

## 第2章

# 安心できる保健医療体制の構築

### 第1節 がんなど主要な疾病の医療連携体制

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

### 第2節 救急医療などの医療連携体制

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

### 第3節 在宅医療と介護等の連携体制

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

### 第4節 外来医療に係る医療提供体制

1	外来医療提供体制の確保	186
2	医療機器の効率的な活用	190
3	紹介受診重点医療機関	193

### 第5節 医療に関する情報提供

1	患者の医療に関する選択支援	195
2	ICTを活用した診療支援（ひろしまメディカルDXの推進）	197

## 第1節 がんなど主要な疾病の医療連携体制

### 1 がん対策

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

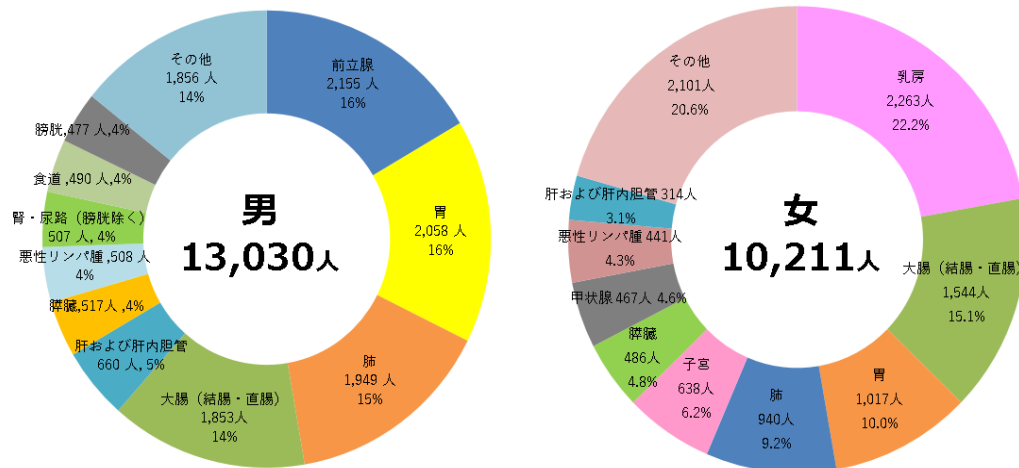
#### 現 状

#### 1 がんの罹患・死亡

##### (1) がん患者数

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

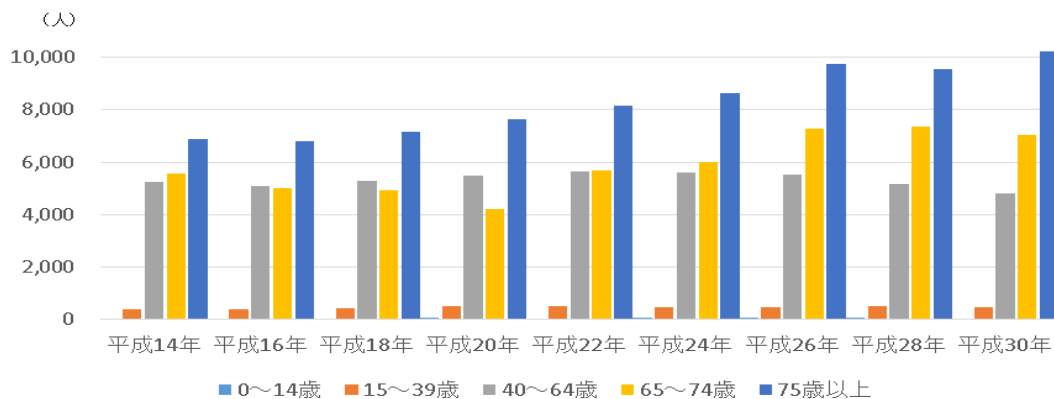
図表 2-1-1 がんの罹患状況（令和元（2019）年広島県の男女別・部位別がん罹患患者数）



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

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

図表 2-1-2 年齢階級別罹患患者数



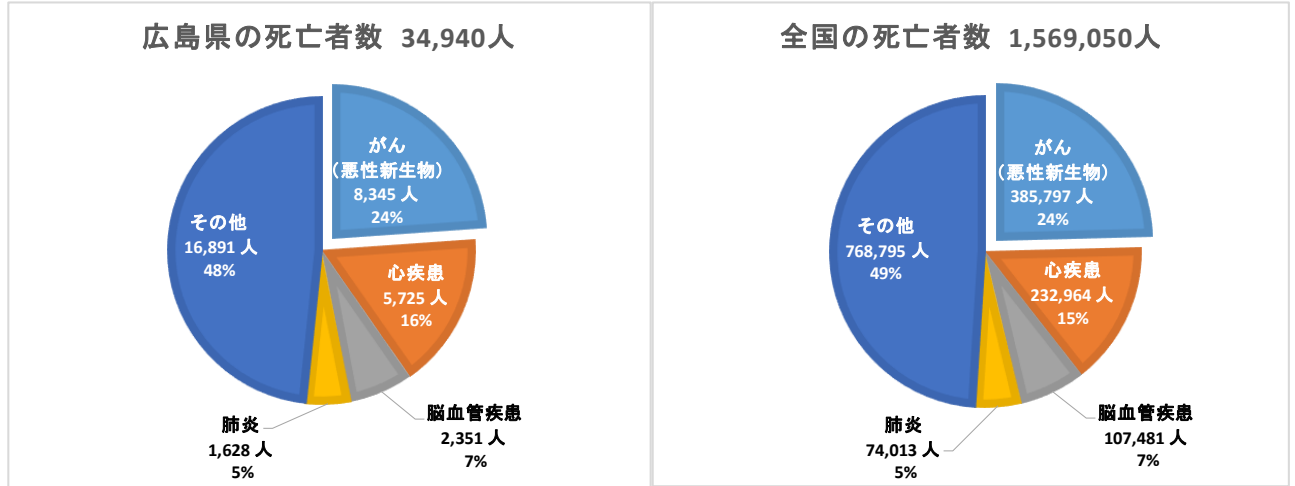
出典：広島県「広島県地域がん登録報告書」（平成14（2002）年～平成27（2015）年）

広島県「全国がん登録 広島県がん情報集計報告書」（平成28（2016）年～平成30（2018）年）

(2) がんによる死亡者数

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

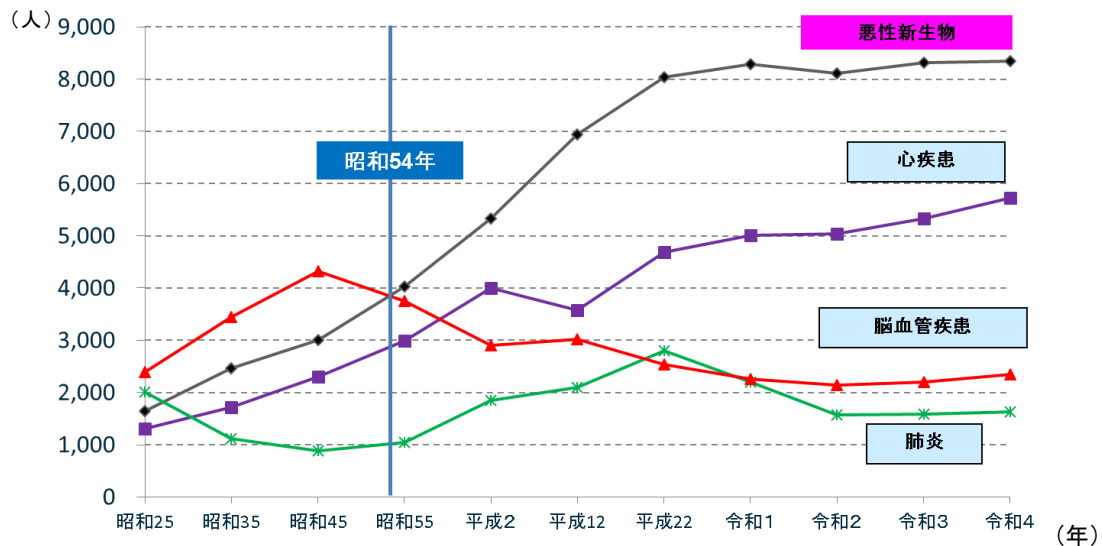
図表 2-1-3 死亡者数の状況（広島県・全国、令和4（2022）年）



出典：厚生労働省「人口動態統計」（令和4（2022）年）

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

図表 2-1-4 主要死因別の死亡者数の推移（広島県）



出典：厚生労働省「人口動態統計」（令和4（2022）年）

(3) がんの年齢調整死亡率

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

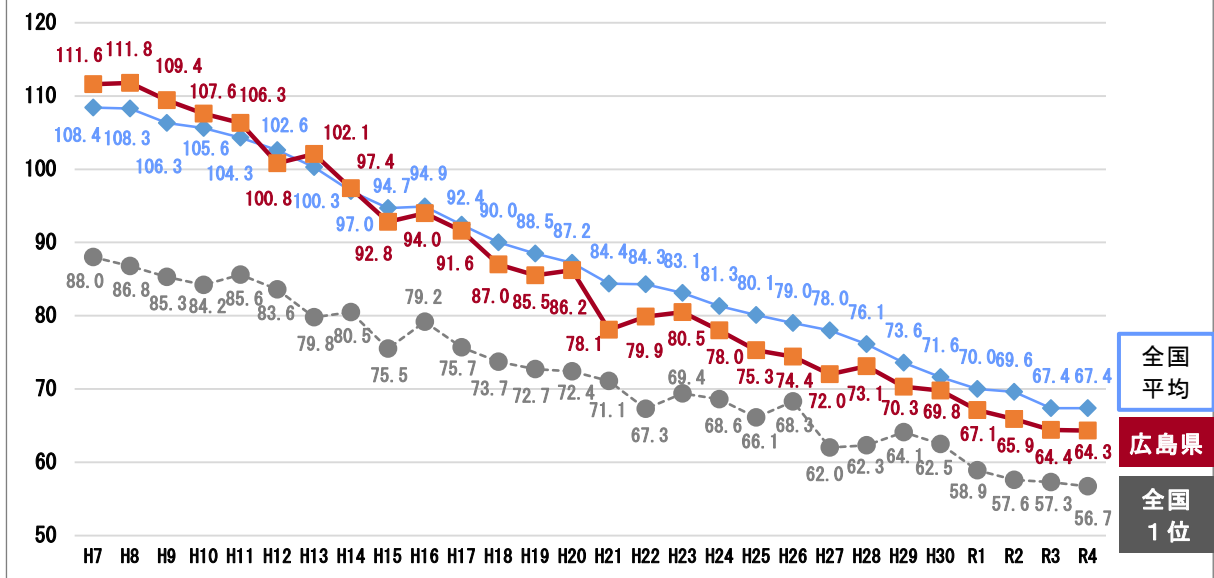
## 第2章 安心できる保健医療体制の構築

図表 2-1-5 がんの年次別死亡率（75歳未満年齢調整死亡率）

（単位：人口10万人当たりの死者数（人））

区分	平成 14年	平成 24年	令和 2年	令和 3年	令和 4年	目標 (R5)	減少率	
							20年 (H14→R4)	10年 (H24→R4)
広島県 (全国順位)	97.4 (32位)	78.0 (15位)	65.9 (13位)	64.4 (13位)	64.3 (14位)	58.0	34.0%	17.6%
全国	97.0	81.3	69.6	67.4	67.4	—	30.5%	17.1%

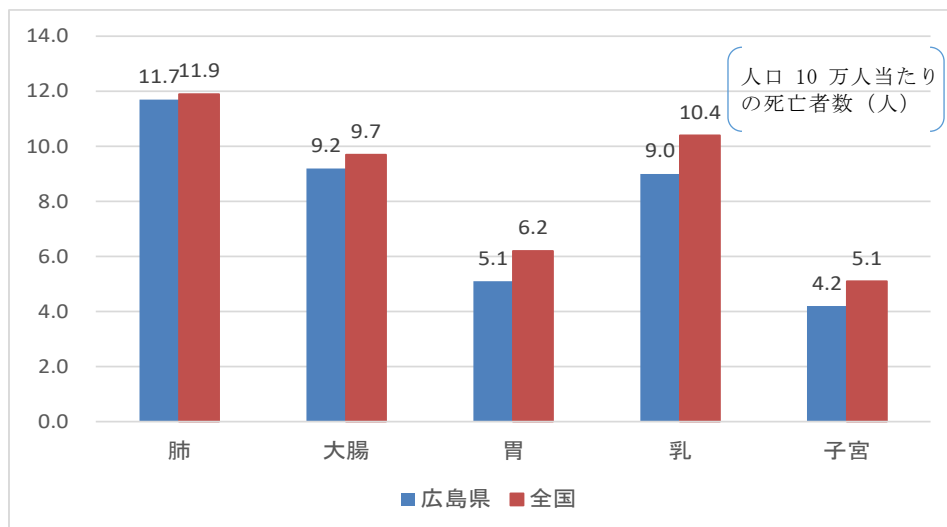
図表2-1-6 悪性新生物75歳未満年齢調整死亡率（人口10万人対）年次推移



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

がんの部位別の75歳未満年齢調整死亡率を全国と比較すると、本県では、5がん（肺、大腸、胃、乳、子宮頸がん）のうち全国と同様に肺が最も高くなっており、子宮が最も低くなっています。また5がん全てにおいて、全国の年齢調整死亡率を下回っています。

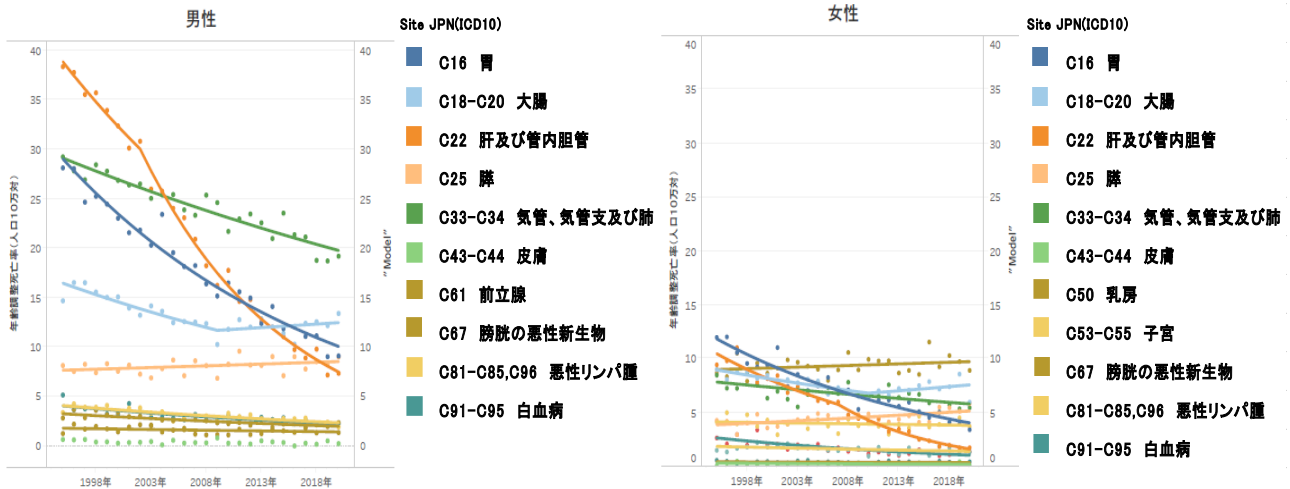
図表 2-1-7 部位別 75歳未満年齢調整死亡率（広島県・全国）



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

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

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



点：実測値、実線：joinpoint 解析による推定値

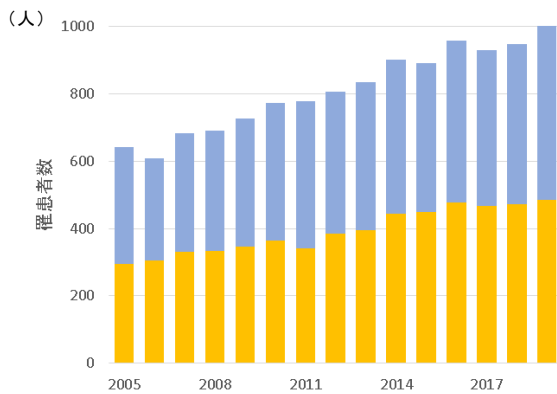
出典：県健康福祉局調べ

#### (4) 難治性がん・希少がん

##### ① 膵臓がん

難治性がんである膵臓がんは、男性、女性ともに75歳未満の罹患者数が増加しています。また、5年相対生存率は上昇しているものの、他のがんと比較すると低くなっています。

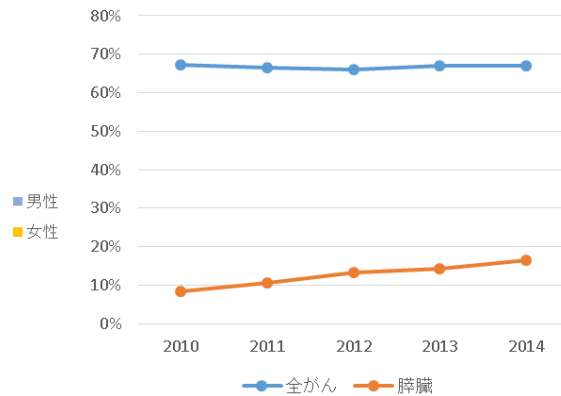
図表 2-1-9 広島県の 75 歳未満膵臓がん罹患者数



出典：広島県

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

図表 2-1-10 広島県の 5 年相対生存率（2010～2014 年診断）



出典：広島県

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

##### ② 希少がん

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

図表 2-1-11 広島県の主な希少がん罹患数、年齢調整罹患率（2015-2019年）

RARECAREnet list(Casali 2020版)	罹患数			年齢調整罹患率(人口10万対)		
	男	女	総数	男	女	総数
血液	5,068	4,136	9,204	40.3	27.6	33.3
頭頸部	2,269	839	3,108	18.8	5.6	11.8
内分泌器官	685	2,055	2,740	7.0	21.5	14.3
消化器(希少)	1,407	1,275	2,682	9.2	5.6	7.2
男性性器及び泌尿器(希少)	1,094	405	1,499	9.5	1.8	5.5

※集計対象 ICD-O-3:性状3

出典：広島県「全国がん登録 広島県がん情報集計報告書」（令和元（2019）年集計）一部改変

### ③ 小児がん

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

図表 2-1-12 広島県の主な小児がん罹患数、年齢調整罹患率（2015-2019年）（5年平均）

ICCC Recode Third Edition, ICD-O-3/IARC 2017(Main)	罹患数(5年平均)			年齢調整罹患率(人口100万対)		
	男	女	総数	男	女	総数
白血病、骨髄増殖性疾患、骨髄異形成疾患	12.2	8.0	20.2	65.8	44.7	55.5
中枢神経系及びその他の頭蓋内・脊髄内新生物	10.2	7.4	17.6	54.5	41.1	47.9
リンパ腫及び細網内皮新生物	4.2	2.4	6.6	22.5	13.4	18.0
神経芽腫及びその他の末梢神経細胞腫瘍	1.6	1.6	3.2	8.8	9.2	9.0
SEERで分類されない腫瘍又は上皮内がん	1.4	1.4	2.8	7.4	7.8	7.6

※悪性及び上皮内の原発がんと一部の良性腫瘍・性状不詳または不明の腫瘍、0-14歳

※集計対象 ICD10:C00-C96、D00-D47

※SEER 米国 National Cancer Institute が1971年から組織しているがんの疫学調査研究事業。

出典：広島県「全国がん登録 広島県がん情報集計報告書」（令和元（2019）年集計）一部改変

### ④ AYA世代のがん

AYA世代のがんは、毎年870人程度が罹患し、多くの患者が居住する二次保健医療圏で治療を受けています。

図表 2-1-13 広島県の主なAYA罹患数、年齢調整罹患率（2015-2019年）（5年平均）

AYA Site Recode 2020 Revision(Main)	罹患数(5年平均)			年齢調整罹患率(人口10万対)		
	男	女	総数	男	女	総数
上皮内がん	15.6	330.8	346.4	3.8	89.7	45.6
癌腫	79.4	226.8	306.2	20.0	59.8	39.4
中枢神経系及びその他の頭蓋内・脊髄内腫瘍	24.8	37.8	62.6	6.5	10.6	8.5
性腺腫瘍及び関連する腫瘍	23.4	16.6	40.0	6.2	4.5	5.4
白血病及び関連する疾患	16.4	16.2	32.6	4.3	4.4	4.4

※悪性及び上皮内の原発がんと一部の良性腫瘍・性状不詳または不明の腫瘍、15-39歳

※集計対象 ICD10:C00-C96、D00-D47

出典：広島県「全国がん登録 広島県がん情報集計報告書」（令和元（2019）年集計）一部改変

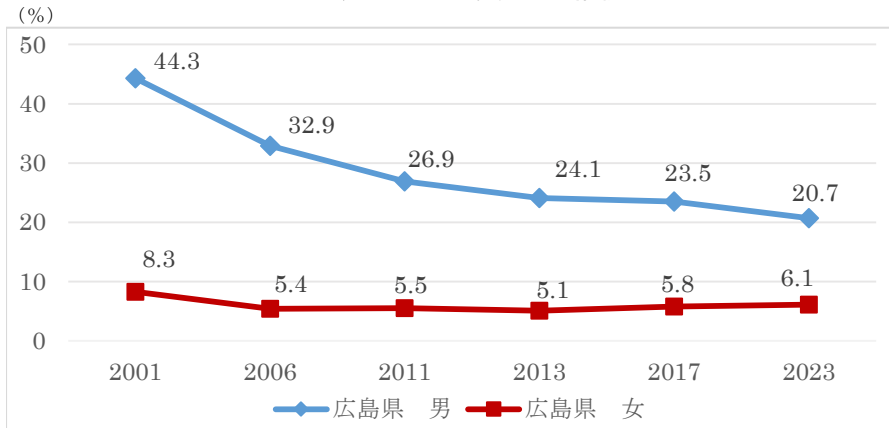
2 分野別

(1) がん予防・検診

① がん予防

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

図表 2-1-14 喫煙率の推移

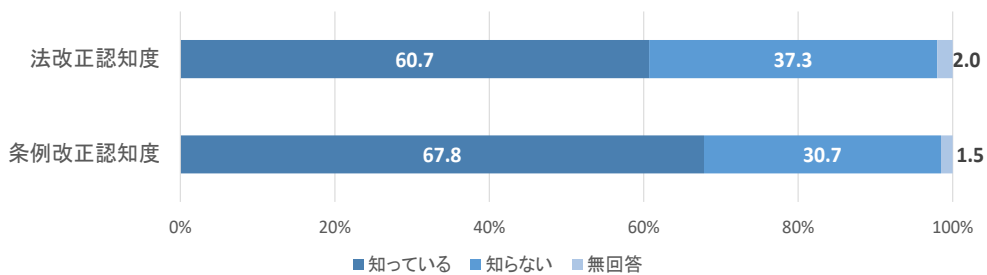


出典：広島県「広島県民健康意識調査」（調査実施年平成13（2001）年度、平成18（2006）年度、平成23（2011）年度、平成25（2013）年度、平成29（2017）年度、令和5（2023）年度）

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

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

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



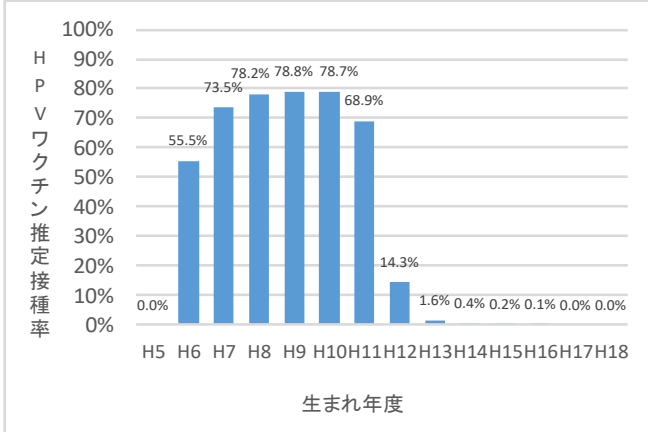
出典：県健康福祉局調べ（「受動喫煙防止に関する喫煙調査」から作成（令和4（2022）年7月調査））

子宮頸がんは HPV（ヒトパピローマウイルス）による感染が主な原因です。ワクチン接種と定期検診と組み合わせることにより、発症率及び死亡率を大幅に減らすことができるとされています。ワクチン接種後に副反応等が発生した事例などの報告があり、国において、国民に適切な情報提供ができるまでの間、定期接種を積極的に勧奨していませんでしたが、令和4（2022）年から HPV ワクチンの積極的勧奨を再開し、令和5（2023）年4月からは、HPV9価ワクチンの定期接種を開始しました。厚生労働省によると、ワクチン接種緊急促進事業の対象であった平成11（1999）年度以前の世代では推定接種率（※1）が7割程度である一方、平成12（2000）年度以降の世代では大きく減少しています。令和4（2022）年度の広島県の実施率（※2）は、37.5%（3回目）と以前より改善傾向にあるものの、十分とは言えない状況です。

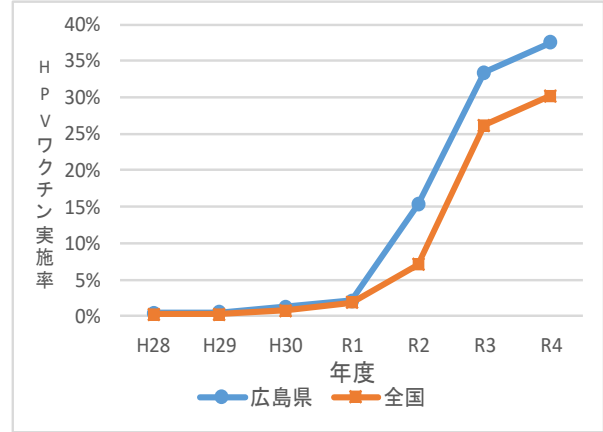
## 第2章 安心できる保健医療体制の構築

- ※1 推定接種率：平成 22～29 年度にワクチン接種緊急促進事業及び定期接種において 1 回目のワクチンを接種済みの者の割合（任意接種は含まれていない。）
- ※2 実施率：（全国）接種者数（地域保健・健康増進事業報告の「定期の予防接種被接種者数」から計上）を、対象人口（標準的な接種年齢期間の総人口を総務省統計局推計人口【各年 10 月 1 日現在】から求め、これを 12 か月相当人口に推計したもの）で除して算出したもの
- （県） 対象人口は（県感染症・疾病管理センターが取りまとめた 13 歳女子人口（各年 10 月 1 日現在））

図表 2-1-16 HPV ワクチン推定接種率



図表 2-1-17 HPV ワクチン実施率（3回目）の推移



出典：厚生労働省「令和 3 年 11 月 15 日第 26 回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会資料 5—1」、Nakagawa S et al. Cancer sci. 2020 Jun;111(6):2156-2162 Table 2 をもとに予防接種室が作成

出典：厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」から作成  
 ※ 令和 4 年度 全国数値は速報値  
 （第 94 回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会から引用）

### ② がん検診

#### ア 受診状況

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

図表 2-1-18 がん検診の受診率の状況（令和 4（2022）年）

部位	胃	肺	大腸	子宮頸	乳
広島県	50.4% (21位)	47.7% (34位)	44.0% (34位)	42.5% (30位)	42.6% (40位)
全国	48.4%	49.7%	45.9%	43.6%	47.4%

出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」（令和 4（2022）年）

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

図表 2-1-19 主要 10 健診機関における受診者数の推移

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

※ ( ) 内は令和元（2019）年度比の増減率

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



イ 精度管理

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

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

図表 2-1-20 がん検診で精密検査となった人の受診率の状況

部位		胃	肺	大腸	子宮頸	乳
精密検査受診率	広島県	86.7%	76.2%	69.7%	65.6%	87.7%
	全国	84.4%	82.6%	70.2%	76.6%	89.8%
精密検査未把握率	広島県	9.3%	18.5%	19.1%	30.8%	10.1%
	全国	9.7%	11.3%	16.8%	17.7%	7.3%

出典：厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」（令和2（2020）年度）

(2) がん医療

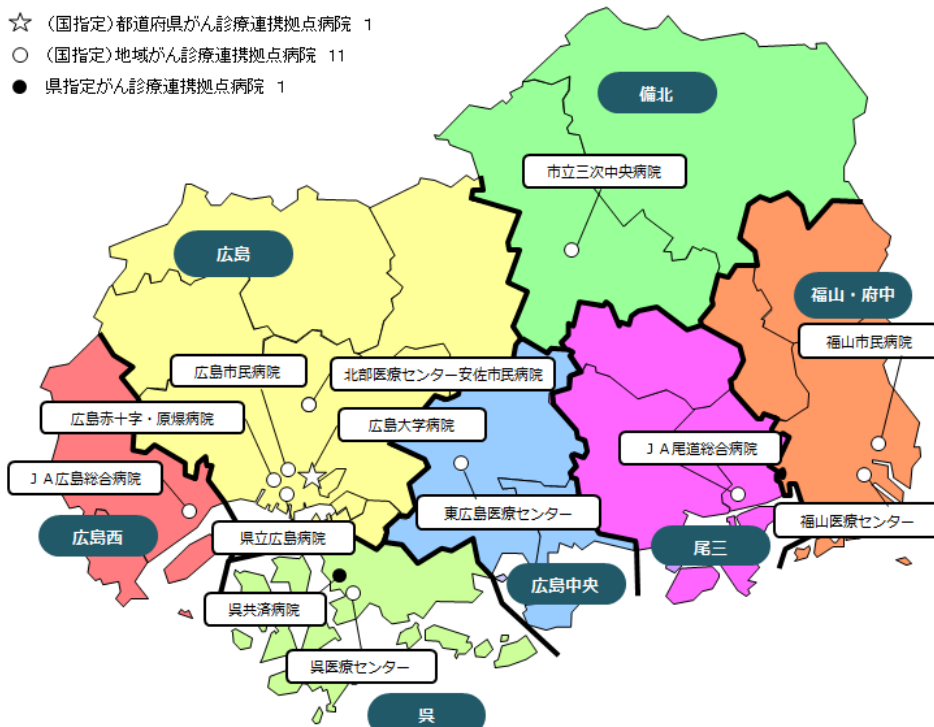
① 医療体制

どこに住んでいても質の高いがん医療を受けられるよう、「国指定のがん診療連携拠点病院」を全二次保健医療圏に整備し、令和5（2023）年4月現在、12施設が指定されています。そのうち広島大学病院は、都道府県がん診療連携拠点病院として、全県のがん診療の質の向上と連携協力体制の構築の中心的な役割を担っています。

更に、国指定のがん診療連携拠点病院と同等の医療機能を有する施設を「県指定のがん診療連携拠点病院」として、呉共済病院を指定しています（以下この項において「国指定のがん診療連携拠点病院」と「県指定のがん診療連携拠点病院」を併せて「拠点病院」という。）。

また、5大がん（乳がん、肺がん、肝がん、大腸がん及び胃がん）について、一定の施設基準を満たす施設が参加した「広島県がん医療ネットワーク」を構築し、拠点病院では、地域連携クリティカルパスを整備しています。

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



② 手術

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

図表 2-1-22 拠点病院における各がんの手術療法年間実施件数

(単位：件)

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

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

③ 放射線療法

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

図表 2-1-23 拠点病院等における放射線療法の実施状況

(単位：件)

区分	医療圏	広島					広島西	呉		広島中央	尾三	福山・府中		備北	高精度放射線治療C
	計	広島大学	県立広島	広島市民	広島赤十字	安佐市民	広島総合	呉医療	呉共済	東広島医療	尾道総合	福山市民	福山医療	三次中央	
患者数 (体外照射)	5,218	570	107	805	378	240	225	318	77	400	443	481	341	110	723

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

（高精度放射線治療センター）県健康福祉局調べ（集計期間：令和4（2022）年1月1日～12月31日）

④ 薬物療法

薬物療法は通院で実施されることが一般的になっていることから、拠点病院等では、薬物療法の十分な説明や、支持療法をはじめとした副作用対策等の必要性が増大しています。

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

⑤ 専門医等の状況

質の高い医療の提供には、専門的な知識と高い技術を持つ医療従事者の配置が必要です。

がん医療専門医等の配置を拠点病院ごとに見ると、放射線療法、薬物療法、病理診断の各分野で専門医等が未配置の病院もあるなど、配置にばらつきがあります。

図表 2-1-24 拠点病院等における専門医等の配置状況

(単位：人)

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

出典：（拠点病院）厚生労働省「拠点病院現況報告」（令和5（2023）年9月1日時点）

（高精度放射線治療センター）県健康福祉局調べ（令和5（2023）年）

⑥ 受療動向

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

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

図表 2-1-25 がん患者の受療動向の状況

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

※「-」の項目は、0.1%以下

出典：県健康福祉局調べ（令和4（2022）年度）

⑦ 緩和ケア

施設緩和ケアにおいては、拠点病院を中心に緩和ケアチーム等の専門分野の整備を進めており、現在、緩和ケア病棟が 13 病院に 259 床、緩和ケアチームは 36 病院に整備されています。

図表 2-1-26 緩和ケア提供体制の状況

圏域	人口 (人)	緩和ケア病棟		緩和ケアチーム	
		数 (病床数)	10万人 当たり 病床数	設置数	10万人 当たり チーム数
広島	1,366,912	8 (180)	13.17	13	0.95
広島西	140,492	1 (24)	17.08	2	1.42
呉	236,522	1 (19)	8.03	4	1.69
広島中央	227,759	0	0	2	0.88
尾三	236,868	1 (6)	2.53	5	2.11
福山・府中	506,835	2 (30)	5.92	8	1.58
備北	84,314	0	0	2	2.37
計	2,799,702	13 (259)	9.25	36	1.29

出典：人口：総務省統計局「国勢調査」(令和2(2020)年)

緩和ケア病棟：中国四国厚生局「中国四国厚生局管内の届出受理医療機関名簿」(令和5(2023)年8月1日現在)

緩和ケアチーム：県健康福祉局調べ(令和5(2023)年4月)

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

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

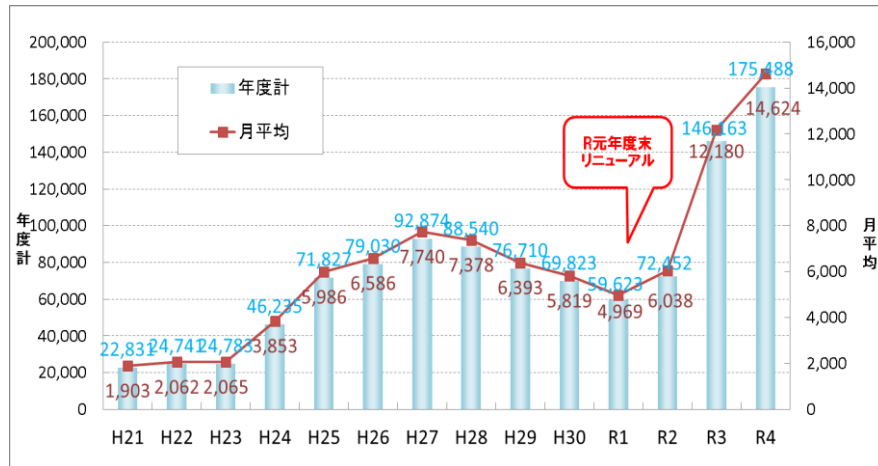
(3) がんとの共生

① 情報提供

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

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

図表 2-1-27 「広島がんネット」のアクセス件数の推移（単位：件）



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

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

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

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

② 相談支援

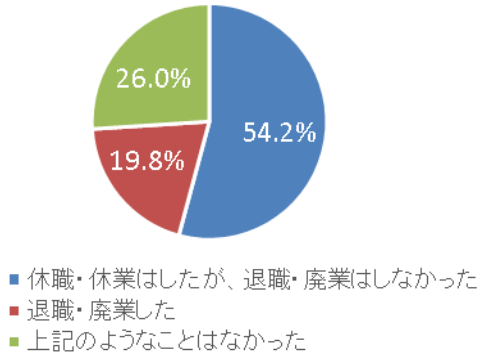
拠点病院では、がん相談支援センターに専門的な研修を受けた相談員を配置し、院内外のがん患者と家族等からの相談を受ける体制が整っています。

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

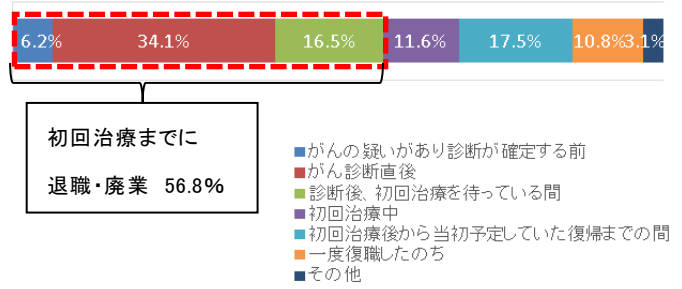
③ 就労支援

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

図表 2-1-28 がん診断後の就労への影響



図表 2-1-29 「退職・廃業した」と回答した患者の分布



出典：厚生労働省委託事業「患者体験調査」(平成 30(2018)年度)

④ 妊孕性温存、アピアランスケア

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

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

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

【主な指標の達成状況】

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

分野	指標	策定時数値	直近値	目標値	参考値(全国)	
がん予防	喫煙率	男性	23.5%(H29)	20.7%(R5)	18.0%以下	27.1%(R1)
		女性	5.8%(H29)	6.1%(R5)	5.0%以下	7.6%(R1)
がん検診	がん検診受診率	胃 40.5% 肺 42.1% 大腸 38.8% 子宮頸 40.2% 乳 40.3% (H28)	胃 50.4% 肺 47.7% 大腸 44.0% 子宮頸 42.5% 乳 42.6% (R4)	全て 50%以上	胃 48.4% 肺 49.7% 大腸 45.9% 子宮頸 43.6% 乳 47.4% (R4)	
	市町検診の精密検査受診率	胃 78.9% 肺 72.0% 大腸 70.4% 子宮頸 72.3% 乳 83.1% (H27)	胃 86.7% 肺 76.2% 大腸 69.7% 子宮頸 65.6% 乳 87.7% (R2)	全て 90%以上	胃 84.4% 肺 82.6% 大腸 70.2% 子宮頸 76.6% 乳 89.8% (R2)	
がん医療	拠点病院等の放射線治療専門医等数(HIPRAC含む)	24人(H28)	24人(R5)	10人増	—	
	拠点病院へのがん薬物療法専門医等配置	10/16拠点病院(H28)	全拠点病院(R5)	全拠点病院	—	
	拠点病院へのがん薬物療法認定薬剤師配置	13/16拠点病院(H28)	全拠点病院(R5)	全拠点病院	—	
	拠点病院へのがん化学療法看護認定看護師配置	15/16拠点病院(H28)	全拠点病院(R5)	全拠点病院	—	
	拠点病院への病理専門医等(常勤)配置	13/16拠点病院(H28)	全拠点病院(R5)	全拠点病院	—	
緩和ケア	苦痛のスクリーニング増の拠点病院数	—	6/13拠点病院(R4)	全拠点病院	—	

分野	指標	策定時数値	直近値	目標値	参考値（全国）
緩和ケア	在宅緩和ケアの提供体制の整備	在宅緩和ケア推進モデル事業の実施(H29)	介護職のための在宅緩和ケアセミナーを開催し、介護福祉関係者の研修を実施(R5)	在宅緩和ケアの拠点づくり	—
	がん患者に対応できる地域包括支援センター数	—	78/122施設(R5)	全地域包括支援センター	—
情報提供 相談支援	「広島がんネット」のアクセス件数	88,540件(H28)	175,488件(R4)	前年より増	—
	ピア・サポートに対応できる拠点病院数	1/16拠点病院(H29)	12/13拠点病院(R4)	全拠点病院	—
	拠点病院の両立支援コーディネーター研修受講者	6人(H29)	45人(R4)	32人	—
	「Teamがん対策ひろしま」登録企業数	51社(H29)	188社(R5)	100社(R1)	—
	学校保健計画に「がん教育」を位置付けている公立学校数	—	86.4%(R4)	全公立学校	—

※ □は目標達成、■は目標未達成

## 課 題

### 1 がん予防・検診

#### (1) がん予防

がんを予防するためには、喫煙・受動喫煙の防止、食生活・適正飲酒・運動等といった生活習慣の改善や、ウイルス感染が原因となるがんについては感染予防の徹底が求められています。

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

#### (2) がん検診

がんの早期発見のためには、質の高いがん検診の実施が重要です。がん検診受診率はコロナ禍の影響による落ち込みから回復しつつありますが、依然として、胃がんを除き40%台と伸び悩んでおり、対策が一人ひとりの行動変容につながっていません。

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

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

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

## 2 がん医療

### (1) 拠点病院の機能強化

拠点病院は、集学的治療等を担い、地域医療や地域包括ケアシステムの仕組みも踏まえた介護施設や薬局等の関係機関との連携の推進、がん患者・家族に対する相談支援、地域の医療機関に対する研修や緩和ケアの拠点として機能することが求められています。

本県では、早い時期から、拠点病院を中心に、医療の均てん化を進めましたが、標準的治療の実施や相談支援の提供等において、施設間格差が指摘されているほか、がん治療や病理診断を担う専門医等の不足等は依然として解消されていません。

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

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

#### ① ゲノム医療

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

#### ② 難治性がん・希少がん

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

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

#### ③ 小児がん・AYA世代のがん

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

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

#### ④ 高齢者のがん

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

### (3) 緩和ケアの充実

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

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

図表 2-1-30 緩和ケア（PEACE）研修会修了者（累計）数

（単位：人）

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

出典：県健康福祉局調べ（令和5（2023）年3月31日）

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

緩和ケアの取組を支えるには、まずは専門的な知見を有する人材の確保が必要ですが、本県の緩和ケアの専門医は2名（令和5（2023）年12月現在）と全国（335名）と比較して、不足している状況であり、広島大学等と連携して専門人材の育成・確保を図ることが喫緊の課題です。

### 3 がんとの共生

#### (1) がん患者の社会参画

##### ① 治療と仕事との両立

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

##### ② ライフステージに応じた支援

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

##### ③ 妊孕性温存療法、アピアランスケア、社会的問題への対応

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

#### (2) 相談支援・情報提供

##### ① 相談支援

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

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

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



② 情報提供

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

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

目 標

1 目指す姿

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

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

2 達成目標

(1) 全体目標

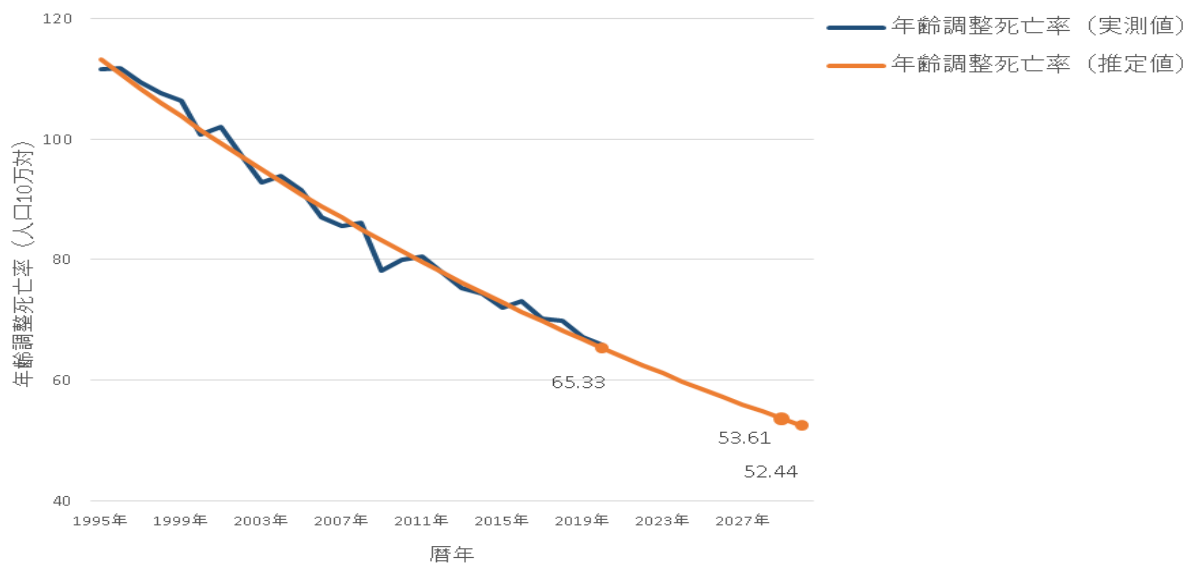
**75歳未満のがんによる年齢調整死亡率（人口10万対）を、「計画の終期に53.6人以下とする」**  
ことを全体目標として掲げます。

【年齢調整死亡率の目標設定について】

- ① 平成7（1995）年から令和2（2020）年までの75歳未満のがん年齢調整死亡率について、Joinpoint 回帰分析（※）を行い、がん年齢調整死亡率の年変化率を推定しました。最新の年齢調整死亡率の変化率が、令和11（2029）年まで続くと仮定して、年齢調整死亡率を予測しました。
- ② その結果、計画終期の令和11（2029）年は53.6人で、全国4位と推計されたため、このまま施策を着実に推進し、計画終期の年齢調整死亡率53.6人以下を目指すこととしました。

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

図表 2-1-31 年齢調整死亡率の年変化率



出典：県健康福祉局調べ

図表 2-1-32 75歳未満年齢調整死亡率 全国順位

順位	R 4 (現状)	順位	R 11 (推計値)
1	長野県 56.7	1	長野県 51.2
2	滋賀県 59.4	2	滋賀県 51.3
3	山梨県 61.3	3	奈良県 52.3
4	岡山県 62.4	4	<b>広島県 53.6</b>
5	三重県 62.3	5	山梨県 54.1
6	奈良県 62.3	6	福井県 54.2
7	香川県 62.3	7	大分県 54.2
8	大分県 63.0	8	京都府 54.3
9	岐阜県 63.2	9	三重県 54.7
10	石川県 63.5	10	岡山県 55.0
11	群馬県 63.9	11	富山県 55.7
12	愛知県 64.1	12	兵庫県 55.9
13	神奈川県 64.3	13	東京都 56.1
14	<b>広島県 64.3</b>	14	徳島県 56.2

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

出典：県健康福祉局調べ

(2) 分野別の目標

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

区分	指標	現状値	目標値	指標の出典	
P	喫煙率	男性	[R5] 20.7%	[R11] 17.0%以下	広島県民健康意識調査
		女性	[R5] 6.1%	[R11] 5.0%以下	
P	HPV ワクチン実施率	2 回目の実施率※ [R4] 37.5% (3回目)	[R10] 70%以上	地域保健・健康増進事業報告	
P	がん検診受診率	[R4] 胃 50.4% 肺 47.7% 大腸 44.0% 子宮頸 42.5% 乳 42.6%	[R10] 60%以上	国民生活基礎調査	
P	市町検診の精密検査受診率	[R2] 胃 86.7% 肺 76.2% 大腸 69.7% 子宮頸 65.6% 乳 87.7%	[R11] 全て 90%以上	地域保健・健康増進事業報告	
S	拠点病院等への放射線治療専門医等（常勤・専従）配置（HIPRAC 含む）	[R5] 13/14 拠点病院等	[R11] 全拠点病院等	拠点病院現況報告	
	拠点病院へのがん薬物療法専門医等（常勤・専従）配置	[R5] 全拠点病院	[R11] 全拠点病院	拠点病院現況報告	
	拠点病院への病理専門医等（常勤・専従）配置	[R5] 全拠点病院	[R11] 全拠点病院	拠点病院現況報告	
P	緩和ケア（PEACE）研修会修了者数 （医師、看護師、薬剤師等）	[R4] 236 人 （累計 4,194 人）	[R11] 前年より増	県健康福祉局調べ	
	緩和ケア認定看護師数 （緩和ケア・がん性疼痛看護認定看護師）	[R4] 94 人	[R11] 10 人増	日本看護協会「データで見る認定看護師」	
S	がん患者に対応できる地域包括支援センター数	[R5] 78/122 施設	[R11] 全地域包括支援センター	県健康福祉局調べ	
P	「広島がんネット」のアクセス件数	[R4] 175,488 件	[R11] 現状より増	県健康福祉局調べ	
	「Teamがん対策ひろしま」登録企業数	[R5] 188 社	[R11] 300 社	県健康福祉局調べ	
S	学校保健計画に「がん教育」を位置付けている公立学校数	[R4] 86.4%	[R11] 全公立学校	県教育委員会調べ	

S：ストラクチャー指標、P：プロセス指標、O：アウトカム指標

※ 接種者数を対象人口（標準的な接種年齢期間の総人口）で除して算出した値

接種者数：12歳となる日の属する年度の初日から16歳となる日の属する年度の末日までの間にある女子で接種した者  
標準的な年齢接種期間：13歳となる日の属する年度の初日から当該年度の末日までの間のこと

3回目の実施率については、令和5年度より、HPV9価ワクチンの定期接種が開始となっており、満15歳までに1回目の接種を行うと、計2回の接種で完了となり、今後は同ワクチンの接種が見込まれることから目標値を設定しない。

3 実現に向けた取組

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

## 施策の方向

### 1 重点施策

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

#### (1) がん予防・がん検診

- ① 健康経営の意識向上の機運を捉え、企業と連携したがん予防・がん検診受診率向上の取組を強化します。
- ② 早期かつ的確な治療につなげ、がんによる死亡を減らすため、ITやAI等を活用しながら、がん検診の精度管理や早期検査の体制を底上げします。

#### (2) がん医療

- ① 拠点病院の更なる機能強化による医療の均てん化を加速するとともに、集約化を含めた医療機関の機能分担・連携を、地域の実情に応じて推進し、引き続き質の高い医療を提供します。
- ② 新興・再興感染症や大規模災害の状況下にあっても、必要ながん医療を提供できる連携体制を平時から構築します。
- ③ 地域の在宅医療・介護の実態に即して、がん治療・緩和ケアを担う医療・介護人材を育成する環境を整備します。

#### (3) がんとの共生

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

### 2 施策体系

#### (1) がん予防・がん検診

##### ① がん予防

- ・禁煙を希望する喫煙者への禁煙支援、受動喫煙防止対策の徹底、喫煙による健康被害について、あらゆる機会・媒体を通じて普及啓発を推進します。
- ・栄養・食生活や運動等、生活習慣改善に向け、子どもの頃からの普及啓発・環境整備に取り組みます。
- ・ウイルス感染に起因するがんを予防するため、関係機関と連携して、肝炎ウイルス検査の促進、肝炎治療費助成の実施、HPVワクチン、ピロリ菌除菌の情報提供を推進します。

【主な取組】

生活習慣の改善・ 受動喫煙防止対策	<ul style="list-style-type: none"> <li>・喫煙による健康被害について、大学生・生徒や企業を対象とした研修会実施等による普及啓発の推進</li> <li>・健康増進法やがん対策推進条例に基づく、指導・助言・立入検査の徹底</li> <li>・健康経営優良法人の表彰等による健康経営の機運醸成</li> <li>・AIを活用した特定健康診査受診勧奨の普及推進</li> <li>・個人の健康・医療情報を活用した保健指導の充実</li> </ul>
感染症対策の強化	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「Team がん対策ひろしま」登録企業の活用等、職域による肝炎ウイルス持続感染の早期発見、早期の治療介入</li> <li>・手術前検査、妊婦健診、職域健診など発見方法に応じた受診勧奨</li> <li>・肝疾患患者フォローアップシステムを活用した受検動向の把握、継続的な受診勧奨</li> <li>・HPV ワクチン接種について、市町や薬局等との連携による接種対象者（キャッチアップ接種対象者を含む）や保護者への積極的かつ適切な情報提供の推進</li> </ul>

② がん検診

- ・がん検診の受診率向上のため、受診環境を整備するとともに、「検診を受ける」という行動変容につながる受診勧奨・再勧奨を推進します。
- ・市町と連携して科学的かつ効率的ながん検診の実施を徹底し、医療機関等関係機関との連携を強化するなど、精密検査が必要と判断された人を確実に受診・受療につなげる取組を進めます。
- ・がん検診の事業評価や助言等を推進し、がん検診の質（精度管理）の向上を図ります。

【主な取組】

がん検診受診率の向上	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「がん対策職域推進アドバイザー」の事業所訪問によるがん検診の普及啓発・受診勧奨や、協会けんぽの生活習慣病予防健診の利用促進</li> <li>・がん検診の個別受診勧奨・リピート受診の推進</li> <li>・乳がん・子宮頸がん検診を居住地に関わらず、県内どこでも受診できる契約方式の検討や市町の個別検診導入支援による検診アクセス向上</li> </ul>
精度管理の強化	<ul style="list-style-type: none"> <li>・胃内視鏡検査従事者研修会や乳がんマンモグラフィ読影講習会の実施</li> <li>・ひろしま医療情報ネットワーク（HM ネット）を活用した肺がん検診の遠隔読影体制の構築</li> <li>・がん登録等を活用したがん検診の精度管理の評価や精検受診率の向上</li> </ul>

(2) がん医療

① 拠点病院等の強化

- ・各二次保健医療圏における、がん医療の均てん化を進めるため、広島大学病院を中心に、拠点病院の機能を充実・強化します。
- ・患者が適切ながん医療を受けることができるよう、感染症や災害の発生を想定しつつ、集約化を含めた治療機能の役割分担・連携を、地域の実情に応じて推進します。
- ・広島がん高精度放射線治療センター（HIPRAC）を中心とした広域的な機能分担・連携を進め、放射線治療の質の向上と人材育成の強化を図ります。

【主な取組】

<p>拠点病院の拠点性及び機能の強化</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・がん診療連携協議会における情報共有や課題解決に向けた協議等の活性化</li> <li>・希少がんや高齢者のがんなどについて地域の医療機関等との連携や情報提供ができる体制の整備</li> <li>・研修やカンファレンスの定期開催等による専門スタッフの育成と施設内の適正配置</li> <li>・各施設が専門とするがんについて、手術・放射線治療・薬物療法を効果的に組み合わせた集学的治療の提供体制の整備や科学的根拠を有する治療の推進</li> <li>・遠隔病理診断を含む術中迅速病理診断ができる体制整備や専門的な知識・技能を有する常勤医師の配置等による病理診断の充実</li> <li>・施設全体の多職種によるカンファレンスの定期開催などチーム医療の提供体制整備の推進</li> <li>・医科歯科連携によるがん患者の周術期の口腔機能管理や、治療中の副作用・合併症対策、口腔リハビリテーションなどの口腔健康管理の推進</li> <li>・緩和ケア研修の定期開催及び在宅医療に携わる医療機関等との連携による疼痛治療の普及啓発・実施体制整備の推進</li> <li>・専門的知識・技能を有する診療従事者の配置等によるリハビリ提供体制の整備</li> <li>・治験を含めた臨床研究等の適切な実施・情報提供</li> </ul>
<p>がん医療における機能分担・連携の推進</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新興・再興感染症や災害発生時にも対応できる、診療機能の役割分担、人材育成、施設間の応援体制の平時からの構築</li> <li>・がん医療ネットワークを活用した医療機関の役割分担の明確化</li> <li>・外来や在宅における入院治療と同水準のがん薬物療法の実践に向けた専門医療機関連携薬局等との連携の推進</li> <li>・HIPRAC を中心とした放射線治療の質向上、広域的な機能分担・連携</li> </ul>

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

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

【主な取組】

ゲノム医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>・がんゲノム医療拠点病院やがんゲノム医療連携病院を中心としたがんゲノム医療の推進</li> </ul>
難治性がん・希少がん対策	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「Hi-PEACE プロジェクト」を核とした臓器がんの早期発見・早期治療のための医療提供体制の推進</li> <li>・難治性がん・希少がんについて、治療等の現状把握及び「広島がんネット」等による分かりやすい情報提供の推進</li> </ul>
小児がん・AYA 世代のがん対策	<ul style="list-style-type: none"> <li>・小児がん拠点病院（広島大学病院）や小児がん連携病院（広島赤十字・原爆病院）を中心とした県内医療機関との小児がん治療のネットワーク強化</li> <li>・AYA 世代のがん治療に伴う妊孕性温存の取組の普及啓発・支援</li> <li>・「広島がん・生殖医療ネットワーク（HOFNET）」を活用した、生殖医療機関及び拠点病院との連携強化</li> </ul>
高齢者のがん対策	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢のがん患者の特性を考慮した患者・家族に対する説明リーフレット等による療養支援</li> </ul>

③ 緩和ケアの充実

- ・医療機関、訪問看護ステーション、薬局、介護事業所による在宅緩和ケアの仕組みづくりを工夫し、人的資源等が乏しい地域においても、在宅緩和ケアが提供できる仕組みを構築します。
- ・適切な緩和ケアを提供するため、拠点病院、市町、地域包括支援センターにおいて、患者の状況に応じて必要な医療、介護等を調整する者を養成・確保していきます。
- ・がん診療に携わる医療従事者が緩和ケアに関する知識と技術を習得する機会を得られるよう、広島大学等と連携して緩和医療の専門人材を育成する拠点づくりを検討します。

【主な取組】

在宅医療・在宅緩和ケアの充実	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域連携の推進等による地域の在宅緩和ケア提供体制の構築</li> <li>・専門医療機関連携薬局の設置推進の検討</li> <li>・多職種研修や介護・福祉関係者研修の実施による在宅緩和ケアの提供に係る質の向上・人材の育成</li> </ul>
施設緩和ケアの充実	<ul style="list-style-type: none"> <li>・診断時からの緩和ケアを推進するため、緩和ケア提供体制の実態を把握</li> <li>・「施設緩和ケア推進検討会」の実施及び緩和ケア病棟を有する施設での課題共有</li> <li>・緩和ケア病棟、拠点病院以外の病院における取組把握・支援</li> <li>・多職種研修等による人材育成</li> <li>・緩和ケアチームの医療スタッフ派遣研修による質向上支援</li> </ul>
緩和ケアへの正しい理解の促進	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「広島がんネット」の充実・活用等による、県民や医療従事者の理解を深める取組の強化</li> <li>・がんと診断された早期からの緩和ケアの取組</li> <li>・リーフレット等を活用したACP普及による自己決定の促進</li> </ul>

(3) がんとの共生

① がん患者の社会参画

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

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

【主な取組】

就労や学業と治療の両立支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・拠点病院のがんサロンや院内研修等への社会保険労務士派遣による就労支援の推進</li> <li>・「Team がん対策ひろしま」登録企業による地域や社員に向けた就労支援の実施</li> <li>・通信機器を用いた、入院中・療養中のオンライン教育等の環境整備</li> </ul>
小児・AYA世代の治療支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅療養に係る支援の検討</li> <li>・治療費助成や啓発による妊孕性温存療法の普及</li> </ul>
アピアランスケアの充実	<ul style="list-style-type: none"> <li>・がん患者に対するウィッグの購入費用の助成</li> <li>・県民や医療従事者向け公開講座の開催によるアピアランスケアに関する正しい理解の普及</li> </ul>

② 相談支援、情報提供

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

【主な取組】

がん患者・家族等への相談対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・拠点病院における相談支援体制の充実や、リーフレットや「サポートブック」を活用した認知度向上</li> <li>・がんピアサポーター養成やフォローアップによるピア・サポートの充実</li> <li>・「Team がん対策ひろしま」登録企業等を通じた患者団体等の活動支援</li> <li>・自殺対策に関する研修等の拠点病院への情報提供</li> </ul>
情報提供機能の充実	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「広島がんネット」や「サポートブック」の充実等による、県民のニーズに沿った細やかな情報提供の推進</li> <li>・拠点病院の情報発信機能の強化</li> </ul>
がん教育の充実	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師会、歯科医師会、薬剤師会、医療機関、薬局等と連携した専門家の学校派遣等による、予防、医療、共生のそれぞれのがん教育の充実</li> <li>・小学校、中学校及び高等学校において、がん教育を学校保健計画に位置付けて実践</li> </ul>



医療連携体制

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

図表 2-1-33 がん対策の医療体制に求められる医療機能

	予防	治療	療養支援
関係機関	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市町</li> <li>・県</li> <li>・医療保険者</li> <li>・がん検診実施施設</li> <li>・がん医療ネットワーク検診・検査施設</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・拠点病院</li> <li>・がん医療ネットワーク精密検査・確定診断、総合診断・集学的治療施設</li> <li>・がん治療を行う医療機関</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・拠点病院</li> <li>・がん医療ネットワーク術後治療・経過観察施設</li> <li>・がん治療を行う医療機関</li> <li>・薬局、訪問看護ステーション、介護関係施設</li> </ul>
役割	<ul style="list-style-type: none"> <li>・たばこ対策やウイルス感染予防等により、罹患リスクを低減させる</li> <li>・がん検診の精度管理により、がん検診の質を向上させる</li> <li>・がん検診の個別受診勧奨により受診率を上昇させる</li> <li>・HPVワクチンに対する啓発を実施する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精密検査や確定診断を実施する</li> <li>・ガイドラインに準じた診療を実施する</li> <li>・患者の状態やがんの病態に応じた集学的治療を実施する</li> <li>・医療従事者間の連携と多職種でのチーム医療を実施する</li> <li>・がんと診断された時からの緩和ケアを実施する</li> <li>・治療後のフォローアップを行う</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・がん患者や家族の意向を踏まえ、在宅等の生活の場での療養を選択できるようにする</li> <li>・在宅緩和ケアを実施する</li> </ul>
関係機関等に求められる事項	<p>【県・市町】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・市町は科学的根拠に基づくがん検診を実施する</li> <li>・県は検診の実施方法や質（精度管理）の向上に向けた取組を推進する</li> <li>・県は、科学的根拠に基づくがん検診を実施するよう市町に働きかけを行う</li> <li>・県は、市町の個別検診導入等の受診環境整備の取組を支援する</li> <li>・市町は、要精検者が確実に受診するよう体制を構築する</li> <li>・がん登録情報の活用等を通じてがんの現状把握に努める</li> <li>・禁煙を希望する喫煙者への禁煙支援や受動喫煙防止等のたばこ対策に取り組む</li> <li>・感染に起因するがんへの対策を行う</li> </ul> <p>【検診実施施設】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・がんの要精検となった人には精密検査を実施する</li> <li>・がん検診の精度管理（質向上）に努める</li> <li>・がん早期発見のための体制整備に取り組む</li> </ul>	<p>【拠点病院】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の状態やがんの病態に応じて、手術療法、放射線療法及び薬物療法等の集学的治療を実施する</li> <li>・各職種の専門性を生かし、医療従事者間の連携と補完を重視した多職種でのチーム医療を実施する</li> <li>・相談体制を確保し、情報収集・発信、患者・家族の交流支援等を実施する</li> <li>・仕事と治療の両立支援や就職支援、がん経験者の就労継続支援をがん患者に提供できるように周知する</li> <li>・がんと診断された時から緩和ケアを実施する</li> <li>・周術期の口腔機能管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関と連携する</li> <li>・地域連携体制を確保するため、病院間の役割分担を進め、研修、カンファレンス、診療支援、地域連携クリティカルパス等の活用や、急変時の対応も含めて、他の医療機関と連携する</li> <li>・院内がん登録を実施する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・24時間対応が可能な在宅医療を提供する</li> <li>・疼痛等に対する緩和ケアを実施する</li> <li>・がん診療機能を有する医療機関等と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携する</li> <li>・医療用麻薬を提供する</li> <li>・看取りを含めた終末期ケアを24時間体制で提供する</li> </ul>

## 2 循環器病（脳卒中・心筋梗塞等の心血管疾患）対策

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

### 現 状

#### 1 循環器病対策

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

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

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

#### 2 循環器病の予防と正しい知識の普及啓発

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

循環器病を発症する可能性が高まることが示唆されている歯周病患者について、進行した歯周炎を有する人の割合が年齢を重ねるにつれて増加しています。

#### 3 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実

##### (1) 循環器病を予防する健診等の普及や取組の推進

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

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

##### (2) 循環器病の後遺症を有する人に対する支援

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

##### (3) 循環器病の緩和ケア

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

### (4) 治療と仕事の両立支援・就労支援

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

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

### (5) 小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策

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

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

### (6) 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援

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

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

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

## 課 題

### 1 重点的に取り組む事項

#### (1) 循環器病の発症予防・重症化予防・再発予防【予防】

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

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

#### (2) 循環器病に係る質が高く適切な保健医療提供体制の確保【医療】

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

とりわけ、アクセス時間（発症から適切な医療機関で適切な治療が開始できるまでの時間）の長短が患者の予後を左右する急性期の医療提供体制などにおいて地域間格差が認められており、高度医療の提供と地域医療を確保するための人材育成が求められます。

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

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

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

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

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

2 循環器病の予防と正しい知識の普及啓発

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

3 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実

(1) 循環器病を予防する健診等の普及や取組の推進

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

(2) 循環器病の後遺症を有する人に対する支援

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

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

(3) 循環器病の緩和ケア

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

(4) 治療と仕事の両立支援・就労支援

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

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

### (5) 小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策

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

### (6) 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援

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

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

## 目 標

## 【全体目標】

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

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

区分	指標名		現状値	目標値	出典
P	1日の食塩摂取量 (成人)		[R1] 9.7 g	[R11] 8 g 以下	国民健康・栄養調査〔広島県分〕
P	1日の野菜摂取量 (成人)		[R1] 252 g	[R11] 350 g 以上	国民健康・栄養調査〔広島県分〕
P	日常生活における歩数	20～64歳 男性	[R5] 7,907 歩	[R11] 9,700 歩以上	広島県県民健康意識調査
		20～64歳 女性	[R5] 6,951 歩	[R11] 8,600 歩以上	
		65歳以上 男性	[R5] 5,811 歩	[R11] 7,300 歩以上	
		65歳以上 女性	[R5] 4,864 歩	[R11] 6,600 歩以上	
P	運動習慣のある人の割合	20～64歳 男性	[R5] 33.6%	[R11] 44%以上	広島県県民健康意識調査
		20～64歳 女性	[R5] 25.7%	[R11] 36%以上	
		65歳以上 男性	[R5] 54.5%	[R11] 65%以上	
		65歳以上 女性	[R5] 41.2%	[R11] 51%以上	
P	睡眠による休養が十分にとれていない人の割合		[R5] 21.1%	[R11] 16%以下	広島県県民健康意識調査
P	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合(20歳以上)	男性	[R5] 14.7%	[R11] 13%以下	広島県県民健康意識調査
		女性	[R5] 10.5%	[R11] 6.4%以下	
P	喫煙する人の割合(20歳以上)	男性	[R5] 20.7%	[R11] 17%以下	広島県県民健康意識調査
		女性	[R5] 6.1%	[R11] 5%以下	
P	肥満者の割合	20～60歳代 男性	[R5] 28.5%	[R11] 25%未満	広島県県民健康意識調査
		40～60歳代 女性	[R5] 18.0%	[R11] 15%未満	
P	進行した歯周炎を有する人の割合	40歳代	[R4] 58.0%	[R11] 35%以下	広島県歯科保健実態調査
		50歳代	[R4] 69.1%	[R11] 40%以下	
P	特定健康診査実施率		[R3] 52.5%	[R11] 70%以上	特定健康診査・特定保健指導の実施状況
P	特定保健指導実施率		[R3] 25.2%	[R11] 45%以上	特定健康診査・特定保健指導の実施状況
P	多職種による相談支援体制が構築された連携病院数		—	[R11] 11 病院 (全7圏域)	広島県健康福祉局調べ

S：ストラクチャー指標、P：プロセス指標、O：アウトカム指標

## 施策の方向

### 1 循環器病の予防と正しい知識の普及啓発

- (1) 県民に対して、栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙、適正体重、成人期の歯・口腔の健康などに係る望ましい生活習慣の確立や高血圧性疾患、糖尿病、脂質異常症などの基礎疾患の管理の重要性等について、ホームページやSNS等を活用して、効果的な普及啓発に取り組みます。
- (2) 若い時期から生涯を通じた健康の大切さとリスクを意識し、デジタル技術やデータも活用しながら、食事や運動等の生活習慣の改善など、健康を維持する行動を身に付けることができる取組を推進します。
- (3) たばこが健康に及ぼす影響に関する普及啓発や禁煙治療に係る情報提供により、喫煙率の減少を図るとともに、健康増進法及び広島県がん対策推進条例に基づき、受動喫煙防止対策を推進します。

### 2 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実

#### (1) 循環器病を予防する健診等の普及や取組の推進

- ① 生活習慣病の予防と早期発見に努め、生活習慣の改善や早期に適切な治療へと結びつけるため、県民に対して、特定健康診査の意義や効果について、ホームページやSNS等を活用し、周知啓発を行います。
- ② 医療保険者等と連携し、土・日・夜間健診、レディース健診、がん検診との同時実施、商業施設での実施など特定健康診査を受診しやすい環境の整備に取り組みます。
- ③ 健診情報等のデータを活用して対象者を抽出し、メタボリックシンドロームの該当者や予備群の減少を目指して、個人の生活習慣に合わせた細やかな特定保健指導を行います。
- ④ 特定健康診査や特定保健指導の効果的な実施を図るため、保険者協議会等と連携し、人材育成研修会の開催など、従事者の資質向上のための取組を推進します。

#### (2) 循環器病の後遺症を有する人に対する支援

- ① 循環器病の後遺症を有する人が、症状や程度に応じて、適切な診断や治療、必要な福祉サービス等を受けられることができる環境の整備を促進します。
- ② てんかん患者への地域での適切な支援、失語症者への意思疎通支援、高次脳機能障害者へのニーズに応じた相談支援等を受けられることができるよう、てんかん診療実施医療機関等の連携体制の整備を推進します。
- ③ 循環器病の後遺症等について、県民に分かりやすく伝え、理解を促進するよう必要な取組を進めます。

#### (3) 循環器病の緩和ケア

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

- ② 専門的な緩和ケアの質を向上させることにより、患者とその家族のQOLを高めるため、循環器病の緩和ケアに関する研修会等を通じて、緩和ケアの提供体制の充実を図ります。
- ③ 広島県地域保健対策協議会と連携し、市町が行う住民啓発活動を支援することにより、県民、行政、医師等に対して、ACPの普及促進に取り組むとともに、引き続き、県において、ACPを広く情報発信するACP普及推進員のフォローアップ研修を実施していきます。

### (4) 治療と仕事の両立支援・就労支援

- ① 治療と仕事の両立や復職・就労について、患者やその家族の現状や悩み等の把握に努め、医療機関や広島産業保健総合支援センター等関係機関と連携し、心身だけでなく社会的な支援も含め、それぞれの悩み等に応じた情報提供・相談支援ができる体制の整備を推進します。
- ② 患者が自身の病状に応じた治療を継続しながら就労できるよう、患者、会社、医療機関等の関係者間における情報共有を促進するとともに、会社の理解を促進する取組を推進します。
- ③ 治療と仕事の両立支援を機能させるため、それぞれの悩みに応じた相談支援及びかかりつけ医、会社・産業医、両立支援コーディネーターによる、患者への「トライアングル型サポート体制」の構築を推進します。

### (5) 小児期・若年期からの循環器病への対策

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

### (6) 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援

- ① 患者とその家族が、循環器病に関する医療、介護及び福祉サービスに係る必要な情報提供を受けることができる環境の整備を進めるため、国、国立循環器病研究センター、市町等関係機関と連携して、情報の収集及び提供の促進に取り組みます。
- ② 急性期治療や回復期リハビリテーションを経て地域での療養に移行していく過程で生じる患者とその家族の診療及び生活における疑問や悩み等に対応するため、医療機関、地域包括支援センター、市町等関係機関の相談支援の実態を踏まえ、機関相互の連携を推進します。
- ③ 両立支援・就労支援に係る情報も含め、循環器病に係る疑問・悩みに関して、患者やその家族が、どこに相談すればよいか、また、支援に携わる関係者がどこにつながればよいかについて整理を行い、これらの情報を幅広く発信します。
- ④ 脳卒中月間における啓発活動や、地域心臓いきいきセンター等による啓発活動などにより、望ましい生活習慣の確立や基礎疾患の管理の重要性等に係る普及啓発を更に推進し、脳卒中や心血管疾患の発症予防などに取り組みます。
- ⑤ 循環器病に係る専門的な知識を有し、相談対応や情報提供の中心的な役割を担う拠点病院を設置し、患者や家族に対する支援体制の充実を図るとともに、各圏域に連携病院を配置し、拠点病院と連携して相談支援等を行うことにより、本県全体の循環器病患者に対する包括的な支援体制の充実を図ります。



### (7) 関係者等の有機的連携・協力の更なる強化

- ① 県、市町、保険者、保健・医療・介護・福祉の関係機関は、この計画に掲げた循環器病対策を総合的に展開していくために、適切な役割分担の下、相互の連携を図りつつ、一体となって取組を推進します。
- ② 循環器病対策の推進にあたっては、関係者等の意見を把握し、取組に反映させるように努めます。
- ③ 県民は、循環器病に関する正しい知識を持ち、循環器病の予防に積極的に取り組むように努めるとともに、自己又は家族等が循環器病を発症した疑いがある場合には、できる限り迅速かつ適切に対応するように努めるものとします。

### (8) 他の疾患等に係る対策との連携

- ① 循環器病は合併・併発症も多く、病態は多岐にわたるため、他の疾患等に係る対策と重なる部分があることから、そのような取組については、関係部署等と適時情報共有を行い、協力して取り組んでいきます。
- ② また、心原性脳塞栓症など、循環器病の中でも脳血管疾患と心血管疾患で関連する部分もあり、これらの発症予防等について、関係者で連携して取り組んでいきます。

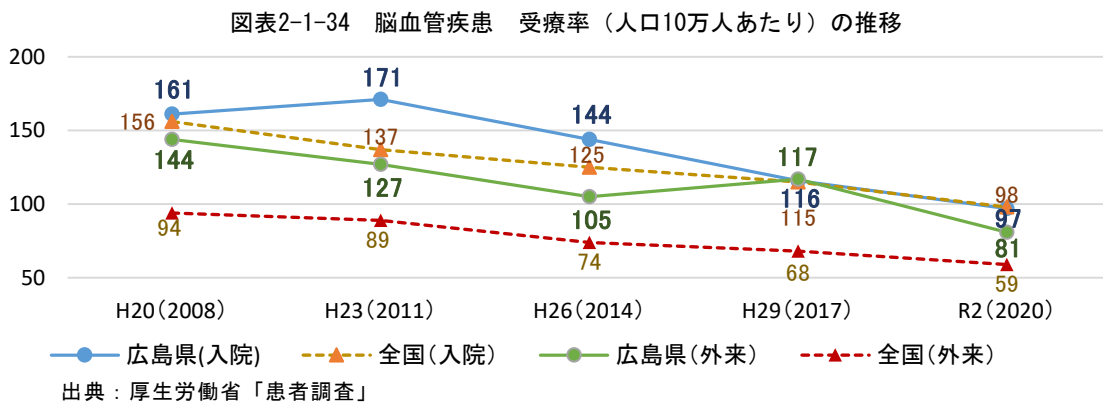
## 2-1 脳卒中対策

### 現 状

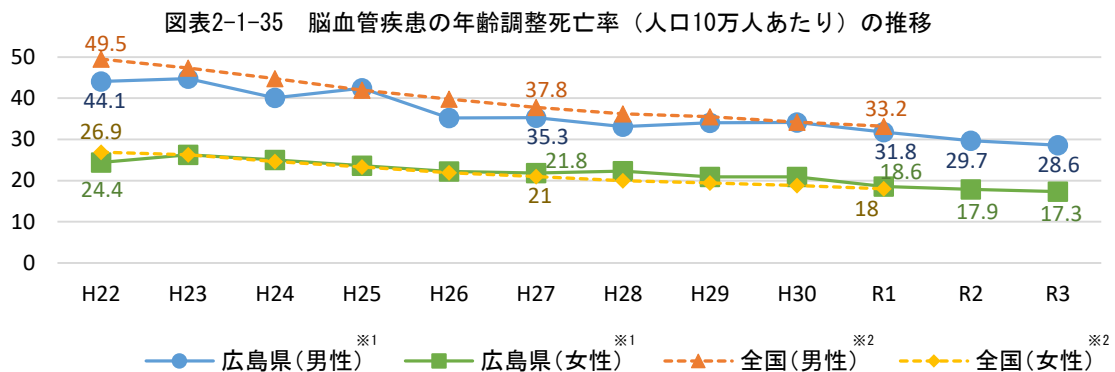
#### 1 罹患及び死亡の状況

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

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



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



## 2 脳卒中医療提供体制

## (1) 救急搬送体制の整備

脳卒中の発症時には、速やかに急性期の専門的治療が実施できる医療機関を受診することで、より高い治療の効果や後遺症の軽減が見込まれますが、令和5（2023）年版「救急・救助の現況」によると、令和4（2022）年中の救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した平均時間は45.5分で、全国平均（47.2分）より短くなっています。

県では、救命率向上を図るため、救急救命士を含む救急隊員が救急現場で行う応急処置等の質を、医学的観点から保証するための「指示・指導体制」、「事後検証体制」、「教育・研修体制」（メディカルコントロール体制）を全二次保健医療圏で整備しています。

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

## (2) 救急医療の確保をはじめとした脳卒中に係る医療提供体制の構築

人口10万人あたりの脳神経内科、脳神経外科の医師数は、それぞれ4.3人と6.9人で、全国平均（4.5人、5.8人）と同程度か上回っていますが、二次保健医療圏ごとにみると、その人数にばらつきがあります。

図表 2-1-36 脳神経内科と脳神経外科の医師数等

(単位：人)

区分	全国	広島県	二次保健医療圏						
			広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北
脳神経内科	5,758	122	77	7	13	8	1	14	2
人口10万人あたり	4.5	4.3	5.6	4.9	5.3	3.6	0.4	2.7	2.3
脳神経外科	7,349	195	111	6	18	13	16	27	4
人口10万人あたり	5.8	6.9	8.1	4.2	7.4	5.9	6.5	5.2	4.6

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和2（2020）年）

総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」（令和2（2020）年1月1日現在）

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

図表 2-1-37 脳卒中中の医療連携体制

(単位：施設)

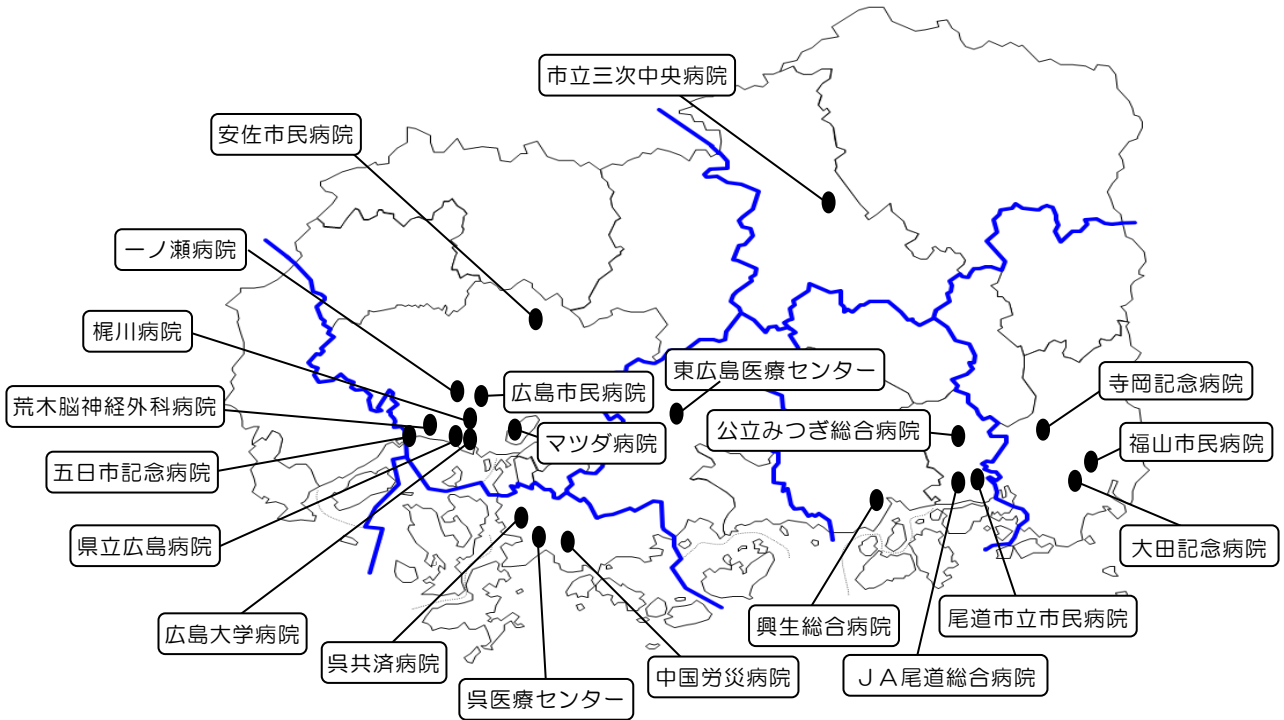
区分	全国	広島県	二次保健医療圏						
			広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北
予 防	—	390	181	27	35	35	41	57	14
人口10万人あたり	—	14.1	13.4	11.7	24.6	15.8	17.5	11.3	17.0
急性期	—	34	12	3	3	2	6	5	3
人口10万人あたり	—	1.2	0.9	1.3	2.1	0.9	2.6	1.0	3.7
回復期	—	87	35	6	11	6	10	16	3
人口10万人あたり	—	3.1	2.6	2.6	7.7	2.7	4.3	3.2	3.7
維持期	—	234	99	14	25	21	29	34	12
人口10万人あたり	—	8.4	7.3	6.1	17.6	9.5	12.4	6.7	14.6

出典：広島県「医療機能調査」（令和5（2023）年）

総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」（令和5（2023）年1月1日現在）

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

図表 2-1-38 一次脳卒中センター（PSC）



脳梗塞に対するt-PA（組織プラスミノゲン活性化因子）による脳血栓溶解療法の実施医療機関数は22施設、人口10万人あたりでは0.8施設であり、全国平均（0.8施設）と同じ水準となっています。

人口10万人あたりのt-PAによる脳血栓溶解療法適用患者への同療法実施件数は14.3件で、全国平均（11.4件）を上回っています（医療機関数、実施件数ともマスク処理による非公表分を除く）。

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

（単位：施設、件）

区分	全国	広島県	二次保健医療圏						
			広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北
医療機関数	984	22	9	*	3	*	6	4	*
人口10万人あたり	0.8	0.8	0.7	*	1.2	*	2.5	0.8	*
実施件数	14,451	402	177	*	56	10	54	90	15
人口10万人あたり	11.4	14.3	13.0	*	23.3	4.5	22.3	17.5	17.6

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

出典：厚生労働省「NDB」（令和3（2021）年度）

総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」（令和3（2021）年1月1日現在）

## 第2章 安心できる保健医療体制の構築

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

図表 2-1-40 脳梗塞に対する血栓回収療法の実施医療機関数等

（単位：施設、件）

区分	全国	広島県	二次保健医療圏						
			広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北
医療機関数	600	10	7	*	*	*	3	*	*
人口10万人あたり	0.5	0.4	0.5	*	*	*	1.2	*	*
実施件数	13,470	269	132	23	*	18	17	64	15
人口10万人あたり	10.6	9.6	9.7	16.0	*	8.1	7.0	12.5	17.6

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

出典：厚生労働省「NDB」（令和3（2021）年度）

総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」（令和3（2021）年1月1日現在）

### 3 在宅等における支援体制

#### (1) リハビリテーション等の取組

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

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

図表 2-1-41 リハビリテーション科の医師数

（単位：人）

区分	全国	広島県	二次保健医療圏						
			広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北
リハビリテーション科	2,903	56	30	3	5	1	6	11	—
人口10万人あたり	2.3	2.0	2.2	2.1	2.0	0.5	2.4	2.1	—

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和2（2020）年）

総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」（令和2（2020）年1月1日現在）

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

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

（単位：施設）

区分	全国	広島県	二次保健医療圏						
			広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北
医療機関数	6,391	193	70	9	20	17	25	43	9
人口10万人あたり	5.0	6.9	5.1	6.3	8.3	7.7	10.3	8.4	10.5

出典：厚生労働省「NDB」（令和3（2021）年度）

総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」（令和3（2021）年1月1日現在）

## 第2章 安心できる保健医療体制の構築

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

図表 2-1-43 脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数

(単位：件)

区 分	全国	広島県	二次保健医療圏						
			広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北
実施件数	940,007	21,891	9,496	917	2,434	1,173	2,398	4,602	871
人口 10 万人あたり	742.2	778.4	695.0	638.3	1,014.0	530.2	990.7	895.8	1,019.4

出典：厚生労働省「NDB」（令和 3（2021）年度）

総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」（令和 3（2021）年 1 月 1 日現在）

脳血管疾患退院患者の平均在院日数は 65.2 日で、全国平均（76.8 日）より短くなっています。また、在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合は 57.1%で、全国平均（53.3%）より高くなっています。

図表 2-1-44 在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合

(単位：%)

区 分	全国	広島県	二次保健医療圏						
			広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北
患者の割合	53.3	57.1	59.0	44.3	53.0	57.2	54.2	60.7	40.8

出典：厚生労働省「患者調査」（令和 2（2020）年）

### (2) 関係機関の連携に基づく脳卒中对策・脳卒中患者支援

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

また、多職種が協調して質の高い医療を効率的、かつ安全、適正に提供するための手段として、平成 21（2009）年度に、広島県地域保健対策協議会脳卒中医療連携推進専門委員会において、県内共通版の脳卒中地域連携パス「ひろしま脳卒中地域連携パス」が作成され、以降、より使いやすく改修し、運用も広がっています。

図表 2-1-45 脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施医療機関数等

(単位：施設、件)

区 分	全国	広島県	二次保健医療圏						
			広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北
医療機関数	716	25	14	*	3	*	*	8	*
人口 10 万人あたり	0.6	0.9	1.0	*	1.2	*	*	1.6	*
実施件数	40,459	1,694	602	93	199	151	75	534	40
人口 10 万人あたり	31.9	60.2	44.1	64.7	82.9	68.3	31.0	103.9	46.8

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

出典：厚生労働省「NDB」（令和 3（2021）年度）

総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」（令和 3（2021）年 1 月 1 日現在）

## 課 題

## 1 脳卒中医療提供体制

## (1) 救急搬送体制の整備

脳卒中に有効な治療法には、発症後の迅速な治療開始が求められるため、適切な病院前救護を行いつつ、専門的な治療を実施できる医療機関への可能な限り速やかな搬送が必要ですが、救急搬送に要する時間は年々長くなっています。

また、発症後早急に適切な治療を開始するためにも、県民に対する脳卒中の症状や発症時の緊急受診の必要性に関する啓発が必要です。

## (2) 救急医療の確保をはじめとした脳卒中に係る医療提供体制の構築

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

## 2 在宅等における支援体制

## (1) リハビリテーション等の取組

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

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

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

## (2) 関係機関の連携に基づく脳卒中对策・脳卒中患者支援

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

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

## 目 標

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

S：ストラクチャー指標、P：プロセス指標、O：アウトカム指標、◆：国基本計画の重点指標

## 施策の方向

## 1 脳卒中医療提供体制

## (1) 救急搬送体制の整備

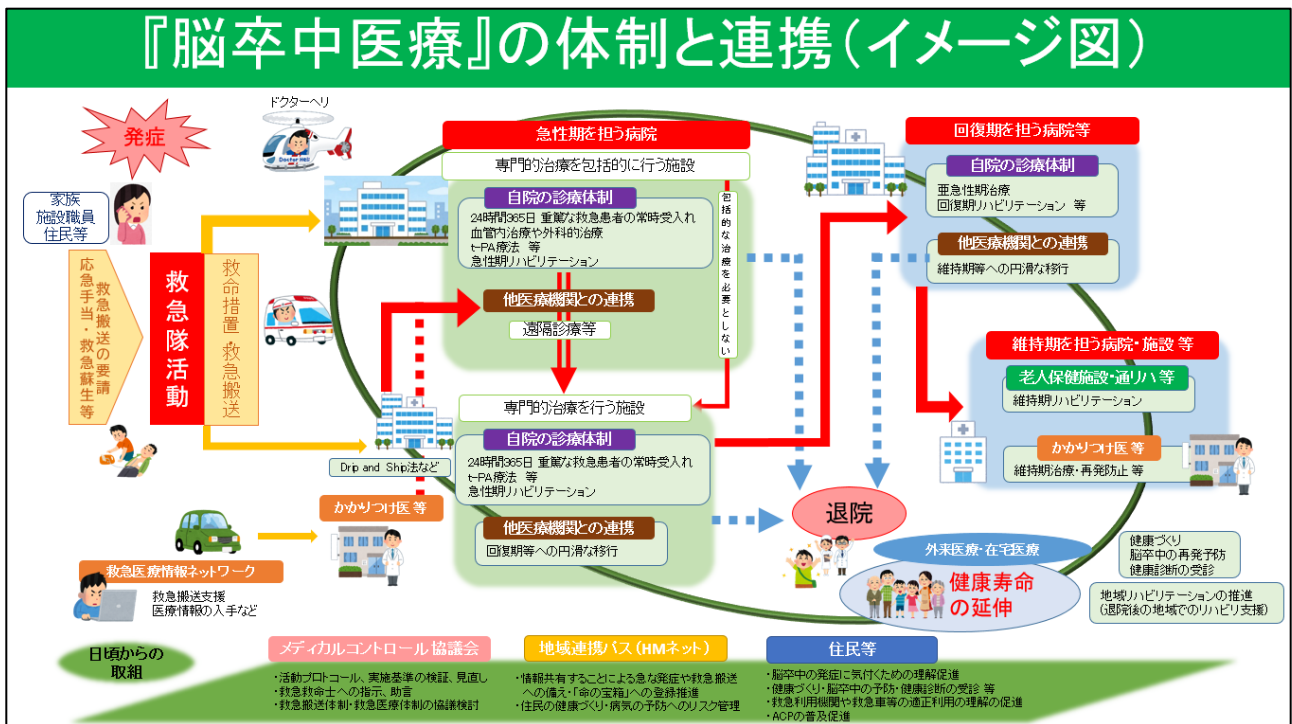
- ① 地域の実情に応じた効果的・効率的な救急搬送から受入体制を整備していくことなどにより、救急要請から医療機関への搬送までの時間短縮と受入困難事案の減少を図ります。
- ② メディカルコントロール協議会、消防機関等の関係機関と連携し、「P S L S」に関する研修、脳卒中の発症時の対応に関する啓発等を推進することで、救急隊員の観察力を強化し、脳卒中のプレホスピタルケアの充実を図ります。また、「ジャストスコア」などアプリを活用した搬送支援の仕組みについても調査・検討していきます。
- ③ 脳卒中に対しては、発症後早急に適切な治療を開始する必要があり、まずは、患者やその家族（施設入所の場合には、その職員等）が発症を認識することが重要であるため、「FAST」などを活用した脳卒中の初期症状に気づくための啓発を行うとともに、脳卒中の発症時の対応に関する情報提供を推進していきます。



(2) 救急医療の確保をはじめとした脳卒中に係る医療提供体制の構築

- ① 関係医療機関等と連携し、各二次保健医療圏における急性期の専門治療の拠点となる病院と地域の医療機関の医療連携を進め、より多くの急性期患者に、より早く専門治療が提供できる体制の構築を進めます。
- ② t-P A療法に加え脳血管内治療や外科的治療等を含めた急性期診療を提供する「専門的治療を包括的に行う施設」と、t-P A療法等の脳卒中急性期に対する一般的な診療を提供する「専門的治療を行う施設」といった医療機能を、地域の状況や医療施設の医療資源に応じて分担するなど、柔軟に検討していきます。
- ③ 将来的には、単独でt-P A療法を実施することができない施設を、遠隔診療（Telestroke）を用いてt-P A療法を可能にしたり、血管内治療が行えない施設に搬送された患者を Drip and Ship 法等によって治療可能な施設に転送したりすること等により、急性期の診療提供体制の構築を進めます。
- ④ 急性期以降の転院先となる病院（回復期及び慢性期の病院等）の医療提供体制の強化や、訪問診療、訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導などを含めた在宅医療の体制を強化します。
- ⑤ 医療連携を推進する体制については、二次保健医療圏ごとに構築を進めており、その連携の充実・強化に取り組みます。また、圏域間の格差の是正にも取り組みます（脳卒中对策の医療体制に求められる医療機能は、次のイメージ図及び次ページ「図表 2-1-47」のとおり）。
- ⑥ とりわけ、アクセス時間（発症から適切な医療機関で適切な治療が開始できるまでの時間）の長短が患者の予後を左右する脳梗塞などの急性期の医療提供体制の在り方や、二次保健医療圏ごとの地域間格差の是正なども含め、医療の均てん化及び集約化並びに効率的かつ持続可能な循環器病医療の実現へ向け、検討を進めます。

図表 2-1-46 『脳卒中医療』の体制と連携（イメージ図）



図表 2-1-47 脳卒中对策の医療体制に求められる医療機能

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

医療機能別の医療機関名は、県のホームページに掲載しています。

## 2 在宅等における支援体制

### (1) リハビリテーション等の取組

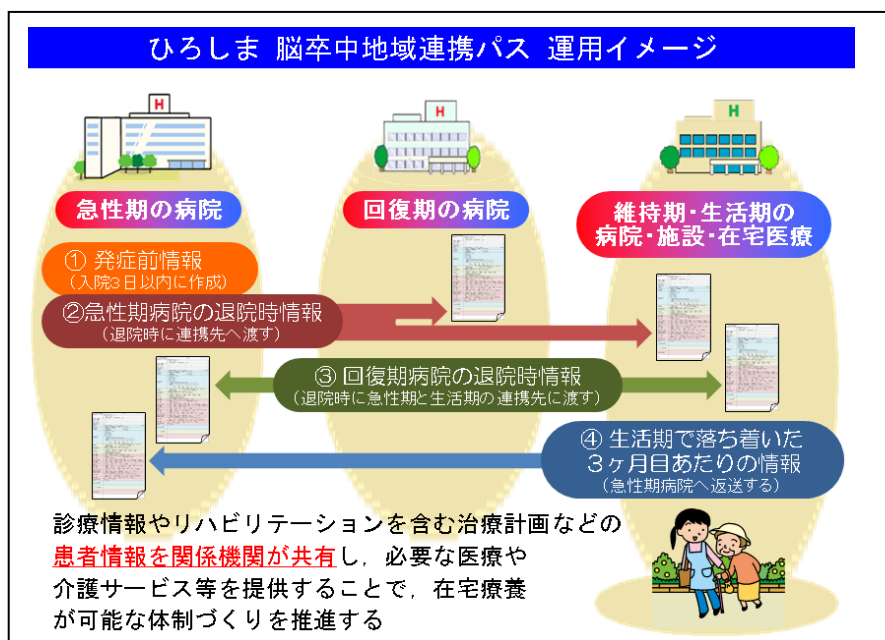
- ① 脳卒中の急性期診療が 24 時間体制で提供できる医療体制の構築を進めるとともに、急性期の専門的医療を行う施設においては、急性期診療を実施するほか、早期にセルフケアについて自立できるよう急性期リハビリテーションを実施することで、回復期の医療への円滑な移行を図ります。

- ② 急性期の医療が終了し、回復期に移行した患者に対しては、再発予防や基礎疾患・危険因子の管理、合併症への対応等の回復期の医療を実施するほか、身体機能の早期改善のための集中的な回復期リハビリテーションを多職種により、集中的、包括的かつ積極的に実施することで、維持期（生活期）・在宅等生活の場への円滑な移行を図ります。
- ③ 回復期の医療が終了し、維持期（生活期）・在宅等生活の場へ移行した患者に対しては、再発予防や基礎疾患・危険因子の管理等の維持期（生活期）の医療を実施するほか、介護老人保健施設や通所リハビリテーションにおいては、とりわけ高齢者の特性を理解しながら、生活機能の維持・向上のための維持期（生活期）リハビリテーションを実施します。

(2) 関係機関の連携に基づく脳卒中对策・脳卒中患者支援

- ① 在宅医療に取り組む医師や看護師等への研修会等を通じて人材育成を図り、入院医療機関と在宅医療に係る機関の円滑な連携を推進し、切れ目のない継続的な体制の確保に努め、発症から在宅復帰までの地域連携体制を構築します。
- ② 具体的には、退院時カンファレンスを実施できる体制やかかりつけ医を中心とした多職種連携による在宅医療体制などを構築するとともに、医療機関等の関係者と介護サービス事業者の情報共有、連携の強化に努めます。
- ③ 県内のどこで脳卒中を発病・再発しても、関係機関のスムーズな連携により、切れ目のない医療サービスが提供できるよう、関係医療機関等と連携し、「ひろしま医療情報ネットワーク（HMネット）」の活用や実態把握・分析等により、「ひろしま脳卒中地域連携パス」の一層の普及を進め、診療情報やリハビリテーションを含む治療計画などの患者情報を関係機関が共有し、必要な医療や介護サービス等を提供することで、在宅療養が可能な体制づくりを推進します。

図表 2-1-48 ひろしま脳卒中地域連携パス 運用イメージ



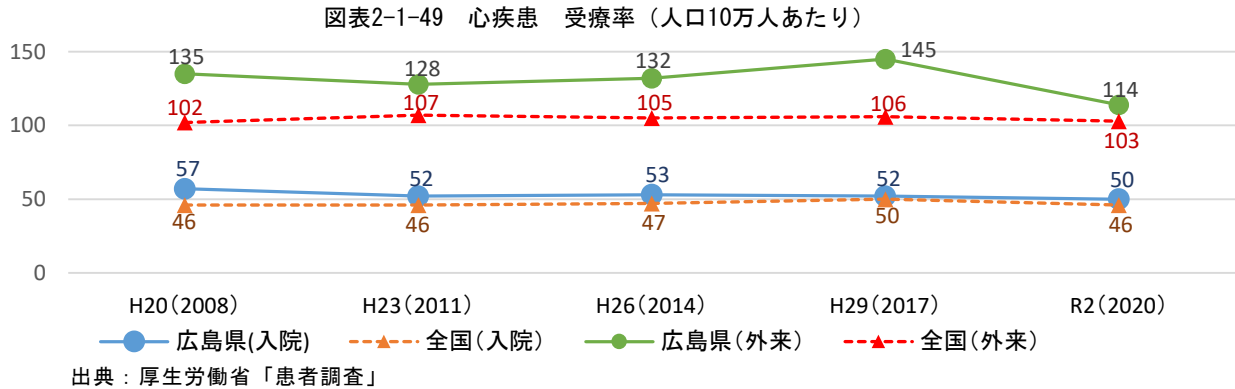
※ 「ひろしま脳卒中地域連携パス」(広島県地域保健対策協議会ホームページ)  
<https://citaikyo.jp/pass/nousotchu.html>

## 2-2 心筋梗塞等の心血管疾患対策

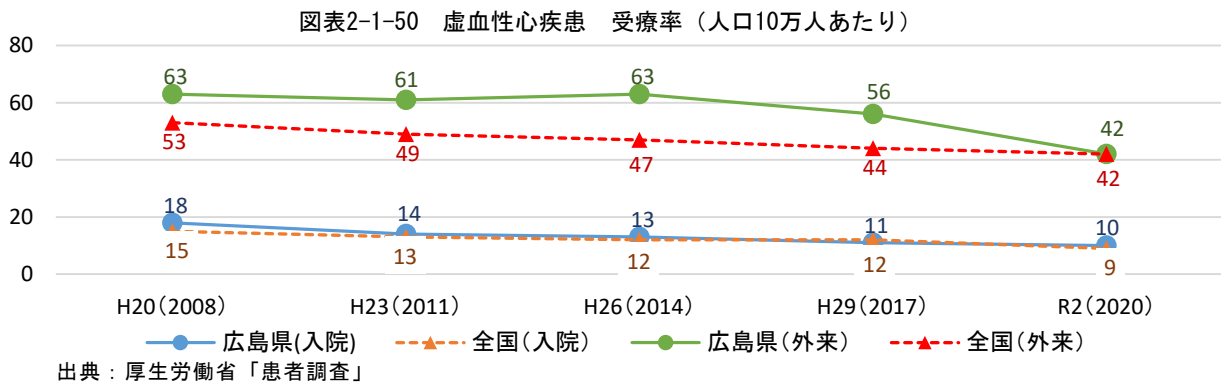
### 現 状

#### 1 罹患及び死亡の状況

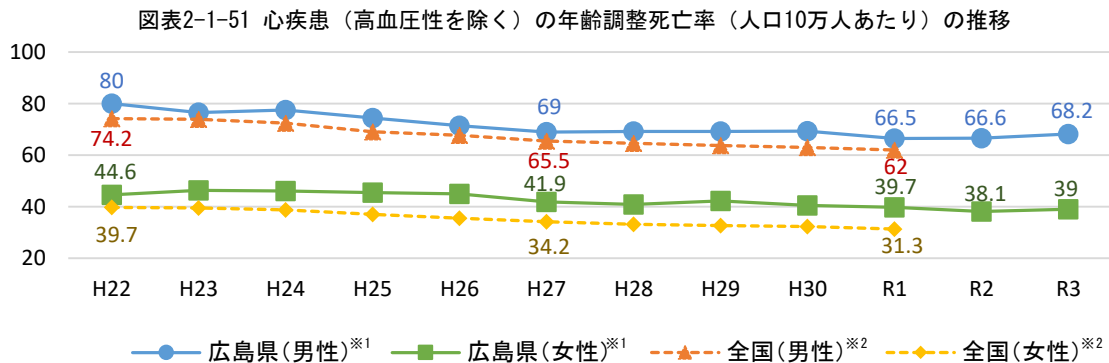
心疾患（高血圧性のものを除く）受療率は、入院、外来とも、全国平均を上回って推移しています。



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

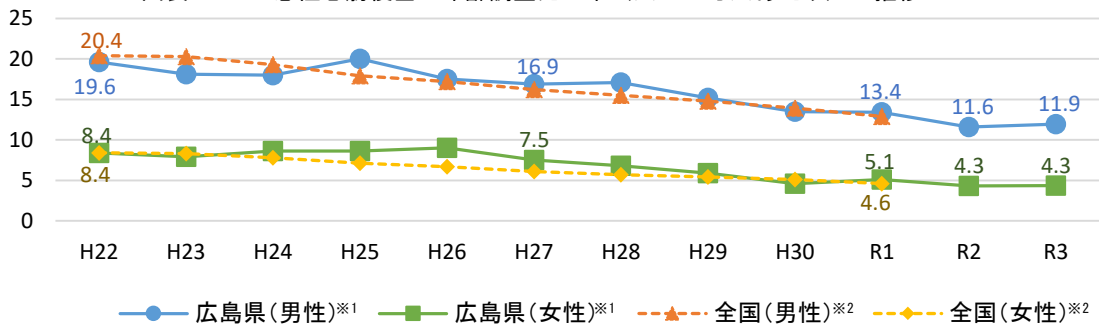


心疾患（高血圧性を除く）の年齢調整死亡率は、全国平均を上回って推移しているものの、概ね減少傾向にあります。



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

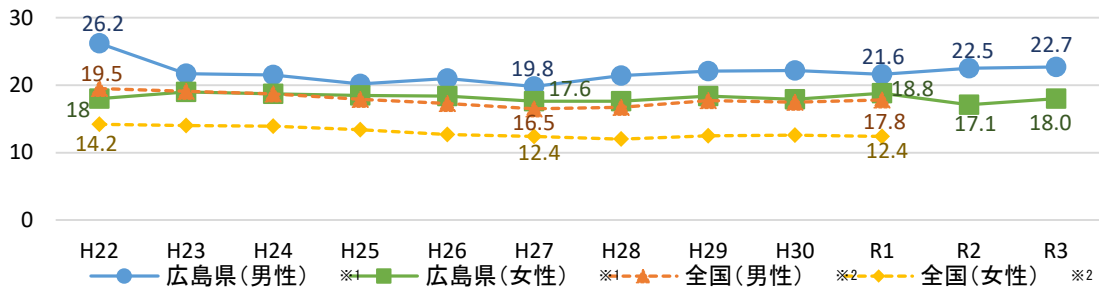
図表2-1-52 急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（人口10万人あたり）の推移



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

心不全の年齢調整死亡率は、近年横ばいで、全国平均を上回って推移しています。

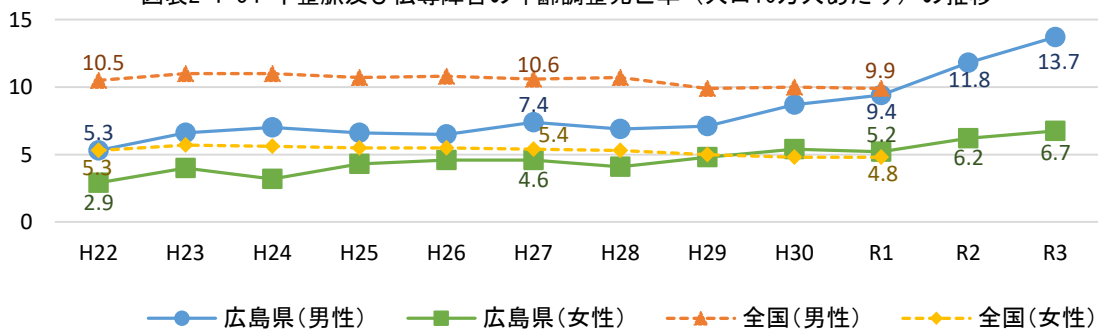
図表2-1-53 心不全の年齢調整死亡率（人口10万人あたり）の推移



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

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

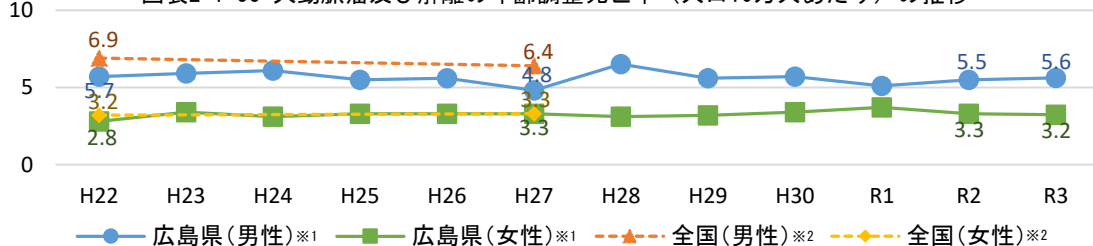
図表2-1-54 不整脈及び伝導障害の年齢調整死亡率（人口10万人あたり）の推移



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

大動脈瘤及び解離の年齢調整死亡率は、概ね横ばいで推移しています。

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



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

## 2 心血管疾患医療提供体制

## (1) 救急搬送体制の整備

急性心筋梗塞等の心血管疾患の発症時には、速やかに急性期の専門的治療が実施できる医療機関を受診することで、より高い治療の効果や後遺症の軽減が見込まれます。令和5（2023）年版「救急・救助の現況」によると、令和4（2022）年中の救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した平均時間は45.5分で、全国平均（47.2分）より短くなっています。

県では、救命率向上を図るため、救急救命士を含む救急隊員が救急現場で行う応急処置等の質を、医学的観点から保証するための「指示・指導体制」、「事後検証体制」、「教育・研修体制」（メディカルコントロール体制）を全二次保健医療圏で整備しています。

急性心筋梗塞等の心血管疾患の発症時には、患者の周囲にいる人がいち早く、心肺蘇生やAED（自動体外式除細動器）を使用することにより、救命率の向上が見込まれるため、日本救急医療財団全国AEDマップなどにおいて、県内設置施設を紹介しています。

## (2) 救急医療の確保をはじめとした心血管疾患に係る医療提供体制の構築

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

図表 2-1-56 心血管疾患の医療連携体制

(単位：施設)

区分	全国	広島県	二次保健医療圏						
			広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北
予 防	—	391	181	29	37	33	40	57	14
人口10万人あたり	—	14.1	13.4	12.6	26.0	14.9	17.1	11.3	17.0
急性期	—	28	9	3	3	3	6	1	3
人口10万人あたり	—	1.0	0.7	1.3	2.1	1.4	2.6	0.2	3.7
回復期	—	88	35	4	14	9	10	12	4
人口10万人あたり	—	3.2	2.6	1.7	9.8	4.1	4.3	2.4	4.9
再発予防	—	319	141	23	34	26	30	52	13
人口10万人あたり	—	11.5	10.4	10.0	23.9	11.8	12.8	10.3	15.8

出典：広島県「医療機能調査」（令和5（2023）年）

総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」（令和5（2023）年1月1日現在）

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

二次保健医療圏ごとにみると、それぞれの人数にばらつきがあります。

図表 2-1-57 循環器内科と心臓血管外科の医師数等

（単位：人）

区分	全国	広島県	二次保健医療圏						
			広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北
循環器内科	13,026	288	158	15	26	15	17	43	14
人口10万人あたり	10.2	10.2	11.5	10.4	10.6	6.8	6.9	8.3	16.1
心臓血管外科	3,222	53	31	4	4	3	4	7	—
人口10万人あたり	2.5	1.9	2.3	2.8	1.6	1.4	1.6	1.4	—

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和2（2020）年）

総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」（令和2（2020）年1月1日現在）

退院後に在宅で心臓リハビリテーションを継続できるよう、平成23（2011）年度から「広島県心臓いきいき推進事業」を実施しており、専門治療の拠点となる広島大学病院心不全センターを中心として、各二次保健医療圏に地域心臓いきいきセンターが7施設設置されるとともに、心臓いきいき在宅支援施設が382施設認定（令和6（2024）年2月現在）されています。

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

※ 広島大学病院心不全センター

「広島県心臓いきいき推進事業」の事務局を担い、地域心臓いきいきセンターと協働し、下記の役割を担います。

- 1 心臓いきいき推進会議、症例検討会等の開催
- 2 地域心臓いきいきセンターの取組への支援
- 3 心臓いきいき在宅支援施設の確保
- 4 心不全の再発・再入院防止に対する啓発
- 5 心不全患者の実態把握及び再入院要因の分析等

※ 地域心臓いきいきセンター

心臓いきいき在宅支援施設と協働し、下記の役割を担います。

- 1 キャラバン研修、市民公開講座の開催による心不全の予防や再発・重症化予防に関する普及啓発
- 2 心臓いきいき在宅支援施設の確保

※ 心臓いきいき在宅支援施設（心不全患者在宅支援施設）

県内の心不全診療の基盤を地域に広げ、ネットワークの強化を図るため、下記の役割を担います。

- 1 地域における包括的心臓リハビリテーションの概念に基づいた医療・介護の提供
- 2 心不全増悪の早期発見と介入による重症化予防
- 3 急性期医療を担う医療施設との連携強化

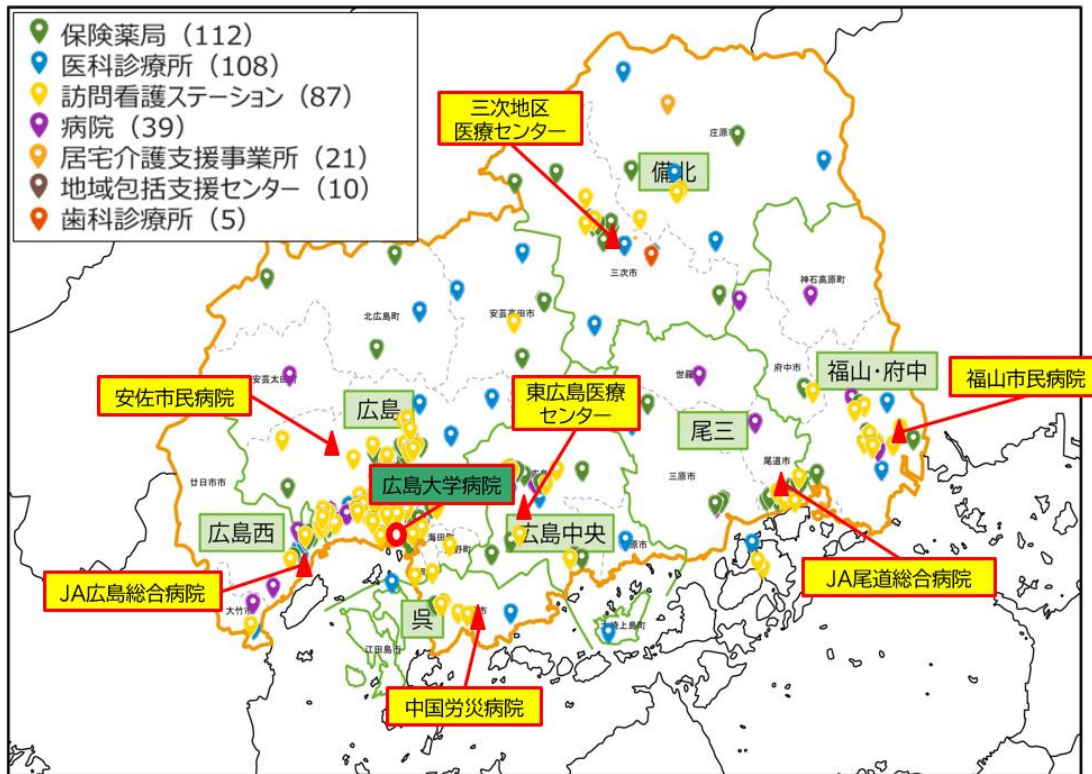
※ 心臓いきいき連携病院（28施設）

下記の役割を担います。

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



図表 2-1-58 広島大学病院心不全センター、地域心臓いきいきセンター、心臓いきいき在宅支援施設



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

図表 2-1-59 心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数

（単位：施設）

区分	全国	広島県	二次保健医療圏						
			広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北
医療機関数	378	4	4	*	*	*	*	*	—
人口10万人あたり	0.3	0.1	0.3	*	*	*	*	*	—

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

出典：厚生労働省「NDB」（令和3（2021）年度）

総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」（令和3（2021）年1月1日現在）

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

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

（単位：%）

区分	全国	広島県	二次保健医療圏						
			広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北
実施率	80.7	90.0	86.5	94.2	88.1	95.5	91.0	95.8	88.6

出典：厚生労働省「NDB」（令和3（2021）年度）

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



図表 2-1-61 心筋梗塞に対する冠動脈再開通件数等

(単位：件)

区分	全国	広島県	二次保健医療圏						
			広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北
再開通件数	50,842	1,139	490	62	125	68	110	247	37
人口10万人あたり	40.1	40.5	35.9	43.2	52.1	30.7	45.4	48.1	43.3
うち来院後90分以内	31,132	797	373	28	81	47	87	160	21
人口10万人あたり	24.6	28.3	27.3	19.5	33.7	21.2	35.9	31.1	24.6

出典：厚生労働省「NDB」（令和3（2021）年度）

総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」（令和3（2021）年1月1日現在）

### 3 在宅等における支援体制

#### (1) リハビリテーション等の取組

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

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

(単位：施設)

区分	全国	広島県	二次保健医療圏						
			広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北
医療機関数	1,536	41	19	3	4	2	4	6	3
人口10万人あたり	1.2	1.5	1.4	2.1	1.7	0.9	1.7	1.2	3.5

出典：診療報酬施設基準（令和3（2021）年3月）

総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」（令和3（2021）年1月1日現在）

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

図表 2-1-63 入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数

(単位：件)

区分	全国	広島県	二次保健医療圏						
			広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北
実施件数	231,547	4,351	1,640	301	679	222	302	894	313
人口10万人あたり	182.8	154.7	120.0	209.5	282.9	100.3	124.8	174.0	366.3

出典：厚生労働省「NDB」（令和3（2021）年度）

総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」（令和3（2021）年1月1日現在）

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

図表 2-1-64 外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数

(単位：件)

区分	全国	広島県	二次保健医療圏						
			広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北
実施件数	183,903	2,434	1,185	301	70	44	239	519	76
人口10万人あたり	145.2	86.5	86.7	209.5	29.2	19.9	98.7	101.0	88.9

出典：厚生労働省「NDB」（令和3（2021）年度）

総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」（令和3（2021）年1月1日現在）

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

図表 2-1-65 虚血性心疾患退院患者の平均在院日数

（単位：日）

区分	全国	広島県	二次保健医療圏						
			広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北
平均在院日数	12.4	7.2	6.3	12.3	6.4	14.5	7.1	6.0	9.5

出典：厚生労働省「患者調査」（令和2（2020）年）

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

図表 2-1-66 在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合

（単位：%）

区分	全国	広島県	二次保健医療圏						
			広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北
患者の割合	85.4	91.1	95.4	92.1	96.3	83.9	94.7	93.9	44.0

出典：厚生労働省「患者調査」（令和2（2020）年）

## (2) 関係機関の連携に基づく心血管疾患対策・心血管疾患患者支援

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

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

平成23（2011）年度に、地域連携クリティカルパスである心筋梗塞手帳を、「心筋梗塞・心不全手帳」に改訂し、心筋梗塞医療・心不全医療を行う医療機関、手帳の使用を希望する医療機関や患者への普及啓発を進めています。

## 課 題

### 1 心血管疾患医療提供体制

#### (1) 救急搬送体制の整備

心血管疾患に有効な治療法には、発症後の迅速な治療開始が求められるため、適切な病院前救護を行いつつ、専門的な治療を実施できる医療機関への可能な限り速やかな搬送が必要ですが、救急搬送に要する時間は年々長くなっています。

また、発症後早急に適切な治療を開始するためにも、県民に対する心血管疾患の症状や発症時の緊急受診の必要性に関する啓発が必要です。

#### (2) 救急医療の確保をはじめとした心血管疾患に係る医療提供体制の構築

心臓血管外科手術が可能な医療機関数は限られており、それらが有効に連携するためには、医療施設間連携やネットワークの構築が求められます。また、医療機能を集約していくことで、心臓血管外科手術が常時可能な体制づくりを進めていく必要があります。

## 2 在宅等における支援体制

### (1) リハビリテーション等の取組

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

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

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

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

### (2) 関係機関の連携に基づく心血管疾患対策・心血管疾患患者支援

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

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

## 目 標

区分	指標名	現状値	目標値	出典
P ◆	救急要請から医療機関に収容までの平均時間	[R4] 45.5分	[R11] 40.2分以下	総務省消防庁「救急・救助の状況」
P	急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンションの実施率	[R3] 90.0%	[R11] 95.8% (R3圏域最高値)	R3(2021)年度NDB
P ◆	PCIを施行された急性心筋梗塞患者数のうち、90分以内の冠動脈再開通割合	[R3] 70.0%	[R11] 79.1% (R3圏域最高値)	R3(2021)年度NDB
P	「心筋梗塞・心不全手帳」の活用(配布部数)	[R4] 累計75,535部	[R11] 累計130,000部	広島大学病院心不全センター、地域心臓いきいきセンター調べ
P ◆	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数(人口10万人あたり)	[R3] 154.7件	[R11] 182.8件 (R3全国平均)	R3(2021)年度NDB
P ◆	外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数(人口10万人あたり)	[R3] 86.5件	[R11] 145.2件 (R3全国平均)	R3(2021)年度NDB
O ◆	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	[R2] 7.2日	[R11] 5.4日以下 (第1次目標値継続)	R2(2020)年患者調査
O ◆	在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合	[R2] 91.1%	[R11] 96.3%以上 (R2圏域最高値)	R2(2020)年患者調査
O ◆	在宅等生活の場に復帰した大動脈疾患患者の割合	[R2] 75.2%	[R11] 75.2%以上 (現状値以上)	R2(2020)年患者調査
O	心疾患(高血圧性を除く)の年齢調整死亡率(人口10万人あたり)	[R3] 男性68.2 女性39.0	[R11] 男性68.2以下 [R11] 女性39.0以下 (現状値以下)	R3(2021)年人口動態統計
O	急性心筋梗塞の年齢調整死亡率(人口10万人あたり)	[R3] 男性11.9 女性04.3	[R11] 男性11.9以下 [R11] 女性04.3以下 (現状値以下)	R3(2021)年人口動態統計
O	心不全の年齢調整死亡率(人口10万人あたり)	[R3] 男性22.7 女性18.0	[R11] 男性16.5以下 [R11] 女性12.4以下 (第1次目標値継続)	R3(2021)年人口動態統計
O	大動脈瘤及び解離の年齢調整死亡率(人口10万人あたり)	[R3] 男性5.6 女性3.2	[R11] 男性4.1以下 [R11] 女性1.8以下 (第1次目標値継続)	R3(2021)年人口動態統計
O	不整脈及び伝導障害の年齢調整死亡率(人口10万人あたり)	[R3] 男性13.7 女性06.7	[R11] 男性13.7以下 [R11] 女性06.7以下	R3(2021)年人口動態統計

S：ストラクチャー指標、P：プロセス指標、O：アウトカム指標、◆：国基本計画の重点指標

## 施策の方向

## 1 心血管疾患医療提供体制

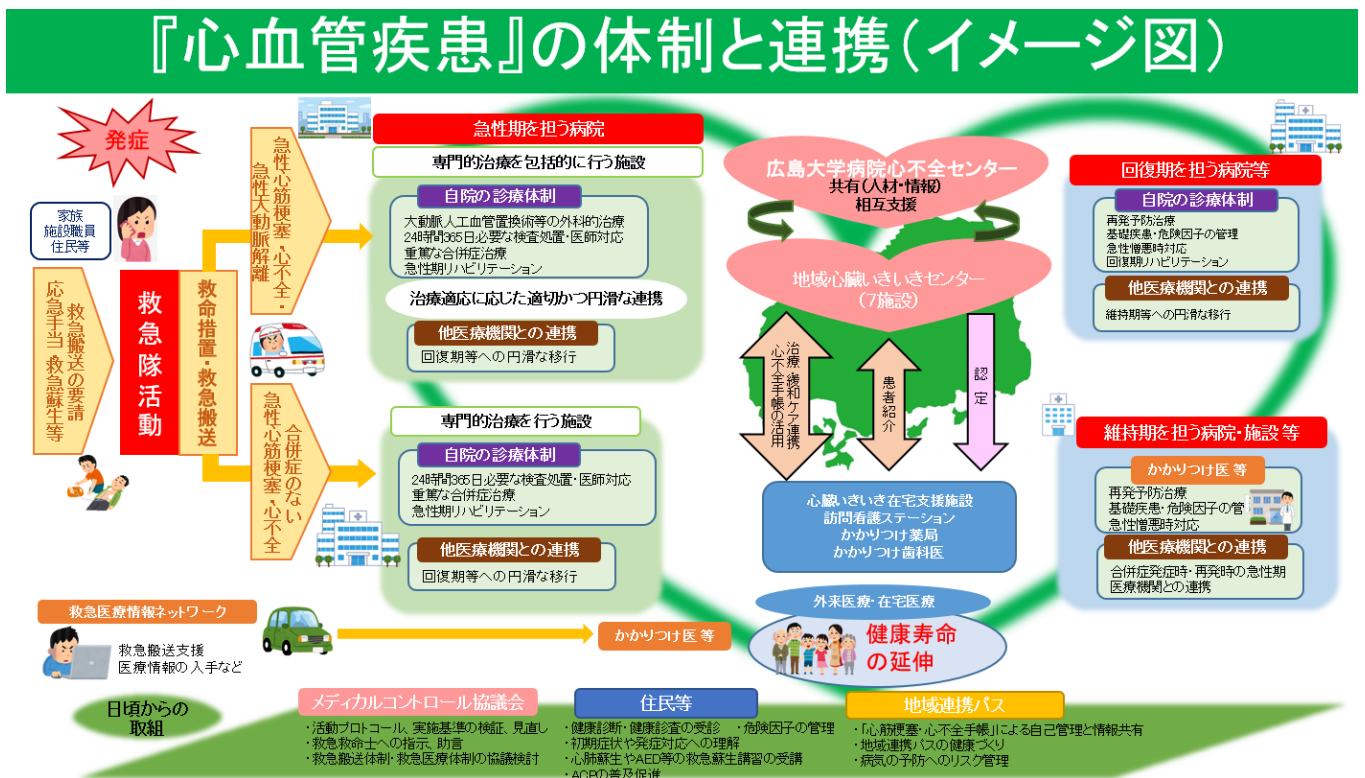
## (1) 救急搬送体制の整備

- ① メディカルコントロール協議会、消防機関等の関係機関と連携し、地域の実情に応じた効果的・効率的な救急搬送から受入体制を整備していくことなどにより、救急要請から医療機関への搬送までの時間短縮と受入困難事案の減少を図ります。
- ② 消防機関、市町等が実施するAED(自動体外式除細動器)の使用を含めた救急蘇生法の講習等を支援し、急性心筋梗塞等の心血管疾患の発症時及び再発時の応急処置に関する一般市民への普及啓発に努めます。

(2) 救急医療の確保をはじめとした心血管疾患に係る医療提供体制の構築

- ① 急性期から維持期・生活期まで、専門治療の拠点となる広島大学病院心不全センターを中心として、各二次保健医療圏に地域心臓いきいきセンターを設置し、心不全患者の急性増悪期、慢性安定期を通じて、関係施設等が連携してサポートする体制を、全国に先駆けて構築しており、今後、一層の充実を図ることにより、再入院率の低減に取り組んでいきます。
- ② 急性期の診療提供体制については、内科的治療、経皮的冠動脈インターベンション（PCI）等に加えて、外科的治療等を含めた治療を行う「専門的治療を包括的に行う施設」と、内科的治療や経皮的冠動脈インターベンション（PCI）等の治療を行う「専門的治療を行う施設」といった医療機能を、地域の状況や医療施設の医療資源に応じて分担するなど、専門的な診療が可能な医療機関間の円滑な連携を進めていきます。
- ③ 特に、急性大動脈解離については、安全性等の質が確保された緊急手術が常時可能な施設に限られており、より広域のネットワーク体制を構築し、将来的には、新しい知見や医療技術を取り入れることなども視野に置いて、急性期の診療提供体制の構築を進めます。
- ④ 高齢化の進行に伴って、増加することが見込まれる心房細動の患者に対応していくため、心房細動の早期発見・早期治療に向けた検討を進めていきます。
- ⑤ 急性期以降の転院先となる病院（回復期及び慢性期の病院等）の医療提供体制の強化や、訪問診療、訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導などを含めた在宅医療の体制を強化します。
- ⑥ 医療連携を推進する体制については、二次保健医療圏ごとに構築を進めており、その連携の充実・強化に取り組めます。また、圏域間の格差の是正にも取り組めます（心血管疾患対策の医療体制に求められる医療機能は、次のイメージ図及び次ページ「図表 2-1-68」のとおり）。

図表 2-1-67 『心血管疾患医療』の体制と連携（イメージ図）



図表 2-1-68 心血管疾患対策の医療体制に求められる医療機能

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

医療機能別の医療機関名は、県のホームページに掲載しています。

## 2 在宅等における支援体制

### (1) リハビリテーション等の取組

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

そのため、医師、看護師、薬剤師、栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、ソーシャルワーカー等、多職種チームの介入による多面的・包括的な疾病管理を実施していくことで、再発予防等に必要な合併症予防や在宅復帰を目的とした心血管疾患リハビリテーションが可能な体制を構築し、地域心臓いきいきセンターにおける多職種疾病管理プログラムの充実を図ります。

### (2) 関係機関の連携に基づく心血管疾患対策・心血管疾患患者支援

- ① 引き続き、広島大学病院心不全センター、地域心臓いきいきセンターによる心臓いきいき在宅支援施設への研修会等を通じて人材育成を図り、心不全患者の生活の質を向上させるとともに、心不全の再発予防と慢性心不全に係る在宅医療連携体制の基盤を構築します。
- ② 高齢者人口の増加に伴い、今後も増加が見込まれる心不全患者に対応するため、心臓いきいき連携病院との連携等を通じて、各二次保健医療圏の急性期の機能を担う地域心臓いきいきセンターと回復期を担う「心臓いきいき連携病院」との連携体制を強化していきます。
- ③ 退院後でも在宅において心血管疾患リハビリテーションが継続できるよう、地域心臓いきいきセンターや心臓いきいき連携病院、心臓いきいき在宅支援施設に認定された病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所が連携を図るなど、医療機関等の関係者と介護サービス事業者の情報共有、連携の強化に努めます。
- ④ 県内のどこで心血管疾患を発病・再発しても、関係機関のスムーズな連携により、切れ目のない医療サービスが提供できるよう、関係医療機関等と連携し、「心筋梗塞・心不全手帳」の一層の普及を進め、診療情報やリハビリテーションを含む治療計画などの患者情報を関係機関が共有し、必要な医療や介護サービス等を提供することで、在宅療養が可能な体制づくりを推進します。

#### 広島県心筋梗塞・心不全手帳の特徴

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



制作：広島県地域保健対策協議会

### 3 糖尿病対策

#### 現 状

糖尿病は心血管疾患のリスクを高め、神経障害、網膜症、腎症、足病変といった特有の合併症を発症し、更に高齢化で増加するサルコペニア、フレイル、認知症、悪性腫瘍等を併発することにより、生活の質並びに社会経済的活力や社会保障資源に多大な影響を及ぼします。

糖尿病有病者の増加を抑制するとともに、糖尿病患者については良好な血糖コントロール状態を維持することにより、糖尿病による合併症の発症や進行を抑制することができます。

#### (1) 特定健康診査の状況

本県の特定健康診査実施率は、令和3（2021）年度、52.5%であり、平成20（2008）年度の33.3%から徐々に増加していますが、全国平均の56.2%（令和3（2021）年度）と比べるといまだ低い状況にあります（全国36位）。

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

本県のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の推定数は、特定健康診査の結果によると、令和3（2021）年度、男性154,872人、女性60,762人です。

#### (2) 糖尿病予備群等の状況

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

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

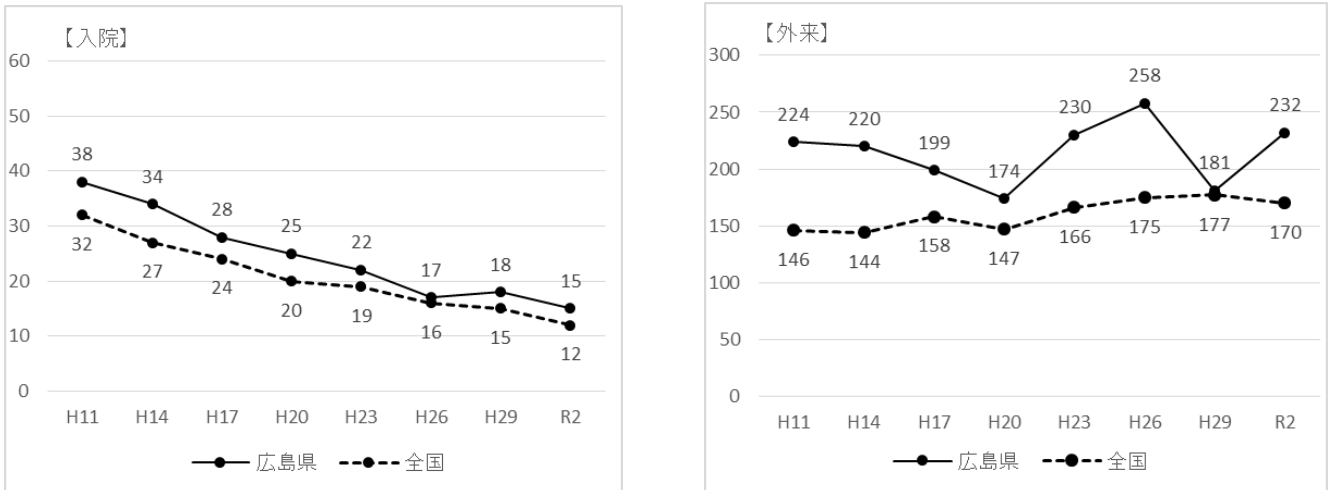
#### (3) 受療の状況

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

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



図表 2-1-69 糖尿病の受療率（人口10万人対）

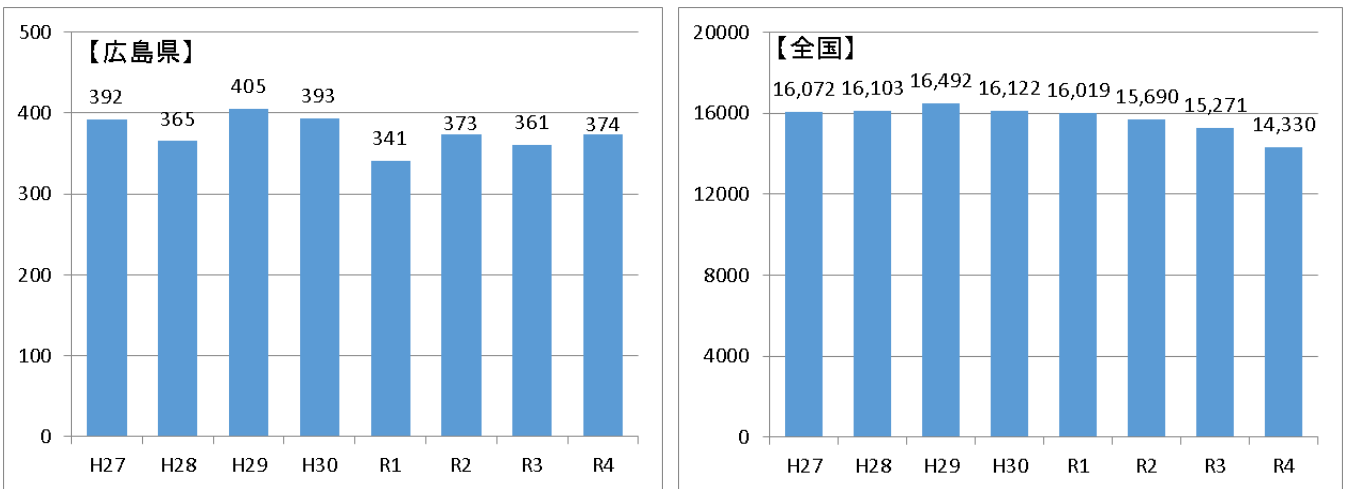


出典：厚生労働省「患者調査」（各年）

(4) 透析の状況

糖尿病性腎症重症化予防の取組が広がっていますが、本県の糖尿病性腎症による新規透析導入患者数は、近年、400人前後で推移しています。この理由としては、糖尿病患者総数は増加している一方で、新しい糖尿病治療薬の開発など腎症に対する治療が進歩し、新規透析導入の抑制に寄与していることが考えられます。

図表 2-1-70 糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数（人）

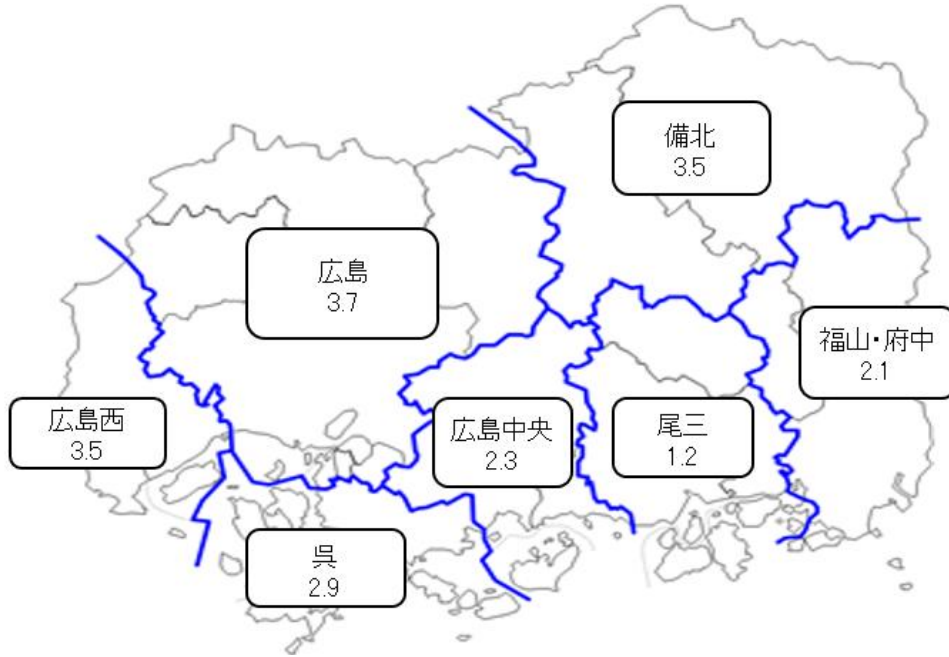


出典：（一社）日本透析医学会 透析調査委員会「わが国の慢性透析療法の現況」（各年12月31日現在）

(5) 医療施設等の状況

本県の糖尿病内科の医師数（主たる診療科）は、令和2（2020）年度において92人で、人口10万人当たり2.8人であり、全国平均4.0人より低い状況です。二次保健医療圏別で見ると、広島医療圏3.7人と広島市の周辺に集中しており、広島西医療圏3.5人、備北医療圏3.5人、呉医療圏2.9人、広島中央医療圏2.3人、福山・府中医療圏2.1人、尾三医療圏1.2人の順で少ない状態です。また、日本糖尿病学会認定の糖尿病専門医は107人（令和5年6月現在）であり、糖尿病専門医が存在しない市町は11市町となっています。

図表 2-1-71 二次保健医療圏域別に見た人口10万人当たり糖尿病内科の医師数(人)



出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和2（2020）年）

## 課題

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

### 1 糖尿病発症予防

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

糖尿病の発症を予防するために、糖尿病予備群一人ひとりの状態に応じて、個別に生活習慣の改善を図るサポートを提供するために、特定健康診査受診後の特定保健指導の実施率の向上に努めることが必要です。

### 2 糖尿病医療提供体制（治療）

糖尿病の重症化や合併症の発症を予防するために、糖尿病有病者すなわち糖尿病の治療介入が必要な者を、早期に医療機関に受診させることが必要ですが、糖尿病有病者が増加するなかで、糖尿病内科の医師（日本糖尿病学会認定専門医、日本糖尿病協会認定療養指導医等）による十分な医療提供体制を、県内全域に隈なく整備することは困難な状況です。

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

### 3 糖尿病との共生

糖尿病患者が県内どこに住んでいても、生涯にわたっていきいきと暮らすことができるよう、糖尿病の重症化や合併症の発症を予防することは重要です。すでに合併症を有している糖尿病患者においては、合併症の重症化を予防するために、健診情報等のデータを活用し、個人の状況に応じた保健指導の仕組みを取り入れた、「糖尿病性腎症重症化予防事業」の取組が県内で広がりつつありますが、いまだ十分浸透しているとは言えません。その要因として、事業対象者（糖尿病患者）の事業参加にはかかりつけ医の同意が必要であるところ、かかりつけ医に事業の必要性や効果が十分に伝わっていないことや事務に煩雑さがあることにより同意が得られないこと、自覚症状に乏しいことから、事業対象者が糖尿病の重症化することのリスクを感じるきっかけがなく、自分事として捉えられないこと等が考えられます。そのため、かかりつけ医が患者に糖尿病の重症化予防の必要性の理解を促し、認知及び行動変容の手段として糖尿病性腎症重症化予防事業を活用してもらえるようにする必要があります。

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

## 目 標

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

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

糖尿病性腎症など合併症を発症した場合、病態に応じた適切な医療が受けられるよう、同一圏域内で完結可能な、住民が安心できる医療連携体制を構築します。

区分	指標名	現状値	目標値	出典
S	特定健康診査実施率	[R3] 52.5%	[R11] 70%以上	厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」
S	特定保健指導実施率	[R3] 25.2%	[R11] 45%以上	
O	人口10万人あたりの糖尿病性腎症による新規透析導入患者数	[R2~R4] 13.2	[R11] 直近3年間の平均値が全国平均値以下	日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」

S：ストラクチャー指標、P：プロセス指標、O：アウトカム指標

## 施策の方向

## 1 糖尿病発症予防

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

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

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

## 2 糖尿病医療提供体制（治療）

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

平成29（2017）年度に設置された広島県地域保健対策協議会糖尿病対策専門委員会において、糖尿病に関する医療機能を、初期・安定期治療、教育治療、専門治療、急性増悪時治療、慢性合併症治療に分化し、それぞれを担う医療機関を整備し明確化しました。

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

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

### 3 糖尿病との共生

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

平成 25（2013）年の一般社団法人広島県歯科医師会（以下「県歯科医師会」という。）による Hiroshima Study など、糖尿病と歯周病には密接な関連があるという調査結果があります。糖尿病患者に対する歯科受診の勧奨など、かかりつけ医とかかりつけ歯科医の連携（医科歯科連携）を推進します。

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

## 医療連携体制

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

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

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

糖尿病対策の医療体制に求められる医療機能は、図表2-1-73のとおりです。

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

### 1 糖尿病診療拠点病院・糖尿病診療中核病院の要件と役割

複数種の医療スタッフから構成されるチーム医療を実践し、教育治療及び専門治療を提供するとともに、地域において診療所（かかりつけ医）と密接な医療連携を構築し、診療所では実施できない慢性合併症の検査や治療を担います。また、糖尿病に関する研修会（症例勉強会等）を定期的に行い、地域における糖尿病診療に詳しく優れた人材を育成します。

#### (1) 糖尿病診療拠点病院

各圏域に少なくとも1施設以上設置することを目指します。

糖尿病内科の医師が3名以上常勤し、「糖尿病の医療体制に求められる機能」を概ね備えており、24時間体制で急性増悪時の治療を担い合併症治療のほとんどすべてに対応が可能な病院とします。

#### (2) 糖尿病診療中核病院

各圏域に1～2施設の設置を目指します（各圏域にて人口規模を考慮）。

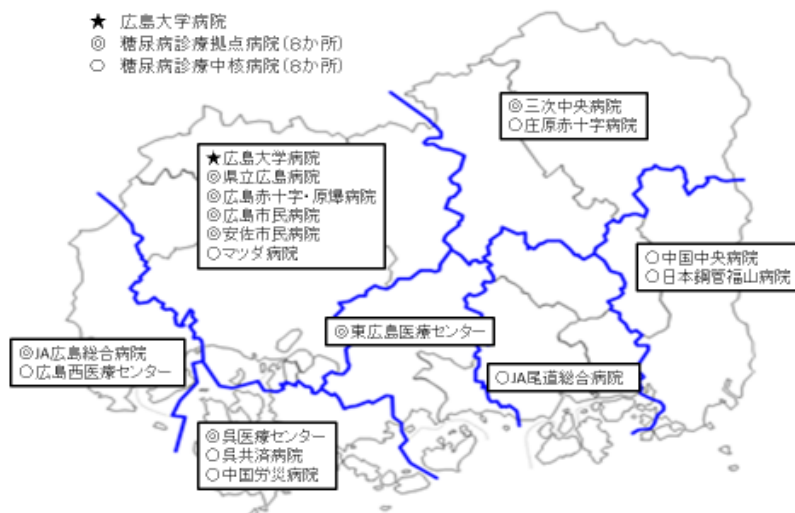
糖尿病内科の医師が1～2名以上常勤し、「糖尿病の医療体制に求められる機能」の多くを備えており、可能な範囲で急性増悪時の治療を担い、合併症治療の多くに対応が可能な病院とします。

### 2 診療所（かかりつけ医）の役割

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

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

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



図表 2-1-73 糖尿病対策の医療体制に求められる医療機能

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

## 第2章 安心できる保健医療体制の構築

【慢性合併症治療】						
	網膜症	腎症	神経障害 脳卒中（脳梗塞）	冠動脈疾患 末梢動脈疾患	足潰瘍・壊疽	歯周病
機能	■糖尿病の慢性合併症の治療を行う機能					
目標	■糖尿病の慢性合併症の専門的な治療を実施する					
医療機関に求められる事項	<p>■糖尿病の細小血管障害（網膜症、腎症、神経障害）、大血管障害（動脈硬化性疾患：脳卒中、冠動脈疾患、末梢動脈疾患）、足潰瘍・壊疽、歯周病について、それぞれ専門的な検査・治療が実施可能である（単一医療機関ですべての合併症治療が可能である必要はない）</p> <p>■糖尿病の初期・安定期治療を行う医療機関、専門治療を行う医療機関及び急性合併症の治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携している</p>					
	①眼科医が常勤している、あるいは眼科医と密接に連携し、定期的な診察が実施可能である	①腎臓・透析内科医または外科医が常勤している、あるいはこれらの専門医と密接に連携し、定期的な診察が実施可能である	①脳神経内科医または外科医が常勤している、あるいはこれらの専門医と密接に連携し、定期的な診察が実施可能である	①循環器内科医または心臓血管外科医が常勤している、あるいはこれらの専門医と密接に連携し、定期的な診察が実施可能である	①皮膚科医または整形外科医・形成外科医が常勤している、あるいはこれらの専門医と密接に連携し、定期的な診察が実施可能である	①糖尿病患者の「かかりつけ歯科医」として定期的なフォローが可能である
	②糖尿病網膜症治療の場合、蛍光眼底造影検査、光凝固療法、硝子体出血・網膜剥離の手術等が実施可能である	②糖尿病腎症の場合、尿一般検査、尿中アルブミン排泄量検査、腎生検、腎臓超音波検査、透析治療等が実施可能である	②糖尿病神経障害の場合、腱反射、振動覚検査、神経伝導検査等が実施可能である	②心電図検査、ABI/PWV（CAVI）検査、心臓・下肢超音波検査、心臓・下肢CT検査、下肢MRI検査、心筋シンチグラフィ、血管造影検査等が実施可能である	②蜂窩織炎や潰瘍・壊疽などの糖尿病足病変に対して、デブリードマン等の観血的処置、場合によっては下肢切断術が可能である	②糖尿病連携手帳等を確認し、血糖コントロール状況の把握をし、できていない患者に対し内科への受診を促すことが可能である
			③脳卒中（なかでも脳梗塞）の場合、頸動脈超音波検査、頭部CT検査、頭部MRI検査等が実施可能である		③オーダーメイドの靴や義足の製作が対応可能である	③抜歯や歯周外科治療等の観血的処置の際には、かかりつけ内科医と薬剤情報など診療情報の連携ができる
医療機関の例	病院又は診療所	病院又は診療所	病院	病院	病院	歯科診療所



## 4 精神疾患対策

### 現 状

#### 1 本県の精神医療を取り巻く状況

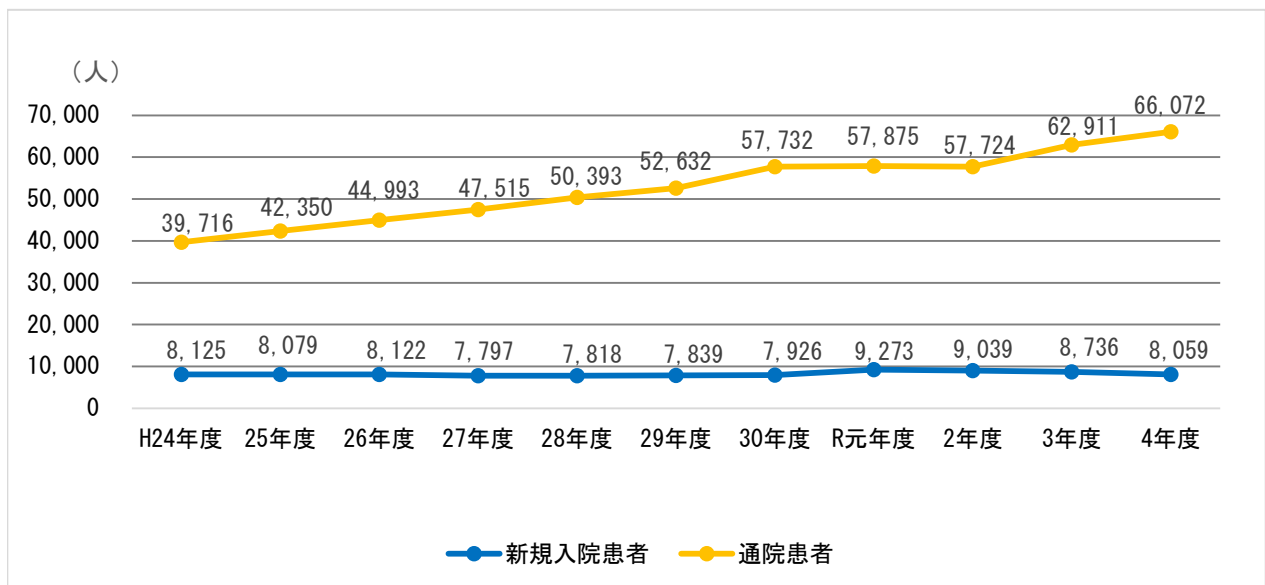
##### (1) 受療の状況

本県の精神医療を受診する通院患者は、精神通院医療（自立支援医療）公費受給者数によると、令和4（2022）年度では66,072人となっており、10年前の平成24（2012）年度の39,716人と比べ、約1.7倍となっています。

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

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

図表 2-1-74 精神科新規入院患者数と通院患者数の推移



(単位：人)

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

※新規入院患者は、各年度、前年の7月1日から当該年6月30日までの患者数（広島市を含む）

※通院患者は、各年度6月30日現在の精神通院医療（自立支援医療）公費受給者数（広島市を含む）

出典：県健康福祉局調べ

(2) 精神科病院及び精神科を標榜する診療所等数

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

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

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

図表 2-1-75 精神科の医療施設数

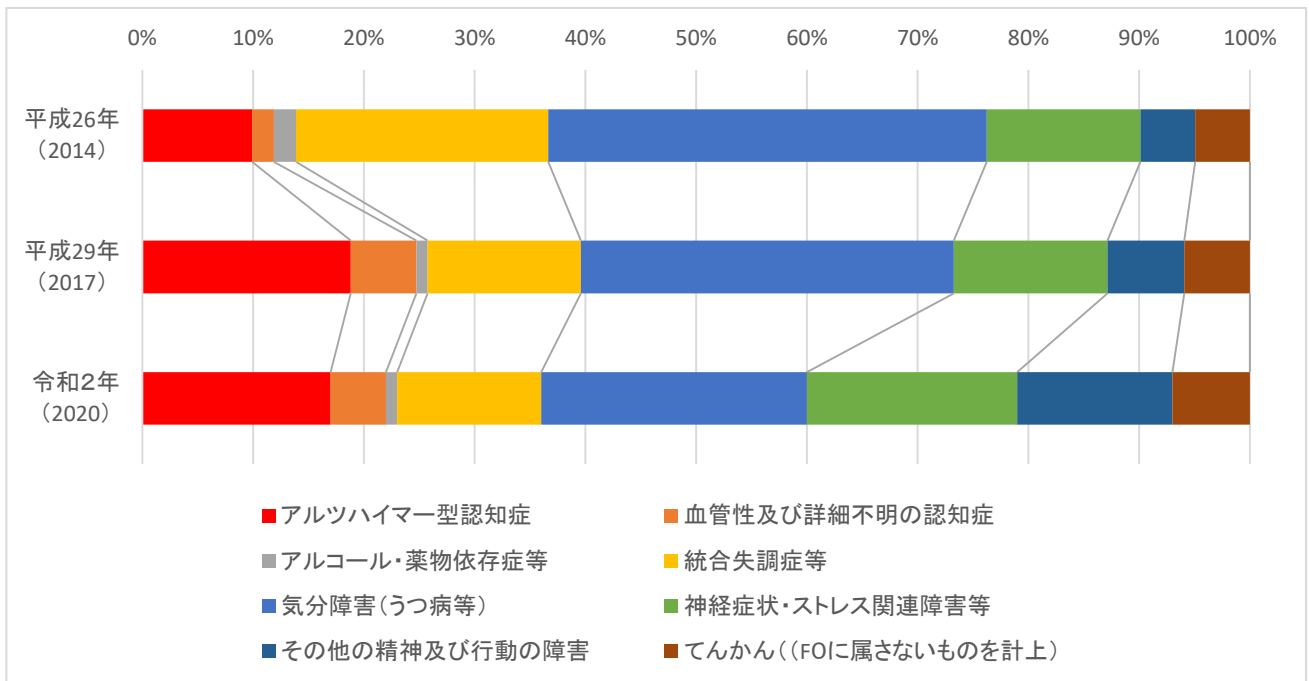
令和5（2023）年9月30日現在

二次保健医療圏	所在地	精神科を標榜する病院数	精神科を標榜する診療所数	精神病床を有する病院 (病床数)
広島	広島市、 安芸高田市、 府中町、 海田町、 熊野町、 坂町、 安芸太田町、 北広島町	29施設	83施設	16施設 (3,210床)
広島西	大竹市、 廿日市市	8施設	4施設	3施設 (476床)
呉	呉市、 江田島市	12施設	7施設	7施設 (1,250床)
広島中央	竹原市、 東広島市、 大崎上島町	9施設	8施設	4施設 (920床)
尾三	三原市、 尾道市、 世羅町	9施設	8施設	3施設 (904床)
福山・府中	福山市、 府中市、 神石高原町	11施設	17施設	6施設 (1,490床)
備北	三次市、 庄原市	3施設	1施設	1施設 (235床)
合計		81施設	128施設	40施設 (8,485床)

出典：県健康福祉局調べ

(3) 精神疾患の患者数

図表 2-1-76 精神疾患患者の推移



精神疾患種別		平成 26 年度 (2014)		平成 29 年度 (2017)		令和 2 年度 (2020)	
		患者数 (千人)	構成比 (%)	患者数 (千人)	構成比 (%)	患者数 (千人)	構成比 (%)
F 0	F 00 アルツハイマー型認知症	9	10	16	19	30	17
	F 01 血管性及び詳細不明の認知症	2	2	5	6	8	5
F 1	アルコール・薬物依存症等	2	2	1	1	2	1
F 2	統合失調症等	20	23	12	14	23	13
F 3	気分障害(うつ病等)	35	40	29	34	43	24
F 4	神経症性・ストレス関連障害等	12	14	12	14	34	19
	その他の精神及び行動の障害	4	5	6	7	24	14
	てんかん (F0) に属さないものを計上する)	4	5	5	6	12	7
県合計		88	100	86	100	176	100

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

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

## 2 予防・治療・回復・地域生活への移行

### (1) 日常生活における悩みやストレスのある人

令和4（2022）年「国民生活基礎調査」によると、本県の日常生活において、悩みやストレスを抱えている人は47.1%で、全国平均（46.1%）より少し高くなっています。また、20歳以上で気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている人（こころの状態に関する6項目の質問（K6）の合計点において10点以上）の割合は9.8%で、全国平均（9.8%）と同じです。

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

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

### (2) 保健所、市町及び精神保健福祉センターにおける相談及び訪問の状況

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

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

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

### (3) 入退院の状況

令和4（2022）年度「精神保健福祉資料」によると、本県の1年末満入院者の平均退院率は76.5%で、全国平均（82.2%）より低くなっています。

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

患者調査の「退院患者平均在院日数」は、調査対象期間中（9月1日～30日）に退院した患者の在院日数の平均であり、退院患者が少ない場合には、極端に高い値あるいは低い値が出ることがあります。

図表 2-1-77 病院からの退院患者平均在院日数

（単位：日）

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

出典：厚生労働省「患者調査」（令和2（2020）年）

(4) 地域移行

令和5（2023）年5月現在、診療報酬の施設基準について「精神科地域移行実施加算」を届け出ている医療機関は、県内に10か所ありますが、地域差があります。

図表 2-1-78 精神科地域移行実施加算医療施設数 （単位：施設）

広島県	二次保健医療圏						
	広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北
10	4	0	3	1	0	2	0

出典：厚生労働省「診療報酬施設基準 精神科地域移行実施加算届出施設数」（令和5（2023）年5月1日）

(5) 精神科訪問看護を提供している病院数・診療所数、利用者数

令和2（2020）年「医療施設調査」によると、本県の精神科訪問看護を提供する病院数は17病院、人口10万人当たり0.6施設（全国平均0.6施設）で、精神科訪問看護を提供する診療所数は11施設、人口10万人当たり0.4施設（全国平均0.4施設）です。

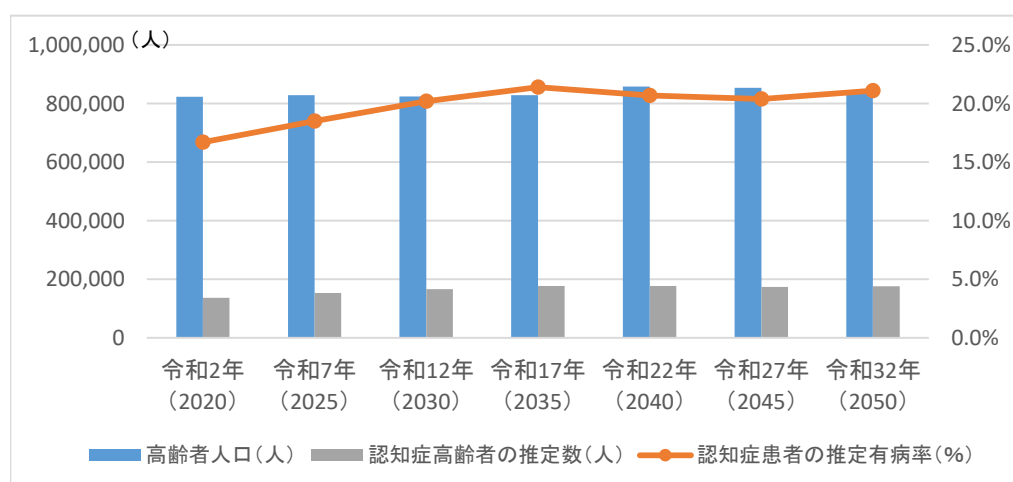
令和3（2021）年度「精神保健福祉資料」によると、本県の精神科訪問看護の利用者数は人口10万人当たり208.3人で、全国で多い方から8番目となっています。そのうち、医療機関の利用者数は人口10万人当たり69.4人で、訪問看護ステーションの利用者数は人口10万人当たり138.9人となっています。共に、全国平均（46.5人、102.5人）より高い状況です。

3 多様な精神疾患等ごとの医療体制

(1) 認知症

本県の認知症高齢者の数については、厚生労働省の研究班が平成27（2015）年3月に発表した認知症患者の推定有病率に基づいて推計すると、令和7（2025）年には約15万3千人、令和22（2040）年には約17万8千人になると見込まれます。

図表 2-1-79 高齢者人口・認知症推定有病率・認知症高齢者の推定数



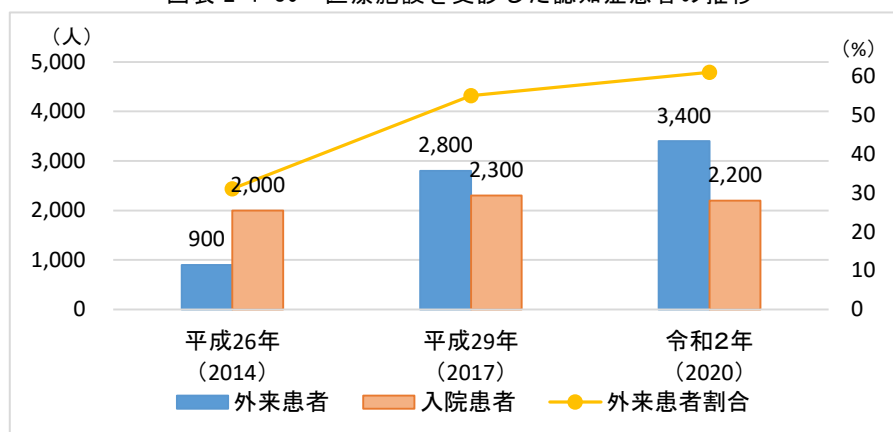
区分	令和2年 (2020)	令和7年 (2025)	令和12年 (2030)	令和17年 (2035)	令和22年 (2040)	令和27年 (2045)	令和32年 (2050)
高齢者人口(人)	823,098	829,336	824,619	828,624	858,115	853,792	833,902
認知症患者の推定有病率(%)	16.7%	18.5%	20.2%	21.4%	20.7%	20.4%	21.1%
認知症高齢者の推定数(人)	137,500	153,400	166,600	177,300	177,600	174,200	176,000

※ 「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究 平成26年度総括・分担報告書」(平成27(2015)年3月:厚生労働科学研究費補助金・厚生労働科学特別研究事業、研究代表者 二宮利治)における「各年齢層の認知症有病率が2012年以降一定と仮定した場合」の推定有病率に、「日本の都道府県別将来推計人口(令和5(2023)年推計)」(国立社会保障・人口問題研究所)における本県の高齢者人口を乗じた数値(100未満四捨五入)

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

令和2(2020)年「患者調査」によると、認知症疾患に係る本県の総患者数は38,000人、医療施設を受診した認知症患者のうち、外来患者の割合は平成26(2014)年は3割でしたが、令和2(2020)年は6割となっており、外来患者の割合が半数以上を占めています。

図表 2-1-80 医療施設を受診した認知症患者の推移



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

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

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

医療圏	認知症疾患医療センター	所在地
広島 (広島市を除く)	千代田病院	山県郡北広島町今田 3860
広島西	メープルヒル病院	大竹市玖波5丁目2-1
呉	ふたば病院	呉市広白石4丁目7-22
広島中央	宗近病院	東広島市西条町御園宇 703
尾三	三原病院	三原市中之町6丁目31-1
福山・府中	光の丘病院	福山市駅家町向永谷 302
	下永病院	福山市金江町藁江 590-1
備北	三次神経内科クリニック花の里	三次市十日市東4丁目3-10
広島 (広島市)	草津病院	広島市西区草津梅が台 10-1
	瀬野川病院	広島市安芸区中野東4丁目11-13
	広島市立北部医療センター安佐市民病院	広島市安佐北区亀山南1丁目2-1

また、本県では、次の取組を実施しています。

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

### (2) 身体合併症を有する患者の医療体制

令和元（2019）年度NDB集計によると、精神科身体合併症管理加算の算定件数は、人口 10 万人当たり 47.2 件で、全国平均（31.2 件）より高くなっています。

精神科救急医療システムにおいては、身体合併症に対応できる総合病院は、県内に呉医療センター、マツダ病院の2医療機関で、軽症の患者は瀬野川病院も受け入れています。

### (3) 精神科救急医療体制等

精神疾患の急性症状に対応するため、本県と広島市が共同で精神科救急医療システム（精神科救急情報センター、精神科救急医療センター、精神科救急医療施設）を設置し、関係機関と連携を図りながら精神科救急医療体制を整備しています。

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

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

令和2（2020）年「事業報告」によると、本県の精神科救急医療施設数は、人口10万人当たり0.2施設で、全国平均（0.9施設）より低い状況です。これは、輪番型の医療施設数が他県と比べて少ないためですが、本県では、常時対応型の精神科救急医療センターがあり、輪番型の医療施設と協力しながら効率よく運営されています。

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

令和2（2020）年「医療施設調査」によると、本県の救命救急センターで「精神科」を有する施設は7施設、入院を要する救急医療体制で「精神科」を有する施設は31施設あり、人口10万人当たり、それぞれ、0.3施設、1.1施設（全国平均0.2施設、0.9施設）となっており、共に、全国平均より高くなっています。

#### (4) 措置入院及び医療保護入院等の状況

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

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

令和4（2022）年度「精神保健福祉資料」によると、本県の精神科病院在院患者の保護室の隔離患者数は、在院患者1,000人当たり47.2人で、全国平均（46.9人）をやや上回っていますが、精神科病院在院患者の身体拘束の実施患者数は、在院患者1,000人当たり25.5人で、全国平均（42.1人）を下回っています。

図表 2-1-82 入院形態別在院状況

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

※入院患者数は、各年度末時点の患者数（広島市を含む）

出典：県健康福祉局調べ

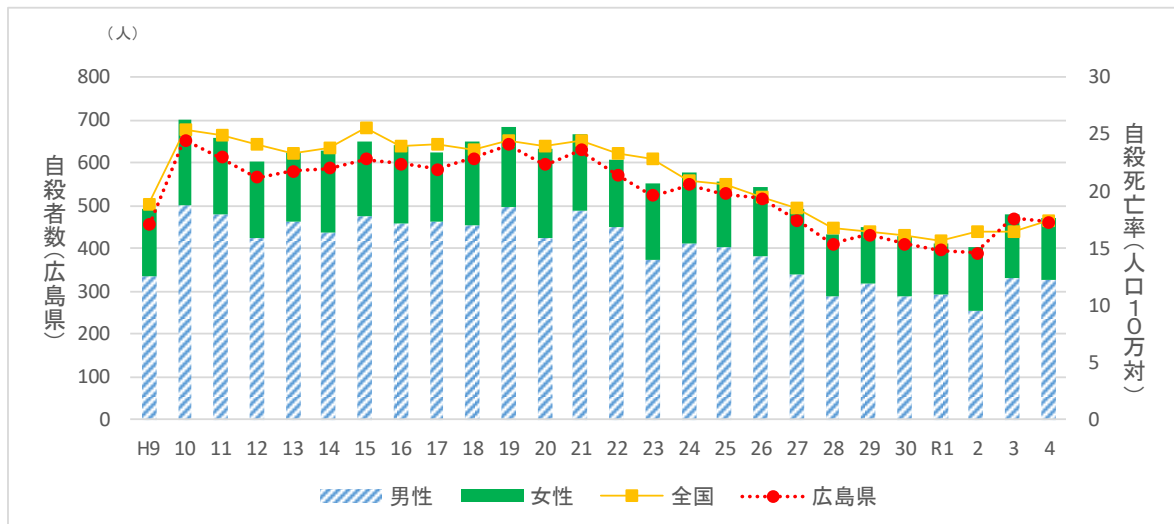
#### (5) うつ病・自殺対策

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

しかし、令和3（2021）年の自殺者数は480人、自殺死亡率は人口10万人当たり17.6で、全国平均（16.5）より高く深刻な状況となっており、更なる対策が求められています。なお、県内の自殺の特徴は女性よりも男性の自殺者が多く、年齢別では中高年層の自殺者の割合が高くなっています。地域別では、過疎地域では、自殺死亡率が高い傾向にあります。



図表 2-1-83 自殺者数の推移



出典：厚生労働省「人口動態統計」（令和4（2022）年）

(6) 依存症

① 薬物依存症

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

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

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

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

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

出典：広島県「依存症アンケート調査」（令和4（2022）年8月）

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

② アルコール依存症

令和2（2020）年「患者調査」によると、本県のアルコール性肝疾患推計患者数は、全国平均の人口10万人当たり3.7人に対して7.1人であり、全国で多い方から10番目となります。厚生労働省研究班の調査によると、男性の1.0%、女性の0.1%がアルコール依存症の基準に当てはまり、令和3（2021）年の本県人口におけるアルコール依存症者は、約12,100人と推計されます。

アルコール依存症の治療は、主に精神科での入院や通院（自立支援医療を利用）によりますが、県内で治療を受けている人は、令和3（2021）年で約1,400人であり、多くのアルコール依存症者がアルコール依存症の治療を受けていないと推定されます。アルコール依存症については専門医療機関が不足している状況で、令和5（2023）年5月現在、診療報酬に係る施設基準として「重度アルコール依存症入院医療管理加算」を届け出ている医療機関は、県内で12か所となっています。

### ③ ギャンブル等依存症

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

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

### (7) 災害拠点精神科病院・災害派遣精神医療チーム（DPAT）

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

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

### (8) 児童・思春期精神医療

児童・思春期精神医療は、主に小児科等がその役割を担っています。このうち、令和5（2023）年5月現在で、「児童思春期精神科入院医療管理料」を届け出ている医療機関は、県内で松田病院1か所です。

また、「児童思春期精神科専門管理加算」を届け出ている医療機関は広島市立舟入市民病院、呉みどりヶ丘病院、広島市こども療育センター附属診療所の3か所です。

### (9) 発達障害

本県の「発達障害の診療を行っている医療機関」については、平成22（2010）年度から本県ホームページにおいて、県民に対して情報提供を行っており、令和4（2022）年度は135医療機関、医師229人で、発達障害の診療を行う医師は徐々に増加しています。

しかし、発達障害の診療が一部の専門医療機関に集中し、初診までに長期の待機が生じています。

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

## 課 題

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

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

## 1 重層的な連携による支援体制

## (1) 予防・普及啓発

医療圏ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町などとの重層的な連携による支援体制を構築する必要があります。具体的には、精神保健に関する「本人の困りごと等」への支援を行う平時の対応を充実する観点と、精神科救急医療体制整備をはじめとする精神症状の急性増悪や精神疾患の急性発症等による患者の緊急のニーズへの対応を充実する観点が必要です。

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

## (2) 治療・回復

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

患者本位の医療を実現していけるよう、各医療機関の医療機能を明確化し、県民へ情報提供するなど、多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の充実を図る必要があります。

## (3) 地域生活への移行

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

本県の精神科病院入院患者の状況を全国平均と比べると、1年未満入院者の平均退院率は低く、退院患者の平均在院日数は長くなっており、退院後の生活支援体制の整備が必要です。

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

これらのサービスを有効に活用するためには、患者の状態に応じた必要な医療の提供と保健・福祉等と連携した体制の確保、早期の退院に向け、地域で支え合えるよう関係機関との連携を中心とした退院支援が必要です。そのため、拠点機能をもつ医療機関を中心とした研修等により、人材育成の充実を図る必要があります。

### 2 多様な精神疾患等ごとの医療

精神疾患には、統合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、発達障害、依存症（アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル等依存症）、PTSD、高次脳機能障害、摂食障害などが含まれます。このような精神疾患に加えて、精神科救急、自殺未遂者への精神科医療も含めて、多様な精神疾患等に対応できるよう、各医療機関の医療機能を明確化するとともに、役割分担や相互の連携を推進する必要があります。

#### (1) 認知症

認知症高齢者の推計と比較して、認知症疾患に係る総患者数が非常に少ないことから、適切な医療サービスにつながっていない認知症患者が相当数存在すると推測されます。また、医療施設で受診した認知症患者のうち、外来の割合が増加しており、より一層認知症の方が安心して生活できる地域づくりが重要です。

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

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

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

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

#### (2) 身体合併症を有する患者のための医療体制の整備

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

### (3) うつ病・自殺予防対策の充実

うつ病や統合失調症等、精神疾患は治療法が確立されており、早期受診、早期治療をするため、発症してから精神科医に受診するまでの期間を短縮する必要があります。うつ病に関しては、初期に精神科以外の診療科を受診することが多く、かかりつけ医の本疾患に対する対応力を高めるため、内科等の身体疾患を担当する科の医師の資質の向上及びかかりつけ医と精神科専門医との連携の強化を図る必要があります。

しかし、備北医療圏、広島医療圏の北部の中山間部においては、精神科病院、診療所ともに不足している状況であり、精神科以外の診療科（かかりつけ医）において精神科疾患への対応が求められています。

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

未遂となった人への介入支援としては、再度の自殺企図を予防するために継続した相談が重要です。身近な人が悩みに気づき、悩みに応じて各種相談機関につなぎ、場合によっては早めの受診を勧奨できる支援体制が整備されていることが必要です。

### (4) 依存症に対応する体制の構築

#### ① 薬物依存症

薬物依存症は適切な治療と支援により回復が十分に可能な疾患ですが、患者本人や家族が依存症であるという認識を持ちにくいという依存症の特性や、依存症の相談拠点、専門医療機関、専門医の不足等から、依存症患者やその家族が必要な支援を受けられていない状況にあります。

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

加えて、平成28（2016）年12月には「再犯の防止等の推進に関する法律」が施行されました。薬物依存症者の再使用（再犯）防止と社会復帰を地域で支援するため、保健医療機関、更生保護機関、民間支援団体等の連携を促進する必要があります。

#### ② アルコール依存症

アルコール健康障害は本人の健康の問題だけではなく、その家族へ深刻な影響や重大な社会問題を生じさせる危険性が高いことから、アルコール健康障害の発生、進行及び再発の防止を図るため、相談から治療・回復に至るまで、切れ目のない支援を受けられる体制を構築し、周知する必要があります。

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

アルコール依存症の回復においては、本人とその家族を孤立させないことが重要であり、自助グループ、相談拠点（窓口）と医療との連携・交流を促進する取組が必要です。また、アルコール依存症が回復する病気であることや、回復に対する正しい知識と理解の普及が必要です。

### ③ ギャンブル等依存症

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

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

### (5) 災害拠点精神科病院・災害派遣精神医療チーム（DPAT）

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

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

### (6) 児童・思春期精神疾患の医療体制の構築

児童・思春期精神医療に係る診療報酬の施設基準「児童思春期精神科入院医療管理料」を届け出ている医療機関は1か所、「児童思春期精神科専門管理加算」を届け出ている医療機関は3か所となっています。

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

### (7) 発達障害の医療連携体制の構築

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

また、発達障害児・者は、コミュニケーションの困難さや感覚過敏などの個々の特性から、医療を継続して受けにくいことがあるため、発達障害の特性に応じた診療を行うことのできる医師の養成が必要です。

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

目 標

精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保された地域包括ケアシステムを目指します。このような地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町や障害福祉・介護事業者が、地域生活に関する相談に対応しながら、医療圏ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町などとの重層的な連携を図ります。

障害者や難病患者等が安心して暮らし続けることができる地域共生社会（イメージ） 厚生労働省資料から作成

●障害者や難病患者等が地域や職場で生きがい・役割を持ち、医療、福祉、雇用等の各分野の支援を受けながら、その人らしく安心して暮らすことができる体制の構築を目指す。このため、本人の希望に応じて、

- 施設や病院からの地域移行、その人らしい居宅生活に向けた支援の充実 (障害者総合支援法関係、精神保健福祉法関係、難病法・児童福祉法関係) 総 精 難
- 福祉や雇用が連携した支援、障害者雇用の質の向上 (障害者総合支援法関係、障害者雇用促進法関係) 総 雇
- 調査・研究の強化やサービス等の質の確保・向上のためのデータベースの整備 (難病法・児童福祉法関係、障害者総合支援法関係) 難 総

等を推進する。



第2章 安心できる保健医療体制の構築

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

S：ストラクチャー、P：プロセス、O：アウトカム



## 施策の方向

### 1 重層的な連携による支援体制の構築

#### (1) 発症の予防及び早期発見

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

#### (2) 多様な精神疾患に対応する医療

患者の状態に応じた必要な医療の提供と保健・福祉等が連携した体制の確保、更に、早期の退院に向け、地域で支え合えるよう関係機関との連携を中心とした支援を実施します。また、精神疾患や身体合併症等の様々な患者の状態に応じた医療の提供を確保するよう努めます。

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

#### (3) 地域での生活を支える体制の整備

障害保健福祉圏に保健・医療・福祉関係者による協議の場を設置し、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町などとの重層的な連携による支援体制を構築し、地域の支援へつなぐ取組を促進します。

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

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

また、保健所、市町における相談支援やアウトリーチ（訪問支援）等、地域で精神障害者を支える基盤づくりの強化を推進します。更に、行政や地域の支援事業者等に研修を行い、精神疾患に対応する医療・福祉サービスや相談支援・訪問支援に携わる人材の確保に取り組みます。

### 2 精神疾患等ごとの医療連携・提供体制

#### (1) 認知症

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

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

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

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

また、若年性認知症の人が早期に適切な支援につながるよう、産業医や医療機関に対し、若年性認知症支援コーディネーターや当事者団体等の支援機関について周知を行うことで、医療機関と支援機関が一体となった早期の支援着手を図ります。

### (2) 身体合併症患者への救急医療提供等

公的な病院を中心として、精神症状と身体症状を一元的に対応できる医療機関の整備を推進するなど、今後も、24時間365日の精神科救急医療と身体合併症を有する患者への適切な医療を提供できるよう、体制の確保を図ります。

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

### (3) うつ病・自殺予防対策の強化

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

また、自殺で亡くなった人は、若年層、中高年層及び高齢者層においての原因・動機の多くが健康問題で、そのほとんどが、うつ病を主とする精神疾患を原因としています。うつ病等の精神疾患の早期発見・早期治療を図るため、かかりつけ医と専門医の連携体制の構築に取り組んできた結果、全医療圏での体制が整備されました。引き続き、連携体制の維持・発展を推進し、更なる精神科医療体制の充実に取り組みます。

うつ病の正確な診断ができ、うつ病の状態に応じた医療を提供できるようにするため、精神科以外の診療科の医師を対象に研修会等を実施します。ゲートキーパー養成研修を全市町で実施するほか、ゲートキーパーの講師となる人材育成にも取り組めます。また、保健所、市町の関係職員へうつ・自殺の情報を提供し、研修を充実させ、相談、家庭訪問など地域で精神障害者を支える基盤づくりの強化を図ります。

医療圏ごとに自殺対策に携わる関係者が連携して支援を行うネットワーク体制や、自殺の各段階において対象者への支援を連携調整できる支援体制、再度の自殺を図るリスクの高い自殺未遂者に、包括的な支援のできる体制の構築等、自殺に携わる関係機関・関係団体が有機的な連携を図り、自殺のメカニズムの全ての段階において切れ目のない支援を実施できる体制の構築に取り組めます。

本県の自殺で亡くなった人は、若年層や中高年層において、被雇用者・勤め人が多くを占めていること等から、事業所の人事・労務管理者や産業保健スタッフを対象とした研修会等、職場におけるメンタルヘルス対策を推進します。

広島県自殺対策推進センターでは、情報収集と市町等への情報提供、人材育成研修、市町等における自殺未遂者及び自死遺族等支援に対する助言等を引き続き行います。

### (4) 依存症に対応する体制の構築

#### ① 薬物依存症

依存症治療拠点（薬物依存症）及び依存症専門医療機関（薬物依存症）との連携を強化し、医療機関を対象とした依存症に関する研修や、依存症に関する取組の情報発信を行うことにより、県内における依存症の医療連携体制を構築していきます。

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

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

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

#### ② アルコール依存症

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

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

#### ③ ギャンブル等依存症

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

ギャンブル等依存症の治療の拠点となる専門医療機関を整備するとともに、ギャンブル等依存症に対応できる専門職の養成や多職種連携、多施設連携を推進し、必要な時に適切な医療を受けることができる体制の充実を図ります。

また、ギャンブル等依存症の回復、社会復帰が円滑に進むよう、社会全体でギャンブル等依存症並びにその回復及び社会復帰について、理解を促進します。

### (5) 災害拠点精神科病院・災害派遣精神医療チーム（DPA T）

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

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

### (6) 児童・思春期精神疾患の医療連携体制の構築

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

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

### (7) 発達障害の医療連携体制の構築

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

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

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

医療連携体制

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

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

広島県精神科救急医療施設圏域図については図表 2-1-85 のとおりです。

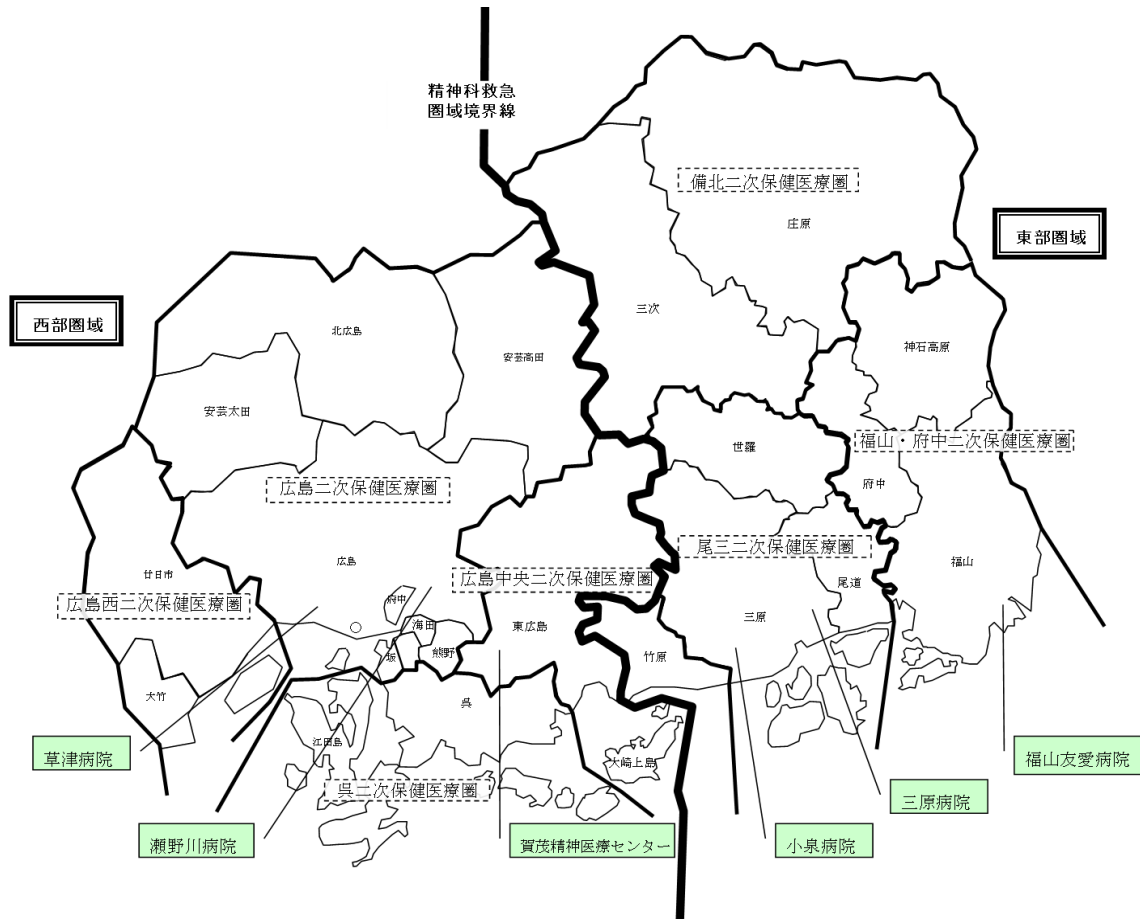
精神疾患等の県連携拠点機能及び地域連携拠点機能は、図表 2-1-86 のとおりです。

また、指定病院、応急入院指定病院、精神科救急医療施設の指定状況については、図表 2-1-87 のとおりです。

※ 県連携拠点機能及び地域連携拠点機能

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

図表 2-1-85 広島県精神科救急医療施設圏域図



第2章 安心できる保健医療体制の構築

図表 2-1-86 精神疾患等の県連携拠点機能及び地域連携拠点機能

令和6(2024)年 月 日現在

圏域	医療機関	統合失調症	認知症	児童・思春期	精神科救急	災害医療	身体合併症	PTSD	てんかん	高次脳機能障害	摂食障害	うつ・自殺対策	依存症		発達障害	
													アルコール	薬物 ギャンブル等		
広島(17)	広島市立広島市民病院						◎急		◎			◎				
	広島市立舟入市民病院			◎												
	広島市こども療育センター(本館・北部・西部)															◎小・精
	広島第一病院	◎					◎慢									
	松田病院			☆							◎					☆
	広島大学病院						☆急	☆	☆		☆	☆				◎小・精
	県立広島病院					◎	☆急		◎		☆	◎				
	京橋心療クリニック										◎					
	草津病院	☆	◎		◎	◎						◎	◎	◎		
	よこがわ駅前クリニック												◎	◎		
	安佐病院			◎									◎			
	広島市立リハビリテーション病院									◎						
	広島市立北部医療センター安佐市民病院		◎						◎							
	瀬野川病院	◎	◎		☆	◎								☆	☆	☆
府中みくまり病院												◎				
マンダ病院							◎急									
千代田病院		◎														
広島西(4)	広島西医療センター															◎小
	メーブルヒル病院		☆													
	JA広島総合病院								◎							
	廿日市記念病院									◎						
呉(5)	呉みどりヶ丘病院			◎									◎	◎	◎	◎精
	ほうゆう病院	◎														
	呉医療センター	☆					☆急		◎			◎				
	呉中通病院									◎						
	ふたば病院		◎													
広島中央(6)	宗近病院		◎													
	東広島医療センター								◎							
	賀茂精神医療センター	☆			◎	☆						◎				
	県立障害者リハビリテーションセンター										☆					
	わかば療育園															◎小・精
井野口病院									◎							
尾三(5)	小泉病院	◎			◎	◎	◎急・慢	◎			◎	◎	◎	◎		
	三原病院	◎	◎	◎	☆								◎	◎		
	港町クリニック												◎			
	尾道市立みつぎ総合病院									◎						
	JA尾道総合病院								◎							
福山・府中(9)	福山こころの病院												◎			
	光の丘病院	☆	◎										◎			
	福山市民病院						◎急									
	脳神経センター大田記念病院								◎	◎						
	下永病院		◎													
	福山友愛病院				◎									◎		
	福山若草園															◎小
福山リハビリテーション病院									◎							
こども発達支援センター															◎小	
三次(5)	三次病院												◎			
	市立三次中央病院								◎							
	三次地区医療センター									◎						
	子鹿医療療育センター															◎精
	三次神経内科クリニック花の里		◎													

※ ☆：県連携拠点、◎：地域連携拠点  
 ※ 災害医療については、災害が県内で発生した場合は、すべての精神科の医療機関で対応する。  
 ※ 身体合併症については、急は急性期、慢は慢性期に対応可能なことを意味する。  
 ※ PTSDについては、広島県精神科病院協会、広島県精神神経科診療所協会と連携する。  
 ※ てんかんについては、地域及び院内において脳神経外科のみならず、脳神経内科・精神科・小児科と連携する。  
 ※ 発達障害については、小は小児科、精は精神科での対応を意味する。広島市こども療育センターは、主として広島市域を所管する。

## 第2章 安心できる保健医療体制の構築

図表 2-1-87 指定病院、応急入院指定病院、精神科救急医療施設の指定状況

令和5（2023）年4月1日現在

病院名		国立・県立	指定病院	応急入院 指定病院	精神科救急 医療施設
西部保健所	メープルヒル病院			○（※）	
	友和病院				
	敬愛病院				
広島支所	府中みくまり病院		□	○（※）	
	千代田病院				
呉支所	呉医療センター	◎			
	呉みどりヶ丘病院		□		
	医療法人緑風会 ほうゆう病院		□	○	
	ふたば病院		□	○	
	呉やけやま病院			○	
	吉田病院		□		
	安浦病院				
西部東保健所	賀茂精神医療センター	◎		○（※）	●
	AOI 広島病院				
	宗近病院		□	○	
	竹原病院				
東部保健所	小泉病院		□	○（※）	●
	三原病院		□	○（※）	●
	青山病院				
福山支所	光の丘病院		□	○（※）	
	福山こころの病院		□	○	
	蔵王病院		□	○（※）	
	下永病院		□		
	福山友愛病院		□	○（※）	●
	府中市立湯が丘病院		□		
北部保健所	三次病院		□		
広島市	広島大学病院	◎			
	県立広島病院	◎			
	広島市民病院				
	広島第一病院		□	○（※）	
	比治山病院		□		
	松田病院		□		
	己斐ヶ丘病院		□		
	草津病院		□	○（※）	●
	安佐病院		□		
	児玉病院		□		
	瀬野川病院		□	○（※）	●
	養神館病院		□		
	ナカムラ病院				
	広島市立北部医療センター安佐市民病院				
計		4	24	16	6

※ 特例措置を採ることができる応急入院指定病院及び特定病院