

## 【第4部】

### 5 疾病 6 事業及び在宅医療の 医療連携体制の構築

## 第4部 5疾病6事業及び在宅医療の医療連携体制の構築

### 第1章 がん対策

本県におけるがんの死亡者数は、昭和53年に脳卒中を抜き、死亡原因の第1位となった。その後も増加の一途をたどり、令和4年には、全死亡者のうち4人に1人が、がんで死亡している。本県では 兵庫県がん対策推進計画により、「がんによる罹患患者・死亡者の減少」及び「がん患者一人ひとりに寄り添い、誰一人取り残さない兵庫の実現」を目指すこととしている。

なお、個別施策等詳細については、「兵庫県がん対策推進計画(以下「県がん推進計画」という。)」を参照のこと。

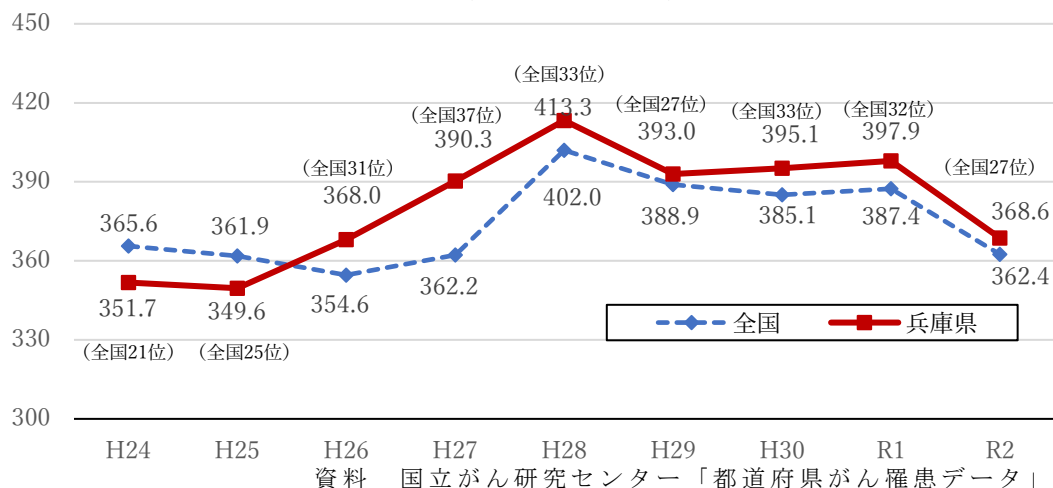
[参照 URL] [https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf16/hw12\\_000000083.html](https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf16/hw12_000000083.html)

#### 【現状と課題】

##### (1) がんの年齢調整罹患率の推移

がんの年齢調整罹患率は平成26年以降、全国より高い水準で推移しており、令和2年は368.6と全国27位に位置している。

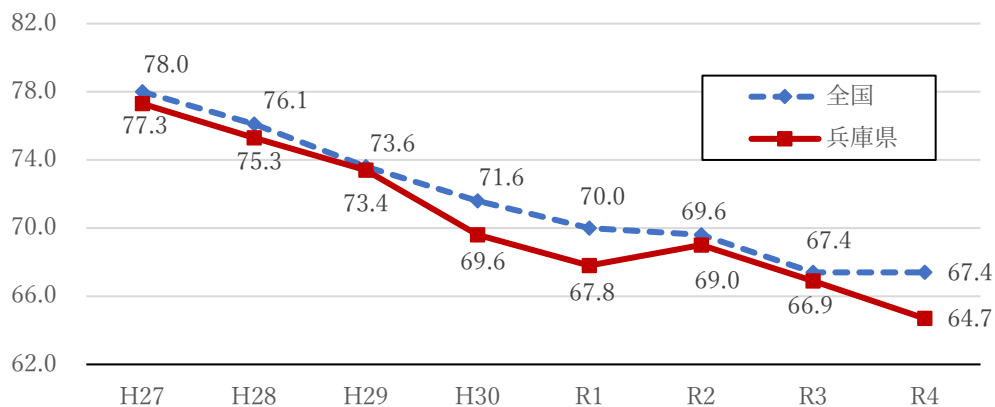
年齢調整罹患率の推移（人口10万対）



##### (2) がんによる年齢調整死亡率の推移

75歳未満年齢調整死亡率は全国と同様、おおむね減少傾向で推移している。また、本県の死亡率は全国と比較して低い水準となっている。

75歳未満年齢調整死亡率の推移（人口10万対）



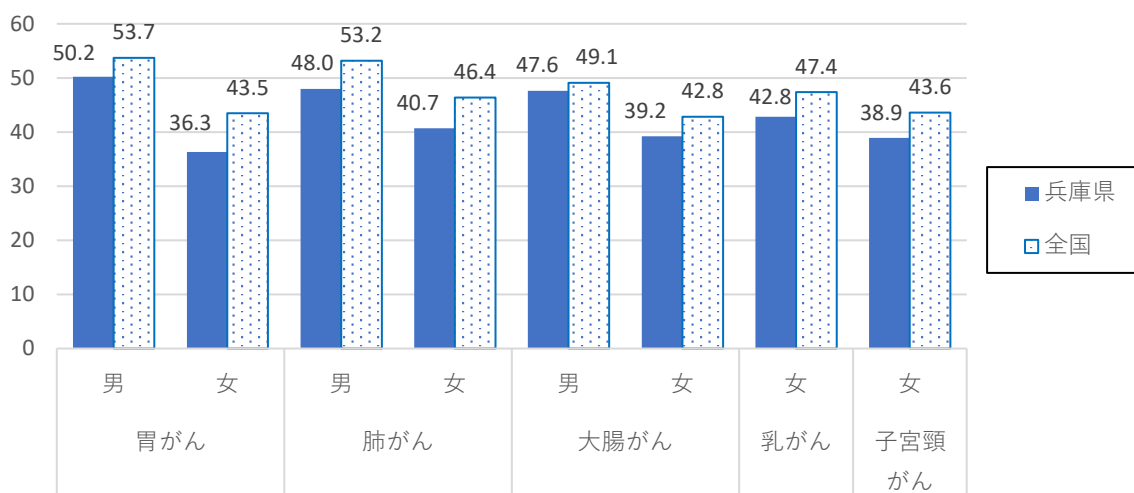
### (3) がんの予防

喫煙や飲酒などの生活習慣ががんの発生リスクを上げることがわかっている。これらのリスク因子を予防することで、がんによる死亡者の減少につながることから、県民の生活習慣の改善に向けた取組やたばこ対策の推進等が必要である。

### (4) がんの早期発見

科学的根拠に基づくがん検診の受診や精密検査の受診は、がんの早期発見、早期治療につながる。市町がん検診の他に、人間ドックや職域なども含めたがん検診受診率は、依然として5つの部位（胃、肺、大腸、乳及び子宮頸）全てにおいて男女ともに全国平均を下回っており、がん検診受診率の向上は引き続き重要な課題である。

がん検診受診率の全国との比較 (%)



資料 厚生労働省「令和4年国民生活基礎調査」

### (5) 医療提供体制

がん医療の高度化や少子高齢化・人口減少を踏まえ、全国どこでも適切ながん医療が受けられる体制の整備に向けて、各がん医療圏域に国・県指定の「がん診療連携拠点病院等（以下「拠点病院等」という。）」を指定している。

質の高いがん医療を提供するため、地域の実情に応じ、拠点病院等の医療連携体制の均てん化や、歯科医療等との連携体制の構築を推進することで、持続可能ながん医療の提供体制を整備する必要がある。

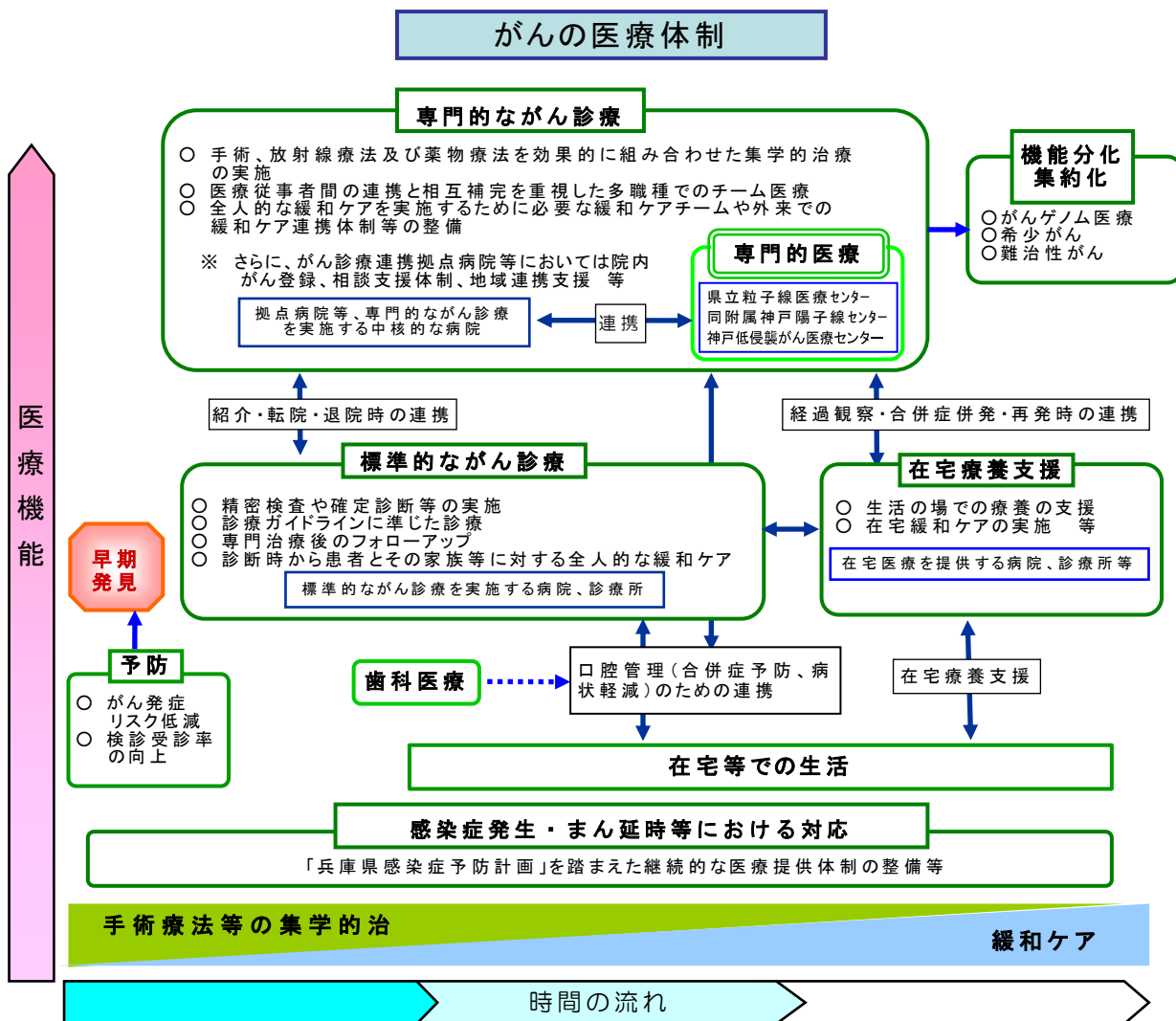
### (6) 患者とその家族に寄り添った取組の推進

拠点病院等のがん相談支援センターを配置し、患者やその家族等の療養上の様々な悩みや、治療と仕事の両立等に関する相談支援を行っている。

県内の患者やその家族等が、いつでもどこに居ても安心して生活できるよう、がん相談支援センターの認知度の向上を含めた利用促進等に引き続き取り組んでいく必要がある。

【連携体制】

国が令和5年6月に示した「がんの医療体制の構築に係る指針」に基づき、予防から在宅療養支援に至るまで、切れ目のない包括的医療介護体制を構築する。



※詳細については、「県がん推進計画」を参照のこと

専門的ながん診療の機能を有する医療機関の選定条件

- i) 手術、放射線療法及び薬物療法を効果的に組み合わせた集学的治療の実施（放射線治療については、他病院との連携により実施可能な場合も含む）
- ii) 年間入院がん患者数が500人以上

上記の条件を満たすあるいは近い機能を有する病院については、県のホームページにおいて公表する。

○ 県ホームページ「兵庫県保健医療計画」

[参照 URL] <https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf15/keikaku2024.html>

### 【推進方策】

「がんの予防や早期発見の推進」「個別がんの対策の推進や医療提供体制等の充実」「がん患者が安心して暮らせる社会の実現」等に基づく各個別施策に取り組む。

なお、詳細については県がん推進計画を参照のこと。

#### 〈県がん推進計画より引用〉

##### [がん予防の推進]

- (1) 生活習慣改善の推進
- (2) たばこ対策の充実
- (3) 感染症に起因するがん対策の推進

##### [がんの早期発見の推進]

- (1) がん検診機会の確保と受診促進支援
- (2) 適切ながん検診の実施

##### [医療体制の充実]

- (1) 個別がん対策の推進
- (2) 医療提供体制等
- (3) がん患者の療養生活の質の維持向上

##### [がん患者が安心して暮らせる社会の実現]

- (1) がん患者への支援の充実
- (2) がん患者を支える社会の構築

### 【目標】

目標	現状値	目標値（達成年度）
がんの年齢調整罹患率 （人口10万対）	368.6（R2）	全国10位以内 （R8）
がんによる75歳未満年齢調整 死亡率（人口10万対）	64.7（R4）	全国平均より5%以上 低い状態（R9）

## 第2章 脳卒中对策（脳血管疾患対策）

「脳卒中」は、脳の血管が破れたり閉塞したりすることにより、脳の働きに障害が生じる疾患のことで、「脳血管疾患」とも呼ばれ、後遺症等で介護が必要となる原因の16.1%を占めている。本県では兵庫県循環器病対策推進計画により「2040年までに3年以上の健康寿命の延伸」及び「脳血管疾患の年齢調整死亡率の引き下げ」を目指すこととしている。

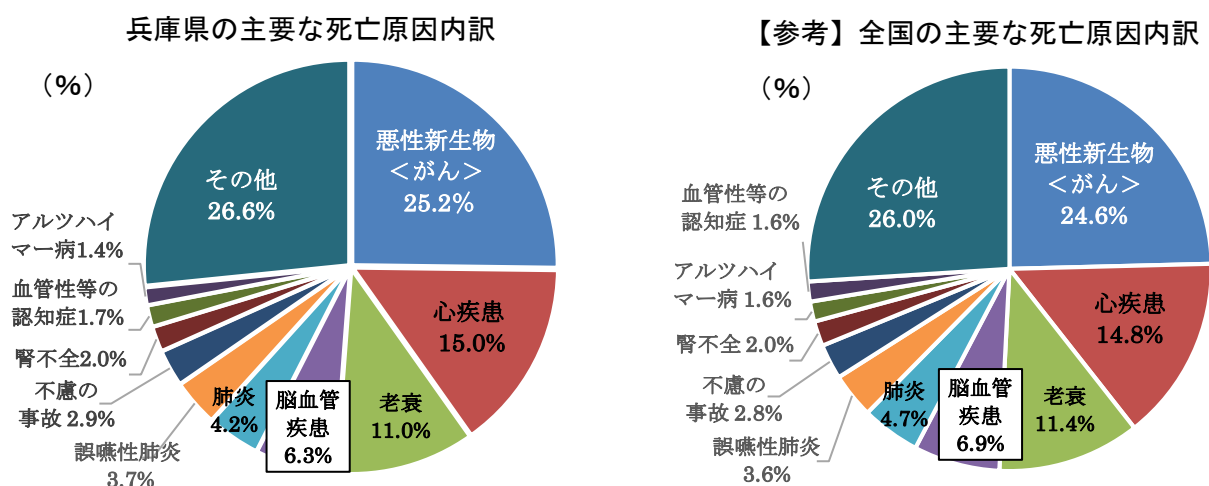
なお、個別施策等の詳細については「兵庫県循環器病対策推進計画」（以下「県循環器病推進計画」という。）を参照のこと。

[参照 URL] <https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf16/junkanki3.html>

### 【現状と課題】

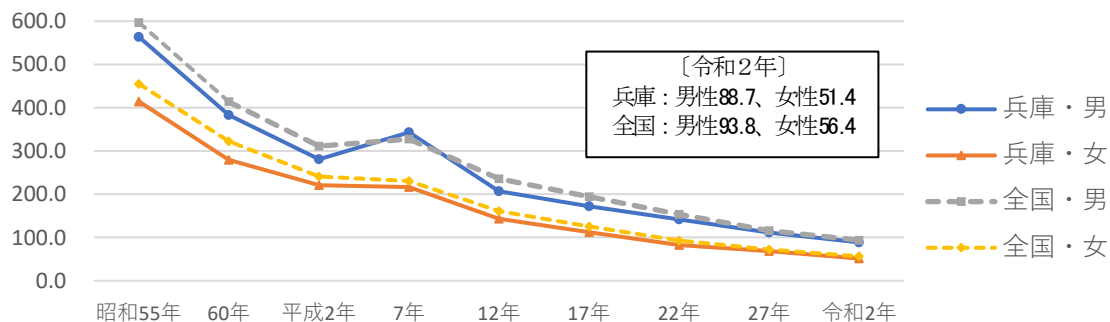
#### (1) 脳卒中の死亡状況

本県における令和4年の死亡原因については、脳血管疾患が第4位と全体の6.3%を占めている。また、本県及び全国における脳血管疾患の年齢調整死亡率は、ともに概ね減少傾向にあり、令和2年の本県における脳血管疾患の年齢調整死亡率は男女ともに全国平均を下回っている。



資料：厚生労働省「人口動態統計（令和4年）」

兵庫県及び全国の脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）



資料：厚生労働省「人口動態特殊報告」（平成27年モデル人口）

**(2) 脳卒中の発症予防**

脳卒中を含む循環器病は運動不足、食生活、喫煙、飲酒等の生活習慣や肥満等の健康状態と深く関わっており、県民一人ひとりが生活習慣の改善による発症予防を心がけるとともに、特定健診など定期的に健康診査を受診し、危険因子の早期発見、早期治療に努める必要がある。

**(3) 脳卒中の救急搬送体制**

脳卒中の中でも特に脳梗塞は短時間で生命に関わる重大な事態に陥ることも多い疾患であるが、発症後早急に適切な治療を行うことで予後の改善が期待できることから、搬送体制の整備を含めた救急医療体制のさらなる充実が求められる。また、脳卒中に関する県民の意識向上に努め、発症時に正しい受療行動がとれるよう啓発の推進が必要である。

**(4) 脳卒中の医療提供体制**

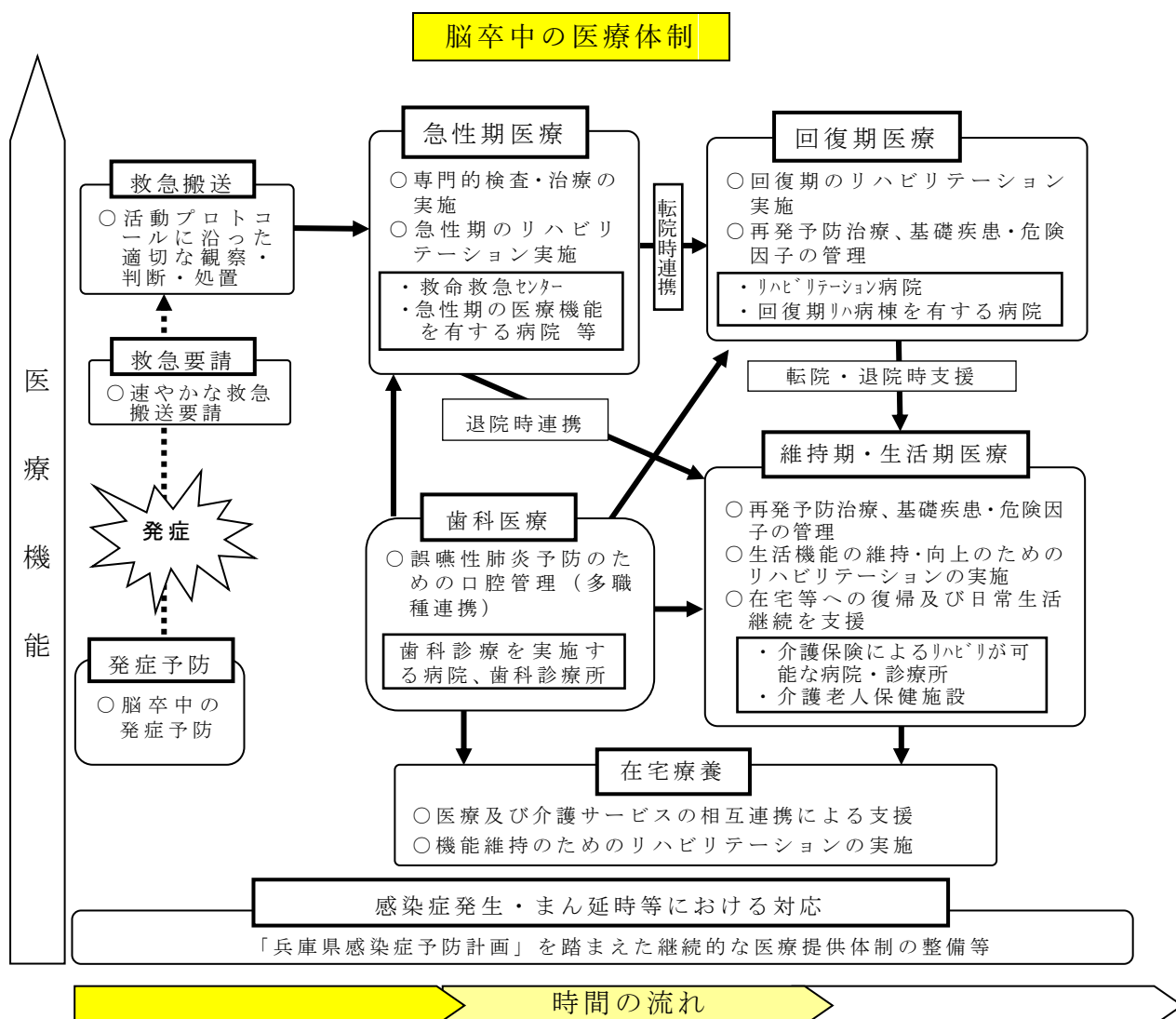
急性期治療及び急性期リハビリテーションから、回復期・維持期でのリハビリテーション及び在宅医療に至るまで、診療科を超え、また多職種連携による切れ目のない医療連携体制の整備が必要である。また、各ステージにおいて、誤嚥性肺炎予防等の観点から口腔ケアは非常に重要な課題であり、さらなる医科歯科連携の推進が必要である。

**(5) 脳卒中の相談支援体制等**

脳卒中によって失語症、高次脳機能障害等の後遺症が残る場合があり、学業や仕事を継続しながらの治療やリハビリ等を行うにあたり、社会的理解や支援が必要となる。脳卒中を発症しても患者やその家族が安心して生活できるよう、移行期医療支援や、治療と仕事の両立支援、全県的な相談支援体制の整備等が必要である。

**【連携体制】**

国が令和5年6月に示した「脳卒中の医療体制構築に係る指針」に基づき、発症予防から在宅療養支援に至るまで、切れ目のない包括的医療介護体制を構築する。



**脳卒中の急性期医療を担う医療機関の選定条件**

- 日本脳卒中学会が定める一次脳卒中センター（P S C）認定基準に準ずる。
- 救急要請に対し、24時間 365日脳卒中患者を受入れ、急性期診療担当医師が、患者搬入後可及的速やかに診療（rt-P A静注療法含む）を開始できる。
  - C T又はM R I検査、一般血液検査と凝固学的検査、心電図検査が施行可能
  - 脳卒中ユニット（S U）を有する 等

**脳卒中の回復期医療を担う医療機関の選定条件**

- 脳卒中患者に対する回復期リハビリテーションを実施するとともに、次のいずれかに該当する病院
- i) 脳血管疾患等リハビリテーション料（I）を届け出ている病院
  - ii) 訓練室があり、スタッフに常勤の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が各1名以上いる病院
  - iii) 回復期リハビリテーション病棟を設置している病院



上記の条件を満たすあるいは近い機能を有する病院は、県のホームページにおいて公表する。

○県ホームページ「兵庫県保健医療計画」

[参照 URL] <https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf15/keikaku2024.html>

### 【施策方針】

「循環器病の予防や正しい知識の普及啓発」及び「保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実」等に基づく各個別施策に取り組む。

なお、詳細については県循環器病推進計画を参照のこと。

### 〈県循環器推進計画より引用〉

[循環器病の予防や正しい知識の普及啓発]

- (1) 循環器病の予防
- (2) 循環器病の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]

- (1) 循環器病を予防する健診の普及や取組の推進
- (2) 救急搬送体制の整備
- (3) 救急医療の確保をはじめとした循環器病に係る医療提供体制の構築
- (4) リハビリテーション等の取組
- (5) 循環器病の後遺症を有する者に対する支援
- (6) 循環器病の緩和ケア
- (7) 社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援
- (8) 治療と仕事の両立支援・就労支援
- (9) 小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策
- (10) 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援
- (11) 循環器病患者に対する総合的な支援体制の構築

### 【目標】

目標	現状値	目標値（達成年度）
健康寿命の延伸	男性 80.41 (R2)	3年以上の延伸 (2040年まで)
	女性 84.93 (R2)	
脳血管疾患による年齢調整死亡率の引き下げ	男性 88.7 (R2)	現状値より減少(R7)
	女性 51.4 (R2)	

### 第3章 心血管疾患対策

「心血管疾患」は、心臓に繋がる血管や心筋に異常が生じ心臓へ血液が十分に行き渡らなくなる病気で、後遺症等で介護が必要となる原因の5.1%を占めている。本県では県循環器病推進計画により「2040年までに3年以上の健康寿命の延伸」及び「心疾患の年齢調整死亡率の引き下げ」を目指すこととしている。

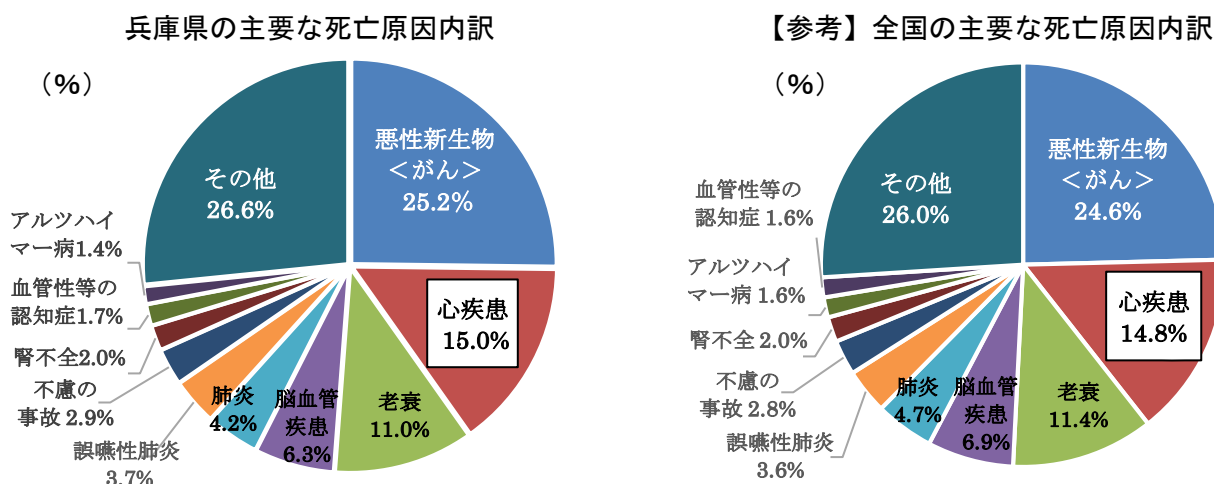
なお、個別施策等の詳細については県循環器病推進計画を参照のこと。

[参照 URL] <https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf16/junkanki3.html>

#### 【現状と課題】

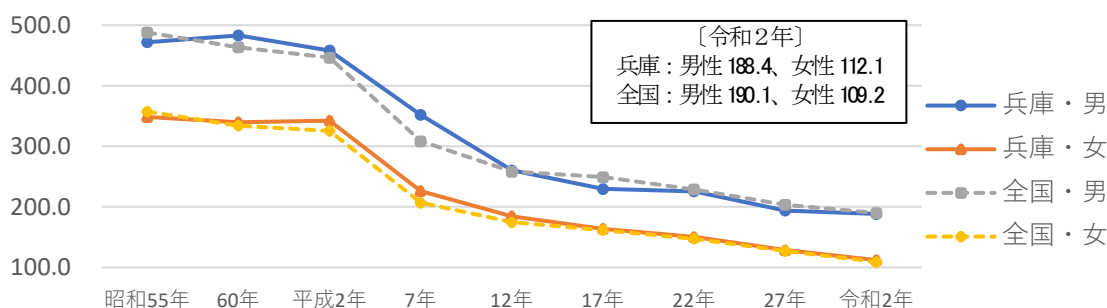
##### (1) 心疾患の死亡状況

本県における令和4年の死亡原因については、心疾患は全体の15.0%を占めており第2位となっている。また、本県及び全国における心疾患の年齢調整死亡率は、ともに概ね減少傾向にあり、令和2年の本県における心疾患の年齢調整死亡率は、男性は全国平均を下回る一方、女性は全国平均を上回っている。



資料：厚生労働省「人口動態統計（令和4年）」

兵庫県及び全国の心疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）



資料：厚生労働省「人口動態特殊報告」（平成27年モデル人口）

**(2) 心疾患の発症予防**

心疾患を含む循環器病は運動不足、食生活、喫煙、飲酒等の生活習慣や肥満等の健康状態と深く関わっており、県民一人ひとりが生活習慣の改善による発症予防を心がけるとともに、特定健診など定期的に健康診査を受診し、危険因子の早期発見、早期治療に努める必要がある。

**(3) 心疾患の救急搬送体制**

心疾患に必要な医療機能は疾患ごとに異なっており、それぞれの疾患に応じた急性期の専門的な治療を行うことで予後の改善につながる可能性があることから、搬送体制の整備を含めた救急医療体制のさらなる充実が求められる。また、心疾患に関する県民の意識向上に努め、A E Dの使用等、発症時に正しい受療行動がとれるよう啓発の推進が必要である。

**(4) 心疾患の医療提供体制**

急性期治療から合併症や再発の予防、在宅復帰のための心大血管疾患リハビリテーション等が切れ目なく行われるよう、多職種連携によって在宅復帰や在宅療養の継続を支援する必要がある。

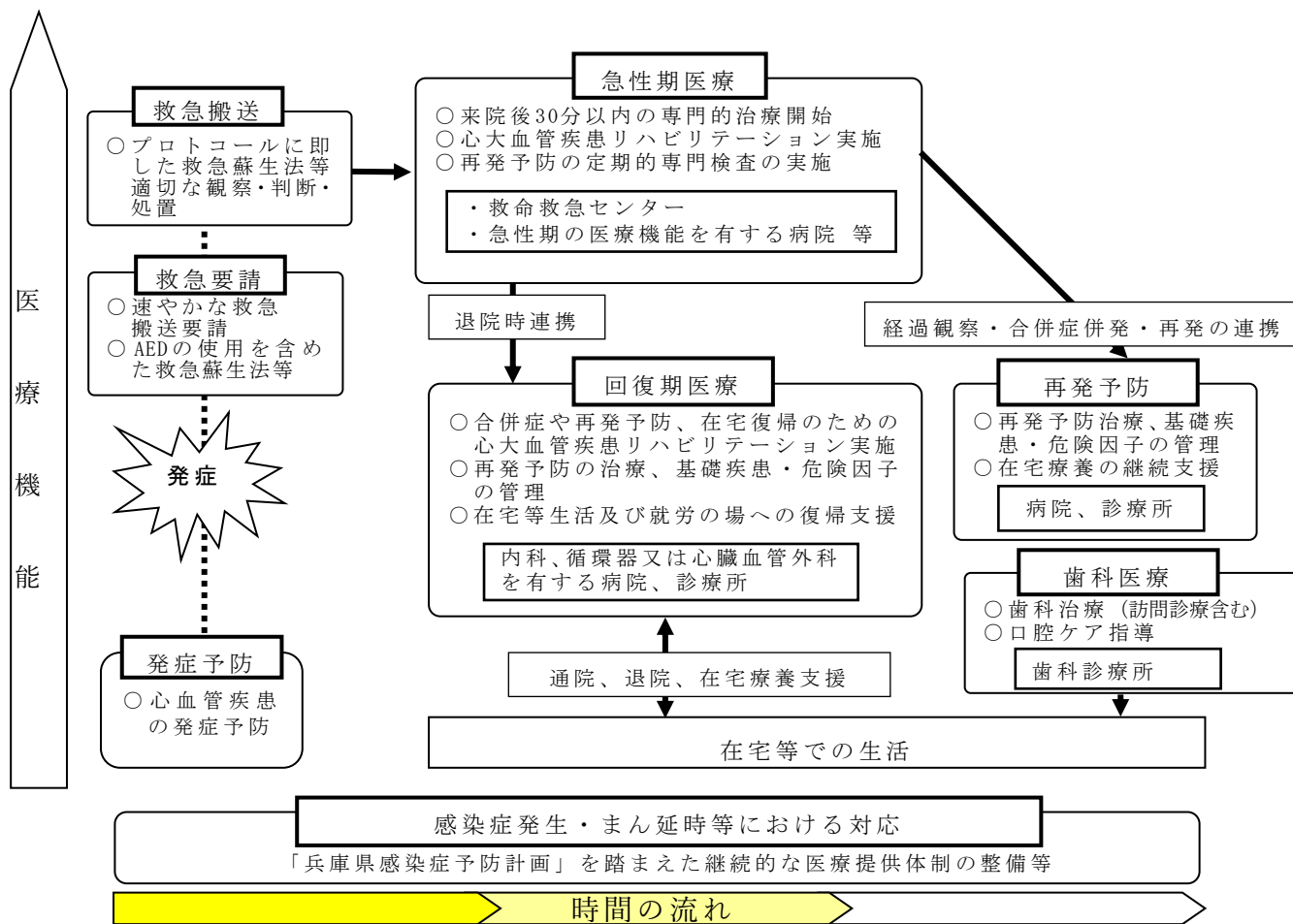
**(5) 心疾患の相談支援体制等**

成人心疾患患者のうち、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多いが、治療法や治療後の心機能によっては継続して配慮が必要な場合があるため、罹患しても治療と仕事等を両立できる環境の整備を進めていくことが重要である。また、小児期から心疾患を抱えたまま、思春期、成人期を迎える患者が増えていることから、小児期・若年期からのリハビリテーションの実施や、生涯を通じて切れ目のない医療が受けられるよう、他領域の診療科との連携や移行医療支援等の充実が求められる。

**【連携体制】**

国が令和5年6月に示した「心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制構築に係る指針」に基づき、発症予防から在宅療養支援に至るまで、切れ目のない包括的医療介護体制を構築する。

**急性心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制**



**心血管疾患の急性期医療を担う医療機関の選定条件**

- i) 専門的検査（心臓カテーテル検査・CT検査等）及び専門的診療（大動脈バルーンポンピング・緊急ペーシング等）の24時間対応
- ii) 経皮的冠動脈形成術（経皮的冠動脈ステント留置術を含む）を年間200症例以上実施
- iii) 救急入院患者の受入実績がある
- iv) 心臓血管外科に常勤医を配置
- v) 冠動脈バイパス術を実施

**心血管疾患の回復期医療を担う医療機関の選定条件**

- 次のいずれにも該当する病院
- i) 心臓リハビリテーションを実施
  - ii) リハビリテーションのスタッフを配置

上記の条件を満たすあるいは近い機能を有する病院は、県のホームページにおいて公表する。

○県ホームページ「兵庫県保健医療計画」

[参照 URL] <https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf15/keikaku2024.html>

### 【施策方針】

「循環器病の予防や正しい知識の普及啓発」及び「保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実」等に基づく各個別施策に取り組む。

なお、詳細については県循環器病推進計画を参照のこと。

### 〈県循環器推進計画より引用〉

[循環器病の予防や正しい知識の普及啓発]

- (1) 循環器病の予防
- (2) 循環器病の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]

- (1) 循環器病を予防する健診の普及や取組の推進
- (2) 救急搬送体制の整備
- (3) 救急医療の確保をはじめとした循環器病に係る医療提供体制の構築
- (4) リハビリテーション等の取組
- (5) 循環器病の後遺症を有する者に対する支援
- (6) 循環器病の緩和ケア
- (7) 社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援
- (8) 治療と仕事の両立支援・就労支援
- (9) 小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策
- (10) 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援
- (11) 循環器病患者に対する総合的な支援体制の構築

### 【目標】

目標	現状値	目標値（達成年度）
健康寿命の延伸	男性 80.41 (R2)	3年以上の延伸 (2040年まで)
	女性 84.93 (R2)	
心疾患による年齢調整死亡率の引き下げ	男性 188.4 (R2)	現状値より減少(R7)
	女性 112.1 (R2)	

## 第4章 糖尿病対策

糖尿病は、様々な遺伝素因に生活習慣等の種々の環境因子が作用して発症する疾患であり、特有の細小血管症（「糖尿病網膜症」、「糖尿病腎症」、「糖尿病神経障害」）を引き起こすだけでなく、脳卒中、急性心筋梗塞等の危険因子にもなる慢性疾患である。糖尿病の予防・治療には、患者自身による生活習慣の管理に加え、生涯を通じた治療継続が必要なことから、関係する診療科相互の連携や糖尿病の知識を有する専門職種との連携により、発症予防、治療・重症化予防、合併症の治療・重症化予防のそれぞれのステージにおける医療の提供が求められている。

### 【現状と課題】

本県の糖尿病の受療率は、令和2年に入院で13（全国平均12）、外来で186（全国平均170）と入院、外来とも全国平均より高い状況が続いている。また、本県の糖尿病の平均在院日数16.4日は全国平均（30.6日）より短い状況である。これを圏域別に見ると、淡路圏域は30.5日と最も長く、最も短い但馬（12.2日）の2倍以上あり、圏域によって大きな差が見られる。

年齢調整死亡率は、男性で15.0（全国13.9）、女性で6.5（全国6.9）で減少傾向にあるが、男性については、全国平均を上回っている状況が続いている。

また、本県の糖尿病の医療提供体制については、全国平均を上回っているが、圏域別に見ると、医師数及び医療機関数ともばらつきがある。

### 受療率（人口10万人対）

	入院			外来		
	H26	H29	R3	H26	H29	R3
兵庫県	18	16	13	185	191	186
全国	16	15	12	175	177	170

資料 厚生労働省「患者調査」

### 糖尿病退院患者の平均在院日数（日）

神戸	阪神	東播磨	北播磨	姫路	但馬	丹波	淡路	全県	全国
15.2	14.2	17.3	19.9	25.1	12.2	23.9	30.5	16.4	30.6

資料 厚生労働省「令和2年患者調査」

### 糖尿病年齢調整死亡率

	平成22年		平成27年		令和2年	
	男	女	男	女	男	女
兵庫県	17.2	10.6	15.8	8.7	15.0	6.5
全国	17.1	10.2	14.3	7.9	13.9	6.9

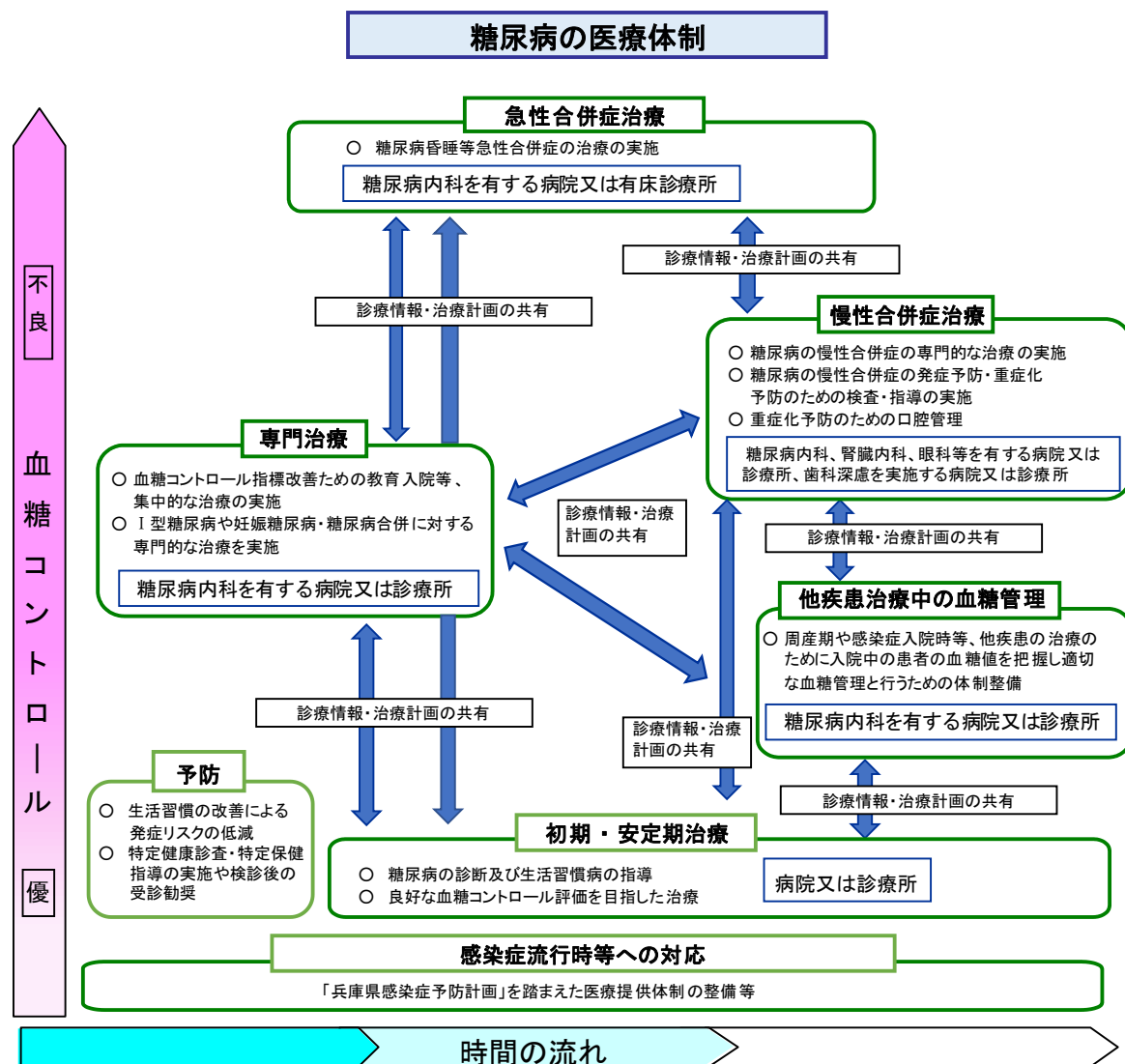
資料 厚生労働省「人口動態統計特殊報告」

（平成27年モデル人口）

	兵庫県	全国値	出典（年度）
1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数（人口10万対）	1.4	1.2	NDBオープンデータ（R3）
糖尿病専門医が在籍する医療機関数（人口10万対）	3.6	3.0	糖尿病専門医の認定状況（日本糖尿病学会HP）（R4）
糖尿病療養指導士が在籍する医療機関数（人口10万対）	4.2	4.1	糖尿病療養指導士の状況（日本糖尿病療養指導士認定機構HP）（R4）

【連携体制】

糖尿病の医療体制を構築するに当たっては、血糖コントロールを中心に多種多様な合併症についても診療科間及び多職種による連携による治療を実施することが重要となる。そのため、国が令和5年6月に示した「糖尿病の医療体制構築に係る指針」に基づき、以下の点を踏まえた体制を構築する。



(1) 機能類型ごとの目標及び医療機能

予防

生活習慣の改善等により糖尿病発症のリスクを低減させるとともに、特定健康診査・特定保健指導や健診後の受診勧奨を実施する。

そのためには、行政・保険者等において、バランスのとれた食生活、適度な身体活動をはじめとする生活習慣の改善等による発症リスクを低減させる取組、禁煙希望者に対する禁煙支援や受動喫煙の防止等のたばこ対策、特定健康診査・特定保健指導の実施等が求められる。また、医療機関において、健診受診後に受診勧奨を行い、適切な検査や糖尿病発症予防のための指導等が求められる。

### 初期・安定期治療

糖尿病の診断及び生活習慣の指導を実施するとともに、良好な血糖コントロールを目指した治療を実施する。

そのため、医療機関において、糖尿病の診断及び患者や家族等に対する専門的指導や75gOGTT、HbA1c等糖尿病の評価に必要な検査の実施、食事療法、運動療法及び薬物療法による血糖コントロールが可能等のほか、専門的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等と診療情報や治療計画を共有するなどの連携といった機能が求められる。

### 専門的治療

血糖コントロール指標を改善するため、教育入院等の集中的治療を実施する。また、I型糖尿病や妊娠糖尿病・糖尿病合併に対する専門的な治療を実施する。

そのため、医療機関において、75gOGTT、HbA1c、インスリン分泌能、合併症の検査等の糖尿病の評価に必要な検査の実施、各専門職種チームによる食事療法、運動療法、薬物療法等を組み合わせた教育入院等の集中的な治療（心理問題を含む。）の実施、糖尿病患者の妊娠への対応が可能等のほか、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等と診療情報や治療計画を共有するなどの連携といった機能が求められる。

### 急性合併症治療

糖尿病昏睡等急性合併症の治療を実施する。

そのため、医療機関において、糖尿病昏睡等急性合併症の治療の24時間実施や食事療法、運動療法を実施するための設備があること等のほか、糖尿病の初期・安定期治療を行う医療機関、専門的治療を行う医療機関及び慢性合併症の治療を行う医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどの連携といった機能が求められる。

### 慢性合併症治療

糖尿病の慢性合併症の専門的な治療を実施するとともに、慢性合併症の発症予防・重症化予防のための検査・指導実施を行う。

そのため、医療機関において、糖尿病の慢性合併症（糖尿病網膜症、糖尿病性腎症、糖尿病性神経障害等）について、それぞれ専門的な検査・治療の実施が可能等のほか、糖尿病の初期・安定期治療を行う医療機関、専門的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等と診療情報や治療計画を共有するなどの連携といった機能が求められる。

また、歯周治療によって血糖コントロールも改善されていることから、他の機能類型を担う医療機関との連携が求められる。

### 他疾患治療中の血糖管理

周術期や感染症入院等、他疾患のために入院中の患者の血糖値を把握し適切な血糖管理を行うための体制整備を行う。

そのため、医療機関において、75gOGTT、HbA1c等の糖尿病の評価に必要な検査の実施や専門的な経験を持つ医師を含め各専門職種による食事療法、運動療法、薬物



療法等を組み合わせた集中的な血糖管理の実施が可能等のほか、糖尿病の初期・安定期治療を行う医療機関、専門的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等と診療情報や治療計画を共有するなど連携や退院時に在宅医療や訪問看護、介護サービス等を行う事業者等との連携が可能といった機能が求められる。

#### 感染症流行時等への対応

感染症流行時等の非常時においても、切れ目なく適切な医療を受けられる体制整備を進めるとともに、他施設・多職種による発症予防・重症化予防のための介入を継続できる体制整備を進める。

そのために、医療機関においては、在宅医療や訪問介護を行う事業者等と連携できる体制整備やオンライン診療による診療継続が可能な体制整備といった機能が求められる。

### (2) 医療機能を有する医療機関の公表

上記の医療機能類型に求められる機能を有する医療機関で、下記の一定の条件により選定した個別病院名を県のホームページにおいて公表する。

#### <糖尿病の専門治療の機能を有する病院>

##### 糖尿病の専門治療を担う医療機関の選定条件

次のいずれにも該当する病院

- i) 糖尿病の専門的検査、専門的治療の実施（75gOGTT検査、運動療法、食事療法）
- ii) 専門職種のチームによる教育入院の実施
- iii) 糖尿病患者の妊娠への対応
- iv) 常勤の日本糖尿病学会専門医又は日本内分泌学会内分泌代謝科専門医がいる

#### <糖尿病の急性合併症治療の機能を有する病院>

##### 糖尿病の急性増悪時治療を担う医療機関の選定条件

次のいずれにも該当する病院

- i) 糖尿病昏睡等急性合併症の治療が可能
- ii) 糖尿病の急性合併症の患者を24時間受入可能

#### <糖尿病の慢性合併症治療の機能を有する病院>

##### 糖尿病の慢性合併症治療を担う医療機関の選定条件

慢性合併症の検査・治療の実施

- i) 蛍光眼底造影検査、光凝固療法、硝子体出血・網膜剥離の手術が全て実施可能（糖尿病網膜症）
- ii) 腎生検、腎臓超音波検査、人工透析等が全て実施可能（糖尿病腎症）
- iii) 神経伝導速度検査が実施可能（糖尿病神経障害）

## 【推進方策】

### (1) 保健対策

#### ア 「健康ひょうご 21 県民運動」の推進（県、県民）

県民主導の「健康ひょうご 21 県民運動」を推進し、日常生活における具体的で実行しやすい健康行動を示した「ひょうご健康づくり県民行動指標」の普及を図り、食生活や運動習慣などの生活習慣の改善に努める。

#### イ 健診受診率の向上（市町、各種健診実施主体）

健診受診率の向上に努めることにより、糖尿病の早期発見に努める。

#### ウ 内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）対策の推進（県、市町、各種健診実施主体）

内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の概念を踏まえ、肥満、糖尿病、高血圧、脂質異常及びこれらの予備群の人に対して、食生活の改善や運動の習慣化など保健指導を重点的に実施する。

健診で「糖尿病」又は「境界型」とされた人に対する保健指導を徹底する。

#### エ 重症化予防の推進（県、市町、医療機関、保険者）

保険者による糖尿病性腎症重症化予防プログラムにより糖尿病が重症化するリスクが高い者に対して適切な受診勧奨や保健指導を行う。

医療機関の未受診者・受診中断者等について、保険者が適切な受診勧奨等を行うことにより治療に結びつけ、腎不全、人工透析への移行等、重症化を予防する。

### (2) 医療対策

#### ア 医療機能を担う医療機関相互の連携の促進（県、医療機関）

各医療機能を担う医療機関は、糖尿病患者が切れ目のない適切な医療が受けられるよう、地域連携クリティカルパスの活用等により、相互に緊密な連携体制の構築を図る。

#### イ 情報提供・研修体制の整備（県、医療機関）

糖尿病医療に従事する医師等や糖尿病予防に従事する保健関係者等に対する研修、最新の糖尿病医療・予防情報の提供等により、糖尿病の医療連携体制の充実を図る。

#### ウ 感染症流行時等の非常時における医療提供体制の整備（県、医療機関）

感染症流行時等の非常時においても、「兵庫県感染症予防計画」を踏まえた切れ目なく適切な医療が受けられる体制整備を進める。

## 【目標】

目標	現状値	目標値（達成年度）
糖尿病による年齢調整死亡率の引き下げ	男性 15.0 (R2)	現状値より減少(R7)
	女性 6.5 (R2)	現状値より減少(R7)

## 第5章 精神疾患対策

精神疾患は全ての人にとって身近な病気であるが症状が多様であるとともに自覚しにくいという特徴があるため、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になって初めて精神科医療機関を受診する場合が少なくない。重症化してから入院すると、治療が困難になるなど、長期の入院が必要となってしまう場合がある。

長期入院患者のうち一定数は、地域の精神保健医療体制の基盤を整備することによって地域生活への移行が可能であることから、精神障害者が地域の一員として安心して生活できる精神障害者を地域全体で支える体制の構築を目指す。

また、統合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症、依存症などの多様な精神疾患等ごとに医療機能の役割分担、連携を推進し、患者本位の医療を実現していけるよう地域の実情に応じた精神医療圏を設定し、圏域内の医療連携による支援体制を構築する。

### 1 精神科医療の現状と課題

#### (1) 患者の状況

厚生労働省が実施した令和2年患者調査によると、全国の精神疾患を有する総患者数は約6,148千人と推計されており、推計入院患者数は約288千人である。県内の精神障害者数は約240千人、推計入院患者数は約9.8千人である。病院報告によると、令和4年5月における県内の精神科病床の平均在院日数は250.8日であり、全国平均の276.7日を下回った。しかし、令和4年度精神保健福祉資料では、患者住所地別に入院患者を入院期間で分類すると、本県では、12か月以上の入院（慢性期）で5,672人となっており、長期入院患者の地域生活への移行を進めることが課題となる。

R4年入院期間別患者数

入院期間	合計	3か月未満 《急性期》	3～12か月未 満 《回復期》	12か月以上 《慢性期》
全国	258,915人 (100.0%)	55,211人 (21.3%)	43,397人 (16.8%)	160,307人 (61.9%)
兵庫県	9,463 (100.0%)	2,240人 (23.7%)	1,551人 (16.4%)	5,672人 (59.9%)

出典：精神保健福祉資料（R4年度630調査）

#### (2) 精神科医療の状況

本県の精神病床を有する病院数は令和4年9月末現在で44病院ある。精神病床を有する病院について全国平均と比較すると、人口10万対精神病床数は213.6床で全国平均257.6床より低くなっている。

## 全国との比較

	人口※1	精神病床を有する病院 ※2	精神病床数 ※2	人口10万対 精神病床数 ※2
全国	126,146,099	1,636	321,828	257.6
兵庫県	5,465,002	44	11,536	213.6

※1 総務省「令和2年国勢調査」

※2 令和4年厚生労働省「医療施設動態調査」（精神病床を有する病院は別途兵庫県福祉部障害福祉課調べ）

## 2 精神疾患等の現状・課題・推進方策

### (1) 統合失調症

#### 【現状】

兵庫県独自調査によると、統合失調症の治療は、県下の大部分の精神科医療機関において行われており、また、難治性の重症な症状を有する患者に対しては、治療抵抗性統合失調症薬（クロザピン）、修正型電気痙攣療法（mECT）等の専門的治療が行われている。

#### ア 地域移行の促進

地域移行の促進について地域格差はあるものの、退院後生活環境相談員が、患者の入院中から退院後の生活環境に関する相談及び指導、退院支援委員会を実施して地域移行を進めている。

#### イ 退院後の継続支援について

本県では平成28年4月から、精神障害者が退院後も必要な医療が中断することがなく、地域で安全安心な暮らしができるよう各健康福祉事務所（保健所）に精神障害者継続支援チームを設置している。

地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整えることによって、長期入院患者の地域生活への移行が可能であることから、精神障害者が退院後地域で孤立することなく、必要な医療が受けられる体制づくりが必要である。

#### 【推進方策】

##### ア 共生社会の推進

- (ア) こころの健康保持・増進、精神障害者に対する偏見是正など、正しい精神保健福祉思想について、学校教育を充実させることなどにより普及啓発を促進させる。（県、市町、学校、教育機関）
- (イ) 精神障害者への地域支援の担い手として、支援団体、自助グループの育成を行う。（県、市町、関係団体）
- (ウ) こころの健康づくりや精神疾患の早期の相談および受診の必要性について広く県民に向けて、あらゆる機会を通じて普及啓発を図るため、市町や関係機関と連携を強化する。（県、市町、学校、関係団体）

## イ 地域の精神医療の充実

- (ア) 精神障害者が安定した社会生活を送れるように、精神科医師による往診や訪問診療、訪問看護事業所、介護サービス事業所等の多職種が訪問等を行うアウトリーチの体制づくりに努める。(県、医療機関等)
- (イ) 治療抵抗性統合失調症治療薬(クロザピン)や修正型電気痙攣療法(mECT)等の専門的治療ができる医療機関を明確にし、統合失調症の専門治療の実情を踏まえた医療連携体制を構築する。(県、医療機関等)
- (ウ) 地域精神保健福祉相談体制の充実
  - a 住民に身近な市町や健康福祉事務所で実施している精神保健福祉相談などの相談しやすい窓口の体制を整備し、精神保健福祉センター等の専門窓口との円滑な連携を進める。(県、市町、関係団体)
  - b 重篤な精神障害者に対して必要な医療や支援が途切れることがないように、健康福祉事務所の精神障害者継続支援チームが入院中から支援を開始する。(県、医療機関、関係団体等)
  - c 精神障害者地域支援協議会の設置や事例検討会の開催により、地域ごとに関係機関が相互に支援体制等の情報交換を行って連携強化を図る。(県、市町、医療機関、関係団体等)

## ウ 地域移行・地域定着を含む地域生活支援の推進

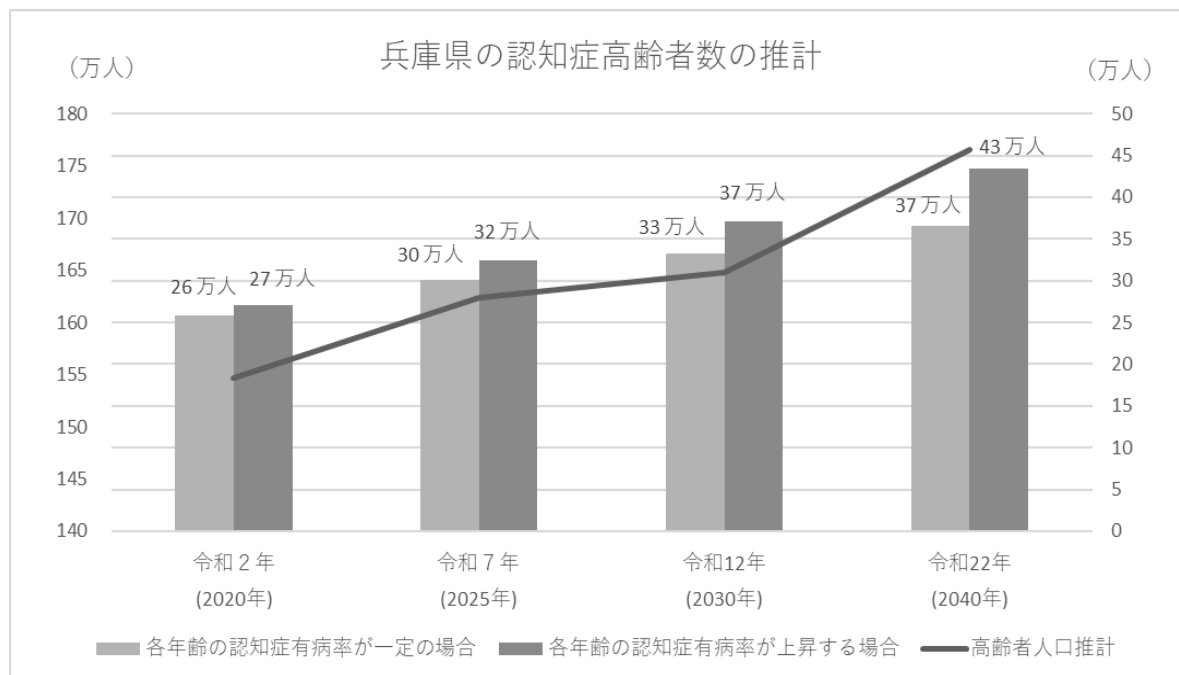
- (ア) 圏域ごとに地域移行に関する協議会を開催し、地域における関係機関のネットワークの構築を進める。(市町、県、医療機関、地域援助事業者等)
- (イ) 地域相談支援の利用拡大や基盤整備を行うとともに、ピアサポートの活用を行う。(市町、県、医療機関、地域援助事業者等)
- (ウ) グループホームの整備促進を図るため、公営住宅のマッチングや整備費の補助等を行う。(県、市町、運営法人等)
- (エ) 地域移行をスムーズに行い退院後の精神科医療が途切れることがないように、精神疾患に対応した訪問看護ステーションの整備を促進する。(県、医療法人、営利法人等)
- (オ) 1年以上の長期入院患者や入退院を繰り返す患者等に対して、患者本人の意向を踏まえて保健・医療・福祉関係者が連携し地域移行を促進する。(医療機関、県、市町、地域援助事業者)
- (カ) 再入院を予防するため、病状の変化や家族の状況に応じて必要な保健医療サービスや福祉サービスが提供できる体制を整備する。(医療機関・県・市町・地域援助事業者)

## エ 精神保健・医療・福祉等に関わる人材の育成

精神障害者の安定した地域生活を支えるため、障害福祉サービス事業所、訪問看護ステーションなど支援関係者がそれぞれの役割を果たせるように研修会を実施する。(県、市町、関係団体)

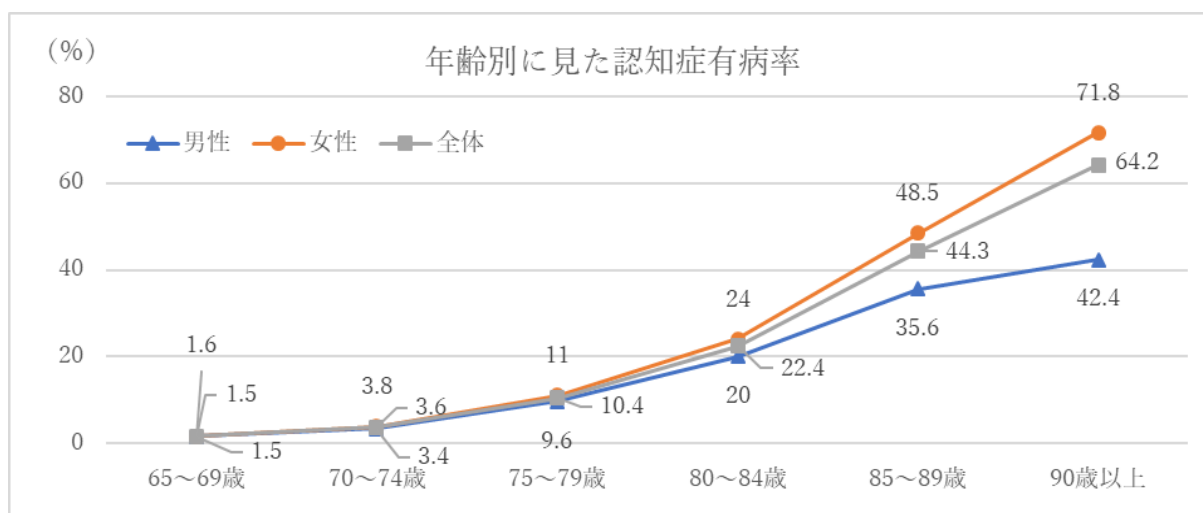
## (2) 認知症

兵庫県における認知症高齢者の数は、下表のとおりである。



(出典)・高齢者人口：令和2年：国勢調査、令和7年・12年・22年：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(R5.12.22)」を用いた。  
・認知症有病率：「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年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業)を用いた。  
(注) 兵庫県の認知症高齢者数については、高齢者人口と認知症有病率の割合で算出した推計値。

### 年齢別に見た認知症の有病率



(出典) 厚生労働省「社会保障審議会(第78回)参考資料2-1」(R1.6.20)

### 【現状と課題】

#### ア 認知症予防及び早期診断・早期対応のための体制整備

(ア) 広く県民に認知症への正しい知識と理解を促す取組を実施している。ま

た、各市町において、高齢者の健康づくり支援のほか、本人や家族等の身近な人が、認知機能の低下に早期に気づき、適切な健康行動がとれるよう、「通いの場」等で認知症チェックシートを活用する等、地域の実情に応じて工夫した取組が進んでいる。

働き盛り世代の中年期から認知症への正しい知識と理解に基づいた、適切な健康行動や認知症観の転換が図られるよう、県民に一層広く普及啓発する必要がある。

- (イ) 認知機能の低下が疑われる場合等の身近な相談窓口として、全市町に設置されている認知症相談センター(256か所：令和5年4月現在)や、身近なかかりつけ医がいない場合にも気軽に相談できる「認知症相談医療機関」のリストを公表する等、広く情報提供を行っている。

各市町において地域の実情に応じた医療・介護等の連携により、認知機能の低下に気づいたときに必要な医療・介護が切れ目なく受けられるネットワークの充実が必要である。

- (ウ) 認知機能の低下により、日常生活に支障を来しているが、医療・介護サービスを受けられていない人への速やかな訪問等による初期の支援を包括的、集中的に行う認知症初期集中支援チームは全市町で設置されている。

チーム活動の役割を明確にした上で、地域の実情に応じた有効な活動となるよう体制の強化が必要である。

- (エ) 地域共生社会の実現に向け、認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要となる医療を提供できる機能体制の構築を目指す中で、認知症疾患医療センターを県内の2次医療圏域に1か所以上となるよう県内に18か所設置している。(神戸圏域は、別途神戸市が7か所設置)

早期診断をされた軽度認知障害(以下「MCI」という。)の方やその家族等への診断後支援の充実が必要である。

◇認知症相談医療機関数及び認知症対応医療機関数(令和6年1月現在)(単位：か所)

区分	神戸	阪神	東播磨	北播磨	播磨姫路	但馬	丹波	淡路	合計	
認知症相談医療機関	540	558	151	81	237	66	35	63	1,731	
認知症対応医療機関	I群	402	449	100	70	192	58	27	58	1,356
	II群	23	17	8	7	10	2	3	2	72
	合計	425	466	108	77	202	60	30	60	1,428

◇ 認知症疾患医療センターの設置状況：県指定18、神戸市指定7（令和5年10月現在）

圏域	病院名	所在地	設置年月日
神戸	神戸大学医学部附属病院	神戸市	平成 21. 11. 1
	公益財団法人甲南会甲南医療センター		令和元. 10. 1
	医療法人社団顕鐘会神戸百年記念病院		平成 29. 1. 1
	医療法人実風会新生病院		平成 29. 1. 1
	兵庫県立ひょうごこころの医療センター		平成 29. 1. 1
	医療法人明倫会宮地病院		平成 30. 10. 1
	地方独立行政法人神戸市民病院機構 神戸市立医療センター西市民病院		平成 30. 10. 1
阪神	兵庫医科大学病院	西宮市	平成 21. 4. 1
	一般財団法人仁明会仁明会クリニック		令和元. 10. 1
	兵庫県立尼崎総合医療センター	尼崎市	平成 30. 10. 1
	市立伊丹病院	伊丹市	令和 2. 10. 1
	独立行政法人国立病院機構兵庫中央病院	三田市	平成 23. 4. 1
東播磨	医療法人財団公明会明石こころのホスピタル	明石市	平成 30. 10. 1
	地方独立行政法人加古川市民病院機構 加古川中央民病院	加古川市	平成 28. 7. 1
	医療法人社団いるか心療所		令和元 10. 1
北播磨	西脇市立西脇病院	西脇市	平成 26. 8. 1
播磨 姫路	兵庫県立はりま姫路総合医療センター	姫路市	令和 4. 5. 1
	医療法人公仁会姫路中央病院		平成 30. 10. 1
	特定医療法人恵風会高岡病院		令和元 10. 1
	兵庫県立リハビリテーション西播磨病院	たつの市	平成 21. 11. 1
	医療法人古橋会揖保川病院		令和元. 10. 1
但馬	公立豊岡病院組合立豊岡病院	豊岡市	平成 22. 4. 1
	医療法人社団俊仁会大植病院	朝来市	令和元. 10. 1
丹波	医療法人敬愛会大塚病院	丹波市	平成 21. 4. 1
淡路	兵庫県立淡路医療センター	洲本市	平成 21. 4. 1

※ 神戸圏域は神戸市が設置

イ 医療従事者等の認知症対応力向上の促進

地域において、認知症の人への早期対応や状態に応じた適切な医療提供に繋げることができるよう、認知症の診療に習熟し、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる認知症サポート医の養成や、かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、看護職、病院勤務の医療従事者、病院勤務以外の多職種医療従事者等、各職能や勤務する機関の特性に応じた認知症対応力向上研修を実施している。

研修を受講した各専門職が、地域包括ケアシステムの中で活躍できる体制整備を進める必要がある。

ウ 医療・介護等の有機的な連携の推進による適切な治療等の提供や在宅復帰のための支援体制の整備

(ア) 2次医療圏域ごとに認知症疾患医療センターを中核として、かかりつけ医や認知症サポート医、地域包括支援センター等の関係機関による医療・介護等の専門職間の連携強化はもとより、それ以外の地域住民やあらゆる



領域の社会資源の活用も含めた地域支援ネットワークの充実に取り組んでいる。

認知症の人の容態に応じた適切な場所で必要な医療やケアを受け、本人の望む生活ができる支援体制を構築するため、2次医療圏域ごとに核となる認知症疾患医療センターの機能強化と、地域の医療・介護資源等が有効に連携するネットワークづくりを進める必要がある。

- (イ) 認知症に係る医療・介護連携や地域の支援体制の構築を担う認知症地域支援推進員を全市町で合計273名配置(令和5年4月時点)されている。

各市町の認知症地域支援推進員が、認知症の人とその家族の視点に立った地域づくりを推進するために活躍できるよう、市町における適性配置や活動環境の整備を支援する必要がある。

- (ウ) 認知症の進行状況に応じた医療・介護サービスに関する情報を掲載した認知症ケアネット(国の呼称:認知症ケアパス)については、平成31年4月には全市町で作成し、運用されている。

県民に広く周知するとともに、認知症の人や家族の意見も反映して、内容を点検し、適宜改訂する必要がある。

- (エ) 若年性認知症(65歳未満で発症する認知症)は、医療や介護サービスだけでなく、障害福祉サービス(就労継続支援)などを含む総合的な支援体制が必要であることから、県は、専門の相談機関としてひょうご若年性認知症支援センターを設置・運営している。

若年性認知症の人が、診断直後から身近な地域で支援を受けられるよう、各地域における支援ネットワークを強化する必要がある。

## 【推進方策】

### ア 認知症予防及び早期診断・早期対応のための体制整備

- (ア) 子どもから高齢者まで、県民に広く認知症への正しい理解を深め、社会にある認知症観の転換を図るとともに、市町における高齢者の健康づくり支援の充実に促進するほか、中年期からの認知症予防のため、産業保健・労働分野等の関係機関とも連携した取組を推進する。
- (イ) 身近な相談機関の機能強化や専門職の対応力向上とネットワークが充実するよう取り組む。
- (ウ) 初期集中支援チームが各市町において効果的に運営できるよう支援する。
- (エ) MCIと診断を受けた人と家族等が、状態を理解した上で、自分らしい暮らしが続けられるよう、診断直後の早期から医療・介護・福祉等の多職種と、社会のあらゆる領域の資源も含めた支援体制を構築する。

### イ 医療従事者等の認知症対応力向上の促進

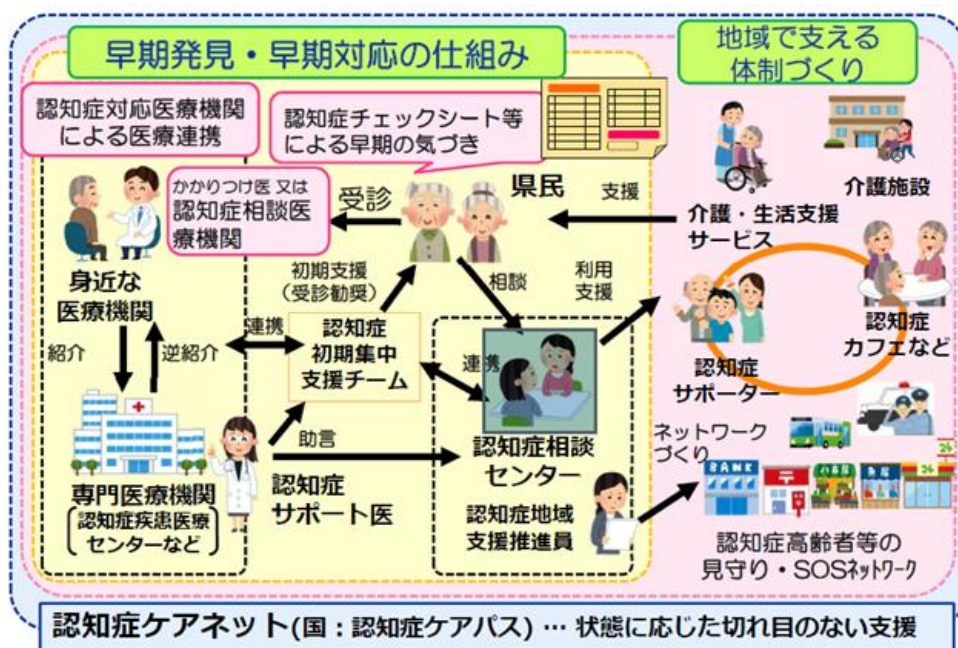
各研修を受講した専門職が地域包括ケアシステムの中で活躍できるようステップアップ研修による一層の資質向上や地域ごとのネットワークづくりに取り組む。

### ウ 医療・介護等の有機的な連携の推進による適切な治療等の提供や在宅復帰

のための支援体制の整備

- (ア) 県の認知症疾患医療センターの運営状況や地域の医療体制の評価を行うとともに、認知症疾患医療センターの機能が充実するよう職員の人材育成に取り組む。
- (イ) 認知症地域支援推進員と、市町の行政担当者を対象に研修や情報交換の機会を提供し、各市町における同推進員の適性配置や資質向上、県内の各市町を越えたネットワークづくりを促進する。
- (ウ) 各市町で作成する認知症ケアネットに、認知症の人本人の意見が反映して適宜改訂されるよう研修や好事例の情報提供等により支援し、その活用について広く普及啓発を行う。
- (エ) 若年性認知症支援センターは、若年性認知症の人とその家族が、診断直後からその個別性に応じた支援を身近な地域で受けられるよう、地域ごとの医療、介護、障害福祉、就労支援等の関係機関が連携したネットワークの充実に向けて、後方支援を行う。

◇ イメージ図



### (3) 発達障害

#### 【現状と課題】

発達障害児・者支援については、乳幼児期から学童期、成人期とライフステージに応じた支援を身近な地域で提供する体制の整備が求められている。

障害をできる限り早期に発見し、適切な支援につなげていくためには、子どもの成長、発達を多様な角度から確認できる1歳6か月児健康診査や3歳児健康診査等乳幼児健康診査、5歳児発達相談支援の場での早期発見が重要である。市町が実施する乳幼児健康診査とその後の専門職による発達相談と継続的な支援、必要に応じて速やかに児童発達支援などの障害児通所支援や相談支援につなげる体制の整備を図っている。

発達障害にかかる相談支援については、一次的な窓口は市町が担い、県は専門相談や市町等支援機関の支援等を行う「ひょうご発達障害者支援センター」及びランチ5か所の運営や、発達障害の早期発見、早期療育に向けた全県拠点としての「県立こども発達支援センター」の運営を通じて、市町の取組を支援している。

また、発達の気になる子どもを養育している親は、不安や悩みを抱えながら育児をしていることが少なくないことから、早期からの家族支援が重要である。親に対する十分な情報と相談の機会を提供するため、子どもの発達障害の特性を理解し、必要な知識や方法を身につけ、適切な対応を学ぶペアレントトレーニングの普及促進に向けて、ひょうご発達障害者支援センターによる市町職員向け研修の開催などの取り組みを推進している。

加えて、発達障害のある人の障害特性は個人によって様々で、多分野の連携が、子どもから大人まで切れ目なく行われることが重要であることから、医療・福祉・教育・労働・警察等関係者で構成する発達障害者支援協議会において、支援における課題について情報共有を図るとともに、地域の実情に応じた体制整備について協議、検討を継続的に行う必要がある。

#### ＜県立こども発達支援センターにおける診療実績の推移＞

区分	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
初診（人）	306	308	296	346	361
再診（人）	3,401	3,592	3,568	3,744	3,655

#### ＜ひょうご発達障害者支援センター＞

	所在地	運営主体	担当地域
センター	高砂市	(社福)あかりの家	東播磨、淡路
ブラン チ	加西	加西市 (社福)ゆたか会	北播磨、丹波
	芦屋	芦屋市 (社福)三田谷治療教育院	阪神南
	豊岡	豊岡市 (社福)神戸聖隷福祉事業団	但馬
	宝塚	宝塚市 (社福)希望の家	阪神北
	上郡	上郡町 (社福)愛心福祉会	中播磨、西播磨

【推進方策】

市町において、乳幼児健康診査や5歳児発達相談等の機会を捉えて、早期発見を推進するとともに、早期の発達支援のため、発達障害に適切な対応ができる障害児通所支援事業所の確保に努める。

また、市町が一次的に相談に対応できるよう、専門窓口の設置や、市町が対応困難なケースへのひょうご発達障害者支援センターによる専門相談や研修等の支援に取り組む。

各圏域の実状に合わせた発達障害の支援体制整備を図り、身近な地域での相談支援が可能となるよう、ひょうご発達障害者支援センター及び各ブランチにおいて、市町や福祉施設、教育機関等の関係機関に指導・助言等を行うとともに、発達障害のある人や家族を含め、発達障害の理解や支援にかかる基礎的な研修、普及啓発を引き続き実施していく。

加えて、発達障害のある子どもやその疑いのある子どもの親に対する十分な情報と相談の機会を提供するため、ひょうご発達障害者支援センターと連携して、市町におけるペアレントトレーニングの実施やペアレントメンターの養成、お互いの悩みの相談や情報交換を行うピアサポート活動の実施を推進する。

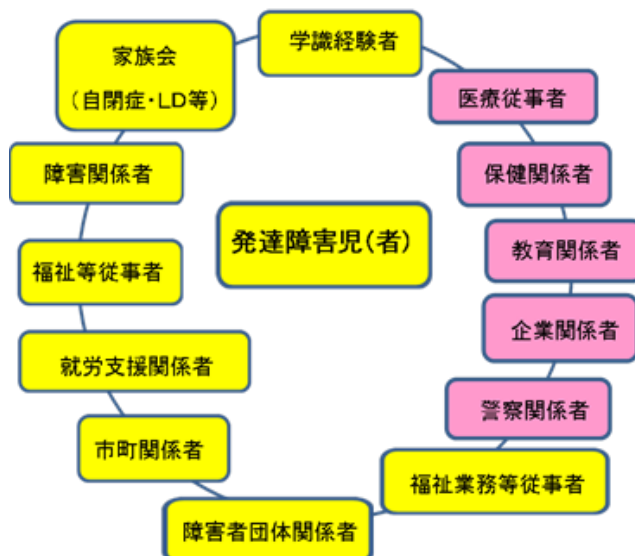
兵庫県発達障害者支援協議会においては、関係機関との連携の緊密化と、切れ目ない支援強化に向けた体制整備等の検討を進める。

さらに、小児科医等のかかりつけ医が最初に相談を受け、又は診療することが多いため、かかりつけ医等の医療従事者に対して、発達障害に関する普及啓発と発達障害児者への診療技術の研修を実施する。

また、県立こども発達支援センターを運営し、医師や臨床心理士、作業療法士、言語聴覚士等による診断・診療や療育を行うほか、地域の医療機関との連携体制の構築等に取り組んでいる。さらに、児童の診療や療育を通して得られた専門知識やノウハウを広く情報発信する出張相談等を実施する。

【発達障害者支援協議会構成委員分野イメージ】

※発達障害児(者)にかかわる者



#### (4) 依存症

##### 【現状と課題】

兵庫県における依存症の令和2年度患者数（1回以上の外来受診者）は、下表のとおり。

アルコール依存症	薬物依存症	ギャンブル等依存症	計
5,690人	737人	144人	6,571人

しかしながら、依存症の心理的特性として「否認」があり、依存による問題行為がありながらも医療機関等につながらないケースも多く、潜在的な患者数はより多いと推測される。

県では、平成30年1月から、精神保健福祉センター内に「ひょうご・こうべ依存症対策センター」を設置し、平成30年11月には、依存症に関する専門的な医療を提供する依存症専門医療機関、その連携拠点となる依存症治療拠点機関を選定するなど、相談体制や医療提供体制の強化を図っているが、県内の推計される依存症患者数に対し相談者数や受診者数は大きく下回っていることから、適切に依存症専門医療機関や相談窓口、自助グループ等に繋がるよう、関係機関との連携体制の構築を図ること、また、依存症の正しい知識の普及啓発を行うことが必要である。

##### 【推進方策】

#### ア 「ひょうご・こうべ依存症対策センター」を中心とした依存症対策の推進（県、市町、関係機関等）

- (ア) 依存症専門の相談窓口を設置し、当事者や家族等の相談に対応する。
- (イ) 地域支援者等を対象とした、依存症に関する理解を深める研修を行う。
- (ウ) 家族教室の開催等、家族支援を実施する。
- (エ) 依存症患者への社会的な差別、偏見の解消に向けて、普及啓発を行う。

#### イ 医療提供体制の強化（県、医療機関）

依存症専門医療機関及び治療拠点機関の選定を推進するとともに、治療拠点機関を中心に、関係機関との連携、医療従事者への研修を実施することで、医療提供体制を強化する。

#### ウ 支援団体・自助グループへの支援と連携の推進（県、医療機関、関係機関等）

依存症の経験を有する者・その家族等や支援者が運営する支援団体・自助グループへの支援を行うとともに、支援団体・自助グループと相談機関・医療機関等との連携を推進する。

#### (5) その他の疾患

##### ○ 気分障害

##### 【現状と課題】

うつ病等気分障害の患者の推移について厚生労働省の患者調査によると、全国では気分障害の患者は増加している。

また、令和2年NDBデータによると、兵庫県内で気分障害における精神病床

での入院患者数は6,630人、1回以上の外来患者数は131,585人となっている。

気分障害は、早期の発見が適切な医療提供に重要であり、かかりつけ医である内科医等が最初に発見することが多いことから、疾患を正しく理解し、医療・相談機関につないでいけるよう、必要な医療・相談体制を構築し、周知する必要がある。

### 【推進方策】

- ア 地域、学校、職域等における研修会の実施及び人材育成、各関係機関との連携促進。(県、市町、医療機関等)
- イ 早期発見し、適切な医療につなぐための、特定健診や健康相談等でのチェックリスト活用促進。(県、市町)
- ウ 認知行動療法や修正型電気痙攣療法(mECT)等の専門治療が実施できる医療機能明確。(県、医療機関)

## ○ 児童・思春期精神疾患

### 【現状と課題】

児童期及び思春期には、神経発達、虐待、二次性徴による様々な葛藤、いじめの問題などから情緒面で不安や抑うつ状態、解離を呈したり、身体化症状、拒食や過食などの食行動障害などが出現したりするほか、不登校・ひきこもり、自傷・自殺などの行動上の問題もみられるようになってくる。

令和2年NDBデータによると、兵庫県内で児童・思春期精神疾患における20歳未満の精神病床での入院患者数は417人、1回以上の外来患者数は17,820人となっている。

県立ひょうごこころの医療センター及び県内の医療機関や児童相談所などの保健福祉機関、学校などの教育機関との連携により、子どもの虐待リスクの軽減や地域での安定した生活を支えている。また、併せて虐待を受けた子どもの治療や、子どもの精神疾患診断技術の向上といった医療技術の向上を図っている。

しかし、専門治療が可能な医療機関は限られている。また、関係機関との強化により、治療に加え子どもが健やかに成長できる体制が必要である。

### 【推進方策】

地域における保健、医療、福祉、教育の連携体制の構築、強化。(県、医療機関、教育機関等)

## ○ 心的外傷後ストレス障害(PTSD)

### 【現状と課題】

兵庫県内でPTSDにおける精神病床での入院患者数は極めて少数であり、1回以上の外来患者数は764人となっている。

トラウマやPTSDの専門的な治療、研究機関である兵庫県こころのケアセンターの附属診療所では長時間暴露療法(PE療法)やトラウマ・フォーカスト認

知行動療法（TF-CBT）などの専門治療を令和4年度に延べ312件行っており通院患者は延べ3,627件であった。また、トラウマ・PTSDの治療法や対処法などの研究成果を生かした専門研修の受講者数は593人であり、同センターは医療の提供だけでなく、保健・医療・福祉専門職の人材育成に取り組んでいる

### 【推進方策】

トラウマ・PTSDに関する専門治療ができる医療機関を明確化及び地域における保健、医療、福祉、教育の連携体制を構築。（県、医療機関、教育機関、関係機関等）

## ○ 高次脳機能障害

### 【現状と課題】

外傷性脳損傷や脳血管障害等の後遺症として、記憶、注意等の認知障害が生じる高次脳機能障害者に対しては、平成18年度から県立総合リハビリテーションセンターを支援拠点機関に指定し、専門的な相談支援事業等を実施している。

しかしながら、県民の高次脳機能障害への理解は十分とは言えず、専門医、専門医療機関、リハビリ機関等の充実も必要である。

### 【推進方策】

- ア 県立総合リハビリテーションセンターを支援拠点とした、専門的な相談支援、評価やリハビリテーションの普及啓発等の実施。（県、関係機関）
- イ 医療機関や施設に対して、支援手法等に関する研修を行うとともに、就労支援施設や当事者・家族会など関係機関との地域での連携体制の構築を図る。（県、医療機関、関係機関）

## ○ 摂食障害

### 【現状と課題】

厚生労働科学研究「児童・思春期摂食障害に関する基盤的調査研究」によると、摂食障害患者は、女子中学生の100人に1～2人、男子中学生の1,000人に2～5人いると推計されている。

令和2年NDBデータによると、兵庫県内で摂食障害における精神病床での入院患者数は591人、精神療法に限定した1回以上の外来患者数は1,615人となっている。

摂食障害は、児童・思春期年齢での発症も少なくないことから、地域の保健福祉関係機関や教育機関との連携が必要である。

### 【推進方策】

摂食障害に対応可能な医療機関を明確化及び地域における保健・医療・福祉の連携を強化、支援体制の充実。（県、医療機関、教育機関等）

## ○ てんかん

### 【現状と課題】

てんかんの有病率は100人に1人とされており、兵庫県内に推定約5万人いることになる。てんかんは、神経内科、脳神経外科、小児科等で治療していることが多く、その結果、多くの地域で、どの医療機関がてんかんの専門的な診療をしているのか、患者ばかりでなく医療機関においても把握されていない状況がある。

### 【推進方策】

てんかん支援拠点病院である神戸大学医学部附属病院を中心とした日本てんかん学会やてんかん診療ネットワーク施設、地域における保健・医療・福祉との連携を強化した支援体制の充実。(県、医療機関、教育機関等)

## (6) 自殺対策

### 【現状と課題】

平成21年度に設置した県自殺対策推進本部を中心に、市町、関係団体等と連携し、自殺対策を総合的に推進している。

平成24年に改定した「兵庫県自殺対策推進方策」に基づき、実効性ある対策の推進により、当面の目標であった「平成28年までに自殺者数を1,000人以下に減少」を達成した。

引き続き、一人ひとりがかげがえのない個人として尊重される「誰も自殺に追い込まれることのない兵庫」の実現を目指して、自殺対策基本法(平成28年4月1日改正施行)に基づく「兵庫県自殺対策計画」により、さらなる自殺対策の取組を推進する。

[参照 URL] <https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf09/sakutei.html>

自殺は複数のリスク要因が複合的に連鎖して起こることが多い。各要因に対応する各相談窓口が有機的に連携し、適切な支援につなげることが求められる。

併せて、地域レベルでの実践的取組のさらなる推進や、ライフステージ等に応じた特有の課題に対し、きめ細やかな対策の推進が必要である。

### 【推進方策】

本県における自殺者の状況、新型コロナウイルス感染症による社会経済的な影響や心理的な影響等を踏まえた、下記9分野における自殺対策の取組を推進。

(県、市町、医療機関、関係団体等)



- 1 相談体制の充実強化【重点施策】
- 2 地域における支援体制の充実
- 3 市町・団体等の地域ごとの取組への支援
- 4 自殺のハイリスク要因を抱える人への支援の強化
- 5 子ども・若者の自殺対策の推進【重点施策】
- 6 中高年層の自殺対策の推進【重点施策】
- 7 高齢者層の自殺対策の推進
- 8 女性の自殺対策の推進【重点施策】
- 9 自死遺族等遺された人への支援の充実

### 【目標】

一人ひとりがかげがえのない個人として尊重される「誰も自殺に追い込まれることのない兵庫」の実現を目指す。当面の目標は下表のとおり。

項目	策定時	現状値	目標値 (達成年度)
年間自殺死亡者	942人 (H28)	947人 (R4)	600人以下 (R9)

### (7) 災害精神医療

#### 【現状と課題】

本県では、平成26年より全国に先駆けて、災害発生時の精神科医療及び精神保健活動の支援を行うためのチームである兵庫県こころのケアチーム「ひょうごDPAT」を設立し、現在では37チームが整備されている。

本県では、隊員向けの活動マニュアルを作成し、定期的な専門研修を行うなど、平時からの隊員の資質向上などの体制整備に努めている。

ひょうごDPAT登録医療機関 (令和5年4月現在)

医療機関名	チーム数
兵庫県精神科病院協会 (全加盟病院が登録)	31
県立ひょうごこころの医療センター	2
公立豊岡病院	1
神戸大学医学部附属病院	1
兵庫医科大学病院	1
神戸市 (神戸市民病院機構含む)	1

また、平成29年度より、発災から概ね48時間以内に被災した都道府県等において活動できるチームがDPAT先遣隊と定義され、県では兵庫県こころのケアセンターと県立ひょうごこころの医療センターをDPAT先遣隊登録医療機関として指定し、災害時に迅速な対応ができるよう体制整備を図っている。

今後は、更なる体制の充実に加え、広域災害が発生した場合のD P A T本部機能の強化と県下精神科病院の災害時の受援体制の強化が求められている。

今後想定される大規模災害時に災害拠点病院が精神疾患を有する患者に対応するための精神病床数は十分ではなく、精神科病院からの患者の受入れや、精神症状の安定化等を、災害拠点病院のみで対応することは困難であるため、精神科病院においても、災害拠点病院と類似の機能を有する災害拠点精神科病院（3病院 県立ひょうごこころの医療センター、社会医療法人高岡病院、医療法人山西会宝塚三田病院）を令和5年3月に指定した。

D P A T先遣隊登録医療機関 （令和5年4月現在）

医療機関名	備考
兵庫県こころのケアセンター	P T S D 専門機関 兵庫県精神保健福祉センターとの合同チーム
県立ひょうごこころの医療センター	全県対応施設 災害拠点精神科病院
兵庫県精神保健福祉センター	兵庫県こころのケアセンターとの合同チーム
社会医療法人恵風会高岡病院	災害拠点精神科病院
医療法人山西会宝塚三田病院	災害拠点精神科病院

【推進方策】

- ア 「ひょうごD P A T」隊員に対する専門的な研修の実施による各隊員の資質向上。（県、医療機関）
- イ 県下精神科病院に対する広域災害救急医療情報システム（E M I S）研修や入力訓練の実施等による各精神科病院の受援体制の強化。（県、医療機関、関係団体等）
- ウ 南海トラフ地震等の広域災害時を想定した災害拠点精神科病院の整備、受援体制の強化。（県、医療機関）
- エ 南海トラフ地震等の広域災害を想定した実地訓練への積極的な参加、近畿ブロック内でのD P A T及び精神科医療機関の連携強化、県内におけるD M A T、J M A T等県内他組織との連携強化による受援体制の一層の強化。（県、医療機関、関係団体等）

(8) 医療観察法

【現状と課題】

心身喪失又は心神耗弱の状態で大規模な他害行為を行った人の社会復帰を促進するために作られた法律に基づき、鑑定入院等の結果を踏まえて裁判所が入院処遇や地域処遇などの方針を決定し、保護観察所の調整による関係機関の連携によって対象者を支援している。

本県には、令和4年4月1日現在、指定通院医療機関として病院22、診療所2、薬局11、訪問看護28の計63施設があるが、指定入院医療機関は整備されてい

い。

なお、近畿における指定入院医療機関の現状としては、4機関（三重県、奈良県、滋賀県、大阪府）が稼働している。平成17年の医療観察法施行後、令和4年9月末現在、兵庫県内で144件が入院決定、30件が通院決定となっている。

厚生労働省によると、令和4年4月1日時点における全国の病床整備状況は850床で入院者数は818名であり、その疾病別内訳は、統合失調症等が約81.7%、次いで気分障害が約6.0%という状況である。

### 【推進方策】

治療抵抗性統合失調症治療薬に対応可能な指定通院医療機関の充実及び指定訪問看護ステーション等の確保。（県、司法機関、医療機関）

## 3 精神科医療体制の構築

### (1) 精神科救急（身体合併症含む）

#### 【現状と課題】

兵庫県では、重度の症状をていする精神科急性期患者に対応するため、24時間365日、医師・看護師を配置した精神科救急医療センター（県立ひょうごこころの医療センター内）と、病院群輪番施設や協力病院として41精神科病院等の参画を得て、神戸市との協調事業により精神科救急システムを稼働させている。

現在、精神科救急医療圏域は県内5圏域としており、精神科救急医療センター及び、神戸・阪神圏域及び播磨圏域の輪番病院及び令和4年12月に設置した常時対応型施設（24時間365日、同一の医療機関において、重度の症状を呈する精神科急性患者を中心に常時対応する精神科病院。令和5年4月現在で8病院）において、休日及び毎夜間の精神科救急患者を受け入れている。その他、但馬、丹波、淡路圏域では協力病院体制により対応している。

また、緊急入院の必要はないが早期に医療に繋げることにより重症化を防ぐことのできる患者に対応する初期救急医療体制を病院群輪番施設に併設している（受付時間19～22時）。

このシステムにおいて、通報受付、受け入れ医療機関調整等を担う精神科救急相談受理窓口を精神科救急情報センターとして設置し、医師との連携のもと、迅速なトリアージ、相談助言機能の充実を図っている。

また、一般科で急性期の外科的処置等を受けた自殺企図者など、精神疾患等を有する患者にかかる精神科領域について、一般科（身体科）医師と精神科医師がオンラインで相談に応じる体制をとっている。

身体合併患者（一般科治療と精神科治療を要する患者）は、身体疾患の治療が優先され、その後精神科で治療が必要な場合に精神科救急が対応することとなる。重篤な身体疾患を有する身体合併症患者に対しては、精神科救急医療体制における身体合併症対応施設として県立尼崎総合医療センター、神戸市立医療センター中央市民病院、県立はりま姫路総合医療センターが身体合併症専用病床（計32床）を整備しており、受け入れを行いやすい体制を整えている。

一般科（身体科）救急医療と精神科救急医療との連携がシステムとして機能するよう、さらなる消防、一般救急、単科精神科病院との連携強化を行い、体制を充実させていく必要がある。

精神科救急情報センター体制	
開設時間	24時間 365日
相談員	精神保健福祉士等を1～2名配置 医学的判断が必要な事例についての相談を行うためのオンコール医師を配置
業務内容	①県・神戸市職員その他関係者との連絡調整 ②精神科救急相談（警察官通報以外の入院依頼に対しての受診支援） ③病床の空き状況の把握、相談受診状況の整理
電話番号	078-367-7210
ホームページ	<a href="https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf08/qq.html">https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf08/qq.html</a>

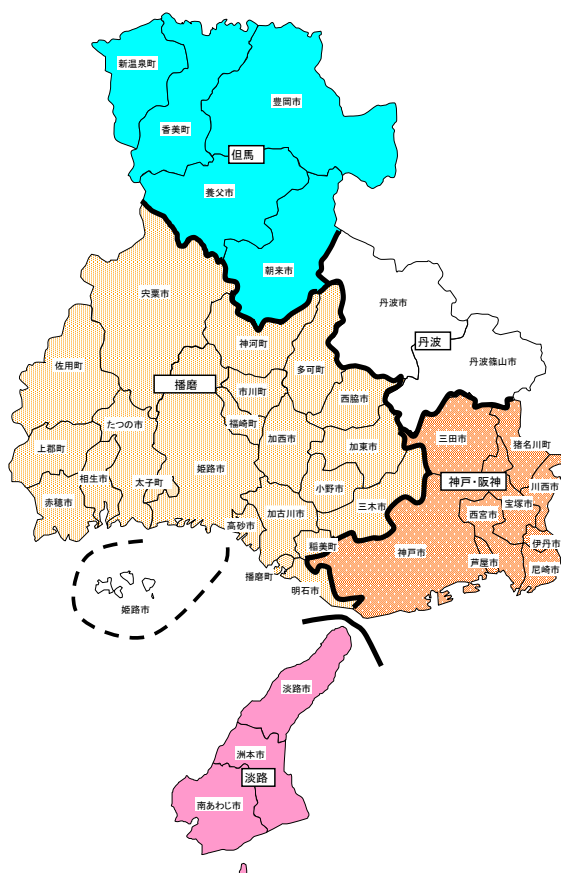
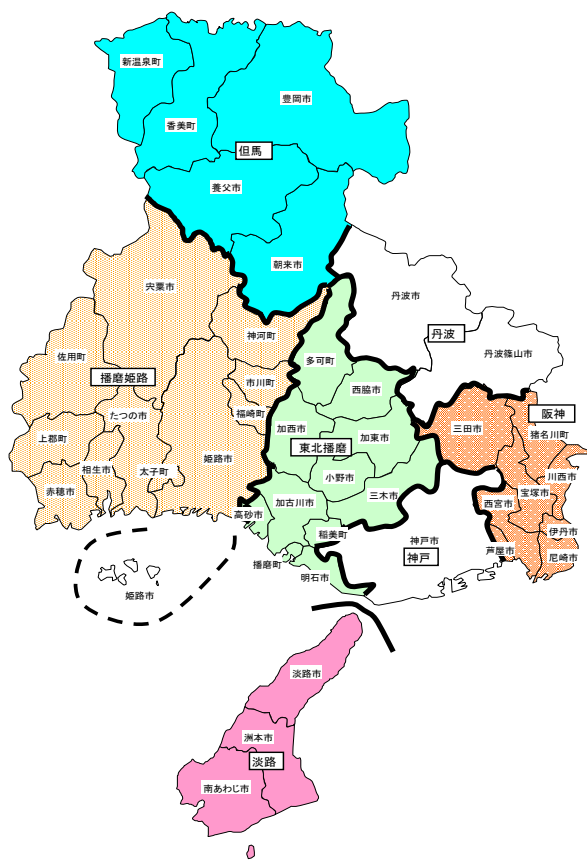
### 【推進方策】

精神科救急医療体制連絡調整委員会を実施し、関係機関等からの課題抽出や解決に向けた議論とともに、必要に応じて身体合併症部会などの専門部会を設置することによる、より専門的で深度の深い議論の実施。（県、神戸市、医療機関等）

圏域ごとの初期救急対応医療機関輪番体制の整備し、受診しやすい精神科初期救急医療体制の検討。（県、神戸市、医療機関等）

精神科初期救急医療圏域（7 圏域）

精神科二次救急医療圏域（5 圏域）



兵庫県における精神科救急医療圏域（見直し後）

精神科初期救急医療圏域	精神科二次救急医療圏域	構成市町
神戸	神戸・阪神	神戸市
阪神		尼崎市・西宮市・芦屋市・伊丹市・宝塚市・川西市・三田市・猪名川町
東北播磨	播磨	明石市・加古川市・高砂市・稲美町・播磨町
播磨姫路		西脇市・三木市・小野市・加西市・加東市・多可町
		姫路市・福崎町・市川町・神河町
	相生市・たつの市・赤穂市・宍粟市・太子町・上郡町・佐用町	
但馬	但馬	豊岡市・養父市・朝来市・香美町・新温泉町
丹波	丹波	丹波篠山市・丹波市
淡路	淡路	洲本市・南あわじ市・淡路市

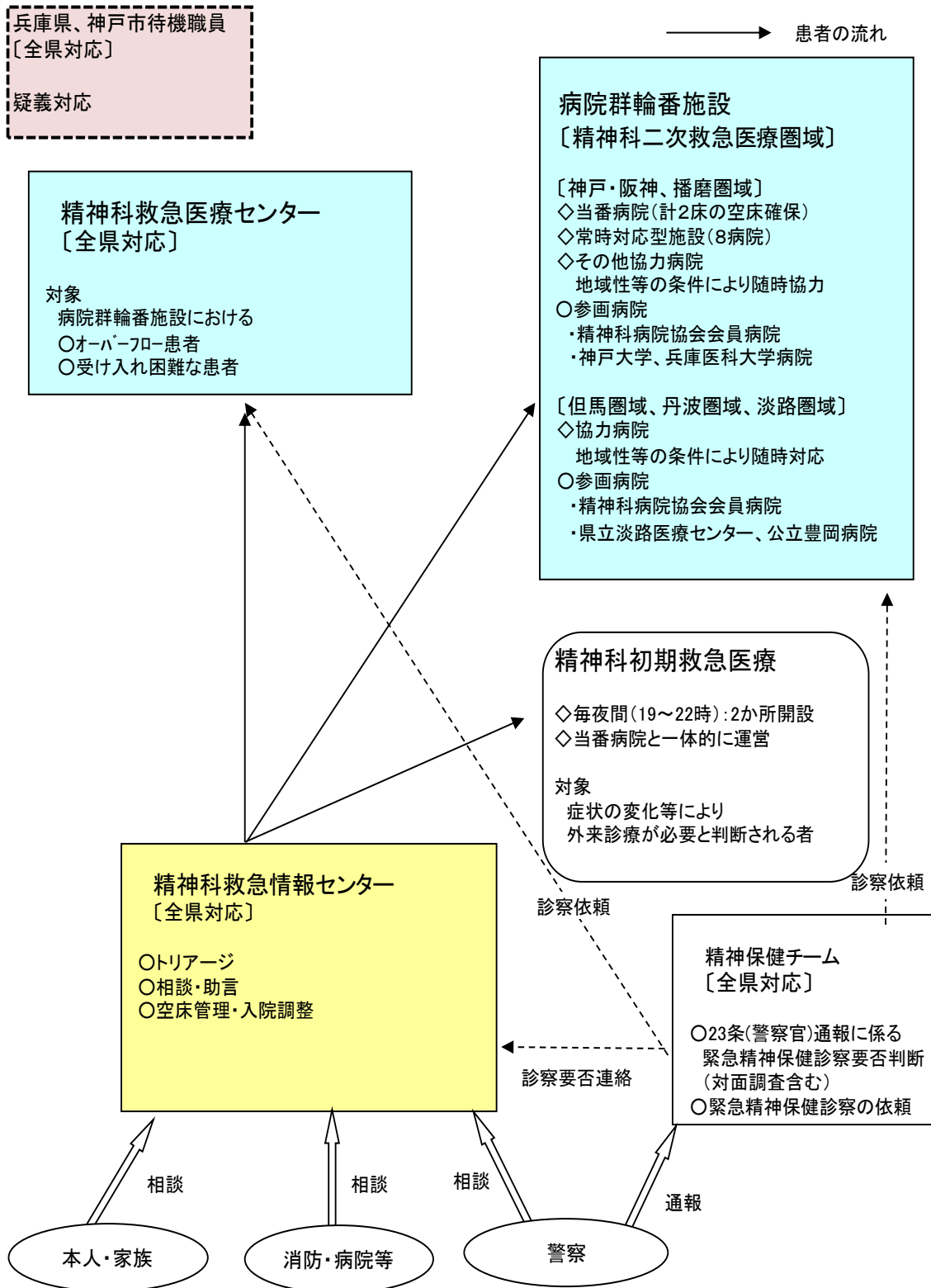
精神病床を有する県内の医療機関の状況(令和5年4月末現在)

圏域	No	病院名	指定	応急	特例	特定	救急
神戸	1	アネックス湊川ホスピタル					○
	2	ありまこうげんホスピタル	○	○	○	○	○
	3	大池病院	○				○
	4	雄岡病院	○	○		○	○
	5	神出病院					
	6	関西青少年サナトリウム	○	○	○	○	○
	7	県立ひょうごこころの医療センター	/	○	○	○	○
	8	神戸白鷺病院	○	○			○
	9	神戸市立医療センター中央市民病院	○	○			○
	10	神戸大学医学部付属病院	/	○			○
	11	向陽病院	○	○			○
	12	新生病院	○	○			○
	13	垂水病院	○	○	○	○	○
	14	湊川病院	○	○	○	○	○
阪神	15	あいの病院					○
	16	有馬病院	○	○	○	○	○
	17	伊丹天神川病院	○	○	○	○	○
	18	医療福祉センターさくら					
	19	県立尼崎総合医療センター	/	○			○
	20	自衛隊阪神病院					
	21	仁明会病院	○	○	○	○	○
	22	三田西病院					○
	23	宝塚三田病院	○	○			○
	24	兵庫医科大学病院	○				○

圏域	No	病院名	指定	応急	特例	特定	救急
東北播磨	25	明石こころのホスピタル	○	○	○	○	○
	26	明石土山病院	○	○	○	○	○
	27	播磨サナトリウム	○	○			○
	28	東加古川病院	○	○			○
	29	大村病院	○	○	○	○	○
	30	加茂病院	○	○			○
播磨姫路	31	赤穂仁泉病院	○	○	○	○	○
	32	揖保川病院	○	○	○	○	○
	33	魚橋病院	○	○	○	○	○
	34	仁恵病院	○	○	○	○	○
	35	高岡病院	○	○	○	○	○
	36	播磨大塩病院	○	○			○
	37	姫路北病院	○	○	○	○	○
	38	はりま姫路総合医療センター	/	○			○
但馬	38	大植病院					
	39	公立豊岡病院	○	○	○	○	○
	40	但馬病院	○	○			○
丹波	41	香良病院	○	○		○	
淡路	42	県立淡路医療センター	/				○
	43	新淡路病院	○	○	○	○	○
	44	南淡路病院					

- 圏域 … 「精神科初期救急医療圏域」。精神科救急医療圏域の見直しによるもの。
- 指定 … 「指定病院」。国等以外が設置する精神科病院等で都道府県が指定する病院。措置入院の受入に応じる。
- 応急 … 「応急入院指定病院」。急速を要し、家族等の入院同意を得られない場合に、本人の同意がなくても精神保健指定医の診察により72時間に限り入院させることができる病院。
- 特例 … 「特例措置を採ることができる応急入院指定病院」。緊急その他やむを得ない理由があるときは、指定医に代えて特定医師の診察によって、12時間を限りに応急入院をさせることができる病院。
- 特定 … 「特定病院」。緊急その他やむを得ない理由があるときは、指定医に代えて特定医師の診察によって、12時間を限りに医療保護入院をさせることができる病院。
- 救急 … 「兵庫県精神科救急医療体制参画病院」。夜間・休日における当該体制に参画している病院。

夜間・休日における兵庫県精神科救急医療システム概念図(令和5年度時点)



## (2)精神障害者継続支援体制の構築

### 【現状と課題】

重篤な精神障害により、本人の同意なく入院させる制度である医療保護入院はR2年度以降減少傾向にあるが、措置入院は増加傾向にある。

本県では、平成27年度に設置した精神保健医療体制検討委員会からの提言をうけ、平成28年度より、重篤な精神障害者に対し必要な医療や支援が途切れることのないよう継続的に支援する体制を整備している。

#### ア 精神障害者継続支援チーム

各健康福祉事務所（保健所）に「精神障害者継続支援チーム」を設置し、措置入院者等の入院初期から病院訪問を実施するなど積極的に関わり、医療機関や在宅サービス等の関係機関と連携を図り、退院に向けた支援調整を行っている。対象者の転居等で管轄健康福祉事務所（保健所）が変更になる場合には、同意を得た上で、次の転居先の健康福祉事務所（保健所）へ情報共有を行い、転居後も地域生活での支援体制が継続されるよう事務所間の連携を強化している。

#### イ 県精神障害者継続支援連絡会

県精神保健福祉センターに「県継続支援連絡会」を設置し、各健康福祉事務所（保健所）に設置したチームの取組を支援し、全県課題の抽出や課題解決に向けた技術的支援を行うとともに、職員向けの研修会を実施している。

#### ウ 精神障害者地域支援協議会

従来から実施していた警察との連絡協議会や地域移行・地域支援協議会等を「精神障害者地域支援協議会」として再編し、その協議会の中に「行政・警察・医療連絡会議」と「地域移行・地域定着会議」という専門部会を設け、精神障害者の地域生活を取り巻く地域課題について、各機関の情報共有や役割の明確化を行うことにより、関係機関の連携を強化している。

#### エ 措置入院者支援委員会

措置入院者等の治療を行う精神保健指定医等に対し、専門家から、措置症状を含む精神症状や入院治療の必要性等の助言を行うため、措置入院者支援委員会を設置している。

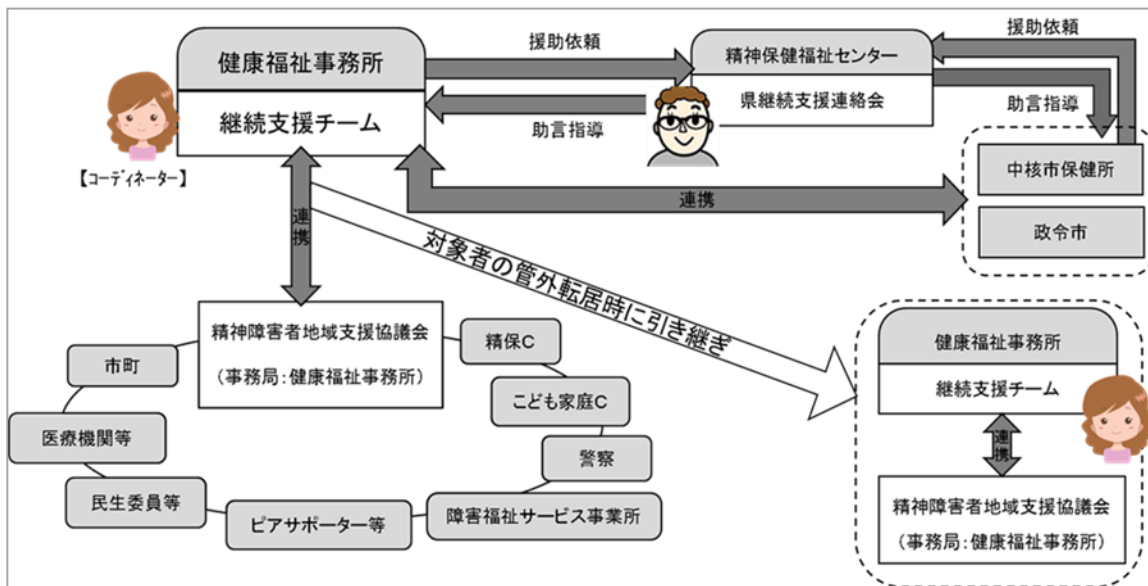
しかしながら、対象者の主体性に沿った支援展開が原則であり、支援の同意が得られにくい薬物依存・触法患者への介入には困難を極める場合が多い。また、県の管轄外である政令市や中核市に対象者が転居した場合でも支援継続が困難にならないように各市との連携強化が必須であるが、他府県からの転入時においても、支援のための情報が不足しがちである。

### 【推進方策】

- ア 各県健康福祉事務所（保健所）のみでなく、政令市・中核市を対象とした研修等の実施による県内の支援者の技術向上及び連携強化。（県、市町）
- イ 関係者が一体となった対象者支援、他府県との連携強化などによる、精神障害者への手厚い継続支援体制の充実。（県、市町、医療機関、関係団体等）

#### 精神障害者継続支援体制イメージ図





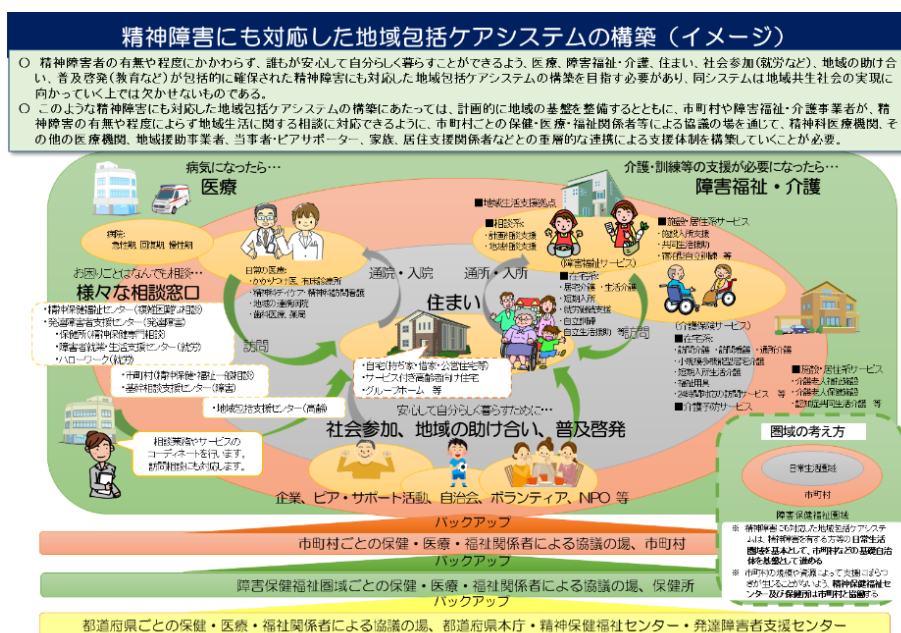
(3) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

【現状】

これまで本県では、精神障害者の地域移行の推進に向け、各健康福祉事務所を中心とした医療・福祉等の関係機関による連絡会議を開催するとともに、精神科病院の入院患者に対してピアサポーター等が退院意欲の喚起や地域活動体験のサポート等を行う退院支援プログラム、精神保健福祉センターによる関係機関への研修等の事業を行っている。さらに、地域に移行する精神障害者の受け皿となるグループホーム等の整備や就労継続支援など、障害福祉サービス等の充実を図ってきた。

今後は、さらなる地域移行、地域定着の促進に向けて、医療機関や相談支援事業所等の退院後の生活環境に関わる者との連携、ピアサポーターの一層の養成と活用を進める必要がある。

○ 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」のイメージ図



**【推進方策】**

- ア 第7期障害福祉実施計画で定める精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築にかかる現状と課題、数値目標等の共有、圏域における課題の抽出と対応方針を検討するため、圏域ごとに保健・医療・福祉関係者による協議の場を設置する。(県、市町、医療機関、相談支援事業所等)
- イ ピアサポーターの養成及びピアサポートを活用した地域移行・地域定着の支援、障害福祉サービスの利用を推進するとともに、アウトリーチ等、有効な支援手法の検討を行う。(県、市町、医療機関、相談支援事業所等)

**【目標】**

項目		現状値	目標 (R8)
精神病床における入院需要(患者数)	1年以上入院患者数	9,463人(R4)	9,236人
	65歳以上	5,672人(R4)	5,102人
	65歳未満	3,550人(R4)	3,099人
		2,122人(R4)	2,003人
精神病床における入院後3か月時点・6か月時点・1年時点の退院率	3か月時点	63.1%(R2)	68.9%
	6か月時点	80.9%(R2)	84.5%
	1年時点	88.6%(R2)	91.0%
保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置		全障害保健福祉圏域ごとに設置(R4)	全障害保健福祉圏域ごとに設置

**(4) 多様な精神疾患に対応できる医療体制の構築**

**【現状と課題】**

県障害福祉課が、精神科病床を有する病院に対して12精神疾患を例に挙げて診断ができる医療機関を調査したところ、統合失調症、アルコール依存症、認知症、うつ病等の気分障害といった代表的疾患については、全ての医療機関で診断可能であると回答があり、特定の精神疾患に限定して診断可能としている医療機関はわずかであった。

一方、ギャンブル依存症や高次脳機能障害などについては約半数の医療機関のみが診断可能という結果であった。

多様な精神疾患ごとに、患者に身近な地域で適切な精神科医療が提供されるよう精神疾患の機能分化、連携を進めるとともに、精神症状の悪化時に患者の状況に応じて福祉と医療が連携して適切な入院医療が提供できる体制を構築する必要がある。

**【推進方策】**

- ア 多様な精神疾患ごとに質の高い精神科医療を、患者に身近な地域で効果的、

効率的に提供できる体制の構築を目的とし圏域ごとでの病院、診療所、訪問看護ステーション、健康福祉事務所、市町、地域援助事業者等からなる協議の場の設置。(県、市町、関係団体等)

イ 一般医療機関におけるかかりつけ医と精神科医、専門治療が可能な医療機関の連携により良質かつ適切な医療が提供できる体制の構築。(県、医療機関)

## 第6章 救急医療

### 1 救急医療

救急医療は、医療機関、消防機関、行政機関等が協力して、救急告示制度及び1次救急から3次救急までの救急医療体制によって対応しているが、地域ごとに医療資源、医療機関へのアクセス状況等が異なることから、地域の医療資源を効果的に活用し、地域の実情に即した救急医療体制の整備を行うことにより、県民が急傷病時に安心して診療を受けることができるよう、救急医療体制の質的な充実を目指す。

#### 【現状と課題】

救急告示制度は、消防法の規定を受けて定められた厚生省令により昭和39年から施行されており、救急隊によって搬送される傷病者を受け入れる医療機関の確保という観点から創設されたものである。

一方、昭和52年からは、救急医療の機能分担を明確にするため、急傷病者の容態別に救急医療機関を1次(軽症)、2次(重症)、3次(重篤)と区分する、救急告示制度とは別の救急医療体制が整備された。この体制は、当初は救急告示制度を補完する性格であったが、現在では地域における救急医療体制の中心的な制度として整備されている。

さらに、救急患者の円滑な搬送と受入れを図ることを目的に、兵庫県広域災害・救急医療情報システム(兵庫県EMIS)を整備している。

現在の救急医療体制については、1次から3次までの救急体制と救急告示制度が併存し、それぞれ別々に機能していたため、救急告示病院と輪番制参加病院が一致していない場合があるなど、県民や救急隊にとってわかりづらいものとなっていることから、これらの制度の一元化を図っていく必要がある。

#### (1) 救急告示制度

救急病院等を定める厚生省令に基づき、救急医療機関を認定し、告示している。県下の救急告示医療機関数は、令和5年4月1日現在、病院179施設、診療所6施設の計185施設である。

#### (2) 1次救急医療体制

休日及び夜間における軽症の救急患者に対応する1次救急医療機関を確保するため、県下を41地区に分けて、休日夜間急患センターや在宅当番医制により対応することとしている。現在、休日夜間急患センターは25機関が設置され、在宅当番医制は17地区で実施されているが、休日夜間急患センター、在宅当番医制のいずれにおいても対応できていない空白日、時間が生じている地域がある。

#### (3) 2次救急医療体制

入院・手術等を必要とする救急患者に対応し、1次救急医療機関の後送先ともなる2次救急医療機関を確保するため、地域の病院群が輪番制方式(病院群輪番制)により対応することとしている。病院群輪番制については、計13地域の2次救急医療圏域で毎夜間及び休日昼間に実施しており、狭い地域に比較的

多数の病院がある場合は円滑な運用が期待できるが、広い地域に少数の病院が散在している場合には必ずしも効果的な運営が期待できない場合がある。

休日、夜間における1次救急患者の2次救急医療機関への時間外受診や、令和6年4月から始まる医師の働き方改革による時間外労働の上限規制等により、2次救急医療機関で医療提供体制が十分確保出来るかが課題である。

#### (4) 3次救急医療体制

救命措置を要する重篤な救急患者に常時対応し、2次救急医療機関の後送先ともなる医療機関を確保するため、現在、3次救急医療圏域として、2次保健医療圏域を基本に県下を7ブロックに分け、救命救急センター及び3次的機能病院（県立丹波医療センター）の3次救急医療機関を11機関設けており、全ての3次救急医療圏域に設置している。なお、救命救急センターのうち兵庫県災害医療センターは指肢切断や広範囲熱傷にも対応する高度救命救急センターである。

現在、県内で唯一、救命救急センターの未設置ブロックとなっている丹波圏域での3次救急医療体制の充実を図るため、救命救急センターに準ずる3次的機能病院である県立丹波医療センターについて、救命救急センターへの指定を促進していく必要がある。

#### (5) 兵庫県広域災害・救急医療情報システム（兵庫県EMIS）

救急医療に必要な診療科目及び手術の可否並びに空床の有無等の診療応需情報を参加医療機関から収集し、この情報を消防本部等に迅速かつ的確に提供する救急医療情報システムを昭和56年に整備した。阪神・淡路大震災の教訓を踏まえ、大規模災害にも対応できる兵庫県広域災害・救急医療情報システム（兵庫県EMIS）として平成8年12月に再構築を行い、その後も機能を強化、増強している。

#### (6) ドクターカーの運用及び活用

ドクターカーについては、救命救急センターをはじめとした医療機関において、運用が図られている。消防機関による救急搬送とも連携をとりながら、天候や時間帯の制限を受けずに柔軟に運行できるドクターカーの導入を図るなど、救急搬送体制の充実が必要である。

### 【救命救急センターにおけるドクターカーの状況】

（令和5年4月1日時点）

実施主体	実施開始	実施形態	実施体制	令和4年度 運行件数
兵庫県災害医療センター	平成15年9月11日	災害医療センターで実施	24H体制	279
神戸市立医療センター中央市民病院	平成11年7月1日	神戸市消防局とのワークステーション方式	全日 9:00~17:30	111
神戸大学医学部附属病院	平成30年6月1日	神戸大学医学部附属病院で実施	月曜日と金曜日 9:00~17:30（原則）	14
県立尼崎総合医療センター	平成27年7月1日	県立尼崎総合医療センターで実施	月~金 9:00~17:00（成人） ※全日 9:00~21:00（小児）	298
県立西宮病院	平成25年11月25日	西宮病院で実施	24H体制（H29.12月~）	488
兵庫医科大学	平成26年11月1日	阪神間7市1町の消防局の要請に基づき出動	全日 8:30~16:45	44
県立加古川医療センター	平成26年10月1日	加古川医療センターで実施	24H体制	90
県立はりま姫路総合医療センター	令和5年10月28日※	はりま姫路総合医療センターで実施	運行日：指定する土日（基本、第2・4週） 運行時間：12時~20時	-
公立豊岡病院	平成22年12月5日	公立豊岡病院で実施	24H体制	2,695
県立淡路医療センター	平成26年10月24日	県立淡路医療センターで実施	月~金 8:45~17:30	15

※県立はりま姫路総合医療センターについては、令和5年10月28日より運行開始している。

(7) ヘリコプターを活用した救急医療の確保

平成16年4月から共同運航を開始した県消防防災ヘリ1機及び神戸市消防ヘリ2機を活用し、現場出動による救急患者の広域搬送及び病院間搬送の手段として、兵庫県災害医療センター、神戸大学医学部附属病院、神戸市立医療センター中央市民病院等の医療スタッフが同乗するドクターヘリの活用を平成19年7月に開始した。

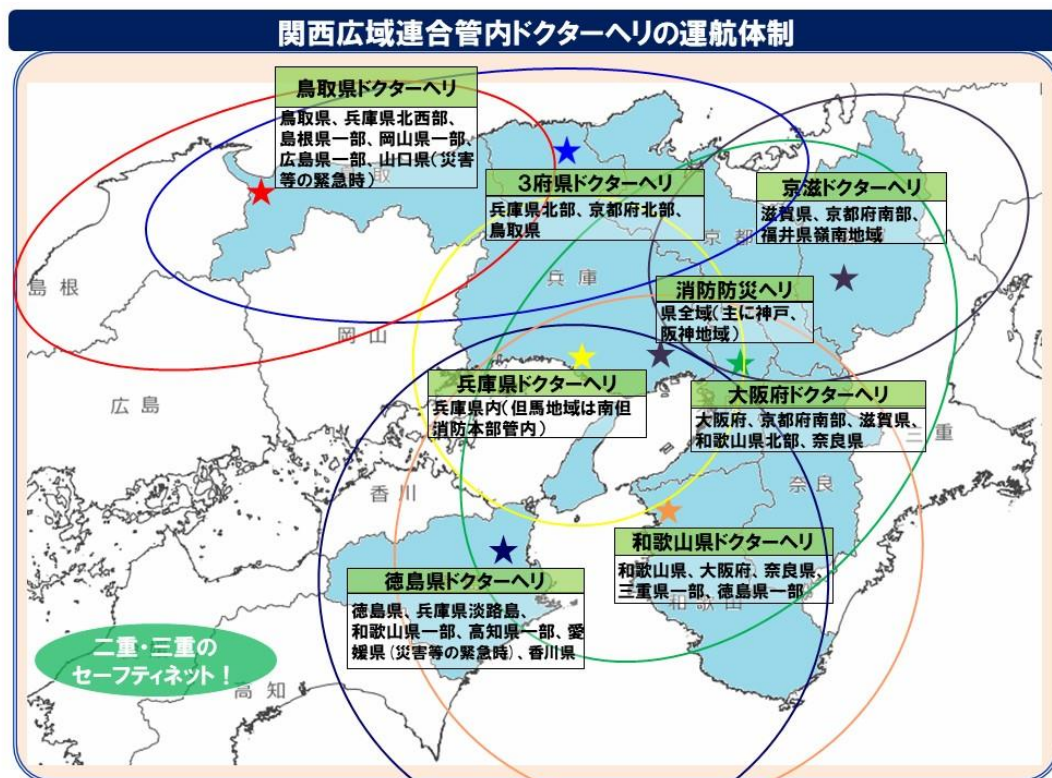
平成22年4月に公立豊岡病院組合立豊岡病院を基地病院とする、本県及び京都府、鳥取県の3府県によるドクターヘリ（3府県ドクターヘリ）の共同運航を開始（平成23年4月に関西広域連合に事業移管）し、県北部地域をカバーしている。

平成24年10月には徳島県ドクターヘリの運航開始（基地病院：徳島県立中央病院（平成25年4月に関西広域連合に事業移管））に伴い、淡路地域もカバーし、医療資源の乏しい地域の救命率の向上を図っている。

平成25年11月には、県立加古川医療センターを基地病院、製鉄記念広畑病院（現：県立はりま姫路総合医療センター）を準基地病院とするドクターヘリ（兵庫県ドクターヘリ）を導入、運航を開始（平成25年4月に関西広域連合に事業移管）し、播磨地域及び丹波南部地域をカバーしている。

平成30年3月には、鳥取県ドクターヘリの運航開始（基地病院：鳥取大学医学部附属病院）に伴い、但馬北西部地域をカバーしている。

また、地域ごとに消防防災ヘリとドクターヘリの要請順位を設定しており、要請したヘリが出動中の場合には、次のヘリに要請できる体制を整備している。



(8) 新型コロナウイルス感染症をはじめとする新興感染症への対応

新型コロナウイルス感染症への対応にあたっては、救急医療体制を確保するため、コロナ重症患者に対応する病院とその他の病院とで一定の役割分担を図った。

具体的には、県立加古川医療センターを県内全域の患者に対応する「拠点病院」、神戸市立医療センター中央市民病院、県立尼崎総合医療センターを重症患者等に対応する「特定病院」に位置付ける一方、神戸大学医学部附属病院や県災害医療センターが一般救急に対応できるよう役割分担した。

今後、救急医療を担う医療機関において院内感染が発生した場合も含めて、地域において役割分担とネットワークを構築し、新興感染症の発生・まん延時において、感染症対応と通常の救急医療を両立できるような体制を構築する必要がある。

(9) 救急医療機関と関係機関との連携・協議体制の整備

高齢者の人口増加や在宅医療体制の推進に伴い、救急医療機関とかかりつけ医や介護施設等の関係機関との連携・協議する体制を構築するとともに、特に配慮が必要な救急患者を受け入れるために、地域における救急医療機関の役割を明確化する必要がある。

【推進方策】

(1) 救急医療体制の一元化の推進

輪番制に参加している病院については、順次、救急告示病院となるよう指導するとともに、病院群輪番制参加病院の拡大に際しては原則として救急告示病院の中から選定を行うことにより、病院群輪番制と救急告示制度との一元化を図る。(県、市町)

(2) 1次救急医療体制の整備

ア 住民の利便性の向上と2次救急医療機関の負担軽減を図るため、1次救急医療体制の診療日、診療科目及び診療時間等の充実を図る。(市町)

イ 緊急を要しない患者については、1次、2次救急医療機関への時間外受診を控えるなど住民に対する啓発、普及を図る。(県、市町、関係団体、県民)

(3) 2次救急医療体制の整備

ア 医師の働き方改革による時間外労働の上限規制等により、2次救急医療機関での医療提供体制が十分に確保出来るかが課題である。このため、特に、病院群輪番制の参加病院数が少ない圏域においては、地域の状況に応じて、地元関係機関との調整を進め、新たな参加病院の確保を進める。

イ 救急医療機関での受入体制を確保するため、勤務医師の確保を図る。(県、市町、医療機関)

ウ 三田地域は神戸市第二次救急協議会の救急医療情報ネットワークシステム(Mefis)の利用も含め、神戸市との患者流出入も多いことから、更なる医療連携を進める中で体制の強化を図る。(市町、医療機関)

(4) 3次救急医療体制の整備

ア 救命救急センターが設置されていないなど、3次救急医療機能に課題のあるブロックにおいては、救命救急センターの設置などを圏域とともに検討することにより、3次救急医療体制の充実を図る。(県、医療機関)

イ 3次救急医療機関へ搬送された患者について、症状が重篤でない場合は、速やかに2次救急医療機関へ転院搬送ができるよう病院間の調整機能を強化することで、3次救急医療機関の受け入れ体制の維持を図る。

(5) 兵庫県広域災害・救急医療情報システム(兵庫県EMIS)

入力情報の信頼性の向上、システム参加機関における情報入力体制、入力情報の活用方法等、システムの運用について検討を行うとともに、継続的に運用方法の周知徹底を行うため、研修会、訓練を実施する。(県、市町、医療機関)

(6) 救急医療を担う人材の確保

救急医をはじめとする救急医療を担う人材を確保するため、大学、医療機関における人材の育成を進める。(県、大学、医療機関)

(7) 救急搬送体制の充実

ドクターヘリ、消防防災ヘリについては、関西広域連合による取組み等とも引き続き連携し、県全域をカバーしていく。

ドクターカーについても、県下の救命救急センター等を中心に、その導入に向けた取組の推進を図り、関係機関等と連携し効果的な運用方法等について検討等を行う。(県、市町、医療機関、関係機関)

(8) 新興感染症への対応

院内感染が発生した場合も含めて、一般救急医療体制が維持できるよう、地域での医療機関の役割分担を整備するとともに、地域での対応が困難となった場合に備え、圏域を越えた広域的な対応が図られるよう、医療機関相互の連携・支援体制を構築していく。

新興感染症流行時は、感染症医療においては、感染状況等に応じて、流行初期期間においては県立、公立、公的病院等で、流行初期期間以降は民間病院も含めて感染症医療に対応することとされている。救急医療提供体制においても、感染症医療との両立を図るため、各地域の実情に応じて、医療機関の機能や役割を踏まえた連携・ネットワーク化を図っていく。(県、市町、医療機関)

(9) 救急医療機関と関係機関との連携・協議体制の整備

高齢者の人口増加や在宅医療の推進にともない介護施設等の利用者が増加することが予想され、利用者の安全な救急搬送体制を確保するため、市町単位や圏域単位など地域の実情に合わせた組織体制で救急医療機関と関係機関が協議・連携体制を構築する体制整備の推進を図る。(県、市町、医療機関、関係団体)



### 【救急医療機関の公表】

「救急医療の確保に関する事業に係る医療連携体制に係る医療提供施設」については兵庫県内病院一覧（資料名：兵庫県病院名簿）等により兵庫県のホームページにて公表する。

[参照 URL] [https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf15/hw11\\_000000004.html](https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf15/hw11_000000004.html)

## 2 病院前救護

病院前救護とは、傷病者が救急現場から医師の管理下におかれるまでの間に行われる応急処置・救命処置のことを指す。

傷病者の救命率の向上を図るためには、一刻も早く医師の管理下におくことが必要であり、ドクターカー等により医師が現場で対応できる体制が望まれるが、現状は、救急救命士等により救命処置がなされている。

病院前救護における救命処置の質を確保するため、メディカルコントロール体制\*を整備し、救急救命士等が救命処置を実施する場合、当該救命処置を医師が指示又は指導・助言及び検証してそれらの救命処置の質を保障することが必要である。病院前救護体制を充実することにより、傷病者の救命率の向上や合併症の発生率の低下などの予後の向上を図る。

\*メディカルコントロール体制とは

救急救命士を含む救急隊員が行う応急処置等の質、及び地域の救急搬送とその受入医療体制の質を医学的に保障するために、①医師による指示・指導・助言体制、②事後検証体制、③再教育体制、④傷病者の搬送及び受入れの実施基準に基づく救急搬送体制、⑤救急医療機関の受入医療体制の重要な5要素が整備された体制

### 【現 状】

#### (1) 救急搬送の状況

兵庫県内における救急出動件数・救急搬送人員は、平成30年をピークに令和2年まで一時減少したものの、その後増加に転じ、令和4年に過去最高を更新した。

(参考) 兵庫県内における救急搬送の状況

区分	H30	R1	R2	R3	R4
救急出動件数(件)	300,287	298,596	266,899	274,820	323,440
救急搬送人員(人)	266,042	264,920	235,689	241,054	272,901

#### (2) 救急救命士の状況

兵庫県内の消防本部は救急救命士の養成・配置に努めており、令和4年4月1日現在で1,342人の救急救命士が配置され、全ての救急隊に救急救命士が乗務可能な体制が構築されている。

また、救急救命士の処置範囲が段階的に拡大されており、それらの処置に対応可能な救急救命士の養成・配置も進められている。

〔救急救命士の処置範囲の拡大〕

- 平成 15 年 4 月～ 医師の包括的指示下での除細動
  - 平成 16 年 7 月～ 気管挿管
  - 平成 18 年 4 月～ 薬剤（アドレナリン）投与
  - 平成 23 年 8 月～ ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管
  - 平成 26 年 4 月～ 静脈路確保、輸液、血糖測定、低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与
- （参考）兵庫県内消防本部における救急救命士数 （単位：人）

区分	H30	R1	R2	R3	R4
救急救命士数	1,247	1,274	1,302	1,310	1,342

※ 各年 4 月 1 日現在

**(3) メディカルコントロール協議会**

兵庫県では、平成 14 年度に、県単位協議会である「兵庫県救急業務高度化協議会」及び県内 5 地域に地域メディカルコントロール協議会を設置し、①救急救命士らへの医師の指示、指導・助言体制の構築、②救急活動の事後検証体制の構築、③救急救命士の再教育体制の充実を柱とするメディカルコントロール体制を整備している。

各地域メディカルコントロール協議会では、救急活動プロトコルを策定しており、救急救命士らは、このプロトコルに基づき救急活動を実施している。

また、平成 22 年 4 月には、「兵庫県救急業務高度化協議会」を消防法第 35 条の 8 の規定に基づく協議会として位置付けることとし、「兵庫県メディカルコントロール協議会」に改称した。

**(4) 傷病者の搬送及び受入れの実施基準**

平成 21 年の消防法改正に伴い、傷病者の搬送及び医療機関による受入れを適切かつ円滑に行うために都道府県が策定・公表することとされた「傷病者の搬送及び受入れの実施基準」を、「兵庫県救急業務高度化協議会」及び各地域メディカルコントロール協議会で検討し、平成 22 年 12 月に策定した。また、令和 3 年 4 月に改正を実施した。

**(5) 応急手当の普及促進**

県内の各消防本部では、AEDを活用した応急手当の普及促進を図っている。令和 3 年においては、応急手当指導員養成講習 148 名、普通講習 15,022 名、上級甲種 322 名、合計 15,492 名が講習を受講した。

**(6) 救急安心センター事業（#7119）**

救急安心センター事業（#7119）は、県民が病気やけがをしたときに、専門家から救急相談や適切な医療機関の案内を受けることができる電話相談事業であり、救急車の適時・適切な利用、救急医療機関の受診の適正化、県民への安心・安全の提供などの効果が期待できる。現在、県内では神戸市・芦屋市・姫路市で実施されているが、全県展開を要望する声が寄せられており、県では当該事業の全県展開のあり方について調査研究を進めている。

**【課題】**

- (1) 消防、救急医療機関のより円滑な連携
- (2) 救急搬送・受入れの実態調査及び分析
- (3) 疾病ごとの救急活動プロトコールの策定
- (4) 救急活動の事後検証の推進
- (5) バイスタンダー（傷病者の傍らにいる人）による応急手当の推進
- (6) 県民へのAEDの普及啓発

**【推進方策】**

救命率のさらなる向上をめざし、病院前救護体制の充実に努める。

**(1) 救急体制の充実**

救急救命士の新規養成に努めるとともに、救急救命士の処置範囲の拡大に適切に対応することにより、救急体制の充実を図る。（県、市町）

**(2) メディカルコントロール体制の充実**

ア メディカルコントロール体制のさらなる充実を図り、救急業務の円滑な実施と消防及び救急医療機関との円滑な連携を行う。（県、市町、医療機関）

イ 地域メディカルコントロール協議会において疾病ごとの救急活動プロトコールを検討する。（県、市町）

ウ 事後検証委員会において、救命処置の事後検証を的確に行う。（県、市町）

エ メディカルコントロール従事医師の質の標準化を図るため、同医師等を対象とした研修を実施する。（県、市町）

**(3) 傷病者の搬送及び受入れの実施基準の見直し**

救急搬送・受入れの実態に関する調査などを実施し、問題点や課題を抽出した上で、適宜、実施基準の見直しを行い、救急搬送及び受入れの円滑な実施を推進する。（県、市町、医療機関）

**(4) 応急手当の普及・啓発**

救急隊が現場に到着するまでに、バイスタンダー（傷病者の傍らにいる人）による応急手当（心肺蘇生、AED等）が実施され、救命の連鎖がスムーズに行われるよう応急手当の普及・啓発を図る。（県、市町、医療機関、関係団体）

**(5) AEDの啓発**

AEDの使用方法についての講習会を開催する等によりAEDの普及啓発を図る。（県、市町、関係団体）

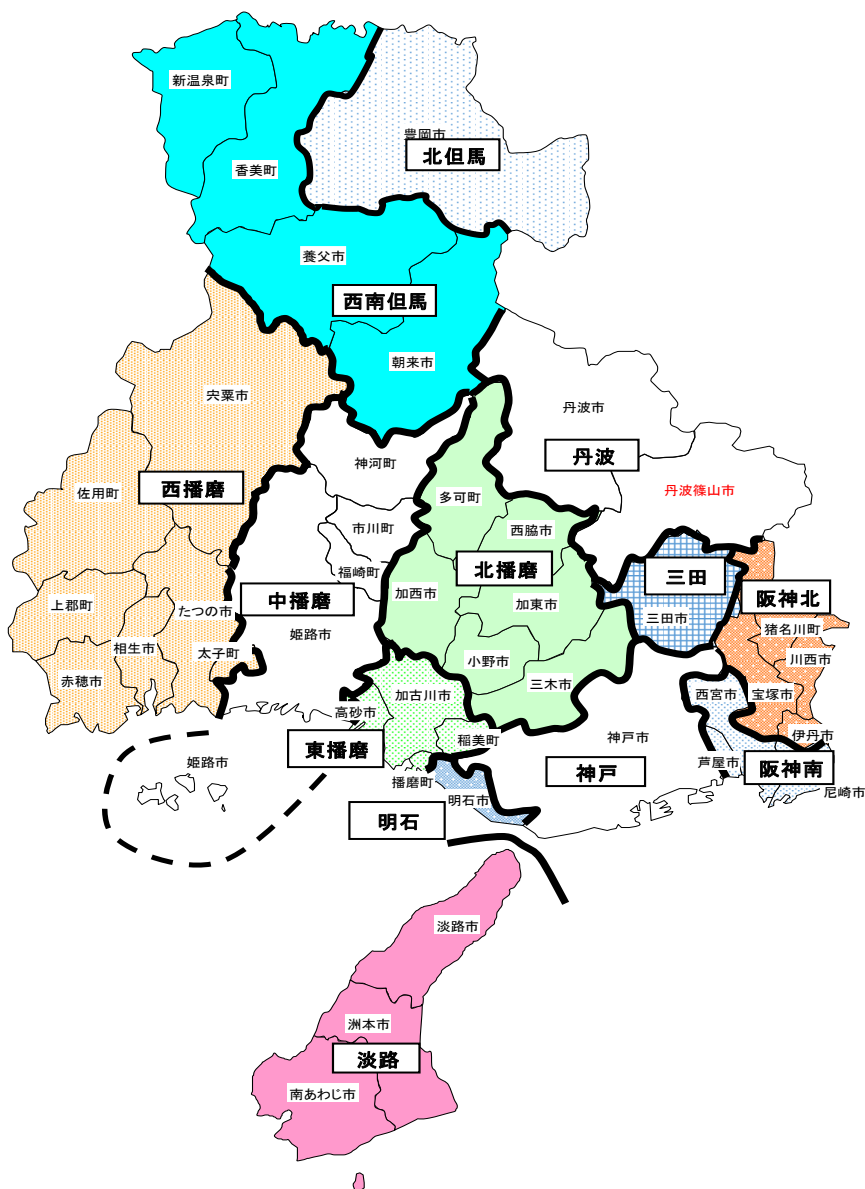
**(6) 救急安心センター事業（#7119）の全県展開に関する調査研究**

他自治体における先行事例の状況なども踏まえながら、救急安心センター事業（#7119）の全県展開に関する調査研究を継続する。

**【目標】**

目標	現状値	目標値(達成年度)	備考
救命救急センター充 実段階評価『S』の割合	40% (R4)	70% (R11)	全国平均 32.9% (R3)

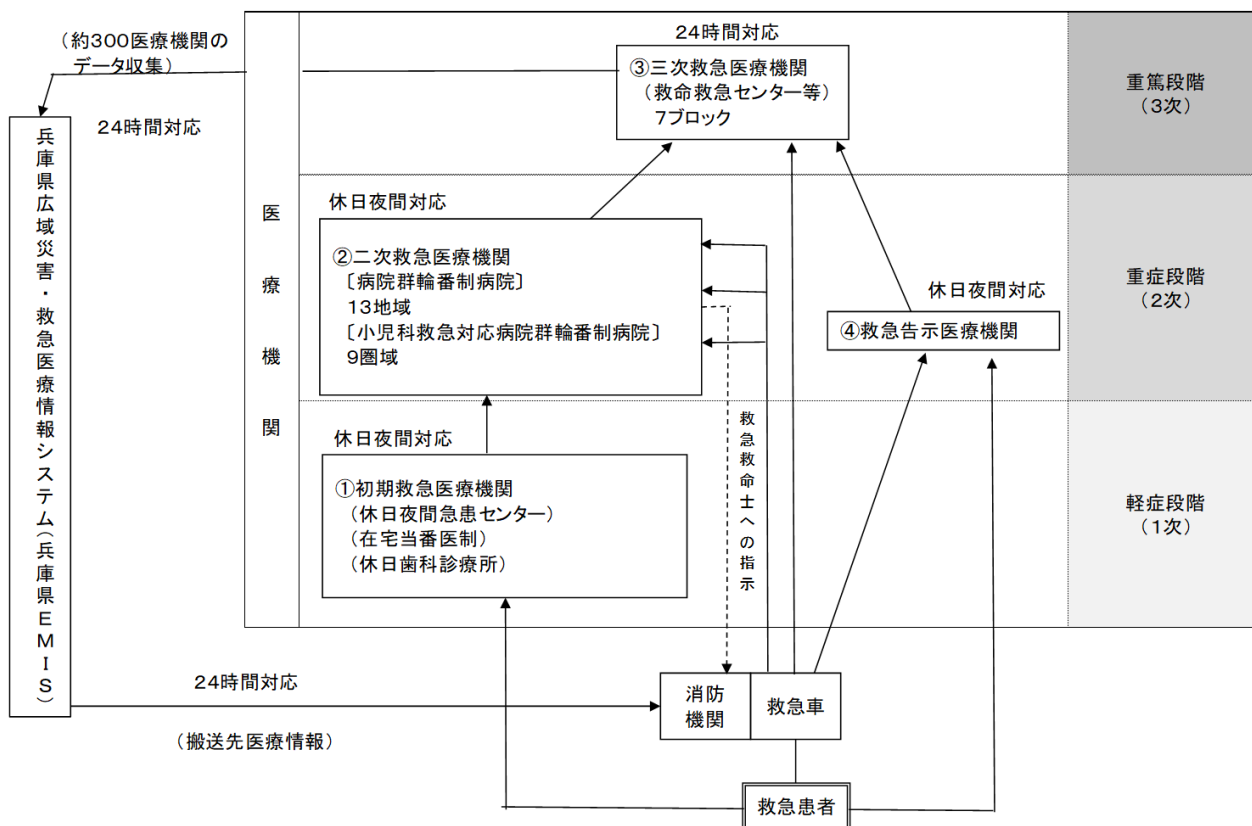
救急医療圏域図（1次、2次）



救急医療圏域区分

区分	1次救急(市町)	2次救急(地域)	3次救急(圏域)
地域区分	市 町 単 位	神 戸	神 戸
		三 田	阪 神
		阪 神 南	阪 神
		阪 神 北	
		明 石	播 磨 東
		東 播 磨	播 磨 姫 路
		北 播 磨	
		中 播 磨	
		西 播 磨	但 馬
		西 南 但 馬	丹 波
北 但 馬	淡 路		
丹 波			
淡 路			
計	29市12町	13	7

救急医療体制



- ① 初期救急医療機関【休日夜間急患センター、在宅当番医制、休日歯科診療所】  
入院・手術等を必要としない比較的軽症な救急患者に対応する。
- ② 2次救急医療機関【病院群輪番制】  
入院・手術等を必要とする重症救急患者に対応する。  
〔病院群輪番制〕  
2次保健医療圏内に地域を設定し、重症患者に対応できる数病院が交替で休日・夜間における診療を受け持つ。(2次救急医療圏域13地域で実施)  
〔小児科救急対応病院群輪番制〕  
2次保健医療圏内に設定した小児救急医療圏域において、小児科重症救急患者に対応できる数病院が交替で休日・夜間における診療を受け持つ。  
(2次小児救急医療圏域9圏域で実施)
- ③ 3次救急医療機関【救命救急センター、3次的機能病院】  
脳卒中、心筋梗塞、頭部外傷などの重篤救急患者へ対応するため、高度の診療機能を備え、24時間受け入れ可能な体制をとる。
- ④ 救急告示医療機関  
医療機関からの申し出により、施設・受け入れ体制の整ったものについて都道府県知事が認定し告示する。

なお、休日夜間急患センター及び救急医療機関についての情報を、県広域災害・救急医療情報システム(兵庫県EMIS)のホームページで提供している。

[参照URL] <https://web.qq.pref.hyogo.lg.jp/ap/qq/men/pwtpmenu101.aspx>

休日夜間急患センター及び救命救急センター等設置状況一覧

1 休日夜間急患センター

(令和5年4月1日現在)

	施設名	所在地
1	神戸市医師会急病診療所	神戸市中央区橋通4-1-20
2	神戸市医師会東部休日急病診療所	神戸市灘区岸地通1-1-1灘区民ホール3階
3	神戸市医師会西部休日急病診療所	神戸市西区学園西町4-2
4	神戸市医師会北部休日急病診療所	神戸市北区山田町下谷上字池ノ内4-1
5	神戸こども初期急病センター	神戸市中央区脇浜海岸通1-4-1
6	公益財団法人尼崎健康医療財団 休日夜間急病診療所	尼崎市水堂町3-15-20
7	西宮市応急診療所	西宮市池田町13-3
8	芦屋市立休日応急診療所	芦屋市公光町5-13
9	伊丹市休日応急診療所	伊丹市千増1-1-1
10	阪神北広域こども急病センター	伊丹市昆陽池2-10
11	川西リハビリテーション病院	川西市東畦野5-18-1
12	宝塚市立休日応急診療所	宝塚市小浜4-4-1
13	三田市休日応急診療センター	三田市天神1-10-14
14	明石市立夜間休日応急診療所	明石市大久保町八木743-33
15	東はりま夜間休日応急診療センター	加古川市東神吉町西井ノ口379-1
16	西脇多可休日急患センター	西脇市下戸田652-1市立西脇病院内
17	姫路市休日・夜間急病センター	姫路市西今宿3-7-21
18	揖龍休日夜間急病センター	たつの市龍野町富永410-2
19	南但休日診療所	朝来市和田山町法興寺378-1
20	豊岡市立休日急病診療所	豊岡市立野町12-12
21	丹波篠山市休日診療所	丹波篠山市黒岡191
22	丹波市休日応急診療所	丹波市氷上町石生2095-5
23	洲本市応急診療所	洲本市港2-26
24	南あわじ市休日応急診療所	南あわじ市賀集1065-7
25	淡路市休日応急診療所	淡路市志筑1600-1

兵庫県広域災害・救急医療情報システム（兵庫県EMIS）／休日夜間急患センター一覧

[参照URL] <https://web.qq.pref.hyogo.lg.jp/ap/qq/sho/pwqqkansr01.aspx>

## 2 救命救急センター等

	施設名	所在地
救命救急センター	兵庫県災害医療センター	神戸市中央区脇浜海岸通1-3-1
	神戸市立医療センター中央市民病院	神戸市中央区港島南町2-1-1
	神戸大学医学部附属病院	神戸市中央区楠町7丁目5-2
	県立尼崎総合医療センター	尼崎市東難波町2-17-77
	兵庫医科大学病院	西宮市武庫川町1-1
	県立西宮病院	西宮市六湛寺町13-9
	県立加古川医療センター	加古川市神野町神野203
	県立はりま姫路総合医療センター	姫路市神屋町3丁目264番地
	公立豊岡病院組合立豊岡病院	豊岡市戸牧1094
	県立淡路医療センター ※	洲本市塩屋1-1-137
3次的機能病院	県立丹波医療センター	丹波市氷上町石生2002番地7

※ 県立淡路医療センターは地域救命救急センターとして指定。

救急医療体制地区別整備状況

(令和5年4月1日現在)

区分	2次保健医療圏域	1次救急(軽症)			2次救急(重症)		3次救急(重篤)	
		地区名	休日夜間急患センター	在宅当番医制	地域名	病院群輪番制	圏域名	救命救急センター等
地域区分	神戸	神戸市 (東灘区・灘区・中央区・兵庫区・北区・ 長田区・須磨区・垂水区・西区)	◎ (5箇所に対応)		神戸(※)	◎	神戸	● 兵庫県災害医療センター ● 神戸市立医療センター 中央市民病院 ● 神戸大学医学部附属病院
	阪神	三田市	○		三田(※)	◎	阪神	● 県立尼崎総合医療センター ● 兵庫医科大学病院 ● 県立西宮病院
		尼崎市	◎	◎				
		西宮市	◎	◎	阪神南	◎		
		芦屋市	○	◎				
		伊丹市	○	◎	阪神北	◎		
		川西市・川辺郡	○	(小児科を広域で対応)				
	宝塚市	○						
	東播磨	明石市	◎	○	明石	◎	播磨東	● 県立加古川医療センター
		加古川市・加古郡	◎	○	東播磨	◎		
		高砂市		○				
	北播磨	西脇市・多可郡	○		北播磨	◎	播磨東	● 県立加古川医療センター
		三木市		○				
		小野市・加東市		○				
		加西市		○				
	播磨姫路	姫路市	◎	○	中播磨	◎	播磨姫路	● 県立はりま姫路総合医療センター
		姫路市(旧家島町)		○				
		神崎郡		○				
		たつの市・揖保郡	○		西播磨	◎		
		宍粟市		○				
		佐用郡		○				
相生市			○					
赤穂市			○					
但馬	養父市	○		西南但馬	◎	但馬	● 公立豊岡病院	
	朝来市							
	美方郡	公立病院等で対応						
	豊岡市	○		北但馬	◎			
丹波	丹波篠山市	○		丹波	◎	丹波	▲ 県立丹波医療センター	
	丹波市	○						
淡路	洲本市	◎		淡路	◎	淡路	● 県立淡路医療センター	
	淡路市	○						
	南あわじ市	○						
計	8圏域	25機関	17地区	13地域	13箇所	7ブロック	11機関	

○は、毎休日に救急体制を実施 ◎は、毎休日・毎夜間に救急体制を実施  
「救命救急センター等」の●は救命救急センター、▲は3次的機能病院を表す。  
※ 三田地域は、地理的条件などを含め神戸市との患者の流出入が多いことから、今後も更なる連携を進める中で体制の強化を図る。  
注 3次救急においては、圏域を越えて相互補完している。



## 第7章 小児救急を含む小児医療

小児救急医療は、医療機関、消防機関、行政機関等が協力して、救急医療体制を基本に1次小児救急から3次小児救急までの小児救急医療体制によって対応している。

小児救急に携わる医師の不足等により、小児救急体制の確保が困難となっている実態を踏まえ、小児医療連携圏域を設定して、小児医療機能の集約化と連携を進め、限られた医療資源の効果的な活用と小児医療体制の確保・充実を目指す。

### 【現状と課題】

本県では、県民誰もが安心して子育てできる社会の実現に向け、小児科医の確保、初期・2次・3次救急の充実、医療機関相互のネットワークの充実、小児救急医療電話相談の実施等、小児救急を含む小児医療の体制充実を図っている。

#### (1) 小児救急医療電話相談体制

小児救急患者の家族等の不安の軽減を図るため、小児科医師によるバックアップ体制のもと、看護師が症状への対応方法等の助言及び適切な受診医療機関の案内などを行う小児救急医療電話相談を実施している。

##### ア 子ども医療電話相談（#8000）

対象圏域：県下全域

##### イ 地域における小児救急医療電話相談

小児救急医療電話相談窓口を圏域にも設置し、小児救急患者の家族等からの相談に対応する。

実施圏域：神戸圏域、阪神北圏域、東播磨圏域、北播磨圏域

播磨姫路圏域、但馬圏域、丹波圏域、淡路圏域

※阪神南圏域については、各市の事業により電話相談窓口を設置し、対応している。

#### (2) 1次小児救急医療体制

休日及び夜間における1次小児救急患者については、1次救急医療機関である休日夜間急患センター、在宅当番医制により対応することとしている。

また、1次救急医療機関において小児科に対応していない地域については、救急告示医療機関や2次小児救急病院で対応することとしている。

東播磨・北播磨の市町をはじめ、休日夜間急患センター、在宅当番医制、1次小児救急医療を担う小児科救急対応病院群輪番制のいずれにおいても対応できていない空白日、時間が生じている地域がある。

#### (3) 2次小児救急医療体制

休日及び夜間における2次小児救急患者に対応し、1次小児救急医療機関の後送先ともなる病院を確保するため、地域内の小児科医師を確保する病院群が輪番制方式（小児科救急対応病院群輪番制）により対応することとしている。

小児科救急対応病院群輪番制については、2次小児救急医療圏域に基づき

体制を確立しており、狭い地域に比較的多数の病院がある場合は円滑な運用が期待できるが、広い地域に少数の病院が散在している場合には必ずしも効果的な運営が期待できない場合がある。また圏域によっては輪番制の当番日に空白がある場合は、隣接圏域の当番病院との連携等により対応している場合がある。

#### (4) 3次小児救急医療体制

県立こども病院（平成14年10月から3次小児救急患者に対する救命救急医療を提供、平成19年10月、小児救急専用のICUをもつ小児救急医療センターを整備、平成28年5月、メディカルクラスターの中核病院としてポートアイランドに移転）及び、県立尼崎総合医療センター（平成27年7月、県立尼崎病院と県立塚口病院を統合再編）の2機関を、平成29年4月に「小児救命救急センター」に指定し、重篤な小児救急患者を24時間体制で受け入れる等、順次3次小児救急医療体制の充実を図っている。

また、3次救急医療圏域7ブロックに設置している救命救急センター等の3次救急病院においても、小児3次救急患者に対する救命救急医療を確保している。

3次小児救急医療においては、県立こども病院及び県立尼崎総合医療センターと各圏域の2次小児救急病院との円滑な連携体制を構築する必要がある。

#### (5) 小児科医の確保

特定の地域、診療科における医師の偏在等により、県内でも小児科医の確保が困難な地域が多く存在する。

#### (6) 小児救急医療を担う医師の研修体制

1次小児救急医療に対応できる医師を養成するため、平成14年度から内科医師等を対象に小児救急医療研修を実施している。小児救急医療研修受講者については、小児救急医療体制への参画を促進する必要がある。

#### (7) 小児向け在宅医療提供体制の確保

重症心身障害児や医療的ケアが必要な障害児が退院後も安心して身近な地域で療養・療育が可能となるよう、医療・福祉・教育等多くの関係職種及び関係機関との連携体制を構築し、地域の実情に応じた小児等在宅医療提供体制の整備が必要である。

#### (8) 児童虐待防止に対する医療ネットワークの構築

児童虐待の対応件数は年々増加しており、医療機関には頭部外傷をはじめ、虐待を疑わせる児童の受診も多い。このため、中核的な医療機関を中心とした医療機関のネットワークの構築や児童虐待対応の向上を図る必要がある。

#### (9) 小児医療連携圏域の設定

ア 平成19年7月に国から示された「小児医療の体制構築に係る指針」において、小児に係る2次医療機能を担う「小児地域医療センター」と3次医療機能を担う「小児中核病院」を位置付け、小児救急を含む小児医療の連携体制

を構築すべきことが示された。

イ 県内でも小児科医の確保が困難な地域が多いなかで、小児救急を含む小児医療を継続的に確保していくために、小児医療に係る連携を進める小児医療連携圏域を設定している。

ウ 小児の専門医療を実施し24時間365日入院医療を要する小児救急に対応する小児地域医療センターを連携圏域ごとに位置付け、小児科救急対応病院群輪番制参加病院をはじめとする地域の小児医療機関との連携体制を構築している。

エ 2次医療機能を担う小児地域医療センターを、小児医療連携圏域（8圏域）に各1か所以上合計11機関設置している。

**<参考>国の指針に位置付けられた小児医療機能（2次・3次）**

小児地域医療センター：県内11機関

小児専門医療を実施し、24時間365日小児救急への対応が可能な病院

小児中核病院：県内4機関

高度専門的な小児医療を実施し、小児救命救急医療を24時間体制で実施する病院

**(10) 災害・新興感染症への対応**

災害発生時や新興感染症の発生・まん延時においても、地域の小児医療体制を確保できるよう、平時からの体制整備が必要となっている。

**【推進方策】**

**1 小児救急医療体制の充実**

**(1) 1次小児救急医療体制の整備**

ア 住民の利便性の向上を図るため、1次小児救急医療体制の診療日及び診療時間等の充実を図る。（市町）

イ 郡市ごとに1次小児救急医療体制の確保が困難な地域については、広域的な1次小児救急医療機関の整備を進める。（市町、医療機関）

**(2) 2次小児救急医療体制の整備**

2次小児救急医療圏域を単位として、小児科救急対応病院群輪番制等による2次小児救急医療体制の整備を推進する。（県、市町、医療機関）

**(3) 3次小児救急医療体制の整備**

ア 小児救命救急センターである県立こども病院、県立尼崎総合医療センターとともに、神戸大学医学部附属病院、兵庫医科大学病院を小児中核病院と位置付け、3次小児救急医療体制の充実を図る。（県、医療機関）

イ これらの小児中核病院が各地域の小児地域医療センターや小児科救急対応病院群輪番制参加病院を支援する体制を整備する。（県、市町、医療機関）

＜2次小児救急圏域と小児医療連携圏域＞

2次保健医療圏域	構成市町	2次小児救急圏域	小児医療連携圏域	小児地域医療センター	小児中核病院
神戸	神戸市 三田市	神戸・三田	神戸・三田	神戸市立医療センター中央市民病院 済生会兵庫県病院 甲南医療センター 神戸市立西神戸医療センター	★県立こども病院
阪神	尼崎市・西宮市・芦屋市 伊丹市・宝塚市・川西市・猪名川町	阪神南 阪神北	阪神	市立伊丹病院	
東播磨	明石市・加古川市・高砂市・稲美町・播磨町	東播磨	東播磨	加古川中央市民病院	神戸大学医学部附属病院
北播磨	西脇市・三木市・小野市・加西市・加東市・多可町	北播磨	北播磨	北播磨総合医療センター	兵庫医科大学病院
播磨姫路	姫路市・福崎町・市川町・神河町・相生市・たつの市・赤穂市・宍粟市・太子町・上郡町・佐用町	播磨姫路	播磨姫路	姫路赤十字病院	★：小児救命救急センター
但馬	豊岡市・養父市・朝来市・香美町・新温泉町	但馬	但馬	公立豊岡病院	
丹波	丹波篠山市・丹波市	丹波	丹波	県立丹波医療センター	
淡路	洲本市・南あわじ市・淡路市	淡路	淡路	県立淡路医療センター	
8圏域	41市町	9圏域	8連携圏域	11機関	

(4) 小児救急医療を担う医師の研修体制

- ア 小児救急医療研修受講者の中から、より多くの医師が小児救急医療体制に参画されるよう働きかける。(県、関係団体)
- イ 小児救急医師の人材を養成・確保するため、全県の医療人材養成・派遣の拠点である地域医療活性化センターの活用や、医師会等と連携し研修事業を実施する。(県、医師会)
- ウ 県専攻医の採用、女性医師再就業支援センターを通じ、小児科医の確保、養成を図る。(県)

2 地域における小児医療体制の確保

(1) 災害時における小児救急体制の確保

災害時小児周産期リエゾン養成研修（厚生労働省実施）へ医師、助産師、看護師等を派遣し、災害時小児周産期リエゾンを養成する。(県、市町、関係団体)

(2) 小児向け在宅医療提供・連携体制の確保

医療的ケアを必要とする小児等の在宅療養患者とその家族が、安心して暮らしていける在宅医療提供体制を構築するため、医師、看護師、理学療法士等に対し小児在宅医療講習会を実施するとともに、地域の実情に応じた市町の取組を支援し、医療・福祉・教育等多くの関係職種及び関係機関との連携体制を構築する。(県、市町、関係団体)

(3) 児童虐待防止に対する医療ネットワークの構築

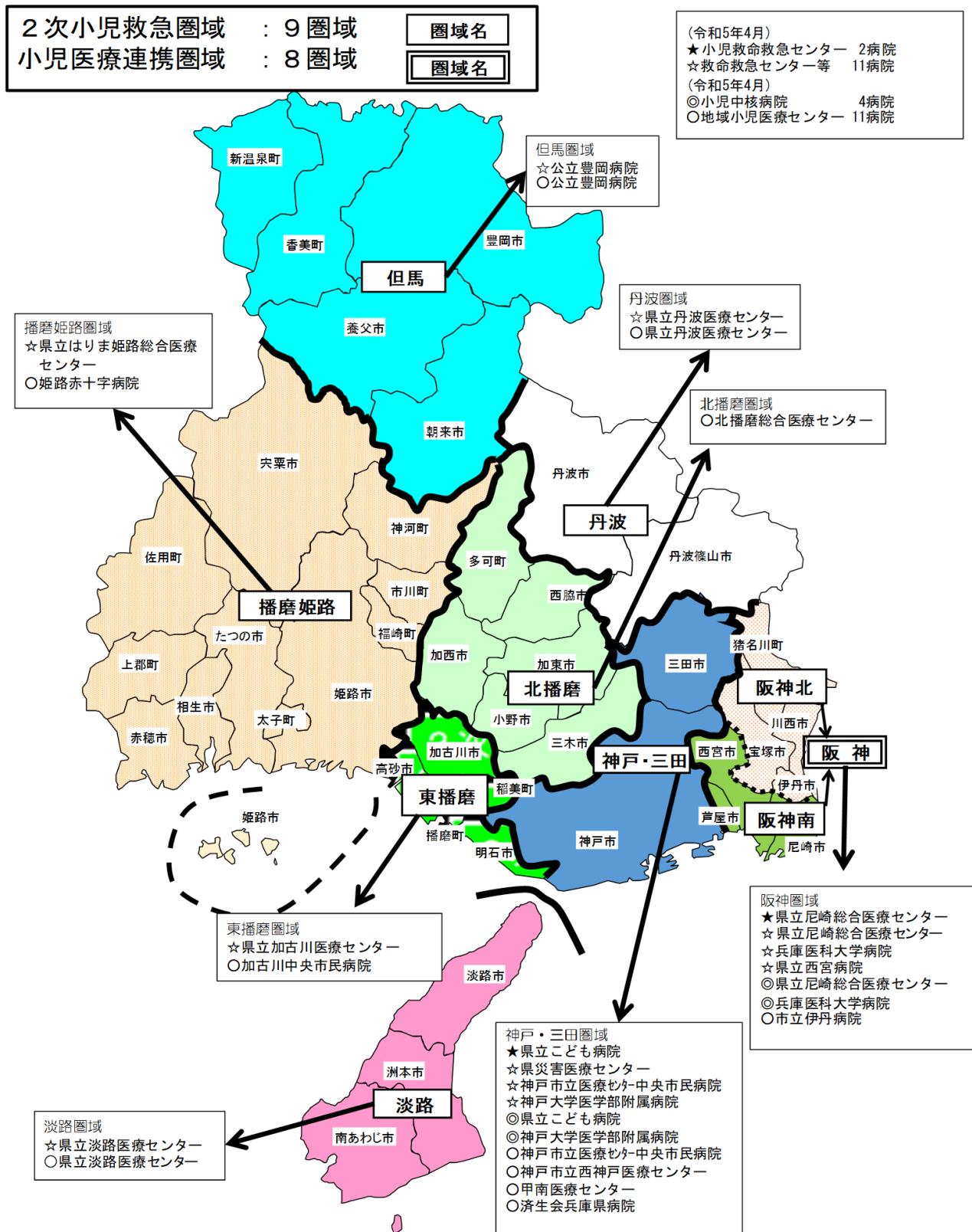
県立尼崎総合医療センターを中核として、県内各医療機関のネットワークの

構築や保健医療従事者の教育研修等を行い、児童虐待対応の向上を図る。  
(県、医療機関)

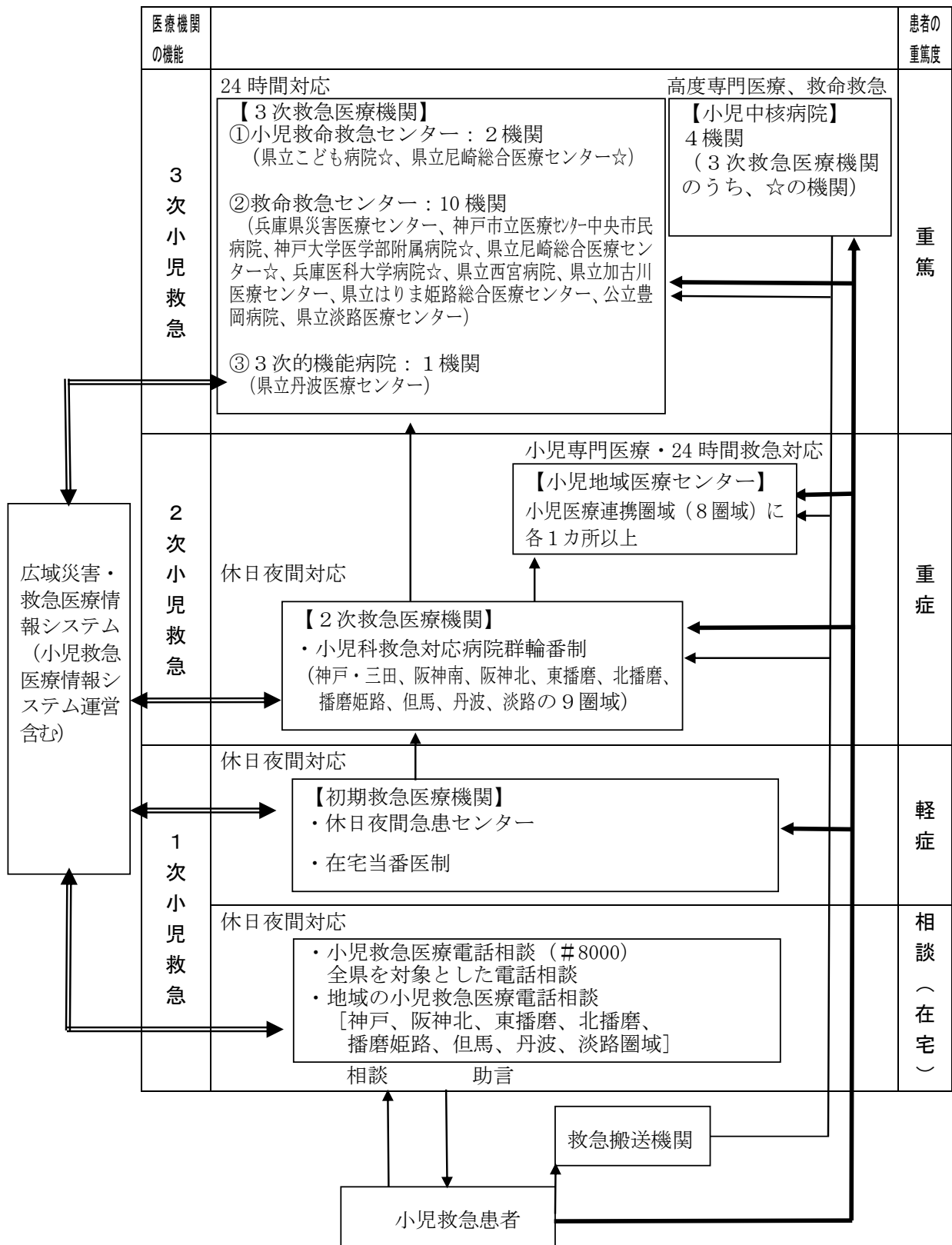
**【目 標】**

目 標	現 状 値	目 標 設 定 (達 成 年 度)
乳児死亡率	1.2 (R4)	全国平均以下を維持 参考：R4 全国平均 1.8

< 2次小児救急医療圏域・小児医療連携圏域図 >



### 小児救急医療体制図



## 第8章 災害医療

阪神・淡路大震災の教訓を踏まえるとともに、県下において平成16年10月に発生した台風第23号による水害や、平成17年4月に発生したJR福知山線列車脱線事故、平成23年3月に東北地方太平洋沿岸域を中心に未曾有の被害をもたらした東日本大震災等、県内外で発生する様々な災害に対応できるよう、災害拠点病院間の連携体制を構築し、災害医療情報の収集・提供、医療機関や搬送機関への指示要請、救命救急医療の提供、患者の搬送、医薬品の備蓄などについての総合的なシステムを整備する。

また、災害初動期において迅速かつ効率的な救護活動ができるよう、医療従事者に対する知識の普及啓発や、兵庫DMA T指定病院\*における体制整備に取り組む。

\*兵庫DMA T (Disaster Medical Assistance Team: 災害派遣医療チーム)

災害急性期(概ね48時間以内)に活動できる機動性を持った、専門的な訓練(国で研修実施)を受けた医療チーム(災害拠点病院、救命救急センター職員で構成)

\*兵庫DMA T指定病院

兵庫県が指定する、地域における災害医療の中核施設となるDMA Tを持つ病院

### 【現状と課題】

#### (1) 広域災害救急医療情報システムの整備

(兵庫県EMIS)

平成8年12月	従来の救急医療情報システムを、阪神・淡路大震災の教訓を踏まえ、大規模災害時に医療機関の被災情報を収集できる兵庫県広域災害・救急医療情報システム(兵庫県EMIS)として更新
平成15年4月	システムをWeb化して、局所的な中小規模災害にも対応できる緊急搬送要請モードを追加整備
平成21年4月	搬送困難事案に対応するため、個別搬送要請機能を追加整備
平成28年4月	時代のニーズに合わせ、スマートフォン・タブレット端末への対応画面の新設
令和5年4月	<ul style="list-style-type: none"> <li>・救急搬送支援情報の機能の追加</li> <li>・機関調査機能の追加</li> <li>・緊急搬送要請(エリア災害)機能の改修</li> <li>・訓練モード・練習モードの追加</li> <li>・広域災害救急医療情報システム(厚生労働省EMIS)との連携停止</li> </ul>



(厚生労働省EMIS)

厚生労働省においても大規模災害時に医療機関の被災情報やDMATの情報等を収集するための広域災害救急医療情報システム(厚生労働省EMIS)を整備し運営している。他都道府県のDMATは、大規模災害時に厚生労働省EMISから情報収集を行う運用になっている。

そのため、平成30年度に関係機関と協議を行い、災害時の医療機関からの被災状況等の報告では、兵庫県EMISより厚生労働省EMISを優先して活用する方針を整理し、医療機関向け入力マニュアルを整備・周知した。今後、災害時に医療機関等が円滑に対応できるよう入力訓練等により厚生労働省EMISの操作方法への習熟を深める必要がある。

## (2) 兵庫県災害医療センターの整備

災害救急医療システムの中核施設である兵庫県災害医療センターは、県の基幹災害拠点病院として、大規模災害に対応できるよう、平時から救命救急センターとして救命救急医療を提供するほか、災害医療情報の収集・提供、医療機関や搬送機関に対する指示・要請、ヘリコプターなどを活用した患者搬送、医薬品等の備蓄、災害医療コーディネーターや救護班として派遣される災害医療従事者に対して、研修や訓練を行っている。

また、併設されている神戸赤十字病院についても、基幹災害拠点病院として兵庫県災害医療センターの後方支援機能を担っている。

## (3) 災害救急医療情報指令センターの整備

平成15年8月に、県災害医療センター内に災害救急医療情報指令センターを整備し、運営している。広域災害・救急医療情報システムを活用して得られた総合的な情報をもとに、兵庫DMAT、災害拠点病院救護班の派遣や患者搬送等の調整を指示している。

## (4) 災害医療圏域の設定

災害医療対応する医療圏域については、県民局又は県民センターに災害対策地方本部が設定されて県民局等の単位で災害対応を行うため、県民局体制と一致する圏域で設定する。(災害医療圏域図・災害拠点病院位置図参照)

## (5) 災害拠点病院の整備

災害時に被災患者の受け入れ・治療、救護班の派遣等を行う災害拠点病院を、各災害医療圏域に原則1か所整備することとし、現在19病院を指定し全ての災害医療圏域に整備している。各病院に対しては、耐震強化工事や受水槽、自家発電装置、備蓄倉庫、医療機器、業務継続計画(BCP)の策定などの計画的な整備を指導している。

## (6) 兵庫県災害医療コーディネーターの整備

災害時の院内における負傷者の受入等の災害対応、院外におけるDMATや救護班の活動の後方支援、地域医療情報センターの支援を担う兵庫県災害医療コーディネーターを、災害拠点病院の救命救急センター長・救急部長・外科部長を中心に、下表のとおり災害医療コーディネーターを委嘱している。

また、災害発生時に地域の災害医療全般をコーディネートできるように、人材の

確保・養成を図っていく必要がある。

(兵庫県災害医療コーディネーターの推移)

	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5
合計	109	109	109	109	116	117	118	117	117
災害拠点病院	82	82	82	82	89	91	92	97	97
医師会	27	27	27	27	27	26	26	20	20

○兵庫県災害医療コーディネーター

全県又は災害医療圏域内において、被災患者の受入先、救護班及び兵庫DMATの派遣及び受入等についての調整及び支援の役割を担い、災害発生時に、地域医療情報センター、健康福祉事務所、市町、医療機関、消防機関等に対して災害医療の確保について助言、指導、連絡調整を行う。平時において地域医療情報センター、市町等が行う災害救急医療システムの整備について、助言、指導を行う。

(7) 統括DMATの確保

災害時に被災地域において、地方公共団体、消防等関係機関との調整、情報共有を行い、県内外のDMATに対する適切な指示を行うために、統括DMATの養成を平成19年度から始め、令和5年現在で19の兵庫DMAT指定病院に33名配置(DMAT隊員は379名配置)している。

今後、未配置の災害拠点病院について、統括DMATの配置を行っていく必要がある。

○統括DMAT

厚生労働省が実施する「統括DMAT研修」を修了し、厚生労働省に登録された者で、通常時にはDMATに関する訓練・研修、都道府県等の災害医療体制に関する助言等を行い、災害時には各DMAT本部の責任者として活動する。

(8) 救急搬送体制の整備

災害時における救急患者や医薬品等救援物資の搬送を効果的に行うため、防災関係機関と連携し、ヘリコプターなどによる搬送体制を整備するとともに、災害拠点病院等のヘリポート、患者搬送車の整備などを進めている。

(9) 医薬品等備蓄体制の整備

県災害医療センター及び各災害拠点病院に、災害発生直後に必要な救急用医薬品・衛生材料及び救護班が携行する医療資器材等を備蓄している。

また、県医薬品卸業協会などと災害時の医薬品等の供給について協定を締結している。

(10) 圏域における「災害時保健医療マニュアル」の策定

平成8年度以降、災害時における迅速かつ効率的な救護活動の実現を目指し、救護班の派遣・受入体制、地域医療情報センター、災害拠点病院、郡市区医師会・歯科医師会、消防本部等の具体的な役割や行動を明示した、災害医療圏域単位の「地域災害救急医療マニュアル」を策定している。平成25年度に「地域災害

救急医療マニュアル」を改訂し、マニュアル内容の検証のため、訓練を実施してきた。

平成28年熊本地震の教訓をうけ、令和元年度に、関係者との協議を経て策定した指針を参考に、各圏域で「災害時保健医療マニュアル」を策定した。

#### (11) 医療マンパワー、広域応援体制の確保

兵庫県では、地域防災計画に兵庫DMAT、日本赤十字社、災害拠点病院救護班等の派遣を定めるほか、平成8年度に近畿2府7県震災時等の相互応援に関する協定（平成24年度に近畿圏危機発生時に相互応援に関する協定を締結）及び全国都道府県における災害時等の広域応援に関する協定を締結し、相互応援体制を整えている。

また、県医師会と医療救護活動に対する応援協定として「災害時の医療救護についての協定書」を締結しており、JMAT兵庫の派遣体制を構築している。

##### ○ J M A T 兵庫

（一社）兵庫県医師会が編成・派遣する、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、事務員等で構成される災害医療チーム。兵庫県と（一社）兵庫県医師会との間で締結している災害時の医療救護についての協定に基づき、県内外の災害発生時に兵庫県の支援要請を受けて活動することを基本とする。下記JMATの都道府県チームの一つとして恒常的な組織化を行っている。

##### ○ J M A T（Japan Medical Association Team：日本医師会災害医療チーム）

日本医師会が被災地の医師会等からの要請に基づいて、都道府県医師会ごとにチームを編成し、派遣する災害医療チーム。災害急性期の医療を担当するDMATと連携して被災地の支援に入り、主に急性期後現地の医療体制が回復するまでの間、避難所等から地域医療を支える。

#### (12) 広域医療搬送体制等の整備

大規模地震発生時において、被災地内では対応が困難な重篤患者を被災地外の医療機関へ搬送して治療を行えるように広域医療搬送に係る体制を構築することが重要とされ、内閣府及び厚生労働省の連名により通知（※）が行われた。本通知に基づき県内の神戸空港・但馬空港・大阪国際空港・三木総合防災公園にSCUの整備を進めている。

※平成22年7月30日付「広域医療搬送拠点臨時医療施設（SCU）の整備促進について」通知

#### (13) 保健医療福祉調整本部の整備

平成28年熊本地震の教訓をうけ、厚生労働省から通知（※）が行われ、各都道府県における大規模災害時の保健医療活動に関する情報の連携、整理及び分析等の保健医療活動の総合調整を行う保健医療調整本部の設置について整備を進めた。

さらに、令和4年に通知が行われ、保健医療のみでは福祉分野の対応ができず、保健・医療・福祉の連携が重要であるとされたことを踏まえ、兵庫県においても保健医療調整本部を「保健医療福祉調整本部」として整備を進めている。

また、災害時に兵庫県災害医療コーディネーター、兵庫DMAT、統括DMAT、医療機関、JMAT兵庫、日本赤十字社兵庫県支部、各医療専門分野の災害対応チーム（DPAT・DHEAT・JDA-DAT・JDAT・災害支援ナー

ス・災害薬事コーディネーター等)による医療救護活動が円滑に進められるよう、その連携方策等について検討する必要がある。

※平成29年7月5日付け「大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備について」の通知

#### (14) 災害時の小児・周産期医療体制の整備

災害時の小児・周産期医療体制の支援及び搬送等に必要な知識及び技能等の習得を目的として、厚生労働省が平成28年度より実施している災害時小児周産期リエゾン養成研修に医師等を派遣している。

今後、災害時に小児・周産期医療に特化した調整役である「災害時小児周産期リエゾン」を配置し、体制を整える必要がある。

##### ○DPAT (Disaster Psychiatric Assistance Team: 災害派遣精神医療チーム)

精神保健医療機能が一時的に低下し、さらに災害ストレス等により新たに精神的問題が生じる等、精神保健医療への需要が拡大するような災害において、被災地域の精神保健医療ニーズの把握、他の保健医療体制との連携、各種関係機関等とのマネジメント、専門性の高い精神科医療の提供と精神保健活動の支援を行うために都道府県及び政令指定都市によって組織される、専門的な研修・訓練を受けた災害派遣精神医療チーム。

##### ○DHEAT (Disaster Health Emergency Assistance Team: 災害時健康危機管理支援チーム)

重大な健康危機が発生した際に、健康危機管理に必要な情報収集・分析や全体調整などの専門的研修・訓練を受けた都道府県及び政令指定都市の職員によって組織されたチームであり、被災都道府県に派遣され、被災都道府県等の本庁及び保健所に設置される健康危機管理組織の長による指揮調整機能等を補佐するもの。

##### ○JDA-DAT (The Japan Dietetic Association-Disaster Assistance Team: 日本栄養士会災害支援チーム)

災害発生時に被災地での栄養・食生活支援活動を行うため、専門研修を受けた栄養士・管理栄養士からなるチーム。日本栄養士会長が必要と判断したとき、あるいは国・都道府県・都道府県栄養士会等から要請があった場合に出動する。発災後72時間以内の初動活動を中心に、被災者への巡回個別相談、避難所での食事状況調査や衛生指導、栄養健康教育、特殊栄養食品の提供等を行う。

##### ○JDAT (Japan Dental Alliance Team: 日本災害歯科支援チーム)

災害発生後おおむね72時間以降に地域歯科保健医療専門職(災害歯科保健医療体制研修会を受講した者等)により編成されるチーム。緊急災害歯科医療や被災者への口腔衛生を中心とした公衆衛生活動の支援を通じて被災者の健康を守り、地域歯科医療の復旧を支援すること等を目的としている。

##### ○災害支援ナース

被災地等に派遣され、地域住民の健康維持・確保に必要な看護を提供するとと

もに、看護職員の心身の負担を軽減し支える看護支援活動を行う看護職員であり、医療法に基づき、厚生労働省が実施する災害支援ナース養成研修を修了し、「災害・感染症医療業務従事者」として登録された者

○災害薬事コーディネーター

災害時に、県が設置する保健医療福祉調整本部等において、被災地の医薬品等や薬剤師及び薬事・衛生面に関する情報の把握やマッチング等を行うことを目的として県において委嘱された薬剤師

○リエゾン

関係機関から派遣される人員で情報収集及び所属機関との連絡・調整を行う。

**【推進方策】**

**(1) 広域災害救急医療情報システムの整備**

兵庫県広域災害・救急医療情報システム（兵庫県E M I S）と広域災害救急医療情報システム（厚生労働省E M I S）の災害時の運用方法について、引き続き関係機関と協議しつつ、災害時に医療機関等が円滑に対応できるよう厚生労働省E M I Sの入力訓練等を行う。（県、医療機関、関係機関）

**(2) 災害拠点病院等の整備**

災害医療体制の充実強化を図るため、災害拠点病院が計画的に実施する耐震強化、ライフラインの維持・確保、ヘリポートの確保、医療資器材等の確保・備蓄などの整備事業に対する補助を行う。（県）

災害拠点病院における業務継続計画（BCP）に基づく訓練等を推進し、その他の病院についても、BCPの策定に努める。（県、医療機関）

県下の災害拠点病院間の連携強化を図るために、災害拠点病院連絡協議会の開催や、兵庫DMAT等の災害医療従事者研修などを継続的に実施する。兵庫DMATについては、DMAT養成研修や、統括DMAT研修への受講を進めていくとともに、既存の兵庫DMATの技能維持・向上を図るため近畿府県において合同訓練、合同研修等を実施していく。（県、医療機関）

災害拠点病院又は災害拠点精神科病院として指定された個別病院名は、県のホームページにおいて公表する。

**(3) 兵庫県災害医療コーディネーター**

災害時において、災害対策本部、地域医療情報センター（保健所等）や消防機関等の関係機関と連携し、地域の災害医療全般をコーディネートできるよう、訓練の企画への参画、訓練等を実施し人材の養成に取り組む。（県、医療機関、医師会等関係団体）

**(4) 統括DMATの確保**

DMATの本部の責任者として、災害医療コーディネーター、兵庫DMAT、医療機関、JMAT兵庫等の関係機関と医療救護活動の連携が図れる人材の養成を行う。

また、未配置の災害拠点病院の人材養成に取り組むとともに、災害拠点病院ごと

の地域偏在を是正する。(県、医療機関、医師会等関係団体)

(5) 「災害時保健医療マニュアル」に基づく訓練等

「災害時保健医療マニュアル」に基づく訓練等を実施し、医療従事者等の人材育成や関係団体との連携強化を推進していく。(県、市町、医療機関、関係団体)

(6) 広域医療搬送体制等の整備

DMA T・救護班の参集、また、重症患者等の搬送・受入拠点となるSCUとして、県下の空港(神戸空港、但馬空港、大阪国際空港)及びヘリが多数駐機できる三木総合防災公園を指定し、マニュアルの整備や訓練実施に努め、災害時における医療搬送体制の充実を図る。(県、医療機関、関係団体)

(7) 保健医療福祉調整本部等の整備

災害発生時に被災地域の医療ニーズ等の情報収集及び医療チームとの連絡調整等を行う本部組織(保健医療福祉調整本部、DMA T調整本部、DMA T活動拠点本部等)の連携体制の推進、充実強化を図り、各本部の組織体制の検討、本部の設置場所及び通信機器の確保方法の検討、関係機関との連携方策の検討等を行いマニュアルの整備等を進める。

また、本部の活動を支援するロジスティクス人材の育成方法等の検討や人材育成研修等についても取り組み、ロジスティクス体制等の整備を行う中で、今後連携強化が必要と考える県薬剤師会、県歯科医師会、県放射線技師会、県臨床検査技師会、民間団体等との連携体制について検討及び整備を進める。

保健医療福祉調整本部と関西広域連合との連携を図りつつ、今後、高い確率での発生が懸念されている「東海・東南海・南海」三連動地震や南海トラフ巨大地震など大規模広域災害の発生への備え、災害時における府県域を越えた広域医療体制の整備・充実に向けた取り組みを実施する。(県、市町、関西広域連合、医療機関、医師会等関係団体)

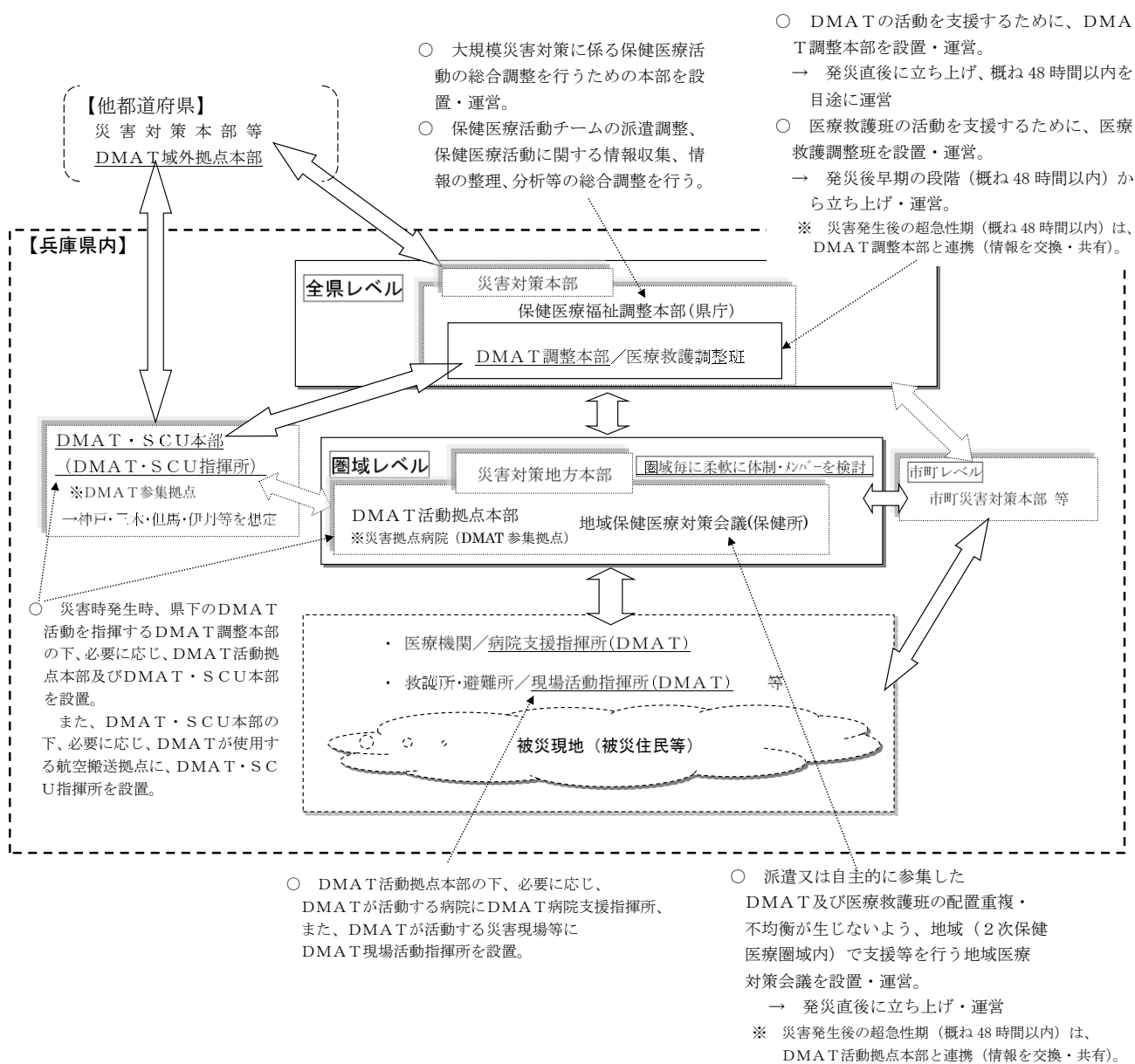
(8) 災害時の小児・周産期医療体制の整備

平時から効率的な情報共有を行える仕組みづくりを行い、災害時には平時の連携をベースとして、必要な情報収集・提供の行える「災害時小児周産期リエゾン」等の人材育成を推進する。(県、医療機関、関係団体)

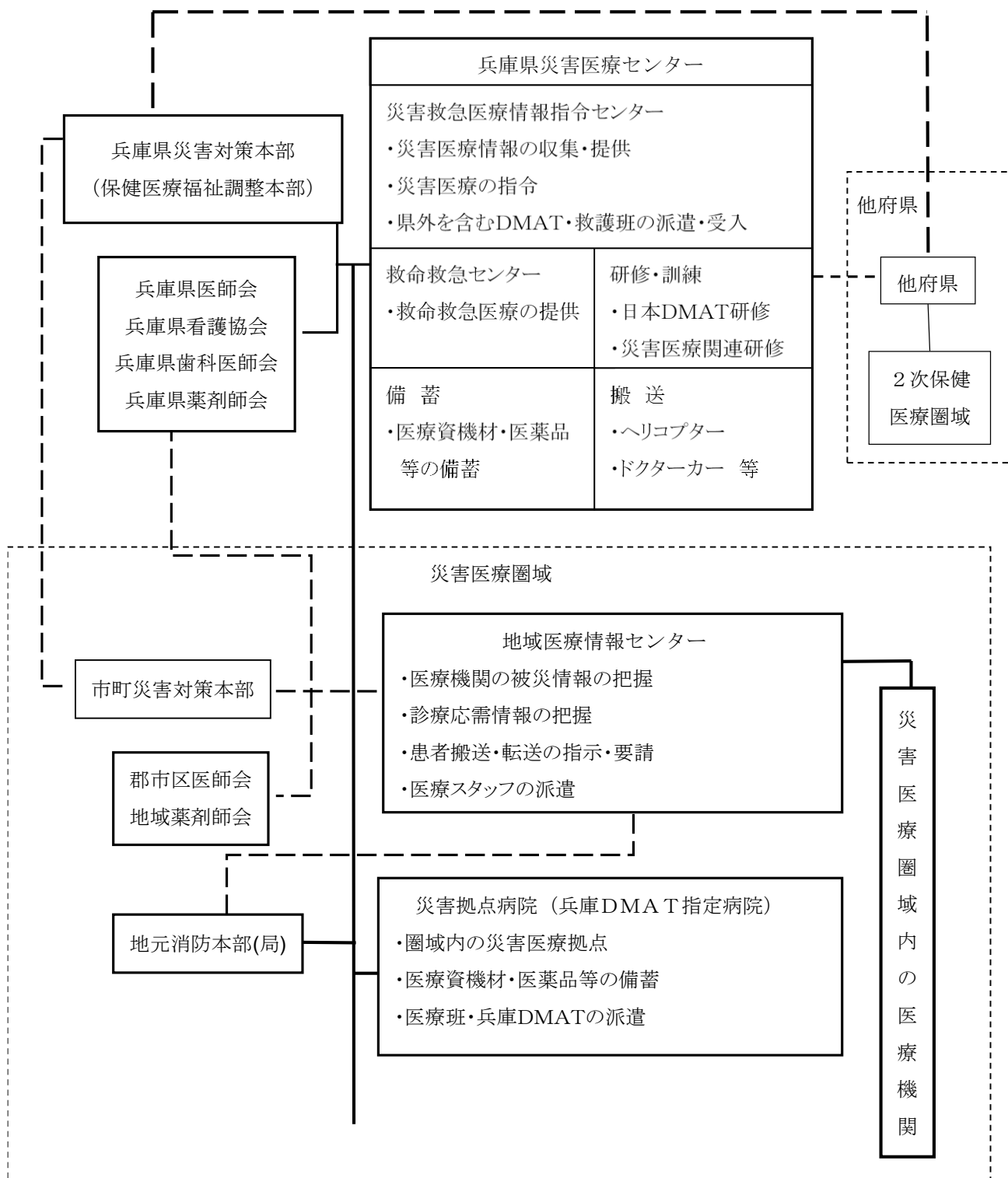
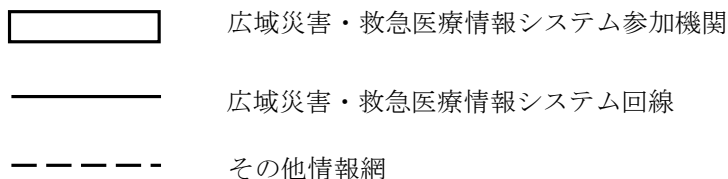
【目標】

目標	現状値	目標値(達成年度)
災害拠点病院ごとの統括DMA T数	19機関 33人 (1.7人/医療機関) (R5)	19機関 45人 (2人以上/医療機関) (R11)

災害発生時の医療活動への対応（県等における組織・系統図）

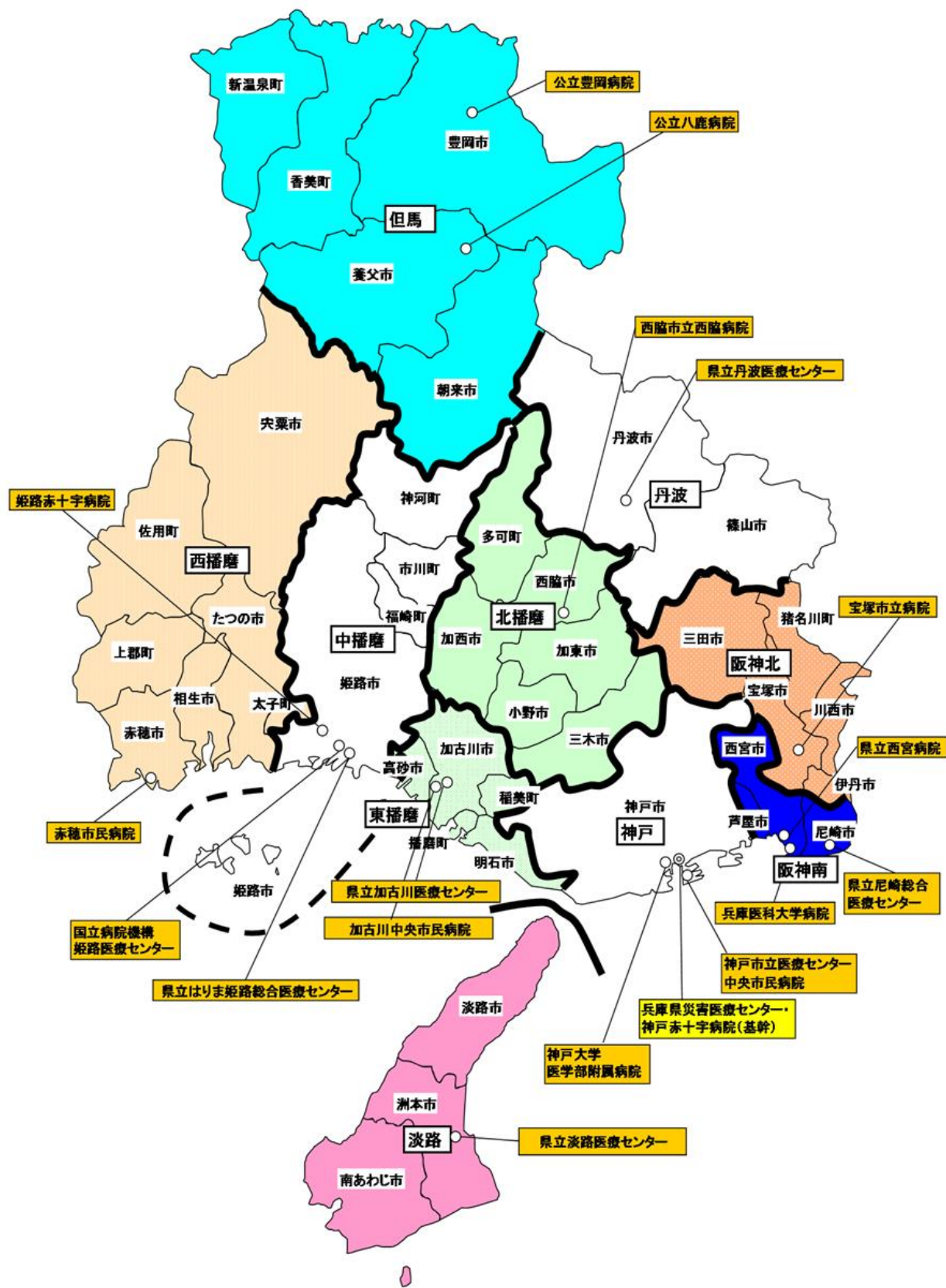


### 災害医療システム概念図





災害医療圏域図・災害拠点病院位置図



※ **網掛け** の病院は災害拠点病院・兵庫DMAT指定病院を表す。

※ **網掛け** の病院は基幹災害拠点病院を表す。

(令和5年4月時点)

## 第9章 新興感染症発生・まん延時における医療

新興感染症（感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号。以下「感染症法」という。）に規定する新型インフルエンザ等感染症、指定感染症及び新感染症をいう。）の発生・まん延時に、速やかに、感染症医療以外の通常医療との両立を図りつつ、機動的に入院等の医療提供体制の確保が図られるよう、感染症法に基づく医療措置協定の締結等の仕組みを活用し、平時から、対応準備を進める。

### 【現状と課題】

令和2年から令和5年までの新型コロナウイルス感染症（COVID-19）への対応において、様々な課題が明らかになった。次の新興感染症に備えるため、これらの課題を踏まえて、新興感染症発生・まん延時に、速やかに医療提供体制の確保が図られるよう、平時からの取組が必要である。

#### ○明らかになった主な課題

- ・ 感染症病床を有する感染症指定医療機関だけでは新型コロナウイルス感染症の入院患者を受けきれず、一般の病院ががん治療をはじめとする通常医療を制限してでも病床確保をする必要が生じたが、そうした事態を想定した入院調整、救急搬送、院内ゾーニングを含めた具体的な訓練は行われていなかったため、体制の立ち上げに時間がかかった。
- ・ 感染拡大初期において、感染症指定医療機関以外に新型コロナウイルス感染症の特性も明らかではない時期から対応する医療機関、ウイルスの特性が明らかになってきた後に対応する医療機関との役割が平時から明確ではなく、地域によって役割の調整が困難であった。
- ・ 感染拡大する中で病床等の確保計画を立案したが、新型コロナウイルス感染症の特性が明らかになった後においても、医療機関との認識のずれや医療人材の確保の困難さなどから、病床確保や発熱外来等の医療体制が十分に確保できないことがあった。

### 【推進方策】

新興感染症発生・まん延時に確保すべき医療提供体制として、入院、外来診療、自宅療養者等（居宅又は高齢者施設等で療養する新興感染症患者をいう。）への医療の提供、後方支援及び医療人材派遣に関する機能の確保を目指す。

これらの確保にあたっては、令和4年12月の感染症法改正により新たに設けられた医療措置協定や流行初期医療確保措置、公的医療機関等に対する医療提供の義務付けの仕組み等を活用しながら、兵庫県感染症対策連携協議会における関係者による協議等も踏まえ、平時から取組む。

なお、具体的な推進方策については、「兵庫県感染症予防計画」において定めるものとする。

[参照 URL] [https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf16/hw12\\_000000093.html](https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf16/hw12_000000093.html)

**【目標】**

感染症法の規定により、「兵庫県感染症予防計画」において「感染症に係る医療を提供する体制の確保その他感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するための措置に必要なものとして厚生労働省令で定める体制の確保に係る目標」を定めているため、これを数値目標とする。

## 第10章 周産期医療

周産期とは妊娠満22週から生後満7日未満までの期間をいう。この期間は、母子ともに異常が生じやすく、突発的な緊急事態に備えて、産科・小児科双方からの一貫した総合的な医療体制が必要である。

このため、県民が安心して子どもを生み育てられるよう、周産期医療体制の充実を図るとともに、小児医療および母子保健の取り組みと相互に連携しながら取り組む。

本県では、平成6年に、県立こども病院に周産期母子医療センターを設置して以降、県内医療施設を順次、周産期母子医療センターとして位置付け、2次的医療を行う地域周産期病院の協力を得ながら、周産期医療体制整備の強化を図ってきた。

その後、災害、救急等の他事業、精神疾患等の他疾患の診療体制との連携強化を図るため、「周産期医療体制整備計画」と保健医療計画（周産期医療）を一体化した。

### 【現 状】

#### (1) 出生

##### ア 出生数と合計特殊出生率

本県の令和2年の出生数は36,953人で、年々減少傾向にある。

合計特殊出生率は、令和2年は1.39人で、全国平均よりやや高い。

		H8	H18	H20	H22	H24	H26	H28	H30	R2
出生数	県	53,131	48,771	48,833	47,834	46,436	44,352	43,378	39,713	36,953
合計特殊出生率	県	1.39	1.28	1.34	1.41	1.40	1.41	1.49	1.44	1.39
	全国	1.43	1.32	1.37	1.39	1.41	1.42	1.44	1.42	1.33

資料：人口動態調査（厚生労働省）

##### イ 低出生体重児の出生

本県の令和2年の低出生体重児（出生時の体重が2,500g未満の新生児）の出生数は3,407人、全出生数に占める割合は9.2%で、明らかな減少傾向は見られない。

		H8	H18	H20	H22	H24	H26	H28	H30	R2
低出生体重児の出生数	県	3,872	4,756	4,712	4,568	4,392	4,253	4,155	3,720	3,407
出生総数に占める割合	県	7.3	9.8	9.7	9.6	9.5	9.6	9.6	9.4	9.2
	全国	7.5	9.6	9.6	9.6	9.6	9.5	9.4	9.4	9.2

資料：人口動態調査（厚生労働省）

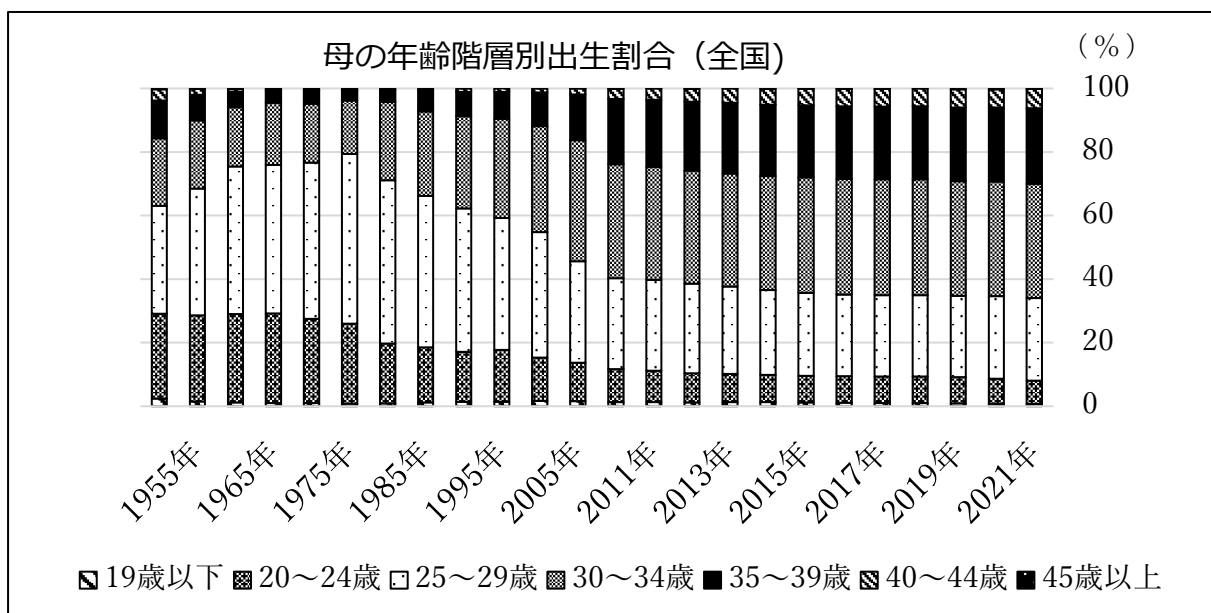
#### (2) 周産期死亡率と新生児死亡率

周産期・新生児死亡率ともに減少傾向であったが、令和2年は全国平均並となっている。

		H8	H18	H20	H22	H24	H26	H28	H30	R2
周産期死亡率	県	6.1	3.9	3.6	3.6	3.3	3.2	2.8	2.7	3.2
	全国	6.7	4.7	4.3	4.2	4.0	3.7	3.6	3.3	3.2
新生児死亡率	県	2.1	1.3	1.0	0.8	0.4	0.7	0.4	0.7	0.7
	全国	2.0	1.3	1.2	1.2	1.1	0.9	0.9	0.9	0.8

資料：人口動態調査（厚生労働省）

(3) 母の年齢階層別出生割合



資料：人口動態調査（厚生労働省）

出生数が減少する一方、晩婚化の影響による高齢妊娠や各種合併症妊娠等のリスクの高い出産が増加傾向にあるなど、ハイリスク妊産婦やハイリスク新生児に対する医療需要が高まっている。

(4) 医師数

ア 産科・産婦人科医師数

産科・産婦人科医師数は長期的には横ばい傾向で、人口あたりの割合は全国平均並みであるが、分娩取扱医師偏在指標では「相対的医師少数都道府県」に該当する（231頁参照）。

		H8	H18	H20	H22	H24	H26	H28	H30	R2
産科・産婦人科医師(総数)	県	495	442	451	457	472	482	483	479	504
同医師数 (人口10万対)	県	9.1	7.9	8.1	8.2	8.5	8.7	8.8	8.8	9.2
	全国	8.9	7.9	8.1	8.3	8.6	8.7	8.9	8.9	9.3

資料：医師・歯科医師・薬剤師調査及び人口動態調査（ともに厚生労働省）

イ 小児科医師数

小児科医師数は増加傾向で、人口10万対医師数は全国平均よりやや高い。

		H8	H18	H20	H22	H24	H26	H28	H30	R2
小児科医師(総数)	県	606	652	674	697	722	732	746	778	854
同医師数 (人口10万対)	県	11.2	11.7	12.1	12.5	13.0	13.2	13.5	14.2	15.6
	全	10.9	11.5	11.9	12.4	12.8	13.2	13.3	13.7	14.3

資料：医師・歯科医師・薬剤師調査及び人口動態調査（ともに厚生労働省）

産科・産婦人科医数は横ばい傾向、小児科医数は増加傾向にあるものの、分娩を取り扱う医師や新生児医療を担当する小児科医の数は十分でなく、高齢化

に伴う後継者対応とともに、増加する女性医師が働き続けられる環境整備が必要になっている。

また、令和6年4月から始まる「医師の働き方改革」への対応が迫られる中、周産期医療体制を維持するには、医師の勤務環境の改善、地域における医療機関の機能分担が求められる。

### (5) 分娩取扱施設数

県、全国ともに分娩取扱施設数は減少傾向である。

分娩取扱施設数	H20	H23	H26	H29	R2
県	116	108	98	96	82
病院	48	46	45	45	35
診療	68	62	53	51	47
全国	2,713	2,576	2,363	2,273	2,070
病院	1,149	1,075	1,055	1,031	963
診療	1,564	1,501	1,308	1,242	1,107

資料：医療施設調査（厚生労働省）

### (6) 母体・新生児搬送受入体制の整備

#### ア 周産期医療情報システム

本県では、昭和57年以来、周産期医療システムの検討、新生児・母体搬送マニュアルの作成等を継続的に行い、平成8年には広域災害・救急医療情報システムに周産期関連項目を追加し、空床情報等の検索が行えるようにした。平成18年6月には独立した周産期医療情報システムとして運用を開始し、総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターの診療応需情報（空床情報、緊急手術の可否等）を、産科医療機関、助産所、消防機関等に提供している。

今後、ハイリスク妊産婦やハイリスク新生児の一次医療機関から二次・三次医療機関への搬送、搬送先の確保が困難な救急隊からの搬送など、医療施設間の連携に加え、消防機関との連携を強化していく必要がある。

#### イ 精神科疾患合併妊婦への対応体制の整備

母体救命救急において、合併症を有する妊産婦については受入体制確保のために、一般救急医療及び関連診療分野との連携が重要であるが、特に精神科疾患合併妊婦の管理や緊急入院に対応できる体制整備が必要になっている。

#### ウ 搬送コーディネーター機能

平成20年には、近畿2府8県において緊急受入に対応可能な医療機関が確保できない場合に、府県域を越えて搬送先医療機関をより円滑に確保できるよう広域連携体制を整備した。広域調整が必要な場合は、「広域搬送調整拠点病院（県立こども病院）」が窓口となり、連絡調整を行っている。

### (7) 災害・新興感染症への対応

災害時に備えて、平時から周産期医療関係者が情報共有できる場の設定によるネットワークづくりや、被災地域の医療ニーズや小児周産期に関する情報収

集、関係機関との調整等を担う「災害時小児周産期リエゾン」の養成が必要になっている。

新興感染症の発生・まん延時においても、地域の周産期医療体制を確保できるよう、平時からの体制整備が必要となっている。

## 【推進方策】

### (1) 周産期母子医療センター及び地域周産期病院の整備と連携・機能強化（県・医療機関・関係団体）

ア 周産期母子医療センター及び地域周産期病院の機能を明確化するとともに、連携をさらに深め、正常分娩からハイリスク妊産婦・新生児まで対応可能な周産期医療体制の充実を図る。

イ 地域における周産期医療に関連する病院（総合・地域周産期母子医療センター、地域周産期病院を除く。）、診療所等は、主に正常妊婦・分娩、正常新生児や軽度異常の診察、治療等を行う施設として、地域の実情を踏まえながら周産期母子医療センター等と連携し、機能の維持に努める。

### (2) 母体・新生児の搬送受入体制の充実（県・医療機関・関係団体）

ア 総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センターが複数設置されている現状、多くの救急患者を効果的に分担して受け入れる体制が必要であることから、搬送先の選定をスムーズに行うための調整機能の整備を検討していく。

イ 県内においてハイリスク妊産婦等の受入医療機関が確保できない場合に備え、近畿2府8県による広域連携体制を維持し、相互に連携・支援を行う。

ウ 引き続き、周産期医療情報システムの充実化を図るとともに、医療機関向け入力マニュアルを整備・周知していく。

### (3) 周産期医療分野の医師確保（県・医療機関）

ア 産科・小児科に重点を置いた臨床研修プログラムを設定する病院への募集定員の重点配分や、「県養成医師」を対象とする「県養成医師キャリア形成プログラム」を通じて産科医・小児科医としてのキャリア形成を積極的に支援するなど、周産期医療に従事する意識の醸成を図る。

イ 分娩手当等を支給する産科医療機関に対して、その経費の一部を助成する「産科医等確保支援事業」や新生児医療に従事する小児科医の処遇改善のために支給する手当てに対する経費の一部を補助する「新生児担当小児科医師確保支援事業」により、産科医・小児科医の処遇改善に努める。

ウ 医療機関の勤務環境改善の一環として、24時間保育も可能な院内保育所や病児・病後児保育施設等の整備を促進し、増加する女性医師が働き続けられるよう支援する。

### (4) 災害時・新興感染症に備えた周産期医療体制の確保（県・医療機関・関係団体）

ア 災害時小児周産期リエゾンの養成を進めるとともに、「兵庫県災害時小児周産期リエゾンマニュアル」を整備し、災害時の周産期医療体制を構築する。

イ 災害時の周産期搬送を見据えて、患者搬送や物資調達等に関する情報伝達の方法等について情報交換できる場を設定し、関係者による顔の見える関係を築く。

ウ 新興感染症の発生・まん延時において、妊産婦を含む特別な配慮が必要な患者にも対応可能な医療機関の確保を進める。

**(5) 精神疾患合併妊婦への対応体制の整備（県・医療機関・関係団体）**

ア 精神疾患合併妊婦に対して適切に対応できる体制を確保するため、周産期母子医療センター及び地域周産期病院は、医療機関の役割と精神科病床や精神科外来の併設状況に応じて、施設内・施設外の精神科との連携体制を構築する。

イ 総合・地域周産期母子医療センター及び地域周産期病院は、医療機関の役割と精神科病床や精神科外来の併設状況に応じて、施設内・施設外の精神科との連携を図る。

**(6) 助産師の資質向上と活用促進（県・医療機関・関係団体）**

産科医との連携のもと、妊産婦の多様なニーズに応えるため、専門的かつ質の高い助産師の確保及び資質の向上を図るとともに、ハイリスク妊産婦等への保健指導や助産師が正常産を担う院内助産・助産師外来の充実等、助産師の活用促進を図る。

**【目 標】**

目 標	現 状 値	目 標 値
周産期死亡率	3.4 (R4)	減少 (R11)



【参考】 周産期母子医療センター等の設置状況

令和6年4月現在、総合周産期母子医療センターを6施設、地域周産期母子医療センターを6施設、地域周産期病院を17施設認定している。

[周産期母子医療センターの設置経緯]

平成6年10月	県立こども病院にMFICU（母体・胎児集中治療室）、NICU（新生児治療室）等の整備を備えた周産期母子医療センターを設置
平成12年3月	国の整備指針に基づき、全県を対象に高度かつ専門的な医療を適用する施設として、県立こども病院を総合周産期母子医療センターに指定
平成13年8月	9病院を地域周産期母子医療センターに位置付け
平成23年3月	「兵庫県周産期医療体制整備計画」を策定 （内容） 総合周産期母子医療センターを全県で5か所程度整備することを目指すとともに、地域周産期母子医療センターの新たな認定を推進
平成26年3月	地域周産期母子医療センターと協力してハイリスク妊産婦又はハイリスク新生児に対して二次的医療を行う「協力病院」制度を創設 （令和3年に「地域周産期病院」へ名称変更）
平成27年1月	公立豊岡病院内に地域周産期母子医療センターである「但馬こうのとり周産期医療センター」を整備

[周産期母子医療センター一覧]

(令和5年10月1日現在)

周産期 医療圏域	医療機関名	指定状況				精神科
		周産期 母子医療 センター	救命救急 センター	小児 救命救急 センター	災害拠点 病院	
神戸・ 三田	県立こども病院	総合		併設		○
	神戸市立中央市民病院	総合	併設		指定	◎
	神戸大学医学部附属病院	総合	併設		指定	◎
	済生会兵庫県病院	地域				
阪神	県立尼崎総合医療センター	総合	併設	併設	指定	◎
	兵庫医科大学病院	総合	併設		指定	◎
	県立西宮病院	地域	併設		指定	
播磨東	加古川中央市民病院	地域			指定	○
	明石医療センター	地域				
播磨姫路	姫路赤十字病院	総合			指定	
但馬	公立豊岡病院	地域	併設		指定	◎
丹波	-	-	-	-	-	-
淡路	県立淡路医療センター	地域	併設		指定	◎

精神科：◎院内に入院病床を有する精神科を併設

○院内に精神科併設

[地域周産期病院一覧]

(令和6年2月1日現在)

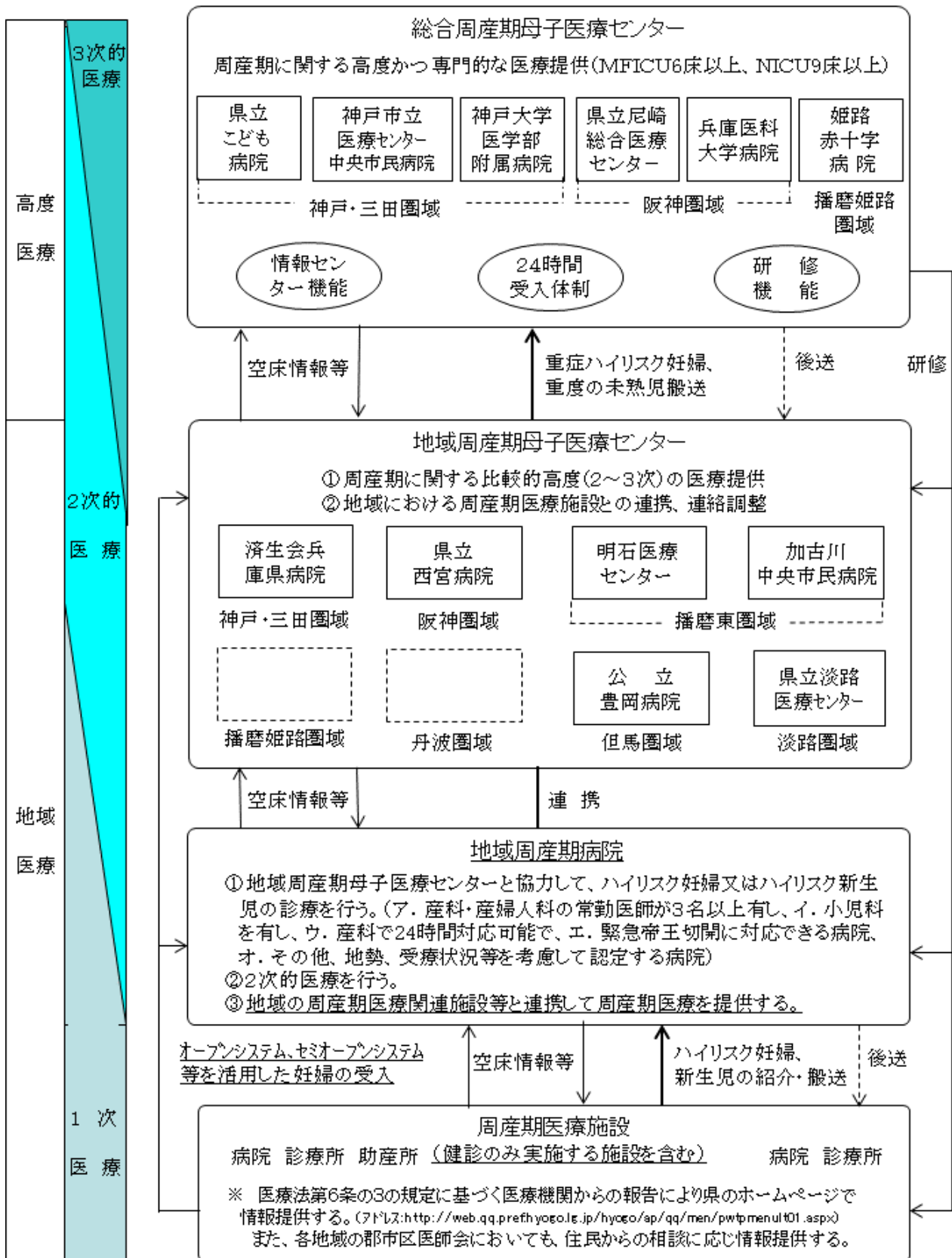
周産期 医療圏域	医療機関名
神戸・三田	甲南医療センター(精)、パルモア病院、母と子の上田病院、 神戸アドベンチスト病院、神戸医療センター(精)、 神戸市立西神戸医療センター(精)、 なでしこレディースホスピタル、三田市民病院、神戸市立西市民病院
阪神	関西労災病院(精)、明和病院、市立伊丹病院(精)
播磨東	あさぎり病院
播磨姫路	姫路聖マリア病院、県立はりま姫路総合医療センター(精)、公立宍粟 総合病院(精)
丹波	県立丹波医療センター

(精)：院内に精神科併設

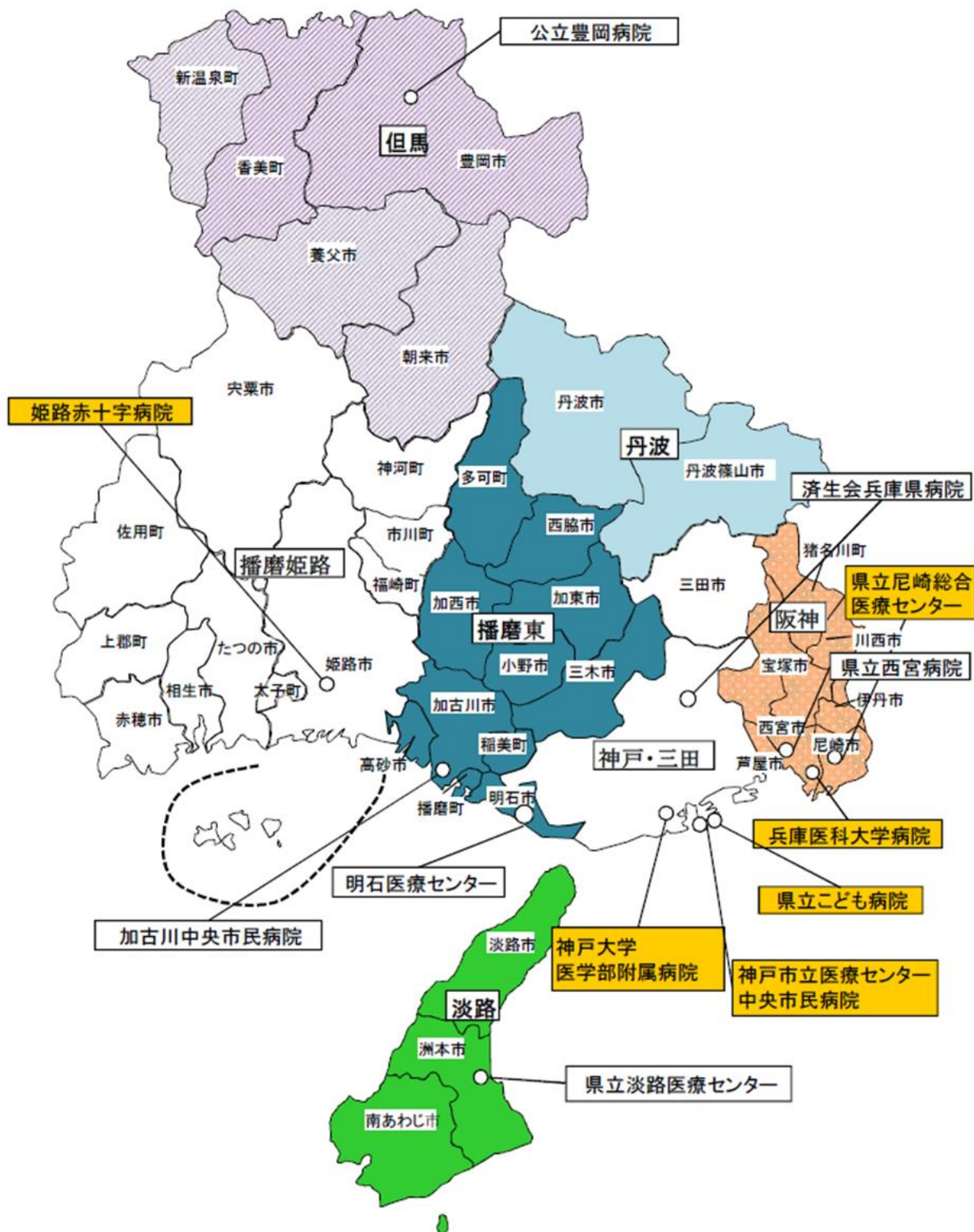
※ 医療機関の医療機能の変更に対応するため、定期的に県のホームページにおいて、一覧表を更新する。

[参照 URL] <https://web.pref.hyogo.lg.jp/org/kf15/index.html>

周産期医療システムの概念図



周産期医療圏域・総合／地域周産期母子医療センター位置図



※**網掛け**の病院は、総合周産期母子医療センター

※**網掛けなし**の病院は、地域周産期母子医療センター

## 第11章 へき地医療

人口密度が低い郡部などでは医療機関も少なく、山間・離島等のへき地において医療の確保に多くの問題を抱えている。こうした地域の住民が安心して暮らせるよう、医療従事者の確保と地域医療の連携体制の構築が必要である。

### 【現状と課題】

#### (1) へき地における医療提供体制の状況

令和4年度無医地区等調査によると、本県では、日本海側や西播磨の県境近くの山間部等において、9地区（2市2町）の無医地区が存在しており、日常の通院が困難であるとともに救急搬送に時間を要するおそれがある。

また、へき地に所在する公立病院・診療所では、医師等の医療従事者を安定的、継続的に確保することが難しいところが多い。また、へき地診療所の常勤医師の平均年齢は60歳を超えており、高齢化が進んでいる。

#### (2) 医師の地域偏在

本県の医師偏在指標は47都道府県中17位で、「医師少数でも多数でもない都道府県」に該当する。また、県内の二次医療圏では、神戸、阪神及び東播磨の3圏域が「医師多数区域」に該当し、「医師少数区域」に該当する圏域はない。

しかしながら、最も多い神戸圏域と、最も少ない丹波圏域で約1.6倍の乖離があるほか、本県の多様で広大な県土の特性に鑑みると、特に山間部においては、指標以上に受診機会の制約を受ける実態があるなど、地域偏在が見受けられる。

医師が自身のキャリアや労働環境、子育ての環境等を踏まえて勤務地を検討した場合に、都市部での勤務を優先することが要因であると考えられるため、へき地医療を支える意識の醸成等を図るとともに、へき地においても、最新の知識や技術を習得する機会を確保し、労働環境等を整備することでへき地への定着を図る必要がある。

### 【医師数の状況】

	人口10万 対医師数	医師偏在 指標	順位	区分
			(降順)	
全 国	256.6	255.6	-	-
兵庫県	266.1	266.5	17	-
神戸	329.3	323.3	30	医師多数区域
阪 神	265.0	279.7	52	医師多数区域
東播磨	219.3	231.6	93	医師多数区域
北播磨	248.7	206.6	140	-
播磨姫路	214.8	214.4	122	-
但 馬	225.3	209.9	134	-
丹 波	204.8	203.8	147	-
淡 路	249.7	216.3	118	-

(3) 本県の取組状況

本県では、「へき地医療支援機構」を「兵庫県地域医療支援センター」(H26.4)と統合し、「神戸大学医学部附属地域医療活性化センター」と連携しながら、へき地等勤務医師の養成・派遣、医師の県内定着、医師の地域偏在の解消に取り組んでいる。

ア へき地等勤務医師の養成・派遣

自治医科大学、兵庫医科大学、神戸大学、鳥取大学及び岡山大学の医学生に修学資金の貸与を行い、へき地等勤務医師を養成するとともに、卒業後は県職員として採用し、へき地の公立病院等へ派遣している。

【県で養成するへき地等勤務医師数の年次推移】 (単位：人)

	H26	H27	H28	H29	H30	R元	R2	R3	R4	R5
医学生	99	111	118	125	127	130	129	129	131	129
医師	35	37	48	57	72	87	107	117	131	145
合計	134	148	166	182	199	217	236	246	262	274

資料「兵庫県医務課調べ」

【県内定着率、県内へき地定着率(義務年限(卒業後9年)終了者)】 (単位：%)

	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R元	R2	R3	R4	R5
県内定着率	69.2	67.3	69.0	67.8	71.9	69.6	67.5	67.5	68.2	68.5	68.8
県内へき地定着率	38.4	33.6	39.8	40.0	43.9	41.7	40.0	39.8	41.9	40.0	40.0

資料「兵庫県医務課調べ」

イ 地域医療支援医師県採用制度の実施

へき地での勤務を志す医師を県職員として採用し、公立病院等へ派遣している。

【R4実績：4人】

ウ 医師派遣等推進事業

医師不足の医療機関に医師を派遣する医療機関に対し、兵庫県医療審議会の調整により、派遣に伴う逸失利益の一部を助成している。

【R4実績：市立加西病院ほか9病院→加東市民病院ほか12病院に派遣】

エ 大学医学部への特別講座の設置

大学と連携し、大学に特別講座を開設して、即戦力となれる指導医が地域医療のあり方等を研究しつつ、医師不足地域に活動拠点を置いて診療等に従事している。

【R4実績】

連携大学	講座名	研究拠点	設置年度
神戸大学	地域社会医学・健康科学講座 医学教育学分野地域医療支援学部門 外科学講座低侵襲外科学分野	公立豊岡病院	H17
		県立丹波医療センター	H25
		公立八鹿病院	H27
兵庫医科大学	地域救急医療学講座 機能再生医療学講座	兵庫医科大学ささやま医療センター	H21
大阪医科薬科大学	地域総合医療科学寄附講座	公立神崎総合病院	H26
		公立宍粟総合病院	
		赤穂市民病院	

#### (4) へき地医療機関の整備

地域医療支援センターにおいて、へき地診療所等への医師派遣調整や無医地区等への巡回診療の調整等、へき地医療対策の各種事業を円滑かつ効率的に実施している。

##### ア へき地医療拠点病院

巡回診療や代診医の派遣等を行うへき地医療拠点病院として9病院を指定し、へき地における住民の医療を確保している。

##### イ へき地診療所等

いわゆるへき地5法（離島振興法、辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律、山村振興法、過疎地域自立促進特別措置法、豪雪地帯対策特別措置法）に基づき指定された地域のへき地診療所等を対象に、へき地医療施策を実施している。

##### ウ 新専門医制度における専門研修プログラム

医師の地域偏在を助長するなど、地域医療への影響が生じないように、引き続き専門研修プログラムの内容や研修実態を把握するとともに、専門研修プログラムの定員に係るシーリングの設定等、実効性のある適切な対策を講じるよう、国及び日本専門医機構に対し働きかけを行っていく必要がある。

##### エ 遠隔医療の実施

遠隔医療は、患者の通院や医師の移動時間の負担軽減、遠隔地の専門医の助言を受けられることなど、医療資源の柔軟な活用に資すると考えられる一方、初期の設備投資に費用がかかることや、医療機関・患者の双方における導入意義の理解促進等の課題がある。

### 【推進方策】

#### (1) へき地における医療機関での医療従事者の安定的、継続的な確保（県、市町、医療機関）

ア 地域医療支援センターにおいて、地域医療活性化センターと連携しながら、へき地等勤務医師を適切に配置するとともに、地域医療支援医師県採用制度による若手医師の採用・派遣を行い、医師の地域偏在や診療科偏在（産科・小児科・救急科等）の解消を進めていく。

イ 新専門医制度について、大学等と連携を図りながら、へき地等勤務医師や地域医療支援医師の専門医取得に向けた取り組みを支援する。

ウ へき地等勤務医師の勤務等が良好であった義務年限終了者は、県病院局によるキャリア支援を受けながら兵庫県職員として県立病院や県内公立病院等に勤務を行うことを可能とし、へき地における定着を推進する。

エ 県医師会のドクターバンク事業などと連携して、へき地医療が可能な医師と医師確保が困難な医療機関のマッチングを行う。

#### (2) 地域医療に関する研究等の推進（県）

神戸大学など医育機関との連携により、地域医療に関する特別講座を設置し、へき地医療に関する研究などを進める。

(3) **へき地医療拠点病院の活動の充実等（県、医療機関）**

地域医療支援センターの調整・指示のもと、へき地医療拠点病院において、若手医師を指導する医師の確保、代診医の派遣、診療所に勤務する医師に対する研修の実施、遠隔医療の支援などを地域の実情に応じて実施する。また、必要に応じて、新たなへき地医療拠点病院の整備を検討する。

(4) **無医地区に関する対策の充実（県、市町、医療機関）**

無医地区等に所在するへき地診療所の医療資源の充実を図るとともに、無医地区の住民に対し保健師の訪問指導等による住民の疾病予防及び患者輸送車（艇）の配備等による受療機会の確保を図る。

(5) **総合診療体制の推進（県、市町）**

住民の生命を守るという観点から、3次救急の機能を有するへき地医療拠点病院等の中核病院での総合診療体制を推進し、地域の病院等への診療支援を実施するなど、圏域内の公立病院等との連携のもと、医療の確保を図る。

(6) **へき地医療を支える意識の醸成（県、市町、医療機関）**

ア 住民の健康増進策の推進と並行して、住民に対し病状に応じた医療機関の適切な受診を促し、地域の共有財産である地域医療に関する地域住民の理解を深めることで、へき地医療を支える意識を醸成し、医療の確保を図る。

イ 地域医療支援センターにおいて、医学生を対象に、へき地医療拠点病院等をへき地のフィールドとして地域医療の意義や魅力を伝える研修を行い、へき地医療の実態把握や求められる役割等を認識させるとともに、地域住民との交流を通してへき地医療に携わる意識の醸成を図る。

(7) **ヘリコプターを活用した救急医療の確保（県、市町、医療機関）**

へき地での重篤患者の救命率向上のため、ドクターヘリを着実に運用する。

(8) **遠隔医療の推進（県、市町、医療機関）**

ア 専門医の少ない地域や、通院困難な在宅患者が居住する地域においては、国の補助制度等を活用して遠隔医療を導入することを検討する。また、遠隔画像診断支援センターやテレビカンファレンスシステムを有効に活用する。

イ 遠隔医療の導入を希望する地域について、医療機関や医療従事者、住民、市町等関係者の理解の促進を図るとともに、関係構築を支援していく。

**【へき地医療提供施設の公表】**

「へき地医療の確保に関する事業に係る医療連携体制に係る医療提供施設」については、兵庫県へき地医療提供施設一覧にて公表する。

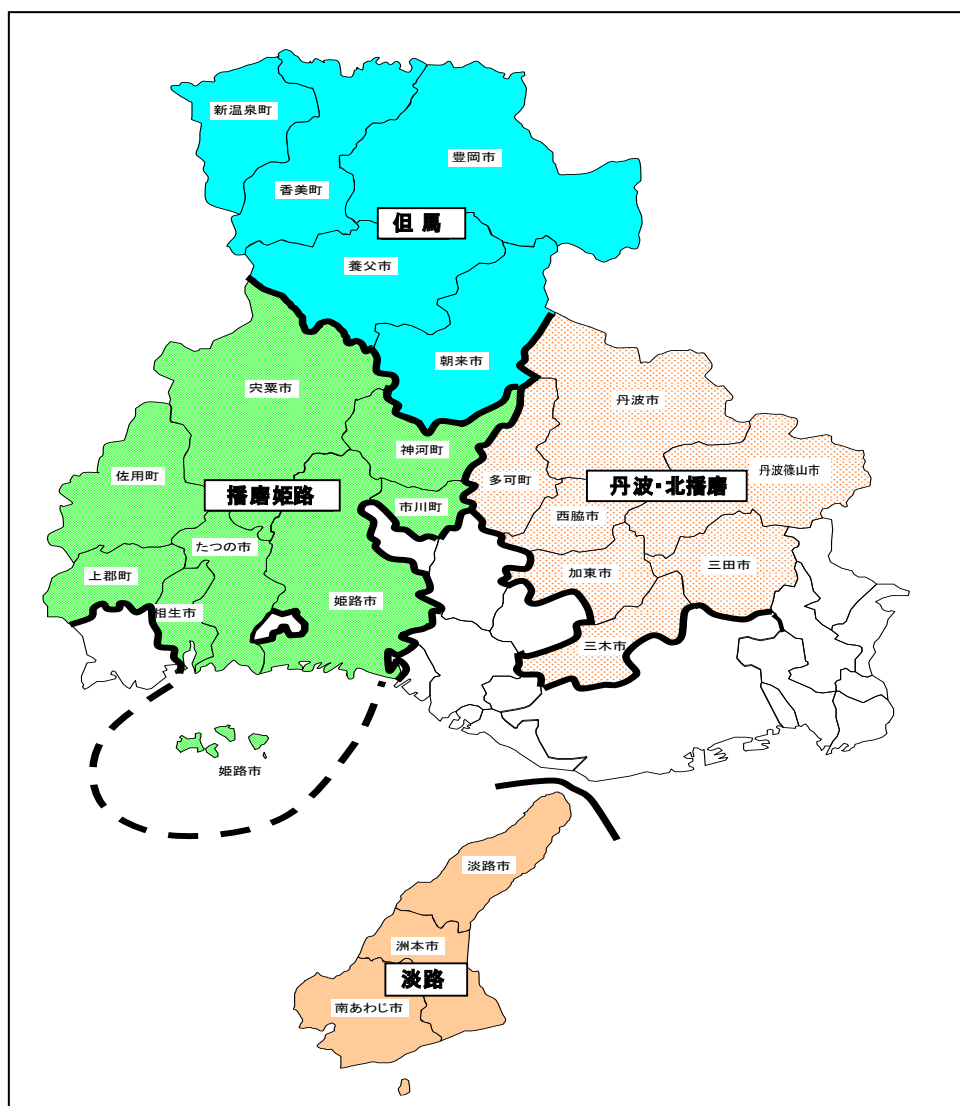
[参照 URL] [https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf15/hw11\\_000000142.html](https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf15/hw11_000000142.html)

**【数値目標】**

目標	現状値（年度）	目標値（達成年度）
県で養成する へき地等勤務医師数	145人（R5）	183人（R8）

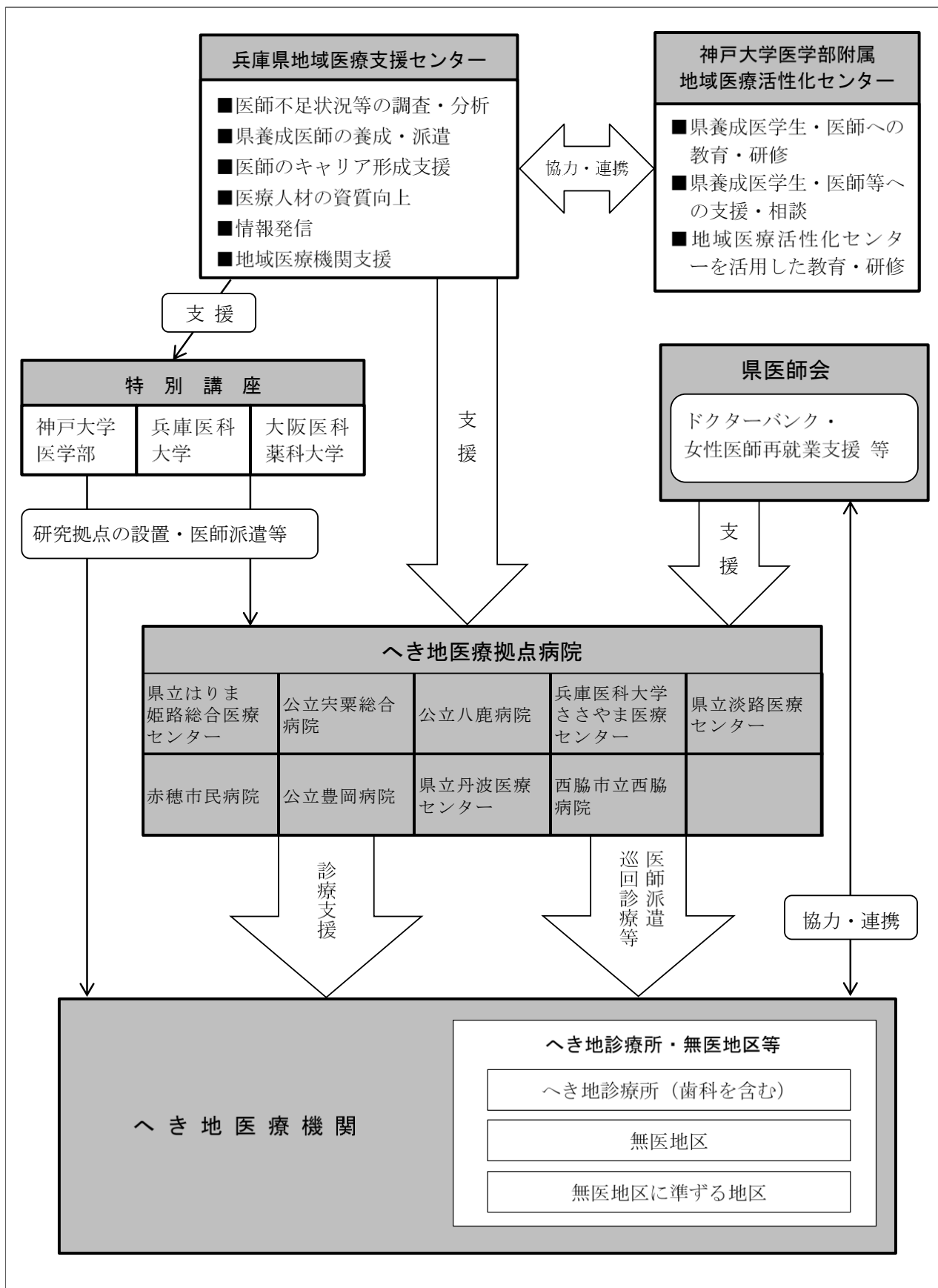


<へき地5法の対象地域>



対象地域名	対象市町	へき地医療拠点病院
播磨姫路	姫路市、相生市、たつの市、宍粟市、市川町、神河町、上郡町、佐用町	県立はりま姫路総合医療センター 赤穂市民病院 公立宍粟総合病院
但馬	豊岡市、養父市、朝来市、香美町、新温泉町	公立豊岡病院 公立八鹿病院
丹波・北播磨	丹波篠山市、丹波市、三田市、西脇市、三木市、加東市、多可町	県立丹波医療センター 兵庫医科大学ささやま医療センター 西脇市立西脇病院
淡路	洲本市、南あわじ市、淡路市	県立淡路医療センター

### へき地医療対策概念図



### へき地医療対策現況一覧

区分	市町(区)名		無医地区等 (R4.10末現在)	へき地診療所 (R5.4.1現在)	へき地医療拠点病院 (R4.5.1現在)	
播磨 姫路	中播磨	姫路市	家島町	[坊勢島]、[家島]	家島診療所、ほうぜ医院	県立はりま姫路総合医療センター 赤穂市民病院 公立宍粟総合病院
			夢前町		山之内診療所	
		市川町		[上牛尾・下牛尾(河内)]		
		神河町		[長谷]	大畑診療所・上小田診療所・川上診療所	
	西播磨	たつの市	御津町		室津診療所	
			赤穂市		有年診療所	
		宍粟市	波賀町		波賀診療所	
			千種町		千種診療所	
		佐用町		奥海、大垣内・皆田、[桜山]		
	但馬	豊岡市	竹野町	三原・川南谷・桑野本・大森	森本診療所	
床瀬・中村・下村・段						
日高町			羽尻	神鍋診療所		
出石町			奥小野、[奥山]			
但東町		西谷・天谷、[奥赤]	資母診療所・高橋診療所・但東歯科診療所			
養父市			大屋診療所・大屋歯科診療所・出合診療所			
香美町		香住区		佐津診療所		
		村岡区	祖岡	兎塚診療所・兎塚歯科診療所・川会診療所・川会歯科診療所		
		小代区		小代診療所		
新温泉町			照来診療所・歯科診療所・八田診療所・岸田出張診療所			
丹波・北播磨	丹波	丹波篠山市		[後川]	東雲診療所・後川診療所・草山診療所・今田診療所	県立丹波医療センター 兵庫医科大学ささやま医療センター 市立西脇病院
		丹波市	青垣町	大稗	青垣診療所	
	北播磨	加美区		杉原谷診療所・松井庄診療所		
		多可町	八千代区		八千代診療所	
淡路	洲本市		[上灘]	上灘診療所・五色診療所・堺診療所	県立淡路医療センター	
	南あわじ市			阿那賀診療所・伊加利診療所・灘診療所・沼島診療所		
	淡路市			北淡診療所・仁井診療所		
計			無医地区：9地区 準ずる地区：9地区	市町：14ヶ所 ・ 国保診療所：31ヶ所	9病院	

※ [ ]：無医地区に準ずる地区

※ 下線：市町立診療所、太字：国民健康保健診療所

## 第12章 在宅医療

### 1 在宅医療

在宅療養者のニーズに応えられる在宅医療が提供されるよう、市町や関係団体との連携のもと、普及啓発や体制整備などの基盤整備を推進する。また、退院から看取りまで切れ目のない医療・介護サービスの提供に向け、訪問診療を実施する医療機関や訪問看護ステーションの増加・規模拡大、急変時の後方支援体制の充実等に努める。

さらに将来の需要に応じた在宅療養支援体制へと充実させていくため、地域の課題に対応した関係機関の取組みを支援するとともに、在宅医療を担う医療従事者や多職種連携に資する人材を育成する。

#### 【現状と課題】

##### (1) 高齢者人口の増加に伴う介護ニーズの増加

全国的に少子高齢化が急速に進む中、令和7年（2025年）には、いわゆる「団塊の世代」が全て75歳以上となる超高齢社会を迎える。

##### 【兵庫県における高齢化の推移と将来推計】

	2000(平成12)年	2010(平成22)年	2020(令和2)年	2023(令和5)年	2025(令和7)年	2040(令和22)年
総人口	5,550,574人	5,588,133人	5,465,002人	5,391,667人	5,309,575人	4,767,373人
高齢者人口	939,950人	1,289,876人	1,546,543人	1,579,241人	1,623,374人	1,765,353人
前期高齢者 (65～74歳)	563,395人	685,416人	745,373人	719,499人	649,744人	771,643人
後期高齢者 (75歳以上)	376,555人	604,460人	801,170人	859,742人	973,630人	993,710人
高齢化率	16.9%	23.1%	28.3%	29.3%	30.6%	37.0%
後期高齢化率	6.8%	10.8%	14.7%	15.9%	18.3%	20.8%

(出典)平成12年、22年、令和2年：国勢調査、令和5年：兵庫県「高齢者保健福祉関係資料」(R5.2.1)  
令和7年、22年：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」(R5.12.22)

今後、要介護状態になるリスクが高い後期高齢者の割合が高くなることから、要介護認定率は高くなると見込まれる。

##### 【第9期介護保険事業支援計画期間中の第1号被保険者の要介護(要支援)認定者数の推移】

区分	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
認定者数	333,252人	339,392人	345,330人	350,823人
認定率	21.1%	21.4%	21.8%	22.2%

※市町介護保険事業計画の数値を集計

##### (2) 日常の療養支援

医療保険による訪問診療提供医療機関 (R3年度)

圏域名	神戸	阪神			東播磨	北播磨	播磨姫路			但馬	丹波	淡路	合計
		阪神南	阪神北	小計			中播磨	西播磨	小計				
訪問診療提供診療所	485	371	183	554	135	68	122	61	183	56	29	44	1,554
訪問診療提供病院	49	20	10	30	15	12	16	15	31	6	4	7	154
在宅医療支援病院・診療所	345	251	132	383	91	51	75	32	107	35	15	34	1,061

※出典：厚生労働省R3データブック

圏域名	神戸	阪神			東播磨	北播磨	播磨姫路			但馬	丹波	淡路	合計
		阪神南	阪神北	小計			中播磨	西播磨	小計				
訪問歯科診療提供診療所※1	346	216	129	345	137	67	105	49	154	30	24	26	1,129
訪問歯科診療所病院※1	2	1	0	1	0	1	0	2	2	0	1	0	7
在宅療養支援歯科診療所数※2	150	83	61	144	65	32	36	18	54	14	11	8	478

※1：厚生労働省R3データブック

※2：施設基準等届出状況（近畿厚生局）R5.7時点

#### ア 訪問診療

在宅での療養生活においては、限られた医療資源を活用し、関係機関が連携し、多職種間の連携により、患者とその家族を支えていく体制が必要不可欠である。

#### イ 訪問歯科診療

将来の需要増を見据えた、在宅療養中のニーズに対応できる歯科医療従事者の確保や訪問歯科診療を実施する歯科診療所の増加が必要である。

#### ウ 訪問薬剤管理指導

在宅における訪問薬剤管理指導を推進するためには、医科、歯科、薬科連携の推進や、在宅業務を実施する薬局の確保が必要である。

#### エ 訪問看護

将来の需要増を見据え、訪問看護師の養成・育成が課題となっている。

訪問看護ステーションは増加傾向にあるが、小規模事業所（看護職員常勤換算5人未満）が大半を占めており、経営面の課題から廃止する事業所もあることから事業所の規模拡大や機能強化が必要である。

#### オ 訪問栄養食事指導

訪問栄養食事指導について、管理栄養士の地域拠点である栄養ケア・ステーション（県下10圏域）を活用しつつ、訪問栄養食事指導を担う人材育成や利用方法の周知を進め、多職種連携の一層の充実が必要である。

### (3) 看取りの状況

令和4年の在宅看取り率は、34.8%となっており、全国の平均在宅看取り率32.3%を上回っている。

年度	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
在宅看取り率 (自宅・老健・老人ホーム)	24.2%	24.7%	24.9%	25.3%	26.1%	27.5%	28.2%	30.6%	33.7%	34.8%

（厚生労働省「人口動態統計」）

今後、更なる在宅医療需要に備え、住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を確保することが必要である。

看取りの実施は、緊急往診や休日・夜間への対応が必要となることから、在宅医療を専門に実施する診療所を含めた在宅医間や多職種間での連携などが必要である。

#### (4) 入院医療機関から在宅への退院支援

退院支援を実施している診療所・病院の増加とともに、入院医療機関と在宅医療に係る機関との連携による支援（退院調整）の実施も求められている。

また、在宅医療は、5疾病と6事業それぞれと関係する医療である。これらの医療提供体制を考える際には、在宅医療との連携について考慮する必要がある。

#### (5) 急変時の対応

患者の容態急変時の対応として、緊急往診や緊急入院の必要が生じた場合に、地域において病床を確保する仕組みが必要である。在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院や地域包括ケア病床（病棟）を有する医療機関等が、患者の状態に適切に対応できるよう受入可能な医療機関の確保が必要である。

#### (6) 医療的ケア児に対応（小児在宅医療）

医療技術の進歩により、医療的ケアが必要な在宅療養児は、増加傾向にある。小児の在宅医療に対応ができる医師及び看護師の育成が必要である。

#### (7) 医療と介護の連携

地域における医療・介護の関係機関が連携して、在宅医療・介護の提供を行える体制づくりが必要である。

このため、市町の在宅医療・介護連携推進事業による医療・介護双方の連携体制の構築や圏域の健康福祉推進協議会における医療・介護関係者による推進方策の検討が必要である。

また、医療関係団体等とも連携の上、必要な体制を整備していく。

#### ○ 在宅医療・介護連携推進事業

地域のめざす理想像（切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築）を意識しながら市町による主体的な課題解決を実施

##### ① 現状分析・課題抽出・施策立案

地域の医療・介護資源の把握、在宅医療・介護連携の課題の抽出、切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築促進

##### ② 対応策の実施

在宅医療・介護関係者に関する相談支援、地域住民への普及啓発、医療・介護関係者の情報共有の支援、医療・介護関係者の研修

##### ③ 対応策の評価・改善

※出典「在宅医療・介護連携推進事業」の手引き（厚生労働省老健局老人保健課R2.9）

#### (8) 認知症に係る在宅医療提供体制の整備

##### ア 早期診断・早期対応のための体制整備

(ア) 働き盛り世代の中年期から認知症への正しい知識と理解に基づいた、適切な健康行動や認知症観の転換が図られるよう、県民に一層広く普及啓発する必要がある。

(イ) 認知機能の低下に気付いたときに必要な医療・介護が切れ目なく受けられ

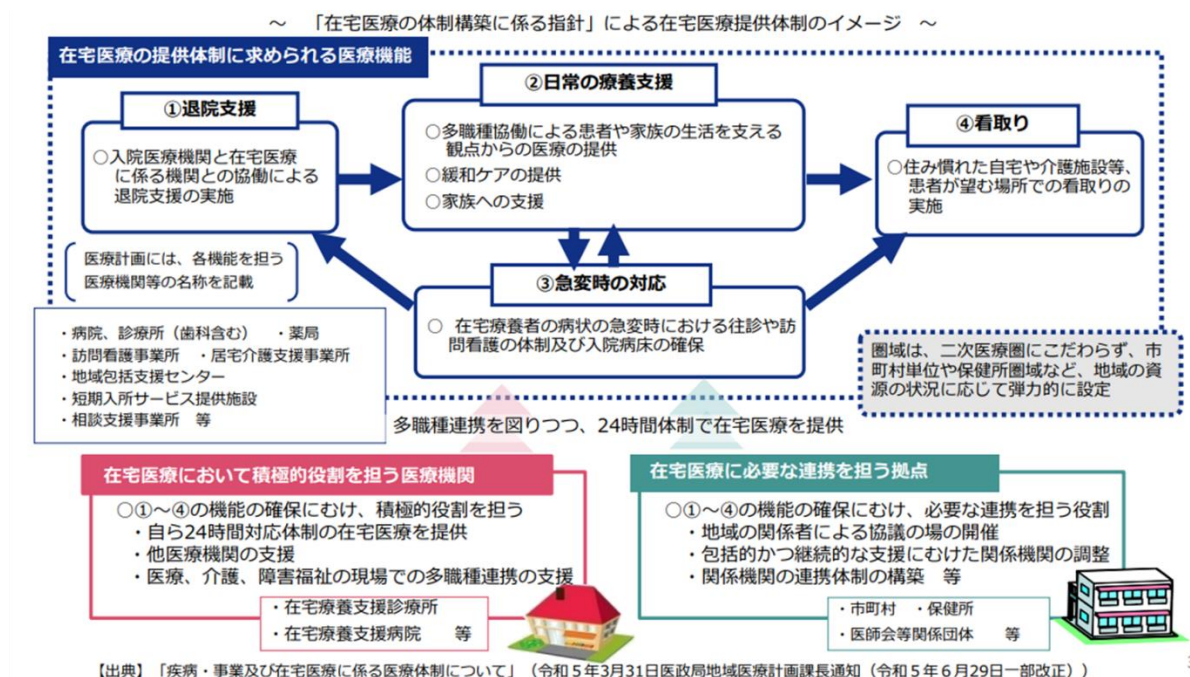
るネットワークの充実が必要である。

イ 医療従事者等の認知症対応力向上の促進

研修を受講した各専門職が、活躍できる体制整備を進める必要がある。

ウ 医療・介護等の有機的な連携の推進による適切な治療等の提供や在宅復帰のための支援体制の整備

2次医療圏域ごとに核となる認知症疾患医療センターの機能強化と、地域の医療・介護資源等が有効に連携するネットワークづくりを進める必要がある。



【連携体制】（次頁「在宅医療提供体制」参照）

(1) 在宅医療圏域の設定

地域包括ケア病床の配置や病院との連携状況等など、地域の資源に応じた在宅医療圏域を40郡市区医師会単位に設定し、住み慣れた地域で、入院医療から在宅医療・介護、看取りに至るサービスを利用者からみて切れ目なく一体的に提供する体制を確保していく。

(2) 在宅医療において積極的役割を担う医療機関

日頃より在宅医療に積極的に取り組んでいる「在宅医療支援診療所・病院」、  
「地域包括ケア病床を有する病院」等の更なる充実強化を目指す。

(3) 在宅医療に必要な連携を担う拠点

地域の関係者との連携会議の開催や職員の資質向上に向けた研修等に日頃から取り組む各郡市区医師会を、医療介護推進基金事業等により、引き続き支援する。

在宅医療提供体制

2次保健医療圏域	在宅医療に必要な連携を担う拠点(郡市区医師会名)	在宅医療圏域	在宅医療において積極的役割を担う医療機関								2次救急(重症)	3次救急(重篤)					
			在宅療養支援診療所・病院※1	地域包括ケア病床を有する病院※1	在宅療養後方支援病院※1	地域医療支援病院※2	在宅療養支援歯科診療所※1	在宅患者訪問薬剤管理指導届出薬局※1	24時間対応訪問看護ステーション※3	機能強化型訪問看護ステーション※3	地域名	圏域名	救命救急センター等				
神戸	神戸市	東灘区	東灘区	54	3		1	26	102	30	1	神戸	神戸	●兵庫県災害医療センター ●神戸市立医療センター中央市民病院 ●神戸大学医学部附属病院			
		灘区	灘区	47	8			15	79	25	1						
		中央区	中央区	40	6	1	5	33	121	37	1						
		兵庫区	兵庫区	21	5	1	1	13	82	26	1						
		北区	北区	41	9	1	2	17	88	37	3						
		長田区	長田区	23	4		1	5	46	18							
		須磨区	須磨区	27	3	1	1	10	68	21	3						
		垂水区	垂水区	45	4	2	1	15	100	31	1						
		西区	西区	47	5		1	16	75	38	2						
	神戸小計	9圏域	345	47	6	13	150	761	263	13							
阪神		尼崎市	尼崎	115	11	3	2	40	246	84	5	阪神南	阪神	●県立尼崎総合医療センター ●兵庫医科大学病院 ●県立西宮病院			
		西宮市	西宮	106	8	1	2	29	209	66	4						
		芦屋市	芦屋	30	2			14	45	13	1						
		阪神南小計	3圏域	251	21	4	4	83	500	163	10						
		伊丹市	伊丹	40	3		2	19	88	39	3				阪神北		
		川西市(川辺郡含む)	川西	30	3	2	1	13	72	26	1						
		宝塚市	宝塚	43	2		1	23	105	36	3						
		三田市	三田	19		1	1	6	36	17	1						
	阪神北小計	4圏域	132	8	3	5	61	301	118	8	三田						
東播磨		明石市	明石	48	7	1	2	25	135	43	1	明石	東播磨	●県立加古川医療センター			
		加古川市(加古郡含む)	加古川	34	3	1	2	34	132	37	2						
		高砂市	高砂	9	2	1	1	6	40	13	1						
		東播磨小計	3圏域	91	12	3	5	65	307	93	4						
北播磨		西脇市・多可郡	西脇・多可	10	3	1	1	5	39	7	2	北播磨	播磨東				
		三木市	三木	15	3			11	32	8							
		小野市・加東市	小野・加東	20	3		1	12	40	11							
		加西市	加西	6	1			4	22	5	1						
		北播磨小計	4圏域	51	10	1	2	32	133	31	3						
播磨姫路		姫路市	姫路	70	18	2	5	33	240	85	5	中播磨	播磨姫路	●県立はりま姫路総合医療センター			
		神崎郡	神崎	5	1			3	18	4							
		中播磨小計	2圏域	75	19	2	5	36	258	89	5						
		たつの市・揖保郡	たつの・揖保	12	3			7	46	17		西播磨					
		宍粟市	宍粟	7	1			1	16	6	1						
		佐用郡	佐用	3	1				8	2							
		相生市	相生	4	3			6	10	4							
		赤穂市	赤穂市	3	2	2	1	3	20	2	1						
		赤穂郡	赤穂郡	3				1	4	3	1						
	西播磨小計	6圏域	32	10	2	1	18	104	34	3							
但馬		豊岡市	豊岡	18	1		1	2	41	10		北但馬	但馬	●公立豊岡病院			
		美方郡	美方	3	3			6	3	3							
		養父市	養父	9	1		1	2	12	2	1						
		朝来市	朝来	5	1			4	17	1							
		但馬小計	4圏域	35	6	0	2	14	73	16	1						
丹波		丹波篠山市	丹波篠山	6	3			4	16	3	1	丹波	丹波	▲県立丹波医療センター			
		丹波市	丹波	9	1	2	1	7	36	4							
		丹波小計	2圏域	15	4	2	1	11	52	7	1						
淡路		洲本市	洲本	10	1		1		23	7		淡路	淡路	●県立淡路医療センター			
		淡路市	淡路	13	2	1		3	24	4	1						
		南あわじ市	南あわじ	11	1			5	19	5							
		淡路小計	3圏域	34	4	1	1	8	66	16	1						
8圏域	40郡市区	40圏域	1061	141	24	39	478	2555	830	49	13地域	7ブロック	11機関				

※1 施設基準等届出状況(近畿厚生局)(令和5年7月1日現在) ※2 地域医療支援病院承認数(令和5年10月1日現在)

※3 施設基準等届出状況(近畿厚生局)(令和5年4月1日現在)

救命救急センター等の●は救命救急センター、▲は3次的機能病院を表す



## 【推進方策】

- (1) サービス提供体制の充実（医療機関、関係団体、県、市町）
    - ア 訪問診療、訪問歯科診療、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤管理指導等、在宅医療についてのサービス提供体制の充実を図る。
    - イ 歯科医師、歯科衛生士が歯科のない医療機関、寝たきりの高齢者や口腔ケアが困難になった障害者（児）等の通院困難者に対する訪問歯科の診療体制の充実を図る。
    - ウ 麻薬調剤や無菌製剤処理、小児への訪問薬剤管理指導、24時間対応が可能な薬局の確保など訪問薬剤管理指導を推進
    - エ 多職種に対する在宅医療連携体制の構築を推進
    - オ 訪問看護師の人材確保と訪問看護体制機能強化による体制充実
  - (2) 入院医療・在宅医療相互の円滑な移行促進（県、市町、医療機関、関係団体）
    - ア 入院患者の円滑な退院支援や急変時の受入体制の確保
    - イ 在宅での看取りを支える地域の支援体制の構築
  - (3) 在宅医療を担う人材育成（関係団体、医療機関、県、市町）
    - ア 地域の在宅医療を指導的に担当できる医師等の育成
    - イ 在宅医療分野で活躍できる訪問看護師の育成
    - ウ 地域のかかりつけ医、歯科医師、歯科衛生士、薬剤師等への在宅医療従事者の育成研修
    - エ 医療的ケア児（小児在宅医療）のための実践的な研修を通じた人材育成
  - (4) 在宅医療推進協議会の設置・運営（県、市町、関係団体、医療機関）

医師会、歯科医師会、看護協会、薬剤師会等で構成する在宅医療推進協議会を設置・運営する。
- 在宅医療推進協議会の検討内容**

  - ・ 県、地域（市町、郡市区医師会単位）で在宅医療にかかる医療資源の把握
  - ・ 地域の課題の抽出と関係団体や機関等での共有化
  - ・ 課題に対して、その対策を講じる体制と各種推進事業の実施方法 等
- (5) ICTを活用した在宅医療・介護の情報の共有化（県、関係団体、医療機関、市町）
    - ア 在宅医療を支える多職種・チーム間ネットワークの推進  
患者情報のリアルタイムでの共有により、療養生活を支援する。
    - イ 入退院時における病院と多職種チームのネットワーク強化  
ICTを活用した入退院調整の実施などさらなる連携強化を推進する。
    - ウ 病診連携ネットワークの構築  
広域・多数の医療機関による情報共有化を進め、急性期医療から回復期医療、在宅医療・介護への移行を円滑に実施する。
  - (6) 医療と介護の連携・一体化の促進（県、市町、関係団体、医療機関）
    - ア 地域包括ケアシステム構築に向けた支援
    - イ 医療と介護の多職種連携による支援
    - ウ 医療機関による医療・介護サービスの一体提供への支援

- エ 在宅医療推進協議会や圏域健康福祉推進協議会による医療と介護の一体化を推進
- オ 市町による「在宅医療・介護連携推進事業」を活用した連携体制の構築推進
- カ 「かかりつけ医機能」を確保・強化するための仕組みを検討
- (7) 認知症に係る在宅医療提供体制の整備（県、市町、医療機関、関係団体）
  - ア 早期診断・早期対応のための体制整備（再掲）
  - イ 医療従事者等の認知症対応力向上の促進（再掲）
  - ウ 医療・介護等の有機的な連携の推進による適切な治療等の提供や在宅復帰のための支援体制の整備（再掲）
- (8) がん患者等に対する緩和ケアの推進（県、医療機関）
 

入院医療機関が在宅緩和ケアを提供できる診療所などと連携し、切れ目のない在宅医療を提供する。
- (9) 患者・家族への支援を行うNPOの参画促進（民間団体・県）

### 【数値目標】

#### 1 在宅医療提供体制の充実

目標	策定時	現状値	目標設定
訪問診療を実施している病院・診療所数	1,688 箇所 (H28 ※1)	1,708 箇所 (R3※1)	R7：1,993 箇所 (地域医療構想目標年)
在宅療養支援病院・診療所数	912 箇所 (H29.4月※2)	1,061 箇所 (R5.7月※2)	R7：1,143 箇所
24時間対応体制加算の届出訪問看護ステーション数	495 箇所 (H29.4月※2)	830 箇所 (R5.4月※2)	R7：894 箇所
在宅療養支援 歯科診療所数	—	478 箇所 (R5.7月※2)	R7：515 箇所
歯科訪問診療を実施している診療所数	—	1,129 箇所 (R3 ※1)	R7：1,318 箇所
歯科訪問診療を実施している病院数	—	7 箇所 (R3 ※1)	R7：9 箇所
訪問薬剤指導を実施する薬局数	—	1,542 箇所 (R5 ※3)	R7：1,661 箇所
機能強化型訪問看護ステーションを有する圏域の数	18 圏域 (H29.4月※2)	27 圏域 (R5.4月※2)	県下 40 圏域に配置 (在宅医療圏域)
訪問栄養食事指導を実施している診療所数	—	562 箇所 (R5.8※4)	R7:606 箇所

## 2 退院支援・急変時対応

目標	策定時	現状値	目標設定(達成年度)
退院支援加算の届出 病院・診療所数	215箇所 (H29.4月※2)	224箇所 (R5.7月※2)	R7:242箇所
地域包括ケア病床を有 する圏域の数	36圏域 (H29.4月※2)	38圏域 (R5.7月※2)	県下40圏域に配置 (在宅医療圏域)

## 3 看取り率

目標	策定時	現状値	目標設定(達成年度)
在宅看取り率の増加	25.3% (H28※4)	34.8% (R4※5)	R7:35.7%

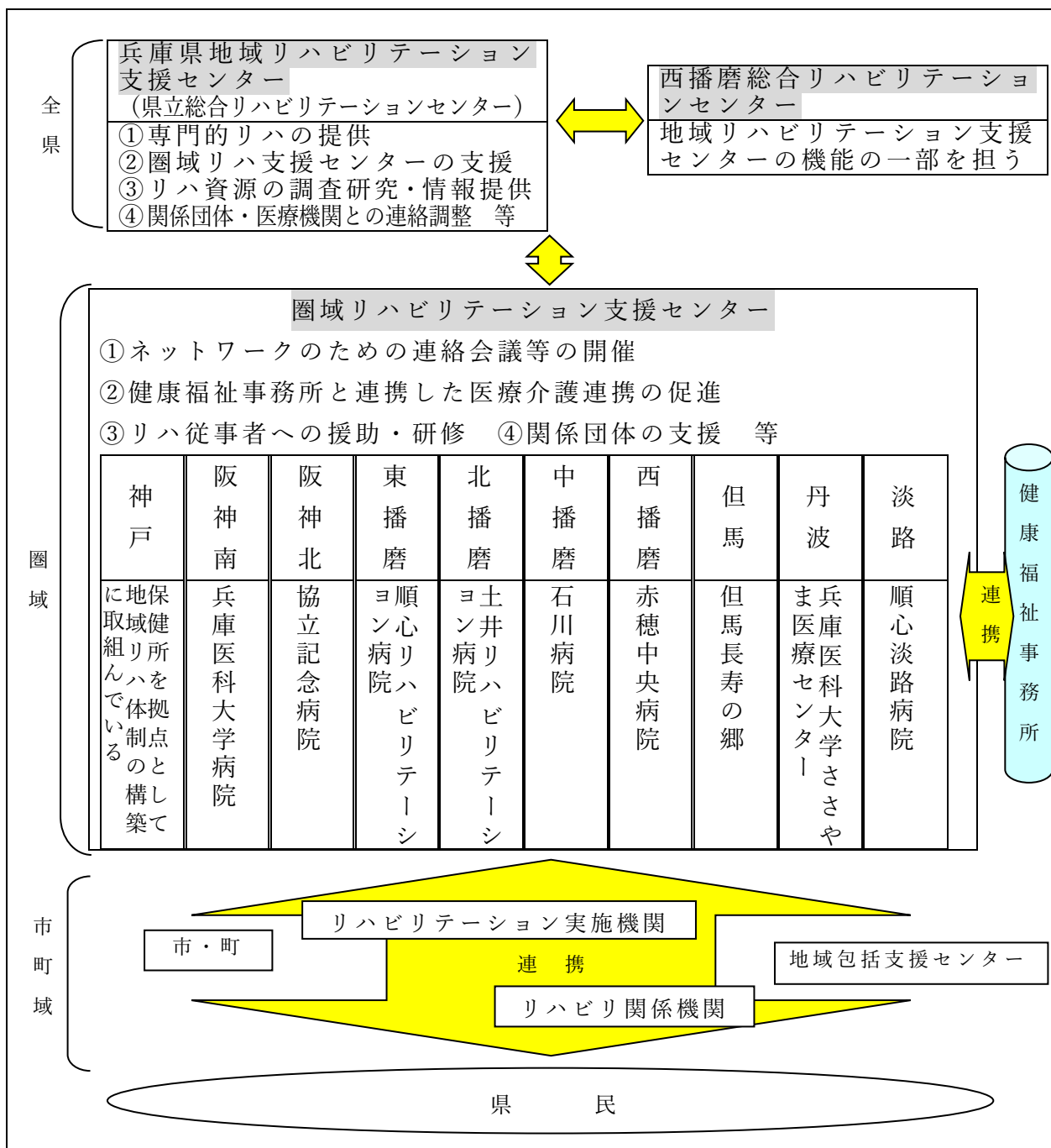
- ※1 医療計画データブック(厚生労働省)
- ※2 施設基準等届出状況(近畿厚生局)
- ※3 兵庫県薬剤師会聞き取り
- ※4 兵庫県医療機関情報システム
- ※5 人口動態統計(厚生労働省)

## 2 地域リハビリテーションの推進

リハビリテーションを必要とするすべての県民が、身近な場所で、個別性を重視した適時・適切な地域リハビリテーション推進する。

### 【現状と課題】

疾病の急性期から回復期を経て維持期へ移行する全過程を通じて、それぞれの状態に応じた適切なリハビリテーションを受けることができるシステムを構築するため、全県リハビリテーション支援センター、圏域ごとのリハビリテーション支援センター、健康福祉事務所（保健所）を圏域コーディネーターとして位置付け、圏域での地域リハビリテーションの推進体制の強化を図っている。



## 【推進方策】

- (1) 「兵庫県地域リハビリテーション連携指針」に基づき、引き続き推進する。  
(県、関係団体)

＜「兵庫県地域リハビリテーション連携指針」の概要（推進方策部分）＞

(市町方針)

必要なリハビリテーションが適切かつ速やかに提供できるよう、圏域支援センターや保健医療福祉サービス提供施設及び行政機関等関係機関の連携が図られるような体制を整備する。

(圏域指針)

圏域支援センターを中心とし、研修会開催、情報提供等による地域リハビリテーション実施機関への支援、実地指導等によるリハビリテーション従事者への援助、全県支援センターや圏域内の関係機関等との連携などによる地域リハビリテーションの推進を図る。

(全県指針)

全県支援センターを中心に、圏域支援センターへの人的・技術的支援、リハビリ資源等に関する調査研究などを通じた、地域リハビリテーションシステム推進の支援を行う。

- (2) 県東部において、重症心身障害児者等のリハビリテーションに対応するため、県立障害児者リハビリテーションセンターを尼崎市に開設した上で、隣接する大阪市内で専門医療を行う社会医療法人大道会ポバース記念病院と連携し、医療の提供を一体的に行う（医療法第42条の2第1項第4号ロの規定に基づき実施）。
- (3) 圏域リハビリテーション支援センターの圏域については、現状を維持するものとし、今後、必要がある場合には、地域の実情を踏まえて健康福祉推進協議会等において検討する。

