

【第 8 部】
圏 域 計 画

第8部 圏域計画

第1章 保健医療計画（圏域計画）の策定目的

地域の実情に応じた各圏域の取り組みを推進するため、地域の意見を集約し、重点推進方策等を記載する保健医療計画（圏域計画）を策定する。

1 保健医療計画（圏域計画）の重点推進方策

保健医療計画に記載する事業のうち、圏域で特に重点的に推進する項目を地元関係者で選定の上、圏域の現状・課題を踏まえ、重点推進方策として記載する。

2 準圏域の設定

各圏域での議論も踏まえ、一定の医療圏が構成されており、医療資源の地域偏在がさらに進まないよう特に配慮が必要な区域として、「準圏域」を設定する（8頁参照）。

準圏域名	範囲
阪神北	伊丹市、宝塚市、川西市、三田市、猪名川町（阪神圏域内）
赤穂	赤穂市、相生市、上郡町（播磨姫路圏域内）

3 特定中核病院の指定

2次医療圏域内の拠点病院との近接性に乏しく、2次救急など一定の医療機能の充実が必要な中核病院を「特定中核病院」として指定し、その取り組みを積極的に支援していく。

圏域名	特定中核病院名
播磨姫路	公立宍粟総合病院（宍粟市）
	神崎総合病院（神河町）

< 特定中核病院の指定要件 >

- ア 市町内に唯一、急性期機能の病棟を複数有する病院
- イ 近隣地域に当該病院と同等以上の機能を有する病院がない病院
- ウ 2次救急など一定の医療機能の充実が必要不可欠な病院

第2章 神戸圏域

1 地域の特性

圏域は、政令市である神戸市全域で設定している。

神戸市は兵庫県のほぼ中央に位置し、東は芦屋市、西宮市、北は宝塚市、三田市、三木市、西は稲美町、明石市に接しており、総面積は 557.02 km²で県土面積の 6.6%を占めている。

神戸市の地形は、六甲山系の山々と瀬戸内海に面した起伏のある変化に富んだ地形であり、六甲山系によって北と南に大きく二分されている。行政区としては、東灘、灘、中央、兵庫、長田、須磨、北、垂水、西の9つに分かれており、東灘区から垂水区にかけては東西に細長く市街地が広がり、北区・西区では大規模な住宅開発が行われてきた。

ポートアイランドを中心に推進している神戸医療産業都市は、研究機関、大学、病院、医療関連企業が集積する日本最大級のバイオメディカル・クラスターに成長している。

2 圏域の重点的な取組

1 救急医療、小児（救急）医療、周産期医療

現状と課題

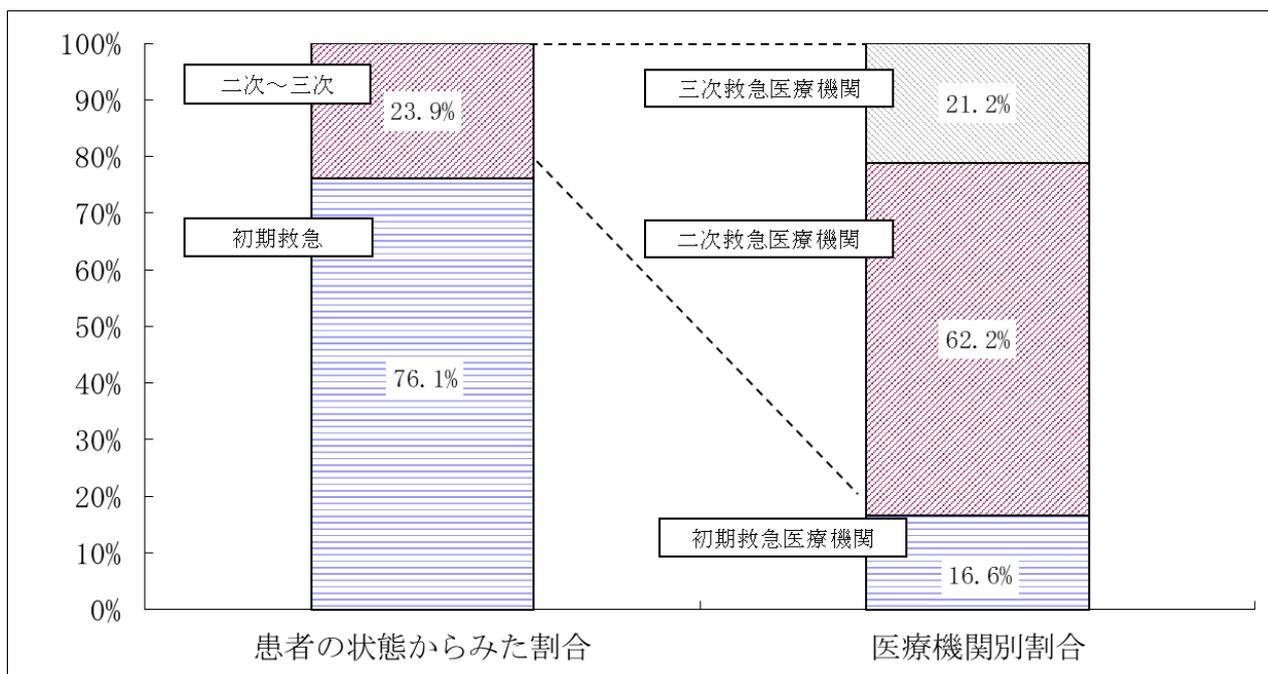
神戸市医師会、神戸市第二次救急病院協議会、市民病院などが、初期救急、2次救急、3次救急機能を分担、連携して救急医療体制を確保している。

2022年（令和4年）は、新型コロナウイルス感染症や夏季の熱中症などの影響もあり、市内救急搬送件数及び救急安心センターこうべ【#7119】の入電件数はともに過去最多となった。高齢化の進展による救急需要が今後も増加することが懸念されるなか、重症患者など緊急を要する方にいち早く救急医療を提供する体制を持続的に確保するために、不要不急の救急要請の抑制や適正利用をさらに促進し、救急需要の増加傾向に歯止めをかける必要がある。

小児（救急）医療については、初期救急医療拠点である神戸こども初期急病センター及び神戸市医師会西部休日急病診療所で初期救急を実施、2次救急は6病院による輪番制、3次救急は兵庫県立こども病院、神戸市立医療センター中央市民病院、神戸大学医学部附属病院で対応している。また、周産期医療については、総合周産期母子医療センターとして、兵庫県立こども病院、神戸市立医療センター中央市民病院、神戸大学医学部附属病院が、地域周産期母子医療センターとして、済生会兵庫県病院が指定されているほか、市内8病院が協力病院に位置付けられている。なお、神戸市域と三田市域は、小児の2～3次救急の24時間対応、周産期に関する比較的高度（2～3次）な医療の提供など、小児・周産期医療の提供を連携して行っている。

神戸市内の小児科医・産科/産婦人科医は増加しているものの、その多くは病院に勤務する医師数の増加によるものであり、小児科・産科/産婦人科を標榜する診療所は減少傾向にある。

2022年度（令和4年度）救急患者実績



神戸市健康局調査

推進方策

(1) 神戸市医師会、神戸市第二次救急病院協議会、市民病院、兵庫県立こども病院、神戸大学医学部附属病院などと連携し、初期から3次までの医療機関の適正な役割分担により、小児救急も含め、将来にわたり持続可能な救急医療体制を確保する。

小児・周産期医療の維持・充実を図るため、産科・小児科等における医師確保に向けた施策の推進について、引き続き国等へ要望するとともに、三田市域と引き続き連携して小児の2～3次救急の24時間対応、周産期に関する比較的高度（2～3次）な医療の提供を行う。

(2) 市内の救急医療体制の強化を図るために、新西市民病院の整備に併せて、心血管疾患及び脳血管疾患など、2次救急の中でも緊急性の高い患者や周囲の医療機関では対応の難しい複数疾患を持つ患者の受入れなど、より高度な水準の2次救急に対応するため、救急診療にかかる医療機器・設備や体制の充実を図る。

(3) 高齢化の進展による救急需要が今後も増加することが懸念されるため、救急安心センターこうべ【#7119】について、さらなる周知に努めるとともに、救急医療相談における緊急度判定の精度を高めることで、重症患者など緊急を要する方にいち早く救急医療を提供する体制を持続的に確保する。

また、兵庫県全域での#7119事業の実現に向けて県と協議を進める。

(4) 神戸こども初期急病センターの「こども急病電話相談」において、こどもの急な発熱、判断に迷うような症状に関する相談を引き続き実施するとともに、「シニ

「健康相談ダイヤル」において、高齢者の日頃からの健康づくり、健康の悩みに対する助言を行い、早期相談による重症化を予防し、救急需要の抑制を図る。

2 5 疾病対策（がん・心血管疾患・脳卒中・糖尿病・精神疾患）

現状と課題

（1）がん

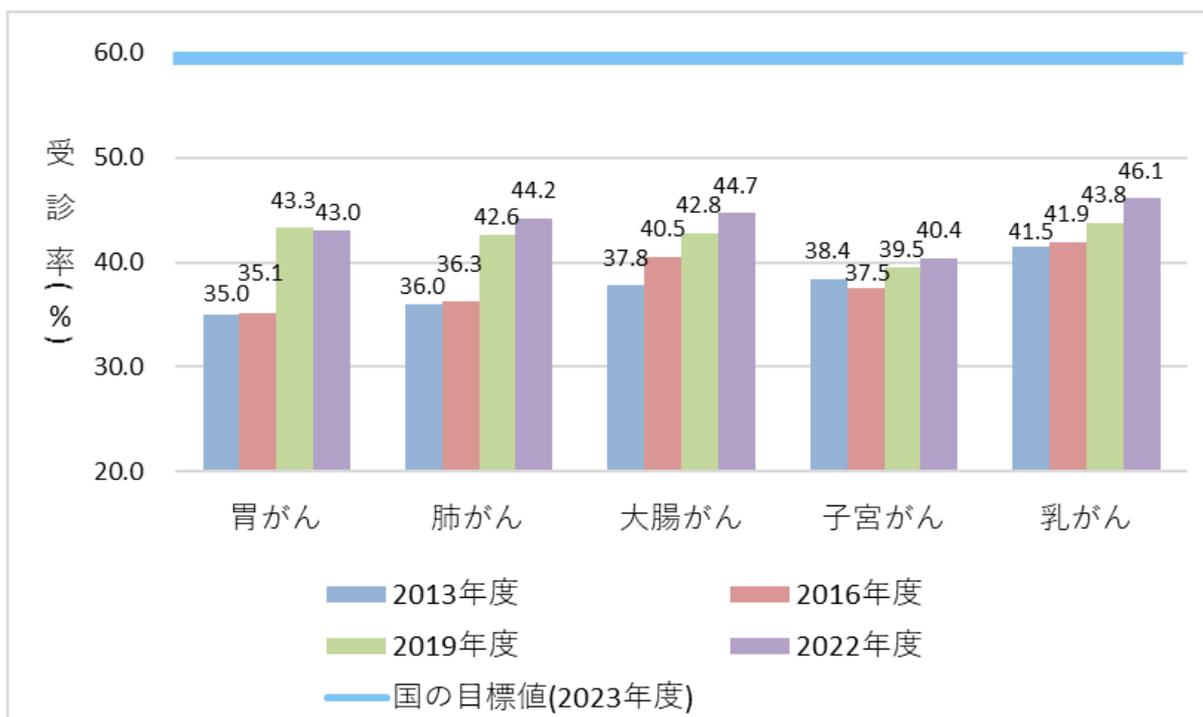
2022年（令和4年）の神戸市のがんによる死亡者数は4,601人で、死亡数全体の25.6%を占め、死亡原因の第1位となっている。2014年（平成26年）4月に神戸市がん対策推進条例を施行し、神戸市がん対策推進懇話会を設置して、総合的ながん対策を推進している。

がんは早期発見・早期治療が重要であるが、「がん対策推進基本計画」において国の掲げるがん検診受診率60%の目標値を下回っていることから、がん検診の受診率向上を図る必要がある。

がん診療体制については、厚生労働省の指定する「地域がん診療連携拠点病院」として、神戸大学医学部附属病院、神鋼記念病院、神戸市立医療センター中央市民病院、神戸市立西神戸医療センターと、「小児がん拠点病院」である兵庫県立こども病院に加え、県独自の「兵庫県指定がん診療連携拠点病院」として、神戸医療センターが指定されている。

また、がんと診断された時から身体的・精神心理的・社会的苦痛等に対する適切な緩和ケアを、患者の療養場所を問わず提供できる体制を整備していく必要がある。あわせて、がん患者の離職防止や再就職のための就労支援や相談体制を充実させるようがん相談支援センターや企業とも連携していく必要がある。

神戸市がん検診受診率の推移



国民生活基礎調査（厚生労働省）

(2) 心血管疾患・脳卒中（脳血管疾患）・糖尿病

2022年（令和4年）の神戸市の心血管疾患による死亡数は2,575人で、神戸市の死亡数全体の14.3%を占め（死因第2位）、脳卒中による死亡数は1,059人で、死亡数全体の5.9%（死因第4位）を占めている。国民生活基礎調査によると、介護が必要になった主な原因として脳卒中、心血管疾患が全体の20.6%を占める。若年からの生活習慣の改善や適切な治療が必要であり、予防や早期発見につながると考えられる特定健診の受診率を向上させることが重要である。

また、2020年（令和2年）厚生労働省「患者調査」によると、神戸市の糖尿病による入院患者数（推計）は200人であり、国や県では減少しているのに対し、横ばいで推移している。定期的な健康診査の受診啓発による発症予防をはじめ、重症化予防のための早期治療、合併症治療、安定的治療による良質な医療の提供が求められている。

(3) 精神疾患

今後さらなる高齢化により、身体疾患を合併した精神疾患患者が増加していくため、合併患者の身体疾患（慢性期の血液透析など）の治療に対応できる医療連携の充実を図る必要がある。

2022年度（令和4年度）から神戸市精神保健福祉センターで実施している依存症専門医師相談は、相談件数が1～2か月先まで予約が埋まる状況であり、効果的な依存症対策が必要である。

神戸市における自殺者数は、全国の傾向と同様に2019年（令和元年）に下げ止まりとなり、以後は増加に転じている。その中でも女性の自殺者は増加傾向にあり、世代別の自殺者数の推移では、10代、20代が増加傾向にある。

なお、自殺者数の絶対値としては、40代や50代の中壮年層が多い。

推進方策

(1) がん

早期発見・早期治療のためのがん検診受診率の向上に向けた取り組み、低侵襲な最先端のがん治療に関する市民啓発、がん患者等への支援など、がん対策を推進する。

健康相談や健康教育等により生活習慣病対策を進めるとともに、様々な機会をとらえて普及啓発を行う。広報紙やイベント、SNS等で情報発信するとともに、神戸市医師会や検診機関のほか、神戸市とがん検診受診促進協定を締結する民間企業等とも連携して、がん検診の周知啓発・受診勧奨を行う。

受動喫煙防止対策として、市民や事業者からの受動喫煙（防止）に係る相談や通報に対応するとともに、インターネット広告など新たな方法も用いて効果的に周知・啓発に取り組む。

市内6か所のがん拠点病院（「地域がん診療連携拠点病院」「兵庫県指定がん診療連携拠点病院」「小児がん拠点病院」）を中心として、手術支援ロボットの活用などによる低侵襲治療をより推進するとともに、CAR-T細胞療法や光免疫療法による治

療、大学等と連携したがんゲノム医療など患者の状態に応じた質の高いがん治療を引き続き実施する。

がん拠点病院に設置されたがんに関する相談窓口（がん相談支援センター）を周知するとともに、がん患者の就労支援にも取り組んでいく。

がん治療による脱毛・乳房摘出等の整容のための用具（ウィッグ・乳房補正具・人工乳房等）の購入に要した費用を助成するとともに、若年者のがん患者が住み慣れた生活の場で、安心して自分らしく過ごせるよう、在宅サービス利用料（訪問介護・福祉用具等の貸与）の費用の一部を助成する。

（2）心血管疾患・脳卒中（脳血管疾患）・糖尿病

生活習慣の改善や早期治療が効果的な疾患であることから、「特定健康診査」や「神戸市健康診査」など、定期的な健康診査を受診するよう積極的な啓発を行うとともに、生活習慣の改善に結びつく効果的な健診結果通知の工夫を行う。

また、健診結果でハイリスクかつ医療機関未受診である者や、治療中断患者に対する保健指導や受診勧奨を実施する。

生活習慣病患者だけでなく、病気になる前から発症・重症化予防に関する知識について、様々な機会をとらえて普及啓発を行う。

さらに、治療と仕事が両立できるよう、事業者に対しても、疾患の正しい理解や事業者支援制度について啓発を推進する等、就労支援にも取り組んでいく。

今後増加する心疾患などの内部障害や複数疾患を抱える患者に適切に対応するとともに、急性期・回復期・生活期（在宅等）をシームレスにつなぐリハビリテーション医療を提供し、高齢者のQOL向上と健康寿命延伸につなげる。

（3）精神疾患

急性期の身体疾患を合併している精神疾患患者については、引き続き神戸市立医療センター中央市民病院の精神科身体合併症病棟を活用する。また、慢性期疾患の合併患者の受け入れに対応するため、精神科病院と一般病院の連携を推進する。

依存症家族への支援を強化するため、家族が本人の回復に向けて、依存症に関する正しい知識や本人への対応を学ぶための依存症家族支援プログラムに基づき、インテークや個別相談、関係機関へつなぐ等の個別支援の強化を図る。また、2023年度（令和5年度）に立ち上げたギャンブル等依存症対策連携実務者会議を活用した情報の共有や課題解決の方策を検討するなど、依存症対策については関係機関との連携を強化し、多機関で総合的な対策を推進する。

2023年度（令和5年度）に作成する神戸市自殺対策基本計画『第3期神戸いのち大切プラン』を基に、様々なツールを用いて若者・働く世代向け対策を講じるほか、三次救急病院に加え二次救急病院とも連携し自殺未遂者対策の強化を図る。

3 感染症/結核対策・災害医療

現状と課題

新型コロナウイルス感染症発生時には、市内感染拡大期・まん延期に多数の感染症患者の受入を想定した院内ゾーニングなど一般医療機関の受入体制の構築に時間を要したため、平時から市内感染拡大期・まん延期を想定し、各医療機関において感染症対応が出来る体制を構築しておくことが必要である。

2022年（令和4年）12月9日の感染症法の一部改正にて、保健所設置市においても新たな予防計画（感染症予防のための施策の実施に関する計画）を策定することとなっており、策定にあたっては、兵庫県感染症対策連携協議会の中で関係機関と協議するとともに、医療法に基づく医療計画、新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく行動計画等との整合性の確保が必要である。

結核の患者数は、新型コロナウイルス感染症の影響で外国出生者の入国数が減少したことなどにより、全国でも本市でも2020～2022年（令和2年～令和4年）は減少した。しかしながら、外国出生者の入国が再び増加に転じ、結核患者数の増加の兆しが見られ、国外からの結核菌の流入を防ぐこと、国内での次世代への感染を防ぐことが重要となっている。

災害時の医療提供体制については、市内4か所の災害拠点病院及び6か所の災害対応病院を指定し、「神戸市地域災害救急医療マニュアル」に基づいた市内医療関係機関との連携によって確保している。

南海トラフ地震における津波等による広域災害や、昨今の集中豪雨等による局地的災害など、災害の態様は様々であり、それらに応じて適切かつ迅速に対応するために、現在の災害時地域医療連携の枠組みについて検証・見直しを行う必要がある。

推進方策

（1）感染症に強い医療提供体制（救急・外来・入院・往診等）の構築

平常時より神戸市医師会等関係機関と連携し、市内感染拡大期・まん延期における感染症対応医療機関の拡大に向け医療提供体制を整える。

- ・感染症指定医療機関を中心に、神戸市第二次救急病院協議会や神戸市民間病院協会等の病院や神戸市医師会、消防機関等と具体的な感染症対策について協議し、国内外で流行している感染症情報や対策について共有・協議し、関係機関での連携を強化する。
- ・感染対策向上加算1を取得する医療機関が中心となり、感染症における地域医療体制（加算2、3を取得する医療機関への感染予防対策の支援等）を構築する。保健所は、感染対策向上加算1カンファレンス（約年80回）に同席し、感染症発生状況やその対策についての情報提供及び市民や医療機関向けの啓発資料の提供、治療に係る手引きや学会ガイドライン等の情報を提供し、医療機関の感染症受入体制への後方支援を行う。
- ・新興感染症への対応力強化を図るため、新西市民病院の整備に併せて、第二種感染症指定医療機関と同程度の機能・体制を確保するとともに、感染拡大に迅速に対応できるよう、地域医療機関や行政機関との連携を推進する。

- ・ 予防計画について、毎年確認し、必要時に見直すことで、感染症における健康危機管理体制を整える。
- ・ 結核は恒常的に発生し、空気感染する二類感染症であるため、患者発生時の対応、実地疫学調査の実施、接触者への対応など、平素からの感染対策を徹底する。
- ・ 外国出生者や高齢者などのハイリスク者に対して、結核予防に関する啓発や定期健診を勧奨するとともに、接触者への健診の徹底、治療に際しての受診勧奨や服薬支援など地域連携に基づく適正かつ確実な医療を提供する。
- ・ 感染性のある患者が入院する結核病棟を維持するとともに、分子疫学調査による菌の流入や感染状況についての継続的なモニタリングを実施する。

(2) 災害時の医療提供体制の構築

現在市内6病院に指定されている災害対応病院について、役割や配置を見直すことで、圏域内での相互応援体制を築くとともに、市内4か所の災害拠点病院との関係を明確化する。あわせて、実際の災害対応を各関係機関で着実に実施できるよう、定期的な訓練を実施するなど、より実効性の高い災害時の医療提供体制を構築する。

発災時に応援救護班（DMAT・JMAT等）を場当たりに配置するのではなく、救護所・災害対応病院・災害拠点病院の役割の明確化に併せて応急救護班の役割を紐づけ、適材適所の人材配置を行うことで応急救護班との連携強化を図る。

これまで集合形式が当然であった対策会議等について、コロナ禍を経て多くの機関で導入されたWEB会議システムを活用して、医療機関との新たな会議体の在り方を模索し、より効率的な情報共有体制を確立する。

新たに整備する新西市民病院は免震構造を採用するとともに、大規模災害等の非常時には、病院及び隣接公園との一体的な活用により、傷病者の収容やトリアージ、応援スタッフの受け入れなど地域の災害対応機能を強化する。

4 高度・先進的医療など

現状と課題

神戸医療産業都市では、理化学研究所などの研究機関、高度専門医療機関など、約360の医療関連企業・団体が集積している。公益財団法人神戸医療産業都市推進機構を中核的支援機関として、進出企業・団体間の連携や融合による革新的医療技術の創出等に向けた研究開発が進められており、iPS細胞由来網膜シートを用いた世界初の移植手術のほか、国産手術支援ロボットの開発といった成果が生み出されている。

神戸医療産業都市内には、神戸市の基幹病院として救命救急と高度・先進医療を提供する「神戸市立医療センター中央市民病院」や、県内唯一の小児専門病院であり小児救命救急センターと小児がん拠点病院に指定されている「兵庫県立こども病院」が立地している。また、高度専門医療機関として、がんに対する先進的外科的治療、国際的な医療研究並びに教育の拠点である「神戸大学医学部附属病院国際がん医療・研究センター」、放射線治療・薬物療法・IVRなど低侵襲医療に特化したがん専門治

療を行う「神戸低侵襲がん医療センター」、小児がんに重点を置いた陽子線治療を提供する「兵庫県立粒子線医療センター附属神戸陽子線センター」などのがん医療専門病院のほか、眼科領域において iPS 細胞を活用した最先端治療の研究開発を行う「神戸アイセンター病院」などが集積している。

神戸大学医学部附属病院では、2021年（令和3年）4月に臨床研究中核病院の承認を取得し、新規医療技術の実用化と既存技術の最適化を推進している。

推進方策

- (1) がんや脳血管障害、心血管疾患など様々な疾患について、圏域内の民間医療機関や市民病院、大学等の連携及び役割分担のもと、市民に高度な医療を提供する。
- (2) 臨床研究中核病院である神戸大学医学部附属病院において、引き続き新規医療技術の実用化と既存技術の最適化の取り組みを進める。
- (3) 神戸アイセンター病院において、iPS 網膜色素上皮細胞移植や視細胞移植などの再生医療や遺伝子検査・治療などの高度・先進的医療を提供するとともに、臨床研究及び治験に積極的に取り組み、より有効で安全性の高い次世代医療の開拓を図る。
- (4) 神戸医療産業都市に集積する高度専門医療機関等の連携強化を図り、引き続き市民へ最高水準の医療を提供するとともに、新たな治療薬や医療技術が創出されるよう、研究機関、高度専門医療機関及び企業の連携・融合を促し、その成果をいち早く市民へ提供することを目指していく。

5 歯科口腔保健医療

現状と課題

歯科口腔保健のさらなる推進を目的として、2016年（平成28年）11月8日（いい歯の日）に「神戸市歯科口腔保健推進条例」を施行し、2017年度（平成29年度）に「口腔保健支援センター」を設置した。2023年（令和5年）4月に策定した「こうべ歯と口の健康づくりプラン（第3次）」に基づき、ライフステージに応じた口腔機能の維持・向上、むし歯や歯周病の予防に関する取り組みなど、歯と口腔の健康に関する施策を計画的に推進する。

本市の12歳児のむし歯の状況について調査すると、5年間で2.43倍（2017年度（平成29年度））→3.24倍（2022年度（令和4年度））と地域格差が拡大している。幼児健診や小学校において、科学的根拠に基づくフッ化物応用を推進することで、口腔の健康格差の縮小に努める必要がある。

口腔がんは、進行すれば口の機能や容貌に影響を及ぼすだけでなく、命にもかかわる病気であるため早期発見・早期治療につなげることが重要である。

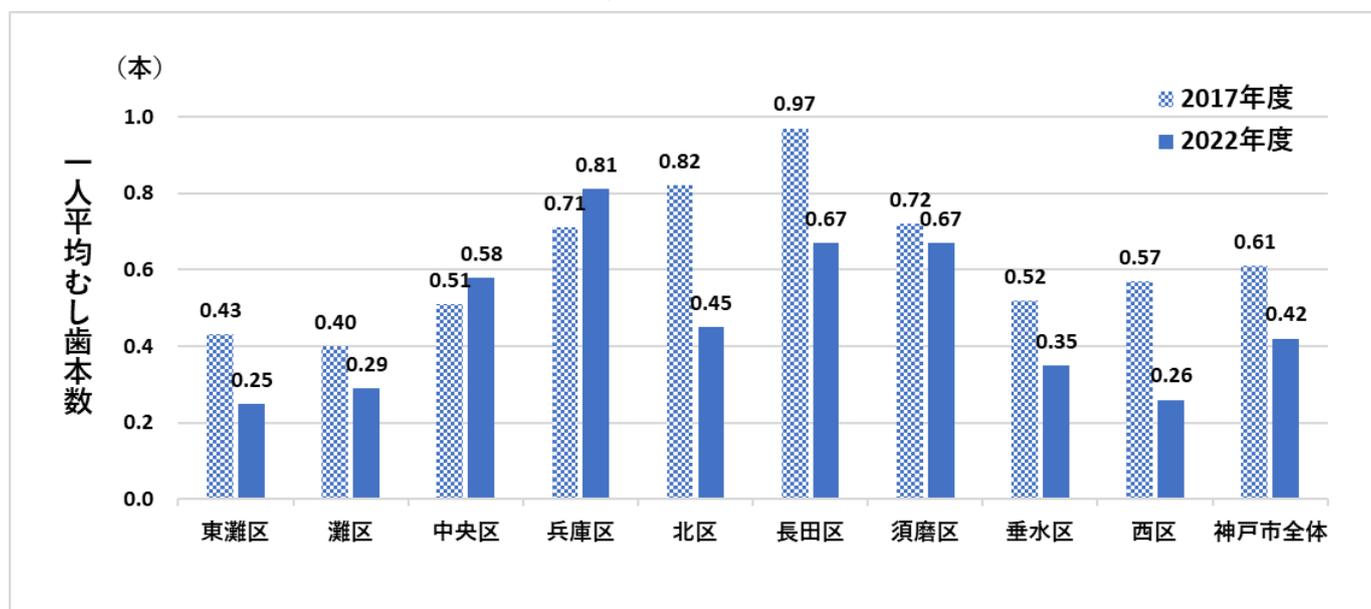
介護保険を利用して、在宅・施設において歯科医師や歯科衛生士による口腔ケア（居宅療養管理指導）を受けている人は、要介護認定者の1割を下回っている（2022

年度（令和4年度）7.4%）。また、退院・転院時の情報提供書（看護サマリーなど）による口腔機能に関する情報共有が十分ではない（嚥下機能 38%、口腔ケア 29%、咀嚼状況 17%）。そのため、口腔機能管理（※）が必要な要介護高齢者の把握とその対応が重要である。

がん治療に際して、又は全身麻酔による手術などを受ける患者に、医師からの依頼に基づき歯科医師や歯科衛生士が口腔機能の管理を行うことで、術後の肺炎などの合併症を予防することが可能である。そのため、歯科のない病院での地域の歯科診療所との連携や、歯科のある病院での周術期口腔機能管理の充実が課題である。

（※口腔機能管理：食べる、話すなど口の機能に関する管理。口腔清掃だけでなく機能訓練や義歯など歯科治療による咀嚼機能の回復を含む。）

区別 12 歳児の永久歯 1 人平均むし歯数



	最多		最小		区間格差
2017 年度	長田	0.97	灘	0.40	2.43 倍
2022 年度	兵庫	0.81	東灘	0.25	3.24 倍

神戸市教育委員会調査

推進方策

- （1）妊娠期、乳幼児期から高齢期までの各ライフステージにおける歯と口の健康づくりに取り組み、むし歯や歯周病を予防して 8020（80 歳で 20 本以上自分の歯を残すこと）を達成する。
- （2）乳幼児期から学齢期については、社会経済的要因などで、むし歯予防対策が充分でない人を含めて、科学的根拠に基づくフッ化物応用を推進することで、口腔の健康格差の縮小を目指す。今後、小学校を通して児童全員にアプローチできるフッ化物応用事業を展開し、健康格差の縮小を図る。

(3) 歯周病対策としては、日頃のセルフケアと定期的な歯科医院での専門的口腔ケアが重要であり、かかりつけ歯科医をもち、定期的を受診することの必要性を広く啓発する。学齢期の児童・生徒については、学校と連携し、セルフケアに関する歯科保健教育を推進する。また、歯周病検診や妊婦歯科健診の受診勧奨を強化する。

(4) オーラルフレイル（滑舌低下、食べこぼし、むせ、かめない食品の増加などの口腔機能の低下）を早期に発見し改善することにより、フレイル（全身の筋力や心身の活力が低下し要介護に陥りやすい状態）の予防ひいては健康寿命の延伸につなげる。

オーラルフレイルチェック（65歳・75歳）の利用率向上に向けて、積極的な広報・啓発や再勧奨を強化するとともに、関係機関と連携し、かかりつけ歯科医などで口腔機能向上のための相談・治療が受けられる環境を整える。

(5) 障害者歯科保健医療体制、休日歯科救急対応及び口腔がん対策に引き続き取り組むとともに、訪問歯科診療・訪問口腔ケア、医科歯科連携を推進する。

口腔機能管理を必要とする要介護高齢者がスムーズに受けられるよう「訪問歯科診療及び訪問口腔ケア必要度チェック票」を活用するなど、保健・医療・介護の多職種が連携して歯科医療や専門的口腔ケアなど口腔機能管理に取り組む。

6 地域包括ケアシステム

現状と課題

2040年に向けて85歳以上人口が急増し、在宅医療需要が大きく増大すると見込まれる。また、疾病構造の変化や複数の疾患を持つ患者の増加への対応、急性期・回復期から生活期（在宅）までの一体的なりハビリテーションの実施が求められている。さらに、多死社会を迎えるにあたり、患者本人が、人生の最後において望む医療・ケアについて、本人・家族・医療従事者・介護従事者が事前に話し合い、意識共有を図っておく必要がある。高齢化に伴う、在宅医療・介護提供体制の充実に合わせ、より一層の医療介護連携の促進に取り組む必要がある。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムについては、個別に事業を進めてきたが、市全体の「協議の場」の設置や普及啓発・人材育成、家族支援の強化などが取り組めていない。退院可能な状態であるにもかかわらず、長期入院となっている患者もおり、精神科病院からの退院支援・地域移行などもさらに推進する必要がある。

訪問診療実施の需要見込み

2014年実績	2020年実績	2030年推計	2040年推計
14,804件/月	20,403件/月	約35,200件/月	約44,000件/月

2014年・2020年の訪問診療実施件数（各年9月分）：医療施設調査（厚生労働省）

1年以上長期入院している精神疾患患者数

年 度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度
人 数	1,614人	1,599人	1,630人	1,540人	1,413人
増 減	—	△15人	+31人	△90人	△127人

2023年度末
時点目標
1,226人以下

精神保健福祉資料（630調査）

推進方策

（1）在宅医療体制の充実

往診や訪問診療を実施する医療機関の確保や訪問看護ステーションの機能充実など、在宅医療体制の充実に向け、地域課題の把握を進め、効果的な解決策を検討する。

また、神戸市歯科医師会や神戸市薬剤師会をはじめとした関係機関と連携し、在宅療養患者に対する口腔機能管理や服薬管理を推進する。

（2）医療介護連携の促進

全国医療情報プラットフォームなど、国が整備を進める医療や介護情報の連携の取り組みを踏まえて、地域での効果的な取り組みを検討する。

医療と介護の連携拠点の役割を果たす医療介護サポートセンターを効果的に運営するとともに、医療・介護関係団体との連携を強化し、在宅医療体制の充実を図る。

（3）ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の普及促進

ACPの普及促進を図るため、市民向けパンフレットの配布や関連団体と連携したセミナー等を開催するとともに、医療介護従事者向け研修などを実施する。

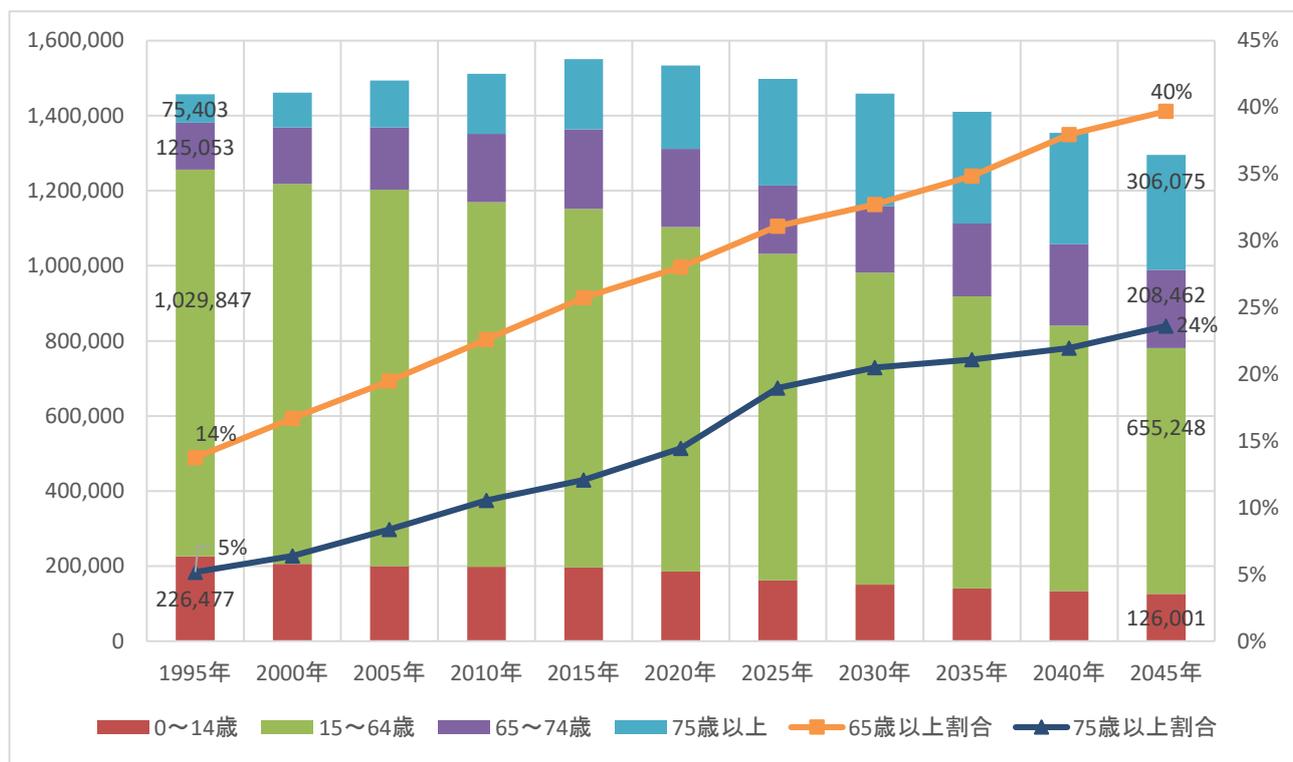
（4）精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

協議の場を設置し関係機関の連携を強化する。また、精神科病院からの退院支援のためピアサポーターの更なる活用を図るほか、地域における必要な方にアウトリーチ支援を行っていく。

3 関連データ

1 人口動態・受療動向等

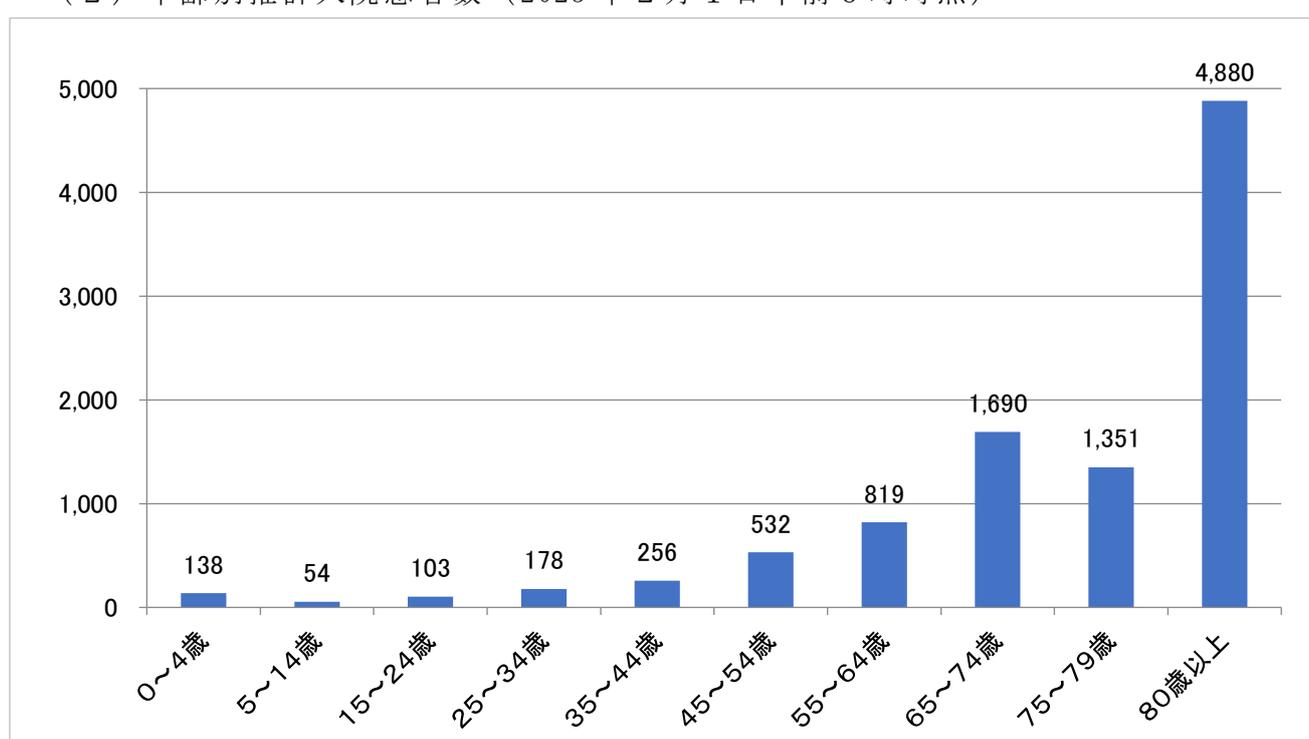
(1) 将来人口及び高齢化・後期高齢化率



2020年以前：住民基本台帳に基づく人口（総務省）

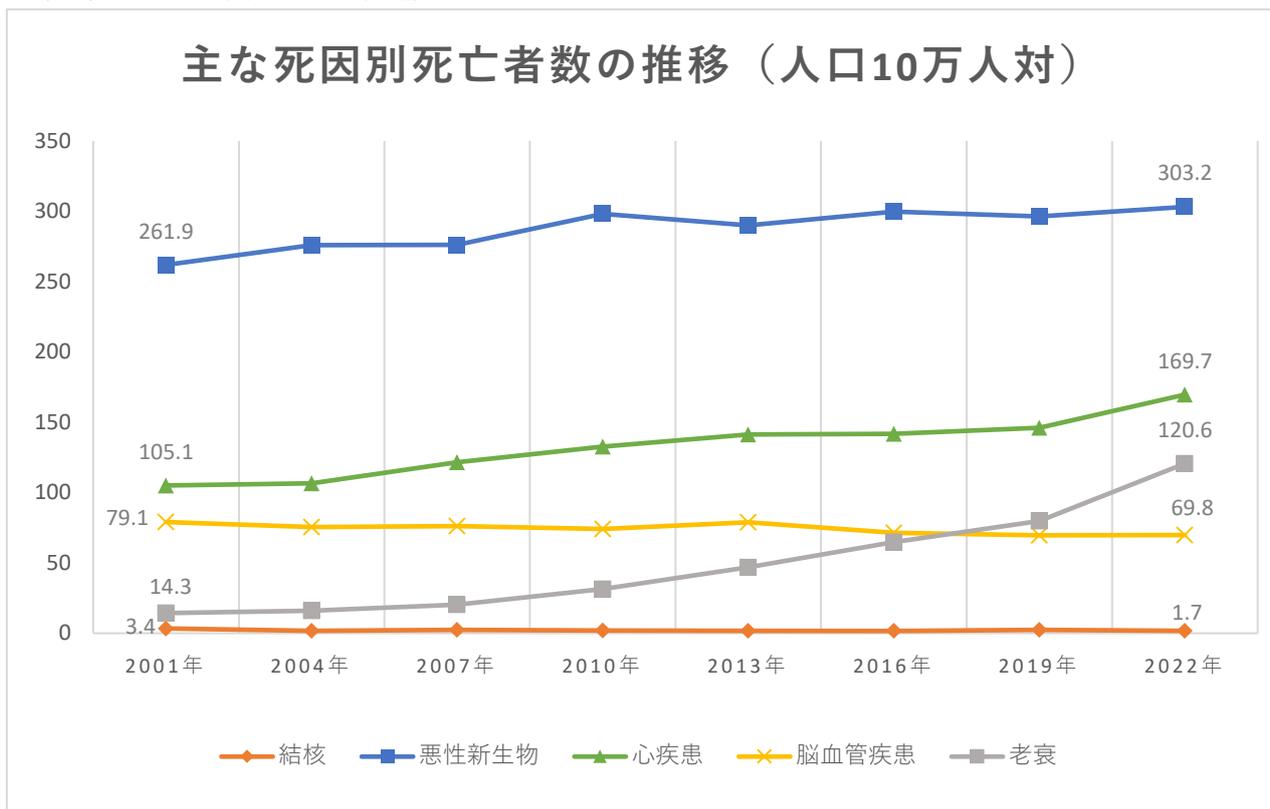
2025年以降：日本の地域別将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所）

(2) 年齢別推計入院患者数（2023年2月1日午前0時時点）

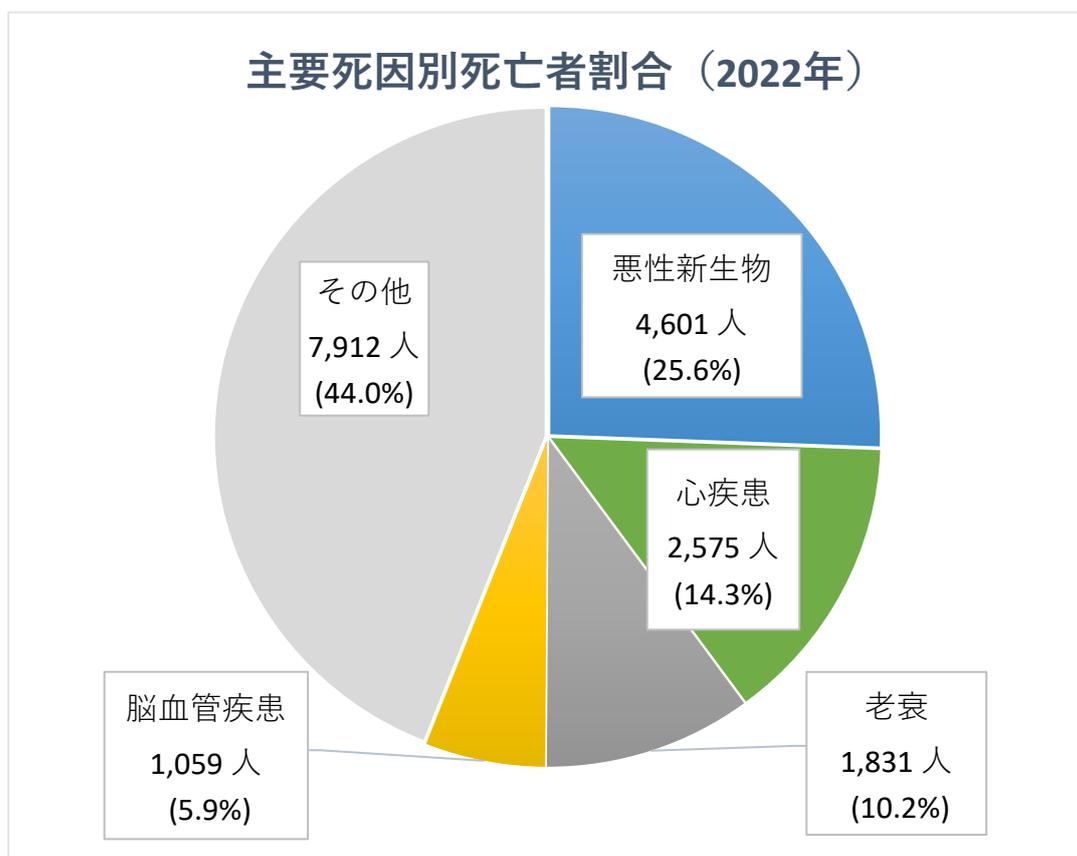


令和4年度医療需給調査（兵庫県）

(3) 主な死因別死亡割合



人口動態統計（厚生労働省）



人口動態統計（厚生労働省）

2 医療資源の状況

(1) 医療機関数 (2022年10月1日時点) ※ () は人口10万人対

	病院	一般診療所			歯科診療所
		総数	有床	無床	
神戸	110 (7.3)	1,645 (108.9)	49	1,596	930 (61.6)
兵庫県	347 (6.4)	5,218 (96.6)	172	5,046	2,960 (54.8)

医療施設調査 (厚生労働省)

(2) 病床の種類別許可病床数 (2023年4月1日時点)

	病院			一般診療所			精神	結核	感染症
	総数	一般	療養	総数	一般	療養			
神戸	15,125	12,352	2,773	167	123	44	3,539	50	10

兵庫県調べ

(3) 医療従事者数 (2020年12月31日時点) ※ () は人口10万人対

	医師	歯科医師	薬剤師	保健師	助産師	看護師
神戸	5,286 (346.6)	1,313 (86.1)	5,389 (353.3)	476 (31.2)	537 (35.2)	17,824 (1168.7)
兵庫県	15,133 (276.9)	4,141 (75.8)	15,663 (286.6)	1,903 (34.8)	1,493 (27.3)	57,521 (1052.5)

医師・歯科医師・薬剤師調査 (厚生労働省)

兵庫県看護師等業務従事者届 (兵庫県医務課)

第3章 阪神圏域

1 地域の特性

阪神圏域は、兵庫県の東部に位置し、7市1町(尼崎市、西宮市、芦屋市、伊丹市、宝塚市、川西市、三田市、猪名川町)で構成され、東は大阪府、西は神戸・北播磨地域に隣接し、南は大阪湾に面し、北は丹波地域に接している。

阪神南部は、総面積168.4km²で、県全体(8,400.95km²)の2.0%を占め、緑豊かな六甲・北摂連山や猪名川・武庫川水系に恵まれた自然環境を有し、神戸と大阪の大都市間に位置することから住宅地として発展するとともに、臨海部は阪神工業地帯として我が国の産業・経済を先導してきた地域である。

阪神北部は、総面積480.98km²で、県土面積の5.7%を占めている。良好な郊外住宅地・ニュータウンが整備され街の発展がなされている一方、森林面積が総面積の約6割を占め、北から南へ武庫川や猪名川が貫流しており、街と自然が共存している地域である。

道路網では、東西幹線として中国自動車道、名神高速道路、新名神高速道路、阪神高速道路神戸線、湾岸線、国道2号、国道43号、国道176号等があり、南北幹線として国道171号、国道173号、主要地方道川西篠山線、尼崎池田線等がある。また、鉄道網として、JR、阪急電鉄、阪神電車、神戸電鉄、能勢電鉄の各路線が走っており、公共の交通網が整備されているほか、重要港湾尼崎西宮芦屋港があり、物流拠点を形成している。

阪神北準圏域の設定

(1) 設定の理由

入院医療完結率や受療範囲など一定のまとまりのある旧保健医療圏域で、当該圏域の地域医療構想における2025年の必要病床数では、高度急性期病床の確保が課題であり、医療資源のさらなる地域偏在に対する配慮が必要であるため。

(2) 設定の範囲

準圏域の範囲は、伊丹市、宝塚市、川西市、三田市、猪名川町で構成される阪神北部とする。

(3) 推進方策

阪神北準圏域を医療法第30条の14による「その他の当該都道府県知事が適当と定める区域」として、「協議の場」を設置し、従前の阪神北圏域地域医療構想区域における将来必要病床数の達成等、阪神北準圏域における地域医療構想を推進するとともに、以下の事項等について、具体的対応方針を検討・協議し、地域医療の提供体制を整備していく。

- ① 公立・公的病院を中心とした準圏域内医療機関との医療機能の相互連携や役割分担
- ② 高度急性期病床の確保
- ③ 阪神圏域内における医療資源の偏在対策
- ④ 統合再編などの公立病院の今後のあり方

医療計画(医療構想)上の重点課題と進捗状況

(1) 高度急性期医療の充実・整備

阪神北準圏域には、公立・公的病院が5病院あり、地域の開業医や保健・福祉関係者と連携し、救急医療及び在宅医療等の幅広い地域医療連携体制を構築している。しかし、3次救急を担う救命救急センターはなく、高度急性期医療(病床)は阪神南部と連携し対応している状況である。阪神北部でより高度な救命救急医療提供のため、救命救急センター等の充実・整備を行う必要がある。

(2) 公立・公的病院の再編・統合

「新公立病院改革ガイドライン」(平成27(2015)年3月)や「公的医療機関等2025プラン」(平成29(2017)年8月)に基づき、医療提供体制の改革と連携して公立・公的病院の更なる経営の効率化、再編・ネットワーク化等の推進が求められており、阪神南部では、県立西宮病院と西宮市立中央病院が統合・再編し、2026年を目途に「西宮総合医療センター(仮称)」として開設する予定である。阪神北部では、令和4年9月には市立川西病院と民間病院が統合・再編し、「川西市立総合医療センター」として開院した。また、伊丹市域では市立伊丹病院と近畿中央病院が統合・再編し、2026年を目途に「伊丹市立伊丹総合医療センター(仮称)」として開設する予定である。三田市域では、三田市民病院と済生会兵庫県病院が連携協定を締結し、協議する等、各市民病院において再編・統合の方向性や、地域医療構想を踏まえた役割の明確化を視野に入れた公立・公的病院の在り方を検討している。

(3) 病床機能別必要病床数

阪神南部における2025年必要病床数達成率(令和3(2021)年度時点の病床機能報告)は、高度急性期193%、急性期83%、回復期49%、慢性期136%である。令和8(2026)年度には公立・公的病院の再編統合等により、高度急性期194%、急性期81%、回復期49%、慢性期136%の達成見込みとなる。

阪神北部での2025年必要病床数達成率は、高度急性期37%、急性期165%、回復期59%、慢性期103%である。令和8(2026)年度には公立・公的病院の再編統合等により、高度急性期79%、急性期129%、回復期66%、慢性期104%の達成見込みとなる。

高度急性期病床と回復期病床は不足があることから、医療提供体制の見直し等により医療需要に応じた充足を目指す。

2 圏域の重点的な取組

1 地域医療連携

現状と課題

- (1) 阪神における地域医療支援病院については、県立西宮病院、関西労災病院、県立尼崎総合医療センター、市立伊丹病院、近畿中央病院、三田市民病院、宝塚市立病院、川西市立総合医療センター、令和5年6月24日に西宮市立中央病院が承認され、計9病院となっている。
また、阪神南部には、社会医療法人が3団体（①社会医療法人中央会 尼崎中央病院 ②社会医療法人愛仁会 尼崎だいもつ病院 ③社会医療法人渡邊高記念会 西宮渡辺病院、西宮渡辺心臓脳・血管センター）あり、公立・公的病院に並ぶ公益性の高い医療を提供しており、高度な地域医療を担っている。
- (2) 阪神北部の三田市や西宮市北部は山間部が多く、隣接する神戸市北区への医療機関の利用が多い。一方、南部は医療機関数が多く、交通至便な地域であるため、大阪府内の医療機関の利用や、大阪府民からの利用がある。

推進方策

- (1) 公立・公的病院とともに地域医療を担う民間病院、地域の診療所及び地域医療支援病院間における連携をより一層充実・強化できるよう進める。（県、地域医療支援病院、医療機関）

2 救急医療

現状と課題

- (1) 1次救急医療体制については、阪神南部では、休日夜間応急診療所等や診療科目によっては、在宅当番医制で対応している。
歯科については、尼崎口腔衛生センター、西宮歯科総合福祉センターや芦屋市歯科センターで対応している。
阪神北部では、地元医師会の協力の下、休日等応急診療所が開設・運営されている（計4か所。川西市と猪名川町は川西市内に共同設置）。
地域によっては、平日深夜帯や対応できない診療科があり、今後の課題である。
- (2) 2次救急医療体制については、阪神南部では、26病院が2次救急病院として、輪番体制を組んでいる。
阪神北部では17病院が2次救急病院として、それぞれ輪番体制を組んでいる。
また、輪番制以外に、随時救急搬送を受け入れている救急告示医療機関もある。
- (3) 3次救急医療体制については、阪神南部に、多発外傷、広範囲熱傷等の重篤な救急疾患や2次救急医療機関の後送先ともなる救命救急センターが3か所あり、阪神北部にはないため、阪神南部の救命救急センターとの連携強化を図っている。
なお、3次救急を含めた高度医療については、阪神南部だけではなく大阪、神戸の医療機関への流出を認めており、高度急性期医療での連携と充実・強化を検討していく必要がある。

表1：阪神南部における救急医療体制

区分	1次(初期・軽度)		2次(重症)		救急告示 医療機関	3次(重篤) 救命救急 センター
	休日夜間 急患センター	在宅当 番医制	小児救急 輪番制	病院群輪番制		
尼崎市	尼崎健康医療財団 休日夜間急病診療所 (内科・小児科) ※小児科は、0～6時はあまがさき小児救急相談ダイヤルに相談の上、必要時は医療機関を紹介 尼崎口腔衛生センター	〈診療科目〉 産婦人科	県立尼崎総合医療センター	尼崎新都心病院 合志病院 尼崎中央病院 田中病院 アイワ病院 近藤病院 はくほう会セントラル病院 立花病院 安藤病院 大隈病院 青木外科整形外科 尼崎医療生協病院	同左 県立尼崎総合医療センター 関西労災病院 西原クリニック つかぐち病院	県立尼崎総合医療センター 兵庫医科大学病院 県立西宮病院
西宮市	西宮市応急診療所(内科・小児科) ※小児科は、0時以降は阪神北広域こども急病センターで対応 西宮歯科総合福祉センター	〈診療科目〉 外科・内科・産婦人科・小児科	県立西宮病院 明和病院 西宮市立中央病院 西宮回生病院 兵庫医科大学病院	西宮協立脳神経外科病院 笹生病院 県立西宮病院 西宮渡辺病院 西宮渡辺心臓脳・血管センター 西宮市立中央病院 谷向病院 三好病院 明和病院 西宮回生病院 高田上谷病院 上ヶ原病院	同左 兵庫医科大学病院	
芦屋市	芦屋市立休日応急診療所(内科・小児科) 芦屋市歯科センター	〈診療科目〉 内科・外科又は小児科	市立芦屋病院	市立芦屋病院 南芦屋浜病院	同左 芦屋セントマリア病院	
計	3		7	26	29	3

表2：阪神北部における救急医療体制

区分	1次(初期)		2次(重症)		3次(重篤)	(再掲)
	小児急病センター	休日夜間急患センター	小児科病院群輪番制	内科・外科系病院群輪番制	救命救急センター	救急告示医療機関
伊丹市	阪神北広域こども急病センター	伊丹市休日応急診療所 伊丹市口腔保健センター	市立伊丹病院 近畿中央病院	市立伊丹病院 近畿中央病院 常岡病院 伊丹恒生脳神経外科病院 祐生病院 みやそう病院	県立尼崎総合医療センター 兵庫医科大学病院 県立西宮病院	公立等 2 私立 3
宝塚市		宝塚市立休日応急診療所 宝塚市立歯科応急診療所	宝塚市立病院	宝塚市立病院 宝塚第一病院 宝塚病院 こだま病院 東宝塚さとう病院		公立等 1 私立 4
川西市・猪名川町		川西リハビリテーション病院 川西市ふれあい歯科診療所	川西市立総合医療センター	川西市立総合医療センター ベリタス病院 正愛病院 自衛隊阪神病院		公立等 1 私立 3
三田市		三田市休日応急診療センター(小児科を含む) 在宅歯科当番医	神戸市内	三田市民病院 平島病院		公立等 1 私立 1
計	3	8	5	17	3	公立等 5 私立 11

推進方策

(1) 救急医療体制の強化・広域連携（県、市町、関係機関）

- ・ 高齢者の増加に伴い在宅医療の推進や、高齢者の救急搬送体制を確保することが必要となることから、市町単位など地域の実情に合わせた組織体制の構築を図る。
- ・ 「h-Anshin むこねっと」2次救急システムをさらに効果的に運用するため、阪神医療福祉情報ネットワーク協議会の2次救急システム委員会での検証を継続する。

神戸市第二次救急病院協議会医療情報システム(Mefis)とのシステム連携による広域連携を継続する。

(2) 急性期治療終了後の回復期、療養・在宅への移行体制の整備（県、市町、関係機関）

- ・ 必要病床機能のうち回復期機能が特に不足している。今後、高齢者救急医療の需要の増大が予想されることから、急性期治療終了後の回復期、療養・在宅への移行体制の整備が急務となる。地域医療構想調整会議において、病床機能転換推進事業等を活用した病床転換の促進を図るほか、病院から在宅への移行を円滑にするため、医療機関における退院調整支援担当者などによる退院調整や、介護支

援連携指導等の体制整備を推進する。

3 小児医療（小児救急医療）

現状と課題

(1) 1次救急については、阪神南部では、各市の休日夜間急病診療所が対応している。深夜帯については、尼崎市は、あまがさき小児救急相談ダイヤルを開設し、早急に受診が必要な場合は医療機関を紹介している。西宮市では阪神北広域こども急病センターが対応している。

阪神北部では、伊丹市、宝塚市、川西市及び猪名川町が共同で「阪神北広域こども急病センター」を平成20(2008)年4月に開設し電話相談及び1次救急医療を担い、重症患者は小児救急2次輪番病院へ後送している。南部からの利用もあり、地域で重要な役割を担っている。

なお、三田市では、休日は「三田市休日応急診療センター」で1次小児救急を対応しており、2次小児救急は、神戸市北区の輪番病院がその後送先として対応している。しかし、1次救急の夜間及び2次救急体制に空白日や時間帯がある。

(2) 小児救急2次輪番については、阪神南部では、7病院が輪番体制を組んで対応しているが、当直可能な医師の減少により、輪番体制の維持が難しくなるおそれがある。

阪神北部では、市立伊丹病院が小児地域医療センターとして指定され、公立・民間病院を併せて4病院が輪番対応しているが、小児科常勤医師の不足により当直体制がとれない病院もあり、年々厳しい状況となってきている。

このため、阪神南北の当番表を共有し、相互利用を可能としているが、依然、体制維持が厳しい現状である。

(3) 3次救急については、県立尼崎総合医療センターが小児救命救急センターの指定を受けているが、同センターは小児中核病院でもあるため、深夜帯に休日夜間急病診療所からの紹介を受け入れることにより、小児重症患者の受け入れに支障を来すことがないようにする必要がある。

推進方策

(1) 適正受診の普及啓発（県、市町、関係機関、県民）

- ・ 不要不急の救急利用を控え、日頃からかかりつけ医を持ち、通常の診療時間内に早めに受診するよう住民への適正受診の啓発を図るほか、電話相談の適正利用の啓発を促進する。
- ・ 県立尼崎総合医療センターは、ER併設に加えて、深夜帯に休日夜間救急診療所からの紹介も受けているため、負担増加により重症患児の医療に支障をきたさないように、症状が軽い時期に早めに休日夜間診療所を受診するよう市民に啓発する。
- ・ 引き続き小児救急医療体制の現状や課題を関係機関で共有し、2次輪番体制について中長期的に検討していく。

また、新興感染症発生時における小児救急医療提供体制について検討する。

4 周産期医療

現状と課題

- (1) 阪神圏域の令和3(2021)年の出生数は14,203(人口千対8.1、県6.7)で、年々減少傾向にある。また、同年の周産期死亡率は出生千対3.2、(県3.4)で、経年で見るとほぼ横ばいである。
- (2) 出生数が減少する一方、晩婚化の影響による高齢妊娠や各種合併症妊娠等の増加によるハイリスク妊産婦・新生児に対する医療需要が高まっているが、依然、産婦人科医・小児科医が不足している。

推進方策

- (1) 総合周産期母子医療センター(県立尼崎総合医療センター、兵庫医科大学病院)、地域周産期母子医療センター(県立西宮病院)及び地域周産期病院(関西労災病院、明和病院、近畿中央病院、市立伊丹病院、三田市民病院)の機能強化と連携を深め、住民が安心して子どもを産み育てられるように、周産期医療体制の充実を図る(県、市、医師会、医療機関)。また、予防の観点から、妊婦健康診査の普及啓発及び受診促進に努める(市、医療機関、県民)。

5 災害医療

現状と課題

- (1) 兵庫県地域防災計画によると、南海トラフで発生するM8~9クラスの地震の確率を今後30年以内で70~80%程度としている。
- (2) 阪神圏域においては、兵庫医科大学病院・県立西宮病院・県立尼崎総合医療センター・宝塚市立病院の4病院が災害拠点病院に指定されている。自衛隊阪神病院との連携も含め、地震のみでなく多様な災害に対応できる医療体制の整備が必要である。
- (3) マニュアルについては、災害時保健医療マニュアル(阪神南圏域版、阪神北圏域版)、尼崎市地域災害救急医療マニュアル、西宮市災害医療救護活動マニュアルを策定している。

推進方策

- (1) 災害拠点病院4病院間で、医療の特殊性等も含めた役割分担、連携方策について協議・調整を行う。また、その他の医療機関及び医師会等との連携の強化を図る。災害医療コーディネーター、医師会等の医療関係者及び地域保健医療情報センター(芦屋健康福祉事務所、宝塚健康福祉事務所)、伊丹健康福祉事務所、尼崎市保健所、西宮市保健所の保健衛生関係者、各市災害担当及び消防本部関係者が、連携を図りながら迅速かつ適切に行動できるよう、災害時保健医療マニュアル(阪神南圏域版、阪神北圏域版)の見直しや必要に応じて災害時対応訓練等を行う。(県、市、医師会、医療機関)

6 在宅医療

6-1 阪神南部

現状と課題

(1) 2025年における訪問診療需要見込 12,790人/月は、2021年訪問診療患者数 10,743人/月に比べて、約1.2倍となっているため、需要に対応する在宅医療体制を実現する必要がある。

現在の在宅医療提供状況は表3のとおりである。どの程度在宅医療を提供しているかは病院によって異なるため、施設数のみでは判断できないが、今後の地域包括ケアシステムを支えていく上で、在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟を有する病院、医療介護複合体（病院と介護施設の両方を経営する病院経営主体）を増やすことが必要である。

(2) 歯及び口腔は、噛むこと、飲み込むこと、発音することなどの人が生きる上で欠かせない機能を担っており、歯及び口腔の健康は、生涯にわたり健康で質の高い生活を送るための基礎となる。近年、口腔機能の衰えが、心身の機能を低下させること、ひいては介護を要する状態となる原因となることが明らかになっている。

表3：在宅医療提供体制

区分	在宅医療圏域	在宅医療提供状況							
		在宅療養支援診療所・病院※1	地域包括ケア病床を有する病院※1	在宅療養後方支援病院※1	地域医療支援病院※2	在宅療養支援歯科診療所※1	在宅患者訪問薬剤管理指導届出薬局※1	24時間対応訪問看護ステーション※3	機能強化型訪問看護ステーション※3
南部	尼崎市	111	11	3	2	39	227	65	2
	西宮市	98	8	1	2	26	194	56	4
	芦屋市	28	2			14	40	11	1
	3圏域計	237	21	4	4	79	461	132	7
県全体40圏域		1,059	140	24	38	463	2,555	691	43

※1 R5(2023).7月施設基準等届出状況(近畿厚生局) ※2 地域医療支援病院認定数(R4(2022).9月時点)

※3 医療計画データブック(R5(2023)厚生労働省)

(3) 死亡場所別死亡数とその割合(表4)を見ると、病院の割合が最も高く、阪神南部、全県とも約62%である。今後高齢者が増加する中、病院での看取りは困難となることが予測される。

表4：死亡場所別死亡数とその割合

	死亡総数	病院	診療所	介護老人保健施設	老人ホーム	自宅	その他
尼崎市	5,450	3,271	37	132	406	1,465	139
		(60.0%)	(0.7%)	(2.4%)	(7.4%)	(26.9%)	(2.6%)
西宮市	4,532	2,938	14	107	406	995	72
		(64.8%)	(0.3%)	(2.4%)	(8.9%)	(22.0%)	(1.6%)
芦屋市	1,027	674	1	37	131	173	11
		(65.6%)	(0.1%)	(3.6%)	(12.8%)	(16.8%)	(1.1%)
南部計	11,009	6,883	52	276	943	2,633	222
		(62.5%)	(0.5%)	(2.5%)	(8.5%)	(24.0%)	(2.0%)
県	61,980	38,909	687	2,001	5,982	12,923	1,478
		(62.8%)	(1.1%)	(3.2%)	(9.6%)	(20.9%)	(2.4%)

注)老人ホーム：養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、経費老人ホーム、有料老人ホーム
(令和3年人口動態統計)

推進方策

(1) 意識啓発と体制整備（県、市、医師会、医療機関、福祉関係機関）

- ・ 今後も在宅医療需要は増加すると見込まれているため、多くの専門職が在宅医療の必要性を認識し、これに取り組む必要がある。そのために、在宅医療に関する研修会や講演会等への参加促進等を通じて、在宅医療に対応できる専門職の増加を図る。
- ・ 地域の在宅医療を支えるため、200床未満で地域包括ケア病棟がない病院に対して、地域包括ケア病棟の整備を促進するとともに、在宅療養支援病院・診療所を中心にその他の医療機関も交えた在宅医療提供体制の整備・充実に向けた検討を進める。
- ・ 患者が退院する際、居住地域の診療所等にスムーズにつながり、誰もがかかりつけ医等による在宅医療や訪問看護、訪問リハビリテーションを適切に受けられるように病診連携体制を強化する。

(2) 口腔ケアの充実（県、市、歯科医師会、関係機関、県民、福祉関係機関）

- ・ 在宅患者の口腔の問題に対して、多職種が口腔状態を理解して、課題に応じた必要な連携を取れる体制整備を図る。
- ・ 歯科保健医療サービスの提供及び必要な支援が受けられるよう、かかりつけの歯科医を持つこと、定期的な歯科健診の受診及び歯科医療又は保健指導を受けることを促進する。

(3) 在宅看取り体制の整備

- ・ 施設も含めた在宅看取りを増やすために、終末期医療に関する啓発活動を進める。（県、市、医療機関、福祉関係機関、県民）
- ・ 主治医不在時でも当番医による看取りができるように、ICTを活用した在宅看取りシステムの構築を推進する。また、機能強化型訪問看護ステーションの充実を推進する。（市、医師会、医療機関、福祉関係機関）

6-2 阪神北部

現状と課題

(1) 在宅医療需要等と今後の供給体制について

訪問診療需要見込量は、阪神北部では2020年に比べ2040年には約2.0倍、訪問看護利用者見込量は約1.9倍となっている。各地域における高齢者人口、介護施設等の供給量によって差が大きくなる見込みである(表5)。また、地域の在宅医療を支える地域包括ケア病床は、阪神北部で稼働率平均約83.4%、65歳以上の人口10万人あたり約158床(県約284床)となっている。

今後、阪神北部において急速に在宅医療需要の増加が見込まれ、各地域において在宅医療需要に応じた在宅訪問診療等を行う医療機関や訪問看護ステーションの確保、地域包括ケア病棟(病床)の整備や、急変時の護送先や後方支援等の連携体制の充実、強化等が必要である(表6)。

表5：訪問診療需要見込量 (レセプト件数/年)

区分	R2(2020) 実績	R12(2030) 推計	R17(2035) 推計	R22(2040) 推計	R22 推計/ R2 実績比(倍)
伊丹	25,788	39,043	44,228	47,291	1.89
宝塚	11,183	17,101	19,488	20,998	1.88
川西	14,145	22,623	25,312	26,757	1.89
三田	3,823	6,347	7,579	8,746	2.29
猪名川	2,593	5,079	6,084	6,845	2.64
阪神北部	56,869	91,519	105,346	114,597	2.02

※地域医療構想に基づく推計値

表6：在宅医療提供状況

区分	在宅医療圏域	在宅医療提供状況							
		在宅療養支援診療所・病院※1	地域包括ケア病床を有する病院※1	在宅療養後方支援病院※1	地域医療支援病院※2	在宅療養支援歯科診療所※1	在宅患者訪問薬剤管理指導届出薬局※1	24時間対応訪問看護ステーション※3	機能強化型訪問看護ステーション※3
北部	伊丹	40	3	0	2	18	88	32	3
	川西	30	4	2	1	12	72	19	1
	宝塚	42	2	0	1	22	105	31	3
	三田	19	0	1	1	6	36	14	0
	4圏域計	131	9	3	5	58	301	96	7
県全体 40 圏域		1,059	140	24	38	463	2,555	691	43

※1 R5(2023).7月施設基準等届出状況(近畿厚生局) ※2 地域医療支援病院認定数(R4(2022).9月時点)

※3 医療計画データブック(R5(2023)厚生労働省)

(2) 入院医療機関から在宅への退院支援

阪神北部では各在宅医療圏域に地域医療支援病院(公立・公的病院)があり、入院医療から在宅医療等への円滑な移行のために入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援と、地域医療・介護連携体制の構築に向けて取り組んでいる。一方、歯科のある病院を含めて、入院患者の口腔機能(口腔ケア)の維持改善はまだ十分ではなく、退院後も含めた患者の口腔ケアの普及推進が必要である。

(3) 急変時の対応と看取りの体制(在宅医療の基盤整備と医療介護連携体制の推進)

阪神北部における死亡場所別死亡数は自宅が約2割、医療機関は約6割強となっているが、多くの高齢者は可能な限り自宅等での看取りを望んでいる。また、在宅における看取り数は2040年には約2.0倍となる見込みである。

在宅療養における急変や看取り時の緊急往診、休日・夜間時の対応については、在宅医間や多職種間での連携や機能強化型の在宅療養支援診療所、後方支援病院、訪問看護ステーションの確保等、地域全体での医療供給体制を構築していく必要がある。

(4) 認知症対策

高齢者の約4人に1人が認知症かその予備軍と推計されており、今後更なる増加が見込まれている。阪神北部には鑑別診断が可能な認知症疾患医療センターが2か所あるが、3市町(宝塚市、川西市、猪名川町)にはなく、認知症高齢者の増加に伴い、地域支援体制を強化する必要がある。また、認知症の早期発見・早期鑑別診断ができる医療体制の強化が必要である。

推進方策

(1) かかりつけ医・在宅医療に関する意識啓発・体制整備(県、市町、関係機関、県民)

- ・ かかりつけ医師等の定着や在宅医療・介護連携、相談拠点の機能強化を図り、地域で支え合いながら在宅療養者の療養・介護がスムーズに行えるよう意識啓発を行う。
- ・ 地域包括ケア病棟(病床)がない200床未満の病院に対し、体制整備の促進を行う。また、在宅医療支援病院・診療所や訪問看護、訪問リハビリテーション等も合わせて、包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を強化する。

(2) 入院医療・在宅医療相互連携に必要な課題の抽出(県、市町、関係機関)

- ・ 住み慣れた地域で安心して療養生活を送ることができるよう、地域の医師会や民間病院、薬剤師会や在宅医療関係団体等で構成する在宅医療推進協議会等で検討する。阪神北部における患者流出の約半分が在宅医療であり、主な流出先は阪神南部、大阪府、神戸圏域となっているため、各在宅医療圏域に拘らない柔軟な医療介護連携の必要がある。
- ・ 宝塚及び三田地域では退院調整ルールづくりや川西市及び猪名川町ではつながりノートの活用が行われており、またバイタルリンク等のICT利用による情報の共有化を進めていく。
- ・ 伊丹市、川西市・猪名川町、三田市において在宅医療・介護連携支援センター

の設置により、他市在宅医療介護関係者との連携も対応可能で、急性期から回復期、在宅医療と介護への円滑な移行のための相談機能やコーディネート機能を整備しているところである。

(3) 口腔機能の維持向上に向けた連携体制の整備（県、市町、関係機関、医療機関）

- ・ 歯科のない病院に対して、歯科医師会と連携した訪問診療体制を確保するなど、入院患者の口腔ケアや口腔機能の維持向上に向けた対策の強化を推進する。また、歯科専門職以外の他職種であっても、在宅患者の口腔状態を理解し、課題に応じた必要な連携を取ることができる体制を整備するとともに、在宅患者の食の支援体制の構築を図る。

(4) 認知症対策（県、市町、関係機関、医療機関）

- ・ 市町、包括支援センターを中心に地域包括ケアシステムを整備し、認知症の人と家族を支える地域連携支援体制を推進する。また、認知症疾患医療センターの充実を図るとともに、かかりつけ医や認知症対応医療機関、認知症相談医療機関との連携により、地域の認知症医療の推進を図る。

7 感染症対策

現状

感染症指定医療機関の感染症病床は全県で54床あるが、阪神圏域として県立尼崎総合医療センター（第二種感染症指定医療機関）に8床確保されている。新型コロナウイルス感染症にかかる対応では、阪神南部での入院協力医療機関の病床は22病院、281床で、阪神北部では12病院、185床であった。

さらに川西市立総合医療センター、市立伊丹病院と近畿中央病院の統合新病院及び県立西宮病院と西宮市立中央病院の統合新病院においては、2類相当感染症に対応できる構造・設備設計がなされており、感染症拡大時の入院協力要請に対応可能となっている。また、新型コロナウイルス感染症への対応から、令和4年12月に感染症法が改正され、県の感染症予防計画において、感染症対応に必要な関係機関との協定の締結が予定されており、それに基づいて、芦屋・宝塚・伊丹健康福祉事務所では平時のうちから新興感染症等の拡大、まん延時に備えた準備を計画的に進め、迅速かつ的確に対応できるよう、医療提供体制の構築と整備を行っていく。

第4章 東播磨圏域

地域の特性

東播磨地域は、明石市、加古川市、高砂市、加古郡稲美町及び播磨町の3市2町で構成され、兵庫県臨海部中央に位置し、東は神戸市、西は姫路市、北は三木、小野、加西の各市に接している。

管内東部には子午線が通り、中央部には県下最大の河川「加古川」が流れ、流域には播州平野が広がっており一年を通じ降水量が少なく、温暖である。

また、東播磨地域には、県下最大級の「加古大池」をはじめとする多くのため池が集中しており、地域全体が豊かな水辺空間に恵まれている。

圏域の重点的な取組

1 救急医療体制の充実

現状と課題

(1) 初期救急医療は、明石市立夜間休日応急診療所と東はりま夜間休日応急診療センター（R3年11月1日開所）及び在宅当番医制で対応しているが、医師の高齢化等による問題がある。二次救急医療は、明石市12病院による輪番と2市2町（加古川市、高砂市、播磨町、稲美町）10病院による2つの輪番において空白日なく輪番体制を確保している。三次救急医療は、県立加古川医療センターが救命救急センターに指定されている。また、播磨地域及び丹波南部地域を含むドクターヘリ基地病院に指定されている。

(2) 消防本部別の救急搬送時間については、119番通報受付から現場到着所要時間（県平均8.6分）は、明石市8.2分、加古川市8.2分、高砂市6.9分、現場到着から収容所要時間（県平均37.9分）は、明石市36.8分、加古川市33.6分、高砂市32.6分であり、県平均よりいずれも短い状況である（R2年）。救急搬送される傷病者で急病に分類されるもののうち、診療の結果として帰宅可能な「軽症」が44.5%を占める。（R4年）

救急搬送患者数は、令和元年までは年々増加しているが、令和2年及び令和3年は、新型コロナウイルス感染症拡大に伴い、外出制限等が発出された影響から大きく減少となった（H29年32,244人、H30年33,776人、R元年34,047人、R2年29,930人、R3年30,584人、R4年34,791人）。今後、救急搬送患者数は高齢化の進展に伴いさらに増加することが予測される。

(3) 新型コロナウイルス感染症まん延時に、二次輪番を担う一部の民間病院等で救急外来や入院の受け入れが不十分であったことにより、夜間休日応急診療センター等の初期救急医療から二次救急医療へ移送される救急患者の診療の受け入れや発熱している救急患者の受け入れが困難となる課題が生じた。

推進方策

(1) 住民が急傷病時に、適時・適切な医療を受けることができるよう、医療機関、消防等の連携のもと、引き続き安定した救急医療体制を確保する。このため、医療機関、地域の医師会、市町等が連携しながら、医師の確保に努めるなど、明石市立

夜間休日応急診療所、東はりま夜間休日応急診療センター及び在宅当番医制による初期救急医療提供体制の確保に努める。また、地域の医師会、医療機関等が連携しながら、二次救急輪番体制の維持・拡大を図るとともに、引き続き三次救急医療体制の充実に努める。(医師会、医療機関、市町、県)

(2) 消防と医療機関等との連携を図りながら、救急搬送体制の確保・充実に努める。

また、日頃からかかりつけ医をもつことや救急車の適正利用についてさらなる啓発を進め、人生の最終段階における医療・ケアのあり方について、本人の意思決定を支援する取り組み(ACP: Advance Care Planning, 人生会議)の住民への普及を図る。(県民、医師会、医療機関、消防、市町、県)

(3) 二次輪番病院等において、新興感染症まん延時も救急患者を受け入れるために必要な標準的な感染対策の知識・技術の向上を図る。また、全ての医療機関において発熱患者を幅広く受け入れるよう引き続き啓発する。さらに、感染症患者受け入れ病院の入院病床の逼迫を防ぐため、後方支援を行う医療機関や施設への受け入れ調整を円滑に行えるよう管内関係機関の役割分担と連携強化を図る。(医師会、医療機関、福祉施設、消防、市町、県)

目 標

目 標	現 状 値	目 標 値 (達 成 年 度)
救急医療の確保・充実	二次輪番空白日なし (2023)	二次輪番空白日なし (2029)

2 周産期医療及び小児医療(小児救急含む)体制の確保・充実

現状と課題

(1) 令和4年の出生数は5,181人(出生率(人口千対)7.3(県6.2))であり、前年出生数5,477人(出生率7.7(県6.5))より減少している。また、周産期死亡率(出産千対)は3.1(県2.9)で年によりばらつきがある。

(2) 令和5年10月1日時点における分娩を扱う医療機関は4病院8診療所で、減少傾向にある。地域周産期母子医療センター(加古川中央市民病院・明石医療センター)では、正常分娩を含め、ハイリスク妊婦や高度な新生児医療を要する母子の救急搬送の受け入れが増加している。

(3) 令和2年の診療従事医師数は1,570人、人口10万対医師数は219.3人(県266.1人)であり、県よりも低くなっている。

診療科別の医師数については、小児科は85人(H28年75人)、産婦人科は59人(H28年55人)で平成28年時点より増加傾向である。また、年少人口10万対小児科医数では、東播磨90.5人(県128.1人)、15-49歳女性人口10万対産婦人科医数では、東播磨41.5人(県46.7人)、播磨東(周産期医療圏:東播磨・北播磨)40.1人と県より少なく、小児科医・産婦人科医の確保が今後とも重要である。

(4) 令和5年3月末時点における小児慢性特定疾病患者は413人で、そのうち人工呼吸器装着児は31人、うち在宅療養児は17人である。加古川中央市民病院では、

このような医療的ケア児の在宅移行に向けての取り組みを進めており、関係機関による体制整備が必要である。

- (5) 東播磨の小児救急医療体制は、初期救急は、明石市立夜間休日応急診療所と東はりま夜間休日応急診療センターで対応しているが、小児科医の高齢化や医師不足により診療時間が24:00までとなっている。
- (6) 東播磨圏域小児救急医療電話相談を設置しているが、開設時間は20:30～23:30である。また、県が実施する小児救急医療電話相談(#8000)は、平成30年度から翌朝8:00まで延長されている。
- (7) 小児の二次救急は、地域小児医療センターに位置付けられている加古川中央市民病院を中心に、明石市立市民病院、明石医療センターの3病院において、空白日なく輪番体制を確保しているが、小児科医不足により体制を維持するのが非常に困難な状況である。

推進方策

- (1) 周産期死亡率は年により大きな変動があるが、なるべく低値を維持し、少なくとも県平均以下となるように努める。そのため、妊娠中からの妊娠高血圧症候群の予防や母体と新生児の安全確保の面から、妊婦健康診査の普及啓発及び受診促進を図る。(県民、市町、医療機関)
- (2) 地域周産期母子医療センターをはじめ、周産期医療に携わる各関係機関は相互に連携・補完し、分娩のリスクに応じて適切な医療が提供されるよう産婦人科医の確保を含め、周産期医療体制の強化を図るとともに、ドクターカー等搬送体制の充実を図る。(医療機関、消防、市町、県)
ハイリスク妊婦や高度な新生児医療に対応するため、より高度な周産期医療の充実を図る加古川中央市民病院は、より高度な周産期医療に対応できるよう総合周産期母子医療センターの整備を目指す。(医療機関、県)
- (3) 小児科や産婦人科を有する医療機関は、大学医学部等に医師派遣を要請する等、様々な方法により小児科医・産婦人科医の確保に努める。(医療機関)
- (4) 医療的ケア児が、安全で発達に応じた在宅療養を送ることができるよう、県医療的ケア児支援センター(令和4年6月開設)、医療機関、訪問看護ステーション、特別支援学校、相談支援事業所等は相互の連携強化を図る。(医師会、医療機関、訪問看護ステーション、福祉施設、教育機関、市町、県等)
- (5) 小児の初期救急医療体制の充実に向けて、関係機関は小児科医の確保及び体制の充実を図る。(医師会、医療機関、市町等)
- (6) 受診時の医師からの説明や乳幼児健診等での保健指導など様々な機会を通して、「かかりつけ医を持つこと」や小児救急医療電話相談の普及啓発に努め、不要不急な受診を減らし適正受診を推進する。(県民、医師会、医療機関、消防、市町、県)
- (7) 空白日のない小児の二次救急医療体制を維持できるよう二次救急を担う医療機関は、小児科医の確保及び医療機関間の連携強化を図る。(医療機関、消防、市町、県等)

目 標

目標	現状値	目標値（達成年度）	備考※
周産期死亡率の減少	3.1（2022）	県平均以下（2029）	県平均 2.9（2022）
小児救急医療の充実	二次輪番空白日なし （2023）	二次輪番空白日なし （2029）	

3 新興感染症発生・まん延時における医療

現状と課題

- （1） 新型コロナウイルス感染症の流行初期には、帰国者・接触者外来として、公立病院が濃厚接触者の検査等を実施した。また、感染拡大時には、地域の医師会においては、センター方式によるPCRセンターを設置するなど体制整備を行ったが、発熱患者を受け入れる発熱外来は不足した。
- （2） 新型コロナウイルス感染症の感染拡大時には、管内のコロナ患者の入院病床が不足したため、急性期を脱した入院患者については後方支援を行う医療機関・施設への受け入れ調整を行う必要があった。また、小児・妊産婦は特定の病院で入院を受け入れるために、他の医療機関が成人・高齢者を積極的に受け入れるなど、地域の医療機関の特性に応じた療養先の振り分けを行い、病床の確保を図った。その他、GW や年末年始等の大型連休前には、保健所が中心となって二次輪番に参画する医療機関や医師会、市町、消防を参集した連絡会を開催し、関係者間の情報共有やきめ細かい調整、役割分担・連携強化を図った。
- （3） 高齢者施設等には重症化リスクをもつ高齢者が多く入所しているが、感染拡大時には施設内でクラスターが多く発生した。認知症や要介護高齢者を受け入れる入院病床の確保は十分でなく、高齢者施設への往診の調整、管内の感染症認定看護師の施設への派遣による个人防护具の着脱やゾーニングなどの支援を行った。医療機関において、新型コロナウイルス感染症の退院基準を満たした退院患者であっても、高齢者施設が受け入れを断る事例もみられた。

推進方策

- （1） 今後も新興感染症に対応できるよう、発熱外来・入院等の医療提供体制について、「感染症予防計画」に基づき構築する。また、発熱外来を行う医療機関においては、院内感染対策（ゾーニング、換気、个人防护具の着脱等）を適切に実施できるよう研修・訓練を行うなど地域の医師会等と連携した取り組みを行う。（医師会、医療機関、市町、県）
- （2） 流行初期から新型コロナウイルス感染症対応の実績を参考に、限られた医療資源が有効に活用されるよう、感染症発生・まん延時の入院受入病院の役割の明確化を図るとともに、病院、医師会、関係機関とのネットワーク化により、実践的な訓練を実施するなど平時からの備えに努める。さらには、自宅療養者への対応を図るため医師会、市町、関係機関等と連携を図る。（医師会、医療機関、訪問看護ステーション、市町、県）
- （3） 高齢者施設等で感染対策の質の向上を目指す。また、感染した入所者が施設内

での療養に際し、必要な場合には医師による往診や認定看護師の派遣を行えるよう
平時からの連携を図る。さらに、高齢者施設と協力医療機関等との連携強化にも努
める。（医師会、医療機関、訪問看護ステーション、福祉施設、市町、県）

関連データ

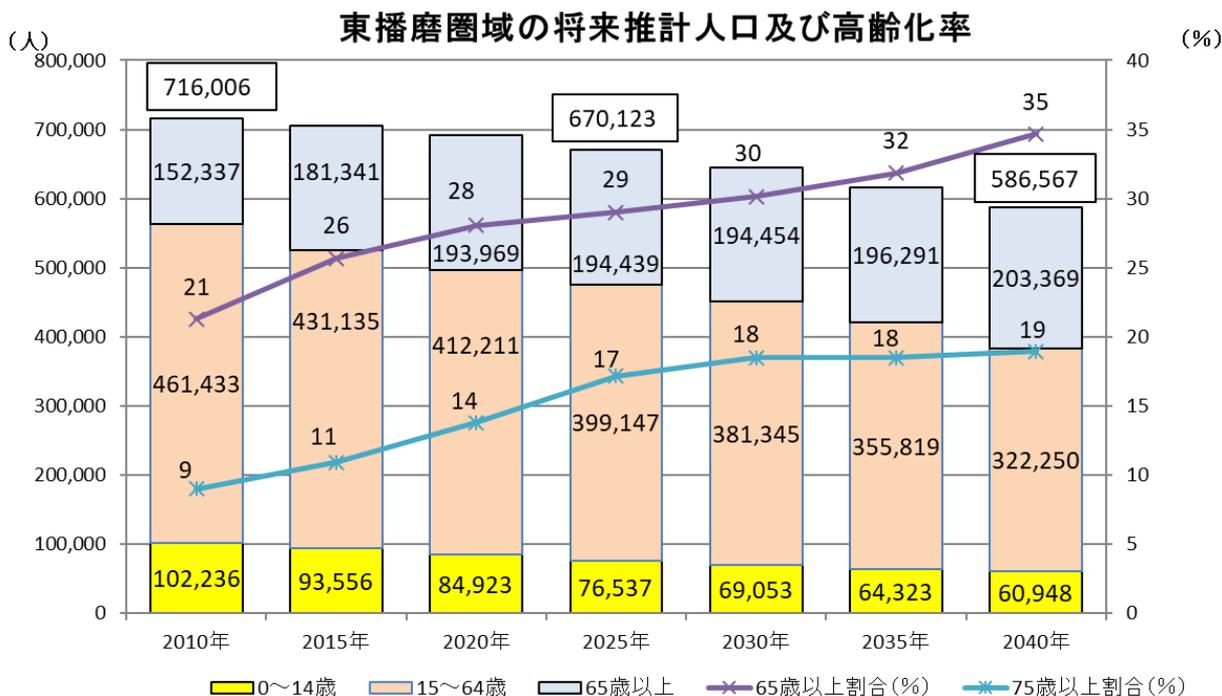
4-1 人口及び人口動態

(1) 人口

東播磨の将来推計人口は、2025年には、2010年(H22)の716,006人から670,123
人に、2040年には586,567人に減少すると推計されている。

65歳以上の高齢者人口は2010年の152,337人から2025年には194,439人に、
2040年には203,369人に増加すると推計されている。一方、生産年齢人口は、年々
減少し、2010年の461,433人から2040年には322,250人まで減少する。

図1：将来推計人口及び高齢化率（H22年～R22年）



資料 国立社会保障・人口問題研究所 日本の地域別将来推計人口

(2) 人口動態

出生数は減少傾向にあるが、人口千人あたりの2022年(R4)の出生率は7.3で、県平均6.2を上回っている。一方、死亡数は増加傾向にあるが、人口千人あたりの死亡率は11.5で県平均12.3より低くなっている。

死因別死亡割合の状況は、2021年(R3)では、悪性新生物が最も多く、次いで、心疾患、老衰、脳血管疾患の順になっている。死亡数の推移をみると、悪性新生物の死亡数が増加している。

表1：人口動態（H29年～R4年）

年次	出生		死亡		周産期死亡	
	実数	人口千対	実数	人口千対	実数	出生千対
2017年(H29)	5,812	8.1	6,713	9.4	23	4.0
2018年(H30)	5,830	8.1	7,043	9.8	17	2.9
2019年(H31)	5,542	7.7	7,159	10.0	21	3.8
2020年(R2)	5,376	7.5	7,139	10.0	12	2.2
2021年(R3)	5,477	7.7	7,500	10.5	18	3.3
2022年(R4)	5,181	7.3	8,186	11.5	16	3.1
(全県 R3年)	33,581	6.5	61,980	11.4	122	3.4
(全県 R4年)	33,565	6.2	66,541	12.3	96	2.9

表2：死因別死亡数（R3年）

死因	死亡数(人)		
	男	女	計
悪性新生物	1,307	834	2,141
心疾患	533	567	1,100
老衰	214	600	814
脳血管疾患	269	247	516
肺炎	192	114	306
不慮の事故	123	90	213
自殺	85	29	114
結核	6	2	8
その他	1,216	1,072	2,288
計	3,945	3,555	7,500

資料 厚生労働省「人口動態統計」

図2：死因別死亡割合（R3）

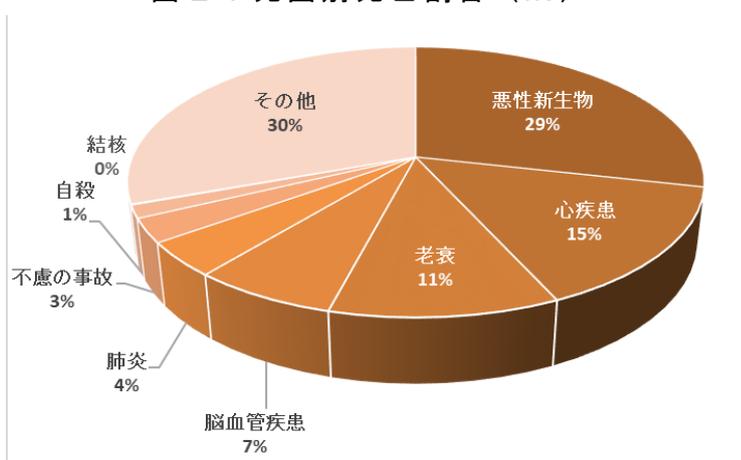
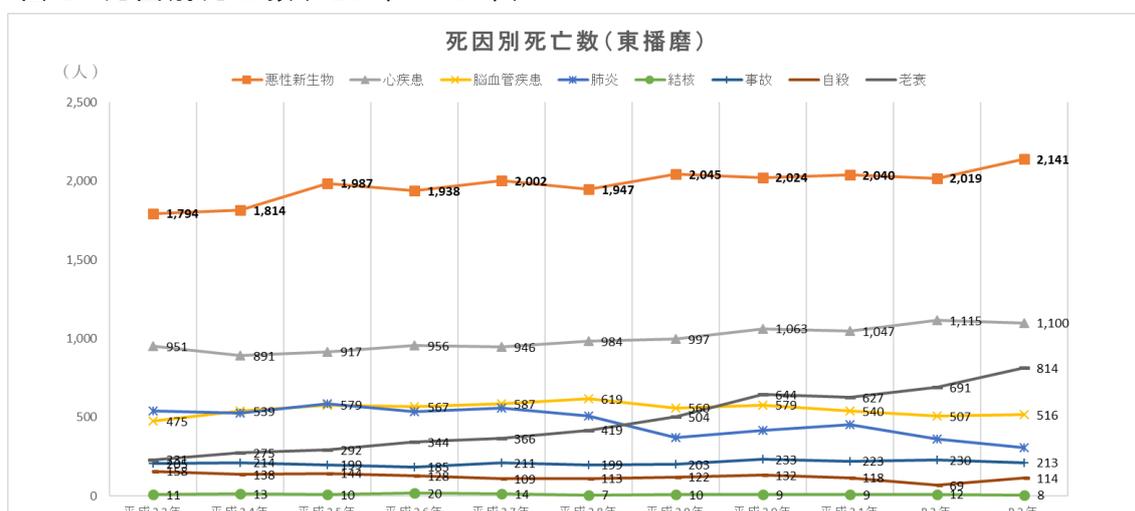


図3：死因別死亡数（H23年～R3年）

資料 兵庫県保健統計年報



資料 兵庫県保健統計年報

4-2 医療機関・診療従事医師数

医療機関数は、一般病院 35 施設、一般診療所は 547 施設、歯科診療所は 339 施設となっている。

なお、一般診療所のうち、有床診療所は 32 施設となっている。

人口 10 万人対で比較すると、病院は 5.5 施設（県 6.4 施設）、一般診療所は 76.6 施設（県 95.6 施設）、歯科診療所 47.5 施設（県 54.7 施設）であり、県よりも低くなっている。

表 3：医療機関等の状況 (R3年)

() 内は人口10万人対

	病院				一般診療所				歯科診療所
	総数	一般病院		精神病床のみ有する病院	総数	有床		無床	総数 (全て無床)
		うち療養病床を有する病院				うち療養病床を有する病院			
東播磨	39(5.5)	35	18	4	547(76.6)	32	2	515	339(47.5)
県	347(6.4)	314	152	33	5,192(95.6)	180	12	5,012	2,971(54.7)

資料 厚生労働省医療施設調査

許可病床数は、病院においては、一般4,503床、療養1,468床、一般診療所においては、一般65床、療養23床となっている。その他、精神病床は1,462床、感染症病床は8床となっている。

表 4：東播磨の病床の種類別許可病床数 (R5.4.1)

	病院			一般診療所			精神	結核	感染症
	総数	一般	療養	総数	一般	療養			
東播磨	5,971	4,503	1,468	88	65	23	1,462	0	8
兵庫県	52,134	39,597	12,537	604	503	101	11,452	150	54

資料 兵庫県医務課医療指導班 (R5.4.1)

表 5：診療従事医師数 (R2年)

() 内は人口 10 万人対

	医師数※1	小児科医師数※2	産婦人科医師数※3
東播磨	1,570(219.3)	85(90.5)	59(41.5)
兵庫県	14,540(266.1)	854(128.1)	504(46.7)
播磨東 (周産期医療圏：東播磨・北播磨)			76(40.1)

資料 厚生労働省医師・歯科医師・薬剤師調査 (R2年)

※1 () 内は、総人口 10 万対医師数

※2 () 内は、年少人口 (0 歳～14 歳) 10 万対医師数

※3 () 内は、15～49 歳女性人口 10 万対医師数

4-3 救急の状況

(1) 救急搬送時間

消防本部別の救急搬送時間については、119番通報受付から現場到着所要時間は、明石市8.2分、加古川市8.2分、高砂市6.9分となっており、県（8.6分）より短くなっている。現場到着から収容所要時間は、明石市36.8分、加古川市33.6分、高砂市32.6分となっており、県（37.9分）より短くなっている。

表6：救急搬送時間（R2年）

消防本部名	119番通報受付～ 現場到着所要時間（分）	119番通報受付～ 病院収容所要時間（分）
明石市	8.2	36.8
加古川市	8.2	33.6
高砂市	6.9	32.6
兵庫県	8.6	37.9

資料 兵庫県消防防災年報（R2年）

(2) 救急搬送患者数

令和2年及び令和3年は、新型コロナウイルス感染症拡大に伴い、外出制限等が発出された影響から大きく減少となっている。

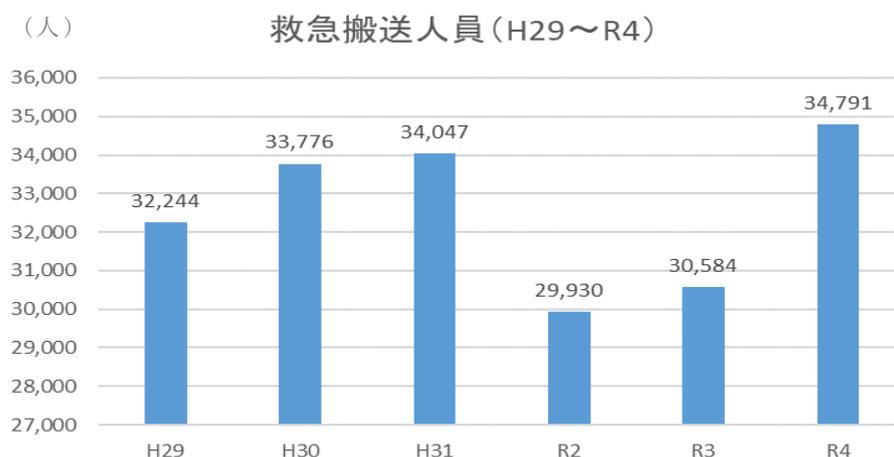
救急搬送される傷病者のうち、急病に分類され、診療の結果として帰宅可能な「軽症」と分類される者は、毎年4割程度となっている。

表7：救急搬送人員（H29年～R4年）

年次	明石市		加古川市		高砂市		東播磨	
	救急搬送人員	うち軽症者数	救急搬送人員	うち軽症者数	救急搬送人員	うち軽症者数	救急搬送人員	うち軽症者数 (%)
2017年(H29)	12,806	6,738	15,836	7,323	3,602	1,698	32,244	15,759(48.8)
2018年(H30)	13,594	6,872	16,315	7,580	3,867	1,962	33,776	16,414(48.5)
2019年(H31)	14,080	6,895	16,120	7,100	3,847	1,922	34,047	16,007(47.0)
2020年(R2)	12,258	5,814	14,280	5,524	3,392	1,538	29,930	12,876(43.0)
2021年(R3)	12,565	5,562	14,572	5,385	3,447	1,392	30,584	12,639(41.3)
2022年(R4)	13,942	6,821	16,946	6,985	3,903	1,670	34,791	15,476(44.5)

資料 各市町消防年報

図4：救急搬送人員（H29年～R4年）



資料 各市町消防年報

第5章 北播磨圏域

地域の特性

西脇市・三木市・小野市・加西市・加東市・多可町の5市1町からなる北播磨地域は、兵庫県のほぼ中央に位置しており、総面積は895.61km²で、県土の10.7%を占めている。

日本のへそ（東経135度、北緯35度）と称せられている地理上の日本の中心地（西脇市）があり、日本の標準時を定める子午線が南北に貫いている。県下最大の河川「加古川」が、地域の中央部を貫流し、流域には播州平野が広がっている。

圏域の重点的な取組

1 小児救急医療

現状と課題

(1) 小児救急医療電話相談体制

子どもの急病、けが等に対する保護者の不安を軽減するため、「北播磨圏域子ども医療電話相談」を設置。看護師が症状への対処方法について助言、受診医療機関を紹介する。

また、「北播磨県民いきいき情報（インターネットホームページ情報）」において、小児救急医療機関に関する情報を掲載している。

北播磨圏域子ども医療電話相談	☎0794-62-1371 相談時間：18:00～22:00 (祝祭日、年末年始を除く)
北播磨県民いきいき情報	https://kitaharima-ikiiki.com/

(2) 一次・二次小児救急医療体制

小児地域医療センターである北播磨総合医療センターを中心に、西脇市立西脇病院、医師会、小児科開業医等が協力して対応している。

一次小児救急医療体制については、新たな小児科医の開業がほぼ望めず、開業医の高齢化が進んでいることから、空白日が生じている。

二次小児救急医療体制については、北播磨総合医療センターと西脇市立西脇病院の2病院が対応しており、空白日は無いものの、空白の時間帯（夜間）がある。

	日	月	火	水	木	金	土
一 次	(第2) 北播磨総合医療センター 9:00～17:00 (第4) 西脇市立西脇病院 9:00～17:00 北播磨小児科医会 開業医出務						
二 次	(第1・2・3・5) 北播磨総合医療センター 9:00～17:00 (第4) 西脇市立西脇病院 9:00～17:00	(第1～5) 北播磨総合医療センター 17:00～23:00	(第1～5) 西脇市立西脇病院 17:00～23:00	(第1～5) 北播磨総合医療センター 17:00～23:00	(第1～5) 北播磨総合医療センター 17:00～23:00	(第1～5) 北播磨総合医療センター 17:00～23:00	(第1・5) 西脇市立西脇病院 9:00～翌9:00 (第3・4) 北播磨総合医療センター 9:00～17:00 (第2) 西脇市立西脇病院又は北播磨総合医療センター

(3) 小児の救急搬送状況

小児の救急搬送は、圏域内完結率が59%で、続いて東播磨圏域22%、神戸圏域13%となっており、救急医療体制の空白時間帯があるため、他圏域に頼らざるを得ない状況にある。

(4) 小児医療の状況

小児の入院医療については、北播磨での圏域内完結率が、手術なしが67%、手術ありが50%となっており、その他は、神戸圏域、東播磨圏域に流出している。

推進方策

(1) 他圏域との連携強化

新たな小児科医の開業はほぼ望めず、開業医の高齢化が進んでおり、小児医療を守ることも自体が重要事項となりつつある。さらに、公立病院の小児科医については、神戸、明石、加古川、姫路の病院に集中する傾向にあり、北播磨の一次・二次小児救急医療体制にさらに空白が生じる可能性が否定できない。

現時点では、この状況について、地域で大きな混乱は出ておらず、北播磨二次救急医療圏域の維持に努めつつ、小児救急については、東播磨圏域、神戸圏域の医療機関との連携を強化し、北播磨の小児医療を守っていく必要がある。

(2) 小児救急医療体制の維持・拡大

小児救急輪番制の維持及び拡大に向け、圏域内の公立・公的病院や小児科医療機関、関係行政機関等により、小児救急に関する役割分担や救急搬送を含めた救急医療体制のあり方について検討する。

医療機関への住民の適正受診を推進するため、小児救急医療の知識の普及啓発を図り、休日・夜間の安易な救急搬送を防止する。

2 周産期医療

現状と課題

産科医師の減少により、異常妊娠分娩等の圏域内完結率は、手術の有無に関わらず50%未満で、残りを東播磨圏域と神戸圏域に頼っている。新生児疾患の圏域内完結率は、手術ありが20%、なしが46%となっており、同様に、残りを東播磨圏域と神戸圏域に頼っている状況にある。

産科医師の確保が一番の課題ではあるが、難しい状況にある。

高度医療が必要な場合は、地域周産期母子医療センターである、加古川中央市民病院、明石医療センターでの診療が行われており、東播磨圏域と北播磨圏域をまとめた、播磨東周産期医療圏域としての認識を深めていく必要がある。

推進方策

北播磨圏域での、産科医師の確保は今後も厳しい状況が続くとみられることから、播磨東周産期医療圏域としての認識を広めハイリスク妊産婦・ハイリスク新生児への共同管理について、北播磨総合医療センター、西脇市立西脇病院を中心に、地域周産期母子医療センターである加古川中央市民病院や明石医療センター、総合周産期母子医療センターである県立こども病院等との連携を緊密にし、地域の実情に応じた医療を提供できるように進める。

3 がん医療

現状と課題

胃がん、結腸がんについては、圏域内完結率は手術の有無に関わらず80%以上である。

肺がん、乳がん、肝がん・肝内胆管がん、前立腺がんの圏域内完結率は、手術あり

で70%未満である。しかし、肺がん、乳がん、肝がん・肝内胆管がん、前立腺がんの圏域内完結率は手術なしで80%程度であることから、神戸、東播磨等の他圏域で手術を行い、手術後の治療を、居住地に近い、北播磨圏域内で行っている傾向がうかがえる。

推進方策

(1) がん診療連携拠点病院を中心とする医療体制の整備と連携強化

県指定がん診療連携拠点病院である西脇市立西脇病院に加え、令和5年度から北播磨総合医療センターが国指定がん診療連携拠点病院に指定されたため、従来、圏域内完結率が比較的低かったがん治療の医療提供体制の強化が期待される。

また、標準的治療や先進的な医療の提供、術後の経過観察、在宅医療の実施など、医療機能の分化及び地域医療機関等との連携強化を図り、地域において切れ目のない医療を提供していくことが必要である。

(2) がん予防と早期発見の推進

がんに関する正しい知識の普及啓発を図り、がん予防の取り組みを進めるとともに、がん検診の受診を促進し、早期発見・早期治療を推進する。

(3) 緩和ケアの質の向上

がん診療連携拠点病院が開催する緩和ケア研修会への参加を促進する等、緩和ケアの質の向上を図る。

(4) がん患者の療養生活の質の向上

がん患者が住み慣れた家庭や地域で質の高い療養生活が送れるよう、在宅医療・介護サービス提供体制の充実を図る。

4 脳卒中、急性心筋梗塞

現状と課題

脳梗塞、脳血管障害、急性心筋梗塞ともに、西脇市立西脇病院、北播磨総合医療センターを中心とした医療提供体制が確立しており、圏域内完結率は手術の有無に関わらず90%程度となっている。

推進方策

救命のため、急を要する病状であることから、現在の医療提供体制を維持すること、さらに向上させていくことが必要である。

5 救急医療

現状と課題

救急搬送（総数）については、圏域内完結率は86%程度となっており、東播磨圏域、神戸圏域への搬送は、それぞれ5%程度となっている。

推進方策

救急医療については、現在の医療提供体制を維持、向上させていく必要がある。ただし、高度外傷に関しては東播磨圏域の医療機関との連携のもとに進めていく必要がある。

6 地域医療連携

現状と課題

北播磨地域の病院、診療所等が一体となり医療機能・役割を分担し、相互連携を強化するとともに、急性期から回復期、在宅復帰までの切れ目のない患者本位のサービス提供を目指して、医療機関が保有している診療情報を共有するシステム「北はりま絆ネット」を構築・運用している。

推進方策

・北はりま絆ネット等の運用・推進

急性期から在宅医療まで、切れ目なく一連のサービスを提供できるよう、相互連携と情報共有を推進するため、「北はりま絆ネット」を運用している。

今後も「北はりま絆ネット」のほか、各医師会情報共有ネットワーク「バイタルリンク」の活用の促進及び安定的かつ継続的な運用を図る。

7 在宅医療

北播磨圏域の現状と課題

外来患者数が減少しつつあり、医師の新規開業が期待しづらい。また、新規開業する医師においても、診療所と自宅が離れている（職住分離）診療所医が多く、24時間、在宅患者からの相談を受ける体制や往診体制を確保する必要がある在宅療養支援診療所（以下「在支診」という。）に届け出る医師は少ない（平成28年（2016年）～令和4年（2022年）の7年間で6件に留まっている）。そのため、在支診の医師の高齢化が進んでいる。

広大な北播磨圏域では患者宅と患者宅の距離が遠く、効率的な在宅医療の提供が難しい。診療所の在宅医間で連携し、互いに補い合うグループ診療の必要性は診療所の医師も感じているが、診療所と居住地が離れているといった職住分離の問題や診療録を共有するためのICT化が進んでいない問題などで、グループ診療は一部の診療所間に留まっている。

令和7年（2025年）の訪問診療患者数の需要には追いついても、現在の診療所主体の在宅医療の体制では令和17年（2035年）まで直線的に増加していくとされる訪問診療患者数には供給が追いつかない可能性が高い。

一方、管内には在宅療養支援病院（以下「在支病」という。）が10か所、地域包括ケア病棟（床）を持つ病院が10か所あり、貴重な在宅医療の資源となっているが、未だ積極的に在宅患者への訪問診療・往診を行っている病院は多くはない。

訪問看護ステーションは、平均看護職員数（常勤換算）については全国平均が5人のところ、西脇市が10人、小野市が7人であるが、他市町では5人以下と小規模事業所が目立っている。「24時間対応」をしていない訪問看護ステーションは、計26か所のうち三木市2か所、加東市1か所だけである（令和5年5月現在）。小規模ながらも無理をして24時間対応を継続している状況で、経営破綻に陥る事業所が少なくない。また、看護師不足は訪問看護ステーションに限らず、病院でも看護師の離職が継続しており、管内において看護師不足が課題となっている。

訪問歯科診療所数は31か所と人口10万人当たりの箇所数では、全国平均の1.7倍である。保険診療に訪問歯科診療という項目があり、希望があれば、在宅や入所先の施設、入院先の病院で訪問歯科診療を実施している。

訪問薬局数は49か所と人口当たりの箇所数では、全国平均並みである（令和2年11月現在の実績値、JMAP）。

管内の自宅死亡率（在宅看取り率）は、令和2年では14.4%であるが、ここ4年間横ばいの状況である。自宅・施設死亡率（看取り率）は、令和2年で26.9%であり、年々上昇している。

管内市町の現状と課題

(1) 西脇市

西脇市の在支診数は6か所で、そのうち機能強化型在支診（連携型）が2か所あり、大山記念病院と連携し、グループ診療を行っている。グループ診療を行っている在支診は毎月、大山記念病院で会議を持ち、在宅患者の診療情報を共有している。

グループ診療を行っている在支診が担当している在宅患者の急変時には大山記念病院が緊急入院を受けている。また、その他の診療所の在宅患者の容体急変時に

も24時間救急搬送を受け入れる方針としている。

西脇市立西脇病院は、令和4年度から在宅療養後方支援病院（以下「後方支援病院」という。）を届け出ている。在支診が在宅診療を行い、その容体急変時に救急外来で受け入れるようにしている。患者登録については、3か月ごとに診療情報の更新が行われている。そのように在支診と後方支援病院の病診連携ルールがあるため、受け入れる病院としても対応がスムーズにできている。

また、西脇市多可郡医師会を中心に、連携する医療機関・介護事業所との間で医療・介護に関する情報をタイムリーに共有し、相談できるICT機器（バイタルリンク）を導入している。

(2) 三木市

在支診間の連携、多職種連携へ向けて、バイタルリンクを積極的に活用している。市内の民間病院には、地域連携室にバイタルリンクのタブレットを医師会で準備して置いており、バイタルリンクでの連携をとるように進めている。バイタルリンクを活用すると、在宅患者の急変時に、日頃の投薬の種類、内服状況が共有でき、人生会議（以下「ACP」という。）を進めるという点でも効果的で、本人の意向を書いた文書の添付もできる。特にがんの末期患者についてバイタルリンクを活用し、グループ診療・多職種連携を行っている。これにより、訪問薬局が必要時に医師の指示に従い麻薬を自宅に届け、直後に訪問看護ステーションが麻薬持続皮下注射を開始するなど、連携が活性化している。

三木山陽病院は、在支診との間で、かかりつけの患者の緊急時の受け入れや入院対応に関する文書を交わしている。また、緊急時には在支病として在支診から直接救急外来に連絡を入れるなどの病診連携ルールが構築されており、市内の在支診等の後方支援機能を持っている。

(3) 小野市

栄宏会小野病院は在支病であり、同法人が訪問看護ステーションも運営しているが、現在は余力があり、在宅患者の需要が増えてくれば、それに応じて人員を増やしていくような対応を行うことにしているが、新しく看護師を雇用したいのに、見つからないという問題点を抱えている。

後方支援機能においては、診療所の在宅医と病診連携ルールがあるわけではないが、日頃から患者が行き来している診療所との間で連携は取れており、緊急入院を依頼されれば受け入れている。

土井リハビリテーション病院では療養病床が多く、診療所との連携の上、最期の看取りを希望する患者の入院を受け入れているが、病診連携ルールができている訳ではない。

(4) 加西市

在支診のグループ診療については診療情報の共有が課題となっている。

市立加西病院は、在支病ではないが在支診の後方支援機能を持っており、一定の病診連携ルールが構築されている。

(5) 加東市

加東市民病院及び松原メイフラワー病院は、在支病として在支診の在宅患者の急変時に入院受け入れをしているが、在支診との病診連携ルールができている訳ではない。

(6) 多可町

多可赤十字病院と町内の在支診で在宅医療を行っている。多可赤十字病院は地域包括ケアネットワークについて、かなり積極的に取り組んでおり、多可町とも協働し、各種事業所や社会福祉協議会とも連携した会議に参加している。病院として訪問診療についてはより力を入れていきたいと考えている。

バイタルリンクに関しては、多可赤十字病院でも多可町内でもいまだ活用できていないが、特に訪問診療と訪問看護、それに多可町内に施設が複数あるので、

多職種・多施設間連携で活用を考えている。

推進方策

- (1) 高齢の在支診医が在宅医療を継続できるように、グループ診療を進める。在支診間連携や多職種連携の向上のために、バイタルリンク等のICTの普及・活用が必要である。
- (2) 在支病や地域包括ケア病棟(床)を持っている病院が在支診の後方支援機能を向上させる。そのためには、緩やかな病診連携ルールが必要であり、その中で、特にがん末期の患者などについては、事前にACPにおいて、看取り希望なのか否かを明確にしておくことが重要である。
- (3) 在宅医療において訪問看護ステーションは欠かすことができない存在であり、その存続のため事業所の大規模化が必要である。
- (4) 診療所と病院の信頼関係が成熟していくことを通して、診療所主体である在宅医療の体制から、徐々に在支診と在支病ともに訪問診療・往診を行う体制へと構築を図ることで、令和22年(2040年)に向け、在宅医療を受ける患者数を増やしていく。

(資料)

1 DPCデータ分析

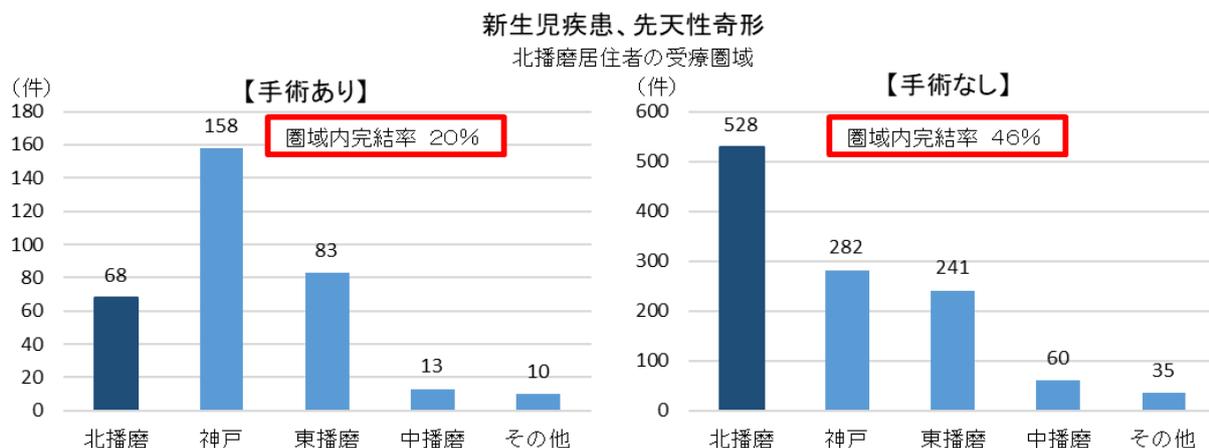
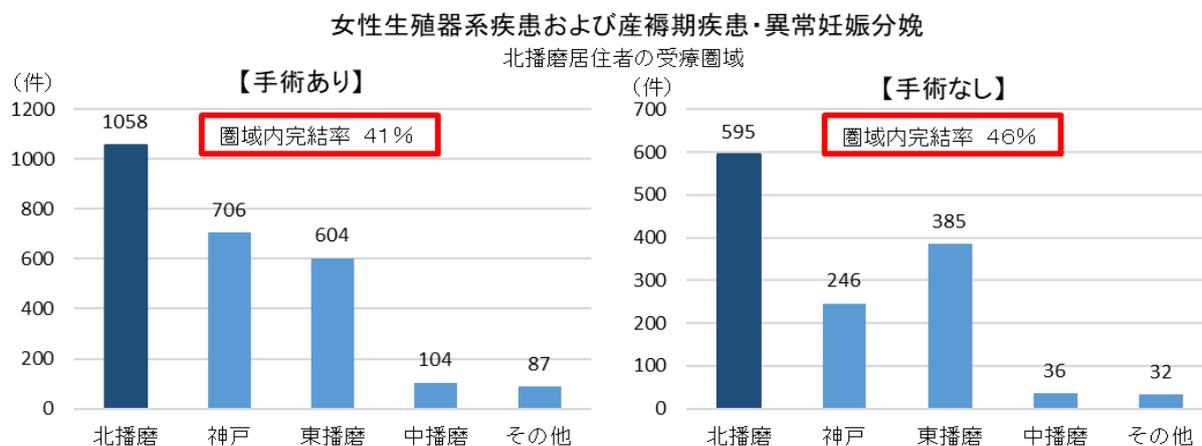
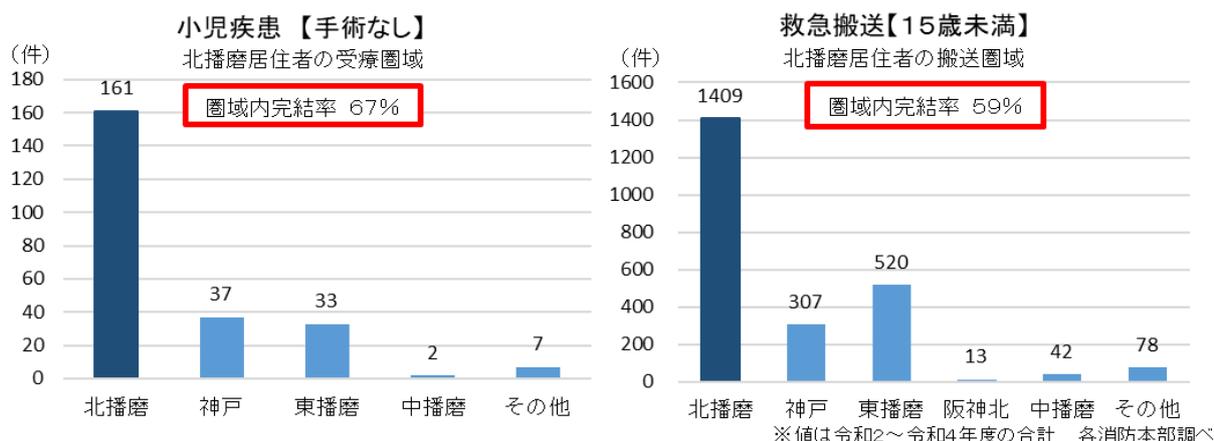
DPCデータ分析事業について

兵庫県の「疾病別医療受給分析・展開事業」として神戸大学に委託。

県、県医師会、県病院協会、県民間病院協会の協力を得て周知を徹底し、県内のDPC対象病院、準備病院及びデータ提出加算を算定している出来高病院(計270病院)にDPCデータを提供依頼し、令和4年3月31日現在265病院から承諾を得る(承諾率98.1%)。

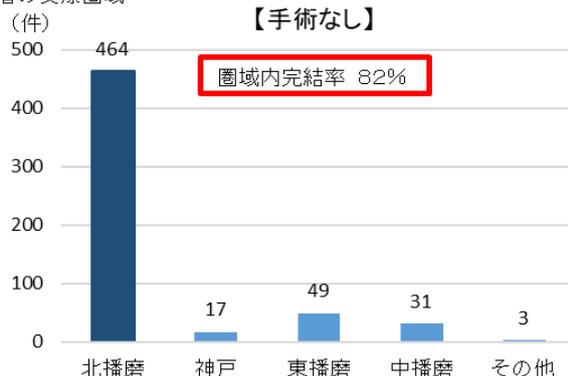
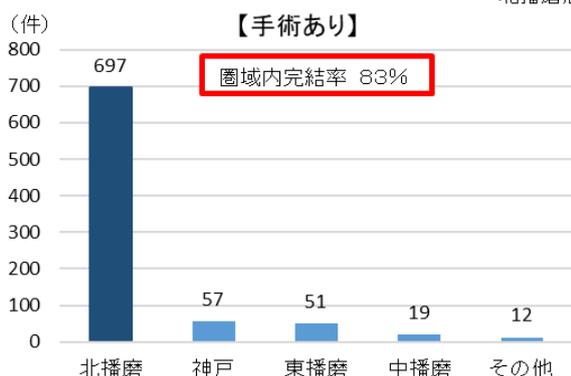
北播磨圏域では15病院が調査対象で、回答率は100%となっている。

以下のDPCデータの値は、令和元年度から令和3年度の合計値。



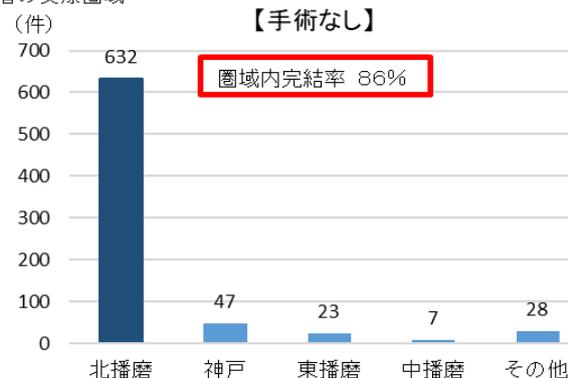
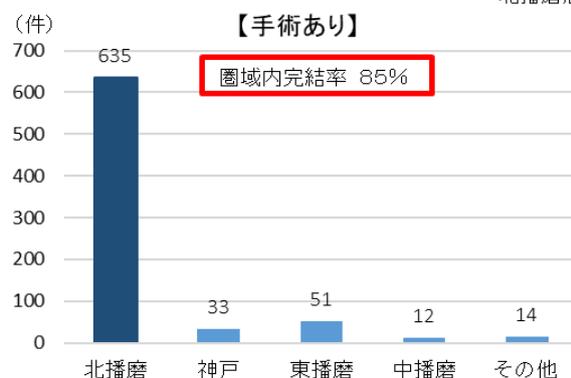
胃がん

北播磨居住者の受療圏域



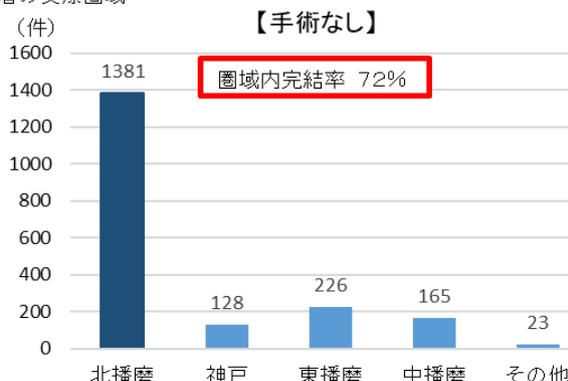
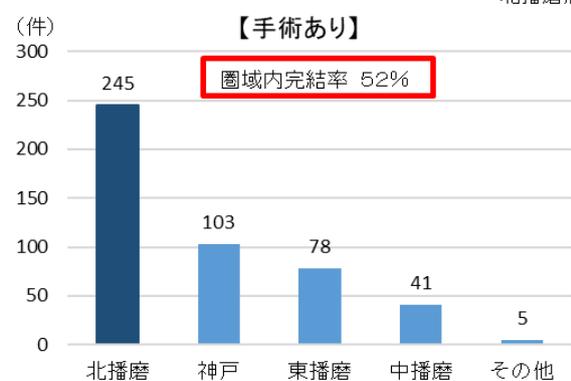
結腸がん

北播磨居住者の受療圏域



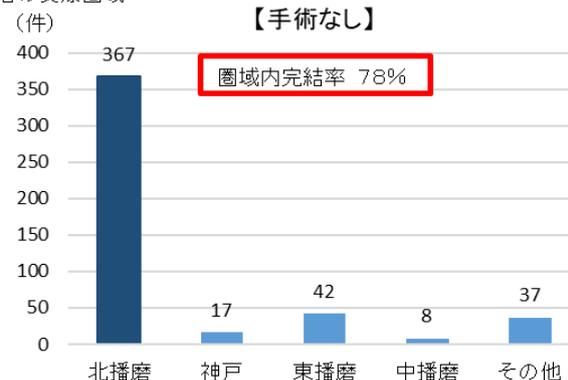
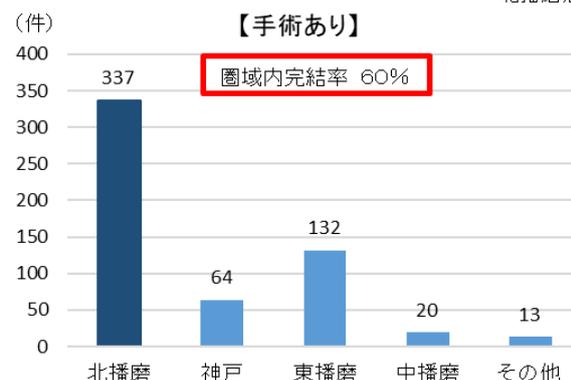
肺がん

北播磨居住者の受療圏域

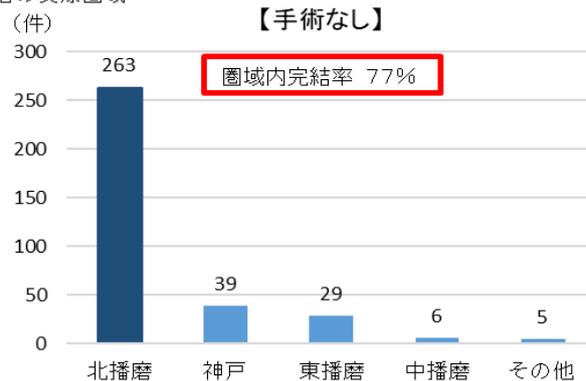
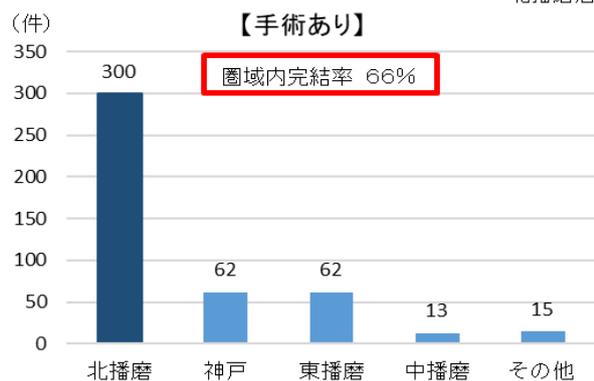


乳がん

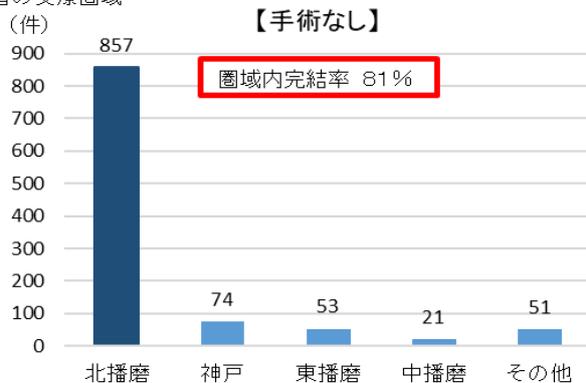
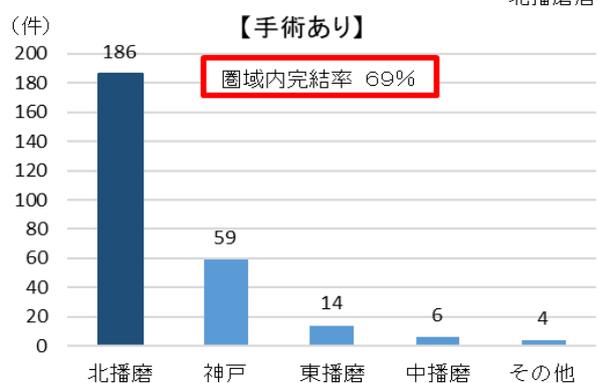
北播磨居住者の受療圏域



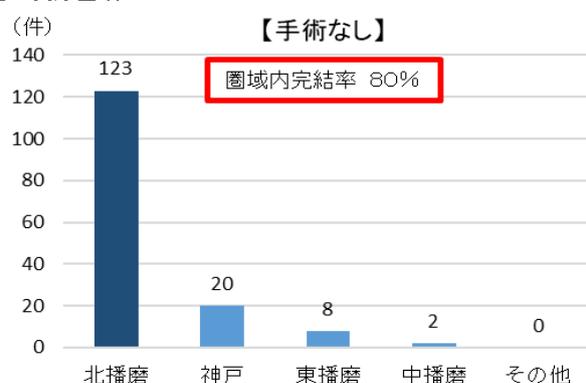
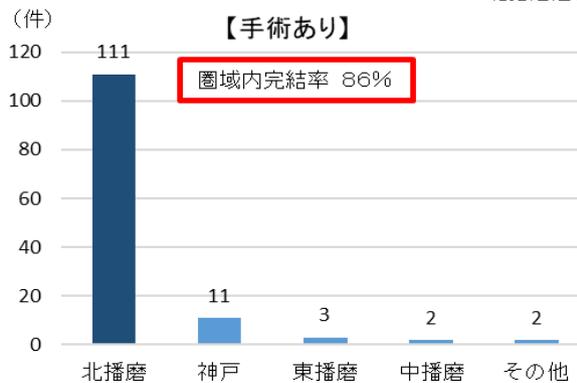
肝・肝内胆管がん
北播磨居住者の受療圏域



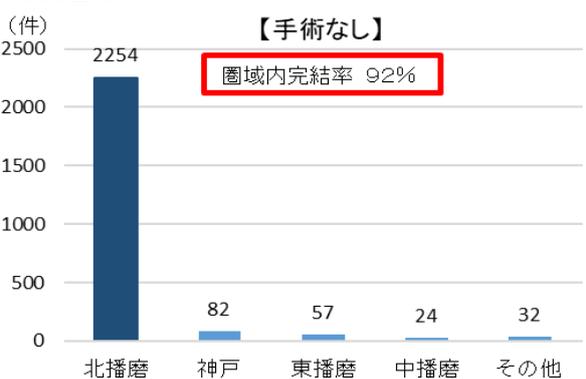
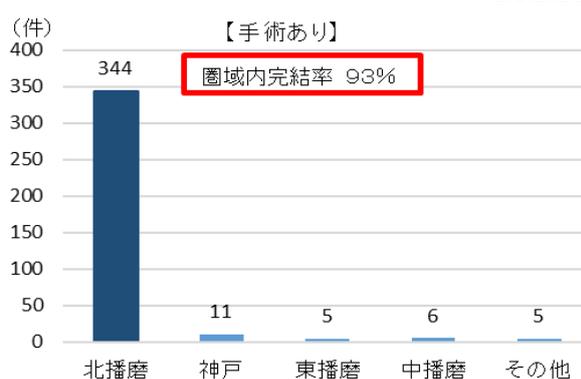
前立腺がん
北播磨居住者の受療圏域



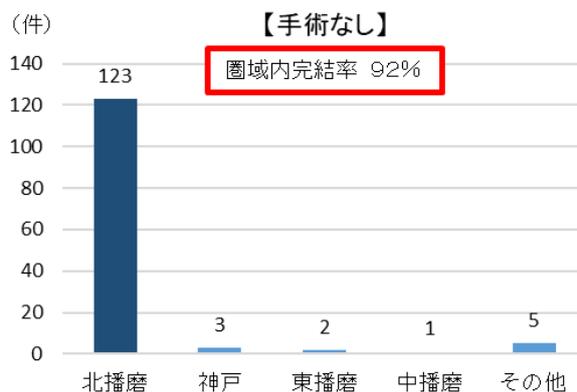
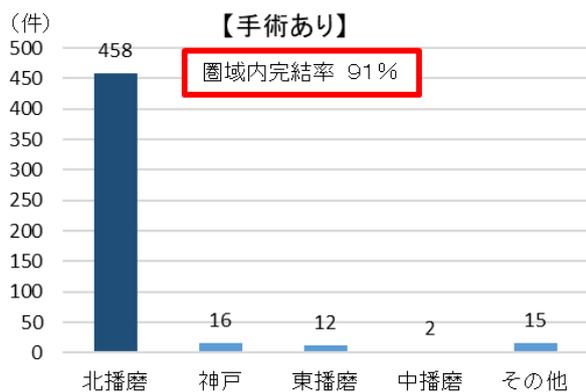
脳血管障害
北播磨居住者の受療圏域



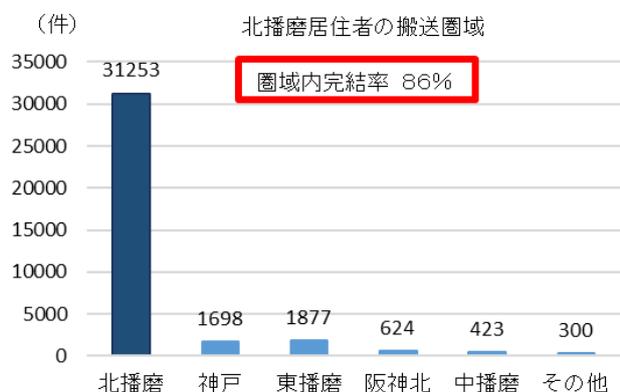
脳梗塞
北播磨居住者の受療圏域



急性心筋梗塞
北播磨居住者の受療圏域



救急搬送【総数】



※値は令和2年度～令和4年度の合計 各消防本部調べ

2 在宅療養関係資料

北播磨圏域 新規開業数・事業継承数の状況
(在宅主治医になりうる内科、外科、神経内科等)

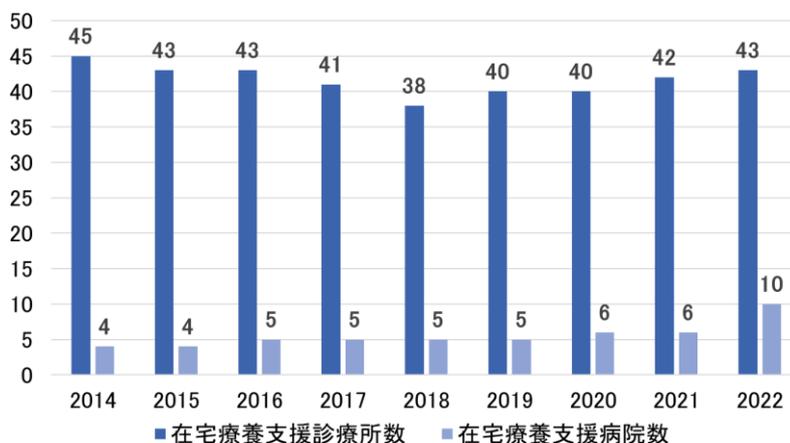
北播磨圏域	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	計
新規開業数・事業継承数	4	2	3	2	4	1	2	18
うち、在支診の届出数	1	0	2*	0	1	1	1	6

*1ヶ所は泌尿器科

北播磨圏域では、在宅療養支援診療所の届出は7年間で6件に留まっている
加東健康福祉事務所調べ

管内の在宅療養支援病院数・在宅療養支援診療所数の推移

(箇所数)

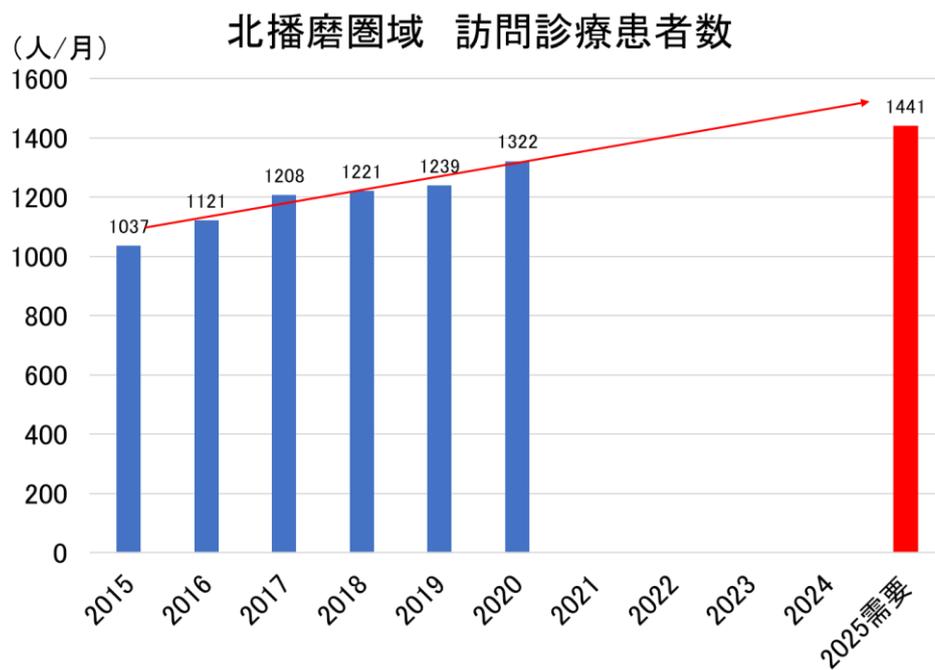


厚生労働省 在宅医療にかかる地域別データ集

管内の病院の許可病床数(令和5年8月)

病 院 名	許可病床数	許可病床数					計	地域包括ケア病棟入院料、または、入管理料(床)	在宅療養支援病院
		一般	療養	精神	結核	感染			
北播磨総合医療センター	公立	450					450		
西脇市立西脇病院	公立	320					320	47	後方支援病院
加東市民病院	公立	139					139	41	○
市立加西病院	公立	193				6	199	99	
多可赤十字病院	公的	96					96	56	○
松原メイフラワー病院	民間	99					99	21	○
栄宏会小野病院	民間	113					113	27	○
大山記念病院	民間	199					199	49	○
ときわ病院	民間	84	104				188	84	○
三木山陽病院	民間	142	55				197	52	○
緑駿病院	民間		180				180		○
服部病院	民間	129	50				179	30	○
みきやまりハ病院	民間	116	50				166		○
北条田仲病院	民間	48					48		
土井リハ病院	民間		131				131		
吉川病院	民間		316				316		
兵庫あおの病院	公立	250					250		
医療福祉センターのぎく	民間	60					60		
医療福祉センターきずな	民間	80					80		

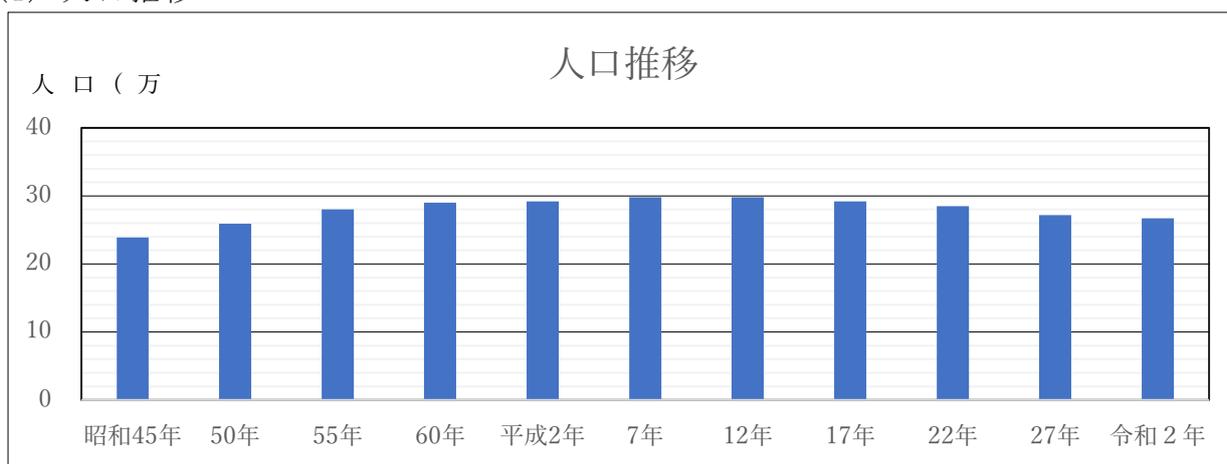
加東健康福祉事務所調べ



厚労省 医療計画作成支援データブック

3 北播磨圏域の概況

(1) 人口推移

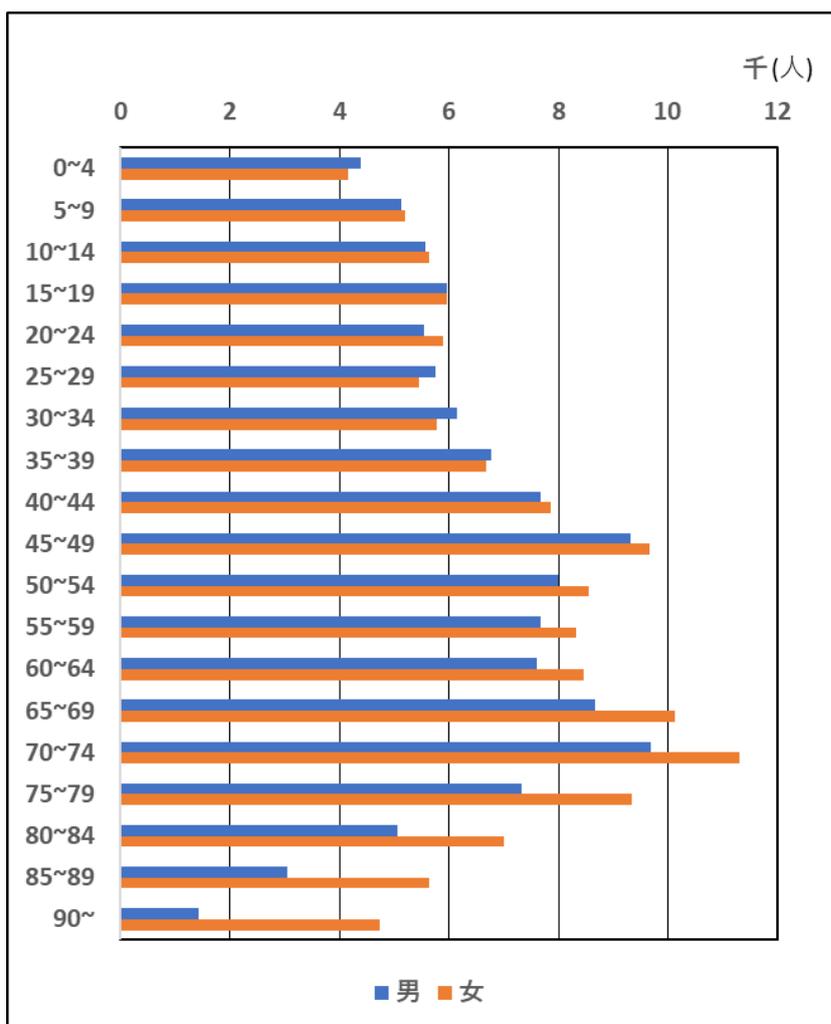


資料：国勢調査（令和2年10月1日実施）

(2) 性別・年齢階級別人口

(単位：人)

区分	男	女
0~4歳	4,392	4,153
5~9歳	5,125	5,198
10~14歳	5,578	5,638
15~19歳	5,956	5,961
20~24歳	5,556	5,889
25~29歳	5,766	5,466
30~34歳	6,143	5,778
35~39歳	6,771	6,669
40~44歳	7,681	7,856
45~49歳	9,328	9,653
50~54歳	8,001	8,549
55~59歳	7,681	8,323
60~64歳	7,613	8,468
65~69歳	8,675	10,125
70~74歳	9,686	11,309
75~79歳	7,319	9,345
80~84歳	5,064	7,009
85~89歳	3,059	5,632
90歳以上	1,438	4,739
合計	120,832	135,760



資料：国勢調査（令和2年10月1日実施）

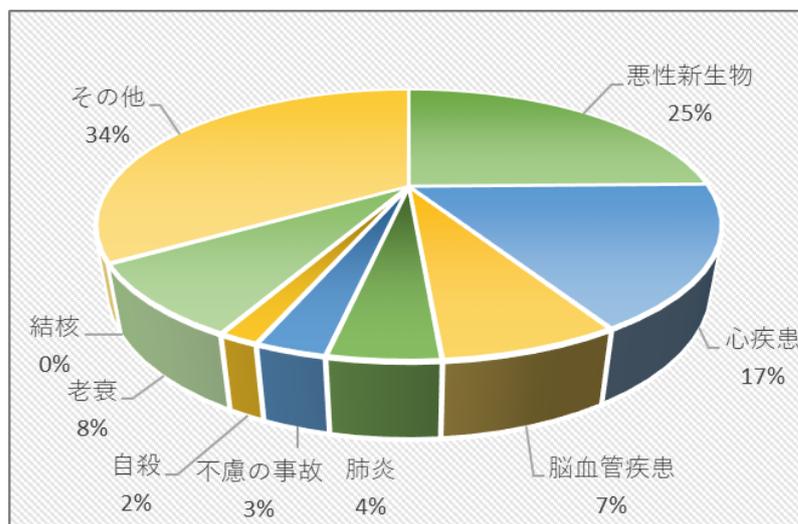
(3) 人口動態の推移

年次	出生		死亡		周産期死亡	
	実数（人）	人口千対	実数（人）	人口千対	実数（人）	出生千対
平成8	2,879	9.6	2,401	8.0	13	4.5
平成10	2,799	9.3	2,525	8.4	16	5.7
平成12	2,823	9.5	2,437	8.2	12	4.2
平成14	2,665	9.0	2,367	8.0	13	4.9
平成16	2,540	8.6	2,543	8.6	10	3.9
平成18	2,313	8.0	2,768	9.5	8	3.5
平成20	2,326	8.1	2,841	9.9	12	5.1
平成22	2,070	7.3	2,947	10.3	8	3.9
平成24	2,085	7.4	3,090	11.0	6	2.9
平成26	1,870	6.8	3,101	11.2	3	1.6
平成28	1,952	7.2	3,019	11.1	4	2.0
平成30	1,721	6.4	3,065	11.4	3	1.7
令和2年	1,485	5.6	3,050	11.5	8	5.4
令和3年	1,419	5.5	3,325	12.8	3	2.1
(全県令和3年)	35,581	6.6	61,980	11.4	122	3.4

資料：厚生労働省 令和3年人口動態調査

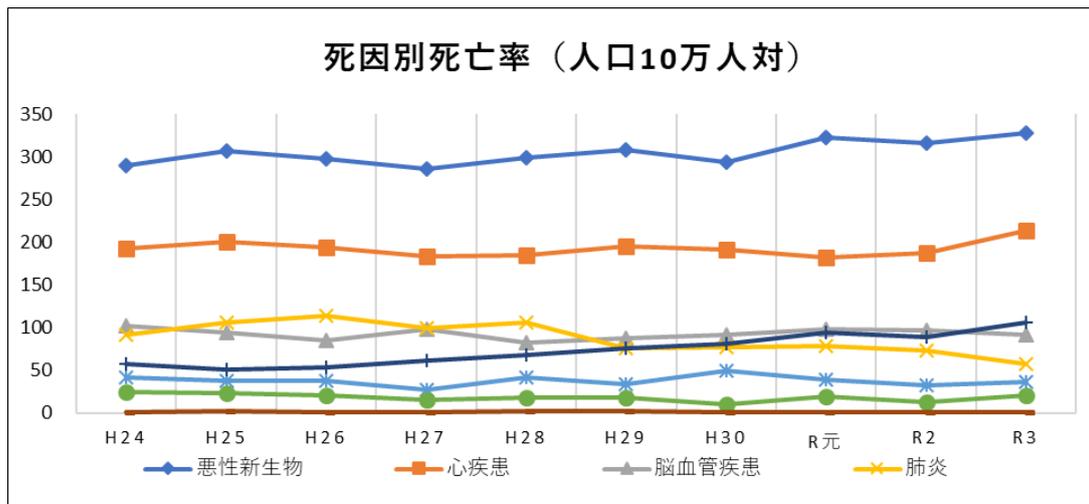
(4) 死因別死亡数・死亡割合

死 因	死亡数（人）	
	男	女
悪性新生物	469	353
心疾患	259	299
脳血管疾患	112	128
肺炎	88	61
不慮の事故	60	36
自殺	41	14
老衰	80	198
結核	1	2
その他	572	552
計	1,682	1,643



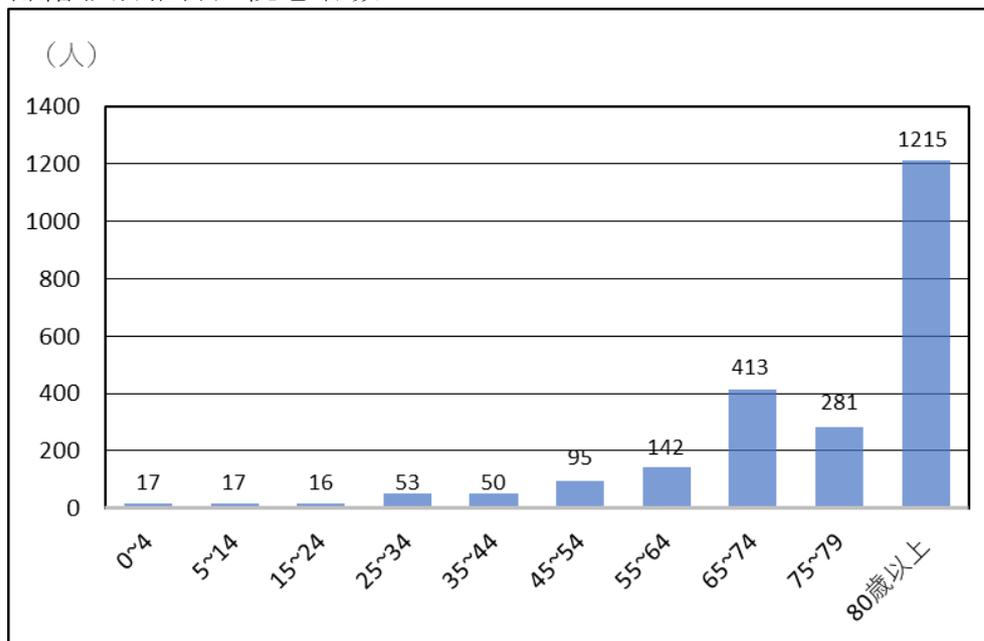
資料：厚生労働省 令和3年人口動態調査

(5) 主な死因別死亡率の推移



資料：厚生労働省 令和3年人口動態調査

(6) 年齢階級別推計入院患者数



資料：兵庫県 令和4年患者調査

第6章 播磨姫路圏域

1 地域の特性

播磨姫路圏域は兵庫県南西部に位置し、西は岡山県、鳥取県と県境を接し、北は中国山地の東南部に属する西播磨山地、南は瀬戸内海に面した播州平野と家島諸島、播磨灘までを含む総面積2432.22平方キロメートルの地域で、5市6町で構成され、県全体の29.0%を占める広大な地域である。

交通網は、幹線道路として、南北には播但連絡道路、播磨自動車道路が、東西には中国縦貫自動車道、山陽自動車道が、また、圏域内を結ぶ主要道路として、東西には国道2号線、250号線が、南北には国道29号線、312号線、179号線、373号線などが走っている。鉄道では山陽新幹線、山陽本線が東西に通じ、山陽電鉄線が姫路から神戸へと伸びており、また、播但線、姫新線、赤穂線及び智頭急行線が山間部とを結んでいる。

一級河川の揖保川のほか、市川、夢前川、千種川がその流域を拓きつつ瀬戸内海に注ぐ自然豊かな地域である。気候的には、北部は寒冷地で、スキー場や優れた景観を有する高原が広がっており、南部は温暖で、世界遺産の姫路城や、海水浴、潮干狩り等の観光地としても栄えている。

人口及び構成比：表1

(単位：千人、%)

市町	姫路	市川	福崎	神河	相生	赤穂	宍粟	たつの	太子	上郡	佐用	計
人口	525	11	19	10	28	45	33	73	33	13	15	805
構成比	65.2	1.4	2.4	1.2	3.5	5.6	4.1	9.0	4.1	1.6	1.9	100.0

資料：兵庫県推計人口（令和4年10月1日時点）

2 圏域の重点的な取組

1) 中播磨地域の重点課題とその取組方針

ア 救急医療

【現状・課題】

(ア) 中播磨地域における救急医療体制は次のとおりである。

一次救急・軽症	姫路市休日・夜間急病センター 姫路市歯科医師会口腔保健センター 在宅当番医制（姫路市医師会、家島町医師連絡協議会、神崎郡医師会）
二次救急・重症	姫路市病院群輪番制（22病院、1診療所） 小児救急輪番制（3病院）
三次救急・重篤	県立はりま姫路総合医療センター 県立こども病院（小児救急）
救急告示医療機関	21病院

- (イ) 1次救急医療について、休日・夜間急病センターの利用者は、年間4万人近くを推移していたが、令和2年度の新型コロナウイルス感染症流行以降は15,000人前後で推移している。全体利用者の約84%が内科・小児科の患者であるが、急を要しない受診や深夜帯の受診も多く、住民に対する適正利用の啓発と出務医師の確保が引き続き求められる。医師の働き方改革と救急医療体制の確保の両立を図る必要がある。
- (ウ) 2次救急医療について、医師不足等の影響により後送輪番を辞退する病院や、一部診療科の休止など救急患者の受け入れが困難となった病院が増えており、救急受入可能病院が一部の医療機関に偏る傾向がみられる。新型コロナウイルス感染症による救急搬送増加の影響や、救急搬送後の入院患者の後送病床の不足により、受入困難事案の発生が続いている。
- 高次の医療機関から回復期を担う病院へ、早期に転院を促進するためには、患者本人や家族などの理解を得ることが必要であり、医療機能の分化について県民への理解を促す必要がある。
- (エ) 3次救急医療について、地域で高度な医療を支える柱となる病院として、令和4年5月に県立はりま姫路総合医療センターが開院し、播磨姫路圏域の3次救急医療を担っている。
- (オ) 姫路市の離島（家島、坊勢島、男鹿島、西島）からの救急搬送は、船舶によるために搬送時間がかかるほか、圏域の北部の中山間地域からの救急車両による搬送においても長時間を要する。
- (カ) 播磨姫路圏域では、西播磨地域の2次救急医療患者が中播磨地域に搬送される傾向がある。救急受入体制の充実・強化に向けて、播磨姫路圏域として救急医療に関する課題解決をすすめていく必要がある。

【推進方策】

- (ア) 休日・夜間急病センターの出務医の確保（市町、医療機関、県）
- 常勤医や非常勤医の確保及び周辺市町開業医への出務応援要請などの取り組みを進めるとともに、関係市町間の協力体制や、2次医療機能を担う後送輪番医療機関との連携体制を強化するなど、診療の空白時間をできるだけ少なくし、地域で安心して初期救急医療を受けられる体制を検討する。
- (イ) 不要不急の受診減少のための普及啓発（県、市町、関係団体、県民）
- 医療資源は限りあるものとして地域住民で守り、必要な医療を必要な人へ提供していくために、休日・夜間急病センターの設置目的や救急病院、救急車の適正な利用について、住民への意識啓発を広く行う。さらに、姫路市では「救急安心センターひめじ（#7119）」（救急安心センター事業）を令和6年1月15日から導入し、市民への定着を図っている。
- (ウ) 救急受入体制の充実・強化（県、市町、医療機関）
- 2次救急医療体制については、対応可能医療機関の充実に努めるとともに、救急の受入れ不能例の減少を図るべく後送病床（回復期病床）の確保に努め、救急受入体制の充実及び強化を図る。

特に脳卒中や急性心筋梗塞、重症外傷等においては、治療開始までのアクセス時間の長短が患者の予後を左右する重要な因子でもあることから、患者の発症からの経過時間や重症度などを的確に判断し、播磨姫路救急搬送システム（HEARTS）を活用した、超急性期における治療が可能な医療機関への速やかな搬送に努める。

脳卒中 ツカザキ病院、県立はりま姫路総合医療センター、姫路赤十字病院、長久病院 等

急性心筋梗塞 県立はりま姫路総合医療センター、姫路赤十字病院、ツカザキ病院、姫路医療センター、入江病院 等

(エ) 救急搬送体制の充実（県、市町、医療機関、関係機関）

県立はりま姫路総合医療センターは、県立加古川医療センターと共同で、ドクターヘリを運航している。ドクターヘリは、週2回、県立はりま姫路総合医療センターの屋上ヘリポートに駐機し、離島地域や中山間地域からの救急搬送時間の短縮による救命率の向上を目指す。また、ドクターカーの併用にも努める。

イ **小児医療**（小児救急を含む）

【現状・課題】

(ア) 播磨姫路圏域の小児救急医療電話相談窓口における相談件数は約6,000件（令和4年度）であり、相談目的は「受診すべきか」が約57%と一番多く、次いで「薬に関してききたい」が約18%と2番目に多い。また、対応結果は「家で様子を見る」が39.4%、「助言のみで解決」が16.2%、「後日かかりつけ医にかかる」が16.1%と相談件数の約7割がただちの受診の必要には及ばない症状との判断がなされ、不要不急な受診抑制に一定の成果をあげている。その一方で、「すぐに受診を勧める」が約27%あり、小児の一次救急医療体制を確保する必要がある。

(イ) しかしながら、休日・夜間急病センターの近年の利用者数は15,000人程度で推移しており、全体利用者の約48%が小児科の患者であり、いまだ急を要しない受診も多い。住民に対する適正利用の啓発と多様な出務医師の確保が引き続き求められる。

(ウ) 播磨姫路圏域の小児人口が占める割合は約12%と、全国平均よりやや高い。播磨姫路圏域の小児救急医療電話相談で、一番多い相談内容は「発熱」、次いで「事故」であり、特に外傷系疾患への対応について、今後も1次から3次までの小児救急医療にかかる医療機関の連携体制の充実を図る必要がある。

(エ) 播磨姫路圏域における小児救急医療について、姫路赤十字病院がその中核的な医療を担う機関として、地域小児医療センター及び総合周産期母子医療センターに指定されている。

【推進方策】

(ア) 不要不急の受診減少のための普及啓発（県、市町、関係団体、県民）

休日・夜間急病センターにおける不要不急の受診を減少させるため、圏域の小児救急医療電話相談窓口や、県下全域を対象とした小児救急医療電話相談（#8000）を広く周知するとともに、ホームページやパンフレット等による小児救急に関する知識の普及啓発を図る。

医療資源は限りあるものとして地域住民で守り、必要な医療を必要な人へ提供していくために、休日・夜間急病センターの設置目的や救急病院、救急車の適正な利用について、住民への意識啓発を広く行う。さらに、姫路市では「救急安心センターひめじ（#7119）」（救急安心センター事業）を令和6年1月15日から導入し、市民への定着を図っている。

(イ) 休日・夜間急病センターの小児科出務医の確保（市町、医療機関）

常勤医や非常勤医の確保及び周辺市町開業医への出務応援要請などの取り組みを進めるとともに、関係市町間の協力体制や、2次医療機能を担う小児地域医療センターである姫路赤十字病院との連携体制を強化するなど、恒久的な1次救急医療体制を維持するための検討を行う。

また、小児救急医療を担う医師を確保するため、医師会等と連携のもと研修等を実施する。

(ウ) 小児救急医療体制の維持（県、市町、医療機関）

小児地域医療センターである姫路赤十字病院を中心に姫路聖マリア病院や県立はりま姫路総合医療センターなど、小児医療を担う医療機関の連携強化を図る。

ウ **災害医療**

【現状・課題】

(ア) 兵庫県地域防災計画によると、今後30年以内に南海トラフ地震が70%～80%程度、50年以内では90%程度もしくはそれ以上の確率で発生すると予想されており、圏域内の市町に深刻な被害をもたらすと懸念されることから、引き続き災害医療に関するシステム整備や医療機関の連携体制の構築が必要である。

(イ) 近年、地震、台風、豪雨等災害が多発しており、地震の他、台風や集中豪雨による河川氾濫や中山間部の土砂災害、臨海部の工業地帯での事故など、多様な災害に対応できる医療体制づくりが求められる。

(ウ) 災害時には、多くの医療機関において通常の診療体制の継続が困難となることが想定されるため、医療機関ごとの対応マニュアル整備のほか、在宅療養者などへの医療支援体制についても整備が必要である。

【推進方策】

(ア) 災害拠点病院と他の医療機関及び医師会等関係団体との連携体制の強化（県、市町、医療機関、関係団体）

圏域の災害拠点病院及び兵庫DMAT指定病院である姫路赤十字病院、県立はりま姫路総合医療センター及び姫路医療センターと、災害時に拠点となる病院以外の病院と、他の医療機関及び医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、災害時

透析医療リエゾン等の医療関係団体との連携体制の強化を図る。

(イ) 情報共有体制の整備（県、市町、医療機関、関係団体）

各災害拠点病院の災害医療コーディネーターを中心とした情報共有体制の整備や、災害時対応訓練の実施による災害医療の基礎及び災害発生時の医療機関の患者受け入れ等に関する情報伝達方法について知識やEMIS操作技術の習得を図るほか、中播磨圏域災害時保健医療マニュアルの検証及び見直しなど、災害に備えた医療確保体制の整備に努める。

(ウ) 災害時における診療機能の維持に向けた取組（県、市町、医療機関、関係団体）

災害発生時のパニック回避のため、医療機関ごとのマニュアル作成を促すほか、医療従事者を対象としたトリアージをはじめとする災害初動時における救護技術の習得やレベルアップのための研修を災害拠点病院を中心に実施するなど、災害時の診療継続に向けた取り組みを検討する。特に、災害時に拠点となる病院以外の病院は、災害時に自院にいる患者への診療を継続するために、防災対策を講じ、災害時には災害時に拠点となる病院と共に、その機能や地域における役割に応じた医療の提供に努める。

また、地域住民に対する災害医療に関する知識の普及を行う。

(エ) 難病患者や人工透析を必要とする患者への診療体制の確保（県、市町、医療機関、関係団体）

在宅の難病患者や人工透析を必要とする患者が、災害時にも必要な医療を受けることができるよう関係機関が連携し、提供可能な診療体制に関するネットワークの整備を図る。

エ 周産期医療

【現状・課題】

(ア) 中播磨地域は県下で唯一、母体の救急搬送が圏域内完結しており、地域外への流出がない。また、隣接する東播磨、西播磨からの流入があり、西播磨地域の患者の約90%を受け入れている。

(イ) 産科医の減少により、分娩取扱施設数が減少する中、周産期医療の質の向上と安全性の確保のため、周産期医療に携わる医師の勤務環境の改善を進めつつ、医療機関・機能の集約化・重点化をすすめる必要がある。

(ウ) 高齢妊娠や各種合併症妊娠等のリスクが高い出産が増加傾向にあり、ハイリスク妊産婦やハイリスク新生児に対応するための医療体制の整備が必要となっている。

(エ) 播磨姫路圏域における周産期医療について、姫路赤十字病院がその中核的な医療を担う機関として、地域小児医療センター及び総合周産期母子医療センターに指定されている。

【推進方策】

(ア) 総合周産期母子医療センター及び協力病院等の連携・機能強化(県、医療機関、関係団体)

正常分娩からハイリスク妊産婦やハイリスク新生児まで対応可能な周産期医療体制の充実を図るため、総合周産期母子医療センターである姫路赤十字病院を中心に協力病院である姫路聖マリア病院や県立はりま姫路総合医療センター及び周産期医療に関連する病院・診療所等と連携し、機能の維持に努める。

(イ) 周産期医療分野の人材確保(県、医療機関)

周産期医療に携わる医師の働き方改革を進めつつ、地域において必要な周産期医療を維持・確保するため、基幹施設を中心として医療機関・機能の集約化・重点化や医師確保に努める。また、専門的かつ質の高い助産師の確保及び資質の向上を図る。

オ **へき地医療**

【現状・課題】

(ア) 中播磨地域には、無医地区が市川町に1か所(上牛尾・下牛尾(河内))、無医地区に準ずる地区が姫路市に2か所(坊勢島、家島)、神河町に1か所(長谷)があり、へき地診療所は6施設ある。へき地では医師不足とともに開業医の高齢化が進み、後継者の確保が困難な状況にある。

(イ) 現在、へき地医療拠点病院である県立はりま姫路総合医療センターが家島地域への代診医派遣を行い、へき地における住民の医療の確保に努めている。

(ウ) 特定中核病院である公立神崎総合病院においては、北部地域の診療所や訪問看護ステーションとの連携により、包括的な医療の提供に努め、へき地医療の維持を図る必要があるため、県養成医師制度等を活用した医師確保が必要である。

【推進方策】

県立はりま姫路総合医療センターと公立神崎総合病院間の役割分担、地元医師会や歯科医師会の協力のもと、医師派遣や医療DXを活用し、今後もへき地医療の維持に努める。

カ **生活習慣病対策(がん・脳卒中・心血管疾患・糖尿病)**

(ア) **がん対策**

【現状・課題】

① がん検診について、中播磨地域のうち姫路市では、胃がん、大腸がん、肺がんの検診受診率が県平均よりも低い。また、中播磨地域では、子宮頸がん、乳がんの検診受診率は、県平均よりも高い。^{*1}

がんの年齢調整罹患率をみると、中播磨地域では近年、乳房、子宮、大腸の順に高い。標準化罹患比(SIR)では、肝及び肝内胆管、肺、胃で、全国に比して高い。

^{*2}

死因別では、全国平均に比して男女ともに胃がん、肝がんが有意に高く、肺がんについては男性が有意に高い。^{*3}

がんの早期発見、早期治療に向け、職域を含めたがん検診の受診率向上が必要である。

- ② がんの特性に応じた適切な医療を受けられる環境の整備が必要である。
- ③ 患者とその家族が、痛みやつらさを感じることなく過ごせるよう、がんと診断された時から身体的・精神心理的・社会的苦痛等に対する適切な緩和ケアを提供し、がんになっても地域で安心して生活できるよう、患者の療養生活の質の向上に努める必要がある。

また、治療を継続しながら社会生活を送るがん患者が増加する中で、患者が治療に伴う副作用・合併症・後遺症へのサポートをするため、アピアランス・ケアに係る相談支援・情報提供体制の充実が重要である。

- *1 地域保健・健康増進事業報告（厚生労働省、令和3年度）
- *2 兵庫県のがん2019（兵庫県保健医療部感染症等対策室疾病対策課）
- *3 兵庫県における死亡統計指標（兵庫県立健康科学研究所、平成28年～令和2年）

【推進方策】

- ① 早期発見の推進（県、市町、関係機関等）

死亡率の高い胃がん、肝がん、肺がんをはじめ、その他のがん検診についても、企業や地域の関係団体、行政が協働して、がん検診の意義や必要性を住民が正しく理解できるよう普及啓発しながら、がん検診受診率の向上に取り組む。肝がんについては、肝炎ウイルス検査体制の充実やウイルス陽性者の受診勧奨、普及啓発に引き続き取り組む。
- ② 医療体制の強化（県、医療機関、関係機関）

がん診療連携拠点病院である「地域がん診療連携拠点病院」の姫路赤十字病院、姫路医療センターや、「兵庫県指定がん診療連携拠点病院」の県立はりま姫路総合医療センター、「がんゲノム医療連携病院」の姫路赤十字病院を中心に、各医療機関がそれぞれの専門性を活かした、質の高い安心な医療の効率的な提供を目指したがん診療の連携強化に努める。
- ③ がん患者の療養生活の質の向上（県、市町、関係機関等）

緩和ケアの推進を図るとともに、在宅医療を必要とする県民が住み慣れた地域で安心して療養生活を送ることができるよう、病院・かかりつけ医や薬局、訪問看護ステーション等による在宅医療・介護サービス提供体制の充実を図る。

また、今後がん相談支援センターの目的と利用方法の周知に努めるとともに主治医等の医療従事者が診断早期に患者や家族へがん相談支援センターを説明するなど、がん相談支援センターの利用を促進する。

（イ）脳卒中对策（脳血管疾患対策）

【現状・課題】

- ① 中播磨地域の死因別死亡数のうち、全国平均に比して男女ともに脳内出血が有意に高く、脳梗塞については男性で有意に高い。^{*1}
- ② 脳卒中は日常の生活習慣と深く関わることから、予防を心がけるとともに、特定

健診など定期的に健康診査を受診し、早期発見・早期治療に努める必要がある。

- ③ 脳卒中に関する県民の知識向上に努め、発症時に正しい受療行動がとれるように引き続き啓発を行うことが必要である。
- ④ 死亡者数の減少のみならず健康寿命の延伸に向けて、脳梗塞の発症予防のみならず回復期から慢性期、生活期・維持期に至るまで、再発・合併症・重症化予防に向けた多職種連携のもと切れ目のない包括的医療体制の整備が必要である。
- ⑤ 各ステージにおいて、誤嚥性肺炎予防等の観点から、口腔ケアは重要な課題であり、さらなる医科歯科連携の推進が必要である。

*1 兵庫県における死亡統計指標（兵庫県立健康科学研究所、平成28年～令和2年）

【推進方策】

- ① 発症予防対策の推進、健診受診率の向上（県、市町、各種健診実施主体）
高血圧、糖尿病、脂質異常症、喫煙、過度の飲酒等の危険因子を管理するため、食生活の改善や運動の習慣化など保健指導を重点的に実施するとともに、特定健診などの健診受診率の向上を図り、脳卒中の発症予防・早期発見・早期治療に努める。
- ② 発症後の速やかな受療行動と搬送体制の充実（県、市町、医療機関、関係団体）
脳卒中においては、早期に治療を開始することで救命率が向上し、重篤な後遺症を回避できる可能性が高くなることなどの基礎知識を広く県民に普及・啓発を行い、発症時の正しい受療行動を推進する。
また、脳卒中を疑われる患者を発症後迅速に医療機関へ搬送する体制の充実を図る。
- ③ 急性期医療体制の充実（医療機関）
脳卒中の中でも特に脳梗塞は、発症から治療に至るまでの時間によって、患者の予後に重大な影響を及ぼすため、脳梗塞患者に対する急性期医療に対応できる体制として、脳卒中における搬送体制を含めた救急医療体制、及び急性期医療体制の更なる充実を図る。
- ④ 医療・介護機能を担う関係機関相互の連携の促進（県、市町、医療機関、関係機関等）
脳卒中に対する急性期医療から回復期医療、維持期（生活期）リハビリテーション、在宅療養まで、患者が切れ目のない適切な医療やリハビリテーションを受けることができるよう地域連携クリティカルパス等を活用するとともに圏域リハビリテーション支援センターによる積極的な調整や、圏域健康福祉推進協議会での合意形成等を通して相互に緊密な連携体制の構築を図る。

（ウ）心血管疾患対策

【現状・課題】

- ① 中播磨地域の死因別死亡数のうち、全国平均に比して男女ともに急性心筋梗塞、心不全が有意に高い。^{*1}
- ② 心血管疾患は日常の生活習慣と深く関わることから、予防を心がけるとともに、定期的に健康診査を受診し、早期発見・早期治療に努める必要がある。

- ③ 県民が心血管疾患の発症に気付き、速やかに救急要請などの正しい初動行動がとれるように引き続き周知・啓発を行うことが必要である。
- ④ 播磨姫路圏域でみると、虚血性心疾患による退院患者平均在院日数は6.0日で県値(8.9日)よりも短く、圏域別でみると淡路、丹波に次いで3番目に短い。また、退院後、在宅等の生活に復帰した虚血性心疾患患者の割合は95.5%であり、県値(92.8%)を上回っている。^{*2}
- ⑤ 発症した日から、合併症や再発の予防、早期在宅及び社会復帰を目指し、喪失機能の回復のみならず、患者教育、運動療法、危険因子の管理等の多要素に焦点があてられた多面的・包括的な疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーションの実施が多職種チームで行われることが必要である。

*1 兵庫県における死亡統計指標(兵庫県立健康科学研究所、平成28年～令和2年)

*2 医療計画作成支援データブック(令和5年)

【推進方策】

- ① 発症予防対策の推進、健診受診率の向上(県、市町、各種健診実施主体)
高血圧、糖尿病、脂質異常症、喫煙、過度の飲酒等の危険因子を管理するため、食生活の改善や運動の習慣化など保健指導を重点的に実施するとともに、特定健診などの健診受診率の向上を図り、心血管疾患の早期発見・早期治療に努める。
- ② 発症直後の救護に関する知識等の啓発(県、市町、医療機関、関係団体)
救命率の向上及び予後改善のために、病院前救護におけるAEDの使用等の心肺蘇生処置等を一般県民が主体的に実施できるように知識・技術の普及に努める。
- ③ 発症後の速やかな受療行動と搬送体制の充実(県、市町、医療機関、関係団体)
発症後速やかに救急要請などの正しい行動がとれるように県民への知識の普及に努める。
- ④ 医療・介護機能を担う関係機関相互の連携の促進(県、市町、医療機関、関係団体、関係機関等)
発症直後の救護、急性期、回復期、慢性期、在宅療養に至るまで適切な医療・介護が切れ目なく行われるよう消防機関、医療機関、医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション、介護保険サービス事業所等の関係機関で知識や情報の共有を進めるなど連携体制の構築に努める。
合併症や再発の予防、早期在宅及び社会復帰を目指し、県立はりま姫路総合医療センターや圏域リハビリテーション支援センターを中心に、多面的・包括的な運動療法、食事療法、患者教育等の心血管疾患リハビリテーションが、多職種チームで地域で広く展開できるための体制づくり、人材育成に努める。

(エ) 糖尿病対策

【現状・課題】

- ① 糖尿病は特有の細小血管症を引き起こすだけでなく、脳卒中、急性心筋梗塞等他疾患の危険因子にもなる慢性疾患で、日常生活に支障を来たすリスクが高いため、早期発見・早期治療、治療の継続により合併症の発症や進行(重症化)を防ぐ必

要がある。

- ② 糖尿病による標準化死亡比（SMR）については、全国平均に比して男性で有意に高い。^{*1}
- ③ 播磨姫路圏域にある糖尿病専門医が在籍する医療機関数は、人口10万人対で見ると3.3施設で県値（3.8施設）よりやや下回る。^{*2}
- ④ 中播磨地域の40～74歳の男女とも、血糖を下げる薬やインシュリン注射を使用する割合は兵庫県に比して有意に高く、糖尿病あるいは糖尿病の前段階であるメタボ該当者、空腹時血糖値100mg/dL以上、HbA1c5.6%以上の割合は兵庫県に比して有意に高い。^{*3}
- ⑤ 県民が良質で適切な糖尿病医療を受療できるよう、各医療機関の特徴や機能に応じた明確な役割分担と病病連携・病診連携を深めるなど、医療連携体制の充実が必要である。

*1 兵庫県における死亡統計指標（兵庫県立健康科学研究所、平成28年～令和2年）

*2 日本糖尿病学会「糖尿病専門医の認定状況」（令和5年7月末時点）

*3 ひょうご健康づくり支援システム（地域カルテ）（2018年）

【推進方策】

- ① 健診受診率の向上（市町、各種健診実施主体）
健診受診率の向上に努めることにより、糖尿病の早期発見に努める。
- ② 食生活や生活習慣の改善（県、市町、各種健診実施主体）
肥満、糖尿病、高血圧、脂質異常及びこれらの予備群の人に対して、食生活の改善や運動の習慣化など保健指導を重点的に実施する。さらに「境界型」とされた人に対する保健指導を充実させるほか、「糖尿病」とされた人を専門的検査・治療へとつなぐ。
- ③ 重症化予防の推進（県、市町、医療機関、保険者）
例えば糖尿病性腎症については、保険者による糖尿病性腎症重症化予防プログラムの導入を推進することにより、糖尿病が重症化するリスクが高い者に対して適切な受診勧奨や保健指導を行う。
- ④ 医療機能を担う医療機関相互の連携の促進（医療機関）
糖尿病にかかる医療機能を担う医療機関は、糖尿病患者が切れ目のない適切な医療を受けることができるよう、相互に緊密な連携体制の構築を図る（県立はりま姫路総合医療センター、姫路赤十字病院、姫路医療センター、姫路聖マリア病院等）。

キ 精神疾患対策

【現状・課題】

- (ア) 中播磨地域において、精神及び行動の障害による入院患者数は741人で入院全体の約17%を占めており、循環器疾患に次いで入院割合が高い疾患である。^{*1}
- (イ) 統合失調症等を有する患者への対応については、地域内に地域移行・地域定着を担当する事業所は姫路市のみに所在し、精神科病院を中心とした退院支援となりが

ちなほか、在宅療養や生活支援のための社会資源の充実が必要である。

(ウ) 高齢化に伴い、認知症患者が増加しており、行動・心理症状（BPSD）に周囲が対応できていない状況や、身体合併症を抱えた認知症患者への対応が難しい状況にあることから、認知症の人やその家族が住み慣れた地域で安心して生活できるよう、早期発見・早期診断による適切な医療やケアの提供に向けた取組み、MCI（軽度認知障害）への支援体制を充実させる必要がある。

(エ) 「認知症相談センター」は中播磨地域に4か所（各市町の地域包括支援センター）、認知症相談医療機関は163医療機関、認知症対応医療機関は131医療機関登録されている（令和4年時点）。

*1 「入院患者調査」（令和4年兵庫県）

【推進方策】

(ア) 精神疾患患者に対する地域移行・地域定着を含む地域生活支援のための体制整備（県、市町、医療機関、関係機関、県民）

精神疾患患者の地域移行・地域定着支援を進めるために医療機関や関係機関とともに役割分担、目標を明確にするなど連携における基盤整備を進める。相談支援・ケアマネジメントの充実や生活支援・就労支援などのサービス提供等の充実、住まいの場の確保、ピアサポートの推進などの障害福祉サービスの充実、未治療者・治療中断者等に対する支援体制の強化、精神科訪問看護・訪問診療などの医療サービスの充実を図る。

(イ) 認知症による行動・心理症状（BPSD）や身体合併症への適切な対応（県、市町、医療機関、関係団体、県民）

市町を中心に、認知症健診や認知症予防教室を開催し、認知症予防に向けた普及啓発をする。

また、圏域認知症疾患医療センターである県立はりま姫路総合医療センター、姫路中央病院、高岡病院を中心に、認知症疾患に関する鑑別診断とその初期対応、認知症の行動・心理病状と身体合併症への急性期対応、専門医療相談、診断後の相談支援、認知症に関する知識の普及のほか、鑑別診断後に身体疾患の十分な治療を一般医療機関で行えるような認知症対応力向上のための取組みを行う。

「中播磨圏域認知症医療連携協議会」を中播磨圏域認知症疾患医療センターを中心に開催し、郡市3師会、市町地域包括支援センター、県健康福祉事務所、市保健所、圏域リハビリテーション支援センターと連携して、認知症の早期発見・早期対応につなげる体制を検討するとともに、医療から介護への連携を促進し、地域で認知症の人と家族を支えるための仕組みを検討する。

患者が地域で暮らすために、認知症に関する知識、行動・心理症状（BPSD）への対応方法の普及を図るほか、MCI（軽度認知障害）への支援体制の充実、認知症患者や家族を見守り、支援する認知症サポーターの養成・充実を進めるなど地域で支える体制づくりに努める。

ク 在宅医療・かかりつけ医

【現状・課題】

(ア) 中播磨地域では、2020年から2045年までの25年間で65歳以上の高齢者人口が約11,000人増加し、その後減少に転じる見込みである。前期高齢者人口は約1,400人減少する一方で、後期高齢者人口は約12,000人増加する見込みである。^{*1}今後、要介護者になるリスクの高い後期高齢者の割合が高くなることから、高齢者の身体的特徴、疾患に応じた様々な医療ニーズが求められる。

(イ) 入院医療から在宅医療等への円滑な移行のために、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援の重要性が高まっている。

(ウ) 在宅での療養生活を営むことができるよう在宅療養者のニーズに応じた包括的な医療や介護の提供が求められており、医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、栄養士、歯科衛生士、ケアマネジャー、ヘルパーなどの多職種間の連携により、患者とその家族を支えていく体制が不可欠である。また、圏域北部をはじめ医療資源が少ない地域においてはスタッフの移動時間が長くなるなど、在宅医療の効率的な提供に向けた体制づくりが必要である。

加えて高齢化による摂食障害等を有する患者の増加が予想されるため、訪問歯科診療においてもニーズに対応できる歯科医療従事者の確保が必要である。

(エ) 中播磨地域における令和3年時点での在宅療養支援診療所は65か所で、平成26年時点の61か所からほぼ横ばい状態である。また、令和3年時点での在宅療養支援病院は9か所であり、平成26年時点の7か所からほぼ横ばい状態である。^{*2}また、地域包括ケア病棟入院料、又は入院医療管理料を届出している病院は18か所ある。

^{*3}

中播磨地域にある訪問看護ステーション、看護職員数ともに増加傾向にあり、特に24時間対応可能な訪問看護ステーション職員数が増加している。^{*3}

市町別自宅での死亡率をみると、令和3年時点で姫路市、福崎町は全国と比して、自宅死亡率が高い。また、姫路市、神崎郡とも自宅、施設等での死亡率が横ばいから増加傾向にある。^{*4}

在宅療養生活を営む患者の容態急変時における緊急往診や緊急入院など、適切な対応がとれる仕組みづくりや体制整備や、住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りを行う体制を確保することが必要である。

(オ) 地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行える体制づくりを目指し、郡市医師会の協力のもと、姫路市及び神崎郡3町において在宅医療・介護連携支援センターを設置し、在宅医療・介護連携にかかる取組みを進めている。

*1 兵庫県将来推計人口（2015～2065年）

*2 在宅医療にかかる地域別データ集（厚生労働省）

*3 近畿厚生局 施設基準の届出受理状況（令和5年8月時点）

*4 兵庫県保健統計年報（厚生労働省 人口動態調査）、在宅医療にかかる地域別データ集（厚生労働省）

【推進方策】

- (ア) かかりつけ医・歯科医の支援体制の確立（県、関係団体、医療機関）
かかりつけ医・かかりつけ歯科医の支援体制の確立を図り、在宅療養者に対する訪問診療の提供を促進する。
- (イ) サービス提供体制の充実（医療機関、関係団体、県、市町）
訪問診療、訪問歯科診療、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤管理指導など、在宅医療にかかるサービスの提供体制の充実を図る。
- (ウ) 入院医療・在宅医療相互の円滑な移行促進（県、市町、医療機関、関係団体）
入院医療機関の退院支援担当者が早期から退院後の生活を見据えた支援を行える体制を構築するほか、急変時の受入体制の確保及び患者が望む場所での看取りを支える地域の支援体制の構築を進め、入院医療・在宅医療相互の円滑な移行を促進する。在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院など在宅医療において積極的役割を担う医療機関と、その近隣の病院や診療所、訪問看護事業所との連携により、24時間対応可能な在宅医療機関の体制を充実させる。
- (エ) 多職種連携による在宅医療支援体制の構築（県、市町、関係団体）
医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、栄養士、歯科衛生士、ケアマネジャー、ヘルパーなどによる今後の方針や病状に関する情報や計画を共有し、連携強化を図り、患者のニーズに対応したサービスが包括的に提供される体制を構築する。
- (オ) 在宅医療を担う人材育成（県、市町、関係団体）
関係団体等と連携のもと、地域のかかりつけ医、歯科医師、歯科衛生士、薬剤師等を対象とした研修会の開催などにより、在宅療養者の多様なニーズに対応できるよう在宅医療従事者の資質向上のための取り組みを進める。
- (カ) かかりつけ医・在宅医療に関する普及啓発（市町、県、関係団体、医療機関、県民）
かかりつけ医・歯科医師等の定着を図るため、医療関係団体と市町が連携した在宅医療・介護連携やサービス提供のための相談拠点となる在宅医療・介護連携支援センターの機能強化や、在宅医療を提供できる施設マップの作成等の普及啓発の取り組みの充実を図る。
また、家族や地域で支え合いながら、在宅療養者の療養・介護がスムーズに行えるよう、関係機関と連携して患者・家族の相談に対応できる体制を確保し、相談体制について、地域住民への普及啓発に努める。住民が人生の最終段階において自身が望む医療・ケアについて、前もって考え、繰り返し話し合い、意思決定を共有するための人生会議（ACP）について知り、考えることの大切さについて普及啓発する。
- (キ) 地域リハビリテーションの推進（県、市町、関係機関、関係団体）
高齢者や障害者が、急性期、回復期、維持期等のあらゆる段階を通じて、住み慣れた地域で状況に応じたリハビリテーション（医療リハ・生活リハ・職業リハ）を受けられることができるよう、圏域リハビリテーション支援センター（石川病院）を中心にリハビリテーション専門職だけでなく、他の医療職、ケアマネジャーなどの介護職等を含めた多職種連携によるチームケア体制の構築を図る。

(ク) 精神疾患患者に対する地域移行・地域定着を含む地域生活支援のための体制整備（県、市町、医療機関、関係機関、県民）

精神疾患患者の地域移行・地域定着支援を進めるために医療機関や関係機関とともに役割分担、目標を明確にするなど連携における基盤整備を進める。また、支援関係者や住民の理解促進、ピアサポーター活動の充実を図り、地域支援ネットワークの強化に努める。（再掲）

(ケ) 認知症患者に対する在宅医療提供体制の整備（県、市町、関係団体、医療機関）

認知症の早期診断・早期対応を促進するため、関係団体等と連携し、かかりつけ医、歯科医師、薬剤師等の認知症対応力の向上を図る。

(コ) がん患者に対する緩和ケアの推進（医療機関、関係団体）

がん診療連携拠点病院をはじめとする入院医療機関が在宅緩和ケアを提供できる診療所などと連携し、患者とその家族の意向に応じた切れ目のない在宅医療を提供する。

(サ) 重症神経難病患者の緊急・災害時対応にかかる体制整備（県、市町、医療機関、関係機関）

在宅療養を行う重症神経難病患者の緊急・災害時対応の円滑化を図るとともに、かかりつけ医と圏域内外の専門医等との役割分担及び連携強化を図り、在宅療養を支援する。また、平時にも安心して療養生活を送れるよう、専門病院とかかりつけ医、ケアマネジャー等との連携により、潜在的なニーズも含め、病状に応じた必要な医療やサービスの提供体制を構築する。

ケ 地域医療構想実現のための課題と施策

(ア) 病床の機能分化・連携の推進

圏域の現状と課題	具体的施策
<p>○病院・診療所等の医療資源は、圏域南部（姫路市南部）に集中し、北部（神崎郡、姫路市北部）に少ない。</p> <p>○患者の9割以上は、圏域内で入院医療及び救急医療を受けているが、疾患によっては、圏域外の医療機関を利用している。また、隣接する西播磨地域からの患者流入が多い。</p> <p>○中播磨地域の患者数は2019年をベースとして、2040年頃までは肺炎、脳梗塞、心不全、股関節・大腿骨近位の骨折、腎臓又は尿路感染症などが増える見込みである。^{*1}</p> <p>○病床機能報告制度による病床機能ごとの、現在の病床数と2025年の必要病床数</p>	<p>①病床の機能分化の推進</p> <p>ア 病床機能の分化・連携を進めるための地域医療構想調整会議等の開催</p> <p>イ 急性期病床の転換支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高度急性期病床（ICU・HCU等）の更なる充実 ・急性期病床における夜間看護の充実 ・回復期病床への転換 <p>ウ 慢性期病床の施設等への転換支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・療養病床（介護療養型）から施設への転換 ・慢性期病床の職員の充実 ・回復期病床への転換 <p>エ 在宅医療・施設等の充実</p> <ul style="list-style-type: none"> ・機能強化型訪問看護ステーションの整備促進 ・病院・診療所による訪問看護・訪問リハビ

<p>を比較すると、急性期及び慢性期病床が過剰となり、回復期病床が不足すると見込まれる。高齢化の伸展により、複数かつ複雑な慢性疾患をかかえる患者が増加しており、高度急性期・急性期病院と連携した受け入れができる、回復期病床の確保、リハビリ職の確保などを充実させる必要がある。</p> <p>○在宅医療の需要に対応するため、慢性期患者の受け皿(施設等)をいかに確保するかが課題である。</p> <p>○急性期から在宅医療に至る一連の医療サービスを切れ目なく提供できるように、限られた医療資源を有効に活用する必要がある。</p> <p>○県立姫路循環器病センターと製鉄記念広畑病院を再編統合し、令和4年5月1日に県立はりま姫路総合医療センターを640床で開院、その後、令和5年4月1日からは736床でフルオープンした。製鉄記念広畑病院の跡地には、令和5年2月1日に医療法人による病院が開院し、姫路市南西部地域における後医療が確保できた。</p> <p>○高齢化が著しい中山間地域に位置し、医療資源が限られる中播磨圏域北部(神崎郡)では、公立神崎総合病院が唯一の総合病院である。1次救急は、近隣診療所医師の協力を得て維持し、2次救急の充実に努めており、今後、更に近隣病院や関係団体・施設等と連携し、ニーズに合わせた地域医療を提供する必要がある。また、隣接する西播磨圏域北部の公立宍粟総合病院とは、中山間地に立地し、自治体病院という共通点があるため、中播磨・西播磨圏域における医療の更なる充実に向けた両病院間の診療・運営面での連携推進が求められる。</p> <p>○新興感染症発生時においても、地域で継続した医療提供体制を確保するための</p>	<p>リテーションの充実</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>②医療と介護・福祉の連携強化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関と介護保険施設及び障害者支援施設との広域連携 ・医療及び介護・福祉に係る多職種連携のための会議・研修会の開催 <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"> ・地域医療連携クリティカルパスの促進 ・医師会や医療機関を中心とする研究会による病病、病診ネットワークの推進 ・医・歯・薬連携の強化 ・情報通信技術(ICT)活用等による地域医療連携システムの構築 <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 県立はりま姫路総合医療センターの開院</p> <ul style="list-style-type: none"> ・中播磨・西播磨圏域の3次救急を初めとする高度専門・急性期医療の充実、地域課題への対応 ・地域の医療機関との機能分担・連携の促進 ・中播磨・西播磨圏域の医療機関等の研修体制、診療体制の支援(医療DX導入等) ・中播磨・西播磨圏域の周産期医療について、基幹的病院である姫路赤十字病院を補完するために必要な診療機能の充実 <p>イ 公立神崎総合病院</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1次・2次救急の充実 ・近隣病院・診療所、関係団体や施設等のほか、公立宍粟総合病院(西播磨圏域北部)との連携を強化 ・連携施設等との協働による訪問診療体制の構築
---	---

<p>体制づくりが必要である。</p> <p>*1 兵庫県（神戸大学受託事業）「DPCデータ分析事業」（令和元年10月～令和4年度）</p>	
--	--

（イ）在宅医療の充実

圏域の現状と課題	具体的施策
<p>○2025年に在宅医療等を必要とする患者数は、患者住所地ベースで約1.5倍になると推計される。</p> <p>（2013年：4139.8人／日→2025年6030.6人／日）</p> <p>○在宅医療の実施状況には、地域差がみられる。在宅医療を新たに担う医師・看護師等の確保が困難な状況にあり、担い手が少ない地域においては、特に病病、病診連携が必要である。</p> <p>○民間事業者等が整備する高齢者向け住宅で、医療を受ける高齢者が増加している。これらの住宅や施設等との連携や職員の研修体制が課題となっており、公民連携による取り組みが求められる。</p> <p>○市町別自宅での死亡率をみると、令和3年時点で姫路市、福崎町は全国と比して、自宅死亡率が高い。また、姫路市、神崎郡とも病院以外（自宅、施設等）での死亡率が横ばいから増加傾向にあり、病院以外の場所での死亡が増える傾向にある。^{*1}</p> <p>○今後、医療を必要とする要介護者や認知症高齢者等が、更に増加する見込みであり、これまで以上に医療・介護資源の実態把握や情報共有、連携体制の強化が求められる。また、現在取り組んでいる市町及び医療・介護関係機関等による連携会議を通じて、在宅医療と介護のネットワークづくりをより促進する必要がある。</p> <p>○家族や地域の介護力が低下する中、より住民ニーズに沿った医療・介護提供体制を整備する必要がある。</p>	<p>①在宅医療の確保・地域偏在の解消</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療提供に必要な設備・支援ツールの整備 ・在宅医療を担う医科、歯科、訪問看護ステーション、薬局等の確保 ・在宅医療を担う病院・診療所の役割分担と連携促進 ・かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の定着と連携促進 ・訪問看護ステーションの広域連携 ・病院と施設と訪問看護ステーション間の看護職員の相互研修 <p>②医療・介護・福祉の多職種による一体的なサービス提供体制の構築</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療と介護に係る連携会議等の広域開催、多職種連携のための研修 ・中播磨圏域入退院調整ルールの利用促進 ・患者情報を集約した医療介護連携ツール（ICT含む）の導入 ・医療・介護資源情報の効率的な把握・共有のためのシステムづくり ・子どもや障害者を含めた医療と福祉の連携促進 <p>③在宅医療に関する普及啓発</p> <ul style="list-style-type: none"> ・住民や地域ニーズの把握のための調査 ・在宅医療や看取りに関する相談窓口の充実、講演会等の実施

<p>○在宅医療や看取りに関する患者・住民の理解を深めるための情報提供が必要である。</p> <p>*1 兵庫県保健統計年報（厚生労働省 人口動態調査）、在宅医療にかかる地域別データ集（厚生労働省）</p>	
---	--

(ウ) 医療従事者の確保

圏域の現状と課題	具体的施策
<p>○医師数は、人口10万人当たり238.6であり、全国・全県平均に比べて低く、高齢化も進んでいる。</p> <p>○医師不足等の影響により、後送輪番の辞退や一部診療科の休止等、必要な医療を提供できない医療機関が見受けられる。</p> <p>○2024年（令和6年）から始まる医師の働き方改革への対応を踏まえつつ、医師・看護師等医療従事者の確保と地域定着に取組む必要がある。</p> <p>○薬剤師が少なく、特に病院薬剤師が少ない。</p>	<p>①タスクシフト・タスクシェアの推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師事務作業補助者、看護補助者等を配置し、医師・看護師のタスクシフトの推進 ・勤務形態見直しやタスクシェアの推進 <p>②医療従事者の確保・定着</p> <ul style="list-style-type: none"> ・研修医の病院間での相互研修体制の確立 ・医療従事者等の教育・研修機能の充実 ・潜在看護師、潜在歯科衛生士、潜在管理栄養士への復職研修 ・ICTを活用した研修システムの導入 ・勤務環境改善のための取組強化 <p>③医療従事者を目指す若者の育成</p> <ul style="list-style-type: none"> ・学生に対する地域医療体験、医療系学校進学セミナー、就職相談等の実施 <p>④適切受診の啓発</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域住民への適切受診の啓発と救急医療電話相談事業等の充実

(エ) その他

圏域の現状と課題	具体的施策
<p>○高齢化に伴い、認知症高齢者が増加しており、BPSD（周辺症状＝行動・心理状況）に家族や施設等が対応できていない。また、身体合併症を抱えた認知症患者への対応が精神科病床では難しいことから、治療や介護体制の充実と受入先の確保が必要である。</p>	<p>①認知症に係る連携強化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療及び介護従事者への認知症対応向上力研修 ・認知症対応医療機関と介護事業所の連携体制の強化 ・認知症疾患医療センター及び精神科病院と、一般医療機関との連携促進
<p>○在宅医療を必要とする患者は、摂食嚥下機能が低下している場合が多く、口腔機能の維持・向上や摂食嚥下障害、誤嚥</p>	<p>②口腔機能の管理強化の取組</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師、歯科医師や歯科衛生士による積極的な関与

<p>性肺炎予防のための口腔ケアや口腔機能管理の強化が求められる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・口腔ケア及び食支援の充実
<p>○社会医療法人財団フランススコ会が、重症心身障害児者への医療提供、生活支援を行う医療型障害児入所施設・療養介護事業所を平成30年5月に全面開設した。</p> <p>○身体合併症を有する精神疾患患者の医療提供体制や、長期入院患者の地域移行・地域定着支援については、いまだ不十分な状況にある。</p>	<p>③障害児・者医療の充実</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療型障害児・者施設による、医療提供及び生活支援の充実と地域連携の促進 ・障害児・者に対応できる在宅医療の充実 ・一般病院と精神科病院との連携強化 ・精神疾患患者の地域移行・地域定着を含む地域生活支援の推進
<p>○小児から高齢者まで、障害の有無・種別に関わらず、誰もが住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで送ることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築が必要である。</p>	<p>④地域包括ケアシステム構築に向けた取組</p> <ul style="list-style-type: none"> ・住民、保険者、企業、医療・介護・福祉関係者、行政等の連携による健康づくりや地域づくりの取組の推進 ・医療・介護・福祉のワンストップ窓口の設置及びコーディネーターの育成 ・地域ケア会議の充実によるケアマネジメントの推進

2) 西播磨地域の重点課題とその取組方針

ア 医師確保対策と医療連携強化

【現状と課題】

- (ア) 西播磨地域を従業地とする医師は、令和2年時点で435人、人口10万対では176.4と県下で最も低い（県値254.6）。
- (イ) 県の医師確保対策として、医学生に修学資金の貸与を行い、県が指定する医師不足の地域で勤務する医師を養成しており、現在西播磨地域のへき地医療拠点病院である赤穂市民病院、公立宍粟総合病院に県養成医が派遣されている。平成26年度からは大阪医科薬科大学に特別寄附講座を開設し、赤穂市民病院、公立宍粟総合病院等を活動拠点として診療に従事している。
- (ウ) 西播磨地域では、養成医の定着に向けてへき地医療拠点病院等関係機関と連絡会議の開催などの医師確保の取り組みを進めるとともに、限られた人材で持続可能な地域医療を提供するため地域の医療機関における連携推進及び診療機能の分化について地域医療構想調整会議等で協議を進めている。

表2：従業地別医師数（人口10万対：R2調査）

	平成22年	平成24年	平成26年	平成28年	平成30年	令和2年	R2 10万対
中播磨地域	1,044	1,169	1,183	1,225	1,299	1,364	238.6
西播磨地域	421	411	412	421	436	435	176.4
播磨姫路	1,465	1,580	1,595	1,646	1,735	1,799	219.8
兵庫県	12,641	13,251	13,461	13,979	13,304	13,913	254.6

出典：厚生労働省「医師、歯科医師、薬剤師調査」

【推進方策】

- (ア) へき地医療拠点病院を中心とした医師の養成・定着への取組推進（へき地医療拠点病院、県）
 - へき地医療拠点病院を中心に、県養成医師を適切に配置し、指導体制を構築するとともに、大阪医科薬科大学寄附講座や県立はりま姫路総合医療センター等関係機関との定期的な情報交換を継続するなど地域医療を担う医師の確保、キャリア形成支援及び定着を目指した取り組みを進める。
- (イ) 地域医療構想の推進（医療機関、医師会及び関係団体、市町、県）
 - ① 診療機能及び役割分担の明確化
 - 地域医療構想調整会議を開催し、医療提供体制の現状等及び不足している医療機能について情報共有し、地域に必要な診療機能と役割分担について協議し、医療機関の自主的な取り組みをさらに支援する。
 - ② 高度急性期医療からかかりつけ医までの切れ目ない医療体制の整備
 - 中播磨地域など近隣地域を含めた高度急性期医療を担う医療機関と西播磨地域の急性期・回復期医療や在宅医療を担う医療機関との連携を強化し、各医療機関が果たすべき診療機能を十分に果たせる体制整備に取り組む。

(ウ) 医師の定着に向けた地域づくりの充実（市町、医療機関、県、関係機関）

各市町や医療機関・関係機関と連携し、誰もが住みやすいまちづくり・子育て環境の整備などの医師が働きたいと思える地域づくりに取り組み、医師の定着を目指す。

(エ) 住民への健康づくり対策の充実、適正医療の啓発（市町、医師会、医療機関、消防、職域関係者、県）

市町や地域職域連携に基づく健康づくり対策の充実により住民への健康づくりに対する意識啓発を図るとともに、限りある医療資源を有効に活用できるよう、上手な医療のかかり方など適正医療にかかる啓発に取り組む。

イ **在宅医療**

【現状と課題】

(ア) 西播磨地域の主な在宅医療資源に関する届出状況（R5.7.1）としては、在宅療養支援病院は7か所、在宅療養支援診療所は25か所、在宅療養後方支援病院は2か所、24時間体制の訪問看護ステーションは34か所届出がある。また在宅歯科診療については、在宅療養支援歯科診療所が18か所届出、在宅患者訪問薬剤管理指導届出が103か所となっており近年届出が増加傾向にある。

(イ) 西播磨地域の各在宅医療圏においては医師会・市町を中心に、関係者での意見交換、研修等を実施するなど連携が進みつつある。広域的にも西播磨全体での医療介護連携推進研修・意見交換会を令和3年度から実施し、多職種連携やアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の取り組み等を進めている。

(ウ) 西播磨地域でみると、75歳以上の人口は令和5年（2023年）2月1日時点で、44,486人であるが2025年48,766人、2030年では50,657人になると推計されており、今後も医療と介護の両方を必要とする高齢者が増加すると予測されている。一方、人口減少や高齢者の増加速度にも在宅医療圏ごとに地域差がみられ、医療と介護を一体的に提供するため人材の確保や24時間対応・急変時対応等、地域特性に応じた体制整備が課題となっている。

表3：西播磨地域の主な在宅医療資源の状況（箇所）

施設届出	R2.4.1	R5.7.1
在宅療養支援病院	4	7
在宅療養支援診療所	22	25
在宅療養後方支援病院	2	2
24時間訪問看護ステーション	29	34
在宅療養歯科診療所	17	18
在宅患者訪問薬剤管理指導	99	103

出典：施設基準等届出状況（近畿厚生局）

表4：西播磨地域における75歳以上人口推計（人）

	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
人	42,380	48,766	50,657	48,472	45,607	43,417

国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口』（平成30（2018）年推計）

【推進方策】

（ア）医療介護従事者の確保と資質の向上（関係機関、関係団体、市町、県）

医療機関や市町など地域の保健医療福祉関係機関・団体等と連携して、在宅医療に関わる多職種に対して、認知症への対応を含む在宅チーム医療に必要な基礎的知識及び技術の習得のための研修会や在宅医療の課題の検討会を開催することにより、多職種協働による在宅医療を推進するための人材確保と育成に努める。

（イ）多職種連携・医療介護連携の推進（関係機関、関係団体、市町、県）

医師会、市町や関係団体等と連携しながら、医療・介護関係者による会議や研修を通じて、職種間の役割理解をさらに深め、各在宅医療圏域内に限らず広域的な多職種協働による在宅医療の推進を図る。

（ウ）アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の普及・支援体制（県、市町、医療機関、関係団体、県民）

市町、医療機関、医師会等関係団体と協働し、一般住民への啓発や医療介護従事者に向けた研修機会の提供などを通じて、自分らしい生活や人生の最終段階における生き方、医療の希望、生命の尊厳について療養者と家族、医療従事者が共に話し合い、患者の希望に沿った人生の最期を迎えられるよう、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）に基づいた支援体制の推進を図る。

（エ）各地域（在宅医療圏等单位）での体制整備の推進（医師会、市町、医療機関、関係団体、県）

各地域での医師会や市町等を中心とした医療介護連携・在宅医療体制整備・在宅医療のBCP（事業継続計画）の取り組みを支援する。特に各地域での在宅医療を積極的に担う医療機関や在宅医療体制整備の拠点となるところについては各在宅医療圏等で協議の上、積極的に見える化し、医療と介護の一体的な多職種連携の推進につなげる。

各地域の状況は以下のとおり。

<たつの市・揖保郡>

たつの市・揖保郡医師会により運営される在宅医療推進協議会を中心に、在宅医療への参入支援や多職種連携に関する取り組みを進めており資源整備は整いつつある。今後は24時間体制整備等について多職種連携・医療機関間連携の視点から取り組みを進め、さらなる体制の充実を目指す。

在宅医療において積極的役割を担う医療機関	在宅医療に必要な連携を担う拠点
たつの市民病院 (在宅療養支援病院)	たつの市・揖保郡医師会
自ら在宅医療を提供するとともに、在宅医療に携わる地域の医療機関と多職種連携を支援する。	たつの市・太子町と連携しながら、在宅医療推進協議会を運営し、地域の関係団体と多職種の参加を得て、地域課題に応じた部会を設置し、研修・事例検討等を通じて、連携体制を構築する。
<p>在宅医療に携わる医療機関等 ※</p> <p>在宅療養療支援病院：3施設 在宅療養支援診療所：9施設（たつの市5施設、太子町4施設） 在宅療養支援歯科診療所：7施設 在宅患者訪問薬剤管理指導：32施設 24時間訪問看護ステーション：17施設</p> <p>上記以外にも、多くの医療機関でかかりつけ患者を対象に在宅医療を提供している。</p> <p>○たつの市・揖保郡在宅医療推進協議会</p> <p>協議会本会のほかに、在宅リハビリ推進部会、ポリファーマシー部会、認知症在宅支援部会、入退院連携ワーキング部会、口腔ケア・嚥下部会を設置（令和5年度現在）</p>	

<宍粟市>

地域の特性から管内の医療機関は元来在宅医療に積極的に取り組んでいる。近年独居高齢者や家族の形が変化してきたことに伴い、在宅医療に関する介護面での課題も顕著となっている。また、今後は医師の高齢化の問題もあり、行政・医師会・公立宍粟総合病院及び関係機関が地域の医療・介護関係機関が一体となった連携体制の構築に向けて取り組みを進める。

在宅医療において積極的役割を担う医療機関	在宅医療に必要な連携を担う拠点
公立宍粟総合病院	宍粟市 (地域包括支援センター)
地域の唯一の病院として、レスパイト対応含めて在宅療養支援診療所と連携しながら在宅医療に携わる医療機関を支援し多職種連携を推進する。	宍粟市医師会・公立宍粟総合病院と連携しながら、在宅医療に係る協議の場を開催し、医療と介護の一体的な地域連携体制を構築する。
在宅医療に携わる医療機関等※ 在宅療養支援診療所：7施設（広田医院、上田医院、井上クリニック、川瀬クリニック、医療法人社団 ウスキ医院、垣尾内科クリニック、山岸診療所） 在宅療養支援歯科診療所：1施設 在宅患者訪問薬剤管理指導：16施設 24時間訪問看護ステーション：6施設 上記以外にも、多くの診療所が地域ごとに往診を提供している。	

<佐用町>

在宅医療の希望を積極的に受け入れるため、地域の病院及び診療所が連携し看取りまでの体制整備を進めている。特に、自宅での看取りが難しい場合でも、住み慣れた町内で施設や医療機関が連携し住民の希望に添えるよう取り組みを進めている。

在宅医療において積極的役割を担う医療機関	在宅医療に必要な連携を担う拠点
佐用共立病院・尾崎病院 (在宅療養支援病院)	佐用町 (地域包括支援センター)
在宅医療を必要とする患者の紹介を積極的に受け入れ、自ら在宅医療を提供するとともに、地域の医療機関の支援や多職種連携を推進する。	佐用郡医師会と連携しながら、在宅医療に係る協議の場を開催し、医療と介護の一体的な地域連携体制を構築する。
<p>在宅医療に携わる医療機関※</p> <p>在宅療養支援病院：2施設（佐用共立病院 尾崎病院）</p> <p>在宅療養支援診療所：1施設（岡本医院）</p> <p>在宅療養支援歯科診療所は0施設であるが、町歯科衛生士が自宅訪問し必要時医療につないでいる。</p> <p>在宅患者訪問薬剤管理指導：8施設</p> <p>24時間訪問看護ステーション：2施設</p> <p>上記以外にも、各病院・多くの診療所が地域ごとに往診を提供している。</p>	

< 赤穂準圏域（赤相地域） >

赤穂準圏域として、赤穂市民病院、赤穂中央病院が在宅療養後方支援病院の役割を担っている。また、各在宅医療圏域では在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所が中心となり、市町や医師会と連携しながら地域に応じた体制の整備を進めている。各在宅医療圏の体制は下記のとおり。

（相生市）

在宅医療において積極的役割を担う医療機関	在宅医療に必要な連携を担う拠点
相生市民病院、半田中央病院 （在宅療養支援病院）	相生市 （地域包括支援センター）
在宅療養支援診療所と連携しながら、在宅医療に携わる医療機関を支援し、多職種連携を推進する。	相生市医師会と連携しながら、在宅医療に係る協議の場を開催し、地域の連携体制を構築する。
在宅医療に携わる医療機関等※ 在宅療養支援病院：2施設（相生市民病院、半田中央病院） 在宅療養支援診療所：2施設（栗尾整形外科、半田クリニック） 在宅療養支援歯科診療所：6施設 在宅患者訪問薬剤管理指導：10施設 24時間訪問看護ステーション：4施設	

（赤穂市）

在宅医療において積極的役割を担う医療機関	在宅医療に必要な連携を担う拠点
赤穂市民病院、赤穂中央病院	赤穂市 （地域包括支援センター）
赤穂準圏域の在宅療養後方支援病院として、赤穂市地域包括支援センター及び在宅療養支援診療所等と連携し、在宅医療に携わる医療機関を支援し、多職種連携を推進する。	赤穂市医師会と連携しながら、在宅医療に係る協議の場を開催し、地域の連携体制を構築する。
在宅医療に携わる医療機関等※ 在宅療養後方支援病院：2施設（赤穂市民病院、赤穂中央病院） 在宅療養支援診療所：3施設（松本クリニック、てんわかかりつけ医院、おばた内科・糖尿病クリニック） 在宅療養支援歯科診療所：3施設 在宅患者訪問薬剤管理指導：20施設 24時間訪問看護ステーション：2施設	

(赤穂郡)

在宅医療において 積極的役割を担う医療機関	在宅医療に必要な連携を担う拠点
大岩診療所、三浦医院、岡田整形外科 (在宅療養支援診療所)	上郡町・赤穂郡医師会
赤穂準圏域の在宅療養後方支援病院と 連携し多職種による在宅医療を推進す る。	在宅医療に係る協議の場を開催し、地域の 連携体制を構築する。
在宅医療に携わる医療機関等※ 在宅療養支援診療所：3施設（大岩診療所、三浦医院、岡田整形外科） 在宅療養支援歯科診療所：1施設 在宅患者訪問薬剤管理指導：4施設 24時間訪問看護ステーション：3施設 上記以外にも、多くの診療所が往診を提供している。	

※各地域の在宅医療に携わる医療機関等は R5.7.1 時点近畿厚生局ホームページ 届出状況より抜粋

(補足)

1. 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」の選定

医療計画に記載する「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」については、実績や専門性等を踏まえつつ、当該在宅医療圏域の医師会・行政・在宅医療に携わる医療機関等の協議により選定する。

2. 在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所の施設名称の記載

在宅療養支援病院及び在宅療養支援診療所の施設名称の記載については、各在宅医療圏域の地域特性と各医療機関の意向に応じて、各医師会で決定する。

それぞれ医療機関からの申出に応じ更新し、西播磨地域ホームページで公表する。

[参照 URL] <https://web.pref.hyogo.lg.jp/whk06/iryoukaigo.html>

ウ **心不全等の循環器疾患対策**

【現状と課題】

(ア) 西播磨地域では急速な高齢化に伴い、心不全患者の増加が予測されている。しかし、西播磨地域内では心血管疾患に関する高度急性期医療を提供する医療機関は限られている。

(イ) 心不全は急性増悪から回復と入院を繰り返しながら徐々に身体機能が低下し死に至るため、急性増悪の防止、緩和ケア、ACP ケアマネジメントなど高度急性期・急性期治療終了後、回復期から在宅医療に至るまで、各場面で心不全や心臓リハビリテーション等について知識を持ち対応できる人材の育成が必要である。

(ウ) 今後増加の予測される循環器疾患(主に心不全管理)に地域で対応するため、多職種連携による医療・介護・福祉を提供する地域包括ケアシステムの構築が

必要である。

【推進方策】

(ア) 高度急性期から回復期・在宅医療まで切れ目ない医療提供体制の構築（医療機関、市町、関係団体、県）

中播磨地域等近隣地域の高度急性期病院との医療連携を強化し、特に高度急性期治療終了後はすみやかに西播磨地域の回復期医療・在宅医療にて対応できるよう切れ目ない医療提供体制の構築を図る。

(イ) 心血管疾患リハビリテーション等の知識をもった医療介護人材の育成（医療機関、関係団体、市町、県）

神戸大学や県立はりま姫路総合医療センター等専門医療機関の医師等にスーパーバイズとして協力を求め、心不全の症状増悪を防ぐための介護関係者も含む多職種協働について研修等の機会を持ち、心不全に関する基礎知識や心血管疾患リハビリテーションの考え方を活かした療養支援ができる人材育成に取り組む。

(ウ) 多職種連携に基づく循環器疾患をモデルとした地域包括ケアシステムの充実（市町、医療機関、関係団体、県）

医師会や各市町と連携しながら地域の在宅医療体制や多職種連携を進めるとともに、関係者による患者家族へ向けた心不全発症予防教育や心不全手帳等の既存ツールを活用した再発予防教育などの充実を含めた循環器疾患にも対応できる地域包括ケアシステムの構築を支援し、取り組みを推進する。

3) 播磨姫路圏域の医療提供体制の充実

ア 県立はりま姫路総合医療センターの開設

- ① 安定的・継続的に良質な医療を提供するため、県立姫路循環器病センターと製鉄記念広畑病院を再編統合し、2022年5月1日に県立はりま姫路総合医療センターが開院した。高度専門医療と救命救急医療、医療人材の育成と研究を行う、地域で高度な医療を支える柱となる病院として、播磨姫路圏域の3次救急医療を担う。
播磨姫路圏域の中核病院として、高度、専門性の高い医療を実施していくとともに、地域の意見を聞きながら、医師が集まる魅力ある病院として、病院内の教育・指導體制の充実、執務環境等の改善など整備を行っていく。(県、市町、医療機関)
- ② また、圏域内の病院等と役割分担を進め病院、診療所、地域との医療連携を実施し、医師数が不足する地域への医師派遣について、研修体制の構築なども検討する。(県、市町、医療機関、医療団体)
- ③ 公立病院への医師派遣や教育体制の充実等、地域医療を維持できる体制の支援について、地元と検討を行っていく。(県、市町、医療機関、医療団体)

イ 圏域北部における医療提供体制について

(ア) 特定中核病院(中播磨地域)

中播磨圏域北部の神崎郡においては公立神崎総合病院が唯一の公立の総合病院として、1次・2次救急医療体制の整備に努めており、地域のニーズに合わせた診療体制の構築に尽力している。

しかしながら、神崎郡は高齢化や人口減少が大きく進んでいる地域であり、高齢化の進行に伴う長期間の入院を必要とされる疾患の増加による患者数の増加が推計される。開業医も含め医師自身の高齢化も進んでいる。医師不足は更に深刻化することから、圏域北部において、医療体制の維持・充実に向けての取り組みが喫緊の課題となっている。

公立神崎総合病院は、医療機関が集中している地域から離れた中山間地域に立地しているため、圏域内の拠点病院との連携も困難が生じている。また、近隣に同等以上の機能を有する病院がなく、十分な医師確保ができていない状況にある。

については、2次医療圏域内の拠点病院との近接性に乏しく、2次救急など一定の医療機能の充実が必要な中核病院であることから、圏域北部の「特定中核病院」として位置付け、関係者との調整を行い、医師確保等の取り組みについて、県からの優先的な支援を行い、医療提供体制の充実を図っていく。

(イ) 特定中核病院(西播磨地域)

第7次保健医療計画策定時より公立宍粟総合病院が特定中核病院となる。宍粟地域唯一の病院であり、宍粟地域の救急医療など含めた医療の中核的な役割を担う。特に診療所や県立はりま総合医療センターをはじめとした3次医療

機関等と地域連携を推進し、宍粟地域内での医療システムの構築を目指す。

(ウ) 特定中核病院に対する支援内容

○ 病院における医師確保の取り組みへの支援

病院を設置する市町とともに、特別講座の設置を大学に働きかけ、魅力ある専門医研修プログラムの実施などを検討するとともに、県は県養成医の派遣病院として位置付け、養成医の派遣及びその定着について、優先的な支援を行う。

○ 2次救急医療機関としての病床機能の確保

2次救急医療機関として、緊急性の高い患者の受入や手術に対応できる体制づくりや、急性期及び回復期医療など身近な医療を当該地域で提供するため、急変時の在宅医療に対応する地域包括ケア病床等の充実やICUの整備など高度急性期病床の整備を行う場合において、地域医療介護総合確保基金を活用した支援を検討する。

(エ) 赤穂準圏域

第7次保健医療計画策定時より、赤穂準圏域（相生市・赤穂市・赤穂郡）を設定。

赤穂市民病院及び赤穂中央病院が中核病院・在宅療養後方支援病院としての役割を担い、地域の医療機関と連携強化することで引き続き赤穂準圏域内での一定医療の完結を目指す。

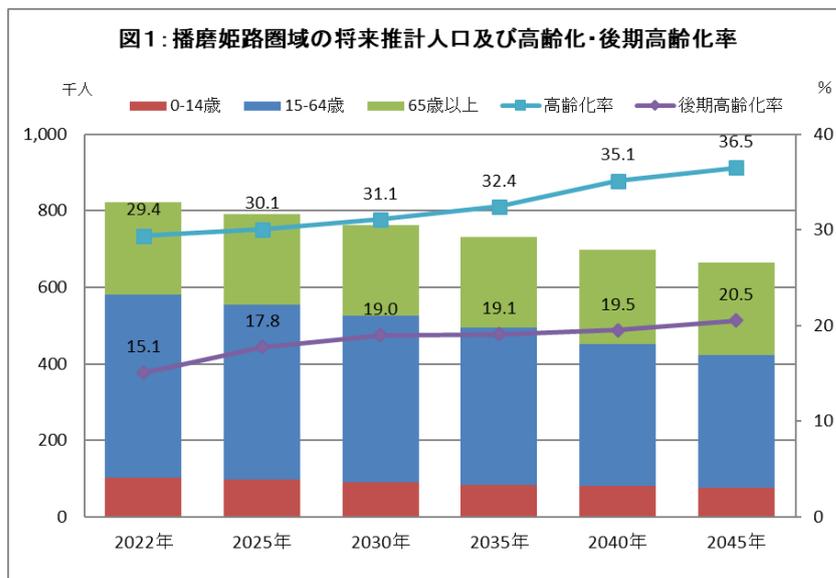
関連データ

1 人口及び人口動態

(1) 人口 : 図1

播磨姫路圏域の総人口は、令和4年10月1日現在805,171人であり、平成12年以降減少を続けている。今後の将来推計人口からも人口は減少する見込みである。

一方、2025年には高齢化率が30%を超え、後期高齢者人口はその後徐々に増加する見込みである。



資料：医療計画データブック（令和4年度版厚生労働省）

(2) 人口動態 : 表5

播磨姫路圏域の出生率（人口千人対）は減少傾向にあり、死亡率（人口千人対）は増加傾向にある。

年次	出生数		死亡数		周産期死亡	
	実数	出生率 (人口千対)	実数	死亡率 (人口千対)	実数	周産期死亡率 (出生数+妊娠満22周以降の死産数)千対
H27	6,703	8.0	8,973	10.7	27	4.0
H28	6,420	7.7	8,924	10.7	21	3.3
H29	6,170	7.4	9,255	11.1	20	3.2
H30	5,943	7.2	9,450	11.4	19	3.2
R元	5,700	6.9	9,304	11.3	16	2.8
R2	5,431	6.6	9,486	11.6	24	4.4
R3	5,370	6.6	9,745	12.0	19	3.5
(全県R3)	35581	6.5	61980	11.4	122	3.4

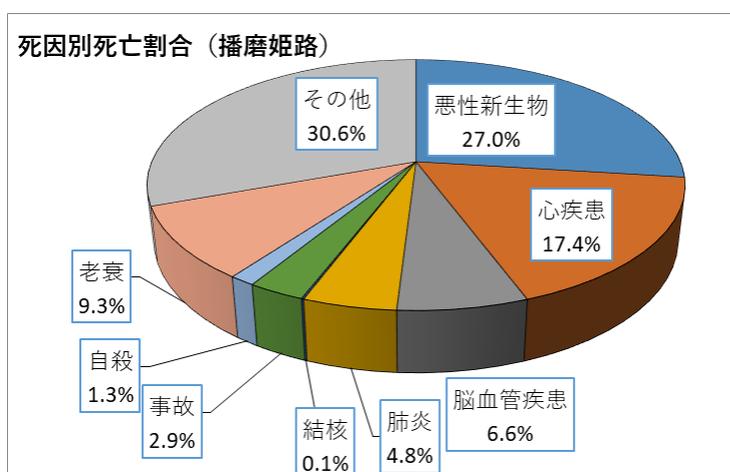
資料：厚生労働省「人口動態統計」

(3) 死因別死亡数・死亡割合 : 表6、図2

播磨姫路圏域の死因別死亡数は、悪性新生物が2,630人（27.0%）、心疾患1,692人（17.4%）、老衰911人（9.3%）、脳血管疾患643人（6.6%）の順に多い。

前回の医療計画策定時と比較し、悪性新生物、心疾患、老衰による死亡率が上がっている。

死因	死亡数	(内訳)		構成比	死亡率 (人口10万人対)
		男	女		
悪性新生物	2,630	1,540	1,090	27.0	324.2
心疾患	1,692	733	959	17.4	208.6
脳血管疾患	643	321	322	6.6	79.3
肺炎	464	274	190	4.8	57.2
結核	11	6	5	0.1	1.4
事故	283	162	121	2.9	34.9
自殺	129	99	30	1.3	15.9
老衰	911	230	681	9.3	112.3
その他	2,982	1,551	1,431	30.6	367.6
計	9,745	4,916	4,829	100.0	1,201.2



資料：厚生労働省「令和3年人口動態統計」

2 医療資源の状況

(1) 医療機関

ア 病院・診療所施設数 : 表7

病院・診療所とも、数はほぼ横ばいにある。

人口10万人対で比較してみると、病院は7.4施設であり県値(6.4施設)に比べて高いが、一般診療所は77.4施設、歯科診療所は49.1施設と県値(一般診療所95.6施設、歯科診療所54.7施設)に比べて低い。

なお、一般診療所数のうち有床診療所数は31施設であり、人口10万人対の有床診療所は3.8施設と県値(3.3施設)と、ほぼ同じである。

		施設数									人口10万人対(令和3年)	
		平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	播磨姫路	全県
病院	播磨姫路	62	62	62	62	62	62	60	60	60	7.4	6.4
	中播磨	38	38	38	38	38	38	37	37	37	6.5	
	西播磨	24	24	24	24	24	24	23	23	23	9.5	
一般診療所	播磨姫路	621	613	613	614	613	619	619	623	628	77.4	95.6
	中播磨	432	426	428	432	436	443	443	445	449	79.0	
	西播磨	189	187	185	182	177	176	176	178	179	73.6	
歯科診療所	播磨姫路	406	401	405	406	403	401	400	401	398	49.1	54.7
	中播磨	300	301	304	306	302	302	300	298	296	52.1	
	西播磨	106	100	101	100	101	99	100	103	102	41.9	

資料：厚生労働省「医療施設調査」

イ 病床数・病床種別

播磨姫路圏域においては、令和4年10月1日現在で、一般・療養病床の既存病床数は8,125床（中播磨地域5,482床、西播磨地域2,643床）で基準病床数6,990床（令和3年4月時点）を上回っており、病床過剰地域となっている。

なお、令和4年10月1日現在の精神科病床数は2,173床、結核病床は0床、感染症病床は10床である。

(2) 医療従事者

ア 医師：表8、表9

播磨姫路圏域に従業地を有する医師は、平成22年末の1,465人から令和2年末には1,799人と増加しているが、人口10万人対では219.8で県値（254.6）を下回っている。

	平成22年	平成24年	平成26年	平成28年	平成30年	令和2年	R2 10万対
中播磨地域	1,044	1,169	1,183	1,225	1,299	1,364	238.6
西播磨地域	421	411	412	421	436	435	176.4
播磨姫路	1,465	1,580	1,595	1,646	1,735	1,799	219.8
兵庫県	12,641	13,251	13,461	13,979	13,304	13,913	254.6

資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

医師偏在指標の数値をみると、医師、小児科医、分娩取扱医師のいずれも、全国と比して上位33.3%には入っておらず、分娩取扱医師偏在指標は下位33.3%に入っている。

	医師偏在指標	小児科医師偏在指標	分娩取扱医師偏在指標
全国	255.6	115.1	10.6
兵庫県	266.5	123.9	9.5
神戸	323.3	146.0	12.4
東播磨	231.6	88.9	7.6
北播磨	206.6	105.1	7.6
但馬	209.9	109.0	7.6
丹波	203.8	116.9	13.4
淡路	216.3	153.7	8.6
阪神	279.7	128.1	10.2
播磨姫路	214.4	104.6	6.3

上位33.3%

下位33.3%

※小児科医療圏として記載しているため、「神戸」は「神戸・三田」を表す。

※周産期医療圏として記載しているため、「神戸」は「神戸・三田」、「東播磨・北播磨」は「播磨東」を表す。

資料「厚生労働省公表（医師偏在指標は令和5年8月9日時点、小児科医師偏在指標は令和5年8月9日時点）、分娩取扱医師偏在指標は令和5年6月15日時点」

イ 歯科医師 : 表10

播磨姫路圏域に従業地を有する歯科医師は、平成22年末の556人から令和2年末には583人と増加しているが、人口10万人対では71.2で県値(75.8)を下回っている。

	平成22年	平成24年	平成26年	平成28年	平成30年	令和2年	R2 10万対
中播磨地域	408	407	410	423	404	426	74.5
西播磨地域	148	144	139	145	147	157	63.7
播磨姫路	556	551	549	568	551	583	71.2
兵庫県	3,866	3,868	3,945	3,907	4,007	4,141	75.8

資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

ウ 薬剤師数 : 表11、表12

播磨姫路圏域に従業地を有する薬剤師は、平成22年末の1,553人から令和2年末には1,882人と増加しているが、人口10万人対では230.0で県値(286.6)を下回っている。

	平成22年	平成24年	平成26年	平成28年	平成30年	令和2年	R2 10万対
中播磨地域	1,116	1,175	1,186	1,265	1,331	1,378	241.0
西播磨地域	437	437	454	496	486	504	204.4
播磨姫路	1,553	1,612	1,640	1,761	1,817	1,882	230.0
兵庫県	13,372	13,654	13,914	14,616	15,068	15,663	286.6

資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

薬剤師偏在指標でみると、目標値1.0に対し、2036年の推計では、播磨姫路圏域では、地域別薬剤師偏在指標でみると、目標値に達成する見込みであるが、病院薬剤師偏在指標は目標値を下回る見込みである。

現在の病院・薬局別薬剤師偏在指標

	病院薬剤師偏在指標	薬局薬剤師偏在指標	地域別薬剤師偏在指標
播磨姫路	0.78	1.02	0.95

将来(目標年次:2036年度)の病院・薬局別薬剤師偏在指標

	病院薬剤師偏在指標	薬局薬剤師偏在指標	地域別薬剤師偏在指標
播磨姫路	0.84	1.21	1.09

資料：厚生労働省、薬剤師確保計画ガイドラインに規定する偏在指標(令和5年6月9日)

エ 保健師・助産師・看護師・准看護師数 : 表13

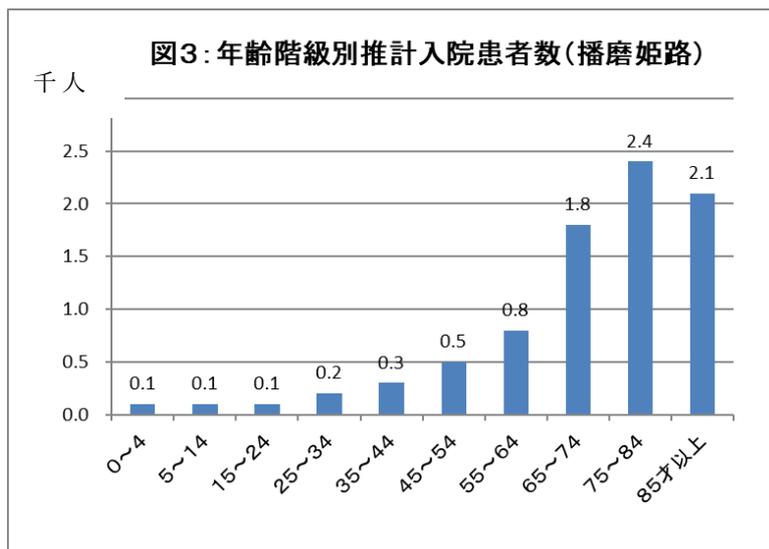
令和2年末の保健師・助産師・看護師・准看護師数は、人口10万人対でみると、県値よりやや高くなっている。

圏域	令和2年													
	総数	%											人口10万人 対就業者数	
			病院	診療所	助産所	訪問看護 ステーション	介護保 険施設 等	保健所	県	市町	事業所	その他		
播磨姫路		10,902		6,620	1,817	10	561	1,115	44	2	183	19	531	1332.2
	保健師	279	2.6%						44	2	183	19	31	34.1
	助産師	206	1.9%	130	52	10							14	25.2
	看護師	8,619	79.1%	5,854	1,174		509	674					408	1053.3
	准看護師	1,798	16.5%	636	591		52	441					78	219.7
中播磨		7,759		4,885	1,360	9	435	623	22	2	93	14	316	1357.1
	保健師	146	1.9%						22	2	93	14	15	25.5
	助産師	181	2.3%	114	52	9							6	31.7
	看護師	6,366	82.0%	4,431	886		399	393					257	1113.5
	准看護師	1,066	13.7%	340	422		36	230					38	186.5
西播磨		3,143		1,735	457	1	126	492	22	0	90	5	215	1274.5
	保健師	133	4.2%						22	0	90	5	16	53.9
	助産師	25	0.8%	16	0	1							8	913.6
	看護師	2,253	71.7%	1,423	288		110	281					151	913.6
	准看護師	732	23.3%	296	169		16	211					40	296.8
全県		70,536		43,624	11,663	67	3,932	6,517	269	31	1,191	85	3,157	1290.7
	保健師	1,903	2.7%						269	31	1,191	85	327	34.8
	助産師	1,493	2.1%	942	332	67							152	27.3
	看護師	57,521	81.5%	39,376	7,837		3,700	4,336					2,272	1052.5
	准看護師	9,619	13.6%	3,306	3,494		232	2,181					406	176.0

資料：「令和2年末兵庫県内看護師等業務従事者届」

3 受療動向

(1) 年齢階級別推計入院患者数



資料：厚生労働省「令和2年患者調査」

(2) 疾病分類別推計入院患者数 : 表14

入院患者は「循環器系疾患」によるものが最も多く、次いで「その他」を除くと「精神及び行動の障害」「損傷、中毒、外因の影響」となっている。

また、圏域内への入院は全体で94.1%（中播磨地域86.1%、西播磨地域73.6%）となっており、西播磨地域の患者が中播磨地域の医療機関で入院する傾向がみられ、「循環器系の疾患」「新生物」「消化器系の疾患」でその傾向が高くみられる。「神経系疾患」による圏域内での入院は77.9%と他の疾患に比べて低い。

疾患名	播磨姫路			中播磨			西播磨		
	患者数	うち自圏域への入院	割合	患者数	うち自圏域への入院	割合	患者数	うち自圏域への入院	割合
精神及び行動の障害	1,151	1,121	97.4%	741	602	81.2%	410	340	82.9%
循環器系の疾患	1,289	1,236	95.9%	813	733	90.2%	476	307	64.5%
新生物	586	544	92.8%	407	368	90.4%	179	78	43.6%
損傷、中毒及びその他の外因の影響	994	971	97.7%	612	568	92.8%	382	296	77.5%
消化器系の疾患	344	329	95.6%	229	207	90.4%	115	79	68.7%
神経系の疾患	408	318	77.9%	224	133	59.4%	184	148	80.4%
呼吸器系の疾患	476	458	96.2%	287	249	86.8%	189	157	83.1%
筋骨格系及び結合組織の疾患	437	418	95.7%	255	230	90.2%	182	133	73.1%
内分泌、栄養及び代謝疾患	192	183	95.3%	113	102	90.3%	79	73	92.4%
その他	1,006	899	89.4%	664	547	82.4%	342	257	75.1%
計	6,883	6,477	94.1%	4,345	3,739	86.1%	2,538	1,868	73.6%

資料：兵庫県「令和4年入院患者調査」

（3）病床利用率、平均在院日数：表15、表16

病床利用率は、一般病床、療養病床のいずれも減少傾向にあり、病床別の平均在院日数は、全国値とほぼ同じである。

○病床利用率													単位 %
	H30			R元			R2			R3			
	全病床	一般病床	療養病床										
播磨姫路圏域	80.2	75.2	85.1	79.1	75.6	81.1	76.8	72.1	80	75.7	69.7	80.6	
兵庫県	81	76.1	89.3	80.7	76.2	89.1	77.2	71.7	86.9	75.5	69.5	87	
全国	80.5	76.2	87.7	80.5	76.5	87.3	77	71.3	85.7	76.1	69.8	85.8	
○平均在院日数													単位 日
	H30			R元			R2			R3			
	全病床	一般病床	療養病床										
播磨姫路圏域	27.9	16.4	122.1	27	16.4	112.1	28.1	17	121.3	27.9	16.8	120.5	
兵庫県	26.2	15.8	143.5	25.6	15.6	136.4	26.9	16.3	142.1	26.5	16	140.1	
全国	27.8	16.1	141.5	27.3	16	135.9	28.3	16.5	135.5	27.5	16.1	131.1	

資料：厚生労働省「病院報告」

（4）他圏域との患者流動：表17

播磨姫路圏域への入院患者割合は、94.1%であり、県内の他圏域と比較して、圏域内完結率が高くなっている。

区分 (患者所在地)	施設所在地							
	神戸	阪神	東播磨	北播磨	播磨姫路	但馬	丹波	淡路
播磨姫路	1.1%	0.5%	1.9%	2.1%	94.1%	0.2%	0.1%	0.0%

資料：兵庫県「令和4年入院患者調査」

4 圏域の医療提供体制の構築

(1) 圏域地域医療構想

播磨姫路圏域の地域医療構想については、平成28年10月にそれまでの2次保健医療圏域単位であった、中播磨と西播磨で策定した。

平成30年4月改定の兵庫県保健医療計画により、2次保健医療圏域が播磨姫路圏域に統合された後も、現行の推計値を活用している。

地域医療構想については、令和7年(2025年)を目標年次としていることから、第8次計画策定時には見直しを行わず、引き続き、現構想の下で地域における協議や取り組みを推進していく。新たな地域医療構想は、2040年に向けた地域医療構想の考え方が国から示されたのちに改定する。

ア 必要病床数推計 : 表18

		令和3年 病床機能報告	推計 (推計ツール)	差引	基準病床数 (参考)
中 播 磨	高度急性期機能病床	982	658	324	6,990
	急性期機能病床	2,158	1,959	199	
	回復期機能病床	964	1,901	△937	
	慢性期機能病床	945	752	193	
	合計	5,049	5,270	△221	
西 播 磨	高度急性期機能病床	65	145	△80	
	急性期機能病床	1,131	708	423	
	回復期機能病床	569	900	△331	
	慢性期機能病床	602	468	134	
	合計	2,367	2,221	146	

イ 居宅等における医療需要の推計

(ア) 総数(地域医療構想推計ツールによる) : 表19 (人/日)

		2013(平成25)年	2025年(平成37)年
総数(自然増+新たに対応が必要 な部分)	中播磨	4,140	6,031
	西播磨	2,312	2,939

(イ) 在宅医療の整備目標 : 表21 (人/日)

		2020(令和2年) 年度末	【参考】2021(令和3) 年度末 ^{※1}
在宅医療(訪問診療の実施数) ※ 介護サービス・介護施設需要 との調整後の数	中播磨	2,813	4,355
	西播磨	1,306	

※1 医療計画作成支援データブック(厚生労働省)

第7章 但馬圏域

1 地域の特徴

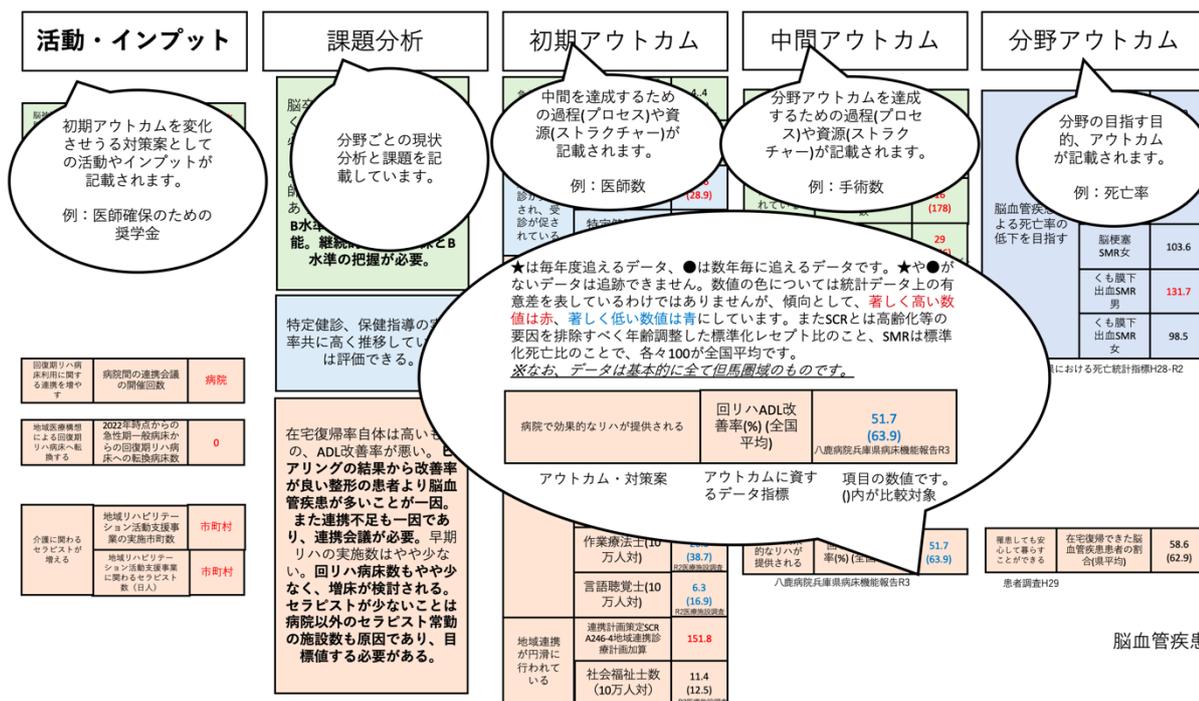
但馬圏域は、兵庫県の北部に位置し、豊岡市、養父市、朝来市、香美町、新温泉町の3市2町から構成され、東は京都府、西は鳥取県、南は播磨・丹波地域、北は日本海に面している。圏域の面積は2,133.3k㎡と県土の4分の1を占め、円山川流域を除いて平野部は少なく、山林が83%を占めている。また、南部を横断する山々は1,000m級のものもあり、但馬地域は厳しい日本海気候の地域である。2020年(R2)国勢調査によると、人口は157,989人で県全体の約3%にとどまり、人口推移は昭和25年をピークに減少し続け、過疎化が進んでいる。高齢化も進んでおり、2020年(R2)、高齢化率は36.5%と、全国平均28.0%を大きく上回っている。交通は、播但連絡道路、国道9号、178号、482号、その他主要地方道が管内市町をつなぎ、また、北近畿自動車道、山陰近畿自動車道の整備が進められている。鉄道は、JR山陰本線、JR播但線、京都丹後鉄道宮豊線の3路線がある。また、コウノトリ但馬空港は、大阪～但馬間を約40分で結んでいる。但馬圏域の市町は、いわゆるへき地5法^{*}のうち、「離島振興法」を除いた4法に基づく指定をされた地域である。都市部に比べ医療資源が潤沢ではなく、医師の診療科等の偏在による勤務医師の不足が見られ、医療提供・生活環境など様々な要因で地域医療を取り巻く状況が厳しい地域である。

^{*}へき地5法：「辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律」「山村振興法」「過疎地域自立促進特別措置法」「豪雪地帯対策特別措置法」「離島振興法」

2 圏域の重点的な取り組み

本圏域では、重点項目について、ロジックモデルを活用し、医療機関や市町等関係機関と共創し、但馬圏域健康福祉推進協議会医療部会（以下「医療部会」という。）で継続的な評価と管理を行う。ロジックモデルとは、ある施策がその目的を達成するに至るまでの論理的な因果関係を明示したもののことである。事業が、どのような道筋で目的を達成しようとしているのかの仮説を示したもの、ないし戦略を示したもの、とも言える。ロジックモデルは一般的に、アウトカム、アウトプット、プロセス、ストラクチャーを矢印でつなげたツリー型で表現される。事業や組織が生み出すことを目的としている変化・効果を「アウトカム」、その変化・効果を生み出すために提供するモノ・サービスを「アウトプット」、モノ・サービスを提供するために行う諸活動を「活動」、その諸活動を行うために使う資源を「インプット」という。

本圏域では、医療部会で課題分析を行った上で、それに対する対策案を検討し、ロジックモデルを作成した。今後、一定期間でフォローアップし、公表する。ロジックモデルには、アウトカムに対して整合性のある対策案がなされているのかを判断するセオリー評価、計画された対策案が実行されたかどうかを把握するプロセス評価、実行された対策案がアウトカムを改善し得たか判断するインパクト評価、対策のために投入された資源は適切であったか判断するコスト・パフォーマンス評価がある。医療部会等で評価を行い、ロジックモデルを改訂し、効果的かつ継続的な対策を実施する。



1 脳卒中

1 現状と課題

本圏域では、脳血管疾患による標準化死亡比（以下「SMR」という。）※は高くない。これは全国と比較し、年齢を調整しても、死亡率が高くないことを意味している。急性期治療は、他圏域よりも多く実施されており、医療提供体制から近隣圏域の患者へも実施されているものと考えられる。一方で、急性期治療を支える医師数は他圏域より少ない。A水準を目指す医師の働き方改革への対応が求められる。また脳血管疾患のリスク因子の標準化出現比（以下「SCR」という。）は全国平均並み、特定健診、保健指導の実施率も他圏域より高い。罹患後の在宅復帰率は悪くないものの、回復期リハ病棟でのADL改善率は全国平均より悪く、ヒアリング結果から転院調整のタイミング等、病院間連携の不足が原因であると考えられる。また、回復期リハ病床自体が全国平均より低い。リハビリテーションを担うリハビリテーション専門職やリハビリテーション専門医は他圏域より少ない。

※標準化死亡比：年齢構成の異なる地域間の死亡率を比較するために、年齢構成の差異を調整して算出した死亡率。全国平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は我が国の平均より死亡率が多いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断される。同様に標準化出現比は、100以上であれば、レセプト出現率が全国平均より多いと判断される。

2 推進方策

- (1) 医師確保計画に基づき、急性期及び回復期を支える医師の確保を目指す。(病院・市町・県)
- (2) 病院間を超えた主に回復期リハビリテーション病床の利用に関する連携会議を実施し、効率的な病床利用を目指す。(病院)
- (3) 地域リハビリテーション活動支援事業等の実施を促進し、病院外で働くリハビリテ

ーション専門職の数の増加を目指す。(市町)

(4) 圏域として過剰な急性期一般病床から不足する回復期リハビリテーション病床への転換を図る。(病院・市町)

3 目標

(1) 目指す姿

脳血管疾患による死亡率の低下

	目的	指標名	基準	目標	出典	取組主体
分野	脳血管疾患による死亡率の低下	脳出血 SMR(男性)	99.9	現状より低下	H28-R2 兵庫県における死亡統計指標	—
		脳出血 SMR(女性)	93.4	現状より低下		—
		脳梗塞 SMR(男性)	97.2	現状より低下		—
		脳梗塞 SMR(女性)	103.6	現状より低下		—
		くも膜下出血 SMR(男性)	131.7	全国平均並へ		—
		くも膜下出血 SMR(女性)	98.5	現状より低下		—
	罹患しても安心して暮らせる	在宅復帰できた脳血管疾患患者の割合	58.6%	県平均(63)へ	H29年患者調査	—

(2) 取り組む施策

急性期医療の確保

	目的	指標名	基準	目標	出典	取組主体
中間	脳血管疾患の急性期治療が適切に提供されている	t-PAの実施件数	4件	現状維持	R4 病院よりレセプトデータ提供	病院
		脳血栓回収療法の実施件数	22件	現状維持		病院
		脳動脈瘤クリッピング術の件数	16件	現状維持		病院
		コイル塞栓術の実施件数	29件	現状維持		病院
初期	急性期医療の提供体制が整っている	10万人当たり脳神経内科医師数	4.4人	現状維持	R2 三師調査	病院
		10万人当たり脳外科医師数	3.8人	県平均(6.0)へ		病院

脳卒中のリスク因子の改善

		指標名	基準	目標	出典	取組主体
中間	脳卒中のリスク因子がコントロールされている	BMI25以上 SCR(男/女)	93.9/ 103.6	現状より低下	R3兵庫県地域カルテ・兵庫県特定健診法定報告	市町・住民
		血圧(収縮期) 130以上 SCR (男/女)	113.9/ 109	現状より低下		市町・住民
		血圧(拡張期) 85以上 SCR (男/女)	109.8/ 111.3	現状より低下		市町・住民
		空腹時血糖値 100以上 SCR (男/女)	94.3/ 91.2	現状より低下		市町・住民
		HbA1c (NGSP) 5.6以上 SCR (男/女)	87.1/ 79.9	現状より低下		市町・住民
		LDLコレステロール 140以上 SCR(男/女)	103.7/ 108.8	現状より低下		市町・住民
初期	適切に健診が実施され、受診が促される	特定保健指導実施率	46.6%	現状より上昇	R3兵庫県特定健診・保健指導法定報告値	市町・住民
		特定健診受診率	43.0%	現状より上昇		市町・住民

質の高いリハビリテーションが提供されている

	目的	指標名	基準	目標	出典	取組主体
中間	病院で効果的なリハが提供される	回りハ ADL 改善率 (%) (全国平均)	51.7%	全国平均(64)へ	R3 兵庫県病床機能報告	病院
初期	リハビリテーションを提供できる体制が整っている	10万人当たりリハビリテーション科医師数	1.9人	県平均(2.4)へ	R2 三師調査	病院
		10万人当たり回りハ病床数	29.4床	県平均(66)へ	H30年病床機能報告	病院
		脳血管疾患退院患者平均在院日数	35.1日	県平均(73)へ	H29医療計画策定支援DB	病院
		早期リハビリテーション加算 SCR	82.5	現状より上昇	R2NDBデータ	病院
		10万人当たり理学療法士	51.3人	県平均(88)へ	R2 医療施設調査	病院・市町
		10万人当たり作業療法士	26.8人	県平均(39)へ		病院・市町
		10万人当たり言語聴覚士	6.3人	県平均(17)へ		病院・市町
	地域連携が円滑に行われている	地域連携クリニカルパス使用 SCR	151.8	現状より上昇	R2NDBデータ	病院
10万人当たり社会福祉士数		11.4人	県平均(13)へ	R2 医療施設調査	病院・市町	
施策	病床転換を行う	急性期一般病床からの回復期リハ病床への転換病床数	0床	県平均(55床)へ	病院ヒアリング	病院

施策	地域全体で活動するセラピストが増える	地域リハビリテーション活動支援事業の実施市町数	5箇所	現状維持	R4 市町ヒアリング	市町
		地域リハビリテーション活動支援事業に関わるセラピスト数(日人)	403日人	現状より上昇	R4 市町ヒアリング	市町
	回復期リハビリ病床利用に関する連携を増やす	病院間の連携会議の開催回数	3回	現状より上昇	R4 病院ヒアリング	病院

2 心筋梗塞等の心血管疾患

1 現状と課題

本圏域では、急性心筋梗塞のSMRは高く、急性心筋梗塞の入院、外来におけるSCRも高い。一方で心臓カテーテル治療(PCI)のSCRは平成29年で43と低い。狭心症及び慢性虚血性心疾患のSCRは低く、循環器内科医師数も少ない。狭心症患者の適切な把握と治療ができていない可能性が考えられる。また心筋梗塞のリスク因子のSCRは全国平均並みで、特定健診、保健指導の実施率も他圏域より高い。在宅復帰率は全国平均並ではあるものの、心臓リハビリテーションの標準化出現比が低い。

2 推進方策

- (1) 医師確保計画に基づき、急性期及び回復期を支える医師の確保を目指す。(病院・市町・県)
- (2) 病院間を超えた主に心臓リハビリテーション病床の利用に関する連携会議を実施し、心臓リハビリテーションを増加させる。(病院)

3 目標

(1) 目指す姿

心筋梗塞等の心血管疾患による死亡率の低下

	目的	指標名	基準	目標	出典	取組主体
分野	心筋梗塞による死亡率の低下	急性心筋梗塞の標準化死亡比(男性)	136.7	全国平均(100)へ	H28-R2 兵庫県における死亡統計指標	—
		急性心筋梗塞の標準化死亡比(女性)	109.4	全国平均(100)へ		—
	罹患しても安心して暮らせる	在宅復帰できた心疾患患者の割合	92.7%	現状より上昇	H29 患者調査	—

(2) 取り組む施策

急性期医療の確保

	目的	指標名	基準	目標	出典	取組主体
中間	心筋梗塞の急性期治療が適切に提供されている	PCIの実施件数	109件	現状より上昇	R4病院よりレセプトデータ提供	病院
		来院90分以内冠動脈再開通率	55%	県平均(60%)へ	R2医療計画策定支援DB	病院
	急性心筋梗塞の発生が防げている。	急性心筋梗塞SCR	114	全国平均(100)へ	R2 NDBデータ	病院
	狭心症が適切に発見されている。	狭心症SCR	80	全国平均(100)へ		病院
初期	急性期医療を提供する体制が整っている	10万人当たり循環器内科医師数	5.1人	県平均(12)へ	R2三師調査	病院
		10万人当たり脳外科医師数	1.9人	現状より上昇		病院

質の高いリハビリテーションが提供されている

	目的	指標名	基準	目標	出典	取組主体
中間	心臓リハビリテーションが提供されている	外来での心臓リハビリテーション実施SCR	55.5	全国平均(100)へ	R2NDBオープンデータ	病院
		入院での心臓リハビリテーション実施SCR	81.6	全国平均(100)へ		病院
		うち早期リハビリテーション実施SCR	82.5	全国平均(100)へ		病院
初期	心疾患の回復期、慢性期を提供する医療機関がある	心リハ可能な医療機関数(10万人対)	0.6箇所	全国平均(1.2)へ	R3近畿厚生局	病院
		緩和ケアが充実する医療機関数(10万人対)	0箇所	全国平均(0.6)へ		病院
施策	心リハに関する連携が取れている	病院間の連携会議の実施回数	0回	現状より上昇	R4病院ヒアリング	病院

3 糖尿病

1 現状と課題

本圏域では、新規透析導入患者SCR、糖尿病網膜症に対する手術のSCRは全国平均並かやや高い程度である。また、糖尿病の急性期合併症である低血糖や糖尿病性ケトアシドーシスの標準化出現比は低い。糖尿病内科医師数は少ないものの、透析予防指導

や合併症管理指導が他圏域より多く、熱心に行われていることが重症化を防いでいる可能性がある。また、特定健診における HbA1c5.6%以上の割合は他圏域より少なく状況が続いている。ただし、受診が必要な値であるものの、受診していない住民に対して、受診勧奨を実施する糖尿病重症化予防プログラムへの取組状況は市町によってばらつきがある。

2 推進方策

- (1) 受診が必要な患者に対し、糖尿病重症化予防プログラムを実施し、受診を要する住民に対し、受診勧奨を行い、受診を促す。(市町)
- (2) 重症化予防プログラムを実施する市町の意見交換会等を実施し、効果的な重症化予防プログラムを検討する。(市町・保健所)

3 目標

(1) 目指す姿

糖尿病合併症に至らない

	目的	指標名	基準	目標	出典	取組主体
分野	糖尿病患者が透析に至らない	新規透析導入 SCR	111	全国平均(100)へ	R2 NDB データ	—
		新規透析導入患者数(レセプト)	59	現状より低下	R2 医療計画策定支援 DB	—
	糖尿病眼症に至らない	網膜光凝固術 SCR	102	全国平均(100)へ	R2NDB データ	—

(2) 取り組む施策

糖尿病のコントロールが行われている

	目的	指標名	基準	目標	出典	取組主体
中間	急性期合併症が少ない	糖尿病性ケトアシドーシス SCR	57.5	現状より低下	R2 NDB データ	医療機関
		低血糖 SCR	72.3	現状より低下		医療機関
	合併症予防・管理が行われている	糖尿病合併症管理料 SCR	194	現状より上昇	R2 NDB データ	医療機関
		透析予防指導管理料 SCR	1944	現状維持		医療機関
初期	専門医がいる	10万人当たり糖尿病内科医師数	1.9人	県平均(4)へ	R2 三師調査	病院
	合併症予防・管理を行う施設がある	糖尿病合併症管理料算定する医療機関数(10万人対)	3.2箇所	現状より上昇	R2 医療計画策定支援 DB	医療機関

初期	透析予防指導管 理料医療機関数 (10万人対)	2.6箇所	現状よ り上昇	R2 医療 計画策定 支援 DB	医療機関
	糖尿病腎症に対 する人工透析実 施医療機関	8箇所	現状維 持	R2 医療 計画策定 支援 DB	医療機関

糖尿病の予防及び受診が必要な住民が受診につながっている

	目的	指標名	基準	目標	出典	取組主体
中間	糖尿病を罹 患する者の 割合が少な い	特定健診 A1c 5.6%以上 男 40- 74才 SCR	87.1	現状よ り低下	H30兵庫 県地域カ ルテ	市町・住 民
		特定健診 A1c 5.6%以上 女 40- 74才 SCR	79.9	現状よ り低下		市町・住 民
		糖尿病合併症管 理料 SCR	194	現状よ り上昇	R2 NDB データ	医療機関
		透析予防指導管 理料 SCR	1944	現状維 持		医療機関
初期	重症化予防 が適切に実 施されてい る	糖尿病重症化予 防プログラムで 受診勧奨した数	122人	現状よ り上昇	R4 市町 ヒアリン グ	市町
		糖尿病重症化予 防プログラムで 受診勧奨し、受診 につながった数	66人	現状よ り上昇		市町
	重症化予防 が実施され ている	重症化予防プロ グラムの受診勧 奨する市町の割 合	5箇所	現状維 持	R3 県・保 険者デー タ	市町
		重症化予防プロ グラムの保健指 導を行う市町の 割合	3箇所	現状よ り上昇		市町
施策	重症化予防 の市町の意 見交換がで きている	市町間を超えた 重症化予防プロ グラムに関する 意見交換の会議 回数	0回	年1回 以上	R5 保健 所	市町・保 健所

4 精神疾患

1 現状と課題

本圏域では、新規患者の退院率は全国平均並みであり、平均在院日数や再入院率も同様である。新規精神患者の退院率が低く、平均在院日数が長い病院も存在し、ばらつきがある。また、精神病床の1年以上入院患者数が全国より多く、特に ICD-10(国際疾病

分類)における F0 症状性を含む器質性精神障害の長期入院患者は全国の3倍以上と非常に多い。これらはアルツハイマー型認知症や血管性認知症が大部分を占める。認知症の入院 SCR は低いことから、入院数よりも退院できていないことが課題だと考える。一方で、精神科訪問看護等は実施されているものの、他の地域資源は希薄である。特に当事者が参加できるデイサービス以外の資源は希薄といえる。

なお、精神科に従事する医師数は県平均並み。難治性の統合失調症に効果のあるクロザピンの使用も、実施施設は限られるものの、全国平均並みに行われている。また、精神疾患のピアサポートや地域移行などの取り組みは先進的に実施されており、地域資源の一つとなっている。

2 推進方策

- (1) 認知症の人と家族の一体的支援プログラム^{*}の実施を促し、市町は地域支援事業として予算を付け、支援を行う。(市町)
- (2) 認知症患者が入院する精神科病院での退院支援会議に外部からケアマネ等が参加し、退院を支援する体制をつくる。(精神科病院)
- (3) 市町の認知症ケアパスに、入院から退院までの支援を書き込み、退院の支援を行う。(市町)

^{*}一体的支援プログラムは、R4年から地域支援事業に加わった家族を一つの単位とした一体的な支援プログラム。月に1回程度、家族と本人が、話し合い思いを共有し、一緒に活動を楽しむことで、お互いの思いのズレや葛藤を調整し再構築を図る。

3 目標

(1) 目指す姿

精神疾患を抱えながら、住み慣れた地域で暮らすことができる

(2) 取り組む施策

精神疾患が適切に治療されて、退院している。

	目的	指標名	基準	目標	出典	取組主体
中間	有効な治療が実施される	治療抵抗性統合失調治療指導管理料 SCR	94.1	全国平均(100)へ	R2 NDBデータ	医療機関
初期	専門の医師がいる	10万人あたり精神科医師数	10.1人	現状より上昇	R2 三師調査	医療機関

精神疾患による長期入院が多い

	目的	指標名	基準	目標	出典	取組主体
中間	長期入院患者が少ない	患者住所地別精神病床の1年以上入院患者数(10万人対)	197人	全国平均(138)へ	R2ReMHRADの数値は市町ごとを合計し、人口で割ったもの	市町・病院
		患者住所地別精神病床の1年以上入院患者数 F0(10万人対)(全国中央値)	78人	全国平均(25)へ		市町・病院
	認知症が安定的に外来で管理されている	認知症入院SCR	44	現状維持	R2 NDBデータ	医療機関・市町
	安心して認知症の診断が受けられる	認知症外来SCR	93	現状維持		医療機関・市町
初期	認知症を診断できる施設がある	認知症疾患医療センター数	2施設	現状維持	R4 県データ	市町
	入退院支援が行われている	10万人当たり精神保健福祉士数	9.4人	現状維持	R2 医療施設調査	市町・病院
		地域移行による退院患者数	9人	現状維持	R4 保健所	保健所
	精神疾患を地域で支える環境がある	ピアサポーターの数	13人	現状より上昇	R4 保健所	市町
	認知症を地域で支える資源が存在する	認知症の人と家族の一体的支援プログラム数	3箇所	全ての市町へ	R5 市町ヒアリング	市町・保健所・民間団体
		当事者、家族が参加する会議の数	0箇所	全ての市町へ		市町
	在宅で精神科医療が提供されている	精神科訪問看護・指導料等SCR	117	現状より上昇	R2 NDBデータ	訪問看護
		在宅精神療法SCR	100	現状より上昇		医療機関
施策	一体的支援プログラムが実施されている	一体的支援プログラムに予算を付ける市町数	1箇所	全ての市町へ	R5 市町ヒアリング	市町

施策	認知症の退院支援が行われている	外部のケアマネ等が参加する認知症の退院支援会議の割合	35%	現状より上昇	R5 病院ヒアリング	精神科病院
		入院から退院までの支援を認知症ケアパスに書き込んでいる市町数	0箇所	全ての市町へ	R5 市町ヒアリング	市町

5 がん

1 現状と課題

本圏域では、がんによる SMR は全国平均並みである。市町が実施するがん検診の受診率は高い値で推移している。がん拠点病院は集約化され整備されているものの、地域連携クリニカルパス(CP)の活用は進んでおらず、病診連携には課題が残る。また緩和ケアチームがあるものの、圏域内では緩和ケア診療加算は算定されていない。末期癌への対応を行う施設数はやや多いものの、在宅がん医療総合料の加算は全国に比して少ない現状にある。週4日以上の実施した在宅医療を担う医療機関が少ないと考えられる。

2 推進方策

- (1)がん検診の受診率の向上に向けて、周知を促す。(市町)
- (2)末期がん等の緩和ケアの訪問診療を重点的に実施する診療所や病院を確保する。在宅専門クリニックの誘致や病院からの訪問診療等を促進する。(市町・保健所)

3 目標

(1)目指す姿

がんによる死亡を減らす

	目的	指標名	基準	目標	出典	取組主体
分野	がんによる死亡率が低下する	すべて悪性腫瘍 SCR 男/女	98.7 97.3	現状より低下	H28-R2 兵庫県における死亡統計指標	—
		標準化死亡比 (胃がん) 男/女	107.7 120.3	現状より低下		—
		標準化死亡比 (大腸がん) 男/女	87.2 95.0	現状より低下		—
		標準化死亡比 (肺がん) 男/女	102.2 87.1	現状より低下		—
		標準化死亡比 (肝がん) 男/女	97.7 102.7	現状より低下		—
		標準化死亡比 (乳がん)	69.7	現状より低下		—
		標準化死亡比 (子宮がん)	78.6	現状より低下		—

がんの医療に関して市民が満足している

(2) 取り組む施策

がんの予防に取り組まれている

	目的	指標名	基準	目標	出典	取組主体
中間	がん検診受診率が上昇する	検診受診率胃がん	23%/18%	現状より上昇	R1 兵庫県市町がん検診受診率	市町・住民
		豊岡市/養父市/朝来市/新温泉町/香美町/県平均	15%/22%			
		検診受診率大腸がん	34%/34%			
		28%/22%				
		14%/7%				
検診受診率肺がん	37%/30%	現状より上昇	市町・住民			
29%/53%						
45%/13%						
検診受診率子宮頸がん	33%/23%	現状より上昇	市町・住民			
24%/29%						
17%/16%						
検診受診率乳がん	33%/31%	現状より上昇	市町・住民			
30%/33%						
22%/18%						
初期	禁煙治療が提供されている	禁煙外来を行う診療所数(10万人あたり)	8.9箇所	県平均(12)へ	H29医療計画策定支援DB	医療機関

がん治療に必要な医療が提供されている

	目的	指標名	基準	目標	出典	取組主体
中間	がん治療の連携ができている	CP活用(がん治療連携管理料等)SCR	43	全国平均(100)へ	R2 NDBデータ	医療機関
	疼痛緩和が行われている	がん性疼痛緩和指導管理料SCR	112	現状維持	R2 三師調査	医療機関
	密な入院緩和ケアが提供されている	入院緩和ケアチームによる緩和ケア診療加算算定医療機関	0箇所	現状より上昇	R2 医療計画策定支援DB	病院
初期	がん治療が提供されている	がん拠点病院数	1箇所	現状維持	R4 県データ	病院
	入院緩和ケアが提供されている	緩和ケアチームのある病院数(県実数)	2箇所	現状維持	R2 医療計画策定支援DB	病院

末期がんに対する在宅での緩和ケアが提供されている

	目的	指標名	基準	目標	出典	取組主体
中間	密な在宅医療が提供されている	在宅がん医療総合診療料SCR	50	全国平均(100)へ	R2 NDBデータ	医療機関

初期	麻薬を取り扱う環境がある	麻薬を取り扱う薬局数	67箇所	現状より上昇	R5 薬剤師会ヒアリング	薬剤師会
	末期がんへ在宅医療が提供されている	末期がんへの在宅医療を提供する医療機関数(10万人あたり)	18.4箇所	現状維持	R3 医療計画策定支援DB	医療機関
		がん疼痛緩和を実施する医療機関数	9箇所	現状維持	R2 医療計画策定支援DB	医療機関
施策	複数人医師がいるクリニック・病院を増やす	在宅療養支援病院(10万人対)	0.6箇所	現状より上昇	R4JMAP	医療機関・市町
		在宅療養支援診療所 1(10万人対)	0箇所	現状より上昇	R4JMAP	医療機関・市町
		在宅療養支援診療所 2(10万人対)	2.5箇所	現状より上昇	R4JMAP	医療機関・市町

6 へき地の医療

1 現状と課題

当圏域の市町は、いわゆるへき地5法^{*}のうち、「離島振興法」を除いた4法に基づく指定をされた地域である。無医地区及び準無医地区が存在している。へき地医療支援機構からの代診医の派遣はなく、拠点病院からの医師派遣も限られている。広大な面積であり、遠隔診療等が有効に活用される環境にあると考えられるが、遠隔診療を実施する医療機関は少ない。規制緩和により、自宅以外の場所でも遠隔診療が受けられることから看護師等が公民館等に出向き、車内や公民館内にて、遠隔診療を受けることが可能となった。それにより患者は移動が少ない身近な場所で、ICTデバイスが使えなくとも、遠隔診療に受けることが可能になる。これらは Doctor to Patient with Nurse と呼ばれている。

2 推進方策

- (1) 無医地区の状況を継続的に把握し、必要な医療が提供されていることを確認し、必要に応じて、訪問診療などの提供をするよう、医療提供体制を確保する。(市町・医療機関)
- (2) 遠隔診療、特にへき地に有効である D to P with N の実施を促進し、支援・推進する市町を増やす。(医療機関・市町・保健所)

3 目標

(1) 目指す姿

住み慣れた地域で本人が望むまで過ごすことができる。

(2) 取り組む施策

無医地区・準無医地区への医療提供

	目的	指標名	基準	目標	出典	取組主体
中間	医療が提供されていない地域を減らす	無医地区数	4箇所	現状より低下	R1 無医地区調査	市町・医療機関
		準無医地区数	5箇所	現状より低下		市町・医療機関
初期	無医地区の状況を把握している	無医地区の状況を把握している市町数	5箇所	現状維持	R5 市町ヒアリング	病院

へき地医療を支える体制が取られている

	目的	指標名	基準	目標	出典	取組主体
中間	圏域外からへき地医療の支援がある 圏域内からへき地医療の支援がある	へき地医療支援機構からの代診医派遣数(人日)	0	現状より上昇	R3 県データ R4 厚生労働省へき地医療の現況について	県
		へき地拠点病院からの巡回診療回数 豊岡病院/八鹿病院	0/0回	現状より上昇		へき地拠点病院
		へき地拠点病院からの医師派遣日数	0/53.5日	現状より上昇		へき地拠点病院
		へき地拠点病院からの代診医派遣日数 豊/八	33/0日	現状より上昇		へき地拠点病院
		へき地診療所数	12箇所	現状維持		へき地拠点病院

地域の実情にあった遠隔診療が提供されている

	目的	指標名	基準	目標	出典	取組主体
中間	遠隔診療が提供されている	遠隔診療を導入している診療所数	7箇所	現状より上昇	R5 医師会ヒアリング ⁶	医療機関
		遠隔診療を実施する病院数	0箇所	現状より上昇	R5 病院ヒアリング ⁶	病院
		電話等再診料SCR	55	全国平均(100)	R2 NDBデータ	医療機関
初期	実情に応じた遠隔診療が提供される	D to P with Nを実施する診療所数	0箇所	現状より上昇	R5 医師会ヒアリング ⁶	医療機関
施策	市町として遠隔診療を推進している	遠隔診療を市として推進している	1箇所	現状より上昇	R5 市町ヒアリング ⁶	市町

7 周産期医療

1 現状と課題

本圏域は、年々分娩数は減少しており、安定的な医療提供体制の確保等の観点から、県・但馬3市2町協力のもと、公立豊岡病院に周産期医療センターを設立した。現在、分娩に対応する医療機関は1つのみになったものの、周産期医療センターによって但馬圏域でハイリスク分娩まで対応できる体制が整っている。また産後ケア、妊婦健診などの実施施設は複数存在している。しかし、現状の安定的な医療提供体制が十分住民に認知されているとは言い切れず、周産期医療への理解を図る必要がある。また新生児や乳児死亡数、周産期死亡数は低い値で推移している。

2 推進方策

現状の集約化・機能分化した周産期体制への理解をはかるとともに、近隣病院での妊婦検診や出産後のケアをうけることができる体制づくりに取り組み、広報誌等への産科の使い方等の啓発活動を実施する。（市町・病院）

3 目標

(1) 目指す姿

周産期による死亡率を減らす

	目的	指標名	基準	目標	出典	取組主体
分野	死亡率を減らす	新生児死亡数	2人	現状維持	R3 兵庫県保健統計年報 人口動態統計	—
		乳児死亡数	2人	現状維持		—
		周産期死亡数	1人	現状維持		—

市民が地域の周産期体制に満足している

(2) 取り組む施策

ハイリスク分娩まで圏域で確保されている

	目的	指標名	基準	目標	出典	取組主体
中間	適切に分娩されている	病院での分娩数	106回	現状維持	H29 医療計画策定支援DB	医療機関・市町
初期	産婦人科の医師がいる	10万人あたり産婦人科医師数	7人	全国平均(8)へ	R2 三師調査	医療機関
中間	周産期医療センターに医師がいる	周産期医療センター勤務医師数	9人	現状維持	R5 病院ヒアリング	病院
初期	ハイリスク分娩ができる体制がある	NICUを有する病院数	1箇所	現状維持	R2 医療計画策定支援DB	病院
		ハイリスク分娩管理加算の届出医療機関数	1箇所	現状維持	R2 医療計画策定支援DB	病院

初期	分娩を取り扱う医療機関数	分娩を取り扱う病院+診療所	1箇所	現状維持	R2 医療計画策定支援DB	病院
施策	市民に周産期の理解を促す	広報誌等への産科の使い方等の啓発活動実施回数	0プロジェクト	現状より上昇	R5 市町・病院ヒアリング	市町・病院

8 小児医療

1 現状と課題

当圏域の小児医療は、時間外受診が少なく、かかりつけ医を持つ住民も多く、上手な医療のかかり方をしている。一方で、#8000等の利用率は低く、医療相談が十分に認知されていない。夜間休日の小児診療を常時提供している医療機関は1つのみである。また小児在宅人工呼吸器患者が一定いるものの、現時点で訪問診療される小児患者はいない。

2 推進方策

教えてドクター!等のアプリ及び#8000等の電話による医療相談の利用促進を図るため、広報誌等を活用し、啓蒙活動を行い、周知する。(市町・病院)

3 目標

(1) 目指す姿

小児医療が適切に利用されている

	目的	指標名	基準	目標	出典	取組主体
分野	適切に医療資源が活用されている	乳幼児時間外外来加算SCR	20.6	現状維持	R2 NDBデータ	—
		乳幼児休日外来加算SCR	79.1	現状維持		
		乳幼児深夜外来加算SCR	30.8	現状維持		

疾患を持っていても安心して地域で暮らすことができる

(2) 取り組む施策

多様な医療資源による小児医療提供体制が作られている

	目的	指標名	基準	目標	出典	取組主体
中間	かかりつけ医を適切に受診している	小児かかりつけ医診療料SCR	158	現状より上昇	R2 NDBデータ	市町・医療機関・住民
初期	小児医療を提供する医師がいる	10万人当たり小児科医師数	12.7人	県平均(16)へ	R2 三師調査	医療機関

初期	夜間休日に医療が提供されている	夜間休日小児診療を実施する医療機関数	1箇所	現状維持	R5病院・市町ヒアリング	医療機関
	電話相談が利用されている	#8000利用率	3.2%	県平均(5)へ	R3 #8000 情報収集分析事業報告書	市町・病院・住民
施策	アプリ相談の利用促進がされている	教えてドクター！の広報回数	0プロジェクト	現状より上昇	R5市町・病院ヒアリング	市町・病院・住民
施策	電話相談の利用促進がされている	#8000の広報回数	17プロジェクト	現状より上昇	R5市町・病院ヒアリング	市町・病院・住民

医療的ケア児が安心して暮らすことができる

	目的	指標名	基準	目標	出典	取組主体
中間	医療的ケア児が暮らすことができる	小児在宅人工呼吸器患者数(レセ/12か月)	7.6	現状維持	R2医療計画策定支援DB	医療機関・市町
初期	小児の在宅医療が提供されている	小児訪問診療患者数	0	県平均(16)へ	R2医療計画策定支援DB	医療機関
		小児に対応している訪問看護ステーション数	6箇所	現状維持	R5保健所	訪問看護ステーション
		小児訪問診療に対応している診療所数	2箇所	現状より上昇	医師会ヒアリング	医療機関

9 救急医療

1 現状と課題

当圏域は、救急車の圏域外への搬送件数が少なく、圏域内完結率が高い。救命救急センターがあり、救急科の医師が多くおり、他圏域より充実している。一方で、本人が望まない搬送が問題となっており、在宅で最期まで暮らしたい療養患者が高次医療機関に救急搬送されている。救急要請時、心肺停止状態であった場合、救急搬送よりかかりつけ医の診療を優先する事項を定めたDNARプロトコールは2022年から運用を開始するものの、現状利用は少ない。救命救急センター以外の在宅患者がいざというときに入院等が可能な在宅療養後方支援病院がなく、また、同様の機能を備えた医師会と後方支援機能を担う連携を結んだ病院も少ない。休日もしくは日中に在宅療養患者を受け入れる医療機関が少ない状況である。

2 推進方策

病院・消防・医師会が入る会議体を設置し、本人が望まない救急搬送を減らすこと、在宅療養の後方支援機能を増やすことを目的に、議論を深める。(市町・病院・保健所)

3 目標

(1) 目指す姿

圏域内で質の高い救急医療が提供されている

	目的	指標名	基準	目標	出典	取組主体
分野	圏域外への流出が少ない	圏域外医療機関への搬送割合 但馬全体	7%	現状維持	R4 消防 ヒアリング	—
		圏域外医療機関への搬送割合 豊岡/南但/美方	0.4% 4.5% 27%	全国平均(8)へ	R4 消防 ヒアリング	—

本人等が望まない救急搬送が行われていない

(2) 取り組む施策

救急医療が提供されている

	目的	指標名	基準	目標	出典	取組主体
中間	適切に救急搬送されている	救急搬送件数 豊岡/南但/美方	3737件 3073件 1674件	現状維持	R4 消防 ヒアリング	医療機関・消防
初期	救急医療を提供する医師がいる	10万人当たり救急科医師数	15.2人	現状維持	R2 三師調査	医療機関
	三次医療が提供されている	救命救急センター数	1箇所	現状維持	日本救急医学会 HP	医療機関

望まない救急搬送が防がれている

	目的	指標名	基準	目標	出典	取組主体
中間	望まない心停止患者の搬送が防げる	DNAR プロトコールの使用回数	2件	現状より上昇	R4 消防 ヒアリング	医療機関・消防・医師会
初期	軽症救急/在宅患者の入院先がある	夜間休日に入院患者を受け入れ可能な医療機関数	3箇所	現状維持	R5 病院 ヒアリング	医療機関
		在宅療養後方支援病院(10万人対)	0箇所	現状より上昇	R3 JMAP	医療機関
		医師会と後方支援機能を担う連携を結んだ病院数	1箇所	現状より上昇	R5 病院 ヒアリング	医療機関・医師会

施策	協議が行われている	救急搬送に関する体制を検討する消防・病院・医師会が入る会議の回数	0箇所	現状より上昇	R5消防・保健所ヒアリング	消防・保健所・医師会・病院
----	-----------	----------------------------------	-----	--------	---------------	---------------

10 在宅医療

1 現状と課題

当圏域は、現時点での在宅死割合、老人ホーム死割合は全国平均以上で、入退院支援も全国平均並みに行われている。訪問診療患者数は今後も増加予定であり、2025年の推定値には達していない。在宅支援診療所数は全国平均より多い。しかし、3名以上の医師を抱える在宅支援診療所1及び2は全国平均より少ない。在宅医療を担う内科の新規開業は少なく、医師の平均年齢も高齢である。また、病院の訪問診療への関わりは、一部を除き、直接的な訪問診療及び後方支援機能が希薄である。そのため、一部の市町では、在宅療養患者の入院先に難渋する事例がある。また、誤嚥性肺炎等を抑制させるためにも、歯科による訪問診療や病院・介護施設等での口腔ケアの実施は重要であり、一部で実施されている。訪問看護ステーションの看護師数は全国平均並みで提供量も現時点では、十分である。一方、訪問リハは提供量が他圏域に比べて少ない。さらに、在宅医療に必要な連携を担う拠点を設置していない市町もある。ICTの活用等、在宅医療を実施するに当たって、円滑にできるシステム化は不十分である。

2 推進方策

- (1)在宅医療介護連携支援センター等を設置し、新規在宅療養患者の選定を支援する。
(市町)
- (2)医師会と後方支援機能を担う連携を結んだ病院数や在宅療養後方支援病院等を圏域で増加させ、在宅療養の後方支援機能を強化する。(医師会・病院)
- (3)誘致等を含め、単独型の在宅療養支援診療所を増やす。(市町・医療機関)
- (4)在宅医療に必要な連携を担う拠点を設置する市町数を増やす。(市町)
- (5)在宅医療に必要な連携を担う拠点や市町が実施する在宅医療介護連携会議等に医師会、各病院、訪問看護が参加し、研修会、会議等の実施し、現状の課題や解決策を検討する。(市町・在宅医療に必要な連携を担う拠点)
- (6)在宅医療に必要な連携を担う拠点同士が参加する会議を設置し、市町での取り組みを共有し、圏域での在宅医療の課題及び解決策を定期的に検討する。(保健所・市町)
- (7)病院・介護施設等での口腔ケアの実施を促進する。(歯科医師会・病院・介護施設・在宅医療に必要な連携を担う拠点)

3 目標

(1) 目指す姿

本人が望む場所で最期を迎えることができる

	目的	指標名	基準	目標	出典	取組主体
分野	本人が望む場所で最期を迎えることができる	在宅死割合 豊岡市/養父市/朝来市/香美町/新温泉町	24%/15%/15%/11%/14%	全国平均以上へ(16%)	R2 年在宅医療にかか る地域別データ集	—
		老人ホーム死割合 豊岡市/養父市/朝来市/香美町/新温泉町	15%/19%/11%/15%/9%	全国平均以上へ(9%)		—

(2) 取り組む施策

病院と在宅医療の連携強化

	目的	指標名	基準	目標	出典	取組主体
中間	病院と在宅医療の連携ができています	退院困難患者への退院調整加算 SCR	90.2	現状より上昇	R2 NDB データ	病院
		多職種による共同指導を行う退院時共同指導 SCR	86.8	現状より上昇		医療機関
		ケアマネと退院計画を作成する介護支援連携指導 SCR	97.7	現状より上昇		医療機関・介護事業者
初期	入院と在宅医療の連携を行う機関がある	在宅医療介護連携支援センター等による新規在宅患者の選定を支援する市町数	1箇所	現状より上昇	R5 市町 ヒアリング	市町
		在宅療養後方支援病院(10万人対)	0箇所	現状より上昇	R4JMAP	病院
		医師会と後方支援機能を担う連携を結んだ病院数	1箇所	現状より上昇	R5 病院 ヒアリング	病院・医師会

質の高い在宅医療の提供

	目的	指標名	基準	目標	出典	取組主体
中間	看取りの訪問診療が実施されている	在宅ターミナルケア加算 SCR	100	現状より上昇	R2 NDBデータ	医療期間
	訪問診療が十分提供されている	訪問診療患者数(レセ)	10882人	2025年推計(13152)へ	R2 医療計画策定支援DB	医療機関
	人工呼吸器患者への訪問診療が提供される	在宅人工呼吸指導管理料 SCR	167	現状維持	R2 NDBデータ	医療機関
初期	訪問診療を提供する体制が持続可能である	在宅療養支援診療所1(10万人対)	0箇所	現状より上昇	R4JMAP	市町・医療機関
		在宅療養支援診療所2(10万人対)	2.5箇所	現状より上昇	R4JMAP	医療機関
		在宅療養支援診療所3(10万人対)	18.4箇所	現状維持	R4JMAP	医療機関
		在宅療養支援病院(10万人対)	0.63箇所	現状より上昇	R4JMAP	病院
		5年以内新規内科開業医療機関数	3箇所	現状維持	R5 医師会ヒアリング	医師会
		医師会加入医師の平均年齢 豊岡市/養父市 朝来市/美方郡	59/68 63/69	現状維持	R5 医師会ヒアリング	医師会
	訪問歯科診療を提供する体制がある	訪問診療を実施する歯科診療所数	26箇所	現状維持	R5 歯科医師会ヒアリング	歯科医師会
		歯科医・歯科衛生士による口腔ケアを実施する病院	5箇所	現状より上昇	R5 病院ヒアリング	歯科医医師会

訪問看護・訪問リハが提供されている

	目的	指標名	基準	目標	出典	取組主体
中間	訪問看護が提供されている	在宅患者訪問看護・指導料 SCR	105	現状維持	R2 NDBデータ	訪問看護
	訪問リハが提供されている	在宅患者リハ指導管理料 SCR	44	全国平均(100)へ	R2NDBデータ	病院・訪問看護、介護施設
初期	訪問リハが積極的に利用される	訪問リハを実施する病院数	5箇所	現状より上昇	R5 病院ヒアリング	病院
	訪問看護がある	訪問看護ステーション従事看護師数(10万人対)	61.3人	現状維持へ	R3 在宅医療にかかる地域別データ集	訪問看護・市町

質の高い在宅医療介護連携

	目的	指標名	基準	目標	出典	取組主体
中間	在宅医療の質が向上している	在宅医療に必要な連携を担う拠点による研修会、会議等の実施回数	25回	現状より上昇	R5 市町ヒアリング	在宅医療の連携を担う拠点
初期	在宅医療の連携が実施されている	在宅医療に必要な連携を担う拠点を設置する市町数	4箇所	現状より上昇	R5 市町ヒアリング	在宅医療の連携を担う拠点
		ICTを活用する連携を行う市町数	1箇所	現状より上昇	R5 市町ヒアリング	市町・在宅医療の連携を担う拠点
施策	在宅医療を担う主体が連携している	在宅医療介護連携会議等に医師会、各病院、訪問看護が参加している市町数	3箇所	現状より上昇	R5 市町ヒアリング	在宅医療の連携を担う拠点・市町・医師会・病院・訪問看護
	連携拠点が情報交換している	在宅医療に必要な連携を担う拠点同士の交流、会議の実施回数(年)	0回	年1回以上	R5 保健所	保健所・市町・在宅医療に必要な連携を担う拠点

11 医師及び医師以外の医療従事者確保

1 現状と課題

当圏域の医師偏在指標は、全国平均より低いものの、下位 1/3 の圏域には入っていない。県内の他圏域と比較しても著しく低いわけではない。しかし、医師偏在指標では、主に急性期病院を担う分娩取扱医師、循環器内科医、脳外科医、呼吸器内科医など、医療計画に関わる専門医のうち、一部の診療科は全国平均を大きく下回る。また、訪問診療や在宅療養の後方支援を担う等の地域包括ケアを担う医療機関、地域医療構想の回復期機能を担う医療機関において、大きな役割を担う総合診療、プライマリケア、リハビリテーションの医師がより多く必要な状況である。

また、圏域において、病院の奨学金貸与医師や県養成医など、6-9年間程度、圏域内で働く医師がいるが、定着率は高くない。さらに、専攻医は多く圏域内にいるものの、圏域内の病院を基幹施設として専門研修プログラムに参加する専攻医は少ない。

2 推進方策

- (1) 病院間を超えた医師確保のための会議を開催し、満足度に関するアンケート調査を実施し、若手医師のニーズを把握する。(病院)
- (2) 病院間を超えた医師確保に向けた対策を実施する。(病院)
- (3) 残業時間が年間 960 時間を超える医師を把握し、効率的な医療提供体制を構築することで、医師の働き方改革を推進する。(病院・市町・保健所)
- (4) 病院間を超えた看護師確保のための会議を開催し、病院間を超えた看護師確保に向けた対策を実施する。(看護協会・病院・市町)

3 目標

(1) 目指す姿

医療提供体制を確保する医師及び医療従事者がいる

	目的	指標名	基準	目標	出典	取組主体
分野	医師が存在する	医師偏在指標	210	全国値 (256) へ	R5 厚生労働省	—
	プライマ リケアや 回復期を 担う医師 がいる	プライマリケア認定 医数	1人	現状よ り上昇	日本プライ マリケア連 合学会 HP か ら	—
		総合診療専門医数	0人	現状よ り上昇		—
		10万人当たりリハ ビリテーション科医 師	1.9人	全国平 均(2.4) へ	R2 三師調査	—
分野	専門医が 存在する	小児科医師偏在指標	109	全国値 (115)へ	R5 厚生労働省	—
		分娩取扱医師偏在指 標	7.9	全国値 (10.6) へ	R5 厚生労働省	—
		10万人当たり糖尿 病内科医師数	1.9人	全国平 均(4.2) へ	R2 三師調査	—
	10万人当たり精神 科医師数	10.1人	全国平 均(12) へ	—		
	10万人当たり循環 器内科医師数	5.1人	全国平 均(12) へ	—		
	10万人当たり心臓 血管外科医師数	1.9人	全国平 均(2.1) へ	—		
	10万人当たり脳神 経内科医師数	4.4人	現状維 持	—		
10万人当たり脳外 科医師数	3.8人	全国平 均(6.0) へ	—			
10万人当たり呼吸 器内科医師数	0.6人	全国平 均(4.3) へ	—			

(2) 取り組む施策
若手医師が充実して働いている

	目的	指標名	基準	目標	出典	取組主体
中間	養成医が働き、定着している	養成医師派遣数	34人	現状維持	R5 保健所 R5 病院 ヒアリング	県
		養成医圏域内定着数	12人	現状より上昇		病院・県
	奨学金貸与医師が働き定着している	奨学金貸与者 豊岡 Hp/八鹿 Hp	58/25人	現状より上昇		病院
		病院奨学金返還者数 豊岡 Hp/八鹿 Hp	11/5人	現状より上昇		病院
		病院奨学金貸与者 圏域内勤務医師数 豊岡 Hp/八鹿 Hp	6/9人	現状より上昇		病院
		奨学金貸与者圏域内定着数 豊岡 Hp/八鹿 Hp	3/0人	現状より上昇		病院
	研修医、専攻医が働いている	専門医研修プログラムの登録者数(連携施設は除く)	14名	現状より上昇		病院
		圏域内専攻医数	54名	現状より上昇		病院
		圏域内初期研修医師数 豊岡 Hp/八鹿 Hp	16/5人	現状より上昇		病院
初期	若手医師が満足して働いている	満足度(養成医/奨学金貸与者/研修医/専攻医)	未実施	現状より上昇	R5 病院 ヒアリング	病院
施策	若手医師確保のための連携が取れている	法人間を超えた医師確保のための会議開催数	0回	年2回以上	R5 病院 ヒアリング	病院
	過重労働者を減らす	各病院におけるB水準(残業時間960時間以上)の医師数	18人	現状より低下	R5 病院 ヒアリング	病院

看護師が十分に働いている

	目的	指標名	基準	目標	出典	取組主体
中間	看護師が十分に働いている	圏域看護師入職率	6.1%	現状より上昇	R5 看護協会 ヒアリング	医療機関・看護協会
中間		圏域看護師退職率	9.5%	現状より低下		
施策	看護師確保のための連携が取れている	法人間を超えた看護師確保のための会議開催数	0回	年2回以上	R5 看護協会 ヒアリング	看護協会・病院・市町

参考資料（ロジックモデル一覧）

課題分析	施策・アウトプット	初期アウトカム	中間アウトカム	分野アウトカム																																																																								
<p>脳卒中の標準化死亡率は高くない。脳卒中の急性期に必要な医療は圏域病院により十分に提供。他圏域からの流入により多く実施。医師数は平均並から少なめであり、過重労働であるが、B水準内で引き続き診療可能。継続的な医師確保が必要である。</p> <p>特定健診、保健指導の実施率共に高く推移している点は評価できる。</p> <p>在宅復帰率自体は高いものの、ADL改善率が悪い。ヒアリングの結果から改善率が良い整形の患者より脳血管疾患が多いことが一因であり、連携不足による。また早期リハの実施数はやや少なく、増床が検討される。リハ職が少ないことは病院以外のリハ職が少ないことも一因か。</p>	<p>地域医療機能強化推進計画による回復期リハビリ病棟へ転院する</p> <table border="1"> <tr> <td>2022年時点からの急性期一般病床からの回復期リハビリ病棟への転院患者数</td> <td>0</td> </tr> </table> <p>介護に関わるセオリストが増える</p> <table border="1"> <tr> <td>地域リハビリテーション活動支援事業の実施市町村数</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>地域リハビリテーション活動支援事業に関わるセオリスト数(百人)</td> <td>403</td> </tr> </table> <p>回復期リハビリ病棟利用に関する連携会議を実施する</p> <table border="1"> <tr> <td>病院間の連携会議の実施回数</td> <td>3</td> </tr> </table>	2022年時点からの急性期一般病床からの回復期リハビリ病棟への転院患者数	0	地域リハビリテーション活動支援事業の実施市町村数	5	地域リハビリテーション活動支援事業に関わるセオリスト数(百人)	403	病院間の連携会議の実施回数	3	<p>急性期治療を提供する体制が整っている</p> <table border="1"> <tr> <td>神経内科医師数(10万人対)</td> <td>4.4 (3.8)</td> </tr> <tr> <td>脳外科医師数(10万人対)県平均</td> <td>3.8 (6.0)</td> </tr> <tr> <td>特定保健指導実施率(県平均)</td> <td>46.6 (28.9)</td> </tr> <tr> <td>特定健診受診率(県平均)</td> <td>43.0 (33.0)</td> </tr> </table> <p>適切に健診が実施され、受診が促されている</p> <table border="1"> <tr> <td>リハビリ医師数(10万人対)</td> <td>1.9 (2.4)</td> </tr> <tr> <td>リハ病床数(10万人対)全国平均</td> <td>29.4 (66.0)</td> </tr> <tr> <td>脳血管疾患温床患者平均在院日数(県平均)</td> <td>35.1 (73.0)</td> </tr> <tr> <td>H000-3早期リハビリテーション加算SCR(入院外)</td> <td>82.5</td> </tr> <tr> <td>嚥下訓練-摂食機能療法SCR H004</td> <td>93.5</td> </tr> <tr> <td>理学療法士(10万人対)</td> <td>51.3 (87.8)</td> </tr> <tr> <td>作業療法士(10万人対)</td> <td>26.8 (38.7)</td> </tr> <tr> <td>言語聴覚士(10万人対)</td> <td>6.3 (16.9)</td> </tr> </table> <p>地域連携が円滑に行われている</p> <table border="1"> <tr> <td>連携計画策定SCR A246-4地域連携診療計画数</td> <td>151.8</td> </tr> <tr> <td>社会福祉士数(10万人対)</td> <td>11.4 (12.5)</td> </tr> </table>	神経内科医師数(10万人対)	4.4 (3.8)	脳外科医師数(10万人対)県平均	3.8 (6.0)	特定保健指導実施率(県平均)	46.6 (28.9)	特定健診受診率(県平均)	43.0 (33.0)	リハビリ医師数(10万人対)	1.9 (2.4)	リハ病床数(10万人対)全国平均	29.4 (66.0)	脳血管疾患温床患者平均在院日数(県平均)	35.1 (73.0)	H000-3早期リハビリテーション加算SCR(入院外)	82.5	嚥下訓練-摂食機能療法SCR H004	93.5	理学療法士(10万人対)	51.3 (87.8)	作業療法士(10万人対)	26.8 (38.7)	言語聴覚士(10万人対)	6.3 (16.9)	連携計画策定SCR A246-4地域連携診療計画数	151.8	社会福祉士数(10万人対)	11.4 (12.5)	<p>脳卒中の急性期治療が適切に提供されている</p> <table border="1"> <tr> <td>I-PA A205-2超急性期脳卒中加算(入院初日)件数</td> <td>4 (153)</td> </tr> <tr> <td>K178-4経皮的脳血栓回収件数</td> <td>22 (188)</td> </tr> <tr> <td>K177脳動脈瘤破裂クリッピング件数</td> <td>16 (178)</td> </tr> <tr> <td>コイル塞栓K178脳血管内手術件数</td> <td>29 (166)</td> </tr> </table> <p>(内はH29のSCR値(NDB-SCRより))</p> <p>脳卒中のリスク因子がコントロールされている</p> <table border="1"> <tr> <td>BMI25以上SCR(男/女)</td> <td>93.9/103.6</td> </tr> <tr> <td>高血圧(収縮期)180以上SCR(男/女)</td> <td>113.9/109</td> </tr> <tr> <td>脂質(LDL)180以上SCR(男/女)</td> <td>109.8/111.3</td> </tr> <tr> <td>糖尿病併存100以上SCR(男/女)</td> <td>94.3/91.2</td> </tr> <tr> <td>HbA1c(NGSP)5.6以上SCR(男/女)</td> <td>87.1/79.8</td> </tr> <tr> <td>LDLコレステロール140以上SCR(男/女)</td> <td>103.7/108.6</td> </tr> </table> <p>兵庫県地域カルテ・兵庫県特定健診法定報告 R3</p> <p>病院で効果的なりハが提供される</p> <table border="1"> <tr> <td>回復期リハADL改善率(N)全国平均</td> <td>51.7 (63.9)</td> </tr> </table> <p>八鹿病院兵庫県脳機能報告R3</p>	I-PA A205-2超急性期脳卒中加算(入院初日)件数	4 (153)	K178-4経皮的脳血栓回収件数	22 (188)	K177脳動脈瘤破裂クリッピング件数	16 (178)	コイル塞栓K178脳血管内手術件数	29 (166)	BMI25以上SCR(男/女)	93.9/103.6	高血圧(収縮期)180以上SCR(男/女)	113.9/109	脂質(LDL)180以上SCR(男/女)	109.8/111.3	糖尿病併存100以上SCR(男/女)	94.3/91.2	HbA1c(NGSP)5.6以上SCR(男/女)	87.1/79.8	LDLコレステロール140以上SCR(男/女)	103.7/108.6	回復期リハADL改善率(N)全国平均	51.7 (63.9)	<p>脳血管疾患による死亡率の低下を目指す</p> <table border="1"> <tr> <td>脳出血SMR男</td> <td>99.9</td> </tr> <tr> <td>脳出血SMR女</td> <td>93.4</td> </tr> <tr> <td>脳梗塞SMR男</td> <td>97.2</td> </tr> <tr> <td>脳梗塞SMR女</td> <td>103.6</td> </tr> <tr> <td>くも膜下出血SMR男</td> <td>131.7</td> </tr> <tr> <td>くも膜下出血SMR女</td> <td>98.5</td> </tr> </table> <p>兵庫県における死亡統計指標H28-R2</p> <p>罹患しても安心して暮らすことができる</p> <table border="1"> <tr> <td>在宅復帰できた脳血管疾患患者の割合(県平均)</td> <td>58.6 (62.9)</td> </tr> </table> <p>患者調査H29</p> <p>脳血管疾患</p>	脳出血SMR男	99.9	脳出血SMR女	93.4	脳梗塞SMR男	97.2	脳梗塞SMR女	103.6	くも膜下出血SMR男	131.7	くも膜下出血SMR女	98.5	在宅復帰できた脳血管疾患患者の割合(県平均)	58.6 (62.9)
2022年時点からの急性期一般病床からの回復期リハビリ病棟への転院患者数	0																																																																											
地域リハビリテーション活動支援事業の実施市町村数	5																																																																											
地域リハビリテーション活動支援事業に関わるセオリスト数(百人)	403																																																																											
病院間の連携会議の実施回数	3																																																																											
神経内科医師数(10万人対)	4.4 (3.8)																																																																											
脳外科医師数(10万人対)県平均	3.8 (6.0)																																																																											
特定保健指導実施率(県平均)	46.6 (28.9)																																																																											
特定健診受診率(県平均)	43.0 (33.0)																																																																											
リハビリ医師数(10万人対)	1.9 (2.4)																																																																											
リハ病床数(10万人対)全国平均	29.4 (66.0)																																																																											
脳血管疾患温床患者平均在院日数(県平均)	35.1 (73.0)																																																																											
H000-3早期リハビリテーション加算SCR(入院外)	82.5																																																																											
嚥下訓練-摂食機能療法SCR H004	93.5																																																																											
理学療法士(10万人対)	51.3 (87.8)																																																																											
作業療法士(10万人対)	26.8 (38.7)																																																																											
言語聴覚士(10万人対)	6.3 (16.9)																																																																											
連携計画策定SCR A246-4地域連携診療計画数	151.8																																																																											
社会福祉士数(10万人対)	11.4 (12.5)																																																																											
I-PA A205-2超急性期脳卒中加算(入院初日)件数	4 (153)																																																																											
K178-4経皮的脳血栓回収件数	22 (188)																																																																											
K177脳動脈瘤破裂クリッピング件数	16 (178)																																																																											
コイル塞栓K178脳血管内手術件数	29 (166)																																																																											
BMI25以上SCR(男/女)	93.9/103.6																																																																											
高血圧(収縮期)180以上SCR(男/女)	113.9/109																																																																											
脂質(LDL)180以上SCR(男/女)	109.8/111.3																																																																											
糖尿病併存100以上SCR(男/女)	94.3/91.2																																																																											
HbA1c(NGSP)5.6以上SCR(男/女)	87.1/79.8																																																																											
LDLコレステロール140以上SCR(男/女)	103.7/108.6																																																																											
回復期リハADL改善率(N)全国平均	51.7 (63.9)																																																																											
脳出血SMR男	99.9																																																																											
脳出血SMR女	93.4																																																																											
脳梗塞SMR男	97.2																																																																											
脳梗塞SMR女	103.6																																																																											
くも膜下出血SMR男	131.7																																																																											
くも膜下出血SMR女	98.5																																																																											
在宅復帰できた脳血管疾患患者の割合(県平均)	58.6 (62.9)																																																																											
<p>急性心筋梗塞の標準化死亡率は高い。地理的要因も一因。狭心症の入院及び外来SCR、PCIのSCRが低く、専門医数の少なさを適切な拾い上げができていない。医師確保が必要である。</p> <p>特定健診、保健指導の実施率共に高く推移している点は評価できる。</p> <p>在宅復帰率自体は平均並み。ただ心リハの実施件数SCRが低く、心リハ対応の医療機関も全国に比して少ない。心リハは八鹿病院が外来を中心に増加中とのこと。急性期病院と連携し、増加させる必要がある。</p>	<p>心リハに関する連携が取れている</p> <table border="1"> <tr> <td>病院間の連携会議の実施回数</td> <td>0</td> </tr> </table>	病院間の連携会議の実施回数	0	<p>急性期治療を提供する医師が十分いる</p> <table border="1"> <tr> <td>循環器内科医師数(10万人対)(県平均)</td> <td>5.1 (11.5)</td> </tr> <tr> <td>心臓血管外科医師数(10万人対)(県平均)</td> <td>1.9 (2.1)</td> </tr> </table> <p>適切に健診が実施され、受診が促されている</p> <table border="1"> <tr> <td>特定保健指導実施率(県平均)</td> <td>46.6 (28.9)</td> </tr> <tr> <td>特定健診受診率(県平均)</td> <td>43.0 (33.0)</td> </tr> </table> <p>兵庫県特定健診法定報告 R3</p> <p>心疾患の回復期、慢性期を提供する医療機関がある</p> <table border="1"> <tr> <td>心リハ可能な医療機関数(10万人対)全国平均</td> <td>0.6 (1.2)</td> </tr> <tr> <td>回復期が完結する医療機関数(10万人対) 緩和ケア加算認定施設(県平均)</td> <td>0.0 (0.6)</td> </tr> </table> <p>医療連携</p>	循環器内科医師数(10万人対)(県平均)	5.1 (11.5)	心臓血管外科医師数(10万人対)(県平均)	1.9 (2.1)	特定保健指導実施率(県平均)	46.6 (28.9)	特定健診受診率(県平均)	43.0 (33.0)	心リハ可能な医療機関数(10万人対)全国平均	0.6 (1.2)	回復期が完結する医療機関数(10万人対) 緩和ケア加算認定施設(県平均)	0.0 (0.6)	<p>心筋梗塞の急性期治療が適切に提供されている。</p> <table border="1"> <tr> <td>PCI実施件数K546経皮的冠動脈形成(入院数)</td> <td>109 (43)</td> </tr> <tr> <td>入院90分以内冠動脈造影検査件数(N)</td> <td>55.0 (60.3)</td> </tr> </table> <p>急性心筋梗塞の発生が抑えている。</p> <table border="1"> <tr> <td>急性心筋梗塞再発性心筋梗塞SCR(入院+外来併合) 類主病名</td> <td>114</td> </tr> </table> <p>狭心症が適切に見まわられている。</p> <table border="1"> <tr> <td>狭心症及び慢性虚血性心疾患SCR(入院+外来併合) 主病名</td> <td>80.1</td> </tr> </table> <p>心筋梗塞のリスク因子がコントロールされている</p> <table border="1"> <tr> <td>BMI25以上SCR(男/女)</td> <td>93.9/103.6</td> </tr> <tr> <td>高血圧(収縮期)180以上SCR(男/女)</td> <td>113.9/109</td> </tr> <tr> <td>脂質(LDL)180以上SCR(男/女)</td> <td>109.8/111.3</td> </tr> <tr> <td>糖尿病併存100以上SCR(男/女)</td> <td>94.3/91.2</td> </tr> <tr> <td>HbA1c(NGSP)5.6以上SCR(男/女)</td> <td>87.1/79.8</td> </tr> <tr> <td>LDLコレステロール140以上SCR(男/女)</td> <td>103.7/108.6</td> </tr> </table> <p>兵庫県地域カルテ・兵庫県特定健診法定報告 R3</p> <p>心臓リハビリテーションが適切に提供されている。</p> <table border="1"> <tr> <td>心リハ実施件数SCR H000-心大血管疾患リハビリテーション(入院)</td> <td>55.5</td> </tr> <tr> <td>心リハ実施件数SCR H000-心大血管疾患リハビリテーション(入院)</td> <td>81.6</td> </tr> <tr> <td>うち早期リハSCR H000-03(入)</td> <td>82.5</td> </tr> </table>	PCI実施件数K546経皮的冠動脈形成(入院数)	109 (43)	入院90分以内冠動脈造影検査件数(N)	55.0 (60.3)	急性心筋梗塞再発性心筋梗塞SCR(入院+外来併合) 類主病名	114	狭心症及び慢性虚血性心疾患SCR(入院+外来併合) 主病名	80.1	BMI25以上SCR(男/女)	93.9/103.6	高血圧(収縮期)180以上SCR(男/女)	113.9/109	脂質(LDL)180以上SCR(男/女)	109.8/111.3	糖尿病併存100以上SCR(男/女)	94.3/91.2	HbA1c(NGSP)5.6以上SCR(男/女)	87.1/79.8	LDLコレステロール140以上SCR(男/女)	103.7/108.6	心リハ実施件数SCR H000-心大血管疾患リハビリテーション(入院)	55.5	心リハ実施件数SCR H000-心大血管疾患リハビリテーション(入院)	81.6	うち早期リハSCR H000-03(入)	82.5	<p>心筋梗塞等の心血管疾患による死亡率の低下を目指す</p> <table border="1"> <tr> <td>急性心筋梗塞SMR男</td> <td>136.7</td> </tr> <tr> <td>急性心筋梗塞SMR女</td> <td>109.4</td> </tr> </table> <p>兵庫県における死亡統計指標H28-R2</p> <p>罹患しても安心して暮らすことができる</p> <table border="1"> <tr> <td>在宅復帰できた心筋疾患患者の割合(県平均)</td> <td>92.7 (93.6)</td> </tr> </table> <p>患者調査H29</p> <p>心筋梗塞等の心血管疾患</p>	急性心筋梗塞SMR男	136.7	急性心筋梗塞SMR女	109.4	在宅復帰できた心筋疾患患者の割合(県平均)	92.7 (93.6)																										
病院間の連携会議の実施回数	0																																																																											
循環器内科医師数(10万人対)(県平均)	5.1 (11.5)																																																																											
心臓血管外科医師数(10万人対)(県平均)	1.9 (2.1)																																																																											
特定保健指導実施率(県平均)	46.6 (28.9)																																																																											
特定健診受診率(県平均)	43.0 (33.0)																																																																											
心リハ可能な医療機関数(10万人対)全国平均	0.6 (1.2)																																																																											
回復期が完結する医療機関数(10万人対) 緩和ケア加算認定施設(県平均)	0.0 (0.6)																																																																											
PCI実施件数K546経皮的冠動脈形成(入院数)	109 (43)																																																																											
入院90分以内冠動脈造影検査件数(N)	55.0 (60.3)																																																																											
急性心筋梗塞再発性心筋梗塞SCR(入院+外来併合) 類主病名	114																																																																											
狭心症及び慢性虚血性心疾患SCR(入院+外来併合) 主病名	80.1																																																																											
BMI25以上SCR(男/女)	93.9/103.6																																																																											
高血圧(収縮期)180以上SCR(男/女)	113.9/109																																																																											
脂質(LDL)180以上SCR(男/女)	109.8/111.3																																																																											
糖尿病併存100以上SCR(男/女)	94.3/91.2																																																																											
HbA1c(NGSP)5.6以上SCR(男/女)	87.1/79.8																																																																											
LDLコレステロール140以上SCR(男/女)	103.7/108.6																																																																											
心リハ実施件数SCR H000-心大血管疾患リハビリテーション(入院)	55.5																																																																											
心リハ実施件数SCR H000-心大血管疾患リハビリテーション(入院)	81.6																																																																											
うち早期リハSCR H000-03(入)	82.5																																																																											
急性心筋梗塞SMR男	136.7																																																																											
急性心筋梗塞SMR女	109.4																																																																											
在宅復帰できた心筋疾患患者の割合(県平均)	92.7 (93.6)																																																																											

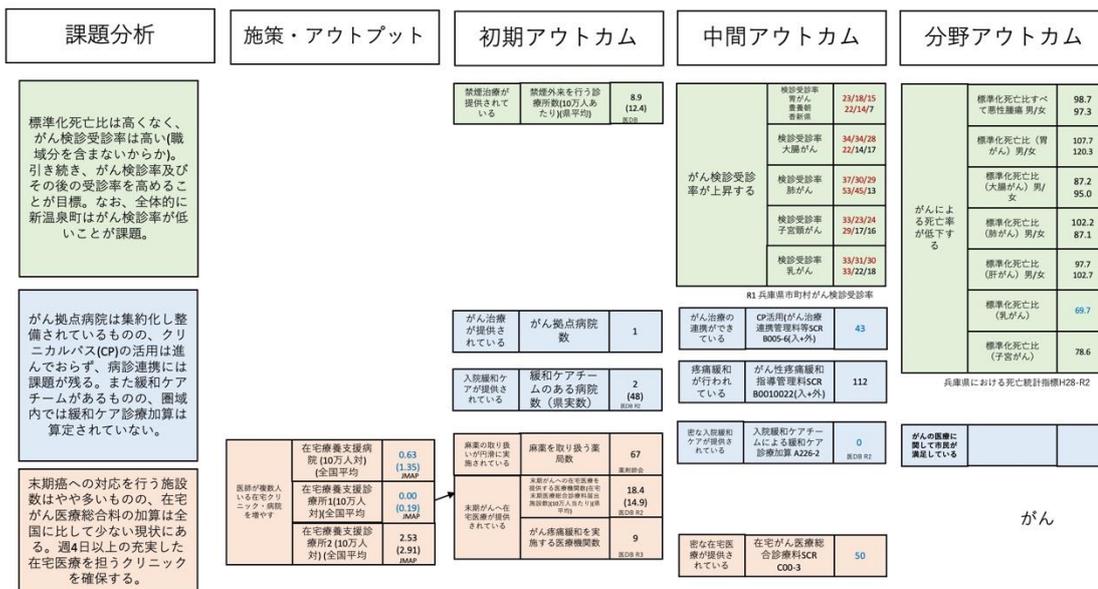
ロジックモデルは分野アウトカムから中間、初期アウトカムと考え、施策・アウトプットを検討する。

課題分析	施策・アウトプット	初期アウトカム	中間アウトカム	分野アウトカム																	
<p>新規透析導入患者SCR、糖尿病網膜症に対する手術SCRは高くはない。低血糖やDKA-SCRは低い。糖尿病内科医師数が少ないものの、透析予防指導や合併症管理指導は、熱心に行われていることが重症化を防いでいる可能性がある。</p>		<table border="1"> <tr> <td>適切に専門医が分入している</td> <td>糖尿病内科医師数(10万人対)(県平均)</td> <td>三師調査R2 1.9 (4.2)</td> </tr> </table>	適切に専門医が分入している	糖尿病内科医師数(10万人対)(県平均)	三師調査R2 1.9 (4.2)	<table border="1"> <tr> <td>急性期合併症が少ない</td> <td>糖尿病性ケトアシドーシスSCR 外来+入院(糖尿病患者別主病名)</td> <td>57.5</td> </tr> <tr> <td></td> <td>低血糖SCR 外来+入院(糖尿病患者別主病名)</td> <td>72.3</td> </tr> </table>	急性期合併症が少ない	糖尿病性ケトアシドーシスSCR 外来+入院(糖尿病患者別主病名)	57.5		低血糖SCR 外来+入院(糖尿病患者別主病名)	72.3	<table border="1"> <tr> <td>糖尿病患者が透析に至らない</td> <td>新規透析導入患者数SCR J038-6</td> <td>111</td> </tr> <tr> <td></td> <td>新規透析導入患者数(レセ)</td> <td>59</td> </tr> </table>	糖尿病患者が透析に至らない	新規透析導入患者数SCR J038-6	111		新規透析導入患者数(レセ)	59		
適切に専門医が分入している	糖尿病内科医師数(10万人対)(県平均)	三師調査R2 1.9 (4.2)																			
急性期合併症が少ない	糖尿病性ケトアシドーシスSCR 外来+入院(糖尿病患者別主病名)	57.5																			
	低血糖SCR 外来+入院(糖尿病患者別主病名)	72.3																			
糖尿病患者が透析に至らない	新規透析導入患者数SCR J038-6	111																			
	新規透析導入患者数(レセ)	59																			
<p>特定健診受診率、指導率共に高く、異常値の割合も低い。重症化予防プログラムの詳細は不明であるが、より積極的に実施し、未受診者にアウトリーチしていくことが望まれる。</p>	<table border="1"> <tr> <td>重症化予防の市町村の重症化予防プログラムの重症化予防プログラムに関する重症化予防プログラムの実施回数</td> <td>0</td> </tr> </table>	重症化予防の市町村の重症化予防プログラムの重症化予防プログラムに関する重症化予防プログラムの実施回数	0	<table border="1"> <tr> <td>重症化予防が実施されている</td> <td>重症化予防プログラムの受診勧奨する市町村の割合</td> <td>5/5</td> </tr> <tr> <td></td> <td>重症化予防プログラムの保健指導を行う市町村の割合</td> <td>3/5</td> </tr> </table>	重症化予防が実施されている	重症化予防プログラムの受診勧奨する市町村の割合	5/5		重症化予防プログラムの保健指導を行う市町村の割合	3/5	<table border="1"> <tr> <td>適切に健診が実施され、受診が促されている</td> <td>特定保健指導実施率</td> <td>46.6 (28.9)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>特定健診受診率</td> <td>43.0 (33.0)</td> </tr> </table>	適切に健診が実施され、受診が促されている	特定保健指導実施率	46.6 (28.9)		特定健診受診率	43.0 (33.0)	<table border="1"> <tr> <td>糖尿病患者が重症に至らない</td> <td>網膜光凝固術SCR K276-0-02</td> <td>102</td> </tr> </table>	糖尿病患者が重症に至らない	網膜光凝固術SCR K276-0-02	102
重症化予防の市町村の重症化予防プログラムの重症化予防プログラムに関する重症化予防プログラムの実施回数	0																				
重症化予防が実施されている	重症化予防プログラムの受診勧奨する市町村の割合	5/5																			
	重症化予防プログラムの保健指導を行う市町村の割合	3/5																			
適切に健診が実施され、受診が促されている	特定保健指導実施率	46.6 (28.9)																			
	特定健診受診率	43.0 (33.0)																			
糖尿病患者が重症に至らない	網膜光凝固術SCR K276-0-02	102																			
<p>重症化予防プログラムの継続的な相互評価をする必要がある。</p>		<table border="1"> <tr> <td>重症化予防が適切に実施されている</td> <td>糖尿病重症化予防プログラムの受診勧奨した数</td> <td>122</td> </tr> <tr> <td></td> <td>糖尿病重症化予防プログラムの受診勧奨し、受診につながった数</td> <td>66</td> </tr> </table>	重症化予防が適切に実施されている	糖尿病重症化予防プログラムの受診勧奨した数	122		糖尿病重症化予防プログラムの受診勧奨し、受診につながった数	66	<table border="1"> <tr> <td>糖尿病を罹患する可能性のある者の割合が少ない</td> <td>特定健診A1c 5.6%以上 男40-74才SCR</td> <td>87.1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>特定健診A1c 5.6%以上 女40-74才SCR</td> <td>79.9</td> </tr> </table>	糖尿病を罹患する可能性のある者の割合が少ない	特定健診A1c 5.6%以上 男40-74才SCR	87.1		特定健診A1c 5.6%以上 女40-74才SCR	79.9	<p>糖尿病</p>					
重症化予防が適切に実施されている	糖尿病重症化予防プログラムの受診勧奨した数	122																			
	糖尿病重症化予防プログラムの受診勧奨し、受診につながった数	66																			
糖尿病を罹患する可能性のある者の割合が少ない	特定健診A1c 5.6%以上 男40-74才SCR	87.1																			
	特定健診A1c 5.6%以上 女40-74才SCR	79.9																			

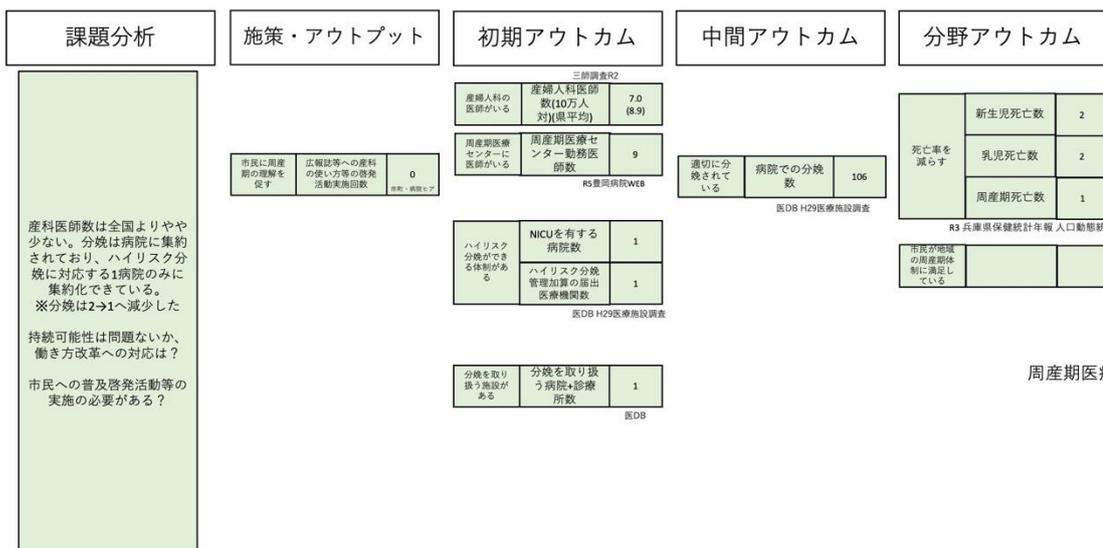
ロジックモデルは分野アウトカムから中間、初期アウトカムと考え、事業(インプット/活動)を検討する。

課題分析	施策・アウトプット	初期アウトカム	中間アウトカム	分野アウトカム																																							
<p>精神科に従事する医師数は県平均並。難治性の統合失調症に効果のあるクロザピンの使用も全国平均並に行われている。</p>		<table border="1"> <tr> <td>治療する医師が存在する</td> <td>精神科医師数(10万人対)</td> <td>10.1 (11.5)</td> </tr> </table>	治療する医師が存在する	精神科医師数(10万人対)	10.1 (11.5)	<table border="1"> <tr> <td>有効な治療が実施されている</td> <td>治療抵抗性統合失調症指導管理料SCR</td> <td>94.1</td> </tr> </table>	有効な治療が実施されている	治療抵抗性統合失調症指導管理料SCR	94.1																																		
治療する医師が存在する	精神科医師数(10万人対)	10.1 (11.5)																																									
有効な治療が実施されている	治療抵抗性統合失調症指導管理料SCR	94.1																																									
<p>精神科病床の退院率や新規患者の平均在院日数は全国平均並。1年以上入院患者数は未だに高い。認知症を含むICD-F0領域は3倍強と多い。認知症入院SCRは他圏域と比べて少ないため、認知症患者退院ができていないことが原因と考えられる。退院支援に向けた会議やケアパスの利用が必要。</p>	<table border="1"> <tr> <td>一時的支援プログラムが実施されている</td> <td>一時的支援プログラムに予算をつける市町村数</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>認知症の退院支援</td> <td>外部のケアマネ等が参加する認知症の退院支援会議の割合</td> <td>35%</td> </tr> <tr> <td>認知症の退院支援</td> <td>入居から退院までの支援を認知症ケアパスに書き込んでいる市町村数</td> <td>0</td> </tr> </table>	一時的支援プログラムが実施されている	一時的支援プログラムに予算をつける市町村数	1	認知症の退院支援	外部のケアマネ等が参加する認知症の退院支援会議の割合	35%	認知症の退院支援	入居から退院までの支援を認知症ケアパスに書き込んでいる市町村数	0	<table border="1"> <tr> <td>入退院支援が行われている</td> <td>精神保健福祉士数(10万人当たり)</td> <td>9.4 (6.9)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>地域移行による退院患者数</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>精神疾患の方を支える環境がある</td> <td>ピアサポーター数</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td></td> <td>認知症の人と家族の一体的支援プログラム数</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td></td> <td>当事者、家族が参加する会議の数</td> <td>0</td> </tr> </table>	入退院支援が行われている	精神保健福祉士数(10万人当たり)	9.4 (6.9)		地域移行による退院患者数	9	精神疾患の方を支える環境がある	ピアサポーター数	13		認知症の人と家族の一体的支援プログラム数	3		当事者、家族が参加する会議の数	0	<table border="1"> <tr> <td>患者が適切に治療され、退院している。</td> <td>精神科病床の退院率 入院後3ヶ月時点(全国)</td> <td>68 (64)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>精神科病床の退院率 入院後6ヶ月時点(全国)</td> <td>79 (81)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>精神科病床の退院率 入院後12ヶ月時点(全国)</td> <td>97 (88)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>精神科病床の退院率 入院後12ヶ月時点(全国)</td> <td>19 (17)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>精神科病床の新規患者の平均在院日数(全国平均)</td> <td>145 (127)</td> </tr> </table>	患者が適切に治療され、退院している。	精神科病床の退院率 入院後3ヶ月時点(全国)	68 (64)		精神科病床の退院率 入院後6ヶ月時点(全国)	79 (81)		精神科病床の退院率 入院後12ヶ月時点(全国)	97 (88)		精神科病床の退院率 入院後12ヶ月時点(全国)	19 (17)		精神科病床の新規患者の平均在院日数(全国平均)	145 (127)	<p>精神疾患を抱えながら、住み慣れた地域で暮らす</p>
一時的支援プログラムが実施されている	一時的支援プログラムに予算をつける市町村数	1																																									
認知症の退院支援	外部のケアマネ等が参加する認知症の退院支援会議の割合	35%																																									
認知症の退院支援	入居から退院までの支援を認知症ケアパスに書き込んでいる市町村数	0																																									
入退院支援が行われている	精神保健福祉士数(10万人当たり)	9.4 (6.9)																																									
	地域移行による退院患者数	9																																									
精神疾患の方を支える環境がある	ピアサポーター数	13																																									
	認知症の人と家族の一体的支援プログラム数	3																																									
	当事者、家族が参加する会議の数	0																																									
患者が適切に治療され、退院している。	精神科病床の退院率 入院後3ヶ月時点(全国)	68 (64)																																									
	精神科病床の退院率 入院後6ヶ月時点(全国)	79 (81)																																									
	精神科病床の退院率 入院後12ヶ月時点(全国)	97 (88)																																									
	精神科病床の退院率 入院後12ヶ月時点(全国)	19 (17)																																									
	精神科病床の新規患者の平均在院日数(全国平均)	145 (127)																																									
<p>在宅で支えるための精神科訪問看護は平均並。ピアサポーター養成、地域移行、一体的支援プログラムをさらにおすすめる必要がある。</p>		<table border="1"> <tr> <td>在宅で精神科医療が提供されている</td> <td>精神科訪問看護・指導料等SCR IO12</td> <td>117.1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>在宅精神療法SCR IO02-00-02</td> <td>100.3</td> </tr> </table>	在宅で精神科医療が提供されている	精神科訪問看護・指導料等SCR IO12	117.1		在宅精神療法SCR IO02-00-02	100.3	<table border="1"> <tr> <td>長期入院患者が少ない。</td> <td>患者住所別精神科病床の3ヶ月以上入院患者数(10万人対)(県平均)</td> <td>197 (138)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>患者住所別精神科病床の3ヶ月以上入院患者数(10万人対)(全国平均)</td> <td>78 (24.9)</td> </tr> </table>	長期入院患者が少ない。	患者住所別精神科病床の3ヶ月以上入院患者数(10万人対)(県平均)	197 (138)		患者住所別精神科病床の3ヶ月以上入院患者数(10万人対)(全国平均)	78 (24.9)																												
在宅で精神科医療が提供されている	精神科訪問看護・指導料等SCR IO12	117.1																																									
	在宅精神療法SCR IO02-00-02	100.3																																									
長期入院患者が少ない。	患者住所別精神科病床の3ヶ月以上入院患者数(10万人対)(県平均)	197 (138)																																									
	患者住所別精神科病床の3ヶ月以上入院患者数(10万人対)(全国平均)	78 (24.9)																																									
<p>認知症が適切に診断できる施設がある</p>		<table border="1"> <tr> <td>認知症が適切に診断できる施設がある</td> <td>認知症疾患医療センター数</td> <td>2</td> </tr> </table>	認知症が適切に診断できる施設がある	認知症疾患医療センター数	2	<table border="1"> <tr> <td>ReMHRAD R2 数値は市町村ごとを合計し、人口で割ったもの</td> <td>認知症入院SCR</td> <td>44</td> </tr> <tr> <td>安心して認知症の診断が行われる</td> <td>認知症外来SCR</td> <td>93</td> </tr> </table>	ReMHRAD R2 数値は市町村ごとを合計し、人口で割ったもの	認知症入院SCR	44	安心して認知症の診断が行われる	認知症外来SCR	93	<p>精神疾患</p>																														
認知症が適切に診断できる施設がある	認知症疾患医療センター数	2																																									
ReMHRAD R2 数値は市町村ごとを合計し、人口で割ったもの	認知症入院SCR	44																																									
安心して認知症の診断が行われる	認知症外来SCR	93																																									

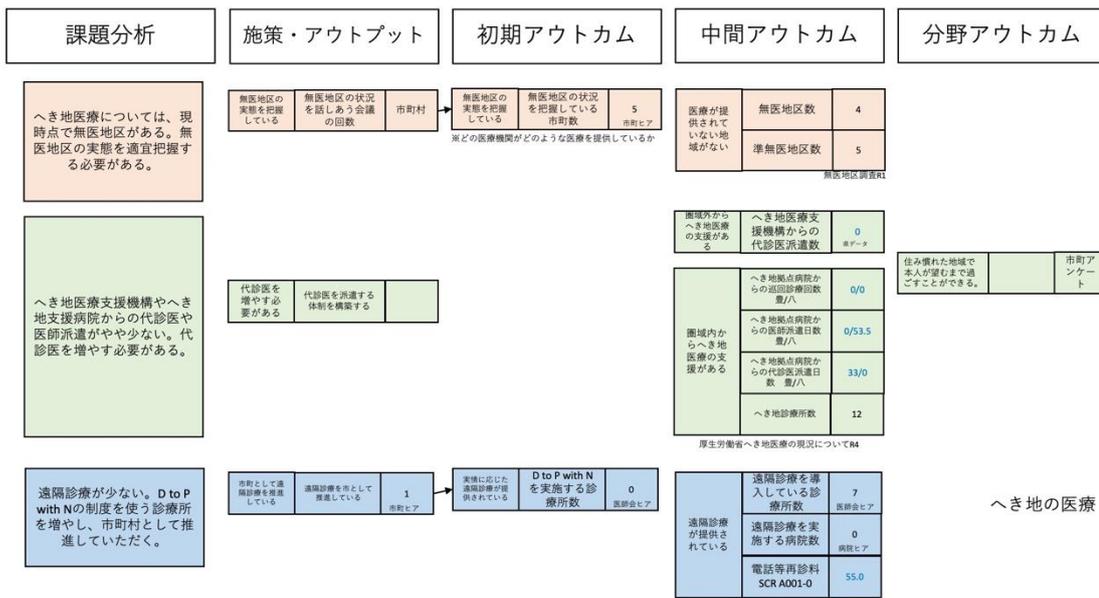
ロジックモデルは分野アウトカムから中間、初期アウトカムと考え、事業(インプット/活動)を検討する。



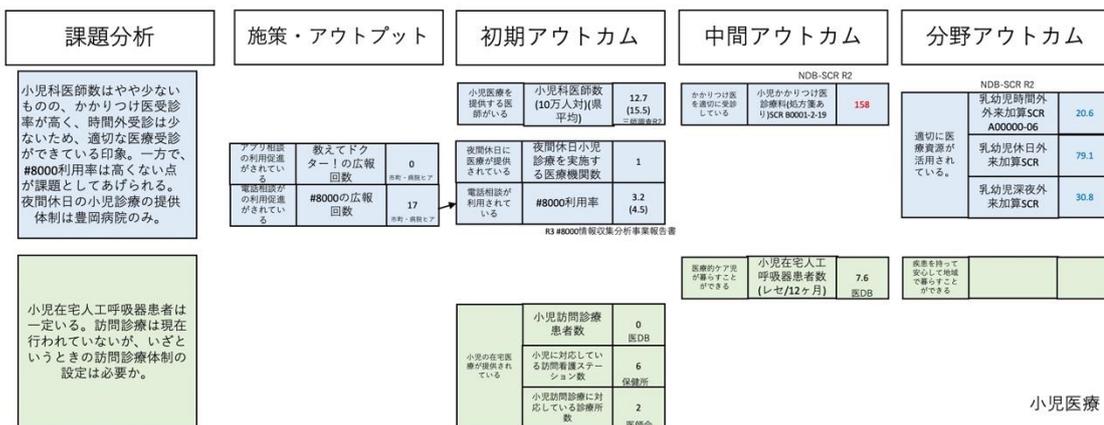
ロジックモデルは分野アウトカムから中間、初期アウトカムと考え、事業(インプット/活動)を検討する。



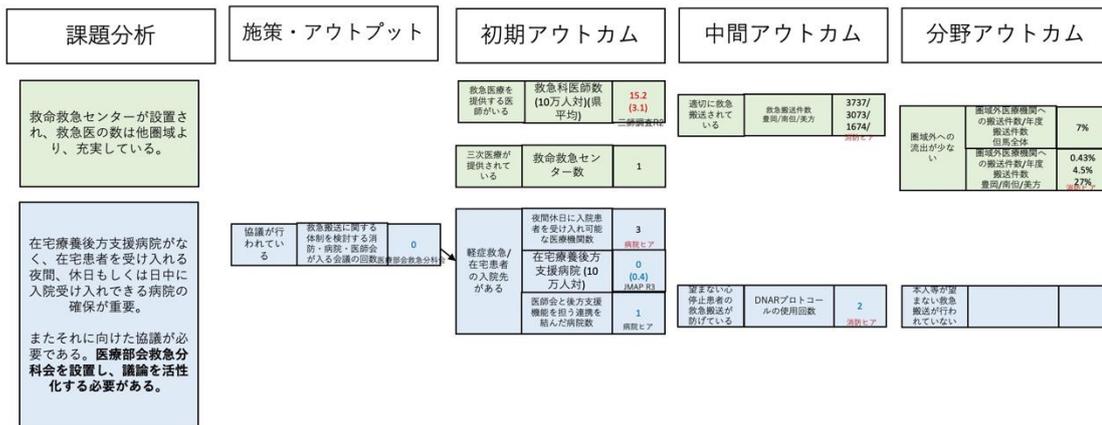
ロジックモデルは分野アウトカムから中間、初期アウトカムと考え、事業(インプット/活動)を検討する。



ロジックモデルは分野アウトカムから中間、初期アウトカムと考え、事業(インプット/活動)を検討する。

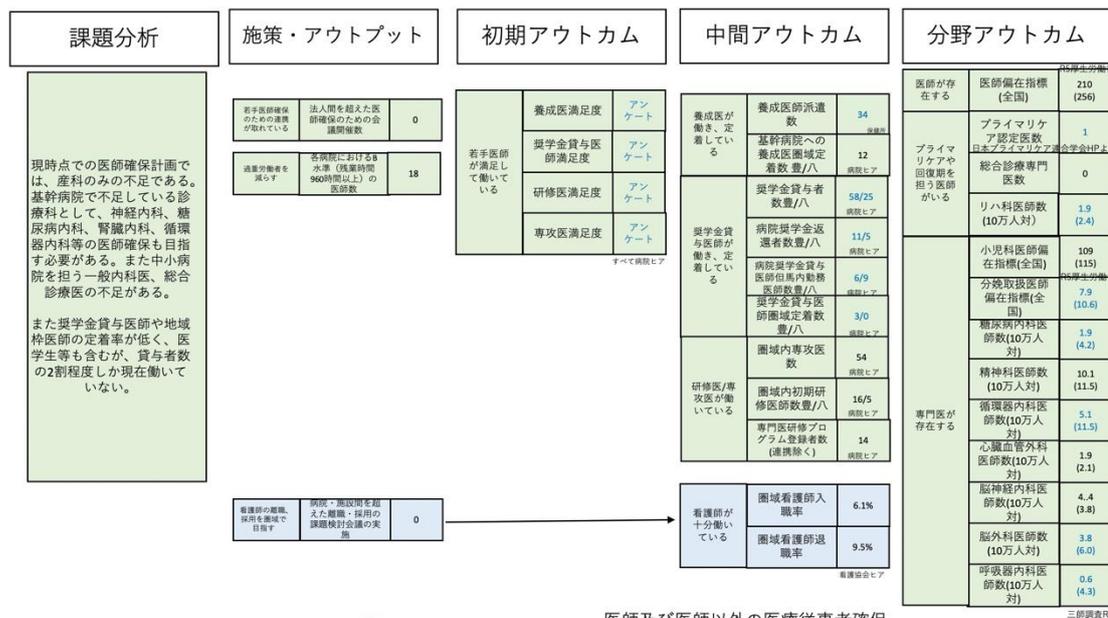


ロジックモデルは分野アウトカムから中間、初期アウトカムと考え、事業(インプット/活動)を検討する。



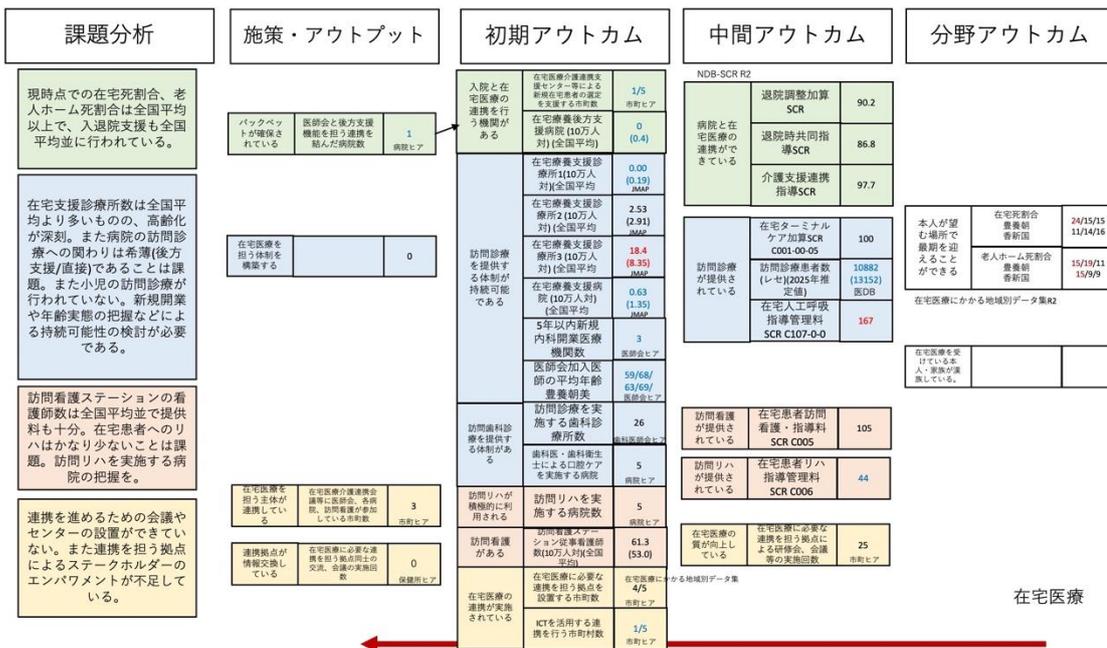
救急医療

ロジックモデルは分野アウトカムから中間、初期アウトカムと考え、事業(インプット/活動)を検討する。



医師及び医師以外の医療従事者確保

ロジックモデルは分野アウトカムから中間、初期アウトカムと考え、事業(インプット/活動)を検討する。



ロジックモデルは分野アウトカムから中間、初期アウトカムと考え、事業(インプット/活動)を検討する。

第8章 丹波圏域

地域の特性

兵庫県の中東部に位置し、丹波篠山市（面積 377.59 k m²－県土の 4.5%）と丹波市（面積 493.21 k m²－県土の 5.9%）の2市からなり、兵庫県総面積の 10.4%を占めている。

また、恐竜や最古の哺乳類化石が発掘された篠山層群が両市にまたがって広がっているほか、日本海側と瀬戸内海側に水系を分ける本州一低い分水界が存在するなど特徴ある地勢となっている。

山林が総面積の 75.0%を占める農山村地帯であるが、隣接する阪神都市圏とは舞鶴若狭自動車道、J R 福知山線の交通網によって結ばれており、神戸・大阪からは約 1 時間圏内にある。

圏域の重点的な取組

1 医療従事者の確保

現状と課題

(1) 医師（資料 1）

- 医師数は令和 2 年 12 月末日現在で 214 人であり、医療資源不足が深刻化した平成 20 年末の 181 人からは 33 人増加しているが、人口 10 万人対では 211.9 人で、県平均の 277 人を下回っている。
- 病院で勤務する医師数は、平成 20 年の 69 人に対し、令和 2 年は 115 人と順調に増加している。公立・公的病院の常勤医師数は、平成 20 年に 25 人と最も少ない状況にあったが、その後徐々に回復し、令和 4 年 7 月時点では 85 人に増加している。
- 一般診療所等で勤務する医師数は、過去 20 年間 70 人台を維持しており、一次医療の担い手として、圏域医療の安定を支えてきた。一方、高齢化と後継の課題に直面している。
- 県立丹波医療センターに「地域医療教育センター」が設置され、隣接する丹波市健康センターミルネとも連携し、県養成医並びに県養成医学生の教育、総合内科医並びに総合診療医の養成など、若手医師の育成を積極的に行っている。
- 兵庫医科大学ささやま医療センターにおいても、大学総合診療専門医プログラムや寄附講座の開設など、地域医療の研究と教育のための篠山キャンパスを整備することにより、安定的な医師確保に繋がる取り組みを行っている。
- 県立丹波医療センター、兵庫医科大学ささやま医療センターは、へき地医療拠点病院として、丹波圏域内へき地診療所へ医師派遣を行っている。

(2) 歯科医師・薬剤師・看護師（資料 1）

- 人口 10 万人対の歯科医師数・薬剤師数は、ともに県平均より少ない。高齢化に伴う在宅医療の需要の増加に伴い、在宅歯科診療やかかりつけ薬局による薬剤の在宅提供は増加しているが、歯科医師・薬剤師数は直近の 5 年間では減少している。

- 人口10万人対の看護師・助産師は、県平均より少ない。
- 県立丹波医療センターに隣接して丹波市立看護専門学校が設置されており、県内外から学生を集め、センターでの病院実習等を通して、医療人材が育成されている。
- 医療従事者の高齢化が進んでおり、個人開設の診療所や薬局については後継確保や人員の確保が、病院においては、退職者の補充等医療に必要な人員の安定的な確保が課題となっている。

推進方策

(1) 人材確保・育成

- 丹波医療センターが開設し、圏域の医療提供体制は向上しているが、人口に占める高齢者の割合が今後も増加し、医療需要の高い状態が続くと見込まれることから、引き続き医療従事者の人材確保に取り組む。
- 医師については、県地域医療支援センターによるへき地等勤務医師の養成・派遣や、大学医学部での地域医療に関する特別講座設置等による人材育成を活用し、医師の確保と定着を図る。圏域内に全ての医療機能を整えることが望ましいが、心臓血管外科や一部のがん治療、ハイリスク分娩や重症児の入院医療等、専門医の確保や治療にかかる機器整備も難しい分野については、大学病院や他圏域の専門医療機関との連携強化により対応する。(県、医療機関)
- 高齢化の進展に伴い必要性が高まっている総合診療専門医について、研修医や若手医師による専門医の資格取得を促進する。高度医療から回復期、在宅医療まで一連した医療をハイブリッドに学べる環境を生かし、丹波圏域の研修拠点としての魅力向上を図る。(医療機関、関係機関、県、市など)
- 看護師については、高校生を対象とするセミナーの実施や、潜在看護師の復職支援、各市・医療機関の奨学金制度等により、さらなる確保定着に努める。(県、市、医療機関、関係団体)
- 各種医療従事者の離職を防ぐために、医療を支える独自の取り組みを行う県民、関係団体などと連携し、地域医療に対する理解促進のための啓発を継続する。(県、市、関係団体、県民など)

(2) 医療資源の効率的な活用

- 患者の一極集中による医師への過剰な負担を軽減するため、圏域内の一次医療から二次医療への紹介受診の重点化、二次からかかりつけ医への逆紹介や在宅復帰の連携体制の強化を図る。(医療機関、医師会)
- 令和6年4月から適用される医師の時間外労働の上限規制に対応するため、医師に偏在している業務の一部を移管・共同実施するタスクシフト・タスクシェアを推進する。(医療機関)
- 多職種間の連携を強化し、相互に負担軽減を図るとともに、それぞれの専門性を十分に発揮することで医療の質の向上につながる仕組みづくりに取り組む。(医療機関、関係機関、県、市)
- ICT(情報通信技術)の活用等により、関係者間の情報共有の効率化、利便性

向上を図る。(医療機関、関係機関、県、市)

- かかりつけ医を持つ運動等の推進が地域医療の機能回復に寄与した過去の経験を踏まえ、住み慣れた地域に必要な医療が提供され続けるためには、住民自身も適切な医療受診や医療従事者等への理解・協力が必要であることの啓発を継続する。(県、市、関係団体、県民など)

2 圏域内連携のさらなる推進（5疾病及び在宅医療）

現状と課題

(1) 死因別死亡数、死亡割合（資料7）

- 丹波圏域の令和3年時点における死因別死亡数は、高位から悪性新生物、心疾患、老衰、脳血管疾患の順であり、5疾病による死亡割合は全体の5割に近く、継続的な対策が必要である。老衰による割合は、高齢化により増加傾向となっており、重複疾病への対応や在宅療養の必要性が高まっている。

(2) 悪性新生物（がん）（資料8）

- 死亡者数・死亡割合は、圏域内で最も多いが、標準化死亡比（H28～R2）は男性89.4、女性84.7で、全国平均より有意に低く、県平均（男性102.3、女性100.5）も下回っている。
- 地域がん診療連携拠点病院である丹波医療センターを中心に、各医療機関と連携し、外来、入院による手術・抗がん剤・放射線治療等を行っている。
- 緩和ケア病棟を有する拠点病院や、訪問診療・訪問看護等により、ターミナルケア（終末期）にも対応した医療提供体制の構築に取り組んでいる。

(3) 心疾患

- 心疾患全体の標準化死亡比（H28～R2）は男性100.5、女性112.2で、県平均（男性97.4、女性101.3）を上回り、とくに急性心筋梗塞は男性150.8、女性151.6で県平均（男性115.9、女性115.6）を大きく上回っている。
- 循環器救急については、急性期医療機能を有する病院で対応している。丹波医療センターでは24時間PCIが可能で、虚血性心疾患に対する経皮的冠動脈ステント手術も多く行われている。
- 心臓血管外科専門医の圏域内確保は難しい現状にあり、大学病院や他圏域の医療機関への紹介により対応している。

(4) 脳血管疾患

- 死因別死亡割合は減少傾向にあるが、標準化死亡比（H28～R2）は男性102.2、女性109.3で、県平均（男性96.8、女性92.5）を上回っている。
- 圏域内で脳神経内科・外科の診療提供体制の整備に取り組んでおり、丹波医療センターでは2021年から脳神経外科医の常勤が実現し、t-PA静注療法や経皮的血栓回収、脳出血にかかる手術も可能となり、脳卒中症例の入院診療が拡大されている。また、同センターでは回復期リハビリテーション病棟も設置され、急性期から回復期病棟を経由することで、自宅や施設に退院するまで一貫した治療・リハビリを行うことが可能となっている。
- 脳卒中の回復期医療の機能を有する病院としては、岡本病院、兵庫医科大学ささ

やま医療センターがあり、同センターは回復期リハビリテーション病棟を設置している。

(5) 精神疾患

- 自然豊かな環境下で、専門病院と一般診療所が存在し、圏域内外から患者を受け入れているが、精神保健指定医の確保が難しい現状にある。
- 自殺の標準化死亡比（H28～R2）は男性 142.8、女性 94.3 で、特に男性は県平均（102.2）を大きく上回っている。
- 高齢化の進展により認知症患者が増加しており、丹波認知症疾患医療センターを中心に、認知症疾患の鑑別診断や相談支援、地域保健医療・介護関係者への研修等が行われている。

(6) 在宅医療（資料9，10）

- 圏域の後期高齢者（75歳以上）人口は、2015年の1.8万人から2030年には2.3万人に増加し、以降人数は減少に転じるが、総人口に占める割合は増加が続き、2015年の17.3%から2030年には25.9%、2050年には30%を超えると見込まれる。
- 令和5年6月現在、24時間往診が可能な体制等を確保している在宅療養支援病院が4か所、後方支援病院2か所、支援診療所11か所、在宅療養支援歯科診療所11か所、訪問薬局24か所がある。
- 訪問看護実施件数は、2014年時点から2020年まで、約13%増（県平均：1.81%増）と大幅に増加している。精神科在宅患者への訪問看護の実施も、2017年頃より250件前後の実施を継続している。
- 高齢者は重複疾病を有するため、「かかりつけ」を普及啓発し、一般診療所をはじめとする医療機関、歯科、薬局などで実践しており、関係機関の連携のもと、治療から終末期まで、看取りにも重きを置いた在宅支援が行われている。
- 各市の在宅医療介護連携推進事業において、関係各機関の連携強化、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制づくりが推進されている。また、看取りについて、患者、家族、医療・ケアチームが事前に相談・計画するアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の普及啓発に取り組んでいる。
- 医療機関から在宅への「丹波圏域入退院調整ルール」を策定し、病院とケアマネジャーが定期的な協議を継続し、入退院時の医療・介護の引継が円滑化している。

推進方策

(1) 疾病対策

- 生活習慣病について、特定健診、特定保健指導の受診率・実施率の更なる向上と的確な保健指導の実施により、発症を予防する。がんについては早期発見・早期治療につながるよう、検診の受診を促進する。（県、市、保険者、各健診機関）
- 脳血管疾患や心血管疾患の超急性期においては、早期治療が救命率向上、予後改善につながることから、夜間・休日における圏域内救急輪番の実施と24時間365日の救急医療提供体制を維持する。また、住民が発症後に速やかな受療行動がとれるよう、正しい知識の普及啓発に努める。（医療機関、県、市、関係団体など）

- 超急性期から急性期、回復期、慢性期まで、患者の状態に適した医療が切れ目なく提供されるよう、関係機関の緊密な連携を図り、患者の在宅復帰と効率的な病床利用に努める。(医療機関、関係機関)
- 精神疾患については、精神保健医療福祉上のニーズを有する方が、その意向やニーズに応じ、切れ目なく医療、障害福祉・介護その他のサービスを利用し、安心してその人らしい地域生活を送ることができるよう、地域における多職種・多機関が有機的に連携する体制を構築する。(県、市、医療機関、関係機関)
- 行政と関係機関等が連携し、研修会の実施や相談窓口の普及啓発等の自殺対策に取り組む。(県、市、医療機関、関係機関)
- 認知症については、かかりつけ医や関係機関の連携により、早期診断・早期対応を促進する。(県、市、医療機関、関係機関)

(2) 在宅医療

- 在宅医療の需要増加に対応するため、かかりつけ医による往診・急変時等対応に加え、夜間・休日など在宅療養（後方）支援病院のバックアップ体制と連携強化を図る。(医療機関)
- 「丹波圏域入退院調整ルール」の運用を継続し、医療・介護関係者の情報共有と連携が円滑に行える体制を強化する。(県、市、医療機関、関係機関)
- 住み慣れた地域でリハビリテーションを受けられるよう、圏域リハビリテーションセンターを中心に、リハビリテーション専門職間とともに、ケアマネジャー等多職種間の連携を強化する。(県、市、医療機関、関係機関)
- 口腔内の不調が病状悪化に繋がることから、医科・歯科連携を強化し、情報交換や研修会等により口腔機能の維持向上(オーラルフレイル予防)に取り組む。(県、市、医療機関、関係機関)
- ICTの活用等により、関係者間の患者や医療・介護資源に関する情報共有の効率化を図る。(医療機関、関係機関、県、市、)
- 看取りについては、ACPの取り組みを推進し、患者が希望する場所で看取りを行うことができる体制づくりを推進する。(県、市、医療機関、関係機関、関係団体)

3 備えを重視した医療連携体制の整備

現状と課題

(1) 救急医療・小児救急

- 圏域の救急搬送人数は、令和2、3年は新型コロナウイルス感染症拡大の影響で一時的に減少したが、令和4年には過去最多の5,453人(各市消防年報、概況)となり増加傾向にある。医療機関への収容所要時間別で見ると、覚知から現場到着時間は94.5%が20分未満、覚知から病院収容までは67.3%が30分から60分未満で最も多い区分となっている。病院収容まで60分以上は全体の13.6%で、60分から120分未満が大半である(兵庫県消防防災年報)。消防救急活動においては、より迅速な搬送のため、出張所・駐在所等を整備している。
- 三次救急については、丹波医療センターが三次的機能病院としての役割を担って

いるが、圏域に救命救急センターが未設置であり、圏域で対応できない重篤な救急患者は、県の広域的運用による救急車・ドクターヘリでの圏域外搬送が行われている。

- 二次救急は、5病院（丹波医療センター、兵庫医科大学ささやま医療センター、大塚病院、岡本病院、にしき記念病院）による圏域内輪番制により、休日・夜間の受け入れを行っている。自病院内での待機医師の確保が難しく、提携大学病院等からの派遣応援により対応する場合があるなど、安定的な人員の確保が課題となっている。
- 一次救急については、各市において、休日（応急）診療所を医師会・病院の協力により運営している。
- 小児救急医療においては、圏域内二次を県立丹波医療センターと兵庫医科大学ささやま医療センターで担い、休日・夜間に対応した輪番制により対応している。一次救急が無いことから、他圏域医療機関との連携により、体制を維持している。
- 新興感染症流行期においては、受入病院・医療スタッフの確保が難しく、感染症以外の患者搬送にも困難を招いた。今後は感染拡大期を想定した救急搬送体制と、受入医療機関の受療・病床利用計画等の整備が必要となる。

(2) 周産期医療・小児医療

- 分娩取扱施設は、県立丹波医療センターと1診療所の2施設である。
- 県立丹波医療センターは、地域周産期病院として、圏域外の周産期母子医療センターと連携し、ハイリスクの妊産婦や新生児に対する二次的医療に対応している。
- 小児医療については、小児外科を有する医療機関がないため、県立こども病院との連携のもと、二次から三次への搬送対応により継続した医療の提供を行っている。
- 周産期・小児ともに、医師確保が厳しい状況が続いている。

(3) 災害医療・新興感染症発生・まん延時における医療

- 県立丹波医療センターが災害拠点病院の指定を受け、屋上ヘリポートや医療資源の備蓄などの整備管理を担っている。
- 「丹波地域災害時保健医療マニュアル」を策定し、災害急性期における各関係機関・団体の連携と役割について整理・共有している。
- 新型インフルエンザ等対策実地訓練やEMIS入力訓練を年一回継続して実施している。
- 新型コロナウイルス感染症の圏域内感染者数は23,734人（令和2年3月1日から令和5年5月7日まで）で、圏域人口の約1/4が罹患した。一日あたりの最大新規感染者数は、令和4年8月24日の315人で、同年7月から9月期は感染者数が9,000人強におよび、圏域内医療体制がひっ迫した。
- 圏域では、各市医師会・一般診療所・病院の協力のもと、兵庫医科大学ささやま医療センターでのメディカルチェックによるトリアージ、軽症～中等症Ⅰの患者は発熱外来から健康福祉事務所を介さず直接協力病院に受診連絡を行う病病・病診連携により対応した。
- 県立丹波医療センターは第2種感染症指定医療機関に指定されており、中等症Ⅱ

以上の入院患者について、感染症病床4床と、一般病棟の一時的な感染症病床への切り替えなどにより対応した。

- 市、医療機関の連携により、住民への大規模なワクチン接種が実施された。
- 医療従事者及び関係者の罹患・出勤停止による人手不足が深刻な課題となった。
- 感染症患者の病床占有により、感染症以外の疾病による入院患者の受入停止、待機が発生した。救急搬送においても、搬送・受入困難な状況が生じた。
- 次なる新興感染症等の流行に備えた圏域内の医療提供体制について、対策の検討が課題となっている。

推進方策

(1) 救急医療・小児救急

- 増加が予想される高齢者等の救急搬送に対応するため、二次救急病院群輪番制等の救急体制を維持し、医師確保に努めるとともに、高度、専門的な救急医療の確保については、他圏域・隣接府県との連携の維持・強化を図る。(県、市、医療機関)
- 限られた医療資源を有効に活用するため、救急外来の受診や救急車の要請に迷う場合に利用可能な電話相談窓口等の周知を徹底する。(県、市、関係団体、県民など)
- 圏域医療に必要なメディカルコントロール(病院前救護)体制について、研修や訓練の実施により充実を図る。(県、市、医療機関、関係機関)
- 新興感染症の流行期や大規模災害を見据えた搬送・救護・医療提供について検討し、搬送、受療、病床利用等計画について関係機関連携のもと整備を行う。(県、市、医療機関、関係機関、関係団体)

(2) 周産期医療・小児医療

- 少子化により分娩数等の減少が見込まれるが、今後も引き続き医師確保等に努め、圏域内での安全安心な周産期・小児医療体制を維持する。(県、市、医療機関、関係機関)
- 救急医療をはじめ、時間外分娩や小児の夜間救急など、医療従事者の負担が大きいことから、働き方改革に沿った勤務環境の改善を推進する。(医療機関)

(3) 災害医療・新興感染症発生・まん延時における医療

- 新型コロナウイルス感染症対応時の経験を踏まえ、新興感染症の感染拡大時に機動的に対策を講じられるよう、病床や専門人材の確保、感染防護具等の備蓄、院内感染対策、各関係機関の役割分担と連携等の基本的事項について、平時から行政・医療関係者間で検討を行い準備する。(県、市、医療機関、関係機関、関係団体)
- 県と病院・診療所・薬局・訪問看護事業所等との協定締結により、病床や発熱外来、自宅・宿泊療養者・高齢者等施設での療養者への医療提供体制の確保を図る。(県、医療機関、関係機関)
- 圏域での実地訓練や各種情報システム訓練等を実施し、万一の災害に備えた体制の強化と連携の促進を図る。また、全県での各種訓練にも積極的に参加する。(県、

市、医療機関、関係機関、関係団体)

- 難病患者や透析患者等、災害時にも配慮を要する被災者に対応できる体制の構築について検討を進める。(県、市、医療機関、関係機関、関係団体)
- DHEAT 要員の育成や、災害時に設置する「丹波地域保健医療情報センター」の確立等、保健所の体制強化を図る。(県、関係機関)

○資料1 : 医師数・歯科医師数・薬剤師数

(単位:人)

		H14	H16	H18	H20	H22	H24	H26	H28	H30	R2	R2 10万人対
医師	兵庫県	11,223	11,569	11,953	12,313	12,641	13,251	13,461	13,979	14,463	15,133	277.0
	丹波地域	208	212	191	181	184	191	190	204	212	214	211.9
	うち病院勤務	94	98	88	69	74	85	85	99	103	115	
	うち法人・診療所勤務	77	79	76	77	77	70	75	74	72	70	
歯科医師	兵庫県	3,443	3,583	3,708	3,747	3,866	3,868	3,945	3,907	4,007	4,141	75.8
	丹波地域	53	59	56	63	63	56	63	56	62	57	56.4
薬剤師	兵庫県	11,351	11,803	12,458	13,237	13,372	13,654	13,914	14,616	15,068	15,663	286.7
	丹波地域	196	203	204	205	197	203	213	220	226	224	221.8

資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」、兵庫県推計人口

○資料2 : 保健師・助産師・看護師・准看護師数

(単位:人)

	丹波地域	(10万人対)	兵庫県	(10万人対)
保健師	57	56.5	1,903	34.8
助産師	21	20.8	1,499	27.3
看護師	1,017	1,007.7	57,521	1,059.4
准看護師	277	274.5	9,619	176.1

資料：兵庫県「令和2年末兵庫県内看護師等業務従事者届の集計」、兵庫県推計人口

○資料3 : 医療機関数

		調査時点	H24.10.1	H25.10.1	H26.10.1	H27.10.1	H28.10.1	H29.10.1	H30.10.1	R1.10.1	R2.10.1	R3.10.1	10万人対
病院	丹波地域		8	8	8	8	8	8	8	7	7	7	7.0
	県合計		349	352	353	353	350	353	353	348	347	347	6.4
一般診療所	有床・無床	丹波地域	82	83	84	84	83	81	82	83	82	84	84.2
		県合計	4,971	5,010	4,983	5,002	5,033	5,053	5,071	5,125	5,149	5,192	95.6
	のみ有床	丹波地域	6	6	6	6	5	6	5	5	3	3	3.0
		県合計	284	275	248	235	228	215	203	197	182	180	3.3
歯科診療所	丹波地域		48	49	49	48	47	47	47	45	43	44	44.1
	県合計		2,990	2,992	2,987	2,987	3,011	2,981	2,974	2,986	2,970	2,971	54.7

資料：厚生労働省「医療施設調査」、兵庫県推計人口

○資料4 : 病床数

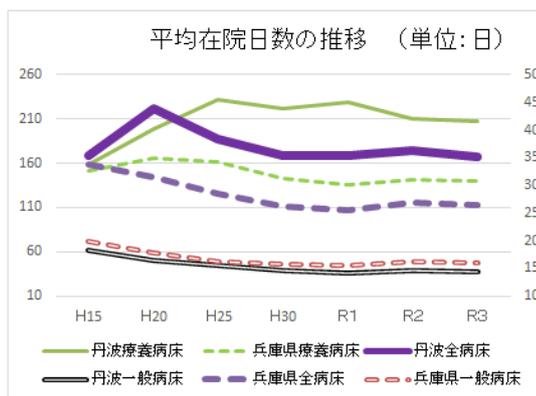
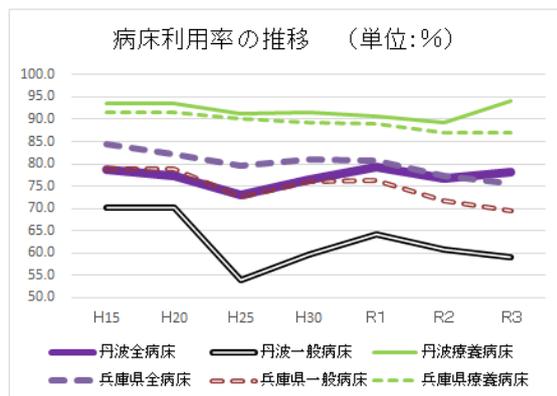
		(単位:床)						許可病床 (R4.10.1) (床)			
調査時点		H20.10.1	H25.10.1	H30.10.1	R1.10.1	R2.10.1	R3.10.1	病院	診療所	計	10万人対
一般	丹波地域	814	804	736	654	654	654	654	12	666	674.8
	県合計	38,224	38,480	39,473	39,423	39,232	39,206	39,406	492	39,898	709.1
療養	丹波地域	493	491	492	492	446	446	446	0	446	451.9
	県合計	14,263	14,428	13,931	13,219	12,961	12,912	12,739	107	12,846	266.7
精神	丹波地域	286	286	286	286	286	286			286	289.5
	県合計	11,830	11,728	11,604	11,589	11,542	11,520			11,502	211.1
結核	丹波地域	0	0	0	0	0	0			0	0.0
	県合計	391	200	150	150	150	150			150	2.7
感染症	丹波地域	4	4	4	4	4	4			4	4.1
	県合計	52	54	54	54	54	54			54	1.0

資料：厚生労働省「医療施設調査」、兵庫県推計人口

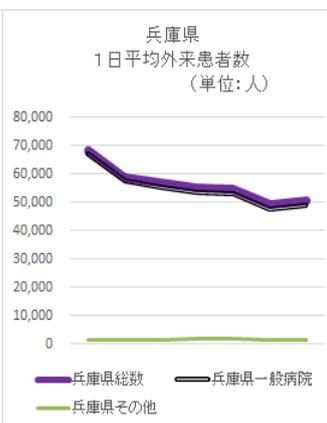
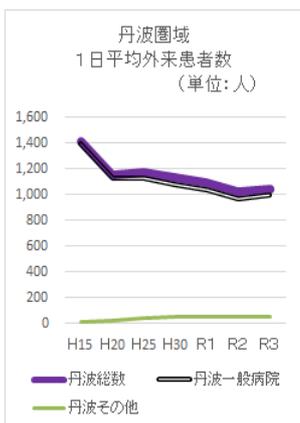
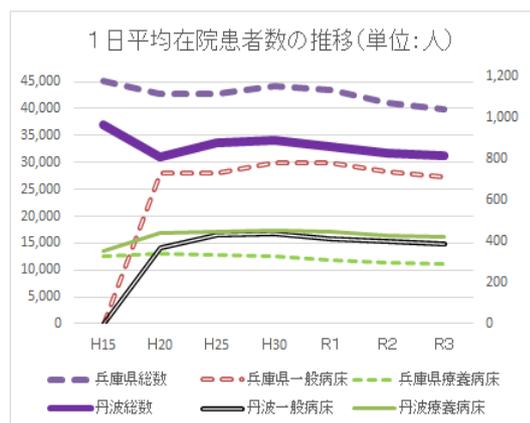
○資料5 : 病床利用率・平均在院日数・1日平均在院患者数・1日平均外来患者数

資料：厚生労働省「病院報告」

年度	病床利用率 (単位:%)							平均在院日数 (単位:日)						
	H15	H20	H25	H30	R1	R2	R3	H15	H20	H25	H30	R1	R2	R3
丹波全病床	78.6	77.3	73.0	76.5	79.2	76.6	78.1	35.4	43.8	38.3	35.5	35.3	36.3	35.1
丹波一般病床	70.1	70.1	53.8	59.7	64.3	60.8	59.0	18.2	16.4	15.5	14.6	14.1	14.7	14.3
丹波療養病床	93.5	93.5	91.2	91.5	90.8	89.3	94.0	153.8	199	231.2	222.2	229.4	209.8	208
兵庫県全病床	84.4	82.2	79.6	81.0	80.7	77.2	75.5	33.8	31.5	28.4	26.2	25.6	26.9	26.5
兵庫県一般病床	79.0	79.0	72.7	76.1	76.2	71.7	69.5	20	17.9	16.3	15.3	15.6	16.3	16
兵庫県療養病床	91.5	91.5	90.0	89.3	89.1	86.9	87.0	152	166.3	161.3	143.5	136.4	142.1	140.1



1日平均在院患者数 (単位:人)								1日平均外来患者数 (単位:人)							
年度	H15	H20	H25	H30	R1	R2	R3	年度	H15	H20	H25	H30	R1	R2	R3
丹波総数	963	812	880	889	857	826	815	丹波総数	1,416	1,151	1,176	1,133	1,093	1,025	1,045
丹波一般病床	-	371	433	439	410	393	386	丹波一般病院	1,397	1,127	1,131	1,078	1,037	974	995
丹波療養病床	356	441	448	450	447	426	419	丹波その他	19	24	45	55	56	51	50
兵庫県総数	45,164	42,857	42,659	44,111	43,543	41,001	39,785	兵庫県総数	68,374	58,954	56,927	55,048	54,770	49,163	50,643
兵庫県一般病床	-	23,069	23,045	23,992	30,035	28,197	27,256	兵庫県一般病院	67,110	57,602	55,411	53,389	53,092	47,565	49,030
兵庫県療養病床	12,584	12,992	12,910	12,491	11,931	11,327	11,239	兵庫県その他	1,264	1,352	1,516	1,659	1,678	1,598	1,613



○資料6： 圏域別入院割合 (単位：%)

		施設所在地													合計
		神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	県内計	県外		
患者住所在地	神戸	87.7%	2.4%	2.1%	3.7%	3.4%	0.3%	0.2%	0.1%	0.1%	0.1%	100.0%	0.0%	100.0%	
	阪神南	10.8%	78.5%	8.4%	0.1%	0.6%	0.3%	0.1%	0.0%	0.2%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%	
	阪神北	8.8%	17.3%	72.5%	0.1%	0.6%	0.1%	0.0%	0.0%	0.4%	0.1%	100.0%	0.0%	100.0%	
	東播磨	10.7%	0.6%	0.5%	79.9%	3.3%	4.0%	0.7%	0.0%	0.0%	0.3%	100.0%	0.0%	100.0%	
	北播磨	7.1%	0.7%	1.7%	3.6%	80.2%	4.0%	0.7%	0.1%	1.9%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%	
	中播磨	1.2%	0.3%	0.3%	2.7%	3.0%	86.1%	6.2%	0.3%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%	
	西播磨	0.9%	0.1%	0.2%	0.6%	0.6%	23.7%	73.6%	0.0%	0.1%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%	
	但馬	3.1%	0.6%	1.8%	0.3%	1.7%	3.4%	0.3%	80.0%	8.8%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%	
	丹波	5.3%	2.3%	9.2%	0.3%	7.9%	0.2%	0.0%	0.4%	74.5%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%	
	淡路	4.4%	0.4%	0.2%	1.9%	0.5%	0.2%	0.2%	0.0%	0.1%	92.0%	100.0%	0.0%	100.0%	
	小計	28.8%	14.6%	10.6%	10.6%	7.2%	12.8%	6.0%	3.0%	2.8%	3.5%	100.0%	0.0%	100.0%	
	その他	20.0%	27.3%	28.9%	2.2%	3.9%	4.2%	6.3%	3.2%	3.4%	0.4%	100.0%	0.0%	100.0%	
	不明	3.6%	81.8%	0.0%	0.6%	0.0%	0.0%	13.3%	0.6%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%	
	合計	28.4%	15.3%	11.2%	10.2%	7.0%	12.5%	6.1%	3.0%	2.8%	3.4%	100.0%	0.0%	100.0%	

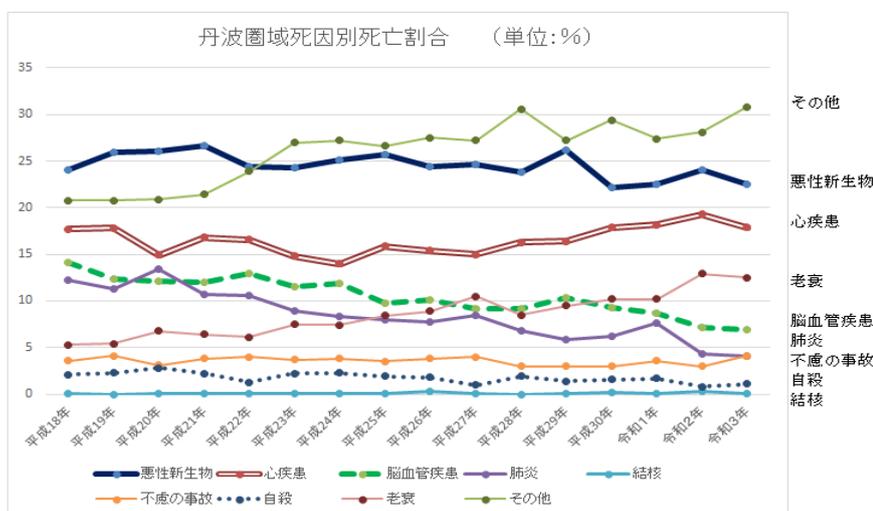
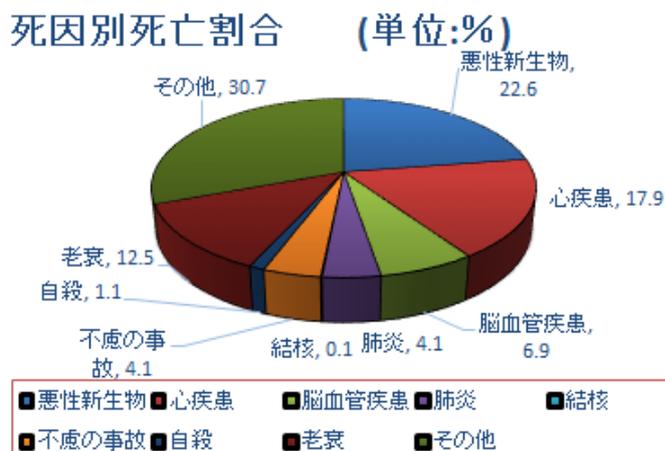
資料：兵庫県「入院患者調査」

○資料7： 死因別死亡数・死亡割合

資料：厚生労働省「人口動態統計」

(令和3年) (単位：人)

死因	死亡数
悪性新生物	338
心疾患	268
脳血管疾患	104
肺炎	62
結核	2
不慮の事故	61
自殺	18
老衰	187
その他	461
計	1,499



○資料8 : 標準化死亡比 (SMR)

H28-R2 死因	男性				女性			
	兵庫県	検定	丹波	検定	兵庫県	検定	丹波	検定
悪性新生物	102.3	*	89.4	-*	100.5		84.7	-*
心疾患	97.4	-*	100.5		101.3		112.2	*
急性心筋梗塞	115.9	*	150.8	*	115.6	*	151.6	*
脳血管疾患	96.8	-*	102.2		92.5	-*	109.3	
自殺	102.2		142.8	*	101.3		94.3	

検定の*は全国平均に比して有意(1%水準)に高いとき、-*は全国平均に比して有意(1%水準)に低いとき

資料:兵庫県における死亡統計指標(兵庫県立健康科学研究所)より

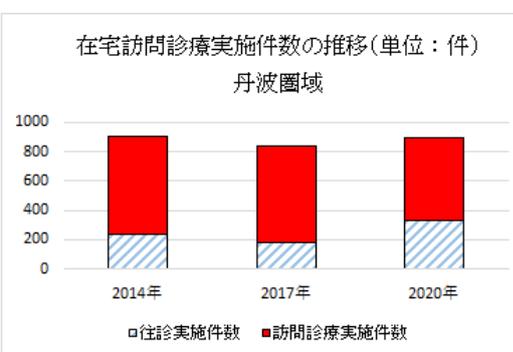
○資料9 : 訪問診療・訪問看護等実施件数

資料:医療施設調査(動態・静態)調査

医療保険等による在宅サービスを実施している
(往診実施件数)(在宅患者訪問診療実施件数)の計

(単位:件)

丹波圏域	2014年	2017年	2020年
往診実施件数	236	180	322
訪問診療実施件数	671	653	582
診療所・往診実施件数	123	155	268
病院・往診実施件数	108	25	60
診療所・訪問診療実施件数	312	393	329
病院・訪問診療実施件数	359	265	233

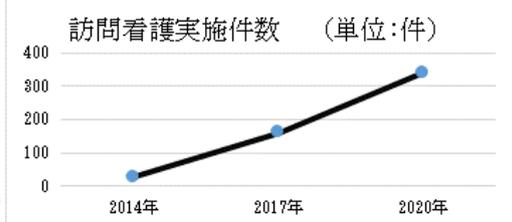


(単位:件)

丹波圏域	2014年	2017年	2020年
訪問看護実施件数	26	161	340
診療所・医療保険	20	147	87
診療所・介護保険	0	4	247
病院・医療保険	1	0	1
病院・介護保険	5	10	5

対2014増減率(2014=1として) (単位:%)

丹波圏域	2014年	2017年	2020年
訪問看護実施増減率	1	6.19	13.08



医療保険等による在宅サービス実施(在宅患者訪問看護・指導実施件数)
介護保険による在宅サービス実施(訪問看護(介護予防サービスを含む)実施件数)

○資料10 : 高齢化率・自宅死・老人ホーム死等の推移

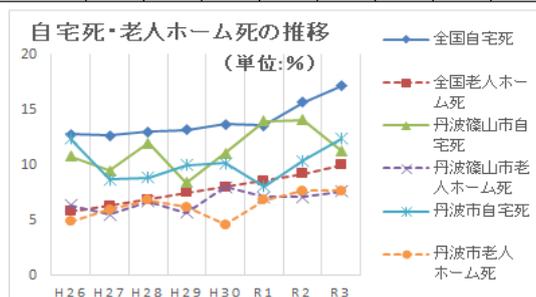
丹波地域の年代別人口予測(2015~2065年)



自宅死・老人ホーム死の割合

(単位:%)

	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3
全国自宅死	12.8	12.7	13	13.2	13.7	13.6	15.7	17.2
全国老人ホーム死	5.8	6.3	6.9	7.5	8	8.6	9.2	10
丹波篠山市自宅死	10.8	9.5	12	8.4	11.1	14	14.1	11.3
丹波篠山市老人ホーム死	6.4	5.5	6.7	5.7	8	7.1	7.1	7.6
丹波市自宅死	12.4	8.7	8.9	10	10.2	8.1	10.4	12.4
丹波市老人ホーム死	4.9	6	6.8	6.2	4.6	6.8	7.7	7.7



資料:厚生労働省「人口動態統計」

第9章 淡路圏域

地域の特性

淡路圏域は、洲本市、南あわじ市、淡路市の3市で構成され、兵庫県南部に位置する島で、東は大阪湾、紀淡海峡を隔てて大阪府、和歌山県に、南は大鳴門橋で徳島県に、北は明石海峡大橋で神戸市に隣接している。

面積は595.63 km²で県全体の7.1%を占め、幹線道路である国道28号(54.2 km)及び神戸淡路鳴門自動車道(淡路IC～淡路島南IC)が南北に縦断している。

高齢化率(令和5年2月1日現在)は38.2%で、全県(29.3%)を大きく上回り、県下で最も高齢化が進んだ地域となっている。

温暖な気候と自然、歴史・文化や食材など多彩な地域資源に恵まれ農水産業や地盤産業、観光業が盛んな地域である。

圏域の重点的な取組

1 在宅医療の維持確保

現状と課題

- (1) 後期高齢者人口の増加、患者の在宅復帰の促進等により在宅医療の維持確保が必要とされているが、在宅療養支援診療所はH29年の36か所からR3年は33か所と横ばいから減少傾向にあり、訪問診療医師をはじめとする在宅医療を支える人材確保、連携が必要である。
- (2) 外来患者推計では、今後、外来患者数は減少に向かうことが予測されているが働き手の人口が減少する淡路圏域では今後も人材確保が難しいと思われる。
- (3) 在宅療養支援病院はH29年の1か所からR2年は3か所へ増加。訪問看護ステーション16か所はすべて24時間対応をとっており1か所当たりの常勤換算の看護職員数はH29年3.7人からR2年は5.3人と増加傾向にある。

推進方策

現在の診療所、病院による訪問診療体制を維持し地域包括ケアシステムの構築のため総合的な地域医療・介護の連携体制づくりをめざす。

- ・医師、歯科医師をはじめとする在宅医療を支える人材確保
- ・訪問診療医の確保と病院からの訪問診療の役割分担
- ・薬剤師の訪問薬剤管理指導の推進
- ・医療と介護関係者の連携の推進

2 疾病対策

現状と課題

- (1) 淡路圏域は、人口減少、高齢化が進んでいる一方で、65歳以上就業率や75歳以上就業率が県下で一番高く、高齢者が健康であれば活躍できる素地があることから、地域を活性化していくためには、高齢者の健康の向上に取り組む必要が

ある。

- (2) 疾病分類統計、兵庫県健康づくり実態調査、県民意識調査、県立淡路医療センター等実施の調査などの様々な調査結果を踏まえ、高齢者の生活の質・予後に大きく関わり、淡路に特に多く今後も増加が予想される代表的な疾患・分野は「心不全」、「骨粗鬆症と骨折」、「口腔ケアと誤嚥性肺炎」である。

推進方策

「心不全」、「骨粗鬆症と骨折」、「口腔ケアと誤嚥性肺炎」を重点取組疾患・分野として「あわじ健康長寿の島づくり」に関係機関が連携して取り組む。

- ・基幹救急医療機関である県立淡路医療センターにおいて、同意の得られた心不全患者を「くにうみレジストリー」として全例登録し、定期的に心臓の包括的なチェックを行い、早期の治療介入による院内死亡率、再入院率の大幅な改善効果をあげており、島内関係機関の連携の下、取り組みを更に進める。
- ・いきいき百歳体操・かみかみ百歳体操等の身近な地域での取り組みが更に広がるよう支援を継続する。また、市、医師会、歯科医師会等が連携して実施するフレイル外来、フレイル・オーラルフレイル予防健診等の対策の推進を図る。
- ・「あわじ健康長寿の島づくりプロジェクト会議」等により関係機関の取り組みを共有し淡路地域全体での取り組みの方向性を検討することで対策をより実効性のあるものとしていく。

3 災害医療

現状と課題

- (1) 南海トラフで発生する M8～9 クラスの地震の確率は今後 30 年以内で 70～80% 程度と予測されており、淡路島は県内でも最大規模の被害想定がされている。
- (2) 南海トラフ地震による淡路島の被害想定は死者 2,827 名、負傷者約 7,945 名うち重傷者は 1,872 名。避難者は 20,276 名（冬早朝 5 時）と想定されている。
- (3) 圏域内の関係機関が迅速に初動体制を確立し関係機関の連携により保健医療体制を確立する必要がある。

推進方策

大規模災害が発生した場合、健康福祉事務所(保健所)が「地域保健医療情報センター」機能を担うこととされている。そのため、災害拠点病院（県立淡路医療センター）、医師会、各医療機関、広域消防、各市等と連携した災害時救急医療体制の充実・強化に向けた取り組みを継続的に進め、災害時に必要な保健及び医療が、地域で適切かつスムーズに提供できる体制を確保する。

- ・「地域保健医療対策会議」の開催

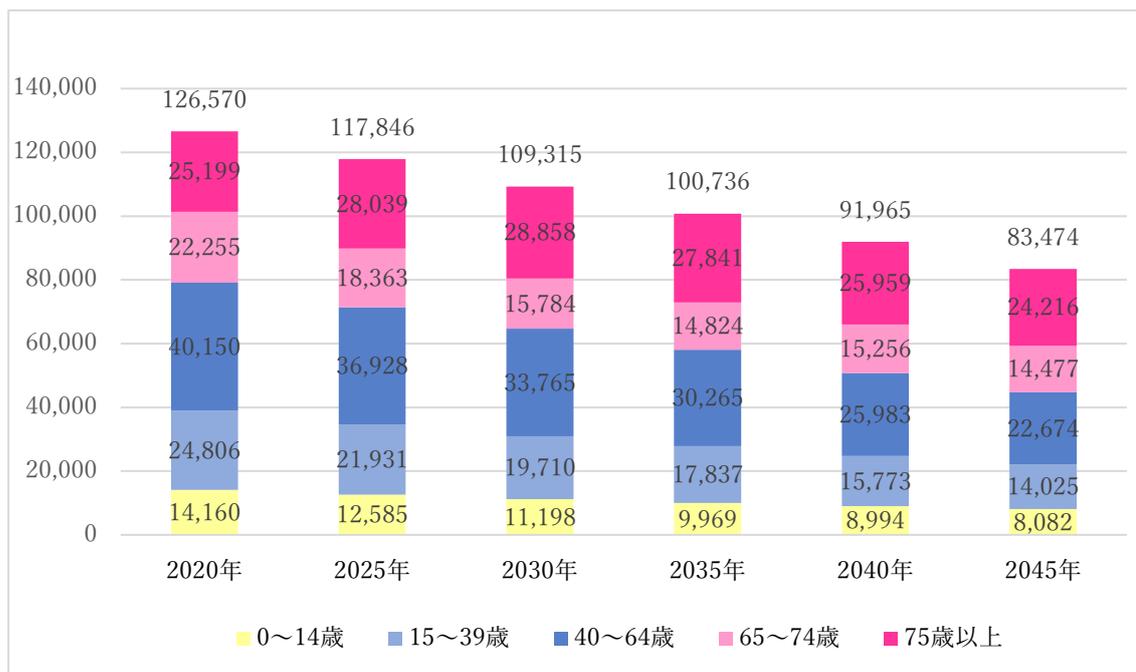
関係機関の連携体制を確認するとともに、「災害時保健医療マニュアル」の内容の充実を図る。

- ・各関係機関と連携し訓練や研修を実施し発災に備える。

関連データ

将来推計人口：図1

淡路圏域の総人口は、減少を続けている。さらに、高齢者人口も実数でみると減少局面に入っているものの比率でみると増加し、後期高齢者人口は実数も2030年まで増加し、その後も比率としては増加することが推測されている。一方で、生産年齢は減少の一途をたどり2025年の58,859人から2030年には53,475人と5年間で約5千人減少しその後も減少することが推計されている。



資料：国立社会保障・人口問題研究所「将来推計人口」（2018年3月推計）

人口動態：表1

淡路圏域の出生数は年々減少している。死亡数は2千人前後で推移している。

	出生数	死亡数	周産期死亡数
H26 (2014)	937	2,024	0
H27 (2015)	931	2,141	4
H28 (2016)	948	2,054	1
H29 (2017)	879	1,978	3
H30 (2018)	734	2,167	1
R1 (2019)	749	1,986	1
R2 (2020)	721	1,975	2
R3 (2021)	618	2,049	3

資料：厚生労働省「人口動態統計」

死因別死亡数 令和3年(2021) : 表2

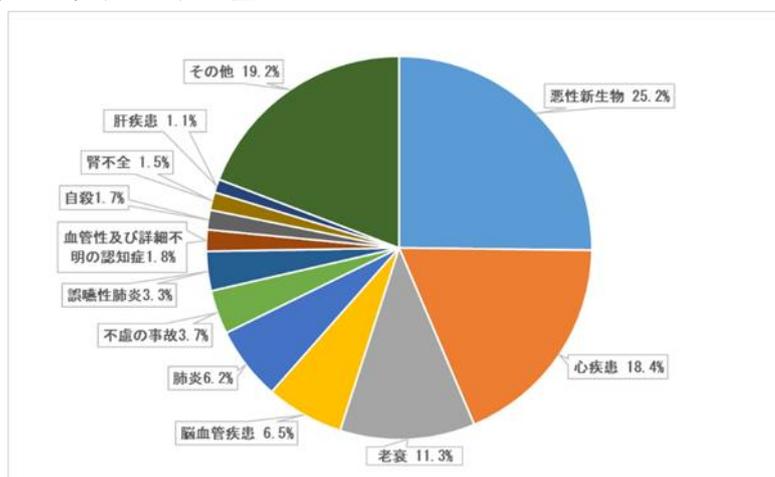
死因別死亡数では悪性新生物が最も多く、次いで、心疾患、老衰、脳血管疾患、肺炎の順となっている。

	全死因	悪性新生物	糖尿病	血管性及び詳細不明の認知症	高血圧性疾患	心疾患			
						急性心筋梗塞	その他虚血性心疾患	心不全	
男	1,012	320	9	11	4	164	28	23	73
女	1,037	196	8	26	11	214	21	19	136
計	2,049	516	17	37	15	378	49	42	209

	脳血管疾患				肺炎	誤嚥性肺炎	肝疾患	腎不全	老衰	自殺
	くも膜下出血	脳内出血	脳梗塞							
男	51	7	22	20	66	41	13	16	68	18
女	83	8	18	52	61	27	10	15	164	16
計	134	15	40	72	127	68	23	31	232	34

資料：厚生労働省「人口動態統計」

死因別死亡割合 令和3年(2021) : 図2



資料：厚生労働省「人口動態統計」

死因別の標準化死亡比 (SMR) 平成28年~令和2年(2016~2020) : 表3

全国と比較し、男女ともに有意に高い死因は心不全である。

		全死因	悪性新生物	糖尿病	高血圧性疾患	心疾患			
						急性心筋梗塞	その他虚血性心疾患	心不全	
淡路圏域	男	98.8	103.6	57.9	98.0	105.9	109.7	88.2	124.2
	女	97.8	101.7	83.3	107.8	114.1	105.7	84.6	139.4
兵庫県	男	98.6	102.3	101.7	81.3	97.4	115.9	91.1	105.1
	女	99.1	100.5	100.5	97.2	101.3	115.6	82.3	110.3

		脳血管疾患				肺炎	肝疾患	腎不全	老衰	自殺
		くも膜下出血	脳内出血	脳梗塞						
淡路圏域	男	86.2	159.5	68.8	84.0	91.6	99.9	80.7	83.0	125.9
	女	81.9	111.3	72.0	77.3	89.5	84.4	103.6	84.5	110.7
兵庫県	男	96.8	120.2	92.1	93.2	69.2	108.0	104.0	91.3	102.2
	女	92.5	99.3	90.8	89.2	67.4	106.1	108.6	96.2	101.3

: 全国平均(=100)に比して有意(1%水準)に高い
 : 全国平均(=100)に比して有意(1%水準)に低い

資料：兵庫県立健康科学研究所「兵庫県における死亡統計指標」

病院・診療所施設数 令和3年(2021)：表4

	病院		一般診療所		歯科診療所	
	総数	人口10万比	総数	人口10万比	総数	人口10万比
淡路圏域	11	8.7	133	105.5	73	57.9
兵庫県	347	6.4	5,192	95.6	2,971	54.7

資料：厚生労働省「医療施設調査」、兵庫県推計人口

医師・歯科医師・薬剤師数 令和2年(2020)：表5

	医師		歯科医師		薬剤師	
	実数	人口10万比	実数	人口10万比	実数	人口10万比
洲本市	199	483.3	36	87.4	118	286.6
南あわじ市	58	131.5	33	74.8	87	197.2
淡路市	65	155.0	26	62.0	79	188.4
淡路圏域	322	253.1	95	74.7	284	223.2
兵庫県	15,133	277.0	4,141	75.8	15,663	286.8

資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」、兵庫県推計人口

保健師・助産師・看護師・准看護師数 令和2年(2020)：表6

	保健師		助産師		看護師		准看護師	
	実数	人口10万比	実数	人口10万比	実数	人口10万比	実数	人口10万比
洲本市	32	77.7	34	82.6	761	1,848.3	145	352.2
南あわじ市	15	34.0	0	0	290	657.4	172	389.9
淡路市	28	66.8	5	11.9	363	865.5	148	352.9
淡路圏域	75	58.9	39	30.7	1,414	1,111.4	465	365.5
兵庫県	1,903	34.8	1493	27.3	57,521	1,053.1	9,619	176.1

資料：令和2年兵庫県看護師等業務従事者届、兵庫県推計人口

他圏域との患者流動：表7

		施設所在地										合計
		神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	
淡路 患者所在地	実数	60	6	3	26	7	3	3	0	1	1,252	1,361
	割合	4.4%	0.4%	0.2%	1.9%	0.5%	0.2%	0.2%	0.0%	0.1%	92.0%	100.0%

資料：兵庫県「入院患者調査」

必要病床数推計：表8

病床機能	H30(2018)		R3(2021)		R7(2025)
	病床機能報告				推計ツール
	許可病床数	稼働病床数	許可病床数	最大使用病床数	必要病床数
高度急性期	99	99	98	85	99
急性期	601	601	628	506	328
回復期	277	271	277	257	438
慢性期	784	782	752	739	559
休棟	40		21		
計	1,801	1,753	1,776	1,587	1,424

在宅療養支援病院数、在宅療養支援診療所数、訪問看護ステーション数：表9

		在宅療養支援病院			在宅療養支援診療所			訪問看護ステーション		訪問看護ステーションの看護職員数(常勤換算)		うち24時間対応のSTの看護職員数(常勤換算)
		うち機能強化型(単独)	うち機能強化型(連携)	うち従来型	うち機能強化型(単独)	うち機能強化型(連携)	うち従来型	ステーション	ステーション	(人)	(人)	
		(施設)	(施設)	(施設)	(施設)	(施設)	(施設)	(施設)	(施設)	(人)	(人)	
H29	洲本市	0	0	0	13	0	3	10	8	24	23	
	南あわじ市	2	0	0	12	0	0	12	4	11	11	
	淡路市	0	0	0	11	0	0	11	4	24	25	
	淡路圏域	2	0	0	36	0	3	33	16	59	59	
H30	洲本市	0	0	0	10	0	3	7	8	33	34	
	南あわじ市	2	0	0	11	0	0	11	5	14	14	
	淡路市	0	0	0	11	0	0	11	4	28	28	
	淡路圏域	2	0	0	32	0	3	29	17	75	76	
R1	洲本市	0	0	0	10	0	3	7	7	41	41	
	南あわじ市	2	0	0	11	0	0	11	4	15	15	
	淡路市	1	0	0	12	0	0	12	4	26	26	
	淡路圏域	3	0	0	33	0	3	30	15	82	82	
R2	洲本市	0	0	0	9	0	2	7	7	40	40	
	南あわじ市	2	0	0	11	0	0	11	4	15	15	
	淡路市	1	0	0	12	0	0	12	4	26	26	
	淡路圏域	3	0	0	32	0	2	30	15	81	81	
R3	洲本市	1	0	1	10	0	3	7	7	41	41	
	南あわじ市	2	0	0	10	0	0	10	5	21	21	
	淡路市	1	0	0	13	0	0	13	4	23	23	
	淡路圏域	4	0	1	33	0	3	30	16	85	85	

資料：厚生労働省 在宅医療にかかる地域別データ集
在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所は厚生局届出施設数
訪問看護ステーションは介護サービス施設・事業所調査

訪問診療・歯科訪問診療：表10

		訪問診療										歯科訪問診療(診療所)					
		訪問診療を実施する病院数		うち、在宅療養支援病院		うち、在宅療養支援病院以外		訪問診療を実施する一般診療所数		うち、在宅療養支援診療所		うち、在宅療養支援診療所以外		居宅		施設	
		施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数
		(施設)	(件)	(施設)	(件)	(施設)	(件)	(施設)	(件)	(施設)	(件)	(施設)	(件)	(施設)	(件)	(施設)	(件)
H29	洲本市	0	0	0	0	0	0	18	383	10	194	8	189	1	3	3	17
	南あわじ市	3	122	1	11	2	111	12	179	9	151	3	28	4	4	6	53
	淡路市	1	2	0	0	1	2	18	324	10	249	8	75	5	7	9	180
	淡路圏域	4	124	1	11	3	113	48	886	29	594	19	292	10	14	18	250
R2	洲本市	1	3	1	3	0	0	15	397	9	330	6	67	2	7	3	20
	南あわじ市	3	70	1	7	2	63	9	94	7	92	2	2	1	3	6	24
	淡路市	3	96	1	9	2	87	16	388	11	286	5	102	3	4	9	44
	淡路圏域	7	169	3	19	4	150	40	879	27	708	13	171	6	14	18	88

資料：厚生労働省 在宅医療にかかる地域別データ集
厚生労働省 医療施設調査
実施件数は各年の9月分

場所別の死亡数 令和3年(2021)：表11

	病 院	診療所	介護老人 保健施設	老人ホーム	自 宅	その他	総 数
淡路圏域	1,417	2	38	222	338	32	2,049
	69.2%	0.1%	1.9%	10.8%	16.5%	1.6%	100%
兵庫県	38,909	687	2,001	5,982	12,923	1,478	61,980
	62.8%	1.1%	3.2%	9.7%	20.9%	2.4%	100%

資料：厚生労働省「人口動態統計」

外来・入院レセプト件数順位（生活習慣病）淡路圏域 令和3年(2021)：表12

外来レセプト件数順位

1	高血圧症	40,128
2	筋・骨格	29,134
3	糖尿病	26,631
4	脂質異常症	25,039
5	精神	13,278
6	がん	10,050
7	狭心症	2,007
8	脳梗塞	1,313
9	脂肪肝	749
10	高尿酸血症	730
11	動脈硬化症	274
12	心筋梗塞	147
13	脳出血	125

入院レセプト件数

1	精神	1,361
2	がん	1,120
3	筋・骨格	759
4	脳梗塞	218
5	狭心症	145
6	脳出血	142
7	糖尿病	87
8	高血圧症	36
9	心筋梗塞	24
10	脂質異常症	11
11	動脈硬化症	11
12	高尿酸血症	4
13	脂肪肝	2

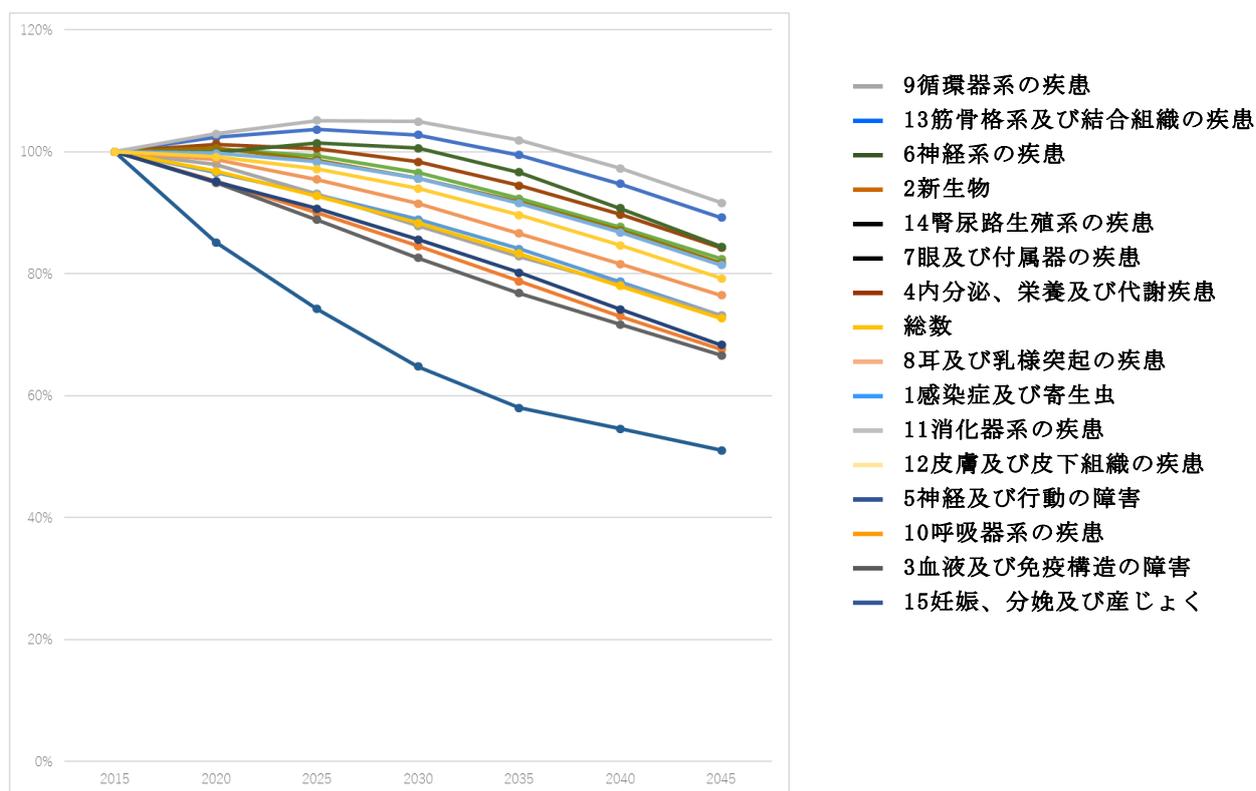
資料：兵庫県「令和3年度医療費分析資料」

要介護者の有病状況 令和3年(2021)：表13

	基礎疾患		循環器疾患		その他			
	糖尿病	糖尿病合併症	心臓病	脳血管疾患	がん	精神	筋・骨格	難病
淡路圏域	2,611	219	6,792	2,306	1,337	3,763	5,885	306
	26.9%	2.3%	70.1%	23.8%	13.8%	38.8%	60.7%	3.2%
兵庫県	86,084	11,832	207,638	75,971	42,482	121,027	183,623	12,019
	26.8%	3.7%	64.7%	23.7%	13.2%	37.7%	57.2%	3.7%

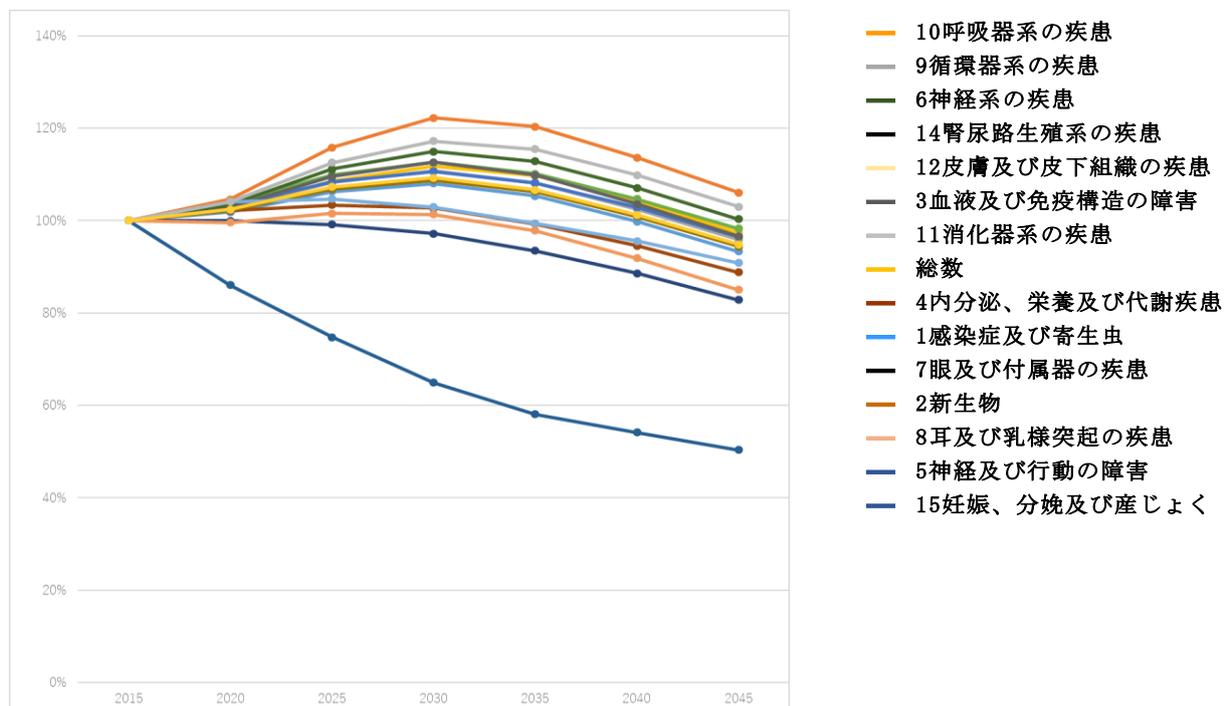
資料：兵庫県「令和3年度医療費分析資料」

外来患者数の推計（淡路圏域）：図3



資料：産業医科大学公衆衛生学教室 地域別人口変化分析ツール（AJAPA）

入院患者数の推計（淡路圏域）：図4



資料：産業医科大学公衆衛生学教室 地域別人口変化分析ツール（AJAPA）