

兵庫県保健医療計画

2018(平成30)年4月
(2021(令和3)年4月一部改定)
兵庫県

〔 目 次 〕

【はじめに】

第1章 改定の経緯	3
1 現計画の進捗状況（主なもの）	3
2 近年の社会的背景	4
第2章 計画の性格	6
1 計画の位置付け	6
2 他計画等との関係	6
3 見直し後の計画期間	6
第3章 計画の基本方針	7
1 医療と介護の一体化・連携	7
2 医療・介護人材の総合的確保と質の向上	7
3 良質で効率的な医療提供体制の確立（機能分化と連携）	7

【第1部】計画の基本的事項

第1章 保健医療圏域	11
1 1次保健医療圏域	11
2 2次保健医療圏域	11
3 3次保健医療圏域	17
第2章 兵庫県の概況	18
1 人口	18
2 人口動態	21
3 受療動向	26
4 医療施設及び医療従事者の動向	29
第3章 基準病床数	33

【第2部】保健医療提供体制の基盤整備

第1章 保健医療施設	39
1 病院	39
2 一般診療所	45
3 歯科診療所	46
4 薬局	47
5 訪問看護事業所	50
6 保健所	53
7 市町保健センター	55
8 衛生研究所	56
第2章 保健医療・介護従事者	58
1 医師	58
2 歯科医師	64

3	薬剤師	65
4	看護職員	67
5	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	74
6	精神保健福祉士	75
7	管理栄養士・栄養士	76
8	歯科衛生士	77
9	音楽療法士・園芸療法士	78
10	介護人材の確保	81
第3章	保健医療機関相互の連携	88
1	地域医療連携体制の構築	88
2	保健医療情報システム	93
第4章	医療安全対策	97
1	医療安全相談	97
2	医療事故、院内感染の防止等	99
3	患者の自己決定権の尊重	100

【第3部】地域医療構想

第1章	地域医療構想策定の目的	105
第2章	地域医療構想に規定すべき事項	105
1	法令の規定	105
2	病床の機能区分	106
第3章	構想区域の設定	107
第4章	患者の受療動向	107
1	患者の移動の状況	107
2	在宅医療の受療動向	109
第5章	将来の医療需要と必要病床数の推計	110
第6章	医療提供体制を実現するための施策と推進体制	116
1	基本的な考え方	116
2	県全体に関わる課題及び具体的施策	117
第7章	地域医療構想の実現に向けた更なる取組について	131
1	公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等	131
2	地域医療構想の実現に向けた国による重点支援区域の選定	131

【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	135
第2章	小児救急を含む小児医療	151
第3章	災害医療	159
第4章	周産期医療	170
第5章	へき地医療	179
第6章	がん対策	188

第7章	脳卒中対策（脳血管疾患対策）	206
第8章	心血管疾患対策	216
第9章	糖尿病対策	225
第10章	精神疾患対策	233
第11章	在宅医療・かかりつけ医	269

【第5部】保健・医療・福祉の総合的取組の推進

第1章	結核・感染症対策	291
1	結核対策	291
2	エイズ対策	295
3	感染症対策	299
第2章	アレルギー疾患対策	312
第3章	難病対策	315
第4章	透析医療	319
第5章	先進医療	322
1	臓器移植	322
2	造血幹細胞移植	326
第6章	歯科保健医療	328
1	歯科医療	328
2	歯科保健	332
第7章	薬事	334
1	医薬品等の品質、有効性及び安全性の確保	334
2	薬物乱用の防止	335
3	血液確保対策	337
第8章	健康危機管理体制	339
1	健康危機管理	339
2	災害時の保健対策	341
第9章	保健・医療・福祉が連携した提供体制の構築	343

【第6部】医師確保計画

第1章	基本的な考え方等	351
1	医師確保計画策定の背景・目的	351
2	医師確保計画の位置づけ	352
3	医師確保計画の計画期間	352
第2章	医師確保計画（医師全体）	353
1	現状及び課題	353
2	医師確保の方針	360
3	目標医師数	360
4	確保方策	361

第3章 医師確保計画（産科・小児科）	367
1 現状及び課題	367
2 医師確保の方針	373
3 目標医師数	373
4 確保方策	374
【第7部】外来医療計画	
第1章 基本的な考え方	395
1 外来医療計画策定の背景・目的	395
2 外来医療計画の位置づけ	395
3 外来医療計画の計画期間	396
第2章 協議の場の設置	397
1 対象区域の設定	397
2 外来医療計画推進会議の設置	397
第3章 外来医療提供体制の確保	399
1 現状及び課題	399
2 推進方策	406
第4章 医療機器の効率的な活用	408
1 現状及び課題	408
2 共同利用の方針	410
3 推進方策	410
【第8部】計画の推進と進行管理	
第1章 計画の推進体制	435
第2章 各主体の役割	437
第3章 計画の進行管理	440
【第9部】資料編	
保健医療に関する主な相談・情報提供窓口	446
兵庫県保健医療計画（平成30年4月）の数値目標達成状況	453
兵庫県保健医療計画改定の経緯	465

【はじめに】

はじめに

第1章 改定の経緯

兵庫県では、平成30年4月、5疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）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）の医療連携体制の構築及び在宅療養体制の充実に重点を置いて、保健医療計画の第7次改定を行った。

さらに、良質な地域医療の確保に向け、地域の実情に応じた各圏域の取組を推進することを目的に各圏域の重点推進方策等を定めた、兵庫県保健医療計画（圏域版）を平成31年3月に策定した。

介護保険事業支援計画の改定に合わせて、居宅等における医療の確保に係る項目を中心として、中間見直しを実施する。さらに、社会・経済情勢の変化や大幅な制度改正などがあった場合には、必要に応じて見直すものとしている。

平成30年4月の計画の改定から3年を迎える令和3年4月に居宅等における医療の確保に係る項目や感染症対策に係る項目を中心として、保健医療計画の一部改定を実施した。

1 現計画の進捗状況（主なもの）

現計画においては、65項目の数値目標を設定した。そのうち地域医療支援病院を確保する圏域数、在宅看取り率、小児救急電話相談時間など13項目については目標を達成し、これを含めた43項目で計画策定時より数値が向上している。

＜主な目標の達成状況＞

【評価欄】 ◎：目標値を達成 ○：数値が向上 △：数値が悪化 ー：変化なし

項目	目標（達成目標年度）	達成状況	評価
保健医療・介護従事者	兵庫県音楽療法士の認定者数 365名（2016）→ 505名（2023）	412名（2019）	△
災害医療	統括DMA Tの災害拠点病院への配置 14箇所（2017）→ 18箇所（2023）	14箇所（2020）	ー
小児医療	小児向け在宅医療関係研修会等の実施数 年2回（2016）→ 年3回以上（2023）	6回（2019）	◎
周産期医療	周産期死亡率 2.8（2016）→ 減少（2023）	2.7（2018）	○
	災害時小児周産期リエゾン認定者数 3人（2016）→ 12人（2019）	14人（2019）	◎
がん対策	がん性疼痛緩和指導管理料届出医療機関数 358（2017.3）→ 550（2022）	427医療機関（2020）	○
糖尿病対策	特定健診受診率 46.5%（2015）→70%（2022）	49.6%（2017）	△
精神疾患対策	年間自殺者数 942人（2016）→800人以下（2022）	877人（2019）	○
在宅医療	訪問診療を実施している病院・診療所数 1,688箇所（2016(H28）） →1,942箇所（2020） 2,195箇所（2023） 2,364箇所（2025）	1,686～1,708箇所（2018）	△
	在宅療養支援歯科診療所数 573箇所（2017.4） →659箇所（2020） 745箇所（2023） 803箇所（2025）	446箇所（2020）	※
	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（2017.4） →570箇所（2020） 644箇所（2023） 693箇所（2025）	652箇所（2020）	◎
	在宅看取り率 25.3%（2016）→27%（2023）	27.5%（2018）	◎
難病対策	（難病診療分野別） 専門病院の指定 ー（H29）→ 15難病疾患群の 全てにおいて指定（H35）	15医療機関（2020）	◎

※ 施設基準改正

2 近年の社会的背景

(1) 高齢化のさらなる進展

本県の高齢化率は、令和2年で28.7%である。国立社会保障・人口問題研究所の調査によると、65歳以上の高齢者数は、平成27（2015）年の150万人から、令和7（2025）年には163万人、令和22（2040）年には177万人へと一貫して増加し、75歳以上後期高齢者数は、平成27（2015）年の70万人から、令和7（2025）年の98万人へと増加し、令和22（2040）年の75歳以上の人口割合は、現在の14.4%から21.1%に増加するなど、高齢化が急速に進行する見込である。

(2) 価値観の多様化による在宅療養への関心

高齢化の進展に加え、終末期の療養場所として「自宅・居宅」を希望する人の割合が64.3%（H24「高齢者の健康に関する意識調査」）となる等、価値観の多様化に伴い、希望する人ができる限り住み慣れた家庭や地域で療養すること

ができるよう、在宅医療に期待される役割が大きくなっている。

(3) 統合再編による新たな中核的医療機関の整備

現計画の策定後、県立丹波医療センター（令和元年）が開設された。また、令和4年度上期には、はりま姫路総合医療センター（仮称）の開設が予定されている。こうした中核的医療機関の整備をはじめとする医療機関の統合・再編が患者の受療行動に及ぼす変化を踏まえた対応が必要となる。

(4) 医療における情報技術の進展

ICT（情報通信技術）の進展は医療・介護分野にも及び、患者情報の共有による医療機関相互及び介護との連携への活用が期待されている。また、レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）等のいわゆるビッグデータの蓄積が進み、医療資源や患者のニーズの把握の一方、保健医療政策の効果検証等にも幅広く活用が見込まれている。

(5) 地域医療構想の策定

医療介護総合確保推進法（平成26年法律第83号）による医療法改正によって、都道府県は、「地域医療構想」を策定し、医療機関の担う機能の分化と連携、在宅医療の充実を通じて、従来の病院完結型医療から地域完結型医療への転換を図ることとされた。本県でも平成28年10月に「兵庫県地域医療構想」を策定（本計画の改定に伴い、計画の第3部として位置づけている）したが、その推進のためには、医療と介護との連携が、互いの計画段階から十分に行われることが不可欠となっている。

(6) 医療と介護の一体的確保の必要性

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、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。

今回の2次保健医療計画の改定においては、医療と介護のさらなる連携が重要であることから、介護保険事業支援計画との計画期間を合わせるとともに、在宅医療・介護サービス量の整合性を図ったうえで、それぞれの需要見込みに応じた推進方策を定める。

高齢化の進展や、地域医療構想に基づく入院医療から在宅医療への移行は、医療と介護をともに必要とする在宅の高齢者の増加につながるため、限られた資源の中で、多職種が連携し、在宅医療と介護サービスが一体的・効率的に提供される仕組みが求められている。

国において新たに「介護医療院」を介護保険法に位置づけたことはその一例であり、県においても、医療機関と介護施設・居宅介護サービス事業所等が一体となった提供体制の整備を積極的に進める必要がある。

第2章 計画の性格

1 計画の位置付け

この計画は、医療法第30条の4に基づき都道府県が策定する医療計画であると同時に、県民、市町、保健・医療機関、関係団体等の参画と協働のもと、それぞれが取り組むべき保健・医療分野の基本的指針(ガイドライン)としての性格を併せ持つ。

2 他計画等との関係

この計画は、「21世紀兵庫長期ビジョン」の保健医療に関する分野別計画であり、「少子高齢社会福祉ビジョン～新たな豊かさの創造～」や「兵庫県健康づくり推進プラン」の趣旨を踏まえた計画である。

また、「兵庫県老人福祉計画(介護保険事業支援計画)」、「すこやかひょうご障害者福祉プラン」、「ひょうご子ども未来プラン」、「兵庫県健康づくり推進実施計画」、「がん対策推進計画」、「医療費適正化計画」等と整合をとって作成している。

3 見直し後の計画期間

見直し後の計画期間は、令和3(2021)年4月から令和6(2024)年3月までの3年間とする。

また、社会・経済情勢の変化や大幅な制度改正などがあった場合は、必要に応じて見直すものとする。

なお、地域医療構想については、令和7(2025)年度を目標とする。

第3章 計画の基本方針

本計画は、地域医療構想を直実に推進し、すべての県民が住み慣れた地域で、「生涯いきいきと安心して暮らせる社会」を実現するため、次の理念を柱として、その実施方策を定めるものである。

1 医療と介護の一体化・連携

病気や障害を持っていても、住み慣れた自宅や地域で人間としての尊厳を持って、いきいきと暮らしていけるよう、診療所と病院など医療機関相互や介護事業所等との連携、退院時や在宅医療を受ける際の医療・看護・介護サービス事業所・介護支援専門員等の連携をはじめとして、医療・介護が一体的に提供される体制を構築する。

2 医療・介護人材の総合的確保と質の向上

高齢化に伴い、医療・介護をともに必要とする県民の増加が予想されることから、増加する医療・介護需要の提供に不可欠となる医療従事者と福祉・介護人材の総合的確保に向けた取組を推進し、職場環境を改善するとともに、専門的な技術研修や多職種研修など質の向上を図る。

地域において県民が安心して生活できるよう、医師をはじめとした地域の医療を支える人材の確保・育成を図る。特に、県内勤務医師の量的確保、医師の偏在対策を実施するとともに、医療の高度化・専門分化、在宅医療のニーズにも対応できるよう歯科医師や看護師、薬剤師をはじめとした医療従事者の確保を図る。

また、居宅・施設の介護サービスを担う人材、医療提供と介護サービスの連携を担う人材の養成・確保を図るため、福祉・介護人材の確保・定着の両面から施策を展開する。

3 良質で効率的な医療提供体制の確立（機能分化と連携）

すべての県民が安心して適切な医療が受けられ、早期に在宅に復帰できるよう、救急医療、小児医療、がん医療、脳卒中对策など、疾病・事業ごとに、地域における医療体制の確保を基本とし、医療機関の機能分担と連携を進めることにより、質が高く県民・患者にも分かりやすい医療提供体制の充実を図る。

【第 1 部】
計画の基本的事項

第1部 計画の基本的事項

第1章 保健医療圏域

人口構成、保健医療需給、保健医療サービスを提供するための資源などは、地域ごとに異なっている。県民に適切な保健医療サービスを効率的に提供するためには、県民の生活行動の実態を踏まえた範囲、適当な広がりを持った圏域を設定することが必要であり、次のとおり保健医療圏域を設定する。

1 1次保健医療圏域

県民の積極的な健康づくりを支援するために、生活に密着した保健サービスの提供とプライマリケアの確保を図る圏域を1次保健医療圏域とする。プライマリケア*は日常生活圏で確保される必要があり、日常生活の中で提供される基本的な保健サービスは、主として市町が実施主体であることから、市町の区域を1次保健医療圏域とする。

なお、政令市など大都市においては、市域内で適宜設定することとする。現状では、神戸市が行政区を1次保健医療圏域として設定している。

○プライマリケア：個人や家庭が最初に接する保健医療サービス。初期患者の問題を的確に把握して、適切な指示や処置あるいは専門医等への紹介を行うとともに、日常の健康管理、健康相談に応じる。

2 2次保健医療圏域（医療法第30条の4第2項第14号に規定する圏域）

2次保健医療圏域は、入院医療を提供する体制の確保を図るため、一般病床及び療養病床の整備を図るべき地域的単位として区分する区域である。

2次保健医療圏域については、平成13年4月に策定した保健医療計画において、医療法施行規則第30条の29（区域の設定に関する標準）の規定を踏まえつつ、住民の生活圏、行政や保健医療団体の区域、中核的な医療機関の分布、患者の受診状況などを総合的に勘案して10の圏域を設定し、現在に至っている。

平成28年10月に策定された地域医療構想の構想区域においては、2次保健医療圏域と同一の区域として設定したところであるが、①高度、特殊な救急医療提供については、他の2次保健医療圏域との連携による確保が必要な圏域や②一部の2次保健医療圏域内で、例えば、「在宅医療から救急医療」などは、中核病院等を中心とした一定の区域で医療提供体制を確保していく必要がある圏域があった。

また、地域医療構想を推進するなかで、よりきめ細やかな在宅医療圏域の設定が必要であった。

については、県独自で実施した患者受診状況など、総合的に考慮し、限られた医療資源を有効に活用するため、現行医療圏域の設定について、検討することとした。

(1) 入院患者の受診状況

平成29年3月に実施した入院患者調査の結果、20%以上の流出がある圏域は、阪神北圏域(21.3%)、西播磨圏域(29.9%)、但馬圏域(22.8%)、丹波圏域(33.4%)であった。

そのうち、特定の圏域への流出率が15%以上の圏域は、阪神北圏域(阪神南へ15.1%)と、西播磨圏域(中播磨へ26.7%)であった。

入院患者受診状況 (H29.3月入院患者調査(兵庫県医務課調べ))

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
圏域内完結率	86.4	86.4	78.7	83.5	83.1	87.6	70.1	77.2	66.6	92.7
他圏域流出割合	13.6	13.6	21.3	16.5	16.9	12.4	29.9	22.8	33.4	7.3
県内の特定圏域への流出割合(15%以上)			阪神南 15.1%				中播磨 26.7%	※1	※2	

他圏域への流出率 ※1 但馬：丹波 7.3%、中播磨 4.1%、阪神北 3.0%
※2 丹波：北播磨 13.7%、阪神北 11.1%、神戸 4.1%、阪神南 3.6%

H29.3月入院患者調査 圏域別流出先とその割合

区分		施設所在地									
		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
患者 住所 地	神戸	86.4%	3.1%	2.0%	4.9%	3.2%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.2%
	阪神南	5.5%	86.4%	7.1%	0.2%	0.5%	0.1%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%
	阪神北	4.4%	15.1%	78.7%	0.1%	1.1%	0.0%	0.1%	0.1%	0.3%	0.0%
	東播磨	8.7%	0.9%	0.4%	83.5%	2.7%	2.9%	0.5%	0.0%	0.1%	0.2%
	北播磨	7.0%	1.0%	1.7%	4.4%	83.1%	1.9%	0.3%	0.0%	0.7%	0.1%
	中播磨	1.8%	0.7%	0.2%	2.8%	3.4%	87.6%	3.4%	0.0%	0.0%	0.0%
	西播磨	0.9%	0.7%	0.2%	0.8%	0.6%	26.7%	70.1%	0.1%	0.0%	0.0%
	但馬	2.8%	1.0%	3.0%	1.0%	2.5%	4.1%	1.0%	77.2%	7.3%	0.0%
	丹波	4.1%	3.6%	11.1%	0.3%	13.7%	0.2%	0.1%	0.3%	66.6%	0.0%
	淡路	3.8%	0.9%	0.1%	1.6%	0.4%	0.3%	0.2%	0.0%	0.0%	92.7%

(2) 圏域設定に関する課題

入院患者の他圏域への流出状況も踏まえ、地域医療構想を推進するなかで、阪神北圏域、西播磨圏域については、①高度急性期病床の確保(阪神北)、②医師の確保(西播磨)、③高度、特殊な救急医療の提供体制等の確保(両圏域)等の課題がある。

また、2次保健医療圏域の設定にあたっては、①圏域内の中核病院等を中心とした在宅医療から救急医療までの医療提供体制の確保、②医療資源のバランス確保などに留意する必要がある。

入院患者の流出状況	・入院患者の受療状況から特定の圏域へ依存が高い圏域がある。 阪神北→阪神南 15.1% 西播磨→中播磨 26.7%
高度急性期病床の確保	・阪神北圏域は、高度急性期医療の充実を図るため、阪神南圏域と連携を図る必要がある。
医師等の確保対策	・西播磨圏域は、統合による県立の新病院からの医師派遣を受ける等医師の確保について、中播磨圏域との連携を図る必要がある。
高度救急医療の確保	・阪神北・西播磨圏域は、例えば、「多発性外傷や広範囲熱傷など高度・特殊な救急医療の提供」は、他の医療圏域との連携が必要である。
中核病院等を中心とした医療提供体制の確保	・2次医療圏域内において、在宅医療から救急医療まで、中核病院等を中心に、一定の医療圏を構成し対応している地域については、これを維持していく必要がある。 ・疾病・事業ごとの圏域については、よりきめ細やかな在宅医療圏域の設定が必要である。
医療資源のバランス確保	・医療施設(病床など)や医療従事者などの現時点の医療資源の地域偏在が、さらに進まず、解消していくような配慮が必要である。

(3) 2次保健医療圏域の設定

① 阪神南、阪神北、中播磨、西播磨圏域

限られた医療資源を有効に活用し、阪神北圏域、西播磨圏域については、地域医療構想の実現にむけた課題を解決するため、圏域を超えた連携を図る必要があることから、それぞれ、阪神南圏域と中播磨圏域に統合する。

(「阪神圏域」、「播磨姫路圏域」)

② 神戸、東播磨、北播磨、但馬、淡路圏域

入院患者の流出状況、各疾病・事業の医療提供体制が現行の圏域ごとに構築されている状況から、神戸圏域、東播磨圏域、北播磨圏域、但馬圏域、淡路圏域は現行の2次保健医療圏域を維持する。

③ 丹波圏域

丹波圏域は、他圏域への流出率が高い状況にあるが、当該圏域においては、県立柏原病院と柏原赤十字病院の統合再編により、平成30年7月に県立丹波医療センターが設置されたところであり、新病院が圏域において担う医療機能や今後の患者動向等を踏まえる必要があることから、次回計画策定時に、圏域のあり方を検討する。

(4) 準保健医療圏域（準圏域）の設定

2次保健医療圏域内において、中核病院等を中心として、一定の医療圏が構成されており、医療資源の地域偏在がさらに進まないよう特に配慮が必要な区域として、伊丹市、宝塚市、川西市、三田市、猪名川町の4市1町を「阪神北準圏域」、赤穂市、相生市、上郡町の2市1町を「赤穂準圏域」に設定する。

① 準圏域の設定基準

2次保健医療圏域内で、「①中核病院等を中心に、在宅医療から救急医療まで対応している医療区域で、②住民の行動範囲や医療受療範囲など一定のまとまりのある医療区域、③ これらを踏まえ、医療資源の地域偏在がすすまないよう配慮が特に必要な一定のまとまりのある医療圏を構成している区域」を、「準圏域」として設定する。

② 保健医療計画（圏域版）における準圏域の設定

設定基準に基づいた「準圏域」を、保健医療計画（圏域版）で設定し、準圏域の課題、中核病院を中心とした推進方策など今後の取組を記載することで、県は、準圏域における中核病院等の医療機能の役割分担や連携強化の取組、医療資源（病床機能、医師）の確保の取組などを支援し、医療資源の地域偏在がさらに進まないよう特に配慮する。

<p>準圏域 の 設定基準</p>	<p>(1) 中核病院等(※)を中心に、在宅医療から救急医療まで対応している医療区域 ※ 中核病院等：公立・公的病院など政策医療を行う病院 (2) 住民の行動範囲や医療受療範囲など一定のまとまりがある医療区域 (3) 2次保健医療圏域内で、(1)や(2)を踏まえた一定のまとまりのある医療圏で、医師数・病床数などの医療資源の地域偏在が進まないよう配慮が特に必要な区域</p>
<p>準圏域 の設定</p>	<p>保健医療計画（圏域版）で、上記設定基準にもとづき、「準保健医療圏域」を設定（圏域健康福祉推進協議会、医療審議会での検討のうえ設定） 保健医療計画（圏域版）に、「準圏域」の設定や当該圏域の課題、中核病院を中心とした推進方策などを記載</p>
<p>準圏域 設定効果</p>	<p>①中核病院等を中心とした医療機関同士の医療機能の役割分担や連携強化等の医療提供確保の取組 ②必要な病床数の確保や医師の派遣など医療資源偏在解消に向けた取組 〔 地域医療構想を踏まえた病院再編時の地域医療確保に向けた支援 病床配分時の地域で不足する医療機能の確保 等 〕</p>

(5) 疾病・事業ごとの圏域設定

兵庫県では、これまでから疾病・事業ごとの医療提供体制は、2次保健医療圏域にこだわらず、柔軟な圏域設定を行ってきた。

今回計画においても、地域包括ケアシステムの推進などを踏まえ、新たに、「在宅医療圏域」を設定するなど、疾病・事業分野ごとに圏域状況を確認し、柔軟な圏域設定を行う。

① 在宅医療圏域の設定

国計画指針を踏まえ、本県では郡市医師会単位に取組を推進していることから、住み慣れた地域で、退院支援から日常の療養支援、急変時の対応、看取りまでを、介護と一体的に切れ目なく提供する体制を確保するため、郡市区医師会単位の地域の資源※などに応じて在宅医療圏域（40圏域）を設定する。

※ 地域包括ケア病床の配置や病院との連携状況等地域の資源を踏まえ設定

② 精神疾患、精神初期救急圏域の設定

国計画指針を踏まえ、精神疾患の医療提供体制について、精神科医療機関の資源などを踏まえ新2次保健医療圏域を基本に8圏域設定するとともに、身近な地域で初期救急が受けられるよう輪番体制等による初期救急医療圏域（7圏域）を設定する。

③ 2次救急地域の地域追加

入院、手術を必要とする救急患者に対する2次救急医療機関を確保するため、病院群輪番制により対応する地域を2次救急地域として設定する。

【疾病・事業ごとの圏域設定状況】

疾病・事業		設定の考え方	圏域数
救急医療	2次救急	入院・手術等を必要とする重症救急患者に対応する2次救急輪番体制毎に設定	13地域
	3次救急	重篤救急患者を24時間受入れる救命救急センター等を中心に設定	7ブロック
小児救急医療		2次小児救急輪番体制毎に設定	11圏域
連携圏域		小児地域医療センターを踏まえ設定	8圏域
周産期医療		周産期医療システムの地域周産期母子医療センターを踏まえ設定	7圏域
災害医療		地域災害対策本部毎に設定	10圏域
へき地医療		へき地5法の対象地域を踏まえて設定	4圏域
がん・糖尿病		身近な医療体制を継続し、現2次保健医療圏域に設定	10圏域
心疾患・脳卒中		身近な医療体制を継続し、現2次保健医療圏域を基本に阪神北と丹波は連携	9圏域
精神疾患		医療資源を踏まえ、新2次保健医療圏域で設定	8圏域
初期救急		初期救急輪番体制毎に設定	7圏域
2次救急		2次救急輪番体制毎に設定	5圏域
在宅医療		郡市区医師会単位毎に、在宅医療提供体制を確保できる圏域を設定	40圏域

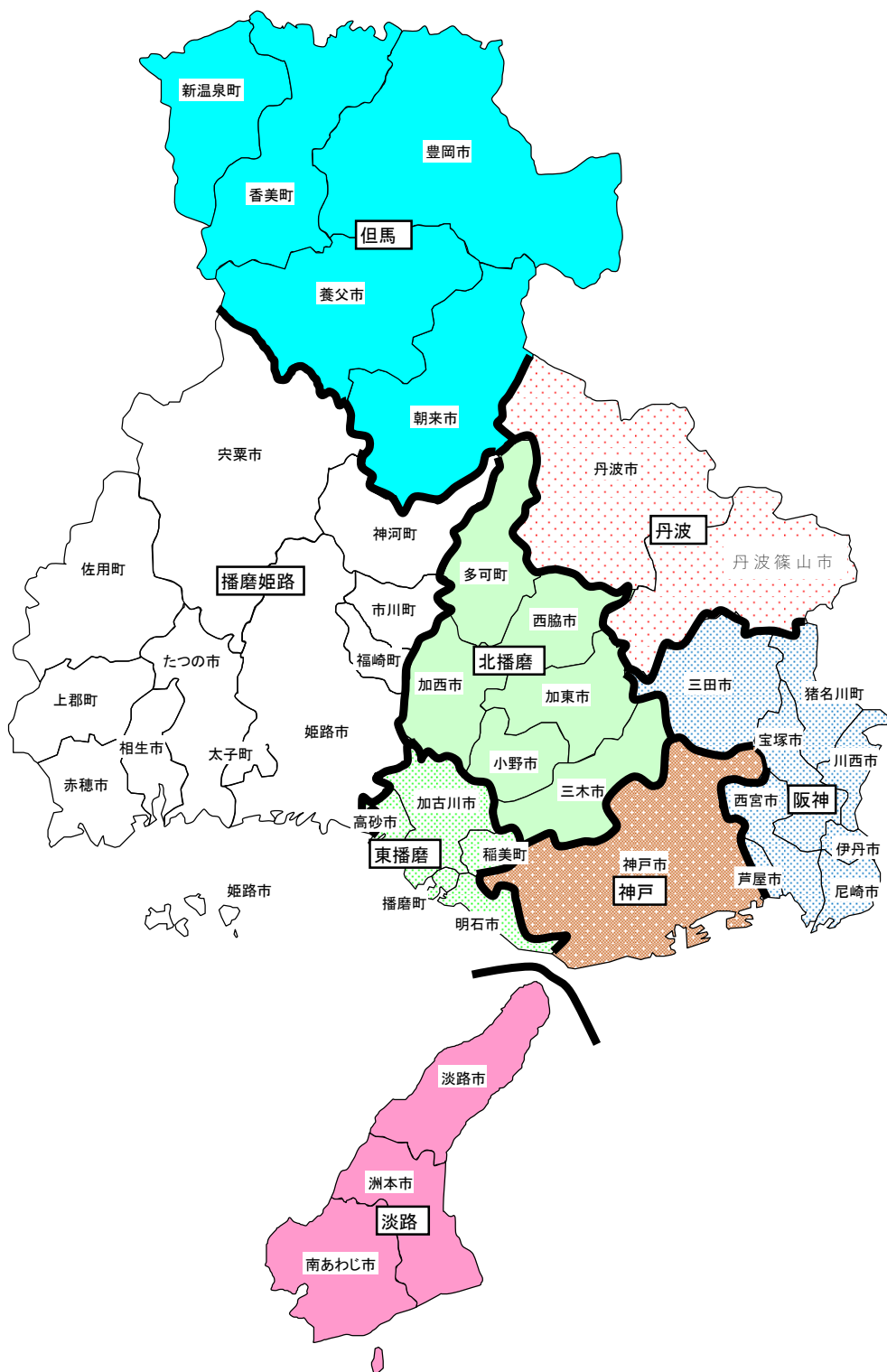
< 2次保健医療圏域と構成市町 >

圏域		圏域構成市町	人口(人)	面積(k㎡)
神戸		神戸市	1,517,486	557.01
阪神	阪神南	尼崎市、西宮市、芦屋市	1,033,457	169.15
	阪神北	伊丹市、宝塚市、川西市、三田市、猪名川町	715,215	480.89
	小計		1,748,672	650.04
東播磨		明石市、加古川市、高砂市、稲美町、播磨町	712,510	266.33
北播磨		西脇市、三木市、小野市、加西市、加東市、多可町	263,377	895.61
播磨姫路	中播磨	姫路市、福崎町、市川町、神河町	569,981	865.26
	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	245,935	1,566.97
	小計		815,916	2,432.23
但馬		豊岡市、養父市、朝来市、香美町、新温泉町	157,380	2,133.30
丹波		丹波篠山市、丹波市	100,502	870.80
淡路		洲本市、南あわじ市、淡路市	126,356	595.71
兵庫県合計			5,442,199	8,401.02

※ 人口は県統計課「兵庫県推計人口」(令和2年9月1日現在)による。

※ 面積は国土地理院「全国都道府県市区町村別面積調」(令和2年7月1日現在)による。

2次保健医療圏域地図



3 3次保健医療圏域（医療法第30条の4第2項第13号に規定する圏域）

高度、特殊専門的な保健医療サービスの提供を行い、保健医療提供体制の完結を図る圏域として、県全体を3次保健医療圏域とする。

第2章 兵庫県の概況

1 人口

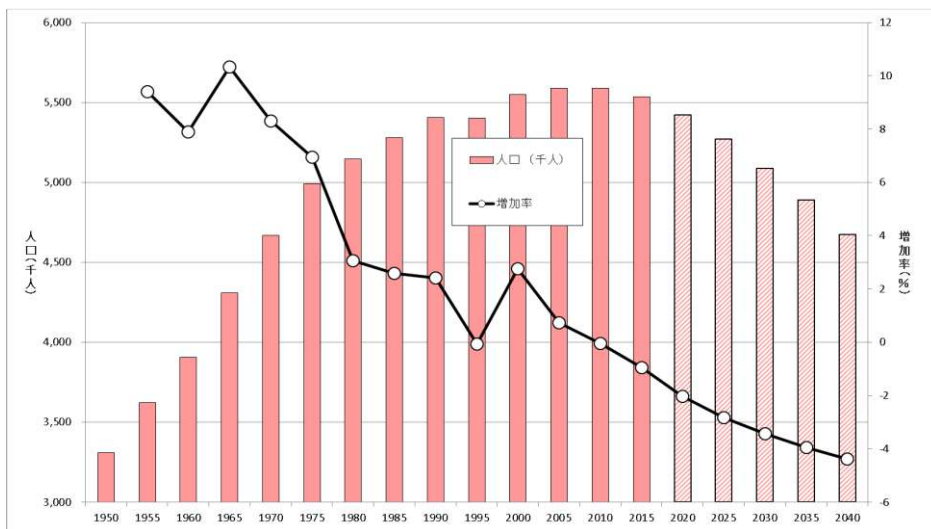
(1) 総人口

兵庫県の総人口は、令和2年9月現在で、5,442,199人であり、平成17年以降減少を続けている。今後の将来推計人口からも人口は減少する見込みである。

表1 兵庫県の人口

年次	人口(人)
昭和25	3,309,935
30	3,620,947
35	3,906,487
40	4,309,944
45	4,667,928
50	4,992,140
55	5,144,892
60	5,278,050
平成2	5,405,040
7	5,401,877
12	5,550,574
17	5,590,601
22	5,588,133
24	5,572,405
26	5,655,361
28	5,621,087
29	5,502,987

図1 兵庫県の人口の推移



資料 平成27(2015)年までは総務省統計局「国勢調査」
令和3(2020)年以降は、厚生労働省「医療計画策定支援データブック」より

(2) 性別年齢階級別人口

年齢階級別人口を見ると、第一次ベビーブームに生まれた60歳代後半の人口と、第二次ベビーブームに生まれた40歳代前半の人口が多く、二つの山を作っている。

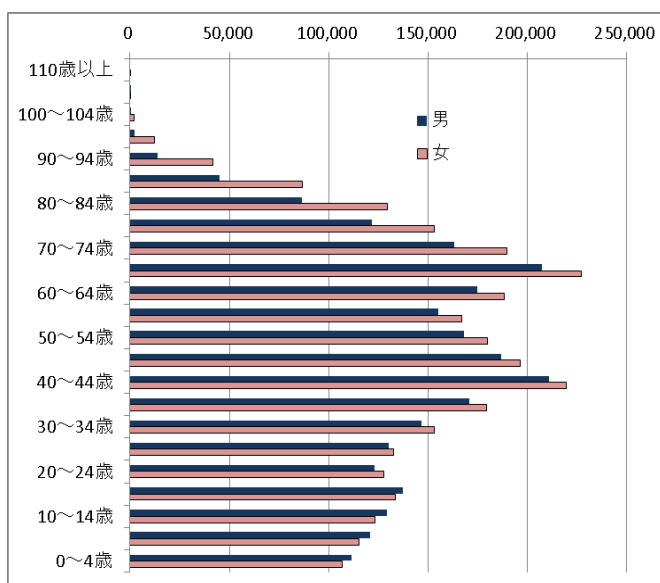
性別に見ると、19歳までは男性が女性よりも多いが、20歳以降は女性の方が多く、80歳以上では女性の人口は男性の約2倍となっている。

表2 兵庫県の年齢階級別人口

年齢	総数	男	女
110歳以上	6		6
105～109歳	159	16	143
100～104歳	2,436	323	2,113
95～99歳	14,727	2,433	12,294
90～94歳	55,485	13,669	41,796
85～89歳	131,445	44,901	86,544
80～84歳	215,838	86,433	129,405
75～79歳	274,773	121,621	153,152
70～74歳	352,666	163,152	189,514
65～69歳	434,111	207,193	226,918
60～64歳	362,975	174,574	188,401
55～59歳	322,093	154,977	167,116
50～54歳	347,775	168,080	179,695
45～49歳	383,156	186,728	196,428
40～44歳	430,624	210,980	219,644
35～39歳	349,868	170,553	179,315
30～34歳	299,718	146,692	153,026
25～29歳	262,439	130,001	132,438
20～24歳	250,659	123,045	127,614
15～19歳	270,905	137,222	133,683
10～14歳	252,452	129,389	123,063
5～9歳	236,216	120,769	115,447
0～4歳	218,203	111,517	106,686
不詳	66,071	37,273	28,798
総計	5,534,800	2,641,561	2,893,239

(単位 人)

図2 兵庫県の年齢階級別人口

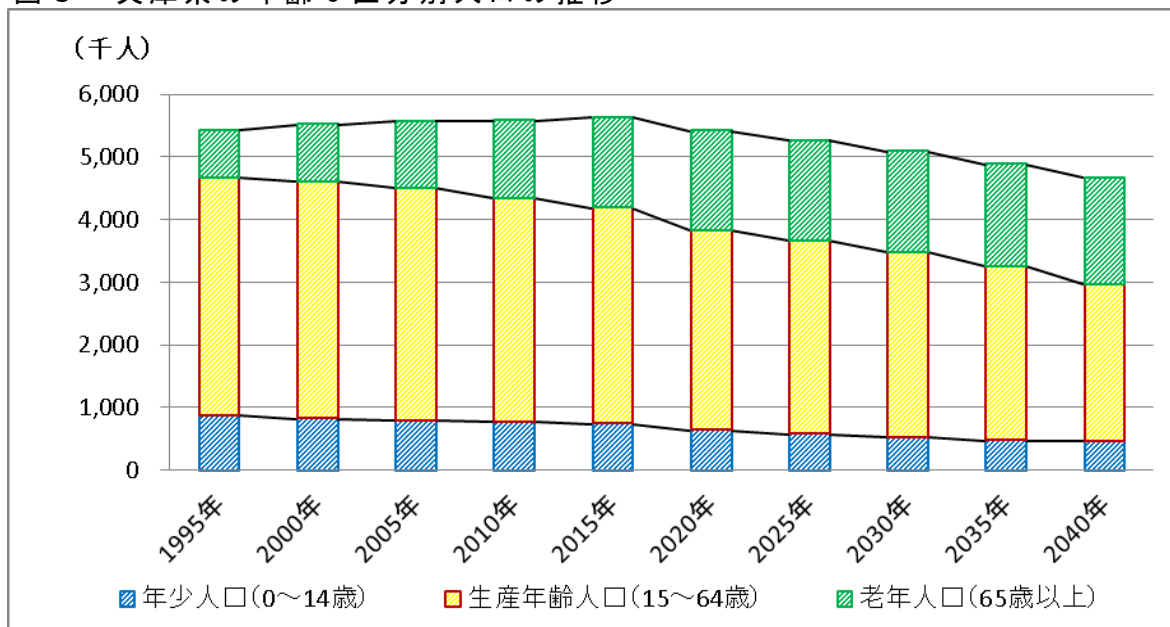


資料 平成27(2015)年 総務省統計局「国勢調査」

2015年（平成27年）の人口の年齢3区分別割合をみると、年少人口（0～14歳）が13.2%、生産年齢人口（15～64歳）が61.0%、老年人口（65歳以上）が25.8%であり、今後も老年人口は増加すると予想される。

一方で、年少人口の割合は減少の一途を辿っており、今後も少子高齢化は進行する見込みである。

図3 兵庫県の年齢3区分別人口の推移



資料 医療計画策定支援データブック（H28厚労省）

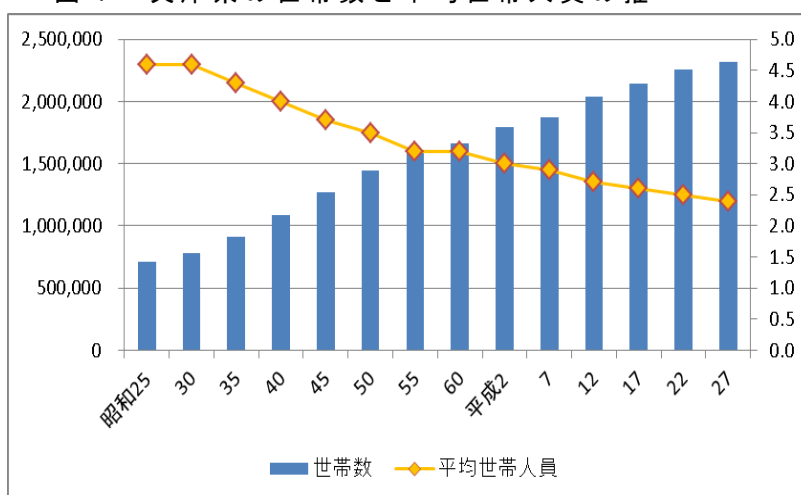
(3) 世帯

兵庫県の世帯数は平成27年10月現在で、2,315,200世帯あり、増加を続けている一方で、1世帯あたりの平均世帯人員は年々減少している。

表3 兵庫県の世帯数と平均世帯人員の推移

年次	世帯数	平均世帯人員
昭和25	713,901	4.6
30	785,747	4.6
35	909,121	4.3
40	1,090,934	4.0
45	1,269,229	3.7
50	1,440,612	3.5
55	1,592,224	3.2
60	1,666,482	3.2
平成2	1,791,672	3.0
7	1,871,922	2.9
12	2,040,709	2.7
17	2,146,488	2.6
22	2,255,318	2.5
27	2,315,200	2.4

図4 兵庫県の世帯数と平均世帯人員の推

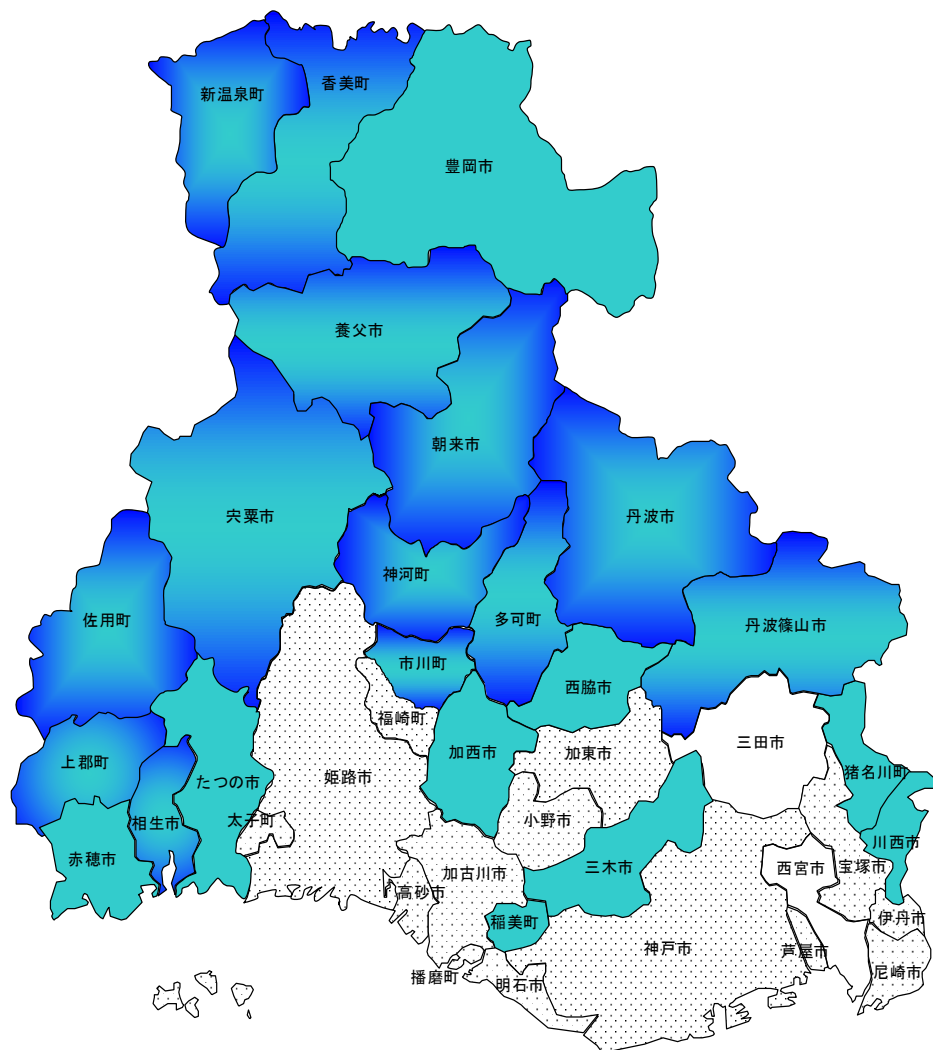


資料 平成27年総務省統計局「国勢調査」

(4) 高齢(65歳以上)人口

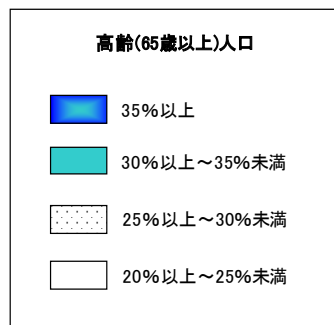
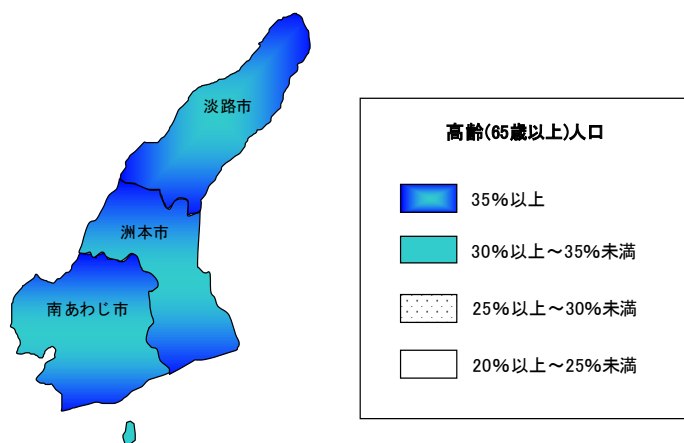
高齢(65歳以上)人口割合は、最低の西宮市 23.8%から、最高の佐用町 42.3%まで、大きな差がある。地域別に見ると、但馬・播磨西部・淡路地域が高くなっている。

図5 兵庫県の市町別高齢(65歳以上)人口割合



(平成29令和2年2月1日現在)

順位	市町名	高齢化率	順位	市町名	高齢化率
1	佐用町	42.3%	22	川西市	32.0%
2	香美町	41.5%	23	稲美町	31.6%
3	新温泉町	40.7%	24	たつの市	31.0%
4	上郡町	40.1%	25	猪名川町	30.4%
5	養父市	39.6%	26	高砂市	29.6%
6	淡路市	39.4%	27	芦屋市	29.5%
7	市川町	38.1%	28	宝塚市	28.8%
8	神河町	38.0%	29	小野市	28.8%
9	多可町	37.5%	30	神戸市	28.3%
10	宍粟市	37.3%	31	尼崎市	28.3%
11	洲本市	37.0%	32	福崎町	28.1%
12	南あわじ市	36.3%	33	播磨町	28.0%
13	相生市	35.9%	34	加古川市	27.8%
14	朝来市	35.7%	35	太子町	27.1%
15	丹波篠山市	35.5%	36	姫路市	26.9%
16	丹波市	35.2%	37	明石市	26.4%
17	三木市	34.6%	38	加東市	26.1%
18	豊岡市	34.3%	39	伊丹市	25.8%
19	加西市	33.8%	40	三田市	25.1%
20	西脇市	33.7%	41	西宮市	23.8%
21	赤穂市	33.1%		兵庫県	28.7%



資料 兵庫県情報事務センター「高齢者保健福祉関係資料」
(令和2年2月1日現在)

2 人口動態

(1) 出生

ア 出生率

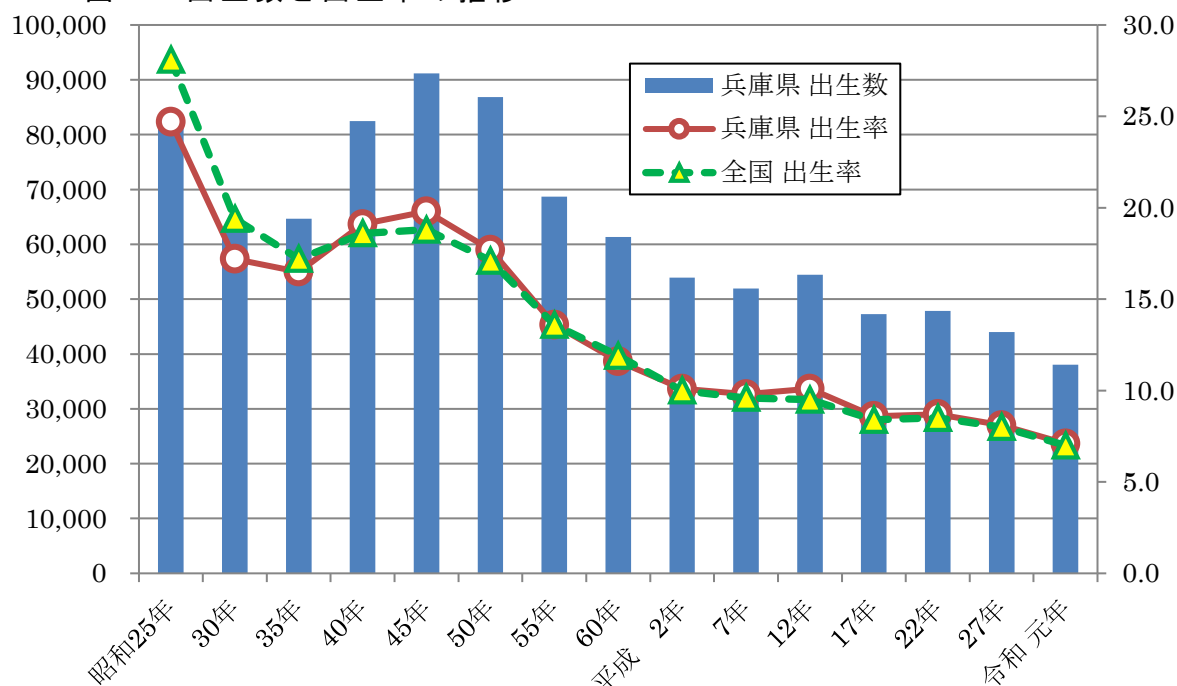
本県の出生率（人口千人対）の推移を見ると、昭和45年（19.8）以降急激に減少し、平成2年には10.1と約半分になったが、それ以降は、ゆるやかな減少傾向となっている。

表4 出生数と出生率の推移

年次	兵庫県		全国	
	出生数	出生率	出生数	出生率
昭和25年	81,866	24.7	2,337,507	28.1
30年	62,404	17.2	1,730,692	19.4
35年	64,642	16.5	1,606,041	17.2
40年	82,500	19.1	1,823,697	18.6
45年	91,169	19.8	1,934,239	18.8
50年	86,839	17.7	1,901,440	17.1
55年	68,677	13.6	1,576,889	13.6
60年	61,332	11.6	1,431,577	11.9
平成 2年	53,916	10.1	1,221,585	10.0
7年	51,947	9.8	1,187,064	9.6
12年	54,455	10.1	1,190,547	9.5
17年	47,273	8.6	1,062,530	8.4
22年	47,834	8.7	1,071,304	8.5
27年	44,015	8.1	1,005,677	8.0
令和 元年	38,043	7.1	865,239	7.0

（出生率は人口千人対）

図6 出生数と出生率の推移



資料 厚生労働省「令和元年人口動態調査」

イ 合計特殊出生率

本県の合計特殊出生率は年々低下していたが、平成17年からは回復傾向にある。圏域別では、最高は但馬圏域の1.68、最低は神戸圏域の1.37である。

表5 合計特殊出生率の推移

		平成2年	平成7年	平成12年	平成17年	平成22年	平成27年
全 国		1.54	1.42	1.36	1.26	1.39	1.45
兵庫県		1.53	1.41	1.38	1.25	1.41	1.48
圏 域	神 戸	1.42	1.25	1.23	1.15	1.29	1.37
	阪神南	1.40	1.29	1.35	1.22	1.41	1.49
	阪神北	1.44	1.35	1.35	1.20	1.39	1.41
	東播磨	1.59	1.46	1.43	1.27	1.48	1.56
	北播磨	1.64	1.51	1.49	1.33	1.37	1.52
	中播磨	1.63	1.50	1.55	1.36	1.54	1.59
	西播磨	1.74	1.60	1.52	1.38	1.48	1.50
	但 馬	1.92	1.85	1.84	1.69	1.84	1.68
	丹 波	1.92	1.75	1.77	1.41	1.60	1.54
	淡 路	1.87	1.65	1.52	1.44	1.58	1.62

資料 平成27年総務省統計局「国勢調査」

図7 合計特殊出生率の推移

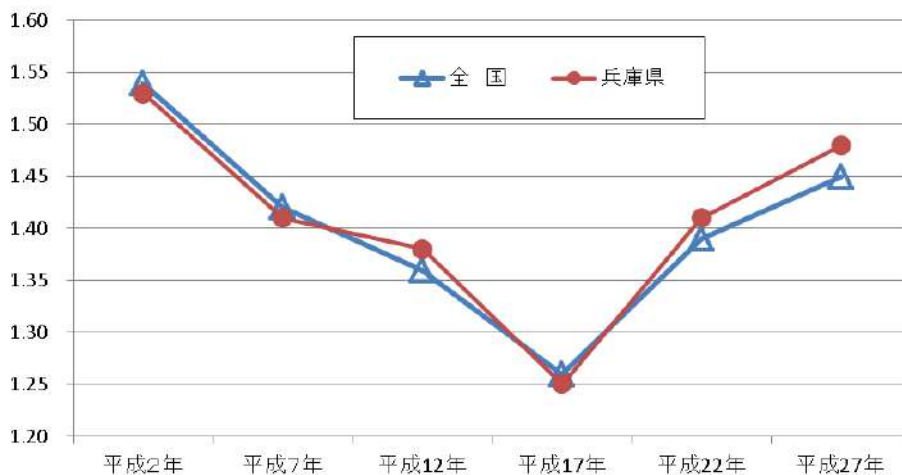
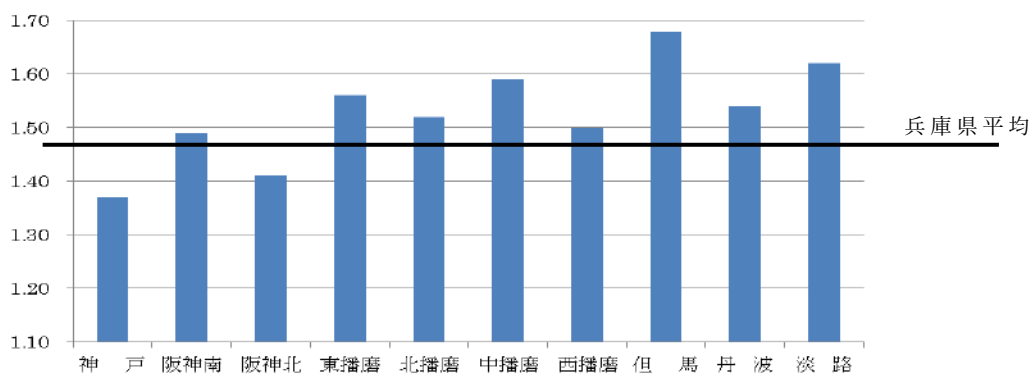


図8 圏域別合計特殊出生率（平成27年）



(2) 死亡

ア 死亡率

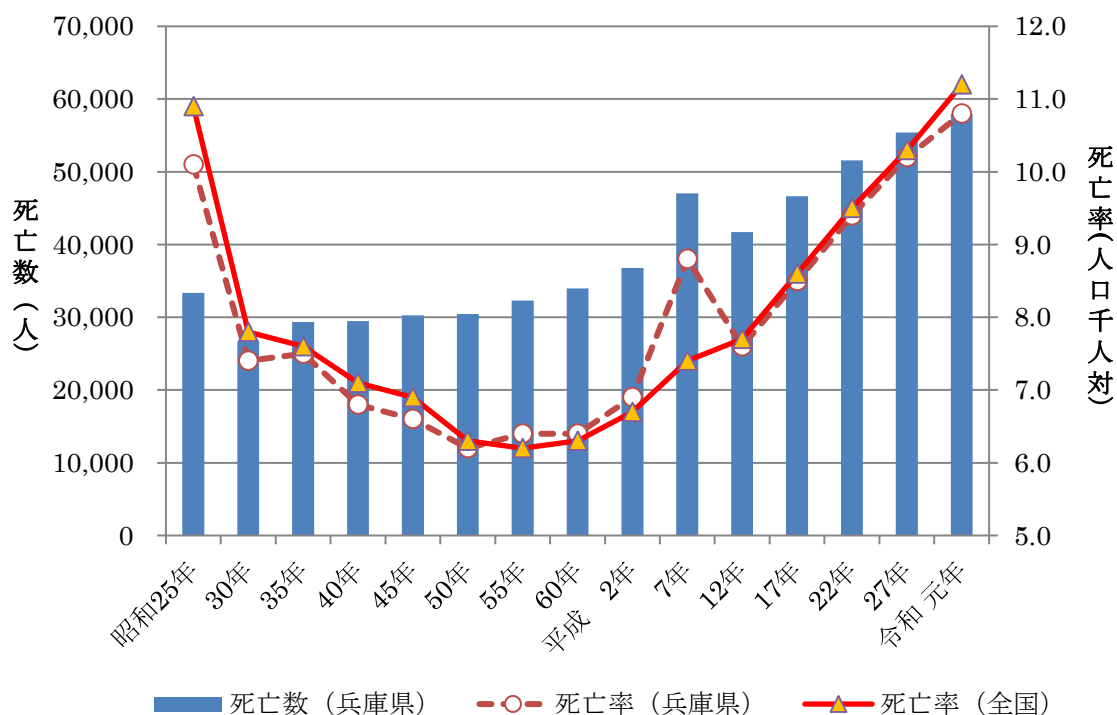
本県の死亡率（人口千人対）の年次推移を見ると、昭和50年代前半が最も低く、その後上昇傾向にあり、令和元年には10.8となっている。全国値と比較すると、阪神・淡路大震災の影響で激増した平成7年以外は、ほぼ同じである。

表6 死亡数と死亡率の推移

年次	兵庫県		全国	
	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率
昭和25年	33,340	10.1	904,876	10.9
30年	26,690	7.4	693,523	7.8
35年	29,350	7.5	706,599	7.6
40年	29,489	6.8	700,438	7.1
45年	30,259	6.6	712,962	6.9
50年	30,466	6.2	702,275	6.3
55年	32,275	6.4	722,801	6.2
60年	33,952	6.4	752,283	6.3
平成 2年	36,787	6.9	820,305	6.7
7年	47,044	8.8	922,139	7.4
12年	41,724	7.6	961,653	7.7
17年	46,657	8.5	1,083,796	8.6
22年	51,568	9.4	1,197,012	9.5
27年	55,391	10.2	1,290,444	10.3
令和 元年	57,938	10.8	1,381,093	11.2

(死亡率は人口千人対)

図9 死亡数と死亡率の推移



イ 死因別死亡数

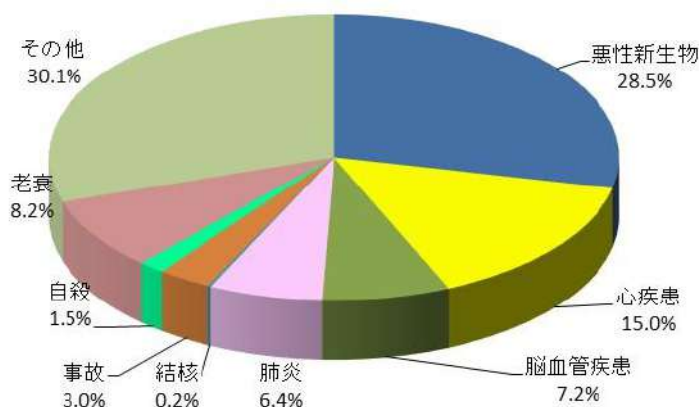
本県の死因別死亡数は、令和元年で悪性新生物が16,494人、全体の28.5%である。次いで心疾患15.0%、脳血管疾患7.2%、肺炎6.4%となっており、三大生活習慣病で全体の5割以上を占めている。

表7 死因別に見た死亡数(令和元年)

年次	兵庫県			全国		
	死亡数	構成比	死亡率	死亡数	構成比	死亡率
全死因	57,938	100.0%	1,079.1	1,381,093	100.0%	1,116.2
悪性新生物	16,494	28.5%	307.2	376,425	27.3%	304.2
心疾患	8,677	15.0%	161.6	207,714	15.0%	167.9
脳血管疾患	4,193	7.2%	78.1	106,552	7.7%	86.1
肺炎	3,699	6.4%	68.9	95,518	6.9%	77.2
結核	107	0.2%	2.0	2,087	0.2%	1.7
事故	1,759	3.0%	32.8	39,184	2.8%	31.7
自殺	853	1.5%	15.9	19,425	1.4%	15.7
老衰	4,738	8.2%	88.2	121,863	8.8%	98.5
その他	17,418	30.1%	324.4	412,325	29.9%	333.2

(死亡率は人口10万人対)

図10 兵庫県の死因別死亡割合(令和元年)



ウ 死因別死亡率

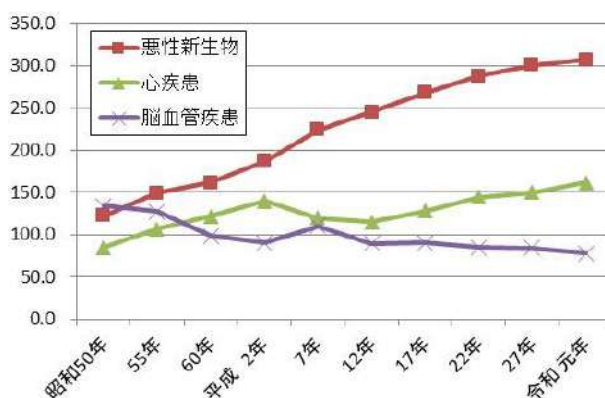
死亡の中で5割以上を占める三大生活習慣病の死亡率を見てみると、悪性新生物及び心疾患は増加傾向にあるのに対し、脳血管疾患は横ばいである。

表8 兵庫県の死因別死亡率(人口10万人対)の推移

年次	全死因	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患
昭和50年	619.5	122.7	85.0	134.5
55年	637.5	149.7	107.3	127.5
60年	643.5	161.8	122.1	98.5
平成2年	690.7	187.4	139.9	90.3
7年	884.5	224.3	120.1	110.5
12年	763.1	245.1	115.3	89.9
17年	847.6	267.9	128.5	90.6
22年	936.2	287.9	144.7	85.3
27年	1,015.2	301.0	150.3	84.1
令和元年	1,079.1	307.2	161.6	78.1

資料 厚生労働省「令和2年人口動態調査」

図11 兵庫県の生活習慣病の死亡率(人口10万対)

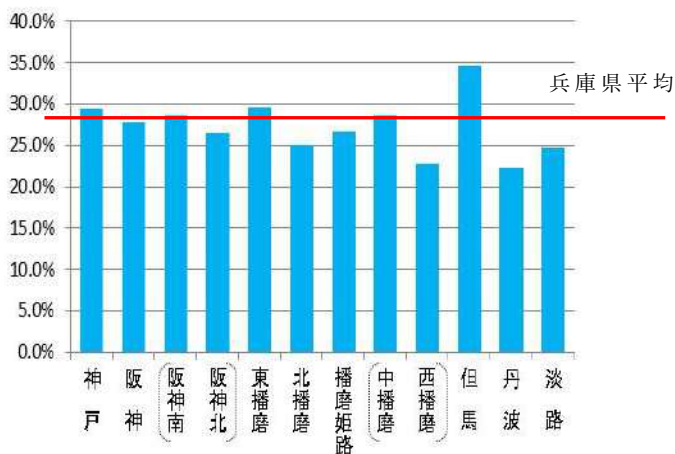


エ 在宅死亡割合

表9 医療圏域別に見た在宅死亡数・割合

		全死亡者数	在宅死亡者数	在宅死亡割合	
全県		57,938	16,314	28.2%	
2次保健医療圏域	神戸	15,769	4,642	29.4%	
	阪神	阪神南	9,942	2,843	28.6%
		阪神北	6,653	1,759	26.4%
		小計	16,595	4,602	27.7%
	東播磨	7,159	2,121	29.6%	
	北播磨	3,168	795	25.1%	
	播磨姫路	中播磨	6,060	1,734	28.6%
		西播磨	3,244	741	22.8%
		小計	9,304	2,475	26.6%
	但馬	2,479	858	34.6%	
	丹波	1,478	330	22.3%	
	淡路	1,986	491	24.7%	

図12 圏域別在宅死亡割合



資料 厚生労働省「令和元年人口動態調査」

オ 平均寿命

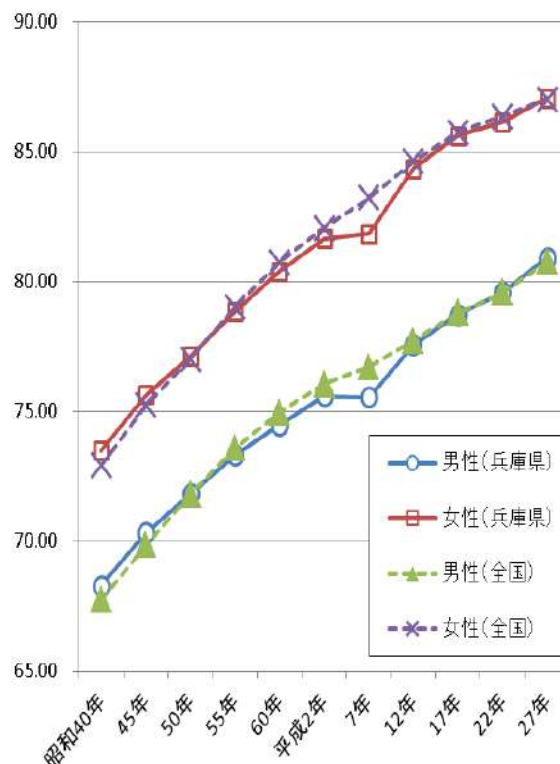
本県と全国の平均寿命を男女別に比較すると、いずれも昭和55年以降は本県の平均寿命が全国値よりも低かったが、平成27年は全国値よりも高くなっている。

表10 平均寿命の推移

	兵庫県		全国	
	男	女	男	女
昭和40年	68.29	73.48	67.74	72.92
45年	70.32	75.63	69.84	75.23
50年	71.82	77.13	71.79	77.01
55年	73.31	78.84	73.57	79.00
60年	74.47	80.40	74.95	80.75
平成2年	75.59	81.64	76.04	82.07
7年	75.54	81.83	76.70	83.22
12年	77.57	84.34	77.71	84.62
17年	78.72	85.62	78.79	85.75
22年	79.59	86.14	79.59	86.35
27年	80.92	87.07	80.77	87.01

資料：厚生労働省「平成27年都道府県別生命表」

図13 平均寿命の推移



3 受療動向

(1) 推計患者数

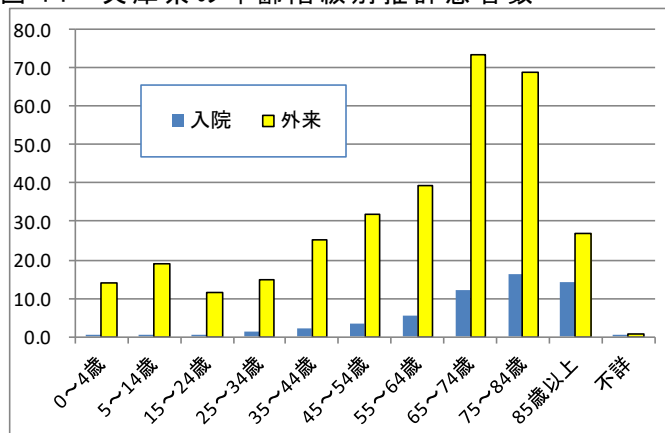
本県の推計患者数を年齢階級別に見ると、入院・外来とも55歳以降に急激に増加し、入院は75～84歳、外来は65～74歳の年齢層が、それぞれ最も多くなっている。

表11 兵庫県の年齢階級別推計患者数

	入院	外来
0～4歳	0.6	13.8
5～14歳	0.3	18.9
15～24歳	0.5	11.5
25～34歳	1.4	14.9
35～44歳	2.0	25.1
45～54歳	3.5	32.0
55～64歳	5.5	39.4
65～74歳	12.0	73.6
75～84歳	16.3	69.0
85歳以上	14.3	26.8
不詳	0.1	0.7
合計	56.5	325.7

(単位:千人)

図14 兵庫県の年齢階級別推計患者数



資料 厚生労働省「平成29年患者調査」

(2) 年齢階級別受療率

本県の年齢階級別の受療率を見ると、入院は5～14歳、外来は15～24歳が最も低く、その後、年齢が上がるにつれて高くなっていく。全国値のデータと比較してみると、入院は0～14歳の年齢層を除いて全国値より低く、一方、外来は65歳以上の年齢層で全国値より特に高くなっている。

表12 年齢階級別受療率(人口10万人対)

年齢	入院		外来	
	兵庫県	全国	兵庫県	全国
0～4歳	299	365	6,409	6,666
5～14歳	64	90	3,945	3,557
15～24歳	97	136	2,155	2,018
25～34歳	261	264	2,765	2,938
35～44歳	269	304	3,409	3,290
45～54歳	449	469	4,110	4,106
55～64歳	837	879	5,955	5,763
65～74歳	1,516	1,484	9,293	8,854
75歳以上	3,993	3,997	12,503	11,899
総数	1,028	1,036	5,918	5,675

資料 厚生労働省「平成29年患者調査」

図15 年齢階級別受療率(人口10万対)入院

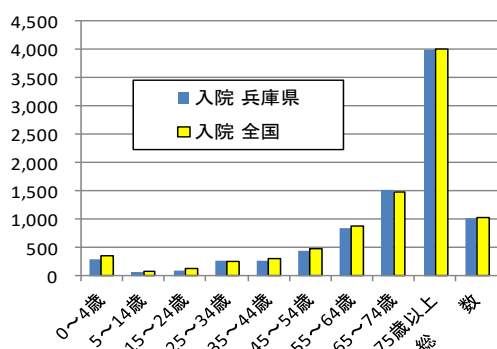
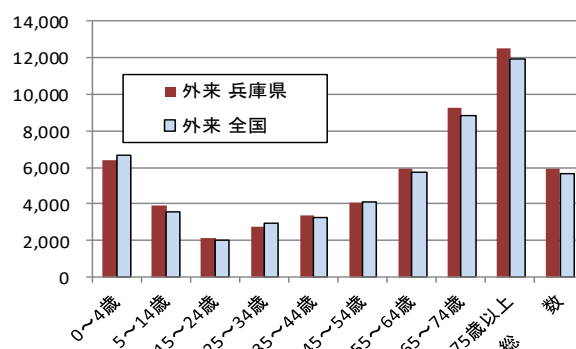


図16 年齢階級別受療率(人口10万対)外来



(3) 傷病分類別患者数

入院及び外来の患者を傷病別にみると、入院では、精神及び行動の障害・循環器系の疾患・新生物が多く、外来では、消化器系の疾患・筋骨格系及び結合組織の疾患・循環器系の疾患が多い。

表13 兵庫県の傷病分類別推計患者数 (単位:千人)

傷病分類	兵庫県	
	入院	外来
感染症及び寄生虫症	1.1	6.8
新生物	6.2	14.2
血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	0.3	0.6
内分泌、栄養及び代謝疾患	1.6	24.0
精神及び行動の障害	9.8	8.9
神経系の疾患	5.0	7.0
眼及び付属器の疾患	0.8	17.6
耳及び乳様突起の疾患	0.1	7.3
循環器系の疾患	9.4	40.4
呼吸器系の疾患	4.4	27.1
消化器系の疾患	2.8	52.7
皮膚及び皮下組織の疾患	0.7	13.2
筋骨格系及び結合組織の疾患	3.4	39.7
腎尿路生殖器系の疾患	2.1	16.0
妊娠、分娩及び産じょく	0.6	0.4
周産期に発生した病態	0.2	0.1
先天奇形、変形及び染色体異常	0.2	0.7
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	0.6	3.2
損傷、中毒及びその他の外因の影響	6.8	14.1
健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	0.5	31.8
総数	56.5	325.7

資料 厚生労働省「平成29年 患者調査」

図17 傷病分類別推計患者数 (千人)

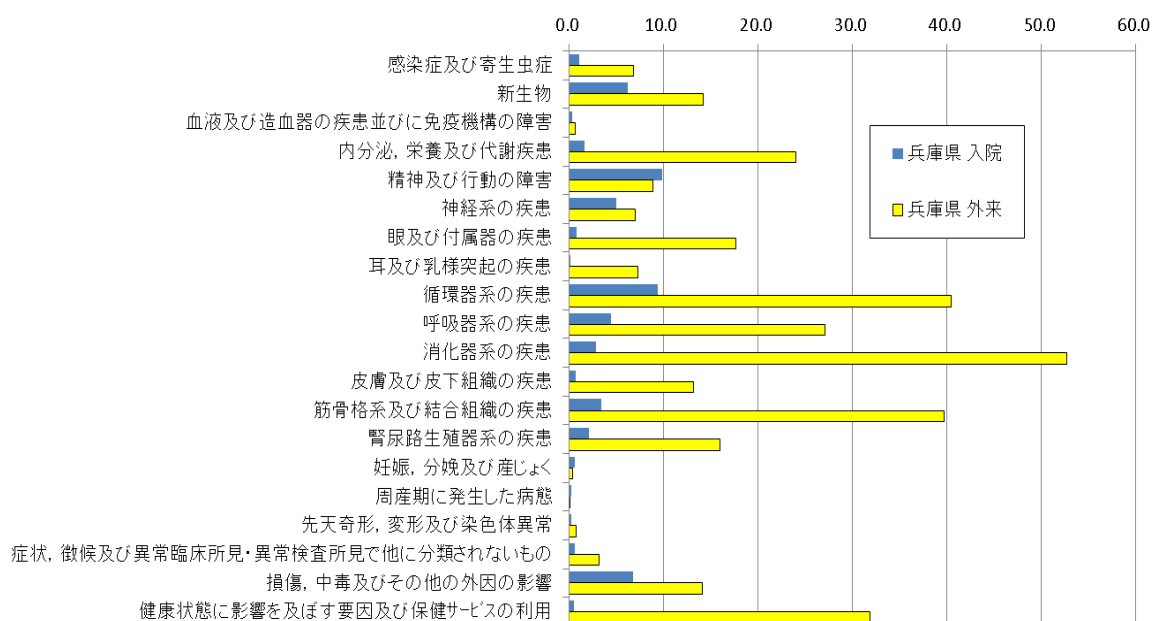


表14 傷病分類別受療率(人口10万人対)

傷病分類	兵庫県		全国	
	入院	外来	入院	外来
感染症及び寄生虫症	20	124	16	134
新生物	113	258	112	197
血液及び造血管の疾患並びに免疫機構の障害	5	12	5	17
内分泌、栄養及び代謝疾患	29	436	26	350
精神及び行動の障害	179	162	199	206
神経系の疾患	92	128	100	130
眼及び付属器の疾患	15	320	9	283
耳及び乳様突起の疾患	2	132	2	78
循環器系の疾患	171	733	180	702
呼吸器系の疾患	81	492	76	497
消化器系の疾患	51	958	52	1,021
皮膚及び皮下組織の疾患	13	239	9	240
筋骨格系及び結合組織の疾患	61	721	56	692
尿路性器系の疾患	38	290	40	254
妊娠、分娩及び産じょく	11	8	14	12
周産期に発生した病態	4	1	6	2
先天奇形、変形及び染色体異常	3	12	4	11
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	10	58	11	62
損傷、中毒及びその他の外因の影響	123	255	109	236
健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	8	578	10	553
総数	1,028	5,918	1,036	5,675

資料 厚生労働省「平成29年 患者調査」

図 18 傷病分類別受療率（人口 10 万対）入院

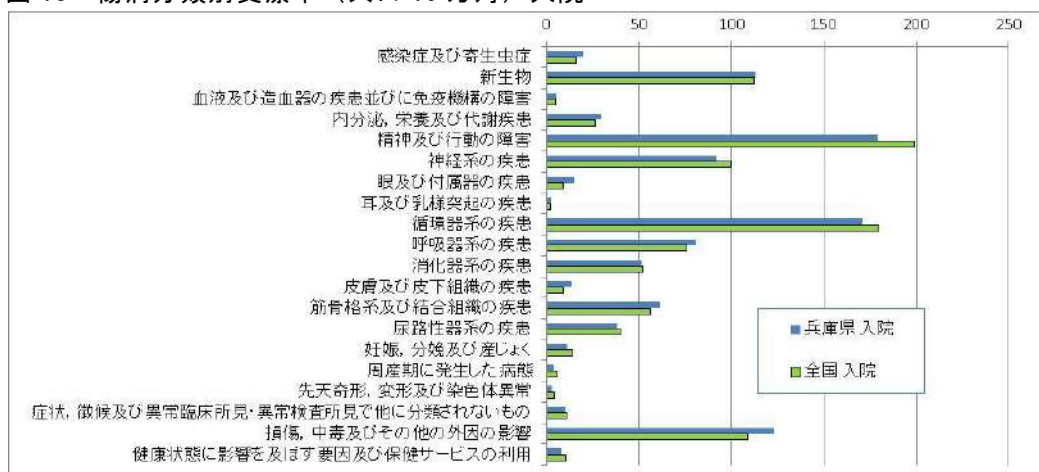
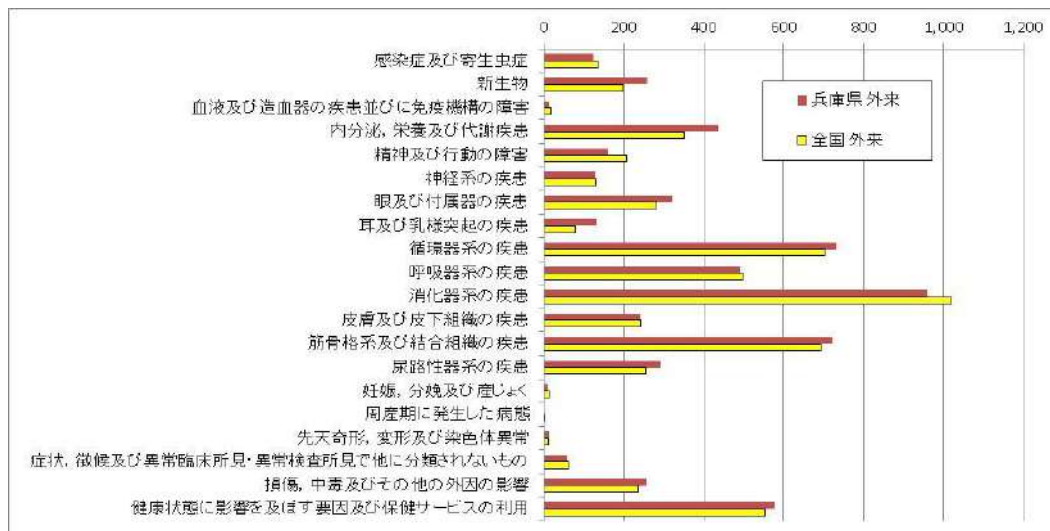


図 19 傷病分類別受療率（人口 10 万対）外来



4 医療施設及び医療従事者の動向

(1) 病院・診療所数

病院・診療所とも、数はほぼ横ばいである。人口10万対で比較してみると、病院は全国値より低く、一般診療所は全国値より高くなっている。

表15 兵庫県の病院・診療所数の推移

	施設数										人口10万人対(R1)	
	平成22	平成23	平成24	平成25	平成26	平成27	平成28	平成29	平成30	令和元	全県	全 国
病 院	349	348	349	352	353	353	350	350	353	348	6.4	6.6
うち精神	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	0.6	0.8
一般診療所	4,951	4,967	5,010	5,010	4,983	5,002	5,033	5,053	5,071	5,125	93.8	81.3
歯科診療所	2,963	2,966	2,992	2,992	2,987	2,987	3,011	2,981	2,974	2,986	54.6	54.3

資料 厚生労働省「令和元年度 医療施設調査」

(2) 病床数

令和3年4月1日時点では、一般・療養病床の各圏域の既存病床数（令和2年10月1日現在）は基準病床数（令和3年4月改定）をすべて上回る。

表16 既存病床数の推移

区分	圏域	基準病床数 (R3年4月)	平成22	平成23	平成24	平成25	平成26	平成27	平成28	平成29	平成30	令和元	令和2 (10月)	
一般・療養病床	神 戸	13,182	15,009	14,985	15,529	15,502	15,367	15,393	15,244	15,582	15,547	15,603	15,491	
	阪 神	阪神南	-	8,525	8,403	8,747	8,751	8,744	8,747	8,736	8,762	8,865	8,872	8,861
		阪神北	-	6,304	6,186	6,729	6,744	6,692	6,725	6,771	6,781	6,811	6,826	6,809
		小計	12,748	14,829	14,589	15,476	15,495	15,436	15,472	15,507	15,543	15,676	15,698	15,670
	東播磨	5,828	6,242	6,080	6,342	6,346	6,363	6,335	6,323	6,426	6,382	6,365	6,234	
	北播磨	2,789	3,374	3,338	3,338	3,332	3,342	3,341	3,317	3,265	3,265	3,265	3,198	
	播磨姫路	中播磨	-	5,546	5,326	5,448	5,451	5,423	5,406	5,395	5,468	5,531	5,511	5,509
		西播磨	-	2,976	2,837	2,834	2,792	2,738	2,732	2,722	2,734	2,739	2,736	2,673
		小計	6,990	8,522	8,163	8,282	8,243	8,161	8,138	8,117	8,202	8,270	8,247	8,182
	但 馬	1,350	1,657	1,657	1,517	1,516	1,548	1,493	1,481	1,415	1,420	1,380	1,380	
	丹 波	680	1,328	1,308	1,304	1,304	1,317	1,249	1,249	1,249	1,249	1,154	1,167	
	淡 路	1,084	1,705	1,705	1,733	1,721	1,726	1,726	1,726	1,726	1,725	1,725	1,710	
	全県計	44,651	52,666	51,825	53,521	53,459	53,260	53,147	52,964	53,408	53,534	53,437	53,032	
	精神病床		10,801	11,452	11,434	11,411	11,404	11,404	11,375	11,334	11,331	11,280	11,265	11,240
結核病床		138	343	343	211	211	200	150	150	150	150	150	150	
感染症病床		58	54	54	54	54	54	54	54	54	54	50	54	

(3) 平均在院日数・病床利用率

病床別の平均在院日数は、一般病床が15.6日（平成28年15.5日）、療養病床が136.4日（平成28年149.9日）、精神病床が178.9（平成28年264.2日）であり、いずれも短縮化傾向にある。

表17 圏域別 病床別病床利用率・平均在院日数

圏 域	全病床		一般病床		療養病床		精神病床		結核病床		感染症病床		
	病床利用率	平均在院日数	病床利用率	平均在院日数	病床利用率	平均在院日数	病床利用率	平均在院日数	病床利用率	平均在院日数	病床利用率	平均在院日数	
	(%)	(日)	(%)	(日)	(%)	(日)	(%)	(日)	(%)	(日)	(%)	(日)	
全 国	80.5	27.3	76.5	16.0	87.3	135.9	82.7	196.8	33.1	64.6	3.8	8.5	
全 県	80.7	25.6	76.2	15.6	89.1	136.4	88.6	178.9	47.6	74.8	0.8	7.6	
兵庫	神 戸	78.2	23.2	74.5	15.1	87.1	127.7	90.8	120.9	50.1	58.8	3.1	16.3
	阪 神	82.9	25.1	78.1	15.5	91.9	151.1						
	東播磨	80.3	22.8	74.0	13.4	90.5	137.1						
	北播磨	86.8	35.5	84.0	21.2	93.6	155.2						
	播磨姫路	79.1	27.0	75.6	16.4	81.1	112.1						
	但 馬	73.1	28.0	71.5	17.3	69.1	114.7						
	丹 波	79.2	35.3	64.3	14.1	90.8	229.4						
	淡 路	88.2	40.3	84.3	17.4	94.0	112.3						

資料 厚生労働省「令和元年 病院報告」

図 20 病床利用率

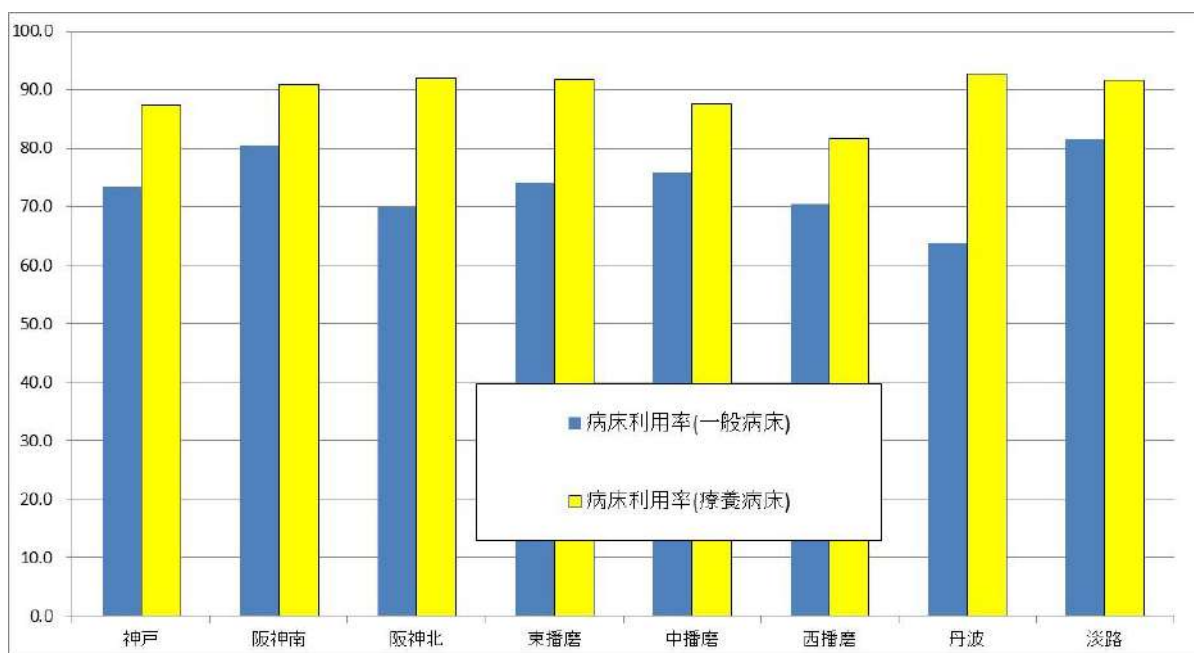
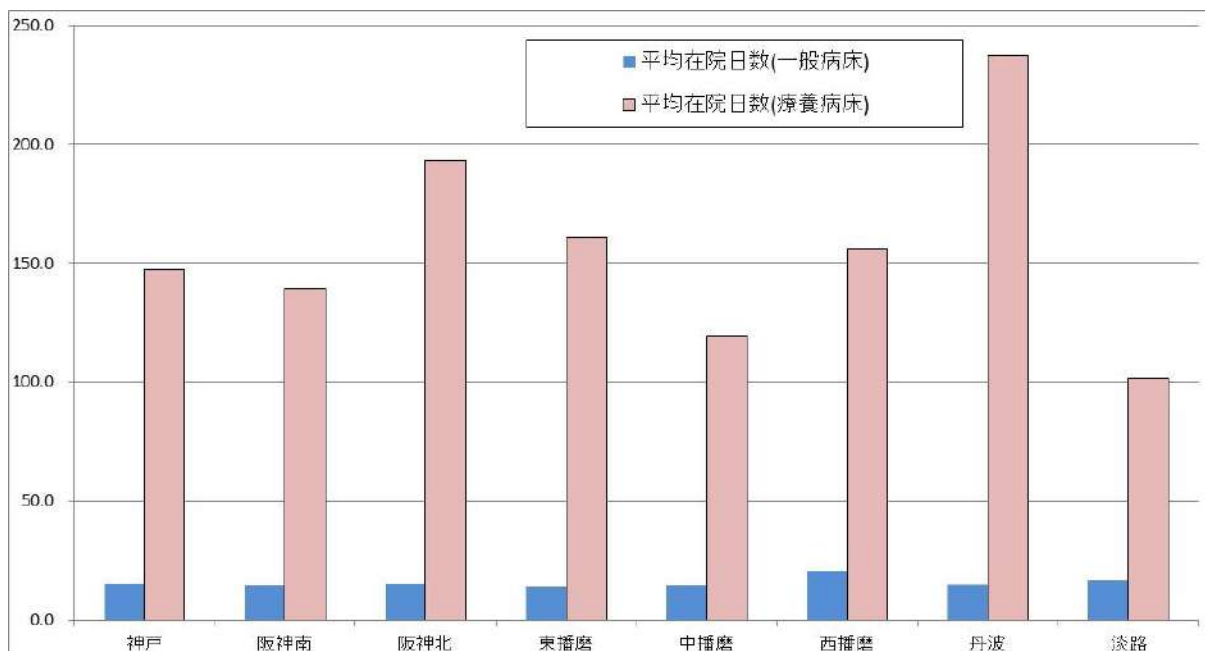


図 21 平均在院日数



(4) 標榜科別病院延べ数

標榜科別病院延べ数は多い方から、内科・リハビリテーション科・整形外科・外科・放射線科・消化器内科・循環器内科の順となっている。

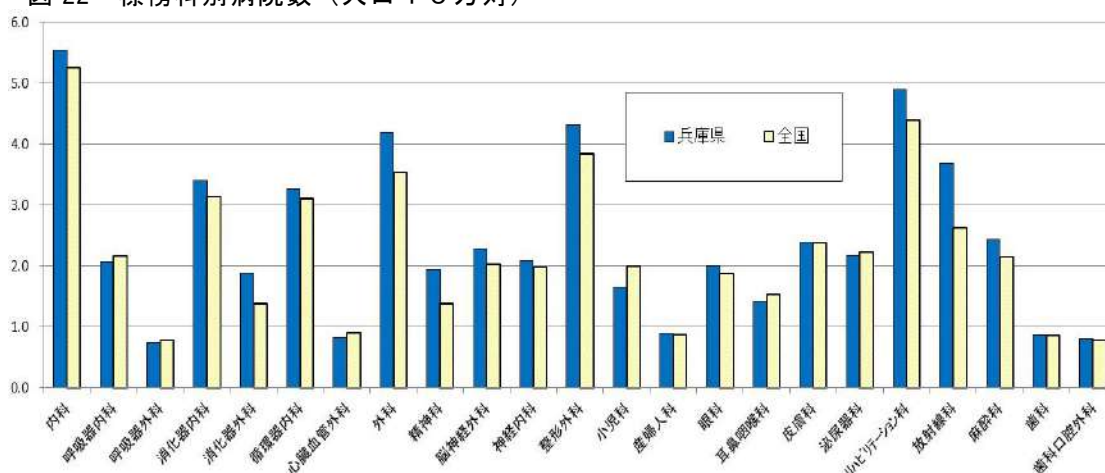
表18 標榜科別病院(精神科病院及び一般病院)延べ数

		内科	呼吸器内科	呼吸器外科	消化器内科	消化器外科	循環器内科	心臓血管外科	外科	精神科	脳神経外科	神経内科	整形外科
兵庫県	病院数	309	115	41	190	105	182	46	233	108	127	116	240
	人口10万人対	5.5	2.1	0.7	3.4	1.9	3.3	0.8	4.2	1.9	2.3	2.1	4.3
全国		5.3	2.2	0.8	3.1	1.4	3.1	0.9	3.5	1.4	2.0	2.0	3.8

		小児科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	皮膚科	泌尿器科	リハビリテーション科	放射線科	麻酔科	歯科	歯科口腔外科
兵庫県	病院数	92	50	112	79	133	121	273	205	136	48	45
	人口10万人対	1.7	0.9	2.0	1.4	2.4	2.2	4.9	3.7	2.4	0.9	0.8
全国		2.0	0.9	1.9	1.5	2.4	2.2	4.4	2.6	2.2	0.9	0.8

資料 厚生労働省「令和元年医療施設調査」

図22 標榜科別病院数(人口10万対)



(5) 医師

医師数は徐々に増加しているが、人口10万対の医師数は、全国に比べて低い。

表19 医師数の推移

		平成14	平成16	平成18	平成20	平成22	平成24	平成26	平成28	平成30
兵庫県	医師数	11,223	11,569	11,953	12,313	12,641	13,251	13,461	13,979	14,463
	人口10万人対	201.2	207.1	213.8	220.4	226.2	237.9	242.9	253.2	263.8
全国		206.1	211.7	217.5	224.5	230.4	237.8	244.9	251.7	258.8

資料 厚生労働省H30「医師・歯科医師・薬剤師統計」

表20 主な診療科別医師数(平成30年)

		内科	呼吸器内科	呼吸器外科	消化器内科	消化器外科	循環器内科	心臓血管外科	外科	精神科	脳神経外科	神経内科
兵庫県	医師数	2,731	226	93	658	277	622	115	692	603	324	184
	人口10万人対	49.8	4.1	1.7	12.0	5.1	11.3	2.1	12.6	11.0	5.9	3.4
全国		47.8	5.0	1.6	11.8	4.4	10.1	2.5	10.9	12.6	6.0	4.1

		整形外科	小児科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	皮膚科	泌尿器科	リハビリテーション科	放射線科	麻酔科	救急科
兵庫県	医師数	1,060	778	464	668	427	396	344	117	297	442	141
	人口10万人対	19.3	14.2	8.5	12.2	7.8	7.2	6.3	2.1	5.4	8.1	2.6
全国		17.3	13.7	8.5	10.5	7.3	7.4	5.9	2.1	5.4	7.6	2.8

資料 厚生労働省H30「医師・歯科医師・薬剤師統計」

(6) 歯科医師

歯科医師数は、平成26年まで徐々に増加してきたが、人口10万対で全国と比較すると、下回っている。診療科別に見ても、全ての診療科で全国値を下回っている。

表21 歯科医師数の推移

		平成14	平成16	平成18	平成20	平成22	平成24	平成26	平成28	平成30
兵庫県	歯科医師数	3,443	3,583	3,708	3,747	3,866	3,868	3,945	3,907	4,007
	人口10万人対	61.7	64.1	66.3	67.1	69.2	69.4	71.2	70.8	73.1
全国	人対	72.9	74.6	76.1	77.9	79.3	80.4	81.8	82.4	83.0

資料 厚生労働省H30「医師・歯科医師・薬剤師統計」

表22 主な診療科別歯科医師数(平成30年)

		歯科	矯正歯科	小児歯科	歯科口腔外科
兵庫県	歯科医師数	3,481	138	65	177
	人口10万人対	63.5	2.5	1.2	3.2
全国	人対	70.2	3.0	1.6	3.2

資料 厚生労働省H30「医師・歯科医師・薬剤師統計」

(7) 薬剤師

薬剤師数は年々増加しており、人口10万対で全国と比較すると上回っている。

表23 薬剤師数の推移

		平成14	平成16	平成18	平成20	平成22	平成24	平成26	平成28	平成30
兵庫県	薬剤師数	11,351	11,803	12,458	13,237	13,372	13,654	13,914	14,616	15,068
	人口10万人対	203.5	211.3	222.9	237.0	239.3	245.1	251.1	264.8	274.7
全国	人対	180.3	189.0	197.6	209.7	215.9	219.6	226.7	237.4	246.1

資料 厚生労働省 H30「医師・歯科医師・薬剤師統計」

第3章 基準病床数

基準病床数は、医療法に基づき、都道府県域又は2次保健医療圏域において整備を図るべき病床数の一定の水準を示すものであり、国の定める基準により、一般病床及び療養病床は2次保健医療圏域ごと、精神病床、結核病床、感染症病床については都道府県の区域ごとに定めることとされている。

一般及び療養病床、精神病床について、国の定める算定式に基づき、以下のとおり定め、令和3（2021）年4月1日より適用する。（結核病床及び感染症病床は据え置く。）

県としては、引き続き地域医療構想に基づく2025年の医療需要を踏まえた必要病床数を基本とし、医療提供体制の充実を図っていく。

なお、感染症病床及び結核病床については、新型コロナウイルス感染症の状況を踏まえ、今後の新興感染症の拡大時にも対応できる医療提供体制の検討を更に行っていく必要があるため、現時点での改定は行わない。

【基準病床数の算定】

1 一般病床及び療養病床

国の定める算定式に基づき、一般病床については、年齢階級別人口、年齢階級別退院率、平均在院日数、病床利用率などから算出し、療養病床については、年齢階級別人口、療養病床入院受療率、介護施設・在宅医療等で対応可能な数、病床利用率などにより算出し、両者を合算して、次のとおり定める。

圏域	基準病床数 (令和3年4月1日～) A	既存病床数 (令和2年10月1日) B	病床数の過不足 C = B - A
神戸	13,246	15,491	2,245
阪神	12,748	15,670	2,922
東播磨	5,828	6,234	406
北播磨	2,789	3,198	409
播磨姫路	6,990	8,182	1,192
但馬	1,350	1,380	30
丹波	680	1,167	487
淡路	1,084	1,710	626
合計	44,715	53,032	8,317

2 精神病床

国の定める算定式に基づき、性別・年齢階級別の推計人口、急性期入院受療率、回復期入院受療率、慢性期入院受療率、流出入入院患者数などにより算出し、次のとおり定める。

	基準病床数 (令和3年4月1日～) A	既存病床数 (令和2年10月1日) B	病床数の過不足 C = B - A
全県	9,602	11,240	1,638

3 感染症病床

国の通知に基づき、感染症予防法に定める第1種感染症指定医療機関及び第2種感染症指定医療機関の感染症病床の数を合算して、次のとおり定めている。

	基準病床数 (平成28年4月1日～) A	既存病床数 (令和2年10月1日) B	病床数の過不足 C = B - A
全 県	58	54	△4

4 結核病床

国が定める参酌基準に基づき、塗抹陽性結核患者数、塗抹陽性結核患者の感染性が消失するまでに要する平均日数などにより算出し、次のとおり定めている。

	基準病床数 (平成28年4月1日～) A	既存病床数 (令和2年10月1日) B	病床数の過不足 C = B - A
全 県	138	150	12

なお、既存病床数の変更に対応するため、定期的に県のホームページを更新する。
○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) 一般病床及び療養病床については、各2次保健医療圏域において地域の実情に応じ基準病床数の範囲内で適正な病床の整備を行う必要がある。既存の許可病床のうち、休床になっている病床もあり、病床利用率を踏まえた適正配分が必要である。また、医療費の適正化を図るため策定される兵庫県医療費適正化計画と整合性を図り、地域課題や患者数の実態に応じてバランスのとれた病床数を確保していく必要がある。
- (2) 精神病床については、基準病床数を上回っているが、病床稼働率も一般病床に比べて高いことから、多様な精神医療のニーズに機動的に対応することが難しい面がある。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、連携を進める必要がある。
- (3) 結核病床は、既存病床数が基準病床を上回っているが、結核病床の運営状況から全国的に減床や病床廃止が進んでいる。このことから、引き続き入院を必要とする結核患者数の動向を踏まえ、不足を来さないようその確保に努める必要がある。

【推進方策】

- (1) 一般病床及び療養病床については、圏域内の病床数（基準病床数との比較や既存病床の利用状況）や既存医療機関の連携状況、5疾病5事業等で各医療機関に求められる医療機能、介護療養型施設廃止の令和5（2023）度末までへの延長措置などを考慮しつつ、地域課題等に応じて必要な医療機能や病床の整備を圏

域の健康福祉推進協議会で検討する。

また、兵庫県医療費適正化計画と整合を図り、医療機関の機能分化・連携を進め、全病床の平均在院日数の短縮を目指す。(県、保健所設置市、関係団体、医療機関)

(2) 精神病床については、病院、診療所、訪問看護ステーション、健康福祉事務所、市町地域援助事業者等からなる協議の場の設置や、かかりつけ医と精神科医の連携により良質かつ適切な医療を提供し、在院日数の短縮化と病床の効果的で柔軟な利用を図っていく。(県、市町、関係団体、医療機関等)

(3) 基準病床数制度のあり方については、引き続き国の検討状況を注視し、地域の実情に応じた柔軟な判断ができるよう、都道府県の裁量範囲の拡大を国に提案していく。

<許可を受けないで一般病床の設置又は増床ができる診療所>

医療法施行規則(平成29年厚生労働省令第27号による改正前のもの)第1条の14第7項第1号から第3号までの規定に基づき、許可を受けないで一般病床の設置等ができる診療所として保健医療計画に記載された診療所は、次のとおりである。

(令和2年12月1日現在)

圏域名	診療所名	所在地	新設/増床の別	医療法施行規則における種別
神戸	もりもと産婦人科クリニック	神戸市垂水区舞多聞西5丁目1-3	新設15床	周産期(第3号)
神戸	蓮池医院	神戸市北区鈴蘭台東町1丁目7番20号	増床8床	在宅医療(第1号)
阪神	レディース&マタニティクリニック サンタクルス ザ シュクガワ	西宮市相生町8-15	増床10床	周産期(第3号)
阪神	宮本レディースクリニック	西宮市樋之池町5-22	増床2床	周産期(第3号)
阪神	きょう整形外科・神経外科クリニック	尼崎市御園町54番地カーム尼崎3階	増床3床	その他(第3号)
東播磨	あきこレディースクリニック	明石市上ノ丸3丁目11-8	新設2床	周産期(第3号)
東播磨	西村医院	加古川市野口町水足字松の内1852	新設19床	在宅医療(第1号)
東播磨	新見眼科	明石市二見町東二見901-1	新設3床	その他(第3号)
東播磨	はまなレディースクリニック	明石市大久保町大窪字大谷2620-3	新設13床	周産期(第3号)
播磨姫路	板垣救急クリニック	たつの市揖西町南山2-110の一部及び111	新設4床	救急医療(第2号)

なお、許可を受けないで一般病床の設置又は増床ができる診療所に変更が生じた場合には、県のホームページを更新する。

○ 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>

【第2部】

保健医療提供体制の基盤整備

第2部 保健医療提供体制の基盤整備

第1章 保健医療施設

1 病院

【現 状】

(1) 病院数・病床数の状況

ア 病院数は、平成28年10月1日時点では、350施設であったが、令和元年10月1日現在では348施設と若干減少している。種類別の内訳は、一般病院316施設、精神科単科病院32施設となっている。

また、人口10万対では、総病院数は6.4で全国値6.6を下回り、一般病院数は5.8で全国値5.7を上回っている。

イ 病院数を病床の規模別にみると、全県では100床未満が32.5%、100床以上200床未満が38.2%、200床以上400床未満が19.8%、400床以上が9.5%となっている。

ウ 病床数は、平成28年10月1日時点では64,996床であったが、令和元年10月1日現在では64,440床に減少している。種類別の内訳は、一般病床39,428床、療養病床13,219床（介護型療養病床を含む。）、精神病床11,589床、結核病床150床、感染症病床54床となっている。

エ 医療提供体制の面から見ると、医師、薬剤師らの医療従事者について、医療法上の標準数を満たしていない医療機関が、平成28年度は医師1.1%、看護職員0.9%、薬剤師0.9%であったのが、令和元年度には医師1.7%、看護職員1.1%、薬剤師0.9%となっており、改善は進んでいない（立入検査結果より）。

（単位 上段：実数、下段：人口10万対）

	神戸	阪神	東播磨	北播磨	播磨姫路	但馬	丹波	淡路	全県
施設数	109	89	39	22	60	11	7	11	348
	7.2	5.1	5.5	8.3	7.3	6.9	6.9	8.6	6.4
病床数	18,739	18,233	7,522	4,458	10,089	1,928	1,416	2,055	64,440
	1230.4	1041.2	1053.9	1678.9	1229.3	1205.9	1392.1	1605.3	1178.9

厚生労働省「令和元年医療施設調査」

(2) 開設者別に見た病院の状況

ア 大学病院

県内には、神戸大学医学部附属病院、神戸大学医学部附属国際がん医療・研究センター、兵庫医科大学病院、兵庫医科大学ささやま医療センターがあり、神戸大学医学部附属病院及び兵庫医科大学病院は、医療法上の特定機能病院として指定されており、高度専門・特殊医療の提供に主導的な役割を担っている。

イ 独立行政法人国立病院機構

県内には、独立行政法人国立病院機構の神戸医療センター、姫路医療センター、兵庫中央病院及び兵庫あおの病院の4病院があり、国の政策として担うべき医療（政策医療）を提供する役割を担っている。

ウ 県立病院

本県では、尼崎総合医療センター、西宮病院、加古川医療センター、淡路医療センター、丹波医療センターの5つの総合型病院とひょうごこころの医療センター、こども病院、がんセンター、姫路循環器病センター、粒子線医療センター（附属 神戸陽子線センターを含む）、災害医療センター（運営は日本赤十字社兵庫県支部）、リハビリテーション中央病院（運営は兵庫県社会福祉事業団）及びリハビリテーション西播磨病院（運営は兵庫県社会福祉事業団）の8つの専門病院を設置している。

県立病院は、

- ① がん医療、循環器疾患医療、周産期医療、リハビリテーション医療等のうち、民間医療機関等では十分な対応が困難な高度専門・特殊医療の提供
 - ② 他に中核的な医療機関のない2次保健医療圏域においては、他の医療機関との連携のもと地域医療の提供
 - ③ 保健医療行政との密接な連携による政策医療の提供
 - ④ 医師の育成や地域の医療従事者に対する教育・研修の実施
- などの役割を担っている。

エ 市町立等の公的病院

県内には、現在、市町立及びその組合等が設置する公立病院が24病院、地方独立行政法人が設置する病院が6病院、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会が設置する病院が4病院ある。これらの病院は、5疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患）5事業（救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児救急を含む小児医療）など多様な医療分野で、日常生活圏において通常必要とされる入院医療及び専門医療を担う中核的な病院として大きな役割を果たしている。

医療提供体制の充実と経営基盤の強化を図るため、市町立病院間の広域連携を推進する動きも見られている。

オ 民間病院

病院数で約8割、病床数で約7割と大半を占め、地域医療の根幹を支えている。民間病院においては、地域の医療需要に応じてそれぞれの病院が設立目的・理念に沿った医療を提供しており、公的病院との相互補完により地域医療に重要な役割を担っている。

また個別の疾患に対し、専門医を配置し、高度な医療機能を有している専門病院も増加しており、地域医療提供体制の質的向上に貢献している。

平成19年4月より、医療機関の開設主体である医療法人について、社会医療法人制度が創設され、令和2年10月1日現在、県内には11の社会医療法人（社会医療法人渡邊高記念会、社会医療法人製鉄記念広畑病院、社会医療法

人財団聖フランシスコ会、社会医療法人神鋼記念会、社会医療法人社団正峰会、社会医療法人中央会、社会医療法人三栄会、社会医療法人榮昌会、社会医療法人甲友会、社会医療法人松藤会及び社会医療法人社団順心会)を認定しており、社会医療法人の開設する病院が救急医療等確保事業へ積極的に参加している。
※ 社会医療法人の認定状況は、県 HP で公表

【課題】

(1) 病院機能の役割分担と病院間の連携強化

県民の医療需要に的確に応え、最良の医療を提供できる体制を確保するには、限られた医療資源を有効に活用し、効果的・効率的な地域医療の供給システムを構築していくことが重要である。このため、病院についてその設置主体ごとの性格に応じて果たすべき役割の方向性を整理し、各病院がその有する機能を最大限に発揮できるよう整備を進めていくことが必要である。

また、一般病床（急性期病床）や療養病床（慢性期病床）の受け入れ患者について、病状に応じて必要とする患者がスムーズに受け入れられるよう、病院間の連携が必要である。

(2) 病院環境の整備

医療従事者の標準数を満たしていない病院があることから、職場環境の整備などにより医療従事者の確保し、医療提供体制の充実を図る必要がある。

【推進方策】

(1) 病院の職場環境の整備

医療提供体制の充実のため、医療機関の立入検査時などに医療従事者の確保を指導するとともに、患者の療養環境、医療従事者の職場環境の改善を促進する。
(県、保健 所設置市、医療機関)

(2) 病院の機能充実

ア 大学病院（大学）

医療法上の特定機能病院として指定された神戸大学医学部附属病院及び兵庫医科大学病院は、主導的に高度専門・特殊医療の提供を行う。

イ 独立行政法人国立病院機構（国・独立行政法人）

がん・循環器病などに対する高度先駆的医療、結核・難病など国立以外で対応が困難な医療、危機管理、国際貢献、重要な医療政策の実践など国の政策として

担うべき医療（政策医療）を提供する。

ウ 県立病院（県）

広域自治体として県内全体の医療水準の維持・向上を図り、県民の健康を確保するという県の基本的責務を踏まえ、県民への良質かつ効率的な医療提供体制の整備を進めるため、「病院構造改革推進方策」及び「新県立病院改革プラン」に基づく病院構造改革を更に推進し、その役割に応じた医療を適切に提供できるよう、診療機能の高度化・効率化を図る。

エ 市町立等公的病院（市町・日本赤十字社等）

圏域内の2次医療を担う中核的な病院として、市町立等の公的病院の医療機能の充実と限られた医療資源の効率的な活用の観点から、病院間の機能分担、再編・ネットワーク化を図り、適切な医療機能の再編整備を進める。

オ 民間病院の機能充実（医療機関）

公的病院と民間病院が担っている機能の特性を生かしつつ、病病連携、病診連携による機能分担を基本に、個々の患者の病態に応じた良質な医療の提供ができるよう、各病院が医療機能の一層の充実に努める。

また、社会医療法人の開設する病院に救急医療等確保事業等へ積極的な参加を求め、良質かつ適切な医療の効率的な提供を図る。

(3) 公立病院の再編・ネットワーク化（県、市町、一部事務組合）

公立病院（県立・市町立・一部組合立）及び地方独立行政法人が設置する病院は、国から平成27年3月に示された「新公立病院改革ガイドライン」に基づき、地域医療構想を踏まえた役割の明確化、経営の効率化、再編・ネットワーク化、経営形態の見直しを行うこととされている。

本県においては、県下の43全ての公立病院等について、各病院の役割、それを踏まえた診療機能の充実や経営改善を進めるための中期的な計画として新公立病院改革プランが策定されており、現在、各病院設置自治体等においてこのプランに基づき病院改革を推進している。

また、再編・ネットワーク化に当たっては、当保健医療計画に記載した5疾病5事業等の医療連携において求められる医療機能の確保に留意し県民への理解を求めつつ、県としては、病院間の具体的連携の実現に向けた取組への支援などを通じ、安全安心な地域医療体制の確保に努めていく。

(4) 公立・公的病院の機能分化と連携（県、医療機関）

公的病院は、地域における救急医療、小児医療、周産期医療等の政策医療を担う中心的な役割を担ってきたが、その責務に鑑み、「地域医療構想を踏まえた『公的医療機関等2025プラン』策定について」（平成29年8月4日付け医政発0804第2号厚生労働省医政局長通知）において、当該病院が担うべき役割等を示す「公的医療機関等2025プラン」を策定し、地域医療構想調整会議に提示し、具体的な議論を進めることが求められた。

本県では、地域医療構想推進に資するため、地域医療構想調整会議の場を活用して、公立病院の「新公立病院改革プラン」、公的病院の「公的医療機関等2025プラン」を踏まえた主体的な協議を促進するとともに、疾病・事業・病床機能ごとの役割分担・機能分化、地域の医療機関相互の連携に係る自主的取組を支援する。

新公立病院改革ガイドライン（平成27年3月31日）の概要

第1 更なる公立病院改革の必要性

- 公立病院改革の現状
 - ・ 国が平成19年12月に策定した公立病院改革ガイドラインを踏まえ、地方公共団体は公立病院改革に取り組んでいるが、依然として医師不足等のため、持続可能な経営を確保しきれていない病院が多数
 - ・ 人口減少や少子高齢化等により医療需要が大きく変化することが見込まれており、地域ごとに適切な医療提供体制の再構築に取り組むことが必要
- 公立病院改革の基本的な考え方
公・民の適切な役割分担の下、地域において、必要な医療提供体制の確保を図り、その中で公立病院が安定した経営の下で、へき地医療・不採算医療や高度・先進医療等を提供する重要な役割継続的に担っていくことができるようにすること。

第2 新公立病院改革プランの策定

- 策定時期
地域医療構想を踏まえつつ、平成28年度までに新公立病院改革プランを策定
- プランの期間
策定年度～平成32年度を標準
- プランの内容
以下の4つの視点に立った取組を明記
 - 1) 地域医療構想を踏まえた役割の明確化
 - ・ 将来の機能別の医療需要・必要病床数が示される地域医療構想と整合性のとれた形での当該公立病院の具体的な将来像を明確化
 - ・ 地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割を明確化 等
 - 2) 経営の効率化
 - ・ 公立病院が担う役割を確保しつつ、黒字化を目指して、経常収支比率等の数値目標を設定し、経営を効率化
 - ・ 医師等の人材確保・育成・経営人材の登用等に留意しつつ、経費削減・収入増加等の具体的な取組を明記 等
 - 3) 再編・ネットワーク化
 - ・ 病院間での機能の重複・競合が見られる病院、病床利用率が低水準の病院等、再編・ネットワーク化を引き続き推進（公的・民間病院との再編等を含む）等
 - 4) 経営形態の見直し
 - ・ 民間的経営手法導入等の観点から、地方独立行政法人化、指定管理者制度導入、地方公営企業法の全部適用、民間譲渡等経営形態の見直しを引き続き推進 等

第3 新公立病院改革プランの実施状況の点検・評価・公表

- プランを住民に対して速やかに公表
- プランの実施状況を概ね年1回以上点検・評価
（学識経験者等の参加する委員会等に諮問し、評価の客観性を確保）
- 数値目標の達成が著しく困難である場合は、抜本的な見直しを含めプランを改定
- 総務省はプランの策定・実施状況を概ね年1回以上調査し、公表

公的医療機関等2025プランの概要

【平成29年8月4日付け医政発0804第2号厚生労働省通知】

1 背景・目的

厚労省「医療計画の見直し等に関する検討会」の意見取りまとめにおいて、地域医療構想調整会議における具体的な議論の進め方は、まずは地域における救急医療、小児医療、周産期医療等の政策医療を担う中心的な医療機関から、その役割の明確化を図り、その他の医療機関については、中心的な医療機関が担わない機能や、中心的な医療機関との連携等を踏まえ、役割の明確化を図ることとされた。

このため、公的医療機関等が率先して、地域医療構想の達成に向けた将来の方向性を示すことが重要とされ、「公的医療機関等2025プラン」を策定のうへ地域医療構想調整会議に提示し、具体的な議論を進めるよう求められている。

2 内容（・記載事項の例）

（1）自施設の現状と課題

- ・診療実績（届出入院基本料、平均在院日数、病床稼働率、等）
- ・職員数（医師、看護職員、その他専門職、事務職員、等）
- ・提供する医療、政策医療の特徴
- ・他機関との連携
- ・他機関との役割の重複、地域で不足する医療への対応

（2）今後の方針

- ・地域において今後担うべき役割
- ・今後持つべき病床機能

（3）具体的計画

①病床機能ごとの病床のあり方

- ・病床機能別の2025年の予定病床数
- ・2023年までの年次スケジュール（取組内容、到達目標）
- ・病棟機能の変更理由
- ・病棟の改修・新築の要否
- ・病棟の改修・新築の具体的計画

②診療科の見直し

- ・2025年までの診療科の維持・見直し等の方針
- ・診療科の新設・廃止・変更・統合等の理由
- ・（新設等の場合）具体的な人員確保の方策
- ・（廃止等の場合）廃止される機能を補う方策

③その他の数値目標

- ・病床稼働率
- ・手術室稼働率
- ・紹介率
- ・逆紹介率
- ・人件費率
- ・医業収益に占める人材育成にかかる費用（職員研修費等）の割合

2 一般診療所

【現 状】

- (1) 一般診療所（医科診療所）数は、平成28年10月1日時点の5,033施設から、令和元年10月1日現在は5,125施設に増加している。このうち有床診療所は平成28年10月1日時点の228施設から、令和元年10月1日現在は、療養病床を有する診療所が18施設、その他の有床診療所が179施設の計197施設に減少している。人口10万対では、本県の診療所数は93.8で全国値81.3を上回っている。
- (2) 病床数は、平成28年10月1日時点2,838床から令和元年10月1日現在2,594床に減少している。人口10万対では47.5で、全国値72を下回っている。
- (3) 医療法施行規則の規定により、平成19年から、在宅医療や産科など地域において特に必要とされる機能を持つ有床診療所の一般病床については、医療計画に記載され又は記載されることが見込まれる場合には病床設置等の許可を要せず、知事への届出制とされた。

さらに平成30年からは、地域包括ケアシステム構築に必要な診療所や、へき地・小児・周産期・救急医療その他の地域において良質かつ適切な医療が提供されるために必要な診療所の一般・療養病床については、医療審議会の意見を聴いて、知事が必要と認める場合は、病床設置等の許可を要せず、知事への届出制とされた。

【課 題】

一般診療所は、地域の初期医療サービスの中核的な担い手として、また、幅広い視点で「生活の中で患者を支える医療サービス」を提供する施設として住民の身近なところに整備することが求められているが、郡部、都市部共に地域的な偏在があることから、地域の実情に応じて必要な一般診療所の確保に努める必要がある。

【推進方策】

- (1) プライマリケアの機能を各1次圏域又は2次圏域において確保するために、診療所の診療科目、地域的なバランスなど地域の状況を把握し、地域住民の要望などから必要に応じて健康福祉推進協議会等の場で一般診療所の配置及び機能の確保策を検討する。（県、市町、関係団体、医療機関）
- (2) 医療を受ける者の適切な選択を支援するため、医療法に基づき、一般診療所から報告を受けた情報を県が集約し、県民に分かりやすい形で公表する。（県、医療機関）

3 歯科診療所

【現 状】

歯科診療所数は、平成28年10月1日時点の3,011施設から、令和元年10月1日現在では2,986施設に減少している。人口10万対では、本県の歯科診療所数は54.6で、全国値54.3とほぼ同数になっている。

【課 題】

歯科のプライマリケアの機能を担う歯科診療所は、身近なところに整備することが求められているが、郡部、都市部共に地域的な偏在があることから、地域の実情に応じて必要な歯科診療所の確保に努める必要がある。

【推進方策】

- (1) 歯科のプライマリケアの機能を各1次圏域又は2次圏域において確保するために、地域における歯科診療所の開設状況を把握し、地域住民の要望などから必要に応じて健康福祉推進協議会等の場で歯科診療所の配置及び機能の確保策を検討する。(県、市町、関係団体、歯科医療機関)
- (2) 医療を受ける者の適切な選択を支援するため、医療法に基づき、歯科診療所から報告を受けた情報を県が集約し、県民に分かりやすい形で公表する。(県、医療機関)

一般診療所、歯科診療所数

(単位 上段：診療所数、下段：人口10万対)
(令和元年10月1日)

	神戸	阪神	東播磨	北播磨	播磨姫路	但馬	丹波	淡路	全県
一般 診療所	1,602 105.2	1,787 102.0	545 76.4	211 79.5	619 75.4	144 90.1	83 81.6	134 104.7	5,125 93.8
歯科 診療所	943 61.9	982 56.1	338 47.4	133 50.1	400 48.7	70 43.8	45 44.2	75 58.6	2,966 54.6

厚生労働省「令和元年医療施設調査」

4 薬局

患者が、医薬品の重複や相互作用を防止する等の医薬分業のメリットを享受することができるよう「かかりつけ薬剤師・薬局」の定着を図り、より安全・安心で最適な薬物療法を推進する。

【現 状】

(1) 本県の薬局数は、平成18年度末2,337施設から平成23年度末2,426施設、平成28年度末2,591施設、令和元年度末には2,665施設と微増しており、平成30年度末の人口10万対では48.3で全国値の48.1をわずかに上回っている。

(2) 圏域別の薬局数

(上段：薬局数、下段：人口10万対施設数)

(令和2年3月末)

	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
施設数	764	515	297	328	142	280	122	89	53	75	2,665
	50.3	49.9	41.5	46.1	53.8	49.1	49.4	56.2	52.5	59.1	48.9

(兵庫県薬務課調)

(3) 兵庫県の医薬分業率は、毎年上昇し、令和元年度は73.2%と、7割を超えた。

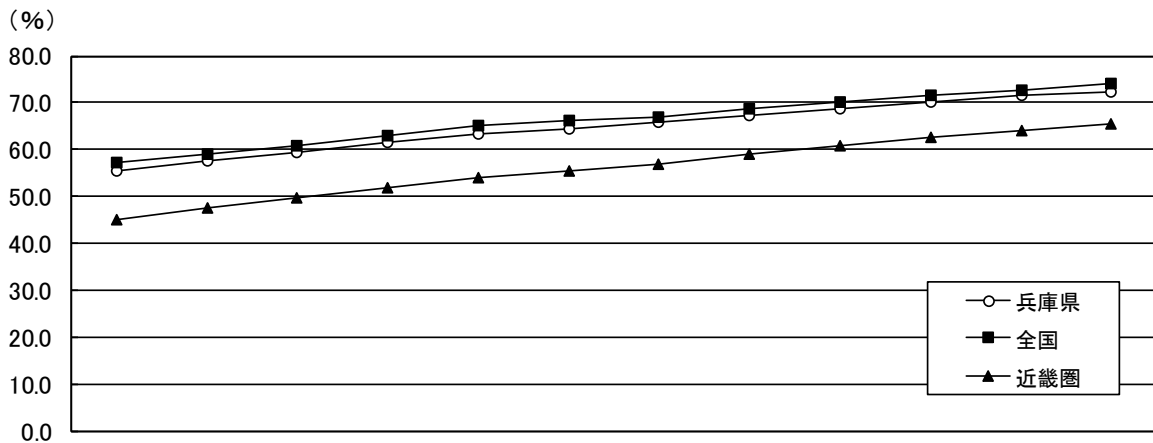
しかし、患者にとってメリットが実感できる患者本位の医薬分業の実現に向けて、平成27年10月に「患者のための薬局ビジョン」が厚生労働省により策定され、現在の薬局をかかりつけ薬局に再編する道筋が提示されている。かかりつけ薬局が行うべき在宅医療の進捗指標「訪問薬剤管理指導料」を算定している薬局数は、平成27年度は719件、令和元年度は1,337件と増加している。

(4) 令和元年12月の法改正により、かかりつけ薬剤師・薬局機能を兼ね備えた「地域連携薬局」等機能別の薬局認定制度が創設され、令和3年8月から施行となる。平成28年10月には、かかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能に加え、住民自身による主体的な健康の保持増進を積極的に支援する機能を備えた「健康サポート薬局」の届出・公表が制度化されている。

(5) 服薬情報の一元的・継続的把握のため、複数の医療機関で調剤された医薬品や購入した一般用医薬品を記載する「お薬手帳」の普及啓発に取り組んでいる。

(6) 令和元年の県内のジェネリック医薬品(後発医薬品)の使用割合は73.0%(10月)、全国平均は76.7%(9月)であるが、平成29年6月に国からジェネリック医薬品の使用割合を令和2年9月までに80%にするという目標が示されており、安心してジェネリック医薬品を使用できるよう患者に適切な説明を行い、普及啓発に取り組んでいる。

医薬分業率の推移



(単位：%)

【課題】

- (1) 患者の服薬情報について、一元的かつ継続的に把握し、副作用や効果を確認しながら多剤・重複等投与や相互作用を防止するため「かかりつけ薬剤師・薬局」の定着を図る必要がある。
- (2) 患者が医薬品を使用する際の疑問や不安をいつでも相談できるよう、夜間・休日を含め、調剤や電話相談等の必要な対応を行う体制を確保する必要がある。
- (3) 患者等のニーズに応じて、かかりつけ薬剤師・薬局機能を強化・充実した「地域連携薬局」等（令和3年8月施行）、健康サポート機能を強化・充実した「健康サポート薬局」等を増やしていく必要がある。
- (4) 地域包括ケアシステム構築に向けて在宅患者に対しても医師等多職種と連携し、服薬状況、服薬後の症状や体調の変化、残薬の数量の把握等を含め、入院時と同等の薬学的管理・指導をするための体制を整備する必要がある。
- (5) 服薬した医薬品情報を記録するお薬手帳について、患者が複数の手帳を持ち、全てを医療機関や薬局で見せることができず、手帳のメリットが十分に生かされていない状況が生じている。
- (6) 国が示した新たな目標を達成するため、引き続き県民へのジェネリック医薬品の普及啓発等による環境整備を進める必要がある。

【推進方策】

- (1) 県民が医薬分業のメリットを享受できるようになるため、県民一人一人が「かかりつけ薬剤師・薬局」を持つよう、各種メディアの活用や、自治会、老人会等の地域団体と連携したお薬相談会や教室を開催し啓発する。(県、関係団体)
- (2) 24時間対応や自宅対応について、かかりつけ薬局単独での実践が困難な場合には、近隣の薬局との連携体制や地域薬剤師会のバックアップによる輪番体制の構築を図る。(関係団体)
- (3) 地域連携薬局及び健康サポート薬局等の意義の啓発や届出した薬局名等の公表を行うとともに、これらを積極的に目指す薬局の取組を支援する。
- (4) 地域包括ケアシステムの一翼を担う者として、医療機関、地域包括支援センターや訪問看護ステーション等と連携し患者宅において服薬を管理・指導できる訪問薬剤師を育成するための研修会を開催する。(関係団体)
- (5) お薬手帳について、受診する複数の医療機関や薬局に見せることにより重複投与や相互作用を防ぐことができる意義や利用方法を十分に患者に説明し、1つのお薬手帳による運用を促す。また、データ保存容量が大きく携帯しやすい電子版お薬手帳については、プライバシーの保護や医療機関・薬局・患者が利用しやすい機能等を備えたものの普及定着を図る。(県、市町、関係団体)
- (6) ジェネリック医薬品について、使用実態の把握に努め、引き続き安心して使用できるよう県民への普及啓発等を行う。(関係団体)
- (7) 医療を受ける県民が薬局の選択を適切に行うために必要な情報(薬局機能情報)を県のホームページで引き続き公開していく。(県)

- かかりつけ薬剤師・薬局が持つべき3つの機能：
①服薬情報の一元的・継続的把握とそれに基づく薬学的管理・指導 ②24時間対応・在宅対応 ③医療機関等との連携
- 機能別の薬局認定制度(令和3年8月施行)：令和元年11月改正の医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律に基づき、かかりつけ薬剤師・薬局の機能を兼ね備えた地域連携薬局と専門的な高度薬学管理機能を兼ね備えた専門医療機関連携薬局がある。認定は実績等に基づく申請により知事が行う。
- 健康サポート薬局：かかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能を備えた薬局のうち、地域住民による主体的な健康の維持・増進を積極的に支援する薬局。健康サポート薬局である旨を表示するためには、その薬局を厚生労働大臣が定める基準に適合したものにする必要があり、健康サポート薬局である旨の表示に係る届出を、その薬局の所在地の都道府県知事又は保健所設置市長に届け出なければならない。

5 訪問看護事業所

主治医が必要と認めた在宅療養者に対し、訪問看護ステーションや医療機関の看護師等が家庭を訪問し、療養上の世話や診療の補助を行う訪問看護サービスを提供している。高齢化の進展や平均在院日数の短縮等により、在宅療養者は今後さらに増加することが予想され、要介護度の高い高齢者や医療依存度の高い在宅療養者の増加等、多様なニーズに対応できる訪問看護サービスの充実を図る。

【現 状】

医療機関のほか、令和2年9月現在で、733か所の訪問看護ステーションが設置されている。うち機能強化型については、機能強化型訪問看護管理療養費1の届出の訪問看護ステーションが21か所、機能強化型訪問看護管理療養費2の届出の訪問看護ステーションが15か所となっている。

また、訪問看護において、熟練した看護技術と知識を有する訪問看護認定看護師は、兵庫県内において、令和2年9月現在で49人となっている。

訪問看護ステーションの設置状況（令和2年9月現在）

圏域名	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	合計
設置数	225	148	92	84	26	88	31	14	10	15	733
うち機能強化型1	9	6	2	0	1	2	0	1	0	0	21
うち機能強化型2	4	1	3	2	0	2	1	0	1	1	15

【課 題】

- (1) 今後増加する看取りへの対応や、地域の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する必要がある。
- (2) 管理業務の効率化と負担軽減のため、経営状況に応じた管理業務の集約化や事務管理コストの軽減を図る必要がある。
- (3) 医療ニーズの高い要介護者に対する療養支援については、看護と介護が連携した柔軟なサービスを提供する必要がある。
- (4) 在院日数の短縮化が進む中、医療ニーズの高い利用者の状態に応じたサービスの提供により、地域における多様な療養支援を充実させるため、訪問看護師の資質向上及び確保対策を図る必要がある。

【推進方策】

- (1) 看取り対応体制や教育研修体制が整備され、地域の医療機関との連携機能及び地域住民への情報提供・相談機能を持った「機能強化型訪問看護ステーション」の設置促進により、在宅看護拠点の整備を図る。(県)
- (2) 複数の訪問看護ステーションの報酬請求事務システムや ICT 機器等の導入や経営体制づくりを支援する。また、医療材料等の供給を一括して行う「ネットワークセンター」の活動への参加やサテライト事業所の積極的な活用を呼びかけ、訪問看護サービスの安定的な供給を目指す。(県)
- (3) 医療ニーズの高い要介護者に対する療養支援については、看護と介護が連携した柔軟なサービスの提供を図る。(県、関係団体、各事業所)
- (4) 多様な医療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。また、多様な療養支援においてニーズの増加が予測される認定看護師の養成や、特定行為研修の受講の推進を図る。(県、関係団体)
- (5) 訪問看護師の確保を図るため、病院等との人材交流の促進の検討を行うとともに、離職時の届出制度を活用し、潜在看護師の訪問看護分野への就業を支援する。(県、関係団体)

○機能強化型訪問看護管理療養費

別表1にある算定要件を満たす訪問看護ステーションに加算される診療報酬。

○機能強化型訪問看護ステーション

上記機能強化型訪問看護管理療養費を算定している訪問看護ステーション。

別表 1

要件	機能強化型 1	機能強化型 2
(1) 常勤看護職員数・割合	7人以上 (うち1人については、非常勤職員を常勤換算することが可能) 6割以上	5人以上 (うち1人については、非常勤職員を常勤換算することが可能) 6割以上
(2) ターミナルケア又は重症児の受け入れ実績(いずれかを満たすこと) ①ターミナルケア件数 ②ターミナルケア件数かつ、超重症児・準超重症児の利用者数 ③超重症児・準超重症児の利用者数	①20件/年 ②15件/年、4人 ③6人	①15件/年 ②10件/年、3人 ③5人
(3) 別表2に該当する利用者数	10人以上/月	7人以上/月
(4) 24時間対応体制加算を行っている		
(5) 居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置		
(6) 休日、祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施		
(7) 情報提供・相談・人材育成 (地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修の実施)		

(令和2年度診療報酬改定)

別表 2

末期の悪性腫瘍	多発性硬化症	重症筋無力症
スモン	筋萎縮性側索硬化症	脊髄小脳変性症
ハンチントン病	進行性筋ジストロフィー	パーキンソン病関連疾患
多系統萎縮症	プリオン病	亜急性硬化性全脳炎
ライソゾーム病	副腎白質ジストロフィー	脊髄性筋萎縮症
球脊髄性筋萎縮症	慢性炎症性脱髄性多発神経炎	後天性免疫不全症候群
脊髄損傷	人工呼吸器を使用している状態	

(特掲診療料の施設基準等)

6 保健所

地域住民の健康の保持・増進及び地域住民が安心して暮らせる保健医療福祉体制の確保を図るため、地域保健の広域的、専門的、技術的拠点としての機能を強化し、地域住民ニーズの把握に努めた上で市町へ積極的な支援を行うなど、保健・医療・福祉の施策を総合的・一体的に推進する。

【現 状】

保健所では、地域保健の広域的、専門的かつ技術的な拠点としての機能を強化する必要があることから、①精神保健、難病対策、結核・感染症対策、監視・指導、検査業務などの専門的かつ技術的業務、②保健、医療、福祉情報の収集、活用、③各地域が抱える健康課題に即した調査研究、④医師をはじめとする専門技術職員による技術支援、⑤地域における健康危機管理の拠点としての機能、⑥地域の諸課題に総合的に対応していくための企画立案・総合調整機能をそれぞれ強化するとともに、⑦「21世紀における国民健康づくり運動（「健康日本21（第2次）」及び「健やか生活習慣国民運動）」に基づいて兵庫県独自で実施する「健康ひょうご21大作戦」推進の地域における中核拠点としての役割を果たしている。

県では、保健所と福祉事務所を統合し、12か所の健康福祉事務所を保健所として設置している。

一方、地域保健法の規定に基づき保健所を設置している市は、神戸市（政令指定都市）、姫路市、尼崎市、西宮市及び明石市（中核市）の5市となっている。

【課 題】

- (1) 保健所における健康危機管理においては、自然災害発生や新興・再興感染症、また医療安全への対応の強化充実が望まれており、災害発生時や原因の特定ができない健康危機事案への初動時の迅速かつ適切な対応が求められる。保健所は、健康危機時のみならず平時及び事後の対応を十分に行うなど、地域における健康危機管理体制の拠点としての役割を担うことが必要である。
- (2) 広域的な観点から、患者の急性期、回復期及び維持期における医療機関間の連携、医療と介護及び福祉の関係機関の連携による地域包括ケアシステムの強化に努める必要がある。
- (3) 少子高齢化の進展や単身世帯の増加等社会環境が変化する中、自殺や非感染性疾患、健康寿命の延伸、認知症対策など新たな健康課題への対応が必要となっている。

【推進方策】

(1) 企画調整機能の発揮

管内市町を俯瞰し、地域の健康課題の評価分析を進め、関係機関との連携の下に、各種施策について効果的に企画立案するとともに、市町の各種保健施策の立案や実施に広域的、専門的立場から協力し、施策の見直しを支援するなど、専門的知識を活用した保健所の機能を強化する。

また、多様化、高度化する住民ニーズに対応するために、地域住民の共助活動の活性化を図ることが重要であることから、地域に根ざしたネットワークといった社会関係資本等（ソーシャルキャピタル）を活用した健康づくりの支援を推進する。（県・保健所設置市）

(2) 地域における健康危機管理の拠点としての機能の強化

近年広域化している食中毒等飲食に起因する事故など、自然災害発生や新興・再興感染症、健康危機の発生・拡大・再発を防止するため、国、他都道府県や医師会等関係団体等と連携を強化するとともに、平時より市町との連携体制を強化し、災害時要援護者の把握と対応、市町災害時保健師活動マニュアル作成の支援等を通じ、危機事案発生時における重層的、総合的な対応が可能となる健康危機管理体制を構築する。

また、広報活動等を通じた食品安全に関する正しい知識の普及や食中毒に関する情報収集、共有等を図るとともに、健康危機の発生時に的確な状況認識に基づいて行動ができるよう、地域住民や関係者との相互の情報及び意見交換（リスクコミュニケーション）の実施に努める。（県・保健所設置市）

(3) 専門的・技術的業務の推進

精神保健、難病対策、結核・感染症対策等の専門的・技術的な業務について機能強化を図るとともに、食品衛生、環境衛生、医事、薬事等における監視指導の計画的な実施等一層の効率化及び高度化を図る。

また、地域保健対策上の住民のニーズの把握に努めた上で、市町に対する支援として専門的な立場から企画調整や指導等に努めるとともに、専門的かつ技術的な指導、支援及び市町保健センター等の運営、人材育成などに関する協力を積極的に行う。（県・保健所設置市）

(4) 情報の収集・提供及び調査・研究等の推進

所管区域に係る保健、医療、福祉に関する情報を幅広く収集、管理、分析及び評価するとともに、関係法令を踏まえつつ、関係機関及び住民に対して、これらの情報を積極的に提供する。

また、各地域が抱える課題に即し、先駆的又は模範的な調査及び研究を積極的に推進する。（県・保健所設置市）

(5) 「健康ひょうご21大作戦」の推進

栄養、運動、休養、歯・口腔の健康等について、総合的に健康づくりを進めるため、県健康福祉事務所に保健師や管理栄養士などの専門職を配置し、市町や関係団体に対する専門的かつ技術的な助言を行うとともに、「健康ひょうご21大作戦」の地域の中核拠点として、「ひょうご健康づくり県民行動指標」など、健康づくりに関する普及啓発や情報の収集・発信を行う。（県）

(6) 医療、介護、福祉等の関連機関との連携と協働

地域の健康課題を把握し、医療機関間や医療・保健・福祉の連携に係る調整を行うことにより、地域において保健、医療、福祉に関するサービスが包括的に提供されるよう市町や関係機関等との重層的な連携体制を構築する。

また、市町が高齢者支援に係る取組及び介護保険制度を円滑に実施すること

ができるよう、市町が行う介護保険事業計画の推進、サービス資源等についての市町間の広域的調整及び開発等に対して支援を行う。（県・市町）

(7) 学校保健との連携

学校や学校の設置者、地域の学校医等との連携を図りながら、結核・感染症・食中毒等の発生・拡大防止に努める。

また、学校や地域の学校医等との連携を図る場である学校保健委員会等の場に可能な限り参画し、連携体制の強化に努める。（県・保健所設置市）

7 市町保健センター

市町保健センターは、地域住民の健康の保持・増進を図るため、住民に対し、健康相談、保健指導及び健康診査、その他地域保健に関し必要な事業を行う市町保健活動の拠点施設である。

このため、市町保健センターが、住民の健康づくりの拠点としての機能を発揮できるように質的充実を図る。

【現 状】

昭和53年から、市町保健センターの整備が促進され、類似施設を含めると、全市町で整備されている。

また、保健と福祉の総合センターとして、身近な保健・福祉サービスの提供をはじめ、総合相談窓口、ケア・コーディネーション、市町の保健福祉サービスについての企画立案などの役割が求められるなど、市町保健センターの役割はさらに重要になっている。

【課 題】

市町保健センターまたは保健センターの類似施設は県内全市町で整備されたが、地域によっては、今後、妊娠期から子育て期の総合相談や支援プラン策定などを行う「子育て世代包括支援センター」、介護保険法第115条の46に規定される高齢者の介護予防ケアマネジメントや総合相談等を行う地域包括支援センター等との連携方策などを踏まえた、施設機能の充実を図る必要がある。

【推進方策】

- (1) 住民の健康づくりの拠点としての機能を発揮できるよう、ソフト、ハードの両面から施設機能の充実を図る。（市町）
- (2) 研修の充実や県・市町の連携を通じて、市町保健センター等での活動の質の向上を図る。（県・市町）

8 衛生研究所

衛生研究所は、地域保健対策を効果的に推進する技術的、科学的な中核機関として、調査研究、試験検査、研修指導及び公衆衛生情報等の収集・解析・提供を行っている。

特に、健康危機に対応するための試験検査の実施及び試験検査に関する研究等に重点化し、新たな病原体や化学物質等の検査体制や検査手法の開発、検査の迅速化等に努めるなど、健康危機の発生に際して原因究明の役割を果たすため、衛生研究所の機能強化を図る。

【現 状】

- (1) 衛生研究所は、疾病予防、食品、薬品等に関する調査研究や微生物、水、食品、薬品等に関する試験検査、また、地域保健関係者の人材育成及び資質の向上を目的とした研修指導、各種感染症の発生状況など公衆衛生情報の収集・解析・提供業務等を行っている。
- (2) 県内の衛生研究所は、県立健康科学研究所（以下「県健康科学研究所」という。）のほか、神戸市環境保健研究所、姫路市環境衛生研究所、尼崎市立衛生研究所が衛生研究所の機能を有する機関として設置されている。
- (3) 衛生研究所間では、広域的な感染症の発生や大規模災害発生の際に備えて、近畿地方の衛生研究所間の技術的支援などの広域的な連携体制を構築するほか、健康危機対応の訓練を行うなど、不測の健康危機への迅速な対応に向けた体制づくりに取り組んでいる。
- (4) 県健康科学研究所は、平成30年4月、加古川市に移転した。令和2年3月には、健康危機発生時に迅速かつ的確に対応するための試験検査体制の確立、新規導入した高度な検査機器等を活用した試験検査方法に関する調査研究の推進及び研究成果の発信等を行うことを盛り込んだ「県立試験研究機関・第6期中期事業計画」を策定した。

【課 題】

- (1) 新型コロナウイルスや新型インフルエンザ等の新たな感染症や飲料水・食品に起因する健康危機事例に対し、迅速かつ円滑に対応できるよう、新たな検査法や効率的、効果的な検査法の開発などの研究に取り組む必要がある。
- (2) 県民の安全・安心確保のための規格や規制に伴う試験検査に対応するには、平時から関係法令に基づき精度管理等の信頼性確保業務を行い、検査精度の向上に努め、迅速で正確な試験検査を実施できる体制を維持することが求められている。
- (3) 感染症情報や花粉飛散情報など県民の健康危機に関する情報を、適切な時期に県民にわかりやすく提供することが必要である。
- (4) 衛生研究所が有する高度な試験検査機器の機能維持、向上及び県民ニーズに対応できる研究員の育成、確保が必要である。

【推進方策】

- (1) 健康に関する技術的、科学的な中核的機関として、健康福祉事務所（保健所）、国立感染症研究所等の関係機関と連携して、高度な試験検査機能を活かし、感染症、食品、医薬品、飲料水等の健康危機における原因究明の役割を担うとともに、平素から試験検査に関する調査研究、感染症等の疫学的調査研究などに努める。（県・衛生研究所設置市）
- (2) 新たな感染症や未知の化学物質等の試験検査・調査研究に、効率的、効果的に取り組むため、国内外の情報収集に努めるとともに、研究課題評価体制等の研究マネジメントや研究アドバイザー等の専門家を活用し、調査研究の重点化に努める。（県・衛生研究所設置市）
- (3) 高度な試験検査機能を維持し、迅速かつ正確な検査体制を確保するため、信頼性確保業務を中心とした業務管理や精度管理を行い、検査精度の向上に努めるとともに、試験検査機器の維持向上のため、日常点検及び計画的な保守管理など試験検査機器等の維持管理を行う。（県・衛生研究所設置市）
- (4) 感染症等の疫学的情報や花粉飛散状況などの公衆衛生に関する情報や研究成果などを多種多様な媒体を活用して、わかりやすく提供するとともに、県民、市町、健康福祉事務所及び保健所等とリスクコミュニケーションを実施する。（県・衛生研究所設置市）
- (5) 調査研究の拡充を図るため、大学や他試験研究機関との共同研究に取り組むほか、研修会や学会への参加により、衛生研究所間における研究成果の共有や学術的情報交換等を積極的に行い、研究員の人材育成に努める。（県・衛生研究所設置市）

第2章 保健医療・介護従事者

保健医療従事者数は、人口の高齢化への対応等により、需要の増加はあるものの、全体としては充足の方向にある。しかし、医師に関しては、地域別及び診療科別の偏在が全国的に深刻な問題となっている。

また、医学や医療技術の進歩による医療の高度専門化などの専門性の向上とともに、保健医療福祉の連携が進む中で、保健医療業務が個々の現場に限定されず、相互に関連する幅広い分野に広がっていることから、総合性のかん養、多様な分野に対応できる人材の確保が必要になっている。

1 医師

【現 状】

(1) 医師を取り巻く状況

ア 本県に従業地を有する医師は、平成16年末の11,569人から平成30年末には14,463人と増加しており、人口10万対では263.8で全国の258.8を上回っている。このうち医療施設の従事者についても、平成16年末の11,021人から平成30年末には13,829人と増加している。

(単位 上段：医師数、下段：人口10万対)
(平成30年12月末)

	神戸	阪神	阪神		東播磨	北播磨	播磨姫路	播磨		但馬	丹波	淡路	全県
			阪神南	阪神北				中播磨	西播磨				
医師	5,052	4,631	3,175	1,456	1,536	645	1,735	1,299	436	357	212	295	14,463
	330.8	264.2	307.1	202.4	214.9	241.1	210.3	226.5	173.2	219.3	206.1	227.2	263.8

資料 厚生労働省「平成30年医師・歯科医師・薬剤師統計」

イ 医師としての人格をかん養し、プライマリ・ケアの基本的な診療能力の習得を基本理念とする新医師臨床研修制度が平成16年度から必修化されたが、県内の臨床研修病院は基幹型臨床研修病院46病院である。

ウ 医療施設に従事する医師の平均年齢は50.3歳で、全国平均49.9歳を上回っている。全国的には診療所の開設者は年齢が高く、病院勤務者は年齢が低い傾向が見られる。

エ 過去4年間で、病院の開設者・勤務者等は10.0%、診療所の開設者・勤務者等は3.4%増加している。

(2) 地域偏在・診療科偏在

ア 人口10万対医師数を圏域別で見ると、神戸圏域・阪神圏域では全県値を上回り、その他の圏域では全県値を下回っている。

イ 医療施設に従事する医師数を主たる診療科目別構成比で見ると、内科医が全体の19.7%を占め、次いで整形外科医7.7%、小児科医5.6%、外科医5.0%の順となっている。

ウ 日本医師会が平成27年5月に全国の病院を対象に行ったアンケート調査では、診療科別でリハビリテーション科をはじめ救急科、産科、婦人科、病理診断科等で医師が不足していると報告されている。

(3) 国の動向

ア 平成27年6月に「保健医療2035」策定懇談会が示した提言書において、将来的に仮に医師の偏在等が続く場合は、保険医の配置・定数の設定や自由開業・自由標榜の見直しを含めて検討を行い、地域や診療科の偏在の是正のための資源の適正配置を行うことも必要とされた。

イ 平成30年度から開始された新専門医制度について、日本専門医機構において、厚生労働省及び都道府県の意見等を踏まえ、地域の医療提供体制への影響等も考慮した都道府県別・診療科別のシーリング等について検討が進められている。

ウ 「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会」の第4次中間とりまとめ（平成31年3月）では、「医療法及び医師法の一部を改正する法律」（平成30年7月公布）の主な改正事項の施行期日である平成31年4月を控える中、医師偏在指標の算出方法、医師少数区域の定め方、医師確保計画の方針や諸制度の設計の詳細といった検討事項についてとりまとめが行われた。

エ 平成31年3月、厚生労働省の「医師の働き方改革に関する検討会」において、医師の時間外労働規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等についてとりまとめが行われた。

(4) 本県の取り組み

ア 平成26年4月に「兵庫県地域医療支援センター」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、県内に定着する医師の確保、医師の地域偏在の解消に取り組んでいる。

イ 地域医療支援センターでは、へき地の公立病院等に勤務する医師を確保するため、へき地等勤務医師の養成・派遣を行っている。令和2年度は107人のへき地等勤務医師の派遣を行っているが、令和9年度には、190人を超えるなど、へき地等勤務医師が大幅に増加する予定である。

ウ 平成27年4月に「兵庫県医療勤務環境改善支援センター」を設置し、医療機関が行う勤務環境改善の取り組みを支援している。

【課題】

- (1) 医師不足の一因は、県内医科系大学の入学定員が2大学約230人と人口に比して少なく、臨床研修医も400人程度に止まっているなど、医師養成数が少ないことにある。
- (2) 女性医師の増加や開業医指向の高まり、医療の高度化・専門分化が進む中、新医師臨床研修制度の創設を契機として、勤務医の不足や診療科、地域における医師の偏在が顕在化し、自治体病院の使命である地域医療の確保に支障が生じている。

- (3) へき地の医療機関や小児科、産科及び救急科等の診療科・診療分野では、特に勤務医不足が顕著で医療の継続が困難になっている。
- (4) かかりつけ医を中心とした地域医療提供体制の整備を図る上で、プライマリ・ケアを専門的に担う医師の役割が高まっている。
- (5) 400床規模の病院では専門分化が進み患者のニーズを包括的に対応できる医師の役割が求められており、それら役割の評価と確保及び地域での支援体制の確立が課題となっている。
- (6) 医師会、大学、医療機関及び行政が連携して、各種研修の実施など生涯教育の推進により、全人的な資質の向上を図っていく必要がある。
- (7) 医師の高齢化が進んでいることから、現状の体制維持が困難となる前に、若手医師の育成が必要である。
- (8) 平成30年度から開始された新専門医制度については、地域医療への影響が懸念されることから、県、市町、大学、医師会、病院団体、へき地医療拠点病院などからなる都道府県協議会が、制度開始後の運用状況等を確認・評価していく必要がある。
- (9) 医師偏在対策を実効性がある形で進めていくためには、医師の少ない地域での勤務でも、学びが多く、充実感が得られるなど、仕事内容や労働環境、キャリアパス等に大きな不安が感じられないような環境整備が必要である。
- (10) 医師の時間外労働の上限規制の適用（令和6（2024）年4月～）に向け、医師の健康やワーク・ライフ・バランスの確保、医療の質・安全の向上を図るため、医師の勤務負担の軽減、労働時間の短縮等に向けた医療機関の自主的な勤務環境改善の取り組みとその支援が必要である。

【推進方策】

国の医師需給分科会第4次中間取りまとめ（平成31年3月）を踏まえ令和元年度に策定した「兵庫県医師確保計画」（第6部）に基づき、各種の施策・取組を着実に推進することにより、医師の量的確保、地域偏在・診療科偏在の解消等を図る。

(1) 医師不足への対応

- ア 医療資源を有効に活用するため、医療機関の役割分担の明確化と連携の強化を一層推進していく。（県、市町、医師会、大学、医療機関等）
- イ 医師の確保に当たっては、卒業後の臨床研修や新専門医制度の動向も見極め、関係機関と連携を図りながら必要に応じて適切に対応していく。（県、大学、医療機関等）
- ウ 平成28年10月に策定された地域医療構想の実現に向け、市町、郡市区医師会、病院関係者等により構成される地域医療構想調整会議を活用し、各圏域の特性に応じた医療提供体制の検討及び圏域内調整を引き続き実施していく。（県、市町、医師会、医療機関等）

(2) 県内勤務医師の量的確保対策

- ア 地域医療に必要な医師、看護師等の人材を養成・確保するため、地域医療活性化センター、大学、医師会、医療機関等と連携し、全県の医療人材養成・派遣の拠点である地域医療支援センターを運営する。（県、大学、医師会、医療機関等）
- イ へき地等における医師確保を図るため、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適切に配置する。
- ウ 卒業後にへき地等で一定期間勤務することが義務付けられている「地域枠」については、令和5（2023）年度以降も引き続き医学部臨時定員増とする措置を継続するよう、国に対し働きかけるなど、今後とも県内大学医学部等への地域枠定員の確保に努めていく。（県、市町、大学、医療機関等）
- エ 地域医療支援センターにおいて、医学部入学から生涯にわたってへき地等勤務医師のキャリア形成支援の推進を図る。（県、大学、医療機関等）
- オ 県医師会及び神戸大学と連携し、結婚・出産等により離・退職した女性医師等を対象とした研修等を実施する。（県、市町、医師会、大学、医療機関等）
- カ 後期研修を修了した医師及び新医師臨床研修の2年間を修了した医師を県職員として採用し、公立病院等へ派遣する。（県、市町、医師会、医療機関等）
- キ 県医師会が設置したドクターバンクへの支援を通じ、医師不足地域等での勤務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。（県、市町、医師会、医療機関等）
- ク 臨床研修医の県内医療機関への定着を図るため、臨床研修合同説明会を開催する。（県、医療機関等）
- ケ 医師法の一部改正（平成30年7月公布）により、令和2（2020）年度から臨床研修病院に関する業務（病院指定、定員設定等）の権限が国から都道府県に移譲されたことに伴い、地域医療対策協議会（兵庫県医療審議会地域医療対策部会）の意見を踏まえ、地域の実情を踏まえた臨床研修病院の指定・定員設定を適切に行う。（県）

(3) 地域偏在・診療科偏在対策

- ア 医師の地域偏在や特定診療科における勤務医不足の現状や原因、医療提供体制の現状等を把握するため、地域医療支援センターを通じて、各圏域内の医療機関等の情報収集と分析に努める。（県）
- イ これらの情報も踏まえ、地域医療対策部会及び地域医療支援センター運営委員会において、特定の地域や診療科の偏在の解消に向けた医師の確保のための方策や、医療資源の有効活用を図るための医療機能の集約化・重点化等について検討し、その結果に基づき対応する。（県、市町、医師会、大学、医療機関等）

ウ 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医師不足地域に活動拠点を置いて診療等に従事するとともに、地域医療等のあり方等を検討する。（県、大学、医療機関等）

エ 新専門医制度により、地域医療に影響を与える懸念が生じた場合には、地域医療対策協議会（兵庫県医療審議会地域医療対策部会）の意見を踏まえ、日本専門医機構等に対し、実効性ある対策を求める。（県、医療機関等）

(4) 生涯教育の実施

医師会、大学、国や県などの行政及び地域医療支援病院等の医療機関が連携して、体系的な生涯教育としての従事者研修を実施するとともに地域医療活性化センターの教育・研修機能を活用しながら、メディカルスタッフを含めた医療人材の資質向上にも取り組んでいく。（医師会、国、県、大学、医療機関等）

(5) 勤務環境改善と取り組み支援

ア 医師の時間外労働の上限規制の適用（令和6（2024）年4月～）に向け、医療勤務環境改善支援センターにおいて、労働時間の短縮や勤務形態の工夫など医療機関が行う勤務環境改善の取り組みを支援する。（県、医療機関、関係団体等）

イ 出産・育児、介護等を行う女性医師等が働き続けられるよう、短時間勤務をはじめとする多様な働き方や病院内保育所の設置などを支援する。（県、医療機関、関係団体等）

＜医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会第4次中間とりまとめ（概要）＞

1 都道府県における医師偏在対策の実施体制の強化

(1) 医師偏在指標

- ・ 全国ベースで医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価可能な指標の算定

(2) 医師少数区域／医師多数区域

- ・ メリハリのある医師確保対策を行うための、医師が少ない地域、多い地域の明確化

(3) 医師確保計画

- ・ 都道府県が主体的・実効的に医師確保対策を行うための計画の策定

2 医師養成過程を通じた地域における医師確保

(1) 医学部

- ・ 医学部における地域枠・地元出身者枠の設定

(2) 専門研修

- ・ 診療科ごとの将来必要な医師数の見通しの明確化

3 地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

(1) 外来医療機能の不足・偏在等への対応

- ・ 無償診療所が都市部に偏っており、外来医療機能の偏在の可視化が必要
- ・ 地域で不足する外来医療機能についての議論の実施

(2) 医療機器の効率的な活用等について

- ・ 医療機器の配置状況には地域差があり、その可視化が必要
- ・ 医療機器の効率的活用のための協議の実施

4 医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進

- ・ 医師少数区域等において6ヶ月以上勤務し、その中で医師少数区域等における医療の提供に必要な業務を行った医師を厚生労働大臣が認定

2 歯科医師

【現 状】

- (1) 本県に従業地を有する歯科医師は、平成16年末の3,583人から平成30年末には4,007人と増加しているが、人口10万対では73.1で全国の83.0を下回っている。また、医療施設従事者のうち、診療所で従事する歯科医師の占める割合は94.7%で、全国の88.5%に比べて高い。

(単位 上段：医師数、下段：人口10万対)
(平成30年12月末)

	神戸	阪神		東播磨	北播磨	播磨姫路	中播磨		西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
		阪神南	阪神北				中播磨	西播磨					
歯科医師	1,251	1,277	785	492	489	182	551	404	147	98	62	97	4,007
	81.9	72.8	75.9	68.4	68.4	68.0	66.8	70.5	58.4	60.2	60.3	74.7	73.1

資料 厚生労働省「平成30年医師・歯科医師・薬剤師統計」

- (2) 人口10万対歯科医師数を圏域別で見ると、神戸圏域・阪神圏域・淡路圏域では全県を上回っているが、その他の圏域では全県を下回っている。
- (3) 医療施設に従事する歯科医師の平均年齢は、52.9歳で、全国平均51.8歳を上回っている。
- (4) 本県の診療科別歯科医師数（重複計上）の構成比をみると、歯科が92.5%と最も多い。その他の診療科では小児歯科41.4%、矯正歯科23.5%、歯科口腔外科29.6%となっており、こうした特殊診療科は増加傾向にある。
- (5) 歯科医師としての人格をかん養し、総合的な歯科診療能力を身につけることにより、歯科医師としての資質の向上を図ることを目的とした歯科医師臨床研修が平成18年度から必修化された。県内の歯科の臨床研修施設は20医療機関である。
- (6) 平成27年1月、厚生労働省が設置した「歯科医師の資質向上等に関する検討会」において、歯科医師の需給対策や増加する女性歯科医師の活躍の場など、歯科医師の資質向上等に関する検討が進められている。

【課 題】

- (1) 地域間では就業者数に偏在がみられることから、地域の実情に応じて必要な歯科医師の確保に努める必要がある。
- (2) 歯科保健医療に対するニーズの多様化に対応して、患者のライフステージに応じ、心身の特徴を踏まえた歯科治療と口腔の継続管理等を行う、かかりつけ歯科医の普及・定着、要介護者等に対する口腔衛生の一層の改善が必要となっている。
- (3) 歯科保健医療のニーズは、今後の人口動態（2025年には団塊の世代が75歳を迎え、その後、高齢者人口は2040年頃をピークに減少）に影響を受けることなどを勘案し、より詳細に予測する必要がある。

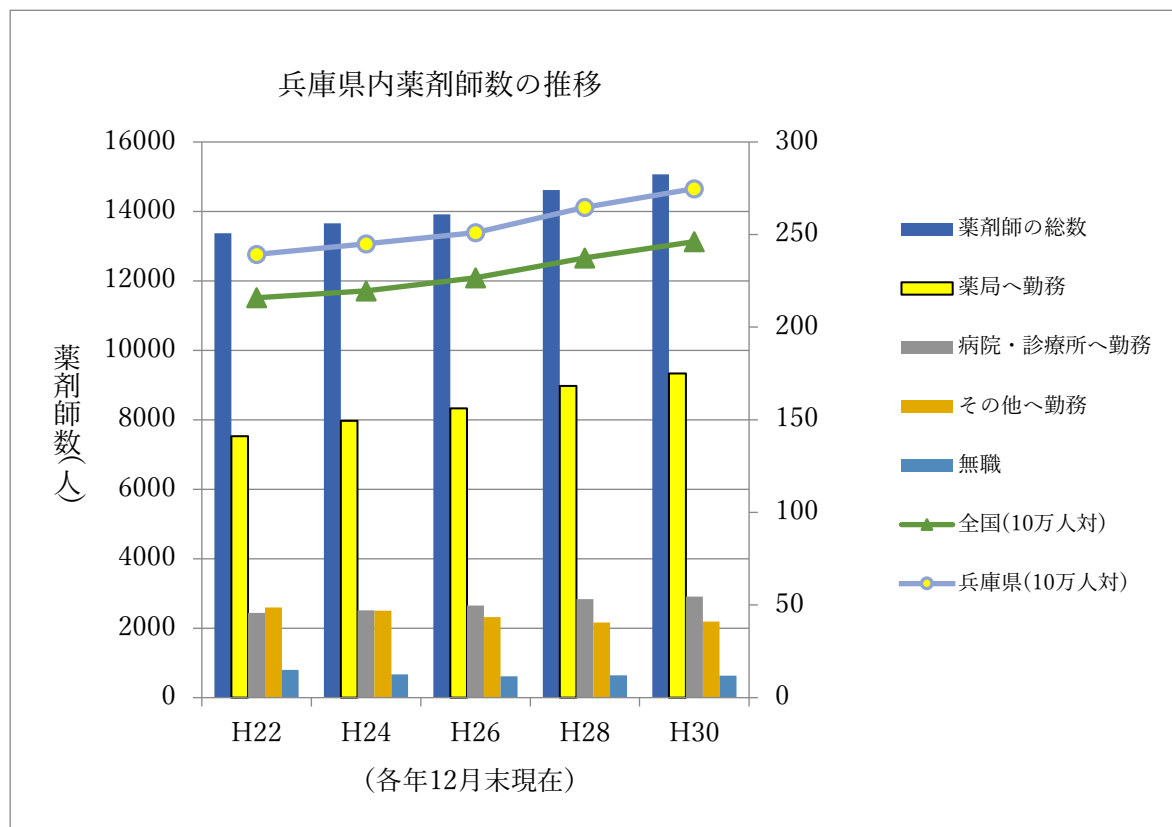
【推進方策】

- (1) 卒後臨床研修の必修化や研修内容の充実に向けた動きを踏まえ、臨床研修実施病院等と協力し、臨床研修の充実を図る。(県、保健所設置市、歯科医療機関)
- (2) 歯科医師会、大学、国や県などの行政及び医療機関が連携して、体系的な生涯教育としての従事者研修を実施する。(国、県、歯科医師会、大学、歯科医療機関等)
- (3) 口腔と全身との関係が明らかになるなかで、入院患者や要介護者等に対する医科歯科連携をさらに推進していく。(県、保健所設置市、歯科医療機関)

3 薬剤師

【現状】

- (1) 本県に従業地を有する薬剤師は、平成20年末13,237人から平成30年末15,068人と増加した。また、人口10万対薬剤師数は、平成30年末時点で274.7人であり、全国4位である。
なお、薬局に従事する薬剤師数は増加傾向であるが、病院・診療所に従事する薬剤師数は横這いの状況である。
また、圏域別にみると、神戸では多く、但馬圏域では少なく地域格差がみられる。
- (2) 未就業薬剤師数は、平成20年末914人から平成30年末631人と減少しており、雇用の促進が進んでいる。
- (3) 平成29年度の県内5大学の薬剤師養成課程の薬学部定員は980人で、安定している。
- (4) 薬剤師が患者、医師から信頼され、医療チームの一員として在宅医療に参加するなど、地域包括ケアシステムを構築するため、薬局薬剤師と病院薬剤師による薬薬連携や、患者の居宅を訪問して服薬を管理・指導する訪問薬剤師育成を目的とした研修会を開催している。(県、関係団体)
- (5) 出産、育児等のため一旦退職した後、復職を希望する薬剤師を対象に、各種研修会の案内や薬局における実地研修を実施し、女性薬剤師の復職を支援するシステムが稼働している。(関係団体)



(単位 上段：実薬剤師数、下段：人口10万対)
(平成30年12月末)

	神戸	阪神	東播磨	北播磨	播磨姫路	但馬	丹波	淡路	全県
薬剤師	5,204	4,919	1,711	601	1,817	299	226	291	15,068
	340.9	280.5	239.3	224.9	220.3	184.2	220.1	224.8	274.7

厚生労働省「平成30年医師、歯科医師、薬剤師統計」及び兵庫県「人口推計」

【課題】

- (1) 患者が医薬分業のメリットを享受し、医薬品の重複投薬や相互作用を防止できるようかかりつけ薬剤師・薬局を定着させる必要がある。
- (2) 医療チームの一員として在宅医療で活躍できる薬剤師を育成する必要がある。
- (3) 地域包括ケアシステムの構築を踏まえて、薬学生への薬学教育長期実務実習を充実する必要がある。

【推進方策】

- (1) お薬相談会やお薬教室を開催し、かかりつけ薬剤師・薬局に関する普及啓発を図る。(県、関係団体)
- (2) 薬剤師の知識・経験の向上のための研修や日本薬剤師会生涯学習支援システム(JPALS)等を活用した生涯教育の充実に加え、各種の専門認定薬剤師の養成を図る。(県、関係団体)

- (3) 医学・薬学の最新知識を習得するとともに、地域包括ケアシステムの中で、医師、歯科医師、看護師等多職種と連携して在宅医療活動等が展開できるよう、薬剤師に対する教育研修の充実を図る。
- (4) 薬学生への実務実習を円滑に実施するため、関係団体との連携強化を図り、地域包括ケアシステムを踏まえて、実務実習の内容の充実を図る。(関係団体)

4 看護職員

【現 状】

平成30年末現在、兵庫県の看護職員就業者数は、実人員で68,521人（保健師1,759人、助産師1,544人、看護師54,658人、准看護師10,560人）、常勤換算で60,725人（保健師1,597人、助産師1,381人、看護師49,110人、准看護師8,637人）であり、平成22年より増加傾向である。

養成状況は、令和2年4月現在、県内の保健師、助産師、看護師及び准看護師学校養成所（以下「看護師等学校養成所」という。）は41校48課程あり、1学年定員は2,580人である。

兵庫県及び全国の看護職員数の推移（実人員） (単位：人)

区分	年	保健師	助産師	看護師	准看護師	計
兵庫県	平成22年	1,482	1,160	41,267	13,246	57,155
	平成24年	1,548	1,265	44,502	12,542	59,857
	平成26年	1,569	1,334	47,672	11,787	62,362
	平成28年	1,679	1,446	50,916	11,016	65,057
	平成30年	1,759	1,544	54,658	10,560	68,521
全 国	平成22年	45,028	29,672	952,723	368,148	1,395,571
	平成24年	47,279	31,835	1,015,744	357,777	1,452,635
	平成26年	48,452	33,956	1,086,779	340,153	1,509,340
	平成28年	51,280	35,774	1,149,397	323,111	1,559,562
	平成30年	52,955	36,911	1,218,606	304,479	1,612,951

2025年に向けた看護職員需給推計結果（令和元年9月30日厚生労働省公表）（人）

	供給推計	需要推計 シナリオ② 超過勤務10時間以内 有給休暇10日以上取得	需給差
兵庫県	76,579	80,959	4,380

(1) 保健師

【現 状】

(1) 平成30年末現在、兵庫県の保健師就業者数は実人員で1,759人、常勤換算で1,597人であり、そのうち、行政に就業するものは実人員で1,365人（保健所・健康福祉事務所235人、その他の県施設31人、市町1,099人）、常勤換算で1,219人（保健所・健康福祉事務所224人、その他の県施設31人、市町964人）となっている。行政以外では、病院・診療所、事業所、社会福祉施設等に就業している。

(上段：保健師数（人）、下段：人口10万対（人）
(平成30年12月末)

圏域	神戸	阪神	東播磨	北播磨	播磨姫路	但馬	丹波	淡路	全県
保健師	412	485	253	116	261	106	57	69	1,759
	27.0	27.7	35.4	43.4	31.6	65.2	55.4	53.3	32.1

資料 「平成30年度兵庫県業務従事者届」

(2) 保健師の活動は、あらゆるライフステージ、健康レベルの人を対象としているが、近年では健康危機管理の対応や虐待防止対策、自殺予防対策、生活習慣病の重症化予防、さらには地域包括ケアシステムの構築や子育て世代包括支援センターの設置による妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援など、新たな課題に対応するための専門性が求められている。このため、行政の保健師が従事する領域は拡大し、特に市町では、健康部署以外にも高齢者福祉、児童福祉、障害福祉等への分散配置が進んでいる。

(3) 令和2年4月現在看護系大学・大学院15校で保健師を養成しており、年間約430人が新たに保健師免許を取得している。

(4) 「ひょうごの保健師業務ガイドライン」において、行政保健師が目指すべき方向と取り組むべき活動の標準を明確にした。また、科学的根拠に基づいた活動を推進するため、獲得能力別研修や領域別研修、地域毎の保健師研修を行い、資質向上を図っている。

【課 題】

(1) 県及び市町は、多様化する健康課題を明らかにし、地域保健対策を推進するため、計画的かつ継続的な保健師の人員の確保と適正配置に努めるとともに、資質の向上を図る必要がある。

(2) 市町保健師は、各領域の活動で把握した健康課題を市町全体の課題に捉え直し、科学的根拠に基づき組織横断的に、かつ住民や関係機関と協働し対応することが必要である。

(3) 県保健師は、広域的・専門的・先駆的な活動を実施するとともに、健康危機管理をはじめとする保健・医療・福祉機関との協働体制を整備する必要がある。

【推進方策】

- (1) 県は、市町毎の健康指標や保健活動実績等を情報提供することにより、市町における保健師確保について支援する。（県）
- (2) 市町は、保健関連業務に従事する保健師の人材確保に努めるとともに、人材育成計画を策定し、統括保健師の配置など、組織横断的な取り組みの推進を図る。（市町）
- (3) 保健師が科学的根拠に基づき健康課題に効率的・効果的に対応するため、一層人材育成に努める。
 - ア 県は、国レベルの研修へ派遣するとともに、「兵庫県保健師人材育成ガイドライン」に基づき、県・市町保健師等を対象とした現任教育を体系的に実施する。（県）
 - イ 県・市町の保健師は、「ひょうごの保健師業務ガイドライン」に基づき実践活動を行う中で、OJTを実施する。（県、市町）
 - ウ 県健康福祉事務所は、管轄市町とともに市町保健師現任教育体制を整備し、現任教育を実施する。（県、市町）
 - エ 保健師の技術の向上を図るため研修方法を工夫し、各領域のニーズに応じた研修会を企画、実施する。（県・市町・関係団体）

【目標】

県民の健康福祉の維持向上及び県の保健水準を向上させるために必要な保健師を確保する。

目標	策定時	現状値	目標値	備考
保健師数 (県・市町)	1,528人 ※1 (常勤換算) (H28)	1,597人 ※1 (常勤換算) (H30)	1,818人 ※2 (常勤換算) (R5)	全国49,241人 ※1(常勤換算) (H30)

(※1) 「H30年 衛生行政報告例」

(※2) 兵庫県推計（法改正等による保健師の設置場所拡大等）

(2) 助産師

【現状】

- (1) 令和2年末現在、兵庫県の助産師就業者数は実人員で1,544人、常勤換算で1,381人であり、就業者数の推移は増加傾向にある。就業場所別推移をみると、病院の就業者数は増加傾向にあるが、診療所及び助産所はほぼ横ばいである。

人口10万対就業者数をみると、全県では28.2人で、全国値29.2人より少なくなっている。圏域別にみると、最も多いのは淡路圏域、次いで神戸圏域で、最も少ないのは東播磨圏域及び丹波圏域である。

(単位 上段：助産師数、下段：人口10万対(人))
(平成30年12月末)

圏域	神戸	阪神	東播磨	北播磨	播磨姫路	但馬	丹波	淡路	全県
助産師	517	449	174	77	204	51	25	47	1,544
	33.8	25.6	24.3	28.8	24.7	31.4	24.3	36.3	28.2

資料「平成30年度兵庫県業務従事者届」

- (2) 令和2年4月現在、助産師養成所・看護系大学・大学院12校で助産師を養成しており、年間約110人が新たに助産師免許を取得している。
- (3) 専門的かつ質の高い助産ケアを主体的に提供できるアドバンス助産師(CLoCMiPレベルⅢ認証助産師)は全国で12,739人、県内では485人となっている。
- (4) 平成31年1月現在、院内助産を実施している病院は6か所、助産師外来を実施している病院は18か所である(平成31年1月兵庫県医務課調べ)。

【課題】

- (1) 産科医師不足による分娩可能施設の減少が加速化する一方、メンタルヘルスを含む妊産婦の妊娠出産・育児に対するニーズは多様化しており、誰もが安心して子どもを産み育てる環境づくりを推進するためには、助産師の確保及び資質の向上を図る必要がある。
- (2) 地域や医療機関において、保健指導や健診等の産前産後ケアや院内助産・助産師外来等に関わる助産師の活用促進を図る必要がある。

【推進方策】

- (1) アドバンス助産師等、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事業、研修及び支援を行う。(県、関係団体)
- (2) 院内助産・助産師外来を設置しようとする産科病院及び産科診療所に対し、体制整備に必要な経費の一部を補助し、院内助産・助産師外来の設置を促進する。(県)
- (3) 助産師出向支援導入事業を利用した助産師の実践能力の向上及び交流を図る。(県、関係団体)
- (4) 医療機関及び地域において、妊産婦のメンタルヘルス対策を助産師が実施できる体制を整備する。(県、関係団体)

【目標】

2023年度までに必要な助産師数を確保する。

目標	策定時	現状値	目標値(達成年度)
助産師数の確保	1,299人 (常勤換算) (H28)	1,381人 (常勤換算) (H30)(※1)	1,748人 (常勤換算) (R5)(※2)

(※1) 「H30年 衛生行政報告例」

(※2) 兵庫県助産師資質向上等対策検討会にて推計

(3) 看護師・准看護師

【現 状】

(1) 平成30年末現在、兵庫県内の看護師・准看護師就業者数は実人員で65,218人、常勤換算で57,747人であり、就業者数の推移は増加傾向にあるが、准看護師の就業者数は減少傾向にある。看護師・准看護師の就業場所別推移は、病院、診療所、その他（介護保険施設等）ともに増加傾向にある。

人口10万対看護師・准看護師就業者数は、全県で1,189.3人であり、全国値1,204.6人より少なくなっている。圏域別にみると、最も多いのは淡路圏域、次いで北播磨圏域、但馬圏域であり、最も少ないのは阪神圏域、次いで東播磨圏域である。

(単位 上段：看護師・准看護師数、下段：人口10万対(人))

(平成30年12月末)

圏域	神戸	阪神	東播磨	北播磨	播磨姫路	但馬	丹波	淡路	全県
全体	19,283	18,597	7,962	3,812	10,178	2,245	1,260	1,881	65,218
	1262.5	1060.8	1113.9	1425.6	1233.6	1381.0	1225.4	1454.2	1189.3
看護師	16,876	15,804	6,498	3,097	8,224	1,870	943	1,346	54,658
	1104.9	901.5	909.0	1158.2	996.7	1150.4	917.1	1039.1	996.8
准看護師	2,407	2,793	1,464	715	1,954	375	317	535	10,560
	157.6	159.3	204.9	267.4	236.8	230.7	308.3	413.0	192.6

資料「平成30年度兵庫県業務従事者届」

- (2) 令和2年4月現在、看護師・准看護師の養成者数は、2,545人であり、その内訳は、大学1,350人、短大2年課程（通信制）150人、看護師養成所910人（3年課程870人、2年課程40人）、高等学校（5年一貫校）80人、准看護師養成所55人である。
- (3) 医療の高度化、在院日数の短縮化、医療に対する国民ニーズの変化などを背景に、臨床現場で必要とされる臨床実践能力は複雑多様化しており、実践能力の維持向上が求められている。
- (4) 日本看護協会調査によると、平成30年度の本県の看護職員離職率は常勤12.6%（全国10.7%）、新卒は8.0%（全国7.8%）といずれも全国より高くなっている。また、退職理由として、結婚や妊娠・出産、育児、介護など生活上の理由や身体・精神の健康上の理由、他の専門分野・他職種への興味・転向、自分の適正・能力への不安等となっている。
- (5) 令和2年7月現在、看護師の特定行為研修を修了した看護師は、全国で2,646人、県内では70人となっている。
- (6) 平成30年「働き方改革関連法」施行に伴い、短時間勤務等、看護職員が個々のライフスタイルやライフスタイルに合わせた多様な働き方を選択できる労働環境整備が求められている。

【課題】

- (1) 2025年の地域医療構想の実現に向け、令和元年度に実施した看護職員需給推計を踏まえ、必要な看護職員数を確保するため、勤務環境の改善等による離職防止・定着促進対策及び再就業促進対策を強化する必要がある。
- (2) 医療の高度化・専門化、医療提供体制の変化、国民の医療ニーズの多様化に対応するため、看護基礎教育の充実や卒後看護職員への継続した研修による看護職員の資質の向上を図る必要がある。
- (3) 看護職員需給推計結果、高齢化による在宅医療需要の増加に伴い、特に在宅医療分野で必要とされる看護職員数は2,800人増と見込まれることから、さらに訪問看護師を確保する必要がある。
- (4) 短時間勤務等の多様な働き方の導入等、看護職員の離職防止・再就職支援、定着促進を推進する必要がある。

【推進方策】

- (1) 院内保育所の設置・運営や看護職員の宿舍施設整備を支援し、勤務環境の改善等による離職防止を図る。(県)
- (2) ナースセンターの支所・サテライトの整備を促進し、ナースセンターと県内各ハローワークとの連携強化により、地域における未就業の看護職員に対する就業斡旋を行うとともに、再就業支援研修等を実施し、再就業への促進を図る。(県、関係団体)
- (3) 看護職の離職時等の届出制度を促進し、求職前段階から情報提供などの支援を行い、免許保持者の潜在化を防止する。(県、関係団体)
- (4) 定年等の理由で退職する経験豊富な熟練した経験と技術をもつ看護職員(プラチナナース)が、個々の事情に応じた多様な働き方を選択し、生涯にわたり安心して働き続けられるセカンドキャリア支援や、雇用者側への管理者研修等の実施によるプラチナナースの雇用促進を行うことで、県内の看護職員を確保する。(県、関係団体)
- (5) 看護師等学校養成所に対し、養成所運営費等への支援、専任教員や医療機関等の実習指導者に対する講習会を開催し、看護基礎教育の質の向上と教員・指導者の確保を図る。(県・関係団体)
- (6) 医療の高度化・専門化、医療提供体制の変化に対応できるよう、看護職員への継続した研修を実施し、資質の向上を図る。(県、関係団体・医療機関)
- (7) 新人看護職員研修等の看護職員に対する研修及び医療機関管理者に対する勤務環境改善に関する研修等を実施し、医療安全の確保及び離職防止を図る。(県、関係団体・医療機関)
- (8) 在宅、外来や病棟などのあらゆる場において、実践的な理解力、思考力、判断力及び高度なかつ専門的な知識や技能が必要とされる特定行為も含めた看護を提供できる看護師の養成を推進する。(県、関係団体)

【目 標】

2025年の地域医療構想の実現に向け、必要な看護職員数を確保する

目 標	策 定 時	現 状 値	目 標 値 (達成年度)	備 考
看護師数*の確保	57,691人 (常勤換算) (H28) (※1)	60,725人 (常勤換算) (H30)	67,330～67,357人 (常勤換算) (R5)	*保健師・ 助産師 を含む
		68,521人 (実人員) (H30) (※1)	80,238～86,173人 (実人員) (R5) (※2)	
特定行為研修を修了した看護師数	182人 (H29) (延人数)	311人 (H30) (延人数)	884人 (R5) (延人数) (※3)	

(※1) 「H30年 衛生行政報告例」

(※2) 平成31年度「兵庫県看護需給推計」

(※3) 兵庫県「平成29年度看護職員の特定行為研修に関する実態調査」から推計

5 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

【現 状】

- (1) 平成29年病院報告では、本県の病院に従事している理学療法士は3,649人（常勤換算数）、病院100床当たり5.6人で、全国平均5.1人を上回っており、作業療法士は1,859人（常勤換算数）、病院100床当たり2.9人で、全国平均2.9人と同値となっている。また、言語聴覚士については798人（常勤換算数）、病院100床当たり1.2人で、全国平均1.0人を上回っている。
- (2) 理学療法士や作業療法士の主な活動は運動機能が低下した人々に対して、日常生活動作（ADL）の回復やQOLの向上を目指すためにリハビリテーションを行っている。さらに、認知症を含む精神保健領域における社会復帰や能力の維持・回復のための多様な試みや、運動や動作の専門性を活かした福祉用具や住宅改修の相談を行うなど、病院だけでなく地域にも活動の場が広がっている。
- (3) 言語聴覚士の主な活動は言語機能障害や嚥下機能障害などを有する者に対して、リハビリテーションを行っている。また、活動は医療分野だけでなく、福祉・教育機関など他の領域に拡大している。
- (4) 高齢化の進展や医療の高度化・専門化に伴い、子どもから高齢者まで幅広い年齢層に対してリハビリテーションの需要が高まっており、令和2年4月現在の養成者数は理学療法士が14校665人、作業療法士が9校370人、言語聴覚士が6校195人となっている。

【課 題】

- (1) 地域医療構想による回復期病棟の増加や医療と介護連携による在宅復帰支援など、活動場所の拡大に伴い、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下「理学療法士等」という）の確保を図る必要がある。
- (2) 県民に良質なリハビリテーションを提供するために、理学療法士等の資質向上を図る必要がある。

【推進方策】

- (1) 養成施設、関係団体、関係医療機関等が協力して、養成施設の教育体制の充実を図るとともに、卒後の実務年数、業務内容に応じた研修体系の整備を図る。（養成機関、関係団体、医療機関）
- (2) 地域包括ケアシステムの推進にリハビリ専門職が寄与するための仕組み等の検討、県民への積極的な普及啓発、介護保険法に基づく地域支援事業等による取組へのリハビリ専門職派遣の推進を支援する。（兵庫県リハ3士会合同地域支援推進協議会、県）

6 精神保健福祉士

【現 状】

精神保健福祉士は、精神保健福祉士法に基づき、精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識及び技術をもって、精神科医療機関等において地域移行や社会復帰に関する相談に応じ、助言、指導、日常生活への適応のために必要な訓練その他の援助を行うこととされており、平成10年に国家資格化された。

県内の精神保健福祉士登録者数は、令和2年8月末現在で4,145名となっており、精神科医療機関、精神障害者の障害福祉サービス事業所、保健所、精神保健福祉センター、司法機関等に配置されている。

【課 題】

- (1) 国家資格化以降、有資格者は年々増加しているが、より上質な支援を行うために、資質の向上を図る必要がある。平成25年改正の精神保健福祉法では退院後生活環境相談員の選任や地域援護事業者の紹介、地域移行の推進等について明示されており、社会に果たすべき精神保健福祉士の役割はより一層重要なものとなってきている。
- (2) 平成17年改正の精神保健福祉法の規定により、精神保健福祉相談員を市町に置くことができることとなった。これに伴い、精神保健福祉士有資格者を精神保健福祉相談員として市町に配置するよう推進していく必要がある。

【推進方策】

- (1) 関係団体、関係機関等と連携し、県が実施する研修等への参加を積極的に呼びかけるとともに、関係団体が行う研修等への側面的支援を行い、技術的研鑽の機会を確保する。(県、市町、医療保健福祉関係機関、関係団体等)
- (2) 相談窓口への精神保健福祉士の配置について市町に働きかけを行う。(県、市町、関係団体等)

7 管理栄養士・栄養士

【現 状】

- (1) 本県の病院における栄養業務従事者総数（平成29年3月現在）は1,575人であり、その内訳は、管理栄養士1,105人、栄養士470人である。
- (2) 市町における栄養業務従事者数は、令和2年6月現在、保健所設置市5市73人、その他36市町115人である。配置率は100%であり、全国平均89.5%（令和元年6月現在）を上回っている。

【課 題】

- (1) 健康寿命の延伸及び健康格差の縮小に向けて、県民の健康・栄養状態と課題を踏まえ、生活習慣病の発症予防や重症化予防のための食生活改善対策に加え、生涯にわたる健全な食生活を実践するための食育の推進、災害時等健康危機管理発生時における栄養・食生活支援の充実など、栄養施策の成果が最大に得られるような体制の構築が重要である。
- (2) 要介護状態になることをできる限り防ぎ、要介護状態となってもその悪化の防止に努める介護予防の充実は市町の責務とされている。地域包括ケアシステムの構築に向けた取組を踏まえ、高齢者の低栄養等の栄養課題への的確な対応に向け、健康づくり部門のみならず、介護保険部門等他部門への管理栄養士・栄養士の配置を促進する。
- (3) 保健・医療・福祉の目指す姿の実現に向け、各職域の管理栄養士・栄養士が地域の栄養・食生活の課題解決に向け、専門性をいかし連携して取り組むために、ネットワークの構築とその活動拠点としての栄養ケア・ステーションの整備が必要である。

【推進方策】

- (1) 地域の優先すべき健康課題を明確にし、成果の見える栄養施策を企画、実施、評価できるよう、研修や調整会議等を通じて資質向上に取り組み、行政栄養士業務の確立と推進を図る。（県、市町、関係団体）
- (2) 社会情勢の変化に適切に対応し、市町における健康増進対策の効果をあげるため、人材確保及び資質向上のために必要な方策を盛り込んだ健康日本21市町計画（市町健康増進計画）を策定するとともに、保健・介護・国保・福祉部門等への管理栄養士・栄養士の配置を含め必要な体制を整備する。（市町）
- (3) 病院、福祉施設等における栄養管理の質の向上と地域医療・在宅における栄養・食生活支援体制の整備が進むよう、管理栄養士・栄養士の資質向上と栄養士会をはじめ関係機関との連携強化、栄養ケア・ステーションの拡充に向けた支援を行う。（県、医療機関、福祉施設、栄養士会等関係団体）

8 歯科衛生士

【現 状】

(1) 本県の業務従事者届出による平成30年末の歯科衛生士の就業数は5,954人であり、平成22年末の4,255人から39.9%増加し、国の増加率28.5%と比較すると高くなっている。就業場所別割合では、平成30年末では、歯科診療所が5,538人(93.0%)、病院が251人(4.2%)、行政が74人(1.2%)、介護保険施設、学校及び養成所、事業所・その他となっている。

歯科医療機関において歯科衛生士が業務に従事する形態が一般的な歯科医療サービスの供給体制となっている。

全国との比較では、本県の人口10万対就業数は108.6人となっており、全国値(人口10万対104.9人)とほぼ同数である。

(2) 県及び保健所設置市で歯科保健業務に従事している歯科衛生士は平成30年3月末で23人、また、保健所設置以外の36市町のうち9市町(25%)で13人が配置されている。

(3) 県内の養成機関は5校あり、養成定員は300人である。

【課 題】

(1) 本県の歯科衛生士の人口10万対就業数は、全国並であるが、予防歯科の普及や地域における在宅歯科医療、誤嚥性肺炎予防、オーラルフレイル予防等での需要が高まっていることから、引き続き離職防止・復職支援の促進を図る必要がある。

(2) 市町は、歯科保健に関する事業が円滑かつ適切に実施できるよう、歯科衛生士の確保に努める必要がある。

(3) 高齢社会に直面し、歯科疾患予防あるいは口腔機能の保持増進の重要性が高まるとともに、今後さらに多様化する歯科保健医療のニーズに対応するため、予防と治療が一体となった歯科保健医療や、生涯を通じた歯や口の健康づくりに対応できる歯科衛生士の養成や、資質の向上が必要である。

【推進方策】

(1) 市町は、歯科保健事業を円滑かつ適切に実施できるように関係団体等と連携を図りながら、歯科衛生士の確保及び計画的配置の推進に努める。(市町)

(2) 養成教育の充実を推進し、安定的な供給を図る。(養成機関)

(3) 誤嚥性肺炎やオーラルフレイル予防など、地域の歯科保健医療ニーズに応じた専門的人材の育成とともに資質向上を図る。(関係団体、県)

(4) 歯科保健体制の整備に向けて、歯科衛生士未配置市町への配置を促進するために、兵庫県歯科衛生士センター(歯科衛生士バンク)を設置し、積極的な活用を推進する。(関係団体、県、市)

9 音楽療法士・園芸療法士

【現 状】

(1) 音楽療法・園芸療法の現状

音楽療法と園芸療法は、心や体に病や障害を持った方々等を対象に、心身の障害の軽減・回復、機能の維持・改善、生活の質の向上を目指して、音楽や園芸作業を意図的、計画的に活用して行われる治療技法である。アメリカなど先進諸外国では、既に医療福祉現場におけるケアの一つとして社会的に認知され、普及が図られているが、日本ではまだ国家資格、医療保険の適用など、社会制度上の位置付けがない。

本県では、震災の経験を踏まえ、先導的に音楽療法士、園芸療法士の養成、認定を行っており、養成された療法士は、保健・医療・福祉現場などにおいて活動を展開している。全国的にみても、音楽療法は大きな広がりを見せ、高齢社会においての代替医療として音楽療法を実施するという動きもみられる。園芸療法においても、植物が持つ“人を癒す力”をもっと活用しようとする動きが、リハビリ系の病院や、高齢者・障害者施設のほか民間企業のストレスケア、公営住宅、都市公園でのコミュニケーション形成などへの広がりを見せている。

(2) 兵庫県の音楽療法士養成の取り組み

ア 平成11年度から、音楽療法講座を開設し、音楽療法士を養成している。講座修了後、所定の実践経験を積んだ者を対象に審査を行い、兵庫県音楽療法士の認定を行っている。平成13年度から令和元年までに412名が認定されている。

年度	平成13	平成14	平成15	平成16	平成17	平成18	平成19	平成20	平成21	平成22
認定者数	27人	45人	31人	27人	24人	25人	21人	17人	20人	22人
年度	平成23	平成24	平成25	平成26	平成27	平成28	平成29	平成30	令和元	
認定者数	20人	22人	14人	17人	20人	13人	14人	12人	21人	

イ 音楽療法の普及を図るため、平成18年度から、兵庫県音楽療法士会を通じて、医療・福祉施設等のニーズに音楽療法士を的確にマッチングさせるとともに、施設等に対し音楽療法の実施経費の一部を助成する「音楽療法定着促進事業」を実施し、令和元年度までに857施設が助成を受けた。令和2年4月現在、兵庫県音楽療法士は、908施設で活動を行っており、音楽療法の実施が想定される高齢者施設・障害者（児）施設、病院などの県内施設数の2割程度をカバーしている。

(3) 兵庫県の園芸療法士養成の取り組み

ア 平成14年度から淡路景観園芸学校に園芸療法課程を開設し、園芸療法士を養成している。課程修了者に「兵庫県園芸療法士」の認定を行っている。これまでに225名が認定されている。

年度	平成15	平成16	平成17	平成18	平成19	平成20
認定者数	17人	14人	16人	16人	14人	16人
年度	平成21	平成22	平成23	平成24	平成25	平成26
認定者数	14人	13人	5人	8人	19人	13人
年度	平成27	平成28	平成29	平成30	令和元	合計
認定者数	8人	16人	8人	16人	12人	225人

イ 園芸療法の普及を図るため、平成18年度から兵庫県園芸療法士が医療・福祉施設に出向いて園芸療法プログラムを実施し、その経費の一部を助成する「園芸療法導入促進事業」を開始し、令和元年度までに県内148施設で1,406回実施した。

ウ 医療・福祉施設等に勤務している社会人に学びの機会を提供し、さらに園芸療法を普及するため、平成24年度に現在の職場に勤務しながら通学により園芸療法を学べるコース（2年）を新設した。

エ 淡路景観園芸学校の生涯学習コースに園芸療法に関する講座を開設し、県民への普及を図っている。

オ 淡路景観園芸学校が、西播磨総合リハビリテーションセンター西播磨病院など医療機関と連携して、園芸療法の効果の検証を進めている。

【課題】

- (1) 高齢化の進展に伴い、音楽療法、園芸療法の果たす役割はますます大きくなることが期待されることから、医療・福祉関係者の理解を深め、導入及び定着促進を図る必要がある。
- (2) 技術水準の確保と健全な普及を図るため、効果に関する研究による科学的根拠の蓄積及び、国内における統一的な認定制度の確立が必要である。

【推進方策】

(1) 音楽療法士の養成

- ア 引き続き音楽療法講座を実施し、「兵庫県音楽療法士」の養成、認定を行い、現任研修の充実などにより兵庫県音楽療法士の資質向上を図る。（県、ひょうご震災記念21世紀機構）
- イ 引き続き、補助事業を実施し、施設への導入及び定着促進を図る。（県、関係団体）
- ウ 音楽療法の効果の検証を医療・福祉施設等との連携のもとで進める。（県、関係団体）

(2) 園芸療法士の養成

- ア 引き続き、兵庫県園芸療法士の養成、認定を行う。(県)
- イ 医療・福祉施設等のニーズに園芸療法士を的確にマッチングさせるとともに、施設等に対し園芸療法の実施経費の一部を補助することにより、施設への導入促進を図る。(県、関係団体)
- ウ 国に対して国内の認定制度の確立と園芸療法の効果に関する研究への支援を提案していく。(県)
- エ 医療機関等と連携して園芸療法の効果の検証を進める。(県、医療機関等)
- オ 引き続き、県立淡路景観園芸学校の生涯学習コースに園芸療法に関する講座を開設し、県民への普及を図る。(県)

【目 標】

優れた人材を養成し、保健、医療、福祉の現場への導入促進及び定着化を図る。

目 標	策 定 時	現 状 値	目 標 値 (達 成 年 度)
兵庫県音楽療法士の認定者数	365名(H28)	412名(R2)	505名(R5)
兵庫県園芸療法士の認定者数	189名(H29)	225名(R1)	279名(R5)

10 介護人材の確保

後期高齢者人口は、令和2年に比べ令和7年には約1.2倍に増加すると見込まれ、介護サービス利用者数、介護職員・介護に携わる看護職員等の需要も大きく伸びることが見込まれる。一方で生産年齢人口（15歳～65歳）の減少に伴うさらなる担い手不足が見込まれることから、持続的な介護人材の確保及び定着が重要である。

◇介護人材の需要見込み

区分	平成27年度	平成28年度	平成29年度	令和2年度	令和7年度
介護職員	84,700人	86,500人	88,300人	97,700人	111,500人
看護職員	15,400人	15,600人	15,700人	17,700人	21,000人
介護その他職員	42,500人	44,600人	46,700人	53,300人	61,600人
合計	142,600人	146,700人	150,700人	168,700人	194,100人

※厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」（平成27年度）を基に算出した介護サービス別の利用者当たりの介護職員数と各市町が見込む介護サービス利用者数から推計

※介護職員：介護保険施設・事業所に勤務する介護職員及び訪問介護員

看護職員：介護保険施設・事業所に勤務する保健師、助産師、看護師、准看護師

介護その他職員：介護保険施設・事業所に勤務する、相談員、介護支援専門員、PT/OT等

このことから、福祉・介護人材確保の中核となる県福祉人材センターの機能強化を図り、センターを中心に、以下の4項目を柱に、中長期的な視点で人材確保のための施策を展開する。

【4つの柱】

- ・多様な人材の参入促進 — 中高年齢層等も含め人材のすそ野の拡大を進める
- ・キャリアアップの支援 — 専門性の高度化で継続的な資質の向上
— 意欲や能力に応じたキャリアパスの整備
- ・魅力ある職場づくり — 一旦入職した者の定着促進
- ・福祉・介護サービスの周知・理解 — イメージアップ

(1) 人材の確保・定着に向けた取組

ア 多様な人材の参入促進

【現状と課題】

- (ア) 介護人材の量的確保を推進しているものの、介護関連職種の有効求人倍率は他産業に比べ高く、有効求人数も増加傾向にあることから、依然として人手不足の状態である。
- (イ) 増加する介護ニーズに対応するためには、2025年を見据えて介護人材の確保や質の向上などを着実に進める必要がある。
- (ウ) 外国人の介護人材の受入れについては、EPA（経済連携協定）に基づくインドネシア、フィリピン、ベトナムの3か国からの介護福祉士候補者の受入れに取り組んできた。平成29年9月には留学生に向けた在留資格「介護」が創

設され、同年11月には外国人技能実習制度へ介護職種が追加されたほか、平成31年4月には新たな在留資格「特定技能」においても介護分野における外国人の受け入れが決まっている。こうした動きを踏まえ、介護人材の確保や定着促進に向けた外国人介護人材の受け入れ環境整備への更なる支援が求められる。

◇介護人材の確保状況

区 分	平成27年度	平成28年度	平成29年度
目標数	8,500人	17,000人	25,500人
確保数	3,600人	7,200人	—

※ 確保数は、各年8月実施の福祉・介護従事者数等調査から推計

◇介護関連職種のその他指標

区 分	平成26年度 C	平成28年度 D	比較 D-C
有効求人数 (A)	9,190人	10,829人	1,639人
有効求職者数 (B)	3,826人	3,340人	△496人
有効求人倍率 (A/B)	2.40(0.81)	3.24(1.01)	0.84(0.2)

※ 兵庫労働局調、カッコ内は、全産業の数値

【施策の方向】

- (ア) 令和3年度から3年間の年度ごとに介護人材の確保目標人数を設定する。
- (イ) 求職者と求人施設・事業所とのマッチングや就職説明会等の充実・強化を図り中高年齢層も含めた多様な人材の参入を促進する。
- (ウ) 介護人材のすそ野を拡大するため、元気高齢者、子育てが一段落した女性、転職者等について、重点的に参入促進を図る。
- (エ) 人材確保の裾野を拡大するため、生活援助を中心とした介護技術入門研修等の実施を検討する。
- (オ) 外国人介護人材の定着支援については、県内の介護保険施設等のニーズ調査を実施するなど、事業者の意向や課題を踏まえ、外国人介護人材の資質向上支援策等を検討する。

◇介護人材の確保目標人数

区 分	平成30年度	平成31(令和元)年度	令和2年度	計
確保目標人数	7,500人	7,500人	7,500人	22,500人

【主な取組】

- (ア) 福祉の就職総合フェア（合同就職説明会）
就職活動中の学生や一般求職者など福祉・介護分野への就職、転職を志す者を対象に、求人施設・事業所との個別面談、福祉の仕事・資格に関する相談を実施するとともに、福祉業界就活セミナー・相談会を開催する。（関係団体）
- (イ) キャリア支援専門員等によるPR展開
福祉人材センターが、福祉・介護分野への就労希望者の掘り起こし、求職者と求人施設・事業所とのマッチング支援、ソーシャルメディア等を活用した若者等へのPR等を展開する。（関係団体）

- (ウ) 進路選択学生等支援事業
介護福祉士養成校が高校等に出向き、福祉・介護の仕事の魅力を紹介する進路相談会や説明会等を実施する経費に補助する。(県)
- (エ) 高齢者等就労支援事業
高齢者等が特別養護老人ホーム等で就労するための介護に関する基礎知識・技術の習得を支援する。(県)
- (オ) ひょうごケア・アシスタント推進事業
高齢者・女性等の地域住民が介護施設や訪問介護事業所等に短時間・短期間の研修期間を設けて掃除・洗濯等の周辺業務等に従事するひょうごケア・アシスタント制度を推進し、周辺業務等を担うスタッフの導入の推進を図る。(関係団体)
- (カ) 潜在介護福祉士等再就業支援事業
潜在介護福祉士等が復職する際に、ブランクによる不安を解消するため、最新の介護の知識や技術を学習する研修を実施する。(関係団体)
- (キ) 介護人材確保に向けた市町・団体支援事業
多様な人材の参入を促進する事業や介護従事者の資質向上、労働環境の改善等市町や関係団体が行う介護人材確保に資する事業に対して費用を補助する。(県)
- (ク) 外国人介護福祉士候補者受入施設学習支援事業
EPA(経済連携協定)に基づき、外国人介護福祉士候補者を受け入れた施設が実施する日本語学習に必要な経費や介護分野の専門学習の費用を補助する。(県)
- (ケ) 外国人介護人材に対する介護技術研修事業
県内介護保険施設等での外国人介護人材の円滑な就労・定着を図るため、基本的な介護技術やコミュニケーション技術等の研修実施にかかる費用を補助する。(県)
- (コ) 外国人技能実習生等就労定着支援事業
技能実習生として必要な日本語能力獲得支援のための技能実習生に対する研修及びOJTの方法等効果的な技能実習を行うための実習実施施設職員に対する研修を実施する。(県)
- (サ) 介護技術等研修の実施
生活援助中心型のサービス提供に必要な技術等を習得するための研修を実施する。(県)
- (シ) 福祉人材センター機能強化事業
福祉人材センターの相談窓口を拡充し、学校や事業所訪問等により人材の掘り起こしを行うとともに、きめ細かいマッチングを行う。(関係団体)
- (ス) 県立総合衛生学院介護福祉学科の運営
平成31年4月に開設した県立総合衛生学院介護福祉学科により、介護福祉士の確保に取り組む。(県)

イ 介護人材のキャリアアップ支援

【現状と課題】

- (ア) 介護関連職種の離職率は、やや低下した後、ほぼ横ばい状況で推移しているが、全産業平均と比較すると、差は縮小してきたものの依然高い状況にあり、引き続き福祉職場への定着を促進する必要がある。
- (イ) 介護人材の量的確保が進む一方、他の産業から無資格・未経験者の参入が増えること等により、サービスの質の確保が課題となっており、職員の資質向上の仕組みづくりが必要である。

◇介護関連職種の入職・離職の状況

区 分	平成 28 年度 A	平成 30 年度 B	比較 B-A
入 職 率	19.4% (15.8%)	18.7% (15.4%)	△0.7 (△0.4)
離 職 率	16.7% (15.0%)	15.4% (14.6%)	△1.3 (△0.4)

※カッコ内は、全産業の数値

※介護関連職種：「介護労働実態調査(介護労働安定センター)」、全産業：「雇用動向調査(厚生労働省)」

【施策の方向】

- (ア) 介護サービス水準の確保のため、介護人材の資質を向上させる職員のキャリアアップを支援する。
- (イ) 介護キャリア段位制度の普及を図るなど、職員の能力を適正に評価し資質向上や処遇改善につながる仕組みづくりを進める。

【主な取組】

- (ア) キャリアアップ研修事業
施設・事業所に勤務する職員のキャリアアップ（能力向上）に資する研修を実施する関係団体等に経費を補助する。（県）
- (イ) 介護キャリア段位制度の普及促進事業
全国共通の評価基準により職員の実践的スキルを評価するキャリア段位制度の整備に向け、介護事業所・施設内で職員の評価を行うアセッサーの養成を支援する。（県）
- (ウ) 介護福祉士試験の実務者研修等に係る代替職員の確保事業
介護福祉士試験の受験資格要件となる実務者研修等の受講を促進するため、介護事業所の職員が受講する際に必要となる代替職員の確保に係る経費を補助する。（県）
- (エ) 介護人材確保・定着事業
施設等の介護職員による介護福祉士等の資格取得を支援するため、関係団体が行う研修受講料の一部助成や研修・相談支援に対して補助を行う。（関係団体）
- (オ) 兵庫県福祉人材研修センターの運営
福祉人材研修センターにおいて、社会福祉事業従事者の資質向上を図る各種の研修を実施するとともに、施設・事業所におけるOJTの取組を充実させるため、職場研修担当者を対象とした研修、職場訪問による指導等を実施する。（関係団体）

- (カ) 福祉・介護職員合同入職式の開催
介護・障害・保育等の福祉人材の職場定着に結びつくよう、福祉・介護職員として成長する心構えを学ぶ合同入職式を開催する。(県)
- (キ) 福祉施設新任職員フォローアップ研修の受講料助成
入職して2、3年目の若手介護職員を対象に、他施設等の同じ立場の者との交流や、業務改善手法等の習得などを図るための、若手職員リーダーとして育成する合宿研修に参加する際の研修受講料の一部を助成する。(県)
- (ク) 介護職員エルダー養成研修の実施
入職して4年目以降の若手職員を対象に、新規職員を職務面や精神面でサポートする先輩職員(エルダー)として育成する合宿研修を実施します。(県)

ウ 魅力ある職場づくり支援

【現状と課題】

- (ア) 介護報酬の介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算による賃金改善のための措置等により、賃金改善は進みつつあるものの、全産業の平均に比べ、依然低い状況にある。
- (イ) 介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算の職場環境等要件においては、事業者は、①介護技術の習得支援などの資質の向上、②早期離職防止のための新人指導、雇用管理改善対策の充実等の労働環境・処遇の改善、③経営・人材育成理念の見える化等を、雇用するすべての介護職員に周知した上で推進することが求められている。

【施策の方向】

- (ア) 介護人材の確保・定着を図るため、魅力ある職場づくりをめざし、雇用管理や人材育成等の改善に取り組む事業所を支援するとともに、介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算の適正な運用を推進する。
- (イ) 介護人材の処遇改善に向けた継続的な取組を国に提案する。

【主な取組】

- (ア) 介護業務における労働環境改善・生産性向上支援事業
介護保険施設等での労働環境の改善や生産性の向上を図るため、業務改善に要する経費や介護ロボットの導入、ICT(一気通貫システム)の導入を支援する。(県)
- (イ) 訪問看護師・訪問介護員等安全確保・離職防止対策事業
利用者等からの暴言・暴力・セクハラ行為等に対応し、訪問看護師・訪問介護員等の安全確保・離職防止を図るため、相談窓口の設置や研修会の開催、利用者等の同意が得られず介護報酬上の2人訪問加算が適用できない場合の一部費用補助を実施する。また、2人訪問ができる体制確保が困難な小規模事業所に対し、1人訪問時の安全対策に必要な経費の一部として、警備会社委託の初期費用を支援する。(県)

- (ウ) 介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算の適正な運用の推進事業主が介護職員の資質向上や雇用管理の改善を進め、介護職員が積極的に資質向上やキャリア形成を行うことができる労働環境を整備するとともに、介護職員自身が研修等を積極的に活用することにつながるよう、介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算の適正な運用を推進する。(県)

エ 介護サービスの周知・理解

【現状と課題】

- (ア) 関係団体と連携し、11月11日の「介護の日」を中心に、介護のイメージアップを図るキャンペーンを実施している。

◇ 「ひょうご福祉・介護のしごと魅力発見キャンペーン2020」の取組状況

- (ア) 介護講演会、介護の日シンポジウムなどの啓発イベントの開催
(イ) 施設による文化祭、模擬店、バザー、アトラクション等、地域交流事業の実施
(ウ) ハローワークによる介護就職デイ(就職説明会)の開催 等

- (イ) 介護の仕事の魅力や大切さについて、将来の担い手となる若者をはじめ社会全体での理解を進めるとともに、介護の職場に対するイメージアップを図り、介護の就職希望者を増やしていく必要がある。

【施策の方向】

- (ア) 関係団体と協力し、イベント開催等により、介護の仕事に対する理解を進める。
(イ) 若年層を対象に、介護の仕事を経験できる機会を提供する。
(ウ) 介護業務の認知度を高めるための資料作成を進める。
(エ) 介護現場とも協力し、将来の担い手となる小学・中学・高校生向けに啓発活動を行う。

【主な取組】

- (ア) 介護業務イメージアップの推進
将来の担い手となる中学生・高校生や教員を主な対象に、介護業務の魅力を発信するとともに、未就労の若者等による介護職への就労促進を図るため、事業者団体に委託して、若手介護職員による啓発活動、特養の職員確保を支援するための就職フェアを実施する。(関係団体)
- (イ) 介護業務体験学習推進事業
介護の将来の担い手となる小・中学生やその保護者等に介護の仕事のやりがいや魅力を発信するため、子ども向け集客施設への介護業務体験パビリオンの出展を支援し、介護業務のイメージアップを図る。(関係団体)
- (ウ) 福祉体験学習事業
一般求職者や高校生・大学生を対象に介護の職場体験やインターンシップの機会を提供するとともに、高校生・大学生やその親を対象とする施設見学等を実施する。(関係団体)

(エ) 介護の仕事啓発促進事業

介護の仕事のやりがいや魅力を多くの人に伝える講習会、シンポジウム等の啓発行事を実施する関係団体等に経費を補助する。(県)

(2) 介護職員の養成・資質向上

【現状と課題】

ア 訪問介護サービスの担い手である訪問介護員について、専門学校、民間事業所等が実施する指定研修により、令和2年度末までに県内で約13万6千人を養成している。

イ 研修制度は、平成25年度より「訪問介護員養成研修(1級～3級)」及び「介護職員基礎研修」が「介護職員初任者研修」に一元化された。

ウ 平成30年度からは、介護職員初任者研修の研修時間(130時間)より入門的な研修が制度化された。

エ 引き続き各サービス事業所の職員が、介護技術・知識等の向上に資する研修を受講する等、介護職員全体の資質の向上を図る必要がある。

◇ 介護員養成研修修了者(平成3年～)

区 分	平成29年度 までの累計	平成30年度	平成31年度	令和2年度
介護職員初任者研修	18,198人	3,318人	3,007人	770人
介護職員基礎研修課程	2,635人			
1級課程	12,033人			
2級課程	96,954人			
累計	129,820人	133,138人	136,145人	136,915人

※令和2年度数値は9月末現在

【施策の方向】

ア 介護員養成研修を実施する研修事業者の指定・指導等を行い、訪問介護員を養成するとともに、各サービス事業所の介護職員等に対して、より専門的な知識・技術を習得するための機会を提供し、介護職員全体の資質の向上を図る。

イ 介護キャリア段位制度の普及を図るなど、職員の能力を適正に評価し資質向上や処遇改善につながる仕組みづくりを進める。(再掲)

【主な取組】

ア 介護職員初任者研修等を受講する者や、潜在的有資格者を雇用する事業者への支援を拡充する。(県)

イ 人生の最期を迎える高齢者等への介護に対応できるよう、職員の資質向上を図る。(事業者)

ウ 介護キャリア段位制度の普及促進事業(再掲)(県)

エ 介護福祉士試験の実務者研修等に係る代替職員の確保事業(再掲)(県)

第3章 保健医療機関相互の連携

1 地域医療連携体制の構築

大病院への患者の集中と長い待ち時間にみられるように、県民は必ずしも身近な医療機関にかかっているとはいえず、また、本来高度な専門医療を担うべき医療機関がその機能を効率的に果たせていない面がある。

このため、医療機関相互の役割分担を明確にし、連携を促進することにより、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を確保するとともに、県民の利便性の向上を図る。

○地域医療連携体制：

かかりつけ医（歯科医）だけでは対応できない患者を専門医等に円滑に紹介するとともに、多様な診療機能を持つ医療機関相互の連携（診診、病診、病病連携）を図ることにより、特殊専門医療を除くほとんどの医療を2次保健医療圏域内（あるいは疾病・事業ごとの圏域）で完結することをめざすシステムである。

こうした2次保健医療圏域内の医療連携の中心となる役割を担うものとして平成10年の医療法改正により、地域医療支援病院の制度が創設された。地域医療支援病院は、紹介患者に対する医療提供、医療機器などの共同利用の実施、地域の医療従事者の資質向上のための研修の実施等を通じてかかりつけ医（歯科医）を支援するものと位置付けられている。

【現 状】

(1) 本県では、平成4年度から阪神南・中播磨・淡路の各圏域で、平成14年度から西播磨・但馬圏域で、さらに平成17年度から丹波地域で地域医療連携推進事業を展開してきた。これにより、かかりつけ医からの患者紹介については、前記圏域を中心に、紹介様式の統一や、電話・ファクシミリによる検査・手術・専門医療などの依頼が制度化されているほか、パソコンを活用した紹介システムを構築する事例も見られる。また、高額医療機器や病床の共同利用も行われており、これらの調整を行う地域医療連携室の整備も進められている。

開放型病床については県内で51病院が設置しているが、圏域によってその設置状況に大きな差がある。

地域医療連携室(同機能の組織を含む)を整備している病院数

	地域医療連携室 を整備している 病院数	全病院に対する割合
平成16年10月	216	61.5%
平成19年9月	255	72.0%
平成21年10月	276	79.0%
平成23年10月	290	84.1%
平成29年3月	291	88.7%

兵庫県「医療施設実態調査」

高額医療機器の共同利用実施病院数

	M R I	C T	R I 診断装置
平成 19 年 9 月	80	109	28
平成 21 年 10 月	63	89	18
平成 23 年 10 月	78	101	31
平成 29 年 3 月	68	84	32

兵庫県「医療施設実態調査」

入院診療設備の開放状況（圏域別）

	全県	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
平成 19 年	58 16.3%	11 10.2%	19 36.5%	4 11.8%	7 17.1%	1 4.5%	4 10.3%	2 8.0%	2 15.4%	1 12.5%	7 58.3%
平成 21 年	40 11.5%	11 10.4%	13 26.0%	4 12.5%	4 9.8%	1 4.5%	2 5.1%	1 4.0%	1 7.7%	1 12.5%	2 16.7%
平成 23 年	53 15.4%	13 12.5%	12 23.5%	8 24.2%	5 12.5%	2 9.1%	4 10.5%	3 12.0%	1 8.3%	2 25.0%	3 25.0%
平成 29 年	51 15.5%	14 13.7%	10 20.4%	6 18.2%	7 17.9%	3 13.6%	4 12.1%	2 8.3%	2 20.0%	2 25.0%	1 12.5%

上段：病院数、下段：割合（対全病院数）

兵庫県「医療施設実態調査」

(2) 地域医療支援病院については、医療施設機能の体系化の一環として、患者に身近な地域で医療が提供されることが望ましいという観点から、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を通じて、第一線の地域医療を担うかかりつけ医等を支援する能力を備え、地域医療の確保を図る病院として相応しい構造設備等を有するものについて、都道府県知事が個別に承認している。

承認基準として、原則として 200 床以上の病床を有すること、患者紹介率が 80% 以上、若しくは患者紹介率が 65% 以上かつ逆紹介率が 40% 以上、若しくは患者紹介率が 50% 以上かつ逆紹介率が 70% 以上であること、救急搬送患者を年間 1,000 件以上受け入れること、地域の医療従事者に対する研修を年間 12 回以上主催することなどの要件が課されている。

令和 2 年 4 月現在、県内で地域医療支援病院として承認された病院は 37 病院あり、また、全国的にも平成 30 年 9 月時点で 586 病院となっている。

【令和2年4月現在の指定病院】（8圏域 37病院）

圏域	病院名	承認日
神戸	神戸赤十字病院	平成19年3月27日
	神戸市立医療センター中央市民病院	平成21年12月16日
	県立こども病院	平成21年12月16日
	神鋼記念病院	平成23年11月9日
	神戸中央病院	平成23年11月9日
	神戸医療センター	平成24年11月14日
	神戸労災病院	平成25年11月12日
	西神戸医療センター	平成25年11月12日
	神戸市立医療センター西市民病院	平成25年11月12日
	神戸掖済会病院	平成27年12月25日
	済生会兵庫県病院	平成28年7月27日
川崎病院	平成30年8月29日	
阪神	県立西宮病院	平成21年12月16日
	関西労災病院	平成21年12月16日
	市立伊丹病院	平成23年11月9日
	近畿中央病院	平成23年11月9日
	三田市民病院	平成24年11月14日
	宝塚市立病院	平成25年11月12日
	市立川西病院	平成26年12月24日
	県立尼崎総合医療センター	平成27年6月26日
	西宮市立中央病院	令和元年6月24日
東播磨	明石医療センター	平成21年3月18日
	県立加古川医療センター	平成23年3月1日
	明石市立市民病院	平成25年11月12日
	加古川中央市民病院	平成28年7月1日
	高砂市民病院	平成29年9月25日
北播磨	市立西脇病院	平成23年11月9日
	北播磨総合医療センター	平成27年6月26日
播磨 姫路	県立姫路循環器病センター	平成23年3月1日
	姫路赤十字病院	平成24年11月14日
	姫路医療センター	平成24年11月14日
	赤穂市民病院	平成26年12月24日
	製鉄記念広畑病院	平成28年7月27日
但馬	公立八鹿病院	平成24年11月14日
	公立豊岡病院	平成30年8月29日
丹波	県立丹波医療センター	令和元年6月24日
淡路	県立淡路医療センター	平成13年10月22日

【課題】

地域医療連携の実施状況は次表のとおりであるが、医師間での連携や一部の病院間での連携にとどまっていることが多い。

また、地域医療支援病院は、かかりつけ医から紹介を受けた患者の受け皿として地域医療連携の中心となる医療機関であるが、承認要件が厳しく、すべての2次保健医療圏域ごとに確保するには至っていない状況である。

兵庫県内の病院の医療連携状況 (単位:病院数(全病院に対する割合(%))

	病院と病院の連携 (依頼される場合の主な項目)			病院と病院の連携 (依頼する場合の主な項目)		
	検査 引き受け	手術 引き受け	専門診療 引き受け	検査依頼	手術依頼	専門診療 依頼
平成16年	195 (55.6)	163 (46.4)	183 (52.1)	252 (71.8)	251 (71.5)	264 (75.2)
平成19年	214 (60.5)	181 (51.1)	192 (54.2)	273 (77.1)	273 (77.1)	283 (79.9)
平成21年	200 (57.4)	177 (50.8)	203 (58.3)	268 (77.0)	247 (70.9)	245 (70.4)
平成23年	187 (54.2)	166 (48.1)	191 (55.4)	265 (76.8)	270 (78.3)	287 (83.2)
平成29年	174 (53.0)	149 (45.4)	181 (55.2)	240 (73.2)	245 (74.7)	254 (77.4)

	病院と診療所の連携				
	検査 引き受け	手術 引き受け	専門診療 引き受け	外来治療紹介 (逆紹介)	在宅治療紹介 (逆紹介)
平成16年	227(64.7)	189(53.8)	211 (60.1)	168(47.9)	123(35.0)
平成19年	252(71.2)	197(55.6)	218 (61.6)	171(48.3)	136(38.4)
平成21年	229(65.8)	191(54.8)	219(62.9)	186(53.4)	153(44.0)
平成23年	219(63.5)	176(51.0)	202(58.6)	179(51.9)	148(42.9)
平成29年	196(59.8)	161(49.1)	189(57.6)	178(54.3)	127(38.7)

兵庫県「医療施設実態調査」

【推進方策】

(1) 地域医療連携体制の整備推進 (医療機関、医療関係団体、県、市町)

地域医療連携室の設置や開放型病床など診療機能のオープン化、ICT (情報通信技術) を活用した地域医療の情報化、地域連携クリティカルパスの導入等を推進する。

(2) 地域医療支援機能の確保 (県、医療機関、医療関係団体)

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各2次保健医療圏域に原則として1か所以上確保し、同病院とかかりつけ医等、さらには専門診療、検査、入院に対応する一般病院等のネットワークを形成する。

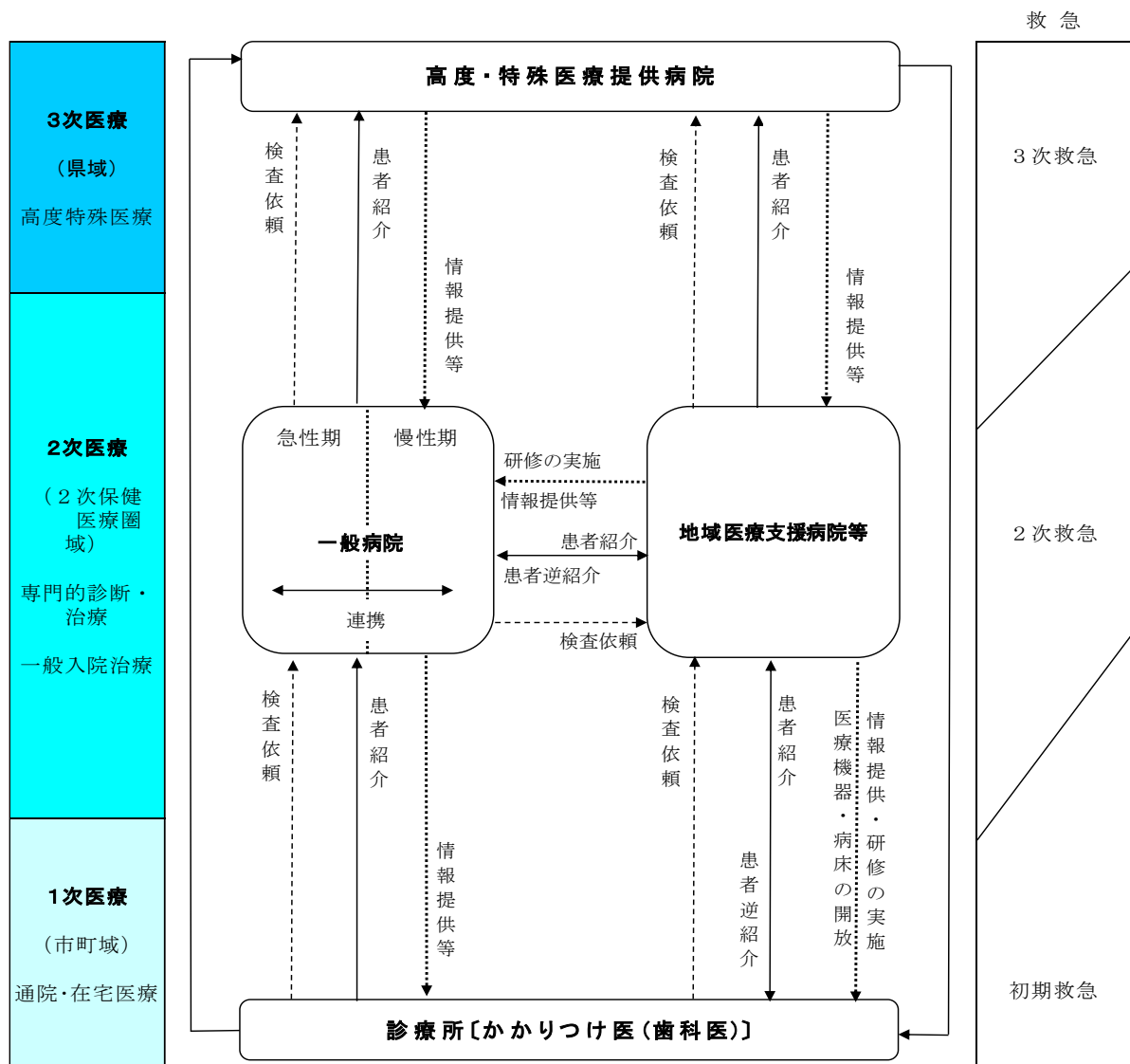
(3) 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築（県、医療機関、医療関係団体）

国が示す基本方針及び指針に基づき、5疾病5事業及び在宅医療について、それぞれの療連携体制の構築を図る。（当計画の各項目において、それぞれの医療連携体制を記載する。

【目 標】

目標	策定時	現状値	目標値 (達成年度)
地域医療支援病院をすべての 2次保健医療圏域に確保	7圏域 (H30)	8圏域 (R2)	8圏域 (R5)

地域医療連携体制概念図



2 保健医療情報システム

保健医療機関相互の連携、県民への情報提供、個人の健康管理などに、ICT（情報通信技術）を利用したさまざまな情報システムを運用し、保健医療水準の向上を図るとともに、県民の主体的な健康づくりや医療サービスの選択を支援する。

【現 状】

現在、本県では次のような情報システムが稼働している。

(1) 保健医療機関の情報ネットワーク

ア 兵庫県広域災害・救急医療情報システム（兵庫県EMIS）

当システムは、救急医療に対応できる医療機関の診療機能（診療・手術の可否、空床の有無など）を収集し、各消防本部等が検索して、救急患者の円滑な搬送と受入を図るものである。地震などの大規模災害時には県内の救急医療機関の被災状況、人工透析の実施の有無、受入可能患者数や転院が必要な重症患者数等の情報を収集し、関係機関に提供する。

また、大規模な事故や事件等の中小規模災害時には、消防本部等からの通報により医療機関が受入可能患者数を入力する緊急搬送要請モードに切り替わる。

当システムは昭和56年に整備したが、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、その後も以下のとおり機能の追加整備を続けている。

【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化し、県民にも休日夜間急患センターなどの救急医療機関情報を提供している。また、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。

【参照URL】：<http://web.qq.pref.hyogo.lg.jp/ap/qq/men/pwtpmenult01.aspx>

イ 周産期医療情報システム

平成8年から兵庫県広域災害・救急医療情報システムに周産期関連の項目を追加し、空床情報等の検索を可能とした。さらに、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、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産科及びNICU（新生児集中治療管理室）の空床の有無、緊急手術の可否などの応需情報を提供することとしてシステムを再構築している。

「兵庫県周産期医療情報システム」

【参照URL】：<http://web.qq.pref.hyogo.lg.jp/qq28scripts/sa/samolinggo.asp>

ウ 医療機関行政情報システム

当システムは、立入検査の結果を管理するものであり、県健康福祉事務所及び市保健所において、それぞれが行った立入検査の結果を入力し、県で集計した後、厚生労働省に報告している。これを受け、同省から全国単位の分析結果が還元されている。

エ 医療機関相互の医療情報ネットワークシステム

医療機関が電子化された診療データを相互に共有する、医療情報連携ネットワークシステムが、県下各地で整備、運用されている。

【圏域レベルで整備された主な医療情報システム】

(1) h-Anshin（はんしん）むこねっと（阪神圏域）

主な機能：患者情報共有、二次救急（病院の応需情報・搬送情報）、
医療機関情報

(2) 北はりま絆ネット（北播磨圏域）

主な機能：患者情報共有

(3) あわじネット（淡路圏域）

主な機能：患者情報共有

オ 在宅医療のための地域ネットワーク

県医師会では、在宅療養患者の体温・血圧等の生体情報や訪問時の様子等の報告を、医師・看護師・ケアマネジャー等の多職種の医療介護関係者間で共有する地域ネットワークシステムを運用している。令和2年9月末現在、29の在宅医療圏域において、865の医療機関と1,261の在宅医療・介護関係機関で運用し、患者情報を共有している。

(2) 県民に対する情報提供システム

県下の多くの地域において、市町、医師会、歯科医師会等が、医療機関や救急医療機関に関する情報、保健情報などを、テレホンサービス、CATV、ホームページ等により提供しているほか、兵庫県薬剤師会薬事情報センターがホームページやラジオ情報などを通じて、薬の正しい使い方などの情報を提供している。

(3) 医療機関情報システム

住民等による医療機関の適切な選択を支援するとともに、医療機関の受診等に伴うトラブルの発生を未然に防止し、医療安全体制の確立に寄与するため、医療法に基づき、医療機関等（病院、診療所、助産所、薬局）から報告を受けた医療機能情報を県が集約し、住民や患者が利用しやすいように検索機能を付加して平成19年度から提供している。

「兵庫県医療機関情報システム」－医療機能メニュー

[参照URL] :

<http://web.qq.pref.hyogo.lg.jp/hyogo/ap/qq/men/pwtpmenult01.aspx>

【課題】

- (1) 地域保健の広域的、専門的拠点としての役割を担う県健康福祉事務所及び市保健所において、保健、医療、福祉情報を迅速かつ効率的に収集・提供することのできるような仕組みづくりが必要である。
- (2) 現在の保健医療に関する情報システムは、ごく一部を除いて、地域、主体、分野ごとに独立したシステムとして運用されているが、利用者の利便性やシステムの効率性を考えると、個人情報の保護に配慮しつつ情報システムを一元化、共用化することが望まれる。
- (3) 近年におけるICT（情報通信技術）はめざましく進歩しており、情報システムも高度化が可能となっているが、それを使いこなす人材の確保が十分でない場合が見られる。
- (4) 兵庫県広域災害・救急医療情報システム（兵庫県EMIS）について、県民への情報提供内容、情報システムの周知手法などについて検証を行う必要がある。

【推進方策】

- (1) 県健康福祉事務所及び市保健所が、保健統計データや医療機関のデータなど保健・医療・福祉情報を迅速かつ幅広く収集・提供することができるよう、既存の情報システムの適切な運用と充実を図る。（県、保健所設置市）
- (2) 医療資源がまばらで高齢化が進む郡部において、特に取り組みが遅れているICT（情報通信技術）を活用した在宅診療、遠隔医療を推進する。（県、市町、医療機関）
- (3) 情報システムの構築、運用にあたっては、「個人情報の保護に関する法律」に基づき、個人情報を適正に取り扱うとともに、県民の理解と協力が得られるようシステムの目的や安全性についてPRを行う。（県）
- (4) 情報システムを継続して有効かつ適切に活用するため、関係職員の研修を定期的に実施する。（県）
- (5) 電子カルテなどの医療の情報化推進により、医療安全の推進を含む医療の質の向上や効率化、患者への情報提供などの促進を図る。（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）における県民への情報提供内容、周知方法などについて検証を行い、情報システムの活用を推進する。（県、市町、医療機関）
- (7) 産科及びNICU（新生児集中治療管理室）の空床の有無や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とともに、効果的な活用方法について検討を進める。（県・医療機関・関係団体）
- (8) 医療法に基づく医療機関の医療機能情報の公表制度を踏まえ、医療機関は自らの医療機能情報の正確な報告に努めるとともに、県はその情報を県民に分かりやすい形で公表する。（医療機関、県）

＜主な公表項目＞

1 管理・運営・サービス等に関する事項

- (1) 基本情報（名称、開設者、管理者、所在地、電話番号、診療科目、診療日、診療時間、病床数）
- (2) 病院等へのアクセス（利用交通手段、駐車場、外来受付時間、時間外対応等）
- (3) 院内サービス等（院内処方の有無、対応可能な外国語の種類、相談体制等）
- (4) 費用負担等（保険医療機関、公費負担医療機関及びその他の病院等の種類）

2 提供サービスや医療連携体制に関する事項

診療内容、提供保健・医療・介護サービス（専門医の種類及び人数、保有する施設設備、併設する介護施設、対応可能な疾患・治療内容、専門外来の有無、健康診断・健康相談の実施、対応可能な予防接種、セカンド・オピニオンに関する状況、地域医療連携体制等）

3 医療の実績、結果等に関する事項

人員配置、医療安全対策、院内感染対策、診療情報管理体制、症例検討体制、患者数、平均在院日数、患者満足度調査、（公財）日本医療機能評価機構による認定の有無等

第4章 医療安全対策

1 医療安全相談

医師と患者との信頼関係の構築を支援するため、患者の苦情や相談等、県民からの医療相談に対して迅速かつ的確に対応し、もって医療の安全性、信頼性の向上を図る。

【現 状】

(1) 厚生労働省が、今後の医療安全対策の目指すべき方向を示すため「医療安全対策検討会議」を設置し、平成14年4月に取りまとめた医療安全推進総合対策では、医療安全を推進するための環境整備として、患者の苦情や相談等に対応するための公的な相談体制の整備が、都道府県等に対して求められるとともに、特定機能病院、臨床研修指定病院には患者相談窓口の設置が法的に義務付けられた。

なお、平成19年4月より、都道府県、保健所を設置する市等に「医療安全支援センター」を設置することが医療法で努力義務とされている。

(2) 患者やその家族からの医療に関する相談に広く応じるために、各都道府県に医療安全支援センターの整備が求められたことを踏まえ、本県では、平成15年4月に「医療安全相談センター」を設置し、専門相談員が患者やその家族からの医療に関する相談や苦情に対応している。

また、平成16年4月からは医学専門家の助言を得るため、医療相談アドバイザーを設置し機能の充実を図っている。

(3) 保健所設置市においても、「医療安全支援センター」が設置され、各所管地域の医療機関に関する相談業務が行われている。

(4) 県において、死体解剖保存法に基づく監察医務室を設置し、神戸市内（北区・西区を除く）で発生した異状死体の検案及び解剖業務を行っている。

(5) 医療に起因する一定の死亡事故の発生した医療機関が院内調査を行ない、その調査報告を一般社団法人日本医療安全調査機構（医療事故調査・支援センター）が収集・分析することで再発防止につなげる「医療事故調査制度」が平成27年10月1日より全国で実施されている。

医療安全相談センターに対する相談・苦情件数

区分	苦情・提言			相談・問合せ			合計		
	医療行為・医療内容	医療機関従事者の接遇	その他（医療費関係等）	健康や病気に関すること	医療機関の紹介、案内	その他（薬品、医療行政等）			
27年度	820	435	185	200	431	77	116	238	1,251
28年度	854	443	203	208	321	67	138	116	1,175
29年度	782	460	168	154	271	67	112	92	1,053
30年度	803	483	160	160	319	41	207	71	1,122
31年度	589	365	122	102	426	94	216	116	1,015

【課題】

- (1) 医療安全相談センターに寄せられる相談内容は医療従事者の待遇に対する不満や医療行為に対する苦情など多種多様なため、県医師会等の関係団体や医療機関等との連携はもとより、法律相談を行う関係団体との連携を確保し、相談体制の充実及び問題解決に努める必要がある。
- (2) 行政機関の相談窓口だけでなく、患者の医療を直接に行っている医療機関自らが、医療安全対策の一環として患者等に対する相談機能を持つことが重要である。
- (3) 医療安全相談センターは現在、専ら患者や患者家族からの相談に対応しているが、医療機関における医療安全対策の充実を図る必要があることから、医療機関からの相談に応じる体制も必要である。

【推進方策】

- (1) 患者からの相談や苦情に関する情報を医療機関に提供し、医療機関における、医療安全体制の充実や患者サービスの向上を促進する。また、医師会などの医療関係団体や、医療機関内の患者相談窓口との連携を図り、県民からの医療相談に迅速かつ効果的に対応し、医療の安全性や信頼性の向上を図る。(県、保健所設置市、関係団体、医療機関)
- (2) 特定機能病院、臨床研修指定病院以外の医療機関においても、相談窓口の設置を働きかける。また、窓口を設置した医療機関については、医療機関自らが相談体制の充実を図るとともに、相談内容を医療現場へフィードバックし改善を図るなど、組織として医療安全対策に取り組むよう働きかける。(県、保健所設置市、医療機関)
- (3) 医療機関からの相談にも対応できるように、医師会などの医療関係団体と連携し、院内感染対策、事故防止対策に関する相談等にも対応可能な体制の充実を図る。(県、医療関係団体)

2 医療事故・院内感染の防止等

各医療機関において、医療事故や院内感染のない、患者にとって安全な医療提供体制を目指す。

【現 状】

- (1) 平成19年4月から、病院、有床診療所に加え、無床診療所、助産所の管理者にも、安全管理指針の整備、安全管理委員会の開催、職員研修の実施、事故報告等の改善方策を講じることが義務づけられるなど、医療の安全確保が充実された。
- (2) 医療機関の医療事故については、特定機能病院や独立行政法人国立病院機構病院等は、厚生労働大臣の登録を受けた第三者機関（登録分析機関）への報告が義務づけられているほか、その他の病院についても、任意での事故報告（医療事故情報収集等事業）を求められている。報告のあった医療事故については、第三者機関（登録分析機関）が結果を分析、評価のうえ公表し、医療機関の安全対策の資料として活用されている。
- (3) 毎年実施している病院立入検査では、「安全管理指針の整備」、「安全管理委員会の開催」、「安全管理の職員研修」、「事故報告及び改善方策体制」は、各100%の実施状況であったが、その内容も適正であった病院は、それぞれ99.1%、99.7%、99.7%、100%であった（令和元年度）。
- (4) 院内感染については、平成11年に透析医療機関でB型肝炎の院内感染の発生があったことから、県内透析医療機関に対する立入検査の強化等を行っている。
- (5) 県立病院では、医療事故の発生状況をホームページや報道機関を通じて県民に公表している。

【課 題】

- (1) 医療事故には多様なタイプの事故が様々なレベルで起こっており、また、個々の医療機関によって対策も異なることから、各医療機関が主体となって事故防止の取り組みを行っていくことが重要である。しかしながら、安全管理対策が不十分な医療機関もあることから、今後も引き続き医療機関における医療安全管理体制を推進する必要がある。
- (2) 院内感染については、薬剤耐性菌対策や高齢者等免疫力が低下した患者への感染防止等の課題に対して、今後も院内感染対策の充実や感染性廃棄物の適正な処理を推進する必要がある。

【推進方策】

- (1) 医療法及び国通知「医療機関における院内感染対策について」等に基づき、医療機関への立入検査等を通じて、医療事故及び院内感染の防止に関する調査・指導を強化する。特に、病院及び有床診療所に対しては、医療安全管理指針の整備、委員会の開催等を重点的に指導する。また、国等における医療事故及び院内感染の防止対策に関する各種の検討結果等について、医療機関に対して周知徹底を図る。（県、保健所設置市、医療機関）

- (2) 医療事故防止対策の促進のために、病院の立入検査の機会等に医療事故情報収集等事業に参加するよう働きかける。
- また、重大な医療事故及び院内感染が発生した場合には、積極的な情報提供を求め、医療機関の協力を得て原因等を分析し、再発防止に向けた対策について検討するとともに、その検討結果について医療機関に周知徹底を図り、医療事故及び院内感染の防止に取り組む。(県、保健所設置市、医療機関)
- (3) 県立病院においては、医療事故防止対策委員会の設置などにより医療事故再発防止のための対策を講じてきたところであるが、引き続き医療事故防止、院内感染防止対策の充実・強化に努める。(県)
- (4) 医療従事者の確保・偏在対策に加え、労働時間の短縮や勤務形態の工夫など医療機関が行う勤務環境改善の取り組みを支援することにより、長時間・過重労働に起因する医療事故を抑止する。(県、医療機関、関係団体等)
- (5) 感染性廃棄物対策については、県は、廃棄物処理法に基づき、病院等の医療機関に対し感染性廃棄物の適正な処理が行われるよう必要な指導を行うとともに、医療機関は、同法及び感染性廃棄物処理マニュアルに基づき、適正処理の確保を図るものとする。(県、保健所設置市、医療機関)

3 患者の自己決定権の尊重

医療法の第5次改正において、国民の医療に対する安心・信頼を確保する観点から、患者等が医療に関する情報を十分に得られ、適切な医療を選択できるように支援することを目的として、医療機関の情報を都道府県が集約し公表することが明記された。この情報公表制度により、患者による医療の選択が進むことで、医療の質の向上と効率化にもつながることが期待される。

また、意思決定能力が低下した場合や、終末期の医療に対しても、患者本人の意思を反映できるよう、あらかじめ準備する仕組みが議論されている。

【現 状】

(1) インフォームド・コンセント*

- ア 医療法第1条の4第2項に、医師など医療の担い手は医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るように努める旨が規定されている。
- イ 厚生労働省が実施している平成26年受療行動調査によると、診察を受けた病気や症状について、医師から「説明があった」と回答した外来患者は95.6%、入院患者は94.3%であった。
- ウ 兵庫県が平成29年に全病院を対象に実施した医療施設実態調査で、インフォームド・コンセントの実施状況について聞いたところ、「病気・治療について、必要に応じ書類を利用した詳しい説明を行っている」は254病院(77.4%)、「病気・治療について、簡単な説明を行っている」を合わせると304病院(92.7%)であった。

(2) クリティカルパス*

患者用クリティカルパス及び医療者用クリティカルパスともに、病院の約半数が導入している。

クリティカルパスを導入している病院数

	患者用クリティカルパス		医療者用クリティカルパス	
	病院数	全病院に対する割合	病院数	全病院に対する割合
平成 29 年 3 月	150	45.7%	183	55.8%

資料 兵庫県「医療施設実態調査」

(3) セカンド・オピニオン*

県立病院において、平成 17 年度よりセカンド・オピニオンを開始している。また、平成 18 年の診療報酬改定により、セカンド・オピニオンのための診療情報提供料が新たに認められた。

(4) 医療機関の医療機能情報の公表等

医療法等に基づき、医療機関等（病院、診療所、助産所、薬局）から報告を受けた医療機能情報を県が集約し、住民や患者が利用しやすいように検索機能を付加して平成 19 年度より提供している。

さらに、県立病院では、カルテの開示、クリティカルパスの導入などによる診療情報の提供に積極的に取り組んでいる。

(5) 人生の最終段階における医療の決定

患者の意思決定能力が低下した場合に備え、患者・家族と医師が今後の治療・療養の目的と具体的内容を共有する手法である「アドバンス・ケア・プランニング」、なかでも終末期における医療を患者自身が選択しておく意思表示（「リビング・ウィル」）については、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」において、患者本人の意思決定を基本とし、医療・ケアチームで対応すること等の指針が示されている。

【課題】

- (1) 病院でのインフォームド・コンセントの取り組みは着実に進んでいるが、全病院での実施には至っていない。
- (2) 患者が病状や治療法を十分理解した上で最適な医療を自己決定するためには、医療技術の進歩に伴い治療法の選択肢が増加している中、インフォームド・コンセント、セカンド・オピニオン制度及びクリティカルパスを広く普及・導入することが必要である。
- (3) 国が改定する「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に応じた、患者や家族の意思決定を医療・ケアチームで対応する等の仕組みを広く普及啓発する必要がある。

【推進方策】

- (1) 医師会など関係団体と連携してインフォームド・コンセント、セカンド・オピニオンの普及啓発を図る。(県、関係団体、医療機関)
- (2) 県立病院において実施しているセカンド・オピニオン制度を県民及び医療機関に広く周知し、患者の医療に対する主体的な参加を支援し、患者中心の医療の実現に役立てる。(県)
- (3) 医療機関は患者に対する適切なインフォームド・コンセントを実施し、カルテの開示、ホームページによる正確な診療情報の開示など患者への情報提供に努める。(医療機関)
- (4) 医療法に基づく医療機関の医療機能情報の公表制度を踏まえ、医療機関は自らの医療機能の正確な報告に務めるとともに、県はその情報を県民に分かりやすい形で公表する。(医療機関、県)
- (5) 国が示すガイドラインを踏まえた看取りのあり方等を県で検討するとともに、検討結果を市町、関係団体、医療機関等と連携し普及、啓発を行う。(県、市町、関係団体、医療機関)

【目標】

目標	現状値	目標値（達成年度）
患者用クリティカルパスの導入病院割合	45.7%（H29）	50%（R5）

- インフォームド・コンセント：医師が患者に診断名やいくつかの治療法を説明して、患者がその治療法を選択したり、勧められた治療法に同意するという考え。
- クリティカルパス：主に入院時に患者に手渡される病気を治すうえで必要な治療・検査やケアなどをタテ軸に、時間軸（日付）をヨコ軸に取って作った、診療スケジュール表のこと。
- セカンド・オピニオン：患者が自ら治療法を選択し納得して治療を受けるために、病気の診断や治療法などについて、主治医以外の医師から意見を聞くもの。
- アドバンス・ケア・プランニング：患者の意思決定能力が低下した場合に備え、患者・家族と医師等医療・介護関係者が、今後の治療・療養の目的と具体的内容を共有する手法

【第3部】
地域医療構想

第3部 地域医療構想

第1章 地域医療構想策定の目的

高齢化の進展による医療・介護の需要増大という社会状況に対応するため、限られた医療・介護資源を適正・有効に活用することが求められている。

このうち医療の分野では、医療機能の分化・連携により、患者の状態に応じた適切な医療を提供する体制を整備するとともに、在宅医療の充実等により、退院患者の生活を支える体制を整備する必要がある。

地域医療構想は、県民の理解のもと、各圏域において協議の場を設け、国・県・市町の取組の推進と医療機関等の自主的取組の促進により、「住民が、住み慣れた地域で生活しながら、状態に応じた適切で必要な医療を受けられる」地域医療の提供体制（＝「地域完結型医療」）を整備することを目的として策定した。

第2章 地域医療構想に規定すべき事項

1 法令の規定

地域医療構想には、以下の内容を定めることとされている。

- ① 構想区域（病床機能の分化・連携を一体的に推進する区域）
- ② 病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量
- ③ 構想区域における将来の居宅等における医療の必要量
- ④ 慢性期病床推計に特例を適用した場合の、令和12年の病床数の必要量
- ⑤ 地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携の推進に関する事項

○地域医療構想に関する法令の規定

【医療法第30条の4第2項7号】

地域における病床の機能の分化及び連携を推進するための基準として厚生労働省令で定める基準に従い定める区域(以下「構想区域」という。)における次に掲げる事項を含む将来の医療提供体制に関する構想(以下「地域医療構想」という。)に関する事項

イ 構想区域における厚生労働省令で定めるところにより算定された第30条の13第1項に規定する病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量(以下単に「将来の病床数の必要量」という。

ロ イに掲げるもののほか、構想区域における病床の機能の分化及び連携の推進のために必要なものとして厚生労働省令で定める事項

【厚生労働省令（医療法施行規則第30条の28の4）】

- ① 構想区域における将来の居宅等における医療の必要量
- ② その他厚生労働大臣が必要と認める事項

【厚生労働省医政局長通知（H27.3.31医政発0331第9号）】

- 慢性期病床推計に特例を適用した場合の、令和12年の病床数の必要量

【医療法第30条の4第2項8号】

地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携の推進に関する事項

2 病床の機能区分

地域医療構想においては、一般病床・療養病床を、①高度急性期機能、②急性期機能、③回復期機能、④慢性期機能に区分することとなっており、医療法施行規則では定性的に定義されている（下表ア）。

一方、構想に記載する「将来の病床の必要量」は、国の提示する推計ツールによって機能別に推計することになるが、その際には、医療法施行規則別表及び厚生労働省医政局長通知に基づき、2013（平成25）年の医療資源投入量（患者に対して行われた診療行為を診療報酬の出来高点数で表した値）による定量的区分を用いることとなっている（下表イ）。

	ア 定性的区分	イ 定量的区分
① 高度急性期	<p>・急性期の患者に対し、当該患者の状態の早期安定化に向けて、診療密度の特に高い医療を提供するもの</p> <p>○該当すると考えられる病棟の例 （病床機能報告要領より）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・救命救急病棟 ・集中治療室 ・ハイケアユニット ・新生児集中治療室 ・新生児治療回復室 ・小児集中治療室 ・総合周産期集中治療室 	<p>医療資源投入量 3,000点/日以上</p>
② 急性期	<p>・急性期の患者に対し、当該患者の状態の早期安定化に向けて、医療を提供するもの（高度急性期に該当するものを除く）</p>	<p>〔 3,000点/日 〕</p> <p>医療資源投入量 600以上 3,000点/日未満</p>
③ 回復期	<p>・急性期を経過した患者に対し、在宅復帰に向けた医療又はリハビリテーションの提供を行うもの （急性期を経過した脳血管疾患、大腿骨頸部骨折その他の疾患の患者に対し、ADL（日常生活における基本的動作を行う能力をいう。）の向上及び在宅復帰を目的としたリハビリテーションの提供を集中的に行うものを含む）</p>	<p>〔 600点/日 〕</p> <p>医療資源投入量 175以上 600点/日未満</p>
④ 慢性期	<p>・長期にわたり療養が必要な患者（長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者、難病患者その他の疾患の患者を含む。）を入院させるもの</p>	<p>〔 175点/日 〕</p>

第3章 構想区域の設定

医療法施行規則第30条の28の2に基づき、人口構造変化の見通しその他の医療需要の動向等の事情を考慮して、二次保健医療圏と同一の区域を、地域医療構想における構想区域として設定する。

以下、構想区域を表す際にも、保健医療計画における「圏域」の呼称を用いる。

第4章 患者の受療動向

1 患者の移動の状況

患者住所地と受療先医療機関の間における患者の流動を示すため、NDB(National Database:厚労省が所管する、レセプト情報・特定健診等情報データベース)のデータを用いて表したものである。

- ・表中の横移動は、患者が自住所の圏域から他の圏域へ流出している数を表す。
- ・表中の縦移動は、患者が他圏域から医療機関所在圏域へ流入している数を表す。
- ・50人/日以上以上の顕著な流動について **着色** している。
- ・なお、患者数が10人/日未満である場合は「*」で表示される。

ア 高度急性期

患者住所地	自県	医療機関所在地										他県					
		自県										(大阪)豊能	(大阪)大阪市	(鳥取)東部			
		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						
高度急性期 2013年 (人/日)																	
患者住所地	神戸	1,062.6	37.4	*	55.5	*	*	*	*	*	*	*	*	*	13.9	*	*
	阪神南	53.7	641.5	37.6	*	*	*	*	*	*	*	*	*	15.5	56.4	*	*
	阪神北	33.0	95.5	256.6	*	*	*	*	*	*	*	*	*	63.6	39.8	*	*
	東播磨	72.4	*	*	389.4	*	17.2	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	北播磨	32.5	*	*	23.4	126.3	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	0.0
	中播磨	21.7	*	*	15.3	*	339.3	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	西播磨	*	*	*	*	*	83.4	88.1	*	0.0	*	*	*	*	*	*	*
	但馬	10.9	*	*	*	*	*	*	90.3	*	*	*	*	*	*	*	12.3
	丹波	12.7	*	*	*	10.9	*	*	*	*	32.2	*	*	*	*	*	0.0
	淡路	14.3	*	*	*	*	*	*	*	*	0.0	69.3	*	*	*	*	*
他県	(大阪)豊能	*	11.6	21.8	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	(大阪)大阪市	11.3	24.1	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

イ 急性期

患者住所地	自県	医療機関所在地										他県						
		自県										(京都)中丹	(大阪)豊能	(大阪)大阪市	(鳥取)東部	(岡山)県南東部	(徳島)東部	
		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							
急性期 2013年 (人/日)																		
患者住所地	神戸	3,092.6	84.6	20.3	146.3	30.8	*	*	*	*	*	*	*	12.5	29.7	*	*	*
	阪神南	106.0	1,772.6	118.4	*	*	*	*	*	*	*	*	*	31.2	107.8	*	*	*
	阪神北	64.6	192.2	943.7	*	*	*	*	*	*	*	*	*	142.5	70.4	*	*	*
	東播磨	141.8	10.2	*	1,182.9	*	46.8	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	北播磨	61.6	*	*	39.2	532.9	15.7	*	*	*	*	*	*	*	*	0.0	*	*
	中播磨	23.4	*	*	31.2	20.0	1,051.2	24.6	*	*	*	*	0.0	*	*	*	*	*
	西播磨	10.1	*	*	*	*	193.3	441.0	*	0.0	*	*	*	*	*	*	11.5	*
	但馬	12.5	*	*	*	*	17.5	*	315.1	*	*	*	*	*	*	34.3	*	0.0
	丹波	19.8	11.1	20.2	*	47.7	*	*	*	175.7	*	15.4	*	*	0.0	*	*	*
	淡路	24.5	*	*	11.2	*	*	*	*	0.0	236.7	0.0	*	*	*	*	*	14.4
他県	(京都)丹後	*	*	*	*	*	*	*	12.7	*	0.0	*	*	*	*	*	*	
	(大阪)豊能	*	28.1	62.3	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
	(大阪)大阪市	22.2	58.1	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
	(岡山)県南東部	*	*	*	*	*	*	12.2	*	0.0	*	*	*	*	*	*	*	

ウ 回復期

回復期 2013年 (人/日)		医療機関所在地											他県					
		自県																
		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	(京都)中丹	(大阪)豊能	(大阪)三島	(大阪)大阪市	(鳥取)東部	(徳島)東部	
患者 住所地	自県	神戸	2,905.0	80.0	23.4	157.8	60.1	10.6	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	阪神南	96.6	1,645.6	113.3	*	*	*	*	*	*	*	*	40.3	*	124.3	*	*	
	阪神北	50.2	170.7	873.2	*	*	*	*	*	*	*	*	142.1	12.0	63.3	*	*	
	東播磨	164.5	*	*	1,239.6	12.3	60.1	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
	北播磨	63.5	*	*	29.3	509.6	14.2	*	*	*	*	*	*	*	*	0.0	*	
	中播磨	23.1	*	*	26.3	13.7	1,160.1	66.6	*	*	*	*	0.0	*	*	*	*	
	西播磨	*	*	*	*	*	178.6	578.0	*	0.0	0.0	*	*	*	*	*	*	
	但馬	10.4	*	*	*	*	14.3	*	328.7	*	*	*	*	*	*	35.4	0.0	
	丹波	14.1	*	18.6	*	43.2	*	*	*	174.0	*	*	*	*	*	0.0	*	
	淡路	21.4	*	*	*	*	*	*	*	0.0	357.2	0.0	*	*	*	*	15.7	
他県	(大阪)豊能	*	32.9	86.0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
	(大阪)大阪市	20.0	44.9	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
	(岡山)県南東部	*	*	*	*	*	*	*	12.0	0.0	0.0	*	*	*	*	*		

エ 慢性期

慢性期(特例) 2013年 (人/日)		医療機関所在地											他県					
		自県																
		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	(大阪)豊能	(大阪)三島	(大阪)堺市	(大阪)大阪市	(鳥取)東部	(徳島)東部	
患者 住所地	自県	神戸	2,066.1	96.9	185.6	165.1	213.2	*	*	*	*	27.5	11.0	*	13.1	20.6	*	*
	阪神南	129.4	1,528.9	209.8	*	18.1	*	*	*	*	*	67.4	12.7	18.9	65.6	0.0	10.5	
	阪神北	75.4	255.1	1,285.5	*	43.9	*	*	*	*	*	72.5	13.0	*	15.4	0.0	0.0	
	東播磨	54.9	18.2	24.6	1,103.0	87.0	31.6	*	*	*	13.7	*	*	0.0	*	0.0	*	
	北播磨	56.6	17.2	28.7	55.8	742.6	26.2	*	*	10.2	*	*	*	*	*	0.0	*	
	中播磨	*	*	21.2	44.1	73.1	733.2	48.6	0.0	*	*	*	*	*	*	0.0	0.0	
	西播磨	*	*	*	*	62.0	450.8	*	*	0.0	*	*	*	*	*	0.0	0.0	
	但馬	*	*	25.7	*	33.6	*	*	192.4	50.9	*	*	*	*	*	24.7	0.0	
	丹波	*	*	70.9	*	21.1	0.0	0.0	*	293.3	*	*	*	*	*	0.0	0.0	
	淡路	10.7	*	*	*	*	0.0	0.0	0.0	0.0	719.5	0.0	*	*	*	0.0	10.8	
他県	(京都)丹後	*	*	27.7	0.0	*	0.0	0.0	*	*	0.0	*	*	*	*	*	*	
	(京都)中丹	*	*	56.7	*	*	*	0.0	*	43.7	0.0	*	*	*	*	*	*	
	(大阪)豊能	11.4	36.2	276.4	*	*	*	*	0.0	*	*	*	*	*	*	*	*	
	(大阪)大阪市	13.8	48.8	56.0	*	*	*	*	*	*	0.0	*	*	*	*	*	*	

オ 在宅医療

在宅医療 2013年 (人/日)		医療機関所在地											他県											
		自県																						
		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	(神奈川)横浜北部	(京都)京都・乙訓	(大阪)豊能	(大阪)三島	(大阪)北河内	(大阪)中河内	(大阪)南河内	(大阪)堺市	(大阪)泉州	(大阪)大阪市	(奈良)奈良	(鳥取)東部	(岡山)県南東部
患者 住所地	自県	神戸	14,988.0	261.2	52.9	383.4	177.1	24.1	*	*	*	20.8	*	37.5	11.0	10.4	*	15.2	*	96.7	*	*	*	71.1
	阪神南	680.4	8,392.7	374.1	*	*	*	*	*	*	10.8	12.4	189.0	22.0	34.5	11.2	16.6	10.8	14.1	429.5	12.3	*	*	73.5
	阪神北	204.9	519.8	4,840.5	*	15.5	*	*	*	*	*	*	482.5	15.1	15.6	*	*	10.5	*	284.8	*	*	*	*
	東播磨	545.2	*	*	4,035.7	40.3	103.3	11.0	*	*	*	*	*	*	10.0	*	*	*	*	20.6	*	*	*	*
	北播磨	59.0	*	*	18.6	1,964.7	19.2	*	*	*	0.0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	中播磨	49.2	*	*	41.2	23.5	3,842.8	200.2	*	0.0	*	*	11.0	*	*	*	*	*	*	13.9	*	0.0	*	*
	西播磨	14.7	*	*	*	*	113.0	2,042.7	*	*	*	*	*	*	0.0	*	*	*	*	*	*	*	*	20.4
	但馬	15.9	*	*	*	*	12.7	*	1,902.3	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	11.1	*	26.5	*	*
	丹波	10.3	*	51.6	*	55.8	*	*	1,036.5	*	0.0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	0.0	0.0	*
	淡路	19.6	*	*	*	*	*	*	0.0	1,422.3	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	0.0	0.0	14.7
他県	(京都)京都・乙訓	21.2	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	(大阪)豊能	61.5	99.4	325.8	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	(大阪)三島	36.8	37.0	18.5	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	(大阪)北河内	14.0	26.4	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	(大阪)中河内	17.0	13.7	*	*	*	*	*	*	0.0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	(大阪)南河内	12.1	*	*	*	0.0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	(大阪)堺市	22.5	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	(大阪)泉州	10.9	10.2	*	*	*	*	*	0.0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	(大阪)大阪市	110.0	183.3	54.7	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	(奈良)奈良	17.2	*	*	*	0.0	*	*	*	0.0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

【表注】

2013（平成25）年の「在宅医療」の患者数は、次のものを合計して算出されている。

- ① 訪問診療を受ける患者数
- ② 介護老人保健施設の施設サービス受給患者数
- ③ 一般病床の入院患者で医療資源投入量が175点未満の患者数
- ④ 療養病床の入院患者で医療区分1の患者数の70%

※ なお、③④については、本来は患者住所地の圏域に加算するべきところ、仕様上、圏域間の患者流動が反映されることとなっている。

2 在宅医療の受療傾向

人口10万人あたりの在宅医療患者数（平成25（2013）年、人／日）

	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	兵庫県
全年齢	実数	16,765	10,722	5,832	4,509	2,308	4,140	2,312	1,917	1,063	1,474	51,040
	(10万人比)	1,088	1,041	801	630	823	713	863	1,092	976	1,056	917
うち 65歳以上	実数	16,038	10,128	5,537	4,195	2,167	3,867	2,189	1,830	1,024	1,396	48,371
	(10万人比)	4,312	4,311	3,308	2,561	2,915	2,861	2,991	3,308	3,168	3,161	3,576

第5章 将来の医療需要と必要病床数の推計(法令及び国提供推計ツールに基づく)

1 都道府県間、圏域間の患者流動を反映した場合の推計

圏域	病床機能	H30(2018)年度	R7(2025)年		差引 正数:過剰 △:不足	R12(2030)年	R17(2035)年	R22(2040)年
		病床機能報告 (稼働病床)	医療需要 (人/日)	必要病床数 (床)		必要病床数 (床)	必要病床数 (床)	
神戸	高度急性期	2,251	1,555	2,074	177	2,100	2,088	2,061
	急性期	7,391	4,609	5,910	1,481	6,196	6,231	6,170
	回復期	2,383	4,528	5,032	△ 2,649	5,310	5,349	5,307
	慢性期	2,968	2,421	2,631	337	2,877	2,921	2,893
	病床数小計	14,993	13,114	15,647	△ 654	16,483	16,589	16,431
阪神	高度急性期	2,645	1,332	1,776	869	1,815	1,815	1,810
	急性期	5,903	4,179	5,358	545	5,613	5,633	5,623
	回復期	2,329	4,119	4,577	△ 2,248	4,843	4,886	4,882
	慢性期	4,884	3,799	4,129	755	4,430	4,450	4,404
	病床数小計	15,761	13,430	15,840	△ 79	16,701	16,784	16,719
(阪神南)	高度急性期	2,444	959	1,279	1,165	1,296	1,294	1,288
	急性期	3,015	2,705	3,468	△ 453	3,603	3,605	3,595
	回復期	1,248	2,573	2,859	△ 1,611	2,998	3,006	3,000
	慢性期	2,253	1,531	1,664	589	1,794	1,788	1,762
	病床数小計	8,960	7,769	9,270	△ 310	9,691	9,693	9,645
(阪神北)	高度急性期	201	373	497	△ 296	519	521	522
	急性期	2,888	1,474	1,890	998	2,010	2,028	2,028
	回復期	1,081	1,546	1,718	△ 637	1,845	1,880	1,882
	慢性期	2,631	2,268	2,465	166	2,636	2,662	2,642
	病床数小計	6,801	5,661	6,570	231	7,010	7,091	7,074
東播磨	高度急性期	430	548	730	△ 300	733	720	702
	急性期	3,523	1,739	2,229	1,294	2,310	2,286	2,229
	回復期	703	1,903	2,115	△ 1,412	2,233	2,217	2,155
	慢性期	1,512	1,270	1,380	132	1,502	1,495	1,445
	病床数小計	6,168	5,459	6,454	△ 286	6,778	6,718	6,531
北播磨	高度急性期	56	175	234	△ 178	237	232	224
	急性期	1,640	771	988	652	1,023	1,010	976
	回復期	582	800	889	△ 307	938	931	898
	慢性期	1,393	1,157	1,257	136	1,313	1,300	1,256
	病床数小計	3,671	2,903	3,368	303	3,511	3,473	3,354
播磨姫路	高度急性期	1,082	603	803	279	798	778	757
	急性期	3,848	2,081	2,667	1,181	2,724	2,679	2,596
	回復期	1,318	2,520	2,801	△ 1,483	2,898	2,847	2,753
	慢性期	1,794	1,122	1,220	574	1,298	1,287	1,237
	病床数小計	8,042	6,326	7,491	551	7,718	7,591	7,343
(中播磨)	高度急性期	954	494	658	296	653	638	623
	急性期	2,537	1,528	1,959	578	1,998	1,968	1,923
	回復期	890	1,710	1,901	△ 1,011	1,972	1,942	1,893
	慢性期	1,185	692	752	433	799	794	772
	病床数小計	5,566	4,425	5,270	296	5,422	5,342	5,211
(西播磨)	高度急性期	128	109	145	△ 17	145	140	134
	急性期	1,311	553	708	603	726	711	673
	回復期	428	810	900	△ 472	926	905	860
	慢性期	609	430	468	141	499	493	465
	病床数小計	2,476	1,902	2,221	255	2,296	2,249	2,132
但馬	高度急性期	24	100	133	△ 109	129	124	117
	急性期	764	422	541	223	540	526	504
	回復期	219	428	476	△ 257	477	465	445
	慢性期	175	230	250	△ 75	252	246	236
	病床数小計	1,182	1,180	1,400	△ 218	1,398	1,361	1,302
丹波	高度急性期	4	39	52	△ 48	52	50	48
	急性期	520	184	236	284	241	236	225
	回復期	88	184	204	△ 116	213	211	200
	慢性期*特例適用	429	312	339	90	368	370	359
	病床数小計	1,041	718	831	210	874	867	832
淡路	高度急性期	99	74	99	0	98	93	85
	急性期	601	256	328	273	330	318	299
	回復期	271	394	438	△ 167	459	449	421
	慢性期*特例適用	782	514	559	223	597	598	559
	病床数小計	1,753	1,239	1,424	329	1,484	1,458	1,364
全県	高度急性期	6,591	4,425	5,901	690	5,962	5,900	5,804
	急性期	24,190	14,242	18,257	5,933	18,977	18,919	18,622
	回復期	7,893	14,877	16,532	△ 8,639	17,371	17,355	17,061
	慢性期	13,937	10,825	11,765	2,172	12,637	12,667	12,389
	病床数計	52,611	44,369	52,455	156	54,947	54,841	53,876

2 すべての患者が住所地圏域で受療すると仮定した場合の推計 [参考]

圏域	病床機能	H30(2018)年度	R7(2025)年		差引	R12(2030)年	R17(2035)年	R22(2040)年
		病床機能報告 (稼働病床)	医療需要 (人/日)	必要病床数 (床)	正数:過剰 △:不足	必要病床数 (床)	必要病床数 (床)	必要病床数 (床)
神戸	高度急性期	2,251	1,418	1,890	361	1,930	1,929	1,910
	急性期	7,391	4,493	5,760	1,631	6,060	6,108	6,066
	回復期	2,383	4,486	4,984	△ 2,601	5,286	5,342	5,313
	慢性期	2,968	2,944	3,200	△ 232	3,466	3,513	3,477
	病床数小計	14,993	13,341	15,834	△ 841	16,743	16,892	16,766
阪神	高度急性期	2,645	1,501	2,001	644	2,042	2,042	2,036
	急性期	5,903	4,473	5,735	168	5,991	6,018	6,007
	回復期	2,329	4,405	4,894	△ 2,565	5,171	5,211	5,210
	慢性期	4,884	3,307	3,594	1,290	3,906	3,936	3,904
	病床数小計	15,761	13,686	16,224	△ 463	17,110	17,207	17,156
(阪神南)	高度急性期	2,444	918	1,224	1,220	1,244	1,243	1,240
	急性期	3,015	2,641	3,386	△ 371	3,519	3,523	3,512
	回復期	1,248	2,604	2,893	△ 1,645	3,035	3,042	3,036
	慢性期	2,253	1,644	1,787	466	1,915	1,911	1,885
	病床数小計	8,960	7,807	9,290	△ 330	9,713	9,719	9,674
(阪神北)	高度急性期	201	583	777	△ 576	797	799	796
	急性期	2,888	1,832	2,349	539	2,472	2,496	2,494
	回復期	1,081	1,801	2,001	△ 920	2,136	2,168	2,174
	慢性期	2,631	1,663	1,807	824	1,991	2,025	2,018
	病床数小計	6,801	5,879	6,934	△ 133	7,397	7,488	7,482
東播磨	高度急性期	430	531	708	△ 278	710	696	677
	急性期	3,523	1,708	2,190	1,333	2,277	2,251	2,191
	回復期	703	1,928	2,142	△ 1,439	2,258	2,236	2,172
	慢性期	1,512	1,197	1,301	211	1,411	1,405	1,354
	病床数小計	6,168	5,364	6,341	△ 173	6,656	6,587	6,395
北播磨	高度急性期	56	211	281	△ 225	279	271	261
	急性期	1,640	768	985	655	1,011	996	960
	回復期	582	756	840	△ 258	872	862	829
	慢性期	1,393	827	899	494	948	942	900
	病床数小計	3,671	2,562	3,005	666	3,110	3,071	2,949
播磨姫路	高度急性期	1,082	619	825	257	819	798	774
	急性期	3,848	2,079	2,666	1,182	2,721	2,672	2,589
	回復期	1,318	2,456	2,729	△ 1,411	2,825	2,775	2,678
	慢性期	1,794	1,225	1,332	462	1,407	1,389	1,334
	病床数小計	8,042	6,379	7,551	491	7,771	7,634	7,375
(中播磨)	高度急性期	954	419	558	396	557	548	536
	急性期	2,537	1,342	1,721	816	1,766	1,745	1,709
	回復期	890	1,564	1,737	△ 847	1,810	1,788	1,744
	慢性期	1,185	780	847	338	894	885	862
	病床数小計	5,566	4,105	4,864	702	5,028	4,965	4,851
(西播磨)	高度急性期	128	200	267	△ 139	261	251	238
	急性期	1,311	737	945	366	955	927	880
	回復期	428	892	992	△ 564	1,015	987	934
	慢性期	609	445	484	125	513	504	472
	病床数小計	2,476	2,274	2,687	△ 211	2,743	2,669	2,524
但馬	高度急性期	24	124	166	△ 142	160	153	144
	急性期	764	409	525	239	520	504	479
	回復期	219	431	479	△ 260	479	466	443
	慢性期	175	318	346	△ 171	352	345	328
	病床数小計	1,182	1,282	1,515	△ 333	1,511	1,467	1,394
丹波	高度急性期	4	78	104	△ 100	102	98	92
	急性期	520	306	392	128	394	384	366
	回復期	88	298	331	△ 243	337	332	317
	慢性期*特例適用	429	292	318	111	338	335	321
	病床数小計	1,041	974	1,145	△ 104	1,171	1,148	1,097
淡路	高度急性期	99	94	126	△ 27	121	114	107
	急性期	601	298	382	219	379	364	342
	回復期	271	429	476	△ 205	489	476	446
	慢性期*特例適用	782	493	535	247	569	563	528
	病床数小計	1,753	1,314	1,520	233	1,558	1,517	1,422
全県	高度急性期	6,591	4,576	6,100	491	6,163	6,101	6,002
	急性期	24,190	14,534	18,636	5,554	19,354	19,298	18,998
	回復期	7,893	15,189	16,876	△ 8,983	17,718	17,699	17,407
	慢性期	13,937	10,603	11,525	2,412	12,396	12,426	12,146
	病床数計	52,611	44,902	53,137	△ 526	55,630	55,524	54,554

【表注】

1 必要病床数算定式

次の考え方に基づいた法令及び推計ツールにより算定する。

$$\left(\begin{array}{cc} \text{H25 (2013)} & \text{R7 (2025)} \\ \text{入院受療率} & \text{推計人口} \end{array} \right) \times \left(\begin{array}{c} \text{性・年齢別に算定した総} \\ \text{性・年齢別に算定した総} \end{array} \right) + \left(\begin{array}{c} \text{H25 (2013)} \\ \text{流入患者} \end{array} \right) - \left(\begin{array}{c} \text{H25 (2013)} \\ \text{流出患者} \end{array} \right) \div \begin{array}{l} \text{病床稼働率} \\ \text{高度急性期 75\%} \\ \text{急性期 78\%} \\ \text{回復期 90\%} \\ \text{慢性期 92\%} \end{array}$$

2 病床数推計の前提となる事項

(1) 慢性期機能の推計に用いる入院受療率

慢性期病床の入院受療率は、現状では都道府県間の格差が大きいため、慢性期機能の推計では、実際の入院受療率を次のいずれかの方法で補正した入院受療率を用いることにより、格差を解消することとされている。

- 「パターンA」：全国最小の入院受療率を用いる。
- 「パターンB」：入院受療率と全国最小値との差を、全国最大値が全国中央値に低下する割合で圧縮し、得られた入院受療率を用いる。

また、Bによった場合の慢性期病床の減少率が全国中央値よりも大きく、高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きい圏域では、次の特例が適用できる。

- 「特例」： Bにより定めた入院受療率は令和 12(2030)年に達成することとし、令和 7(2025)年の入院受療率は令和 12(2030)年から比例的に逆算して得られたものを用いる。

本県で用いる入院受療率は、次のとおりとした。

- ① 丹波、淡路 : 特例
- ② その他の圏域 : パターンB

(2) 都道府県間の患者流動の調整

「都道府県間、圏域間の患者流動を反映した場合の推計」において、都道府県間の 10 人/日以上患者流動は、両者間で協議を行い、医療機関所在地県又は患者住所地県のいずれかに計上すること、協議が整わない場合は医療機関所在地県で計上することとされている。

本県が関与する患者流動について調整の結果、次のとおり計上することとなった。

- ① 京都府、大阪府、鳥取県、岡山県との間 : 医療機関所在地で計上
- ② 徳島県との間 : 患者住所地で計上

なお、本県への患者流入のうち流入元都道府県が不明なものにつき、圏域の特殊事情に対応するため調整配分を行った結果、各圏域の必要病床数は次のとおり変動している。

但馬圏域 : 必要病床数増加 その他の圏域 : 必要病床数減少

【留意事項】

- 1 地域医療構想の本旨である「地域完結型医療」において、すべての患者が住所地圏域で受療することとした場合の推計表（2）を参考として掲示した。将来の各圏域の医療需要・必要病床数は、推計表（1）と推計表（2）の値の間に収れんすると考えられる。
- 2 各項目の最大値となる年を **着色** している。令和7（2025）年以降の推計によれば、医療需要のピークは、高齢化の進行度合いの違いにもよるが、都市部ではおおむね令和17年、近郊部でも令和7（2025）～令和12（2030）年となる。このことから、地域医療構想の推進は、令和7（2025）年の推計のみならず、その後の推移も視野に入れて行う必要がある。
- 3 現況病床数として、平成28年病床機能報告における稼働病床数を掲載しているが、
病床機能の選択は医療機関の判断による自己申告であり、また、異なる機能の病床が混在する病棟でも病棟単位で機能区分を選択することから、正確な機能別病床数は把握されていない。また、推計ツールによる令和7（2025）年必要病床数の将来推計は一定の仮定のもとでの試算であり、さらに病床機能報告とは病床機能の定義が異なるため単純に比較できない等、数値は今後、精緻化が必要である。
したがってあくまで便宜上、将来推計よりも現況数が少ない場合を「不足」、多い場合を「過剰」として表示している。
- 4 今後、法令に基づいた必要病床数推計に関して、信頼に足るデータが得られる等、推計値を更新することが可能な場合には、推計結果の更新を検討する。
- 5 推計はあくまで、医療需要の将来像を展望するためのものである。過剰になると見込まれる機能の病床については、患者の受け皿となる在宅医療の充実や、地域に必要な医療機能を勘案しつつ、必要とされる機能への転換を支援する。また、不足と見込まれる機能の病床については充実を図る必要がある。
また、今後策定される他の計画において、医療費の目標値その他の将来推計の前提となる病床数として使用することを意図するものではない。

3 居宅等における医療の必要量推計（医療法施行規則第30条の28の4第1号）

(人/日)

圏域		平成25(2013)年の 医療需要	令和7(2025)年の医療需要	
			現在＋ 自然増分	地域医療構想 による増加分
神戸	在宅医療等	16,765	26,547	
	うち訪問診療分	11,366	17,393	16,981 412
阪神	在宅医療等	16,553	29,390	
	うち訪問診療分	11,137	20,632	18,851 1,781
(阪神南)	在宅医療等	10,722	17,836	
	うち訪問診療分	7,708	12,790	12,160 630
(阪神北)	在宅医療等	5,832	11,554	
	うち訪問診療分	3,429	7,842	6,691 1,151
東播磨	在宅医療等	4,509	7,844	
	うち訪問診療分	2,268	4,520	4,002 518
北播磨	在宅医療等	2,308	3,057	
	うち訪問診療分	1,160	1,441	1,255 186
播磨姫路	在宅医療等	6,452	8,970	
	うち訪問診療分	3,239	4,771	4,303 468
(中播磨)	在宅医療等	4,140	6,031	
	うち訪問診療分	2,136	3,274	3,054 220
(西播磨)	在宅医療等	2,312	2,939	
	うち訪問診療分	1,103	1,497	1,249 248
但馬	在宅医療等	1,917	2,167	
	うち訪問診療分	943	1,097	1,074 23
丹波	在宅医療等	1,063	1,402	
	うち訪問診療分	504	705	657 48
淡路	在宅医療等	1,474	1,881	
	うち訪問診療分	681	992	712 280
合計	在宅医療等	51,040	81,257	
	うち訪問診療分	31,298	51,551	47,835 3,716

4 慢性期病床推計に特例を適用した場合の、令和12年の病床数の必要量
(医療法施行規則第30条の28の4第2号)

		令和12(2030)年の推計	
圏域	病床機能	医療需要(人/日)	必要病床数(床)
丹波	慢性期	259.1	282
淡路	慢性期	357.5	389

【表注】

1 推計ツールによる令和7(2025)年の居宅等医療需要は、次の値の合計である。

- ① 訪問診療を受けることが見込まれる患者数
- ② 介護老人保健施設の施設サービス受給が見込まれる患者数
- ③ 一般病床の入院患者で医療資源投入量が175点未満の患者数
- ④ 療養病床の入院患者で医療区分1※の患者数の70%
- ⑤ 療養病床の入院患者のうち入院受療率の地域差解消分

※医療区分：療養病棟の診療報酬の施設基準に用いられる、入院患者の状態像であり、次のとおり区分される。

- ・医療区分3：スモン、24時間の持続点滴、中心静脈栄養など
- ・医療区分2：筋ジストロフィー、多発性硬化症、透析、頻回の血糖検査など
- ・医療区分1：医療区分2と3以外

2 在宅医療は在宅で行われることから、令和7(2025)年の居宅等医療需要は、病床の推計方法と関係なく、推計ツールにより患者住所地ベースで推計した。

3 推計ツールによる平成25(2013)年の居宅等医療需要は、次の値の合計である。

- ① 訪問診療を受ける患者数
- ② 介護老人保健施設の施設サービス受給患者数
- ③ 一般病床の入院患者で医療資源投入量が175点未満の患者数
- ④ 療養病床の入院患者で医療区分1の患者数の70%

なお、③④については、本来は患者住所地の圏域に加算するべきところ、仕様上、圏域間の患者流動が反映されることとなっている。

4 「地域医療構想による増加分」として示した訪問診療分の医療需要は、介護施設で対応する分の医療需要との間で協議・調整したものである。

- (1) 令和7(2025)年に在宅等での対応が必要となる市町ごとの医療需要を推計
- (2) 推計した医療需要のうち、訪問診療(医療計画)と介護施設(介護保険事業(支援)計画)で各々対応する部分につき、郡市医師会と市町との間で協議・調整
- (3) 圏域ごとに「医療・介護協議の場」を設け、(2)で協議調整した内容を確定

第6章 医療提供体制を実現するための施策と推進体制

1 基本的な考え方

地域医療構想による医療提供体制を確保するためには、国・県・市町が連携して施策を推進すること、県民が適正受診や在宅医療について理解を深めることなど、各々が責務を果たす必要がある。これに加えて、最も重要で不可欠なことは、医療機関をはじめとした医療関係者の自主的取組である。

そこで本県では、次の3つの重点項目を中心として、県全体に関わる施策及び各圏域の課題に対応した施策を推進するとともに、地域医療介護総合確保基金等を活用して、医療機関等の取組を促進する。また、必要に応じて基金等財源を項目間で柔軟に運用するなど、機動的に施策を行う。

なお、これらの施策の内容については、県民、関係団体への情報提供と、その知見の集約を通じて、また、今後の法改正や診療報酬改定等を踏まえて、適宜修正を加えることとする。

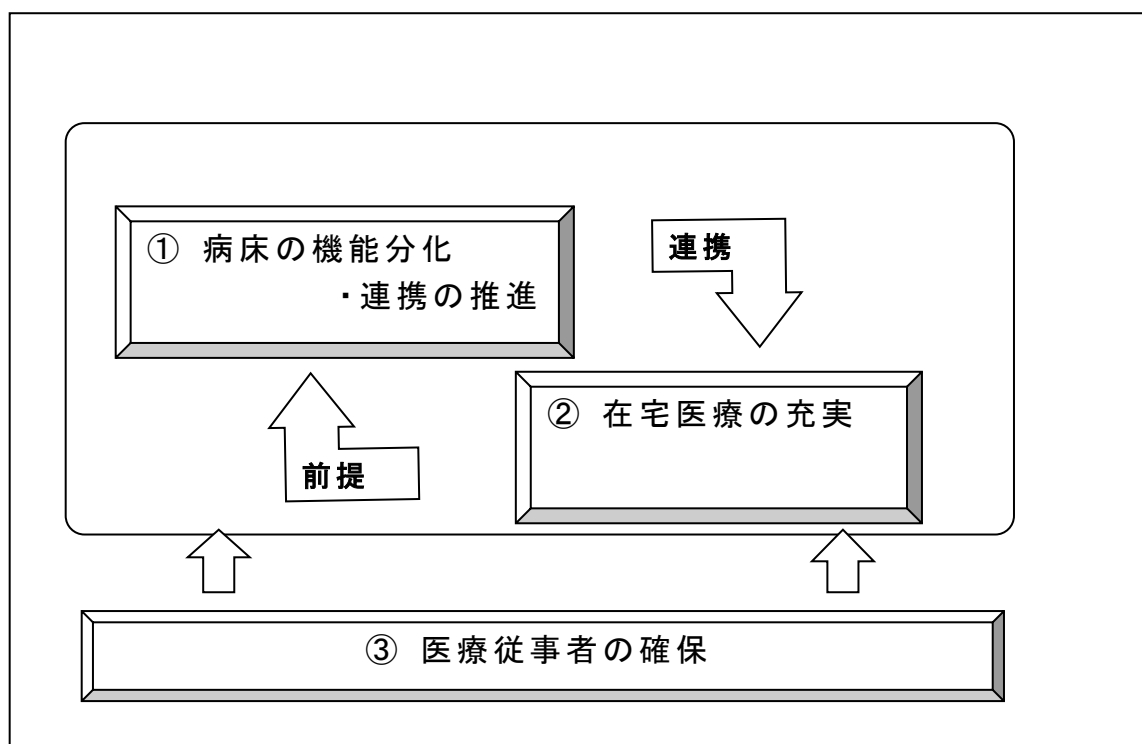
【重点項目】

① 病床の機能分化・連携の推進

② 在宅医療の充実

③ 医療従事者の確保

○ 地域医療構想による施策の全体イメージ



2 県全体に関わる課題及び具体的施策

① 病床の機能分化・連携の推進

	現状と課題	具体的施策
病床機能の再編(分化・連携)	<p>【基本的事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> 高度急性期から在宅医療に至る一連の医療サービスを切れ目なく提供できるように、限られた医療資源を有効に活用する必要がある。 急性期及び慢性期病床が過剰となる一方、回復期病床が不足すると見込まれる。 慢性期病床が過剰である場合、患者の受け皿となる在宅医療体制、介護保険施設等の確保が先決である。 令和7(2025)年以降も入院患者数の増加が見込まれることを踏まえる必要がある。 圏域内充足率を向上させる一方、他圏域からの流入にも備える必要がある。 非稼働病床など潜在的な医療資源の有効活用を図る必要がある。 <p>【高度急性期機能】</p> <ul style="list-style-type: none"> 県全体では不足が見込まれる。 <p>【急性期機能】</p> <ul style="list-style-type: none"> いずれの圏域でも過剰となることが見込まれる。 在宅患者の急変時対応のため、急性期機能を一定以上維持する必要がある。 	<p>【全体の方向性】</p> <ul style="list-style-type: none"> 将来の機能別医療需要を踏まえて、医療機関の自主的な取り組みを促進 病床機能転換推進事業や医療機関再編統合等支援事業、病床規模適正化整備支援事業の活用 病床配分にあたり、圏域で不足する病床機能や、圏域内での偏在解消に留意 医療機関の改修等にあたり、不足する病床機能への転換を促進 休止中の病床の稼働にあたり、不足する病床機能を補う形での活用を促進 非稼働病床の活用・返還等を促す 病床機能報告の内容、地域医療介護総合確保基金の活用事例等、情報の共有 医療需要に応じた専門医の配置等、医療提供体制の向上 <p>【高度急性期機能】</p> <ul style="list-style-type: none"> 圏域内外の協力・連携体制の強化 医療人材の充実、後送病院の確保による医療機能の確保 公立病院、基幹病院を中心にICU、HCU等の高度急性期機能の充実 <p>【急性期機能】</p> <ul style="list-style-type: none"> 一部の病床の機能拡充による高度急性期への転換 回復期機能(回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟含む)への病床転換

	現状と課題	具体的施策
	<p>【回復期機能】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・いずれの圏域でも不足すると見込まれる。 ・在宅復帰に向けた回復期病床は、急性期病床や患者居住地近くにあることが望ましい。 <p>【慢性期機能】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・いずれの圏域でも過剰と見込まれる。 ・患者の受け皿としての在宅医療の充実が先決である。 	<p>【回復期機能】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・非稼働病床を回復期病床として再稼働 ・回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病床の充実 ・心臓リハビリテーション施設等の高度・専門的な回復期病床の充実 ・回復期を担う医療スタッフの充実 <p>【慢性期機能】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅復帰に向けたリハビリ、退院調整機能の充実 ・介護療養病床から、受け皿となる介護保険施設（老健等）への優先的転換 ・介護療養病床から、介護医療院への優先的転換 ・機能転換による、回復期病床としての活用 <p>【医療機関間の連携】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域医療連携クリティカルパスの構築促進 ・転院支援の病院連絡会の定期実施 ・診療科の相互支援 ・病院間連携による総合診療専門医養成プログラムの作成 ・地域医療情報システム等、ICTの活用と参加促進による連携促進 ・協力病院、かかりつけ医などの支援医療機関との連携強化 ・地域の歯科診療所との連携確保や歯科口腔外科の設置による、入院患者の口腔機能管理を行える体制の整備

	現状と課題	具体的施策
<p>在宅医療提供体制、介護保険施設の確保と連携強化</p>	<p>【基本的事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 住み慣れた地域での生活を地域全体で支える「地域包括ケアシステム」の深化・推進が必要である。 ・ 入院医療から在宅医療・介護、看取りまで、サービスが切れ目なく提供される体制が必要である。 ・ 慢性期病床から在宅医療等への移行には、退院調整機能の充実、受け皿となる介護保険施設や訪問看護等の在宅サービスの充実、在宅復帰に向けたリハビリ、往診・訪問診療等を行う医療機関の充足が前提となる。 	<p>【全体の方向性】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 慢性期患者の受け皿となる在宅医療機関、施設、介護サービス等の充実 <p>【在宅医療、介護の充実】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 機能強化型訪問看護ステーションの整備促進 ・ 病院・診療所による訪問看護・訪問リハビリテーションの充実 ・ 県老人福祉計画（介護保険事業支援計画）に基づく着実な介護保険施設の整備、在宅医療提供体制の充実を促進 <p>【在宅医療、介護との連携】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域医療連携クリティカルパスの構築促進 ・ 病院への地域医療連携室の設置、機能充実促進等による病診ネットワークの構築 ・ 病院や施設に勤務する看護職と訪問看護ステーションで従事する看護職の看一看連携を推進 ・ 医療機関と介護保険施設・事業所との連携 ・ 地域医療情報システム等、ICTの活用と参加促進による連携促進 ・ 病院から開業医への逆紹介の連携システム構築 ・ 多職種連携のための会議・研修会の開催など市町の在宅医療・介護連携推進事業の支援 ・ 急性期病院、回復期病院、訪問看護ステーション等が連携したリハビリの推進 ・ 医科・歯科・薬科連携の推進

	現状と課題	具体的施策
		<ul style="list-style-type: none"> ・医療の質の確保・向上のためのPPP（公民連携）の確立 ・急傷病時に適時・適切な受療が出来るよう、医療機関、消防等の連携
5 疾病対策	<p>【生活習慣病】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「がん」「脳血管疾患」「心血管疾患」「糖尿病」に関する連携施策、一層の医療提供体制の充実を図る必要がある。 <p>【精神疾患】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・身体合併症を抱えた精神・認知症患者への対応が精神科病床では難しいことから、治療や介護体制の充実と受入先の確保が必要である。 	<p>【全体の方向性】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・圏域内充足率の維持・向上のため、保健医療計画や健康増進計画等に基づく取組推進 <p>【精神疾患】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者の退院促進、地域移行の推進 ・認知症疾患医療センターを含む認知症対応医療機関等の充実及び医療連携の促進
救急医療体制	<ul style="list-style-type: none"> ○脳卒中や急性心筋梗塞の急性期医療を担う機関の人口カバー率が低い圏域がある。 ○救急患者を確実かつ迅速に医療につなげられるよう、救急医療提供・救急搬送体制の充実と連携促進をさらに図る必要がある ○軽度の患者に救急医療の前段階で対応する仕組みが必要である 	<ul style="list-style-type: none"> ○三次医療を提供する病院の医療機能の充実と二次医療を担う病院との機能分担、連携促進 ○二次救急輪番体制の確保、充実 ○休日夜間急患センター及び在宅当番医制による一次救急医療提供体制の整備 ○消防と医療機関等との連携による救急搬送体制の確保・充実 ○救急医療電話相談（#7119）の県全域への拡大推進
公立病院	<ul style="list-style-type: none"> ○救急医療や高度先端医療等の政策的医療の充実を図る必要がある。 ○高度・専門医療の提供を行う基幹病院間の連携の強化や、統合等を検討する必要がある。 ○建物の老朽化に伴う建替え等の時期を迎えている病院がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ○総務省の「新公立病院改革ガイドライン」を踏まえた整備 ○病床機能の転換・再編統合も視野にいたした連携の検討 ○連携強化を図るため地方債の活用

	現状と課題	具体的施策
		○広域・高度専門的な医療提供体制（三次救急や感染症対策等）に関する基幹病院間の定期的な情報交換
普及啓発	○患者自身にも、医療の適正化への理解と協力が求められる。	○病床機能の分化・連携に関する住民理解の促進 ○不要不急な受診（救急）を減らすため、住民に適正受診を普及啓発

② 在宅医療の充実

	現状と課題	具体的施策
在宅医療提供体制の充実	<p>【基本的事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢化の進展、回復期病床の機能強化、患者の在宅復帰促進により、在宅医療、介護の需要増加が予測される。 ・慢性期病床から在宅医療等への移行には、在宅復帰に向けたリハビリ、退院調整機能の充実、受け皿となる介護保険施設や訪問看護等の在宅サービスの充実、往診・訪問診療等を行う医療機関の充足が前提となる。 ・在宅医療需要の増加が見込まれる中、往診・訪問診療、訪問看護等を実施する医療機関をはじめ在宅医療の提供体制の充実を図る必要がある。 ・診療所医師の高齢化が予測され、訪問診療医をはじめとした在宅診療の担い手の確保が必要である。 ・医療従事者の多職種連携や在宅医療に関する専門的なスキルアップが必要である。 	<p>【全体の方向性】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療圏域を新たに設定し、身近な地域における在宅医療提供体制の整備を促進 ・患者、家族の意思を尊重しつつ在宅医療が可能となるよう、また、在宅での終末期ケアや看取りが可能となるよう、在宅療養支援診療所等の医療機関、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所等の在宅医療提供体制の整備・充実 <p>【在宅医療提供機関の充実】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療提供に必要な設備・支援ツールの整備 ・在宅医療を提供する医療機関、訪問看護ステーション、薬局等の確保 ・診療所の在宅医療への新規参入促進 ・24時間対応の在宅療養支援診療所、訪問看護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所等の整備促進

	現状と課題	具体的施策
	<ul style="list-style-type: none"> 増悪による再入院を防ぐために、的確な観察と判断力を備え、療養者のセルフケア能力を高めるための質の高い看護の提供が必要である。 	<ul style="list-style-type: none"> かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師が往診、訪問診療、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導等に取り組みやすいような仕組みや体制の整備と、より積極的な活用 機能強化型訪問看護ステーションへの移行支援や訪問看護ステーション経営安定化に向けた管理者研修 <p>【介護保険施設、サービスの充実】</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護保険施設、事業所、サービス付き高齢者向け住宅の整備と質の確保 切れ目のない地域リハビリテーションの推進 <p>【人材確保】</p> <ul style="list-style-type: none"> 病院勤務医時代から在宅医療に関心が持てるよう、病院内での取組の実施 在宅療養を担う訪問看護師やケアマネジャー等の関係者の連携により、医師の在宅医療への新規参入を後押し 県立病院の医師派遣等による地域医療機関支援 口腔ケアを担う歯科衛生士の確保・養成 特定行為を行う看護師を養成する。 一定の研修を受けた「たん吸引等」を行う介護職の養成 民生委員のほか、地域包括支援センター等による地域見守り体制の充実強化

	現状と課題	具体的施策
医療・介護の連携、一体化の推進	<p>【基本的事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> 回復期病床の機能強化、患者の在宅復帰促進により、在宅医療、介護の需要増加が予測される。 在宅で医療を必要とする要介護者や認知症高齢者等も更に増加すると見込まれる。 病院が担うケア提供体制から、自宅でのケアを軸とした住まい、医療、介護、予防、生活支援や看取りまでが一体的に提供される地域包括ケアシステムへの転換、体制の構築が必要である。 在宅医療は、医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、ケアマネジャー等による多職種連携が不可欠である。 市町における在宅医療・介護連携推進事業の効果的な取組への支援を進めることが必要である。 医療連携に比べ、医療介護連携は進んでいない状況であり、体制の整備充実と、それを担う人材育成を図る必要がある。 医療は介護と比べるとより広域な調整を必要とすることから、医療介護連携の体制づくりにおける支援が必要である。 	<p>【全体の方向性】</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域の病院、診療所、訪問看護事業所、介護保険施設等の連携・支援の強化 急性期病院から回復期病院、さらにかかりつけ医への連携を図るためのクリティカルパスの充実 在宅療養患者や施設利用者の急変時の受入れ体制の確保、在宅療養後方支援病院の拡充 複数疾患を持つ在宅患者等に係る診療所間の連携 家族による在宅介護が困難な場合に、一時的に施設等をスムーズに利用できる体制の充実 歯科口腔ケアに係る病院と歯科医師、かかりつけ医とかかりつけ歯科医師の連携システムづくり 訪問看護ステーションの広域連携 「病院在宅連携ルール」、「退院調整ルール」の整備と利用促進 在宅医療推進協議会による調整 <p>【人材育成】</p> <ul style="list-style-type: none"> 病院、施設、訪問看護ステーション間の看護職員の看一看護連携研修 在宅医を含めた医療従事者の育成と地域における医療連携体制の充実 在宅医療・介護連携に関する多職種連携研修会等を通じた人材育成 実習指導者講習会（特定分野）の開催

	現状と課題	具体的施策
		<p>【情報に関する施策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 情報提供の主体、客体、時期、内容等を定めた圏域の医療介護連携ルールの作成・活用等により、かかりつけ医・病院・ケアマネジャー等の関係者間の連携強化 ・ 患者情報を集約した医療介護連携ツールの利用 ・ ICTを活用した医療・介護関係者間での情報共有ツールの整備・運用、連携会議を通じた情報の効率的な把握・共有のためのシステムづくり ・ 医療介護資源マップ等による地域の医療福祉資源の把握と活用
在宅療養患者への支援	<p>【生活習慣病等】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ がん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必要がある。 ・ 重症心身障害児（者）や難病患者とその家族の負担を軽減し、身近な地域で医療が受けられる体制を整備する必要がある。 <p>【精神疾患】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 精神障害者や認知症高齢者等が地域で安心・安全に暮らせる体制を、精神医療、障害福祉、就労支援などの関係機関が連携して構築する必要がある。 	<p>【生活習慣病等】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ がん診療連携拠点病院と地域の病院・診療所、訪問看護ステーション、介護サービス事業所、薬局等の連携による在宅での緩和ケア体制の強化 ・ 身近な病院や診療所医師の重症障害児（者）や難病患者に対する理解を深め、基幹病院と協力病院、診療所が連携した医療提供体制の整備 <p>【精神疾患】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 精神障害者の退院促進、地域移行 ・ 認知症疾患医療センターを含む認知症対応医療機関等の充実と連携強化

	現状と課題	具体的施策
普及啓発	<p>○家族や地域による援助が薄れる中で、患者自身にも在宅医療に関する積極的な理解が求められる。</p>	<p>○身近な「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」「かかりつけ薬剤師・薬局」の重要性に関する広報、普及・定着促進</p> <p>○クリティカルパスの必要性に関する住民及び医療関係者への普及啓発</p> <p>○住民や施設職員等に対する、在宅医療、介護サービス、緊急時の対応、在宅看取り等の普及啓発</p> <p>○薬剤師の訪問薬剤管理指導の推進、周知</p> <p>○適切な在宅医療を選択できるための医療情報の提供と相談体制の推進</p> <p>○まちな保健室等、身近な地域で健康について相談ができる体制の継続</p>

③ 医療従事者の確保

	現状と課題	具体的施策
<p>医療従事者の確保</p>	<p>【基本的事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今後の医療需要、内容に対応した医師・看護師をはじめとする医療従事者確保が必要である。 ・18歳人口が減少する中、医療や看護、介護に従事する若者を確保する必要がある。 ・圏域の医師、歯科医師、薬剤師、看護師の高齢化が進んでおり、現状の体制維持が困難となる前に、若手従事者の育成が必要である。 ・看護職員など医療従事者の定着、離職防止に向けて、研修や勤務環境改善など各医療機関で取り組む必要がある。 <p>【医師】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特に不足が懸念される産科・小児科勤務医、救急勤務医師等の確保が必要である。 ・各圏域の今後の医療需要（特に増加が予測される疾患）に対応できるよう、専門医師を地域偏在なく確保する必要がある。 ・特に新専門医制度については、地域における医師確保への影響が懸念されていることから、地域の関係者による協議の場を設置して、専門研修プログラム等について十分に協議する必要がある。 ・一般病院の常勤医師、特に若い内科医の充実が必要である。 <p>【薬剤師】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・薬剤師に地域偏在がある。 ・在宅医療に取り組む薬剤師の確保が困難な地域がある。 	<p>【全体の方向性】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・限られた医療資源の中で効率的で良質な医療を提供するため、病院・病床の機能分化、連携やチーム医療を促進 ・医師、歯科医師、薬剤師、看護師、栄養士及び理学療法士等のリハビリテーション専門職、歯科衛生士等、在宅での医療を担う人材の確保 ・居住空間、文教施設等の生活環境、職場環境を整備し、医療従事者の圏域への定着促進 ・奨学金制度などインセンティブ制度の拡充による、医療従事者の確保・定着促進 <p>【医療従事者の確保】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療従事者を目指す学生への地域合同就職説明会、地域医療体験、医療系学校進学セミナー、就職相談等 ・勤務環境改善支援センターによる働きやすい職場環境づくりの促進 ・在宅医療と介護を連携するコーディネーター、地域リハビリテーション活動を支援するセラピスト、訪問薬剤師や地域医療連携を行う看護師等、地域包括ケアを支える人材の確保・育成 <p>【医師】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・圏域内の病院間で新専門医制度の基幹病院や他の連携病院のグループ化をすすめ、圏域内の専門医確保を推進

	現状と課題	具体的施策
	<p>【看護職員】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・全国と比べて県内の看護職離職率は高く、看護職員確保に苦慮している圏域がある。 ・中小規模施設では新人看護職員研修の実施率が低く、研修責任者等の育成が困難である。 ・平成27年10月より届出制度が開始したが、届出件数が見込みよりも少ない。 ・看護職の募集・採用に困難を感じている施設が多い。 ・潜在看護職が、近年の医療や看護に関する情報を得て安心して再就業に取り組める支援が必要である。 ・疾病の発症や重症化を予防するために、暮らしを捉え、予防的な視点や熟練した技術を用いて支援ができる看護実践能力の向上が求められる。 ・今後、需要が見込まれる訪問看護師の養成、確保が必要である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院間の緊急的な診療応援に対する財政支援 ・養成医師の増員、後期研修修了医等県採用制度の活用 ・県養成医師を、へき地医療拠点病院等に配置 ・県が大学に寄附講座を設置し、圏域・地域の中核病院へ医師派遣 <p>薬剤師</p> <ul style="list-style-type: none"> ・潜在薬剤師の復職支援研修 <p>看護職員</p> <ul style="list-style-type: none"> ・需給見通しに基づいた計画的な看護職確保対策 ・多様な勤務形態の導入に向けた看護管理者の研修 ・院内保育所設置・運営費の補助 ・施設が取り組む新人看護職員研修や医療機関受入研修への補助 ・研修責任者等研修の開催 ・届出制度の周知によるナースセンターへの登録普及 ・看護師の離職防止、再就業を支援するためナースセンターの機能強化・充実 ・身近な地域で相談が受けられるようナースセンター支所・サテライトの設置と効果的な運用 ・兵庫県ナースセンターとハローワークとの連携強化による再就業の促進 ・復職支援研修会及び合同就職説明会の開催と充実・強化

	現状と課題	具体的施策
		<p>【医療従事者の養成】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域医療支援センターによるキャリア形成支援 ・ICTを活用した研修システムの導入 ・地域医療活性化センターのシミュレーター機器等を活用した研修の実施 ・多職種連携による在宅医療が重要となることから、職種ごとの研修会や多職種での連携会議等の開催 ・中学・高校生対象の進学説明会、進路指導担当教員向けの説明会等の開催。 <p>医師</p> <ul style="list-style-type: none"> ・圏域内の医療機関同士や大学等との連携による、地域医療を担う総合診療医等の専門医の教育・研修ができるシステムの構築 ・研修医の病院間相互研修体制の確立 ・在宅医療を担う医師、歯科医師の増加に向けた支援 <p>薬剤師</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問薬剤管理指導を行う薬剤師の育成支援 <p>看護職員</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護師等養成所の運営助成額に県内就業率に応じた加算 ・専任教員養成講習会の開催 ・実習指導者講習会の開催 ・認定看護師の養成 ・訪問看護師育成のための研修、病院・施設と訪問看護ステーションの看－看連携研修の開催

④ その他

	現状と課題	具体的施策
他府県・他圏域との連携	<ul style="list-style-type: none"> ○ 府県間あるいは圏域間の流出入状況は、今後の予測が困難である。 ○ 住民にとって、身近な場所で受けたい医療が受療できるよう不足する医療機能の充足や医療機関の連携強化を図る必要がある。 ○ 高度急性期から急性期、回復期、慢性期、在宅医療までの一連のサービスを切れ目なく提供出来るよう、圏域を越えた医療・介護連携体制の充実を図る必要がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 隣接する他圏域（特に現状で流出入が多い圏域）と十分に連携した医療体制の確保 ○ 一方で、住み慣れた地域での受療という地域医療構想の理念に鑑み、患者の選択肢を残しつつ、医療機関所在地あるいは患者住所地のいずれの需要にも対応できるように、柔軟かつ慎重に医療提供体制を確保 ○ 高度急性期、三次救急医療を担う近隣圏域・隣接府県との連携促進
地域包括ケアシステム構築に向けた取組	<ul style="list-style-type: none"> ○ 誰もが、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで送ることができるように、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築が必要である。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 住民、保険者、企業、医療・介護関係者、行政等の連携による健康づくりや地域づくりの取組の推進 ○ 病院・診療所・訪問看護ステーション・地域包括支援センター・ケアマネジャー等の相互支援・関係づくり ○ 地域包括支援センターの機能強化と地域ケア会議の充実
普及啓発	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域医療構想の実現のためには、地域住民の理解が不可欠である。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 行政、医療機関による地域住民への地域医療構想の普及啓発 ○ 病床機能の分化、連携に関する住民理解の促進。 ○ 在宅医療の意義、適正受診等の普及啓発

	現状と課題	具体的施策
進捗管理	○地域医療構想の進捗管理が必要である。	○地域医療構想調整会議等における継続的な調整と進捗管理 ○客観的指標に基づいた地域医療構想の評価（例：在宅看取り率など）
地域医療構想調整会議による協議	○地域医療構想調整会議の議論の活性化が必要である。	○地域医療構想懇話会による方針の周知・共有 ○地域医療構想アドバイザーの設置による地域医療構想調整会議への助言・指導

第7章 地域医療構想の実現に向けた更なる取組について

1 公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等

(1) 国の要請

国は、地域医療構想の実現に向け、地域医療構想調整会議における地域の現状や将来像を踏まえた議論を活性化させることを目的に、一定の条件を設定し、全ての公立・公的医療機関等の高度急性期・急性期機能に着目した診療実績データの分析を行った。

本分析により一定の基準に満たないと判定された医療機関については、各圏域の地域医療構想調整会議の場において、「①現在の地域の急性期機能や人口とその推移等の医療機関を取り巻く環境を踏まえた、2025年を見据えた自医療機関の役割」「②分析の対象とした領域ごとの医療機能の方向性（他の医療機関との機能統合や連携、機能縮小、機能廃止等）」「①②を踏まえた機能別の病床数の変動」について、改めて協議し合意を得るとともに、将来を見据えた構想区域全体の医療提供体制についても議論するよう、国は都道府県に要請した（令和2年1月17日付け厚生労働省医政発0117号第4号厚生労働省医政局長通知「公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について」）。

また、新型コロナウイルス感染症の状況を踏まえ、再検証等の期限を含め、地域医療構想の取組の進め方については、国の社会保障審議会（医療部会）における今後の医療提供体制についての議論の状況や地方自治体の意見等を踏まえ、厚生労働省において改めて整理することになっている。

(2) 本県の対応

本県では、国からの通知に基づき、各地域医療構想調整会議において、今般の新型コロナウイルス感染症対策において各医療機関が果たしてきた役割等も踏まえつつ、地域の実情に応じて、医療機関の自主的な取組を基本とした必要な検討を行っている。

2 地域医療構想の実現に向けた国による重点支援区域の選定

(1) 重点支援区域について

国は、経済財政運営と改革の基本方針2019（令和元年6月21日閣議決定）において、地域医療構想の実現に向け、全ての公立・公的医療機関等に係る具体的対応方針について診療実績データの分析を行い、具体的対応方針の内容が民間医療機関では担えない機能に重点化され、2025年において達成すべき医療機能の再編、病床数等の適正化に沿ったものとなるよう、重点支援区域の設定を通じて国による助言や集中的な支援を行うこととしている。

(2) 本県の状況

本県では、令和2年8月25日付けで「阪神区域（対象医療機関：市立伊丹病院及び公立学校共済組合近畿中央病院、市立川西病院及び医療法人協和会協立病院）」が選定された。今後は、地域医療構想調整会議における医療機関の自主的な取組を基本とし、関係者の合意に基づき行われる再編統合等について、地域医療介護総合確保基金などを活用した支援を実施する。

【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

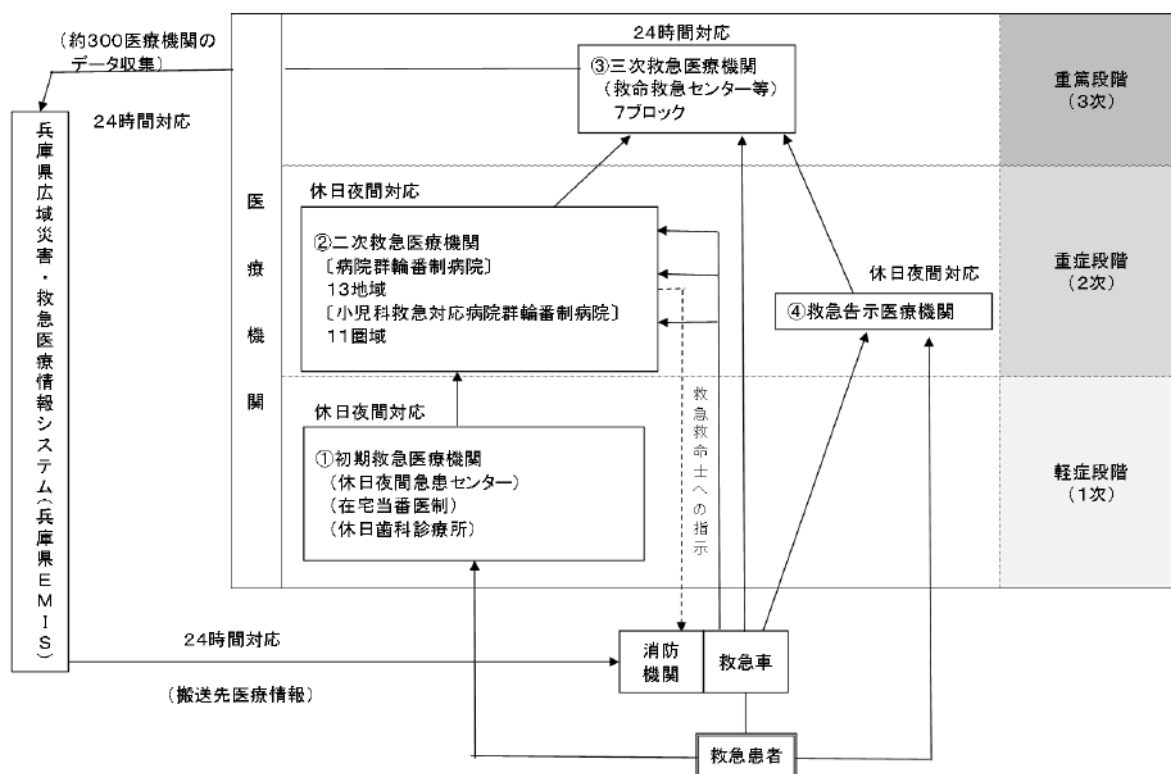
【指標】

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)

救急医療体制



- ① 初期救急医療機関【休日夜間急患センター、在宅当番医制、休日歯科診療所】
入院・手術等を必要としない比較的軽症な救急患者に対応する。
- ② 2次救急医療機関【病院群輪番制】
入院・手術等を必要とする重症救急患者に対応する。
〔病院群輪番制〕
2次保健医療圏内に地域を設定し、重症患者に対応できる数病院が交替で休日・夜間における診療を受け持つ。(2次救急医療圏域13地域で実施)
〔小児科救急対応病院群輪番制〕
2次保健医療圏内に設定した小児救急医療圏域において、小児科重症救急患者に対応できる数病院が交替で休日・夜間における診療を受け持つ。
(2次小児救急医療圏域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	○					
	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		○				
	但馬	養父市	○	公立病院等対応	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歳未満人口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)

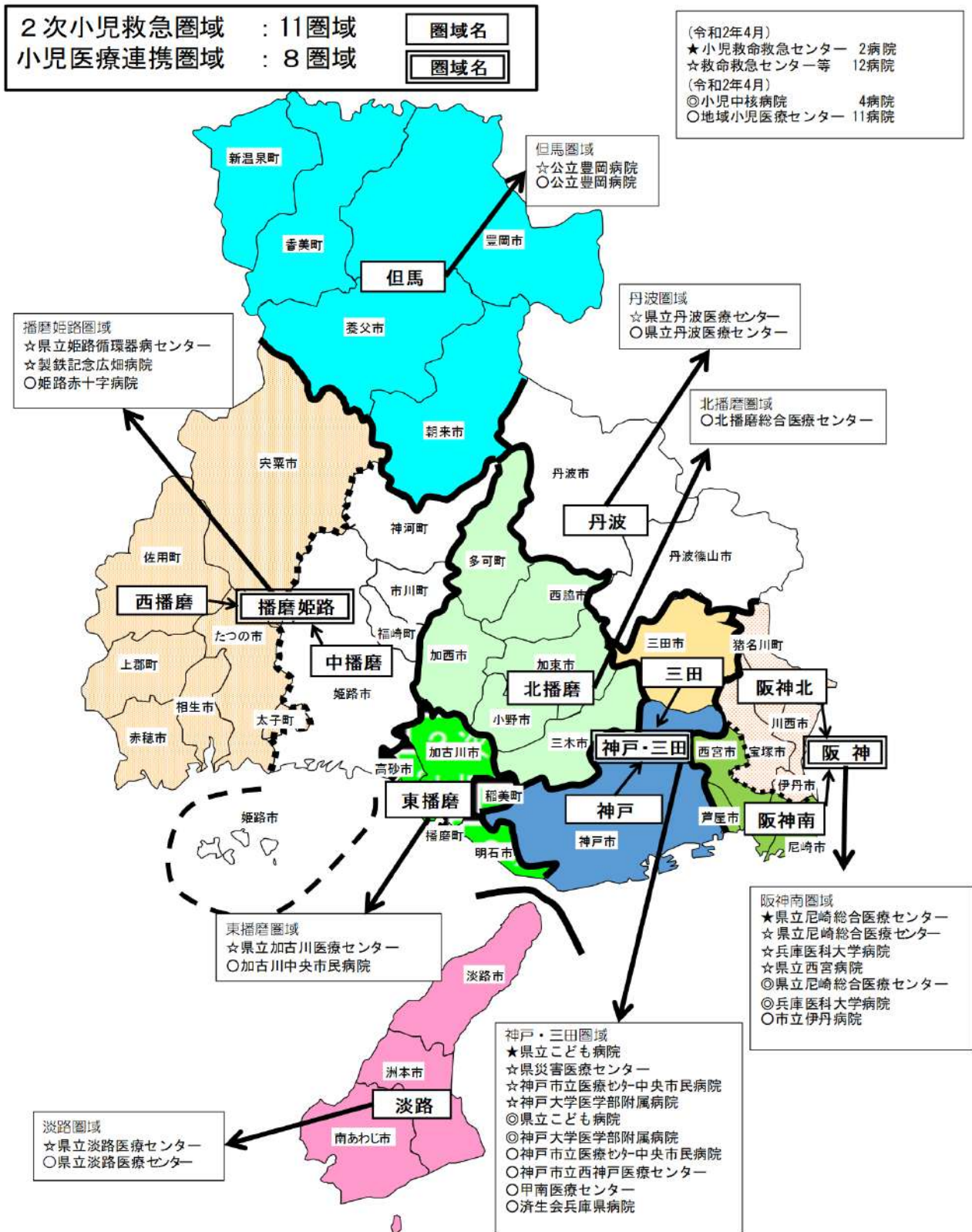
< 2次小児救急圏域と小児医療連携圏域 >

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	4機関

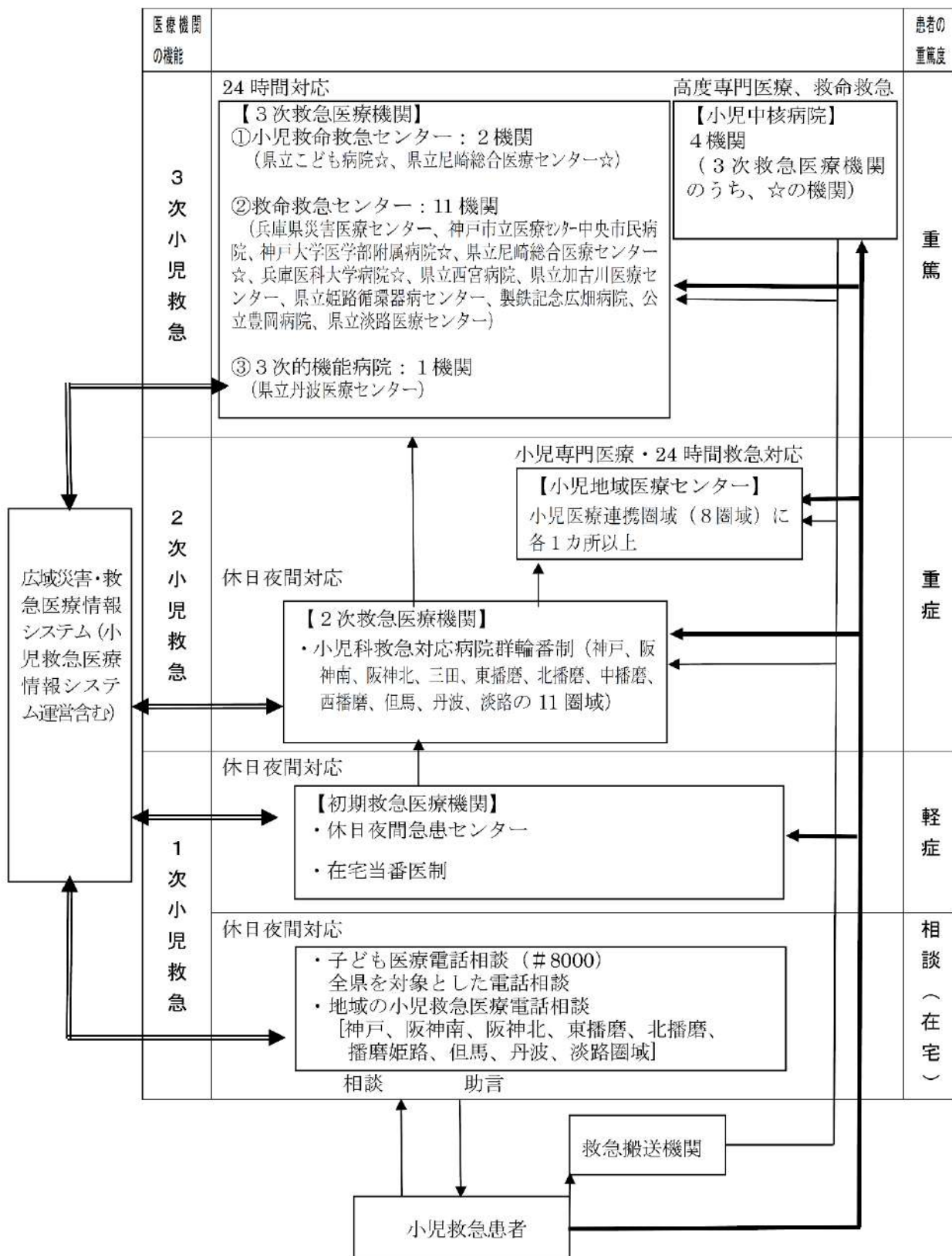
【目 標】

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）

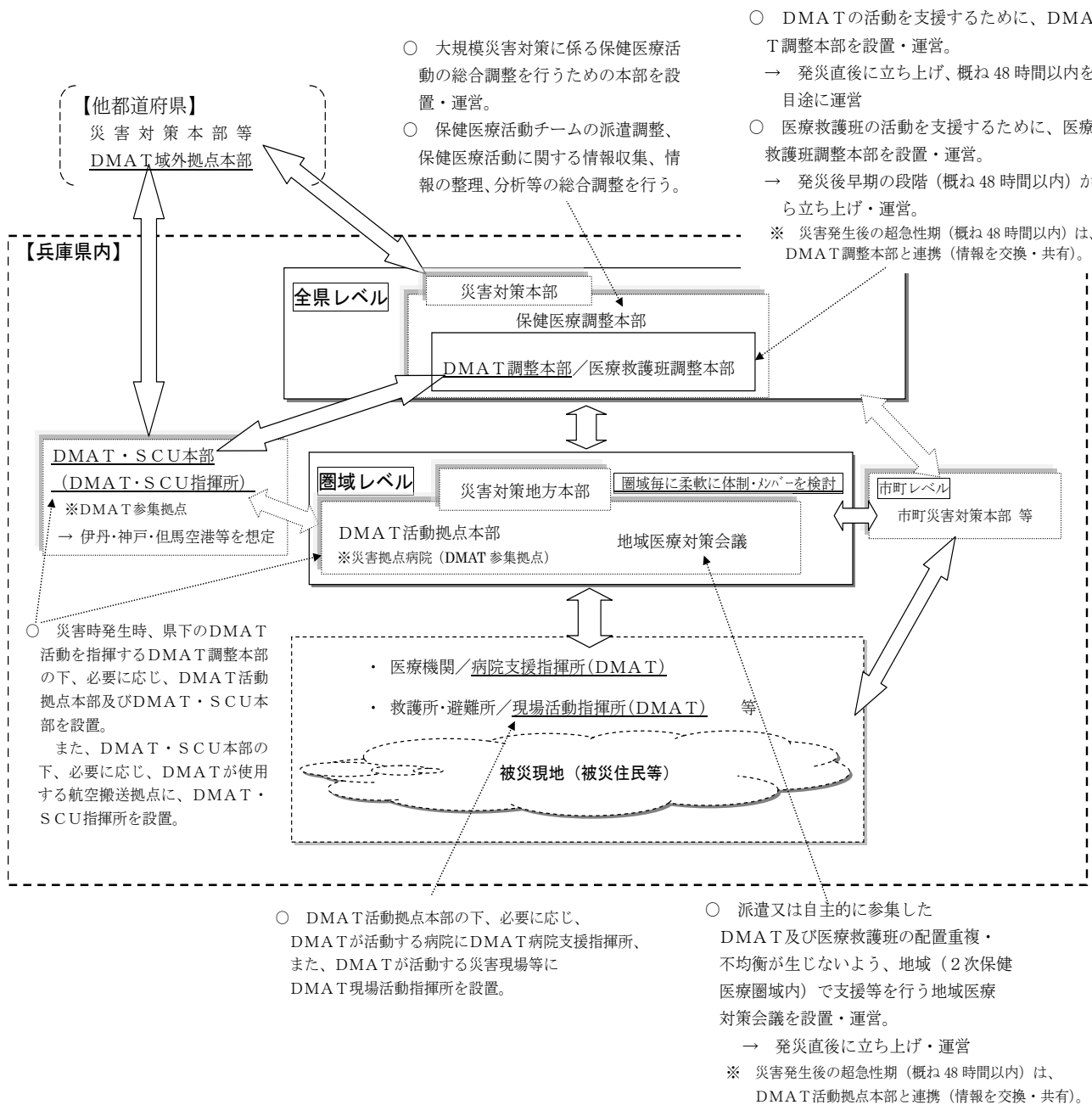
【目 標】

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)

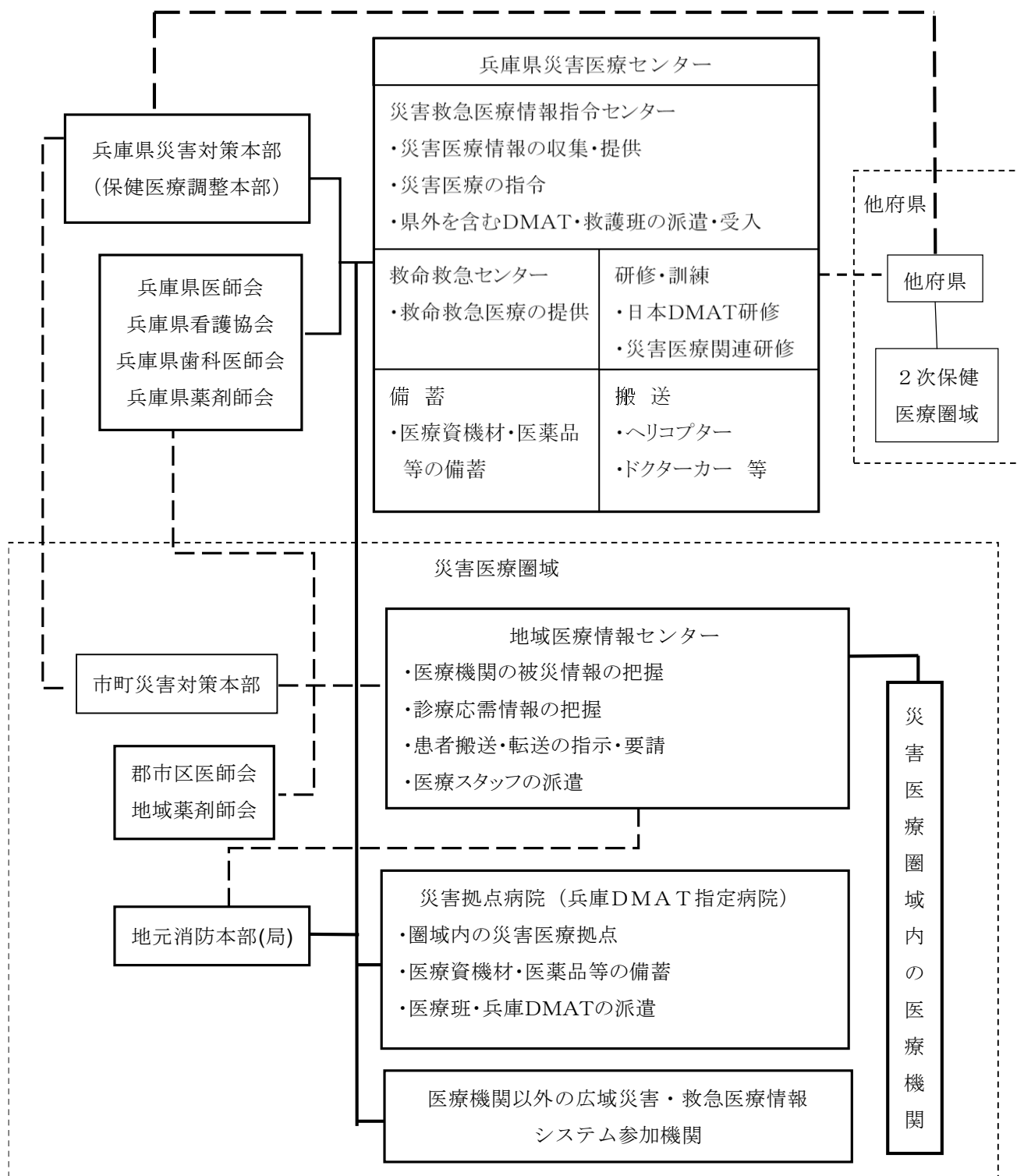
目 標	現 状 値	目 標 値（達成年度）
E M I Sの入力訓練	年 32 回 (H28)	年 35 回以上 (R5)

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）

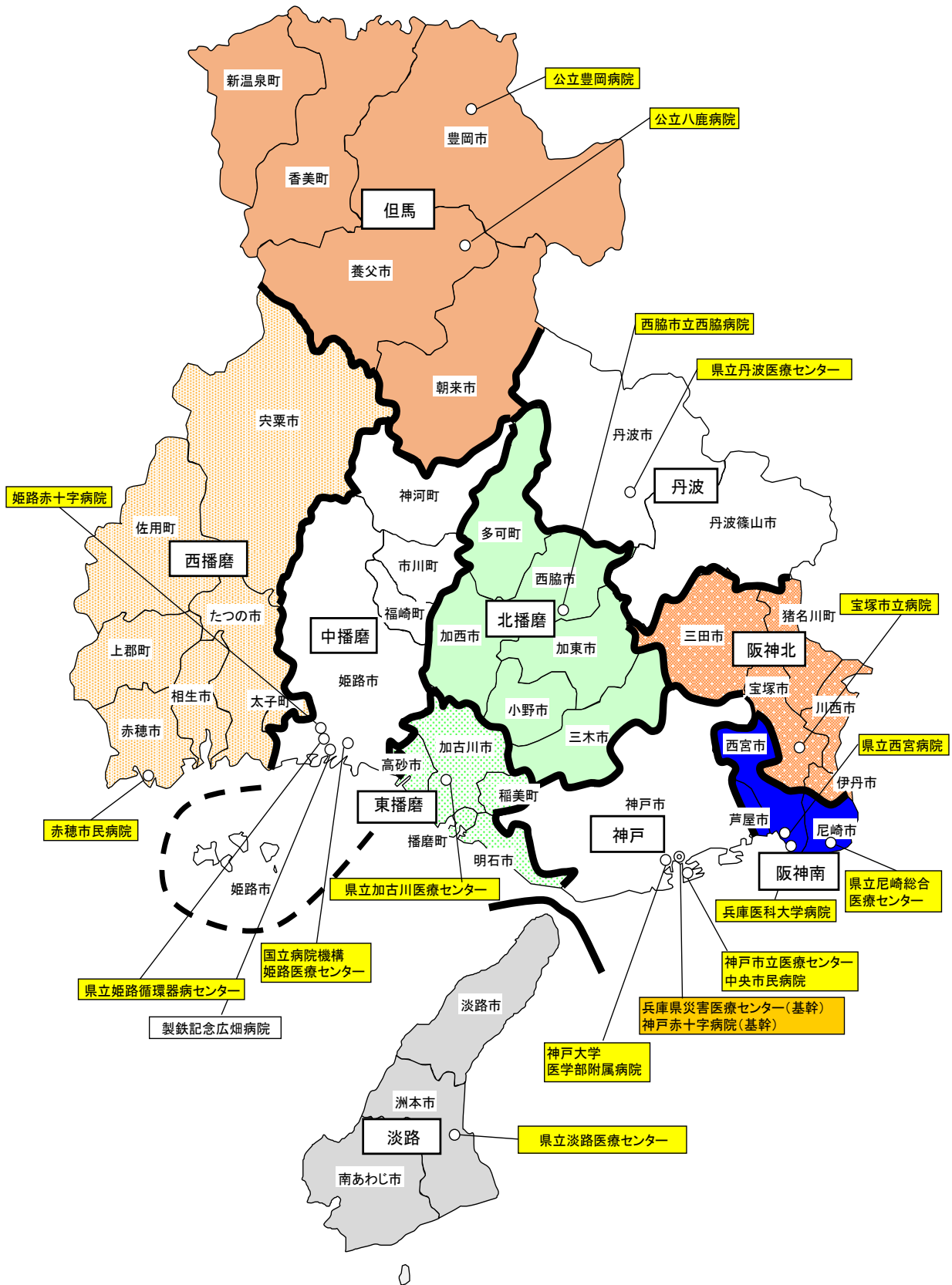


災害医療システム概念図

- 広域災害・救急医療情報システム参加機関
- 広域災害・救急医療情報システム回線
- その他情報網



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か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

N I C U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D M A T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)

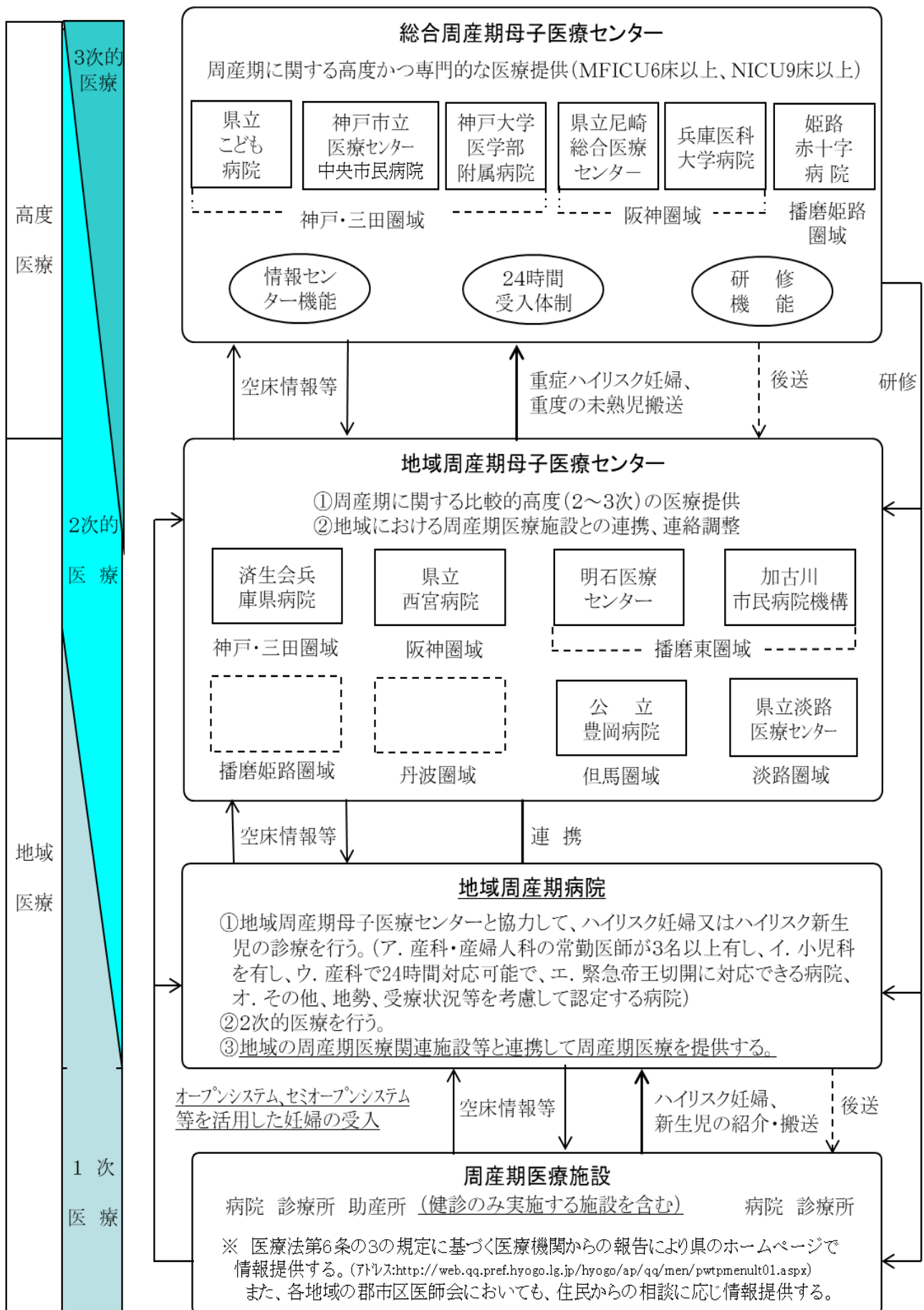
圏域名	医療機関名
神戸・三田	甲南医療センター(精)、パルモア病院、 母と子の上田病院、神戸アドベンチスト病院、 神戸医療センター(精)、神戸市立西神戸医療センター(精)、 なでしこレディースホスピタル、三田市民病院、神戸市立西市 民病院
阪神	関西労災病院(精)、明和病院、近畿中央病院(精)、 市立伊丹病院(精)、ベリタス病院
播磨姫路	姫路聖マリア病院、製鉄記念広畑病院、公立宍粟総合病院
播磨東	あさぎり病院
丹波	県立丹波医療センター

(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】

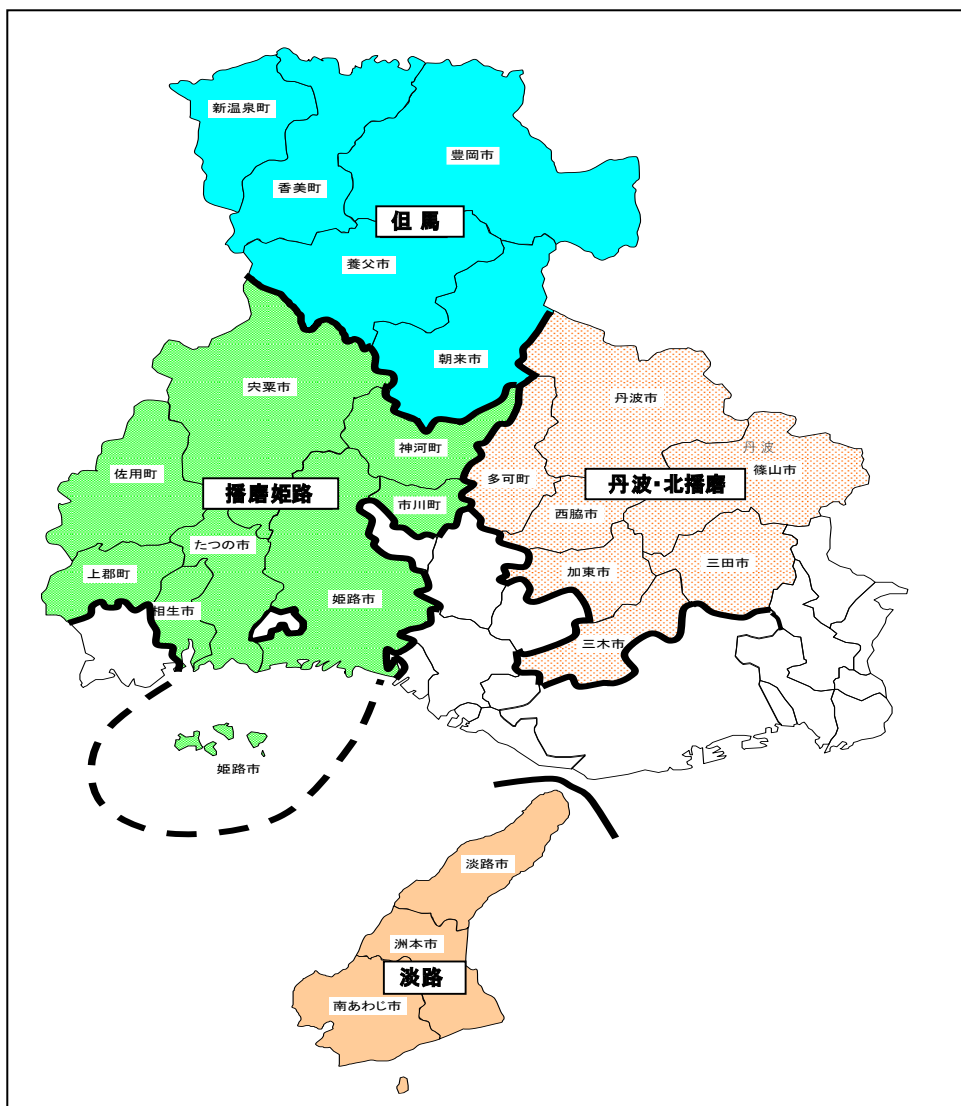
「へき地医療の確保に関する事業に係る医療連携体制に係る医療提供施設」については、兵庫県へき地医療提供施設一覧にて公表する。

[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)

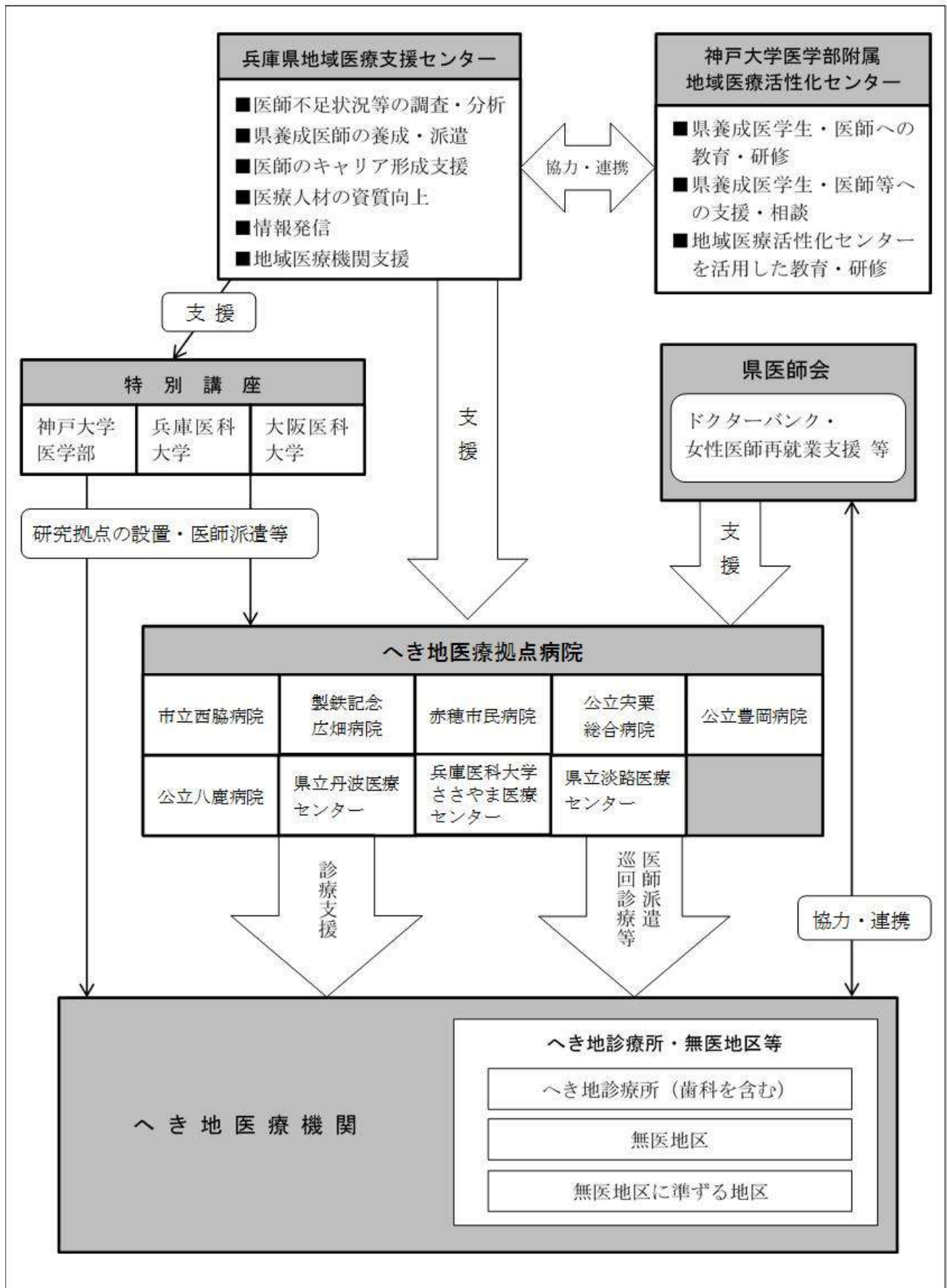
<へき地5法の対象地域>



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。

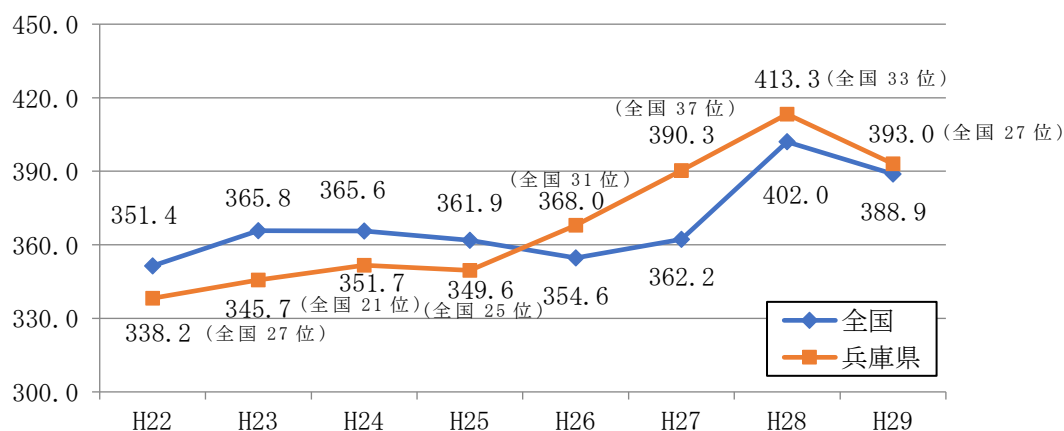
第6章 がん対策

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与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。

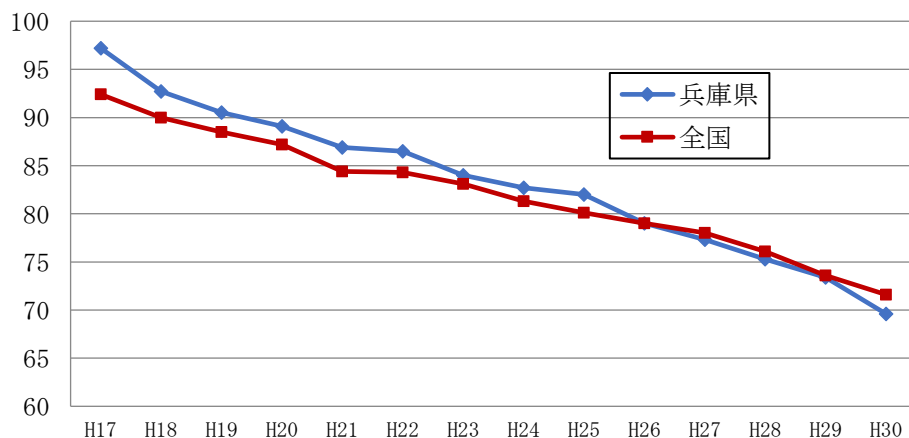


資料 厚生労働省、国立がん研究センター

(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）



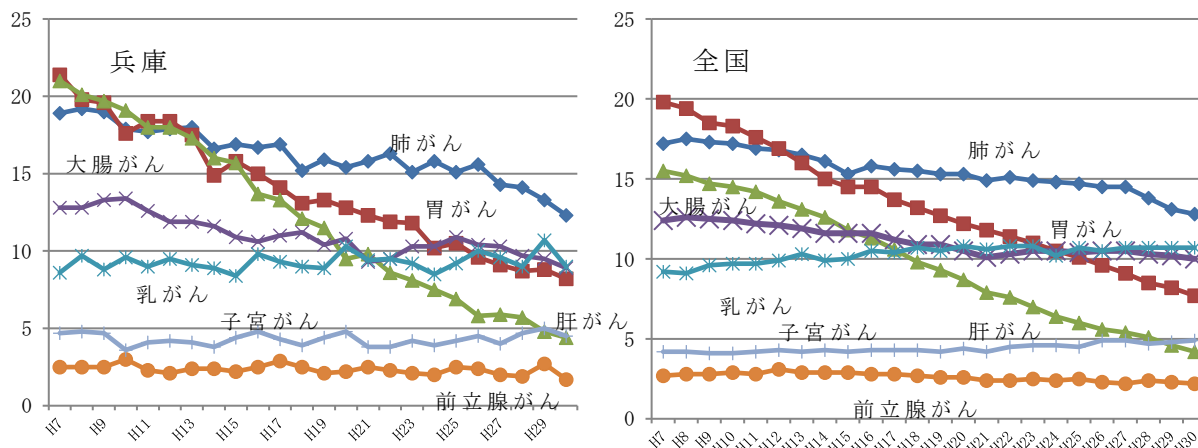
	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30
兵庫県	89.1	86.9	86.5	84.0	82.7	82.0	79.0	77.3	75.3	73.4	69.6
全国	87.2	84.4	84.3	83.1	81.3	80.1	79.0	78.0	76.1	73.6	71.6

資料 国立がん研究センター

(3) がんの部位別死亡状況

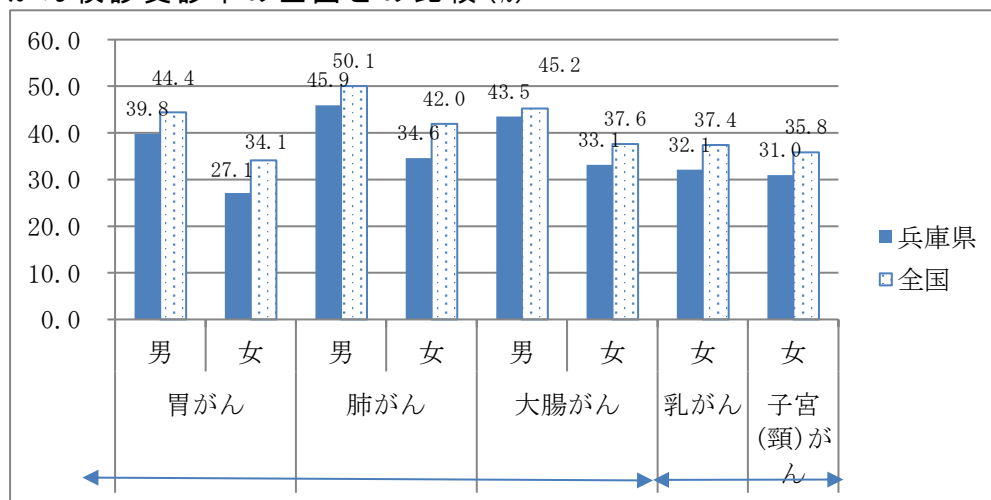
本県のがんの部位別死亡率を全国値と比較すると、肝がん、胃がんについては兵庫県が全国を上回っているが、全体として減少傾向にある。大腸がんについては全国とほぼ同様に減少しており、最近では乳がん、子宮がんの死亡率は全国よりも低く、全国ほどの増加傾向は見られない。

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》

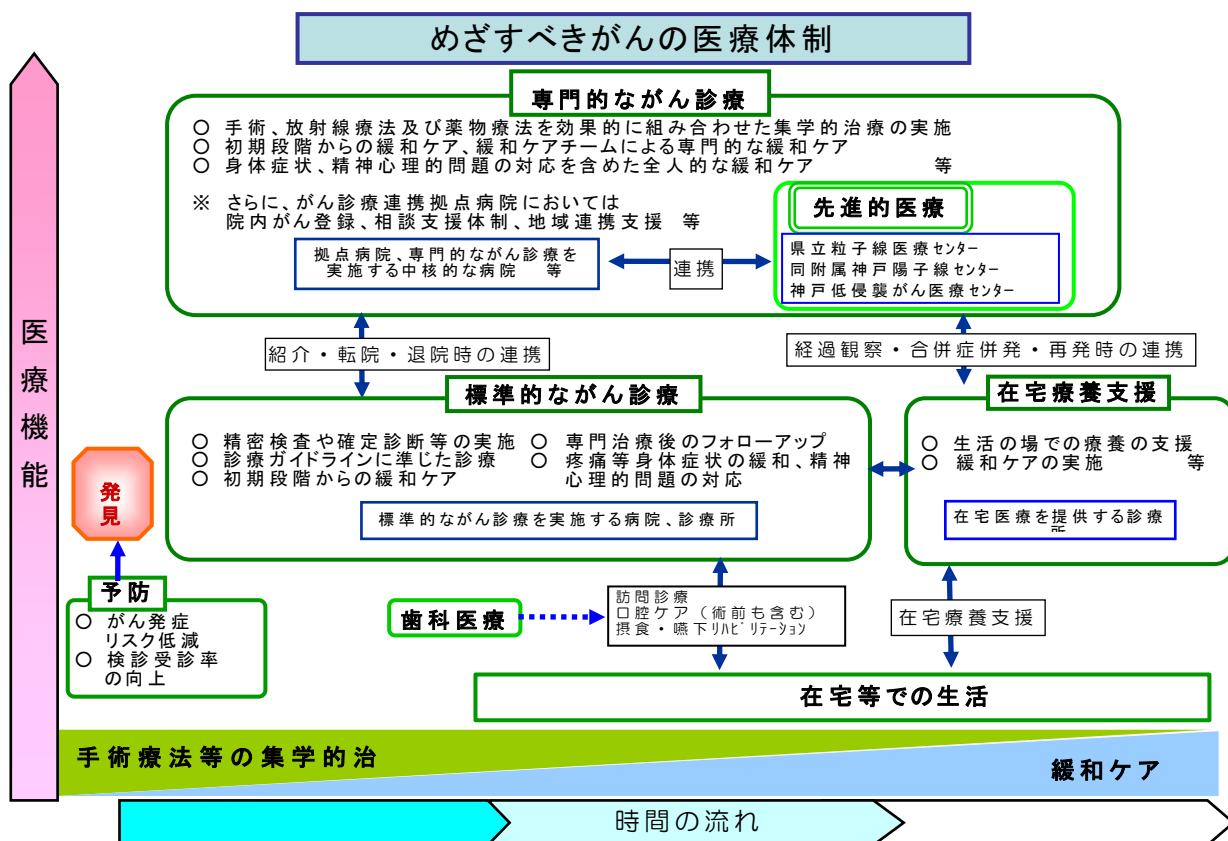
- 緩和ケアの実施状況について、緩和ケアチームを有する病院は全県で48施設(H29)あり、人口10万対では0.9施設で全国平均とほぼ同じレベルにある。

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。

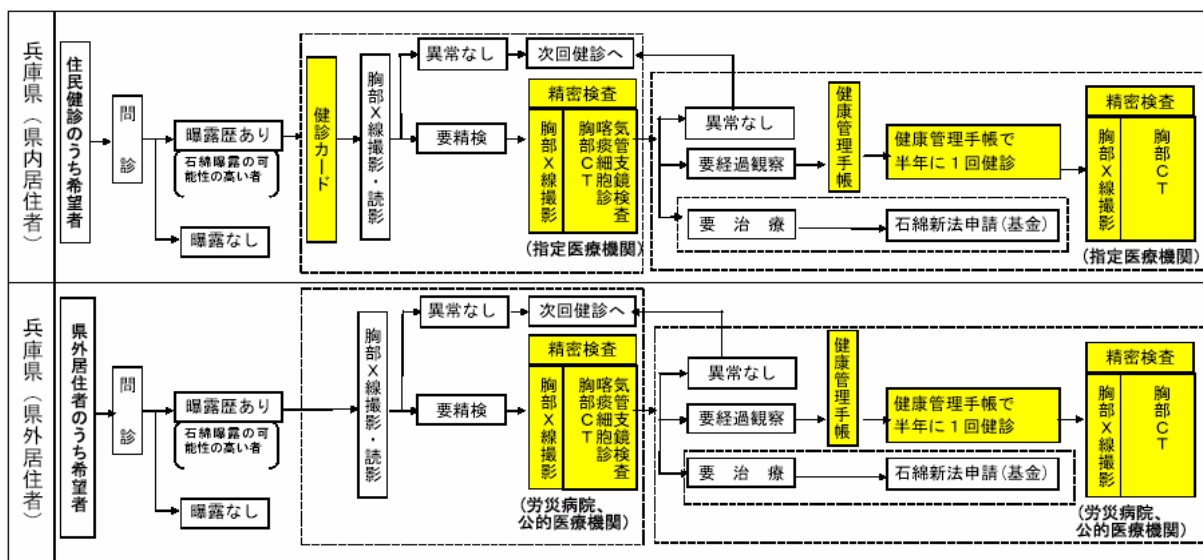
(ウ) 石綿（アスベスト）関連がん対策（県、市町、関係機関）

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。
- PET：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 脳卒中対策（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、脳卒中に対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」

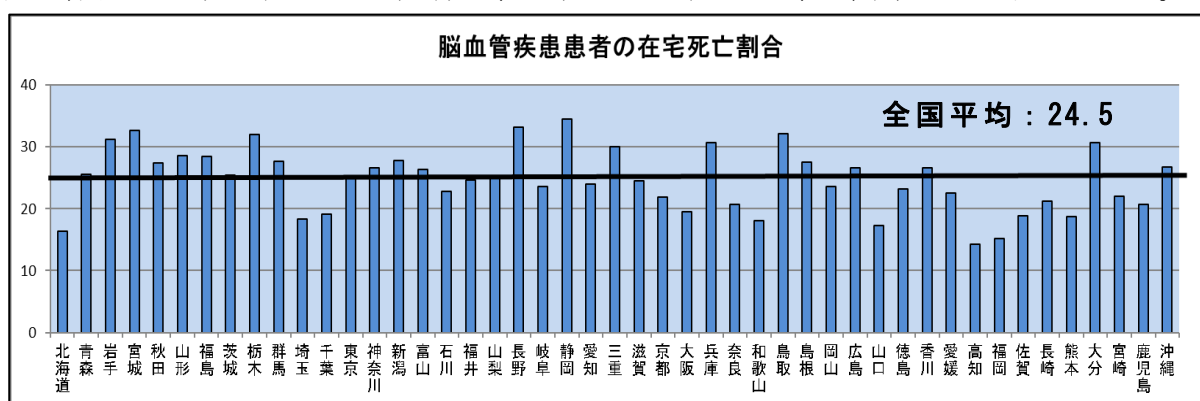
脳卒中の回復期リハビリテーション実施病院及び回復期リハビリ病棟を有する病院数

	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。

(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。

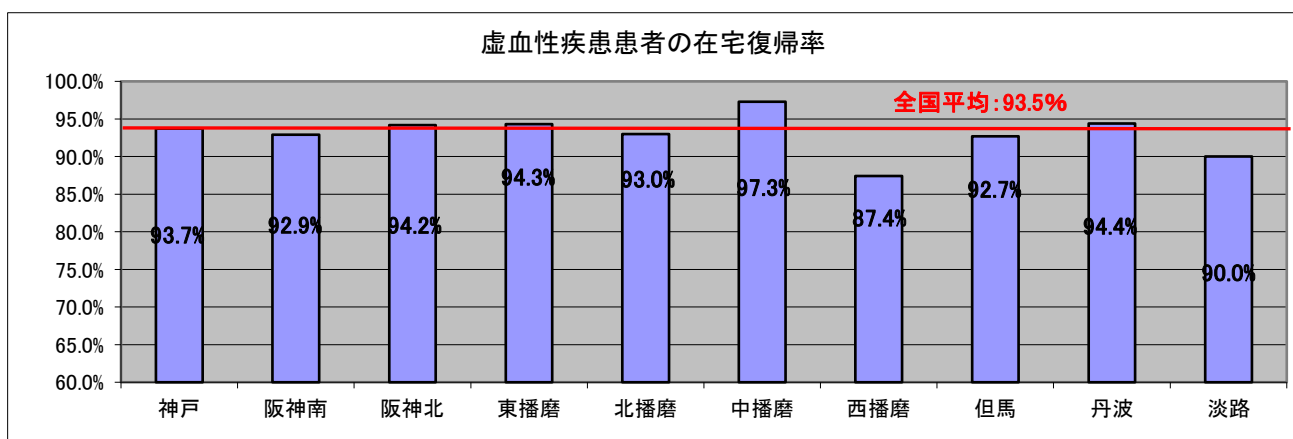
指標名	兵庫県	全国値	出典（年度）
高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	236.0	240.3	患者調査（H29）
脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	70.8	64.6	患者調査（H29）
虚血性疾患患者の退院患者平均在院日数	5.7日	8.6日	患者調査（H29）

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

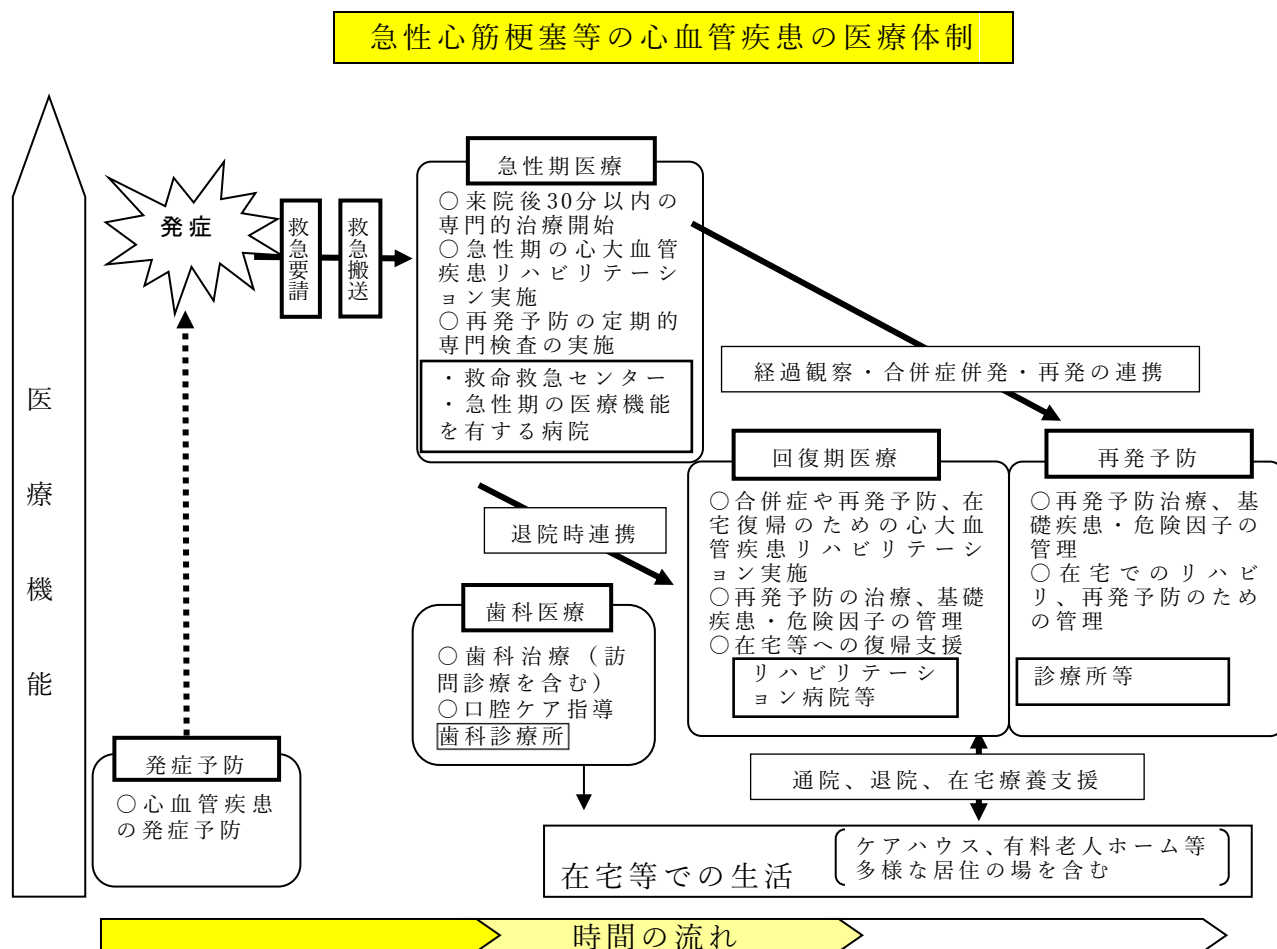
資料 厚生労働省「平成29年患者調査」

- 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

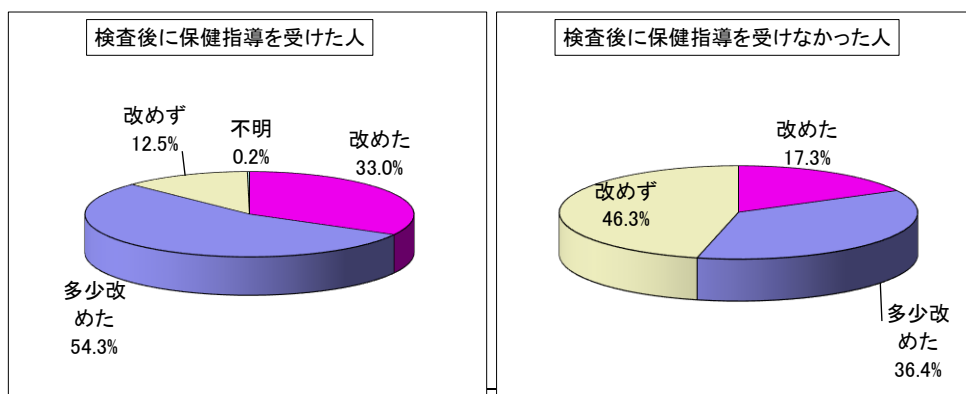
「糖尿病が強く疑われる者の割合」は、男性 16.7%、女性 9.3%であり、平成 26 年（男性 15.5%、女性 9.8%）に比べて男性、女性ともに増加している。

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。

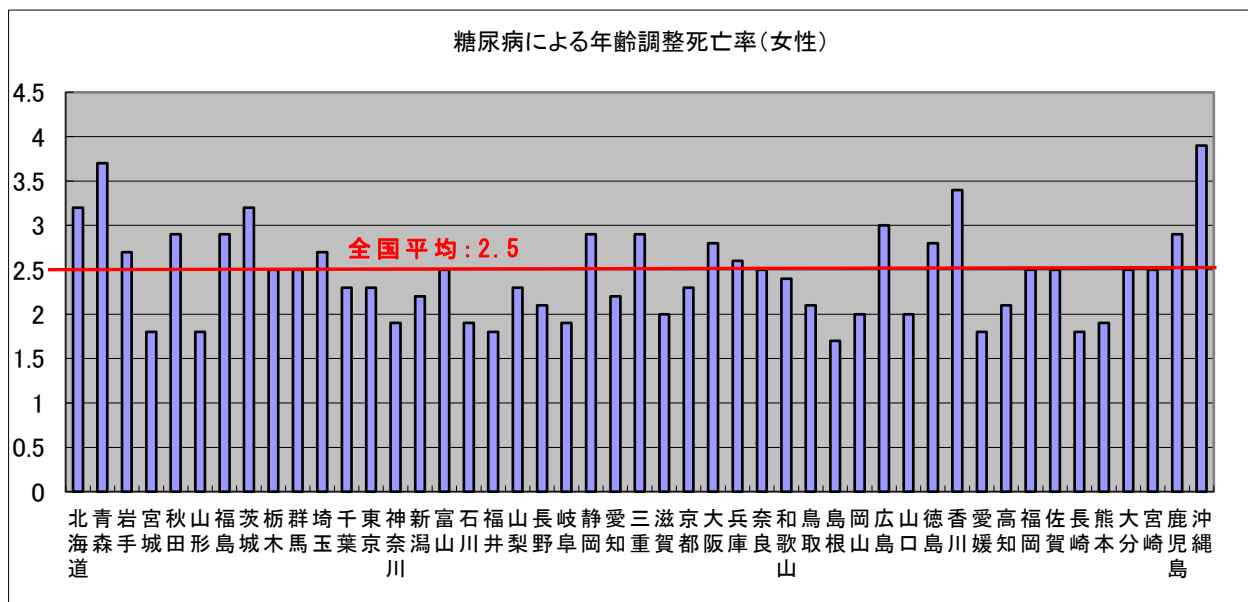
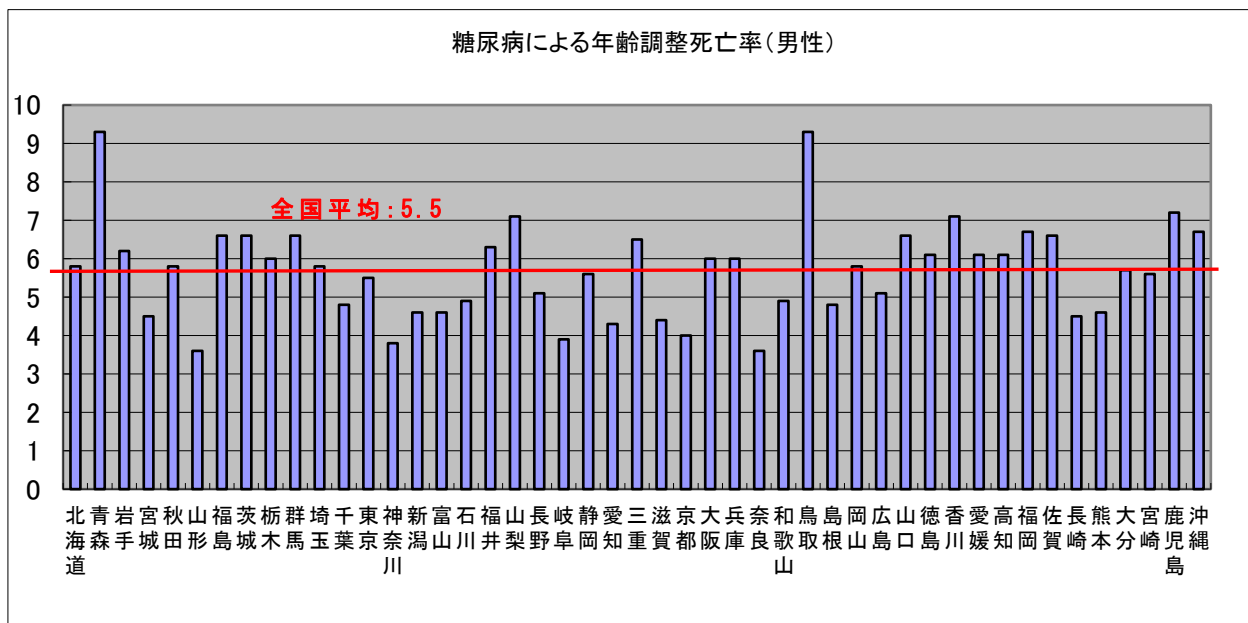
指標名	兵庫県	全国値	出典（年度）
糖尿病内科（代謝内科）を標榜する病院数人口10万対	58施設 (1.0)	1149施設 (0.9)	医療施設実態調査(H26)
糖尿病の退院患者平均在院日数	48.7日	33.3日	患者調査(H29)

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」

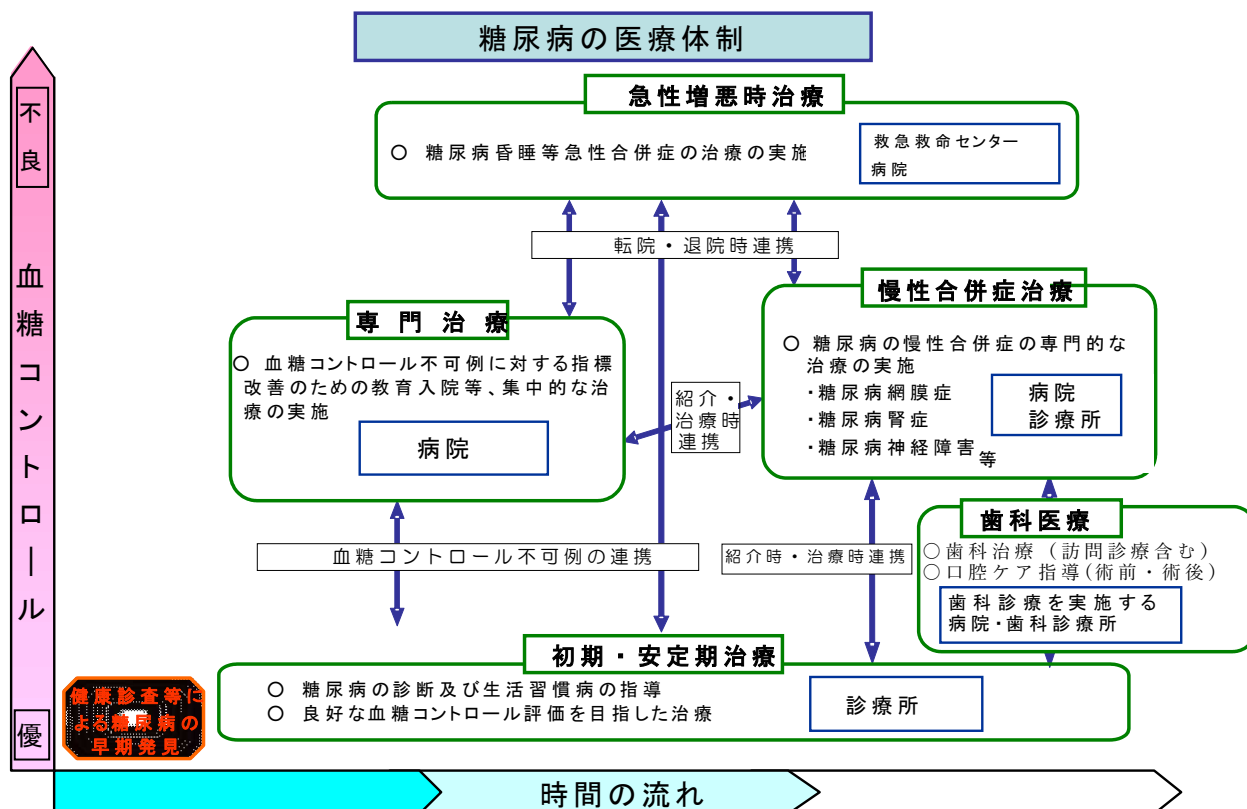
- 糖尿病による年齢調整死亡率は、全県で男性が6、女性が2.6であり、全国平均と比較すると、男女ともに少し上回っている。



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。

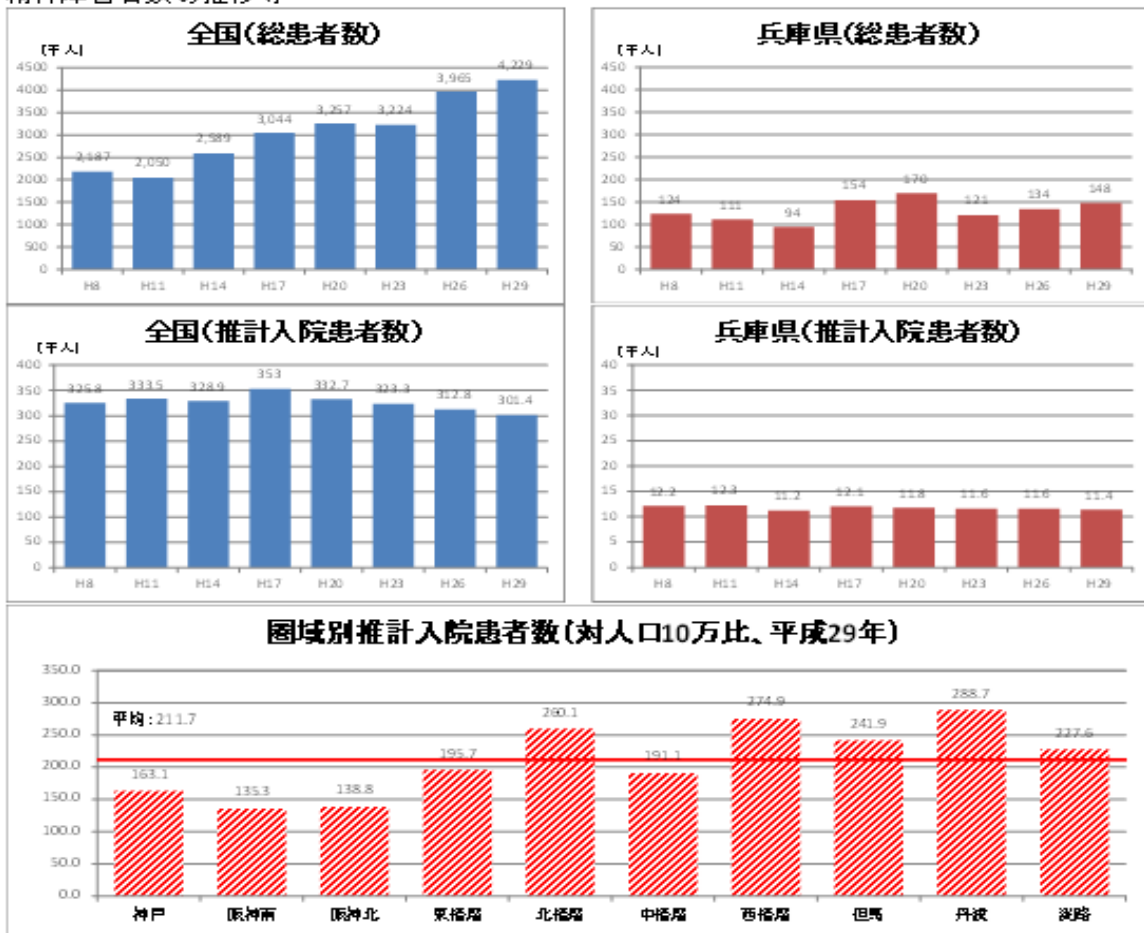
1 精神科医療の現状

(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。

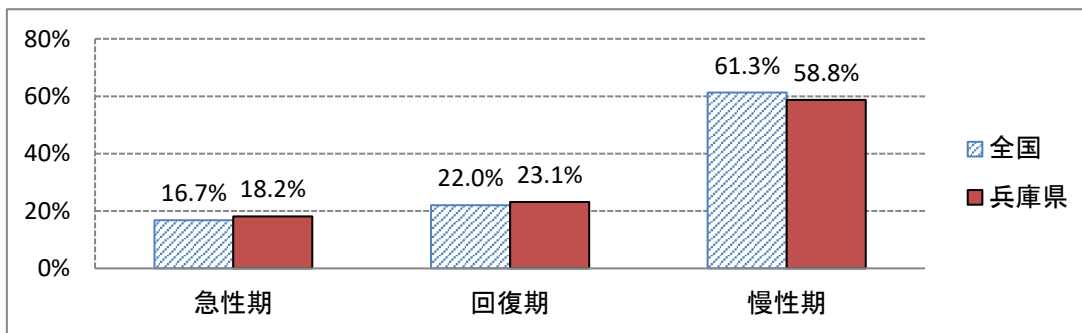
精神障害者数の推移等



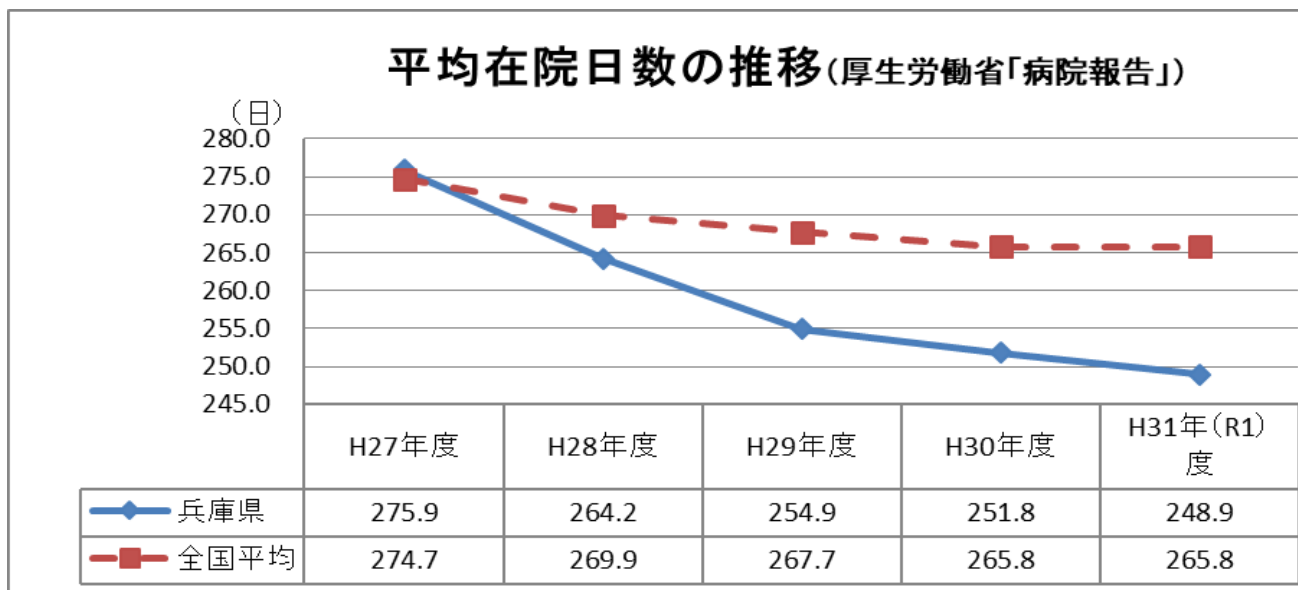
出典：厚生労働省「患者調査」

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増えている。

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

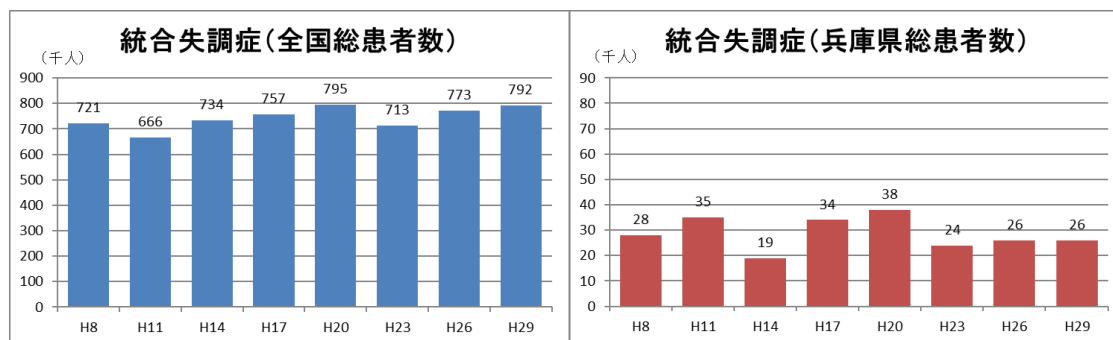
厚生労働省は、難治性精神疾患地域連携体制整備事業（モデル事業）を実施しており、本県では、県立ひょうごこころの医療センターと神戸大学医学部附属病院をコア医療機関として事業に参画して治療実績をあげている。

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

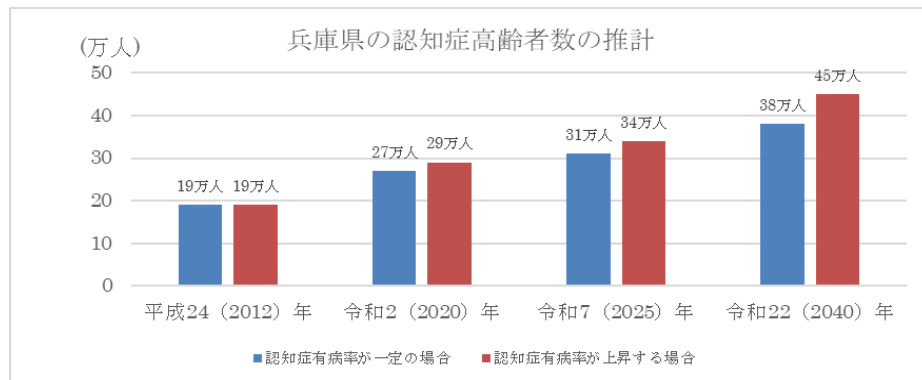
精神障害者の安定した地域生活を支えるため、障害福祉サービス事業所、訪問看護ステーションなど支援関係者がそれぞれの役割を果たせるように研修会を実施する。(県、市町、関係団体)

(2) 認知症

【現 状】

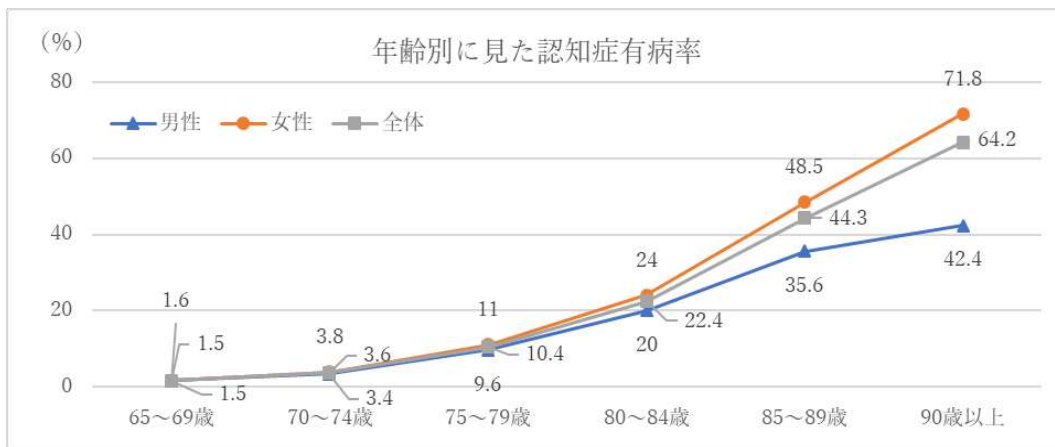
兵庫県における認知症高齢者の数は、令和2年時点で約27～29万人、令和7年には約31～34万人になると見込まれる。なお、推定認知症有病率は、70-74歳は3.6%、75-79歳は10.4%、85-89歳は44.3%、95歳以上は64.2%であり、年齢ごとに差異がある。

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)

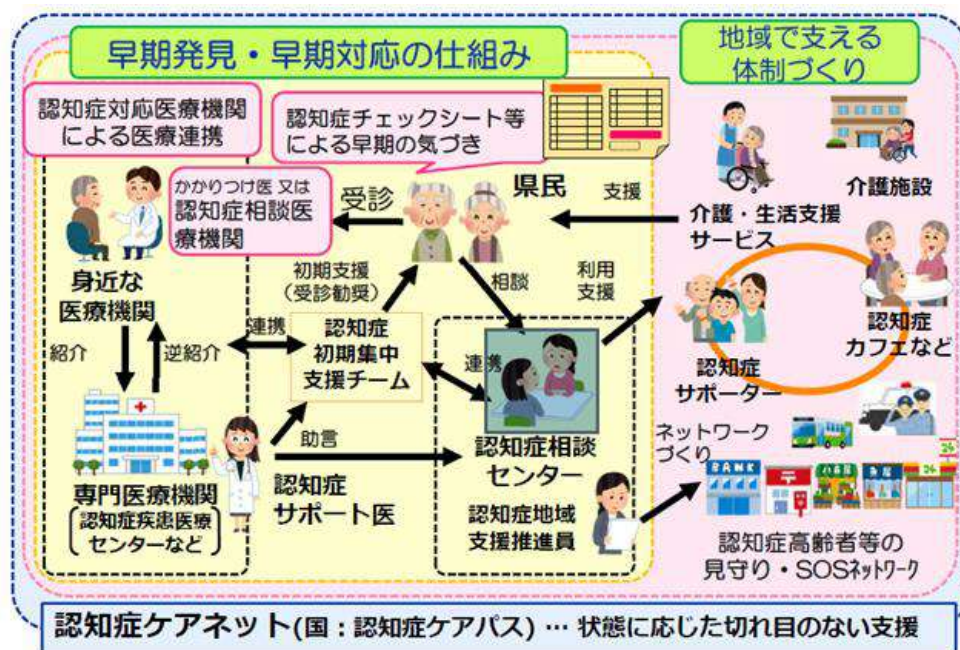
イ 行動・心理症状(BPSD)や身体合併症への適切な対応

- (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）

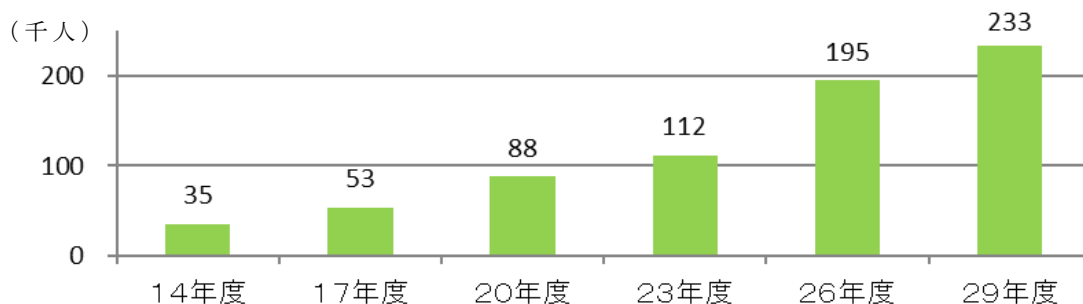
◇ イメージ図



(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。

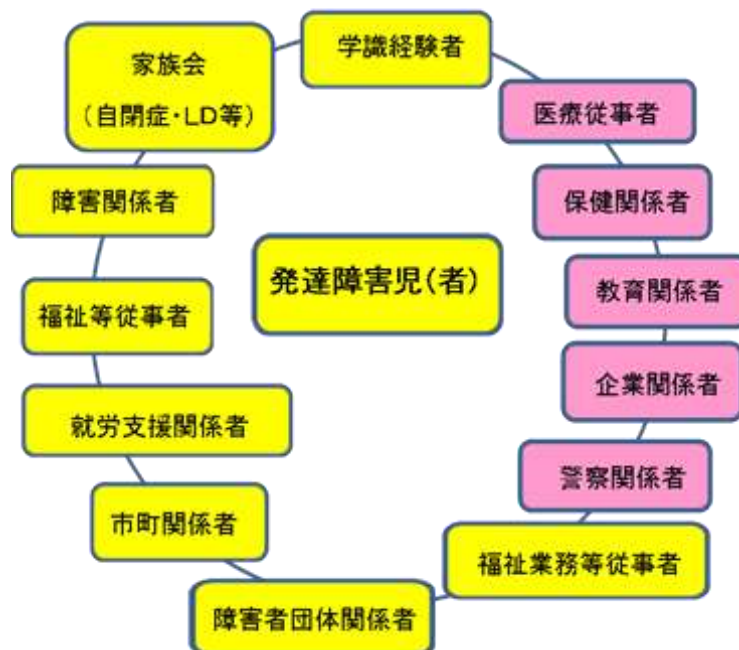
ウ) 乳幼児期から就学、就労へと一貫した支援を行うため、サポートファイルの活用を推進する。

(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

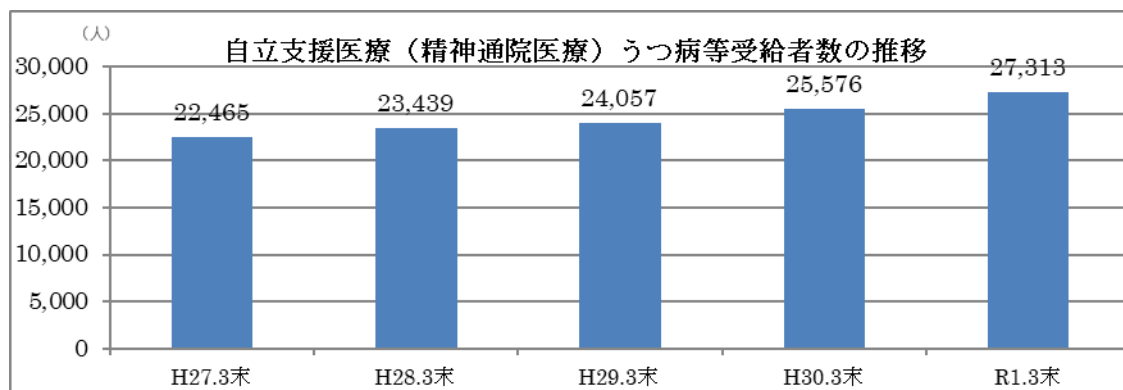
○ うつ病・躁うつ病

【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)

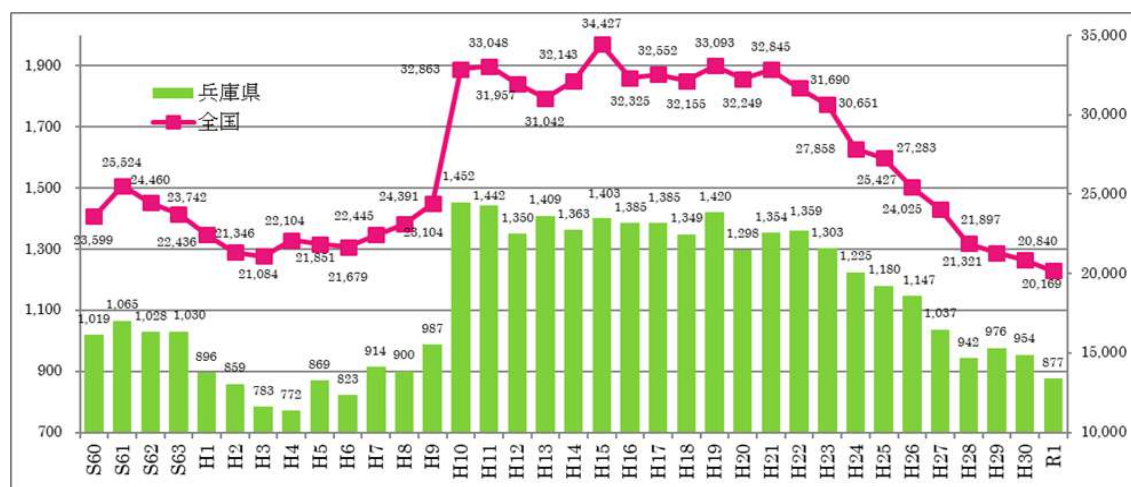
ウ ライフステージ等に応じたきめ細やかな対策を推進

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。

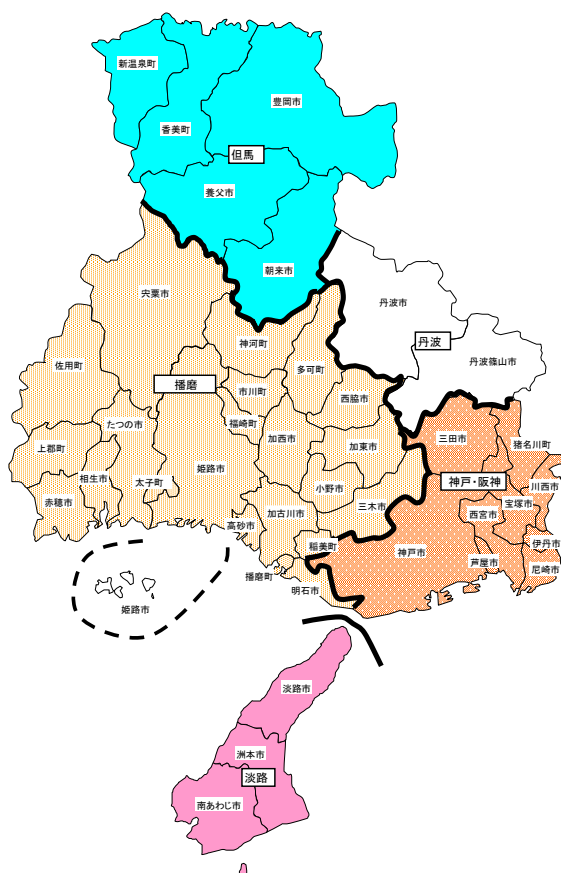
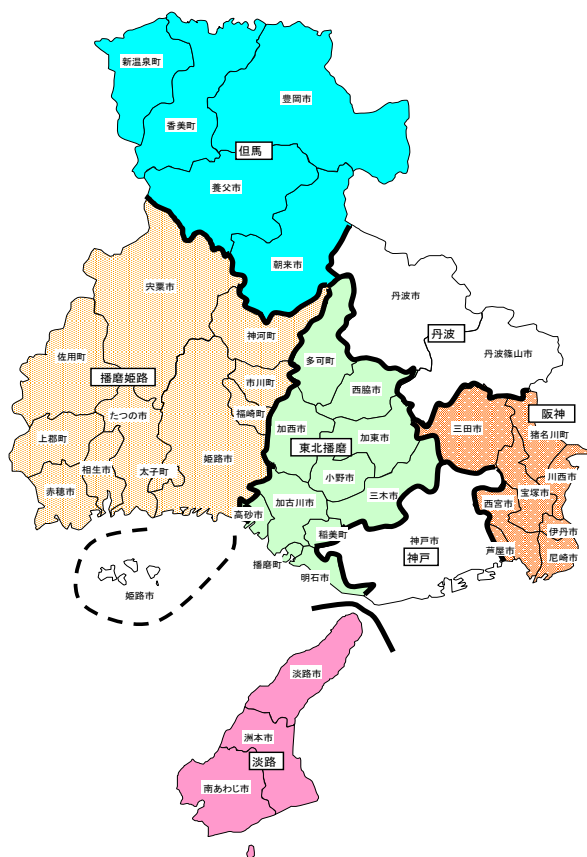
【推進方策】

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

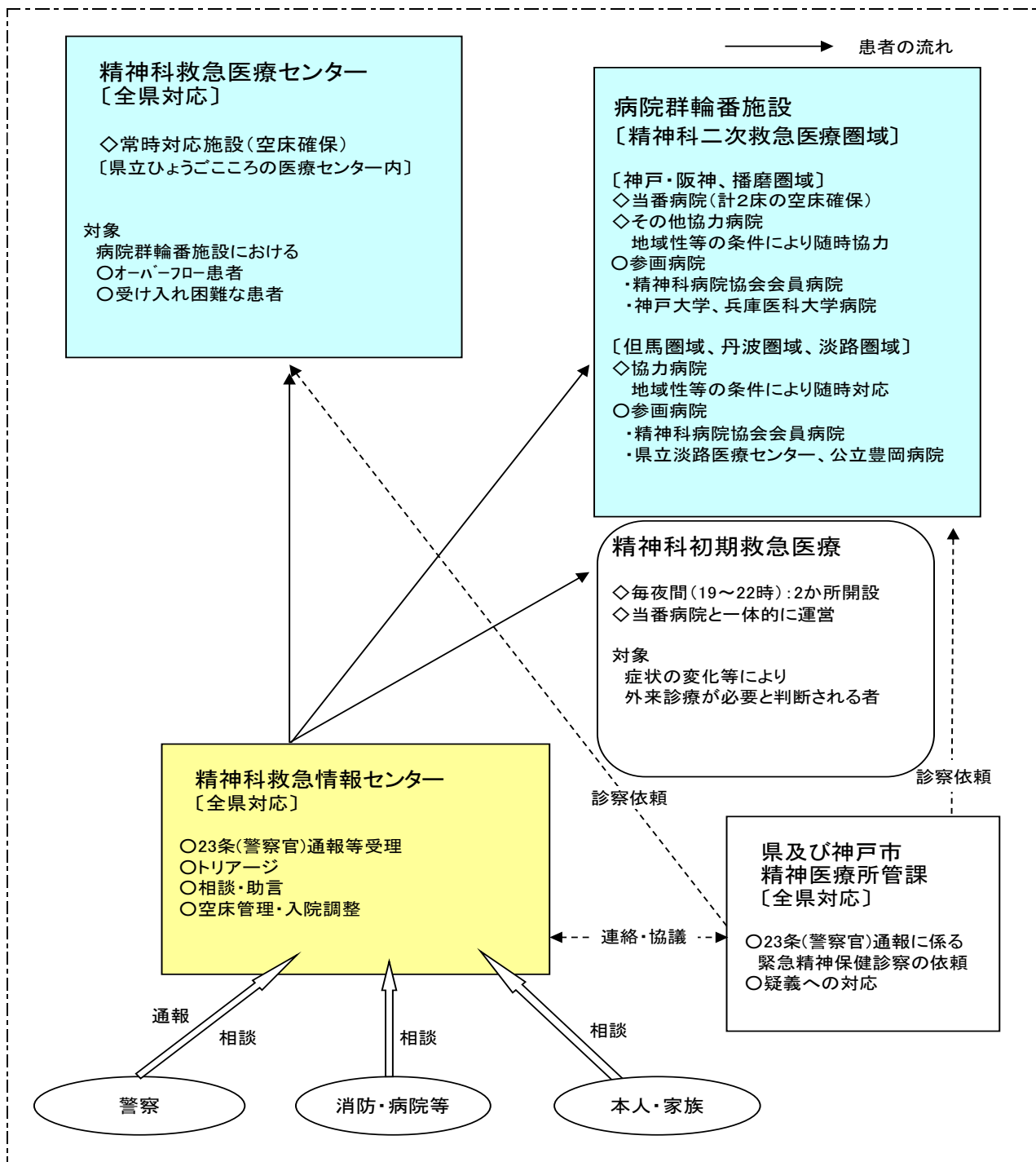
精神病床を有する県内の医療機関の状況(令和2年10月末現在)

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)

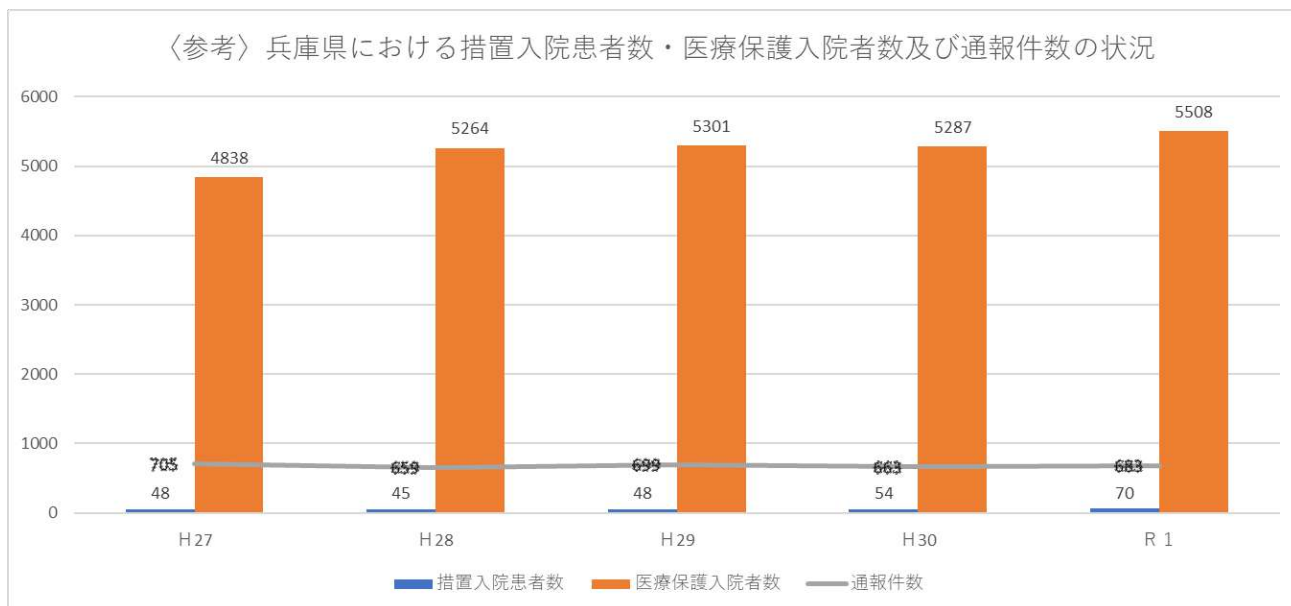


(2) 精神障害者継続支援体制の構築

【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。

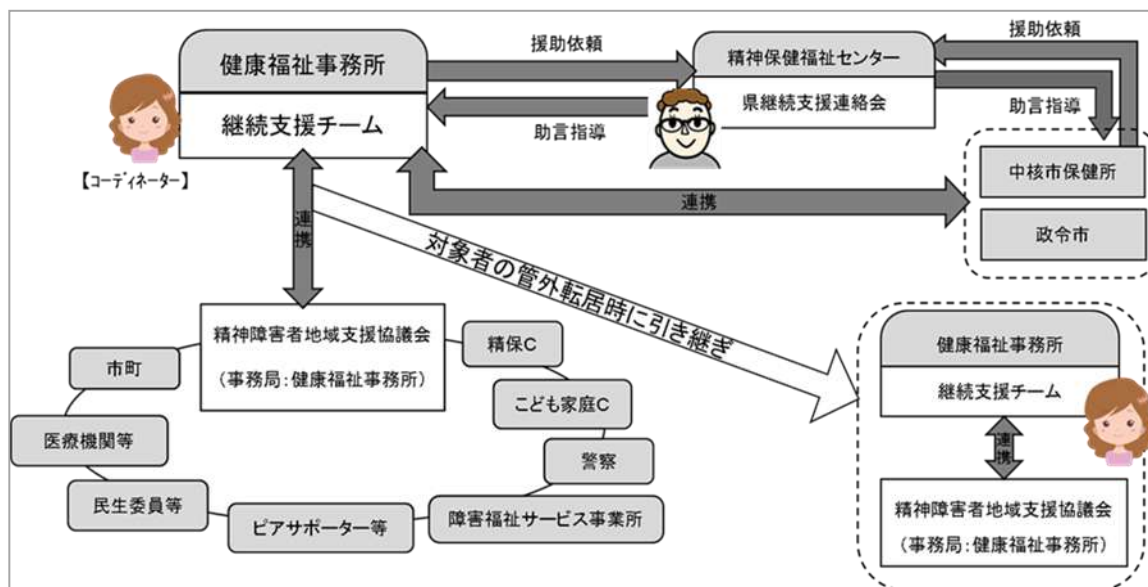
【課題】

- 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



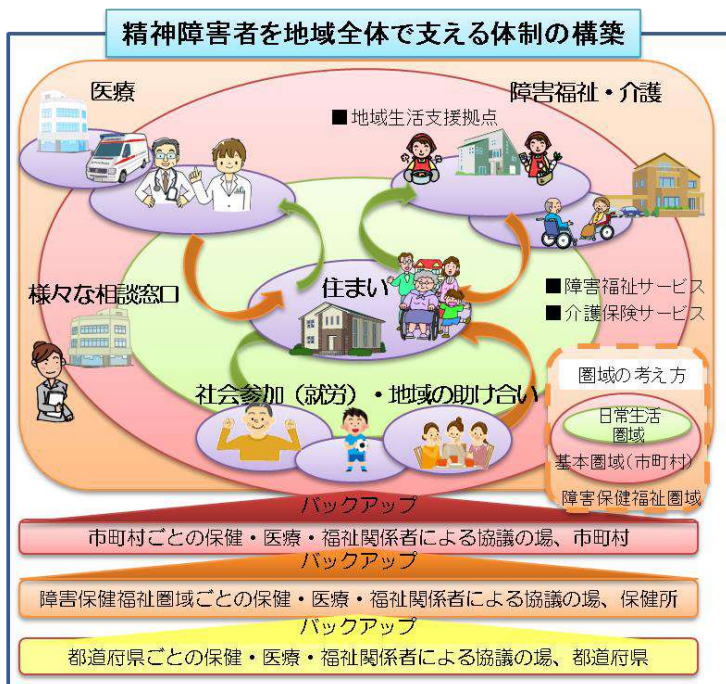
(3) 精神障害者を地域全体で支える体制の構築

【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	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】

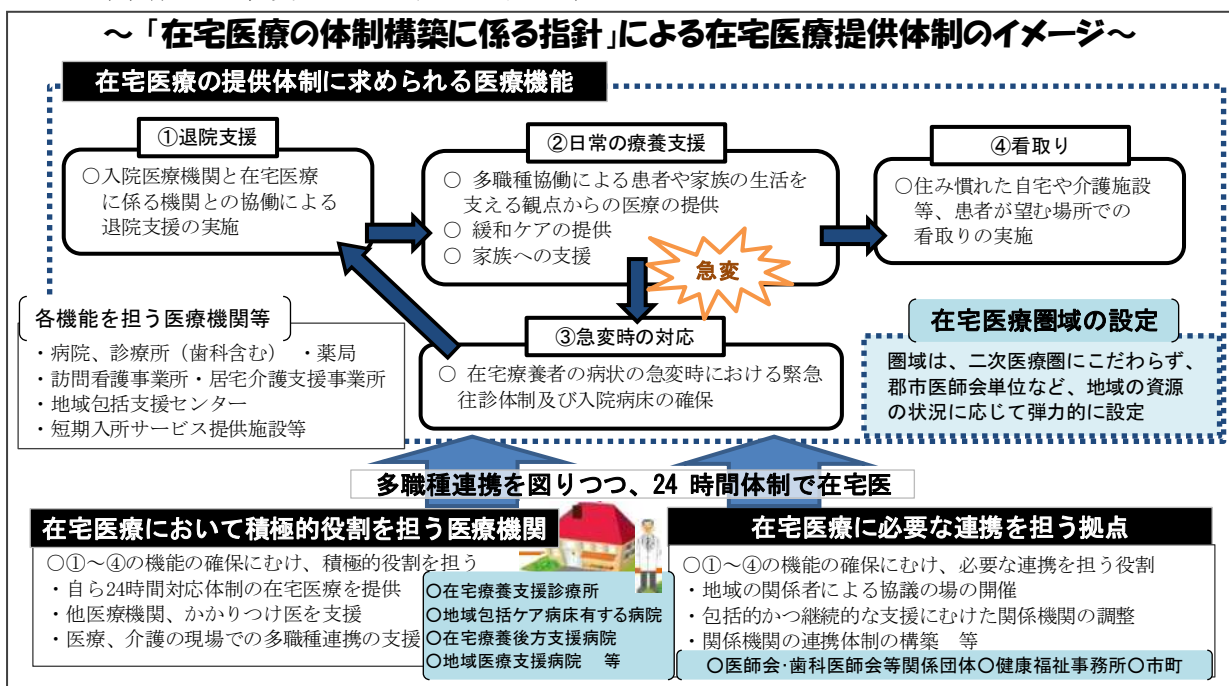
(1) 在宅医療の基盤整備と人材育成

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		西播磨			
		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		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)

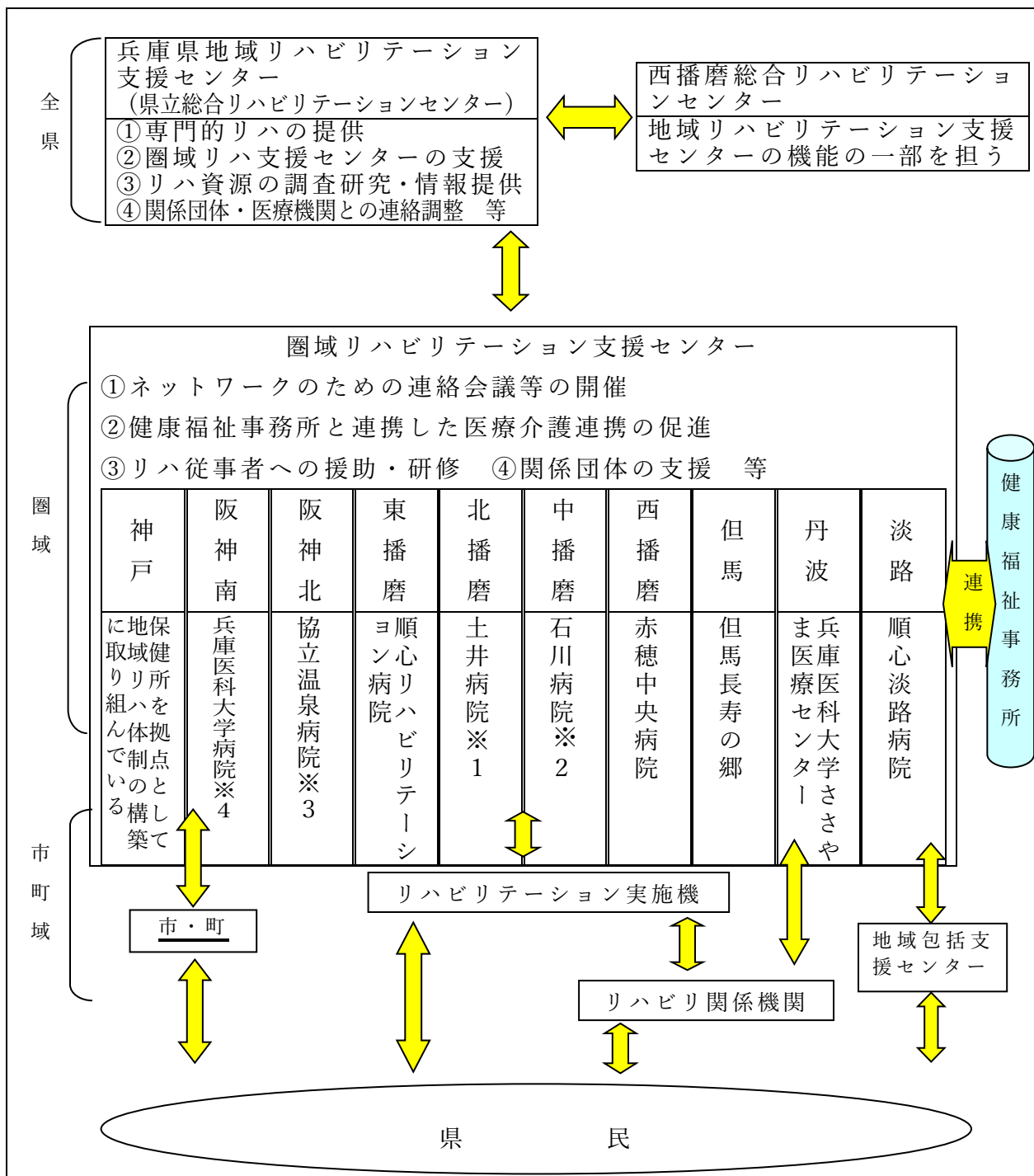
圏域支援センターを中心とし、研修会開催、情報提供等による地域リハビリテーション実施機関への支援、実地指導等によるリハビリテーション従事者への援助、全県支援センターや圏域内の関係機関等との連携などによる地域リハビリテーションの推進を図る。

(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）

【第5部】
保健・医療・福祉の
総合的取組の推進

第5部 保健・医療・福祉の総合的取組の推進

第1章 結核・感染症対策

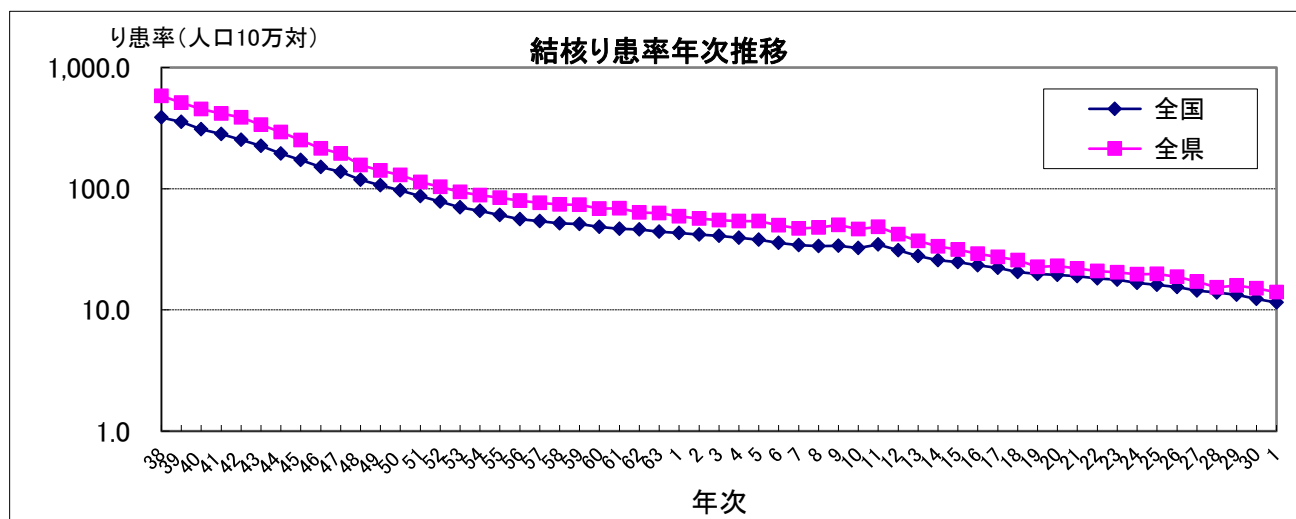
1 結核対策

わが国における結核の状況は、結核予防法に基づく各種の対策、医療の進歩、生活環境の向上等により大幅に改善されたものの、令和元年には、全国で約1万4千人の新規結核患者が発生し、約2千百人が結核で死亡するなど、依然として公衆衛生上の大きな課題となっている。本県では、結核患者の発生が全国的にみても高い状況を踏まえ、「兵庫県感染症予防計画」に基づき、結核予防の普及啓発、健康診断、結核の治療などの対策を推進することにより結核り患率の低下を図る。

【現 状】

かつて結核は、若年者を中心にり患する傾向にあったが、近年は基礎疾患を有する高齢者や糖尿病などのハイリスクグループを中心としたり患に変化するとともに、都市部での発生が多いなど地域間におけるり患率の格差が生じている。

本県では、患者の早期発見、早期治療を基本に「結核予防普及啓発活動の展開」、「結核推進体制の確立」、「結核医療体制の整備」、「結核医療の適正化」、「結核患者の管理・接触者健診の推進」等を実施している。本県における令和元年の結核り患率は、全国ワースト3位である。



令和元年結核り患率（圏域別）

（単位 患者数：人、り患率：人口10万対）

区 分		神戸	阪神	東播磨	北播磨	播磨姫路
人 口		1,522,944	1,751,123	713,697	265,529	820,689
塗抹陽性 肺結核	患者数	262	266	81	29	80
	り患率	17.2	152	11.3	10.9	9.7
	患者数	80	104	30	12	41
	り患率	5.3	5.9	4.2	4.5	5.0

区 分		但馬	丹波	淡路	県全体	全国
人 口		159,879	101,720	128,013	5463,594	126,167,000
	患者数	11	17	19	765	14,460
	り患率	6.9	16.7	14.8	14.0	11.5
塗抹陽性 肺 結 核	患者数	2	7	9	28.5	5,231
	り患率	1.3	6.9	7.0	5.2	4.1

注) 県全体及び各圏域別の人口は、県統計課の令和元年10月1日現在の推計人口を使用した。

令和元年における県全体の新規登録者数（年齢階層別）

区 分	0～4 歳	5～9 歳	10～ 14歳	15～ 19歳	20～ 29歳	30～ 39歳	40～ 49歳	50～ 59歳	60～ 69歳	70歳 ～	計
人 数	0	0	0	4	38	2	41	56	81	521	765
割合(%)	0	0	0	0.5	5.0	3.1	5.4	7.3	10.6	68.1	100.0

【課 題】

- (1) 結核り患率が全国値よりも高い。
- (2) 結核新登録患者の年齢別構成をみると、約6割が70歳以上の者であり、高齢者に対する対策が重要課題である。
- (3) 神戸圏域、阪神圏域の結核り患率は、県り患率を上回り、その他の地域に比べ高値を示している。結核り患率に地域間格差がみられるため、引き続き地域の実情に応じ適切な対策を行う必要がある。

【推進方策】

- (1) 結核予防普及啓発活動の展開（県、保健所設置市）
結核予防のための正しい知識を広く県民に普及する。特に、発生頻度が高い高齢者に対しては、老人会など地域組織と連携し、地域の実情に応じて普及啓発を実施する。
- (2) 結核推進体制の確立（県、保健所設置市）
県・保健所設置市の結核対策連絡調整会議の開催により結核施策を推進するとともに、地域の結核対策を担う結核実務者（医師・保健師等）の研修を実施する。
- (3) 結核医療体制の整備（県、保健所設置市）
ア 結核指定医療機関の指定
イ 結核病床の確保
- (4) 結核医療の適正化（県、保健所設置市）
多剤耐性結核の発生を防止、合併症の適切な治療を図るため、結核医療の基準に基づいた医療について、各圏域感染症診査協議会等により医療機関に周知し、結核医療の適正化を図る。

(5) 結核患者の管理・接触者健診の推進

結核患者の訪問指導及び接触者の健康診断を徹底するとともに、感染源調査等の実施により結核のまん延防止を図る。さらに、結核患者等の管理について評価を行い、結核患者の治療脱落の防止を図る。

ア DOT S事業(患者自宅訪問等による服薬確認)の推進(県、保健所設置市)

イ 結核患者の訪問指導及び接触者の健康診断(IGRA等)の実施(県、保健所設置市)

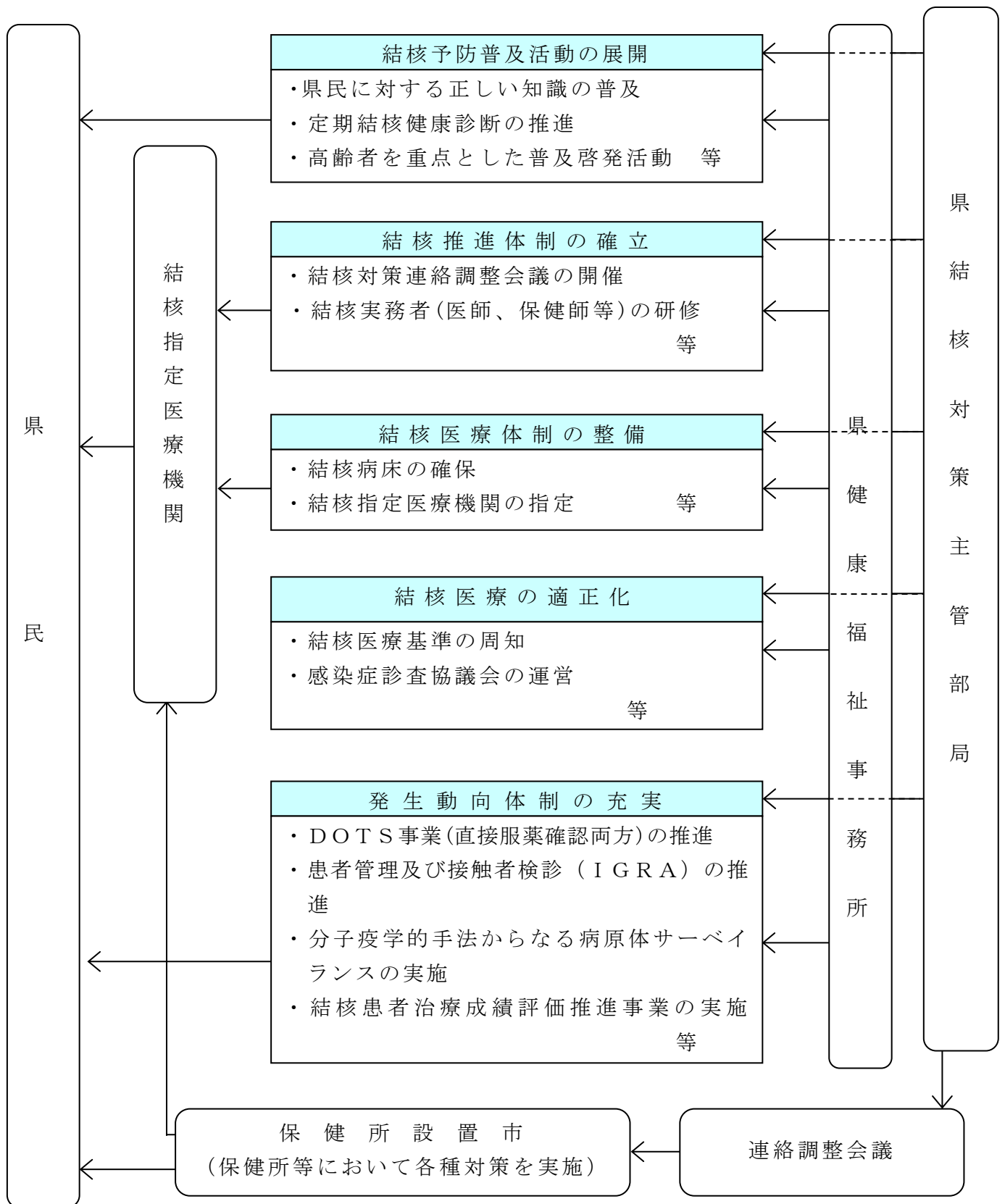
ウ 分子疫学的手法からなる病原体サーベイランスの実施(県、保健所設置市)

エ 結核患者治療成績評価推進事業(コホート観察調査(患者管理)等)の実施(県、保健所設置市)

【目 標】

目 標	策定時	現状値	目標値(達成年度)
人口10万対結核罹患率の低下	15.3(H28)	14.0(R1)	10.0(R3)

結核予防システム図



2 エイズ対策

日本におけるエイズ患者及びH I V感染者の発生動向は、新規報告について横ばい傾向となっていた。しかし令和2年には本県において増加に転じており、注視が必要である。

H I V感染は、正しい知識とそれに基づく個人個人の注意深い行動により予防可能な疾患である。このため、医療機関・N G O等関係機関と必要に応じ連携を取りながら、特に感染者の多い若年層やM S M（男性間で性行為を行なう者）等個別施策層を中心に啓発に努めるほか、H I V感染者の早期発見及び医療機関への受診勧奨により、H I Vの感染拡大を防止するとともに、エイズに関する正しい知識の普及啓発により、患者・感染者に対する差別・偏見の解消をめざす。

【現 状】

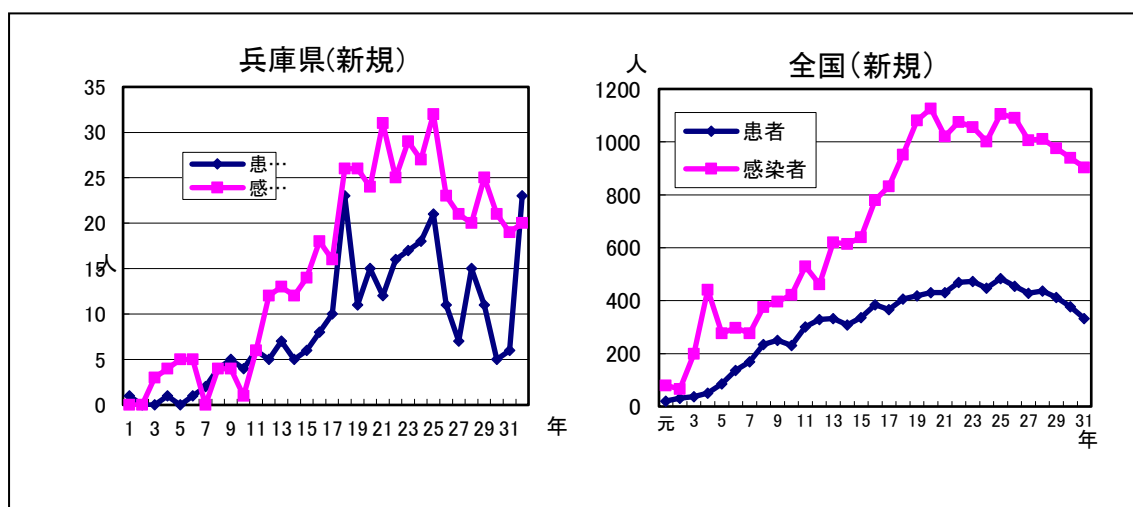
(1) 患者・感染者の状況

平成31年(令和元年)末における患者・感染者の平成元年からの届出累計は、全国で患者9,586人、感染者21,581人、そのうち、本県が患者252人、感染者466人となっている。国内のH I V感染者・エイズ患者の新規届出数は近年、年間約1,400人で推移している。

感染経路の傾向としては、感染者で平成31年の同性間性的接触によるものが本県52.6%(全国72%)・異性間性的接触26.3%(全国15%)、患者で同性間性的接触によるものが本県10.5%(全国54%)・異性間性的接触15.8%(全国17%)となっており、同性間性的接触が多い傾向にある。

平成28年には感染者および患者のうち患者が占める割合(「いきなりエイズ」率)が兵庫県42.9%(全国30.2%)であったが、平成31年では兵庫県24.0%(全国26.9%)となった。但し本県において令和2年は53.4%となっており、令和2年2月より流行中である新型コロナウイルス感染症との鑑別診断等が要因にあるのか、あるいは真の近年の新規発症・新規感染の増加なのか等の視点を含め、引き続きの注視と対策の継続が必要である。

エイズ患者・H I V感染者新規届出数



(2) 対策の取り組み状況

県健康福祉事務所及び市保健所において、無料・匿名のH I V抗体検査等を実施し感染者の早期発見と受診勧奨を進めているほか、若い世代等県民への啓発を

実施している。また、医療体制を充実させるため、エイズ治療中核拠点病院を選定し医療連携体制の整備を進めるとともに、医療機関の職員等を対象とした研修会に対し補助を行なっている。

【課題】

- (1) 本県の新規届出数に占めるエイズ患者の割合が高い。潜在的な感染者の存在も推測され、患者・感染者の早期発見・早期治療が重要である。
- (2) 性感染症に罹るとH I Vに感染しやすくなる傾向があり、性感染症の増加がみられる若い世代への啓発が大切である。
- (3) 患者・感染者への差別や偏見を解消していくことが重要である。
- (4) 治療法の進歩に伴い、致死的な感染症から慢性的なウイルス感染症となるに従い、地域一般の医療機関・保健関係者等の適切な知識の更新や意識付けを行なうことが重要である。

【推進方策】

「後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針」（平成24年告示第21号）の趣旨を踏まえ、引き続き次のとおりエイズ対策を推進していく。

- (1) 性感染症対策とも連動しながら、H I Vの感染経路や感染予防方法等についての正しい知識の普及を図るため、若年者を対象に健康教育を実施するなど、特に個別施策層*を主な対象として効果的な啓発活動を地域の実情を踏まえて実施する。（県、保健所設置市）
- (2) 県民及び患者・感染者の相談に対応するため、県健康福祉事務所の相談窓口の周知を図り、H I Vに関する電話相談を実施する。（県、保健所設置市）
- (3) 患者・感染者の潜在化を防ぎ、早期発見及び医療機関への受診を促進するため、県健康福祉事務所及び市保健所において無料・匿名のH I V抗体検査を実施する。（県、保健所設置市）
- (4) 県民が身近な医療機関を受診できるよう、専門的治療を行うエイズ治療拠点病院のほか地域ごとにエイズ診療協力病院を選定するとともに、医療従事者の研修、医療機関へのエイズカウンセラー派遣などを行い、医療体制の充実を図る。（県）

【目標】

感染の早期発見及び医療機関の受診を促進する。

目標	策定時	現状値	目標値（達成年度）
年間患者・感染者届出数に占める患者割合の低下	42.9% (H28) ※全国値 30.2%	53.4% (R2) ※参考 R1 全国 26.9・県 24.0%	兵庫県値<全国値> (R3)

○H I V（ヒト免疫不全ウイルス）感染症・エイズ：

H I V（ヒト免疫不全ウイルス）に感染した状態をH I V感染症といい、ニューモシスチス肺炎やカポジ肉腫などの指標疾患を発症した状態をエイズ（A I D S、後天性免疫不全症候群）という。

H I V感染から発症まではおよそ数年～10年の無症候期があり、特徴的な症状もないため、検査を受けなければ感染していることが分からないが、この期間であっても感染力はあるため、知らないうちに他の人に感染させてしまうことがある。

近年は、治療薬・治療方法の進歩により慢性疾患的な疾病とはなってきたが、服薬し続ける必要がある。

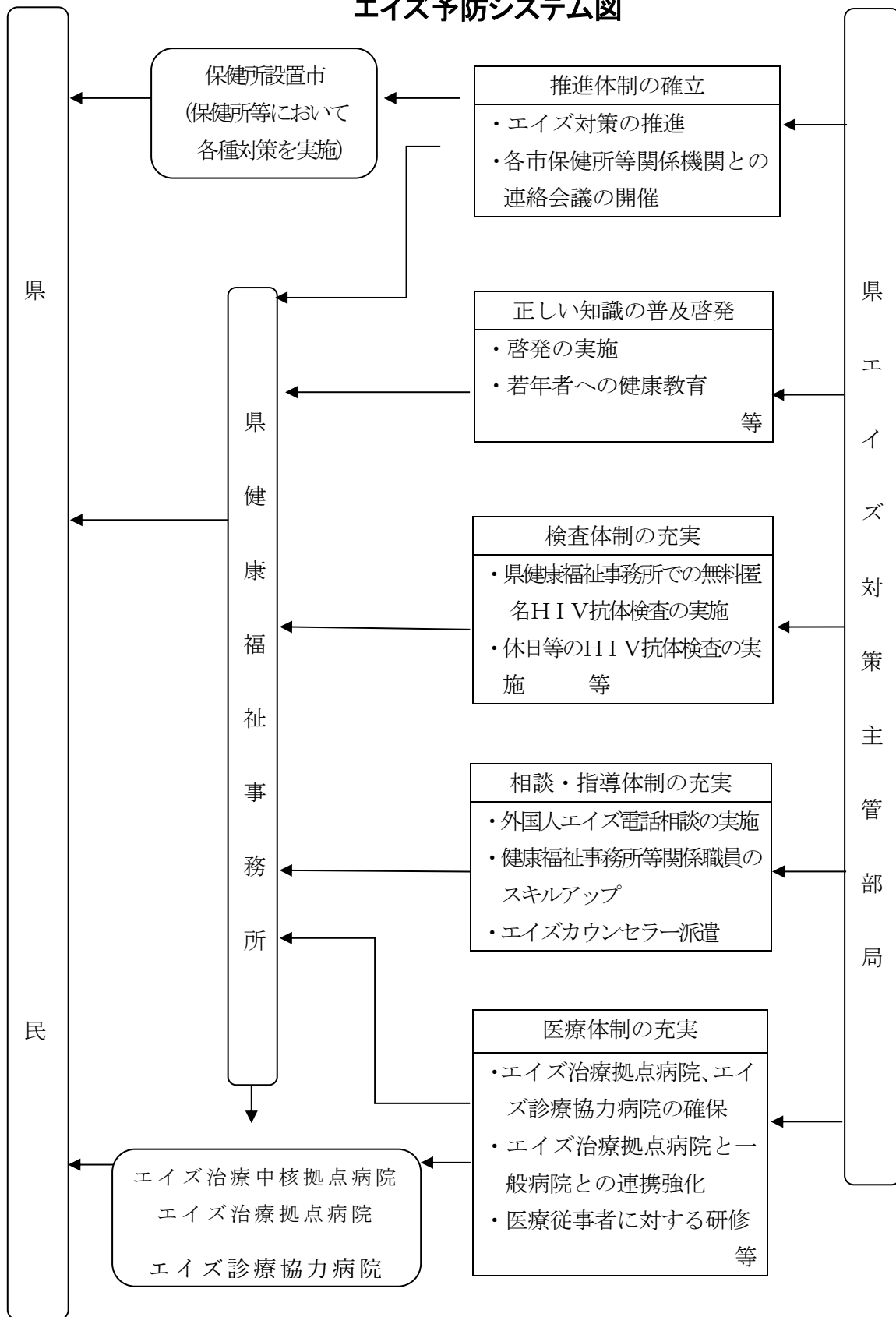
また、エイズ発症前に治療を開始する方が治療効果が高く、周囲への感染拡大を防ぐことと併せ、早期発見・早期受診が重要となる。

○個別施策層：

感染の可能性が疫学的に懸念されながらも、感染に関する正しい知識の入手が困難であったり、偏見や差別が存在している社会的背景等から、適切な保健医療サービスを受けていないと考えられるために施策の実施において特別の配慮を必要とする人々をいう。

具体的には、①性に関する意志決定や行動選択に係る能力の形成過程にある青少年、②言語的障壁や文化的障壁のある外国人、③性的指向の側面で配慮の必要なM S M（男性間で性行為を行う者）、④性風俗産業の従事者及び利用者が挙げられる。

エイズ予防システム図



兵庫県におけるエイズ治療拠点病院

令和2年10月1日現在

兵庫医科大学病院（西宮市）：中核拠点病院
神戸大学医学部附属病院（神戸市）
独立行政法人国立病院機構神戸医療センター（神戸市）
神戸市立医療センター中央市民病院（神戸市）
県立尼崎総合医療センター（尼崎市）
独立行政法人労働者健康安全機構 関西労災病院（尼崎市）
独立行政法人国立病院機構兵庫中央病院（三田市）
県立加古川医療センター（加古川市）
独立行政法人国立病院機構姫路医療センター（姫路市）
公立豊岡病院組合立豊岡病院（豊岡市）
県立淡路医療センター（洲本市）

※ 独立行政法人国立病院機構兵庫中央病院〔旧国立療養所兵庫中央病院〕は、結核を併発した患者・感染者への適切な医療を確保するためのエイズ治療拠点病院である。

3 感染症対策

平成14年に策定した「兵庫県感染症予防計画」（平成30年1月一部改定）に基づき、感染症発生時の保健所を中核とした医療機関・市町等との協力体制の強化、感染症患者発生に対する医療機関協力体制、感染症発生動向調査及び情報提供の充実を図り、感染症の発生予防とその拡大防止を図っている。

また、新型インフルエンザについては、新型インフルエンザ等対策特別措置法（平成25年4月施行）に基づき新たに策定した「兵庫県新型インフルエンザ等対策行動計画」（平成25年10月策定、平成30年2月一部改定）により各種対策の促進を図り、国、市町、医師会等の関係団体と連携のうえ、計画的に取り組むこととしている。

令和2年2月から「新型コロナウイルス感染症」が指定感染症として指定されたが、無症状者でも有症状者と同等のウイルス量を排出する等の特徴があり、世界的なパンデミックを引き起こしている。今後、入院勧告の対象者、感染症類型の見直しやワクチン接種も推進される見込みであるが、世界規模での感染対策が必要な疾患である。

【現 状】

(1) 医療体制

感染症の医療体制としては、主として一類感染症患者等（エボラ出血熱、ラッサ熱、ペスト等）の医療を担当する第1種感染症指定医療機関として神戸市立医療センター中央市民病院（2床）、県立加古川医療センター（2床）を指定し、二

類感染症患者（急性灰白髄炎、ジフテリア等（結核を除く））及び新型インフルエンザ等感染症等の医療を担当する第2種感染症指定医療機関（結核を除く）として国の基準に基づき、2次保健医療機関ごとに下表の9病院（50床）を指定している。

第2種感染症医療機関

圏域名	病院名	圏域名	病院名	圏域名	病院名
神戸	神戸市立医療センター 中央市民病院	北播磨	市立加西病院	但馬	公立豊岡病院
阪神	県立尼崎総合医療 センター	播磨 姫路	姫路赤十字病院	丹波	県立丹波医療センター
東播磨	県立加古川医療 センター		赤穂市民病院	淡路	県立淡路医療 センター

※柏原赤十字病院(第2種感染症医療機関)と県立柏原病院が2019年度に統合再編し、新病院の県立丹波医療センターを第2種感染症医療機関に指定した。

○ 新型コロナウイルス感染症の医療体制（令和3年2月末現在）

① 入院医療

本県では、新型コロナウイルス感染症入院体制について、一般医療とのバランスも考慮し、重症患者の医療に支障が生じないように配意しつつ、新規患者の発生状況に応じて、フェーズごとに体制を強化するシナリオを用意し、機動的な対応を行うこととしている。

陽性患者に対しては、各保健所による入院調整を基本としつつ、圏域を越える入院等各保健所の依頼により、新型コロナウイルス入院コーディネートセンター（CCC-hyogo）が症状に応じた適切な入院調整もしくは宿泊療養調整を行っている。

	感染小康期	感染警戒期	感染増加期	感染拡大期1	感染拡大期2	感染拡大特別期
目安 （新規陽性患者数 （1週間平均））	10人未満	10人以上 （警戒基準）	20人以上	30人以上	40人以上	総合的に判断
体制構築の考え方	15人/日の新規患者数発生に対応	20人/日の新規患者数発生に対応	30人/日の新規患者数発生に対応	40人/日の新規患者数発生に対応	55人/日の新規患者数発生に対応	
病床数	200床程度 うち重症40床程度	300床程度 うち重症50床程度	400床程度 うち重症70床程度	500床程度 うち重症90床程度	650床程度 うち重症120床程度	750床程度～ うち重症120床程度～
宿泊療養	200室程度	200室程度	300室程度	500室程度	700室程度	1,000室程度～

② 外来医療

帰国者・接触者外来を75機関設置している。また、インフルエンザと新型コロナウイルス感染症の同時流行に備え、地域の実情に応じて発熱患者を診察できるように、医師会等と協力のうえ、発熱等診療・検査医療機関1,170ヶ所を指定している。

③ 検査

衛生研究所、民間検査機関、帰国者・接触者外来へのPCR検査機器購入支援などにより、検査体制の充実を図るとともに、保健所を介さず検査を行う「地域外来・検査センター」について8ヶ所開設し、4,050件/日の検査件数を確保している。

【PCR検査体制】

区 分		検査能力 (件)
衛生研究所等	兵庫県	700
	保健所設置市	685
	小 計	1,385
民間検査機関		1,430
医療機関		1,235
合 計		4,050

(2) 患者の状況

一類感染症の発生状況は、法施行後、これまでに国内での届出はないが、発生源からの帰国者、旅行者等による輸入例に注意を払う必要がある。また、二類感染症及び新型インフルエンザ等感染症の発生状況は、平成19年4月1日の法改正後の新分類では、結核を除けば県内の発生事例はない。

令和元年における県下の三類感染症の届出状況は、次表のとおりである。腸管出血性大腸菌感染症を除く三類感染症については、国内発生は少なく、その多くが海外渡航等による輸入例である（次表参照）。

また、同年の腸管出血性大腸菌の届出については、154人であり、毎年、全国的な発生が見られていることから、感染予防の啓発を行うとともに、関係機関との緊密な連携の下に、2次感染防止の徹底を図っている。

新型コロナウイルス感染症患者は、令和2年3月1日、県で初めて陽性者が確認され、令和3年2月末までに17,968人の陽性者が確認されている。

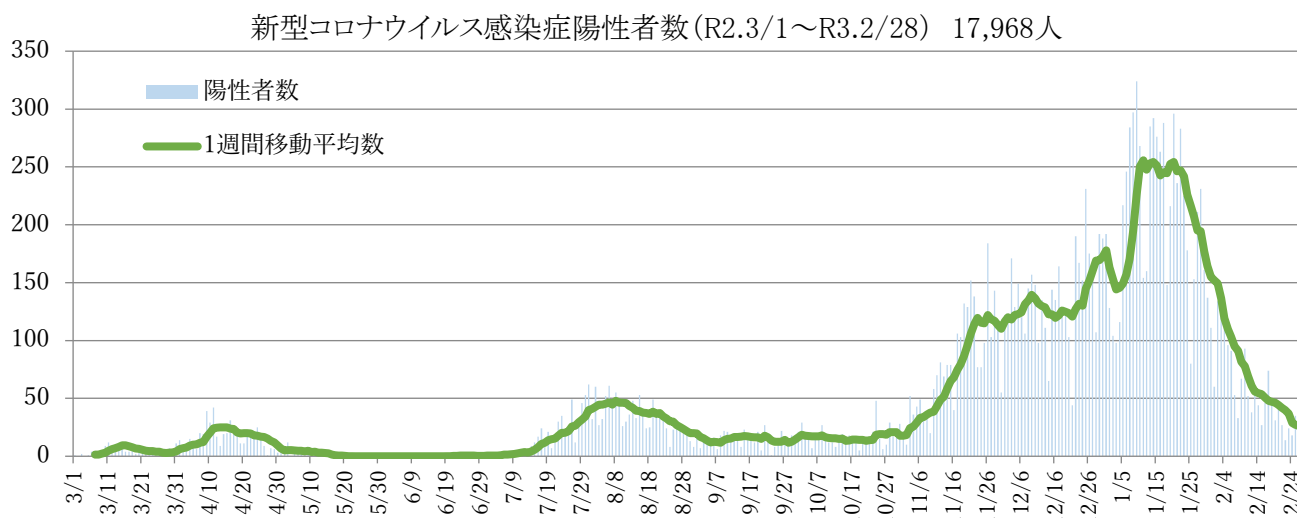
兵庫県下の主な感染症の発生状況

(単位：人)

	細菌性赤痢	腸チフス等	腸管出血性大腸菌
平成30年	6 (2)	0	133
令和元年	2 (1)	2 (0)	154

(注) () 内は海外渡航者等の輸入例の再掲である。

○ 新型コロナウイルス感染症（指定感染症）の発生状況



(3) 感染症発生動向調査

感染症の発生動向については、法に定める一類から五類感染症について、感染症発生動向調査システム（コンピュータオンラインシステム）により把握する感染症発生動向調査事業を実施している。同事業により収集された感染症情報については、県立健康科学研究所に設置した県感染症情報センターにおいて、感染症の流行状況を分析・評価し、その結果を感染症発生動向調査システム、インターネットホームページで公開している。感染症の予防のためのこれらの情報を個人情報保護に留意しながら積極的に公表していくことが県の責務として求められている。

新型コロナウイルス感染症については、別途、患者の発生を迅速に把握し、濃厚接触者情報が共有可能な新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム（HER-SYS）が導入され、積極的な運用が図られている。

(4) 積極的疫学調査

感染症の発生原因等を明らかにするため、健康福祉事務所は、必要がある場合、患者、無症状病原体保有者、家族及び濃厚接触者等からの聞き取り調査、環境調査及びその他必要な試験検査等からなる積極的疫学調査を実施し、感染拡大の防止対策を講じている。

新型コロナウイルス感染症については、国の新型コロナウイルス接触確認アプリ「COCOA」や「兵庫県新型コロナ追跡システム」の活用も行いながら、より積極的な疫学調査を実施している。

(5) 院内感染対策の強化

医療機関における感染防止対策が適切に実施されるよう、医療機関に対する在庫状況調査を踏まえた医療資機材の提供や、院内感染防止対策に必要な機器や設備整備への支援を行うほか、精神科病院に対する感染管理認定看護師等専門アドバイザーの派遣による研修を実施している。

(6) 新型コロナウイルス感染症への対応

本県における新型コロナウイルス感染症への対応については、対策本部会議（県、兵庫県医師会、兵庫県病院協会、兵庫県民間病院協会、保健所長会等の関係機関で構成）にてとりまとめた「新型コロナウイルス感染症に係る兵庫県対処方針」に基づき、総合的に対応している。

新型コロナウイルス感染症に対し、効果的・効率的な対策を実施するとともに新たな感染症への備えにも活かすため、8月末までの県内の感染状況や県の対策について、分析・検証を行った。引き続き感染の状況に応じた対応を行うとともに、一定の収束がみられた時期には、総括検証を行い、今後の推進方策を検討する。

新型コロナウイルス感染症対策の分析・検証 第一次報告(概要)

新型コロナウイルス感染症の次なる波に対し、効果的・効率的な対策を実施するとともに、国への提案や、新たな感染症への備えにも活かすため、8月末までの県内の感染状況や県の対策について、分析・検証を行った。今後、総括検証を行うこととするが、現時点でこれまでの対応について第1次報告として下記のとおり取りまとめた。

記

1 分析・検証の体制

新型コロナウイルス感染症対策本部・緊急対策チーム体制(事務総長：金澤副知事、関係局長等で構成)の下、6月下旬から実施

2 分析・検証報告書の構成

- 第1編 概括
- 第2編 新型コロナウイルス感染症の発生状況
- 第3編 対策の分析・検証（15の大項目）

①感染源、感染ルートの検証	②医療提供体制	③検査体制
④保健所体制	⑤本部体制	⑥学校等
⑦社会教育施設その他の県立施設	⑧社会福祉施設	⑨社会活動制限
⑩関西広域連合及び他府県との調整	⑪事業活動支援	⑫県民生活支援
⑬広報	⑭行政機能維持	⑮国の予算措置

第4編 今後の基本的な対応の方向性

3 主な対策の特長及び教訓

(総括)

県では、対策全般にわたる対処方針を策定し、発生初期から政令市・中核市をはじめ市町等と情報共有の下、医療連携や、外出自粛要請、事業者への休業要請等を実施した結果、新規感染者数が減少し、医療・検査体制の充実もあって、5月21日に本県は緊急事態措置実施区域から解除された。さらなる医療・検査体制の充実強化等に取り組む中、7月中旬以降、若者を中心に感染が再拡大し、本県の新規感染者数の一週間移動平均は40人/日を超え、フェーズは県が設定する感染

レベル5段階のうち最高の「感染拡大期2」に至った。フェーズに応じた外出自粛要請を重ねる中、8月8日をピークに減少に転じ、9月1日以降、下から2番目のフェーズ「感染警戒期」まで戻り、2か月近くの間、続いている。

今後は、感染の早期発見と二次・三次感染の防止に加え、感染拡大防止と社会経済活動の両立を図りながら、行動の自粛について対象を絞ったターゲット型の対策を進めていく。

(1) 主な対策の10の特長

<p>1 「対処方針」に基づく総合的な対応</p> <p>状況把握や分析を行い、医療・検査体制の構築をはじめ、学校や社会教育施設、公園等の休業・再開、外出やイベント開催の自粛要請、社会福祉施設等の感染防止対策、事業活動への支援など、多様な課題について、対策全般にわたる対処方針を定め、対策の全体像を県民に明らかにしながら、事態の推移に応じて改定。</p>
<p>2 フェーズに応じた機動的医療体制の構築</p> <p>重症対応110床を含む663床の入院病床と最大700室程度の療養施設を確保するなど、一般医療にも配慮したフェーズに応じた機動的な医療体制を構築。</p>
<p>3 病院ネットワークの構築による病床の確保</p> <p>(1) 県立加古川医療センターを「新型コロナウイルス感染症拠点病院」に、神戸市立医療センター中央市民病院及び県立尼崎総合医療センターを「新型コロナウイルス感染症重症等特定病院」に位置づけ、重症者対策を推進。</p> <p>(2) 公立病院、大学病院、民間病院が役割分担のうえネットワークを構築し、病床の確保等を図り、円滑な患者受け入れを実施。</p>
<p>4 原則全員入院、「自宅療養者ゼロ」の堅持</p> <p>(1) 軽症患者のための宿泊療養施設（ホテル等）を順次開設。</p> <p>(2) 陽性者は原則全員入院し、医師の判断に基づき宿泊療養へ移行するシステムを確立。</p>
<p>5 入院コーディネートセンターの早期設置・運用</p> <p>(1) 全国に先駆けて新型コロナウイルス入院コーディネートセンター（CCC-hyogo）を設置・運営。</p> <p>(2) EMIS（広域災害・救急医療情報システム）に本県独自の機能を付加して、コロナ患者や病床に関する情報の共有や一元管理を行い、各医療機関と交渉のうえ、入院先となる受入先の確保や宿泊療養施設との転所調整を実施。</p>
<p>6 医療資機材の供給・長期備蓄</p> <p>(1) 県の一括購入や国からの提供、民間等からの寄贈により確保した医療資機材を医療機関に供給するとともに、医療機関で概ね3か月分を確保し、さらに概ね6か月分の使用量相当を医療機関に代わり県で保管。</p>

(2) 海外（広東省・海南省等）との相互扶助によるマスクなどの医療物資の確保・供給。
7 高齢者施設・障害者施設における事業継続のための応援スキームの構築 感染者発生に伴う職員不足に対応できるよう、関係団体の協力を得て、施設等に応援職員の派遣や衛生物資等の提供を行う「応援スキーム」を全国に先駆けて構築。
8 フェーズに応じた社会活動制限のシナリオ化 感染増加の状況を想定し、フェーズに応じて社会活動制限を順次強化するシナリオを予め作成し運用。
9 融資や支援金など多様なメニューによる事業活動の支援 事業継続のための資金繰り支援に万全を期すため、6資金の融資メニューを充実化。資金を潤沢に用意し、金融機関・信用保証協会との連携による迅速な融資審査を実現。あわせて、休業要請等により影響を受けた事業者へ支援金を支給するとともに、事業再開に向けた感染防止対策等の取組を支援。
10 知事メッセージによる発信の強化 対策本部会議終了後、速やかに知事記者会見を行うとともに、特に重要な内容は「知事メッセージ」として、県民や事業者等の方々に呼びかけるなど発信を強化。

(2) 主な教訓

1 医療・検査体制等
(1) 感染症に対応できる医療体制の確保 平時から、感染症流行時に速やかに対応できるよう、地域において病院間で協議のうえ役割分担し、感染状況の各段階に応じて機動的な人員体制や病床確保等を整えておくことが必要である。
(2) PCR検査の実施体制の構築・拡充 帰国者・接触者外来で直接実施する検査（PCR検査や迅速検査、抗原検査等）や民間検査機関への委託を積極的に活用することで、インフルエンザの同時流行も見据え、検査体制を構築することが必要である。
(3) 効果的な積極的疫学調査の実施 保健所の積極的疫学調査により得られた感染者情報等を分析し、感染源を推定して、有用な二次感染予防策を実施することが必要である。
(4) 医療物資の確保・供給・備蓄 医療機関等に対して必要な医療物資を供給するにあたり、物資の確保が困難な時期があることから、県においても平素から一定数の物資を確保・保管することが必要である。

2 社会活動制限

(1) 時宜に応じた的確な要請の実施

感染拡大防止を主眼とするが、社会経済活動への影響も十分に考慮の上、リスクの高さとそれに対するターゲットを絞った対策を実施することを基本に、対象や内容を明確化した外出自粛要請、事業者への休業要請等を行うことが必要である。

(2) 休業要請に応じた事業者への支援

事業活動の実態を踏まえ、納得が得られやすい制度となるよう、休業要請・要請外の業種選定のあり方、近隣府県との情報共有等に意を用いることが必要である。

(3) 保育所、社会福祉施設等の事業継続

施設等で感染者が発生した際の職員不足に対し、施設間における応援職員派遣が可能となる協力体制が必要である。

(4) 感染状況に応じた教育活動の規制ルールづくり

可能な限り教育活動を行いながら、感染者が発生した場合は学校単位で対応し、広域的な対応が必要な場合は、県立学校では学区単位、市町組合立学校では市町単位・県民局・県民センター単位で対策を検討する必要がある。

3 広報対策

(1) 的確な情報発信

「3密」の回避や外出自粛などの感染拡大防止策は、県民の理解・協力を得て効果が発揮されるので、適時的確に情報を発信する必要がある。

(2) 広報媒体等の特性を活かした情報発信

刻一刻と変わる状況に一層迅速に対応し、広く県民に対し分かりやすく情報を発信できるよう、多様な媒体を活用し効果的な広報を行う必要がある。その際、メディアによる広報効果は大きいいため、県の対策等への理解を深める工夫をする必要がある。

4 県民一人ひとりの感染症に対する正しい理解と行動

(1) 自らの健康を守る意識の醸成

感染拡大防止と社会経済活動の両立を図りつつ、生命と健康を守るためには、正しい知識に基づいて適切に行動することが不可欠である。県民の行動変容には負担を伴うこともあるが、わかりやすく丁寧に説明することが必要である。

(2) 人権侵害防止に向けた対策の強化

感染者や医療従事者、その家族等に対する誹謗中傷や差別的扱い、インターネット上での悪質な書き込みなどに対し、人権侵害に関する情報の収集や関係機関との共有、県民への啓発の充実など対策を強化する必要がある。

5 行政の対応体制

(1) 対策本部機能の強化等

県内の患者発生数が限定的である時期から、本部体制を明確に運用し、全体で先を見越した対応を行う必要がある。また事態の推移に伴い刻々と変化する課題に対し、機動的に改編・拡充するとともに、全庁的な応援体制の構築も重要である。

(2) 行政機能の維持

感染拡大時に物資の調達が数ヶ月にわたり困難になることも想定し、あらかじめ、手指消毒用アルコール等の感染防止資機材の備蓄を行うとともに、リモート環境をより活用できるよう ICT 環境の整備を行うことが必要である。

(3) 今後の基本的な対応の方向性

1 感染の早期発見、濃厚接触者・関係者の早期確定と、二次・三次感染の防止

(1) フェーズに応じた医療体制の確保

(2) 地域外来・検査センターの拡充、民間検査機関の活用等による検査体制の強化

(3) 積極的疫学調査の実施体制の強化

2 感染拡大防止と社会経済活動の両立

(1) 「3密」の回避、身体的距離の確保、マスクの着用など「ひょうごスタイル」の推進

(2) ガイドラインに基づく感染防止対策の徹底と「感染防止対策宣言ポスター」の掲示

(3) 「兵庫県新型コロナ追跡システム」の登録促進

3 一律規制ではなく感染の状況を踏まえたターゲット型の対策の推進

(1) 感染防止策がなされていない感染リスクの高い施設の利用自粛

(2) 休業要請の対象地域や施設の設定

(3) 高齢者施設等における施設内感染防止対策の推進

【新型コロナウイルス感染症対応等新興感染症に対応した今後の医療提供体制の構築】

今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大は、我が国の医療提供体制に多大な影響を及ぼし、地域医療の様々な課題が明らかとなった。そのような中、国において、今回の対応により得られた知見を踏まえ、今後、新興感染症等が発生した際に、行政・医療関係者が連携の上、円滑かつ効果的に対応できるよう、当該新興感染症等以外の医療連携体制への影響を勘案しながら、今後の医療提供体制の構築に向けた考え方について社会保障審議会医療部会において議論が行われている。

本県では、医療機関や関係団体との連携を尚一層密にしつつ、各圏域の地域医療構想

調整会議等において、必要な医療機関の機能分担と連携に向けた検討を実施するとともに、県における総括検証と国の考え方を踏まえ、感染症対策及び今後の医療提供体制の構築に向けた検討を行っていく。

「新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた今後の医療提供体制の構築に向けた考え方」（抜粋）

（令和2年12月 医療計画の見直し等に関する検討会）

2. 新型コロナウイルス感染症対応の状況

- 今般の新型コロナウイルス感染症については、当初、当該感染症への対応に関する知見がない中で、医療現場においては、多くの医療資源を投入しながら、感染防止対策を講じつつ入院患者の受入れや疑い患者に対応するなど、患者数が増加する前から、医療提供体制には大きな負荷がかかってきたところである。
- また、感染拡大により患者数が増加した段階では、当該感染症の重症化リスクや感染拡大防止等の観点から、入院医療を原則とせざるを得なかったことから、感染症患者の受入れについて、感染症病床だけではなく、一般病床の活用による対応が必要な状況となり、入院医療体制に大きな影響を及ぼしてきたところである。
- 具体的には、一般病床を活用した感染症患者への対応に関し、個々の医療機関におけるゾーニング等の院内感染防止策やマンパワー確保等の取組、地域の医療機関間における感染症患者を受け入れる医療機関と感染症患者以外に対応する医療機関との役割分担など、感染症患者の受入体制構築を弾力的に行うための知見も明らかになってきている。

<「兵庫県感染症予防計画」の概要（課題及び推進方策部分）>

【課題】

- (1) 感染症指定医療機関の確保
- (2) 国及び市町等との連携体制の強化
- (3) 感染症（動物由来感染症を含む）の発生及びまん延防止のための関係機関の連携強化
- (4) 感染症に関する人材の養成
- (5) 感染症発生動向調査の充実及び適時適切な感染症情報の提供

【推進方策】

(1) 感染症のまん延防止体制の確立

ア 感染症患者等に対する適正な医療の確保（県、市町、医療機関、医療団体）

第二種感染症指定医療機関がない阪神北圏域での二類感染症の発生に備え、対応できる病床を確保する。

イ 緊急時における国との連携、市町との連携体制を確保する。

ウ 一類から四類（通常と異なる傾向が認められる五類）感染症等が発生した場合は、積極的疫学調査を実施し、詳細な流行状況等の迅速な把握とまん延防止措置の徹底を図る。

エ 動物衛生、家畜衛生部門との連携を強化する。

オ 指定感染症及び新感染症疾患の早期把握に努める。

カ 大規模な感染症の発生に対応するための医薬品の確保等に努める。※

(2) 感染症発生動向把握体制の充実（県、保健所設置市）

ア 動物由来感染症を含めた感染症発生動向調査システムを充実し、客観的な発生動向の把握を図る。

イ 県内の感染症患者情報、病原体情報の分析・評価、海外の感染症情報の収集・提供等の体制を充実、強化する。

(3) 感染症に関する調査・研究の推進（県、市町）

ア 保健所職員を国立感染症研究所や国立保健医療科学院等で実施している感染症対策危機管理研修に派遣し、人材の養成に努める。

イ 感染症に関する調査研究を推進する。

ウ 新興感染症に関する情報収集に努める。

(4) 感染症に関する情報提供の充実（県、市町）

ア 感染症予防に関する正しい知識の普及啓発を推進する。

イ 感染症患者等の個人情報の保護に留意しつつ、県ホームページ等を活用し、感染症の発生状況、流行状況について、積極的に情報提供を行う。

<兵庫県新型インフルエンザ対策について（課題及び推進方策）>

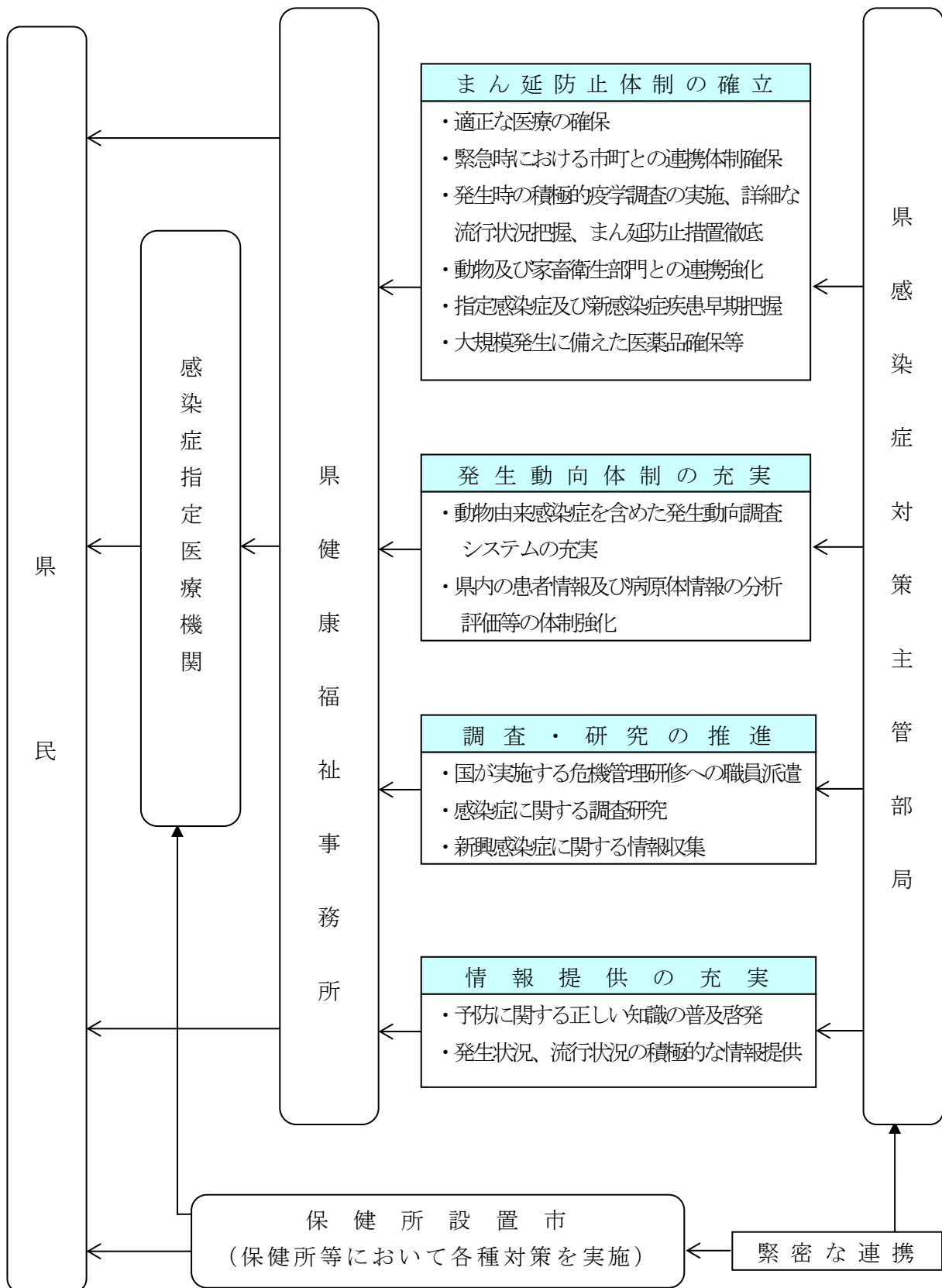
【課題】

- (1) 新型インフルエンザに対応する医療体制の更なる強化
- (2) 国、他府県及び市町等との連携体制の強化
- (3) 発生・流行動向及びウイルス性状変化の把握
- (4) 適時適切な新型インフルエンザ情報の提供

【推進方策】

- (1) 新型インフルエンザに対応する医療体制の更なる強化
 - ア 2次保健医療圏域毎に健康福祉事務所等が中心となり、地域の医療機関、医師会、市町等関係機関からなる圏域協議会を設置し、地域の関係者が密接に連携して医療体制等の整備を進める。
 - イ 新型インフルエンザの発生初期に新型インフルエンザの外来診療を行う医療機関を確保するとともに、飛沫感染を含めた院内感染防止対策を講じた医療機関を外来協力医療機関として確保する。
 - ウ 感染症指定医療機関の他、陰圧病床を備えるなど軽症者の入院に対応できる入院協力医療機関を確保する。
- (2) 国、他府県及び市町等との連携体制の強化
 - ア 緊急時における国、市町との役割分担を明確にして連携体制を確保する。
 - イ 国の行動計画・ガイドライン等を踏まえ、近隣他府県との連携体制を確保する。
- (3) 発生・流行動向及びウイルス性状変化の把握
 - ア インフルエンザサーベイランスや学校等欠席者・感染症情報システム等を活用し、客観的な発生動向を把握する。
 - イ ウイルスサーベイランスにより、ウイルスの性状変化を把握する。
- (4) 適時適切な新型インフルエンザ情報の提供
 - ア 新型インフルエンザの予防に関する正しい知識の普及啓発を推進する。
 - イ 患者等の個人情報の保護に留意しつつ、県ホームページ等を活用し、新型インフルエンザの発生状況、流行状況について、積極的に情報提供を行う。

感染症予防システム図



第2章 アレルギー疾患対策

県民のアレルギー疾患に関する不安を解消していくため、アレルギー疾患対策推進計画に基づき、アレルギー疾患に関する正しい知識の普及啓発や相談、かかりつけ医と専門医のいる医療機関との円滑な医療連携など医療提供体制の整備を進める。

【現 状】

(1) 患者数の状況

わが国においては、全人口の約2人に1人が何らかのアレルギー疾患に罹患していると推定されている。(出典：厚生科学審議会疾病対策部会リウマチ・アレルギー対策委員会報告書(平成23年))

(2) 医療提供体制

ア 特殊専門外来として、アレルギー科を設置している病院は全県で17病院(平成28年厚生労働省「医療施設調査」)である。

イ 専門医の県内の配置状況は、令和2年8月時点で、日本アレルギー学会専門医が136人、うち同会指導医が19人である。

ウ 兵庫県アレルギー疾患医療拠点病院の選定

厚生労働省健康局長通知「都道府県におけるアレルギー疾患の医療体制の整備について」では、都道府県はアレルギー医療の拠点となる「都道府県アレルギー疾患拠点病院」を選定し、当該病院と日々のアレルギー疾患医療を行っている診療所や一般病院との間のアレルギー疾患の診療連携体制の整備を行うとしている。

このため、下記のとおり本県では平成30年2月1日付けで「兵庫県アレルギー疾患医療拠点病院」を指定した。

	名 称	所 在 地
1	神戸大学医学部附属病院	神戸市中央区楠町 7-5-2
2	兵庫医科大学病院	西宮市武庫川町 1-1
3	兵庫県立こども病院	神戸市中央区港島南町 1-6-7
4	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

(3) 県の対策の取り組み状況

ア 県アレルギー疾患医療連絡協議会の開催

診療連携体制の在り方の検討や情報提供、人材育成等の施策の企画・立案、アレルギー疾患対策の施策の検討等を行う。

イ 人材育成事業

① アレルギー疾患医療に携わる医療従事者の知識や技能向上に資する研修を、拠点病院等に委託して実施する。

対象：医師、薬剤師、看護師、栄養士

内容：アレルギー診療に関わる診療科ごとに、必要な知識や技能についての講義や実習を行う。

② 保育所、私立学校、児童福祉施設等の教職員等に対する講習を実施する。

ウ 情報提供

アレルギー疾患の重症化の予防には平時からの自己管理が重要であるため、アレルギー疾患に関する適切な情報提供に取り組む。

エ 県アレルギー疾患対策推進計画の策定

計画策定部会を設置し、部会での検討結果を踏まえ長期的視野に立った県のアレルギー疾患対策の方針や目標を定めた推進計画を策定。

オ 学校、児童福祉施設等におけるアレルギー疾患対応への助言、指導等

拠点病院に委託して、医学的見地による助言、支援を実施する。

カ 花粉症調査研究事業

県立健康科学研究所及び検査室設置健康福祉事務所（宝塚・龍野・豊岡・洲本）の5か所で花粉飛散状況の定点観測を実施することにより、花粉情報を県民（ホームページ）及び関係機関（日本気象協会関西支社等）に速やかに提供するなど、広く県民に情報提供することで、花粉症の早期予防に役立てる。

【課題】

(1) 自己管理や生活環境の改善に関する課題

誤った情報により病状の悪化を繰り返す事例

慢性疾患のため長期わたって適切な自己管理が必要

疾患の増悪要因が生活環境中に広く存在

(2) 地域に関わらず適切な医療が受けられる体制の整備に関する課題

診療ガイドラインに基づく標準治療の更なる普及

専門医療機関のネットワーク、かかりつけ医との連携

(3) 患者を支援する人材や相談体制の確保に関する課題

学校・保育所等の関係者の資質向上

災害の備えに関する情報提供、アレルギー疾患に配慮した食糧の備蓄

【推進方策】

(1) 重症化の予防及び症状軽減のための施策（県、市町、関係団体）

アレルギー疾患患者やその家族、関係者等に対してアレルギー疾患に関する最新の知見やデータに基づいた正しい情報をホームページや講習会等を通じて提供していくとともに、アレルゲンや増悪因子による影響を軽減していくため、大気環境の改善や花粉症対策に取り組んでいく。

(2) 患者の状態に応じた適切な医療を提供する体制を整備するための施策（県、市町、医療機関）

アレルギー症状を有する県民が、居住する地域に関わらず、アレルギーの状態に応じた適切な医療を受けることができるよう、医療の質の向上、医療機関の連携体制の構築、医療機関に関する情報提供の充実などに取り組む。

(3) 患者・家族等を支援するための環境づくりの施策（県、市町、医療機関、関係団体）

アレルギー疾患患者やその家族の生活の質の維持・向上のため、身近に接する学校等の教職員に対する相談体制を構築していくほか、学校の教職員に対する資質向上、患者等に対する相談体制の充実、講習会や講演会の開催、災害時における体制整備に取り組む。

第3章 難病対策

難病は、その多くが原因不明で治療法が確立されておらず、かつ後遺症を残す恐れが少なくない疾患である。患者は長期の療養生活を強いられ、医療のみならず保健・福祉・教育・就業等生活全般にわたって様々な問題を抱え、精神的にも負担が大きい。

このため、平成27年1月に施行された、難病の患者に対する医療等に関する法律（以下「難病法」という。）に基づき、良質かつ適切な医療を確保するとともに、患者が長期にわたる療養生活を送りながらも社会参加への機会が確保され、地域社会で尊厳をもって生きることができる共生社会の実現に向けて、社会福祉その他の関連施策との連携した対策を実施する。

【現 状】

(1) 医療費の公費負担

健康保険等の自己負担分の一部を公費負担することにより患者負担の軽減を図っている。（令和元年度実績は下表のとおり）

（単位：千円）

区分		対象疾患	対象人員	交付額
指定難病	国 庫 対 象	球脊髄性筋萎縮症ほか332疾病	30,814	5,924,072
一般特定疾患		スモンほか3疾患	51	7,128
小児慢性特定疾病		悪性新生物ほか15疾患群(762疾病)	1,537	489,810
先天性血液凝固因子障害		先天性血液凝固因子欠乏症	313	89,740
県単独事業対象疾患		突発性難聴ほか2疾患	6	243
合計			32,721	6,510,993

なお、令和元年7月1日より、指定難病は333疾病、小児慢性特定疾病は16疾患群762疾病に公費負担の対象が拡大されたところであるが、国においては、今後も更なる疾患の拡大が検討されている。

(2) 在宅療養生活支援

県健康福祉事務所において「難病患者等保健指導事業」として医療相談や訪問指導、訪問診療といった5事業を在宅療養生活の支援ために実施している。特に、人工呼吸器装着難病患者等、重症神経難病患者に重点を置いた施策を展開し、平成18年3月に策定した「在宅人工呼吸器装着難病患者災害時支援指針」に基づき、災害時等における支援体制の整備を進め、患者や家族の在宅療養に対する不安を解消するとともに、介護保険制度の訪問看護師、訪問介護員あるいは介護支援専門員等、地域の専門職と連携したきめ細やかな支援を行うことで、在宅療養生活支援の充実を図っている。

また、市保健所においても「難病特別対策推進事業」として難病患者への保健指導が実施されている。

(3) 医療体制の整備

重症神経難病患者の療養生活を支援するため、平成14年度から「神経難病医療ネットワーク支援事業」を開始し、拠点病院、専門協力病院及び一般協力病院・診療所を指定し、地域における受入れ病院の確保や退院後の在宅医療支援を行うとともに、患者の入院受入れを円滑に行うための連絡調整、情報共有等を行う協議会を立ち上げた。

令和元年度以降は、平成29年4月の国通知「都道府県における地域の実情に応じた難病の医療提供体制の構築について」に基づき、難病全般について早期に正しい診断ができ、診断後はより身近な医療機関で適切な医療を受けることができるよう、新たな医療提供体制の構築を目的として、「難病医療ネットワーク支援事業」を開始した。従前の拠点病院等の体制を見直し、新たに「難病診療連携拠点病院」、「難病医療専門協力病院」、「指定難病指定医療機関」を指定した。

区 分	選 定 基 準	選定数
難病診療連携拠点病院	県内で1ヶ所以上指定	3
難病医療専門協力病院	地域の実情に応じて二次医療圏域で1ヶ所以上指定	40
指定難病指定医療機関	難病法第14条第1項及び第15条第1項に指定する指定医療機関として、都道府県又は指定都市が指定	約4,000

R2.9 月末時点

【課 題】

難病患者の在宅療養支援の一層の充実を図るとともに、難病について早期に正しい診断ができる医療提供体制の連携強化や、小児期から成人期への切れ目の無い診療連携体制の整備が必要である。

ア 難病患者の在宅療養生活の向上をさらに図る必要がある。

イ 難病について早期に正しい診断ができる医療提供体制の連携強化を図るとともに、小児期から成人期への移行医療の連携体制の整備を推進する必要がある。

【推進方策】

(1) 療養生活の支援（県・市町）

ア 県健康福祉事務所において、医療相談、訪問診療、在宅療養支援計画の策定など「難病患者等保健指導事業」を活用した支援を行う。特に、人工呼吸器装着患者等、災害時により強力な支援が必要な者について、個別に災害時対応マニュアルを策定し、市町、関係団体等と連携し迅速かつ適切な対応を行うとともに、訪問看護師、訪問介護員、介護支援専門員等の地域の専門職と連携した支援や、障害福祉サービス等、他制度の活用も含めた幅広い支援を促進する。

イ 対象疾患の拡大に伴い、難病相談センターの相談体制の強化を図るとともに、兵庫県難病団体連絡協議会が運営する神戸難病相談室における難病相談を充実する。

(2) 医療体制の整備（県）

- ア 病状が悪化し、在宅療養が困難になった人工呼吸器装着患者などの重症神経難病患者に入院施設を確保する。また、入院中の患者が安心して地域に戻るようかかりつけ医を確保する。
- イ 難病医療提供の核となる難病診療連携拠点病院及び難病医療専門病院を指定するとともに、小児期から成人期への切れ目の無い診療連携を支援するため、難病相談センターの機能強化を図るなど、新たな医療連携体制を構築する。

【目 標】

目 標	現 状 値	目 標 値（達成年度）
（難病診療分野別）専門病院の指定	15 疾患群 （R2）	難病疾患群（15 疾患群）の すべてにおいて指定（R5）

< 参考資料 > (令和元年度)

(1) 指定難病(国庫補助)

施行年月日：疾病数	件	備考
H27年1月1日施行：110疾病	28,726	(再掲)旧53疾患：26,732件
H27年7月1日施行：196疾病	2,009	H27年7月1日より計306疾病
H29年4月1日施行：24疾病	16	H29年4月1日より計330疾病
H30年4月1日施行：1疾病	63	H30年4月1日より計331疾病
R元年7月1日施行：2疾病	0	R元年7月1日より計333疾病
計	30,814	

(2) 一般特定疾患(国庫補助)

疾患名	件	疾患名	件
スモン病	51	プリオン病(ヒト由来乾燥硬膜移植によるクロイツフェルト・ヤコブ病に限る。)	0
難治性肝炎のうち劇症肝炎	0		
重症急性膵炎	0	計	51

(3) 小児慢性特定疾病(国庫補助)

番号	疾病名	件	番号	疾病名	件
1	悪性新生物	239	10	免疫疾患	11
2	慢性腎疾患	96	11	神経・筋疾患	147
3	慢性呼吸器疾患	47	12	慢性消化器疾患	122
4	慢性心疾患	186	13	染色体又は遺伝子に変化を伴う疾患群	29
5	内分泌疾患	370	14	皮膚疾患	15
6	膠原病	42	15	骨系統疾患	29
7	糖尿病	97	16	脈管系疾患	2
8	先天性代謝異常	46			
9	血液疾患	59	計		1,537

※対象者：入・通院患者(18歳未満のもの。但し次のものについては、下記のとおり取り扱う。)

1. 神戸市、姫路市、尼崎市、西宮市及び明石市に居住するものは、それぞれ神戸市、姫路市、尼崎市、西宮市及び明石市において取り扱う。
2. 各疾病において18歳到達時において本事業の対象となっており、18歳以降においても治療をする場合は、20歳未満まで延長することができる。

(4) 県単独対象疾患

疾患名	件
突発性難聴	5
ネフローゼ症候群	1
悪性腎硬化症	0
計	6

※対象者：入院患者

(5) 先天性血液凝固因子障害等(国庫補助)

疾患名	件
先天性血液凝固因子欠乏症	313

※対象者：入・通院患者(20歳以上)

第4章 透析医療

透析患者は年々大幅に増加しているが、患者一人ひとりが、各人のニーズに応じた透析医療を、より安全に安心して受けられる医療提供体制の整備を目指す。

【現 状】

(1) 患者の状況

ア 透析患者数は、年々大幅に増加しており、平成30年には全国で約33万9千人、兵庫県で約1万4千人となっている。

イ 原因疾患としては、糖尿病性腎症の患者比率が約4割を占めており、この数年はほぼ横ばいで推移している。

ウ 導入患者の平均年齢は年々高くなっており、平成30年で導入患者の平均年齢は69.9歳である。

区分		H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30
患者数	全国	304,856	310,007	314,438	320,448	324,986	329,609	334,505	339,841
	兵庫県	12,728	13,048	13,252	13,376	13,374	13,672	14,036	14,390
主要原疾患の割合 (%)	糖尿病性腎症	44.3	44.2	43.8	43.5	43.7	38.8	39.0	42.3
	慢性糸球体腎炎	20.2	19.4	18.8	17.8	16.9	28.8	27.8	15.6
平均年齢	導入	67.8	68.4	68.7	69.0	69.2	69.4	69.7	69.9

資料「日本透析医学会調べ」

(2) 医療提供体制

透析医療機関・透析台数

区分	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
施設数	28	8	11	12	6	15	7	4	3	2	96
台数	628	173	255	345	142	259	189	119	34	37	2181
人口10万対	40.9	16.7	35.3	48.1	50.5	44.6	70.4	67.5	31.1	26.4	39.4

資料 兵庫県「医療施設実態調査」

夜間透析施設・受入可能人員数（平成29年）

区分	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
夜間透析病院数	11	8	6	7	6	9	6	2	2	1	58
夜間	9	8	5	7	6	8	4	1	2	1	51
休日	11	6	5	6	6	7	6	2	2	1	52

(3) 院内感染防止監視体制

平成11年に県内の透析医療機関で透析を受けていた患者のうち7人がB型肝炎を発症、そのうち6人が死亡するという事態が発生した。県の調査委員会による調査の結果、当該透析医療機関における院内感染防止対策の不徹底による院内感染の危険性が強く指摘されるとともに、県内の全透析患者数に占めるB型・C型肝炎の感染者の割合が19.9%であることも明らかになった。

このような状況を踏まえ、安全な透析医療の確保に向け、院内感染防止の監視体制を強化してきた経緯があり、全ての透析医療機関について、医療法第25条第1項に基づく立入検査を毎年度行い点検、指導している。

(4) 災害発生時の対応

近隣で大きな災害があった時（自院の地域は被災地外）に、透析対応協力医療機関として診療可能な施設数は、74施設ある。

区分	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	23	8	7	8	5	12	4	4	1	2	74
受入可能人員	191	155	60	207	35	237	16	32	10	30	973

資料 兵庫県「医療施設実態調査」

【課題】

- (1) 平成11年以降、県内での透析医療機関における重大な院内感染の発生は認められないが、全国では依然として発生しており、院内感染対策の継続維持が必要である。
- (2) 災害発生時に透析患者が円滑に透析を受けられる体制の整備を継続して進める必要がある。
- (3) 原因疾患として、糖尿病性腎症の患者比率が約4割を占めている。

【推進方策】

(1) 院内感染防止対策の推進（県、医療機関）

透析医療機関における透析医療の質の向上及び院内感染防止の徹底を図るため、「透析医療における標準的な透析操作と院内感染予防に関するマニュアル(三訂版)」に沿って、施設及び透析医療機器の適正管理の徹底、適正な専門職員の配置など、院内感染防止対策を進める。

(2) 災害時に備えた医療体制の整備（県、関係団体、医療機関）

災害発生時においても必要な透析医療を確保するため、災害拠点病院やDMATによる広域医療搬送活動、関係団体との連携等によって災害時の給水の確保も含めて、必要な医療体制の整備を進めるとともに、「兵庫県広域災害・救急医療情報システム」を通じて人工透析が可能な医療機関に関する情報提供を進める。

(3) 普及啓発の推進（県、関係団体）

糖尿病患者が腎症に移行しないよう、栄養管理の重要性などの普及啓発を行う。

(4) 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。

(5) 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。

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。

(6) 医療機能を担う医療機関相互の連携の促進（医療機関）

各医療機能を担う医療機関は、糖尿病患者が腎症に移行しないよう、地域連携クリティカルパスの活用などにより、相互に緊密な連携体制の構築を図る。

(7) 兵庫県糖尿病腎症重症化予防プログラムの策定（県、関係団体）

糖尿病腎症重症化予防に向けた取組を県内に広げていくため、一般社団法人兵庫県医師会、兵庫県糖尿病対策推進協議会及び県の三者で平成29年10月23日に連携協定を締結し、兵庫県糖尿病腎症重症化予防プログラムを策定した。

第5章 先進医療

1 臓器移植

平成9年10月、「臓器の移植に関する法律」（臓器移植法）が施行され、脳死後の身体からの臓器移植が可能となった。その対象臓器としては、心臓、肺、肝臓、腎臓、膵臓、小腸及び眼球（角膜）が規定され、国及び地方公共団体の責務として、移植医療について国民の理解を得るために必要な措置を講ずるよう努める旨規定されている。

平成22年7月17日の改正臓器移植法全面施行に伴い、脳死後の身体からの臓器提供の場合、本人が生前に書面で臓器を提供する意思を表示している場合に加え、本人の臓器提供の意思が不明な場合も、家族の承諾があれば臓器提供できるようになった。

これにより、臓器を提供する意思を有する者及び臓器を提供しない意思を有する者のいずれにとっても、「臓器提供意思表示カード」及び「臓器提供意思表示シール」は重要な意思表示のツールとなる。臓器移植を必要とする患者に、公平かつ適切に臓器の提供及び移植の実施ができるよう、普及啓発と体制の充実を図る。

【現 状】

(1) 臓器移植の登録・あっせん

移植臓器の分配を公平かつ公正に行うために、眼球（角膜）を除くすべての臓器の移植希望者の登録・あっせんは、公益社団法人日本臓器移植ネットワークが全国一元的に行うこととなっている。また、眼球（角膜）の移植希望者及び提供希望者の登録・あっせんは公益財団法人日本アイバンク協会が中心となり、全国のアイバンクにおいて実施されている。

臓器移植希望登録者の状況（全国）（令和2年9月30日現在）

臓 器	移植希望登録者数	臓 器	移植希望登録者数
心臓	859人	膵腎同時	152人
心肺同時	5人	腎臓	12,850人 (うち、近畿ブロック1,861人)
肺	432人	小腸	5人
肝臓	338人	眼球（角膜）	1,613人
膵臓	194人		

(注1) 腎臓移植希望登録者数には膵腎同時希望登録者数を含む。

(注2) 心臓・肺の各移植希望登録者数には、心肺同時移植希望登録者数を含む。

(注3) ブロック別、都道府県別の人数については非公開とされている。

(腎臓については、ブロック別の人数まで公開されている。)

(注4) 眼球（角膜）は、令和元年3月末現在の登録者数である。

(2) 臓器提供及び移植実施の体制

『「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針（ガイドライン）』上の5類型に該当する施設（5類型施設）であり、脳死下臓器提供施設として体制が整っていると回答した施設のうち公表を承諾したのは18施設である。

臓器提供施設

（令和2年3月末時点）

病 院 名	所在地
兵庫医科大学病院	西宮市
神戸大学医学部附属病院	神戸市
兵庫県災害医療センター	神戸市
神戸市立医療センター中央市民病院	神戸市
県立西宮病院	西宮市
県立加古川医療センター	加古川市
製鉄記念広畑病院	姫路市
県立淡路医療センター	洲本市
県立姫路循環器病センター	姫路市
県立こども病院	神戸市

病 院 名	所在地
西宮協立脳神経外科病院	西宮市
西脇市立西脇病院	西脇市
関西労災病院	尼崎市
姫路赤十字病院	姫路市
大西脳神経外科病院	明石市
明石市立市民病院	明石市
県立尼崎総合医療センター	尼崎市
公立豊岡病院組合立豊岡病院	豊岡市

○ 5 類型施設：

脳死下臓器提供が可能な施設は、『「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針（ガイドライン）』により、高度の医療を行う次のいずれかの類型に当てはまる施設とされており、通称「5類型施設」と呼ばれる。

- ① 大学附属病院
- ② 日本救急医学会の指導医指定施設
- ③ 日本脳神経外科学会の基幹施設又は研修施設
- ④ 救命救急センターとして認定された施設
- ⑤ 日本小児総合医療施設協議会の会員施設

また、本県における臓器移植法に基づく移植関係学会合同委員会において選定された移植実施施設は、肝臓1施設、膵臓1施設（全国では、心臓11施設、肺10施設、肝臓25施設、膵臓18施設、小腸12施設）である。

腎臓の移植実施施設については心停止後の提供に基づく移植が主に行われているが、上記合同委員会の選定を経ずに公益社団法人日本臓器移植ネットワークに登録するシステムとなっている。本県においては3施設（全国では130施設）が登録されている。

移植実施施設

（令和2年6月5日時点）

臓器名	病院名	所在地
肝 臓	神戸大学医学部附属病院	神戸市
膵 臓	神戸大学医学部附属病院	神戸市
腎 臓	神戸大学医学部附属病院	神戸市
	兵庫医科大学病院	西宮市
	県立西宮病院	西宮市

(3) コーディネーターの充実

兵庫県臓器移植コーディネーターについては、学校法人兵庫医科大学（平成8年度～）及び神戸市立医療センター中央市民病院（令和元年度～）に委託して、各病院に1名ずつ設置している。全県下を対象に、医療機関等への啓発活動や移植希望申出者の受け付け等の日常業務、臓器提供発生時の家族への説明、移植適合検査のための血液の搬送、摘出臓器の搬送手配、(公社)日本臓器移植ネットワーク大阪オフィスとの連絡等を行っている。

院内コーディネーターについては、平成28年度まで5類型施設にのみ院内コーディネーターを設置していたが、平成29年度より5類型施設以外の施設においても心停止後腎提供が可能なことを踏まえ院内コーディネーターの設置を認可することとし、県と兵庫県臓器移植コーディネーターが中心となり、院内コーディネーターに対しての県内研修の充実及び設置施設の拡大に取り組んでいる。

R2 院内コーディネーター数

	院内コーディネーター数	施設数
5類型施設	158	29
5類型施設外	25	9
合計	183	38

(4) 子どもの臓器提供の状況（令和元年12月時点）

臓器移植法の改正（平成22年7月17日施行）により、脳死下において本人の意思が不明であっても家族の書面による承諾があれば認められることとなったほか、家族の書面による承諾により、15歳未満の方からの臓器提供が可能となった。

しかし、改正後、全国で15歳未満からの臓器提供があったのは27件にとどまる。

子どもの臓器提供事例が進まない理由としては、①家族が脳死を死と受け入れられないこと、②虐待が完全に否定できないこと、③施設の体制が整っていないこと等が挙げられる。

兵庫県内で、子ども（15歳未満）の臓器提供に対応できる病院は10病院（※）である。

※10病院：神戸大学医学部附属病院、県立こども病院、関西労災病院、県立西宮病院、兵庫医科大学病院、姫路赤十字病院、西脇市立西脇病院、神戸市立医療センター中央市民病院、県立尼崎総合医療センター、兵庫県災害医療センター

【課題】

全国的な傾向として、臓器提供意思表示カード及びシールの配布は進んでいるものの、実際の臓器提供には必ずしも結びついていない状況にあり、さらなる啓発活動への取組が求められている。

なお、内閣府が平成29年度に実施した世論調査によると、臓器提供に関する意思を記入している方は、平成25年度（前回調査時）の12.6%から12.7%と微増にとどまっている。

家族が脳死下臓器提供意思を表示していた場合、「これを尊重する」と答えた方は、87.4%とこちらも前回の調査より0.4%の微増となっている。また、家族が脳死下臓器提供の意思表示をしていなかった場合、「提供を承諾する」と答えた方は、38.7%と割合が低くなる。

ご本人の意思を尊重するためにも家族と話し合い、意思を表示しておくことが重要と言える。

【推進方策】

- (1) 県民の移植医療に対する理解を深めるため、臓器提供意思表示カードの普及、啓発パンフレットの作成、グリーンライトアップ、県民公開講座等の啓発事業を実施する。（県）
- (2) 移植機会の公平性の確保と効果的な移植を実施するため、社団法人日本臓器移植ネットワークに会員として参加するとともに、同ネットワーク大阪オフィスと連携し、救命救急センター（兵庫医科大学病院及び神戸市立医療センター中央市民病院）に臓器移植コーディネーター（2名）を設置し、臓器提供協力医療機関への巡回活動、臓器提供発生時における円滑な対応の確保等臓器移植の推進を図る。（県、医療機関）
- (3) 院内コーディネーターの充実のため、院内コーディネーターの任期が4月からの2年であることや人事異動などを考慮し、着任後の早い段階での研修と回数を増やすことで段階的に知識を習得できるよう実施する。（県）
- (4) 臓器移植に係る関係者を集めた会議を開催し、関係団体とのネットワークを構築するとともに、実施している普及啓発活動を情報共有し、連携した取組を行うことで、臓器移植について正しい知識を普及し、県民の理解を深めていく。（県、医療機関、関係団体）
- (5) 平成29年12月開所の神戸アイセンター（人工多能性幹細胞（iPS細胞）を使い、目の病気の研究と治療、就労支援を一体的に行う全国初の施設）に兵庫アイバンクが参入し、西日本全体からの角膜の参集に努める。（兵庫アイバンク）
- (6) 医療機関におけるターミナルステージへの対応の一環として、臓器提供意思の確認及び選択肢提示が適切に実施される体制を整備する。（県、医療機関）

2 造血幹細胞移植

造血幹細胞移植は、化学療法等では治癒しなかった白血病や重症再生不良性貧血等の血液疾患の患者に対して、骨髄、末梢血幹細胞（以下、骨髄等）又は臍帯血（へその緒と胎盤にある血液）に多く含まれる造血幹細胞を移植し、造血機能を再生する治療法である。これらの移植には、原則、患者とドナー（提供者）のHLA型（白血球の型）が一致する必要があるため、その確率は、兄弟姉妹間で4分の1、それ以外では数百～数万人に1人といわれている。

そのため、「移植に用いる造血幹細胞の適切な提供の推進に関する法律」に基づき、移植を希望する患者に移植の機会を提供できるよう、より多くの骨髄等ドナーや臍帯血の確保を図る。

【現 状】

(1) 骨髄等移植

骨髄等ドナー登録の推進を図るため、骨髄バンク推進月間（10月）を中心に普及啓発に取り組むほか、大学生対象の特別講座等を実施している。また、兵庫県赤十字血液センター献血ルーム（7か所）で、常時ドナー登録を受け付けているほか、県健康福祉事務所等が献血併行型骨髄等ドナー登録会を実施している。

骨髄等ドナー登録者数の推移

（年度末の有効登録者数）

年度末		平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年
ドナー登録者数	全国	458,350	470,270	483,879	509,263	529,965
	県	18,078	18,427	19,003	19,932	20,495

(2) 臍帯血移植

臍帯血移植は、ドナー負担がなくコーディネーターが不要であることや、採取技術の向上等により、成人にも移植可能な多数の造血幹細胞数を含む臍帯血を採取できるようになってきたこと等から急速に増加し、現在では骨髄移植と同数の移植が行われている。

現在、公的臍帯血バンクは全国に6カ所あり、県内では、認定NPO法人兵庫さい帯血バンクが臍帯血供給事業者として、県内19か所の医療機関の協力を得て臍帯血の採取、保存に取り組んでいる。

臍帯血供給数・移植使用数の推移

年	平成9～27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	計
全国公的バンク計 供給数（移植使用数）	13,311 (12,924)	1,376 (1,330)	1,391 (1,362)	1,347 (1,318)	1,416 (1,378)	18,841 (18,312)
兵庫さい帯血バンク 供給数（移植使用数）	1,548 (1,490)	134 (129)	169 (162)	108 (109)	125 (124)	2,084 (2,014)

※平成26年4月より全国のバンクは6バンクとなっている。

【課題】

(1) 骨髄等移植

骨髄バンク事業は、平成20年1月に当初目標の全国30万人のドナー登録者を確保し、令和2年8月末現在では528,586人となっている。そのため登録患者の約96%にHLA型が適合するドナーが見つかる状況であるが、ドナーの健康上の理由や仕事の都合などから骨髄提供に至らないケースがあり、移植を受けられるのは登録患者の6割程度にとどまっており、さらなる登録者確保が必要である。

(2) 臍帯血移植

臍帯血移植数の増加を踏まえ、提供者を安定的に確保するとともに、移植成績を向上させるため、造血幹細胞数の多い臍帯血の採取など、臍帯血バンク事業を支援する必要がある。

【推進方策】

(1) 骨髄等移植

より多くの骨髄等ドナーを確保するため、県民向けリーフレット等の作成・配布や大学生に対する特別講座の開催等の普及啓発を行うとともに、ボランティア団体や企業等と連携して献血併行型骨髄ドナー登録会の開催を推進する。(県、市町、日本骨髄バンク、日本赤十字社)

また、ドナー休暇制度の導入や骨髄等移植に関する普及啓発に協力する企業・団体を支援することにより、ドナーが骨髄等を提供しやすい環境づくりを推進する。(県、日本赤十字社)

(2) 臍帯血移植

臍帯血提供者を確保するため、リーフレット等を作成・配布し、県民、妊産婦に対する普及啓発を行うとともに、造血幹細胞数の多い臍帯血を保存できるよう、採取医療機関の従事者等を対象とした研修会を実施する(県、日赤、兵庫さい帯血バンク)。

第6章 歯科保健医療

1 歯科医療

高齢化の進展や歯科医療を取り巻く環境の変化に伴って、既に歯科医療の需要に変化が生じており、現在の外来診療を中心とした歯科医療の提供体制に加えて、病院の入院患者や居宅の療養者等に対する歯科医療の提供体制を構築することが求められている。

子どもから高齢者まですべての県民が適切な歯科医療を受けることができるよう、地域包括ケアシステムの中での歯科医療の一層の充実を図るとともに、在宅歯科診療提供体制を推進する。

【現 状】

(1) 病院歯科等とかかりつけ歯科医の連携

県民が歯科疾患の予防、早期発見及び早期治療を実行するためには、身近なところで受診できる「かかりつけ歯科医」機能の充実が必要である。歯科診療所は2018年10月1日時点で2,974箇所であり、人口10万人あたりでは54.2箇所である。(人口10万人あたりの全国平均は54.2箇所)

また、歯科口腔外科等を持ち、入院・手術に対応できる病院等(以下「病院歯科等」という。)が「かかりつけ歯科医」を支援するとともに、相互の機能分担と連携を図ることが必要である。本県では、各2次保健医療圏域において、病院歯科等と「かかりつけ歯科医」との連携システムづくりを行っている。

(2) 休日歯科医療の実施

休日に歯科医療を行う診療所等は、県内に11か所設置されている。

(3) 在宅歯科診療等の実施状況

障害者に対する歯科医療については、各診療所で対応できない場合に、各2次保健医療圏域にある33の病院歯科及び、県内12か所の口腔保健センター等で実施されている。

また、在宅療養支援歯科診療所の届け出をしている歯科診療所は2017年4月時点で573箇所あり、高齢化の進展により在宅医療の需要が増加することが想定される。

(4) 医科歯科連携体制の構築

歯科のない医療機関へ歯科医師や歯科衛生士を派遣する医科歯科連携を行っており、入院患者の口腔機能の改善を目指すとともに、退院後も口腔機能管理を継続できる仕組みの構築を推進している。

(5) 介護施設との連携体制の構築

要介護者等の施設入所者に対する歯科医療について、老人保健施設及び特別養護老人ホーム等の介護施設は協力歯科医療機関の確保に努めることとされている。

【課題】

(1) 地域包括ケアシステムの中での歯科医療の充実

県民の誰もが身近なところで適切な歯科診療を受けることができるよう、かかりつけ歯科医機能の充実、歯科診療所と病院歯科等との連携の充実、各圏域における歯科医療支援体制の整備等、地域包括ケアシステムの中での歯科医療の一層の充実を図る必要がある。

(2) 休日歯科医療の整備

歯科診療所の診療形態が多様な状況となっており、今後の休日歯科医療体制整備のあり方を検討する必要がある。

(3) 在宅歯科診療体制等の充実

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る訪問診療の増加に伴い、在宅や施設入所の寝たきりの高齢者、障害児（者）等を対象とした訪問歯科診療のサービス提供体制のさらなる充実を図る必要がある。

(4) 関係機関との情報共有

患者情報を共有する等、在宅医療におけるさらなる医科歯科連携を進めるとともに、医療と介護の連携・一体化の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の共有化を進める必要がある。

(5) 医療機関との連携体制

脳卒中など生活習慣病の治療過程において、口腔機能の維持や摂食嚥下対策の重要性が指摘されている。生活習慣病の急性期・回復期・維持期の医療を担当する医療機関の要請に応じ地域の歯科医師がその医療機関に出向いて患者の治療や口腔機能の維持、摂食・嚥下訓練等訪問歯科診療を行うなどの連携体制を進める必要がある。

【推進方策】

(1) 病院歯科等とかかりつけ歯科医との連携強化

かかりつけ歯科医と病院との機能分担を図ることを目的とし、各地域で整備が進められている地域包括ケアシステムの中での歯科医療について、かかりつけ歯科医に対する支援機能の整備を含め、県健康福祉事務所、市保健所、市町保健センター及び郡市区歯科医師会が連携して一層の普及・充実を図る。（県、市町、関係団体、歯科医療機関）

(2) 休日歯科医療体制の整備

多様化を踏まえた休日歯科医療体制のあり方について、全県で検討するとともに、2次保健医療圏域ごとの整備についても検討を進める。（県、市町、関係団体、歯科医療機関）

(3) 在宅歯科診療サービスの充実

高齢者や障害児（者）については、寝たきりの状態であるなど通院が困難であったり、疾病や不随意運動等によって一般の歯科診療所では十分な歯科診療を行えない場合がある。このため、訪問（在宅）歯科診療や、麻酔・入院施設のある病院施設等との連携を強化するとともに、十分な歯科医療を提供できる体制づくりを進める。

また、在宅医療サービスの充実による人材の確保が重要であることから在宅医療に関わる研修を推進する。（関係団体、歯科医療機関）

(4) 医科歯科連携体制の推進

在宅療養者に対して医科歯科連携における歯科支援についての歯科と医科の関係者からなる検討会を行う等、さらなる医科歯科連携を推進するとともに、地域医療構想調整会議等を通じて県歯科医師会をはじめ、県医師会・県薬剤師会等とともに情報ネットワークを構築した上で、医療の質の向上、在宅医療・介護への円滑な移行支援、患者・患家の負担の軽減を図る。（関係団体、医療機関）

(5) 医療機関との連携体制の推進

生活習慣病患者への口腔機能の維持の重要性を医療関係者に普及するための研修を行うとともに、医療機関からの求めに応じて生活習慣病患者の口腔機能の維持を行う歯科医療の体制整備を図る。（関係団体、医療機関）

【目標】

目標	策定時	現状値	目標設定（達成年度）
在宅療養支援歯科診療所の届け出をしている歯科診療所数	—	446 箇所 (R2.4※1)	訪問診療需要の増加比率に 応じた箇所数等の増加 R5：R2 に対し 113% R7：R2 に対し 121%（地域 医療構想目標年）

※1 R2.4月施設基準等届出状況（近畿厚生局）

休日歯科診療一覧表

	施設名	所在地
1	(公社)神戸市歯科医師会附属歯科診療所	神戸市中央区三宮町2-11-1 センタープラザ西館5階509号室
2	(一社)尼崎市歯科医師会尼崎口腔衛生センター	尼崎市東難波町4-13-14
3	西宮歯科総合福祉センター	西宮市甲子園洲島町3-8
4	芦屋市歯科センター	芦屋市呉川町14-9 芦屋市保健福祉センター内
5	伊丹市口腔保健センター	伊丹市昆陽池1丁目40
6	川西市ふれあい歯科診療所	川西市火打1-12-16 キセラ川西プラザ2階
7	三田市歯科医師会(各医院の輪番制)	
8	宝塚市立歯科応急診療所	宝塚市小浜2丁目1-30
9	明石市立あかしユニバーサル歯科診療所	明石市鷹匠町1-33
10	加古川歯科保健センター	加古川市米田町船頭5-1
11	三木市歯科医師会附属休日歯科診療所	三木市大塚1丁目6-40
12	(一社)姫路市歯科医師会口腔保健センター	姫路市安田3丁目107
13	丹波篠山市歯科医師会(各医院の輪番制)	
14	丹波市歯科医師会(各医院の輪番制)	

障害者歯科診療施設一覧

	施設名	所在地
1	こうべ市歯科センター	神戸市長田区二葉町5-1-1-201 アスタくにつか5番館2F
2	(一社)尼崎市歯科医師会尼崎口腔衛生センター	尼崎市東難波町4-13-14
3	西宮歯科総合福祉センター	西宮市甲子園洲島町3-8
4	芦屋市歯科センター	芦屋市呉川町14-9 芦屋保健福祉センター内
5	伊丹市立口腔保健センター	伊丹市昆陽池1-40
6	川西市ふれあい歯科診療所	川西市火打1-12-16 キセラ川西プラザ2階
7	宝塚市立口腔保健センター	宝塚市小浜2-1-30
8	あかしユニバーサル歯科診療所	明石市鷹匠町1-33
9	加古川歯科保健センター	加古川市米田町船頭5-1
10	姫路市歯科医師会口腔保健センター	姫路市安田3-107
11	相生・赤穂市郡歯科医師会附属歯科診療所	赤穂市中広267 赤穂市総合福祉会館内
12	(一社)洲本市歯科医師会立身体障害者歯科診療所	洲本市港2-26

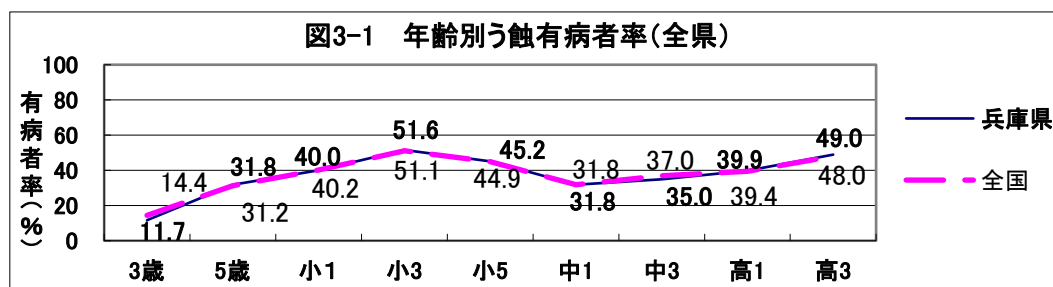
2 歯科保健

歯及び口腔の健康を保つことは、単に食物を咀嚼するというだけでなく、食事や会話を楽しむなど豊かな人生を送るための基礎となる。また、歯周疾患は全身疾患との相互関係が示唆されている。そこで、妊産婦（胎児）から高齢者に至る生涯を通じた歯科保健対策（8020運動）を実施することにより、県民の健康を支える。

【現 状】

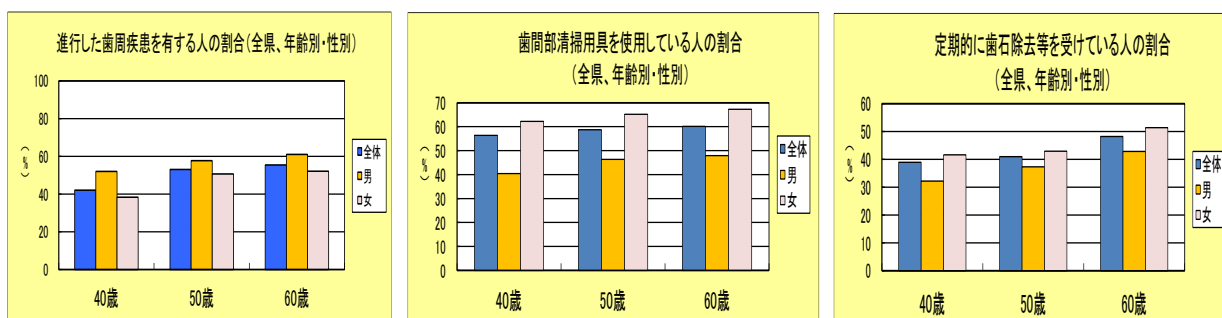
- (1) 平成28年度疾病分類統計調査（兵庫県国民健康保険団体連合会）によると、市町国民健康保険加入者にかかる医療費のうち、一人あたり医療費は「歯肉炎及び歯周疾患」が最も高くなっている。
- (2) 乳幼児・学齢期のう蝕有病者率は全体として年々減少している。一方、成長過程での変化の特徴として小学校入学前後から増加し、小学3年生をピークとして減少に転じ、中学校入学以降に再び増加する。

幼児期・学齢期のう蝕



資料 「令和元年度実績 兵庫県健康増進課調べ」等

- (3) 進行した歯周疾患を有する人の割合は年齢とともに増加し、女性より男性の方が高く、「歯間清掃用具を使用する」、「定期的な歯科健診を受診している人の割合」も女性に比して男性が低い傾向が見られる。



資料 「平成30年度兵庫県健康増進課調べ」

- (4) 兵庫県では、歯科保健対策を総合的、体系的に推進するための指針として、平成23年4月に施行した「健康づくり推進条例」に基づき「歯及び口腔の健康づくり」を柱の一つと位置づけ、歯科保健対策の充実を図っている。

＜「健康づくり推進実施計画（歯及び口腔の健康づくり分野）」（平成30年3月策定）の概要（課題及び推進方策部分）＞

【課題】

- (1)（総合的な推進）一人当たりの現在歯数は、60歳代以降から減少傾向にある。成人以降に歯を失う主な原因は歯周病であり、歯周病の発症は30歳代から急増している。
- (2)（次世代への支援）妊婦歯科健診等は39市町で実施され増加しているが、受診率が低いことが課題である。幼児期、学齢期におけるむし歯のある者の割合は、年々減少傾向にあるが、歯肉炎の増加、正しい食べ方支援が必要な子どもの増加など新たな問題も増えている。
- (3)（成人期）歯周病は、40歳代から70歳代にかけて急増している。8020運動の目標達成者割合は、40歳代では横ばいであり、50歳代では改善傾向がみられる。
- (4)（高齢期）オーラルフレイルや高齢者の死因の大きな割合を占める誤嚥性肺炎の原因となる歯周病などの歯科疾患の増加、さらに歯の喪失による咀嚼（そしゃく）・嚥下（えんげ）機能低下が課題である。8020運動の目標達成者割合は、60歳代では改善したが、70歳代では悪化している。
- (5)（配慮を要する方への支援）「障害者（児）入所施設での定期的な歯科健診実施率」「介護老人福祉施設及び介護老人保健施設での定期的な歯科健診実施率」は増加しているが目標値には達していない。

【推進方策】

- (1) 生涯自分の歯でおいしく食べて充実した生活を送るために、ライフステージに応じた歯と口腔の保健サービスを推進し、一人ひとりの保健行動を促進する。
- (2) 8020運動をさらに推進し、歯と口腔の健康に関する最新の正確な知識・情報を県全体に広く啓発する。
- (3) 妊娠期の歯と口腔の健康を維持するため、妊婦歯科健診・相談事業等母子の歯の健康に関するサービスを推進する。
学齢期における適切な生活習慣、食生活習慣の定着を図る。
- (4) 成人期は、歯周病の予防促進のため歯科健診等の受診を推進する。
- (5) 高齢期は、オーラルフレイル対策により全身虚弱や認知症の予防を推進し、かかりつけ歯科医の指導のもと健康な高齢者を増やす。全身状態を配慮した歯科治療や食への支援に関する指針などの体制づくりを推進する。
- (6) 障害のある人や介護を必要とする方に、歯と口腔機能の発達・維持のために必要な歯科保健サービスの充実を図る。

【目標】

生涯を通じて満足度の高い充実した生活を維持するため、ライフステージに応じた歯及び口腔の健康づくりを推進する。

○むし歯のない3歳児の割合	85.0%※1(平27)→90%以上(令4目標)
○12歳児で歯肉に炎症所見を有する者の減少	4.2%※2(平28)→3%以下(令4目標)
○40歳で現在歯数28歯以上	64.4%※3(平28)→77%以上(令4目標)
○60歳で現在歯数24歯以上	68.4%※3(平28)→73%以上(令4目標)

※1 平成27年度3歳児歯科健診結果、※2 平成28年度兵庫県健康増進課調
※3 平成28年度兵庫県健康づくり実態調査

第7章 薬事

1 医薬品等の品質、有効性及び安全性の確保

医薬品等は、県民の保健医療に必要かつ不可欠なものであり、製造・流通・販売から服薬等使用に至るまで、その品質、有効性及び安全性を確保する必要がある。超高齢化社会を迎え、より安全で有効な医薬品等の重要性はますます増大している。

このことから、不正・不良医薬品等の製造・販売及び医薬品等による事故の発生を防ぐとともに、医療の質的向上と県民の健康の維持・増進を図る。

【現 状】

- (1) 医薬品等の製造販売業等の許可・登録審査を中心に、製造業者に対するGMP省令等の遵守について監視指導を行っている。また、特に承認と異なる方法で製造された医薬品の流通防止対策を強化している。
- (2) 薬局・医薬品販売業等に対する監視指導を強化して、薬剤師等の常時配置、医薬品の情報提供体制、医薬品等の販売管理及び偽造医薬品の流通防止等について指導し、法遵守の徹底を図っている。
- (3) 医薬品成分を不正に添加した疑いのある食品や医薬品的な効能効果を標ぼうする食品等について、必要に応じて試験検査を実施する等、不適正製品の排除を図っている。
- (4) ジェネリック医薬品（後発医薬品）の品質を確保するため、国と協力して溶出試験等の品質検査を実施し、検査結果を公表するほか、県薬剤師会等と連携して、ジェネリック医薬品の正しい情報提供に努めている。

【課 題】

- (1) 医薬品等の製造販売業者等に対して、計画的・効率的な立入検査の他、事前連絡をしない立入検査を実施する等適切な指導を継続する必要がある。
- (2) 薬局・医薬品販売業者等に対する立入検査を実施し、遵守事項のさらなる徹底を図る必要がある。
- (3) 医薬品の適正使用の向上を図るため、医療機関、薬局等における医薬品等安全性情報の収集・提供体制の充実を図る必要がある。

【推進方策】

(1) 医薬品等の製造販売業者等に対する監視指導等の徹底と体制の充実

事前連絡をしない立入検査等により法令の遵守指導を徹底する。また、製薬技術の高度化等に対応し得るよう、研修等により薬事監視員の資質の向上に努め、監視指導体制の充実を図る。（県）

(2) 薬局・医薬品販売業等に対する監視指導の徹底

薬局・医薬品販売業等に対して計画的・効率的な監視指導を行い、遵守事項等の徹底を指導するとともに、医薬品等安全性情報の収集・提供等の充実を図る。（県、保健所設置市）

(3) 医薬品等安全性情報の収集・提供体制の充実

医薬品等の副作用情報等の迅速かつ正確な提供体制を整備するため、兵庫県薬剤師会薬事情報センターの運営を支援する。(県)

- GMP：Good Manufacturing Practiceの頭文字。「医薬品及び医薬部外品の製造管理及び品質管理の基準に関する省令」による基準。
医薬品及び医薬部外品の原料の受け入れから製造工程、試験方法、出荷判定基準等を文書化し、定められた手順で製造することにより、製品の品質を確保する手法。
- ジェネリック医薬品（後発医薬品）：新薬（先発医薬品）の特許期間終了後に発売される同じ有効成分をもつ比較的廉価な薬のこと。先発医薬品と同等の有効性などについて審査されており、品質を確保するため、溶出試験に基づく再評価などが実施されている。

2 薬物乱用の防止

薬物乱用は、単に乱用者自身の精神や身体上の問題にとどまらず、家庭の崩壊や悲惨な事件を誘発させ、計り知れない危害をもたらすため、社会全体の問題として取り組む必要がある。

特に、青少年に対する啓発活動に重点を置いた薬物乱用防止対策を推進する。

【現 状】

(1) 薬物乱用の動向

ア 全国

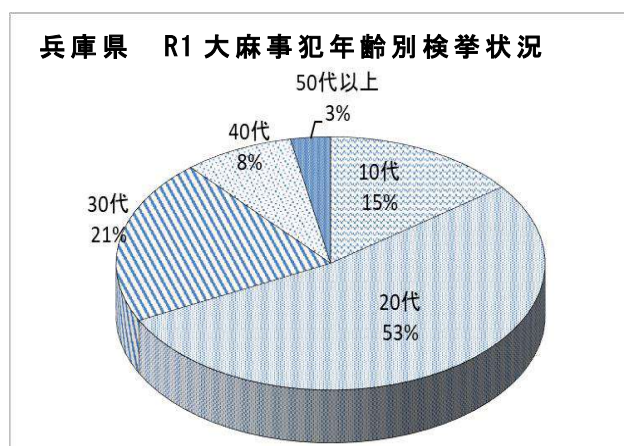
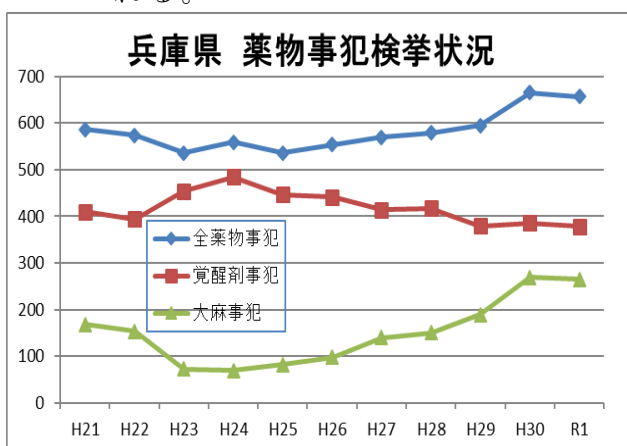
わが国の薬物事犯の検挙人員の8割が覚醒剤事犯であり、次に大麻事犯が占める。

覚醒剤の検挙人員は、令和元年は8,730人で、依然高水準で推移している。また、大麻の検挙人員は、平成21年をピークに減少傾向にあったが、平成26年に増加に転じ、令和元年は4,570人で、そのうち若年層（30歳未満）が約半数を占めている。近年社会問題となった危険ドラッグの検挙人員は平成27年の1,196人をピークに減少している。

イ 兵庫県

令和元年の全薬物事犯の検挙人員は657人で、このうち覚醒剤による検挙人員は378人(58%)で、30～40歳代が多い。またこのうち再犯者は61%を占め、覚醒剤の乱用が続いている。

令和元年の大麻事犯の検挙人員は265人で、平成21年の168人をピークに一時減少傾向にあったものが、再び増加傾向にある。年齢別に見ると30歳未満が68%を占め、また初犯者は234人(88%)で、若年層を中心に乱用が認められる。



(2) 県の取り組み

兵庫県では、薬物乱用対策を総合的に進めるため、行政、教育、警察等の機関及び団体からなる兵庫県薬物乱用対策推進会議を設置し、①青少年薬物乱用防止対策、②再乱用防止対策、③取締り、④密輸対策を四本柱とし、特に青少年の薬物乱用防止対策を重点事項として推進している。

また、平成26年には、「薬物の濫用の防止に関する条例」を施行し、危険ドラッグを入手できない、使用できない環境づくりに努めている。

【課題】

- (1) 医療上使用される麻薬及び向精神薬については、不正流出等を防止するため、医療機関、薬局等の医療従事者に対し、引き続きこれら医薬品の適正な管理体制等を指導する必要がある。
- (2) 覚醒剤による検挙者のうち再犯者は約6割を占める現状から、乱用者やその家族などからの相談、支援体制を充実する必要がある。
- (3) 近年、青少年の大麻事犯が急増し、スマホやインターネットを悪用した入手も身近な要因となっている。また、使用のきっかけは、知人等からの誘いを断れなかったこと等も挙げられ、これら薬物の危険性と断り方について普及啓発を図る必要がある。

【推進方策】

(1) 麻薬及び向精神薬等の適正管理

ア 麻薬及び向精神薬等を取扱う病院・診療所・薬局等に立入検査を行い、これら医薬品の適切な管理を指導する。(県)

イ 病院・診療所・薬局等に勤務する医師・薬剤師等を対象とした、麻薬及び向精神薬等取扱いに関する説明会を開催する。(県、関係団体)

(2) 薬物乱用者及びその家族の相談支援体制

薬物乱用者及びその家族に対して、県精神保健福祉センター、県健康福祉事務所、市保健所等に薬物相談窓口を設けて相談に応じるとともに、支援する。(県、保健所設置市等)

(3) 青少年への薬物乱用の危険性の普及啓発

ア 大麻、危険ドラッグなど、乱用薬物が多様化していることから、最新の情報を備えた啓発資料を作成して提供する。(県、保健所設置市)

イ 地元警察、学校薬剤師等と連携して、小学校・中学校及び高等学校の各段階に応じた薬物乱用防止教室を開催し、児童・生徒に対して薬物乱用の危険性や毒性と、万が一身近な人から薬物を勧められた場合の断り方を啓発する。(県、市町)

ウ 県下12か所に設置した薬物乱用防止指導員協議会(以下「協議会」という。)に所属する薬物乱用防止指導員を中心とした街頭啓発活動、青少年への薬物乱用防止講習会等を郡市薬剤師会、薬物依存症回復支援団体等と連携して実施する。(県、保健所設置市、協議会、関係団体)

エ 「不正大麻・けし撲滅運動」(5・6月)をはじめ、「ダメ。ゼッタイ。」普及運動(6月20日～7月19日)及び「麻薬・覚醒剤乱用防止運動」(10・11月)期間において薬物乱用防止啓発活動の取組を強化する。(県、保健所設置市、協議会、関係団体)

(4) 危険ドラッグ対策

関係機関と連携して危険ドラッグの販売が疑われるネット販売店舗等の情報収集に努め、警戒態勢を継続するとともに、試験検査体制を強化する。疑わしい商品があれば試買検査等を行い、規制成分発見時には、法令や条例に基づく迅速で徹底した指導・取締りを行う。(県、保健所設置市)

3 血液確保対策

血液製剤は人工的に製造できず、かつ、多くの血液製剤は使用期限が短いことから、医療に必要な血液製剤を安定的に供給するためには、年間を通じて安定的に献血者を確保する必要がある。

そのため、安全な血液製剤の安定供給の確保等に関する法律に基づき、献血について県民の理解を深め、献血者の安定的な確保を図るとともに、医療機関での血液製剤の適正使用を推進する。

【現 状】

兵庫県献血等推進計画（毎年度策定）に基づき、必要な血液を安定的かつ無駄なく確保するため、市町、企業、ライオンズクラブ等と連携し、日々の需給状況を勘案しながら、計画的な献血者の確保等に努めている。

献血者数の推移

	献血者数（人）			目標献血者数 （人）	目標達成率 （％）	
	200mL	400mL	成分			
27年度	209,510	8,897	147,465	53,148	211,900	98.9
28年度	209,692	7,865	143,485	58,342	215,563	97.3
29年度	199,539	5,992	143,675	49,872	203,228	98.2
30年度	200,618	6,104	141,356	53,158	202,057	99.3
R1年度	208,291	5,245	144,110	58,936	209,366	99.5

- (2) 兵庫県合同輸血療法委員会を設置し、輸血療法を行う医療機関を対象とした、輸血医療従事者研修会の実施等、血液製剤の適正使用の推進に努めている。

【課 題】

- (1) 全国的に若年者層、特に20～30代の献血率が減少しており、本県においても同様である。今後、ますます少子高齢化が進んでいくことから、将来に備え、若年者層に対する献血思想の普及啓発の強化が必要である。
- (2) 血液製剤が人の血液に由来する有限で貴重なものであること及び原料に由来する感染のリスク等について特段の注意を払う必要があることから、継続して血液製剤の適正使用に取り組む必要がある。

【推進方策】

(1) 献血思想の普及啓発

献血キャンペーン等を通じて献血思想のより一層の普及啓発に努める。特に、将来の献血者を確保するため、中学生、高校生、大学生等若年層への普及啓発に努める。

また、医療機関の需要、血液製剤の安全性の観点から、400mL全血献血及び成分献血の推進に努める。(県、市町、日本赤十字社)

(2) 血液製剤の適正使用の推進

「血液製剤の使用指針」及び「輸血療法の実施に関する指針」に基づき、医療機関における血液製剤の適正使用を推進するため、輸血療法をおこなう医療機関を対象とした、輸血医療従事者研修会等を実施し、血液製剤の適正使用の推進に努める。(県、日本赤十字社)

第8章 健康危機管理体制

1 健康危機管理

地域保健を取り巻く環境は大きく変化してきており、特に阪神・淡路大震災、SARS等の新興感染症、テロ、化学物質による災害、放射線事故や医療事故等など、様々な健康危機が発生し、求められる対応が多様化、高度化してきている。

このような中、地方公共団体は、専門技術職員の配置や職員の資質向上によって、多様化、高度化している健康危機の発生を未然に防ぎ、その拡大を早期に抑えることについて適切に対応しなければならない。

常に県民と滞在者の生命の安全と健康の確保に万全を期するため、健康危機に24時間365日迅速かつ幅広く対応できる体制を整備する。

【現 状】

県では、昭和37年から「兵庫県地域防災計画」を策定していたが、近年、新たな健康危機が発生したため、平成8年度に「兵庫県腸管出血性大腸菌0157等対策要領」を、平成10年度に「兵庫県毒物・劇物事故等対策実施要領」、「食中毒処理要領」及び「感染症対策マニュアル」を策定した。また、災害時の地域保健活動については、平成8年3月に「災害時保健活動ガイドライン」、平成11年3月に「災害復興期地域保健福祉活動ガイドライン」を策定した。

さらに、平成14年4月には、健康危機に24時間365日迅速かつ幅広く対応できる体制を整備し、常に県民と滞在者の生命の安全と健康の確保に万全を期することを目的として健康危機管理の基本指針を定めた。あわせて、この基本指針に基づき、健康危機管理基本要領、健康危機管理マニュアル、分野別マニュアルを策定するとともに、集団食中毒、感染症、環境汚染等の健康危機に迅速に対応できるよう、県民、関係機関からの情報を24時間受け付ける仕組みとして、健康危機ホットラインを整備した。

令和元年度健康危機管理ホットライン受理件数（単位：件）

区分	感染症	食中毒	狂犬病 咬傷犬	毒物・劇物	水道・ 河川汚染	犬・ねこ	精神障害	その他	合計
R1	469	15	1	0	1	11	26	55	578

【課 題】

新型インフルエンザ等の新興感染症やアスベストによる健康被害など、健康危機に迅速かつ的確に対応できる体制を強化する必要がある。

【推進方策】

「兵庫県健康福祉部健康危機管理基本指針」に基づき推進する。

<「兵庫県健康福祉部健康危機管理基本指針」の概要>

1 健康危機管理の基本的な考え方

- (1) 県民等の生命の安全と健康の確保を第一とする。
- (2) 24時間365日対応の健康危機管理体制とする。
- (3) 健康福祉事務所を地域における健康危機管理の拠点とし、地域における保健医療の行政責任者である健康福祉事務所長（保健所長）を健康危機情報取扱責任者と定める。
- (4) 健康被害の発生予防、拡大防止、発生時の医療体制の確保及び県民等に対する適切な情報提供等に努める。
- (5) 常に社会情勢の変化等に対応できるよう、健康危機管理体制を随時見直していく。

2 情報の収集と伝達

健康危機情報は、迅速かつ広範に収集することが重要であることから、県民、地方機関、市町、マスコミ等を通じて情報収集に努めるとともに、関係機関との情報の伝達及び共有化を図る。

3 広報

健康危機の状況、健康危機への適切な対応方法等について、逐次マスコミ等を通じた広報を行い、県民の安全確保、不安除去等に努める。

情報提供にあたっては、個人のプライバシーに十分配慮する。

4 平常時の活動

- (1) 健康危機の発生に際して、迅速かつ円滑に対応するため、特に初動時に、責任者に必ず連絡が取れるよう日頃から連絡体制の構築に努める。
- (2) 健康危機管理において、最も重要な点は健康危機の発生防止であることから、常に危機に対する意識を持ち、日常業務を行う。
- (3) 発生に備え2次保健医療圏域毎に健康危機管理要領及び同要領に基づくマニュアル等を策定しておく。
常に模擬訓練等を通じ、管理能力や資質の向上を図る。
- (4) 各種の機会を活用し、健康危機に関する県民への啓発と意識高揚に努める。

5 発生時の対応

- (1) 健康危機が発生した場合、規模、内容、以後の展開によっては緊急対応が必要であり、組織的な活動を行うとともに、弾力的に対応する。
- (2) 初動対応が以後の事態を大きく左右することがあり、概ね1時間以内に被害状況を把握するとともに、必要な場合は患者受入れ医療機関の調査、救護班の編成や現地派遣等を行う。
- (3) 健康危機の内容ごとに定められた、分野別マニュアル等※に基づき対応する。

※ 個別の健康危機管理ごとに、発生時初期における具体的な活動内容について感染症対策マニュアル、腸管出血性大腸菌O157等対策要領、SARS対応マニュアル等を定めている。

2 災害時の保健対策

災害時の保健活動は、災害時の総合的な対策を定めた「災害対策基本法」及び被災者に対する具体的、応急的な対策を内容とする「災害救助法」の法規に基づいて実施され、県においては、「地域防災計画」及び「災害時の関西広域連合応援・受援マニュアル」に基づき保健対策を実施することとしている。

また、東日本大震災における保健活動を踏まえて改訂した「災害時の保健師活動マニュアル」や「ひょうごの保健師業務ガイドライン」、「災害時における行政栄養士活動ガイドライン」等に基づき、新たな災害に対応できるよう保健活動体制を整備する。

【現 状】

- (1) 阪神・淡路大震災以降、県内保健師は県内外の被災地で保健活動を展開した。4月19日から8月2日（1～15次）にわたり熊本県益城町に23チーム、保健師46人、支援員23人、栄養士8名の合計77人を派遣した。
- (2) 被災地での、活動報告会を開催し、健康危機における保健活動を共有する機会を持つと共に、研修会で、健康危機における保健活動をテーマに盛り込み、危機管理意識の向上に取り組んだ。また、平成26年3月に作成した「災害時の保健師活動ガイドライン」を基に、健康福祉事務所と市町が連携し、市町における「災害時の保健師活動マニュアル」の作成をすすめている。
- (3) 重症神経・筋難病患者や人工呼吸器装着患者等、医療依存度の高い在宅療養者については、在宅人工呼吸器装着患者個別災害対応マニュアル等を作成し災害時の支援体制整備を図っている。
- (4) 阪神・淡路大震災後を機に開設された、兵庫県看護協会による「まちの保健室」を継続し、地元市町や関係機関・団体との協働により健康相談等を実施している。
- (5) 東日本大震災を契機に、厚生労働省において、重大な健康危機が発生した際に被災地で健康危機管理に係る指揮調整等を支援する専門チーム（1チーム5人程度（公衆衛生医師、保健師、栄養士、薬剤師、業務調整員等）で構成）として、災害時健康危機管理支援チーム（DHEAT）が制度化された。

【課 題】

- (1) 新たな災害の発生に備えて平時から市町、関係機関、関係団体、地域住民等を含めた災害時の保健活動の体制整備を推進する必要がある。
- (2) 災害時の保健活動に関する知識や技術について、資質向上を図る必要がある。
- (3) 災害時の要援護者（人工呼吸器等医療依存度の高い在宅療養者）について、個人情報保護法に配慮したニーズ把握と情報提供のしくみを整備し、災害時は適切な支援が行えるよう体制を整備する必要がある。
- (4) 社会関係資本等（ソーシャルキャピタル）を活用した、少子高齢化に対応する地域包括ケアシステムの構築を推進する必要がある。

【推進方策】

- (1) 「災害時の保健福祉活動ガイドライン」の普及を図るとともに、市町地域防災計画の策定に保健師等が参画し、市町毎に災害時の保健師活動マニュアルを策定する。(県、市町)
- (2) 関係団体との災害時における医療救援活動に関する協定等に基づき活動に必要な体制の整備を行う(県、市町、関係団体)
- (3) 各種研修において、健康危機管理の内容を盛り込み、保健師の資質向上を図る。(県)
- (4) 平時から体制整備のための連絡会、研修やシミュレーション訓練等を実施し、災害発生時における重層的な対応が可能となる体制を構築するとともに、地域住民への意識啓発や防災、減災教育を実施し、リスクコミュニケーションを図る。(県・市町・関係機関・関係団体)
- (5) 要援護者名簿や避難所運営方針を作成し、災害発生時の支援方策を関係機関と検討・共有する。(市町)
- (6) 市、地域包括支援センター、社会福祉協議会等、地域の関係機関が連携して、災害復興公営住宅におけるコミュニティづくり等を支援する。(県・市・関係機関・関係団体)
- (7) 聴覚障害などコミュニケーションに障害のある者への災害時の安定した情報提供体制と情報受信を確保するため、災害時にあらかじめ登録された携帯電話等へ情報発信する「聴覚障害者災害等緊急時情報発信システム」の普及を図る。(県・関係団体)
- (8) DHEATの編成に向け、公衆衛生医師、保健師等の災害時に保健医療活動を担う職員を専門的な研修に派遣し、県内外の支援ニーズに対応可能な体制整備を進める。(県)

第9章 保健・医療・福祉が連携した提供体制の構築

保健・医療・福祉のサービス、ケア、支援等は、それぞれ別の法制度に基づいて様々な関係機関、事業所等により実施されているが、サービス等を受ける県民にとっては分けては考えることのできない一連のサービス等であり、高齢化の進展に伴って相互の連携は一層重要度を増している。

病気や障害を持っていても、できるだけ住み慣れた地域で人間としての尊厳を持って、いきいきと暮らしていけるよう、保健・医療・福祉のサービス等の提供体制の充実及びその連携の強化を図る。

【現 状】

(1) 高齢者に関する連携状況

75歳以上の高齢者の増加を踏まえ、中重度の医療と介護双方のニーズを併せ持つ高齢者の増加を見据えた計画的な対応が必要である。その一方で、医療・介護の担い手の確保に影響する生産年齢人口は減少することが見込まれている。こうしたことから、今後は、限られた人材の中で、地域の医療・介護の専門職がその専門性を十分に発揮しつつ互いに連携し、利用者から見て一体的にサービス・支援を提供することが求められている。

また、県では、本計画に基づき在宅医療の提供体制を整備するとともに、兵庫県老人福祉計画（第8期介護保険事業支援計画）に基づき、在宅介護等の介護サービスの提供体制を構築する。あわせて、高齢者が住み慣れた地域でできるだけ自分らしい暮らしを継続できるよう、高齢者本人のニーズに応じ、①医療、②介護、③介護予防、④住まい、⑤生活支援サービスを切れ目なく提供する「地域包括ケアシステム」の構築に向けて積極的に市町を支援することとしている。

市町においては、地域の目指す方向性・目標（ビジョン）等を踏まえ、介護保険法に基づく地域支援事業を活用しながら、医療と介護の連携推進、地域ケア会議の開催、生活支援体制整備、一般介護予防に係る取組の実施等により、保健、医療、福祉の連携体制の強化や支え合いの地域づくりの構築を進めている。とりわけ高齢者に対する支援の充実に向けて、これらの取組の連携コーディネート機能を担う地域包括支援センターのさらなる機能強化が必要不可欠である。また、医療や介護の多職種が緊密に連携する体制を構築することが重要である。

(2) 高齢者・障害者（児）に対するリハビリテーションに関する連携状況

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・回復期・維持期を通じた適切なリハビリテーションが重要であり、県では、保健・医療・福祉の連携のもと、「兵庫県地域リハビリテーション連携指針（平成13年3月策定）」に基づき、地域リハビリテーションの推進に取り組んでいる。

(3) 精神科医療に関する連携状況

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、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、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いる。

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。

(4) 難病患者支援における連携状況

難病患者の場合、多くの患者が、主治医やケースワーカー等、医療機関関係者からの説明により、初めて医療費の公費負担制度を知ることから、兵庫県医師会に協力を依頼し、医師に対する研修会の開催や週報による周知を行っている。

また、神経難病患者を始めとする重症難病患者については、県健康福祉事務所が中心となり、医療のみならず、介護保険制度や障害者福祉制度などを活用し、福祉関係者とも連携を図りながら患者のQOLの向上に取り組むとともに、全県的に難病医療ネットワーク支援事業を推進している。

(5) 発達障害児(者)支援における連携状況

身近な地域において、発達障害をできるだけ早い時期に発見し、発達状況に応じた支援が適切に行われるよう、①乳幼児健診及び5歳児発達相談による早期発見、②県立こども発達支援センターによる診断・診療・療育の一体的提供、③こども家庭センター及び医療機関による発達評価、④市町保健センター、児童発達支援事業所、保育所等での療育支援など、保健、医療、福祉等の連携により、発達障害児(者)へのライフステージに応じた継続的な支援を推進している。

また、県下6か所に設置されている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において、市町や関係機関と連携を図りつつ、専門的支援を推進している。

平成29年度、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】

- (1) 高齢者は、急性期医療から慢性期医療、さらには介護施設又は在宅という経過をたどる場合が多いことから、入院医療から在宅医療や介護サービスへ円滑に移行し、その生活が継続できるよう、各場面（①入退院時、②日常の療養時（緊急時の対応を含む）、③看取り時）に応じた多職種の連携体制の構築を図ることが重要である。
- (2) 介護保険制度に基づく在宅医療・介護連携推進事業を活用した在宅医療・介護の連携体制の構築に資する取組や在宅療養推進のための住民への普及啓発の強化が必要である。

- (3) 医療、介護サービスやインフォーマルなサービスを有機的に連携させ、包括的・継続的なサービス提供が行えるよう、地域包括支援センターの機能を強化する必要がある。
- (4) 主に、軽度の高齢者を対象とした「介護予防のための地域ケア会議」や「地域づくりによる介護予防」などの市町の介護予防の取組に対する運動・栄養・口腔に関わる専門職の関与に加え、要支援・要介護状態にある高齢者の重度化を遅らせるため、保健・医療・福祉の連携によるリハビリテーション等の充実が必要である。
- (5) 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）を受けられ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の多職種連携によるチームケアの体制の構築を図る必要がある。
- (6) 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ことが難しい場合がある。
- (7) 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。
- (8) 精神障害者の地域移行、地域定着の促進に向けて、日常生活圏域単位で利用が可能な医療や障害福祉サービスの充実を図るとともに、地域生活を支えるための有効な手法を検討する必要がある。
- (9) 難病患者が制度を知らずに医療費の公費負担を受けられないことがないように、公費負担制度の周知をさらに図り、重症難病患者等の在宅療養を支援する必要がある。
- (10) 早期発見・早期支援体制に向けて、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、発達障害を診断・診療できる専門医療機関に限られていることによる初診待ちの長期化等が課題である。
- (11) 切れ目ない支援体制の強化に向けて、市町及びひょうご発達支援センター等が連携した早期から支えつなぐ相談・支援体制づくり、及び、乳幼児期から就学、就労へとライフステージを通じ一貫した支援等を行う必要がある。

【推進方策】

- (1) 圏域の健康福祉推進協議会や医療・介護の「協議の場」において、保健・医療・福祉の関係機関、関係団体及び行政の協議のもと、地域における保健・医療・福祉の一体的推進を図る。（県、市町、関係団体、医療機関、関係機関）
- (2) 市町による在宅医療・介護連携推進事業を活用した医療と介護の連携強化に資する取組、在宅療養推進に係る普及啓発、市町による介護予防事業の充実に資する取組等を推進する。（県、関係団体）

- (3) 高齢者が、本人の状態に応じ、医療や介護サービスを切れ目なく受けられるよう、第8期介護保険事業計画中也引き続き在宅医療と介護に関わる多職種の連携に向けて具体的な取組を進めるとともに、地域包括支援センターにおける総合相談業務、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務等の強化を通じて、地域での相互連携体制の構築に努める。また、個別ケースに係る地域ケア会議の開催などを通じて、介護支援専門員の資質向上及び医療関係職種との連携強化を図る。(市町、関係団体)
- (4) 地域包括支援センターがコーディネート機能を果たせるよう、その機能強化に向けた支援を実施する。(県)
 - ① 地域包括支援センターが実施する地域ケア会議や事例検討会への専門職の派遣
 - ② 市町や地域包括支援センター等への学識者等の派遣、及び広域的見地での地域包括支援センターの運営について助言の実施
- (5) 本計画に基づく在宅医療のニーズの変化等を踏まえ、兵庫県老人福祉計画(介護保険事業支援計画)に基づき施設及び在宅の介護サービスの計画的整備を推進する。(県、市町)
- (6) 「兵庫県地域リハビリテーション連携指針」に基づき、地域リハビリテーションを引き続き推進し、地域での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づくり等に取り組む。(県、関係団体)
- (7) 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設置し、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)。(県)
- (8) 圏域ごとに保健・医療・福祉関係者が、精神障害者の地域生活に関する課題を共有し、必要な対策を推進するための協議の場を設置する。(県、市町、医療機関、相談支援事業所等)
- (9) 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(多職種による訪問支援)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)
- (10) 兵庫県医師会と連携し、難病患者に対し医療費の公費負担制度の周知を図る。また、難病患者等保健指導事業を活用し、訪問看護師・訪問介護員・介護支援専門員ら、難病患者へのサービスを提供する関係者の資質向上を図る。(県、市町)
- (11) 難病医療ネットワーク支援事業により、人工呼吸器装着患者などの重症神経難病患者の在宅療養や入院先の確保を支援する。(県)

- (12) 早期発見・早期支援体制に向けて、県立こども発達支援センターにおける市町への出張発達相談、及び、かかりつけ医等の医療従事者に対する発達障害児者への診療技術等の研修等を実施する。加えて、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等とのネットワーク構築など、医療体制の検討を進める。(県、関係団体)
- (13) 切れ目ない支援体制の強化に向けて、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、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。(県、関係団体)

【第 6 部】
医師確保計画

第6部 医師確保計画

第1章 基本的な考え方等

1 医師確保計画策定の背景・目的

医師の数は、全体としては増加傾向にあり、国においては、将来的にマクロでの需給は均衡すると推計されている。

一方で、医師の偏在については、地域間、診療科間のそれぞれにおいて、長きにわたり課題として認識されながら、現在においても解消が図られていない。

このため、国においては、「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会」において、早急に対応する必要がある実効的な医師偏在対策について、法改正が必要な事項も含め検討が行われ、平成29年12月に第2次中間取りまとめが公表された。

第2次中間取りまとめを踏まえ、平成30年3月に医師偏在対策の枠組みを定める「医療法及び医師法の一部を改正する法律案」が第196回国会に提出され、同年7月に成立した。

改正医療法に基づき、国において、全国ベースで二次・三次医療圏ごとの医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価した指標（医師偏在指標）が算定され、都道府県においては、医師確保対策の実施体制の強化に向け、次に掲げる事項を盛り込んだ「医師確保計画」を令和元（2019）年度中に策定することとされた。

- ① 都道府県内における医師の確保方針
- ② 確保すべき目標医師数
- ③ 目標の達成に向けた施策内容

こうした状況等を踏まえ、本県としても、PDCAサイクルに基づく実効的な医師確保対策を推進するため、「兵庫県医師確保計画」を策定し、同計画に基づき医師確保対策を着実に実施することにより、医師の確保、地域偏在・診療科偏在の解消等を図ることとした。

なお、産科・小児科については、政策医療の観点、医師の長時間労働となる傾向、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、産科・小児科に関する医師偏在指標が国から示されたことも踏まえ、医師全体の医師確保計画とは別に、産科・小児科に特化した医師確保計画についても定める（第3章参照）こととする。

* 現在の医学部定員数が維持された場合、人口10万人対医師数が2025年頃にOECD加重平均（290）に達する見込であると推計されている。

また、医師需給については、労働時間を週60時間程度（月平均80時間の時間外・休日労働に相当）に制限する等の仮定を置いた場合において、2020年度医学部入学者が初期臨床研修を修了すると想定される2028年度頃に均衡すると推計されている。（医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会）

2 医師確保計画の位置付け

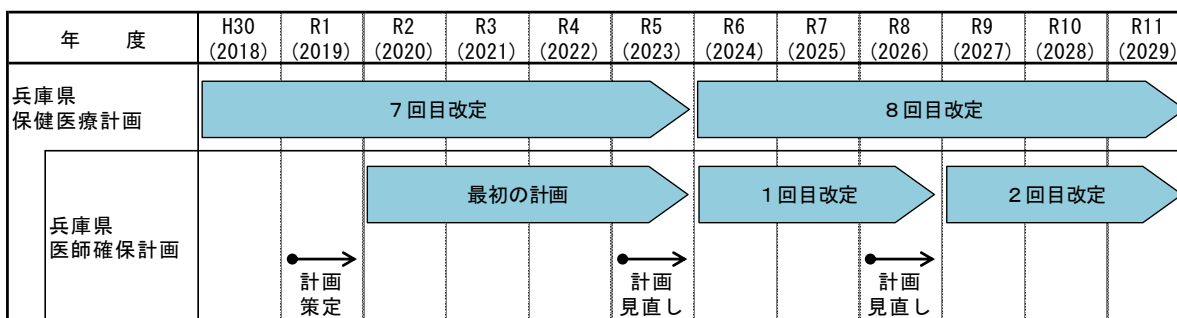
医師確保計画は、「兵庫県保健医療計画」（平成30年4月策定。以下「保健医療計画」と省略）の一部として策定するものである（医療法第30条の4第2項第11号）。

3 医師確保計画の計画期間

医師確保計画は、前記2のとおり、保健医療計画（計画期間：平成30(2018)年度～令和5(2023)年度）の一部として策定するものであることから、保健医療計画全体の見直し時期と合わせるため、計画期間については、令和2(2020)年4月からの最初の医師確保計画のみ4年間（令和6(2024)年3月まで）とし、それ以降は3年ごとに見直しを行うこととする。

【図表1：計画期間及び計画見直しのサイクル】

3年ごと（※）に計画を見直し（PDCAサイクルの実施）
（※）令和2(2020)年度からの最初の医師確保計画のみ4年



第2章 医師確保計画（医師全体）

1 現状及び課題

(1) 現状

ア 県・二次医療圏の現状

本県の人口は5,570,618人（平成31年1月1日現在）で、高齢化率は27.9%である。この人口を100とした場合の将来人口（指数）は、令和7（2025）年に約95、令和22（2040）年に約85になると推計されている。

平成30年10月1日現在、本県には病院が353施設、一般診療所が5,071施設あり、ともに約6割が神戸・阪神圏域に所在している。

【図表2-1：本県の基礎データ】

区分	人口 (人) ※1	65歳以上 人口 (人) ※2	高齢化率 (%) ※3	平成31年1月1日の 人口を100とした場合 の将来人口（指数） ※4		面積 (km ²) ※5	医療施設 従事医師 数 (人) ※6	病院数 ※7	一般 診療所数 ※7
				2025年	2040年				
				全 国	127,443,563				
兵庫県	5,570,618	1,553,584	27.9	95.3	85.1	8,400.94	13,829	353	5,071
神戸	1,538,025	426,823	27.8	97.4	88.1	557.01	4,768	110	1,582
阪神	1,783,952	468,791	26.3	95.7	87.4	650.04	4,401	90	1,757
阪神南	1,044,395	269,534	25.8	96.8	89.4	169.15	3,004	53	1,146
阪神北	739,557	199,257	26.9	94.2	84.6	480.89	1,397	37	611
東播磨	725,768	194,689	26.8	96.0	87.6	266.33	1,500	39	544
北播磨	273,048	84,500	30.9	91.0	75.4	895.61	629	22	208
播磨姫路	838,824	237,447	28.3	94.4	83.2	2,432.14	1,697	62	619
中播磨	580,119	154,881	26.7	96.5	88.2	865.17	1,273	38	443
西播磨	258,705	82,566	31.9	89.7	71.9	1,566.97	424	24	176
但馬	168,881	58,081	34.4	88.7	70.5	2,133.30	342	11	144
丹波	106,495	35,511	33.3	89.9	74.0	870.80	203	8	82
淡路	135,625	47,742	35.2	86.9	67.8	595.71	289	11	135

※1～3 総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」（平成31年1月1日現在）

※4 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」（平成30年推計）

※5 国土地理院「全国都道府県市区町村別面積調」（令和元年7月1日現在）

※6 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（平成30年12月31日現在）

※7 厚生労働省「平成30年医療施設調査」

イ 医師数の現状

平成30年末現在の本県の医師数（医療施設従事）は13,829人で、平成16年以降、着実に増加している。

しかしながら、人口10万人当たりの医師数をみると、県平均では全国平均を上回っているものの、二次医療圏別にみると、神戸圏域と丹波圏域では約1.6倍の開き（改定前の保健医療計画における二次医療圏別にみると、神戸圏域と西播磨圏域で約2倍の開き）があるなど、地域偏在が見受けられる。

また、医師の平均年齢は、平成30年末では男性が52.0歳、女性が44.0歳となっており、年々上昇傾向にあり、医師の高齢化が進んでいる。女性医師の人数、割合は年々増加傾向にある。

【図表2-2：医療施設従事医師数の推移】

（単位：人）

		平成20年	平成22年	平成24年	平成26年	平成28年	平成30年
全 国	医師数	271,897	280,431	288,850	296,845	304,759	311,963
	人口10万人 当たり	212.9	219.0	226.5	233.6	240.1	246.7
兵庫 県	医師数	11,688	12,027	12,623	12,862	13,382	13,829
	人口10万人 当たり	208.8	215.2	226.6	232.1	242.4	252.2

〔出典〕厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

※ 平成28年までは「医師・歯科医師・薬剤師調査」（以下、図表2-3～2-6、2-8及び2-9において同じ）

【図表2-3：人口10万人対医師数（二次医療圏別）】

（単位：人）

区 分	医療施設従事 医師数 (※1)	人 口 (※2)	人口10万人 当たり医師数
	①	②	①/② ×100,000
全 国	311,963	126,443,180	246.7
兵 庫 県	13,829	5,483,450	252.2
神 戸	4,768	1,527,407	312.2
阪 神	4,401	1,753,169	251.0
阪神南	(3,004)	(1,033,949)	(290.5)
阪神北	(1,397)	(719,220)	(194.2)
東播磨	1,500	714,726	209.9
北播磨	629	267,560	235.1
播磨姫路	1,697	825,086	205.7
中播磨	(1,273)	(573,389)	(222.0)
西播磨	(424)	(251,697)	(168.5)
但馬	342	162,791	210.1
丹波	203	102,875	197.3
淡路	289	129,836	222.6

(※1) 「平成30(2018)年医師・歯科医師・薬剤師統計」

(※2) 総務省統計局「人口推計（平成30年10月1日現在）」及び兵庫県企画県民部統計課「推計人口（平成30年10月1日現在）」

【図表2-4：本県の医師（医療施設従事）の平均年齢の推移】

（単位：歳）

	平成20年	平成22年	平成24年	平成26年	平成28年	平成30年
総数	49.3	49.5	49.5	49.9	49.9	50.3
男性	50.6	50.9	51.1	51.4	51.6	52.0
女性	42.7	43.0	43.0	43.4	43.5	44.0

〔出典〕厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

【図表2-5：本県の医療施設従事医師数（男女別）の推移】（単位：人）

	平成20年	平成22年	平成24年	平成26年	平成28年	平成30年
総数	11,688 (100.0%)	12,027 (100.0%)	12,623 (100.0%)	12,862 (100.0%)	13,382 (100.0%)	13,829 (100.0%)
男性	9,673 (82.8%)	9,837 (81.8%)	10,230 (81.0%)	10,339 (80.4%)	10,611 (79.3%)	10,876 (78.6%)
女性	2,015 (17.2%)	2,190 (18.2%)	2,393 (19.0%)	2,523 (19.6%)	2,771 (20.7%)	2,953 (21.4%)

〔出典〕厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

※ 下段括弧書は構成割合

【図表2-6：本県の医師（医療施設従事）の男女別年齢構成（平成30年12月31日現在）】

	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代	80歳以上	計
総数	1,292 (9.3%)	2,707 (19.6%)	2,979 (21.5%)	2,971 (21.5%)	2,492 (18.0%)	1,009 (7.3%)	379 (2.7%)	13,829 (100.0%)
男性	844 (6.1%)	1,852 (13.4%)	2,203 (15.9%)	2,495 (18.0%)	2,219 (16.0%)	919 (6.6%)	344 (2.5%)	10,876 (78.6%)
女性	448 (3.2%)	855 (6.2%)	776 (5.6%)	476 (3.4%)	273 (2.0%)	90 (0.7%)	35 (0.3%)	2,953 (21.4%)

〔出典〕厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

※ 下段括弧書は構成割合

ウ 本県の取組

(ア) 平成26年4月に「兵庫県地域医療支援センター」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、県内に定着する医師の確保、医師の地域偏在の解消に取り組んでいる。

(イ) 地域医療支援センターでは、へき地の公立病院等に勤務する医師を確保するため、へき地等勤務医師の養成・派遣を行っている。令和元(2019)年度は87人のへき地等勤務医師の派遣を行っているが、ピークとなる令和9(2027)年度に190名を超えるなど、へき地等勤務医師が大幅に増加する見込である。

(ウ) 平成27年4月に「兵庫県医療勤務環境改善支援センター」を設置し、医療機関が行う勤務環境改善の取組を支援している。

(2) 課題

ア 医師の偏在

(ア) 医師の地域偏在

これまで、地域ごとの医師数の比較には人口10万人対医師数が一般的に用いられてきたが、これは、地域ごとの医療ニーズや人口構成等を反映しておらず、医師数の多寡を統一的・客観的に把握するための「ものさし」としての役割を十分に果たしていないとの課題が指摘されていた。

このため、国において、全国ベースで医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価する指標として、次の5要素を考慮した「医師偏在指標」が設定された。

- | | |
|--------------------------|-------------|
| ①医療需要（ニーズ）及び人口・人口構成とその変化 | ②患者の流出入等 |
| ③へき地等の地理的条件 | ④医師の性別・年齢分布 |
| ⑤医師偏在の種別（区域、診療科、入院・外来の別） | |

医師偏在指標の算出式は、次のとおりである（378ページ参照）。

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数}}{\frac{\text{地域の人口}}{10万}} \times \text{地域の標準化受療率比}$$

医師偏在指標の数値をみると、県平均では全国平均を上回っているものの、二次医療圏別にみると、最大の神戸と最小の北播磨とで約1.68倍の開きがあり、人口10万人対医師数と同様に、地域偏在が見受けられる。

【図表2-7：医師偏在指標（本県及び県内二次医療圏）】

都道府県名	医師偏在指標	順位 (降順)	二次医療圏名	医師偏在指標	順位 (降順)	多数区域・少数区域の別
全国	239.8	—	神戸	304.0	29	医師多数区域
兵庫県	244.4	17	阪神	258.1	57	医師多数区域
			東播磨	207.1	94	医師多数区域
			北播磨	181.2	156	—
			播磨姫路	190.5	129	—
			但馬	193.1	122	—
			丹波	185.6	144	—
			淡路	191.6	125	—

※都道府県：1～16位（244.8以上）が医師多数都道府県、32～47位（215.3以下）が医師少数都道府県
二次医療圏：1～112位（198.9以上）が医師多数区域、224～335位（161.6以下）が医師少数区域

なお、「医師確保計画策定ガイドライン」（平成31年3月29日付け厚生労働省医政局地域医療計画課長・医事課長通知。以下「ガイドライン」と省略）によると、医師偏在指標の下位33.3%が「医師少数都道府県」及び「医師少数区域」、上位33.3%が「医師多数都道府県」及び「医師多数区域」とされている。

これに基づけば、本県は「医師少数でも多数でもない都道府県」に該当する。また、県内の二次医療圏では、「医師少数区域」はなく、神戸、阪神及び東播磨の3圏域が「医師多数区域」に該当する。

ただし、医師偏在指標は、医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまでも相対的な偏在の状況を表すものに過ぎないことに留意が必要である。

(イ) 医師の診療科偏在

産科、小児科等においては、特に勤務医不足が顕著であり、医療の継続が困難になっている。

また、本県の診療科別医師数の推移をみると、多くの診療科で医師数は増加傾向にある一方で、産婦人科及び外科においては、減少傾向から増加傾向に転じてはいるものの、ほぼ横ばいで推移しており、増加傾向にある他の診療科との格差が顕著となっている。

なお、日本医師会が平成27年5月に全国の病院を対象に行った調査では、診療科別でリハビリテーション科、救急科、産科、婦人科、病理診断科等で医師が不足していると報告されている。

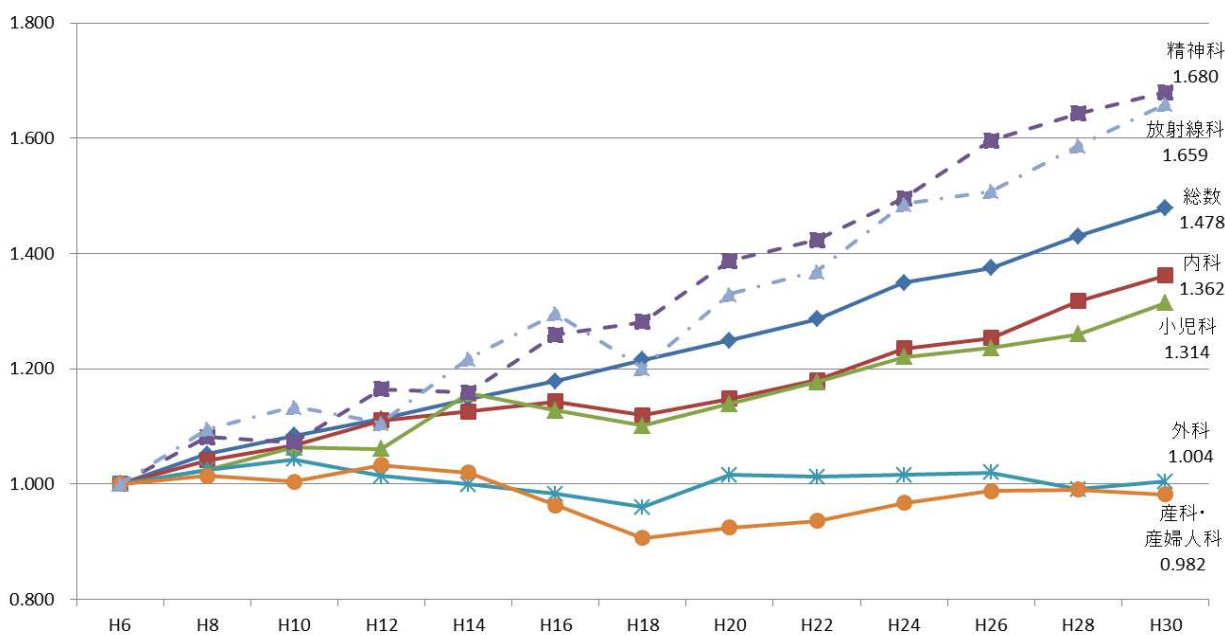
【図表2-8：本県の診療科別医師数】

（単位：人）

	平成6年 ①	平成30年 ②	指数 (H6=1.0) ②/①		平成6年 ①	平成30年 ②	指数 (H6=1.0) ②/①
総数	9,355	13,829	1.478	脳神経外科	204	324	1.588
内科	3,724	5,071	1.362	産科・産婦人科	488	479	0.982
小児科	592	778	1.314	眼科	490	668	1.363
精神科	359	603	1.680	皮膚科	262	396	1.511
外科	1,315	1,320	1.004	泌尿器科	202	344	1.703
整形外科	685	1,060	1.547	放射線科	179	297	1.659
形成外科	25	147	5.880	麻酔科	136	442	3.250

〔出典〕厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

【図表2-9：本県の診療科別医師数の推移（平成6年を1.0とした場合の指数）】



〔出典〕厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

イ 在宅医療を担う医師の必要性

高齢化の進展に伴い、訪問診療の需要*が増加していることから、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体制の整備を図るため、在宅医療を担う医師の育成・確保が必要である。

*

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、2025年は2017年度に比べ約1.4倍に増加（2017年：36,812人→2025年：51,571人）する見込（地域医療構想に基づく推計値（平成29年11月時点））

ウ 総合診療医の必要性

高齢化の進展に伴い、複数の疾病を合併している患者が増加するなど、医療の多様化が見込まれる中、地域医療の担い手として、急性期から終末期まで、多くの疾患や健康問題に対応できる総合診療医の必要性が高まっている。

しかしながら、新専門医制度における専攻医の登録状況をみると、総合診療科については、募集定員に対し、登録数・充足率ともに極めて低い状況にあり、今後、総合診療医の育成を積極的に推進していく必要がある。

【参考】『社会保障制度改革国民会議報告書』（平成25年8月6日）

（6）医療の在り方

医療の在り方そのものも変化を求められている。

高齢化等に伴い、特定の臓器や疾患を超えた多様な問題を抱える患者が増加する中、これらの患者にとっては、複数の従来の領域別専門医による診療よりも総合的な診療能力を有する医師（総合診療医）による診療の方が適切な場合が多い。これらの医師が幅広い領域の疾病と傷害等について、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を提供することで、地域によって異なる医療ニーズに的確に対応できると考えられ、さらに、他の領域別専門医や他職種と連携することで、全体として多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供することができる。

このように「総合診療医」は地域医療の核となり得る存在であり、その専門性を評価する取組（「総合診療専門医」）を支援するとともに、その養成と国民への周知を図ることが重要である。

エ 地域医療を担う若手医師の必要性

医師の高齢化（325～326ページ参照）が進む中、現状の体制維持が困難となる前に、若手医師の育成が必要であり、そのための教育体制の充実・継続が必要である。

オ 新専門医制度への適切な対応の必要性

専門医認定に統一した基準を設ける新専門医制度（平成30年4月開始）については、医師の地域偏在（都市部への集中）の助長等、地域医療への影響が生じないようにする必要がある。

そのため、本県としては、専門研修プログラムの内容や研修実態を把握するとともに、専門研修プログラムの定員に係るシーリングの設定等、実効性のあつ適切な対策を講じるよう、国及び日本専門医機構に対し働きかけを行う必要がある。

カ 感染症対策を担う医師の必要性

適切な感染症医療を提供できる体制整備を推進するため、当該分野の医療を担う医師の育成・確保が必要である。

平成30(2018)年度：募集定員31名に対し、登録数6名（うち県養成医師4名）

* 令和元(2019)年度：募集定員33名に対し、登録数3名（うち県養成医師2名）

2 医師確保の方針

今後、高齢者人口の増加による（在宅医療を含む）医療需要の増や、提供が求められる医療の多様化が見込まれること等を踏まえると、本県においては、引き続き医師確保対策を充実させていくことが必要である。

そのため、県内において、相対的に医師が不足している北播磨、播磨姫路、但馬、丹波及び淡路の各二次医療圏を「医師確保対策重点推進圏域」として位置付け、医師確保・偏在是正等に向けた取組を重点的に推進することとする。

これらの圏域については、医師偏在指標上も、全国平均及び県平均を大幅に下回っており、かつ、「医師多数区域」に該当しない圏域である。また、県養成医師の派遣等、これまで本県が進めてきた医師確保対策の対象地域にも符合する。

3 目標医師数

医師確保の取組を進めるに当たっては、各二次医療圏において、入院から在宅医療まで地域の医療需要に圏域内で完結して対応できる医療提供体制を構築することを目標とする。

そのため、「医師確保対策重点推進圏域」が、医師偏在指標上の医師多数区域となるために必要な医師数の確保を目標として、市町、大学、医療機関及び関係団体と連携した取組を推進する。

具体的には、目標医師数は、次表のとおり算出され、「医師確保対策重点推進圏域」に該当する5圏域合計（164人）を、本県が計画期間中に確保を目指す目標医師数として設定する。

なお、次期計画の策定に向けた検証に当たっては、今回の計画期間中に確保した医師数は、「医師・歯科医師・薬剤師統計」（厚生労働省）の「医師確保対策重点推進圏域」における医療施設従事医師数の増加数（平成30年12月31日現在→令和4（2022）年12月31日現在）とする。

【図表2-10：目標医師数の算出】

	標準化 医師数 (人)	人口(※) (人)	医師偏在 指標	医師偏在指標 (医師多数区域の 水準(198.9) との差)	目標医師数 (人)
	①	②	③ (①/②) ×100,000	④	⑤ (④×②) /100,000
全 国	306,270	127,707,259	239.8	—	—
兵 庫 県	13,420	5,490,118	244.4	—	—
うち医師確保対策 重点推進圏域 合計	3,030	1,605,691	(188.7)	10.2	164

(※) 平成30年1月1日現在の住民基本台帳人口（ただし、標準化受療率比による調整後）

4 確保方策

以下に記載する各種施策について、県、市町、大学、医療機関及び関係団体が一体となった取組を着実に推進することにより、地域の医療需要に圏域内で完結して対応できる医療提供体制を構築するために必要な医師を確保していく。

(1) 医師確保等の推進体制の整備《県、市町、医療機関、関係団体》

ア 県医務課に設置している「兵庫県地域医療支援センター」において、神戸大学医学部附属地域医療活性化センターと連携し、医師確保等に向けた取組を推進する。

イ 県内医療機関、大学、関係団体、市町等を構成員とする地域医療対策協議会（兵庫県医療審議会地域医療対策部会）において、医師確保対策等について検討・審を行う。

ウ 平成28年10月に策定された地域医療構想の実現に向け、市町、郡市区医師会、病院関係者等により構成される地域医療構想調整会議を活用し、各圏域の特性に応じた医療提供体制の検討及び圏域内調整を引き続き実施していく。

(2) へき地等勤務医師の養成《県、市町、大学、医療機関》

ア 卒後一定期間、県又は市町が指定する医療機関で勤務することを条件に修学資金を貸与し、へき地等で勤務する医師を養成する。

イ 兵庫県地域医療支援センターにおいて、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、県養成医学生及び県養成医師に対し、卒前から卒後に至るまでの一貫した体系的な教育・研修を実施し、地域医療を担う医療人材を育成する。

ウ 地域医療を担う総合診療医の育成を推進するため、医療機関に対し、病院間連携による総合診療専門医養成プログラムの作成を促すほか、専攻医を対象とした専門医取得への支援等を行う。

【へき地等勤務医師（県養成医師）の養成について】

1 県では、卒後一定期間、県が指定する医療機関で勤務することを条件に修学資金を貸与し、へき地等で勤務する医師を養成している。

(1) 自治医科大学

離島や山村等のへき地の住民の医療の確保、健康の増進、福祉の充実に取り組む医師の養成を行う自治医科大学（昭和47年に都道府県が共同して設立、各都道府県が運営費を負担）において、都道府県ごとに2～3名の医学生を養成している。

(2) 兵庫医科大学

兵庫医科大学において、卒後へき地等に勤務する医師となる医学生を現在、5名の定員を設けて養成している（昭和47年度～）。

(3) 神戸大学、鳥取大学及び岡山大学

国の緊急医師確保対策や新成長戦略等に基づき、令和3（2021）年度まで、都道府県から修学資金の貸与を受け、卒業後にへき地等で一定期間勤務することが義務付けられている「地域枠」の設置を要件とした大学医学部の恒久定員外の定員増（臨時定員）が認められている。本県においては、この定員増を活用して、神戸大学・鳥取大学・岡山大学医学部に卒後へき地等で勤務する医学生を、現在、14名の定員を設けて養成している。

〔各大学の定員〕

大 学 名	定 員		【参考】「地域枠」（臨時定員増）入学定員の推移 （平成21年度以降）				
		うち臨時定員	H21	H22	H23	H24	H25～R3
自治医科大学	2～3名	—	—	—	—	—	—
兵庫医科大学	5名	(2名)	2名	2名	2名	2名	2名
神戸大学	10名	(10名)	—	3名	5名	8名	10名
鳥取大学	2名	(2名)	—	2名	2名	2名	2名
岡山大学	2名	(2名)	—	2名	2名	2名	2名
計	21～22名	(16名)	2名	9名	11名	14名	16名

2 県養成医師の数は、今後、順調に増加し、ピークとなる令和9（2027）年度において、190名を超える見込である。

しかしながら、国においては、医学部における臨時定員による地域枠の設置の在り方について、「令和4（2020）年度以降の医師養成数に関する議論を踏まえて検討し、令和2年中に結論を得る」こととされているものの、原則、臨時定員を廃止する方向で検討が進められている。

本県としては、地域に必要な医師が十分に確保されるまで医学部臨時定員増の延長が必要であるとの認識の下、延長を国に対し働きかけるなど、今後とも県内大学医学部等への地域枠定員の確保に努めていく。

《県養成医師数の推移（見込）》

（単位：人）

H30(2018) 年度	R1(2019) 年度	R2(2020) 年度	R3(2021) 年度	R4(2022) 年度	R5(2023) 年度	R6(2024) 年度	R7(2025) 年度	R8(2026) 年度	R9(2027) 年度
72	87	108	121	136	154	170	181	190	192

(3) 医師のキャリア形成支援《県、大学、医療機関》

ア 「県養成医師キャリア形成プログラム」に基づき、医師のキャリア形成を積極的に支援する。

(ア) へき地等に勤務する若手医師等の定着促進を図るため、最新の知識や技術を習得する機会の提供等のキャリア形成支援を行う。

(イ) 県養成医学生及び県養成医師に対するキャリア形成や技術面・心理面のきめ細やかな支援相談を実施するとともに、へき地等に勤務する若手医師等への専医・学位取得や研究活動への支援を行う。

(ウ) 県養成医師について、義務年限終了後においても、県病院局によるキャリア形成支援を受けながら、県立病院や県内公立病院で勤務できるようにするなど、県内定着の促進に努める。

イ 医師不足が特に深刻な診療科（産科、小児科等）について、専攻医を対象とした専門医取得への支援等、医師の育成を推進する。

〔県養成医師キャリア形成プログラムについて〕

1 概要

県養成医師は県職員として採用後、「県養成医師キャリア形成プログラム」に沿って、9年間の義務年限内に、下表の区分に従って勤務

区分	臨床研修	前期へき地派遣	後期研修	後期へき地派遣
期間	2年	3年	2年	2年
派遣・研修先	<ul style="list-style-type: none"> ・ 県内へき地医療拠点病院 ・ 神戸大学医学部附属病院 ・ 兵庫医科大学病院 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 県内へき地の市町立医療機関 ・ 県内へき地医療拠点病院 ・ 県健康福祉事務所 ・ 知事が特に必要と認める保健医療施設 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 県内へき地医療拠点病院 ・ 県内公的医療機関（県・市町、日赤、済生会） ・ 県内国立病院機構病院 ・ 県内地方独立行政法人病院 ・ 神戸・鳥取・岡山大医学部附属病院、兵庫医科大学病院 ・ 自治医科大学附属病院 ・ 知事が特に必要と認める国内外の保健医療機関（1年） 	前期派遣と同じ

2 派遣・研修の基本的な考え方

- ① 派遣先・研修先は、②～④に従って県が決定
- ② 派遣は、勤務地の地域性、医療機関の規模・指導体制等を考慮
- ③ 派遣先の受入希望を聞きながら、本人の生活環境（出産・育児・病気等）や専門医取得の希望を尊重し、勤務年数等の経験を配慮
- ④ 研修は、研修先の受入希望を聞きながら、本人の希望を尊重

3 コース

原則、臨床研修2年目にコースを選択。選択した診療科に派遣され、へき地等の医療機関に勤務しながら後期研修1年目（整形は後期研修2年目）までに専門医申請資格の取得が可能。

- ① 内科・総合診療育成コース
- ② 特定診療科育成コース
診療科偏在解消を図るため、令和元年度から創設
《対象診療科》小児科、産婦人科、外科、救急科、整形外科
(今後、必要に応じ追加)
- ③ 精神保健指定医育成コース

(4) 医師の養成過程を通じた確保対策《県、大学、医療機関》

ア 医師法の一部改正（平成30年7月公布）により、令和2（2020）年度から臨床研修病院に関する業務（病院指定、定員設定等）の権限が国から都道府県に移譲されることに伴い、地域医療対策協議会（兵庫県医療審議会地域医療対策部会）の意見を踏まえ、医師確保対策重点推進圏域に配慮した定員設定等を検討する。

イ 平成30年4月から開始した新専門医制度における専門研修プログラムについて、医師の地域偏在を助長する等、地域医療に重大な影響を与えることのないよう、地域医療対策協議会（兵庫県医療審議会地域医療対策部会）の意見を踏まえ、国及び日本専門医機構に対し、実効性ある対策を求めるとともに、各基幹施設の専門研修プログラムの充実（地域医療機関への研修期間の確保等）に関し支援を行う。

(5) 地域医療機関への支援《県、市町、大学、医療機関、関係団体》

ア 地域枠により養成したへき地等勤務医師（県養成医師）について、県が指定する医療機関（へき地医療拠点病院、特定中核病院、公立・公的病院等）に適切に派遣する。

なお、「兵庫県保健医療計画（圏域版）」（平成31年3月策定）において、準圏域の設定や特定中核病院の指定を行ったことを踏まえ、県養成医師の派遣調整に当たっては、これらの地域等に配慮することとする。

【準圏域の設定：赤穂準圏域（赤穂市、相生市、上郡町）】

《設定の基準》

- ① 中核病院等を中心に、在宅医療から救急医療まで対応
- ② 住民の行動範囲や医療受療範囲など一定のまとまり
- ③ ①・②を踏まえ、医療資源の地域偏在が進まないよう配慮が特に必要な一定のまとまりのある医療圏を構成している区域

【特定中核病院の指定：公立神崎総合病院、公立宍粟総合病院】

二次医療圏内の拠点病院との近接性に乏しく、2次救急など一定の医療機能の充実が必要な中核病院を「特定中核病院」として指定

イ 神戸大学など医育機関との連携により、大学医学部に地域医療に関する特別講座を設置し、拠点となる医療機関においてへき地医療等に関する研究を行いながら、診療現場に参画することで、地域医療体制の確保を図る。

連 携 大 学	研究拠点（令和元年度）	
	圏 域 名	医 療 機 関 名
神戸大学医学部	但 馬	公立豊岡病院
		公立八鹿病院
	丹 波	県立丹波医療センター
兵庫医科大学	丹 波	兵庫医科大学ささやま医療センター
大阪医科薬科大学	播磨姫路	公立神崎総合病院
		公立宍粟総合病院
		赤穂市民病院

ウ 地域医療対策協議会（兵庫県医療審議会地域医療対策部会）の派遣調整に基づき、医師不足が深刻な医療機関への医師派遣を行う医療機関に対し、派遣に要する経費の一部を助成する。

エ ヘき地等での勤務を志す医師を県職員として採用し、へき地等の医療機関に派遣する（地域医療支援医師県採用制度）。

オ 兵庫県医師会において実施している、医師の求人・求職のマッチングを行うドクターバンク事業について、積極的な広報、利便性の向上等を通じた機能強化により利用者の掘り起こしを図り、医師不足医療機関の医師確保につなげる。

カ 在宅医療提供体制の確保を図るため、各種研修の実施等を通じ、在宅医療人材の育成・確保に取り組む。

キ 大学等と連携し、県内の都市部（神戸・阪神等）から医師確保対策重点推進圏域に所在する医療機関への医師派遣、及び地域医療構想に基づく役割分担・連携強化を図るために必要な、圏域内における基幹病院等からの医師派遣等の取組を推進する。

ク 医師確保対策重点推進圏域に新たに勤務し、かつ当該圏域に定着する医師の確保を図るための医療機関への支援を検討する。

(6) 医療人材の資質向上《県、大学、関係団体》

ア 地域医療機関に従事する医師・メディカルスタッフを対象とした各種研修等を実施し、医療人材の資質向上に取り組む。

イ 産科、外科、救急科等の医師の資質向上にも資するよう、研修メニューや内容の充実を図る（救急、新生児甦生、産科急変・蘇生法、外科手術手技向上等）。

ウ 結婚、出産、介護等で離・退職した女性医師等を対象に、相談窓口の設置や大学病院等での臨床研修や学術研究等に係る復職支援プログラムを実施することにより、女性医師等の再就業を支援する。

(7) 医師の働き方改革を踏まえた勤務環境改善支援《県、市町、医療機関》

ア 県医務課に設置している「兵庫県医療勤務環境改善支援センター」において、医療機関が行う勤務環境改善の自主的な取組を支援する。

イ 病院職員全体の子育てを支援し、子どもを持つ医療従事者の離職防止及び再就業を支援することを目的に、病院内保育所、病児・病後児保育施設等の整備を促進する。

ウ クラーク（医師事務作業補助者）の配置や、育児短時間勤務・育児部分休業制度の導入等の柔軟な勤務体制の整備、タスク・シフティング、タスク・シェアリングの推進など、医療機関における労働時間短縮等に資する取組を支援する。

エ #7119（救急安心センター事業）について、市町への働きかけを強化し、全県展開を目指す。

オ 看護を必要とする在宅・外来や病棟などあらゆる場において、医師による個別の指示を待たずに一定の診療補助行為（特定行為）を行うことができる看護師等の養成を推進し、医師の勤務負担軽減等を図る。

【参考：確保方策と目標医師数との対応関係について】

区 分	計画期間中に確保を目指す 医師数（増加医師数）	
へき地等勤務医師（県養成医師）の養成・派遣	65～70人程度	（各年度15～20人程度）
へき地等勤務医師（県養成医師）の義務年限終了後の県内へき地等への定着促進	7～10人程度	（各年度2人程度）
専門医取得への支援	20人程度	（各年度5人程度）
医師確保対策重点推進圏域への医師派遣等	7～10人程度	（各年度2人程度）
その他の施策等	60人程度	（各年度15人程度）
計	160～170人程度	（各年度40～45人程度）

第3章 医師確保計画（産科・小児科）

1 現状及び課題

(1) 現状

産科・産婦人科の医師数は、減少傾向から増加傾向に転じてはいる（平成30年は平成28年から微減）ものの、ほぼ横ばいで推移している。また、小児科の医師数は、他の診療科に比べ緩やかではあるものの、増加傾向にある。

医師の平均年齢（全国）は、産科が男性49.5歳、女性38.3歳、産婦人科が男性55.4歳、女性42.0歳、小児科が男性52.1歳、女性47.5歳（それぞれ平成30年末）となっており、年々上昇傾向にあり、医師の高齢化が進んでいる。また、女性医師が人数・割合ともに年々増加傾向にある。

【図表3-1：医療施設従事医師数（産科・産婦人科及び小児科）の推移】

（単位：人）

		平成6年	平成20年	平成22年	平成24年	平成26年	平成28年	平成30年
産科・産婦人科	全国	11,391	10,389	10,652	10,868	11,085	11,349	11,332
	兵庫県	488	451	457	472	482	483	479
小児科	全国	13,346	15,236	15,870	16,340	16,758	16,937	17,321
	兵庫県	592	674	697	722	732	746	778

〔出典〕厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（※）」

（※）平成28年までは「医師・歯科医師・薬剤師調査」（以下、図表3-3及び3-4において同じ）

【図表3-2-1：医療施設従事医師数（産科・産婦人科：周産期医療圏別）】

（単位：人）

区 分	医療施設従事医師数（※1）	15～49歳女性人口（※2）	15～49歳女性人口10万人当たり医師数
	①	②	①/② ×100,000
全 国	11,332	25,835,765	43.9
兵 庫 県	479	1,141,090	42.0
神戸・三田	157	345,659	45.4
阪 神	155	357,671	43.3
播 磨 東	71	200,801	35.4
播 磨 姫 路	65	166,916	38.9
但 馬	12	28,245	42.5
丹 波	8	18,719	42.7
淡 路	11	23,079	47.7

（※1）「平成30(2018)年医師・歯科医師・薬剤師統計」における産科及び産婦人科の医療施設従事医師数

（※2）総務省「平成31年1月1日現在住民基本台帳年齢階級別人口（市区町村別）」

* 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」の統計表においては、平均年齢及び男女別年齢構成について、都道府県別と診療科別とをクロス分析したデータが公表されていない。

【図表3-2-2：医療施設従事医師数（小児科：小児医療圏別）】

（単位：人）

区 分	医療施設 従事医師数 (※1)	年少人口 (※2)	年少人口 10万人当たり 医師数
	①	②	①/② ×100,000
全 国	17,321	15,758,424	109.9
兵 庫 県	778	705,562	110.3
神戸・三田	288	202,849	142.0
阪 神	242	217,011	111.5
東 播 磨	84	96,585	87.0
北 播 磨	29	32,878	88.2
播磨姫路	88	108,657	81.0
但 馬	18	19,731	91.2
丹 波	15	12,660	118.5
淡 路	14	15,191	92.2

（※1）「平成30(2018)年医師・歯科医師・薬剤師統計」

（※2）総務省「平成31年1月1日現在住民基本台帳年齢階級別人口（市区町村別）」における0～14歳人口

【図表3-3：全国の医療施設従事医師（産科・産婦人科及び小児科）の平均年齢の推移】

（単位：歳）

		平成20年	平成22年	平成24年	平成26年	平成28年	平成30年
産科	総 数	45.3	45.1	45.0	45.5	45.9	45.6
	男 性	48.5	48.6	49.6	50.0	49.8	49.5
	女 性	36.8	36.5	36.5	37.0	38.6	38.3
産婦人科	総 数	50.7	50.7	50.2	50.3	50.3	50.4
	男 性	54.2	54.6	54.6	55.0	55.2	55.4
	女 性	40.9	40.9	40.6	40.9	41.6	42.0
小児科	総 数	49.2	49.3	49.5	49.8	50.3	50.5
	男 性	50.6	50.8	51.1	51.5	51.9	52.1
	女 性	46.3	46.2	46.2	46.7	47.3	47.5

〔出典〕厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

【図表3-4: 全国の医療施設従事医師数（産科・産婦人科及び小児科、男女別）の推移】

（単位：人）

		平成20年	平成22年	平成24年	平成26年	平成28年	平成30年
産科・産婦人科	総数	10,389 (100.0%)	10,652 (100.0%)	10,868 (100.0%)	11,085 (100.0%)	11,349 (100.0%)	11,332 (100.0%)
	男性	7,688 (74.0%)	7,630 (71.6%)	7,490 (68.9%)	7,382 (66.6%)	7,291 (64.2%)	7,074 (62.4%)
	女性	2,701 (26.0%)	3,022 (28.4%)	3,378 (31.1%)	3,703 (33.4%)	4,058 (35.8%)	4,258 (37.6%)
小児科	総数	15,236 (146.7%)	15,870 (149.0%)	16,340 (150.3%)	16,758 (151.2%)	16,937 (149.2%)	17,321 (152.9%)
	男性	10,390 (100.0%)	10,625 (99.7%)	10,832 (99.7%)	11,027 (99.5%)	11,126 (98.0%)	11,238 (99.2%)
	女性	4,846 (46.6%)	5,245 (49.2%)	5,508 (50.7%)	5,731 (51.7%)	5,811 (51.2%)	6,083 (53.7%)

【出典】厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

※ 下段括弧書は構成割合

【図表3-5: 全国の医療施設従事医師（産科・産婦人科及び小児科）の男女別年齢構成】

（平成30年12月31日現在）

（単位：人）

		20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代	80歳以上	計
産科・産婦人科	総数	652 (5.8%)	2,894 (25.5%)	2,486 (21.9%)	2,250 (19.9%)	1,831 (16.2%)	837 (7.4%)	382 (3.4%)	11,332 (100.0%)
	男性	228 (2.0%)	1,121 (9.9%)	1,240 (10.9%)	1,739 (15.3%)	1,644 (14.5%)	768 (6.8%)	334 (2.9%)	7,074 (62.4%)
	女性	424 (3.7%)	1,773 (15.6%)	1,246 (11.0%)	511 (4.5%)	187 (1.7%)	69 (0.6%)	48 (0.4%)	4,258 (37.6%)
小児科	総数	942 (5.4%)	4,108 (23.7%)	3,979 (23.0%)	3,241 (18.7%)	3,344 (19.3%)	1,262 (7.3%)	445 (2.6%)	17,321 (100.0%)
	男性	511 (3.0%)	2,374 (13.7%)	2,341 (13.5%)	2,217 (12.8%)	2,555 (14.8%)	932 (5.4%)	308 (1.8%)	11,238 (64.9%)
	女性	431 (2.5%)	1,734 (10.0%)	1,638 (9.5%)	1,024 (5.9%)	789 (4.6%)	330 (1.9%)	137 (0.8%)	6,083 (35.1%)

【出典】厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

※ 下段括弧書は構成割合

(2) 課題

ア 医師の診療科偏在（産科・産婦人科及び小児科と他の診療科との格差）

医師数は、医師全体としても、また、多くの診療科においても増加傾向にある中、産科・産婦人科においては、減少傾向から増加傾向に転じてはいるものの、ほぼ横ばいで推移しており、他の診療科との格差が顕著となっている。また、小児科においても、増加傾向にはあるものの、相対的に増加割合が小さい状況となっている（357～358ページ参照）。そのため、今後、若手の産科医・小児科医の確保がより一層必要である。

また、とりわけ産科・小児科にあっては、相対的に20～30歳代の女性医師の割合が高いことから、妊娠、出産、育児等のライフイベント等も踏まえ、女性医師等が働きやすい環境づくり（勤務環境改善やキャリア形成支援等）が必要である。

イ 産科・小児科医師偏在指標に基づく産科・小児科医師の地域偏在の状況

(7) 産科

産科については、政策医療の観点からも特に必要性が高い周産期医療における産科医師の確保を目的として、新たに「産科医師偏在指標」が設計された。

産科医師偏在指標の算出式は、次のとおりである（385ページ参照）。

$$\text{産科医師偏在指標} = \frac{\text{標準化産科・産婦人科医師数}}{\text{分娩件数} \div 1,000\text{件}}$$

産科医師偏在指標の数値をみると、県平均でも全国平均を下回っているが、周産期医療圏別にみても、最大の丹波と最小の但馬とで約1.78倍の開きがあり、地域偏在が見受けられる。

なお、ガイドラインに基づき、産科医師偏在指標の下位33.3%が「相対的医師少数都道府県」及び「相対的医師少数区域」とされている。

これに基づけば、県内の周産期医療圏では、但馬圏域が「相対的医師少数区域」に該当する。

【図表3-6-1：産科医師偏在指標（本県及び県内周産期医療圏）】

都道府県名	産科医師偏在指標	順位（降順）	周産期医療圏名	産科医師偏在指標	順位（降順）	相対的医師少数区域
全国	12.8	—	神戸・三田	15.1	59	
兵庫県	12.5	20	阪神	14.3	69	
			播磨東	9.9	160	
			播磨姫路	9.3	183	
			但馬	8.7	203	○
			丹波	15.5	52	
			淡路	11.0	135	

※都道府県：32～47位（11.3以下）が相対的医師少数都道府県
周産期医療圏：186～278位（9.2以下）が相対的医師少数区域

(イ) 小児科

小児科についても、産科と同様、政策医療の観点から小児科医師の確保を目的として、新たに「小児科医師偏在指標」が設計された。

小児科医師偏在指標の算出式は、次のとおりである（387ページ参照）。

$$\text{小児科医師偏在指標} = \frac{\text{標準化小児科医師数}}{\frac{\text{地域の年少人口}}{10\text{万}} \times \text{地域の標準化受療率比}}$$

小児科医師偏在指標の数値をみると、県平均でも全国平均を下回っているが、小児医療圏別にみても、最大の丹波と最小の東播磨とで約1.7倍の開きがあり、地域偏在が見受けられる。

なお、ガイドラインに基づき、小児科医師偏在指標の下位33.3%が「相対的医師少数都道府県」及び「相対的医師少数区域」とされている。

これに基づけば、県内の小児医療圏では、東播磨及び北播磨の2圏域が「相対的医師少数区域」に該当する。

【図表3-6-2：小児科医師偏在指標（本県及び県内小児医療圏）】

都道府県名	小児科医師偏在指標	順位（降順）	小児医療圏名	小児科医師偏在指標	順位（降順）	相対的医師少数区域
全 国	106.2	—	神戸・三田	123.6	48	
兵庫県	104.3	28	阪 神	103.1	127	
			東 播 磨	78.1	236	○
			北 播 磨	80.6	228	○
			播磨姫路	90.3	183	
			但 馬	106.4	113	
			丹 波	132.6	34	
			淡 路	116.1	78	

※都道府県：32～47位（98.3以下）が相対的医師少数都道府県
小児医療圏：208～311位（85.2以下）が相対的医師少数区域

ウ その他の課題（産科）

(7) 分娩を取り扱う医療機関の減少

産科医の定年退職や、分娩件数の減少による経営上の問題等を事由として、分娩の取扱いを休止する医療機関が相次いで発生しており、分娩取扱医療機関数が減少傾向にある。

【図表3-7：分娩取扱医療機関数の推移】

	平成20年	平成23年	平成26年	平成29年	令和元年	H20からの増減率 （県：R1 国：H29）
全 国	2,713	2,576	2,363	2,273		▲ 16.2%
病院	1,149	1,075	1,055	1,031		▲ 10.3%
診療所	1,564	1,501	1,308	1,242		▲ 20.6%
兵庫県	116	108	98	96	96	▲ 17.2%
病院	48	46	45	45	43	▲ 10.4%
診療所	68	62	53	51	53	▲ 22.1%

〔出典〕厚生労働省「医療施設調査」（10月1日時点）、令和元年のみ県独自調査

【図表3-8：医療機関における分娩数の推移】

	平成20年	平成23年	平成26年	平成29年	H20からの増減率
全 国	90,418	86,695	85,216	76,953	▲ 14.9%
病院	47,626	46,386	46,451	41,778	▲ 12.3%
診療所	42,792	40,309	38,765	35,175	▲ 17.8%
兵庫県	4,174	3,635	3,321	3,286	▲ 21.3%
病院	2,371	1,838	1,932	1,832	▲ 22.7%
診療所	1,803	1,797	1,389	1,454	▲ 19.4%

〔出典〕厚生労働省「医療施設調査」 ※各年9月分の分娩数

(イ) ハイリスク妊産婦に対する医療需要の増

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り、また、帝王切開の割合や周産期母子医療センターへの母体搬送件数も増加傾向にあるなど、ハイリスク妊産婦に対する医療需要が高まっている。

エ その他の課題（小児科）

(7) 小児救急医療体制における課題

a 1次小児救急医療体制

東播磨・北播磨の市町をはじめ、空白日・時間が生じている地域があるため、診療日・診療時間等の充実を図ることが必要である。

また、医師の高齢化等から、今後当番医の確保等が困難になることが想定され、1次救急医療の安定的な体制確保が必要である。

b 2次小児救急医療体制

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ことが必要であるが、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。

c 3次小児救急医療体制

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ことが必要である。

また、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ことが必要である。

(イ) 新生児医療を担う小児科医の不足

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中、小児科医数そのものは増加傾向にあるものの、新生児医療を担当する小児科医の数は十分ではない。

* 本県における分娩数に対する帝王切開件数の割合（厚生労働省「医療施設調査」）

平成23年度19.3% → 平成26年度20.0% → 平成29年度20.6%

県内の周産期母子医療センターにおける母体搬送受入数（厚生労働省「周産期医療体制に係る調査」）

平成27年度768件 → 平成28年度650件 → 平成29年度881件

2 医師確保の方針

医師偏在指標と同様、産科・小児科医師偏在指標についても、医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまでも相対的な偏在の状況を表すものに過ぎないため、「相対的医師少数区域」に該当しない周産期医療圏・小児医療圏においても、決して産科医・小児科医が充足しているわけではないことに留意が必要である。

また、①周産期医療及び小児医療については、保健医療計画上、政策的に医療の確保を図るべきものとして位置付けられていること、②産科・産婦人科の医師数は、増加傾向にある医師全体や他の診療科と比較してほぼ横ばいで推移しており、また、小児科の医師数は、医師全体や他の診療科と比較して増加割合が小さいこと、③今後、高齢医師の離・退職や、相対的に割合が高い20～30歳代の女性医師の妊娠、出産、育児等のライフイベント等も踏まえた対応が必要であること、等を踏まえ、産科医・小児科医の確保を図る必要がある。

そのため、産科・小児科医師偏在指標上、下位33.3%（相対的医師少数区域）に該当する・しないにかかわらず、これまでの取組等を踏まえ、引き続き産科医・小児科医の確保、周産期医療・小児医療（小児救急を含む）の提供体制の充実・強化に向けた施策・取組を進め、県民が住んでいる地域で安心して出産、子育てができる社会の実現を目指す。

3 目標医師数

前記のとおり、「相対的医師少数区域」に該当しない周産期医療圏・小児医療圏においても、決して産科医・小児科医が充足しているというわけではないため、産科医・小児科医の確保に向けた取組については、全県的に推進していくものであるが、医師全体の医師確保計画（第2章）における目標医師数の設定との整合を図る観点から、産科・小児科の目標医師数の算出については、次のとおりとする。

- (1) 目標医師数の設定・評価の対象となる圏域は、「医師確保対策重点推進圏域」（360ページ参照）に相当する圏域とする。即ち、産科にあつては播磨東、播磨姫路、但馬、丹波及び淡路の5圏域、小児科にあつては北播磨、播磨姫路、但馬、丹波及び淡路の5圏域となる。
- (2) 目標医師数は、医師全体の医師確保計画における目標医師数（164人）を基に、医師総数に占める構成割合を、過去10年間で最高となる割合（産科3.9%、小児科5.7%）を上回る割合（産科4%、小児科6%）により設定する。
従って、目標医師数を、産科は7人（ $\cong 164人 \times 4\%$ ）、小児科は10人（ $\cong 164人 \times 6\%$ ）とする。

* 医師総数（医療施設従事医師数）に占める産科・小児科医師数（同）の割合
（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」）
→ 平成20～30年度において、産科は3.5%～3.9%、小児科は5.2%～5.7%で推移

4 確保方策

以下に記載する各種施策について、県、市町、大学、医療機関及び関係団体が一体となった取組を着実に推進することにより、周産期医療及び小児医療（小児救急を含む）の体制の充実のために必要な医師の確保を図り、県民が安心して子どもを産み育てられる社会の実現を目指す。

(1) 産科医・小児科医の確保、医療人材の資質向上《県、大学、関係団体》

ア 各種補助事業等により、産科医・小児科医の処遇改善及び量的確保に努める。

地域医療支援医師県採用制度	後期研修修了医師、へき地勤務に興味がある医師等を対象に、へき地での勤務を志す医師などを県職員として採用し、専門性向上を配慮しつつ地域医療機関へ派遣
医師派遣等推進事業	医療審議会の派遣調整に基づき、医師派遣を行う医療機関に対し、医師派遣に伴う逸失利益相当額を助成
産科医等育成・確保支援事業	産科医等の処遇を改善し、その確保を図るため、分娩手当等を支給する産科医療機関に対し、その経費の一部を助成
新生児医療を担当する小児科医の処遇改善	周産期母子医療センター等が周産期救急患者の受入を行う上で不可欠な新生児医療を担当する小児科医の確保を支援するため、処遇改善を目的として支給される手当に対する補助を検討

イ 県養成医師を対象とする「県養成医師キャリア形成プログラム」（335ページ参照）に、産婦人科・小児科も対象として設置している「特定診療科育成コース」により、産科医・小児科医としてのキャリア形成を積極的に支援する。

ウ 産科医・小児科医を目指す専攻医を対象に専門医取得を支援するとともに、専門医取得後は医師確保が困難な医療機関に派遣する。

エ 地域医療機関に従事する医師・メディカルスタッフを対象とした各種研修等を実施し、医療人材の資質向上に取り組む。

臨床技能研修 （医師対象）	地域医療活性化センターのシミュレーター機器等を活用した研修により、技能獲得とともに診療現場での不安払拭に繋げることで、若手医師等が診療現場において早期に戦力となれるよう支援【基礎研修（産科急変対応、新生児蘇生）】
臨床技能研修 （コメディカル対象）	診療現場において想定される症例や求められる技能に応じた高度な研修を実施【周産期医療（ハイリスク妊婦管理エキスパート助産師育成コース）】
小児救急医療研修	小児科救急専門医以外の医師を対象として、休日夜間急患センター等で想定される具体的な症例の検討など、一次小児救急医療に関する研修を実施し、小児救急医療人材を確保

小児在宅医療人材育成事業	小児在宅医療に係る実技講習会及び講義研修会の開催
--------------	--------------------------

(2) 周産期医療施設ネットワークの充実《県、市町、医療機関、関係団体》

ア 周産期母子医療センター（総合周産期母子医療センター6施設、地域周産期母子医療センター6施設）及び協力病院（19施設）の機能を強化する。

また、分娩取扱医療機関が減少している現状の中、地域において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提供体制を確保するため、周産期母子医療センターと各医療機関との連携・搬送体制の強化を検討する。

施設区分	今後の方向性
総合周産期母子医療センター	現状の6施設を維持
地域周産期母子医療センター	現在の6施設について、機能強化を図るとともに、協力病院を始めとする既存の医療機関の中から新たな認定を推進
協力病院	現在の19施設について、機能の充実を図るとともに、既存の医療機関の中から新たな認定を推進
地域周産期医療関連施設	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

〔県内の周産期母子医療センター及び協力病院一覧〕（令和元年10月1日現在）

圏域名	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	協力病院
神戸・三田	県立こども病院 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	済生会兵庫県病院	甲南医療センター、バルモア病院、母と子の上田病院、神戸医療センター、国立病院機構神戸医療センター、神戸市立西神戸医療センター、神戸市立医療センター西市民病院、なでしこレディースホスピタル、三田市民病院
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	関西労災病院、明和病院、近畿中央病院、市立伊丹病院、ペリタス病院
播 磨 東		加古川中央市民病院 明石医療センター	あさざり病院
播 磨 姫 路	姫路赤十字病院		姫路聖マリア病院、製鉄記念広畑病院、公立宍粟総合病院
但 馬		公立豊岡病院	
丹 波			県立丹波医療センター
淡 路		県立淡路医療センター	

イ NICU（新生児特定集中治療室）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。

ウ 災害時の対応も念頭に置いた連携体制の強化を図るため、周産期医療関係者のネットワーク構築を推進する。

(3) 小児医療提供体制の確保・充実《県、市町、医療機関、関係団体》

ア 次に掲げる取組により、1次～3次の小児救急医療体制の充実を図る。

小児救急医療相談体制の推進	全県の小児救急医療電話相談（#8000）について、相談時間の翌朝まで延長し、小児救急医療電話相談体制の充実を図る。
1次小児救急医療体制の整備	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・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。
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。
小児医療連携圏域の設定	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・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。
3次小児救急医療体制の整備	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・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。

イ NICU（新生児特定集中治療室）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。〔再掲〕

ウ 「兵庫新生児研究会^{*}」が実施する、新生児医療を担う若手小児科医の育成を目指した教育活動に対し支援を行う。

(4) 産科医・小児科医の勤務環境改善《県、市町、医療機関》

ア 県医務課に設置している「兵庫県医療勤務環境改善支援センター」において、医療機関が行う勤務環境改善の自主的な取組を支援する。〔再掲〕

イ 病院職員全体の子育てを支援し、子どもを持つ医療従事者の離職防止及び再就業を支援することを目的に、病院内保育所、病児・病後児保育施設等の整備を促進する。〔再掲〕

ウ クラーク（医師事務作業補助者）の配置や、育児短時間勤務・育児部分休業制度の導入等の柔軟な勤務体制の整備、タスク・シフティング、タスク・シェアリングの推進など、医療機関における労働時間短縮等に資する取組を支援する。〔再掲〕

エ 助産師の活用によるタスク・シェアリングの推進を図るため、アドバンス助産師等、専門的かつ質の高い助産師の確保及び資質向上を図るとともに、助産師が正常産や妊産褥婦^{じよく}ケアを担う院内助産、助産師外来の設置を促進する。

* 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から構成される「兵庫県周産期医療ネットワークシステム連絡会議」のもとに設置

【参考：確保方策と目標医師数との対応関係について】

《産科》

区 分	計画期間中に確保を目指す 医師数（増加医師数）	
へき地等勤務医師（県養成医師） の養成・派遣 【特定診療科育成コース（産科）】	4人程度	（各年度1人程度）
専門医取得への支援	4人程度	（各年度1人程度）
計	8人程度	（各年度2人程度）

《小児科》

区 分	計画期間中に確保を目指す 医師数（増加医師数）	
へき地等勤務医師（県養成医師） の養成・派遣 【特定診療科育成コース（小児科）】	3人程度	（各年度1人程度）
専門医取得への支援	4人程度	（各年度1人程度）
その他の施策等	4人程度	（各年度1人程度）
計	11人程度	（各年度3人程度）

【参考資料】

1 医師偏在指標について

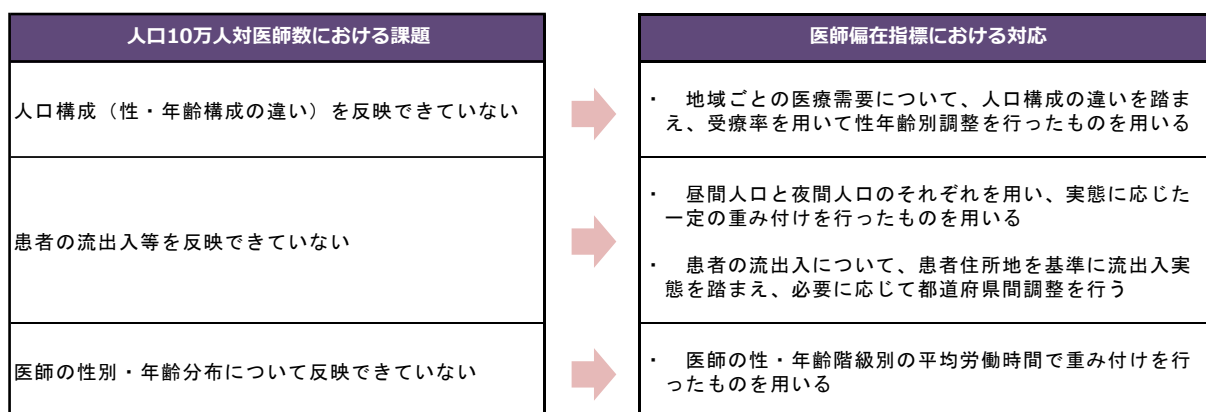
(1) 人口10万人対医師数における課題及び医師偏在指標における対応

これまで、地域ごとの医師数の比較には人口10万人対医師数が一般的に用いられてきたが、これは、地域ごとの医療ニーズや人口構成等を反映しておらず、医師数の多寡を統一的・客観的に把握するための「ものさし」としての役割を十分に果たしていないとの課題が指摘されていた。

このため、国において、全国ベースで医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価する指標として、次の5要素を考慮した「医師偏在指標」が設定された。

- | | |
|--------------------------|-------------|
| ①医療需要（ニーズ）及び人口・人口構成とその変化 | ④医師の性別・年齢分布 |
| ②患者の流出入等 | |
| ③へき地等の地理的条件 | |
| ⑤医師偏在の種別（区域、診療科、入院・外来の別） | |

【図表1：人口10万人対医師数と医師偏在指標の違い】



【人口10万人対医師数の算出式】

$$\text{人口10万人対医師数} = \frac{\text{医師数}}{\frac{\text{地域の人口}}{10万}}$$

【医師偏在指標の算出式】

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数}}{\frac{\text{地域の人口}}{10万}} \times \text{地域の標準化受療率比}$$

(2) 医師偏在指標の算出式の特徴

医師偏在指標の算出式の特徴は、主に次の2点である。

- ① 医師数は、性別ごとに20歳代、30歳代…60歳代、70歳以上に区分し、平均労働時間の違いを用いて調整（⇒標準化医師数）
- ② 従来の人口10万人対医師数をベースに、地域ごとに性年齢階級による受療率の違いを調整

(3) 医師偏在指標の数値について

医師偏在指標の算出基礎となる数値（標準化医師数、人口等）は、下表のとおりである。

【図表2：人口10万人対医師数及び医師偏在指標】

	H28. 12. 31 医療施設の 従事者 (人)	H28. 10. 1 推計人口 (人)	人口10万人 対医師数	標準化 医師数 (人)	H30. 1. 1 住基人口 (人)	標準化 受療率比	調整後 人口	医師偏在 指標
	①	②	③ (①/② × 100,000)	④	⑤	⑥	⑦ (⑤×⑥)	⑧ (④/⑦) × 100,000
全 国	304,759	126,932,772	240.1	306,270	127,707,259	1.000	127,707,259	239.8
兵 庫	13,382	5,520,576	242.4	13,420	5,589,708	0.982	5,490,118	244.4
神 戸	4,669	1,535,765	304.0	4,738	1,542,935	1.010	1,558,542	304.0
阪 神	4,260	1,756,743	242.5	4,252	1,785,037	0.923	1,647,809	258.1
東 播 磨	1,407	715,422	196.7	1,399	726,270	0.930	675,614	207.1
北 播 磨	595	271,028	219.5	593	274,844	1.191	327,258	181.2
播磨姫路	1,608	835,032	192.6	1,596	843,763	0.993	837,500	190.5
但 馬	346	167,971	206.0	346	171,517	1.045	179,294	193.1
丹 波	199	105,103	189.3	197	107,586	0.985	105,921	185.6
淡 路	298	133,512	223.2	298	137,756	1.130	155,719	191.6

※ 端数処理により、内訳の計と合計が一致しない場合がある（以下、各図表において同じ）。

ア 標準化医師数

標準化医師数は、性・年齢階級別医師数（本県）に、性・年齢階級別労働時間比（診療所従事医師の全国平均）をそれぞれ乗じて算出されたものである。

平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」より、診療所従事医師の性・年齢階級別の平均労働時間を用いて、以下の方法で算出。

$$\text{（当該の性・年齢階級の診療所従事医師の平均労働時間数）} \\ \div \text{（診療所従事全医師の平均労働時間数）}$$

【図表3：性・年齢階級別の医師数及び労働時間比】

		性・年齢階級別医師数（人）									性・年齢階級別労働時間比（全国）
		兵庫県	神戸	阪神	東播磨	北播磨	播磨姫路	但馬	丹波	淡路	
医師数（総数）		13,382	4,669	4,260	1,407	595	1,608	346	199	298	—
男 性	～24歳	9	2	4	1	0	2	0	0	0	1.239
	25～29歳	769	289	245	55	36	77	27	15	25	
	30～34歳	946	425	267	77	31	87	31	11	17	1.212
	35～39歳	902	356	256	102	33	108	23	9	15	
	40～44歳	1,109	396	346	131	54	131	18	14	19	1.136
	45～49歳	1,245	403	404	139	51	169	32	17	30	
	50～54歳	1,146	376	366	122	58	152	30	18	24	1.025
	55～59歳	1,356	435	436	145	73	173	31	29	34	
	60～64歳	1,121	343	336	111	81	167	34	18	31	0.862
	65～69歳	927	294	281	111	49	115	38	20	19	
	70～74歳	431	133	136	49	22	56	15	8	12	0.638
	75～79歳	304	104	86	38	10	42	12	6	6	
80歳以上	346	97	123	32	14	60	7	8	5		
女 性	～24歳	7	2	2	1	0	0	1	1	0	1.149
	25～29歳	421	151	156	44	13	33	7	4	13	
	30～34歳	452	191	156	31	10	44	9	4	7	0.949
	35～39歳	403	164	127	49	8	40	7	2	6	
	40～44歳	419	133	156	54	9	51	5	7	4	0.836
	45～49歳	313	105	105	38	18	32	6	0	9	
	50～54歳	226	93	66	16	13	22	5	2	9	0.872
	55～59歳	195	72	68	19	8	20	4	1	3	
	60～64歳	133	40	49	19	2	17	0	2	4	0.769
	65～69歳	83	23	39	9	1	5	2	2	2	
	70～74歳	44	16	18	4	1	2	1	1	1	0.624
	75～79歳	31	12	12	5	0	0	0	0	2	
80歳以上	44	14	20	5	0	3	1	0	1		

イ 標準化受療率比

地域の標準化受療率比の算出基礎となっている地域の性・年齢階級別医療需要は、地域ごとの受療率ではなく、全国の性・年齢階級別調整受療率を基に算出されている。

【図表4：住民基本台帳人口（平成30年1月1日現在）】

（単位：人）

		全 国	兵 庫 県	神 戸	阪 神	東播磨	北播磨	播磨姫路	但 馬	丹 波	淡 路
男 性	0～4歳	2,576,113	113,710	30,636	37,370	15,896	5,148	17,217	2,992	2,022	2,429
	5～9歳	2,761,985	124,408	33,250	40,440	16,847	5,767	19,625	3,589	2,209	2,681
	10～14歳	2,838,183	129,084	34,102	42,227	17,063	6,410	20,150	3,816	2,408	2,908
	15～19歳	3,077,007	140,366	36,585	45,158	18,895	6,998	22,447	4,385	2,673	3,225
	20～24歳	3,262,006	139,865	39,131	43,740	19,045	6,878	21,868	3,715	2,522	2,966
	25～29歳	3,352,099	135,892	38,347	42,112	19,274	6,533	21,091	3,422	2,415	2,698
	30～34歳	3,739,837	151,314	42,294	47,791	21,383	7,026	22,941	4,064	2,659	3,156
	35～39歳	4,091,918	165,147	45,699	53,160	22,588	7,591	25,183	4,466	2,854	3,606
	40～44歳	4,834,860	205,104	56,222	67,834	27,423	9,446	31,027	5,343	3,378	4,431
	45～49歳	4,876,140	212,862	58,517	73,182	28,005	9,490	30,795	5,308	3,236	4,329
	50～54歳	4,155,232	178,950	49,148	61,327	22,640	8,367	25,845	4,775	2,879	3,969
	55～59歳	3,808,460	161,300	44,972	51,067	19,856	8,113	24,208	5,559	3,406	4,119
	60～64歳	3,815,016	159,738	43,542	47,136	20,379	8,851	24,993	6,269	3,701	4,867
	65～69歳	4,715,320	204,722	55,994	60,476	26,727	11,194	31,930	7,353	4,708	6,340
	70～74歳	3,648,508	162,244	44,349	49,333	21,726	8,822	24,852	5,153	3,368	4,641
	75～79歳	2,971,117	132,317	35,561	41,338	17,678	7,089	20,150	4,314	2,688	3,499
	80歳以上	3,775,090	163,519	44,380	48,505	18,525	9,690	24,064	7,713	4,439	6,203
女 性	0～4歳	2,449,070	108,074	29,049	35,749	15,140	4,854	16,251	2,865	1,885	2,281
	5～9歳	2,625,490	118,541	31,652	38,909	16,183	5,517	18,166	3,388	2,153	2,573
	10～14歳	2,700,317	122,093	32,353	39,874	15,994	5,909	19,395	3,618	2,208	2,742
	15～19歳	2,927,389	134,521	35,003	43,175	18,041	6,857	21,628	4,058	2,646	3,113
	20～24歳	3,095,821	137,176	39,064	44,061	17,470	6,917	20,722	3,649	2,423	2,870
	25～29歳	3,171,127	134,906	39,868	43,818	17,822	6,022	19,459	3,132	2,240	2,545
	30～34歳	3,578,374	152,219	43,881	49,875	20,441	6,717	21,783	3,841	2,569	3,112
	35～39歳	3,943,700	170,402	48,749	57,064	22,493	7,210	24,415	4,163	2,761	3,547
	40～44歳	4,670,336	211,040	59,783	71,557	27,346	9,265	30,653	4,973	3,255	4,208
	45～49歳	4,748,618	219,374	61,181	76,783	28,262	9,257	31,011	5,235	3,256	4,389
	50～54歳	4,097,784	186,363	52,277	63,152	23,313	8,602	26,778	4,980	3,198	4,063
	55～59歳	3,813,347	171,304	48,543	54,392	21,131	8,452	25,172	5,667	3,555	4,392
	60～64歳	3,899,617	169,526	47,177	51,075	21,480	9,116	25,816	6,227	3,783	4,852
	65～69歳	5,013,203	224,056	61,376	67,821	29,669	11,936	34,553	7,475	4,775	6,451
	70～74歳	4,140,194	188,405	51,439	58,784	24,994	9,604	28,926	5,998	3,635	5,025
	75～79歳	3,687,772	164,819	46,238	51,405	20,427	8,435	25,182	5,479	3,320	4,333
	80歳以上	6,846,213	296,350	82,573	85,347	32,114	16,761	45,470	14,533	8,359	11,193
合 計		127,707,259	5,589,708	1,542,935	1,785,037	726,270	274,844	843,763	171,517	107,586	137,756

【図表5：全国の性・年齢階級別調整受療率】

（単位：人）

		調整 受療率	入院 受療率	無床診療所 受療率
男性・ 年齢階 級別 調整 受療 率	0～4歳	1,236	377	859
	5～9歳	559	91	469
	10～14歳	413	95	318
	15～19歳	295	114	181
	20～24歳	272	132	140
	25～29歳	309	152	156
	30～34歳	367	190	177
	35～39歳	430	242	188
	40～44歳	542	321	221
	45～49歳	689	431	258
	50～54歳	936	617	319
	55～59歳	1,256	884	372
	60～64歳	1,676	1,200	477
	65～69歳	2,205	1,587	618
	70～74歳	2,811	1,990	820
	75～79歳	3,789	2,744	1,045
	80歳以上	5,990	4,829	1,161
女性・ 年齢階 級別 調整 受療 率	0～4歳	1,166	331	835
	5～9歳	510	72	437
	10～14歳	366	85	281
	15～19歳	334	113	221
	20～24歳	425	178	247
	25～29歳	635	303	332
	30～34歳	771	378	394
	35～39歳	731	340	391
	40～44歳	662	294	368
	45～49歳	720	348	372
	50～54歳	914	472	443
	55～59歳	1,142	628	514
	60～64歳	1,434	822	612
	65～69歳	1,861	1,093	768
70～74歳	2,447	1,452	996	
75～79歳	3,485	2,260	1,225	
80歳以上	6,311	5,130	1,182	
総 数		1,553	1,026	527

※ 調整受療率は、マクロ需給推計から求めた医療医師需要度及び全国の性・年齢階級別患者数を全国の性・年齢階級別人口（10万人）で除して求めた受療率

【図表6：地域の標準化受療率比】

	標準化 受療率比	期待 受療率
全 国	1.000	1,552.78
兵 庫 県	0.982	1,525.12
神 戸	1.010	1,568.49
阪 神	0.923	1,433.41
東 播 磨	0.930	1,444.48
北 播 磨	1.191	1,848.90
播磨姫路	0.993	1,541.26
但 馬	1.045	1,623.18
丹 波	0.985	1,528.75
淡 路	1.130	1,755.26

	全 国	兵庫県	兵庫県								
			神 戸	阪 神	東播磨	北播磨	播磨姫路	但 馬	丹 波	淡 路	
男性・年齢階級別 入院医療需要（人）	0～4歳	9,716	429	116	141	60	19	65	11	8	9
	5～9歳	2,504	113	30	37	15	5	18	3	2	2
	10～14歳	2,705	123	32	40	16	6	19	4	2	3
	15～19歳	3,506	160	42	51	22	8	26	5	3	4
	20～24歳	4,307	185	52	58	25	9	29	5	3	4
	25～29歳	5,109	207	58	64	29	10	32	5	4	4
	30～34歳	7,112	288	80	91	41	13	44	8	5	6
	35～39歳	9,917	400	111	129	55	18	61	11	7	9
	40～44歳	15,526	659	181	218	88	30	100	17	11	14
	45～49歳	21,035	918	252	316	121	41	133	23	14	19
	50～54歳	25,643	1,104	303	378	140	52	159	29	18	24
	55～59歳	33,657	1,425	397	451	175	72	214	49	30	36
	60～64歳	45,777	1,917	522	566	245	106	300	75	44	58
	65～69歳	74,826	3,249	889	960	424	178	507	117	75	101
	70～74歳	72,622	3,229	883	982	432	176	495	103	67	92
	75～79歳	81,537	3,631	976	1,134	485	195	553	118	74	96
	80歳以上	182,306	7,897	2,143	2,342	895	468	1,162	372	214	300
女性・年齢階級別 入院医療需要（人）	0～4歳	8,114	358	96	118	50	16	54	9	6	8
	5～9歳	1,903	86	23	28	12	4	13	2	2	2
	10～14歳	2,304	104	28	34	14	5	17	3	2	2
	15～19歳	3,306	152	40	49	20	8	24	5	3	4
	20～24歳	5,509	244	70	78	31	12	37	6	4	5
	25～29歳	9,616	409	121	133	54	18	59	9	7	8
	30～34歳	13,523	575	166	188	77	25	82	15	10	12
	35～39歳	13,423	580	166	194	77	25	83	14	9	12
	40～44歳	13,723	620	176	210	80	27	90	15	10	12
	45～49歳	16,528	764	213	267	98	32	108	18	11	15
	50～54歳	19,332	879	247	298	110	41	126	23	15	19
55～59歳	23,940	1,075	305	341	133	53	158	36	22	28	
60～64歳	32,054	1,393	388	420	177	75	212	51	31	40	
65～69歳	54,792	2,449	671	741	324	130	378	82	52	71	
70～74歳	60,101	2,735	747	853	363	139	420	87	53	73	
75～79歳	83,340	3,725	1,045	1,162	462	191	569	124	75	98	
80歳以上	351,190	15,202	4,236	4,378	1,647	860	2,332	745	429	574	
入院医療需要①	1,310,500	57,284	15,802	17,453	6,997	3,068	8,678	2,201	1,322	1,763	
入院患者流出入調整係数②	1.000	0.980	1.013	0.948	0.956	1.188	0.988	0.833	0.813	0.944	
入院医療需要（流出入調整係数反映） ③=①×②	1,310,500	56,139	16,013	16,546	6,688	3,643	8,573	1,834	1,074	1,665	

		全 国	兵庫県	神戸	阪 神	東播磨	北播磨	播磨姫路	但 馬	丹 波	淡 路	
男性・年齢階級別 無床診療所医療需要(人)	0～4歳	22,135	977	263	321	137	44	148	26	17	21	
	5～9歳	12,948	583	156	190	79	27	92	17	10	13	
	10～14歳	9,027	411	108	134	54	20	64	12	8	9	
	15～19歳	5,570	254	66	82	34	13	41	8	5	6	
	20～24歳	4,561	196	55	61	27	10	31	5	4	4	
	25～29歳	5,234	212	60	66	30	10	33	5	4	4	
	30～34歳	6,610	267	75	84	38	12	41	7	5	6	
	35～39歳	7,698	311	86	100	42	14	47	8	5	7	
	40～44歳	10,691	454	124	150	61	21	69	12	7	10	
	45～49歳	12,580	549	151	189	72	24	79	14	8	11	
	50～54歳	13,236	570	157	195	72	27	82	15	9	13	
	55～59歳	14,164	600	167	190	74	30	90	21	13	15	
	60～64歳	18,182	761	208	225	97	42	119	30	18	23	
	65～69歳	29,145	1,265	346	374	165	69	197	45	29	39	
	70～74歳	29,929	1,331	364	405	178	72	204	42	28	38	
	75～79歳	31,050	1,383	372	432	185	74	211	45	28	37	
	80歳以上	43,822	1,898	515	563	215	112	279	90	52	72	
	女性・年齢階級別 無床診療所医療需要(人)	0～4歳	20,454	903	243	299	126	41	136	24	16	19
		5～9歳	11,476	518	138	170	71	24	79	15	9	11
10～14歳		7,586	343	91	112	45	17	54	10	6	8	
15～19歳		6,466	297	77	95	40	15	48	9	6	7	
20～24歳		7,650	339	97	109	43	17	51	9	6	7	
25～29歳		10,515	447	132	145	59	20	65	10	7	8	
30～34歳		14,084	599	173	196	80	26	86	15	10	12	
35～39歳		15,413	666	191	223	88	28	95	16	11	14	
40～44歳		17,173	776	220	263	101	34	113	18	12	15	
45～49歳		17,686	817	228	286	105	34	115	19	12	16	
50～54歳		18,134	825	231	279	103	38	118	22	14	18	
55～59歳		19,606	881	250	280	109	43	129	29	18	23	
60～64歳		23,863	1,037	289	313	131	56	158	38	23	30	
65～69歳	38,524	1,722	472	521	228	92	266	57	37	50		
70～74歳	41,229	1,876	512	585	249	96	288	60	36	50		
75～79歳	45,166	2,019	566	630	250	103	308	67	41	53		
80歳以上	80,905	3,502	976	1,009	380	198	537	172	99	132		
無床診療所医療需要④		672,515	29,589	8,157	9,275	3,768	1,506	4,474	994	613	801	
無床診療所患者流出入調整係数⑤		1.000	0.984	1.004	0.975	1.009	0.955	0.991	0.955	0.931	0.940	
無床診療所医療需要(流出入調整係数反映)⑥=④×⑤		672,515	29,111	8,188	9,041	3,803	1,439	4,432	950	571	753	

- ※ 1 期待受療率は、地域の性・年齢階級別医療需要の合計（③＋⑥）を地域の人口（10万人）で除して求めたもの〔計算例の a 参照〕
 2 地域の性・年齢階級別医療需要は、全国の性・年齢階級別調整受療率【図表 5】を地域の性・年齢階級別人口（10万人）【図表 4】に乗じて求めたもの（ただし、患者流出入を反映したもの）〔計算例の c 参照〕
 3 標準化受療率比は地域の期待受療率を全国の期待受療率で除して求めたもの〔計算例の d 参照〕

【計算例】（兵庫県）

- a 期待受療率 = 医療需要（入院＋外来、流出入調整計数反映）の計
 $\frac{\quad}{\text{人口}} \times 100,000$
 $\Rightarrow (56,139 + 29,111) / 5,589,708 \times 100,000 = 1,525.12$
- b 医療需要 = 性・年齢階級別の医療需要の計
 （例：入院） $\Rightarrow (429 + 113 \dots + 7,897) + (358 + 86 \dots 15,202) = 57,284$
- c 性・年齢階級別の医療需要 = 受療率 × 年少人口 / 100,000
 （例：入院・男性・0～4歳） $\Rightarrow 377 \times 113,710 / 100,000 = 429$
- d 標準化受療率比 = 期待受療率（兵庫県） / 同（全国）
 $\Rightarrow 1,525.12 / 1,552.78 = 0.982$

2 産科医師偏在指標について

(1) 産科医師偏在指標の算出式の特徴

$$\text{産科医師偏在指標} = \frac{\text{標準化産科・産婦人科医師数}}{\text{分娩件数} \div 1,000\text{件}}$$

産科医師偏在指標の算出式の特徴は、主に次の3点である。

- ① 医師供給については、「医師・歯科医師・薬剤師統計」における「産科医師数」と「産婦人科医師数」の合計値を使用
- ② 医師数は、性別ごとに20歳代、30歳代…60歳代、70歳以上に区分し、平均労働時間の違いを用いて調整（⇒標準化産科・産婦人科医師数）
- ③ 医療需要については、いわゆる「里帰り出産」等の妊婦の流出入の実態を踏まえた「医療施設調査」における「分娩数」を使用

(2) 産科医師偏在指標における留意点

産科医師偏在指標に用いる医師については、当該指標が、政策医療の観点からも特に必要性が高い周産期医療における産科医師の確保を目的としていることから、実際に分娩を取り扱う産科医師とすることが望ましい。

しかしながら、現時点で性・年齢階級別の分娩を取り扱う産科医師の数を把握している調査がないことから、上記のとおり、医師供給については、「医師・歯科医師・薬剤師統計」における「産科医師数」と「産婦人科医師数」の合計値が用いられており、実際に分娩を取り扱わない医師数が含まれている。

(3) 産科医師偏在指標の数値について

産科医師偏在指標の算出基礎となる数値（標準化産科・産婦人科医師数及び分娩件数）は、下表のとおりである。

【図表7：産科医師偏在指標】

	産科・産婦人科医師数 (人) ①	標準化産科・産婦人科医師数 (人) ②	分娩件数 ③	産科医師偏在指標 ②/③×1,000
全 国	11,349	11,349	888,464	12.8
兵 庫 県	483	475	37,939	12.5
神戸・三田	165	166	11,026	15.1
阪 神	144	142	9,883	14.3
播磨東	76	71	7,170	9.9
播磨姫路	69	66	7,124	9.3
但 馬	10	11	1,224	8.7
丹 波	8	8	531	15.5
淡 路	11	11	981	11.0

- ① 産科・産婦人科医師数
厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」（平成28年12月31日現在）における医療施設従事医師数

- ③ 分娩件数
厚生労働省「医療施設調査」（平成29年）における同年9月の分娩件数を、次のとおり調整
⇒ 人口動態調査の出生数（平成29年1月～12月）から、9月の一日あたり出生数を年間の一日あたり出生数で除した「9月の出生調整係数（1.054）」を求めたのち、以下の方法で年間の分娩件数を算出。
年間調整後分娩件数 = (9月中の分娩件数 ÷ 30 × 365) ÷ 9月の出生調整係数

なお、標準化産科・産婦人科医師数は、性・年齢階級別医師数（本県）に、性・年齢階級別労働時間比^{*}をそれぞれ乗じて算出されたものである。

ただし、性・年齢階級別労働時間比は、都道府県別・周産期医療圏別ではなく、全国平均の、また、産科・産婦人科ではなく、医師全体の性・年齢階級別労働時間が使用されている。

【図表8：産科に係る性・年齢階級別の医師数及び労働時間比】

	性・年齢階級別医師数（人）								性・年齢階級別労働時間比（全国）
	兵庫県	神戸・三田	阪神	播磨東	播磨姫路	但馬	丹波	淡路	
医師数（総数）	483	165	144	76	69	10	8	11	—
男	～24歳	0	0	0	0	0	0	0	1.289
	25～29歳	9	4	2	1	1	1	0	
	30～34歳	19	10	5	1	1	2	0	
	1.262	35～39歳	16	5	8	1	1	1	0
		40～44歳	27	17	5	3	1	1	0
	1.182	45～49歳	34	8	10	5	9	0	1
		50～54歳	31	10	11	5	2	0	0
	1.067	55～59歳	45	14	11	11	7	0	2
		60～64歳	34	7	8	10	6	2	1
		65～69歳	42	11	11	9	10	1	0
		70～74歳	24	6	7	5	4	1	0
		75～79歳	14	4	2	4	4	0	0
	0.653	80～84歳	9	2	2	2	2	0	0
85歳以上		6	3	1	1	1	0	0	
～24歳		0	0	0	0	0	0	0	
女	25～29歳	20	7	6	2	3	0	1	1.195
	30～34歳	39	16	13	2	3	0	2	
	35～39歳	36	16	9	3	7	1	0	
	0.988	40～44歳	28	6	16	2	3	0	1
		45～49歳	15	5	8	2	0	0	0
	0.870	50～54歳	8	5	0	1	1	0	0
		55～59歳	6	2	2	0	2	0	0
	0.908	60～64歳	7	2	2	2	1	0	0
		65～69歳	4	2	1	1	0	0	0
		70～74歳	2	1	0	1	0	0	0
		75～79歳	1	0	1	0	0	0	0
		80～84歳	1	0	1	0	0	0	0
	0.800	85歳以上	6	2	2	2	0	0	0
～24歳		0	0	0	0	0	0	0	0.648
25～29歳		20	7	6	2	3	0	1	
30～34歳	39	16	13	2	3	0	2		
0.988	35～39歳	36	16	9	3	7	1	0	
	40～44歳	28	6	16	2	3	0	1	
0.870	45～49歳	15	5	8	2	0	0	0	
	50～54歳	8	5	0	1	1	0	0	
0.908	55～59歳	6	2	2	0	2	0	0	
	60～64歳	7	2	2	2	1	0	0	
0.800	65～69歳	4	2	1	1	0	0	0	
	70～74歳	2	1	0	1	0	0	0	
	75～79歳	1	0	1	0	0	0	0	
	80～84歳	1	0	1	0	0	0	0	
	85歳以上	6	2	2	2	0	0	0	

* 平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」より、病院及び一般診療所従事医師の性・年齢階級別の平均労働時間を用いて、以下の方法で算出。

$$\text{（当該の性・年齢階級の病院＋一般診療所従事医師の平均労働時間数）} \\ \div \text{（病院＋一般診療所従事全医師の平均労働時間数）}$$

3 小児科医師偏在指標について

(1) 小児科医師偏在指標の算出式の特徴

$$\text{小児科医師偏在指標} = \frac{\text{標準化小児科医師数}}{\frac{\text{地域の年少人口}}{10万}} \times \text{地域の標準化受療率比}$$

小児科医師偏在指標の算出式の特徴は、主に次の2点である。

- ① 医師数は、性別ごとに20歳代、30歳代…60歳代、70歳以上に区分し、平均労働時間の違いを用いて調整（⇒標準化小児科医師数）
- ② 医療需要については、15歳未満の人口を「年少人口」と定義し、医療圏ごとの小児の人口構成の違いを踏まえ、性・年齢階級別受療率等を用いて年少人口を調整

(2) 小児科医師偏在指標の数値について

小児科医師偏在指標の算出基礎となる数値（標準化小児科医師数、年少人口等）は、下表のとおりである。

【図表9：年少人口10万人対小児科医師数及び小児科医師偏在指標】

	小児科 医師数 (人)	年少人口 (人)	年少人口 10万人対 小児科 医師数 ($=①/② \times 100,000$)	標準化 小児科 医師数 (人)	年少人口 (人)	標準化 受療率比	年少人口 (調整後) ($=⑤ \times ⑥$)	小児医師 偏在指標 ($=④/⑦ \times 100,000$)
	①	②	③	④	⑤ (=②)	⑥	⑦	⑧
全 国	16,937	15,951,158	106.2	16,937	15,951,158	1.000	15,951,158	106.2
兵 庫 県	746	715,909	104.2	736	715,909	0.986	705,665	104.3
神戸・三田	286	205,845	138.9	289	205,845	1.136	233,777	123.6
阪 神	224	219,766	101.9	215	219,766	0.950	208,824	103.1
東 播 磨	75	97,123	77.2	75	97,123	0.990	96,144	78.1
北 播 磨	28	33,605	83.3	26	33,605	0.965	32,442	80.6
播磨姫路	83	110,803	74.9	81	110,803	0.807	89,370	90.3
但 馬	20	20,268	98.7	20	20,268	0.932	18,882	106.4
丹 波	15	12,885	116.4	15	12,885	0.854	11,003	132.6
淡 路	15	15,614	96.1	15	15,614	0.818	12,766	116.1

① 小児科医師数

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」（平成28年12月31日現在）における医療施設従事医師数

ア 標準化小児科医師数

標準化小児科医師数は、性・年齢階級別医師数（本県）に、性・年齢階級別労働時間比（全国平均）をそれぞれ乗じて算出されたものである。

【図表10：小児科に係る性・年齢階級別の医師数及び労働時間比】

		性・年齢階級別医師数（人）									性・年齢階級別労働時間比（全国）
		兵庫県	神戸・三田	阪神	東播磨	北播磨	播磨姫路	但馬	丹波	淡路	
医師数（総数）		736	289	215	75	26	81	20	15	15	—
性	男										
	～24歳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.274
	25～29歳	27	6	10	1	0	4	1	3	1	
	30～34歳	47	36	6	1	0	1	1	0	1	1.247
	35～39歳	62	36	15	6	2	1	1	0	0	
	40～44歳	65	22	15	11	2	13	1	1	0	1.168
	45～49歳	68	23	23	7	1	7	2	0	4	
	50～54歳	36	15	8	5	1	3	1	2	0	1.054
	55～59歳	46	15	14	4	2	7	2	0	2	
	60～64歳	56	18	16	5	5	7	2	1	2	0.886
	65～69歳	61	22	16	8	5	5	2	2	1	
	70～74歳	11	4	5	0	1	1	0	0	0	0.651
	75～79歳	12	3	4	1	0	3	1	0	1	
80～84歳	6	1	3	0	0	2	0	0	0		
85歳以上	5	1	1	0	1	2	0	0	0		
性	女										
	～24歳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.181
	25～29歳	21	5	7	4	0	6	0	0	0	
	30～34歳	36	21	6	3	1	3	1	1	0	0.976
	35～39歳	34	13	11	5	0	4	1	0	1	
	40～44歳	35	12	10	6	0	3	1	3	0	0.860
	45～49歳	27	10	11	1	1	2	1	0	1	
	50～54歳	19	7	5	2	2	2	1	0	0	0.897
	55～59歳	18	2	10	2	0	2	1	1	1	
	60～64歳	16	5	6	2	0	3	0	0	0	0.790
	65～69歳	14	6	7	0	1	0	0	1	0	
	70～74歳	6	3	1	1	1	0	0	0	0	0.641
	75～79歳	4	2	2	1	0	0	0	0	0	
80～84歳	2	1	1	0	0	0	0	0	0		
85歳以上	1	1	0	0	0	0	0	0	1		

イ 標準化受療率比

地域の標準化受療率比の算出基礎となっている地域の性・年齢階級別医療需要は、地域ごとの受療率ではなく、全国の性・年齢階級別調整受療率を基に算出されている。

【図表11：年少人口】

	年少人口 総数(人)	男性・年齢階級別(人)			女性・年齢階級別(人)		
		0～4歳	5～9歳	10～14歳	0～4歳	5～9歳	10～14歳
全 国	15,951,158	2,576,113	2,761,985	2,838,183	2,449,070	2,625,490	2,700,317
兵 庫 県	715,909	113,710	124,408	129,084	108,074	118,541	122,093
神戸・三田	205,845	32,971	35,919	36,792	31,258	34,145	34,760
阪 神	219,766	35,035	37,771	39,537	33,540	36,416	37,467
東播磨	97,123	15,896	16,847	17,063	15,140	16,183	15,994
北播磨	33,605	5,148	5,767	6,410	4,854	5,517	5,909
播磨姫路	110,803	17,217	19,625	20,150	16,251	18,166	19,395
但 馬	20,268	2,992	3,589	3,816	2,865	3,388	3,618
丹 波	12,885	2,022	2,209	2,408	1,885	2,153	2,208
淡 路	15,614	2,429	2,681	2,908	2,281	2,573	2,742

【図表12：全国の性・年齢階級別調整受療率】

	【男性】 年齢階級別調整受療率(人)			【女性】 年齢階級別調整受療率(人)		
	0～4歳	5～9歳	10～14歳	0～4歳	5～9歳	10～14歳
入院受療率	377	91	95	331	72	85
無床診療所受療率	859	469	318	835	437	281

※ 調整受療率は、マクロ需給推計から求めた入院・外来別の医療医師需要度及び全国の性・年齢階級別患者数を全国の性・年齢階級別人口（10万人）で除して求めた受療率

【図表13：地域の標準化受療率比】

	標準化 受療率比	期待 受療率
全 国	1.000	695.1
兵 庫 県	0.986	685.1
神戸・三田	1.136	789.4
阪 神	0.950	660.5
東 播 磨	0.990	688.1
北 播 磨	0.965	671.0
播磨姫路	0.807	560.6
但 馬	0.932	647.6
丹 波	0.854	593.6
淡 路	0.818	568.3

	入院患者 流出入 調整係数 ①	入院医療 需要 ②	【入院】男性・年齢階級別 医療需要(人)			【入院】女性・年齢階級別 医療需要(人)			入院医療需要 (流出入調整 係数反映) ③=①×②
			0～4歳	5～9歳	10～14歳	0～4歳	5～9歳	10～14歳	
全 国	1.000	27,246	9,716	2,504	2,705	8,114	1,903	2,304	27,246
兵 庫 県	0.965	1,213	429	113	123	358	86	104	1,170
神戸・三田	1.428	350	124	33	35	104	25	30	500
阪 神	0.882	374	132	34	38	111	26	32	329
東 播 磨	0.853	167	60	15	16	50	12	14	142
北 播 磨	1.000	56	19	5	6	16	4	5	56
播磨姫路	0.391	185	65	18	19	54	13	17	73
但 馬	0.833	33	11	3	4	9	2	3	28
丹 波	0.600	22	8	2	2	6	2	2	13
淡 路	0.429	26	9	2	3	8	2	2	11

	無床診療所 患者流出入 調整係数 ④	無床診療所 医療需要 ⑤	【無床診療所】男性・年齢 階級別医療需要(人)			【無床診療所】女性・年齢 階級別医療需要(人)			無床診療所 医療需要 (流出入調整 係数反映) ⑥=④×⑤
			0～4歳	5～9歳	10～14歳	0～4歳	5～9歳	10～14歳	
全 国	1.000	83,626	22,135	12,948	9,027	20,454	11,476	7,586	83,626
兵 庫 県	1.000	3,735	977	583	411	903	518	343	3,735
神戸・三田	1.045	1,077	283	168	117	261	149	98	1,125
阪 神	0.977	1,148	301	177	126	280	159	105	1,122
東 播 磨	1.027	512	137	79	54	126	71	45	526
北 播 磨	0.981	173	44	27	20	41	24	17	170
播磨姫路	0.956	574	148	92	64	136	79	54	549
但 馬	1.000	104	26	17	12	24	15	10	104
丹 波	0.952	67	17	10	8	16	9	6	64
淡 路	0.961	81	21	13	9	19	11	8	78

- ※ 1 期待受療率は、地域の性・年齢階級別医療需要の合計（③＋⑥）を地域の年少人口（10万人）で除して求めたもの〔計算例の a 参照〕
 2 地域の性・年齢階級別医療需要は、全国の性・年齢階級別調整受療率【表12】を地域の性・年齢階級別人口（10万人）【表11】に乗じて求めたもの（ただし、患者流出入を反映したもの）〔計算例の c 参照〕
 3 標準化受療率比は地域の期待受療率を全国の期待受療率で除して求めたもの〔計算例の d 参照〕

【計算例】（兵庫県）

- a 期待受療率
= 医療需要（入院＋外来、流出入調整計数反映）の計 / 年少人口
 $\Rightarrow (1,170 + 3,735) / 715,909 \times 100,000 = 685.1$
- b 医療需要 = 性・年齢階級別の医療需要の計
（例：入院） $\Rightarrow 429 + 113 + 123 + 358 + 86 + 104 = 1,213$
- c 性・年齢階級別の医療需要 = 受療率 × 年少人口 / 100,000
（例：入院・男性・0～4歳） $\Rightarrow 377 \times 113,710 / 100,000 = 429$
- d 標準化受療率比 = 期待受療率（兵庫県） / 同（全国）
 $\Rightarrow 685.1 / 695.1 = 0.986$

【第7部】
外来医療計画

第7部 外来医療計画

第1章 基本的な考え方

1 外来医療計画策定の背景・目的

兵庫県では、基準病床数制度に基づいて医療提供体制の整備を進めるとともに、5疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）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）の医療連携体制の構築に努めてきた。また、地域医療構想の中で、在宅医療の充実にも取り組んでいる。

一方、外来医療については、地域で中心的に外来医療を担う診療所の開設状況が都市部に偏っていたり、医療機関の連携の取組が地域の個々の医療機関の自主的な取組に委ねられている等の状況にある。

平成30年7月には、「医療法及び医師法の一部を改正する法律」が成立し、各都道府県は、令和元（2019）年度中に「外来医療計画」を策定し、外来医療機能の偏在・不足等に関する情報の可視化や、新規開業希望者等への情報提供、外来医療機関間での機能分化や連携の方針等に係る協議の推進に取り組むよう求められることとなった。

これを受け、本県でも、外来医療提供体制の確保と医療機器の効率的な活用を図ることを目的として、次に掲げる内容を盛り込んだ「兵庫県外来医療計画」を策定する。

なお、外来医療計画は、開業規制を行うものではなく、個々の医師の行動変容を促し、偏在是正につなげていくことを基本的な考え方として策定するものであることに留意が必要である。

また、対象となる診療所は、無床及び有床診療所であり、歯科診療所を除く。

区分	計画に盛り込む内容
外来医療提供体制の確保 （対象：診療所）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 外来医療機能の偏在・不足等の可視化 ・ 診療所の新規開業希望者に対する情報提供 ・ 外来医療に関する協議の場の設置
医療機器の効率的な活用 （対象：病院・診療所）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機器の配置状況に関する情報提供 ・ 医療機器の効率的活用のための協議

2 外来医療計画の位置付け

外来医療計画は、「兵庫県保健医療計画」（平成30年4月策定。以下「保健医療計画」という。）の一部として策定するものである（医療法第30条の4第2項第10号）。

3 外来医療計画の計画期間

外来医療計画の計画期間は、保健医療計画の一部として策定するものであることから、保健医療計画全体の見直し時期と合わせるため、令和2（2020）年4月から4年間を最初の計画期間とし、令和6（2025）年度以降は、外来医療に係る医療提供体制については、比較的短期間に変化しうることから、3年ごとに中間見直しを行うこととする。

3年ごと（※）に計画を見直し（PDCAサイクルの実施）
（※）令和2（2020）年度からの最初の医師確保計画のみ4年

年 度	H30 (2018)	R1 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
兵庫県 保健医療計画	7回目改定					8回目改定						
兵庫県 外来医療計画			最初の計画				1回目改定		2回目改定			
		●→ 計画 策定				●→ 計画 見直し			●→ 計画 見直し			

第2章 協議の場の設置

1 対象区域の設定

「外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン」（平成31年3月29日付け医政地発0329第3号および医政医発0329第6号厚生労働省医政局地域医療計画課長および厚生労働省医政局医事課長通知。以下「ガイドライン」という。）では、二次医療圏その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域（以下「対象区域」という。）ごとに、医療関係者等との協議の場を設け、外来医療機能の偏在・不足等への対応に関する事項等について協議を行うこととされている、

この協議の場については、ガイドラインにおいて、外来医師偏在指標（後述）の区域単位との関係から、当面は二次医療圏単位で運営を行うよう求められているため、本県では、保健医療計画で定める二次保健医療圏と同一の区域を、外来医療計画における対象区域として設定する。

以下、対象区域を表す際にも、保健医療計画における「圏域」の呼称を用いる。

2 外来医療計画推進会議の設置

(1) 外来医療計画推進会議

外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項を協議するため、圏域ごとに設置する協議の場（医療法第30条の18の2第1項。以下「協議の場」という。）については、原則として地域医療構想調整会議を活用し、外来医療計画推進会議を設置することを基本とする。

また、外来医療計画推進会議は、医療機器の効果的な活用に係る協議の場としても活用する。

各圏域の外来医療計画推進会議では、新規開業者からの届出内容や医療機器購入者の共同利用計画の確認等を行い、会議での協議の結果は兵庫県医療審議会地域医療対策部会に報告する。

(2) 地域部会

各圏域において、外来医療に係る医療提供体制の確保に関し、地域の実情を反映した協議が行われるよう、外来医療計画推進会議の下に、必要に応じて地域部会を設置できることとする。

地域部会は、在宅医療推進協議会を活用し、郡市区医師会の区域（複数をまとめた区域も可）で設置することを基本とし、設置した場合には、地域部会での協議結果を外来医療計画推進会議に報告するものとする。

なお、阪神圏域及び播磨姫路圏域では、保健医療計画において圏域が拡大された経緯を踏まえ、地域医療構想調整会議やその部会を活用して、阪神北部及び阪神南部、中播磨地域及び西播磨地域をそれぞれ区域とする区域部会を設置することも検討する。

また、医療機器に関する協議については、必要に応じて当該機器を保有する医療機関の管理者、放射線診療の専門家等で構成されたワーキンググループ等を設置できることとする。

第3章 外来医療提供体制の確保

1 現状及び課題

(1) 現状

ア 県・二次医療圏の現状

本県の人口は5,570,618人（平成31年1月1日現在）で、この人口を100とした場合の将来人口（指数）は、令和7（2025）年に約95、令和22（2040）年に約85になると推計されている。

また、平成30年10月1日現在、本県には病院が353施設、診療所が5,071施設あるが、病院・診療所とも神戸・阪神圏域に集中している。特に診療所については、約66%がこれらの地域に所在しており、都市部への集中が顕著である（「兵庫県医師確保計画」（以下「医師確保計画」という。）図表2-1「本県の基礎データ」参照。医療施設の所在地マップは411頁）。

イ 診療所の現状

本県の診療所数は増加傾向にあるが、圏域別にみると、阪神圏域で大きく増加している一方、丹波圏域、淡路圏域では減少しているなど、圏域により状況が異なっている。

また、播磨姫路圏域では、中播磨地域では診療所数が増加する一方、西播磨地域では減少しており、圏域内でも地域による相違が生じている（図表1参照）。

ウ 診療所で勤務する医師の現状

厚生労働省の「医師・歯科医師・薬剤師調査」によると、平成28年末時点の本県の医師数（医療施設従事）は13,382人で、診療所に勤務する医師は4,828人となっている。

近年、医師数は着実に増加しているが、診療所で勤務する医師数は平成20年からほぼ横ばいとなっている。

また、医師の平均年齢は年々上昇傾向にあるが、特に診療所の医師については平均年齢が60歳に達しており、高齢化が進んでいる（図表2参照）。

【図表1：診療所の推移】

	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	増減 H30-H26
兵庫県	4,983	5,002	5,033	5,053	5,071	88
神戸	1,566	1,564	1,570	1,586	1,582	16
阪神	1,714	1,721	1,740	1,747	1,757	43
阪神南	1,125	1,132	1,147	1,147	1,146	21
阪神北	589	589	593	600	611	22
東播磨	525	532	537	540	544	19
北播磨	203	203	206	205	208	5
播磨姫路	613	613	614	613	619	6
中播磨	426	428	432	436	443	17
西播磨	187	185	182	177	176	△11
但馬	138	143	143	145	144	6
丹波	84	84	83	81	82	△2
淡路	140	142	140	136	135	△5

〔出典〕厚生労働省「医療施設調査」

【図表2：医療施設従事医師数・平均年齢の推移等】

		平成20年	平成22年	平成24年	平成26年	平成28年	増減 (H28-H20)
全国	総数	271,897	280,431	288,850	296,845	304,759	32,862
	(平均年齢)	48.3	48.6	48.9	49.3	49.6	—
	診療所	97,631	99,465	100,544	101,884	102,457	4826
	(平均年齢)	58.0	58.3	58.7	59.2	59.6	—
兵庫県	総数	11,688	12,027	12,623	12,862	13,382	1,694
	(平均年齢)	49.3	49.5	49.5	49.9	49.9	—
	診療所	4,782	4,842	4,831	4,832	4,828	46
	(平均年齢)	58.4	58.7	59.4	59.7	60.0	—

〔出典〕厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

【図表3：人口10万人当たり医師数等（2次医療圏別）】

	医療施設従事医師数			人口	人口10万人あたり医師数	
	うち診療所	(割合)			うち診療所	
全国	304,759	102,457	33.6%	126,932,772	240.1	80.7
兵庫県	13,382	4,828	36.1%	5,520,576	242.4	87.5
神戸	4,669	1,542	33.0%	1,535,765	304.0	100.4
阪神	4,260	1,645	38.6%	1,756,743	242.5	93.6
東播磨	1,407	525	37.3%	715,422	196.7	73.4
北播磨	595	185	31.1%	271,028	219.5	68.3
播磨姫路	1,608	612	38.1%	835,032	192.6	73.3
但馬	346	128	37.0%	167,971	206.0	76.2
丹波	199	74	37.2%	105,103	189.3	70.4
淡路	298	117	39.3%	133,512	223.2	87.6

〔出典〕厚生労働省「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」

(2) 課題

ア 外来医療機能の偏在

これまで、地域ごとの医師数の比較には人口10万人対医師数が一般的に用いられてきたが、これは、地域ごとの医療ニーズや人口構成等を反映しておらず、医師数の多寡を統一的・客観的に把握するための「ものさし」としての役割を十分に果たしていないとの課題が指摘されていた。

このため、国において、全国ベースで医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価する指標として、次の5要素を考慮した「医師偏在指標」が設定された。

- | | |
|--------------------------|-------------|
| ①医療需要（ニーズ）及び人口・人口構成とその変化 | ②患者の流出入等 |
| ③へき地等の地理的条件 | ④医師の性別・年齢分布 |
| ⑤医師偏在の種別（区域、診療科、入院・外来の別） | |

外来医療機能の偏在等の可視化に当たっては、外来医療のサービスの提供主体は医師であることから、外来医療に関する指標として医師数に基づく指標を算出することとされ、厚生労働省において、上記の医師偏在指標と同様に5つの要素を勘案した人口10万人対診療所医師数が設定された（以下「外来医師偏在指標」という。計算式は417頁以下）。

ガイドラインでは、大半の診療所が1人の医師によって運営されており、診療所数と診療所の医師数は1：1に近い傾向にあることから、外来医師偏在指標は診療所の偏在状況を示す指標としても使用可能とされている。

この指標の値が、全二次医療圏の上位33.3%に該当する二次医療圏が「外来医師多数区域」となる。

本県の外来医師偏在指標の状況は図表4のとおりで、神戸圏域、阪神圏域、淡路圏域が外来医師多数区域となる。なお、外来医師偏在指標は、医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまでも相対的な偏在の状況を表すものとされていることに留意が必要である。

【図表4：外来医師偏在指標等】

区分		外来医師偏在指標		外来医師多数区域
			全国順位	
全国		106.3	—	
県内二次医療圏	神戸	127.6	32/335	○
	阪神	119.6	50/335	○
	東播磨	94.0	193/335	
	北播磨	95.1	182/335	
	播磨姫路	97.5	165/335	
	但馬	101.8	139/335	
	丹波	103.8	125/335	
	淡路	114.8	66/335	○

イ 各圏域で不足する医療機能等

地域で不足する外来医療機能については、ガイドラインで例示されている夜間休日等の初期救急医療の提供（主に救急車等によらず自力で来院する軽度の救急患者への夜間および休日における外来医療）、在宅医療の提供、産業医・予防接種等の公衆衛生に係る医療の提供に限定せず、市町及び郡市区医師会等の意見も踏まえ幅広く検討を行った。

その結果、初期救急医療、在宅医療、産科医療、小児科医療、公衆衛生、介護認定の6つの分野に関しては、全ての圏域において、不足するとの結論になった。ただし、公衆衛生に係る役割のうち、神戸圏域においては予防接種、丹波圏域においては産業医の選任については、現時点では確保上特段の課題は生じていないとの結論であった。

今後、外来医療について、全ての圏域で外来医療に係る医療提供体制が確保されるためには、新規開業希望者に対し、外来医師の偏在の状況や圏域で不足する医療機能等を十分に踏まえた判断を行うよう促す必要がある。

圏域	不足する医療機能等 (不足するものに「○」)					
	初期救急医療	在宅医療	産科医療	小児科医療	公衆衛生 〔学校医 産業医 予防接種 健診〕	介護認定
神戸	○	○	○	○	○ (予防接種除く)	○
阪神	○	○	○	○	○	○
東播磨	○	○	○	○	○	○
北播磨	○	○	○	○	○	○
播磨姫路	○	○	○	○	○	○
但馬	○	○	○	○	○	○
丹波	○	○	○	○	○ (産業医除く)	○
淡路	○	○	○	○	○	○

〈参考：地域で不足する医療機能等の現状〉

(7) 初期救急医療

初期救急医療については、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（平成31年4月時点で25機関）や在宅当番医制（17地区）により対応することとしているが、特に休日の夜間帯について対応する医療機関を確保できていない地区も多く、北播磨圏域や西播磨地域、丹波圏域ではこの傾向が目立っている。また、医師の高齢化に伴い、今後、制度運営に協力する医師の確保が困難になることを懸念する意見が全ての圏域からあった。

(1) 在宅医療

県は、保健医療計画に基づき、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ている。

保健医療計画では、2025年には、2017年度に比べ訪問診療の需要が約1.4倍に増加すると見込んでおり、訪問診療を実施する医療機関や在宅療養支援病院・診療所、24時間対応体制加算の届出訪問看護ステーション数等について、2017年から2025年にかけて140%に増大する目標を設定している。

現在、在宅医療を支える県内の医療資源は着実に増加しているが、在宅医療に従事する医師の高齢化を課題と挙げる圏域も多く、増大するニーズに対応するために、引き続き提供体制の充実を進めることが全圏域で課題となっている（図表6参照）。

(ウ) 産科医療

県内の医療施設従事医師数は、全体としても、また、多くの診療科においても増加傾向にある中、産科・産婦人科においては、減少傾向から増加傾向に転じてはいるものの、ほぼ横ばいで推移しており、他の診療科との格差が顕著となっている（医師確保計画の図表2-9「本県の診療科別医師数の推移」及び図表3-1「医療施設従事医師数（産科・産婦人科及び小児科）の推移」参照）。

また、少子化による分娩件数の減少や、産科医の確保が困難となったこと等を事由として、分娩の取扱いを休止する医療機関が相次いでおり、産科医の確保は全県的な課題となっている（医師確保計画の図表3-7「分娩取扱医療機関数の推移」参照）。

(I) 小児科医療

県内の医療施設従事医師数は、全体としても、また、多くの診療科においても増加傾向にある中、小児科においても増加傾向にはあるものの、相対的に増加割合が少ない状況となっている（医師確保計画の図表2-9「本県の診療科別医師数の推移」及び図表3-1「医療施設従事医師数（産科・産婦人科及び小児科）の推移」参照）。

また、小児科の専門医について、初期救急医療（阪神、東播磨、淡路）や乳幼児健診（神戸、阪神、東播磨、北播磨、播磨姫路、但馬、丹波）、予防接種（阪神、北播磨、播磨姫路、但馬）といった様々な分野で不足しているとの意見があり、全ての圏域でいずれかの分野での小児科医の確保が課題となっている。

(オ) 公衆衛生（学校医、産業医、予防接種、健診）

地域の医師会が学校医の推薦を行ったり、市町から委託を受けて予防接種や健診を行うなど、公衆衛生に係る医療の提供については、地域の医師会が重要な役割を果たしている。

学校医については、高齢化による担い手不足が全圏域で課題と認識されている。

また、産業医については、引き受け手が少ない中、ストレスチェック等の業務の多様化により確保が一層困難となることが懸念されており、丹波圏域以外の圏域からは確保が課題となるとの意見があった。

予防接種や健診の実施については、小児科や婦人科等の専門医の不足を課題とする意見が多く、予防接種については神戸圏域以外の全ての圏域で、健診については全圏域で、確保上の課題があるとの意見であった。

(カ) 介護認定

要介護認定の審査判定業務を実施するため市町に設置される介護認定審査会（介護保険法（平成9年法律第123号）第14条）の委員は、保健医療福祉に関する学識経験者の中から市町村長が任命することとされており、地域の医師会の推薦等に基づいて医師が参加している。

医師の高齢化や、認定件数の増加に伴う業務負担の増加等から、出務する医師の確保が難しくなっているとの意見が全ての圏域からあった（図表7参照）。

【図表5：初期救急医療体制（平成31年4月1日）】

圏域	地区名	休日夜間 急患センター	在宅 当番医制
神戸	神戸市	○(4箇所)	
阪神	尼崎市	○	○
	西宮市	○	○
	芦屋市	○	○
	伊丹市	○	○ (小児科)
	川西市・川辺郡	○	
	宝塚市	○	
	三田市	○	
東播磨	明石市	○	○
	加古川市・加古郡	○	○
	高砂市		○
北播磨	西脇市・多可郡	○	
	三木市		○
	小野市・加東市		○
	加西市		○
播磨姫路	姫路市	○	○(整形外科)
	姫路市(旧家島町)		○
	神崎郡		○
	たつの市・揖保郡	○	
	宍粟市		○
	佐用郡		○
	相生市		○
	赤穂市		○
赤穂郡		○	
但馬	養父市	○	
	朝来市		
	美方郡	公立病院等で対応	
	豊岡市	○	
丹波	篠山市	○	
	丹波市	○(1箇所)	
淡路	洲本市	○	
	淡路市	○	
	南あわじ市	○	
		25機関	17地区

【図表6：在宅医療提供体制】

2次保健医療圏域	在宅医療圏域	在宅医療提供状況							
		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
神戸	9圏域	311	46	4	12	198	697	191	16
阪神	阪神南	222	18	1	4	108	452	112	7
	阪神北	115	11	2	5	81	273	79	4
東播磨	3圏域	84	14	3	5	106	287	66	2
北播磨	4圏域	45	10	1	2	44	126	24	2
播磨姫路	中播磨	69	19	2	4	61	233	66	2
	西播磨	23	7	2	1	24	95	27	1
但馬	4圏域	35	7	0	2	23	69	14	1
丹波	2圏域	14	3	1	1	18	50	10	0
淡路	3圏域	36	5	1	1	10	67	16	1
合計	40圏域	954	140	17	37	673	2,349	605	36
参考(H29.4.1時点)	40圏域	912	110	16	33	573	2,270	495	26

※1 H31.4月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(R1.6月時点)

【図表7：要介護認定者数の推移】

区 分	平成30(2018)年度	平成31(2019)年度	平成32(2020)年度	平成37(2025)年度	
要介護認定者数	307,806人	316,318人	324,031人	362,021人	
第1号被保険者(65歳以上)	302,251人	310,851人	318,547人	356,672人	
	前期高齢者(65～74歳)	37,068人	37,882人	38,839人	34,021人
	後期高齢者(75歳以上)	265,183人	272,969人	279,708人	322,651人
第2号被保険者(40～64歳)	5,555人	5,467人	5,484人	5,349人	
第1号被保険者要介護認定率	19.6%	19.9%	20.3%	22.4%	
前期高齢者の認定率	4.8%	5.0%	5.1%	5.2%	
後期高齢者の認定率	34.5%	34.4%	34.5%	34.2%	

※市町介護保険事業計画における数値を集計(第1回見込量調査(H29.9月末))

〔出典〕兵庫県老人福祉計画(第7期介護保険事業支援計画)(平成30年3月)

2 推進方策

(1) 新規開業者等への外来医療提供体制の確保に関する情報の提供

県は、二次保健医療圏ごとの外来医師偏在指標及び外来医師多数区域の設定状況、医療機関のマッピングに関する情報、各圏域で不足する医療機能等の情報を、新規開業希望者が事前に把握し、自主的な経営判断を行うに当たって有益な情報として参照できるよう、様々な機会を捉えて周知に努める。

具体的には、県ホームページ等に掲載するほか、個別の新規開業希望者に対する対応として、開業に当たっての事前相談の機会や新規開業希望者が開設届等の様式を入手する機会に、開業する場所に係る外来医師偏在指標の状況や不足する医療機能等の情報を提供する。

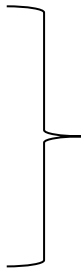
(2) 地域で不足する外来医療機能に関する協議

地域で不足する医療機能等を担うことに対する考え方を確認するため、新たに診療所を開設する者に対し、以下の項目を記載する「外来医療機能に係る報告」(以下この節で「報告」という。)を作成し、遅くとも診療所開設届又は診

療所開設許可申請書の提出時まで届け出ることを求め、その内容を、外来医療計画推進会議又はその地域部会（以下「外来医療計画推進会議等」という。）で確認することとする。

なお、個々の医師の行動変容を促す上での課題等を把握するため、外来医師多数区域では、地域で不足する医療機能等を提供する意向の無い新規開業者に対し、外来医療計画推進会議等への出席を求め、意見聴取等を行うことができることとする。

「外来医療機能に係る報告」の記載事項

- ① 診療所の名称
 - ② 診療所の所在地
 - ③ 診療時間
 - ④ 診療科目
 - ⑤ 管理者
 - ⑥ 開設の目的及び維持の方法
 - ⑦ 医師、薬剤師、看護師（准看護師）などの従事者の定員
 - ⑧ 圏域で不足する医療機能等のうち提供を予定するもの
（初期救急医療、在宅医療、産科医療、小児科医療、公衆衛生、介護認定 等）
 - ⑨ 圏域で不足する医療機能等を提供しない場合、その理由
 - ⑩ 兵庫県外来医療計画の確認の有無
- 
- 診療所開設届
等と共通

第4章 医療機器の効率的な活用

1 現状及び課題

(1) 現状

ア 医療機器の保有状況

ガイドラインでは、配置状況等を指標により可視化する医療機器として、①CT(全てのマルチスライスCT及びマルチスライスCT以外のCT)、②MRI(1.5テスラ未満、1.5テスラ以上3.0テスラ未満及び3.0テスラ以上のMRI)、③PET(PET及びPET-CT)、④放射線治療(リニアック及びガンマナイフ)並びに⑤マンモグラフィが挙げられている。

本県も、これらの医療機器を外来医療計画の対象として取組を進める(以下、この5種類の医療機器を「対象医療機器」という。)

なお、対象医療機器のうち、CT検査やMRIが24時間実施可能であることは、脳卒中や心血管疾患の急性期医療を担う医療機関の選定条件となっている。また、PET、放射線治療器(リニアック及びガンマナイフ)、マンモグラフィについては、がんの発見及びがん治療に有効な医療機器であり、これらの医療機器を保有する医療機関は、脳・心血管疾患やがん対策で役割を果たすことが期待される。

県内での対象医療機器の保有状況は図表8のとおりで、但馬圏域、丹波圏域にはPETが設置されていない(対象医療機器の保有施設の所在地マップは412頁、病院別の医療機器の保有状況は413頁以下)。

〔参考〕医療機器の役割等

医療機器	役割等
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
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
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
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

〔出典〕第4部 第6章 がん対策

イ 医療機器の配置状況に関する指標

厚生労働省は、地域の医療機器のニーズを踏まえて地域ごとの医療機器の配置状況を医療機器の項目ごとに可視化するため、医療機器の項目ごと及び地域ごとに性・年齢構成を調整した人口当たり機器数を用いて指標を作成した（計算式は423頁以下）。

本県の指標の状況は図表8のとおりで、本県ではCT、MRI、マンモグラフィについて全国に比べてやや低くなっている。

【図表8：医療機器の保有台数・配置状況に関する指標の状況（2次医療圏別）】

	CT		MRI		PET		マンモグラフィ		放射線治療器 (リニアック・ガンナイフ)		
	調整人口 当たり台数	(実台数)	調整人口 当たり台数	(実台数)	調整人口 当たり台数	(実台数)	調整人口 当たり台数	(実台数)	調整人口 当たり台数	(実台数)	
全国	11.1	(14,126)	5.5	(6,996)	0.5	(586)	3.4	(4,348)	0.9	(1,160)	
兵庫県	10.6	(592)	4.9	(275)	0.5	(30)	3.1	(175)	0.8	(45)	
県内 2次 医療 圏	神戸	11.2	(172)	4.9	(76)	0.7	(10)	3.4	(55)	1.1	(17)
	阪神	9.6	(165)	4.3	(76)	0.5	(9)	2.4	(44)	0.7	(12)
	東播磨	9.7	(68)	5.5	(39)	0.4	(3)	3.1	(23)	0.7	(5)
	北播磨	11.5	(34)	3.8	(11)	0.3	(1)	2.9	(8)	0.7	(2)
	播磨姫路	12.5	(106)	6.4	(54)	0.6	(5)	3.2	(27)	0.7	(6)
	但馬	11.4	(23)	2.6	(5)	0.0	(0)	3.0	(5)	1.0	(2)
	丹波	9.0	(11)	4.2	(5)	0.0	(0)	3.8	(4)	0.8	(1)
	淡路	8.0	(13)	5.8	(9)	1.3	(2)	6.6	(9)	0.6	(1)

※ 機器の保有状況を確認の上、放射線治療器について厚生労働省提供数値（平成29年度医療施設調査等に基づく数値）を一部補正

(2) 課題

人口当たりの医療機器台数には地域差があり、医療機器ごとに地域差の状況は異なっている。

今後、人口減少が見込まれる中、医療機器の配置状況の可視化や新規購入者への情報提供を有効に活用しながら、医療機器について共同利用の推進等によって効率的に活用していくことが求められている。

2 共同利用の方針

対象医療機器を新規購入する場合には、医療機関（病院及び診療所をいう。以下同じ）において共同利用計画を作成し、外来医療計画推進会議等で計画の確認を受けることを、全ての圏域に共通の「共同利用の方針」として定める。

なお、「共同利用」には、連携先の病院又は診療所から紹介された患者のために利用される場合を含む。また、「新規購入」には、新設のほか、増設や更新、リースにより新たに調達する場合を含む。

3 推進方策

(1) 医療機器の配置状況等に関する情報提供

対象医療機器の効率的な利用を促進するためには、当該医療機器の購入を検討する医療機関が、近隣の医療機関での当該医療機器の保有状況や共同利用の状況等を事前に把握できる環境を整えることが重要である。

このため、医療機器の配置状況に関する指標のほか、病床機能報告や医療機能情報提供制度等を適宜活用しながら、医療機器の保有状況等を県ホームページへの掲載等により提供する。

また、共同利用の実施状況や、医療機器を有する医療機関の5疾病・5事業及び在宅医療における役割等も合わせて情報提供することを検討する。

(2) 医療機器を新規購入する医療機関の「共同利用計画」の確認

対象医療機器を新規購入する医療機関に対し、遅くとも医療機器設置届の提出時まで、以下の項目を記載する「共同利用計画」（以下この節で「計画」という。）を提出することを求め、その内容を、外来医療計画推進会議等で確認する。

外来医療計画推進会議等は、必要に応じ、計画を届け出た医療機関から、具体的な共同利用の取組等について意見聴取を行うことができることとする。

また、医療機関には、計画の実施状況について、毎年度、届出を行うことを求め、定期的に外来医療計画推進会議等において確認する。

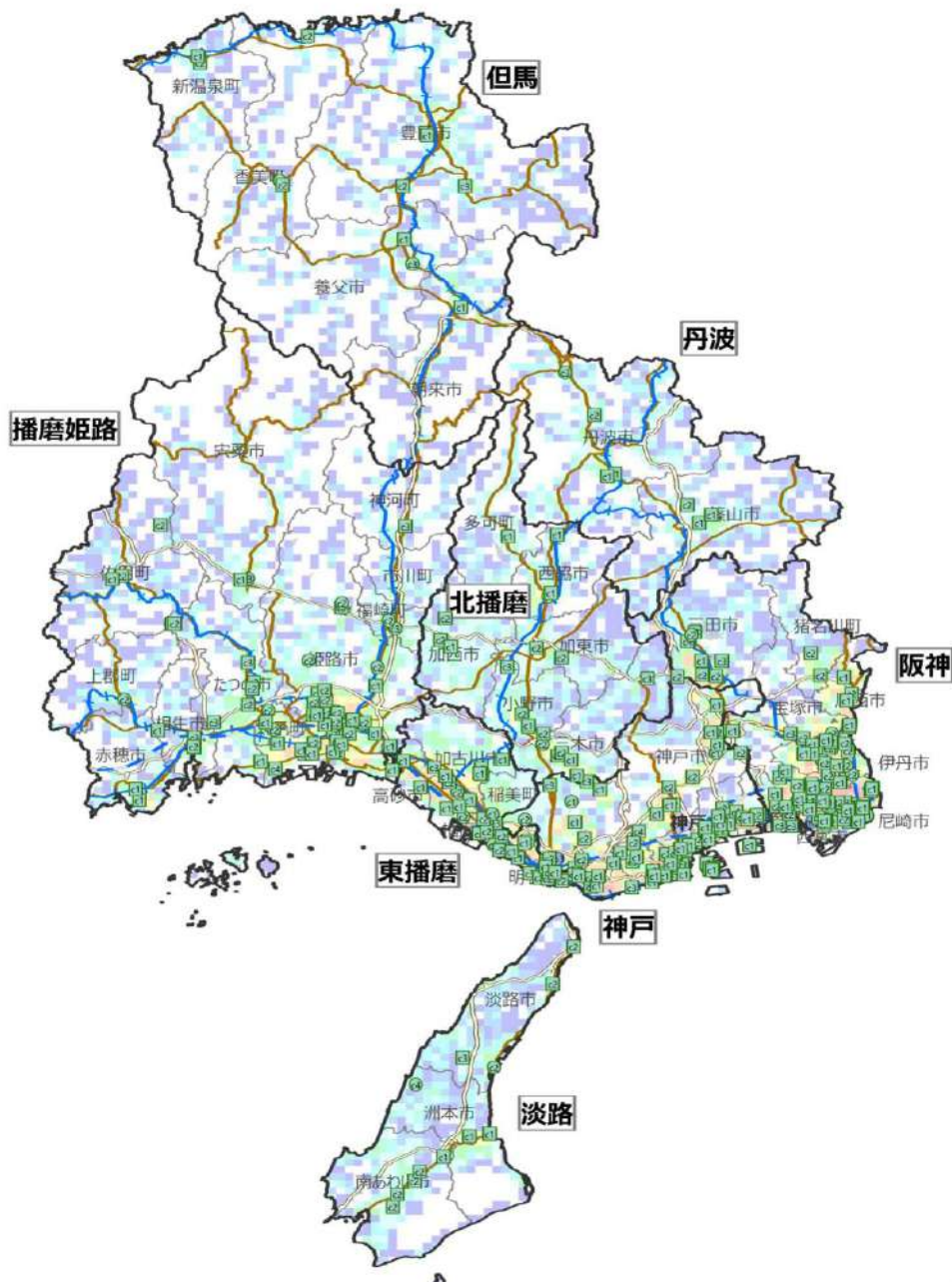
「共同利用計画」の記載事項

- ① 医療機関の名称
 - ② 購入する医療機器の種類
 - ③ 購入する医療機器の製作者及び形式
 - ④ 購入する医療機器の設置日
 - ⑤ 共同利用の相手（予め登録した医療機関等）
 - ⑥ 共同利用の方法
（紹介患者への検査・治療の実施、医師が来院して設備を利用等）
 - ⑦ 5疾病・5事業及び在宅医療における役割
 - ⑧ 保守、整備の実施に関する方針
 - ⑨ 兵庫県外来医療計画の確認の有無
- } 診療用エックス線装置備付届
等と共通

医療施設（病院／一般診療所）の所在地マップ[○]（地方厚生局届出情報）

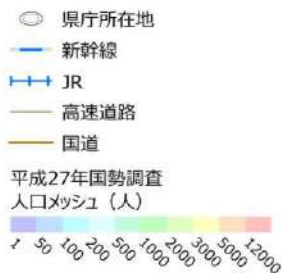


医療機器保有施設の所在地マップ（平成29年度病床機能報告データ）



(c) Esri Japan

兵庫県



- 病院 一般診療所
- CT**
- ① マルチスライスCT64列以上
 - ② マルチスライスCT16列以上64列未満
 - ③ マルチスライスCT16列未満
 - ④ その他のCT
- 病院 一般診療所
- 放射線治療機器**
- ① ガンマナイフ
 - ② サイバーナイフ
 - ③ 強度変調放射線治療器
 - ④ 遠隔操作式密封小線源治療装置
- 病院 一般診療所
- ① 血管連続撮影装置

- 病院 一般診療所
- MRI**
- ① MRI3テスラ以上
 - ② MRI1.5テスラ以上3テスラ未満
 - ③ MRI1.5テスラ未満
- 病院 一般診療所
- 核医学検査**
- ① SPECT
 - ② PET
 - ③ PETCT
 - ④ PETMRI
- 病院 一般診療所
- ① 内視鏡手術用支援機器（ダウインチ）

病院別医療機器保有状況（平成30年病床機能報告）

圏域	病院名	所在地	CT			その他T	MRI			PET		放射線治療機器	
			マルチスライスCT				3T以上	1.5T以上 3T未満	1.5T未満	PET	PET/CT	ガンマナイフ	サイバーナイフ
			64列以上	16列以上 64列未満	16列未満								
神戸	萩原みさき病院	神戸市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	神戸市立医療センター西市民病院	神戸市	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
神戸	田所病院	神戸市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	昭生病院	神戸市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	兵庫県立こども病院	神戸市	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0
神戸	野村海浜病院	神戸市	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	神戸百年記念病院	神戸市	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
神戸	神姫記念病院	神戸市	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0
神戸	明芳病院	神戸市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	甲南病院	神戸市	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
神戸	彦坂病院	神戸市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	舞子台病院	神戸市	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
神戸	須磨裕厚病院	神戸市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	神戸市立神戸アイセンター病院	神戸市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	神戸ゆうこう病院	神戸市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	医療法人川崎病院	神戸市	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
神戸	足立病院	神戸市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	久野病院	神戸市	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	神戸市立医療センター中央市民病院	神戸市	6	2	0	0	1	3	0	0	4	0	0
神戸	神戸大学医学部附属国際がん医療・研究センター	神戸市	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	神戸リハビリテーション病院	神戸市	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
神戸	あんしん病院	神戸市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	新須磨リハビリテーション病院	神戸市	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	吉田病院	神戸市	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0
神戸	信生病院	神戸市	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
神戸	信生病院	神戸市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	神戸博愛病院	神戸市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	萩原整形外科病院	神戸市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	西病院	神戸市	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
神戸	神戸まくと病院	神戸市	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	真星病院	神戸市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	新長田眼科病院	神戸市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	済生会兵庫泉病院	神戸市	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
神戸	三聖病院	神戸市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	母と子の上田病院	神戸市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	さきの病院	神戸市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	有馬高原病院	神戸市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	神戸中央病院	神戸市	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0
神戸	住吉川病院	神戸市	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	神戸経済会病院	神戸市	1	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0
神戸	神戸マリナーズ厚生会病院	神戸市	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
神戸	中井病院	神戸市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	明芳外科リハビリテーション病院	神戸市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	医療法人八十嶋病院	神戸市	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	須磨浦病院	神戸市	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	聴修会すずらん病院	神戸市	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
神戸	神戸市立西神戸医療センター	神戸市	2	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0
神戸	西記念ポトアイランドリハビリテーション病院	神戸市	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
神戸	由井病院	神戸市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	みどり病院	神戸市	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
神戸	神戸アドベント病院	神戸市	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
神戸	神戸医療生活協同組合 神戸協同病院	神戸市	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
神戸	三菱神戸病院	神戸市	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
神戸	松田病院	神戸市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	神戸朝日病院	神戸市	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
神戸	北須磨病院	神戸市	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
神戸	金沢病院	神戸市	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	名谷病院	神戸市	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
神戸	神戸大学医学部附属病院	神戸市	4	2	1	0	3	2	0	0	1	0	0
神戸	有馬温泉病院	神戸市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	兵庫県立リハビリテーション中央病院	神戸市	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
神戸	東神戸病院	神戸市	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
神戸	にこにこハウス医療福祉センター	神戸市	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
神戸	野瀬病院	神戸市	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
神戸	高橋病院	神戸市	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
神戸	兵庫県災害医療センター	神戸市	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	有楽病院	神戸市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	神戸低侵襲がん医療センター	神戸市	2	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1
神戸	新須磨病院	神戸市	1	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0
神戸	協和病院	神戸市	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	甲北病院	神戸市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	神戸赤十字病院	神戸市	1	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0
神戸	丸山病院	神戸市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	春日病院	神戸市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	井上病院	神戸市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	小原病院	神戸市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	吉田アーデント病院	神戸市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	春日野会病院	神戸市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	神戸徳洲会病院	神戸市	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
神戸	広野高原病院	神戸市	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	伊川谷病院	神戸市	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
神戸	過寿リハビリテーション病院	神戸市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	大澤病院	神戸市	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
神戸	神戸平成病院	神戸市	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
神戸	神戸労災病院	神戸市	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
神戸	佐野病院	神戸市	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
神戸	公文病院	神戸市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	六甲病院	神戸市	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
神戸	富地病院	神戸市	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
神戸	泌尿器科病院	神戸市	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	一般財団法人甲南会 六甲アイランド甲南病院	神戸市	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
神戸	尾原病院	神戸市	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	なでしこレディースホスピタル	神戸市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	神戸海星病院	神戸市	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
神戸	神戸医療センター	神戸市	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
神戸	隈病院	神戸市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	本山リハビリテーション病院	神戸市	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
神戸	神戸	神戸市	54	42	9	1	8	44	8	0	7	1	1

第7部 外来医療計画
第4章 医療機器の効率的な活用

圏域	病院名	所在地	CT				MRI			PET		放射線治療機器	
			マルチスライスCT			その他T	3T以上	1.5T以上 3T未満	1.5T未満	PET	PETCT	ガンマナイフ	サイバーナイフ
			64列以上	16列以上 64列未満	16列未満								
飯神	立花病院	尼崎市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
飯神	習田病院	尼崎市	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
飯神	神崎病院	尼崎市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
飯神	はくほう会セントラル病院	尼崎市	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
飯神	尼崎たいもつ病院	尼崎市	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
飯神	中央会尼崎中央病院	尼崎市	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0
飯神	兵庫県立尼崎総合医療センター	尼崎市	4	1	0	0	1	2	0	0	1	0	0
飯神	合志病院	尼崎市	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
飯神	アイワ病院	尼崎市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
飯神	田中病院	尼崎市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
飯神	大隈病院	尼崎市	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
飯神	大原病院	尼崎市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
飯神	近藤病院	尼崎市	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
飯神	園田病院	尼崎市	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
飯神	池田病院	尼崎市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
飯神	関西労災病院	尼崎市	1	2	1	0	1	2	0	0	1	1	0
飯神	尼崎新都心病院	尼崎市	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
飯神	医療法人 岡田病院	尼崎市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
飯神	中島病院	尼崎市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
飯神	杉安病院	尼崎市	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
飯神	樋口胃腸病院	尼崎市	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
飯神	安藤病院	尼崎市	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
飯神	尼崎医療生協病院	尼崎市	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
飯神	西武庫病院	尼崎市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
飯神	西宮市立中央病院	西宮市	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
飯神	西宮渡辺脳卒中・心臓リハビリテーション病院	西宮市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
飯神	兵庫県立西宮病院	西宮市	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
飯神	西宮渡辺心臓・血管センター	西宮市	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
飯神	熊野病院	西宮市	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
飯神	協和マリナホスビタル	西宮市	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
飯神	坂上田病院	西宮市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
飯神	明和病院	西宮市	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
飯神	谷向病院	西宮市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
飯神	蓮生病院	西宮市	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
飯神	高田上谷病院	西宮市	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
飯神	三好病院	西宮市	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
飯神	西宮回生病院	西宮市	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
飯神	西宮協立リハビリテーション病院	西宮市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
飯神	西宮渡辺病院	西宮市	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
飯神	上ヶ原病院	西宮市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
飯神	アガベ甲山病院	西宮市	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
飯神	北摂中央病院	西宮市	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
飯神	兵庫医科大学病院	西宮市	3	2	0	0	3	1	0	0	2	0	0
飯神	西宮すなご医療福祉センター	西宮市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
飯神	西宮敬愛会病院	西宮市	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
飯神	布谷整形外科病院	西宮市	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
飯神	西宮協立脳神経外科病院	西宮市	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0
飯神	芦屋セントマリア病院	芦屋市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
飯神	南芦屋浜病院	芦屋市	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
飯神	市立芦屋病院	芦屋市	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
飯神	伊丹厚生脳神経外科病院	伊丹市	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
飯神	伊丹天神川病院	伊丹市	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
飯神	伊丹せいふう病院	伊丹市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
飯神	近畿中央病院	伊丹市	3	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0
飯神	みやそう病院	伊丹市	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
飯神	常岡病院	伊丹市	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
飯神	あおい病院	伊丹市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
飯神	祐生病院	伊丹市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
飯神	市立伊丹病院	伊丹市	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0
飯神	阪神リハビリテーション病院	伊丹市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
飯神	こたま病院	宝塚市	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
飯神	宝塚市立病院	宝塚市	1	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0
飯神	東宝塚さとう病院	宝塚市	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
飯神	宝塚第一病院	宝塚市	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
飯神	宝塚橋病院	宝塚市	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
飯神	宝塚病院	宝塚市	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
飯神	宝塚リハビリテーション病院	宝塚市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
飯神	自衛隊阪神病院	川西市	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
飯神	正愛病院	川西市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
飯神	第二協立病院	川西市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
飯神	ベリタス病院	川西市	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
飯神	九十九記念病院	川西市	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
飯神	協立温泉病院	川西市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
飯神	市立川西病院	川西市	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
飯神	協立病院	川西市	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
飯神	三田市民病院	三田市	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
飯神	さんだりリハビリテーション病院	三田市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
飯神	兵庫中央病院	三田市	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
飯神	三田温泉病院	三田市	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
飯神	三田高原病院	三田市	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
飯神	平島病院	三田市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
飯神	生駒病院	猪名川町	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
飯神	今井病院	猪名川町	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
飯神			39	44	13	5	10	36	7	1	4	1	0
東播磨	神明病院	明石市	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
東播磨	明石医療センター	明石市	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
東播磨	王子回生病院	明石市	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
東播磨	明海病院	明石市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
東播磨	大西脳神経外科病院	明石市	2	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0
東播磨	明舞中央病院	明石市	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
東播磨	あさひ病院	明石市	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
東播磨	明石同仁病院	明石市	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
東播磨	兵庫県立がんセンター	明石市	1	2	0	0	1	1	0	0	2	0	0
東播磨	明石仁十病院	明石市	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
東播磨	野木病院	明石市	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
東播磨	明石リハビリテーション病院	明石市	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
東播磨	あさひ病院	明石市	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
東播磨	大久保病院	明石市	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
東播磨	明石回生病院	明石市	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0

第7部 外来医療計画
第4章 医療機器の効率的な活用

圏域	病院名	所在地	CT				MRI			PET		放射線治療機器	
			マルチスライスCT			その他T	3T以上	1.5T以上 3T未満	1.5T未満	PET	PETCT	ガンマナイフ	サイバーナイフ
			64列以上	16列以上 64列未満	16列未満								
東播磨	ふくやま病院	明石市	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
東播磨	石井病院	明石市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
東播磨	明石市立市民病院	明石市	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
東播磨	西江井島病院	明石市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
東播磨	せいわかみはずみ病院	加古川市	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
東播磨	加古川中央市民病院	加古川市	4	0	0	0	1	2	0	0	1	0	0
東播磨	中谷整形外科病院	加古川市	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
東播磨	順心病院	加古川市	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1
東播磨	加古川横病院	加古川市	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
東播磨	松本病院	加古川市	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
東播磨	甲南加古川病院	加古川市	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
東播磨	いなみ野病院	加古川市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
東播磨	順心リハビリテーション病院	加古川市	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
東播磨	共立会病院	加古川市	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
東播磨	兵庫県立加古川医療センター	加古川市	2	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0
東播磨	フェニックス加古川記念病院	加古川市	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
東播磨	高砂市民病院	高砂市	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
東播磨	高砂西部病院	高砂市	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
東播磨	私立稲葉中央病院	稲葉町	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
東播磨	はりま病院	播磨町	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
東播磨			24	18	2	1	7	19	8	0	3	0	1
北播磨	西脇市立西脇病院	西脇市	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
北播磨	大山記念病院	西脇市	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
北播磨	やない外科胃腸科	西脇市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
北播磨	みきやまリハビリテーション病院	三木市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
北播磨	敷部病院	三木市	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
北播磨	ときわ病院	三木市	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
北播磨	吉川病院	三木市	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
北播磨	三木山陽病院	三木市	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
北播磨	北播磨総合医療センター	小野市	2	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0
北播磨	土井病院	小野市	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
北播磨	栄宏会小野病院	小野市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
北播磨	兵庫あおの病院	小野市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
北播磨	緑駿病院	小野市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
北播磨	米田病院	加西市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
北播磨	北条田仲病院	加西市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
北播磨	医療福祉センターきすな	加西市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
北播磨	市立加西病院	加西市	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
北播磨	松原メイフラワール病院	加東市	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
北播磨	加東市民病院	加東市	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
北播磨	医療福祉センターのぎく	多可町	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
北播磨	多可赤十字病院	多可町	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
北播磨			10	8	2	0	3	7	1	0	1	0	0
播磨姫路	城陽江尻病院	姫路市	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
播磨姫路	木村病院	姫路市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
播磨姫路	姫路第一病院	姫路市	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
播磨姫路	金田病院	姫路市	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
播磨姫路	石橋内科広畑センター病院	姫路市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
播磨姫路	長久病院	姫路市	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
播磨姫路	書写病院	姫路市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
播磨姫路	中谷病院	姫路市	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
播磨姫路	製鉄記念広畑病院	姫路市	2	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0
播磨姫路	松浦病院	姫路市	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
播磨姫路	酒井病院	姫路市	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
播磨姫路	姫路愛和病院	姫路市	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
播磨姫路	入江病院	姫路市	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
播磨姫路	ツカザキ病院	姫路市	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
播磨姫路	兵庫県立姫路循環器センター	姫路市	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
播磨姫路	産科婦人科 小国病院	姫路市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
播磨姫路	共立病院	姫路市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
播磨姫路	木下病院	姫路市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
播磨姫路	姫路聖マリア病院	姫路市	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
播磨姫路	厚生病院	姫路市	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
播磨姫路	姫路医療センター	姫路市	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0
播磨姫路	神野病院	姫路市	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
播磨姫路	高岡病院	姫路市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
播磨姫路	井野病院	姫路市	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
播磨姫路	國富胃腸科	姫路市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
播磨姫路	姫路中央病院	姫路市	1	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0
播磨姫路	石川病院	姫路市	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
播磨姫路	ツカザキ記念病院	姫路市	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
播磨姫路	城南多胡病院	姫路市	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
播磨姫路	八家病院	姫路市	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
播磨姫路	姫路田中病院	姫路市	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
播磨姫路	姫路赤十字病院	姫路市	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
播磨姫路	山田病院	姫路市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
播磨姫路	中村外科胃腸科	姫路市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
播磨姫路	魚橋病院	相生市	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
播磨姫路	相生市民病院	相生市	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
播磨姫路	IHI播磨病院	相生市	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
播磨姫路	半田中央病院	相生市	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
播磨姫路	赤穂市民病院	赤穂市	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0
播磨姫路	赤穂はくほう会病院	赤穂市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
播磨姫路	赤穂中央病院	赤穂市	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
播磨姫路	赤穂記念病院	赤穂市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
播磨姫路	兵庫県立リハビリテーション西播磨病院	たつの市	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
播磨姫路	八重垣病院	たつの市	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
播磨姫路	たつの市民病院	たつの市	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
播磨姫路	とくなが病院	たつの市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
播磨姫路	兵庫県立たつ子線医療センター	たつの市	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0
播磨姫路	信原病院	たつの市	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
播磨姫路	龍野中央病院	たつの市	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
播磨姫路	栗原病院	たつの市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
播磨姫路	公立赤穂総合病院	赤穂市	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
播磨姫路	公立神崎総合病院	神崎町	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
播磨姫路	平野病院	福崎町	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
播磨姫路	太子病院	太子町	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
播磨姫路	共立記念病院	佐用町	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
播磨姫路	佐用共立病院	佐用町	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
播磨姫路	尾崎病院	佐用町	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
播磨姫路			23	28	8	0	7	25	9	0	3	1	0

第7部 外来医療計画
第4章 医療機器の効率的な活用

圏域	病院名	所在地	CT				MRI			PET		放射線治療機器	
			マルチスライスCT			その他T	3T以上	1.5T以上 3T未満	1.5T未満	PET	PETCT	ガンマナイフ	サイバーナイフ
			64列以上	16列以上 64列未満	16列未満								
但馬	公立豊岡病院組合立豊岡病院	豊岡市	2	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0
但馬	公立豊岡病院組合立豊岡病院出石医療センター	豊岡市	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
但馬	公立豊岡病院組合立豊岡病院日高医療センター	豊岡市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
但馬	公立八鹿病院	養父市	1	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0
但馬	公立豊岡病院組合立朝来医療センター	朝来市	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
但馬	公立村岡病院	香美町	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
但馬	公立香住病院	香美町	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
但馬	公立浜坂病院	新温泉町	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
但馬	浜坂七釜温泉病院	新温泉町	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	但馬		5	7	1	0	0	4	0	0	0	0	0
丹波	岡本病院	丹波篠山市	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
丹波	山鳥病院	丹波篠山市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
丹波	医療法人社団みどり会にしき記念病院	丹波篠山市	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
丹波	兵庫医科大学ささやま医療センター	丹波篠山市	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
丹波	大塚病院	丹波市	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
丹波	兵庫県立柏原病院	丹波市	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
	丹波		3	2	1	0	0	5	0	0	0	0	0
淡路	兵庫県立淡路医療センター	洲本市	2	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0
淡路	洲本伊月病院	洲本市	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0
淡路	八木病院	南あわじ市	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
淡路	翠風第一病院	南あわじ市	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
淡路	南淡路病院	南あわじ市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
淡路	平成病院	南あわじ市	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
淡路	中林病院	南あわじ市	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
淡路	東浦平成病院	淡路市	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
淡路	播心淡路病院	淡路市	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
淡路	聖隷淡路病院	淡路市	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	淡路		5	6	0	0	1	7	1	1	1	0	0
	県合計		163	155	36	7	36	147	34	2	19	3	2

【参考資料】

1 外来医師偏在指標について

(1) 外来医師偏在指標の考え方

- ① 外来医療機能の偏在等を可視化する上で、外来医療のサービスの提供主体は医師であることから、外来医療に関する指標として医師数に基づく指標を算出
- ② 医師確保計画における医師偏在指標と同様に5つの要素（医療需要（ニーズ）及び人口構成とその変化、患者の流出入等、へき地等の地理的条件、医師の性別・年齢分布、医師偏在の種別（区域、入院／外来））を勘案した人口10万人対診療所医師数を用いる

(2) 外来医師偏在指標の算出式の特徴等

外来医師偏在指標の算出式の特徴は、主に次の2点である。

- ① 新たな医師偏在指標と同様に、医師数は、性別ごとに20歳代、30歳代…60歳代、70歳以上に区分し、平均労働時間の違いを用いて調整（⇒標準化診療所医師数）
- ② 新たな医師偏在指標と同様に、地域ごとに性年齢階級による外来受療率の違いを調整

$$\text{外来医師偏在指標} = \frac{\text{標準化診療所医師数（※1）}}{\frac{\text{地域の人口}}{10万} \times \text{地域の外来標準化受療率比（※2）} \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合（※4）} \times \text{（病院＋一般診療所外来患者流入調整係数）}}$$

$$\text{標準化診療所医師数（※1）} = \sum \text{性年齢階級別診療所医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{診療所医師の平均労働時間}}$$

$$\text{地域の標準化外来受療率比（※2）} = \frac{\text{地域の外来期待受療率（※3）}}{\text{全国の外来期待受療率}}$$

$$\text{地域の外来期待受療率（※3）} = \frac{\sum \left(\text{全国の性年齢階級別外来受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口} \right)}{\text{地域の人口}}$$

$$\text{地域の診療所の外来患者対応割合（※4）} = \frac{\text{地域の診療所の外来延べ患者数}}{\text{地域の診療所と病院の外来延べ患者数}}$$

(3) 外来医師偏在指標の数値について

外来医師偏在指標の算出基礎となる数値（標準化診療所医師数、人口等）は、図表1のとおりである。

【図表1：人口10万人対医師数及び外来医師偏在指標】

	H28.12.31 診療所 医師数 (人)	H28.10.1 推計人口 (人)	人口10万人 対医師数	標準化 診療所 医師数 (人)	H30.1.1 住基人口 (人)	外来標準化 受療率比	診療所 外来患者数 割合	病院+一般診療所 外来患者流入 調整係数	外来医師 偏在指標	
	①	②	③ (①/② ×100,000)	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑧ ④/((⑤/10万)* ⑥*⑦*⑧)	
全 国	102,457	126,932,772	80.7	102,457	127,707,259	1.000	75.5%	1.000	106.3	
兵 庫 県	神 戸	1,542	1,535,765	100.4	1,546	1,542,935	1.004	77.5%	1.010	127.6
	阪 神	1,645	1,756,743	93.6	1,648	1,785,037	0.985	82.8%	0.948	119.6
	東 播 磨	525	715,422	73.4	528	726,270	0.983	77.8%	1.010	94.0
	北 播 磨	185	271,028	68.3	188	274,844	1.044	71.9%	0.958	95.1
	播磨姫路	612	835,032	73.3	611	843,763	1.006	74.6%	0.990	97.5
	但 馬	128	167,971	76.2	129	171,517	1.106	73.4%	0.909	101.8
	丹 波	74	105,103	70.4	76	107,586	1.086	72.1%	0.865	103.8
淡 路	117	133,512	87.6	117	137,756	1.111	72.8%	0.915	114.8	

※「病院+一般診療所外来患者流入調整係数」の計算式は次のとおり

$1 + \{ \text{地域の外来患者流入数 (千人)} - \text{地域の外来患者流出数 (千人)} \} \div \text{地域の外来患者総数 (千人)}$

ア 標準化診療所医師数

標準化診療所医師数は、性・年齢階級別医師数（本県）に、性・年齢階級別労働時間比（診療所従事医師の全国平均）をそれぞれ乗じて算出されたものである。

【図表2：性・年齢階級別の医師数及び労働時間比】

		性・年齢階級別診療所医師数								性・年齢階級別労働時間比(全国)
		神戸	阪神	東播磨	北播磨	播磨姫路	但馬	丹波	淡路	
医師数(総数)		1,542	1,645	525	185	612	128	74	117	
男	～24歳	0	0	0	0	0	0	0	0	0.865
	25～29歳	1	5	0	0	0	0	0	0	0.865
	30～34歳	3	4	1	0	0	0	0	0	1.210
	35～39歳	24	24	8	2	10	2	1	0	1.210
	40～44歳	75	87	31	7	30	5	4	6	1.149
	45～49歳	126	153	49	17	50	10	8	7	1.149
	50～54歳	160	168	52	19	55	14	6	12	1.145
	55～59歳	216	230	73	24	93	15	17	17	1.145
	60～64歳	210	212	66	43	91	21	9	20	1.014
	65～69歳	207	199	77	28	78	23	9	15	1.014
	70～74歳	91	89	29	15	41	7	2	8	0.779
	75～79歳	74	63	25	5	31	8	4	5	0.779
80歳以上	75	105	24	12	48	5	7	4	0.779	
女	～24歳	0	0	0	0	0	0	0	0	1.006
	25～29歳	0	4	0	0	0	0	0	0	1.006
	30～34歳	9	4	4	0	1	0	0	0	0.828
	35～39歳	27	18	3	0	7	2	1	1	0.828
	40～44歳	39	42	17	0	23	3	3	0	0.794
	45～49歳	35	50	17	3	16	4	0	5	0.794
	50～54歳	39	38	8	6	10	3	0	6	0.985
	55～59歳	50	43	10	2	11	4	0	3	0.985
	60～64歳	25	26	13	0	11	0	2	2	0.900
	65～69歳	18	35	6	1	3	1	1	2	0.900
	70～74歳	15	16	3	1	1	1	0	1	0.694
	75～79歳	10	10	4	0	0	0	0	2	0.694
80歳以上	13	20	5	0	2	0	0	1	0.694	

イ 地域の標準化外来受療率比

地域の外来標準化受療率比の算出基礎となっている地域の性・年齢階級別外来医療需要は、地域ごとの受療率ではなく、全国の性・年齢階級別外来受療率を基に算出されている。

【図表3:住民基本台帳人口(平成30年1月1日現在)、性・年齢階級別の外来受療率】

(単位:人)

	全 国	兵 庫 県								全国の性・年齢階級別の外来受療率(人口10万人対外来患者千人)	
		神 戸	阪 神	東播磨	北播磨	播磨姫路	但 馬	丹 波	淡 路		
男	0～4歳	2,576,113	30,636	37,370	15,896	5,148	17,217	2,992	2,022	2,429	6,372
	5～9歳	2,761,985	33,250	40,440	16,847	5,767	19,625	3,589	2,209	2,681	3,465
	10～14歳	2,838,183	34,102	42,227	17,063	6,410	20,150	3,816	2,408	2,908	2,405
	15～19歳	3,077,007	36,585	45,158	18,895	6,998	22,447	4,385	2,673	3,225	1,446
	20～24歳	3,262,006	39,131	43,740	19,045	6,878	21,868	3,715	2,522	2,966	1,180
	25～29歳	3,352,099	38,347	42,112	19,274	6,533	21,091	3,422	2,415	2,698	1,316
	30～34歳	3,739,837	42,294	47,791	21,383	7,026	22,941	4,064	2,659	3,156	1,485
	35～39歳	4,091,918	45,699	53,160	22,588	7,591	25,183	4,466	2,854	3,606	1,641
	40～44歳	4,834,860	56,222	67,834	27,423	9,446	31,027	5,343	3,378	4,431	1,973
	45～49歳	4,876,140	58,517	73,182	28,005	9,490	30,795	5,308	3,236	4,329	2,343
	50～54歳	4,155,232	49,148	61,327	22,640	8,367	25,845	4,775	2,879	3,969	2,940
	55～59歳	3,808,460	44,972	51,067	19,856	8,113	24,208	5,559	3,406	4,119	3,568
	60～64歳	3,815,016	43,542	47,136	20,379	8,851	24,993	6,269	3,701	4,867	4,637
	65～69歳	4,715,320	55,994	60,476	26,727	11,194	31,930	7,353	4,708	6,340	6,036
	70～74歳	3,648,508	44,349	49,333	21,726	8,822	24,852	5,153	3,368	4,641	7,837
	75～79歳	2,971,117	35,561	41,338	17,678	7,089	20,150	4,314	2,688	3,499	9,951
80歳以上	3,775,090	44,380	48,505	18,525	9,690	24,064	7,713	4,439	6,203	10,741	
女	0～4歳	2,449,070	29,049	35,749	15,140	4,854	16,251	2,865	1,885	2,281	6,081
	5～9歳	2,625,490	31,652	38,909	16,183	5,517	18,166	3,388	2,153	2,573	3,153
	10～14歳	2,700,317	32,353	39,874	15,994	5,909	19,395	3,618	2,208	2,742	2,064
	15～19歳	2,927,389	35,003	43,175	18,041	6,857	21,628	4,058	2,646	3,113	1,708
	20～24歳	3,095,821	39,064	44,061	17,470	6,917	20,722	3,649	2,423	2,870	2,014
	25～29歳	3,171,127	39,868	43,818	17,822	6,022	19,459	3,132	2,240	2,545	2,753
	30～34歳	3,578,374	43,881	49,875	20,441	6,717	21,783	3,841	2,569	3,112	3,282
	35～39歳	3,943,700	48,749	57,064	22,493	7,210	24,415	4,163	2,761	3,547	3,286
	40～44歳	4,670,336	59,783	71,557	27,346	9,265	30,653	4,973	3,255	4,208	3,116
	45～49歳	4,748,618	61,181	76,783	28,262	9,257	31,011	5,235	3,256	4,389	3,267
	50～54歳	4,097,784	52,277	63,152	23,313	8,602	26,778	4,980	3,198	4,063	3,908
	55～59歳	3,813,347	48,543	54,392	21,131	8,452	25,172	5,667	3,555	4,392	4,520
	60～64歳	3,899,617	47,177	51,075	21,480	9,116	25,816	6,227	3,783	4,852	5,407
	65～69歳	5,013,203	61,376	67,821	29,669	11,936	34,553	7,475	4,775	6,451	6,725
	70～74歳	4,140,194	51,439	58,784	24,994	9,604	28,926	5,998	3,635	5,025	8,593
	75～79歳	3,687,772	46,238	51,405	20,427	8,435	25,182	5,479	3,320	4,333	10,517
80歳以上	6,846,213	82,573	85,347	32,114	16,761	45,470	14,533	8,359	11,193	10,080	
合 計	127,707,259	1,542,935	1,785,037	726,270	274,844	843,763	171,517	107,586	137,756		

【図表4：地域の標準化外来受療率比】

		標準化外来 受療率比	外来期待 受療率
全 国		1.000	4,575.54
兵 庫 県	神 戸	1.004	4,591.85
	阪 神	0.985	4,505.44
	東 播 磨	0.983	4,499.93
	北 播 磨	1.044	4,775.40
	播磨姫路	1.006	4,604.14
	但 馬	1.106	5,059.46
	丹 波	1.086	4,967.76
	淡 路	1.111	5,081.37

		全 国	兵 庫 県							
			神 戸	阪 神	東播磨	北播磨	播磨姫路	但 馬	丹 波	淡 路
男 性 ・ 年 齢 階 級 別 外 来 医 療 需 要 (人)	0～4歳	164,162	1,952	2,381	1,013	328	1,097	191	129	155
	5～9歳	95,711	1,152	1,401	584	200	680	124	77	93
	10～14歳	68,251	820	1,015	410	154	485	92	58	70
	15～19歳	44,498	529	653	273	101	325	63	39	47
	20～24歳	38,485	462	516	225	81	258	44	30	35
	25～29歳	44,097	504	554	254	86	277	45	32	35
	30～34歳	55,523	628	710	317	104	341	60	39	47
	35～39歳	67,148	750	872	371	125	413	73	47	59
	40～44歳	95,411	1,109	1,339	541	186	612	105	67	87
	45～49歳	114,252	1,371	1,715	656	222	722	124	76	101
	50～54歳	122,170	1,445	1,803	666	246	760	140	85	117
	55～59歳	135,900	1,605	1,822	709	290	864	198	122	147
	60～64歳	176,891	2,019	2,186	945	410	1,159	291	172	226
	65～69歳	284,628	3,380	3,650	1,613	676	1,927	444	284	383
	70～74歳	285,931	3,476	3,866	1,703	691	1,948	404	264	364
	75～79歳	295,653	3,539	4,114	1,759	705	2,005	429	267	348
	80歳以上	405,495	4,767	5,210	1,990	1,041	2,585	828	477	666
女 性 ・ 年 齢 階 級 別 外 来 医 療 需 要 (人)	0～4歳	148,929	1,766	2,174	921	295	988	174	115	139
	5～9歳	82,783	998	1,227	510	174	573	107	68	81
	10～14歳	55,723	668	823	330	122	400	75	46	57
	15～19歳	50,010	598	738	308	117	369	69	45	53
	20～24歳	62,338	787	887	352	139	417	73	49	58
	25～29歳	87,293	1,097	1,206	491	166	536	86	62	70
	30～34歳	117,459	1,440	1,637	671	220	715	126	84	102
	35～39歳	129,586	1,602	1,875	739	237	802	137	91	117
	40～44歳	145,521	1,863	2,230	852	289	955	155	101	131
	45～49歳	155,143	1,999	2,509	923	302	1,013	171	106	143
	50～54歳	160,154	2,043	2,468	911	336	1,047	195	125	159
55～59歳	172,381	2,194	2,459	955	382	1,138	256	161	199	
60～64歳	210,866	2,551	2,762	1,161	493	1,396	337	205	262	
65～69歳	337,144	4,128	4,561	1,995	803	2,324	503	321	434	
70～74歳	355,785	4,420	5,052	2,148	825	2,486	515	312	432	
75～79歳	387,856	4,863	5,406	2,148	887	2,648	576	349	456	
80歳以上	690,124	8,324	8,603	3,237	1,690	4,584	1,465	843	1,128	
外来医療需要		5,843,300	70,849	80,424	32,682	13,125	38,848	8,678	5,345	7,000

- ※ 1 外来期待受療率は、地域の性・年齢階級別外来医療需要の合計【図表4】を地域の人口（10万人）【図表3】で除して求めたもの
 2 地域の性・年齢階級別医療需要は、全国の性・年齢階級別外来受療率【図表3】を地域の性・年齢階級別人口（10万人）【図表3】に乗じて求めたもの
 3 標準化外来受療率比は地域の外来期待受療率を全国の外来期待受療率で除して求めたもの

【計算例】（神戸圏域）

- a 外来期待受療率 = 外来医療需要の計 / 人口 × 100,000
⇒ 70,849 / 1,542,935 × 100,000 = 4,592
- b 外来医療需要 = 性・年齢階級別の医療需要の計
⇒ 1,952 + 1,152 … + 8,324 = 70,849
- c 性・年齢階級別の医療需要 = 外来受療率 × 人口 / 100,000
(例：男性・0～4歳) ⇒ 6,372 × 30,636 / 100,000 = 1,952
- d 標準化外来受療率比 = 期待外来受療率（神戸） / 同（全国）
⇒ 4,592 / 4,576 = 1.004

ウ 地域の診療所の外来患者対応割合

地域の診療所の外来患者対応割合は、地域の一般診療所の外来患者延数を、地域の病院及び一般診療所の外来患者延数で除して算出されたものである。

【図表5：地域の外来患者延数】

		外来患者延数 (病院)	外来患者延数 (一般診療所)
全 国		31,557,269	97,118,207
兵 庫 県	神 戸	385,302	1,323,982
	阪 神	321,469	1,543,368
	東 播 磨	176,144	615,527
	北 播 磨	78,920	202,409
	播磨姫路	220,801	648,153
	但 馬	43,221	119,015
	丹 波	29,031	75,155
	淡 路	40,948	109,385

※ 外来患者延数は、NDBデータ（レセプト情報・特定健診等情報データベース）の平成29年4月から30年3月までの診療分データ（12か月）に基づき抽出・集計しており、医科レセプト（入院外）の初診・再診及び往診・在宅訪問診療の診療行為の算定回数を合算

2 医療機器の調整人口当たり台数について

(1) 医療機器の調整人口当たり台数の考え方

医療機器のニーズは、医療機器の項目ごと、性・年齢別ごとに大きな差があることから、医療機器の項目ごと及び地域ごとに性・年齢構成を調整した人口当たり機器数を用いて指標を作成

(2) 医療機器の調整人口当たり台数の算出式の特徴

医療機器の調整人口当たり台数の算出式では、地域ごとに性年齢階級による期待検査数の違いを調整

$$\text{調整人口あたり台数} = \frac{\text{地域の医療機器の台数}}{\text{地域の人口 (10万人)} \times \text{地域の標準化検査率比}^{(\ast 1)}}$$

$$\text{地域の標準化検査率比}^{(\ast 1)} = \frac{\text{地域の人口あたり期待検査数}^{(\ast 2)} (\text{入院+外来})}{\text{全国の人口あたり期待検査数 (入院+外来)}}$$

$$\text{地域の人口あたり期待検査数}^{(\ast 2)} = \frac{\sum \left[\frac{\text{全国の性・年齢階級別検査数 (入院+外来)}}{\text{全国の性・年齢階級別人口}} \times \text{地域の性・年齢階級別人口} \right]}{\text{地域の人口}}$$

(3) 医療機器の調整人口当たり台数の数値について

医療機器の調整人口当たり台数の算出基礎となる数値（医療機器台数、人口等）は、下表のとおりである。

【図表6：医療機器の調整人口当たり台数】

	H30.1.1 住基人口 ①	医療機器台数 ③					医療機器台数(人口10万人あたり) ③ (③/(①/100,000))					
		CT	MRI	PET	マンモグラフィ	放射線治療器	CT	MRI	PET	マンモグラフィ	放射線治療器	
全 国	127,707,259	14,126	6,996	586	4,348	1,160	11.1	5.5	0.5	3.4	0.9	
兵 庫 県	5,589,708	592	275	30	175	45	10.6	4.9	0.5	3.1	0.8	
兵 庫 県	神 戸	1,542,935	172	76	10	55	17	11.1	4.9	0.6	3.6	1.1
	阪 神	1,785,037	165	76	9	44	12	9.2	4.3	0.5	2.5	0.7
	東 播 磨	726,270	68	39	3	23	5	9.4	5.4	0.4	3.2	0.7
	北 播 磨	274,844	34	11	1	8	2	12.4	4.0	0.4	2.9	0.7
	播磨姫路	843,763	106	54	5	27	6	12.6	6.4	0.6	3.2	0.7
	但 馬	171,517	23	5	0	5	2	13.4	2.9	0.0	2.9	1.2
	丹 波	107,586	11	5	0	4	1	10.2	4.6	0.0	3.7	0.9
	淡 路	137,756	13	9	2	9	1	9.4	6.5	1.5	6.5	0.7

	標準化検査率比 ④					調整人口当たり台数 ⑤ (③/④)					
	CT	MRI	PET	マンモグラフィ	放射線治療器	CT	MRI	PET	マンモグラフィ	放射線治療器	
全 国	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	11.1	5.5	0.5	3.4	0.9	
兵 庫 県	1.002	1.005	1.006	1.023	1.003	10.6	4.9	0.5	3.1	0.8	
兵 庫 県	神 戸	1.000	1.004	1.004	1.039	0.999	11.2	4.9	0.6	3.4	1.1
	阪 神	0.967	0.982	0.975	1.041	0.966	9.6	4.3	0.5	2.4	0.7
	東 播 磨	0.963	0.979	0.986	1.006	0.974	9.7	5.5	0.4	3.1	0.7
	北 播 磨	1.073	1.054	1.072	0.990	1.086	11.5	3.8	0.3	2.9	0.7
	播磨姫路	1.004	1.006	1.009	0.997	1.007	12.5	6.4	0.6	3.2	0.7
	但 馬	1.178	1.118	1.130	0.976	1.171	11.4	2.6	0.0	3.0	1.0
	丹 波	1.141	1.094	1.110	0.980	1.142	9.0	4.2	0.0	3.8	0.8
	淡 路	1.184	1.127	1.153	0.994	1.192	8.0	5.8	1.3	6.6	0.6

ア 医療機器台数

医療機器台数は、次により算出している。

CT	平成29年医療施設調査の病院票及び一般診療所票「マルチスライスCT」、「その他のCT」の合計装置台数
MRI	平成29年医療施設調査の病院票及び一般診療所票の「3.0テスラ以上」、「1.5テスラ以上3.0テスラ未満」、「1.5テスラ未満」の合計装置台数
PET	平成29年医療施設調査の病院票及び一般診療所票の「PET」、「PETCT」の合計装置台数
マンモグラフィ	平成29年医療施設調査の病院票及び一般診療所票の「マンモグラフィ」の装置台数
放射線治療器 (体外照射)	<ul style="list-style-type: none"> 平成29年医療施設調査の病院票の「リニアック・マイクロトン」、「ガンナイフ・サイバーナイフ」の合計装置台数 平成29年医療施設調査の一般診療所票の「ガンナイフ・サイバーナイフ」の都道府県別の装置台数を参考に、平成29年度NDBデータの年間算定回数から「リニアック・マイクロトン」、「ガンナイフ・サイバーナイフ」の合計台数を推計

イ 標準化検査率比

地域の標準化検査率比の算出基礎となっている地域の人口当たり期待検査数は、地域ごとの検査率ではなく、全国の性・年齢階級別外来検査率を基に算出されている。

【図表7：全国の人口当たり期待検査数】

	CT	MRI	PET	マンモグラフィ	放射線治療器 (体外照射)
① 人口	127,707,259				
② 検査数 (入院+外来)	24,163,485	13,344,021	494,206	2,330,250	23,956
③ 期待検査数 ((2)/①)	0.1892	0.1045	0.0039	0.0182	0.0002

【図表8：全国の性・年齢階級別検査率（人口千人あたりの年間算定回数）】

		CT	MRI	PET	マンモグラフィ	放射線治療器
男性 検査率 (人口 千人 あたりの 年間 算定 回数)	0～4歳	17.3	6.8	0.0	0.0	*
	5～9歳	29.1	13.3	0.1	0.0	0.0
	10～14歳	49.6	49.0	0.1	0.0	0.0
	15～19歳	59.1	54.2	0.2	0.0	0.0
	20～24歳	45.8	28.4	0.2	0.1	0.0
	25～29歳	49.1	29.5	0.3	0.1	0.0
	30～34歳	57.2	35.3	0.4	0.1	0.0
	35～39歳	69.4	43.3	0.7	0.1	0.0
	40～44歳	87.2	53.8	1.0	0.1	0.0
	45～49歳	105.3	64.0	1.5	0.1	0.1
	50～54歳	136.8	81.4	2.5	0.1	0.1
	55～59歳	182.2	103.4	4.5	0.1	0.2
	60～64歳	247.1	130.9	7.1	0.1	0.4
	65～69歳	336.9	165.3	10.6	0.2	0.5
	70～74歳	450.1	218.5	14.1	0.3	0.7
75～79歳	583.4	276.5	15.5	0.4	0.8	
80歳以上	750.0	258.9	10.6	0.4	0.9	
女性 検査率 (人口 千人 あたりの 年間 算定 回数)	0～4歳	12.4	5.6	0.0	0.0	*
	5～9歳	17.3	11.5	0.0	*	0.0
	10～14歳	26.2	40.0	0.1	0.0	0.0
	15～19歳	36.1	44.3	0.2	0.4	0.0
	20～24歳	41.9	31.7	0.2	3.2	0.0
	25～29歳	45.9	38.6	0.4	10.3	0.0
	30～34歳	52.7	46.9	0.8	28.6	0.0
	35～39歳	65.9	60.2	1.2	46.1	0.1
	40～44歳	84.3	77.5	2.1	62.6	0.1
	45～49歳	106.1	94.2	3.2	72.0	0.1
	50～54歳	138.8	109.3	4.2	75.0	0.1
	55～59歳	170.6	115.7	5.3	64.4	0.2
	60～64歳	209.6	133.3	6.4	54.3	0.2
	65～69歳	261.8	165.1	7.7	47.2	0.3
	70～74歳	334.2	219.8	8.4	40.1	0.3
75～79歳	424.6	269.6	8.4	30.3	0.4	
80歳以上	554.6	211.2	4.4	11.8	0.3	

※ 「*」は厚生労働省提供データでは秘匿されている箇所

【図表9：兵庫県内の性・年齢階級別人口】

		兵庫県								
		神戸	阪神	東播磨	北播磨	播磨姫路	但馬	丹波	淡路	
男	0～4歳	113,710	30,636	37,370	15,896	5,148	17,217	2,992	2,022	2,429
	5～9歳	124,408	33,250	40,440	16,847	5,767	19,625	3,589	2,209	2,681
	10～14歳	129,084	34,102	42,227	17,063	6,410	20,150	3,816	2,408	2,908
	15～19歳	140,366	36,585	45,158	18,895	6,998	22,447	4,385	2,673	3,225
	20～24歳	139,865	39,131	43,740	19,045	6,878	21,868	3,715	2,522	2,966
	25～29歳	135,892	38,347	42,112	19,274	6,533	21,091	3,422	2,415	2,698
	30～34歳	151,314	42,294	47,791	21,383	7,026	22,941	4,064	2,659	3,156
	35～39歳	165,147	45,699	53,160	22,588	7,591	25,183	4,466	2,854	3,606
	40～44歳	205,104	56,222	67,834	27,423	9,446	31,027	5,343	3,378	4,431
	45～49歳	212,862	58,517	73,182	28,005	9,490	30,795	5,308	3,236	4,329
	50～54歳	178,950	49,148	61,327	22,640	8,367	25,845	4,775	2,879	3,969
	55～59歳	161,300	44,972	51,067	19,856	8,113	24,208	5,559	3,406	4,119
	60～64歳	159,738	43,542	47,136	20,379	8,851	24,993	6,269	3,701	4,867
	65～69歳	204,722	55,994	60,476	26,727	11,194	31,930	7,353	4,708	6,340
	70～74歳	162,244	44,349	49,333	21,726	8,822	24,852	5,153	3,368	4,641
	75～79歳	132,317	35,561	41,338	17,678	7,089	20,150	4,314	2,688	3,499
	80歳以上	163,519	44,380	48,505	18,525	9,690	24,064	7,713	4,439	6,203
	女	0～4歳	108,074	29,049	35,749	15,140	4,854	16,251	2,865	1,885
5～9歳		118,541	31,652	38,909	16,183	5,517	18,166	3,388	2,153	2,573
10～14歳		122,093	32,353	39,874	15,994	5,909	19,395	3,618	2,208	2,742
15～19歳		134,521	35,003	43,175	18,041	6,857	21,628	4,058	2,646	3,113
20～24歳		137,176	39,064	44,061	17,470	6,917	20,722	3,649	2,423	2,870
25～29歳		134,906	39,868	43,818	17,822	6,022	19,459	3,132	2,240	2,545
30～34歳		152,219	43,881	49,875	20,441	6,717	21,783	3,841	2,569	3,112
35～39歳		170,402	48,749	57,064	22,493	7,210	24,415	4,163	2,761	3,547
40～44歳		211,040	59,783	71,557	27,346	9,265	30,653	4,973	3,255	4,208
45～49歳		219,374	61,181	76,783	28,262	9,257	31,011	5,235	3,256	4,389
50～54歳		186,363	52,277	63,152	23,313	8,602	26,778	4,980	3,198	4,063
55～59歳		171,304	48,543	54,392	21,131	8,452	25,172	5,667	3,555	4,392
60～64歳		169,526	47,177	51,075	21,480	9,116	25,816	6,227	3,783	4,852
65～69歳		224,056	61,376	67,821	29,669	11,936	34,553	7,475	4,775	6,451
70～74歳		188,405	51,439	58,784	24,994	9,604	28,926	5,998	3,635	5,025
75～79歳		164,819	46,238	51,405	20,427	8,435	25,182	5,479	3,320	4,333
80歳以上		296,350	82,573	85,347	32,114	16,761	45,470	14,533	8,359	11,193
合計		5,589,708	1,542,935	1,785,037	726,270	274,844	843,763	171,517	107,586	137,756

【図表10-1：地域の期待検査率（CT）】

【CT】	兵庫県	神戸	阪神	東播磨	北播磨	播磨姫路	但馬	丹波	淡路	
男性人口	0～4歳	1,968	530	647	275	89	298	52	35	42
	5～9歳	3,622	968	1,177	490	168	571	104	64	78
	10～14歳	6,403	1,692	2,095	846	318	999	189	119	144
	15～19歳	8,301	2,164	2,671	1,117	414	1,327	259	158	191
	20～24歳	6,406	1,792	2,003	872	315	1,002	170	116	136
	25～29歳	6,672	1,883	2,068	946	321	1,036	168	119	132
	30～34歳	8,649	2,418	2,732	1,222	402	1,311	232	152	180
	35～39歳	11,454	3,169	3,687	1,567	526	1,747	310	198	250
	40～44歳	17,892	4,904	5,917	2,392	824	2,707	466	295	387
	45～49歳	22,424	6,164	7,709	2,950	1,000	3,244	559	341	456
	50～54歳	24,479	6,723	8,389	3,097	1,145	3,535	653	394	543
	55～59歳	29,394	8,195	9,306	3,618	1,478	4,412	1,013	621	751
	60～64歳	39,475	10,760	11,648	5,036	2,187	6,176	1,549	915	1,203
	65～69歳	68,974	18,865	20,375	9,005	3,771	10,758	2,477	1,586	2,136
	70～74歳	73,022	19,960	22,204	9,778	3,971	11,185	2,319	1,516	2,089
	75～79歳	77,197	20,747	24,118	10,314	4,136	11,756	2,517	1,568	2,041
80歳以上	122,632	33,283	36,377	13,893	7,267	18,047	5,784	3,329	4,652	
女性人口	0～4歳	1,341	361	444	188	60	202	36	23	28
	5～9歳	2,047	547	672	279	95	314	59	37	44
	10～14歳	3,205	849	1,047	420	155	509	95	58	72
	15～19歳	4,850	1,262	1,557	650	247	780	146	95	112
	20～24歳	5,753	1,638	1,848	733	290	869	153	102	120
	25～29歳	6,187	1,828	2,010	817	276	892	144	103	117
	30～34歳	8,016	2,311	2,626	1,076	354	1,147	202	135	164
	35～39歳	11,222	3,210	3,758	1,481	475	1,608	274	182	234
	40～44歳	17,786	5,038	6,031	2,305	781	2,583	419	274	355
	45～49歳	23,269	6,490	8,144	2,998	982	3,289	555	345	466
	50～54歳	25,867	7,256	8,765	3,236	1,194	3,717	691	444	564
	55～59歳	29,224	8,281	9,279	3,605	1,442	4,294	967	606	749
	60～64歳	35,527	9,887	10,704	4,502	1,910	5,410	1,305	793	1,017
	65～69歳	58,663	16,070	17,757	7,768	3,125	9,047	1,957	1,250	1,689
	70～74歳	62,959	17,189	19,644	8,352	3,209	9,666	2,004	1,215	1,679
	75～79歳	69,988	19,634	21,828	8,674	3,582	10,693	2,327	1,410	1,840
80歳以上	164,346	45,792	47,331	17,809	9,295	25,216	8,060	4,636	6,207	
①合計	1,059,215	291,863	326,567	132,314	55,805	160,348	38,217	23,233	30,868	
地域の期待検査数 (①/地域人口)	0.1895	0.1892	0.1829	0.1822	0.2030	0.1900	0.2228	0.2160	0.2241	

※ 地域の性・年齢階級別機体検査数は、全国の性・年齢階級別機体検査数【図表3】を地域の性・年齢階級別人口（10万人）【図表5】に乗じて求めたもの。MRI、PET、マンモグラフィ、放射線治療器についても同じ。

【計算例】（CT、神戸圏域）

- a 地域の人口当たり期待検査数 = 性・年齢階級別の期待検査数の計 / 人口
⇒ 291,863 / 1,542,935 = 0.1892
- b 性・年齢階級別の期待検査数の計
⇒ 530 + 968 … + 45,792 = 291,863
- c 性・年齢階級別の期待検査数 = 全国の性・年齢階級別の期待検査率 / 1,000 × 人口
(例：男性・0～4歳) ⇒ 17.3 / 1,000 × 30,636 = 530
- d 標準化検査率比 = 人口当たり期待検査数（神戸） / 同（全国）
⇒ 0.1892 / 0.1892 = 1.000

【図表10-2：地域の期待検査率（MRI）】

【MRI】	兵庫県	神戸	阪神	東播磨	北播磨	播磨姫路	但馬	丹波	淡路	
男性人口	0~4歳	778	210	256	109	35	118	20	14	17
	5~9歳	1,653	442	537	224	77	261	48	29	36
	10~14歳	6,320	1,670	2,067	835	314	987	187	118	142
	15~19歳	7,609	1,983	2,448	1,024	379	1,217	238	145	175
	20~24歳	3,975	1,112	1,243	541	195	622	106	72	84
	25~29歳	4,012	1,132	1,243	569	193	623	101	71	80
	30~34歳	5,342	1,493	1,687	755	248	810	143	94	111
	35~39歳	7,143	1,977	2,299	977	328	1,089	193	123	156
	40~44歳	11,043	3,027	3,652	1,477	509	1,671	288	182	239
	45~49歳	13,630	3,747	4,686	1,793	608	1,972	340	207	277
	50~54歳	14,562	3,999	4,990	1,842	681	2,103	389	234	323
	55~59歳	16,674	4,649	5,279	2,053	839	2,502	575	352	426
	60~64歳	20,915	5,701	6,172	2,668	1,159	3,272	821	485	637
	65~69歳	33,850	9,258	10,000	4,419	1,851	5,280	1,216	778	1,048
	70~74歳	35,454	9,691	10,780	4,748	1,928	5,431	1,126	736	1,014
75~79歳	36,588	9,833	11,431	4,888	1,960	5,572	1,193	743	968	
80歳以上	42,329	11,488	12,556	4,795	2,508	6,229	1,997	1,149	1,606	
女性人口	0~4歳	610	164	202	85	27	92	16	11	13
	5~9歳	1,363	364	447	186	63	209	39	25	30
	10~14歳	4,882	1,294	1,595	640	236	776	145	88	110
	15~19歳	5,955	1,549	1,911	799	304	957	180	117	138
	20~24歳	4,352	1,239	1,398	554	219	657	116	77	91
	25~29歳	5,202	1,537	1,690	687	232	750	121	86	98
	30~34歳	7,139	2,058	2,339	959	315	1,022	180	120	146
	35~39歳	10,253	2,933	3,433	1,353	434	1,469	250	166	213
	40~44歳	16,360	4,634	5,547	2,120	718	2,376	386	252	326
	45~49歳	20,667	5,764	7,233	2,662	872	2,921	493	307	413
	50~54歳	20,363	5,712	6,900	2,547	940	2,926	544	349	444
	55~59歳	19,825	5,618	6,295	2,445	978	2,913	656	411	508
	60~64歳	22,604	6,290	6,810	2,864	1,215	3,442	830	504	647
	65~69歳	36,987	10,132	11,196	4,898	1,970	5,704	1,234	788	1,065
	70~74歳	41,419	11,308	12,923	5,495	2,111	6,359	1,319	799	1,105
75~79歳	44,437	12,466	13,860	5,507	2,274	6,789	1,477	895	1,168	
80歳以上	62,593	17,441	18,027	6,783	3,540	9,604	3,070	1,766	2,364	
①合計	586,887	161,917	183,133	74,303	30,263	88,724	20,034	12,296	16,218	
地域の期待検査数 (①/地域人口)	0.1050	0.1049	0.1026	0.1023	0.1101	0.1052	0.1168	0.1143	0.1177	

【図表10-3：地域の期待検査率（PET）】

【PET】	兵庫県	神戸	阪神	東播磨	北播磨	播磨姫路	但馬	丹波	淡路	
男性人口	0～4歳	4	1	1	0	0	1	0	0	0
	5～9歳	10	3	3	1	0	2	0	0	0
	10～14歳	14	4	5	2	1	2	0	0	0
	15～19歳	29	8	9	4	1	5	1	1	1
	20～24歳	34	10	11	5	2	5	1	1	1
	25～29歳	41	11	13	6	2	6	1	1	1
	30～34歳	65	18	20	9	3	10	2	1	1
	35～39歳	107	30	35	15	5	16	3	2	2
	40～44歳	198	54	65	26	9	30	5	3	4
	45～49歳	311	86	107	41	14	45	8	5	6
	50～54歳	452	124	155	57	21	65	12	7	10
	55～59歳	726	202	230	89	36	109	25	15	19
	60～64歳	1,142	311	337	146	63	179	45	26	35
	65～69歳	2,168	593	640	283	119	338	78	50	67
	70～74歳	2,287	625	695	306	124	350	73	47	65
75～79歳	2,052	552	641	274	110	313	67	42	54	
80歳以上	1,737	471	515	197	103	256	82	47	66	
女性人口	0～4歳	3	1	1	0	0	0	0	0	0
	5～9歳	6	2	2	1	0	1	0	0	0
	10～14歳	13	3	4	2	1	2	0	0	0
	15～19歳	24	6	8	3	1	4	1	0	1
	20～24歳	33	9	11	4	2	5	1	1	1
	25～29歳	60	18	19	8	3	9	1	1	1
	30～34歳	114	33	37	15	5	16	3	2	2
	35～39歳	209	60	70	28	9	30	5	3	4
	40～44歳	447	127	152	58	20	65	11	7	9
	45～49歳	691	193	242	89	29	98	16	10	14
	50～54歳	790	222	268	99	36	113	21	14	17
	55～59歳	907	257	288	112	45	133	30	19	23
	60～64歳	1,086	302	327	138	58	165	40	24	31
	65～69歳	1,721	471	521	228	92	265	57	37	50
	70～74歳	1,591	434	496	211	81	244	51	31	42
75～79歳	1,378	387	430	171	71	211	46	28	36	
80歳以上	1,311	365	378	142	74	201	64	37	50	
①合計	21,760	5,992	6,736	2,770	1,140	3,294	750	462	615	
地域の期待検査数 (①/地域人口)	0.0039	0.0039	0.0038	0.0038	0.0041	0.0039	0.0044	0.0043	0.0045	

【図表10-4：地域の期待検査率（マンモグラフィ）】

【マンモグラフィ】	兵庫県	神戸	阪神	東播磨	北播磨	播磨姫路	但馬	丹波	淡路
男性人口	0～4歳	0	0	0	0	0	0	0	0
	5～9歳	0	0	0	0	0	0	0	0
	10～14歳	1	0	0	0	0	0	0	0
	15～19歳	7	2	2	1	0	1	0	0
	20～24歳	9	3	3	1	0	1	0	0
	25～29歳	7	2	2	1	0	1	0	0
	30～34歳	10	3	3	1	0	2	0	0
	35～39歳	11	3	4	2	1	2	0	0
	40～44歳	14	4	5	2	1	2	0	0
	45～49歳	16	5	6	2	1	2	0	0
	50～54歳	17	5	6	2	1	2	0	0
	55～59歳	19	5	6	2	1	3	1	0
	60～64歳	24	6	7	3	1	4	1	1
	65～69歳	42	12	13	6	2	7	2	1
	70～74歳	48	13	15	6	3	7	2	1
75～79歳	47	13	15	6	3	7	2	1	
80歳以上	59	16	17	7	3	9	3	2	
女性人口	0～4歳	0	0	0	0	0	0	0	0
	5～9歳	*	*	*	*	*	*	*	*
	10～14歳	2	1	1	0	0	0	0	0
	15～19歳	54	14	17	7	3	9	2	1
	20～24歳	442	126	142	56	22	67	12	8
	25～29歳	1,394	412	453	184	62	201	32	23
	30～34歳	4,353	1,255	1,426	585	192	623	110	73
	35～39歳	7,863	2,250	2,633	1,038	333	1,127	192	127
	40～44歳	13,217	3,744	4,481	1,713	580	1,920	311	204
	45～49歳	15,792	4,404	5,528	2,035	666	2,232	377	234
	50～54歳	13,979	3,921	4,737	1,749	645	2,009	374	240
	55～59歳	11,032	3,126	3,503	1,361	544	1,621	365	229
	60～64歳	9,206	2,562	2,773	1,166	495	1,402	338	205
	65～69歳	10,583	2,899	3,203	1,401	564	1,632	353	226
	70～74歳	7,555	2,063	2,357	1,002	385	1,160	241	146
75～79歳	4,997	1,402	1,558	619	256	763	166	101	
80歳以上	3,490	973	1,005	378	197	536	171	98	
①合計	*	*	*	*	*	*	*	*	*
地域の期待検査数 (①/地域人口)	*	*	*	*	*	*	*	*	*

※ 「*」は厚生労働省提供データでは秘匿されている箇所及びその影響で本表では算出不可能となる箇所

【図表 10-5 : 地域の期待検査率（放射線治療器）】

【放射線治療器】	兵庫県	神戸	阪神	東播磨	北播磨	播磨姫路	但馬	丹波	淡路
男性人口	0~4歳	*	*	*	*	*	*	*	*
	5~9歳	1	0	0	0	0	0	0	0
	10~14歳	2	0	1	0	0	0	0	0
	15~19歳	1	0	0	0	0	0	0	0
	20~24歳	1	0	0	0	0	0	0	0
	25~29歳	2	1	1	0	0	0	0	0
	30~34歳	2	1	1	0	0	0	0	0
	35~39歳	4	1	1	1	0	1	0	0
	40~44歳	9	2	3	1	0	1	0	0
	45~49歳	14	4	5	2	1	2	0	0
	50~54歳	20	5	7	3	1	3	1	0
	55~59歳	32	9	10	4	2	5	1	1
	60~64歳	57	16	17	7	3	9	2	1
	65~69歳	111	30	33	14	6	17	4	3
	70~74歳	115	32	35	15	6	18	4	2
75~79歳	105	28	33	14	6	16	3	2	
80歳以上	139	38	41	16	8	21	7	4	
女性人口	0~4歳	*	*	*	*	*	*	*	*
	5~9歳	0	0	0	0	0	0	0	0
	10~14歳	1	0	0	0	0	0	0	0
	15~19歳	1	0	0	0	0	0	0	0
	20~24歳	2	0	1	0	0	0	0	0
	25~29歳	2	1	1	0	0	0	0	0
	30~34歳	4	1	1	1	0	1	0	0
	35~39歳	9	3	3	1	0	1	0	0
	40~44歳	17	5	6	2	1	2	0	0
	45~49歳	22	6	8	3	1	3	1	0
	50~54歳	28	8	9	3	1	4	1	0
	55~59歳	33	9	11	4	2	5	1	1
	60~64歳	42	12	13	5	2	6	2	1
	65~69歳	67	18	20	9	4	10	2	1
	70~74歳	65	18	20	9	3	10	2	1
75~79歳	59	17	18	7	3	9	2	1	
80歳以上	85	24	24	9	5	13	4	2	
①合計	*	*	*	*	*	*	*	*	*
地域の期待検査数 (①/地域人口)	*	*	*	*	*	*	*	*	*

※ 「*」は厚生労働省提供データでは秘匿されている箇所及びその影響で本表では算出不可能となる箇所

【第8部】
計画の推進と進行管理

第8部 計画の推進と進行管理

保健医療計画は、県民の健康を保健・医療の両面から支援するための県の計画であると同時に、県民、関係機関、関係団体、市町等の参画と協働のもと、それぞれが取り組むべき基本的指針（ガイドライン）としての性格をもつ。

したがって、計画に掲げる各項目の推進方策については、それぞれ推進主体がそれぞれの役割分担のもと相互に連携をとりながら、達成に向けて取組を展開する必要がある。

第1章 計画の推進体制

1 1次保健医療圏域（市町）

1次保健医療圏域は、基本的な保健サービスの提供とプライマリーケアの確保を図る単位である。

このため、市町は、県健康福祉事務所や保健医療関係団体と協力して、計画的に保健事業を展開する。

2 2次保健医療圏域（8圏域）

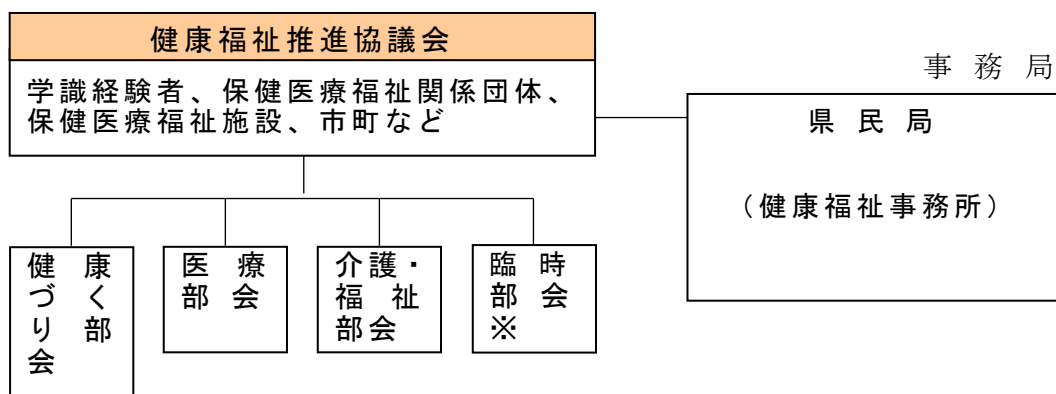
2次保健医療圏域は、入院医療の確保を図り、医療提供体制の確保を図る基本的な区域である。このため、医療関係団体や地域の医療機関などにより医療提供体制のネットワーク化を推進する。

また、保健・医療・福祉の各関係機関の連携により、健康増進からリハビリテーションにいたる包括的な保健医療提供体制の確立を図る。

県民局・県民センターは、健康福祉推進協議会の意見を聴きながら、県民、関係機関、関係団体を含め計画を幅広く推進するとともに、定期的に進捗状況を把握・評価し、その評価を踏まえてさらなる推進を図るものとする。

なお、医療分野によっては、単独の2次保健医療圏域で医療機能が完結せず、隣接圏域と一体となって当該医療連携体制の構築を図ることが必要となる場合がある。そうした場合は、関係する健康福祉推進協議会が合同で連絡会議を開催するなどして、円滑な連携を図ることとする。

【2次保健医療圏域における推進体制】



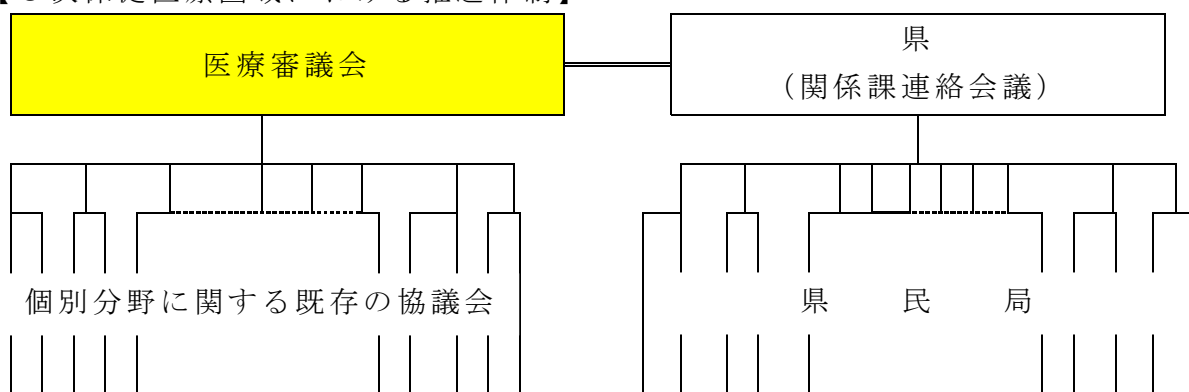
3 3次保健医療圏域（全県）

高度特殊な保健医療サービスを提供し、保健医療ネットワークの完結をめざす区域である。このため、県が各分野の推進状況と推進上の課題を把握し、推進のための支援や基盤整備を行う。

全県における保健医療計画の進捗状況については、県が定期的に把握し、必要に応じて県医療審議会あるいは個別分野に関して設置されている協議会などの意見を聴いて、評価を行い、さらなる推進を図る。

また、救急医療、周産期医療、脳卒中や急性心筋梗塞の急性期医療などの分野について、府県域を越えた円滑な搬送や医療連携が行われるよう、必要に応じて府県間の協議の場を設ける。

【3次保健医療圏域における推進体制】



4 地域医療構想の推進体制

(1) 地域医療構想推進委員会

兵庫県本庁に「地域医療構想推進委員会」を置き、各圏域の推進状況の報告を受け、施策の評価と構想の必要な見直しを行う。

(2) 地域医療構想調整会議（医療法第30条の14の「協議の場」）

各圏域において、医療関係者、医療保険者その他の関係者からなる「協議の場」として「地域医療構想調整会議」を開催し、将来の病床数の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な事項（特に、医療機関の機能・特性を生かした役割分担と連携による効率的・効果的な医療提供の構築）について協議を行う。

第2章 各主体の役割

本計画が、県民、関係機関、関係団体及び行政などが取り組むべきガイドラインであることから、各主体は、本計画の趣旨を十分理解し、主体的に計画の推進に取り組む必要がある。各主体の役割は、本計画の各項目において随時記述しているが、その概要を改めてまとめると以下のとおりである。

1 県民

- (1) 県民は、「自分の健康は自分で守り高める」ことを自覚し、「ひょうご健康づくり県民行動指標」に基づき、主体的に健康づくりを実践する。

日頃から相談のできるかかりつけ医を持ち、医療を受ける際には、医療機関に関する情報をもとに、自己の責任と判断によって良質な医療サービスを選択するほか、適切な応急手当やAEDの使用方法などを積極的に習得することなどにより、県民も自覚と責任を持って医療に参加する。

また、「日中仕事で行けないから」「夜間も診療しているから」などの理由で、安易に夜間の救急医療機関を受診せず、適切な救急医療の受診を心掛ける。

- (2) 少子高齢化や核家族化が進展する中で、地域のつながりの基礎となる家族の絆を深め、家族同士のつながりを確固とすることがますます必要である。

こうした中で、県民は、小児の発達段階に応じた具体的な事故防止方法の習得や子どもの生活習慣の育成に対する認識を高めることなどにより、育児力、家庭の教育力などを身につけるよう努力する。

また、介護が必要な高齢者が可能な限り希望に沿った生活が継続できるよう、家庭における介護力を高めつつ、心身の状況や家族・生活環境等に応じ医療・介護サービスを適切に選択しながら生活機能を維持できるよう努める。さらに、近隣住民同士の支え合いや地域活動等に積極的に参加するなど、地域社会の一員としての役割を担うよう努める。

2 地域組織、民間非営利組織（NPO）

いずみ会や愛育班など健康づくりを目的とした地域組織、生活習慣病患者等の自助グループ、その他保健・医療分野の民間非営利組織は、自主的な健康づくりなどの取組を展開し、あるいは、リーダーとして地域住民へ健康づくりを働きかける。

3 医療機関

(1) 診療所

県民の身近な存在である診療所の医師・歯科医師は、かかりつけ医として、県民のプライマリーケアを受け持ち、必要に応じて専門医療機関などへの紹介を行うとともに、専門的治療を終えた後の維持期の医療や在宅療養の支援等を行い、生涯を通じた健康づくりを推進する。

(2) 病院

病院は、入院を伴う医療を提供する機関である。地域医療提供体制のネットワーク化をめざす観点から病院相互の機能分担と業務連携を進めるとともに、医療事故の防止や診療情報の提供に努め、良質で安全な医療の提供を推進する。

(3) 薬局

薬局は、医薬分業により、地域住民のかかりつけ薬局として、病院や診療所と連携し、重複投薬や薬剤の相互作用による副作用の未然防止、患者への処方内容の開示及び服用薬剤についての適切な情報提供などを行い、安全で適切な医薬品の提供を推進する。

4 保健医療団体

医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等の保健医療団体と行政は連携して、かかりつけ医（歯科医）、地域医療連携、かかりつけ薬局、医薬分業などを推進することにより、県民の生涯を通じた健康づくりを支援し、地域医療提供体制のネットワーク化を図る。

また、医療従事者の資質向上に努めるとともに、医療提供体制や診療内容に関する情報を県民に積極的に提供する。

特に、がん患者の在宅生活支援や、脳卒中の維持期、急性心筋梗塞の再発予防、糖尿病の初期安定期の医療など、主に診療所が中心となって担う役割については、地域の医師会、歯科医師会等が中心となって診療所等の医療機能を把握し、患者・家族からの相談に応じ情報提供を行う体制を構築する。（巻末「保健医療に関する相談窓口」一覧参照）

5 学校・事業所

学校、事業所は、ライフステージに応じた健康づくりの立場から、校医、産業医を中心として、県健康福祉事務所、市町保健担当部局、地域産業保健センターなどと連携を図りながら児童、生徒、労働者の健康づくりを進めるとともに、地域における健康づくりの推進に協力する。

6 市町

市町保健センター等の保健活動の拠点を整備・運営し、母子保健・老人保健事業等の身近で利用頻度の高い保健サービスを一体的かつ計画的に提供することにより、住民の健康づくりを中核となって推進する。また、初期救急医療などの1次医療の確保に努めるとともに、公立病院の運営などにより適切な2次医療を提供する。

なお、保健所設置市においては、地域保健医療に対する企画機能を有する保健所を中核として、住民のニーズに合致した総合的な保健医療施策を展開する。

7 県

(1) 健康福祉事務所

健康福祉事務所は、地域保健における広域的、専門的かつ技術的拠点として、精神保健、難病対策、エイズ対策等の専門的な保健サービスを提供するとともに、市町の保健活動への支援を行う。

また、計画の推進について、管内の市町への助言を行うほか、郡市単位の保健医療関係団体等との調整を行う。

(2) 芦屋・宝塚・加古川・加東・中播磨・龍野・豊岡・丹波・洲本健康福祉事務所

上記健康福祉事務所は、2次保健医療圏域における保健医療計画の推進を総括する役割を担う。

具体的には、学識者・保健医療福祉関係団体・行政などの代表によって構成する健康福祉推進協議会において、計画の推進に関する協議、達成状況の評価を行うとともに、推進上の課題を把握・分析し、必要に応じて推進方策の見直しを行う。

また、地域医療構想調整会議を開催し、地域の医療機関をはじめ医療関係者の協議を促進する。

(3) 県主管部局

県は、保健医療計画の作成主体として、県民局が把握した各分野の取り組み状況を総括し、計画全体の進捗状況を管理のうえ、推進上の課題を把握するとともに、必要に応じて推進方策の見直しを行う。

また、医療分野において、2次保健医療圏域で完結できない高度特殊な医療機能の基盤整備を図るとともに、医師、看護職員、理学療法士、作業療法士ら医療従事者の確保養成を行う。

第3章 計画の進行管理

本計画に定める施策は、P D C A（計画→実行→評価→改善）のサイクルに基づいた着実な推進を図る。

そのため、各分野に数値目標を設定し、達成状況を原則として毎年度把握して、医療審議会保健医療計画部会において、推進方策の内容や実施方法の妥当性を検証する。そのうえで、課題を抽出し、施策の内容・方法の見直しを行うなど、その進行管理に的確に取り組む。

また、数値目標のほかに、各分野の医療体制・施策効果等に関する全国統計から得られる指標を用いて、本計画の進捗を客観的に評価することとする。

全県の数値目標一覧

部	章	項目	数値目標
保健医療提供体制の基盤整備	保健医療・介護従事者	看護職員	○看護職員数(保健師・助産師含む)(常勤換算数) 60,725人(2018(H30)) → 67,330~67,357人(2023(R5)) ○特定行為研修を修了した看護師数(延人数) 311人(2018(H30)) → 884人(2023(R5))
		保健師	○保健師数(常勤換算数) 1,597人(2018(H30)) → 1,818人(2023(R5))
		助産師	○助産師数(常勤換算数) 1,381人(2018(H30)) → 1,748人(2023(R5))
		音楽療法士・園芸療法士	○兵庫県音楽療法士の認定者数 412名(2020(R2)) → 505人(2023(R5)) ○兵庫県園芸療法士の認定者数 225名(2019(R1)) → 279人(2023(R5))
	地域連携体制の構築	地域医療連携体制の構築	○地域医療支援病院を確保する圏域数 8圏域(2020(R2)) → 8圏域(全圏域)(2023(R5))
5疾病5連携体制の在宅医療の医療	救急医療	○救急医療電話相談(＃7119)の実施市町 神戸市、芦屋市(2019(R1)) → 県全域(2023(R5))	
	小児医療 (小児救急を含む)	○小児救急電話相談時間(＃8000) 24時まで(2017(H29)) → 翌朝8時まで(2018(H30)) ○小児向け在宅医療関係研修会等の実施数 年2回(2019(R1)) → 年3回以上(2023(R5))	
	災害医療	○災害拠点病院の業務継続計画の策定率 33.3%(2016(H28)) → 100%(2019(R1)) ○統括DMATの災害拠点病院への配置 14箇所(2017(H29)) → 18箇所(2023(R5)) ○EMISの入力訓練回数 年32回(2016(H28)) → 年35回以上(2023(R5))	

部	章	項目	数値目標
	周産期医療		<ul style="list-style-type: none"> ○周産期死亡率 2.8 (2016(H28)) → 減少 (2023(R5)) ○災害時小児周産期リエゾン認定者数 3人 (2016(H28)) → 12人 (2019(R1))
	へき地医療		<ul style="list-style-type: none"> ○県で養成するへき地等勤務医師数 107人 (2020(R2)) → 158人 (2023(R5)) ○へき地等勤務医師の県内へき地定着数 49人 (2020(R2)) → 60人 (2023(R5))
	がん対策		<ul style="list-style-type: none"> ○がんによる年齢調整死亡率 (75歳未満、人口10万対) 2021年値で全国平均より5%以上低い状態を実現 ○がんによる年齢調整罹患率 (人口10万対) 2020年値で全国10位以内を実現 ○男性成人の喫煙率 24.8% (2016(H28)) → 19% (2022(R4)) ○女性成人の喫煙率 7.1% (2016(H28)) → 4% (2022(R4)) ○未成年者の喫煙率 0.1% (中1女子) } (2016(H28) → 0% (2022(R4)) 3.1% (高3女子) } 0.0% (中1男子) } 2.0% (高3男子) } ○がん検診受診率 36.8~44.6% (2019(R1)) → 50% (2022(R4)) ○精密検査受診率 67.7%~83.2% (2018(H30)) → 90%以上 (2021(R3)) ○がん検診受診率 961 (2016(H28)) → 増加 (2022(R4)) ○緩和ケア研修修了者数 6,155人 (2019(R1)) → 6,400人 (2022(R4)) ○がん性疼痛緩和指導管理料届出医療機関数 427 (2020(R2)) → 550 (2022(R4))
	脳血管疾患対策		<ul style="list-style-type: none"> ○脳血管疾患による年齢調整死亡率の引き下げ 男性：36.9 (2015(H27)) → 減少 (2020(R2)) 女性：19.1 (2015(H27)) → 減少 (2020(R2))
	心血管疾患対策		<ul style="list-style-type: none"> ○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 (2015(H27)) → 減少 (2020(R2)) 女性：7.6 (2015(H27)) → 減少 (2020(R2))
	糖尿病対策		<ul style="list-style-type: none"> ○糖尿病による年齢調整死亡率の引き下げ 男性：6.0 (2015(H27)) → 減少 (2020(R2)) 女性：2.6 (2015(H27)) → 減少 (2020(R2)) ○特定健診受診率 49.6% (2017(H29)) → 70% (2022(R4))

部	章	項目	数値目標
5 疾病 5 事業 及 び 在 宅 医 療 の 医 療 連 携 体	精神疾患対策		<ul style="list-style-type: none"> ○3ヶ月未満入院患者数 2,495人(2019(R1))→2,166人(2023(R5)) ○3ヶ月以上1年未満入院患者数 1,807人(2019(R1))→1,757人(2023(R5)) ○1年以上入院患者数 (65歳以上)3,643人(2019(R1))→3,125人(2023(R5)) (65歳未満)2,327人(2019(R1))→2,074人(2023(R5)) ○地域移行に伴う基盤整備量 (65歳以上)487人(2019(R1))→1,130人(2023(R5)) (65歳未満)804人(2019(R1))→1,080人(2023(R5)) ○早期退院率 (3ヶ月時点)62.5%(2018(H30))→69.0%(2023(R5)) (6ヶ月時点)82.8%(2018(H30))→86.0%(2023(R5)) (1年時点)89.9%(2018(H30))→92.0%(2023(R5)) ○保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置 8圏域(2019(R1))→全ての障害保健福祉圏域(2023) ○年間自殺者数 877人(2019(R1))→760人以下(2023(R5))
	在宅医療		<ul style="list-style-type: none"> ○訪問診療を実施している病院・診療所数 1,688箇所(2018(H30))→2,195箇所(2023(R5)) ○在宅療養支援病院・診療所数 986箇所(2020(R2).4)→1,186箇所(2023(R5)) ○在宅療養歯科診療所数 446箇所(2020(R2).4)→505箇所(2023(R5)) ○訪問歯科診療を実施している診療所数 1,154箇所(2018(H30))→1,429箇所(2023(R5)) ○訪問歯科診療を実施している病院数 8箇所(2018(H30))→10箇所(2023(R5)) ○24時間対応体制加算の届出訪問看護ステーション数 652箇所(2020(R2).4)→644箇所(2023(R5)) ○機能強化型訪問看護ステーションを有する圏域の数 在宅医療圏域24圏域(2020(R2))→全40圏域(2023) ○退院支援加算の届出病院・診療所数 208箇所(2020(R2).4) →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 在宅医療圏域38圏域(2020(R2))→全40圏域(2023) ○かかりつけ医のいる人の割合 74.2%(2020(R2))→80%(2023(R5)) ○在宅看取り率の増加 28.2%(2019(R1))→29.4%(2023(R5))

部	章	項目	数値目標
保健・医療・福祉の総合的取組の推進	結核・感染症対策	結核対策	○人口10万対結核罹患率 14.0(2019(R1)) → 10.0(2021(R3))
		エイズ対策	○年間患者・感染者届出数に占める患者割合 57.1%(2020(R2)) → 全国値以下(2021(R3))
	難病対策		○(難病診療分野別)専門病院の指定 －(2017(H29)) →難病疾患群(15疾患群)のすべてにおいて指定 (2023(R5))
	歯科保健医療	歯科保健	むし歯のない3歳児の割合 85.0%(2015(H27)) → 90%以上(2022(R4))
			12歳児で歯肉に炎症所見を有する者の減少 4.2%(2016(H28)) → 3%以下(2022(R4))
			40歳で現在歯数28歯以上 64.4%(2016(H28)) → 77%以上(2022(R4))
			60歳で現在歯数24歯以上 68.4%(2016(H28)) → 73%以上(2022(R4))

【第 9 部】
資料編

保健医療に関する主な相談・情報提供窓口

○ 県医師会

県民の医療相談や郡市区医師会の活動支援、「兵庫県健康大学講座」を始めとした各種講演会の開催など、地域保健事業の進展のため諸活動を行っています。

団体名	所在地	電話番号
一般社団法人 兵庫県医師会	651-8555 神戸市中央区磯上通 6-1-11 (兵庫県医師会館)	(078)231-4114

○ 郡市区医師会

地域住民の医療相談に応じ、地域の診療所の情報を提供します。

- ・ かかりつけ医の紹介
- ・ 4 疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）や在宅医療等に係る診療所の医療機能に関する情報
- ・ 在宅当番医制に関する情報 等

団体名	所在地	電話番号
神戸市	650-0016 神戸市中央区橘通 4-1-20 (神戸市医師会館本館)	(078)351-1410
東灘区	658-0054 神戸市東灘区御影中町 4-1-8 (神戸市医師会東灘医師会館内)	(078)811-2265
灘区	657-0831 神戸市灘区水道筋 1-24 (神戸市医師会灘分館内)	(078)861-5532
中央区	650-0016 神戸市中央区橘通 4-2-1 芳川ビル 3F (神戸市医師会中央分館内)	(078)351-1303
兵庫区	652-0803 神戸市兵庫区大開通 1-1-1 神鉄ビル 11F (神戸市医師会兵庫分館内)	(078)577-1190
北区	651-1232 神戸市北区松ヶ枝町 2-1-4 (北区役所山田連絡所内)	(078)581-3470
長田区	653-0841 神戸市長田区松野通 1-2-1 新長田地下鉄ビル 4F (神戸市医師会長田分館内)	(078)643-0700
須磨区	654-0047 神戸市須磨区磯馴町 6-1-4 (神戸市医師会須磨分館内)	(078)732-3017
垂水区	655-0038 神戸市垂水区星陵台 4-4-37 (神戸市医師会垂水分館)	(078)784-1231
西区	651-2103 神戸市西区学園西町 4-2 (神戸市医師会西神別館内)	(078)791-2490
尼崎市	661-0012 尼崎市南塚口町 4-4-8 (市民健康開発センターハーティ-21 内)	(06)6426-6333
伊丹市	664-0898 伊丹市千僧 1-1 (伊丹市立保健センター内)	(072)775-1114
川西市	666-0016 川西市中央町 12-2 (川西市保健センター内)	(072)759-6950

団体名	所在地	電話番号
宝塚市	665-0827 宝塚市小浜 4-5-4 (宝塚医療会館内)	(0797)86-1114
西宮市	662-0913 西宮市染殿町 8-3 (西宮健康開発センター内)	(0798)26-0662
芦屋市	659-0065 芦屋市公光町 5-21 (芦屋市医師会医療センター内)	(0797)32-2000
明石市	674-0063 明石市大久保町八木 743-33 (明石市医師会館 2F)	(078)920-8739
三木市	673-0413 三木市大塚 1-6-40 (三木市総合保健福祉センター 2F)	(0794)86-0012
小野市 ・加東市	675-1332 小野市中町 323-13 (小野市・加東市医師会館内)	(0794)62-5280
加西市	675-2303 加西市北条町古坂 1072-14 (加西健康福祉会館 2F)	(0790)42-4798
西脇市 多可郡	677-0052 西脇市和田町 688 (西脇市多可郡医師会館内)	(0795)23-3402
加古川	675-0065 加古川市加古川町篠原町 103-3 (ウェルネージかこがわ 5F)	(079)421-4301
高砂市	676-0021 高砂市高砂町朝日町 2-1-5	(079)442-0794
姫路市	670-0061 姫路市西今宿 3-7-21 (姫路市医師会館内)	(079)295-3300
神崎郡	679-2203 神崎郡福崎町南田原 457	(0790)22-6015
たつの市・ 揖保郡	679-4167 たつの市龍野町富永 410-2 (たつの市はつらつセンター 3F)	(0791)63-2200
相生市	678-0031 相生市旭 1-6-28 (相生市総合福祉会館内)	(0791)23-7250
赤穂市	678-0232 赤穂市中広 267 (赤穂市総合福祉会館内)	(0791)42-1435
赤穂郡	678-1231 赤穂郡上郡町上郡 1645-5 (大岩診療所内)	(0791)52-5000
佐用郡	679-5301 佐用郡佐用町佐用 2611-1 (佐用町役場第3庁舎内)	(0790)82-2317
宍粟市	671-4132 宍粟市波賀町上野 215-1 (山岸診療所内)	(0790)72-2388
朝来市	669-5201 朝来市和田山町宮田 216 (馬場内科医院内)	(079)-672-0250
養父市	667-0021 養父市八鹿町八鹿 1878-1 (公立八鹿病院内 地域連携室)	(079)662-0337
豊岡市	668-0045 豊岡市城南町 23-6	(0796)22-1080
美方郡	669-6702 美方郡新温泉町芦屋 130-1 (あおぞらこどもクリニック内)	(0796)82-8001
三田市	669-1529 三田市中央町 19-16 (三田市医師会センター内)	(079)564-2767
篠山市	669-2321 篠山市黒岡 191 (篠山市民センター内)	(079)552-8225
丹波市	669-3309 丹波市柏原町柏原 4283-37 (丹波市医師会立健康センター内)	(0795)72-2256

洲本市	656-0026	洲本市栄町 1-1-12 (洲本市医師会館内)	(0799)22-3515
淡路市	656-2132	淡路市志筑新島 6-76 (淡路市医師会館内)	(0799)62-4595
南あわじ市	656-0514	南あわじ市賀集 1065-7	(0799)52-3628

○ 県歯科医師会

歯科医療・歯科保健に関する相談に応じるほか、県民向けのセミナーの開催、郡市区歯科医師会の活動支援など、県民の歯の健康づくりのための諸活動を行っています。

団体名	所在地	電話番号
一般社団法人 兵庫県歯科医師会	650-0003 神戸市中央区山本通 5-7-18 (兵庫県歯科医師会館内)	(078)351-4181

○ 郡市区歯科医師会

歯科医療・歯科保健に関する相談に応じ、地域の歯科診療所の情報を提供します。
・フッ化物塗布、訪問歯科診療等に係る歯科診療所の歯科医療機能に関する情報
・休日歯科診療に関する情報 等

団体名	所在地	電話番号
神戸市	650-0021 神戸市中央区三宮町 2-11-1-514 センタープラザ西館 5F (歯科保健推進室)	(078)391-8020
東灘区	658-0083 神戸市東灘区魚崎中町 4-3-18	(078)453-3406
灘区	657-0059 神戸市灘区篠原南町 3-1-10 2F	(078)881-0511
中央区	650-0022 神戸市中央区元町通 3-5-2 照光ビル 3F	(078)332-1148
兵庫区	652-0815 神戸市兵庫区三川口町 3-3-3 兵庫駅東ビル 302	—
長田区	653-0042 神戸市長田区二葉町 6-1-13 アクタくにづか 6 番館東棟 104	(078)641-1400
須磨区	654-0021 神戸市須磨区大国町 2-3-12 アーバンリンク 201	(078)734-2520
垂水区	655-0012 神戸市垂水区向陽 2-6-26 パレス向陽 203 号	(078)705-2155
北区	651-1111 神戸市北区鈴蘭台北町 1-10-2 鈴蘭台プラザ 3 階	(078)594-6470
西区	651-2131 神戸市西区持子 3-39 千代ビル 201 号	(078)924-6480
尼崎市	660-0892 尼崎市東難波町 4-13-14	(06)6481-5932
西宮市	662-0911 西宮市池田町 13-2 西宮医療会館 2F	(0798)33-5698
伊丹市	664-0015 伊丹市昆陽池 1-40	(072)783-0133
川西市	666-0017 川西市火打 1-12-16 キセラ川西プラザ 2 階	(072)757-5868
三田市	669-1525 三田市対中町 2-13 若林歯科医院内	(079)562-1818

団体名	所在地	電話番号
宝塚市	665-0827 宝塚市小浜 2-1-30	(0797)81-4050
芦屋市	659-0065 芦屋市公光町 4-29	(0797)23-6471
明石市	674-0063 明石市大久保町八木 743-33	(078)962-8020
三木市	673-0413 三木市大塚 1-6-40 三木市総合保健福祉センター内 2階	(0794)86-1622
小野加東	673-1327 小野市市場町 501 長井歯科医院内	(0794)63-6428
西脇市 ・多可郡	677-0121 多可郡多可町八千代区中野間 1093-10 棚倉歯科医院内	(0795)37-1708
加西市	675-2303 加西市北条町古坂 1072-14 加西市健康福祉会館 2階	(0790)42-4798
播磨	675-0065 加古川市加古川町篠原町 103-3 ウェルネージかこがわ 5F	(079)421-8100
姫路市	670-0955 姫路市安田 3-107	(079)222-6983
神崎郡	679-3116 神崎郡神河町寺前 219-3 ルネス大河内 1F くぼ歯科内	(0790)34-0800
揖龍	679-4167 たつの市龍野町富永 410-2 たつの市はつらつセンター内 3F	(0791)64-2120
宍粟市	671-2572 宍粟市山崎町庄能 261 尾下歯科医院内	(0790)62-8184
相生市 ・赤穂市郡	678-0232 赤穂市中広 267 赤穂市総合福祉会館内	(0791)45-2588
佐用郡	679-5133 佐用郡佐用町三日月 1114-2 小笹歯科医院内	(0790)79-3377
丹波 篠山市	669-2212 丹波篠山市大沢 383-1 杉本歯科医院内	(079)594-0063
丹波市	669-3309 丹波市柏原町柏原字藤原 2869-3 医療法人社団臼杵歯科医院内	(0795)72-3861
南但	669-5201 朝来市和田山町和田山 388-2 田中歯科医院内	(079)672-5080
豊岡市	669-5302 豊岡市日高町岩中字荒田 643-6 あかまつ歯科医院内	(0796)42-1010
美方郡	667-1502 美方郡香美町小代区城山 301 香美町国民健康保険小代診療所歯科内	(0796)97-2396
洲本市	656-0027 洲本市港 2-26 洲本市健康福祉館内	(0799)22-0763
淡路市	656-1511 淡路市郡家 189-3 元津歯科内	(0799)85-2000
南あわじ市	656-0521 南あわじ市潮美台 2-11-3 はぎわら歯科医院内	(0799)53-1414

○ 薬剤師会

医薬品に関する相談に応じ、情報提供を行います。

団体名	所在地	電話番号
一般社団法人兵庫県薬剤師会内 薬事情報センター	650-0011 神戸市中央区下山手通 6-4-3 (兵庫県薬剤師会館内)	(078)341-6089

○ 看護協会

心や体の健康や子育てについて気軽に相談できる地域の「まちの保健室」や、訪問看護ステーションの情報を提供します。

団体名	所在地	電話番号
公益社団法人兵庫県看護協会	650-0011 神戸市中央区下山手通 5-6-24	(078)341-0190

○ 助産師会

開業助産所における分娩に関する情報提供をするほか、母乳相談、育児相談等に応じます。

団体名	所在地	電話番号
一般社団法人 兵庫県助産師会	650-0011 神戸市中央区下山手通 5-8-14 山手ダイヤハイツ 305	(078)362-1310

○ 栄養士会

特定保健指導や訪問栄養指導、栄養・食生活に関する相談や情報提供を行います。

団体名	所在地	電話番号
公益社団法人 兵庫県栄養士会	650-0011 神戸市中央区下山手通 4-18-1 ひょうご女性交流館 401	(078)251-5311

○ 医療安全支援センター

医療に関する相談や苦情に応じ、安心して医療を受けることができるようサポートします。

団体名	所在地	電話番号
兵庫県医療安全 相談センター	兵庫県健康福祉部健康局医務課内	078-362-3232
神戸市医療安全 相談窓口	神戸市保健所内	078-322-6794
尼崎市医療安全 相談窓口	尼崎市保健所内	06-4869-3010
西宮市医療安全 相談窓口	西宮市保健所内	0798-26-3682
明石市医療安全 相談窓口	あかし保健所内	078-918-5666
姫路市医療安全 相談窓口	姫路市保健所内	0792-89-1631

○ 県健康福祉事務所

健康づくり、精神保健、難病、栄養改善等に関する様々な相談に応じるほか、エイズや感染症の予防に関する情報提供を行っています。

団体名	所在地	電話番号
芦屋健康福祉事務所	659-0065 芦屋市公光町 1-23	(0797)32-0707
宝塚健康福祉事務所	665-0032 宝塚市東洋町 2-5	(0797)72-0054
伊丹健康福祉事務所	664-0898 伊丹市千僧 1-51	(072)785-7464
加古川健康福祉事務所	675-8566 加古川市加古川町寺家町天神木 97-1	(079)421-9292
加東健康福祉事務所	673-1431 加東市社字西柿 1075-2	(0795)42-9446
中播磨健康福祉事務所	679-2204 神崎郡福崎町西田原 235	(0790)22-1234
龍野健康福祉事務所	679-4167 たつの市龍野町富永 1311-3	(0791)63-5149
赤穂健康福祉事務所	678-0239 赤穂市加里屋 98-2	(0791)43-2321
豊岡健康福祉事務所	668-0025 豊岡市幸町 7-11	(0796)26-3655
朝来健康福祉事務所	669-5202 朝来市和田山町東谷 213-96	(079)672-6863
丹波健康福祉事務所	669-3309 丹波市柏原町柏原 688	(0795)73-3776
洲本健康福祉事務所	656-0021 洲本市塩屋 2-4-5	(0799)26-2036

○ 政令市保健所

健康づくり、精神保健、難病、栄養改善等に関する様々な相談に応じるほか、エイズや感染症の予防に関する情報提供を行っています。

団体名	所在地	電話番号
神戸市保健所	650-8570 神戸市中央区加納町 6-5-1	(078)322-5256
姫路市保健所	670-8530 姫路市坂田町 3 中央保健センター東棟 3F	(079)289-1631
尼崎市保健所	660-0052 尼崎市七松町 1-3-1-502 フェスタ立花南館 5F	(06)4869-3010
西宮市保健所	662-0855 西宮市江上町 3-26	(0798)26-3666
あかし保健所	674-0068 明石市大久保町ゆりのき通 1-4-7	(078)918-5414

○ 市町保健センター

健康相談、保健指導、健康診査、母子保健や歯科保健のサービスなど、身近な保健サービスを提供しています。

○ 市町保健福祉部局

保健・福祉に関する様々な相談に応じ、情報提供をしています。

- ・健康づくりや健診に関すること
- ・高額医療費制度や乳幼児医療、障害者医療の助成に関すること 等

○ 市町地域包括支援センター

地域の高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、保健・医療・福祉など生活に関わる様々な相談に応じます。

○ 各病院の地域医療連携室（相談室）

地域の診療所や病院など多くの医療機関と連携して医療相談や退院支援を行います

○ 兵庫県精神保健福祉センター

心の悩みや精神的な病気、社会復帰の相談のうち、特に複雑困難なものに対する相談を行っています。

団体名	所在地	電話番号
兵庫県精神保健福祉センター	651-0073 神戸市中央区脇浜海岸通 1-3-2	(078)252-4980

○ 兵庫県精神科救急情報センター

夜間・休日において、精神疾患が急発・急変した者等からの相談・依頼等を受信し、精神科救急医療が必要と推定される場合に早期に適切な医療へ結びつけています。

団体名	所在地	電話番号
兵庫県精神科救急情報センター	非公表	(078)367-7210

兵庫県保健医療計画（平成30年4月）の数値目標達成状況

評価欄 ◎：現状値が目標値を超えており、このまま維持すれば目標達成となるもの

△：現状値が計画策定時の値と比較して向上しているものの、このまま推移すれば目標未達となるもの

▲：現状値が計画策定時の数値と比較して悪化し、このまま推移すれば目標未達となるもの

項目	達成目標 項目（達成目標年度）	単位	全 県					
			計画策定時の値 （年月日又は年度）		現状値 （年月日又は年度）		目標値 （目標年度）	
看護職員	看護職員（保健師・助産師含む）数 （常勤換算数）	人数 （常勤換算数）	57,691	平成28年	60,725	平成30年	67,330～67,357	令和5年
	特定行為研修を修了した看護師数 （延人数）	人数 （延人数）	182	平成29年	311	平成30年	884	令和5年
保健師	保健師数 （常勤換算数）	人数 （常勤換算数）	1,528	平成28年	1,597	平成30年	1,818	令和5年
助産師	助産師数 （常勤換算数）	人数 （常勤換算数）	1,299	平成28年	1,381	平成30年	1,748	令和5年
音楽療法士・ 園芸療法士	兵庫県音楽療法士の認定者数	認定者数	365	平成28年	412	令和元年	505	令和5年
	兵庫県園芸療法士の認定者数	認定者数	189	平成29年	225	令和2年	279	令和5年
地域医療連携 体制の構築	地域医療支援病院を確保する圏域数	圏域数	7	平成30年	8	令和2年	8	令和5年
患者の自己決 定権の尊重	患者用クリティカルパスの導入病院割合	比率(%)	45.7	平成29年	-	-	50.0	令和5年
救急医療	救急医療電話相談の実施市町（#7119）	市町数	1	平成29年	2	令和2年	県全域 （41）	令和5年
小児医療	小児救急電話相談時間（#8000）	相談時間 （～時）	24時まで	平成29年	翌朝8時まで	令和元年	翌朝8時まで	令和5年
	小児向け在宅医療関係研修会等の 実施数	回数	2回	平成28年	6	令和元年	年3回以上	令和5年

○:現状値が計画策定時の値と比較して着実に向上し、このまま推移すれば目標達成となるもの

－:現状値が計画策定時の値から変化がなく、このまま推移すれば目標未達となるもの

※:計画策定時の値から更新した値が把握できていないもの

全 県		地 域 別 (現 状 値)										
現状値に対する評価		出典等	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
評価	取組状況の評価と今後の対応											
○	引き続き、養成力の強化、資質の向上、再就業・離職防止の4本柱を中心とした各種事業の推進により、看護職員の確保に努める。	衛生行政報告例	20,212	11,398	8,133	8,389	4,005	7,535	3,108	2,402	1,342	1,997
○	引き続き、看護職員資質向上事業にて実施している特定行為研修推進事業等の推進により、研修を修了した看護職員の確保に努める。	衛生行政報告例	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
○	引き続き保健師の確保に努める	衛生行政報告例	412	285	200	253	116	133	128	106	57	69
○	引き続き、助産師の確保に努める。	衛生行政報告例	517	295	154	174	77	178	26	51	25	47
△	近年、音楽療法講座への受講者が減少傾向にあることなどから、資格認定対象となる修了者数が不足し、年増加目標に達していない。 引き続き、音楽療法普及・定着強化事業を実施し、認定療法士の活動を支援するとともに音楽療法の普及促進を図り、兵庫県音楽療法士の確保に努める。	県医務課調べ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
△	資格認定対象となる淡路景観園芸学校修了者数の不足のため、年増加目標には達していない。このため、2019年度より園芸療法関心層のニーズに合わせたより効率的で学びやすい新カリキュラムにより開講し、入学者数・修了者数の増加を目指している。	県公園緑地課調べ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	225
◎	達成済み	-	13	4	5	5	2	5	1	2	1	1
※	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
△	2019年度に芦屋市が参加。引続き実施する市町の確保に向け、県下消防長会など様々な機会を活用して各市町に働きかける	県医務課調べ	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
◎	達成済み	県医務課調べ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
◎	達成済み (全県単位2回、南あわじ、神戸、尼崎・西宮、三田で各1回)	県医務課調べ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

兵庫県保健医療計画（平成30年4月）の数値目標達成状況

評価欄 ◎：現状値が目標値を超えており、このまま維持すれば目標達成となるもの

△：現状値が計画策定時の値と比較して向上しているものの、このまま推移すれば目標未達となるもの

▲：現状値が計画策定時の数値と比較して悪化し、このまま推移すれば目標未達となるもの

項目	達成目標 項目（達成目標年度）	単位	全 県					
			計画策定時の値 （年月日又は年度）		現状値 （年月日又は年度）		目標値 （目標年度）	
災害医療	災害拠点病院の業務継続計画(BCP)の策定率	策定率(%)	33.3	平成28年 4月	100	令和元年	100	令和元年
	統括DMATの災害拠点病院への配置	箇所数	14	平成29年 4月	14	令和2年	18	令和5年
	EMISの入力訓練回数	回数	年32回	平成28年	年80回	令和元年	年35回以上	令和5年
周産期医療	周産期死亡率	死亡率	2.8	平成28年	2.7	平成30年	減少	令和5年
	災害時小児周産期リエゾン認定者数	人数	3	平成28年	13	令和2年	12	令和元年
へき地医療	県で養成するへき地等勤務医師数	人数	57	平成29年	107	令和2年	158	令和5年
	へき地等勤務医師の県内へき地定着数	人数	50	平成29年	49	令和2年	60	令和5年

○：現状値が計画策定時の値と比較して着実に向上し、このまま推移すれば目標達成となるもの

－：現状値が計画策定時の値から変化がなく、このまま推移すれば目標未達となるもの

※：計画策定時の値から更新した値が把握できていないもの

全 県		地 域 別 (現 状 値)										
現状値に対する評価		出典等	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
評価	取組状況の評価と今後の対応											
◎	達成済み	県医務課調べ	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
－	2018年度：14カ所 2019年度：14カ所 2020年度：14カ所 異動による増減が生じる。 統括DMAT研修への参加を促すことにより、配置病院の増加を図る	県医務課調べ	4	3	0	1	0	3	0	1	1	1
◎	圏域ごとに実施頻度に偏りがある。引き続き訓練実施数の増加に努める。	県医務課調べ	10	8	6	10	6	18	15	1	3	3
○	周産期死亡数は2017年の120【胎・人】から107へ減少。また死亡率も計画策定時の値から減少し、全国平均3.3よりも低い死亡率を維持。引き続き周産期母子医療センター支援事業により周産期死亡率減少に努めていく。	人口動態調査	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
◎	R元年度は5名受講。昨年度に1名県外へ転籍したため認定者数は13名。引き続きエソソ研修受講者の確保に努める	県医務課調べ	6	4	0	0	0	2	0	1	0	0
○	引き続きへき地等勤務医師の養成に努める。	県医務課調べ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
▲	義務年限修了後のへき地地域以外への移動等により、現状値が低下した。引き続き、義務年限終了者に対し、キャリア支援を行うことにより、へき地定着数の増加を目指す。	県医務課調べ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

兵庫県保健医療計画（平成30年4月）の数値目標達成状況

評価欄 ○：現状値が目標値を超えており、このまま維持すれば目標達成となるもの

△：現状値が計画策定時の値と比較して向上しているものの、このまま推移すれば目標未達となるもの

▲：現状値が計画策定時の数値と比較して悪化し、このまま推移すれば目標未達となるもの

項目	達成目標 項目（達成目標年度）	単位	全 県					
			計画策定時の値 (年月日又は年度)		現状値 (年月日又は年度)		目標値 (目標年度)	
がん対策	がんによる人口10万対年齢調整死亡率 (75歳未満)	年齢調整 死亡率	75.3	平成28年	69.6	平成30年	全国平均より 5%低い状態	令和3年
	がんによる人口10万対年齢調整罹患率 (全国順位)	罹患率 全国順位	25	平成25年	27	平成29年	10位以内	令和2年
	男性成人の喫煙率	喫煙率(%)	24.8	平成28年	-	-	19.0	令和4年
	女性成人の喫煙率	喫煙率(%)	7.1	平成28年	-	-	4.0	令和4年
	未成年者の喫煙率(中1女子)	喫煙率(%)	0.1	平成28年	-	-	0.0	令和4年
	未成年者の喫煙率(高3女子)	喫煙率(%)	3.1	平成28年	-	-	0.0	令和4年
	未成年者の喫煙率(中1男子)	喫煙率(%)	0.0	平成28年	-	-	0.0	令和4年
	未成年者の喫煙率(高3男子)	喫煙率(%)	2.0	平成28年	-	-	0.0	令和4年
	がん検診受診率	受診率(%)	35.9～40.7	平成28年	36.8～44.6	令和元年	50.0	令和4年
	精密検査受診率	受診率(%)	66.0～81.9	平成27年	67.7～83.2	平成30年	90以上	令和4年
	がん検診受診率	回数	961	平成28年	4,271	令和元年	増加	令和4年
	緩和ケア研修修了者数	修了者数	4,027	平成29年 3月	6,155	令和2年 3月	6,400	令和5年 3月
	がん性疼痛緩和指導管理料届出 医療機関数	医療機関数	358	平成29年 3月	427	令和2年 7月	550	令和4年
脳血管疾患 (脳卒中)対策	脳血管疾患による年齢調整死亡率 (男性)	年齢調整 死亡率(%)	36.9	平成27年	-	-	減少	令和2年
	脳血管疾患による年齢調整死亡率 (女性)	年齢調整 死亡率(%)	19.1	平成27年	-	-	減少	令和2年

○：現状値が計画策定時の値と比較して着実に向上し、このまま推移すれば目標達成となるもの

－：現状値が計画策定時の値から変化がなく、このまま推移すれば目標未達となるもの

※：計画策定時の値から更新した値が把握できていないもの

全 県			地 域 別 (現 状 値)									
現状値に対する評価		出典等	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
評価	取組状況の評価と今後の対応											
○	引き続き、がん対策事業の推進により、がんによる死亡者数の減少に取り組む。	人口動態統計・国立がん研究センター	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
▲	大腸がん等の罹患率の上昇により悪化。生活習慣病予防等の普及啓発を推進し、罹患率の低下を目指す。	国立がん研究センター	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
※	世界禁煙デー・禁煙週間にて禁煙を啓発するとともに、大学生向けにたばこの害に関するリーフレットを配布するなど喫煙率低下に取り組む。	県健康づくり実態調査(5年に一度実施)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
※	世界禁煙デー・禁煙週間にて禁煙を啓発するとともに、大学生向けにたばこの害に関するリーフレットを配布するなど喫煙率低下に取り組む。	県健康づくり実態調査(5年に一度実施)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
※	小学5年生にたばこの害に関する子ども向けリーフレットを配布、小・中学校にて喫煙防止教室を開催するなど喫煙防止に取り組む。	県健康づくり実態調査(5年に一度実施)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
※	段階的な喫煙防止教育として小・中学校で喫煙防止教室を開催し、若年世代に向けた喫煙防止動画を配信するなど喫煙防止に取り組む。	県健康づくり実態調査(5年に一度実施)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
※	小学5年生にたばこの害に関する子ども向けリーフレットを配布、小・中学校にて喫煙防止教室を開催するなど喫煙防止に取り組む。	県健康づくり実態調査(5年に一度実施)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
※	段階的な喫煙防止教育として小・中学校で喫煙防止教室を開催し、若年世代に向けた喫煙防止動画を配信するなど喫煙防止に取り組む。	県健康づくり実態調査(5年に一度実施)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
△	企業におけるがん検診受診促進事業等を実施し、受診率の向上を目指す。	国民生活基礎調査	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
△	企業におけるがん検診受診促進事業等を実施し、受診率の向上を目指す。	県疾病対策課調べ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
◎	引き続き、がん医療充実の総合的な取組を推進する。	現況報告書	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
○	引き続き、医療従事者に対し、緩和ケア研修受講の呼びかけを行う。	県疾病対策課調べ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
○	引き続き、医療機関に対して、緩和ケア体制の充実化の促進を呼びかける。	施設基準の届出受理医療機関名簿(近畿厚生局)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
※	-	人口動態統計特殊報告(厚生労働省)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
※	-	人口動態統計特殊報告(厚生労働省)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

兵庫県保健医療計画（平成30年4月）の数値目標達成状況

評価欄 ○：現状値が目標値を超えており、このまま維持すれば目標達成となるもの

△：現状値が計画策定時の値と比較して向上しているものの、このまま推移すれば目標未達となるもの

▲：現状値が計画策定時の数値と比較して悪化し、このまま推移すれば目標未達となるもの

項目	達成目標 項目（達成目標年度）	単位	全 県					
			計画策定時の値 （年月日又は年度）		現状値 （年月日又は年度）		目標値 （目標年度）	
心血管疾患 対策	急性心筋梗塞による年齢調整死亡率 （男性）	年齢調整 死亡率（%）	18.5	平成27年	-	-	減少	令和2年
	急性心筋梗塞による年齢調整死亡率 （女性）	年齢調整 死亡率（%）	7.6	平成27年	-	-	減少	令和2年
糖尿病 対策	糖尿病による年齢調整死亡率 （男性）	年齢調整 死亡率（%）	6.0	平成27年	-	-	減少	令和2年
	糖尿病による年齢調整死亡率 （女性）	年齢調整 死亡率（%）	2.6	平成27年	-	-	減少	令和2年
	特定健診受診率（S）	受診率（%）	46.5	平成27年	49.6	平成29年	70.0	令和4年
精神疾患 対策	3ヶ月未満入院患者数	人数	2,024	平成28年	2,495	令和元年 6月	2,164	令和2年
	3ヶ月以上1年未満入院患者数	人数	1,583	平成28年	1,807	令和元年 6月	1,730	令和2年
	1年以上入院患者数（65歳以上）	人数	3,762	平成28年	3,643	令和元年 6月	3,535	令和2年
	1年以上入院患者数（65歳未満）	人数	3,112	平成28年	2,327	令和元年 6月	2,488	令和2年
	地域移行に伴う基盤グループホーム等 整備量（65歳以上）	人数	-	平成28年	487	令和元年 6月	718	令和2年
	地域移行に伴う基盤グループホーム等 整備量（65歳未満）	人数	-	平成28年	804	令和元年 6月	649	令和2年
	早期退院率（3ヶ月時点）	退院率（%）	52.8	平成28年	62.5	平成30年	69.0	令和2年
	早期退院率（6ヶ月時点）	退院率（%）	81.0	平成28年	82.8	平成30年	84.0	令和2年
	早期退院率（1年時点）	退院率（%）	89.3	平成28年	89.9	平成30年	90.0	令和2年
	保健・医療・福祉関係者による協議の 場の設置	圏域数	-	平成28年	全ての障害保健 福祉圏域	令和元年	全ての障害保 健福祉圏域	令和2年
年間自殺者数	人数	942	平成28年	877	令和元年	800以下	令和4年	

○:現状値が計画策定時の値と比較して着実に向上し、このまま推移すれば目標達成となるもの

－:現状値が計画策定時の値から変化がなく、このまま推移すれば目標未達となるもの

※:計画策定時の値から更新した値が把握できていないもの

全 県			地 域 別 (現 状 値)									
現状値に対する評価		出典等	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
評価	取組状況の評価と今後の対応											
※	-	人口動態統計 特殊報告 (厚生労働省)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
※	-	人口動態統計 特殊報告 (厚生労働省)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
※	-	人口動態統計 特殊報告 (厚生労働省)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
※	-	人口動態統計 特殊報告 (厚生労働省)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
△	引き続き、特定健診・保健指導実施体制の整備や戦略的な広報を行い、受診率の向上に努める。	厚生労働省公表値	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
▲	退院後の受入れ体制などの調整に時間を要し増加。地域移行の推進に向けた関係者間での研修会等を実施することにより、地域連携を強め、円滑な退院支援を図る	精神保健福祉資料	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
▲	退院後の受入れ体制などの調整に時間を要し増加。地域移行の推進に向けた関係者間での研修会等を実施することにより、地域連携を強め、円滑な退院支援を図る	精神保健福祉資料	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
△	地域移行の推進に向けた関係者間での研修会等を実施することにより、地域連携を強め、円滑な退院支援を図る	精神保健福祉資料	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
◎	地域移行の推進に向けた関係者間での研修会等を実施することにより、地域連携を強め、引き続きより充実した円滑な退院支援を図る	精神保健福祉資料	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
○	引き続き、地域移行に伴うグループホーム等整備量の充足に努め、地域移行を推進する。	精神保健福祉資料	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
◎	引き続き、地域移行に伴うグループホーム等整備量の充足に努め、地域移行を推進する。	精神保健福祉資料	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
○	地域移行の推進に向けた関係者間での研修会等を実施することにより、地域連携を強め、円滑な退院支援を図る	精神保健福祉資料	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
○	地域移行の推進に向けた関係者間での研修会等を実施することにより、地域連携を強め、円滑な退院支援を図る	精神保健福祉資料	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
○	地域移行の推進に向けた関係者間での研修会等を実施することにより、地域連携を強め、円滑な退院支援を図る	精神保健福祉資料	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
◎	協議の場を活用し、各関係者間での連携を図り、地域移行・地域定着を推進する	県いのち対策室調べ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
○	前年度に比較して、概ね全ての年齢層において減少傾向にある。引き続き、全年齢層に対し、相談窓口等の周知度を向上させ、相談希求行動につながるよう、自殺予防対策の推進する。	警察統計	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

兵庫県保健医療計画（平成30年4月）の数値目標達成状況

評価欄 ◎：現状値が目標値を超えており、このまま維持すれば目標達成となるもの

△：現状値が計画策定時の値と比較して向上しているものの、このまま推移すれば目標未達となるもの

▲：現状値が計画策定時の数値と比較して悪化し、このまま推移すれば目標未達となるもの

項目	達成目標 項目（達成目標年度）	単位	全 県					
			計画策定時の値 （年月日又は年度）		現状値 （年月日又は年度）		目標値 （目標年度）	
在宅医療	訪問診療を実施している病院・診療所数	対2017比(%)	1,688	平成28年	1,688	平成30年	15%増加 (1,942箇所)	令和2年
	在宅療養支援病院・診療所数	対2017比(%)	912	平成29年	986	令和2年 4月	15%増加 (1,049箇所)	令和2年
	在宅療養支援歯科診療所数	対2017比(%)	573	平成29年	446	令和2年 4月	15%増加 (505箇所)	令和5年
	24時間対応体制加算の届出訪問看護 ステーション数	対2017比(%)	495	平成29年	652	令和2年 4月	15%増加 (570箇所)	令和2年
	機能強化型訪問看護ステーションを 有する圏域の数	在宅医療 圏域数	18	平成29年	24	令和2年 4月	40	令和5年
	退院支援加算の届出病院・診療所数	箇所数	215	平成29年	208	令和2年 4月	15%増加 (247箇所)	令和2年
	地域包括ケア病床を有する圏域の数	在宅医療 圏域数	36	平成29年	38	令和2年 4月	40	令和5年
	かかりつけ医のいる人の割合	比率(%)	73.5	平成29年	74.2	令和2年 10月	80.0	令和5年
	在宅看取り率	比率(%)	25.3	平成28年	28.2	令和元年	29.4	令和5年

○:現状値が計画策定時の値と比較して着実に向上し、このまま推移すれば目標達成となるもの

－:現状値が計画策定時の値から変化がなく、このまま推移すれば目標未達となるもの

※:計画策定時の値から更新した値が把握できていないもの

全 県		地 域 別 (現 状 値)										
現状値に対する評価		出典等	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
評価	取組状況の評価と今後の対応											
△	医師の高齢化等による閉院・休診が増加したため、施設数の増加が困難になっている。 引き続き、関係団体と連携し、新規在宅医の養成を進めるとともに、多職種連携が可能なICT環境の整備を行うなど訪問診療実施医療機関への支援を行う	保健医療計画 データブック ※	533～ 534	385～ 386	189～ 191	146～ 148	76～80	128～ 129	77～81	65～69	35～36	52～54
△	各圏域にて実施する在宅医療の充実に向けた取組みに対し支援することにより在宅医療支援病院・診療所の増加を推進する。	施設基準等届出状況 (近畿厚生局)	317	230	125	87	46	69	26	35	14	37
※	2018年度時点で目標値を達成していたが、施設基準の見直し(※)により施設数が減少したことから目標値の修正を行った。引き続き、在宅医療提供体制の推進により、施設数の増加を図る。	施設基準等届出状況 (近畿厚生局)	140	71	57	63	32	34	17	14	11	7
◎	引き続き、施設の増加に努める	施設基準等届出状況 (近畿厚生局)	201	120	89	76	24	74	29	14	10	15
△	機能強化型訪問看護ステーションの設置を促進するため、規模拡大の際に課題となる看護職員確保支援として、新たに雇用する看護職員の人件費等を補助し、拡充を図る。	施設基準等届出状況 (近畿厚生局)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
▲	施設基準を満たす要員(専任看護師)を確保することができなかったことから認定の取下があり、施設数が減少した。 関係団体と連携しながら、課題を整理し、届出病院・診療所の増加に向け、働きかけを行う。	施設基準等届出状況 (近畿厚生局)	66	30	19	28	14	25	8	5	3	10
○	地域包括ケア病床のない圏域(三田、赤穂郡)の関係団体と連携し、対応を検討する。	施設基準等届出状況 (近畿厚生局)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
△	引き続き、医師会等の関係団体と連携し、かかりつけ医を持つことに関する普及啓発に取り組み、比率の向上を図る。	兵庫のゆたかさ指標	77.5%	73.2%	73.6%	69.1%	72.2%	68.4%	79.2%	75.5%	77.6%	75.6%
○	当初目標値と設定していた27.0%が2018年時点で達成したことから目標値を29.4%に上方修正を行った。引き続き、比率の向上に努める。	人口動態調査から算出	29.4%	28.6%	26.4%	29.6%	25.1%	28.6%	22.8%	34.6%	22.3%	28.7%

兵庫県保健医療計画（平成30年4月）の数値目標達成状況

評価欄 ◎:現状値が目標値を超えており、このまま維持すれば目標達成となるもの

△:現状値が計画策定時の値と比較して向上しているものの、このまま推移すれば目標未達となるもの

▲:現状値が計画策定時の数値と比較して悪化し、このまま推移すれば目標未達となるもの

項目	達成目標 項目（達成目標年度）	単位	全 県					
			計画策定時の値 （年月日又は年度）		現状値 （年月日又は年度）		目標値 （目標年度）	
結核対策	人口10万対結核罹患率	比率 (人口10万対)	15.3	平成28年	14	令和元年	10.0	2021
エイズ対策	年間患者・感染者届出数に占める患者割合	比率(%)	42.9 ※全国値30.2	平成28年	53.4	令和2年	全国値以下	令和3年
難病対策	(難病診療分野別)専門病院の指定	疾患群数	—	平成29年	15	令和2年	15	令和5年
歯科保健	むし歯のない3歳児の割合	比率(%)	85.0	平成27年	88.3	平成30年	90以上	令和4年
	12歳児で歯肉に炎症所見を有する者の割合	比率(%)	4.2	平成28年	3.6	令和元年	3以下	令和4年
	40歳で現在歯数28歯以上	比率(%)	64.4	平成28年	—	—	77以上	令和4年
	60歳の現在歯数24歯以上	比率(%)	68.4	平成28年	—	—	73以上	令和4年

○：現状値が計画策定時の値と比較して着実に向上し、このまま推移すれば目標達成となるもの

－：現状値が計画策定時の値から変化がなく、このまま推移すれば目標未達となるもの

※：計画策定時の値から更新した値が把握できていないもの

全 県		地 域 別 (現 状 値)										
現状値に対する評価		出典等	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
評価	取組状況の評価と今後の対応											
△	罹患率は増減を繰り返しながら減少傾向にある。2017年は2016年の15.3から15.9に上昇したが、2018年と2019年は再び減少した。全国11.5と比べ依然高い状況にある。 引き続き各種研修会にて結核に関する基礎知識等を普及啓発することにおいて、早期の医療機関受診等を促すなど、罹患率の減少に向けた取組を実施する。	感染症発生動向調査	17.2	15.6	14.6	11.3	10.9	8.9	11.7	6.9	16.7	14.8
◎	全国値H28は30.2、H30は28.6と減少している。本県では、R2は53.4と増加した。健康福祉事務所における匿名無料検査のより一層の受診促進を行う。	感染症発生動向調査	47.0	60.0	60.0	50.0	50.0	50.0	0.0	0.0	0.0	100.0
◎	引き続き難病医療ネットワーク支援事業の推進により、専門病院間及び専門病院と地域の関係機関の連携体制を強化する取組みに務める。	－	15	15	15	15	15	15	9	11	11	10
○	引き続き、健診結果の集計、傾向分析を行い、市町母子保健事業への支援に努める	平成30年度歯科健康診査(1歳6か月児及び3歳児健康診査)	88.7%	90.1%	89.8%	86.5%	89.5%	87.7%	84.0%	84.0%	82.1%	91.3%
○	引き続き、健診結果の集計、傾向分析を行い、学校歯科医との連携の推進等学校歯科保健事業の支援に努めます。	令和元年度保育所、認定こども園、幼稚園及び学校における歯科健診結果 調査報告	3.4%	3.4%	4.6%	3.1%	3.6%	2.5%	5.8%	4.9%	2.6%	5.8%
※	歯周病検診の支援を行うとともに、定期健診の必要性について啓発を行い、歯周病の発症、進行の防止を目指します。	県健康づくり実態調査(5年に一度実施)	59.5%	71.4%	61.3%	62.2%	75.8%	60.5%	72.4%	63.6%	60.0%	67.9%
※	歯周病検診の実施や市町実施の介護予防事業の支援を行うとともに、介護を必要とする高齢者に対する口腔管理の指導、指導者の養成等に努めます。	県健康づくり実態調査(5年に一度実施)	76.9%	62.5%	73.7%	63.2%	71.8%	67.4%	58.1%	63.6%	58.8%	64.1%

兵庫県保健医療計画改定の経緯

1 平成30年4月改定時

(1) 検討経緯

- 平成29年1月16日 第23回兵庫県医療審議会保健医療計画部会
(数値目標達成状況、医療需給調査の実施)
- 平成29年3月29日 第50回兵庫県医療審議会・第24回保健医療計画部会
(諮問)
- 平成29年8月30日 第25回兵庫県医療審議会保健医療計画部会
(計画改定方針、保健医療圏域、老人福祉計画との整合)
- 平成29年12月12日 第26回兵庫県医療審議会保健医療計画部会
(医療圏域の設定、老人福祉計画との整合)
- 平成30年3月12日 第51回兵庫県医療審議会及び第27回保健医療計画部会
(答申原案)
- 平成30年3月26日 答申

(2) 医療需給調査（平成29年2月実施）

調査基準日：平成29年2月1日

【患者調査】

調査対象：県内の全病院及び有床診療所

調査内容：入院患者

【医療施設実態調査】

調査対象：県内の全病院

調査内容：医療提供体制（人員、設備等）、提供医療の内容

(3) 医師会、歯科医師会、薬剤師会への意見照会

実施期間：平成30年2月9日～平成30年2月26日

(4) 市町（救急業務を処理する一部事務組合を含む）への意見照会

実施期間：平成30年2月8日～平成30年2月23日

(5) 保険者協議会への意見照会

実施期間：平成29年12月20日～平成30年1月29日

(6) パブリック・コメントの実施

実施期間：平成30年2月9日～平成30年3月1日

(7) 公示

平成30年4月1日付け兵庫県公報において告示

2 今回（中間見直し）

(1) 検討経緯

令和2年3月13日 第52回兵庫県医療審議会及び第33回保健医療計画部会
（諮問）

令和2年9月25日 第34回兵庫県医療審議会保健医療計画部会
（中間見直し項目、数値目標達成状況）

令和2年12月18日 第35回兵庫県医療審議会保健医療計画部会
（パブリック・コメント案）

令和3年3月12日 第36回兵庫県医療審議会保健医療計画部会
（答申原案）

令和3年3月24日 第53回兵庫県医療審議会
（答申原案）

令和3年3月26日 答申

(2) 保険者協議会への意見照会

実施期間：令和2年12月24日～令和3年1月29日

(3) パブリック・コメントの実施

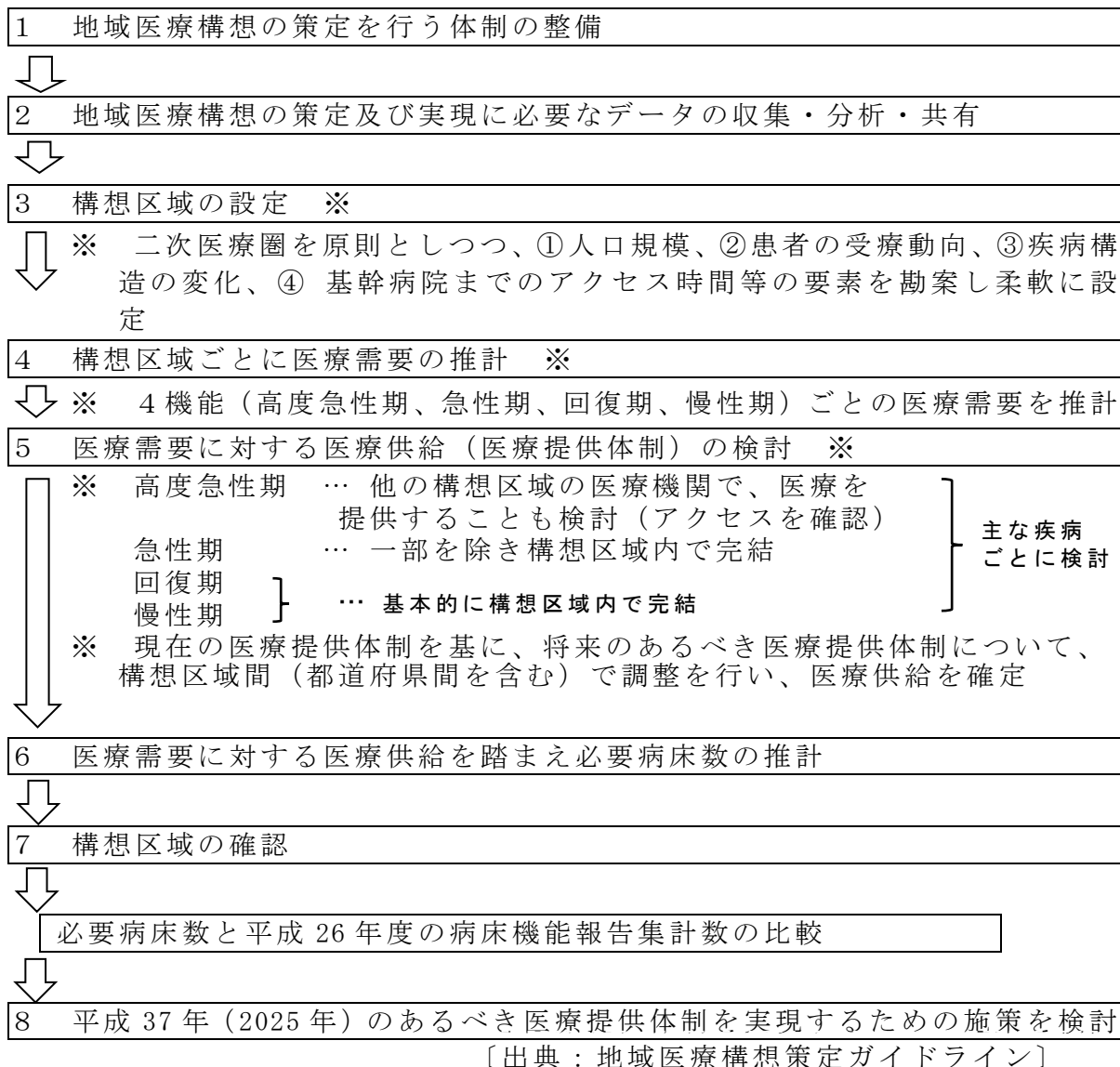
実施期間：令和3年2月9日～令和3年3月1日

(4) 公示

令和3年4月1日付け兵庫県公報において告示

地域医療構想の策定経緯

1 地域医療構想策定のプロセス



2 策定体制

ア 兵庫県医療審議会

地域医療構想は兵庫県保健医療計画の一部として策定するものであるため、兵庫県医療審議会に諮問し、同審議会保健医療計画部会で審議のうえ答申を受け策定した。

○医療審議会保健医療計画部会委員

兵庫県医師会 副会長	全国健康保険協会 兵庫支部長
兵庫県歯科医師会副会長	兵庫県連合婦人会 会長
兵庫県薬剤師会 会長	兵庫県町村会理事
兵庫県看護協会 会長	兵庫県病院局参与
兵庫県病院協会 会長	
兵庫県民間病院協会 副会長	
兵庫県精神科病院協会 会長	
神戸大学大学院医学研究科教授	
神戸大学医学部附属病院長	
兵庫医科大学 学長	

イ 圏域地域医療構想検討委員会

策定の段階から地域の医療関係者、保険者及び患者・住民の意見を聴くため、県下10の二次医療圏域ごとに、幅広い構成員からなる「圏域地域医療構想検討委員会」を開催し、各圏域の現状と課題を踏まえつつ、将来の医療需要に対する医療提供体制を検討した。

○ 圏域地域医療構想検討委員会の構成 (人)

区分	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
医師会	11	3	4	3	4	5	6	4	3	3
歯科医師会	1	1	2	2	4	2	4	3	2	3
薬剤師会	1	1	2	2	4	1	1	1	2	1
看護協会等	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1
医療機関	14	12	14	21	11	7	9	2	8	9
保険者協議会	2	2	2	2		2				
福祉・住民団体	2	3	4	1	7	6	6	1		3
行政(市町)	1	6	5	5	6	7	7	5	2	3
消防・警察		1	2	3	1	1	2	1	2	1
学識経験者		1	1		1	1	1			
計	33	31	37	40	39	33	39	18	20	24

○ 圏域地域医療構想検討委員会の開催状況 (平成27年度)

	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
圏域委員会	8/6 第1回	9/9 第1回	9/15 第1回	9/28 第1回	9/24 第1回	10/7 第1回	10/1 第1回	9/5 第1回	9/17 第1回	9/26 第1回
ワーキング等		10/5 阪神南北意見交換会	11/26 医師会意見交換会(明石市)	9/24 医療機関ワーキング	10/21 医療機関意見交換会	10/31 ワーキング	10/8 医療機関等連絡会議		10/22 医療機関ワーキング	
		11/30 阪神地域小児救急医療ワーキング委員会	11/27 在宅医療意見交換会	12/2 医療機関ワーキング		12/1 ワーキング	11/19 医療機関等連絡会議		11/12 医療機関ワーキング	
			12/1 医師会意見交換会(加古川・高砂市)	2/10 医療機関ワーキング						
圏域委員会	10/16 第2回	12/9 第2回	10/20 第2回	12/9 第2回	3/18 第2回	11/13 第2回		2/18 第2回	10/20 第2回	2/4 第2回
ワーキング等			11/17 公立・公的病院意見交換会		3/18 医療機関ワーキング	11/25 医療機関意見交換会		2/18 医療機関等連絡会議		
圏域委員会	12/17 第3回	1/26 第3回	12/14 第3回	3/1 第3回		12/2 第3回			11/19 第3回	
ワーキング等		3/7 阪神地域救急医療連携会議				12/14 中播磨・西播磨 連絡会議				
圏域委員会	3/4 第4回		2/2 第4回			2/10 第4回	1/14 第2回		2/17 第4回	
ワーキング等						3/16 医療機関意見交換会				
圏域委員会						3/16 第5回				

兵庫県保健医療計画

2021（令和3）年4月

発行者 兵庫県

連絡先 兵庫県健康福祉部健康局医務課

〒650-8567 兵庫県神戸市中央区下山手通5丁目10番1号

TEL：078-341-7711（代表）

FAX：078-362-4267

E-mail：imu@pref.hyogo.lg.jp

URL：https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf15/keikaku2018.html

