

【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> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <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 </div>	<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 style="text-align: center;">{ 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 style="text-align: center;">{ 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 style="text-align: center;">{ 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	*	*	*	*	*	*	*	

【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。

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

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。

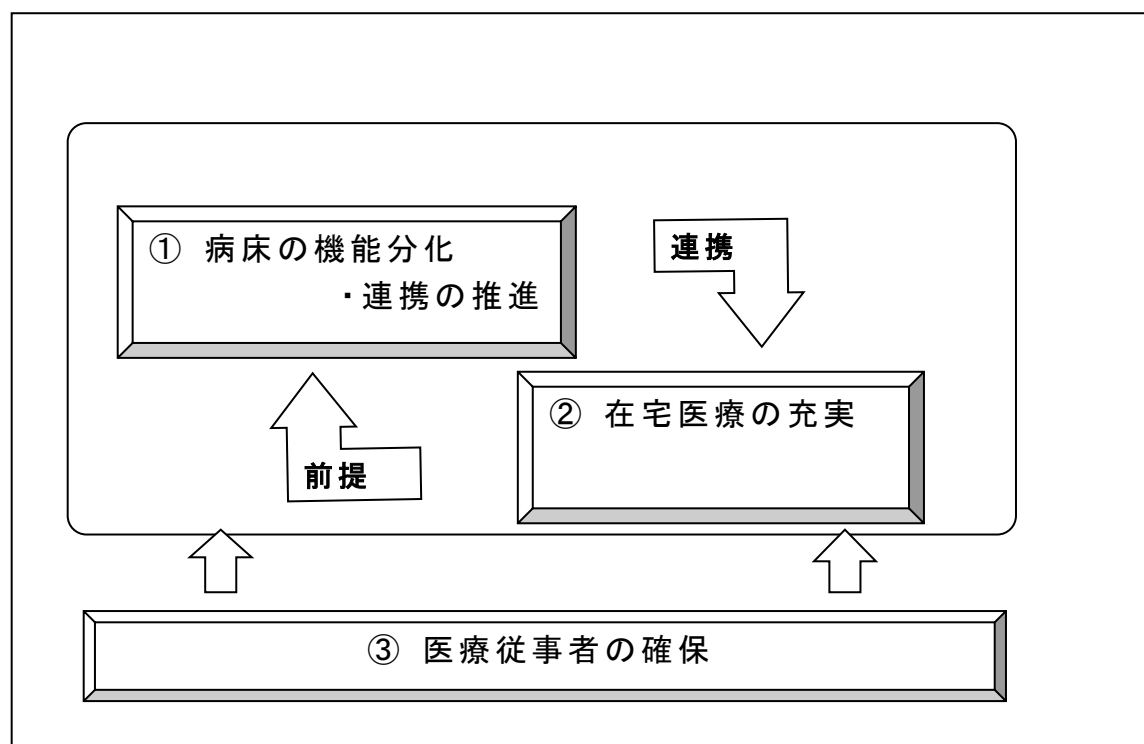
【重点項目】

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
在宅医療提供体制、介護保険施設の確保と連携強化	<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。

