

第4節 生活習慣病対策

1 がん対策

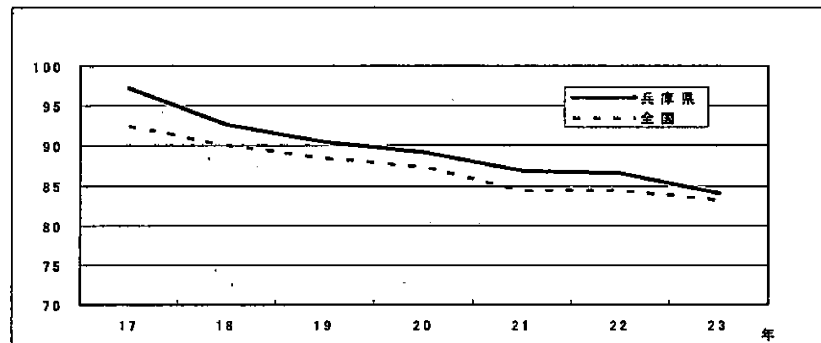
本県におけるがんの死亡者数は、昭和53年に脳卒中を抜き、死亡原因の第1位となった。その後も増加の一途をたどり、平成15年には、全死亡者のうち3人に1人ががんで死亡している。総合的ながん対策の推進により、がんによる死亡率の減少及びがんに罹患しても元気で安心して生活できる社会の構築を目指す。

【現 状】

(1) がんによる年齢調整死亡率の推移

「がんによる死亡者の減少」の指標である、75歳未満年齢調整死亡率は、平成17年からの6年間で人口10万人あたり97.2から84.0へと減少し、全国（92.4→83.1）との差を縮めつつある

75歳未満年齢調整死亡率の推移（人口10万人対）



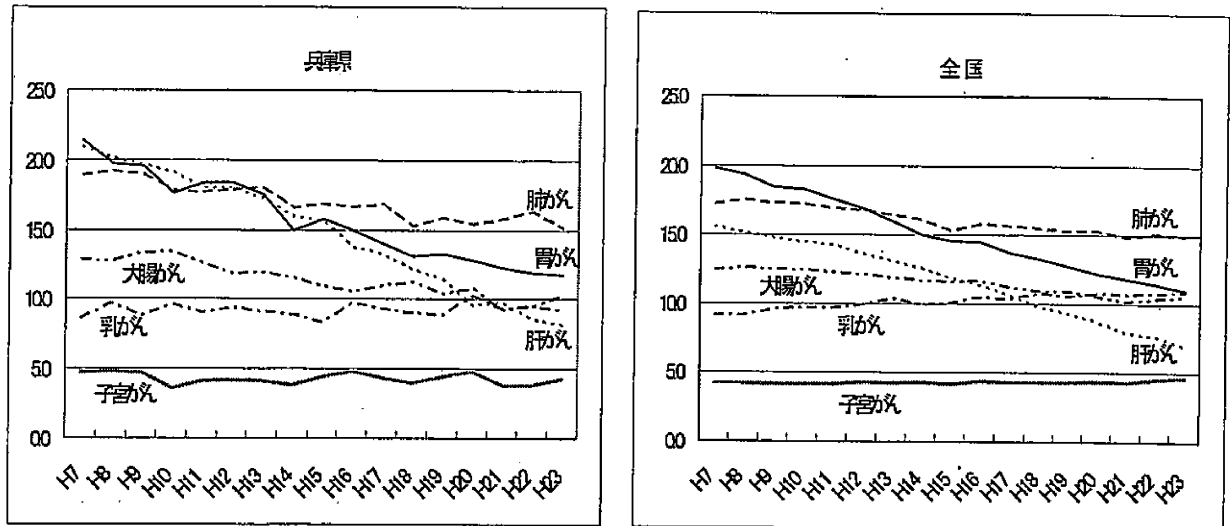
	17	18	19	20	21	22	23
兵庫県	97.2	92.7	90.5	89.1	86.9	86.5	84.0
全国	92.4	90.0	88.5	87.2	84.4	84.3	83.1

資料 国立がん研究センター

(2) がんの部位別死亡状況

本県のがんの部位別死亡率を全国値と比較すると、肺がん、肝がんについては兵庫県が全国を上回っているが、特に、肝がんの死亡率は、近年、全国値との差が縮小している。胃がん、大腸がん、子宮がんの死亡率については全国とほぼ同様に減少しており、乳がんの死亡率は全国よりも低く、全国ほどの増加傾向は見られない。

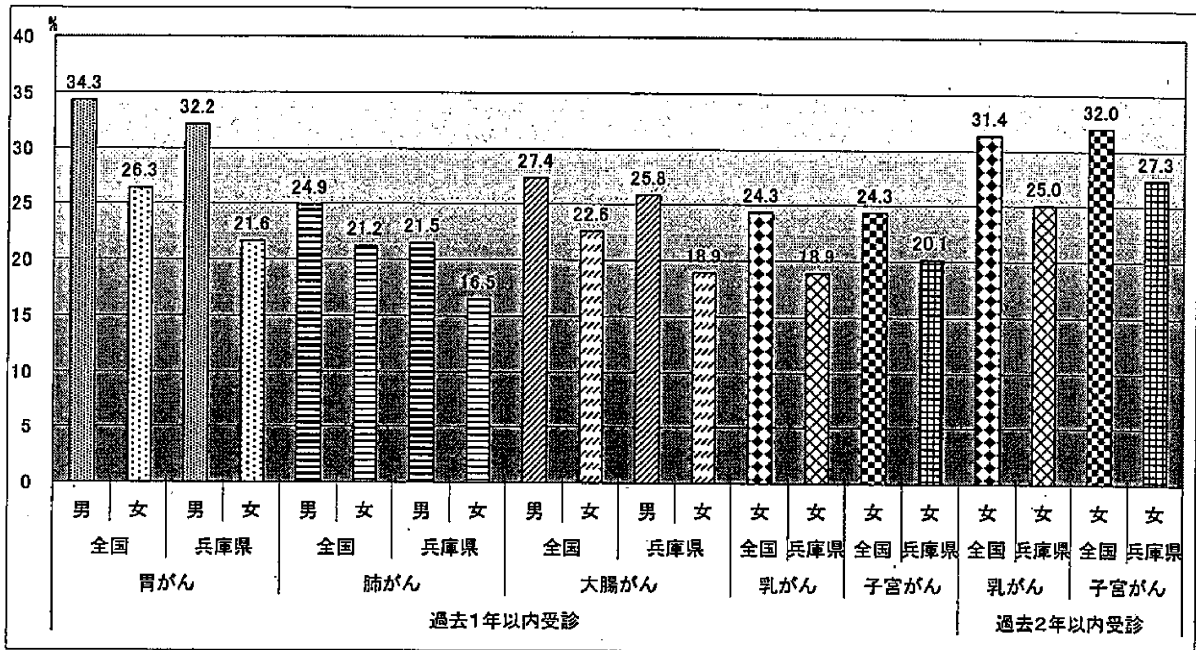
がんの部位別 75 歳未満年齢調整死亡率



資料 国立がん研究センター

(3) がん検診受診率

がん検診受診率の全国との比較 (%)



資料 平成 22 年国民生活基礎調査

市町がん検診の他に、人間ドックや職場なども含めたがん検診受診率は、依然、5 がん検診のすべてが全国平均を下回っているが、受診率の伸びは、肺がんを除いて全国を上回っている。

市町における胃がん、子宮がん、肺がん、乳がん、大腸がんの受診率の推移をみると、特定健診が導入された平成 20 年度に、肺がん、大腸がん、子宮がんの受診率が大きく下落した。その後、胃がんと乳がんの受診率は上昇傾向にあるが、その他の 3 がんの受診率は概ね横ばいである。

(4) 医療体制

全国どこでも適切ながん医療が受けられる体制の整備に向けて、地域のがん診療における連携の拠点として地域のがん医療水準の引き上げを行う病院を「がん診療連携拠点病院」として、厚生労働大臣が指定している。

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

(5) 医療機能の状況

医療機器・設備

(単位 上段：病院数、下段：人口 10 万対)

設備・機器名	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
リニアック*	9 0.58	6 0.58	3 0.41	5 0.69	1 0.35	3 0.51	1 0.36	2 1.12	1 0.9	1 0.7	32 0.57
マンモグラフィ*	24 1.55	14 1.36	4 0.55	8 1.11	9 3.18	12 2.06	6 2.21	4 2.24	2 1.81	6 4.23	89 1.59
無菌治療室*	7 0.45	6 0.58	3 0.41	2 0.27	1 0.35	1 0.17	1 0.36	1 0.56	0 0	1 0.7	27 0.48
PET*	3	4	1	3	0	0	2	1	0	1	15
ガンナイフ*	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	3
小線源治療装置*	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	5

資料 兵庫県「平成 23 年医療施設実態調査」

緩和ケア病棟*

圏域名	緩和ケア病棟を有する病院 (病床数)
神戸	神戸アト・ペンチスト病院 (21)、社会保険神戸中央病院 (22)、東神戸病院 (21) 六甲病院 (23)
阪神南	尼崎医療生協病院 (20)、立花病院 (10)、協和マリナホスピタル (30) 市立芦屋 (24)
阪神北	第二協立病院 (22)、宝塚市立病院 (15)
東播磨	県立加古川医療センター (25)
北播磨	—
中播磨	姫路聖マリア病院 (22)
西播磨	—
但馬	公立八鹿病院 (20)
丹波	—
淡路	—
合計	13 病院 (275 床)

(資料 兵庫県医療施設実態調査結果より)

麻薬を取り扱う薬局数

神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
483	294	178	198	80	146	73	48	33	52	1,585

(6) がん患者の療養生活の質の状況

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

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

《主な指標》

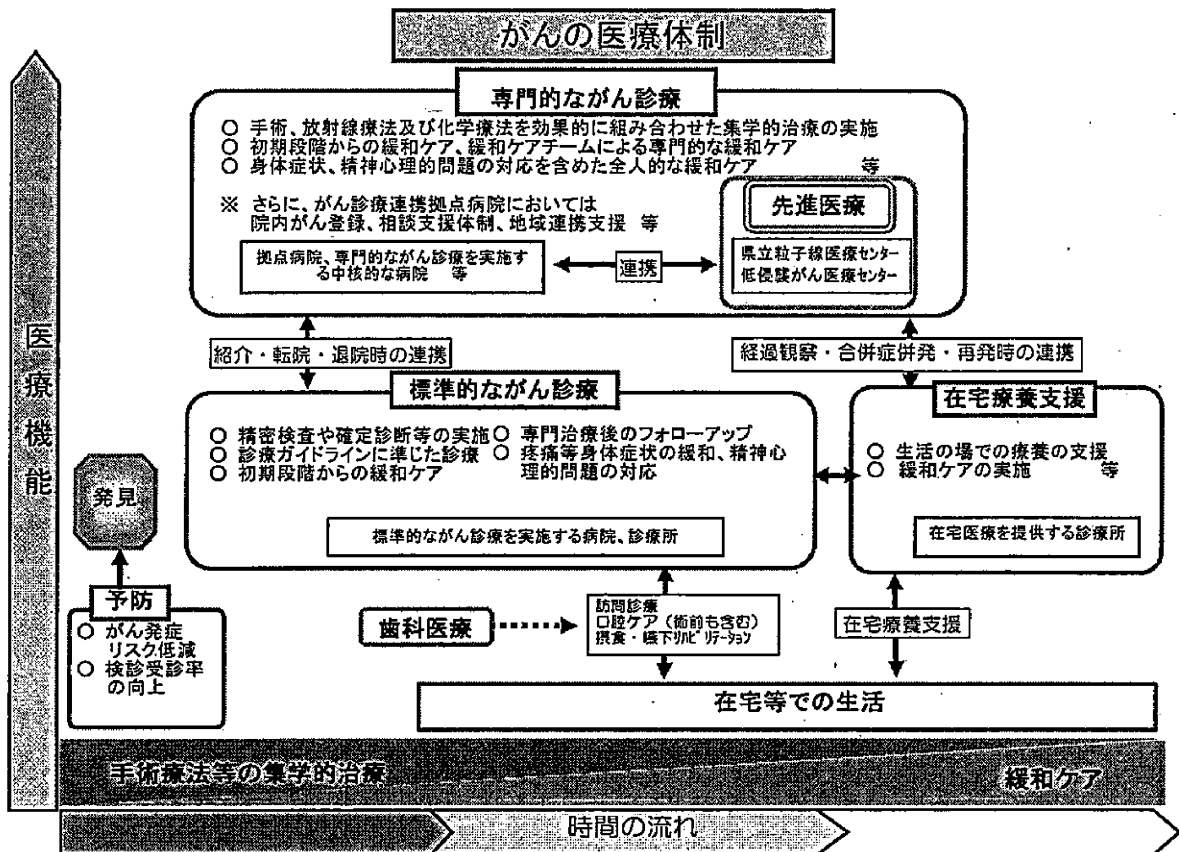
- 喫煙率については、男性が31.3%、女性が8.2%であり、いずれも全国平均を下回っている。
- 緩和ケアの実施状況について、緩和ケアチームを有する病院は全県で34施設あり、人口10万対では0.6施設で全国平均を上回っている。

緩和ケア診療加算の届出を行っている病院は全県で6施設、神戸、阪神南及び東播磨圏域にあり、人口10万対では0.11施設で、全国平均を下回っている。

指標名	兵庫県	全国値	出典(年度)
喫煙率	男性：31.3% 女性：8.2%	男性：33.1% 女性：10.4%	国民生活基礎調査(H22)
緩和ケアチームのある病院数 (人口10万対)	34施設 (0.6)	612施設 (0.48)	医療施設実態調査(H20) ※個票解析
緩和ケア診療加算の届出施設数 (人口10万対)	6施設 (0.11)	160施設 (0.13)	診療報酬施設基準 (H24.1)

【国の指針に基づく医療連携体制の構築】

- (1) 国が平成24年3月に示した「がんの医療体制の構築に係る指針」に基づき、以下の点を踏まえた体制を構築する。



＜機能類型ごとの目標及び医療機能＞

専門的ながん診療

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

標準的ながん診療

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

在宅療養支援

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

歯科医療

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

<専門的ながん診療の機能を有する医療機関の現状>

専門的ながん診療の機能を有する医療機関の選定条件

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

上記の条件を満たすあるいは近い機能を有する病院は以下のとおりである。

区分 圏域名	A i) の条件を満たしている病院 (★は、国指定がん診療連携拠点病院 ☆は、兵庫県指定がん診療連携拠点病院)	B 上記の条件のうち、i) については他病院との連携により実施可能で、かつiii) を満たす病院	県立がんセンター(都道府県がん診療連携拠点病院)
神戸	神戸大学医学部附属病院★、神戸市立医療センター中央市民病院★、神戸赤十字病院☆、国立病院機構神戸医療センター★、社会保険神戸中央病院、神鋼病院☆、西神戸医療センター☆、隈病院、県立こども病院、神戸百年記念病院	川崎病院、神戸海星病院、神戸市立医療センター西市民病院	
阪神南	関西労災病院★、兵庫医科大学病院★、県立尼崎病院☆、県立西宮病院☆、西宮市立中央病院☆、県立塚口病院	明和病院	
阪神北	近畿中央病院★、市立伊丹病院☆、三田市市民病院	市立川西病院、宝塚市立病院、兵庫中央病院	
東播磨	県立がんセンター★(再掲)、明石市立市民病院、県立加古川医療センター☆、甲南病院加古川病院、加古川西市民病院☆	明石医療センター	
北播磨	市立西脇病院★		
中播磨	姫路医療センター★、姫路赤十字病院★、製鉄記念広畑病院☆、姫路中央病院		
西播磨	赤穂市民病院★		
但馬	公立豊岡病院★、公立八鹿病院		
丹波	県立柏原病院★		
淡路	県立淡路病院★		

※ 県立尼崎病院は県立塚口病院との統合移転後も引き続き専門的ながん診療の機能を担う。

※ 隈病院、神戸百年記念病院、県立塚口病院、姫路中央病院、兵庫中央病院は緩和ケアチームを有していない。

※ **標準的ながん診療**、**在宅療養支援**、**歯科診療**の各機能を有する医療機関については、ホームページの中で情報提供する。

【課題】

(1) がん予防対策の充実

喫煙（受動喫煙を含む）が肺がんをはじめとする種々のがんの原因となっていることは科学的根拠をもって示されていることから、たばこ対策を中心としたがん予防を推進する。

また、がんの原因は、食生活、運動等の生活習慣、ウイルスや細菌への感染など様々なものがあるため、これら他の要因についても啓発に努める必要がある。

(2) がん検診に対する正しい知識の普及啓発

がん検診を受けない理由のトップは、「必要な時な医療機関を受診する」であるため、がん検診受診促進には、がん検診に対する正しい理解が不可欠である。特に子宮がんについては、10歳代のワクチン接種、20歳代からの検診受診のため、この年齢層への働きかけが必要である。

(3) がん発見率の向上

がん検診受診率や要精検者の精密検査受診率を向上させることにより、検診によるがん発見者を増加させ、早期発見につなげる必要がある。

(4) 小児がん対策の充実

小児がんは成人のがんとは異なり、希少で多種多様ながん種からなる。また、就学に関する課題のほか、後遺障害や晩期合併症などに対する長期的な支援や配慮が必要であり、患者が適切な治療を受けられる医療体制や相談支援等の体制の充実に取り組む必要がある。

(5) がん患者の就労支援

がん患者・経験者とその家族の中には就労を含めた社会的問題に直面している人も多いことから、がん患者等の治療と職業生活の両立を支援するための取り組みが必要である。

(6) がん相談支援体制の充実

患者とその家族のニーズが多様化している中、最新の情報を正確に提供し、精神心理的にも患者とその家族を支えることのできるよう、がん相談支援体制の充実・強化に取り組む必要がある。

(7) 地域がん登録の活用

県内多くの医療機関の協力により届出件数が増加した、地域がん登録について、その精度を高め、がんの罹患数や罹患率、生存率の把握など、がん対策の基礎となるデータを活用し、より現況に則したがん対策を推進する必要がある。

【推進方策】

(1) がん予防の推進

ア 予防の推進

(7) 「健康ひょうご21大作戦」の推進（県、市町、関係機関等）

県民の安全・安心を守り、生涯にわたり自らの健康を高め、健康づくりと疾病の予防に重点を置いた取組を社会全体で総合的かつ計画的に推進することを目的とした「兵庫県健康づくり推進実施計画」の実現と県民個人が自らの健康づくりに努める「ひょうご健康づくり県民行動指標」の普及などを目指した「健康ひょうご21大作戦」並びに「ひょうごの食育」を推進する。

(4) がん対策を推進するための推進員の確保と資質向上（県、市町、関係機関等）

地域におけるがん対策を中心とした健康づくりのリーダーとして市町に設置している「がん対策推進員」や各種団体等の指導者を育成するため、市町、各種団体と連携し、指導員の確保や研修を実施する。

(5) たばこ対策の充実（県、市町、関係機関等）

すべての県民が喫煙の及ぼす健康影響について十分に認識するよう、普及啓発を推進するとともに、「受動喫煙の防止等に関する条例」（平成24年3月公布、平成25年4月施行）に基づき、不特定又は多数の人が利用する施設における受動喫煙防止対策を徹底し、さらに、喫煙による健康被害に関する知識の普及啓発や、喫煙をやめたい人に対する禁煙支援を行っていくなど、たばこ対策の徹底を図る。

(6) 感染に起因するがん対策の推進（県、市町、関係機関等）

感染に起因するがん対策のうち、HPV（ヒトパピローマウイルス）については、子宮頸がん予防（HPV）ワクチンの普及啓発及び子宮頸がん検診の充実に努める。また、肝炎ウイルスについては、検査体制の充実や普及啓発を通じて、肝炎の早期発見・早期治療につなげることにより、肝がんの発症予防に引き続き努める。ヘリコバクター・ピロリ菌については、除菌の有用性についてや国の動向に応じた柔軟な対応に努める。

(4) 青少年に対するがんに関する正しい知識の普及啓発（県、市町、関係機関等）

がんの原因である、喫煙（受動喫煙を含む）、食生活、運動等の生活習慣、ウイルスや細菌への感染などについて、青少年期から啓発するため、中学校等への出前講座等の健康教育を実施する。

(2) 早期発見の推進

がん検診の受診率については、市町によるもののほか、人間ドックや職域等での受診を含め

① 5年以内に50%以上（胃、肺、大腸は当面40%）

② すべての市町において、精度管理・事業評価を拡充

を図る。また、県は市町ががん検診を適切に実施できるよう支援する。

ア 検診機会の確保と受診しやすい環境の整備（県、市町、関係機関等）

(7) 市町の取組支援

a 重点市町の指定等による取組促進（県、市町）

各がん検診（胃・大腸・肺・乳・子宮）において、県平均より低い受診率を複数かかえる、市町を「がん検診受診率向上重点市町」として毎年度指定し、以下の取組を行う。

- ・ 重点市町は、指定後2か年間の「受診率向上計画」を策定
- ・ 重点市町を所管する健康福祉事務所と保健所設置市にあっては健康局疾病対策課がチームを構成し、巡回指導を実施
- ・ 重点市町及びその他の市町は、個別通知による再勧奨や検診料金の無料化、地域イベントとの同時実施、受診ポイント制の導入などに取り組むとともに、ケーブルテレビ、電子メール等の広報媒体や各種団体、地区組織を効果的に活用した啓発など、地域の実情に応じ創意工夫した取組を計画的に推進
- ・ 県は毎年度受診率等の指標を公表

(4) 国保調整交付金による市町取組支援（県、市町）

がん検診受診・肝炎ウイルス検査受検の向上目標を設定し、目標値と、特定健診とのセット検診の実施や休日夜間の検診の実施などの取組を実施した市町を評価し、補正係数を事業費にかけることにより、受診率向上に積極的に取り組む市町に重点的に配分する。

イ 企業・職域との連携（県、市町）

(7) 企業との連携によるがん検診受診の啓発

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

(4) 職域に対するがん検診受診啓発

医療保険者や商工団体等との連携を図り、積極的かつ継続的に職域に対する検診受診啓発を行うことで壮年層への啓発に資する。また、リーフレットなどの媒体を電子化し、県ホームページ上で公開し、各団体等が自由に活用できるよう効果的な啓発を行う。

(9) 青少年に対するがんに関する正しい知識の普及啓発（県、関係機関）

がん検診受診による効果やその必要性を青少年期から普及するため、中学校等で出前講座等の健康教育を実施する。また、大学等とも連携し、女性がんを中心に正しい知識等の普及啓発を行う。

(1) 要精検者へのフォローアップの徹底（県、市町、関係機関等）

がん検診受診の結果、要精密検査と判定された者への二次検査の受診勧奨のため、受診者台帳等を整備し、要精密検査者への個別フォローアップを徹底する。

ウ 適切ながん検診の実施

(7) 事業評価・精度管理の実施（県、市町、関係機関等）

市町がん検診におけるがん発見率等の精度管理指標を集約・精査し、専門家による評価を行い、その結果に基づき市町への助言を行う。

市町は、がん検診指針に基づき、有効性の確認されたがん検診の実施と、精度管理の指標を把握するためのチェックリストを活用したがん検診の事業評価を実施する。

市町からがん検診を受託する医療機関の精度管理向上のため、がん検診の委託契約書における仕様書に精度管理項目を明記する。

(イ) がん検診従事者の専門性の向上（県、市町、関係機関等）

胃がん検診撮影従事者講習会、マンモグラフィ検査に従事する医師等に対する専門的研修の実施や集団検診機関自身による胸部エックス線写真等の画像評価（精度管理）の導入を推進し、がん検診従事者の質の向上を図る。

(ロ) 新たながん検診への対応（県、関係機関）

HPV検査や胃がんリスク検査など、新たながん検診の導入については、国の検討会や関連学会の動向を注視する。

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

エ 個別がん検診対策

次の各がん検診については、前記のほか、以下の取り組みにより受診環境の整備を進める。

(ア) 肝がん対策（県、市町、関係機関等）

県民一人ひとりが自身の肝炎ウイルス感染の有無を把握し、早期に適切な治療を受けるため、全ての県民が少なくとも生涯に1回は肝炎ウイルス検査を受検する必要があることの周知に努め、市町肝炎ウイルス検査、医療機関・健康福祉事務所での肝炎ウイルス検査の無料実施や、職域における肝炎ウイルス検査を推進する。

また、県及び市町等は精検受診率の向上のため、肝炎ウイルス検査により陽性と判定された者へ肝炎患者支援手帳の配布と保健指導を実施して医療機関の受診勧奨を行う。

(イ) 女性がん対策（県、市町、関係機関等）

マンモグラフィによる乳がん検診の精度をさらに高めるため、コンピュータ診断支援システムを導入する事業者の支援や、検診に従事する医師等に対する専門的研修を引き続き実施する。

市町は、がん検診無料クーポン券を活用して受診率向上を図る。また、県は制度の継続実施について、国に働きかけていく。

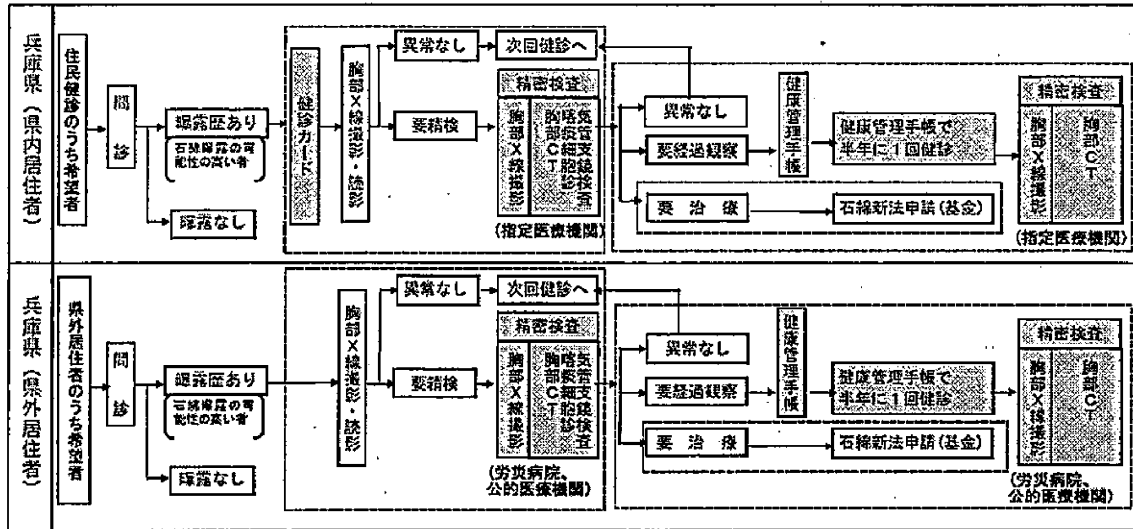
受診率向上に伴う受診機会確保のため、検診機関の実態調査を実施し、円滑な検診体制について検討を行う。

(ロ) 石綿（アスベスト）関連がん対策（県、市町、関係機関）

「石綿（アスベスト）健康管理支援事業」により、医療機関において要経過観察の判定を受けた者に対して「健康管理手帳」を交付し、当該判定のために受診した精密検査費用及びフォローアップ検査費用を助成し、継続的なフォローアップを支援するとともに、手帳交付者の状況把握に努める。

また、労働局と連携するなど制度のさらなる周知に努める。

石綿健康管理支援事業のフロー図



(3) 医療体制の充実

ア 医療連携の推進

(7) 拠点病院におけるチーム医療体制の整備（県、関係機関）

がん診療連携拠点病院は、患者とその家族の抱える様々な負担や苦痛に対応し、安心かつ安全で質の高いがん医療を提供できるよう、手術療法、放射線療法、化学療法の各種医療チームを設置するなどの体制を整備することにより、各職種の専門性を活かし、医療従事者間の連携と補完を重視した多職種でのチーム医療を推進する。

そのため、拠点病院は、カンサーボード（各種がん治療に対して専門的な知識を有する複数の医師等が患者の治療方針等について総合的に検討するカンファレンス）での検討症例の増加に努め、よりの確な診断と治療を進める。

(4) 地域がん診療連携の強化（県、関係機関）

がんは5大がんの他、前立腺がん、子宮がんなど多岐にわたる。拠点病院は地域の各類型の各医療機関がそれぞれの専門性を活かした連携・役割分担を行えるよう支援することにより、地域の実情に応じた連携強化を図っていく。

各医療機関の専門分野、医療機関の疾病別の手術件数等、地域における連携体制の状況を情報提供することにより、がん患者の不安や悩みを解消していく。

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

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

同協議会において5大がん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん及び乳がん）の県統一版地域連携クリティカルパスの整備を行った。今後も同協議会において、このクリティカルパスの運用拡大に努めるとともに、5大がん以外のがんへのパスの

整備について具体的な検討を行う。

ウ 専門性の高いがん医療の支援（県、関係機関）

(7) がんの専門的な知識・技能を有する医療従事者の配置

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

(4) 「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」の推進

神戸大学、兵庫医科大学、神戸市看護大学が県外4大学と連携で文部科学省に申請し、選定された「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」は、地域密着型放射線療法スペシャリスト、地域密着型がん薬物療法専門医、がん看護専門看護師、がん薬物療法専門薬剤師及び医学物理士の養成等を行うこととしている。

県は関係機関等とともに、本プランの推進に必要な支援を行う。

(5) 先進的医療への積極的な取り組み

県立粒子線医療センターや低侵襲がん医療センターなどの先進的な医療の積極的な活用を図る。

(2) がん患者の療養生活の質の維持向上

ア がんと診断された時からの緩和ケアの推進（県、関係機関）

(7) 緩和ケアの質の向上

がん診療の早期から県内どこでも緩和ケアを適切に提供するためには、がん診療に携わる全ての医師が緩和ケアの重要性を認識し、その知識や技術を習得する必要があることから、医師を対象とした普及啓発を引き続き行い、緩和ケアの研修を推進する。また、研修を修了した医師対象のフォローアップ研修の取り組みを支援する。

(4) 緩和ケアチームや緩和ケア外来の診療機能の向上

緩和ケアに関する専門的な知識や技能を有する医師、緩和ケアチーム等を育成するために、がん診療連携拠点病院の「緩和ケアチーム」による研修を行う。在宅においても適切な緩和ケアを受けることができるよう、がん診療連携拠点病院に設置している専門的な緩和ケアを提供できる外来の診療機能の向上に努める。

(5) 緩和に関する相談や支援体制の強化

拠点病院を中心に、患者とその家族などがいつでも適切に緩和ケアに関する相談や支援を受けられる体制を強化する。

(1) 緩和ケア地域連携クリティカルパスの整備

緩和ケアに関する地域連携クリティカルパスを整備し、拠点病院をはじめとする入院医療機関が在宅緩和ケアを提供できる診療所などと連携し、患者とその家族の意向に応じた切れ目のない在宅医療を提供する。

イ 在宅医療提供体制の充実（県、関係機関）

在宅医療を必要とする県民が、住み慣れた地域で安心して療養生活を送ることができる仕組みを構築するため、医師会（かかりつけ医）、歯科医師会、看護協会、

薬剤師会等の代表者で構成する在宅医療推進協議会を設置・運営する。

また、医師、歯科医師、看護師、薬剤師等、在宅医療に関わる多職種の医療福祉従事者を対象に指導者（リーダー）養成研修を実施する。

ウ 患者団体等と連携した相談支援等の実施（県、市町、関係機関等）

(7) 県内のがん患者団体の連合体との意見交換を毎年定期的に行い、がん患者の視点に立った取り組みを実施するよう努める。

(イ) 兵庫県がん診療連携協議会における、相談支援センターの運営に関する情報交換や相談事例の共有、事例検討などを通じて相談機能の充実を図る。

(ロ) がん診療連携拠点病院においては、がん患者及びその家族に支援を行っているボランティア等の受け入れに努める。

(エ) 学校で「がん」に対する基本的な知識、がん検診の重要性について医師や患者団体等が連携して授業を行うことにより、授業を受けた生徒を介しての家族への啓発を行う。

(オ) 上記の授業に使用する標準教材を作成し、出前出張が出来なかった教育施設等に対して配布し、学校で行われている健康教育授業等での活用を促す。

(カ) 拠点病院の相談支援センター等は、相談支援に十分な経験を持つ患者団体等と連携し、ピアサポーターによる実体験を活かした相談を実施するよう努める。

エ がん患者の治療と職業生活の両立支援（県、関係機関等）

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

(イ) 拠点病院の相談支援センターの相談員が就労を含む社会的問題に関する相談へも対応できるよう、研修会等の機会を通じた知識の習得に取り組むほか、相談支援センターとハローワークとの間で情報交換の場を設け、がん患者・経験者の就労支援を進める。

(3) 個別がん対策の推進

ア 小児がん対策（県、関係機関）

(7) 小児がん治療の拠点となる病院を中心とした対策の推進

小児がん治療の拠点となる病院において、次の小児がん対策を実施する。

a 専門家による集学的医療の提供（緩和ケアを含む）

b 患者とその家族に対する心理社会的な支援

c 適切な療育・教育環境の提供

d 小児がんに関わる医師等に対する研修の実施

e セカンドオピニオンの提供体制の整備

f 患者とその家族、医療従事者に対する相談支援等の体制の整備

(イ) 小児がん診療ネットワークの構築

小児がん治療の拠点となる病院は、地域性も踏まえて、患者が速やかに適切な治療が受けられるよう、地域の医療機関等との役割分担と連携を進める。

イ 肝がん対策（県、市町、関係機関等）

(7) 肝炎対策協議会の運営

肝がんの約90%はB型・C型肝炎ウイルスによるものといわれている。また、アルコール性肝障害、非アルコール性脂肪性肝炎などウイルス以外の原因で起こる肝臓病についても、肝がんのリスクを高めるとされている。検査・治療・普及啓発に係る総合的な肝炎対策を推進するため、県、市町、医師会等関係団体、肝炎専門医療機関の代表者からなる「肝炎対策協議会」において、肝炎ウイルス検査陽性者に対する精密検査受診勧奨や、要治療者に対する保健指導などのあり方、受診状況や治療状況の把握、医療機関の連携等を検討する。

(4) 肝疾患診療連携拠点病院の運営

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

また、県民・医療機関を対象とした講演会の開催や肝疾患に関する相談事業を行い、肝炎治療について普及啓発を行う。

(5) 肝炎治療費の助成

県は、慢性肝炎から肝硬変・肝がんへの進行を防ぐ有力な治療法であるインターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療の費用を対象治療者に助成することを通じて、本県の肝がん死亡者の減少を図る。

ウ 血液がん対策（県、関係機関）

造血幹細胞移植体制の整備

医療機関と患者団体、医療機関相互の情報共有等を図り、移植医療に必要な情報発信を進めることで、白血病、悪性リンパ腫等の血液がん罹患した患者が、造血幹細胞移植を適切に受けられるよう移植医療を推進する。

(4) 情報の収集提供・研究の推進

ア 院内がん登録、「兵庫県がん登録事業」の推進（県、関係機関）

(7) 院内がん登録の実施勧奨と「兵庫県がん登録事業」の参加促進

がん罹患の把握や地域間比較等を行い、科学的根拠に基づくがん対策を策定し、県民に正しい情報を提供するためには、地域がん登録の実施とがん登録の精度を向上させることが必要であるため、医療機関の院内がん登録の実施を促すとともに、「兵庫県がん登録事業」の積極的な参加を求める。

また、「兵庫県がん登録事業」で得られた情報の、医療機関、県民への情報還元を積極的に行う。

(4) がん登録事業の全県展開によるがん予防・治験研究の推進

「兵庫県がん登録事業」への参加を県内医療機関に広く呼びかけ、各種データの予防・治療への活用を促進する。また、がん登録実務担当者への研修の実施を通じて、各医療機関の治験研究の推進を支援する。

(5) 医療情報の公開

県は、ホームページ等の利用により、各医療機関において実施しているがん部位別の診療内容やセカンドオピニオンの対応など、がんの医療情報を積極的に公開する。

イ 治験・臨床研修の推進（県、関係機関）

治験拠点医療機関である県立がんセンターは、治験中核病院・拠点医療機関等と連携し、治験・臨床研究を迅速・円滑・着実に実施する。

また、県立がんセンターは、連携する医療機関において重篤な有害事象が発生した被験者の診療を受け入れたり、拠点医療機関間のネットワークを核とした患者紹介システムや被験者データベース等を活用することにより、希望者が治験・臨床研究に参加しやすい環境整備に努める。

【目 標】

(1) 全体目標

ア 平成 19 年を基準に、「がんによる年齢死亡率（75 歳未満、人口 10 万人あたり）の 25%減少」

イ がんに罹患しても元気で安心して生活できる社会の構築

(2) 数値目標

目標	現状値	目標値（達成年度）
1日あたりの塩分摂取量	10.0g (H20)	8g未満 (H29)
1日あたりの野菜の摂取量	243.3g (H20)	350g以上 (H29)
脂肪エネルギー比率	28.1% (H20)	25%以下 (H29)
男性成人の喫煙率	25.8% (H23)	18.9% (H29)
女性成人の喫煙率	5.8% (H23)	3.5% (H29)
未成年者の喫煙率	0.0% (中1女子) 1.9% (高3女子) 0.7% (中1男子) 1.7% (高3男子) (H23)	0% (H29)
がん検診受診率	18.8~27.3% (H22)	50% (胃、肺、大腸は 40%) (H29)
20歳の子宮がん検診受診率	12.9% (H22)	26.0% (H29)
精密検査受診率	55.8~81.2% (H22)	90%以上 (H29)
検診によるがん発見者数	1,200人 (H22)	1,800人 (H29)
専門医を複数配置している病院数	8病院 (H24)	14病院 (H29)
キャンサーボード開催回数	563 (H23)	増加 (H29)
緩和ケア研修修了者数	1,325人 (H23末)	3,000人 (H29)

目標	現状値	目標値（達成年度）
がん疼痛緩和指導管理料届出医療機関数	246 (H24. 10)	370 (H29) (1.5倍)
緩和ケアを受けたことを自覚する人の割合	—	50% (H29)
がん登録事業におけるDCO率*	49.8% (H23)	20%以下 (H29)

- リニアック：高エネルギー放射線発生装置。現在の放射線によるがん治療の主流。
- マンモグラフィ：乳房専用の撮影装置を用い、乳房をそれぞれ上下や左右から板で挟み、圧迫した状態でX線撮影を行うもの。視触診や超音波で見つけることが難しい、早期がんやしこりのできないがんに比較的有効である。
- 無菌治療室：急性白血病や再生不良性貧血患者の化学療法などの治療時に感染抵抗力（免疫）が著しく低下する場合に、感染源となる細菌を超高性能フィルターで濾過し、塵埃と微生物のない正常な空気を室内に流し、陽圧とした部屋。
- PET：Positron Emission Tomography（ポジトロン断層撮影法）の略。腫瘍の活動性や悪性度、転移・再発の有無、治療効果の判定などに有効な画像診断法。ポジトロン（陽電子）を放出する核種で標識した薬剤を静脈注射または吸入し、体内の分布を経時観察する。
- ガンマナイフ：脳腫瘍などの放射線治療法。多方向から高線量のコバルト60のガンマ線を患者の一点に集中的に照射し、病巣部だけを破壊するもの。
- 小線源治療装置：非常に小さな放射性物質（線源）を病巣内部や病巣付近に入れ、がん組織に放射線を集中照射し、正常組織への影響を極力抑える治療を行う装置。
- 緩和ケア病棟：主として悪性腫瘍等に罹り、症状が末期である患者を対象に痛みの緩和を中心としたケアを行う病棟として、診療報酬上の施設基準を満たして承認された病棟のこと。
- DCO率：Death Certificate Onlyの略。死亡票のみによる登録が全登録の中に占める率で、届出漏れの程度を間接的に示す負の指標である。この数字が小さいほど届出漏れが少なく、より精度の高い地域がん登録を行うためには、DCO率を少なくとも20%以下にすることが必要といわれている。

2 脳血管疾患対策（脳卒中対策）

悪性新生物、心疾患、肺炎について県内における死因の第4位を占め、高齢者の寝たきりの主要原因疾患となっている脳血管疾患について、死亡率の低減とともに、後遺障害を最小限度にとどめる医療提供体制の整備を目指す。

【現 状】

(1) 死亡率

ア 脳血管疾患による県内の死亡率は減少傾向にはあるが、悪性新生物、心疾患、肺炎に次いで第4位の死因であり、全死亡数に対して8.7%を占めている。（平成23年厚生労働省「人口動態調査」）

イ 年齢調整死亡率（人口10万人対）で見ると、男性は44.7（全国49.5）、女性は23.2（全国26.9）で、どちらも全国よりは低い。（平成22年都道府県別年齢調整死亡率）

(2) 医療体制

急性期の医療機関を中心とした10の連携ネットワークが構築されており、「兵庫県脳卒中ネットワーク連絡会」を設置して、ネットワーク間の情報共有、連携が図られている。

(3) 医療機能の状況

平成23年10月に県内の全病院を対象に実施した医療施設実態調査に基づく主要項目の結果は次のとおりである。

脳神経外科・神経内科（常勤医1名以上）のある病院数

（単位 上段：病院数、下段：人口10万対）

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
神経内科	13	4	2	1	5	6	1	2	1	1	36
	0.84	0.38	0.27	0.13	1.76	1.03	0.36	1.12	0.90	0.70	0.64
脳神経外科	19	11	6	12	5	11	4	2	1	4	75
	1.23	1.06	0.82	1.67	1.76	1.89	1.47	1.12	0.90	2.82	1.34

資料 兵庫県「平成23年医療施設実態調査」

脳卒中の外科的治療実施病院数及び急性期リハビリテーション取組状況

（単位 上段・中割：病院数、下段：割合（%））

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
①外科的治療実施病院数	16	9	5	8	2	9	3	1	1	2	56
②内、急性期リハ実施	14	9	5	6	2	9	3	1	1	2	52
②/①（%）	87.5	100	100	75.0	100	100	100	100	100	100	92.9

資料 兵庫県「平成23年医療施設実態調査」

血栓溶解療法（t-PA）*の実施状況

（単位：病院数）

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
24時間可【当直】	5	5	3	3	0	2	1	1	1	0	21
24時間可【ワコール】	8	3	1	2	3	6	1	1	0	2	27
診療時間内のみ可	4	2	1	4	1	2	2	1	1	0	18
合計	17	10	5	9	4	10	4	3	2	2	66

資料 兵庫県「平成23年医療施設実態調査」

医療機器・設備

（単位 上段：病院数、下段：人口10万対）

設備・機器名	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
SPECT	12	7	4	8	5	3	1	2	1	1	44
	0.77	0.68	0.55	1.11	1.76	0.51	0.36	1.12	0.90	0.70	0.78
SCU	3	3	0	1	0	1	0	0	0	0	8
	0.19	0.29	0.00	0.13	0.00	0.17	0.00	0.00	0.00	0.00	0.14

資料 兵庫県「平成23年医療施設実態調査」

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

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
回復期リハビリテーションを実施※	26	8	8	12	10	12	11	4	5	4	100
回復期リハビリテーション病棟を有する	10	5	3	6	4	7	2	1	0	3	41

資料 兵庫県「平成23年医療施設実態調査」

※ 回復期に行うリハビリテーションを実施し、かつ・訓練室がありリハビリスタッフを配置と回答した病院数

(4) 受療動向

本県の高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率は236.9と全国を下回っている。また、脳血管疾患患者の在宅死亡割合（介護老人保健施設・自宅・老人ホーム）は21.2%と全国を上回っている。

(5) 国の指針の提示

平成24年3月に、発症から在宅復帰まで切れ目のない医療サービスの提供体制の構築をめざす「脳卒中の医療連携体制構築に係る指針」が国から示された。

《主な指標》

- 高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率は、全県で236.9であり、全国平均を下回っている。
- 脳血管疾患患者の平均在院日数は、全県で92.6日で、全国平均を下回っている。

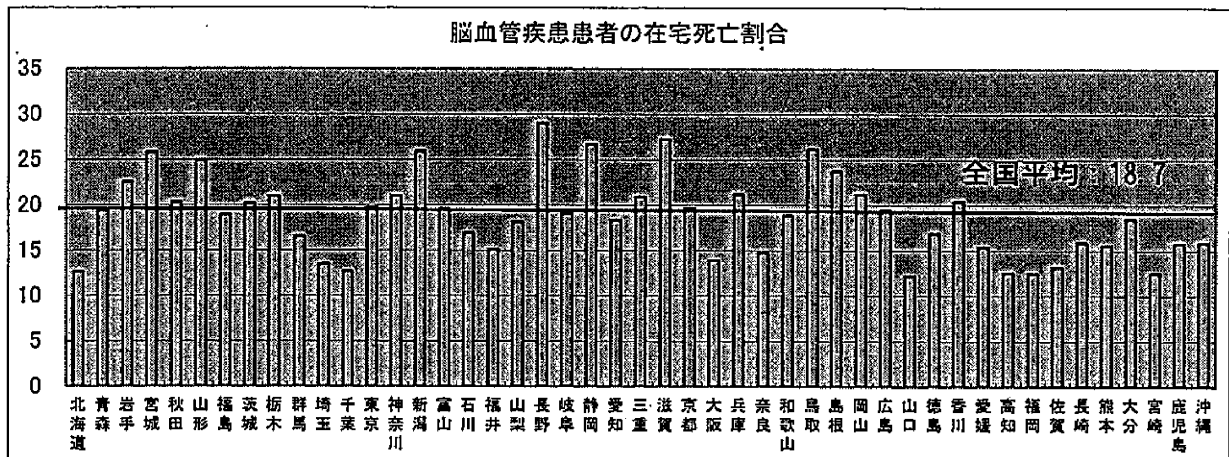
指標名	兵庫県	全国値	出典(年度)
高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	236.9	260.4	患者調査(H20)
脳血管疾患患者の退院患者平均在院日数	92.6日	109.2日	患者調査(H20)

脳血管疾患による退院患者平均在院日数(日)

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
平均在院日数	74.3	84.7	148.8	111	120.3	69	78.2	114.4	68.4	134.5	92.6

資料 厚生労働省「平成20年患者調査」

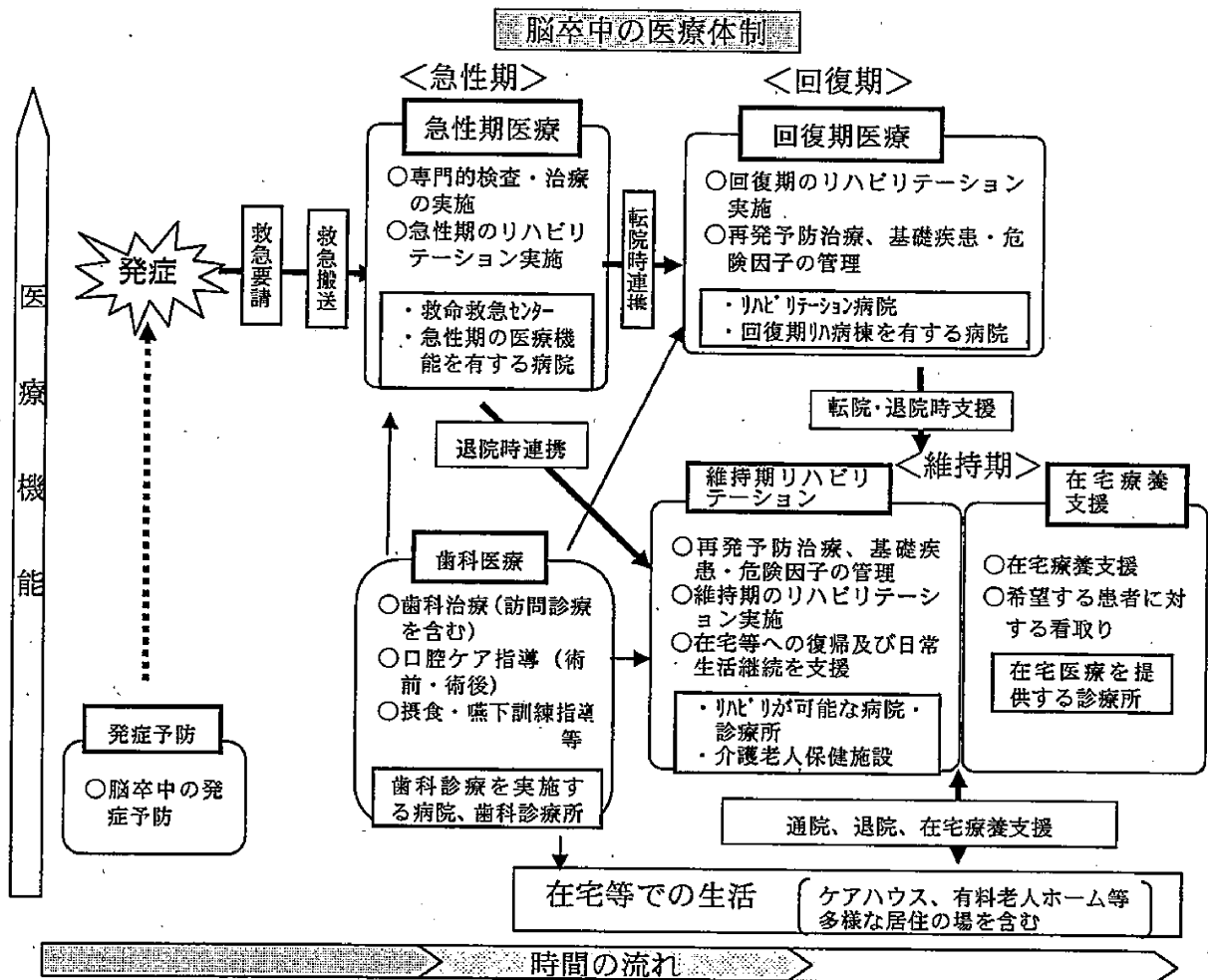
- 脳血管疾患患者の在宅死亡割合は、全県で21.2%であり、全国平均を上回っている。



厚生労働省「人口動態統計」

【国の指針に基づく医療連携体制の構築】

(1) 国が平成 24 年 3 月に示した「脳卒中の医療体制の構築に係る指針」に基づき、以下の点を踏まえた体制を構築する。



＜機能類型ごとの目標及び医療機能＞

発症予防

高血圧、糖尿病、高脂血症、心房細動等の基礎疾患・危険因子の管理により、発症を予防する。また、初期症状出現時の対応に関する本人等への教育・啓発、初期症状出現時における急性期病院への受診勧奨を行う。主に、診療所等のかかりつけ医がその機能を担う。

急性期医療

急性期の専門的治療（来院後 1 時間以内治療開始）及び急性期に行うリハビリテーションを行う。

そのためには、i) 血液検査や画像検査等が 24 時間実施可能、ii) 脳卒中の専門的診療が 24 時間実施可能、iii) 適応のある脳梗塞症例に対し来院後 1 時間以内（もしくは発症後 3 時間以内）に血栓溶解療法（t-P A）が実施可能、iv) 外科的治療が必要と判断された場合に来院後 2 時間以内の治療開始が可能、v) 呼吸管理、循環管理、栄養管理等の全身管理、及び合併症に対する診療が可能、vi) リスク管理のもとに早期座位・立位、関節可動域訓練、摂食・嚥下訓練、早期歩行訓練等のリハビリテーション実

施が可能、vii) 回復期、維持期、在宅医療の医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどの連携 といった機能が求められる。

回復期医療

身体機能の早期改善のための集中的リハビリテーションを実施するとともに、再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施する。

そのためには、i) 再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理及び抑うつ状態への対応が可能、ii) 失語、高次脳機能障害、嚥下障害、歩行障害などの機能障害の改善及びADL*の向上を目的とし、理学療法、作業療法、言語聴覚療法等のリハビリテーションが専門医療スタッフにより集中的に実施可能、iii) 急性期の医療機関及び維持期の医療機関等と診療情報や治療計画を共有などの連携 といった機能が求められる。

維持期リハビリテーション

生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを実施し、在宅等への復帰及び日常生活の継続を支援する。

そのためには、i) 再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応等が可能、ii) 生活機能の維持向上のためのリハビリテーションが実施可能、iii) 介護支援専門員による居宅介護サービスの調整、iv) 回復期の医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどの連携 といった機能が求められる。

在宅療養支援

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

そのためには、i) 再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応、ii) 生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションの実施、iii) 訪問看護ステーションや薬局等と連携して在宅医療（特別養護老人ホーム、認知症高齢者グループホーム等の施設における在宅医療を含む）を実施する機能が求められる。

歯科医療

急性期、回復期、維持期の各ステージにおいて、訪問診療も含めて、きめ細かな歯科治療や口腔ケア指導等を行い、口腔機能、摂食・嚥下機能の維持改善を図る。

(2) 脳卒中圏域の設定（県）

医療機能を有する医療機関の分布実態や搬送時間等を踏まえ、脳卒中について診療情報や治療計画の共有など当面の医療連携を進める暫定的な圏域（脳卒中圏域）を、以下のとおり設定する。

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

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

<脳卒中圏域>

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

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

(3) 医療機能を有する医療機関の公表（県）

上記(1)で設定した医療機能類型に求められる機能を有する医療機関として、一定の条件により選定した個別病院名を公表する。

＜脳卒中の急性期医療の機能を有する病院の現状＞

脳卒中の急性期医療を担う医療機関の選定条件

- i) 検査（X線検査、CT検査、MRI（拡散強調画像）、血管連続撮影）24時間実施可能（オンコール体制含む）
- ii) 血栓溶解療法（t-PA）が24時間当直体制で実施可能
- iii) 外科的治療が必要な場合2時間以内に治療開始（24時間対応）
- iv) 急性期リハビリテーションの実施

上記の条件を満たすあるいは近い機能を有する病院は以下のとおりである。

区分 脳卒中 圏域	A 上記の条件をすべて 満たしている病院	A' 上記の条件のうち、 ii)についてはオンコ ール体制で24時間対 応可能な病院（その 他の条件はAと同一）	B 上記条件のi)、 ii)、iii)のうち、 診療時間のみの対 応となる項目があ る病院
神戸	5 恒生病院 神戸市立医療センター中央市民病院 神戸大学医学部附属病院 新須磨病院 吉田病院	7 神戸医療センター 神戸赤十字病院 社会保険神戸中央病院 神鋼病院 西神戸医療センター 神戸掖済会病院 六甲アイランド甲南病院	1 神戸徳洲会病院
阪神南	4 関西労災病院 県立西宮病院 西宮協立脳神経外科病院 兵庫医科大学病院	2 県立尼崎病院 合志病院	2 西宮渡辺病院 笹生病院
阪神北・ 丹波	2 三田市民病院 伊丹恒生病院	2 宝塚市立病院 ペリタス病院	1 宝塚第一病院
東播磨	3 大西脳神経外科病院 順心病院 県立加古川医療センター	2 加古川西市民病院 高砂市民病院	2 明舞中央病院 明石市立市民病院
北播磨	1 市立西脇病院		
中播磨	2 県立姫路循環器病センター 姫路医療センター	6 入江病院 製鉄記念広畑病院 ツカザキ病院 姫路赤十字病院 姫路中央病院 長久病院	
西播磨	1 赤穂市民病院	1 赤穂中央病院	
但馬		1 公立豊岡病院	
淡路	1 洲本伊月病院	1 県立淡路病院	

※ 県立尼崎病院は県立塚口病院との統合移転後も引き続き脳卒中の急性期医療の機能を担う。

<脳卒中の回復期医療の機能を有する病院の現状>

脳卒中の回復期医療を担う医療機関の選定条件

脳卒中患者に対する回復期リハビリテーションを実施するとともに、次のいずれかに該当する病院

- i) 脳血管疾患等リハビリテーション料（I）を届け出ている病院
- ii) 訓練室があり、スタッフに常勤の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が各1名以上いる病院
- iii) 回復期リハビリテーション病棟を設置している病院

上記の選定条件を満たす病院は以下のとおりである。

脳卒中圏域	病 院 名	
神戸	21	荻原みさき病院、県立リハビリテーション中央病院、甲南病院、神戸協同病院、神戸徳洲会病院、神戸リハビリテーション病院、新須磨リハビリテーション病院、適寿リハビリテーション病院、西病院、東神戸病院、広野高原病院、宮地病院、名谷病院、神戸百年記念病院、神戸市立医療センター中央市民病院、春日病院、新須磨病院、神戸掖済会病院、舞子台病院、神戸マリナーズ厚生会病院、真星病院
阪神南	10	尼崎医療生協病院、尼崎中央病院、おおくまりリハビリテーション病院、協和マリナホスピタル、立花病院、西宮協立リハビリテーション病院、西宮渡辺病院、兵庫医科大学病院、杉安病院、上ヶ原病院
阪神北・丹波	8	岡本病院、協立温泉病院、宝塚リハビリテーション病院、第二協立病院、兵庫医科大学ささやま医療センター、今井病院、兵庫中央病院、柏原赤十字病院
東播磨	10	明石仁十病院、明石はくほう会病院、石井病院、幸生リハビリテーション病院、西江井島病院、松本病院、野木病院、甲南病院加古川病院、高砂西部病院、いなみ野病院
北播磨	12	加東市民病院、市立加西病院、市立西脇病院、土井病院、ときわ病院、中町赤十字病院、三木山陽病院、みきやまりリハビリテーション病院、吉川病院、緑駿病院、大山病院、服部病院
中播磨	13	石川病院、石橋内科広畑センチュリー病院、入江病院、公立神崎総合病院、城南多胡病院、ツカザキ記念病院、中谷病院、八家病院、姫路田中病院、姫路中央病院、姫路第一病院、酒井病院、厚生病院
西播磨	9	赤穂市民病院、赤穂中央病院、公立宍粟総合病院、佐用共立病院、とくなが病院、半田中央病院、リハビリテーション西播磨病院、龍野中央病院、佐用中央病院
但馬	2	公立豊岡病院、公立八鹿病院
淡路	9	洲本伊月病院、聖隷淡路病院、津名病院、東浦平成病院、平成病院、八木病院、翠鳳第一病院、南淡路病院、北淡路病院

※ **発症予防**、**維持期リハビリテーション**、**在宅療養支援**、**歯科医療**の機能類型を担う医療機関については、医療法第6条の3の規定に基づく医療機関からの報告により県のホームページで情報提供する。

また、各地域の郡市区医師会、歯科医師会において、これらの機能を有する医療機関について、患者・家族や医療・介護施設等からの相談に応じ情報提供できる体制を構築する。(巻末相談窓口一覧表参照)

【課題】

- (1) 脳血管疾患は日常の生活習慣と深く関わっており、県民一人ひとりが予防を心がけるとともに、定期的に健康診査を受診し、疾病の早期発見、早期治療に努める必要がある。
- (2) 診断から、治療、急性期を含めたりハビリテーションに至る診療体制の充実及び医療機関の連携が必要である。
- (3) すべての県民がいかなる脳血管疾患にも迅速かつ適切な医療を受療できる救急医療体制の充実が必要である。

【推進方策】

(1) 保健対策

ア 「ひょうご健康づくり県民行動指標」の推進(県、県民)

「ひょうご健康づくり県民行動指標」の普及啓発により県民への浸透を図り、食生活や運動習慣などの生活習慣の改善による循環器疾患の予防に努める。

(詳細は「兵庫県健康づくり推進実施計画」に記載)

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

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

ウ 高度医療機器の活用等による脳血管疾患の早期発見の推進(医療機関)

脳血管疾患の早期発見などに有用な診断装置であるCT、MRIなどの高度医療機器の活用等により、早期発見や適切な治療を推進する。

(2) 医療対策

ア 医療機能を担う医療機関相互の連携の促進(医療機関、関係団体、県)

急性期医療、回復期医療、維持期リハビリテーション、在宅療養支援等の医療機能を担う医療機関は、脳卒中患者が切れ目のない適切な医療が受けられるよう、地域連携クリティカルパスを活用するなどして、相互に緊密な連携体制の構築を図る。

また、連携ができるだけ地域で共通の連携クリティカルパスを使用するなど、地域全体の取組になるよう、急性期を担う病院や地域リハビリテーションシステムの圏域支援センターなどが中心となって調整を行うとともに、圏域健康福祉推進協議会等において合意形成を進める。

また、圏域あるいは府県境を越えた連携が必要な地域においては、円滑な連携が可

能となるよう、協議の場を設けるなど調整を行う。

イ 搬送体制の充実（医療機関、市町、関係団体、県）

脳卒中を発症した場合できるだけ早く治療を開始することでより高い効果が見込まれ、後遺症も少なくなることから、脳卒中の基礎的な知識を県民に提供し啓発を図る。また、患者が迅速かつ適切に急性期の医療機関に搬送されるよう、メディカルコントロール協議会あるいは圏域健康福祉推進協議会医療部会等において、搬送・受入のルール化を図る。

【数値目標】

目標	現状値	目標値（達成年度）
脳血管疾患による年齢調整死亡率の引き下げ	男性 44.7 (H22)	大阪府並 (H29)
	女性 23.2 (H22)	大阪府並 (H29)

※ 大阪府は近隣自治体で本県と生活習慣や生活環境が類似していると考えられること、また、大阪府における脳血管疾患による年齢調整死亡率は全国的に見ても低いことから、大阪府を目標とする。

（参考）脳血管疾患心疾患年齢調整死亡率

	平成17年		平成22年	
	男	女	男	女
兵庫県	54.3	32.1	44.7	23.2
大阪府	53.2	31.5	43.9	21.5
全国	61.9	36.1	49.5	26.9

資料 厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率」

- 血栓溶解療法（t-PA）：血管閉塞の原因となった血栓を溶解する薬剤である組織プラスミノゲン・アクチベータ（t-PA）を投薬し、閉塞血管を再開通させる治療法のこと。
- SPECT：Single Photon Emission Computed Tomography（単光子放射線コンピュータ断層撮影）の略。放射性同位元素（R I）を用いたコンピュータ断層撮影法。R Iが出すガンマ線から断層画像を作るもので、脳血流量や心筋血流などの機能を測定するのに用いる。
- SCU：Stroke Care Unit（脳卒中集中治療室）の略。急性期脳卒中患者を主として収容し、治療するICU（集中治療管理室）。SCUの承認要件の他、「血尿、尿量、瞳孔反応などのバイタルチェックに加えて、反射や脳幹反応などの神経学的管理ができる専門看護師が配置されていること」が要件としてあげられる。
- ADL：Activities of Daily Living（日常生活動作）の略。日常生活をするうえで必要な基本動作（食事、更衣、移動、排泄、入浴など）を指す。

3 心疾患対策（急性心筋梗塞対策）

悪性新生物に次いで県内の第2位の死因である心疾患（急性心筋梗塞）について、診断から、治療、急性期を含めたりハピリテーションに至る診療体制を整備し、死亡率の低減を目指す。

【現 状】

(1) 死亡率

ア 心疾患による県内の死亡率は143.5となっている。平成8年から微増傾向であり、悪性新生物に次いで第2位（細分類では急性心筋梗塞は37.1であり、肺がん(58.4)心不全(55.1)等に次いで第5位）の死因であり、全死亡数に対して15.1%（急性心筋梗塞は3.9%）を占めている。（平成23年厚生労働省「人口動態調査」）

イ 年齢調整死亡率（人口10万対）で見ると、心疾患では、男性71.6（全国74.2）、女性39.2（全国39.7）となっており、男女とも全国より低くなっている。急性心筋梗塞では、男性22.9（全国20.4）、女性9.9（全国8.4）となっており、男女とも全国より高くなっている。（平成22年都道府県別年齢調整死亡率）

(2) 医療機能の状況

平成23年10月に県内の全病院を対象に実施した医療施設実態調査に基づく主要項目の結果は次のとおりである。

循環器科、心臓血管外科（常勤医1名以上）のある病院数

（単位 上段：病院数、下段：人口10万対）

圏域	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
診療科											
循環器科	30	18	13	9	7	7	4	3	5	3	99
	1.94	1.74	1.78	1.25	2.47	1.2	1.47	1.68	4.53	2.11	1.77
心臓血管外科	10	7	2	3	2	3	2	1	0	1	31
	0.64	0.68	0.27	0.41	0.70	0.51	0.73	0.56	0.00	0.70	0.50

資料 兵庫県「平成23年医療施設実態調査」

心・大血管疾患の治療実施状況

（単位 病院数）

手術区分	圏域	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
冠動脈バイパス手術 （ポンプ症例）		7	7	1	3	1	2	2	1	0	1	25
冠動脈バイパス手術 （非ポンプ症例）		6	7	1	3	0	2	2	1	0	1	23
経皮的冠動脈形成術		18	10	9	6	5	4	2	2	2	1	59

資料 兵庫県「平成23年医療施設実態調査」

冠動脈造影検査（心臓カテーテル）*の実施状況

（単位：病院数）

圏域	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
実施病院数	22	12	8	7	5	6	2	2	2	1	67

資料 兵庫県「平成23年医療施設実態調査」

医療機器・設備

（単位 上段：病院数、下段：人口10万対）

圏域 設備・機器名	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
デジタル血管連続撮影（心臓・大血管）	23 1.48	14 1.36	10 1.37	11 1.53	5 1.76	8 1.37	2 0.73	2 1.12	2 1.81	1 0.70	78 1.39
PCPS（経皮的心肺補助装置）	17 1.1	7 0.68	5 0.68	4 0.55	4 1.41	5 0.85	2 0.73	2 1.12	1 0.90	1 0.70	48 0.85
IABP駆動装置	21 1.35	11 1.06	8 1.1	6 0.83	5 1.76	5 0.85	2 0.73	2 1.12	2 1.81	1 0.70	63 1.12
CCU	7 0.45	3 0.29	1 0.13	1 0.13	0 0.00	2 0.34	0 0.00	1 0.56	0 0.00	0 0.00	15 0.26

心大血管疾患リハビリテーション料取得状況

（単位 病院数）

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
心大血管疾患リハビリテーション料	8	5	1	5	3	3	1	0	2	0	28
（Ⅰ）	7	3	1	4	3	3	1	0	2	0	24
（Ⅱ）	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	4

資料 兵庫県「平成23年医療施設実態調査」

(3) 国の指針の提示

平成24年3月に「急性心筋梗塞の医療体制構築に係る指針」が国から示された。

《主な指標》

- 高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率は、全県で236.9であり、全国平均を下回っている。
- 脂質異常症患者の年齢調整外来受療率は、全県で65.5であり、全国平均を上回っている。
- 虚血性心疾患による退院患者平均在院日数は、全県で12.3日で、全国平均を下回っている。

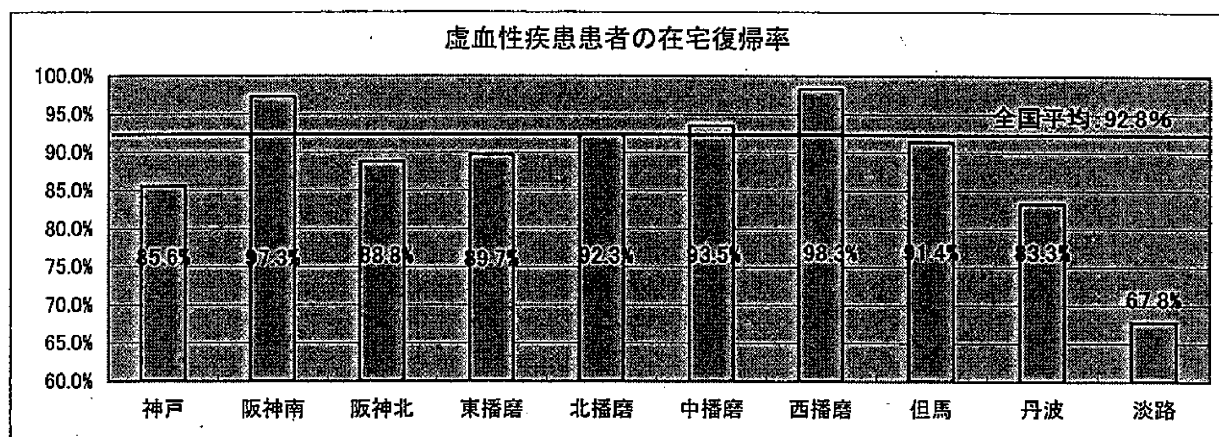
指標名	兵庫県	全国値	出典(年度)
高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	236.9	260.4	患者調査(H20)
脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	65.5	48.5	患者調査(H20)
虚血性疾患患者の退院患者平均在院日数	12.3日	12.8日	患者調査(H20)

虚血性心疾患による退院患者平均在院日数(日)

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
平均在院日数	17.6	8	10.2	11	7.9	8.1	12.6	10.2	14.6	28	12.3

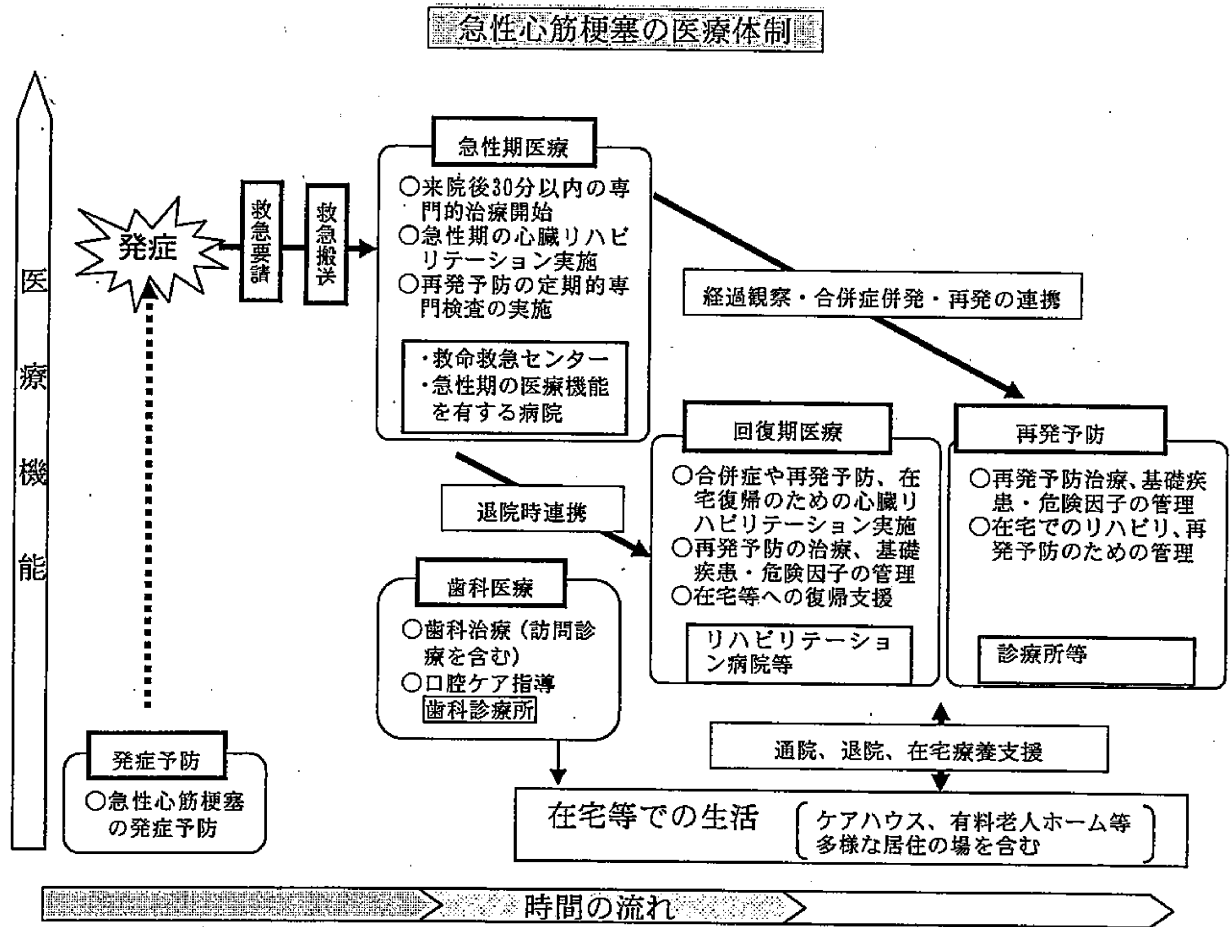
資料 厚生労働省「平成20年患者調査」

- 虚血性心疾患の患者で、退院後、在宅等生活の場に復帰した患者の割合は全県平均で89.5%で、全国平均を下回っている。また、圏域別で見ると、最も高いのが西播磨圏域で98.3%であり、最も低いのは淡路圏域で67.8%となっている。



【国の指針に基づく医療連携体制の構築】

(1) 国が平成 24 年 3 月に示した「急性心筋梗塞の医療体制の構築に係る指針」に基づき、以下の点を踏まえた体制を構築する。



<機能類型ごとの目標及び求められる医療機能>

発症予防

高血圧、糖尿病、高脂血症、心房細動等の基礎疾患・危険因子の管理により、発症を予防するとともに、初期症状出現時の対応に関する本人等への教育・啓発、初期症状出現時における急性期病院への受診勧奨を行う。主に、診療所等のかかりつけ医がその機能を担う。

急性期医療

急性期の専門的な治療を行うとともに、合併症や予防、在宅復帰のための心臓リハビリテーションを実施する。

そのためには、①心臓カテーテル検査、CT検査等が 24 時間実施可能、②専門的な診療を行う医師等が 24 時間対応可能、③来院後 30 分以内の冠動脈造影検査が実施可能、④呼吸管理、疼痛管理等の全身管理や、ポンプ失調、心破裂等の合併症治療が可能、⑤電気的除細動、器械的補助循環装置、緊急ペーシングへの対応が可能、⑥包括的あるいは多要素リハビリテーションが実施可能、⑦抑うつ状態等への対応可能、⑧回復期あるいは在宅医療の医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどの連携、⑨再発予防の定期的専門的検査の実施 といった機能が求められる。

また、冠動脈バイパス術等の外科的治療が可能であることが望ましい。

回復期医療

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

そのためには、①再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態等の対応が可能、②心電図検査、電氣的除細動等急性増悪時の対応が可能、③合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関と連携、④運動耐用能を評価したうえで、運動療法、食事療法等の心臓リハビリテーションが実施可能、⑤再発時等の対応法について患者・家族への教育を実施、⑥急性期の医療機関及び2次予防の医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどの連携 といった機能が求められる。

再発予防

再発を予防し、在宅療養を継続できるよう支援する。

そのためには、①再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態等の対応が可能、②緊急時の除細動等急性増悪時対応が可能、③合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関と連携、④急性期の医療機関や介護保険サービス事業所等と再発予防の定期的専門的検査、合併症併発時や再発時の対応を含めた診療情報や治療計画を共有するなど連携、⑤在宅でのリハビリ、再発予防のための管理を訪問看護ステーション・薬局等と連携して実施 といった機能が求められる。

歯科医療

在宅療養患者に対し、訪問診療も含めて、きめ細かな歯科治療や口腔ケア指導等を行い、口腔機能の維持改善を図る。

(2) 急性心筋梗塞圏域の設定

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

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

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

<急性心筋梗塞圏域>

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

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

(3) 医療機能を有する医療機関の公表

上記(1)で設定した医療機能類型に求められる機能を有する医療機関として、一定の条件により選定した個別病院名を公表する。

＜急性心筋梗塞の急性期医療の機能を有する病院の現状＞

急性心筋梗塞の急性期医療を担う医療機関の選定条件

- i) 専門的検査（心臓カテーテル検査・CT検査等）及び専門的診療（大動脈バルーンパンピング・緊急ペーシング等）の24時間対応
- ii) 経皮的冠動脈形成術（経皮的冠動脈ステント留置術を含む）を年間200症例以上実施
- iii) 救急入院患者の受入実績がある
- iv) 心臓血管外科に常勤医を配置
- v) 冠動脈バイパス術を実施

上記の条件を満たすあるいは近い機能を有する病院は以下のとおりである。

急性心筋梗塞 圏域	区分	A 上記の条件をすべて満たしている病院	B ii) が年間 100 症例以上 200 症例未満、かつ i)、iii)、iv)、v) を満たす病院	C 上記条件の i)、ii)、iii) を満たす病院	D ii) が年間 100 症例以上 200 症例未満、かつ i)、iii) を満たす病院
神戸	4	神戸市立医療センター中央市民病院 神戸大学医学部附属病院※ 高橋病院※ 神戸赤十字病院	2 神戸労災病院※ 神戸徳洲会病院※	2 済生会兵庫県病院※ すずらん病院※	7 川崎病院 神戸医療センター※ 神戸掖済会病院 六甲アイランド病院※ 神鋼病院※ 社会保険神戸中央病院※ 西神戸医療センター※
阪神南	4	関西労災病院 県立尼崎病院 兵庫医科大学病院 西宮渡辺心臓血管センター		1 昭和病院	
阪神北・丹波	1	東宝塚さとう病院※		1 三田市民病院※	1 宝塚市立病院※
東播磨	2	加古川東市民病院 明石医療センター※			1 明石市立市民病院※
北播磨	1	三木市民病院※		1 市立加西病院	
中播磨	1	県立姫路循環器病センター	1 ツカザキ病院	1 製鉄記念広畑病院※	2 姫路医療センター※ 姫路赤十字病院※
西播磨	1	赤穂市民病院※			
但馬			1 公立豊岡病院※		
淡路	1	県立淡路病院			

※印は、①についてオンコール体制で24時間対応可能な病院

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

※ 県立尼崎病院は県立塚口病院との統合移転後も引き続き急性心筋梗塞の急性期医療の機能を担う。

<急性心筋梗塞の回復期医療の機能を有する医療機関の現状>

急性心筋梗塞の回復期医療を担う医療機関の選定条件

次のいずれにも該当する病院

- i) 心臓リハビリテーションを実施
- ii) リハビリテーションのスタッフを配置

急性心筋梗塞圏域	病 院 名	
神戸	10	川崎病院、神戸掖済会病院、神戸市立医療センター中央市民病院、神戸大学医学部附属病院、高橋病院、西神戸医療センター、兵庫県災害医療センター、すずらん病院、神戸労災病院、神戸百年記念病院
阪神南	5	関西労災病院、県立尼崎病院、西宮渡辺心臓・血管センター、兵庫医科大学病院、大隈病院
阪神北・丹波	3	東宝塚さとう病院、兵庫医科大学ささやま医療センター、県立柏原病院
東播磨	4	明石医療センター、加古川東市民病院、野木病院、石井病院
北播磨	2	市立加西病院、三木市民病院
中播磨	3	石川病院、県立姫路循環器病センター、ツカザキ病院
西播磨	1	赤穂中央病院
但馬		—
淡路		—

※ 県立尼崎病院は県立塚口病院との統合移転後も引き続き急性心筋梗塞の回復期医療の機能を担う。

※ **発症予防**、**再発予防**、**歯科医療**の機能類型を担う医療機関については、医療法第6条の3の規定に基づく医療機関からの報告により県のホームページのなかで情報提供する。

また、各地域の郡市区医師会、歯科医師会において、これらの機能を有する医療機関について、患者・家族や医療・介護施設等からの相談に応じ情報提供できる体制を構築する。(巻末「主な相談窓口」一覧表参照)

【課 題】

- (1) 心疾患は日常の生活習慣と深く関わっており、県民一人ひとりが予防を心がけるとともに、定期的に健康診査を受診し、疾病の早期発見、早期治療に努める必要がある。
- (2) 診断から、治療、急性期を含めたりハビリテーションに至る診療体制の充実及び医療機関の連携が必要である。
- (3) すべての県民がいかなる心疾患にも迅速かつ適切な医療を受療できる救急医療体制の充実が必要である。

【推進方策】

(1) 保健対策

ア 「ひょうご健康づくり県民行動指標」の推進（県、県民）

「ひょうご健康づくり県民行動指標」の普及啓発により県民への浸透を図り、食生活や運動習慣などの生活習慣の改善による循環器疾患の予防に努める。

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

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

（詳細は「兵庫県健康づくり推進実施計画」に記載）

ウ 高度医療機器の活用等による心臓・大血管疾患の早期発見の推進（医療機関）

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

(2) 医療対策

ア 医療機能を担う医療機関相互の連携の促進

急性期医療、回復期医療、再発予防等の医療機能を担う医療機関は、急性心筋梗塞の患者が切れ目のない適切な医療が受けられるよう、地域連携クリティカルパスを活用するなどして、相互に緊密な連携体制の構築を図る。

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

イ 搬送体制の充実

急性心筋梗塞を発症した救急患者が迅速かつ適切に急性期の医療機関に搬送されるよう、メディカルコントロール協議会あるいは圏域健康福祉推進協議会医療部会等において、搬送・受入のルール化を図る。

【数値目標】

目標	現状値	目標値（達成年度）
急性心筋梗塞による年齢調整死亡率の引き下げ	男性 22.9 (H22)	全国並 (H29)
	女性 20.4 (H22)	全国並 (H29)

（参考）心疾患年齢調整死亡率

	平成17年		平成22年	
	男	女	男	女
兵庫県	75.8	44.9	71.6	39.2
全国	83.7	45.3	74.2	39.7

(参考) 急性心筋梗塞年齢調整死亡率

	平成17年		平成22年	
	男	女	男	女
兵庫県	25.6	13.4	22.9	9.9
全国	25.9	11.5	20.4	8.4

資料 厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率」

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

4 糖尿病対策

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

【現 状】

(1) 患者の状況

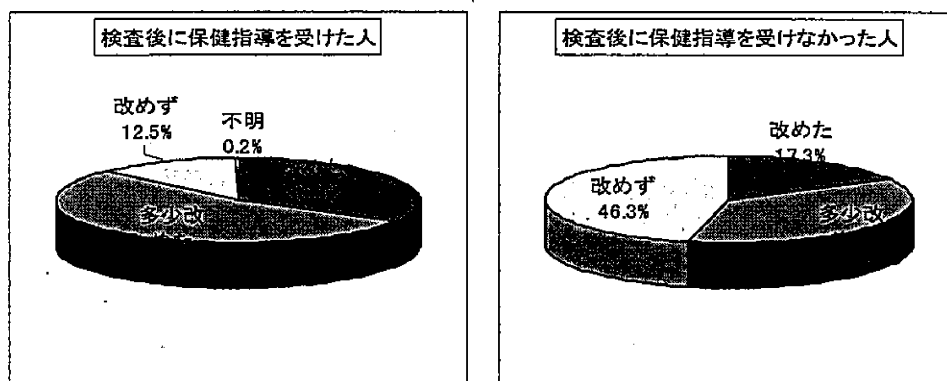
「糖尿病が強く疑われる者の割合」は、男性 17.4%、女性 9.6%であり、平成 14 年（男性 13.7%、女性 7.0%）に比べて男女とも増加している。

医療機関や健診で「糖尿病」といわれたことがある者の割合は、男性 16.1%、女性 8.8%であり、平成 12 年（男性 14.1%、女性 7.4%）に比べて男女とも増加している。また、糖尿病といわれたことがある者のうち、過去から現在にかけて継続的に治療を受けている者の割合は、男性 59.4%、女性 62.7%である。（平成 22 年厚生労働省「国民健康・栄養調査」）

(2) 検査と保健指導

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

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



(3) 医療機能の状況

平成 23 年 10 月に県内の全病院を対象に実施した医療施設実態調査に基づく主要項目の結果は次のとおりである。

① 糖尿病教育入院*実施状況

(単位 上段：病院数、下段：人口 10 万対)

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
実施病院数	29	19	8	10	4	10	6	1	3	5	95
人口10万対	1.87	1.84	1.1	1.39	1.41	1.71	2.21	0.56	2.72	3.52	1.7

(資料 「平成 23 年兵庫県医療施設実態調査」)

② 糖尿病に関連する専門外来のある病院数 (単位 上段：病院数、下段：人口10万対)

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
病院数	31	19	8	14	6	7	4	1	4	3	97
人口10万対	2	1.84	1.1	1.95	2.12	1.2	1.47	0.56	3.63	2.11	1.73

(資料 「平成23年兵庫県医療施設実態調査」)

③ 糖尿病療養指導士*配置状況 (単位 上段：病院数、下段：人口10万対)

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
配置病院数	23	12	7	8	4	8	8	3	2	4	79
人口10万対	1.48	1.16	0.96	1.11	1.41	1.37	2.95	1.68	1.81	2.82	1.41

(資料 「平成23年兵庫県医療施設実態調査」)

(参考)

<日本糖尿病学会認定教育施設>

(平成24年7月25日現在)

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
日本糖尿病学会認定教育施設	13	8	3	3	2	1	3	0	0	0	33

(資料 日本糖尿病学会ホームページ)

(4) 国の指針の提示

平成24年3月に「糖尿病の医療体制構築に係る指針」が国から示された。

《主な指標》

- 糖尿病内科(代謝内科)を標榜している病院は県内で17施設ある。人口10万対では0.30施設で全国平均を少し下回っている。圏域別に見ると、丹波圏域で最も多く、人口10万対で0.87施設、次いで淡路圏域で0.67施設あるのに対し、標榜する病院を有していない圏域も3圏域あり、圏域ごとにばらつきがある。
- 糖尿病退院患者の平均在院日数は全県では35.4日で、全国平均を下回っている。しかしながら、圏域別に見ると、丹波圏域で最も長く188.5日であるのに対し、最も短い但馬圏域では23.8日であり、圏域によって大きな差が見られる。

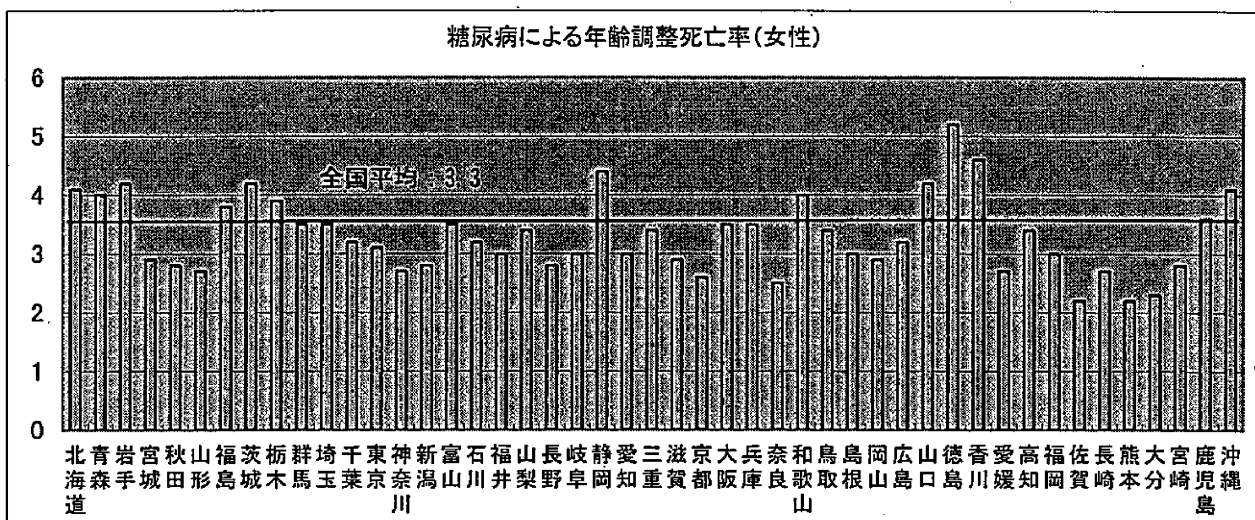
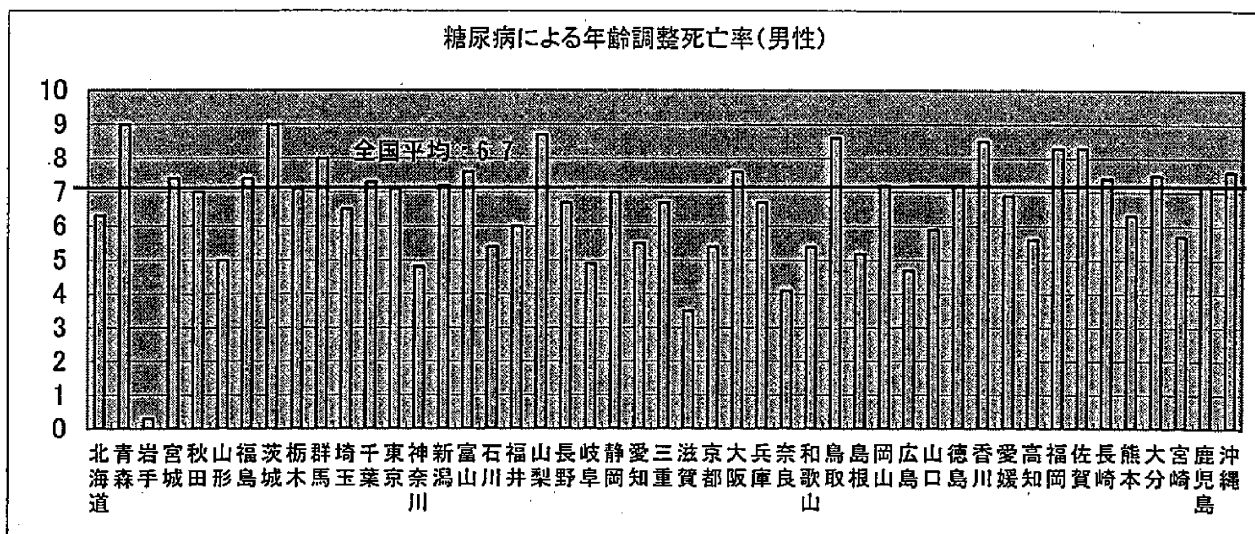
指標名	兵庫県	全国値	出典(年度)
糖尿病内科(代謝内科)を標榜する病院数人口10万対	17施設 (0.30)	390施設 (0.31)	医療施設実態調査(H20)
糖尿病の退院患者平均在院日数	35.4日	38.1日	患者調査(H20)

糖尿病退院患者の平均在院日数(日)(圏域別)

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路
平均在院日数	40.7	30.3	24.6	26.4	26.3	39.7	29.7	23.8	188.5	57.8

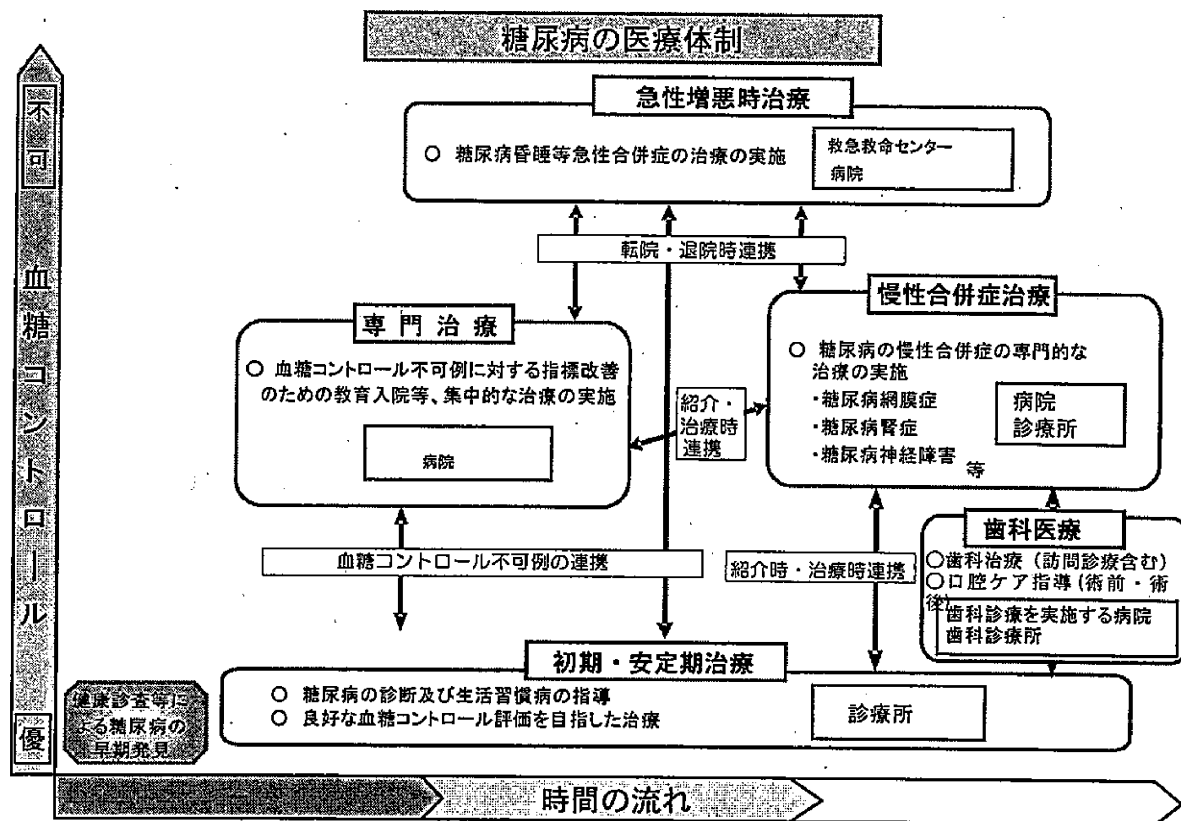
資料 厚生労働省「平成20年患者調査」

- 糖尿病による年齢調整死亡率は、全県で男性が 6.7、女性が 3.5 であり、全国平均と比較すると、男性は同水準であるのに対し、女性は少し上回っている。



【国の指針に基づく糖尿病の医療連携体制の構築】

(i) 国が平成 24 年 3 月に示した「糖尿病の医療体制の構築に係る指針」に基づき、以下の点を踏まえた体制を構築する。



＜機能類型ごとの目標及び医療機能＞

初期・安定期治療

糖尿病の診断及び生活習慣の指導を実施するとともに、良好な血糖コントロール評価を目指した治療を行い、合併症の発症を予防する。

そのためには、i) 糖尿病の診断および専門的指導が可能、ii) 75gOGTT*、HbA1c* 等糖尿病の評価に必要な検査が実施可能、iii) 食事療法、運動療法及び薬物療法による血糖コントロールが可能、iv) 低血糖時及びシックデイ*の対応が可能、v) 専門治療を行う医療機関及び急性・慢性合併症治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどの連携といった機能が求められる。

専門治療

血糖コントロール指標を改善するため、教育入院等の集中的治療を実施する。

そのためには、i) 75gOGTT、HbA1c 等糖尿病の評価に必要な検査が実施可能、ii) 各専門職種チームによる食事療法、運動療法、薬物療法等を組み合わせた教育入院等の集中的治療が実施可能、iii) 糖尿病患者の妊娠に対応可能、iv) 糖尿病の予防治療を行う医療機関及び急性・慢性合併症治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどの連携 といった機能が求められる。

急性増悪時治療

糖尿病昏睡等急性合併症の治療を実施する。

そのためには、i) 糖尿病昏睡等急性合併症の治療が 24 時間実施可能、ii) 食事療法、運動療法を実施するための設備がある、iii) 糖尿病の予防治療を行う医療機関、教育入院を行う医療機関及び慢性合併症治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどの連携 といった機能が求められる。

慢性合併症治療

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

そのためには、i) 糖尿病網膜症については、蛍光眼底造影検査*、光凝固療法*、硝子体出血・網膜剥離の手術が実施可能、ii) 糖尿病腎症については、尿一般検査、尿中微量アルブミン量検査*、腎生検、腎臓超音波検査、血液透析等が実施可能、iii) 糖尿病の予防治療を行う医療機関、教育入院を行う医療機関及び急性合併症治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどの連携 といった機能が求められる。

歯科医療

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

(2) 糖尿病の医療連携の区域

糖尿病については、2次保健医療圏域の区域を目安として医療連携を進める。

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

(3) 医療機能を有する医療機関の公表

上記(1)で設定した医療機能類型に求められる機能を有する医療機関として、一定の条件により選定した個別病院名を公表する。

<糖尿病の専門治療の機能を有する病院の現状>

糖尿病の専門治療を担う医療機関の選定条件

次のいずれにも該当する病院

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

上記の条件を満たす病院は次のとおりである。

圏域	病院名
神戸	10 川崎病院、神戸市立医療センター中央市民病院、神戸市立医療センター西市民病院、神戸大学医学部附属病院、神戸百年記念病院、西神戸医療センター、春日野会病院、六甲アイランド病院、神戸掖済会病院、真星病院
阪神南	6 池田病院、県立尼崎病院、県立塚口病院、県立西宮病院、兵庫医科大学病院、明和病院
阪神北	4 近畿中央病院、市立伊丹病院、兵庫中央病院、三田市民病院
東播磨	6 加古川西市民病院、県立加古川医療センター、高砂市民病院、松本病院、明舞中央病院、明石仁十病院
北播磨	4 小野市民病院、市立加西病院、市立西脇病院、三木山陽病院
中播磨	3 井野病院、厚生病院、姫路医療センター
西播磨	3 赤穂市民病院、赤穂中央病院、公立宍粟総合病院
但馬	1 ※ 公立豊岡病院
丹波	—
淡路	—

※ 但馬圏域においては、当面は公立豊岡病院と公立八鹿病院の相互連携により医療機能を確保し、今後両病院において糖尿病専門治療の機能強化を図る。

※ 県立尼崎病院と県立塚口病院は、統合移転後も引き続き糖尿病の専門医療の機能を担う。

<糖尿病の急性増悪時治療の機能を有する病院の現状>

糖尿病の急性増悪時治療を担う医療機関の選定条件

次のいずれにも該当する病院

- i) 糖尿病昏睡等急性合併症の治療が可能
- ii) 糖尿病の急性合併症の患者を24時間受入可能

上記の条件を満たす病院は次のとおりである。

圏域	病院名
神戸	30 川崎病院、県立こども病院、神戸朝日病院、神戸医療センター、神戸掖済会病院、神戸市立中央医療センター中央市民病院、神戸赤十字病院、神戸大学医学部附属病院、神戸徳洲会病院、神戸百年記念病院、神戸労災病院、昭生病院、神鋼病院、新須磨病院、西神戸医療センター、西病院、東神戸病院、北都病院、舞子台病院、みどり病院、宮地病院、吉田アーデント病院、六甲アイランド病院、神戸海星病院、神戸市立医療センター西市民病院、春日病院、松田病院、済生会兵庫県病院、春日野会病院、真星病院
阪神南	11 アイワ病院、尼崎中央病院、安藤病院、大隈病院、県立尼崎病院、県立西宮病院、笹生病院、西宮協立脳神経外科病院、兵庫医科大学病院、明和病院、上ヶ原病院
阪神北	7 協立病院、近畿中央病院、三田市民病院、市立伊丹病院、宝塚第一病院、宝塚病院、平島病院、
東播磨	7 明石医療センター、あさひ病院、石井病院、県立加古川医療センター、高砂市民病院、松本病院、加古川西市民病院
北播磨	5 大山病院、小野市民病院、市立加西病院、市立西脇病院、三木山陽病院
中播磨	5 井野病院、入江病院、厚生病院、製鉄記念広畑病院、城陽江尻病院
西播磨	5 赤穂市民病院、赤穂中央病院、IHI播磨病院、佐用共立病院、八重垣病院
但馬	2 公立豊岡病院、公立八鹿病院
丹波	1 大塚病院
淡路	5 県立淡路病院、洲本伊月病院、聖隷淡路病院、平成病院、中林病院

※ 県立尼崎病院は県立塚口病院との統合移転後も引き続き糖尿病の急性増悪時治療の機能を担う。

<糖尿病の慢性合併症治療の機能を有する病院の現状>

糖尿病の慢性合併症治療を担う医療機関の選定条件

慢性合併症の検査・治療の実施

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

圏域	上記 i)・ii)・iii) のすべてに該当する病院名	
神戸	9	神戸市立医療センター中央市民病院★、神戸大学附属病院★、神戸労災病院★、川崎病院、甲南病院、神戸市立医療センター西市民病院、神戸掖済会病院、社会保険神戸中央病院、西神戸医療センター
阪神南	4	関西労災病院★、県立尼崎病院★、兵庫医科大学病院★、県立西宮病院
阪神北	1	近畿中央病院
東播磨	3	高砂市民病院、高砂西部病院、明石市立市民病院
北播磨	2	三木山陽病院、市立加西病院
中播磨		—
西播磨	1	赤穂市民病院★
但馬	1	(公立豊岡病院★) ※
丹波		—
淡路		—

★印は、大血管の慢性合併症にも対応可能（血管造影検査実施可、冠動脈バypass術実施可）な医療機関

※ 県立尼崎病院は県立塚口病院との統合移転後も引き続き糖尿病の慢性合併症治療の機能を担う。

※ 公立豊岡病院の i) の機能は、公立豊岡病院日高医療センターとの連携で対応

※ i)、ii)、iii) の各機能を有する病院名についてはホームページで公表する。

※ 初期安定期治療、歯科医療の機能類型を担う医療機関については、医療法第6条の3の規定に基づく医療機関からの報告により県のホームページのなかで情報提供する。

また、各地域の郡市区医師会（歯科医師会）において、これらの機能を有する医療機関について、患者・家族や医療・介護施設等からの相談に応じ情報提供できる体制を構築する。（巻末相談窓口一覧表参照）

【課 題】

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

【推進方策】

(1) 保健対策

ア 「ひょうご健康づくり県民行動指標」の推進（県、県民）

「ひょうご健康づくり県民行動指標」の普及啓発により県民への浸透を図り、食生活や運動習慣などの生活習慣の改善による糖尿病予防に努める。

イ 健診受診率の向上（市町、各種健診実施主体）

健診受診率の向上に努めることにより、糖尿病の早期発見に努める。

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

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

健診で「糖尿病」または「境界型」とされた人に対する保健指導を徹底する。

(2) 医療対策

ア 医療機能を担う医療機関相互の連携の促進

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

イ 情報提供・研修体制の整備（県、医療機関）

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

【数値目標】

目標	現状値	目標値（達成年度）
糖尿病による年齢死亡率の引き下げ	男性 6.7 (H22)	引き下げ (H29)
	女性 3.5 (H22)	全国値以下 (H29)

(参考) 糖尿病年齢調整死亡率

	平成17年		平成22年	
	男	女	男	女
兵庫県	9.2	4.0	6.7	3.5
全国	7.3	3.9	6.7	3.3

資料 厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率」

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

第5節 精神疾患対策

昨今、人々を取り巻く社会環境はますます複雑化し、多様なストレスを生じさせている。すべての人がこころの健康問題を身近に捉えるとともに、その健康状態を保つための対策を構築する必要がある。

精神疾患は症状が多様であるにもかかわらず、自覚しにくいという特徴があるため、重症化してから受診することが少なくない。精神疾患を早期に発見するためには、本人は元より周囲の人々が精神疾患を正しく理解し、適切な対応を行うことが必要である。

また、精神障害者が地域において自立した生活を確保するためには、包括的な地域支援体制を確立させる必要がある。

これらを踏まえて、全ての県民が住み慣れた地域で過ごし、こころの健康を保持、増進し、必要に応じて適切な精神科医療を早期に受けることができるよう精神保健医療体制の確保を図る。

なお、本計画策定時において、精神保健福祉施策は変革期にあり、長期入院化を防ぐために入院制度や保護者制度について見直しの議論が進められている。これを受け、今後精神保健福祉法の改正が行われる予定であることから、計画と現状に差異が生じた際には適宜見直しを行う。

【現 状】

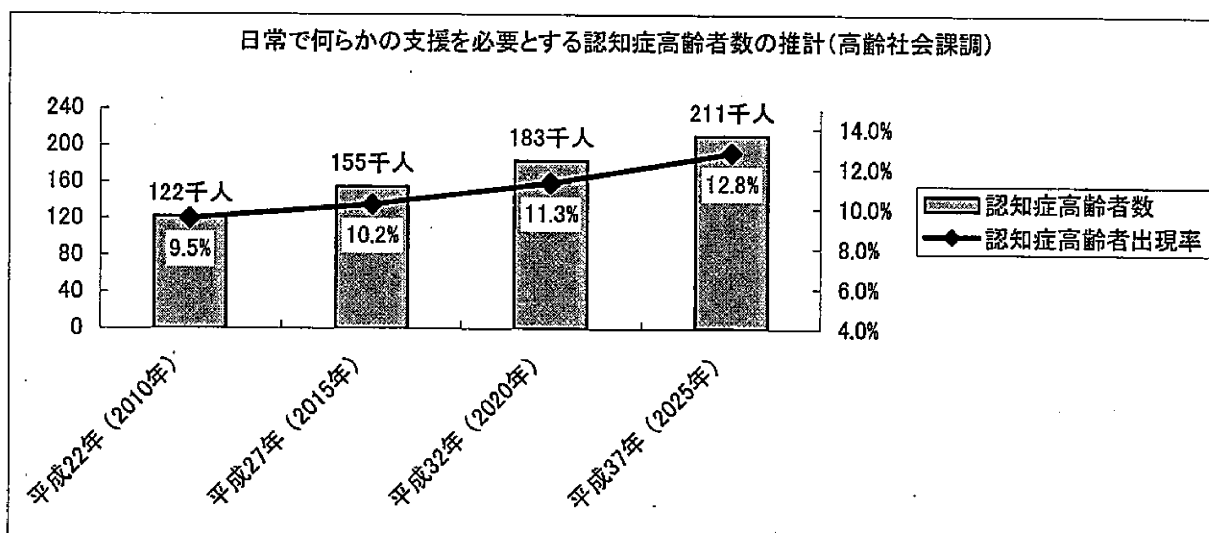
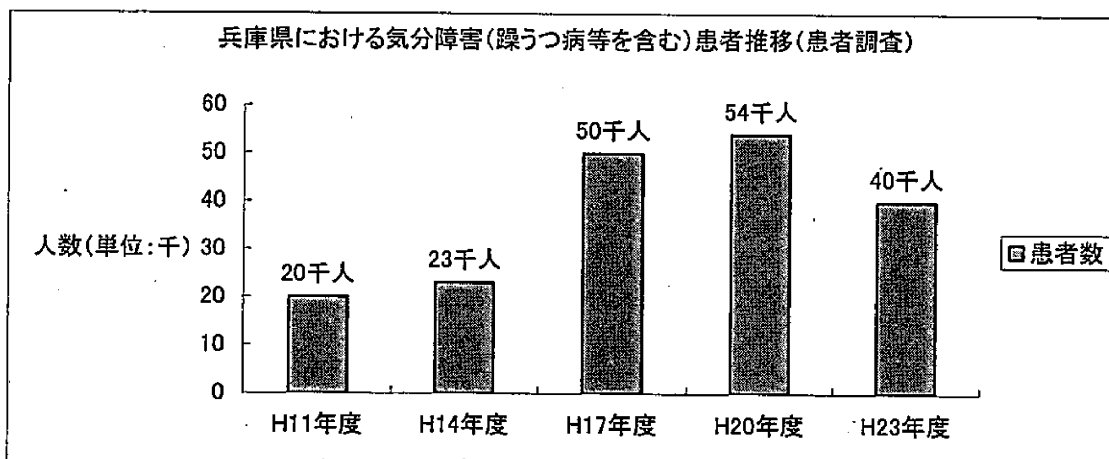
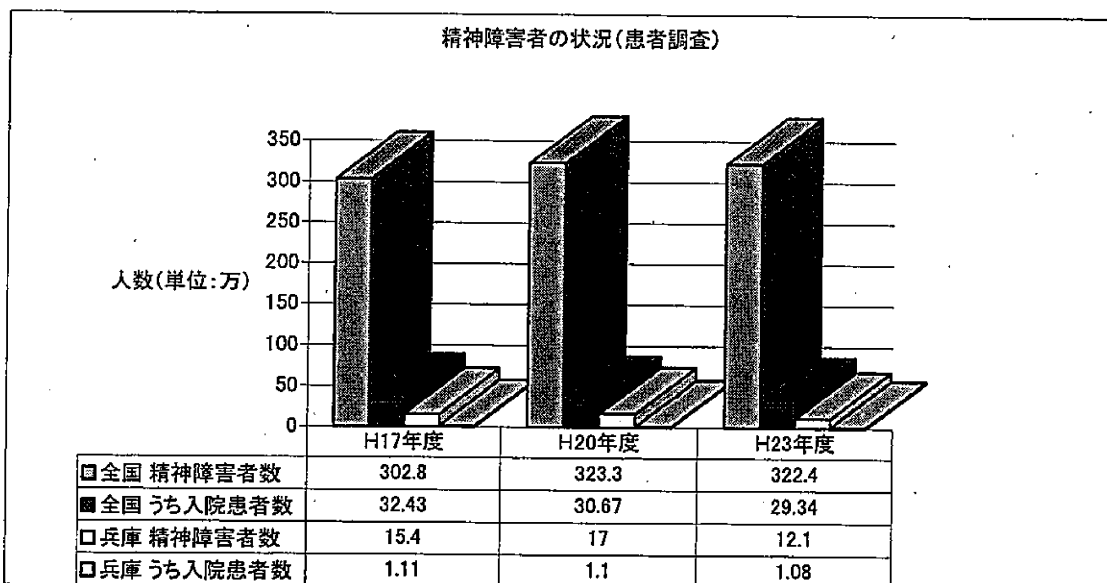
(1) 患者の状況

平成23年に厚生労働省が実施した患者調査によると、全国精神障害者は約322.4万人と推計されており、精神病床に入院している患者は約29.34万人である。県内の精神障害者は約12.1万人、精神病床に入院している患者は約1.08万人である。患者調査による推移をみると、全国精神障害者数は増加傾向にあったが、23年度調査ではやや減少した。兵庫県の精神障害者数も増加傾向にあったが、23年度調査では減少した。入院患者数は全国、県内ともに減少傾向にある。

さらに、県内のうつ病等の気分障害の患者数は平成11年には約2万人だったが、平成20年には約5万4千人と増加したが、平成23年には約4万人に減少している。

また、県内の何らかの介護・支援が必要な認知症高齢者数を推計すると(※)、平成22年の約12.2万人から平成37年には21.1万人へほぼ倍増すると見込まれる。

※ 県内の認知症高齢者数は、兵庫県の将来推計人口と、厚生労働省が2010年の要介護認定データを基に推計した全国認知症高齢者の比率(65歳以上の高齢者に対する日常生活自立度Ⅱ以上の認知症者の割合)を用いて推計



(2) 精神科医療体制の状況

本県の精神病床を有する病院数は平成24年8月末現在42病院であり、精神科の既存病床数は、平成24年10月1日現在11,411床である。人口10万人あたりでは204.8

床であり、全国平均 270.7 床（平成 22 年医療施設調査）を下回っている。

また、精神科等を標榜する診療所は 219 施設ある。

比較的重症度の低い慢性身体合併症については、精神科病院が日頃から連携する一般科病院又は診療所との連携において治療が行われる。重症例については、その都度、精神科病床を有する大学病院等 4 つの総合病院と協議の上受け入れ先を確保している現状であり、病床確保等システムとしては未整備である。

児童、思春期の精神疾患等の治療については、現在は大学病院精神科、県立光風病院等を中心に行われており、県内の中核となる専門機関はなかったが、平成 25 年より県立光風病院において児童思春期病棟が稼動する。

県内の医療機関の状況（障害福祉課調）

（平成 24 年 8 月末現在）

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	計
精神科・心療内科を有する病院	34	12	9	11	7	11	8	4	5	4	105
うち精神病床を有する病院	13	3	6	4	2	4	3	3	1	3	42
精神神経科診療所	83	52	23	25	7	16	4	5	2	2	219
デイケア実施機関数	13	4	2	5	2	4	4	3	1	2	40
うち重度認知症患者デイケア実施機関数	3	3	1	0	0	1	1	1	0	1	11
訪問看護ステーション数(自立支援医療機関指定)	83	61	24	19	11	12	4	3	4	2	223
認知症治療病棟を有する精神科病院	2	0	3	3	1	1	3	1	1	2	17

(3) 地域精神保健福祉活動

健康福祉事務所、精神保健福祉センター、市町において、精神障害の早期発見・早期治療の促進、精神保健福祉ニーズに応えるための相談や訪問、精神障害に対する正しい知識の普及などを推進している。

また、関係機関のネットワーク会議による地域の精神保健福祉の課題の検討等を実施し、健康福祉事務所や医療機関、警察等との連携強化と支援体制の充実を図っている。

(4) 精神科救急医療

重度の症状を呈する精神科急性期患者に対応するため、24 時間 365 日、医師・看護師を配置した常時対応施設である精神科救急医療センター（県立光風病院内）と、病院群輪番施設である 35 の精神科病院の参画を得て、神戸市との協調事業として精神科救急システムを稼動させている。

精神科救急医療圏域は県内 5 圏域とし、救急医療センターの 2 床、輪番病院制による神戸・阪神圏域及び播磨圏域各 1 床、合わせて 4 床において、休日及び毎夜間の精神科救急患者を受入れている。その他、但馬、丹波、淡路圏域では協力病院制により休日及び毎夜間の対応を行っている。

また、緊急入院の必要はないが早期に医療につなげることにより重症化を防ぐことのできる患者に対応する初期救急医療体制を病院群輪番施設に併設している（受付時

間 19～22 時)。

このシステムにおいて、通報受付、受入れ医療機関調整等を担う精神科救急相談受理窓口を精神科救急情報センターとして設置し、医師との連携の下、迅速なトリアージ、相談助言機能の充実を図っており、兵庫県のホームページ等において、相談体制や連絡窓口等について広報している。

また、精神神経科診療所の通院患者については、夜間・休日においても救急患者受入医療機関等からの要請に応じて当該精神神経科診療所の医師と連絡をとることができる体制の整備を推進している。

なお、総合病院等における精神科病床は減少しており、一般科で急性期の外科的処置等を受けた自殺企図者など、精神疾患等を有する患者の受け入れは患者ごとに病院調整が必要である。一般科（身体科）医師と輪番病院の精神科医師がオンコールで相談に応じる体制をとっているが、身体疾患を合併した精神科救急患者に対する一般科医師と精神科医師との連携による医療の提供体制については未だ不十分である。

精神科救急情報センター体制

開設時間	毎日 24 時間（ただし時間帯により部分運用）
相談員	精神保健福祉士等、相談が多い時間については 2 名配置 医学的判断が必要な事例についての相談を行うためのオンコール医師を配置
業務内容	① 警察官通報受理、県・神戸市職員その他関係者との連絡調整 ② 精神科受診支援等調整（警察官通報以外の入院依頼に対しての連絡調整） ③ 簡易な相談への対応 ④ 病床の空き状況の把握、相談受診状況の整理
電話番号	078-367-7210
ホームページ	http://web.pref.hyogo.lg.jp/hw19/qq.html

精神科救急相談件数の推移（警察、救急隊、医療機関、本人、家族等）

年 度	17年度	18年度	19年度	20年度	21年度	22年度	23年度
相談件数（件）	2,811	2,986	2,998	3,045	3,241	3,294	2,969

(5) 統合失調症

統合失調症は、平成 20 年患者調査によると精神病床に入院中の患者のおよそ 60% を占めている。思春期の発生頻度が高いが、早期発見、早期治療により、入院期間の長期化を防ぐことが可能である。精神科を標榜する大部分の医療機関において受診することが可能である。県では、長期入院を防ぎ、退院後速やかに地域で生活することができるように、地域移行・地域定着支援を行っている。

(6) うつ病医療

平成 10 年に自殺者が急増（前年と比較して 465 人増加し、1,400 人を超えた）して以降、14 年連続、1,300 人前後で推移している。自殺既遂者に対する調査から、うつ

病等の気分障害が自殺の要因として特に重要であることが明らかになっており、県においても自殺対策の取組の重要な柱の一つとしてうつ病対策に取り組んでいる。

うつ病に罹患していながらも未受診であることも多く、早期発見・早期受診の推進の取組や、早期には内科医等のかかりつけ医が発見することも多いことから、かかりつけ医等の医療従事者に対し、うつ病対応力向上研修を実施している。また、かかりつけ医と精神科医の連携について、圏域毎に関係団体等と協議をすすめている。

さらに、うつ病の治療に有効な認知行動療法について平成 22 年 4 月から診療報酬の対象となり、県においても、医療従事者への研修を実施するなど、適切な医療の提供を図っている。

(7) アルコール依存症

兵庫県におけるアルコール依存症患者は平成 23 年患者調査によると約 1,000 人である。しかしながら、アルコール依存症の心理的特性として「否認」と「自己中心性」があり、問題飲酒を繰り返していながらも医療機関等を受診しないケースも多くあり、実際の患者数はもっと多いと推測される。早期発見、早期治療が重要であり、県では精神保健福祉センター等においてアルコール依存症についての専門的相談窓口を設置している。また、県内の 5 医療機関が重度アルコール依存症入院医療管理加算を届出ており、アルコール依存症の専門的治療を行っている。

(8) 発達障害

県では、発達障害児(者)及びその家族等からの日常生活や就労などの相談に対し、適切な指導・助言等を行う総合的支援の拠点として、平成 15 年度にひょうご発達障害者支援センターを設置した。その後、順次ブランチを整備し、現在は 1センター 5 ブランチの体制で取り組んでいる。

また、平成 24 年度には発達障害児の早期発見、支援体制を強化するため、県立こども発達支援センターを開設し、診断・診療と療育を一体的に提供するとともに、市町への情報提供や技術支援、研修等を実施している。

さらに、学校園に対する支援として、ひょうご学習障害相談室での相談や、学校園に対する専門家チームの派遣、県立特別支援教育センターにおける教員の研修などを行うとともに、市町では、市町発達障害児支援連絡会議や市町特別支援連携協議会等を設置し、保健・医療・福祉・教育等の連携を図っている。

(9) 認知症医療

地域における認知症医療の中核として、鑑別診断等を行う認知症疾患医療センターを各圏域で設置している。

また、認知症の早期発見、早期治療に向け、かかりつけ医に対する認知症対応力向上研修を実施するとともに、かかりつけ医に対する研修の企画立案や、専門的相談に応じる認知症サポート医を養成している。

○ 認知症疾患医療センターの機能

認知症疾患における専門医療相談、鑑別診断、地域の医療機関の紹介等

認知症疾患医療センター設置圏域（平成 25 年 3 月末現在）

圏域	病院名	指定日
神戸	神戸大学医学部附属病院	H21. 11. 1
	一般財団法人甲南会甲南病院	H24. 8. 7
阪神南	兵庫医科大学病院	H21. 4. 1
阪神北	国立病院機構兵庫中央病院	H23. 4. 1
東播磨	加古川西市民病院	H24. 10. 19
北播磨	加東市民病院	H24. 4. 1
中播磨	県立姫路循環器病センター	H23. 7. 1
西播磨	県立リハビリテーション西播磨病院	H21. 11. 1
但馬	公立豊岡病院組合立豊岡病院	H22. 4. 1
丹波	特別医療法人敬愛会大塚病院	H21. 4. 1
淡路	県立淡路病院	H21. 4. 1

認知症サポート医、認知症かかりつけ医研修受講者の状況（平成 24 年 3 月末現在）（単位：人）

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	計
認知症サポート医	17	11	9	7	4	5	7	5	6	2	73
認知症かかりつけ医研修受講者	393	75	70	41	25	56	82	25	6	38	828

(10) 自殺対策

平成 18 年度に精神保健福祉センターに自殺対策センターを設置、また、社会全体で総合的に取り組むことを目的として、行政、教育、警察、医療、事業主、民間団体、マスコミ等を構成員とする「兵庫県自殺対策連絡協議会」を設置した。さらに、平成 21 年度には県自殺対策推進本部を、平成 22 年度からは自殺対策を専門とする「いのち対策室」を設置して、市町、関係団体、民間団体等と連携を取りつつ、総合的な自殺対策を推進している。

平成 19 年度に、県民一人ひとりが健康で生きがいを持っていきいきと暮らせる元気な兵庫の実現に寄与することを目的として、平成 28 年までに県内の自殺死亡者を 1,000 人以下に減らす目標を掲げた「兵庫県自殺対策推進方策」を策定し、総合的な自殺対策を推進してきた。さらに、平成 24 年度には、取組を一層強化するため、「世代別の課題に応じた取組の展開」「自殺未遂者等のハイリスク者対策の強化」等、重点的に取り組む視点を掲げて「兵庫県自殺対策推進方策」の改定を行い、相談体制の充実や、かかりつけ医へのうつ病対応力向上研修、かかりつけ医と専門医の連携等のうつ対策の強化や、安心して暮らせる地域づくり等の取組を実施している。

(11) 精神障害者の地域移行

これまで、本県では退院可能な精神障害者の地域移行の推進に向け、精神障害者地域移行支援事業を 2 次医療圏域単位で実施し、退院訓練等の個別支援や圏域等における協議会の開催や関係機関等への研修、啓発等を行ってきた。

また、ピアサポーターについても専門職等によるものとは違う共感や安心感を与えるとともに、障害者にとって社会で活躍できる場にもつながることから、その養成に努め、地域移行において活用を進めている。

さらに、地域移行する精神障害者の受け皿としてのグループホーム等の整備や障害福祉サービスなどの充実を進めている。

年 度	個別訓練等支援対象者数	退院者数	協議会開催回数
H21 年度	60 名	17 名	26 回
H22 年度	101 名	31 名	47 回
H23 年度	95 名	40 名	57 回

(12) こころのケア

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

平成 23 年 3 月に生じた東日本大震災においては、これまでに培った知識や技術が大いに発揮されたが、今後起こるとされている東海、東南海、南海地震等に備えるため、災害時のこころのケア支援の充実を進めている。

(13) 心神喪失者等医療観察制度

心神喪失又は心神耗弱の状態で大変な他害行為を行った人の社会復帰を促進するために作られた法律に基づき、鑑定入院等の結果を踏まえて裁判所が入院処遇や地域処遇などの方針を決定し、保護観察所の調整による関係機関の連携によって対象者を支援している。

県には、平成 24 年 5 月現在、指定通院医療機関が 18 施設あるが、指定入院医療機関はない。なお、近畿における指定入院医療機関の現状としては、2 機関（奈良、大阪）が稼動しており、平成 25 年度にはさらに 1 機関（滋賀）が稼動予定である。

《主な指標》

- 病院報告によると平成 23 年における県内の平均在院日数は 322.8 日であり、全国平均の 298.1 日より長くなっている。

平均在院日数の推移(病院報告)

調査年度	兵庫県	全国平均
H19 年度	377.0	317.9
H20 年度	383.0	312.9
H21 年度	365.0	307.4
H22 年度	345.7	301.0
H23 年度	322.8	298.1

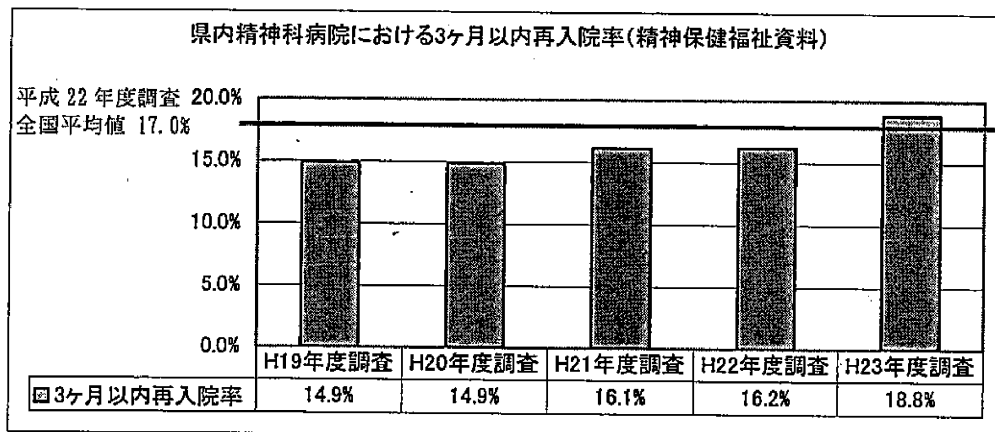
- 兵庫県の1年未満入院者、1年以上入院者の平均退院率はともに全国平均に比べ低い状況である。

1年未満入院者、1年以上入院者の平均退院率（精神保健福祉資料）

調査年度	入院者の別	兵庫県		全国	
		残存率	退院率	残存率	退院率
H20年(2008)	1年未満入院者	30.2%	69.8%	28.8%	71.2%
	1年以上入院者	79.9%	20.1%	78.2%	21.8%

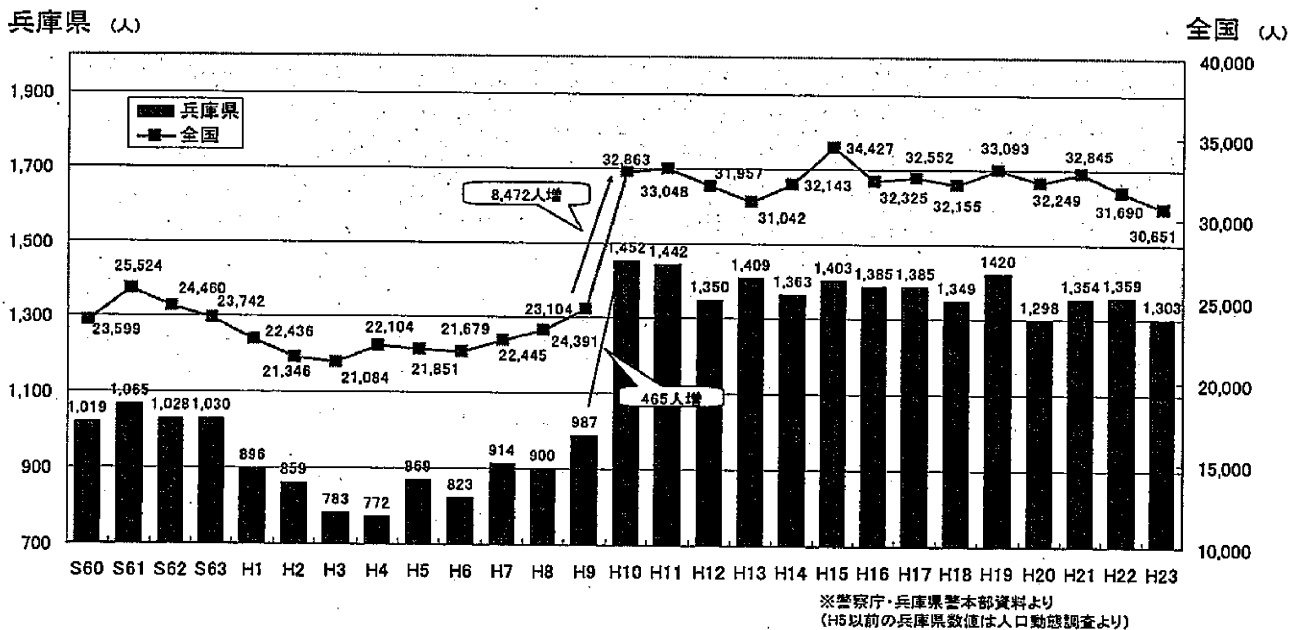
※残存率＝平均残存率 残存率＋退院率＝100%

- 県内精神科病院における3ヶ月以内再入院率は微増傾向にある。



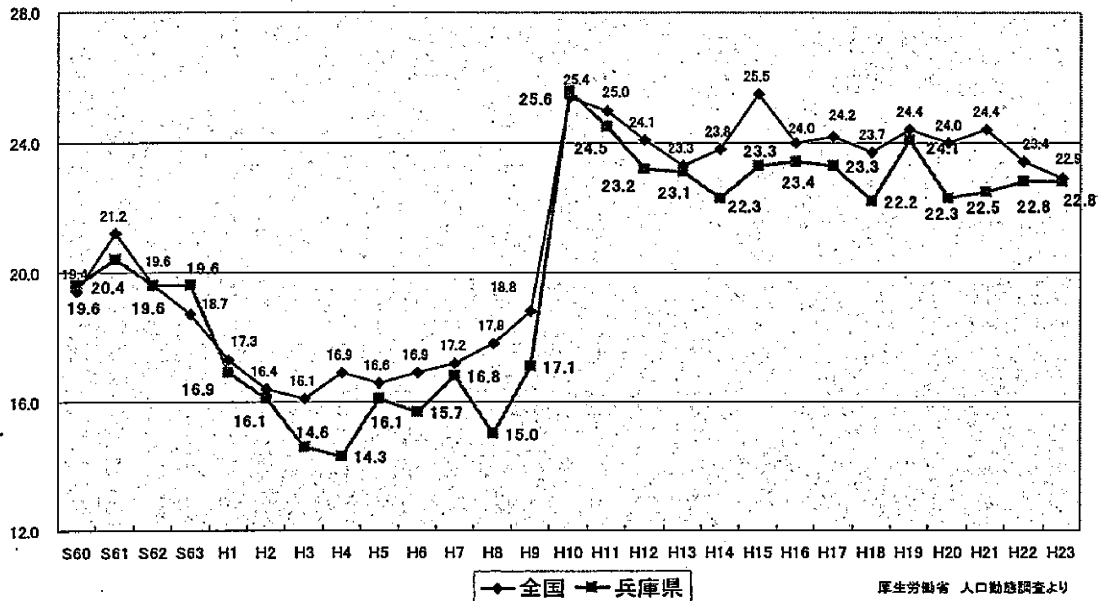
- 本県の自殺者数は、平成10年に1,452人に急増し、その後、1,300人前後で推移している。

兵庫県・全国の自殺者数推移（警察統計）



- 県内の人口10万人あたりの自殺死亡率は、平成元年以降、ほとんどの年次において、全国をやや下回る水準で推移している。

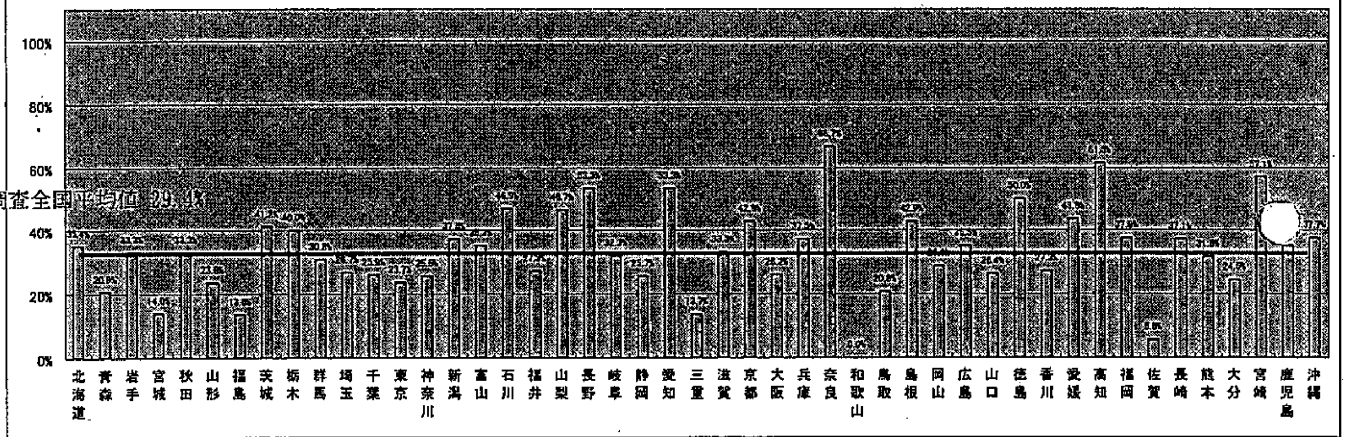
自殺死亡率の推移（人口動態）



- 県内の認知症新規入院患者2ヶ月以内退院率は、37.5%であり、全国平均よりも高い状況である。

認知症新規入院患者2ヶ月以内退院率（精神保健福祉資料）

平成22年度調査全国平均値 39.0%



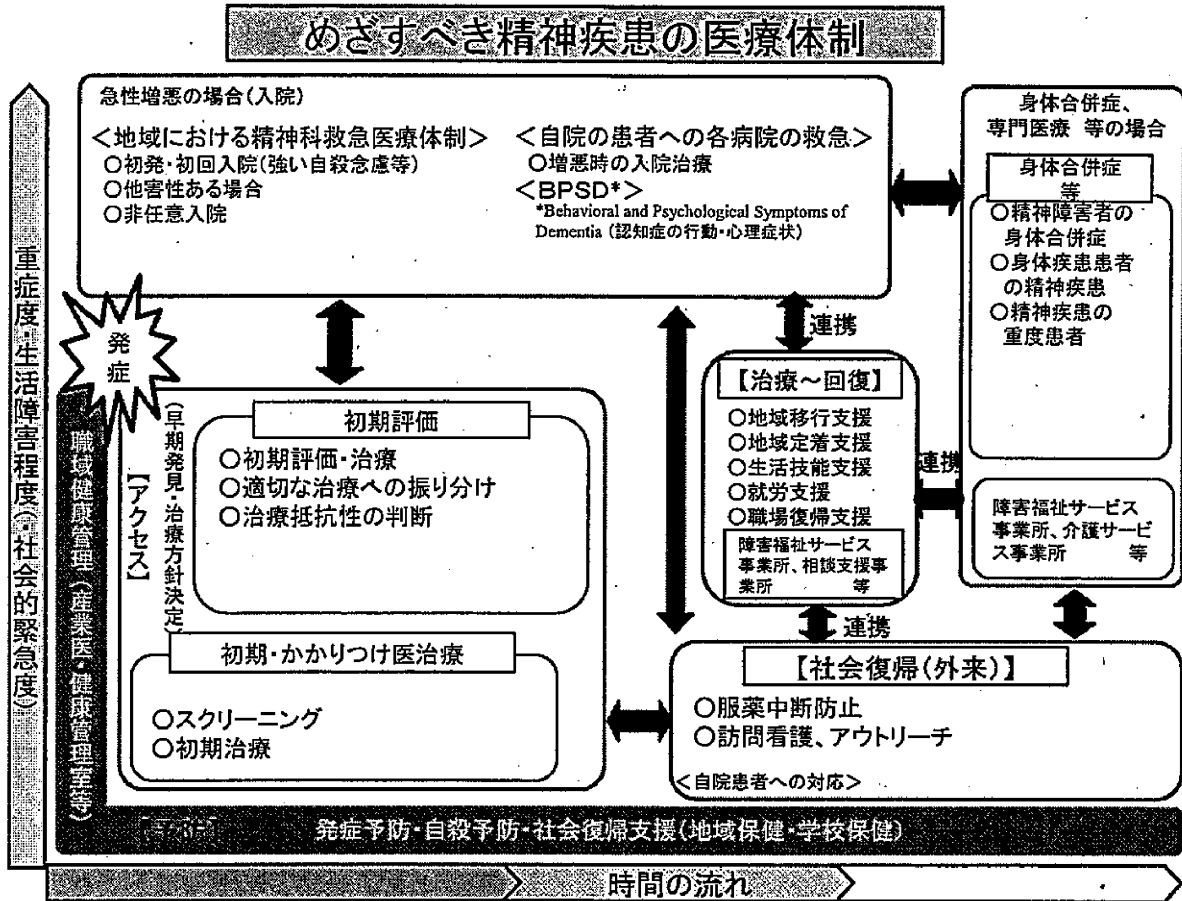
【課題】

- (1) 精神保健福祉施策を推進するための精神障害に対する正しい知識の普及とともに、自殺予防を推進する上でうつ、ストレス、不眠等のこころの健康問題に対する正しい知識の普及啓発が不可欠である。
- (2) 多くの精神障害者が長期的に入院することなく、地域で医療を受けつつ生活ができるように身近な地域でデイケア、訪問看護等を受けることのできる医療体制の充実が求められている。

- (3) 精神科初期救急医療体制の対応時間や場所が限られており、その拡充が求められている。
- (4) 一般科（身体科）救急医療と精神科救急医療の連携がシステムとして機能するように体制をさらに充実させていく必要がある。
- (5) 身体合併症、児童・思春期、アルコール・薬物依存等、専門的な精神科医療を提供する医療機関の数が少なく、充実が求められている。
- (6) 精神障害者への医療の提供、うつの早期発見等については、多職種によるチームアプローチが重要であることから、地域の保健、医療、福祉、教育等の関係者の意識向上及び研修を行う必要がある。
- (7) うつ病の正確な診断にあたっては、専門医の診断と助言により、適切な治療と良好経過につながることも多いことから、関係機関の連携体制を構築する必要がある。
- (8) 発達障害に対する更なる理解を促進するとともに、より身近なところで相談や支援が受けられる体制作りが必要である。
- (9) 乳幼児期に発達障害と診断された子どもの小学校や中学校へ進学後のフォロー（保健・福祉から教育へのつなぎ）、中学校から高等学校へのつなぎ（教育の中でのつなぎ）、高等学校卒業後の就労支援（教育から福祉へのつなぎ）など、それぞれの段階での発達障害児への一貫した支援体制の構築が必要である。
- (10) 認知症に対する連携体制の構築のため、以下の取組が必要である。
 - ア 認知症の発症リスクの周知や認知症予防教室の開催等、認知症予防、早期発見、早期治療の推進
 - イ 認知症地域連携クリティカルパスの検討や一般病院と精神科病院との連携等、認知症疾患医療センターを中心とした医療連携システムの構築
 - ウ 徘徊 SOS ネットワークの推進や医療・介護の連携、関係機関や住民組織等のネットワークの構築
 - エ 認知症介護実践指導者の養成や活動推進等、認知症ケア人材の育成の推進
 - オ 若年性認知症の実態の把握及び県民、企業等の理解の促進とともに、就労継続支援や各種相談に応じる体制の整備
 - カ 認知症の人が地域で生活していくための認知症対応高齢者グループホームや特別養護老人ホーム等の整備
- (11) 自殺の要因については、社会的に様々な要因等が複雑に関与していることから、関係機関の幅広い連携による相談窓口等を周知する必要がある。
- (12) 地域移行については、法律上の個別給付である「地域移行支援・地域定着支援」制度の利用やピアサポーターの活用、グループホーム等の受け皿の整備等によりさらに促進していくことが必要である。
- (13) 災害や事件、事故、児童虐待、DV等に関するトラウマやPTSDなど、こころのケアが問題となっている。これらこころのケアの担い手の拡大は重要な課題であり、市町をはじめとする身近な地域における支援者数の確保や資質の向上が必要である。
- (14) 心神喪失者等医療観察法に基づく指定入院医療機関の県内での整備に係る検討が求められている。

【国の指針に基づく新たな医療連携体制の構築】

(1) 国が平成 24 年 3 月に示した「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」に基づき、以下の点を踏まえた体制を構築する。



<機能類型ごとの目標及び医療機能>

予防・アクセス

精神疾患の発症を予防し、精神疾患が疑われる患者が、発症してから精神科医に受診できるまでの期間をできるだけ短縮する。また、精神科を標榜する医療機関と地域の保健医療サービス等との連携を行う。

そのためには、医療機関が

- ア 住民の精神的健康の増進のための普及啓発、一次予防に協力する
- イ 保健所、精神保健福祉センター等地域保健や産業保健の関係機関と連携する
- ウ 精神科医との連携を推進する〔GP(内科等身体疾患を担当する科と精神科)連携 ※への参画等〕

※ GP 連携の例：地域レベルでの定期的な連絡会議（内科等身体疾患を担当する科の医師でうつ病患者を発見したときの日常的な連携体制の構築、ケーススタディ等）の開催、精神科医への紹介システムの導入等

エ かかりつけの医師等の対応力向上のための研修等に参加する
といった機能が求められる。

治療・回復・社会復帰

患者の状態に応じた精神科医療を提供し、早期の退院に向けて病状が安定するための退院支援を提供する。また患者が安定し、社会に適応して、地域生活を継続できるような体制を整える。

そのためには、

- ア 患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療、訪問診療、アウトリーチ等を含む。）を提供すること
 - イ 精神症状悪化時等の対応体制や連絡体制を確保すること
 - ウ 他の医療機関や地域保健関連機関あるいは相談支援事業者等との連携により、患者の地域生活を支援すること
- といった機能が求められる。

精神科救急・身体合併症

24 時間 365 日、精神科救急医療を提供するとともに、身体合併症を有する精神疾患患者に適切な医療を提供できることが重要である。

そのためには、

- ア 精神科病院及び精神科診療所は、継続的に診療している自院の患者・家族や精神科救急情報センター等からの問い合わせ等については、地域での連携により夜間・休日にも対応できる体制を有すること
 - イ 身体疾患（腎不全、歯科疾患等）を合併した患者に対応する医療機関については、身体疾患と精神疾患の両方について適切に診断できる（一般の医療機関と精神科医療機関とが連携できる）こと
 - ウ 地域の医療機関や、介護・福祉サービス、行政機関等と連携できること
- といった機能が求められる。

専門医療

児童精神医療（思春期、発達障害を含む）、アルコールやその他の薬物などの依存症、てんかん等の専門的な精神科医療を提供できる体制を確保する。

また、近年社会的に問題となっているうつ病に対しては、発症してから精神科医に受診するまでの期間をできるだけ短縮するとともに、うつ病の正確な診断ができ、うつ病の状態に応じた医療を提供することが必要である。関係機関が連携して、社会復帰（就職、復職等）に向けた支援を提供する体制を確保する。

そのためには

- ア 児童精神科医療（思春期、発達障害を含む）、アルコールやその他薬物などの依存症、てんかんなどの専門的な精神科医療について正確な診断ができ、適切な医

療を提供できること

イ 非薬物療法として、認知行動療法、認知療法、行動療法、SST（生活技能訓練）、グループ療法、家族療法、デイケア、リワーク、ES（電気ショック療法）、臨床心理士によるカウンセリング、医師による時間をかけた精神療法（30分以上）が行えていること

ウ うつ病の早期発見、患者の状態に応じた医療を提供できるよう医療従事者を対象にした研修を実施する他、かかりつけ医と精神科医の連携体制の推進を図ること

(ア) 一般の医療機関においては、

- a うつ病の可能性について判断できること
- b 適切に相談あるいは紹介できる専門医療機関と連携していること

(イ) うつ病の診療を担当する精神科医療機関においては

- a うつ病（気分障害）の下位分類が正確にでき、またうつ状態を伴う他の疾患について鑑別診断できること
- b うつ病以外の精神障害や身体疾患の合併などを多面的に評価し、必要に応じて他の専門機関と連携できること

といった機能が求められる。

認知症

認知症疾患医療センターを二次医療圏域に1ヶ所整備するとともに、地域のかかりつけ医となる診療所や病院との連携を確保するとともに、認知症の行動・心理症状で入院が必要な場合でも、できる限り短い期間での退院を目指す。

そのためには、

ア 認知症疾患医療センターにおいては、

- (ア) 圏域の認知症医療の中核として鑑別診断、周辺症状と身体合併症に対する急性期治療等専門的医療を実施する。
- (イ) 認知症にかかる専門相談や、地域におけるケア体制構築に向けた連携会議や研修等を実施する。

イ 認知症のかかりつけ医となる診療所・病院においては、

- (ア) 地域包括支援センターや介護支援専門員等と連携して、認知症の人の日常的な診療を行うとともに、必要に応じて認知症疾患医療センター等の専門医療機関を紹介する。
- (イ) 専門医療機関と連携して、認知症の治療計画や介護サービス、緊急時の対応等が記載された認知症療養計画に基づき患者やその家族等に療養方針を説明し、療養支援を行う。

ウ 入院医療機関においては、

入院医療機関は、認知症疾患医療センター、診療所、訪問看護事業所、地域包括支援センター、介護サービス事業所等と連携し、退院支援・地域連携クリティカルパスの活用等により、退院後に必要な介護サービス等が提供で

きるよう退院支援に努める。
といった機能が求められる。

(2) 精神疾患圏域の設定（県）

医療機能を有する医療機関の分布実態等を踏まえ、精神疾患については2次保健医療圏域の区域で医療連携を進める。

(3) 医療機能を有する医療機関の公表（県）

上記で設定した医療機能類型に求められる機能を有する医療機関として、一定の条件により選定した個別病院名を公表する。

【推進方策】

(1) 保健対策

ア 精神保健福祉思想の普及啓発

(7) こころの健康の保持・増進、精神障害者に対する偏見是正など、正しい精神保健福祉思想について、健康教育、研修会や講演会の開催、ピアサポーターの活用、リーフレット配付等により普及啓発を推進するとともに学校教育を充実させる。（県、市町、学校、関係団体）

(1) 精神障害者の地域生活支援の担い手としてのボランティアや、家族会、患者会等自助グループの育成を行う。（県、市町、関係団体）

イ 地域精神保健福祉相談体制の充実

(7) 住民に身近な市町や健康福祉事務所等で実施している精神保健福祉相談など、相談しやすい窓口の体制を整備し、精神保健福祉センターやこころのケアセンターなどの専門相談窓口との円滑な連携を進める。（県・市町・関係団体）

(1) 地域協議会の設置や事例検討会の開催等により、各相談機関が警察、学校、職域等の関係機関と緊密に連携できる体制を整備する。（県・市町・警察等）

ウ 精神保健・医療・福祉等に携わる人材の養成

(7) うつの早期発見・早期治療につなげられるよう、こころのケア相談に携わる関係者のための研修会やケースカンファレンスの開催等を行う。（県、関係団体）

(1) 精神障害者の安定した地域生活を支えるため、相談支援事業所、訪問看護ステーションなどの支援関係者がそれぞれの役割を果たせるよう研修会を実施する。（県、市町、関係団体）

エ 自殺予防対策の推進

(7) 自殺対策連絡協議会を中核とする関係機関のネットワークの構築を図る。（県、市町、関係団体）

(1) うつ病や統合失調症、アルコール依存症等と自殺との関連を正しく理解するとともに、精神疾患に対する偏見を無くすための啓発を実施する。（県、市町、学校、職域）

(7) 自殺ハイリスク者の早期発見、早期対応を図るため、自殺関連に関する正しい知識を普及し、自殺の危険を示すサインに気付き、声をかけ、専門家に繋ぎ見守るゲ

ートキーパー等を養成する。(県、市町、関係団体)

- (E) 相談窓口の少ない夜間、休日の相談を受けるいのちとこころのサポートダイヤルを開設し、いのちの電話と併せた電話相談24時間体制を構築するほか、多重債務や雇用問題などの社会的要因に関する相談に対し、関係団体と連携した相談体制を構築する。(県、民間団体)

オ 発達障害児(者)支援体制の充実(県、市町、学校、関係機関等)

- (7) 発達障害についての理解を促進するため、様々な媒体を介した普及啓発を行うとともに、啓発シンポジウムを開催する。
- (イ) 発達障害児(者)のより身近なところに位置する市町が一次的に相談に対応できるよう支援体制を強化する。
- (ロ) 乳幼児期から就学、就労へと一貫した支援を行うため、発達障害者サポートファイルの活用を推進する。
- (E) 日常生活場面での障害特性に応じた直接的な支援体制を充実するため、身近な現場で日常生活ルールや作業手順の指導等の支援を行う人材を養成する。
- (ホ) 県立こども発達支援センター、ひょうご発達障害者支援センターや県立特別支援教育センター等の専門機関がそれぞれの役割を果たしつつ、支援のための連携を進める。

カ 認知症支援体制の整備

- (7) 認知症予防のための普及啓発と認知症早期発見を推進する。(県、市町)
- (イ) 認知症サポート医の養成やかかりつけ医対応力向上研修等を実施する。(県、関係団体)
- (ロ) 認知症高齢者とその家族を支える平時の見守りや徘徊SOSネットワーク等の構築、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等認知症支援機関の連携体制の強化を図る。(県、市町、医療機関、関係団体)
- (E) 認知症見守りや認知症介護等認知症ケア人材を養成する。(県、市町)
- (ホ) 若年性認知症に対する理解・普及啓発ならびに若年性認知症専門アドバイザーによる就労支援など若年性認知症支援体制の整備を図る。(県、市町、関係団体、職域)
- (ハ) 認知症グループホームや特別養護老人ホーム等の整備を推進する。
- (ニ) 認知症の人や家族に対して、適切な情報や知識を得る機会を提供するとともに、認知症の人や家族が、同じ立場で共感しながら支え合えるようピアサポートの推進を図る。(県、市町、医療機関、関係団体)

キ 地域移行・地域定着を含む地域生活支援の推進(市町、県、医療機関、相談支援事業所等)

- (7) 精神科病院や市町等と連携し、法律上の個別給付である「地域移行支援・地域定着支援」の浸透・活用を図る。
- (イ) 圏域ごとに地域移行に関する協議会を開催し、地域における関係機関のネットワークの構築を進める。
- (ロ) 自らの経験に基づき、当事者と同じ目線で共感や安心感を与えることのできるピアサポーターを養成する。
- (E) 地域での自立した生活が可能となるように、公営住宅のマッチングや整備費の

補助等によりグループホーム等の受け皿整備を推進する。

(2) 医療対策

ア 精神科病院における専門医療の確保（県、医療機関等）

(ア) 大学病院や県立光風病院等の児童思春期外来において、幼児期から思春期にかけて生じた精神疾患や、不登校、家庭内暴力、虐待、摂食障害、引きこもり等に対応するため、他機関との連携をさらに推進させる。また、県立光風病院児童思春期病棟での作業療法やレクリエーション等を通して、同世代の仲間と接することにより心身の健康を取り戻し、家庭や学校、地域での生活が送れるように体制を整備する。

(イ) アルコール・薬物依存の専門治療を行う病棟の整備に向け検討を進めるとともに、正しい知識の普及啓発、継続的治療のための支援、医療保健従事者への研修、自助グループへの支援等を推進する。

(ロ) 身体合併症（専門的治療を要する疾患、歯科疾患等）を有する患者の治療を行う医療体制の整備を図るため、公的病院をはじめとした総合病院における身体合併症に対応する病床確保等のシステムについて検討を進めるとともに、一般科医師、歯科医師と精神科医師の連携による協力体制を強化する。

イ 地域の精神科医療の充実（県、医療機関等）

(ア) 精神障害者が安定した社会生活を送れるよう、地域の精神科医師による往診や訪問診療を進めるとともに、精神科医師と訪問看護事業所や介護サービス事業所等との連携を図る。

(イ) 地域精神科医療のさらなる充実を図るため、デイケア、訪問看護等従事者に対する研修を実施する。

ウ 精神科救急医療システムの充実

(ア) 精神科救急医療システムの円滑な運用のため、関係機関の連携強化を図る。（県、神戸市、医療機関、警察消防等）

(イ) 一般科救急・精神科救急連絡会議を開催するとともに研修を実施し、一般医における精神疾患の理解を深めることにより、一般科（身体科）救急医療との連携体制の構築を図る。（県、神戸市、医療機関等）

(ロ) 自殺企図者や身体合併症に対応する病院の病床確保等のシステム整備について検討を進める。（県、神戸市、医療機関等）

(ハ) 精神科初期救急医療体制について開設時間の延長など、更なる拡充を図る。（県、神戸市、医療機関等）

エ かかりつけ医の対応力向上（県）

かかりつけ医がうつ病や認知症について早期発見・早期対応できるよう、かかりつけ医対応力向上研修をさらに充実させる。

オ うつ病の早期発見（県、市町）

早期にうつ病を発見し、適切な医療に繋ぐために、特定健診、健康相談等でのうつチェックシート活用を促進する。（県、市町）

カ うつ病・自殺未遂者等の連携体制整備（県、医療機関等）

(7) うつ病については、地域単位で、G-Pネット等の医療連携や、医療・地域・職域等各分野での連携を推進する。

(1) 救急医療機関に搬送された自殺未遂者の再度の自殺企図を防止するため、背景に抱える経済問題、家族問題等に総合的に対応できるよう、健康福祉事務所等と連携して支援する体制を構築する。

キ 発達障害児（者）医療等支援体制の充実

(7) 県立光風病院や地域の精神科医師等による発達障害児（者）への早期の診断・診療を推進し、適切な医療の提供を図る。

(1) 県立こども発達支援センターでの診断、診療、療育を進めるとともに、センターと他の医療機関との発達障害児（者）支援ネットワークを構築する。

ク 認知症の連携体制整備

(7) 地域包括支援センター2か所程度の圏域に1人の認知症サポート医が配置できるよう、平成25年度末までに80名の養成を行う。（県、医療機関）

(1) 認知症疾患医療センターの他に認知症対応医療機関（仮称）を登録し、周知することにより、①地域のかかりつけ医での早期受診、②認知症対応医療機関（仮称）や認知症疾患医療センターによる適切な診断・医療提供、③地域のかかりつけ医での診療を切れ目なく対応できる体制を構築する。（県、市町、医療機関、関係団体）

(9) 認知症の行動・心理症状に係る治療や入退院の調整が行えるよう、認知症疾患医療センターと圏域の精神科の医療機関のネットワークの構築を推進する。（県、市町、医療機関）

(1) 認知症医療介護連携パスを検討し、医療連携及び地域包括支援センターをはじめとする介護サービスとの医療介護連携体制を構築する。（県、市町、医療機関、関係団体）

ケ 災害時等におけるこころのケア支援者登録制度の創設（県、関係機関等）

(7) 災害時に備え、こころのケア対応マニュアルを整備する。

(1) 災害時のこころのケア活動従事者のための研修を実施するとともに、大規模災害時等に被災地において活動するための「兵庫県こころのケアチーム登録制度」を創設する。

コ 心神喪失者等医療観察法に基づく指定入院医療機関の整備（県）

先行する他の都道府県の国立病院等の運営状況を勘案しながら、整備の必要性等を検討する。

【目標】

目標	現状値	目標値 (達成年度)
平均在院日数を 62.8 日短縮させる。	322.8 日 (平成 23 年度)	260 日 (平成 29 年度)

目標	現状値	目標値 (達成年度)
1 年未満入院者の退院率を 2%増加させる	799 人/月【69.8%】 (平成 20 年度)	815 人/月【71.2%】 (平成 26 年度)
1 年以上入院者の退院率を 26%増加させる	127 人/月【20.1%】 (平成 20 年度)	160 人/月【25.4%】 (平成 26 年度)
グループホーム等新規整備数を 1,106 人分確保する。	1,744 人 (平成 23 年度)	2,850 人 (平成 26 年度)
※ 第 3 期兵庫県障害福祉計画と同水準としているが、第 4 期の策定期間に合わせて見直すこととする。		

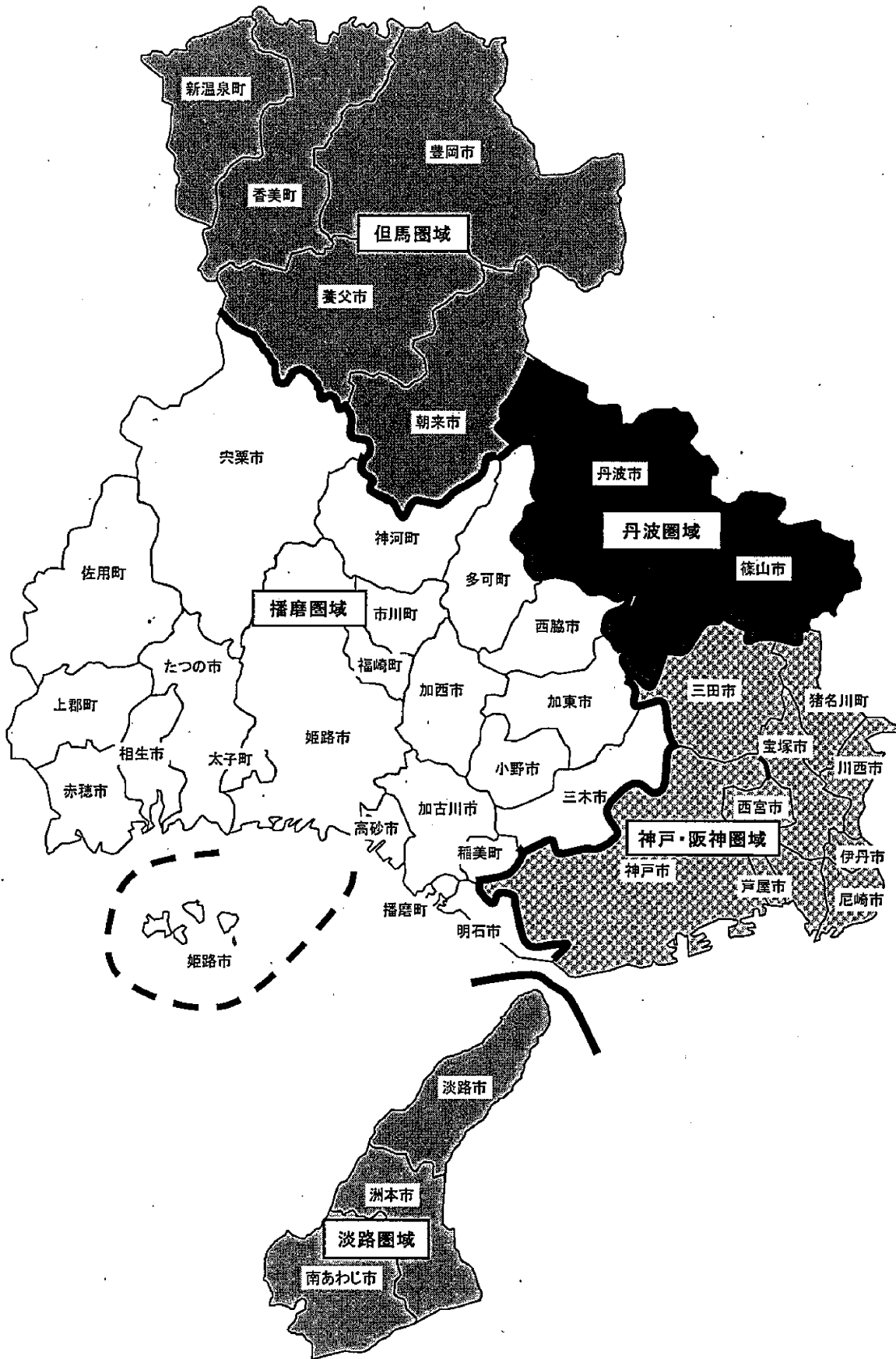
目標	現状値	目標値 (達成年度)
3 ヶ月以内再入院率を 14.9%以下にする。	18.8% (平成 23 年度)	14.9% (平成 29 年度)

目標	現状値	目標値 (達成年度)
自殺死亡者を 1000 人以下に減少させる。	1,303 人 (平成 23 年)	1,000 人以下 (平成 28 年)

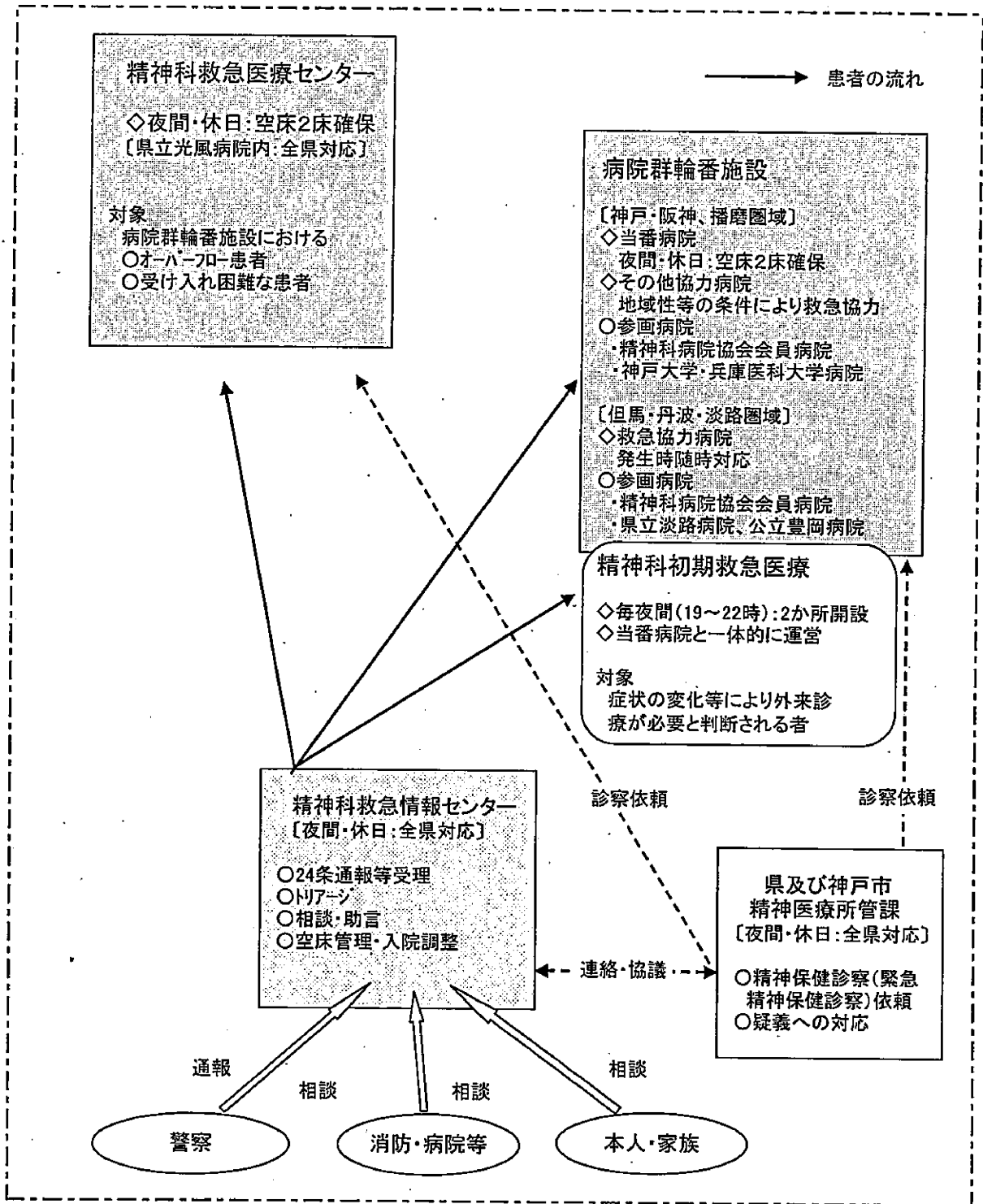
目標	現状値	目標値 (達成年度)
認知症新規入院患者 2 ヶ月以内退院率を 50%以上にする。	37.5% (平成 22 年度)	50% (平成 32 年度)

目標	現状値	目標値 (達成年度)
認知症高齢者グループホーム定員枠を 6,391 人整備する。	5,290 人 (平成 24 年 4 月 1 日)	6,391 人 (平成 26 年)
特別養護老人ホーム定員枠を 24,548 床整備する。	21,711 人 (平成 24 年 4 月 1 日)	24,548 床 (平成 26 年度)
介護老人保健施設定員枠を 14,883 床整備する。	14,325 床 (平成 24 年 4 月 1 日)	14,883 床 (平成 26 年度)
※ 兵庫県老人福祉計画 (第 5 期介護保険事業支援計画) と同水準としているが、第 6 期の策定期間に合わせて見直すこととする。		

精神科救急医療圏域図



精神科救急医療システム(夜間・休日)概念図



1 精神病床を有する医療機関の状況 (H24. 7. 1 現在)

圏域	病院名	指定	応急	特例	特定	救急
阪神南	有馬病院	○	○	○	○	○
	仁明会病院赤い羽根療園	○	○	○	○	○
	兵庫医科大学病院	○				○
阪神北	伊丹天神川病院	○	○			○
	自衛隊阪神病院	○				
	あいの病院					
	三田西病院					
	宝塚三田病院	○	○			○
	さくら療育園					
東播磨	明石病院	○	○	○	○	○
	明石土山病院	○	○	○	○	○
	東加古川病院	○	○	○	○	○
	播磨サナトリウム	○	○			○
北播磨	大村病院	○	○	○	○	○
	加茂病院	○	○			○
中播磨	高岡病院	○	○	○	○	○
	仁恵病院	○	○	○	○	○
	播磨大塩病院	○	○			○
	姫路北病院	○	○	○	○	○
西播磨	魚橋病院	○	○	○	○	○
	揖保川病院	○	○			○
	赤穂仁泉病院	○	○			○
但馬	公立豊岡病院	○	○	○	○	○
	但馬病院	○	○			○
	大植病院	○	○			○
丹波	香良病院	○	○			○
淡路	新淡路病院	○	○	○	○	○
	県立淡路病院	○				○
	南淡路病院					

圏域	病院名	指定	応急	特例	特定	救急
神戸	神戸大学医学部附属病院	○	○			○
	湊川病院	○	○			○
	大池病院	○				○
	向陽病院	○	○			○
	有馬高原病院	○	○			○
	アネックス湊川病院					
	県立光風病院	○	○	○		○
	白鷺サナトリウム	○	○			○
	新生病院	○	○			○
	神出病院	○				○
	関西青少年サナトリウム	○	○	○		○
	雄岡病院	○			○	○
	垂水病院	○	○			○

- 指定・・・「指定病院」：都道府県が設置する精神科病院に代わる施設として指定された病院。措置入院の受入に応じる。
 応急・・・「応急入院指定病院」：急速を要し、保護者や扶養義務者の同意を得ることができない場合に、本人の同意がなくとも精神保健指定医の診察により72時間に限り入院させることのできる病院
 特例・・・「特例措置を採る事ができる応急入院指定病院」：緊急その他やむを得ない理由がある場合に、精神保健指定医に代えて特定医師による診察によって、12時間を限り応急入院をさせることのできる病院
 特定・・・「特定指定病院」：緊急その他やむを得ない理由がある場合に、精神保健指定医に代えて特定医師による診察によって、12時間を限り医療保護入院をさせることのできる病院。
 救急・・・「兵庫県精神科救急医療体制参画病院」：夜間・休日における兵庫県精神科救急医療体制に参画している病院。

第6節 かかりつけ医

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

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

【現 状】

- (1) 本県では、かかりつけ医の普及・定着を目指し、平成5年度から各2次保健医療圏において、順次、普及・啓発事業や患者紹介による医療機関相互の連携事業などを実施している。
- (2) かかりつけ医の普及・啓発については、ほとんどの圏域では市町広報誌などが活用されている程度の状況にあるが、前記の連携事業を実施した圏域を中心に、かかりつけ医マップや啓発パンフレットの作成等が行われている。また、かかりつけ医の情報をインターネットで発信する事例もみられるようになっている。
- (3) かかりつけ医のいる県民の割合は、概ね60%～65%程度で推移している。

区分	平成15年	平成18年	平成21年	平成24年
かかりつけ医のいる人の割合	63.4%	60.2%	60.9%	65.1%

(「美しい兵庫指標」県民アンケート)

【課 題】

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

【推進方策】

(1) かかりつけ医の普及促進（医療関係団体、市町、県民）

かかりつけ医の定着を図るため、市町広報誌の活用やかかりつけ医マップの作成、さらにはインターネットによる情報発信など積極的な広報に努める。

(2) かかりつけ医の機能強化（医療関係団体、県、市町、）

研修会などの開催により、かかりつけ医の機能を強化する。

(3) かかりつけ医の支援体制の整備（県、市町、医療関係団体）

かかりつけ医を支援する地域医療支援病院の指定を含め、地域医療支援機能を持つ医療機関を各2次保健医療圏域に原則として1か所確保する。

また、かかりつけ医の支援体制の確保のため、地域医療連携室の設置や診療機能のオープン化などを推進する。

【目 標】

目 標	現 状 値	目 標 値 (達 成 年 度)
かかりつけ医のいる人の割合	65.1% (H24)	70% (H30)
地域医療支援病院を各2次保健医療圏域に1ヶ所確保 (再掲)	7 圏域 (H24)	10 圏域 (H29)

第7節 在宅医療

がん、脳卒中をはじめとした生活習慣病の増加等、疾病構造の変化や高齢化の進展や国が進める医療構造改革等により、在宅医療の必要性は増加し、また多様化している。平成20年の「終末期医療に関する調査」によると60%以上の国民が可能な限り自宅での療養を望んでいるなど在宅医療への志向も強い上に、在宅医療技術の向上や各種在宅医療サービスの制度化などにより、従来は在宅医療が困難であった患者の中にも在宅医療が可能なケースが増加してきている。しかし、患者が望むその人らしい在宅療養生活を送るためには、急性期での適切な入院医療から、回復期や在宅における医療への円滑な移行のほか、多様な地域資源との協働が必要である。

また、平成18年4月の診療報酬改定においては、24時間体制で訪問診療を行う体制を有する在宅療養支援診療所の制度が、また、平成20年4月には在宅療養病院の制度が創設されるなど、在宅医療体制の充実に向けての報酬上の取り組みが図られている。

在宅療養者が住み慣れた環境で生きがいを感じながら療養生活を送れるよう、また、望む人は自宅での看取りも選択できるよう、患者のニーズに応えられる在宅医療のための基盤整備を推進することにより、患者のQOLの向上を図る。

【現 状】

(1) 平成22年10月1日現在における本県の65歳以上の高齢者人口は、1,281千人であるのに対し、本県ビジョン課の推計によると、平成37年には1.3倍の1,645千人に増加する見込みである。

また、本県の何らかの介護・支援が必要な認知症高齢者数について、県将来推計人口と厚生労働省の平成22年要介護認定データを基に推計すると、平成22年は122千人であるのに対し、平成37年には211千人へほぼ倍増すると見込まれている。

(2) 平成20年10月の患者調査（厚生労働省）によれば、県内において往診や訪問診療などの在宅医療を受けた推計患者数は、6,200人（一日断面）であり、その8割近くは75歳以上の高齢者である。

(3) 医師（歯科医師）による訪問診療や在宅療養指導管理のほか、看護師による訪問看護や理学療法士・作業療法士らによる訪問リハビリ、薬剤師による訪問薬剤管理指導等各職種の医療従事者による在宅サービスが制度化されているが、必ずしも患者が満足できる効果的な多職種連携は十分とはいえない状況である。

(4) 県内の病院で、訪問診療を実施しているのは111病院（32.4%）、訪問看護を実施しているのは80病院（23.3%）であり、十分ではない。また、県内の病院で急変時に入院受入が可能な病院は120病院であるが、（平成23年兵庫県医療施設実態調査）今後さらに受け入れ体制及び他の医療機関からの入院依頼に対する支援拡充が求められる。

<訪問診療・看護実施病院の割合が高い圏域>

訪問診療：但馬（58.3%）、西播磨（48.0%）、淡路（41.7%）

訪問看護：淡路（50.0%）、丹波（50.0%）、但馬（41.7%）

(5) 「24時間体制」や「診療を交替する医師がいないこと」で末期患者への対応を負担に感じている診療所が多く、また、訪問看護ステーションにおいても夜間対応・緊急対応ができる人員の確保が課題との調査結果がある。（平成19年2月兵庫県医師会「在

宅ターミナルケアに関する調査」、平成19年2月兵庫県看護協会「兵庫県下の訪問看護ステーションと病院の継続看護における連携の実態調査」)

<在宅療養支援病院>

兵庫県内 33 施設 (H24.1)

圏域名	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	合計
設置数	11	5	1	1	3	6	1	0	2	3	33

<在宅療養支援診療所>

兵庫県内 762 施設 (H24.1)

圏域名	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	合計
設置数	261	163	84	74	35	50	19	36	9	31	762

<在宅療養支援歯科診療所>

兵庫県内 239 施設 (H24.1)

圏域名	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	合計
設置数	51	20	51	35	10	29	19	6	12	6	239

<在宅訪問患者薬剤指導実施薬局>

兵庫県内 1,918 施設 (H24.1)

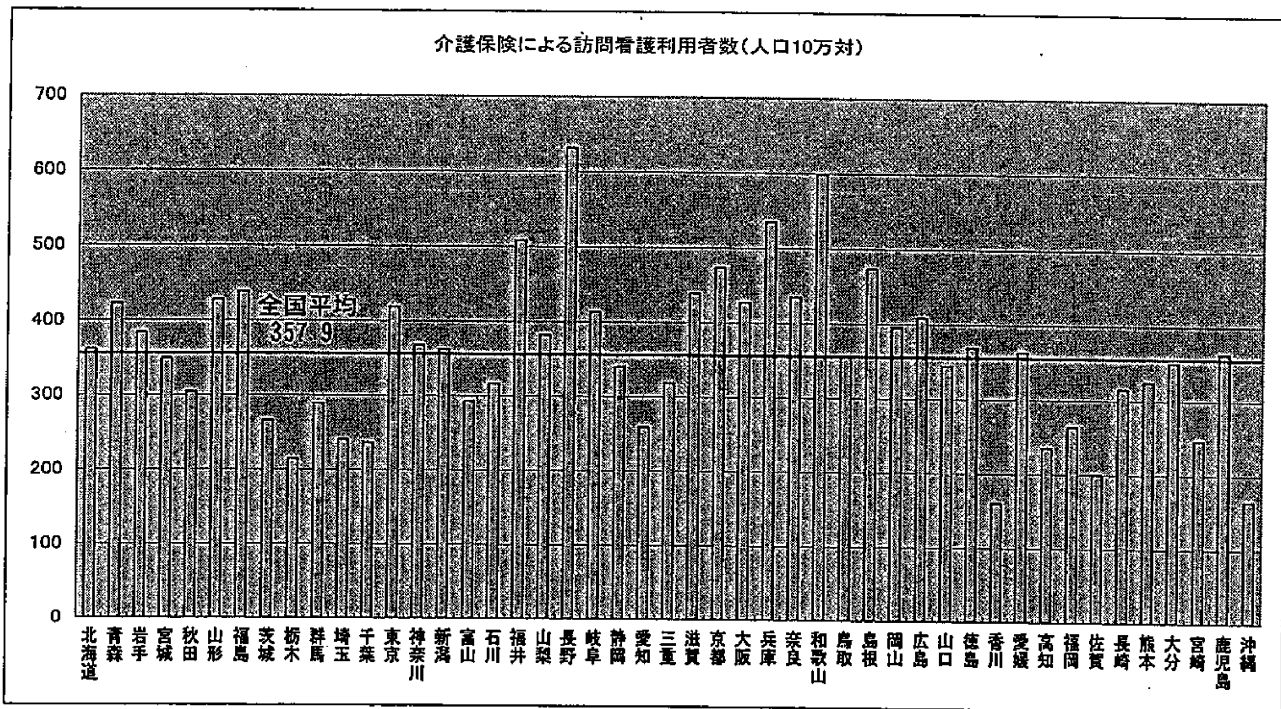
圏域名	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	合計
設置数	587	364	204	245	110	181	72	62	41	52	1,918

《主な指標》

- 在宅療養支援診療所は、県内 762 施設で計 942 床である。人口 10 万対では施設数は 13.6 施設で全国平均を上回る一方、病床数は 16.9 床で全国平均を下回っている。
- 在宅療養支援病院は、県内 33 施設で計 4,038 床である。人口 10 万対では施設数は 0.6 施設、病床数は 72.3 床で、ともに全国平均を上回っている。
- 在宅歯科診療所は 239 施設、人口 10 万対で 4.3 施設あり、全国平均を上回っている。
- 在宅患者訪問薬剤管理指導の届出施設数は 1,918 施設、人口 10 万対で 34.3 施設あり、全国平均を上回っている。

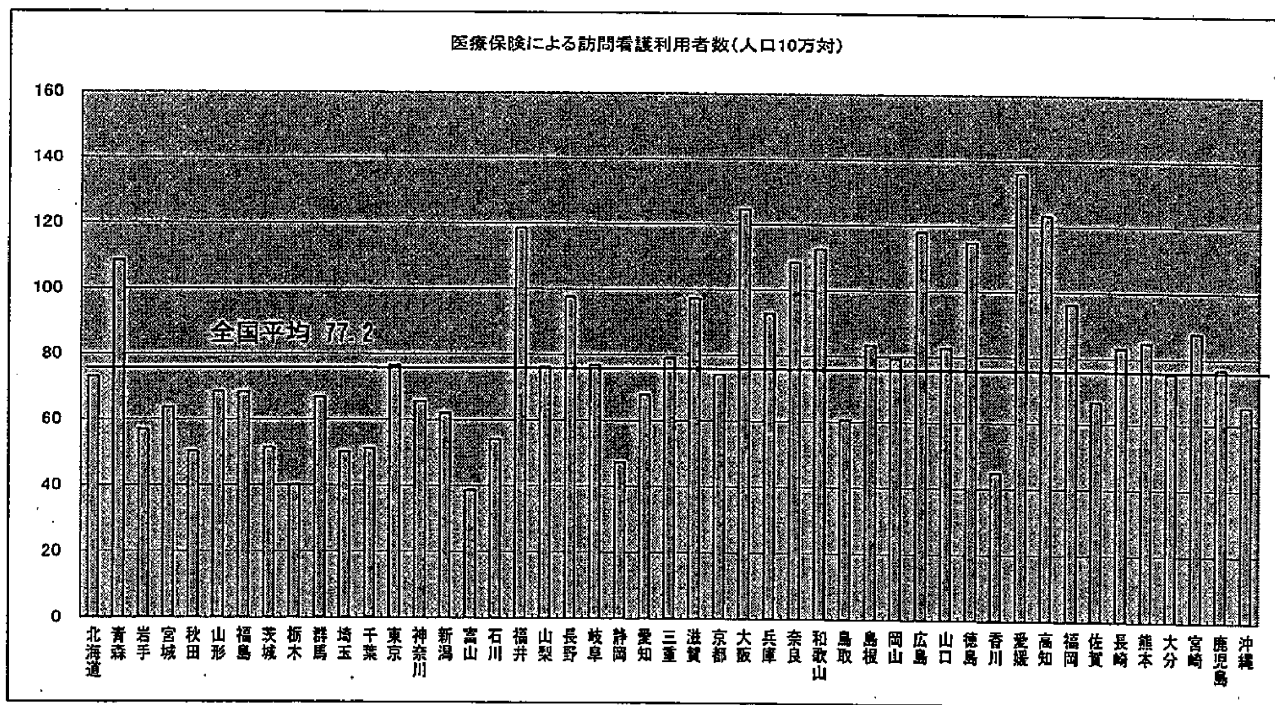
指標名	兵庫県	全国値	出典 (年度)
在宅療養支援診療所数・ 病床数 (人口 10 万対)	診療所数 762 (13.6)	13,012 (10.1)	診療報酬施設基準 (H24.1)
	病床数 942 (16.9)	32,197 (25.0)	
在宅療養支援病院数・病 床数 (人口 10 万対)	病院数 33 (0.6)	481 (0.4)	診療報酬施設基準 (H24.1)
	病床数 4,038 (72.3)	49,398 (38.4)	
在宅療養支援歯科診療所 数 (人口 10 万対)	239 (4.3)	4,056 (3.2)	診療報酬施設基準 (H24.1)
在宅患者訪問薬剤管理指 導の届出施設数 (人口 10 万対)	1,918 (34.3)	41,455 (32.6)	診療報酬施設基準 (H24.1)

○介護保険による訪問看護利用者数については29.9千人、人口10万人対で535.1人であり、全国平均を上回っている。



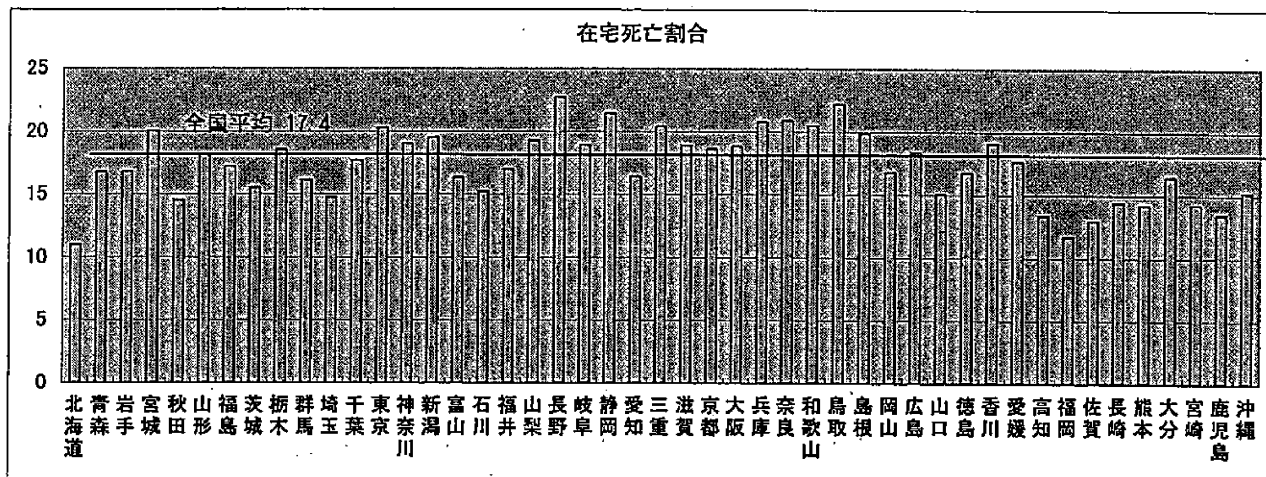
厚生労働省「平成22年度介護給付費実態調査」

○また、医療保険による訪問看護利用者数は5,180人、人口10万対で92.7人であり、全国平均を上回っている。

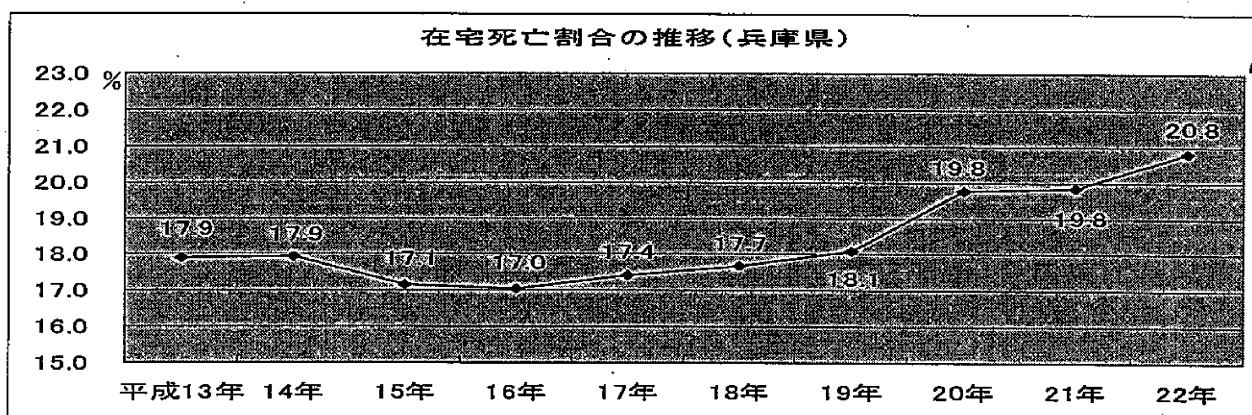


厚生労働省「平成23年度訪問看護療養費調査(保険局医療課による特別集計)」

○在宅死亡割合（全疾患）は20.8%で全国平均を上回っており、近年増加傾向にある。



厚生労働省「平成22年人口動態統計」



厚生労働省「人口動態統計」

【課 題】

- (1) 医師（歯科医師）による在宅医療は訪問診療が中心であるが、現状では、訪問診療を必要とする患者に適切な訪問診療が行われる体制にはなっていない。そこで、訪問診療を行うかかりつけ医（かかりつけ歯科医）の普及・定着及びかかりつけ医（かかりつけ歯科医）を支援する体制の整備が必要である。
- (2) 高齢者の進展に伴い、急速に増加が見込まれる認知症患者について、早期の診断や、周辺症状への対応を含む治療等を受けられ、できる限り住み慣れた地域で生活を継続するための体制の整備が求められている。
- (3) 疾病や障害を抱えながらも自宅や住み慣れた地域で生活をする小児や若年層の在宅療養者が増加していることから、それぞれの疾患の特徴に応じた在宅医療の体制の整備が必要である。
- (4) 在宅医療を定着させるため、在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション等の整備を図りながら、24時間医療が提供可能な体制の確保が必要である。
- (5) 在宅医療に係る適正な医薬品の使用を推進し、質の高い在宅医療を継続していくためには、薬局が積極的に在宅医療に参画することが必要である。
- (6) 入院患者が退院する際には、直ちに必要な在宅医療を提供することが重要であり、また、在宅療養者も症状が悪化した時には緊急入院先の病床確保が必要であることか

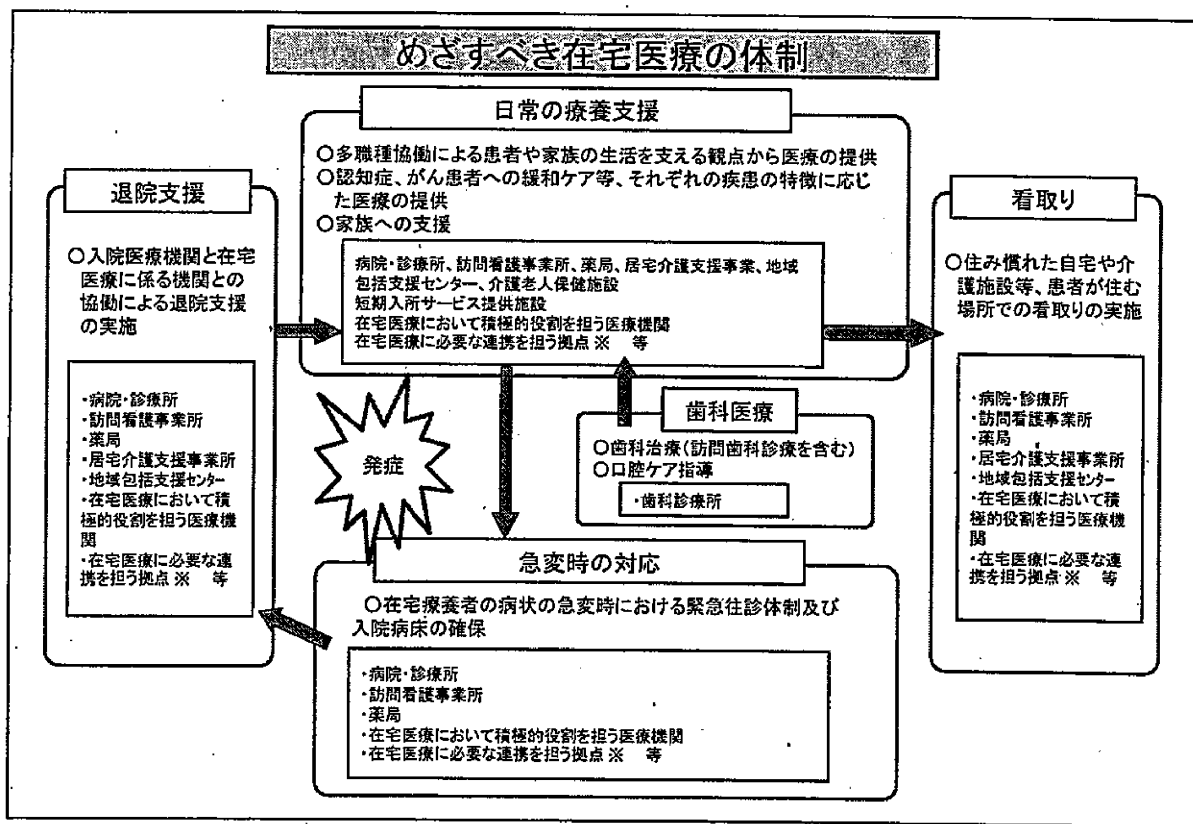
ら、入院医療、在宅医療相互の円滑な移行の確保のために必要な対策が求められている。

- (7) 在宅医療を必要とする県民が、住み慣れた地域で安心して療養生活を送るためには、多職種協働の地域連携体制が必要である。
- (8) 疾病構造の変化や高齢化等により在宅医療のニーズが高まり、また多様化する中、在宅医療を担う人材育成及び普及啓発を進めることが求められている。
- (9) 医師・看護師・薬剤師・介護支援専門員・訪問介護員等、医療福祉従事者等在宅医療に携わる者に対する学習機会を提供する必要がある。
- (10) 在宅ターミナルケアに関する知識の県民への普及及び在宅での看取りに関する理解促進が必要であるほか、患者・家族を様々な面から支援するボランティアやNPOなどの参画が必要である。
- (11) 地域社会を支える活動の基礎である家族同士や地域のつながりを深め、在宅療養患者の自宅や住み慣れた地域での生活を支える仕組みが必要である。

○ターミナルケア：終末期医療。積極的な治療が有効でなくなった末期がん患者らに対して、患者の生活の質(QOL)の向上を重視した医療を中心としたケア

【国の指針に基づく新たな医療連携体制の構築】

国が平成24年3月に示した「在宅医療の体制構築に係る指針」に基づき、以下の点を踏まえた体制を構築する。



※ 在宅医療において必要な連携を担う拠点とは、在宅医療を専門に取り扱う医療機関だけでなく、郡市区医師会等を中心とした在宅医療連携を担う拠点を指す。

<機能類型ごとの目標及び医療機能>

退院支援

入院医療機関と、在宅医療に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保する。

(入院医療機関として求められる機能)

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

(在宅医療に係る医療機関として求められる機能)

- i) 在宅療養者のニーズに応じて医療や介護を包括的に提供できるよう調整を実施
- ii) 在宅医療や介護の担当者間における今後の方針や病床に関する情報等の共有及び連携の実施
- iii) 高齢者等の在宅療養者に対し訪問診療とともに、訪問看護、訪問リハビリテーション等について可能な限り対応
- iv) 病院・有床診療所・介護老人保健施設退院（退所）支援担当者に対し、地域の在宅医療及び介護資源に関する情報提供及び在宅療養に関する助言の実施

日常の療養支援

患者の疾患、重症度に応じた医療（緩和ケアを含む）が多職種協働により、できる限り患者が住み慣れた地域で継続的、包括的に提供されることが必要である。

(求められる機能)

- i) 在宅療養者のニーズに応じた医療や介護が提供される体制の確保
- ii) 地域包括支援センターが在宅療養者に関する検討をする会議等に積極的に参加するとともに、関係機関と協働し、在宅療養に必要な医療や介護、家族の負担軽減につながるサービスの適切な紹介を実施
- iii) がんに係る緩和ケア体制や、認知症等、それぞれの疾患の特徴に応じた在宅医療体制の整備
- iv) 災害時の適切な医療を提供するための計画の策定
- v) 医薬品や医療・衛生材料等の供給を円滑に行うための体制の整備
- vi) 身体機能の維持向上のためのリハビリを適切に提供する体制の構築

急変時の対応

在宅療養者の病状急変時に対応できるよう、在宅医療を担う病院・診療所及び入院機能を有する病院・診療所との円滑な連携による診療体制を確保することが必要である。

(求められる機能)

- i) 急変時に求めがあった際に24時間対応が可能な体制の確保（自院で24時間対応が難しい場合、近隣の病院や診療所等との連携により対応可能な体制の確保）

- ii) 在宅医療機関で対応できない場合に、消防機関との搬送の調整、入院医療機関との入院病床の確保等、後方支援についての医師会等関係機関との調整及び連携の実施
- iii) 連携する医療機関が担当する在宅療養者の病状が急変した際の必要に応じた一時受け入れの実施（重症で対応できない場合、他の医療機関と連携する体制の構築）

看取り

住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を確保することが必要である。

（求められる機能）

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

歯科医療

在宅療養患者に対して、訪問診療も含めて、きめ細かな歯科治療や口腔ケア指導等を行い、口腔機能の維持改善を図る。

※ **退院支援**、**日常の療養支援**、**急変時の対応**、**看取り**、**歯科医療**の医療類型を担う医療機関

これらの機能を担う医療機関については、医療法第6条の3の規定に基づく医療機関からの報告により県のホームページの中で情報提供する。

また、各地域の郡市区医師会、歯科医師会等関係者間で連携し、これらの機能を有する医療機関についての県民へ周知や、患者・家族や医療・介護施設等からの相談対応及び情報提供が可能な体制を構築する。

【推進方策】

- (1) **かかりつけ医（かかりつけ歯科医）の支援体制の確立**（県、関係団体、医療機関）
地域におけるかかりつけ医（かかりつけ歯科医）の支援体制を確立するとともに、その必要性について広報し、普及、定着を促進する。併せて、必要な在宅療養者に対する訪問診療の提供を促進する。
- (2) **サービス提供体制の充実**（医療機関、市町）
訪問診療（訪問歯科診療）、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤管理指導等、在宅医療についてのサービス提供体制の充実を図る。
また、災害時においても必要な診療が行えるよう、在宅要援護者を把握するための名簿作成を推進し、在宅医療に係る地域のネットワークづくりを図るとともに、訪問歯科診療に要する診療機器の整備を支援するなど、訪問診療体制を整備する。

がん患者等に対しては、高い無菌性が求められる注射薬や輸液、麻薬などを身近な薬局でも調剤できるよう、地域の中核となる薬局の無菌調剤室の共同利用体制の構築、麻薬小売譲渡制度の活用等により、薬局の在宅医療への参画の推進を図る。

(3) 入院医療・在宅医療相互の円滑な移行促進（県、市町、医療機関）

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

(4) 在宅医療推進協議会の設置（県、関係団体、医療機関）

在宅医療を必要とする県民が、住み慣れた地域で安心して療養生活を送ることができるよう仕組みを構築するため、医師会（かかりつけ医）、歯科医師会、看護協会、薬剤師会等で構成する在宅医療推進協議会を設置・運営する。

在宅医療推進協議会の検討内容

- 在宅医療推進協議会設置による在宅医療の基盤整備と連携課題への対応
 - ・在宅医療の地域ネットワークづくりと支援
 - ・住民本位の在宅医療推進のための普及啓発
 - ・在宅医療を継続して推進するための取り組み支援 等

(5) 在宅医療連携拠点事業との連携（県、関係団体、医療機関）

平成24年度の国の事業として、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築するための在宅医療連携拠点事業が実施されており、当該採択事業者と連携し、在宅医療の普及・啓発を図る。また、当該採択事業者と郡市区医師会を中心とした在宅医療推進事業等との連携により、在宅医療の推進を図る。

(6) 在宅医療を担う人材育成（県、関係団体、医療機関）

医師、歯科医師、看護師、薬剤師等、在宅医療に関わる多職種の医療福祉従事者を対象に指導者（リーダー）養成研修を実施する。

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

(7) 認知症高齢者等への在宅医療提供体制の整備（県、関係団体）

ア 認知症疾患医療センターを中心に、地域のかかりつけ医及び専門医への早期受診、認知症対応医療機関（仮称）による気軽な相談及び適切な診断、医療提供まで切れ目なく対応できるよう、認知症対応医療機関（仮称）の登録制度を検討する。

イ 認知症医療介護連携パスを検討し、医療連携及び地域包括支援センターをはじめとする介護サービスとの医療介護連携体制を構築する。

また、在宅認知症患者の周辺症状に対し、かかりつけ医と介護機関との連携を進める。

ウ 認知症サポート医の養成及びフォローアップ研修や、かかりつけ医対応力向上研修の実施などの充実を図る。

エ 認知症の発症から終末期に至る長期間の様々な看護上の問題に対応し、安全な療養生活環境を提供するため、認知症認定看護師をはじめとした専門人材を育成する。

(8) NPOの参画促進（民間団体・県）

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

(9) 県民への情報提供・相談体制の確立（県、医療機関、関係団体）

家族や家庭同士が支え合いながら、家庭で在宅療養者の介護がスムーズに行えるよう、関係機関と連携して患者・家族の相談に対応できる体制を確保する。

また、関係団体において、医療機関等に関する情報提供を行う。

主な相談窓口

内 容	主な窓口（連絡先はP. に記載）
診療所の情報提供	郡市区医師会
歯科診療所の情報提供	郡市区歯科医師会
訪問看護ステーションの情報提供	兵庫県看護協会

【数値目標】

目標	現状値	目標値（達成年度）
在宅看取り率の増加	21.8%（H23）	23.0%（H29）

第8節 地域リハビリテーションシステム

リハビリを必要とするすべての県民が、適時適切なりハビリを身近な場所で継続的に受けることができるよう、各圏域内で完結するリハビリテーション体制を構築する。

【現 状】

- (1) 高齢者や障害者をはじめ、誰もが住み慣れた地域で生活が続けられるよう、疾病の急性期から回復期を経て維持期へ移行する全過程を通じて、それぞれの状態に応じた適切なりハビリテーションを継続的に受けることができるシステムを構築するため、平成 13 年 3 月に策定した「兵庫県地域リハビリテーション連携指針」に基づき推進を図っている。
- (2) リハビリテーションについては、病院、介護老人保健施設などにおいて、入院（入所）・通院（通所）で実施されている。

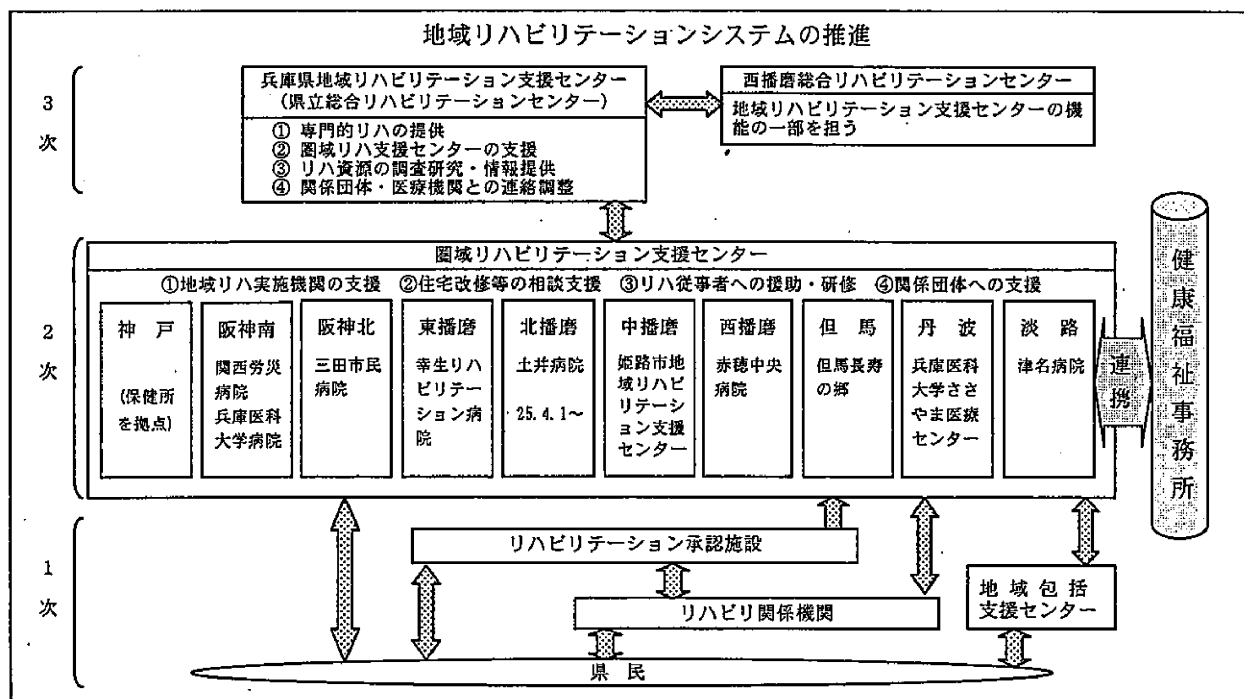
リハビリテーション承認病院数（兵庫県）

（平成 23 年 10 月）

	運動器 (I) 又は (II)	呼吸器 (I) 又は (II)	脳血管疾患 (I)~(III)	心疾患 (I) 又は (II)	障害児 (者)
病院数	281	178	238	90	7

（平成 23 年兵庫県医療施設実態調査）

- (3) 平成 14 年度に、全県リハビリテーション支援センターを県立総合リハビリテーションセンターに設置した。また、圏域ごとのリハビリテーション支援センターについても、平成 14 年度以降順次設置を進め、現在、神戸圏域を除く全圏域で運営している。
- (4) 平成 18 年度に開設した県立西播磨総合リハビリテーションセンターを全県支援センターの機能の一部を担う施設として位置付け、より専門性の高いリハビリに特化した研修の実施等により、圏域支援センター等の支援の充実を図っている。
- (5) 平成 22 年度に健康福祉事務所（保健所）を圏域コーディネーターとして位置づけ、圏域での地域リハビリテーションの推進体制の強化を図っている。



【課題】

- (1) 地域連携クリティカルパスの普及等により、急性期から回復期における病院間のネットワークが進められ、一定の整備ができつつあるが、病院ネットワークと維持期（在宅・施設ケア）との連携は十分ではない。
- (2) 維持期については、医療と介護が連携した支援が必要であり、地域包括支援センターが中心となり、関係機関の連携体制、地域包括ケア体制の整備を図る必要がある。
- (3) 介護予防などの新たなリハビリテーションニーズに対して適切な支援が行えるよう、各圏域支援センターと地域包括支援センターの連携を進め、維持期と併せて実施する等、推進を図る必要がある。
- (4) 神戸圏域については、圏域支援センターの指定はないものの、その機能の一部を神戸市保健所等がその役割を果たしている。

【推進方策】

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

<「兵庫県地域リハビリテーション連携指針」の概要（推進方策部分）>

(市町方針)

必要なりハビリテーションサービスが適切かつ速やかに提供出来るよう、圏域支援センターや保健医療福祉サービス提供施設、行政機関等関係機関の連携が図られるような体制を整備する。

(圏域指針)

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

(全県指針)

全県支援センターを中心に、圏域支援センターへの人的・技術的支援、リハビリ資源等に関する調査研究などを通じた、地域リハビリテーションシステム推進の支援を行う。

- (2) 地域リハビリテーション推進に係る医療と在宅（介護）の連携についての指針を策定し、推進する。(県)

ア 地域におけるリハビリテーション関係機関を広域的に連携させるため、圏域内のリハビリテーション資源の調査、関係機関（医療、介護、行政等）による地域課題の把握等について検討する。(県、関係団体)

イ 地域包括支援センターと各圏域支援センターとの連携を進め、今後生じる新たなニーズに対応する。(県、市町)

ウ 疾患別の地域連携クリティカルパス構築に向け、疾患別リハビリテーションの現状分析、推進方策の検討を行う。(県、関係団体)

エ 圏域リハビリテーション連携の基となる、医療と地域ケア関係者によるネットワーク作りに取り組む。(県、関係団体)

(7) 健康福祉事務所（保健所）と圏域支援センターが一体となり、圏域のコーディネーターとして圏域の医療・リハビリテーション・介護連携を推進する。

(1) 退院後の在宅ケアを円滑に進めるため、医療機関の地域医療連携室等と地域包括支援センター、介護支援専門員等との連携体制の構築を進める。