

# 兵庫県地域医療構想（案）

平成 28 年 6 月  
兵庫県健康福祉部



# 兵庫県地域医療構想（案） 目次

## 第1章 基本的な考え方

1 地域医療構想策定の背景	1
(1) 後期高齢者人口の増加	
(2) 2025年問題の現実化	
(3) 2025年問題への処方箋	
2 地域医療構想策定の目的	5
3 地域医療構想の位置付け	5
4 地域医療構想に規定すべき事項	5
(1) 法令の規定	
(2) 病床の機能区分	
5 構想区域の設定	7
6 策定のプロセス	9
(1) 地域医療構想策定のプロセス	
(2) 策定体制	

## 第2章 本県の医療の現況

1 医療資源の状況	11
(1) 医療施設数	
(2) 病床数	
(3) 病床利用率、平均在院日数	
(4) 医療従事者の状況	
2 患者の受療動向	19
(1) 患者の移動の状況	
(2) 在宅医療の受療傾向	

## 第3章 将来の人口、医療需要と病床数の推計

1 推計人口の動向	23
(1) 総人口の動向	
(2) 生産年齢人口の動向	
(3) 高齢者人口の動向	
(4) 医療への影響	
2 法令及び国提供推計ツールを用いた将来の病床数推計	28
(1) 都道府県間、圏域間の患者流動を反映した場合の推計	
(2) すべての患者が住所地圏域で受療すると仮定した場合の推計	
(3) 居宅等における医療の必要量	
(4) 慢性期病床推計に特例を適用した場合の平成42年の病床数の必要量	

<b>第4章 あるべき医療提供体制を実現するための施策と推進体制</b>	
1 基本的な考え方	3 3
2 県全体に関わる課題及び具体的施策	3 4
(1) 病床の機能分化・連携の推進	
(2) 在宅医療の充実	
(3) 医療従事者の確保	
(4) その他	
3 各圏域の課題及び具体的施策	4 5
〔神戸圏域〕	
〔阪神南圏域〕	
〔阪神北圏域〕	
〔東播磨圏域〕	
〔北播磨圏域〕	
〔中播磨圏域〕	
〔西播磨圏域〕	
〔但馬圏域〕	
〔丹波圏域〕	
〔淡路圏域〕	
4 地域医療構想の推進体制	8 2
(1) 地域医療構想推進委員会	
(2) 地域医療構想調整会議	

<b>第5章 資料編</b>	
1 診療科充足度	8 3
2 NDB データ等に基づく患者受療動向	8 4
(1) 一般病床入院	
(2) 回復期リハビリテーション入院	
(3) 療養病床入院	
(4) 疾患別	
3 救急医療の状況	8 9
(1) 救急医療における患者受療動向	
(2) 救急搬送平均所要時間	
4 急性期搬送 30 分圏内カバー率	9 1
(1) 脳卒中	
(2) 急性心筋梗塞	
5 用語解説	1 0 1

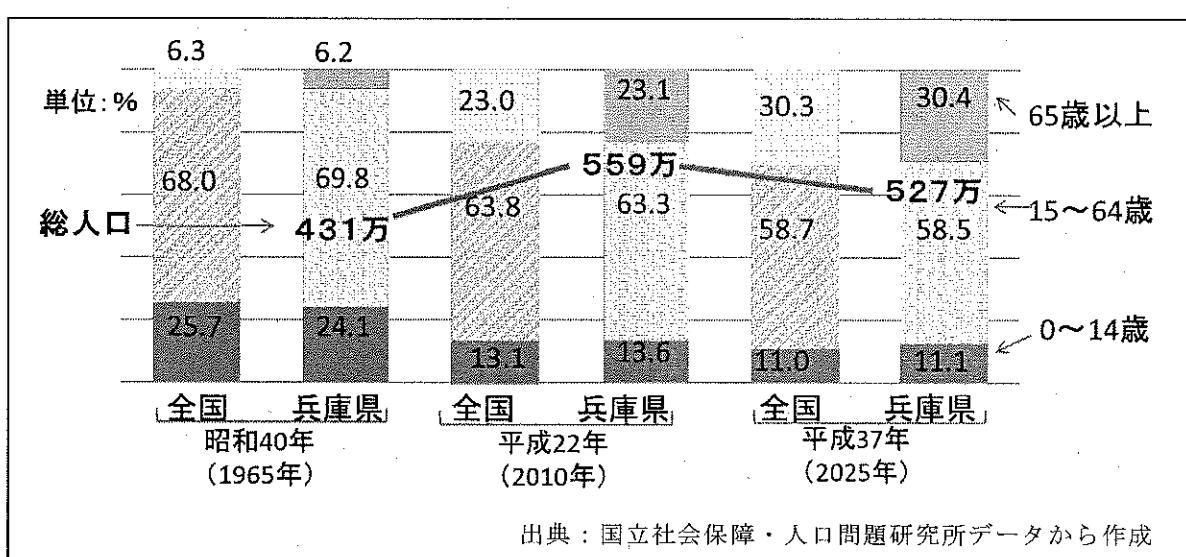
## 第1章 基本的な考え方

### 1 地域医療構想策定の背景

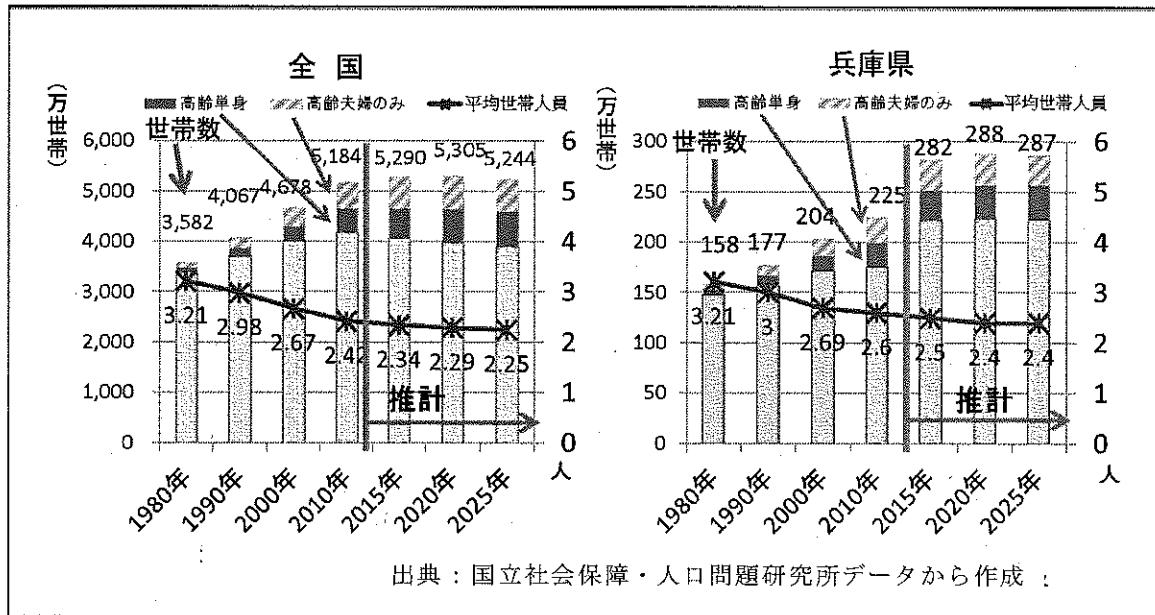
#### (1) 後期高齢者人口の増加

- ア 2025（平成37）年には団塊の世代が全て75歳以上（国民の概ね3人に1人が65歳以上、5人に1人が75歳以上）となる。
- イ 本県においても、2025年には総人口527万人のうち65歳以上人口が160万人（30.4%）、75歳以上人口が97万人（18.3%）に上ると推計される。
- ウ 世帯数は2020（平成32）年に概ねピークを迎えるが、高齢単身・高齢夫婦世帯も多く、家族の介護力低下が危惧される。

#### ○ 人口構成比の今後見込み



#### ○ 世帯数の今後見込み

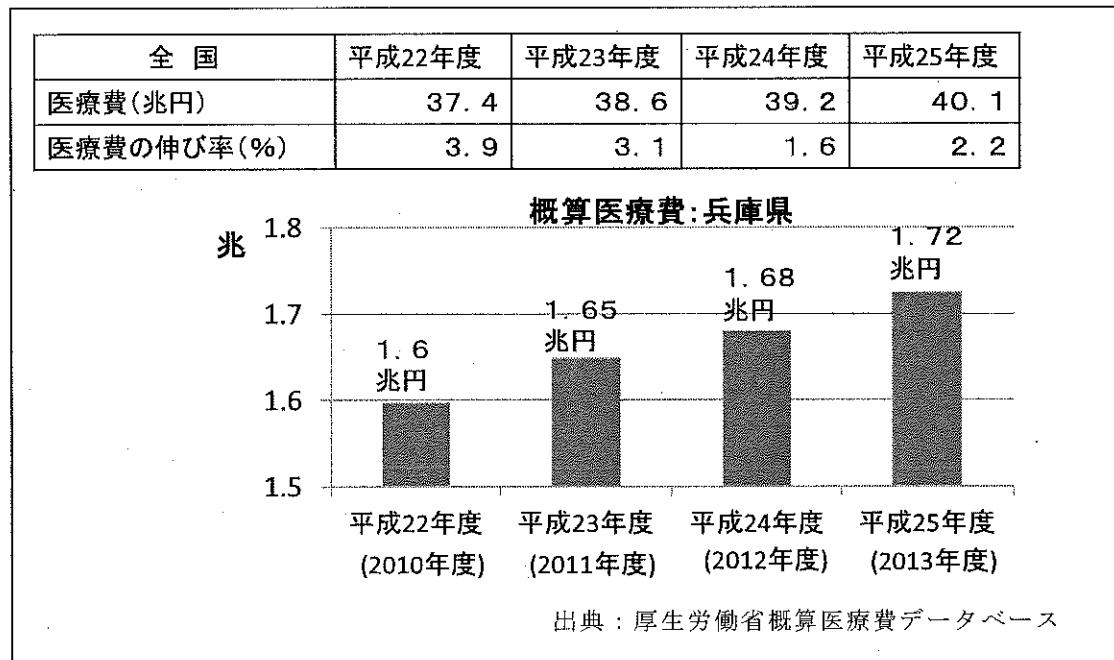


## (2) 2025年問題の現実化

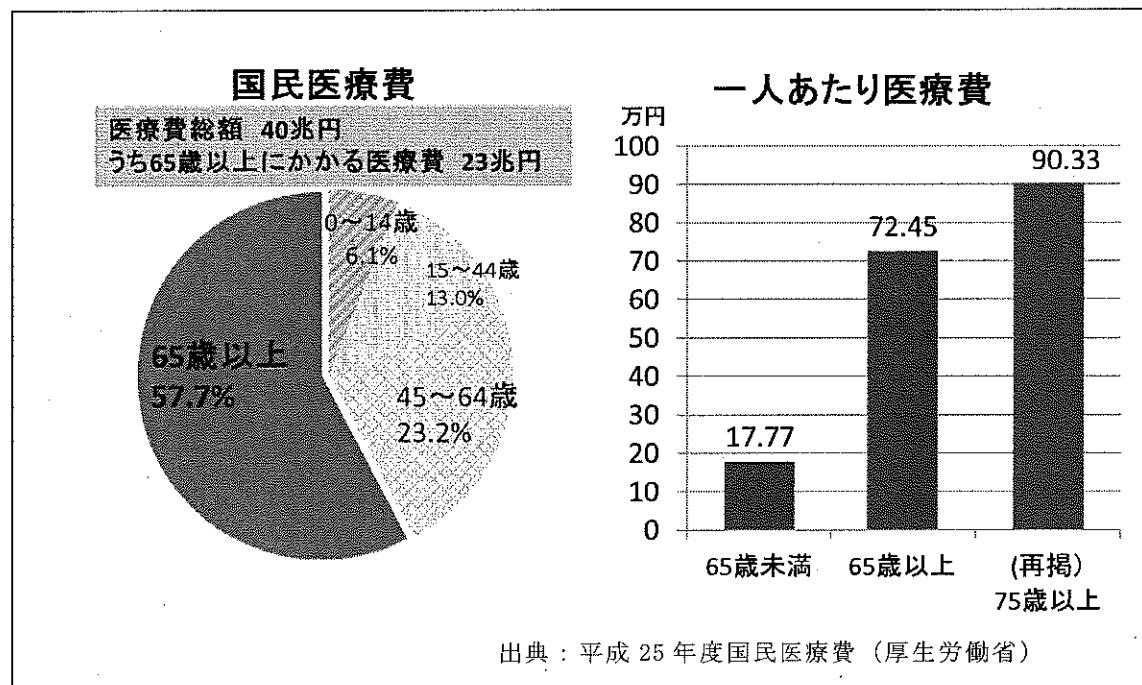
## ア 医療費の増加

2013(平成25)年度の国民一人当たり医療費は、65歳以上(72万円)は65歳未満(18万円)の約4倍、75歳以上(90万円)は65歳未満の約5倍となっている。後期高齢者の増加が医療費の増加に直結している。

## ○ 医療費の概況



## ○ 医療費の世代別構成比

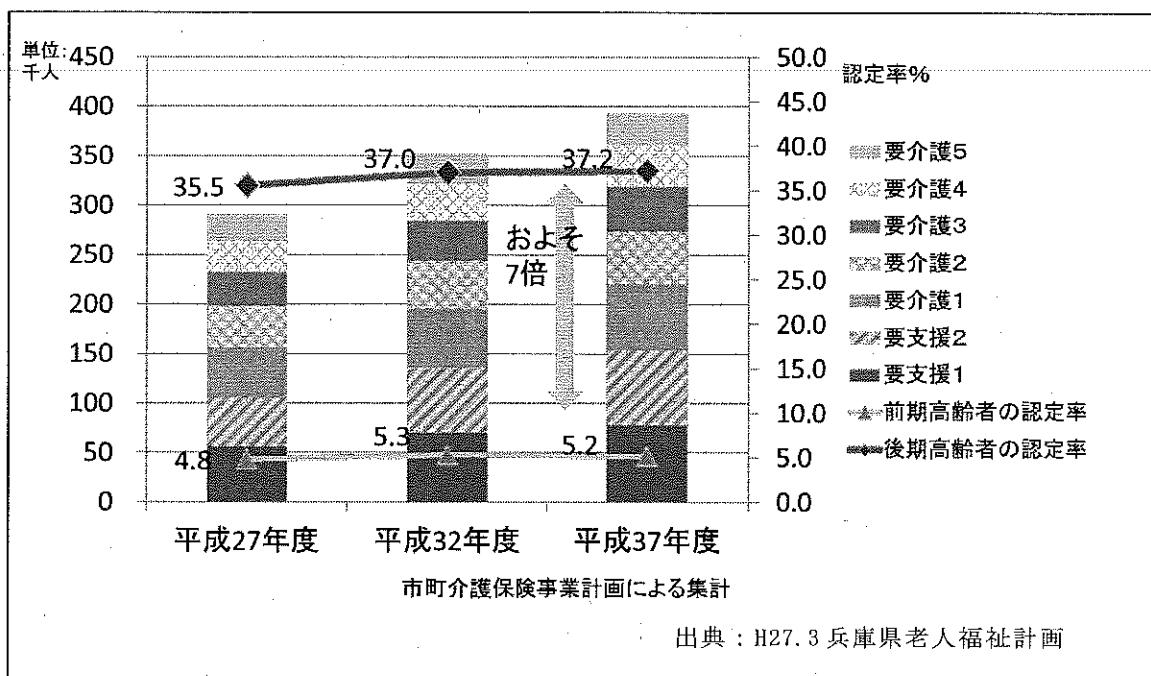


## イ 介護費用の増加

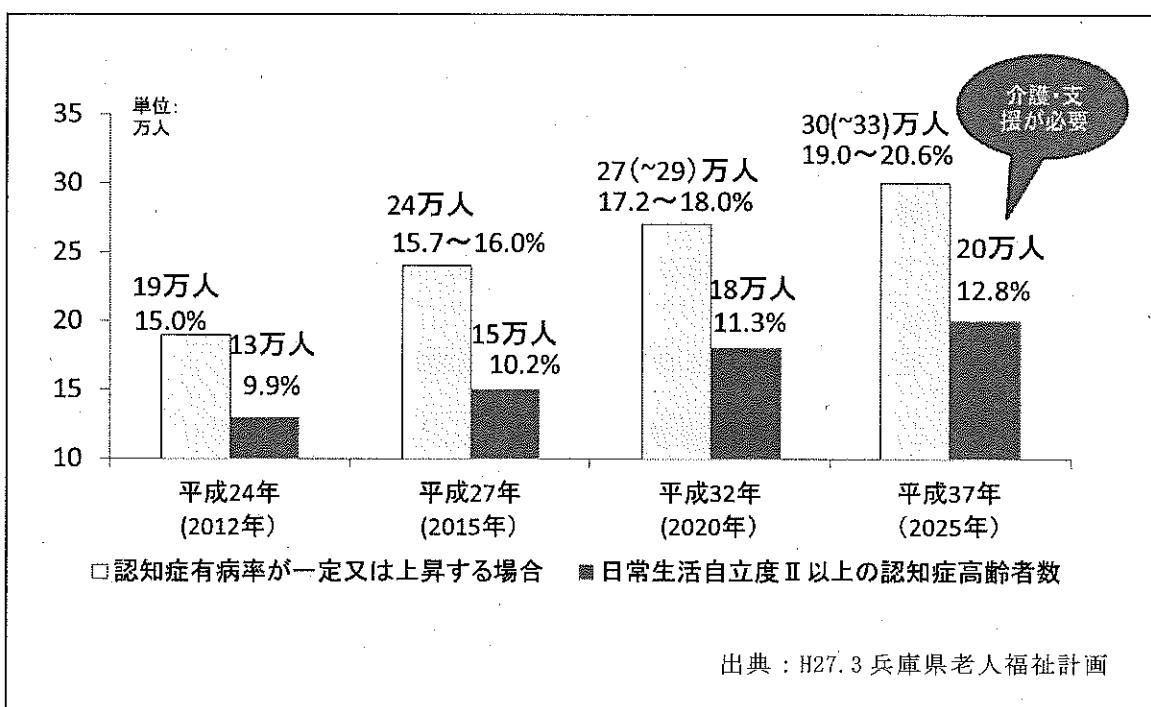
後期高齢者の要介護認定率（37.2%）は前期高齢者の要介護認定率（5.2%）の7倍以上で、後期高齢者の増加は介護費用の増加に直結するといえる。

また、県内の認知症高齢者は、2015（平成27）年には約24万人（高齢者の約15.7～16.0%）であるが、2025（平成37）年には約30万～33万人（高齢者の約19.0～20.6%）に増加すると見込まれる。

### ○ 県内の要介護認定者の今後見込み



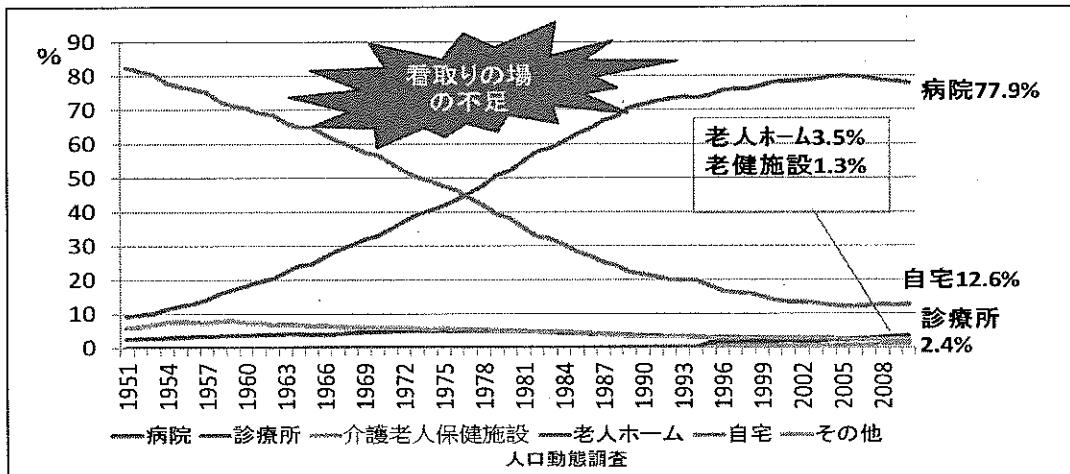
### ○ 県内の認知症高齢者の今後見込み



ウ 看取りの場の不足

2025年には年間死者数が154万人（2015年の1.3倍）と見込まれている。病院の病床数には上限があることから、看取りの約80%が病院で行われる状況が変わらなければ、看取りの場の不足が危惧される。

○ 看取りの場の推移



(3) 2025年問題への処方箋

1. 後期高齢者人口の増加

2025年、団塊の世代（1947～1949生まれ）が全て75歳以上になる



2. 後期高齢者が増えるとどうなるか（2025年問題）

医療費の増加 介護費用の増加 看取りの場の不足



3 では、どうする？（2025年問題へのロードマップ）

①そもそも大事なのは健康であり続けること

＝ 健康寿命の延伸

②それでも医療・介護は必要。これを持続可能なものとするために、

→【医療分野】

医療提供体制の再構築（「地域完結型医療」の構築）

【地域医療構想】の策定

ア 病床の機能分化と連携

イ 在宅医療の充実

ウ 医療従事者の確保

## 2 地域医療構想策定の目的

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

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

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

## 3 地域医療構想の位置付け

兵庫県保健医療計画の一部として策定する（医療法第30条の4第2項）。

よって、地域医療構想に記載のない事項であっても、兵庫県保健医療計画（平成25年4月1日改定）の記述を踏まえて課題認識・施策展開を行う。

## 4 地域医療構想に規定すべき事項

### （1）法令の規定

地域医療構想には、以下の内容を定めることとされている。

- ① 構想区域（病床機能の分化・連携を一体的に推進する区域）
- ② 病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量
- ③ 構想区域における将来の居宅等における医療の必要量
- ④ 慢性期病床推計に特例を適用した場合の、平成42年の病床数の必要量
- ⑤ 地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携の推進に関する事項

### ○地域医療構想に関する法令の規定

#### 【医療法第30条の4第2項7号】

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

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

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

#### 【厚生労働省令（医療法施行規則第30条の28の4）】

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

#### 【厚生労働省医政局長通知（H27.3.31 医政発0331第9号）】

- 慢性期病床推計に特例を適用した場合の、平成42年の病床数の必要量

#### 【医療法第30条の4第2項8号】

地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携の推進に関する事項

## (2) 病床の機能区分

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

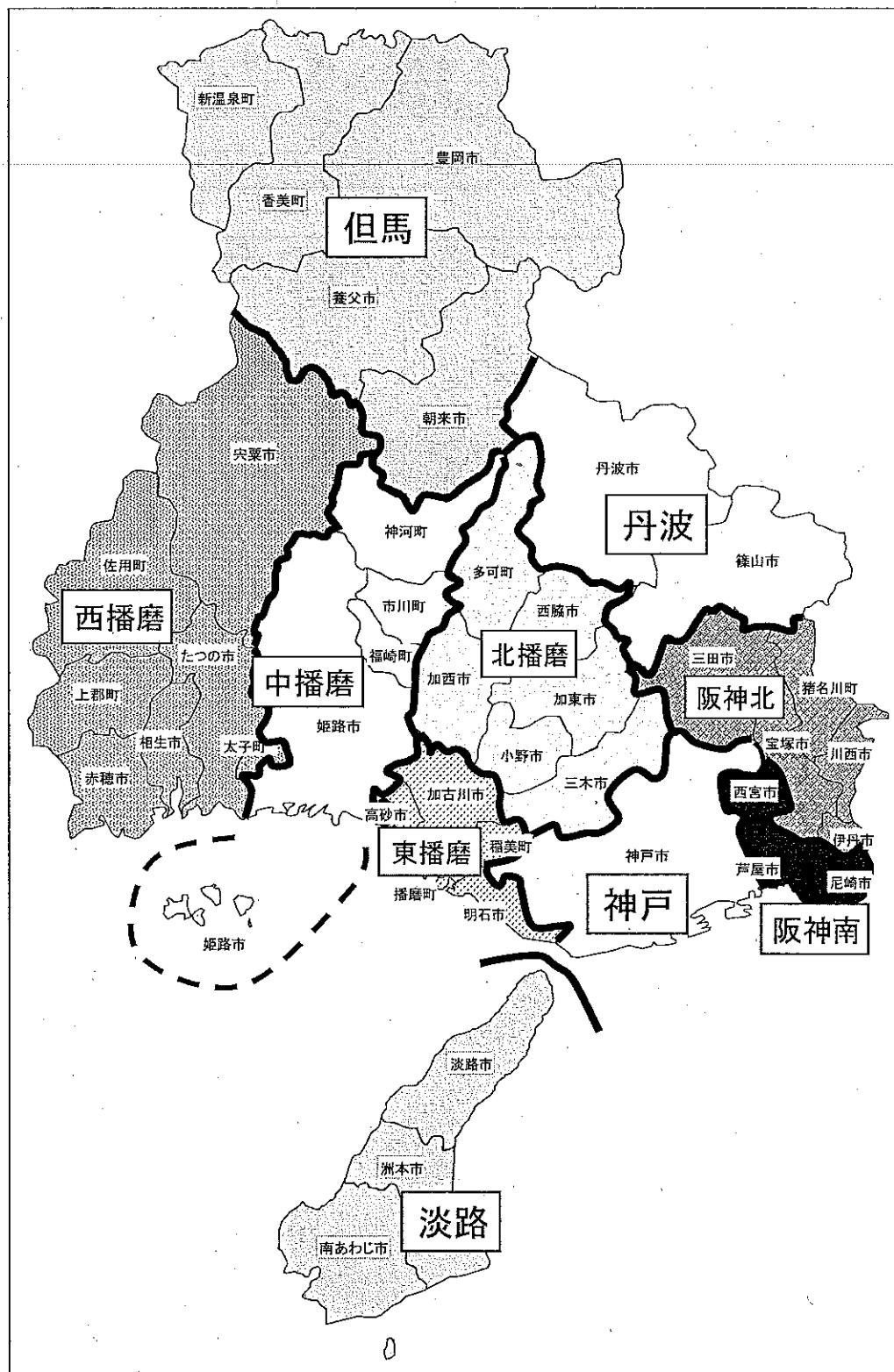
一方、構想に記載する「将来の病床の必要量」は、国の提示する推計ツールによって機能別に推計することになるが、その際には、医療法施行規則別表及び厚生労働省医政局長通知に基づき、2013年の医療資源投入量（患者に対して行われた診療行為を診療報酬の出来高点数で換算した値）による定量的区分を用いることとなっている（下表イ）。

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

## 5 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、医療従事者及び医療提供施設の配置状況の見通し、その他の事情を考慮して、兵庫県保健医療計画に定める二次保健医療圏と同一の区域を、地域医療構想における構想区域として設定する。

以下、構想区域を表す際にも、保健医療計画における「圏域」の呼称を用いる。



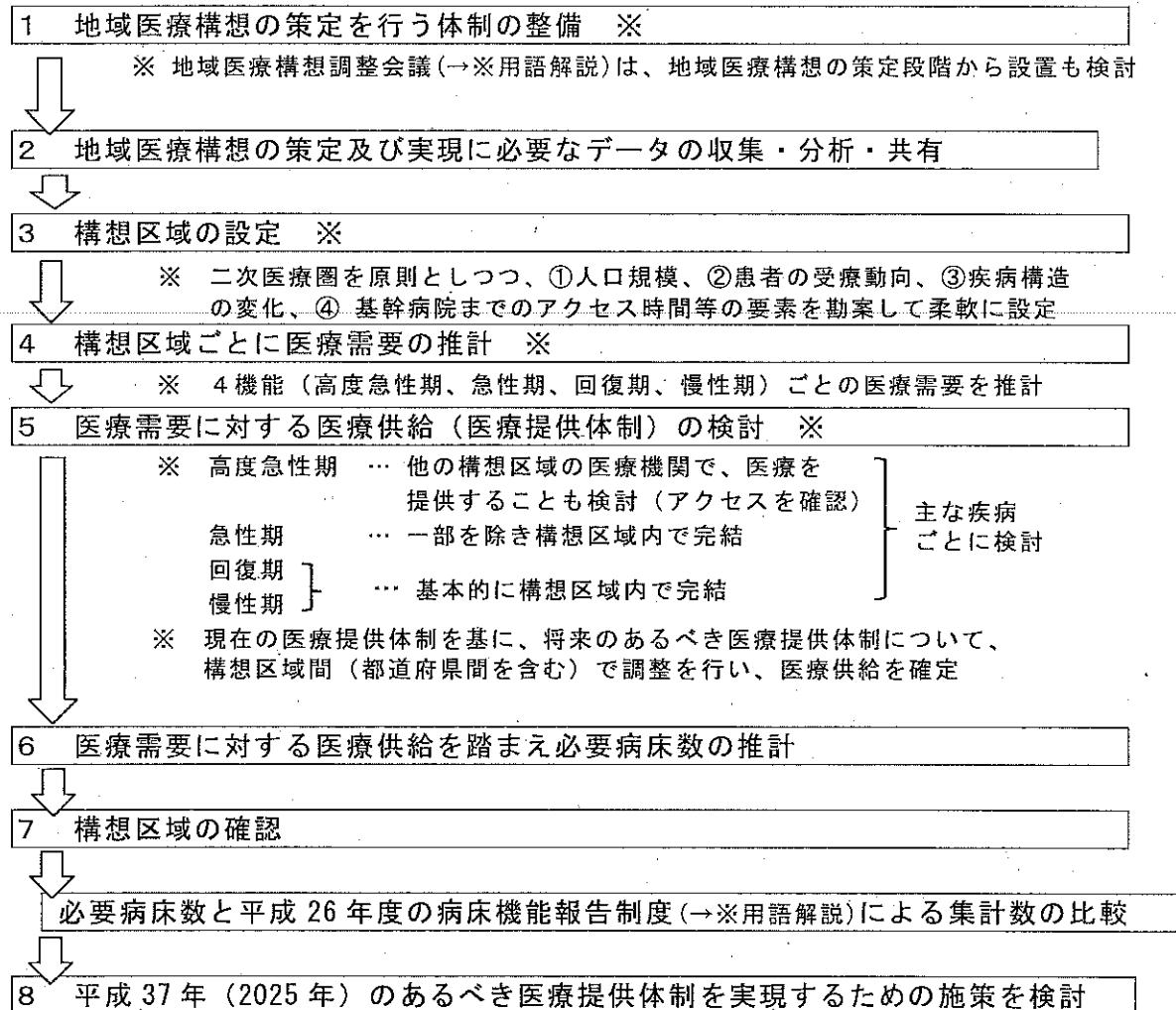
## ○ 圈域の現況

圏域	構成市町	人口(人)	面積(km <sup>2</sup> )
神戸	神戸市	1,537,864	557.02
阪神南	尼崎市、西宮市、芦屋市	1,029,517	169.15
阪神北	伊丹市、宝塚市、川西市、三田市、猪名川町	726,539	480.89
東播磨	明石市、加古川市、高砂市、稲美町、播磨町	714,587	266.40
北播磨	西脇市、三木市、小野市、加西市、加東市、多可町	275,971	895.61
中播磨	姫路市、福崎町、市川町、神河町	578,624	865.02
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	263,148	1566.98
但馬	豊岡市、養父市、朝来市、香美町、新温泉町	171,295	2133.30
丹波	篠山市、丹波市	106,812	870.80
淡路	洲本市、南あわじ市、淡路市	136,848	595.74
兵庫県		5,541,205	8400.90

「兵庫のすがた（平成26年10月）」より

## 6 策定のプロセス

### (1) 地域医療構想策定のプロセス



〔出典：地域医療構想策定ガイドライン〕

### (2) 策定体制

#### ア 兵庫県医療審議会

地域医療構想は兵庫県保健医療計画の一部として策定するものであるため、兵庫県医療審議会に諮問し、同審議会保健医療計画部会で審議のうえ答申を受け策定した。

#### ○医療審議会保健医療計画部会委員

兵庫県医師会 副会長	全国健康保険協会 兵庫支部長
兵庫県歯科医師会副会长	兵庫県連合婦人会 会長
兵庫県薬剤師会 会長	兵庫県町村会理事
兵庫県看護協会 会長	兵庫県病院局参与
兵庫県病院協会 会長	
兵庫県民間病院協会 副会長	
兵庫県精神科病院協会 会長	
神戸大学大学院医学研究科教授	
神戸大学医学部附属病院長	
兵庫医科大学 学長	

## イ 圈域地域医療構想検討委員会

策定の段階から地域の医療関係者、保険者及び患者・住民の意見を聴くため、県下10の二次医療圏域ごとに、幅広い構成員からなる「圏域地域医療構想検討委員会」を開催し、各圏域の現状と課題を踏まえつつ、将来の医療需要に対する医療提供体制を検討した。

## ○ 圈域地域医療構想検討委員会の構成

(人)

区分	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路
医師会	11	3	4	3	4	5	6	4	3	3
歯科医師会	1	1	2	2	4	2	4	3	2	3
薬剤師会	1	1	2	2	4	1	1	1	2	1
看護協会等	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1
医療機関	14	12	14	21	11	7	9	2	8	9
保険者協議会	2	2	2	2		2				
福祉・住民団体	2	3	4	1	7	6	6	1		3
行政(市町)	1	6	5	5	6	7	7	5	2	3
消防・警察		1	2	3	1	1	2	1	2	1
学識経験者		1	1		1	1	1			
計	33	31	37	40	39	33	39	18	20	24

## ○ 圈域地域医療構想検討委員会の開催状況 (平成 27 年度)

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路
圏域委員会	8/6 第1回	9/9 第1回	9/15 第1回	9/28 第1回	9/24 第1回	10/7 第1回	10/1 第1回	9/5 第1回	9/17 第1回	9/26 第1回
ワーキング等		10/5 阪神南北意見交換会		11/26 医師会意見交換会(明石市)	9/24 医療機関ワーキング	10/21 医療機関意見交換会	10/31 ワーキング	10/8 医療機関等連絡会議		10/22 医療機関ワーキング
		11/30 阪神地域小児救急医療ワーキング委員会		11/27 在宅医療意見交換会	12/2 医療機関ワーキング		12/1 ワーキング	11/19 医療機関等連絡会議		11/12 医療機関ワーキング
				12/1 医師会意見交換会(加古川・高砂市)	2/10 医療機関ワーキング					
圏域委員会	10/18 第2回	12/9 第2回	10/20 第2回	12/9 第2回	3/18 第2回	11/13 第2回		2/18 第2回	10/20 第2回	2/4 第2回
ワーキング等			11/17 公立・公的の病院意見交換会		3/18 医療機関ワーキング	11/25 医療機関意見交換会		2/18 医療機関等連絡会議		
圏域委員会	12/17 第3回	1/26 第3回	12/14 第3回	3/1 第3回		12/2 第3回				11/19 第3回
ワーキング等		3/7 阪神地域救急医療連携会議				12/14 中播磨・西播磨 連絡会議				
圏域委員会	3/4 第4回		2/2 第4回			2/10 第4回	1/14 第2回		2/17 第4回	
ワーキング等					3/16 医療機関意見交換会					
圏域委員会						3/16 第5回				

## 第2章 本県の医療の現況

### 1 医療資源の状況

#### (1) 医療施設数

##### ア 病院

###### (ア) 県内の病院数

2015（平成27）年4月1日時点では、354施設である。

種類別の内訳は一般病院322施設、精神科単科病院32施設となっている。

一般病院を開設者別に見ると、公立病院・公的病院が322施設中56施設あり、全体の約17%を占めている。

###### (イ) 人口10万人当たりの病院数

全県平均では6.4施設となっており、全国平均の6.7施設をやや下回る。圏域別では、阪神南圏域(5.1)・阪神北圏域(4.8)・東播磨圏域(5.7)が県平均を下回っているが、各圏域ともに人口集積が進んでいること及び比較的大規模な病院が立地していることが主な要因と考えられる。一方、西播磨、丹波、淡路圏域では、一般・療養病床が400床を超える病院がない。

大規模病院は、公立病院・公的病院の割合が高く(22施設中19施設)、また、特に都市部以外の圏域においては、公立病院・公的病院が地域の中核病院となっている。

##### イ 診療所

###### (ア) 県内の一般診療所数

2015（平成27）年4月1日時点では、5,131施設である。うち、有床診療所は247施設である。

###### (イ) 人口10万人当たりの一般診療所数

全県平均では92.7施設となっており、全国平均の79.6施設を上回っている。

###### (ウ) 圏域別状況

人口が集中する神戸圏域(104.3)・阪神南圏域(111.8)の診療所数が特に多く、全県平均を引き上げている。一方、東播磨圏域(75.9)・北播磨圏域(76.7)・中播磨圏域(77.0)・西播磨圏域(75.7)は全国平均をやや下回っている。但馬圏域(88.0)・丹波圏域(83.3)・淡路圏域(105.7)では全国平均並以上の数値となっているが、人口減少の影響とも捉えられ、これらの圏域では広域エリアをカバーしている診療所も多いと考えられる

## 第2章 本県の医療の現況

### ○医療施設数

圏域	病院			一般診療所				歯科診療所	
	総数 (人口10万比)	一般病院		精神科病院 うち療養病床を有する病院	総数 (人口10万比)	有床		無床 うち療養病床を有する一般診療所	総数 (すべて無床) (人口10万比)
		一般病院	精神科病院			有床	無床		
神戸	111 ( 7.2 )	100	43	11	1,619 ( 104.3 )	70	6	1,549	944 ( 60.8 )
阪神南	52 ( 5.1 )	50	30	2	1,147 ( 111.8 )	44	1	1,103	610 ( 59.4 )
阪神北	35 ( 4.8 )	31	19	4	596 ( 82.2 )	23	2	573	373 ( 51.4 )
東播磨	40 ( 5.7 )	36	19	4	536 ( 75.9 )	35	3	501	339 ( 48.0 )
北播磨	22 ( 8.0 )	20	9	2	212 ( 76.7 )	13	0	199	132 ( 47.8 )
中播磨	38 ( 6.6 )	35	18	3	441 ( 77.0 )	30	4	411	304 ( 53.1 )
西播磨	24 ( 9.1 )	22	12	2	199 ( 75.7 )	13	6	186	103 ( 39.2 )
但馬	12 ( 7.0 )	10	4	2	150 ( 88.0 )	3	3	147	71 ( 41.6 )
丹波	8 ( 7.6 )	7	4	1	88 ( 83.3 )	6	1	82	51 ( 48.3 )
淡路	12 ( 8.9 )	11	9	1	143 ( 105.7 )	10	2	133	82 ( 60.6 )
兵庫県	354 ( 6.4 )	322	167	32	5,131 ( 92.7 )	247	28	4,884	3,009 ( 54.4 )
全国	8,493 ( 6.7 )	7,426	3,848	1,067	100,748 ( 79.6 )	8,207	1,081	92,541	68,807 ( 54.4 )

出典： H27.4.1 兵庫県調べ

人口10万人比： 人口問題研究所（平成25年3月推計）2015年推計値により算出

### ○開設者別医療機関数（一般病院）

圏域	総数	うち、公的医療機関数								その他	
		公的医療機関					国				
		都道府県	市町村・組合	地方独立行政法人	日赤	済生会	独立行政法人国立病院機構	国立大学法人	独立行政法人労働者健康福祉機構		
神戸	100	11	3		2	1	1	1	1	89	
阪神南	50	6	3	2					1	44	
阪神北	31	5		4			1			26	
東播磨	36	6	2	1	3					30	
北播磨	20	6		4		1		1		14	
中播磨	35	4	1	1		1		1		31	
西播磨	22	6	2	4						16	
但馬	10	9		9						1	
丹波	7	2	1			1				5	
淡路	11	1	1							10	
兵庫県	322	56	13	25	5	4	1	4	2	1 266	

※ 精神科単科病院除く

出典： H27.4.1 兵庫県調べ

## ○規模別病院数（一般病院）

圏域	計	病床数別内訳							
		~99床	100~199床	200~399床	400~499床	500床以上		公的	その他
神戸	100	44	37	14	2	2	0	3	3
阪神南	50	21	17	7	2	2	0	3	3
阪神北	31	7	12	6	6	3	3	0	0
東播磨	36	11	15	9	1	1	0	0	0
北播磨	20	4	11	4	1	1	0	0	0
中播磨	35	15	12	6	1	1	0	1	1
西播磨	22	10	9	3	0	0	0	0	0
但馬	10	7	1	0	2	2	0	0	0
丹波	7	3	2	2	0	0	0	0	0
淡路	11	3	6	2	0	0	0	0	0
兵庫県	322	125	122	53	15	12	3	7	7

※ 許可病床（一般病床+療養病床）数で区分

出典：H27.4.1 兵庫県調べ

## (2) 病床数

2015(平成27)年4月1日現在、一般病床は41,664(病院38,961、診療所2,703)床、療養病床は14,676(病院14,375、診療所301)床となっている。

## ○許可病床数(一般病床・療養病床)

圏域	病院		一般診療所		一般病床 (病院+一般診療所)		療養病床 (病院+一般診療所)		
	病床数		病床数		一般病床	療養病床	総数	人口10万比	
	一般病床	療養病床	一般病床	療養病床	総数	人口10万比	総数	人口10万比	
神戸	15,358	12,250	3,108	699	80	12,869	834.5	3,188	206.7
阪神南	8,839	6,404	2,435	452	10	6,846	665.1	2,445	237.5
阪神北	6,946	4,312	2,634	315	12	4,615	634.4	2,646	363.7
東播磨	6,236	4,611	1,625	498	45	5,064	706.8	1,670	233.1
北播磨	3,614	2,635	979	158	0	2,793	993.9	979	348.4
中播磨	5,330	4,028	1,302	420	33	4,415	760.1	1,335	229.8
西播磨	2,669	2,002	667	217	46	2,173	810.0	713	265.8
但馬	1,434	1,227	207	57	39	1,245	706.7	246	139.6
丹波	1,228	736	492	42	9	769	704.4	501	458.9
淡路	1,682	756	926	146	27	875	624.1	953	679.8
兵庫県	53,336	38,961	14,375	3,004	301	41,664	747.9	14,676	263.4

出典：出典：H27.4.1 兵庫県調べ

## ○開設者別病床数(一般病床・療養病床)

	総数	うち、公的医療機関の病床数										その他	
		公的医療機関					国						
		都道府県	市町村・組合	地方独立行政法人	日赤	済生会	独立行政法人国立病院機構	国立大学法人	独立行政法人労働者健康福祉機構	独立行政法人地域医療機能推進機構			
神戸	16,057	4,442	840		1,048	310	268	304	888	360	424	11,615	
阪神南	9,291	2,390	1,292	456						642		6,901	
阪神北	7,261	1,860		1,410				450				5,401	
東播磨	6,734	1,995	745	290	960							4,739	
北播磨	3,772	1,567		1,197		110		260				2,205	
中播磨	5,750	1,484	350	155		549		430				4,266	
西播磨	2,886	928	150	778								1,958	
但馬	1,491	1,354		1,354								137	
丹波	1,270	398	303			95						872	
淡路	1,828	377	377									1,451	
兵庫県	56,340	16,795	4,057	5,640	2,008	1,064	268	1,444	888	1,002	424	39,545	

出典：H27.4.1 兵庫県調べ

## ○高度急性期・急性期に関する医療資源

圏域	救急告示医療機関		救命救急センター		休日夜間急病センター	
	病院	診療所				
神戸	58	2	2	兵庫県災害医療センター(中央区)、 神戸市立医療センター中央市民病院(中央区)	5	神戸市医師会急病診療所(中央区)、 神戸こども初期急病センター(中央区)、 神戸市医師会 西部休日夜間急病診療所(西区)、 神戸市医師会 東部休日夜間急病診療所(灘区)、 神戸市歯科医師会附属歯科診療所(中央区)
阪神南	22	2	3	兵庫県立尼崎総合医療センター(尼崎市)、 兵庫医科大学病院(西宮市)、 兵庫県立西宮病院(西宮市)	6	尼崎健康医療財団 休日夜間急病診療所(尼崎市)、 西宮市応急診療所(西宮市)、 芦屋市立休日夜間急病診療所(芦屋市)、 尼崎口腔衛生センター(尼崎市)、 西宮市歯科医師会付属歯科診療所(西宮市)、 芦屋市歯科センター(芦屋市)
阪神北	15	2			8	阪神北広域こども急病センター(伊丹市)、 伊丹市休日夜間急病診療所(伊丹市)、 宝塚市立休日夜間急病診療所(宝塚市)、 川西市応急診療所(川西市)、 伊丹市口腔保健センター(伊丹市)、 宝塚市立歯科応急診療所(宝塚市)、 川西市ふれあい歯科診療所(川西市)、 三田市休日夜間急病診療センター(三田市)
東播磨	22	1	1	兵庫県立加古川医療センター(加古川市)	4	加古川夜間急病センター(加古川市)、 明石市立夜間休日夜間急病診療所(明石市)、 加古川歯科保健センター(加古川市)、 明石市立休日夜間急病診療所(明石市)
北播磨	10	1			2	西脇多可休日夜間急病センター(西脇市)、 三木市歯科医師会付属歯科診療所(三木市)
中播磨	22		2	兵庫県立姫路循環器病センター(姫路市)、 製鉄記念広畑病院(姫路市)	2	姫路市休日夜間急病センター(姫路市)、 姫路市歯科医師会付属歯科診療所(姫路市)
西播磨	12				2	揖保休日夜間急病センター(たつの市)、 宍粟市夜間応急診療所(宍粟市)
但馬	6		1	公立豊岡病院(豊岡市)	2	豊岡市休日夜間急病診療所(豊岡市)、 南但休日夜間急病診療所(朝来市)
丹波	6				2	丹波市休日夜間急病診療所(丹波市)、 篠山市休日夜間急病診療所(篠山市)
淡路	6	1	1	兵庫県立淡路医療センター(洲本市)	3	洲本市応急診療所(洲本市)、 淡路市休日夜間急病診療所(淡路市)、 南あわじ市休日夜間急病診療所(南あわじ市)
兵庫県	179	9	10		36	

出典: H27.10.1 兵庫県調べ

○回復期に関する医療資源

圏域	回復期リハビリテーション病棟の病床数		地域包括ケア病棟を有する病院
	総数	(人口10万比)	
神戸	921	59.3	24
阪神南	422	40.3	9
阪神北	413	55.5	4
東播磨	361	49.5	7
北播磨	277	98.0	6
中播磨	343	58.2	11
西播磨	120	44.0	4
但馬	50	27.6	2
丹波		0.0	3
淡路	142	98.4	1
兵庫県	3,049	53.9	71

出典：回復期リハビリテーション病棟：H26.7.1 病床機能報告  
地域包括ケア病棟：H26.10 近畿厚生局届出

○在宅医療に関する医療資源

(施設数)

圏域	地域医療支援病院	在宅療養支援病院	在宅療養後方支援病院	在宅療養支援診療所	認知症疾患医療センター	訪問看護事業所
神戸	10	26	3	288	2	137
阪神南	3	9	1	192	1	97
阪神北	5	2	1	103	1	51
東播磨	5	2	4	82	1	47
北播磨	2	4		43	1	22
中播磨	3	7	2	59	1	48
西播磨	1	2	2	22	1	25
但馬	1	2		37	1	22
丹波		2		11	1	10
淡路	1	3	1	35	1	14
兵庫県	31	59	14	872	11	473

出典：H27.10.1 兵庫県調べ

## (3) 病床利用率、平均在院日数

## ア 病床利用率

平均在院日数の短縮等により、全体的に減少傾向にある。

## イ 平均在院日数

外来検査の充実、クリティカルパスの普及、地域連携の推進等により全体的に短縮傾向にある。

一般病床では、但馬、淡路を除く圏域で短縮化している。

療養病床では、阪神南、北播磨、中播磨、西播磨を除く圏域で短縮化している。

## ○病床利用率

(%)

	2006(平成18)年			2011(平成23)年			2014(平成26)年		
	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
神戸	79.9	77.5	88.1	79.6	74.9	89.0	76.9	72.3	87.0
阪神南	79.3	74.8	91.4	80.4	75.7	93.6	81.1	76.9	90.9
阪神北	81.4	75.3	93.5	81.2	70.6	94.4	79.0	66.9	90.1
東播磨	85.3	81.8	95.5	82.2	74.2	91.8	78.5	71.1	90.9
北播磨	82.3	78.2	89.4	82.7	76.2	95.5	80.9	75.4	91.7
中播磨	82.9	78.7	94.4	83.4	77.6	93.0	79.8	73.6	90.6
西播磨	79.7	77.6	91.1	82.5	73.8	89.7	80.4	72.2	83.8
但馬	74.0	73.0	82.1	78.9	71.8	86.7	76.2	69.7	84.7
丹波	70.3	60.4	93.4	73.3	53.3	92.9	74.3	55.6	91.9
淡路	89.8	82.7	94.4	89.2	83.5	93.3	86.5	77.5	93.1
兵庫県	81.0	77.0	91.5	81.1	74.4	92.1	79.0	72.3	89.7
全国	83.5	78.0	91.9	81.9	76.2	91.2	80.3	74.8	89.4

出典：H26 厚生労働省医療施設調査・病院報告

## ○平均在院日数

(日)

	2006(平成18)年			2011(平成23)年			2014(平成26)年		
	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
神戸	24.4	18.7	153.7	27.3	16.7	168.2	26.1	16.3	145.7
阪神南	24.2	17.2	137.0	23.0	15.3	140.7	22.3	14.6	150.5
阪神北	29.6	18.6	286.9	35.6	17.1	290.7	34.0	15.7	225.1
東播磨	26.3	19.1	171.1	27.8	15.7	177.7	25.2	14.4	165.7
北播磨	34.3	21.7	216.4	40.1	22.6	177.9	38.1	21.9	186.1
中播磨	23.7	17.3	144.1	26.9	15.9	143.6	24.7	14.5	147.0
西播磨	28.6	21.3	184.8	39.9	21.6	168.3	39.8	21.5	179.0
但馬	21.9	18.1	98.9	31.2	17.4	130.1	29.9	17.4	97.1
丹波	32.2	19.9	188.5	39.9	16.0	260.9	37.7	15.5	218.9
淡路	35.5	14.7	127.9	38.8	14.1	112.4	44.7	17.7	110.9
兵庫県	26.1	18.5	165.0	29.2	16.7	168.7	27.8	16.0	160.0
全国	34.7	19.2	171.4	32.0	17.9	175.1	29.9	16.8	164.6

出典：H26 厚生労働省医療施設調査・病院報告

(4) 医療従事者の状況

ア 医師、歯科医師、薬剤師

医師、歯科医師及び薬剤師は、2010（平成22）年末の12,641人、3,866人、13,372人から増加し、13,461人、3,945人、13,914人となっている。

イ 保健師、助産師

保健師、助産師就業者数は、平成22年末1,482人、1,160人から増加し、1,569人、1,334人となっている。

ウ 看護師、准看護師

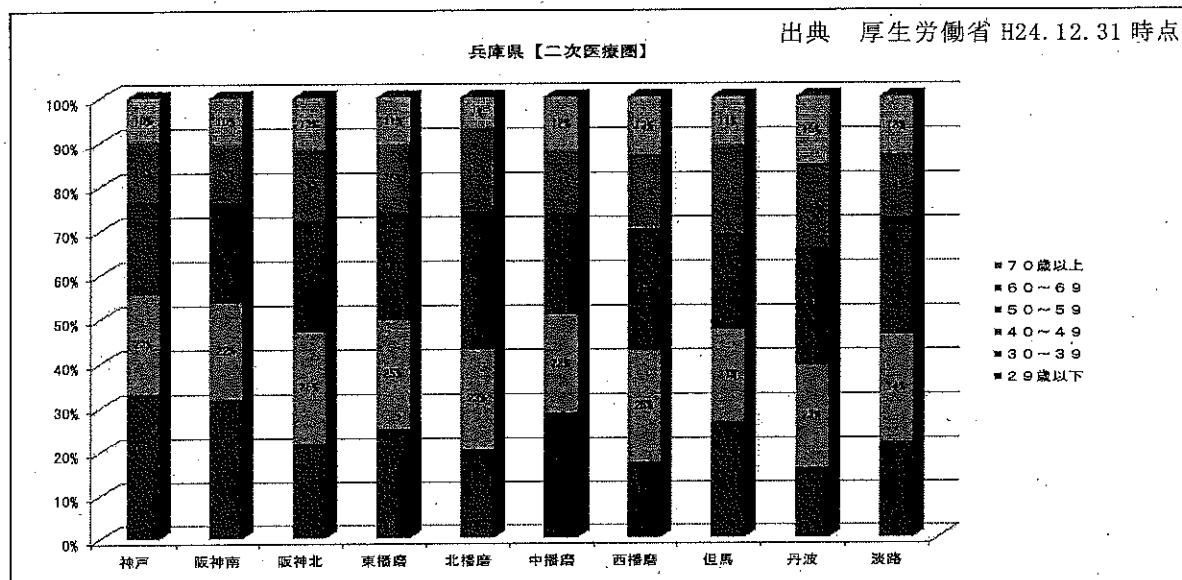
看護師就業者数は、平成22年末の41,267人から増加し、47,692人となっている。准看護師就業者数は、平成22年末の13,246人から減少し、11,787人となっている。

○ 医療従事者数

圏域	医師		歯科医師		薬剤師		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	実数	人口10万比	実数	人口10万比	実数	人口10万比
神戸	4,869	315.7	1,243	80.6	5,014	325.1	390	25.3	449	29.1	14,668	951.2	2,655	172.2
阪神南	2,880	279.8	788	76.6	2,708	263.1	240	23.3	261	25.4	7,963	773.6	1,692	164.4
阪神北	1,351	185.7	463	63.6	1,677	230.5	187	25.7	134	18.4	5,497	755.6	1,324	182.0
東播磨	1,376	192.1	469	65.5	1,533	214.0	197	27.5	154	21.5	5,624	785.0	1,705	238.0
北播磨	565	201.1	169	60.1	560	199.3	100	35.6	66	23.5	2,743	976.1	759	270.1
中播磨	1,183	203.7	410	70.6	1,186	204.2	124	21.3	143	24.6	5,419	932.9	1,422	244.8
西播磨	412	153.6	139	51.8	454	169.2	110	41.0	26	9.7	1,961	731.0	856	319.1
但馬	336	190.7	95	53.9	294	166.9	100	56.8	45	25.5	1,738	986.5	433	245.8
丹波	190	174.0	63	57.7	213	195.1	53	48.5	21	19.2	864	791.4	349	319.7
淡路	299	213.3	106	75.6	275	196.2	68	48.5	35	25.0	1,215	866.7	592	422.3
兵庫県	13,461	241.6	3,945	70.8	13,914	249.8	1,569	28.2	1,334	23.9	47,692	856.1	11,787	211.6
全国		244.9		81.8		226.7		38.1		26.7		855.2		267.7

出典：・医師・歯科医師・薬剤師→厚生労働省 H26 医師・歯科医師・薬剤師調査  
 ・保健師・助産師・看護師・准看護師→県医務課調（H26.12.31）

○ 医師の年齢階級別構成比



## 2 患者の受療動向

## (1) 患者の移動の状況

患者住所地と受療先医療機関の間における患者の流动を示すため、NDBデータ(※用語解説)を用いて表したものである。

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

## ア 高度急性期

医療機関所在地											他県		
自県											（大阪）豊能		
高度急性期 2013年 (人／日)											（大阪）大阪市		
	神戸	阪 神 南	阪 神 北	東 播 磨	北 播 磨	中 播 磨	西 播 磨	但 馬	丹 波	淡 路	（ 京 都 ） 中 丹	（ 大 阪 ） 東 部	（ 鳥 取 ） 東 部
患者 住 所 地	自 県 神戸	1,062.6	37.4	*	55.5	*	*	*	*	*	*	13.9	*
	阪 神 南	53.7	641.5	37.6	*	*	*	*	*	*	*	15.5	56.4
	阪 神 北	33.0	95.5	256.6	*	*	*	*	*	*	*	63.6	39.8
	東 播 磨	72.4	*	*	389.4	*	17.2	*	*	*	*	*	*
	北 播 磨	32.5	*	*	23.4	126.3	*	*	*	*	*	*	0.0
	中 播 磨	21.7	*	*	15.3	*	339.3	*	*	*	*	*	*
	西 播 磨	*	*	*	*	*	83.4	88.1	*	0.0	*	*	*
	但 馬	10.9	*	*	*	*	*	*	90.3	*	*	*	12.3
	丹 波	12.7	*	*	*	10.9	*	*	*	32.2	*	*	0.0
	淡 路	14.3	*	*	*	*	*	*	*	0.0	69.3	*	*
他 県	(大阪)豊能	*	11.6	21.8	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	(大阪)大阪市	11.3	24.1	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

## イ 急性期

医療機関所在地											他県		
自県											（京都）中丹		
急性期 2013年 (人／日)											（大阪）豊能		
	神戸	阪 神 南	阪 神 北	東 播 磨	北 播 磨	中 播 磨	西 播 磨	但 馬	丹 波	淡 路	（ 京 都 ） 中 丹	（ 大 阪 ） 東 部	（ 鳥 取 ） 東 部
患者 住 所 地	自 県 神戸	3,092.6	84.6	20.3	146.3	30.8	*	*	*	*	*	12.5	29.7
	阪 神 南	106.0	1,772.6	118.4	*	*	*	*	*	*	*	31.2	107.8
	阪 神 北	64.6	192.2	943.7	*	*	*	*	*	*	*	142.5	70.4
	東 播 磨	141.8	10.2	*	1,182.9	*	46.8	*	*	*	*	*	*
	北 播 磨	61.6	*	*	39.2	532.9	15.7	*	*	*	*	*	0.0
	中 播 磨	23.4	*	*	31.2	20.0	1,051.2	24.6	*	*	0.0	*	*
	西 播 磨	10.1	*	*	*	*	193.3	441.0	*	0.0	*	*	11.5
	但 馬	12.5	*	*	*	*	17.5	*	315.1	*	*	*	34.3
	丹 波	19.8	11.1	20.2	*	47.7	*	*	*	175.7	*	15.4	*
	淡 路	24.5	*	*	11.2	*	*	*	*	0.0	236.7	0.0	*
他 県	(京都)丹後	*	*	*	*	*	*	12.7	*	0.0	*	*	*
	(大阪)豊能	*	28.1	62.3	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	(大阪)大阪市	22.2	58.1	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	(岡山)県南東部	*	*	*	*	*	*	12.2	*	0.0	*	*	14.4

## ウ 回復期

		医療機関所在地									他県						
		自県									他県						
回復期 2013年 (人/日)		神戸	阪 神 南	阪 神 北	東 播 磨	北 播 磨	中 播 磨	西 播 磨	但 馬	丹 波	淡 路	( 京 都 ) 中 丹	( 大 阪 ) 豊 能	( 大 阪 ) 三 島	( 大 阪 ) 大 阪 市	( 鳥 取 ) 東 部	( 徳 島 ) 東 部
患者	自	神戸	2,905.0	80.0	23.4	157.8	60.1	10.6	*	*	*	*	11.5	*	26.4	*	*
県	阪 神 南	96.6	1,645.6	113.3	*	*	*	*	*	*	*	*	40.3	*	124.3	*	*
住	阪 神 北	50.2	170.7	873.2	*	*	*	*	*	*	*	*	142.1	12.0	63.3	*	*
所	東播磨	164.5	*	*	1,239.6	12.3	60.1	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
地	北播磨	63.5	*	*	29.3	509.6	14.2	*	*	*	*	*	*	*	*	0.0	*
	中播磨	23.1	*	*	26.3	13.7	1,160.1	66.6	*	*	*	0.0	*	*	*	*	*
	西播磨	*	*	*	*	*	178.6	578.0	*	0.0	0.0	*	*	*	*	*	*
	但馬	10.4	*	*	*	*	14.3	*	328.7	*	*	*	*	*	*	35.4	0.0
	丹波	14.1	*	18.6	*	43.2	*	*	*	174.0	*	19.4	*	*	*	0.0	*
	淡路	21.4	*	*	*	*	*	*	*	0.0	357.2	0.0	*	*	*	*	15.7
他	(大阪)豊能	*	32.9	86.0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*		
県	(大阪)大阪市	20.0	44.9	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*			
	(岡山)県南東部	*	*	*	*	*	*	*	12.0	0.0	0.0	*					

## 工 慢性期

		医療機関所在地									他県							
		自県									他県							
慢性期(特例) 2013年 (人/日)		神戸	阪 神 南	阪 神 北	東 播 磨	北 播 磨	中 播 磨	西 播 磨	但 馬	丹 波	淡 路	( 京 都 ) 中 丹	( 大 阪 ) 豊 能	( 大 阪 ) 三 島	( 大 阪 ) 堺 市	( 大 阪 ) 大 阪 市	( 鳥 取 ) 東 部	( 徳 島 ) 東 部
患者	自	神戸	2,066.1	96.9	185.6	165.1	213.2	*	*	*	*	27.5	11.0	*	13.1	20.6	*	*
県	阪 神 南	129.4	1,528.9	209.8	*	18.1	*	*	*	*	*	67.4	12.7	18.9	65.6	0.0	10.5	
住	阪 神 北	75.4	255.1	1,285.5	*	43.9	*	*	*	*	*	72.5	13.0	*	15.4	0.0	0.0	
所	東播磨	54.9	18.2	24.6	1,103.0	87.0	31.6	*	*	*	*	13.7	*	*	0.0	*	0.0	
地	北播磨	56.6	17.2	28.7	55.8	742.6	26.2	*	*	*	10.2	*	*	*	*	*	*	
	中播磨	*	*	21.2	44.1	73.1	733.2	48.6	0.0	*	*	*	*	*	*	*	0.0	
	西播磨	*	*	*	*	62.0	450.8	*	*	*	0.0	*	*	*	*	*	0.0	
	但馬	*	*	25.7	*	33.6	*	*	192.4	50.9	*	*	*	*	*	*	24.7	
	丹波	*	*	70.9	*	21.1	0.0	0.0	*	293.3	*	*	*	*	*	*	0.0	
	淡路	10.7	*	*	*	*	0.0	0.0	0.0	0.0	719.5	0.0	*	*	*	0.0	10.8	
他	(京都)丹後	*	*	27.7	0.0	*	0.0	0.0	*	*	0.0							
県	(京都)中丹	*	*	56.7	*	*	*	0.0	*	43.7	0.0							
	(大阪)豊能	11.4	36.2	276.4	*	*	*	*	0.0	*	*							
	(大阪)大阪市	13.8	48.8	56.0	*	*	*	*	*	*	0.0							

## 才 在宅医療

在宅医療 2013年 (人/日)	医療機関所在地												他県											
	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	(神奈川) 横浜北部	(京都) 京都・乙訓	(大阪) 豊能	(大阪) 三島	(大阪) 北河内	(大阪) 中河内	(大阪) 南河内	(大阪) 堺市	(大阪) 泉州	(大阪) 大坂市	(奈良) 奈良	(島根) 東部	(岡山) 県南東部	(徳島) 東部
患者者	14,668.5	261.2	52.9	363.4	177.1	24.1	*	*	*	20.8	*	*	37.5	11.0	10.4	*	15.2	*	86.7	*	*	*	71.1	
住	660.4	9,392.7	374.1	*	*	*	*	*	*	10.8	12.4	153.6	22.0	34.5	11.2	16.6	10.8	14.1	425.5	12.3	*	*	73.5	
所	204.9	519.8	4,840.5	*	15.5	*	*	*	*	*	*	*	452.5	15.1	15.6	*	10.5	*	284.8	*	*	*	*	
地	545.2	*	*	4,035.7	40.3	103.3	11.0	*	*	*	*	*	*	*	10.0	*	*	*	*	20.6	*	*	*	
自	59.0	*	*	18.6	1,984.7	19.2	*	*	*	*	*	*	0.0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
者	49.2	*	*	41.2	23.5	3,842.6	200.2	*	0.0	*	*	*	*	11.0	*	*	*	*	*	13.9	*	0.0	*	
県	14.7	*	*	*	*	*	113.0	2,042.7	*	*	*	*	*	*	*	*	0.0	*	*	*	*	*	*	
阪	15.9	*	*	*	*	*	12.7	*	1,902.3	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	11.1	*	26.5	*	
神	10.3	*	51.6	*	55.8	*	*	*	1,038.5	*	0.0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	0.0	0.0	
北	19.6	*	*	*	*	*	*	*	*	0.0	1,422.3	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	0.0	
播	21.2	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	14.7	
磨	61.5	99.4	325.8	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
東	36.8	37.0	18.5	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
播	14.0	26.4	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	0.0	*	*	*	*	*	*	*	*	
磨	17.0	13.7	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
中	12.1	*	*	*	0.0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
河	22.5	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
内	10.9	10.2	*	*	*	*	*	*	*	0.0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
北	110.0	163.3	54.7	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
河	17.2	*	*	*	0.0	*	*	*	*	0.0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
堺																								
市																								
奈																								
良																								

## 【表注】

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

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

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

## (2) 在宅医療の受療傾向

## 人口10万人あたりの在宅医療患者数(2013年、人/日)

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



## 第3章 将来の人口、医療需要と病床数の推計

### 1 推計人口の動向

#### (1) 総人口の動向

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25年3月推計）」によると、兵庫県の総人口は、今後10年間で26.3万人減少し、2015（平成27）年の553.2万人から2025（平成37）年には526.9万人に、その後も減少が続き、2040（平成52）年には467.4万人程度になる見込みである。

#### (2) 生産年齢人口（15歳～64歳）の動向

生産年齢人口は、今後10年間で23.9万人減少し、2015年の332.2万人から2025年には308.3万人に、その後も減少が続き、2035～2040年頃にかけて大きく減少、2040年には250.1万人程度になる見込みである。

#### (3) 高齢者人口（65歳以上）の動向

高齢者人口全体では、今後10年間で9.9万人増加し、2015年の150.1万人から2025年には160.1万人に、その後も増加が続き、2035～2040年頃にかけて大きく増加、2040年には170.0万人に達する見込みである。

うち、前期高齢者人口（65～74歳）は、今後10年間で15.8万人減少、2015年の79.1万人から2025年には63.3万人に、さらに2030年に61.2万人まで減少したのち増加に転じ、団塊ジュニア世代が65歳を迎える2035～2040年頃にかけて急増、2040年には73.2万人程度となる見込みである。

後期高齢者人口（75歳以上）は、今後10年間で25.6万人増加し、2015年の71.0万人から2025年には96.6万人に、さらに2030年に100.0万人まで増加したのち緩やかな減少に転じ、2040年には96.8万人程度となる見込みである。その後、団塊ジュニア世代が75歳を迎える2045～2050年頃にかけて再び増加し、2030年のピーク値を上回る可能性がある。

#### (4) 医療への影響

##### ア 人口減少・高齢化が医療に及ぼす影響

人口が減少する世代の医療需要の減、人口が増加する世代の医療需要・認知症患者・要介護認定者の増、一方で生産年齢人口の減少に伴う経済活動・労働力の低下、医療・介護の担い手の不足などがあげられる。

全県では、団塊の世代が全て後期高齢者となる2025年に向けて、総人口は26.3万人減少するものの、医療需要が高い後期高齢者が25.6万人増加するため、医療需要は増加傾向が続く。さらにその後も高齢者人口は増加し続けるため、総人口が減少するにもかかわらず、医療需要（患者数）のピークは2025年より数年遅れて到来することが見込まれる。

##### イ 圏域別の状況

すでに高齢化が著しい圏域と、今後本格的に高齢化が進展する圏域で状況が異なることに留意が必要である。

###### （ア）高齢化の進展が著しい圏域（但馬・丹波・淡路）

高齢者人口はすでにピークに達し、減少局面に入っている。うち、後期高齢者人口は2030年にピークを迎える、2015年の1.1倍程度にまで膨らんだ後、徐々に減少し、これと連動して、医療需要はやや増加し2030年をピークに減少局面に入る見込みである。

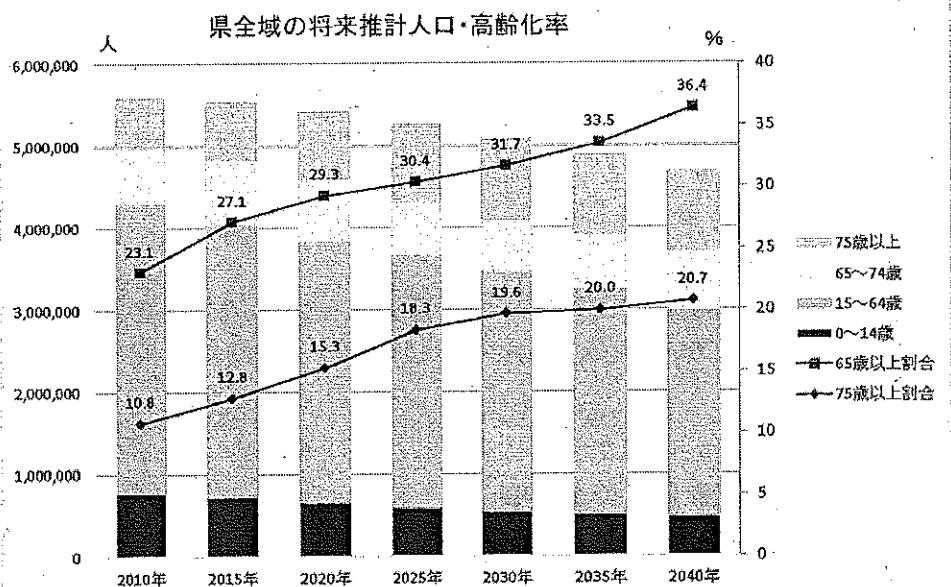
(イ) 高齢化の進展が中程度の圏域（北播磨・中播磨・西播磨）

高齢者人口は増加局面にある。うち、後期高齢者人口は同じく2030年にピークを迎えるが、増加率がやや高く、2015年の1.3～1.4倍程度にまで膨らんだ後、緩やかな減少局面に入る見込み。これと連動して医療需要も増加し、2030年をピークに減少局面に入るが、中播磨圏域では、団塊ジュニア世代の影響を受け、再び増加に転じる可能性がある。

(ウ) 今後本格的に高齢化が進展する圏域（神戸・阪神南・阪神北・東播磨）

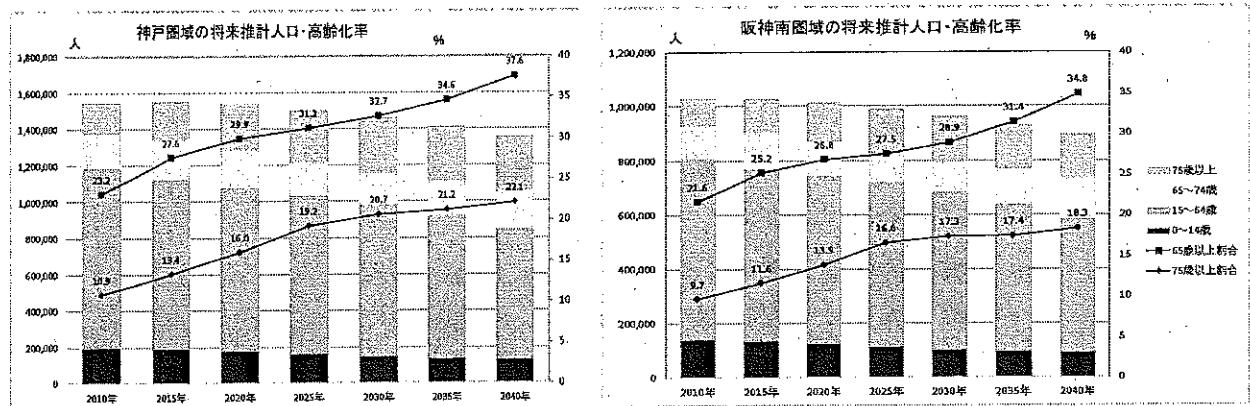
団塊ジュニア世代が高齢者となる2040年頃まで高齢者人口が一貫して増加。うち、後期高齢者人口は2030年に概ねピークに達するが、増加率が高く、2015年の1.4～1.5倍に膨らんだ後、横ばいとなり、団塊ジュニア世代が後期高齢者となる2045～2050年にかけて、再び増加に転じる見込み。これと連動して、医療需要は大きく膨らみ、2030年頃にピークに達した後も暫く高水準を維持する見込みである。

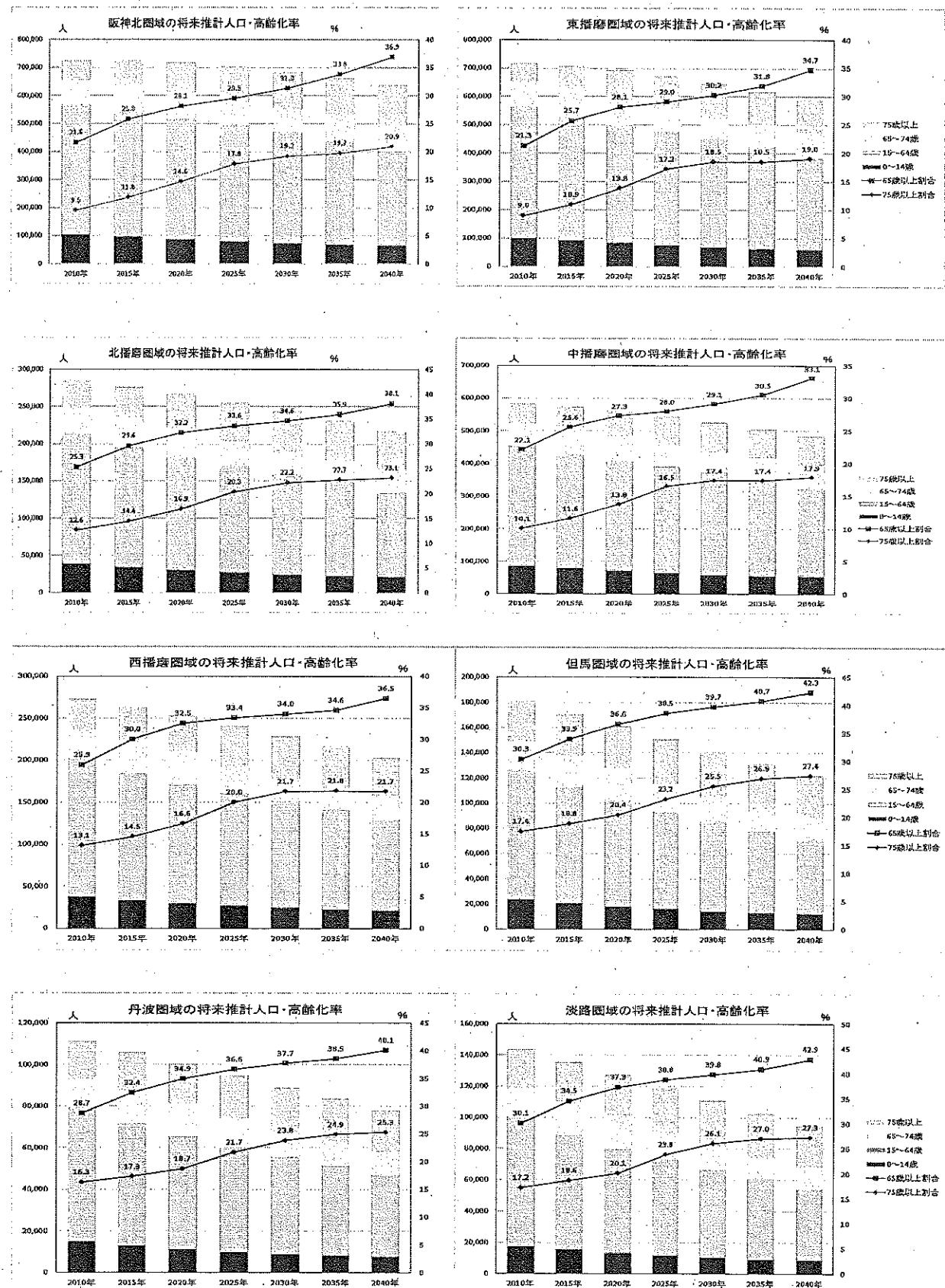
○ 本県の人口推計・高齢化率



出典：国立社会保障・人口問題研究所データから作成

○ 圏域ごとの人口推計・高齢化率





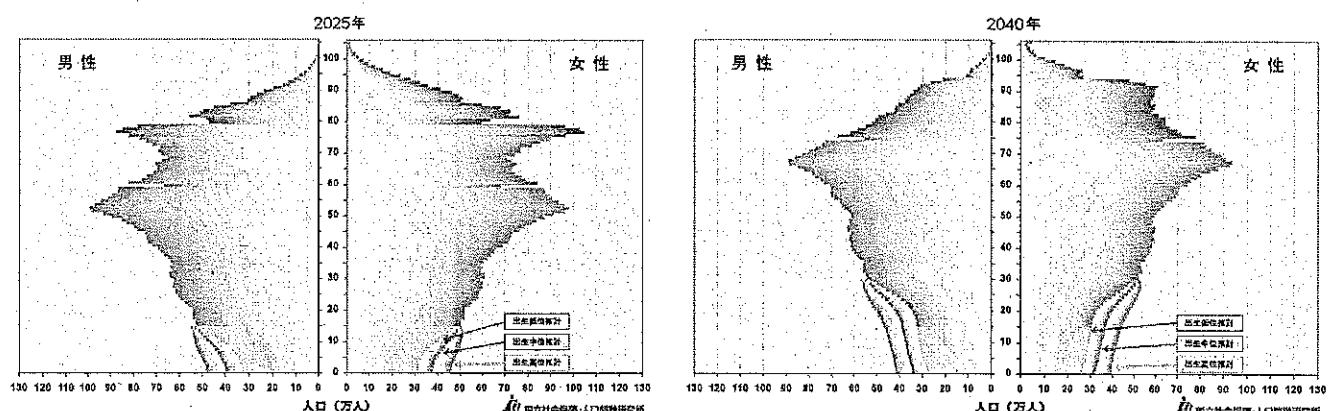
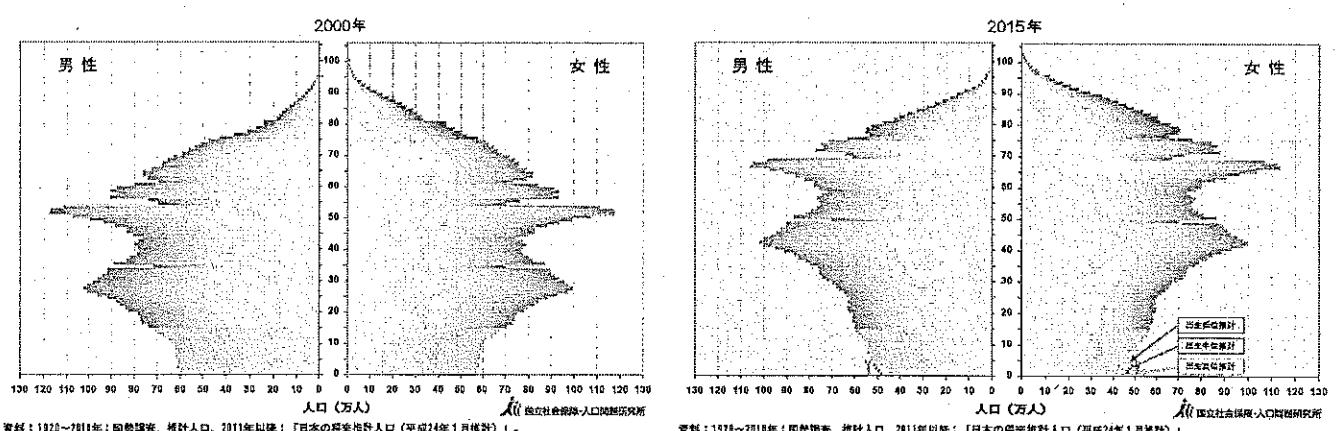
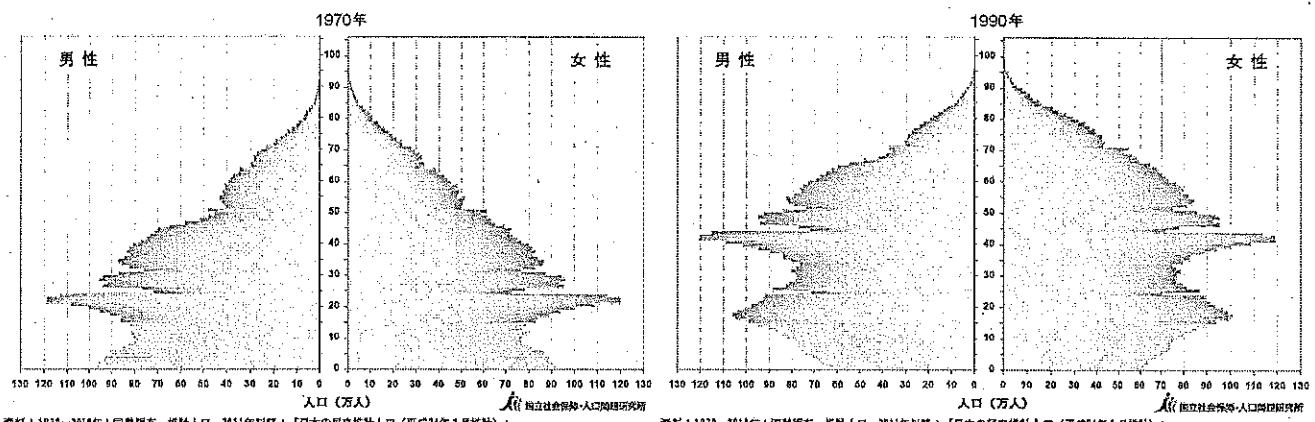
出典：国立社会保障・人口問題研究所データから作成

## ○将来推計人口・高齢化率の動向

圏域	年	圏域別・年齢区分別推計人口(人)						高齢化率	
		0~14歳	15~64歳	65歳以上	65~74歳再掲〔2015年比〕	75歳以上再掲〔2015年比〕	合計〔2015年比〕	65歳以上	75歳以上
神戸	2015年	187,776	934,981	428,801	220,756〔100.0%〕	208,045〔100.0%〕	1,551,558〔100.0%〕	27.6%	13.4%
	2025年	158,643	873,962	468,701	179,845〔81.5%〕	288,856〔138.8%〕	1,501,306〔96.8%〕	31.2%	19.2%
	2030年	144,022	838,417	477,493	175,988〔79.7%〕	301,505〔144.9%〕	1,459,932〔94.1%〕	32.7%	20.7%
	2035年	134,813	787,894	488,591	189,141〔85.7%〕	299,450〔143.9%〕	1,411,298〔91.0%〕	34.6%	21.2%
	2040年	127,719	719,226	509,611	209,648〔95.0%〕	299,963〔144.2%〕	1,356,556〔87.4%〕	37.6%	22.1%
阪神南	2015年	133,094	634,470	258,731	139,503〔100.0%〕	119,228〔100.0%〕	1,026,295〔100.0%〕	25.2%	11.6%
	2025年	112,170	605,531	271,939	108,142〔77.5%〕	163,797〔137.4%〕	989,640〔96.4%〕	27.5%	16.6%
	2030年	101,422	582,465	277,688	110,971〔79.5%〕	166,717〔139.8%〕	961,575〔93.7%〕	28.9%	17.3%
	2035年	95,083	542,881	291,895	130,167〔93.3%〕	161,728〔135.6%〕	929,859〔90.6%〕	31.4%	17.4%
	2040年	90,889	492,610	311,891	147,748〔105.9%〕	164,143〔137.7%〕	895,390〔87.2%〕	34.8%	18.3%
阪神北	2015年	97,465	440,741	187,018	101,193〔100.0%〕	85,825〔100.0%〕	725,224〔100.0%〕	25.8%	11.8%
	2025年	80,144	415,542	207,165	81,883〔80.9%〕	125,282〔146.0%〕	702,851〔96.9%〕	29.5%	17.8%
	2030年	72,664	397,056	213,938	82,771〔81.8%〕	131,167〔152.8%〕	683,658〔94.3%〕	31.3%	19.2%
	2035年	68,477	369,617	223,192	92,858〔91.8%〕	130,334〔151.9%〕	661,286〔91.2%〕	33.8%	19.7%
	2040年	65,899	336,329	234,832	101,807〔100.6%〕	133,025〔155.0%〕	637,060〔87.8%〕	36.9%	20.9%
東播磨	2015年	93,556	431,135	181,341	104,142〔134.9%〕	77,199〔100.0%〕	706,032〔100.0%〕	25.7%	10.9%
	2025年	76,537	399,147	194,439	79,483〔103.0%〕	114,956〔148.9%〕	670,123〔94.9%〕	29.0%	17.2%
	2030年	69,053	381,345	194,454	75,199〔97.4%〕	119,255〔154.5%〕	644,852〔91.3%〕	30.2%	18.5%
	2035年	64,323	355,819	196,291	82,253〔106.5%〕	114,038〔147.7%〕	616,433〔87.3%〕	31.8%	18.5%
	2040年	60,948	322,250	203,369	92,208〔119.4%〕	111,161〔144.0%〕	586,567〔83.1%〕	34.7%	19.0%
北播磨	2015年	34,632	159,995	81,649	41,783〔104.8%〕	39,866〔100.0%〕	276,276〔100.0%〕	29.6%	14.4%
	2025年	27,465	142,265	85,746	33,885〔85.0%〕	51,861〔130.1%〕	255,476〔92.5%〕	33.6%	20.3%
	2030年	24,769	134,279	84,317	30,316〔76.0%〕	54,001〔135.5%〕	243,365〔88.1%〕	34.6%	22.2%
	2035年	23,037	124,817	82,685	30,317〔76.0%〕	52,368〔131.4%〕	230,539〔83.4%〕	35.9%	22.7%
	2040年	21,752	112,697	82,908	32,726〔82.1%〕	50,182〔125.9%〕	217,357〔78.7%〕	38.1%	23.1%
中播磨	2015年	79,316	347,108	146,414	79,783〔119.7%〕	66,631〔100.0%〕	572,838〔100.0%〕	25.6%	11.6%
	2025年	65,771	325,966	152,584	62,909〔94.4%〕	89,675〔134.6%〕	544,321〔95.0%〕	28.0%	16.5%
	2030年	59,971	312,854	152,735	61,254〔91.9%〕	91,481〔137.3%〕	525,560〔91.7%〕	29.1%	17.4%
	2035年	56,500	294,618	153,884	65,971〔99.0%〕	87,913〔131.9%〕	505,002〔88.2%〕	30.5%	17.4%
	2040年	54,154	269,091	160,252	73,703〔110.6%〕	86,549〔129.9%〕	483,497〔84.4%〕	33.1%	17.9%
西播磨	2015年	33,684	150,396	78,752	40,664〔100.0%〕	38,088〔100.0%〕	262,832〔100.0%〕	30.0%	14.5%
	2025年	27,153	133,337	80,466	32,378〔79.6%〕	48,088〔126.3%〕	240,956〔91.7%〕	33.4%	20.0%
	2030年	24,570	126,441	77,691	28,122〔69.2%〕	49,569〔130.1%〕	228,702〔87.0%〕	34.0%	21.7%
	2035年	22,887	118,390	74,719	27,624〔67.9%〕	47,095〔123.6%〕	215,996〔82.2%〕	34.6%	21.8%
	2040年	21,677	107,195	74,225	30,226〔74.3%〕	43,999〔115.5%〕	203,097〔77.3%〕	36.5%	21.7%
但馬	2015年	20,912	91,811	57,780	25,692〔100.0%〕	32,088〔100.0%〕	170,503〔100.0%〕	33.9%	18.8%
	2025年	16,175	76,572	57,971	22,946〔89.3%〕	35,025〔109.2%〕	150,718〔88.4%〕	38.5%	23.2%
	2030年	14,425	70,581	56,031	20,117〔78.3%〕	35,914〔111.9%〕	141,037〔82.7%〕	39.7%	25.5%
	2035年	13,305	64,677	53,489	18,188〔70.8%〕	35,301〔110.0%〕	131,471〔77.1%〕	40.7%	26.9%
	2040年	12,494	57,979	51,564	18,075〔70.4%〕	33,489〔104.4%〕	122,037〔71.6%〕	42.3%	27.4%
丹波	2015年	12,881	58,550	34,175	15,877〔100.0%〕	18,298〔100.0%〕	105,806〔100.0%〕	32.4%	17.3%
	2025年	9,947	49,986	34,639	14,101〔88.8%〕	20,538〔112.2%〕	94,572〔89.6%〕	36.6%	21.7%
	2030年	8,907	46,550	33,575	12,390〔78.0%〕	21,185〔115.8%〕	89,032〔84.3%〕	37.7%	23.8%
	2035年	8,206	43,116	32,126	11,306〔71.2%〕	20,820〔113.8%〕	83,448〔79.0%〕	38.5%	24.9%
	2040年	7,652	38,943	31,177	11,472〔72.3%〕	19,705〔107.7%〕	77,772〔73.6%〕	40.1%	25.3%
淡路	2015年	15,597	73,035	46,681	21,522〔100.0%〕	25,159〔100.0%〕	135,313〔100.0%〕	34.5%	18.6%
	2025年	11,861	60,858	46,013	17,748〔82.5%〕	28,265〔112.3%〕	118,732〔87.7%〕	38.8%	23.8%
	2030年	10,446	56,095	44,030	15,157〔70.4%〕	28,873〔114.8%〕	110,571〔81.7%〕	39.8%	26.1%
	2035年	9,498	51,050	41,924	14,227〔66.1%〕	27,697〔110.1%〕	102,472〔75.7%〕	40.9%	27.0%
	2040年	8,787	45,145	40,444	14,663〔68.1%〕	25,781〔102.5%〕	94,376〔69.7%〕	42.9%	27.3%
兵庫県	2015年	708,913	3,322,222	1,501,342	790,915〔100.0%〕	710,427〔100.0%〕	5,532,477〔100.0%〕	27.1%	12.8%
	2025年	585,866	3,083,166	1,599,663	633,320〔80.1%〕	966,343〔136.0%〕	5,268,695〔95.2%〕	30.4%	18.3%
	2030年	530,249	2,946,083	1,611,952	612,285〔77.4%〕	999,667〔140.7%〕	5,088,284〔92.0%〕	31.7%	19.6%
	2035年	496,129	2,752,879	1,638,796	662,052〔83.7%〕	976,744〔137.5%〕	4,887,804〔88.3%〕	33.5%	20.0%
	2040年	471,971	2,501,465	1,700,273	732,276〔92.6%〕	967,997〔136.3%〕	4,673,709〔84.5%〕	36.4%	20.7%

出典:国立社会保障・人口問題研究所 ※今後25年間の最大値となる年を着色。

## ○ 本県の人口ピラミッドの推移



出典：国立社会保障・人口問題研究所

## 2 法令及び国提供推計ツールを用いた将来の病床数推計

## (1) 都道府県間、圏域間の患者流動を反映した場合の推計

		2014(H26)年度	2025(H37)年		差引	2030年	2035年	2040年
圏域	病床機能	病床機能報告 (稼働病床)	医療需要 (人/日)	必要病床数 (床)	正数:過剰 △: 不足	必要病床数 (床)	必要病床数 (床)	必要病床数 (床)
神戸	高度急性期	2,137	1,555	2,074	63	2,100	2,088	2,061
	急性期	8,380	4,609	5,910	2,470	6,196	6,231	6,170
	回復期	1,307	4,528	5,032	△ 3,725	5,310	5,349	5,307
	慢性期	3,207	2,421	2,631	576	2,877	2,921	2,893
	病床数小計	15,031	13,114	15,647	△ 616	16,483	16,589	16,431
阪神南	高度急性期	1,221	959	1,279	△ 58	1,296	1,294	1,288
	急性期	4,727	2,705	3,468	1,259	3,603	3,605	3,595
	回復期	605	2,573	2,859	△ 2,254	2,998	3,006	3,000
	慢性期	2,327	1,531	1,664	663	1,794	1,788	1,762
	病床数小計	8,880	7,769	9,270	△ 390	9,691	9,693	9,645
阪神北	高度急性期	25	373	497	△ 472	519	521	522
	急性期	3,461	1,474	1,890	1,571	2,010	2,028	2,028
	回復期	391	1,546	1,718	△ 1,327	1,845	1,880	1,882
	慢性期	2,815	2,268	2,465	350	2,636	2,662	2,642
	病床数小計	6,692	5,661	6,570	122	7,010	7,091	7,074
東播磨	高度急性期	707	548	730	△ 23	733	720	702
	急性期	3,448	1,739	2,229	1,219	2,310	2,286	2,229
	回復期	529	1,903	2,115	△ 1,586	2,233	2,217	2,155
	慢性期	1,645	1,270	1,380	265	1,502	1,495	1,445
	病床数小計	6,329	5,459	6,454	△ 125	6,778	6,718	6,531
北播磨	高度急性期	126	175	234	△ 108	237	232	224
	急性期	1,625	771	988	637	1,023	1,010	976
	回復期	447	800	889	△ 442	938	931	898
	慢性期	1,362	1,157	1,257	105	1,313	1,300	1,256
	病床数小計	3,560	2,903	3,368	192	3,511	3,473	3,354
中播磨	高度急性期	790	494	658	132	653	638	623
	急性期	3,134	1,528	1,959	1,175	1,998	1,968	1,923
	回復期	536	1,710	1,901	△ 1,365	1,972	1,942	1,893
	慢性期	1,104	692	752	352	799	794	772
	病床数小計	5,564	4,425	5,270	294	5,422	5,342	5,211
西播磨	高度急性期	6	109	145	△ 139	145	140	134
	急性期	1,654	553	708	946	726	711	673
	回復期	253	810	900	△ 647	926	905	860
	慢性期	737	430	468	269	499	493	465
	病床数小計	2,650	1,902	2,221	429	2,296	2,249	2,132
但馬	高度急性期	18	100	133	△ 115	129	124	117
	急性期	932	422	541	391	540	526	504
	回復期	210	428	476	△ 266	477	465	445
	慢性期	314	230	250	64	252	246	236
	病床数小計	1,474	1,180	1,400	74	1,398	1,361	1,302
丹波	高度急性期	4	39	52	△ 48	52	50	48
	急性期	612	184	236	376	241	236	225
	回復期	44	184	204	△ 160	213	211	200
	慢性期 * 特例適用	468	312	339	129	368	370	359
	病床数小計	1,128	718	831	297	874	867	832
淡路	高度急性期	19	74	99	△ 80	98	93	85
	急性期	774	256	328	446	330	318	299
	回復期	184	394	438	△ 254	459	449	421
	慢性期 * 特例適用	832	514	559	273	597	598	559
	病床数小計	1,809	1,239	1,424	385	1,484	1,458	1,364
全県	高度急性期	5,053	4,425	5,901	△ 848	5,962	5,900	5,804
	急性期	28,747	14,242	18,257	10,490	18,977	18,919	18,622
	回復期	4,506	14,877	16,532	△ 12,026	17,371	17,355	17,061
	慢性期	14,811	10,825	11,765	3,046	12,637	12,667	12,389
	病床数計	53,117	44,369	52,455	662	54,947	54,841	53,876

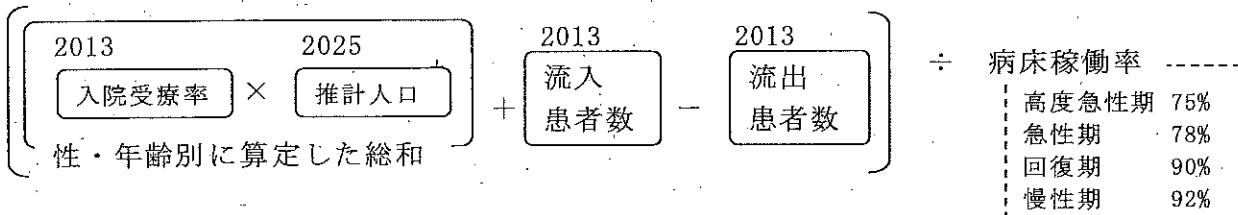
## (2) すべての患者が住所地圏域で受療すると仮定した場合の推計 [参考]

圏域	病床機能	2014(H26)年度	2025(H37)年		差引 正数:過剰 △:不足	2030年	2035年	2040年
		病床機能報告 (稼働病床)	医療需要 (人/日)	必要病床数 (床)				
神戸	高度急性期	2,137	1,418	1,890	247	1,930	1,929	1,910
	急性期	8,380	4,493	5,760	2,620	6,060	6,108	6,066
	回復期	1,307	4,486	4,984	△ 3,677	5,286	5,342	5,313
	慢性期	3,207	2,944	3,200	7	3,466	3,513	3,477
	病床数小計	15,031	13,341	15,834	△ 803	16,743	16,892	16,766
阪神南	高度急性期	1,221	918	1,224	△ 3	1,244	1,243	1,240
	急性期	4,727	2,641	3,386	1,341	3,519	3,523	3,512
	回復期	605	2,604	2,893	△ 2,288	3,035	3,042	3,036
	慢性期	2,327	1,644	1,787	540	1,915	1,911	1,885
	病床数小計	8,880	7,807	9,290	△ 410	9,713	9,719	9,674
阪神北	高度急性期	25	583	777	△ 752	797	799	796
	急性期	3,461	1,832	2,349	1,112	2,472	2,496	2,494
	回復期	391	1,801	2,001	△ 1,610	2,136	2,168	2,174
	慢性期	2,815	1,663	1,807	1,008	1,991	2,025	2,018
	病床数小計	6,692	5,879	6,934	△ 242	7,397	7,488	7,482
東播磨	高度急性期	707	531	708	△ 1	710	696	677
	急性期	3,448	1,708	2,190	1,258	2,277	2,251	2,191
	回復期	529	1,928	2,142	△ 1,613	2,258	2,236	2,172
	慢性期	1,645	1,197	1,301	344	1,411	1,405	1,354
	病床数小計	6,329	5,364	6,341	△ 12	6,656	6,587	6,395
北播磨	高度急性期	126	211	281	△ 155	279	271	261
	急性期	1,625	768	985	640	1,011	996	960
	回復期	447	756	840	△ 393	872	862	829
	慢性期	1,362	827	899	463	948	942	900
	病床数小計	3,560	2,562	3,005	555	3,110	3,071	2,949
中播磨	高度急性期	790	419	558	232	557	548	536
	急性期	3,134	1,342	1,721	1,413	1,766	1,745	1,709
	回復期	536	1,564	1,737	△ 1,201	1,810	1,788	1,744
	慢性期	1,104	780	847	257	894	885	862
	病床数小計	5,564	4,105	4,864	700	5,028	4,965	4,851
西播磨	高度急性期	6	200	267	△ 261	261	251	238
	急性期	1,654	737	945	709	955	927	880
	回復期	253	892	992	△ 739	1,015	987	934
	慢性期	737	445	484	253	513	504	472
	病床数小計	2,650	2,274	2,687	△ 37	2,743	2,669	2,524
但馬	高度急性期	18	124	166	△ 148	160	153	144
	急性期	932	409	525	407	520	504	479
	回復期	210	431	479	△ 269	479	466	443
	慢性期	314	318	346	△ 32	352	345	328
	病床数小計	1,474	1,282	1,515	△ 41	1,511	1,467	1,394
丹波	高度急性期	4	78	104	△ 100	102	98	92
	急性期	612	306	392	220	394	384	366
	回復期	44	298	331	△ 287	337	332	317
	慢性期 * 特例適用	468	292	318	150	338	335	321
	病床数小計	1,128	974	1,145	△ 17	1,171	1,148	1,097
淡路	高度急性期	19	94	126	△ 107	121	114	107
	急性期	774	298	382	392	379	364	342
	回復期	184	429	476	△ 292	489	476	446
	慢性期 * 特例適用	832	493	535	297	569	563	528
	病床数小計	1,809	1,314	1,520	289	1,558	1,517	1,422
全県	高度急性期	5,053	4,576	6,100	△ 1,047	6,163	6,101	6,002
	急性期	28,747	14,534	18,636	10,111	19,354	19,298	18,998
	回復期	4,506	15,189	16,876	△ 12,370	17,718	17,699	17,407
	慢性期	14,811	10,603	11,525	3,286	12,396	12,426	12,146
	病床数計	53,117	44,902	53,137	△ 20	55,630	55,524	54,554

【表注】

1 必要病床数算定式

次の考え方に基づいた法令及び推計ツールにより算定する。



2 病床数推計の前提となる事項

(1) 慢性期機能の推計に用いる入院受療率

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

「パターンA」：全国最小の入院受療率を用いる。

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

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

「特例」：Bにより定めた入院受療率は平成42年（2030年）に達成することとし、平成37年（2025年）の入院受療率は平成42年（2030年）から比例的に逆算して得られたものを用いる。

本県で用いる入院受療率は、次のとおりとした。

- ① 丹波、淡路：特例
- ② その他の圏域：パターンB

(2) 都道府県間の患者流動の調整

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

本県が関与する患者流動について調整の結果、次のとおり計上することとなった。

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

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

但馬圏域：必要病床数増加 その他の圏域：必要病床数減少

## 【留意事項】

- 1 地域医療構想の本旨である「地域完結型医療」では、すべての患者が住所地圏域で受療することになるため、推計表(2)を参考として掲示した。将来の各圏域の医療需要・必要病床数は、推計表(1)と推計表(2)の値の間に収れんすると考えられる。
- 2 各項目の最大値となる年を着色している。2025年以降の推計によれば、医療需要のピークは、高齢化の進行度合いの違いにもよるが、都市部ではおおむね2035年、近郊部でも2025～2030年となる。このことから、地域医療構想の推進は、2025年の推計のみならず、その後の推移も視野に入れて行う必要がある。
- 3 現況病床数として、平成26年病床機能報告における稼働病床数を掲載しているが、病床機能の選択は医療機関の判断による自己申告であり、また、異なる機能の病床が混在する病棟でも病棟単位で機能区分を選択することから、正確な機能別病床数は把握されていない。  
さらに、推計ツールによる機能ごとの将来予測とは病床機能の定義が異なるため、両者を単純比較はできない。したがってあくまで便宜上、将来推計よりも現況数が少ない場合を「不足」、多い場合を「過剰」として表示している。
- 4 今後、法令に基づいた必要病床数推計に関して、信頼に足るデータが得られる等、推計値を更新することが可能な場合には、推計結果の更新を検討する。
- 5 推計は、医療需要の将来像を展望するためであり、過剰になると見込まれる機能の病床削減を意図するものではない。  
また、今後策定される他の計画において、医療費の目標値その他の将来推計の前提となる病床数として使用することを意図するものではない。

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

圏域		2013年の 医療需要 (人／日)	2025年の 医療需要 (人／日)
神戸	在宅医療等	16,764.8	26,547.0
	うち訪問診療分	11,365.5	16,980.5
阪神南	在宅医療等	10,721.6	17,836.2
	うち訪問診療分	7,708.3	12,160.1
阪神北	在宅医療等	5,831.6	11,553.7
	うち訪問診療分	3,428.9	6,691.0
東播磨	在宅医療等	4,509.3	7,843.8
	うち訪問診療分	2,268.1	4,001.9
北播磨	在宅医療等	2,307.5	3,057.2
	うち訪問診療分	1,160.2	1,255.4
中播磨	在宅医療等	4,139.8	6,030.6
	うち訪問診療分	2,136.2	3,053.8
西播磨	在宅医療等	2,311.9	2,939.0
	うち訪問診療分	1,102.8	1,248.8
但馬	在宅医療等	1,916.7	2,167.0
	うち訪問診療分	942.9	1,074.0
丹波	在宅医療等	1,063.3	1,402.0
	うち訪問診療分	504.1	657.3
淡路	在宅医療等	1,473.7	1,880.9
	うち訪問診療分	681.3	712.5
合計	在宅医療等	51,040.4	81,257.2
	うち訪問診療分	31,298.4	47,835.3

## 【表注】

1 推計ツールによる2025年の居宅等医療需要は、次の値の合計で推計される。

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

2 在宅医療は在宅で行われることから、病床の推計方法と関係なく、推計ツールにより患者住所地ベースで推計した。

(4) 慢性期病床推計に特例を適用した場合の、平成42年の病床数の必要量  
(医療法施行規則第30条の28の4第2号)

		2030(平成42)年の推計	
圏域	病床機能	医療需要(人／日)	必要病床数(床)
丹波	慢性期	259.1	282
淡路	慢性期	357.5	389

## 第4章 るべき医療提供体制を実現するための施策と推進体制

### 1 基本的な考え方

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

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

なお、これらの施策の内容については、今後の法改正、診療報酬改定等を踏まえて、適宜修正を加えることとする。

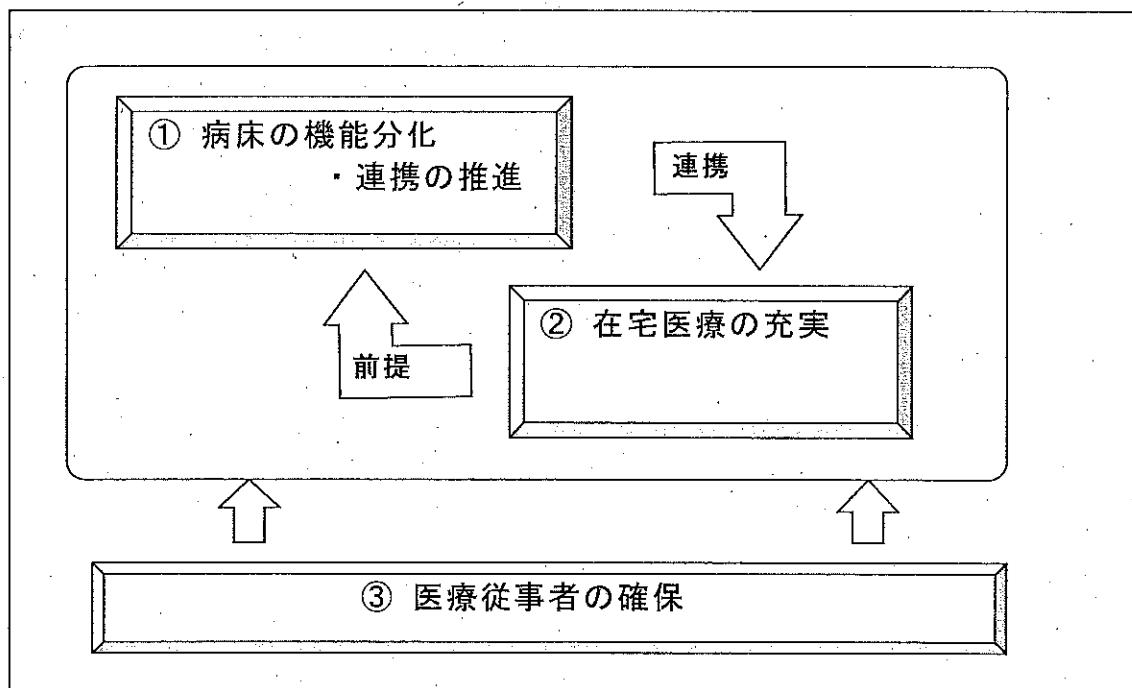
#### 【重点項目】

① 病床の機能分化・連携の推進

② 在宅医療の充実

③ 医療従事者の確保

#### ○ 地域医療構想による施策の全体イメージ



## 2 県全体に関わる課題及び具体的施策

## (1) 病床の機能分化・連携の推進

	現状と課題	具体的施策
病床機能の再編 (分化・連携)	<ul style="list-style-type: none"> <li>高度急性期から在宅医療に至る一連の医療サービスを切れ目なく提供できるように、限られた医療資源を有効に活用する必要がある。</li> <li>急性期及び慢性期病床が過剰となる一方、回復期病床が不足すると見込まれる。</li> <li>慢性期病床が過剰である場合、患者の受け皿となる在宅医療体制、介護保険施設等の確保が先決である。</li> <li>2025年以降も入院患者数の増加が見込まれることを踏まえる必要がある。</li> <li>圏域内充足率を向上させる一方、他圏域からの流入にも備える必要がある。</li> <li>非稼働病床など潜在的な医療資源の有効活用を図る必要がある。</li> </ul> <p><b>【高度急性期機能】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>大幅な不足が見込まれる圏域がある。 (阪神北、北播磨、西播磨、但馬)</li> </ul> <p><b>【急性期機能】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>いずれの圏域でも過剰となることが見込まれる。</li> <li>在宅患者の急変時対応のため、急性期機能を一定以上維持する必要がある。</li> </ul> <p><b>【回復期機能】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>いずれの圏域でも不足すると見込まれる。</li> <li>在宅復帰に向けた回復期病床は、急性期病床や患者居住地近くにあることが望ましい。</li> </ul> <p><b>【慢性期機能】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>いずれの圏域でも過剰と見込まれる。</li> <li>患者の受け皿としての在宅医療の充実が先決である。</li> </ul>	<p><b>【全体の方向性】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>将来の機能別医療需要を踏まえて、医療機関の自主的な取り組みを促進</li> <li>病床配分にあたり、圏域で不足する病床機能や、地域偏在の解消に留意</li> <li>医療機関の改修等にあたり、不足する病床機能への転換を促進</li> <li>休止中の病床の稼働にあたり、不足する病床機能を補う形での活用を促進</li> <li>非稼働病床の活用・返還等を促す</li> <li>病床機能報告の内容、地域医療介護総合確保基金の活用事例等、情報の共有</li> <li>医療需要に応じた専門医の配置等、医療提供体制の向上</li> </ul> <p><b>【高度急性期機能】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>公立病院、基幹病院を中心に ICU、HCU 等の高度急性期機能の充実</li> <li>圏域内外の協力、連携体制の強化</li> </ul> <p><b>【急性期機能】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>機能の拡充による高度急性期への転換</li> <li>回復期機能（回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟含む）への病床転換</li> </ul> <p><b>【回復期機能】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>非稼働病床を回復期病床として再稼働</li> <li>回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病床の充実</li> <li>心臓リハビリテーション施設等の高度・専門的な回復期病床の充実</li> <li>回復期を担う医療スタッフの充実</li> </ul> <p><b>【慢性期機能】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>在宅復帰に向けたリハビリ、退院調整機能の充実</li> <li>介護療養病床から、受け皿となる介護保険施設（老健等）への優先的転換</li> <li>介護療養病床から、国が検討中の新たな類型への優先的転換</li> </ul> <p><b>【医療機関間の連携】</b></p>

	現状と課題	具体的施策
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域医療連携クリティカルパスの構築促進</li> <li>・転院支援の病院連絡会の定期実施</li> <li>・診療科の相互支援</li> <li>・病院間連携による総合診療専門医養成プログラムの作成</li> <li>・地域医療情報システム等、ＩＣＴの活用と参加促進による連携促進</li> <li>・協力病院、かかりつけ医などの支援医療機関との連携強化</li> </ul>
<b>在宅医療提供体制、介護保険施設の確保と連携強化</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・住み慣れた地域での生活を地域全体で支える「地域完結型」医療の構築が必要である。</li> <li>・入院医療から在宅医療・介護、看取りまで、サービスが切れ目なく提供される体制が必要である。</li> <li>・慢性期病床から在宅医療等への移行には、退院調整機能の充実、受け皿となる介護保険施設や訪問看護等の在宅サービスの充実、在宅復帰に向けたリハビリ、往診・訪問診療等を行う医療機関の充足が前提となる。</li> </ul>	<p><b>【全体の方向性】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・慢性期患者の受け皿となる在宅医療機関、施設、介護サービス等の充実</li> </ul> <p><b>【在宅医療、介護の充実】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・機能強化型訪問看護ステーションの整備促進</li> <li>・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</li> <li>・県老人福祉計画に基づく着実な介護保険施設の整備、在宅医療提供体制の充実を促進</li> </ul> <p><b>【在宅医療、介護との連携】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域医療連携クリティカルパスの構築促進</li> <li>・病院への地域医療連携室の設置、機能充実促進等による病診ネットワークの構築</li> <li>・病院や施設に勤務する看護職と訪問看護ステーションで従事する看護職の一看連携を推進</li> <li>・医療機関と介護保険施設・事業所との連携</li> <li>・地域医療情報システム等、ＩＣＴの活用と参加促進による連携促進</li> <li>・病院から開業医への逆紹介の連携システム構築</li> <li>・多職種連携のための会議・研修会の開催など市町の在宅医療・介護連携推進事業の支援</li> <li>・急性期病院、回復期病院、訪問看護ステーション等が連携したリハビリの推進</li> </ul>

	現状と課題	具体的施策
		<p>進</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医科・歯科・薬科連携の推進</li> <li>・医療の質の確保・向上のための PPP (公民連携)の確立</li> <li>・急傷病時に適時・適切な受療が出来るよう、医療機関、消防等の連携</li> </ul>
5 疾病対策	<p>【生活習慣病】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「がん」「脳血管疾患」「急性心筋梗塞」「糖尿病」に関する連携施策、一層の医療提供体制の充実を図る必要がある。</li> </ul> <p>【精神疾患】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・身体合併症を抱えた精神・認知症患者への対応が精神科病床では難しいことから、治療や介護体制の充実と受入先の確保が必要である。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・圏域内充足率の維持・向上のため、保健医療計画や健康増進計画等に基づく取組推進</li> </ul> <p>【精神疾患】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・精神障害者の退院促進、地域移行の推進</li> <li>・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</li> <li>・認知症対応可能な医療施設、介護事業所の増加</li> <li>・国の新オレンジプランを踏まえ、認知症ケアネット（認知症ケアパス）の導入かかりつけ医認知症対応力向上研修、認知症サポート医養成研修、病院勤務医療従事者認知症対応力向上研修等</li> <li>・県の認知症対応医療機関登録制度に関する啓発や登録推進</li> </ul>
救急医療体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>・脳卒中や急性心筋梗塞の急性期医療を担う機関の人口カバー率が低い圏域がある。</li> <li>・救急患者を確実かつ迅速に医療につなげられるよう、救急医療提供・救急搬送体制の充実と連携促進をさらに図る必要がある</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・三次医療を提供する病院の医療機能の充実と二次医療を担う病院との機能分担、連携促進</li> <li>・二次救急輪番体制の確保、充実</li> <li>・休日夜間急患センター及び在宅当番体制による一次救急医療提供体制の整備</li> <li>・消防と医療機関等との連携による救急搬送体制の確保・充実</li> </ul>
公立病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>・救急医療や高度先端医療等の政策的医療の充実を図る必要がある。</li> <li>・高度・専門医療の提供を行う基幹病院間の連携の強化や、統合等を検討する必要がある。</li> <li>・建物の老朽化に伴う建替え等の時期を</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・総務省の「新公立病院改革ガイドライン」を踏まえた整備</li> <li>・病床機能の転換・再編統合も視野にいた連携の検討</li> <li>・連携強化を図るため地方債の活用</li> <li>・広域・高度専門的な医療提供体制（3</li> </ul>

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

## (2) 在宅医療の充実

	現状と課題	具体的施策
在宅医療提供体制の充実	<ul style="list-style-type: none"> <li>回復期病床の機能強化、患者の在宅復帰促進により、在宅医療、介護の需要増加が予測される。</li> <li>慢性期病床から在宅医療等への移行には、在宅復帰に向けたリハビリ、退院調整機能の充実、受け皿となる介護保険施設や訪問看護等の在宅サービスの充実、往診・訪問診療等を行う医療機関の充足が前提となる。</li> <li>在宅医療需要の増加が見込まれる中、往診・訪問診療、訪問看護等を実施する医療機関をはじめ在宅医療の提供体制の充実を図る必要がある。</li> <li>診療所医師の高齢化が予測され、訪問診療医をはじめとした在宅診療の担い手の確保が必要である。</li> <li>医療従事者の多職種連携や在宅医療に関する専門的なスキルアップが必要である。</li> <li>増悪による再入院を防ぐために、的確な観察と判断力を備え、療養者のセルフケア能力を高めるための質の高い看護の提供が必要である。</li> </ul>	<p><b>【全体の方向性】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>在宅での終末期ケア、看取りが可能となるよう在宅療養支援診療所等の医療機関、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所等の在宅医療提供体制の整備・充実</li> </ul> <p><b>【在宅医療提供機関の充実】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>在宅医療提供に必要な設備・支援ツールの整備</li> <li>在宅医療を提供する医療機関、訪問看護ステーション、薬局等の確保</li> <li>診療所の在宅医療への新規参入促進</li> <li>24時間対応の在宅療養支援診療所、訪問看護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所等の整備促進</li> <li>かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師が往診、訪問診療、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導等に取り組みやすいような仕組みや体制の整備と、より積極的な活用</li> <li>機能強化型訪問看護ステーションへの移行支援や訪問看護ステーション経営安定化に向けた管理者研修</li> </ul> <p><b>【介護保険施設、サービスの充実】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>介護保険施設、事業所、サービス付き高齢者向け住宅の整備</li> <li>切れ目のない地域リハビリテーションの推進</li> </ul> <p><b>【人材確保】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>病院勤務医時代から在宅医療に関心が持てるよう、病院内での取組の実施</li> <li>在宅療養を担う訪問看護師やケアマネジャー等の関係者の連携により、医師の在宅医療への新規参入を後押し</li> <li>県立病院の医師派遣等による地域医療機関支援</li> <li>口腔ケアを担う歯科衛生士の養成</li> <li>特定行為を行う看護師を養成する。</li> <li>一定の研修を受けた「たん吸引等」を行う介護職を養成する。</li> <li>民生委員のほか、地域総合支援センターや地域サポート型施設などによる地</li> </ul>

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

	現状と課題	具体的施策
		<p>・携会議を通じた情報の効率的な把握・共有のためのシステムづくり</p> <p>・医療介護資源マップ等による地域の医療福祉資源の把握と活用</p>
在宅療養患者への支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・がん患者とその家族の意向に応じた切れ目のない在宅医療を提供する必要がある。</li> <li>・重症心身障害児（者）や難病患者とその家族の負担を軽減し、身近な地域で医療が受けられる体制を整備する必要がある。</li> </ul> <p>【精神疾患】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・今後増加する認知症高齢者等に対応できる、認知症の早期発見・早期対応の体制づくりが必要である。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・がん診療連携拠点病院と地域の病院・診療所、訪問看護ステーション、介護サービス事業所、薬局等の連携による在宅での緩和ケア体制の強化</li> <li>・身近な病院や診療所医師の重症障害児（者）や難病患者に対する理解を深め、基幹病院と協力病院、診療所が連携した医療提供体制の整備</li> </ul> <p>【精神疾患】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・精神障害者の退院促進、地域移行</li> <li>・認知症疾患医療センターを核とした認知症対応医療機関等の在宅医療・介護関係機関の連携強化</li> <li>・認知症サポート医を養成するとともに、認知症初期集中支援チームの市町による設置を支援し、認知症相談センターとの連携体制を強化</li> <li>・市町による認知症ケアネットの作成支援</li> </ul>
普及啓発	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族や地域による援助が薄れる中で、患者自身にも在宅医療に関する積極的な理解が求められる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身近な「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」「かかりつけ薬剤師・薬局」の重要性に関する広報、普及・定着促進</li> <li>・クリティカルパスの必要性に関する住民及び医療関係者への普及啓発</li> <li>・住民や施設職員等に対する、在宅医療、介護サービス、緊急時の対応、在宅看取り等の普及啓発</li> <li>・薬剤師の訪問薬剤管理指導の推進、周知</li> <li>・適切な在宅医療を選択できるための医療情報の提供と相談体制の推進</li> <li>・まちの保健室等、身近な地域で健康について相談ができる体制の継続</li> </ul>

## (3) 医療従事者の確保

	現状と課題	具体的施策
医療従事者の確保	<ul style="list-style-type: none"> <li>今後の医療需要、内容に対応した医師・看護師をはじめとする医療従事者確保が必要である。</li> <li>特に不足が懸念される産科・小児科勤務医、救急勤務医師等の確保が必要である。</li> <li>各圏域の今後の医療需要（特に増加が予測される疾患）に対応できるよう、専門医師を地域偏在なく確保する必要がある。</li> <li>特に新専門医制度については、地域の関係者による協議の場を設置して、専門研修プログラム等について十分に協議する必要がある。</li> <li>一般病院の常勤医師、特に若い内科医の充実が必要である。</li> <li>薬局・薬剤師に係る制度改正の一方、薬剤師数の不足のため、訪問服薬指導の環境が未整備である。</li> <li>圏域の医師、歯科医師、薬剤師、看護師の高齢化が進んでおり、現状の体制維持が困難となる前に、若手従事者の育成が必要である。</li> <li>全国と比べて県内の看護職離職率は高く、看護職員確保に苦慮している圏域がある。</li> <li>看護職員など医療従事者の定着、離職防止に向けて、研修や勤務環境改善など各医療機関で取り組む必要がある。</li> <li>中小規模施設では新人看護職員研修の実施率が低く、研修責任者等の育成が困難である。</li> <li>H27年10月より届出制度が開始したが、届出件数が見込みよりも少ない。</li> <li>看護職の募集・採用に困難を感じている施設が多い。</li> <li>潜在看護職が、近年の医療や看護に関する情報を得て安心して再就業に取り組める支援が必要である。</li> <li>18歳人口が減少する中、医療や看護、介護に従事する若者を確保する必要がある。</li> <li>疾病の発症や重症化を予防するために、</li> </ul>	<p>【全体の方向性】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>限られた医療資源の中で効率的で良質な医療を提供するため、病院・病床の機能分化、連携やチーム医療を促進</li> <li>医師、歯科医師、薬剤師、看護師、栄養士及び理学療法士等のリハビリテーション専門職等、在宅での医療を担う人材の確保</li> <li>居住空間、文教施設等の生活環境、職場環境を整備し、医療従事者の圏域への定着促進</li> <li>奨学金制度などインセンティブ制度の拡充による、医療従事者の確保・定着促進</li> </ul> <p>【医療従事者の確保】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>圏域内の病院間で新専門医制度の基幹病院や他の連携病院のグループ化をすすめ、圏域内の専門医確保を推進</li> <li>病院間の緊急的な診療応援に対する財政支援</li> <li>養成医師の増員、後期研修終了医等県採用制度の活用</li> <li>県養成医師を、へき地医療拠点病院に配置</li> <li>県が大学に寄附講座を設置し、圏域・地域の中核病院へ医師派遣</li> <li>医療従事者を目指す学生への地域医療体験、医療系学校進学セミナー、就職相談等</li> <li>需給見通しに基づき、計画的に看護職確保対策を行う。</li> <li>多様な勤務形態の導入に向けた看護管理者の研修や勤務環境改善支援センターによる相談・研修により働きやすい職場環境づくりを推進する。</li> <li>院内保育所設置・運営費の補助</li> <li>施設が取り組む新人看護職員研修や医療機関受入研修への補助</li> <li>研修責任者等研修の開催</li> <li>届出制度を周知し、ナースセンターへの登録普及を図る。</li> <li>看護師の離職防止、再就業を支援する</li> </ul>

	現状と課題	具体的施策
	<p>暮らしを捉え、予防的な視点や熟練した技術を用いて支援ができる看護実践能力の向上が求められる。</p> <p>・今後、需要が見込まれる訪問看護師の養成、確保が必要である。</p>	<p>ためナースセンターの機能強化・充実</p> <p>・身近な地域で相談が受けられるようナースセンターサテライトを設置</p> <p>・兵庫県ナースセンターとハローワークとの連携強化により再就業を促進する。</p> <p>・地域合同就職説明会の開催</p> <p>・復職支援研修会の開催と充実・強化</p> <p>・在宅医療と介護を連携するコーディネーター、地域リハビリテーション活動を支援するセラピスト、訪問薬剤師や地域医療連携を行う看護師等、地域包括ケアを支える人材の確保・育成</p> <p><b>【医療従事者の養成】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・圏域内の医療機関同士や大学等との連携による、地域医療を担う総合診療医、内科専門医の教育・研修ができるシステムの構築</li> <li>・研修医の病院間での相互研修体制の確立</li> <li>・ICTを活用した研修システムの導入</li> <li>・地域医療活性化センターのシミュレーター機器等を活用した研修の実施</li> <li>・多職種連携による在宅医療が重要なことから、職種ごとの研修会や多職種での連携会議等の開催</li> <li>・在宅医療を担う医師、歯科医師の増加に向けた支援</li> <li>・中学・高校生対象の進学説明会、進路指導担当教員向けの説明会等の開催。</li> <li>・看護師等養成所の運営助成額に県内就業率に応じた加算</li> <li>・専任教員養成講習会の開催</li> <li>・実習指導者講習会の開催</li> <li>・認定看護師の養成 <ul style="list-style-type: none"> <li>認知症看護</li> <li>慢性心不全看護</li> <li>訪問看護</li> <li>脳卒中リハビリテーション看護</li> </ul> </li> <li>・訪問看護師育成のための研修、病院・施設と訪問看護ステーションの看一看護相互体験研修の開催</li> </ul>

## (4) その他

	現状と課題	具体的施策
他府県・他圏域との連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>・府県間あるいは圏域間の流出入状況は、今後の予測が困難である。</li> <li>・住民にとって、身近な場所で受けたい医療が受療できるよう不足する医療機能の充足や医療機関の連携強化を図る必要がある。</li> <li>・高度急性期から急性期、回復期、慢性期、在宅医療までの一連のサービスを切れ目なく提供出来るよう、圏域を越えた医療・介護連携体制の充実を図る必要がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・隣接する他圏域（特に現状で流出入が多い圏域）と十分に連携した医療体制の確保</li> <li>・一方で、住み慣れた地域での受療という地域医療構想の理念に鑑み、患者の選択肢を残しつつ、医療機関所在地あるいは患者住所地のいずれの需要にも対応できるよう、柔軟かつ慎重に医療提供体制を確保</li> <li>・高度急性期、3次救急医療を担う近隣圏域・隣接府県との連携促進</li> </ul>
地域包括ケアシステム構築に向けた取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>・誰もが、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで送ることができるように、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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・住民、保険者、企業、医療・介護関係者、行政等の連携による健康づくりや地域づくりの取組の推進</li> <li>・病院・診療所・訪問看護ステーション・地域包括支援センター（地域総合支援センター）・ケアマネジャー等の相互支援・関係づくり</li> <li>・地域包括支援センター（地域総合支援センター）の機能強化と地域ケア会議の充実</li> </ul>
普及啓発	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域医療構想の実現のためには、地域住民の理解が不可欠である。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・行政、医療機関による地域住民への地域医療構想の普及啓発</li> <li>・病床機能の分化、連携に関する住民理解の促進。</li> <li>・在宅医療の意義、適正受診等の普及啓発</li> </ul>
進捗管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域医療構想の進捗管理が必要である。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域医療構想調整会議等における継続的な調整と進捗管理</li> <li>・客観的指標に基づいた地域医療構想の評価（例：在宅看取り率など）</li> </ul>



## 3 各圏域の課題及び具体的施策

## 【神戸圏域】

項目	圏域の現状と課題	具体的施策
(1) 病床の機能分化・連携の推進	<p><b>【医療機能別の状況】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 2025年における医療機能別の「必要病床数推計」と「病床機能報告」を比較すると、高度急性期・慢性期病床は若干の過剰、急性期病床は過剰、回復期病床は不足となっており、将来の医療需要に応じたバランスのとれた医療提供体制を整備する必要がある。</li> <li>○ 2025年以降も高齢者の増加に伴い入院患者数の増加が見込まれることも踏まえて、在宅及び入院の医療提供体制を検討する必要がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 将来の医療需要を見据えながら、医療提供内容の実態に見合った医療機関の自主的な取り組みを促進。</li> <li>○ 新たな病床配分を行う際は、神戸圏域で不足する病床機能や、地域偏在を解消することを主眼に置いた配分を実施。</li> <li>○ 医療機関が改築、移転等を行う際には、不足している病床機能への転換の取り組みを促進。</li> <li>○ 地域完結型医療を推進するため、病院への地域医療連携室等の設置・機能充実促進による医療機関の連携強化</li> <li>○ 病床機能の分化・連携に関する住民理解の促進。</li> </ul>
	<p><b>【病床機能報告の現状】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 病床機能報告制度の報告では、同程度の医療内容と思われる医療機関でも、異なる医療機能を選択している事例があると考えられる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 病床機能報告制度の改善に向けた国の検討状況を注視。</li> <li>○ 国の見直しを踏まえて、各医療機関への適正報告を周知。</li> <li>○ 適切な病床機能報告に基づき、医療機能の分化・連携の取り組み状況を把握。</li> </ul>
	<p><b>【介護保険施設や在宅医療等の確保】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 慢性期病床から在宅医療等への移行を進めるには、退院調整機能の充実に加え、受け皿となる介護保険施設や訪問看護等の在宅サービス、さらには在宅復帰に向けたリハビリや、往診・訪問診療等を行う医療機関を充足することが前提となる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 国の「療養病床の在り方に関する検討会」における検討状況を踏まえて、今後の地域医療構想調整会議において検討。</li> <li>○ 神戸市介護保険事業計画に基づく着実な介護保険施設の整備や、在宅医療提供体制の充実を促進。</li> </ul>
	<p><b>【休床中の病床への対応】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 休床中の病床（非稼働病床）が報告されていることから、その取扱いを検討し、医療資源の有効活用を図る必要がある。           <ul style="list-style-type: none"> <li>・非稼働病床数 494床</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 休止中の病床を稼働する場合は、不足している病床機能を踏まえた活用を促進。</li> <li>○ 活用予定のない病床については、許可病床の返還等を促進。</li> </ul>
	<p><b>【5疾患対策】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 死亡原因の上位を占める「がん」、「脳卒中」、「急性心筋梗塞」や、重篤な合併症の併発で生命に脅威を与える「糖尿病」等に対して、一層の医療提供体制の充実を図る必要がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医療の圏域内充足率の維持・向上に向けて、保健医療計画や健康増進計画等に基づく取り組みを推進。</li> </ul>

### 第4章 3. 課題及び具体的施策【神戸圏域】

項目	圏域の現状と課題	具体的施策
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 圏域内充足率について、がんと脳卒中は100%を超えていて、脳梗塞、くも膜下出血、急性心筋梗塞、糖尿病については100%を若干下回っている。</li> </ul> <p><b>【高度専門医療、先進医療、救急医療体制の確保】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 神戸圏域は全県的機能を持つ高度専門医療や先進医療の提供施設が集積していること、また、救急患者を確実かつ迅速に医療につなげられるよう、救急医療体制の維持・充実を図る必要があることを踏まえ、高度急性期病床、急性期病床は一定量を確保する必要がある。</li> </ul>	
	<p><b>【市民病院の役割】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 市民病院においては、市民の生命と健康を守るために、救急医療や高度先端医療等の政策的医療の充実を図る必要がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 安全・安心な市民生活に資するよう、神戸圏域の現状を踏まえ、高度専門医療や先進医療、救急医療体制の確保も念頭に置き、医療機能転換の取り組み等を促進。</li> <li>○ 三次医療を提供する病院（神戸大学医学部附属病院、中央市民病院、兵庫県災害医療センター、県立こども病院）の医療機能の充実と二次医療を担う病院との機能分担、連携促進。</li> <li>○ 初期救急、二次救急医療体制の強化。</li> </ul>
(2) 在宅医療の充実	<p><b>【在宅医療提供体制の充実】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 在宅医療需要の増加が見込まれる中、往診・訪問診療、訪問看護等を実施する医療機関が少なく、在宅医療の提供体制の充実を図る必要がある。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅療養支援病院 20 病院、在宅療養支援診療所 285 診療所（平成 26 年 3 月現在）、訪問看護事業所 139 箇所（平成 27 年 3 月現在）</li> </ul> </li> </ul> <p><b>【医療・介護連携の推進】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 在宅医療は、医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、ケアマネジャー等による多職種連携が不可欠である。</li> <li>○ 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮ら</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 神戸市地域医療振興財団事業の神戸市民病院機構への移管など、再編・ネットワーク化や経営効率化等による神戸市民病院機構の充実・体制強化。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・病院間の連携強化等による救急医療、感染症医療、災害医療等の充実。</li> <li>・メディカルクラスターとの連携による高度専門医療、治験・臨床研究の充実。</li> <li>・（一財）神戸在宅医療・介護推進財団等との連携による神戸市の地域包括ケアシステム構築に向けた施策への貢献。</li> </ul> </li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 身近で相談に乗ってもらえる「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」「かかりつけ薬剤師・薬局」を持つことの重要性に関する広報の充実、及び普及・定着の促進。</li> <li>○ 特に、24 時間対応の在宅療養支援診療所、訪問看護事業所、看護小規模多機能居宅介護事業所等の整備促進。</li> </ul>

項目	圏域の現状と課題	具体的施策
	<p>しを人生の最後まで続けることができるよう、切れ目なく在宅医療と在宅介護が一体的に提供される体制の構築を図る必要がある。</p> <p>○ 在宅看取り率は 26.7% (H26) で、全県平均 (24.7%) を上回っている。</p>	<p>病院、診療所、訪問看護事業所、介護保険施設等の連携・支援の強化。</p> <p>○ 地域リハビリテーションの推進による介護予防の強化。</p> <p>○ 在宅療養患者・利用者の体調急変時における身近な医療機関での円滑な受け入れ体制を確保。</p> <p>○ 在宅療養後方支援病院の拡充。</p> <p>○ 情報通信技術 (ICT) を活用した医療・介護関係者間での情報共有ツールの整備・運用。</p>
	<p>【認知症高齢者への対応】</p> <p>○ 今後増加する認知症高齢者等に対応するため、認知症の早期発見・早期対応への体制づくりを推進するとともに、認知症の診断を受け、適切な医療や介護サービスを提供し、総合的に支援を行うことが重要である。</p> <p>○ 認知症疾患における鑑別診断、専門医療相談等を行う「認知症疾患医療センター」が不足している。</p> <p>認知症疾患医療センター 2 病院 (H28.3 現在)</p>	<p>○ 市民病院群との連携による認知症高齢者への総合的な支援体制の構築に向けた取り組みの強化。</p> <p>○ 認知症疾患医療センターについて、平成 28 年度は 5 病院、平成 29 年度以降はさらなる拡充へ向けて整備を促進。</p> <p>○ 認知症サポート医を養成し、あんしんすこやかセンターとの連携体制を強化。</p> <p>○ 認知症初期集中支援チームを平成 29 年度末までに全区に設置。</p> <p>○ あんしんすこやかセンターに認知症地域支援推進員を配置。</p> <p>○ 高齢者安心登録事業の実施。</p>
	<p>【その他在宅療養患者への支援】</p> <p>○ がん患者とその家族の意向に応じた切れ目のない在宅医療を提供する必要がある。</p> <p>○ 重症心身障害児(者)や難病患者とその家族の負担を軽減し、身近な地域で医療が受けられる体制を整備する必要がある。</p>	<p>○ がん診療連携拠点病院と地域の病院・診療所、訪問看護ステーション、介護サービス事業所、薬局等の連携による在宅での緩和ケア体制の強化。</p> <p>○ 身近な病院や診療所医師の重症心身障害児(者)や難病患者に対する理解を深め、基幹病院と協力病院、診療所が連携した医療提供体制の整備。</p> <p>○ 重症心身障害児(者)に対応した短期入所等在宅支援サービスを提供する施設の整備。</p>
(3) 医療従事者確保	<p>【医療人材の確保】</p> <p>○ 今後の医療ニーズに対応した、医師・看護師をはじめとする医療人材の確保が必要である。</p> <p>○ 特に医師不足が深刻である産科・小児科勤務医師や救急勤務医師等の確保が必要である。</p>	<p>○ 初期・二次・三次の救急医療機関への支援を行うことにより、医療機関の負担を軽減。</p> <p>○ 看護師確保策として、神戸市看護大学の運営、神戸市医師会や神戸市民間病院協会が運営している看護専門学校への支援、関</p>

#### 第4章 3 課題及び具体的施策【神戸圏域】

項目	圏域の現状と課題	具体的施策
		<p>係機関と連携した啓発等を実施。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 圏域内看護大学、看護学校卒業生の圏域内定着策、復職支援などをはじめとした、看護師確保対策を実施。</li> </ul>
	<p>【在宅療養を支える人材の確保】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 在宅療養を支える医師、歯科医師、看護師、薬剤師等の人材の確保・育成が必要である。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ (一財) 神戸在宅医療・介護推進財団を中心に、地域包括ケア推進統括者の指導のもと、在宅医療と介護を連携するコーディネーターや、地域リハビリテーション活動を支援するセラピストなど、地域包括ケアを支える人材を確保・育成。</li> <li>○ 24時間対応の訪問看護ステーションの増加に向けた支援の実施。</li> <li>○ 在宅医療を担う医師、歯科医師の増加に向けた支援の実施。</li> <li>○ 訪問薬剤師の増加に向けた支援の実施。</li> <li>○ その他、在宅療養を支える人材の確保、育成。</li> </ul>
(4) その他	<p>【他圏域との連携】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 他圏域との患者流動の実態をみると、高度急性期、急性期、回復期では、神戸圏域と隣接する東播磨、阪神南、阪神北、北播磨圏域との患者の流入出が多く発生しており、いずれも神戸圏域への流入が流出を上回っている。慢性期は、北播磨、阪神北、東播磨圏域との流入出が多く、神戸圏域の病床機能で唯一、患者の流出が流入を大幅に上回っている。そのため、各圏域との流入出の状況や、医療提供体制の状況を踏まえた連携が必要である。</li> <li>○ 特に、神戸市北区は、三田市や西宮市北部とも密接な関連があるため、更なる協力・連携が必要である。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 神戸市と隣接する他圏域と、十分に連携した医療体制の確保を推進。</li> <li>○ 兵庫県保健医療計画では、神戸市・三田市域を小児医療連携圏域、周産期医療連携圏域として位置づけており、また、神戸市北区と西宮市北部との間では患者の流入出が多く発生している現状も踏まえ、関連圏域（特に三田市）と連携した医療確保を推進。</li> <li>○ 高度急性期・急性期・回復期においては、自圏域の住民のみならず、他圏域から流入する患者を受け入れ、引き続き、質の高い医療を提供。</li> </ul>

## 【阪神南圏域】

項目	圏域の現状と課題	具体的施策
(1) 病床の機能分化・連携の推進	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 2025 年の医療需要にもとづく必要病床機能(法令及び国提供ツールによる)では、回復期機能病床が不足すると推測されている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 今後の基準病床見直しにより病床配分がある場合、原則的には回復期病床を中心に整備していく他、急性期および慢性期機能病床の回復期への転換の推進に努力する(ただし、在宅医療のための社会資源や受け皿が未整備の中、今後の高齢化率上昇を考えると、慢性期機能病床が今後も必要であるとの意見もある)。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 阪神南圏域では、現時点で概ね必要な全ての診療科が揃っているが、呼吸器疾患入院数の 2025 年度流出入状況の推測では、阪神北・神戸圏域への流出が多い。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 圏域内の呼吸器疾患受け入れ施設を増やす努力をするとともに、阪神北・神戸圏域との連携を継続する。</li> </ul>
	<p>【救急医療について】</p> <p>①一次救急（小児）</p> <p>尼崎市的小児一次救急（深夜帯）は、平成 27 年 7 月開設の県立尼崎総合医療センターが対応し、また西宮市的小児一次救急（深夜帯）は、平成 27 年 4 月から阪神北広域こども急病センターが対応している。このため、阪神南北の小児科関係者による阪神地域小児救急医療ワーキング委員会を立ち上げて、小児救急に関する検証項目を定め、県立尼崎総合医療センターの小児救急医療体制に関する検証を行なった。</p> <p>②二次救急</p> <p>阪神南北圏域を 1 つの救急医療圏域とするとの考え方のもと、平成 27 年度より阪神地域 6 市 1 町で本格運用を開始している阪神医療福祉情報ネットワーク「h-Anshin むこねっと」二次救急システムにより、救急隊の「4 回以上の医療機関受入れ照会率」は著明に低下するなど、その導入効果が認められている。</p> <p>③三次救急</p>	<p>【救急医療】</p> <p>①県立尼崎総合医療センターの二次・三次小児救急医療体制に過剰な負担はかかるないように、小児救急医療ワーキング委員会を継続開催して、検証を続行することにより、将来的に阪神南北全体として維持可能な「るべき小児救急体制」を目指す。</p> <p>②阪神医療福祉情報ネットワーク「h-Anshin むこねっと」の二次救急システムをさらに効率よく運用するため、同協議会の二次救急システム委員会での検証を継続するとともに、阪神地域救急医療連携会議を継続して開催し、救急医療関係者の意見を聴取する等により、阪神全体として更に効率的で洗練された二次救急体制を目指す。</p> <p>③三次救急医療</p>

#### 第4章 3 課題及び具体的施策【阪神南圏域】

項目	圏域の現状と課題	具体的施策
	<p>三次救急を担う医療施設は阪神南圏域に3カ所（兵庫医大、県立西宮病院、県立尼崎総合医療センター）ある一方、阪神北圏域には三次救急医療機関がない。これについて、阪神南北を1つの救急医療圏域とするとの考え方のもとに、救急医療関係者を招集し、阪神地域救急医療連携会議（2016年3月7日）を開催して、現状と課題についての認識を共有した。</p>	<p>阪神地域救急医療連携会議を引き続き開催して、3カ所の三次救急医療機関および地域の公立および民間二次救急医療機関の役割分担や連携体制について検討することにより、阪神全体として三次救急医療レベルの向上を図るとともに、県立尼崎総合医療センター（ER型救急医療体制をとる）周辺の二次救急医療機関の救急対応レベルの低下を来さないような救急医療体制構築を目指す。</p>
	<p><b>【5疾病について】</b></p> <p>5疾病のうち、2025年に患者の絶対数が大きく増加するのは、がんと循環器系疾患（特に脳梗塞）、精神疾患（特に認知症）である。急増する上記3疾患患者の診断と治療が大きな問題となる。</p> <p>①がん対策</p> <p>2025年に阪神南ではがん患者の増加が予想される。がん地域連携パスについては、阪神南北圏域で、急性期病院12病院、かかりつけ医260施設が参加しており、胃・乳・大腸・肺がんでは比較的多くの運用実績が見られる。</p> <p>当初よりがん地域連携パスが適応されない例、経過中に急性期病院への入院を繰り返す等、様々な病態において治療が必要になる例（バリアンス）への対応については、確立されたものがない。また病期が進み麻薬投与が必要となる例に対して、緩和ケア地域連携パス・看取りパス等は未整備である。さらに、多死の状況が進行すると考えられるため、在宅医療とともに、在宅看取りの推進も必要となる（“II 在宅医療の充実”の項を参照）。</p>	<p>地域医療構想会議においては、5疾病中、がん、循環器系疾患（特に脳卒中）、精神疾患（特に認知症）に焦点を絞って意見交換を行い、2025年に備えての対応について、委員間で認識を共有した。</p> <p>①圏域内に専門的ながん診療の機能を有する病院が7箇所あることから、それぞれの役割の明確化や連携により、専門施設での初期治療等は可能であると思われるが、それ以降の医療については、現在以上にがん地域連携パスの利用が重要となる。がん診療拠点病院を中心として、地域におけるパスの更なる普及を目指すとともに、それ以外の急性期病院とかかりつけ医、在宅医の役割を明確化し、また在宅での緩和医療の必要性についても啓発を進める。圏域内に複数の緩和ケア病棟が整備されているものの、在宅での緩和ケアのために、将来的には、緩和ケア地域連携パス・がん末期患者看取りパス等の整備も阪神圏域がん地域連携クリティカルパス連絡協議会を中心として、検討・推進をしていく。また在宅療養推進のために、阪神医療福祉情報ネットワーク「h-Anshin むこねっと」</p>

項目	圏域の現状と課題	具体的施策																																																																																			
	<p><b>阪神圏域におけるバス利用実績</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>年齢</th> <th>腎</th> <th>乳</th> <th>大腸</th> <th>師</th> <th>肝</th> <th>子宮体</th> <th>前立腺</th> <th>年度計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>平成22年</td> <td>36</td> <td>46</td> <td>0</td> <td>3</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td>85</td> </tr> <tr> <td>平成23年</td> <td>63</td> <td>62</td> <td>13</td> <td>4</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td>142</td> </tr> <tr> <td>平成24年</td> <td>52</td> <td>47</td> <td>25</td> <td>11</td> <td>5</td> <td></td> <td></td> <td>140</td> </tr> <tr> <td>平成25年</td> <td>121</td> <td>88</td> <td>41</td> <td>27</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>7</td> <td>286</td> </tr> <tr> <td>平成26年</td> <td>132</td> <td>120</td> <td>88</td> <td>80</td> <td>4</td> <td>0</td> <td>10</td> <td>434</td> </tr> <tr> <td>がん年計</td> <td>404</td> <td>363</td> <td>167</td> <td>125</td> <td>11</td> <td>0</td> <td>17</td> <td>1,087</td> </tr> </tbody> </table> <p>悪性新生物（阪神圏北医療圏）専門医数は31,000人（平成23年医療従事者登録者数） を医療上使用し、追跡患者に占めるバス新規登録の割合を算出すると、平成26年度でも1.4%に過ぎない。</p> <p>（兵庫県がん診療連携協議会の集計データ）</p> <p><b>②脳血管疾患対策</b></p> <p>脳卒中連携バスのデータでは、脳卒中の入院患者は増加・高齢化しており、医療・看護レベルの向上、療法士のリスク管理能力の向上も必要となる。また急性増悪による転院が必要なケースが増加しており、スムーズな病病連携が重要である。一方、生活期のリハビリテーションは、介護保険制度下に導入されることにより、「障害を診る」視点での医療的介入ができにくくなっている。</p> <p><b>阪神南圏域における脳卒中入院数の変遷</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>H24</th> <th>H25</th> <th>H26</th> <th>H27</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>尼崎</td> <td>842</td> <td>1,040</td> <td>1,040</td> <td>1,304</td> </tr> <tr> <td>西宮・芦屋</td> <td>1,211</td> <td>1,241</td> <td>1,149</td> <td>1,300</td> </tr> <tr> <td>阪神南圏域</td> <td>2,053</td> <td>2,281</td> <td>2,189</td> <td>2,613</td> </tr> </tbody> </table> <p>（兵庫県脳卒中バスネットワーク連絡会の集計データ）</p>	年齢	腎	乳	大腸	師	肝	子宮体	前立腺	年度計	平成22年	36	46	0	3	0			85	平成23年	63	62	13	4	0			142	平成24年	52	47	25	11	5			140	平成25年	121	88	41	27	2	0	7	286	平成26年	132	120	88	80	4	0	10	434	がん年計	404	363	167	125	11	0	17	1,087		H24	H25	H26	H27	尼崎	842	1,040	1,040	1,304	西宮・芦屋	1,211	1,241	1,149	1,300	阪神南圏域	2,053	2,281	2,189	2,613	<p>の患者情報共有システムの利用や、訪問看護ステーションを含めて、医療・介護関係者とのICT利用による情報共有の方法についても検討を推進する。</p> <p>※がんに対する分子標的治療薬は非常に高価であるが、多数の新薬が保険適応の国内承認を受けつつあることから、医療保険への負担が大きく、医療費適正化の観点からも今後の課題であるとの意見が複数委員より出された。</p> <p>②脳卒中では、発作から治療までの経過時間が、その予後を決めるところから、救急医療体制整備（救急医療についての項を参照）と、県民への脳卒中知識の啓発等が重要となる。阪神南圏域では脳卒中の急性期医療を担う病院は充実していることから、回復期、維持期病院との連携を深めることにより、各患者の病状に応じた医療を受けることができるよう、クリティカルバスを利用した病病・病診連携を充実させる。そのために、阪神医療福祉情報ネットワーク「h-Anshin むこねっと」の患者情報共有システムを利用したバスの普及や病病・病診連携を推進する。さらに医療・介護連携を推進することにより、介護保険でのリハビリテーションに対しても、障害を理解している医師の介入を図るとともに、かかりつけ医に対しても、「地域リハビリテーショ</p>
年齢	腎	乳	大腸	師	肝	子宮体	前立腺	年度計																																																																													
平成22年	36	46	0	3	0			85																																																																													
平成23年	63	62	13	4	0			142																																																																													
平成24年	52	47	25	11	5			140																																																																													
平成25年	121	88	41	27	2	0	7	286																																																																													
平成26年	132	120	88	80	4	0	10	434																																																																													
がん年計	404	363	167	125	11	0	17	1,087																																																																													
	H24	H25	H26	H27																																																																																	
尼崎	842	1,040	1,040	1,304																																																																																	
西宮・芦屋	1,211	1,241	1,149	1,300																																																																																	
阪神南圏域	2,053	2,281	2,189	2,613																																																																																	

### 第4章 3 課題及び具体的施策【阪神南圏域】

項目	圏域の現状と課題	具体的施策									
	<p>③精神疾患（特に認知症）対策</p> <p>2025年には日本全体で認知症患者数は700万人前後に達すると言われており、これに従えば単純に人口比で見ても阪神南での患者数は5万数千人になると予測される。</p> <p>阪神南圏域における認知症対応医療機関数 (H27.12現在)</p>	<p>ン」の観点から障害やリハビリテーションに関する知識を普及し、障害者の地域での生活をバックアップする体制を目指す。</p> <p>③国的新オレンジプランに従い、認知症ケアパスの導入やかかりつけ医認知症対応力向上研修、認知症サポート医養成研修等を最大限に利用するとともに、県の認知症対応医療機関登録制度に関する啓発や登録推進により、患者の病態、容態に応じた適時・適切な医療の提供を目指す。また認知症対応可能な医療施設だけでなく、認知症対応可能なグループホーム等、介護保険施設数の増加を側面支援する。さらに、本疾患は医療介入だけでは完結せず、介護との連携が必須であるので、各地域において、在宅（施設入所を含む）認知症患者に対しても医療介護連携を推進する。</p>									
(2)在宅医療の充実	<p>○ 在宅医療に関する会議を立ち上げ、多職種での研修会等を開催するなどの取り組みを進めている（平成27年10月5日阪神南北における圏域代表者意見交換会より）。</p> <p>①在宅療養支援診療所・病院</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>在宅療養支援診療所数 (人口10万対)</th> <th>在宅療養支援病院数 (人口10万対)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>阪神南</td> <td>192(18.65)</td> <td>9(0.87)</td> </tr> <tr> <td>兵庫県</td> <td>872(15.60)</td> <td>59(1.06)</td> </tr> </tbody> </table> <p>（日本医師会 地域医療情報システムより）</p>		在宅療養支援診療所数 (人口10万対)	在宅療養支援病院数 (人口10万対)	阪神南	192(18.65)	9(0.87)	兵庫県	872(15.60)	59(1.06)	<p>○ 各市、各医師会ごとに在宅療養、医療・介護連携の体制整備を目指すことにより、在宅療養支援診療所数の更なる増加を目指すとともに、在宅療養支援病院、訪問看護ステーションや在宅療養支援歯科診療所、在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設等の増加に向けて努力する。また同時に、在宅医療を担う歯科医師・看護師・薬剤師等への啓発や多職種への研修会等を通じて、その人員増加を目指す。病床では、地域の在宅医療を支える地域包括ケア病棟の充実を図り、今後は一般の病院勤務医も交え</p>
	在宅療養支援診療所数 (人口10万対)	在宅療養支援病院数 (人口10万対)									
阪神南	192(18.65)	9(0.87)									
兵庫県	872(15.60)	59(1.06)									

項目	圏域の現状と課題	具体的施策																											
	<p>全県と比較して、在宅療養支援診療所数の割合は高いが、今後増加する在宅医療患者を開業医だけで対応するのは限界がある。</p> <p>②訪問看護ステーション数</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>訪問看護ステーション数 (人口 10 万対)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>阪神南</td> <td>106 (10.3)</td> </tr> <tr> <td>兵庫県</td> <td>505 (9.1)</td> </tr> </tbody> </table> <p>(兵庫県訪問看護ステーション連絡協議会 HP より)</p> <p>※人口 10 万対算出に用いた人口は H27.1.1 推計</p> <p>③在宅療養支援歯科診療所・ 在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設数</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>在宅療養支援歯科診療所数 (人口 10 万対)</th> <th>在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設数 (人口 10 万対)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>阪神南</td> <td>25 (2.4)</td> <td>381 (36.4)</td> </tr> <tr> <td>兵庫県</td> <td>291 (5.1)</td> <td>2057 (36.4)</td> </tr> </tbody> </table> <p>(NDB より、人口 10 万対算出に用いた人口は H26.3.31 住民基本台帳)</p> <p>④在宅看取りについて</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>病院・診療所</th> <th>自宅 (施設除く)</th> <th>総数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>阪神南</td> <td>6827 (74.7%)</td> <td>1558 (17.1%)</td> <td>9134 (100%)</td> </tr> <tr> <td>兵庫県</td> <td>39910 (73.4%)</td> <td>8901 (16.4%)</td> <td>54366 (100%)</td> </tr> </tbody> </table> <p>(死亡場所：平成 25 年人口動態統計)</p> <p>多死時代を迎えて、更なる在宅看取りが必要となる。</p>		訪問看護ステーション数 (人口 10 万対)	阪神南	106 (10.3)	兵庫県	505 (9.1)		在宅療養支援歯科診療所数 (人口 10 万対)	在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設数 (人口 10 万対)	阪神南	25 (2.4)	381 (36.4)	兵庫県	291 (5.1)	2057 (36.4)		病院・診療所	自宅 (施設除く)	総数	阪神南	6827 (74.7%)	1558 (17.1%)	9134 (100%)	兵庫県	39910 (73.4%)	8901 (16.4%)	54366 (100%)	<p>た在宅医療・介護連携体制を検討していく。医療・介護連携については各市医師会や市、県を交えた多職種による検討会等の開催を推進すると同時に、そのツールの1つとして阪神南北圏域全体として阪神医療福祉情報ネットワーク「h-Anshin むこねっと」等を利用した ICT による医療・介護連携体制の整備推進を検討していく。在宅医療の推進に加えて、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や「死」に関する講演会開催等も検討する。</p> <p>※ 在宅医療においては、その質を担保、維持する必要があり、そのための適切な評価が必要である、との意見が出された。</p>
	訪問看護ステーション数 (人口 10 万対)																												
阪神南	106 (10.3)																												
兵庫県	505 (9.1)																												
	在宅療養支援歯科診療所数 (人口 10 万対)	在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設数 (人口 10 万対)																											
阪神南	25 (2.4)	381 (36.4)																											
兵庫県	291 (5.1)	2057 (36.4)																											
	病院・診療所	自宅 (施設除く)	総数																										
阪神南	6827 (74.7%)	1558 (17.1%)	9134 (100%)																										
兵庫県	39910 (73.4%)	8901 (16.4%)	54366 (100%)																										
(3) 医療従事者の確保	①医師・歯科医師・薬剤師数 阪神南圏域における医師・歯科医師・薬剤師数は県全体と比較すると多い。																												

### 第4章 3 課題及び具体的施策【阪神南圏域】

項目	圏域の現状と課題	具体的施策												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>医師数 (人口 10 万対)</th><th>歯科医師数 (人口 10 万対)</th><th>薬剤師数 (人口 10 万対)</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>阪神南</td><td>2880 (279.7)</td><td>788 (76.5)</td><td>2708 (260.3)</td></tr> <tr> <td>兵庫県</td><td>13,461(242.9)</td><td>3,945 (71.2)</td><td>13,914(251.2)</td></tr> </tbody> </table> <p>( H26 年医師・歯科医師・薬剤師調査より) ※人口 10 万対算出に用いた人口は H26. 10. 1 推計人口</p>		医師数 (人口 10 万対)	歯科医師数 (人口 10 万対)	薬剤師数 (人口 10 万対)	阪神南	2880 (279.7)	788 (76.5)	2708 (260.3)	兵庫県	13,461(242.9)	3,945 (71.2)	13,914(251.2)	
	医師数 (人口 10 万対)	歯科医師数 (人口 10 万対)	薬剤師数 (人口 10 万対)											
阪神南	2880 (279.7)	788 (76.5)	2708 (260.3)											
兵庫県	13,461(242.9)	3,945 (71.2)	13,914(251.2)											
	<p>②看護師数 (准看護師含む)</p> <p>阪神南圏域の看護師数は県全体と比較するとやや低い。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>看護師数 (人口 10 万対)</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>阪神南</td><td>9,655 人 (936.4)</td></tr> <tr> <td>兵庫県</td><td>59,459 人 (1073.7)</td></tr> </tbody> </table> <p>(平成 26 年末兵庫県内看護師等業務従事者届集計より) ※人口 10 万対算出に用いた人口は H26. 12 月末現在</p>		看護師数 (人口 10 万対)	阪神南	9,655 人 (936.4)	兵庫県	59,459 人 (1073.7)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 圏域において更なる医師数の充実・確保に努めるとともに、看護師数については、今後の診療報酬改定等にて就業場所の変更等の影響を受けると予測されることから、需要と供給のバランスを見ながら、勤務形態の多様化が図られるよう支援を行う。また、県医務課および県看護協会の「兵庫県ナースセンター」との連携強化と潜在看護師の掘り起こし等により、必要な看護師数確保を図る。さらに今後は多職種連携による在宅医療が重要となることから、上記以外の各職種についても、その人材確保及び育成のために、職種ごとの研修会や多職種での連携会議等の開催にも尽力する。</li> </ul>						
	看護師数 (人口 10 万対)													
阪神南	9,655 人 (936.4)													
兵庫県	59,459 人 (1073.7)													
(4) その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 県立西宮病院・西宮市立中央病院のあり方検討の進捗を見据えた医療機能の整理に関しては、平成 27 年 5 月までに 4 回にわたり、兵庫県（県病院局）と西宮市（中央病院改革担当部）による両病院の現状と課題を探る意見交換会が実施された。 (診療機能についての課題)           <ul style="list-style-type: none"> <li>①県立西宮病院               <ul style="list-style-type: none"> <li>・救命救急センターの機関指定を受けているが心臓血管外科が未設置である。</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 総務省により「新公立病院改革ガイドライン」（平成 27 年 3 月 31 日）が出され、その中では地域医療構想を踏まえた各公立病院の役割の明確化が指示されている。阪神南圏域では、「西宮市域における県立西宮病院と西宮市立中央病院の現状と課題に係る意見交換会」を通じて共有化した課題解決に向けて話し合いを続けてきている。今後は、有識者を交えた「検討委員会」を設置（平成 28 年 4 月）し、阪神圏域</li> </ul>												

#### 第4章 3 課題及び具体的施策【阪神南圏域】

項目	圏域の現状と課題	具体的施策
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・呼吸器内科、神経内科等の体制の充実が必要である。</li> <li>②市立中央病院           <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師不足のため急性期・総合型病院として必要な診療機能の一部が不足(脳神経外科など一部の診療科で入院対応不可。産科休止などにより 64 床非稼働。救急の心疾患への対応できていない。)</li> </ul> </li> </ul>	の現状と課題、医療提供体制等、両病院のあり方を検討していく。方針決定後は阪神南圏域全体で、迅速にその実現を目指す。

## 【阪神北圏域】

項目	圏域の現状と課題	具体的施策
(1) 病床の機能分化・連携の推進	<p>①高度急性期医療、回復期医療の不足（急性期及び慢性期医療の過剰）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・高度急性期病床、回復期病床が、特に不足していることから、医療需要に応じた提供体制の見直しや充足が必要である。</li> <li>・慢性期病床には、急性期病院から医療依存度が高いままの転院も増加、在宅医療の後方支援としての役割や、また、当圏域には県内唯一の筋ジストロフィー病棟（病床）もあり様々な医療ニーズがある。各機能と一体的に進める必要があるため、一律に削減、転換するのは困難な状況である。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療需要に応じた専門医の配置等、医療提供体制の向上</li> <li>・圏域内、他府県・他圏域での限られた医療資源の中で、効率的で質の高い医療を提供していくため、連携強化</li> <li>・急性期機能から、高度急性期機能、回復期機能（回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟含む）への病床転換を促進           <ul style="list-style-type: none"> <li>* 心臓リハビリテーション施設の整備等による急性期から高度・専門的な回復期病床への転換等</li> </ul> </li> <li>・高度急性期に対応できる急性期病床を有する公立病院・公的病院で、高度急性期病床を確保できるようにし、それらの病院では過剰になると推測される急性期病床も現状を容認することに加えて、急性期病床を回復期病床に転換することを促進</li> </ul>
	<p>②公立・公的病院等のあり方（がん対策、感染症対策含む）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・管内の5つの公立・公的病院は、同規模で救急医療、がん対策、地域医療の中核的役割を果たしてきている。今後、医療需要の変化を踏まえ、圏域での病床バランス、不足する医療機能への対応と連携、高度・専門医療の提供を行う基幹病院間の機能を強化する必要がある。また、各病院とも、開設後20年以上経過し、建物の老朽化等に伴う立替え、改築計画の時期を迎えている。</li> <li>・今後も患者数が増加するのは、がんと循環器系疾患（脳血管障害、心疾患）、精神疾患（認知症を含む）である。特に当圏域では、全疾病の半数以上を占めるがん治療については、肺がん、大腸がん、胃がん治療</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・3次救急医療機能や感染症対策等、広域・高度専門的な医療提供体制について、病床機能の転換の課題を踏まえ、基幹病院間で定期的な情報交換の場を持ち、再編統合も視野にいれた連携と今後のあり方を検討。           <ul style="list-style-type: none"> <li>* 三田市民病院は、圏域内での地域特性を踏まえ、2次医療圏域に限定しない再編統合も視野にいれた連携と今後のあり方を検討</li> </ul> </li> <li>・圏域内には、公的・公立病院がん診療拠点病院が2箇所、拠点病院に準ずる機能を有する病院も各市にあることから、がん診療拠点病院等を中心に、初期治療から放射線治療の高度・専門的治療並びに緩和ケアまで一環した医療提供体制の構築と取組を</li> </ul>

項目	圏域の現状と課題	具体的施策
	<p>が圏域内充足率 84%を超えていっているものの、肝がん（54%）、乳がん（65%）の圏域内充足率が低い状況である。</p>	促進
	<p>③他府県・他圏域との医療機能連携と患者の流入出</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>当圏域では、圏域内完結率 71.8%と県内で最も完結率が低く、隣接する阪神南圏域や神戸市、大阪府への流出が多い状況にある。住民にとって、身近な場所で受けたい医療が受療できるよう不足する医療機能の充足や医療機関の連携強化を図る必要がある。</li> <li>当圏域には、高度医療を提供する救急救命センターがなく、高度急性期医療の充実を図るとともに広域での3次医療機能のあり方と連携体制の構築が必要である。また、救急医療の当圏域内充足率が 89.7%と低いものの、二次救急医療では平成 27 年から阪神地域 6 市 1 町で本格運用を開始している阪神医療福祉情報ネットワーク「h-Anshin むこねっと」二次救急システムの導入効果が認められており、今後も近隣の阪神南圏域や神戸、大阪との連携を図るとともに、当圏域内の救急医療体制を強化していく必要がある。</li> <li>川西市、三田市は、当圏域外の生活圏域である市町との患者の流入出が大きく、従前から救急医療等による医療連携がされている。（川西市は大阪、三田市は神戸市、丹波市等との医療連携。）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>高度急性期、3次救急医療を担う近隣圏域・隣接府県との連携促進</li> <li>地域の医療需要に応じて各医療機関において、不足する医療提供体制の整備や医療機能の分化・連携を推進</li> <li>阪神間を ICT で繋ぐ当圏域ならではの医療福祉の情報ネットワークシステム「むこねっと」の活用を促進するとともに、神戸市や他圏域との連携を継続要望</li> <li>阪神地域での救急医療の充実を図るため、救急医療関係者を招集した、阪神地域救急医療連携会議等の場を活用し、救急医療体制とその課題を共通認識するとともに、その3次救急医療機関、2次救急医療機関の連携体制の構築を促進</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>(検討課題)</p> <p>疾患別の輪番制の確立等の協力体制の構築、精神科疾患合併救急における後送精神科病院との密な連携のための体制等。</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>限られた医療資源の中で、地理的条件に応じた他府県、他圏域との医療連携を引き続き柔軟に実施           <p>(三田市は従前から小児救急医療、周産期医療圏域が神戸市と同一圏域、また、急性心筋梗塞や脳血管疾患対策は阪神・丹波が同一医療圏域で、実情にあった圏域設定)</p> </li> </ul>
(2) 在宅医療の充実	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅看取り率は、19.2%（H23）であり、全県平均を下回る状況である。</li> <li>在宅医療の需要の増加が見込まれる中、在</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 圏域での取組の推進による在宅看取り率の全県目標 24.0%を目指した取組の促進</li> </ul>

## 第4章 3 課題及び具体的施策【阪神北圏域】

項目	圏域の現状と課題	具体的施策																																																															
	<p>宅療養支援病院が2箇所(0.28)、在宅療養後方支援病院1箇所(0.14)、訪問看護ステーション53箇所(7.3)と、人口10万対当たりの数が県より低く、また、在宅医療サービスを実施している病院の割合も45.7%と県より低い状況にある。在宅医療を支えるための病床確保等、病院の積極的な参画とともに、地域医療支援病院や医師会を中心とした在宅医療と介護の連携を深める必要がある。(在宅診療を担当する医師や在宅医療の提供体制の充実を図る必要がある。)</p> <p>・在宅医療と介護の連携を深めていくための人材の育成が求められる。</p> <p>【在宅医療サービスを実施している病院の状況】</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>施設数</th> <th>在宅医療サービス実施数(%)</th> <th>往診(診療所数)</th> <th>実施件数(H26.9)</th> <th>訪問診療(数)(在宅)</th> <th>実施件数(H26.9)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>阪神北</td> <td>35</td> <td>16(45.7)</td> <td>5</td> <td>17</td> <td>113</td> <td>88</td> </tr> <tr> <td>兵庫県</td> <td>353</td> <td>220(62.3)</td> <td>77</td> <td>535</td> <td>9</td> <td>4,170</td> </tr> </tbody> </table> <p>【在宅医療サービスを実施している診療所の状況】</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>施設数</th> <th>在宅医療サービス実施数(%)</th> <th>往診(診療所数)</th> <th>実施件数(H26.9)</th> <th>訪問診療(数)(在宅)</th> <th>実施件数(H26.9)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>阪神北</td> <td>589</td> <td>285(48.4)</td> <td>169</td> <td>1,019</td> <td>146</td> <td>4,359</td> </tr> <tr> <td>兵庫県</td> <td>4,983</td> <td>2,319(46.5)</td> <td>1,451</td> <td>9,839</td> <td>1,264</td> <td>43,197</td> </tr> </tbody> </table> <p>【在宅医療サービスを実施している歯科診療所の状況】</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>診療所総数</th> <th>在宅医療サービス実施数(%)</th> <th>訪問診療(居宅)</th> <th>実施件数(H26.9)</th> <th>訪問診療(数)(施設)</th> <th>実施件数(H26.9)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>阪神北</td> <td>372</td> <td>81(21.8)</td> <td>59</td> <td>408</td> <td>51</td> <td>1993</td> </tr> <tr> <td>兵庫県</td> <td>2,987</td> <td>692(23.2)</td> <td>502</td> <td>5,182</td> <td>438</td> <td>15,051</td> </tr> </tbody> </table> <p>(厚生労働省 医療施設調査(H26.10.1時点)より)</p>		施設数	在宅医療サービス実施数(%)	往診(診療所数)	実施件数(H26.9)	訪問診療(数)(在宅)	実施件数(H26.9)	阪神北	35	16(45.7)	5	17	113	88	兵庫県	353	220(62.3)	77	535	9	4,170		施設数	在宅医療サービス実施数(%)	往診(診療所数)	実施件数(H26.9)	訪問診療(数)(在宅)	実施件数(H26.9)	阪神北	589	285(48.4)	169	1,019	146	4,359	兵庫県	4,983	2,319(46.5)	1,451	9,839	1,264	43,197		診療所総数	在宅医療サービス実施数(%)	訪問診療(居宅)	実施件数(H26.9)	訪問診療(数)(施設)	実施件数(H26.9)	阪神北	372	81(21.8)	59	408	51	1993	兵庫県	2,987	692(23.2)	502	5,182	438	15,051	<p>【実現にむけての具体的な施策】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療を推進するため、各市医師会が拠点となった、病院や診療所のかかりつけ医や訪問看護ステーション間の連携の促進</li> <li>・在宅医療を担う医師、歯科医師、訪問薬剤師等の医療職の確保と医療機関、訪問看護ステーション等の施設を確保するための啓発、研修会等の実施</li> <li>・住み慣れた自宅や介護保健施設等、患者や家族が望む場所での看取りができるよう、在宅療養者の病状急変時における往診体制及び後方病床の確保</li> <li>・多職種が協働して在宅・医療を提供するための合同研修会等の人材育成</li> <li>・在宅療養支援のための病院・医療サービス提供機関の積極的な参画の促進</li> <li>・在宅医療サービス実施機関(病院、診療所、歯科診療所、訪問看護ステーション等)による、切れ目のない、効率的な医療提供体制の構築(かかりつけ医、かかりつけ歯科診療所、薬局等を活用し、切れ目のない在宅医療を促進)</li> <li>・阪神北圏域における認知症疾患医療センター(兵庫中央病院)や認知症対応医療機関等による、認知症患者に対する在宅医療・介護関係機関の基盤整備並びに連携の強化</li> <li>・病院勤務医時代から在宅医療に興味、関心をもってもらえるように病院内での取組みの実施</li> </ul>
	施設数	在宅医療サービス実施数(%)	往診(診療所数)	実施件数(H26.9)	訪問診療(数)(在宅)	実施件数(H26.9)																																																											
阪神北	35	16(45.7)	5	17	113	88																																																											
兵庫県	353	220(62.3)	77	535	9	4,170																																																											
	施設数	在宅医療サービス実施数(%)	往診(診療所数)	実施件数(H26.9)	訪問診療(数)(在宅)	実施件数(H26.9)																																																											
阪神北	589	285(48.4)	169	1,019	146	4,359																																																											
兵庫県	4,983	2,319(46.5)	1,451	9,839	1,264	43,197																																																											
	診療所総数	在宅医療サービス実施数(%)	訪問診療(居宅)	実施件数(H26.9)	訪問診療(数)(施設)	実施件数(H26.9)																																																											
阪神北	372	81(21.8)	59	408	51	1993																																																											
兵庫県	2,987	692(23.2)	502	5,182	438	15,051																																																											
(3) 医療従事者の確保	<ul style="list-style-type: none"> <li>・今後、増加が予想される消化器、呼吸器系疾患に対応する専門医師の地域偏在があり、患者が他府県・他圏域に行かざるを得ない状況にある。</li> <li>・医師・看護師・介護職全ての確保・維持が困難な状況にある。また、一般病院の常勤医師、特に若い内科医の充足が必要である。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・限られた医療資源の中で効率的、質の高い医療を提供するために基幹病院間での機能分化、連携を促進</li> <li>・圏域内の病院間で新専門医制度の基幹病院や他の連携病院のグループ化をすすめ、圏域内の専門医確保を推進</li> </ul>																																																															

項目	圏域の現状と課題	具体的施策
	る。	
(4)その他	<p>○在宅医療介護連携の推進</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・住民の多くが終末期の療養場所として希望している自宅でのケアを軸として、住まい、医療、介護、予防、生活支援が一体的に提供される必要がある。</li> <li>・病院が担っていたケア提供体制から、在宅医療と介護の連携を通じた新たなケア提供体制への変革が必要である。</li> <li>・介護保険制度改革により市町村が中心となった在宅医療・介護連携推進事業の総合的な取組を進めることが必要である。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医を含めた医療従事者の育成と地域における医療連携体制の充実</li> <li>・市町が、地域の状況に応じた医療介護連携がとれるよう、関係団体とともに協働した体制の整備、促進 (多職種協働による在宅医療提供体制、医療・介護資源マップ等による・地域の医療・福祉資源の把握・活用、在宅医療・介護連携に関する会議の開催、多職種連携のための研修の実施等)</li> <li>・退院支援に資する医療・介護サービス提供施設間の連携体制の構築</li> <li>・在宅医療・介護サービスに関する住民への普及啓発</li> </ul>

## 【東播磨圏域】

項目	圏域の現状と課題	具体的施策
(1) 病床の機能分化・連携の推進	<p><b>【東播磨圏域の医療施設の状況】</b></p> <p>管内の医療施設数は病院 40、医科診療所は 525、歯科診療所は 336 あり、人口 10 万人あたりの施設数では、いずれも全県の値より少ない状況である。</p> <p>団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年に向けて、病床の機能分化・連携等により将来の医療需要に応じたバランスのとれた医療機能を整備するため、地域で不足している病床機能が充足できるよう、当該機能を担う病床への機能転換等により、病床機能報告制度における報告病床数と、地域医療構想における必要病床数が次第に收れんされていくことを促していく必要がある。</p> <p>東播磨圏域の H26 年度の病床機能報告の内容と 2025 年の必要病床数を比較してみると、リハビリや在宅復帰に向けた回復期病床の充足を図るため、急性期病床から回復期病床への転換を促す必要がある。</p> <p>慢性期病床が過剰となると見込まれるため、現行病床に含まれる介護療養病床の福祉施設への優先的な転換等を検討する必要がある。</p> <p>慢性期患者等の受け皿となる在宅医療、施設等の充実を図る必要がある。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 病床の機能分化・連携等により将来の医療需要に応じたバランスのとれた医療機能の整備を図る。</li> </ul> <p>このため、病床機能報告制度による報告内容、地域医療介護総合確保基金等の活用事例等の情報提供を行い、各医療機関の病床機能の分化・転換等の促進を図る。</p> <p>具体的には、急性期病床から回復期病床への転換、介護療養病床から福祉施設への転換等を促進するとともに、慢性期患者等の受け皿となる在宅医療の体制整備、充実等を図る。</p>
	<p><b>【専門的な医療機能の状況】</b></p> <p>① 小児・周産期: 東播磨圏域には地域小児医療センターが 1 病院ある。</p> <p>周産期医療については、地域周産期母子医療センターが 1 病院、協力病院が 1 病院指定されている。</p> <p>② がん: 専門的ながん診療の機能を有する医療機関は 6 病院あり、このうち 1 病院が国指定がん診療連携拠点病院に、2 病院が県指定がん診療連携拠点病院に指定されている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 東播磨圏域には高度・専門医療の提供を行う医療機関が充実しているが、引き続き機能の充実、強化を図るとともに、協力病院、かかりつけ医等の支援医療機関との連携強化を図る。</li> </ul>

項目	圏域の現状と課題	具体的施策									
	<p>③ 脳卒中:脳血管疾患の急性期機能を有する病院は8病院あり、このうち24時間(オール体制含む)対応病院は4病院ある。また、回復期医療機能を有する病院は12病院(うち2病院は急性期機能を併せ持つ)ある。</p> <p>④ 心疾患:急性心筋梗塞の急性期医療の機能を有する病院が3病院あり、回復期機能を有する病院が5病院(うち3病院は急性期機能を併せ持つ)ある。</p> <p><b>【救急医療体制】</b></p> <p>1次(軽症)救急医療については、明石市立夜間休日応急診療所と加古川夜間急病センター及び在宅当番医制で対応している。</p> <p>2次(中等症)救急医療については、救急告示医療機関(22病院、1診療所)及び二つの病院群輪番制(明石救急医療圏域(14病院)と東播磨救急医療圏域(11病院))と、小児科については別に小児2次救急輪番制(4病院)で対応している。</p> <p>3次(重症)救急医療については、県立加古川医療センターに併設されている救命救急センターが担っている。</p> <p>救急搬送時間については、覚知から現場到着平均、現場到着から収容平均をみると、県平均より短い状況である。</p> <p><b>【救急搬送時間】</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>覚知から現場到着平均(分)</th> <th>現場到着から収容平均(分)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>東播磨</td> <td>6.8</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>兵庫県</td> <td>8.0</td> <td>28.0</td> </tr> </tbody> </table> <p>(H24年度消防庁・救急搬送人員データベース)</p> <p>住民が急傷病時に安心して医療を受けることが出来るよう、引き続き安定した救急医療体制を確保する必要がある。</p>		覚知から現場到着平均(分)	現場到着から収容平均(分)	東播磨	6.8	23	兵庫県	8.0	28.0	<p>○ 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。</p> <p>このため、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、休日夜間急患センター及び在宅当番医制による1次救急医療提供体制の整備、充実を図る。</p> <p>また、地域の医師会、医療機関、救急医療機関等が連携しながら、2次救急輪番体制の確保、充実を図るとともに、引き続き3次救急医療体制の充実を図る。</p> <p>さらに、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・充実を図る。</p> <p>また、不要不急な受診を減らし、適正な受診を促進するため、適正受診についての住民への普及啓発を図る。</p>
	覚知から現場到着平均(分)	現場到着から収容平均(分)									
東播磨	6.8	23									
兵庫県	8.0	28.0									

#### 第4章 3 課題及び具体的施策【東播磨圏域】

項目	圏域の現状と課題	具体的施策																						
(2) 在宅医療の充実	<p><b>【在宅療養支援診療所及び在宅医療サービスを実施している医科診療所・歯科診療所の状況】</b></p> <p>東播磨圏域には、在宅療養支援診療所はH26年には82箇所(H24年:74箇所)あり、1,193人の在宅療養患者を受け持っている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 在宅療養を担う在宅療養支援診療所や在宅療養サービスを実施する医科・歯科診療所の必要性について普及啓発し充実を図るとともに、訪問看護ステーション等他機関との連携体制の整備を図る。</li> <li>また、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師が往診、訪問診療等に取り組みやすいような仕組みや体制の整備を図る。</li> </ul>																						
【在宅療養支援診療所の状況 H26.10.1 医療施設調査より】																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th><th>診療所総数</th><th>届出施設数</th><th>連携保険医療機関等の数</th><th>受け持つ在宅療養患者の数</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>東播磨</td><td>525</td><td>82</td><td>172</td><td>1,193</td></tr> </tbody> </table>				診療所総数	届出施設数	連携保険医療機関等の数	受け持つ在宅療養患者の数	東播磨	525	82	172	1,193												
	診療所総数	届出施設数	連携保険医療機関等の数	受け持つ在宅療養患者の数																				
東播磨	525	82	172	1,193																				
<p>また、往診や訪問診療といった在宅医療サービスを実施している医科診療所は、診療所総数の41.7%であり、県の46.5%よりやや低い。歯科診療所は、総数の25.9%が在宅医療サービスを実施しており、県の23.2%よりやや高い。</p>																								
【在宅医療サービスを実施している診療所の状況 H26.10.1 医療施設調査】																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">診療所</th><th rowspan="2">在宅医療サービス実施数(%)</th><th colspan="2">往診</th><th colspan="2">在宅患者訪問診療</th></tr> <tr> <th>施設数</th><th>実施件数</th><th>施設数</th><th>実施件数</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>東播磨</td><td>219(41.7)</td><td>133</td><td>741</td><td>126</td><td>2,760</td></tr> <tr> <td>兵庫県</td><td>2,319(46.5)</td><td>1,451</td><td>9,839</td><td>1,264</td><td>43,197</td></tr> </tbody> </table>			診療所	在宅医療サービス実施数(%)	往診		在宅患者訪問診療		施設数	実施件数	施設数	実施件数	東播磨	219(41.7)	133	741	126	2,760	兵庫県	2,319(46.5)	1,451	9,839	1,264	43,197
診療所	在宅医療サービス実施数(%)	往診			在宅患者訪問診療																			
		施設数	実施件数	施設数	実施件数																			
東播磨	219(41.7)	133	741	126	2,760																			
兵庫県	2,319(46.5)	1,451	9,839	1,264	43,197																			
【在宅医療サービスを実施している歯科診療所の状況 H26.10.1 医療施設調査】																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">診療所</th><th rowspan="2">在宅医療サービス実施数(%)</th><th colspan="2">訪問診療(居宅)</th><th colspan="2">訪問診療(施設)</th></tr> <tr> <th>施設数</th><th>実施件数</th><th>施設数</th><th>実施件数</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>東播磨</td><td>87(25.9)</td><td>69</td><td>812</td><td>55</td><td>2,775</td></tr> <tr> <td>兵庫県</td><td>692(23.2)</td><td>502</td><td>5,182</td><td>438</td><td>15,051</td></tr> </tbody> </table>			診療所	在宅医療サービス実施数(%)	訪問診療(居宅)		訪問診療(施設)		施設数	実施件数	施設数	実施件数	東播磨	87(25.9)	69	812	55	2,775	兵庫県	692(23.2)	502	5,182	438	15,051
診療所	在宅医療サービス実施数(%)	訪問診療(居宅)			訪問診療(施設)																			
		施設数	実施件数	施設数	実施件数																			
東播磨	87(25.9)	69	812	55	2,775																			
兵庫県	692(23.2)	502	5,182	438	15,051																			
【在宅医療を支援する病院の状況】																								
<p>東播磨圏域には、地域医療支援病院は5病院あり、地域医療を担うかかりつけ医、かかりつけ歯科医等を支援している。在宅医療を担う在宅療養支援病院は2病院ある。</p>																								
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ かかりつけ医、かかりつけ歯科医等を支援するため、引き続き地域医療支援病院や在宅療養支援病院の機能強化及び関係機関間の連携強化を図る。</li> </ul>																								

項目	圏域の現状と課題	具体的施策
	<p><b>【訪問看護ステーションの状況】</b> 東播磨には訪問看護ステーションが 53 か所 (H27. 9. 1) ある。人口 10 万人あたりでは 7.4 で、県の 8.7 よりやや低い状況にある。</p> <p><b>【在宅看取りの状況】</b> 平成 26 年の在宅死亡割合 (施設含む) は 26.2% (H23 年 : 23.9%) であり、県平均の 24.7% より高い状況にある。 病気を持ちながらも、住民が住み慣れた地域で人生の最期まで暮らせるよう 在宅医療、施設、介護サービス等、地域での受け皿を整備する必要がある。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 在宅療養を担う訪問看護ステーションの必要性について普及啓発し充実を図るとともに、かかりつけ医等他機関との連携体制の整備を図る。</li> <li>○ 在宅での終末期ケア、看取りが可能となるよう 在宅療養支援診療所等の医療機関、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所等の在宅医療チームの体制の充実・整備を図るなど、在宅での看取りの体制の整備・充実を図る。 また、施設等での看取りが普及するよう、施設職員への指導・教育及び施設における看取りの体制の充実・整備を図る。 さらに、かかりつけ医の定着促進とともに、終末期の迎え方、緊急時の対応など看取りを取り巻く状況について住民の理解を深め、在宅医療や在宅看取りについて普及啓発を図る。</li> </ul>
(3) 医療従事者の確保	<p><b>【医療従事者数】</b> 東播磨圏域の平成 26 年の医師数は 1,376 人、歯科医師数は 469 人、薬剤師数は 1,533 人であり、人口 10 万人あたりでは、いずれも全県の値に比べ少ない状況である。 また、看護師数は 5,624 人で、人口 10 万人あたりの就業者数は、全県の値に比べ少ない。 なお、病院に勤務する理学療法士数は 383.1 人、作業療法士数は 195.1 人で、人口 10 万人あたりでは全県の値とほぼ同じ状況である。 今後、在宅医療の充実を図るためにには、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、栄養士及び理学療法士等のリハビリテーション専門職など、在宅での医療を担う人材の確保が必要である。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医師、歯科医師、薬剤師、看護師、栄養士及び理学療法士等のリハビリテーション専門職等、在宅での医療を担う人材の確保を図る。</li> </ul>

項目	圏域の現状と課題	具体的施策
	<p><b>【訪問看護ステーション従事者の状況】</b></p> <p>H24 年介護サービス施設・事業所調査では、24 時間体制をとっている訪問看護ステーションの看護師数は、人口 10 万人あたりでは、県の平均値 24.0 と比較すると、高砂市は 38.4 と多いが、明石市 12.9、加古川市 20.1、稲美町 13.9、播磨町 22.5 と少ない状況であり、訪問看護ステーションで働く看護師が不足している。</p> <p>訪問看護師の育成・教育を図り、訪問看護師を確保していくことが必要である。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 訪問看護師を確保するため、研修体制や現任教育等、訪問看護師の育成・教育の充実を図る。</li> </ul>
(4) その他	<p><b>【医療連携及び医療介護連携】</b></p> <p>平成 23 年の医療施設実態調査では、病病・病診連携の状況について、患者の検査・手術・専門診療等において、紹介・逆紹介を実施している病院は、回答のあった 39 病院のうち、病院間では 35 病院(89.7%)、病診間では 32 病院(82.1%)が実施していると回答している。</p> <p>また、平成 26 年度に実施した、東播磨圏域における退院調整に関する調査によると、医療機関とケアマネジャーとの医療介護連携の状況は、医療機関等は 65%、ケアマネジャーは 51%が「地域連携が機能している」と答えている。</p> <p>医療連携に比べ、医療介護連携は進んでいない状況であり、体制整備、充実を図る必要がある。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 入院医療から在宅医療へとスムーズに流れよう、医療介護連携体制の充実を図る。</li> <li>また、在宅医療を担う訪問診療（訪問歯科診療）、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤管理指導及び介護サービス等を行う多職種が連携し、必要なサービスを提供する体制の充実を図る。</li> <li>具体的には、切れ目のない、医療連携及び医療介護連携をスムーズに進めていくために、いつ・誰が・誰に・どんな情報を提供するか等を定めた東播磨の医療と介護の連携方策を現在作成中であり、今後、活用することにより、かかりつけ医・病院・介護支援専門員等の関係者間の連携強化を図る。</li> <li>また、在宅の高齢者の病状が悪化した際には、かかりつけ医やケアマネジャー等が、病院と連携を図り、入院対応がスムーズに出来るようさらなる医療介護連携等の充実を図るとともに、家族の疾病等により、在宅で家族が高齢者を介護することが困難な場合に、一時的に施設等をスムーズに利用できる体制を充実させる。</li> </ul>

項目	圏域の現状と課題	具体的施策												
	<p><b>【地域連携クリティカルパスの活用状況】</b> 東播磨圏域で、地域連携クリティカルパスを使用しているのは、「脳卒中」が18病院、「大腿骨頸部骨折」が17病院、「がん」が16病院であった。</p> <p><b>【地域連携クリティカルパスの活用状況】</b> (H26年10月時点:加古川健康福祉事務所調査より)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>対象疾患名</th><th>脳卒中</th><th>大腿骨頸部骨折</th><th>がん</th><th>急性心筋梗塞</th><th>その他</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>使用医療機関 (病院)数</td><td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>3</td><td>3</td></tr> </tbody> </table>	対象疾患名	脳卒中	大腿骨頸部骨折	がん	急性心筋梗塞	その他	使用医療機関 (病院)数	18	17	16	3	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 急性期病院から回復期病院、さらにはかかりつけ医への連携が図れるよう、クリティカルパスの充実を図ると共に、その必要性について、住民及び医療関係者への普及啓発を図る。</li> </ul>
対象疾患名	脳卒中	大腿骨頸部骨折	がん	急性心筋梗塞	その他									
使用医療機関 (病院)数	18	17	16	3	3									
	<p><b>【他圏域との連携】</b> 2025年度の他圏域間との患者の流出入は、神戸圏域(流出10.1%、流入3.1%)、北播磨圏域(流出1.4%、流入3.0%)、中播磨圏域(流出2.6%、流入1.8%)と予測される。</p> <p><b>【2025年度の医療需要(流出入)】</b>全機能、%表示 ※医療需要には在宅医療等も含む</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 隣接する神戸圏域、北播磨圏域、中播磨圏域との医療連携体制を充実し、患者の病態に合わせて、最善の医療が切れ目なく提供されるよう、高度急性期から急性期、回復期、慢性期、在宅医療までの一連のサービスを切れ目なく提供出来るよう、圏域を越えた医療連携体制の充実を図る。</li> </ul>												

## 【北播磨圏域】

項目	圏域の現状と課題	具体的施策
(1) 病床の機能分化・連携の推進	<p><b>【医療提供体制】</b></p> <p>北播磨圏域は、県のほぼ中央に位置しており、地理的には南北に長い一方、居住区域としては東西に広がっているという特徴がある。</p> <p>2025 年推計によると、自圏域での医療需要は 86.5% であり、圏域北部では、隣接する丹波圏域から市立西脇病院への患者の流入が若干ある一方、当圏域からは、神戸圏域や東播磨圏域の医療機関に対して消化器系、呼吸器系疾患の患者の流出が見られる。</p> <p>北播磨圏域には、22 の病院、203 の医科診療所、131 の歯科診療所があるが、2025 年の必要病床数推計と現在の稼働病床との比較では、高度急性期の病床が 108 床不足しており、高度医療等について、今後、圏域内でどのような取組みを推進すべきかが課題である。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 北播磨圏域では、これまで公立・公的病院がそれぞれの特化した診療機能を活かし、病病連携、病診連携を図ってきた。また、病病・病診連携を推進するため、地域医療情報システム「北はりま絆ネット」の整備に取り組み、平成 25 年度にはシステムの全面実施となっている。今後も、システムへの参加促進やあり方の検討に取り組むとともに、地域医療介護総合確保基金の活用により、安定的かつ継続的な運用が図れるようシステムの基盤整備を行う。</li> <li>○ 団塊の世代がすべて後期高齢者となる 2025 年を見据えると、労働人口の高齢化や健康志向、生涯現役志向の高まり及び生活習慣病の増加や疾病構造の変化等により、急性期病床から回復期病床への移行については、これからも慎重に議論する必要がある。今後の経過により、病床機能の転換や回復期機能及び慢性期患者の受け皿となる在宅医療、施設等の充実が必要となった場合には、地域医療介護総合確保基金を活用することにより円滑な移行を図る。</li> </ul>
	<p><b>【救急医療体制】</b></p> <p>小児科の救急医療については、公立病院や管内医療機関、医師会等が協力して対応しているが、公立病院の小児科医師の退職等により、小児救急医療体制の維持が難しくなっている。</p> <p>また、当圏域では医療機関までの移動に車が必要であり、孫が発症しても親の帰宅を待つ祖父母も多いことから、圏域を越えて夜間の小児患者の入院や救急搬送が行われている場合がある。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 小児救急輪番制の堅持及び拡大に向け、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、継続的に協議を行う。</li> <li>○ 1 次小児救急医療体制を強化するため、地域医療介護総合確保基金を活用した広域のこども急病センターの整備を検討するなど、1 次救急を集中させることで、2 次救急を担う医療機関・小児科医の負担を軽減し、空白の生じない 1 次・2 次救急体制の構築を目指す。</li> </ul>

項目	圏域の現状と課題					具体的施策	
						<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域医療介護総合確保基金を活用して、小児救急に携わる育児関係者、医療関係者、施設職員、関係行政職員等を対象に、育児リーダー講座や小児救急医療研修等を開催することにより、小児救急知識の普及啓発を円滑かつ効果的に図り、休日・夜間の安易な救急搬送を未然に防止する。</li> </ul>	
<b>救急医療体制 (平成 27 年 11 月 30 日現在)</b>							
区分 地区名	一次		二次		三次	救急告示 医療機関数	
	休日夜間 急患センター	在宅当 番医制	小児科	内科・外科系 病院群輪番制	小児科病院 群輪番制	救命救急 センター	
西脇 多可	休日夜急患 センター			市立西脇病院 北播磨総合医療センター			公立(公的)2 私立 1
三木	歯科医師会 附属休日 歯科診療所	平日夜間 休 日	市立西脇病院 北播磨総合医療センター	市立加西病院 加東市民病院 大山病院 服部病院 三木山陽病院 ときわ病院	市立西脇病院 北播磨総合医療センター	県立加古川医療センター 県立姫路循環器病院センター 製鐵記念広報病院 県立こども病院	私立 3
小野 加東		平日夜間 休 日	加東市民病院				公立 2 私立 1
加西		休 日					公立 1
計	2	3	3	8	2	4	公立(公的)5 私立 5
(2) 在宅医療 の充実	<b>【高齢化の状況】</b>					<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 訪問診療を充実・強化するため、かかりつけ医の支援体制を確立するとともに、地域住民に対して、かかりつけ医を持つことの意義など、在宅医療・介護連携に関する理解の促進を図る。</li> </ul>	
	<p>管内の平成 27 年 2 月 1 日現在の高齢化率は 28.9% となっており、2025 年の北播磨圏域の人口については、総数は減少するが、高齢者人口は若干の増加になる見込みである。</p> <p><b>【在宅医療の状況】</b></p> <p>圏域内の病院で、訪問診療を実施している病院は 7 病院、訪問看護実施病院は 4 病院、訪問リハビリ実施病院は 4 病院である。また、在宅療養支援病院は 4 病院、在宅療養支援診療所は 43 箇所、地域包括ケア病棟を有する病院は 7 病院、訪問看護ステーションは 23 箇所となっている。</p> <p>訪問診療を行う診療所等を増やす必要があるが、集落が点在している当圏域では、かかりつけ医にとって大きな負担となっている。また、圏域外に在住する医師も多く、夜間の対応が難しいことから、病院の平均在院日数も 38.1 日と長くなる傾向</p>					<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「北はりま絆ネット」をかかりつけ医や訪問看護師、ケアマネジャー等の連携における有効なツールとして効果的な活用を図ることにより、訪問看護等在宅医療に関するサービス提供体制の充実を図るとともに、多様な疾病や在宅療養者のニーズに適切かつ効果的に対応できる多職種連携体制を構築する。</li> <li>○ 在宅医療に関する多職種の医療福祉従事者に対する専門研修の充実を図り、在宅医療に積極的に取り組む人材の育成を促進する。</li> <li>○ 北播磨圏域では、圏域内の医師会、病院、ケアマネジャー等の協力により、市町を越えた圏域内での連携強化と円滑な入</li> </ul>	

#### 第4章 3 課題及び具体的施策【北播磨圏域】

項目	圏域の現状と課題	具体的施策
	<p>にあり、当圏域は全県で第3位となっている。</p> <p>在宅医療を定着させるためには、医療・介護資源の充実を図るとともに、24時間医療が提供可能な体制の確保が必要であり、医療従事者の多職種連携や在宅医療に関する専門的なスキルアップも求められている。</p> <p>2025年の必要病床推計と現在の稼働病床数との比較では、慢性期の病床数が105床過剰となっており、病院から在宅への円滑な移行、在宅医療の充実が今後の課題となっている。</p>	<p>退院支援を目指して、「北播磨圏域要介護者における入退院支援の手引き」を作成したところであり、今後は、圏域内関係機関等に対して手引きの普及啓発を行い、病院から在宅、医療から介護への円滑な移行を促進する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医師会、病院、在宅医療実施医療機関、居宅介護支援事業者、学識経験者、関係行政機関等により、この圏域での訪問診療に関する効率的な実施方法や支援体制のあり方等について検討していく。</li> </ul>
(3) 医療従事者の確保	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 北播磨圏域においては、市立西脇病院に県養成医師が派遣されているが、加東市民病院、多可赤十字病院、兵庫あおの病院において、常勤医師の不足により、当直医の確保や救急の受け入れが難しくなっている。また、診療科別医師数は、小児科、産婦人科をはじめ、多くの診療科で全県平均医師数を下回っている。</li> <li>病院の規模や機能等の問題により、看護師の確保が困難な病院がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 県では、医師確保対策として、養成医師の増員、後期研修終了医等県採用制度等に取り組んでいる。今後は、配置可能医師数の増加が見込まれることから、北播磨圏域への配置医師数の増加を図る。</li> <li>○ 広域行政を担う県が、関係行政機関等との情報共有、連絡・調整を緊密に図り、不足する医師の充足に努める。</li> <li>○ 圏域内の24時間医療提供体制を確保するため、地域医療介護総合確保基金を活用して、質の高い居住空間や特色ある文教施設等を整備し、医療従事者にとって暮らしてみたいまち、魅力ある職場環境を創出する。</li> <li>○ 圏域内で看護教育を行っている大学や専門学校及び医療・福祉機関、関係行政機関との間で看護師確保に関する連携体制を構築する。</li> <li>○ 県看護協会北播支部が開催する看護職合同説明会に対して、県及び市町が積極的に支援することにより、看護師確保に努める。</li> </ul>

## 【中播磨圏域】

項目	圏域の現状と課題	具体的施策
(1) 病床の機能分化・連携の推進	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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。</li> <li>○ 患者の約9割は、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、隣接する西播磨圏域からの患者流入が多い。</li> <li>○ 病床機能報告制度による病床機能毎の、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。在宅復帰に向けた医療やリハビリテーション等を行う回復期病床は、急性期病床や患者居住地の近くにあることが望ましい。このため、地域に必要な病床機能の強化を図るとともに、回復期病床を充実する必要がある。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> </ul>	<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"> <li>・高度急性期病床(ICU・HCU等)の更なる充実</li> <li>・急性期病床における夜間看護の充実</li> <li>・回復期病床への転換</li> </ul> <p>ウ 慢性期病床の施設等への転換支援</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・療養病床(介護療養型)から施設への転換</li> <li>・慢性期病床の職員の充実</li> <li>・回復期病床への転換</li> </ul> <p>エ 在宅医療・施設等の充実</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・機能強化型訪問看護ステーションの整備促進</li> <li>・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</li> <li>・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</li> </ul> <p>②医療と介護・福祉の連携強化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関と介護保険施設及び障害者総合支援法施設・事業所との広域連携</li> <li>・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</li> </ul> <p>③病病、病診連携及び医科・歯科・薬科連携の推進</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療の質の確保・向上のための公民連携(パブリック・プライベート・パートナーシップ=PPP)の確立</li> <li>・地域医療連携クリティカルパスの促進</li> <li>・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</li> <li>・医・歯・薬連携の強化</li> <li>・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</li> </ul>

### 第4章 3 課題及び具体的施策【中播磨圏域】

項目	圏域の現状と課題	具体的施策
	<p>○ 3次救急を担う県立姫路循環器病センターと製鉄記念広畠病院の統合再編にあたり、高度専門・急性期医療を担う中核病院としての更なる機能充実と、2次救急を初めとする医療機関との機能分担・連携促進等が必要である。また、統合再編(製鉄記念広畠病院の移転)に伴い、姫路市南西部地域における地域医療の確保が求められる。</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>【参考】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・中播磨圏域及び西播磨圏域は、3次救急西播磨ブロックに位置付けられ、姫路市所在の県立姫路循環器病センターと製鉄記念広畠病院が、救命救急センターに指定されている。</li> <li>・両圏域は、小児医療連携圏域及び周産期西播磨圏域に位置付けられ、姫路市所在の姫路赤十字病院が、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。</li> </ul>	<p>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> <p>ア 県立姫路循環器病センターと製鉄記念広畠病院の統合再編</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・地域の医療機関との機能分担・連携の促進</li> <li>・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(ICTを用いたテレカンファレンス、遠隔診断技術導入等)</li> <li>・統合再編後の姫路市南西部の医療提供体制の確保</li> </ul> <p>イ 公立神崎総合病院</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・1次・2次救急の充実</li> <li>・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</li> <li>・連携施設等との協働による訪問診療体制の構築</li> </ul>
(2)在宅医療の充実	○ 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	<p>①在宅医療の確保・地域偏在の解消</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療提供に必要な設備・支援ツール</li> </ul>

項目	圏域の現状と課題	具体的施策
	<p>と推計される。 (2013年:4139.8人/日→2025年:6030.6人/日)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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。</li> <li>○ 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、PPPによる取組みが求められる。</li> <li>○ 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。</li> </ul>	<p>の整備</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・在宅医療を担う病院・診療所の役割分担と連携促進</li> <li>・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</li> <li>・訪問看護ステーションの広域連携</li> <li>・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</li> </ul> <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"> <li>・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</li> <li>・中播磨圏域入退院調整ルールの利用促進</li> <li>・患者情報を集約した医療介護連携ツール(ICT含む)の導入</li> <li>・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</li> <li>・子どもや障害者を含めた医療と福祉の連携促進</li> </ul> <p>③在宅医療に関する普及啓発</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・住民や地域ニーズの把握のための調査</li> <li>・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</li> </ul>
(3)医療従事者の確保	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医師数は、人口10万人あたり193.7であり、全国・全県平均に比べて低く、高齢化も進んでいる。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 医師・看護師等医療従事者の確保と地域定着に取組む必要がある。</li> </ul>	<p>①医療従事者の確保・定着</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・研修医の病院間での相互研修体制の確立</li> <li>・医療従事者等の教育・研修機能の充実</li> <li>・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</li> <li>・ICTを活用した研修システムの導入</li> <li>・勤務環境改善のための取組強化</li> </ul> <p>②医療従事者を目指す若者の育成</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> </ul>

## 第4章 3 課題及び具体的施策【中播磨圏域】

項目	圏域の現状と課題	具体的施策
		<p>③適切受診の啓発</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> </ul>
(4)その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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・心理症状)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。</li> <li>○ 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、口腔機能の維持・向上や摂食嚥下障害、誤嚥性肺炎の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。</li> </ul>	<p>①認知症に係る連携強化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療及び介護従事者への認知症対応力向上研修</li> <li>・認知症対応医療機関と介護事業所の連携体制の強化</li> <li>・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</li> </ul> <p>②口腔機能の管理強化の取組</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医科歯科連携の強化</li> <li>・口腔ケア及び食支援の充実</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 社会医療法人財団聖フランシスコ会が、重症心身障害児・者への医療提供及び生活支援を行う医療型障害児入所施設及び療養介護事業所を平成29年4月に開設予定である。</li> <li>○ 身体合併症を有する精神科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。</li> <li>○ 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。</li> </ul>	<p>③障害児・者医療の充実</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・障害児・者に対応できる在宅医療の充実</li> <li>・一般病院と精神科病院との連携強化</li> <li>・精神障害者の地域移行・地域定着を含む地域生活支援の推進</li> </ul>
		<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"> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・地域ケア会議の充実によるケアマネジメントの推進</li> </ul>

## 【西播磨圏域】

項目	圏域の現状と課題	具体的施策
(1) 病床の機能分化・連携の推進	<p>○ 西播磨には、24箇所の病院、187箇所の医科診療所、100箇所の歯科診療所があり、地域の様々な保健医療福祉関係者と協力しつつ、それぞれ相互に連携しながら、地域の医療を支えている。</p> <p>赤穂市民病院は、地域医療支援病院、災害拠点病院、へき地医療拠点病院、がん診療連携拠点病院、肝疾患専門医療機関、感染症指定医療機関等に、公立宍粟総合病院は、へき地医療拠点病院、肝疾患専門医療機関等に位置づけられており、圏域・地域の中核的な病院としての役割を担っている。</p> <p>救急医療については、一次は、各医師会が中心となり、休日夜間急病センターと在宅当番医制で、二次は、病院群輪番制で対応しており、三次については、中播磨・西播磨圏域が1つのブロック（西播磨ブロック）となっており、姫路市内の病院が救命救急センターに指定されている。</p> <p>救急医療に加え、小児救急については、中播磨と西播磨の二次小児救急圏域で「小児医療連携圏域」、周産期医療についても、中播磨と西播磨で「西播磨圏域」を形成しており、それぞれ、姫路市内の病院が中核的な医療機関として位置付けられている。</p> <p>（圏域内においては、赤穂市民病院、赤穂中央病院、公立宍粟総合病院が中心的な役割を担っている。）</p> <p>それら以外の分野については、西播磨圏域内での医療の提供が基本となるが、圏域南部の旧「西播磨臨海」地域が、完結率が高いのに比べ、中部から北部にかけては、一定程度、姫路市等中播磨の医療機関への流出が見られる。</p> <p>また、他府県との関係では、隣接する岡山県との間で、それぞれの地域で患者の流</p>	<p>○ 西播磨圏域の北部・中部は、以前は中播磨と同一圏域であり、日常生活での姫路市方面への自然な人の流れもあり、全ての医療を西播磨圏域内で完結するのは生活の実態から外れる面もあるため、基本的な方向性としては、圏域内の医療体制の維持・強化と共に、従来からの中播磨圏域との連携の維持・強化を図ることが重要である。</p> <p>① 現在進行中の、赤穂市民病院の第二期構想や、姫路市における病院統合計画等、圏域の住民への医療確保の強化に繋がる計画について、圏域の関係者の支援により、円滑な進行に協力する。</p> <p>② 地域医療介護総合確保基金を積極的に活用するなどして、各医療機関の機能強化を図る。</p> <p>ア 急性期から回復期病床への転換を図る。</p> <p>イ 介護療養病床から、現在厚生労働省が検討を進めている「新たな施設」等への優先的な転換を図る。</p> <p>ウ 慢性期患者の受け皿となる在宅医療、施設等の充実を図る。</p> <p>エ 公立病院間の連携強化（西播磨圏域北部の公立宍粟総合病院と隣接する中播磨圏域北部の公立神崎総合病院とは、どちらも中山間地に立地しており、自治体病院という共通点もあることから、現在も医療圏域を超えた連携が行われているが、両圏域における医療の更なる充実に向け両病院間の連携の推進を図る。）</p> <p>③ 県立姫路循環器病センターと製鉄記念広畠病院の統合による県立の新病院には医師派遣等支援を期待する。</p>

### 第4章 3 課題及び具体的施策【西播磨圏域】

項目	圏域の現状と課題	具体的施策
	<p>出入があるが、特に、赤穂市・上郡町と定住自立圏を形成する岡山県備前市からは、赤穂市内の医療機関へ一定規模の患者の流入があり、圏域全体では、岡山県からの患者の流入超過となっている。</p> <p>2. 2025 年の必要病床数推計と現在の稼働病床数との比較でも、高度急性期の病床が 139 床不足しており、高度医療等、現状でも中播磨に一定程度流れている医療を、今後如何に確保するかが課題となる。</p>	
(2) 在宅医療の充実	<p>○ 2025 年の必要病床数推計と現在の稼働病床数との比較でも、慢性期の病床が 269 床過剰となっており、病院から在宅への流れの中で、在宅医療の充実が喫緊の課題となっている。</p> <p>圏域の現在の在宅医療の体制は、届出のある在宅療養支援病院は 2 箇所、在宅療養支援診療所は 22 箇所、在宅療養支援歯科診療所は 19 箇所あり、病院、診療所については人口 10 万人あたりの施設数は県平均より低い。</p> <p>在宅療養後方支援病院は 2 箇所、地域包括ケア病棟を有する病院は 2 箇所ある。</p> <p>訪問看護事業所・ステーションは 24 箇所（うち 3 箇所休止中）あり、人口 10 万人あたりの事業所数は県平均より低い。</p> <p>○ 在宅歯科診療については、現在のところ、供給不足とはなっていないが、潜在的な需要が掘り起こされると供給不足となることが予想される。</p> <p>○ 在宅医療サービスとしての訪問服薬指導は、薬剤師の不足により十分には行えず、薬剤師の役割も住民をはじめ関係職種に浸透していない。</p> <p>○ 限りある医療・介護の資源を有効に活用するため、圏域のリハビリテーション支援病院である赤穂中央病院や行政が調整し、</p>	<p>○ 在宅医療を提供する医療機関を増やす。</p> <p>○ 自治体も含め、関係者の支援により、訪問看護体制の強化を図るなど、在宅医療体制を強化する。</p> <p>○ 訪問歯科診療のより積極的な活用を検討するとともに、口腔ケアを担う歯科衛生士の養成を行う。</p> <p>○ 薬剤師の確保と活動ができる環境整備について検討するとともに、地域住民ならびに関係職種に、薬剤師の訪問服薬指導等薬剤師の役割と薬局の業務について周知を図る。</p> <p>○ 「病院在宅連携ルール」の活用度や利便性の更なる向上を図り、資源の有効活用を進める。</p> <p>○ 介護保険施設・事業所の整備を図るとともに、いわゆる特定行為が出来る職員の養成を促す。</p> <p>○ 限られた在宅医療資源を効果的に活用する方法として、サービス付き高齢者向け住宅の整備と高齢者の集住を検討する。</p> <p>○ 介護職員の人材養成及び確保や市町介護保険財政の維持ができるよう制度の見直しを要望する。</p>

項目	圏域の現状と課題	具体的施策
	<p>地域医師会、病院、ケアマネジャーの連携のもと、病院から在宅への円滑な移行を目指した「病院在宅連携ルール」を揖龍地区・赤穂地区で運用している。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 特別養護老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅では体制的・機能的に医療の対象となる者の受け入れが難しい。</li> <li>○ 広域な地域では訪問診療に時間がかかり効率が悪い。</li> <li>○ 慢性期患者の受け皿として在宅での受け入れが進むと、在宅医療、在宅介護分野でのマンパワー不足がより一層深刻化するとともに、施設入所やサービス提供の増加に伴い市町介護保険財政が圧迫される。</li> </ul>	
(3) 医療従事者の確保	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 西播磨圏域の医師数は、人口 10 万人あたり 153.2 であり県下で最も低い。</li> <li>○ 現在の医師確保支援として、県養成医師を、べき地医療拠点病院である、赤穂市民病院と公立宍粟総合病院に配置している。また、兵庫県が大阪医科大学に新たに寄附講座を設置し、圏域・地域の中核病院である、赤穂市民病院と公立宍粟総合病院への医師派遣を受けている。</li> <li>○ 看護師不足による訪問看護事業所の閉鎖事例があるなど看護師の確保も困難である。</li> <li>○ 薬剤師の不足により訪問服薬指導が十分には行えていない。薬局・薬剤師に係る制度の改正があるが、薬剤師が薬局外に出て行くための環境が整っていない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 兵庫県は、養成医師（医学生）の枠を順次拡大しており、今後、配置可能医師数の増加が見込まれることから、県庁と連携し、西播磨への配置医師数の増加を図る。</li> <li>○ 県立姫路循環器病センターと製鉄記念広畠病院の統合による県立の新病院には医師派遣等支援を期待する。（再掲）</li> <li>○ 中・西播磨で開催している看護学生・看護師のための病院合同就職説明会の継続、在宅看護師の復職支援、圏域内の看護学校や看護師養成大学への教官派遣や実習への協力、学生への P R の強化等により、圏域内での就業の確保に努める。</li> <li>○ 薬剤師の確保と活動ができる環境整備について検討する。（一部再掲）</li> </ul>

## 【但馬圏域】

項目	圏域の現状と課題	具体的施策
(1) 病床の機能分化・連携の推進	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 但馬圏域では、平成19年に関係機関の協議による、医療機能の再編、医師集約化が図られ、一定の成果が得られた。</li> <li>○ しかし、2025年の医療需要に合わせた更なる機能分化、連携強化が必要であり、但馬圏域内の病院間の効率的な連携、医療機能の充実による急性期から慢性期までの一体的な運営が望まれる。</li> <li>○ 病床機能報告から、急性期病床の過剰、回復期病床の不足が見られ、バランスの取れた医療提供体制への機能転換が望まれる。</li> </ul>	<p>①但馬圏域内の病院機能分化の支援</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・但馬圏域内の各病院が機能分化を図るための病床機能の見直し、転換の支援</li> <li>・過剰な急性期病床から不足する回復期病床(回復期リハビリテーション病棟及び地域包括ケア病床)への転換と人材確保の支援</li> </ul> <p>②病院間連携の推進</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域医療連携クリティカルパスの導入に加え、疾患別だけでなく総合的な転院支援の病院連絡会の定期実施</li> <li>・診療科の相互支援(精神科、整形外科、眼科、歯科口腔外科等)</li> <li>・I C T活用による医療連携ネットワークの構築</li> <li>・但馬内の全ての公立病院へのTVカンファレンスの導入</li> <li>・病院間連携による総合診療専門医養成プログラムの作成</li> </ul>
(2) 在宅医療の充実	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 回復期病床の機能強化、患者の在宅復帰を促進することで、今後、在宅医療の需要増加が予測されるが、現状では診療所医師の高齢化が深刻であり、訪問診療医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。</li> <li>○ 但馬圏域で不足している回復期病床の確保と機能強化のためには、特にリハビリテーション関連職員の確保が必要である。</li> <li>○ 地域包括ケアシステムを構築するための総合的な地域医療・介護の連携体制づくりが必要である。</li> </ul>	<p>①病診、病院地域連携</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・病院から開業医への逆紹介の連携システム作り(在宅療養診療医登録システム等)</li> <li>・看護と介護の連携のシステム化(但馬圏域退院支援運用ガイドライン)</li> <li>・病院と介護関係者の連携の推進</li> <li>・歯科口腔ケアにかかる病院と歯科医師との連携システムづくり</li> </ul> <p>②在宅医療・介護連携への支援</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問看護ステーションの広域連携</li> <li>・薬剤師の訪問薬剤管理指導の推進</li> <li>・医師をはじめとする在宅医療を支える人材の確保</li> <li>・地域偏在解消の取組みを支援(訪問診療医の確保と病院からの訪問診療の役割分担)</li> <li>・在宅医療を支える開業医のグループ化</li> </ul>

項目	圏域の現状と課題	具体的施策
(3) 医療従事者の確保	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 但馬地域の人口は、2010年の約18万人から、2025年には約15万人に減少する。</li> <li>○ 高齢者人口の絶対数の変動は少なく、当面医療需要は変動しないと見込むが、高齢者数がピークとなる2020年以降減少に向かう予測である。一方、都市部における医療需要は増える見込みで、働き手の人口が減少する但馬地域においては、医療従事者の確保が今後も難しいものと思われる。</li> <li>○ 人材確保のための継続的な努力を続けるとともに、減少する医療需要に見合う規模の病床と、限られた人材の中で提供可能な医療体制を構築することも必要である。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・過剰な急性期病床から不足する回復期病床（回復期リハビリテーション病棟及び地域包括ケア病床）への転換と人材確保の支援（再掲）</li> <li>・病院間連携による総合診療専門医養成プログラムの作成（再掲）</li> <li>・医師をはじめとする在宅医療を支える人材の確保（再掲）</li> <li>・地域偏在解消の取組みを支援（訪問診療医の確保と病院からの訪問診療の役割分担）（再掲）</li> <li>・在宅医療を支える開業医のグループ化（再掲）</li> </ul>
(4) その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域医療構想の実現のためには、地域住民の理解を得ることが欠かせない。</li> <li>○ 地域医療構想の進捗管理が必要である。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・行政、医療機関による地域住民への地域医療構想の普及啓発</li> <li>・地域医療構想の評価を、客観的指標を使って行う。（例：在宅看取り率など）</li> </ul>

## 【丹波圏域】

項目	圏域の現状と課題	具体的施策
(1) 病床の機能分化・連携の推進	<p>○人口動態</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・総人口は2010年の11.1万人から2025年には9.5万人(2010年比△14%)へと減少、15歳から64歳の生産年齢人口は2010年の6.4万人から2025年には5.0万人(2010年比△22%)へと減少、いずれも2025年以降も更に減少することが見込まれる。</li> <li>・一方、75歳以上人口は2010年の1.8万人から2025年には2.1万人(2010年比+17%)へと増加するが、その後は減少することが見込まれる。</li> </ul> <p>○入院受療状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・2025年推計によると、圏域内完結率は76%であり、高度急性期及び急性期については、消化器系疾患、心筋梗塞、頭部外傷などの救急体制の不足から、圏域内在住者が阪神北・北播磨圏域のほか、京都府での受療が見込まれる。</li> <li>・一方、慢性期においては、圏域内の医療機関に但馬圏域・京都府在住者からの受療が見込まれる。</li> </ul> <p>○医療提供体制</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・県立柏原病院と柏原赤十字病院が統合し、平成30年度に開設(320床)予定(以下「新病院」という)である。</li> <li>・必要病床数推計による慢性期病床は328床であり、現行稼働病床数468床と比較して140床が過剰となるが、療養型病床は常に満床に近い稼働率で待機患者が発生するなど、圏域でのニーズが高い状況にあることから、まず、在宅医療の提供体制を整備していく必要がある。</li> </ul> <p>○不足している入院医療機能</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・主に3次救急、がん(肺・肝)、心疾患、脳疾患、ハイリスク分娩、重症児の入院医療機能が不足していることから、これらの機能について新病院における機能充実や圏域内又は隣接圏域の病院間連携の強化</li> </ul>	<p>○医療提供体制の充実、連携体制の強化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新病院においては、がん・循環器疾患・脳卒中などの高度専門医療、3次救急、小児・周産期医療の基幹病院としての役割を果たすこと、また、整備予定の丹波市地域医療総合支援センターとともに、これまで県立柏原病院が行ってきた急性期医療、柏原赤十字病院が行ってきた回復期と予防医療を引き継いでいくことが望ましい。</li> <li>・圏域内に全ての医療機能を整えるのが望ましいが、新病院の開院後においても、心臓血管外科や肺がん、肝がんを専門とする外科医の確保は難しいことから、大学病院や隣接圏域の医療機関との連携強化を図る。</li> <li>・2次救急については、地域住民は圏域内での受療を強く望んでおり、現行の圏域内6病院(救急告示病院)による輪番制を維持しつつ、各医療機関は圏域内の医療需要に応じた診療機能の充実に努める。</li> <li>・新病院の救急体制が充実することにより、消化器系疾患、急性心筋梗塞、脳卒中、頭部外傷など、現在、他圏域に救急搬送されている患者が新病院で受療するケースが増加すると考えられる。このため、圏域内の他の医療機関においては回復期機能の充実を図りながら、急性期医療との連携体制の構築を検討していく。</li> </ul> <p>○病床の機能分化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・圏域における病床の機能分化に向けた協議については、新病院の整備状況や在宅医療の充実状況及び診療報酬・介護報酬の動向を踏まえながら、圏域の医療機能、医療需要の変化に応じて行うこととする。</li> <li>・過剰と推計されている急性期と慢性期病床については、地域医療介護総合確保基金を活用するなどして、圏域の医療需要に応じて急性期病床から回復期病床、慢性期病</li> </ul>

項目	圏域の現状と課題	具体的施策
	が必要である。	床から回復期病床、あるいは在宅医療の受け皿となる介護保険施設への転換など、円滑な病床機能の転換を促す。
(2) 在宅医療の充実	<p>○在宅医療需要の増加</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・2025年の医療需要推計によると、在宅療養を必要とする患者数は、2013年の1,063人/日から2025年には1,402人/日に増加する見込みである。</li> <li>このうち、現在、圏域内にある介護老人保健施設376床分を差し引いた1,026人/日分が、在宅等で訪問診療を要する患者数の最大値と推定される。2013年の在宅等で訪問診療を要する患者数504人/日と比較すると、2025年には現在より522人/分の在宅医療の供給増が必要である。</li> </ul> <p>○在宅医療の提供体制</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・2015年9月に篠山市医師会、丹波市医師会と共同で実施した在宅医療に関するアンケート調査によると、①現在在宅医療を行っている医師の高齢化に伴い、2025年には在宅医療実施機関数が減少する、②夜間往診に対応できる診療所が減少する、といった課題がある。</li> </ul>	<p>○在宅医療提供体制の拡大</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・現在行われている診療所・病院による訪問診療体制を維持、拡大していくとともに、両市医師会において、診療所に対して在宅医療への新規参入を促す。</li> </ul> <p>○在宅医療提供体制の連携強化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・夜間や休日の在宅療養患者の容体急変時など、かかりつけ医が対応できない場合に、在宅療養（後方）支援病院がバックアップできるシステムの構築に向け、両市医師会が具体策を検討していく。</li> <li>・両市の在宅医療・介護連携に関する協議会において、患者や家族が望む場所での看取りができる体制の構築に向けた具体策を検討していく。</li> <li>・圏域は中山間地で広大かつ狭隘な地形のため、病院に近接する高齢者向け住宅の誘致など在宅医療資源の充実を図っていくとともに、往診・訪問診療の効率的なケア体制の構築を検討していく。</li> </ul>
(3) 医療従事者の確保	<p>○圏域の医師、歯科医師、薬剤師、看護師の高齢化が進んでおり、現状の体制維持が困難となる。</p> <p>○地域医療を担う若手医師の育成が必要である。</p>	<p>○ 圏域において医療従事者の更なる確保・定着に努める。</p> <p>○ 看護師については、潜在看護師の掘り起こしや研修・教育体制の充実のほか、各市・各医療機関の奨学金制度などインセンティブ制度の拡充により、更なる確保・定着に努める。</p> <p>○ 圏域内の医療機関同士や大学等との連携により、地域医療を担う総合診療医、内科専門医の教育・研修ができるシステムの構築を検討していく。</p>

## 【淡路圏域】

項目	圏域の現状と課題	具体的施策
(1) 病床の機能分化・連携の推進	<p><b>【淡路圏域の現状】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・稼働病床 1,809 床、一般病床よりも療養病床が多い。</li> <li>・圏域の病院数は 12 施設。救急告示医療機関は 6 病院、1 診療所である。</li> <li>・高度急性期はほとんどを県立淡路医療センターが担っており、既にほぼ目標を達成。</li> <li>・急性期と慢性期は病床が過剰となり、回復期は不足すると見込まれる。</li> <li>・急性期と回復期は、病棟単位で新機能分類などおりの線引きをすることは困難。</li> </ul> <p><b>【連携体制】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・県立淡路医療センターと各病院間・診療所間は、脳卒中・大腿骨頸部骨折・がんについて、地域連携クリティカルパス等を運用し、連携を図っている。</li> <li>・在宅への移行を図るため、回復期機能を強化していく必要があるが、病院は人材確保が困難であり、機能分化のためには医療スタッフの充実を図る必要がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 県立淡路医療センターは、圏域の高度急性期・急性期を担う基幹病院としての役割を果たす。</li> <li>○ 地域包括ケア病床を複数の病院で整備するなどにより、病床機能にしばられない医療強化と地域支援拡充。</li> <li>○ リハビリテーション機能の充実を図るため、回復期機能を持つ病棟の設置や、必要な人材確保の支援。</li> <li>○ 圏域の医療・介護提供体制の強化ため、必要に応じて地域医療介護総合確保基金の利用等を支援。</li> <li>○ 病床単位で求められる機能を果たしていくので、目標数値については柔軟に運用しながら、圏域内の医療の機能分化と病院間連携・病診連携について協議する場を持つ(調整会議、淡路圏域医療機関連絡会議等)。</li> </ul>
(2) 在宅医療の充実	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 淡路圏域では、一般病床と比較して療養病床が多く、医療構想の慢性期病床の推計値からみると、在宅医療への移行が必要となる。</li> <li>○ 在宅療養支援病院 3、支援診療所 35、在宅歯科診療所 8。</li> <li>○ 訪問看護ステーション 14。(うち 13 施設は 24 時間対応体制または連絡体制)</li> <li>○ 往診料算定件数は県平均より多く、訪問診療患者数は県平均よりも少ない。在宅患者訪問看護件数は県平均よりも多い。</li> <li>○ 住民・病院・在宅療養を支援する関係者間で、在宅療養移行への判断に差異があり、在宅移行への可能性はある。</li> <li>○ 退院支援ルール(案)の運用により、医療・介護連携は向上しつつある。</li> <li>○ 認知症患者については、精神科病院入院期間が短縮化傾向。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 患者毎の医療必要度を評価し、在宅医療と施設利用の適正な棲み分けにより、選択肢を増やす。</li> <li>○ 訪問看護師やケアマネジャー等在宅療養を支援する関係者との連携と役割分担で、新規に在宅医療に参入する医師を後押しする。</li> <li>○ 県立淡路医療センターが医師派遣等で地域医療機関支援。</li> <li>○ 医療依存度が高い等、医療・介護が特に必要な患者の在宅療養移行時は、新たなサービス提供体制の構築等行政が支援。</li> <li>○ 医科・歯科・薬局連携体制の構築。</li> <li>○ 在宅介護供給体制のために地域医療介護総合確保基金の利用等を支援。</li> <li>○ 介護保険サービスの充実については、地域医療構想の方向性等を踏まえた高齢者や家族等のニーズを的確に把握し、第 7 期</li> </ul>

項目	圏域の現状と課題	具体的施策
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 在宅看取り医療に対する住民の認識はまだ十分でない。</li> <li>○ 在宅歯科診療を受けていた患者が入院・入所すると中断することがある。</li> <li>○ 第6期介護保険事業計画(27~29年度)に基づく特別養護老人ホームの整備等により、待機者の解消を進めている。</li> <li>○ 病床削減に伴う地域での高齢者の受入れにおいては、介護保険サービスの充実をはじめとする地域包括ケアシステムの確立が必要。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>以降の市の介護保険事業計画に反映する。</li> <li>○ 民生委員のほか、地域における高齢者等の見守りを担う人材を養成するなど、地域見守り体制を充実強化する。</li> <li>○ 在宅医療についての啓発、情報提供を住民・在宅療養を支援する関係者・医療従事者に向けて強化。</li> <li>○ 在宅療養を可能にするために、生活支援の一層の充実を図る。</li> </ul>
(3) 医療従事者の確保	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医療法に基づく人口当たり平均では医師、看護師は充足しているが、看護体制のさらなる充実が必要である。</li> <li>○ 診療所医師の高齢化を含む在宅診療医の確保が困難になりつつある。</li> <li>○ リハ職のネットワークは、淡路圏域地域リハビリテーション支援センターを中心として確立しつつある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 数量的充足と質的向上のため、関係機関と行政が連携して人材確保に取り組む。</li> <li>○ 県立淡路医療センターが医師会・行政等との連携のもとに中心となり、地域で幅広い病態に対応する総合診療医を育成。</li> <li>○ 兵庫県養成医師の淡路圏域への派遣拡充。</li> <li>○ 看護職の教育研修に圏域内の医療機関が連携して取り組むなど、確保・定着対策を強化。</li> <li>○ 圏域内の看護大学・専門学校(看護・リハ職)学生の卒後の圏域内への定着を図る。</li> </ul>
(4) その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域包括ケアシステムの構築に不可欠な病院・診療所・訪問看護ステーション・地域包括支援センター・ケアマネジャー等の相互支援・関係づくりは進みつつある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 調整会議等で継続的に進捗管理と調整を行う。</li> <li>○ あわじネットの拡充など、ICTを活用した地域包括ケアシステムの推進に資する情報共有の仕組みの構築。</li> </ul>

#### 4 地域医療構想の推進体制

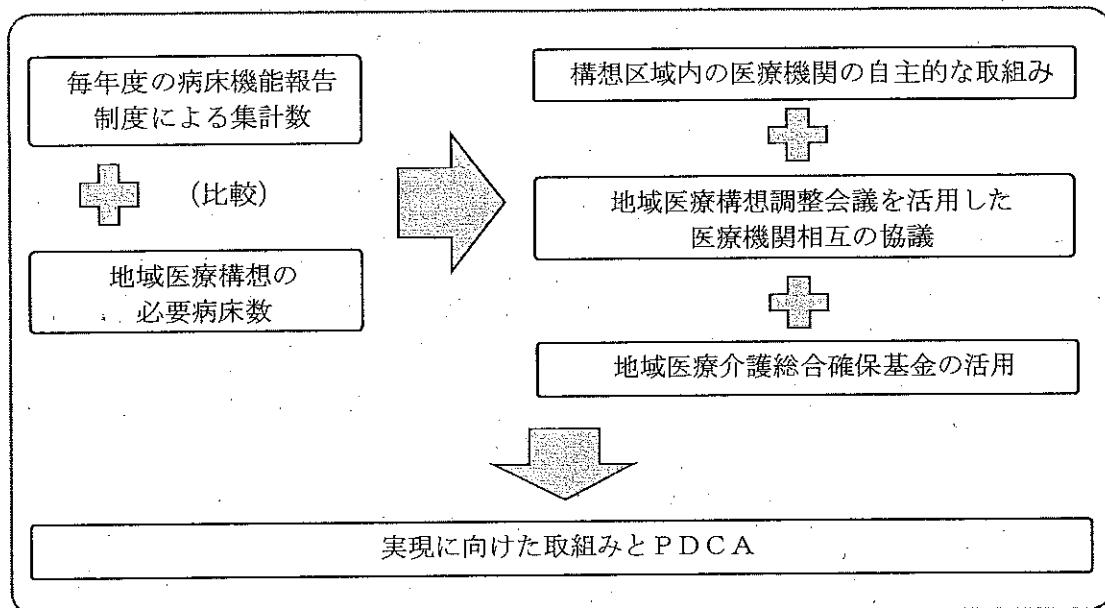
##### (1) 地域医療構想推進委員会

兵庫県本庁に「地域医療構想推進委員会」を置き、各圏域の推進状況の報告を受け、施策の評価と構想の必要な見直しを行う。

##### (2) 地域医療構想調整会議

各圏域において、医療関係者、医療保険者その他の関係者からなる「協議の場」として「地域医療構想調整会議」を開催し、将来の病床数の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議を行う（医療法第30条の14）。

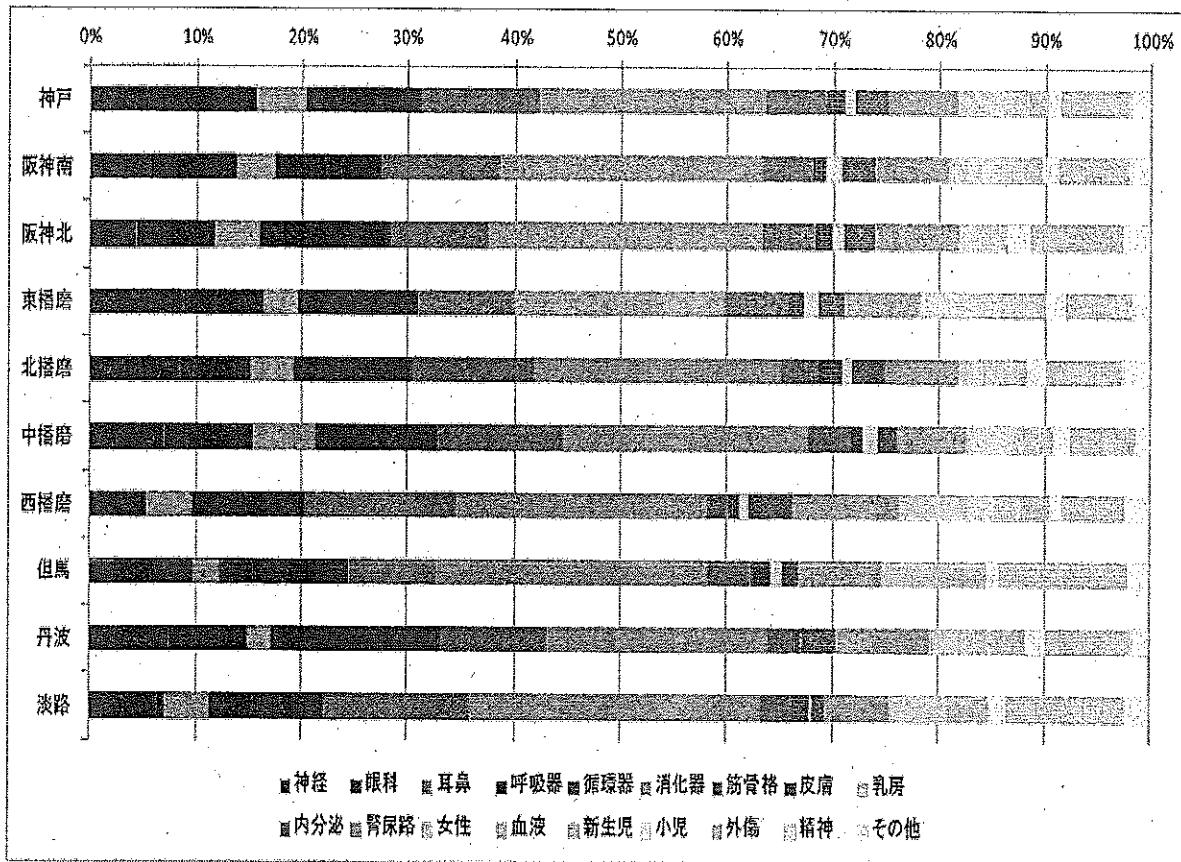
##### （参考）策定後の取組



## 第5章 資料編

## 1 診療科充足度

各圏域のDPC病院(※用語解説)において行われた診療を、診療科別に示すと次のとおりとなる。各圏域とも、おおむね全ての診療科が対応できている。



出典：H27厚生労働省・医療計画作成支援データブック

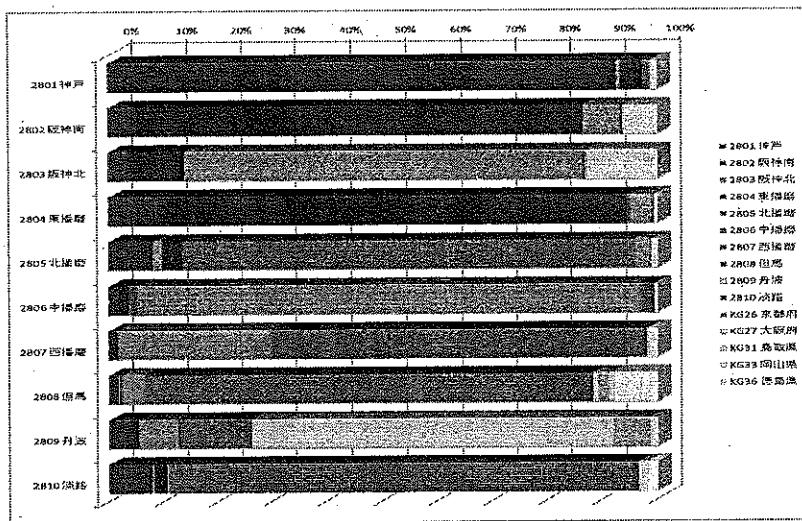
## 2 NDB データ等に基づく患者受療動向

NDB データ(※用語解説)等を用いて、各種の入院医療や疾患別の医療が、圏域内でどの程度充足されているかを示すものである(出典:H27 厚生労働省・医療計画作成支援データブック)。

## ◆ 圏域内充足率

$$= \frac{\text{当該圏域の医療機関の患者(他圏域からの流入を含む)}}{\text{当該圏域の住民である患者(他圏域への流出を含む)}}$$

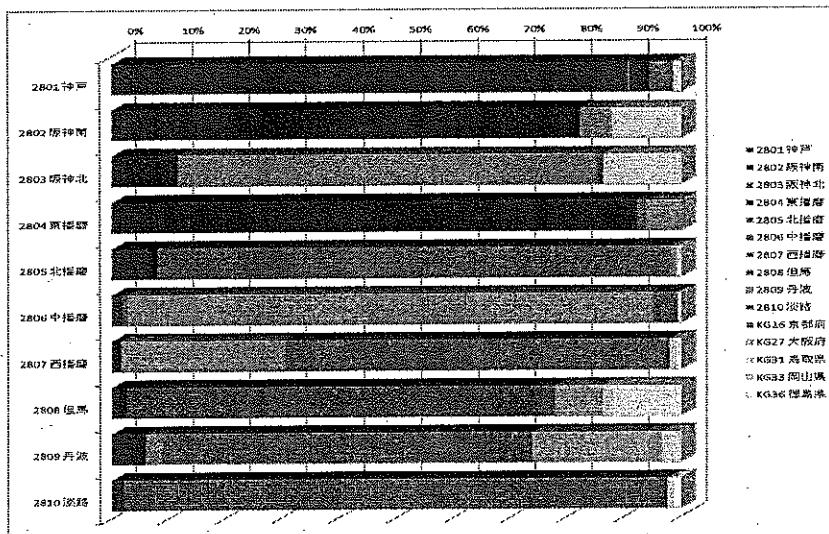
## (1) 一般病床入院(一般入院基本料・入院)



## 圏域内充足率

圏域	充足率(%)
神戸	103.7%
阪神南	96.6%
阪神北	93.2%
東播磨	101.1%
北播磨	99.9%
中播磨	117.9%
西播磨	78.4%
但馬	85.9%
丹波	70.0%
淡路	86.9%

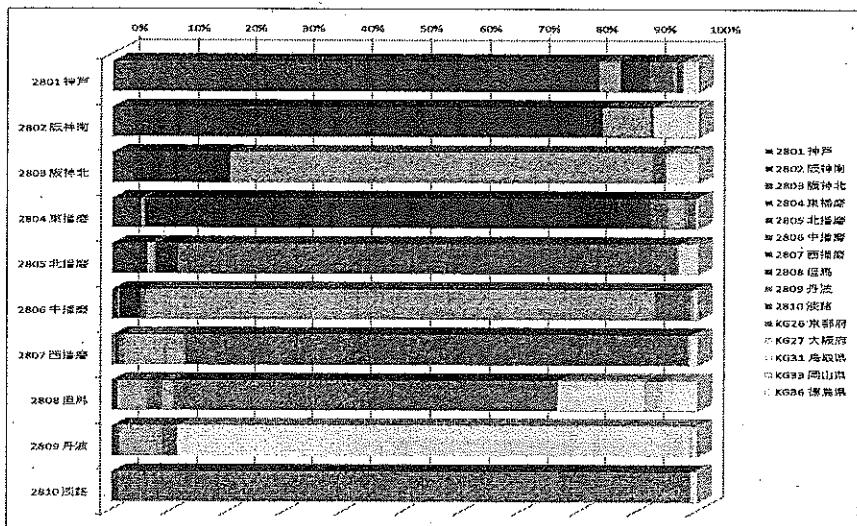
## (2) 回復期リハビリテーション入院(回復期リハビリテーション病棟入院料・入院)



## 圏域内充足率

圏域	充足率(%)
神戸	100.7%
阪神南	93.0%
阪神北	95.3%
東播磨	91.1%
北播磨	125.9%
中播磨	110.6%
西播磨	84.3%
但馬	75.1%
丹波	0.0%
淡路	96.3%

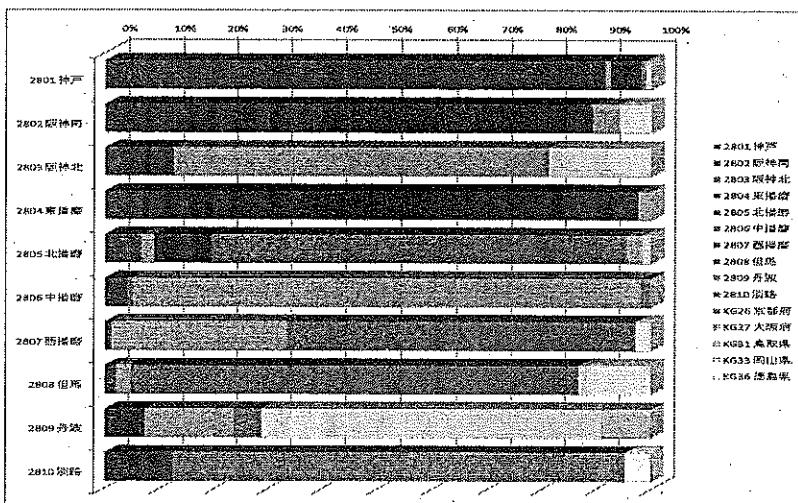
## (3) 療養病床入院（療養病棟入院基本料・入院）



圏域内充足率	
神戸	93.6%
阪神南	98.4%
阪神北	114.0%
東播磨	104.2%
北播磨	118.3%
中播磨	99.8%
西播磨	98.6%
但馬	66.6%
丹波	119.6%
淡路	102.3%

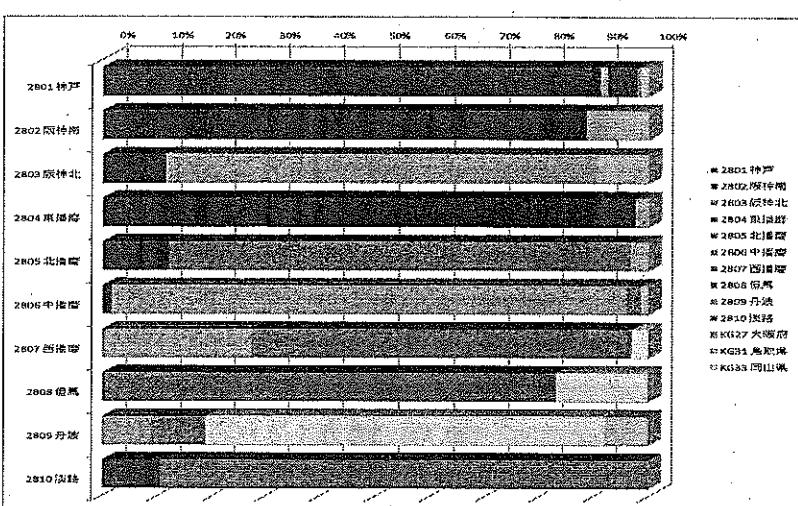
## (4) 疾患別

## ア 胃がん（胃悪性腫瘍患者（主病名）・入院）



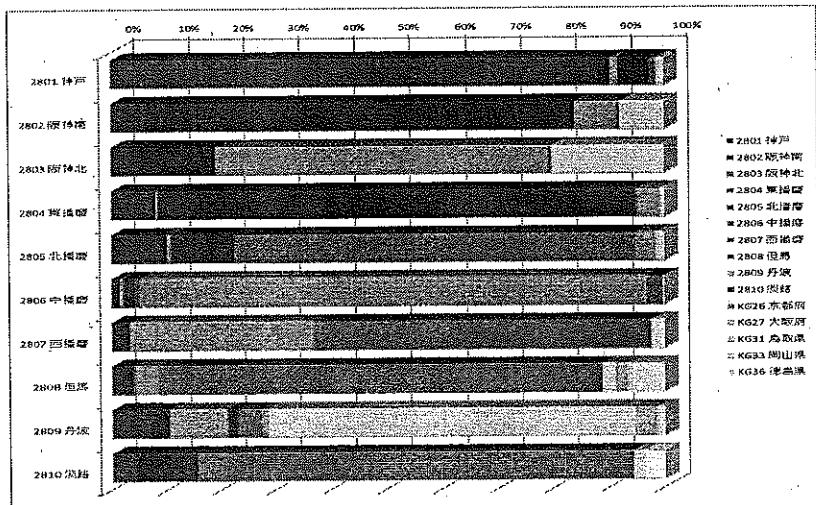
圏域内充足率	
神戸	99.5%
阪神南	103.7%
阪神北	85.8%
東播磨	113.0%
北播磨	87.1%
中播磨	119.8%
西播磨	66.4%
但馬	86.8%
丹波	62.2%
淡路	82.9%

## イ 大腸がん（大腸悪性腫瘍患者（主病名）・入院）



圏域内充足率	
神戸	99.6%
阪神南	97.3%
阪神北	91.3%
東播磨	110.6%
北播磨	91.2%
中播磨	113.7%
西播磨	76.8%
但馬	85.9%
丹波	91.2%
淡路	89.4%

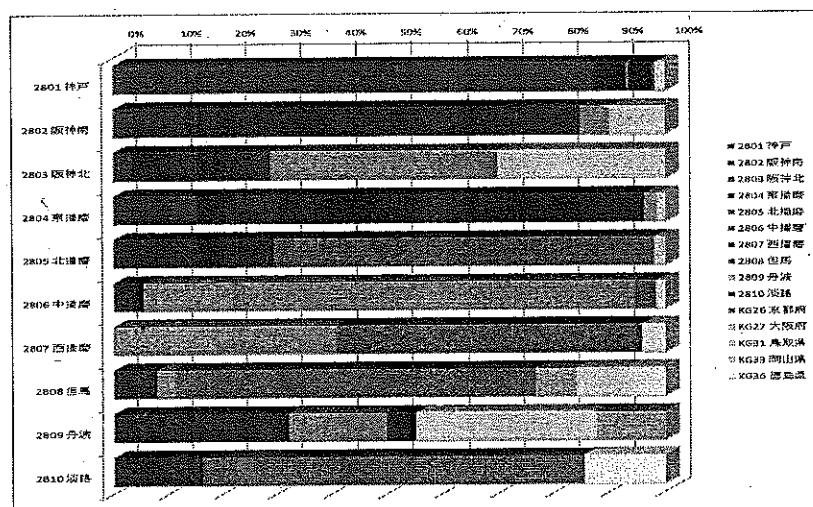
ウ 肺がん（肺悪性腫瘍患者（主病名・入院）



圏域内充足率

神戸	104.3%
阪神南	97.2%
阪神北	84.2%
東播磨	109.9%
北播磨	84.8%
中播磨	120.1%
西播磨	69.3%
但馬	88.2%
丹波	72.7%
淡路	77.7%

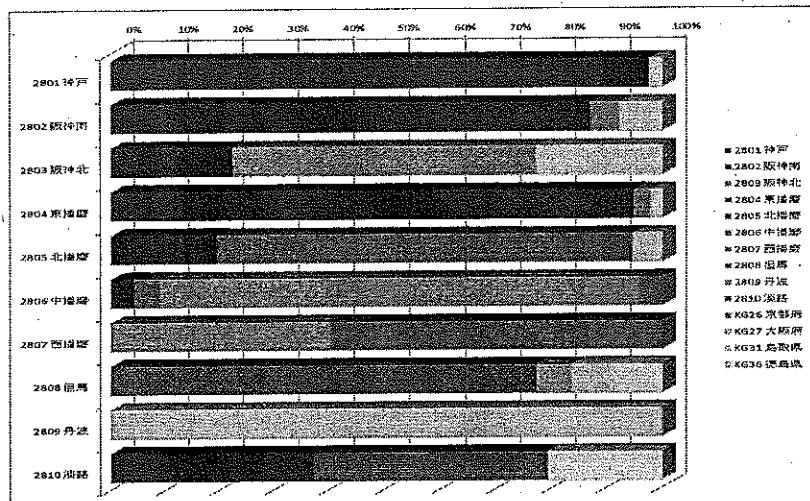
エ 肝がん（肝悪性腫瘍患者（主病名）・入院）



圏域内充足率

神戸	102.3%
阪神南	119.5%
阪神北	54.2%
東播磨	98.9%
北播磨	70.7%
中播磨	117.2%
西播磨	73.5%
但馬	65.3%
丹波	32.4%
淡路	69.1%

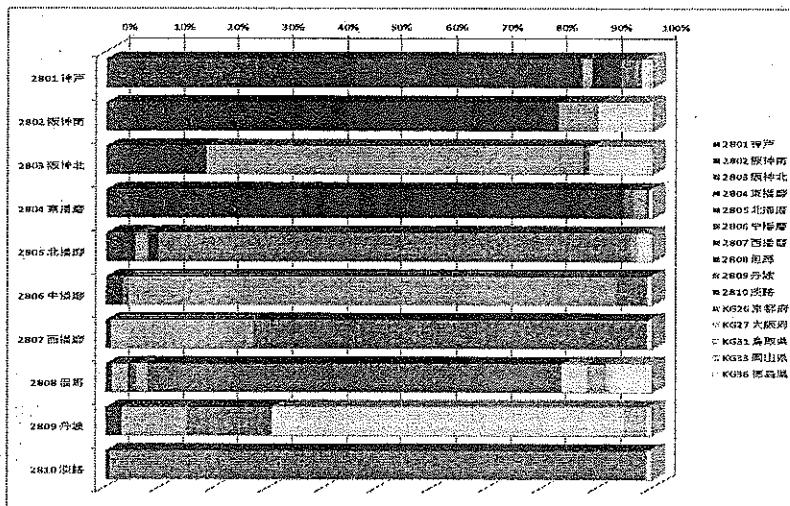
オ 乳がん（乳房悪性腫瘍患者（主病名）・入院）



圏域内充足率

神戸	107.4%
阪神南	105.2%
阪神北	65.2%
東播磨	108.7%
北播磨	82.9%
中播磨	113.2%
西播磨	67.9%
但馬	77.2%
丹波	120.7%
淡路	42.3%

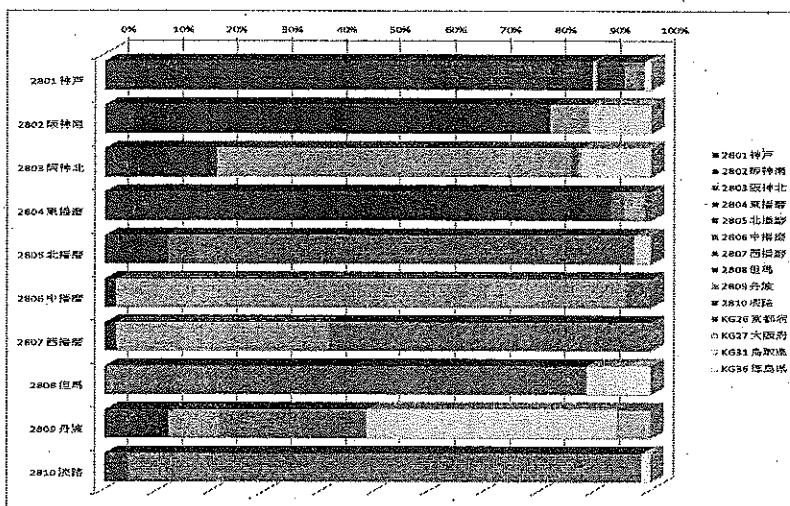
## 力 脳梗塞（脳梗塞、一過性脳虚血発作患者（主病名）・入院）



## 圏域内充足率

神戸	98.2%
阪神南	96.8%
阪神北	102.5%
東播磨	101.5%
北播磨	110.6%
中播磨	108.3%
西播磨	85.3%
但馬	78.7%
丹波	82.7%
淡路	103.3%

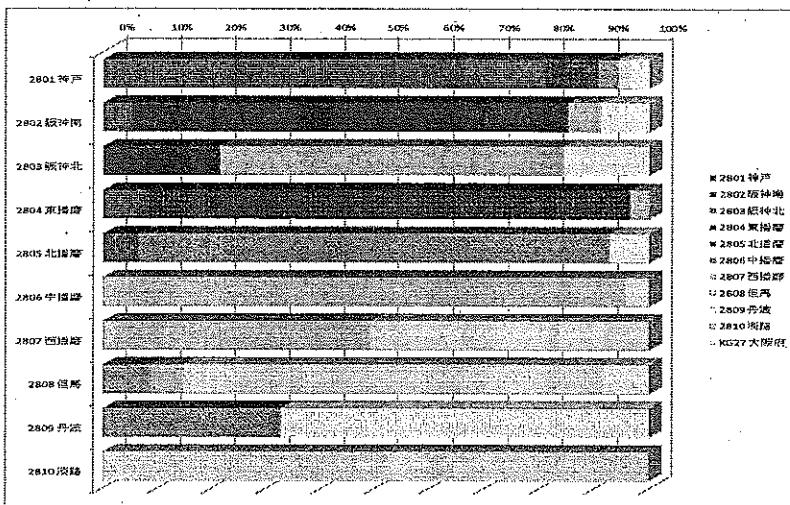
## 辛 脳卒中（脳出血患者（主病名）・入院）



## 圏域内充足率

神戸	100.8%
阪神南	94.7%
阪神北	96.9%
東播磨	102.1%
北播磨	122.6%
中播磨	121.0%
西播磨	70.6%
但馬	96.3%
丹波	58.8%
淡路	101.8%

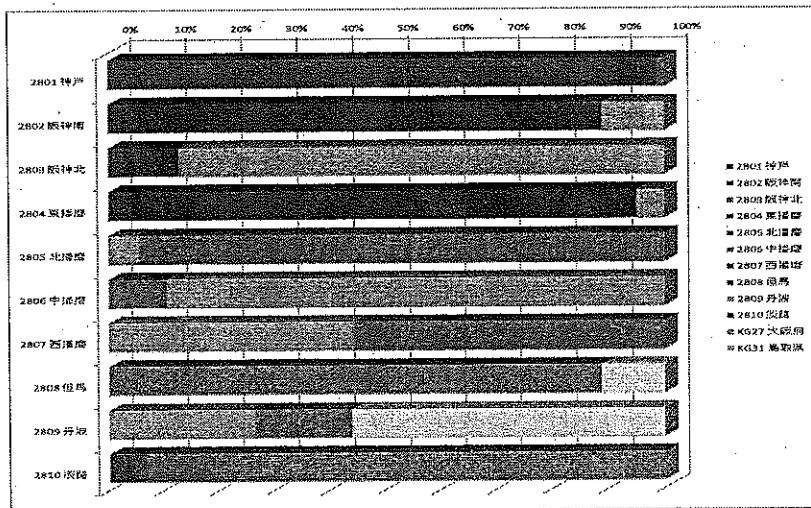
## ク くも膜下出血（くも膜下出血患者（主病名）・入院）



## 圏域内充足率

神戸	89.7%
阪神南	104.2%
阪神北	81.2%
東播磨	101.9%
北播磨	125.9%
中播磨	124.5%
西播磨	74.6%
但馬	85.7%
丹波	86.9%
淡路	111.9%

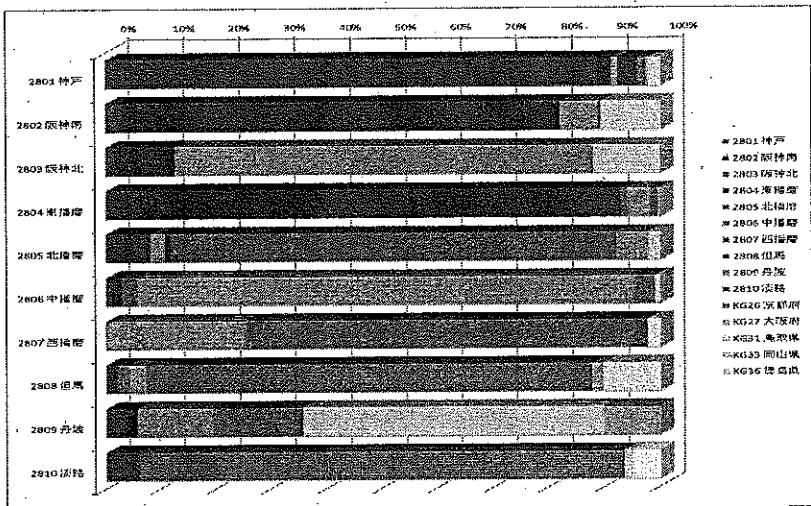
△ 急性心筋梗塞（急性心筋梗塞患者（主病名）・入院）



圏域内充足率

神戸	96.3%
阪神南	101.7%
阪神北	117.1%
東播磨	103.8%
北播磨	125.6%
中播磨	124.3%
西播磨	62.7%
但馬	88.8%
丹波	56.3%
淡路	93.2%

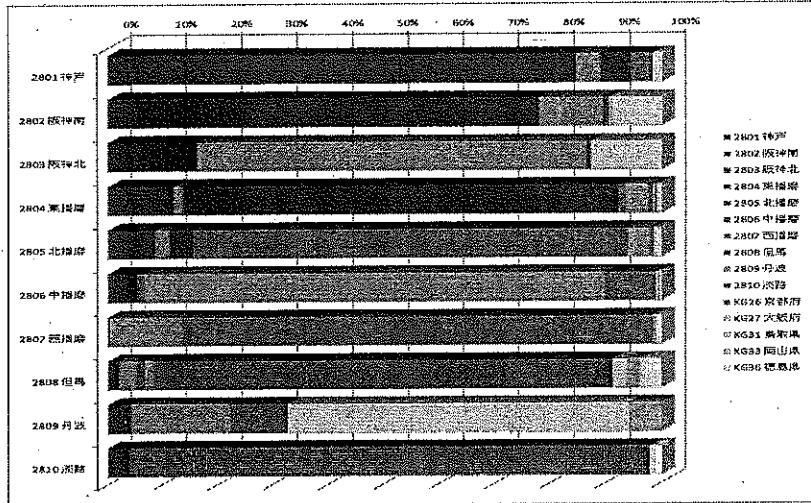
□ 狹心症（狹心症患者（主病名）・入院）



圏域内充足率

神戸	98.4%
阪神南	94.1%
阪神北	99.3%
東播磨	97.4%
北播磨	104.9%
中播磨	121.6%
西播磨	81.6%
但馬	80.6%
丹波	56.3%
淡路	89.7%

△ 糖尿病（糖尿病患者（主傷病）・入院）



圏域内充足率

神戸	96.9%
阪神南	95.6%
阪神北	114.3%
東播磨	96.4%
北播磨	104.9%
中播磨	100.1%
西播磨	106.3%
但馬	84.9%
丹波	80.0%
淡路	97.0%

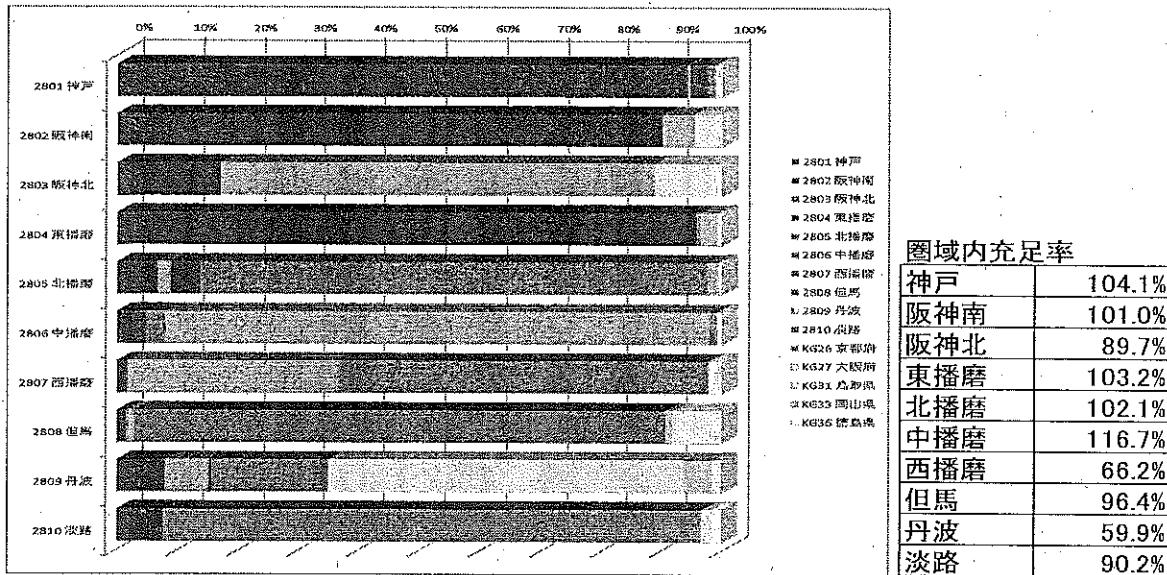
### 3 救急医療の状況

#### (1) 救急医療における患者受療動向

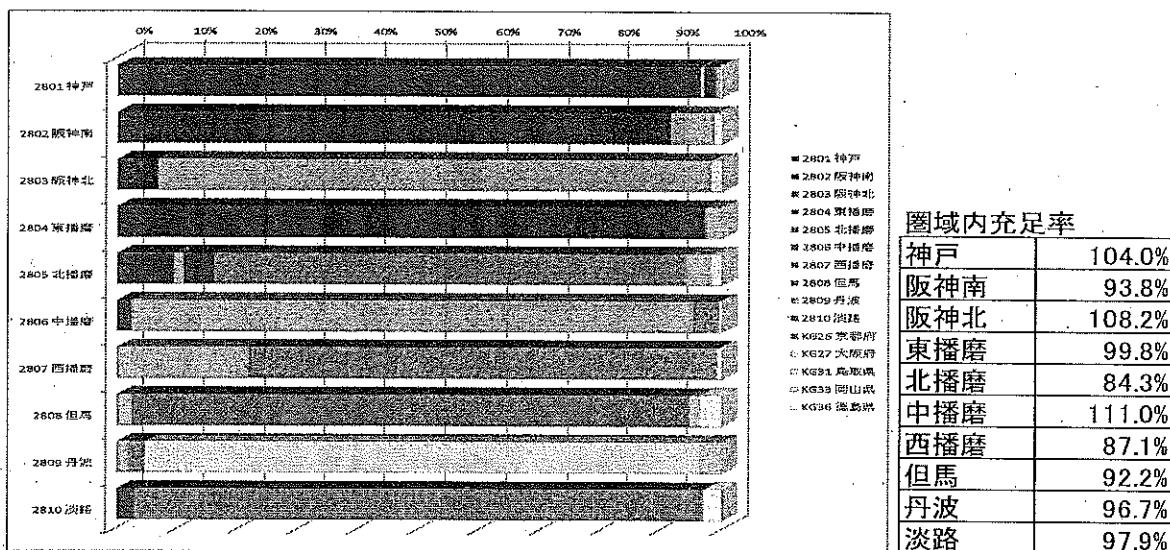
NDB データ(※用語解説)等を用いて、各圏域の救急医療が、圏域内でどの程度充足しているかを示すと、次のとおりとなる。

一般に、圏域内充足率が 100%を超える圏域は救急医療の供給に余力があり、100%を下回る圏域は他圏域への依存度が高いといえる。

#### ○ 救急医療

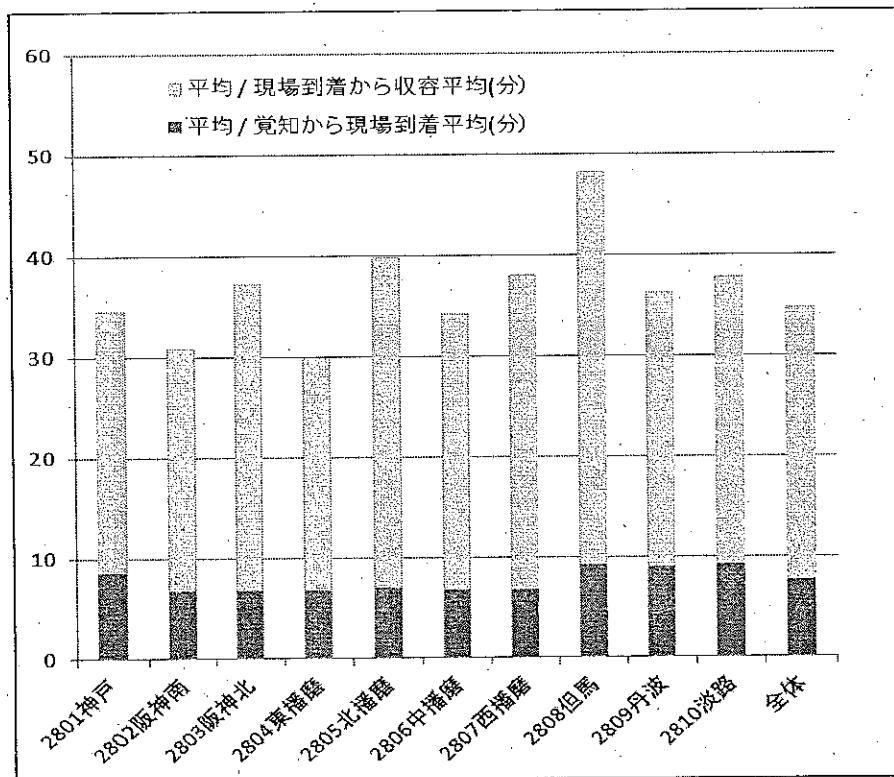


#### ○ 小児救急(小児夜間・休日診療体制)



出典： H27 厚生労働省・医療計画作成支援データブック

## (2) 救急搬送平均所要時間



救急搬送平均所要時間（分）

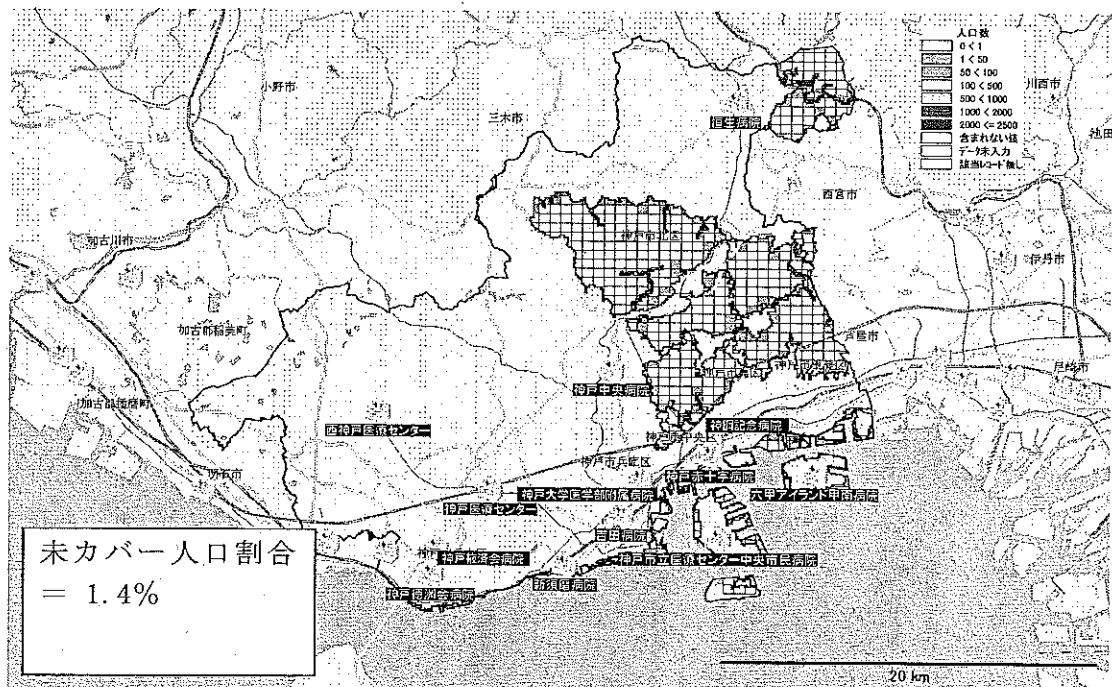
	覚知から 現場到着	現場到着から 収容	覚知から 収容
神戸	8.6	26.0	35.2
阪神南	6.8	24.0	31.6
阪神北	6.8	30.4	37.4
東播磨	6.8	23.0	30.0
北播磨	7.0	32.8	40.6
中播磨	6.8	27.4	35.0
西播磨	6.8	31.2	38.8
但馬	9.2	39.0	48.4
丹波	9.0	27.2	36.8
淡路	9.2	28.6	38.4
全県	8.0	28.0	36.0

出典： H27 厚生労働省・医療計画作成支援データブック  
(H24 消防庁・救急搬送人員データ)

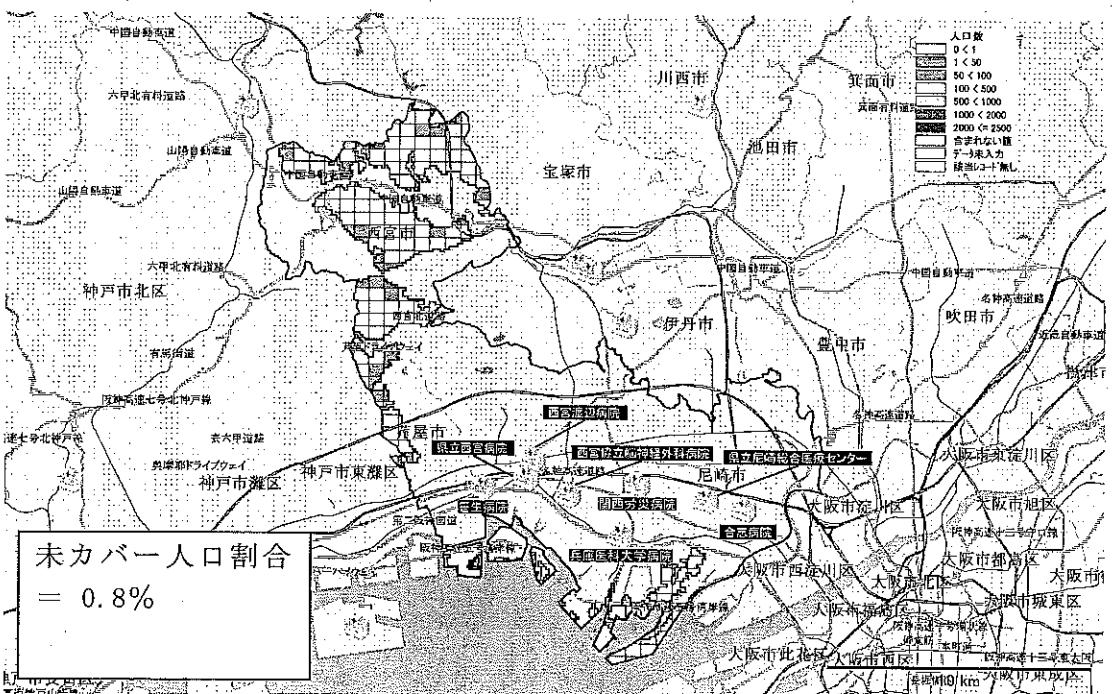
#### 4 急性期搬送 30 分圏内力バー率

(1) 脳卒中の急性期医療を担う医療機関から自動車 30 分圏に含まれない地域

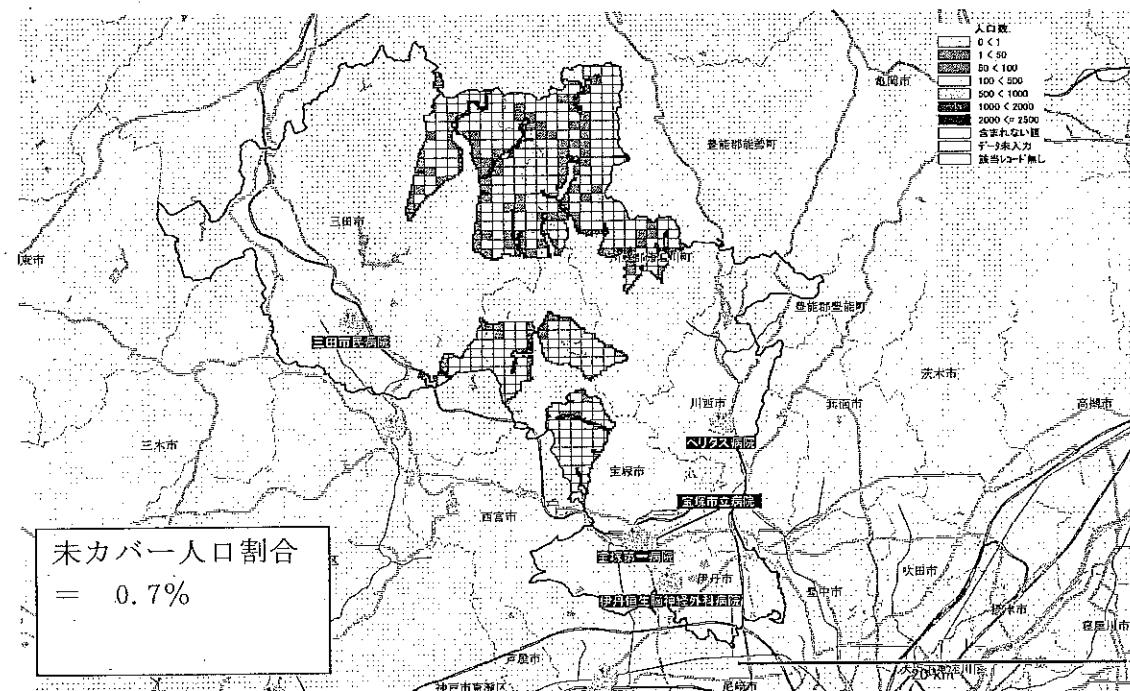
### 【神戸圏域】



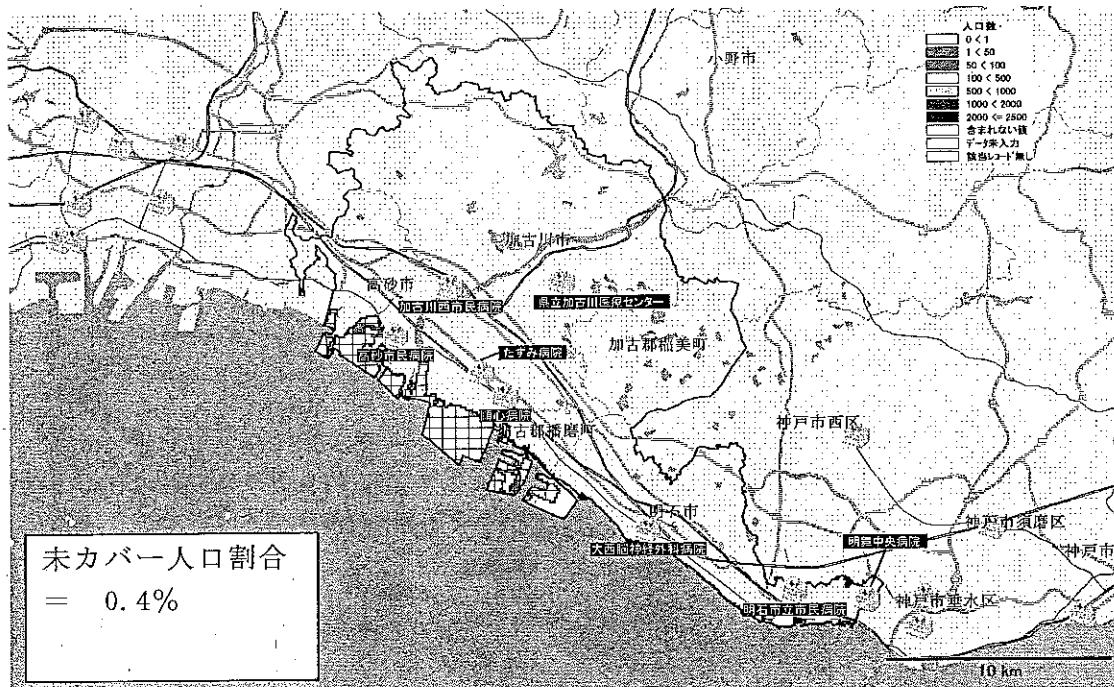
### 【阪神南圏域】



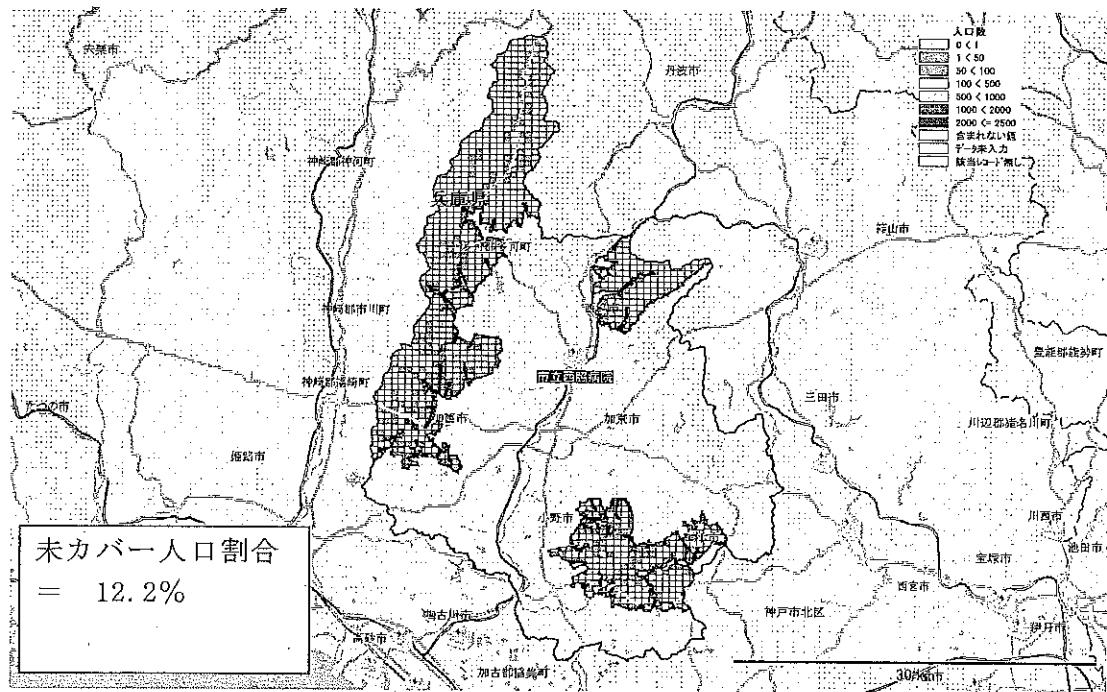
【阪神北圏域】



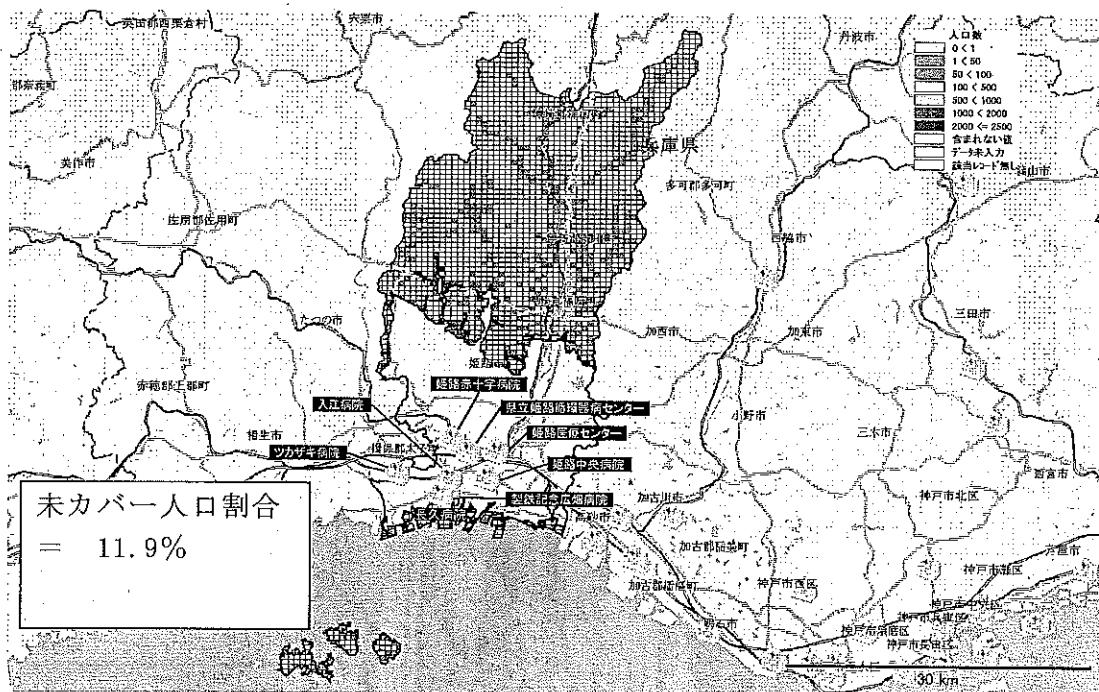
【東播磨圏域】



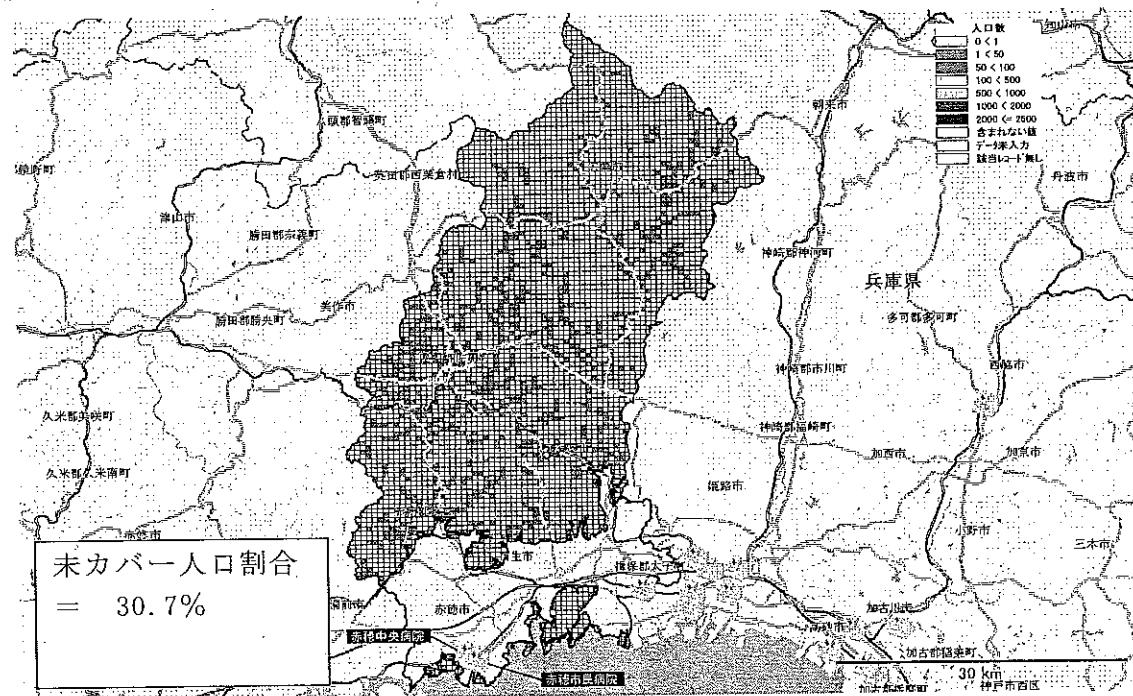
### 【北播磨圈域】



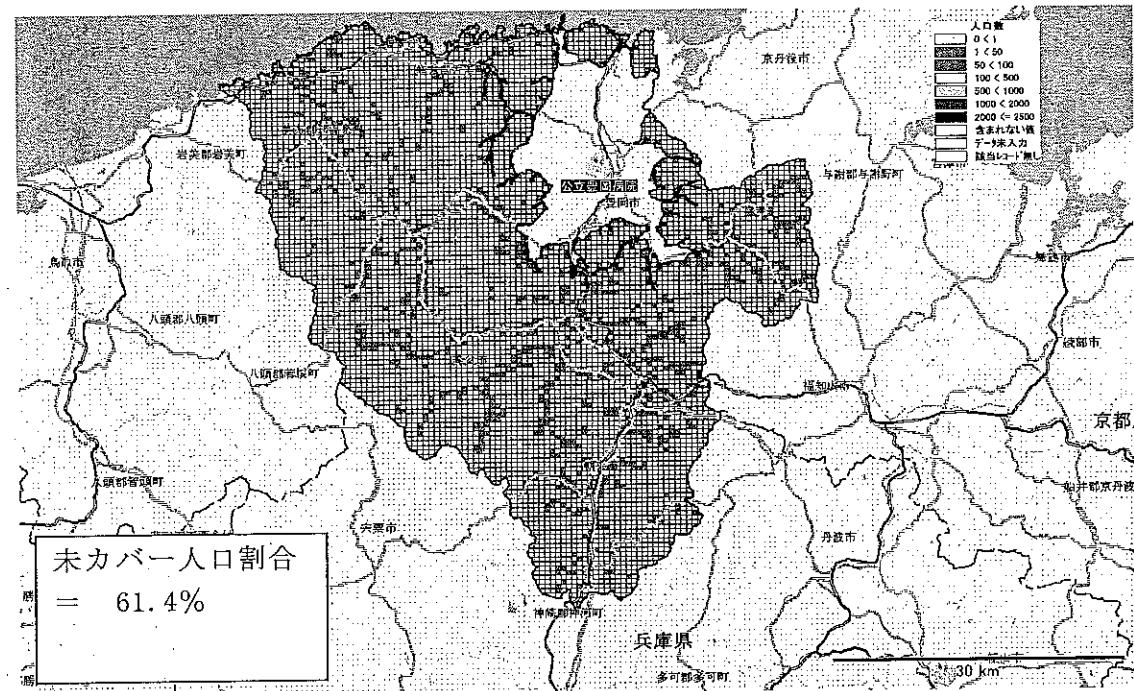
### 【中播磨圈域】



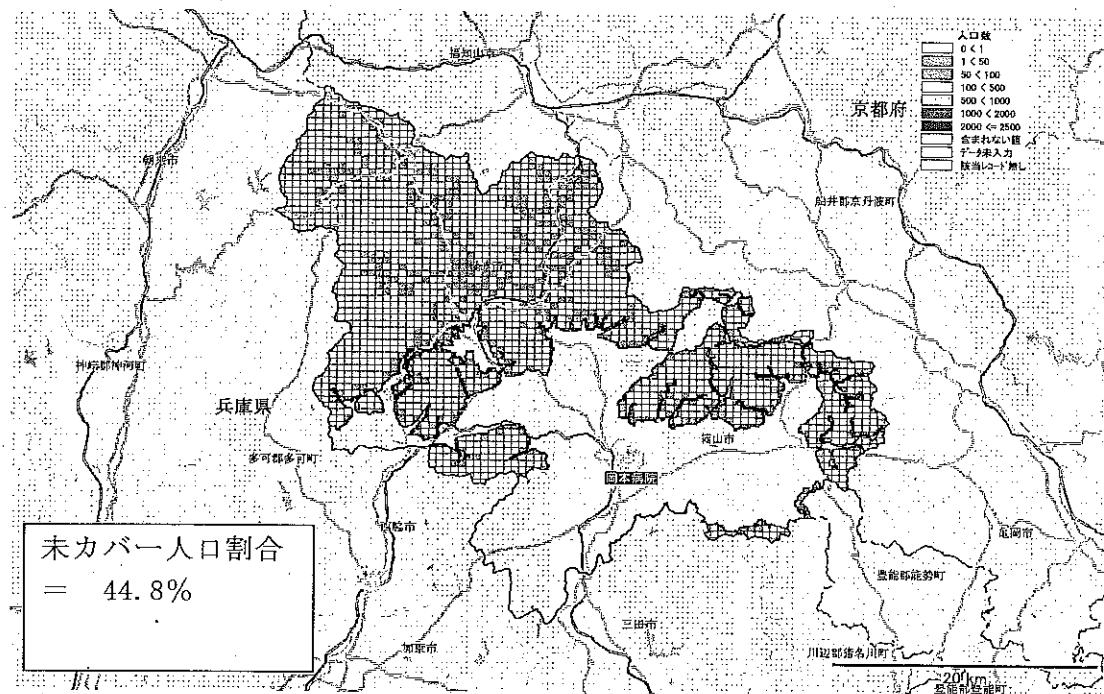
【西播磨圏域】



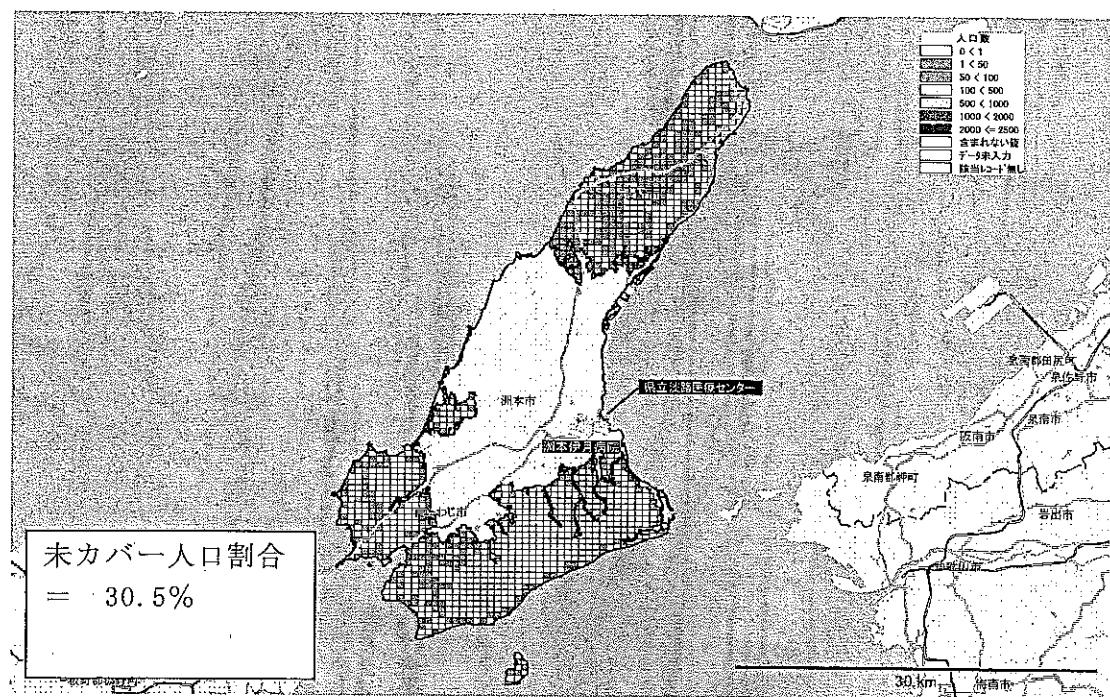
【但馬圏域】



## 【丹波圏域】

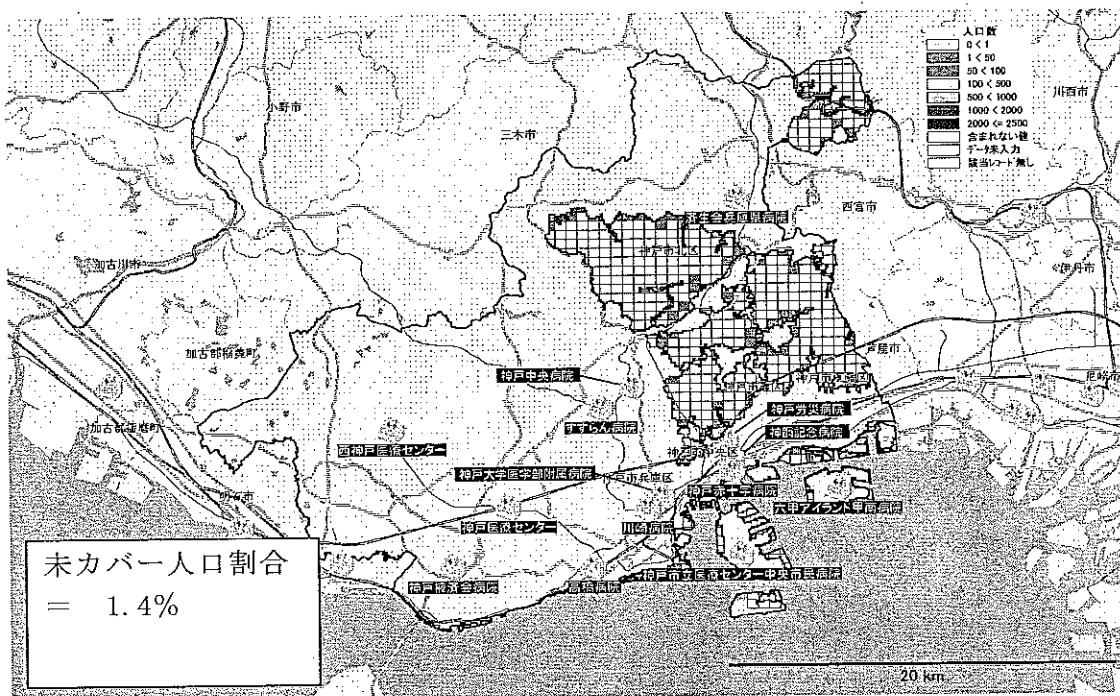


## 【淡路圏域】

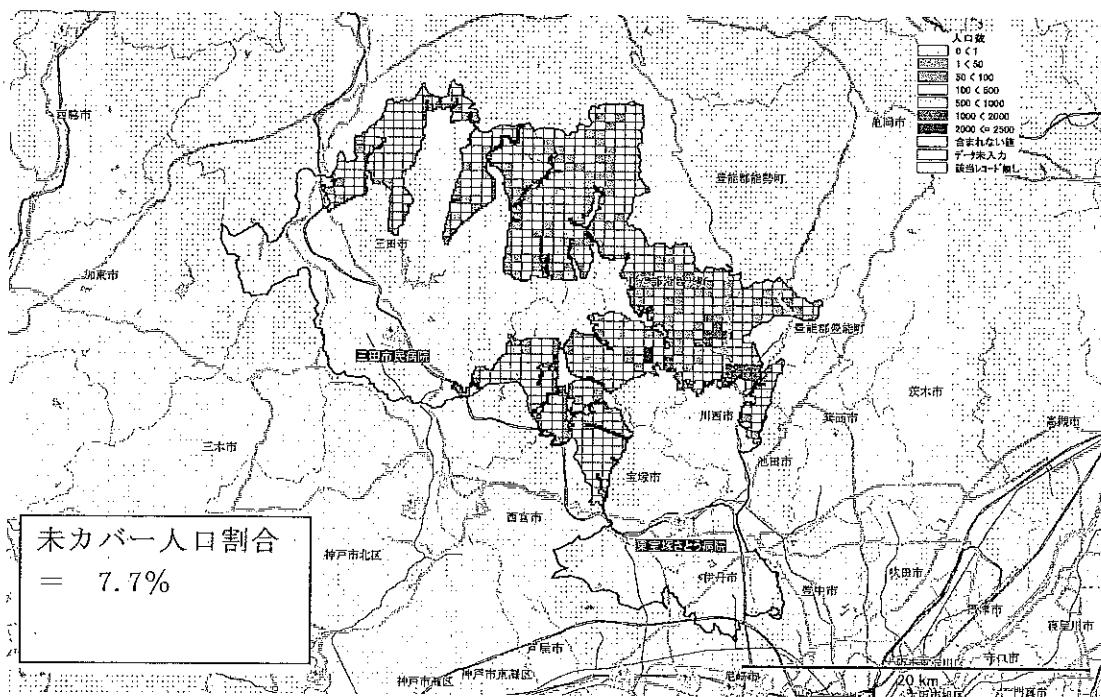


(2) 急性心筋梗塞の急性期医療を担う医療機関から自動車30分圏に含まれない地域

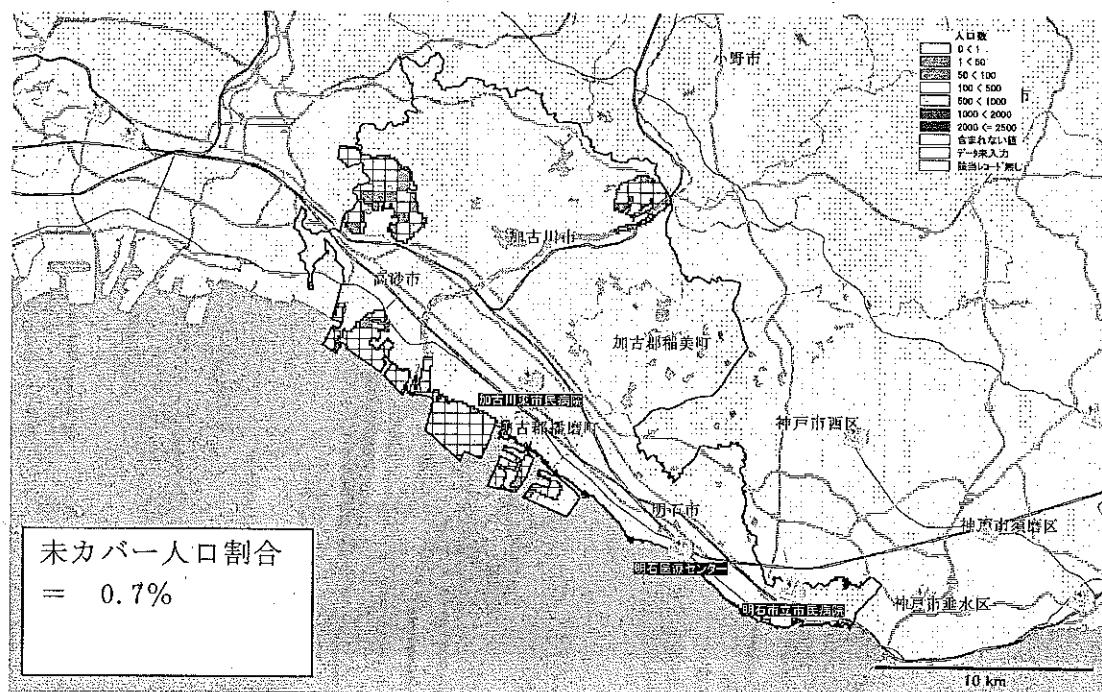
【神戸圏域】



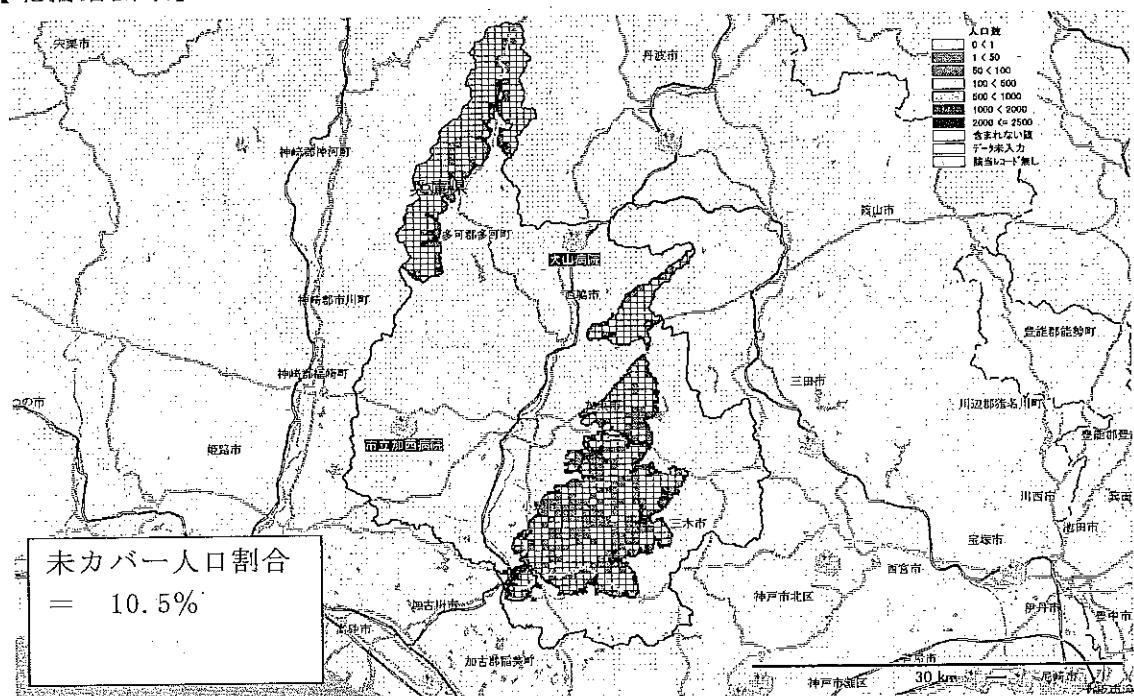
## 【阪神北圏域】



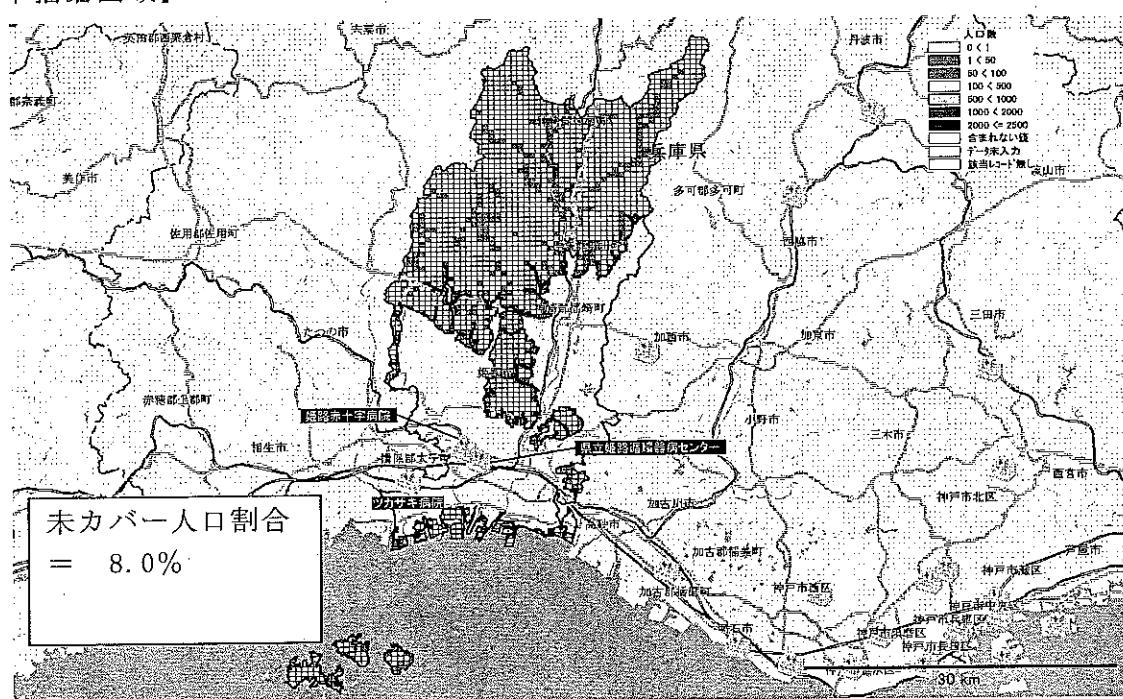
## 【東播磨圏域】



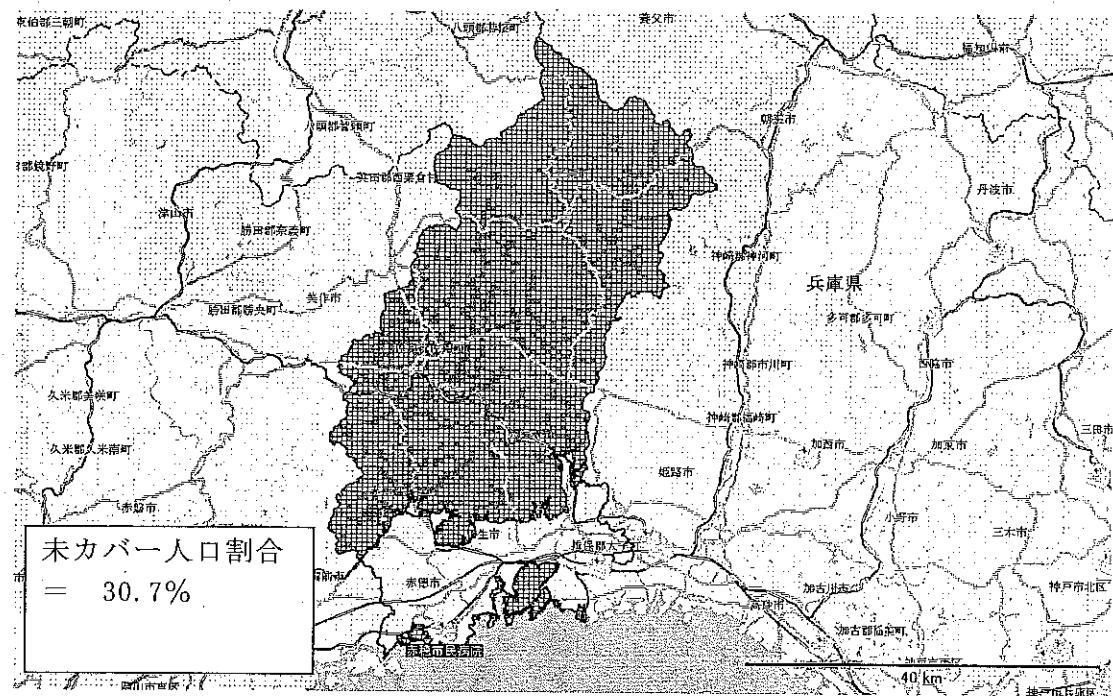
【北播磨圈域】



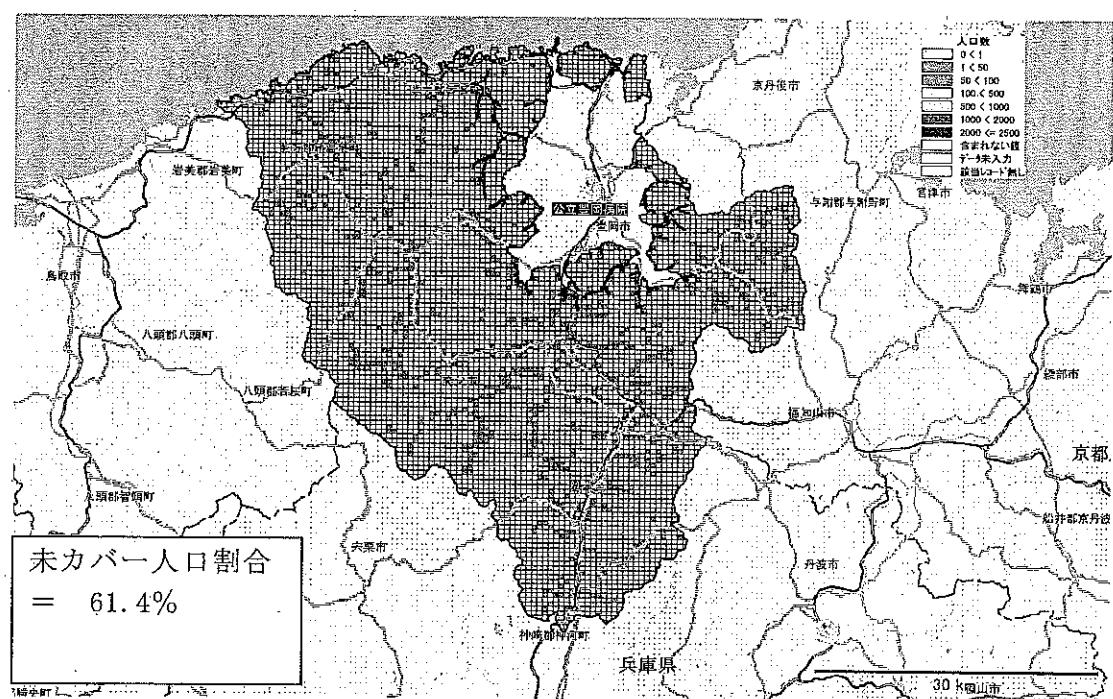
### 【中播磨圈域】



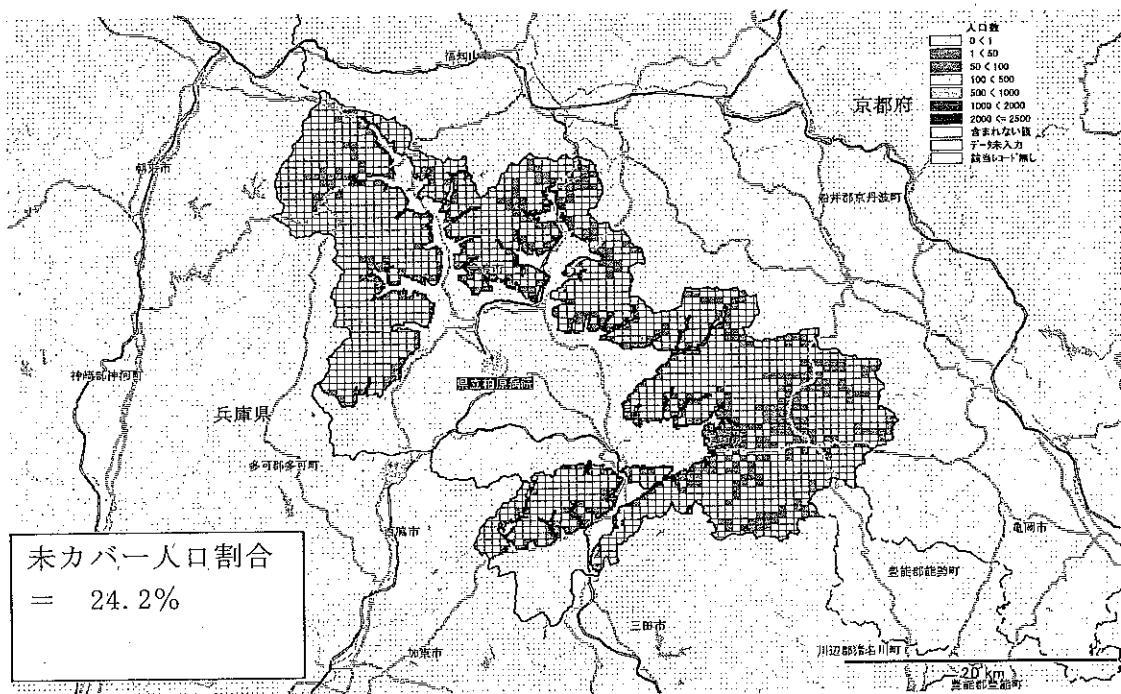
### 【西播磨圈域】



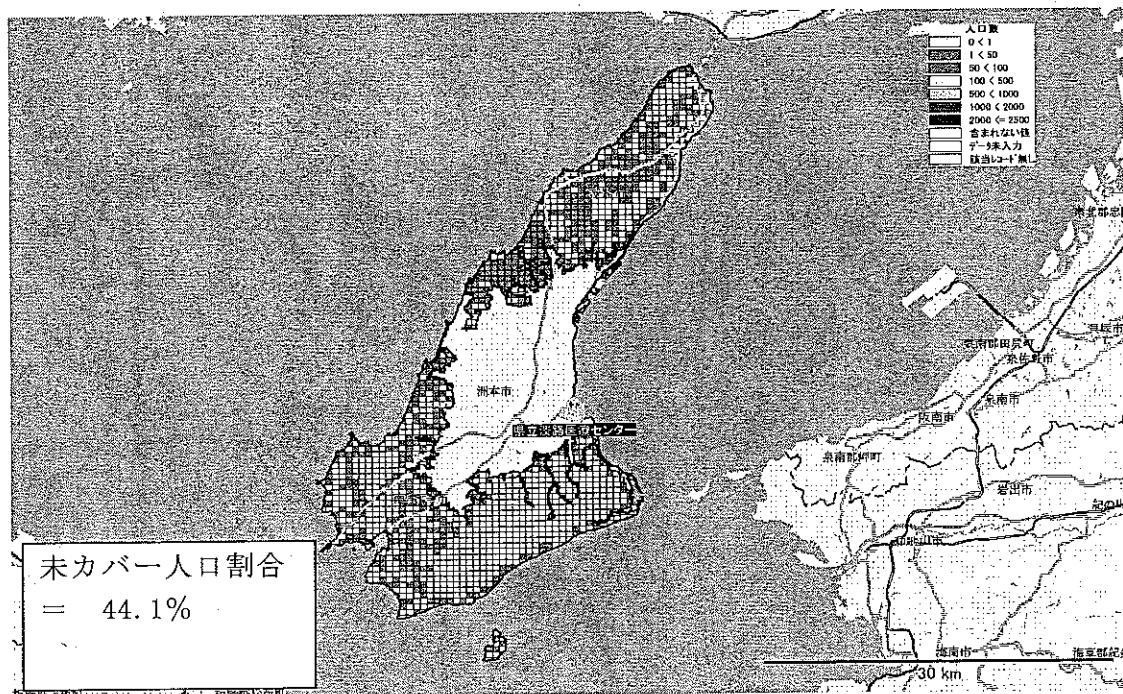
### 【但馬圈城】



【丹波圏域】



【淡路圏域】



## 5 用語解説

### ○ 地域医療構想調整会議

都道府県が、構想区域その他当該都道府県の知事が適當と認める区域ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者との間に設ける「協議の場」（医療法第30条の14）のことで、「地域医療構想策定ガイドライン」（平成27年3月）上で、「地域医療構想調整会議」と呼称することとされた。

医療計画において定める将来の病床数の必要量を達成するための方策等について協議することとされている。

### ○ 病床機能報告制度

医療機関が、その有する病床（一般病床及び療養病床）の機能区分、構造設備、人員配置等に関する項目及び具体的な医療の内容に関する項目を都道府県に報告する制度（医療法第30条の13）。

### ○ NDB (National Database)

レセプト情報・特定健診等情報データベースの呼称である。高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、厚生労働大臣が医療保険者等より収集するレセプト（診療報酬明細書及び調剤報酬明細書）に関する情報並びに特定健康診査・特定保健指導に関する情報をNDBに格納し管理している。

### ○ 医療区分

療養病棟の診療報酬の施設基準に用いられる、入院患者の状態像であり、次のように区分されている。

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

### ○ DPC 病院

DPC (Diagnosis Procedure Combination) とは、診断と処置の組み合わせによる診断群分類のこと。DPCを利用した包括支払システムをDPC/PDPS (Per-Diem Payment System; 1日当たり包括支払い制度) という。一定の参加要件を満たす病院は、DPCを用いて入院医療費の定額支払い制度に参加するとともに、退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等についての調査データを全国統一形式の電子データとして提出している。

### ○ 地域医療介護総合確保基金

都道府県が計画した、医療及び介護の総合的な確保に関する目標を達成するために必要な事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）に要する経費を支弁するため、消費税増収分を活用して、都道府県に設置する基金（医療介護総合確保促進法第6条）。

