 回以上は全国平均よりも悪い (図表 10, 図表 11) ■ 救急隊から照会に至らなかった理由として, 処置困難と医師不在が多く挙がっており, 全国平均よりも悪い (図表 12) ■ 病院の分散, 非効率な体制 (図表 21, 図表 22) ■ 過剰病床, 病床の役割分担の偏在 (図表 23, 図表 24) ■ 重複する医療機能 (広島圏域) (図表 26, 図表 27) ■ 若手医師の不足 (減少) (図表 38, 図表 39, 図表 40, , 図表 42) ■ 医師の地域・診療科偏在 (図表 30, 図表 32, 図表 33, 図表 34, 図表 35) ■ 無医地区数の増加 (図表 34) ■ 女性医師の不足 (図表 29) ■ 小児救命救急センター (PICU) の未設置 (図表 54) ■ ECMO 操作人員が限定的 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 地域医療構想と整合性のとれた病床の整備 ■ ガバナンスの統合 ■ 病院間の再編・ネットワーク化を強化 ■ 柔軟な病院経営を目指し, 経営形態や他医療機関との連携方法などを検討 ■ 症例集積による医療現場の魅力度向上による医療従事者の確保 ■ 研修プログラムの充実・キャリアパスの形成 ■ 指導者の育成 ■ ライフステージに応じた勤務地などの検討 ■ 女性医師への支援 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ER 機能の強化 ■ 症例集積による医療現場の魅力度向上による医療従事者の確保 ■ 集約によるマンパワーの余力創出 ■ 平時の感染症対策の検討

2 新たな拠点の目指す姿・期待される役割

新たな拠点においては、第1章で取り上げた「広島県の医療の2本の柱」のとおり、「県民に高い水準の医療を提供できる」「地域の医療を持続的に確保することができる」姿を目指す。

図表 93 新たな拠点の目指す姿と期待される役割

目指す姿	期待される役割	大学・県連携会議における意見等を踏まえた新たな拠点に求められる機能の方向性
<p>県民に高い水準の医療を提供できる姿</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 広島都市圏を中心とした医療機能の分化・連携により、医療資源や様々な症例を集積することで、県民に高度な医療を提供する。 ■ 高度・急性期医療を担う基幹病院として、救急・小児・周産期・災害医療・感染症への対応など、県民の医療需要に応える。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ がんセンターの整備 ■ 脳・心臓・血管（循環器医療救急）疾患を抱える患者への対応 ■ 内分泌センターの整備 ■ 児童精神科病床の整備（発達障害） ■ 精神科救急（自傷他害等）への対応 ■ ER・救命救急センターの整備 ■ 小児救命救急センターの整備 ■ 外傷センターの整備 ■ 総合周産期母子医療センター ■ 2種感染症病床の整備 ■ 災害時における病院機能維持のための設備整備
<p>地域の医療を持続的に確保することができる姿</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 地域において核となる拠点病院への医療人材の供給・循環の仕組みを構築することにより、中山間地域の医療を守り、持続的な医療提供体制を確保する。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ デジタル（遠隔診療、AI）診療センターの整備 ■ 広島大学病院と新たな拠点との一体運営 ■ 柔軟な人事交流の枠組みの構築 ■ 患者情報の共有化や、共同調達の仕組みの構築 ■ 拠点と他医療機関との棲み分け、役割分担の検討 ■ 医療機能の段階的な統合、集約の検討 ■ 魅力的な専門教育プログラムの構築 ■ 中山間地域への定期的な医師派遣の仕組みの構築 ■ 働きやすい環境整備の検討 ■ チーム体制の検討

3 新たな拠点に求められる高度医療機能

広島大学各診療科長の意見や先進事例における成功要因を踏まえつつ、新たな拠点の目指す姿や期待される役割を実現していくためには、次のような機能が必要と考えられる。

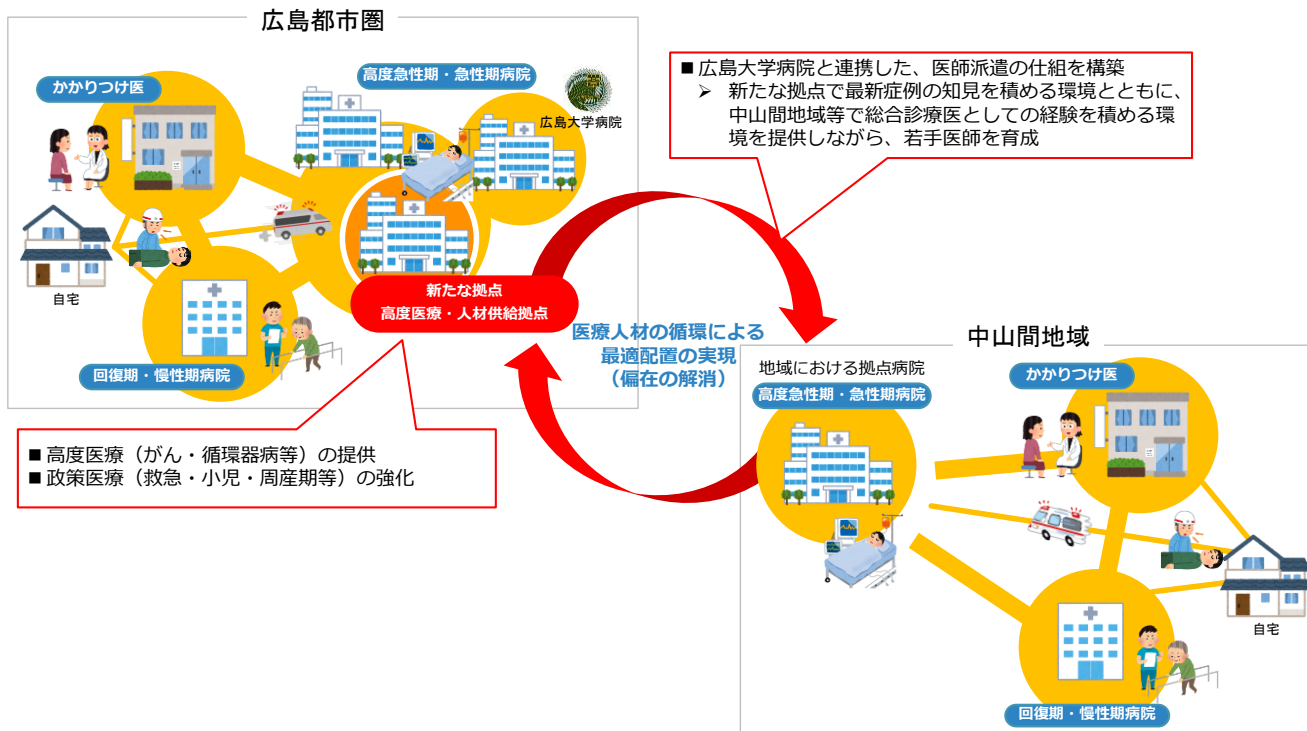
図表 94 新たな拠点に求められる高度医療機能医療機能

分野	求められる医療機能
救急	<p>■ 救命救急センター</p> <p>ER（患者受入の入口としての機能）及び救急応需率の高い救命救急センターを整備することにより、救急搬送患者の現場滞在時間の短縮を実現し、広範囲から救急患者の受け入れ。</p> <p>24時間365日、応需率の高い救急医療の提供を実践するため、医師の集約や、救命救急士などを活用したタスクシフトを検討。</p> <p>「小児救命救急センター（PICU 6床以上）」「外傷センター」などを有し、さまざまな救急に対応可能な施設を検討。</p> <p>多くの救急搬送を受け入れ、豊富な症例が経験できる施設として若手医師を惹きつけることが期待される。</p>
小児	<p>■ 小児救命救急センター</p> <p>PICU（6床以上）を整備。小児循環器外科医を配置し、小児心臓手術にも対応。高次救急だけでなく、1次救急から対応可能な施設とすることにより、即応性が高く、効率的な体制を構築。</p>
周産期	<p>■ 総合周産期母子医療センターとして周産期医療を強化</p> <p>婦人科腫瘍を大学病院へ集約し、新たな拠点は周産期医療を中心に実施していくことを検討。</p> <p>また、大学病院と新たな拠点で連携し、県内の産科・婦人科の機能強化を図る。</p>
がん	<p>■ がん治療センター</p> <p>新たな拠点ではがん関連診療科を包括管理、連携支援を行う「がん治療センター」を設置し、標準治療の件数強化（ハイボリュームセンター化）を行う。</p> <p>小児がん、婦人科腫瘍は大学病院への集約を検討するなど、適切なすみ分けを図る。</p> <p>「薬物療法チーム」「HIPRACと連携した放射線治療」「緩和ケアチームの育成」「がんゲノム診療部」などの機能も検討。</p>
脳・心疾患	<p>■ 慢性疾患を抱える患者への対応</p> <p>広島都市圏における不整脈、心不全患者への対応について、市中病院の患者受入キャパシティを調査した上で、新たな拠点においても緊急度、重症度の高い急性期患者に加え慢性疾患を抱える患者が増悪した場合等の対応を検討。</p> <p>■ 脳・心臓・血管（循環器医療救急）疾患を抱える患者への対応強化</p> <p>高齢化に伴い増加する脳・心臓・血管（循環器系）疾患への対応が可能となる機能の整備を検討。特に、循環器医療救急への対応については県民への周知が必要。</p>
精神	<p>■ 児童精神科病床</p> <p>様々な要因で学校に行けない生徒や、発達障害の子供への対応が可能な機能の整備</p> <p>■ 精神科救急</p> <p>個室や専門のスタッフを配置し、自傷他害や複合疾患を有する救急患者へ対応。</p>

分野	求められる医療機能
感染症	<p>■ 有事対応のための特別病床</p> <p>平時は通常の患者を受入れている病床の一部において、感染症に対応できる病床の整備。</p> <p>他の病棟との区別がなされており、個室を整備。検査も一般患者とは別に行える病棟の整備。</p>
災害	<p>■ 災害時における病院機能維持のための設備</p> <p>災害時は、多くの重篤患者に対する医療の提供、被災地からの患者の受入、災害派遣医療チームを受け入れることとなるため、建物の耐震化と受入可能となる広さが必要。</p> <p>患者処置等に必要となる自家発電装置、医薬品・食料・水（3日分以上の容量を有する受水槽の設置、あるいは停電時にも使用可能な地下水利用のための設備（井戸設備等））の整備を検討。</p>
その他	<p>■ その他、求められる機能（意見）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・臨床分野における教育的な機能 ・臨床研究を支援する機能（臨床研究は医療機能の向上、維持に不可欠な機能） ・病院経営、統計処理などをサポートする機能

広島大学と新たな拠点，地域の基幹病院及び関連病院をはじめとした医療機関間の病床機能間の分化・連携を推進することにより，質が高く切れ目のない医療提供体制を整備する必要がある。また，各医療圏では，「医療」「介護」「介護予防」「住まい」「生活支援」のサービスが身近な地域で包括的に確保される地域包括ケアシステムが提供される必要がある。本県では，中山間地域における医師確保が課題となっているため，今後は中山間地域の医療を守るため，広島大学病院と新たな拠点が連携した医師派遣の仕組みを検討していく（図表 95，図表 96）。

図表 95 新たな拠点で目指す医療機能イメージ図



図表 96 広島大学病院・新たな拠点と他医療機関の役割分担イメージ

	広島大学病院・新たな拠点	広島市民病院・広島赤十字原爆病院	連携医療機関	
			急性期～回復期医療の提供	慢性期～在宅医療の提供
人材供給	↑			
高度・専門的な治療, 手術機能	↑	↓		
重症患者の救急受入れ機能	↓	↓		
休日・夜間の救急受入れ機能			↑	
軽・中等症患者の救急受入れ機能			↑	↑
在宅医療の後方支援機能				↑
ポストアキュート機能（長期急性期患者や回復期患者の受入れ, 治療機能）			↓	↓

新興感染症については、政府から出されている指針等を基に新たな拠点で対応策を講じていく。具体的には、入院医療体制や救急・搬送体制、院内診療体制、人員体制等、平時から対策の検討やマニュアルの見直し等を徹底していくことを検討している。

図表 97 新興感染症への対策⁸³

	対策
入院医療体制	<ul style="list-style-type: none"> ■ 即時受け入れ可能な「即応病床」と一定の準備期間で使用可能となる「準備病床」を設定し、一般医療にも考慮した柔軟な病床確保を行う。
救急・搬送体制	<ul style="list-style-type: none"> ■ 新興感染症以外の救急患者の受入体制について、地域の救急医療関係者や消防機関関係者を含めて共有する体制を構築する。
院内診療体制	<ul style="list-style-type: none"> ■ 院内感染マニュアルを随時見直し、関連する事務連絡やチェックリストを改めて周知し、院内感染対策を徹底する。
人員体制	<ul style="list-style-type: none"> ■ スタッフが感染状況や新規の治療方針等の知見を得られる機会を増やすなど、人材の育成を行う。 ■ ECMO などの専用医療機器を扱える人材を育成・確保する。 ■ クラスタ発生時等、緊急時の人材派遣等について、検討を行う。

⁸³ 令和3年8月20日厚生労働省 事務連絡資料を基に作成

4 新たな拠点に求められる人材供給（育成・派遣）機能

新たな拠点は、高度な医療や様々な症例を集積することにより全国から意欲ある若手医師を集めるとともに、広島大学との連携・協働（共同臨床研修）により地域への医師派遣と地域内の派遣・循環体制を構築する。具体的には、研修プログラムの検討、資格取得しやすい環境整備などスキルアップ支援や、ライフステージに配慮した勤務地の検討、働き方改革などの生活支援を行っていく（図表 98）。

図表 98 新たな拠点における人材供給（育成・派遣）機能

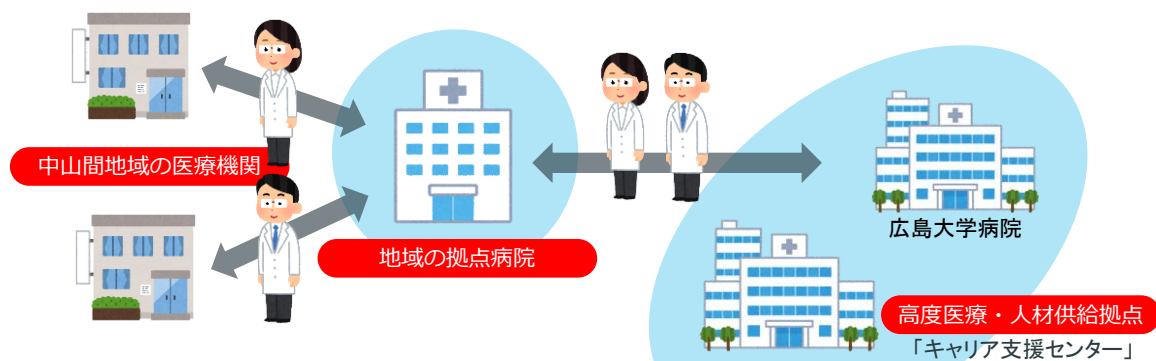
		取組の方向性	事例等を踏まえた検討の方向性
スキルアップ支援	魅力的な研修プログラム	<ul style="list-style-type: none"> ■ 地域医療の実践的かつ幅広い研修が可能な臨床医のための研修プログラムを提供する。 ■ 大学と連携した、研修医プログラムの充実、研修修了後のキャリアパスのサポート等を行う。 ■ 多くの症例を集積させることで、臨床医が多くの症例に触れる機会を増やし、教育の魅力度を向上させる。 ■ 医師を育成し、県全体で医師の循環・交流を図り、医療の質を向上させる。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ キャリア支援センター（仮称）において、地域拠点病院とのマッチングを行う。 ■ 大学院生を受入れる体制を構築する。 ■ 医療職を再教育するシステムを検討する。 ■ 定年後も回復期で活躍するなど、長期に渡るキャリアパスを検討・構築する。
	ローテーションによる幅広い臨床経験	<ul style="list-style-type: none"> ■ 地域医療の実践的かつ幅広い研修が可能な臨床医のための研修プログラムを提供する。プライマリケアの臨床能力を修得した医療の提供ができる医師を養成し、研修医が将来どの方向の専門医に進んだとしてもジェネラリストとしての理念を保持できる教育を提供する。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 総合診療医、感染症、救急科の3科をローテーションで組み、専門性を身に付けることができる仕組みを構築する。
	専門医資格が取得しやすい環境	<ul style="list-style-type: none"> ■ 専門医資格を取得しやすい環境を整え、高度医療を提供し医療の質を向上させる。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 専門医資格取得にかかる費用のサポートの検討をする。
	臨床支援（ウェブカンファレンス等）	<ul style="list-style-type: none"> ■ 臨床支援の仕組みを構築し、若手医師の診療などの支援を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ デジタル技術を活用し、県内医療機関においてHM ネットを基盤としたデジタル技術導入を促し、診療情報の共有化を進め、医療の質向上を目指す。 ■ 高度医療や先進医療の知識を深めるため、大学病院などと連携を図ったウェブカンファレンスなどの仕組みを構築する。

		取組の方向性	事例等を踏まえた検討の方向性
スキルアップ支援	学会活動や研究活動の支援	<ul style="list-style-type: none"> ■ 学会活動，研究活動の支援を行い，キャリア支援を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 週 4 日勤務など，学会や研究活動を行いやすい勤務体制を検討する。
生活支援	ライフステージ（結婚，出産，子育て，受験等）に配慮した勤務地	<ul style="list-style-type: none"> ■ 性別に関係なく，ライフステージやキャリアを考慮した勤務地を選択できる仕組みを構築する。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ キャリア支援センター（仮称）において，個別のライフプランに沿った医師のキャリア形成支援を行う。 ■ 週 3 日は都市部，週 2 日は中山間地区での勤務などの仕組みを検討する。
	女性医師への支援	<ul style="list-style-type: none"> ■ 女性医師が働きやすい環境（制度面，ハード面など）を整備し，女性医師の離職率を抑制し，産休・育休等から復帰しやすい環境を整える。 ■ 女性医師の働きやすい環境整備のために，男性医師の理解を啓発する活動を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 保育園の確保や保育サポートを強化する。 ■ 女性医師が働きやすい環境（制度面，ハード面）について検討する機会を設け，女性医師の働き方について，性別関係なく理解を深める。
	医師の働き方改革	<ul style="list-style-type: none"> ■ チーム医療体制を検討する。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 複数の病院でシフトを組める仕組みを検討する。

新たな拠点における重要な役割として，医師の地域偏在を解消することがある。広島大学と連携を図り，医師を育成し，中山間地域で不足する医師を派遣する仕組みを構築していく必要がある。

新たな拠点と大学病院では，キャリア支援センターを設置し，医師のスキルアップ支援，生活支援等，医師のキャリア形成に必要なサポートを行っていく（図表 99）。

図表 99 人材供給の仕組み～地域の医療を持続的に確保～



医師のキャリア形成支援策の構築(見える化)

- ◎ スキルアップ支援
 - ・ 魅力的な研修プログラム(指導医の強化・支援)
 - ・ ローテートによる幅広い臨床経験
 - ・ 専門医資格が取得しやすい環境
 - ・ 臨床支援(ウェブカンファレンス等)
 - ・ 学会活動や研究活動の支援
- ◎ 生活支援
 - ・ ライフステージ(結婚，出産，子育て，受験等)に配慮した勤務地
 - ・ 働き方改革(タスクシフト・シェア等)

医師派遣の取組事例として、第3章でも取り上げた安佐市民病院がある。安佐市民病院は、北西部地域医療連携センターとして、中山間地域の診療所や病院に医師を派遣したり、当直支援を行っている。安佐市民病院を拠点に勤務しながら、週に数回、中山間地域に医療支援を行っている。その際、ウェブカンファレンスや抄読会などを行い、若手医師をサポートする体制を整えている（図表 100）。

新たな拠点でも中山間地域に医師を派遣しながら、若手医師をサポートする体制を整備していく。

図表 100 広島県北西部地域医療連携センターにおける教育体制



5 今後の検討事項

(1) 基幹病院等, 周辺の医療機関との機能分化・連携等

・広島都市圏を中心とする公立・公的医療機関等との機能分化・連携のあり方について、関係医療機関との協議を継続して行う。

・地域医療連携推進法人制度の活用による連携方策についても、検討を進める必要がある。

(2) 新たな拠点の整備

・広島県の医療を取り巻く環境を踏まえ、期待される役割を担う新たな拠点の整備に向けて、病床規模、整備場所、運営主体などに関して継続して検討を行う。