

【第4部】

5 疾病 5 事業及び在宅医療の 医療連携体制の構築

第4部 5疾病5事業及び在宅医療の医療連携体制の構築

第1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、地域毎に医療資源、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】

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。

(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2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24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。

(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。病院群輪番制は、2次保健医療圏域8圏域のうち、阪神圏域を3地域、東播磨圏域、播磨姫路圏域、但馬圏域を2地域ずつとした計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いる。

(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、救命救急センター等の3次救急医療機関を12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。

【救命救急センターにおけるドクターカーの状況】

実施主体	実施開始	実施形態	実施体制	平成30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	321
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	176
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)	699
県立西宮病院	平成25年11月25日	西宮病院で実施	月~金 9:00~17:30	914
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	24H体制	151
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	107
製鉄記念広畑病院	平成26年3月1日	製鉄記念広畑病院で実施	平日 9:00~16:30	59
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	2431
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	111

(5) 広域的な連携

県内の各地域において、神戸地域と三田地域のような2次救急医療圏域を越えた患者搬送が行われている。また、京都府丹後圏域と北但馬救急医療圏域、鳥取県東部圏域と西南但馬救急医療圏域、京都府中丹圏域と丹波救急医療圏域等においては、府県域を超えた患者搬送が行われている実態がある。

(6) 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。

（主な機能）

①診療応需情報 ②緊急搬送要請モード ③個別搬送要請モード ④災害モード

【平成15年4月】県民に救急医療機関情報を提供するため、システムをWeb化（<http://web.qq.pref.hyogo.lg.jp/ap/qq/men/pwtpmenuult01.aspx>）し、局所的な中小規模災害（エリア災害）にも対応できる緊急搬送要請モードを追加整備した。

【平成21年4月】緊急性の高い搬送困難事案に対応できるよう消防から医療機関に対し一斉に受入要請を発信できる個別搬送要請モードを追加した。

【平成28年4月】時代のニーズに合わせ、スマートフォン・タブレット端末に対応する画面を新設した。

(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機及び神戸市消防防災ヘリ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及び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) 精神科救急医療体制

重度の症状を呈する精神科急性期患者に対応するため、24時間365日、医師・看護師を配置した常時対応施設である精神科救急医療センターと、病院群輪番施設である精神科病院等の参画を得て、神戸市との協調事業として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、休日及び毎夜間の精神科救急患者を受入れている。（詳細は「精神疾患対策」の項目を参照）

(9) 救急医療電話相談（#7119）の実施

増加する救急需要への対策と市民の不安解消を目的として、平成29年10月に神戸市において救急医療電話相談事業（救急安心センターこうべ）を開始し、令和元年4月より芦屋市が参画した。

(10) 地域医療ネットワークの構築状況

ICT（情報通信技術）を活用した地域医療ネットワークの構築を推進している。その中で、救急医療機関のリアルタイムでの受入れ可能情報の提供を行うため、地域医療再生基金等を活用して、阪神圏域に「h-anshin（はんしん）むこねっと」を整備した。平成26年度から運用を開始し、リアルタイムな情報を参照することにより救急患者搬送時の照会回数が減るなどの改善が得られ、救命率の向上や後遺障害の低減につながっている。

(11) 新型コロナウイルス感染症への対応

新型コロナウイルス感染症患者のための病床を確保する際、救命救急センターを有する3次救急医療機関に集約するのではなく、他の病院との一定の役割分担により救急医療体制を確保した。

発熱等の疑い患者の救急対応では、陽性者を受入可能な医療機関等の情報を各消防本部と共有したほか、県EMISの個別搬送要請モードの活用を周知した。

【課題】

(1) 救急医療体制の一元化

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。

(2) 1次救急医療体制

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

ア 病院群輪番制は、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。

イ 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医師不足等により2次救急医療機関で受入が困難となる状況が生じており、消防機関による搬送が円滑に行われていない地域がある。

ウ 2次救急医療機関での受入体制が十分でない地域において、3次救急医療機関への患者搬送が集中する傾向にある。

(4) 3次救急医療体制

救命救急センターの未設置ブロック等については、3次救急医療体制の充実を図る必要がある。あわせて、救命救急センターに準ずる3次的機能病院の救命救急センターへの指定についても検討する必要がある。

(5) 広域的な連携

2次救急医療圏域を越えた患者搬送や府県域を超えた患者搬送が行われている地域においては、圏域間、隣接府県間の連携を図る必要がある。

(6) 兵庫県広域災害・救急医療情報システム（兵庫県EMIS）

システムとしては一定の整備ができていますが、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必要がある。

(7) 救急医療を担う人材の確保

救急医療機関の中でも特に、救命救急センター等の3次救急医療機関において、救急医をはじめとする救急医療を担う人材の確保が必要である。

(8) 救急搬送体制の充実

兵庫県ドクターヘリの運用について準基地病院である製鉄記念広畑病院の県立姫路循環器病センターとの再編統合が予定されており、統合後病院の機能について検討する必要がある。

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航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に取り組み、より効果的な運用方法等についても検討が必要である。

(9) 精神科救急医療体制

現在の精神科初期救急医療体制について、受入時間の拡充など、受診しやすい体制への拡充検討を行う必要がある。（詳細は「精神疾患対策」の項目を参照）

(10) 一般救急医療機関と精神科救急医療体制との連携

入院が必要な重症精神症状を有する身体疾患患者への対応や、消防、一般救急、単科精神科病院との連携強化が必要である。（詳細は「精神疾患対策」の項目を参照）

(11) 救急医療電話相談（#7119）

神戸市で救急医療電話相談事業（救急安心センターこうべ）が開始され、現在、神戸市内及び芦屋市内を対象地域として実施を行っているが、さらなる利用の普及促進に努めるとともに対象地域の拡大を図っていく必要がある。

(12) 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・協議する体制の構築が必要である。

(13) 新型コロナウイルス感染症への対応

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ておく必要がある。

発熱等の疑い患者の救急受入れが拒否されるようなケースもあり、疑い患者も含めた円滑な受入体制を確保する必要がある。

【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 一方、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 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。(市町)

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なか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

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及び3次的機能病院に位置づけられている病院について救命救急センターへの指定を検討し、3次救急医療体制の充実を図る。(県、医療機関)

<救命救急センター等の整備予定>

○播磨姫路ブロック…県立姫路循環器病センターと製鉄記念広畑病院が統合再編を予定しており、新病院の県立はりま姫路総合医療センター(仮称)における救命救急センターの整備(2022年)

(5) 広域的な連携

圏域を超えた患者搬送が行われている地域においては、医療機関と消防機関が連携して関係者の協議を行い、広域搬送の仕組みを構築するとともに、ドクターヘリ等を活用した広域搬送も含めた救急医療体制を整備する。

また、府県域を超えた患者搬送については、府県間協議のもと協力体制を整えるとともに、円滑な搬送のため、広域災害・救急医療情報システムの府県間共有(リンク)を図る。(県、市町、医療機関)

(6) 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)

(7) 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)

(8) 救急搬送体制の充実

ドクターヘリについては、関西広域連合による取組等とも引き続き連携し、県全域をカバーしていく。また、製鉄記念広畑病院と県立姫路循環器病センターの

統合再編後の県立はりま姫路総合医療センター（仮称）においても、引き続きその機能を継続し、救急搬送体制の充実を図る。

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）

(9) 精神科救急医療体制

精神科初期救急医療体制は、より身近な地域で受診できる体制を整えるために精神科救急医療圏域を精神科救急入院医療圏域（5圏域）と精神科救急外来医療圏域（7圏域）に見直し、圏域ごとに受診しやすい体制づくりを目指す。（県）
（詳細は「精神疾患対策」の項目を参照）

(10) 一般救急医療機関と精神科救急医療体制との連携

一般救急医療機関と精神科救急医療体制の連携のあり方について、検討を進める。（県）（詳細は「精神疾患対策」の項目を参照）

(11) 救急医療電話相談（#7119）の推進

現在、神戸市内を対象として神戸市が実施している救急医療電話相談について、神戸市と協力して対象地域の県内全域化を目指す。また、既存の電話相談事業の効果的な連携、役割分担について検討を行う。（県、市町、関係団体）

(12) 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）

(13) 新型コロナウイルス感染症への対応

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とネットワークの構築に取り組む。（県、市町、医療機関）

救急医療を担う医療機関には公立・公的医療機関が多く、新型コロナウイルス感染症に対応する医療機関と重複する場合も多いことから、県災害医療センターの一時的に増床できる機能を活用する等、救急医療体制の確保を図るために必要な準備に取り組む。（県、医療機関）

疑い患者も含めた円滑な受入体制の確保に向け、疑い患者を優先的に受け入れる医療機関の確保や、院内感染防止対策の支援、受入調整を円滑に行うための医療機関等のネットワークの構築等に取り組む。（県、市町、医療機関）

併せて、各消防本部との迅速な情報共有や民間救急事業者等の活用による搬送手段の充実を行う。（県、市町）

【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

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、全国の傾向と同様に増加傾向となっており、平成30年も、過去最高となった平成29年を上回るなど大きく増加している。

(参考) 兵庫県内における救急搬送の状況

区分	H26	H27	H28	H29	H30
救急出動件数(件)	264,636	268,436	275,769	285,265	300,287
救急搬送人員(人)	232,451	236,381	245,257	253,412	266,042

(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、平成31年4月1日現在で1,274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	H27	H28	H29	H30	H31
救急救命士数	1,169	1,187	1,208	1,248	1,274
うち気管挿管認定	703	770	839	907	967
うちアドレナリン投与認定	1,101	1,167	1,229	1,304	1,376

※ 各年12月31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。

（5）AED（自動体外式除細動器）の普及

非医療従事者によるAEDの使用が認められた平成16年から平成18年にかけて県立高等学校を含めた全県立施設への設置を行うとともに、平成18年9月より開催された「のじぎく兵庫国体」の会場に設置したAED148台のうち124台については会場となった各市町へ無償贈与するなど県として可能な普及対策を講じてきた。

また、兵庫県内の各消防本部では、AEDの更なる有効活用に向けて、AEDを活用した応急手当の普及促進を図っている。

【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）

○AED：Automated External Defibrillator（自動体外式除細動器）の略。スポーツ時はもとより日常の生活の中でも突発的に起こりうる、心臓が脈打たずに細かく震えたようになる「心室細動」という不整脈に陥った時に、電気ショックを与えて心室細動を止め、正しい心臓のリズムに戻す装置。

3 救急医療に係る指標・目標

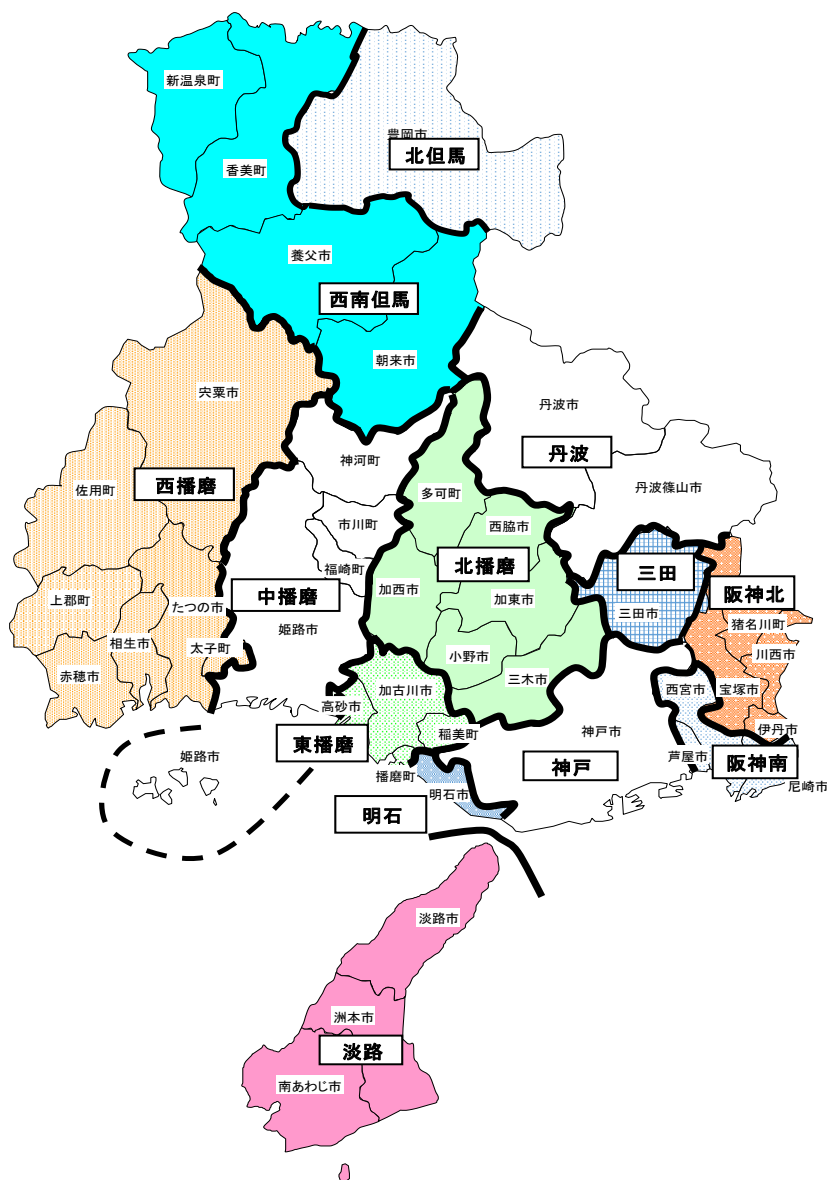
【指標】

指標名	出典 (年度)	兵庫県	(参考) 全国平均
救急搬送人員数	H30	266,042 人	—
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	H30	36.6 分	39.5 分
受入困難事例の割合① (医療機関照会回数4回以上の割合[重症以上傷病者])	H30	2.7%	2.4%
受入困難事例の割合② (現場滞在時間30分以上の割合[重症以上傷病者])	H30	5.4%	5.1%
心肺機能停止傷病者（心肺停止患者）の1ヶ月後の社会復帰率	H30	7.8%	12.5%

【目標】

目標	策定時	現状値	目標値（達成年度）
救急医療電話相談（#7119）の実施市町	神戸市 (H29)	神戸市（H29） 芦屋市（R1）	県全域 (R5)

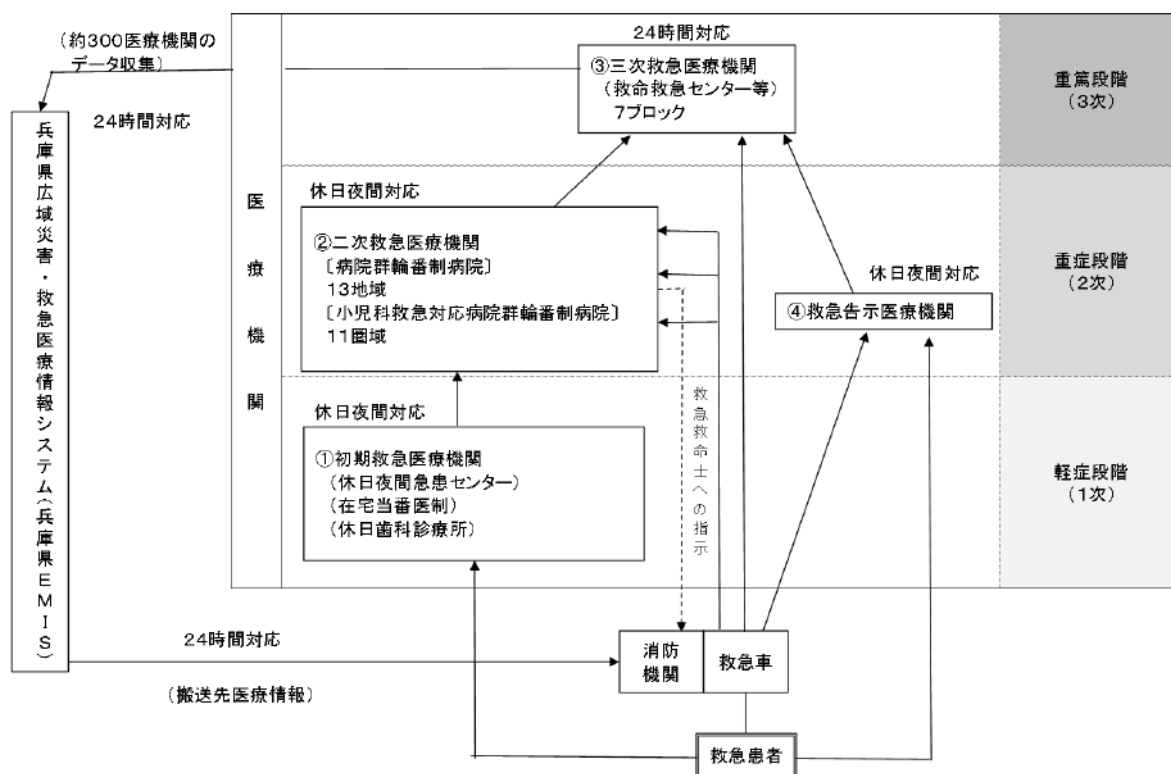
救急医療圏域図



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
		明 石	東 播 磨
		東 播 磨	北 播 磨
		北 播 磨	中 播 磨
		中 播 磨	西 播 磨
		西 播 磨	西 南 但 馬
		西 南 但 馬	北 但 馬
		北 但 馬	丹 波
丹 波	淡 路		
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次保健医療圏域内に地域を設定し、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次保健医療圏域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11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] <http://web.qq.pref.hyogo.lg.jp/ap/qq/men/pwtpmenuult01.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2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	神戸市中央区橘通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	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	神戸子ども初期急病センター	神戸市中央区脇浜海岸通1-4-1
5	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
6	西宮市応急診療所	西宮市池田町13-3
7	芦屋市立休日応急診療所	芦屋市公光町5-13
8	伊丹市休日応急診療所	伊丹市千増1-1
9	阪神北広域子ども急病センター	伊丹市昆陽池2-10
10	川西市応急診療所	川西市中央町12-2
11	宝塚市立休日応急診療所	宝塚市小浜4-4-1
12	三田市休日応急診療センター	三田市天神1-10-14
13	明石市立夜間休日応急診療所	明石市大久保町八木743-33
14	加古川夜間急病センター	加古川市米田町船頭5-1
15	西脇多可休日急患センター	西脇市下戸田652-1
16	姫路市休日・夜間急病センター	姫路市西今宿3-7-21
17	揖龍休日夜間急病センター	たつの市龍野町富永410-2
18	南但休日診療所	朝来市和田山町法興寺378-1
19	豊岡市立休日急病診療所	豊岡市立野町12-12
20	丹波篠山市休日診療所	篠山市黒岡191
21	丹波市休日応急診療所	丹波市柏原町柏原443
22	洲本市応急診療所	洲本市港2-26
23	南あわじ市休日応急診療所	南あわじ市賀集1065-7
24	淡路市休日応急診療所	淡路市志筑3119-1

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] <http://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
	県立姫路循環器病センター ※1	姫路市西庄甲520
	製鉄記念広畑病院 ※1	姫路市広畑区夢前町3-1
	公立豊岡病院（但馬救命救急センター）	豊岡市戸牧1094
県立淡路医療センター ※2	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

※1 県立姫路循環器病センターと製鉄記念広畑病院は令和4（2022）年度に再編統合し、新病院の県立はりま姫路総合医療センター（仮称）は救命救急センターとして指定予定。

※2 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2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)	◎ (3箇所対応)		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	◎	◎	阪神南	◎		
		西宮市	◎	◎				
		芦屋市	○	◎	阪神北	◎		
		伊丹市	○	◎ (小児科 を広域で 対応)				
		川西市・川辺郡	○					
		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	◎		
		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	● 県立姫路 循環器病センター ● 製鉄記念広畑病院
		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		○				
	赤穂郡		○					
但馬	養父市	○	公立病院等 で対応	西南但馬	◎	但馬	● 公立豊岡病院	
	朝来市			北但馬	◎			
	美方郡							
	豊岡市			○				
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	24機関	17地区	13地域	13箇所	ブロック	12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なかで体制の強化を図る。
注 県立姫路循環器病センターは、心疾患と脳卒中を中心に対応しており、他の重
篤患者への対応は近隣医療機関との連携のもと実施している。
注 県立姫路循環器病センターと製鉄記念広畑病院は2022年に統合再編し、新病院
の県立はりま姫路総合医療センター(仮称)は救命救急センターとして指定予
定。

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2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。

小児医療を取り巻く現状として、死亡率は全国値を下回っており、平成30年の小児科医師数は778人で、平成28年と比較すると32人(約4%)増加している。

①15歳未満推計患者数 (単位:千人)

年度	H23	H26	H29
外来	34	36.7	33.1
入院	1.1	1.5	0.9

患者調査(厚生労働省)

②15歳未満死亡率(単位:15未満人口10万人あたり)

年度	H24	H26	H28	H30
兵庫県	20.9	23.2	20.3	17.7
全国	25.3	23.7	21.9	20.8

人口動態調査(厚生労働省)

【現 状】

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。

深夜帯の相談について翌朝まで対応ができていない圏域があり、時間帯により電話が通じにくいなどの課題もあったため、体制の充実に取り組み、平成30年度から、全県の子ども医療電話相談(#8000)について、回線数を増やすとともに、相談対応を翌朝まで延長した。

ア 子ども医療電話相談(#8000)

対象圏域：県下全域

相談時間：〈平日・土曜日〉 18時～翌朝8時

〈日祝日・年末年始〉 8時～翌朝8時

電話番号：プッシュホン用、携帯電話 #8000

ダイヤル回線用 (078) 304-8899

※ダイヤル回線、IP電話、市外局番が06及び072の地域(尼崎市、伊丹市、川西市、猪名川町等)の場合はダイヤル回線用に電話。

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、阪神南圏域、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

電話番号：各圏域の相談窓口により異なる

神戸圏域：078-891-3499

阪神南圏域：06-6436-9988

阪神北圏域：072-770-9981

東播磨圏域：078-937-4199

北播磨圏域：0794-62-1371

播磨姫路圏域：079-292-4874

但馬圏域：0796-22-9988

丹波圏域：0795-78-9290

淡路圏域：0799-44-3799

(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。

なお、阪神北圏域では、1次小児救急医療を提供する阪神北広域こども急病センターを3市1町が共同で平成20年4月に開設するとともに、三田市において、内科・小児科を中心とした三田市休日応急診療センターを平成22年3月に開設した。

また、神戸圏域においても、1次小児救急医療の強化として、神戸こども初期急病センターを平成22年12月に開設した。

(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。

現在、11の2次小児救急医療圏域で実施しているが、圏域によっては輪番制の当番日に空白があり、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。

(5) 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。

(6) 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」を位置づけ、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づけ、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カ所以上合計11機関設置するとともに、3次医療機能を担う小児中核病院を、県内に4機関設置している。

<国の指針に位置づけられた小児医療機能（2次・3次）>

小児地域医療センター：

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：

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

【課 題】

(1) 小児救急医療電話相談体制

全県の子ども医療電話相談（#8000）について、相談対応時間の延長など体制の充実を進めた結果、相談実績が大きく増加（平成29年度：31,999件→平成30年度：47,588件）しており、今後も、小児救急患者家族の不安を解消し、不要不急な受診を解消するため、体制の確保を図る必要がある。

(2) 1次小児救急医療体制

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

ア 2次小児救急医療圏域に基づき、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を確立していく必要がある。

イ 小児科救急対応病院群輪番制は、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。

(4) 3次小児救急医療体制

ア 3次小児救急医療を担う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。
イ 病院間のネットワークを構築する等、小児地域医療センターのレベルアップを図る必要がある。

(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

小児救急医療研修受講者の小児救急医療体制への参画を促進する必要がある。

(7) 災害時における小児救急体制の確保

災害時においても、小児患者に適切に対応できる体制の構築が必要である。

(8) 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。

(9) 小児精神科医療の確保

こころの問題のある児等に対して、精神科医療を提供するとともに、地域の関係機関が連携して支えていく体制を整備する必要がある。

(10) 発達障害児に対する医療ネットワークの構築

発達障害児を診断・診療できる専門医療機関が限られているため、地域の関係機関が連携して支えていく体制を整備する必要がある。

(11) 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。

【推進方策】

1 小児救急医療体制の充実

(1) 小児救急医療電話相談体制の推進

小児救急患者家族の不安解消や不要不急な受診を減少するため、全県の子ども医療電話相談(#8000)による翌朝までの相談対応を維持する。(県、市町、医療機関)

(2) 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)
- (3) **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)
- (4) **小児医療連携圏域の設定**
ア 小児医療に係る連携を進める小児医療連携圏域において、小児救急を含む小児医療の継続的な確保を推進していく。
イ 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推進する。
- (5) **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)
- (6) **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とともに、災害時小児周産期リエゾンと災害医療コーディネーターが連携した総合防災訓練や研修などを実施する。(県、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) 小児精神科医療の確保

こころの問題のある児等に対して、県立こども病院や県立尼崎総合医療センターにおいて、「こころ」と「からだ」を密接に関連付けた総合的な医療を提供するとともに、県立ひょうごこころの医療センターを含めた精神科医療機関との連携体制を構築する。(県、市町、関係団体)

(4) 発達障害児に対する医療ネットワークの構築

発達障害児(自閉症も含む)に対して、身近なところで診断・診療が受けられるよう、県立こども発達支援センターと他の医療機関との発達障害児医療ネットワークの構築など、医療体制の検討を進める。(県、医療機関)

(5) 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)

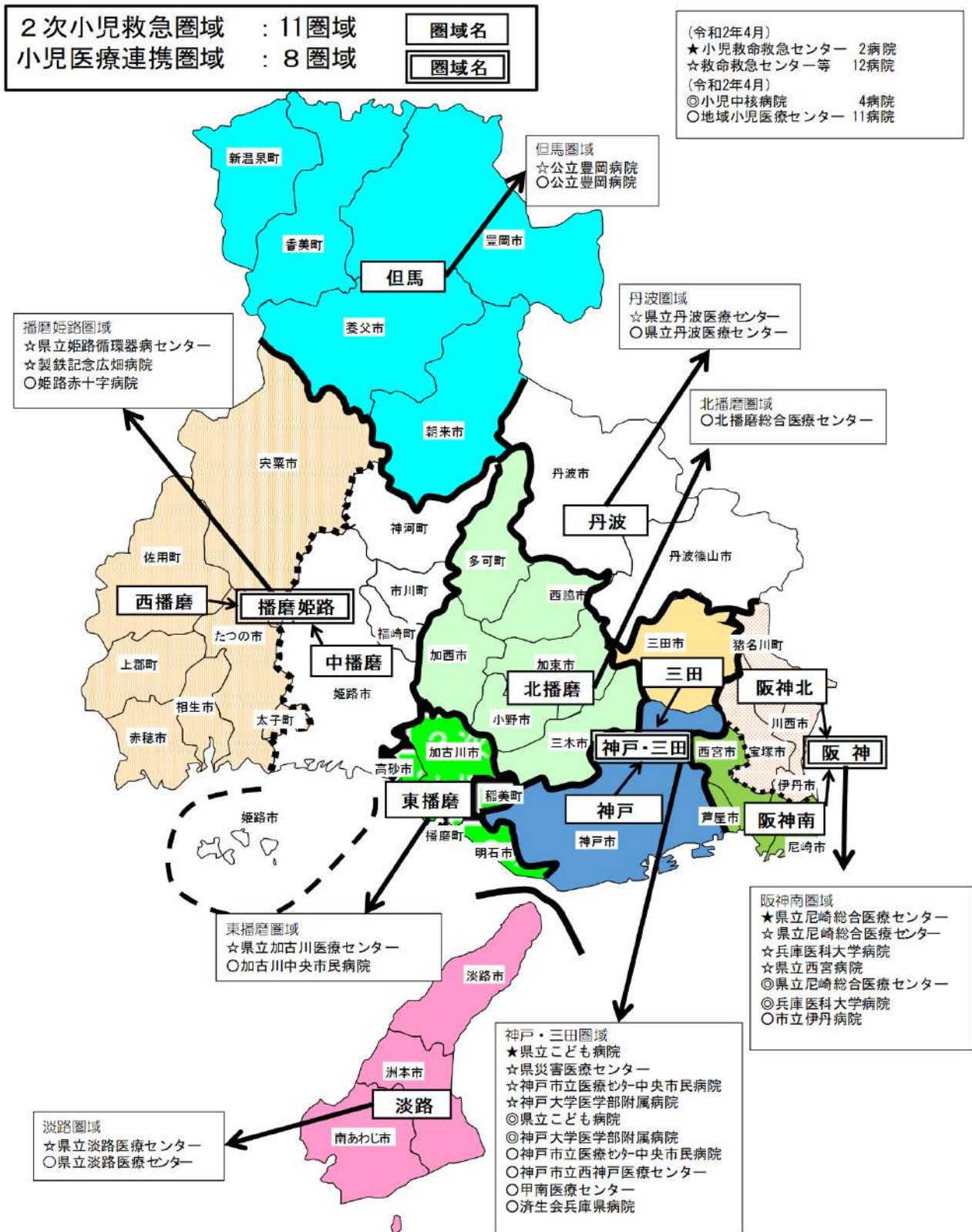
< 2次小児救急圏域と小児医療連携圏域 >

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	神戸	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	三田市	三田			
	東播磨	明石市・加古川市・高砂市・稲美町・播磨町	東播磨	阪神	市立伊丹病院
北播磨		西脇市・三木市・小野市・加西市・加東市・多可町	北播磨		
播磨姫路	姫路市・福崎町・市川町・神河町	中播磨	播磨姫路	姫路赤十字病院	神戸大学医学部附属病院 兵庫医科大学病院
	相生市・たつの市・赤穂市・宍粟市・太子町・上郡町・佐用町	西播磨			
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	★：小児救命救急センター
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	11圏域	8連携圏域	11機関	

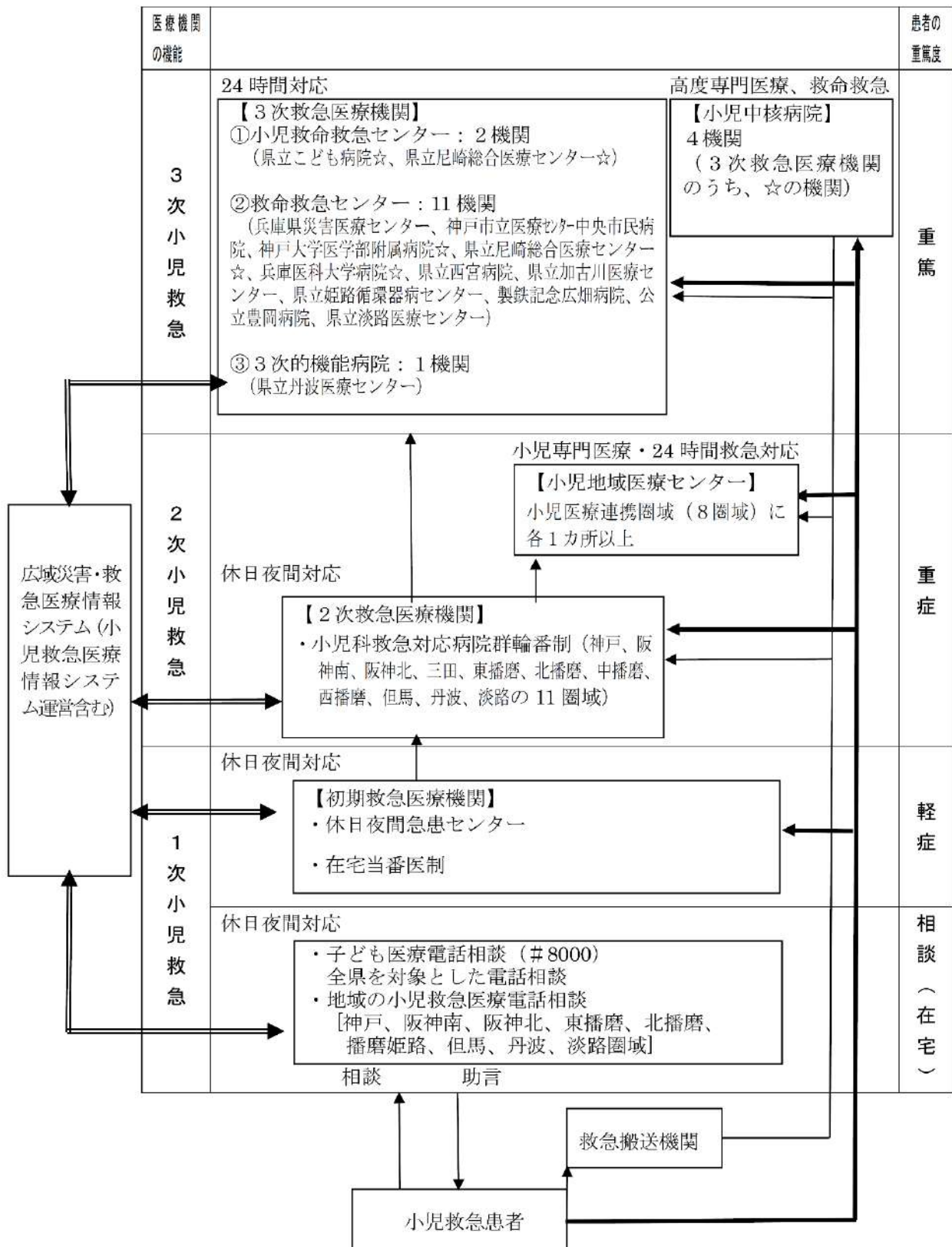
【目標】

目標	現状値	目標設定(達成年度)
小児救急電話相談時間	24時まで (H29)	翌朝8時まで (H30)
小児向け在宅医療関係研修会等の実施数	6回 (R1)	年3回以上 (R5)
小児の訪問診療を実施している診療所・病院を有する圏域数	7連携圏域 (H30)	県下8連携圏域に配置 (R5)

< 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3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、平成28年4月の熊本地震や平成30年6月の大阪府北部地震等、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DMAT指定病院*における体制整備に取り組む。

○兵庫DMAT (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DMAT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DMATを持つ病院

【現 状】

(1) 広域災害救急医療情報システム・災害救急医療情報指令センターの整備

平成8年12月に、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)として更新した。

平成15年4月にはシステムを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して、運用している。

平成21年度に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して運用している。

平成28年度には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を行った。また、全病院のシステム登録を平成28年度に行った。

兵庫県広域災害・救急医療情報システム(兵庫県EMIS)は平時から医療機関において頻繁に情報更新などで利用が行われている。

一方、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、大規模災害時に広域災害救急医療情報システム(厚生労働省EMIS)から情報収集を行う運用になっている。

兵庫県EMISと厚生労働省EMISは相互に医療機関の被災情報のデータ連携を行うことができる。

なお、これら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する災害救急医療情報指令センターを県災害医療センター内に整備（平成15年8月）し、運営している。

兵庫県EMISと厚生労働省EMISは、それぞれのシステムの利用主体が異なること等の条件から、災害時にどちらのシステムを優先するか等、運用方法について検討を行うことが必要となっていたため、関係機関と協議を行い、平成30年度に、災害時の医療機関からの被災状況等の報告では厚生労働省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。

(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災害医療圏域を設定する。（災害医療圏域図・災害拠点病院位置図 参照）

(4) 災害拠点病院の整備

災害時に被災患者の受入れ・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18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。

(5) 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・外科部長を中心に委嘱している。

平成27年度から県医師会及び郡市医師会の代表者等を災害医療コーディネーターに委嘱し、令和2年3月末現在で災害拠点病院のコーディネーターを88名、医師会のコーディネーターを27名、併せて115名の災害医療コーディネーターを委嘱している。

○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、被災患者の受け入れ先、救護班及び兵庫DMATの派遣及び受け入れ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。

(6) 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2年4月現在で15の兵庫DMAT指定病院に25名配置している。

○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。

(7) 救急搬送システムの整備

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。

(8) 医薬品等備蓄システムの整備

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。

(9) 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めざし、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4月の熊本地震における対応に関して、医療チーム、保健師チーム等の間における情報共有に関する課題や保健所の支援について市町との連携に関する課題が指摘されたこと、また「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」の通知を受け、大規模災害時には県が設置する保健医療調整本部において保健医療活動の総合調整が行われることとなったこと等を踏まえ、「地域災害救急医療マニュアル」の見直しが課題となったことから、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。

(10) 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。

(11) 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、平成22年7月30日付け「広域医療搬送拠点臨時医療施設（SCU）の整備促進について」の通知が行われた。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。

(12) 保健医療調整本部の整備

平成28年熊本地震における対応に関して、医療チーム、保健師チーム等における情報共有に関する課題が指摘され、今後、「被災地に派遣される医療チームや保健師チーム等を全体としてマネジメントする機能を構築する」べきであるとされた。

この結果を踏まえ、厚生労働省から平成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ている。

(13) 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。

【課題】

(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EMIS）と広域災害救急医療情報システム（厚生労働省EMIS）は相互にデータ連係を行うことができるが、本県では、平時の救急搬送調整等では兵庫県広域災害・救急医療情報システム（兵庫県EMIS）を、災害時には広域災害救急医療情報システム（厚生労働省EMIS）を主に活用することとしており、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) 災害拠点病院等の整備

災害拠点病院における耐震強化、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、業務継続計画（BCP）に基づく訓練等など、災害拠点病院の機能強化及び災害拠点病院間の連携強化等を図る必要がある。

今後想定される大規模災害時に災害拠点病院が精神科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。このため、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を今後整備する必要がある。

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している。

(3) 兵庫県災害医療コーディネーターの整備

各災害拠点病院・医師会に配置されている兵庫県災害医療コーディネーターと、地域医療情報センター・消防機関等関係機関との連携体制を整備する必要がある。

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、人材の確保・養成を図っていく必要がある。

(4) 統括DMATの確保

災害時のDMATの本部の責任者として県内外の現場を指揮できるよう、人材の確保・養成を図っていく必要がある。また、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。

(5) 「災害時保健医療マニュアル」に基づく圏域の体制強化

災害時に、各圏域において、「災害時保健医療マニュアル」に基づき円滑な対応が行われるよう訓練等により関係者の連携体制を確保する必要がある。

(6) 広域医療搬送体制等の整備

SCUについて県内の4箇所に整備を進めているが、初期の連絡体制、設置候補地の選定、運用方法などの検討を行う必要がある。

(7) 保健医療調整本部の整備

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等)による医療救護活動が円滑に進められるよう、保健医療調整本部の組織体制の検討を行い、その連携方策等について検討する必要がある。

(8) 災害時の小児・周産期医療体制の整備

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。

○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

○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。

【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EMIS)と広域災害救急医療情報システム(厚生労働省EMIS)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EMIS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)

また、災害時における精神科医療を提供する上での中心的役割を担う災害拠点精神科病院の整備を進めていく。(県、医療機関、関係団体)

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。(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

DMAT・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（DMAT、JMAT、DHEAT、DPAT、日本赤十字社等）との連絡調整等を行う本部組織（保健医療調整本部、DMAT調整本部、DMAT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」三連動地震や近畿圏直下型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・充実に向けた取組を実施する。（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作りを行い、災害時には平時の連携ベースとして、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）

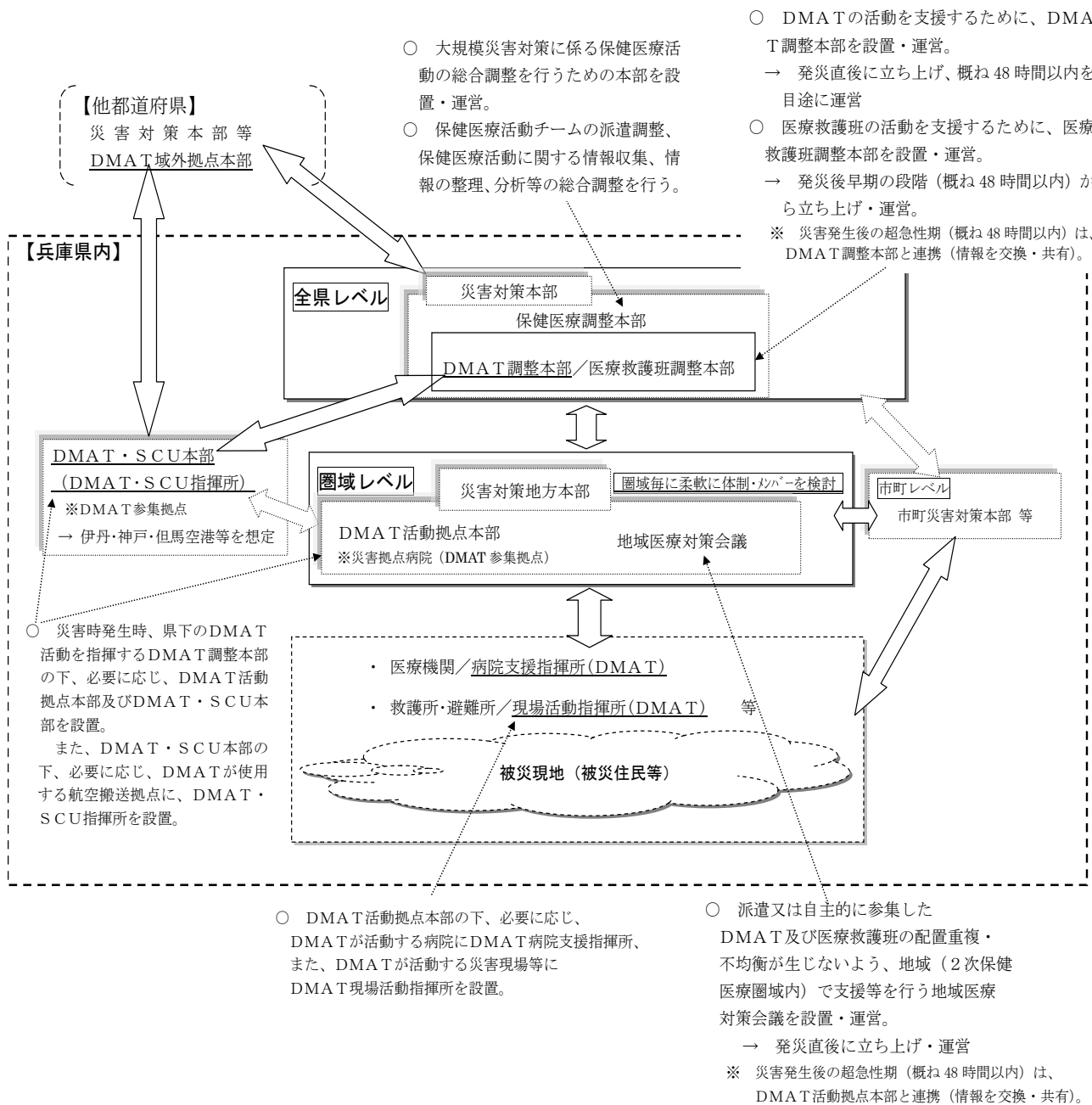
【目 標】

目 標	現 状 値	目 標 値（達成年度）
統括DMA Tの災害拠点病院への配置	14 機関 (H29.4)	18 機関（全機関） (R5)

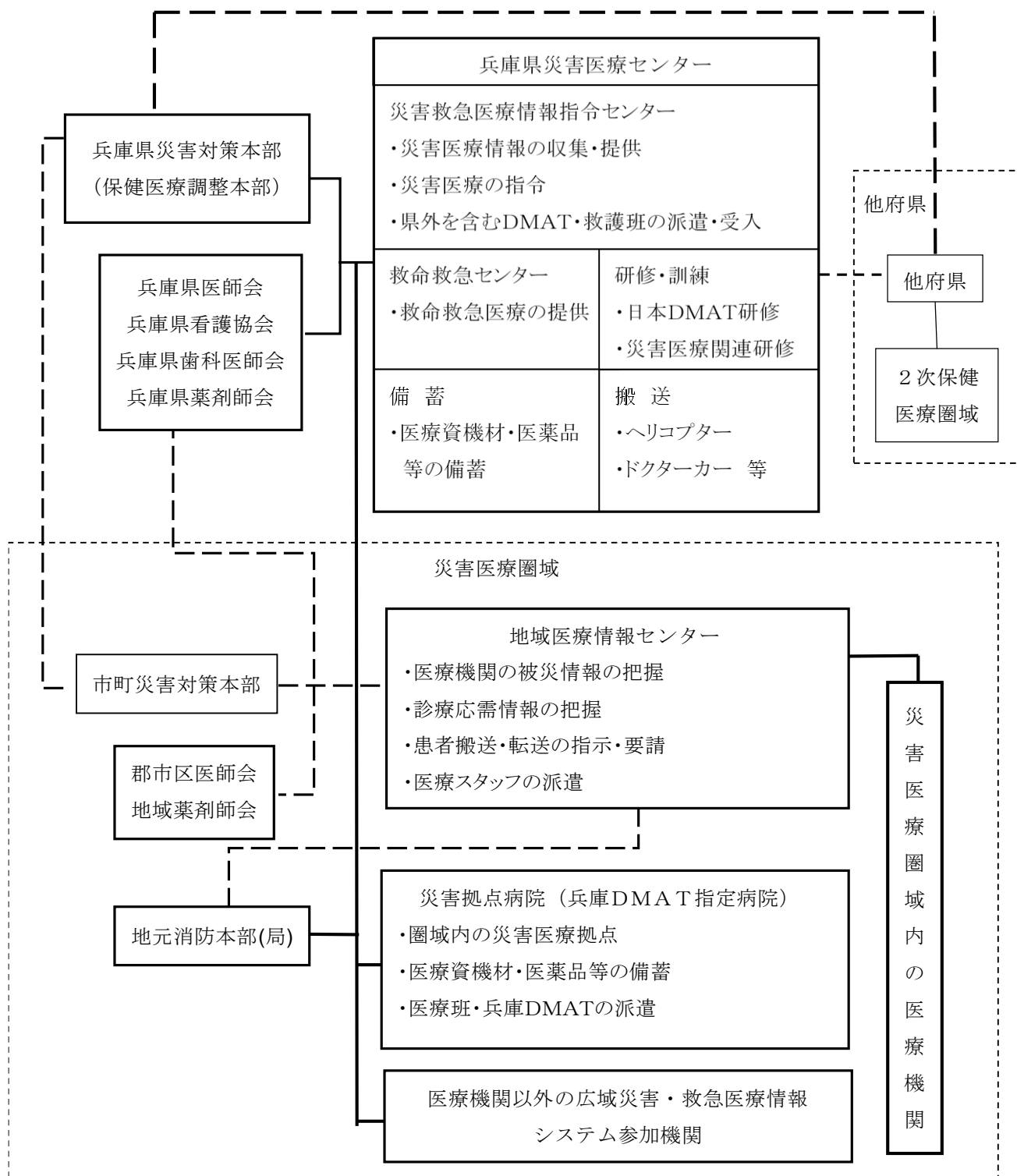
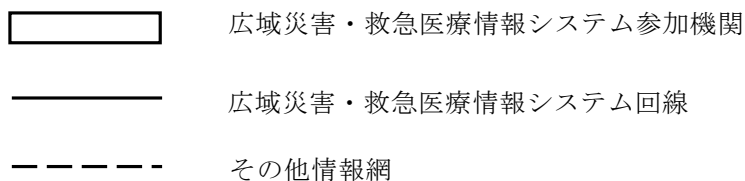
目 標	現 状 値	目 標 値（達成年度）
災害拠点病院の業務継続計画の策定率	33.3% (H28.4)	100% (R1.4)

目 標	現 状 値	目 標 値（達成年度）
E M I Sの入力訓練	年 32 回 (H28)	年 35 回以上 (R5)

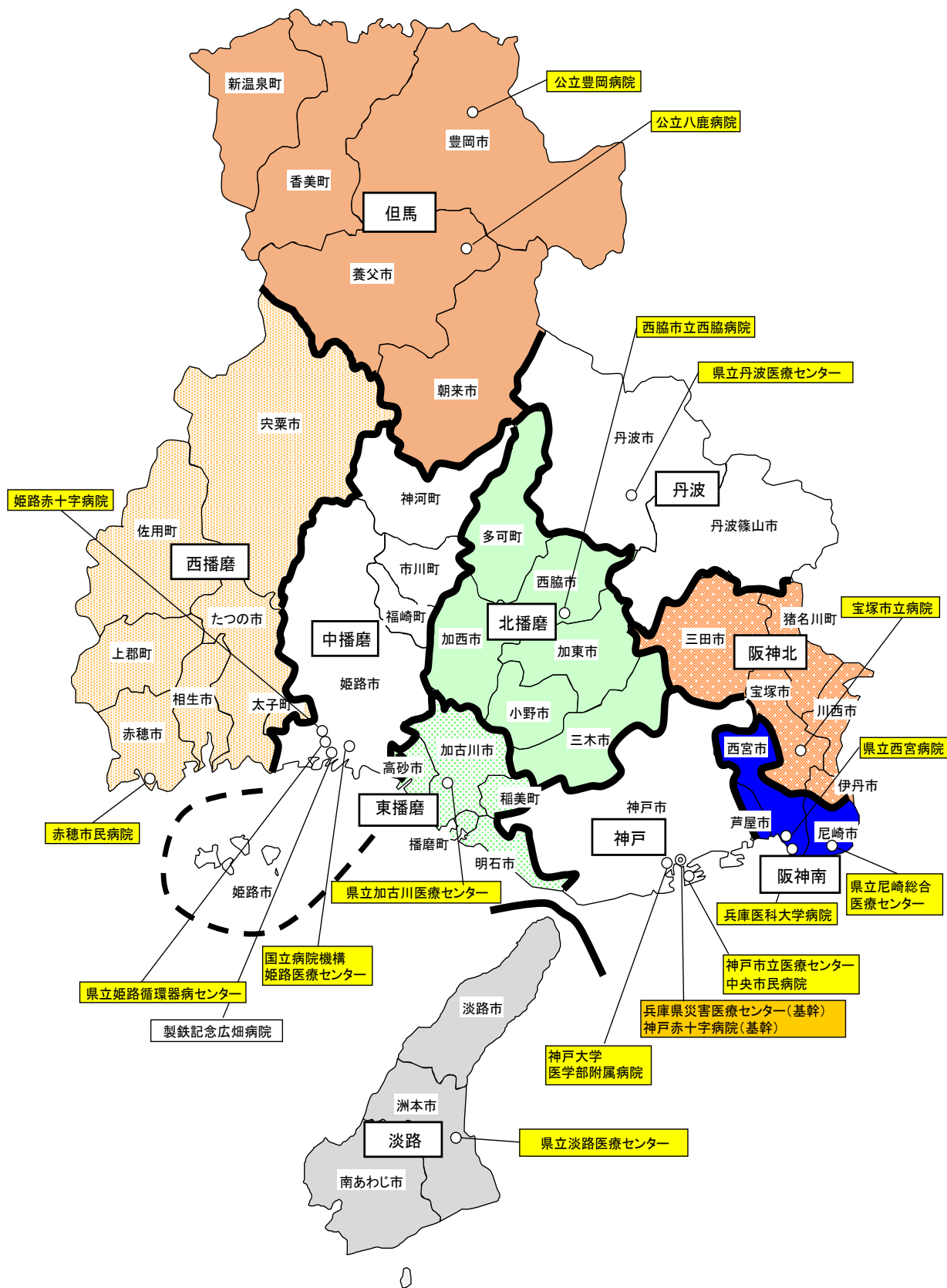
災害発生時の医療活動への対応（県等における組織・系統図）



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。(18病院)

※ **網掛けなし** の病院は兵庫DMAT指定病院を表す。

(令和2年4月時点)

第4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。

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づけ、ハイリスク妊産婦・新生児への2次的医療を行う協力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。

このたび、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）を一体化する。

【現 状】

(1) 出生

ア 出生数と合計特殊出生率

本県の令和元年の出生数は38,043人で、年々減少傾向にある。

合計特殊出生率は、令和元年は1.41で、全国平均よりやや高い。

		H8	H18	H20	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R元
出生数	県	53,131	48,771	48,833	45,673	44,352	44,015	43,378	41,606	39,713	38,043
合計特殊出生率	県	1.39	1.28	1.34	1.42	1.41	1.48	1.49	1.47	1.44	1.41
	全国	1.43	1.32	1.37	1.43	1.42	1.45	1.44	1.43	1.42	1.36

資料：人口動態調査（厚生労働省）

イ 低出生体重児の出生

本県の令和元年の低出生体重児（出生時の体重が2,500g未満の新生児）の出生数は3,516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	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R元
低出生体重児の出生数	県	3,872	4,756	4,712	4,419	4,253	4,069	4,155	3,907	3,720	3,516
出生総数に占める割合	県	7.3	9.8	9.7	9.7	9.6	9.2	9.6	9.4	9.4	9.2
	全国	7.5	9.6	9.6	9.6	9.5	9.5	9.4	9.4	9.4	9.4

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にあり、本県は全国平均と比べ低い率を維持している。

		H8	H18	H20	H25	H26	H27	H28	H29	H30
周産期死亡率	県	6.1	3.9	3.6	3.1	3.2	3.3	2.8	2.9	2.7
	全国	6.7	4.7	4.3	3.7	3.7	3.7	3.6	3.5	3.3
新生児死亡率	県	2.1	1.3	1.0	0.7	0.7	0.7	0.4	0.4	0.5
	全国	2.0	1.3	1.2	1.0	0.9	0.9	0.9	0.7	0.7

資料：人口動態調査（厚生労働省）

(3) 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である。

		H8	H18	H20	H22	H24	H26	H28	H30
産科・産婦人科医師(総数)	県	495	442	451	457	472	482	483	479
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
	全国	8.9	7.9	8.1	8.3	8.6	8.7	8.9	8.9

資料：医師・歯科医師・薬剤師調査および人口動態調査（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にあり、人口10万対医師数は全国平均並である。

		H8	H18	H20	H22	H24	H26	H28	H30
小児科医師(総数)	県	606	652	674	697	722	732	746	778
同医師数 (人口10万)	県	11.2	11.7	12.1	12.5	13.0	13.2	13.5	14.2
	全	10.9	11.5	11.9	12.4	12.8	13.2	13.3	13.7

資料：医師・歯科医師・薬剤師調査および人口動態調査（ともに厚生労働省）

ウ 年齢階層別・男女別構成比率

平成26年度と平成16年度における全国の産科・産婦人科医師の年齢階層別・男女別構成比率を比較すると、60代医師数の増加とともに、30代、40代の女性割合が増えている。小児科医については、60代の伸びが顕著である。

(4) 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
県		116	108	98	96
	病院	48	46	45	45
	診療所	68	62	53	51
全国		2,713	2,576	2,363	2,273
	病院	1,149	1,075	1,055	1,031
	診療所	1,564	1,501	1,308	1,242

資料：医療施設調査（厚生労働省）

(5) 周産期母子医療センター等の設置状況

本県では、平成6年に、県立こども病院にMFIUCU(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した。

県下を7地域に区分して、県立こども病院をはじめ10病院を地域センターとして位置づけ、比較的医療機能が充実した産科を有する協力病院の協力を得ながら、地域センター病院がハイリスク妊産婦及びハイリスク新生児を受入れ、高度専門的な医療を提供する周産期医療システムを運用してきた。

平成12年3月には、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

定するとともに、平成13年8月には9病院を地域周産期母子医療センターに位置づけた。

平成23年3月に、「兵庫県周産期医療体制整備計画」を策定し、総合周産期母子医療センターを人口100万人（出生1万人）に対して1か所整備することを目標に、全県で5か所程度整備することをめざすとともに、地域周産期母子医療センターの機能強化を図りながら、新たな認定を推進することとした。但馬地域では、但馬全域の拠点となってハイリスク母子に対応するなど、安全・安心な周産期医療体制の整備を図るため、地域周産期母子医療センターである公立豊岡病院内に「但馬こうのとり周産期医療センター」を整備した。

令和2年4月現在、総合周産期母子医療センターとして6施設を指定し、地域周産期母子医療センターとして6施設を認定している。

平成26年度には、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）。令和2年4月現在19施設を認定している。

周産期医療体制整備指針に規定するNICU（新生児集中治療室）は、県内で123床整備されている。国指針では出生1万人あたり25～30床の整備が目標とされており、令和元年の出生数で計算すると本県では出生1万人あたり32.3床整備されており、目標は達成している。

(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。

イ 母体紹介・搬送情報提供書、新生児医療情報提供書

母体及び新生児の搬送にあたっては、搬送・紹介元施設が搬送情報提供書を作成し、受入施設に送付している。

母体紹介・搬送情報提供書集計結果（平成28年～30年の3か年 平均結果）では、外来紹介が82.3%、緊急搬送が17.7%を占めている。緊急搬送は1年当たり平均832件で、搬送理由では、切迫早産46.1%、前期破水22.5%、妊娠高血圧症候群10.2%の順が多い。緊急搬送元は、総合・地域の周産期母子医療センターあわせて5.8%、一般病院31.5%、診療所・助産院あわせて61.7%であった。緊急搬送先は、総合周産期母子医療センター63.8%、地域周産期母子医療センター24.4%、地域周産期病院9.4%である。丹波圏域では、地域周産期母子医療センターがないことから、搬送先の多くが神戸圏域となっており、県境の阪神圏では、一部県外へ搬送されていた。

ウ 搬送コーディネーター機能

平成20年には、近畿ブロックの各府県内において、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。

【課題】

- (1) 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。
- (2) 全県的な産科医の不足により、分娩取扱施設が減少する中、地域における周産期医療体制の見直しが必要となっている。特に、丹波圏域においては、地域周産期医療センターの機能を有する医療機関がないことから、医療機能の確保が課題となっている。
- (3) 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。
- (4) 協力病院の基準を満たす病院が減少してきており、周産期医療システムにおける協力病院の機能低下が懸念される。
- (5) NICUが恒常的な満床かそれに近い状態のために、周産期救急患者の受け入れが困難となっているケースがある。
- (6) 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。
- (7) 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。
- (8) 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。
- (9) 妊娠期から子育て期にわたるまでの支援について、ワンストップの拠点となる「子育て世代包括支援センター」を各市町に整備し、地域における子育て世帯の安心感の醸成が必要になっている。
- (10) 特定不妊治療の実施により、総出生児数に占める体外受精による出生数の割合は、平成18年の1.79%から平成26年には4.71%へと増加しており、特定不妊治療の医療需要が高まっている。

【推進方策】

(1) 周産期母子医療センター及び協力病院の整備と連携・機能強化

周産期母子医療センター及び協力病院の機能を強化するとともに、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。(県・医療機関・関係団体)

ア 総合周産期母子医療センターおよび地域周産期母子医療センター

人口100万人(出生1万人)に対して1か所整備することを目標としている総合周産期母子医療センターについて、本県では6か所整備しており、これを維持していく。

地域周産期母子医療センターについては、国の整備指針では、「総合周産期母子医療センター1カ所に対して数か所の割合で整備するものとし、1つ又は複数の二次医療圏に1か所又は必要に応じてそれ以上整備することが望ましい」とされている。これを踏まえ、すでに認定済みの地域周産期母子医療センターの機能強化を図りながら、地域周産期病院をはじめとする既存の医療機関のなかから新たな認定を推進していく。

なお、認定にあたっては、医療機関の人的体制、妊産婦・新生児の受入実績、国から示された周産期母子医療センターの評価基準等を考慮し、周産期医療協議会の意見を踏まえて決定する。

丹波圏域においては、広域搬送体制の整備や、周産期医療情報システムの充実により、引き続き神戸・阪神圏域との連携で対応する。

播磨姫路圏域においては、地域周産期母子医療センターが存在しないことから、総合周産期母子医療センターである姫路赤十字病院が、地域周産期母子医療センターに求められる機能もあわせて提供することとする。

イ 地域周産期病院、地域周産期医療関連施設の整備

(ア) 地域周産期病院における周産期医療機能の強化を図るとともに、既存の医療機関のなかから新たな認定を推進していく。

(イ) 地域における周産期医療に関連する病院(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、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

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、引き続き、近畿2府7県による広域連携体制を維持し、相互に連携・支援を行う。

(3) 周産期医療情報システムの充実

NICUの空床状況、緊急手術の可否など必要な情報を検索できる周産期医療情報システムの充実を図る。(県・医療機関・関係団体)

(4) 周産期医療分野の医師確保

ア 医師不足の地域や診療科に県職員として採用した医師を派遣する「地域医療支援医師県採用制度」の活用により、産科・産婦人科医及び小児科医の量的確保を図るとともに、医師不足の医療機関への医師派遣を支援する「医師派遣等推進事業」により地域偏在の解消に努める。(県・医療機関)

イ へき地等勤務医師の確保のため県が修学資金を貸与して養成した「県養成医師」を対象に、産科又は小児科としてのキャリア形成を積極的に支援する。(県・医療機関)

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。(県・医療機関)

(5) 災害時に備えた周産期医療体制の確保

ア 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。(県・医療機関・関係団体)

イ 災害時にDMAT等と連携して小児周産期医療分野の情報収集・発信、搬送コーディネートをを行う「災害時小児周産期リエゾン」を養成し、全ての総合周産期母子医療センターに配置する。(県・医療機関・関係団体)

ウ 全ての総合周産期母子医療センターで、災害時業務継続計画の策定を進める。(県・医療機関)

(6) 精神疾患合併妊婦への対応体制の整備

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協力病院は、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。(県・医療機関・関係団体)

イ 総合周産期母子医療センターは、産科的にも精神的にもハイリスクの妊産婦に対応できる体制を整備する。(医療機関)

ウ 地域周産期母子医療センター及び地域周産期病院は、地域の医療機関等とも連携しながら、産科的ローリスクで精神的ハイリスクの妊産婦に切れ目無く対応できる体制の整備に努める。(医療機関・関係団体)

(7) 助産師の資質向上と活用促進

産科医との連携のもと、助産師がより専門性を発揮するとともに、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、助産師が正常産を担う院内助産、助産師外来の設置を促進する。(県・医療機関)

(8) 特定不妊治療指定医療機関の指定等

ア 特定不妊治療を実施する医療機関として、設備や人員等の基準を満たしたものに対して審査の上、指定し、ホームページで公表する等、周知を図るとともに、3年毎の再審査による管理を行う。(県)

イ 指定医療機関が少ない地域においては、自己注射の導入や、指定医療機関と地元の医療機関と連携した治療を行う等、体制の整備を図る。(県・医療機関)

【目標】

目標	策定時	現状値	目標値
周産期死亡率	2.8 (H28)	2.7 (H30)	減少 (R5)
災害時小児周産期リエゾン認定者数	3人 (H28)	13人 (R1)	12人 (R1)

※災害時小児周産期リエゾン認定者数は目標値を達成した。

[周産期母子医療センター一覧]

(令和2年4月1日現在)

圏域名	医療機関名	指定等状況				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	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				○*
	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/精神科医が常勤
 : *状況により他病院への搬送により対応

[地域周産期病院一覧]

(令和2年4月1日現在)

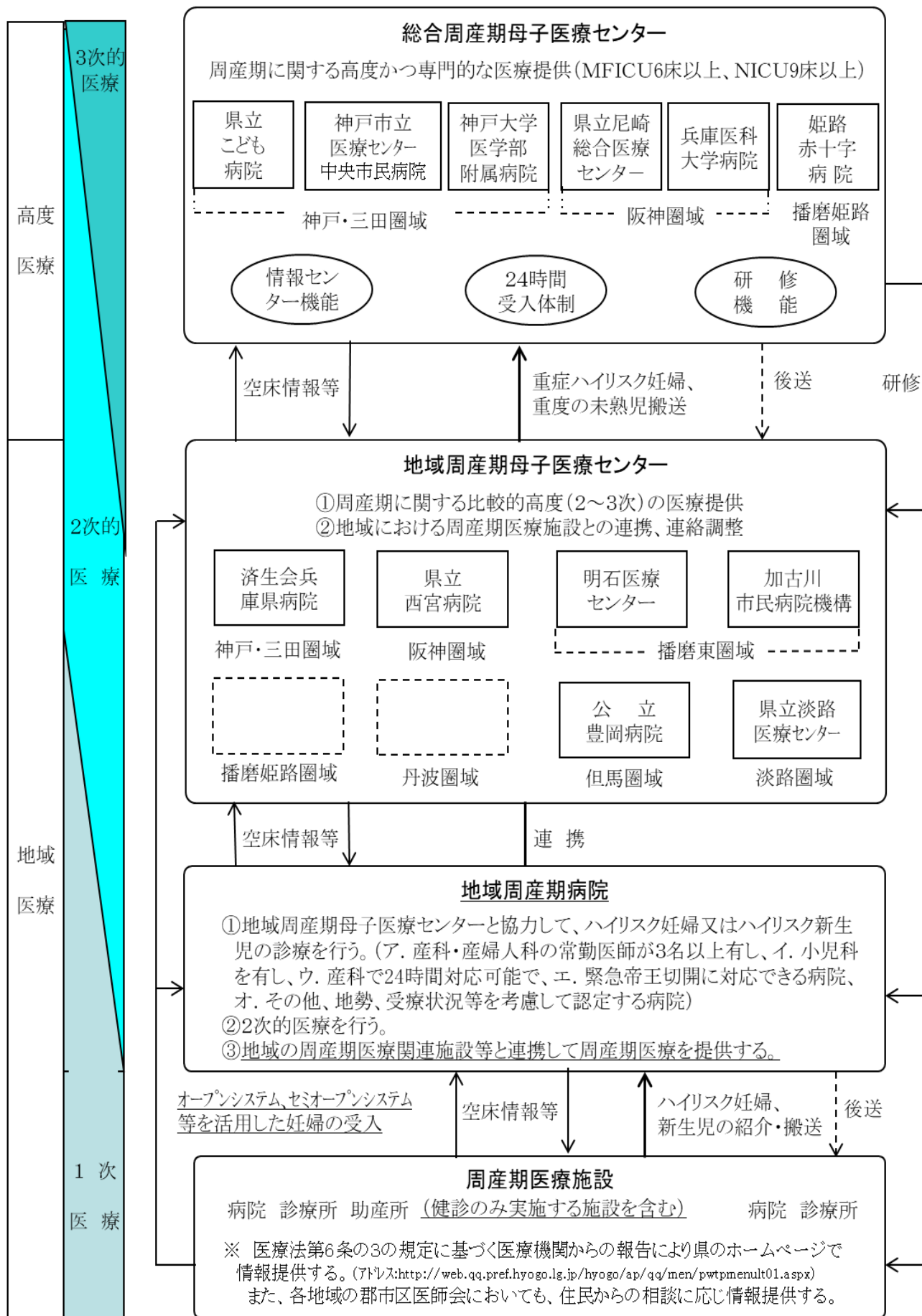
圏域名	医療機関名
神戸・三田	甲南医療センター(精)、パルモア病院、 母と子の上田病院、神戸アドベンチスト病院、 神戸医療センター(精)、神戸市立西神戸医療センター(精)、 なでしコレディースホスピタル、三田市民病院、神戸市立西市民病院
阪神	関西労災病院(精)、明和病院、近畿中央病院(精)、 市立伊丹病院(精)、ベリタス病院
播磨姫路	姫路聖マリア病院、製鉄記念広畑病院、公立宍粟総合病院
播磨東	あさぎり病院
丹波	県立丹波医療センター

(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。

(<https://web.pref.hyogo.lg.jp/org/kf15/index.html>)

周産期医療システムの概念図



第5章 へき地医療

1 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】

(1) 無医地区

令和元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及び離島に、令和元年10月末現在で2市3町に8地区の無医地区が存在している。

(2) へき地で勤務する医師の確保

本県では、「兵庫県地域医療支援センター」(H26.4)を設置し、「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。

地域医療支援センターでは、大学、県医師会、県看護協会、医療機関等で構成する「兵庫県地域医療支援センター運営委員会」を活用し、へき地等勤務医師の養成・派遣、医師のキャリア形成支援、大学医学部への特別講座の設置等を行っている。

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)

	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R元	R2
医学生	82	99	111	118	125	127	130	129
医 師	33	35	37	48	57	72	87	107
総 計	115	134	148	166	182	199	217	236

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)】

	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R元	R2
県内定着率	69.2%	67.3%	69.0%	67.8%	71.9%	69.6%	67.5%	67.5%
県内へき地定着率	38.4%	33.6%	39.8%	40.0%	43.9%	41.7%	40.0%	39.8%

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

後期研修修了医師等を県職員として採用し、公立病院等へ派遣している。

【R元実績：5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。

【R元実績：市立加西病院ほか7病院→加東市民病院ほか9病院に派遣】

エ 大学医学部への特別講座の設置

大学との連携により、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するとともに、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。

【R元実績】

連携大学	講座名	研究拠点	設置年度
神戸大学医学部	地域医療支援学部門講座	公立豊岡病院	H17
		県立丹波医療センター	H25
	低侵襲外科学講座	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
大阪医科大学	地域総合医療科学講座	公立神崎総合病院 公立宍粟総合病院 赤穂市民病院	H26

(3) へき地医療機関の整備

へき地医療支援機構において、へき地診療所等への医師派遣の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

本県では、平成30年度からの新専門医制度に基づき、19領域・124専門研修プログラム（令和2年度）を整備しており、このうち、へき地医療拠点病院において、内科領域は、公立豊岡病院ほか5病院で、総合診療領域は、県立丹波医療センターほか5病院で整備している。

【課題】

- (1) 地域別の人口10万対医師数は、神戸地域と西播磨地域では約2倍の開きがあり、地域偏在が生じている。
- (2) へき地にある公立病院・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、平成27年度の調査では、へき地診療所の常勤医師の50%が60歳以上で、医師の不足とともに高齢化が進み、後継者の確保が困難な状況にある。
- (3) へき地に勤務する若手医師等のへき地への定着を促進するため、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得られるなどキャリアを支援する必要がある。
新専門医制度の開始に伴い、地域のニーズが置き去りにされるなど、へき地医療の悪化が生じないような仕組みづくりが必要である。
- (4) へき地では地理的な要因から、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ことがある。

【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）
 - 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、平成30年度以降に増加する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 平成30年度から開始された新専門医制度に基づき、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）

へき地医療支援機構の調整・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の向上を図るため、ドクターヘリを着実に運用する。

【へき地医療提供施設の公表】

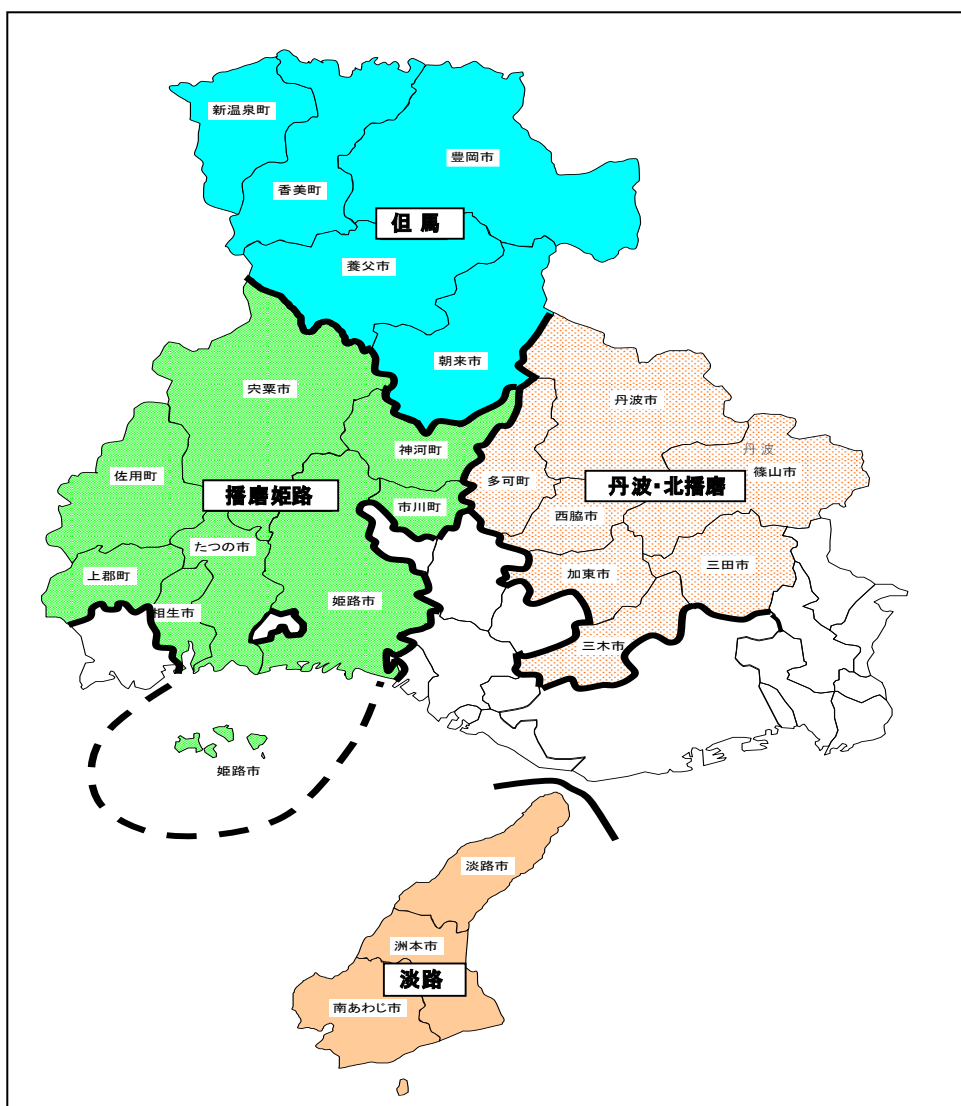
「へき地医療の確保に関する事業に係る医療連携体制に係る医療提供施設」については、兵庫県へき地医療提供施設一覧にて公表する。

[参照 URL] https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf15/hw11_000000142.html

【数値目標】

目標	策定時（年度）	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	57人 (H29)	107人 (R2)	158人 (R5)
へき地等勤務医師の 県内へき地定着数	50人 (H29)	49人 (R2)	60人 (R5)

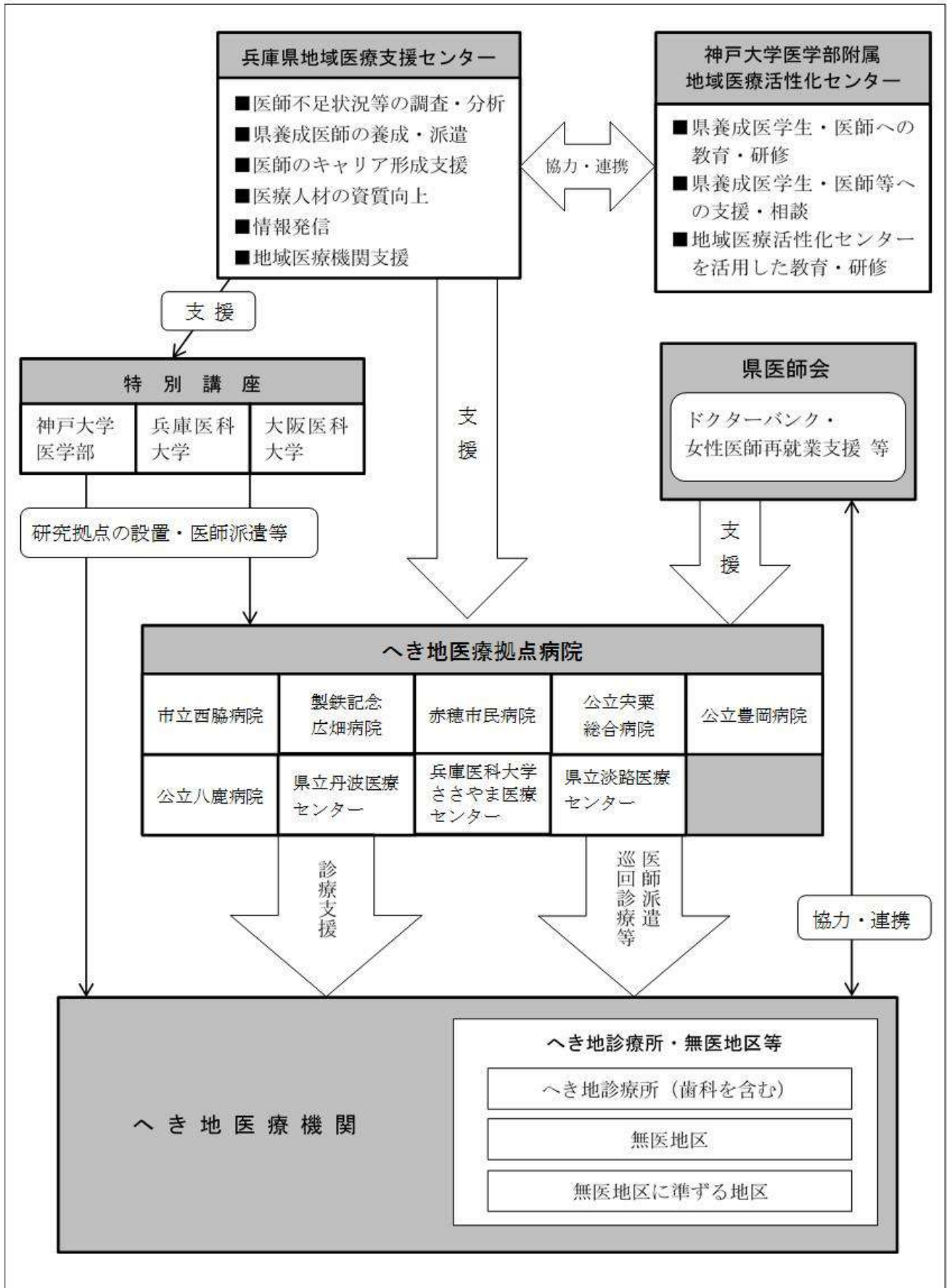
<へき地5法の対象地域>



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	製鉄記念広畑病院※ 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

※製鉄記念広畑病院と県立姫路循環器病センターは 2022 年に統合再編し、新病院の県立はりま姫路総合医療センター（仮称）は、へき地医療拠点病院に指定予定

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 (R元.10未現在)	へき地診療所 (R2.10.1現在)	へき地医療拠点病院 (R2.10.1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	製鉄記念広畑病院 赤穂市民病院 公立宍粟総合病院	
		姫路市 夢前町		山之内診療所・ぼうぜ医院		
		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]	南光歯科保健センター		
		但馬	豊岡市	竹野町		[川南谷]
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]			責母診療所・高橋診療所・但東歯科診療所		
養父市			建屋診療所・大屋診療所・大屋歯科診療所・ 出合診療所・大谷診療所			
香美町	香住区		御崎	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・崖田出張診療所			
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	多可町 加美区		杉原谷診療所・松井庄診療所		
		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:8地区 準ずる地区:11地区	市町:15ヶ所・国保診療所:33ヶ所	9病院		

※下線付:市町立診療所 ※太字:国民健康保健診療所 ※[]:無医地区に準ずる地区

2 遠隔医療

遠隔医療とは、一般に「映像を含む患者情報の伝送に基づいて遠隔地から診断、指示などを行う医療行為、あるいは医療に関連した行為」とされている。専門医の少ない地域の患者や在宅患者に質の高い医療を提供する一手法として、必要に応じて遠隔医療の活用を進める。

【現 状】

- (1) 県下では、一部の自治体や地域において国のモデル事業を活用し、在宅医療を必要とする患者の家庭と主治医とテレビ電話でつないだ事例や、病院間の連携に医用画像の伝送が用いられた事例などがある。(主なシステムの事例は下表のとおり)
- (2) 本県では、平成26年度に地域医療活性化センターにおいて遠隔画像診断支援センターを整備し、県内の医療機関等に遠隔画像診断の支援を行っている。また、但馬地域の全ての公立病院、神戸大学医学部附属病院、県立尼崎総合医療センター、県立柏原病院を結ぶテレビ・カンファレンスシステムを整備し、合同カンファレンスや大学での教育講演の配信などを行っている。

システム名	内 容
遠隔在宅医療	在宅患者の家庭に双方向性の音声・画像装置を設置し、主治医等が医療情報（心電図・血圧等）の伝送に個別に対応する。
テレラジオロジー （遠隔放射線画像診断）	主に放射線科で撮影する医用画像（X線・CT等）を遠隔地間で伝送し、診断する。
テレパソロジー （遠隔病理診断）	顕微鏡撮影の病理画像を遠隔地間で伝送し、診断する。
遠隔放射線治療計画装置	CT画像を遠隔地間で伝送し、治療計画を作成する。
テレカンファレンス	双方向性の音声・画像装置等により、かかりつけ医と専門医が患者の診療計画等を検討する。

【課 題】

- (1) 遠隔医療の実施には、システムを立ち上げる技術者と医療従事者の連携が重要である。さらに、利用者の理解と協力が必要である。また、IT技術を活用した医療においては、患者の同意はもとより、患者の個人情報保護対策を十分に行う必要がある。
- (2) 遠隔医療は、在宅患者の家庭に機器を配置する場合等初期の設備投資に多額の資金を要することから、この負担軽減を図るために検討を行う必要がある。
- (3) 病診間の医用画像等の電送には、あらかじめ画像の読影・診断を行う専門医を確保する必要がある。

- (4) オンライン診療等のD to P（医師－患者間）遠隔医療は国の指針に基づき推進が図られている一方で、遠隔画像診断等のD to D（医師－医師間）遠隔医療は、各主体における個別の取組にとどまっていることから、今後の推進を図る上で、①地域の医療課題を踏まえた必要なシステム整備等の方向性の明確化、②整備・運用・更新にかかる費用負担等の運営基盤の安定化、③地域における遠隔医療の果たすべき役割等、県による一定の方向性や方針の策定・共有等が必要である。

【推進方策】

- (1) 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。（県、市町、医療機関）
- (2) 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。（県、市町、医療機関）
- (3) 医師及び専門医療等の提供体制、今後の医療需要の動向、これまでの遠隔医療の取組等の地域の実情を踏まえ、医療機関、大学、行政の役割を明確にした上で、地域医療を支える仕組みとして必要なD to D遠隔医療の整備方針を策定し、今後のさらなる推進を図っていく。

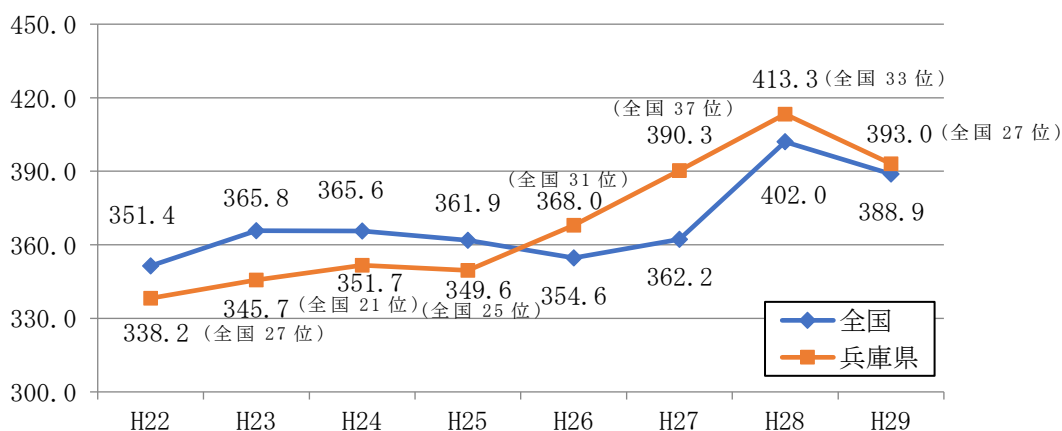
第6章 がん対策

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、平成15年には、全死亡者のうち3人に1人ががんで死亡している。がん対策推進条例及びがん対策推進計画に基づく総合的ながん対策の推進により、がんによる罹患者・死亡者の減少及びがんに関しても尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築を目指す。

【現 状】

(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増加傾向にあったが、平成29年には減少に転じているものの、全国と比較すると27位と中位に位置している。

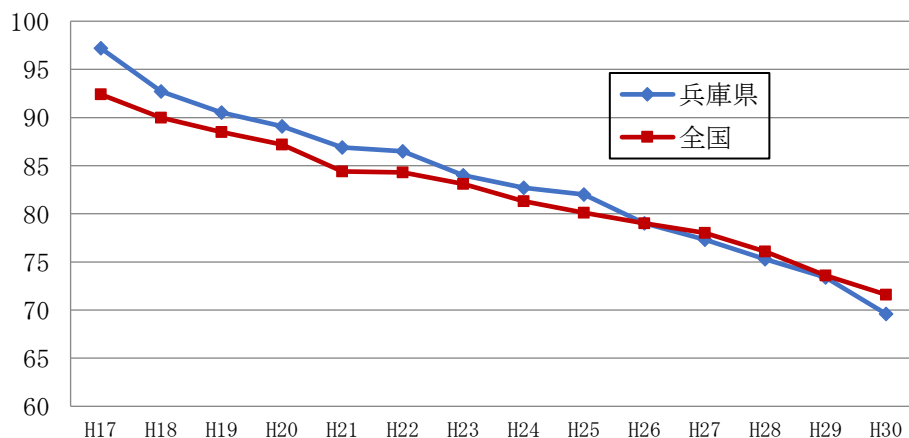


資料 厚生労働省、国立がん研究センター

(2) がんによる年齢調整死亡率の推移

「がんによる死亡者の減少」の指標である、75歳未満年齢調整死亡率は、平成17年からの約10年間で人口10万あたり97.2から69.6へと減少し、全国(92.4→71.6)を上回る減少率となった。

75歳未満年齢調整死亡率の推移(人口10万対)



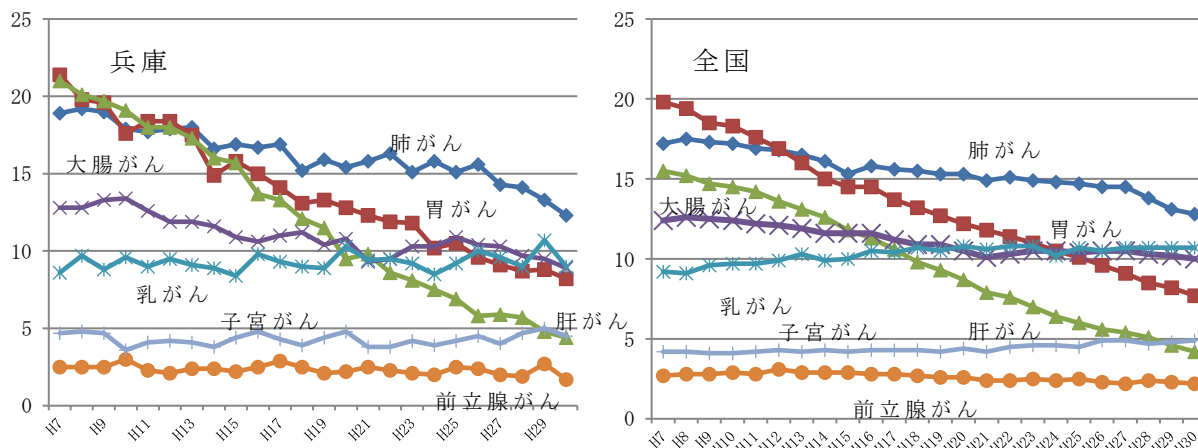
	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30
兵庫県	89.1	86.9	86.5	84.0	82.7	82.0	79.0	77.3	75.3	73.4	69.6
全国	87.2	84.4	84.3	83.1	81.3	80.1	79.0	78.0	76.1	73.6	71.6

資料 国立がん研究センター

(3) がんの部位別死亡状況

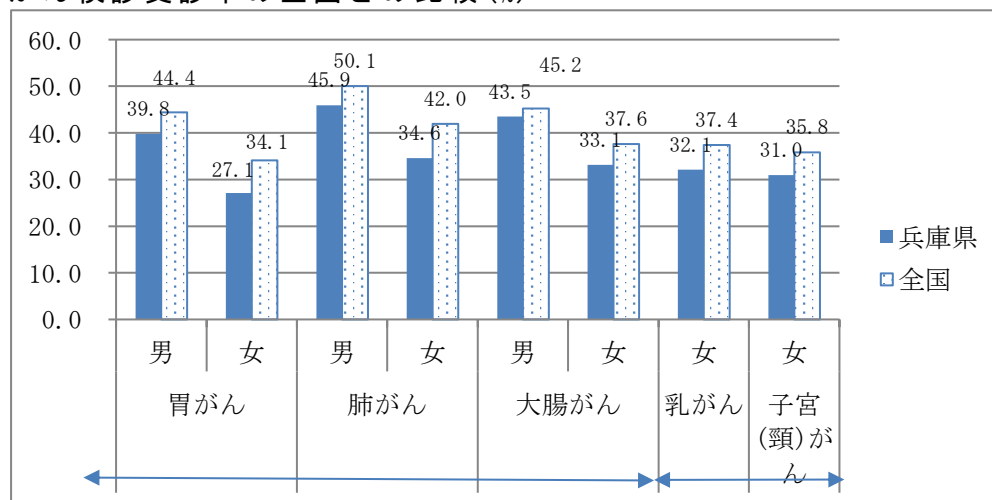
本県のがんの部位別死亡率を全国値と比較すると、肝がん、胃がんについては兵庫県が全国を上回っているが、全体として減少傾向にある。大腸がんについては全国とほぼ同様に減少しており、最近では乳がん、子宮がんの死亡率は全国よりも低く、全国ほどの増加傾向は見られない。

主ながんの部位別 75 歳未満年齢調整死亡率（人口 10 万対）



(4) がん検診受診率

がん検診受診率の全国との比較 (%)



資料 令和元年国民生活基礎調査

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、5がん検診全てにおいて全国で下位に位置しており、がん検診受診率の向上は引き続き重要な課題である。受診率の伸びは、乳がんを除いて全国と同等もしくは上回っている。

市町における胃がん、子宮頸がん、肺がん、乳がん、大腸がんの受診率の推移をみると、特定健診が導入された平成20年度に、肺がん、大腸がん、胃がんの受診率が大きく落下した。その後、乳がん、大腸がん、子宮頸がんの受診率は上昇傾向、胃がん、肺がんの受診率は概ね横ばいであったが、平成28年度を境に胃がんを除いて全体的に下降気味である。

(5) 医療体制

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、地域のがん診療における連携の拠点として地域のがん医療水準の引き上げを行う病院を「がん診療連携拠点病院」として、厚生労働大臣が指定している。

また、平成22年7月に、本県の更なるがん医療水準の向上を図ることを目的として、厚生労働省の指定する「がん診療連携拠点病院」に加え、本県独自の「兵庫県指定がん診療連携拠点病院」制度を創設した。

(6) 医療機能の状況

医療機器・設備

(単位 上段：病院数、下段：人口10万対)

設備・機器名	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
リニアック*	9 0.59	5 0.48	3 0.42	3 0.42	2 0.74	4 0.69	1 0.39	2 1.2	1 0.95	1 0.75	31 0.56
マンモグラフィ*	25 1.63	10 0.97	5 0.69	13 1.82	7 2.59	13 2.25	7 2.73	3 1.79	3 2.86	7 5.26	93 1.69
無菌治療室*	9 0.59	8 0.77	4 0.55	3 0.42	2 0.74	2 0.35	1 0.39	1 0.6	0 0	1 0.75	31 0.56
P E T*	4	4	0	2	1	2	3	0	0	2	18
ガンマナイフ*	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	3
小線源治療装置*	3	1	0	1	0	0	0	0	0	0	5

資料 兵庫県「平成29年3月医療施設実態調査結果」

緩和ケア病棟

圏域名	緩和ケア病棟を有する病院（病床数）
神戸	神戸アドベントリスト病院(21)、神戸中央病院(22)、東神戸病院(21) 六甲病院(23)、甲南医療センター(22)、神戸協同病院(19)
阪神南	尼崎医療生協病院(20)、立花病院(10)、協和マリナホスピタル(30) 市立芦屋病院(24)
阪神北	第二協立病院(22)、宝塚市立病院(15)、市立川西病院(21)
東播磨	県立加古川医療センター(25)、大久保病院(18)、高砂市民病院(18)
北播磨	北播磨総合医療センター(20)

圏域名	緩和ケア病棟を有する病院（病床数）
中播磨	姫路聖マリア病院(22)
西播磨	—
但馬	公立八鹿病院(20)、豊岡病院(20)
丹波	県立丹波医療センター(20)
淡路	—
合計	21病院（433床）

資料 兵庫県「平成29年3月医療施設実態調査結果」

(7) がん患者の療養生活の質の状況

緩和ケアについては、身体症状の緩和や精神心理的な問題への援助など、終末期だけでなく、がんと診断された時から積極的な治療と並行して行われることが求められている。

一方、最期を迎える場として、県民の約7割が自宅を希望しているにもかかわらず、在宅死は2割程度となっている。

《主な指標》

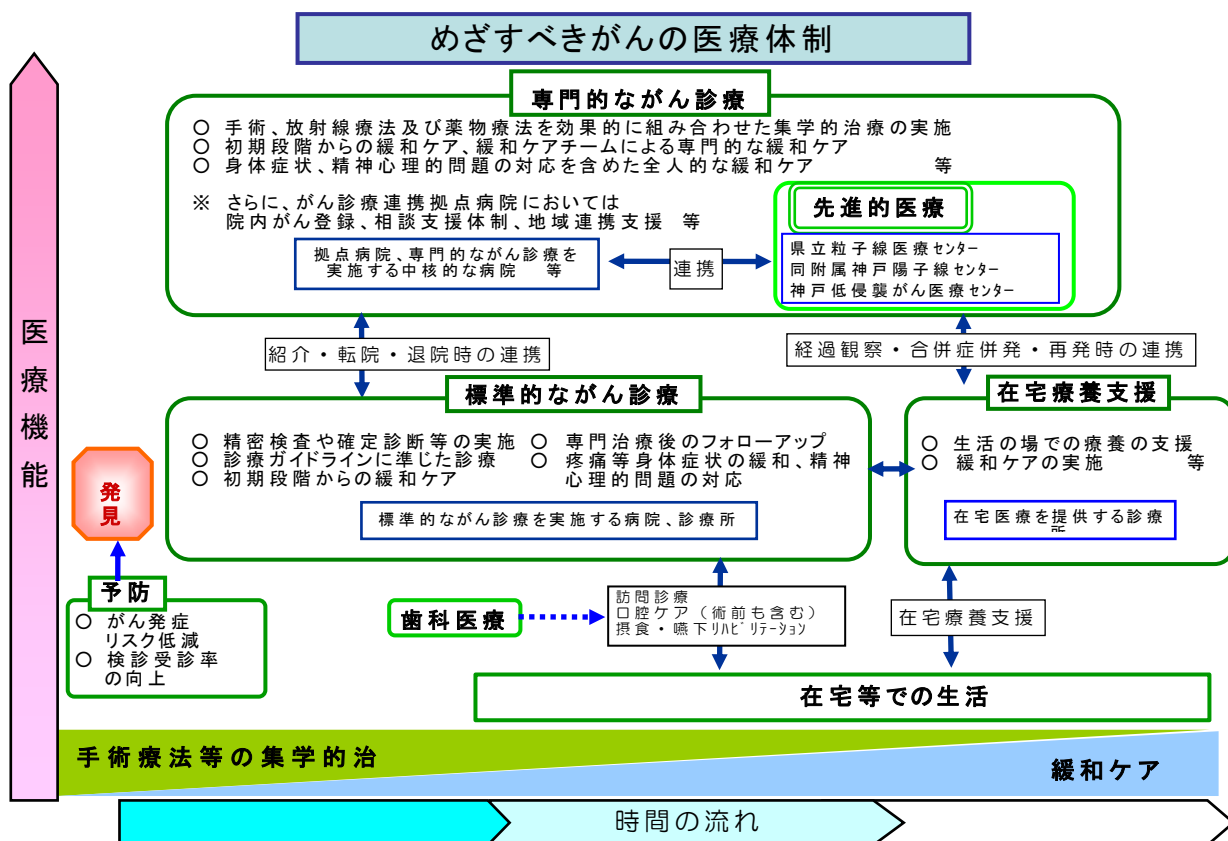
- 緩和ケアの実施状況について、緩和ケアチームを有する病院は全県で48施設(H29)あり、人口10万対では0.9施設で全国平均とほぼ同じレベルにある。

がん性疼痛緩和を実施している件数は全県で人口10万対で243.4件(H30)で、全国平均を上回っている。

指標名	兵庫県	全国値	出典（年度）
緩和ケアチームのある病院数（人口10万対）	48施設 (0.9)	1,086施設 (0.8)	厚生労働省「医療計画作成支援データベース」(H29)
がん性疼痛緩和の実施件数（人口10万対）	243.4件	233.1件	厚生労働省「医療計画作成支援データベース」(H30)

【国の指針に基づく医療連携体制の構築】

- (1) 国が平成29年7月に示した「がんの医療体制の構築に係る指針」に基づき、以下の点を踏まえた体制を構築する。



<機能類型ごとの目標及び医療機能>

専門的ながん診療

がんの病態に応じた、手術・放射線療法・薬物療法を効果的に組み合わせた集学的治療及び緩和ケアチームによる身体症状の緩和や精神心理的な問題への対応を含めた全人的な緩和ケアを診断時から提供することにより地域のがん診療連携の中核的役割を担う。

また、県立粒子線医療センター、同附属神戸陽子線センター及び神戸低侵襲がん医療センターにおいては、がんの先進的医療に特化した治療を提供する。

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」

アドレス：<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf15/keikaku2018.html>

標準的ながん診療

精密検査や確定診断、診療ガイドラインに準じた診療及び治療の初期段階からの緩和ケアを実施するとともに、専門的ながん治療を受けた患者に対する治療後のフォローアップを行う。また、がん性疼痛等の身体症状の緩和、精神心理的な問題へ対応できる機能が求められる。

在宅療養支援

がん患者の意向を踏まえ、在宅等の生活の場での療養を選択できるようにする。そのためには、診療所に加えて、訪問看護ステーション、居宅介護事業所、麻薬を取り扱う薬局等が連携するチームで在宅療養を支援する機能が求められる。

歯科医療

周術期に口腔管理を行うことで、呼吸器系合併症の軽減や抗がん剤、放射線治療による粘膜病変を軽減する。また、訪問診療により専門的口腔ケアや歯科治療を行い口腔機能の維持改善を図る。

【課題】

(1) がんの予防の推進

避けられるがんを防ぐことは、がんによる死亡者の減少につながる。予防可能ながんのリスク因子となる喫煙、過剰飲酒、野菜不足等生活習慣、ウイルスや細菌の感染等について今後一層意識向上のための普及啓発を推進する必要がある。

(2) がんの早期発見の推進

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。がんの死亡者をさらに減少させていくためには、職域を含めたがん検診の受診率向上及び精度管理の更なる充実が必要である。

(3) ライフステージに応じたがん対策の推進

がんによって個々のライフステージごとに、異なった身体的問題、精神心理的問題、社会的問題が生じることから、小児・AYA(Adolescent and Young Adult：思春期と若年成人)世代や高齢者のがん対策等、個別事情に応じた対策を講じていく必要がある。

(4) 適切な医療を受けられる環境の整備

ゲノム医療等新たな診断・治療法や、希少がん、難治性がん等それぞれのがんの特性に応じた効率的かつ持続可能ながん医療を実現する環境の整備が必要である。

(5) がん患者の療養生活の質の維持向上

患者とその家族が、痛みやつらさを感じることなく過ごせるよう、がんと診断された時から身体的・精神心理的・社会的苦痛等に対する適切な緩和ケアを、患者の療養の場所を問わず提供できる体制を整備していく必要がある。

(6) がん患者の就労支援

がんの5年相対生存率の上昇に伴い、がん患者・経験者が働きながらかん治療が受けられる可能性が高まっているにも関わらず、がんと診断された後の離職者が依然多いことから、がん患者の離職防止や再就職のための就労支援を充実させていく必要がある。

(7) がん教育の推進

地域によってがん教育の質に格差が生じないように、教員への研修等を進め、より効果的な方法でがん教育が受けられる体制を整える必要がある。また、全ての県民が、がんに関する必要な情報を受け取れるよう、積極的な広報に努める必要がある。

(8) 全国がん登録の活用

平成28年1月に施行された「がん登録等の推進に関する法律」に基づき開始した全国がん登録により、病院等で診断されたがんの種類や進行度等の情報の提出が義務化され、国立がん研究センターで一元的に管理され、情報が公表されることから、今後全国がん登録によって得られた情報の活用により、より現況に則したがん対策を推進する必要がある。

【推進方策】

(1) がん予防の推進

ア 生活習慣改善の推進（県、市町、関係機関等）

県民一人ひとりが自らの生活を見つめ直し、生活習慣を改善するとともに、個々の健康実現と活力ある健康長寿社会の実現を図るため、県民主導により展開される「健康ひょうご21 県民運動」と行政による施策展開に、働き盛り世代への取組を一層促進するため「企業」による取組を加えた「健康ひょうご21 大作戦」を推進する。

取組にあたっては、県民一人ひとりの健康づくりの道しるべとして、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」の普及を進め、特に健康チェック、からだの健康、食の健康に向けた取組、アルコール対策など生活習慣病予防等の健康づくりを一層推進する。

イ たばこ対策の充実（県、市町、関係機関等）

すべての県民が喫煙の及ぼす健康影響について十分に認識するよう、普及啓発を推進するとともに、「受動喫煙の防止等に関する条例」に基づき、不特定又は多数の人が利用する施設における受動喫煙防止対策を徹底する。特に大人に比べたばこの有害物質の影響を受けやすい子どもや妊婦の受動喫煙防止について理解を促すほか、受動喫煙防止対策に関する相談支援と啓発を実施する。

また、喫煙者に対して禁煙の必要性や禁煙相談窓口、禁煙治療の保険適用要件等の情報提供を行い、喫煙をやめたい人に対する禁煙支援を行っていくなど、たばこ対策の徹底を図る。

ウ 感染症に起因するがん対策の推進（県、市町、関係機関等）

感染症に起因するがん対策のうち、HPV（ヒトパピローマウイルス）に

ついて、子宮頸がん検診の受診を推進するとともに、子宮頸がん予防ワクチンに関する正しい知識の普及啓発に努める。また、HTLV-1（ヒトT細胞白血ウイルス1型）については、保健指導や普及啓発などの総合対策に引き続き努める。

肝炎については、肝炎ウイルス検査受検の必要性周知に努め、市町肝炎ウイルス検査、医療機関・健康福祉事務所での肝炎ウイルス検査の無料実施や、職域における肝炎ウイルス検査を推進する。また、市町と連携し、肝炎ウイルス検診で要精検と判定された者への精密検査等受診勧奨など保健指導を行うとともに、初回精密検査に係る費用を助成することにより、要精密検査者の受診を促進し、重症化予防を図る。加えて、肝炎ウイルス感染者が不当な差別を受けることがないように正しい知識の普及啓発に努める。

ヘリコバクター・ピロリについては、除菌の有用性について国の動向に応じた柔軟な対応に努める。

また、HPV併用検診や胃がんリスク検査などについて先進的な取組の情報を収集し、県民へ積極的に発信する。

エ 全国がん登録等の推進（県、関係機関等）

がん罹患の把握や地域間比較等を行い、科学的根拠に基づくがん対策を策定し、県民に正しい情報を提供するためには、がん登録の実施とがん登録の精度を向上させることが必要であるため、全国がん登録の着実な実施に向け、県内医療機関の届出に関する理解を深めるための研修会を定期的を開催するとともに、医療機関の院内がん登録の実施を促す。

また、全国がん登録で得られた情報の医療機関、県民への理解しやすい形での提供を行う。

さらに、がん登録の統計結果を活用し、地域別のがん罹患状況や生存率等のがん登録データを用いて、予防、普及啓発、医療提供体制の構築等の施策を立案する。

(2) 早期発見の推進

ア がん検診機会の確保と受診促進支援（県、市町、関係機関等）

(7) 市町の取組支援

a 重点市町の指定等による取組促進（県、市町）

各がん検診（胃・大腸・肺・乳・子宮頸）において、近年の受診率の下降状況等を勘案し、特に精力的に取り組む必要のある市町を「がん検診受診率向上重点市町」として毎年度指定し、以下の取組を行う。

- ・重点市町は、指定後2か年の「受診率向上計画」を策定
- ・重点市町を所管する健康福祉事務所と保健所設置市は、健康局疾病対策課とチームを構成し、個別支援を実施

重点市町及びその他の市町は、個別通知による再勧奨や検診料金の無料化、地域イベントとの同時実施、受診ポイント制の導入などに取り組むとともに、ケーブルテレビ、電子メール等の広報媒体や各種団体、地区組織を効果的に活用した啓発など、地域の実情に応じ創意工夫した取組を計画

的に推進する。県ホームページにおいて、毎年度受診率等の指標を公表する。

b 受診しやすい環境づくり（県、市町）

市町と連携し、土日・夜間検診、複数のがん検診や特定健診を同時に実施するセット検診の充実について、関係機関の調整を図るなど、導入を支援・推進する。

市町は、医師会と連携した検診実施機関の拡大、かかりつけ医や薬局の薬剤師を通じた受診勧奨、がん検診無料クーポン券を活用した住民への個別勧奨を行い、受診率向上を図る。県は無料クーポン券制度の継続実施について、国に働きかけていく。さらに、効果の得られた啓発・勧奨方法についての情報収集に努め、市町への情報提供を行う。

(イ) 企業・職域との連携（県、市町、関係団体等）

a 企業との連携によるがん検診受診の啓発

がん検診等受診率向上推進協定締結企業との連携を図り、顧客窓口での受診啓発や、従業員やその家族に対するがん検診を受診しやすい職場環境づくり等、企業主導型の職域におけるがん検診の推進を図る。

b 職域に対するがん検診受診啓発

企業内でのがん検診受診促進の契機とするため、中小企業が従業員及びその被扶養者に5がん（肺、胃、大腸、乳、子宮頸）のがん検診の受診料を負担した場合に、その費用の一部を助成する。

企業・医療保険者は、従業員やその家族に対し、がん検診に関する正しい知識の普及を行うとともに、中小企業等がん検診を実施していない事業者は、従業員に対し、自治体の実施するがん検診に関する情報提供を行うなど、従業員等のがん検診受診率向上に努める。

また、国の動向を見ながら、職域におけるがん検診のあり方等についても普及を行っていく。

(ウ) がん検診に関する正しい知識の普及啓発（県、関係機関）

がん検診は、具体的な症状がない時に定期的に受診することが重要であるなど検診と診療の違いについて理解を求めるほか、がん検診に関する正しい知識を普及啓発するため、兵庫県ホームページの活用等による広報を積極的に行う。

また、特に子宮頸がんは、罹患者が増加する20歳代からがん検診を受診することが重要であるため、大学等と連携して子宮頸がん検診についての啓発に取り組み、若年層の受診率の向上を図る。乳がんについても、子宮頸がん検診と併せて周知をはかるとともに、ピンクリボン運動への参画などにより、検診による早期発見の重要性について県民への啓発を行う。

加えて、併存疾患等を有する高齢者に対するがん検診は、がんの発見が必ずしも治療に繋がらないこともあり、受検の判断は慎重になされるべきである旨、啓発を行っていく。

(I) 要精検者へのフォローアップの徹底（県、市町、関係機関等）

がん検診受診の結果、要精密検査と判定された者への受診勧奨のため、受診者台帳等を整備し、個別フォローアップを徹底する。

また、精密検査機関として専門的な診療機能を有する拠点病院、準じる病院に関する情報提供を積極的に行う。

イ 適切ながん検診の実施

(7) 事業評価・精度管理の実施（県、市町、関係機関等）

生活習慣病検診等管理指導協議会の活用等により、検診実施団体（市町村、事業主等）ごとの精度管理の質のばらつきの解消を図る。

「事業評価のためのチェックリスト」等による「技術・体制的指標」及び、がん検診受診率、要精検率、精密受診率等による「プロセス指標」に基づき、がん検診の事業評価を行う。

市町は、がん検診指針に基づき、市町自らの体制についての自己点検を行いながら、有効性が確認されたがん検診を実施するとともに、がん検診を受託する検診機関の精度管理向上のため、がん検診の委託契約書における仕様書に精度管理項目を明記し、検診委託先への条件設定、チェック、改善指導を行う。

(4) がん検診従事者の専門性の向上（県、市町、関係機関等）

今後指針の改正等に伴い新たな修練等が必要な内容について、関係団体と連携し、検診従事者の専門性の維持・向上のため、情報提供等に努める。

市町、検診実施機関は、検診従事者の技術習得に向けた環境整備を行う。

(ウ) 新たながん検診等への対応（県、関係機関）

H P V検査や胃がんリスク検査など、新たながん検診の導入や乳がん検診の判定結果の通知方法等については、国の検討会や関連学会の動向を注視する。

死亡率減少並びにがん患者のQ O L向上を目的とし、精度が高く受診しやすい科学的根拠に基づいた検診の導入について、積極的に国に働きかけていく。

(3) 医療体制の充実

ア 個別がん対策の推進

(7) 小児がん・AYA世代のがん対策（県、関係機関）

a 小児がん拠点病院等を中心とした対策の推進

小児がん拠点病院の指定を受けた県立こども病院において、次の小児がん対策を実施する。

- ① 専門家による集学的治療の提供（緩和ケアを含む）
- ② 患者とその家族に対する心理社会的な支援
- ③ 適切な療育・教育環境の提供
- ④ 小児がんに関わる医師等に対する研修の実施
- ⑤ セカンドオピニオンの提供体制の整備
- ⑥ 患者とその家族、医療従事者に対する相談支援等の体制の整備

また、県立こども病院に隣接する県立粒子線医療センター附属神戸陽子線センターにおいて、晩期障害のリスクが少なく治療効果が高い陽子線治療の提供を進める。

b A Y A世代のがん対策

疾患構成と個別ニーズを考慮し、小児がん拠点病院とがん診療連携拠点病院が連携した切れ目のない診療体制を推進する。

特にA Y A世代は、年代によって、就学、就労、妊娠等の状況が異なり、その情報・相談体制等が十分でないことから、世代に応じた問題について、積極的な情報提供を行う。

(4) 肝がん対策（県、市町、関係機関等）

a 肝炎対策協議会の運営

検査・治療・普及啓発に係る総合的な肝炎対策を推進するため、県、市町、医師会等関係団体、患者団体及び肝炎専門医療機関の代表者からなる「肝炎対策協議会」において、肝炎ウイルス検査の受検促進、肝炎ウイルス検査陽性者に対する精密検査受診勧奨や、要治療者に対する保健指導などのあり方、受診状況や治療状況の把握、医療機関の連携等を検討する。

b 肝疾患診療連携拠点病院の運営

肝疾患診療連携拠点病院を中心に、肝疾患専門医療機関・協力医療機関と地域の医療機関との連携による診療ネットワークの充実を図る。

また、県民・医療機関を対象とした講演会の開催や肝疾患相談センターの周知、同センター等を活用した相談事業を行い、肝炎治療について普及啓発を行う。

c 肝炎治療費等の助成

肝炎ウイルスの感染を原因とする慢性肝炎患者等に対して、定期検査費用を助成するとともに、治療効果の飛躍的な向上が認められたインターフェロンフリー治療等、新たに開発される治療薬に迅速に対応した抗ウイルス治療の費用を治療対象者に助成することを通じて、陽性者を早期治療に繋げ、重症化を予防し、本県の肝がん死亡者の減少を図る。

また、肝炎ウイルス起因の肝がん患者等の入院にかかる医療費の自己負担額の一部を助成することで、再発の可能性の高い肝がん患者等の負担軽減を図る。

d 肝がんリスク低減に向けた取組支援

肝がんのリスクを高める要因には、B型・C型肝炎ウイルスによるもの以外にも、アルコール性肝障害、非アルコール性脂肪性肝炎などの肝臓病が影響する場合もある。今後要因のさらなる解明や治療に向けた状況把握に努めるとともに、日常生活の見直しによる予防を積極的に働きかけていく。

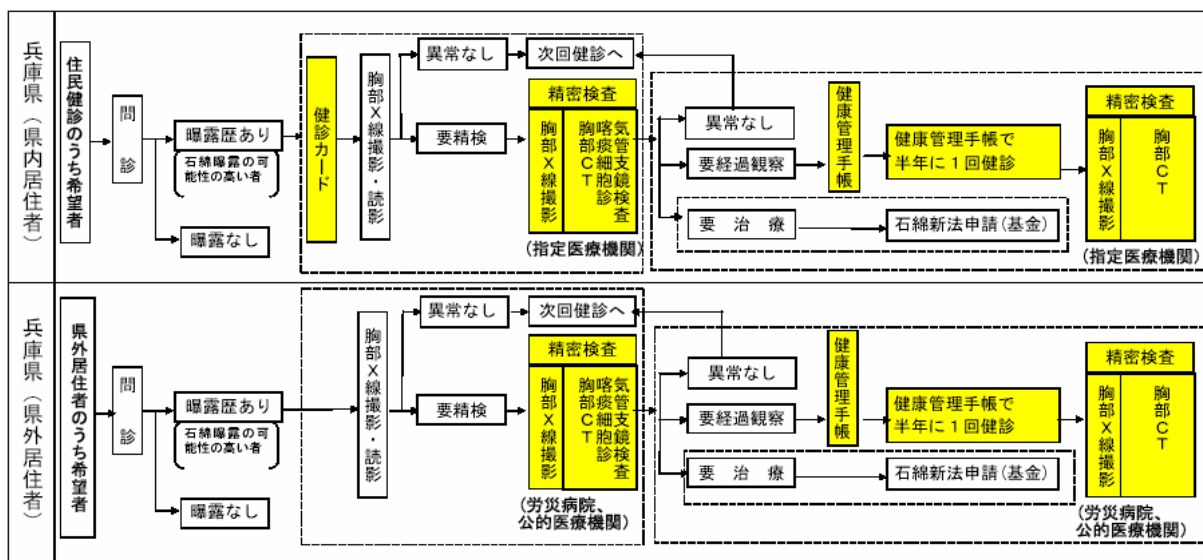
(ウ) 石綿（アスベスト）関連がん対策（県、市町、関係機関）

兵庫県は中皮腫の好発地域であり、石綿ばく露の可能性のある県民に対して肺がん検診の継続的な受診とアスベスト検診の積極的な受診を勧奨し、検診の結果、医療機関において石綿関連所見により要経過観察の判定を受けた者に対しては「健康管理手帳」を交付して、検査に要する経費を助成する「石綿健康管理支援事業」により継続的なフォローアップを支援するとともに、手帳交付者の状況把握に努める。

また、国が住民の効果的、効率的な健康管理方策等を見つけることを目的に実施する試行調査の支援を行う。

さらに、中皮腫など石綿に起因する疾患を発症した者に対しては、石綿健康被害救済法や労働者災害補償保険法による給付などが受けられるよう国や関係機関と連携して制度の周知に努める。

石綿健康管理支援事業のフロー図



(イ) その他のがん対策（県、関係機関）

治療には、手術療法、放射線療法、薬物療法以外にも造血幹細胞移植や免疫療法等様々な方法が存在する。造血幹細胞移植については、医療機関・患者の情報共有等を図り、移植医療に必要な情報発信に努めるとともに、造血幹細胞提供者の確保を進めることで、患者が、造血幹細胞移植を適切に受けられるよう移植医療を推進する。免疫療法や支持療法については、関係団体等が策定する指針等の状況把握に努め、適切な情報発信に努める。

その他各がんの専門性に応じた医療がより適切に提供できるよう、県内の医療連携及び各医療機関の専門性をわかりやすく情報提供する。

高齢者のがんについては、国における高齢のがん患者の診療及び意志決定支援に関する診療ガイドライン策定状況を踏まえ、拠点病院等への普及啓発に努める。

イ 医療体制の強化

(7) 拠点病院におけるチーム医療体制の整備（県、関係機関）

拠点病院は、患者とその家族の抱える様々な負担や苦痛に対応し、安心かつ安全で質の高いがん医療を提供できるよう、多職種によるがん診療連携推進委員会を推進するとともに、専門チーム（緩和ケアチーム、栄養サポートチーム、口腔ケアチーム、感染防止対策チーム等）との連携を密にし、一人ひとりの患者に必要な治療やケアについて、それぞれの専門的な立場から議論がなされた上で、患者が必要とする連携体制がとられるよう環境を整備する。

(イ) 地域がん診療連携の強化（県、関係機関）

拠点病院は地域において下記に示す各類型の各医療機関がそれぞれの専門性を活かした連携・役割分担を行えるよう支援することにより、地域の実情に応じた連携強化を図っていく。

また、がん診療連携体制について、県民への周知・情報提供に努める。各医療機関の専門分野、医療機関の疾病別の手術件数等、地域における連携体制の状況を情報提供することにより、がん患者の不安や悩みを解消していく。

(ウ) 地域連携クリティカルパス等の整備・活用による病院間の連携強化（県、関係機関）

都道府県型がん診療連携拠点病院に設置している「兵庫県がん診療連携協議会」は、全拠点病院の病院長のほか、県医師会、歯科医師会、看護協会、薬剤師会、放射線技師会、患者会等を構成員とし、幹事会には準じる病院も参画し、県内のがん医療の総合調整の役割を担っている。

同協議会において7がん（肺、胃、大腸、肝、乳、前立腺、子宮体）の県統一版地域連携クリティカルパスの整備を行っており、今後も同パス等を活用し、県内病院間の連携を深めていく。

また、協議会において、同パスの運用状況を把握し、積極的に情報提供するほか、様々な機会をとらえて同パスの趣旨について県民への普及啓発を図る。併せて毎年1回定期的に病院別対象がん種ごとの運用件数をホームページに掲載し県民に情報を提供する。

(エ) 専門性の高いがん医療への対応（県、関係機関）

a がんの専門的な知識・技能を有する医療従事者の育成・配置

がん診療においては高い専門性を有する医師や、がん看護専門看護師、がん専門薬剤師の他、多くの医療従事者が治療に携わっている。拠点病院や中核的な病院などの医療機関は、研修の実施及び質の維持向上に努め、引き続き、地域のがん医療を担う医療従事者の育成・確保に取り組む。また、地域の各医療機関ではこうした研修へ医療従事者が参加しやすい環境を整備するよう努める。

今後、国においてゲノム医療や希少がん及び難治性がんへの対応、AYA世代や高齢者といったライフステージに応じたがん対策に対応できる

医療従事者等の育成を推進することとしている。県においても、国の取組の情報収集を行いつつ、関係団体と連携し体制整備に向けた支援を行う。

b 先進的医療への積極的な取組

がんゲノム医療拠点病院、連携病院を中心に、ゲノム医療を必要とするがん患者が県内でがんゲノム医療を受けられるよう、県内医療機関の連携を進める。

また、県立粒子線医療センター、同附属神戸陽子線センター及び神戸低侵襲がん医療センターの先進的な医療の積極的な活用を図る。

(オ) 情報の収集提供と治験・臨床研究の推進（県、関係機関）

国におけるゲノム医療や免疫療法、希少がん、難治性がん等に関する研究の進捗把握に努め、関係機関への情報提供を進める。

それらの状況を踏まえ、拠点病院等医療機関は、治験・臨床研究を円滑・着実に実施するとともに、希望者が治験・臨床研究に参加しやすい環境整備に努める。

ウ がん患者の療養生活の質の維持向上

(ア) がんと診断された時からの緩和ケア等の推進（県、関係機関）

a 緩和ケアの質の向上

がん診療の早期から県内どこでも緩和ケアを適切に提供するためには、がん診療に携わる医療従事者が緩和ケアの重要性を認識し、その知識や技術を習得する必要があることから、国における研修体制、内容変更の動向を踏まえつつ緩和ケア研修の積極的な受講勧奨を行う。また、研修修了者のフォローアップ研修の取り組みを支援する。

拠点病院は、引き続き、がん診療に緩和ケアを組み入れた体制を整備・充実していくこととし、がん疼痛等の苦痛のスクリーニングを診断時から行い、苦痛を定期的に確認し、迅速に対処することとする。

また、国指定拠点病院は院内のコーディネート機能や、緩和ケアの質を評価し改善する機能を担う体制を整備し、緩和ケアの質の評価に向けて、第三者を加えた評価体制の導入を検討する。

b 緩和ケアチームや緩和ケア外来の診療機能の向上

緩和ケアに関する専門的な知識や技能を有する医師、緩和ケアチーム等を育成するために、国指定拠点病院の「緩和ケアチーム」による研修を行う。またがん診療に携わる医療機関は、緩和ケアチーム等の症状緩和の専門家に迅速につなぐ過程を明確にする。

在宅においても適切な緩和ケアを受けることができるよう、がん診療連携拠点病院に設置している専門的な緩和ケアを提供できる外来の診療機能の向上に努め、退院後も必要に応じて緩和ケアを行う。また、がん診療連携拠点病院は地域かかりつけ医からの緩和ケアに関する相談を積極的に受け入れる体制をつくる。

c 疼痛緩和等の実践

医療用麻薬に関する正しい知識の普及に努め、管理者をはじめ全ての医療・介護関係者が連携し、在宅療養を含めたあらゆるステージにおいて適切な疼痛緩和が実践されるように支援する。

がん治療による副作用・合併症・後遺症を軽減し、患者のQOLを向上させるため、診療ガイドラインにもとづく支持療法の周知に努め、医療機関における支持療法の実施を推進する。

d がんリハビリテーション等の推進

各医療機関は、機能回復や機能維持のみならず、社会復帰の観点も踏まえ、がん患者の生活の質の向上のため、多職種が連携したリハビリテーションや栄養食事指導の取組を積極的に行う。

(イ) 在宅医療・介護サービス提供体制の充実（県、関係機関）

在宅医療を必要とする県民が、住み慣れた地域で安心して療養生活を送ることができる仕組みを構築するため、医師会（かかりつけ医）、歯科医師会、看護協会、薬剤師会、介護支援専門員協会、行政の代表者で構成する在宅医療推進協議会を運営する。

また、ICTを活用して複数の医療機関を接続し、診療情報等を多職種間で共有し地域全体で医療に取り組む在宅医療地域ネットワーク連携システムを全県で構築するとともに、かかりつけ医育成のため、地域別医療従事者向け研修会や、在宅歯科診療従事者への研修を開催する。

加えて、在宅緩和ケアの提供や、相談支援・情報提供を行うために、引き続き、地域の医師会、薬剤師会等と協働して、在宅療養支援診療所・病院、薬局、訪問看護ステーション等の医療・介護従事者への緩和ケア研修への受講を推進する。

また、20～30歳代のがん患者の自宅での療養を支援するとともに、要介護状態となったがん患者が、住み慣れた自宅で療養できるよう、定期巡回・随時対応型訪問介護看護など在宅介護サービスの充実を図る。さらに、在宅療養を行う患者にとってリハビリテーションを行うことは生活の質に資することから、医師、看護師、理学療法士、作業療法士等の多職種が連携し実施できるようがん患者のリハビリテーションの周知に努める。

(ウ) 相談支援体制の充実（県、市町、関係機関等）

a 県内のがん患者の意見を聞く機会を定期的に設け、がん患者の視点に立った取組を実施するよう努める。

b 患者が、診断後早い段階からがん相談支援センターの存在を認識し、必要に応じて確実に支援を受けられるようにするため、拠点病院等は、がん相談支援センターの目的と利用方法の周知にさらに努めるとともに、主治医等の医療従事者が、診断早期に患者や家族へがん相談支援センターを説明するなど、がん相談支援センターの利用を促進する。

- c 兵庫県がん診療連携協議会における相談支援センターの運営に関する先行・先進・成功・失敗事例などの情報交換、相談事例の共有、事例検討や、地域の医療・保健・介護・福祉機関等との連携強化などを通じて相談機能の充実を図る。また、PDCAサイクルにより、相談支援の質の担保と格差の解消を図る。
- d 拠点病院においては、がん患者及びその家族に支援を行っているボランティア等の受け入れに努める。
- e 拠点病院の相談支援センター等は、ピアサポーターによる実体験を活かした相談を実施するよう努める。

(4) がん患者を支える社会の構築

(7) 就労支援体制の構築（県、関係機関等）

a 拠点病院、関係団体等との連携による就労支援の推進

がん検診等受診率向上推進協定締結企業等と連携し、企業の人事・総務部門を対象とした就労支援セミナー等を開催し、がん患者が働きながら治療や療養できる環境の整備、さらに家族が、がんになった場合でも働き続けられるような配慮の必要性についての啓発を進める。

拠点病院の相談支援センターの相談員が就労を含む社会的問題に関する相談へも対応できるよう、研修等の機会を通じた知識の習得に取り組むほか、相談支援センターとハローワークが連携し、がん患者・経験者の就労支援を進める。

患者が安心して復職に臨めるよう、個々の患者ごとの治療と仕事の両立に向けたプランの作成支援や患者の相談支援等を行うため、国が拠点病院等、関係団体、産業保健総合支援センターとの連携のもと、育成・配置する「両立支援コーディネーター」を積極的に活用するよう、周知を図る。

また、拠点病院の相談支援センターと社会保険労務士会が連携し、がん患者・経験者の離職防止に努める。

(イ) がん教育の推進（県、関係機関等）

a 青少年に対するがんに関する正しい知識の普及啓発

学校教育を通じてがんやがん患者に対する正しい理解と認識を学び、命の大切さに対する理解を深めるとともに、喫煙の及ぼす健康影響を含め、自らの健康を適切に管理し、がん予防や早期発見につながるようにするため、がん教育を授業の中に組み込むとともに、医師や患者等と連携し、小中高校生を対象とした講演の実施や、教職員に対する研修等を実施する。

b 正しい情報の発信

県及び拠点病院をはじめとする各医療機関は、患者やその家族が治療や医療機関等を適切に選択できるよう、ホームページ等により、各医療機関において実施しているがん部位別の診療内容やセカンドオピニオンの対応など、がんの医療情報を積極的に公開する。

免疫療法や新たな治療法について、関係団体等が策定する指針等の状況把握に努め、正しい情報発信に努める。

c 社会的問題等への対応

がんに関する「差別・偏見」の払拭に努めるとともに、がん患者の更なるQOL向上に向けた啓発を行う。

【目 標】

(1) 全体目標

ア 「がんによる年齢調整死亡率（75歳未満、人口10万対）」がR3年値で全国平均より5%以上低い状態を実現

イ 「がんによる年齢調整罹患率（人口10万対）」がR2年値で全国10位以内を実現

ウ がん罹患しても尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

(2) 数値目標

目標	策定時	現状値	目標値 (達成年度)
男性成人の喫煙率	24.8% (H28)	同左	19% (R4)
女性成人の喫煙率	7.1% (H28)	同左	4% (R4)
未成年者の喫煙率	0.1% (中1女子) 3.1% (高3女子) 0.0% (中1男子) 2.0% (高3男子) } (H28)	同左	0% (R4)
がん検診受診率	35.9~40.7% (H28)	36.8~44.6% (R1)	50% (R4)
精密検査受診率	66.0~81.9% (H27)	67.7~83.2% (H30)	90%以上 (R3)
がんセンターボード開催回数	961 (H28)	4,271 (R1)	961 (H28値) から 増加 (R4)
緩和ケア研修修了者数	4,027人 (H28)	6,155人 (R1)	6,400人 (R4)
がん性疼痛緩和指導管理料届出医療機関数	358 (H28)	427 (R2)	550 (R4)

- リニアック：高エネルギー放射線発生装置。現在の放射線によるがん治療の主流。
- マンモグラフィ：乳房専用の撮影装置を用い、乳房をそれぞれ上下や左右から板で挟み、圧迫した状態でX線撮影を行うもの。視触診や超音波で見つけることが難しい、早期がんやしこりのできないがんに比較的有効である。
- 無菌治療室：急性白血病や再生不良性貧血患者の薬物療法などの治療時に感染抵抗力（免疫）が著しく低下する場合に、感染源となる細菌を超高性能フィルターで濾過し、塵埃と微生物のない正常な空気を室内に流し、陽圧とした部屋。
- P E T：Positron Emission Tomography（ポジトロン断層撮影法）の略。腫瘍の活動性や悪性度、転移・再発巣の有無、治療効果の判定などに有効な画像診断法。ポジトロン（陽電子）を放出する核種で標識した薬剤を静脈注射または吸入し、体内の分布を経時観察する。
- ガンマナイフ：脳腫瘍などの放射線治療法。多方向から高線量のコバルト60のガンマ線を患者の一点に集中的に照射し、病巣部だけを破壊するもの。
- 小線源治療装置：非常に小さな放射性物質（線源）を病巣内部や病巣付近に入れ、がん組織に放射線を集中照射し、正常組織への影響を極力抑える治療を行う装置。
- 緩和ケア病棟：主として悪性腫瘍等に罹り、症状が末期である患者を対象に痛みの緩和を中心としたケアを行う病棟として、診療報酬上の施設基準を満たして承認された病棟のこと。

第7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、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血の3つに大別され、国民の死亡原因の第4位であるとともに、65歳以上の寝たきり原因の第1位を占めている。中でも死亡者数の3分の2を占める脳梗塞に関しては、死亡率が高く発症から治療までの時間が長くなるほど重篤な後遺症を残す割合が多くなるため、特にその対策は重要な課題である。今後は、死亡者数の減少のみならず健康寿命の延伸に向けて、脳梗塞の発症予防から急性期治療、回復期医療、リハビリテーション、在宅介護に至るまで、多職種の緊密な連携の元で、脳卒中对する切れ目のない包括的医療体制の整備を図る。

【現 状】

(1) 死亡率

ア 県内の死亡原因に占める脳卒中の割合は減少傾向にはあるが、がん、心血管疾患、肺炎に次いで第4位であり、全死亡数に対して7.2%を占めている。（令和元年厚生労働省「人口動態調査」）

イ 脳卒中の年齢調整死亡率（人口10万対）は、男性が36.9（全国37.8）、女性は19.1（全国21.0）で、いずれも全国よりは低い。（平成27年都道府県別年齢調整死亡率）

(2) 医療連携体制

24時間体制での急性期医療が可能な病院から回復期病院、療養型病院、維持期病院・診療所、介護事業所などが参加する地域連携ネットワークが10地域で構築されており、定期的に「兵庫県脳卒中ネットワーク連絡会」を開催し、脳卒中地域連携パスの運用状況等を含め、ネットワーク間の情報共有、連携が図られている。

(3) 医療機能の状況

平成29年3月に県内の全病院を対象に実施した医療施設実態調査に基づく主要項目の結果は次のとおりである。

脳神経外科・神経内科（常勤医1名以上）のある病院数

（単位 上段：病院数、下段：人口10万対）

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
神経内科	13	7	4	3	5	6	1	1	0	1	41
	0.85	0.68	0.55	0.42	1.85	1.04	0.39	0.60	0.00	0.75	0.74
脳神経外科	23	11	9	13	2	12	6	2	1	4	83
	1.50	1.06	1.25	1.82	0.74	2.08	2.34	1.20	0.95	3.01	1.51

資料 兵庫県「平成28年医療施設実態調査」

脳卒中の外科的治療実施病院数及び急性期リハビリテーション取組状況

（単位 上段・中絶：病院数、下段：割合（%））

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
①：外科的治療実施病院数	11	8	7	4	2	9	2	1	0	2	46
②：①の内、急性期リハ実施病院数	9	8	7	4	2	9	2	1	0	2	44
②/①（%）	81.8	100	100	100	100	100	100	100	—	100	95.7

資料 兵庫県「平成28年医療施設実態調査」

血栓溶解療法（t-PA）*の実施状況

（単位：病院数）

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
24時間可【当直】	7	6	1	3	1	4	1	0	0	0	23
24時間可【オンコール】	3	2	6	3	1	4	2	1	0	2	24
診療時間内のみ可	4	1	1	3	1	1	0	1	0	1	13
合計	14	9	8	9	3	9	3	2	0	3	60

資料 兵庫県「平成28年医療施設実態調査」

血栓回収療法等*の実施状況

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
24時間可【当直】	4	6	1	1	1	0	0	0	0	0	13
24時間可【オンコール】	5	2	2	3	0	6	1	1	0	0	20
診療時間内のみ可	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	3
合計	10	9	3	4	2	6	1	1	0	0	36

資料 兵庫県「平成28年医療施設実態調査」

医療機器・設備

（単位 上段：病院数、下段：人口10万対）

設備・機器名	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
SPECT*	15	5	6	7	4	4	2	1	0	1	45
	0.98	0.48	0.83	0.98	1.48	0.69	0.78	0.6	0.0	0.75	0.82
SCU*	5	5	0	2	1	2	0	0	0	0	15
	0.33	0.48	0.0	0.28	0.37	0.35	0.0	0.0	0.0	0.0	0.27

資料 兵庫県「平成28年医療施設実態調査」

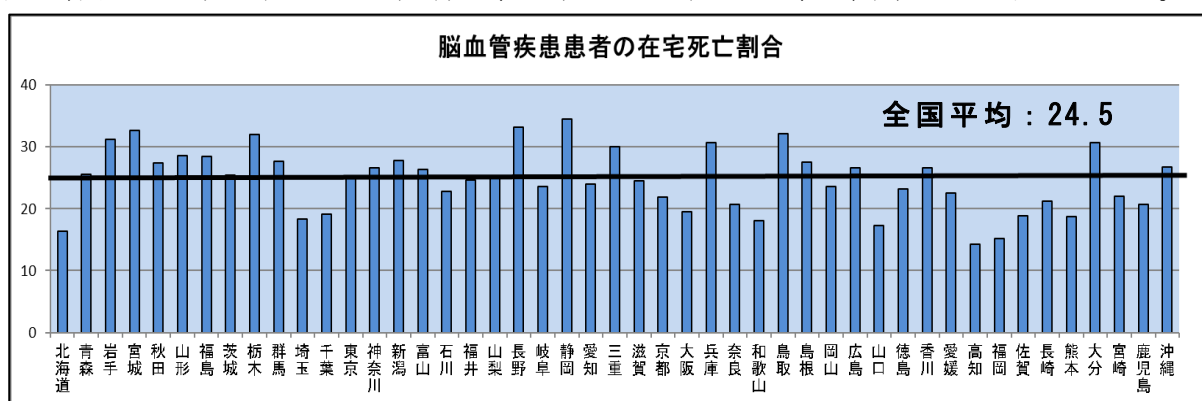
脳卒中の回復期リハビリテーション実施病院及び回復期リハビリ病棟を有する病院数

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
回復期リハビリテーションを実施※	27	10	9	9	8	16	9	3	6	5	102
回復期リハビリテーション病棟を有する	15	6	7	7	6	7	4	1	1	4	58

資料 兵庫県「平成28年医療施設実態調査」

※回復期に行うリハビリテーションを実施し、かつ、訓練室があると回答した病院数

○脳血管疾患患者の在宅死亡割合は、全県で30.6%であり、全国平均を上回っている。



厚生労働省「令和元年人口動態統計」

(4) 発症予防

脳卒中は、加齢の他に喫煙、糖尿病、脂質異常、心房細動、大量飲酒などが危険因子として上げられるが、最大の危険因子は高血圧である。本県の高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率*は236.0と全国を下回っているが、予防や早期発見に繋がると考えられる特定健診の受診率は51.1%と全国平均(54.4%)と比較して低く、29位である。(平成30年度の「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」)

(5) 国の指針

発症から在宅復帰まで切れ目のない医療サービスの提供体制の構築をめざすために示された「脳卒中の医療連携体制構築に係る指針(平成24年3月)」が平成29年7月に、改正され、地域の実情に応じて、①必要となる医療機能を明確化し、②地域の医療機関が担うべき役割を明確化し、さらに③医療連携体制を推進していくことが示された。

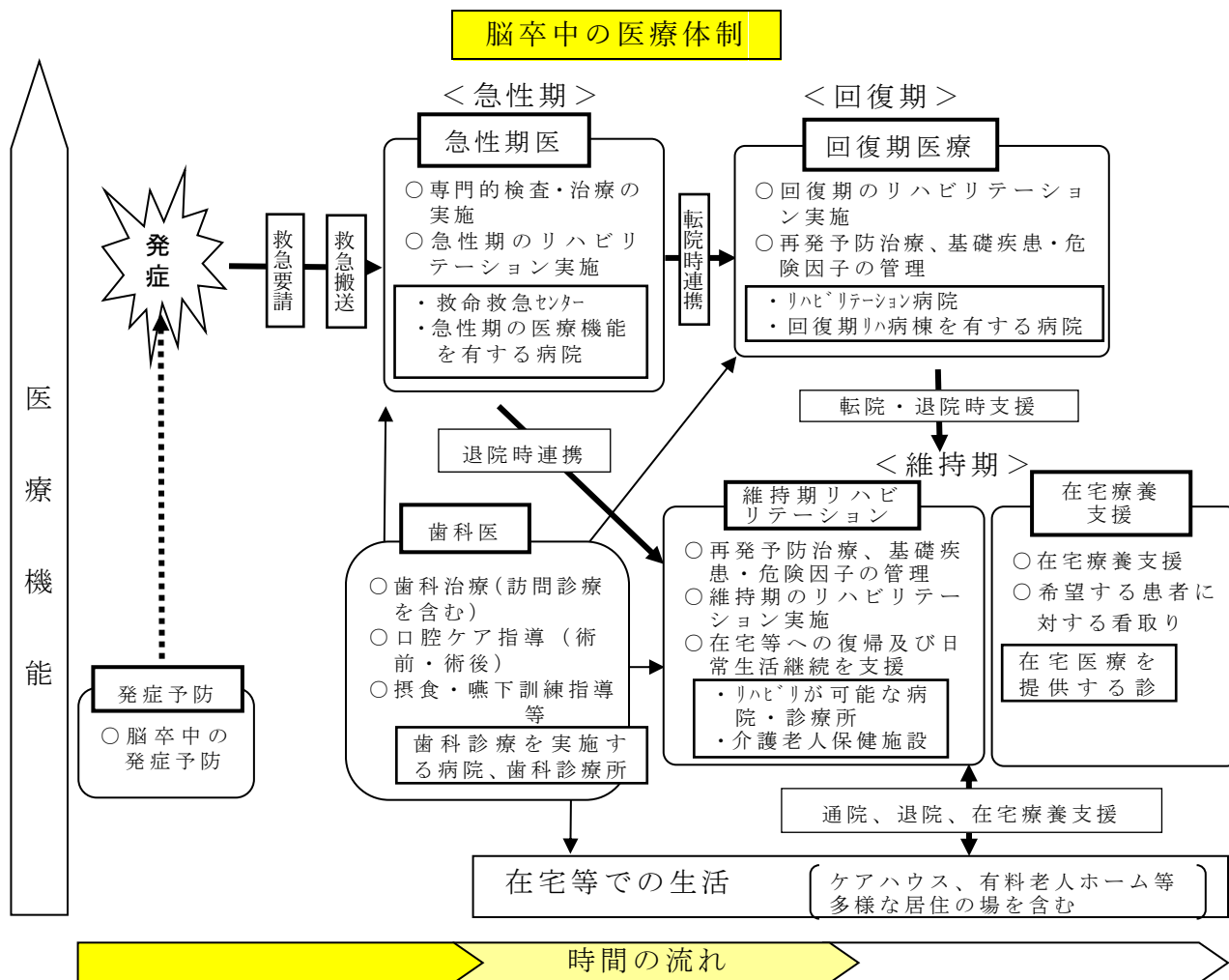
《主な指標》

- 高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率は、全県で 236.0 であり、全国平均を下回っている。
- 脳血管疾患患者の平均在院日数は、全県で 66.6 日で、全国平均を下回っている。

指標名	兵庫県	全国値	出典（年度）
高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率（10万対）	236.0	240.3	患者調査（H29）
脳血管疾患患者の退院患者平均在院日数（日）	66.6	78.2	患者調査（H29）

【国の指針に基づく医療連携体制の構築】

国が平成 29 年 7 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、各病期に応じた目標を設定し、切れ目のない包括的医療介護体制を構築する。



(1) 機能類型ごとの目標及び医療機能

発症予防

高血圧、糖尿病、脂質異常、心房細動、喫煙、大量飲酒等の基礎疾患の管理や生活習慣の改善により発症を予防するとともに、特定健診などにより早期発見に努めるとともに、脳卒中の症状や発症時の速やかな受診行動の必要性等を広く県民に対して周知し啓発に努める。

発症直後の救護・搬送等

救命救急士を含む救急隊員等は、メディカルコントロール体制の下で、地域の医療提供体制の情報を日々収集する事に加え、患者の発症からの経過時間や脳卒中の重症度などを的確に判断し、超急性期での血管内再開通療法（発症後 4.5 時間以内での t-PA 療法や血栓回収療法など）が適応となる患者の抽出と治療可能な医療機関への速やかな搬送に努める。

急性期医療

急性期に専門的治療（来院後 1 時間以内治療開始）及び急性期リハビリテーションを実施する。

そのためには、i) 血液検査や画像検査等が単一の医療機関又は地域における複数の医療機関と連携して 24 時間実施可能、ii) 専門チームによる診療や脳卒中の専用病床等（脳卒中ケアユニット：SCU 等）での入院管理が 24 時間実施可能、iii) 適応のある脳梗塞患者に対し、来院後 1 時間以内（発症後 4.5 時間以内）に急性期血栓溶解療法（t-PA）が実施可能、iv) 近年急性期脳梗塞患者に対する血管内治療の科学的根拠が示されていることから、適応がある脳梗塞患者に対して超急性期での血管内治療による血栓回収療法が実施可能、iv) 脳出血に対する血腫除去術や、くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術、またはカテーテルを用いた経動脈的塞栓術などが実施可能、または実施可能な医療機関との連携体制の整備、v) 呼吸管理、循環管理、栄養管理等の全身管理、及び合併症に対する診療が可能、vi) 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、早期歩行訓練等の急性期リハビリテーション実施が可能、vii) 回復期、維持期、在宅医療の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。

回復期医療

身体機能の早期改善と残存機能の維持・向上のため、専門職による集中的な回復期リハビリテーションを実施する。

そのためには、i) 再発予防や基礎疾患・合併症への治療、栄養や危険因子の管理、及び障害受容や抑うつ状態への対応、さらに活動への取り組みや社会参加、復職支援等の実施が可能、ii) 失語、高次脳機能障害、嚥下障害、歩行障害などの機能障害の改善及び、ADL(Activities of Daily Living)* や IADL(Instrumental Activities of Daily Living)*の向上を目的とし、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、iii) 急性期の医療機関及び維持期の医療機関等と診療情報や治療計画を共有などの連携体制の構築、iv) 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といった機能が求められる。

在宅療養支援

患者が在宅等の生活の場で療養できるよう、介護・福祉サービス等と連携して医療を実施し、最期まで在宅等での療養を望む患者に対しては看取りまで行う。

そのためには、日常の健康管理に加えて、訪問看護ステーションや薬局等と連携して在宅医療（特別養護老人ホーム、認知症高齢者グループホーム等の施設における在宅医療を含む）を実施する機能等が求められる。

維持期（生活期）リハビリテーション

生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを引き続き実施し、日常生活の継続を支援する。

そのためには、日常の健康管理に加えて、i)リハビリテーション担当医の指導のもと、専門職による適切な評価と生活機能の維持向上のためのリハビリテーションが実施可能、ii)介護支援専門員による居宅介護サービスの調整、iii)回復期の医療機関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。

歯科医療

急性期医療、回復期医療、維持期医療および在宅療養等の各ステージにおいて、多職種間で連携して、きめ細かな歯科治療や口腔ケア指導等を行い、口腔機能や摂食・嚥下機能の維持改善を図り、誤嚥性肺炎の防止等に努める。

(2) 脳卒中圏域の設定

脳卒中治療の医療機能を有する医療機関の分布実態や搬送時間等を踏まえ、圏域（脳卒中圏域）を以下のとおり設定する。

この圏域はあくまで目安であって、患者の受療や医療機関の患者紹介を制限するものではなく、地域の実態を考慮し必要に応じて圏域を越えた連携を図るものとする。

現状として神戸は明石市、三木市、小野市、西脇市などと広域化を進めていたり、三田市は神戸市北部と、丹波市・篠山市は阪神北圏域と、西播磨圏域は中播磨圏域とのつながりが深く、従来から患者の搬送や紹介、診療情報の共有等が行われているなど、今後とも圏域を越えた連携が必要である。

<脳卒中圏域>

圏域名	該当市町
神戸	神戸市
阪神南	尼崎市、西宮市、芦屋市
阪神北・丹波 ※	伊丹市、宝塚市、川西市、三田市、猪名川町、丹波篠山市、丹波市
東播磨	明石市、加古川市、高砂市、稲美町、播磨町
北播磨	西脇市、三木市、小野市、加西市、加東市、多可町
中播磨	姫路市、福崎町、市川町、神河町
西播磨	相生市、たつの市、赤穂市、宍粟市、太子町、上郡町、佐用町
但馬	豊岡市、養父市、朝来市、香美町、新温泉町
淡路	洲本市、南あわじ市、淡路市

※ 阪神北・丹波圏域は、医療機能の現状から当面一つの圏域とするが、丹波地域において一定の機能を確保する方向で調整を進める。

(3) 医療機能を有する医療機関の公表

医療機能類型に求められる機能を有する医療機関に関しては、脳卒中の急性期医療および回復期医療の選定条件を満たすか、あるいはそれに近い機能を有する病院を選定し、個別病院名を脳卒中圏域ごとに整理し、県のホームページにおいて公表する。

<脳卒中の急性期医療の機能を有する病院の現状>

脳卒中の急性期医療を担う医療機関の選定条件

- i) 検査（X線検査、CT検査、MRI（拡散強調画像）、血管連続撮影）が24時間実施可能
- ii) 適応がある症例では超急性期に血栓回収療法等が24時間当直体制で実施可能
- iii) 血栓溶解療法（t-PA）が24時間実施可能
- iv) 外科的治療が必要な場合2時間以内に治療開始（24時間対応）
- v) 急性期リハビリテーションの実施

<脳卒中の回復期医療の機能を有する病院の現状>

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」

アドレス：<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf15/keikaku2018.html>

【課題】

- (1) 脳卒中は日常の生活習慣と深く関わっており、県民一人ひとりが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、早期発見、早期治療に努める必要がある。
- (2) 脳卒中に関する県民の知識向上に努め、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。
- (3) 脳卒中の中でも特に脳梗塞は、発症から治療に至るまでの時間によって、患者が受けられる恩恵が異なり、予後に重大な影響を及ぼすこともあることから、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。
- (4) 急性期治療から各ステージでのリハビリテーションおよび在宅医療に至るまで、診療科を超えた、また多職種連携による切れ目のない医療連携体制整備が必要である。
- (5) 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。

【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よる脳卒中の予防に努める。

イ 健診受診率の向上、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、高血圧、肥満、糖尿病、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とともに、特定健診などの検診受診率の向上に努め、脳卒中の早期発見に努める。

ウ 高度医療機器の活用等による脳血管疾患の早期発見の推進（医療機関）

脳卒中の早期発見などに有用な診断装置であるCT、MRIなどの高度医療機器の迅速な活用等により、適切な治療につながる早期発見を推進する。

(2) 医療対策

ア 発症後の速やかな受療行動と搬送体制の充実

脳卒中においては、早期に治療を開始することで救命率が向上し、重篤な後遺症を回避できる可能性が高くなることなどの基礎知識を広く県民に普及・啓発を行い、発症時の正しい受療行動を推進することで、早期発見・早期治療につなげていくことが重要である。

また、脳卒中を疑われる患者が、発症後迅速に専門的な医療機関に到着できるよう、救命救急士等は、地域メディカルコントロール協議会の定めた活動プロトコルに沿って、適切な観察・判断・処置を行い、急性期医療を担う医療

機関へ速やかに搬送する体制の充実を図る。

イ 急性期医療体制整備の充実

脳梗塞患者に対する急性期医療として、発症後 4.5 時間以内での血栓溶解療法（t-PA 療法）を実施できる医療機関の整備を進め、脳梗塞患者に対する急性期治療の均てん化を推進するとともに、近年超急性期での治療効果が確認された血栓回収療法を地域で連携して実施できる体制の整備に努める。

ウ 医療・介護機能を担う関係機関相互の連携の促進

高次脳機能障害など社会や職場への大きな課題を抱えている脳卒中患者も少なくないことから、脳卒中に対する急性期医療、回復期医療、維持期（生活期）リハビリテーション、在宅療養支援等の医療機能を担う医療機関は、患者が切れ目のない適切な医療・リハビリテーションが受けられるよう、地域連携クリティカルパス等を活用するとともに、地域リハビリテーションシステムの圏域支援センターによる積極的な調整や兵庫県脳卒中ネットワーク連絡会ならびに圏域健康福祉協議会での合意形成等を通して相互に緊密な連携体制の構築を図る。

また、圏域あるいは府県境を越えた連携が必要な地域においては、円滑な連携が可能となるよう、協議の場を設けるなど調整を行う。

【数値目標】

目標	現状値	目標値（達成年度）
脳血管疾患による年齢調整死亡率の引き下げ	男性 36.9 (H27)	現状値より減少(R2)
	女性 19.1 (H27)	現状値より減少(R2)

※「健康日本 21（第2次）」の目標とする。（「兵庫県健康づくり推進実施計画」の目標も同じ。）

（参考）脳血管疾患心疾患年齢調整死亡率

	平成22年		平成27年	
	男	女	男	女
兵庫県	44.7	23.2	36.9	19.1
全国	49.5	26.9	37.8	21.0

資料 厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率」

- 血栓溶解療法（t-PA）：血管閉塞の原因となった血栓を溶解する薬剤である組織プラスミノゲン・アクチベータ（t-PA）を投薬し、閉塞血管を再開通させる治療法のこと。
- 血栓回収療法：機械的血栓除去手術ともいう。特殊なカテーテルと吸引装置を使用して血栓を除去して血流の再開を得る血管内手術のこと
- SPECT：Single Photon Emission Computed Tomography（単光子放射線コンピュータ断層撮影）の略。放射性同位元素（RI）を用いたコンピュータ断層撮影法。RIが出すガンマ線から断層画像を作るもので脳血流量や心筋血流などの機能を測定するのに用いる。
- SCU：Stroke Care Unit（脳卒中集中治療室）の略。急性期脳卒中患者を主として収容し、治療するICU（集中治療管理室）。SCUの承認要件の他、「血尿、尿量、瞳孔反応などのバイタルチェックに加えて、反射や脳幹反応などの神経学的管理ができる専門看護師が配置されていること」が要件としてあげられる。
- 受療率：特定のある日に疾病治療のために、すべての医療施設に入院あるいは通院、または往診を受けた患者数と人口10万人との比較を言う
- ADL：Activities of Daily Living（日常生活動作）の略。日常生活をするうえで必要な基本動作（食事、更衣、移動、排泄、入浴など）を指す。
- IADL：Instrumental Activities of Daily Living（手段的日常生活活動）の略。ADLより一段階複雑な行動で、電話を使用する能力、買い物、食事の準備、家事、洗濯、移送の形式、自分の服薬管理、財産取り扱い能力の8項目を尺度とする指標

第8章 心血管疾患対策

心血管疾患は、がんに次いで県内死亡原因の第2位を占め、生活様式の変化や高齢化等により、今後さらなる患者の増加が予測される。これまで対策を進めてきた急性心筋梗塞に加え、急性期死亡率が高い大動脈解離と、長期にわたり寝たきりの主原因となるなど生活の質を著しく低下させる慢性心不全を含めて心血管疾患とし、予防や早期発見、救急搬送体制、診断、急性期および慢性期の医療体制、また生活の質の向上維持のための各病期におけるリハビリテーションや介護体制など切れ目のない心血管疾患対策としての包括的な医療・介護連携体制の構築を目指す。

【現 状】

(1) 死亡率

ア 心疾患による県内の死亡率は 161.6 となっている。平成8年から微増傾向であり、悪性新生物に次いで第2位の死因であり、全死亡数に対して 15%を占めている。(令和元年厚生労働省「人口動態調査」)

イ 年齢調整死亡率(人口 10 万対)で見ると、心疾患では、男性 59.4(全国 65.4)、女性 33.2(全国 34.2)となっており、男女とも全国より低くなっている。急性心筋梗塞では、男性 18.5(全国 16.2)、女性 7.6(全国 6.1)となっており、男女とも全国より高くなっている。(平成 27 年都道府県別年齢調整死亡率)

(2) 医療機能の状況

心血管疾患の治療に必要な医療機能は、疾患ごとに大きく異なる。急性心筋梗塞では血管内治療(経皮的冠動脈形成術*: PCI)、大動脈解離では外科的治療、心不全では内科的治療がそれぞれ中心となる。いずれも急性期においては救命処置のため3次医療機関による対応が必要と考えられる場合であっても、より疾患専門性のより高い2次医療機関での対応が適切であることが少なくない。また、再発の防止や予後の改善のためには、疾病管理プログラムとしての運動療法、危険因子の是正、患者教育等を含む多職種連携による心大血管疾患リハビリテーションが重要である。

平成 29 年 3 月に県内の全病院を対象に実施した医療施設実態調査に基づく主要項目の結果は次のとおりである。

循環器科、心臓血管外科(常勤医1名以上)のある病院数

(単位 上段:病院数、下段:人口 10 万対)

圏域 診療科	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
循環器科	27	12	15	11	5	8	5	2	3	1	89
	1.76	1.16	2.08	1.54	1.85	1.39	1.95	1.2	2.86	0.75	1.61
心臓血管 外科	11	5	4	4	1	4	3	1	0	1	34
	0.72	0.48	0.55	0.56	0.37	0.69	1.17	0.60	0.00	0.75	0.62

資料 兵庫県「平成 28 年医療施設実態調査」

虚血性心疾患の治療実施状況

(単位 病院数)

手術区分 \ 圏域	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
冠動脈バイパス手術 (ポンプ症例)	7	2	1	2	1	3	2	1	0	0	19
冠動脈バイパス手術 (非ポンプ症例)	5	1	1	2	2	2	2	0	0	0	15
経皮的冠動脈形成術	19	9	8	8	4	5	3	1	2	0	59

資料 兵庫県「平成28年医療施設実態調査」

冠動脈造影検査(心臓カテーテル)*の実施状況

(単位:病院数)

圏域	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
実施病院数	23	10	9	7	4	6	3	1	2	1	66

資料 兵庫県「平成28年医療施設実態調査」

医療機器・設備

(単位 上段:病院数、下段:人口10万対)

設備・機器名 \ 圏域	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
デジタル血管連続撮影* (心臓・大血管)	24 1.56	10 0.97	10 1.39	13 1.82	4 1.48	8 1.39	4 1.56	3 1.79	2 1.91	2 1.50	80 1.45
PCPS*(経皮的 心肺補助装置)	15 0.98	7 0.68	6 0.83	4 0.56	3 1.11	6 1.04	2 0.78	1 0.60	1 0.95	1 0.75	46 0.83
CCU*	3 0.20	4 0.39	2 0.28	2 0.28	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 0.60	0 0.00	0 0.00	12 0.22

心大血管疾患リハビリテーション料取得状況

(単位 病院数)

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
心大血管疾患リハビリテーション料	16	8	7	7	2	6	2	1	2	1	52
(I)	15	6	6	7	2	6	2	1	1	1	47
(II)	1	2	1	0	0	0	0	0	1	0	5

資料 兵庫県「平成28年医療施設実態調査」

(3) 国の指針の提示

平成29年7月に通知された「心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制構築に係る指針」によって、心血管疾患を代表する急性心筋梗塞、大動脈解離、慢性心不全に関してどのような医療体制を構築すべきかが国から示された。

《主な指標》

- 高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率は、全県で236.0であり、全国平均を下回っている。
- 脂質異常症患者の年齢調整外来受療率は、全県で70.8であり、全国平均を上回っている。
- 虚血性心疾患による退院患者平均在院日数は、全県で5.7日で、全国平均を下回っている。

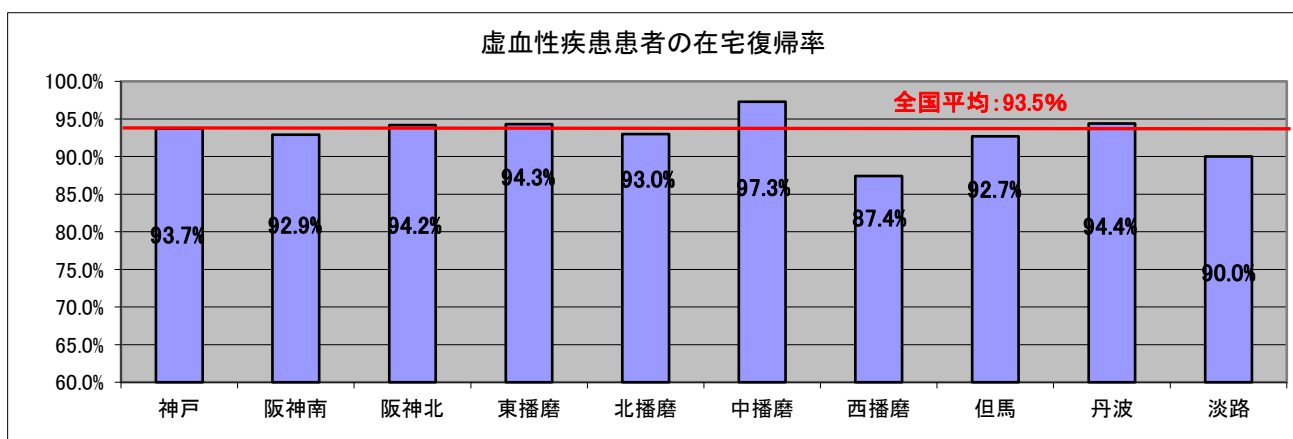
指標名	兵庫県	全国値	出典（年度）
高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	236.0	240.3	患者調査（H29）
脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	70.8	64.6	患者調査（H29）
虚血性疾患患者の退院患者平均在院日数	5.7日	8.6日	患者調査（H29）

虚血性心疾患による退院患者平均在院日数（日）

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
平均在院日数	4.5	5.0	4.5	5.9	17.3	4.8	9.3	8.9	4.0	13.6	5.7

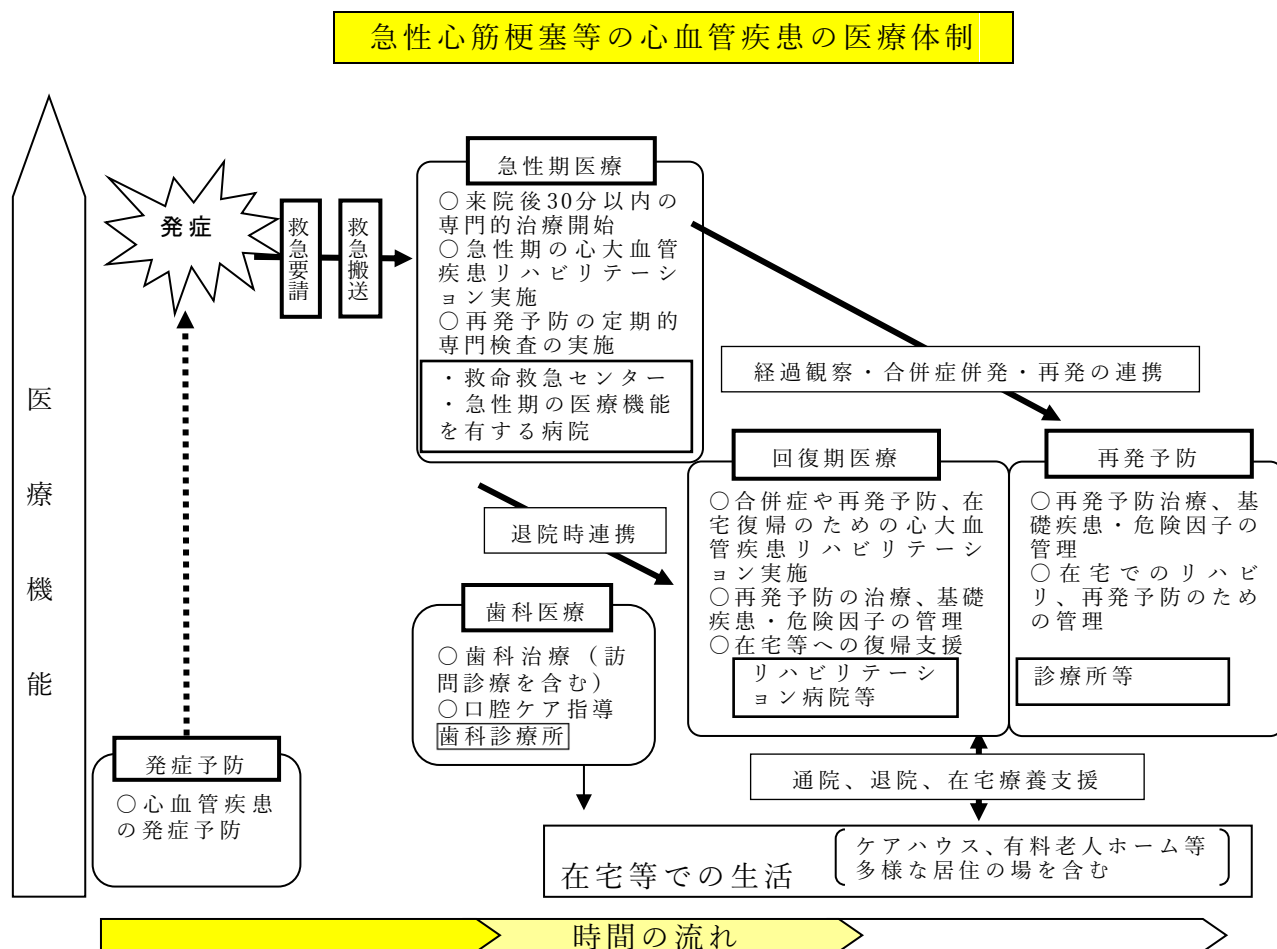
資料 厚生労働省「平成29年患者調査」

- 虚血性心疾患の患者で、退院後、在宅等生活の場に復帰した患者の割合は全県平均で93.6%で、全国平均を上回っている。また、圏域別で見ると、最も高いのが中播磨圏域で97.3%であり、最も低いのは西播磨圏域で87.4%となっている。



【国の指針に基づく医療連携体制の構築】

国が平成29年7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、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求められる医療機能

発症予防

心血管疾患の発症予防においては、高血圧をはじめとする糖尿病、脂質異常、メタボリックシンドローム*、喫煙、ストレスなどの基礎疾患や危険因子の管理と生活習慣の改善が重要であり、関係する診療ガイドラインに則した診療が求められる。

発症直後の救護・搬送

急性心筋梗塞や大動脈解離においては、発症から治療開始までの経過時間が死亡率やその後の状態に大きな影響をもたらす。そのため、これらの疾患を疑うような症状が見られたときには、本人または家族等が速やかに救急要請を行うことが重要である。また、現場において急性心筋梗塞で心肺停止状態となった場合は、救命救急士をはじめ周囲の一般住民が AED*を含む心肺蘇生処置を迅速に施行することで救命率の向上や予後の改善が得られるため、県民に必要な教育を行い、周知・啓発を推進する必要がある。また、大動脈解離では病院前死亡率も高く、緊急手術が必要となることも多いため、救命救急士を含む救急隊員は、日々の情報収集に努め、速やかに緊急の外科的治療等が実施可能な施設へ搬送するように努める。

急性期医療

急性心筋梗塞に対しては経皮的冠動脈形成術、大動脈解離に対しては外科的治療などそれぞれの疾患に応じた急性期の専門的な治療を行うとともに、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の実施が求められる。

主に救急救命センターを有する病院や心臓系集中治療室（CCU）等を有する病院等が機能を担う。

そのためには、i) 血管造影検査、心臓カテーテル検査、CT検査、電氣的除細動、緊急ペーシング、機械的補助循環装置等の必要な検査及び処置が24時間実施可能、ii) 専門的な診療を行う医師等が24時間対応可能、iii) 急性心筋梗塞においては、来院後30分以内の冠動脈造影検査及び90分以内の冠動脈再疎通が可能、iv) 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、v) 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緊急の外科的治療が可能又は可能な施設との連携、vi) 運動療法のみならず、疾病管理プログラムとしての多職種連携による多面的・包括的な心大血管疾患リハビリテーションの実施や抑うつ状態等への対応が可能、vii) 再発予防の定期的検査を実施するとともに、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などの連携 といった機能が求められる。

回復期医療

再発を予防しながら、在宅復帰のための心大血管疾患リハビリテーションを実施し、生活の場への復帰を支援する。

主として循環器内科・心臓血管外科を有する病院または診療所が機能を担う。

そのためには、i) 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、ii) 心電図検査、電氣的除細動等急性増悪時の対応が可能、iii) 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の連携、iv) 運動耐容能を評価したうえで、運動療法、食事療法、患者教育等の心大血管疾患リハビリテーションが実施可能、v) 再発時等の対応法について患者・家族への教育を実施、vi) 急性期の医療機関及び2次予防の医療機関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。

慢性期医療〔生活期・維持期〕

基礎疾患・危険因子の管理等にて再発を予防し、在宅療養を継続できるよう支援する。

主として病院・診療所が機能を担う。

そのためには、i) 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、ii) 緊急時の除細動等急性増悪時対応が可能、iii) 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の連携、iv) 急性期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や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などの連携、v) 在宅での運動療法、再発予防のための健康管理を医療機関と訪問看護ステーション・薬局等と連携して実施といった機能が求められる。

歯科医療

すべての病期において誤嚥性肺炎の予防や栄養管理等を目的とした医科歯科連携が重要であり、在宅療養患者に対しは訪問診療も含めて、きめ細かな歯科治療や口腔ケア指導等を行い、口腔機能や咀嚼嚥下機能の維持改善を図る。

(2) 心血管疾患圏域の設定

心血管疾患について診療情報や治療計画の共有など医療機関の連携を進める目安となる区域（心血管疾患圏域）を、医療機能を有する医療機関の分布や搬送時間等を考慮し、以下のとおり設定する。

この圏域はあくまで目安であって、患者の受療や医療機関の患者紹介を制限するものではなく、搬送時間などの条件や地域の実態を考慮し必要に応じて圏域を越えた連携を図るものとする。

特に、三田市は神戸市北部と、丹波市・篠山市は北播磨圏域と、西播磨圏域は中播磨圏域と、但馬南部地域は中播磨圏域とつながりが深く、従来から患者の搬送や紹介が行われており、今後とも圏域を越えた連携が必要である。

<心血管疾患圏域>

圏域名	該当市町
神戸	神戸市
阪神南	尼崎市、西宮市、芦屋市
阪神北・丹波※	伊丹市、宝塚市、川西市、三田市、猪名川町、丹波篠山市、丹波市
東播磨	明石市、加古川市、高砂市、稲美町、播磨町
北播磨	西脇市、三木市、小野市、加西市、加東市、多可町
中播磨	姫路市、福崎町、市川町、神河町
西播磨	相生市、たつの市、赤穂市、宍粟市、太子町、上郡町、佐用町
但馬	豊岡市、養父市、朝来市、香美町、新温泉町
淡路	洲本市、南あわじ市、淡路市

※ 阪神北・丹波圏域は、医療機能の現状から当面一つの圏域とするが、丹波地域において一定の機能を確保する方向で調整を進める。

(3) 医療機能を有する医療機関の公表

上記(1)で設定した医療機能類型に求められる機能を有する医療機関として、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。

<心血管疾患の急性期機能を有する病院の現状>

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（大動脈バルーンパンピング・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の機能を有する医療機関の現状>

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」

アドレス：<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf15/keikaku2018.html>

【課題】

- (1) 心血管疾患は、日常の生活習慣と深く関わっており、県民一人ひとりが予防を心がけるとともに、定期的に健康診査を受診し、疾病の早期発見、早期治療に努めることが必要であるが、平成30年度の特定健診の受診率は51.1%と全国平均(54.4%)と比較して低く、29位である。
- (2) 県民が心血管疾患の発症に気づき、速やかに救急要請などの正しい初動行動が取れるように周知・啓発を進める。
- (3) 発症した日から、合併症や再発の予防、早期在宅及び社会復帰を目指し、喪失機能の回復のみならず、患者教育、運動療法、危険因子の管理等の多要素に焦点があてられた多面的・包括的な疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーションの実施が多職種チームで行われることが必要である。
- (4) 心臓血管外科手術の死亡率に影響する要因の一つとして、施設の心臓血管外科手術件数が指摘されており、今後は集約化を含めた体制整備の検討が必要である。

【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よる循環器疾患の予防に努める。

イ 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、高脂血症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。(詳細は「兵庫県健康づくり推進実施計画」に記載)

ウ 医療機器の活用等による心臓・大血管疾患の早期発見の推進（医療機関）

心臓・大血管疾患の診断に有用な心エコー（心臓超音波検査）やMRI、救急医療の現場などで活躍するPCPS（経皮的心肺補助装置）などの高度医療機器の活用等により早期発見や適切な治療を推進する。

(2) 医療対策

ア 発症直後の救護に関する知識等の啓発

救命率の向上及び予後改善のためには、病院前救護におけるAEDの使用等の心肺蘇生処置等を一般県民が主体的に実施できるように知識・技術の普及に努める。

イ 速やかな受療行動と搬送体制の充実

時間の経過とともに重篤化する疾病が多いことから発症後速やかに救急要請などの正しい行動がとれるように県民への教育を推進しメディカルコントロール協議会あるいは圏域健康福祉推進協議会医療部会等において搬送・受け入れのルール化を図り、救急搬送体制のさらなる整備を支援する。

ウ 医療・介護機能を担う関係機関相互の連携の促進

発症直後の救護、急性期、回復期、慢性期、在宅療養に至るまで適切な医療・介護が切れ目なく行われるよう、地域の消防機関、医療機関、医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション、介護保険サービス事業所等の関係機関で知識や情報の共有を進めるなどの連携体制の構築に努める。

【数値目標】

目標	現状値	目標値（達成年度）
急性心筋梗塞による年齢調整死亡率の引き下げ	男性 18.5（H27）	現状値より減少（R2）
	女性 7.6（H27）	現状値より減少（R2）

（参考）心疾患年齢調整死亡率

	平成22年		平成27年	
	男	女	男	女
兵庫県	71.6	39.2	59.4	33.2
全国	74.2	39.7	65.4	34.2

（参考）急性心筋梗塞年齢調整死亡率

	平成22年		平成27年	
	男	女	男	女
兵庫県	22.9	9.9	18.5	7.6
全国	20.4	8.4	16.2	6.1

厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率」

- 経皮的冠動脈形成術：動脈硬化で狭窄や閉塞している冠動脈の内腔をカテーテルを使って拡張する血管内の手術のことで、狭心症や心筋梗塞といった虚血性心疾患の治療のために行う。用いる器具として風船（バルーンカテーテル）、網目状の金属（ステント）などがある。
 - 冠動脈バイパス手術：静脈片または大動脈から分岐した動脈を冠動脈につなぎ、閉塞領域を迂回（バイパス）する方法。人工心臓を使用する「ポンプ」と人工心臓を使用しない「オフポンプ」がある
 - 冠動脈造影検査：心臓を栄養する血管である冠動脈の狭窄・閉塞の有無・部位などを調べる。カテーテルと呼ばれる細い管を通して冠動脈内に造影剤を注入する。
 - 血管連続撮影装置：血管影を鮮明に描写するため目的血管の入口で造影剤を注入し、血流速度にあわせて連続的にX線撮影を行う。心臓血管では高速・鮮鋭撮影、脳血管や腹部血管などでは広範囲撮影が行える多目的装置。シネフィルムはデジタルに比べ、時間分解能・空間分解能に優れている。
 - PCPS：Percutaneous Cardiopulmonary Support（経皮的心肺補助装置）の略。薬物療法や大動脈内バルーンパンピングの限界を超えた重症心原性ショックに対し、血液ポンプを使う機械的循環補助法を行う装置。大腿動静脈への送脱血カニューレとポンプ、超小型人工肺の組み合わせで容易に循環呼吸補助が可能となったもの。
 - CCU：Coronary Care Unit（冠疾患集中治療室）の略。冠動脈疾患の急性期（不安定狭心症、急性心筋梗塞等）患者を主として収容し、治療するICU（集中治療管理室）
 - 内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）：内臓肥満、高血糖、高血圧、高脂血症の状態が重複し、脳卒中や心筋梗塞などの発症リスクが高い状態のこと
- <メタボリック症候群の診断基準>
- ・ウエスト周囲径 男性 ≥ 85 cm 女性 ≥ 90 cm
に加え下記のうち2項目以上
 - ・高トリグリセライド（中性脂肪）血症 $\geq 150\text{mg/dL}$ または、
低HDL（善玉）コレステロール $< 40\text{mg/dL}$
 - ・高血圧 収縮期血圧（最高血圧） $\geq 130\text{mmHg}$ または、
拡張期血圧（最低血圧） $\geq 85\text{mmHg}$
 - ・空腹時血糖 $\geq 110\text{mg/dL}$

第9章 糖尿病対策

初期では自覚症状がないことが多いが、ひとたび発症し、適切な治療を行うことなく放置すると、数年から十数年のうちに網膜症、腎症などの重篤な合併症を併発し、最終的には脳卒中や心血管疾患、腎不全等を発症し生命に重大な脅威を与える糖尿病について、早期治療・合併症治療・治療継続による良質な医療の提供を目指す。

【現 状】

(1) 患者の状況

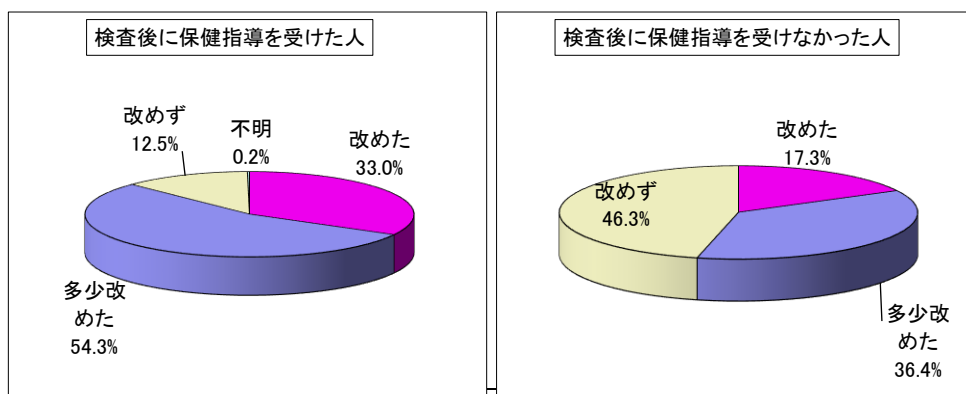
「糖尿病が強く疑われる者の割合」は、男性 16.7%、女性 9.3%であり、平成 26 年（男性 15.5%、女性 9.8%）に比べて男性、女性ともに増加している。

糖尿病が強く疑われる者のうち治療を受けている者の割合は男性 74.1%、女性 64.0%である。（平成 30 年厚生労働省「国民健康・栄養調査」）

(2) 検査と保健指導

検査で「糖尿病」または「境界型*」とされた人が生活習慣を改善したかどうかについては、検査後に「保健指導を受けた」方が「保健指導を受けなかった」場合より生活習慣を改善した割合が高い。（厚生労働省平成 14 年「糖尿病実態調査」）

【図】検査で「糖尿病」または「境界型」と言われた人の保健指導と生活習慣改善状況



(3) 医療機能の状況

平成 29 年 3 月に県内の全病院を対象に実施した医療施設実態調査に基づく主要項目の結果は次のとおりである。

① 糖尿病教育入院*実施状況

（単位 上段：病院数、下段：人口 10 万対）

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
実施病院数	27	12	9	12	6	11	6	3	1	2	89
人口 10 万対	1.76	1.16	1.25	1.68	2.22	1.91	2.34	1.79	0.95	1.50	1.61

資料 兵庫県「平成 28 年医療施設実態調査」

② 糖尿病に関連する専門外来のある病院数

(単位 上段：病院数、下段：人口10万対)

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
病院数	30	15	10	13	6	16	5	3	3	3	104
人口10万対	1.96	1.45	1.39	1.82	2.22	2.77	1.95	1.79	2.86	2.26	1.89

資料 兵庫県「平成28年医療施設実態調査」

③ 糖尿病療養指導士*配置状況

(単位 上段：病院数、下段：人口10万対)

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
配置病院数	26	12	9	11	7	13	4	3	1	2	88
人口10万対	1.69	1.16	1.25	1.54	2.59	2.25	1.56	1.79	0.95	1.50	1.60

資料 兵庫県「平成28年医療施設実態調査」

(参考)

<日本糖尿病学会認定教育施設>

(平成29年7月11日現在)

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
日本糖尿病学会認定教育施設	20	9	5	4	3	2	1	1	0	0	45

資料 日本糖尿病学会ホームページ

(4) 国の指針の提示

平成29年7月に「糖尿病の医療体制構築に係る指針」が国から示された。

《主な指標》

- 糖尿病内科（代謝内科）を標榜している病院は県内で58施設ある。人口10万対では1.0施設で全国平均を少し上回っている。圏域別に見ると、丹波圏域で最も多く、人口10万対で1.8施設、次いで神戸・中播磨・淡路圏域で1.4施設あるのに対し、標榜する病院を有していない圏域も2圏域あり、圏域ごとにばらつきがある。
- 糖尿病退院患者の平均在院日数は全県では48.7日で、全国平均を上回っている。圏域別に見ると、阪神北圏域で最も長く241.1日であるのに対し、最も短い但馬圏域では15.0日であり、圏域によって大きな差が見られる。

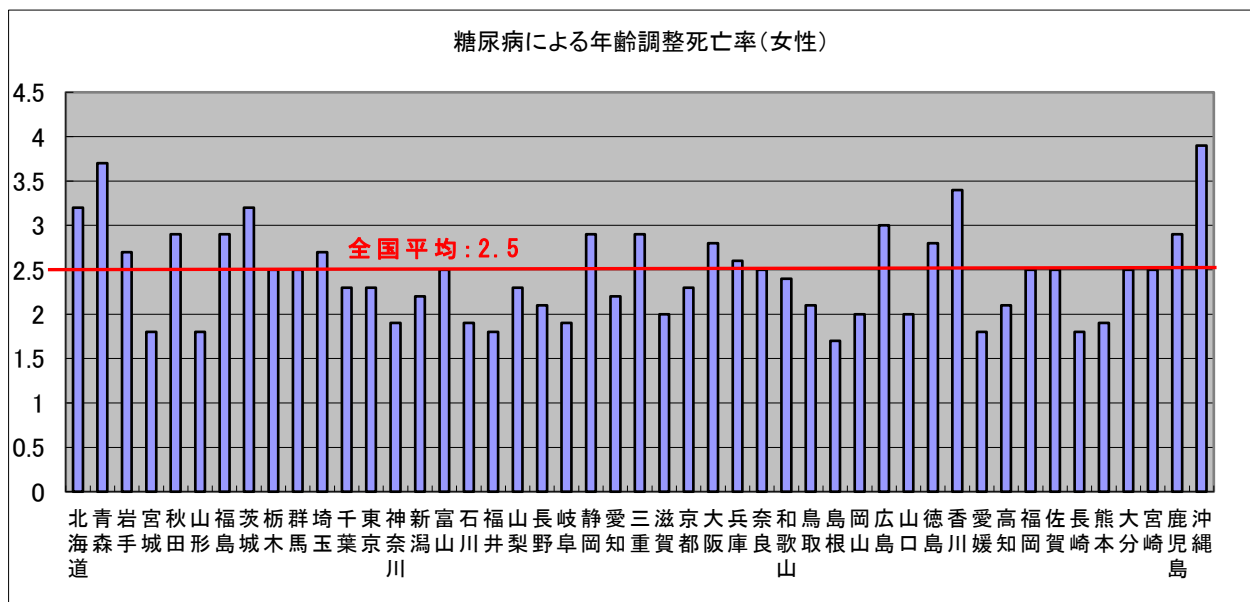
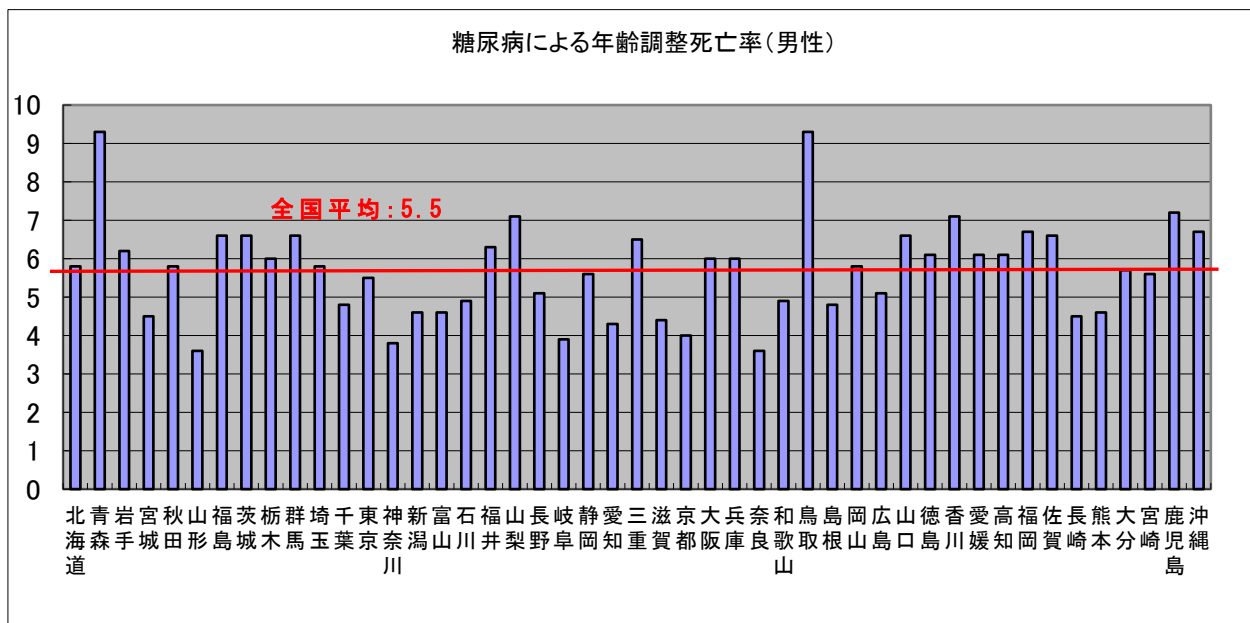
指標名	兵庫県	全国値	出典（年度）
糖尿病内科（代謝内科）を標榜する病院数人口10万対	58施設 (1.0)	1149施設 (0.9)	医療施設実態調査(H26)
糖尿病の退院患者平均在院日数	48.7日	33.3日	患者調査(H29)

糖尿病退院患者の平均在院日数（日）（圏域別）

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路
平均在院日数	26.7	22.1	241.1	85.8	21.3	23.8	27.7	15.0	19.8	35.5

資料 厚生労働省「平成29年患者調査」

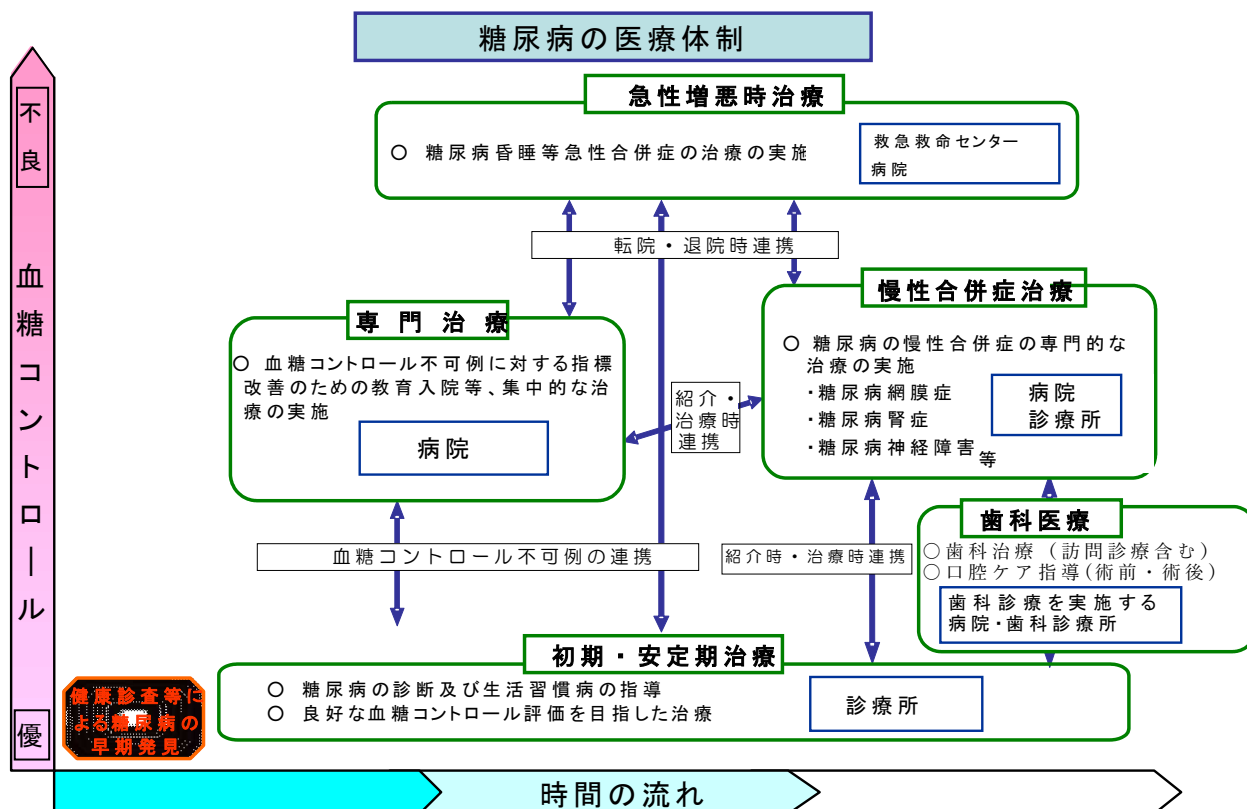
- 糖尿病による年齢調整死亡率は、全県で男性が6、女性が2.6であり、全国平均と比較すると、男女ともに少し上回っている。



厚生労働省「平成27年業務・加工統計」

【国の指針に基づく糖尿病の医療連携体制の構築】

(1) 国が平成29年7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。



＜機能類型ごとの目標及び医療機能＞

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行い、合併症の発症を予防する。

そのためには、i) 糖尿病の診断および専門的指導が可能、ii) 75gOGTT*、HbA1c*等糖尿病の評価に必要な検査が実施可能、iii) 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、iv) 低血糖時及びシックデイ*の対応が可能、v) 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の連携といった機能が求められる。

専門治療

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。

そのためには、i) 75gOGTT、HbA1c等糖尿病の評価に必要な検査が実施可能、ii) 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治療が実施可能、iii) 糖尿病患者の妊娠に対応可能、iv) 糖尿病の予防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の連携 といった機能が求められる。

急性増悪時治療

糖尿病昏睡等急性合併症の治療を実施する。

そのためには、i) 糖尿病昏睡等急性合併症の治療が24時間実施可能、ii) 食事療法、運動療法を実施するための設備がある、iii) 糖尿病の予防治療を行う医療機関、教育治療を行う医療機関及び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

糖尿病網膜症、糖尿病性腎症、糖尿病神経障害等の慢性合併症の専門的な治療を実施する。

そのためには、i) 糖尿病網膜症については、蛍光眼底造影検査*、光凝固療法*、硝子体出血・網膜剥離の手術が実施可能、ii) 糖尿病腎症については、尿一般検査、尿中微量アルブミン量検査*、腎生検、腎臓超音波検査、血液透析等が実施可能、iii) 糖尿病の予防・治療を行う医療機関、教育治療を行う医療機関及び急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の連携 といった機能が求められる。

歯科医療

糖尿病の合併症である歯周病の治療を実施する。また、歯周治療によって血糖コントロールも改善するとされており、他の機能類型を担う医療機関との連携が求められる。

(2) 糖尿病の医療連携の区域

今後も身近な医療体制を継続するため、糖尿病圏域を以下のとおり設定する。

なお、圏域はあくまで目安であって、患者の受療や医療機関の患者紹介を制限するものではなく、必要に応じて圏域を越えた診療情報や治療計画の共有などの連携を図る。

<糖尿病圏域>

圏域名	該当市町
神戸	神戸市
阪神南	尼崎市、西宮市、芦屋市
阪神北	伊丹市、宝塚市、川西市、三田市、猪名川町
東播磨	明石市、加古川市、高砂市、稲美町、播磨町
北播磨	西脇市、三木市、小野市、加西市、加東市、多可町
中播磨	姫路市、福崎町、市川町、神河町
西播磨	相生市、たつの市、赤穂市、宍粟市、太子町、上郡町、佐用町
但馬	豊岡市、養父市、朝来市、香美町、新温泉町
丹波	丹波篠山市、丹波市
淡路	洲本市、南あわじ市、淡路市

(3) 医療機能を有する医療機関の公表

上記(1)で設定した医療機能類型に求められる機能を有する医療機関として、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の現状>

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

<糖尿病の急性増悪時治療の機能を有する病院の現状>

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の現状>

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）

上記の条件を満たす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」

アドレス：<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf15/keikaku2018.html>

【課題】

- (1) 早期発見・早期治療及び治療の継続により合併症の発症や進行を防ぐ必要がある。
- (2) 全ての県民が良質で適切な糖尿病医療を受療できるよう、各医療機関の特徴や機能に応じた明確な役割分担と病病連携・病診連携を深めるなど、医療連携体制の充実が必要である。

【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よる糖尿病予防に努める。

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」または「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

医療保険者による糖尿病性腎症重症化予防プログラムの導入を推進することにより、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。

(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

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。

【数値目標】

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 6.0 (H27)	現状値より減少(R2)
	女性 2.6 (H27)	現状値より減少(R2)

(参考) 糖尿病年齢調整死亡率

	平成22年		平成27年	
	男	女	男	女
兵庫県	6.7	3.5	6.0	2.6
全国	6.7	3.3	5.5	2.5

資料 厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡

- 境界型：糖尿病型と正常型の間期の段階。いずれ糖尿病になる確率が高く、生活習慣の改善と定期的な検査が必要な糖尿病予備軍。
- 糖尿病教育入院：糖尿病治療に必要なインシュリン・経口血糖降下薬の量、体重コントロール、運動、食事管理の方法やそれらが血糖値に与える影響等について、専門の医師、看護師、栄養士などにより管理する治療および患者教育を目的とした入院。
- 糖尿病療養指導士：日本糖尿病療養指導士認定機構の認定を受け、医師の指示の下で糖尿病の患者に熟練した療養指導を行うことのできる医療従事者（看護師、管理栄養士、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士等の資格を有する者）。
- 75gOGTT：糖の代謝能を調べるために行うブドウ糖負荷試験のこと。空腹時にブドウ糖75gを溶かした水を飲み、0分後・30分後・1時間後・2時間後の血糖値を測定する。
- HbA1c：赤血球の中に含まれるヘモグロビン（血色素）にブドウ糖が結合したもの。測定時点より過去1～1.5ヶ月間の平均血糖値を反映している。
- シックデイ：糖尿病の患者が他の病気になった状態をいう。普段は良好な血糖コントロールが得られていても、風邪を引いたり、発熱、食欲不振、嘔吐、下痢などで血糖コントロールが乱れることがあり、血糖管理に留意する必要がある。
- 蛍光眼底造影検査：腕の静脈から色素を注射しながら、眼底カメラで網膜の血管の連続写真を撮影する。血液に入った色素は蛍光を発するので、フィルターを通すと白く写るのに対し、毛細血管が詰まっている部分は暗く写るため、正常な部分と区別できる。
- 光凝固療法：網膜症の発症によって眼底に広がった、脆くて破れやすい新生血管網を、レーザー光によって凝固させることでその安定化を図る治療法。
- 尿中微量アルブミン量検査：糖尿病性腎症では、早期から尿中に血液中の蛋白質であるアルブミンがごく微量排泄される。これを測定することにより、糖尿病性腎症の早期発見が可能となる。

第10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り、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な地域づくりを進める必要がある。そのためには、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）な社会の構築していく必要があり、また、障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、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る。

精神疾患は、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、地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）の目標を明確化し、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。

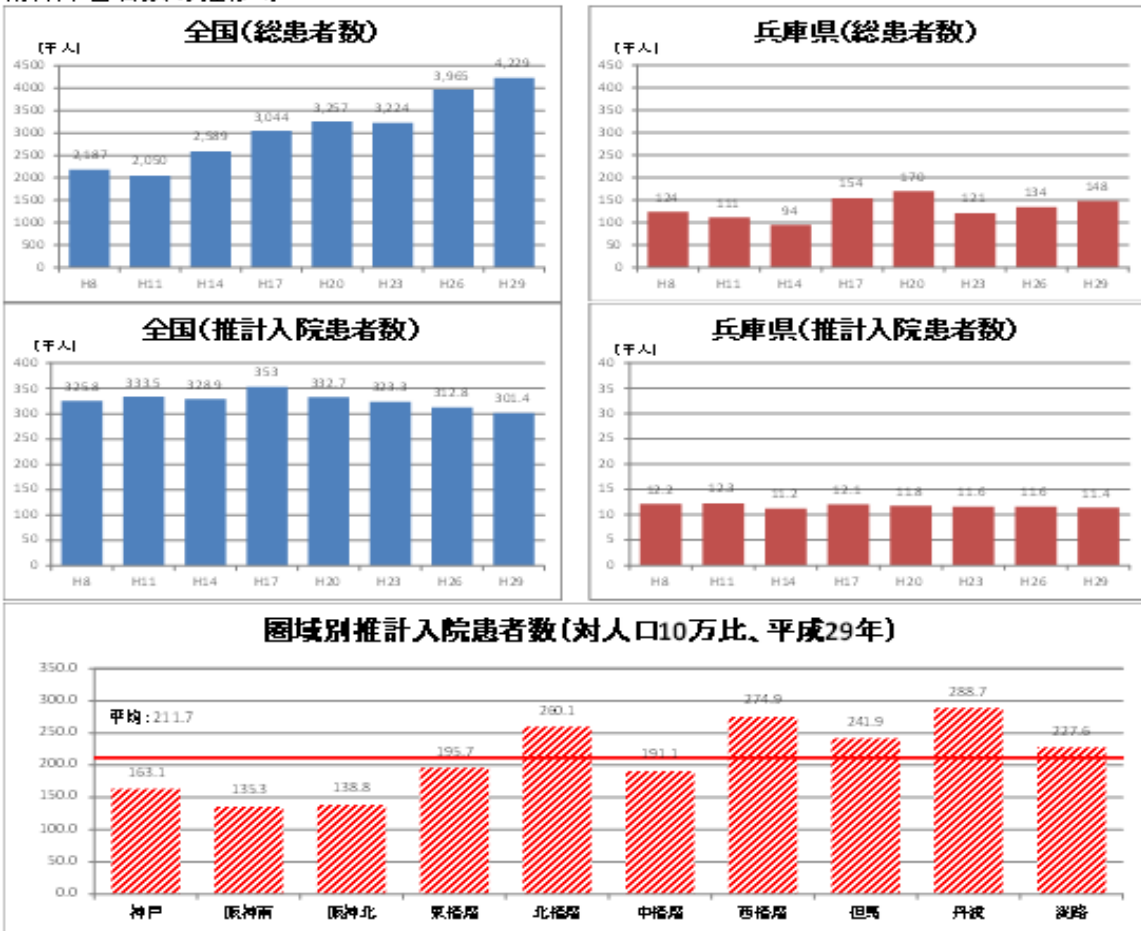
1 精神科医療の現状

(1) 患者の状況

厚生労働省が実施した平成29年患者調査によると、全国精神障害者数は約4,193千人と推計されており、推計入院患者数は約302千人である。県内の精神障害者数は約148千人、推計入院患者数は約11.4千人である。同患者調査による年次推移をみると、全国精神障害者数は増加傾向にあるが、兵庫県では平成20年度の約170千人をピークに平成23年には121千人に減少している。一方で入院患者数については全国で減少傾向にあるが、兵庫県では横ばいであった。

病院報告によると、令和元年における県内の平均在院日数は248.9日であり、全国平均の265.8日を下回った。しかし、精神保健福祉資料（平成30年度630調査）をもとに厚生労働省がとりまとめたデータで施設所在地別に入院患者を入院期間で分類すると、全国の3ヶ月未満の入院（急性期）で46,826人、3～12ヶ月未満の入院（回復期）で61,645人、12ヶ月以上の入院（慢性期）で171,620人となっている。兵庫県では、3ヶ月未満の入院（急性期）で1,852人、3～12ヶ月未満の入院（回復期）で2,355人、12ヶ月以上の入院（慢性期）で5,996人となっており、入院総数に占める慢性期入院患者の割合は全国と同様に6割程度となっており、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。

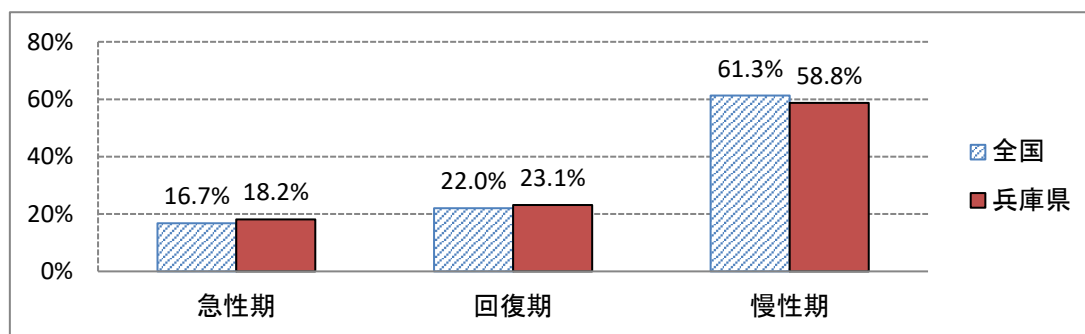
精神障害者数の推移等



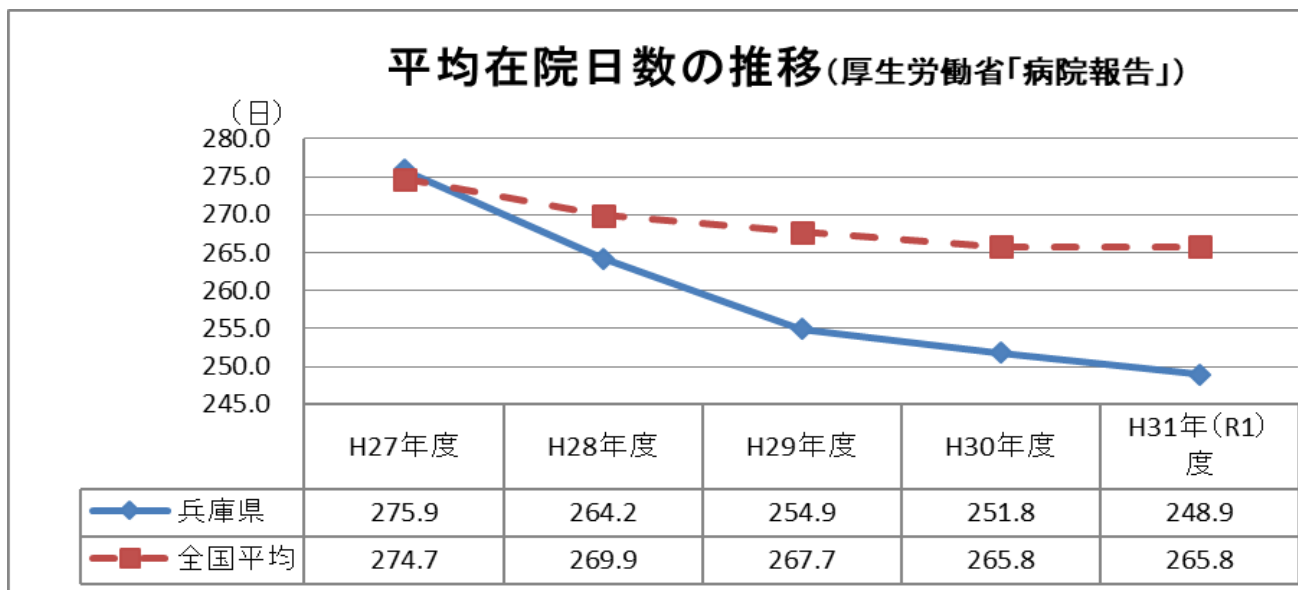
出典：厚生労働省「患者調査」

平成30年入院期間別患者数

入院期間	合計	3ヶ月未満 《急性期》	3～12ヶ月未 満 《回復期》	12ヶ月以上 《慢性期》
全国	280,091人 (100.0%)	46,826人 (16.7%)	61,645人 (22.0%)	171,620人 (61.3%)
兵庫県	10,203人 (100.0%)	1,852人 (18.2%)	2,355人 (23.1%)	5,996人 (58.8%)



出典：精神保健福祉資料(平成30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2年9月末現在で44病院あり、精神科・心療内科を標榜する診療所は376施設である。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212床で全国平均272.4床より低く、また、人口10万対在院患者数は186.7人で全国平均225.9人より低くなっている。

身体合併症患者(身体的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、精神科救急が対応することとなる。

専門医療機関としては、児童・思春期の治療については、平成25年3月より県立ひょうごこころの医療センターにおいて児童思春期外来、6月に児童思春期病棟が開設した。発達障害の早期発見、支援体制の強化を図るため診断診療と療育を一体化した県立こども発達支援センターを平成24年に設置している。

県内の医療機関の状況(圏域別)

(平成29年9月末時点)

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	計
精神科・心療内科を有する病院 ※1	38	13	9	14	8	10	12	4	5	4	117
うち精神病床を有する病院	14	4	6	4	2	4	3	3	1	3	44
精神神経科診療所 ※1 ※2	134	93	34	49	13	25	9	7	7	5	376
訪問看護ステーション数 (自立支援医療機関指定)	134	92	53	34	16	32	13	6	6	10	396
認知症治療病棟を有する精神科病院等 ※3	2	0	2	2	1	0	4	1	1	2	15

※1 厚生労働省「医療施設(動態)調査」にて、精神科・心療内科を標榜している病院、診療所

※2 特別養護老人ホーム内診療所、企業内診療所等を含む

※3 厚生労働省「精神保健福祉資料(630調査)」

全国との比較

	人口	精神病床を有する病院	精神病床数	人口10万対精神病床数	在院患者数	人口10万対在院患者数
全国	127,094,745	1,583	326,564	256.9	284,806	224.1
兵庫県	5,534,800	42	11,607	209.7	10,325	186.5

※1 総務省「平成27年国勢調査」

※2 厚生労働省「平成27年度精神保健福祉調査（630調査）」

指標に用いている主な根拠資料について ※詳細は各資料所管による解説を参照。

1 厚生労働省 患者調査

(1) 目的

医療施設を利用する患者について、その属性、入院・来院時の状況及び傷病名等の実態を明らかにし、併せて地域別患者数を推測することにより医療行政の基礎資料を得ること。

(2) 対象

都道府県別に層化無作為抽出した医療施設を利用した患者。

(3) 期日

調査各年の10月の3日間のうち医療施設ごとに指定した1日現在。

退院患者については、9月1日～30日までの1か月間。

2 厚生労働省 NDB データ

(1) 目的（第三者へのデータ提供）

医療サービスの質の向上等を目指した正確な根拠に基づく施策の推進のため。

(2) 対象

保険情報を有する受療者。

(3) 期間

平成26年2月から平成27年3月まで（平成26年NDBデータの場合）。

3 厚生労働省 精神保健福祉資料（通称630調査）

(1) 目的

精神保健医療福祉の実態を把握し、精神保健医療福祉施策を推進するための基礎資料を得るため。

(2) 対象

精神科・心療内科を標榜している医療機関、訪問看護ステーション（H29～）。

(3) 期日

毎年6月30日現在。他、調査項目によって異なる

2 精神疾患等の現状・課題・推進方策

(1) 統合失調症

【現状】

平成29年患者調査によると、精神障害者の1年以上の長期入院患者のうち統合失調症患者が112.2千人で62.0%を占めており、特に長期入院者数が多くなっている。

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、15箇所の医療機関で治療抵抗性統合失調症薬（クロザピン）を、9箇所の医療機関で修正型電気痙攣療法（mECT）の専門的治療を行っている。

ア 専門的治療の実施について

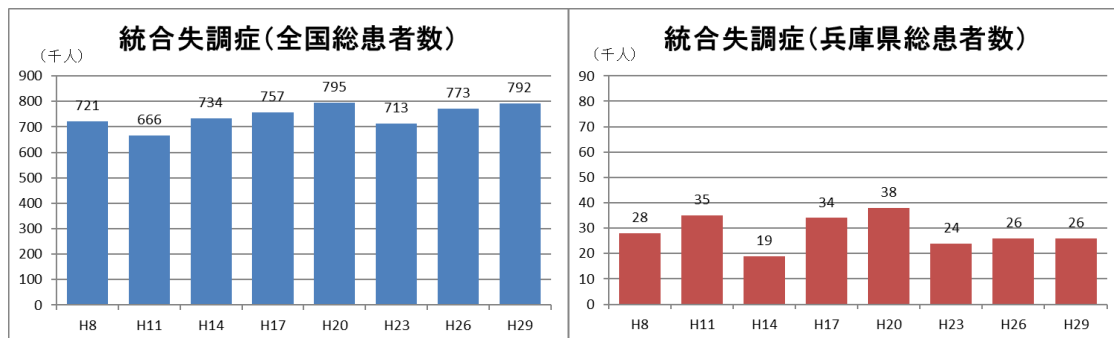
厚生労働省は、難治性精神疾患地域連携体制整備事業（モデル事業）を実施しており、本県では、県立ひょうごこころの医療センターと神戸大学医学部附属病院をコア医療機関として事業に参画して治療実績をあげている。

イ 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。

ウ 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。



平成29年	推計入院患者数			
			うち1年以上入院	
精神障害者	301.5千人	100.0%	181.1千人	100.0%
うち統合失調症	153.5千人	50.9%	112.2千人	62.0%

出典：厚生労働省「患者調査」

専門治療を実施している精神科医療機関

治療抵抗性統合失調症薬（クロザピン）	有馬高原病院、関西青少年サトリウム、県立ひょうごこころの医療センター、神戸大学医学部附属病院、新生病院、湊川病院、仁明会病院、兵庫医科大学病院、赤穂仁泉病院、揖保川病院、魚橋病院、高岡病院、姫路北病院、公立豊岡病院、県立淡路医療センター
修正型電気痙攣療法（mECT）	関西青少年サトリウム、県立ひょうごこころの医療センター、神戸大学医学部附属病院、新生病院、明石こころのホスピタル、揖保川病院、魚橋病院、高岡病院、公立豊岡病院

出典：兵庫県「令和2年度 兵庫県保健医療計画(精神疾患)医療機能の明確化に関する調査」

【課題】

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、令和2年度末、令和6年度末の精神病床における入院需要（患者数）及び地域移行に伴うグループホーム等整備量（利用者数）を明確にし、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地域で安心して継続的に生活できることが必要である。

【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、ボランティア・家族会や患者会等の支援団体、自助グループの育成を行う。（県、市町、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

- （ア）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、精神保健センターやこころのケアセンター等専門窓口との円滑な連携を進める。（県、市町、関係団体）
- （イ）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）

- (ウ) 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)

エ 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、ピアサポーターの活用を行う。(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)

オ 精神保健・医療・福祉等に関わる人材の育成

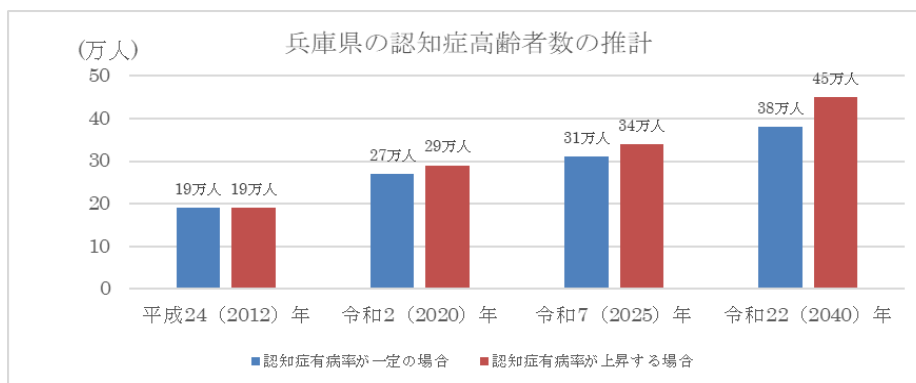
精神障害者の安定した地域生活を支えるため、障害福祉サービス事業所、訪問看護ステーションなど支援関係者がそれぞれの役割を果たせるように研修会を実施する。(県、市町、関係団体)

(2) 認知症

【現 状】

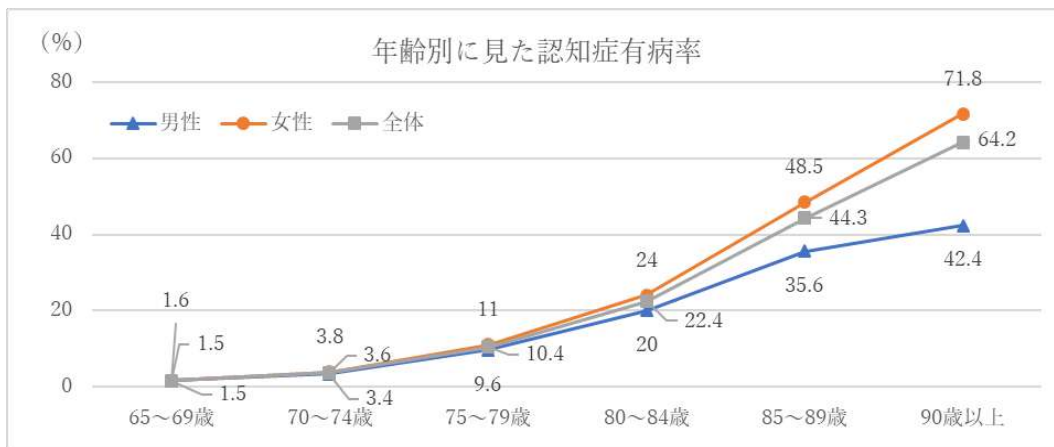
兵庫県における認知症高齢者の数は、令和2年時点で約27～29万人、令和7年には約31～34万人になると見込まれる。なお、推定認知症有病率は、70-74歳は3.6%、75-79歳は10.4%、85-89歳は44.3%、95歳以上は64.2%であり、年齢ごとに差異がある。

精神病床での認知症入院患者数は5,183人、認知症外来患者数は精神療法27,641人、精神療法以外を含むと113,645人である（平成29年NDBデータ）。



(出典)・高齢者人口：2012年、2020年：兵庫県「高齢者保健福祉関係資料」、2025年、2040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(H30.12.25)」を用いた。
・認知症有病率：厚生労働省「社会保障審議会（第78回）参考資料2-1（R1.6.20）」を用いて推計した。

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）

ア 早期診断・早期対応のための体制整備について

(ア) 県が作成した兵庫県版認知症チェックシートを広く配布して認知症の気づきを促すとともに、若年性を含む認知症について身近な地域の認知症の相談窓口として「認知症相談センター」を全市町に設置(255か所：令和2年4月現在)している。また、認知症の疑いがあっても診断を受けていない人や、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ていない人を速やかに訪問して初期対応を実施する認知症初期集中支援チームは平成29年度に全市町で設置済みである。

(イ) 平成25年度から、県民が身近な医療機関で認知症の診察、治療等を受け、必要に応じて専門医療機関への紹介を受けられるよう、「認知症対応医療機関」の登録を実施している。また、平成29年3月には、医療機関への早期受診を図るため、かかりつけ医がいない人も、認知症についての診察や一般的な相談ができる医療機関を「認知症相談医療機関」として登録し、県ホームページで公表している。

(ウ) 県は、認知症の鑑別診断、行動・心理症状(BPSD)と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談等を実施する認知症疾患医療センターを2次医療圏域毎に設置している。また、認知症疾患医療センターが圏域の中核となって医療機関等を対象とした研修や症例検討会を開催し、医療連携を推進している。

◇ 認知症相談医療機関数及び認知症対応医療機関数(令和2年3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		684	715	207	97	272	78	41	74	2,168
認知症対応医療機関	I群	333	453	101	79	206	68	27	70	1,337
	II群	18	18	8	5	10	3	2	2	66
	合計	351	471	109	84	216	71	29	72	1,403

◇ 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2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 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	兵庫県立姫路循環器病センター	姫路市	平成 23.7.1
	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

(エ) 認知症の早期発見・早期対応を推進するため、かかりつけ医、歯科医師及び薬剤師を対象とした認知症対応力向上研修を実施している。また、認知症初期集中支援チームへの助言やかかりつけ医からの専門的相談に応じる認知症サポート医を養成している。

イ 行動・心理症状(BPSD)や身体合併症への適切な対応

(ア) 身体合併症等への適切な対応を行うため、病院勤務の医療従事者向けの認知症対応力向上研修と看護職員認知症対応力向上研修に取り組んでいる。

(イ) 行動・心理症状(BPSD)に対しては、地域のかかりつけ医との連携により認知症疾患医療センターや精神科を標榜する医療機関で治療等の対応を行っている。

ウ 医療・介護等の有機的な連携の推進

(ア) 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280名配置(令和2年7月時点)している。

(イ) 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、運用している。

(ウ) 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、平成25年6月、県は、ひょうご若年性認知症生活支援相談センターを設置している(平成30年4月若年性認知症支援センターに改称)。

【課題】

ア 早期診断・早期対応のための体制整備について

(ア) 兵庫県版認知症チェックシートなどの結果を活用し、必要な方には受診を勧奨するとともに、認知症の疑いがあるにもかかわらず受診を避ける場合には、認知症初期集中支援チームにより支援するなど、医療につなげる取組を推進する必要がある。

(イ) 認知症相談医療機関や認知症対応医療機関の普及・定着及び医療機関間の連携の推進により必要な医療が受けられる体制強化を図るとともに、軽度認知障害(MCI)についても、医療関係者と地域支援者が連携し、診断後から速やかに本人や家族に対する栄養・運動指導や不安軽減等、切れ目なく支援できる体制の構築が必要である。

(ウ) 認知症サポート医を更に養成するとともに、かかりつけ医認知症対応力向上研修を各地域で実施し、身近な地域で医療が受けられる体制の構築を促進する必要がある。また、認知症初期集中支援チームの体制や支援ケースの把握方法、支援のあり方などに市町ごとに差があることから、チームの活動が効果的に機能するよう支援する必要がある。

イ 行動・心理症状(BPSD)や身体合併症への適切な対応

行動・心理症状(BPSD)や身体合併症に適切に対応できるよう、急性期病院等のリーダーとなる看護職員が認知症対応力向上研修を受講するとともに、圏域の認知症疾患医療センターが地域の医療機関を支援する必要がある。

ウ 医療・介護等の有機的な連携の推進

- (ア) 市町が認知症地域支援推進員の役割の明確化を図り、その役割に応じた人員を配置(専従で配置、兼務で複数配置等)するとともに、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支援体制の強化を行えるよう支援する必要がある。
- (イ) 認知症ケアネットについては、県民に広く周知し、市町の認知症相談センターなどにおいてこれを活用して相談に対応するとともに、不足する地域資源については、新たな整備や既存資源の活用など市町の取組を推進する必要がある。
- (ウ) 市町の認知症相談センターが、若年性認知症に関する相談にも対応できるよう、相談窓口の機能強化を図る必要がある。また、医療機関、障害・介護サービス事業所等の支援ネットワークを構築するとともに、企業・事業所等に若年性認知症の理解促進と就労継続支援に向けた取組を推進する必要がある。

【推進方策】

ア 早期診断・早期対応のための体制整備について

- (ア) 兵庫県版認知症チェックシート等を活用した認知症予防健診を実施する市町を支援し、認知機能が低下して社会生活に支障が生じている人を早期に発見し、早期受診につなげ、関係機関等との連携体制を構築するとともに、その実践報告を研修に取り入れる等市町の取組を推進する。壮年期から認知症の関心を高め、認知症の早期発見・早期受診の重要性を周知するため、産業保健との連携を図る。(県、市町、関係団体)
- (イ) かかりつけ医、認知症相談医療機関、認知症対応医療機関等による医療連携が促進されるよう、圏域の認知症疾患医療センターで研修や症例検討会を実施する。(県、市町、医療機関、関係団体)
- (ウ) 認知症の早期診断・早期対応を促進するため、関係団体と連携し、かかりつけ医、歯科医師、薬剤師等の認知症対応力の向上を図る。(県、市町、医療機関、関係団体)

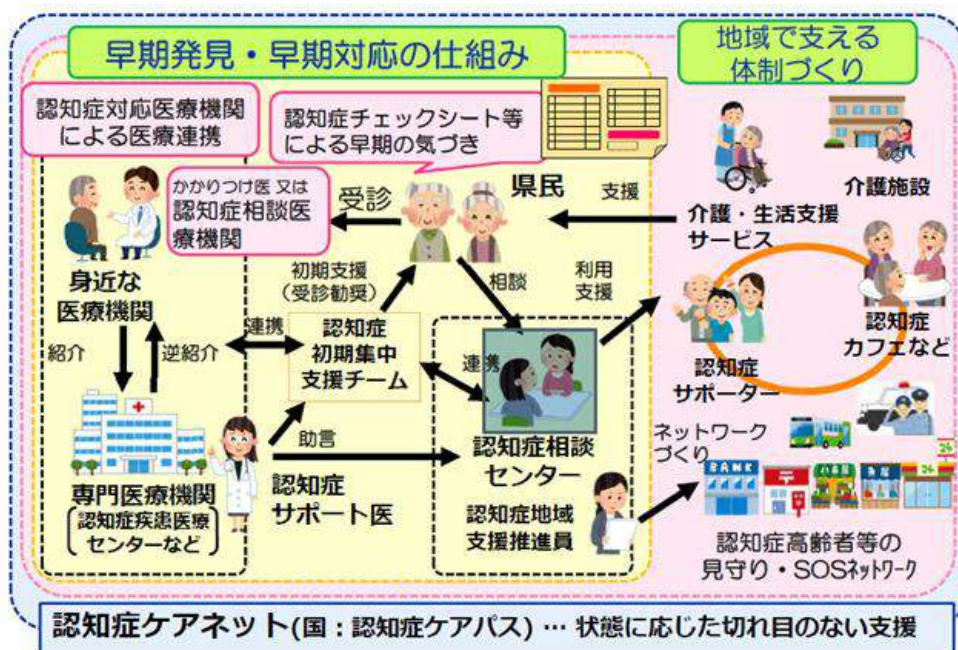
イ 行動・心理症状(BPSD)や身体合併症への適切な対応

- (ア) 病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修を関係団体と連携して開催し、急性期病院等における認知症への適切な対応の定着を図る。(県、市町、医療機関、関係団体)
- (イ) 認知症疾患医療センターが、研修会や症例検討会を通じて認知症対応医療機関等と連携し、圏域における早期診断・早期対応、行動・心理症状(BPSD)や身体合併症への適切な対応が行えるようネットワーク強化の取組を推進する。(県、市町、医療機関、関係団体)

ウ 医療・介護等の有機的な連携の推進

- (ア) 県は、認知症地域支援推進員がその役割や業務に応じて必要な人員が配置されるように働きかけるとともに、新任研修や現任研修の受講促進と併せて県企画の研修により、資質向上を図る。また、県内市町の認知症地域支援推進員の活動状況を県ホームページを通じて情報提供するなど、認知症地域支援推進員の活動を支援する。(県、市町、医療機関、関係団体)
- (イ) 認知症ケアネットの普及及び活用については、実践事例を組み込んだ研修を開催し、不足する資源については、新たに整備するなど、市町の取組を支援する。(県、市町、医療機関、関係団体)
- (ウ) 若年性認知症に関する全県の相談窓口及び市町の相談窓口の周知を図るとともに、認知症相談センター職員等への研修を開催し、相談機能の強化を図る。また、企業・事業所向けの研修などを通じて理解促進、就労継続支援の推進に取り組む。(県、市町、医療機関、関係団体、職域)

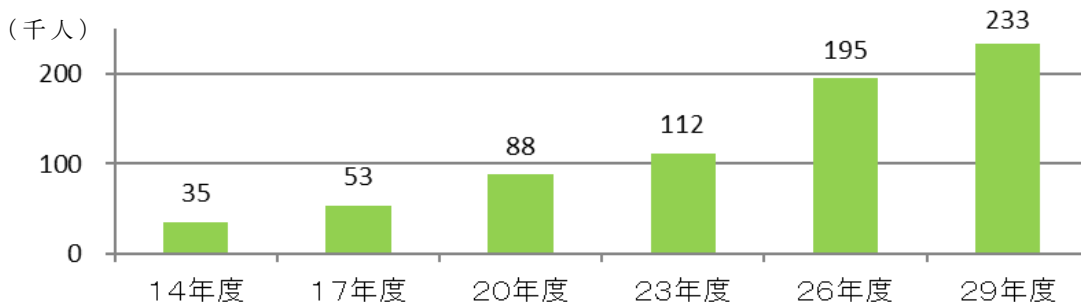
◇ イメージ図



(3) 発達障害

【現状】

診断やカウンセリング等を受けるために医療機関を受診した全国の発達障害者数は、発達障害者支援法が施行された平成17年度に比べ、平成29年度は約4倍と大きく増加している。



(厚生労働省患者調査(全国))

一方、平成24年度の文部科学省調査によると、小・中学校の通常の学級において、学習面又は行動面において著しい困難を示す児童生徒の割合は約6.5%と推定される。

(兵庫県全人口(令和2年9月現在)で推計すると、約35万4千人となる。)

ア 早期発見・支援体制について

(ア) 発達障害児の早期発見、支援体制を強化するため、平成24年度に県立こども発達支援センターを設置し、診断・診療と療育を一体的に提供している。

<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27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
初診(人)	299	294	308	306	308
再診(人)	3,035	3,276	3,480	3,401	3,592

(イ) 市町の早期支援体制の充実をめざし、県立こども発達支援センターにおいて、市町への出張発達健康相談や療育体制の助言等の技術支援、及び、保健師等専門人材への研修を実施している。

(ウ) 幼稚園教諭、保育士、障害児通所支援事業所職員等の早期発見を支援する人材に対する研修を実施している。

イ 切れ目ない支援体制について

(ア) 県では、身近な地域で発達障害児(者)、家族及び関係機関等からの日常生活や就労などの相談に対し、適切な指導・助言等を行う総合的支援の拠点として、ひょうご発達障害者支援センター及びブランチを運営している。

<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

(イ) 学校園に対する支援として、特別支援学校のセンター的機能による教育相談や、県立特別支援教育センターによるひょうご学習障害相談室での相談、専門家チームの派遣、教職員の研修などを行っている。

(ウ) 平成28年8月施行の改正発達障害者支援法に基づき、医療・福祉・教育・労働・警察等関係者による兵庫県発達障害者支援協議会を平成29年度新たに設置し、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ている。

【課題】

ア 早期発見・支援体制について

- (ア) 発達障害に対応可能な医師及び保健師等、発達障害児（者）に関わる人材の専門性確保を促進する必要がある。
- (イ) 発達障害を診断・診療できる専門医療機関が限られており、初診待ちが長期化している。総務省の調査では、発達障害の専門的医療機関における初診待機日数は、半数以上の医療機関で3ヶ月以上かかっている。
- (ウ) 早期発達支援を促進するためには、発達障害の個々の特性を踏まえた適切な支援ができる障害児通所支援事業所を確保することが必要である。
- (エ) 適切な早期支援のためには、子どもに接する時間の多い保護者・家族が、その特徴を理解したり、特性を踏まえた褒め方を学んだりするなど、対応力向上を図ることが重要である。

イ 切れ目ない支援体制の強化について

- (ア) 市町及びひょうご発達支援センター等が連携し、早期から支えつなぐ相談・支援体制づくりが必要である。
- (イ) 市町等で相談、支援に関わる人材の対応力の維持・向上が必要である。
- (ウ) 乳幼児期から就学、就労へとライフステージを通し一貫した支援を行う必要がある。
- (エ) 強度行動障害などを有する困難事例等多様なニーズに対応できる支援体制づくりが必要である。
- (オ) 各分野の関係者が課題を踏まえた上で、地域における支援体制に関する方向性等を協議し、具体的施策に繋げていくことが必要である。

【推進方策】

ア 早期発見・支援体制について（県、市町、医療機関等）

- (ア) 市町においては、乳幼児健診、5歳児発達相談等の機会を捉えて、早期発見を推進する。
- (イ) 発達障害児を早期に把握し支援を行うため、市町の保健師や保育士等に対して研修や助言により資質向上を図る。
- (ウ) 県立こども発達支援センターでの診断、診療、療育を進めるとともに、市町と連携し、医師による発達障害の診断・療育をうける機会が少ない地域で、出張発達健康相談等を実施する。
- (エ) 県立ひょうごこころの医療センターや地域の精神科医師等による発達障害児（者）への早期の診断・診療を推進し、適切な医療の提供を図る。
- (オ) どの地域においても一定水準の発達障害への対応が図られるよう、最初に相談を受け、又は診療することの多い小児科医等の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。

(カ) 身近なところで診断・診療が受けられるよう、県立こども発達支援センターと他の医療機関との発達障害児(者)医療のネットワークの構築など、医療体制の検討を進める。

(キ) 家庭(保護者)の対応力向上に向けて、保護者が発達障害児の「行動」を適切に捉え対応できるよう研修の実施、及び、研修を行う専門人材の育成等を図る。

イ 切れ目ない支援体制の強化について(県、市町、学校、関係機関等)

(ア) ひょうご発達障害者支援センターを拠点として、県・市町・関係機関等が連携して、早期から地域における支援を推進する。また、幼児期から成人期支援に至るまで、重層的で切れ目のない支援体制を構築する。

ア) 発達障害児(者)のより身近なところに位置する市町が一次的に相談に対応できるよう専門窓口の設置など支援体制を強化する。

イ) ひょうご発達障害者支援センターにおいては、①(二次的)相談、②機関連携、③コンサルテーション、④普及啓発・研修、⑤調査・研修の5つの支援を実施する。

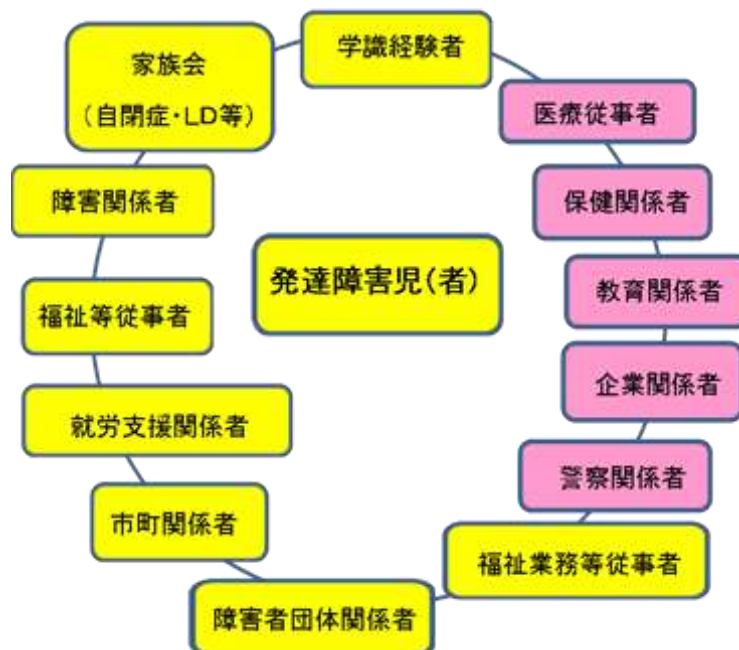
ウ) 乳幼児期から就学、就労へと一貫した支援を行うため、サポートファイルの活用を推進する。

(イ) ひょうご発達障害者支援センター、県立こども発達支援センターや県立特別支援教育センター等の専門機関がそれぞれの役割を果たしつつ、支援のための連携を進める。

さらに、医療・福祉・教育・労働・警察等関係者による兵庫県発達障害者支援協議会において、課題を共有し、分野間・ライフステージを通じて切れ目ない支援のために必要な支援体制の整備、具体的施策を検討する。

【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】

兵庫県における依存症の患者数（1回以上の外来受診者）は、平成29年NDBデータによると約4,500人となっている。

アルコール依存症	薬物依存症	ギャンブル等依存症	計
3,967人	446人	150人	4,563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繋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。

国においても、依存症対策の重要性を鑑み、法整備が進められている。アルコール依存症については、アルコール健康障害対策基本法に基づき、平成28年5月にアルコール健康障害対策推進基本計画が閣議決定され、アルコール依存症に関する支援対策の整備が重点課題として示された。

薬物依存に対しては、平成28年12月に公布された再犯の防止等の推進に関する法律において、犯罪をした薬物依存症患者等について、適切な保健医療サービス等が提供されるよう、関係機関の体制整備を図ることが明記されている。

また、ギャンブル等依存症については、平成28年12月に特定複合観光施設区域の整備の推進に関する法律が成立し、その附帯決議において、ギャンブル等依存症対策を抜本的に強化することを求め、ギャンブル等依存症対策基本法が平成30年10月に施行され、ギャンブル等依存症対策推進基本計画が、平成31年4月19日に閣議決定された。

こうした国の動向も踏まえ、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、相談体制の強化を図った。

また、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し、さらに平成31年3月には、兵庫県アルコール健康障害対策推進計画を策定し、令和2年度に兵庫県ギャンブル等依存症対策推進計画（仮称）策定に向け検討を始めるなど、依存症対策を総合的に推進することとしている。

【課題】

依存症に対する医療提供体制は、アルコール依存症においては一定の医療機関による対応が行われているものの、一層の医療の充実が求められている。また、薬物・ギャンブル等の依存症に対して専門的な精神科医療を行う医療機関の数は未だ少ない状況にあり、医療提供体制の整備が必要である。

また、相談窓口や支援団体・自助グループによる支援体制を充実させるとともに、相談・医療・継続支援に関わる各機関の連携を推進する必要がある。さらに、コロナ禍での課題として、在宅生活が長くなることで、再発につながる可能性が高くなることや、支援団体・自助グループの活動に制限がかかることへの対応が必要である。

【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）

「ひょうご・こうべ依存症対策センター」において、下記の依存症対策を推進する。

- (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とともに、健康福祉事務所(保健所)も含めた依存症に係る相談窓口の周知を進める。
- (イ) 地域で住民の生活支援に携わる市町職員、民生委員等が依存症者を早期に把握し、速やかに支援を行うことができるよう、依存症に関する理解を深めるための研修を行う。
- (ウ) 依存症当事者の家族が本人への適切な関わり方を学び、家族同士が支えあうための家族教室、家族会等を実施する。
- (エ) 依存症に関連する機関の関係者による連絡会議を開催し、連携の推進を図る。
- (オ) 依存症者への社会的な差別、偏見の解消に向けて、様々な媒体や市民向けフォーラムの開催等による普及啓発を行う。

イ 医療提供体制の強化（県、医療機関）

依存症に関する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、依存症患者への対処法や回復に向けた関係機関との連携方策等のプログラム化を行い、医療従事者への研修を実施することで、質・量の両面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・医療機関の連携を推進する。また、コロナ禍での課題対応として、支援団体等におけるリモートでの相談やミーティング活動を支援する。

(5) その他の疾患

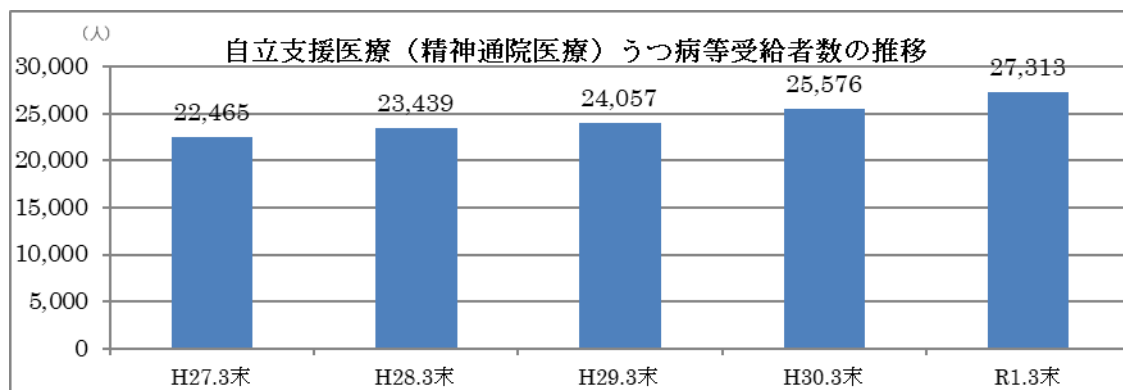
○ うつ病・躁うつ病

【現状】

うつ病等の患者の推移について厚生労働省の患者調査によると、全国ではうつ病等の患者は増加しており、本県においても自立支援医療（精神通院医療）を利用したうつ病等受給者数は、H20年から10年間で約2倍に増加している。

また、平成29年NDBデータによると、兵庫県内でうつ病・躁うつ病における精神病床での入院患者数は6,368人、1回以上の外来患者数は125,607人となっている。

うつ病は、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、本県の自殺対策の一環としてかかりつけ医及び産業医に対する研修を地域で実施し、専門医に繋げるための医療連携体制の整備を推進している。



出典：自立支援医療（精神通院医療）実績調査

【課題】

- ア 家族や友人等の身近な人が、疾患を正しく理解することで、早期にうつ病に気づき医療機関や相談機関につなぐ必要がある。
- イ うつ病の早期発見のため、かかりつけ医等が患者の診断を適切に行えるように、また、診断後の適切な医療提供のために、必要に応じて精神科医と連携できる体制の強化が必要である。
- ウ 罹患者が重症度に応じた適切な医療を受けられていないことで社会復帰が難しくなっていることがあり、専門治療ができる医療機関を明らかにすることが必要である。

【推進方策】

- ア 地域、学校、職域等において研修会を実施し、人材育成を行うとともに各関係機関との連携を促進する。（県、市町、医療機関等）
- イ 早期にうつ病を発見し、適切な医療につなぐため、特定健診や健康相談等でチェックリストの活用を促進する。（県、市町）
- ウ かかりつけ医等が、うつ病の早期発見や患者の状況に応じた医療を提供できるように医療従事者等を対象とした研修会を充実させ、かかりつけ医と精神科医の連携を図る。（県、市町、医療機関等）
- エ 症状の重症度に応じて適切な医療機関で医療を提供できるように、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を明確にする。（県、医療機関）

○児童・思春期精神疾患

【現状】

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。

平成29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236人、1回以上の外来患者数は18,791人となっている。

県立ひょうごこころの医療センターにおいて、平成25年3月に児童思春期外来、6月に児童思春期病棟が開設した。なお、平成26年度から、厚生労働省の「子どもの心の診療ネットワーク事業」として、兵庫県の拠点病院と位置付けた事業が本格的に開始されており、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。

【課題】

- ア 児童・思春期精神疾患に関する専門治療が実施できる医療機関が限られている。
- イ 医療機関での治療だけでなく、家庭や学校、地域の関係機関と連携するなどして、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】

県立ひょうごこころの医療センターを拠点として、地域における保健、医療、福祉、教育の連携体制を構築する。(県、医療機関、教育機関等)

○外傷後ストレス障害 (PTSD)

【現状】

平成7年の阪神・淡路大震災後、トラウマ・PTSDに関する医療ニーズが高まっており、兵庫県では、平成16年4月に兵庫県こころのケアセンターを開設し、災害や事件、事故、児童虐待、DV等を原因とするトラウマやPTSD等に関する先駆的研究や研修、相談、診療、情報発信を行っている。

平成29年NDBデータによると、兵庫県内で外傷後ストレス障害 (PTSD) における精神病床での入院患者数はきわめて少数であり、1回以上の外来患者数は1,095人となっている。

一方で令和元年度の兵庫県こころのケアセンター附属診療所における通院患者は延べ3,266件であり、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) などの専門治療を延べ457件行っている。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725人であり、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。

【課題】

トラウマ・PTSDに関する専門治療としての長時間暴露療法 (PE療法)、認知行動療法、眼球運動による脱感作と再処理 (EMDR) などができる医療機関が限られている。

【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にして、地域における保健、医療、福祉、教育の連携体制を構築する。(県、医療機関、教育機関、関係機関等)

○高次脳機能障害

【現状】

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。

平成13～平成17年度に行われた高次脳機能障害支援モデル事業において行われた調査によると、医療機関の受療の有無にかかわらず、高次脳機能障害者は、全国に27万人いると推計されている。

【課題】

- ア 高次脳機能障害に関する専門医、医療機関の情報が少ない。
- イ 高次脳機能障害者に対するリハビリテーションや社会復帰のための訓練を行える医療機関・福祉施設の充実が必要である。
- ウ 一般県民における高次脳機能障害への理解を高める必要がある。

【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に、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を行う。(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)
- ウ 県立総合リハビリテーションセンターに配置した相談コーディネーターを中心に、高次脳機能障害の理解促進、地域の支援機関との情報共有や、支援機関の開拓を図る。(県、医療機関、関係機関)

○摂食障害

【現状】

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。

平成26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526人、精神療法に限定した1回以上の外来患者数は2,148人となっている。

【課題】

医療機関での治療だけでなく、地域の保健福祉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にし、地域における保健・医療・福祉の連携を強化するとともに支援体制の充実を図る。(県、医療機関、教育機関等)

○てんかん

【現状】

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、厚生労働省の患者調査によると、医療機関に継続的に受療しているてんかん患者は増加していると示されており、1,000人あたり7.71人いると推計されている。

平成26年NDBデータによると、兵庫県内でてんかんにおける精神病床での入院患者数は3,171人、精神療法に限定した1回以上の外来患者数は14,138人となっている。

【課題】

医療機関での治療だけでなく、地域の保健福祉機関や教育機関との連携が必要である。

【推進方策】

てんかんに対応可能な医療機関を明確にし、日本てんかん学会（県内専門医22名）やてんかん診療ネットワーク施設（県内54登録施設）と連携し、地域における保健・医療・福祉の連携を強化するとともに支援体制の充実を図る。（県、医療機関、教育機関等）

(6) 自殺対策

【現状】

平成21年度に知事を本部長とする県自殺対策推進本部を設置、平成22年度からは「いのち対策室」を設置し、市町、関係団体、民間団体等と連携し、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、市町や関係機関等との連携により、年齢階層別の課題に応じたところの健康づくりや相談体制の充実など、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、一人ひとりがかけがえのない個人として尊重される「自殺のない社会」の実現を目指して、今後の具体的な取組を示すため、自殺対策推進方策を改定し、自殺対策基本法（平成28年4月1日改正施行）に基づく自殺対策計画に位置づけて策定し、さらなる自殺対策の取組を強化する。

【課題】

自殺に至る背景には様々な要因があり、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ことから、その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。

また、自殺の原因や特徴には地域特性があるため、地域レベルでの実践的取組のさらなる推進が必要である。年齢別の課題としては、「子ども・若者」におけるいじめやひきこもり、「中高年層」における失業や経営失敗、多重債務、「高齢者層」における健康問題や孤独感等、年齢階層ごとに特徴的なリスク要因があるため、ライフステージに応じた特有の課題に対し、きめ細やかな対策の推進が求められる。

【推進方策】

ア 関連施策との有機的な連携により自殺のリスク要因を抱える人への支援を強化

自殺のリスク要因に対応する様々な分野の関連施策、多様な人々や組織が密接に連携し、あらゆる相談窓口が自殺予防の支援の入口となり連携支援が行えるよう、適切な相談機関につなぐための仕組みを構築する。(県、市町、関係団体等)

イ 地域レベルの実践的取組への支援を充実

各市町、団体等が、継続して取り組んでいけるよう、国の自殺総合対策推進センターとも連携し、市町ごとの地域実態プロファイルの提供や市町自殺対策計画の策定を支援するなど、地域レベルでの実践的取組が推進されるよう支援を充実する。(県、市町、関係団体等)

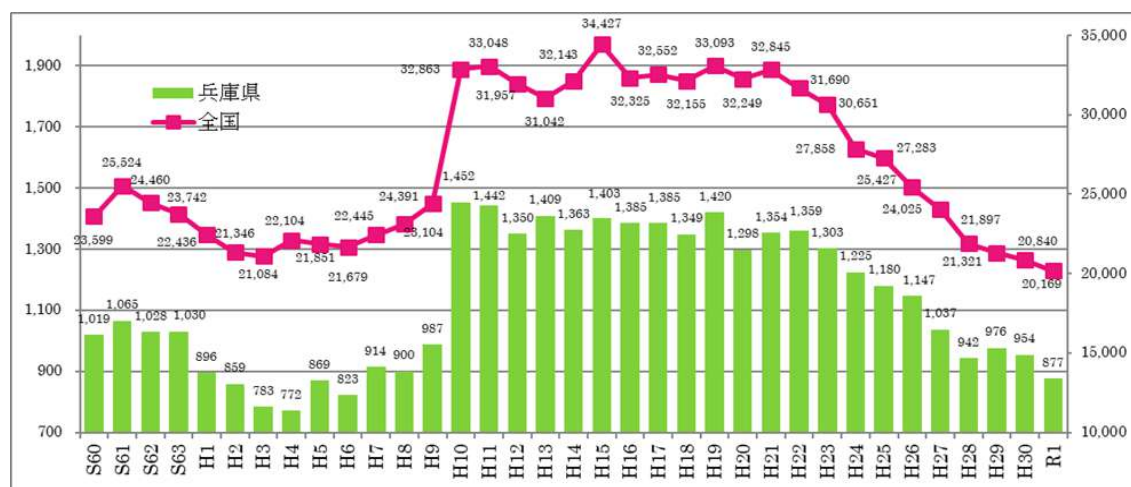
ウ ライフステージ等に応じたきめ細やかな対策を推進

全世代を通じた様々なリスク要因に対する適切な対応策を講じていくことに加え、ライフステージに応じた特有の課題に対して、きめ細やかな対策を推進する。(県、市町、関係団体等)

【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「自殺のない社会」の実現を目指す。当面の目標として、令和5年までに県内の年間自殺死亡者を760人以下に減少させる。

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)	877人 (R1)	760人以下 (R5)



(7) 災害精神医療

【現状】

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47チームが整備されている。

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2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)	34
県立ひょうごこころの医療センター	8
県立淡路医療センター	1
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。

DPAT先遣隊登録医療機関 (令和2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	PTSD 専門機関
県立ひょうごこころの医療センター	全県対応施設
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

【課題】

県では、平成26年より「ひょうごDPAT」隊員の資質向上のため、継続的な研修を実施してきたところであるが、平成28年熊本地震へのDPAT派遣で課題となった受援体制の強化を当県でも進めていかなければならない。特に、広域災害が発生した場合のDPAT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。

【推進方策】

ア 県いのち対策室、精神保健福祉センター、こころのケアセンターの役割を明確にし、ひょうごDPAT調整本部の設置及び兵庫県災害対策本部等関係機関との連絡調整を行う。(県、こころのケアセンター、関係団体等)

イ 「ひょうごDPAT」隊員に対し、実際の活動経験を活かした専門的な研修を実施し、各隊員の資質向上を図る。(県、医療機関)

- ウ 県下精神科病院に対し、広域災害救急医療情報システム（EMIS）研修や入力訓練を実施するなど、各精神科病院の受援体制の強化を図る。（県、医療機関、関係団体等）
- エ DPAT先遣隊登録医療機関の職員をDPAT事務局（厚生労働省委託事業）の主催するDPAT先遣隊研修へ派遣し、DPAT先遣隊隊員を養成する。（県）
- オ 養成したDPAT先遣隊隊員に対し、DPAT本部運営訓練を実施するなど、当県被災時の本部運営を補完する隊員の資質向上を図る。（県、医療機関、関係団体等）
- カ 南海トラフ地震等の広域災害時を想定し、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を整備し、受援体制の強化を図る。
- キ 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により、近畿ブロック内でのDPAT及び精神科医療機関の連携強化と県内におけるDMAT、JMAT等県内他組織との連携強化により受援体制の一層の強化を図る。（県、医療機関、関係団体等）

(8) 医療観察法

【現状】

心身喪失又は心神耗弱の状態で大変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。

兵庫県には、平成30年10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18の計53施設があるが、指定入院医療機関は整備されていない。

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、平成30年10月現在、兵庫県内で119件が入院決定、26件が通院決定となっている。

厚生労働省によると、平成29年1月1日時点における全国の病床整備状況は825床で入院者数は729名であり、その疾病別内訳は、統合失調症等が約82.9%、次いで気分障害が約7.4%という状況である。

【課題】

治療抵抗性統合失調症治療薬を使用している対象者が、円滑に退院できるように指定通院医療機関の確保を図る。

【推進方策】

統合失調症における難治性精神疾患地域連携体制の強化等により、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を確保する。また、併せて指定訪問看護ステーション等の確保を行う。（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】

兵庫県では、重度の症状を呈する精神科急性期患者に対応するため、24時間365日、医師・看護師を配置した常時対応施設である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の2床、輪番病院制による神戸・阪神圏域及び播磨圏域各1床の計4床において、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、緊急入院の必要は無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出来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おり、兵庫県のホームページ等において、相談体制や連絡窓口等について広報している。

また、精神神経科診療所の通院患者については、夜間・休日においても救急患者受入医療機関等からの要請に応じて当該精神神経科診療所の医師と連絡をとることができる体制の整備を推進しているほか、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コール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2医療機関（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）が身体合併症専用病床（計16床）を整備しており、受入を行いやすい体制を整えている。

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警察官通報受理、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	https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf08/qq.html

【課題】

精神科初期救急医療体制は、病院群輪番施設に併設して対応しているが、神戸・阪神圏域、播磨圏域はいずれも広大な面積であり、また対応時間が限られていることから、必要なときに受診ができず、重症化を招いてしまうおそれがあるため、精神科救急医療圏域の見直しを含めた受診しやすい体制への拡充検討を行う必要がある。

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に、消防、一般救急、単科精神科病院との連携強化を行い、さらに体制を充実させていく必要がある。

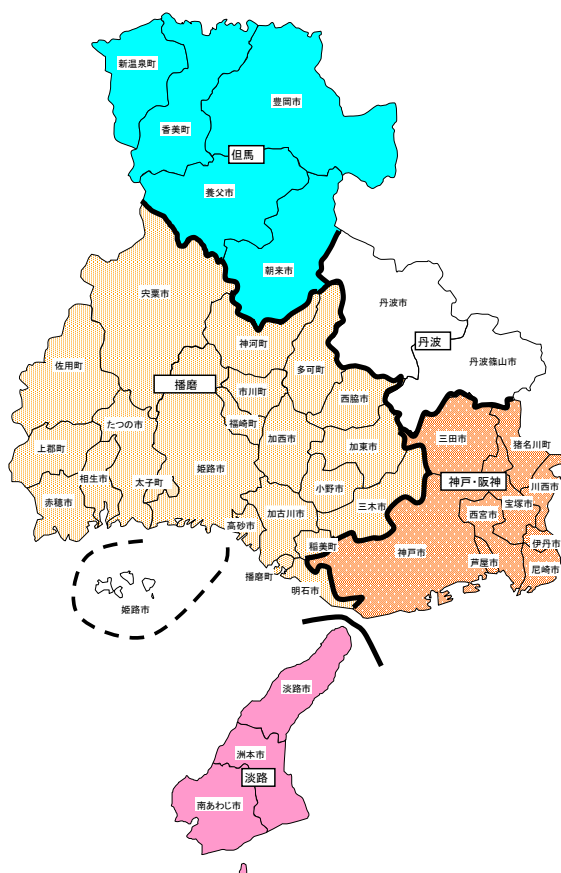
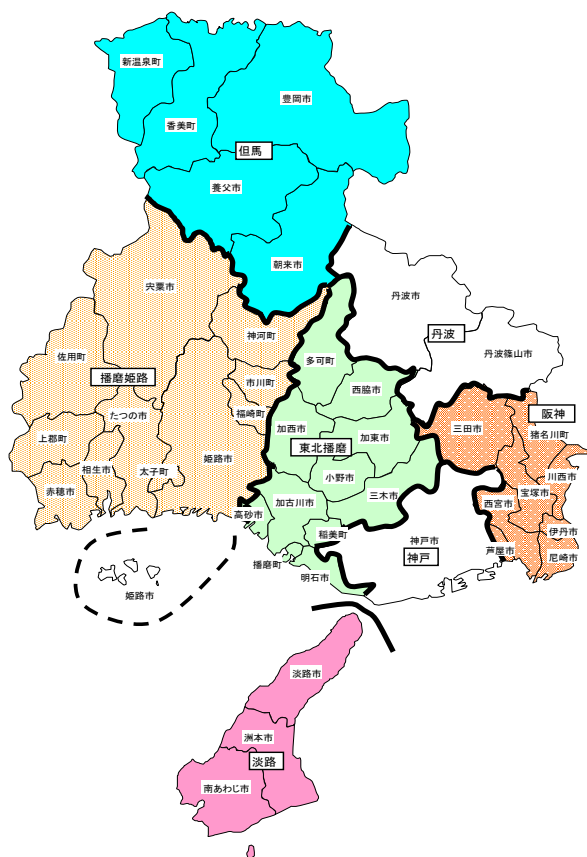
【推進方策】

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を行う。また、必要に応じて身体合併症部会などの専門部会を設置してより専門的で深度の深い議論を行う。（県、神戸市、医療機関等）

精神科初期救急医療体制は、より身近な地域で受診できる体制を整えるために精神科救急医療圏域を見直すこととし、既存の体制と同じ入院医療を中心とした精神科二次救急医療圏域（5圏域）と、初期救急医療を中心として区域をより細分化した精神科初期救急医療圏域（7圏域）を新たに設ける。精神科初期救急医療は、圏域ごとに初期救急対応医療機関を輪番体制により整備し、受診しやすい体制づくりを目指す。実現に向けては、精神科救急入院料（スーパー救急）認可されている医療機関を核とすべく調整を進める。（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

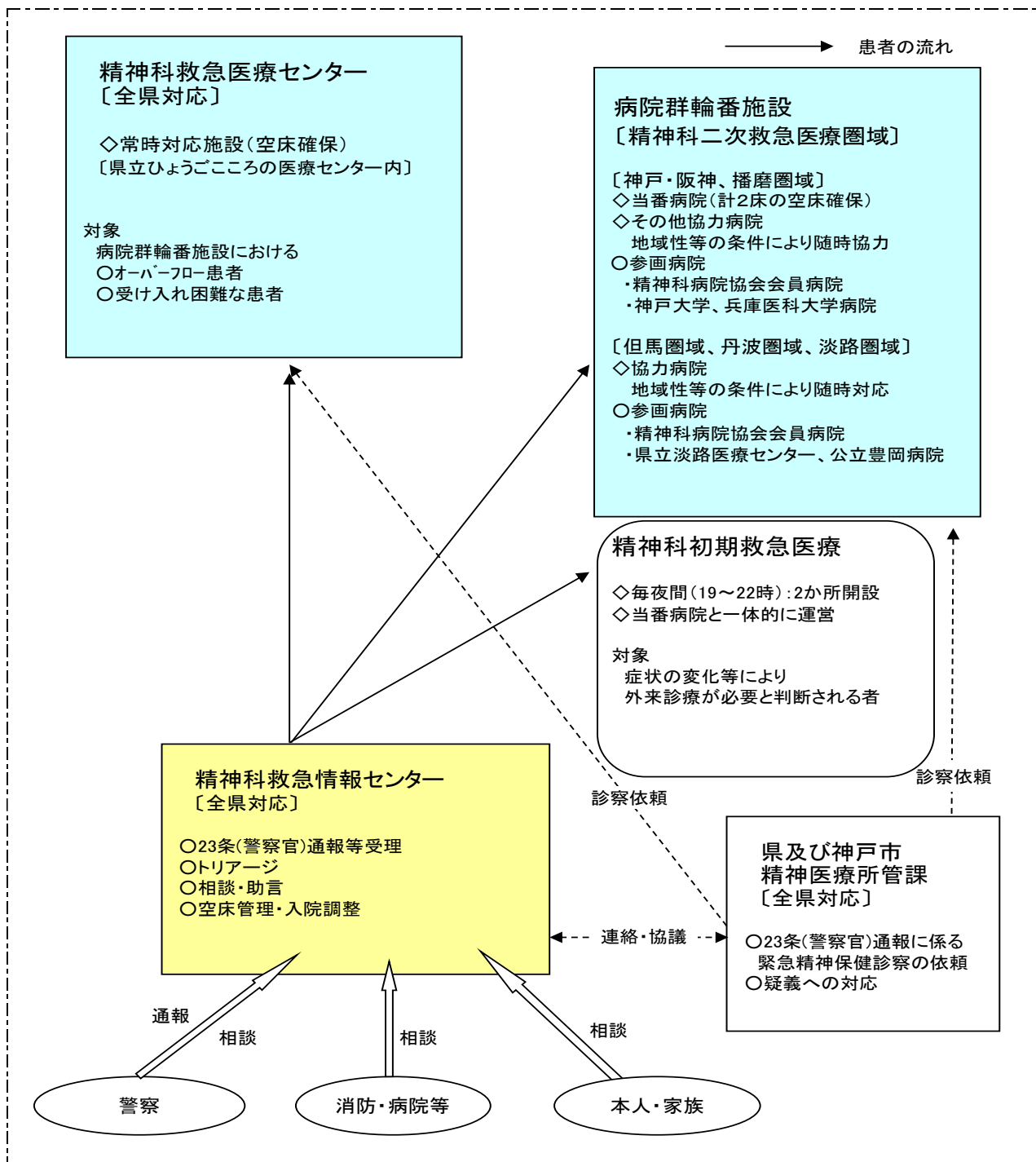
精神病床を有する県内の医療機関の状況(令和2年10月末現在)

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	有馬高原病院	○	○	○	○	○
	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	○	○	○	○	○
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2年度時点)

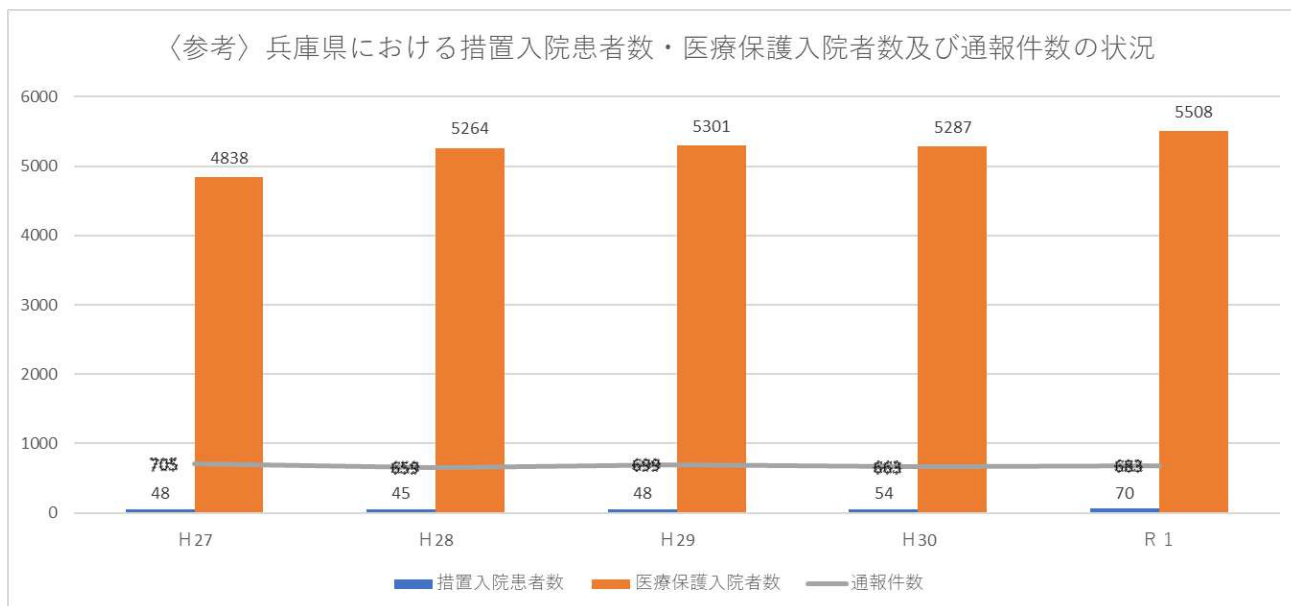


(2) 精神障害者継続支援体制の構築

【現状】

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措置入院及び医療保護入院を合わせた入院者数は、H24年からH28年の5年間で約1.3倍に増加している。

兵庫県では、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受け、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支援に関与し、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。

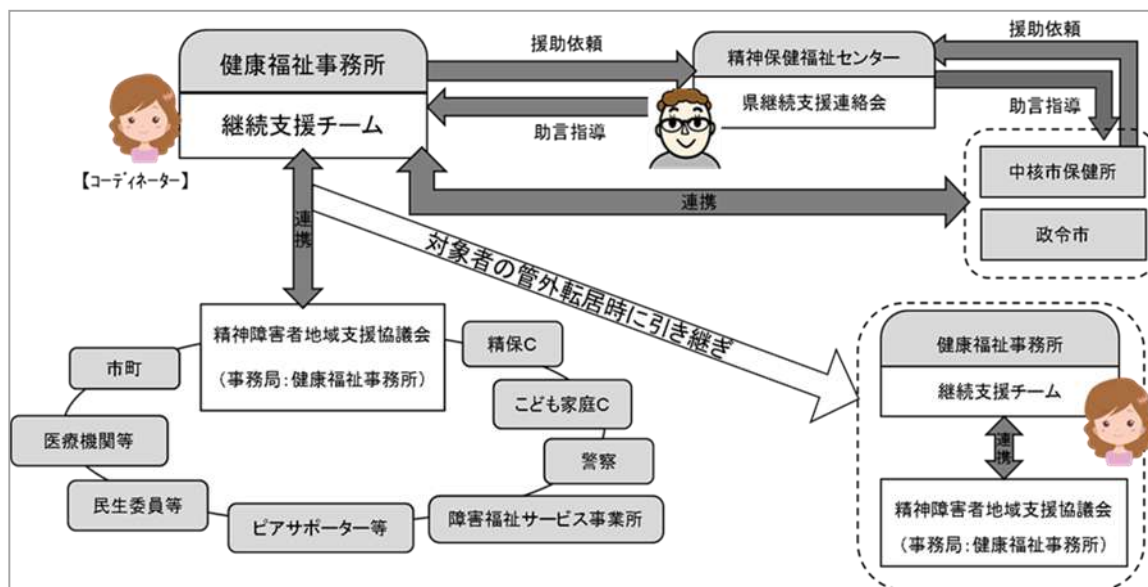
【課題】

- ア 対象者の主体性に沿った支援展開が原則であり、支援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。
- イ 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。また、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 県健康福祉事務所のみでなく、政令市・中核市を対象とした研修等の実施により、県内の支援者の技術向上及び連携強化を図る。(県、市町)
- イ 県が精神障害者継続支援体制の構築事業を開始した平成28年度に相模原の事案が発生し、国では当県の支援体制を参考とした法改正が予定されている。今後、措置入院や地域支援のあり方についてガイドライン等が示される予定だが、県では、国の法改正を見極めながら、関係者が一体となって対象者を支援し、他府県との連携を強化するなど、手厚い精神障害者の継続支援体制の構築を図る。(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



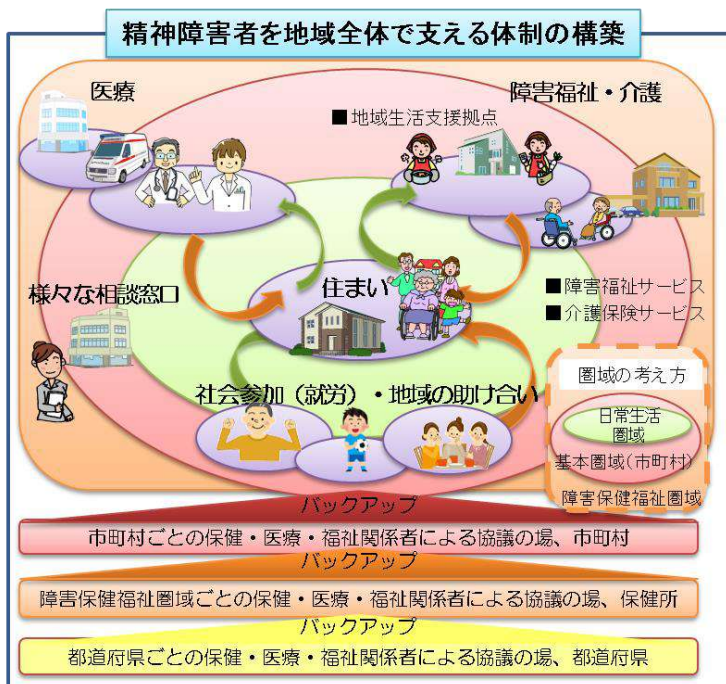
(3) 精神障害者を地域全体で支える体制の構築

【現状】

これまで本県では、退院可能な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、精神障害者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができる、「精神障害者を地域全体で支える体制」の構築を進めるため、従前の取組を一層充実させることが必要となっている。

○「精神障害者を地域全体で支える体制」のイメージ図



【課題】

- ア 精神疾患における病院完結型医療から地域完結型医療への転換を見据え、各医療機関の医療機能の明確化や意識改革を進めるとともに、第6期障害福祉計画で定める令和5年度末における入院需要及びグループホーム等整備量について医療福祉関係者で共有する必要がある。
- イ 地域移行、地域定着の促進に向けて、精神科病院と、診療所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、日常生活圏域単位で利用が可能な医療の提供体制や障害福祉サービスの充実を図るとともに、アウトリーチ（多職種による訪問支援）等の有効な支援手法を検討する必要がある。

【推進方策】

ア 第6期障害福祉計画で定める令和5年度末における入院需要及びグループホーム等整備量の実現、並びに多様な精神疾患等ごとに各医療機関で対応が可能な専門的治療の内容の明確化を図るため、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)

〔第6期障害福祉計画における入院需要及びグループホーム等整備量の考え方〕

○入院需要及びグループホーム等整備量における目標値



【参考】入院需要及びグループホーム等整備量を定める「国の推計式」の考え方

- ・精神病床における政策効果を見込まない将来の入院需要を推計し、
 - ①「地域移行を促す基盤整備」、②「治療抵抗性統合失調症治療薬の普及」、
 - ③「認知症施策の推進」による政策効果を差し引いて、入院需要の目標値を設定
- ・「政策効果」による入院需要の減は、これを吸収できる「地域移行に伴う基盤整備」を達成すれば実現できると推定

イ かかりつけ医や精神科訪問看護等、地域医療の活用を促進し、健康福祉事務所、精神保健福祉センター、相談支援事業所等の連携によるピアサポーターの養成及びピアサポーター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		策定時 (H28)	現状値	目標	
R5 年度末の精神 病床における入 院需要（患者数）		10,481 人	10,272 人 (R1)	9,122 人	
	3 ヶ月未満入院患者数	2,024 人	2,495 人	2,166 人	
	3 ヶ月以上1 年未満入院 患者数	1,583 人	1,807 人	1,757 人	
	1 年以上入 院患者数	65 歳以上	6,874 人	5,970 人	5,199 人
		65 歳未満	3,762 人	3,643 人	3,125 人
	65 歳未満	3,112 人	2,327 人	2,074 人	
R5 年度末の地域移行に伴う グループホーム等整備量		—	1,291 人 (R1)	2,210 人	
	65 歳以上	—	487 人	1,130 人	
	65 歳未満	—	804 人	1,080 人	
R5 年度の精神病床における 入院後3 ヶ月時点・6 ヶ月時 点・1 年時点の退院率	3 ヶ月時点	52.8%	62.5% (H30)	69.0%	
	6 ヶ月時点	81.0%	82.8% (H30)	86.0%	
	1 年時点	89.3%	89.9% (H30)	92.0%	
保健・医療・福祉関係者による協議の場の 設置		—	8 圏域 (R1)	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】

平成 29 年に県医務課が実施した医療施設実態調査によると、統合失調症、認知症、うつ病などの精神疾患については、一般医療機関でも診断及び治療が行われている。

また、県障害福祉課が、精神科病床を有する 43 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。

このように精神科医療の機能分化、連携が進んでいない現状においては、保健医療計画上、明確な精神医療圏は設定されていない。

【課題】

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（地域連携拠点機能と都道府県連携拠点機能の明確化等）を構築するため、二次保健医療圏域を基本とした精神医療圏を設定し圏域ごとに病院、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を設置する。（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、また、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を構築する。（県、医療機関）

地域連携拠点機能、都道府県連携拠点機能の目標

地域連携拠点機能	<ul style="list-style-type: none"> ・患者本位の精神科医療を提供すること ・ICF*の基本的な考え方を踏まえながら多職種共同による支援を提供すること ・地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力を行うこと ・医療連携の地域拠点の役割を果たすこと ・情報収集発信の地域拠点の役割を果たすこと ・人材育成の地域拠点の役割を果たすこと ・地域精神科医療提供機能を支援する役割を果たすこと
都道府県連携拠点機能	<ul style="list-style-type: none"> ・患者本位の精神科医療を提供すること ・ICF*の基本的な考え方を踏まえながら多職種共同による支援を提供すること ・地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力を行うこと ・医療連携の都道府県拠点の役割を果たすこと ・情報収集発信の都道府県拠点の役割を果たすこと ・人材育成の都道府県拠点の役割を果たすこと ・地域連携拠点機能を支援する役割を果たすこと

* ICF とは国際生活機能分類：人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえる

出典：厚生労働省「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」

県内で精神病院を有する病院（診断可能な精神疾患一覧）

圏域	No	病院名	診断可能な疾患												
			統合失調症 ①	気分障害 ②	児童・思春期 ③	アルコール依存症 ④	薬物依存症 ⑤	ギャンブル等依存症 ⑥	ゲーム・ネット依存症 ⑦	PTSD ⑧	摂食障害 ⑨	てんかん ⑩	認知症 ⑪	発達障害 ⑫	高次脳機能障害 ⑬
神戸	1	アネックス 湊川ホスピタル	○	○									○		○
	2	有馬高原病院	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○
	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	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
阪神南	15	有馬病院	○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	
	16	県立尼崎総合医療センター	○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	
	17	仁明会病院	○	○		○						○	○	○	
	18	兵庫医科大学病院	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	
阪神北	19	あいの病院	○	○		○						○	○	○	
	20	伊丹天神川病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	21	自衛隊阪神病院	○	○		○						○	○	○	
	22	三田西病院	○	○	○	○	○				○	○	○	○	
東播磨	23	宝塚三田病院	○	○		○	○					○	○	○	
	24	明石こころのホスピタル	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	25	明石土山病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	26	播磨サナトリウム	○	○								○	○	○	
北播磨	27	東加古川病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	28	大村病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	29	加茂病院	○	○		○	○						○		
	30	仁恵病院	○	○	○	○	○				○	○	○	○	
中播磨	31	高岡病院	○	○	○	○	○			○	○	○	○	○	
	32	播磨大塩病院	○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	
	33	姫路北病院	○	○	○	○	○			○	○	○	○	○	
	34	赤穂仁泉病院	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	
西播磨	35	播保川病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	36	魚橋病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	37	大槌病院	○	○		○						○	○	○	
但馬	38	公立豊岡病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	39	但馬病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
丹波	40	香良病院	○	○							○	○	○	○	
淡路	41	県立淡路医療センター	○	○		○	○					○	○		
	42	新淡路病院	○	○	○	○	○			○	○	○	○		
	43	南淡路病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
合 計 数			43	43	27	39	33	20		30	31	36	43	33	27

※兵庫県障害福祉課「令和2年度 兵庫県保健医療計画(精神疾患)医療機能の明確化に関する調査」より作成

第11章 在宅医療・かかりつけ医

1 在宅医療・かかりつけ医

在宅療養者が住み慣れた環境で生きがいを感じながら療養生活を送り、また、望む人は自宅での看取りも選択ができるなど患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。

【訪問診療の需要増】

訪問診療需要見込量は、「高齢化の進展」や「地域医療構想による地域完結型医療への転換」により大きく増加し、2017年度に比べ2025年には、約1.4倍に増加する見込である。

この需要見込増に応じるため、訪問診療の需要は、県内市町が策定する各市町介護保険事業計画において掲げる介護の見込み量の整備目標との整合を図り、在宅医療と介護が連携して一体的なサービスの提供が必要である。

圏域名	神戸	阪神	東播磨	北播磨	播磨姫路
2017推計	13,238	13,708	2,846	1,192	3,594
2025推計	17,393	20,632	4,519	1,441	4,771
増加率	131.4%	150.5%	158.8%	120.9%	132.7%

但馬	丹波	淡路	合計
987	555	692	36,812
1,097	705	993	51,551
111.1%	127.0%	143.5%	140.0%

※ R3.4時点における地域医療構想に基づく推計値

【現 状】

(1) 高齢者人口の増加

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。

兵庫県においても、65歳以上の高齢者人口は平成27年（2015年）から令和7年（2025年）までの10年間で約11万8千人増加し、高齢化がさらに進行する。特に、前期高齢者（65歳～74歳）人口が15万3千人減少する一方で、後期高齢者（75歳以上）人口は約27万1千人増加する見込である。

【兵庫県における高齢化の推移と将来推計】

区分	H22	H27	H29	H32	H37	H42
総人口	5,588千人	5,535千人	5,504千人	5,422千人	5,269千人	5,088千人
高齢者人口	1,290千人	1,482千人	1,529千人	1,588千人	1,600千人	1,612千人
65～74歳	685千人	787千人	779千人	760千人	633千人	612千人
75歳以上	605千人	695千人	750千人	828千人	967千人	1,000千人
高齢化率	23.1%	26.8%	27.8%	29.3%	30.4%	31.7%
後期高齢化率	10.8%	12.6%	13.6%	15.3%	18.3%	19.6%

※H22, 27年：国勢調査、H29年：兵庫県統計調査（H29.9.1）、事業状況報告
H32, 42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」（H25.3.1）

(2) 介護ニーズの増加

兵庫県における要支援・要介護認定者数は、令和2年9月末日現在で320,155人、要支援・要介護認定率（第1号被保険者数に占める第1号被保険者要支援・要介護認定者数）は20.3%となっている。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8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	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度	R7年度
認定者数	319,763人	324,423人	333,641人	342,506人	360,698人
認定率	20.4%	20.5%	21.0%	21.5%	22.5%

※ R2は実績。R3～7は市町介護保険事業計画の数値を集計

(3) 訪問診療の提供状況

訪問診療を実施する診療所の総数は、平成30年度には1,541施設あり、在宅療養支援診療所ではないが、在宅医療サービスを提供する一般診療所が相当数ある。

また、訪問診療を実施する病院数も147施設あり、特に郡部における役割は大きい。

医療保険による訪問診療提供医療機関(H30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 (診療所数に対する割合)	486 (31%)	366 (32%)	178 (29%)	544 (31%)	133 (24%)	64 (31%)	114 (26%)	64 (36%)	178 (29%)	59 (41%)	30 (37%)	47 (35%)	1,541 (30%)
訪問診療提供病院 (病院数に対する割合)	46 (42%)	20 (38%)	11 (30%)	31 (34%)	13 (33%)	11 (50%)	13 (34%)	15 (63%)	28 (45%)	7 (64%)	5 (63%)	6 (55%)	147 (42%)
在宅医療支援病院・ 診療所	309	220	113	333	84	44	69	23	92	35	15	36	948

※出典：厚生労働省H30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	目標値 (2023年)
		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	340	207	124	331	153	70	116	57	173	30	26	31	1,154	1,429
訪問歯科診療提供病院 ※1	2	0	0	0	0	1	0	2	2	1	2	0	8	10
在宅療養支援歯科診療所数 ※2	140	71	57	128	63	32	34	17	51	14	11	7	446	505

※1：厚生労働省H30データブック

※2：施設基準等届出状況(近畿厚生局)R2.4時点

(4) 看取りの状況

終末期医療を受けたい場所の希望として、平成29年県民アンケート「ひょうごの医療と介護」によると医療機関の36.4%比べ施設も含めた在宅等は58.7%となっており、可能な限り、自宅等での療養を望んでいる。

また、令和元年の在宅看取り率は、28.2%となっており、全国の平均在宅看取り率25.2%を上回っている。

年度	平成22年	平成23年	平成24年	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
在宅看取り率 (自宅・老健・老人ホーム)	20.8%	21.8%	23.7%	24.2%	24.7%	24.9%	25.3%	26.1%	27.5%	28.2%

(厚生労働省「人口動態統計」)

(5) かかりつけ医の普及・定着

かかりつけ医は、日頃から気軽に健康相談にも応じる地域の初期医療の中核的な担い手であり、必要があれば適切な専門医を紹介し、在宅療養を支援するなど、生活の中で患者を支えながら、医療サービスを提供する医師である。

かかりつけ医は、患者との信頼関係の構築や医療の継続性の確保、患者ニーズへの細やかな対応などにおいて重要な役割を果たしており、医療機関の機能分化が進み、また、病院の在院日数の短縮化が進む中、かかりつけ医の役割は一層重要度を増している。

本県では、かかりつけ医の普及・定着を目指し、平成5年度から各2次保健医療圏域において、順次、普及・啓発事業や患者紹介による医療機関相互の連携事業などを実施している。

また、かかりつけ医の普及・啓発については、市町広報誌などの活用やかかりつけ医マップや啓発パンフレットの作成等が行われている。また、かかりつけ医の情報などをインターネットで発信する事例もみられるようになっている。

その結果、かかりつけ医のいる県民の割合は、70%以上に増加してきている。

かかりつけ医のいる人の割合

年度	平成15年	平成18年	平成21年	平成24年	平成29年	令和元年	令和2年
かかりつけ医のいる人の割合	63.4%	60.2%	60.9%	65.1%	73.5%	71.9%	74.2%

(「美しい兵庫指標」「ひょうごのゆたかさ指標」県民アンケート)

(6) 在宅医療・介護連携推進事業の効果的な実施

(市町における在宅医療と介護の連携促進)

高齢化のさらなる進展に伴い、慢性疾患を有し、介護と療養双方を要する高齢者が今後ますます増加することが見込まれている。そのため、介護保険法に定める地域支援事業に位置づけられた、市町による在宅医療・介護連携推進事業の実施を通じ、医療・介護関係者の資質向上や連携に必要な機会の確保を図る。

■ 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）

【課題】

(1) 入院医療機関から在宅への退院支援

入院医療から在宅医療等への円滑な移行のために、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援の重要性が高まっている。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（がん、脳卒中、心筋梗塞等心血管疾患、糖尿病、精神疾患）と5事業（救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療）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。

（入院医療機関として求められる機能）

- i) 可能な限り在宅医療に係る機関での研修や実習を受けた退院支援担当者の配置
- ii) 入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援を開始し、退院支援の際には患者に配慮した在宅医療及び介護資源の調整を実施
- iii) 退院後も患者からの相談支援を継続するとともに、患者の病状変化等について、文書・電話等での在宅医療に係る機関との情報共有及び必要に応じた病院主治医・看護師による訪問診療等の実施

（在宅医療に係る医療機関として求められる機能）

- i) 在宅療養者のニーズに応じて医療や介護を包括的に提供できるよう調整を実施
- ii) 在宅医療や介護の担当者間における今後の方針や病床に関する情報等の共有及び連携の実施
- iii) 高齢者等の在宅療養者に対し訪問診療とともに、訪問看護、訪問リハビリテーション等について可能な限り対応

iv) 病院・有床診療所・介護老人保健施設退院（退所）支援担当者に対し、地域の在宅医療及び介護資源に関する情報提供及び在宅療養に関する助言の実施

(2) 日常の療養生活の支援

a 訪問診療

在宅での療養生活においては、関係機関が連携し、医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、栄養士、歯科衛生士、ケアマネジャー・ヘルパー、ボランティアなどの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。また、医療資源が少ない地域は移動時間が長くなるなど、在宅医療の効率的な提供に向けた課題もある。各関係機関の体制整備とともに、地域の実情に応じた様々な課題に対応する必要がある。

一方で、休日や夜間、急変時の対応が困難等の理由により、訪問診療の参入に踏みだすにくいとも言われているなか、限られた医療資源を活用し、急変時の連携体制の確保を前提にした診療所間の連携強化や訪問看護ステーションの機能強化等多様な在宅医療の提供体制の構築が必要である。

b 訪問歯科診療

将来の需要増を見据えた、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。さらに、寝たきりや胃瘻など、患者の疾患や障がい等の状況を踏まえ、より専門的な知識と技術が求められる。

また、在宅療養中に口腔ケアが誤嚥性肺炎の発症予防に繋がると言われ、高齢化による摂食障害等を有する患者の増加が予想されるため、訪問歯科診療においてもこのようなニーズに対応できる歯科医療従事者の確保が必要である。

c 訪問薬剤管理指導

薬剤師を複数配置できない薬局等が在宅医療に参画するには、訪問時間の調整や近隣薬局との連携等の工夫が必要である。また、薬局間の連携による休日・夜間対応や麻薬・衛生（医療）材料等の手配・準備等の面からも、地域での相互支援体制の構築が必要である。

d 訪問看護

将来の需要増を見据え、多様な医療ニーズに対応できる訪問看護師の養成・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）が大半を占めているため、休日・夜間は、個別ケースにおいて対応を行っているものの、恒常的なサービスとして提供することが難しい事業所が多い。

また経営面の課題から廃止する事業所もあり、事業所の規模拡大や機能強化に取り組み、安定したサービスの提供体制の確保が必要である。

e 訪問栄養食事指導

管理栄養士による訪問栄養食事指導の普及啓発、関係団体や市町を含む多職種連携の一層の充実が必要である。

(3) 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2次救急病院との役割も踏まえながら、受け入れ可能な医療機関の確保が必要である。

(求められる機能)

- i) 急変時に求めがあった際に24時間対応が可能な体制の確保（自院で24時間対応が難しい場合、近隣の病院や診療所等との連携により対応可能な体制の確保）
- ii) 在宅医療機関で対応できない場合に、消防機関との搬送の調整、入院医療機関との入院病床の確保等、後方支援についての医師会等関係機関との調整及び連携実施
- iii) 連携する医療機関が担当する在宅療養者の病状が急変した際の必要に応じた一時受け入れの実施（重症で対応できない場合、他の医療機関と連携する体制の構築）

(4) 看取り

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、外来診療を行いながらの対応は負担が大きいため、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や、機能強化型の在宅療養支援診療所の整備の推進などが必要である。

また、在宅患者が本人や家族の意思に反して病院に搬送され、望まない救命措置が行われる事例や介護施設等において、患者本人や家族の意思を確認ができず、急変時に医療機関に搬送され本人や家族が望まない救命措置を実施される事例があるなど、救急機関を含めた在宅関係者間での情報共有のあり方などが、国において検討が進められている。

(求められる機能)

- i) 在宅かかりつけ医への研修の実施や病院の緩和ケア専門医との連携により、特に生命を脅かす疾患に罹患した患者に対して必要な緩和ケアの実施
- ii) 看取りの際の手順等、看取りに関する適切な情報提供や説明を実施し、患者や家族の理解を得ることにより、不安を解消するとともに、かかりつけ医や看護師等に対して連絡を円滑に実施し、患者が望む場所での看取りが実施可能な体制の構築
- iii) 介護施設等による看取りに対する必要に応じた支援の実施
- iv) 救急機関を含めた在宅関係者間での看取りにかかる情報共有や対応などの関係者間での検討

(5) **かかりつけ医**

かかりつけ医を持つことの意義を県民にさらに啓発し、その普及・定着を図る。また、在宅医療等の推進のために、地域におけるかかりつけ医の支援体制の整備などを進めることにより、かかりつけ医の機能を充実・強化する必要がある。

(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、人工呼吸療法、たん吸引、経管栄養等の医療的ケアが必要な在宅療養児は、増加傾向にある。

医療的ケアが必要な児に対し、日常的な診療や訪問診療等が可能なかかりつけ医及び訪問看護師の確保のため、小児の在宅医療に関心を持ち対応ができる医師及び看護師の育成が必要である。

(7) **在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の提供**

在宅医療を行うにあたり、緊急時における後方病床の確保が不可欠であることから、在宅療養支援病院・診療所の確保、さらには高度急性期、急性期病棟（病床）と在宅医療との調整機能を持つ地域包括ケア病棟（病床）の充実も重要である。

そのうえで、在宅医療を提供している医療機関とこれら後方支援病院が互いに診療情報の交換や人材交流などによる連携を密にすることで、質の高い在宅医療の提供が進められる。

(8) **医療と介護の連携**

2025年に向け、市町では3年毎の介護保険事業計画の策定・実施を通じて、地域の特性に応じた地域包括ケアシステムの構築を目指しているが、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行える体制づくりが必要である。

このため、市町主体の地域支援事業に位置付けられている在宅医療・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・介護サービスの提供には多職種連携が必要であることから、医療関係団体等とも連携の上、在宅医療と介護サービスの提供体制を整備していく必要がある。

(9) **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について（再掲）

(ア) 兵庫県版認知症チェックシートなどの結果を活用し、必要な方には受診を勧奨するとともに、認知症の疑いがあるにもかかわらず受診を避ける場合には、認知症初期集中支援チームにより支援するなど、医療につながる取組みを推進する必要がある。

(イ) 認知症相談医療機関や認知症対応医療機関の普及・定着及び医療機関間の連携の推進により必要な医療が受けられる体制強化を図るとともに、軽度認知障害（MCI）についても、医療関係者と地域支援者が連携し、診断後から速やかに本人や家族に対する栄養・運動指導や不安軽減等、切れ目なく支援できる体制構築が必要である。

(ウ) 認知症サポート医を更に養成するとともに、かかりつけ医認知症対応力向上研修を各地域で実施し、身近な地域で医療が受けられる体制の構築を促進する必要がある。また、認知症初期集中支援チームの体制や支援ケースの把握方法、支援のあり方などに市町ごとに差があることから、チームの活動が効果的に機能するよう支援する必要がある。

イ 行動・心理症状(BPSD)や身体合併症への適切な対応（再掲）

行動・心理症状(BPSD)や身体合併症に適切に対応できるよう、急性期病院等のリーダーとなる看護職員が認知症対応力向上研修を受講するとともに、圏域の認知症疾患医療センターが地域の医療機関を支援する必要がある。

【目 標】

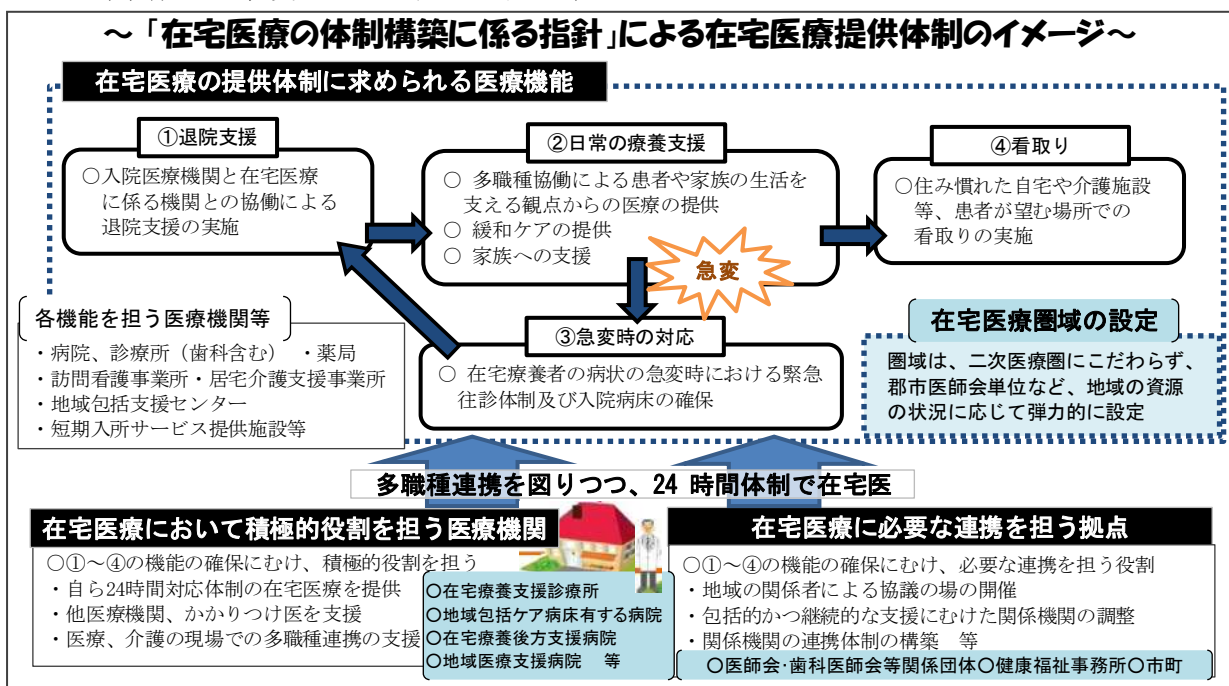
(1) 在宅医療の基盤整備と人材育成

将来の訪問診療の需要見込増に応じるため、在宅医療を支える医療サービスの基盤を充実し、入院医療から在宅医療・介護、看取りまでサービスを切れ目なく提供する医療を県民が自らの意思で選択できるよう、市町による取組と県及び関係団体（医師会・歯科医師会、薬剤師会、看護協会等）の指導的な取組による在宅医療の基盤整備と人材育成を推進

- 24時間対応の在宅療養支援病院・診療所(歯科含む)、訪問看護事業所等の増加と機能向上
- 高齢者の増加に加え、がん、精神、小児、難病などの個別疾患、緩和ケア、口腔の健康管理、服薬・栄養管理などのニーズに対応し、地域で完結できる体制整備と技術の育成
- 需要増に応じた担い手確保に向けた取組を推進するとともに、多職種に対する研修を実施
- ICT活用による迅速かつリアルタイムの連携を促進し、医療の質の向上、在宅医療・介護への円滑な移行支援、看取りの連携体制の構築等による患者・ 患家、医療従事者の負担を軽減

(2) 医療と介護の連携・一体化

- 医療と介護の地域課題の共有とその対応への取組を推進
地域医療構想調整会議、在宅医療推進協議会や各部会等において、医療と介護関係機関間で、課題を共有し、地域の実情に応じた取組を推進
- 在宅医療・介護連携・一体化に取り組む病院・診療所の整備
- 連携目的を明確にした人的ネットワークの構築とそれを支える情報共有と見える化の推進
- 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（平成30年度から全市町で実施）



(3) 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。

在宅医療提供体制

(令和2年4月1日現在)

2次保健医療圏域	医師会名(郡市区)	在宅医療圏域	在宅医療提供状況								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※1	機能強化型訪問看護ステーション※1		地域名	ブロック名	救命救急センター等	
神戸	神戸市	東灘区	東灘区	47	3			24	101	23	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	44	7			15	73	23	2				
		中央区	中央区	37	7	1	5	30	102	29	1				
		兵庫区	兵庫区	23	3		1	11	80	18	1				
		北区	北区	35	9	1	2	16	82	26	3				
		長田区	長田区	21	5		1	5	45	12	1				
		須磨区	須磨区	28	3	1	1	9	61	18	5				
		垂水区	垂水区	40	4	2	1	15	96	24	3				
		西区	西区	42	5		1	15	65	28	1				
	神戸小計	9圏域	317	46	5	12	140	705	201	18					
阪神		尼崎市	尼崎	115	11	1	2	35	228	62	3	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	88	9		2	25	192	48	5				
		芦屋市	芦屋	27	2			11	41	10					
			阪神南小計	3圏域	230	22	1	4	71	461	120				8
		伊丹市	伊丹	39	3		2	18	77	30	2				阪神北
		川西市(川辺郡含む)	川西	25	6	1	1	11	68	17	1				
		宝塚市	宝塚	42	2		1	22	102	31	2				
	三田市	三田	19		1	1	6	34	11		三田				
	阪神北小計	4圏域	125	11	2	5	57	281	89	5					
東播磨		明石市	明石	45	8	1	2	24	122	33		東播磨	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	30	4	1	2	33	129	32	2				
		高砂市	高砂	12	1	1	1	6	39	11					
			東播磨小計	3圏域	87	13	3	5	63	290	76				2
北播磨		西脇市・多可郡	西脇・多可	10	3		1	6	37	5	1	北播磨	東播磨	● 県立加古川医療センター	
		三木市	三木	13	3			11	31	7					
		小野市・加東市	小野・加東	17	2		1	11	39	7					
		加西市	加西	6	1	1		4	22	5	1				
			北播磨小計	4圏域	46	9	1	2	32	129	24				2
播磨姫路		姫路市	姫路	63	19	2	4	31	219	70	5	中播磨	播磨姫路	● 県立姫路循環器病センター ● 製鉄記念広畑病院	
		神崎郡	神崎	6	1			3	19	4					
			中播磨小計	2圏域	69	20	2	4	34	238	74				5
		たつの市・揖保郡	たつの・揖保	8	3			8	44	16					
		宍粟市	宍粟	9	1				15	5					
		佐用郡	佐用	2	1				9	1					
		相生市	相生	3	3			6	9	2					
		赤穂市	赤穂市	2	1	2	1	3	18	2	1				
		赤穂郡	赤穂郡	2					4	3					
	西播磨小計	6圏域	26	9	2	1	17	99	29	1					
但馬		豊岡市	豊岡	19	3		1	2	40	8	北但馬	但馬	● 公立豊岡病院		
		美方郡	美方	2	3			6	3	3					
		養父市	養父	9	1		1	2	12	2				1	
		朝来市	朝来	5	1			4	16	1					
			但馬小計	4圏域	35	8	0	2	14	71				14	1
丹波		丹波篠山市	篠山	6	3			4	15	4	1	丹波	丹波	▲ 県立丹波医療センター	
		丹波市	丹波	8	1	2	1	7	35	6	2				
			丹波小計	2圏域	14	4	2	1	11	50	10				3
淡路		洲本市	洲本	11	1		1		25	7	淡路	淡路	● 県立淡路医療センター		
		淡路市	淡路	13	2	1		3	22	4				2	
		南あわじ市	南あわじ	13	2			4	19	4					
			淡路小計	3圏域	37	5	1	1	7	66				15	2
8圏域	40郡市区	40圏域	986	147	19	37	446	2,390	652	47	13地域	7ブロック	12機関		

※1 施設基準等届出状況(近畿厚生局) ※2 地域医療支援病院認定数
救命救急センター等の●は救命救急センター、▲は3次の機能病院を表す

【推進方策】

(1) かかりつけ医(かかりつけ歯科医)の支援体制の確立(県、関係団体、医療機関)

地域におけるかかりつけ医(かかりつけ歯科医)の支援体制を確立するとともに、在宅療養者に対する訪問診療の提供を促進する。

かかりつけ医を支援する地域医療支援病院の指定を含め、地域医療支援機能を持つ医療機関を確保するとともに、かかりつけ医の支援体制の確保のため、地域医療連携室の設置や診療機能のオープン化などを推進する。

(2) サービス提供体制の充実(医療機関、関係団体、県、市町)

① 訪問診療等のサービス提供の実施

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。

② 訪問歯科診療のサービス提供の実施

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。

③ 訪問薬剤管理指導の実施

がん患者等に対しては、高い無菌性が求められる注射薬や輸液、医療用麻薬などを身近な薬局でも調剤できるよう麻薬小売譲渡制度の活用等により薬局の在宅医療への参画を推進する。

④ 多職種に対する在宅医療連携体制の構築

在宅医療は、医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、管理栄養士、歯科衛生士、ケアマネジャー・ヘルパー、ボランティアなどによる連携が重要であることから、多職種連携による在宅医療支援体制の構築を進める。

⑤ 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

訪問看護師の確保を図るため、病院と訪問看護ステーション推進するとともに、医療機関との連携機能を持った機能強化型訪問看護ステーションの設置を促進し、地域における在宅看護拠点整備を進める。

(3) 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)

① 入院患者の円滑な退院支援や急変時の受入体制の確保

病院の地域医療連携室において、患者の病状急変時にも、逆紹介を行った在宅かかりつけ医からの後方支援依頼に迅速に対応できる体制の整備などの機能強化を図る。また、地域包括支援センターとの連携、郡市区医師会等関係団体の協力により、病診連携の促進や医療と介護の一体的なサービス提供を図るとともに、入院医療、在宅医療相互の円滑な移行を促進する。

② 在宅での看取りを支える地域の支援体制の構築

主治医不在時でも当番医等による看取りができるよう、事前に必要な情報の登録によって情報共有を図り、医師同士の相互連携で支える在宅看取りの体制を推進する。

③ 在宅医療・看取りのあり方の検討

患者の意向を尊重した看取り体制の構築のため、介護施設も含めた在宅医療関係者と救急医療・消防機関を含めた情報共有を行うとともに、国の検討するあり方について、地域の事情に応じたあり方を検討する。併せて、在宅医療・介護関係者を対象に在宅医療・看取りの理解促進を図るフォーラム等を実施する。

(4) 在宅医療を担う人材育成（関係団体、医療機関、県、市町）

① 地域の在宅医療を指導的に担当できる医師等の育成

国や研究機関、公的団体が実施する専門研修に積極的に参加を斡旋し、地域で在宅医療推進の中核を担う医療人材の養成を支援、さらにはそれを地域に還元する研修を開催する。また、疾患（がん、認知症等）に応じた専門医養成のための受講支援、又は講義等を開催する。

② 在宅医療分野で活躍できる訪問看護師の育成

多様なニーズに対応できる訪問看護師の資質向上を図るため、関係団体と連携して在宅看護に関する知識の向上を図る研修会を実施するとともに、在宅医療分野等で活躍する看護師に対して、認定看護師の養成や特定行為研修の受講の推進を図る。

③ 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

かかりつけ医に対し、在宅医療の導入、充実するための地域主導研修会などを開催するとともに、歯科医師、歯科衛生士などに対し、在宅歯科医療に係る研修会などを開催する。

また、在宅医療は、医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、歯科衛生士、（管理）栄養士、ケアマネジャー、ヘルパー、ボランティアなどによる連携が重要であることから、多職種連携による在宅医療支援体制の構築を進める。

④ 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

小児の在宅医療に関心を持つ医師の育成するため、特に配慮が必要な医療的ケア児にかかる実技を含めた実践的な研修を開催するとともに、訪問看護師、ケアマネジャー、ヘルパーなど多職種への小児在宅医療研修を実施する。

また、小児在宅医療は関係機関との連携が重要になることから、関係者による検討会を開催する。

(5) かかりつけ医・在宅医療に関する県民への普及啓発（市町、県、関係団体、医療機関、県民）

① かかりつけの医師、歯科医師、薬剤師・薬局の普及促進

かかりつけ医師・歯科医師等の定着を図るため、地域の医療関係団体と市町が連携した在宅医療・介護連携や提供のための相談拠点の機能強化や、在宅療養の事例集や在宅医療を提供できる施設マップの作成等の普及啓発の取組の充実を図る。

② 看取りに対する県民の理解促進

家族や地域で支え合いながら、在宅療養者の療養・介護がスムーズに行えるよう、関係機関と連携して患者・家族の相談に対応できる体制を確保する。

(6) 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）

在宅医療を必要とする県民が、住み慣れた地域で安心して療養生活を送ることができる仕組みを構築するため、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

(7) 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）

① 在宅医療を支える多職種・チーム間ネットワークの推進

在宅医療を支える多職種・チーム間で、新たに機能付加されたweb会議システム機能や看取り支援機能も活用しながら在宅療養中の患者情報をリアルタイムで共有することにより、日常の療養から看取りまでの療養生活を支援する。

② 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

入院医療機関と在宅の移行を相互にスムーズに行うため、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。

③ 病診連携ネットワークの構築

病院と診療所の連携を行うネットワークを県内に構築するため、標準規格の確立と広域連携のルール化と実証によると広域・多数の医療機関による情報共有を進め、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。

(8) 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）

① 地域包括ケアシステム構築に向けた支援

地域包括ケアシステムの構築には、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を行える体制づくりが必要であることから、市町による在宅医療・介護連携推進事業を関係団体等と緊密に連携し、着実に実施するよう推進するとともに、県は、医療に係る専門的・技術的対応について、地域（市町）の実情に応じた支援を進める。

② 医療と介護の多職種連携による支援

医療・介護サービスの提供には多職種連携が必要であることから、医療関係団体等とも連携の上、在宅医療と介護サービスの提供体制整備や、日常の療養や生活を支援する医療や介護の人材の確保・養成を一体的に推進する。

あわせて、要介護状態の改善や重度化防止を目的に、かかりつけ医・歯科医と連携のもと、リハビリテーション専門職や管理栄養士、歯科衛生士等の多職種連携による支援を推進する。

③ 医療機関による医療・介護サービスの一体提供への支援

医療機関と介護サービスの人的・物的設備、医療・介護行為のデータ情報・分析を行い、地域医療構想調整会議の協議を進め、医療と介護が一体化したサービスの提供体制を支援する。

④ 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

県、地域単位で設置の在宅医療推進協議会や圏域健康福祉推進協議会等を通じ、地域の課題を抽出・共有化し、医療と介護が一体となって、その対策を講じる体制と各種推進事業を推進する。

(9) 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）

① 早期診断・早期対応のための体制整備について（再掲）

(ア) 兵庫県版認知症チェックシート等を活用した認知症予防健診を実施する市町を支援し、認知機能が低下して社会生活に支障が生じている人を早期に発見し、早期受診につなげ、関係機関等との連携体制を構築するとともに、その実践報告を研修に取り入れる等市町の取組を推進する。壮年期から認知症の関心を高め、認知症の早期発見・早期受診の重要性を周知するため、産業保健との連携を図る。（県、市町、関係団体）

(イ) かかりつけ医、認知症相談医療機関、認知症対応医療機関等による医療連携が促進されるよう、圏域の認知症疾患医療センターで研修や症例検討会を実施する。（県、市町、医療機関、関係団体）

(ウ) 認知症の早期診断・早期対応を促進するため、関係団体と連携し、かかりつけ医、歯科医師、薬剤師等の認知症対応力の向上を図る。（県、市町、医療機関、関係団体）

② 行動・心理症状(BPSD)や身体合併症への適切な対応(再掲)

(7) 病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修を関係団体と連携して開催し、急性期病院等における認知症への適切な対応の定着を図る。(県、市町、医療機関、関係団体)

(1) 認知症疾患医療センターが、研修会や症例検討会を通じて認知症対応医療機関等と連携し、圏域における早期診断・早期対応、行動・心理症状(BPSD)や身体合併症への適切な対応が行えるようネットワーク強化の取組を推進する。(県、市町、医療機関、関係団体)

(10) がん患者等に対する緩和ケアの推進(県、関係団体)

緩和ケアに関する地域連携クリティカルパスを整備し、がん診療連携拠点病院をはじめとする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、患者とその家族の意向に応じた切れ目のない在宅医療を提供する。

(11) NPOの参画促進(民間団体・県)

患者会・遺族会、ボランティアグループなど、患者・家族への支援を行うNPOの実践活動の促進を図る。

【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(達成年度)
訪問診療を実施している 病院・診療所数	1,688箇所 (H28 ※1)	1,688箇所 (H30 ※1)	訪問診療需要の増加 比率に応じた箇所数 等の増加 R2：H29に対し115% R5：H29に対し130% R7：H29に対し140% (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)	986箇所 (R2.4月 ※2)	
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)	652箇所 (R2.4月 ※2)	
在宅療養支援歯科診療所数	—	446箇所 (R2.4月 ※2)	R5：R2に対し113% R7：R2に対し121% (地域医療構想目標年)
歯科訪問診療を実施してい る診療所数	—	1,154箇所 (H30※1)	R5：H30に対し123%
歯科訪問診療を実施してい る病院数	—	8箇所 (H30 ※1)	R5：H30に対し123%
訪問口腔衛生指導を実施 している診療所・病院数	—	463箇所 (H30 ※1)	R5：H30に対し123% R7：H30に対し133% (地域医療構想目標年)
訪問薬剤指導を実施する薬 局数	—	515箇所 (H30 ※1)	
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)	24圏域 (R2.4月 ※2)	県下40圏域に配置 (在宅医療圏域)
在宅で活動する栄養サポー トチーム(NST)と連携する歯 科医療機関を有する圏域数	—	20圏域 (H30 ※1)	
小児の訪問診療を実施して いる診療所・病院を有する圏 域数	—	7連携圏域 (H30 ※1)	県下8連携圏域に 配置 (小児医療連携圏域)

(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※2)	208箇所 (R2.4※2)	訪問診療需要の増加 比率に応じた箇所数 等の増加
地域包括ケア病床を有する 圏域の数	36圏域 (H29.4※2)	38圏域 (R2.4※2)	県下40圏域に配置 (在宅医療圏域)

(3) かかりつけ医

目標	策定時	現状値	目標設定(達成年度)
かかりつけ医のいる人の割合 (兵庫のゆたかさ指標[県民 アンケート])	73.5% (H29)	74.2% (R2)	80% (R5)

(4) 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※3)	28.2% (R1※3)	29.4% (R5)

- ※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 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・適切なリハビリテーションを継続的に受けることができるよう、各地域における地域リハビリテーションを推進する。

【現 状】

- (1) 高齢者や障害者をはじめ、誰もが住み慣れた地域で生活が続けられるよう、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継続的に受けることができるシステムを構築するため、平成13年3月に策定した「兵庫県地域リハビリテーション連携指針」に基づき推進を図っている。
- (2) リハビリテーションの提供については、病院、介護老人保健施設などにおいて、入院(入所)・通院(通所)・訪問で実施されている。

- (3) 平成14年度に、全県リハビリテーション支援センターを県立総合リハビリテーションセンターに設置した。また、圏域ごとのリハビリテーション支援センターについても、平成14年度以降順次設置を進め、現在、神戸圏域を除く全圏域で運営している。(神戸圏域については、神戸市が実施)
- (4) 平成18年度に開設した県立西播磨総合リハビリテーションセンターを全県支援センターの機能の一部を担う施設として位置付け、圏域支援センター等への支援の充実を図っている。
- (5) 圏域支援センターに加え、平成22年度に健康福祉事務所(保健所)を圏域コーディネーターとして位置づけ、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。

【課題】

- (1) 高齢者や障害者が、急性期、回復期、維持期等のあらゆる段階を通じて、住み慣れた地域で、状況に応じたリハビリテーション(医療リハ・生活リハ・職業リハ)を受けることができるよう、リハビリテーション専門職だけでなく、他の医療職、介護支援専門員などの介護職等を含めた多職種連携によるチームケア体制の構築を図る必要がある。
- (2) 特に、生活期のリハビリテーションについては、医師やリハビリテーション専門職の直接的な関与が少ない状況においても、本人が主体的にリハビリテーションを継続できることが重要である。
- (3) リハビリテーションへのニーズ及びそれに対応するリハビリテーションの提供体制には、地域により差がある。
- (4) 介護予防においては、リハビリテーション専門職が積極的に関与することが有効であることから、地域の目指す方向性・目標(ビジョン)等を理解した上で、地域での介護予防等の取組に参画し、適切な支援が行えるよう体制を整備する必要がある。
- (5) 重症心身障害児者のリハビリテーションは、主に障害児(者)リハビリテーション施設及び全県リハビリテーション支援センターが担っているが、地域によっては慢性的な待機状態等で、身近な地域でリハビリテーションを受けるのが難しい場合がある。

【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)
＜「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出来るよう、圏域支援センターや保健医療福祉サービス提供施設、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)

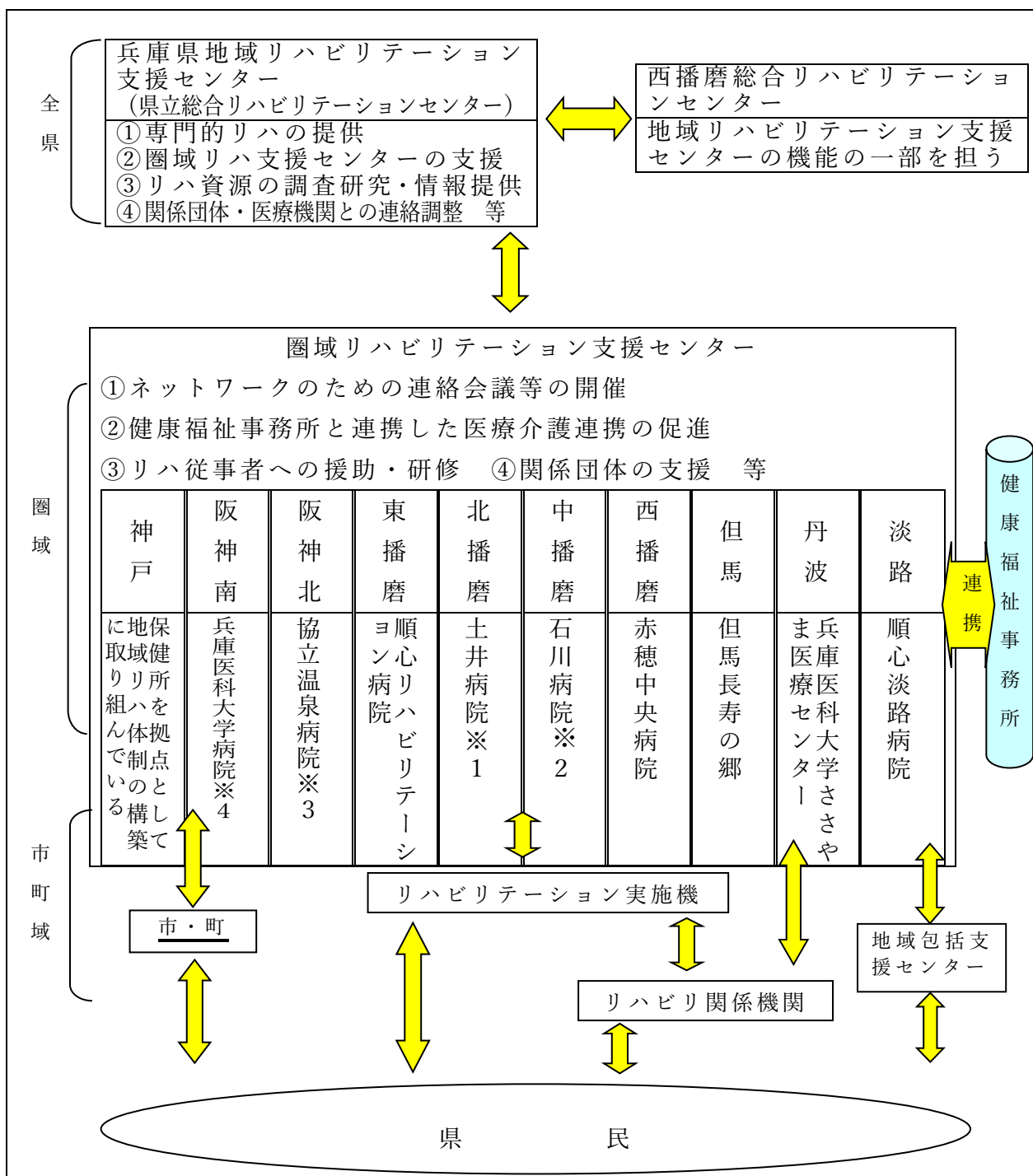
圏域支援センターを中心とし、研修会開催、情報提供等による地域リハビリテーション実施機関への支援、実地指導等によるリハビリテーション従事者への援助、全県支援センターや圏域内の関係機関等との連携などによる地域リハビリテーションの推進を図る。

(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。

- ① 地域におけるリハビリテーション関係機関を広域的に連携させるため、圏域内のリハビリテーション資源の状況に応じた連携方策の検討等を進める。
(県、関係団体)
 - ② 地域リハビリテーションに係る要請に対して適時・適切に対応できるよう、全県リハビリテーション支援センターが圏域リハビリテーション支援センターを支援し、リハビリテーション専門職の資質向上を図る。(県、関係団体)
- (2) 圏域リハビリテーション連携の基となる、医療と地域ケア関係者によるネットワーク作りや地域包括ケアシステムの構築に取り組む。(県、関係団体)
- ① 健康福祉事務所(保健所)と圏域支援センターが一体となり、圏域のコーディネーターとして圏域の医療・リハビリテーション・介護連携を推進する。
 - ② 医療及び介護のニーズを併せ持つ中重度者への退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等場面ごとの適切な支援を円滑に進めるため、医療職、介護支援専門員などの介護職等の多職種による連携体制の構築を進める。
 - ③ 圏域リハビリテーション支援センターを中心として、地域ごとに市町が行う介護予防の取組への支援を目的にした研修・普及啓発等を実施するとともに、市町からの相談・派遣依頼への対応を行う。
- (3) 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ボ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)。
- (4) 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。

＜地域リハビリテーション活動支援体＞



※1 H14～24 加東市民病院

※2 H15～19 姫路赤十字病院、H20～28 姫路市地域リハビリテーション支援センター

※3 H16～25 三田市民病院

※4 H16～28 関西労災病院 (H29～兵庫医科大学病院に一本化)