

兵庫県保健医療計画 (案)

2024(令和6)年4月

兵庫県

〔 目 次 〕

【はじめに】

第1章 計画の性格	
1 計画の位置付け	2
2 他計画等との関係	2
3 計画期間	2
第2章 計画の基本方針	
1 医療と介護の一体化・連携	2
2 医療・介護人材の総合的確保と質の向上	2
3 良質で効率的な医療提供体制の確立（機能分化と連携）	2

【第1部】計画の基本的事項

第1章 保健医療圏域	
1 保健医療圏域	4
2 準保険医療圏域（準圏域）の設定	7
3 疾病・事業ごとの圏域設定	8
第2章 兵庫県の概況	
1 人口	10
2 人口動態	12
3 受療動向	15
第3章 基準病床数	19

【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	24
2 一般診療所	25
3 歯科診療所	25
4 薬局	25
5 訪問看護事業所	27
6 保健所	27
7 市町保健センター	29
8 衛生研究所	29
第2章 保健医療・介護従事者	
1 医師	31
2 歯科医師	32
3 薬剤師	33
4 看護職員	35
5 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	40
6 精神保健福祉士	41

7	管理栄養士・栄養士	42
8	歯科衛生士	43
9	介護人材の確保	44
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	48
2	保健医療情報システム	49
第4章 医療安全対策		
1	医療安全対策	52
2	医療安全相談	52
【第3部】 地域医療構想		
第1章	地域医療構想策定の目的	54
第2章	構想区域の設定	54
第3章	病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量	54
第4章	医療提供体制を実現するための推進体制	56
【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	がん対策	58
第2章	脳卒中対策（脳血管疾患対策）	62
第3章	心血管疾患対策	66
第4章	糖尿病対策	70
第5章	精神疾患対策	75
第6章	救急医療	101
第7章	小児救急を含む小児医療	114
第8章	災害医療	121
第9章	新興感染症発生・まん延時における医療	131
第10章	周産期医療	133
第11章	へき地医療	142
第12章	在宅医療・かかりつけ医	149
【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	160
1	結核対策	160
2	エイズ対策	163
3	感染症対策	167
第2章	アレルギー疾患対策	172
第3章	難病対策	174
第4章	透析医療	177
第5章	先進医療	
1	臓器移植	179

2	造血幹細胞移植	182
第6章 歯科保健医療		
1	歯科医療	184
2	歯科保健	187
第7章 薬事		
1	医薬品等の品質、有効性及び安全性の確保	189
2	薬物乱用の防止	190
3	血液確保対策	193
第8章 健康危機管理体制		
1	健康危機管理	194
2	災害時の保健対策	196
第9章 保健・医療・福祉が連携した提供体制の構築		
		197

【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	202
2	医師確保計画の位置づけ	203
3	医師確保計画の計画期間	203
第2章 医師確保計画（医師全体）		
1	現状及び課題	204
2	医師偏在指標	213
3	第7次医師確保計画の評価	215
4	医師確保の方針	216
5	目標医師数	217
6	確保方策	218
第3章 医師確保計画（産科・小児科）		
1	現状及び課題	225
2	分娩取扱医師・小児科医師偏在指標	230
3	第7次医師確保計画（産科・小児科）の評価	234
4	医師確保の方針	235
5	目標医師数	236
6	確保方策	237

【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	242
2	外来医療計画の計画期間	242
第2章 協議の場の設置		
1	対象区域の設定	244
2	外来医療計画推進会議の設置	244

第3章 外来医療提供体制の確保	245
1 現状及び課題	245
2 推進方策	250
第4章 医療機器の効率的な活用	252
1 現状及び課題	252
2 共同利用の方針	253
3 推進方策	253
第5章 外来医療の機能の明確化・連携	255

【第8部】圏域計画

第1章 保健医療計画（圏域計画）の策定目的	258
第2章 神戸圏域	260
第3章 阪神圏域	274
第4章 東播磨圏域	286
第5章 北播磨圏域	294
第5章 播磨姫路圏域	309
第7章 但馬圏域	345
第8章 丹波圏域	376
第9章 淡路圏域	387

【第9部】計画の推進と進行管理

第1章 計画の推進体制	396
第2章 計画の進行管理	397

【第10部】資料編

保健医療に関する主な相談・情報提供窓口	403
兵庫県保健医療計画（平成30年4月）の数値目標達成状況	406
兵庫県保健医療計画改定の経緯	416

【はじめに】

はじめに

第1章 計画の性格

1 計画の位置付け

- ・ 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。
- ・ 同時に、県民、市町、保健・医療機関、関係団体等が連携して取組む保健・医療分野の基本的指針（ガイドライン）である。

2 他計画等との関係

- ・ 県政の基本指針「ひょうごビジョン2050」のめざす姿「Ⅲ誰も取り残されない社会」等を実現する保健・医療分野の実行プログラムである。
- ・ 「兵庫県老人福祉計画」、「兵庫県障害福祉実施計画」、「兵庫県健康づくり推進実施計画」、「兵庫県がん対策推進計画」、「兵庫県循環器病対策推進計画」等と整合をとって作成している。

3 計画期間

- ・ 令和6（2024）年4月から令和12（2030）年3月までの6年間
- ・ 計画期間中においても、施策の進捗状況や社会情勢の変化等により、必要に応じて見直しを行う。

第2章 計画の基本方針

1 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、脳卒中対策など、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。

2 医療・介護人材の総合的確保と質の向上

増加する医療・介護需要の提供に不可欠な医療従事者と福祉・介護人材の総合的確保に向けた取組を推進し、働き方改革等により職場環境を改善するとともに、専門的な技術や多職種連携のための研修実施により、質の向上を図る。

3 医療と介護の一体化・連携

在宅医療や充実した介護サービスを組み合わせ、身近な地域の中で切れ目のない安心の医療・介護サービスを受けることができるよう、医療・看護・介護サービス提供者間の連携を図り、医療・介護が一体的に提供される体制を目指す。

【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

1 保健医療圏域

- ・ 本県の保健医療圏域を下表のとおり定める。
- ・ 保健医療サービスは、健康相談や軽度の病気等といった日常的な医療から、極めて高度・専門的で特殊な医療まで様々な段階があることから、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、県民の生活行動の実態や医療需要の状況等を踏まえた圏域を設定することが必要である。

<兵庫県の保健医療圏域>

区分	イメージ	圏域数
1次保健医療圏	日常生活の中で身近で利用しやすい保健医療サービスが提供される単位（市町単位）	41
2次保健医療圏	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単位	8
3次保健医療圏	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単位	全県

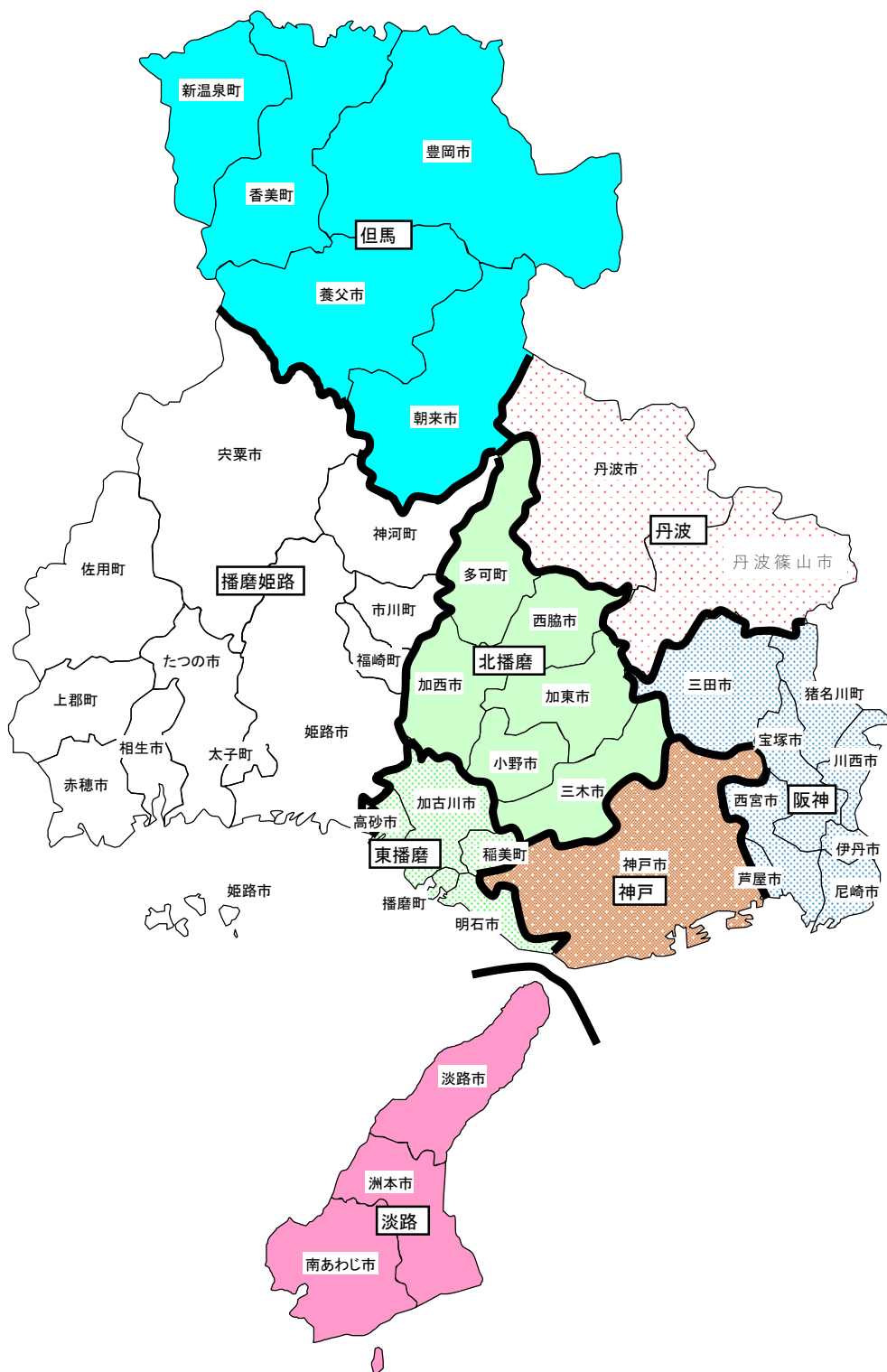
<2次保健医療圏域と構成市町>

圏域	圏域構成市町	人口（人）	面積（km ² ）	
神戸	神戸市	1,500,693	557.05	
阪神	阪神南	尼崎市、西宮市、芦屋市	1,032,032	169.14
	阪神北	伊丹市、宝塚市、川西市、三田市、猪名川町	703,015	480.89
	小計		1,735,047	650.03
東播磨	明石市、加古川市、高砂市、稲美町、播磨町	711,660	266.33	
北播磨	西脇市、三木市、小野市、加西市、加東市、多可町	255,744	895.61	
播磨姫路	中播磨	姫路市、福崎町、市川町、神河町	561,910	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	236,820	1,566.97
	小計		798,730	2,432.23
但馬	豊岡市、養父市、朝来市、香美町、新温泉町	149,948	2,133.30	
丹波	丹波篠山市、丹波市	97,590	870.80	
淡路	洲本市、南あわじ市、淡路市	123,008	595.63	
兵庫県合計		5,442,199	5,372,420	

※ 人口は県統計課「兵庫県推計人口」（令和5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5年4月1日現在）による（境界未画定部あり。）。

2次保健医療圏域地図



- 2次保健医療圏域については、平成30年改定時に、圏域毎の患者の流出入を調査した結果、20%以上の流出があり、かつ特定の圏域への流出が一定以上ある圏域が複数存在することが確認されたこと等から、10圏域から8圏域に再編した。今回も同様に流出入動向等を下記の通り検討し、8圏域を維持する。

【参考】2次保健医療圏域設定の考え方

(1) 入院患者の受診状況

(現行8圏域の流出状況)

- ・ 20%以上の流出がある圏域は、丹波圏域（25.5%）のみ。
- ・ 国の見直し検討基準と比較して、やや高い数値となっているが、前回の平成29年調査結果（33.4%）と比較すると7.9ポイント改善している。

○国の見直し検討基準：①人口規模20万人未満、かつ、②圏域内の病院の推計流入入院患者割合が20%未満、③推計流出入院患者割合が20%以上の場合。

令和5年2月 入院患者調査（兵庫県医務課調べ） 圏域別流出先とその割合

区分		施設所在地							
		神戸	阪神	東播磨	北播磨	播磨姫路	但馬	丹波	淡路
患者 住 所 地	神戸	87.7%	4.4%	3.7%	3.4%	0.5%	0.1%	0.1%	0.1%
	阪神	9.9%	88.7%	0.1%	0.6%	0.3%	0.0%	0.3%	0.0%
	東播磨	10.7%	1.1%	80.0%	3.3%	4.7%	0.0%	0.0%	0.2%
	北播磨	7.1%	2.5%	3.6%	80.2%	4.7%	0.1%	1.9%	0.0%
	播磨姫路	1.1%	0.5%	1.9%	2.1%	94.1%	0.2%	0.1%	0.0%
	但馬	3.1%	2.4%	0.3%	1.7%	3.7%	80.0%	8.8%	0.0%
	丹波	5.3%	11.5%	0.3%	7.9%	0.2%	0.4%	74.5%	0.0%
	淡路	4.4%	0.7%	1.9%	0.5%	0.4%	0.0%	0.1%	92.0%

※ 資料の読み方例：神戸圏域の患者が神戸圏域の施設に入院した割合（圏域内完結率）87.7%
 神戸圏域の患者が阪神圏域の施設に入院した割合 4.4%
 神戸圏域の圏域外流出の合計 12.3%（100%－87.7%（圏域内完結率））

（従来の10圏域の流出状況）

- ・ 20%以上の流出がある圏域は、8圏域の場合に加えて、阪神南圏域（20.5%）、阪神北圏域（27.5%）、西播磨圏域（26.4%）。
- ・ 15%以上特定の圏域に流出しているのは、阪神北圏域から阪神南圏域（17.3%）、西播磨圏域から中播磨圏域（23.7%）であり、それぞれの圏域を統合することにより圏域完結率の向上に寄与することが読み取れる。

令和5年2月 入院患者調査（兵庫県医務課調べ） 圏域別流出先とその割合

		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	87.7%	2.4%	2.1%	3.7%	3.4%	0.3%	0.2%	0.1%	0.1%	0.1%
	阪神南	10.8%	79.5%	8.4%	0.1%	0.6%	0.3%	0.1%	0.0%	0.2%	0.0%
	阪神北	8.8%	17.3%	72.5%	0.1%	0.6%	0.1%	0.0%	0.0%	0.4%	0.1%
	東播磨	10.7%	0.6%	0.5%	80.0%	3.3%	4.0%	0.7%	0.0%	0.0%	0.2%
	北播磨	7.1%	0.7%	1.7%	3.6%	80.2%	4.0%	0.7%	0.1%	1.9%	0.0%
	中播磨	1.2%	0.3%	0.3%	2.7%	3.0%	86.1%	6.2%	0.3%	0.0%	0.0%
	西播磨	0.9%	0.1%	0.2%	0.6%	0.6%	23.7%	73.6%	0.0%	0.1%	0.0%
	但馬	3.1%	0.6%	1.8%	0.3%	1.7%	3.4%	0.3%	80.0%	8.8%	0.0%
	丹波	5.3%	2.3%	9.2%	0.3%	7.9%	0.2%	0.0%	0.4%	74.5%	0.0%
	淡路	4.4%	0.4%	0.2%	1.9%	0.5%	0.2%	0.2%	0.0%	0.1%	92.0%

(2) 今後の課題

- 阪神圏域については、本県で人口が最大（約174万人）の圏域であり、地域医療構想調整会議の運営を北部・南部で分割して実施している他、統合会議を実施するなどして、一定の工夫を行っているところである。

また、市立伊丹病院と公立学校共済組合近畿中央病院・県立西宮病院と西宮市立中央病院・三田市民病院と済生会兵庫県病院が、今後の救急医療を含め、急性期医療を中心とした病床機能の再編統合を進めているところであり、圏域の医療提供体制の強化が見込まれている。

現状において、圏域内完結率（患者流出入状況）や、高度急性期医療の南部への偏在などから、本計画では、圏域を維持するが、今後見込まれる受療動向の変化等に留意し、次回改定時に圏域のあり方について、改めて議論を行う。

- 丹波圏域については、他圏域への流出率が高い状況にあるが、県立丹波医療センターの開院に伴い、前回調査よりも流出率が改善している。また、ささやま医療センターの今後のあり方など、圏域内でも医療提供体制に係る議論が行われている最中であり、引き続き状況を注視していく。

2 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を準保健医療圏域（準圏域）に設定する。

準圏域 の 設定基準	(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等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
準圏域 の設定	保健医療計画(圏域圏域)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、医療審議会で検討のうえ設定) 保健医療計画(圏域圏域)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
準圏域 設定効果	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等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)
設定 準圏域	① 「阪神北準圏域」 伊丹市、宝塚市、川西市、三田市、猪名川町 ② 「赤穂準圏域」 赤穂市、相生市、上郡町

3 疾病・事業ごとの圏域設定

- ・ 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、分野ごとに圏域状況を確認し、引き続き、柔軟な圏域設定を行う。

(今次計画の変更点)

○ 小児救急の地域の変更

2次小児救急医療圏域については2次小児救急輪番体制毎に設定しているが、現状で三田圏域に輪番体制はなく、神戸市と連携することにより輪番体制を構築していることから、神戸圏域と三田圏域を統一し、神戸・三田圏域とする。

また、西播磨圏域においても一部地域で輪番体制がなく、中播磨圏域と連携することにより輪番体制を構築しているため、中播磨圏域と西播磨圏域を統一し、播磨姫路圏域とする。

(圏域数 11圏域→9圏域)

【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	9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
新興感染症発生・まん延時における医療		医療資源を踏まえ、2次保健医療圏域で設定	8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、旧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、旧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、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

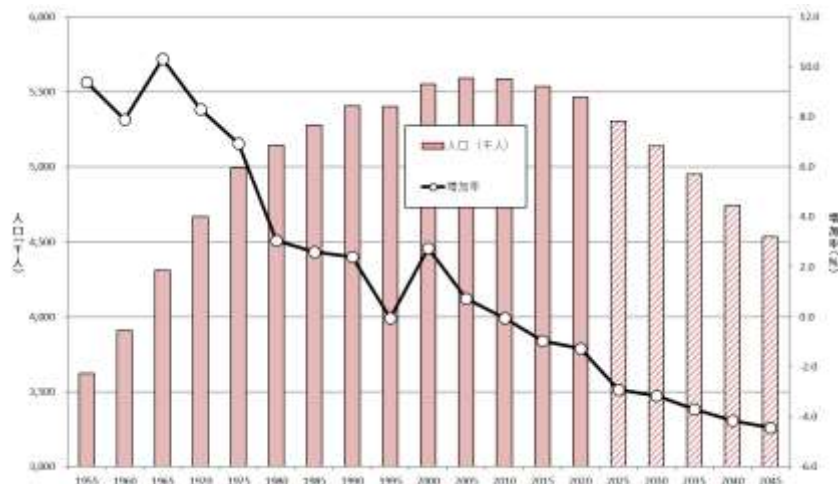
第2章 兵庫県の概況

1 人口

(1) 総人口

兵庫県の総人口は、令和2年国勢調査で、5,465,002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。

図1 兵庫県の人口の推移



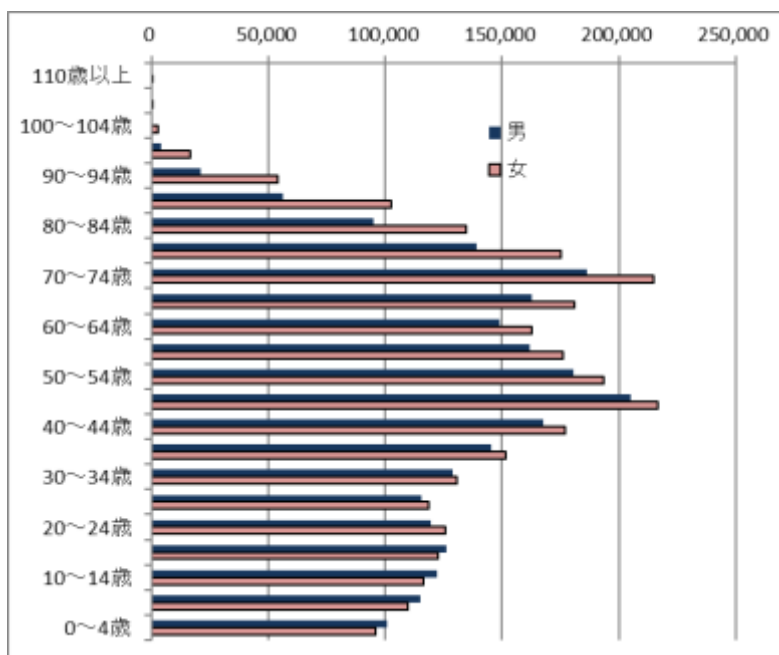
資料 令和2（2020）年まで：総務省統計局「国勢調査」
令和7（2025）年以降：厚生労働省「医療計画策定支援データブック」

(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70歳代前半の人口と、第二次ベビーブームに生まれた40歳代後半の人口が多く、二つの山を作っている。

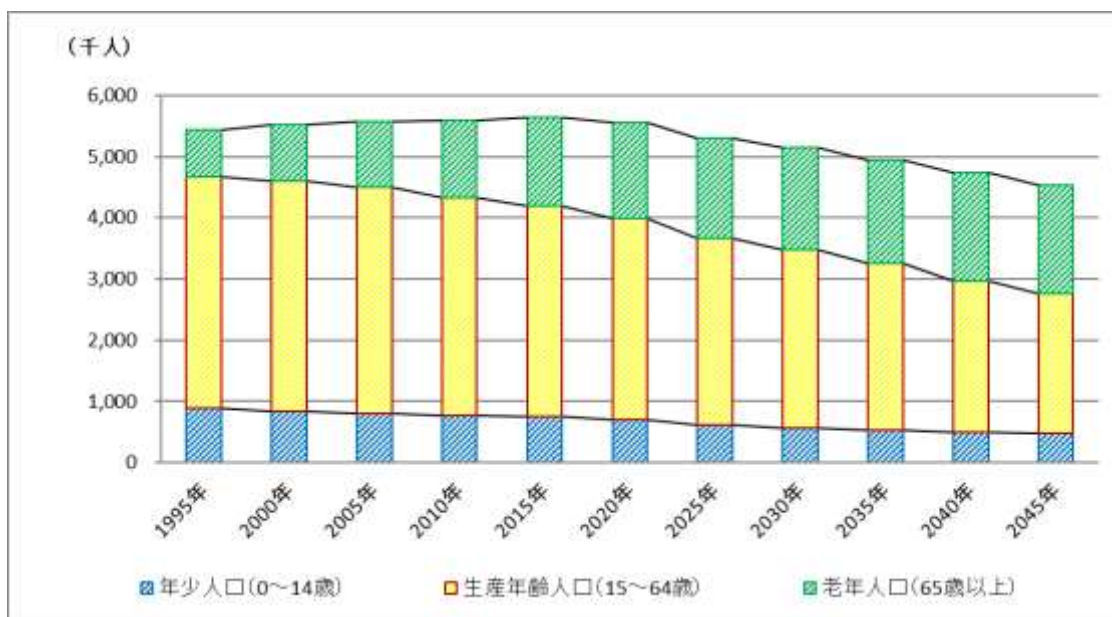
性別に見ると、19歳までは男性が女性よりも多いが、20歳以降は女性の方が多くなっている。

図2 兵庫県の年齢階級別人口



資料 令和2年 総務省統計局「国勢調査」

図3 兵庫県の年齢3区分別人口の推移

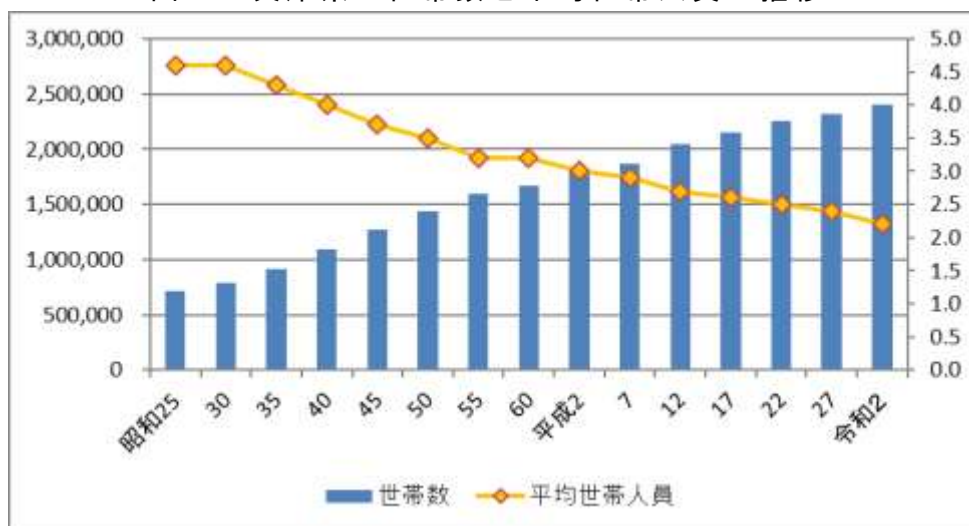


資料 医療計画策定支援データブック（厚労省）

(3) 世帯

兵庫県の世帯数は令和2年国勢調査で、2,399,358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。

図4 兵庫県の世帯数と平均世帯人員の推移



資料 令和2年総務省統計局「国勢調査」

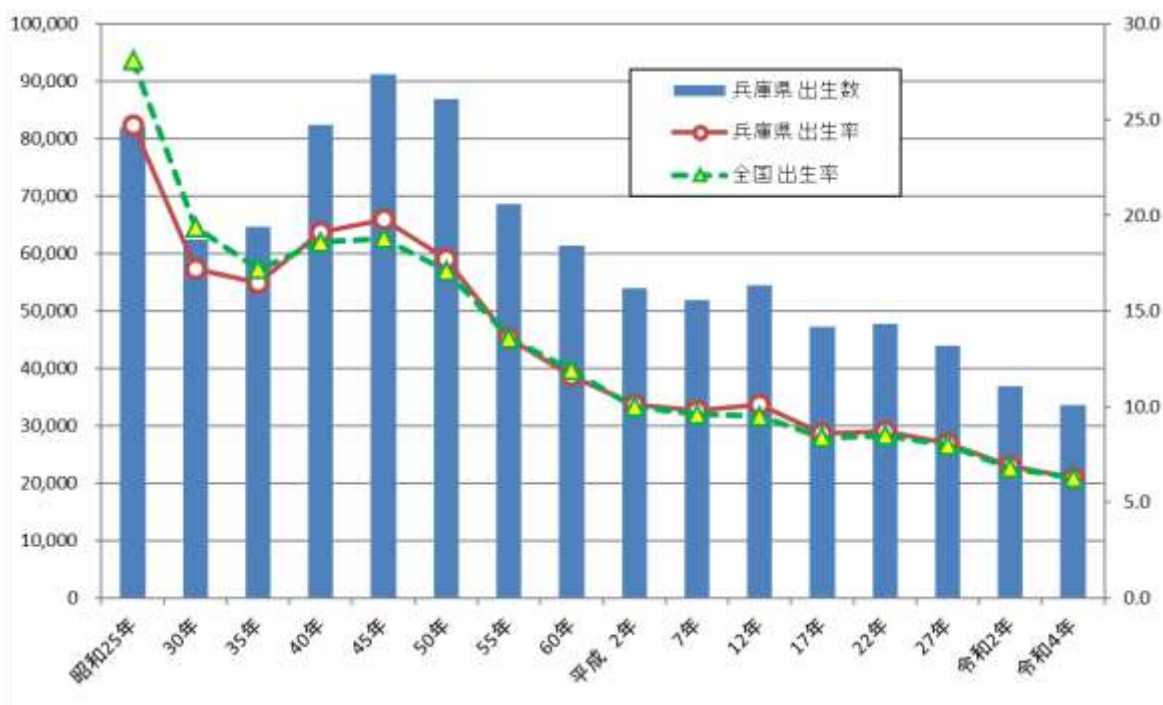
2 人口動態

(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、それ以降も減少傾向となっている。

図5 出生数と出生率の推移

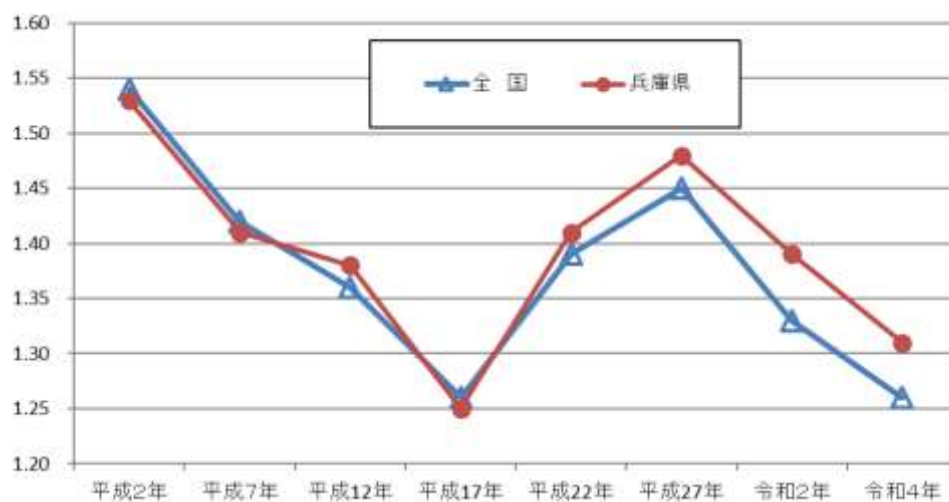


資料 厚生労働省「令和4年人口動態調査」

イ 合計特殊出生率

本県の合計特殊出生率は年々低下した後、平成17年からは回復傾向にあったが、令和2年度から一転低下傾向にある。

図6 合計特殊出生率の推移



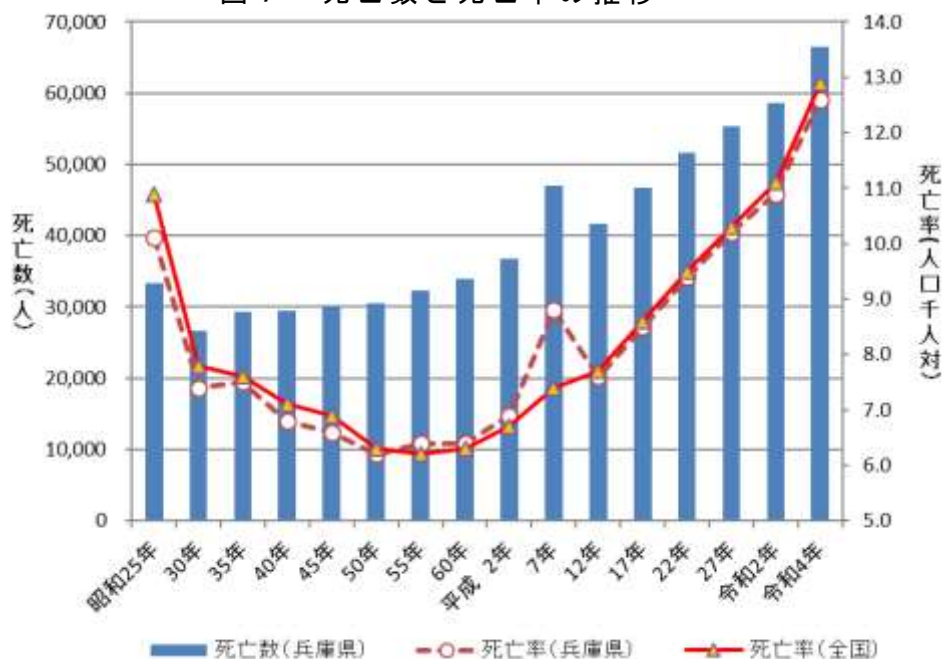
資料 厚生労働省「令和4年人口動態調査」

(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。

図7 死亡数と死亡率の推移

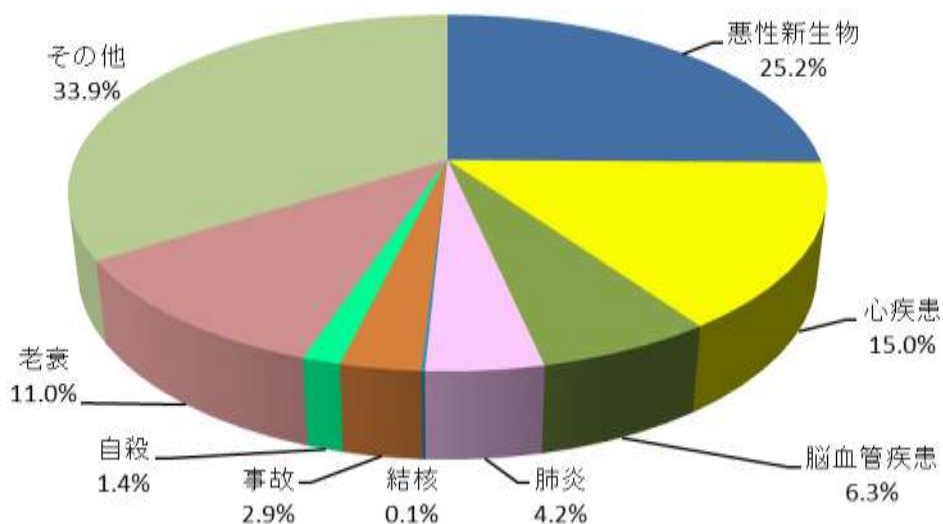


資料 厚生労働省「令和4年人口動態調査」

イ 死因別死亡数

本県の死因別死亡数の割合は、令和4年で悪性新生物がもっとも多い。次いで心疾患、脳血管疾患、肺炎となっている。

図8 兵庫県の死因別死亡割合



資料 厚生労働省「令和4年人口動態調査」

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。

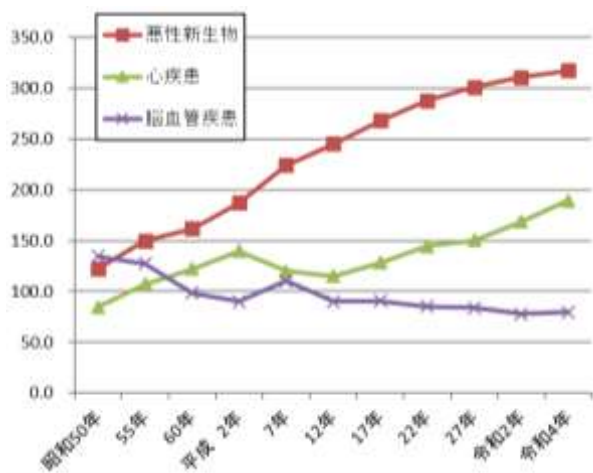


図9 兵庫県の生活習慣病の死亡率(人口10万対)

資料 厚生労働省「令和4年人口動態調査」

エ 在宅死亡割合

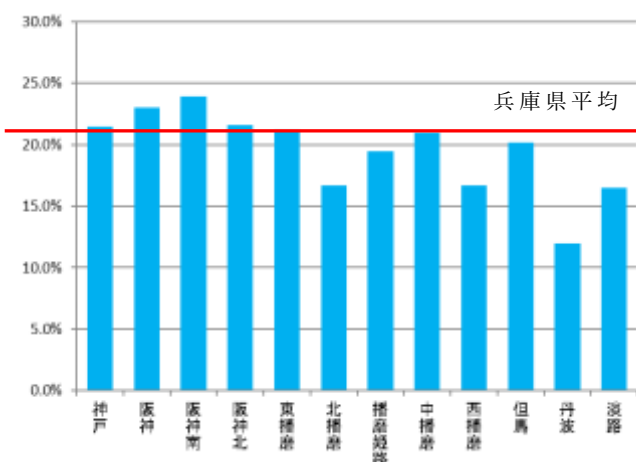


図10 圏域別在宅死亡割合

資料 厚生労働省「令和4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。

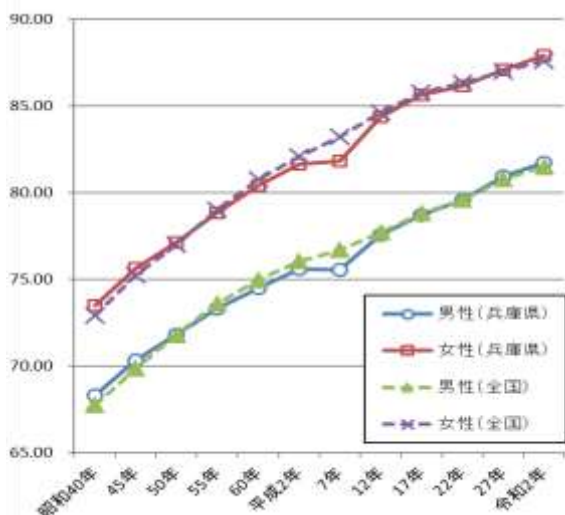


図11 平均寿命の推移

資料:厚生労働省「令和2年都道府県別生命表」

3 受療動向

(1) 推計患者数

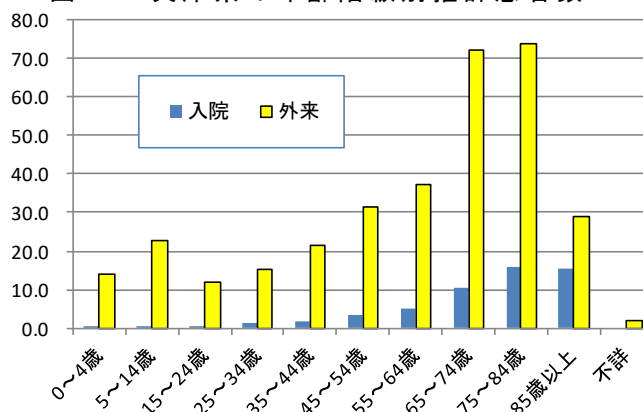
本県の推計患者数を年齢階級別に見ると、入院・外来とも65歳以降に急激に増加し、75～84歳の年齢層が、それぞれ最も多くなっている。

表1 兵庫県の年齢階級別推計患者数

	入院	外来
0～4歳	0.5	14.0
5～14歳	0.3	22.7
15～24歳	0.6	12.1
25～34歳	1.1	15.4
35～44歳	1.7	21.6
45～54歳	3.4	31.6
55～64歳	4.9	37.4
65～74歳	10.5	72.3
75～84歳	16.0	73.8
85歳以上	15.3	28.8
不詳	0.0	1.8
合計	54.3	331.5

(単位:千人)

図12 兵庫県の年齢階級別推計患者数



資料 厚生労働省「令和2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75歳以上の年齢層を除き、概ね全国値より低いか同等である。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く。

表2 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	244	306	7,059	6,505
5～14歳	59	86	4,859	4,046
15～24歳	123	133	2,326	2,253
25～34歳	203	223	2,953	2,872
35～44歳	259	266	3,257	3,336
45～54歳	413	407	3,837	3,999
55～64歳	727	776	5,570	5,596
65～74歳	1,367	1,385	9,375	8,847
75歳以上	3,768	3,568	12,349	11,166
総数	994	960	6,063	5,658

資料 厚生労働省「令和2年患者調査」

図15 年齢階級別受療率(人口10万対)入院

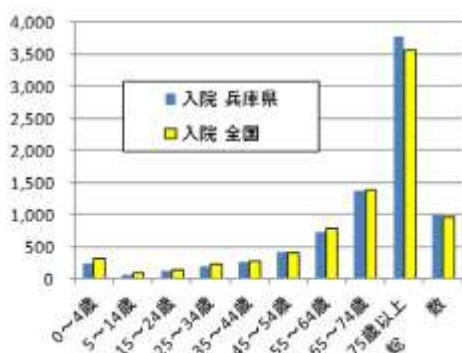
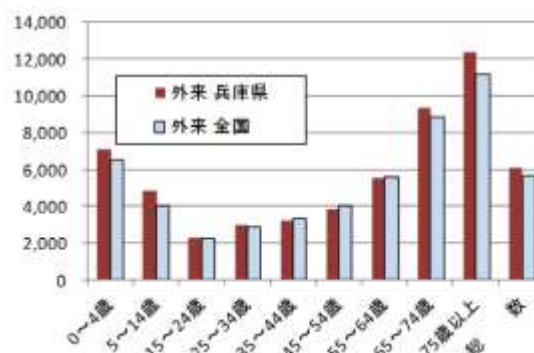


図16 年齢階級別受療率(人口10万対)外来



(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、循環器系・精神及び行動の障害の疾患が多く、外来では、消化器系の疾患・循環器系の疾患が多い。

表3 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	0.9	7.4
新生物	5.7	10.5
血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	0.3	0.9
内分泌, 栄養及び代謝疾患	1.5	21.9
精神及び行動の障害	8.1	11.4
神経系の疾患	5.0	8.6
眼及び付属器の疾患	0.6	18.4
耳及び乳様突起の疾患	0.1	5.0
循環器系の疾患	8.7	40.9
呼吸器系の疾患	4.1	18.8
消化器系の疾患	3.4	57.7
皮膚及び皮下組織の疾患	0.6	16.2
筋骨格系及び結合組織の疾患	3.9	38.9
腎尿路生殖器系の疾患	2.1	11.1
妊娠, 分娩及び産じょく	0.4	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	0.1	0.8
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	4.0
損傷, 中毒及びその他の外因の影響	6.9	14.4
健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	0.2	42.8
総数	53.5	330.2

資料 厚生労働省「令和2年 患者調査」

図17 傷病分類別推計患者数 (千人)

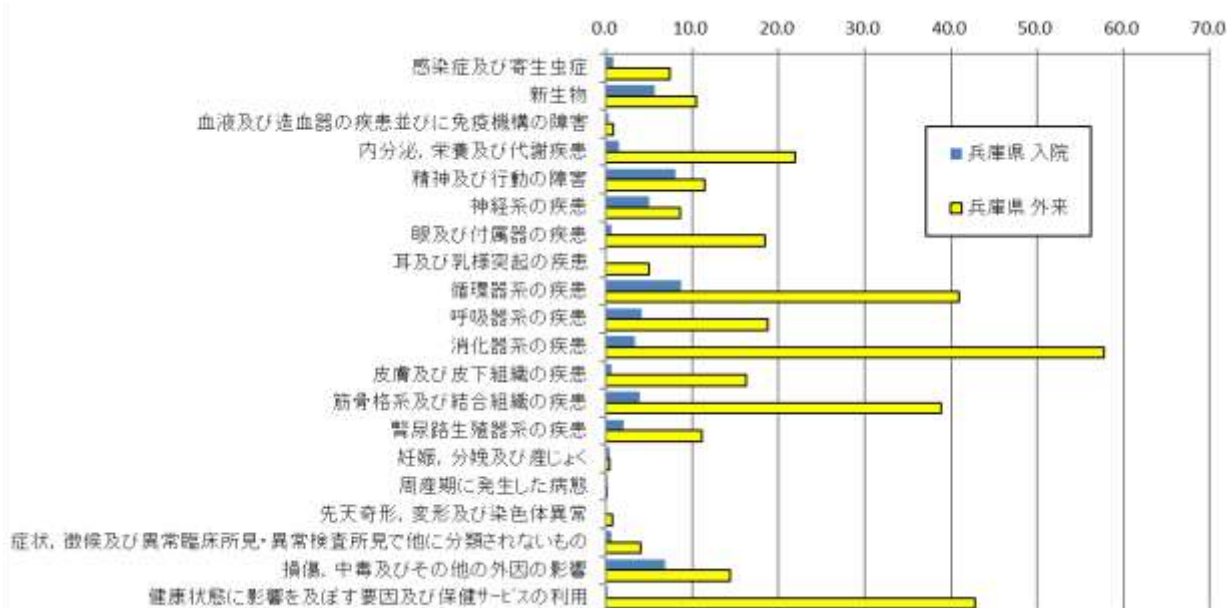


表4 傷病分類別受療率(人口10万人対)

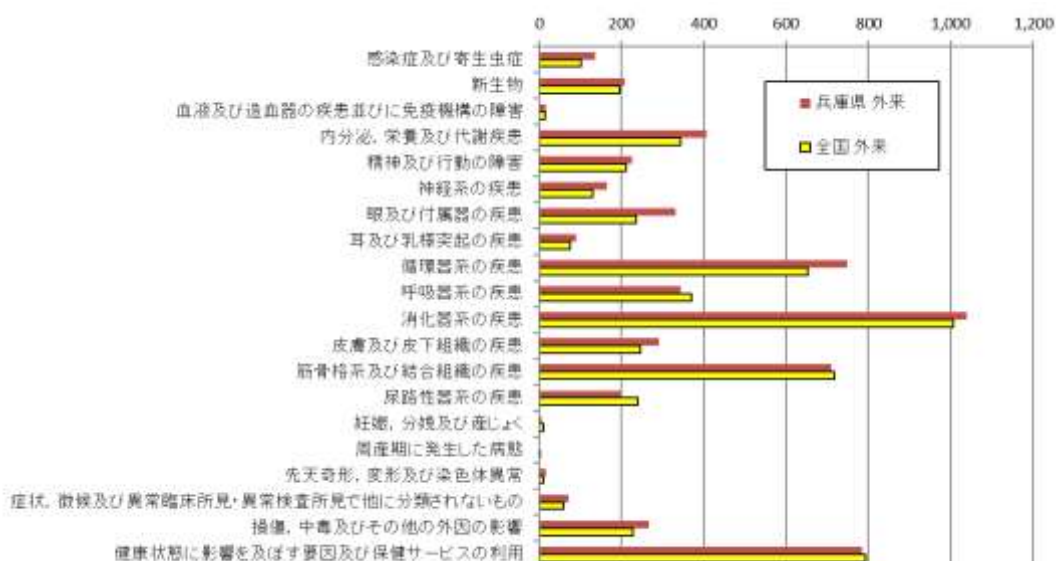
傷病分類	兵庫県		全国	
	入院	外来	入院	外来
感染症及び寄生虫症	16	137	13	103
新生物	110	207	100	196
血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	6	16	4	14
内分泌、栄養及び代謝疾患	26	406	24	343
精神及び行動の障害	154	226	188	211
神経系の疾患	92	165	100	131
眼及び付属器の疾患	10	332	8	237
耳及び乳様突起の疾患	2	89	2	76
循環器系の疾患	159	749	157	652
呼吸器系の疾患	75	344	59	371
消化器系の疾患	63	1,038	48	1,007
皮膚及び皮下組織の疾患	12	292	9	247
筋骨格系及び結合組織の疾患	72	710	59	718
尿路性器系の疾患	39	200	41	241
妊娠、分娩及び産じょく	7	7	11	10
周産期に発生した病態	4	2	5	3
先天奇形、変形及び染色体異常	3	16	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	72	10	59
損傷、中毒及びその他の外因の影響	126	266	107	229
健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	4	784	8	794
総数	994	6,063	960	5,658

資料 厚生労働省「令和2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) 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16.2日（平成28年15.5日）、療養病床が135.2日（平成28年149.9日）、精神病床が250.8日（平成28年264.2日）であり、概ね短縮化傾向にある。

表5 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	75.3	27.3	69.0	16.2	84.7	126.5	82.3	276.7	27.4	44.5	571.2	10.5
全県	75.1	26.3	69.6	16.2	86.0	135.2	80.2	250.8	42.1	45.3	519.4	8.7
神戸	71.2	23.1	67.7	15.4	84.3	120.2	73.1	188.5	41.0	59.2	212.5	5.0
阪神	76.6	26.4	69.8	16.2	87.8	142.0	/	/	/	/	/	/
東播磨	77.6	24.3	70.5	15.0	88.9	148.4	/	/	/	/	/	/
北播磨	81.8	37.5	80.3	22.5	84.1	174.9	/	/	/	/	/	/
播磨姫路	74.9	27.3	80.4	16.6	68.9	117.8	/	/	/	/	/	/
但馬	66.4	27.4	66.0	17.5	63.1	97.3	/	/	/	/	/	/
丹波	77.9	34.2	61.2	14.7	92.8	209.0	/	/	/	/	/	/
淡路	82.4	41.7	76.4	18.0	92.0	119.4	/	/	/	/	/	/

図20 病床利用率

資料 厚生労働省「令和4年 病院報告」

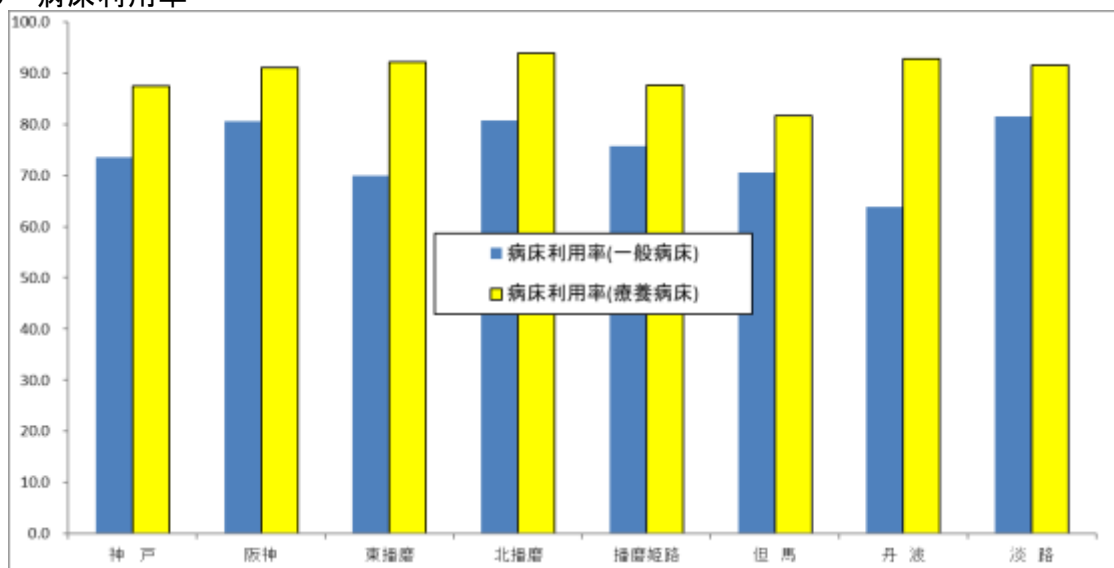
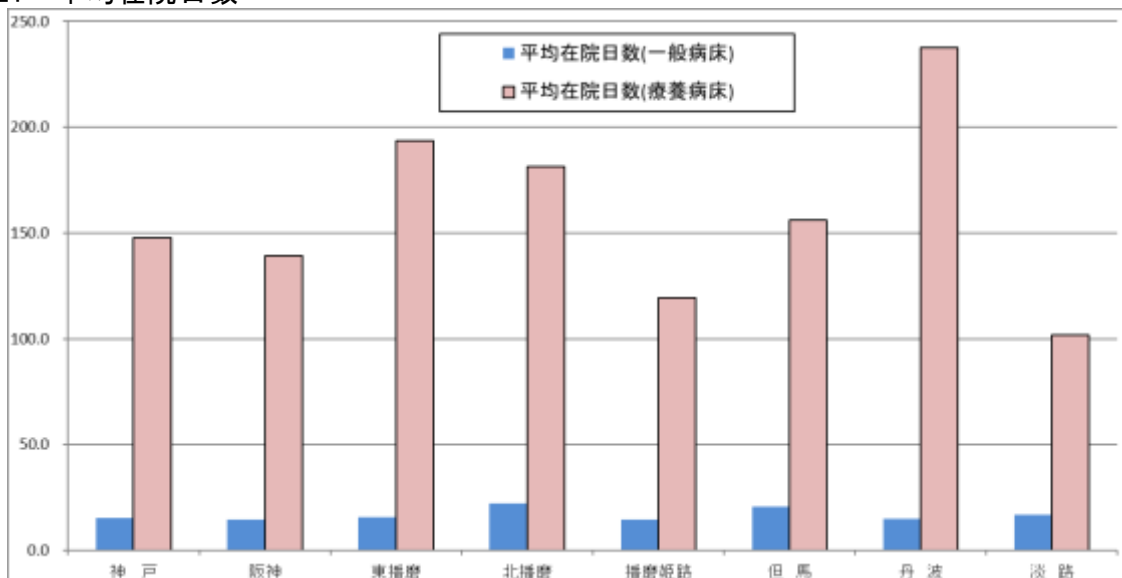


図21 平均在院日数



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、以下のとおり定め、令和6（2024）年4月1日より適用する。

【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6年4月1日～) A	既存病床数 (令和5年10月1日) B	病床数の過不足 C = B - A
神戸	15,676	15,418	△258
阪神	17,118	15,550	△1,568
東播磨	7,012	6,358	△654
北播磨	3,307	3,203	△104
播磨姫路	7,773	8,113	340
但馬	1,380	1,350	△30
丹波	751	1,158	407
淡路	1,145	1,645	500
合計	54,162	52,795	△1,367

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6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	9,869	11,160	1,291

3 感染症病床

国の通知に基づき、感染症法に定める第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、次のとおり定める。

	基準病床数 (令和6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	48	54	6

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、次のとおり定める。

	基準病床数 (令和6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	93	145	52

(参考) 既存病床数の推移

区分	圏域	平成30	令和元	令和2	令和3	令和4	令和5 (10月)	基準病床数 (令和6年4月)
一般・療養病床	神 戸	15,547	15,603	15,590	15,467	15,481	15,418	15,676
	阪 神	15,676	15,698	15,662	15,670	15,683	15,550	17,118
	東播磨	6,382	6,365	6,245	6,401	6,401	6,358	7,012
	北播磨	3,265	3,265	3,198	3,198	3,203	3,203	3,307
	播磨姫路	8,270	8,247	8,196	8,161	8,131	8,113	7,773
	但 馬	1,420	1,380	1,380	1,379	1,379	1,350	1,380
	丹 波	1,249	1,154	1,167	1,167	1,158	1,158	751
	淡 路	1,725	1,725	1,710	1,698	1,664	1,645	1,145
	全県計	53,534	53,437	53,148	53,141	53,100	52,795	54,162
精神病床		11,280	11,265	11,252	11,206	11,178	11,160	9,869
結核病床		150	150	150	150	150	145	93
感染症病床		54	50	54	54	54	54	48

【課 題】

(1) 一般病床及び療養病床

令和6年4月1日時点の既存病床が、基準病床を下回る圏域においては、病院等の開設、増床等が可能となるが、将来の地域の医療需要や医療人材の確保等も念頭に置きながら、配分方法を検討する必要がある。

(2) 精神病床

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体制整備を進める必要がある。

(3) 結核病床

既存病床数が基準病床を上回っているが、結核患者の減少から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

- ・ 圏域内の病床数（基準病床数、既存病床利用率、必要病床数及び不足する病

床機能状況等)や医療機関の連携体制や必要な医療機能・病床の状況等の地域課題に応じて、病床整備等を圏域の健康福祉推進協議会及び地域医療構想調整会議等で検討する。

(2) 精神病床

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)

<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>

【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

(1) 病院数・病床数の状況

(単位 上段：実数、下段：人口10万対、()内は全国)

	病院数			病床数					
	内訳			内訳					
	一般	精神		一般	療養	精神	結核	感染症	
施設数	347	314	33	63,825	39,345	12,740	11,536	150	54
	6.4 (6.5)	5.8 (5.7)	0.6 (0.8)	1181.5 (1194.9)	728.3 (709.6)	235.8 (223.0)	213.6 (257.6)	2.8 (3.1)	1.0 (1.5)

厚生労働省「令和4年医療施設調査」

(2) 圏域別病院数・病床数の状況

(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	110	88	39	22	59	11	7	11	347
	7.3	5.1	5.5	8.5	7.3	7.2	7.1	8.8	6.4
病床数	18,779	17,939	7,423	4,391	9,969	1,928	1,370	2,026	63,825
	1243.5	1029.8	1041.9	1700.7	1238.1	1262.8	1388.0	1626.5	1181.1

厚生労働省「令和4年医療施設調査」

(3) 開設者別にみた病院の状況

(単位 実数)

大学病院 *1	特定機能病院 *2	独立行政法人国立病院機構 *3	県立病院 *4	公的病院			民間病院 *5 (個人、医療法人等)		計
				市町立及びその組合等	日赤及び済生会※	独立行政法人等(国立病院機構除く)	社会医療法人 *6		
4	2	4	13	23	4	11	287	12	346

※日赤：日本赤十字社、済生会：社会福祉法人恩賜財団済生会

兵庫県「病院名簿（令和5年4月1日現在）」

○社会医療法人の認定状況は、県ホームページに掲載

<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf15/syakairiyohojin.html>

(3) 病床の規模

(単位 実数)

	100床未満	100床以上 200床未満	200床以上 400床未満	400床以上	計
施設数	111	139	63	33	346
割合(%)	32.1	40.2	18.2	9.5	100.0

兵庫県「病院名簿（令和5年4月1日現在）」

2 一般診療所

(単位 上段：診療所数、下段：人口10万対、令和4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	1,645	1,831	543	214	630	139	84	132	5,218
	108.9	105.1	76.2	82.9	78.2	91.0	85.1	106.0	96.6

厚生労働省「令和4年医療施設調査」

3 歯科診療所

(単位 上段：診療所数、下段：人口10万対、令和4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
歯科 診療所	930	976	344	128	401	65	44	72	2,960
	61.6	56.0	48.3	49.6	49.8	42.6	44.6	57.8	54.8

厚生労働省「令和4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。

【現状と課題】

(1) 圏域別の薬局数

(上段：薬局数、下段：人口10万対施設数)

	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
施設数	793	525	311	338	143	288	123	87	54	70	2,732
	52.8	50.9	44.2	47.5	55.8	51.2	51.7	57.7	55.1	56.7	50.8

(令和5年3月末・兵庫県薬務課調)

(2) 医薬分業率の推移

年度	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4
兵庫県	61.5	63.3	64.5	65.8	67.4	68.7	70.2	71.5	72.4	73.2	74.3	73.8	75.0
全国	63.1	65.1	66.1	67.0	68.7	70.0	71.7	72.8	74.0	74.9	75.7	75.3	76.6
近畿圏	52.0	54.1	55.5	57.0	59.1	60.8	62.6	64.2	65.6	66.9	68.4	68.3	69.7

(単位：%)

- (3) 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」、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」等の制度が創設されており、患者等のニーズに応じることができるよう増やしていく必要がある。
- (4) 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。
- (5) 服薬情報の一元的・継続的把握のための「お薬手帳」を患者が複数持ち、手帳のメリットが十分に活かされていない状況が生じている。
- (6) 地域包括ケアシステム構築に向け、医師等多職種と連携し、在宅患者の服薬状況、服薬後の症状、体調の変化、残薬の数量の把握等に努め、入院時と同等の薬学的管理・指導を行う体制をより一層推進する必要がある。

【推進方策】

- (1) 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、関係団体と連携し啓発する。(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) 健康サポート薬局及び地域連携薬局等の意義を周知するとともに届出した薬局名等を公表し、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) 重複投与や相互作用を防ぐため、お薬手帳の意義や利用方法を患者に説明し、1冊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の普及定着を図る。(県、市町、関係団体)
- (6) 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)を引き続き公開していく。(県)

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、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。

【現状と課題】

訪問看護ステーションの設置状況（令和5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	285	189	125	105	35	97	39	17	9	18	919
うち機能強化型1	11	6	5	1	1	3	1	1	1	1	61
うち機能強化型2	3	2	2	1	1	2	0	0	0	0	22
うち機能強化型3	1	2	1	2	1	0	1	1	0	0	18

今後増加する看取りへの対応や、要介護者に対する療養支援等、看護と介護が連携したサービスを提供するため、拠点となる施設整備や職員の資質向上を図る必要がある。

【推進方策】

- (1) 看取り対応体制や教育研修体制が整備され、医療機関との連携機能及び住民への情報提供・相談機能を持った「機能強化型訪問看護ステーション」の整備を図る。(県)
- (3) 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、認定看護師の取得や、特定行為研修の受講を推進する。(県、関係団体)
- (4) 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)
- (5) 「訪問看護総合支援センター」において、訪問看護事業所、関係団体、行政等の連携体制を構築し、人的交流等を支援するほか、訪問看護師の資質向上を図る研修を実施するなど、地域全体を視野に入れた在宅医療サービスの提供を推進する。(県、関係団体、各事業所)

6 保健所

今般の新型コロナウイルス感染症への対応や関係法令の改正等を踏まえ、地域保健の広域的、専門的かつ技術的拠点としての機能を強化し、保健・医療・福祉の施策を総合的一体的に推進する。

【現状と課題】

- (1) 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、次の機能・役割を担っている。
 - ① 重層的な連携体制の構築による健康なまちづくりの推進や市町への技術支援
 - ② 精神保健、難病・感染症対策、食品安全などの専門的かつ技術的業務
 - ③ 保健、医療、福祉情報の収集、分析及び評価
 - ④ 地域における健康危機管理の拠点としての機能
 - ⑤ 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
- (2) 県では12健康福祉事務所を保健所として設置している。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、姫路市、尼崎市、西宮市及び明石市の5市である。
- (3) 保健所の健康危機管理においては、今般の新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、健康危機発生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の拠点としての役割を担うことが重要である。

また自殺や非感染性疾患、健康寿命の延伸、地域包括ケアシステムの構築など、今後さらに高度化、多様化する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（県・保健所設置市）
 - ・ 地域の健康課題を評価・分析し、各種計画策定や施策の効果的な企画立案に反映するとともに、市町の各種保健施策の立案や実施を支援するなど、地域保健の広域的、専門的かつ技術的な拠点としての役割を果たす。
 - ・ 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のさらなる構築に努める。
- (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（県・保健所設置市）
 - ・ 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、他都道府県や関係団体等との連携を強化する。
 - ・ 平時より計画的な人員の確保や配置、人材育成、市町との連携体制を強化し、健康危機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。
- (3) 専門的・技術的業務の推進（県・保健所設置市）
 - ・ 精神保健、難病対策、結核・感染症対策等の専門的・技術的業務の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一層の効率化及び高度化を図る。
 - ・ 住民のニーズ把握に努め、市町に対して専門的かつ技術的な指導、支援を行う。
- (4) 情報の収集・提供及び調査・研究等の推進（県・保健所設置市）
 - ・ 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、分析及び評価し、関係機関及び住民に対して積極的に情報提供する。

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。

【現状と課題】

市町保健センターまたは保健センター類似施設は県内全市町で整備されたが、今後も引き続き、妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援の強化、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に、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 地方衛生研究所

地方衛生研究所は、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・提供を行っており、県内には、県、神戸市、姫路市、尼崎市に設置されている。

【現状と課題】

- (1) 地方衛生研究所は、疾病予防・微生物、水、食品、医薬品等の調査研究及び試験検査、域保健関係者の人材育成・資質の向上のための研修、感染症の発生状況等の収集・解析・提供等の業務を行っている。
- (2) 近畿2府7県（福井県、三重県、徳島県を含む）内の地方衛生研究所間では、広域的な感染症の発生や大規模災害発生の際に備えて、技術的支援、健康危機対応の訓練等の広域的な連携・協力体制を整備している。
- (3) 令和4年「改正地域保健法」（第26条）で、保健所を設置する地方公共団体は、調査研究、試験検査の必要な体制を整備するものと規定され、県民の安全・安心確保のため、平時から検査精度の向上、機器の機能維持・向上及び研究員の育成、確保等による迅速で正確な検査体制を維持することが求められている。
- (4) 地域保健法第4条に基づく「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」では、地方衛生研究所は、健康危機に対応すると同時に地域保健対策の拠点としての機能を発揮し、新たな感染症の感染初期段階にも十分対応できる検査体制の構築が求められている。また、感染症情報や花粉飛散情報等県民の健康危機

に関する情報を迅速かつ正確に県民にわかりやすく提供する必要がある。

【推進方策】

- (1) 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律に基づいて、保健所を設置する地方公共団体が策定する予防計画等を踏まえ、検査機器の日常点検、計画的な保守管理等を盛り込んだ健康危機対処計画を策定し、平時から健康危機に備えた準備を計画的に進める。

大学や他試験研究機関との共同研究のほか、地方衛生研究所間での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取り組む。(県・地方衛生研究所設置市)

- (2) 今後、創設される国立健康危機管理機構(国の試験研究機関)が行う情報収集、分析及び検査実施に必要な技術等の開発・普及等に協力するとともに、新たな健康危機における原因究明の役割を担えるよう、平素から調査研究・試験検査、感染症等の疫学的調査研究の向上に取り組む。

公衆衛生情報や研究成果等をわかりやすく提供するための効果的な発信方法(既存システムの変更)やリスクコミュニケーションの実施を検討し、迅速かつ正確な情報提供を図る。(県・地方衛生研究所設置市)

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

【現状と課題】

(1) 医師を取り巻く状況

ア 本県に従業地を有する医師は着実に増加しており、人口10万対では全国平均を上回っている。

(単位 上段：医師数、下段：人口10万対)
(令和2年12月末)

	神戸	阪神		東播磨	北播磨	播磨 姫路	播磨		但馬	丹波	淡路	兵庫県	全国	
		阪神南	阪神北				中播磨	西播磨						
医師	5,023	4,651	3,183	1,468	1,570	657	1,758	1,333	425	356	207	318	14,540	323,700
	329.3	265	306.3	205.1	219.3	248.7	214.8	233.2	172.3	225.3	204.8	249.7	266.1	256.6

出典：厚生労働省「令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計」

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6年度は162人のへき地等勤務医師の派遣を行っているが、令和10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 本県においては、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。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。

(2) 地域偏在・診療科偏在

ア 人口10万対医師数については、神戸圏域以外は県平均を下回っており、地域偏在が見受けられる。

本県においては、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。

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。

また、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。

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19.4%を占め、次いで整形外科医7.5%、小児科医5.9%、消化器内科医4.8%の順となっている。

また、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。

ウ 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。

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

【推進方策】

※ 第6部「医師確保計画」第2章「6 確保方策」、第3章「6 確保方策」参照

2 歯科医師

【現状と課題】

(1) 本県に従業地を有する歯科医師は着実に増加しているが、人口10万対では全国平均を下回っている。

(単位 上段：医師数、下段：人口10万対)

(令和2年12月末)

	神戸	阪神		東播磨	北播磨	播磨 姫路	播磨		但馬	丹波	淡路	兵庫県	全国	
		阪神南	阪神北				中播磨	西播磨						
歯科 医師	1,285	1,307	814	493	462	184	569	418	151	96	56	93	4,052	104,118
	84.3	74.5	78.3	68.9	64.5	69.7	69.5	73.1	61.2	60.8	55.4	73.0	74.1	82.5

出典：厚生労働省「令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計」

(2) 神戸・阪神圏域以外は県平均を下回っており、地域間では就業者数に偏在がみられるため、今後の歯科医師の確保に向け、関係機関・団体等と連携し、地域の実情に応じた対応策を検討していく必要がある。

(3) 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88.2%と最も多く、その他の診療科では小児歯科39.9%、矯正歯科23.4%、歯科口腔外科28.8%となっている。

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。

- (4) 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。
- (5) 令和3年2月、厚生労働省が設置した「歯科医療提供体制等に関する検討会」において、歯科保健医療を取り巻く状況の変化に対応するため、歯科医療の質の向上を図るとともに、地域の状況に応じた歯科医療提供体制を構築するための検討が進められている。こうした動きを踏まえ、適切に対応していくことが必要である。

【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

【現状と課題】

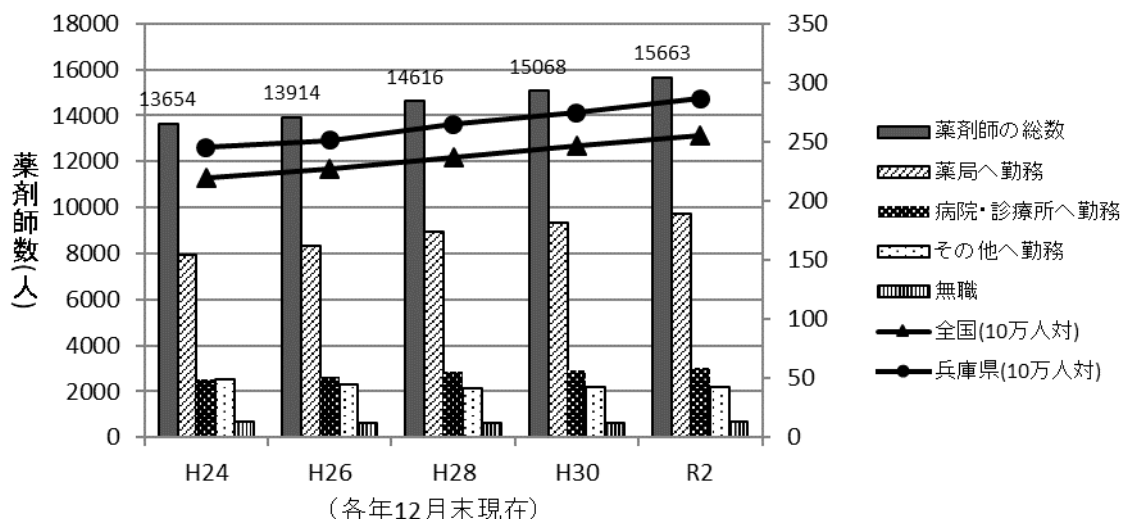
- (1) 県内の薬剤師数

（令和2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
実薬剤師数	5,389	5,169	1,791	609	1,882	315	224	284	15,663
人口10万対	353.3	294.5	250.1	230.6	230.0	199.4	221.6	223.0	286.6

厚生労働省「令和2年医師、歯科医師、薬剤師統計」及び兵庫県「人口推計」

- (2) 県内の薬剤師数の推移



- 本県に従業地を有する薬剤師は、着実に増加しており、人口10万対では全国平均を上回っている(全国4位)。そのうち、薬局従事者の増加が突出している。
- (3) 病院薬剤師においては、チーム医療の推進や病棟薬剤業務の展開、新規医薬品、抗悪性腫瘍剤等の適正使用業務、手術室関連業務、救急外来業務など薬剤師の活躍する場面は拡大している。さらには地域完結型医療に向けた薬剤師外来や薬剤管理サマリーを活用した病院・保険薬局との連携業務、在宅医療患者への薬剤管理指導など、多岐にわたる業務を期待されている。
 - (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を育成する必要がある。
 - (5) 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。
 - (6) 厚生労働省が令和5年6月9日に発出した「薬剤師確保計画ガイドラインについて」で薬剤師偏在指標が設定され、兵庫県における薬剤師偏在指標は1.10と全国的に見ると充足している。一方、病院薬剤師の偏在指標は0.89と保険薬局薬剤師の1.19に比べ低く、業態偏在が生じている。さらに、同ガイドラインでは、業態別に目標偏在指標(1.0)より偏在指標が低い二次医療圏のうち下位二分の一の二次医療圏を「薬剤師少数区域」として定めており、兵庫県内においては淡路圏域の病院(偏在指標:0.68)および但馬圏域の病院(同:0.65)がそれに該当している。

【推進方策】

- (1) 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)
- (2) 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、訪問薬剤師育成を目的とした教育研修の充実を図る。(県、関係団体)
- (3) 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) 病院薬剤師の地域偏在については、「薬剤師確保計画ガイドラインについて」に基づき、関係団体等と連携し、地域医療介護確保基金を活用した地域偏在緩和に係る取組の導入を検討する。(県、関係団体)

4 看護職員

【現 状】

令和5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38校43課程あり、1学年定員は2,434人である。県内の看護職員就業者数は年々増加傾向だが、准看護師は減少している。

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
	令和2年	1,903	1,493	57,521	9,619	70,536
全国	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
	令和2年	55,595	37,940	1,280,911	284,589	1,659,035

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

【現状と課題】

- (1) 令和2年末現在、県内の保健師就業者数は増加傾向にあり、就業場所別では、行政に就業するものが実人員で1,491人と最も多く、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。圏域別では、実人員は神戸及び阪神圏域が多いが、人口10万対では但馬、丹波、淡路圏域が多い。

(上段：保健師数(人)、下段：人口10万対(人))

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	476	496	281	130	279	109	57	75	1,903
	31.4	28.4	39.5	49.5	34.3	69.5	56.9	59.4	35.0

資料「令和2年末兵庫県業務従事者届」

- (2) 令和5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489人が新たに保健師免許を取得している。
- (3) 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おり、近年では、地域包括ケアの推進、高齢者の保健事業と介護予防の一体的取組み、児童虐待防止、心の健康づくりや自殺防止、難病等の在宅支援、さらには、感染症対策や大規模災害等の健康危機対策の強化が求められている。このため、行政の保健師が従事する領域と役割は拡大している。
- (4) 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。
- (5) 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必要がある。
- (6) 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、市町毎の保健師配置状況や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) 平成31年3月に策定した「兵庫県保健師人材育成ガイドライン」(以下ガイドラインという)を改定し、行政保健師が目指すべき方向性及び現任教育体制を明確にし、ラダー別、獲得能力別、領域別研修、地域毎の保健師研修を行

い、さらなる資質向上を図る。

ア 県は、国レベルの研修へ派遣するとともに、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、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	現 状 値 (年 度)	目 標 値 (達 成 年 度)	備 考
保健師数の確保 (県・市町)	1,726人 ※1 (常勤換算) (R2)	2,137人 ※2 (常勤換算) (R11)	全国 51,405人 ※1 (常勤換算) (R2)

(※1) 「令和2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拡大等）

(2) 助産師

【現状と課題】

(1) 令和2年末現在、県内の助産師就業者数は実人員1,493人、常勤換算1,343人であり、就業者数は平成30年まで増加し、令和2年に微減となった。

(単位 上段：助産師数、下段：人口10万対(人))

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	537	396	183	63	206	48	21	39	1,493
	35.4	22.7	25.7	24.0	25.3	30.6	20.9	30.9	27.5

資料「令和2年末兵庫県業務従事者届」

(2) 令和5年4月現在、養成所・看護系大学・大学院12校で助産師を養成し、令和2年以降では、年間約80人が助産師免許を取得している。

(3) 産科医師不足等による分娩休止や混合病棟の増加等に伴い、病院内に助産業務に従事しない助産師がいる。一方で、助産師の多くが従事する周産期病院では、ハイリスク妊婦の割合が高く、分娩介助等の実績を積むのが難しい状況もあり、令和4年末現在、アドバンス助産師（CLOCMiPレベルⅢ認証助産師）は、全県で419人に留まっている。

(4) 分娩数が減少する中で、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。

- (5) 令和5年1月現在、院内助産は7か所、助産師外来は20か所の病院で実施し、地域や医療機関において、院内助産・助産師外来や保健指導、産前産後ケアなど、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や研修及び支援を行う。(県、関係団体)
- (2) 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)
- (3) 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て体制整備に必要な経費の一部を補助し、保健指導や産前産後ケアの実施による助産実践能力の向上等、助産師活用促進の体制整備を図る。(県)

【目標】

2029（R11）年度までに必要な助産師数を確保する。

目標	現状値 (年度)	目標値 (達成年度)
助産師数の確保	1,343人(常勤換算) (R2)(※1)	1,748人(常勤換算) (R11)(※2)

(※1)「令和2年衛生行政報告例」(※2)兵庫県助産師活用推進検討会にて推計

(3) 看護師・准看護師

【現状と課題】

- (1) 令和5年4月現在、看護師・准看護師の養成者数は、2,387人であり、その内訳は、大学1,370人、看護師養成所(5年一貫校含む)955人、准看護師養成所62人である。また、令和2年末現在での就業場所は、病院、診療所、その他(介護保険施設等)となっており、ともに増加傾向にある。

(単位 上段：看護師・准看護師数、下段：人口10万対(人))

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	20,061	19,148	8,203	3,890	10,417	2,248	1,294	1,879	67,140
	1323.6	1096.0	1152.1	1480.9	1279.7	1433.9	1290.6	1489.1	1235.4
看護師	17,824	16,618	6,876	3,247	8,619	1,906	1,017	1,414	57,521
	1176.0	951.2	965.7	1236.1	1058.8	1215.7	1014.3	1120.6	1058.4
准看護師	2,237	2,530	1,327	643	1,798	342	277	465	9,619
	147.6	144.8	186.4	244.8	220.9	218.1	276.3	368.5	177.0

資料「令和2年末兵庫県業務従事者届」

- (2) 日本看護協会調査によると、令和3年度の本県の看護職員退職率は常勤12.8%（全国11.6%）、新卒は12.4%（全国10.3%）といずれも全国より高く、主な退職理由は、免許を活かした他分野への興味・転向、身体・精神の健康上の理由、結婚や育児となっている。また、「働き方改革関連法」（平成30年）に伴い、短時間勤務等、看護職員が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。
- (3) 2025年の地域医療構想の実現に向けて、看護需給推計（令和元年）を踏まえ、看護職員数を確保する必要があるが、高齢化により在宅医療分野における看護職員の需要が増大することが見込まれるため、訪問看護師の確保も課題となっている。
- (4) 医療の高度化・専門化や多様な医療ニーズに対応するため、看護基礎教育の充実や新人看護職員等キャリアに応じた継続的な研修により、看護職員の資質向上を図る必要がある。
- (5) 医師の働き方改革やチーム医療の推進などに伴う看護職へのタスク・シフト／シェアにより、臨床現場で求められる看護実践能力は複雑多様化しており、看護師等の専門性を高め、業務を効率化するには、看護補助者の確保とともに協働を図る必要がある。
- (6) 令和2年衛生行政報告例によると、特定行為研修修了者は全県で116人（全国3,190人）であり、在宅医療分野や災害発生時および新興感染症発生・まん延時等に対応するため、特定行為研修修了者や災害支援ナース等の専門性の高い看護師を確保する必要がある。

【推進方策】

- (1) 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）
- (2) 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、看護補助者に対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）
- (3) 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及び定着促進を図る。（県）
- (4) ナースセンターの支所・サテライトの整備を促進し、ナースセンターとハローワークの連携強化による未就業の看護職員への就業斡旋や復職支援研修の実施等により再就業を促進する。（県、関係団体）
- (5) 離職時等の届出周知や令和6年度から運用予定の「看護職の人材活用システム」に登録された職歴等のデータを活用し、キャリアに応じた職業斡旋や研修等の情報提供により、免許保持者の潜在化を防止する。（県、関係団体）
- (6) 定年前後の看護職員（プラチナナース）のセカンドキャリアを支援し、プラチナナースの活用促進を図り、看護職員を確保する。（県、関係団体）
- (7) チーム医療やタスク・シフト／シェアの推進は、看護師等の資質向上に繋が

ることから、特定行為等専門性の高い看護師の育成を推進するほか、看護補助者の確保等により業務の効率化を促進する。(県、関係団体・医療機関)

(8) 平時から災害支援ナースの養成を促進し、医療機関や県看護協会等との協定に基づき、有事の際の派遣体制の整備を図る。(県、関係団体・医療機関)

【目 標】

必要な看護職員数を確保する。

目 標		現状値 ※ 1 (年度)	目標値 (達成年度)	備 考
特定行為研修を 修了した看護師数	実人数	116人 (R 2)	950人 (R 11) ※ 2	
看護職員数*の 確保	常勤換算	62,557人 (R 2)	69,700～69,728人 (R 11) ※ 3	*保健師・助産師 を含む
	実人数	70,536人 (R 2)	80,238～86,173人 (R 7) ※ 4	

(※ 1) 「令和2年衛生行政報告例」

(※ 2) 兵庫県推計(令和4年度看護職員の確保状況等に関する実態調査、衛生行政報告例等から推計)

(※ 3) 兵庫県推計(厚生労働省『「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」に基づくマンパワーシミュレーション』等から推計)

(※ 4) 「令和元年度兵庫県看護需給推計」

5 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

【現状と課題】

		理学療法士	作業療法士	言語聴覚士
病院100床当たり の従事者数	全国	5.7	3.2	1.1
	兵庫県	6.6	3.2	1.4
病院の従事者数 (常勤換算)	全国	84,459	47,854	16,779
	兵庫県	4,097	2,009	851

(令和2年医療施設調査)

- (1) 令和4年4月現在の養成者数は、理学療法士が14校695人、作業療法士が10校360人、言語聴覚士が6校185人となっている。
- (2) 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、地域包括ケアシステムにおける公衆衛生領域など、活動場所は拡大している。また、理学療法士や作業療法士は、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、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地域においても活躍し、言語聴覚士は、医療分野に加え、介護・福祉・教育など幅広い領域で活動している。
- (3) リハビリテーションに対するニーズの多様化や、高齢化の進展、医療の高度

化・複雑化に伴い、様々な医療専門職が連携し、情報共有や業務分担により治療を行う「チーム医療」において、それぞれの専門の知識、技能が求められている。

【推進方策】

- (1) 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士の確保及び資質向上のため、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及び卒業後の実務年数、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5年8月末現在で4,761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助事業者の紹介、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

【現状と課題】

	管理栄養士	栄養士	総数
病院における栄養業務従事者総数	992人	852人	1,844人

(令和3年3月現在 衛生行政報告例)

	保健所 設置市 5市	その他 36市町	配置率 (%)	全国 平均 (%)
市町における栄養業務従事者数	79人	126人	97.2	90.0

(令和4年6月現在 行政栄養士調査)

- (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、個人の行動と健康状態の改善とそれらを促す社会環境の質の向上との関係性を念頭に、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) 地域包括ケアシステムの構築に向けた取組を踏まえ、高齢者の低栄養やフレイル予防等の栄養課題への的確な対応に向け、市町における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・ステーションの設置拡大が必要である。

【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、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

【現状と課題】

		H24	R2	H24→R2増加率
歯科衛生士の 就業数	全国	108,123人	142,760人	24.2%
	兵庫県	4,568人	6,468人	29.4%
人口10万対就業数	全国	84.8人	113.2人	
	兵庫県	82.0人	118.4人	

		歯科診療 所	病院	行政	学校・ 養成所	介護保険 施設等	事業所	その 他
就業場 所別従 事者数	全国	129,758人 (90.9%)	7,029人 (4.9%)	2,801人 (2.0%)	1,006人 (0.7%)	1,258人 (0.9%)	301人 (0.2%)	607人 (0.4%)
	兵庫県	6039人 (93.4%)	275人 (4.3%)	73人 (1.1%)	47人 (0.7%)	21人 (0.3%)	6人 (0.1%)	7人 (0.1%)

(令和2年衛生行政報告例)

- (1) 県及び市町（保健所設置市を含む）で歯科保健業務に従事している歯科衛生士は令和5年4月末で39人、保健所設置以外では36市町のうち13市町（36%）で18人が配置されている。市町は、歯科保健推進体制の強化や歯科保健施策の充実のため、歯科衛生士の確保に努める必要がある。
- (2) 県内の歯科衛生士養成機関は9校、1学年の養成定員は504人であり、令和2年度末と比べると4校204名増えている。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、生涯を通じた歯及び口腔の健康づくりに対応できる歯科衛生士の養成・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）の機能を強化し、積極的な活用を推進する。

9 介護人材の確保

後期高齢者人口の増加に伴い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は大きく伸びることが見込まれる。一方で生産年齢人口の大幅な減少に伴うさらなる担い手不足が見込まれることから、介護人材の確保・介護現場の生産性の向上が大きな課題である。

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3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。

【3本柱】

・ 多様な人材の参入促進	介護のしごと魅力発信 外国人を含めた人材のすそ野の拡大
・ 定着促進・キャリア支援	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
・ 働きやすい職場づくり	介護現場の生産性向上 労働環境の改善

(1) 多様な人材の参入促進

【現状と課題】

- ア 介護人材に係る有効求人倍率は依然として3倍を超えるなど人手不足の状況にあるほか、2040(令和22)年を見据えれば生産年齢人口は大きく減少する局面を迎える。
- イ 現在進めている、外国人介護人材、元気な高齢者、副業を含めた介護分野以外の業種からの参入等、多様な人材の介護分野への参入を一層進めていくことが必要である。
- ウ 有資格者や介護分野での就労経験を有する方が離職し、再び介護分野で就職する場合の支援にも力を入れて取り組む必要がある。
- エ 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、福祉・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 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、多様な人材の参入を促進する。
- イ 介護人材のすそ野を拡大するため、元気高齢者等のほか、介護の有資格者や介護分野で就労経験のある離職者等について、重点的に参入促進を図る。
- ウ 市町が実施する介護人材確保の取組とも連携し、多様な主体が実施する多様な介護人材確保の取組を支援する。
- エ 外国人介護人材の参入促進・定着支援は、これまでの取組の成果のほか、県内の介護事業者や現場で働く外国人の方々のニーズを踏まえ、必要な支援策

を実施する。

オ 関係団体と協力し、講演会の開催等を通じて、介護の仕事の魅力についての理解を進める。

カ 介護現場とも協力して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い、将来の担い手確保に向けたイメージアップ推進事業を展開する。

【主な取組】

ア 外国人介護人材の受入・定着促進

施設向けの受入促進・指導方法研修、外国人介護職員向けの悩み相談・日本文化理解促進講習会・介護技術や介護の日本語研修・介護福祉士資格取得支援などの取組のほか、県内の介護事業者や現場で働く外国人介護職員のニーズを踏まえ、必要な支援策等を実施する。

イ 高齢者・女性等地域住民の参入促進

- ・ 介護未経験者に対して基礎知識を学ぶ入門的研修を県内各地で開催する。
- ・ 退職後の元気高齢者等が、介護施設や訪問サービス事業所で、短期間・短時間、介護の周辺業務に従事する「ひょうごケア・アシスタント推進事業」を引き続き展開する。
- ・ 介護職場に就業していない介護福祉士（潜在介護福祉士）等が復職する際に、ブランクがあること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。

ウ 若年層の参入促進

- ・ 県内社会福祉法人等の人材確保や、若者の県内定着・経済的支援として、法人と連携し、若手職員を対象とする奨学金返済支援制度を実施する。
- ・ 福祉施設の見学、職場体験（インターンシップ）、高校生・大学生等を対象にした施設見学バスツアーを実施し、就業意欲の喚起と福祉職場への円滑な就労を支援する。
- ・ 県立総合衛生学院介護福祉学科を運営し、介護福祉士国家資格を持つ専門性の高い介護人材の養成に取り組む。
- ・ 小・中・高校生や教員向けに介護職員が学校訪問し、介護業務の魅力を発信する。

エ 兵庫県福祉人材センターによる人材確保

- ・ キャリア支援専門員による就労希望者の掘り起こし、新規求人の開拓や、ハローワーク等と連携した就活セミナー・相談会を開催するほか、地域相談窓口によるきめ細かい相談等によるマッチング支援を行う。
- ・ 就職フェアや合同説明会等の実施、SNS等を活用し若者等へPRする。

オ 介護人材確保に向けた市町・団体への支援

- ・ 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ことにより、県・市町・関係団体が役割分担し、介護人材確保に向けた重層的な取組を実施する。

(2) 定着促進・キャリア支援

【現状と課題】

- ア 介護関連職種の離職率は低下傾向にあるが、全産業平均と比較するとやや高い状況にあり、引き続き介護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、介護職員全体の資質の向上を図る必要がある。
- ウ 介護報酬の介護職員処遇改善加算等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。加算の取得率は徐々に増加しているが、加算取得要件となる有資格者の確保やキャリアアップ制度の整備などの要件を満たせるよう、事業所等に対する加算取得に向けた環境整備の支援が必要である。

【施策の方向】

- ア 介護職員等に対して、介護福祉士の国家資格取得を含め、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 介護サービス水準の確保のため、職員のキャリアアップを支援する。
- ウ 介護キャリア段位制度の普及や介護職員処遇改善加算等の取得促進を図るなど、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 キャリアアップに向けた支援
 - ・ 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補助や、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し、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環境整備を促進する。
- イ 介護職員処遇改善加算等の取得促進
 - ・ 介護職員処遇改善加算等を取得し、介護職員のキャリアアップした評価結果を給与・賃金に適正反映するなど、事業者に対して加算の適正運用を指導徹底する。
 - ・ 技能・経験のある、勤続年数の長い介護職員の処遇改善を行い、介護現場への定着支援を図るため、「介護職員等特定処遇改善加算」、ならびに介護職員等の更なる処遇改善のため新設された「介護職員等ベースアップ等支援加算」の取得を推進する。

(3) 働きやすい職場づくり

【現状と課題】

- ア 介護職員が誇りを持って業務に従事でき、やりがいを醸成されるためには、雇用管理面や職場環境の改善などの取組の充実が不可欠である。
- イ 介護ロボットやICT等のテクノロジーを活用することによって、サービス

の質を高めつつ、業務の効率化と職員の業務負担の軽減を促進することが重要となっている。

【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目指し、雇用管理や人材育成等の改善や、ハラスメント対策に取り組む事業所を支援する。
- イ 福祉用具等を活用したノーリフティングケア、介護ロボットやICT等の活用を含めた業務改善の取組を促進し、介護現場の生産性の向上を図る。

【主な取組】

- ア 介護職員処遇改善加算等の取得促進
介護職員処遇改善加算、特定処遇改善加算やベースアップ等加算の取得に向けて、社会保険労務士等による事業所への個別の指導・助言等を行い、加算取得の促進を支援する。
- イ 介護ロボットやICT等の活用による業務改善
「ひょうご介護テクノロジー導入・生産性向上支援センター」を設置し、事業所等の業務改善に関する相談、介護ロボットの導入、ICT機器の導入といった介護業務の効率化の取組を支援する。
- ウ 介護職員へのハラスメント対策の推進
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を支援する。

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

大病院へ患者が集中してしまう事例のように、県民は必ずしも身近な医療機関にかかっているとは限らず、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果たせていない面もあることから、医療機関相互の役割分担・連携により、効率的な医療提供体制を確保する必要がある。

○地域医療連携体制：

かかりつけ医（歯科医を含む。）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。

地域医療支援病院制度については、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創設された。地域医療支援病院は、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。

地域医療支援病院に関する主な承認要件や兵庫県内の承認機医療機関については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_000000081.html

【現状と課題】

現在、すべての2次保健医療圏域に1つ以上の地域医療支援病院が設置されているが、承認継続のために、承認要件充足を毎年度継続する必要がある。

（令和5年10月1日現在）

2次保健医療圏域数	地域医療支援病院数	紹介受診重点医療機関数
8圏域	39医療機関 (8圏域)	44医療機関 (8圏域)

※紹介受診重点医療機関については、外来医療計画を参照。

【推進方策】

地域医療支援病院の確保維持（県、医療機関、医療関係団体）

地域医療支援病院をすべての2次保健医療圏へ確保した体制を維持するために、毎年度の承認要件の達成状況を注視するとともに、必要に応じ、年次計画の策定等を連携することで、既存地域医療支援病院の承認継続を図る。

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。

【現状と課題】

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。

今後、災害時に医療機関等が円滑に対応できるよう入力訓練等により、操作方法への習熟を深める必要がある。

【平成15年4月】県民に救急医療機関情報を提供するため、システムをウェブ化し、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。

【令和5年4月】救急搬送支援情報の機能の追加、機関調査機能の追加、緊急搬送要請（エリア災害）機能の改修と訓練モード・練習モードの追加、広域災害救急医療情報システムとの連携停止を実施した。

【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/samolgingo.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）、

(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

既存の医療情報ネットワークシステム内での情報公開医療機関の拡充により、医療機関間の連携を深める必要がある。

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、多職種 of 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5年3月末現在、32の在宅医療圏域において、1,433の医療機関と857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) 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。令和6年4月より厚生労働省が構築を進める全国統一システム（名称「医療情報ネット」）に移行している。

「兵庫県医療機関情報システム」

[参照URL] :

<http://web.qq.pref.hyogo.lg.jp/hyogo/ap/qq/men/pwtpmenuult01.aspx>

(3) 個人情報の保護

保健医療に関する情報システムは利用者の利便性が向上する一方で、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。

【推進方策】

- (1) 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 I C T（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）
- (2) 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 P R を行う。（県）
- (3) 医療情報ネットワークシステムに参加する医療機関の拡大を図ると共に、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）
- (4) 兵庫県広域災害・救急医療情報システム（兵庫県 E M I S）における県民への情報提供内容、周知方法などについて習熟を深め、その活用を推進する。（県、市町、医療機関）
- (5) 周産期医療情報システムの機能の充実を図る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）

第4章 医療安全対策

1 医療安全対策

医療事故発生時等の医療安全対策は各医療機関で取り組んでいるが、必要に応じて、医療事故調査制度を活用するよう周知している。

2 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、県、政令市、中核市に医療安全相談センターを設置し、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。

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)			
30年度	803	483	160	160	319	41	207	71	1,122
元年度	589	365	122	102	426	94	216	116	1,015
2年度	401	225	92	84	370	116	166	88	771
3年度	373	264	44	65	526	226	180	120	899
4年度	277	187	34	56	619	157	110	352	896

【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

- ・ 地域医療構想は、「住民が、住み慣れた地域で生活しながら、状態に応じた適切に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」）の整備を目的に策定した。

医療法第30条の4第2項第7号等の規定により、本保健医療計画の一部として、「構想区域」「病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量」等を定めることとされている。

- ・ 現行の地域医療構想は、平成28年（2016年）の構想策定時に医療需要予測を行い、将来（令和7年（2025年））の病床数の必要量を算定したものである。予測時と現在の状況には変化があることから、必要病床数・必要機能については大まかな方向性と捉えることができる。

なお、令和7年（2025年）以降の構想については、現在国において議論が進められている。

- ・ 詳細は県ホームページを参照（<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf15/iryokousou.html>）

第2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（8圏域）。

第3章 病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量

- ・ 地域医療構想では、以下の病床機能区分毎に将来の病床数の必要量を算定する。

病床機能	概要
高度急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期	急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能
慢性期	長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能

- ・ 令和7年（2025年）の必要病床と令和3年（2022年）の病床機能報告（最大使用病床）を比較すると、県全体では急性期が大きく過剰であり、回復期が大きく不足している。
- ・ 病床機能の転換を図っていくことが必要であり、各圏域に設置する圏域地域医療構想調整会議において、医療機関の機能分化・連携強化や在宅医療の充実に向けた議論が進められている。

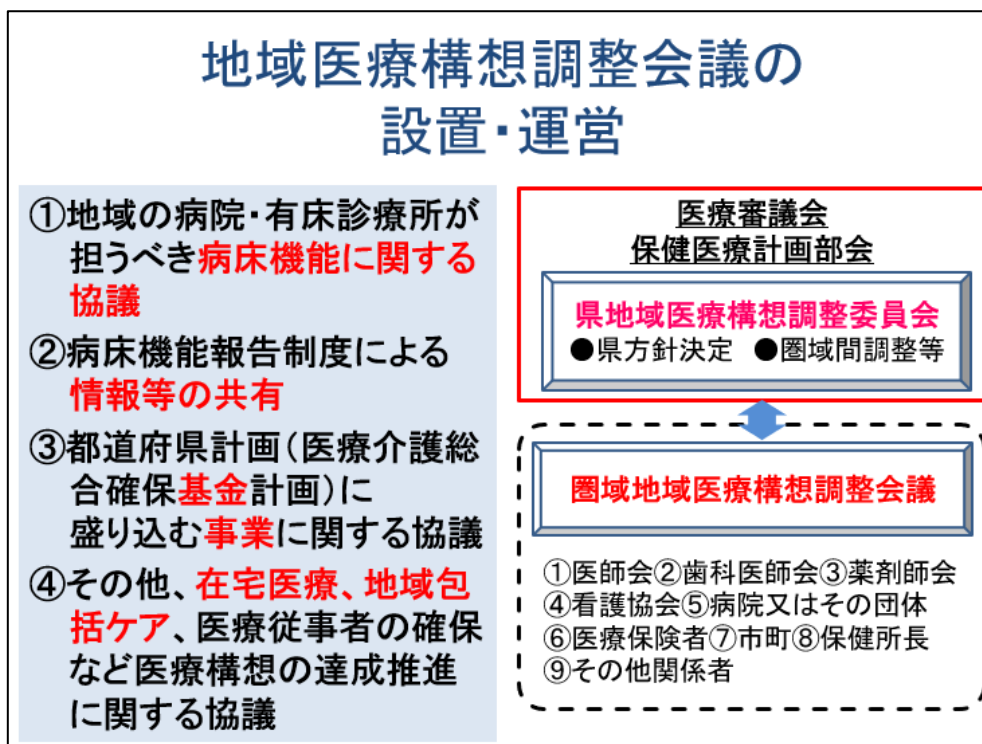
○ 各圏域における将来の必要病床数推計等

(※ 都道府県間、圏域間の患者流動を反映した場合の推計)

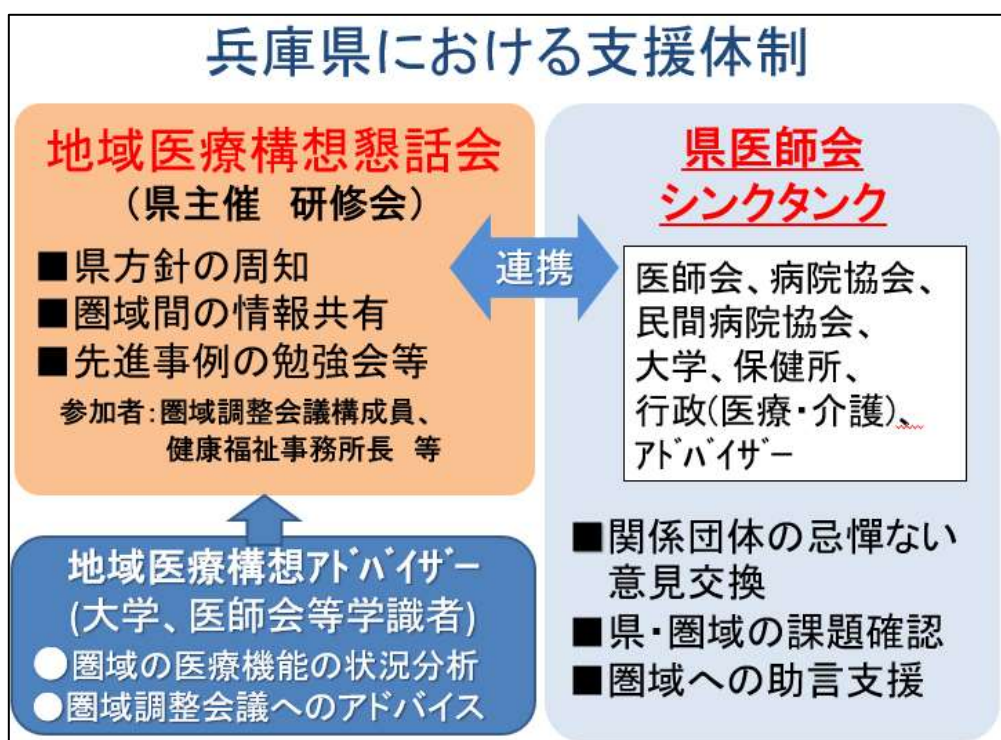
2025 (R7) 推計		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	病床数計 (床)
神戸	R7 必要病床数	2,074	5,910	5,032	2,631	15,647
	R3 病床機能報告	2,158	6,465	2,657	2,492	13,772
	差引	84	555	△ 2,375	△ 139	△ 1,875
阪神	R7 必要病床数	1,776	5,358	4,577	4,129	15,840
	R3 病床機能報告	2,549	5,441	2,331	4,651	14,972
	差引	773	83	△ 2,246	522	△ 868
(阪神南)	R7 必要病床数	1,279	3,468	2,859	1,664	9,270
	R3 病床機能報告	2,371	2,753	1,374	2,175	8,673
	差引	1,092	△ 715	△ 1,485	511	△ 597
(阪神北)	R7 必要病床数	497	1,890	1,718	2,465	6,570
	R3 病床機能報告	178	2,688	957	2,476	6,299
	差引	△ 319	798	△ 761	11	△ 271
東播磨	R7 必要病床数	730	2,229	2,115	1,380	6,454
	R3 病床機能報告	418	3,249	911	1,291	5,869
	差引	△ 312	1,020	△ 1,204	△ 89	△ 585
北播磨	R7 必要病床数	234	988	889	1,257	3,368
	R3 病床機能報告	48	1,340	633	1,385	3,406
	差引	△ 186	352	△ 256	128	38
播磨姫路	R7 必要病床数	803	2,667	2,801	1,220	5,270
	R3 病床機能報告	1,047	3,289	1,533	1,547	7,416
	差引	244	622	△ 1,268	327	2,146
(中播磨)	R7 必要病床数	658	1,959	1,901	752	5,270
	R3 病床機能報告	982	2,158	964	945	5,049
	差引	324	199	△ 937	193	△ 221
(西播磨)	R7 必要病床数	145	708	900	468	2,221
	R3 病床機能報告	65	1,131	569	602	2,367
	差引	△ 80	423	△ 331	134	146
但馬	R7 必要病床数	133	541	476	250	1,400
	R3 病床機能報告	24	699	290	180	1,193
	差引	△ 109	158	△ 186	△ 70	△ 207
丹波	R7 必要病床数	52	236	204	339	831
	R3 病床機能報告	6	496	88	433	1,023
	差引	△ 46	260	△ 116	94	192
淡路	R7 必要病床数	99	328	438	559	1,424
	R3 病床機能報告	85	506	257	739	1,587
	差引	△ 14	178	△ 181	180	163
全県	R7 必要病床数	5,901	18,257	16,532	11,765	52,455
	R3 病床機能報告	6,335	21,485	8,700	12,718	49,238
	差引	434	3,228	△ 7,832	953	△ 3,217

第4章 医療提供体制を実現するための推進体制

- ・ 地域医療構想による医療提供体制を確保するために、国・県・市町が連携して施策を推進することはもとより、医療機関をはじめとした医療関係者の自主的取組が不可欠である。
- ・ 各圏域に、地域医療構想調整会議を設置し、病床機能に関する協議・情報共有などを行うことで、「地域完結型医療」の推進を図る。



- ・ 兵庫県医師会シンクタンクと連携して「兵庫県地域医療構想懇話会」を設置し、地域医療構想アドバイザー(厚生労働省)とともに、圏域地域医療構想調整会議の議論を支援していく。



⇄

連携

【第4部】

5 疾病 6 事業及び在宅医療の 医療連携体制の構築

第4部 5疾病6事業及び在宅医療の医療連携体制の構築

第1章 がん対策

本県におけるがんの死亡者数は、昭和53年に脳卒中を抜き、死亡原因の第1位となった。その後も増加の一途をたどり、令和3年には、全死亡者のうち約3割ががんで死亡している。本県では兵庫県がん対策推進計画により、「がんによる罹患者・死亡者の減少」及び「がん患者一人一人に寄り添い、がんにも罹患しても尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築」を目指すこととしている。なお、個別施策等詳細については、「兵庫県がん対策推進計画(以下、「県がん推進計画」という。)」を参照のこと。

アドレス：

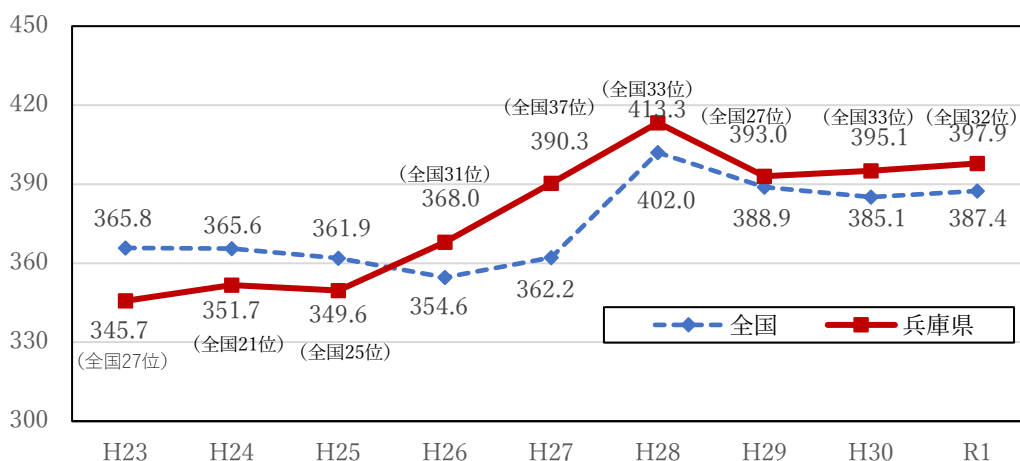
アドレス今後更新

【現状と課題】

(1) がんの年齢調整罹患率の推移

がんの年齢調整罹患率は平成26年以降、全国より高い水準で推移しており、令和元年は397.9と全国32位に位置している。

年齢調整罹患率の推移（人口10万対）

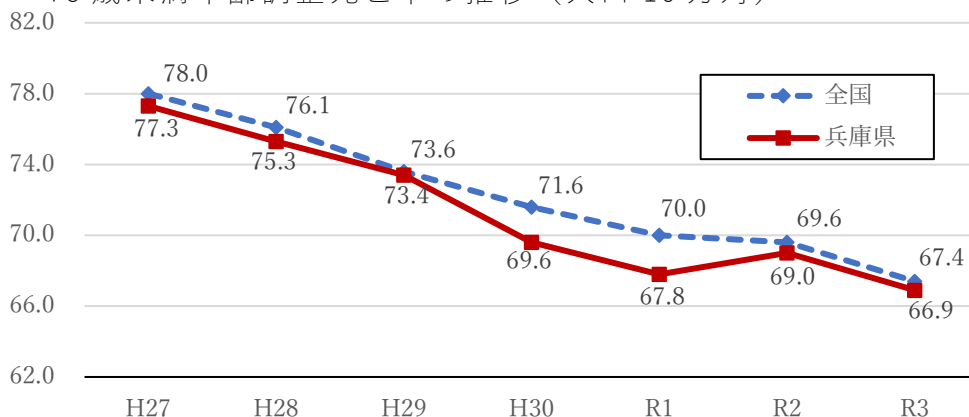


資料 国立がん研究センター「都道府県がん罹患データ」

(2) がんによる年齢調整死亡率の推移

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

75歳未満年齢調整死亡率の推移（人口10万対）



資料 国立がん研究センター「都道府県がん死亡データ」

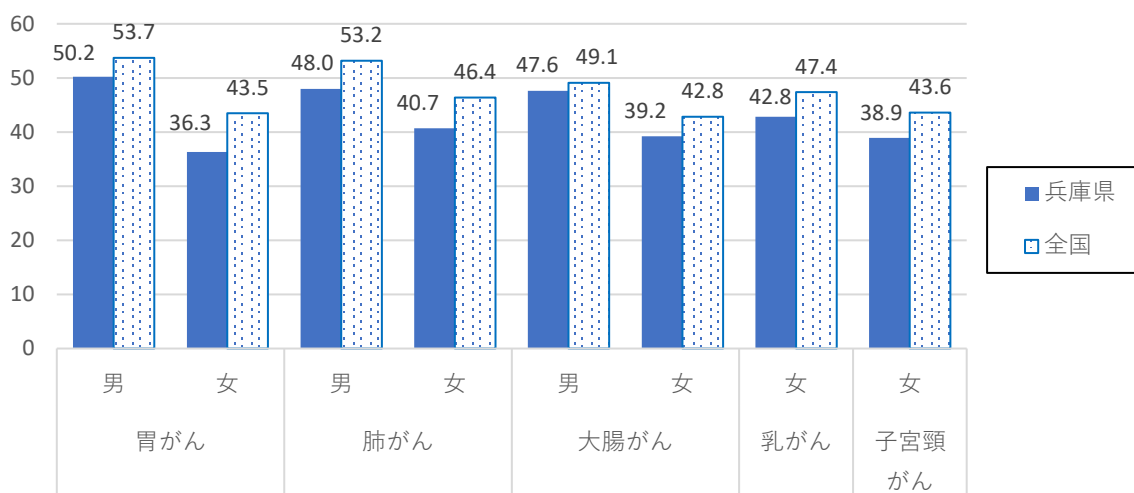
(3) がんの予防

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

(4) がんの早期発見

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

がん検診受診率の全国との比較 (%)



資料 厚生労働省「令和4年国民生活基礎調査」

(5) 医療提供体制

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

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

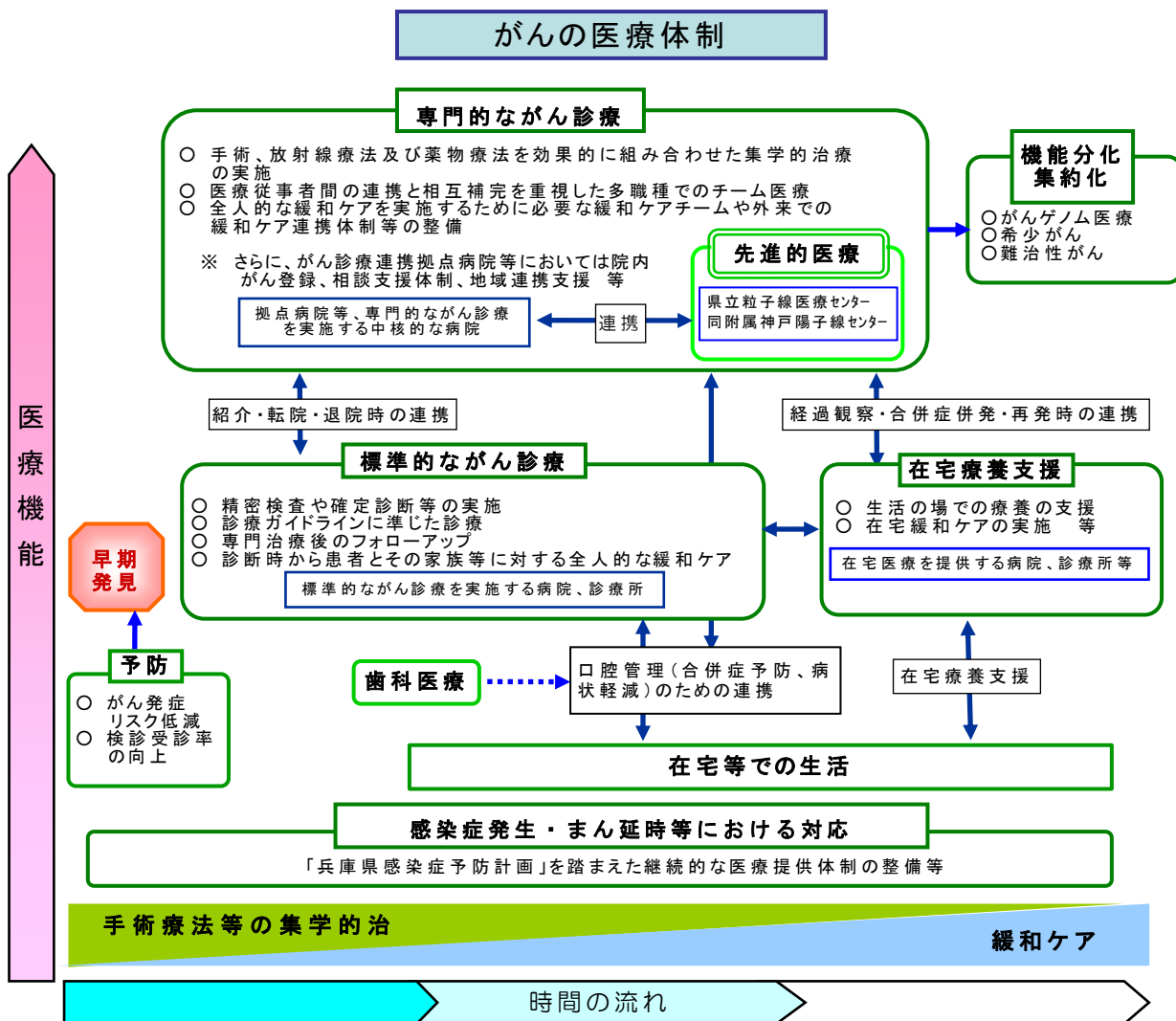
(6) 患者とその家族に寄り添った取組の推進

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

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

【連携体制】

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



※詳細については、「県がん推進計画」を参照のこと

専門的ながん診療の機能を有する医療機関の選定条件

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

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

○県ホームページ「兵庫県保健医療計画」

アドレス：

アドレス今後更新

【推進方策】

「がんの予防や早期発見の推進」「個別がんの対策の推進や医療提供体制等の充実」「がん患者が安心して暮らせる社会の実現」等に基づく各個別施策に取り組む。なお、詳細については県がん推進計画を参照のこと。

〈県がん推進計画より引用〉

[がん予防の推進]

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

[がんの早期発見の推進]

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

[医療体制の充実]

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

[がん患者が安心して暮らせる社会の実現]

- (1) がん患者への支援の充実
- (2) がん患者を支える社会の構築

【目標】

目標	現状値	目標値（達成年度）
がんの年齢調整罹患率 （人口10万対）	397.9（R1）	全国10位以内 （R8）
がんによる75歳未満年齢調整 死亡率（人口10万対）	66.9（R3）	全国平均より5%以上 低い状態（R9）

第2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、後遺症等で介護が必要となる原因の16.1%を占めている。本県では兵庫県循環器病対策推進計画により「2040年までに3年以上の健康寿命の延伸」及び「脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少」を目指すこととしている。なお、個別施策等の詳細については「兵庫県循環器病対策推進計画」（以下「県循環器病推進計画」という。）を参照のこと。

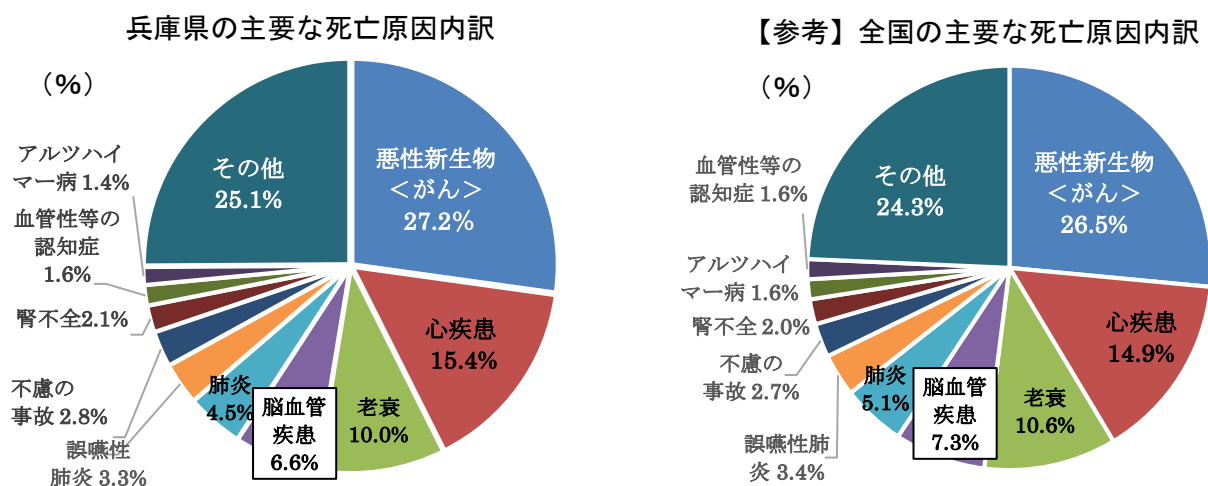
アドレス：

アドレス今後更新

【現状と課題】

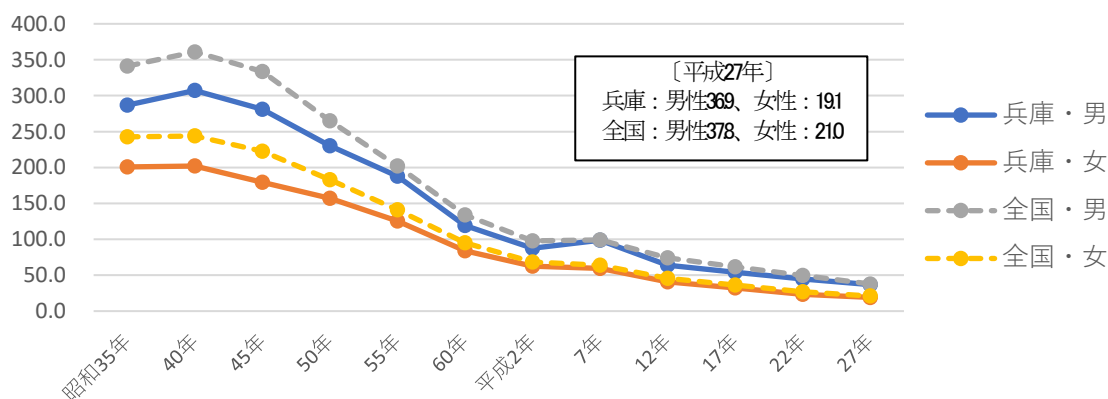
(1) 脳卒中の死亡状況

本県における令和3年の死亡原因については、脳血管疾患が第4位と全体の6.6%を占めている。脳血管疾患の年齢調整死亡率は、全国と同様に減少傾向にあり、男女ともに全国平均より低い傾向にある。



資料：厚生労働省「人口動態統計（令和3年度）」

兵庫県及び全国の脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）



資料：厚生労働省「人口動態特殊報告」

(2) 脳卒中の発症予防

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

(3) 脳卒中の救急搬送体制

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

(4) 脳卒中の医療提供体制

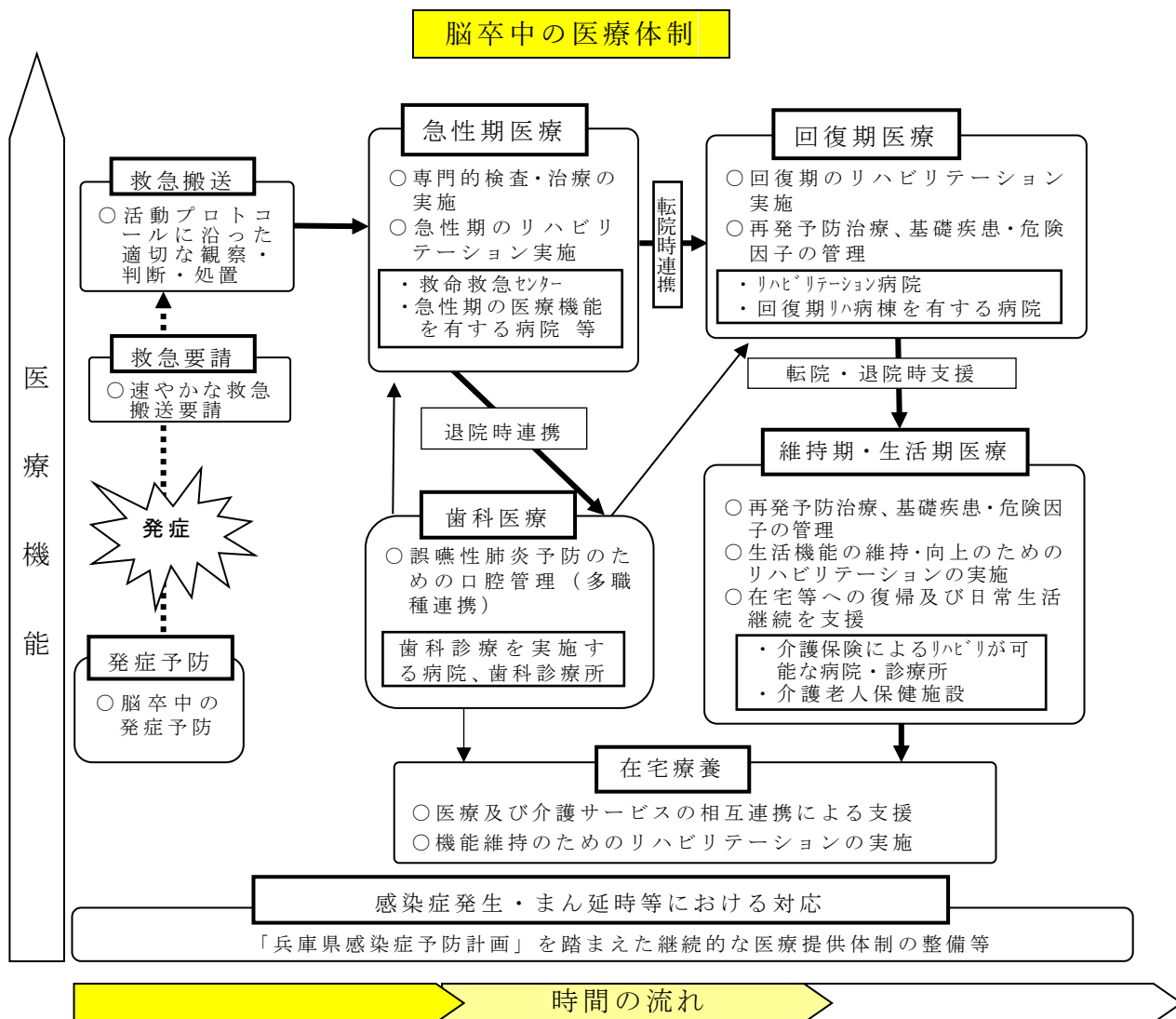
急性期治療及び急性期リハビリテーションから、回復期・維持期でのリハビリテーションおよび在宅医療に至るまで、診療科を超えた、また多職種連携による切れ目のない医療連携体制の整備が必要である。また、各ステージにおいて、誤嚥性肺炎予防等の観点から口腔ケアは非常に重要な課題であり、さらなる医科歯科連携の推進が必要である。

(5) 脳卒中の相談支援体制等

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

【連携体制】

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



脳卒中の急性期医療を担う医療機関の選定条件

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

脳卒中の回復期医療を担う医療機関の選定条件

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

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

○県ホームページ「兵庫県保健医療計画」

アドレス：

アドレス 今後更新

【施策方針】

「循環器病の予防や正しい知識の普及啓発」及び「保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実」等に基づく各個別施策に取り組む。なお、詳細については県循環器病推進計画を参照のこと。

〈県循環器推進計画より引用〉

[循環器病の予防や正しい知識の普及啓発]

- (1) 循環器病の予防
- (2) 循環器病の正しい知識の普及啓発

[保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実]

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

【目標】

目標	現状値	目標値（達成年度）
健康寿命の延伸	男性 80.41 (R2)	3年以上の延伸 (2040年まで)
	女性 84.93 (R2)	
脳血管疾患による年齢調整死亡率の引き下げ	男性 36.9 (H27)	現状値より減少 (R11)
	女性 19.1 (H27)	

第3章 心血管疾患対策

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

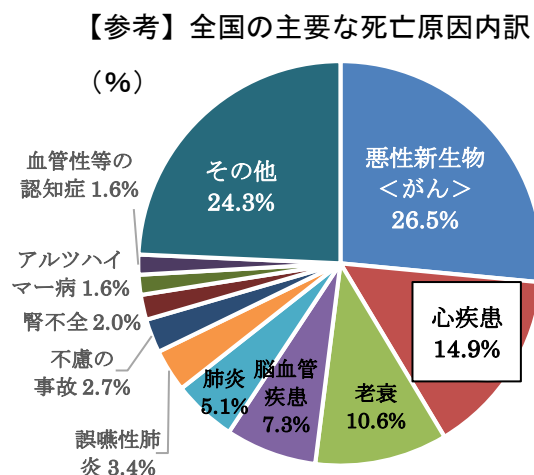
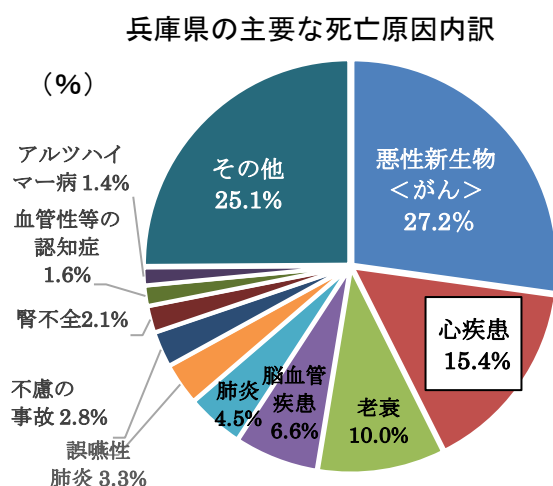
アドレス：

アドレス今後更新

【現状と課題】

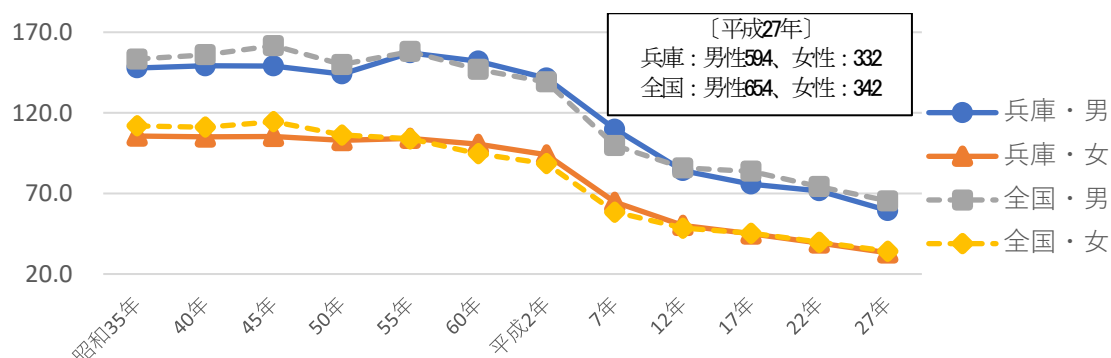
(1) 心疾患の死亡状況

本県における令和3年の死亡原因については、心疾患は全体の15.4%を占めており第2位となっている。また、心疾患の年齢調整死亡率は、全国と同様に平成2年以降は減少傾向にあり、平成12年以降は、男性は全国平均を下回り、女性は全国平均と同水準で推移している。



資料：厚生労働省「人口動態統計(令和3年度)」

兵庫県及び全国の心疾患の年齢調整死亡率(人口10万対)



資料：厚生労働省「人口動態特殊報告」

(2) 心疾患の発症予防

心疾患を含む循環器病は運動不足、食生活、喫煙、飲酒等の生活習慣や肥満等

の健康状態と深く関わっており、県民一人ひとりが生活習慣の改善による発症予防を心がけるとともに、特定健診など定期的に健康診査を受診し、危険因子の早期発見、早期治療に努める必要がある。

(3) 心疾患の救急搬送体制

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

(4) 心疾患の医療提供体制

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

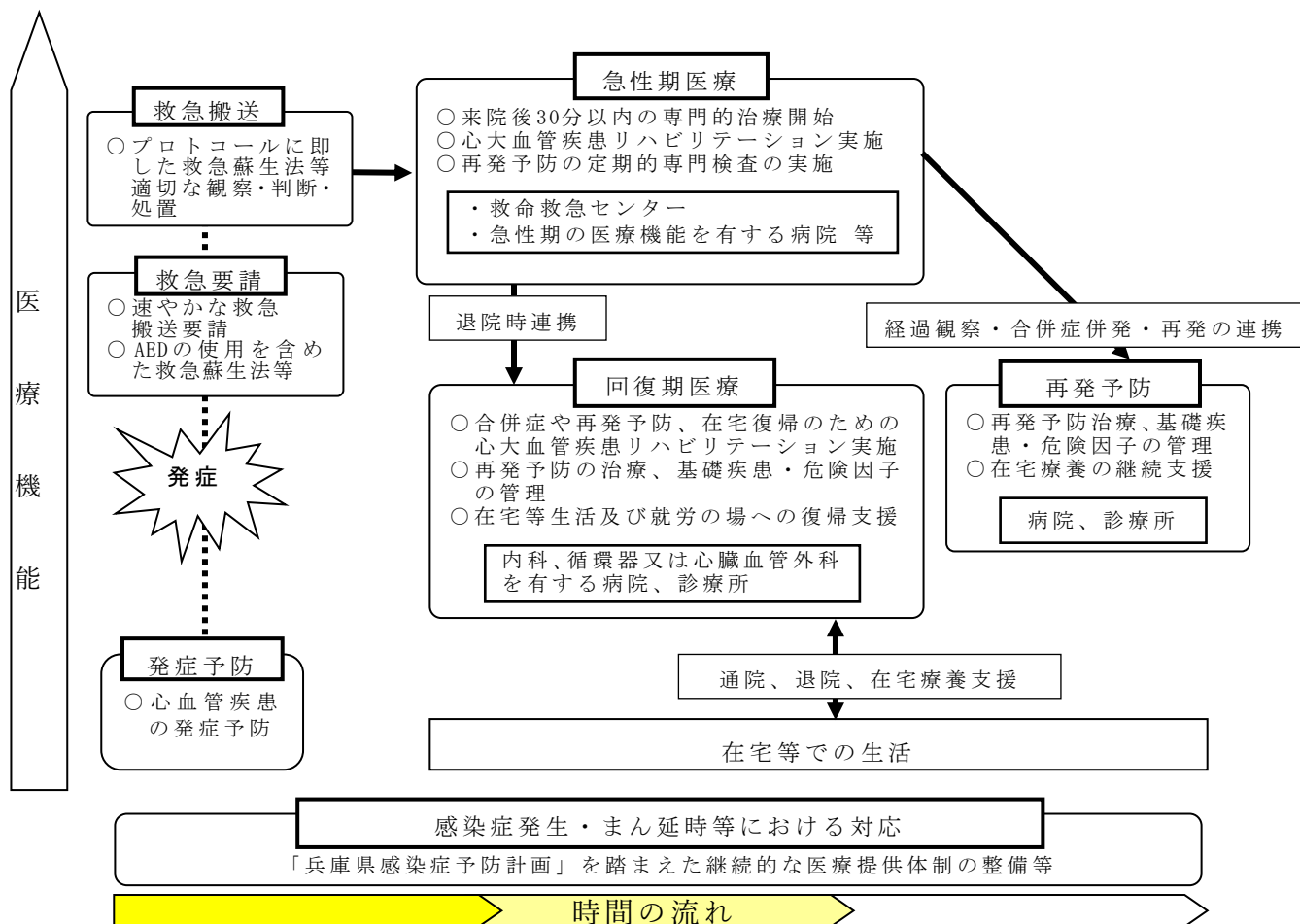
(5) 心疾患の相談支援体制等

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

【連携体制】

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

急性心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制



心血管疾患の急性期医療を担う医療機関の選定条件

- i) 専門的検査（心臓カテーテル検査・CT検査等）及び専門的診療（大動脈バルーンパンピング・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：

アドレス：今後更新

【施策方針】

「循環器病の予防や正しい知識の普及啓発」及び「保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実」等に基づく各個別施策に取り組む。なお、詳細については県循環器病推進計画を参照のこと。

〈県循環器推進計画より引用〉

[循環器病の予防や正しい知識の普及啓発]

- (1) 循環器病の予防
- (2) 循環器病の正しい知識の普及啓発

[保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実]

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

【目標】

目標	現状値	目標値（達成年度）
健康寿命の延伸	男性 80.41 (R2)	3年以上の延伸 (2040年まで)
	女性 84.93 (R2)	
心疾患による年齢調整死亡率の引き下げ	男性 18.5 (H27)	現状値より減少(R11)
	女性 7.6 (H27)	

第4章 糖尿病対策

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

【現状と課題】

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

平成27年年齢調整死亡率は、男性6.0（全国5.5）、女性2.6（全国2.5）である。5年前と比較すると低下傾向になり、全国平均でみると男女とも上回っている。

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

受療率（人口10万人対）

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

資料 厚生労働省「患者調査」

糖尿病退院患者の平均在院日数（日）

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

資料 厚生労働省「令和2年患者調査」

糖尿病年齢調整死亡率

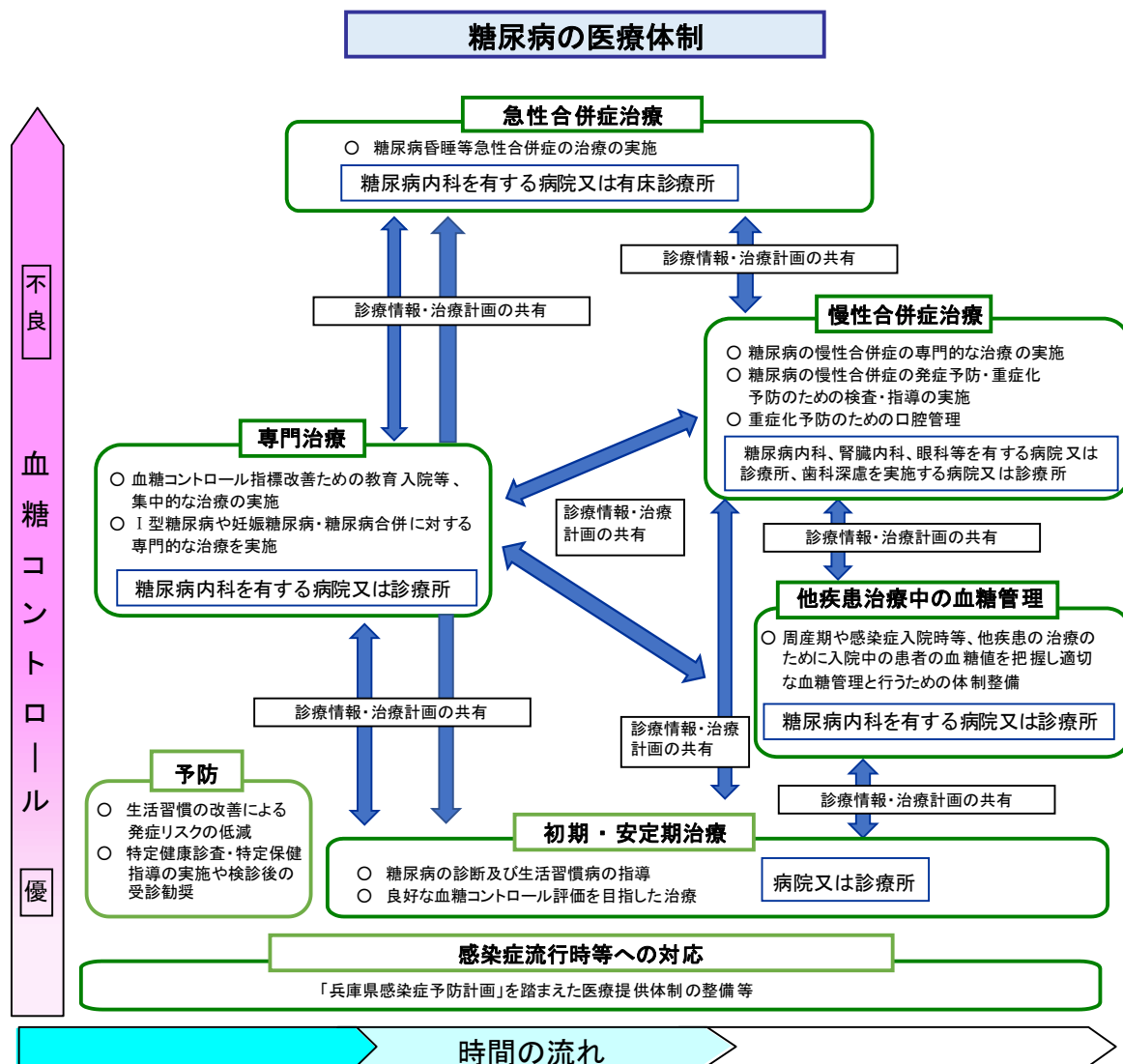
	平成22年		平成27年	
	男	女	男	女
兵庫県	6.7	3.5	6.0	2.6
全国	6.7	3.3	5.5	2.5

資料 厚生労働省「人口動態統計特殊報告」

【連携体制】

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

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



(1) 機能類型ごとの目標及び医療機能

予防

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

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

初期・安定期治療

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

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

専門的治療

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

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

急性合併症治療

糖尿病昏睡等急性合併症の治療を実施する。

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

慢性合併症治療

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

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

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

他疾患治療中の血糖管理

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

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

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

感染症流行時等への対応

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

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

(2) 医療機能を有する医療機関の公表

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

<糖尿病の専門治療の機能を有する病院>

糖尿病の専門治療を担う医療機関の選定条件

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

<糖尿病の急性合併症治療の機能を有する病院>

糖尿病の急性増悪時治療を担う医療機関の選定条件

- 次のいずれにも該当する病院
- i) 糖尿病昏睡等急性合併症の治療が可能
 - ii) 糖尿病の急性合併症の患者を24時間受入可能

<糖尿病の慢性合併症治療の機能を有する病院>

糖尿病の慢性合併症治療を担う医療機関の選定条件

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

【推進方策】

(1) 保健対策

ア 「健康ひょうご 21 県民運動」の推進（県、県民）

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

イ 健診受診率の向上（市町、各種健診実施主体）

健診受診率の向上に努めることにより、糖尿病の早期発見に努める。

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

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

健診で「糖尿病」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により糖尿病が重症化するリスクが高い者に対して適切な受診勧奨や保健指導を行う。

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

(2) 医療対策

ア 医療機能を担う医療機関相互の連携の促進

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

イ 情報提供・研修体制の整備（県、医療機関）

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

ウ 感染症流行時等の非常時における医療提供体制の整備（県、医療機関）

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

【目標】

目標	現状値	目標値（達成年度）
糖尿病による年齢調整死亡率の引き下げ	男性 6.0（H27）	現状値より減少（R5）
	女性 2.6（H27）	現状値より減少（R5）

第5章 精神疾患対策

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

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

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

1 精神科医療の現状と課題

(1) 患者の状況

厚生労働省が実施した令和2年患者調査によると、全国の精神疾患を有する総患者数は約6,148千人と推計されており、推計入院患者数は約288千人である。県内の精神障害者数は約240千人、推計入院患者数は約9.8千人である。

病院報告によると、令和4年5月における県内の精神科病床の平均在院日数は258.6日であり、全国平均の282.4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12ヶ月以上の入院（慢性期）で160,307人となっており、兵庫県では、12ヶ月以上の入院（慢性期）で5,672人となっている。長期入院患者の地域生活への移行を進めることが課題となる。

R4年入院期間別患者数

入院期間	合計	3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	258,915人 (100.0%)	55,211人 (21.3%)	43,397人 (16.8%)	160,307人 (61.9%)
兵庫県	9,463 (100.0%)	2,240人 (23.7%)	1,551人 (15.2%)	5,672人 (58.8%)

出典：精神保健福祉資料（R4年度630調査）

(2) 精神科医療の状況

厚生労働省「医療施設（動態調査）」によれば、本県の精神病床を有する病院数は令和3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257.8床より低く、また、人口10万対在院患者数は154人で全国平均188人より低くなっている。

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	126,146,099	1,619	323,502	257.8	258,915	188
兵庫県	5,465,022	44	11,520	212	9,463	154

※1 総務省「令和2年国勢調査」

※2 厚生労働省「令和4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

令和2年2月から令和4年3月まで（令和2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】

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

ア 地域移行の促進

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

イ 退院後の継続支援について

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

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

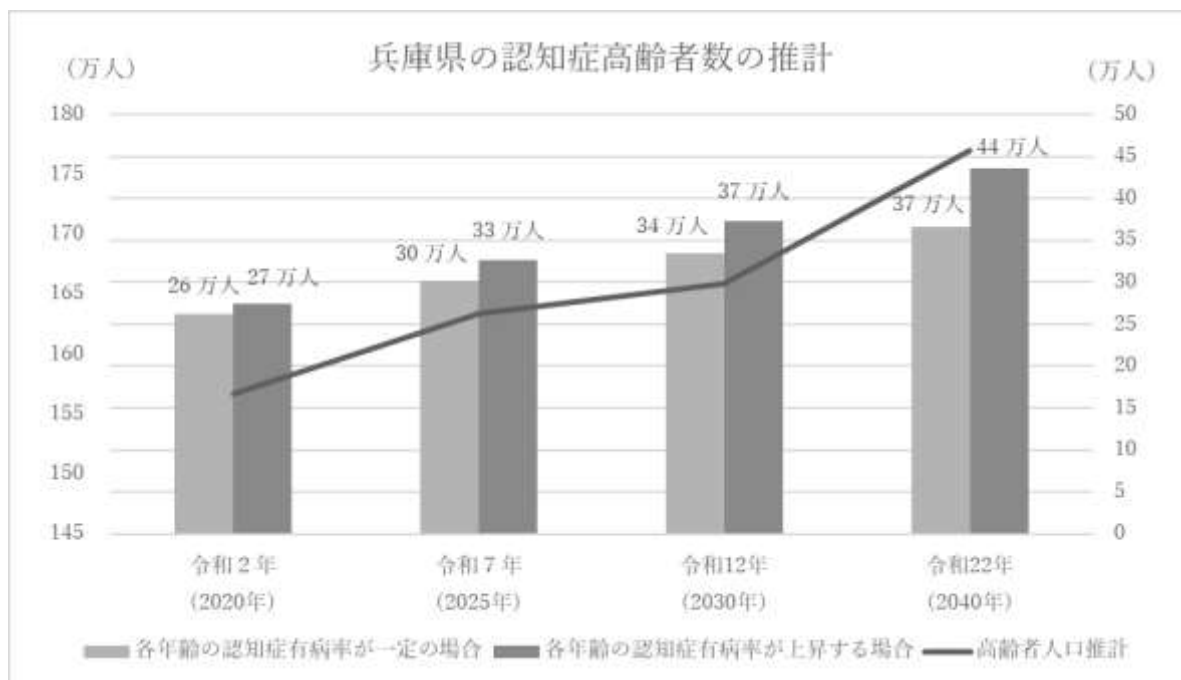
(カ) 再入院を予防するため、病状の変化や家族の状況に応じて必要な保健医療
サービスや福祉サービスが提供できる体制を整備する。(医療機関・県・市町・
地域援助事業者)

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

兵庫県における認知症高齢者の数は、下表のとおりである。

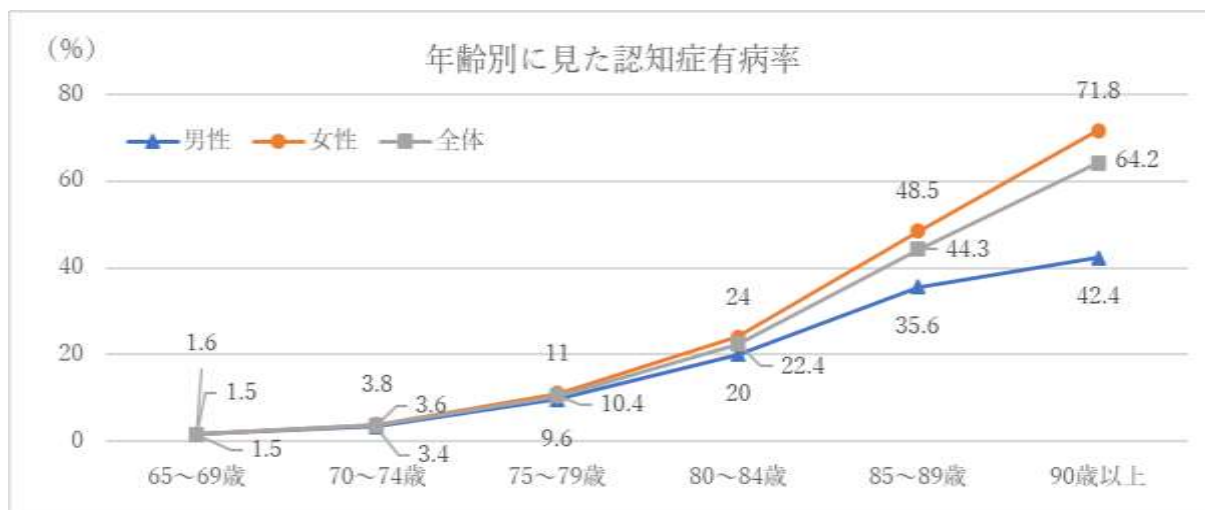


(出典)・高齢者人口：2012年、2020年：兵庫県「高齢者保健福祉関係資料(令和5(2023)年2月1日現在)」、2025年、2040年：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(H30.12.25)」を用いた。

・認知症有病率：「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業)を用いた。

(注) 兵庫県の認知症高齢者数については、高齢者人口と認知症有病率の割合で算出した推計値。

年齢別に見た認知症の有病率



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

【現状と課題】

ア 早期診断・早期対応のための体制整備

(ア) 広く県民に認知症への正しい知識と理解を促す取組を実施している。

また、各市町において本人や家族等の身近な人が、認知機能の低下に早期に

気づき、適切な健康行動がとれるよう、「通いの場」等で認知症チェックシートを活用する等、地域の実情に応じて工夫した取組が進んでいる。

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

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

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

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

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

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

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

◇認知症相談医療機関数及び認知症対応医療機関数(令和4年1月現在)(単位：か所)

区分	神戸	阪神	東播磨	北播磨	播磨姫路	但馬	丹波	淡路	合計	
認知症相談医療機関	602	628	177	92	258	73	40	67	1,937	
認知症対応医療機関	I群	414	492	110	82	204	67	31	62	1,462
	II群	19	17	7	6	10	2	2	2	65
	合計	433	509	117	88	214	69	33	64	1,527

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

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

※ 神戸圏域は神戸市が設置

イ 医療従事者等の認知症対応力向上の促進

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

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

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

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

の活用も含めた地域支援ネットワークの充実に取り組んでいる。

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

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

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

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

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

- (エ) 若年性認知症(65歳未満で発症する認知症)は、医療や介護サービスだけでなく、障害福祉サービス(就労継続支援)などを含む総合的な支援体制が必要であることから、平成25年6月、県は、専門の相談機関としてひょうご若年性認知症生活支援相談センターを設置・運営している。

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

【推進方策】

ア 早期診断・早期対応のための体制整備

- (ア) 県民に広く認知症への正しい知識と理解に基づく認知症観の転換について普及啓発を図るとともに、特に中年期への働きかけを強化するため産業保健・労働分野等の関係機関との連携を強化する。
- (イ) 身近な相談機関の機能強化や専門職の対応力向上とネットワークが充実するよう取り組む。
- (ウ) 初期集中支援チームが各市町において効果的に運営できるよう支援する。
- (エ) MCIと診断を受けた人と家族等が、状態を理解した上で、自分らしい暮らしが続けられるよう、診断直後の早期から医療・介護・福祉等の多職種と、社会のあらゆる領域の資源も含めた支援体制を構築する。

イ 医療従事者等の認知症対応力向上の促進

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

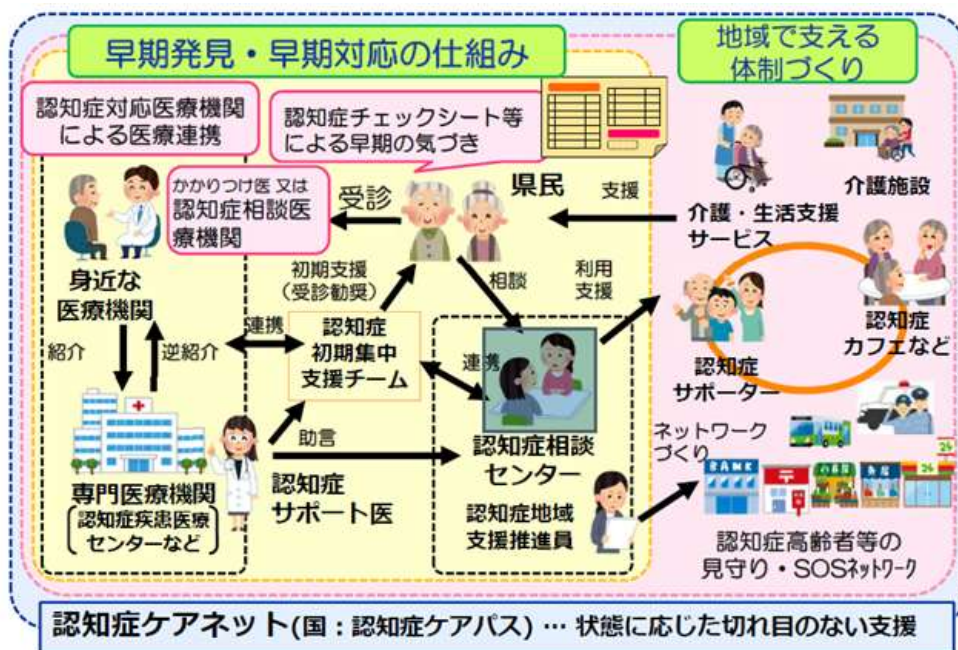
ウ 医療・介護等の有機的な連携の推進による適切な治療等の提供や在宅復帰のための支援体制の整備

- (ア) 県の認知症疾患医療センターの運営状況や地域の医療体制の評価を行うとと

もに、認知症疾患医療センターの機能が充実するよう職員の人材育成に取り組む。

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

◇ イメージ図



(3) 発達障害

【現状と課題】

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

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

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

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

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

<県立こども発達支援センターにおける診療実績の推移>

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

<ひょうご発達障害者支援センター>

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

【推進方策】

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

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

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

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

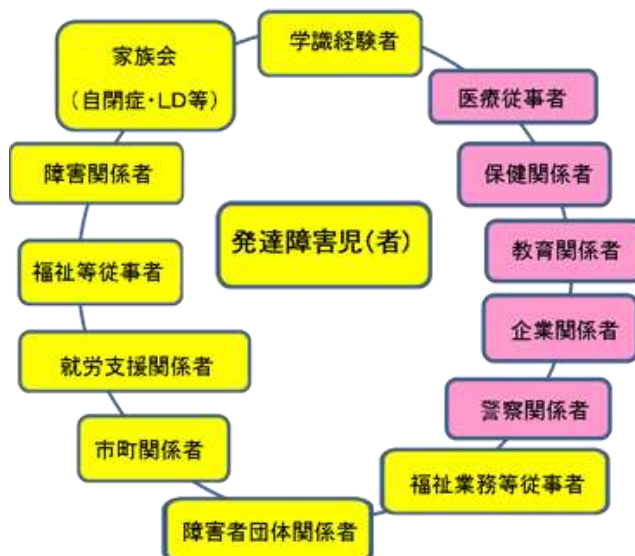
兵庫県発達障害者支援協議会においては、関係機関との連携の緊密化と、切れ目ない支援強化に向けた体制整備等の検討を進める。

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

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

【発達障害者支援協議会構成委員分野イメージ】

※発達障害児(者)にかかわる者



(4) 依存症

【現状と課題】

兵庫県における依存症の患者数（1回以上の外来受診者）は、下表のとおり。

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

しかしながら、依存症の心理的特性として「否認」があり、依存による問題行為がありながらも医療機関等に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。

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

【推進方策】

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

（ア）依存症専門の相談窓口を設置し、当事者や家族等の相談に対応する。

（イ）地域支援者等を対象とした、依存症に関する理解を深めるための研修を行う。

（ウ）家族教室の開催等、家族支援を実施する。

（エ）依存症者への社会的な差別、偏見の解消に向けて、普及啓発を行う。

イ 医療提供体制の強化（県、医療機関）

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

ウ 支援団体・自助グループへの支援と連携の推進（県、医療機関、関係機関等）

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

(5) その他の疾患

○ 気分障害

【現状と課題】

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

また、令和2年NDBデータによると、兵庫県内で気分障害における精神病床

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

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

【推進方策】

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

○ 児童・思春期精神疾患

【現状と課題】

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

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

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

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

【推進方策】

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

○ 外傷後ストレス障害(PTSD)

【現状と課題】

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764人となっている。

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

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

【推進方策】

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

○ 高次脳機能障害

【現状と課題】

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

しかしながら、一般県民の高次脳機能障害への理解は十分とは言えず、専門医、専門医療機関、リハビリ機関等の充実も必要である。

【推進方策】

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

○ 摂食障害

【現状と課題】

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

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

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

【推進方策】

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

○ てんかん

【現状と課題】

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

【推進方策】

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

(6) 自殺対策

【現状と課題】

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

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

引き続き、一人ひとりがかげがえのない個人として尊重される「誰も自殺に追い込まれることのない兵庫」の実現を目指して、自殺対策基本法(平成28年4月1日改正施行)に基づく「兵庫県自殺対策計画」により、さらなる自殺対策の取組を推進する。(URL: <https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf09/sakutei.html>)

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

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

【推進方策】

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

(県、市町、医療機関、関係団体等)

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

【目標】

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

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

(7) 災害精神医療

【現状と課題】

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

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

ひょうご DPAT 登録医療機関 (令和5年4月現在)

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

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

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

D P A T先遣隊登録医療機関 (令和5年4月現在)

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

【推進方策】

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

(8) 医療観察法

【現状と課題】

心身喪失又は心神耗弱の状態で重大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、令和4年4月1日現在、指定通院医療機関として病院22、診療所2、薬局11、訪問看護28の計63施設があるが、指定入院医療機関は整備されていない。

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、令和4年9月末現在、兵庫県内で144件が入院決定、30件が通院決定となっている。

厚生労働省によると、令和4年4月1日時点における全国の病床整備状況は850床で入院者数は818名であり、その疾病別内訳は、統合失調症等が約81.7%、次

いで気分障害が約6.0%という状況である。

【推進方策】

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

3 精神科医療体制の構築

(1) 精神科救急(身体合併症含む)

【現状と課題】

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

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

また、緊急入院の必要は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いる。

また、一般科で急性期の外科的処置等を受けた自殺企図者など、精神疾患等を有する患者にかかる精神科領域について、一般科(身体科)医師と精神科医師がオン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県立尼崎総合医療センター、神戸市立医療センター中央市民病院、県立はりま姫路総合医療センターが身体合併症専用病床(計32床)を整備しており、受入を行いやすい体制を整えている。

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

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

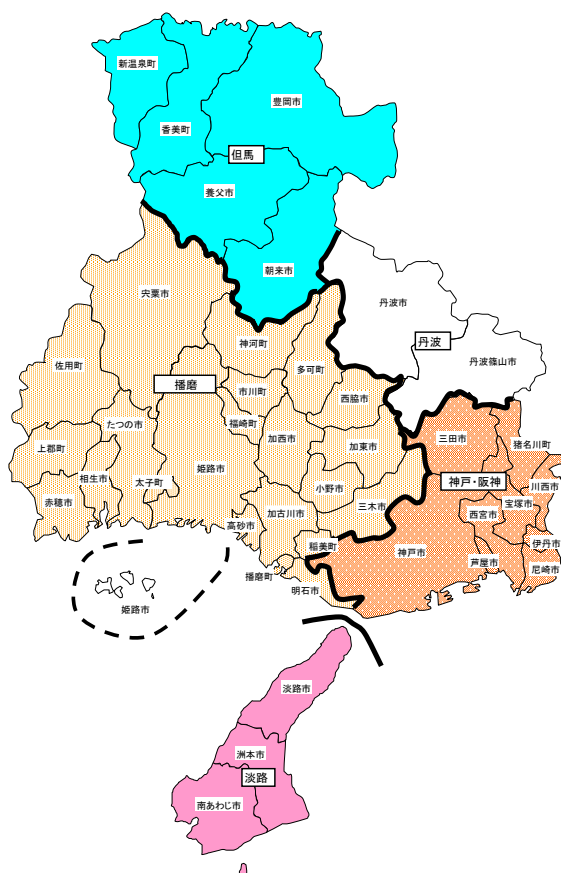
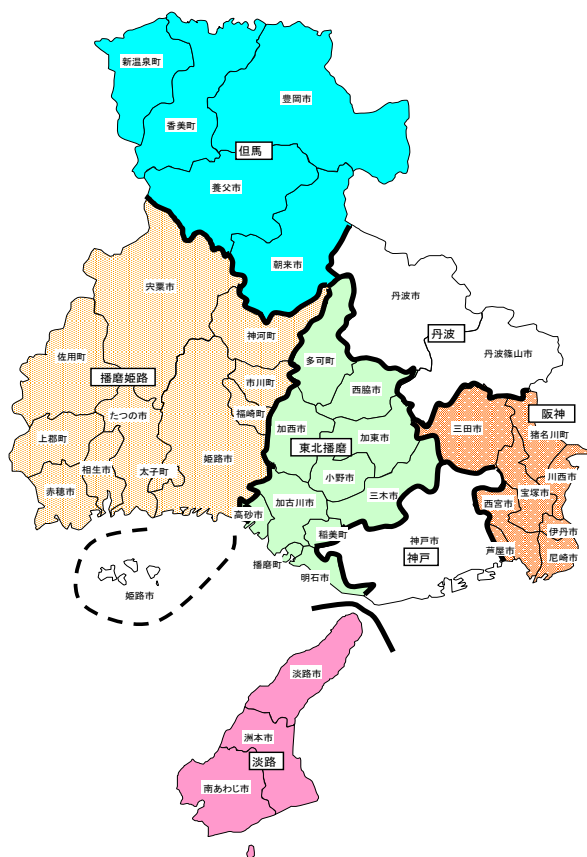
【推進方策】

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

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

精神科初期救急医療圏域（7 圏域）

精神科二次救急医療圏域（5 圏域）



兵庫県における精神科救急医療圏域（見直し後）

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

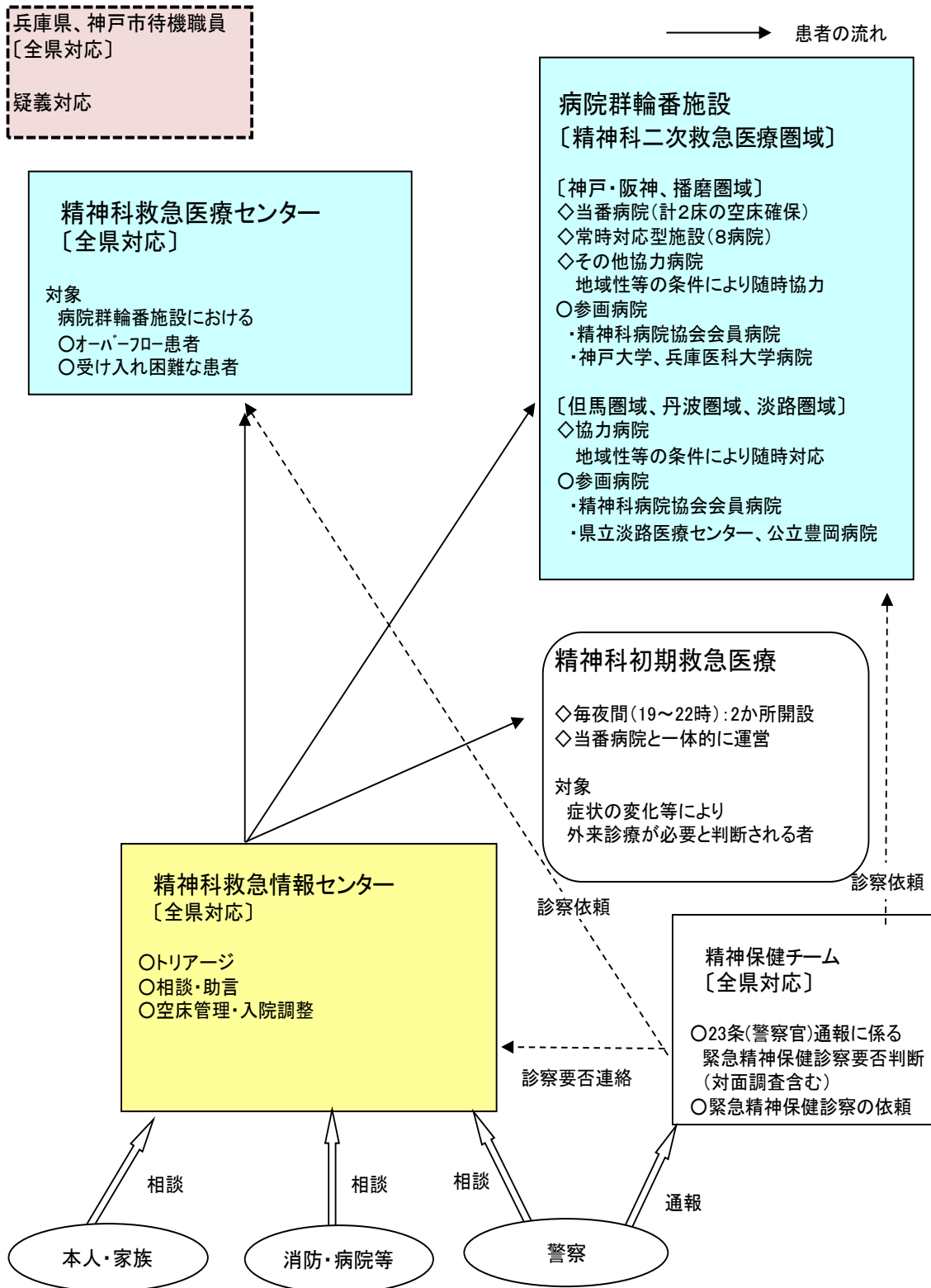
精神病床を有する県内の医療機関の状況(令和5年4月末現在)

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

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

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

夜間・休日における兵庫県精神科救急医療システム概念図(令和5年度時点)



(2)精神障害者継続支援体制の構築

【現状と課題】

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

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（保健所）に「精神障害者継続支援チーム」を設置し、措置入院者等の入院初期から病院訪問を実施するなど積極的に支援に関与し、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（保健所）が変更になる場合には、同意を得た上で、次の転居先の健康福祉事務所（保健所）へ情報共有を行い、転居後も地域生活での支援体制が継続されるよう事務所間の連携を強化している。

イ 県精神障害者継続支援連絡会

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

ウ 精神障害者地域支援協議会

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

エ 措置入院者支援委員会

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

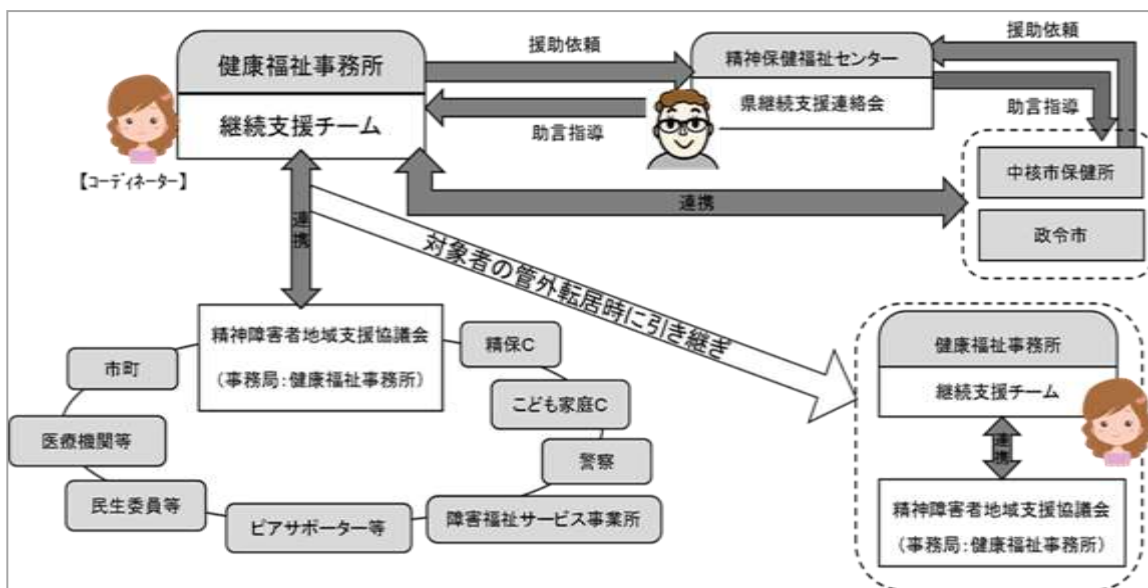
しかしながら、対象者の主体性に沿った支援展開が原則であり、支援の同意が得られにくい薬物依存・触法患者への介入には困難を極める場合が多い。また、県の管轄外である政令市や中核市に対象者が転居した場合でも支援継続が困難にならないように各市との連携強化が必須であるが、他府県からの転入時においても、支援のための情報が不足しがちである。

【推進方策】

ア 県健康福祉事務所（保健所）のみでなく、政令市・中核市を対象とした研修等の実施による県内の支援者の技術向上及び連携強化。（県、市町）

イ 関係者が一体となった対象者支援、他府県との連携強化などによる、精神障害者への手厚い継続支援体制の充実。（県、市町、医療機関、関係団体等）

精神障害者継続支援体制イメージ図



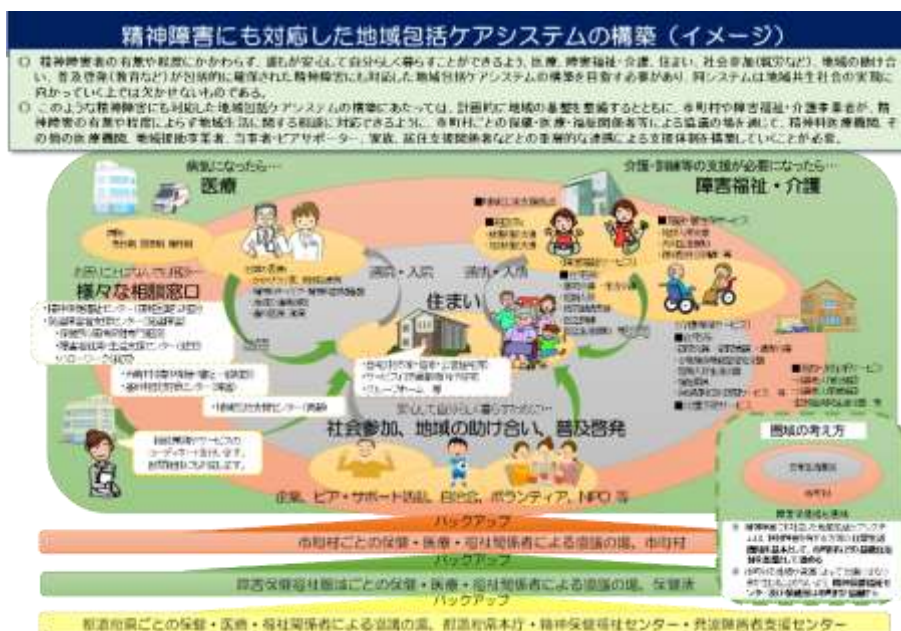
(3) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

【現状】

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

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

○ 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」のイメージ図



【推進方策】

ア 第7期障害福祉計画で定める精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築にかかる現状と課題、数値目標等の共有、圏域における課題の抽出と対応方針を検討するため、圏域ごとに保健・医療・福祉関係者による協議の場を設置する。(県、市町、医療機関、相談支援事業所等)

イ ピアサポーターの養成及びピアサポートを活用した地域移行・地域定着の支援、障害福祉サービスの利用を推進するとともに、アウトリーチ等、有効な支援手法の検討を行う。(県、市町、医療機関、相談支援事業所等)

【目標】

項目		現状値	目標 (R8)
精神病床における入院需要(患者数)	1年以上入院患者数	9,463人(R4)	9,236人
	65歳以上	5,672人(R4)	5,102人
	65歳未満	3,550人(R4)	3,099人
		2,122人(R4)	2,003人
精神病床における入院後3ヶ月時点・6ヶ月時点・1年時点の退院率	3ヶ月時点	63.1%(R2)	68.9%
	6ヶ月時点	80.9%(R2)	84.5%
	1年時点	88.6%(R2)	92.0%
保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置		全障害保健福祉圏域ごとに設置(R4)	全障害保健福祉圏域ごとに設置

(4) 多様な精神疾患に対応できる医療体制の構築

【現状と課題】

県障害福祉課が、精神科病床を有する病院に対して12精神疾患を例に挙げて診断ができる医療機関を調査したところ、統合失調症、アルコール依存症、認知症、うつ病等の気分障害といった代表的疾患については、全ての医療機関で診断可能であると回答があり、特定の精神疾患に限定して診断可能としている医療機関はわずかであった。一方、ギャンブル依存症や高次脳機能障害などについては約半数の医療機関のみが診断可能という結果であった。

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。

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）を構築を目的とした、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での病院、診療所、訪問看護ステーション、健康福祉事務所、市町、地域援助事業者等からなる協議の場の設置。（県、市町、関係団体等）
- イ 一般医療機関におけるかかりつけ医と精神科医、専門治療が可能な医療機関の連携により良質かつ適切な医療が提供できる体制の構築。（県、医療機関）

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」

第6章 救急医療

1 救急医療

救急医療は、医療機関、消防機関、行政機関等が協力して、救急告示制度及び1次救急から3次救急までの救急医療体制によって対応しているが、地域毎に医療資源、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。

【現状と課題】

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

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

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

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

(1) 救急告示制度

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

(2) 1次救急医療体制

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

(3) 2次救急医療体制

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

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

休日、夜間における1次救急患者の2次救急医療機関への時間外受診や医師不足等により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。また、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は、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。

現在、救命救急センターの未設置ブロックがあり、3次救急医療体制の充実にを図るために、救命救急センターに準ずる3次的機能病院に対して、救命救急センターへの指定を促進していく必要がある。

(5) 兵庫県広域災害・救急医療情報システム（兵庫県EMIS）

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

(6) ドクターカーの運用及び活用

ドクターカーについては、救命救急センターをはじめとした医療機関において、運用が図られている。消防機関による救急搬送とも連携をとりながら、天候や時間帯の制限を受けずに柔軟に運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。

【救命救急センターにおけるドクターカーの状況】

(令和5年4月1日時点)

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

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

(7) ヘリコプターを活用した救急医療の確保

平成16年4月から共同運航を開始した県消防防災ヘリ1機及び神戸市消防防災ヘリ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（現：県立はりま姫路総合医療センター）を準基地病院とするドクターヘリ（兵庫県ドクターヘリ）を導入、運航を開始（平成25年4月に関西広域連合に事業移管）し、播磨地域及び丹波南部地域をカバーしている。

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

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

(8) 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おり、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。

また、令和4年12月より常時対応型指定医療機関として、24時間365日、医師・看護師を常時配置（診療所を始めとした当該医療機関以外の医師が診療に一時的に協力することも含むものとする。）し、受入れ体制を整備した病院や1時間以内に医師・看護師のオンコール対応が可能な8病院（精神科救急医療センターを含む。）を指定している。診療応需の体制（入院が必要な患者の受入を含む。）を整えていることが要件となる。（詳細は「精神疾患対策」の項目を参照）

(9) 新型コロナウイルス感染症をはじめとする新興感染症への対応

新型コロナウイルス感染症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。

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

(10) 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するとともに、特に配慮が必要な救急患者を受け入れるために、地域における救急医療機関の役割を明確化する必要がある。

【推進方策】

(1) 救急医療体制の一元化の推進

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

(2) 1次救急医療体制の整備

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

イ 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)

(5) 兵庫県広域災害・救急医療情報システム(兵庫県EMIS)

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

療機関)

(6) **救急医療を担う人材の確保**

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

(7) **救急搬送体制の充実**

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

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

(8) **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)

(9) **新型コロナウイルス感染症をはじめとする新興感染症への対応**

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をはじめとする新興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。(県、医療機関)

(10) **救急医療機関と関係機関との連携・協議体制の整備**

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

【救急医療機関の公表】

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

[参照 URL] https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf15/hw11_000000004.html

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、令和2年に一度減少したものの、令和3年には、過去最高となった平成30年を上回っている。

(参考) 兵庫県内における救急搬送の状況

区分	H29	H30	R1	R2	R3
救急出動件数(件)	285,265	300,287	298,596	266,899	323,440
救急搬送人員(人)	232,451	266,042	294,920	235,689	272,901

(2) 救急救命士の状況

兵庫県内の消防本部は救急救命士の養成・配置に努めており、令和3年4月1日現在で1,310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	H29	H30	R1	R2	R3
救急救命士数	1,208	1,248	1,274	1,302	1,310

※ 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に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、救急活動プロトコールを策定しており、救急救命士らは、このプロトコールに基づき救急活動を実施している。

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

(4) 傷病者の搬送及び受入れの実施基準

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

(5) A E D（自動体外式除細動器）の普及

非医療従事者によるA E D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A E D148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、A E Dの更なる有効活用に向けて、A E D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A E D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、救急体制の充実に努める。（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)

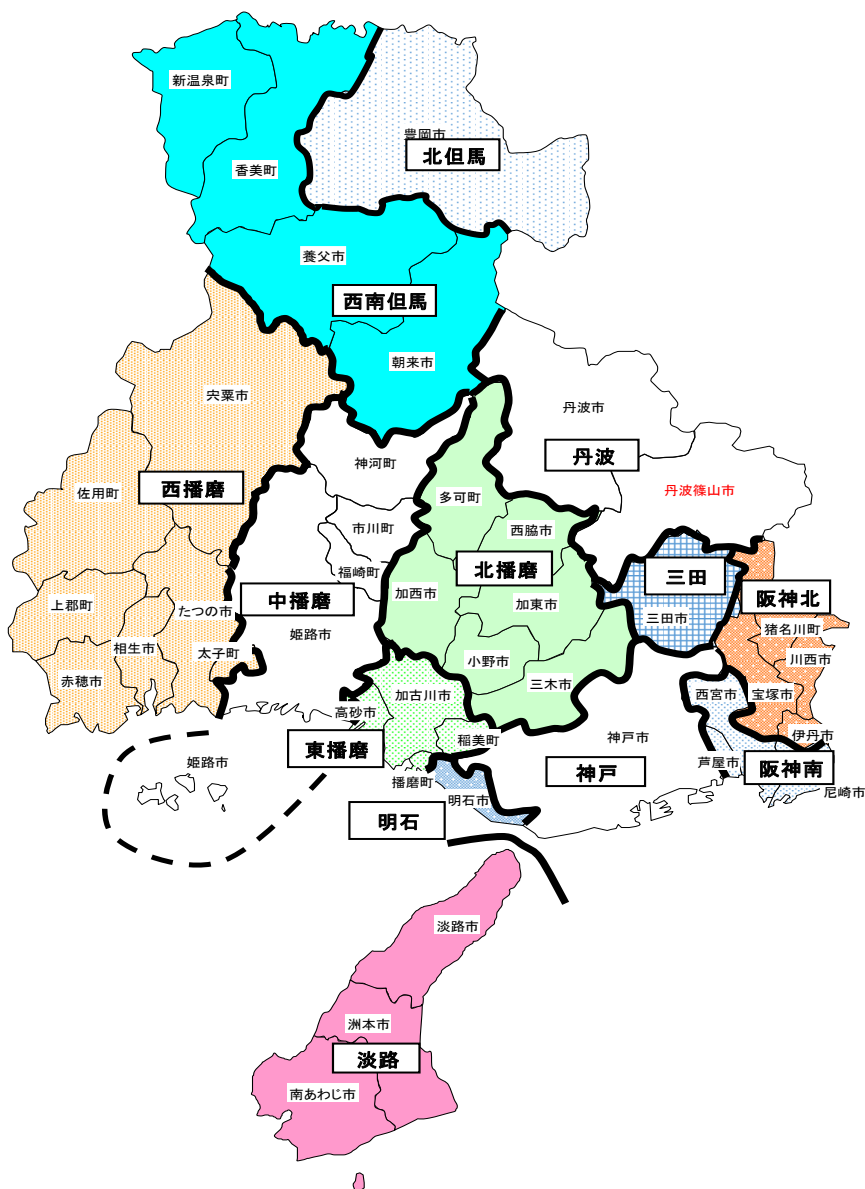
○AED: Automated External Defibrillator(自動体外式除細動器)の略。スポーツ時はもとより日常生活の中でも突発的に起こりうる、心臓が脈打たずに細かく震えたようになる「心室細動」という不整脈に陥った時に、電気ショックを与えて心室細動を止め、正しい心臓のリズムに戻す装置。

3 救急医療に係る目標

【目標】

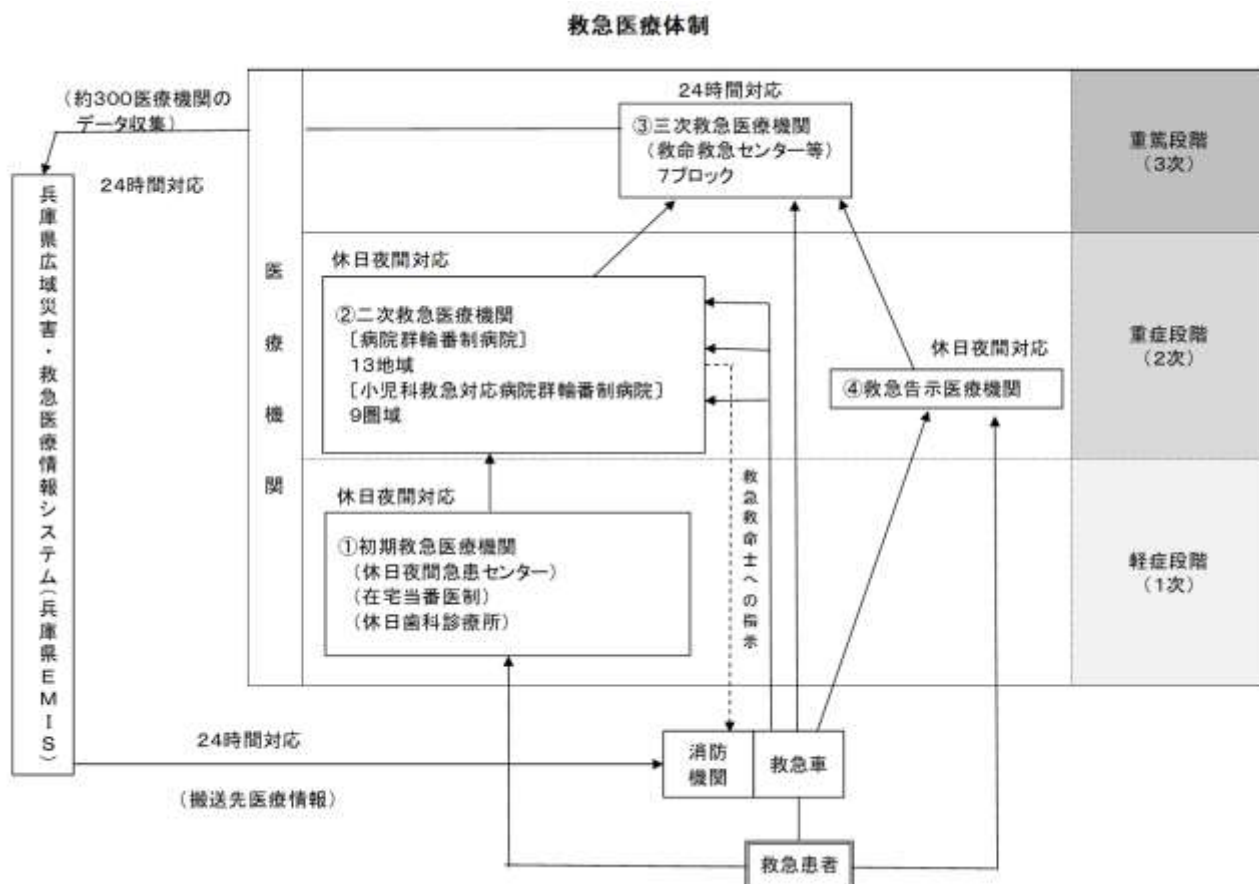
目標	現状値	目標値 (達成年度)	備考
救命救急センター充実段階評価『S』の割合	40% (R4)	70% (R11)	全国平均 32.9% (R3)

救急医療圏域図（1次、2次）



救急医療圏域区分

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



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

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

[参照URL] <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5年4月1日現在)

	施設名	所在地
1	神戸市医師会急病診療所	神戸市中央区橋通4-1-20
2	神戸市医師会東部休日急病診療所	神戸市灘区岸地通1-1-1灘区民ホール3階
3	神戸市医師会西部休日急病診療所	神戸市西区学園西町4-2
4	神戸市医師会北部休日急病診療所	神戸市北区山田町下谷上字池ノ内4-1
5	神戸こども初期急病センター	神戸市中央区脇浜海岸通1-4-1
6	公益財団法人尼崎健康医療財団 休日夜間急病診療所	尼崎市水堂町3-15-20
7	西宮市応急診療所	西宮市池田町13-3
8	芦屋市立休日応急診療所	芦屋市公光町5-13
9	伊丹市休日応急診療所	伊丹市千増1-1
10	阪神北広域こども急病センター	伊丹市昆陽池2-10
11	川西市応急診療所	川西市中央町12-2
12	宝塚市立休日応急診療所	宝塚市小浜4-4-1
13	三田市休日応急診療センター	三田市天神1-10-14
14	明石市立夜間休日応急診療所	明石市大久保町八木743-33
15	東はりま夜間休日応急診療センター	加古川市東神吉町西井ノ口379-1
16	西脇多可休日急患センター	西脇市下戸田652-1市立西脇病院内
17	姫路市休日・夜間急病センター	姫路市西今宿3-7-21
18	揖龍休日夜間急病センター	たつの市龍野町富永410-2
19	南但休日診療所	朝来市和田山町法興寺378-1
20	豊岡市立休日急病診療所	豊岡市立野町12-12
21	丹波篠山市休日診療所	丹波篠山市黒岡191
22	丹波市休日応急診療所	丹波市柏原町柏原443
23	洲本市応急診療所	洲本市港2-26
24	南あわじ市休日応急診療所	南あわじ市賀集1065-7
25	淡路市休日応急診療所	淡路市志筑1600-1

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

[参照URL] <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
	県立はりま姫路総合医療センター	姫路市神屋町3丁目264番地
	公立豊岡病院組合立豊岡病院	豊岡市戸牧1094
	県立淡路医療センター ※	洲本市塩屋1-1-137
3次的機能病院	県立丹波医療センター	丹波市氷上町石生2002番地7

※ 県立淡路医療センターは地域救命救急センターとして指定。

救急医療体制地区別整備状況

(令和5年4月1日現在)

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

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

第7章 小児救急を含む小児医療

小児救急医療は、医療機関、消防機関、行政機関等が協力して、救急医療体制を基本に1次小児救急から3次小児救急までの小児救急医療体制によって対応している。小児救急に携わる医師の不足等により、小児救急体制の確保が困難となっている実態を踏まえ、小児医療連携圏域を設定して、小児医療機能の集約化と連携を進め、限られた医療資源の効果的な活用と小児医療体制の確保・充実を目指す。

【現状と課題】

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

(1) 小児救急医療電話相談体制

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

ア 子ども医療電話相談（#8000）

対象圏域：県下全域

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、阪神北圏域、東播磨圏域、北播磨圏域

播磨姫路圏域、但馬圏域、丹波圏域、淡路圏域

阪神南圏域については、各市の事業により電話相談窓口を設置し、対応している。

(2) 1次小児救急医療体制

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

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

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

(3) 2次小児救急医療体制

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

小児科救急対応病院群輪番制については、2次小児救急医療圏域に基づき体制を確立しており、狭い地域に比較的多数の病院がある場合は円滑な運用が期待できるが、広い地域に少数の病院が散在している場合には必ずしも効果的な運営が期待できない場合がある。また圏域によっては輪番制の当番日に空白があり、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。

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

(5) 小児科医の確保

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

(6) 小児救急医療を担う医師の研修体制

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

(7) 小児向け在宅医療提供体制の確保

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

(8) 児童虐待防止に対する医療ネットワークの構築

児童虐待の対応件数は年々増加しており、医療機関には頭部外傷をはじめ、虐待を疑わせる児童の受診も多い。このため、中核的な医療機関を中心

とした医療機関のネットワークの構築や児童虐待対応の向上を図る必要がある。

(9) 小児医療連携圏域の設定

- ア 平成19年7月に国から示された「小児医療の体制構築に係る指針」において、小児に係る2次医療機能を担う「小児地域医療センター」と3次医療機能を担う「小児中核病院」を位置づけ、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

(10) 災害・新興感染症への対応

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

【推進方策】

1 小児救急医療体制の充実

(1) 1次小児救急医療体制の整備

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

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

(2) 2次小児救急医療体制の整備

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

(3) 3次小児救急医療体制の整備

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

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

(4) 小児救急医療を担う医師の研修体制

ア 小児救急医療研修受講者の中から、より多くの医師が小児救急医療体制に参画されるよう働きかける。(県、関係団体)

イ 小児救急医師の人材を養成・確保するため、全県の医療人材養成・派遣の拠点である地域医療活性化センターの活用や、医師会等と連携し研修事業を実施する。(県、医師会)

ウ 県専攻医の採用、女性医師再就業支援センターを通じ、小児科医の確保、養成を図る。(県)

2 地域における小児医療体制の確保

(1) 災害時における小児救急体制の確保

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

(2) 小児向け在宅医療提供・連携体制の確保

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

(3) 児童虐待防止に対する医療ネットワークの構築

県立尼崎総合医療センターを中核として、県内各医療機関のネットワークの構築や保健医療従事者の教育研修等を行い、児童虐待対応の向上を図る。(県、医療機関)

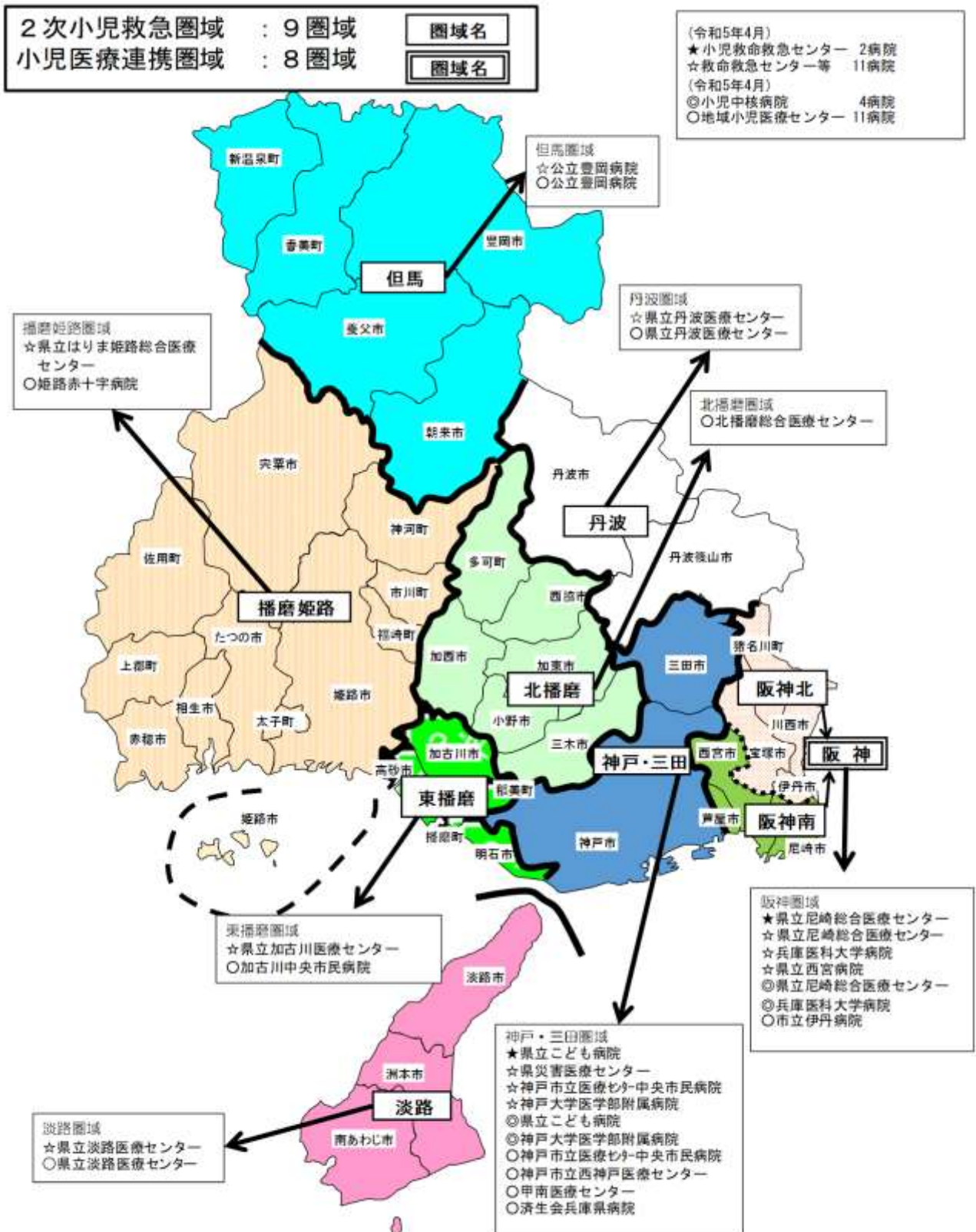
< 2次小児救急圏域と小児医療連携圏域 >

2次保健医療圏域	構成市町	2次小児救急圏域	小児医療連携圏域	小児地域医療センター	小児中核病院
神戸	神戸市 三田市	神戸・三田	神戸・三田	神戸市立医療センター中央市民病院 済生会兵庫県病院 甲南医療センター 神戸市立西神戸医療センター	★県立こども病院
阪神	尼崎市・西宮市・芦屋市 伊丹市・宝塚市・川西市・猪名川町	阪神南 阪神北	阪神	市立伊丹病院	
東播磨	明石市・加古川市・高砂市・稲美町・播磨町	東播磨	東播磨	加古川中央市民病院	神戸大学医学部附属病院
北播磨	西脇市・三木市・小野市・加西市・加東市・多可町	北播磨	北播磨	北播磨総合医療センター	兵庫医科大学病院
播磨姫路	姫路市・福崎町・市川町・神河町・相生市・たつの市・赤穂市・宍粟市・太子町・上郡町・佐用町	播磨姫路	播磨姫路	姫路赤十字病院	★：小児救命救急センター
但馬	豊岡市・養父市・朝来市・香美町・新温泉町	但馬	但馬	公立豊岡病院	
丹波	丹波篠山市・丹波市	丹波	丹波	県立丹波医療センター	
淡路	洲本市・南あわじ市・淡路市	淡路	淡路	県立淡路医療センター	
8圏域	41市町	9圏域	8連携圏域	11機関	4機関

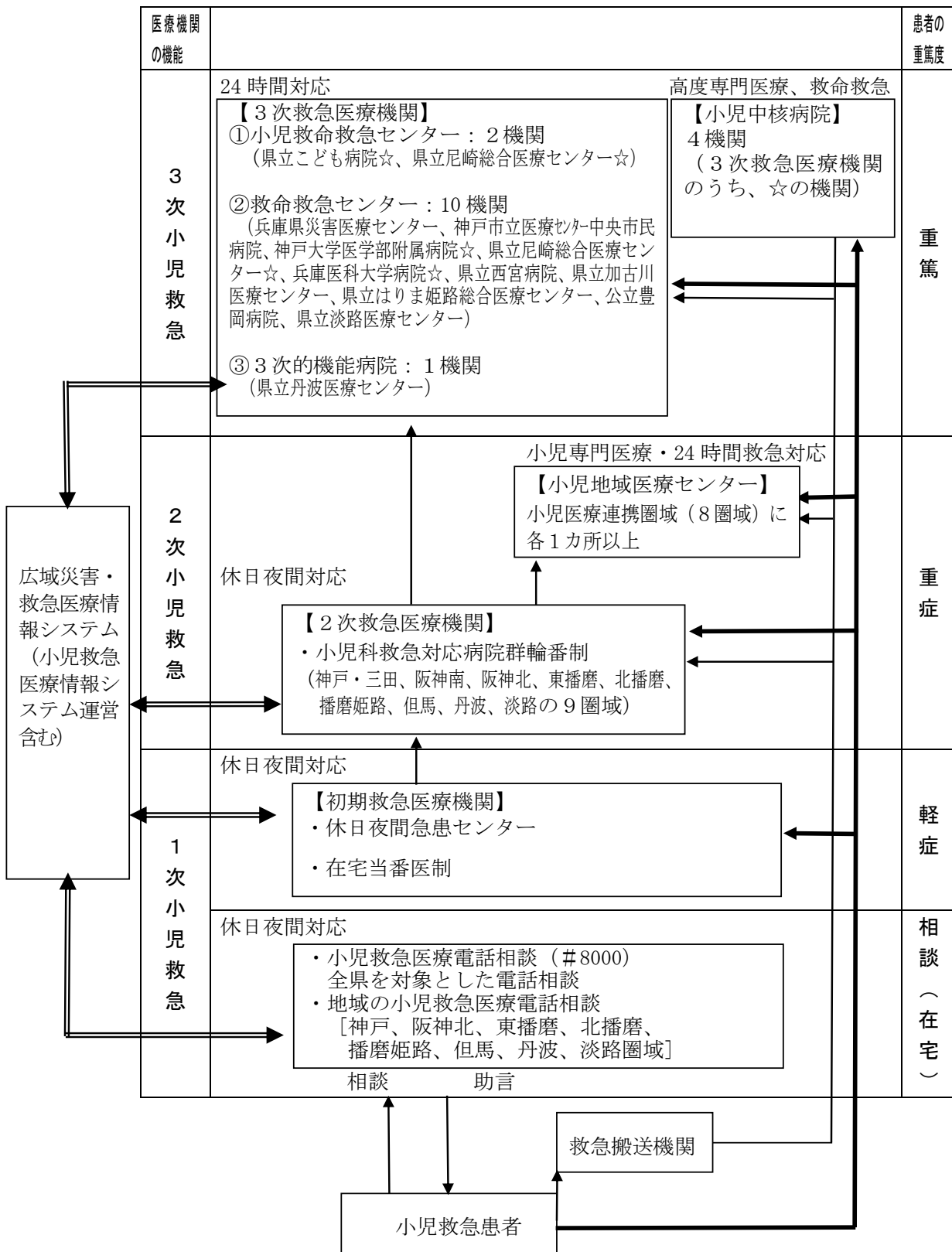
【目 標】

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

< 2次小児救急医療圏域・小児医療連携圏域図 >



小児救急医療体制図



第8章 災害医療

阪神・淡路大震災の教訓を踏まえるとともに、県下において平成16年10月に発生した台風第23号による水害や、平成17年4月に発生したJR福知山線列車脱線事故、平成23年3月に東北地方太平洋沿岸域を中心に未曾有の被害をもたらした東日本大震災、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DMA T指定病院*における体制整備に取り組む。

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

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

○兵庫DMA T指定病院

兵庫県が指定する、地域における災害医療の中核施設となるDMA Tを持つ病院

【現状と課題】

(1) 広域災害救急医療情報システム・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。

令和5年度には救急搬送支援情報の機能の追加、機関調査機能の追加、緊急搬送要請(エリア災害)機能の改修と訓練モード・練習モードの追加、広域災害救急医療情報システム(厚生労働省EMIS)との連携停止を実施した。

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DMA T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DMA Tは、大規模災害時に厚生労働省EMISから情報収集を行う運用になっている。

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DMA T、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。

今後、災害時に医療機関等が円滑に対応できるよう入力訓練等により厚生労働省EMISの操作方法への習熟を深める必要がある。

(2) 兵庫県災害医療センターの整備

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

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

(3) 災害医療圏域の設定

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

(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19病院を指定し全ての災害医療圏域に整備している。各病院に対しては、耐震強化工事や受水槽、自家発電装置、備蓄倉庫、医療機器、業務継続計画（BCP）の策定などの計画的な整備を指導している。

今後想定される大規模災害時に災害拠点病院が精神疾患を有する患者に対応するための精神病床数は十分ではなく、精神科病院からの患者の受入れや、精神症状の安定化等を、災害拠点病院のみで対応することは困難であるため、精神科病院においても、災害拠点病院と類似の機能を有する災害拠点精神科病院を令和5年3月に指定した。

(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区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5年現在で災害拠点病院のコーディネーターを97名、医師会

のコーディネーターを20名、併せて117名の災害医療コーディネーターを委嘱している。

また、災害発生時に地域の災害医療全般をコーディネートできるように、人材の確保・養成を図っていく必要がある。

○兵庫県災害医療コーディネーター

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5年現在で19の兵庫DMAT指定病院に33名配置している。

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

○統括DMAT

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

(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) 保健医療福祉調整本部の整備

平成28年熊本地震における対応に関して、医療チーム、保健師チーム等の間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た。

さらに、厚生労働省から令和4年7月22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、保健医療のみでは福祉分野の対応ができず、保健・医療・福祉の連携が重要であるとされたことを踏まえ、兵庫県においても保健医療調整本部を「保健医療福祉調整本部」として整備を進めている。

また、災害時に兵庫県災害医療コーディネーター、兵庫DMAT、統括DMAT、医療機関、JMAT兵庫、日本赤十字社兵庫県支部、各医療専門分野の災害対応チーム（DPAT・DHEAT等）による医療救護活動が円滑に進められるよう、その連携方策等について検討する必要がある。

(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。

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

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

(2) 災害拠点病院等の整備

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

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

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

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とともに、災害拠点病院ごとの地域偏在を是正する。（県、医療機関、医師会等関係団体）

(5) 「災害時保健医療マニュアル」に基づく訓練等

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

(6) 広域医療搬送体制等の整備

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

における医療搬送体制の充実を図る。(県、医療機関、関係団体)

(7) 保健医療福祉調整本部等の整備

災害発生時に被災地域の医療ニーズ等の情報収集及び医療チーム（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（保健医療福祉調整本部、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。

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

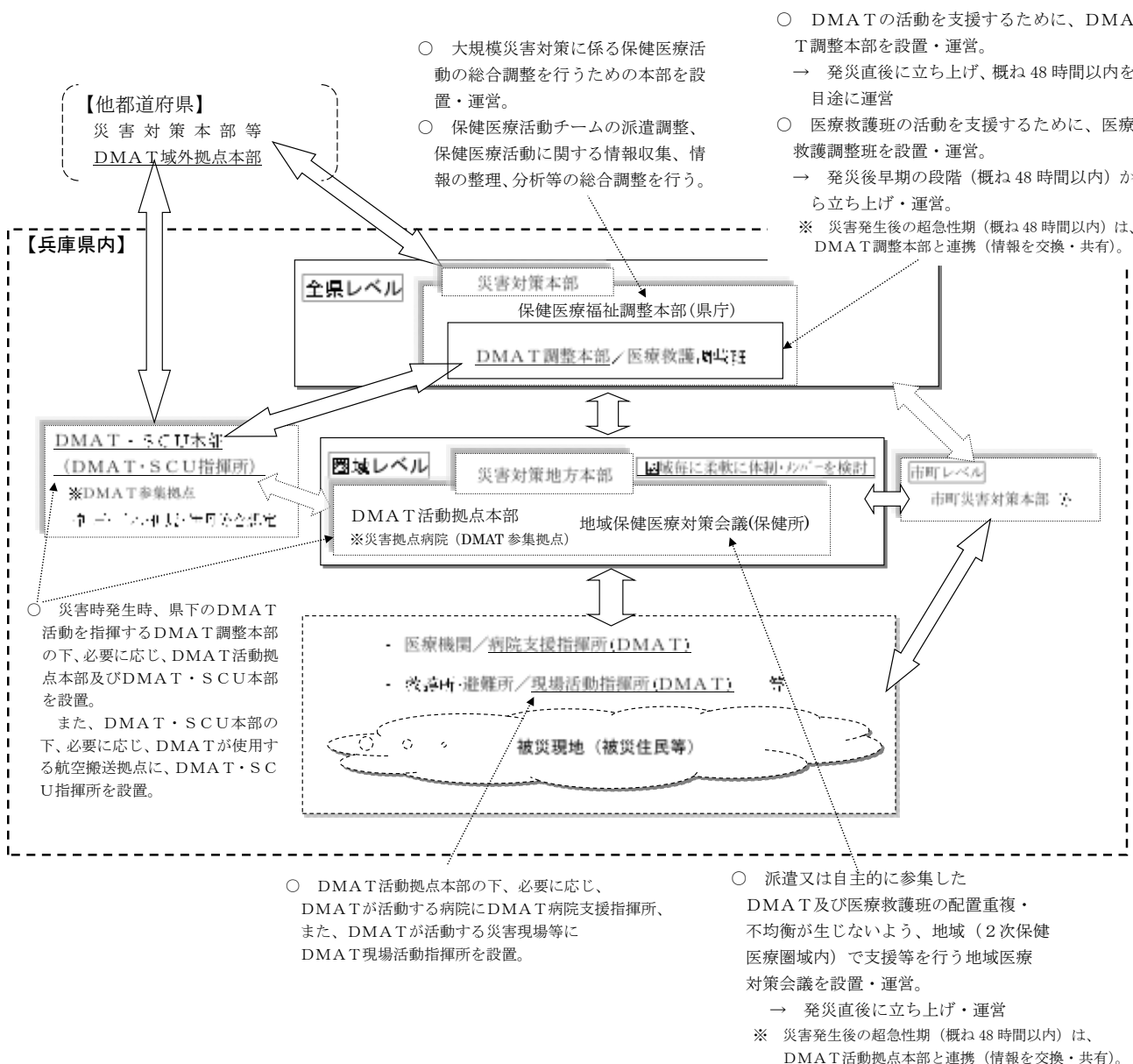
(8) 災害時の小児・周産期医療体制の整備

平時から効率的な情報共有を行える仕組み作りを行い、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)

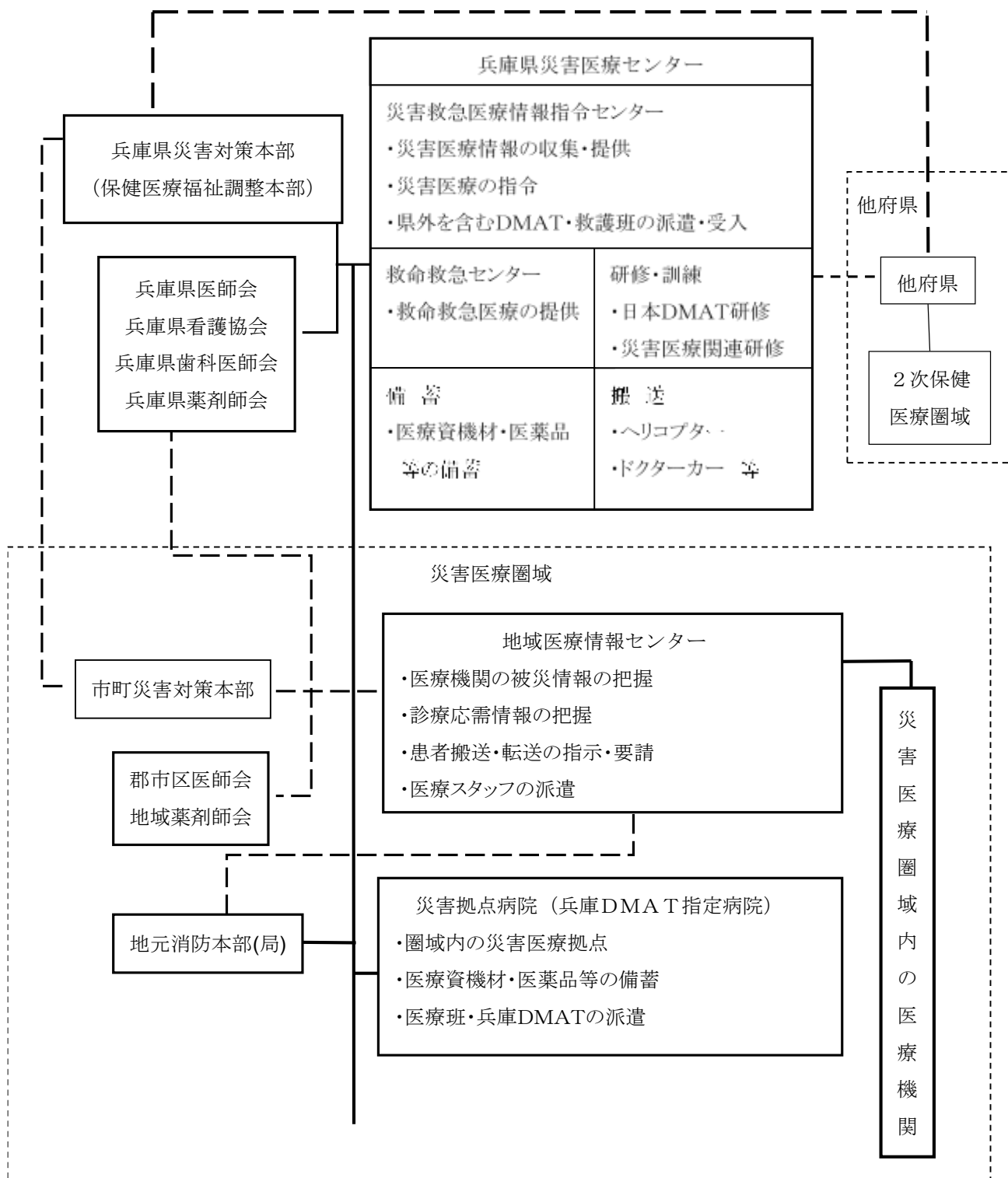
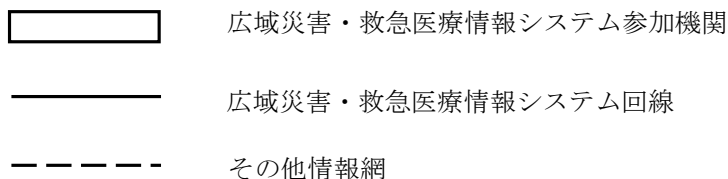
【目 標】

目 標	現 状 値	目 標 値（達成年度）
災害拠点病院ごとの統括DMAT数	19機関 33人 (1.7人/医療機関)	19機関 47人 (2.5人/医療機関)

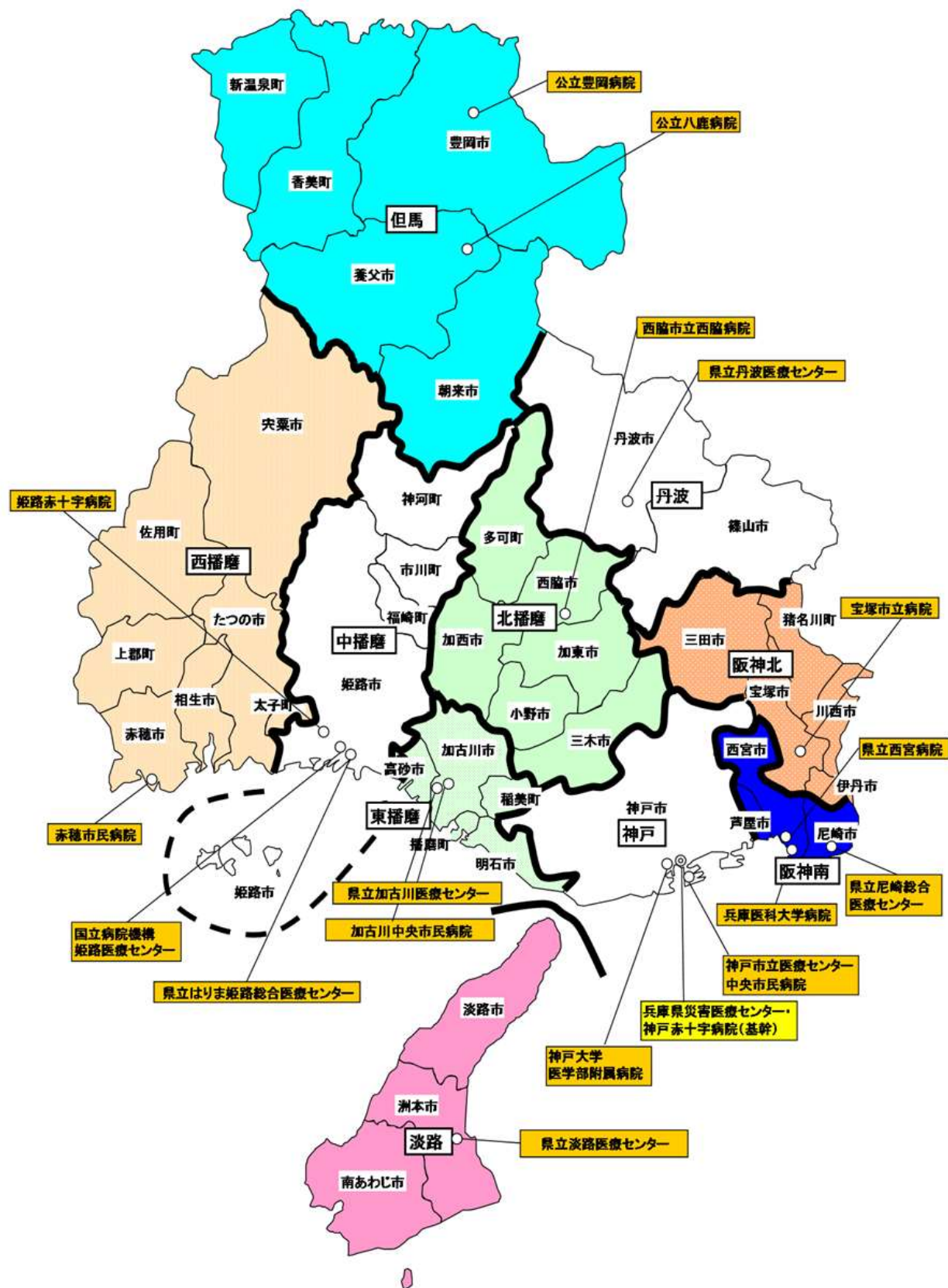
災害発生時の医療活動への対応（県等における組織・系統図）



災害医療システム概念図



災害医療圏域図・災害拠点病院位置図



※ **網掛け** の病院は災害拠点病院・兵庫DMAT指定病院を表す。

※ **網掛け** の病院は基幹災害拠点病院を表す。

(令和5年4月時点)

第9章 新興感染症発生・まん延時における医療

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

【現状と課題】

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

○明らかになった主な課題

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

【推進方策】

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

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

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

【目標】

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

第10章 周産期医療

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

このため、県民が安心して子どもを生み育てられるよう、周産期医療体制の充実を図る。

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次的医療を行う地域周産期病院の協力を得ながら、周産期医療体制整備の強化を図ってきた。

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

【現 状】

(1) 出生

ア 出生数と合計特殊出生率

本県の令和2年の出生数は36,953人で、年々減少傾向にある。

合計特殊出生率は、令和2年は1.39人で、全国平均よりやや高い。

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

資料：人口動態調査（厚生労働省）

イ 低出生体重児の出生

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

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

資料：人口動態調査（厚生労働省）

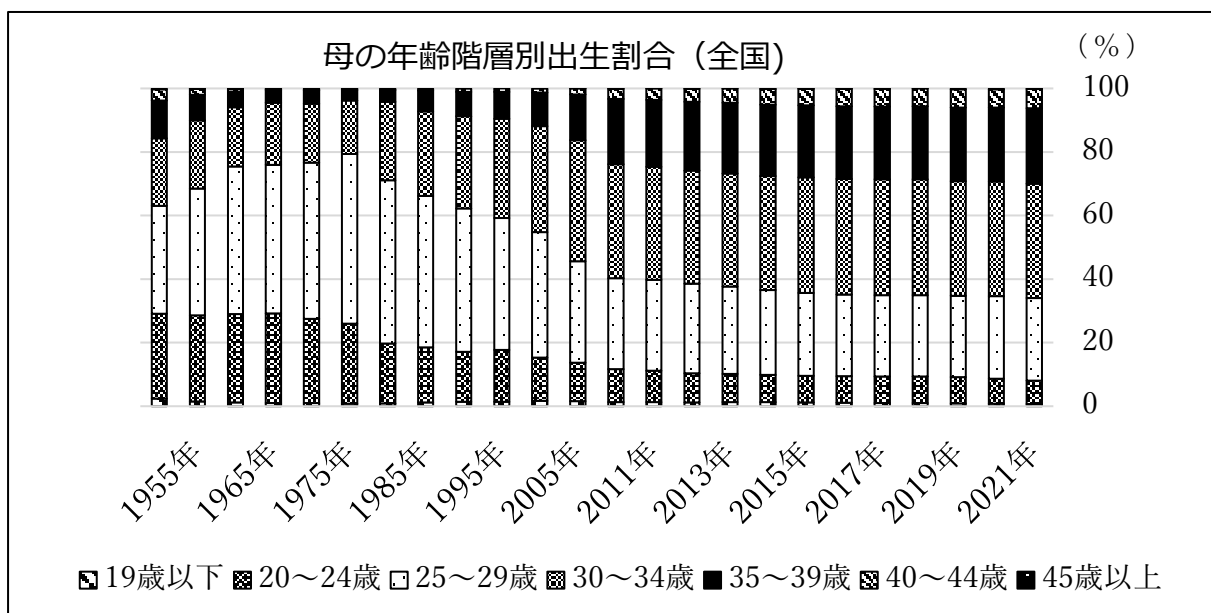
(2) 周産期死亡率と新生児死亡率

周産期・新生児死亡率ともに減少傾向であったが、令和2年に全国平均に転じている。

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

資料：人口動態調査（厚生労働省）

(3) 母の年齢階層別出生割合



資料：人口動態調査（厚生労働省）

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

(4) 医師数

ア 産科・産婦人科医師数

産科・産婦人科医師数は長期的には横ばい傾向で、人口あたりの割合は全国平均並である。

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

資料：医師・歯科医師・薬剤師調査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で、人口10万対医師数は全国平均よりやや高い。

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

資料：医師・歯科医師・薬剤師調査および人口動態調査（ともに厚生労働省）

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

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

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

(5) 分娩取扱施設数

県、全国ともに分娩取扱施設数は減少傾向である。

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

資料：医療施設調査（厚生労働省）

(6) 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MFICU（母体・胎児集中治療室）、NICU（新生児治療室）等の整備を備えた周産期母子医療センターを設置した。

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、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。

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」制度を創設した（令和3年に「地域周産期病院」へ名称変更）。

令和5年4月現在、令和5年4月現在、総合周産期母子医療センターとして6施設、地域周産期母子医療センターとして6施設、地域周産期病院を18施設認定している。

(7) 母体・新生児搬送受入体制の整備

ア 周産期医療情報システム

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

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

イ 精神科疾患合併妊婦への対応体制の整備

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

ウ 搬送コーディネーター機能

平成20年には、近畿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。

(8) 災害・新興感染症への対応

災害時に備えて、平時から周産期医療関係者が情報共有できる場の設定によるネットワークづくりや、被災地域の医療ニーズや小児周産期に関する情報収集、関係機関との調整等を担う「災害時小児周産期リエゾン」の養成が必要になっている。

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

【推進方策】

(1) 周産期母子医療センター及び地域周産期病院の整備と連携・機能強化

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

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

(2) 母体・新生児の搬送受入体制の充実

ア 総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センターが複数設置さ

れている現状、多くの救急患者を効果的に分担して受け入れる体制が必要であることから、搬送先の選定をスムーズに行うための調整機能の整備を検討していく。

- イ 県内においてハイリスク妊産婦等の受入医療機関が確保できない場合に備え、近畿2府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。
- ウ 引き続き、周産期医療情報システムの充実化を図るとともに、医療機関向け入力マニュアルを整備・周知していく。

(3) 周産期医療分野の医師確保

- ア 産科・小児科に重点を置いた臨床研修プログラムを設定する病院への募集定員の重点配分や、「県養成医師」を対象とする「県養成医師キャリア形成プログラム」を通じて産科医・小児科医としてのキャリア形成を積極的に支援するなど、周産期医療に従事する意識の醸成を図る。
- イ 分娩手当等を支給する産科医療機関に対して、その経費の一部を助成する「産科医等確保支援事業」や新生児医療に従事する小児科医の処遇改善のために支給する手当に対する経費の一部を補助する「新生児担当小児科医師確保支援事業」により、産科医・小児科医の処遇改善に努める。
- ウ 医療機関の勤務環境改善の一環として、24時間保育も可能な院内保育所や病児・病後児保育施設等の整備を促進し、増加する女性医師が働き続けられるよう支援する。

(4) 災害時に備えた周産期医療体制の確保

- ア 災害時小児周産期リエゾンの養成を進めるとともに、「兵庫県災害時小児周産期リエゾンマニュアル」を整備し、災害時の周産期医療体制を構築する。
- イ 災害時の周産期搬送を見据えて、患者搬送や物資調達等に関する情報伝達の方法等について情報交換できる場を設定し、関係者による顔の見える関係を築く。

(5) 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。
- イ 総合周産期母子医療センターは、産科的・精神的ハイリスクの妊産婦に対応できる体制を整備する。
- 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。

(6) 助産師の資質向上と活用促進

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

【目 標】

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

[周産期母子医療センター一覧]

(令和5年10月1日現在)

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

精神科：◎院内に入院病床を有する精神科を併設

○院内に精神科併設

[地域周産期病院一覧]

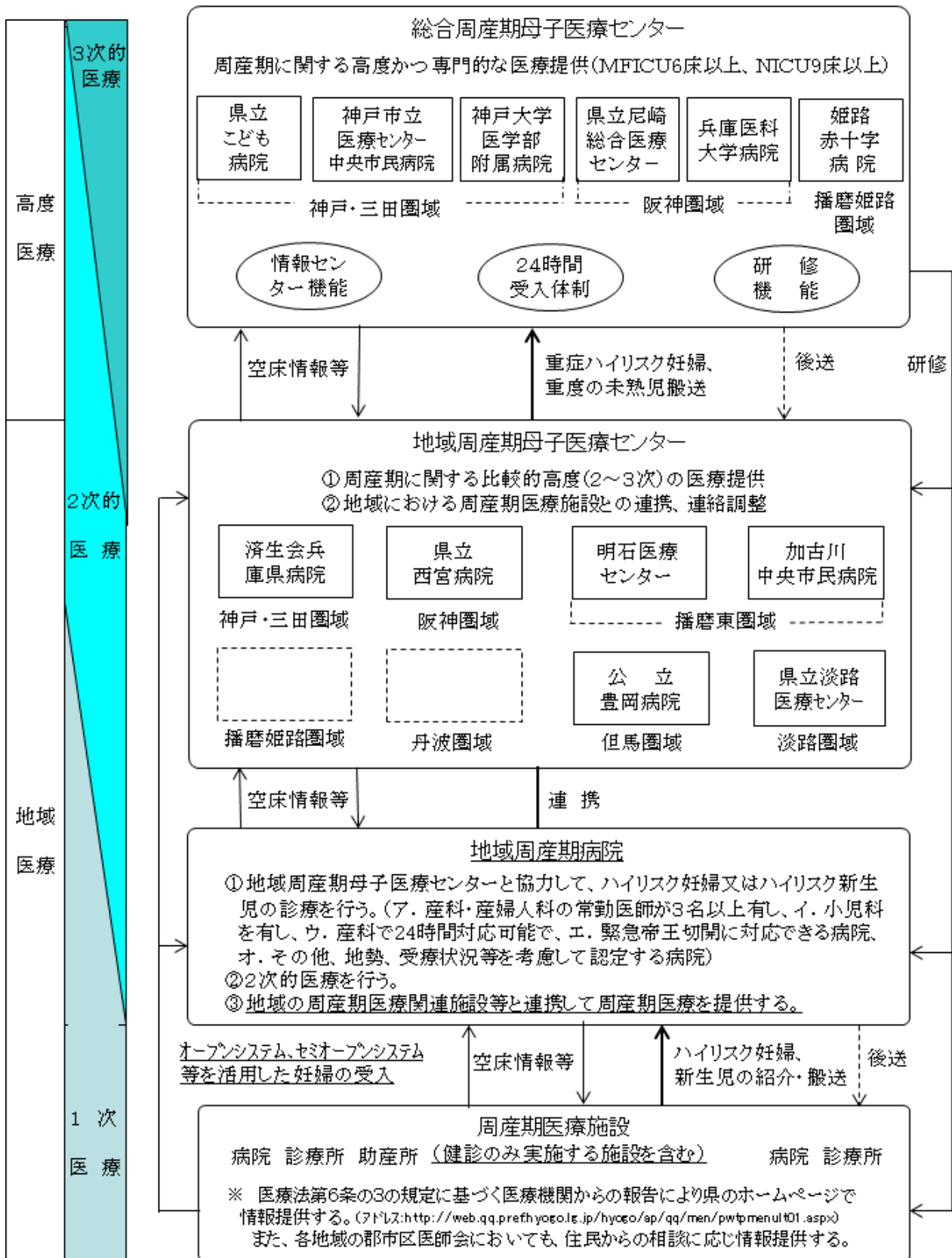
(令和2年4月1日現在)

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

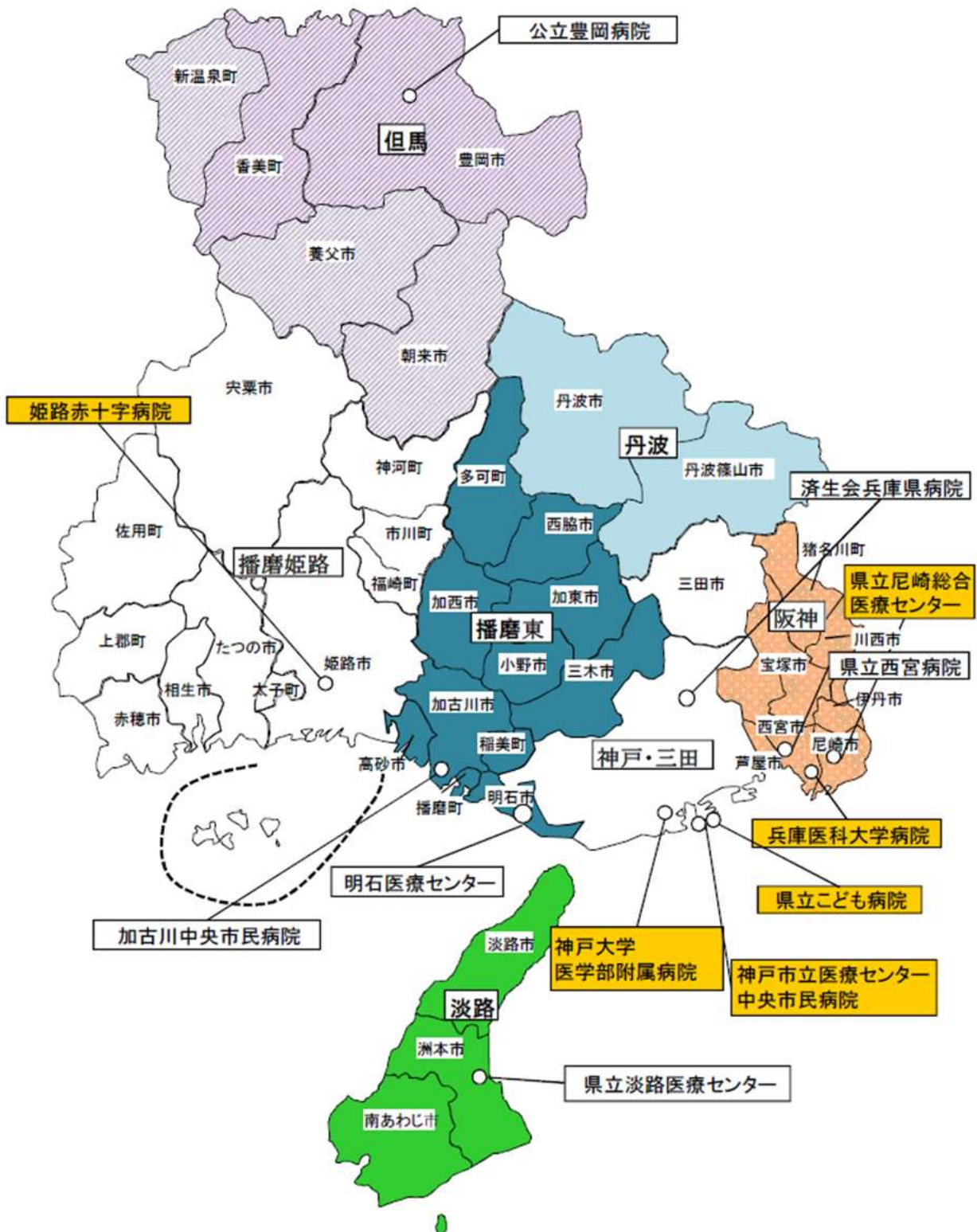
(精)：院内に精神科併設

※ 医療機関の医療機能の変更に対応するため、定期的に県のホームページにおいて、
一覧表を更新する。(https://web.pref.hyogo.lg.jp/org/kf15/index.html)

周産期医療システムの概念図



周産期医療圏域・総合／地域周産期母子医療センター位置図



※**網掛け**の病院は、総合周産期母子医療センター

※**網掛けなし**の病院は、地域周産期母子医療センター

第11章 へき地医療

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。

【現状と課題】

(1) へき地における医療提供体制の状況

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

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

(2) 医師の地域偏在

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

しかしながら、最も多い神戸圏域と、最も少ない丹波圏域で約1.6倍の乖離があるなど、地域偏在が見受けられる。

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

【医師数の状況】

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

(3) 本県の取組状況

本県では、「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。

ア へき地等勤務医師の養成・派遣

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

【県で養成するへき地等勤務医師数の年次推移】 (単位：人)

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

資料「兵庫県医務課調べ」

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

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

資料「兵庫県医務課調べ」

イ 地域医療支援医師県採用制度の実施

へき地での勤務を志す医師を県職員として採用し、公立病院等へ派遣している。

【R4実績：4人】

ウ 医師派遣等推進事業

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

【R4実績：市立加西病院ほか9病院→加東市民病院ほか12病院に派遣】

エ 大学医学部への特別講座の設置

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

【R4実績】

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

(4) へき地医療機関の整備

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

ア へき地医療拠点病院

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

イ へき地診療所等

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

ウ 新専門医制度における専門研修プログラム

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

エ 遠隔医療の実施

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

【推進方策】

(1) へき地における医療機関での医療従事者の安定的、継続的な確保

（県、市町、医療機関）

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

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

ウ へき地等勤務医師の義務年限終了者は、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向上のため、ドクターヘリを着実に運用する。

(8) **遠隔医療の推進（県、市町、医療機関）**

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

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

【へき地医療提供施設の公表】

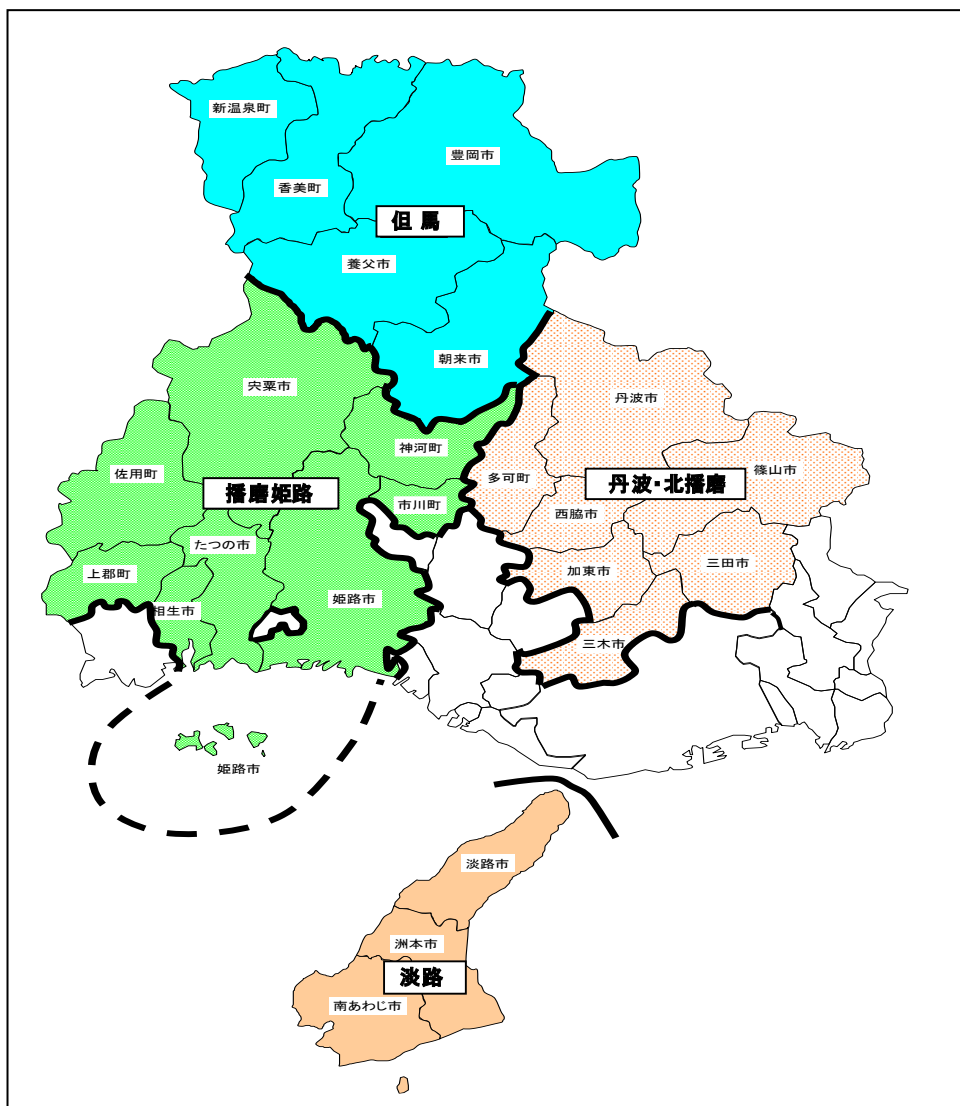
「へき地医療の確保に関する事業に係る医療連携体制に係る医療提供施設」については、兵庫県へき地医療提供施設一覧にて公表する。

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

【数値目標】

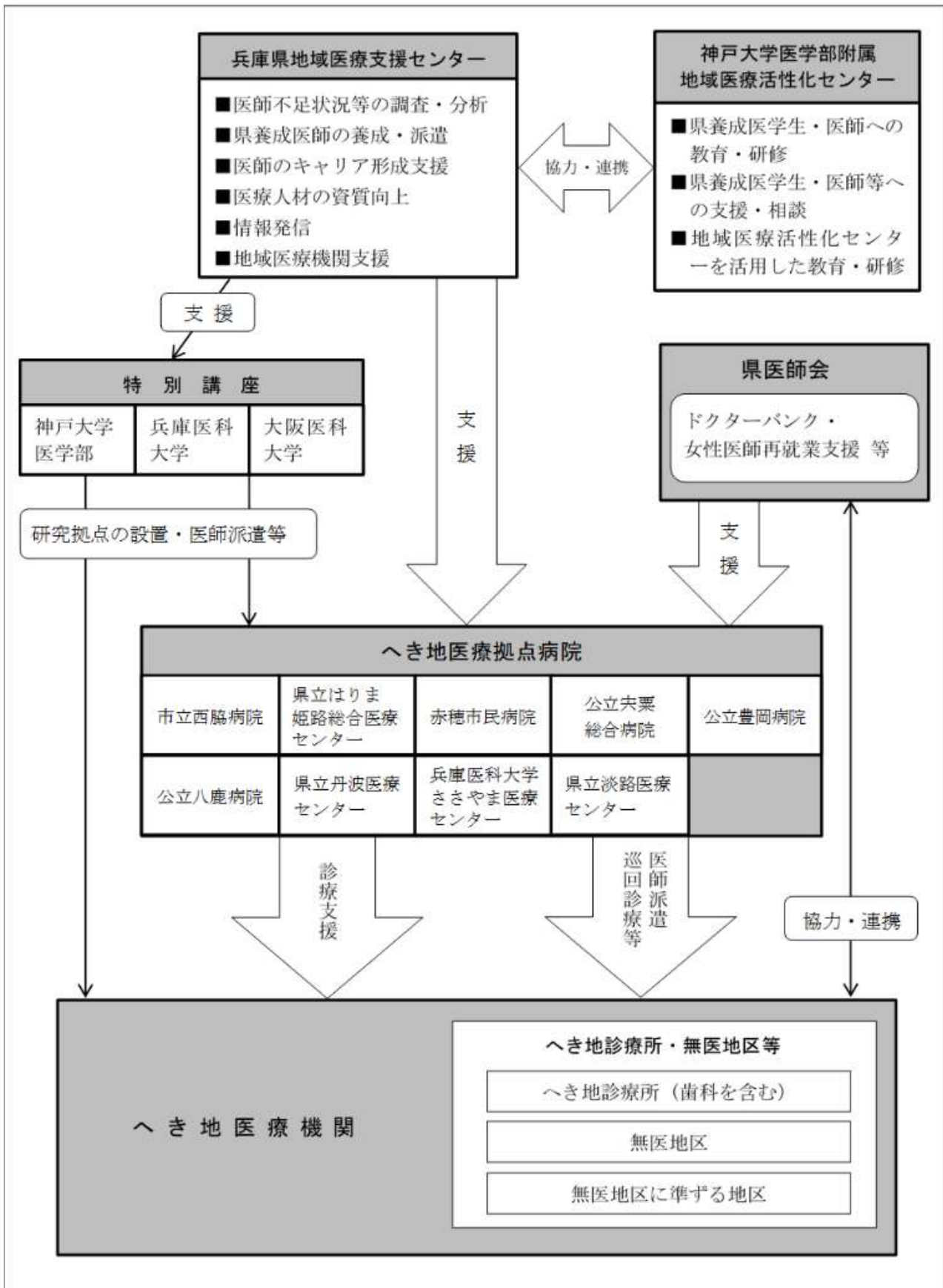
目標	現状値（年度）	目標値（達成年度）
県で養成する へき地等勤務医師数	1 4 5 人 （R5）	1 8 3 人 （R8）

<へき地5法の対象地域>



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

へき地医療対策概念図



へき地医療対策現況一覧

区分	市町(区)名		無医地区等 (R4.10末現在)	へき地診療所 (R5.11.20現在)	へき地医療拠点病院 (R4.5.1現在)	
播磨 姫路	中播磨	家島町	[坊勢島],[家島]	家島診療所、ほうげ医院	県立はりま姫路総合医療センター 赤穂市民病院 公立穴栗総合病院	
		姫路市	夢前町			山之内診療所
		市川町		[上牛尾・下牛尾(河内)]		
		神河町		[長谷]		大畑診療所・上小田診療所・川上診療所
	西播磨	たつの市	御津町			室津診療所
		赤穂市				有年診療所
		穴栗市	一宮町			一宮北診療所
			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、[榎山]		
但馬	豊岡市	竹野町	三原・川南谷・桑野本・大森	森本診療所	公立豊岡病院 公立八鹿病院	
			床瀬・中村・下村・段			
		日高町	羽尻	神鍋診療所		
		出石町	奥小野、[奥山]			
	但東町	西谷・天谷、[奥赤]	資母診療所・高橋診療所・但東歯科診療所			
	養父市			大屋診療所・大屋歯科診療所・出合診療所		
	香美町	香住区		佐津診療所		
		村岡区	相同	塚塚診療所・塚塚歯科診療所・川会診療所・川会歯科診療所		
		小代区		小代診療所		
	新温泉町			照来診療所・歯科診療所・八田診療所・岸田出張診療所		
丹波・北播磨	丹波篠山市		[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	大神	青垣診療所		
	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:9地区 準ずる地区:9地区	市町:14ヶ所・国保診療所:32ヶ所	9病院	

※〔 〕:無医地区に準ずる地区

※下線:市町立診療所、太字:国民健康保健診療所

第12章 在宅医療

1 在宅医療

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

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

【現状と課題】

(1) 高齢者人口の増加に伴う介護ニーズの増加

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

【兵庫県における高齢化の推移と将来推計】

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）

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

(2) 日常の療養支援

医療保健による訪問診療提供医療機関（R3年度）

圏域名	神戸	阪神			東播磨	北播磨	播磨姫路			但馬	丹波	淡路	合計
		阪神南	阪神北	小計			中播磨	西播磨	小計				
訪問診療提供診療所	485	371	183	554	135	68	122	59	181	55	29	44	1,551
訪問診療提供病院	48	18	6	24	11	8	14	11	25	1	4	6	127
在宅医療支援病院・診療所	345	251	132	383	91	51	75	32	107	35	15	34	1,061

※出典：厚生労働省R3データブック

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

※出典：厚生労働省R3データブック

※施設基準等届出状況（近畿厚生局）R5.7時点

a 訪問診療

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

b 訪問歯科診療

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

c 訪問薬剤管理指導

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

d 訪問看護

将来の需要増を見据え、訪問看護師の養成・育成が課題となっている。

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

e 訪問栄養食事指導

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

(3) 看取りの状況

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

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

(厚生労働省「人口動態統計」)

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

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

(4) 入院医療機関から在宅への退院支援

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

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

(5) 急変時の対応

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

(6) 医療的ケア児に対応（小児在宅医療）

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

(7) 医療と介護の連携

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

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

また、医療関係団体等とも連携の上、必要な体制を整備していく。

- 在宅医療・介護連携推進事業
地域のめざす理想像（切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築）を意識しながら市町による主体的な課題解決を実施
 - ① 現状分析・課題抽出・施策立案
地域の医療・介護資源の把握、在宅医療・介護連携の課題の抽出、切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築促進
 - ② 対応策の実施
在宅医療・介護関係者に関する相談支援、地域住民への普及啓発、医療・介護関係者の情報共有の支援、医療・介護関係者の研修
 - ③ 対応策の評価・改善
- ※出典：「在宅医療・介護連携推進事業」の手引き（厚生労働省老健局老人保健課 R2.9）

(8) 認知症に係る在宅医療提供体制の整備

ア 早期診断・早期対応のための体制整備

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

(イ) 認知機能の低下に気づいたときに必要な医療・介護が切れ目なく受けられ

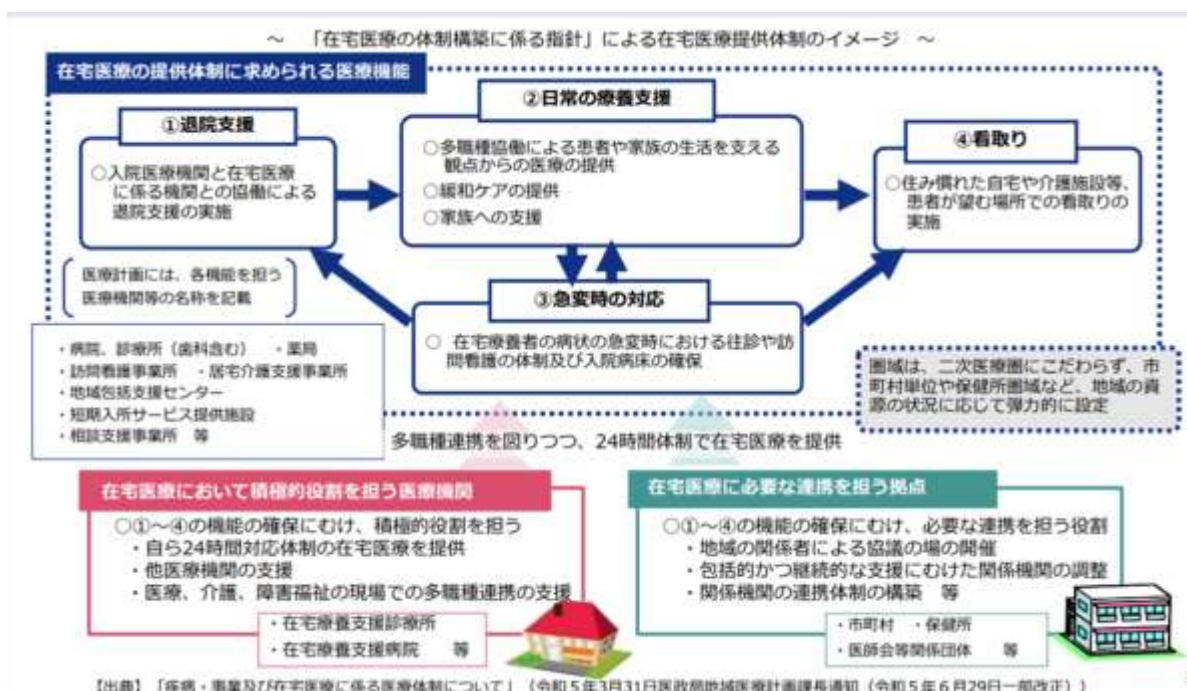
るネットワークの充実が必要である。

イ 医療従事者等の認知症対応力向上の促進

研修を受講した各専門職が、活躍できる体制整備を進める必要がある。

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

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



【連携体制】（次頁「在宅医療提供体制」参照）

(1) 在宅医療圏域の設定

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

(2) 在宅医療において積極的役割を担う医療機関

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

(3) 在宅医療に必要な連携を担う拠点

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

第4部 5疾病6事業及び在宅医療の医療連携体制の構築
第12章 在宅医療

在宅医療提供体制

(令和5年4月1日現在)

2次保健医療圏	在宅医療に必要な連携を担う拠点(郡市区医師会名)	在宅医療圏	在宅医療において積極的役割を担う医療機関								2次救急(重症)	3次救急(重篤)		
			在宅医療支援診療所・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	54	3		1	26	103	30	1	神戸	神戸	●兵庫県医療センター ●神戸市立医療センター中央市民病院 ●神戸大学医学部附属病院
		灘区	灘区	47	7			15	78	25	1			
		中央区	中央区	40	6		5	33	118	37	1			
		兵庫区	兵庫区	21	5	1	1	13	82	26	1			
		北区	北区	41	9	1	2	17	89	37	3			
		長田区	長田区	23	4		1	5	47	18				
		須磨区	須磨区	27	3	1	1	10	68	21	3			
		垂水区	垂水区	45	4	2	1	15	100	31	1			
		西区	西区	47	5		1	16	76	38	2			
	神戸小計	9圏域	345	46	5	13	150	761	263	13				
阪神	阪神南	尼崎市	尼崎	115	10	3	2	40	249	84	5	阪神	●県立尼崎市総合医療センター ●兵庫医科大学病院 ●県立西宮病院	
		西宮市	西宮	106	8	1	2	29	212	66	4			
		芦屋市	芦屋	30	2			14	45	13	1			
		阪神南小計	3圏域	251	20	4	4	83	506	163	10			
	阪神北	伊丹市	伊丹	40	3		2	19	88	39	3			
		川西市(川辺郡含む)	川西	30	4	2	1	13	71	26	1			
		宝塚市	宝塚	43	2		1	23	105	36	3			
		三田市	三田	19		1	1	6	36	17	1			
	阪神北小計	4圏域	132	9	3	5	61	300	118	8				
東播磨	東播磨	明石市	明石	48	7	1	2	25	135	43	1	東播磨	●県立加古川医療センター	
		加古川市(加古郡含む)	加古川	34	3	1	2	34	133	37	2			
		高砂市	高砂	9	2	1	1	6	40	13	1			
		東播磨小計	3圏域	91	12	3	5	65	308	93	4			
北播磨	北播磨	西脇市・多可郡	西脇・多可	10	3	1	1	5	38	7	2	北播磨	●県立加古川医療センター	
		三木市	三木	15	3			11	32	8				
		小野市・加東市	小野・加東	20	3		1	12	41	11				
		加西市	加西	6	1			4	22	5	1			
		北播磨小計	4圏域	51	10	1	2	32	133	31	3			
播磨姫路	中播磨	姫路市	姫路	70	19	2	5	33	241	85	5	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	5	1			3	18	4				
		中播磨小計	2圏域	75	20	2	5	36	259	89	5			
	西播磨	たつの市・揖保郡	たつの・揖保	12	3			7	46	17				
		宍粟市	宍粟	7	1			1	16	6	1			
		佐用郡	佐用	3	1				8	2				
		相生市	相生	4	3			6	11	4				
		赤穂市	赤穂市	3	1	2	1	3	20	2	1			
		赤穂郡	赤穂郡	3				1	4	3	1			
	西播磨小計	6圏域	32	9	2	1	18	105	34	3				
但馬	但馬	豊岡市	豊岡	18	1		1	2	42	10		但馬	●公立豊岡病院	
		美方郡	美方	3	3	1		6	3	3				
		養父市	養父	9	1		1	2	12	2	1			
		朝来市	朝来	5	1			4	17	1				
		但馬小計	4圏域	35	6	1	2	14	74	16	1			
丹波	丹波	丹波篠山市	篠山	6	3			4	16	3	1	丹波	▲県立丹波医療センター	
		丹波市	丹波	9	1		1	7	37	4				
		丹波小計	2圏域	15	4	0	1	11	53	7	1			
淡路	淡路	洲本市	洲本	10	1		1		23	7		淡路	●県立淡路医療センター	
		淡路市	淡路	13	2			3	24	4	1			
		南あわじ市	南あわじ	11	1			5	19	5				
		淡路小計	3圏域	34	4	0	1	8	66	16	1			
8圏域	40郡市区	40圏域	1061	140	21	39	478	2565	830	49	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) 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、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 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 麻薬調剤や無菌製剤処理、小児への訪問薬剤管理指導、24時間対応が可能な薬局の確保など訪問薬剤管理指導を推進
- ④ 多職種に対する在宅医療連携体制の構築を推進
- 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

(2) 入院医療・在宅医療相互の円滑な移行促進（県、市町、医療機関、関係団体）

- 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
- ② 在宅での看取りを支える地域の支援体制の構築

(3) 在宅医療を担う人材育成（関係団体、医療機関、県、市町）

- ① 地域の在宅医療を指導的に担当できる医師等の育成
- ② 在宅医療分野で活躍できる訪問看護師の育成
- 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
- 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

(4) 在宅医療推進協議会の設置・運営（県、市町、関係団体、医療機関）

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

在宅医療推進協議会の検討内容

- ・ 県、地域（市町、郡市区医師会単位）で在宅医療にかかる医療資源の把握
- ・ 地域の課題の抽出と関係団体や機関等での共有化
- ・ 課題に対して、その対策を講じる体制と各種推進事業の実施方法 等

(5) ICTを活用した在宅医療・介護の情報の共有化（県、関係団体、医療機関、市町）

- 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
患者情報のリアルタイムでの共有により、療養生活を支援する。
- 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
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
広域・多数の医療機関による情報共有化を進め、急性期医療から回復期医療、在宅医療・介護への移行を円滑に実施する。

(6) 医療と介護の連携・一体化の促進（県、市町、関係団体、医療機関）

- ① 地域包括ケアシステム構築に向けた支援
- ② 医療と介護の多職種連携による支援
- 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

- 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
- ⑤ 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
- ⑥ 「かかりつけ医機能」を確保・強化するための仕組みを検討
- (7) 認知症に係る在宅医療提供体制の整備（県、市町、医療機関、関係団体）
 - ① 早期診断・早期対応のための体制整備（再掲）
 - ② 医療従事者等の認知症対応力向上の促進（再掲）
 - ③ 医療・介護等の有機的な連携の推進による適切な治療等の提供や在宅復帰のための支援体制の整備（再掲）
- (8) がん患者等に対する緩和ケアの推進（県、医療機関）
入院医療機関が在宅緩和ケアを提供できる診療所などと連携し、切れ目のない在宅医療を提供する。
- (9) 患者・家族への支援を行うNPOの参画促進（民間団体・県）

【数値目標】

1 在宅医療提供体制の充実

目標	策定時	現状値	目標設定
訪問診療を実施している病院・診療所数	1,688 箇所 (H28 ※1)	1,678 箇所 (R3※1)	R7：1,958 箇所 (地域医療構想目標年)
在宅療養支援病院・診療所数	912 箇所 (H29.4月※2)	1,061 箇所 (R5.7月※2)	R7：1,143 箇所
24時間対応体制加算の届出訪問看護ステーション数	495 箇所 (H29.4月※2)	830 箇所 (R5.4月※2)	R7：894 箇所
在宅療養支援 歯科診療所数	—	478 箇所 (R5.7月※2)	R7：515 箇所
歯科訪問診療を実施している診療所数	—	1129 箇所 (R3 ※1)	R7：1,318 箇所
歯科訪問診療を実施している病院数	—	7 箇所 (R3 ※1)	R7：9 箇所
訪問薬剤指導を実施する薬局数	—	1542 箇所 (R5 ※3)	R7：1,661 箇所
機能強化型訪問看護ステーションを有する圏域の数	18 圏域 (H29.4月※2)	27 圏域 (R5.4月※2)	県下 40 圏域に配置 (在宅医療圏域)
訪問栄養食事指導を実施している診療所数	—	562 箇所 (R5.8)	R7:674 箇所

2 退院支援・急変時対応

目標	策定時	現状値	目標設定(達成年度)
退院支援加算の届出 病院・診療所数	215箇所 (H29.4月※2)	224箇所 (R5.7月※2)	R7:242箇所
地域包括ケア病床を有 する圏域の数	36圏域 (H29.4月※2)	38圏域 (R5.9月※2)	県下40圏域に配置 (在宅医療圏域)

3 看取り率

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

※1 医療計画データブック(厚生労働省)

※2 施設基準等届出状況(近畿厚生局)

※3 兵庫県薬剤師会聞き取り

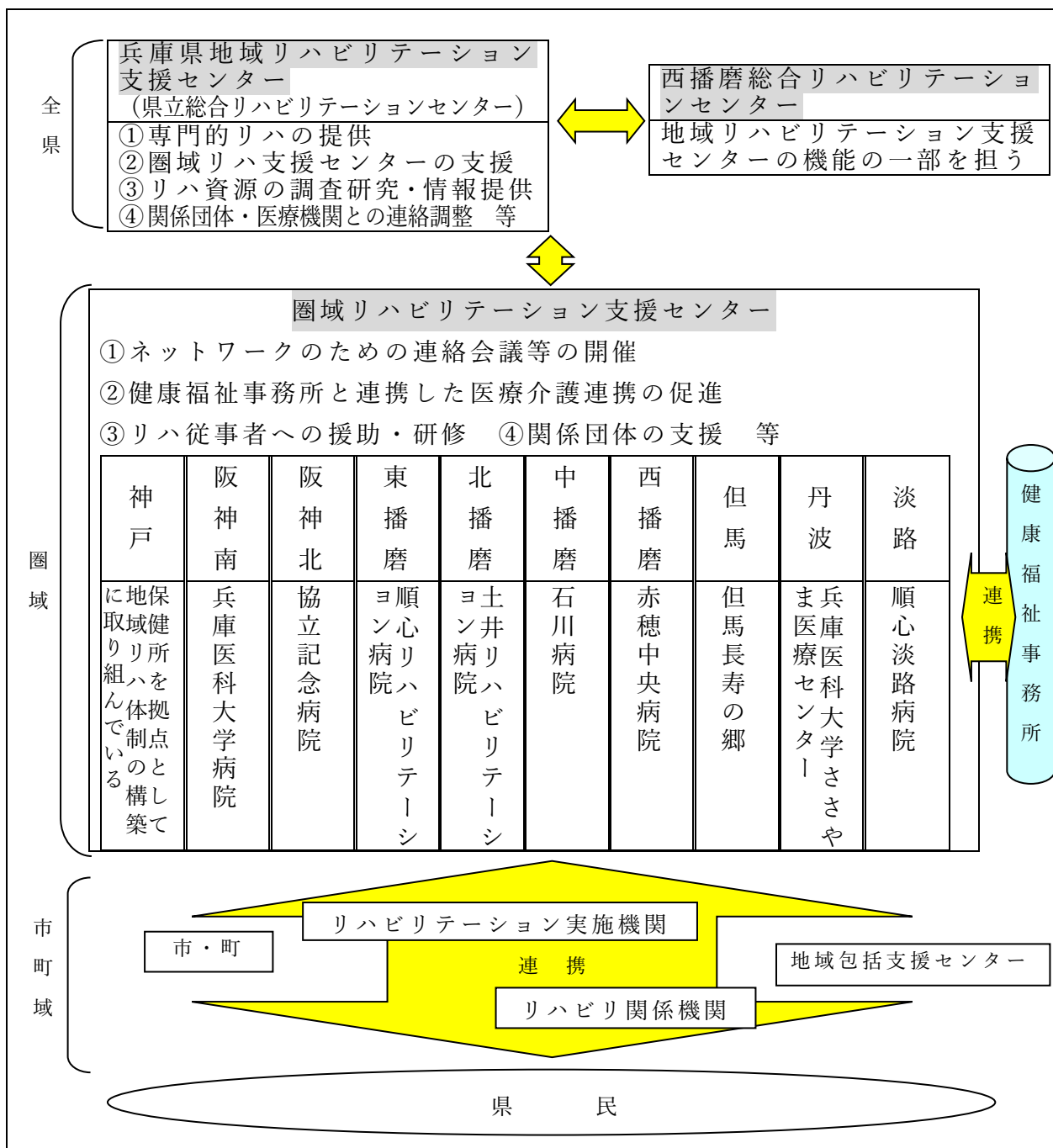
※4 人口動態統計(厚生労働省)

2 地域リハビリテーションの推進

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

【現状と課題】

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



【推進方策】

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

＜「兵庫県地域リハビリテーション連携指針」の概要（推進方策部分）＞

（市町方針）

必要なリハビリテーションが適切かつ速やかに提供出来るよう、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。

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

【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

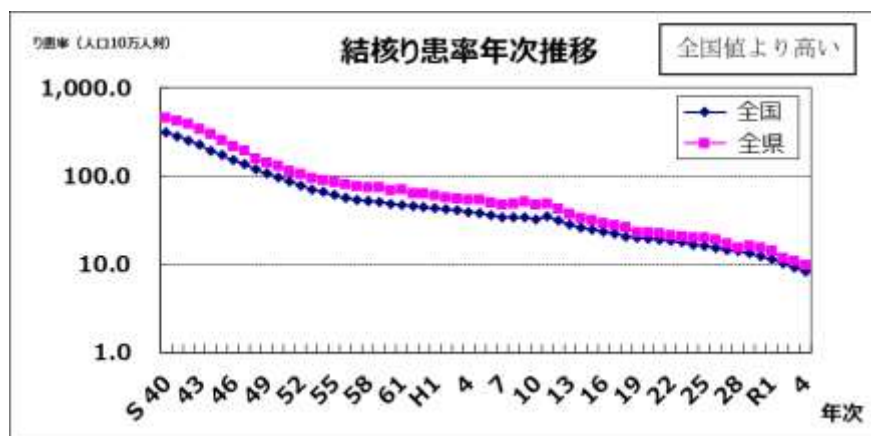
1 結核対策

わが国における結核の状況は、感染症法（旧結核予防法）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4年、全国で約1万2百人の新規結核患者が発生し、約1千7百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さらなる結核り患率の低下を図る。

【現状と課題】

かつて結核は、若年者を中心に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が特徴であり、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4年の結核り患率は、全国ワースト8位である。



令和4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		1,510,171	1,741,906	712,440	258,193	805,171
	患者数	148	178	74	32	64
	り患率	9.8	10.2	10.4	12.4	7.9
塗抹陽性 肺結核	患者数	42	74	22	12	24
	り患率	2.8	4.2	3.1	4.6	3.0

区 分		但馬	丹波	淡路	県全体	全国
人 口		155,285	99,744	126,045	5,432,573	125,103,886
	患者数	11	11	12	530	10,235
	り患率	7.2	11.1	9.6	9.8	8.2
塗抹陽性 肺結核	患者数	5	3	5	187	3,703
	り患率	3.3	3.0	4.0	3.4	3.0

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。
注) 県全体及び各圏域別の人口は、県統計課の令和4年10月1日現在の推計人口を使用した。

令和4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	1	0	2	3	26	17	24	37	30	390	530
割合 (%)	0.2	0.0	0.4	0.6	4.9	3.2	4.5	7.0	5.7	73.6	—

7割以上が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。

【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、外国人患者に対しても地域の実情に応じて普及啓発を実施する。

(2) 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（モデル病床を含む）の確保

(3) 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。

(4) 結核患者の管理・接触者健診の推進

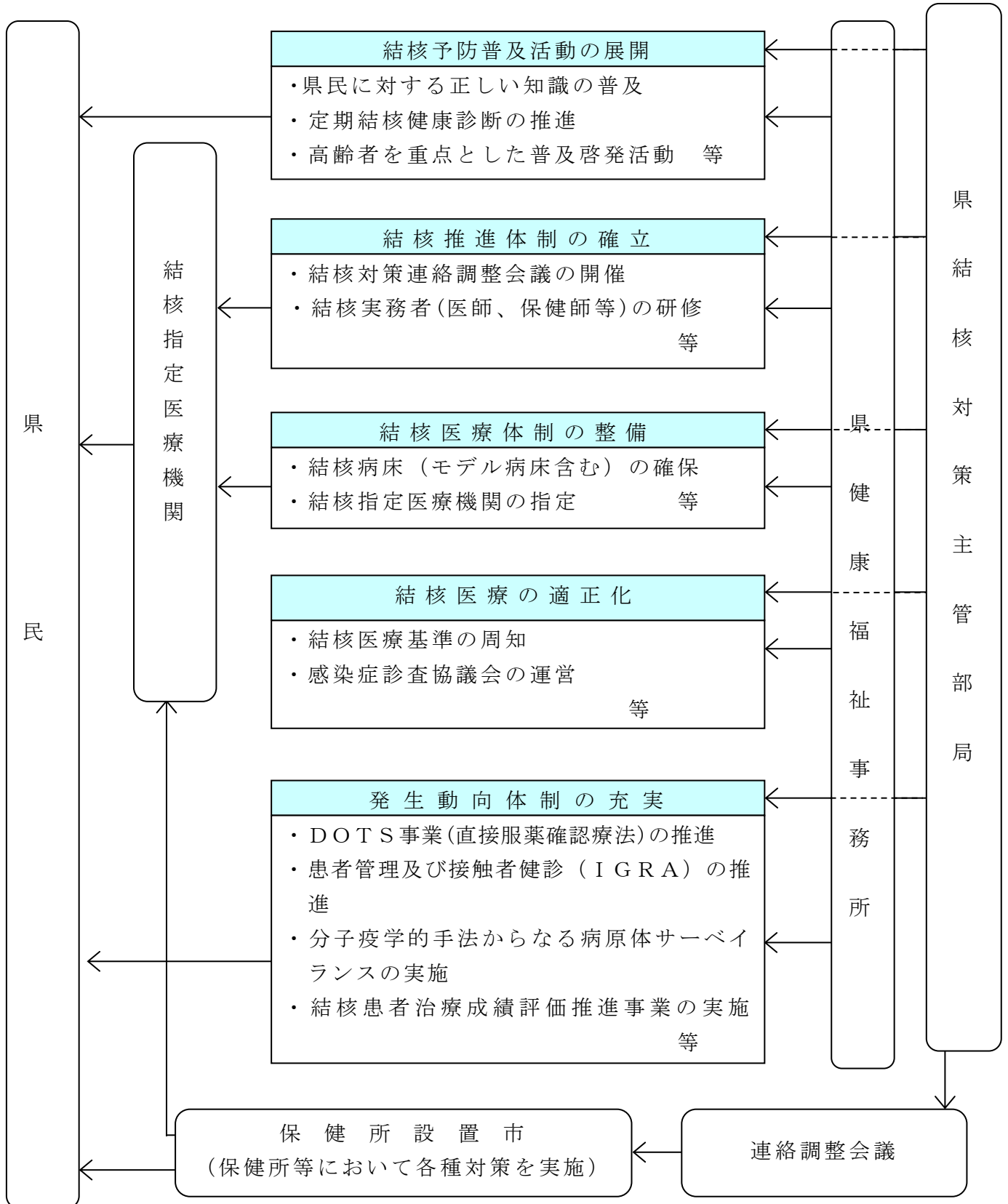
結核患者の訪問指導及び接触者の健康診断を徹底するとともに、感染源調査等の実施により結核のまん延防止を図る。さらに、結核患者等の管理について評価を行い、結核患者の治療脱落の防止を図る。

- 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（I G R A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	現状値	目標値（達成年度）
人口10万対結核り患率の低下	9.8 (R4)	り患率全国平均以下 (R11)

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で推移している。しかし令和2年43件と本県において増加（前年比170%）に転じ、令和3年31件、令和4年24件と減少していたが、今後も発生動向に注視が必要な状況である。

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、国・自治体・医療機関・NGO団体等と連携を深めながら、特に、感染者の多い若年層やMSM（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。また、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・偏見の解消を目指す。

【現状と課題】

(1) 患者・感染者の状況

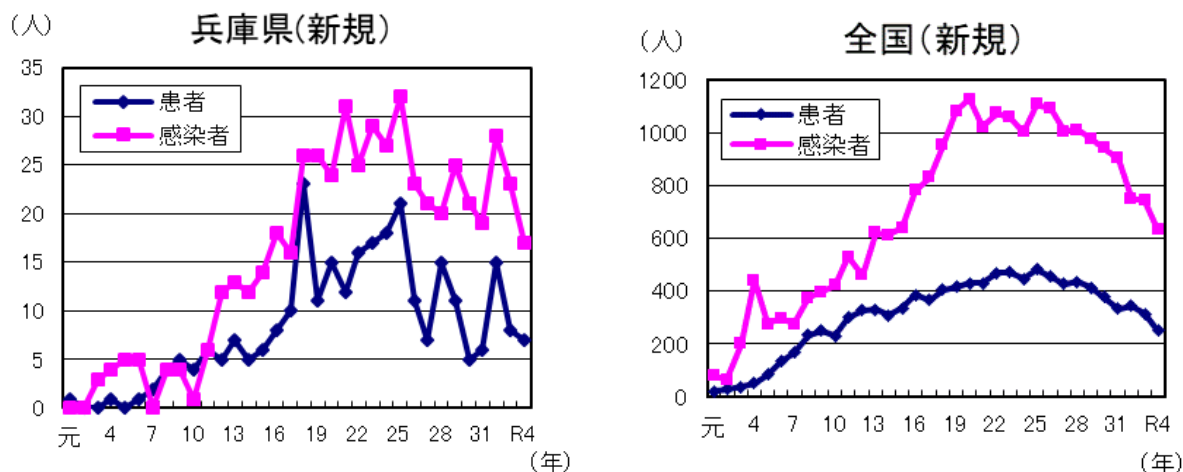
令和4年末における患者・感染者の平成元年からの届出累計は、全国で患者10,519人、感染者23,785人、そのうち、本県が患者281人、感染者539人となっている。国内のH I V感染者・エイズ患者の新規届出数は近年、年間約1,000人で推移している。

感染経路の傾向としては、感染者で令和4年の同性間性的接触によるものが本県41.2%(全国70.1%)・異性間性的接触23.5%(全国15.8%)、患者で同性間性的接触によるものが本県42.9%(全国50.4%)・異性間性的接触42.9%(全国21.0%)となっており、同性間性的接触が多い傾向にある。

平成31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24.0%(全国26.9%)であったが、令和4年では兵庫県29.2%(全国28.5%)となった。

なお、新型コロナウイルス感染症の発生に伴う検査控えの影響や、全国値と比較してもいきなりエイズ率が高いことから潜在的な感染者の存在も推測される。

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、エイズ相談や無料・匿名のH I V抗体検査、県民への啓発活動、高校生・大学生への健康教育等を実施している。患者・感染者の早期発見・早期治療や人権を尊重して差別や偏見を解消していくことや、個別施策層に対する重点的な支援が必要である。

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っている。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：平成31年改正）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*を対象にきめ細かく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るとともに必要に応じてN G O等とも連携しながら、H I Vに関する電話相談事業を実施する。（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、S N Sやホームページ等による啓発を行い、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安心して受診できるよう、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	現状値	目標値（達成年度）
年間患者・感染者届出数の計に占める患者割合の低下	29.2%（令和4年推計） ※参考 令和3年全国29.8%	20%以下 （令和11年）

○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年の潜伏期間があり、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、継続して服薬することで、発症を抑えることができる。

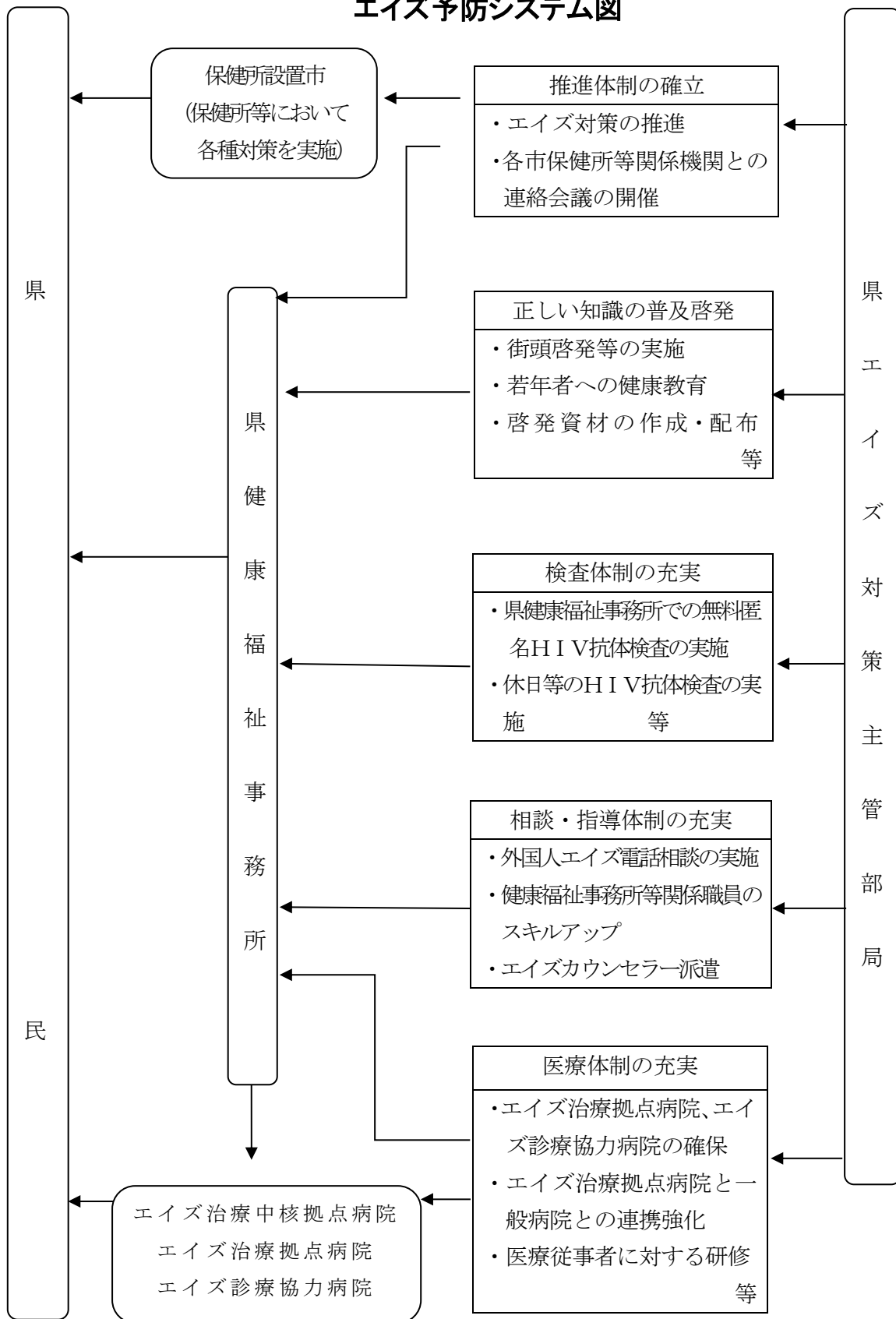
また、エイズ発症前に治療を開始する方が治療効果は高いため、周囲への感染拡大を防ぐことと併せ、早期発見及び医療機関の早期受診が重要となる。

○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5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 関西ろうさい病院（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」（令和6年3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。

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た。令和3年2月、新型インフルエンザ等感染症として指定され種々のまん延防止対策が行われたが、令和5年5月には五類感染症へと移行した。

また、新興感染症については、発生・まん延時における医療について本計画第4部第9章において定めるとともに、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。

【現状と課題】

(1) 医療体制

感染症の医療体制としては、主に一類感染症患者等（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）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として国の基準に基づき、2次保健医療圏域ごとに下表の9病院（50床）を指定している。

また、二類感染症の結核患者の入院医療を担当する第2種感染症指定医療機関として、県下に5病院145床（別に2病院：結核モデル病床2床）を指定している。

第2種感染症医療機関（感染症病床及び結核病床）

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	東播磨	県立加古川医療 センター	但馬	公立豊岡病院組合立 豊岡病院
	神戸市立西神戸医療セ ンター ※1	北播磨	市立加西病院		
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	公立八鹿病院 ※1
	谷向病院 ※1		赤穂市民病院		県立丹波医療 センター
	独立行政法人国立病院 機構兵庫中央病院 ※1		医療法人千水会赤 穂仁泉病院 ※2	淡路	県立淡路医療 センター ※3

下線部は感染症病床

※1:結核病床のみ ※2:結核モデル病床のみ ※3:感染症、結核病床及び結核モデル病床

(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4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、国内発生は少ない。

また、同年の腸管出血性大腸菌の届出については、95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。

令和4年、四類感染症のエムポックスがパンデミックとなり、令和5年9月時点で、日本でも200人を超える患者届出がある。

兵庫県下の主な感染症の発生状況

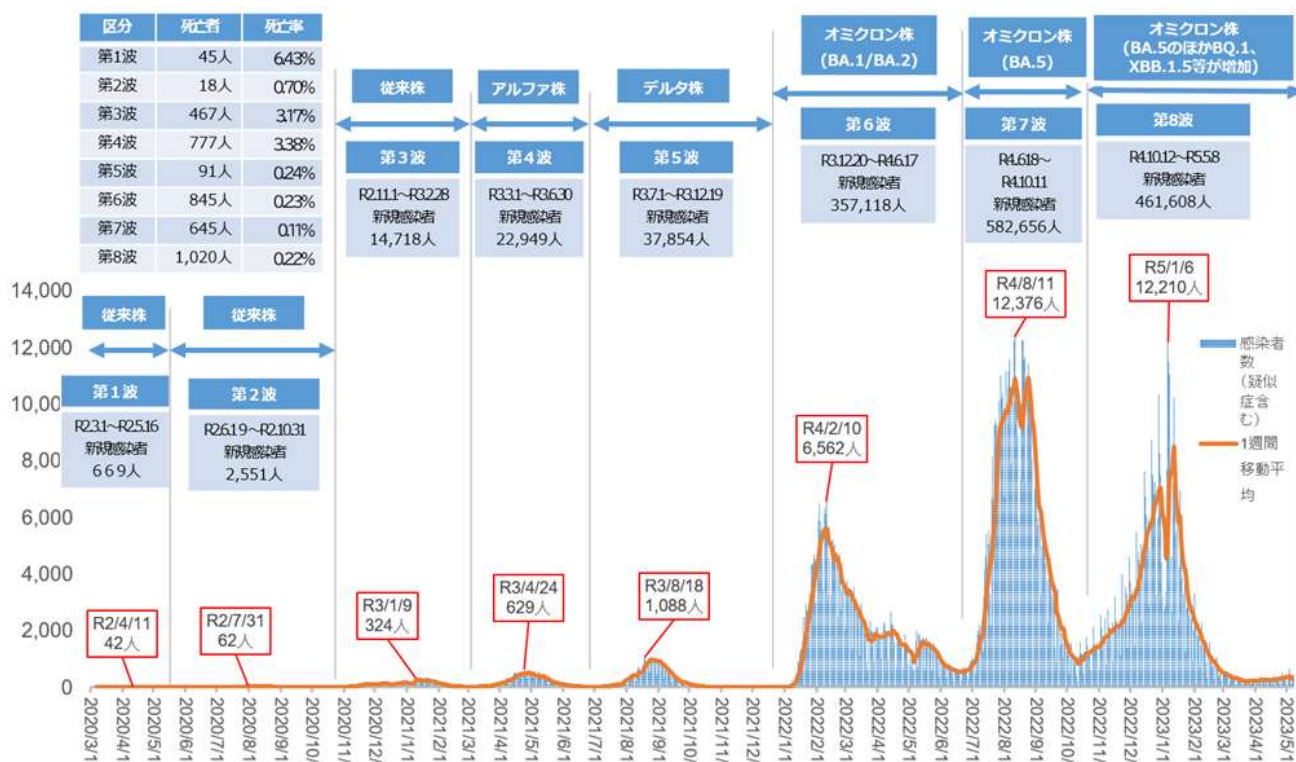
(単位：人)

	細菌性赤痢	腸チフス等	腸管出血性大腸菌
令和3年	0	0	84
令和4年	0	0	95

なお、新型コロナウイルス感染症患者は、令和2年3月1日、県内で初めて陽性者が確認され、令和5年5月8日までに、1,480,153人の陽性者が確認さ

れている。令和5年5月8日以降は五類感染症となり定点把握の対象疾患に変更となった。

【参考】新型コロナウイルス感染症の発生状況（令和5年5月8日まで）



(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、感染症サーベイランス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。感染症サーベイランスシステムについては、令和4年10月31日から新システムの運用が開始され、各医療機関からシステムに直接届出ができるようになった。また、令和5年4月から、感染症指定医療機関の届出が義務化された。

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。感染症発生動向調査の充実及び適時適切な情報を個人情報保護に留意しながら提供していくことが課題である。

(4) 積極的疫学調査

感染症の感染経路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。関係機関との連携強化が必要である。

【推進方策】

「感染症の予防及びまん延の防止のための施策」「感染症に係る医療を提供する体制の確保に関する事項」「宿泊施設の確保及び外出自粛対象者等の環境整備」等に取り組む。なお、詳細については県感染症予防計画を参照のこと。

新型インフルエンザ等感染症については、「未発生期の対策」「海外発生期（県内未発生期を含む）の対策」「県内発生早期の対策」「県内感染期の対策」「小康期の対策」等に基づく各個別施策に取り組む。なお、詳細については県新型インフルエンザ等対策行動計画を参照のこと。

〈県感染症予防計画より引用〉

[感染症の予防及びまん延の防止のための施策]

- (1) 感染症の発生の予防のための施策
- (2) 感染症のまん延防止のための施策

[感染症に係る医療を提供する体制の確保に関する事項]

- (1) 感染症に係る医療の提供体制
- (2) 新興感染症の発生・まん延に備えた医療提供体制の整備

[宿泊施設の確保及び外出自粛対象者等の環境整備]

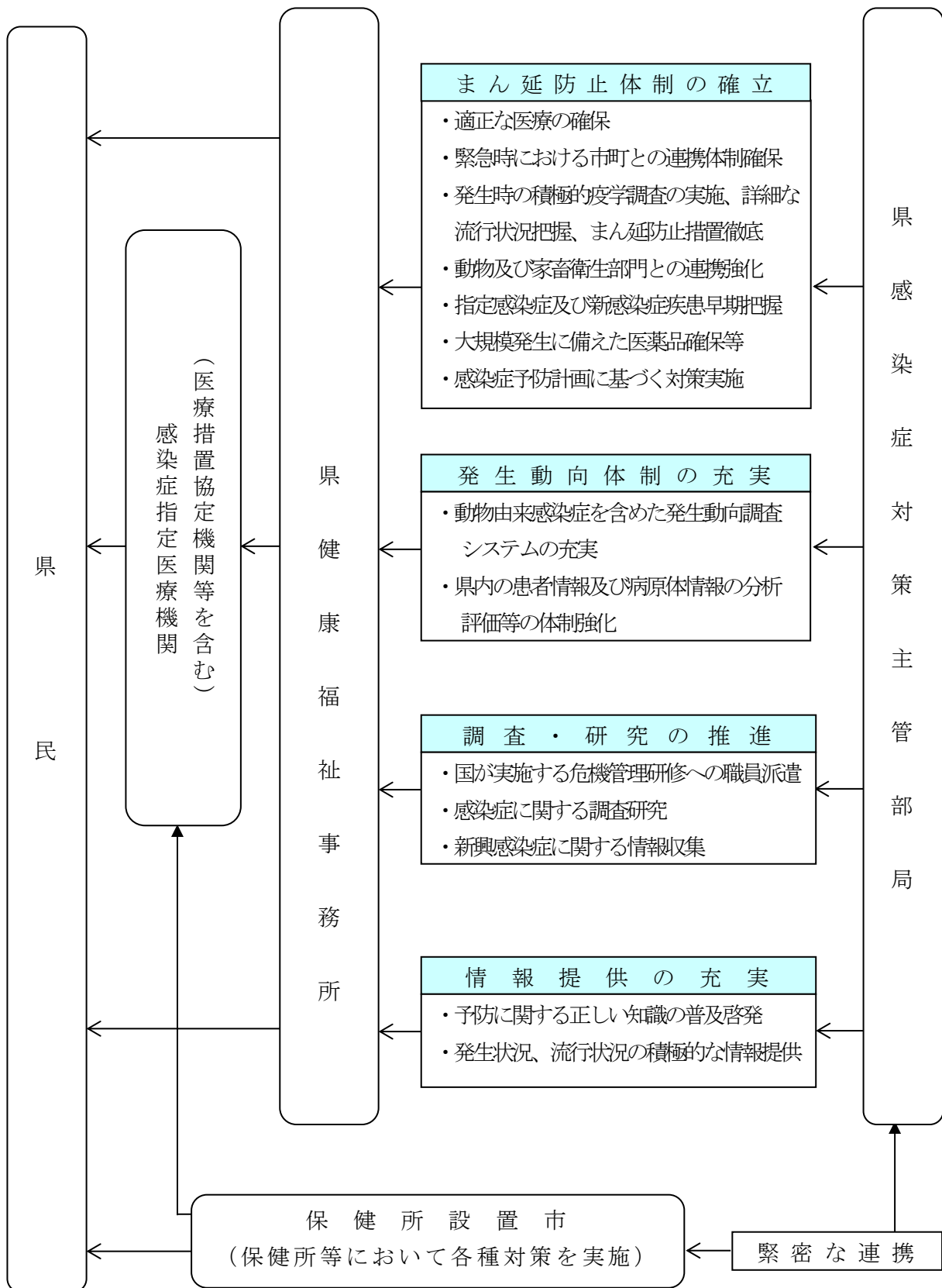
- (1) 宿泊施設の確保
- (2) 外出自粛対象者の環境整備

〈県新型インフルエンザ等対策行動計画より引用〉

[未発生期の対策] [海外発生期（県内未発生期を含む）の対策] [県内発生早期の対策] [県内感染期の対策] [小康期の対策]

- (1) 実施体制
- (2) 情報収集・提供
- (3) 予防・まん延防止
- (4) 医療体制
- (5) 県民生活及び県民経済の安定の確保

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。

【現状と課題】

(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14病院(令和3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5年8月時点で、日本アレルギー学会専門医が183人、うち同会指導医が27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

地域に関わらず適切な医療が受けられる体制の整備として、診療ガイドラインに基づく標準治療のさらなる普及や、専門医療機関のネットワーク、かかりつけ医との連携等が課題である。

(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っている。

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(医師、薬剤師、看護師、栄養士等)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している。

- ② 学校・保育所等の関係者の資質向上のため、拠点病院に委託して、医学的見地による助言、支援を実施している。

ウ 情報提供

慢性疾患であること、誤った情報により病状の悪化を繰り返す事例があること、疾患の増悪要因が生活環境中に広く存在すること等により、適切な情報に基づく平時からの自己管理や生活環境の改善が必要である。また、災害の備えに関する情報提供を図る必要がある。

エ 県アレルギー疾患対策推進計画の策定

必要に応じ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する。

オ 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している。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。

【推進方策】

(1) 重症化の予防及び症状軽減のための施策

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の軽減を図るため、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

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、医療の均てん化、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等に取り組んでいく。

(3) 患者・家族等を支援するための環境づくりの施策

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んでいく。

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、難病の患者に対する医療等に関する法律（（平成27年1月施行）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。

【現状と課題】

(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4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 338 疾患	34,737	6,995,629
一般特定疾患		スモンほか 3 疾患	39	6,304
小児慢性特定疾患		悪性新生物ほか 16 疾患群 (78 疾患)	1,424	478,407
先天性血液凝固因子障害		先天性血液凝固因子欠乏症	349	97,623
県単独事業対象疾患		突発性難聴ほか 2 疾患	0	0
合計			32,721	6,510,993

なお、令和3年11月より、指定難病は338疾患、小児慢性特定疾患は16疾患群788疾患に公費負担の対象が拡大されてきている。さらに、法改正により令和5年10月1日から医療費助成の対象を、申請日から前倒しして重症化時点（認定基準を満たすことについて指定医が診断した日）とするなど制度の充実が図られてきている。

また、福祉、就労等の各種支援を円滑に利用できるようにするため、県が患者のデータ登録時に指定難病に罹患していること等を確認し、「登録者証」を発行する事業が創設された（令和6年4月施行）。

(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、「在宅人工呼吸器装着難病患者災害時支援指針」（平成18年3月策定）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、保健・医療・福祉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、拠点病院等の指定や、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等に向けて取り組んできた。

令和元年度からは、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5,300

※R5.4月末時点

今後も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、保健・医療・福祉等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 重症神経難病患者の入院施設を確保し退院後、安心して地域に戻れ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、兵庫県移行期医療支援センターを設置し、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。

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。

【現状と課題】

(1) 患者の状況

- ア 透析患者数は、年々大幅に増加しており、令和3年には全国で約34万9千人、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、令和3年で導入患者の平均年齢は71.1歳である

区分		H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3
患者数	全国	324,986	329,609	334,505	339,841	344,640	347,671	349,700
	兵庫県	13,374	13,672	14,036	14,390	14,416	14,505	14,423
主要現疾患の割合(%)	糖尿病性腎症	43.7	43.2	42.5	42.3	41.6	40.7	40.2
	慢性糸球体腎炎	16.9	16.6	16.3	15.6	14.9	15.0	14.2
平均年齢	導入	69.2	69.4	69.7	70.0	70.4	70.9	71.1

資料「日本透析医学会調べ」

(2) 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。

(3) 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。

【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（五訂版）」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、食事や運動などの生活習慣の改善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) 特定健診、特定保健指導対策の推進（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（以下、県プログラムという。）を策定した。平成31年4月の国プログラムの改定を受け、令和2年4月に、県プログラムを改定した。

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。対象臓器は、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が規定されている。

平成22年7月、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。

兵庫県は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っている。

【現状と課題】

(1) 臓器移植の登録・あっせん

臓器移植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、(公社)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。なお、臓器提供意思表示カード等の配布は進んでいるものの、臓器移植を受けた人は400人/年と少なく、実際に移植を希望している人の約3%程度に留まることから、さらなる啓発活動の取組が必要である。

全国臓器移植希望登録者の状況（令和5年8月31日現在）

心臓	肺	肝臓	腎臓	膵臓	小腸	眼球
879名	553名	353名	14,013名	154名	9名	1,922名

(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) 眼球（角膜）は、令和5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12施設である。

公表を承諾した臓器提供施設一覧（令和5年3月末時点）

病院名	所在地	備考
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	○
神戸市立西神戸医療センター	神戸市	
神戸大学医学部附属病院	神戸市	○
兵庫県立尼崎総合医療センター	尼崎市	○
兵庫県立西宮病院	西宮市	○
大西脳神経外科病院	明石市	
明石市立市民病院	明石市	
兵庫県立加古川医療センター	加古川市	
姫路赤十字病院	姫路市	○
西脇市立西脇病院	西脇市	○
兵庫県立淡路医療センター	洲本市	○

※ 備考欄：18歳未満の臓器提供が可能と公表している病院

また、臓器移植法に基づく日本医学会移植関係学会合同委員会において選定された本県の移植実施施設は、肝臓1施設、膵臓1施設、腎臓3施設（全国では、心臓11施設、肺11施設、肝臓23施設、膵臓21施設、小腸13施設、腎臓123施設）である。

移植実施施設（令和5年7月25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
	兵庫県立西宮病院	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、平成8年度より兵庫医科大学病院に委託していたが、現在は神戸市立医療センター中央市民病院（令和元年度～）、神戸大学医学部附属病院（令和5年10月～）に委託し、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小中学校、高等学校、専門・大学への移植医療講義等の日常業務、臓器提供発生時の家族への説明、摘出臓器の搬送と手配等、（公社）日本臓器移植ネットワークと連携しながら活動を行っている。

院内コーディネーターについては、これまで5類型施設に限定していたが、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ることを踏まえ、設置を認可した。現在、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向けに県内研修の充実及び設置施設の拡大に取り組んでいる。

また現在、日本臓器移植ネットワークが進めている臓器提供施設連携体制整備事業に、神戸市立医療センター中央市民病院が拠点施設として参画しており、県内の5類型施設8施設と連携体制をとり、臓器提供の院内体制を強化している。

令和5年院内コーディネーター数（令和5年8月31日現在）

	人数	施設数
5類型施設	172名	23施設
5類型施設外	24名	8施設
合計	196名	31施設

(4) 子どもの臓器提供の状況

臓器移植の改正（平成22年施行）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り、家族の書面による承諾によって15歳未満の方からでも臓器提供が可能となった。しかしながら、改正後、全国で15歳未満からの臓器提供は56件に留まっている。

子どもの臓器提供事例が進まない理由には、① 家族が脳死を死として受入れられない、② 虐待を完全に否定できない、③ 施設の体制が整っていない等がある。

兵庫県では、令和4年に県内で初めて18歳未満の児童からの臓器提供が行われたが、本県において、18歳未満の臓器提供が可能と公表している病院は8病院であることから、引き続き、施設体制整備に努めていく必要がある。

(5) 高齢者の臓器提供の状況

救急搬送される患者の高齢化が進むとともに、移植待機者も高齢化が進んでいる。兵庫県ではそのような現状に注目し、年齢だけにとらわれずに、高齢者への普及啓発活動も進めており、令和4年度には高齢者に向けた人生会議の講演会等を実施している。なお、令和5年度には、県内病院より、国内における最高年齢となる77歳の方から臓器提供が実施され、心臓・肺・肝臓・腎臓が移植された。

【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、グリーンライトアップ、出前講座等の啓発活動を実施する。（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、（公社）日本臓器移植ネットワークと連携し、救命救急センター（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）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) 臓器移植に係る関係者を集めた会議や説明会を開催し、関係施設とネットワ

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)

- (4) 平成29年度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、目の病院の研究と治療、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)
- (5) 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が、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(6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30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
ドナー登録者数	全国	509,263	529,965	530,953	537,820	544,305
	県	19,932	20,495	20,228	20,300	20,242

(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、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20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9～30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	計
全国公的バンク計 供給数（移植使用数）	17,425 (16,935)	1,416 (1,379)	1,522 (1,496)	1,330 (1,303)	1,376 (1,335)	23,069 (22,449)
兵庫さい帯血バンク 供給数（移植使用数）	1,959 (1,890)	125 (124)	130 (128)	136 (131)	169 (161)	2,519 (2,434)

※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5年8月末現在では547,708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5割強にとどまっており、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・配布や大学生や看護学生等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）

さらに、骨髄等の提供を行った者を助成することにより、ドナーの負担を軽減し、ドナー登録者の確保と骨髄等移植率の向上を図る。（県、市町）

(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。

【現状と課題】

(1) 病院歯科等とかかりつけ歯科医の連携（地域包括ケアシステム）

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。

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」し、介護施設等を含む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) 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。

項目	値
県内歯科診療所数 (人口10万対)	2,960 (54.8)
県内休日歯科診療施設数	16
障害者歯科診療施設数	12
在宅療養支援歯科診療所 (令和5年7月現在)	478

【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) 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)

(3) 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)

(4) 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)

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	伊丹市立口腔保健センター	伊丹市千僧1-1-1 いたみ総合保険センター1階
5	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
6	三田市歯科医師会(各医院の輪番制)	
7	宝塚市立口腔保健センター歯科診療所	宝塚市小浜4-4-1(保健センター内)
8	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
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	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
11	西脇市多可郡歯科医師会(各医院の輪番制)	
12	加西市歯科医師会(各医院の輪番制)	
13	加古川歯科保健センター	加古川市米田町船頭5-1
14	(一社)姫路市歯科医師会口腔保健センター	姫路市安田3-107
15	丹波篠山市歯科医師会(各医院の輪番制)	
16	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	神戸市立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	伊丹市立口腔保健センター	伊丹市千僧1-1-1 いたみ総合保険センター1階
5	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
6	宝塚市立口腔保健センター歯科診療所	宝塚市小浜4-4-1(保健センター内)
7	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
8	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
9	加古川歯科保健センター	加古川市米田町船頭5-1
10	(一社)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

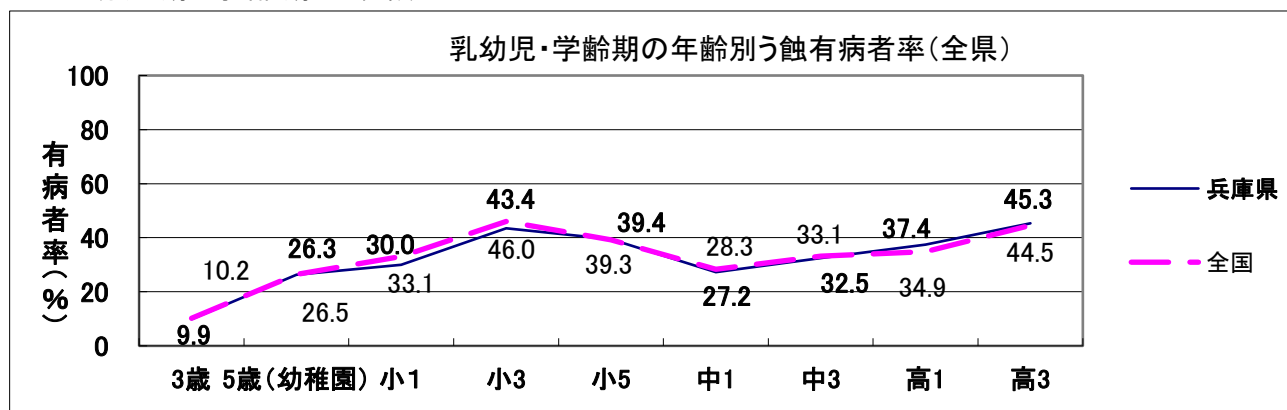
2 歯科保健

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ことから、生活習慣病を予防し、健康寿命の延伸にも寄与する。そこで、妊産婦（胎児）から高齢者にライフステージに応じた歯科口腔保健対策を実施することにより、県民の健康を支える。

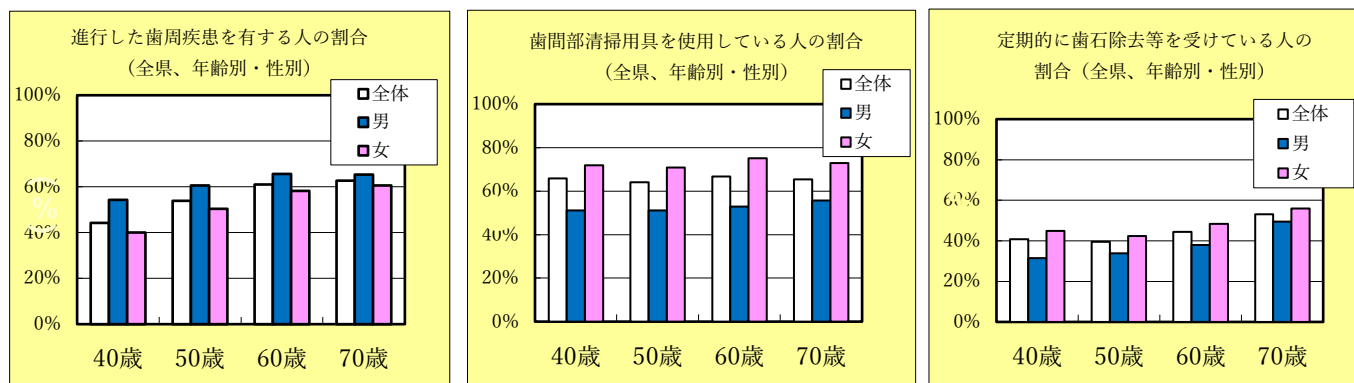
【現状と課題】

- (1) (総合的な推進) 過去1年以内に歯科健診を受けた者(20歳以上)は6割で改善傾向、さらにかかりつけ歯科医で歯石除去や歯面清掃(PMTC)を受けた人も5割を超え目標を達成している。このことから定期的に歯科を受診する必要性を理解し、歯と口腔の健康維持を実践している県民が過半数を超えたことを示している。
- (2) (次世代への支援) 子どものむし歯有病率は、3歳児、12歳児ともに減少し、いずれも目標を達成しているが12歳児での一人平均むし歯数が1歯未満を未達成となった市町もあり、地域格差の縮小が課題である。12歳で歯肉炎を有する者の割合は目標を達成しておらず、引き続きの啓発・指導が必要である。
- (3) (成人期) 8020達成者の割合は改善傾向であるが、成人期における歯周疾患を有する者はH27からR1にかけて増加傾向にあり、特に若い世代で急増している。
- (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・80歳代では目標を達成し、70歳代では改善した。また、60歳代における咀嚼良好者の割合は増加している。
- (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」は目標値に達していない。

幼児期・学齢期のう蝕



資料 「令和4年度 兵庫県健康増進課調べ」



資料 「令和4年度兵庫県健康増進課調べ」

【目 標】

目 標	現状値 (年度)	目標値 (達成年度)
過去1年間に歯科健康診査を受診した者の割合の増加(20歳以上)	60.2% ※1 (2021(R3))	82% (2028(R10))
過去1年間に歯科健康診査を受診した者の割合の増加(20歳代)	45.5% ※1	77% (2028(R10))
3歳児健康診査で4本以上のむし歯のある者の割合の減少	2.9% ※2 (2021(R3))	1.3% (2027(R9))
進行した歯周病を有する者の割合の減少	40歳: 44.2% ※3 50歳: 53.9% ※3 (2021(R3))	40歳: 34% 50歳: 44% (2027(R9))
口腔機能の維持・向上における咀嚼良好者割合の増加(60歳以上)	65.1% ※1 (2021(R3))	80% (2028(R10))
障害者(児)入所施設での過去1年間の歯科健診実施率の増加	64.2% ※3 (2021(R3))	90% (2028(R10))
介護老人福祉施設及び介護老人保健施設での過去1年間の歯科健診実施率の増加	31.9% ※3 (2021(R3))	50% (2028(R10))

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

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、元来県民の保健医療に必要な不可欠なものであるが、超高齢化社会を迎え、服用までの一貫した品質、有効性及び安全性確保が一層重要となっている。

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。
- (4) 災害時に薬事に関する保健医療活動の調整役として新たに整備することとされた「兵庫県災害薬事コーディネーター」を養成する必要がある。

【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)

(4) 兵庫県災害薬事コーディネーターの整備

災害時、保健医療調整本部において被災地の医薬品等や薬剤師及び薬事・衛生面に関する情報の把握やマッチング等を行う兵庫県災害薬事コーディネーターの養成に取り組む。(県、関係団体)

○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の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、品質確保のため、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。

とりわけ、若年層における大麻事犯の増加に対し、青少年への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内訳は、10年前の平成25年は、覚醒剤事犯が84.2%を占めており、大麻事犯は12.0%であった。

しかし、令和4年には覚醒剤事犯が50.4%、大麻事犯が44.0%となっており、大麻事犯が増加している。

大麻事犯検挙者の年齢別の内訳では、その70.5%を30歳未満の若年層が占めている。

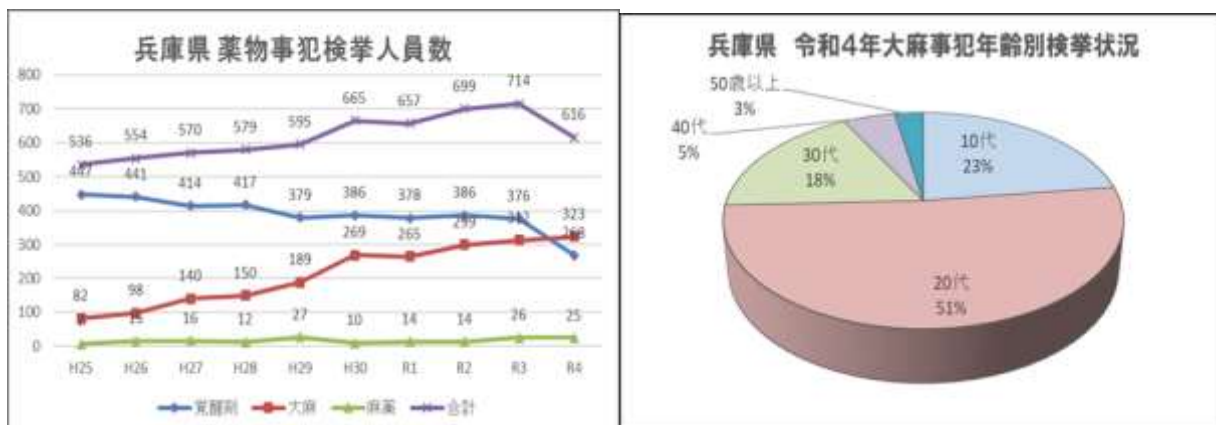
また、覚醒剤事犯では、再犯者の割合が68.4%と依然として高く、大麻事犯では初犯者が75.9%と高くなっている。

イ 兵庫県

兵庫県における令和4年の薬物事犯検挙人員の内訳は、覚醒剤事犯が43.5%であったところ、大麻事犯が52.4%となっており、大麻事犯が覚醒剤事犯を初めて上回り、薬物事犯の中心となった。

この大麻事犯検挙者の年齢別の内訳では、30歳未満が74.3%を占めており、国と同様に若年層へ大麻乱用が拡大している。

また、覚醒剤事犯については再犯者の割合が65.3%と高く、大麻事犯については初犯者が88.2%と高くなっており、国と同様の傾向にある。



(2) 「全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査」より

「1年以内に使用あり」の症例における主たる薬物						
	2018年		2020年		2022年	
	度数	%	度数	%	度数	%
市販薬	105	9.1	177	15.7	207	20.0

「1年以内に使用あり」の症例における主たる薬物(市販薬)の年齢割合						
	2018年		2020年		2022年	
	度数	%	度数	%	度数	%
市販薬(10~20代)	36	34.2	68	38.4	104	40.2

(3) 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】

- 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。
- 急増する大麻事犯の70%以上を占める若年層に対し、SNSを活用する等、より効果的な啓発を図る必要がある。
- 覚醒剤による検挙者のうち再犯者が60%以上を占めている現状から、乱用者自身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。

- (4) 薬局やドラッグストアで購入可能な市販のかぜ薬等を大量摂取する、所謂オーバードーズにより精神科医療施設を受診等する若者が増えていることから、大麻等の違法薬物と併せてその乱用防止を啓発していく必要がある。

【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)
- ウ 薬局、ドラッグストア等に対し、濫用のおそれのある医薬品の適正な販売方法の徹底を指導していく。

(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、危険ドラッグに加え、市販薬によるオーバードーズなど、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・大麻乱用防止運動」(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店舗(インターネット販売店舗を含む。)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		
R2年度	217,093	5,155	144,974	66,964	213,875	101.5
R3年度	216,567	5,518	144,948	66,101	212,857	101.7
R4年度	214,880	5,404	147,160	62,316	213,101	100.8

【課 題】

- (1) 全国的に若年者層、特に10～30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。（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、新型コロナウイルス感染症等の新興感染症、テロ、化学物質による災害、医療事故など、様々な健康危機が発生し、求められる対応が複雑化している。

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り、複雑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。

【現状と課題】

策定年度	計画・要領・ガイドライン名
昭和37年	兵庫県地域防災計画
平成8年	兵庫県腸管出血性大腸菌0157等対策要領
	災害時保健活動ガイドライン
平成10年	兵庫県毒物・劇物事故等対策実施要領
	食中毒処理要領
	感染症対策マニュアル
平成11年	災害復興期地域保健福祉活動ガイドライン

県では、健康危機に対応するためのガイドライン等を作成したが、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、平成14年に定めた健康危機管理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4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
R4	4,434	18	0	0	1	12	22	114	4,601

令和4年度実績より、新型コロナウイルス感染症等の新興感染症など、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】

「兵庫県保健医療部健康危機管理基本指針」に基づき推進する。

<「兵庫県保健医療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。

【現状と課題】

- (1) 災害被災地での活動を伝承するとともに、健康危機における保健活動を効果的に実践できるよう研修体系の整備を進めている。また、令和5年3月に改定した「災害時の保健活動ガイドライン」を基に、健康福祉事務所と市町が連携し、市町における「災害時の保健活動マニュアル」の策定を推進している。
- (2) 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るとともに、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について、整備を進めていく必要がある。
- (3) 重大な健康危機が発生した際に被災都道府県庁の保健医療福祉調整本部及び保健所が担う指揮調整機能等を支援する専門チームとして、災害時健康危機管理支援チーム（DHEAT）が制度化された。

【推進方策】

- (1) 「災害時の保健師活動ガイドライン」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活動マニュアルを策定する。
（県、市町）
- (2) 各種研修において、健康危機管理の内容を盛り込み、保健師等の資質向上を図る。（県）
- (3) 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）
- (4) 公衆衛生医師、保健師等の災害時に地域保健活動を担う職員を対象に、DHEATの構成員となる人材の養成及び資質向上を図り、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おり、各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。

【現状と課題】

(1) 高齢者に関する連携状況

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9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、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。

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）に応じた多職種連携体制の構築を図ることが必要である。

(2) 精神科医療に関する連携状況

本県では、精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築の推進に向け、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。

(3) 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、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。

(4) 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。

- (5) 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が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。

【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) 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、地域ケア会議の開催などを通じて地域や職種間の相互連携体制の構築に努める。（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) 「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）
- (6) 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社会医療法人大道会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）
- (7) 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。（県、市町、医療機関、相談支援事業所等）
- (8) 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)

- (10) 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。(県、関係団体)
- (13) 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、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、将来的な医師需給は均衡すると推計されている*一方、医師の地域間、診療科間のそれぞれにおける偏在については、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、平成30(2018)年7月に成立した「医療法及び医師法の一部を改正する法律」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2019年度中に医療計画の中に新たに「医師確保計画」を策定することとされた。
- これを受け本県では、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、令和2(2020)年3月に「兵庫県医師確保計画」を策定し、医師の確保、地域偏在・診療科偏在の解消等に取り組んできた。
- 現計画の策定から4年が経過し、計画期間の終期が到来したため医師確保計画を改定し、新たに策定する「第8次(前期)兵庫県医師確保計画」において現計画と同様に下記①～③について定め、引続き二次医療圏ごとの医療提供体制の整備を図ることとする。
 - ① 都道府県内における医師の確保の方針
 - ② 確保すべき目標医師数
 - ③ 目標医師数を達成するための施策
- 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10万対医師数が2027年頃にOECD加重平均(295人)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(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、令和5(2023)年の医学部入学者が医師となると想定される令和11(2029)年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

- 「兵庫県保健医療計画」（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11号）。

3 計画期間

- 令和6（2024）年度から令和8（2026）年度までの3年間とする。

【計画期間及び計画見直しのサイクル】

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	第7次						第8次					
兵庫県 医師確保計画			第7次				第8次（前期）		第8次（後期）			
		●→ 計画 策定				●→ 計画 見直し			●→ 計画 見直し			

第2章 医師確保計画（医師全体）

1 現状と課題

(1) 本県の概況

- 本県の人口は5,523,627人（令和3（2021）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96.1、令和22（2040）年に85.9になると推計されており、人口の減少が見込まれる。
- 高齢化率は28.5%であり、全国平均（28.2%）を上回っている。
- 令和2（2020）年10月1日現在、本県には病院が347施設、一般診療所が5,149施設あり、それぞれ57%、66%が神戸・阪神圏域に集中している。

【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	R3.1.1の人口を100 とした場合の将来人口 (指数) ※4		面積 (km ²) ※5	医師数 (医療施設 従事) (人) ※6	病院数 ※7	一般 診療所数 ※7
				2025年	2040年				
				全国	126,654,244				
兵庫県	5,523,627	1,576,432	28.5	96.1	85.9	8,401	14,540	347	5,149
神戸	1,526,835	432,905	28.4	98.1	88.7	557	5,023	108	1,597
阪神	1,777,209	476,546	26.8	96.1	87.7	650	4,651	89	1,808
阪神南	1,042,640	272,723	26.2	97.0	89.5	169	3,183	52	1,182
阪神北	734,569	203,823	27.7	94.8	85.1	481	1,468	37	626
東播磨	722,844	198,332	27.4	96.4	87.9	266	1,570	39	544
北播磨	268,478	85,970	32.0	92.6	76.7	896	657	22	217
播磨姫路	828,490	240,477	29.0	95.6	84.2	2,432	1,758	60	623
中播磨	575,912	157,017	27.3	97.2	88.9	865	1,333	37	445
西播磨	252,578	83,460	33.0	91.9	73.6	1,567	425	23	178
但馬	163,332	58,286	35.7	91.7	72.9	2,133	356	11	145
丹波	104,080	35,896	34.5	91.9	75.7	871	207	7	82
淡路	132,359	48,020	36.3	89.0	69.5	596	318	11	133

※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」（令和3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3年1月1日現在）

※6 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和2年12月31日現在）

※7 厚生労働省「令和2年医療施設調査」

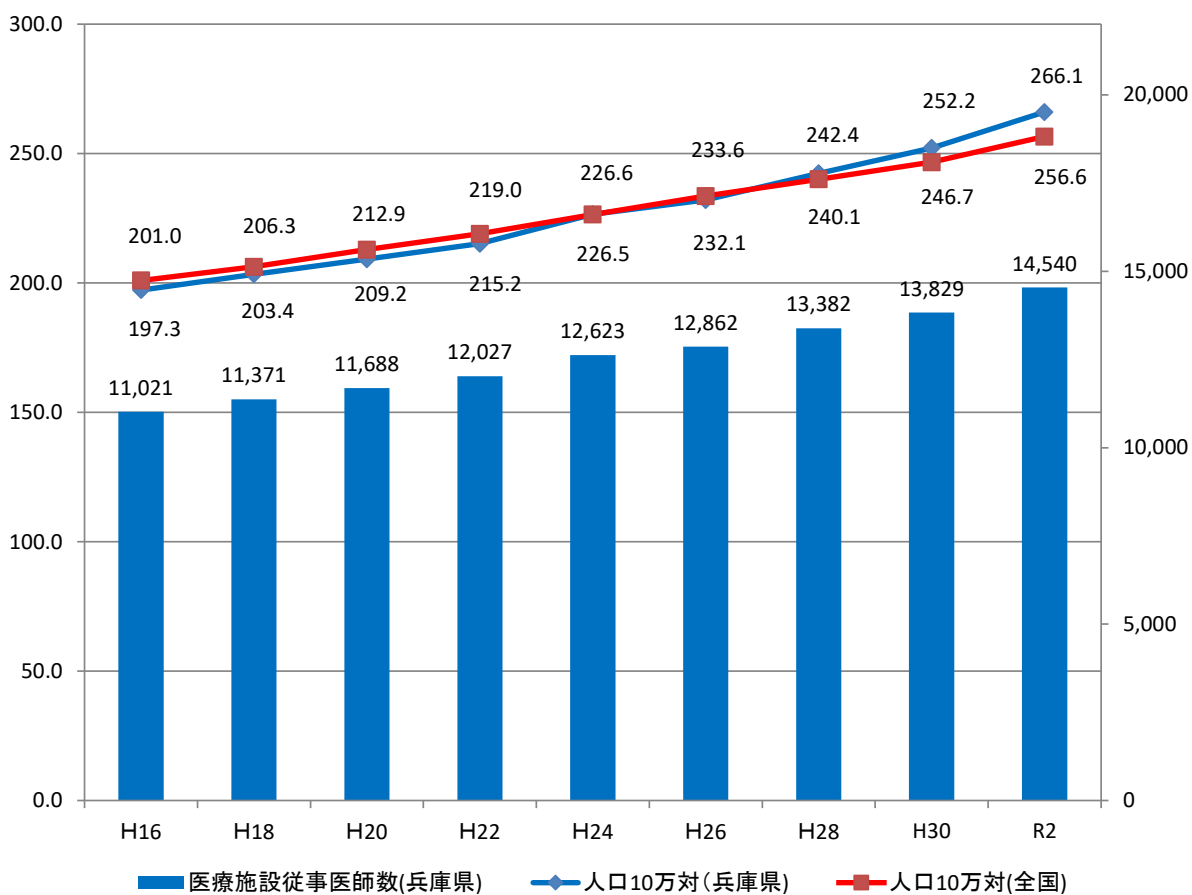
(2) 医師の状況

- 本県の医師数（医療施設従事）は平成16年以降、着実に増加しており、人口10万対医師数は、県平均では全国平均を上回っている。

【図表2-2：医師数（医療施設従事）の推移】 (単位:人)

区分		H16	H18	H20	H22	H24	H26	H28	H30	R2
全国	医師数	256,668	263,540	271,897	280,431	288,850	296,845	304,759	311,963	323,700
	人口10万対	201.0	206.3	212.9	219.0	226.5	233.6	240.1	246.7	256.6
兵庫県	医師数	11,021	11,371	11,688	12,027	12,623	12,862	13,382	13,829	14,540
	人口10万対	197.3	203.4	209.2	215.2	226.6	232.1	242.4	252.2	266.1

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」



- 一方、二次医療圏別の人口10万対医師数については、最も多い神戸圏域と、最も少ない丹波圏域で約1.6倍の乖離がある。

【図表2-3：人口10万対医師数（二次医療圏別）】（単位：人）

区分	医師数 ^{※1} (医療施設従事) ①	人口 ^{※2} ②	人口10万対 医師数 ①/② ×100,000
全国	323,700	126,146,099	256.6
兵庫県	14,540	5,465,002	266.1
神戸	5,023	1,525,152	329.3
阪神	4,651	1,754,911	265.0
阪神南	(3,183)	(1,039,102)	(306.3)
阪神北	(1,468)	(715,809)	(205.1)
東播磨	1,570	716,073	219.3
北播磨	657	264,135	248.7
播磨姫路	1,758	818,320	214.8
中播磨	(1,333)	(571,719)	(233.2)
西播磨	(425)	(246,601)	(172.3)
但馬	356	157,989	225.3
丹波	207	101,082	204.8
淡路	318	127,340	249.7

※1 厚生労働省「令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計」

※2 総務省統計局「令和2年国勢調査」

- 医師の平均年齢については、男性は年々上昇傾向にあり、女性は平成30年（2018）から令和2（2020）年にかけてわずかに下落しているが、全体としては高齢化が進んでいる。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。

【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）

	H16	H18	H20	H22	H24	H26	H28	H30	R2
総数	47.8	48.1	49.3	49.5	49.5	49.9	49.9	50.3	50.4
男性	50.2	50.2	50.6	50.9	51.1	51.4	51.6	52.0	52.2
女性	42.7	42.6	42.7	43.0	43.0	43.4	43.5	44.0	43.9

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

○ 女性医師

女性医師の人数、割合は年々増加傾向にある。女性医師が働きやすい勤務環境の整備や、出産・育児等により離職した女性医師の再就業を支援する取り組みが必要である。

【図表2-5：本県の医師数（医療施設従事）の男女別推移】 (単位:人)

	H16	H18	H20	H22	H24	H26	H28	H30	R2
総数	11,021	11,371	11,688	12,027	12,623	12,862	13,382	13,829	14,540
男性	9,278 (84.2%)	9,504 (83.6%)	9,673 (82.8%)	9,837 (81.8%)	10,230 (81.0%)	10,339 (80.4%)	10,611 (79.3%)	10,876 (78.6%)	11,268 (77.5%)
女性	1,743 (15.8%)	1,867 (16.4%)	2,015 (17.2%)	2,190 (18.2%)	2,393 (19.0%)	2,523 (19.6%)	2,771 (20.7%)	2,953 (21.4%)	3,272 (22.5%)

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（令和2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	1,484 (10.2%)	2,826 (19.4%)	2,999 (20.6%)	2,952 (20.3%)	2,679 (18.4%)	1,218 (8.4%)	382 (2.6%)	14,540 (100.0%)
男性	927 (6.4%)	1,923 (13.2%)	2,165 (14.9%)	2,424 (16.7%)	2,367 (16.3%)	1,115 (7.7%)	347 (2.4%)	11,268 (77.5%)
女性	557 (3.8%)	903 (6.2%)	834 (5.7%)	528 (3.6%)	312 (2.1%)	103 (0.7%)	35 (0.2%)	3,272 (22.5%)

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

○ 診療科別医師数

多くの診療科で医師数は増加傾向にある一方で、産科・産婦人科及び外科については、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。

診療科別の構成割合は、内科、外科及び産科・産婦人科で減少傾向が見られる*。

令和2年における診療科別の人口10万対医師数については、全国平均と比較して、眼科、形成外科、小児科が相対的に多く、臨床検査科、精神科、産婦人科、泌尿器科が相対的に少ない。

* 増加した診療科は、麻酔科（H6:1.5%→R2:3.3%）、形成外科（H6:0.3%→R2:1.0%）、リハビリテーション科（H6:0.2%→R2:0.9%）等。

【図表2-7：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）】

	H6 ①	R2 ②	指数 (H6=1.0) ②/①
総数	9,355	14,540	1.554
内科	3,724	5,316	1.427
小児科	592	854	1.443
皮膚科	262	418	1.595
精神科	359	634	1.766
外科	1,315	1,346	1.024
整形外科	685	1,094	1.597
産科・産婦人科	488	504	1.033
眼科	490	687	1.402
耳鼻咽喉科	384	428	1.115

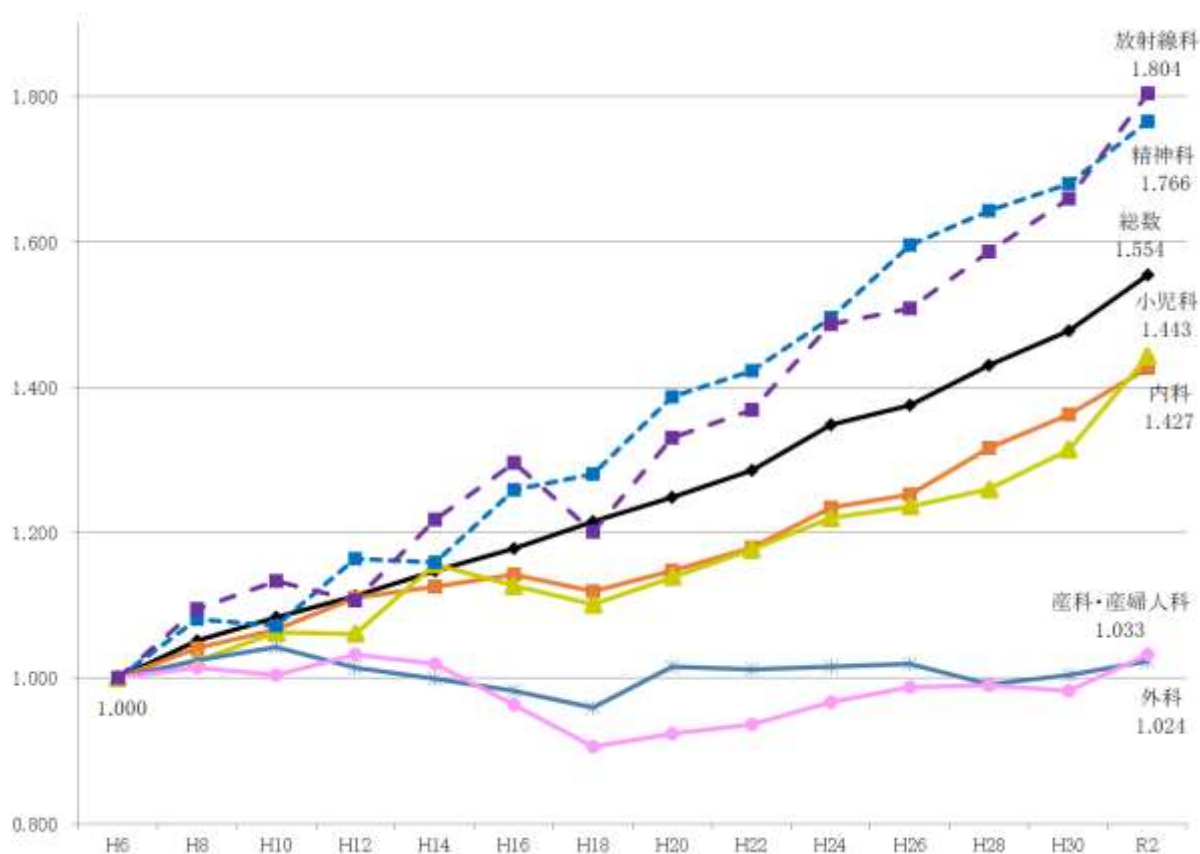
(単位:人)

	H6 ①	R2 ②	指数 (H6=1.0) ②/①
泌尿器科	202	339	1.678
脳神経外科	204	329	1.613
放射線科	179	323	1.804
麻酔科	136	476	3.500
病理診断科		93	1.979
臨床検査科		15	1.875
救急科		173	2.662
形成外科	25	148	5.920
リハビリテーション科	17	130	7.647
全科	21	13	0.619

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

※ なお、調査項目として設定された時期が異なるため、病理診断科、救急科はH18比、臨床検査科はH20比

※ 内科・・・内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、脳神経内科、糖尿病内科、血液内科、アレルギー科、リウマチ科、感染症内科、心療内科
外科・・・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科
産婦人科・・・産婦人科、産科



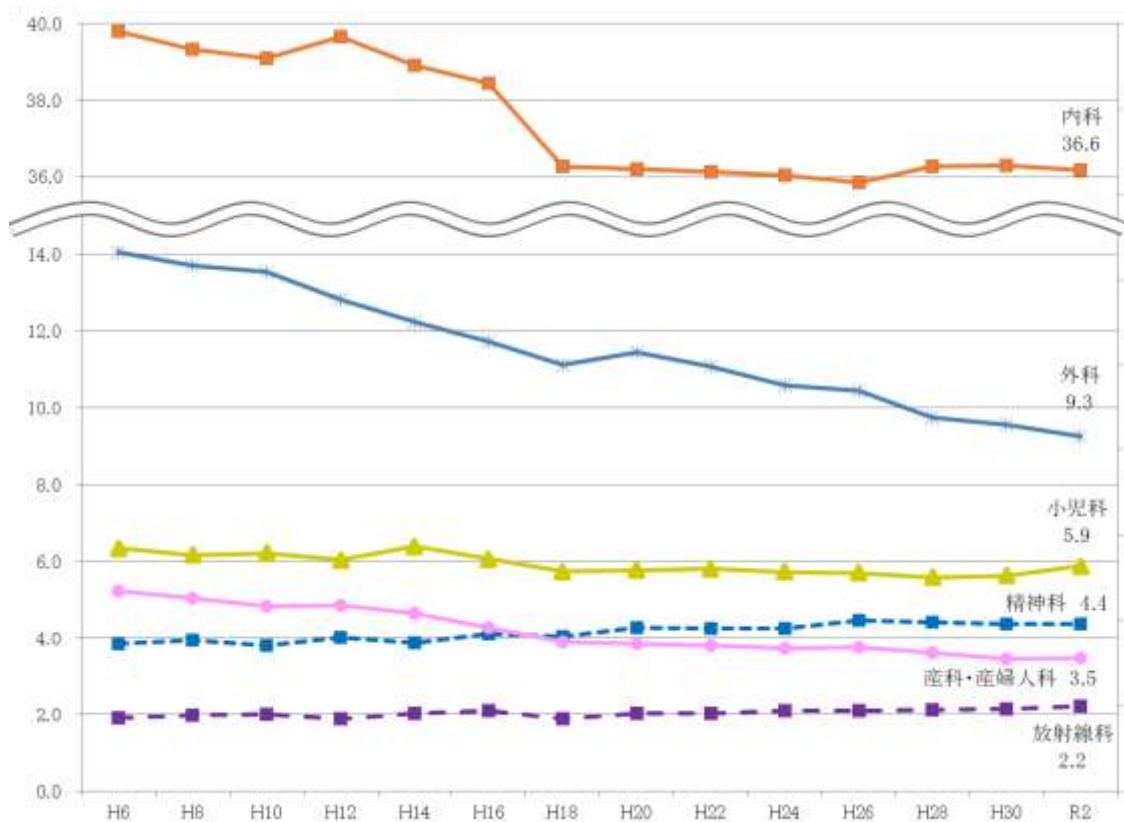
【図表2-8：診療科別構成割合】

(単位：%)

	H6 ①	R2 ②	増減 ②-①
総数	100.0	100.0	0.0
内科	39.8	36.6	▲3.2
小児科	6.3	5.9	▲0.5
皮膚科	2.8	2.9	0.1
精神科	3.8	4.4	0.5
外科	14.1	9.3	▲4.8
整形外科	7.3	7.5	0.2
産科・産婦人科	5.2	3.5	▲1.8
眼科	5.2	4.7	▲0.5
耳鼻咽喉科	4.1	2.9	▲1.2

	H6 ①	R2 ②	増減 ②-①
泌尿器科	2.2	2.3	0.2
脳神経外科	2.2	2.3	0.1
放射線科	1.9	2.2	0.3
麻酔科	1.5	3.3	1.8
病理診断科		0.6	0.6
臨床検査科		0.1	0.1
救急科		1.2	1.2
形成外科	0.3	1.0	0.8
リハビリテーション科	0.2	0.9	0.7
全科	0.2	0.1	▲0.1

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」



【図表2-9：診療科別医師数（人口10万対）】※1

	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	
内科	94.9	97.3 (21)	116.6	100.1	76.7	103.0	77.0	91.8	79.1	83.2
小児科※2	119.7	128.1 (15)	183.2	126.4	90.5	103.7	86.9	108.5	100.1	128.0
皮膚科	7.8	7.6 (17)	10.0	7.8	6.8	6.8	5.4	3.8	2.0	7.1
精神科	13.1	11.6 (36)	16.1	9.6	10.3	9.8	9.8	10.1	7.9	12.6
外科	22.2	24.6 (17)	29.9	21.3	22.9	24.6	24.7	17.7	21.8	27.5
整形外科	17.9	20.0 (19)	24.3	19.6	16.5	20.8	17.4	13.3	17.8	20.4
産婦人科※2	46.7	46.7 (28)	56.6	44.1	41.5	36.0	37.8	45.3	47.9	69.0
眼科	10.8	12.6 (4)	14.6	12.7	11.0	11.0	11.6	10.1	10.9	9.4
耳鼻咽喉科	7.6	7.8 (20)	9.4	8.8	5.9	4.9	6.2	4.4	6.9	7.9
泌尿器科	6.1	6.2 (28)	7.4	6.1	4.6	6.4	5.7	5.1	6.9	5.5
脳神経外科	5.8	6.0 (25)	7.7	5.2	6.4	6.4	5.0	3.8	1.0	6.3
放射線科	5.6	5.9 (26)	8.9	4.7	5.0	4.5	4.5	2.5	4.9	7.9
麻酔科	8.1	8.7 (21)	11.9	8.7	7.7	4.9	6.8	4.4	2.0	7.9
病理診断科	1.7	1.7 (24)	2.5	1.6	2.1	0.8	0.9	0.6	1.0	0.8
臨床検査科	0.5	0.3 (42)	0.1	0.5	0.0	0.0	0.6	0.0	0.0	0.0
救急科	3.1	3.2 (19)	4.0	2.7	2.9	1.5	1.3	15.2	1.0	2.4
形成外科	2.4	2.7 (10)	4.1	2.6	2.1	1.1	2.1	2.5	0.0	1.6
リハビリテーション科	2.3	2.4 (17)	2.3	3.4	1.4	1.9	1.6	1.9	3.0	1.6
総数	256.6	266.1 (21)	329.3	265.0	219.3	248.7	214.8	225.3	204.8	249.7

■ = 全国平均以下、()内は全国順位

出典：厚生労働省「令和2年度医師・歯科医師・薬剤師統計」

総務省「令和2年国勢調査に関する不詳補完結果（参考表）」

※1 医師の性別や年齢構成、地域の医療需要や圏域間での患者の流出入等は加味されておらず、あくまで単純な人口対比であることに留意する必要がある。

※2 小児科は年少人口10万対医師数、産婦人科は15～49歳女性人口10万対医師数、その他の診療科は総人口10万対医師数

○ 臨床研修医の状況

令和2（2020）年度に、県内の各基幹型臨床研修病院の募集定員の決定権眼が国から移譲されたことに伴い、医師が不足している医療圏域に募集定員を一定数確保できるよう配慮するとともに、病院規模や研修環境、地域医療を支える医療機関としての役割等を勘案し募集定員を決定してきた。引続き、適正な配分を検討し、定員を決定していく必要がある。

【図表2-10：本県の臨床研修医の募集定員（圏域別）】

（単位：人）

	R2	R3	R4	R5	R6	R6-R2
兵庫県	431	419	420	412	414	▲17
神戸	149	144	146	140	141	▲8
阪神	150	144	144	140	138	▲12
阪神南	(122)	(118)	(117)	(114)	(112)	(▲10)
阪神北	(28)	(26)	(27)	(26)	(26)	(▲2)
東播磨	29	27	28	28	29	0
北播磨	23	23	23	22	21	▲2
播磨姫路	48	48	49	52	53	5
中播磨	(33)	(34)	(36)	(40)	(43)	(10)
西播磨	(15)	(14)	(13)	(12)	(10)	(▲5)
但馬	11	12	9	9	11	0
丹波	8	8	8	8	8	0
淡路	13	13	13	13	13	0

出典：兵庫県集計

○ 専攻医の登録状況

新専門医制度が開始した平成30（2018）年以降、本県の専攻医の登録数は伸びているが、地域偏在の助長等、地域医療への影響が生じないように、引続き専門研修プログラムの内容や研修実態を把握するとともに、専門研修プログラムの定員に係るシーリングの設定等、実効性のある適切な対策を講じるよう、国及び日本専門医機構に対し働きかけを行っていく必要がある。

【図表2-11：本県の専攻医の登録状況】 (単位:人)

	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R5-H30
兵庫県	338	377	454	450	479	490	152
神戸	195	226	246	224	237	248	53
阪神	104	107	138	157	177	165	61
阪神南	(102)	(99)	(122)	(131)	(155)	(139)	(37)
阪神北	(2)	(8)	(16)	(26)	(22)	(26)	(24)
東播磨	18	14	26	34	20	34	16
北播磨	6	9	13	9	9	4	▲2
播磨姫路	7	8	22	15	17	27	20
中播磨	(7)	(7)	(20)	(13)	(16)	(25)	(18)
西播磨	(0)	(1)	(2)	(2)	(1)	(2)	(2)
但馬	4	3	1	4	2	3	▲1
丹波	4	3	5	2	7	5	1
淡路	0	7	3	5	10	4	4

出典：日本専門医機構から提供された情報を基に兵庫県において集計

○ 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。

総合診療に係る専攻医の登録状況をみると、募集定員に対し、登録数・充足率が低い状況にあり、今後も総合診療医の育成を積極的に推進していく必要がある。

【図表2-12：本県の専攻医（総合診療）の登録状況】

(単位:人)

	H30	R1	R2	R3	R4	R5
登録数	6	3	6	9	6	10
定員	31	33	37	38	32	38
充足率	19.4%	9.1%	16.2%	23.7%	18.8%	26.3%

出典：日本専門医機構から提供された情報を基に兵庫県において集計

○ 在宅医療

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。

○ 感染症対策

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、感染症対策を担う医師の育成・確保が必要である。

2 医師偏在指標

○ 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、人口10万対医師数を基に、次の5要素を考慮した「医師偏在指標」が設定されている。

- 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）

（算出式）

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数}^{\ast 1}}{\frac{\text{地域の人口}}{10万} \times \text{地域の標準化受療率比}^{\ast 2}}$$

$$\ast 1 \text{ 標準化医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$\ast 2 \text{ 地域の標準化受療率比} = \frac{\text{地域の期待受療率}^{\ast 3}}{\text{全国の期待受療率}}$$

$$\ast 3 \text{ 地域の期待受療率} = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別調整受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

○ 「医師確保計画策定ガイドライン」（令和5年3月31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」という。）により、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」とされる。

○ 本県の医師偏在指標は47都道府県中17位で、「医師少数でも多数でもない都道府県」に該当する。

○ 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。

○ 病院・診療所別の医師偏在指標は、それぞれ21位、7位となっている。

○ 最も多い神戸圏域と、最も少ない丹波圏域で約1.6倍の乖離がある等、人口10万対医師数と同様に地域偏在が見受けられたため、これを解消するための取組みが必要となる。

【図表2-13：医師偏在指標（本県及び県内二次医療圏）】

	標準化 医師数 (人)	R3.1.1 住基人口 (10万人)	標準化 受療率比	調整後 人口 (10万人)	医師偏在指標		区分
	①	②	③	④ (②×③)	⑤ (①/④)	⑥ 順位 (降順)	
全国	323,700	1,266.54	1.00	1,266.54	255.6	-	-
兵庫県	14,530	55.24	0.99	54.52	266.5	17	-
神戸	5,012	15.27	1.02	15.50	323.3	30	医師多数区域
阪神	4,628	17.77	0.93	16.55	279.7	52	医師多数区域
東播磨	1,571	7.23	0.94	6.78	231.6	93	医師多数区域
北播磨	665	2.68	1.20	3.22	206.6	140	-
播磨姫路	1,771	8.29	1.00	8.26	214.4	122	-
但馬	356	1.63	1.04	1.70	209.9	134	-
丹波	208	1.04	0.98	1.02	203.8	147	-
淡路	321	1.32	1.12	1.48	216.3	118	-

※ 都道府県:266.9以上が医師多数都道府県(1~16位)、228.0以下が医師少数都道府県(32~47位)
二次医療圏:217.7以上が医師多数区域(1~112位)、179.3以下が医師少数区域(224~335位)

【図表2-14：病院・診療所医師偏在指標】

	医師偏在指標					
	医師偏在指標		病院医師 偏在指標		診療所医師 偏在指標	
	値	順位 (降順)	値	順位 (降順)	値	順位 (降順)
全国	255.6	-	175.9	-	79.7	-
兵庫県	266.5	17	178.4	21	88.1	7
神戸	323.3	30	222.9	34	100.2	14
阪神	279.7	52	181.5	70	98.2	18
東播磨	231.6	93	157.0	93	75.2	99
北播磨	206.6	140	137.9	148	67.5	160
播磨姫路	214.4	122	143.2	133	71.3	127
但馬	209.9	134	142.8	135	67.3	162
丹波	203.8	147	142.7	136	61.6	212
淡路	216.3	118	140.9	140	75.3	98

※ 都道府県:1~16位が医師多数区域、32~47位が医師少数区域
二次医療圏:1~112位が医師多数区域、224~335位が医師少数区域

※ なお、医師偏在指標の算定に当たっては、一定の仮定が必要なこと、また、入手できるデータに限界があること等により、必ずしも全ての医師偏在の状況を表しうる要素が盛り込まれているものではない。よって、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。

※ 医師偏在指標の算出に用いた基礎データの詳細は県ホームページで公表する
[参照 URL] https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf15/hw11_000000142.html

3 第7次医師確保計画の評価

○ 目標

「医師確保対策重点推進圏域（北播磨、播磨姫路、但馬、丹波、淡路圏域）」合計で、164人の医師[※]を増加させる。

※ 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」における医療施設従事医師数（H30.12.31現在→R4.12.31現在）

○ 達成状況

「令和4年医師・歯科医師・薬剤師統計」の公表時期が遅れており、現時点では令和4年12月31日時点の医療施設従事医師数が把握できないが、令和2年12月31日時点の「医師確保対策重点推進圏域」の医師数は、平成30年12月31日時点と比較して、136人増加している。

【図表2-15：医師数（医療施設従事）の推移（H30～R2）】

	圏域	H30	R2	R2-H30
1	神戸	4,768	5,023	255
2	阪神	4,401	4,651	250
3	東播磨	1,500	1,570	70
4	北播磨	629	657	28
5	播磨姫路	1,697	1,758	61
6	但馬	342	356	14
7	丹波	203	207	4
8	淡路	289	318	29
	合計	13,829	14,540	711
	医師確保対策重点推進圏域	3,160	3,296	136

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

4 医師確保の方針

- 本県は医師少数でも多数でもなく、また県内に医師少数区域が存在しないため、引続き、県内の地域偏在、診療科偏在の是正を図っていくこととする。
- 二次医療圏のうち、北播磨、播磨姫路、但馬、丹波、淡路圏域の5圏域については、医師少数でも多数でもない二次医療圏に該当するが、県内において依然として相対的に医師が不足していることから、引続き「医師確保対策重点推進圏域」として位置づけ、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。

【参考】「医師確保計画策定ガイドライン」（厚生労働省）

- 都道府県
 - ・医師少数でも多数でもない都道府県は、都道府県内に医師少数区域が存在する場合には、必要に応じて医師多数都道府県からの医師の確保ができることとする。
- 二次医療圏
 - ・医師少数でも多数でもない二次医療圏は、必要に応じて、医師多数区域の水準に至るまでは医師多数区域からの医師の確保を行えることとする。
 - ・医師多数区域は、他の二次医療圏からの医師の確保は行わないこととする。これまでの既存の施策による医師の確保の速やかな是正を求めるものではないが、医師少数区域への医師派遣を行うことは求められる。

5 目標医師数

- 二次医療圏のうち、医師確保対策重点推進圏域について、医師多数区域の水準に達するまで、県内の医師多数区域から医師確保を行うこととする。
- 具体的には、次表のとおり、医師確保対策重点推進圏域合計で、計画期間中に92人の医師を確保することを目標として設定する。

【図表2-16：目標医師数】

	R2.12.31 標準化医師数	R3.1.1 標準化受療率 調整後人口	医師偏在 指標	医師偏在指標 (医師多数区域水 準(217.7)との差)	目標医師数
	①	②	③ (①/②)*10万	④	⑤ (④×②)/10万
全 国	323,700	126,654,244	255.6	—	—
兵庫県	14,530	5,452,086	266.5	—	—
うち医師確保対策 重点推進圏域	3,320	1,567,331	211.8	5.9	92

※ なお、第8次（後期）医師確保計画については、令和8（2026）年度に策定作業を行うこととなるが、「医師・歯科医師・薬剤師統計」は隔年実施であり、また調査時点（12月31日）から、結果の公表まで時間を要することを踏まえ、上記医師数の変動は、令和6（2024）年の調査結果と、令和4（2022）年の調査結果との比較、その他合理的な方法により把握することとする。

【参考】「医師確保計画策定ガイドライン」（厚生労働省）

- 考え方
3年間の計画期間中に医師少数区域及び医師少数都道府県が計画期間開始時の下位33.3%の基準を脱する（すなわち、その基準に達する）ために要する具体的な医師の数を、目標医師数として設定する。
- 都道府県
医師少数都道府県以外は、目標医師数を既に達成しているものとして取り扱うが、これは既存の医師確保の施策を速やかに廃止することを求める趣旨ではなく、新たに医師確保対策を立案することを抑制する趣旨であることを踏まえ、自県の二次医療圏の設定上限数の合計が都道府県の計画開始時の医師数を上回る場合は、二次医療圏の目標医師数の合計が都道府県の計画開始時の医師数を上回らない範囲で、二次医療圏の目標医師数を設定する。
- 二次医療圏
医師少数区域以外の二次医療圏における目標医師数は、原則として、計画開始時の医師数を設定上限数とする。ただし、今後の医療需要の増加が見込まれる地域では、厚生労働省が参考として提示する「計画終了時に計画開始時の医師偏在指標を維持するための医師数」を踏まえ、その数を設定上限数とする。

6 確保方策

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て取組を着実に推進し、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》

- 県医務課に設置している「兵庫県地域医療支援センター（H26.4～）」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。

なお、へき地を含め一体的に医師確保を実施するため、兵庫県地域医療支援センターと、兵庫県へき地医療支援機構を統合する。

- 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・審議を行う。
- 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・確保《県、市町、大学、医療機関》

- 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。
- 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。
- 受験者数増加を図るため、県内の進学校等に対し「県養成医制度」について広報活動を推進する。特に、医師不足地域においては、地元から医学部生を輩出するため、高校での医療体験講座等に取り組んでいく。

【へき地等勤務医師（県養成医師）の養成について】

1 修学資金の貸与

- 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。
- 国の緊急医師確保対策や新成長戦略等に基づき、令和7(2024)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。
- 今後、臨時定員については、県内の医師偏在の状況を見つつ、国からの要請による地域枠等の恒久定員内への地域枠や地元出身者枠の設置について、大学との調整や意見交換を進めていく。

[各大学の定員]

大学名	定員	うち臨時定員	【参考】「地域枠」(臨時定員増) 入学定員の推移				
			H21	H22	H23	H24	H25～R6
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
合計	21～22名	(16名)	2名	9名	11名	14名	16名

2 県養成医師数

- 今後、順調に増加し、令和10(2028)年度において、190名に達する見込である。
- 令和7年度以降の医学部臨時定員については、「8次医療計画等に関する検討会」等における議論の状況を踏まえ、改めて検討するとされているが、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	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
72	87	107	117	131	145	162	173	181	183	190

(3) 医師のキャリア形成支援《県、大学、医療機関》

- 「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。
 - ・ へき地等に勤務する若手医師等の定着促進を図るため、必要な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。
 - ・ 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。
 - ・ 県養成医師について、義務年限終了後においても、勤務等が良好な医師については、県病院局やキャリアコーディネーター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。
- 医師不足が特に深刻な診療科（産科、小児科、救急科、総合診療等）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。
- 県養成医師学生を対象にキャリア形成卒前支援プランを策定し、学生・臨床研修の期間を通じてその意思を継続することができるよう、「キャリア形成卒前支援プラン」を策定し、学生の地域医療マインド涵養のために、各大学の特性を生かした地域医療に関する実習や講義の支援等を行う。
- 医師偏在対策とへき地等勤務医師のキャリア形成の両立を円滑に推進するため、派遣先について対象医師と大学等の専門医の研修プログラム責任者等との調整を行うとともに、対象学生の支援を行うキャリアコーディネーターを配置する

【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 ・ 県健康福祉事務所 ・ 知事が特に必要と認める国内外の保健医療施設（1年） 	前期派遣と同じ

※県健康福祉事務所については、保健所業務の逼迫度を踏まえた限定的な派遣である

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（ただし、基本19領域まで）、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（専門研修を可能とする関連施設（研修枠）の確保ができない場合は休止）。

- 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
（確保状況に応じて、適宜見直し）
- 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》

- 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。
- 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》

- 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

- 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5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

- 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。
 - へ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）。
 - 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。
 - 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。
 - 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。
 - 遠隔医療の導入に向け、医療機関や医療従事者、住民、市町等関係者の理解の促進を図るとともに、関係構築を支援していく。
 - 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》**
- 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。
 - 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、ロボット手術等）。
 - 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》

- 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。
- 医師事務作業補助者の配置や特定行為を行う看護師の養成などの医師業務のタスクシフト・シェア推進に向けた取組、ICTの導入など、医療機関の勤務環境の整備に対し、費用助成等の支援を行う。
- 医師の健康確保のため、医療機関の追加的健康確保措置（勤務間インターバル、代償休息[※]、面接指導の実施状況について、医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査において確認を行い、必要な助言・指導を行う。
- 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。

※ 追加的健康確保措置のうち、勤務間インターバル、代償休息は都道府県知事による特定労務管理対象機関の指定を受けた医療機関が取組義務となる。

第3章 医師確保計画（産科・小児科）

1 現状と課題

(1) 産科・産婦人科及び小児科医の状況

- 本県の産科・産婦人科及び小児科医の医師数（医療施設従事）は、平成18（2006）年度以降、ゆるやかに増加傾向にあるが（なお、産科・産婦人科は、H28→30は微減）、他の診療科と比較して相対的に増加割合が小さい状況となっているため、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。
- 産科・産婦人科及び小児科医の平均年齢（全国）※は年々上昇傾向にあり、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）

		H16	H18	H20	H22	H24	H26	H28	H30	R2
産科・ 産婦人科	全国	10,594	10,074	10,389	10,652	10,868	11,085	11,349	11,332	11,678
	兵庫県	470	442	451	457	472	482	483	479	504
小児科	全国	14,677	14,700	15,236	15,870	16,340	16,758	16,937	17,321	17,997
	兵庫県	667	652	674	697	722	732	746	778	854

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

【図表3-2：全国の産科・産婦人科及び小児科医（医療施設従事）の平均年齢の推移】

（単位：歳）

		H16	H18	H20	H22	H24	H26	H28	H30	R2
産科	総数	46.4	46.2	45.3	45.1	45.0	45.5	45.9	45.6	46.1
	男性	48.9	49.8	48.5	48.6	49.6	50.0	49.8	49.5	49.8
	女性	37.2	36.0	36.8	36.5	36.5	37.0	38.6	38.3	40.0
産婦人科	総数	50.4	51.1	50.7	50.7	50.2	50.3	50.3	50.4	50.1
	男性	53.3	54.0	54.2	54.6	54.6	55.0	55.2	55.4	55.3
	女性	40.2	41.2	40.9	40.9	40.6	40.9	41.6	42.0	42.3
小児科	総数	48.2	49.0	49.2	49.3	49.5	49.8	50.3	50.5	50.7
	男性	49.4	50.3	50.6	50.8	51.1	51.5	51.9	52.1	52.3
	女性	45.6	46.2	46.3	46.2	46.2	46.7	47.3	47.5	47.8

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

※ 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は公表されていない。

【図表3-3：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 10万医師数
	①	②	①/②×10万
全国	11,678	24,996,728	46.7
兵庫県	504	1,080,223	46.7
神戸・三田	183	333,802	54.8
阪神	153	339,741	45.0
播磨東	76	189,323	40.1
播磨姫路	59	156,062	37.8
但馬	11	24,305	45.3
丹波	8	16,705	47.9
淡路	14	20,285	69.0

※1 厚生労働省「令和2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「令和2年国勢調査に関する不詳補完結果(参考表)」

【図表3-4：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 10万対 医師数
	①	②	①/②×10万
全国	17,997	15,031,602	119.7
兵庫県	854	666,511	128.1
神戸・三田	333	188,582	176.6
阪神	264	205,165	128.7
東播磨	85	93,899	90.5
北播磨	32	30,862	103.7
播磨姫路	90	103,528	86.9
但馬	20	18,427	108.5
丹波	12	11,985	100.1
淡路	18	14,063	128.0

※1 厚生労働省「令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計」

※2 総務省「令和2年国勢調査に関する不詳補完結果(参考表)」

(2) 女性医師

- 女性の産科・産婦人科医及び小児科医の人数、割合は年々増加傾向にあり、他の診療科と比較して相対的に20～30歳代の女性医師の割合が高いため、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。

【図表3-5：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)

		H16	H18	H20	H22	H24	H26	H28	H30	R2
産科・産婦人科	総数	10,594	10,074	10,389	10,652	10,868	11,085	11,349	11,332	11,678
	男性	8,291 (78.3%)	7,757 (77.0%)	7,688 (74.0%)	7,630 (71.6%)	7,490 (68.9%)	7,382 (66.6%)	7,291 (64.2%)	7,074 (62.4%)	7,029 (60.2%)
	女性	2,303 (21.7%)	2,317 (23.0%)	2,701 (26.0%)	3,022 (28.4%)	3,378 (31.1%)	3,703 (33.4%)	4,058 (35.8%)	4,258 (37.6%)	4,649 (39.8%)
小児科	総数	14,677	14,700	15,236	15,870	16,340	16,758	16,937	17,321	17,997
	男性	10,105 (68.8%)	10,118 (68.8%)	10,390 (68.2%)	10,625 (67.0%)	10,832 (66.3%)	11,027 (65.8%)	11,126 (65.7%)	11,238 (64.9%)	11,520 (64.0%)
	女性	4,572 (31.2%)	4,582 (31.2%)	4,846 (31.8%)	5,245 (33.0%)	5,508 (33.7%)	5,731 (34.2%)	5,811 (34.3%)	6,083 (35.1%)	6,477 (36.0%)

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3-6：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】

(令和2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	781 (6.7%)	2,936 (25.1%)	2,556 (21.9%)	2,206 (18.9%)	1,897 (16.2%)	973 (8.3%)	329 (2.8%)	11,678 (100.0%)
	男性	261 (2.2%)	1,141 (9.8%)	1,197 (10.3%)	1,579 (13.5%)	1,669 (14.3%)	896 (7.7%)	286 (2.4%)	7,029 (60.2%)
	女性	520 (4.5%)	1,795 (15.4%)	1,359 (11.6%)	627 (5.4%)	228 (2.0%)	77 (0.7%)	43 (0.4%)	4,649 (39.8%)
小児科	総数	996 (5.5%)	4,145 (23.0%)	4,241 (23.6%)	3,254 (18.1%)	3,412 (19.0%)	1,545 (8.6%)	404 (2.2%)	17,997 (100.0%)
	男性	532 (3.0%)	2,386 (13.3%)	2,503 (13.9%)	2,088 (11.6%)	2,574 (14.3%)	1,160 (6.4%)	277 (1.5%)	11,520 (64.0%)
	女性	464 (2.6%)	1,759 (9.8%)	1,738 (9.7%)	1,166 (6.5%)	838 (4.7%)	385 (2.1%)	127 (0.7%)	6,477 (36.0%)

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

(3) その他（産科・産婦人科）

○ 分娩取扱医療機関の減少

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】

	H20	H23	H26	H29	R2	H20比
全国	2,713	2,576	2,363	2,273	2,070	▲ 23.7%
病院	1,149	1,075	1,055	1,031	963	▲ 16.2%
診療所	1,564	1,501	1,308	1,242	1,107	▲ 29.2%
兵庫県	116	108	98	96	82	▲ 29.3%
病院	48	46	45	45	35	▲ 27.1%
診療所	68	62	53	51	47	▲ 30.9%

出典：厚生労働省「医療施設調査」（10月1日時点）

【図表3-8：医療機関における分娩数の推移】

	H20	H23	H26	H29	R2	H20比
全国	90,418	86,695	85,216	76,953	69,933	▲ 22.7%
病院	47,626	46,386	46,451	41,778	38,086	▲ 20.0%
診療所	42,792	40,309	38,765	35,175	31,847	▲ 25.6%
兵庫県	4,174	3,635	3,321	3,286	2,514	▲ 39.8%
病院	2,371	1,838	1,932	1,832	1,439	▲ 39.3%
診療所	1,803	1,797	1,389	1,454	1,075	▲ 40.4%

出典：厚生労働省「医療施設調査」 ※各年9月分の分娩数

○ 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。

* 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」）
H23:19.3% → H26:20.0% → H29:20.6% → R2:20.7%

(4) その他（小児科）

① 小児救急医療体制

○ 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。

○ 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おり、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。

○ 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。

② 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。

2 分娩取扱医師・小児科医師偏在指標

- 産科・小児科については、政策医療の観点や、当該診療科の医師は長時間労働となる傾向があること、診療科と診療行為の対応が明らかにしやすいことなどから、国において、産科・小児科における医師偏在の指標が設定されている。
- 国のガイドラインにより、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」とされる。
- なお、産科医師又は小児科医師が多いと認められる医療圏を設定すると当該医療圏は産科医師又は小児科医師の追加的な確保ができない医療圏であるとの誤解を招くおそれがあるため、産科・小児科においては医師多数都道府県や医師多数区域は設定されていない。

(1) 分娩取扱医師偏在指標

- 医師供給については、「医師・歯科医師・薬剤師統計」における「過去2年以内に分娩の取り扱いあり」と回答した医師のうち、日常的に分娩を取り扱っていると考えられる産婦人科・産科・婦人科を主たる診療科と回答した医師数（分娩取扱医師数）が用いられている。
- 医療需要については、「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「分娩件数」が用いられている。

（算出式）

$$\text{分娩取扱医師偏在指標} = \frac{\text{標準化分娩取扱医師数}^{\ast}}{\text{分娩件数} \div 1,000\text{件}}$$

※ 標準化分娩取扱医師数 = Σ 性年齢階級別医師数 \times $\frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$

- 本県の分娩取扱医師偏在指標は47都道府県中32位で、「相対的医師少数都道府県」に該当する。
- 県内の周産期医療圏では、播磨東圏域と播磨姫路圏域が「相対的医師少数区域」に該当する。

【図表3-9：分娩取扱医師偏在指標】

	R2.12.31 分娩取扱 医師数 (人)	標準化 分娩取扱 医師数 (人) ①	H29.9月 年間調整後 分娩件数 ②	分娩取扱医師 偏在指標		区分
				①/② ×1,000	順位 (降順)	
全国	9,396	9,396	888,464	10.6	-	-
兵庫県	369	362	37,939	9.5	32	相対的医師少数都道府県
神戸・三田	138	136	11,026	12.4	65	
阪神	103	101	9,883	10.2	104	
播磨東	57	55	7,170	7.6	188	相対的医師少数区域
播磨姫路	47	45	7,124	6.3	237	相対的医師少数区域
但馬	9	9	1,224	7.6	187	相対的医師少数区域
丹波	7	7	531	13.4	42	
淡路	8	8	981	8.6	155	

※ 都道府県: 32～47位(9.5以下)が相対的医師少数都道府県
周産期医療圏: 186～278位(7.6以下)が相対的医師少数区域

※ 分娩取扱医師偏在指標の算出に用いた基礎データの詳細は、県ホームページで公表する

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

(2) 小児科医師偏在指標

- 医師供給については、「医師・歯科医師・薬剤師統計」における「小児科医師数」が用いられている。
- 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・年齢階級別受療率を用いて年少人口を調整したものが用いられている。

(算出式)

$$\text{小児科医師偏在指標} = \frac{\text{標準化小児科医師数}^{\ast 1}}{\frac{\text{地域の年少人口}}{10万} \times \text{地域の標準化受療率比}^{\ast 2}}$$

$$\ast 1 \text{ 標準化小児科医師数} = \sum \text{性・年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$\ast 2 \text{ 地域の標準化受療率比} = \frac{\text{地域の期待受療率}^{\ast 3}}{\text{全国の期待受療率}}$$

$$\ast 3 \text{ 地域の期待受療率} = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別調整受療率} \times \text{地域の性年齢階級別年少人口})}{\text{地域の年少人口}}$$

- 本県の小児科医師偏在指標は47都道府県中14位である（上位33.3%に該当）。
- 県内の小児医療圏では、東播磨圏域が「相対的医師少数区域」に該当する。

【表3-10：小児科医師偏在指標】

	標準化 小児科 医師数 (人)	年少人口 (10万人)	標準化 受療率比	調整後 年少人口 (10万人)	小児科医師 偏在指標		区分
	①	②	③	④ (②×③)	④ (②×③)	順位 (降順)	
全国	17,634	153.18	1.00	153.18	115.1	-	
兵庫県	837	6.85	0.99	6.75	123.9	14	
神戸・三田	325	1.97	1.13	2.23	146.0	32	
阪神	259	2.11	0.95	2.02	128.1	73	
東播磨	84	0.95	0.99	0.95	88.9	223	相対的医師少数区域
北播磨	32	0.31	0.96	0.30	105.1	161	
播磨姫路	88	1.05	0.81	0.84	104.6	166	
但馬	19	0.19	0.93	0.17	109.0	139	
丹波	12	0.12	0.85	0.10	116.9	108	
淡路	18	0.14	0.81	0.12	153.7	24	

※ 都道府県: 32～47位(108.7以下)が相対的医師少数都道府県
小児医療圏: 206～307位(92.2以下)が相対的医師少数区域

※ 小児科医師偏在指標の算出に用いた基礎データの詳細は、県ホームページで公表する

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

(3) 産科・小児科における偏在対策基準医師数

- 国において、計画期間終了時の産科・小児科における医師偏在指標が、計画期間開始時の相対的医師少数区域等の基準値（下位33.3%）に達することとなる医師数を産科・小児科における偏在対策基準医師数として設定されている。

① 産科

（算出式）

$$\text{地域の産科における偏在対策基準医師数 (2026年)} = \frac{\text{分娩取扱医師偏在指標 (2022年)}}{\text{下位33.3パーセンタイル指標値}^{\ast}} \times \text{分娩件数将来推計 (2026年年間分娩件数)}$$

※ 都道府県：9.5、周産期医療圏：7.6

- 播磨姫路圏域において、計画開始時の医師数が偏在対策基準医師数を2名下回っている。

【表3-11：偏在対策基準医師数（産科）】

	分娩取扱医師 偏在指標		R2.12.31 分娩取扱 医師数 (人)	標準化 分娩取扱 医師数 (人) ①	R8偏在 対策基準 医師数 (人) ②	不足する 医師数 (人) ②-①	計画開始時の区分
	順位 (降順)						
全国	10.6	-	9,396	9,396	-	-	-
兵庫県	9.5	32	369	362	296	-	相対的医師少数都道府県
神戸・三田	12.4	65	138	136	68	-	
阪神	10.2	104	103	101	60	-	
播磨東	7.6	188	57	55	46	-	相対的医師少数区域
播磨姫路	6.3	237	47	45	47	2	相対的医師少数区域
但馬	7.6	187	9	9	8	-	相対的医師少数区域
丹波	13.4	42	7	7	3	-	
淡路	8.6	155	8	8	6	-	

② 小児科

(算出式)

$$\text{地域の小児科 偏在対策基準医師数 (2026年)} = \text{小児科医師偏在指標 (2022年) 下位33.3パーセンタイル指標値}^* \times \text{地域の推計 年少人口 (2026年)} \times \text{地域の標準化 受療率比 (2026年)}$$

※ 都道府県：108.9、小児医療圏：92.3

- 全ての小児医療圏において、計画開始時の医師数が、偏在対策基準医師数を上回っている。

【表3-12：偏在対策基準医師数（小児科）】

	小児科医師 偏在指標		R2.12.31 小児科 医師数 (人)	標準化 小児科 医師数 (人) ①	R8偏在 対策基準 医師数 (人) ②	不足する 医師数 (人) ②-①	計画開始時の区分
	順位 (降順)						
全国	115.1	-	17,997	17,634	-	-	-
兵庫県	123.9	14	858	837	643	-	
神戸・三田	146.0	32	330	325	180	-	
阪神	128.1	73	267	259	156	-	
東播磨	88.9	223	85	84	79	-	相対的医師少数区域
北播磨	105.1	161	34	32	24	-	
播磨姫路	104.6	166	91	88	72	-	
但馬	109.0	139	20	19	14	-	
丹波	116.9	108	12	12	9	-	
淡路	153.7	24	18	18	9	-	

3 第7次医師確保計画（産科・小児科）の評価

○ 目標

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%）により設定し、産科については7人（ $\div 164人 \times 4\%$ ）、小児科については10人（ $\div 164人 \times 6\%$ ）の医師を確保する。

※ 対象とする圏域は、「医師確保対策重点推進圏域」に相当する圏域、即ち、産科は播磨東、播磨姫路、但馬、丹波及び淡路の5圏域、小児科は北播磨、播磨姫路、但馬、丹波及び淡路の5圏域

- ・「令和4年医師・歯科医師・薬剤師統計」の公表時期が遅れており、現時点では令和4年12月31日時点の医療施設従事医師数が把握できないが、令和2年12月31日時点の「医師確保対策重点推進圏域」の医師数が、平成30年12月31日時点と比較して136人増加していることから、便宜上、目標医師数を下記のとおり補正する。

産科： $136 \times 4\% \div 6人$ 小児科： $136 \times 6\% \div 9人$

○ 達成状況

- ・医師数について、産科は4人の減少、小児科は8人の増加となっている

【図表3-13：医師数（医療施設従事）の推移（H30～R2）】

<産科>

（単位：人）

	周産期医療圏域	H30	R2	増減
1	神戸・三田	157	183	26
2	阪神	155	153	▲2
3	播磨東	71	76	5
4	播磨姫路	65	59	▲6
5	但馬	12	11	▲1
6	丹波	8	8	0
7	淡路	11	14	3
合計		479	504	25

対象圏域

96 92 ▲4

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

<小児科>

（単位：人）

	小児医療圏域	H30	R2	増減
1	神戸・三田	288	333	45
2	阪神	242	264	22
3	東播磨	84	85	1
4	北播磨	29	32	3
5	播磨姫路	88	90	2
6	但馬	18	20	2
7	丹波	15	12	▲3
8	淡路	14	18	4
合計		778	854	76

対象圏域

164 172 8

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

4 医師確保の方針

- 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。
- よって、本県としては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こととする。

【参考】「医師確保計画策定ガイドライン」（厚生労働省）

- 相対的医師少数区域等
 - ① 外来医療と入院医療の機能分化・連携に留意しつつ、必要に応じて、医療圏の見直しや医療圏を越えた連携によって、産科・小児科医師の地域偏在の解消を図ることを検討する。
 - ② ①の対応によってもなお相対的医師少数であり、産科・小児科の医師偏在が解消されない場合は、医師を増やす（確保する）ことによって医師の地域偏在の解消を図る。
 - ③ 短期的な施策として、医師の派遣調整や専攻医の確保等を行うとともに、医療機関の再編統合を含む集約化等の医療提供体制を効率化する施策等を適宜組み合わせる。
 - ④ 産科医師又は小児科医師の養成数を増加させること等の長期的な施策についても適宜組み合わせる。
- 相対的医師少数区域等以外
その労働環境に鑑みれば、産科医師又は小児科医師が不足している可能性があることを踏まえ、当該医療圏における医療提供体制の状況を鑑みた上で、医師を増やす方針を定めることも可能とする。

5 目標医師数

- 地域の実情や医師の高齢化が進んでいる状況を踏まえると、安心して妊娠・出産できる体制を維持していくためには、引続き産科医・小児科医の確保が必要であると考えられるため、計画開始時の医師数と偏在対策基準医師数の多い方を目標医師数として設定する。

【表3-14：目標医師数（産科・小児科）】

<産科>				<小児科>			
(単位:人)				(単位:人)			
圏域	計画開始時の 分娩取扱 医師数 ①	偏在対策 医師数 ②	目標医師数 ①・②の大き い方	圏域	計画開始時の 小児科医師数 ①	偏在対策 医師数 ②	目標医師数 ①・②の大き い方
1 神戸・三田	136	68	136	1 神戸・三田	325	180	325
2 阪神	101	60	101	2 阪神	259	156	259
3 播磨東	55	46	55	3 東播磨	84	79	84
4 播磨姫路	45	47	47	4 北播磨	32	24	32
5 但馬	9	8	9	5 播磨姫路	88	72	88
6 丹波	7	3	7	6 但馬	19	14	19
7 淡路	8	6	8	7 丹波	12	9	12
合計	362	238	364	8 淡路	18	9	18
				合計	819	533	819

【参考】「医師確保計画策定ガイドライン」（厚生労働省）

- 計画期間終了時の産科・小児科における医師偏在指標が、計画期間開始時の相対的医師少数区域等の基準値（下位33.3%）に達することとなる医師数を産科・小児科における偏在対策基準医師数として設定する。
- なお、産科・小児科における偏在対策基準医師数は、医療需要に応じて機械的に算出される数値であり、確保すべき医師数の目標ではないことに留意が必要である。

6 確保方策

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》

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

○ 各種事業により、産科医・小児科医の処遇改善及び量的確保に努める。

特定専門医研修資金貸与事業	産科・小児科・救急・総合診療の専門医の取得を目指す専攻医を対象に研修資金を貸与し、専門医取得を支援するとともに、専門医取得後は地域医療機関に派遣
産科医等確保支援事業	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
新生児担当小児科医確保支援事業	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経費の一部を助成

○ 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、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	小児科専門医以外の医師を対象として、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

○ 「産科医療研究会」における研究結果を踏まえた実効性のある医師確保対策により、安心して妊娠・出産できる体制の構築に取り組む。

^{*} 令和6年度臨床研修医の募集定員については、神戸大学医学部附属病院4名（産科2、小児科2）、済生会兵庫県病院1名（産科1）、兵庫県立尼崎総合医療センター4名（産科2、小児科2）、兵庫医科大学病院4名（産科2、小児科2）、加古川中央市民病院2名（産科2）を配分

(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》

- 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）及び地域周産期病院（18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
地域周産期病院	現在の18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地域周産期病院一覧〕（令和5年4月1日現在）

周産期医療圏	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
神戸・三田	県立こども病院 神戸市立中央市民病院 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、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、なでしこレディースホスピタル、神戸市立西市民病院、神戸医療センター、神戸市立西神戸医療センター、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
播磨東		加古川中央市民病院 明石医療センター	あさぎり病院
播磨姫路	姫路赤十字病院		姫路聖マリア病院 県立はりま姫路総合医療センター 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	

- 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》

- 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。

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。
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。

(4) 産科医・小児科医の勤務環境改善《県、市町、医療機関》

- 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^{じょく}ケアを担う院内助産、助産師外来の設置を促進する。
- 医療機関が行う勤務環境改善の取組みに対して助言等を行うことで、医師の働き方改を進め、産科医・小児科医の長時間労働の是正に取り組む。

【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

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。

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いる。

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
外来医療の機能分化・連携 (対象：病院・診療所)	紹介受診重点医療機関の明確化

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た。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		●→ 計画 策定	最初の計画			●→ 計画 見直し	1回目改定		2回目改定			

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」（令和5年3月31日付け医政地発0331第4号および医政医発0331第3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、2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2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2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) 県・二次医療圏の現状

本県の人口は5,523,627人（令和3（2021）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96、令和22（2040）年に約86になると推計されており、人口の減少が見込まれる。

また、令和2（2020）年10月1日現在、本県には病院が347施設、一般診療所が5,149施設あり、それぞれ57%、66%が神戸・阪神圏域に集中している（「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）。

ア 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。

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）。

イ 外来受療の状況

外来患者数については、人口10万人あたりの外来患者延べ数の状況を見ると、圏域別では、患者が多い地域は、神戸・東播磨圏域、患者が少ない地域は、但馬・丹波圏域である（図表2参照）。

ウ 診療所で勤務する医師の現状

医師の平均年齢については、男性は年々上昇傾向にあり、女性は平成30年（2018）から令和2（2020）年にかけてわずかに下落しているが、全体としては高齢化が進んでいる。（「医師確保計画」図表2-4「本県の医師（医療施設従事）の平均年齢の推移」参照）。

【図表1：診療所の推移】

圏域	平成26年	平成28年	平成30年	令和2年	増減 (R2-H26)
兵庫県	4,983	5,033	5,071	5,149	166
神戸	1,566	1,570	1,582	1,597	31
阪神	1,714	1,740	1,757	1,808	94
阪神南	1,125	1,147	1,146	1,182	57
阪神北	589	593	611	626	37
東播磨	525	537	544	544	19
北播磨	203	206	208	217	14
播磨姫路	613	614	619	623	10
中播磨	426	432	443	445	19
西播磨	187	182	176	178	△9
但馬	138	143	144	145	7
丹波	84	83	82	82	△2
淡路	140	40	135	133	△7

〔出典〕厚生労働省「医療施設調査」

【図表2：外来患者数】

圏域	人口（10万人）	通院外来患者延数（回/月）		人口10万人あたりの外来患者数		
	住基人口	通院外来患者延数 （病院）	通院外来患者延数 （一般診療所）	病院	一般診療所	合計
全国	1,266.5	30,683,251	95,239,580	24,226	75,197	99,423
兵庫県	55.2	1,269,632	4,602,102	22,984	83,311	106,294
神戸	15.3	395,564	1,332,125	25,906	87,241	113,147
阪神	17.8	314,762	1,548,602	17,710	87,130	104,840
東播磨	7.2	175,908	617,541	24,334	85,426	109,760
北播磨	2.7	74,045	191,725	27,578	71,407	98,985
播磨姫路	8.3	205,003	630,468	24,742	76,093	100,835
但馬	1.6	40,151	110,324	24,581	67,541	92,122
丹波	1.0	24,303	69,520	23,349	66,790	90,139
淡路	1.3	39,896	101,798	30,140	76,905	107,044

〔出典〕NDB（レセプト情報・特定健診等情報データベース）の平成31年4月から令和2年3月までの診療分データ（12か月）に基づき抽出・集計したもの

（2） 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。）。

ガイドラインでは、外来医師偏在指標の値が全国の2次医療圏（335医療圏）の中で上位33.3%に該当する2次医療圏を「外来医師多数区域」とする。

本県の外来医師偏在指標の状況は図表3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3：外来医師偏在指標等】

		外来医師偏在指標		外来医師 多数区域
			全国順位	
全国		112.2	—	
2 次 医 療 圏	神戸	138.9	20位	○
	阪神	131.3	29位	○
	東播磨	103.9	143位	
	北播磨	104.0	142位	
	播磨姫路	103.0	151位	
	但馬	106.6	124位	
	丹波	100.2	163位	
	淡路	116.8	70位	○

※外来医師偏在指標の考え方については県のホームページに掲載
(<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf15/gairairyoukeikaku.html>)

(3) 各圏域における外来医療の提供状況と課題

ア 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（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ではこの傾向が目立っている（図表4参照）。

イ 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、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（図表5参照）。

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、患者の高齢化の進行に伴い、在宅医療の需要は高まる傾向である。

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2-7「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）。

エ 小児科医療

地域の小児救急医療体制については、休日及び夜間における2次小児救急患者に対して、小児科救急対応病院群輪番制により対応し、小児救急医療電話相談窓口を各圏域に設置している。

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2-7「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）。

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。

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い、出務する医師の確保が課題となっている（図表6参照）。

【図表4：初期救急医療体制（令和5年4月1日）】

2次保健医療圏域	地区名	休日夜間 急患センター	在宅 当番医制	
神戸	神戸市	◎（5箇所）		
	三田市	○		
阪神	尼崎市	◎	◎	
	西宮市	◎	◎	
	芦屋市	○	◎	
	伊丹市	○	◎ （小児科を 広域で対応）	
	川西市・川辺郡	○		
	宝塚市	○		
	東播磨	明石市		◎
東播磨	加古川市・加古郡	◎	○	
	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	◎	○
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			公立病院等に対応
	豊岡市			○
丹波	丹波篠山市	○		
	丹波市	○		
淡路	洲本市	◎		
	淡路市	○		
	南あわじ市	○		
8圏域		25機関	17地区	

○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

【図表5：在宅医療提供体制】

2次保険医療圏域	在宅医療圏域	在宅医療提供状況							
		在宅医療支援診療所・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	345	47	5	13	149	761	266	11
阪神	阪神南	251	20	4	4	83	506	166	10
	阪神北	132	9	3	5	61	300	120	7
東播磨	3圏域	91	12	3	5	65	308	94	4
北播磨	4圏域	51	10	1	2	32	133	34	3
播磨姫路	中播磨	75	20	2	5	36	259	91	5
	西播磨	32	9	2	1	18	105	34	2
但馬	4圏域	35	6	1	2	13	74	16	2
丹波	2圏域	15	4	0	1	11	53	7	1
淡路	3圏域	34	4	0	1	8	66	16	1
合計	40圏域	1,061	141	21	39	476	2,565	844	46
参考 (H31.4時点)	40圏域	954	140	17	37	673	2,349	605	36

※1 R5.4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 (R5.10月時点)

【図表6：要介護認定者数の推移】

区分	2020(令和2)年度	2021(令和3)年度	2022(令和4)年度	2023(令和5)年度	2025(令和7)年度	2040(令和22)年度
認定者数	320,123	330,449	339,921	348,864	367,770	432,456
第1号被保険者(65歳以上)	314,431	324,755	334,236	343,284	362,073	427,942
第2号被保険者(40～64歳)	5,692	5,694	5,685	5,580	5,697	4,514
第1号被保険者認定率	20.0%	20.5%	21.0%	21.5%	22.5%	24.7%

※市町介護保険事業計画における数値を集計(第4回サービス見込量調査(2021(令和3)年3月))

資料：兵庫県老人福祉計画(第8期介護保険事業支援計画)(令和3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

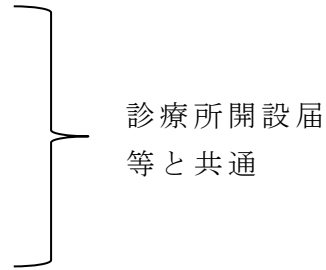
地域で不足する医療機能等を担うことに対する考え方を確認するため、新たに診療所を開設する者に対し、以下の項目を記載する「外来医療機能に係る報告」(以下この節で「報告」という。)を作成し、遅くとも診療所開設届

又は診療所開設許可申請書の提出時までに届け出を求め、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



3 目標設定

目標	現状値	目標値
各圏域の外来医療計画推進会議の開催数	年1回	年1回

第4章 医療機器の効率的な活用

1 現状及び課題

(1) 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7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。なお、対象医療機器の保有施設の所在地マップおよび保有状況については、県のホームページにおいて掲載している。

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

[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

(2) 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。

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（図表7参照）。

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。

【図表7：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		マンモグラフィー		放射線治療器 (体外照射)		
	調整人口 あたり台数	実台数	調整人口 あたり台数	実台数	調整人口 あたり台数	実台数	調整人口 あたり台数	実台数	調整人口 あたり台数	実台数	
全国	11.5	14,595	5.7	7,240	0.5	594	3.4	4,261	0.8	1,044	
兵庫県	11.0	612	5.2	290	0.5	26	3.2	179	0.7	40	
圏 域	神戸	11.0	169	4.9	75	0.6	9	3.5	55	0.6	9
	阪神	10.2	177	4.5	78	0.3	5	2.6	48	0.8	14
	東播磨	10.4	73	6.6	47	0.4	3	3.0	22	0.7	5
	北播磨	12.7	37	4.2	12	0.3	1	3.8	10	0.7	2
	播磨姫路	13.0	109	6.8	57	0.7	6	3.3	27	0.7	6
	但馬	12.5	24	3.3	6	0.0	0	3.7	6	1.0	2
	丹波	8.4	10	5.2	6	0.0	0	2.0	2	0.8	1
	淡路	8.3	13	6.0	9	1.3	2	6.8	9	0.6	1

※機器の保有状況を確認の上、放射線治療機について厚生労働省提供数値（令和2年度医療施設調査等に基づく数値）を一部補正

※医療機器の調整人口当たり台数の考え方については、県のホームページに掲載（<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf15/gairairyoukeikaku.html>）

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・6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・6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

(3) 医療機器の稼働状況について

地域の医療資源を可視化する観点から、令和5年4月1日以降に、医療機器を新規購入した医療機関に対して、医療機器の稼働状況について都道府県への報告を求めることとする。

なお、外来機能報告対象医療機関は、外来機能報告による報告を以て、当該利用件数の報告に替えることができるものとする。

第5章 外来医療の機能分化・連携

1 外来機能報告

患者の医療機関の選択に当たり、外来機能の情報が十分得られず、また、患者にいわゆる大病院志向がある中、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題が生じている。

令和3(2021)年5月「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」(令和3年法律第49号)により、地域の医療機関の外来機能の明確化・連携の推進に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、医療機関の管理者が外来医療の実施状況等を都道府県知事に報告する外来機能報告等が医療法に位置づけられた(令和4(2022)年4月1日施行)。

さらに、患者の流れの円滑化を図るため、医療資源を重点的に活用する外来の機能に着目して、紹介患者への外来を基本とする医療機関(紹介受診重点医療機関)を明確化することとなった。

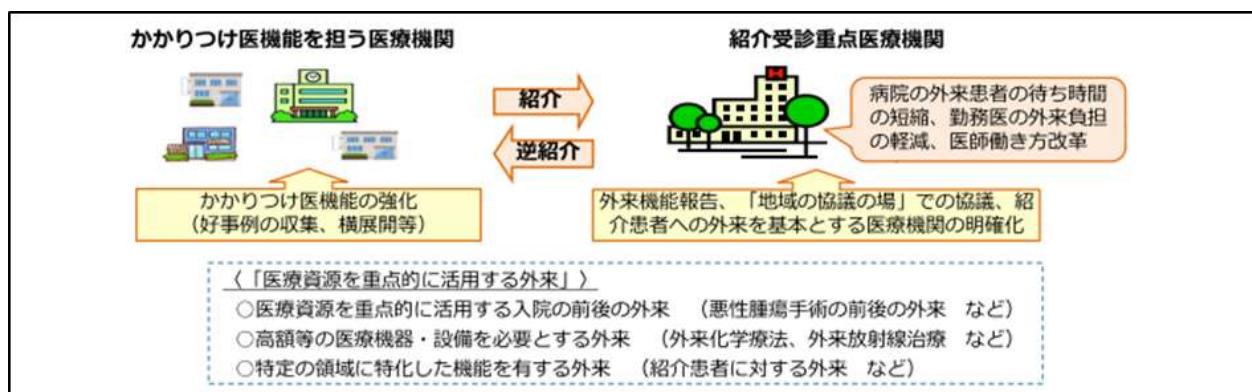
本県では、紹介受診重点医療機関の機能・役割も踏まえた、地域における外来医療提供体制の在り方について、検討を進めている。

2 紹介受診重点医療機関

紹介患者への外来を基本とする医療機関であり、手術・処置や化学療法等を必要とする外来、放射線治療等の高額な医療機器・設備を必要とする外来などを行っている。

なお、外来機能報告をふまえ、毎年県のホームページで公表している。

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



この他、外来医療計画参考資料については、県のホームページにおいて公表する。

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

【第 8 部】
圈 域 計 画

第8部 圏域計画

第1章 保健医療計画（圏域計画）の策定目的

地域の実情に応じた各圏域の取組みを推進するため、地域の意見を集約し、重点推進方策等を記載する保健医療計画（圏域計画）を策定する。

1 保健医療計画（圏域計画）の重点推進方策

保健医療計画に記載する事業のうち、圏域で特に重点的に推進する項目を地元関係者で選定のうえ、圏域の現状・課題を踏まえ、重点推進方策として記載する。

2 準圏域の設定

各圏域での議論も踏まえ、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、「準圏域」を設定する（7頁参照）。

準圏域名	範囲
阪神北	伊丹市、宝塚市、川西市、三田市、猪名川町（阪神圏域内）
赤穂	赤穂市、相生市、上郡町（播磨姫路圏域内）

3 特定中核病院の指定

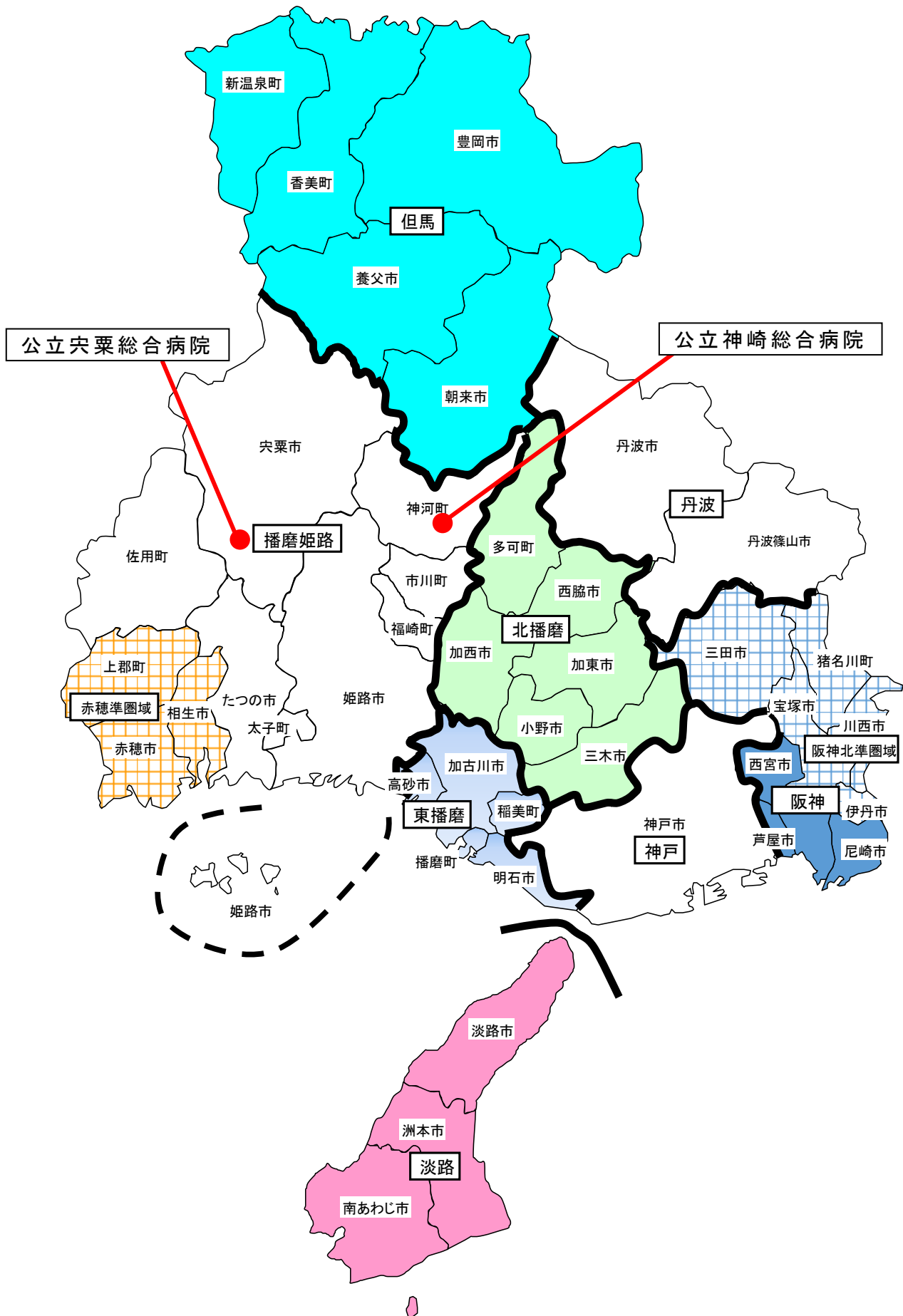
2次医療圏域内の拠点病院との近接性に乏しく、2次救急など一定の医療機能の充実が必要な中核病院を「特定中核病院」として指定し、その取組みを積極的に支援していく。

圏域名	特定中核病院名
播磨姫路	公立宍粟総合病院（宍粟市）
	神崎総合病院（神河町）

< 特定中核病院の指定要件 >

- ア 市町内に唯一、急性期機能の病棟を複数有する病院
- イ 近隣地域に当該病院と同等以上の機能を有する病院がない病院
- ウ 2次救急など一定の医療機能の充実が必要不可欠な病院

2次保健医療圏域・準圏域、特定中核病院地図



第2章 神戸圏域

1 地域の特性

圏域は、政令市である神戸市全域で設定している。

神戸市は兵庫県のほぼ中央に位置し、東は芦屋市、西宮市、北は宝塚市、三田市、三木市、西は稲美町、明石市に接しており、総面積は 557.02 km²で県土面積の 6.6%を占めている。

神戸市の地形は、六甲山系の山々と瀬戸内海に面した起伏のある変化に富んだ地形であり、六甲山系によって北と南に大きく二分されている。行政区としては、東灘、灘、中央、兵庫、長田、須磨、北、垂水、西の9つに分かれており、東灘区から垂水区にかけては東西に細長く市街地が広がり、北区・西区では大規模な住宅開発が行われてきた。

ポートアイランドを中心に推進している神戸医療産業都市は、研究機関、大学、病院、医療関連企業が集積する日本最大級のバイオメディカル・クラスターに成長している。

2 圏域の重点的な取組

1 救急医療、小児（救急）医療、周産期医療

現状と課題

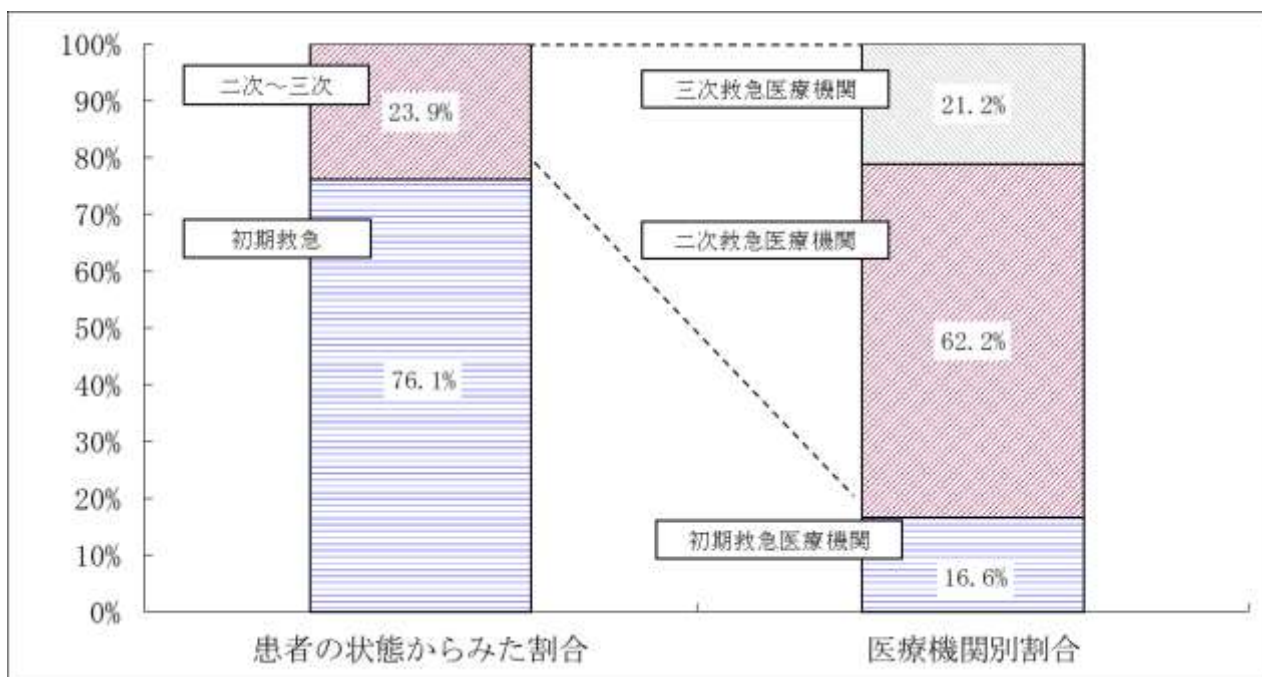
神戸市医師会、神戸市第二次救急病院協議会、市民病院などが、初期救急、2次救急、3次救急機能を分担、連携して救急医療体制を確保している。

2022年（令和4年）は、新型コロナウイルス感染症や夏季の熱中症などの影響もあり、市内救急搬送件数および救急安心センターこうべ【#7119】の入電件数はともに過去最多となった。高齢化の進展による救急需要が今後も増加することが懸念されるなか、重症患者など緊急を要する方にいち早く救急医療を提供する体制を持続的に確保するために、不要不急の救急要請の抑制や適正利用をさらに促進し、救急需要の増加傾向に歯止めをかける必要がある。

小児（救急）医療については、初期救急医療拠点である神戸こども初期急病センターおよび神戸市医師会西部休日急病診療所で初期救急を実施、2次救急は6病院による輪番制、3次救急は兵庫県立こども病院、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で対応している。また、周産期医療については、総合周産期母子医療センターとして、兵庫県立こども病院、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が、地域周産期母子医療センターとして、済生会兵庫県病院が指定されているほか、市内8病院が協力病院に位置づけられている。なお、神戸市域と三田市域は、小児の2～3次救急の24時間対応、周産期に関する比較的高度（2～3次）な医療の提供など、小児・周産期医療の提供を連携して行っている。

神戸市内の小児科医・産科/産婦人科医は増加しているものの、その多くは病院に勤務する医師数の増加によるものであり、小児科・産科/産婦人科を標榜する診療所は減少傾向にある。

2022年度（令和4年度）救急患者実績



神戸市健康局調査

推進方策

(1) 神戸市医師会、神戸市第二次救急病院協議会、市民病院、兵庫県立こども病院、神戸大学医学部附属病院などと連携し、初期から3次までの医療機関の適正な役割分担により、小児救急も含め、将来にわたり持続可能な救急医療体制を確保する。

小児・周産期医療の維持・充実を図るため、産科・小児科等における医師確保に向けた施策の推進について、引き続き国等へ要望するとともに、三田市域と引き続き連携して小児の2～3次救急の24時間対応、周産期に関する比較的高度（2～3次）な医療の提供を行う。

(2) 市内の救急医療体制の強化を図るために、新西市民病院の整備にあわせて、心血管疾患及び脳血管疾患など、2次救急の中でも緊急性の高い患者や周囲の医療機関では対応の難しい複数疾患を持つ患者の受入れなど、より高度な水準の2次救急に対応するため、救急診療にかかる医療機器・設備や体制の充実を図る。

(3) 高齢化の進展による救急需要が今後も増加することが懸念されるため、救急安心センターこうべ【#7119】について、さらなる周知に努めるとともに、救急医療相談における緊急度判定の精度を高めることで、重症患者など緊急を要する方にいち早く救急医療を提供する体制を持続的に確保する。

また、兵庫県全域での#7119事業の実現に向けて県と協議を進める。

(4) 神戸こども初期急病センターの「こども急病電話相談」において、こどもの急な発熱、判断に迷うような症状に関する相談を引き続き実施するとともに、「シニ

「健康相談ダイヤル」において、高齢者の日頃からの健康づくり、健康の悩みに対する助言を行い、早期相談による重症化を予防し、救急需要の抑制を図る。

2 5 疾病対策（がん・心血管疾患・脳卒中・糖尿病・精神疾患）

現状と課題

（1）がん

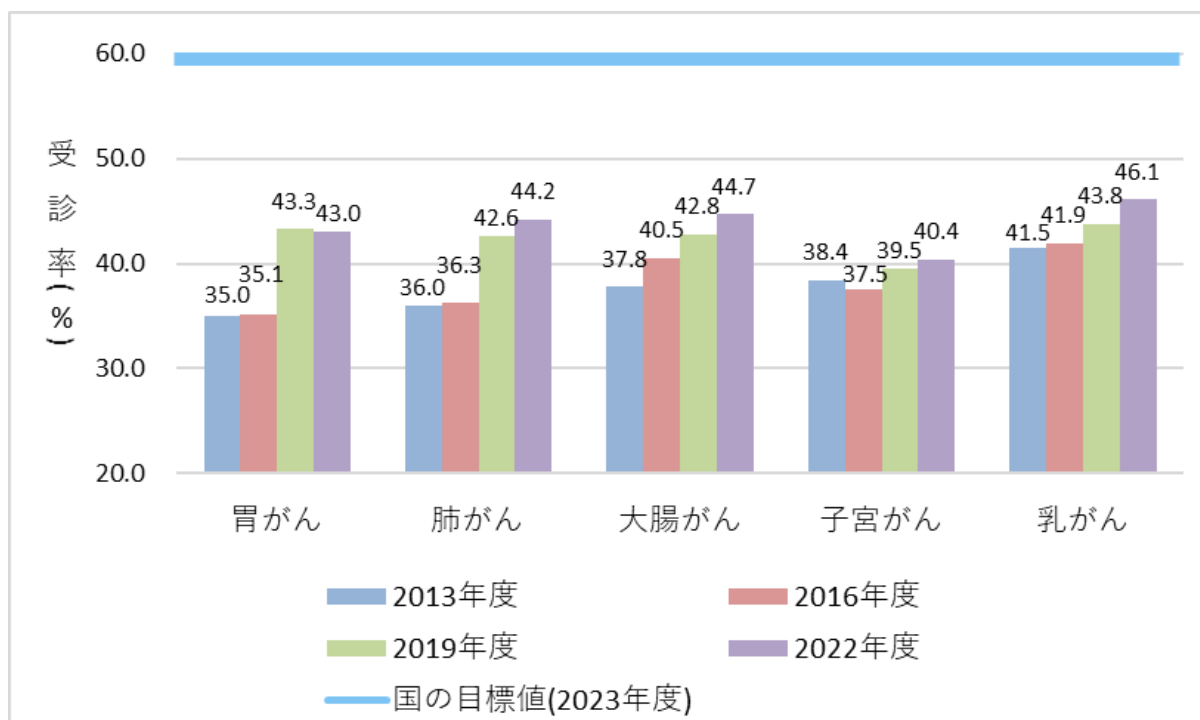
2022年（令和4年）の神戸市のがんによる死亡者数は4,601人で、死亡数全体の25.6%を占め、死亡原因の第1位となっている。2014年（平成26年）4月に神戸市がん対策推進条例を施行し、神戸市がん対策推進懇話会を設置して、総合的ながん対策を推進している。

がんは早期発見・早期治療が重要であるが、「がん対策推進基本計画」において国の掲げるがん検診受診率60%の目標値を下回っていることから、がん検診の受診率向上を図る必要がある。

がん診療体制については、厚生労働省の指定する「地域がん診療連携拠点病院」として、神戸大学医学部附属病院、神鋼記念病院、神戸市立医療センター中央市民病院、神戸市立西神戸医療センターと、「小児がん拠点病院」である兵庫県立こども病院に加え、県独自の「兵庫県指定がん診療連携拠点病院」として、神戸医療センターが指定されている。

また、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。あわせて、がん患者の離職防止や再就職のための就労支援や相談体制を充実させるようがん相談支援センターや企業とも連携していく必要がある。

神戸市がん検診受診率の推移



国民生活基礎調査（厚生労働省）

(2) 心血管疾患・脳卒中（脳血管疾患）・糖尿病

2022年（令和4年）の神戸市の心血管疾患による死亡数は2,575人で、神戸市の死亡数全体の14.3%を占め（死因第2位）、脳卒中による死亡数は1,059人で、死亡数全体の5.9%（死因第4位）を占めている。国民生活基礎調査によると、介護が必要になった主な原因として脳卒中、心血管疾患が全体の20.6%を占める。若年からの生活習慣の改善や適切な治療が必要であり、予防や早期発見につながると考えられる特定健診の受診率を向上させることが重要である。

また、2020年（令和2年）厚生労働省「患者調査」によると、神戸市の糖尿病による入院患者数（推計）は200人であり、国や県では減少しているのに対し、横ばいで推移している。定期的な健康診査の受診啓発による発症予防をはじめ、重症化予防のための早期治療、合併症治療、安定的治療による良質な医療の提供が求められている。

(3) 精神疾患

今後さらなる高齢化により、身体疾患を合併した精神疾患患者が増加していくため、合併患者の身体疾患（慢性期の血液透析など）の治療に対応できる医療連携の充実を図る必要がある。

2022年度（令和4年度）から神戸市精神保健福祉センターで実施している依存症専門医師相談は、相談件数が1～2か月先まで予約が埋まる状況であり、効果的な依存症対策が必要である。

神戸市における自殺者数は、全国の傾向と同様に2019年（令和元年）に下げ止まりとなり、以後は増加に転じている。その中でも女性の自殺者は増加傾向にあり、世代別の自殺者数の推移では、10代、20代が増加傾向にある。なお、自殺者数の絶対値としては、40代や50代の中壮年層が多い。

推進方策

(1) がん

早期発見・早期治療のためのがん検診受診率の向上に向けた取り組み、低侵襲な最先端のがん治療に関する市民啓発、がん患者等への支援など、がん対策を推進する。

健康相談や健康教育等により生活習慣病対策を進めるとともに、様々な機会をとらえて普及啓発を行う。広報紙やイベント、SNS等で情報発信するとともに、神戸市医師会や検診機関のほか、神戸市とがん検診受診促進協定を締結する民間企業等とも連携して、がん検診の周知啓発・受診勧奨を行う。

受動喫煙防止対策として、市民や事業者からの受動喫煙（防止）にかかる相談や通報に対応するとともに、インターネット広告など新たな方法も用いて効果的に周知・啓発に取り組む。

市内6か所のがん拠点病院（「地域がん診療連携拠点病院」「兵庫県指定がん診療連携拠点病院」「小児がん拠点病院」）を中心として、手術支援ロボットの活用などによる低侵襲治療をより推進するとともに、CAR-T細胞療法や光免疫療法による治

療、大学等と連携したがんゲノム医療など患者の状態に応じた質の高いがん治療を引き続き実施する。

がん拠点病院に設置されたがんに関する相談窓口（がん相談支援センター）を周知するとともに、がん患者の就労支援にも取り組んでいく。

がん治療による脱毛・乳房摘出等の整容のための用具（ウィッグ・乳房補正具・人工乳房等）の購入に要した費用を助成するとともに、若年者のがん患者が住み慣れた生活の場で、安心して自分らしく過ごせるよう、在宅サービス利用料（訪問介護・福祉用具等の貸与）の費用の一部を助成する。

（2）心血管疾患・脳卒中（脳血管疾患）・糖尿病

生活習慣の改善や早期治療が効果的な疾患であることから、「特定健康診査」や「神戸市健康診査」など、定期的な健康診査を受診するよう積極的な啓発を行うとともに、生活習慣の改善に結びつく効果的な健診結果通知の工夫を行う。

また、健診結果でハイリスクかつ医療機関未受診である者や、治療中断患者に対する保健指導や受診勧奨を実施する。

生活習慣病患者だけでなく、病気になる前から発症・重症化予防に関する知識について、様々な機会をとらえて普及啓発を行う。

さらに、治療と仕事が両立できるよう、事業者に対しても、疾患の正しい理解や事業者支援制度について啓発を推進する等、就労支援にも取り組んでいく。

今後増加する心疾患などの内部障害や複数疾患を抱える患者に適切に対応するとともに、急性期・回復期・生活期（在宅等）をシームレスにつなぐリハビリテーション医療を提供し、高齢者のQOL向上と健康寿命延伸につなげる。

（3）精神疾患

急性期の身体疾患を合併している精神疾患患者については、引き続き神戸市立医療センター中央市民病院の精神科身体合併症病棟を活用する。また、慢性期疾患の合併患者の受け入れに対応するため、精神科病院と一般病院の連携を推進する。

依存症家族への支援を強化するため、家族が本人の回復にむけて、依存症に関する正しい知識や本人への対応を学ぶための依存症家族支援プログラムに基づき、インテークや個別相談、関係機関へつなぐ等の個別支援の強化を図る。また、2023年度（令和5年度）に立ち上げたギャンブル等依存症対策連携実務者会議を活用した情報の共有や課題解決の方策を検討するなど、依存症対策については関係機関との連携を強化し、多機関で総合的な対策を推進する。

2023年度（令和5年度）に作成する神戸市自殺対策基本計画『第3期神戸いのち大切プラン』を基に、様々なツールを用いて若者・働く世代向け対策を講じるほか、三次救急病院に加え二次救急病院とも連携し自殺未遂者対策の強化を図る。

3 感染症/結核対策・災害医療

現状と課題

新型コロナウイルス感染症発生時には、市内感染拡大期・まん延期に多数の感染症患者の受入を想定した院内ゾーニングなど一般医療機関の受け入れ体制の構築に時間を要したため、平時から市内感染拡大期・まん延期を想定し、各医療機関において感染症対応が出来る体制を構築しておくことが必要である。

2022年（令和4年）12月9日の感染症法の一部改正にて、保健所設置市においても新たな予防計画（感染症予防のための施策の実施に関する計画）を策定することとなっており、策定にあたっては、兵庫県感染症対策連携協議会の中で関係機関と協議するとともに、医療法に基づく医療計画、新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく行動計画等との整合性の確保が必要である。

結核の患者数は、新型コロナウイルス感染症の影響で外国出生者の入国数が減少したことなどにより、全国でも本市でも2020～2022年（令和2年～令和4年）は減少した。しかしながら、外国出生者の入国が再び増加に転じ、結核患者数の増加の兆しが見られ、国外からの結核菌の流入を防ぐこと、国内での次世代への感染を防ぐことが重要となっている。

災害時の医療提供体制については、市内4か所の災害拠点病院および6か所の災害対応病院を指定し、「神戸市地域災害救急医療マニュアル」に基づいた市内医療関係機関との連携によって確保している。

南海トラフ地震における津波等による広域災害や、昨今の集中豪雨等による局地的災害など、災害の態様は様々であり、それらに応じて適切かつ迅速に対応するために、現在の災害時地域医療連携の枠組みについて検証・見直しを行う必要がある。

推進方策

（1）感染症に強い医療提供体制（救急・外来・入院・往診等）の構築

平常時より神戸市医師会等関係機関と連携し、市内感染拡大期・まん延期における感染症対応医療機関の拡大に向け医療提供体制を整える。

- ・感染症指定医療機関を中心に、神戸市第二次救急病院協議会や神戸市民間病院協会等の病院や神戸市医師会、消防機関等と具体的な感染症対策について協議し、国内外で流行している感染症情報や対策について共有・協議し、関係機関での連携を強化する。
- ・感染対策向上加算1を取得する医療機関が中心となり、感染症における地域医療体制（加算2、3を取得する医療機関への感染予防対策の支援等）を構築する。保健所は、感染対策向上加算1カンファレンス（約年80回）に同席し、感染症発生状況やその対策についての情報提供、及び市民や医療機関向けの啓発資料の提供、治療に係る手引きや学会ガイドライン等の情報を提供し、医療機関の感染症受入れ体制への後方支援を行う。
- ・新興感染症への対応力強化を図るため、新西市民病院の整備にあわせて、第二種感染症指定医療機関と同程度の機能・体制を確保するとともに、感染拡大に迅速に対応できるよう、地域医療機関や行政機関との連携を推進する。

- ・ 予防計画について、毎年確認し、必要時に見直すことで、感染症における健康危機管理体制を整える。
- ・ 結核は恒常的に発生し、空気感染する二類感染症であるため、患者発生時の対応、実地疫学調査の実施、接触者への対応など、平素からの感染対策を徹底する。
- ・ 外国出生者や高齢者などのハイリスク者に対して、結核予防に関する啓発や定期健診を勧奨するとともに、接触者への健診の徹底、治療に際しての受診勧奨や服薬支援など地域連携に基づく適正かつ確実な医療を提供する。
- ・ 感染性のある患者が入院する結核病棟を維持するとともに、分子疫学調査による、菌の流入や感染状況についての継続的なモニタリングを実施する。

(2) 災害時の医療提供体制の構築

現在市内6病院に指定されている災害対応病院について、役割や配置を見直すことで、圏域内での相互応援体制を築くとともに、市内4か所の災害拠点病院との関係を明確化する。あわせて、実際の災害対応を各関係機関で着実に実施できるよう、定期的な訓練を実施するなど、より実効性の高い災害時の医療提供体制を構築する。

発災時に応援救護班（DMAT・JMAT等）を場当たりに配置するのではなく、救護所・災害対応病院・災害拠点病院の役割の明確化に併せて応急救護班の役割を紐づけ、適材適所の人材配置を行うことで応急救護班との連携強化を図る。

これまで集合形式が当然であった対策会議等について、コロナ禍を経て多くの機関で導入されたWEB会議システムを活用して、医療機関との新たな会議体の在り方を模索し、より効率的な情報共有体制を確立する。

新たに整備する新西市民病院は免震構造を採用するとともに、大規模災害等の非常時には、病院及び隣接公園との一体的な活用により、傷病者の収容やトリアージ、応援スタッフの受け入れなど地域の災害対応機能を強化する。

4 高度・先進的医療など

現状と課題

神戸医療産業都市では、理化学研究所などの研究機関、高度専門医療機関など、約360の医療関連企業・団体が集積している。公益財団法人神戸医療産業都市推進機構を中核的支援機関として、進出企業・団体間の連携や融合による革新的医療技術の創出等に向けた研究開発が進められており、iPS細胞由来網膜シートを用いた世界初の移植手術のほか、国産手術支援ロボットの開発といった成果が生み出されている。

神戸医療産業都市内には、神戸市の基幹病院として救命救急と高度・先進医療を提供する「神戸市立医療センター中央市民病院」や、県内唯一の小児専門病院であり小児救命救急センターと小児がん拠点病院に指定されている「兵庫県立こども病院」が立地している。また、高度専門医療機関として、がんに対する先進的外科的治療、国際的な医療研究ならびに教育の拠点である「神戸大学医学部附属病院国際がん医療・研究センター」、放射線治療・薬物療法・IVRなど低侵襲医療に特化したがん専門

治療を行う「神戸低侵襲がん医療センター」、小児がんに重点を置いた陽子線治療を提供する「兵庫県立粒子線医療センター附属神戸陽子線センター」などのがん医療専門病院のほか、眼科領域において iPS 細胞を活用した最先端治療の研究開発を行う「神戸アイセンター病院」などが集積している。

神戸大学医学部附属病院では、2021年（令和3年）4月に臨床研究中核病院の承認を取得し、新規医療技術の実用化と既存技術の最適化を推進している。

推進方策

- (1) がんや脳血管障害、心血管疾患など様々な疾患について、圏域内の民間医療機関や市民病院、大学等の連携及び役割分担のもと、市民に高度な医療を提供する。
- (2) 臨床研究中核病院である神戸大学医学部附属病院において、引き続き新規医療技術の実用化と既存技術の最適化の取り組みを進める。
- (3) 神戸アイセンター病院において、iPS 網膜色素上皮細胞移植や視細胞移植などの再生医療や遺伝子検査・治療などの高度・先進的医療を提供するとともに、臨床研究及び治験に積極的に取り組み、より有効で安全性の高い次世代医療の開拓を図る。
- (4) 神戸医療産業都市に集積する高度専門医療機関等の連携強化を図り、引き続き市民へ最高水準の医療を提供するとともに、新たな治療薬や医療技術が創出されるよう、研究機関、高度専門医療機関及び企業の連携・融合を促し、その成果をいち早く市民へ提供することを目指していく。

5 歯科口腔保健医療

現状と課題

歯科口腔保健のさらなる推進を目的として、2016年（平成28年）11月8日（いい歯の日）に「神戸市歯科口腔保健推進条例」を施行し、2017年度（平成29年度）に「口腔保健支援センター」を設置した。2023年（令和5年）4月に策定した「こうべ歯と口の健康づくりプラン（第3次）」に基づき、ライフステージに応じた口腔機能の維持・向上、むし歯や歯周病の予防に関する取り組みなど、歯と口腔の健康に関する施策を計画的に推進する。

本市の12歳児のむし歯の状況について調査すると、5年間で2.43倍（2017年度（平成29年度））→3.24倍（2022年度（令和4年度））と地域格差が拡大している。幼児健診や小学校において、科学的根拠に基づくフッ化物応用を推進することで、口腔の健康格差の縮小に努める必要がある。

口腔がんは、進行すれば口の機能や容貌に影響を及ぼすだけでなく、命にもかかわる病気であるため早期発見・早期治療につなげることが重要である。

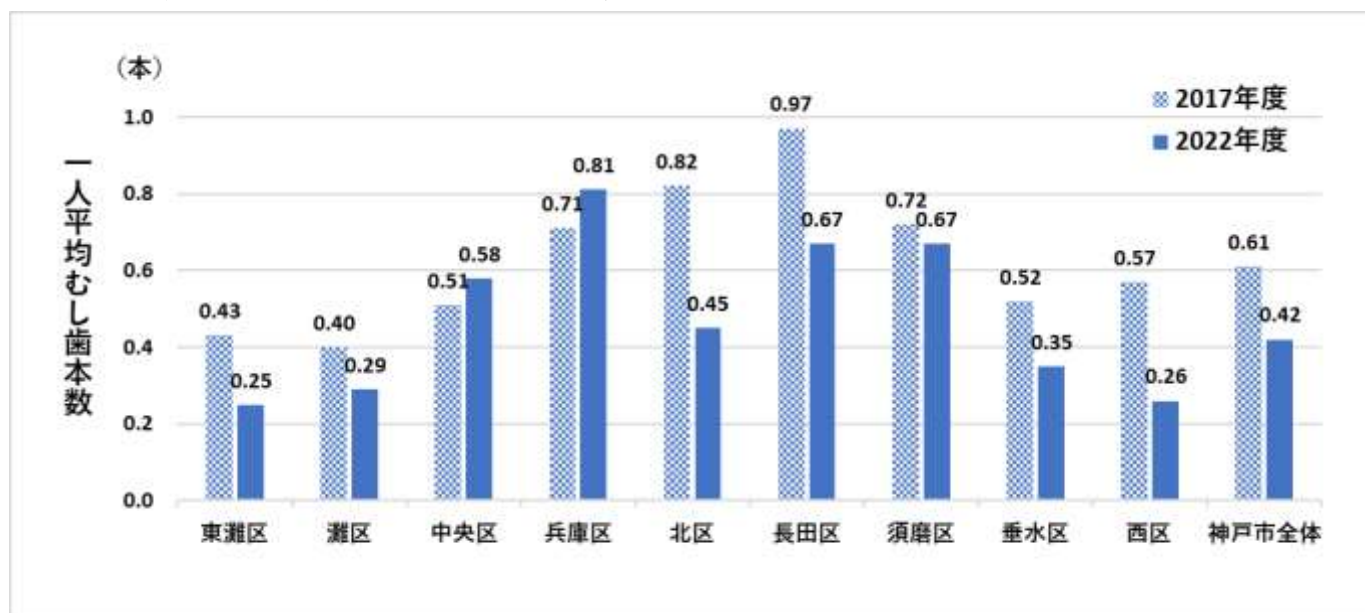
介護保険を利用して、在宅・施設において歯科医師や歯科衛生士による口腔ケア（居宅療養管理指導）を受けている人は、要介護認定者の1割を下回っている（2022

年度（令和4年度）7.4%）。また、退院・転院時の情報提供書（看護サマリーなど）による口腔機能に関する情報共有が十分ではない（嚥下機能 38%、口腔ケア 29%、咀嚼状況 17%）。そのため、口腔機能管理（※）が必要な要介護高齢者の把握とその対応が重要である。

がん治療に際して、または全身麻酔による手術などを受ける患者に、医師からの依頼に基づき歯科医師や歯科衛生士が口腔機能の管理を行うことで、術後の肺炎などの合併症を予防することが可能である。そのため、歯科のない病院での地域の歯科診療所との連携や、歯科のある病院での周術期口腔機能管理の充実が課題である。

（※口腔機能管理：食べる、話すなど口の機能に関する管理。口腔清掃だけでなく機能訓練や義歯など歯科治療による咀嚼機能の回復を含む）

区別 12 歳児の永久歯 1 人平均むし歯数



	最多		最小		区間格差
2017 年度	長田	0.97	灘	0.40	2.43 倍
2022 年度	兵庫	0.81	東灘	0.25	3.24 倍

神戸市教育委員会調査

推進方策

- (1) 妊娠期、乳幼児期から高齢期までの各ライフステージにおける歯と口の健康づくりに取り組み、むし歯や歯周病を予防して 8020（80 歳で 20 本以上自分の歯を残すこと）を達成する。
- (2) 乳幼児期から学齢期については、社会経済的要因などで、むし歯予防対策が充分でない人を含めて、科学的根拠に基づくフッ化物応用を推進することで、口腔の健康格差の縮小を目指す。今後、小学校を通して児童全員にアプローチできるフッ化物応用事業を展開し、健康格差の縮小を図る。

(3) 歯周病対策としては、日頃のセルフケアと定期的な歯科医院での専門的口腔ケアが重要であり、かかりつけ歯科医をもち、定期的を受診することの必要性を広く啓発する。学齢期の児童・生徒については、学校と連携し、セルフケアに関する歯科保健教育を推進する。また、歯周病検診や妊婦歯科健診の受診勧奨を強化する。

(4) オーラルフレイル（滑舌低下、食べこぼし、むせ、かめない食品の増加などの口腔機能の低下）を早期に発見し改善することにより、フレイル（全身の筋力や心身の活力が低下し要介護に陥りやすい状態）の予防ひいては健康寿命の延伸につなげる。

オーラルフレイルチェック（65歳・75歳）の利用率向上に向けて、積極的な広報・啓発や再勧奨を強化するとともに、関係機関と連携し、かかりつけ歯科医などで口腔機能向上のための相談・治療が受けられる環境を整える。

(5) 障害者歯科保健医療体制、休日歯科救急対応および口腔がん対策に引き続き取り組むとともに、訪問歯科診療・訪問口腔ケア、医科歯科連携を推進する。

口腔機能管理を必要とする要介護高齢者がスムーズに受けられるよう「訪問歯科診療および訪問口腔ケア必要度チェック票」を活用するなど、保健・医療・介護の多職種が連携して歯科医療や専門的口腔ケアなど口腔機能管理に取り組む。

6 地域包括ケアシステム

現状と課題

2040年に向けて85歳以上人口が急増し、在宅医療需要が大きく増大すると見込まれる。また、疾病構造の変化や複数の疾患を持つ患者の増加への対応、急性期・回復期から生活期（在宅）までの一体的なりハビリテーションの実施が求められている。さらに、多死社会を迎えるにあたり、患者本人が、人生の最後において望む医療・ケアについて、本人・家族・医療従事者・介護従事者が事前に話し合い、意識共有を図っておく必要がある。高齢化に伴う、在宅医療・介護提供体制の充実に合わせ、より一層の医療介護連携の促進に取り組む必要がある。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムについては、個別に事業を進めてきたが、市全体の「協議の場」の設置や普及啓発・人材育成、家族支援の強化などが取り組めていない。退院可能な状態であるにもかかわらず、長期入院となっている患者もおり、精神科病院からの退院支援・地域移行などもさらに推進する必要がある。

訪問診療実施の需要見込み

2014年実績	2020年実績	2030年推計	2040年推計
14,804件/月	20,403件/月	約35,200件/月	約44,000件/月

2014年・2020年の訪問診療実施件数（各年9月分）：医療施設調査（厚生労働省）

1年以上長期入院している精神疾患患者数

年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度
人数	1,614人	1,599人	1,630人	1,540人	1,413人
増減	—	△15人	+31人	△90人	△127人

2023年度末
時点目標
1,226人以下

精神保健福祉資料（630調査）

推進方策

（1）在宅医療体制の充実

往診や訪問診療を実施する医療機関の確保や訪問看護ステーションの機能充実など、在宅医療体制の充実に向け、地域課題の把握を進め、効果的な解決策を検討する。

また、神戸市歯科医師会や神戸市薬剤師会をはじめとした関係機関と連携し、在宅療養患者に対する口腔機能管理や服薬管理を推進する。

（2）医療介護連携の促進

全国医療情報プラットフォームなど、国が整備を進める医療や介護情報の連携の取り組みを踏まえて、地域での効果的な取り組みを検討する。

医療と介護の連携拠点の役割を果たす医療介護サポートセンターを効果的に運営するとともに、医療・介護関係団体との連携を強化し、在宅医療体制の充実を図る。

（3）ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の普及促進

ACPの普及促進を図るため、市民向けパンフレットの配布や関連団体と連携したセミナー等を開催するとともに、医療介護従事者向け研修などを実施する。

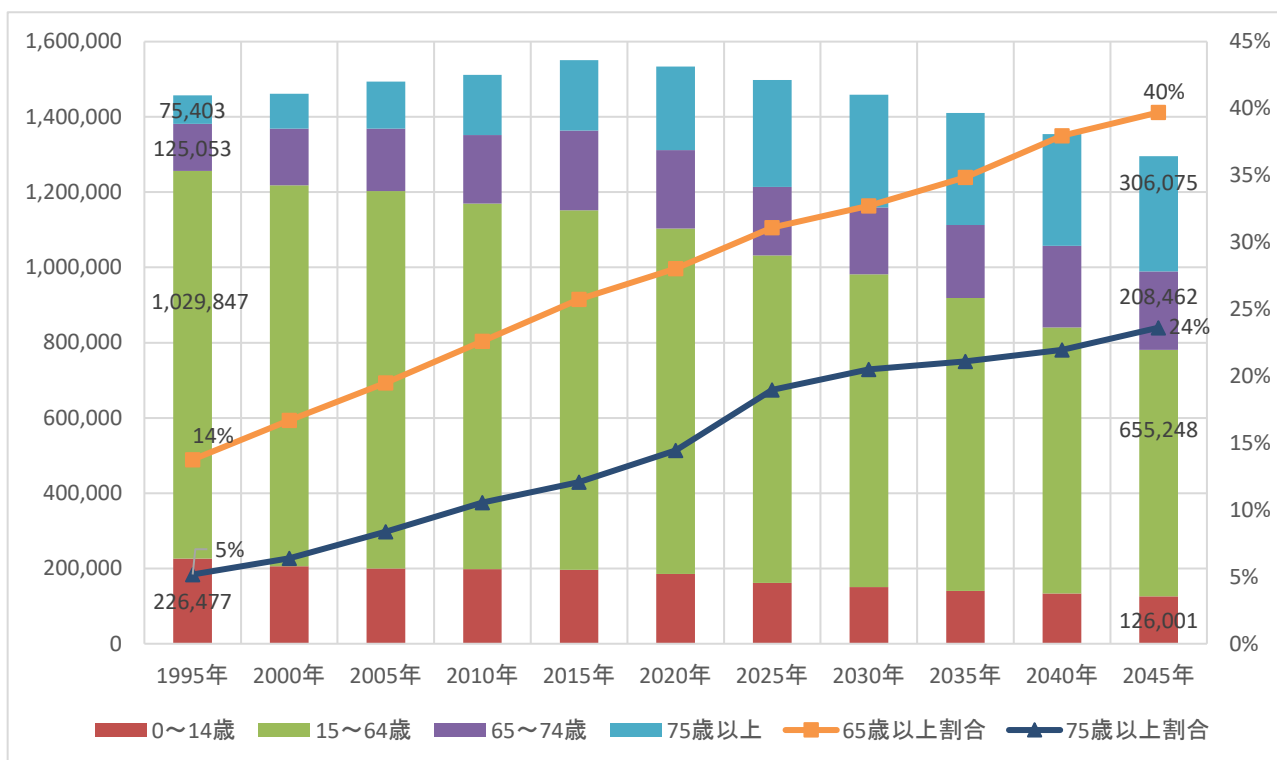
（4）精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

協議の場を設置し関係機関の連携を強化する。また、精神科病院からの退院支援のためピアサポーターの更なる活用を図るほか、地域における必要な方にアウトリーチ支援を行っていく。

3 関連データ

1 人口動態・受療動向等

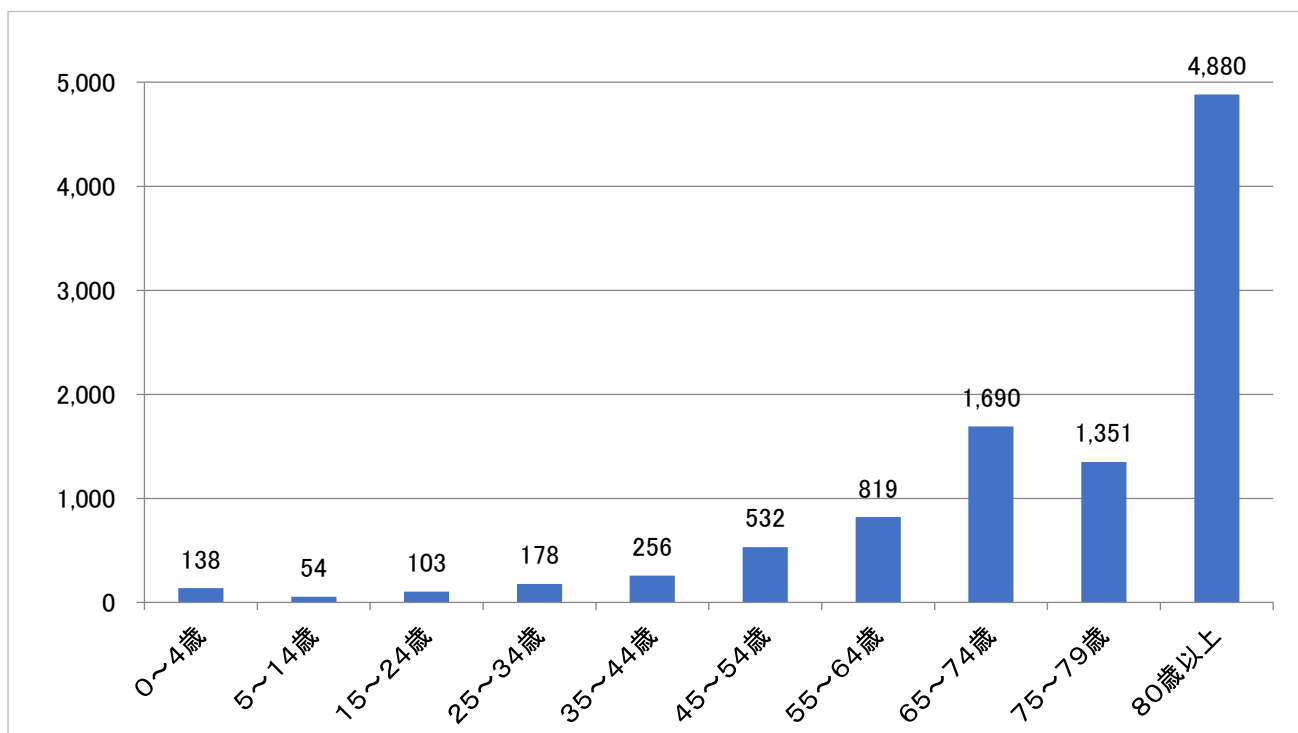
(1) 将来人口及び高齢化・後期高齢化率



2020年以前：住民基本台帳に基づく人口（総務省）

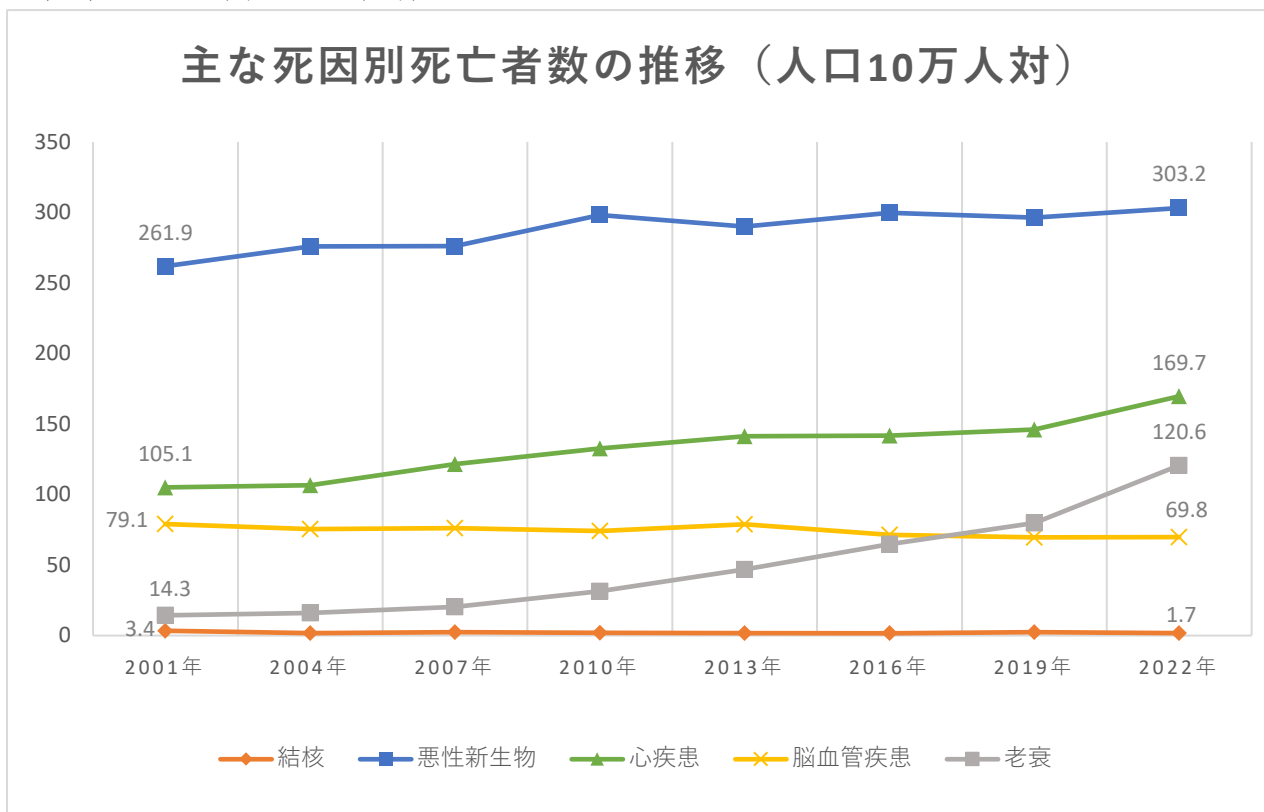
2025年以降：日本の地域別将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所）

(2) 年齢別推計入院患者数（2023年2月1日午前0時時点）

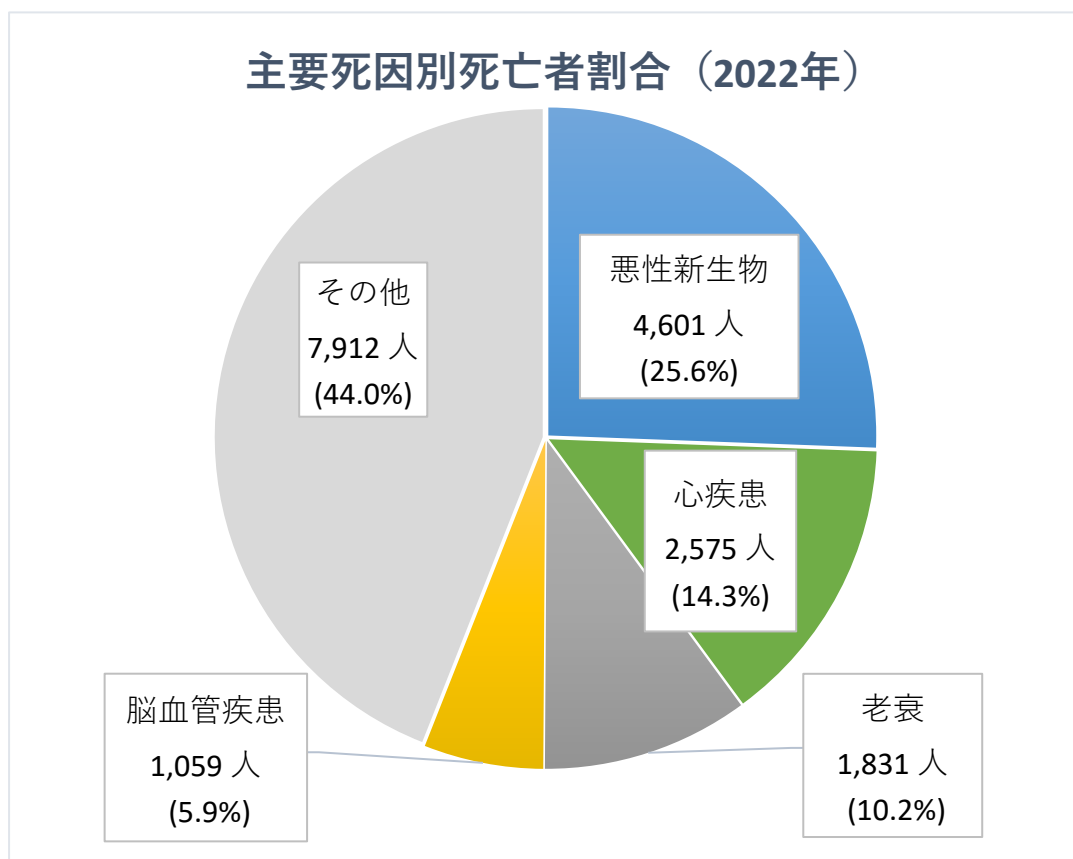


令和4年度医療需給調査（兵庫県）

(3) 主な死因別死亡割合



人口動態統計（厚生労働省）



人口動態統計（厚生労働省）

2 医療資源の状況

(1) 医療機関数(2022年10月1日時点) ※ () は人口10万人対

	病院	一般診療所			歯科診療所
		総数	有床	無床	
神戸	110 (7.3)	1,645 (108.9)	49	1,596	930 (61.6)
兵庫県	347 (6.4)	5,218 (96.6)	172	5,046	2,960 (54.8)

医療施設調査(厚生労働省)

(2) 病床の種類別許可病床数(2023年4月1日時点)

	病院			一般診療所			精神	結核	感染症
	総数	一般	療養	総数	一般	療養			
神戸	15,125	12,352	2,773	167	123	44	3,539	50	10

兵庫県調べ

(3) 医療従事者数(2020年12月31日時点) ※ () は人口10万人対

	医師	歯科医師	薬剤師	保健師	助産師	看護師
神戸	5,286 (346.6)	1,313 (86.1)	5,389 (353.3)	476 (31.2)	537 (35.2)	17,824 (1168.7)
兵庫県	15,133 (276.9)	4,141 (75.8)	15,663 (286.6)	1,903 (34.8)	1,493 (27.3)	57,521 (1052.5)

医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)

兵庫県看護師等業務従事者届(兵庫県医務課)

第3章 阪神圏域

1 地域の特性

阪神圏域は、兵庫県の東部に位置し、7市1町(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)で構成され、東は大阪府、西は神戸・北播磨地域に隣接し、南は大阪湾に面し、北は丹波地域に接している。

阪神南部は、総面積168.4km²で、県全体(8,400.95km²)の2.0%を占め、緑豊かな六甲・北摂連山や猪名川・武庫川水系に恵まれた自然環境を有し、神戸と大阪の大都市間に位置することから住宅地として発展するとともに、臨海部は阪神工業地帯として我が国の産業・経済を先導してきた地域である。

阪神北部は、総面積480.98km²で、県土面積の5.7%を占めている。良好な郊外住宅地・ニュータウンが整備され街の発展がなされている一方、森林面積が総面積の約6割を占め、北から南へ武庫川や猪名川が貫流しており、街と自然が共存している地域である。

道路網では、東西幹線として中国自動車道、名神高速道路、新名神高速道路、阪神高速道路神戸線、湾岸線、国道2号、国道43号、国道176号等があり、南北幹線として国道171号、国道173号、主要地方道川西篠山線、尼崎池田線等がある。また、鉄道網として、JR、阪急電鉄、阪神電車、神戸電鉄、能勢電鉄の各路線が走っており、公共の交通網が整備されているほか、重要港湾尼崎西宮芦屋港があり、物流拠点を形成している。

阪神北準圏域の設定

(1) 設定の理由

入院医療完結率や受療範囲など一定のまとまりのある旧保健医療圏域で、当該圏域の地域医療構想における2025年の必要病床数では、高度急性期病床の確保が課題であり、医療資源のさらなる地域偏在に対する配慮が必要であるため。

(2) 設定の範囲

準圏域の範囲は、伊丹市、宝塚市、川西市、三田市、猪名川町で構成される阪神北部とする。

(3) 推進方策

阪神北準圏域を医療法第30条の14による「その他の当該都道府県知事が適当と定める区域」として、「協議の場」を設置し、従前の阪神北圏域地域医療構想区域における将来必要病床数の達成等、阪神北準圏域における地域医療構想を推進するとともに、以下の事項等について、具体的対応方針を検討・協議し、地域医療の提供体制を整備していく。

- ① 公立・公的病院を中心とした準圏域内医療機関との医療機能の相互連携や役割分担
- ② 高度急性期病床の確保
- ③ 阪神圏域内における医療資源の偏在対策
- ④ 統合再編などの公立病院の今後のあり方

医療計画(医療構想)上の重点課題と進捗状況

(1) 高度急性期医療の充実・整備

阪神北準圏域には、公立・公的病院が5病院あり、地域の開業医や保健・福祉関係者と連携し、救急医療及び在宅医療等の幅広い地域医療連携体制を構築している。しかし、3次救急を担う救命救急センターはなく、高度急性期医療(病床)は阪神南部と連携し対応している状況である。阪神北部でより高度な救命救急医療提供のため、救命救急センター等の充実・整備を行う必要がある。

(2) 公立・公的病院の再編・統合

「新公立病院改革ガイドライン」(平成27(2015)年3月)や「公的医療機関等2025プラン」(平成29(2017)年8月)に基づき、医療提供体制の改革と連携して公立・公的病院の更なる経営の効率化、再編・ネットワーク化等の推進が求められており、阪神南部では、県立西宮病院と西宮市立中央病院が統合・再編し、2026年を目途に「西宮総合医療センター(仮称)」として開設する予定である。阪神北部では、令和4年9月には市立川西病院と民間病院が統合・再編し、「川西市立総合医療センター」として開院した。また、伊丹市域では市立伊丹病院と近畿中央病院が統合・再編し、2026年を目途に「伊丹市立伊丹総合医療センター(仮称)」として開設する予定である。三田市域では、三田市民病院と済生会兵庫県病院が連携協定を締結し、協議する等、各市民病院において再編・統合の方向性や、地域医療構想を踏まえた役割の明確化を視野に入れた公立・公的病院の在り方を検討している。

(3) 病床機能別必要病床数

阪神南部における2025年必要病床数達成率(令和3(2021)年度時点の病床機能報告)は、高度急性期193%、急性期83%、回復期49%、慢性期136%である。令和8(2026)年度には公立・公的病院の再編統合等により、高度急性期194%、急性期81%、回復期49%、慢性期136%の達成見込みとなる。

阪神北部での2025年必要病床数達成率は、高度急性期37%、急性期165%、回復期59%、慢性期103%である。令和8(2026)年度には公立・公的病院の再編統合等により、高度急性期79%、急性期129%、回復期66%、慢性期104%の達成見込みとなる。

高度急性期病床と回復期病床は不足があることから、医療提供体制の見直し等により医療需要に応じた充足を目指す。

2 圏域の重点的な取組

1 地域医療連携

現状と課題

- (1) 阪神における地域医療支援病院については、県立西宮病院、関西労災病院、県立尼崎総合医療センター、市立伊丹病院、近畿中央病院、三田市民病院、宝塚市立病院、川西市立総合医療センター、令和5年6月24日に西宮市立中央病院が承認され、計9病院となっている。
また、阪神南部には、社会医療法人が3団体（①社会医療法人中央会 尼崎中央病院 ②社会医療法人愛仁会 尼崎だいもつ病院 ③社会医療法人渡邊高記念会 西宮渡辺病院、西宮渡辺心臓脳・血管センター）あり、公立・公的病院に並ぶ公益性の高い医療を提供しており、高度な地域医療を担っている。
- (2) 阪神北部の三田市や西宮市北部は山間部が多く、隣接する神戸市北区への医療機関の利用が多い。一方、南部は医療機関数が多く、交通至便な地域であるため、大阪府内の医療機関の利用や、大阪府民からの利用がある。

推進方策

- (1) 公立・公的病院とともに地域医療を担う民間病院、地域の診療所及び地域医療支援病院間における連携をより一層充実・強化できるよう進める。（県、地域医療支援病院、医療機関）

2 救急医療

現状と課題

- (1) 1次救急医療体制については、阪神南部では、休日夜間応急診療所等や診療科目によっては、在宅当番医制で対応している。
歯科については、尼崎口腔衛生センター、西宮歯科総合福祉センターや芦屋市歯科センターで対応している。
阪神北部では、地元医師会の協力の下、休日等応急診療所が開設・運営されている（計4か所。川西市と猪名川町は川西市内に共同設置）。
地域によっては、平日深夜帯や対応できない診療科があり、今後の課題である。
- (2) 2次救急医療体制については、阪神南部では、26病院が2次救急病院として、輪番体制を組んでいる。
阪神北部では17病院（うち三田市は2病院）が2次救急病院として、それぞれ輪番体制を組んでいる。
また、輪番制以外に、随時救急搬送を受け入れている救急告示医療機関もある。
- (3) 3次救急医療体制については、阪神南部に、多発外傷、広範囲熱傷等の重篤な救急疾患や2次救急医療機関の後送先ともなる救命救急センターが3か所あり、阪神北部にはないため、阪神南部の救命救急センターとの連携強化を図っている。
なお、3次救急を含めた高度医療については、阪神南部だけではなく大阪、神戸の医療機関への流出を認めており、高度急性期医療での連携と充実・強化を検討していく必要がある。

表1：阪神南部における救急医療体制

区分	1次(初期・軽度)		2次(重症)		救急告示 医療機関	3次(重篤) 救命救急 センター
	休日夜間 急患センター	在宅当 番医制	小児救急 輪番制	病院群輪番制		
尼崎市	尼崎健康医療財団 休日夜間急病診療所 (内科・小児科) ※小児科は、0～6時はあまがさき小児救急相談ダイヤルに相談の上、必要時は医療機関を紹介 尼崎口腔衛生センター	〈診療科目〉 産婦人科	県立尼崎総合医療センター	尼崎新都心病院 合志病院 尼崎中央病院 田中病院 アイワ病院 近藤病院 はくほう会セントラル病院 立花病院 安藤病院 大隈病院 青木外科整形外科 尼崎医療生協病院	同左 県立尼崎総合医療センター 関西労災病院 西原クリニック つかぐち病院	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	西宮市応急診療所(内科・小児科) ※小児科は、0時以降は阪神北広域こども急病センターで対応 西宮歯科総合福祉センター	〈診療科目〉 外科・内科・産婦人科・小児科	県立西宮病院 明和病院 西宮市立中央病院 西宮回生病院 兵庫医科大学病院	西宮協立脳神経外科病院 笹生病院 県立西宮病院 西宮渡辺病院 西宮渡辺心臓脳・血管センター 西宮市立中央病院 谷向病院 三好病院 明和病院 西宮回生病院 高田上谷病院 上ヶ原病院	同左 兵庫医科大学病院	
芦屋市	芦屋市立休日応急診療所(内科・小児科) 芦屋市歯科センター	〈診療科目〉 内科・外科又は小児科	市立芦屋病院	市立芦屋病院 南芦屋浜病院	同左 芦屋セントマリア病院	
計	3		7	26	29	3

表2：阪神北部における救急医療体制

区分	一次(初期)		二次(重症)		三次(重篤)	(再掲)
	小児急病センター	休日夜間急患センター	小児科病院群輪番制	内科・外科系病院群輪番制	救命救急センター	救急告示医療機関
伊丹市	阪神北広域こども急病センター	伊丹市休日応急診療所 伊丹市口腔保健センター休日歯科診療所	市立伊丹病院 近畿中央病院	市立伊丹病院 近畿中央病院 常岡病院 伊丹恒生脳神経外科病院 祐生病院 みやそう病院	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	公立等 2 私立 3
宝塚市		宝塚市立休日応急診療所 宝塚市立歯科応急診療所	宝塚市立病院	宝塚市立病院 宝塚第一病院 宝塚病院 こだま病院 東宝塚さとう病院		公立等 1 私立 4
川西市・猪名川町		川西リハビリテーション病院 川西市ふれあい歯科診療所	川西市立総合医療センター	川西市立総合医療センター ベリタス病院 正愛病院 自衛隊阪神病院		公立等 1 私立 3
三田市		三田市休日応急診療センター(小児科を含む) 在宅歯科当番医	神戸市内	三田市民病院 平島病院		公立等 1 私立 1
計	3	8	5	17	3	公立等 5 私立 11

推進方策

(1) 救急医療体制の強化・広域連携（県、市町、関係機関）

- ・ 高齢者の増加にともない在宅医療の推進や、高齢者の救急搬送体制を確保することが必要となることから、市町単位など地域の実情に合わせた組織体制の構築を図る。
- ・ 「h-Anshin むこねっと」2次救急システムをさらに効果的に運用するため、阪神医療福祉情報ネットワーク協議会の2次救急システム委員会での検証を継続する。

神戸市第二次救急病院協議会医療情報システム(Mefis)とのシステム連携による広域連携を継続する。

(2) 急性期治療終了後の回復期、療養・在宅への移行体制の整備（県、市町、関係機関）

- ・ 必要病床機能のうち回復期機能が特に不足している。今後、高齢者救急医療の需要の増大が予想されることから、急性期治療終了後の回復期、療養・在宅への移行体制の整備が急務となる。地域医療構想調整会議において、病床機能転換推進事業等を活用した病床転換の促進を図るほか、病院から在宅への移行を円滑に

するため、医療機関における退院調整支援担当者などによる退院調整や、介護支援連携指導等の体制整備を推進する。

3 小児医療（小児救急医療）

現状と課題

- (1) 1次救急については、阪神南部では、各市の休日夜間急病診療所が対応している。深夜帯については、尼崎市は、あまがさき小児救急相談ダイヤルを開設し、早急に受診が必要な場合は医療機関を紹介している。西宮市では阪神北広域こども救急センターが対応している。

阪神北部では、伊丹市、宝塚市、川西市及び猪名川町が共同で「阪神北広域こども急病センター」を平成20(2008)年4月に開設し電話相談及び1次救急医療を担い、重症患者は小児救急2次輪番病院へ後送している。南部からの利用もあり、地域で重要な役割を担っている。

なお、三田市では、休日は「三田市休日応急診療センター」で1次小児救急を対応しており、2次小児救急は、神戸市北区の輪番病院がその後送先として対応している。しかし、1次救急の夜間及び2次救急体制に空白日や時間帯がある。

- (2) 小児救急2次輪番については、阪神南部では、7病院が輪番体制を組んで対応しているが、当直可能な医師の減少により、輪番体制の維持が難しくなるおそれがある。

阪神北部では、市立伊丹病院が小児地域医療センターとして指定され、公立・民間病院を併せて4病院が輪番対応しているが、小児科常勤医師の不足により当直体制がとれない病院もあり、年々厳しい状況となってきた。

このため、阪神南北の当番表を共有し、相互利用を可能としているが、依然、体制維持が厳しい現状である。

- (3) 3次救急については、県立尼崎総合医療センターが小児救命救急センターの指定を受けているが、同センターは小児中核病院でもあるため、深夜帯に休日夜間急病診療所からの紹介を受け入れることにより、小児重症患者の受け入れに支障を来すことがないようにする必要がある。

推進方策

- (1) 適正受診の普及啓発（県、市町、関係機関、県民）

- ・ 不要不急の救急利用を控え、日頃からかかりつけ医を持ち、通常の診療時間内に早めに受診するよう住民への適正受診の啓発を図るほか、電話相談の適正利用の啓発を促進する。
- ・ 県立尼崎総合医療センターは、ER併設に加えて、深夜帯に休日夜間救急診療所からの紹介も受けているため、負担増加により重症患児の医療に支障を来さないように、症状が軽い時期に早めに休日夜間診療所を受診するよう市民に啓発する。
- ・ 引き続き小児救急医療体制の現状や課題を関係機関で共有し、2次輪番体制について中長期的に検討していく。

また、新興感染症発生時における小児救急医療提供体制について検討する。

4 周産期医療

現状と課題

- (1) 阪神圏域の令和3(2021)年の出生数は14,203(人口千対8.1、県6.7)で、年々減少傾向にある。また、同年の周産期死亡率は出生千対3.2、(県3.4)で、経年で見るとほぼ横ばいである。
- (2) 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増加によるハイリスク妊産婦・新生児に対する医療需要が高まっているが、依然、産婦人科医・小児科医が不足している。

推進方策

- (1) 総合周産期母子医療センター(県立尼崎総合医療センター、兵庫医科大学病院)、地域周産期母子医療センター(県立西宮病院)及び地域周産期病院(関西労災病院、明和病院、近畿中央病院、市立伊丹病院、三田市民病院)の機能強化と連携を深め、住民が安心して子どもを産み育てられるように、周産期医療体制の充実を図る。(県、市、医師会、医療機関)また、予防の観点から、妊婦健康診査の普及啓発及び受診促進に努める。(市、医療機関、県民)

5 災害医療

現状と課題

- (1) 兵庫県地域防災計画によると、南海トラフで発生するM8~9クラスの地震の確率を今後30年以内で70~80%程度としている。
- (2) 阪神圏域においては、兵庫医科大学病院・県立西宮病院・県立尼崎総合医療センター・宝塚市立病院の4病院が災害拠点病院に指定されている。自衛隊阪神病院との連携も含め、地震のみでなく多様な災害に対応できる医療体制の整備が必要である。
- (3) マニュアルについては、災害時保健医療マニュアル(阪神南圏域版、阪神北圏域版)、尼崎市地域災害救急医療マニュアル、西宮市災害医療救護活動マニュアルを策定している。

推進方策

- (1) 災害拠点病院4病院間で、医療の特殊性等も含めた役割分担、連携方策について協議・調整を行う。また、その他の医療機関及び医師会等との連携の強化を図る。災害医療コーディネーター、医師会等の医療関係者及び地域保健医療情報センター(芦屋健康福祉事務所、宝塚健康福祉事務所)、伊丹健康福祉事務所、尼崎市保健所、西宮市保健所の保健衛生関係者、各市災害担当及び消防本部関係者が、連携を図りながら迅速かつ適切に行動できるよう、災害時保健医療マニュアル(阪神南圏域版、阪神北圏域版)の見直しや必要に応じて災害時対応訓練等を行う。(県、市、医師会、医療機関)

6 在宅医療

6-1 阪神南部

現状と課題

(1) 2025年における訪問診療需要見込 12,790人/月は、2021年訪問診療患者数 10,743人/月に比べて、約1.2倍となっているため、需要に対応する在宅医療体制を実現する必要がある。

現在の在宅医療提供状況は表3のとおりである。どの程度在宅医療を提供しているかは病院によって異なるため、施設数のみでは判断できないが、今後の地域包括ケアシステムを支えていく上で、在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟を有する病院、医療介護複合体（病院と介護施設の両方を経営する病院経営主体）を増やすことが必要である。

(2) 歯及び口腔は、噛むこと、飲み込むこと、発音することなどの人が生きる上で欠かせない機能を担っており、歯及び口腔の健康は、生涯にわたり健康で質の高い生活を送るための基礎となる。近年、口腔機能の衰えが、心身の機能を低下させること、ひいては介護を要する状態となる原因となることが明らかになっている。

表3：在宅医療提供体制

区分	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※3	機能強化型訪問看護ステーション※3
南部	尼崎市	111	11	3	2	39	227	65	2
	西宮市	98	8	1	2	26	194	56	4
	芦屋市	28	2			14	40	11	1
	3圏域計	237	21	4	4	79	461	132	7
県全体40圏域		1,059	140	24	38	463	2,555	691	43

※1 R5(2023).7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(R4(2022).9月時点)

※3 医療計画データブック(R5(2023)厚生労働省)

(3) 死亡場所別死亡数とその割合(表4)を見ると、病院の割合が最も高く、阪神南部、全県とも約62%である。今後高齢者が増加する中、病院での看取りは困難となることが予測される。

表4：死亡場所別死亡数とその割合

	死亡総数	病院	診療所	介護老人保健施設	老人ホーム	自宅	その他
尼崎市	5,450	3,271	37	132	406	1,465	139
		(60.0%)	(0.7%)	(2.4%)	(7.4%)	(26.9%)	(2.6%)
西宮市	4,532	2,938	14	107	406	995	72
		(64.8%)	(0.3%)	(2.4%)	(8.9%)	(22.0%)	(1.6%)
芦屋市	1,027	674	1	37	131	173	11
		(65.6%)	(0.1%)	(3.6%)	(12.8%)	(16.8%)	(1.1%)
南部計	11,009	6,883	52	276	943	2,633	222
		(62.5%)	(0.5%)	(2.5%)	(8.5%)	(24.0%)	(2.0%)
県	61,980	38,909	687	2,001	5,982	12,923	1,478
		(62.8%)	(1.1%)	(3.2%)	(9.6%)	(20.9%)	(2.4%)

注)老人ホーム：養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、経費老人ホーム、有料老人ホーム
(令和3年人口動態統計)

推進方策

(1) 意識啓発と体制整備（県、市、医師会、医療機関、福祉関係機関）

- ・ 今後も在宅医療需要は増加すると見込まれているため、多くの専門職が在宅医療の必要性を認識し、これに取り組む必要がある。そのために、在宅医療に関する研修会や講演会等への参加促進等を通じて、在宅医療に対応できる専門職の増加を図る。
- ・ 地域の在宅医療を支えるため、200床未満で地域包括ケア病棟がない病院に対して、地域包括ケア病棟の整備を促進するとともに、在宅療養支援病院・診療所を中心にその他の医療機関も交えた在宅医療提供体制の整備・充実に向けた検討を進める。
- ・ 患者が退院する際、居住地域の診療所等にスムーズにつながり、誰もがかかりつけ医等による在宅医療や訪問看護、訪問リハビリテーションを適切に受けられるように病診連携体制を強化する。

(2) 口腔ケアの充実（県、市、歯科医師会、関係機関、県民、福祉関係機関）

- ・ 在宅患者の口腔の問題に対して、多職種が口腔状態を理解して、課題に応じた必要な連携を取れる体制整備を図る。
- ・ 歯科保健医療サービスの提供及び必要な支援が受けられるよう、かかりつけの歯科医を持つこと、定期的な歯科健診の受診及び歯科医療又は保健指導を受けることを促進する。

(3) 在宅看取り体制の整備

- ・ 施設も含めた在宅看取りを増やすために、終末期医療に関する啓発活動を進める。（県、市、医療機関、福祉関係機関、県民）
- ・ 主治医不在時でも当番医による看取りができるように、ICTを活用した在宅看取りシステムの構築を推進する。また、機能強化型訪問看護ステーションの充実を推進する。（市、医師会、医療機関、福祉関係機関）

6-2 阪神北部

現状と課題

(1) 在宅医療需要等と今後の供給体制について

訪問診療需要見込量は、阪神北部では2020年に比べ2040年には約2.0倍、訪問看護利用者見込量は約1.9倍となっている。各地域における高齢者人口、介護施設等の供給量によって差が大きくなる見込みである(表5)。また、地域の在宅医療を支える地域包括ケア病床は、阪神北部で稼働率平均約83.4%、65歳以上の人口10万人あたり約158床(県約284床)となっている。

今後、阪神北部において急速に在宅医療需要の増加が見込まれ、各地域において在宅医療需要に応じた在宅訪問診療等を行う医療機関や訪問看護ステーションの確保、地域包括ケア病棟(病床)の整備や、急変時の護送先や後方支援等の連携体制の充実、強化等が必要である(表6)。

表5：訪問診療需要見込量 (レセプト件数/年)

区分	R2(2020) 実績	R12(2030) 推計	R17(2035) 推計	R22(2040) 推計	R22 推計/ R2 実績比(倍)
伊丹	25,788	39,043	44,228	47,291	1.89
宝塚	11,183	17,101	19,488	20,998	1.88
川西	14,145	22,623	25,312	26,757	1.89
三田	3,823	6,347	7,579	8,746	2.29
猪名川	2,593	5,079	6,084	6,845	2.64
阪神北部	56,869	91,519	105,346	114,597	2.02

※地域医療構想に基づく推計値

表6：在宅医療提供状況

区分	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※3	機能強化型訪問看護ステーション※3
北部	伊丹	40	3	0	2	18	88	32	3
	川西	30	4	2	1	12	72	19	1
	宝塚	42	2	0	1	22	105	31	3
	三田	19	0	1	1	6	36	14	0
	4圏域計	131	9	3	5	58	301	96	7
県全体 40 圏域	1,059	140	24	38	463	2,555	691	43	

※1 R5(2023).7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(R4(2022).9月時点)

※3 医療計画データブック(R5(2023)厚生労働省)

(2) 入院医療機関から在宅への退院支援

阪神北部では各在宅医療圏域に地域医療支援病院(公立・公的病院)があり、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と、地域医療・介護連携体制の構築に向けて取り組んでいる。一方、歯科のある病院を含めて、入院患者の口腔機能(口腔ケア)の維持改善はまだ十分ではなく、退院後も含めた患者の口腔ケアの普及推進が必要である。

(3) 急変時の対応と看取りの体制(在宅医療の基盤整備と医療介護連携体制の推進)

阪神北部における死亡場所別死亡数は自宅が約2割、医療機関は約6割強となっているが、多くの高齢者は可能な限り自宅等での看取りを望んでいる。また、在宅における看取り数は2040年には約2.0倍となる見込みである。

在宅療養における急変や看取り時の緊急往診、休日・夜間時の対応については、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、後方支援病院、訪問看護ステーションの確保等、地域全体での医療供給体制を構築していく必要がある。

(4) 認知症対策

高齢者の約4人に1人が認知症かその予備軍と推計されており、今後更なる増加が見込まれている。阪神北部には鑑別診断が可能な認知症疾患医療センターが2か所あるが、3市町(宝塚市、川西市、猪名川町)にはなく、認知症高齢者の増加に伴い、地域支援体制を強化する必要がある。また、認知症の早期発見・早期鑑別診断ができる医療体制の強化が必要である。

推進方策

(1) かかりつけ医・在宅医療に関する意識啓発・体制整備(県、市町、関係機関、県民)

- ・ かかりつけ医師等の定着や在宅医療・介護連携、相談拠点の機能強化を図り、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意識啓発を行う。
- ・ 地域包括ケア病棟(病床)がない200床未満の病院に対し、体制整備の促進を行う。また、在宅医療支援病院・診療所や訪問看護、訪問リハビリテーション等も合わせて、包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を強化する。

(2) 入院医療・在宅医療相互連携に必要な課題の抽出(県、市町、関係機関)

- ・ 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よう、地域の医師会や民間病院、薬剤師会や在宅医療関係団体等で構成する在宅医療推進協議会等で検討する。阪神北部における患者流出の約半分が在宅医療であり、主な流出先は阪神南部、大阪府、神戸圏域となっているため、各在宅医療圏域に拘らない柔軟な医療介護連携の必要がある。
- ・ 宝塚及び三田地域では退院調整ルールづくりや川西市ではつながりノートの活用が行われており、またバイタルリンク等のICT利用による情報の共有化を進めていく。
- ・ 川西市、宝塚市、三田市において在宅医療・介護連携支援センターの設置によ

り、他市在宅医療介護関係者との連携も対応可能で、急性期から回復期、在宅医療と介護への円滑な移行のための相談機能やコーディネート機能を整備しているところである。

(3) **口腔機能の維持向上に向けた連携体制の整備(県、市町、関係機関、医療機関)**

- ・ 歯科のない病院に対して、歯科医師会と連携した訪問診療体制を確保するなど、入院患者の口腔ケアや口腔機能の維持向上に向けた対策の強化を推進する。また、歯科専門職以外の他職種であっても、在宅患者の口腔状態を理解し、課題に応じた必要な連携を取ることができる体制を整備するとともに、在宅患者の食の支援体制の構築を図る。

(4) **認知症対策**

- ・ 市町、包括支援センターを中心に地域包括ケアシステムを整備し、認知症の人と家族を支える地域連携支援体制を推進する。また、認知症疾患医療センターの充実を図ると共に、かかりつけ医や認知症対応医療機関、認知症相談医療機関との連携により、地域の認知症医療の推進を図る。

7 感染症対策

現状

感染症指定医療機関の感染症病床は全県で54床あるが、阪神圏域として県立尼崎総合医療センター(第二種感染症指定医療機関)に8床確保されている。新型コロナウイルス感染症にかかる対応では、阪神南部での入院協力医療機関の病床は22病院、281床で、阪神北部では12病院、185床であった。

さらに川西市立総合医療センター、市立伊丹病院と近畿中央病院の統合新病院及び県立西宮病院と西宮市立中央病院の統合新病院においては、2類相当感染症に対応できる構造・設備設計がなされており、感染症拡大時の入院協力要請に対応可能となっている。また、新型コロナウイルス感染症への対応から、令和4年12月に感染症法が改正され、県の感染症予防計画において、感染症対応に必要な関係機関との協定の締結が予定されており、それに基づいて、芦屋・宝塚・伊丹健康福祉事務所では平時のうちから新興感染症等の拡大、まん延時に備えた準備を計画的に進め、迅速かつ的確に対応できるよう、医療提供体制の構築と整備を行っていく。

第4章 東播磨圏域

地域の特性

東播磨地域は、明石市、加古川市、高砂市、加古郡稲美町及び播磨町の3市2町で構成され、兵庫県臨海部中央に位置し、東は神戸市、西は姫路市、北は三木、小野、加西の各市に接している。

管内東部には子午線が通り、中央部には県下最大の河川「加古川」が流れ、流域には播州平野が広がっており一年を通じ降水量が少なく、温暖である。

また、東播磨地域には、県下最大級の「加古大池」をはじめとする多くのため池が集中しており、地域全体が豊かな水辺空間に恵まれている。

圏域の重点的な取組

1 救急医療体制の充実

現状と課題

(1) 初期救急医療は、明石市立夜間休日応急診療所と東はりま夜間休日応急診療センター（R3年11月1日開所）及び在宅当番医制で対応しているが、医師の高齢化等による問題がある。二次救急医療は、明石市12病院による輪番と2市2町（加古川市、高砂市、播磨町、稲美町）10病院による2つの輪番において空白日なく輪番体制を確保している。三次救急医療は、県立加古川医療センターが救命救急センターに指定されている。また、播磨地域及び丹波南部地域を含むドクターヘリ基地病院に指定されている。

(2) 消防本部別の救急搬送時間については、119番通報受付から現場到着所要時間（県平均8.6分）は、明石市8.2分、加古川市8.2分、高砂市6.9分、現場到着から収容所要時間（県平均37.9分）は、明石市36.8分、加古川市33.6分、高砂市32.6分であり、県平均よりいずれも短い状況である（R2年）。救急搬送される傷病者で急病に分類されるもののうち、診療の結果として帰宅可能な「軽症」が44.5%を占める。（R4年）

救急搬送患者数は、令和元年までは年々増加しているが、令和2年及び令和3年は、新型コロナウイルス感染症拡大に伴い、外出制限等が発出された影響から大きく減少となった（H29年32,244人、H30年33,776人、R元年34,047人、R2年29,930人、R3年30,584人、R4年34,791人）。今後、救急搬送患者数は高齢化の進展に伴いさらに増加することが予測される。

(3) 新型コロナウイルス感染症まん延時に、二次輪番を担う一部の民間病院等で救急外来や入院の受け入れが不十分であったことにより、夜間休日応急診療センター等の初期救急医療から二次救急医療へ移送される救急患者の診療の受け入れや発熱している救急患者の受け入れが困難となる課題が生じた。

推進方策

(1) 住民が急傷病時に、適時・適切な医療を受けることが出来るよう、医療機関、消防等の連携のもと、引き続き安定した救急医療体制を確保する。このため、医療機関、地域の医師会、市町等が連携しながら、医師の確保に努めるなど、明石市立

夜間休日応急診療所、東はりま夜間休日応急診療センター及び在宅当番医制による初期救急医療提供体制の確保に努める。また、地域の医師会、医療機関等が連携しながら、二次救急輪番体制の維持・拡大を図るとともに、引き続き三次救急医療体制の充実に努める。**(医師会、医療機関、市町、県)**

(2) 消防と医療機関等との連携を図りながら、救急搬送体制の確保・充実に努める。

また、日頃からかかりつけ医をもつことや救急車の適正利用についてさらなる啓発を進め、人生の最終段階における医療・ケアのあり方について、本人の意思決定を支援する取り組み(ACP: Advance Care Planning, 人生会議)の住民への普及を図る。**(県民、医師会、医療機関、消防、市町、県)**

(3) 二次輪番病院等において、新興感染症まん延時も救急患者を受け入れるために必要な標準的な感染対策の知識・技術の向上を図る。また、全ての医療機関において発熱患者を幅広く受け入れるよう引き続き啓発する。さらに、感染症患者受け入れ病院の入院病床の逼迫を防ぐため、後方支援を行う医療機関や施設への受け入れ調整を円滑に行えるよう管内関係機関の役割分担と連携強化を図る。**(医師会、医療機関、福祉施設、消防、市町、県)**

目 標 (※数値目標がある場合に記載)

目 標	現 状 値	目 標 値 (達 成 年 度)	備 考 ※
救急医療の確保・充実に努める	二次輪番空白日なし(2023)	二次輪番空白日なし(2029)	

2 周産期医療及び小児医療(小児救急含む)体制の確保・充実に努める

現状と課題

- (1) 令和4年の出生数は5,181人(出生率(人口千対)7.3(県6.2))であり、前年出生数5,477人(出生率7.7(県6.5))より減少している。また、周産期死亡率(出産千対)は3.1(県2.9)で年によりばらつきがある。
- (2) 令和5年10月1日時点における分娩を扱う医療機関は4病院8診療所で、減少傾向にある。地域周産期母子医療センター(加古川中央市民病院・明石医療センター)では、正常分娩を含め、ハイリスク妊婦や高度な新生児医療を要する母子の救急搬送の受け入れが増加している。
- (3) 令和2年の診療従事者医師数は1,570人であり、その内、小児科は85人(H28年75人)、産婦人科は59人(H28年55人)で平成28年時点より増加傾向であるものの、人口10万人対では県に比べ少なく、特定の医療機関へ患者が集中している。小児科医・産婦人科医の確保が必要である(人口10万対小児科医数;東播磨11.9(県15.6)、人口10万対産婦人科医数;東播磨8.2(県9.2))。
- (4) 令和5年3月末時点における小児慢性特定疾病患者は413人で、そのうち人工呼吸器装着児は31人、うち在宅療養児は17人である。加古川中央市民病院では、このような医療的ケア児の在宅移行に向けての取組みを進めており、関係機関による体制整備が必要である。

- (5) 東播磨の小児救急医療体制は、初期救急は、明石市立夜間休日応急診療所と東はりま夜間休日応急診療センターで対応しているが、小児科医の高齢化や医師不足により診療時間が午前0時までとなっている。
- (6) 東播磨圏域小児救急医療電話相談を設置しているが、開設時間は20:30～23:30である。また、県が実施する小児救急医療電話相談(#8000)は、平成30年度から翌朝8:00まで延長されている。
- (7) 小児の二次救急は、地域小児医療センターに位置づけられている加古川中央市民病院を中心に、明石市立市民病院、明石医療センターの3病院において、空白日なく輪番体制を確保しているが、小児科医不足により体制を維持するのが非常に困難な状況である。

推進方策

- (1) 周産期死亡率は年により大きな変動があるが、なるべく低値を維持し、少なくとも県平均以下となるように努める。そのため、妊娠中からの妊娠高血圧症候群の予防や母体と新生児の安全確保の面から、妊婦健康診査の普及啓発及び受診促進を図る。(県民、市町、医療機関)
- (2) 地域周産期母子医療センターをはじめ、周産期医療に携わる各関係機関は相互に連携・補完し、分娩のリスクに応じて適切な医療が提供されるよう産婦人科医の確保を含め、周産期医療体制の強化を図るとともに、ドクターカー等搬送体制の充実を図る。(医療機関、消防、市町、県)
ハイリスク妊婦や高度な新生児医療に対応するため、より高度な周産期医療の充実を図る加古川中央市民病院は、より高度な周産期医療に対応できるよう総合周産期母子医療センターの整備を目指す。(医療機関、県)
- (3) 小児科や産婦人科を有する医療機関は、大学医学部等に医師派遣を要請する等、様々な方法により小児科医・産婦人科医の確保に努める。(医療機関)
- (4) 医療的ケア児が、安全で発達に応じた在宅療養を送ることができるよう、県医療的ケア児支援センター(令和4年6月開設)、医療機関、訪問看護ステーション、特別支援学校、相談支援事業所等は相互の連携強化を図る。(医師会、医療機関、訪問看護ステーション、福祉施設、教育機関、市町、県等)
- (5) 小児の初期救急医療体制の充実に向けて、関係機関は小児科医の確保に努め、体制の充実を図る。(医師会、医療機関、市町等)
- (6) 受診時の医師からの説明や乳幼児健診等での保健指導など様々な機会を通して、「かかりつけ医を持つこと」や小児救急医療電話相談の普及啓発に努め、不要不急な受診を減らし適正受診を推進する。(県民、医師会、医療機関、消防、市町、県)
- (7) 空白日のない小児の二次救急医療体制を維持できるよう二次救急を担う医療機関は、小児科医の確保および医療機関間の連携強化を図る。(医療機関、消防、市町、県等)

目 標 (※数値目標がある場合に記載)

目 標	現 状 値	目 標 値 (達 成 年 度)	備 考 ※
周産期死亡率の減少	3.1 (2022)	県平均以下 (2029)	県平均 2.9(2022)
小児救急医療の充実	二次輪番空白日なし (2023)	二次輪番空白日なし (2029)	

3 新興感染症発生・まん延時における医療

現状と課題

- (1) 新型コロナウイルス感染症の流行初期には、帰国者・接触者外来として、公立病院が濃厚接触者の検査等を実施した。また、感染拡大時には、地域の医師会においては、センター方式によるPCRセンターを設置するなど体制整備を行ったが、発熱患者を受入れる発熱外来は不足した。
- (2) 新型コロナウイルス感染症の感染拡大時には、管内のコロナ患者の入院病床が不足したため、急性期を脱した入院患者については後方支援を行う医療機関・施設への受け入れ調整を行う必要があった。また、小児・妊産婦は特定の病院で入院を受け入れるために、他の医療機関が成人・高齢者を積極的に受け入れるなど、地域の医療機関の特性に応じた療養先の振り分けを行い、病床の確保を図った。その他、GW や年末年始等の大型連休前には、保健所が中心となって二次輪番に参画する医療機関や医師会、市町、消防を参集した連絡会を開催し、関係者間の情報共有やきめ細かい調整、役割分担・連携強化を図った。
- (3) 高齢者施設等には重症化リスクをもつ高齢者が多く入所しているが、感染拡大時には施設内でクラスターが多く発生した。認知症や要介護高齢者を受け入れる入院病床の確保は十分でなく、高齢者施設への往診の調整、管内の感染症認定看護師の施設への派遣による个人防护具の着脱やゾーニングなどの支援を行った。医療機関において、新型コロナウイルス感染症の退院基準を満たした退院患者であっても、高齢者施設が受け入れを断る事例もみられた。

推進方策

- (1) 今後も新興感染症に対応できるよう、発熱外来・入院等の医療提供体制について、「感染症予防計画」に基づき構築する。また、発熱外来を行う医療機関においては、院内感染対策（ゾーニング、換気、个人防护具の着脱等）を適切に実施できるよう研修・訓練を行うなど地域の医師会等と連携した取り組みを行う。（医師会、医療機関、市町、県）
- (2) 流行初期から新型コロナウイルス感染症対応の実績を参考に、限られた医療資源が有効に活用されるよう、感染症発生・まん延時の入院受け入れ病院の役割の明確化を図るとともに、病院、医師会、関係機関とのネットワーク化により、実践的な訓練を実施するなど平時からの備えに努める。さらには、自宅療養者への対応を図るため医師会、市町、関係機関等と連携を図る。（医師会、医療機関、訪問看護ステーション、市町、県）

(3) 高齢者施設等で感染対策の質の向上を目指す。また、感染した入所者が施設内での療養に際し、必要な場合には医師による往診や認定看護師の派遣を行えるよう平時からの連携を図る。さらに、高齢者施設と協力医療機関等との連携強化にも努める。(医師会、医療機関、訪問看護ステーション、福祉施設、市町、県)

関連データ

4-1 人口及び人口動態

(1) 人口

東播磨の将来推計人口は、2025年には、2010年(H22)の716,006人から670,123人に、2040年には586,567人に減少すると推計されている。

65歳以上の高齢者人口は2010年の152,337人から2025年には194,439人に、2040年には203,369人に増加すると推計されている。一方、生産年齢人口は、年々減少し、2010年の461,433人から2040年には322,250人まで減少する。

図1：将来推計人口及び高齢化率（H22年～R22年）



資料 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

(2) 人口動態

出生数は減少傾向にあるが、人口千人あたりの2022年(R4)の出生率は7.3で、県平均6.2を上回っている。一方、死亡数は増加傾向にあるが、人口千人あたりの死亡率は11.5で県平均12.3より低くなっている。

死因別死亡割合の状況は、2021年(R3)では、悪性新生物が最も多く、次いで、心疾患、老衰、脳血管疾患の順になっている。死亡数の推移をみると、悪性新生物の死亡数が増加している。

表1：人口動態（H29年～R4年）

年次	出生		死亡		周産期死亡	
	実数	人口千対	実数	人口千対	実数	出生千対
2017年(H29)	5,812	8.1	6,713	9.4	23	4.0
2018年(H30)	5,830	8.1	7,043	9.8	17	2.9
2019年(H31)	5,542	7.7	7,159	10.0	21	3.8
2020年(R2)	5,376	7.5	7,139	10.0	12	2.2
2021年(R3)	5,477	7.7	7,500	10.5	18	3.3
2022年(R4)	5,181	7.3	8,186	11.5	16	3.1
(全県 R3年)	33,581	6.5	61,980	11.4	122	3.4
(全県 R4年)	33,565	6.2	66,541	12.3	96	2.9

表2：死因別死亡数（R3年）

死因	死亡数(人)		
	男	女	計
悪性新生物	1,307	834	2,141
心疾患	533	567	1,100
老衰	214	600	814
脳血管疾患	269	247	516
肺炎	192	114	306
不慮の事故	123	90	213
自殺	85	29	114
結核	6	2	8
その他	1,216	1,072	2,288
計	3,945	3,555	7,500

資料 厚生労働省「人口動態統計」

図2：死因別死亡割合（R3）



図3：死因別死亡数（H23年～R3年）

資料 兵庫県保健統計年報



資料 兵庫県保健統計年報

4-2 医療資源の状況

(1) 医療機関

医療機関数は、一般病院 35 施設、一般診療所は 547 施設、歯科診療所は 339 施設となっている。なお、一般診療所のうち、有床診療所は 32 施設となっている。

人口 10 万人対で比較すると、病院は 5.5 施設（県 6.4 施設）、一般診療所は 76.6 施設（県 95.6 施設）、歯科診療所 47.5 施設（県 54.7 施設）であり、県よりも低くなっている。

表 3：医療機関等の状況 (R3年) () 内は人口10万人対

	病院				一般診療所				歯科診療所
	総数	一般病院		精神 病床 のみ 有す る病 院	総数	有床		無床	総数 (全て無床)
		うち 療養病床を 有する病院	うち 療養病床を 有する病院			うち 療養病床を 有する病院			
東播磨	39(5.5)	35	18	4	547(76.6)	32	2	515	339(47.5)
県	347(6.4)	314	152	33	5,192(95.6)	180	12	5,012	2,971(54.7)

資料 厚生労働省医療施設調査

許可病床数は、病院においては、一般4,503床、療養1,468床、一般診療所においては、一般65床、療養23床となっている。その他、精神病床は1,462床、感染症病床は8床となっている。

表 4：東播磨の病床の種類別許可病床数 (R5.4.1)

	病院			一般診療所			精神	結核	感染症
	総数	一般	療養	総数	一般	療養			
東播磨	5,971	4,503	1,468	88	65	23	1,462	0	8
兵庫県	52,134	39,597	12,537	604	503	101	11,452	150	54

資料 兵庫県医務課医療指導班 (R5.4.1)

(2) 診療従事医師数

診療従事医師数は、1,570 人となっている。そのうち、小児科医師数は 85 人、産婦人科医師数は 59 人となっている。

人口 10 万人対で比較すると、医師数は 224.4 人（県 276.9 人）、小児科医師数は 11.9 人（県 15.6 人）、産婦人科医師数は 8.2 人（県 9.2 人）であり、県よりも低くなっている。

表 5：診療従事医師数 (R2年) () 内は人口10万人対

	医師数(人)	小児科医師数	産婦人科医師数
東播磨	1,570(224.4)	85(11.9)	59(8.2)
兵庫県	15,133(276.9)	854(15.6)	504(9.2)

資料 厚生労働省医師・歯科医師・薬剤師調査 (R2年)

4-3 救急の状況

(1) 救急搬送時間

消防本部別の救急搬送時間については、119番通報受付から現場到着所要時間は、明石市8.2分、加古川市8.2分、高砂市6.9分となっており、県（8.6分）より短くなっている。現場到着から収容所要時間は、明石市36.8分、加古川市33.6分、高砂市32.6分となっており、県（37.9分）より短くなっている。

表6：救急搬送時間（R2年）

消防本部名	119番通報受付～ 現場到着所要時間（分）	119番通報受付～ 病院収容所要時間（分）
明石市	8.2	36.8
加古川市	8.2	33.6
高砂市	6.9	32.6
兵庫県	8.6	37.9

資料 兵庫県消防防災年報（R2年）

(2) 救急搬送患者数

令和2年及び令和3年は、新型コロナウイルス感染症拡大に伴い、外出制限等が発出された影響から大きく減少となっている。

救急搬送される傷病者のうち、急病に分類され、診療の結果として帰宅可能な「軽症」と分類される者は、毎年4割程度となっている。

表7：救急搬送人員（H29年～R4年）

年次	明石市		加古川市		高砂市		東播磨	
	救急搬送人員	うち軽症者数	救急搬送人員	うち軽症者数	救急搬送人員	うち軽症者数	救急搬送人員	うち軽症者数 (%)
2017年(H29)	12,806	6,738	15,836	7,323	3,602	1,698	32,244	15,759(48.8)
2018年(H30)	13,594	6,872	16,315	7,580	3,867	1,962	33,776	16,414(48.5)
2019年(H31)	14,080	6,895	16,120	7,100	3,847	1,922	34,047	16,007(47.0)
2020年(R2)	12,258	5,814	14,280	5,524	3,392	1,538	29,930	12,876(43.0)
2021年(R3)	12,565	5,562	14,572	5,385	3,447	1,392	30,584	12,639(41.3)
2022年(R4)	13,942	6,821	16,946	6,985	3,903	1,670	34,791	15,476(44.5)

資料 各市町消防年報

図4：救急搬送人員（H29年～R4年）



資料 各市町消防年報

第5章 北播磨圏域

地域の特性

西脇市・三木市・小野市・加西市・加東市・多可町の5市1町からなる北播磨地域は、兵庫県のほぼ中央に位置しており、総面積は895.61km²で、県土の10.7%を占めている。

日本のへそ（東経135度、北緯35度）と称せられている地理上の日本の中心地（西脇市）があり、日本の標準時を定める子午線が南北に貫いている。県下最大の河川「加古川」が、地域の中央部を貫流し、流域には播州平野が広がっている。

圏域の重点的な取組

1 小児救急医療

現状と課題

(1) 小児救急医療電話相談体制

子どもの急病、けが等に対する保護者の不安を軽減するため、「北播磨圏域子ども医療電話相談」を設置。看護師が症状への対処方法について助言、受診医療機関を紹介する。

また、「北播磨県民いきいき情報（インターネットホームページ情報）」において、小児救急医療機関に関する情報を掲載している。

北播磨圏域子ども医療電話相談	☎0794-62-1371 相談時間：18:00～22:00 (祝祭日、年末年始を除く)
北播磨県民いきいき情報	https://kitaharima-ikiiki.com/

(2) 一次・二次小児救急医療体制

小児地域医療センターである北播磨総合医療センターを中心に、西脇市立西脇病院、医師会、小児科開業医等が協力して対応している。

一次小児救急医療体制については、新たな小児科医の開業がほぼ望めず、開業医の高齢化が進んでいることから、空白日が生じている。

二次小児救急医療体制については、北播磨総合医療センターと西脇市立西脇病院の2病院が対応しており、空白日は無いものの、空白の時間帯（夜間）がある。

	日	月	火	水	木	金	土
一 次	(第2) 北播磨総合医療センター 9:00～17:00 (第4) 西脇市立西脇病院 9:00～17:00 北播磨小児科医会 開業医出務						
二 次	(第1・2・3・5) 北播磨総合医療センター 9:00～17:00 (第4) 西脇市立西脇病院 9:00～17:00	(第1～5) 北播磨総合医療センター 17:00～23:00	(第1～5) 西脇市立西脇病院 17:00～23:00	(第1～5) 北播磨総合医療センター 17:00～23:00	(第1～5) 北播磨総合医療センター 17:00～23:00	(第1～5) 北播磨総合医療センター 17:00～23:00	(第1・5) 西脇市立西脇病院 9:00～翌9:00 (第3・4) 北播磨総合医療センター 9:00～17:00 (第2) 西脇市立西脇病院または北播磨総合医療センター

(3) 小児の救急搬送状況

小児の救急搬送は、圏域内完結率が59%で、続いて東播磨圏域22%、神戸圏域13%となっており、救急医療体制の空白時間帯があるため、他圏域に頼らざるを得ない状況にある。

(4) 小児医療の状況

小児の入院医療については、北播磨での圏域内完結率が、手術なしが67%、手術ありが50%となっており、その他は、神戸圏域、東播磨圏域に流出している。

推進方策

(1) 他圏域との連携強化

新たな小児科医の開業はほぼ望めず、開業医の高齢化が進んでおり、小児医療を守ることも自体が重要事項となりつつある。さらに、公立病院の小児科医については、神戸、明石、加古川、姫路の病院に集中する傾向にあり、北播磨の一次・二次小児救急医療体制にさらに空白が生じる可能性が否定できない。

現時点では、この状況について、地域で大きな混乱や不満は出ておらず、北播磨二次救急医療圏域の維持に努めつつ、小児救急については、東播磨圏域、神戸圏域の医療機関との連携を強化し、北播磨の小児医療を守っていく必要がある。

(2) 小児救急医療体制の維持・拡大

小児救急輪番制の維持及び拡大に向け、圏域内の公立・公的病院や小児科医療機関、関係行政機関等により、小児救急に関する役割分担や救急搬送を含めた救急医療体制のあり方について検討する。

医療機関への住民の適正受診を推進するため、小児救急医療の知識の普及啓発を図り、休日・夜間の安易な救急搬送を防止する。

2 周産期医療

現状と課題

産科医師の減少により、異常妊娠分娩等の圏域内完結率は、手術の有無に関わらず50%未満で、残りを東播磨圏域と神戸圏域に頼っている。新生児疾患の圏域内完結率は、手術ありが20%、なしが46%となっており、同様に、残りを東播磨圏域と神戸圏域に頼っている状況にある。

産科医師の確保が一番の課題ではあるが、難しい状況にある。

高度医療が必要な場合は、地域周産期母子医療センターである、加古川中央市民病院、明石医療センターでの診療が行われており、東播磨圏域と北播磨圏域をまとめた、播磨東周産期医療圏域としての認識を深めていく必要がある。

推進方策

北播磨圏域での、産科医師の確保は今後も厳しい状況が続くとみられることから、播磨東周産期医療圏域としての認識を広めハイリスク妊産婦・ハイリスク新生児への共同管理について、北播磨総合医療センター、西脇市立西脇病院を中心に、地域周産期母子医療センターである加古川中央市民病院や明石医療センター、総合周産期母子医療センターである県立こども病院等との連携を緊密にし、地域の実情に応じた医療を提供できるように進める。

3 がん医療

現状と課題

胃がん、結腸がんについては、圏域内完結率は手術の有無に関わらず80%以上である。

肺がん、乳がん、肝がん・肝内胆管がん、前立腺がんの圏域内完結率は、手術あり

で70%未満である。しかし、肺がん、乳がん、肝がん・肝内胆管がん、前立腺がんの圏域内完結率は手術なしで80%程度であることから、神戸、東播磨等の他圏域で手術を行い、手術後の治療を、居住地に近い、北播磨圏域内で行っている傾向がうかがえる。

推進方策

(1) がん診療連携拠点病院を中心とする医療体制の整備と連携強化

県指定がん診療連携拠点病院である西脇市立西脇病院に加え、令和5年度から北播磨総合医療センターが国指定がん診療連携拠点病院に指定されたため、従来、圏域内完結率が比較的低かったがん治療の医療提供体制の強化が期待される。

また、標準的治療や先進的な医療の提供、術後の経過観察、在宅医療の実施など、医療機能の分化及び地域医療機関等との連携強化を図り、地域において切れ目のない医療を提供していくことが必要である。

(2) がん予防と早期発見の推進

がんに関する正しい知識の普及啓発を図り、がん予防の取り組みを進めるとともに、がん検診の受診を促進し、早期発見・早期治療を推進する。

(3) 緩和ケアの質の向上

がん診療連携拠点病院が開催する緩和ケア研修会への参加を促進する等、緩和ケアの質の向上を図る。

(4) がん患者の療養生活の質の向上

がん患者が住み慣れた家庭や地域で質の高い療養生活が送れるよう、在宅医療・介護サービス提供体制の充実を図る。

4 脳卒中、急性心筋梗塞

現状と課題

脳梗塞、脳血管障害、急性心筋梗塞ともに、西脇市立西脇病院、北播磨総合医療センターを中心とした医療提供体制が確立しており、圏域内完結率は手術の有無に関わらず90%程度となっている。

推進方策

救命のため、急を要する病状であることから、現在の医療提供体制を維持すること、さらに向上させていくことが必要である。

5 救急医療

現状と課題

救急搬送（総数）については、圏域内完結率は86%程度となっており、東播磨圏域、神戸圏域への搬送は、それぞれ5%程度となっている。

推進方策

救急医療については、現在の医療提供体制を維持、向上させていく必要がある。

ただし、高度外傷に関しては東播磨圏域の医療機関との連携のもとに進めていく必要がある。

6 地域医療連携

現状と課題

北播磨地域の病院、診療所等が一体となり医療機能・役割を分担し、相互連携を強化するとともに、急性期から回復期、在宅復帰までの切れ目のない患者本位のサービス提供を目指して、医療機関が保有している診療情報を共有するシステム「北はりま絆ネット」を構築・運用している。

推進方策

・北はりま絆ネット等の運用・推進

急性期から在宅医療まで、切れ目なく一連のサービスを提供できるよう、相互連携と情報共有を推進するため、「北はりま絆ネット」を運用している。

今後も「北はりま絆ネット」のほか、各医師会情報共有ネットワーク「バイタルリンク」の活用の促進及び安定的かつ継続的な運用を図る。

7 在宅医療

北播磨圏域の現状と課題

外来患者数が減少しつつあり、医師の新規開業が期待しづらい。また、新規開業する医師においても、診療所と自宅が離れている（職住分離）診療所医が多く、24時間、在宅患者からの相談を受ける体制や往診体制を確保する必要のある在宅療養支援診療所（以下、在支診という。）に届け出る医師は少ない（平成28年（2016年）～令和4年（2022年）の7年間で6件に留まっている）。そのため、在支診の医師の高齢化が進んでいる。

広大な北播磨圏域では患者宅と患者宅の距離が遠く、効率的な在宅医療の提供が難しい。診療所の在宅医間で連携し、互いに補い合うグループ診療の必要性は診療所の医師も感じているが、診療所と居住地が離れているといった職住分離の問題や診療録を共有するためのICT化が進んでいない問題などで、グループ診療は一部の診療所間に留まっている。

令和7年（2025年）の訪問診療患者数の需要には追いついても、現在の診療所主体の在宅医療の体制では令和17年（2035年）まで直線的に増加していくとされる訪問診療患者数には供給が追いつかない可能性が高い。

一方、管内には在宅療養支援病院（以下、在支病という。）が10か所、地域包括ケア病棟（床）を持つ病院が10か所あり、貴重な在宅医療の資源となっているが、未だ積極的に在宅患者への訪問診療・往診を行っている病院は多くはない。

訪問看護ステーションは、平均看護職員数（常勤換算）については全国平均が5人のところ、西脇市が10人、小野市が7人であるが、他市町では5人以下と小規模事業所が目立っている。「24時間対応」をしていない訪問看護ステーションは、計26か所のうち三木市2か所、加東市1か所だけである（令和5年5月現在）。小規模ながらも無理をして24時間対応を継続している状況で、経営破綻に陥る事業所が少なくない。また、看護師不足は訪問看護ステーションに限らず、病院でも看護師の離職が継続しており、管内において看護師不足が課題となっている。

訪問歯科診療所数は31か所と人口10万人あたりの箇所数では、全国平均の1.7倍である。保険診療に訪問歯科診療という項目があり、希望があれば、在宅や入所先の施設、入院先の病院で訪問歯科診療を実施している。

訪問薬局数は49か所と人口当たりの箇所数では、全国平均並みである（令和2年11月現在の実績値、JMAP）。

管内の在宅死亡率（在宅看取り率）は、令和2年では14.4%であるが、ここ4年間横ばいの状況である。自宅・施設死亡率（看取り率）は、令和2年で26.9%であり、年々上昇している。

管内市町の現状と課題

(1) 西脇市

西脇市の在支診数は6か所で、そのうち機能強化型在支診（連携型）が2か所あり、大山記念病院と連携し、グループ診療を行っている。グループ診療を行っている在支診は毎月、大山記念病院で会議を持ち、在宅患者の診療情報を共有している。

グループ診療を行っている在支診が担当している在宅患者の急変時には大山記念病院が緊急入院を受けている。また、その他の診療所の在宅患者の容体急変時に

も24時間救急搬送を受け入れる方針としている。

西脇市立西脇病院は、令和4年度から在宅療養後方支援病院（以下、後方支援病院という。）を届け出ている。在支診が在宅診療を行い、その容体急変時に救急外来で受け入れるようにしている。患者登録の際には、特にがん末期の患者などについては、事前に人生会議（以下、ACPという。）において、看取り希望なのか否かを明確にして頂くようにしている。また、3か月ごとに診療情報の更新が行われている。そのように在支診と後方支援病院の病診連携ルールがあるため、受け入れる病院としても対応がスムーズにできている。

(2) 三木市

在支診間の連携、多職種連携へ向けて、ICT機器（バイタルリンク）を積極的に活用している。市内の民間病院には、地域連携室にバイタルリンクのタブレットを医師会で準備して置いており、バイタルリンクでの連携をとるように進めている。バイタルリンクを活用すると、在宅患者の急変時に、日頃の投薬の種類、内服状況が共有でき、ACPを進めるという点でも効果的で、本人の意向を書いた文書の添付もできる。特にがんの末期患者についてバイタルリンクを活用し、グループ診療・多職種連携を行っている。これにより、訪問薬局が必要時に医師の指示に従い麻薬を自宅に届け、直後に訪問看護ステーションが麻薬持続皮下注射を開始するなど、連携が活性化している。

三木山陽病院は、在支診との間で、かかりつけの患者の緊急時の受け入れや入院対応に関する文書を交わしている。また、緊急時には在支病として在支診から直接救急外来に連絡を入れるなどの病診連携ルールが構築されており、市内の在支診等の後方支援機能を持っている。

(3) 小野市

栄宏会小野病院は在支病であり、同法人が訪問看護ステーションも運営しているが、現在は余力があり、在宅患者の需要が増えてくれば、それに応じて人員を増やしていくような対応を行うことにしているが、新しく看護師を雇用したいのに、見つからないという問題点を抱えている。

後方支援機能においては、診療所の在宅医と病診連携ルールがあるわけではないが、日頃から患者が行き来している診療所との間で連携は取れており、緊急入院を依頼されれば受け入れている。

土井リハビリテーション病院では療養病床が多く、診療所との連携の上、最期の看取りを希望する患者の入院を受け入れているが、病診連携ルールができている訳ではない。

(4) 加西市

在支診のグループ診療については診療情報の共有が課題となっている。

市立加西病院は、在支病ではないが在支診の後方支援機能を持っており、一定の病診連携ルールが構築されている。

(5) 加東市

加東市民病院及び松原メイフラワー病院は、在支病として在支診の在宅患者の急変時に入院受け入れをしているが、在支診との病診連携ルールができている訳ではない。

(6) 多可町

多可赤十字病院と町内の在支診で在宅医療を行っている。多可赤十字病院は地域包括ケアネットワークについて、かなり積極的に取り組んでおり、多可町とも協働し、各種事業所や社会福祉協議会とも連携した会議に参加している。病院として訪問診療についてはより力を入れていきたいと考えている。

バイタルリンクに関しては、多可赤十字病院でも多可町内でも未だ活用できていないが、特に訪問診療と訪問看護、それに多可町内に施設が複数あるので、多職種・多施設間連携で活用を考えている。

推進方策

- (1) 高齢の在支診医が在宅医療を継続できるように、グループ診療を進める。在支診間連携や多職種連携の向上のために、バイタルリンク等のICTの普及・活用が必要である。
- (2) 在支病や地域包括ケア病棟（床）を持っている病院が在支診の後方支援機能を向上させる。そのためには、緩やかな病診連携ルールが必要であり、その中で、特にがん末期の患者などについては、事前にACPにおいて、看取り希望なのか否かを明確にしておくことが重要である。
- (3) 在宅医療において訪問看護ステーションは欠かすことができない存在であり、その存続のため事業所の大規模化が必要である。
- (4) 診療所と病院の信頼関係が成熟していくことを通して、診療所主体である在宅医療の体制から、徐々に在支診と在支病ともに訪問診療・往診を行う体制へと構築を図ることで、令和22年(2040年)に向け、在宅医療を受ける患者数を増やしていく。

(資料)

1 DPCデータ分析

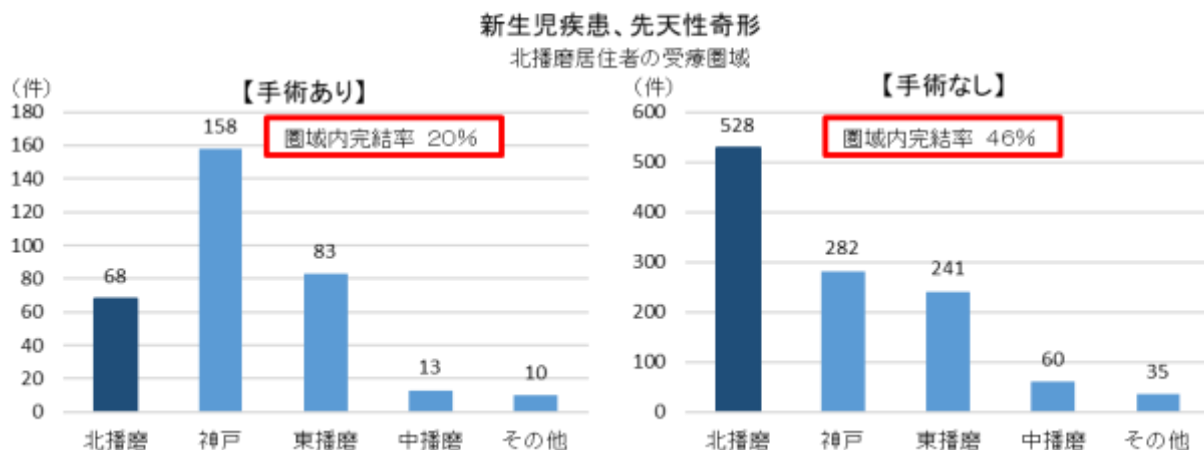
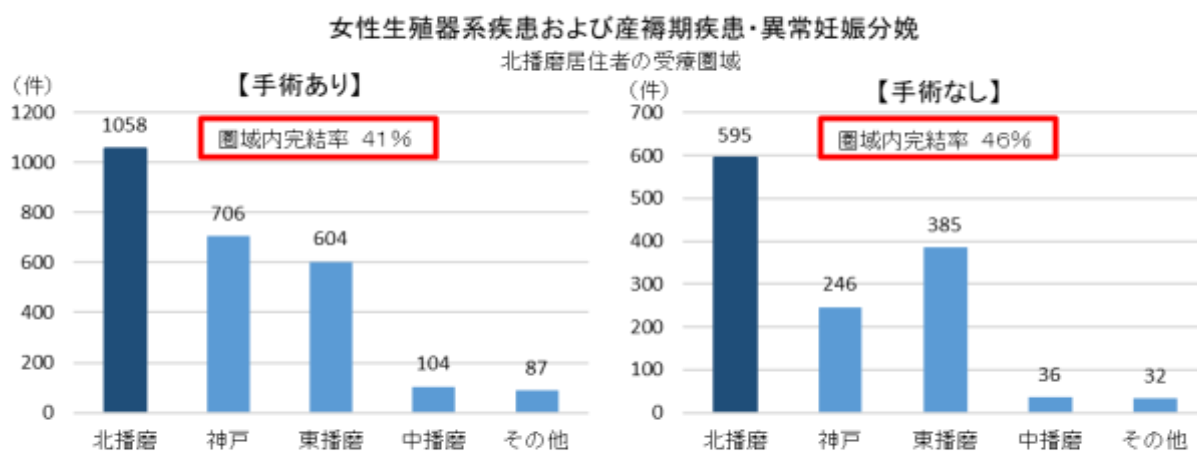
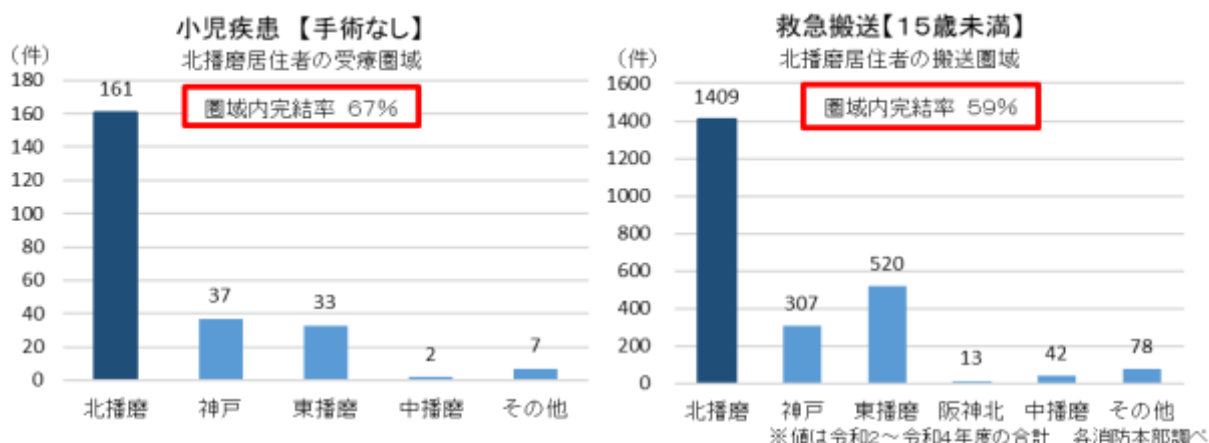
DPCデータ分析事業について

兵庫県の「疾病別医療受給分析・展開事業」として神戸大学に委託。

県、県医師会、県病院協会、県民間病院協会の協力を得て周知を徹底し、県内のDPC対象病院、準備病院およびデータ提出加算を算定している出来高病院(計270病院)にDPCデータを提供依頼し、令和4年3月31日現在265病院から承諾を得る(承諾率98.1%)。

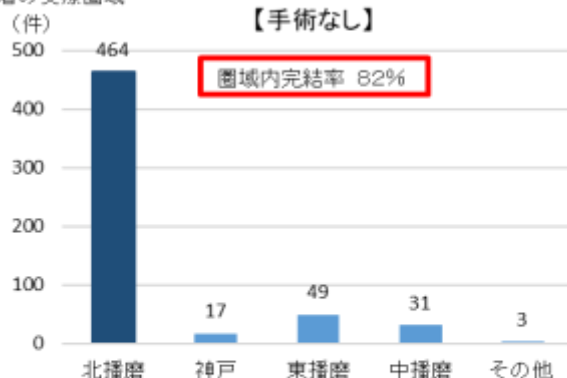
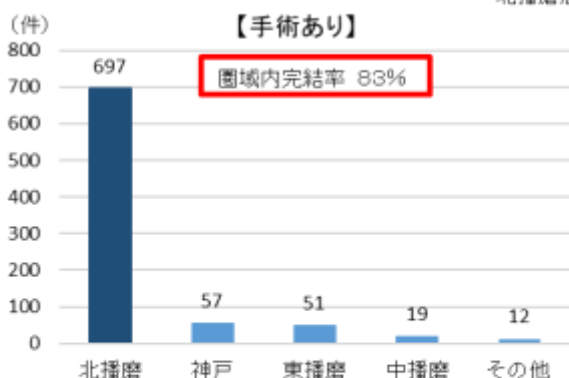
北播磨圏域では15病院が調査対象で、回答率は100%となっている。

以下のDPCデータの値は、令和元年度から令和3年度の合計値。



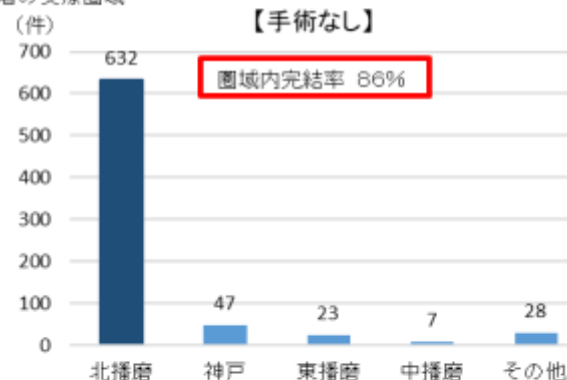
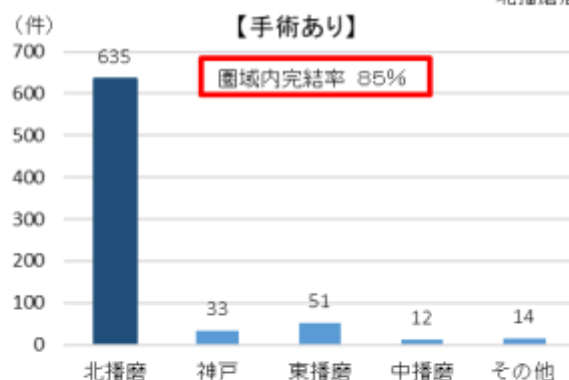
胃がん

北播磨居住者の受療圏域



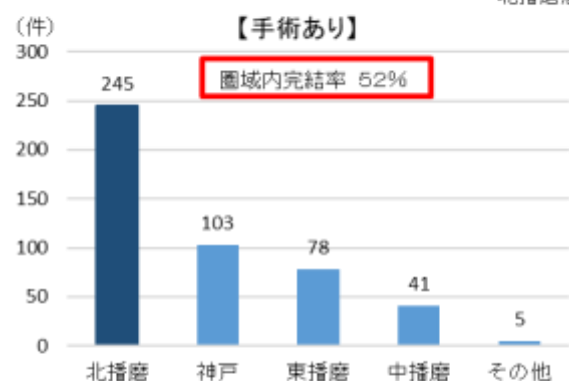
結腸がん

北播磨居住者の受療圏域



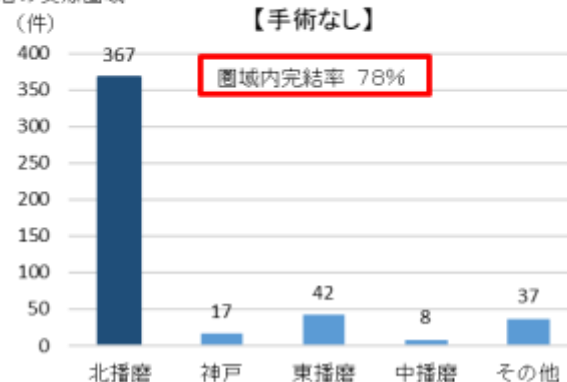
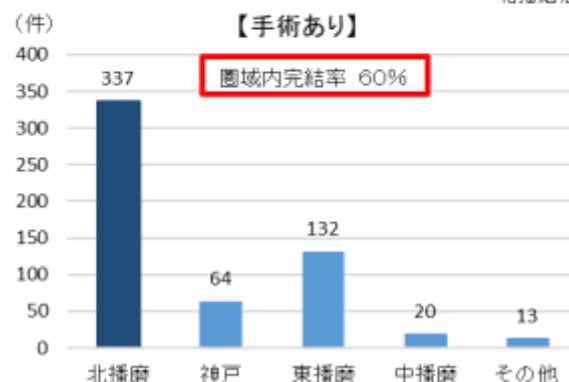
肺がん

北播磨居住者の受療圏域

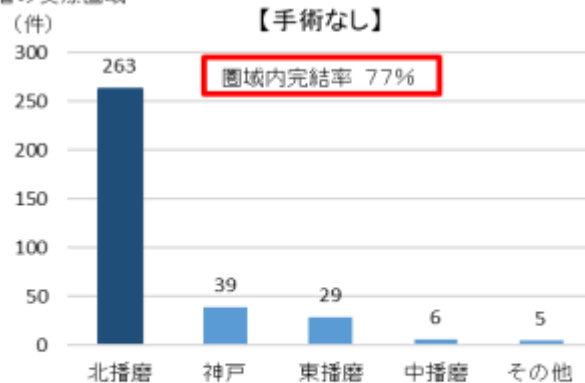
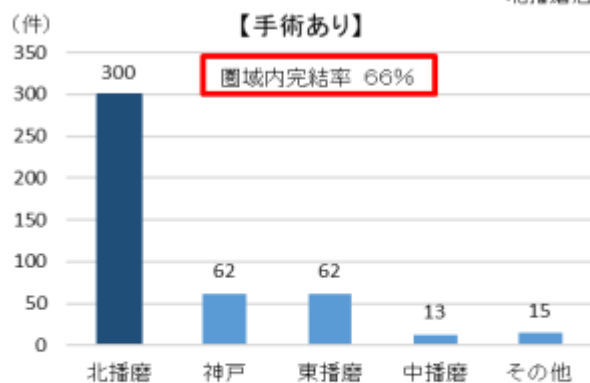


乳がん

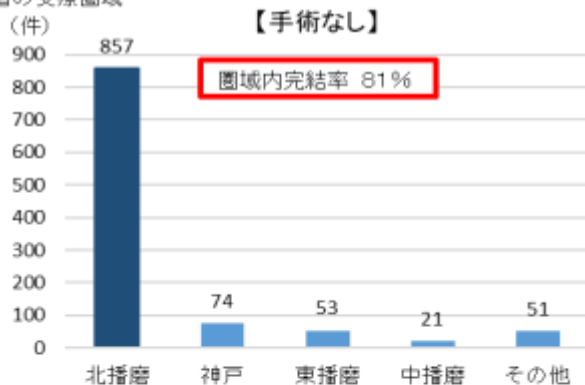
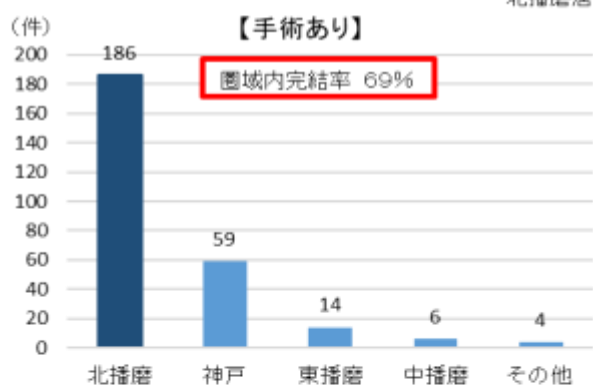
北播磨居住者の受療圏域



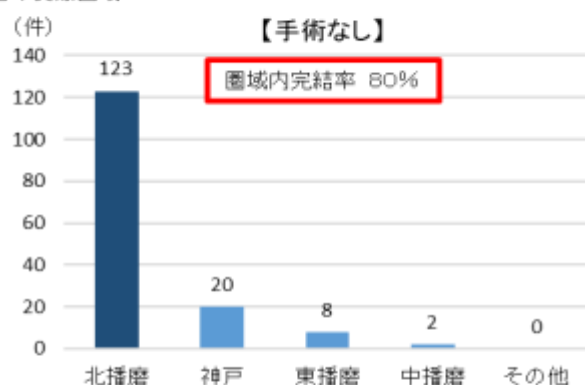
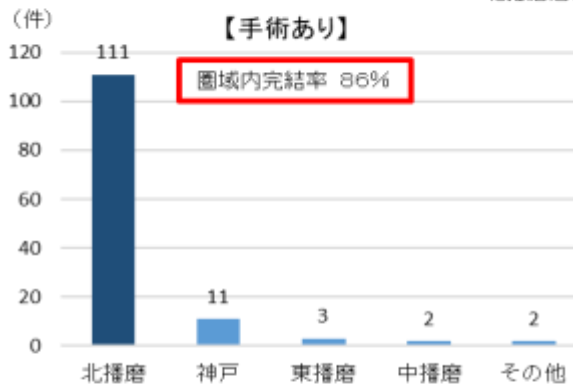
肝・肝内胆管がん
北播磨居住者の受療圏域



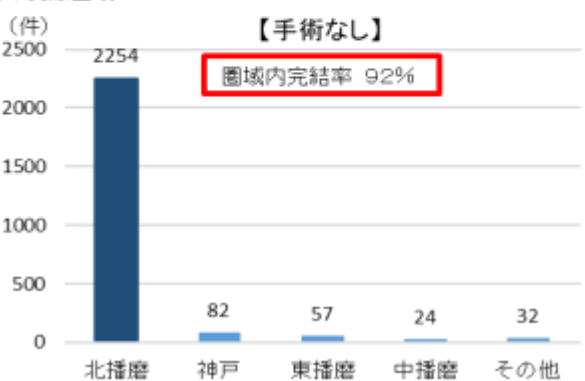
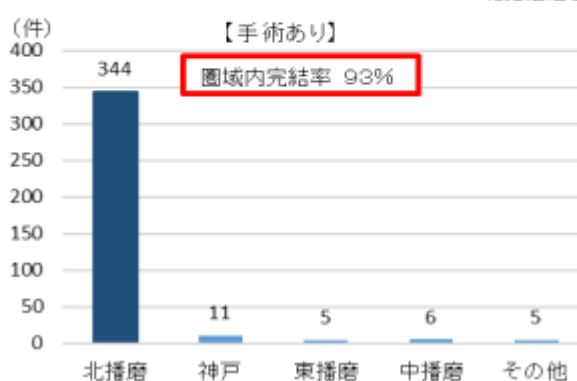
前立腺がん
北播磨居住者の受療圏域



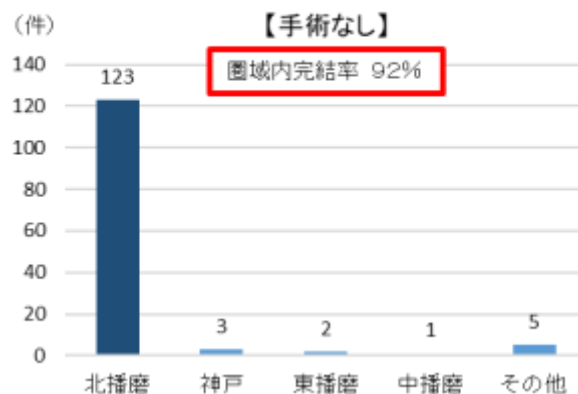
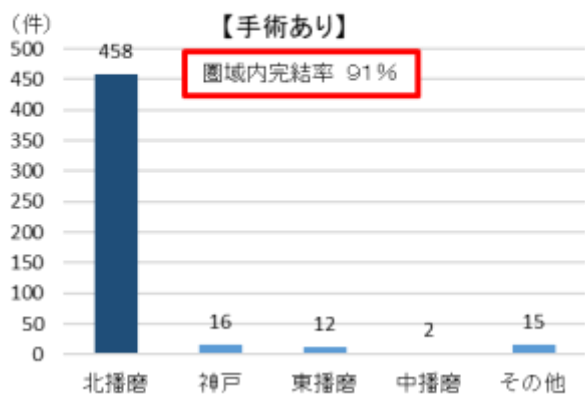
脳血管障害
北播磨居住者の受療圏域



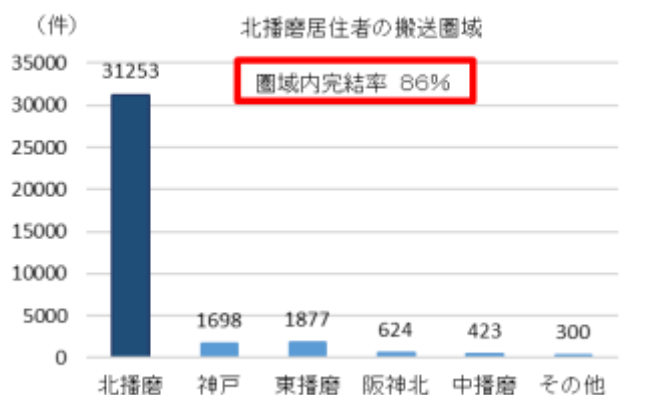
脳梗塞
北播磨居住者の受療圏域



急性心筋梗塞
北播磨居住者の受療圏域



救急搬送【総数】



※値は令和2年度～令和4年度の合計 各消防本部調べ

2 在宅療養関係資料

北播磨圏域 新規開業数・事業継承数の状況
(在宅主治医になりうる内科、外科、神経内科等)

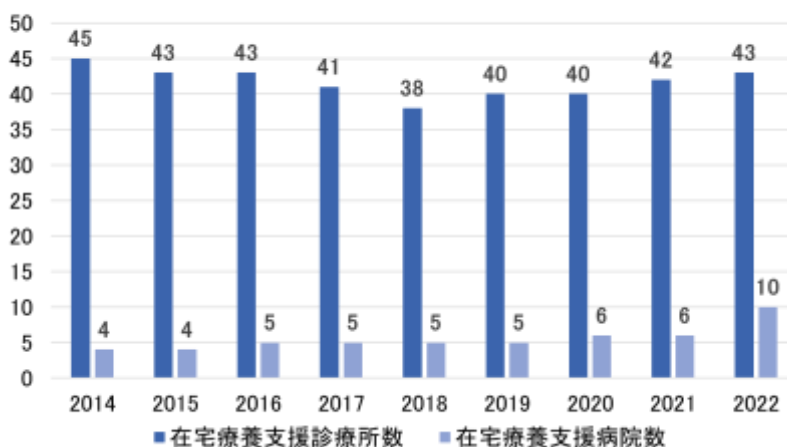
北播磨圏域	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	計
新規開業数・事業継承数	4	2	3	2	4	1	2	18
うち、在支診の届出数	1	0	2*	0	1	1	1	6

*1ヶ所は泌尿器科

北播磨圏域では、在宅療養支援診療所の届出は7年間で6件に留まっている
加東健康福祉事務所調べ

管内の在宅療養支援病院数・在宅療養支援診療所数の推移

(箇所数)

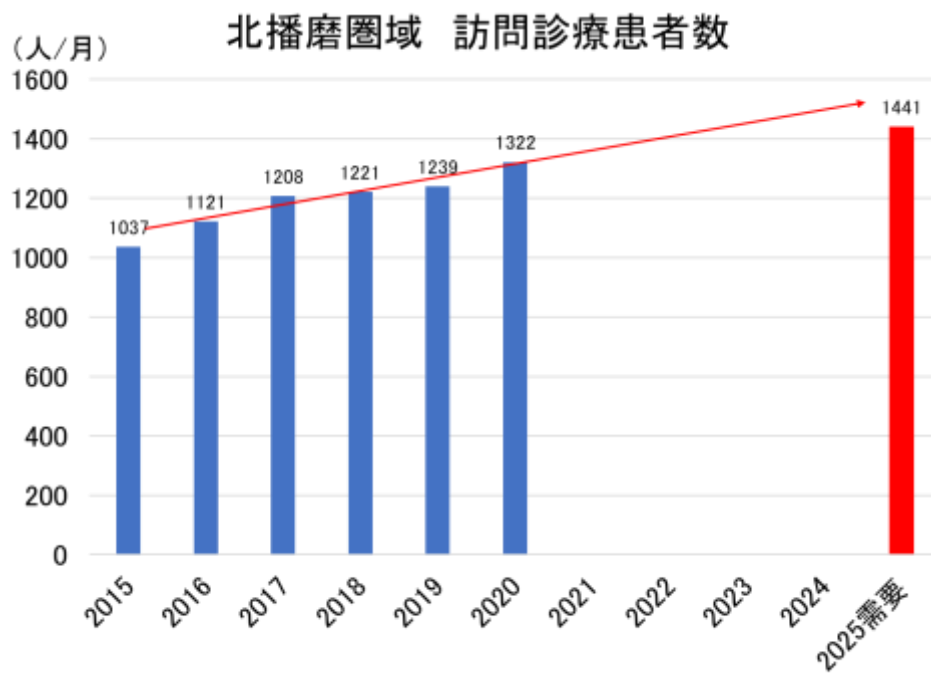


厚生労働省 在宅医療にかかる地域別データ集

管内の病院の許可病床数(令和5年8月)

病 院 名	許可病床数	許可病床数					計	地域包括ケア病棟入院料、または、入管理料(床)	在宅療養支援病院
		一般	療養	精神	結核	感染			
北播磨総合医療センター	公立	450					450		
西脇市立西脇病院	公立	320					320	47	後方支援病院
加東市民病院	公立	139					139	41	○
市立加西病院	公立	193			6	199	99		
多可赤十字病院	公的	96				96	56		○
松原メイフラワー病院	民間	99				99	21		○
栄宏会小野病院	民間	113				113	27		○
大山記念病院	民間	199				199	49		○
ときわ病院	民間	84	104			188	84		○
三木山陽病院	民間	142	55			197	52		○
緑駿病院	民間		180			180			○
綴部病院	民間	129	50			179	30		○
みきやまりハ病院	民間	116	50			166			○
北桑田仲病院	民間	48				48			
土井リハ病院	民間		131			131			
吉川病院	民間		316			316			
兵庫あおの病院	公立	250				250			
医療福祉センターのぎく	民間	60				60			
医療福祉センターきずな	民間	80				80			

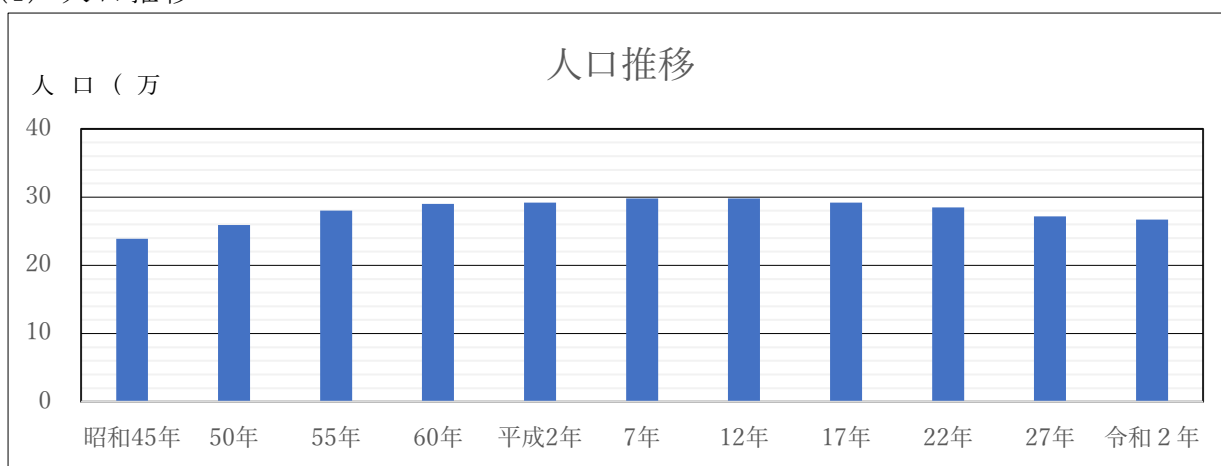
加東健康福祉事務所調べ



厚労省 医療計画作成支援データブック

3 北播磨圏域の概況

(1) 人口推移

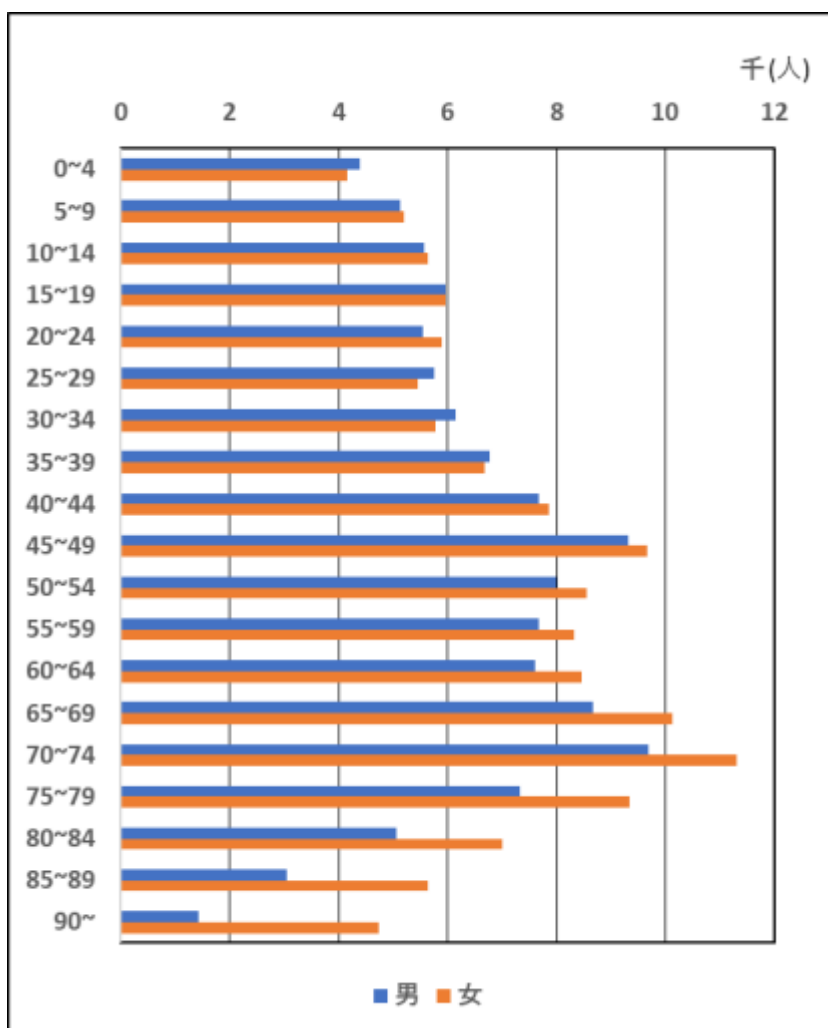


資料：国勢調査（令和2年10月1日実施）

(2) 性別・年齢階級別人口

(単位：人)

区分	男	女
0~4歳	4,392	4,153
5~9歳	5,125	5,198
10~14歳	5,578	5,638
15~19歳	5,956	5,961
20~24歳	5,556	5,889
25~29歳	5,766	5,466
30~34歳	6,143	5,778
35~39歳	6,771	6,669
40~44歳	7,681	7,856
45~49歳	9,328	9,653
50~54歳	8,001	8,549
55~59歳	7,681	8,323
60~64歳	7,613	8,468
65~69歳	8,675	10,125
70~74歳	9,686	11,309
75~79歳	7,319	9,345
80~84歳	5,064	7,009
85~89歳	3,059	5,632
90歳以上	1,438	4,739
合計	120,832	135,760



資料：国勢調査（令和2年10月1日実施）

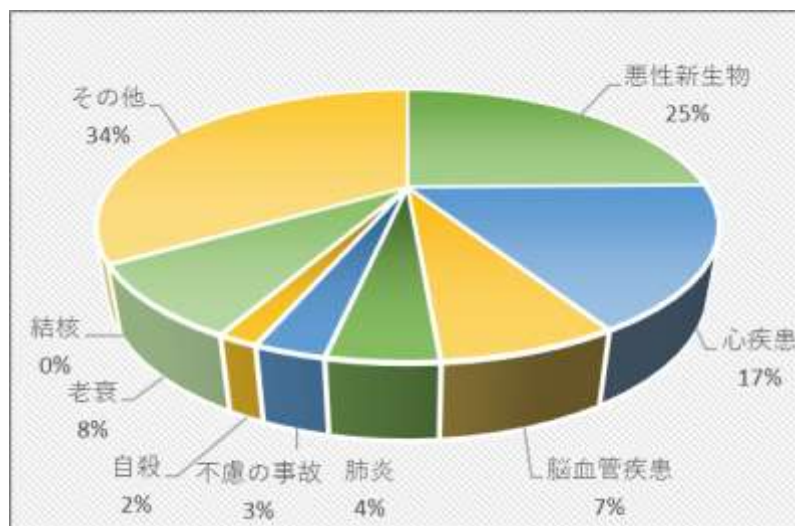
(3) 人口動態の推移

年次	出生		死亡		周産期死亡	
	実数（人）	人口千対	実数（人）	人口千対	実数（人）	出生千対
平成8	2,879	9.6	2,401	8.0	13	4.5
平成10	2,799	9.3	2,525	8.4	16	5.7
平成12	2,823	9.5	2,437	8.2	12	4.2
平成14	2,665	9.0	2,367	8.0	13	4.9
平成16	2,540	8.6	2,543	8.6	10	3.9
平成18	2,313	8.0	2,768	9.5	8	3.5
平成20	2,326	8.1	2,841	9.9	12	5.1
平成22	2,070	7.3	2,947	10.3	8	3.9
平成24	2,085	7.4	3,090	11.0	6	2.9
平成26	1,870	6.8	3,101	11.2	3	1.6
平成28	1,952	7.2	3,019	11.1	4	2.0
平成30	1,721	6.4	3,065	11.4	3	1.7
令和2年	1,485	5.6	3,050	11.5	8	5.4
令和3年	1,419	5.5	3,325	12.8	3	2.1
(全県令和3年)	35,581	6.6	61,980	11.4	122	3.4

資料：厚生労働省 令和3年人口動態調査

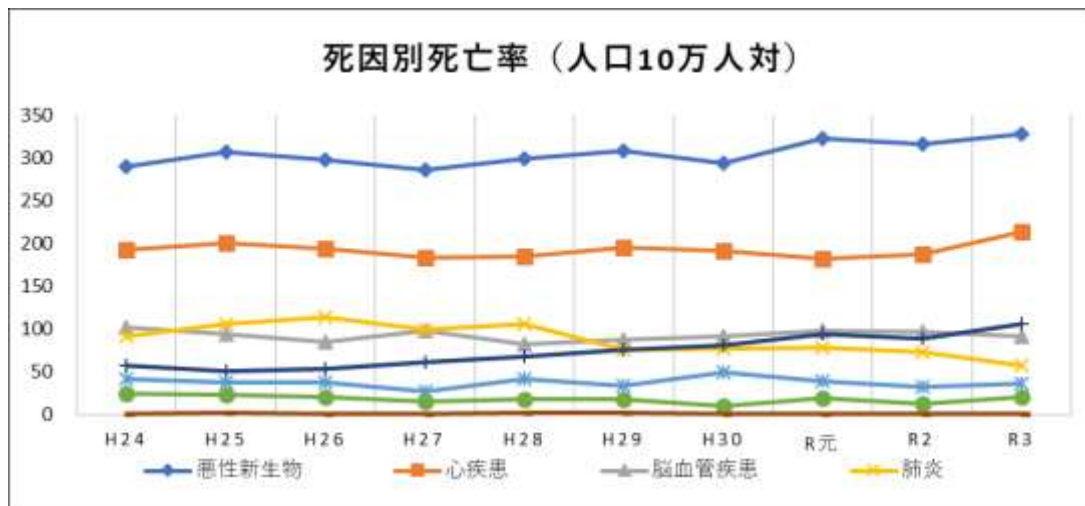
(4) 死因別死亡数・死亡割合

死 因	死亡数（人）	
	男	女
悪性新生物	469	353
心疾患	259	299
脳血管疾患	112	128
肺炎	88	61
不慮の事故	60	36
自殺	41	14
老衰	80	198
結核	1	2
その他	572	552
計	1,682	1,643



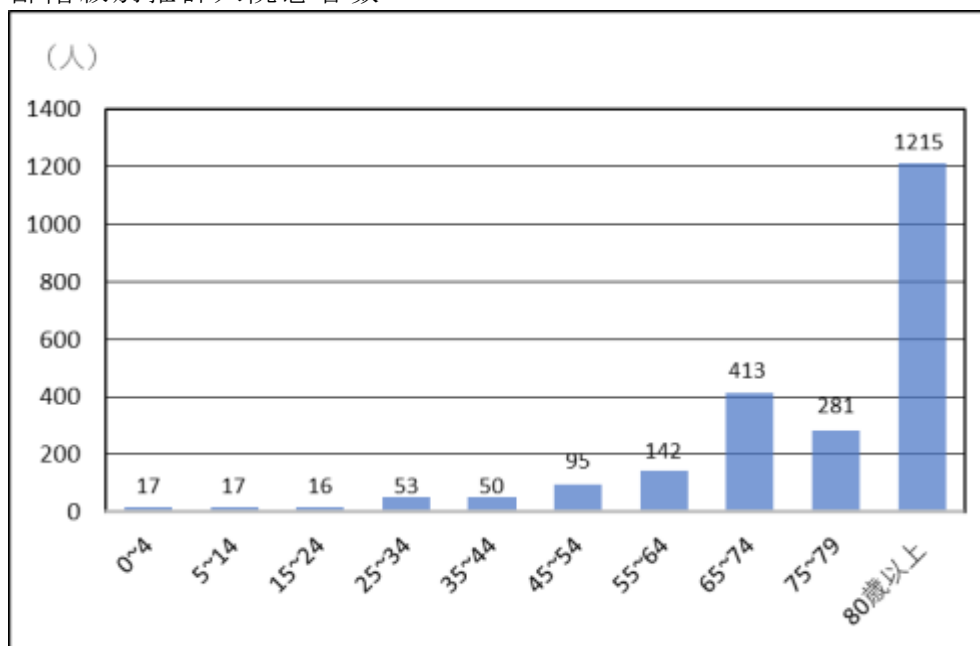
資料：厚生労働省 令和3年人口動態調査

(5) 主な死因別死亡率の推移



資料：厚生労働省 令和3年人口動態調査

(6) 年齢階級別推計入院患者数



資料：兵庫県 令和4年患者調査

第6章 播磨姫路圏域

1 地域の特性

播磨姫路圏域は兵庫県南西部に位置し、西は岡山県、鳥取県と県境を接し、北は中国山地の東南部に属する西播磨山地、南は瀬戸内海に面した播州平野と家島諸島、播磨灘までを含む総面積2432.22平方キロメートルの地域で、5市6町で構成され、県全体の29.0%を占める広大な地域である。

交通網は、幹線道路として、南北には播但連絡道路、播磨自動車道路が、東西には中国縦貫自動車道、山陽自動車道が、また、圏域内を結ぶ主要道路として、東西には国道2号線、250号線が、南北には国道29号線、312号線、179号線、373号線などが走っている。鉄道では山陽新幹線、山陽本線が東西に通じ、山陽電鉄線が姫路から神戸へと伸びており、また、播但線、姫新線、赤穂線および智頭急行線が山間部とを結んでいる。

一級河川の揖保川のほか、市川、夢前川、千種川がその流域を拓きつつ瀬戸内海に注ぐ自然豊かな地域である。気候的には、北部は寒冷地で、スキー場や優れた景観を有する高原が広がっており、南部は温暖で、世界遺産の姫路城や、海水浴、潮干狩り等の観光地としても栄えている。

人口及び構成比 : 表1

(単位: 千人、%)

市町	姫路	市川	福崎	神河	相生	赤穂	宍粟	たつの	太子	上郡	佐用	計
人口	525	11	19	10	28	45	33	73	33	13	15	805
構成比	65.2	1.4	2.4	1.2	3.5	5.6	4.1	9.0	4.1	1.6	1.9	100.0

資料: 兵庫県推計人口 (令和4年10月1日時点)

2 圏域の重点的な取組

1) 中播磨地域の重点課題とその取組方針

ア 救急医療

【現状・課題】

(ア) 中播磨地域における救急医療体制は次のとおりである。

一次救急・軽症	姫路市休日・夜間急病センター 姫路市歯科医師会口腔保健センター 在宅当番医制(姫路市医師会、家島町医師連絡協議会、神崎郡医師会)
二次救急・重症	姫路市病院群輪番制(22病院、1診療所) 小児救急輪番制(3病院)
三次救急・重篤	県立はりま姫路総合医療センター 県立こども病院(小児救急)
救急告示医療機関	21病院

- (イ) 1次救急医療について、休日・夜間急病センターの利用者は、年間4万人近くを推移していたが、令和2年度の新型コロナウイルス感染症流行以降は15,000人前後で推移している。全体利用者の約84%が内科・小児科の患者であるが、急を要しない受診や深夜帯の受診も多く、出務医師の負担となっている。また、出務を主に担う開業医の高齢化等により、今後、出務医師の減少が懸念されることから、早急な対応が必要である。
- (ウ) 2次救急医療について、医師不足等の影響により後送輪番を辞退する病院や、一部診療科の休止など救急患者の受け入れが困難となった病院が増えており、救急受け入れ可能病院が一部の医療機関に偏る傾向がみられる。新型コロナウイルス感染症による救急搬送増加の影響や、救急搬送後の入院患者の後送病床の不足により、受入困難事案の発生が続いている。
- 高次の医療機関から回復期を担う病院へ、早期に転院を促進するためには、患者本人や家族などの理解を得ることが必要であり、医療機能の分化について県民への理解を促す必要がある。
- (エ) 3次救急医療について、地域で高度な医療を支える柱となる病院として、令和4年5月に県立はりま姫路総合医療センターが開院し、播磨姫路圏域の3次救急医療を担っている。
- (オ) 姫路市の離島（家島、坊勢島、男鹿島、西島）からの救急搬送は、船舶によるために搬送時間がかかるほか、圏域の北部の中山間地域からの救急車両による搬送においても長時間を要する。
- (カ) 播磨姫路圏域では、西播磨地域の2次救急医療患者が中播磨地域に搬送される傾向がある。救急受入体制の充実・強化に向けて、播磨姫路圏域として救急医療に関する課題解決をすすめていく必要がある。

【推進方策】

- (ア) 休日・夜間急病センターの出務医の確保（市町、医療機関、県）
- 常勤医や非常勤医の確保及び周辺市町開業医への出務応援要請などの取り組みを進めるとともに、関係市町間の協力体制や、2次医療機能を担う後送輪番医療機関との連携体制を強化するなど、診療の空白時間をできるだけ少なくし、地域で安心して初期救急医療を受けられる体制を検討する。
- (イ) 不要不急の受診減少のための普及啓発（県、市町、関係団体、県民）
- 医療資源は限りあるものとして地域住民で守り、必要な医療を必要な人へ提供していくために、休日・夜間急病センターの設置目的や救急病院、救急車の適正な利用について、住民への意識啓発を広く行う。さらに、姫路市では「救急相談ダイヤル（#7119）」（救急安心センター事業）の導入・普及を目指してすすんでいる。
- (ウ) 救急受入体制の充実・強化（県、市町、医療機関）
- 2次救急医療体制については、対応可能医療機関の充実に努めるとともに、救急の受け入れ不能例の減少を図るべく後送病床（回復期病床）の確保に努め、救急受入体制の充実及び強化を図る。

特に脳卒中や急性心筋梗塞、重症外傷等においては、治療開始までのアクセス時間の長短が患者の予後を左右する重要な因子でもあることから、患者の発症からの経過時間や重症度などを的確に判断し、播磨姫路救急搬送システム（HEARTS）を活用した、超急性期における治療が可能な医療機関への速やかな搬送に努める。

脳卒中 ツカザキ病院、県立はりま姫路総合医療センター、姫路赤十字病院、長久病院 等

急性心筋梗塞 県立はりま姫路総合医療センター、姫路赤十字病院、ツカザキ病院、姫路医療センター、入江病院 等

(エ) 救急搬送体制の充実（県、市町、医療機関、関係機関）

県立はりま姫路総合医療センターは、県立加古川医療センターと共同で、ドクターヘリを運航している。ドクターヘリは、週2回、県立はりま姫路総合医療センターの屋上ヘリポートに駐機し、離島地域や中山間地域からの救急搬送時間の短縮による救命率の向上を目指す。また、ドクターカーの併用にも努める。

イ **小児医療** （小児救急を含む）

【現状・課題】

- (ア) 播磨姫路圏域の小児救急医療電話相談窓口における相談件数は約6,000件（令和4年度）であり、相談目的は「受診すべきか」が約57%と一番多く、次いで「薬に関してききたい」が約18%と2番目に多い。また、対応結果は「家で様子を見る」が39.4%、「助言のみで解決」が16.2%、「後日かかりつけ医にかかる」が16.1%と相談件数の約7割がただちの受診の必要には及ばない症状との判断がなされ、不要不急な受診抑制に一定の成果をあげている。その一方で、「直ぐに受診を勧める」が約27%あり、小児の一次救急医療体制を確保する必要がある。
- (イ) しかしながら、休日・夜間急病センターの近年の利用者数は15,000人程度で推移しており、全体利用者の約48%が小児科の患者であり、未だ急を要しないコンビニ受診も多く、小児科出務医師の負担となっている。また、小児科出務を主に担う開業医の高齢化等により、今後、出務医師の減少が懸念されることから、早急な対応が必要である。
- (ウ) 播磨姫路圏域の小児人口が占める割合は約12%と、全国平均よりやや高い。播磨姫路圏域の小児救急医療電話相談で、一番多い相談内容は「発熱」、次いで「事故」であり、特に外傷系疾患への対応について、今後も1次から3次までの小児救急医療にかかる医療機関の連携体制の充実を図る必要がある。
- (エ) 播磨姫路圏域における小児救急医療について、姫路赤十字病院がその中核的な医療を担う機関として、地域小児医療センター及び総合周産期母子医療センターに指定されている。

【推進方策】

(ア) 不要不急の受診減少のための普及啓発（県、市町、関係団体、県民）

休日・夜間急病センターにおける不要不急の受診を減少させるため、圏域の小児救急医療電話相談窓口や、県下全域を対象とした小児救急医療電話相談（#8000）を広く周知するとともに、ホームページやパンフレット等による小児救急に関する知識の普及啓発を図る。

医療資源は限りあるものとして地域住民で守り、必要な医療を必要な人へ提供していくために、休日・夜間急病センターの設置目的や救急病院、救急車の適正な利用について、住民への意識啓発を広く行う。さらに、姫路市では「救急相談ダイヤル（#7119）」（救急安心センター事業）の導入・普及を目指してすすんでいる。

(イ) 休日・夜間急病センターの小児科出務医の確保（市町、医療機関）

常勤医や非常勤医の確保及び周辺市町開業医への出務応援要請などの取り組みを進めるとともに、関係市町間の協力体制や、2次医療機能を担う小児地域医療センターである姫路赤十字病院との連携体制を強化するなど、恒久的な1次救急医療体制を維持するための検討を行う。

また、小児救急医療を担う医師を確保するため、医師会等と連携のもと研修等を実施する。

(ウ) 小児救急医療体制の維持（県、市町、医療機関）

小児地域医療センターである姫路赤十字病院を中心に姫路聖マリア病院や県立はりま姫路総合医療センターなど、小児医療を担う医療機関の連携強化を図る。

ウ **災害医療**

【現状・課題】

(ア) 兵庫県地域防災計画によると、今後30年以内に南海トラフ地震が70%～80%程度、50年以内では90%程度もしくはそれ以上の確率で発生すると予想されており、圏域内の市町に深刻な被害をもたらすと懸念されることから、引き続き災害医療に関するシステム整備や医療機関の連携体制の構築が必要である。

(イ) 近年、地震、台風、豪雨等災害が多発しており、地震の他、台風や集中豪雨による河川氾濫や中山間部の土砂災害、臨海部の工業地帯での事故など、多様な災害に対応できる医療体制づくりが求められる。

(ウ) 災害時には、多くの医療機関において通常の診療体制の継続が困難となることが想定されるため、医療機関ごとの対応マニュアル整備のほか、在宅療養者などへの医療支援体制についても整備が必要である。

【推進方策】

(ア) 災害拠点病院と他の医療機関、及び医師会等関係団体との連携体制の強化 (県、市町、医療機関、関係団体)

圏域の災害拠点病院及び兵庫DMAT指定病院である姫路赤十字病院、県立はりま姫路総合医療センター及び姫路医療センターと、災害時に拠点となる病院以

外の病院と、他の医療機関及び医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、災害時透析医療リエゾン等の医療関係団体との連携体制の強化を図る。

(イ) 情報共有体制の整備（県、市町、医療機関、関係団体）

各災害拠点病院の災害医療コーディネーターを中心とした情報共有体制の整備や、災害時対応訓練の実施による災害医療の基礎及び災害発生時の医療機関の患者受け入れ等に関する情報伝達方法について知識やEMIS操作技術の習得を図るほか、中播磨圏域災害時保健医療マニュアルの検証及び見直しなど、災害に備えた医療確保体制の整備に努める。

(ウ) 災害時における診療機能の維持にむけた取組（県、市町、医療機関、関係団体）

災害発生時のパニック回避のため、医療機関ごとのマニュアル作成を促すほか、医療従事者を対象としたトリアージを始めとする災害初動時における救護技術の習得やレベルアップのための研修を、災害拠点病院を中心に実施するなど、災害時の診療継続に向けた取り組みを検討する。特に、災害時に拠点となる病院以外の病院は、災害時に自院にいる患者への診療を継続するために、防災対策を講じ、災害時には災害時に拠点となる病院と共に、その機能や地域における役割に応じた医療の提供に努める。

また、地域住民に対する災害医療に関する知識の普及を行う。

(エ) 難病患者や人工透析を必要とする患者への診療体制の確保

（県、市町、医療機関、関係団体）

在宅の難病患者や人工透析を必要とする患者が、災害時にも必要な医療を受けることができるよう関係機関が連携し、提供可能な診療体制に関するネットワークの整備を図る。

エ **周産期医療**

【現状・課題】

(ア) 中播磨地域は県下で唯一、母体の救急搬送が圏域内完結しており、地域外への流出がない。また、隣接する東播磨、西播磨からの流入があり、西播磨地域の患者の約90%を受け入れている。

(イ) 産科医の減少により、分娩取扱施設数が減少する中、周産期医療の質の向上と安全性の確保のため、周産期医療に携わる医師の勤務環境の改善を進めつつ、医療機関・機能の集約化・重点化をすすめる必要がある。

(ウ) 高齢妊娠や各種合併症妊娠等のリスクが高い出産が増加傾向にあり、ハイリスク妊産婦やハイリスク新生児に対応するための医療体制の整備が必要となっている。

(エ) 播磨姫路圏域における周産期医療について、姫路赤十字病院がその中核的な医療を担う機関として、地域小児医療センター及び総合周産期母子医療センターに指定されている。

【推進方策】

(ア) 総合周産期母子医療センター及び協力病院等の連携・機能強化

(県、医療機関、関係団体)

正常分娩からハイリスク妊産婦やハイリスク新生児まで対応可能な周産期医療体制の充実を図るため、総合周産期母子医療センターである姫路赤十字病院を中心に協力病院である姫路聖マリア病院や県立はりま姫路総合医療センター及び周産期医療に関連する病院・診療所等と連携し、機能の維持に努める。

(イ) 周産期医療分野の人材確保 (県、医療機関)

周産期医療に携わる医師の働き方改革を進めつつ、地域において必要な周産期医療を維持・確保するため、基幹施設を中心として医療機関・機能の集約化・重点化や医師確保に努める。また、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。

オ **へき地医療**

【現状・課題】

(ア) 中播磨地域には、無医地区が市川町に1カ所(上牛尾・下牛尾(河内))、無医地区に準ずる地区が姫路市に2カ所(坊勢島、家島)、神河町に1カ所(長谷)があり、へき地診療所は6施設ある。へき地では医師不足とともに開業医の高齢化が進み、後継者の確保が困難な状況にある。

(イ) 現在、へき地医療拠点病院である県立はりま姫路総合医療センターが家島地域への代診医派遣を行い、へき地における住民の医療の確保に努めている。

(ウ) 特定中核病院である公立神崎総合病院においては、北部地域の診療所や訪問看護ステーションとの連携により、包括的な医療の提供に努め、へき地医療の維持を図る必要があるため、県養成医師制度等を活用した医師確保が必要である。

【推進方策】

県立はりま姫路総合医療センターと公立神崎総合病院間の役割分担、地元医師会や歯科医師会の協力のもと、医師派遣や医療DXを活用し、今後もへき地医療の維持に努める。

カ **生活習慣病対策(がん・脳卒中・心血管疾患・糖尿病)**

(ア) がん対策

【現状・課題】

① がん検診について、中播磨地域のうち姫路市では、胃がん、大腸がん、肺がんの検診受診率が県平均よりも低い。また、中播磨地域では、子宮頸がん、乳がんの検診受診率は、県平均よりも高い。^{*1}

がんの年齢調整罹患率をみると、中播磨地域では近年、乳房、子宮、大腸の順に高い。標準化罹患比(SIR)では、肝および肝内胆管、肺、胃で、全国に比して高い。

^{*2}

死因別では、全国平均に比して男女ともに胃がん、肝がんが有意に高く、肺がんについては男性が有意に高い。^{*3}

がんの早期発見、早期治療にむけ、職域を含めたがん検診の受診率向上が必要である。

- ② がんの特性に応じた適切な医療を受けられる環境の整備が必要である。
- ③ 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提供し、がんになっても地域で安心して生活できるよう、患者の療養生活の質の向上に努める必要がある。

また、治療を継続しながら社会生活を送るがん患者が増加する中で、患者が治療に伴う副作用・合併症・後遺症へのサポートをするため、アピアランス・ケアに係る相談支援・情報提供体制の充実が重要である。

*1 地域保健・健康増進事業報告（厚生労働省、令和3年度）

*2 兵庫県のがん2019（兵庫県保健医療部感染症等対策室疾病対策課）

*3 兵庫県における死亡統計指標（兵庫県立健康科学研究所、平成28年～令和2年）

【推進方策】

- ① 早期発見の推進（県、市町、関係機関等）

死亡率の高い胃がん、肝がん、肺がんをはじめ、その他のがん検診についても、企業や地域の関係団体、行政が協働して、がん検診の意義や必要性を住民が正しく理解できるよう普及啓発しながら、がん検診受診率の向上に取り組む。肝がんについては、肝炎ウイルス検査体制の充実やウイルス陽性者の受診勧奨、普及啓発に引き続き取り組む。

- ② 医療体制の強化（県、医療機関、関係機関）

がん診療連携拠点病院である「地域がん診療連携拠点病院」の姫路赤十字病院、姫路医療センターや、「兵庫県指定がん診療連携拠点病院」の県立はりま姫路総合医療センター、「がんゲノム医療連携病院」の姫路赤十字病院を中心に、各医療機関がそれぞれの専門性を活かした、質の高い安心な医療の効率的な提供を目指したがん診療の連携強化に努める。

- ③ がん患者の療養生活の質の向上（県、市町、関係機関等）

緩和ケアの推進を図るとともに、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よう、病院・かかりつけ医や薬局、訪問看護ステーション等による在宅医療・介護サービス提供体制の充実を図る。

また、今後がん相談支援センターの目的と利用方法の周知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。

（イ）脳卒中对策（脳血管疾患対策）

【現状・課題】

- ① 中播磨地域の死因別死亡数のうち、全国平均に比して男女ともに脳内出血が有

意に高く、脳梗塞については男性で有意に高い。^{*1}

- ② 脳卒中は日常の生活習慣と深く関わることから、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。
- ③ 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に引き続き啓発を行うことが必要である。
- ④ 死亡者数の減少のみならず健康寿命の延伸に向けて、脳梗塞の発症予防のみならず回復期から慢性期、生活期・維持期に至るまで、再発・合併症・重症化予防に向けた多職種連携のもと切れ目のない包括的医療体制の整備が必要である。
- 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。

*1 兵庫県における死亡統計指標（兵庫県立健康科学研究所、平成28年～令和2年）

【推進方策】

- ① 発症予防対策の推進、健診受診率の向上（県、市町、各種健診実施主体）
高血圧、糖尿病、脂質異常症、喫煙、過度の飲酒等の危険因子を管理するため、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、特定健診などの健診受診率の向上を図り、脳卒中の発症予防・早期発見・早期治療に努める。
- ② 発症後の速やかな受療行動と搬送体制の充実（県、市町、医療機関、関係団体）
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。
また、脳卒中を疑われる患者を発症後迅速に医療機関へ搬送する体制の充実に図る。
- ③ 急性期医療体制の充実（医療機関）
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、患者の予後に重大な影響を及ぼすから、脳梗塞患者に対する急性期医療に対応できる体制として、脳卒中における搬送体制を含めた救急医療体制、及び急性期医療体制の更なる充実に図る。
- ④ 医療・介護機能を担う関係機関相互の連携の促進
(県、市町、医療機関、関係機関等)
脳卒中に対する急性期医療から回復期医療、維持期（生活期）リハビリテーション、在宅療養まで、患者が切れ目のない適切な医療やリハビリテーションを受けることができ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圏域リハビリテーション支援センターによる積極的な調整や、圏域健康福祉推進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。

（ウ）心血管疾患対策

【現状・課題】

- ① 中播磨地域の死因別死亡数のうち、全国平均に比して男女ともに急性心筋梗塞、心不全が有意に高い。^{*1}

- ② 心血管疾患は日常の生活習慣と深く関わることから、予防を心がけるとともに、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。
- ③ 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とれるように引き続き周知・啓発を行うことが必要である。
- ④ 播磨姫路圏域でみると、虚血性心疾患による退院患者平均在院日数は6.0日で県値(8.9日)よりも短く、圏域別でみると淡路、丹波に次いで3番目に短い。また、退院後、在宅等の生活に復帰した虚血性心疾患患者の割合は95.5%であり、県値(92.8%)を上回っている。^{*2}
- ⑤ 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。

*1 兵庫県における死亡統計指標(兵庫県立健康科学研究所、平成28年～令和2年)

*2 医療計画作成支援データブック(令和5年)

【推進方策】

- ① 発症予防対策の推進、健診受診率の向上(県、市町、各種健診実施主体)
高血圧、糖尿病、脂質異常症、喫煙、過度の飲酒等の危険因子を管理するため、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、特定健診などの健診受診率の向上を図り、心血管疾患の早期発見・早期治療に努める。
- ② 発症直後の救護に関する知識等の啓発(県、市町、医療機関、関係団体)
救命率の向上及び予後改善のために、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。
- ③ 発症後の速やかな受療行動と搬送体制の充実(県、市町、医療機関、関係団体)
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知識の普及に努める。
- ④ 医療・介護機能を担う関係機関相互の連携の促進

(県、市町、医療機関、関係団体、関係機関等)

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連携体制の構築に努める。

合併症や再発の予防、早期在宅及び社会復帰を目指し、県立はりま姫路総合医療センターや圏域リハビリテーション支援センターを中心に、多面的・包括的な運動療法、食事療法、患者教育等の心血管疾患リハビリテーションが、多職種チームで地域で広く展開できるための体制づくり、人材育成に努める。

(エ) 糖尿病対策

【現状・課題】

- ① 糖尿病は特有の細小血管症を引き起こすだけでなく、脳卒中、急性心筋梗塞等他

疾患の危険因子にもなる慢性疾患で、日常生活に支障を来たすリスクが高いため、早期発見・早期治療、治療の継続により合併症の発症や進行（重症化）を防ぐ必要がある。

- ② 糖尿病による標準化死亡比（SMR）については、全国平均に比して男性で有意に高い。^{*1}
- ③ 播磨姫路圏域にある糖尿病専門医が在籍する医療機関数は、人口10万人対で見ると3.3施設で県値（3.8施設）よりやや下回る。^{*2}
- ④ 中播磨地域の40～74歳の男女とも、血糖を下げる薬やインシュリン注射を使用する割合は兵庫県に比して有意に高く、糖尿病あるいは糖尿病の前段階であるメタボ該当者、空腹時血糖値100mg/dL以上、HbA1c5.6%以上の割合は兵庫県に比して有意に高い。^{*3}
- ⑤ 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。

*1 兵庫県における死亡統計指標（兵庫県立健康科学研究所、平成28年～令和2年）

*2 日本糖尿病学会「糖尿病専門医の認定状況」（令和5年7月末時点）

*3 ひょうご健康づくり支援システム（地域カルテ）（2018年）

【推進方策】

- ① 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。
- ② 食生活や生活習慣の改善（県、市町、各種健診実施主体）
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。さらに「境界型」とされた人に対する保健指導を充実させるほか、「糖尿病」とされた人を専門的検査・治療へとつなぐ。
- ③ 重症化予防の推進（県、市町、医療機関、医療保険者）
例えば糖尿病性腎症については、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。
- ④ 医療機能を担う医療機関相互の連携の促進（医療機関）
糖尿病にかかる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を受けることができるよう、相互に緊密な連携体制の構築を図る（県立はりま姫路総合医療センター、姫路赤十字病院、姫路医療センター、姫路聖マリア病院等）。

キ **精神疾患対策**

【現状・課題】

（ア）中播磨地域において、精神及び行動の障害による入院患者数は741人で入院全体の約17%を占めており、循環器疾患に次いで入院割合が高い疾患である。^{*1}

- (イ) 統合失調症等を有する患者への対応については、地域内に地域移行・地域定着を担当する事業所は姫路市のみ所に所在し、精神科病院を中心とした退院支援となりがちなほか、在宅療養や生活支援のための社会資源の充実が必要である。
- (ウ) 高齢化に伴い、認知症患者が増加しており、行動・心理症状（BPSD）に周囲が対応できていない状況や、身体合併症を抱えた認知症患者への対応が難しい状況にあることから、認知症の人やその家族が住み慣れた地域で安心して生活できるよう、早期発見・早期診断による適切な医療やケアの提供に向けた取組み、MCI（軽度認知障害）への支援体制を充実させる必要がある。
- (エ) 「認知症相談センター」は中播磨地域に4カ所（各市町の地域包括支援センター）、認知症相談医療機関は163医療機関、認知症対応医療機関は131医療機関登録されている（令和4年時点）。

*1 「入院患者調査」（令和4年兵庫県）

【推進方策】

- (ア) 精神疾患患者に対する地域移行・地域定着を含む地域生活支援のための体制整備
（県、市町、医療機関、関係機関、県民）

精神疾患患者の地域移行・地域定着支援を進めるために医療機関や関係機関とともに役割分担、目標を明確にするなど連携における基盤整備を進める。相談支援・ケアマネジメントの充実や生活支援・就労支援などのサービス提供等の充実、住まいの場の確保、ピアサポートの推進などの障害福祉サービスの充実、未治療者・治療中断者等に対する支援体制の強化、精神科訪問看護・訪問診療などの医療サービスの充実を図る。

- (イ) 認知症による行動・心理症状（BPSD）や身体合併症への適切な対応

（県、市町、医療機関、関係団体、県民）

市町を中心に、認知症健診や認知症予防教室を開催し、認知症予防に向けた普及啓発をする。

また、圏域認知症疾患医療センターである県立はりま姫路総合医療センター、姫路中央病院、高岡病院を中心に、認知症疾患に関する鑑別診断とその初期対応、認知症の行動・心理病状と身体合併症への急性期対応、専門医療相談、診断後の相談支援、認知症に関する知識の普及のほか、鑑別診断後に身体疾患の十分な治療を一般医療機関で行えるような認知症対応力向上のための取組みを行う。

「中播磨圏域認知症医療連携協議会」を中播磨圏域認知症疾患医療センターを中心に開催し、郡市3師会、市町地域包括支援センター、県健康福祉事務所、市保健所、圏域リハビリテーション支援センターと連携して、認知症の早期発見・早期対応につなげる体制を検討するとともに、医療から介護への連携を促進し、地域で認知症の人と家族を支えるための仕組みを検討する。

患者が地域で暮らすために、認知症に関する知識、行動・心理症状（BPSD）への対応方法の普及を図るほか、MCI（軽度認知障害）への支援体制の充実、認知症患者や家族を見守り、支援する認知症サポーターの養成・充実を進めるなど地域で支える体制づくりに努める。

ク 在宅医療・かかりつけ医

【現状・課題】

(ア) 中播磨地域では、2020年から2045年までの25年間で65歳以上の高齢者人口が約11,000人増加し、その後減少に転じる見込みである。前期高齢者人口は約1,400人減少する一方で、後期高齢者人口は約12,000人増加する見込みである。^{*1}今後、要介護者になるリスクの高い後期高齢者の割合が高くなることから、高齢者の身体的特徴、疾患に応じたさまざまな医療ニーズが求められる。

(イ) 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。

(ウ) 在宅での療養生活を営むことができるよう在宅療養者のニーズに応じた包括的な医療や介護の提供が求められており、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不可欠である。また、圏域北部をはじめ医療資源が少ない地域においてはスタッフの移動時間が長くなるなど、在宅医療の効率的な提供にむけた体制づくりが必要である。

加えて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。

(エ) 中播磨地域における令和3年時点での在宅療養支援診療所は65カ所で、平成26年時点の61カ所からほぼ横ばい状態である。また、令和3年時点での在宅療養支援病院は9カ所であり、平成26年時点の7カ所からほぼ横ばい状態である。^{*2}また、地域包括ケア病棟入院料、または入院医療管理料を届出している病院は18カ所ある。^{*3}

中播磨地域にある訪問看護ステーション、看護職員数ともに増加傾向にあり、特に24時間対応可能な訪問看護ステーション職員数が増加している。^{*2}

市町別自宅での死亡率をみると、令和3年時点で姫路市、福崎町は全国と比して、自宅死亡率が高い。また、姫路市、神崎郡とも自宅、施設等での死亡率が横ばいから増加傾向にある。^{*4}

在宅療養生活を営む患者の容態急変時における緊急往診や緊急入院など、適切な対応をとれる仕組みづくりや体制整備や、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体制を確保することが必要である。

(オ) 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を目指し、郡市医師会の協力のもと、姫路市及び神崎郡3町において在宅医療・介護連携支援センターを設置し、在宅医療・介護連携にかかる取組みを進めている。

*1 兵庫県将来推計人口（2015～2065年）

*2 在宅医療にかかる地域別データ集（厚生労働省）

*3 近畿厚生局 施設基準の届出受理状況（令和5年8月時点）

*4 兵庫県保健統計年報（厚生労働省 人口動態調査）、在宅医療にかかる地域別データ集（厚生労働省）

【推進方策】

- (ア) かかりつけ医・歯科医の支援体制の確立（県、関係団体、医療機関）
かかりつけ医・かかりつけ歯科医の支援体制の確立を図り、在宅療養者に対する訪問診療の提供を促進する。
- (イ) サービス提供体制の充実（医療機関、関係団体、県、市町）
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、訪問薬剤管理指導など、在宅医療にかかるサービスの提供体制の充実を図る。
- (ウ) 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）
入院医療機関の退院支援担当者が早期から退院後の生活を見据えた支援を行える体制を構築するほか、急変時の受け入れ体制の確保、及び患者が望む場所での看取りを支える地域の支援体制の構築を進め、入院医療・在宅医療相互の円滑な移行を促進する。在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院など在宅医療において積極的役割を担う医療機関と、その近隣の病院や診療所、訪問看護事業所との連携により、24時間対応可能な在宅医療機関の体制を充実させる。
- (エ) 多職種連携による在宅医療支援体制の構築（県、市町、関係団体）
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、ヘルパーなどによる今後の方針や病状に関する情報や計画を共有し、連携強化を図り、患者のニーズに対応したサービスが包括的に提供される体制を構築する。
- (オ) 在宅医療を担う人材育成（県、市町、関係団体）
関係団体等と連携のもと、地域のかかりつけ医、歯科医師、歯科衛生士、薬剤師等を対象とした研修会の開催などにより、在宅療養者の多様なニーズに対応できるよう在宅医療従事者の資質向上のための取り組みを進める。
- (カ) かかりつけ医・在宅医療に関する普及啓発
(市町、県、関係団体、医療機関、県民)
かかりつけ医・歯科医師等の定着を図るため、医療関係団体と市町が連携した在宅医療・介護連携やサービス提供のための相談拠点となる在宅医療・介護連携支援センターの機能強化や、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り組みの充実を図る。
また、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し、相談体制について、地域住民への普及啓発に努める。住民が人生の最終段階において自身が望む医療・ケアについて、前もって考え、繰り返し話し合い、意思決定を共有するための人生会議（ACP）について知り、考えることの大切さについて普及啓発する。
- (キ) 地域リハビリテーションの推進（県、市町、関係機関、関係団体）
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、圏域リハビリテーション支援センター（石川病院）を中心にリハビリテーション専門職だけでなく、他の医療職、ケアマネジャー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。

(ク) 精神疾患患者に対する地域移行・地域定着を含む地域生活支援のための体制整備
(県、市町、医療機関、関係機関、県民)

精神疾患患者の地域移行・地域定着支援を進めるために医療機関や関係機関とともに役割分担、目標を明確にするなど連携における基盤整備を進める。また、支援関係者や住民の理解促進、ピアサポーター活動の充実を図り、地域支援ネットワークの強化に努める。(再掲)

(ケ) 認知症患者に対する在宅医療提供体制の整備
(県、市町、関係団体、医療機関)

認知症の早期診断・早期対応を促進するため、関係団体等と連携し、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。

(コ) がん患者に対する緩和ケアの推進 (医療機関、関係団体)

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。

(サ) 重症神経難病患者の緊急・災害時対応にかかる体制整備
(県、市町、医療機関、関係機関)

在宅療養を行う重症神経難病患者の緊急・災害時対応の円滑化を図るとともに、かかりつけ医と圏域内外の専門医等との役割分担及び連携強化を図り、在宅療養を支援する。また、平時にも安心して療養生活を送れるよう、専門病院とかかりつけ医、ケアマネジャー等との連携により、潜在的なニーズも含め、病状に応じた必要な医療やサービスの提供体制を構築する。

ケ 地域医療構想実現のための課題と施策

(ア) 病床の機能分化・連携の推進

圏域の現状と課題	具体的施策
<p>○病院・診療所等の医療資源は、圏域南部(姫路市南部)に集中し、北部(神崎郡、姫路市北部)に少ない。</p> <p>○患者の9割以上は、圏域内で入院医療及び救急医療を受けているが、疾患によっては、圏域外の医療機関を利用している。また、隣接する西播磨地域からの患者流入が多い。</p> <p>○中播磨地域の患者数は2019年をベースとして、2040年頃までは肺炎、脳梗塞、心不全、股関節・大腿骨近位の骨折、腎臓または尿路感染症などが増える見込みである。^{*1}</p> <p>○病床機能報告制度による病床機能毎</p>	<p>①病床の機能分化の推進</p> <p>ア 病床機能の分化・連携を進めるための地域医療構想調整会議等の開催</p> <p>イ 急性期病床の転換支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高度急性期病床(ICU・HCU等)の更なる充実 ・急性期病床における夜間看護の充実 ・回復期病床への転換 <p>ウ 慢性期病床の施設等への転換支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・療養病床(介護療養型)から施設への転換 ・慢性期病床の職員の充実 ・回復期病床への転換 <p>エ 在宅医療・施設等の充実</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 <p>促進</p>

<p>の、現在の病床数と2025年の必要病床数を比較すると、急性期及び慢性期病床が過剰となり、回復期病床が不足すると見込まれる。高齢化の伸展により、複数かつ複雑な慢性疾患をかかえる患者が増加しており、高度急性期・急性期病院と連携した受け入れができる、回復期病床の確保、リハビリ職の確保などを充実させる必要がある。</p> <p>○在宅医療の需要に対応するため、慢性期患者の受け皿(施設等)をいかに確保するかが課題である。</p> <p>○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。</p> <p>○県立姫路循環器病センターと製鉄記念広畑病院を再編統合し、令和4年5月1日に県立はりま姫路総合医療センターを640床で開院、その後、令和5年4月1日からは736床でフルオープンした。製鉄記念広畑病院の跡地には、令和5年2月1日に医療法人による病院が開院し、姫路市南西部地域における後医療が確保できた。</p> <p>○高齢化が著しい中山間地域に位置し、医療資源が限られる中播磨圏域北部(神崎郡)では、公立神崎総合病院が唯一の総合病院である。1次救急は、近隣診療所医師の協力を得て維持し、2次救急の充実に努めており、今後、更に近隣病院や関係団体・施設等と連携し、ニーズに合わせた地域医療を提供する必要がある。また、隣接する西播磨圏域北部の公立宍粟総合病院とは、中山間地に立地し、自治体病院という共通点があるため、中播磨・西播磨圏域における医療の更なる充実に向けた両病院間の診療・運営面での連携推進が求められる。</p> <p>○新興感染症発生時においても、地域で</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・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テーションの推進 ②医療と介護・福祉の連携強化 <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関と介護保険施設及び障害者支援施設との広域連携 ・医療及び介護・福祉に係る多職種連携のための会議・研修会の開催 ③病病、病診連携及び医科・歯科・薬科連携の推進 <ul style="list-style-type: none"> ・地域医療連携クリティカルパスの促進 ・医師会や医療機関を中心とする研究会による病病、病診ネットワークの推進 ・医・歯・薬連携の強化 ・情報通信技術(ICT)活用等による地域医療連携システムの構築 ④自治体病院等の機能見直しによる再編・ネットワーク化の推進 <p>ア 県立はりま姫路総合医療センターの開院</p> <ul style="list-style-type: none"> ・中播磨・西播磨圏域の3次救急を初めとする高度専門・急性期医療の充実、地域課題への対応 ・地域の医療機関との機能分担・連携の促進 ・中播磨・西播磨圏域の医療機関等の研修体制、診療体制の支援(医療DX導入等) ・中播磨・西播磨圏域の周産期医療について、基幹的病院である姫路赤十字病院を補完するために必要な診療機能の充実 <p>イ 公立神崎総合病院</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1次・2次救急の充実 ・近隣病院・診療所、関係団体や施設等のほか、公立宍粟総合病院(西播磨圏域北部)との連携を強化 ・連携施設等との協働による訪問診療体制の構築
---	---

<p>継続した医療提供体制を確保するための体制づくりが必要である。</p> <p>*1 兵庫県（神戸大学受託事業）「DPCデータ分析事業」（令和元年10月～令和4年度）</p>	
--	--

(イ) 在宅医療の充実

圏域の現状と課題	具体的施策
<p>○2025年に在宅医療等を必要とする患者数は、患者住所地ベースで約1.5倍になると推計される。</p> <p>(2013年:4139.8人/日→2025年6030.6人/日)</p> <p>○在宅医療の実施状況には、地域差がみられる。在宅医療を新たに担う医師・看護師等の確保が困難な状況にあり、担い手が少ない地域においては、特に病病、病診連携が必要である。</p> <p>○民間事業者等が整備する高齢者向け住宅で、医療を受ける高齢者が増加している。これらの住宅や施設等との連携や職員の研修体制が課題となっており、公民連携による取組みが求められる。</p> <p>○市町別自宅での死亡率をみると、令和3年時点で姫路市、福崎町は全国と比して、自宅死亡率が高い。また、姫路市、神崎郡とも病院以外（自宅、施設等）での死亡率が横ばいから増加傾向にあり、病院以外の場所での死亡が増える傾向にある。^{*1}</p> <p>○今後、医療を必要とする要介護者や認知症高齢者等が、更に増加する見込みであり、これまで以上に医療・介護資源の実態把握や情報共有、連携体制の強化が求められる。また、現在取り組んでいる市町及び医療・介護関係機関等による連携会議を通じて、在宅医療と介護のネットワークづくりをより促進する必要がある。</p> <p>○家族や地域の介護力が低下する中、より住民ニーズに沿った医療・介護提供体</p>	<p>①在宅医療の確保・地域偏在の解消</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 ・在宅医療を担う医科、歯科、訪問看護ステーション、薬局等の確保 ・在宅医療を担う病院・診療所の役割分担と連携促進 ・かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の定着と連携促進 ・訪問看護ステーションの広域連携 ・病院と施設と訪問看護ステーション間の看護職員の相互研修 <p>②医療・介護・福祉の多職種による一体的なサービス提供体制の構築</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療と介護に係る連携会議等の広域開催、多職種連携のための研修 ・中播磨圏域入退院調整ルールの利用促進 ・患者情報を集約した医療介護連携ツール（ICT含む）の導入 ・医療・介護資源情報の効率的な把握・共有のためのシステム作り ・子どもや障害者を含めた医療と福祉の連携促進 <p>③在宅医療に関する普及啓発</p> <ul style="list-style-type: none"> ・住民や地域ニーズの把握のための調査 ・在宅医療や看取りに関する相談窓口の充実、講演会等の実施

<p>制を整備する必要がある。</p> <p>○在宅医療や看取りに関する患者・住民の理解を深めるための情報提供が必要である。</p> <p>*1 兵庫県保健統計年報（厚生労働省 人口動態調査）、在宅医療にかかる地域別データ集（厚生労働省）</p>	
---	--

(ウ) 医療従事者の確保

圏域の現状と課題	具体的施策
<p>○医師数は、人口10万人あたり238.6であり、全国・全県平均に比べて低く、高齢化も進んでいる。</p> <p>○医師不足等の影響により、後送輪番の辞退や一部診療科の休止等、必要な医療を提供できない医療機関が見受けられる。</p> <p>○2024年（令和6年）から始まる医師の働き方改革への対応を踏まえつつ、医師・看護師等医療従事者の確保と地域定着に取り組む必要がある。</p> <p>○薬剤師が少なく、特に病院薬剤師が少ない。</p>	<p>①タスクシフト・タスクシェアの推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師事務作業補助者、看護補助者等を配置し、医師・看護師のタスクシフトの推進 ・勤務形態見直しやタスクシェアの推進 <p>②医療従事者の確保・定着</p> <ul style="list-style-type: none"> ・研修医の病院間での相互研修体制の確立 ・医療従事者等の教育・研修機能の充実 ・潜在看護師、潜在歯科衛生士、潜在管理栄養士への復職研修 ・ICTを活用した研修システムの導入 ・勤務環境改善のための取組強化 <p>③医療従事者を目指す若者の育成</p> <ul style="list-style-type: none"> ・学生に対する地域医療体験、医療系学校進学セミナー、就職相談等の実施 <p>④適切受診の啓発</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域住民への適切受診の啓発と救急医療電話相談事業等の充実

(エ) その他

圏域の現状と課題	具体的施策
<p>○高齢化に伴い、認知症高齢者が増加しており、BPSD（周辺症状＝行動・心理状況）に家族や施設等が対応できていない。また、身体合併症を抱えた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>	<p>①認知症に係る連携強化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療及び介護従事者への認知症対応向上力研修 ・認知症対応医療機関と介護事業所の連携体制の強化 ・認知症疾患医療センター及び精神科病院と、一般医療機関との連携促進
<p>○在宅医療を必要とする患者は、摂食嚥下機能が低下している場合が多く、口腔</p>	<p>②口腔機能の管理強化の取組</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師、歯科医師や歯科衛生士による積極的

<p>機能の維持・向上や摂食嚥下障害、誤嚥性肺炎予防のための口腔ケアや口腔機能管理の強化が求められる。</p>	<p>な関与</p> <ul style="list-style-type: none"> ・口腔ケア及び食支援の充実
<p>○社会医療法人財団フランススコ会が、重症心身障害児者への医療提供、生活支援を行う医療型障害児入所施設・療養介護事業所を平成30年5月に全面開設した。</p> <p>○身体合併症を有する精神疾患患者の医療提供体制や、長期入院患者の地域移行・地域定着支援については、未だ不十分な状況にある。</p>	<p>③障害児・者医療の充実</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療型障害児・者施設による、医療提供及び生活支援の充実と地域連携の促進 ・障害児・者に対応できる在宅医療の充実 ・一般病院と精神科病院との連携強化 ・精神疾患患者の地域移行・地域定着を含む地域生活支援の推進
<p>○小児から高齢者まで、障害の有無・種別に関わらず、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、住まい・医療・介護・予防・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。</p>	<p>④地域包括ケアシステム構築に向けた取組</p> <ul style="list-style-type: none"> ・住民、保険者、企業、医療・介護・福祉関係者、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 ・医療・介護・福祉のワンストップ窓口の設置及びコーディネーターの育成 ・地域ケア会議の充実によるケアマネジメントの推進

2) 西播磨地域の重点課題とその取組方針

ア 医師確保対策と医療連携強化

【現状と課題】

- (ア) 西播磨地域を従業地とする医師は、令和2年時点で435人、人口10万対では176.4と県下で最も低い（県値254.6）。
- (イ) 県の医師確保対策として、医学生に修学資金の貸与を行い、県が指定する医師不足の地域で勤務する医師を養成しており、現在西播磨地域のへき地医療拠点病院である赤穂市民病院、公立宍粟総合病院に県養成医が派遣されている。平成26年度からは大阪医科薬科大学に特別寄附講座を開設し、赤穂市民病院、公立宍粟総合病院等を活動拠点として診療に従事している。
- (ウ) 西播磨地域では、養成医の定着に向けてへき地医療拠点病院等関係機関と連絡会議の開催などの医師確保の取組みを進めるとともに、限られた人材で持続可能な地域医療を提供するため地域の医療機関における連携推進及び診療機能の分化について地域医療構想調整会議等で協議を進めている。

表2：従業地別医師数（人口10万対：R2調査）

	平成22年	平成24年	平成26年	平成28年	平成30年	令和2年	R2 10万対
中播磨地域	1,044	1,169	1,183	1,225	1,299	1,364	238.6
西播磨地域	421	411	412	421	436	435	176.4
播磨姫路	1,465	1,580	1,595	1,646	1,735	1,799	219.8
兵庫県	12,641	13,251	13,461	13,979	13,304	13,913	254.6

出典：厚生労働省「医師、歯科医師、薬剤師調査」

【推進方策】

- (ア) へき地医療拠点病院を中心とした医師の養成・定着への取組み推進

（へき地医療拠点病院、県）

へき地医療拠点病院を中心に、県養成医師を適切に配置し、指導体制を構築するとともに、大阪医科薬科大学寄附講座や県立はりま姫路総合医療センター等関係機関との定期的な情報交換を継続するなど地域医療を担う医師の確保、キャリア形成支援及び定着を目指した取組みを進める。

- (イ) 地域医療構想の推進（医療機関、医師会及び関係団体、市町、県）

① 診療機能及び役割分担の明確化

地域医療構想調整会議を開催し、医療提供体制の現状等及び不足している医療機能について情報共有し、地域に必要な診療機能と役割分担について協議し、医療機関の自主的な取組みをさらに支援する。

② 高度急性期医療からかかりつけ医までの切れ目ない医療体制の整備

中播磨地域など近隣地域を含めた高度急性期医療を担う医療機関と西播磨地域の急性期・回復期医療や在宅医療を担う医療機関との連携を強化し、各医療機関が果たすべき診療機能を十分に果たせる体制整備に取り組む。

- (ウ) 医師の定着に向けた地域づくりの充実（市町、医療機関、県、関係機関）
各市町や医療機関・関係機関と連携し、誰もが住みやすいまちづくり・子育て環境の整備などの医師が働きたいと思える地域づくりに取り組み、医師の定着を目指す。
- (エ) 住民への健康づくり対策の充実、適正医療の啓発
（市町、医師会、医療機関、消防、職域関係者、県）
市町や地域職域連携に基づく健康づくり対策の充実により住民への健康づくりに対する意識啓発を図るとともに、限りある医療資源を有効に活用できるよう、上手な医療のかかり方など適正医療にかかる啓発に取り組む。

イ 在宅医療

【現状と課題】

- (ア) 西播磨地域の主な在宅医療資源に関する届出状況（R5.7.1）としては、在宅療養支援病院は7箇所、在宅療養支援診療所は25箇所、在宅療養後方支援病院は2箇所、24時間体制の訪問看護ステーションは34箇所届出がある。また在宅歯科診療については、在宅療養支援歯科診療所が18箇所届出、在宅患者訪問薬剤管理指導届出が103箇所となっており近年届出が増加傾向にある。
- (イ) 西播磨地域の各在宅医療圏においては医師会・市町を中心に、関係者での意見交換、研修等を実施するなど連携が進みつつある。広域的にも西播磨全体での医療介護連携推進研修・意見交換会を令和3年度から実施し、多職種連携やアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の取り組み等を進めている。
- (ウ) 西播磨地域でみると、75歳以上の人口は令和5年（2023年）2月1日時点で、44,486人であるが2025年48,766人、2030年では50,657人になると推計されており今後も医療と介護の両方を必要とする高齢者が増加すると予測されている。一方、人口減少や高齢者の増加速度にも在宅医療圏毎に地域差がみられ、医療と介護を一体的に提供するため人材の確保や24時間対応・急変時対応等、地域特性に応じた体制整備が課題となっている。

表3：西播磨地域の主な在宅医療資源の状況（箇所）

施設届出	R2.4.1	R5.7.1
在宅療養支援病院	4	7
在宅療養支援診療所	22	25
在宅療養後方支援病院	2	2
24時間訪問看護ステーション	29	34
在宅療養歯科診療所	17	18
在宅患者訪問薬剤管理指導	99	103

出典：施設基準等届出状況（近畿厚生局）

表4：西播磨地域における75歳以上人口推計（人）

	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
人	42,380	48,766	50,657	48,472	45,607	43,417

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（2018）年推計）

【推進方策】

（ア）医療介護従事者の確保と資質の向上（関係機関、関係団体、市町、県）

医療機関や市町村など地域の保健医療福祉関係機関・団体等と連携して、在宅医療に関わる多職種に対して、認知症への対応を含む在宅チーム医療に必要な基礎的知識及び技術の習得のための研修会や在宅医療の課題の検討会を開催することにより、多職種協働による在宅医療を推進するための人材確保と育成に努める。

（イ）多職種連携・医療介護連携の推進（関係機関、関係団体、市町、県）

医師会、市町や関係団体等と連携しながら、医療・介護関係者による会議や研修を通じて、職種間の役割理解をさらに深め、各在宅医療圏域内に限らず広域的な多職種協働による在宅医療の推進を図る。

（ウ）アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の普及・支援体制

（県、市町、医療機関、関係団体、県民）

市町、医療機関、医師会等関係団体と協働し、一般住民への啓発や医療介護従事者に向けた研修機会の提供などを通じて、自分らしい生活や人生の最終段階における生き方、医療の希望、生命の尊厳について療養者と家族、医療従事者が共に話し合い、患者の希望に沿った人生の最期を迎えられるよう、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）に基づいた支援体制の推進を図る。

（エ）各地域（在宅医療圏等单位）での体制整備の推進

（医師会、市町、医療機関、関係団体、県）

各地域での医師会や市町等を中心とした医療介護連携・在宅医療体制整備・在宅医療のBCP（事業継続計画）の取組みを支援する。特に各地域での在宅医療を積極的に担う医療機関や在宅医療体制整備の拠点となるところについては各在宅医療圏等で協議の上、積極的に見える化し医療と介護の一体的な多職種連携の推進につなげる。

各地域の状況は以下のとおり。

<たつの市・揖保郡>

たつの市・揖保郡医師会により運営される在宅医療推進協議会を中心に、在宅医療への参入支援や多職種連携に関する取組みを進めており資源整備は整いつつある。今後は24時間体制整備等について多職種連携・医療機関間連携の視点から取組みを進め、さらなる体制の充実を目指す。

在宅医療において積極的役割を担う医療機関	在宅医療に必要な連携を担う拠点
たつの市民病院 (在宅療養支援病院)	たつの市・揖保郡医師会
自ら在宅医療を提供するとともに、在宅医療に携わる地域の医療機関と多職種連携を支援する	たつの市・太子町と連携しながら、在宅医療推進協議会を運営し、地域の関係団体と多職種の参加を得て、地域課題に応じた部会を設置し、研修・事例検討等を通じて、連携体制を構築する。
<p>在宅医療に携わる医療機関等 ※</p> <p>在宅療養療支援病院：3施設</p> <p>在宅療養支援診療所：9施設（たつの市5施設、太子町4施設）</p> <p>在宅療養支援歯科診療所：7施設</p> <p>在宅患者訪問薬剤管理指導：32施設</p> <p>24時間訪問看護ステーション：17施設</p> <p>上記以外にも、多くの医療機関で、かかりつけ患者を対象に在宅医療を提供している</p> <p>○たつの市・揖保郡在宅医療推進協議会</p> <p>協議会本会の他に、在宅リハビリ推進部会、ポリファーマシー部会、認知症在宅支援部会、入退院連携ワーキング部会、口腔ケア・嚥下部会を設置（令和5年度現在）</p>	

<宍粟市>

地域の特性から管内の医療機関は元来在宅医療に積極的に取り組んでいる。近年独居高齢者や家族の形が変化してきたことに伴い、在宅医療に関する介護面での課題も顕著となっている。また今後は医師の高齢化の問題もあり、行政・医師会・公立宍粟総合病院及び関係機関が地域の医療・介護関係機関が一体となった連携体制の構築に向けて取組みを進める。

在宅医療において積極的役割を担う医療機関	在宅医療に必要な連携を担う拠点
公立宍粟総合病院	宍粟市 (地域包括支援センター)
地域の唯一の病院として、レスパイト対応含めて在宅療養支援診療所と連携しながら在宅医療に携わる医療機関を支援し多職種連携を推進する。	宍粟市医師会・公立宍粟総合病院と連携しながら、在宅医療に係る協議の場を開催し、医療と介護の一体的な地域連携体制を構築する。
在宅医療に携わる医療機関等※ 在宅療養支援診療所：7施設（広田医院、上田医院、井上クリニック、川瀬クリニック、医療法人社団 ウスキ医院、垣尾内科クリニック、山岸診療所） 在宅療養支援歯科診療所：1施設 在宅患者訪問薬剤管理指導：16施設 24時間訪問看護ステーション：6施設 上記以外にも、多くの診療所が地域ごとに往診を提供している。	

<佐用町>

在宅医療の希望を積極的に受入れるため、地域の病院及び診療所が連携し看取りまでの体制整備を進めている。特に、自宅での看取りが難しい場合でも、住み慣れた町内で施設や医療機関が連携し住民の希望に添えるよう取組みを進めている。

在宅医療において 積極的役割を担う医療機関	在宅医療に必要な連携を担う拠点
佐用共立病院・尾崎病院 (在宅療養支援病院)	佐用町 (地域包括支援センター)
在宅医療を必要とする患者の紹介を積極的に受け入れ、自ら在宅医療を提供するとともに、地域の医療機関の支援や多職種連携を推進する。	佐用郡医師会と連携しながら、在宅医療に係る協議の場を開催し、医療と介護の一体的な地域連携体制を構築する。
在宅医療に携わる医療機関※ 在宅療養支援病院：2施設（佐用共立病院 尾崎病院） 在宅療養支援診療所：1施設（岡本医院） 在宅療養支援歯科診療所は0施設であるが、町歯科衛生士が自宅訪問し必要時医療につないでいる。 在宅患者訪問薬剤管理指導：8施設 24時間訪問看護ステーション：2施設 上記以外にも、各病院・多くの診療所が地域ごとに往診を提供している	

< 赤穂準圏域（赤相地域） >

赤穂準圏域として、赤穂市民病院、赤穂中央病院が在宅療養後方支援病院の役割を担っている。また、各在宅医療圏域では在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所が中心となり、市町や医師会と連携しながら地域に応じた体制の整備を進めている。各在宅医療圏の体制は下記のとおり。

（相生市）

在宅医療において積極的役割を担う医療機関	在宅医療に必要な連携を担う拠点
相生市民病院、半田中央病院 （在宅療養支援病院）	相生市 （地域包括支援センター）
在宅療養支援診療所と連携しながら、在宅医療に携わる医療機関を支援し、多職種連携を推進する	相生市医師会と連携しながら、在宅医療に係る協議の場を開催し、地域の連携体制を構築する
在宅医療に携わる医療機関等※ 在宅療養支援病院：2施設（相生市民病院、半田中央病院） 在宅療養支援診療所：2施設（栗尾整形外科、半田クリニック） 在宅療養支援歯科診療所：6施設 在宅患者訪問薬剤管理指導：10施設 24時間訪問看護ステーション：4施設	

（赤穂市）

在宅医療において積極的役割を担う医療機関	在宅医療に必要な連携を担う拠点
赤穂市民病院、赤穂中央病院	赤穂市 （地域包括支援センター）
赤穂準圏域の在宅療養後方支援病院として、赤穂市地域包括支援センター及び在宅療養支援診療所等と連携し、在宅医療に携わる医療機関を支援し、多職種連携を推進する	赤穂市医師会と連携しながら、在宅医療に係る協議の場を開催し、地域の連携体制を構築する
在宅医療に携わる医療機関等※ 在宅療養後方支援病院：2施設（赤穂市民病院、赤穂中央病院） 在宅療養支援診療所：3施設（松本クリニック、てんわかかりつけ医院、おばた内科・糖尿病クリニック） 在宅療養支援歯科診療所：3施設 在宅患者訪問薬剤管理指導：20施設 24時間訪問看護ステーション：2施設	

(赤穂郡)

在宅医療において 積極的役割を担う医療機関	在宅医療に必要な連携を担う拠点
大岩診療所、三浦医院、岡田整形外科 (在宅療養支援診療所)	上郡町・赤穂郡医師会
赤穂準圏域の在宅療養後方支援病院と 連携し多職種による在宅医療を推進す る	在宅医療に係る協議の場を開催し、地域の 連携体制を構築する
在宅医療に携わる医療機関等※ 在宅療養支援診療所：3施設（大岩診療所、三浦医院、岡田整形外科） 在宅療養支援歯科診療所：1施設 在宅患者訪問薬剤管理指導：4施設 24時間訪問看護ステーション：3施設 上記以外にも、多くの診療所が往診を提供している	

※各地域の在宅医療に携わる医療機関等は R5.7.1 時点近畿厚生局ホームページ届出状況より抜粋

(補足)

1. 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」の選定

医療計画に記載する「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」については、実績や専門性等を踏まえつつ、当該在宅医療圏域の医師会・行政・在宅医療に携わる医療機関等の協議により選定する。

2. 在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所の施設名称の記載

在宅療養支援病院及び在宅療養支援診療所の施設名称の記載については、各在宅医療圏域の地域特性と各医療機関の意向に応じて、各医師会で決定する。

1、2ともに医療機関からの申出に応じ更新し西播磨地域ホームページで公表する
(<https://web.pref.hyogo.lg.jp/whk06/iryokaigo.html>)

ウ **心不全等の循環器疾患対策**

【現状と課題】

- (ア) 西播磨地域では急速な高齢化に伴い、心不全患者の増加が予測されている。しかし西播磨地域内では心血管疾患に関する高度急性期医療を提供する医療機関は限られている。
- (イ) 心不全は急性増悪から回復と入退院を繰り返しながら徐々に身体機能が低下し死に至るため、急性増悪の防止、緩和ケア、ACP ケアマネジメントなど高度急性期・急性期治療終了後、回復期から在宅医療に至るまで、各場面で心不全や心臓リハビリテーション等について知識を持ち対応できる人材の育成が必要である。
- (ウ) 今後増加の予測される循環器疾患(主に心不全管理)に地域で対応するため、多職種連携による医療・介護・福祉を提供する地域包括ケアシステムの構築が

必要である。

【推進方策】

(ア) 高度急性期から回復期・在宅医療まで切れ目ない医療提供体制の構築

(医療機関、市町、関係団体、県)

中播磨地域等近隣地域の高度急性期病院との医療連携を強化し、特に高度急性期治療終了後はすみやかに西播磨地域の回復期医療・在宅医療にて対応できるよう切れ目ない医療提供体制の構築を図る。

(イ) 心血管疾患リハビリテーション等の知識をもった医療介護人材の育成

(医療機関、関係団体、市町、県)

神戸大学や県立はりま姫路総合医療センター等専門医療機関の医師等にスーパーバイズとして協力を求め、心不全の症状増悪を防ぐための介護関係者も含む多職種協働について研修等の機会を持ち、心不全に関する基礎知識や心血管疾患リハビリテーションの考え方を活かした療養支援ができる人材育成に取り組む。

(ウ) 多職種連携に基づく循環器疾患をモデルとした地域包括ケアシステムの

充実(市町、医療機関、関係団体、県)

医師会や各市町と連携しながら地域の在宅医療体制や多職種連携を進めるとともに、関係者による患者家族へ向けた心不全発症予防教育や心不全手帳等の既存ツールを活用した再発予防教育などの充実を含めた循環器疾患にも対応できる地域包括ケアシステムの構築を支援し取組みを推進する。

3) 播磨姫路圏域の医療提供体制の充実

ア 県立はりま姫路総合医療センターの開設

- ① 安定的・継続的に良質な医療を提供するため、県立姫路循環器病センターと製鉄記念広畑病院を再編統合し、2022年5月1日に県立はりま姫路総合医療センターが開院した。高度専門医療と救命救急医療、医療人材の育成と研究を行う、地域で高度な医療を支える柱となる病院として、播磨姫路圏域の3次救急医療を担う。
播磨姫路圏域の中核病院として、高度、専門性の高い医療を実施していくとともに、地域の意見を聞きながら、医師が集まる魅力ある病院として、病院内の教育・指導体制の充実、執務環境等の改善など整備を行っていく。(県、市町、医療機関)
- ② また、圏域内の病院等と役割分担を進め病院、診療所、地域との医療連携を実施し、医師数が不足する地域への医師派遣について、研修体制の構築なども検討する。(県、市町、医療機関、医療団体)
- ③ 公立病院への医師派遣や教育体制の充実等、地域医療を維持できる体制の支援について、地元と検討を行っていく。(県、市町、医療機関、医療団体)

イ 圏域北部における医療提供体制について

(ア) 特定中核病院(中播磨地域)

中播磨圏域北部の神崎郡においては公立神崎総合病院が唯一の公立の総合病院として、1次・2次救急医療体制の整備に努めており、地域のニーズに合わせた診療体制の構築に尽力している。

しかしながら、神崎郡は高齢化や人口減少が大きく進んでいる地域であり、高齢化の進行に伴う長期間の入院を必要とされる疾患の増加による患者数の増加が推計される。開業医も含め医師自身の高齢化も進んでいる。医師不足は更に深刻化することから、圏域北部において、医療体制の維持・充実にむけての取組みが喫緊の課題となっている。

公立神崎総合病院は、医療機関が集中している地域から離れた中山間地域に立地しているため、圏域内の拠点病院との連携も困難が生じている。また近隣に同等以上の機能を有する病院がなく、十分な医師確保ができていない状況にある。

については、2次医療圏域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であることから、圏域北部の「特定中核病院」として位置づけ、関係者との調整を行い、医師確保等の取組みについて、県からの優先的な支援を行い、医療提供体制の充実を図っていく。

(イ) 特定中核病院(西播磨地域)

第7次保健医療計画策定時より公立宍粟総合病院が特定中核病院となる。宍粟地域唯一の病院であり、宍粟地域の救急医療など含めた医療の中核的な役割を担う。特に診療所や県立はりま総合医療センターをはじめとした3次医療機関

等と地域連携を推進し、宍粟地域内での医療システムの構築を目指す。

(ウ) 特定中核病院に対する支援内容

○ 病院における医師確保の取組みへの支援

病院を設置する市町とともに、特別講座の設置を大学に働きかけ、魅力ある専門医研修プログラムの実施などを検討するとともに、県は県養成医の派遣病院として位置づけ、養成医の派遣及びその定着について、優先的な支援を行う。

○ 2次救急医療機関としての病床機能の確保

2次救急医療機関として、緊急性の高い患者の受入や手術に対応できる体制作りや、急性期及び回復期医療など身近な医療を当該地域で提供するため、急変時の在宅医療に対応する地域包括ケア病床等の充実やICUの整備など高度急性期病床の整備を行う場合において、地域医療介護総合確保基金を活用した支援を検討する。

(エ) 赤穂準圏域

第7次保健医療計画策定時より、赤穂準圏域（相生市・赤穂市・赤穂郡）を設定。

赤穂市民病院及び赤穂中央病院が中核病院・在宅療養後方支援病院としての役割を担い、地域の医療機関と連携強化することで引き続き赤穂準圏域内での一定医療の完結を目指す。

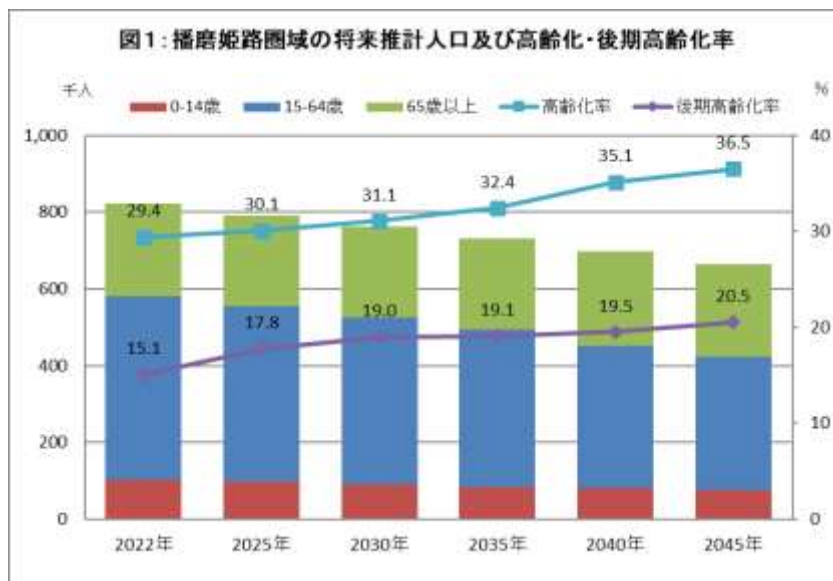
関連データ

1 人口及び人口動態

(1) 人口 : 図1

播磨姫路圏域の総人口は、令和4年10月1日現在805,171人であり、平成12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。

一方、2025年には高齢化率が30%を超え、後期高齢者人口はその後徐々に増加する見込みである。



資料：医療計画データブック（令和4年度版厚生労働省）

(2) 人口動態 : 表5

播磨姫路圏域の出生率（人口千人対）は減少傾向にあり、死亡率（人口千人対）は増加傾向にある。

年次	出生数		死亡数		周産期死亡	
	実数	出生率 (人口千対)	実数	死亡率 (人口千対)	実数	周産期死亡率 (出生数+妊娠満22周以降の死産数)千対
H27	6,703	8.0	8,973	10.7	27	4.0
H28	6,420	7.7	8,924	10.7	21	3.3
H29	6,170	7.4	9,255	11.1	20	3.2
H30	5,943	7.2	9,450	11.4	19	3.2
R元	5,700	6.9	9,304	11.3	16	2.8
R2	5,431	6.6	9,486	11.6	24	4.4
R3	5,370	6.6	9,745	12.0	19	3.5
(全県R3)	35581	6.5	61980	11.4	122	3.4

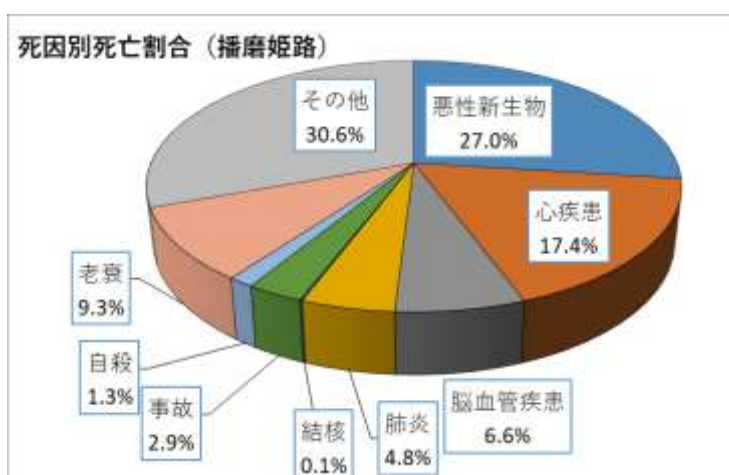
資料：厚生労働省「人口動態統計」

(3) 死因別死亡数・死亡割合 : 表6、図2

播磨姫路圏域の死因別死亡数は、悪性新生物が2,630人（27.0%）、心疾患1,692人（17.4%）、老衰911人（9.3%）、脳血管疾患643人（6.6%）の順に多い。

前回の医療計画策定時と比較し、悪性新生物、心疾患、老衰による死亡率が上がっている。

死因	死亡数	(内訳)		構成比	死亡率 (人口10万人対)
		男	女		
悪性新生物	2,630	1,540	1,090	27.0	324.2
心疾患	1,692	733	959	17.4	208.6
脳血管疾患	643	321	322	6.6	79.3
肺炎	464	274	190	4.8	57.2
結核	11	6	5	0.1	1.4
事故	283	162	121	2.9	34.9
自殺	129	99	30	1.3	15.9
老衰	911	230	681	9.3	112.3
その他	2,982	1,551	1,431	30.6	367.6
計	9,745	4,916	4,829	100.0	1,201.2



資料：厚生労働省「令和3年人口動態統計」

2 医療資源の状況

(1) 医療機関

ア 病院・診療所施設数 : 表7

病院・診療所とも、数はほぼ横ばいにある。

人口10万人対で比較してみると、病院は7.4施設であり県値(6.4施設)に比べて高いが、一般診療所は77.4施設、歯科診療所は49.1施設と県値(一般診療所95.6施設、歯科診療所54.7施設)に比べて低い。

なお、一般診療所数のうち有床診療所数は31施設であり、人口10万人対の有床診療所は3.8施設と県値(3.3施設)と、ほぼ同じである。

		施設数									人口10万人対(令和3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	令和2年	令和3年	播磨姫路	全県
病院	播磨姫路	62	62	62	62	62	62	60	60	60	7.4	6.4
	中播磨	38	38	38	38	38	38	37	37	37	6.5	
	西播磨	24	24	24	24	24	24	23	23	23	9.5	
一般診療所	播磨姫路	621	613	613	614	613	619	619	623	628	77.4	95.6
	中播磨	432	426	428	432	436	443	443	445	449	79.0	
	西播磨	189	187	185	182	177	176	176	178	179	73.6	
歯科診療所	播磨姫路	406	401	405	406	403	401	400	401	398	49.1	54.7
	中播磨	300	301	304	306	302	302	300	298	296	52.1	
	西播磨	106	100	101	100	101	99	100	103	102	41.9	

資料：厚生労働省「医療施設調査」

イ 病床数・病床種別

播磨姫路圏域においては、令和4年10月1日現在で、一般・療養病床の既存病床数は8,125床（中播磨地域5,482床、西播磨地域2,643床）で基準病床数6,990床（令和3年4月時点）を上回っており、病床過剰地域となっている。

なお、令和4年10月1日現在の精神科病床数は2,173床、結核病床は0床、感染症病床は10床である。

(2) 医療従事者

ア 医師：表8、表9

播磨姫路圏域に従業地を有する医師は、平成22年末の1,465人から令和2年末には1,799人と増加しているが、人口10万人対では219.8で県値（254.6）を下回っている。

	平成22年	平成24年	平成26年	平成28年	平成30年	令和2年	R2 10万対
中播磨地域	1,044	1,169	1,183	1,225	1,299	1,364	238.6
西播磨地域	421	411	412	421	436	435	176.4
播磨姫路	1,465	1,580	1,595	1,646	1,735	1,799	219.8
兵庫県	12,641	13,251	13,461	13,979	13,304	13,913	254.6

資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

医師偏在指標の数値をみると、医師、小児科医、分娩取扱医師のいずれも、全国と比して上位33.3%には入っておらず、分娩取扱医師偏在指標は下位33.3%に入っている。

	医師偏在指標	小児科医師偏在指標	分娩取扱医師偏在指標
全国	255.6	115.1	10.6
兵庫県	266.5	123.9	9.5
神戸	323.3	146.0	12.4
東播磨	231.6	88.9	7.6
北播磨	206.6	105.1	7.6
但馬	209.9	109.0	7.6
丹波	203.8	116.9	13.4
淡路	216.3	153.7	8.6
阪神	279.7	128.1	10.2
播磨姫路	214.4	104.6	6.3

■ 上位33.3%
■ 下位33.3%

※小児科医療圏として記載しているため、「神戸」は「神戸・三田」を表す。

※周産期医療圏として記載しているため、「神戸」は「神戸・三田」、「東播磨・北播磨」は「播磨東」を表す。

資料「厚生労働省公表（医師偏在指標は令和5年8月9日時点、小児科医師偏在指標は令和5年8月9日時点）、分娩取扱医師偏在指標は令和5年6月15日時点」

イ 歯科医師 : 表10

播磨姫路圏域に従業地を有する歯科医師は、平成22年末の556人から令和2年末には583人と増加しているが、人口10万人対では71.2で県値(75.8)を下回っている。

	平成22年	平成24年	平成26年	平成28年	平成30年	令和2年	R2 10万対
中播磨地域	408	407	410	423	404	426	74.5
西播磨地域	148	144	139	145	147	157	63.7
播磨姫路	556	551	549	568	551	583	71.2
兵庫県	3,866	3,868	3,945	3,907	4,007	4,141	75.8

資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

ウ 薬剤師数 : 表11、表12

播磨姫路圏域に従業地を有する薬剤師は、平成22年末の1,553人から令和2年末には1,882人と増加しているが、人口10万人対では230.0で県値(286.6)を下回っている。

	平成22年	平成24年	平成26年	平成28年	平成30年	令和2年	R2 10万対
中播磨地域	1,116	1,175	1,186	1,265	1,331	1,378	241.0
西播磨地域	437	437	454	496	486	504	204.4
播磨姫路	1,553	1,612	1,640	1,761	1,817	1,882	230.0
兵庫県	13,372	13,654	13,914	14,616	15,068	15,663	286.6

資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

薬剤師偏在指標で見ると、目標値1.0に対し、2036年の推計では、播磨姫路圏域では、地域別薬剤師偏在指標で見ると、目標値に達成する見込みであるが、病院薬剤師偏在指標は目標値を下回る見込みである。

現在の病院・薬局別薬剤師偏在指標

	病院薬剤師偏在指標	薬局薬剤師偏在指標	地域別薬剤師偏在指標
播磨姫路	0.78	1.02	0.95

将来(目標年次:2036年度)の病院・薬局別薬剤師偏在指標

	病院薬剤師偏在指標	薬局薬剤師偏在指標	地域別薬剤師偏在指標
播磨姫路	0.84	1.21	1.09

資料：厚生労働省、薬剤師確保計画ガイドラインに規定する偏在指標(令和5年6月9日)

エ 保健師・助産師・看護師・准看護師数 : 表13

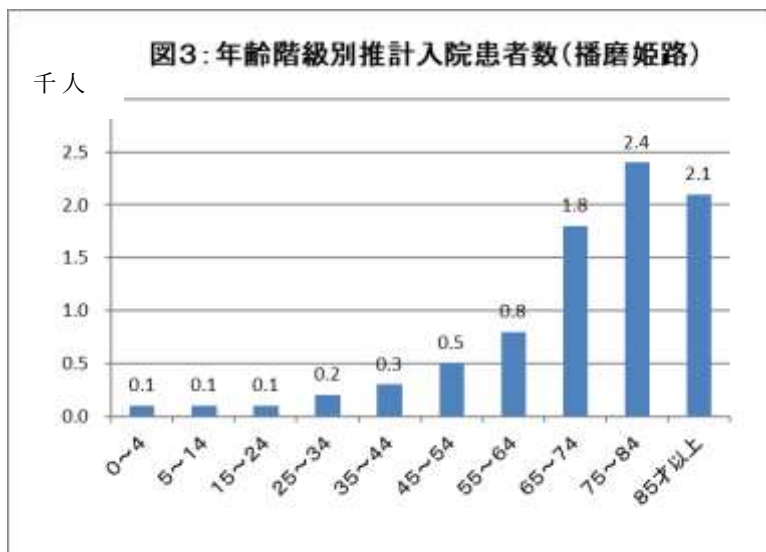
令和2年末の保健師・助産師・看護師・准看護師数は、人口10万人対で見ると、県値よりやや高くなっている。

圏域	令和2年													
	総数	%											人口10万人 対就業者数	
			病院	診療所	助産所	訪問看護 ステーション	介護保 険施設 等	保健所	県	市町	事業所	その他		
播磨姫路		10,902		6,620	1,817	10	561	1,115	44	2	183	19	531	1332.2
	保健師	279	2.6%						44	2	183	19	31	34.1
	助産師	206	1.9%	130	52	10							14	25.2
	看護師	8,619	79.1%	5,854	1,174		509	674					408	1053.3
	准看護師	1,798	16.5%	636	591		52	441					78	219.7
中播磨		7,759		4,885	1,360	9	435	623	22	2	93	14	316	1357.1
	保健師	146	1.9%						22	2	93	14	15	25.5
	助産師	181	2.3%	114	52	9							6	31.7
	看護師	6,366	82.0%	4,431	886		399	393					257	1113.5
	准看護師	1,066	13.7%	340	422		36	230					38	186.5
西播磨		3,143		1,735	457	1	126	492	22	0	90	5	215	1274.5
	保健師	133	4.2%						22	0	90	5	16	53.9
	助産師	25	0.8%	16	0	1							8	913.6
	看護師	2,253	71.7%	1,423	288		110	281					151	913.6
	准看護師	732	23.3%	296	169		16	211					40	296.8
全県		70,536		43,624	11,663	67	3,932	6,517	269	31	1,191	85	3,157	1290.7
	保健師	1,903	2.7%						269	31	1,191	85	327	34.8
	助産師	1,493	2.1%	942	332	67							152	27.3
	看護師	57,521	81.5%	39,376	7,837		3,700	4,336					2,272	1052.5
	准看護師	9,619	13.6%	3,306	3,494		232	2,181					406	176.0

資料：「令和2年末兵庫県内看護師等業務従事者届」

3 受療動向

(1) 年齢階級別推計入院患者数



資料：厚生労働省「令和2年患者調査」

(2) 疾病分類別推計入院患者数 : 表14

入院患者は「循環器系疾患」によるものが最も多く、次いで「その他」を除くと「精神及び行動の障害」「損傷、中毒、外因の影響」となっている。

また、圏域内への入院は全体で94.1%（中播磨地域86.1%、西播磨地域73.6%）となっており、西播磨地域の患者が中播磨地域の医療機関で入院する傾向がみられ、「循環器系の疾患」「新生物」「消化器系の疾患」でその傾向が高くみられる。「神経系疾患」による圏域内での入院は77.9%と他の疾患に比べて低い。

疾患名	播磨姫路			中播磨			西播磨		
	患者数	うち自圏域への入院	割合	患者数	うち自圏域への入院	割合	患者数	うち自圏域への入院	割合
精神及び行動の障害	1,151	1,121	97.4%	741	602	81.2%	410	340	82.9%
循環器系の疾患	1,289	1,236	95.9%	813	733	90.2%	476	307	64.5%
新生物	586	544	92.8%	407	368	90.4%	179	78	43.6%
損傷、中毒及びその他の外因の影響	994	971	97.7%	612	568	92.8%	382	296	77.5%
消化器系の疾患	344	329	95.6%	229	207	90.4%	115	79	68.7%
神経系の疾患	408	318	77.9%	224	133	59.4%	184	148	80.4%
呼吸器系の疾患	476	458	96.2%	287	249	86.8%	189	157	83.1%
筋骨格系及び結合組織の疾患	437	418	95.7%	255	230	90.2%	182	133	73.1%
内分泌、栄養及び代謝疾患	192	183	95.3%	113	102	90.3%	79	73	92.4%
その他	1,006	899	89.4%	664	547	82.4%	342	257	75.1%
計	6,883	6,477	94.1%	4,345	3,739	86.1%	2,538	1,868	73.6%

資料：兵庫県「令和4年入院患者調査」

(3) 病床利用率、平均在院日数：表15、表16

病床利用率は、一般病床、療養病床のいずれも減少傾向にあり、病床別の平均在院日数は、全国値とほぼ同じである。

○病床利用率													単位 %
	H30			R元			R2			R3			
	全病床	一般病床	療養病床	全病床	一般病床	療養病床	全病床	一般病床	療養病床	全病床	一般病床	療養病床	
播磨姫路圏域	80.2	75.2	85.1	79.1	75.6	81.1	76.8	72.1	80	75.7	69.7	80.6	
兵庫県	81	76.1	89.3	80.7	76.2	89.1	77.2	71.7	86.9	75.5	69.5	87	
全国	80.5	76.2	87.7	80.5	76.5	87.3	77	71.3	85.7	76.1	69.8	85.8	

○平均在院日数													単位 日
	H30			R元			R2			R3			
	全病床	一般病床	療養病床	全病床	一般病床	療養病床	全病床	一般病床	療養病床	全病床	一般病床	療養病床	
播磨姫路圏域	27.9	16.4	122.1	27	16.4	112.1	28.1	17	121.3	27.9	16.8	120.5	
兵庫県	26.2	15.8	143.5	25.6	15.6	136.4	26.9	16.3	142.1	26.5	16	140.1	
全国	27.8	16.1	141.5	27.3	16	135.9	28.3	16.5	135.5	27.5	16.1	131.1	

資料：厚生労働省「病院報告」

(4) 他圏域との患者流動：表17

播磨姫路圏域への入院患者割合は、94.1%であり、県内の他圏域と比較して、圏域内完結率が高くなっている。

区分 (患者所在地)	施設所在地							
	神戸	阪神	東播磨	北播磨	播磨姫路	但馬	丹波	淡路
播磨姫路	1.1%	0.5%	1.9%	2.1%	94.1%	0.2%	0.1%	0.0%

資料：兵庫県「令和4年入院患者調査」

4 圏域の医療提供体制の構築

(1) 圏域地域医療構想

播磨姫路圏域の地域医療構想については、平成28年10月にそれまでの2次保健医療圏域単位であった、中播磨と西播磨で策定した。

平成30年4月改定の兵庫県保健医療計画により、2次保健医療圏域が播磨姫路圏域に統合された後も、現行の推計値を活用している。

地域医療構想については、令和7年(2025年)を目標年次としていることから、第8次計画策定時には見直しを行わず、引き続き、現構想の下で地域における協議や取り組みを推進していく。新たな地域医療構想は、2040年に向けた地域医療構想の考え方が国から示されたのちに改定する。

ア 必要病床数推計 : 表18

		令和4年 病床機能報告	推計 (推計ツール)	差引	基準病床数 (参考)
中 播 磨	高度急性期機能病床	579	658	△79	6,990
	急性期機能病床	2,715	1,959	756	
	回復期機能病床	864	1,901	△1,037	
	慢性期機能病床	950	752	198	
	合計	5,532	5,270	262	
西 播 磨	高度急性期機能病床	69	145	△76	
	急性期機能病床	1,168	708	460	
	回復期機能病床	623	900	△277	
	慢性期機能病床	675	468	207	
	合計	2,667	2,221	446	

イ 居宅等における医療需要の推計

(ア) 総数(地域医療構想推計ツールによる) : 表19 (人/日)

		2013(平成25)年	2025年(平成37)年
総数(自然増+新たに対応が必要 な部分)	中播磨	4,140	6,031
	西播磨	2,312	2,939

(イ) 在宅医療の整備目標 : 表21 (人/日)

		2020(令和2年) 年度末	【参考】2021(令和3) 年度末 ^{※1}
在宅医療(訪問診療の実施数) ※ 介護サービス・介護施設需要 との調整後の数	中播磨	2,813	4,355
	西播磨	1,306	

※1 医療計画作成支援データブック(厚生労働省)

第7章 但馬圏域

1 地域の特徴

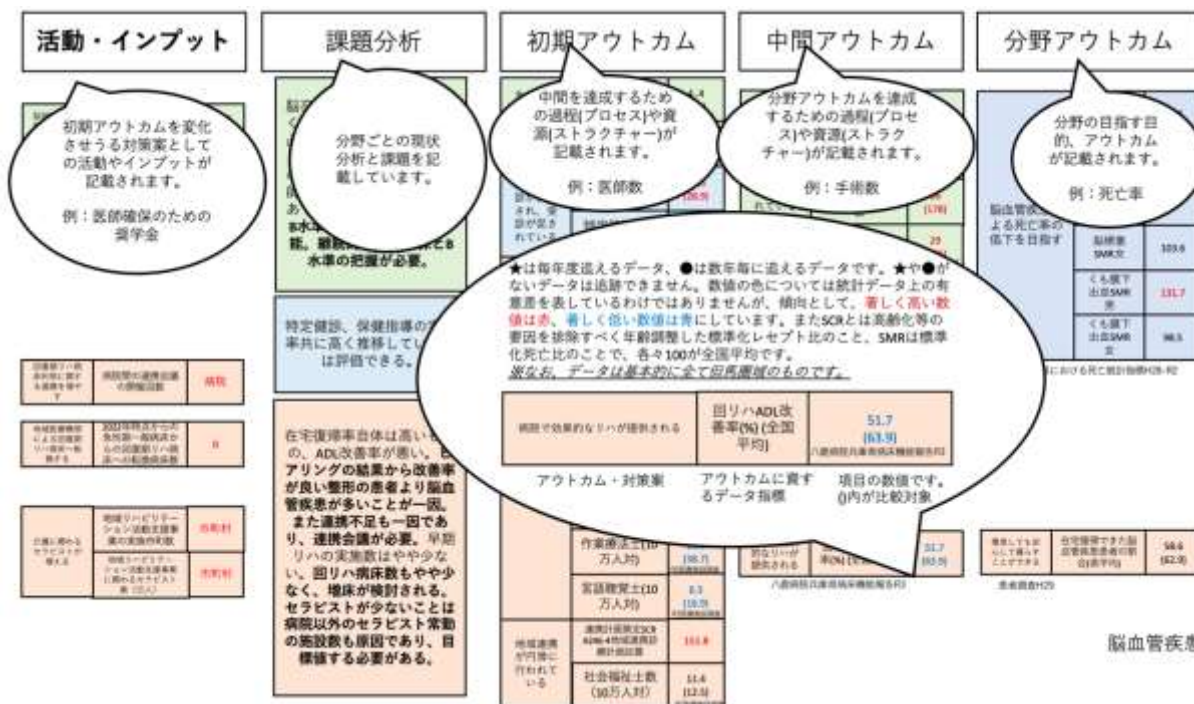
但馬圏域は、兵庫県の北部に位置し、豊岡市、養父市、朝来市、香美町、新温泉町の3市2町から構成され、東は京都府、西は鳥取県、南は播磨・丹波地域、北は日本海に面している。圏域の面積は2,133.3k㎡と県土の4分の1を占め、円山川流域を除いて平野部は少なく、山林が83%を占めている。また、南部を横断する山々は1,000m級のものもあり、但馬地域は厳しい日本海気候の地域である。2020年(R2)国勢調査によると、人口は157,989人で県全体の約3%にとどまり、人口推移は昭和25年をピークに減少し続け、過疎化が進んでいる。高齢化も進んでおり、2020年(R2)、高齢化率は36.5%と、全国平均28.0%を大きく上回っている。交通は、播但連絡道路、国道9号、178号、482号、その他主要地方道が管内市町をつなぎ、また、北近畿自動車道、山陰近畿自動車道の整備が進められている。鉄道は、JR山陰本線、JR播但線、京都丹後鉄道宮豊線の3路線がある。また、コウノトリ但馬空港は、大阪～但馬間を約40分で結んでいる。但馬圏域の市町は、いわゆるへき地5法^{*}のうち、「離島振興法」を除いた4法に基づく指定をされた地域である。都市部に比べ医療資源が潤沢ではなく、医師の診療科等の偏在による勤務医師の不足が見られ、医療提供・生活環境など様々な要因で地域医療を取り巻く状況が厳しい地域である。

^{*}へき地5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」「離島振興法」

2 圏域の重点的な取り組み

本圏域では、重点項目について、ロジックモデルを活用し、医療機関や市町等関係機関と共創し、但馬圏域健康福祉推進協議会医療部会（以下、医療部会）で継続的な評価と管理を行う。ロジックモデルとは、ある施策がその目的を達成するに至るまでの論理的な因果関係を明示したもののことである。事業が、どのような道筋で目的を達成しようとしているのかの仮説を示したものの、ないし戦略を示したものの、とも言える。ロジックモデルは一般的に、アウトカム、アウトプット、プロセス、ストラクチャーを矢印でつなげたツリー型で表現される。事業や組織が生み出すことを目的としている変化・効果を「アウトカム」、その変化・効果を生み出すために提供するモノ・サービスを「アウトプット」、モノ・サービスを提供するために行う諸活動を「活動」、その諸活動を行うために使う資源を「インプット」という。

本圏域では、医療部会で課題分析を行った上で、それに対する対策案を検討し、ロジックモデルを作成した。今後、一定期間でフォローアップし、公表する。ロジックモデルには、アウトカムに対して整合性のある対策案がなされているのかを判断するセオリー評価、計画された対策案が実行されたかどうかを把握するプロセス評価、実行された対策案がアウトカムを改善し得たか判断するインパクト評価、対策のために投入された資源は適切であったか判断するコスト・パフォーマンス評価がある。医療部会等で評価を行い、ロジックモデルを改訂し、効果的かつ継続的な対策を実施する。



1 脳卒中

1 現状と課題

本圏域では、脳血管疾患による標準化死亡比（以下、SMR）※は、高くない。これは全国と比較し、年齢を調整しても、死亡率が高くないことを意味している。急性期治療は、他圏域よりも多く実施されており、医療提供体制から近隣圏域の患者へも実施されているものと考えられる。一方で、急性期治療を支える医師数は他圏域より少ない。A水準を目指す医師の働き方改革への対応が求められる。また脳血管疾患のリスク因子の標準化出現比（以下、SCR）は全国平均並、特定健診、保健指導の実施率も他圏域より高い。罹患後の在宅復帰率は悪くないものの、回復期リハ病棟でのADL改善率は全国平均より悪く、ヒアリング結果から転院調整のタイミング等、病院間連携の不足が原因であると考えられる。また、回復期リハ病床自体が全国平均より低い。リハビリテーションを担うリハビリテーション専門職やリハビリテーション専門医は他圏域より少ない。

※標準化死亡比：年齢構成の異なる地域間の死亡率を比較するために、年齢構成の差異を調整して算出した死亡率。全国平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は我が国の平均より死亡率が多いと判断され、100以下の場合には死亡率が低いと判断される。同様に標準化出現比は、100以上であれば、レセプト出現率が全国平均より多いと判断される。

2 推進方策

- (1) 医師確保計画に基づき、急性期及び回復期を支える医師の確保を目指す。（病院・市町・県）
- (2) 病院間を超えた主に回復期リハビリテーション病床の利用に関する連携会議を実施し、効率的な病床利用を目指す。（病院）
- (3) 地域リハビリテーション活動支援事業等の実施を促進し、病院外で働くリハビリテ

ーション専門職の数の増加を目指す。(市町)

(4)圏域として過剰な急性期一般病床から不足する回復期リハビリテーション病床への転換をはかる。(病院・市町)

3 目標

(1)目指す姿

脳血管疾患による死亡率の低下

	目的	指標名	基準年	目標	出典	取組主体
分野	脳血管疾患による死亡率の低下	脳出血 SMR(男性)	99.9	現状より低下	H28-R2 兵庫県における死亡統計指標	—
		脳出血 SMR(女性)	93.4	現状より低下		—
		脳梗塞 SMR(男性)	97.2	現状より低下		—
		脳梗塞 SMR(女性)	103.6	現状より低下		—
		くも膜下出血 SMR(男性)	131.7	全国平均並へ		—
		くも膜下出血 SMR(女性)	98.5	現状より低下		—
	罹患しても安心して暮らせる	在宅復帰できた脳血管疾患患者の割合	58.6%	県平均(63)へ	H29年患者調査	—

(2)取り組む施策

急性期医療の確保

	目的	指標名	基準年	目標	出典	取組主体
中間	脳血管疾患の急性期治療が適切に提供されている	t-PAの実施件数	4件	現状維持	R4 病院よりレセプトデータ提供	病院
		脳血栓回収療法の実施件数	22件	現状維持		病院
		脳動脈瘤クリッピング術の件数	16件	現状維持		病院
		コイル塞栓術の実施件数	29件	現状維持		病院
初期	急性期医療の提供体制が整っている	10万人あたり脳神経内科医師数	4.4人	現状維持	R2 三師調査	病院
		10万人あたり脳外科医師数	3.8人	県平均(6.0)へ		病院

脳卒中のリスク因子の改善

		指標名	基準年	目標	出典	取組主体
中間	脳卒中のリスク因子がコントロールされている	BMI25以上 SCR(男/女)	93.9/ 103.6	現状より低下	R3兵庫県地域カルテ・兵庫県特定健診法定報告	市町・住民
		血圧(収縮期)130以上 SCR(男/女)	113.9/ 109	現状より低下		市町・住民
		血圧(拡張期)85以上 SCR(男/女)	109.8/ 111.3	現状より低下		市町・住民
		空腹時血糖値100以上 SCR(男/女)	94.3/ 91.2	現状より低下		市町・住民
		HbA1c(NGSP)5.6以上 SCR(男/女)	87.1/ 79.9	現状より低下		市町・住民
		LDLコレステロール140以上 SCR(男/女)	103.7/ 108.8	現状より低下		市町・住民
初期	適切に健診が実施され、受診が促される	特定保健指導実施率	46.6%	現状より上昇	R3兵庫県特定健診・保健指導法定報告値	市町・住民
		特定健診受診率	43.0%	現状より上昇		市町・住民

質の高いリハビリテーションが提供されている

	目的	指標名	基準年	目標	出典	取組主体
中間	病院で効果的なリハが提供される	回りハ ADL 改善率(%) (全国平均)	51.7%	全国平均(64)へ	R3 兵庫県病床機能報告	病院
初期	リハビリテーションを提供できる体制が整っている	10万人あたりリハビリテーション科医師数	1.9人	県平均(2.4)へ	R2 三師調査	病院
		10万人あたり回りハ病床数	29.4床	県平均(66)へ	H30年病床機能報告	病院
		脳血管疾患退院患者平均在院日数	35.1日	県平均(73)へ	H29医療計画策定支援DB	病院
		早期リハビリテーション加算SCR	82.5	現状より上昇	R2NDBデータ	病院
		10万人あたり理学療法士	51.3人	県平均(88)へ	R2 医療施設調査	病院・市町
		10万人あたり作業療法士	26.8人	県平均(39)へ		病院・市町
		10万人あたり言語聴覚士	6.3人	県平均(17)へ		病院・市町
	地域連携が円滑に行われている	地域連携クリニカルパス使用SCR	151.8	現状より上昇	R2NDBデータ	病院
	10万人あたり社会福祉士数	11.4人	県平均(13)へ	R2 医療施設調査	病院・市町	
施策	病床転換を行う	急性期一般病床からの回復期リハ病床への転換病床数	0床	県平均(55床)へ	病院ヒアリング	病院

施策	地域全体で活動するセラピストが増える	地域リハビリテーション活動支援事業の実施市町数	5箇所	現状維持	R4 市町ヒアリング	市町
		地域リハビリテーション活動支援事業に関わるセラピスト数(日人)	403日人	現状より上昇	R4 市町ヒアリング	市町
	回復期リハビリ病床利用に関する連携を増やす	病院間の連携会議の開催回数	3	現状より上昇	R4 病院ヒアリング	病院

2 心筋梗塞等の心血管疾患

1 現状と課題

本圏域では、急性心筋梗塞のSMRは高く、急性心筋梗塞の入院、外来におけるSCRも高い。一方で心臓カテーテル治療(PCI)のSCRは平成29年で43と低い。狭心症及び慢性虚血性心疾患のSCRは低く、循環器内科医師数も少ない。狭心症患者の適切な把握と治療ができていない可能性が考えられる。また心筋梗塞のリスク因子の標準化出現比(以下、SCR)は全国平均並で、特定健診、保健指導の実施率も他圏域より高い。在宅復帰率は全国平均並ではあるものの、心臓リハビリテーションの標準化出現比が低い。

2 推進方策

- (1) 医師確保計画に基づき、急性期及び回復期を支える医師の確保を目指す。(病院・市町・県)
- (2) 病院間を超えた主に心臓リハビリテーション病床の利用に関する連携会議を実施し、心臓リハビリテーションを増加させる。(病院)

3 目標

(1) 目指す姿

心筋梗塞等の心血管疾患による死亡率の低下

	目的	指標名	基準年	目標	出典	取組主体
分野	心筋梗塞による死亡率の低下	急性心筋梗塞の標準化死亡比(男性)	136.7	全国平均(100)へ	H28-R2 兵庫県における死亡統計指標	—
		急性心筋梗塞の標準化死亡比(女性)	109.4	全国平均(100)へ		—
	罹患しても安心して暮らせる	在宅復帰できた心疾患患者の割合	92.7%	現状より上昇	H29 患者調査	—

(2) 取り組む施策

急性期医療の確保

	目的	指標名	基準年	目標	出典	取組主体
中間	心筋梗塞の急性期治療が適切に提供されている	PCIの実施件数	109件	現状より上昇	R4病院よりレセプトデータ提供	病院
		来院90分以内冠動脈再開通率	55%	県平均(60%)へ	R2医療計画策定支援DB	病院
	急性心筋梗塞の発生が防げている。	急性心筋梗塞SCR	114	全国平均(100)へ	R2 NDBデータ	病院
	狭心症が適切に発見されている。	狭心症SCR	80	全国平均(100)へ		病院
初期	急性期医療を提供する体制が整っている	10万人あたり循環器内科医師数	5.1人	県平均(12)へ	R2三師調査	病院
		10万人あたり脳外科医師数	1.9人	現状より上昇		病院

質の高いリハビリテーションが提供されている

	目的	指標名	基準年	目標	出典	取組主体
中間	心臓リハビリテーションが提供されている	外来での心臓リハビリテーション実施SCR	55.5	全国平均(100)へ	R2NDBオープンデータ	病院
		入院での心臓リハビリテーション実施SCR	81.6	全国平均(100)へ		病院
		うち早期リハビリテーション実施SCR	82.5	全国平均(100)へ		病院
初期	心疾患の回復期、慢性期を提供する医療機関がある	心リハ可能な医療機関数(10万人対)	0.6箇所	全国平均(1.2)へ	R3近畿厚生局	病院
		緩和ケアが充実する医療機関数(10万人対)	0箇所	全国平均(0.6)へ		病院
施策	心リハに関する連携が取れている	病院間の連携会議の実施回数	0回	現状より上昇	R4病院ヒアリング	病院

3 糖尿病

1 現状と課題

本圏域では、新規透析導入患者SCR、糖尿病網膜症に対する手術のSCRは全国平均並かやや高い程度である。また、糖尿病の急性期合併症である低血糖や糖尿病性ケトアシ

ドーシスの標準化出現比は低い。糖尿病内科医師数は少ないものの、透析予防指導や合併症管理指導が他圏域より多く、熱心に行われていることが重症化を防いでいる可能性がある。また特定健診におけるHbA1c5.6%以上の割合は他圏域より少なく状況が続いている。ただ、受診が必要な値であるものの、受診していない住民に対して、受診勧奨を実施する糖尿病重症化予防プログラムへの取り組み状況は市町によってばらつきがある。

2 推進方策

- (1) 受診が必要な患者に対し、糖尿病重症化予防プログラムを実施し、受診を要する住民に対し、受診勧奨を行い、受診を促す（市町）
- (2) 重症化予防プログラムを実施する市町の意見交換会等を実施し、効果的な重症化予防プログラムを検討する（市町・保健所）

3 目標

(1) 目指す姿

糖尿病合併症に至らない

	目的	指標名	基準年	目標	出典	取組主体
分野	糖尿病患者が透析に至らない	新規透析導入SCR	111	全国平均(100)へ	R2 NDBデータ	—
		新規透析導入患者数(レセプト)	59	現状より低下	R2 医療計画策定支援DB	—
	糖尿病眼症に至らない	網膜光凝固術SCR	102	全国平均(100)へ	R2NDBデータ	—

(2) 取り組む施策

糖尿病のコントロールが行われている

	目的	指標名	基準年	目標	出典	取組主体
中間	急性期合併症が少ない	糖尿病性ケトアシドーシスSCR	57.5	現状より低下	R2 NDBデータ	医療機関
		低血糖SCR	72.3	現状より低下		医療機関
	合併症予防・管理が行われている	糖尿病合併症管理料SCR	194	現状より上昇	R2 NDBデータ	医療機関
		透析予防指導管理料SCR	1944	現状維持		医療機関
初期	専門医がいる	10万人あたり糖尿病内科医師数	1.9人	県平均(4)へ	R2 三師調査	病院
	合併症予防・管理を行う施設がある	糖尿病合併症管理料算定する医療機関数(10万人対)	3.2箇所	現状より上昇	R2 医療計画策定支援DB	医療機関

初期	透析予防指導管 理料医療機関数 (10万人対)	2.6箇所	現状よ り上昇	R2 医療 計画策定 支援 DB	医療機関
	糖尿病腎症に対 する人工透析実 施医療機関	8箇所	現状維 持	R2 医療 計画策定 支援 DB	医療機関

糖尿病の予防および受診が必要な住民が受診につながっている

	目的	指標名	基準年	目標	出典	取組主体
中間	糖尿病を罹 患する者の 割合が少な い	特定健診 A1c 5.6%以上 男 40- 74才 SCR	87.1	現状よ り低下	H30兵庫 県地域カ ルテ	市町・住 民
		特定健診 A1c 5.6%以上 女 40- 74才 SCR	79.9	現状よ り低下		市町・住 民
		糖尿病合併症管 理料 SCR	194	現状よ り上昇	R2 NDB データ	医療機関
		透析予防指導管 理料 SCR	1944	現状維 持		医療機関
初期	重症化予防 が適切に実 施されてい る	糖尿病重症化予 防プログラムで 受診勧奨した数	122人	現状よ り上昇	R4 市町 ヒアリン グ	市町
		糖尿病重症化予 防プログラムで 受診勧奨し、受診 につながった数	66人	現状よ り上昇		市町
	重症化予防 が実施され ている	重症化予防プロ グラムの受診勧 奨する市町村の 割合	5箇所	現状維 持	R3 県・保 険者デー タ	市町
		重症化予防プロ グラムの保健指 導を行う市町村 の割合	3箇所	現状よ り上昇		市町
施策	重症化予防 の市町の意 見交換がで きている	市町間を超えた 重症化予防プロ グラムに関する 意見交換の会議 回数	0回	年1回 以上	R5 保健 所	市町・保 健所

4 精神疾患

1 現状と課題

本圏域では、新規患者の退院率は全国平均並であり、平均在院日数や再入院率も同様である。新規精神患者の退院率が低く、平均在院日数が長い病院も存在し、ばらつきがある。また、精神病床の1年以上入院患者数が全国より多く、特に ICD-10(国際疾病分

類)における F0 症状性を含む器質性精神障害の長期入院患者は全国の 3 倍以上と非常に多い。これらはアルツハイマー型認知症や血管性認知症が大部分を占める。認知症の入院 SCR は低いことから、入院数よりも退院できていないことが課題だと考える。一方で、精神科訪問看護等は実施されているものの、他の地域資源は希薄である。特に当事者が参加できるデイサービス以外の資源は希薄といえる。

なお、精神科に従事する医師数は県平均並。難治性の統合失調症に効果のあるクロザピンの使用も、実施施設は限られるものの、全国平均並に行われている。また精神疾患のピアサポートや地域移行などの取り組みは先進的に実施されており、地域資源のひとつとなっている。

2 推進方策

- (1) 認知症の人と家族の一体的支援プログラム^{*}の実施を促し、市町は地域支援事業として予算をつけ、支援を行う（市町）
- (2) 認知症患者が入院する精神科病院での退院支援会議に外部からケアマネ等が参加し、退院を支援する体制を作る（精神科病院）
- (3) 市町の認知症ケアパスに、入院から退院までの支援を書き込み、退院の支援を行う（市町）

^{*}一体的支援プログラムは、R4 年から地域支援事業に加わった家族を一つの単位とした一体的な支援プログラム。月に一回程度、家族と本人が、話し合い思いを共有し、一緒に活動を楽しむことで、お互いの思いのズレや葛藤を調整し再構築を図る。

3 目標

(1) 目指す姿

精神疾患を抱えながら、住み慣れた地域で暮らすことができる

(2) 取り組む施策

精神疾患が適切に治療されて、退院している。

	目的	指標名	基準年	目標	出典	取組主体
中間	有効な治療が実施される	治療抵抗性統合失調治療指導管理料 SCR	94.1	全国平均(100)へ	R2 NDB データ	医療機関
初期	専門の医師がいる	10 万人あたり精神科医師数	10.1 人	現状より上昇	R2 三師調査	医療機関

精神疾患による長期入院が多い

	目的	指標名	基準年	目標	出典	取組主体
中間	長期入院患者が少ない	患者住所地別精神病床の1年以上入院患者数(10万人対)	197人	全国平均(138)へ	R2ReMHRADの数値は市町村ごとを合計し、人口で割ったもの	市町・病院
		患者住所地別精神病床の1年以上入院患者数 F0(10万人対)(全国中央値)	78人	全国平均(25)へ		市町・病院
	認知症が安定的に外来で管理されている	認知症入院SCR	44	現状維持	R2 NDBデータ	医療機関・市町
	安心して認知症の診断が受けられる	認知症外来SCR	93	現状維持		医療機関・市町
初期	認知症を診断できる施設がある	認知症疾患医療センター数	2施設	現状維持	R4 県データ	市町
	入退院支援が行われている	10万人あたり精神保健福祉士数	9.4人	現状維持	R2 医療施設調査	市町・病院
		地域移行による退院患者数	9人	現状維持	R4 保健所	保健所
	精神疾患を地域で支える環境がある	ピアサポーターの数	13人	現状より上昇	R4 保健所	市町
	認知症を地域で支える資源が存在する	認知症の人と家族の一体的支援プログラム数	3箇所	全ての市町へ	R5 市町ヒアリング	市町・保健所・民間団体
		当事者、家族が参加する会議の数	0箇所	全ての市町へ		市町
	在宅で精神科医療が提供されている	精神科訪問看護・指導料等SCR	117	現状より上昇	R2 NDBデータ	訪問看護
		在宅精神療法SCR	100	現状より上昇		医療機関
施策	一体的支援プログラムが実施されている	一体的支援プログラムに予算をつける市町村数	1箇所	全ての市町へ	R5 市町ヒアリング	市町

施策	認知症の退院支援が行われている	外部のケアマネ等が参加する認知症の退院支援会議の割合	35%	現状より上昇	R5 病院ヒアリング	精神科病院
		入院から退院までの支援を認知症ケアパスに書き込んでいる市町村数	0箇所	全ての市町へ	R5 市町ヒアリング	市町

5 がん

1 現状と課題

本圏域では、がんによる SMR は全国平均並である。市町が実施するがん検診の受診率は高い値で推移している。がん拠点病院は集約化され整備されているものの、地域連携クリニカルパス(CP)の活用は進んでおらず、病診連携には課題が残る。また緩和ケアチームがあるものの、圏域内では緩和ケア診療加算は算定されていない。末期癌への対応を行う施設数はやや多いものの、在宅がん医療総合料の加算は全国に比して少ない現状にある。週4日以上の実施した在宅医療を担う医療機関が少ないと考えられる。

2 推進方策

- (1)がん検診の受診率の向上に向けて、周知を促す（市町）
- (2)末期がん等の緩和ケアの訪問診療を重点的に実施する診療所や病院を確保する。在宅専門クリニックの誘致や病院からの訪問診療等を促進する。（市町・保健所）

3 目標

(1)目指す姿

がんによる死亡を減らす

	目的	指標名	基準年	目標	出典	取組主体
分野	がんによる死亡率が低下する	すべて悪性腫瘍 SCR 男/女	98.7 97.3	現状より低下	H28-R2 兵庫県における死亡統計指標	—
		標準化死亡比（胃がん）男/女	107.7 120.3	現状より低下		—
		標準化死亡比（大腸がん）男/女	87.2 95.0	現状より低下		—
		標準化死亡比（肺がん）男/女	102.2 87.1	現状より低下		—
		標準化死亡比（肝がん）男/女	97.7 102.7	現状より低下		—
		標準化死亡比（乳がん）	69.7	現状より低下		—
		標準化死亡比（子宮がん）	78.6	現状より低下		—

がんの医療に関して市民が満足している

(2) 取り組む施策

がんの予防に取り組まれている

	目的	指標名	基準年	目標	出典	取組主体			
中間	がん検診受診率が上昇する	検診受診率胃がん	23%/18%	現状より上昇	R1 兵庫県市町村がん検診受診率	市町・住民			
		豊岡市/養父市/朝来市/新温泉町/香美町/県平均	15%/22%				14%/7%		
		検診受診率大腸がん	34%/34%				28%/22%	14%/17%	市町・住民
		検診受診率肺がん	37%/30%				29%/53%	45%/13%	市町・住民
		検診受診率子宮頸がん	33%/23%				24%/29%	17%/16%	市町・住民
		検診受診率乳がん	33%/31%	30%/33%	22%/18%	市町・住民			
初期	禁煙治療が提供されている	禁煙外来を行う診療所数(10万人あたり)	8.9箇所	県平均(12)へ	H29医療計画策定支援DB	医療機関			

がん治療に必要な医療が提供されている

	目的	指標名	基準年	目標	出典	取組主体
中間	がん治療の連携ができている	CP活用(がん治療連携管理料等)SCR	43	全国平均(100)へ	R2 NDBデータ	医療機関
	疼痛緩和が行われている	がん性疼痛緩和指導管理料SCR	112	現状維持	R2 三師調査	医療機関
	密な入院緩和ケアが提供されている	入院緩和ケアチームによる緩和ケア診療加算算定医療機関	0箇所	現状より上昇	R2 医療計画策定支援DB	病院
初期	がん治療が提供されている	がん拠点病院数	1箇所	現状維持	R4 県データ	病院
	入院緩和ケアが提供されている	緩和ケアチームのある病院数(県実数)	2箇所	現状維持	R2 医療計画策定支援DB	病院

末期がんに対する在宅での緩和ケアが提供されている

	目的	指標名	基準年	目標	出典	取組主体
中間	密な在宅医療が提供されている	在宅がん医療総合診療料SCR	50	全国平均(100)へ	R2 NDBデータ	医療機関

初期	麻薬を取り扱う環境がある	麻薬を取り扱う薬局数	67箇所	現状より上昇	R5 薬剤師会ヒアリング	薬剤師会
	末期がんへ在宅医療が提供されている	末期がんへの在宅医療を提供する医療機関数(10万人当たり)	18.4箇所	現状維持	R3 医療計画策定支援DB	医療機関
		がん疼痛緩和を実施する医療機関数	9箇所	現状維持	R2 医療計画策定支援DB	医療機関
施策	複数人医師がいるクリニック・病院を増やす	在宅療養支援病院(10万人対)	0.6箇所	現状より上昇	R4JMAP	医療機関・市町
		在宅療養支援診療所 1(10万人対)	0箇所	現状より上昇	R4JMAP	医療機関・市町
		在宅療養支援診療所 2(10万人対)	2.5箇所	現状より上昇	R4JMAP	医療機関・市町

6 へき地の医療

1 現状と課題

当圏域の市町は、いわゆるへき地5法*のうち、「離島振興法」を除いた4法に基づく指定をされた地域である。無医地区および準無医地区が存在している。へき地医療支援機構からの代診医の派遣はなく、拠点病院からの医師派遣も限られている。広大な面積であり、遠隔診療等が有効に活用される環境にあると考えられるが、遠隔診療を実施する医療機関は少ない。規制緩和により、自宅以外の場所でも遠隔診療が受けられることから看護師等が公民館等に出向き、車内や公民館内にて、遠隔診療を受けることが可能となった。それにより患者は移動が少ない身近な場所で、ICTデバイスが使えるくとも、遠隔診療に受けることが可能になる。これらは Doctor to Patient with Nurse と呼ばれている。

2 推進方策

- (1) 無医地区の状況を継続的に把握し、必要な医療が提供されていることを確認し、必要に応じて、訪問診療などの提供をするよう、医療提供体制を確保する（市町・医療機関）
- (2) 遠隔診療、特にへき地に有効である D to P with N の実施を促進し、支援・推進する市町を増やす。（医療機関・市町・保健所）

3 目標

(1) 目指す姿

住み慣れた地域で本人が望むまで過ごすことができる。

(2) 取り組む施策

無医地区・準無医地区への医療提供

	目的	指標名	基準年	目標	出典	取組主体
中間	医療が提供されていない地域を減らす	無医地区数	4箇所	現状より低下	R1 無医地区調査	市町・医療機関
		準無医地区数	5箇所	現状より低下		市町・医療機関
初期	無医地区の状況を把握している	無医地区の状況を把握している市町数	5箇所	現状維持	R5 市町村ヒアリング	病院

へき地医療を支える体制が取られている

	目的	指標名	基準年	目標	出典	取組主体
中間	圏域外からへき地医療の支援がある 圏域内からへき地医療の支援がある	へき地医療支援機構からの代診医派遣数(人日)	0	現状より上昇	R3 県データ R4 厚生労働省へき地医療の現況について	県
		へき地拠点病院からの巡回診療回数 豊岡病院/八鹿病院	0/0回	現状より上昇		へき地拠点病院
		へき地拠点病院からの医師派遣日数	0/53.5日	現状より上昇		へき地拠点病院
		へき地拠点病院からの代診医派遣日数 豊/八	33/0日	現状より上昇		へき地拠点病院
		へき地診療所数	12箇所	現状維持		へき地拠点病院

地域の実情にあった遠隔診療が提供されている

	目的	指標名	基準年	目標	出典	取組主体
中間	遠隔診療が提供されている	遠隔診療を導入している診療所数	7箇所	現状より上昇	R5 医師会ヒアリング ⁶	医療機関
		遠隔診療を実施する病院数	0箇所	現状より上昇	R5 病院ヒアリング ⁶	病院
		電話等再診料SCR	55	全国平均(100)	R2 NDBデータ	医療機関
初期	実情に応じた遠隔診療が提供される	D to P with Nを実施する診療所数	0箇所	現状より上昇	R5 医師会ヒアリング ⁶	医療機関
施策	市町として遠隔診療を推進している	遠隔診療を市として推進している	1箇所	現状より上昇	R5 市町ヒアリング ⁶	市町

7 周産期医療

1 現状と課題

本圏域は、年々分娩数は減少しており、安定的な医療提供体制の確保等の観点から、県・但馬3市2町協力のもと、公立豊岡病院に周産期医療センターを設立した。現在、分娩に対応する医療機関は1つのみになったものの、周産期医療センターによって但馬圏域でハイリスク分娩まで対応できる体制が整っている。また産後ケア、妊婦健診などの実施施設は複数存在している。しかし、現状の安定的な医療提供体制が十分住民に認知されているとは言い切れず、周産期医療への理解を図る必要がある。また新生児や乳児死亡数、周産期死亡数は低い値で推移している。

2 推進方策

(1)現状の集約化・機能分化した周産期体制への理解をはかるとともに、近隣病院での妊婦検診や出産後のケアをうけることができる体制づくりに取り組み、広報誌等への産科の使い方等の啓発活動を実施する。(市町・病院)

3 目標

(1)目指す姿

周産期による死亡率を減らす

	目的	指標名	基準年	目標	出典	取組主体
分野	死亡率を減らす	新生児死亡数	2人	現状維持	R3 兵庫県保健統計年報 人口動態統計	—
		乳児死亡数	2人	現状維持		—
		周産期死亡数	1人	現状維持		—

市民が地域の周産期体制に満足している

(2)取り組む施策

ハイリスク分娩まで圏域で確保されている

	目的	指標名	基準年	目標	出典	取組主体
中間	適切に分娩されている	病院での分娩数	106回	現状維持	H29 医療計画策定支援DB	医療機関・市町
初期	産婦人科の医師がいる	10万人あたり産婦人科医師数	7人	全国平均(8)へ	R2 三師調査	医療機関
中間	周産期医療センターに医師がいる	周産期医療センター勤務医師数	9人	現状維持	R5 病院ヒアリング	病院
初期	ハイリスク分娩ができる体制がある	NICUを有する病院数	1箇所	現状維持	R2 医療計画策定支援DB	病院
		ハイリスク分娩管理加算の届出医療機関数	1箇所	現状維持	R2 医療計画策定支援DB	病院

初期	分娩を取り扱う医療機関数	分娩を取り扱う病院+診療所	1箇所	現状維持	R2 医療計画策定支援DB	病院
施策	市民に周産期の理解を促す	広報誌等への産科の使い方等の啓発活動実施回数	0プロジェクト	現状より上昇	R5 市町・病院ヒアリング	市町・病院

8 小児医療

1 現状と課題

当圏域の小児医療は、時間外受診が少なく、かかりつけ医を持つ住民も多く、上手な医療のかかり方をしている。一方で、#8000等の利用率は低く、医療相談が十分に認知されていない。夜間休日の小児診療を常時提供している医療機関は1つのみである。また小児在宅人工呼吸器患者が一定いるものの、現時点で訪問診療される小児患者はいない。

2 推進方策

(1) 教えてドクター!等のアプリおよび#8000等の電話による医療相談の利用促進を図るため、広報誌等を活用し、啓蒙活動を行い、周知する。(市町・病院)

3 目標

(1) 目指す姿

小児医療が適切に利用されている

	目的	指標名	基準年	目標	出典	取組主体
分野	適切に医療資源が活用されている	乳幼児時間外外来加算SCR	20.6	現状維持	R2 NDBデータ	—
		乳幼児休日外来加算SCR	79.1	現状維持		
		乳幼児深夜外来加算SCR	30.8	現状維持		

疾患を持っていても安心して地域で暮らすことができる

(2) 取り組む施策

多様な医療資源による小児医療提供体制が作られている

	目的	指標名	基準年	目標	出典	取組主体
中間	かかりつけ医を適切に受診している	小児かかりつけ医診療料SCR	158	現状より上昇	R2 NDBデータ	市町・医療機関・住民
初期	小児医療を提供する医師がいる	10万人あたり小児科医師数	12.7人	県平均(16)へ	R2 三師調査	医療機関

初期	夜間休日に医療が提供されている	夜間休日小児診療を実施する医療機関数	1箇所	現状維持	R5病院・市町ヒアリング	医療機関
	電話相談が利用されている	#8000利用率	3.2%	県平均(5)へ	R3 #8000 情報収集分析事業報告書	市町・病院・住民
施策	アプリ相談の利用促進がされている	教えてドクター！の広報回数	0プロジェクト	現状より上昇	R5市町・病院ヒアリング	市町・病院・住民
施策	電話相談の利用促進がされている	#8000の広報回数	17プロジェクト	現状より上昇	R5市町・病院ヒアリング	市町・病院・住民

医療的ケア児が安心して暮らすことができる

	目的	指標名	基準年	目標	出典	取組主体
中間	医療的ケア児が暮らすことができる	小児在宅人工呼吸器患者数(レセ/12ヶ月)	7.6	現状維持	R2医療計画策定支援DB	医療機関・市町
初期	小児の在宅医療が提供されている	小児訪問診療患者数	0	県平均(16)へ	R2医療計画策定支援DB	医療機関
		小児に対応している訪問看護ステーション数	6箇所	現状維持	R5保健所	訪問看護ステーション
		小児訪問診療に対応している診療所数	2箇所	現状より上昇	医師会ヒアリング	医療機関

9 救急医療

1 現状と課題

当圏域は、救急車の圏域外への搬送件数が少なく、圏域内完結率が高い。救命救急センターがあり、救急科の医師が多くおり、他圏域より充実している。一方で、本人が望まない搬送が問題となっており、在宅で最期まで暮らしたい療養患者が高次医療機関に救急搬送されている。救急要請時、心肺停止状態であった場合、救急搬送よりかかりつけ医の診療を優先する事項を定めたDNARプロトコールは2022年から運用を開始するものの、現状利用は少ない。救命救急センター以外の在宅患者がいざというときに入院等が可能な在宅療養後方支援病院がなく、また同様の機能を備えた医師会と後方支援機能を担う連携を結んだ病院も少ない。休日もしくは日中に在宅療養患者を受け入れる医療機関が少ない状況である。

2 推進方策

(1) 病院・消防・医師会が入る会議体を設置し、本人が望まない救急搬送を減らすこと、在宅療養の後方支援機能を増やすことを目的に、議論を深める。(市町・病院・保健所)

3 目標

(1) 目指す姿

圏域内で質の高い救急医療が提供されている

	目的	指標名	基準年	目標	出典	取組主体
分野	圏域外への流出が少ない	圏域外医療機関への搬送割合 但馬全体	7%	現状維持	R4 消防 ヒアリング	—
		圏域外医療機関への搬送割合 豊岡/南但/美方	0.4% 4.5% 27%	全国平均(8)へ	R4 消防 ヒアリング	—

本人等が望まない救急搬送が行われていない

(2) 取り組む施策

救急医療が提供されている

	目的	指標名	基準年	目標	出典	取組主体
中間	適切に救急搬送されている	救急搬送件数 豊岡/南但/美方	3737件 3073件 1674件	現状維持	R4 消防 ヒアリング	医療機関・消防
初期	救急医療を提供する医師がいる	10万人あたり救急科医師数	15.2人	現状維持	R2 三師調査	医療機関
	三次医療が提供されている	救命救急センター数	1箇所	現状維持	日本救急医学会 HP	医療機関

望まない救急搬送が防がれている

	目的	指標名	基準年	目標	出典	取組主体
中間	望まない心停止患者の搬送が防げる	DNAR プロトコールの使用回数	2件	現状より上昇	R4 消防 ヒアリング	医療機関・消防・医師会
初期	軽症救急/在宅患者の入院先がある	夜間休日に入院患者を受け入れ可能な医療機関数	3箇所	現状維持	R5 病院 ヒアリング	医療機関
		在宅療養後方支援病院(10万人対)	0箇所	現状より上昇	R3 JMAP	医療機関
		医師会と後方支援機能を担う連携を結んだ病院数	1箇所	現状より上昇	R5 病院 ヒアリング	医療機関・医師会

施策	協議が行われている	救急搬送に関する体制を検討する消防・病院・医師会が入る会議の回数	0箇所	現状より上昇	R5消防・保健所ヒアリング	消防・保健所・医師会・病院
----	-----------	----------------------------------	-----	--------	---------------	---------------

10 在宅医療

1 現状と課題

当圏域は、現時点での在宅死割合、老人ホーム死割合は全国平均以上で、入退院支援も全国平均並に行われている。訪問診療患者数は今後も増加予定であり、2025年の推定値には達していない。在宅支援診療所数は全国平均より多い。しかし、3名以上の医師を抱える在宅支援診療所1および2は全国平均より少ない。在宅医療を担う内科の新規開業は少なく、医師の平均年齢も高齢である。また病院の訪問診療への関わりは、一部を除き、直接的な訪問診療および後方支援機能が希薄である。そのため、一部の市町では、在宅療養患者の入院先に難渋する事例がある。また、誤嚥性肺炎等を抑制させるためにも、歯科による訪問診療や病院・介護施設等での口腔ケアの実施は重要であり、一部で実施されている。訪問看護ステーションの看護師数は全国平均並で提供量も現時点では、十分である。一方、訪問リハは提供量が他圏域に比べて少ない。さらに在宅医療に必要な連携を担う拠点を設置していない市町もある。ICTの活用等、在宅医療を実施するにあたって、円滑にできるシステム化は不十分である。

2 推進方策

- (1)在宅医療介護連携支援センター等を設置し、新規在宅療養患者の選定を支援する（市町）
- (2)医師会と後方支援機能を担う連携を結んだ病院数や在宅療養後方支援病院等を圏域で増加させ、在宅療養の後方支援機能を強化する（医師会・病院）
- (3)誘致等を含め、単独型の在宅療養支援診療所を増やす（市町・医療機関）
- (4)在宅医療に必要な連携を担う拠点を設置する市町数を増やす（市町）
- (5)在宅医療に必要な連携を担う拠点や市町が実施する在宅医療介護連携会議等に医師会、各病院、訪問看護が参加し、研修会、会議等の実施し、現状の課題や解決策を検討する。（市町・在宅医療に必要な連携を担う拠点）
- (6)在宅医療に必要な連携を担う拠点同士が参加する会議を設置し、市町での取り組みを共有し、圏域での在宅医療の課題及び解決策を定期的に検討する（保健所・市町）
- (7)病院・介護施設等での口腔ケアの実施を促進する（歯科医師会・病院・介護施設・在宅医療に必要な連携を担う拠点）

3 目標

(1) 目指す姿

本人が望む場所で最期を迎えることができる

	目的	指標名	基準年	目標	出典	取組主体
分野	本人が望む場所で最期を迎えることができる	在宅死割合 豊岡市/養父市/朝来市/香美町/新温泉町	24%/15%/15%/11%/14%	全国平均以上 〜(16%)	R2 年在宅医療にかか る地域別 データ集	—
		老人ホーム死割合 豊岡市/養父市/朝来市/香美町/新温泉町	15%/19%/11%/15%/9%	全国平均以上 〜(9%)		—

(2) 取り組む施策

病院と在宅医療の連携強化

	目的	指標名	基準年	目標	出典	取組主体
中間	病院と在宅医療の連携ができています	退院困難患者への退院調整加算 SCR	90.2	現状より上昇	R2 NDB データ	病院
		多職種による共同指導を行う退院時共同指導 SCR	86.8	現状より上昇		医療機関
		ケアマネと退院計画を作成する介護支援連携指導 SCR	97.7	現状より上昇		医療機関・介護事業者
初期	入院と在宅医療の連携を行う機関がある	在宅医療介護連携支援センター等による新規在宅患者の選定を支援する市町数	1箇所	現状より上昇	R5 市町 ヒアリング	市町
		在宅療養後方支援病院（10万人対）	0箇所	現状より上昇	R4JMAP	病院
		医師会と後方支援機能を担う連携を結んだ病院数	1箇所	現状より上昇	R5 病院 ヒアリング	病院・医師会

質の高い在宅医療の提供

	目的	指標名	基準年	目標	出典	取組主体
中間	看取りの訪問診療が実施されている	在宅ターミナルケア加算 SCR	100	現状より上昇	R2 NDBデータ	医療期間
	訪問診療が十分提供されている	訪問診療患者数(レセ)	10882人	2025年推計(13152)へ	R2 医療計画策定支援DB	医療機関
	人工呼吸器患者への訪問診療が提供される	在宅人工呼吸指導管理料 SCR	167	現状維持	R2 NDBデータ	医療機関
初期	訪問診療を提供する体制が持続可能である	在宅療養支援診療所1(10万人対)	0箇所	現状より上昇	R4JMAP	市町・医療機関
		在宅療養支援診療所2(10万人対)	2.5箇所	現状より上昇	R4JMAP	医療機関
		在宅療養支援診療所3(10万人対)	18.4箇所	現状維持	R4JMAP	医療機関
		在宅療養支援病院(10万人対)	0.63箇所	現状より上昇	R4JMAP	病院
		5年以内新規内科開業医療機関数	3箇所	現状維持	R5 医師会ヒアリング	医師会
		医師会加入医師の平均年齢 豊岡市/養父市 朝来市/美方郡	59/68 63/69	現状維持	R5 医師会ヒアリング	医師会
	訪問歯科診療を提供する体制がある	訪問診療を実施する歯科診療所数	26箇所	現状維持	R5 歯科医師会ヒアリング	歯科医師会
		歯科医・歯科衛生士による口腔ケアを実施する病院	5箇所	現状より上昇	R5 病院ヒアリング	歯科医医師会

訪問看護・訪問リハが提供されている

	目的	指標名	基準年	目標	出典	取組主体
中間	訪問看護が提供されている	在宅患者訪問看護・指導料 SCR	105	現状維持	R2 NDBデータ	訪問看護
	訪問リハが提供されている	在宅患者リハ指導管理料 SCR	44	全国平均(100)へ	R2NDBデータ	病院・訪問看護、介護施設
初期	訪問リハが積極的に利用される	訪問リハを実施する病院数	5箇所	現状より上昇	R5 病院ヒアリング	病院
	訪問看護がある	訪問看護ステーション従事看護師数(10万人対)	61.3人	現状維持へ	R3 在宅医療にかかる地域別データ集	訪問看護・市町

質の高い在宅医療介護連携

	目的	指標名	基準年	目標	出典	取組主体
中間	在宅医療の質が向上している	在宅医療に必要な連携を担う拠点による研修会、会議等の実施回数	25回	現状より上昇	R5 市町ヒアリング	在宅医療の連携を担う拠点
初期	在宅医療の連携が実施されている	在宅医療に必要な連携を担う拠点を設置する市町村数	4箇所	現状より上昇	R5 市町ヒアリング	在宅医療の連携を担う拠点
		ICTを活用する連携を行う市町村数	1箇所	現状より上昇	R5 市町ヒアリング	市町・在宅医療の連携を担う拠点
施策	在宅医療を担う主体が連携している	在宅医療介護連携会議等に医師会、各病院、訪問看護が参加している市町村数	3箇所	現状より上昇	R5 市町ヒアリング	在宅医療の連携を担う拠点・市町・医師会・病院・訪問看護
	連携拠点が情報交換している	在宅医療に必要な連携を担う拠点同士の交流、会議の実施回数(年)	0回	年1回以上	R5 保健所	保健所・市町・在宅医療に必要な連携を担う拠点

11 医師及び医師以外の医療従事者確保

1 現状と課題

当圏域の医師偏在指標は、全国平均より低いものの、下位 1/3 の圏域には入っていない。県内の他圏域と比較しても著しく低いわけではない。しかし、医師偏在指標では、主に急性期病院を担う分娩取扱医師、循環器内科医、脳外科医、呼吸器内科医など、医療計画に関わる専門医のうち、一部の診療科は全国平均を大きく下回る。また訪問診療や在宅療養の後方支援を担う等の地域包括ケアを担う医療機関、地域医療構想の回復期機能を担う医療機関において、大きな役割を担う総合診療、プライマリケア、リハビリテーションの医師がより多く必要な状況である。

また圏域において、病院の奨学金貸与医師や県養成医など、6-9年間程度、圏域内で働く医師がいるが、定着率は高くない。さらに、専攻医は多く圏域内にいるものの、圏域内の病院を基幹施設として専門研修プログラムに参加する専攻医は少ない。

2 推進方策

(1) 病院間を超えた医師確保のための会議を開催し、満足度に関するアンケート調査を実施し、若手医師のニーズを把握する（病院）

(2) 病院間を超えた医師確保に向けた対策を実施する（病院）

(3) 残業時間が年間 960 時間を超える医師を把握し、効率的な医療提供体制を構築することで、医師の働き方改革を推進する。（病院・市町・保健所）

(4) 病院間を超えた看護師確保のための会議を開催し、病院間を超えた看護師確保に向けた対策を実施する（看護協会・病院・市町）

3 目標

(1) 目指す姿

医療提供体制を確保する医師及び医療従事者がいる

	目的	指標名	基準年	目標	出典	取組主体
分野	医師が存在する	医師偏在指標	210	全国値 (256) へ	R5 厚生労働省	—
	プライマリケアや回復期を担う医師がいる	プライマリケア認定医数	1人	現状より上昇	日本プライマリケア連合学会 HP から	—
		総合診療専門医数	0人	現状より上昇		—
		10万人あたりリハビリテーション科医師	1.9人	全国平均 (2.4) へ	R2 三師調査	—
分野	専門医が存在する	小児科医師偏在指標	109	全国値 (115)へ	R5 厚生労働省	—
		分娩取扱医師偏在指標	7.9	全国値 (10.6) へ	R5 厚生労働省	—
		10万人あたり糖尿病内科医師数	1.9人	全国平均 (4.2) へ	R2 三師調査	—
		10万人あたり精神科医師数	10.1人	全国平均 (12) へ		—
		10万人あたり循環器内科医師数	5.1人	全国平均 (12) へ		—
		10万人あたり心臓血管外科医師数	1.9人	全国平均 (2.1) へ		—
		10万人あたり脳神経内科医師数	4.4人	現状維持		—
	10万人あたり脳外科医師数	3.8人	全国平均 (6.0) へ		—	
	10万人あたり呼吸器内科医師数	0.6人	全国平均 (4.3) へ		—	

(2) 取り組む施策
若手医師が充実して働いている

	目的	指標名	基準年	目標	出典	取組主体
中間	養成医が働き、定着している	養成医師派遣数	34人	現状維持	R5 保健所 R5 病院 ヒアリング	県
		養成医圏域内定着数	12人	現状より上昇		病院・県
	奨学金貸与医師が働き定着している	奨学金貸与者 豊岡 Hp/八鹿 Hp	58/25人	現状より上昇		病院
		病院奨学金返還者数 豊岡 Hp/八鹿 Hp	11/5人	現状より上昇		病院
		病院奨学金貸与者 圏域内勤務医師数 豊岡 Hp/八鹿 Hp	6/9人	現状より上昇		病院
		奨学金貸与者圏域内定着数 豊岡 Hp/八鹿 Hp	3/0人	現状より上昇		病院
	研修医、専攻医が働いている	専門医研修プログラムの登録者数(連携施設は除く)	14名	現状より上昇		病院
		圏域内専攻医数	54名	現状より上昇		病院
		圏域内初期研修医師数 豊岡 Hp/八鹿 Hp	16/5人	現状より上昇		病院
初期	若手医師が満足して働いている	満足度(養成医/奨学金貸与者/研修医/専攻医)	未実施	現状より上昇	R5 病院 ヒアリング	病院
施策	若手医師確保のための連携が取れている	法人間を超えた医師確保のための会議開催数	0回	年2回以上	R5 病院 ヒアリング	病院
	過重労働者を減らす	各病院におけるB水準(残業時間960時間以上)の医師数	18人	現状より低下	R5 病院 ヒアリング	病院

看護師が十分に働いている

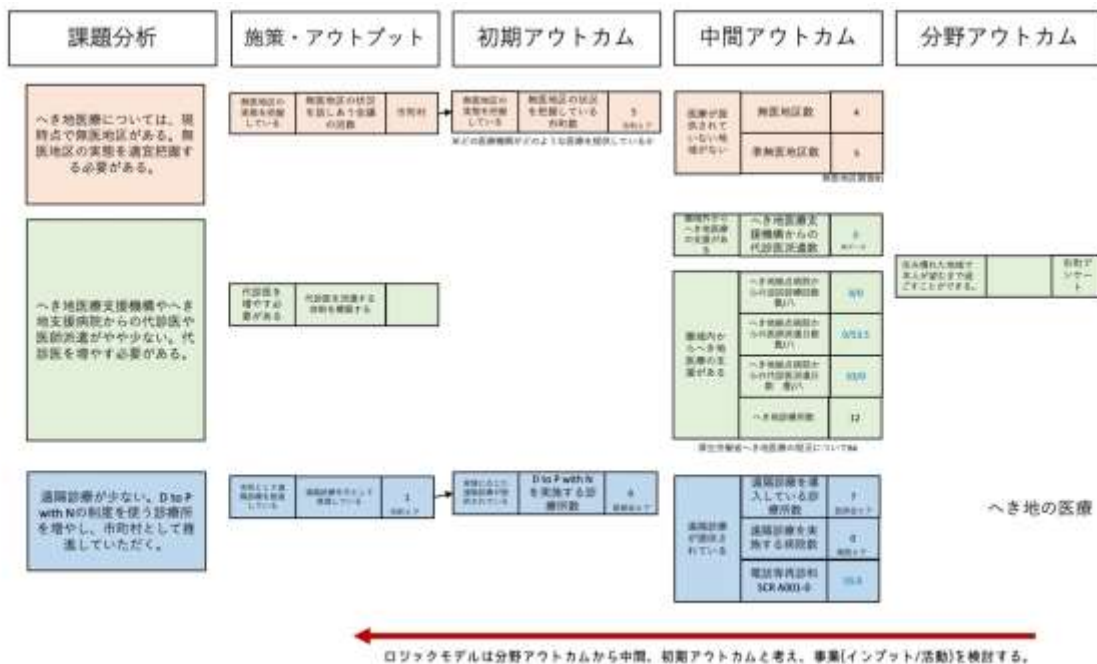
	目的	指標名	基準年	目標	出典	取組主体
中間	看護師が十分に働いている	圏域看護師入職率	6.1%	現状より上昇	R5 看護協会 ヒアリング	医療機関・看護協会
中間		圏域看護師退職率	9.5%	現状より低下		
施策	看護師確保のための連携が取れている	法人間を超えた看護師確保のための会議開催数	0回	年2回以上	R5 看護協会 ヒアリング	看護協会・病院・市町

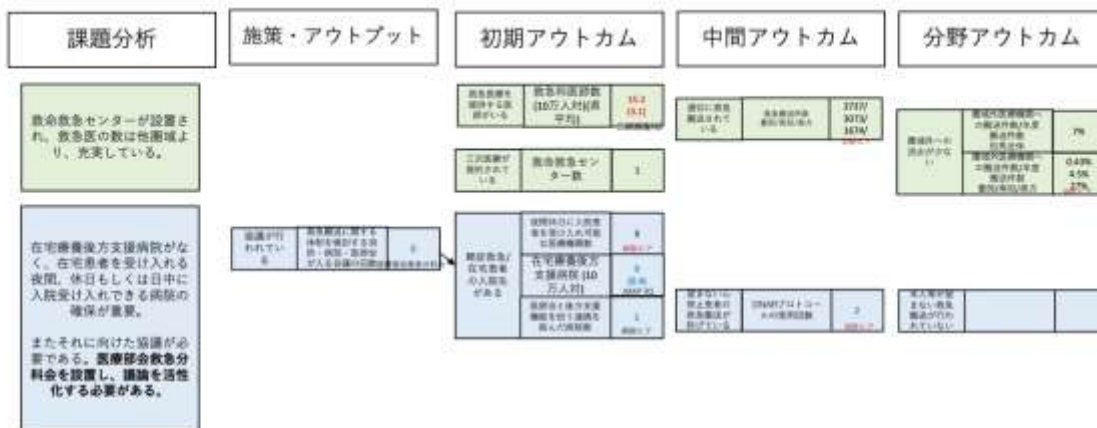
課題分析	施策・アウトプット	初期アウトカム	中間アウトカム	分野アウトカム
<p>新規透析導入患者SCR、糖尿病網膜症に対する手術SCRは高くはない。低血糖やDKA-SCRは低い。糖尿病内科学診療が少ないもの。透析予防指導や合併症管理指導は、熱心に行われていることが重症化を防止している可能性がある。</p>		<p>透析予防プログラムが実施されている。</p> <p>糖尿病内科学診療 10万人対 (10.2)</p>	<p>透析予防プログラムが実施されている。</p> <p>合併症予防プログラムが実施されている。</p>	<p>新規透析導入患者数SCR 131</p> <p>新規透析導入患者数(1-4)</p> <p>新規透析導入患者数(1-4)</p>
<p>特定健診受診率、指導率共に高く、異常値の割合も低い。重症化予防プログラムの評価は不明であるが、より積極的に実施し、未受診者にアウトリーチしていくことが望まれる。</p>	<p>特定健診受診率 97.4</p> <p>特定健診指導率 97.4</p> <p>重症化予防プログラムに関する相互評価</p>	<p>特定健診受診率 97.4</p> <p>特定健診指導率 97.4</p>	<p>特定健診受診率 97.4</p> <p>特定健診指導率 97.4</p>	<p>糖尿病 糖尿病 糖尿病</p>
<p>重症化予防プログラムの継続的な相互評価の必要がある。</p>		<p>重症化予防プログラムが実施されている。</p> <p>重症化予防プログラムが実施されている。</p>	<p>重症化予防プログラムが実施されている。</p> <p>重症化予防プログラムが実施されている。</p>	<p>重症化予防プログラムが実施されている。</p> <p>重症化予防プログラムが実施されている。</p>

ロジックモデルは分野アウトカムから中間、初期アウトカムと考へ、事業(インプット/活動)を検討する。

課題分析	施策・アウトプット	初期アウトカム	中間アウトカム	分野アウトカム
<p>精神科に就事する医師数は平均的。難治性の統合失調症に効果のあるクロザピンの使用も全国平均値に行われている。</p>		<p>医師数 20.1 (31.0)</p> <p>精神科医師数 10万人対 (10.1)</p>	<p>医師数 20.1 (31.0)</p> <p>精神科医師数 10万人対 (10.1)</p>	<p>精神科医師数 10万人対 (10.1)</p> <p>精神科医師数 10万人対 (10.1)</p>
<p>精神科疾患の発症率や新規患者の平均在院日数は全国平均的。1年以上入院患者数は未だに高い。認知症を含むICD-10領域は3倍倍と多い。認知症入院SCRは他圏域と比べて少ないため、認知症患者選別ができていないことが原因と考えられる。選別支援に向けた会議やケアパスの利用が必要。</p>	<p>認知症支援プログラムが実施されている。</p> <p>認知症支援プログラムが実施されている。</p> <p>認知症支援プログラムが実施されている。</p>	<p>認知症支援プログラムが実施されている。</p> <p>認知症支援プログラムが実施されている。</p> <p>認知症支援プログラムが実施されている。</p>	<p>認知症支援プログラムが実施されている。</p> <p>認知症支援プログラムが実施されている。</p> <p>認知症支援プログラムが実施されている。</p>	<p>認知症支援プログラムが実施されている。</p> <p>認知症支援プログラムが実施されている。</p> <p>認知症支援プログラムが実施されている。</p>
<p>在宅で支えるための精神科訪問看護は平均的。ピアサポーター養成、地域移行、一体的支援プログラムをさらにすすめる必要がある。</p>	<p>ピアサポーター養成プログラムが実施されている。</p> <p>ピアサポーター養成プログラムが実施されている。</p> <p>ピアサポーター養成プログラムが実施されている。</p>	<p>ピアサポーター養成プログラムが実施されている。</p> <p>ピアサポーター養成プログラムが実施されている。</p> <p>ピアサポーター養成プログラムが実施されている。</p>	<p>ピアサポーター養成プログラムが実施されている。</p> <p>ピアサポーター養成プログラムが実施されている。</p> <p>ピアサポーター養成プログラムが実施されている。</p>	<p>ピアサポーター養成プログラムが実施されている。</p> <p>ピアサポーター養成プログラムが実施されている。</p> <p>ピアサポーター養成プログラムが実施されている。</p>

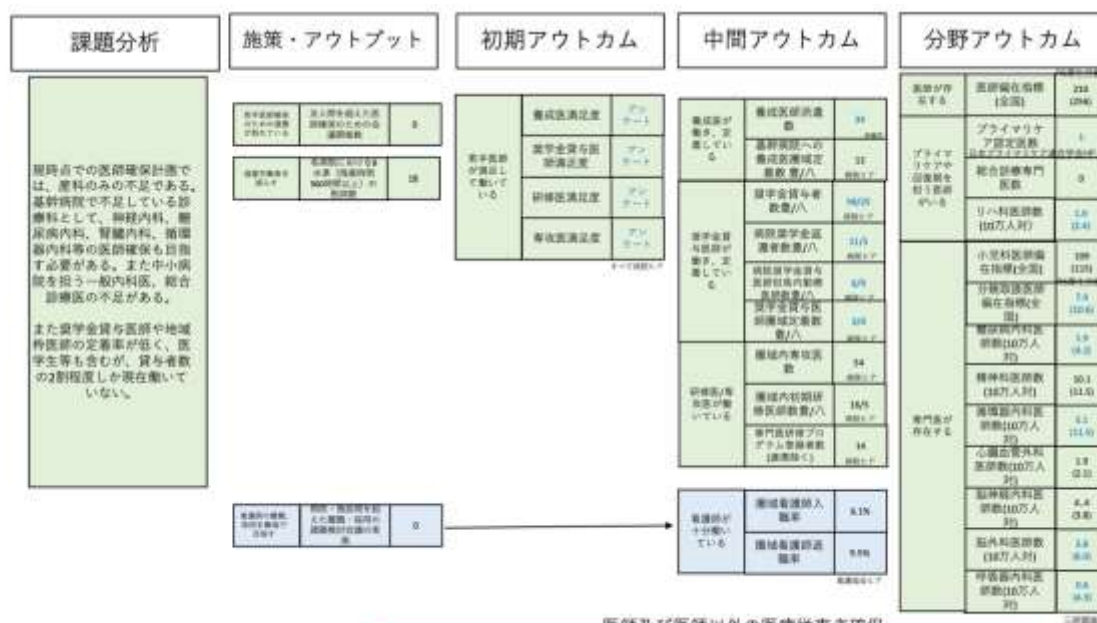
ロジックモデルは分野アウトカムから中間、初期アウトカムと考へ、事業(インプット/活動)を検討する。





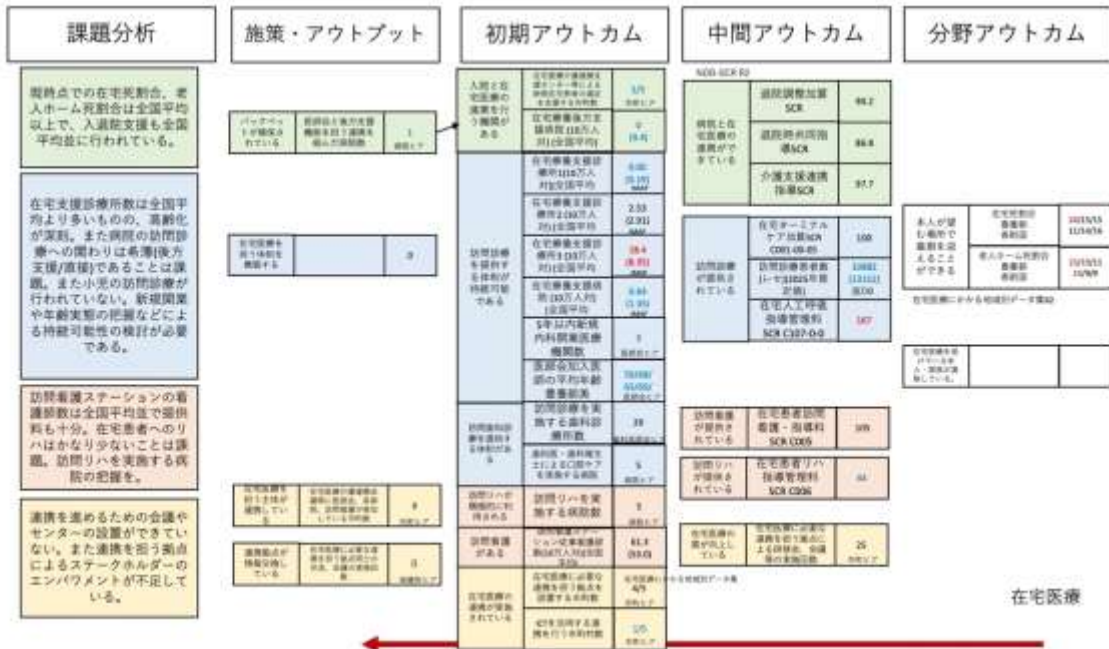
救急医療

ロジックモデルは分野アウトカムから中間、初期アウトカムと考え、事業(インプット/活動)を検討する。



医師及び医師以外の医療従事者確保

ロジックモデルは分野アウトカムから中間、初期アウトカムと考え、事業(インプット/活動)を検討する。



ロジックモデルは分野アウトカムから中間、初期アウトカムと考へ、事業(インプット/活動)を検討する。

第8章 丹波圏域

地域の特性

兵庫県の中東部に位置し、丹波篠山市（面積 377.59 k m²－県土の 4.5%）と丹波市（面積 493.21 k m²－県土の 5.9%）の2市からなり、兵庫県総面積の 10.4%を占めている。

また、恐竜や最古の哺乳類化石が発掘された篠山層群が両市にまたがって広がっているほか、日本海側と瀬戸内海側に水系を分ける本州一低い分水界が存在するなど特徴ある地勢となっている。

山林が総面積の 75.0%を占める農山村地帯であるが、隣接する阪神都市圏とは舞鶴若狭自動車道、J R 福知山線の交通網によって結ばれており、神戸・大阪からは約 1 時間圏内にある。

圏域の重点的な取組

1 医療従事者の確保

現状と課題

(1) 医師（資料 1）

- 医師数は令和 2 年 12 月末日現在で 214 人であり、医療資源不足が深刻化した平成 20 年末の 181 人からは 33 人増加しているが、人口 10 万人対では 211.9 人で、県平均の 277 人を下回っている。
- 病院で勤務する医師数は、平成 20 年の 69 人に対し、令和 2 年は 115 人と順調に増加している。公立・公的病院の常勤医師数は、平成 20 年に 25 人と最も少ない状況にあったが、その後徐々に回復し、令和 4 年 7 月時点では 85 人に増加している。
- 一般診療所等で勤務する医師数は、過去 20 年間 70 人台を維持しており、一次医療の担い手として、圏域医療の安定を支えてきた。一方、高齢化と後継の課題に直面している。
- 県立丹波医療センターに「地域医療教育センター」が設置され、隣接する丹波市健康センターミルネとも連携し、県養成医並びに県養成医学生の教育、総合内科医並びに総合診療医の養成など、若手医師の育成を積極的に行っている。
- 兵庫医科大学ささやま医療センターにおいても、大学総合診療専門医プログラムや寄附講座の開設など、地域医療の研究と教育のための篠山キャンパスを整備することにより、安定的な医師確保に繋がる取り組みを行っている。
- 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は、へき地医療拠点病院として、丹波圏域内へき地診療所へ医師派遣を行っている。

(2) 歯科医師・薬剤師・看護師（資料 1）

- 人口 10 万人対の歯科医師数・薬剤師数は、ともに県平均より少ない。高齢化に伴う在宅医療の需要の増加に伴い、在宅歯科診療やかかりつけ薬局による薬剤の在宅提供は増加しているが、歯科医師・薬剤師数は直近の 5 年間では減少している。

- 人口10万人対の看護師・助産師は、県平均より少ない。
- 県立丹波医療センターに隣接して丹波市立看護専門学校が設置されており、県内外から学生を集め、センターでの病院実習等を通して、医療人材が育成されている。
- 医療従事者の高齢化が進んでおり、個人開設の診療所や薬局については後継確保や人員の確保が、病院においては、退職者の補充等医療に必要な人員の安定的な確保が課題となっている。

推進方策

(1) 人材確保・育成

- 丹波医療センターが開設し、圏域の医療提供体制は向上しているが、人口に占める高齢者の割合が今後も増加し、医療需要の高い状態が続くと見込まれることから、引き続き医療従事者の人材確保に取り組む。
- 医師については、県地域医療支援センターによるへき地等勤務医師の養成・派遣や、大学医学部での地域医療に関する特別講座設置等による人材育成を活用し、医師の確保と定着を図る。圏域内に全ての医療機能を整えることが望ましいが、心臓血管外科や一部のがん治療、ハイリスク分娩や重症児の入院医療等、専門医の確保や治療にかかる機器整備も難しい分野については、大学病院や他圏域の専門医療機関との連携強化により対応する。(県、医療機関)
- 高齢化の進展に伴い必要性が高まっている総合診療専門医について、研修医や若手医師による専門医の資格取得を促進する。高度医療から回復期、在宅医療まで一連した医療をハイブリッドに学べる環境を生かし、丹波圏域の研修拠点としての魅力向上を図る。(医療機関、関係機関、県、市など)
- 看護師については、高校生を対象とするセミナーの実施や、潜在看護師の復職支援、各市・医療機関の奨学金制度等により、さらなる確保定着に努める。(県、市、医療機関、関係団体)
- 各種医療従事者の離職を防ぐために、医療を支える独自の取組みを行う県民、関係団体などと連携し、地域医療に対する理解促進のための啓発を継続する。(県、市、関係団体、県民など)

(2) 医療資源の効率的な活用

- 患者の一極集中による医師への過剰な負担を軽減するため、圏域内の一次医療から二次医療への紹介受診の重点化、二次からかかりつけ医への逆紹介や在宅復帰の連携体制の強化を図る。(医療機関、医師会)
- 令和6年4月から適用される医師の時間外労働の上限規制に対応するため、医師に偏在している業務の一部を移管・共同実施するタスクシフト・タスクシェアを推進する。(医療機関)
- 多職種間の連携を強化し、相互に負担軽減を図るとともに、それぞれの専門性を十分に発揮することで医療の質の向上につながる仕組みづくりに取り組む。(医療機関、関係機関、県、市)
- ICT(情報通信技術)の活用等により、関係者間の情報共有の効率化、利便性

向上を図る。(医療機関、関係機関、県、市)

- かかりつけ医を持つ運動等の推進が地域医療の機能回復に寄与した過去の経験を踏まえ、住み慣れた地域に必要な医療が提供され続けるためには、住民自身も適切な医療受診や医療従事者等への理解・協力が必要であることの啓発を継続する。(県、市、関係団体、県民など)

2 圏域内連携のさらなる推進（5疾病及び在宅医療）

現状と課題

(1) 死因別死亡数、死亡割合（資料7）

- 丹波圏域の令和3年時点における死因別死亡数は、高位から悪性新生物、心疾患、老衰、脳血管疾患の順であり、5疾病による死亡割合は全体の5割に近く、継続的な対策が必要である。老衰による割合は、高齢化により増加傾向となっており、重複疾病への対応や在宅療養の必要性が高まっている。

(2) 悪性新生物（がん）（資料8）

- 死亡者数・死亡割合は、圏域内で最も多いが、標準化死亡比（H28～R2）は男性89.4、女性84.7で、全国平均より有意に低く、県平均（男性102.3、女性100.5）も下回っている。
- 地域がん診療連携拠点病院である丹波医療センターを中心に、各医療機関と連携し、外来、入院による手術・抗がん剤・放射線治療等を行っている。
- 緩和ケア病棟を有する拠点病院や、訪問診療・訪問看護等により、ターミナルケア（終末期）にも対応した医療提供体制の構築に取り組んでいる。

(3) 心疾患

- 心疾患全体の標準化死亡比（H28～R2）は男性100.5、女性112.2で、県平均（男性97.4、女性101.3）を上回り、とくに急性心筋梗塞は男性150.8、女性151.6で県平均（男性115.9、女性115.6）を大きく上回っている。
- 循環器救急については、急性期医療機能を有する病院で対応している。丹波医療センターでは24時間PCIが可能で、虚血性心疾患に対する経皮的冠動脈ステント手術も多く行われている。
- 心臓血管外科専門医の圏域内確保は難しい現状にあり、大学病院や他圏域の医療機関への紹介により対応している。

(4) 脳血管疾患

- 死因別死亡割合は減少傾向にあるが、標準化死亡比（H28～R2）は男性102.2、女性109.3で、県平均（男性96.8、女性92.5）を上回っている。
- 圏域内で脳神経内科・外科の診療提供体制の整備に取り組んでおり、丹波医療センターでは2021年から脳神経外科医の常勤が実現し、t-PA静注療法や経皮的血栓回収、脳出血にかかる手術も可能となり、脳卒中症例の入院診療が拡大されている。また同センターでは回復期リハビリテーション病棟も設置され、急性期から回復期病棟を経由することで、自宅や施設に退院するまで一貫した治療・リハビリを行うことが可能となっている。
- 脳卒中の回復期医療の機能を有する病院としては、岡本病院、兵庫医科大学ささ

やま医療センターがあり、同センターは回復期リハビリテーション病棟を設置している。

(5) 精神疾患

- 自然豊かな環境下で、専門病院と一般診療所が存在し、圏域内外から患者を受け入れているが、精神保健指定医の確保が難しい現状にある。
- 自殺の標準化死亡比（H28～R2）は男性 142.8、女性 94.3 で、とくに男性は県平均（102.2）を大きく上回っている。
- 高齢化の進展により認知症患者が増加しており、丹波認知症疾患医療センターを中心に、認知症疾患の鑑別診断や相談支援、地域保健医療・介護関係者への研修等が行われている。

(6) 在宅医療（資料9，10）

- 圏域の後期高齢者（75歳以上）人口は、2015年の1.8万人から2030年には2.3万人に増加し、以降人数は減少に転じるが、総人口に占める割合は増加が続き、2015年の17.3%から2030年には25.9%、2050年には30%を超えると見込まれる。
- 令和5年6月現在、24時間往診が可能な体制等を確保している在宅療養支援病院が4か所、後方支援病院2、支援診療所11、在宅療養支援歯科診療所11、訪問薬局24か所がある。
- 訪問看護実施件数は、2014年時点から2020年まで、約13%増（県平均：1.81%増）と大幅に増加している。精神科在宅患者への訪問看護の実施も、2017年頃より250件前後の実施を継続している。
- 高齢者は重複疾病を有するため、「かかりつけ」を普及啓発し、一般診療所をはじめとする医療機関、歯科、薬局などで実践しており、関係機関の連携のもと、治療から終末期まで、看取りにも重きを置いた在宅支援が行われている。
- 各市の在宅医療介護連携推進事業において、関係各機関の連携強化、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制づくりが推進されている。また、看取りについて、患者、家族、医療・ケアチームが事前に相談・計画するアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の普及啓発に取り組んでいる。
- 医療機関から在宅への「丹波圏域入退院調整ルール」を策定し、病院とケアマネジャーが定期的な協議を継続し、入退院時の医療・介護の引継が円滑化している。

推進方策

(1) 疾病対策

- 生活習慣病について、特定健診、特定保健指導の受診率・実施率の更なる向上と的確な保健指導の実施により、発症を予防する。がんについては早期発見・早期治療につながるよう、検診の受診を促進する。（県、市、医療保険者、各健診機関）
- 脳血管疾患や心血管疾患の超急性期においては、早期治療が救命率向上、予後改善につながることから、夜間・休日における圏域内救急輪番の実施と24時間365

日の救急医療提供体制を維持する。また、住民が発症後に速やかな受療行動がとれるよう、正しい知識の普及啓発に努める。(医療機関、県、市、関係団体など)

- 超急性期から急性期、回復期、慢性期まで、患者の状態に適した医療が切れ目なく提供されるよう、関係機関の緊密な連携を図り、患者の在宅復帰と効率的な病床利用に努める。(医療機関、関係機関)
- 精神疾患については、精神保健医療福祉上のニーズを有する方が、その意向やニーズに応じ、切れ目なく医療、障害福祉・介護その他のサービスを利用し、安心してその人らしい地域生活を送ることができるよう、地域における多職種・多機関が有機的に連携する体制を構築する。(県、市、医療機関、関係機関)
- 行政と関係機関等が連携し、研修会の実施や相談窓口の普及啓発等の自殺対策に取り組む。(県、市、医療機関、関係機関)
- 認知症については、かかりつけ医や関係機関の連携により、早期診断・早期対応を促進する。(県、市、医療機関、関係機関)

(2) 在宅医療

- 在宅医療の需要増加に対応するため、かかりつけ医による往診・急変時等対応に加え、夜間・休日など在宅療養（後方）支援病院のバックアップ体制と連携強化を図る。(医療機関)
- 「丹波圏域入退院調整ルール」の運用を継続し、医療・介護関係者の情報共有と連携が円滑に行える体制を強化する。(県、市、医療機関、関係機関)
- 住み慣れた地域でリハビリテーションを受けられるよう、圏域リハビリテーションセンターを中心に、リハビリテーション専門職間とともに、ケアマネジャー等多職種間の連携を強化する。(県、市、医療機関、関係機関)
- 口腔内の不調が病状悪化に繋がることから、医科・歯科連携を強化し、情報交換や研修会等により口腔機能の維持向上(オーラルフレイル予防)に取り組む。(県、市、医療機関、関係機関)
- ICTの活用等により、関係者間の患者や医療・介護資源に関する情報共有の効率化を図る。(医療機関、関係機関、県、市、)
- 看取りについては、ACPの取組を推進し、患者が希望する場所で看取りを行うことができる体制づくりを推進する。(県、市、医療機関、関係機関、関係団体)

3 備えを重視した医療連携体制の整備

現状と課題

(1) 救急医療・小児救急

- 圏域の救急搬送人数は、令和2,3年は新型コロナ感染症拡大の影響で一時的に減少したが、令和4年には過去最多の5,453人(各市消防年報、概況)となり増加傾向にある。医療機関への収容所要時間別でみると、覚知から現場到着時間は94.5%が20分未満、覚知から病院収容までは67.3%が30分から60分未満で最も多い区分となっている。病院収容まで60分以上は全体の13.6%で、60分から120分未満が大半である(兵庫県消防防災年報)。消防救急活動においては、より迅速な搬送のため、出張所・駐在所等を整備している。

- 三次救急については、丹波医療センターが三次的機能病院としての役割を担っているが、圏域に救命救急センターが未設置であり、圏域で対応できない重篤な救急患者は、県の広域的運用による救急車・ドクターヘリでの圏域外搬送が行われている。
- 二次救急は、5病院（丹波医療センター、兵庫医科大学ささやま医療センター、大塚病院、岡本病院、にしき記念病院）による圏域内輪番制により、休日・夜間の受入れを行っている。自病院内での待機医師の確保が難しく、提携大学病院等からの派遣応援により対応する必要があるなど、安定的な人員の確保が課題となっている。
- 一次救急については、各市において、休日（応急）診療所を医師会・病院の協力により運営している。
- 小児救急医療においては、圏域内二次を県立丹波医療センターと兵庫医科大学ささやま医療センターで担い、休日・夜間に対応した輪番制により対応している。一次救急が無いことから、他圏域医療機関との連携により、体制を維持している。
- 新興感染症流行期においては、受入れ病院・医療スタッフの確保が難しく、感染症以外の患者搬送にも困難を招いた。今後は感染拡大期を想定した救急搬送体制と、受入医療機関の受療・病床利用計画等の整備が必要となる。

(2) 周産期医療・小児医療

- 分娩取扱施設は、県立丹波医療センターと1診療所の2施設である。
- 県立丹波医療センターは、地域周産期病院として、圏域外の周産期母子医療センターと連携し、ハイリスクの妊産婦や新生児に対する二次的医療に対応している。
- 小児医療については、小児外科を有する医療機関がないため、県立こども病院との連携のもと、二次から三次への搬送対応により継続した医療の提供を行っている。
- 周産期・小児ともに、医師確保が厳しい状況が続いている。

(3) 災害医療・新興感染症発生・まん延時における医療

- 県立丹波医療センターが災害拠点病院の指定を受け、屋上ヘリポートや医療資源の備蓄などの整備管理を担っている。
- 「丹波地域災害時保健医療マニュアル」を策定し、災害急性期における各関係機関・団体の連携と役割について整理・共有している。
- 新型インフルエンザ等対策実地訓練やEMIS入力訓練を年一回継続して実施している。
- 新型コロナウイルス感染症の圏域内感染者数は23,734人（令和2年3月1日から令和5年5月7日まで）で、圏域人口の約1/4が罹患した。一日あたりの最大新規感染者数は、令和4年8月24日の315人で、同年7月から9月期は感染者数が9,000人強に及び、圏域内医療体制がひっ迫した。
- 圏域では、各市医師会・一般診療所・病院の協力のもと、兵庫医科大学ささやま医療センターでのメディカルチェックによるトリアージ、軽症～中等症Ⅰの患者は発熱外来から健康福祉事務所を介さず直接協力病院に受診連絡を行う病病・病診連携により対応した。

- 県立丹波医療センターは第2種感染症指定医療機関に指定されており、中等症Ⅱ以上の入院患者について、感染症病床4床と、一般病棟の一時的な感染症病床への切り替えなどにより対応した。
- 市、医療機関の連携により、住民への大規模なワクチン接種が実施された。
- 医療従事者及び関係者の罹患・出勤停止による人手不足が深刻な課題となった。
- 感染症患者の病床占有により、感染症以外の疾病による入院患者の受入停止、待機が発生した。救急搬送においても、搬送・受入困難な状況が生じた。
- 次なる新興感染症等の流行に備えた圏域内の医療提供体制について、対策の検討が課題となっている。

推進方策

(1) 救急医療・小児救急

- 増加が予想される高齢者等の救急搬送に対応するため、二次救急病院群輪番制等の救急体制を維持し、医師確保に努めるとともに、高度、専門的な救急医療の確保については、他圏域・隣接府県との連携の維持・強化を図る。(県、市、医療機関)
- 限られた医療資源を有効に活用するため、救急外来の受診や救急車の要請に迷う場合に利用可能な電話相談窓口等の周知を徹底する。(県、市、関係団体、県民など)
- 圏域医療に必要なメディカルコントロール(病院前救護)体制について、研修や訓練の実施により充実を図る。(県、市、医療機関、関係機関)
- 新興感染症の流行期や大規模災害を見据えた搬送・救護・医療提供について検討し、搬送、受療、病床利用等計画について関係機関連携のもと整備を行う。(県、市、医療機関、関係機関、関係団体)

(2) 周産期医療・小児医療

- 少子化により分娩数等の減少が見込まれるが、今後も引き続き医師確保等に努め、圏域内での安全安心な周産期・小児医療体制を維持する。(県、市、医療機関、関係機関)
- 救急医療をはじめ、時間外分娩や小児の夜間救急など、医療従事者の負担が大きいため、働き方改革に沿った勤務環境の改善を推進する。(医療機関)

(3) 災害医療・新興感染症発生・まん延時における医療

- 新型コロナウイルス感染症対応時の経験をふまえ、新興感染症の感染拡大時に機動的に対策を講じられるよう、病床や専門人材の確保、感染防護具等の備蓄、院内感染対策、各関係機関の役割分担と連携等の基本的事項について、平時から行政・医療関係者間で検討を行い準備する。(県、市、医療機関、関係機関、関係団体)
- 県と病院・診療所・薬局・訪問看護事業所等との協定締結により、病床や発熱外来、自宅・宿泊療養者・高齢者等施設での療養者への医療提供体制の確保を図る。(県、医療機関、関係機関)
- 圏域での実地訓練や各種情報システム訓練等を実施し、万一の災害に備えた体制

の強化と連携の促進を図る。また、全県での各種訓練にも積極的に参加する。(県、市、医療機関、関係機関、関係団体)

- 難病患者や透析患者等、災害時にも配慮を要する被災者に対応できる体制の構築について検討を進める。(県、市、医療機関、関係機関、関係団体)
- DHEAT 要員の育成や、災害時に設置する「丹波地域保健医療情報センター」の確立等、保健所の体制強化を図る。(県、関係機関)

○資料1 : 医師数・歯科医師数・薬剤師数

(単位:人)

		H14	H16	H18	H20	H22	H24	H26	H28	H30	R2	R2 10万人対
医師	兵庫県	11,223	11,569	11,953	12,313	12,641	13,251	13,461	13,979	14,463	15,133	277.0
	丹波地域	208	212	191	181	184	191	190	204	212	214	211.9
	うち病院勤務	94	98	88	69	74	85	85	99	103	115	
	うち法人・診療所勤務	77	79	76	77	77	70	75	74	72	70	
歯科医師	兵庫県	3,443	3,583	3,708	3,747	3,866	3,868	3,945	3,907	4,007	4,141	75.8
	丹波地域	53	59	56	63	63	56	63	56	62	57	56.4
薬剤師	兵庫県	11,351	11,803	12,458	13,237	13,372	13,654	13,914	14,616	15,068	15,663	286.7
	丹波地域	196	203	204	205	197	203	213	220	226	224	221.8

資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」、兵庫県推計人口

○資料2 : 保健師・助産師・看護師・准看護師数

(単位:人)

	丹波地域	(10万人対)	兵庫県	(10万人対)
保健師	57	56.5	1,903	34.8
助産師	21	20.8	1,499	27.3
看護師	1,017	1,007.7	57,521	1,059.4
准看護師	277	274.5	9,619	176.1

資料：兵庫県「令和2年末兵庫県内看護師等業務従事者届の集計」、兵庫県推計人口

○資料3 : 医療機関数

		調査時点	H24.10.1	H25.10.1	H26.10.1	H27.10.1	H28.10.1	H29.10.1	H30.10.1	R1.10.1	R2.10.1	R3.10.1	10万人対
病院	丹波地域		8	8	8	8	8	8	8	7	7	7	7.0
	県合計		349	352	353	353	350	353	353	348	347	347	6.4
一般診療所 有床・無床のみ	丹波地域		82	83	84	84	83	81	82	83	82	84	84.2
	県合計		4,971	5,010	4,983	5,002	5,033	5,053	5,071	5,125	5,149	5,192	95.6
	丹波地域		6	6	6	6	5	6	5	5	3	3	3.0
	県合計		284	275	248	235	228	215	203	197	182	180	3.3
歯科診療所	丹波地域		48	49	49	48	47	47	47	45	43	44	44.1
	県合計		2,990	2,992	2,987	2,987	3,011	2,981	2,974	2,986	2,970	2,971	54.7

資料：厚生労働省「医療施設調査」、兵庫県推計人口

○資料4 : 病床数

		(単位:床)						許可病床 (R4.10.1) (床)			
調査時点		H20.10.1	H25.10.1	H30.10.1	R1.10.1	R2.10.1	R3.10.1	病院	診療所	計	10万人対
一般	丹波地域	814	804	736	654	654	654	654	12	666	674.8
	県合計	38,224	38,480	39,473	39,423	39,232	39,206	39,406	492	39,898	709.1
療養	丹波地域	493	491	492	492	446	446	446	0	446	451.9
	県合計	14,263	14,428	13,931	13,219	12,961	12,912	12,739	107	12,846	266.7
精神	丹波地域	286	286	286	286	286	286			286	289.5
	県合計	11,830	11,728	11,604	11,589	11,542	11,520			11,502	211.1
結核	丹波地域	0	0	0	0	0	0			0	0.0
	県合計	391	200	150	150	150	150			150	2.7
感染症	丹波地域	4	4	4	4	4	4			4	4.1
	県合計	52	54	54	54	54	54			54	1.0

資料：厚生労働省「医療施設調査」、兵庫県推計人口

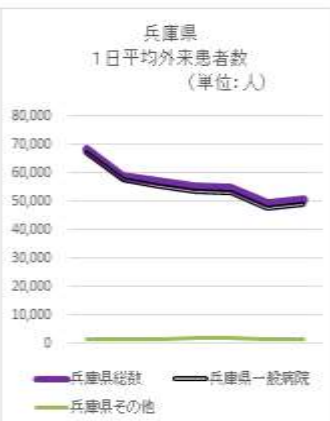
○資料5 : 病床利用率・平均在院日数・1日平均在院患者数・1日平均外来患者数

資料：厚生労働省「病院報告」

年度	病床利用率 (単位: %)							平均在院日数 (単位: 日)						
	H15	H20	H25	H30	R1	R2	R3	H15	H20	H25	H30	R1	R2	R3
丹波全病床	78.6	77.3	73.0	76.5	79.2	76.6	78.1	35.4	43.8	38.3	35.5	35.3	36.3	35.1
丹波一般病床	70.1	70.1	53.8	59.7	64.3	60.8	59.0	18.2	18.4	15.6	14.0	14.1	14.7	14.3
丹波療養病床	93.5	93.5	91.2	91.5	90.8	89.3	94.0	158.8	199	231.2	222.2	229.4	209.8	208
兵庫県全病床	84.4	82.2	79.8	81.0	80.7	77.2	75.5	33.8	31.5	28.4	26.2	25.8	26.9	26.5
兵庫県一般病床	79.0	79.0	72.7	78.1	76.2	71.7	69.5	20	17.9	16.3	15.8	15.6	16.3	16
兵庫県療養病床	91.5	91.5	90.0	89.3	89.1	86.9	87.0	152	166.3	161.3	143.5	136.4	142.1	140.1



年度	1日平均在院患者数 (単位: 人)							1日平均外来患者数 (単位: 人)							
	H15	H20	H25	H30	R1	R2	R3	H15	H20	H25	H30	R1	R2	R3	
丹波総数	963	812	880	889	857	826	815	丹波総数	1,416	1,151	1,176	1,133	1,093	1,025	1,045
丹波一般病床	-	371	433	439	410	398	386	丹波一般病院	1,397	1,127	1,127	1,078	1,037	974	995
丹波療養病床	356	441	448	450	447	426	419	丹波その他	19	24	45	55	56	51	50
兵庫県総数	45,164	42,857	42,659	44,111	43,543	41,001	39,785	兵庫県総数	68,974	58,954	58,927	55,048	54,770	49,163	50,843
兵庫県一般病床	-	23,069	23,045	29,982	30,035	28,197	27,256	兵庫県一般病院	67,310	57,602	55,411	53,369	53,092	47,565	49,080
兵庫県療養病床	12,584	12,992	12,910	12,491	11,931	11,327	11,238	兵庫県その他	1,264	1,352	1,516	1,659	1,678	1,598	1,813



○資料6： 圏域別入院割合 (単位：%)

	患者住所在地	施設所在地												合計
		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	県内計	県外	
	神戸	87.7%	2.4%	2.1%	3.7%	3.4%	0.3%	0.2%	0.1%	0.1%	0.1%	100.0%	0.0%	100.0%
	阪神南	10.8%	79.5%	8.4%	0.1%	0.6%	0.3%	0.1%	0.0%	0.2%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
	阪神北	8.8%	17.3%	72.5%	0.1%	0.6%	0.1%	0.0%	0.0%	0.4%	0.1%	100.0%	0.0%	100.0%
	東播磨	10.7%	0.6%	0.5%	79.8%	3.3%	4.0%	0.7%	0.0%	0.0%	0.3%	100.0%	0.0%	100.0%
	北播磨	7.1%	0.7%	1.7%	3.6%	80.2%	4.0%	0.7%	0.1%	1.8%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
	中播磨	1.2%	0.3%	0.3%	2.7%	3.0%	86.1%	8.2%	0.3%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
	西播磨	0.0%	0.1%	0.2%	0.6%	0.6%	23.7%	73.6%	0.0%	0.1%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
	但馬	3.1%	0.6%	1.6%	0.3%	1.7%	3.4%	0.3%	80.0%	8.3%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
	丹波	5.3%	2.3%	9.2%	0.3%	7.9%	0.2%	0.0%	0.4%	74.5%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
	淡路	4.4%	0.4%	0.2%	1.6%	0.5%	0.2%	0.2%	0.0%	0.1%	92.0%	100.0%	0.0%	100.0%
	小計	28.8%	14.8%	10.6%	10.6%	7.2%	12.6%	8.0%	3.0%	2.8%	3.5%	100.0%	0.0%	100.0%
	その他	20.0%	27.3%	23.8%	2.2%	3.9%	4.2%	6.3%	3.2%	3.4%	0.4%	100.0%	0.0%	100.0%
	不明	3.8%	31.3%	0.0%	0.6%	0.0%	0.0%	13.3%	0.6%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
	合計	28.4%	15.3%	11.2%	10.2%	7.0%	12.5%	8.1%	3.0%	2.8%	3.4%	100.0%	0.0%	100.0%

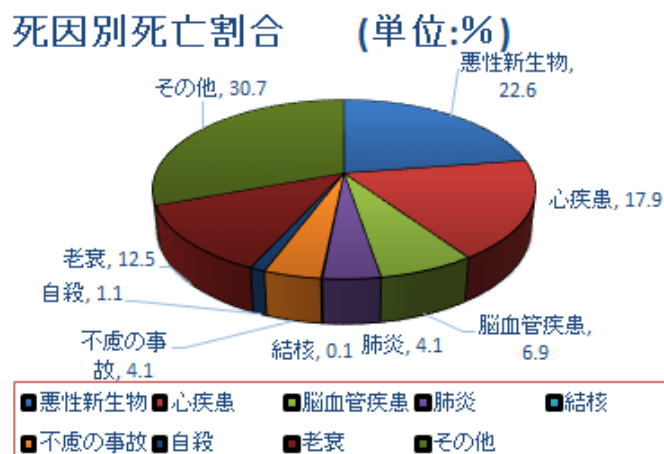
資料：兵庫県「入院患者調査」

○資料7： 死因別死亡数・死亡割合

資料：厚生労働省「人口動態統計」

(令和3年) (単位：人)

死因	死亡数
悪性新生物	338
心疾患	268
脳血管疾患	104
肺炎	62
結核	2
不慮の事故	61
自殺	18
老衰	187
その他	461
計	1,499



○資料8 : 標準化死亡比 (SMR)

H28-R2 死因	男性				女性			
	兵庫県	検定	丹波	検定	兵庫県	検定	丹波	検定
悪性新生物	102.3	*	89.4	-*	100.5		84.7	-*
心疾患	97.4	-*	100.5		101.3		112.2	*
急性心筋梗塞	115.9	*	150.8	*	115.6	*	151.6	*
脳血管疾患	96.8	-*	102.2		92.5	-*	109.3	
自殺	102.2		142.8	*	101.3		94.3	

検定の*は全国平均に比して有意(1%水準)に高いとき、-*は全国平均に比して有意(1%水準)に低いとき

資料:兵庫県における死亡統計指標(兵庫県立健康科学研究所)より

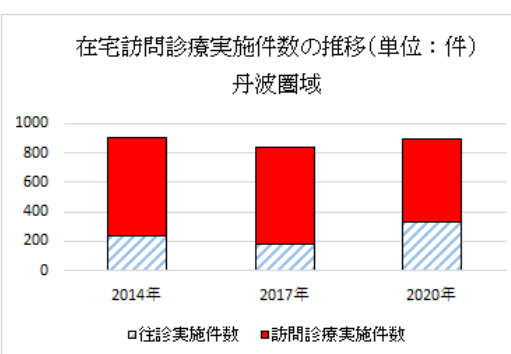
○資料9 : 訪問診療・訪問看護等実施件数

資料:医療施設調査(動態・静態)調査

医療保険等による在宅サービスを実施している
(往診実施件数)(在宅患者訪問診療実施件数)の計

(単位:件)

丹波圏域	2014年	2017年	2020年
往診実施件数	236	180	322
訪問診療実施件数	671	653	582
診療所・往診実施件数	123	155	268
病院・往診実施件数	108	25	80
診療所・訪問診療実施件数	312	393	329
病院・訪問診療実施件数	359	265	233



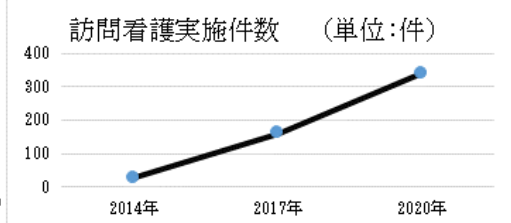
(単位:件)

丹波圏域	2014年	2017年	2020年
訪問看護実施件数	26	161	340
診療所・医療保険	20	147	87
診療所・介護保険	0	4	247
病院・医療保険	1	0	1
病院・介護保険	5	10	5

医療保険等による在宅サービス実施(在宅患者訪問看護・指導実施件数)
介護保険による在宅サービス実施(訪問看護(介護予防サービスを含む)実施件数)

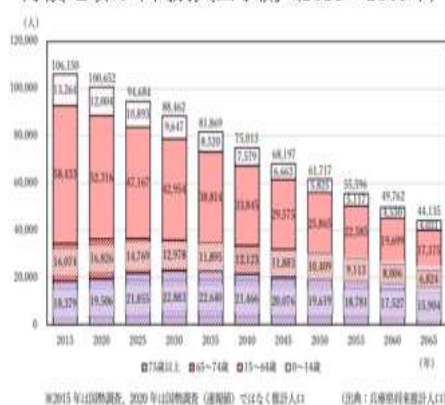
対2014増減率(2014=1として) (単位:%)

丹波圏域	2014年	2017年	2020年
訪問看護実施増減率	1	6.19	13.08



○資料10 : 高齢化率・自宅死・老人ホーム死等の推移

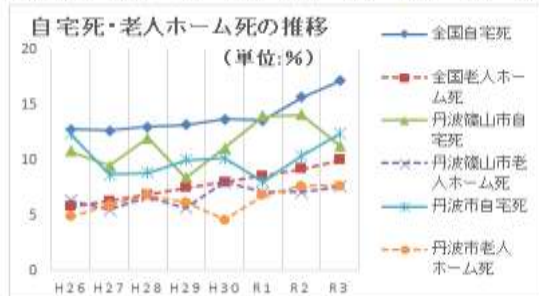
丹波地域の年代別人口予測(2015~2065年)



自宅死・老人ホーム死の割合

(単位:%)

	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3
全国自宅死	12.8	12.7	13	13.2	13.7	13.6	15.7	17.2
全国老人ホーム死	5.3	6.3	6.9	7.5	8	8.6	9.2	10
丹波篠山市自宅死	10.8	9.5	12	8.4	11.1	14	14.1	11.3
丹波篠山市老人ホーム死	6.4	5.5	6.7	5.7	8	7.1	7.1	7.6
丹波市自宅死	12.4	8.7	8.9	10	10.2	8.1	10.4	12.4
丹波市老人ホーム死	4.9	6	6.8	6.2	4.6	6.8	7.7	7.7



第9章 淡路圏域

地域の特性

淡路圏域は、洲本市、南あわじ市、淡路市の3市で構成され、兵庫県南部に位置する島で、東は大阪湾、紀淡海峡を隔てて大阪府、和歌山県に、南は大鳴門橋で徳島県に、北は明石海峡大橋で神戸市に隣接している。

面積は595.63km²で県全体の7.1%を占め、幹線道路である国道28号（54.2km）及び神戸淡路鳴門自動車道（淡路IC～淡路島南IC）が南北に縦断している。

高齢化率（令和5年2月1日現在）は38.2%で、全県（29.3%）を大きく上回り、県下で最も高齢化が進んだ地域となっている。

温暖な気候と自然、歴史・文化や食材など多彩な地域資源に恵まれ農水産業や地盤産業、観光業が盛んな地域である。

圏域の重点的な取組

1 在宅医療の維持確保

現状と課題

- (1) 後期高齢者人口の増加、患者の在宅復帰の促進等により在宅医療の維持確保が必要とされているが、在宅療養支援診療所はH29年の36か所からR3年は33か所と横ばいから減少傾向にあり、訪問診療医師をはじめとする在宅医療を支える人材確保、連携が必要である。
- (2) 外来患者推計では、今後、外来患者数は減少に向かうことが予測されているが働き手の人口が減少する淡路圏域では今後も人材確保が難しいと思われる。
- (3) 在宅療養支援病院はH29年の1か所からR2年は3か所へ増加。訪問看護ステーション16か所はすべて24時間対応をとっており1か所あたりの常勤換算の看護職員数はH29年3.7人からR2年は5.3人と増加傾向にある。

推進方策

現在の診療所、病院による訪問診療体制を維持し地域包括ケアシステムの構築のため総合的な地域医療・介護の連携体制づくりをめざす。

- ・医師、歯科医師をはじめとする在宅医療を支える人材確保
- ・訪問診療医の確保と病院からの訪問診療の役割分担
- ・薬剤師の訪問薬剤管理指導の推進
- ・医療と介護関係者の連携の推進

2 疾病対策

現状と課題

- (1) 淡路圏域は、人口減少、高齢化が進んでいる一方で、65歳以上就業率や75歳以上就業率が県下で一番高く、高齢者が健康であれば活躍できる素地があることから、地域を活性化していくためには、高齢者の健康の向上に取り組む必要が

ある。

- (2) 疾病分類統計、兵庫県健康づくり実態調査、県民意識調査、県立淡路医療センター等実施の調査などの様々な調査結果を踏まえ、高齢者の生活の質・予後に大きく関わり、淡路に特に多く今後も増加が予想される代表的な疾患・分野は「心不全」、「骨粗鬆症と骨折」、「口腔ケアと誤嚥性肺炎」である。

推進方策

「心不全」、「骨粗鬆症と骨折」、「口腔ケアと誤嚥性肺炎」を重点取り組み疾患・分野として「あわじ健康長寿の島づくり」に関係機関が連携して取り組む。

- ・基幹救急医療機関である県立淡路医療センターにおいて、同意の得られた心不全患者を「くにうみレジストリー」として全例登録し、定期的に心臓の包括的なチェックを行い、早期の治療介入による院内死亡率、再入院率の大幅な改善効果をあげており、島内関係機関の連携の下、取り組みを更に進める。
- ・いきいき百歳体操・かみかみ百歳体操等の身近な地域での取り組みが更に広がるよう支援を継続する。また、市、医師会、歯科医師会等が連携して実施するフレイル外来、フレイル・オーラルフレイル予防健診等の対策の推進を図る。
- ・「あわじ健康長寿の島づくりプロジェクト会議」等により関係機関の取り組みを共有し淡路地域全体での取り組みの方向性を検討することで対策をより実効性にあるものとのしていく。

3 災害医療

現状と課題

- (1) 南海トラフで発生する M8～9 クラスの地震の確率は今後 30 年以内で 70～80% 程度と予測されており、淡路島は県内でも最大規模の被害想定がされている。
- (2) 南海トラフ地震による淡路島の被害想定は死者 2,827 名、負傷者約 7,945 名うち重傷者は 1,872 名。避難者は 20,276 名（冬早朝 5 時）と想定されている。
- (3) 圏域内の関係機関が迅速に初動体制を確立し関係機関の連携により保健医療体制を確立する必要がある。

推進方策

大規模災害が発生した場合、健康福祉事務所(保健所)が「地域保健医療情報センター」機能を担うこととされている。そのため、災害拠点病院（県立淡路医療センター）、医師会、各医療機関、広域消防、各市等と連携した災害時救急医療体制の充実・強化に向けた取組を継続的に進め、災害時に必要な保健及び医療が、地域で適切かつスムーズに提供できる体制を確保する。

- ・「地域保健医療対策会議」の開催

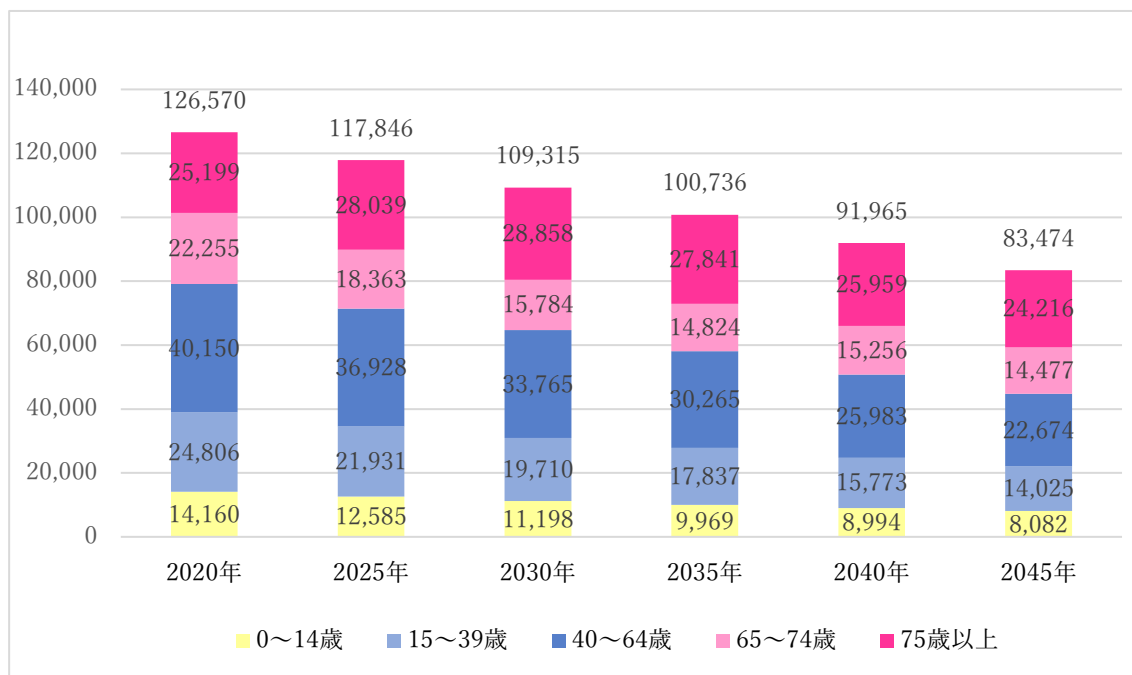
関係機関の連携体制を確認するとともに「災害時保健医療マニュアル」の内容の充実を図る。

- ・各関係機関と連携し訓練や研修を実施し発災に備える。

関連データ

将来推計人口 : 図1

淡路圏域の総人口は、減少を続けている。さらに高齢者人口も実数でみると減少局面に入っているものの比率で見ると増加し、後期高齢者人口は実数も2030年まで増加し、その後も比率としては増加することが推測されている。一方で生産年齢は減少の一途をたどり2025年の58,859人から2030年には53,475人と5年間で約5千人減少しその後も減少することが推計されている。



資料：国立社会保障・人口問題研究所「将来推計人口」（2018年3月推計）

人口動態 : 表1

淡路圏域の出生数は年々減少している。死亡数は2千人前後で推移している。

	出生数	死亡数	周産期死亡数
H26 (2014)	937	2,024	0
H27 (2015)	931	2,141	4
H28 (2016)	948	2,054	1
H29 (2017)	879	1,978	3
H30 (2018)	734	2,167	1
R1 (2019)	749	1,986	1
R2 (2020)	721	1,975	2
R3 (2021)	618	2,049	3

資料：厚生労働省「人口動態統計」

死因別死亡数 令和3年(2021) : 表2

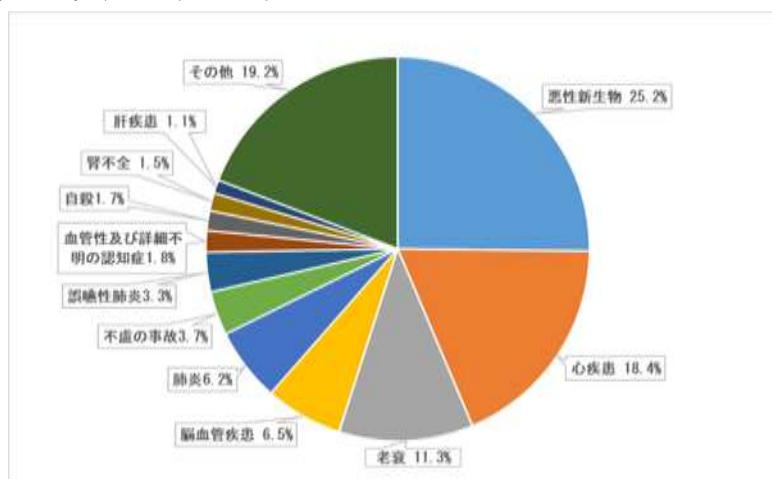
死因別死亡数では悪性新生物が最も多く、次いで、心疾患、老衰、脳血管疾患、肺炎の順となっている。

	全死因	悪性新生物	糖尿病	血管性及び詳細不明の認知症	高血圧性疾患	心疾患			
						急性心筋梗塞	その他虚血性心疾患	心不全	
男	1,012	320	9	11	4	164	28	23	73
女	1,037	196	8	26	11	214	21	19	136
計	2,049	516	17	37	15	378	49	42	209

	脳血管疾患				肺炎	誤嚥性肺炎	肝疾患	腎不全	老衰	自殺
	くも膜下出血	脳内出血	脳梗塞							
男	51	7	22	20	66	41	13	16	68	18
女	83	8	18	52	61	27	10	15	164	16
計	134	15	40	72	127	68	23	31	232	34

資料：厚生労働省「人口動態統計」

死因別死亡割合 令和3年(2021) : 図2



資料：厚生労働省「人口動態統計」

死因別の標準化死亡比 (SMR) 平成28年～令和2年(2016～2020) : 表3

全国と比較し、男女ともに有意に高い死因は心不全である。

		全死因	悪性新生物	糖尿病	高血圧性疾患	心疾患			
						急性心筋梗塞	その他虚血性心疾患	心不全	
淡路圏域	男	98.8	103.6	57.9	98.0	105.9	109.7	88.2	124.2
	女	97.8	101.7	83.3	107.8	114.1	105.7	84.6	139.4
兵庫県	男	98.6	102.3	101.7	81.3	97.4	115.9	91.1	105.1
	女	99.1	100.5	100.5	97.2	101.3	115.6	82.3	110.3

		脳血管疾患				肺炎	肝疾患	腎不全	老衰	自殺
		くも膜下出血	脳内出血	脳梗塞						
淡路圏域	男	86.2	159.5	68.8	84.0	91.6	99.9	80.7	83.0	125.9
	女	81.9	111.3	72.0	77.3	89.5	84.4	103.6	84.5	110.7
兵庫県	男	96.8	120.2	92.1	93.2	69.2	108.0	104.0	91.3	102.2
	女	92.5	99.3	90.8	89.2	67.4	106.1	108.6	96.2	101.3

：全国平均(=100)に比して有意(1%水準)に高い
 ：全国平均(=100)に比して有意(1%水準)に低い

資料：兵庫県立健康科学研究所「兵庫県における死亡統計指標」

病院・診療所施設数 令和3年(2021) : 表4

	病院		一般診療所		歯科診療所	
	総数	人口10万比	総数	人口10万比	総数	人口10万比
淡路圏域	11	8.7	133	105.5	73	57.9
兵庫県	347	6.4	5,192	95.6	2,971	54.7

資料：厚生労働省「医療施設調査」、兵庫県推計人口

医師・歯科医師・薬剤師数 令和2年(2020) : 表5

	医師		歯科医師		薬剤師	
	実数	人口10万比	実数	人口10万比	実数	人口10万比
洲本市	199	483.3	36	87.4	118	286.6
南あわじ市	58	131.5	33	74.8	87	197.2
淡路市	65	155.0	26	62.0	79	188.4
淡路圏域	322	253.1	95	74.7	284	223.2
兵庫県	15,133	277.0	4,141	75.8	15,663	286.8

資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」、兵庫県推計人口

保健師・助産師・看護師・准看護師数 令和2年(2020) : 表6

	保健師		助産師		看護師		准看護師	
	実数	人口10万比	実数	人口10万比	実数	人口10万比	実数	人口10万比
洲本市	32	77.7	34	82.6	761	1,848.3	145	352.2
南あわじ市	15	34.0	0	0	290	657.4	172	389.9
淡路市	28	66.8	5	11.9	363	865.5	148	352.9
淡路圏域	75	58.9	39	30.7	1,414	1,111.4	465	365.5
兵庫県	1,903	34.8	1493	27.3	57,521	1,053.1	9,619	176.1

資料：令和2年兵庫県看護師等業務従事者届、兵庫県推計人口

他圏域との患者流動 : 表7

		施設所在地										合計
		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	
淡路	実数	60	6	3	26	7	3	3	0	1	1,252	1,361
患者所在地	割合	4.4%	0.4%	0.2%	1.9%	0.5%	0.2%	0.2%	0.0%	0.1%	92.0%	100.0%

資料：兵庫県「入院患者調査」

必要病床数推計 : 表8

病床機能	H30(2018)		R3(2021)		R7(2025)
	病床機能報告				推計ツール
	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	最大使用病床数	必要病床数
高度急性期	99	99	98	85	99
急性期	601	601	628	506	328
回復期	277	271	277	257	438
慢性期	784	782	752	739	559
休棟	40		21		
計	1,801	1,753	1,776	1,587	1,424

在宅療養支援病院数、在宅療養支援診療所数、訪問看護ステーション数 : 表9

		在宅療養支援病院			在宅療養支援診療所			訪問看護ステーション	訪問看護ステーション			
		うち機能強化型(単独)	うち機能強化型(連携)	うち従来型	うち機能強化型(単独)	うち機能強化型(連携)	うち従来型		看護職員数(常勤換算)	うち24時間対応のSTの看護職員数(常勤換算)		
		(施設)	(施設)	(施設)	(施設)	(施設)	(施設)	(施設)	(人)	(人)		
H29	洲本市	0	0	0	0	13	0	3	10	8	24	23
	南あわじ市	2	0	0	2	12	0	0	12	4	11	11
	淡路市	0	0	0	0	11	0	0	11	4	24	25
	淡路圏域	2	0	0	2	36	0	3	33	16	59	59
H30	洲本市	0	0	0	0	10	0	3	7	8	33	34
	南あわじ市	2	0	0	2	11	0	0	11	5	14	14
	淡路市	0	0	0	0	11	0	0	11	4	28	28
	淡路圏域	2	0	0	2	32	0	3	29	17	75	76
R1	洲本市	0	0	0	0	10	0	3	7	7	41	41
	南あわじ市	2	0	0	2	11	0	0	11	4	15	15
	淡路市	1	0	0	1	12	0	0	12	4	26	26
	淡路圏域	3	0	0	3	33	0	3	30	15	82	82
R2	洲本市	0	0	0	0	9	0	2	7	7	40	40
	南あわじ市	2	0	0	2	11	0	0	11	4	15	15
	淡路市	1	0	0	1	12	0	0	12	4	26	26
	淡路圏域	3	0	0	3	32	0	2	30	15	81	81
R3	洲本市	1	0	1	0	10	0	3	7	7	41	41
	南あわじ市	2	0	0	2	10	0	0	10	5	21	21
	淡路市	1	0	0	1	13	0	0	13	4	23	23
	淡路圏域	4	0	1	3	33	0	3	30	16	85	85

資料：厚生労働省 在宅医療にかかる地域別データ集
在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所は厚生局届出施設数
訪問看護ステーションは介護サービス施設・事業所調査

訪問診療・歯科訪問診療 : 表10

		訪問診療										歯科訪問診療(診療所)					
		訪問診療を実施する病院数		うち、在宅療養支援病院		うち、在宅療養支援病院以外		訪問診療を実施する一般診療所数		うち、在宅療養支援診療所		うち、在宅療養支援診療所以外		居宅		施設	
				施設数	実施件数	施設数	実施件数			施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数
		(施設)	(件)	(施設)	(件)	(施設)	(件)	(施設)	(件)	(施設)	(件)	(施設)	(件)	(施設)	(件)	(施設)	(件)
H29	洲本市	0	0	0	0	0	0	18	383	10	194	8	189	1	3	3	17
	南あわじ市	3	122	1	11	2	111	12	179	9	151	3	28	4	4	6	53
	淡路市	1	2	0	0	1	2	18	324	10	249	8	75	5	7	9	180
	淡路圏域	4	124	1	11	3	113	48	886	29	594	19	292	10	14	18	250
R2	洲本市	1	3	1	3	0	0	15	397	9	330	6	67	2	7	3	20
	南あわじ市	3	70	1	7	2	63	9	94	7	92	2	2	1	3	6	24
	淡路市	3	96	1	9	2	87	16	388	11	286	5	102	3	4	9	44
	淡路圏域	7	169	3	19	4	150	40	879	27	708	13	171	6	14	18	88

資料：厚生労働省 在宅医療にかかる地域別データ集
厚生労働省 医療施設調査
実施件数は各年の9月分

場所別の死亡数 令和3年(2021) : 表11

	病 院	診療所	介護老人 保健施設	老人ホーム	自 宅	その他	総 数
淡路圏域	1,417	2	38	222	338	32	2,049
	69.2%	0.1%	1.9%	10.8%	16.5%	1.6%	100%
兵庫県	38,909	687	2,001	5,982	12,923	1,478	61,980
	62.8%	1.1%	3.2%	9.7%	20.9%	2.4%	100%

資料：厚生労働省「人口動態統計」

外来・入院レセプト件数順位（生活習慣病）淡路圏域 令和3年(2021) : 表12

外来レセプト件数順位

1	高血圧症	40,128
2	筋・骨格	29,134
3	糖尿病	26,631
4	脂質異常症	25,039
5	精神	13,278
6	がん	10,050
7	狭心症	2,007
8	脳梗塞	1,313
9	脂肪肝	749
10	高尿酸血症	730
11	動脈硬化症	274
12	心筋梗塞	147
13	脳出血	125

入院レセプト件数

1	精神	1,361
2	がん	1,120
3	筋・骨格	759
4	脳梗塞	218
5	狭心症	145
6	脳出血	142
7	糖尿病	87
8	高血圧症	36
9	心筋梗塞	24
10	脂質異常症	11
11	動脈硬化症	11
12	高尿酸血症	4
13	脂肪肝	2

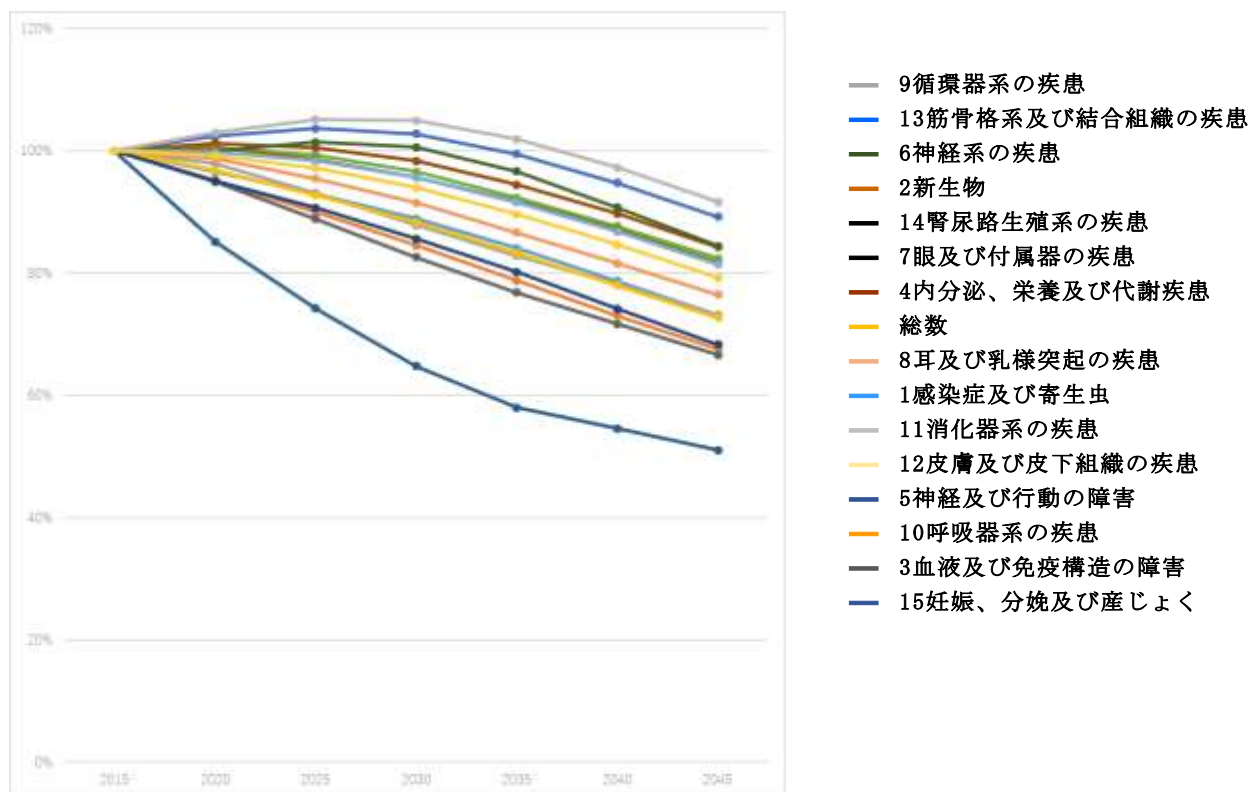
資料：兵庫県「令和3年度医療費分析資料」

要介護者の有病状況 令和3年(2021) : 表13

	基礎疾患		循環器疾患		その他			
	糖尿病	糖尿病合併症	心臓病	脳血管疾患	がん	精神	筋・骨格	難病
淡路圏域	2,611	219	6,792	2,306	1,337	3,763	5,885	306
	26.9%	2.3%	70.1%	23.8%	13.8%	38.8%	60.7%	3.2%
兵庫県	86,084	11,832	207,638	75,971	42,482	121,027	183,623	12,019
	26.8%	3.7%	64.7%	23.7%	13.2%	37.7%	57.2%	3.7%

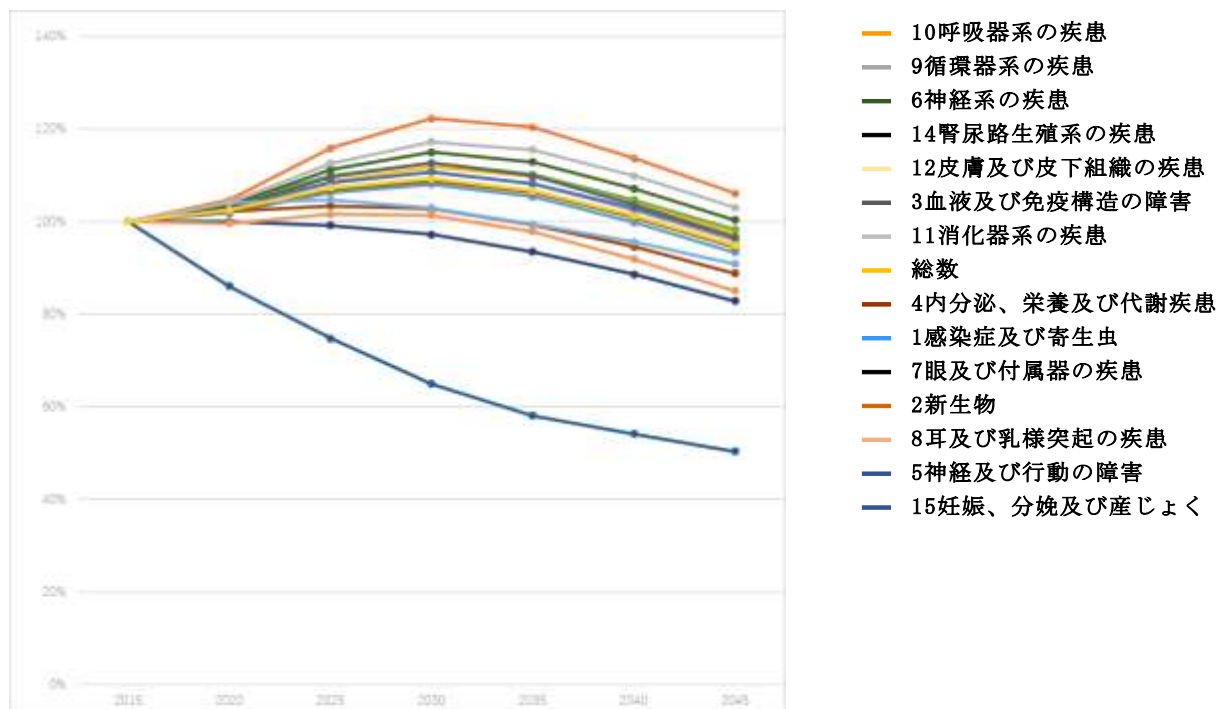
資料：兵庫県「令和3年度医療費分析資料」

外来患者数の推計（淡路圏域）：図3



資料：産業医科大学公衆衛生学教室 地域別人口変化分析ツール（AJAPA）

入院患者数の推計（淡路圏域）：図4



資料：産業医科大学公衆衛生学教室 地域別人口変化分析ツール（AJAPA）

【第9部】
計画の推進と進行管理

第9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。

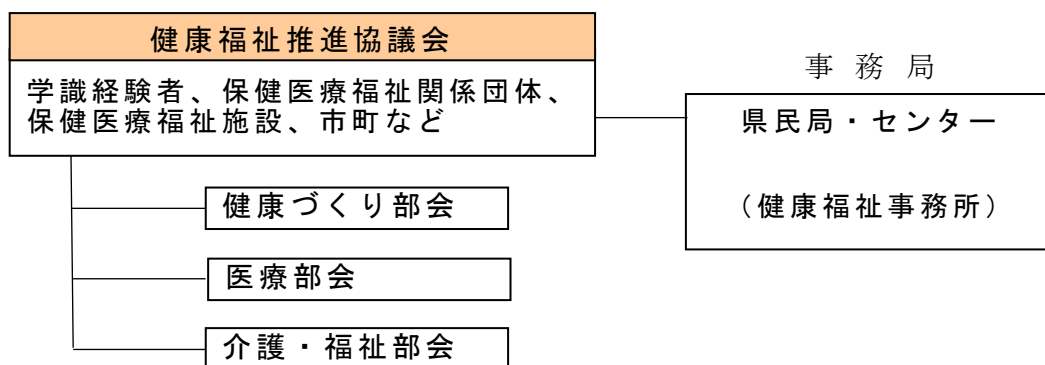
このため、市町は、県健康福祉事務所や保健医療関係団体と協力して、計画的に保健事業を展開する。

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、保健医療福祉関係団体や保健医療福祉施設などにより包括的な保健医療提供体制のネットワーク化を推進する。

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。

【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）

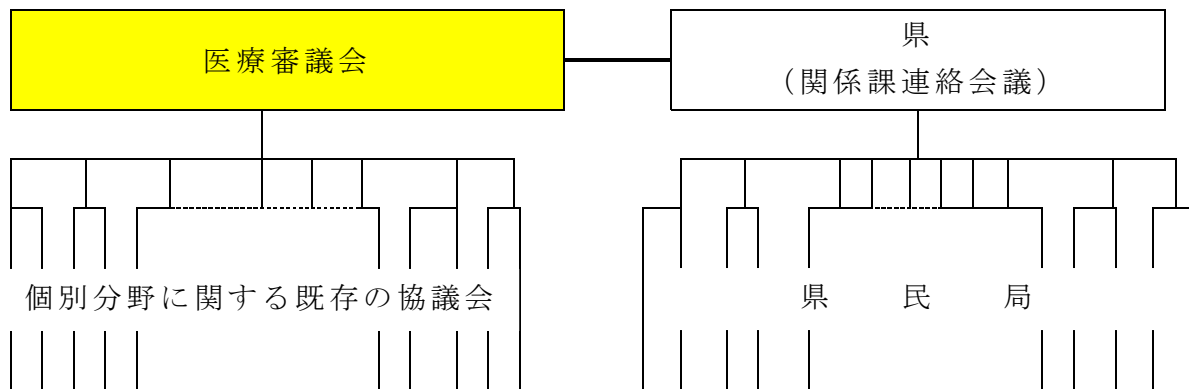
高度特殊な保健医療サービスを提供し、保健医療ネットワークの完結をめざす区域である。このため、県が各分野の推進状況と推進上の課題を把握し、推進のための支援や基盤整備を行う。

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】



第2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。

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	保健師	○保健師数(常勤換算数) 1,726人(R2) → 2,137人(R11)
		助産師	○助産師数(常勤換算数) 1,343人(R2) → 1,748人(R11)
		看護職員	○特定行為研修を修了した看護師数(実人数) 116人(R2) → 950人(R11) ○看護職員数(保健師・助産師含む)(常勤換算数) 62,557人(R2) → 69,700~69,728人(R11)
医療5疾病の医療5構築事業連業携及体び制在宅	がん対策		○がんの年齢調整罹患率(人口10万対) 397.9(R1) → 全国10位以内(R8) ○がんによる75歳未満年齢調整死亡率(人口10万対) 66.9(R3) → 全国平均より5%以上低い状態(R9)
	脳卒中对策		○健康寿命の延伸 男性: 80.41(R2) → 3年以上の延伸(2040年まで) 女性: 84.93(R2) → 3年以上の延伸(2040年まで) ○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) → 減少(R11) 女性: 19.1(H27) → 減少(R11)

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 体制 の 構築		心血管疾患対策	○健康寿命の延伸 男性：80.41（R2）→3年以上の延伸（2040年まで） 女性：84.93（R2）→3年以上の延伸（2040年まで） ○心疾患による年齢調整死亡率の引き下げ 男性：18.5（H27）→減少（R11） 女性：7.6（H27）→減少（R11）
		糖尿病対策	○糖尿病による年齢調整死亡率の引き下げ 男性：6.0（H27）→減少（R11） 女性：2.6（H27）→減少（R11）
		精神疾患対策	○年間自殺死亡者 947人（R4）→600人以下（R9） ○精神病床における入院需要（患者数） 9,463人（R4）→9,236人（R8） うち1年以上入院患者数 5,672人（R4）→5,102人（R8） 3,550人→3,099人（65歳以上） 2,122人→2,003人（65歳未満） ○精神病床における入院後の退院率 3ヶ月時点 63.1%（R2）→68.9%（R8） 6ヶ月時点 80.9%（R2）→84.5%（R8） 1年時点 88.6%（R2）→92.0%（R8） ○保険・医療・福祉関係者による協議の場の設置 全障害保健福祉圏域ごとに設置を維持（R4～R11）
		救急医療	○救命救急センター充実段階評価『S』の割合 40%（R4）→70%（R11）
		小児医療	○乳児死亡率 1.2（R4）→全国平均以下を維持（R11）
		災害医療	○災害拠点病院ごとの統括DMAT数 19機関33人（R5）→19機関47人（R11）
		周産期医療	○周産期死亡率 3.4（R4）→減少（R11）
		へき地医療	○県で養成するへき地等勤務医師数 145人（R5）→183人（R8）

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制の構築	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 1,678箇所(R3)→1,958箇所(R7) ○在宅療養支援病院・診療所数 1,061箇所(R5)→1,143箇所(R7) ○24時間対応体制加算の届出訪問看護ステーション数 830箇所(R5)→894箇所(R7) ○在宅療養支援歯科診療所数 478箇所(R5)→515箇所(R7) ○訪問歯科診療を実施している診療所数 1,129箇所(R4)→1,318箇所(R7) ○訪問歯科診療を実施している病院数 7箇所(R3)→9箇所(R7) ○訪問薬剤指導を実施している薬局数 1,542箇所(R5)→1,661箇所(R7) ○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27圏域(R5)→全40圏域(R11) ○訪問栄養食事指導を実施している診療所数 562箇所(R5)→674箇所(R7) ○退院支援加算の届出病院・診療所数 224箇所(R4)→242箇所(R7) ○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(R5)→全40圏域(R11) ○在宅看取り率の増加 34.8%(R4)→35.7%(R7)
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 9.8(R4)→り患率全国平均以下(R11)
		エイズ対策	○年間患者・感染者届出数に占める患者割合 29.2%(R4)→20%以下(R11)
	歯科保健		<ul style="list-style-type: none"> ○過去1年間に歯科健康診査を受診した人の割合 20歳以上：60.2%(R3)→82%(R11) 20歳代：45.5%(R3)→77%(R10) ○3歳児で4本以上のう歯のある歯を有する者の割合 2.9%(R3)→1.3%(R9) ○進行した歯周病(歯周炎)を有する者の割合 40歳：44.2%(R3)→34%(R9) 50歳：53.9%(R3)→44%(R9) ○口腔機能の維持・向上における咀嚼良好者の割合 (60歳以上)65.1%(R3)→80%(R10) ○障害者(児)入所施設の過去1年間の歯科健診実施率 64.2%(R3)→90%(R10) ○介護老人福祉施設及び介護老人保健施設の 過去1年間の歯科健診実施率 31.9%(R3)→50%(R10)

【第 10 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

○ 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

○ 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・中核市保健所

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

○ 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 ◎：目標値を達成 ○：現状値が計画策定時の値と比較して向上している

－：現状値が計画策定時から変化なし ▲：現状値が計画策定時の数値と比較して悪化している

※：計画策定時の値から更新した値が把握できていない

部	分野	数値目標 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)	
保健医療提供体制の基盤整備	看護職員	(1) 看護職員(保健師・助産師含む)数(常勤換算数) 57,691人(2016)→ 60,421～63,997人(2023)	人数 (常勤換算数)	57,691	2016	62,557	2020	60,421～63,997	2023
		(2) 特定行為研修を修了した看護師数(延人数) 162人(2017年)→ 684人(2023年)	人数(延人数)	162	2017	602	2020	684	2023
	保健師	(3) 保健師数(常勤換算数) 1,528人(2016年)→ 1,818人(2023)	人数 (常勤換算数)	1,528	2016	1,726	2020	1,818	2023
	助産師	(4) 助産師数(常勤換算数) 1,299人(2016)→ 1,748人(2023)	人数 (常勤換算数)	1,299	2016	1,848	2020	1,748	2023
	音楽療法士・ 園芸療法士	(5) 兵庫県音楽療法士の認定者数 365名(2016)→ 505名(2023)	認定者数	365	2017.3	425	2023.3	505	2023
		(6) 兵庫県園芸療法士の認定者数 169(2017) → 279(2023)	認定者数	169	2017	269	2022	279	2023
	地域医療連携体制の構築	(7) 地域医療支援拠点を確保する圏域数 7圏域(8圏域中)→ 全8圏域(2023)	圏域数	7	2018	8	2023.9	8	2023
患者の自己決定権の尊重	(8) 患者用クリティカルパスの導入病院割合 45.7%(2017) → 50%(2023)	比率(%)	45.7	2017	49.7	2023	50.0	2023	
5 疾病5事業及び在宅医療の医療連携体制の構築	救急医療	(9) 救急医療電話相談の実施市町(≠7119) 神戸市(2017) → 県全域(2023)	市町数	1	2017	2	2023.9	県全域 (41)	2023
小児医療	(10) 小児救急電話相談時間(≠8000) 24時まで(2017) → 翌朝8時まで(2023)	相談時間 (～時)	24時まで	2017	翌朝8時まで	2023.9	翌朝8時まで	2023	
	(11) 小児向け在宅医療関係研修会等の実施数 2回(2016)→ 8回以上(2023)	回数	2	2016	2	2022	8以上	2023	
災害医療	(12) 災害拠点病院の業務継続計画(BCP)の策定率 33.3%(2016) → 100%(2019)	策定率(%)	33.3	2016	100	2023	100	2019	
	(13) 統括DMATの災害拠点病院への配置 14箇所(2017) → 18箇所(2023)	箇所数	14	2017	17	2023	18	2023	
	(14) EMSの導入回数 年32回(2016) → 年38回以上(2023)	回数	32	2016	48	2023	38以上	2023	

- 評価欄 ◎:目標値を達成 ○:現状値が計画策定時の値と比較して向上している
 -:現状値が計画策定時から変化なし ▲:現状値が計画策定時の数値と比較して悪化している
 ※:計画策定時の値から更新した値が把握できていない

全 県				地 域 別 (現 状 値)									
現状値に対する評価		出典等	数値の次回目標予定期期	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3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	R6(2024)年 3月	21,074	11,625	8,415	8,667	4,083	7,759	3,143	2,405	1,372	1,993
○	引き続き、看護職員配置向上事業、在宅看護機能強化事業等の推進により、特定行為研修を終了した看護職員の確保に努める。	衛生行政報告例	R6(2024)年 3月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
○	引き続き、保健師確保に努める。	衛生行政報告例	R6(2024)年 3月	476	309	187	281	130	146	133	109	57	75
○	引き続き、助産師の資質向上を図る事業等の推進により、助産師の確保に努める。	衛生行政報告例	R6(2024)年 3月	537	258	138	183	63	181	25	48	21	39
○	令和2年度以降、新型コロナウイルスの影響により音楽療法士養成のための基礎講座を休止。また、多くの高齢者施設において実践経験(施設実習)の受入を休止していることから、認定要件を満たすのに長期間を要し、養成が思うように進んでいない状況。上記現状を踏まえて今後の兵庫県音楽療法士養成のあり方について関係機関と協議を行うなど、検討を行う。	県医師課調べ	R6(2024)年 3月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
○	平成29年3月に策定した「淡路景観園芸学校新築開校計画」に基づき、より効率的で学びやすいカリキュラムの見直し等を実施した効果が現れ、近年、入学者数・修了者数が増加傾向で、資格認定対象となる淡路景観園芸学校修了者数は現時点では増加目標には達しているが計画最終年度には達成される見込みがある。	県公園緑地課調べ	R6(2024)年 3月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	269
◎	達成済み	-	-	13	4	5	5	2	5	1	2	1	1
○	概ね達成している。	県医師課調べ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
○	2019年度に芦屋市が参画した。令和5年度、#7119研究会実施(消防保安課事務局)。研究会の結果を踏まえ方向性を定める。	県医師課調べ	R6(2024)年 9月	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
◎	達成済み	県医師課調べ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	引き続き、実施数の増加に努める。	県医師課調べ	R6(2024)年 4月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
◎	達成済み	県医師課調べ	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
○	赤穂市民病院で統括DMATが不在となっている。引き続き、統括DMATの確保に努める。	県医師課調べ	R6(2024)年 9月	3	4	0	1	1	3	1	2	1	1
◎	達成済み	県医師課調べ	-	6	5	5	8	8	8	2	2	3	1

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 ◎:目標値を達成 ○:現状値が計画策定時の値と比較して向上している

－:現状値が計画策定時から変化なし ▲:現状値が計画策定時の数値と比較して悪化している

※:計画策定時の値から更新した値が把握できていない

部	分野	数値目標 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)	
周産期医療		(15) 周産期死亡率 2.8(2016)→減少(2023)	死亡率	2.8	2016	3.4	2021	減少	2023
		(16) 災害時小児周産期リエン認定者数 3人(2016)→12人(2019)	人数	3	2016	25	2023	12	2019
へき地医療		(17) 県で養成するへき地等勤務医師数 57人(2017)→158人(2023)	人数	57	2017	145	2023.4	158	2023
		(18) へき地等勤務医師の県内へき地定着数 50人(2017)→60人(2023)	人数	50	2017	54	2023.6	60	2023
5 疾病 6 事業及び在宅医療の医療連携体制の構築 がん対策		(19) がんによる人口10万対年齢調整死亡率(75歳未満) 2021値で全国平均より5%低い状態を実現	年齢調整死亡率	75.3	2016	66.9	2021	全国平均より5%低い状態	2021
		(20) がんによる人口10万対年齢調整罹患率(全国順位) 全国25位(2013) → 全国10位以内(2020)	罹患率全国順位	25	2013	32	2019	10位以内	2020
		(21) 男性成人の喫煙率 24.8%(2016)→19%(2022)	喫煙率(%)	24.8	2016	23.7%	2021	19.0	2022
		(22) 女性成人の喫煙率 7.1%(2016)→4%(2022)	喫煙率(%)	7.1	2016	4.0%	2021	4.0	2022
		(23) 未成年者の喫煙率 0.1%(中1女子 2016)→0%(2022)	喫煙率(%)	0.1	2016	0%	2021	0.0	2022
		(24) 未成年者の喫煙率 3.1%(高3女子 2016)→0%(2022)	喫煙率(%)	3.1	2016	0%	2021	0.0	2022
		(25) 未成年者の喫煙率 0.0%(中1男子 2016)→0%(2022)	喫煙率(%)	0.0	2016	0%	2021	0.0	2022
		(26) 未成年者の喫煙率 2.0%(高3男子 2016)→0%(2022)	喫煙率(%)	2.0	2016	0%	2021	0.0	2022
		(27) がん検診受診率 35.9~40.7%(2016)→50%(2022)	受診率(%)	35.9~40.7	2016	38.9~44.2	2022	50.0	2022
		(28) 精密検査受診率 66.0%~81.9%(2015)→90%以上(2022)	受診率(%)	66.0~81.9	2015	66.6~90.1	2020	90以上	2022
		(29) キャンサーボート開催回数 961(2016)→4増(2022)	回数	961	2016	3,580	2021 (1~12月)	増加	2022
		(30) 緩和ケア研修修了者数 4,027人(2017.3)→6,400人(2023.3)	修了者数	4,027	2017.3	7951	2023.3	6,400	2023.3
		(31) がん性疼痛緩和指導管理科届出医療機関数 358(2017.3)→550(2022)	医療機関数	358	2017.3	484	2023.3	550	2022

評価欄 ◎:目標値を達成 ○:現状値が計画策定時の値と比較して向上している
 -:現状値が計画策定時から変化なし ▲:現状値が計画策定時の数値と比較して悪化している
 ※:計画策定時の値から更新した値が把握できていない

全 県				地 域 別 (現 状 値)									
現状値に対する評価		出典等	数値の次回把握予定時期	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												
▲	周産期死亡数は2016年では120人であったのに対し2021年では122人であるが、出生数の大幅な減少により死亡率が増加した。2021年全国平均の3.4と同じ低い死亡率を維持しており、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の減少に努める。	人口動態調査	R6(2024)年3月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
◎	達成済み	-	-	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的に努める。	県医師課調べ	R6(2024)年4月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
○	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。	県医師課調べ	R6(2024)年6月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
○	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み。	人口動態統計・国立がん研究センター	R4(2022)年値がR5(2023)年秋頃公開予定	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
▲	乳がん等の罹患率の上昇により悪化。がん検診の受診率向上を目指し検診の啓発に努め、早期発見・早期治療を推進する。	国立がん研究センター	R2年値がR5年4月頃公開予定(一公開時期未定)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
○	引き続き、禁煙支援・喫煙防止対策事業の推進により、喫煙率の低下に努める。	数値は、5年毎に実施している「健康づくり実態調査」により把握	R8(2026)年度	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
◎	引き続き、禁煙支援・喫煙防止対策事業の推進により、喫煙率の低下に努める。	数値は、5年毎に実施している「健康づくり実態調査」により把握	R8(2026)年度	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
◎	引き続き、禁煙支援・喫煙防止対策事業の推進により、喫煙率0%の継続に努める。	数値は、5年毎に実施している「健康づくり実態調査」により把握	R8(2026)年度	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
◎	引き続き、禁煙支援・喫煙防止対策事業の推進により、喫煙率0%の継続に努める。	数値は、5年毎に実施している「健康づくり実態調査」により把握	R8(2026)年度	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
◎	引き続き、禁煙支援・喫煙防止対策事業の推進により、喫煙率0%の継続に努める。	数値は、5年毎に実施している「健康づくり実態調査」により把握	R8(2026)年度	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
○	引き続き、がん検診受診率向上の推進に取り組み。	国民生活基礎調査(厚生労働省・2019年)	R4(2022)年値がR5(2023)年夏頃公開予定	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
○	引き続き、がんの予防・早期発見の推進に取り組み。	県疾病対策課調査(2022年)	R3(2021)年値がR5(2023)年秋頃公開予定	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
◎	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	R4(2022)年値がR5(2023)年秋頃10月予定	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
◎	引き続き、がん患者の療養生活の質の維持向上に努める。	県疾病対策課調べ	R4(2022)年値がR5(2023)年4月頃公開予定	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
○	引き続き、がん患者の療養生活の質の維持向上に努める。	施設基準の届出受理医療機関名(東近畿厚生局)	毎月更新	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

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 ◎:目標値を達成 ○:現状値が計画策定時の値と比較して向上している

－:現状値が計画策定時から変化なし ▲:現状値が計画策定時の数値と比較して悪化している

※:計画策定時の値から更新した値が把握できていない

部	分野	数値目標 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)	
5 疾病5 事業及び 在宅医療 の医療連携 体制の構築	脳血管疾患 (脳卒中)対策	(32) 脳血管疾患による年齢調整死亡率(男性) 36.9(2015)→減少(2020)	年齢調整死亡率 (%)	36.9	2015	—	—	減少	2020
		(33) 脳血管疾患による年齢調整死亡率(女性) 19.1(2015)→減少(H22)	年齢調整死亡率 (%)	19.1	2015	—	—	減少	2020
	心血管疾患 対策	(34) 急性心筋梗塞による年齢調整死亡率(男性) 18.5(2015)→減少(2020)	年齢調整死亡率 (%)	18.5	2015	—	—	減少	2020
		(35) 急性心筋梗塞による年齢調整死亡率(女性) 7.6(2015)→減少(2020)	年齢調整死亡率 (%)	7.6	2015	—	—	減少	2020
	糖尿病 対策	(36) 糖尿病による年齢調整死亡率(男性) 6.0(2015)→減少(2020)	年齢調整死亡率 (%)	6.0	2015	—	—	減少	2020
		(37) 糖尿病による年齢調整死亡率(女性) 2.6(2015)→減少(2020)	年齢調整死亡率 (%)	2.6	2015	—	—	減少	2020
		(38) 特定健診受診率(S) 46.5%(2015)→70%(2022)	受診率(%)	46.5	2015	52.7	2021	70.0	2022
	精神疾患 対策	(39) 3ヶ月未満入院患者数 2,024人(2016)→2,164人(2018)	人数	2,024	2016	2,240	2022.6	2,164	2020
		(40) 3ヶ月以上1年未満入院患者数 1,583人(2016)→1,730人(2020)	人数	1,583	2016	1,551	2022.6	1,730	2020
		(41) 1年以上入院患者数(65歳以上) 3,762人(2016)→3,535人(2020)	人数	3,762	2016	3,550	2022.6	3,535	2020
		(42) 1年以上入院患者数(65歳未満) 3,112人(2016)→2,489人(2020)	人数	3,112	2016	2,122	2022.6	2,488	2020
		(43) 地域移行に伴う基盤グループホーム等整備量(65歳以上) —(2016) →718人(2020)	人数	—	2016	674	2022	718	2020
(44) 地域移行に伴う基盤グループホーム等整備量(65歳未満) —(2016) →649人(2020)		人数	—	2016	1,026	2022	649	2020	
(45) 早期入院率(3ヶ月時点) 52.8%(2016)→69.0%(2020)		入院率(%)	52.8	2016	63.1	2020	69.0	2020	
(46) 早期入院率(6ヶ月時点) 81.0%(2016)→84.0%(2020)		入院率(%)	81.0	2016	80.9	2020	84.0	2020	
(47) 早期入院率(1年時点) 89.3%(2016)→90.0%(2020)		入院率(%)	89.2	2016	89.6	2020	90.0	2020	
(48) 保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置 10圏域(2016)→全ての障害保健福祉圏域(2020)		圏域数	10	2016	全ての障害保健 福祉圏域	2022	全ての障害保 健福祉圏域	2020	
(49) 年間自報者数 942人(2016)→600人以下(2022)	人数	942	2016	947	2022	600以下	2022		

評価欄 ◎:目標値を達成 ○:現状値が計画策定時の値と比較して向上している
 -:現状値が計画策定時から変化なし ▲:現状値が計画策定時の数値と比較して悪化している
 ※:計画策定時の値から更新した値が把握できていない

全 県				地 域 別 (現 状 値)									
現状値に対する評価		出典等	数値の次回把握予定時期	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												
※	食生活や運動習慣などの生活習慣の改善を推進し、脳血管疾患による死亡者数の減少を目指す。	人口動態統計特殊報告 都道府県別年齢調整死亡率(厚生労働省)	R2(2020)年値がR5(2023)年12月公開予定	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
※	食生活や運動習慣などの生活習慣の改善を推進し、脳血管疾患による死亡者数の減少を目指す。	人口動態統計特殊報告 都道府県別年齢調整死亡率(厚生労働省)	R2(2020)年値がR5(2023)年12月公開予定	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
※	高血圧、高脂血症及びこれらの予備軍に対して保健指導を重点的に実施し、心血管疾患対策の推進に努める。	人口動態統計特殊報告 都道府県別年齢調整死亡率(厚生労働省)	R2(2020)年値がR5(2023)年12月公開予定	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
※	高血圧、高脂血症及びこれらの予備軍に対して保健指導を重点的に実施し、心血管疾患対策の推進に努める。	人口動態統計特殊報告 都道府県別年齢調整死亡率(厚生労働省)	R2(2020)年値がR5(2023)年12月公開予定	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
※	内臓脂肪症候群対策の推進等により糖尿病対策の推進に努める。	人口動態統計特殊報告 都道府県別年齢調整死亡率(厚生労働省)	R2(2020)年値がR5(2023)年12月公開予定	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
※	内臓脂肪症候群対策の推進等により糖尿病対策の推進に努める。	人口動態統計特殊報告 都道府県別年齢調整死亡率(厚生労働省)	R2(2020)年値がR5(2023)年12月公開予定	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
○	特定健診受診率は年々上昇しているが、目標は達成していないため、保険者と連携し受診率の向上を目指す。	厚生労働省公表値	R5(2023)年12月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
▲	引き続き、関連事業の実施により、精神科病院に入院する精神障害者の地域移行・地域定着を推進する。	精神保健福祉資料	R6(2024)年3月7日	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
◎	引き続き、関連事業の実施により、精神科病院に入院する精神障害者の地域移行・地域定着を推進する。	精神保健福祉資料	R6(2024)年3月7日	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
○	引き続き、関連事業の実施により、精神科病院に入院する精神障害者の地域移行・地域定着を推進する。	精神保健福祉資料	R6(2024)年3月7日	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
◎	引き続き、関連事業の実施により、精神科病院に入院する精神障害者の地域移行・地域定着を推進する。	精神保健福祉資料	R6(2024)年3月7日	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
○	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、地域移行を促進する。	県障害福祉課調べ	R6(2024)年3月7日	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
◎	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、地域移行を促進する。	県障害福祉課調べ	R6(2024)年3月7日	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
○	引き続き、関連事業の実施により、精神科病院に入院する精神障害者の地域移行・地域定着を推進する。	精神保健福祉資料	R6(2024)年3月7日	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
▲	引き続き、関連事業の実施により、精神科病院に入院する精神障害者の地域移行・地域定着を推進する。	精神保健福祉資料	R6(2024)年3月7日	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
▲	引き続き、関連事業の実施により、精神科病院に入院する精神障害者の地域移行・地域定着を推進する。	精神保健福祉資料	R6(2024)年3月7日	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
◎	引き続き、関係機関の連携を推進し、精神科病院に入院する精神障害者の地域移行・地域定着を推進する。	県障害福祉課調べ	R6(2024)年3月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
▲	2019年には877人まで減少していたが、コロナ禍以降増加傾向。引き続き、相談窓口等の認知度を向上させ、相談希望行動につながるよう、自殺予防対策の実施に努める。	警察統計	R6(2024)年3月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

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 ◎:目標値を達成 ○:現状値が計画策定時の値と比較して向上している

－:現状値が計画策定時から変化なし ▲:現状値が計画策定時の数値と比較して悪化している

※:計画策定時の値から更新した値が把握できていない

部	分野	数値目標 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)	
5 疾病対策 及び在宅医療の医療連携体制の構築	在宅医療	(50) 訪問診療を実施している病院・診療所数 1,666箇所(2016(H28)) →1,942箇所(2020) 2,195箇所(2023) 2,364箇所(2025)	対2017比(%)	1,666	2016	1,678~1,679 ※	2022	15%増加 (1,942箇所)	2020
		(51) 在宅療養支援病院 診療所数 912箇所(2017.4) →1,049箇所(2020) 1,186箇所(2023) 1,277箇所(2025)	対2017比(%)	912	2017	1,061	2023.7	15%増加 (1,049箇所)	2020
		(52) 在宅療養支援歯科診療所数 573箇所(2017.4) →658箇所(2020) 745箇所(2023) 803箇所(2025)	対2017比(%)	573	2017	479	2023.7	15%増加 (659箇所)	2020
		(53) 24時間対応体制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)	対2017比(%)	495	2017	224	2023.7	15%増加 (570箇所)	2020
		(54) 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16圏域(2017)→全40圏域(2023)	在宅医療圏域数	16	2017	39	2023.9	40	2023
		(55) 退院支援加算の届出病院・診療所数 215箇所(2017.4) →訪問診療需要の増加に比率に応じた箇所数等の増加 (247箇所(2020) 290箇所(2023) 301箇所(2025)) ※現在は入退院支援加算に改称	箇所数	215	2017	69.7	2021.10	15%増加 (247箇所)	2020
		(56) 地域包括ケア病床を有する圏域の数 36在宅医療圏域(2017)→40圏域(2023)	在宅医療圏域数	36	2017	34.8	2022	40	2023
		(57) かかりつけ医がいる人の割合 73.5%(2017) → 80%(2023)	比率(%)	73.5	2017	69.7	2021.10	80.0	2023
		(58) 在宅看取り率 25.3%(2016)→27%(2023)	比率(%)	25.3	2016	34.8	2022	27.0	2023
保健・医療・福祉の総合的な提供体制の構築	結核対策	(59) 人口10万対結核罹患率 15.3(H28) → 10.0(H30)	比率(人口10万対)	15.3	2016	10.8	2021	10.0	2021
	エイズ対策	(60) 年間患者・感染者届出数に占める患者割合 42.9%(2016) → 全国値以下(2021)	比率(%)	42.9 ※全国値当初 30.2	2016	25.8	2021	全国値以下	2021
	難病対策	(61) (難病診療分野別)専門医の指定 － (H29)→ 15難病疾患群の全てにおいて指定(H30)	疾患群数	－	2017	15	2020	15	2023

評価欄 ◎:目標値を達成 ○:現状値が計画策定時の値と比較して向上している
 -:現状値が計画策定時から変化なし ▲:現状値が計画策定時の数値と比較して悪化している
 ※:計画策定時の値から更新した値が把握できていない

全 県				地 域 別 (現 状 値)									
現状値に対する評価		出典等	数値の次回把握予定時期	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入院・休診が増加したため、施設数が減少した。引き続き、関係団体と連携し、新規在宅医の養成やIoTを活用した在宅医療提供体制の充実を推進することにより、施設数の増加を図る。	保健医療計画データベース ※	R6(2024)年4月	533	389	189	146	76	136	70	56~57	33	50
◎	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)	R6(2024)年4月	845	251	132	91	51	75	32	85	15	84
▲	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。引き続き、在宅歯科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)	R6(2024)年4月	150	88	61	65	32	36	18	14	11	8
◎	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)	R6(2024)年4月	271	173	121	95	34	92	34	16	7	16
○	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)	R6(2024)年4月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
○	引き続き、関係団体や関係部署と連携し、入院支援を行う専門看護師確保に向けた支援を実施し、施設数の増加を図る。	施設基準等届出状況(近畿厚生局)	R6(2024)年4月	67	34	21	30	14	26	10	8	3	11
○	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)	R6(2024)年4月	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
▲	引き続き、医師会等の関係団体と連携し、特に数値が減少した地域に対して、かかりつけ医を持つことに関する普及啓発に取り組みとともに、かかりつけ医の育成・養成に取り組みすることで、比率の向上を図る。	兵庫のゆたかさ指標	-	67.9%	70.5%	68.8%	61.4%	76.6%	76.1%	71.1%	78.6%	75.3%	75.0%
◎	引き続き、在宅看取り提供体制の推進により、比率の向上を図る。	人口動態調査から算出	R6(2024)年9月	35.1%	37.1%	35.0%	35.8%	30.7%	36.8%	27.2%	36.9%	25.5%	32.2%
○	罹患率は、2019年14.0、2020年11.7、2021年10.8と減少傾向にある。しかしながら全国9.2と比べ依然高い状況にある。患者の早期発見や確実な治療等、低まん延化に向けた取り組みを継続する。	感染症発生動向調査	R6(2026)年	13.2	11.7	7.3	10.5	9.2	8.8	11.5	5.8	10.0	12.7
◎	全国値H30は28.6、R2は31.5、R3は29.8と横ばいの傾向にある。本県では、H30は19.2、R2は34.9と増加するも、R3は25.8と減少傾向が見られた。新型コロナウイルス感染症流行による検査控えの影響も考慮し、引き続き、健康福祉事務所における匿名無料検査のより一層の発診促進を行う。	感染症発生動向調査	R6(2026)年	6.3	50.0	50.0	40.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0
◎	達成済み	-	-	9	7	8	7	9	5	9	2	1	1

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 ◎:目標値を達成 ○:現状値が計画策定時の値と比較して向上している

－:現状値が計画策定時から変化なし ▲:現状値が計画策定時の数値と比較して悪化している

※:計画策定時の値から更新した値が把握できていない

部	分野	数値目標 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)	
保健・医療・福祉の総合的な提供体制の構築	歯科保健	(62) もし歯のないおじいさんの割合 85.0%(2015)→ 90%以上(2022)	比率(%)	85.0	2015	90.1	2021	90以上	2022
		(63) 12歳児で歯肉に炎症所見を有する者の割合 4.2%(2016)→ 3%以下(2022)	比率(%)	4.2	2016	3.6	2022	3以下	2022
		(64) 40歳で現在歯数28歯以上 64.4%(2016)→ 77%以上(2022)	比率(%)	64.4	2016	76.5	2021	77以上	2022
		(65) 60歳の現在歯数24歯以上 68.4%(2016)→ 73%以上(2022)	比率(%)	68.4	2016	73.6	2021	73以上	2022

- 評価欄 ◎:目標値を達成 ○:現状値が計画策定時の値と比較して向上している
 -:現状値が計画策定時から変化なし ▲:現状値が計画策定時の数値と比較して悪化している
 ※:計画策定時の値から更新した値が把握できていない

全 県				地 域 別 (現 状 値)									
現状値に対する評価		出典等	数値の次回把握予定時期	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												
◎	引き続き健診結果の集計及び傾向分析とともに、市町母子保健事業への支援に努める。	R3年度歯科健康診査(1歳6か月児及び3歳児健康診査)	R5(2023)年10月	89.9	86.3	92.3	91.3	90.6	87.9	90.0	90.9	89.4	95.2
○	引き続き健診結果の集計及び傾向分析とともに、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る。	R4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	R6(2024)年3月	3.2	5.0	2.7	3.0	4.1	3.7	4.6	3.7	1.6	6.7
○	引き続き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、進行の防止に努める。	R3年度兵庫県健康づくり実地調査	R8(2026)年	64.3	66.7	79.2	88.5	88.4	87.5	50.0	88.9	76.2	80.8
◎	引き続き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る。	R3年度兵庫県健康づくり実地調査	R8(2026)年	58.2	74.2	72.2	56.3	82.9	84.6	66.7	68.1	80.6	55.6

兵庫県保健医療計画改定の経緯

1 検討経緯

(1) 審議日程

令和5年1月19日	兵庫県医療審議会保健医療計画部会(計画改定概況、医療需給調査の実施)
令和5年3月7日	兵庫県医療審議会保健医療計画部会(諮問)
令和5年3月24日	兵庫県医療審議会(諮問)
令和5年7月11日	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)
令和5年12月21日	兵庫県医療審議会保健医療計画部会(保健医療圏域、基準病床、計画素案)
令和6年2月 日	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実施結果・答申原案)
令和6年3月 日	兵庫県医療審議会及び保健医療計画部会(答申原案)
令和6年 月 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：令和 年 月 日～令和 年 月 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：令和 年 月 日～令和 年 月 日

(5) 保険者協議会への意見照会

実施期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日

(6) パブリック・コメントの実施

実施期間：令和5年12月27日～令和6年1月17日

(7) 公示

令和 年 月 日付け兵庫県公報において告示

兵庫県保健医療計画

2024（令和6）年4月

発行者 兵庫県

連絡先 兵庫県保健医療部医務課

〒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