

兵庫県保健医療計画

4 疾病 5 事業に係る素案

平成19年10月23日時点

目 次

第2部 各論

第2章 いのちを守る

第1節 救急医療・災害医療

- 1 救急医療・・・・・・・・・・・・・・・・・・101-1～8
- 2 小児救急医療・・・・・・・・・・・・・・・・・・102-1～5
- 3 病院前救護・・・・・・・・・・・・・・・・・・103-1～3
- 4 災害医療・・・・・・・・・・・・・・・・・・104-1～5

第2節 へき地医療

- 1 へき地医療・・・・・・・・・・・・・・・・・・105-1～4

第3節 生活習慣病対策

- 1 がん対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・107-1～12
- 2 循環器疾患対策
 - (1) 心疾患対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・108-1～5
 - (2) 脳血管疾患対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・109-1～5
- 3 糖尿病対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・110-1～4

第4節 周産期医療・・・・・・・・・・・・・・・・・・111-1～3

第3章 地域ケアを進める

第2節 在宅医療

- 1 在宅医療・・・・・・・・・・・・・・・・・・140-1～2
- 2 在宅ターミナルケア・・・・・・・・・・・・・・・・・・141-1～3

第3節 地域リハビリテーションシステム・・・・・・・・・・・・・・・・・・142-1～2

第2章 いのちを守る

第1節 救急医療・災害医療

1 救急医療

救急医療は、医療機関、消防機関、行政機関等が協力して、救急告示制度及び1次救急から3次救急までの救急医療体制によって対応しているが、地域毎に医療資源、医療機関へのアクセス状況等が異なることから、地域の医療資源を効果的に活用し、地域の実情に即した救急医療体制の整備を行うことにより、県民が急傷病時に安心して診療を受けることができるよう、救急医療体制の質的な充実を目指す。

【現 状】

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

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

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

(1) 救急告示制度

救急病院等を定める厚生省令に基づき、救急医療機関を認定し、告示している。

県下の救急告示医療機関数は、平成19年4月1日現在、病院185施設、診療所11施設の計196施設である。

(2) 1次救急医療体制

休日及び夜間における1次救急患者に対応する救急医療機関を確保するため、県下を41地区に分けて、休日夜間急患センターや在宅当番医制により対応することとしている。現在、休日夜間急患センターは21施設が設置され、在宅当番医制は27地区で実施されている。

(3) 2次救急医療体制

休日及び夜間における2次救急患者に対応し、1次救急医療機関の後送先ともなる病院を確保するため、圏域内の病院群が輪番制方式(病院群輪番制)により対応することとしている。現在、2次保健医療圏域10圏域のうち、神戸圏域、東播磨圏域、但馬圏域を2地域ずつとした13の2次救急医療圏域で毎夜間及び休日昼間に実施している。

(4) 3次救急医療体制

常時、主に3次救急患者に対応し、2次救急病院の後送先ともなる病院を確保するため、現在、3次救急医療圏域として、2次保健医療圏域を基本に県下を6ブロックに分け、救命救急センター等の3次救急病院を7病院設けている。なお、

救命救急センターのうち1病院は指肢切断や広範囲熱傷にも対応する高度救命救急センターである。

(5) 特殊診療科等の救急医療体制

生命に重大な影響を及ぼす脳や循環器系の傷病者に対応するため、2次保健医療圏域を単位として脳外科・循環器科病院群輪番制を4圏域（神戸、阪神南、阪神北、中・西播磨）で実施するとともに、休日における特殊診療科（眼科、耳鼻科）の救急医療を確保するため、3か所の休日夜間急患センター（神戸、尼崎、姫路）で特殊診療科の診療を実施している。

また、本県に滞在する外国人が安心して医療を受けられるよう、外国人対応病院群輪番制を3圏域（神戸、阪神、東播磨）で実施している。

(6) 広域災害・救急医療情報システム

救急医療に必要な診療科目及び手術の可否並びに空床の有無等の診療応需情報を参加医療機関から収集し、この情報を消防本部等に迅速かつ的確に提供する救急医療情報システムを昭和56年に整備したが、阪神・淡路大震災の教訓を踏まえ、大規模災害にも対応できる広域災害・救急医療情報システムとして平成8年12月に再構築を行い、平成15年4月にはシステムをWeb化して、県民に救急医療機関情報を提供するとともに、局所的な中小規模災害にも対応できる緊急搬送要請モードを追加整備して、運用している。

(7) ヘリコプターを活用した救急医療の確保

病院間搬送、現場出動による救急患者の広域搬送手段を確保するため、平成16年度から県消防防災ヘリ1機、神戸市消防防災ヘリ2機の3機を共同運航しており、医師等が同乗する場合は兵庫県災害医療センターの医師等が同乗してきたが、平成19年7月からは神戸大学医学部附属病院の医師等も同乗する体制となった。

平成18年度の活動実績としては82件であり、その活動内訳としては、病院間搬送17件、現場出動65件となっている。なお、医師等が同乗によるものは82件中55件となっている。

【課題】

(1) 救急医療体制の一元化

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

(2) 1次救急医療体制

休日夜間急患センター、在宅当番医制のいずれにおいても対応できていない空白日、時間が生じている地域がある。

(3) 2次救急医療体制

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

(4) 3次救急医療体制

ア 新たに設定する東播磨ブロックにおいて、新たに整備する救命救急センターを中心とした救急医療機関、消防機関等との連携体制を検討する必要がある。

(5) 特殊診療科等の救急医療体制

脳外科・循環器科病院群輪番制については、一部の3次救急患者にも対応していることから、救命救急センター等の3次救急病院との役割分担、連携体制について、検討する必要がある。

(6) 広域災害・救急医療情報システム

システムとしては一定の整備ができていますが、入力情報の信頼性の向上、システム参加機関における情報入力体制、入力情報の活用方法等、システムの運用について検討を行うとともに、継続的に運用方法の周知徹底を行う必要がある。

また、県民への情報提供内容、システムの周知方法等について検証を行う必要がある。

(7) ヘリコプターを活用した救急医療の確保

救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の全国的な確保を図ることを目的とした「救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法」が平成19年6月に成立を踏まえ、ドクターヘリの導入も含め、近隣府県との連携をも視野に入れた県内のヘリコプターを活用した救急患者搬送体制の検討が必要である。

(8) 救急医療を担う人材の確保

救急医療機関の中でも特に、救命救急センター等の3次救急病院において、救急医をはじめとする救急医療を担う人材の確保が必要である。

【推進方策】

(1) 救急医療体制の一元化の推進

ア 救急告示の認定を受けた医療機関のうち、診療所を1次救急医療機関、病院（救命救急センター及び3次的機能病院を除く）を2次救急病院と位置づけ、機能分担の明確化を図る。（県）

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

(2) 1次救急医療体制の整備

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

(3) 2次救急医療体制の整備

病院群輪番制の参加病院数が少ない圏域においては、地域の状況に応じて、地元関係機関との調整を進め、新たな参加病院の確保を進める。（市町）

(4) 3次救急医療体制の整備

ア 新たに設定する東播磨ブロックにおいて、新たに整備する救命救急センター

を中心とした救急医療機関、消防機関等との連携体制の整備促進を図る。(県、市町、医療機関)

○救命救急センター等3次救急病院の増設 7施設(2006) → 8施設(2009)

(5) 特殊診療科等の救急医療体制

地域の実情に合わせて、実施地域における内容の充実、3次救急病院との役割分担、連携体制について検討する。(県、市町、医療機関、医療団体)

(6) 広域災害・救急医療情報システム

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

イ 県民への情報提供内容、周知方法等について検証を行い、情報システムの活用を推進する。(県、市町、医療機関)

(7) ヘリコプターを活用した救急医療の確保

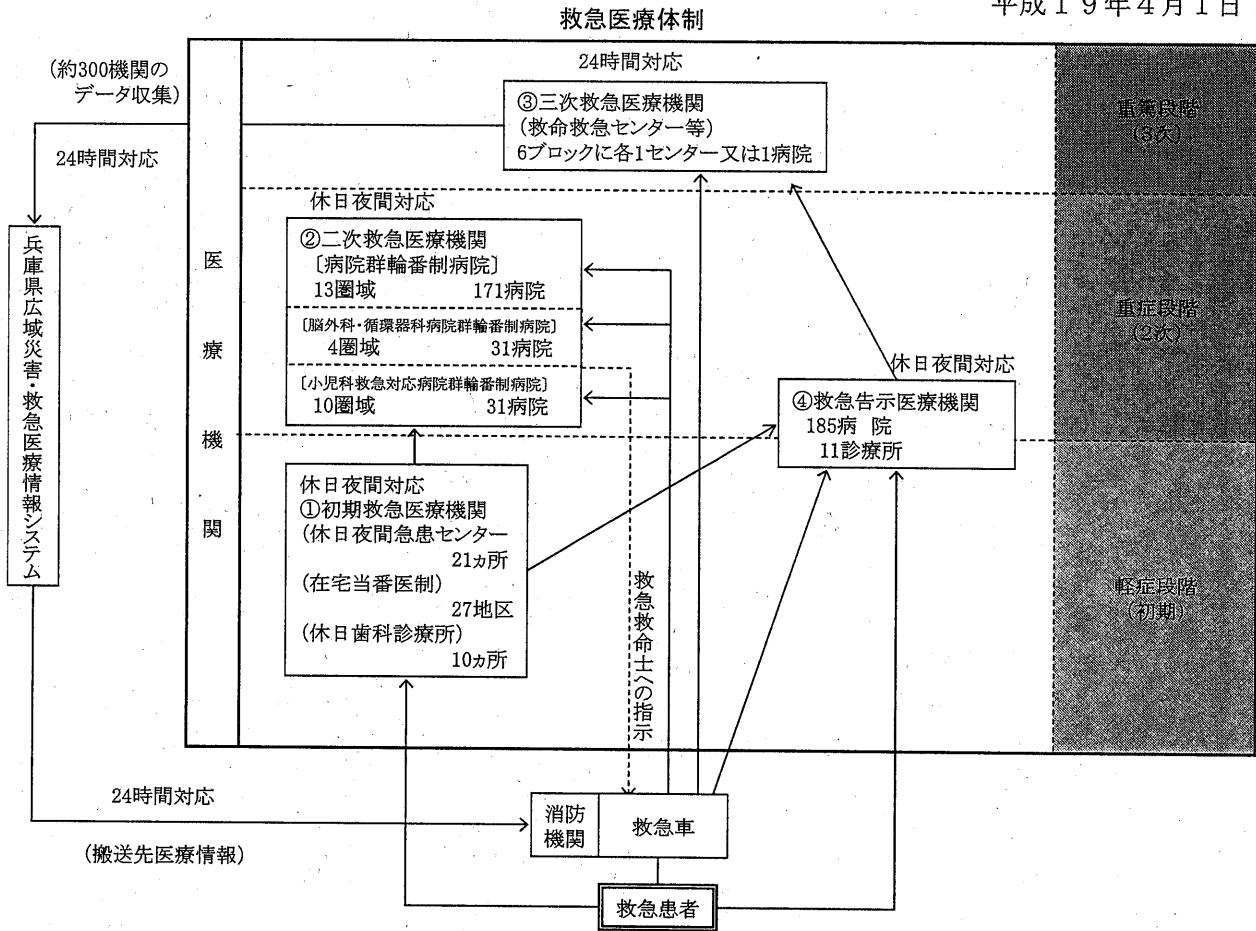
消防防災ヘリを活用した現行体制の実績の分析、ドクターヘリを既に導入している他府県先行事例の情報収集、ヘリコプターを活用した県内5救命救急センターの救急医療機能の分担と連携、京都府・鳥取県との連携によるヘリの活用等ドクターヘリ導入の可能性も含め検討した上で、ヘリコプターを活用した救急患者搬送体制の充実を図る。(県、市町、医療機関)

(8) 救急医療を担う人材の確保

救急医をはじめとする救急医療を担う人材を確保するため、大学、医療機関における人材の育成について検討する。(県、大学、医療機関)

救急医療体制図

平成19年4月1日



- ① 初期救急医療機関 【休日夜間急患センター、在宅当番医制、休日歯科診療所】
入院・手術等を必要としない比較的軽症な救急患者に対応する。
- ② 二次救急医療機関 【病院群輪番制】
入院・手術等を必要とする重症救急患者に対応する。
〔病院群輪番制〕
概ね、二次医療圏ごとに区域を設定し、重症患者に対応できる数病院が交替で休日・夜間における診療を受け持つ。(救急医療圏域13圏域で実施)
〔脳外科・循環器科病院群輪番制〕
二次医療圏単位で、脳外科・循環器科に対応できる民間病院を主として数病院が交替で休日夜間における、これら診療科目の救急患者の収容と救命処置を行う救急救命士に対しての指示を行う。
〔小児科救急対応病院群輪番制〕
二次医療圏単位で小児科重症救急患者に対応できる数病院が交替で休日・夜間における診療を受け持つ。(保健医療圏域10圏域で実施)
- ③ 三次救急医療機関 【救命救急センター、3次的機能病院】
脳卒中、心筋梗塞、頭部外傷などの重篤救急患者へ対応するため、高度の診療機能を備え、24時間受入れ可能な体制をとる。
- ④ 救急告示医療機関
医療機関からの申し出により、施設・受入れ体制の整ったものについて都道府県知事が認定し告示する。

休日夜間急患センター及び救命救急センター等設置状況一覧

1 休日夜間急患センター

	施 設 名	開 設 年 月 日
1	神戸市医師会急病診療所	昭和50年12月1日
2	神戸市小児科休日急病診療所	平成14年10月1日
3	(財) 尼崎健康・医療財団休日夜間急病診療所	昭和49年11月1日
4	伊丹市休日応急診療所	昭和50年6月1日
5	川西市応急診療所	昭和61年6月1日
6	西宮市応急診療所	昭和54年11月3日
7	宝塚市立休日応急診療所	昭和52年3月1日
8	芦屋市立休日応急診療所	平成9年11月30日
9	明石市立夜間休日急病センター	平成15年6月1日
10	加古川夜間急病センター	昭和55年4月1日
11	西脇市多可郡休日応急診療センター	昭和56年10月1日
12	姫路市休日・夜間急病センター	昭和54年2月15日
13	神崎町休日夜間診療所	昭和50年2月6日
14	揖龍休日夜間急病センター	昭和56年11月13日
15	豊岡市休日急病診療所	昭和54年3月4日
16	南但休日診療所	昭和57年3月24日
17	篠山市休日診療所	平成17年7月1日
18	丹波市休日診療所	昭和50年5月11日
19	洲本市応急診療所	昭和56年4月1日
20	淡路市休日応急診療所	昭和50年3月9日
21	南あわじ市休日応急診療所	昭和53年3月7日

2 救命救急センター等

	施 設 名	開 設 年 月 日
A	神戸市立医療センター中央市民病院	昭和52年1月1日
B	兵庫県災害医療センター	平成15年8月1日
C	兵庫医科大学病院	昭和55年4月1日
D	兵庫県立姫路循環器病センター	昭和56年6月19日
E	公立豊岡病院 (但馬救急センター)	昭和54年1月1日
F	兵庫県立柏原病院	昭和56年10月8日
G	兵庫県立淡路病院	昭和55年11月1日

救急医療体制地区別整備状況

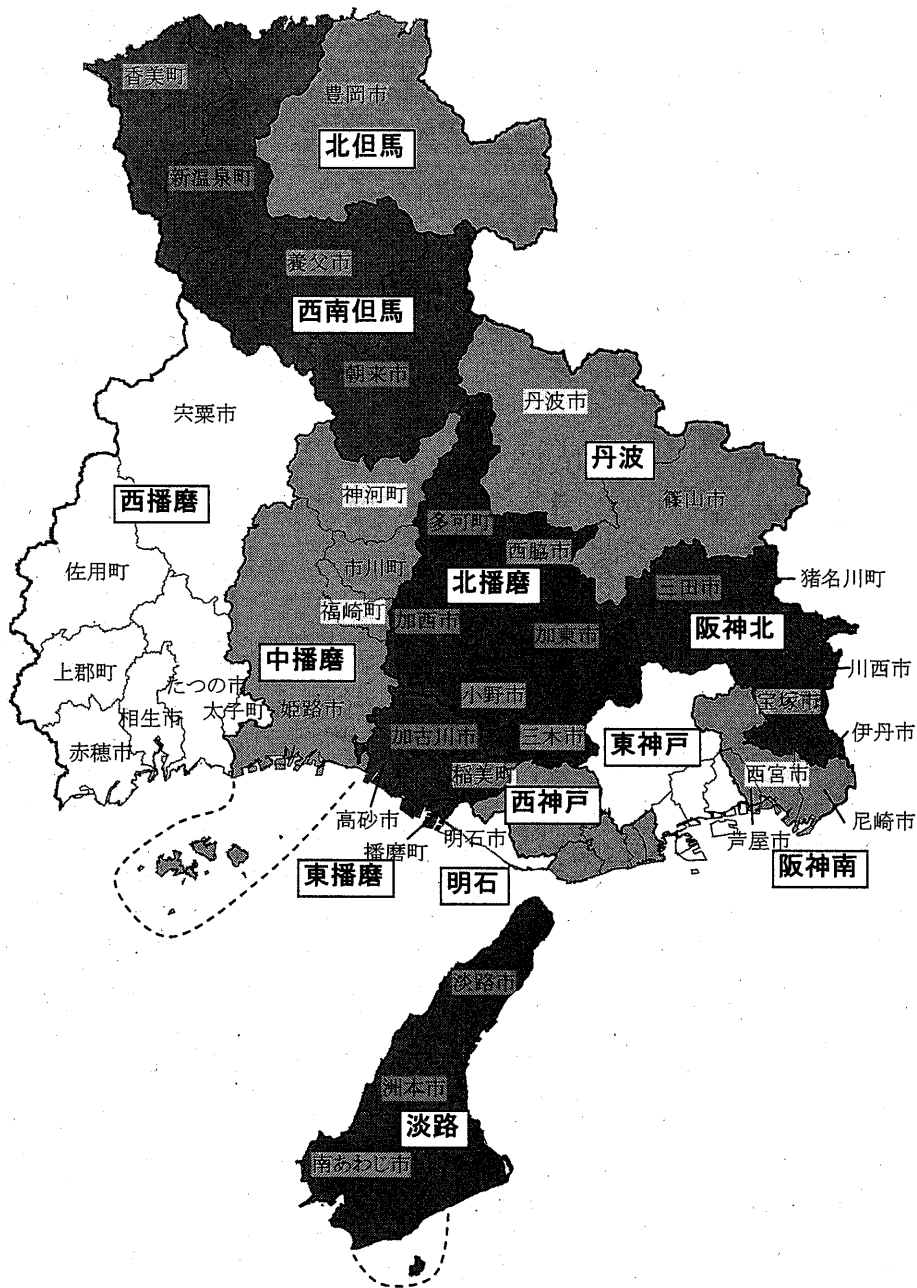
(平成19年4月1日現在)

区分	一次（初期）			二次（重症）		三次（重篤）		
	地区名	休日夜間急患センター	在宅当番医	地域名	病院群輪番制	圏域名	救命救急センター等	
地域	神戸市 (東灘区・灘区・中央区・兵庫区・北区・ 長田区・須磨区・垂水区・西区)	◎ (2箇所対応)	○ (各区ごと)	東神戸	◎	神戸	● 神戸市立 医療センター 中央市民病院	
				西神戸	◎			
	尼崎市	◎	◎	阪神南	◎	阪神	● 兵庫県災害医療センター ● 兵庫医科大学病院	
	西宮市	◎	◎					
	芦屋市	○	◎					
	伊丹市	○	○	阪神北	◎			
	川西市・川辺郡	○						
	宝塚市	○						
	三田市		○					
	明石市	◎	◎	明石	◎	播磨	● 県立姫路 循環器病センター	
	加古川市・加古郡	◎	○	東播磨	◎			
	高砂市		○					
	西脇市・多可郡	○		北播磨	◎			
	三木市		○					
	小野市・加東市		○					
	加西市		○	中播磨	◎			
	姫路市	◎						
	姫路市(旧家島町)		○	西播磨	◎			
	神崎郡	◎	○					
	たつの市・揖保郡	○						
	宍粟市		○					
佐用郡		○	西南但馬	◎	但馬			● 兵庫県但馬救急センター
相生市		○						
赤穂市		○						
赤穂郡		○						
養父市	○							
朝来市								
美方郡	公立病院等で対応		北但馬	◎				
豊岡市	○		丹波	◎	丹波	● 県立柏原病院		
篠山市	○							
丹波市	○		淡路	◎	淡路	● 県立淡路病院		
洲本市	○							
淡路市	○							
南あわじ市	○							
計		21	27		13		7	

○は、毎休日に救急体制を実施
●は、常時救急体制を実施

◎は、毎休日・毎夜間に救急体制を実施

救急医療圏域図



救急医療圏域区分

区分	1次 (市町)	2次 (圏域)	3次 (ブロック)	
地域区分	市、郡、町単位	東神戸	神戸	
		西神戸		
		阪神南	阪神	
		阪神北		
		明石	播磨※	(東播磨)
		東播磨		
		北播磨		(西播磨)
		中播磨		
		西播磨	但馬	
		西南但馬		
		北但馬		
		丹波	丹波	
淡路	淡路			
計	29市12町	13	6 (7)	

※ 新たに救命救急センターを設置する際に播磨ブロックを分割する。

2 小児救急医療

小児救急医療は、医療機関、消防機関、行政機関等が協力して、救急医療体制を基本に1次小児救急から3次小児救急までの小児救急医療体制によって対応しているが、地域毎に小児科医師数等の医療資源、医療機関へのアクセス状況等が異なることから、地域の医療資源を効果的に活用し、地域の実情に即した小児救急医療体制の整備を行うことにより、小児救急医療体制の確保・充実を目指す。

【現 状】

県では、県民誰もが安心して子育てできる社会の実現に向け、小児科医の確保、初期・2次・3次救急の充実、医療機関相互のネットワークの充実、小児救急医療相談の実施、小児救急知識の普及啓発等を内容とする「小児救急（災害）医療システムの整備に関する基本方針」を平成15年10月に策定し、順次施策展開を図っている。

(1) 小児救急医療電話相談体制

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

ア 小児救急医療電話相談（#8000）

対象圏域：県下全域

相談時間：〈月～土曜日〉 18時～22時

〈日祝日・年末年始〉 9時～22時

電話番号：プッシュホン用、携帯電話 #8000

ダイヤル回線用 (078) 731-8899

※ ダイヤル回線 IP 電話、市外局番が 06 及び 072 の地域（尼崎市、伊丹市、川西市、猪名川町等）の場合はダイヤル回線用に電話。

イ 地域における小児救急医療電話相談

2次保健医療圏域毎に小児救急医療電話相談窓口を設置し、小児救急患者の家族等からの相談に対応する。

実施圏域：神戸圏域、北播磨圏域、淡路圏域

電話番号：各圏域の相談窓口により異なる

神戸圏域 : 078-858-1111

北播磨圏域 : 0794-62-1371

淡路圏域 : 0799-22-1200

(2) 1次小児救急医療体制

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

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

(3) 2次小児救急医療体制

休日及び夜間における2次小児救急患者に対応し、1次小児救急医療機関の後送先ともなる病院を確保するため、地域内の小児科医師を確保する病院群が輪番制方式（小児科救急対応病院群輪番制）により対応することとしている。現在、2次保健医療圏域10圏域のうち、阪神北圏域を分割し、2圏域とした11の2次小児救急医療圏域で実施している（東阪神圏域、及び西阪神圏域を平成20年度以降、阪神南圏域として、一本化する。また、阪神北圏域を阪神北、及び三田圏域として分割し、存続するかは、三田圏域の小児2次輪番体制の現状を踏まえた上で、再検討する必要あり）。

(4) 3次小児救急医療体制

3次小児救急病院として県立こども病院を位置付け、平成14年10月から3次小児救急患者に対する救命救急医療を確保している。

また、3次救急医療圏域6ブロックに設置している、救命救急センター等の3次救急病院においても、小児3次救急患者に対する救命救急医療を確保している。

(5) 小児救急医療を担う医師の研修体制

小児科医師を確保するため、平成17年度から離・退職医師を対象に小児救急医療研修施設において再教育を行い、小児科医師の不足している医療機関に配置するとともに、1次小児救急医療に対応できる医師を養成するため、平成14年度から内科医師等を対象に小児救急医療研修を実施している。

【課題】

(1) 小児救急医療電話相談体制

小児救急患者家族の不安を解消するため、地域における小児救急医療電話相談を全ての2次保健医療圏域において実施する必要がある。

(2) 1次小児救急医療体制

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

(3) 2次救急医療体制

ア 新たに設定する2次小児救急医療圏域に基づいて、小児科救急対応病院群輪番制や小児救急医療拠点病院による2次小児救急医療体制を確立していく必要がある。

イ 小児科救急対応病院群輪番制は、狭い地域に比較的多数の病院がある場合は円滑な運用が期待できるが、広い地域に少数の病院が散在している場合には必ずしも効果的な運営が期待できない場合がある。

ウ 小児救急医療拠点病院において、常時、小児救急患者を受け入れる体制に必要な小児科医師数が確保できていない場合がある。（調査結果を見て、割愛するか要判断）

(4) 3次救急医療体制

3次小児救急医療を担う県立こども病院の施設、設備、診療体制を充実するとともに、各圏域の2次小児救急病院との円滑な連携体制を構築する必要がある。

(5) 小児救急医療を担う医師の研修体制

小児救急医療研修受講者の小児救急医療体制への参画を促進する必要がある。

【推進方策】

(1) 小児救急医療電話相談体制の推進

地域における小児救急医療電話相談を全ての2次保健医療圏域で実施できるよう、電話相談窓口の拡大を進める。(県、市町、医療機関)

○地域における相談窓口の拡充 3地域(2006) → 10地域(2007)

(2) 1次小児救急医療体制の整備

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

イ 郡市ごとに1次小児救急医療体制の確保が困難な地域については、広域的な1次小児救急医療機関の整備や2次小児救急病院の対応体制の整備を進める。(市町、医療機関)

(3) 2次小児救急医療体制の整備

ア 新たに設定する2次小児救急医療圏域に基づいて、小児科救急対応病院群輪番制や小児救急医療拠点病院による2次小児救急医療体制の整備を推進する。(県、市町、医療機関)

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

○2次小児救急医療の空白日を解消 990日(2006) → 0日(2009)

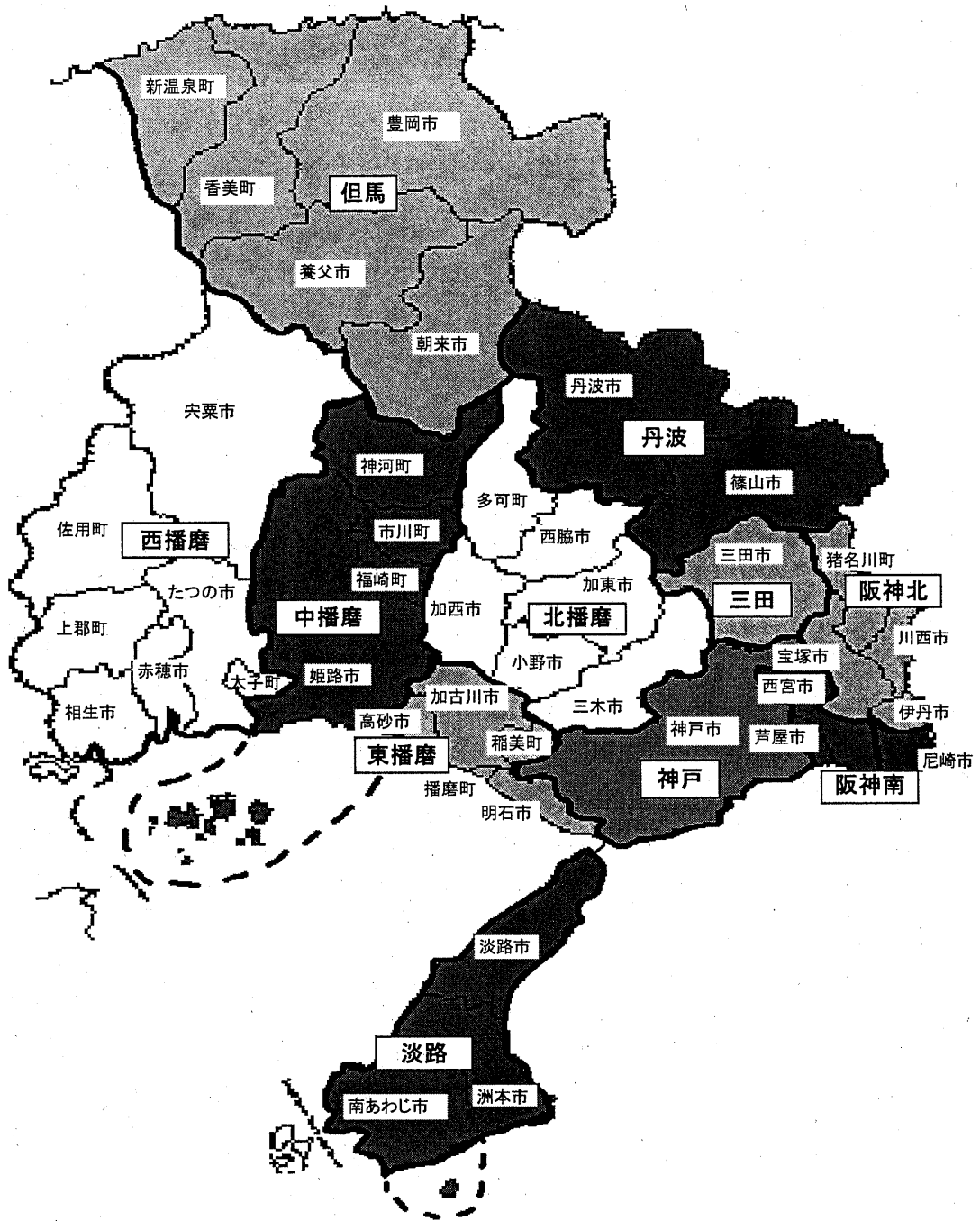
(4) 3次小児救急医療体制の整備

県立こども病院小児救急医療センターと、各地域の2次小児救急医療機関との連携体制の整備を推進する。(県、市町、医療機関)

(5) 小児救急医療を担う医師の研修体制

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

小児救急医療圏域図

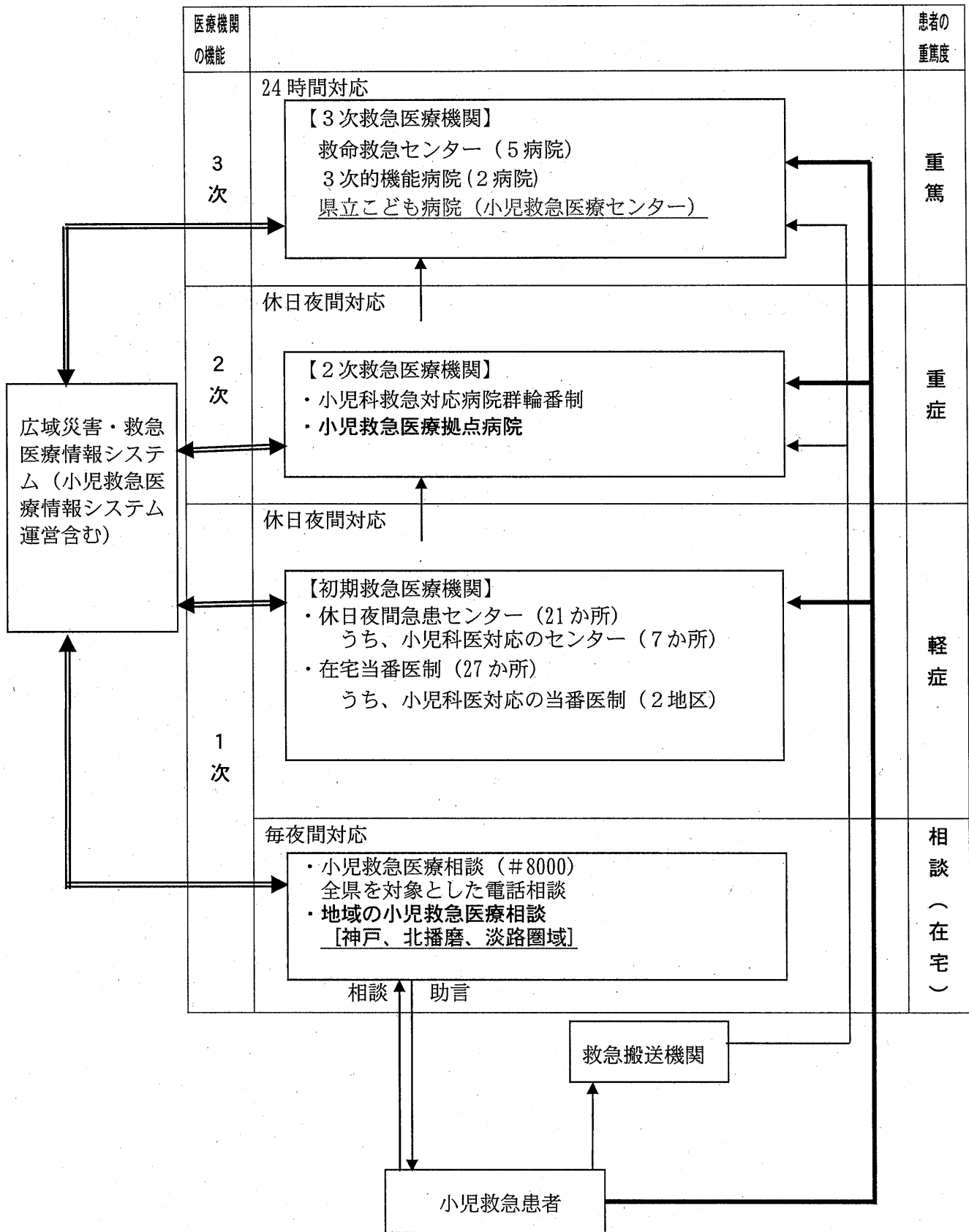


小児救急医療圏域区分

区分	1次（市町）	2次（圏域）	3次（ブロック）	
地域区分	市、郡、町単位	神戸	神戸	
		阪神南	阪神	
		阪神北		
		三田	播磨 ※	
		東播磨		(東播磨)
		北播磨		(西播磨)
		中播磨		
		西播磨		
		但馬	但馬	
		丹波	丹波	
淡路	淡路			
分計	29市12町	11	6 ; (7)	

※ 新たに救命救急センターを設置する際に播磨ブロックを分割する。

小児救急医療体制図



3 病院前救護

病院前救護とは、傷病者が救急現場から医師の管理下におかれるまでの間に行われる応急処置・救命処置のことを指す。

傷病者の救命率の向上を図るためには、一刻も早く医師の管理下におくことが必要であり、ドクターカー等により医師が現場で対応できる体制が望まれるが、現状は、救急救命士等により応急処置・救命処置がなされている。

病院前救護における医療の質を確保するため、メディカルコントロール体制*を整備し、救急救命士等が医療行為を実施する場合、当該医療行為を医師が指示又は指導・助言及び検証してそれらの医療行為の質を保障することが必要である。病院前救護体制を充実することにより、傷病者の救命率の向上や合併症の発生率の低下などの予後の向上を図る。

○ 県内のドクターカーの状況

実施主体	実施開始	実施形態	実施体制	平成18年中の実績	
				出場件数(件)	処置患者数(人)
県立災害医療センター	H15.9.11	災害医療センターで実施	24H体制	512	330
神戸市消防局	H11.7.1	神戸市立中央市民病院とのワークステーション方式	月～金 9:00～17:30	242	249
西宮市消防局	S54.12.1	消防本部で実施	24H体制	92	86
淡路広域消防事務組合	H7.6.12	兵庫県立淡路病院で実施(試験運用中)	月～金 9:00～17:30	1	1

メディカルコントロール体制：病院前救護におけるメディカルコントロールとは、医学的観点から救急救命士を含む救急隊員が行う応急処置等の質を保障することをさす。メディカルコントロール体制とは、①医師による指示、指導・助言体制、②事後検証体制、③再教育体制、の重要な3要素が整備された体制のこと

【現 状】

- (1) 救命率を向上させるため、また、増大する救急需要に対応するため、病院前救護体制のさらなる充実を図る必要がある。
- (2) 救急救命士の処置範囲が段階的に拡大された。(平成15年4月から「医師の包括的指示下での除細動」が、平成16年7月から「気管挿管」が、平成18年4月から「薬剤(アドレナリン)投与」がそれぞれ実施可能となった。)

○ 救急救命士の人数(平成19年4月1日現在)

	救急救命士		
	資格者	うち気管挿管資格者	うち薬剤投与資格者
神戸地域	245人	27人	29人
阪神・丹波地域	293人	45人	54人
東播磨・北播磨・淡路地域	248人	57人	61人
中播磨・西播磨地域	190人	40人	35人
但馬地域	75人	23人	17人
計	1,051人	192人	196人

- (3) 兵庫県では平成14年8月に県単位協議会である兵庫県救急業務高度化協議会を設置、地域メディカルコントロール協議会を県内5地域に分け、平成14年度中に設置し、①救急救命士らへの医師の指示、指導・助言体制の構築、②救急活動の事後検証体制の構築、③救急救命士の再教育体制の充実、を柱とするメディカルコントロール体制を整備した。
- (4) 各地域メディカルコントロール協議会では、救急活動プロトコルを策定しており、救急救命士らは、このプロトコルに基づき救急活動を実施している。

【課題】

- (1) 消防、救急医療機関のより円滑な連携
- (2) 疾病ごとの救急活動プロトコルの策定
- (3) 救急搬送手段の事後検証体制
- (4) 災害拠点病院等におけるドクターカーの整備
- (5) バイスタンダー（傷病者の傍らにいる人）による救命処置の実施及びその検証体制
- (6) 県民へのAEDの普及啓発

【推進方策】

救命率のさらなる向上をめざし、病院前救護体制の充実に努める。

(1) 救急体制の充実

救急救命士の新規養成に努めるとともに、救急救命士の業務拡大に適切に対応することにより、救急体制の充実を図る。(県、市町)

(2) メディカルコントロール体制の充実

- ① メディカルコントロール体制のさらなる充実を図り、救急業務の円滑な実施と消防及び救急医療機関との円滑な連携を行う。(県、市町、医療機関)
- ② 地域メディカルコントロール協議会において疾病ごとの救急活動プロトコルを策定する。(県、市町)
- ③ 事後検証委員会において、救急搬送手段の事後検証を行う。(県、市町)

(3) 応急手当の普及・啓発

救急隊が現場に到着するまでに、バイスタンダー（傷病者の傍らにいる人）による応急手当（心肺蘇生、AED等）が実施され、救命の連鎖がスムーズに行われるよう応急手当の普及・啓発を図る。(県、市町、医療機関、関係団体)

(4) AEDの啓発

平成16年から平成18年にかけて県立高等学校を含めた全県立施設への設置を行うとともに、平成18年9月より開催されたのじぎく兵庫国体の会場に設置したAED148台のうち124台については会場となった各市町へ無償贈与するなど県として可能な普及対策を講じてきた。

今後は、AEDの使用方法についての講習会を開催する等によりAEDの普及啓発を図る。(県、市町、関係団体)

AED : Automated External Defibrillator (自動体外式除細動器) の略。スポーツ時はもとより日常生活の中でも突発的に起こりうる、心臓が脈打たずに細かく震えたようになる「心室細動」という不整脈に陥った時、電気ショックをかけて心脈を復活させる装置。

4 災害医療

現行の災害救急医療システムを基本に、平成16年10月に発生した台風23号による水害、平成17年4月に発生したJR福知山線列車脱線事故等、様々な災害に対応できるよう、県下の災害拠点病院間の連携体制を構築し、災害医療情報の収集・提供、医療機関や搬送機関への指示要請、救命救急医療の提供、患者の搬送、医薬品の備蓄などについて総合的なシステムを整備することにより、災害時でも安心して診療が受けられるよう、すべての2次保健医療圏域において、災害救急医療体制の充実強化を図る。

また、災害初動期において迅速かつ効率的な救護活動ができるよう、医療従事者に対し災害医療に関する知識の普及啓発を引き続き行うとともに、共通の通信機器、医療資器材などの装備を有する、指定災害拠点病院救護班を整備する。

【指定災害拠点病院救護班】

災害時に出勤し、被災者に応急処置を施す医療チームであるDMAT (Disaster Medical Assistance Team: 災害医療支援チーム) の要件を満たし、かつ、災害医療現場における総括指揮者である災害医療コーディネーターとの連携など、本県独自の機能を付加した災害医療支援チーム

【現 状】

(1) 広域災害・救急医療情報・指令システムの整備

平成8年12月に、従来の救急医療情報システムを、阪神・淡路大震災の教訓を踏まえ、大規模災害にも対応できる広域災害・救急医療情報システムとして更新した。

また、平成15年4月にはシステムをWeb化して、局所的な中小規模災害にも対応できる緊急搬送要請モードを追加整備して、運用している。

現在、IP電話(インターネット回線を使用した固定電話)や災害時優先携帯電話など、複数の通信手段による情報通信ネットワークについても整備を進めており、それらを活用して得られた総合的な情報をもとに、救護班の派遣や患者搬送等の調整、指示する災害救急医療情報指令センターを、平成15年8月から県災害医療センター内に整備し、運営している。

(2) 県災害医療センターの整備

災害救急医療システムの中核施設として、県災害医療センターを神戸東部新都心に整備しており、同センターは、県の基幹災害医療センターとして、大規模災害に対応できるよう、平時から救命救急センターとして救命救急医療を提供するほか、災害医療情報の収集・提供、医療機関や搬送機関に対する指示・要請、ヘリコプターなどを活用した患者搬送、医薬品等の備蓄、災害医療コーディネーターや救護班として派遣される災害医療従事者に対して、研修などを行っている。

また、併設されている神戸赤十字病院が県災害医療センターの後方支援機能を担っている。

(3) 災害拠点病院の整備

災害時に被災患者の受入れ・治療、救護班の派遣等を行う災害拠点病院を、各2次保健医療圏域に原則1か所整備することとし、現在15病院を指定している。各病院に対しては、耐震強化工事や受水槽、自家発電装置、備蓄倉庫、医療機器などの計画的な整備を指導している。

(4) 災害医療コーディネーターの確保

災害時の院内における負傷者の受入等の災害対応、院外における救護班活動や災害医療現場での指揮等を担う災害医療コーディネーターを、災害拠点病院の救急部長・外科部長を中心に、平成19年4月1日現在で51名選定している。

(5) 救急搬送システムの整備

災害時における救急患者や医薬品等救援物資の搬送を効果的に行うため、防災関係機関と連携し、ヘリコプターなどによる搬送体制を整備するとともに、災害拠点病院等のヘリポート、患者搬送車の整備などを進めている。

(6) 医薬品等備蓄システムの整備

県災害医療センター及び各災害拠点病院に、災害発生直後に必要な救急用医薬品・衛生材料及び救護班が携行する医療資器材等を備蓄している。現在、各災害拠点病院に1,000人分ずつの救護班携行用医療資器材を確保している。

(7) 災害発生時の初動体制の確立

平成8年度以降、災害時における迅速かつ効率的な救護活動の実現をめざし、救護班の派遣・受入体制、地域医療情報センター、災害拠点病院、郡市医師会、消防本部等の具体的な役割や行動を明示した、2次保健医療圏域単位に「地域災害救急医療マニュアル」を策定している。

(8) 医療マンパワー、広域応援体制の確保

兵庫県では、地域防災計画に救護班の派遣を定める一方、平成8年1月に災害救護専門ボランティア制度を創設し、医師・看護職ら医療ボランティアからなる医療マンパワーを確保している。

さらに、平成8年度に近畿2府7県震災時等の相互応援に関する協定及び全国都道府県における災害時の広域応援に関する協定を締結し、相互応援体制を整えている。

救護班編成状況（平成19年4月現在）

救護班名	班数
日本赤十字社救護班	15班
国立病院機構救護班	18班
県立病院救護班	19班
公的病院救護班	14班

※この他、必要に応じて兵庫県医師会及び他府県に応援を要請。

災害救援専門ボランティア登録状況(平成18年9月現在)

医師ボランティア74名	理学療法士ボランティア37名
医療チームボランティア13チーム	作業療法士ボランティア11名
看護ボランティア134名	薬剤師ボランティア82名
歯科医師ボランティア55名	救急救助ボランティア175名
歯科衛生士ボランティア46名	介護ボランティア84名
歯科技工士ボランティア22名	

【課題】

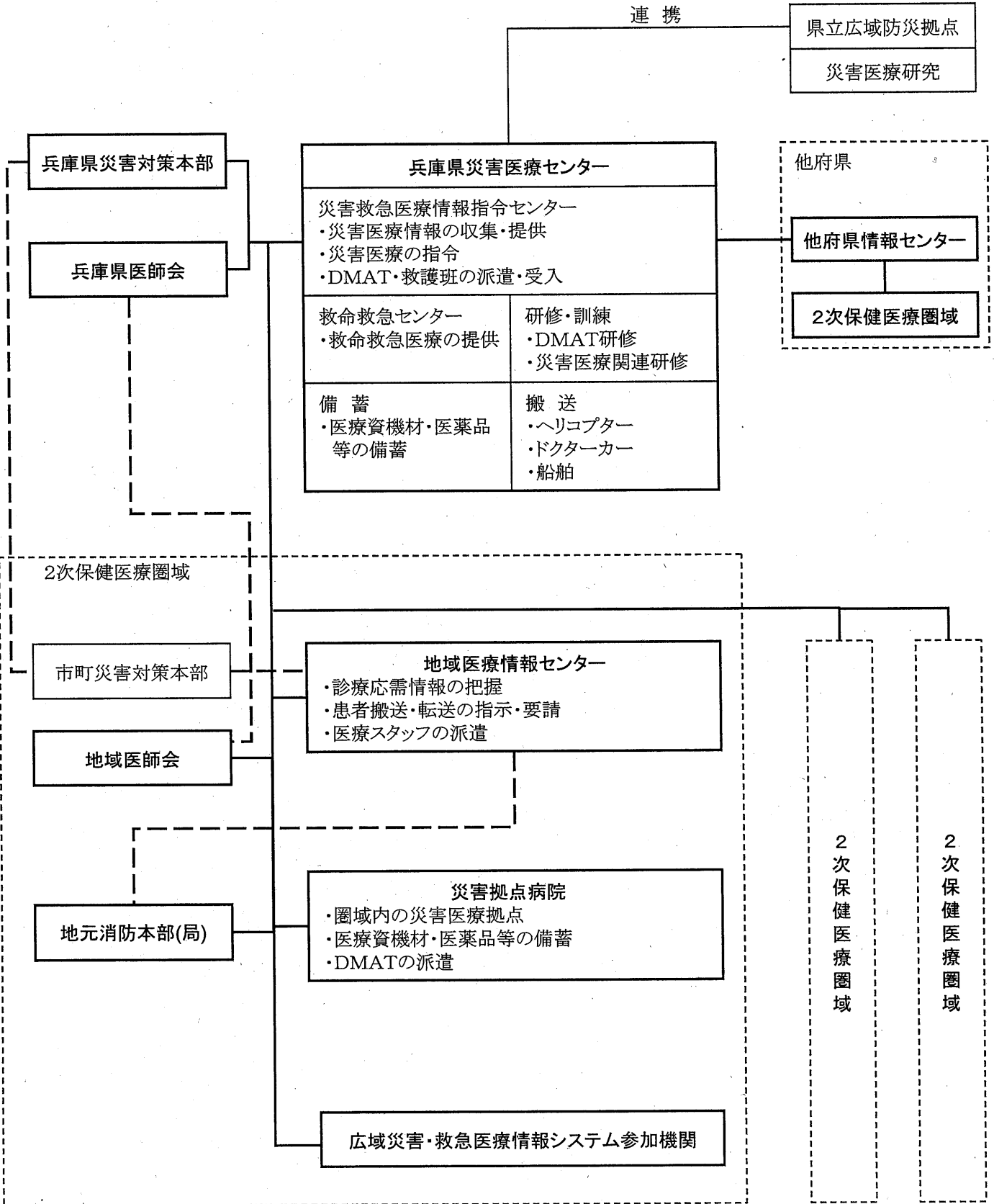
- (1) 災害拠点病院における耐震強化、ライフラインの維持・確保、ヘリポートの確保、医療資器材等の確保・備蓄など、災害拠点病院の機能強化を図る必要がある。
- (2) 各災害拠点病院に配置されている、災害医療コーディネーターと医療機関、消防機関等関係機関との連携体制を整備する必要がある。
- (3) 医療従事者に対し、トリアージなど災害医療に関する知識の普及啓発を引き続き行うとともに、災害医療コーディネーターや災害医療を熟知した救護班員を養成する必要がある。
- (4) 救護班の通信機器をはじめとする医療資器材等装備の共通化、自主的な出動基準の作成、災害医療コーディネーターの役割の明確化等を内容とする、指定災害拠点病院救護班の整備を早期に行う必要がある。

【推進方策】

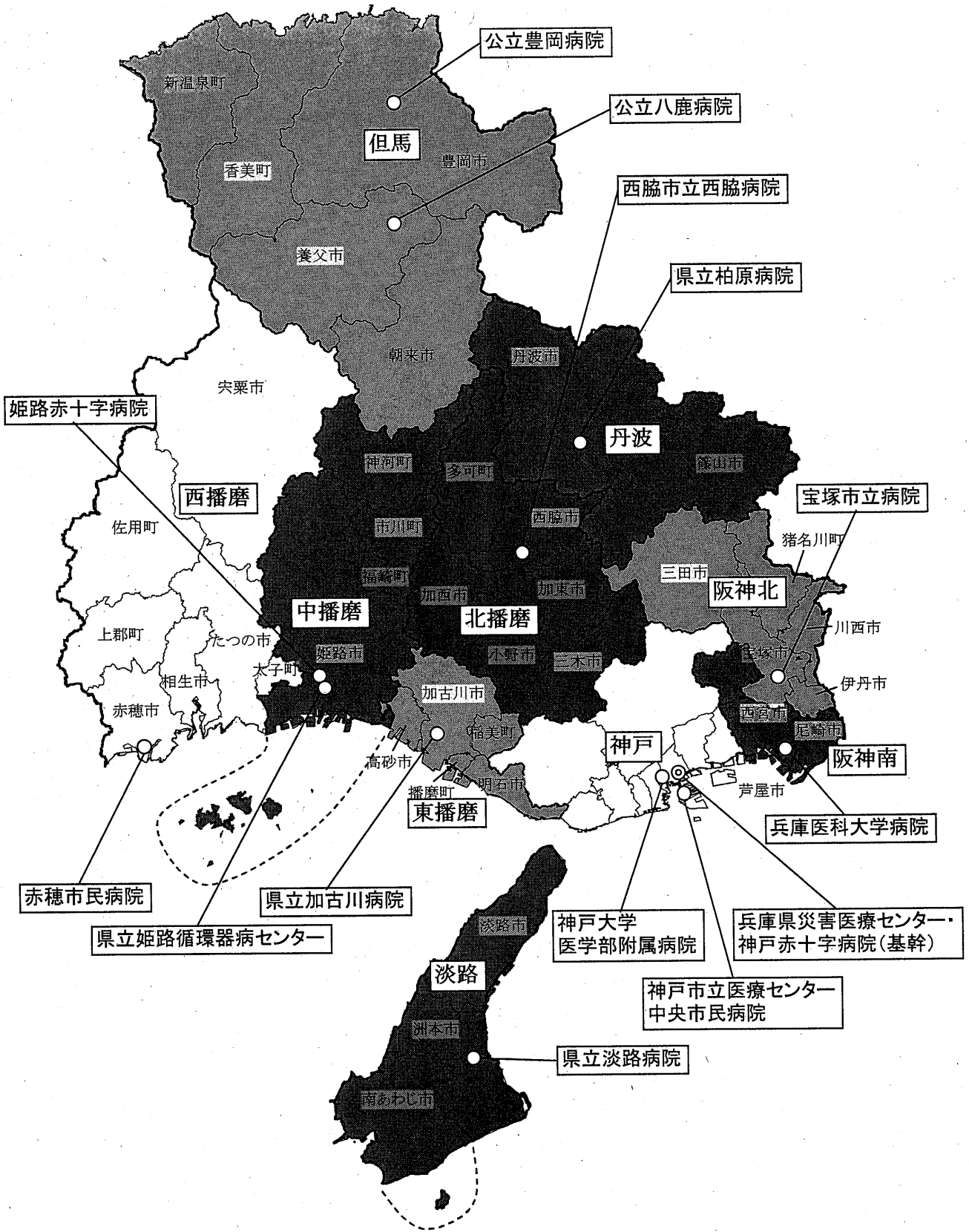
- (1) 2次保健医療圏単位の災害救急医療体制の充実強化を図るため、災害拠点病院が計画的に実施する耐震強化、ライフラインの維持・確保、ヘリポートの確保、医療資器材等の確保・備蓄などの整備事業に対する補助を行うとともに、各病院の「病院防災マニュアル」の作成を支援する。(県)
- (2) すべての2次保健医療圏域において、災害時における医療救護体制の充実強化を図る。特に初動期に迅速に対応できる体制を整備する。(県、市町、医療機関、医師会等関係団体)
- (3) 県下の災害拠点病院間の連携強化を図るために、災害拠点病院連絡協議会、災害医療コーディネーター研修などを継続的に実施するとともに、災害医療ボランティア専門研修を引き続き実施する。(県)
- (4) 災害拠点病院救護班の通信機器、医療資器材等の装備を共通化するため、追加工整備するとともに、災害医療コーディネーターの役割を明確化し、災害拠点病院救護班を対象としたDMAT研修を実施することにより、指定災害拠点病院救護班を整備する。(県、医療機関)

災害医療システム概念図

- 広域災害・救急医療情報システム参加機関
- 広域災害・救急医療情報システム回線
- その他情報網



災害拠点病院位置図



第2節 へき地医療

1 へき地医療

人口密度が低い郡部などでは医療機関も少なく、山間・離島等のへき地において医療の確保に多くの問題を抱えている。こうした地域の住民が安心して暮らせるよう、医療従事者の確保と地域医療の連携体制の構築をめざす。

【現 状】

- (1) 本県では、日本海側や西播磨の県境近くの山間部及び離島に、平成16年12月現在で1市7町9地区の無医地区が存在する。
- (2) 県では、へき地医療対策に係る各種事業を円滑かつ効率的に実施するため、「但馬長寿の郷」内にへき地医療支援機構を設置するとともに、へき地医療拠点病院として公立豊岡病院、公立八鹿病院、公立香住総合病院、県立淡路病院、新日鐵広畑病院を指定している。
- (3) へき地の公立医療機関に勤務する医師を確保するため、自治医科大学及び兵庫医科大学において卒業後へき地に勤務する医師を養成しており、平成19年10月1日現在17名の医師がへき地に勤務している。また、義務年限を終了した医師88名のうち、31名がへき地にある医療機関に引き続き勤務している。さらに、現在前記両大学で25名の医学生をへき地勤務医師として養成中である。

【課 題】

- (1) へき地では、医師の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。
- (2) へき地では都市部に比べて医療資源が希薄なため、特定の診療科の不足が見られる。
- (3) へき地にある公立病院・診療所では、医師等の医療従事者を安定的、継続的に確保することが難しいところが多い。

【推進方策】

(1) へき地医療拠点病院の活動の充実等（県、医療機関）

へき地医療を支援するための各種事業を一層推進するため、へき地医療支援機構の更なる機能向上を図るとともに、同支援機構の調整・指示のもと、へき地医療拠点病院において、代診医の派遣、診療所に勤務する医師に対する研修の実施、遠隔医療の支援などを地域の実情に応じて実施する。

○ へき地医療拠点病院の整備

3圏域(中播磨・但馬・淡路)→5圏域(中播磨・西播磨・但馬・丹波・淡路)

(2) へき地における医療機関での医療従事者の安定的、継続的な確保（県）

へき地勤務医師の養成を継続し、派遣先病院での研修機会の確保等による勤務環境の改善などによる定着率向上を図るとともに、県職員として採用した医師を一定期間へき地に派遣するほか、県医師会のドクターバンク事業などと連携して、へき

地勤務が可能な医師と医師確保が困難な医療機関のマッチングを行う。

また、へき地医療支援機構において、県内及び近隣府県の医科大学等に対してへき地勤務に興味のある医師に関する情報を収集・登録し、市町へ提供していく。

(3) 無医地区に関する対策の充実（市町）

無医地区の所在する2次保健医療圏域にへき地医療拠点病院を設置し、医療資源の充実を図るとともに無医地区の住民に対し保健師の訪問指導等による住民の疾病予防及び患者輸送車（艇）の配備等による受療機会の確保を図る。

(4) 地域医療に関する研究等の推進（県）

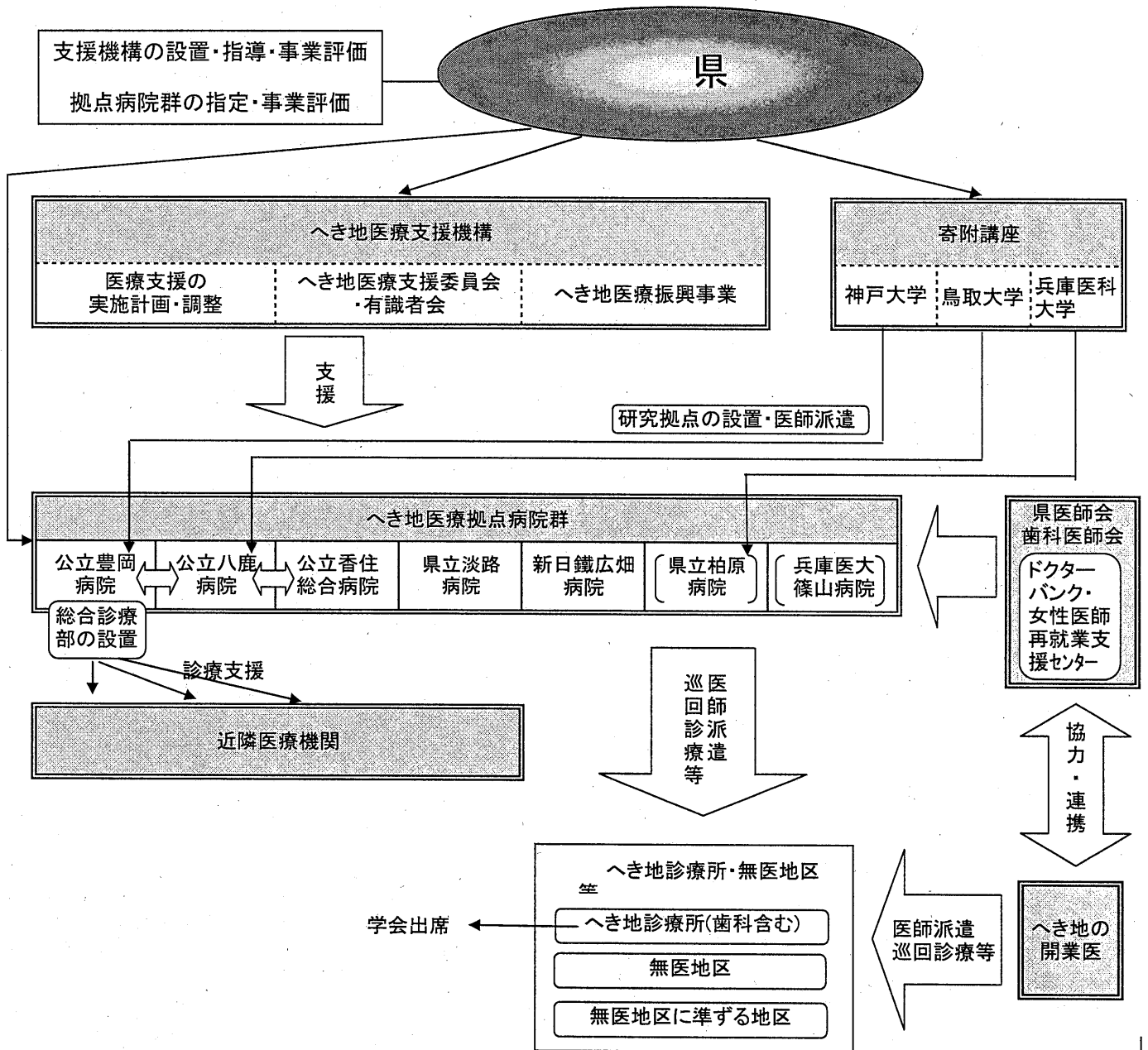
神戸大学など医育機関との連携により、地域医療に関する特別講座を設置し、へき地医療に関する研究などを進めることにより、本県のへき地医療対策の充実に資する。

(5) 総合診療体制の推進（県・市町）

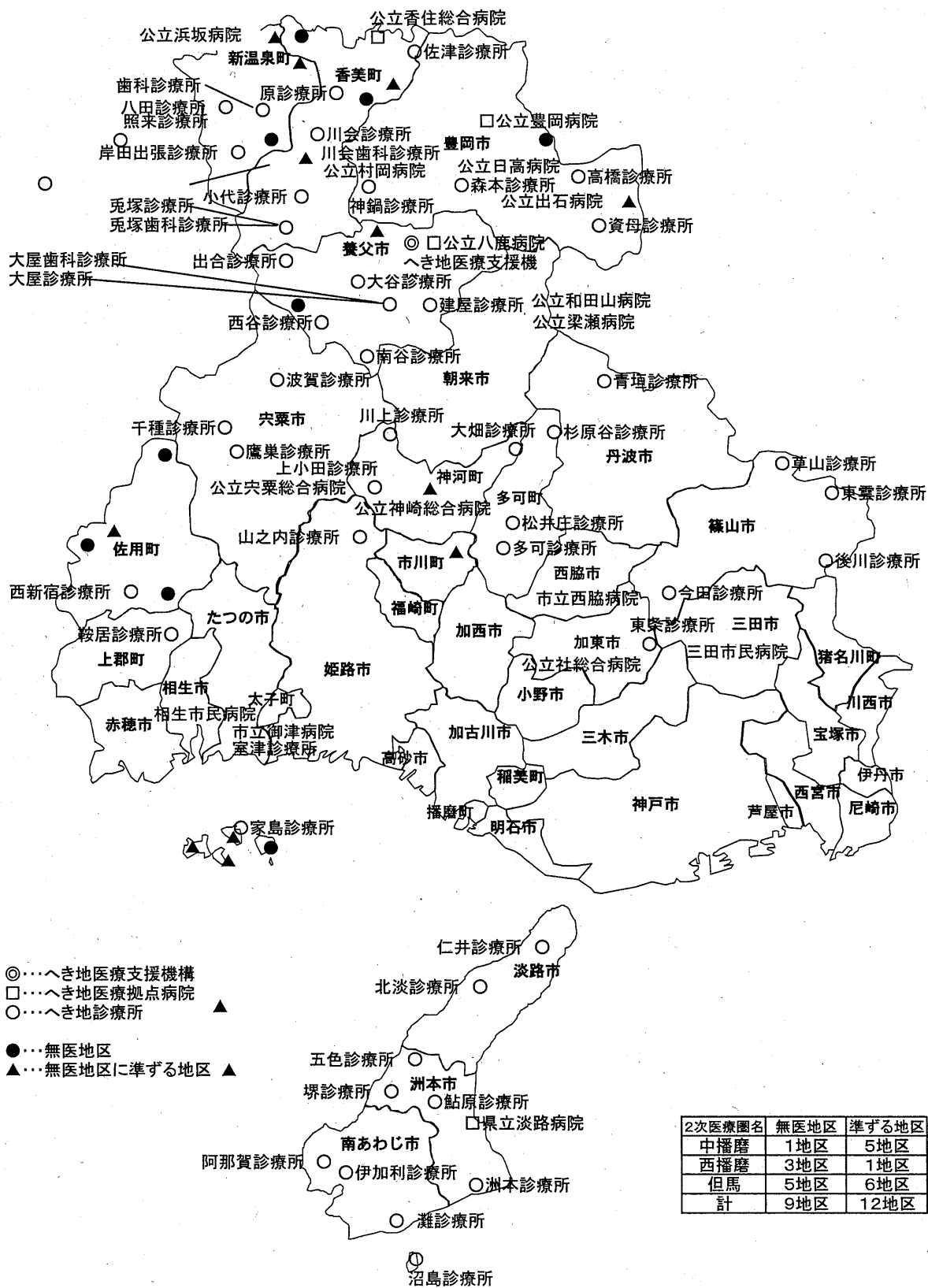
へき地拠点病院等の中核病院での総合診療体制を推進し、地域の病院等への診療支援などを実施することにより、医療の確保を図る。

○総合診療部設置・・・公立豊岡病院

へき地医療対策概念図



へき地保健医療対策現況図



第3節 生活習慣病対策

1 がん対策

本県におけるがんの死亡者数は、昭和53年に脳卒中を抜き、がんが死亡原因の第1位となった。その後も増加の一途をたどり、平成15年には、全死亡者のうち3人に1人ががんで死亡している。総合的ながん対策の推進により、がんによる死亡率の低減を目指す。

【現 状】

(1) 県の対策の取り組み状況

- ・ がんの死亡者数の増加に対し、本県では、昭和62年に「ひょうご対がん戦略会議」を設置して、その提言をもとに「推進体制」「予防・教育啓発」「検診」「医療」「情報」及び「研究」の6つの柱からなる「ひょうご対がん戦略」を総合的に推進し、粒子線治療施設の早期設置に関する提言や、肝がん集団検診の開始などの成果があった。
- ・ 平成9年度からは、「ひょうご対がん戦略」の成果と課題を踏まえ、がん対策の重点を「働き盛りのがん対策の推進とがん患者のQOL（生活の質）の向上」に置いた「新ひょうご対がん戦略」を推進し、全がん死亡率全国値との差の縮小（平成9年12.4→平成17年9.6）や、粒子線医療センターの供用開始、前立腺がん検診の開始などの成果があった。
- ・ 平成19年度には、それまでの対がん戦略の成果と課題を踏まえた「第3次ひょうご対がん戦略」を、「がん対策基本法」に基づく「兵庫県がん対策推進計画」と位置づけて策定した。

(2) 死亡率

- ・ 本県のがんの年齢調整死亡率を全国値と比較すると、平成17年において、男性では大腸がん、前立腺がんが、女性では、乳がん、血液がん、大腸がんが全国値を下回っている一方、男性では、肝がん、肺がん、胃がん及び血液がんが、女性では、肝がん、肺がん胃がん及び子宮がんが全国値を上回っている。
- ・ 特に、肝がん、肺がんの年齢調整死亡率が高いことが、本県の全がん年齢調整死亡率が全国値よりも高い要因となっている。
- ・ しかしながら、全国値を上回っているすべてのがんについて、男女を問わず、全国値との差は縮小している。

表1 がんによる年齢調整死亡率（人口10万対）

（男性）

		平成7年			平成17年		
		全国	兵庫県	差	全国	兵庫県	差
H17 全国 値 以下	大腸がん	24.4	26.5	2.1	22.4	22.1	△0.3
	前立腺 が ん	7.7	7.2	△0.5	8.5	8.2	△0.3
H17 全国 値 以上	肝がん	31.6	43.9	12.3	23.7	30.3	6.6
	肺がん	47.5	52.4	4.9	44.6	48.2	3.6
	胃がん	45.4	49.6	4.2	32.7	33.2	0.5
	血液がん	13.0	13.8	0.8	11.7	12.0	0.3
	全がん	226.1	248.5	22.4	197.7	210.6	12.9

（女性）

		平成7年			平成17年		
		全国	兵庫県	差	全国	兵庫県	差
H17 全国 値 以下	乳がん	9.9	9.6	△0.3	11.4	10.6	△0.8
	血液がん	7.2	6.4	△0.8	6.7	6.3	△0.4
	大腸がん	14.1	13.6	△0.5	13.2	13.0	△0.2
H17 全国 値 以上	肝がん	9.1	12.4	3.3	7.7	10.2	2.5
	肺がん	12.5	14.4	1.9	11.7	12.8	1.1
	胃がん	18.5	19.6	1.1	12.5	12.9	0.4
	子宮がん	5.4	6.5	1.1	5.1	5.4	0.3
	全がん	108.3	113.6	5.3	97.3	100.5	3.2

資料 厚生労働省統計情報部「人口動態統計」

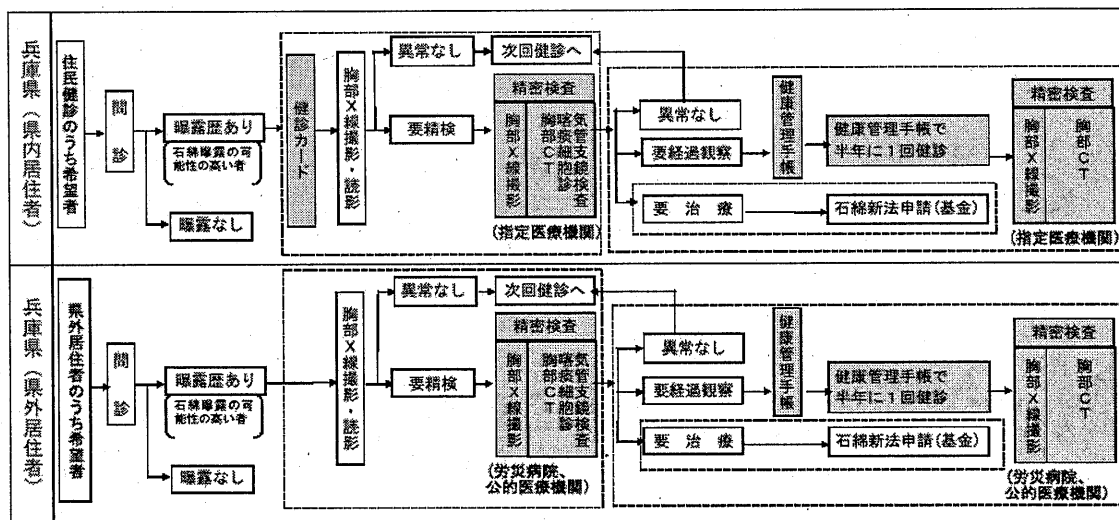
(3) アスベストによる健康被害

平成17年6月、石綿を扱っていた事業所周辺において、石綿による健康被害（中皮種又は石綿肺がん）が発生していることが明らかになり、社会的な問題となった。特に兵庫県では「石綿による健康被害の救済に関する法律」に基づく請求等が全国一となるなど、石綿による健康被害が多いと見込まれている。

このため、平成18年度から「石綿（アスベスト）健康管理支援事業」により、医療機関において経過観察の判定を受けた者に対して「健康管理手帳」を交付し、

当初の精密検査費用及びフォローアップ検査費用を助成している。

図〇-〇 石綿健康管理支援事業のフロー図



(4) がん検診受診率

① 市町がん検診受診率

現在、本県のすべての市町において、厚生労働省のがん検診実施のための指針に基づいたがん検診を実施している。

平成17年度に市町が実施した5がん（胃、肺、大腸、乳、子宮）検診の受診率を全国平均と比較してみると、肺がん検診の受診率が全国値を上回っている以外は、胃がん、子宮がん、乳がん、大腸がんは全国平均を下回っている。

特に、女性がんである子宮がん、乳がん検診は全国値を大きく下回っている。

市町がん検診受診率（％）

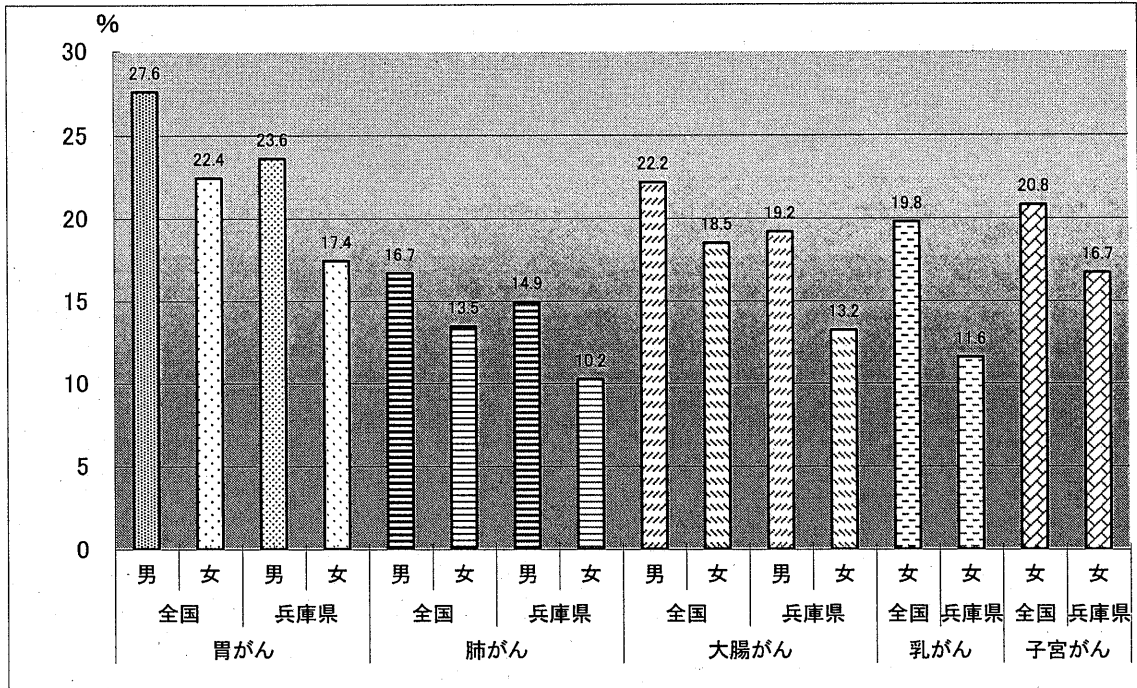
	平成17年度		
	全国	兵庫県	差
胃がん	12.4	10.3	△2.1
肺がん	22.3	22.6	0.3
大腸がん	18.1	15.5	△2.6
乳がん	17.6	10.2	△7.4
子宮がん	18.9	13.0	△5.9

資料 疾病対策課調

② 人間ドック等を含めたがん検診受診率

市町がん検診以外に、人間ドックや職場なども含めたがん検診受診率は次のとおりであり、5がん検診のすべてで全国平均を下回っている。

がん検診受診率の全国との比較



資料 「平成 16 年度国民生活基礎調査」

(5) 医療体制

① がん医療システム支援病院

県民が安心・信頼できる質の高いがん医療の提供を目指して、平成 14 年 4 月に本県が策定した「がん医療システム整備指針」に基づき、平成 14 年度から平成 17 年度にかけて、2 次医療圏域におけるがん医療の中心的な役割を担う病院として、「がん医療システム支援病院」を選定した。

② がん診療連携拠点病院の整備

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

区分	医療機関名	指定年月日
都道府県型	県立がんセンター	平成 19 年 1 月 31 日
神戸	神戸大学医学部附属病院	平成 19 年 1 月 31 日
	神戸市立医療センター中央市民病院	平成 19 年 1 月 31 日
阪神南	関西労災病院	平成 19 年 1 月 31 日
	兵庫医科大学病院	平成 20 年〇月〇日
阪神北	近畿中央病院	平成 19 年 1 月 31 日
東播磨	県立がんセンター（再掲）	平成 19 年 1 月 31 日

地域型	北播磨	市立西脇病院	平成 20 年〇月〇日
	中播磨	姫路赤十字病院	平成 19 年 1 月 31 日
		国立病院機構姫路医療センター	平成 19 年 1 月 31 日
	西播磨	赤穂市民病院	平成 19 年 1 月 31 日
	但馬	公立豊岡病院	平成 19 年 1 月 31 日
	丹波	県立柏原病院	平成 20 年〇月〇日
	淡路	県立淡路病院	平成 19 年 1 月 31 日

(5) がん患者の療養生活の質の状況

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

最期を迎える場として、県民の約 7 割が自宅を希望しているにもかかわらず、在宅死は 2 割に満たない現状がある。

人間の尊厳や生活の質の向上を重視する在宅ターミナルケアが普及していない。

(6) 研究の推進状況

神戸医療産業都市構想の進展や、「兵庫県がん登録事業」を平成 19 年 2 月に再開した。

(7) 各種がんの治療方法及びセカンドオピニオン対応状況

別 途 作 成

(8) 受療動向

骨髄移植など一部の特殊専門的な治療を除き、がんによる入院患者の 2 次医療圏内完結率は約 76%である。

【課 題】

(1) がん検診受診率の向上

- ・ 市町がん検診受診率が全国平均に比べて低い。市町間格差が存在している。

(2) 質の高いがん医療体制の確保

- ・ がん診療連携拠点病院を中心として、がん医療水準の高度化と質の向上を図る必要がある。

(3) がん患者の療養生活の質の向上

- ・ 治療の初期からの緩和ケアの導入促進を図る必要がある。
- ・ 末期がん患者が在宅で療養を選択できる体制を確保する必要がある。
- ・ がんに関する情報提供・相談体制の整備を図る必要がある。

(4) がん研究の推進

【推進方策】

(1) がん予防及びがん検診受診率向上による早期発見の推進

① 予防の推進

ア 「健康ひょうご21大作戦」の推進（県、市町、関係機関等）

県民個人が自らの健康づくりに努める「ひょうご健康づくり県民指標」の普及などを目指した「健康ひょうご21大作戦」を推進する。

イ がん対策を推進するための推進員の確保と資質向上（県、市町、関係機関等）

市町に設置している「がん対策推進員」や各種団体等の指導者を育成するため、市町、各種団体と連携し、指導員の確保や研修を実施する。

ウ たばこ対策の徹底（県、市町、関係機関等）

兵庫県受動喫煙防止対策の徹底や、喫煙の及ぼす健康影響に関する普及啓発を推進するなど、たばこ対策の徹底を図る。

② 早期発見の推進

ア 地域との連携強化によるがん検診受診率の向上（県、市町）

あ 重点市町の指定による取組促進

がん検診受診率が低くがん死亡率の高い市町を「がん検診受診率向上重点市町」として指定し、「受診率向上計画」の作成や健康福祉事務所長等による巡回指導、受診率・死亡率の公表を行う。

い 受診促進声かけ運動の実施（県、市町）

重点市町の中から、モデル市を選定し、啓発チラシの全戸配布や未受診者への声かけ運動を実施する。

う 医療機関を通じたがん検診受診勧奨の取組（県、関係機関）

医療機関（かかりつけ医）を受診した住民に対し、県が作成したリーフレットを活用して、医師からがん検診受診促進のための声かけを、医師会と連携して行う。

え 受診率向上に向けた保険者・産業医の取組強化（県、関係機関）

地域・職域推進協議会を通じて保険者へのがん検診推進の呼びかけを行うとともに、被扶養者を対象とした巡回検診事業の強化を働きかける。

また、保険者及び産業医に対する基本健康診査とがん検診のセット検診実施促進に関する啓発を行う。

お 国保調整交付金による市町取組支援（県、市町）

各市町において、がん検診受診率の向上目標を設定し、目標値を評価した補正係数を事業費にかけた金額を交付する。実績値を翌年度評価し、目標値と実績値を比較考慮した加算・減算方式とする。

イ がん検診の質の向上（県、関係機関）

マンモグラフィ検診の読影や撮影にあたる医師、技師に対する専門的研修を

引き続き実施する。

ウ 肝炎ウイルス検査陽性者の精検受診率の向上及び保健指導の実施(県、市町、関係機関)

肝炎ウイルス検査により陽性と判定された者の精検受診率を向上するため、健康管理手帳の配布と市町保健師等による保健指導を実施することにより、医療機関の受診を勧める。

エ アスベスト対策(県、市町、関係機関)

医療機関において経過観察の判定を受けた者に対する「健康管理手帳」の交付及びフォローアップ検査費用の助成を行う「石綿(アスベスト)健康管理支援事業」の普及開発に努める。

(2) 質の高いがん医療体制の確保

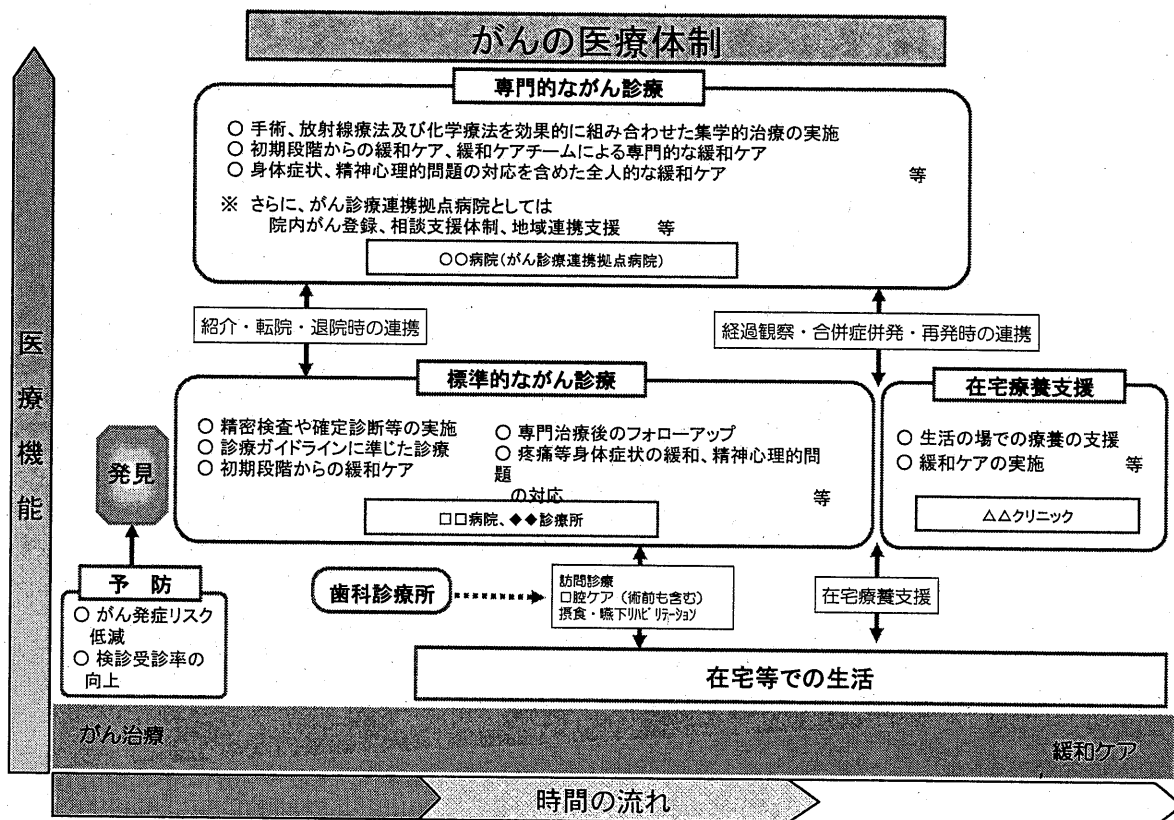
① 医療機関の整備と連携の推進

ア がん診療連携拠点病院の整備と地域診療連携の推進(県、関係機関)

未指定圏域や特定機能病院、緩和ケアの普及など、がん診療連携拠点病院の整備が必要な圏域における早期整備を図る。

イ がん診療連携拠点病院による地域医療機関等との連携強化(県、関係機関)

がん診療連携拠点病院による地域の医療機関への診療支援や緩和ケア病棟、在宅療養支援診療所等との連携などにより、地域ごとの連携強化を図っていく。



ウ 地域連携クリティカルパスの整備及び拠点病院間の連携強化（県、関係機関）

都道府県型がん診療連携拠点病院に設置している「兵庫県がん診療連携協議会」において、地域連携クリティカルパスの整備に関する具体的な検討を行うとともに、質の高いがん医療体制を確保する観点から、拠点病院間の連携強化を図る。

エ 県立粒子線医療センターの全県的活用（県、関係機関）

「兵庫県がん診療連携協議会」を通じて、粒子線治療の適応症例や治療成績の周知を図り、利用促進を呼びかけるとともに、がん診療連携拠点病院と県立粒子線医療センターの間の紹介システム・経過観察システムの確立を図る。

② がんの専門的な知識・技能を有する医師等育成研修の実施及び早期配備（県、関係機関）

ア がんの専門的な知識・技能を有する医師、コメディカルスタッフの早期配備

外科療法、放射線療法、化学療法及び緩和医療の専門的な知識及び技能を有する医師と、がん医療に関する専門的な知識及び技能を有する看護師、薬剤師、放射線技師等の医療従事者がチームとなって医療を提供することが求められている。こうしたチーム医療を支える医師及び医療従事者の養成を図るために、国立がんセンターや都道府県型がん診療連携拠点病院である県立がんセンターで行う研修に計画的に参加できるよう「がん診療連携協議会」で検討する。

また、がん化学療法やがん性疼痛看護などの認定看護師の養成に向けた必要は検討を行う。

イ 「がんプロフェッショナル養成プラン」の推進（県、関係機関）

近畿大学、大阪市立大学、神戸大学、兵庫医科大学、大阪府立大学及び神戸市看護大学が実施する「がんプロフェッショナル養成プラン」は、放射線腫瘍専門医、がん薬物療法専門医、がん専門看護師、がん専門薬剤師及び医学物理士の養成等を行うことから、関係機関等とともに、本プランの推進に必要な支援の検討を行う。

③ 肝がん対策等の推進

ア 肝がん対策

あ 肝炎対策協議会の設置（県、市町、関係機関等）

検査・治療・普及啓発に係る総合的な肝炎対策を推進するため、県、市町、関係機関、患者会代表等で構成する「肝炎対策協議会」を設置する。

い 肝疾患診療連携拠点病院の設置（県、関係機関）

本県内の肝疾患に関する専門的な医療を行っている医療機関の中から、「肝疾患診療連携拠点病院」を1箇所程度指定し、肝疾患の診療ネットワークの中心的な役割を担うとともに、県民・医療機関を対象とした講演会の開

催や肝疾患に関する相談事業を実施する。

イ 肺がん対策

あ 肺がん治療成績の向上（県、関係機関）

「兵庫県がん診療連携協議会」等が実施する研修等を通じて、本県全体の肺がん治療成績の向上を図る。

い 県立粒子線医療センターの全県的活用（再掲）

ウ 血液がん対策

あ 造血幹細胞移植体制の整備（県、関係機関等）

骨髄ドナー登録の推進やさい帯血提供に関する普及啓発などのドナー確保に引き続き努めるとともに、白血病、悪性リンパ腫等の血液がん患者を早期診断し、より適切なタイミングで最適な造血幹細胞移植（骨髄移植又はさい帯血移植）へ引き継ぐことができるよう、移植体制の整備に努める。

④ がん患者の療養生活の質の向上

ア 緩和ケアの普及（県、関係機関）

県内のどこでも緩和ケアをがん診療の早期から適切に提供するためには、がん診療に携わる全ての医師が緩和ケアの重要性を認識し、その知識や技術を習得する必要があることから、医師を対象とした普及啓発を行い、緩和ケアの研修を推進する。

緩和ケアに関する専門的な知識や技能を有する医師、緩和ケアチーム等を育成するために、がん診療連携拠点病院の「出張型地域緩和ケアチーム」による研修を行う。

在宅においても適切な緩和ケアを受けることができるよう、専門的な緩和ケアを提供できる外来をがん診療連携拠点病院に設置していく。また、地域における在宅療養患者等に対する支援を行うことを目的に在宅緩和ケアセンターを設置し、必要に応じて介護サービス等とも連携を図る。

地域連携クリティカルパスの整備を図る。

イ 地域における在宅ターミナルケアネットワークの構築（県、市町、関係機関）

末期がん患者等が在宅において医療・介護等のサービスを一体的に受けられ、安心して在宅療養生活を送れるよう、医療・介護関係職種やNPO等が連携して在宅患者のケアに当たる在宅ターミナルケアチームづくりを進めるとともに、がん診療連携拠点病院、医療・介護施設及び在宅ターミナルケアチーム等のネットワークの構築を図る。

ウ がん診療連携拠点病院における相談機能の強化（県、関係機関）

兵庫県がん診療連携協議会において、相談支援センターの運営に関する情報交換や成功事例の共有などを通じて、がん患者や家族の立場に立った相談の対応に努める。

がん診療連携拠点病院においては、がん患者及びその家族に支援を行っているボランティア等の受け入れに努めるとともに、相談支援に十分な経験を有する患者団体等と連携し、相談支援センターの相談員を養成するなどの検討を行う。

⑤ **がん医療に関する情報の収集提供体制の整備**

ア **院内がん登録の実施勧奨と「兵庫県がん登録事業」の参加促進（県、関係機関）**

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

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

イ **医療情報の公開（県、関係機関）**

各医療機関において実施しているがん部位別の診療内容やセカンドオピニオンの対応など、県民にがん医療情報の積極的な公開に向けた検討を行う。

また、国の「患者必携」の作成内容を踏まえて、本県独自の情報を取りまとめた「兵庫県版患者必携」の作成・提供に向けた検討も行う。

ウ **がん診療連携拠点病院における相談機能の強化（県、関係機関）（再掲）**

(3) **研究の推進**

ア **神戸医療産業都市や大学とがん診療連携拠点病院との連携強化（県、関係機関）**

先端医療センターなどと兵庫県立がんセンターをはじめとするがん診療連携拠点病院が連携して、高度医療ネットワークの形成を図る。

イ **治験・臨床研究の推進（県、関係機関）**

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

ウ **がん登録事業の全県展開によるがん予防・治療研究の推進（県、関係機関）**

「兵庫県がん登録事業」への参加を県内医療機関に広く呼びかけ、各種データの予防・治療への活用を図る。

また、各医療機関においてがん登録業務に従事する診療録管理者等への研修を実施する。

【目 標】

(1) **全体目標**

- ① 平成 17 年を基準に、75 歳未満のがん死亡者数を平成 24 年末に 900 名減少。

② がんに罹患しても元気に生活できる社会の構築

(2) 個別目標

① がん予防及びがん検診受診率向上による早期発見の推進

ア 予防の推進

- ・ 「1日あたりの塩分摂取量 10g 未満」「1日あたりの野菜の摂取量 350g 以上」「1日の食事において、果物類を摂取している者の増加」及び「死亡エネルギー比率の減少」
- ・ 「がん対策推進員」10,000名設置する。
- ・ すべての県民が喫煙の及ぼす健康影響について十分に認識すること、兵庫県受動喫煙防災対策指針を徹底すること、さらに、禁煙支援プログラムの更なる普及を図りつつ、喫煙をやめたい人に対する禁煙支援を行っていくことにより、未成年者の喫煙率を3年以内に0%とする。

イ がん検診受診率向上による早期発見の推進

- ・ がん検診の受診率については、市町によるもののほか、人間ドックや職域等での受診を含め、全国一律の正確な受診率を把握することを考慮しつつ
 - あ 5年以内に50%以上
 - い 特に、死亡率の増加が予想される大腸がん、乳がんについては60%以上
 - う すべての市町において、精度管理・事業評価の実施

② 質の高いがん医療体制の確保

ア 医療機関の整備と連携の促進

- ・ すべての2次医療圏域において、1年以内に、がん診療連携拠点病院を整備する。
- ・ すべての拠点病院において、5年以内に、5大がん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん、乳がん）に関する地域連携クリティカルパスを整備する。
- ・ すべてのがん診療連携拠点病院において、1年以内に、放射線療法及び外来化学療法を実施できる体制を整備するとともに、拠点病院のうち、少なくとも都道府県がん診療連携拠点病院及び特定機能病院において、5年以内に、放射線療法部門及び化学療法部門を設置する。

イ がんの専門的な知識・技能を有する医師等育成研修の実施及び早期配備

- ・ 集学的治療を推進するため、すべてのがん診療連携拠点病院に学会等が認定する専門医を複数配置する。

ウ がん患者の療養生活の質の向上

あ 緩和ケアの普及

- ・ 10年以内に、すべてのがん診療に携わる医師が研修等により、緩和ケアについての基本的な知識を習得する。

原則として、すべての2次医療圏において、5年以内に、緩和ケアの知識及び技能を習得しているがん診療に携わる医師数を増加させるとともに、緩和ケアに関する専門的な知識及び技能を有する緩和ケアチームを設置している拠点病院等がん診療を行っている医療機関を複数箇所整備する。

い 地域における在宅ターミナルケアネットワークの構築

- ・ 県下に在宅ターミナルチームを300箇所構築し、1チームあたり年間6名のがん患者を看取るとして、がん患者看取り率を5年以内に12%以上に拡大する。

う がん診療連携拠点病院における相談機能の強化

- ・ 原則として、すべての2次医療圏域において、1年以内に、相談支援センターを概ね1箇所程度整備するとともに、すべての相談支援センターにおいて、5年以内に、国立がんセンターがん対策情報センターによる研修を修了した相談員を配置する。

エ がん医療に関する情報の収集提供体制の整備

- ・ 「兵庫県がん登録事業」の正確性を高めるため、有意な情報の目安とされるDCO率（注）を20%以下とする。

（注）死亡票のみによる登録の占める率（DCO率：Death Certificate Only）

「死亡票のみによる登録が全登録の中に占める率」（以下「DCO率」という）は、届出漏れの程度を間接的に示す負の指標である。この数字が小さいほど届出漏れが少なく、より精度の高い地域がん登録を行うためには、DCO率を少なくとも20%以下にすることが必要といわれている。

- ・ 院内がん登録を実施している医療機関数を増加させるとともに、すべてのがん診療連携拠点病院における院内がん登録の実施状況（診断から5年以内の登録症例の予後の判明状況など）を把握し、その状況を改善すること。
- ・ すべてのがん診療連携拠点病院において、5年以内に、がん登録の実務を担う者が必要な研修を受講する。

③ 研究の推進

- ・ 「兵庫県がん登録事業」の正確性を高めるため、有意な情報の目安とされるDCO率（注）を20%以下とする。（再掲）
- ・ がんによる死亡者の減少、すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上を実現するためのがん対策に資する研究をより一層推進する。

2 循環器疾患対策

(1) 心疾患対策（急性心筋梗塞）

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

【現 状】

(1) 死亡率

- 心疾患による県内の死亡率は 137.2 となっている。平成8年から微増傾向であり、悪性新生物に次いで第2位（細分類では急性心筋梗塞は 35.7 であり、脳梗塞 61.0、胃の悪性新生物に次いで第3位）の死因であり、全死亡数に対して約 16%（急性心筋梗塞は約 4%）を占めている。（H17年厚生労働省「人口動態調査」）
- 年齢調整死亡率（人口10万対）で見ると、心疾患では、男性 75.8（全国 83.7）、女性 44.9（全国 45.3）となっており、男女とも全国より低くなっている。急性心筋梗塞では、男性 25.6 で、全国（25.9）より低い、女性は 13.4 で全国（11.5）より高くなっている。

(2) 医療体制

- 発症後3時間以内の適切な治療開始による死亡率の低減を目指して、平成14年4月に県独自に「心・大血管疾患医療システム整備指針」を策定
- 2次保健医療圏域（以下「圏域」という）における心・大血管疾患医療の中心的な役割を担う病院として、9圏域で、「心・大血管疾患医療システム整備指針」に定める、心・大血管疾患医療システム支援病院を選定
- 心・大血管疾患医療システム支援病院について、平成16年から医療機能の情報開示を県のホームページで行っている。

(3) 医療機能の状況

循環器科、心臓血管外科（常勤医1名以上）のある病院数

（単位 上段：病院数、下段：人口10万対）

	神戸	阪神 南	阪神 北	東播 磨	北播 磨	中播 磨	西播 磨	但馬	丹波	淡路	全県
循環器科	35	13	13	9	6	10	5	2	3	1	97
心臓血管外科	12	6	3	2	1	2	2	1	1	1	31

（資料 兵庫県「平成19年医療施設実態調査」）

冠動脈造影検査（心臓カテーテル）の実施状況（単位：病院数）

	神戸	阪神 南	阪神 北	東播 磨	北播 磨	中播 磨	西播 磨	但馬	丹波	淡路	合計
実施病院数	21	11	8	6	5	6	2	2	1	1	63

（資料 兵庫県「平成19年医療施設実態調査」）

心・大血管疾患の治療実施状況

(単位 病院数)

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
冠動脈バイパス手術 (ポンプ症例)	7	6	2	2	1	2	2	1	0	1	24
冠動脈バイパス手術 (非ポンプ症例)	7	5	2	2	1	2	1	1	0	1	22
経皮的冠動脈形成術	21	6	8	6	5	5	2	2	1	1	57

(資料 兵庫県「平成19年医療施設実態調査」)

医療機器・設備

(単位 上段：病院数、下段：人口10万対)

設備・機器名	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
CT	88	48	34	38	19	34	19	11	7	11	309
MR I	39	24	17	23	8	17	14	2	5	5	154
デジタル血管連続撮影 (心臓・大血管)	25	14	10	7	5	7	3	3	2	1	77
シネフィルム血管連続撮影 (心臓・大血管)	5	5	1	3	1	1	1	0	1	0	18
PCPS (経皮的心 肺補助装置)	18	5	4	4	2	5	2	2	0	1	43
IABP 駆動装置	20	8	8	6	5	5	2	2	1	1	58
CCU	7	3	1	2	0	2	0	1	0	0	16

(資料 兵庫県「平成19年医療施設実態調査」)

(4) 受療動向

心疾患による入院の圏域内完結率は、H17年が約83%であり、H14年の約83%に比べ横ばいとなっている。(厚生労働省「患者調査」)

(5) 心大血管疾患リハビリテーション料取得状況

(単位 病院数)

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
心大血管疾患リハ ビリテーション料	5	5	1	4	0	1	0	0	0	0	16

(資料 兵庫県「平成19年医療施設実態調査」)

(6) 国の指針の提示

医療法の第5次改正に伴い、平成19年7月に「急性心筋梗塞の医療体制構築に係る指針」が国から示された。

【課題】

(1) 心疾患は日常の生活習慣と深く関わっており、県民一人ひとりが予防を心がけると

- もに、定期的に健康診査を受診し、疾病の早期発見、早期治療に努める必要がある。
- (2) 診断から、治療、急性期を含めたりハビリテーションに至る診療体制の充実及び医療機関の連携が必要である。
 - (3) すべての県民がいかなる心疾患にも迅速かつ適切な医療を受療できる救急医療体制の充実が必要である。
 - (4) 特に急性心筋梗塞の急性期に丹波圏域では対応可能病院がない。
 - (5) 北・西播磨、但馬、丹波圏域において心臓リハビリテーションを実施できる設備を備えた病院がない。
 - (6) 県の「心・大血管疾患医療システム」は、システム支援病院を選定していない圏域があり、十分機能しているとは言えない。今後、国の指針に基づき、急性心筋梗塞の医療連携体制の再構築を図る必要がある。

【推進方策】

(1) 保健対策

- ・ 「ひょうご健康づくり県民行動指標」の推進（県、県民）
「ひょうご健康づくり県民行動指標」の普及啓発により県民への浸透を図り、食生活や運動習慣などの生活習慣の改善による循環器疾患の予防に努める。
(詳細は「兵庫県健康増進計画」に記載)
- ・ 内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）*対策の推進（県、市町、各種健診実施主体）
内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の概念を踏まえ、肥満、糖尿病、高血圧、高脂血症及びこれらの予備群の人に対して、食生活の改善や運動の習慣化など保健指導を重点的に実施する。
- ・ 高度医療機器の活用等による心臓・大血管疾患の早期発見の推進（医療機関）
心臓・大血管疾患の診断に有用な心エコー（心臓超音波検査）やMRI、救急医療の現場などで活躍するPCPS（経皮的心肺補助装置）などの高度医療機器の活用等により早期発見や適切な治療を推進する。

(2) 医療対策

- ・ 急性心筋梗塞の急性期を担う医療機能の明示（県、医療機関）
急性期に必要な医療機能の明示により、医療機能の充実を促すとともに、病病連携、病診連携の促進を図る。
- ・ 病院の心疾患に関する医療機能の県民への情報開示を推進（医療機関）
心疾患に対応できる医療機関の医療機能について、正確な情報を県及び各病院のホームページで分かりやすく公開する。
- ・ 急性心筋梗塞の急性期に対応可能な医療連携体制の整備（県、医療機関）
急性心筋梗塞の急性期に対応できる医療機関のない丹波圏域において、北播磨圏域、阪神北圏域等と他圏域との連携を進め、急性期に対応可能な医療連携体制の整備を進める。
- ・ 心臓リハビリテーションを実施する医療機関の充実（医療機関）
心機能の回復、心臓疾患の再発予防等を図るため、心肺機能の評価による適切な運動処方に基づく運動療法等を個々の症例に応じて行う心臓リハビリテーションに対応できるスタッフ及び施設・設備を備えた医療機関の充実を図る。

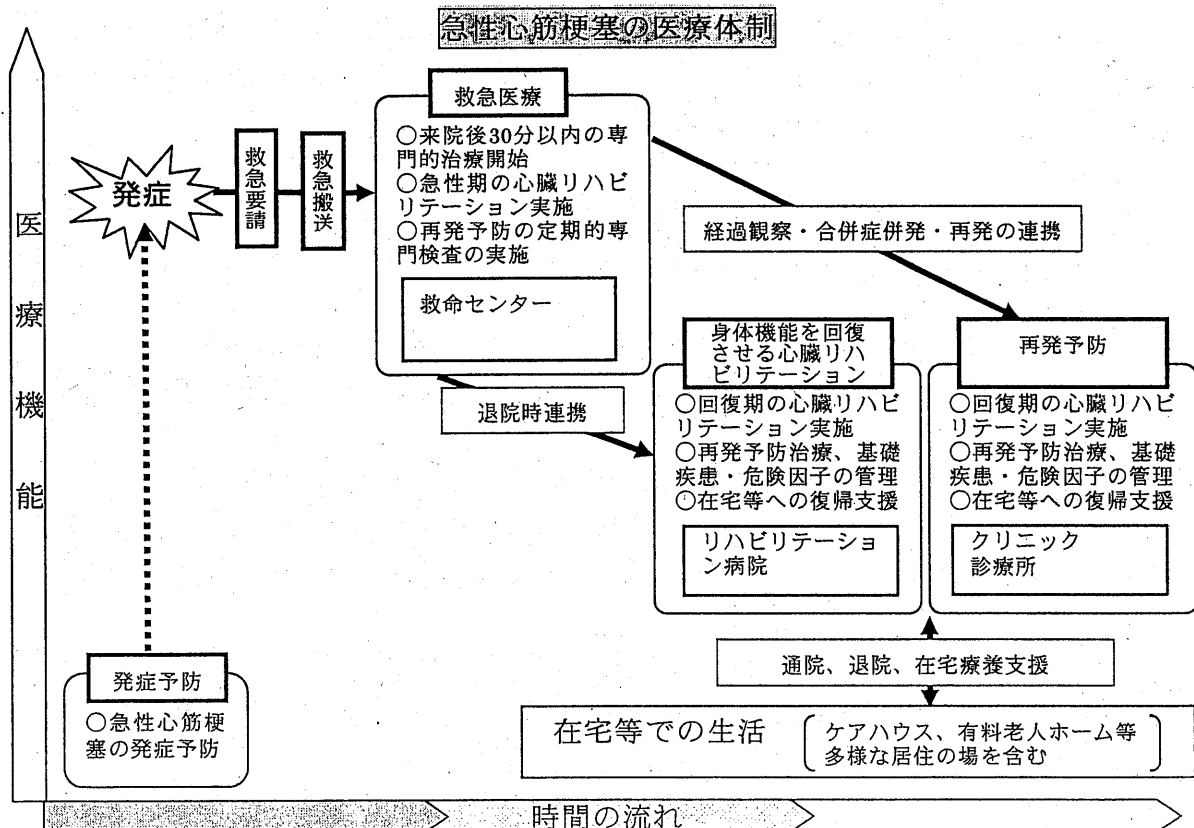
(3) 急性心筋梗塞の医療体制

	【予防】	【救護】	【急性期】	【回復期】	【再発予防】
機能	発症予防	応急手当・病院前救護	救急医療	身体機能を回復させる心臓リハビリテーション	再発予防
目標	●急性心筋梗塞の発症予防	●専門医療機関への早期到着	●来院後30分以内の専門的治療開始 ●急性期における心臓リハビリテーションの実施	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ●心臓リハビリテーションの実施 ●在宅復帰支援 ●再発予防に必要な知識の教育	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ●在宅療養支援
求められる機能	●基礎疾患・危険因子の管理 ●初期症状出現時の対応について、本人等に教育・啓発 ●初期症状出現時における急性期病院への受診勧奨	【本人・周囲にいる者】 ●速やかな救急搬送要請 ●救急蘇生法等適切な処置 【救急救命士】 ●適切な観察・判断・処置 ●急性期病院への速やかな搬送	●専門診療24時間対応が可能な病院（阪神間は当直、それ以外の地域はオンコール可） ●心臓血管外科に常勤医師を配置し、冠動脈バイパス術を実施している病院 ●経皮的冠動脈形成術を年間200例以上実施（アテクトミカール実施基準）している病院 ●救急入院患者数の実績を有する病院	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ●抑うつ状態への対応 ●電気的除細動等急性増悪時の対応 ●運動療法、食事療法等の心臓リハビリテーションの実施 ●再発時等における対応方法について、患者及び家族への教育	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ●抑うつ状態への対応 ●電気的除細動等急性増悪時の対応 ●生活機能の維持・向上のリハビリテーション実施 ●在宅復帰のための居宅介護サービスを調整

(5) 急性心筋梗塞の急性期に対応可能な病院の状況

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
急性期に対応可能な病院	2	3	1	2	1	1	1	1	0	1	13

(最終的には医療機関名を明示)



- CT：エックス線を用いたコンピュータ断層撮影法。身体を横断する形で軟部組織から骨組織までを連続した濃淡のある画像として表現できる。
- MRI：(P126に記載)
- 血管連続撮影装置：(P126に記載)
- PCPS（経皮的心肺補助装置）：Percutaneous Cardiopulmonary Support の略。薬物療法や大動脈内バルーンパンピングの限界を超えた重症心原性ショックに対し、血液ポンプを使う機械的循環補助法を行う装置。大腿動静脈への送脱血カニューレとポンプ、超小型人工肺の組み合わせで容易に循環呼吸補助が可能となったもの。
- IABP駆動装置：Intra-aortic Balloon Pumping（大動脈内バルーンパンピング）の略。重篤な心不全状態で冠循環の改善と心臓のポンプ機能に対する補助効果を期待して用いる観血的治療を行う装置。先端に風船（バルーン）があり、その風船が大動脈内で膨らんだりしぼんだりすることで、心臓を補助する。
- CCU：Coronary Care Unit の略。冠動脈疾患の急性期（不安定狭心症、急性心筋梗塞等）患者を主として収容し、治療するICU（集中治療管理室）
- 冠動脈バイパス手術：静脈片または大動脈から分岐した動脈を冠動脈につなぎ、閉塞領域を迂回（バイパス）する方法。
- インターベンション：薬による治療と外科治療との間に位置する治療法。皮膚へ開けた直径数ミリの小さな穴から細いチューブ（カテーテル）を挿入することで心臓、血管、肝臓、脳、消化器、泌尿器などの病気に対して外科手術と同様の効果が期待できる新しい治療法。

【目 標】

急性心筋梗塞による年齢調整死亡率を男女とも全国値以下にする。

＜心疾患年齢調整死亡率＞

	平成12年		平成17年	
	男	女	男	女
兵庫県	84.1	50.2	75.8	44.9
全国	85.8	48.5	83.7	45.3

＜急性心筋梗塞年齢調整死亡率＞

	平成12年		平成17年	
	男	女	男	女
兵庫県	31.6	14.9	25.6	13.4
全国	29.7	14.2	25.9	11.5

(H17年厚生労働省「人口動態調査特殊報告」)

内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）：内臓肥満、高血糖、高血圧、高脂血の状態が重複し、脳卒中や心筋梗塞などの発症リスクが高い状態のこと。

＜メタボリック症候群の診断基準＞

○ウエスト周囲径 男性 ≥ 85 cm 女性 ≥ 90 cm

に加え下記のうち2項目以上

○高トリグリセライド（中性脂肪）血症 ≥ 150 mg/dL または、
低HDL（善玉）コレステロール < 40 mg/dL

○高血圧 収縮期血圧（最高血圧） ≥ 130 mmHg または、
拡張期血圧（最低血圧） ≥ 85 mmHg

○空腹時血糖 ≥ 110 mg/dL

(2) 脳血管疾患対策（脳卒中）

悪性新生物、心疾患について県内における死因の第3位を占め、高齢者の寝たきりの主要原因疾患となっている脳血管疾患について、死亡率の低減とともに、後遺障害を最小限度にとどめる医療提供体制の整備を目指す。

【現 状】

(1) 死亡率

- ・ 脳血管疾患による県内の死亡率は減少傾向にはあるが、悪性新生物、心疾患に次いで第3位の死因であり、全死亡数に対して約11%を占めている。(H17年厚生労働省「人口動態調査」)
- ・ 年齢調整死亡率（人口10万人対）で見ると、男性は54.3（全国61.9）、女性は32.1（全国36.1）で、どちらも全国よりは低い。

(2) 受療率

- ・ 脳血管疾患による入院は一般及び療養病床では、全入院患者の約15%、療養病床のみでは、全入院患者の約42%を占めている。(兵庫県「H16年医療需給調査」)

(3) 医療体制

- ・ 脳卒中超急性期の適切な治療開始による死亡率の低減を目指して、平成14年4月に「脳血管疾患医療システム整備指針」を策定した。
- ・ 2次保健医療圏域（以下「圏域」という）における脳血管疾患医療の中心的な役割を担う病院として、9圏域で、「脳血管疾患医療システム整備指針」に定める、脳血管疾患医療システム支援病院を選定している。
- ・ 脳血管疾患医療システム支援病院について、平成16年から医療機能の情報開示を県のホームページで行っている。
- ・ 神戸周辺地域、尼崎を中心とした地域、北播磨圏域、姫路を中心とした地域において急性期と回復期の医療機関連携の動きが見られる。

(4) 医療機能の状況

脳神経外科・神経内科（常勤医1名以上）のある病院数

（単位 上段：病院数、下段：人口10万対）

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
神経内科	13	4	3	3	5	3	1	2	0	0	34
脳神経外科	18	14	9	12	4	10	4	3	2	3	79

（資料 兵庫県「平成19年医療施設実態調査」）

脳卒中の外科的治療実施病院数及び急性期リハビリテーション取り組み状況

（単位 上段・中断：病院数、下段：割合(%)）

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
①外科的治療実施病院数	13	9	6	7	3	9	3	2	1	3	56
②内、急性期リハ実施	12	9	5	7	3	9	3	2	1	3	54
②/①(%)	92.3	100.0	83.3	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	96.4

（資料 兵庫県「平成19年医療施設実態調査」）

血栓溶解療法 (t-PA) の実施状況

(単位：病院数)

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	合計
24時間可【当直】	6	4	1	2	0	2	3	0	0	1	19
24時間可【ウォークル】	7	3	4	3	3	7	2	2	1	1	33
診療時間内のみ可	3	3	2	2	1	3	0	0	0	0	14
合計	16	10	7	7	4	12	5	2	1	2	66

(資料 兵庫県「平成19年医療施設実態調査」)

医療機器・設備

(単位 上段：病院数、下段：人口10万対)

設備・機器名	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
ヘリカルCT	73	36	22	29	11	25	16	5	7	11	235
MRI	39	24	17	23	8	17	14	2	5	5	154
内、拡散強調画像(DWI)	27	19	13	16	7	15	9	2	4	4	116
MRA	34	20	14	17	7	16	12	2	4	5	131
デジタル血管連続撮影(脳血管)	17	14	9	8	4	10	3	3	2	2	72
ガンマナイフ	1	2	0	1	0	1	0	0	0	0	4
SPECT	17	8	5	6	3	5	1	2	1	1	49
PET	2	3	0	1	0	1	2	0	0	1	10
SCU	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	3

(資料 兵庫県「平成19年医療施設実態調査」)

(5) 受療動向

脳血管疾患による入院の圏域内完結率は、H17年が約80%であり、H14年の約78%に比べ高くなっている。(厚生労働省「患者調査」)

(6) 脳卒中の回復期リハビリテーション実施病院*

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
回復期リハを実施	26	12	8	16	8	12	9	4	4	7	106

(資料 兵庫県「平成19年医療施設実態調査」)

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

(7) 国の指針の提示

医療法の第5次改正に伴い、平成19年7月に「脳卒中の医療連携体制の構築に係る指針」が国から示された。

- CT：(P132に記載)
- MRI：(P126に記載)
- 血管連続撮影装置：(P126に記載)
- ガンマナイフ：(P126に記載)
- マイクロサージャリー：顕微鏡手術。10倍程度以上に拡大できる顕微鏡を用いる。従来の肉眼的手術に比べ、術野の拡大及び明るい照射が得られることから、組織・微細構造の識別が可能となった。脳神経外科、脳動脈瘤、脳腫瘍、形成外科、微小血管吻合などに用いる。
- SCU：Stroke Care Unitの略。急性期脳卒中患者を主として収容し、治療するICU(集中治療管理室)。平成16年度兵庫県医療需給調査では、SCU看護に関する研修を十分に受けた専門的スタッフによる頻回の神経学的チェック、脳循環動態検査等の集中的患者管理ができる集中治療室と定義した。

【課題】

- (1) 脳血管疾患は日常の生活習慣と深く関わっており、県民一人ひとりが予防を心がけるとともに、定期的に健康診査を受診し、疾病の早期発見、早期治療に努める必要がある。
- (2) 診断から、治療、急性期を含めたりハビリテーションに至る診療体制の充実及び医療機関の連携が必要である。
- (3) すべての県民がいかなる脳血管疾患にも迅速かつ適切な医療を受療できる救急医療体制の充実が必要である。
- (4) 北播磨、但馬、丹波圏域において脳卒中の急性期に対応可能な病院がない。
- (5) 県の「脳血管疾患医療システム」は、システム支援病院を選定していない圏域があるなど、十分機能しているとは言えない。今後は、国の指針に基づき、脳卒中の医療連携体制の再構築を図る必要がある。

【推進方策】

(1) 保健対策

- ・ 「ひょうご健康づくり県民行動指標」の推進(県、県民)
「ひょうご健康づくり県民行動指標」の普及啓発により県民への浸透を図り、食生活や運動習慣などの生活習慣の改善による循環器疾患の予防に努める。
(詳細は「兵庫県健康増進計画」に記載)
- ・ 内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)対策の推進(県、市町、各種健診実施主体)
内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)の概念を踏まえ、肥満、糖尿病、高血圧、高脂血症及びこれらの予備群の人に対して、食生活の改善や運動の習慣化など保健指導を重点的に実施する。
- ・ 高度医療機器の活用等による脳血管疾患の早期発見の推進(医療機関)
脳血管疾患の早期発見などに有用な診断装置であるCT、MRI、PETなどの高度医療機器の活用等により、早期発見や適切な治療を推進する。

(2) 医療対策

- ・ 急性心筋梗塞の急性期を担う医療機能を明示する(県、医療機関)
急性期に必要な医療機能の明示により、医療機能の充実を促すとともに、病病連携、病診連携の促進を図る。
- ・ 病院の脳血管疾患に関する医療機能の県民への情報開示を推進(医療機関)
脳血管疾患に対応できる医療機関の医療機能について、正確な情報を県及び各病院のホームページで分かりやすく公開する。
- ・ 脳卒中の急性期に対応可能な医療連携体制の整備(県、医療機関)
脳卒中の急性期に対応できる医療機関のない北播磨、但馬、丹波圏域において、阪神北圏域、東播磨圏域、西播磨圏域等の他の圏域との連携を進め、急性期に対応可能

な医療連携体制の整備を進める。

(3) 脳卒中の医療体制

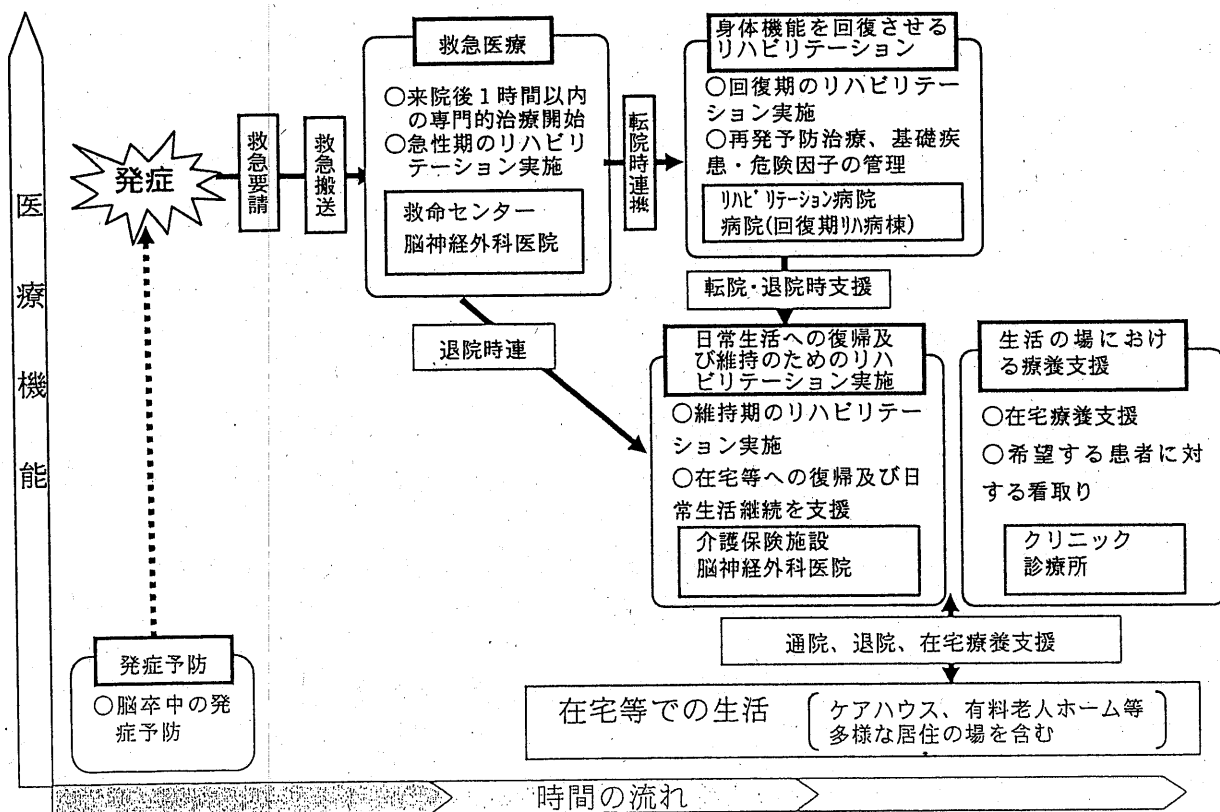
	【予防】	【救護】	【急性期】	【回復期】	【維持期】	
機能	発症予防	応急手当・病院前救護	救急医療	身体機能を回復させるリハビリテーション	日常生活への復帰及び維持のためのリハビリテーション	《在宅療養》生活の場での療養支援
目標	●脳卒中の発症予防	●発症後2時間以内の急性期病院到着	●来院後1時間以内の専門的治療開始 ●急性期に行うリハビリテーション実施	●回復期に行うリハビリテーション実施 ●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理	●維持期に行うリハビリテーション実施 ●在宅等への復帰及び生活の継続支援	●在宅療養支援 ●希望する患者に対する看取り
求められる機能	●基礎疾患・危険因子の管理 ●初期症状出現時の対応について、本人等に教育・啓発 ●初期症状出現時における急性期病院への受診勧奨	【本人・周囲にいる者】 ●速やかな救急搬送要請【救急救命士】 ●適切な観察・判断・処置 ●急性期病院に2時間以内に搬送	●CT・MRI検査・血管造影の24時間対応 ●専門的治療(t-PA等)の24時間対応 ●外科的治療が必要な場合2時間以内に治療開始 ●廃用症候群や合併症の予防、セルフケアの早期自立のためのリハビリテーション実施	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ●抑うつ状態への対応 ●機能障害の改善及びADL向上のリハビリテーションを集中的に実施	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ●抑うつ状態への対応 ●生活機能の維持・向上のリハビリテーション実施 ●在宅復帰のための居宅介護サービス調整	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ●抑うつ状態への対応 ●訪問看護ステーション、調剤薬局と連携した在宅医療 ●希望する患者に対する居宅での看取り ●居宅介護サービスとの連携

(4) 脳卒中の急性期に対応可能な病院の状況

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
急性期に対応可能な病院	4	2	1	2	0	1	2	0	0	1	13

(最終的には医療機関名を明示)

脳卒中の医療体制



【目 標】

脳血管疾患による年齢調整死亡率を男女とも大阪府並みに引き下げる。※

<脳血管疾患心疾患年齢調整死亡率>

	平成12年		平成17年	
	男	女	男	女
兵庫県	64.1	40.6	54.3	32.1
大阪府	63.4	38.8	53.2	31.5
全国	74.2	45.7	61.9	36.1

(H17年厚生労働省「人口動態調査特殊報告」)

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

3 糖尿病対策

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

【現 状】

(1) 患者の状況

- ・平成14年の厚生労働省「糖尿病実態調査」によれば「糖尿病が強く疑われる人」は740万人であり、「糖尿病の可能性を否定できない人」880万人を加えると1620万人と推計される。平成9年の同調査では、「糖尿病が強く疑われる人」690万人、「糖尿病の可能性を否定できない人」680万人で、5年間で2割弱増加している。

・患者住所地別（糖尿病）推計入院患者数

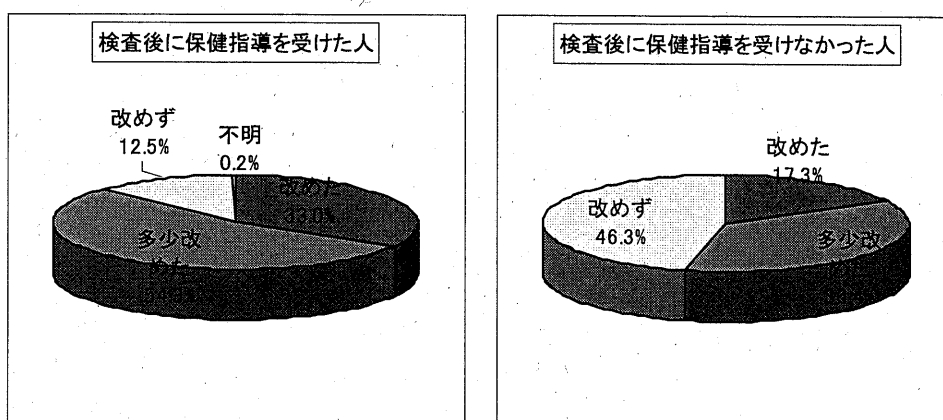
	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
入院患者数	227	244	158	140	61	146	87	13	9	45	1130
人口10万対	14.9	24.0	22.1	19.5	20.9	25.0	31.0	6.8	7.8	29.7	20.2

（資料 厚生労働省平成17年「患者調査」）

(2) 検査と保健指導

- ・検査で「糖尿病」または「境界型*」とされた人が生活習慣を改善したかどうかについては、検査後に「保健指導を受けた」方が「保健指導を受けなかった」場合より生活習慣を改善した割合が高い。（厚生労働省H14「糖尿病実態調査」）

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



(3) 医療体制

- ・早期治療・合併症治療・治療継続による良質な糖尿病医療の提供を目指して、平成14年4月に「糖尿病医療保健システム整備指針」を策定
- ・「糖尿病医療保健システム整備指針」に基づき、2次保健医療圏域（以下「圏域」という）における糖尿病合併症治療の中心的な病院として「糖尿病保健医療システム（合併症治療）支援病院」（以下、「合併症治療支援病院」という）を、圏域における糖尿病継続治療の中心的な病院として「糖尿病保健医療システム（継続治療支援）支援病院」

(以下「継続治療支援病院」という)を選定している。

- ・ 合併症治療支援病院及び継続治療支

援病院について、平成 16 年から医療機能の情報開示を県のホームページで行っている。

(4) 医療機能の状況

- ・ 日本糖尿病学会認定教育施設

(平成 19 年 5 月 1 日現在)

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
日本糖尿病学会認定教育施設	12	7	3	2	3	2	3	0	0	0	32

(資料 日本糖尿病学会ホームページ)

- ・ 糖尿病管理教育入院*実施状況

(単位 上段：病院数、下段：人口 10 万対)

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
実施病院数	31	13	7	13	6	11	6	2	2	7	98
人口 10 万対											

(資料 「平成 19 年兵庫県医療施設実態調査」)

- ・ 糖尿病に関連する専門外来のある病院数

(単位：病院数)

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
糖尿病	31	20	8	16	4	11	6	3	2	4	105
栄養	2	0	1	2	0	2	0	0	0	0	7

(資料 「平成 19 年兵庫県医療施設実態調査」)

- ・ 糖尿病療養指導士*配置状況

(単位：病院数)

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
配置病院数	27	11	7	8	2	9	9	3	3	2	81
人口 10 万対											

(資料 「平成 19 年兵庫県医療施設実態調査」)

(5) 国の指針の提示

第 5 次医療法改正に基づき、平成 19 年 7 月に「糖尿病の医療体制構築に係る指針」が国から示された。

【課題】

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

本県においては、平成 14 年 4 月に「糖尿病医療保健システム整備指針」を策定し、指針に基づいて支援病院を選定したところであるが、選定できていない圏域があり、十分機能しているとは言えない。今後、国の指針に基づき、医療連携体制の再構築を図る必要がある。

【推進方策】

(1) 保健対策

- ・ 「ひょうご健康づくり県民行動指標」の推進（県、県民）
「ひょうご健康づくり県民行動指標」の普及啓発により県民への浸透を図り、食生活や運動習慣などの生活習慣の改善による糖尿病予防に努める。
- ・ 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。（市町、各種健診実施主体）
- ・ 内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）対策の推進（県、市町、各種健診実施主体）

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

（健診で「糖尿病」または「境界型」とされた人に対する保健指導を徹底する。）

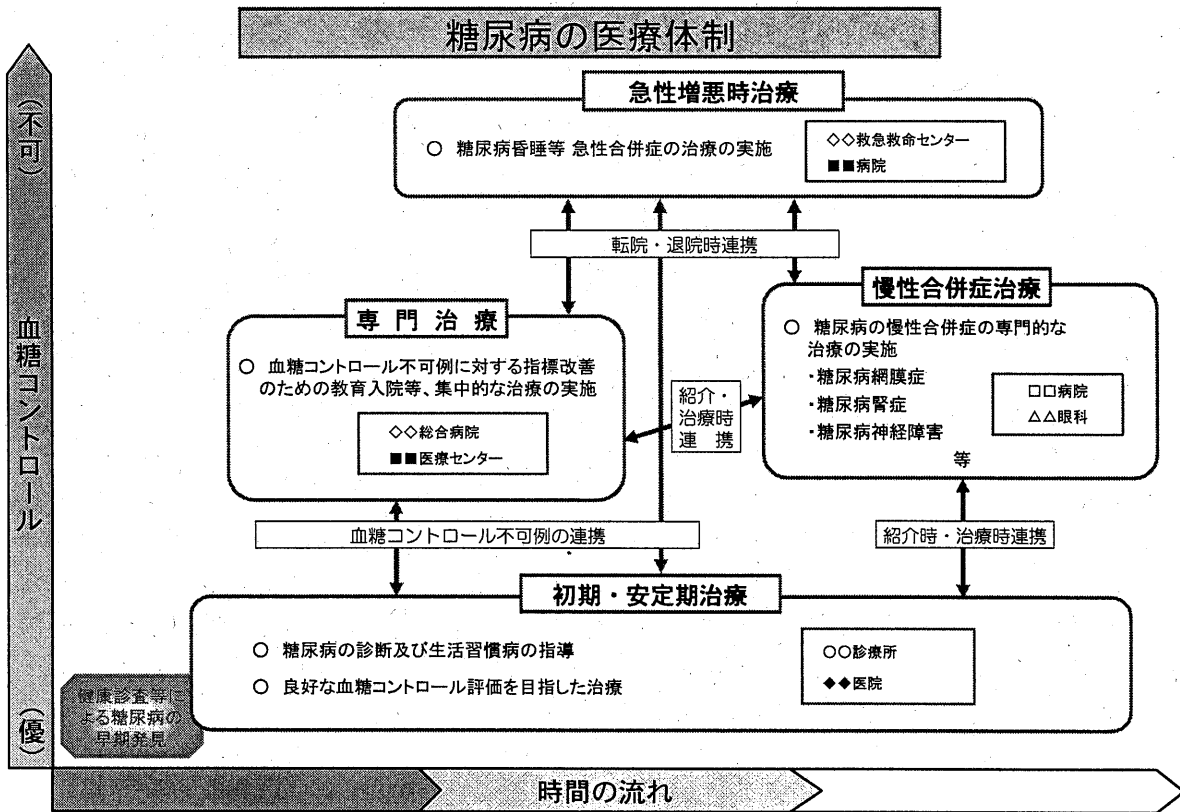
(2) 医療対策

- ・ 情報提供・研修体制の整備（県、医療機関）
糖尿病医療に従事する地域の医師等に対する研修や最新の糖尿病医療情報の提供などや糖尿病医療に従事する医師や糖尿病予防に従事する保健関係者等に対する研修や最新の糖尿病医療・予防情報を提供することにより、糖尿病の医療連携体制の充実を図る。
- ・ 病院の糖尿病に関する医療機能の県民への情報開示の推進（医療機関）
糖尿病に対応できる医療機関の医療機能について、正確な情報を県及び各病院のホームページで分かりやすく公開する。

(3) 糖尿病の医療体制の整備（県、医療機関）

糖尿病の診断や生活習慣の指導等、合併症の発症を予防するための治療を行う医療機関、血糖コントロール指標を改善するための教育入院等の集中的な治療を行う医療機関、糖尿病昏睡等の急性合併症の治療を行う医療機関、糖尿病網膜症等の慢性合併症の専門的な治療を行う医療機関について、地域ごとの連携強化を図っていく。

	【初期・安定期治療】	【専門治療】	【急性憎悪時治療】	【慢性合併症治療】
機能	合併症の発症を予防するための初期・安定期治療	血糖コントロール不可例の治療	急性合併症の治療	糖尿病の慢性合併症の治療
目標	●糖尿病の診断及び生活習慣指導の実施 ●良好な血糖コントロール評価を目指した治療	●教育入院等の集中的な治療による、血糖コントロール指標の改善	●糖尿病昏睡等急性合併症の治療実施	●糖尿病の慢性合併症に対する専門的治療の実施
求められる事項	●糖尿病の診断及び専門的指導 ●75gOGTT、HbA1c等糖尿病の評価に必要な検査の実施 ●食事療法、運動療法及び薬物療法による血糖コントロール ●低血糖時及びシックデイの対応	●75gOGTT、HbA1c等糖尿病の評価に必要な検査の実施 ●各専門職種チームによる、食事療法、運動療法、薬物療法等を組み合わせた教育入院等の集中的な治療（心理問題を含む）の実施 ●糖尿病患者の妊娠への対応 ●食事療法、運動療法を実施するための設備	●糖尿病昏睡等急性合併症の治療に関する24時間対応 ●食事療法、運動療法を実施するための設備	



境界型：ブドウ糖負荷試験の判定で、糖尿病型と正常型の間期の段階。いずれ糖尿病になる確率が高く、生活習慣の改善と定期的な検査が必要な糖尿病予備軍。

糖尿病管理入院：糖尿病治療に必要なインシュリンの量、体重コントロール、運動、食事管理の方法やそれらが血糖値に与える影響等について、専門の医師、看護師、栄養士などにより管理する治療および患者教育を目的とした入院。

糖尿病療養指導士：日本糖尿病療養指導士認定機構の認定を受け、医師の指示の下で糖尿病の患者に熟練した療養指導を行うことのできる医療従事者（看護師、管理栄養士、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士等の資格を有する者）。

第4節 周産期医療

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

県民が安心して子どもを産み育てられるよう、周産期医療体制の充実を図る。

【現 状】

- (1) 本県では、昭和 57 年以来、周産期医療システムの検討、新生児・母体搬送マニュアルの作成等を継続的に行うとともに、平成 6 年には、こども病院にOICU*、NICU*等の設備を備えた周産期医療センターを設置した。また、平成 8 年からは、広域災害・救急医療情報システムに周産期関連の項目を追加し、空床情報等の検索が行えるようになった。
- (2) 県下を 7 地域に区分して、県立こども病院をはじめ 10 病院を地域センターとして位置付け、地域センター病院が協力病院 (25 病院) の協力を得ながらハイリスク妊婦及びハイリスク新生児を受け入れ、高度専門的な医療を提供する周産期医療システムを運用してきたが、平成 12 年 3 月には、全県を対象に高度かつ専門的な医療を適用する施設として、県立こども病院を国の整備指針に基づく総合周産期母子医療センターに、平成 13 年 8 月に神戸大学医学部附属病院、神戸市立中央市民病院、済生会兵庫県病院、兵庫医科大学病院、県立尼崎病院、加古川市民病院、姫路赤十字病院、公立豊岡病院、県立淡路病院を地域周産期母子医療センターに指定した。

周産期圏域	出生数	周産期死亡数	周産期死亡率(千対)	総合周産期母子医療センター	地域周産期母子医療センター	協力病院
神戸	12,720	44	3.5	1	3	6
阪神	16,090	61	3.8	—	2	6
東播磨	8,803	38	4.3	—	1	6
西播磨	7,688	33	4.3	—	1	4
但馬	1,526	10	6.5	—	1	1
丹波	827	4	4.8	—	—	2
淡路	1,117	2	1.8	—	1	2
兵庫県	48,771	192	3.9	1	9	25
全国	1,092,674	5,100	4.7			

〔資料：厚生労働省「平成 18 年度人口動態統計」
「兵庫県医務課調べ」〕

【課 題】

- (1) 2 次保健医療圏域別に見ると、周産期死亡率が全国値を上回っている圏域がある。
- (2) 産婦人科医師の確保ができず、地域周産期母子医療センターとしての機能が確保できないところが出るなど、地域における周産期医療体制の見直しが必要となっている。
- (3) 少子化が急激に進む中、将来を担う世代の健全な育成を図る体制の確立が求められ

る一方で、専門分化が進む医療環境において、妊娠から出産、小児、思春期を経て成人への発達、そして妊娠というサイクルに関わる総合的、継続的な医療である「成育医療」が必要とされている。

【推進方策】

- (1) NICUの空床状況等即時に必要な情報を検索できる、平成17年度に整備した情報ネットワークシステムの活用を図る。(県)
- (2) 地域周産期母子医療センターの機能を強化し、医療水準の向上と地域格差の是正を図る。(県、医療機関)
- (3) 地域周産期母子医療センターを全周産期圏域(7圏域)に整備する。(県、医療機関) 地域周産期母子医療センター整備圏域 6圏域(2005) → 7圏域(2009)
- (4) 医療資源の集約化等により地域における医療機能の効率化を行うなど、周産期医療体制の見直しを行う。(県、医療機関)
- (5) 産科医不足に対応するため、産科医師の集約化、医療機能の重点化による効率的医療体制を整備する。
- (6) 産科、小児科を有し、ハイリスク妊婦を収容できる産科、小児科の集中治療体制をもつ病院(拠点病院)の確保。また、拠点病院を中心として、妊婦検診を身近な医療機関で受診できる連携体制の構築を図る。
- (7) 母体搬送については、ヘリ搬送などの活用なども含めて検討する。
- (8) ハイリスク妊産婦等、県内の搬送体制の確立を図るとともに、県外への広域搬送体制の確立を推進する。

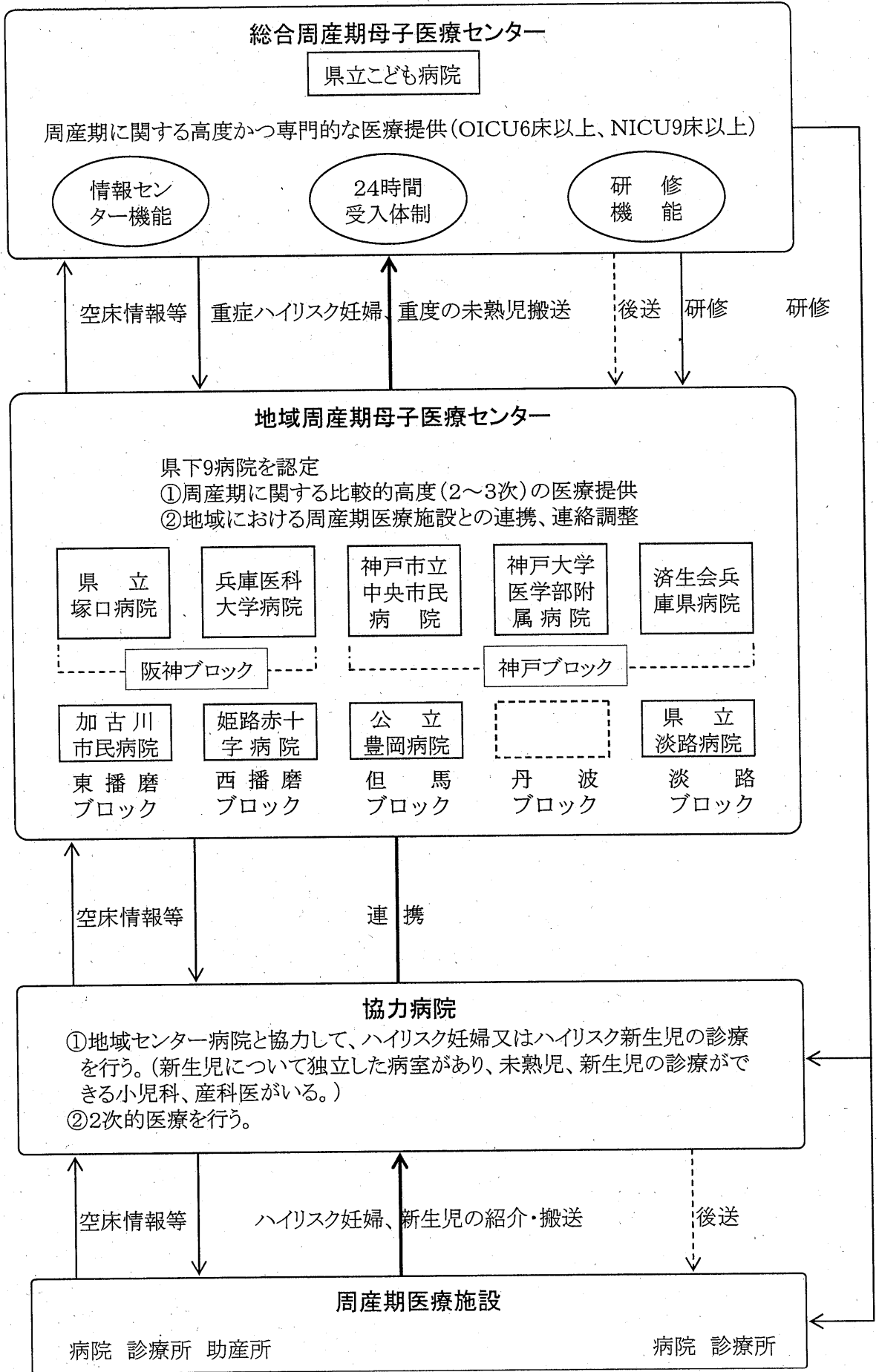
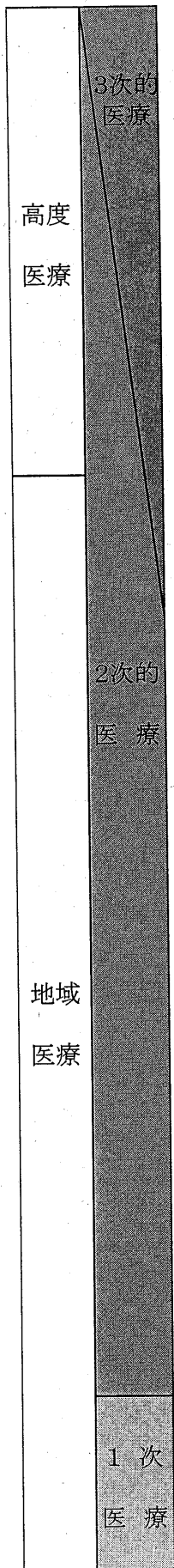
【目標】

産科医師の集約化、医療機能の重点化による効率的医療体制を整備する。

O I C U : 母体・胎児集中治療管理室 (obstetrical intensive care unit)。重症妊娠中毒症、合併症妊娠、胎児異常等、母体又は胎児におけるハイリスク妊娠に対応するため、分娩監視装置、呼吸循環モニター、超音波診断装置、人工呼吸器などの機器を備え、主として産科のスタッフが24時間体制で治療を行う室。P I C U (周産期集中治療管理室 perinatal intensive care unit) ともいう。

N I C U : 新生児集中治療管理室 (neonatal intensive care unit)。未熟児や、先天性の障害などにより集中治療を必要とする新生児のために、保育器、人工呼吸器、微量輸液ポンプ、呼吸管理モニターなどの機器を備え、主として新生児を専門とするスタッフが24時間体制で治療を行う室。

周産期医療システムの概念図



第2節 在宅医療

1 在宅医療

生活習慣病の増加等疾病構造の変化や高齢化の進展などにより、在宅医療の必要な患者が増加している。また、患者自身の在宅医療への志向も強い上に、在宅医療技術の向上や各種在宅医療サービスの制度化などにより、従来は在宅医療が困難であった患者も在宅医療が可能になっている。平成18年4月の診療報酬改定においては、24時間体制で訪問診療を行う体制を有する在宅療養支援診療所の制度に創設され、在宅医療体制の充実が図られている。

在宅療養者が生きがいを感じて療養生活を送れるよう、患者のニーズに応えられる在宅医療の推進を図り、患者のQOLの向上を図る。

【現 状】

(1) 在宅医療を受けている患者数

平成17年10月の患者調査によれば、往診や訪問診療などの在宅医療を受けた推計患者数は、2,660人（一日断面）であり、その8割は75歳以上の高齢者である。

在宅医療を受けた患者の疾病分類による内訳は、脳血管疾患が409人（15.3%）、神経系の疾患が381人（14.3%）、高血圧性疾患が361人（13.6%）、悪性新生物が225人（8.4%）の順となっている。

(2) 医師（歯科医師）による訪問診療や在宅療養指導管理のほか、看護師による訪問看護や、理学療法士・作業療法士らによる訪問リハビリ、薬剤師による訪問薬剤管理指導等各職種の医療従事者による在宅サービスが制度化されている。

(2) 県内の病院で、訪問診療を実施しているのは135病院（38.5%）、訪問看護を実施しているのは119病院（33.9%）である。

それらの病院が訪問診療を実施した患者の実人数（H16年7月の1ヵ月間）は、1,828人、訪問看護を実施した患者3,091であった。（平成16年兵庫県医療需給調査）

<実施病院の割合が高い圏域>

訪問診療：但馬（64%）、西播磨（57%）、淡路（50%）

訪問看護：淡路（58%）、丹波（57%）、西播磨（48%）

(3) 県内の診療所で、訪問診療に対応できるのは、回答のあった2,942診療所（回答率62.4%）中、1,374診療所（46.7%）であった。それらの診療所が訪問診療を実施した患者の実人数（H16年7月の1ヵ月間）は、16,157人（人口10万対288.9）であった。

<対応可能な診療所の割合が高い圏域>

但馬（75.7%）、丹波（66.0%）、西播磨（62.1%）

<訪問診療を実施した患者数の人口10万人対が高い圏域>

但馬（779.7）、西播磨（675.5）

(4) 県内の在宅療養支援診療所数：609箇所（平成19年7月1日現在）

(5) 県内の訪問看護ステーション数：354箇所（平成19年4月1日現在）

【課題】

- (1) 医師（歯科医師）による在宅医療は訪問診療が中心であるが、現状では、訪問診療を必要とする患者に適切な訪問診療が行われる体制にはなっていない。そこで、訪問診療を行うかかりつけ医（かかりつけ歯科医）の普及・定着及びかかりつけ医（かかりつけ歯科医）を支援する体制の整備が必要である。
- (2) 在宅医療を定着させるためには、在宅医療技術の普及促進を図る必要がある。
- (3) 在宅療養を行う患者には、医療とともに、福祉サービスの必要な患者が多い。介護保険制度の導入により介護保険対象者には総合的なサービスの提供体制が強化されたが、その他の在宅療養者には制度がないことから、今後、介護保険サービスの充実とともに、介護保険対象外の在宅療養者に対する総合的なサービス提供体制の充実を図る必要がある。
- (4) 入院患者が退院する際には、直ちに必要な在宅医療を提供することが重要であり、また、在宅療養者も症状が悪化した時には入院が必要であることから、入院医療、在宅医療相互の円滑な移行の確保が求められている。
- (5) 在宅医療を円滑に実施するためには、家庭での介護力を強化する必要がある。
- (6) 高齢化の進展に加えて、医療制度改革による平均在院日数の短縮や療養病床の削減に伴い、今後、在宅医療のニーズの大幅な増大が見込まれるため、在宅医療体制の充実が急務となっている。

【推進方策】

- (1) 地域におけるかかりつけ医（かかりつけ歯科医）の支援体制を確立するとともに、その必要性について広報し、普及、定着を促進する。併せて、必要な在宅療養者に対する訪問診療の提供を促進する。（県、医療関係団体、医療機関）
- (2) 訪問看護、訪問リハビリ、訪問薬剤管理指導についても、サービス提供体制の充実を図る。（医療機関）
- (3) 在宅医療の高度化に対応して、機器の操作方法や医療技術に関する研修を実施する。（県、医療関係団体、医療機関）
- (4) 在宅療養者に対する保健医療福祉サービスの総合的な提供体制の整備を促進する。（県、市町）
- (5) 在宅医療は、医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、ケアマネージャー、ヘルパー、ボランティアなどによるチームケアが重要であることから、チームづくりに対する支援を行う。（県、関係団体）
- (5) 病院の地域連携室の機能強化や地域包括支援センターの機能の活用、郡市医師会等関係団体の協力により、病診連携の促進や医療と介護の一体的なサービス提供を図るとともに、入院医療、在宅医療相互の円滑な移行を図る。（県、市町、医療機関）
- (6) 家庭で在宅療養者の介護がスムーズに行えるよう県民に対する教育、研修の充実を図るとともに、患者・家族の相談に対応する窓口を設置する。（県、医療機関、関係団体）

2 在宅ターミナルケア

最期まで自分らしく生活を送りたいと願う患者にとって、毎日を家族といっしょに過ごせることほど、心なごませ、勇気づけられることはない。進行がんなどで積極的治療が不適切な状態となったいわゆる末期患者のうち、病状が安定し、患者が望み、家族にも介護力がある場合に、できる限り在宅で療養できる在宅ターミナルケアの医師・訪問看護師・薬剤師・ケアマネージャーらによる地域ネットワークの構築をめざす。

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

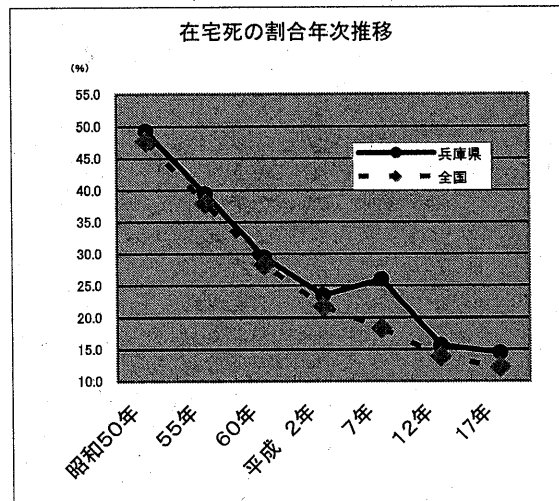
【現 状】

(1) 最後の時期を過ごす場所に関する県民の意向

最後の時期を過ごす場所として、「自宅」を希望する県民は29%、「治療や援助が①な場合だけ病院や施設、それ以外は家」を希望する37%あり、併せると66%が在宅で最後の時を過ごすことを希望している。(平成15年度 家庭問題研究所「ターミナルケアと家族についての調査研究報告書」)

しかし、兵庫県における死亡場所の割合は、病院が78%と圧倒的に多く、自宅は15%である。

家で看病できない理由として、「容態急変時にすぐに手当ができない」「専門家に任せた方がよい」「医学的知識がない」ことが大きいとの調査結果もあり、医療体制の問題とともに、県民の知識不足、先入観が阻害要因となっていることが伺われる。



(2) 在宅ターミナルケアに関わる制度改正の動き

①在宅療養支援診療所

在宅医療を支える制度として、平成18年4月から、①24時間体制で往診や訪問看護が可能、②他の医療機関との連携により在宅療養患者の緊急入院の受入が可能、といった要件を満たす診療所に手厚い診療報酬を配分する「在宅療養支援診療所」制度が創設された。

②介護保険制度の特定疾患への末期がん適用

平成18年4月から、40歳から64歳までの末期がん患者についても介護保険の適用対象に追加され、末期がん患者が在宅で介護保険サービスを活用しながら療養生活が可能となった。

(3) 在宅ターミナルケアの現状

末期がん患者等が病院から退院し、在宅で療養生活を送るには、主として以下のサービスが総合的に提供される必要があり、これらのサービスを提供する様々な職種がチームを組んで患者・家族のケアに当たる体制が求められる。

サービス項目	サービスの具体的内容	サービスを提供する職種
訪問診療	疼痛管理・症状の対処、緊急時の24時間対応	医師（在宅支援診療所をはじめとする診療所）
訪問看護	心身のケア、症状の観察	看護師
薬剤管理	服薬指導、副作用の対応	薬剤師
訪問介護	家事援助、身体介護	ホームヘルパー
ケア・マネジメント	ケアプランの作成	介護支援専門員
福祉用具の貸与・購入	車いす、特殊寝台の確保	事業者、市町職員
こころのケア	患者・家族の不安や悲嘆のケア	精神科医、臨床心理士
医療費・生活費の相談	医療費等の軽減や公的扶助相談	ケースワーカー、医療ソーシャルワーカー
訪問歯科診療	口腔ケア	歯科医師
その他	患者・家族の見守り	ボランティア、NPO

<在宅療養支援診療所>

兵庫県内 609 施設 (H19. 7. 1) 県内の一般診療所全体 (4, 800 箇所) の約 13%

<訪問看護ステーション>

(H19. 3. 31)

圏域名	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	合計
設置数	106	65	44	42	12	28	22	11	9	9	348

在宅ターミナルケア患者がいる、あるいは過去にいた訪問看護ステーション 173 施設 (回答のあった 222 ステーションの約 8 割)

(平成 17 年 3 月 兵庫県医務課「訪問看護ステーション実態調査」)

<急変時に入院受入が可能な病院>

181 病院 (兵庫県医療需給調査 H16. 10. 22)

一方で、「24 時間体制」や「診療を交替する医師がいないこと」で末期患者への対応を負担に感じている診療所が多く、チーム連携が必要であるとの認識を多くの診療所医師や訪問看護師が持っているとの調査結果がある。(平成 14 年度兵庫県調べ)

(4) 兵庫県の取り組み

兵庫県では、平成 19 年 1 月にがん診療連携拠点病院の指定を受けたことを踏まえ、がん診療拠点病院と地域の医療・介護施設、NPO 等が連携した在宅ターミナルケアネットワークの構築を進めることとし、平成 19 年度から事業に着手している。

① 圏域における在宅ターミナルケア体制を検討する協議の場の設置

- ② 在宅ターミナルケアのチームづくりへの支援
- ③ 患者・家族からの在宅ターミナルケアに関する相談への対応窓口の設置
- ④ 在宅ターミナルケアの従事者への研修

【課題】

- (1) 診療所、訪問看護ステーションの24時間体制の確保
- (2) 病院・診療所・訪問看護ステーション・ケアマネージャー・ホームヘルパーらによる在宅ターミナルケアチームづくり
- (3) 在宅療養患者の急性増悪時の緊急入院先の病床確保
- (4) 医師・看護師・ケアマネージャー・ホームヘルパーら、医療福祉従事者に対するターミナルケアの学習機会の提供
- (5) 在宅ターミナルケアに関する情報・知識の県民への普及
- (6) 患者・家族を様々な面から支援するボランティアやNPOなどの参画
- (7) 病状が短期間で変化する末期がん患者に介護保険制度を適用する場合の制度上のギャップの解消

【推進方策】

関係機関・団体の連携のもとに、在宅ターミナルケアの地域ネットワークの構築を進める。

- (1) 在宅ターミナルケアチームづくり（医療機関、医療・福祉関係団体、県）
診療所、訪問看護ステーションのグループ化を促進するなど24時間体制を強化を図るとともに、医療・介護サービスを総合的に提供できる在宅ターミナルケアチームづくりを進める。
- (2) 医療福祉従事者に対する研修（医療・福祉関係団体）
医師会、看護協会等関係団体において、在宅ターミナルケアに関する研修の充実を図る。
- (3) 県民に対する普及啓発・情報提供（県）
患者・家族側が在宅医療・介護サービスに関する知識を持ち自らの判断で在宅療養を選択できるよう普及啓発を行うとともに、在宅療養患者・家族からの相談に応じ、情報提供を行う。
- (4) NPOの参画促進（民間団体、県）
患者会・遺族会、ボランティアグループなど、患者・家族への支援を行うNPOの実践活動の促進を図る。
- (5) 国への制度改善提案
末期がん患者に対する介護保険適用の際の問題点など、患者や医療・介護関係者の意見を聞きながら、必要に応じ国に対する制度提案を行う。

【目標】

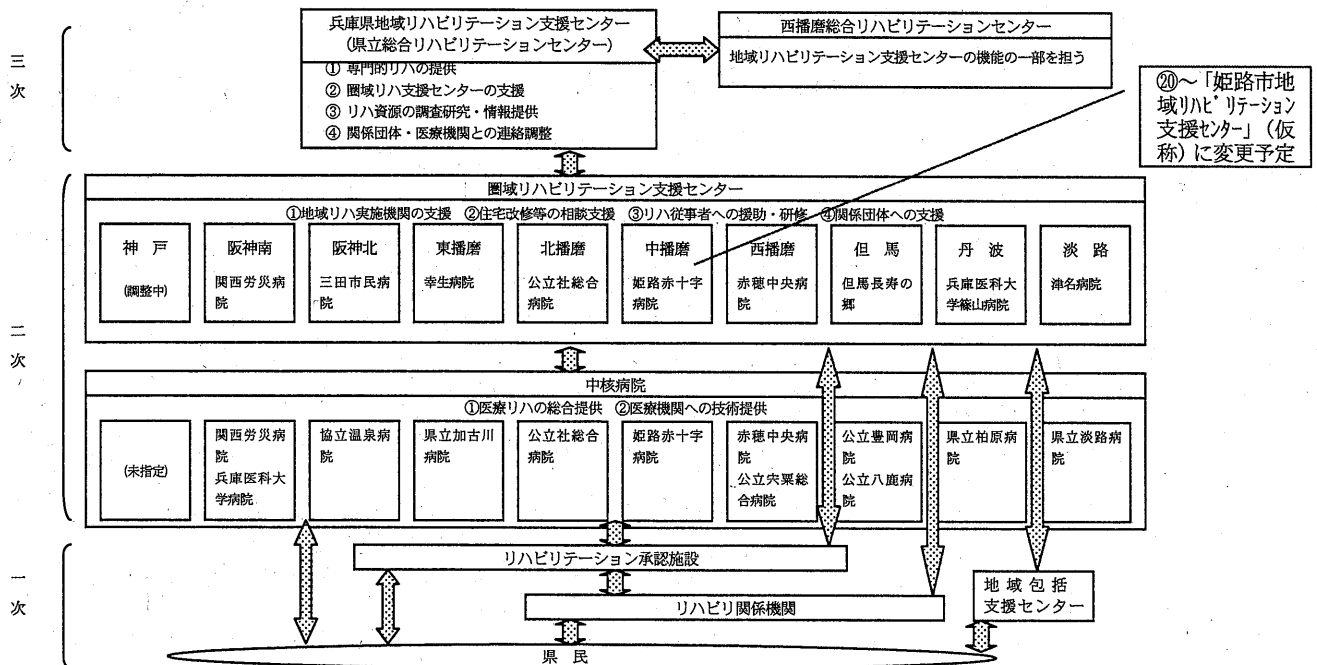
在宅ターミナルケアネットワークを構築し、がん患者の在宅看取り率を向上させる。
8%（2006） → 12%（2012）

第3節 地域リハビリテーションシステム

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

【現状】

- (1) 高齢者や障害者をはじめ、誰もが住み慣れた地域で生活が続けられるよう、疾病の急性期から回復期を経て維持期へ移行する全過程を通じて、それぞれの状態に応じた適切なりハビリテーションを継続的に受けることができるシステムを構築するため、平成13年3月に策定した「兵庫県地域リハビリテーション連携指針」に基づき推進を図っている。
- (2) 平成14年度に、全県リハビリテーション支援センターを設置し、圏域ごとのリハビリテーション支援センターについても、平成14年度以降、順次設置を進め平成17年度には、神戸圏域を除く全圏域で運営を開始した。
- (3) 平成18年度に開設した県立西播磨総合リハビリテーションセンターを全県支援センターの機能の一部を担う施設として位置付け、より専門性の高いリハビリに特化した研修の実施等により、圏域支援センター等の支援の充実を図っている。



【課題】

- (1) 医療資源、介護サービス提供資源は地域により差があり、急性期・回復期・維持期の各リハビリテーションの機能が整理されておらず、具体的な病院連携・病診連携・退院調整が調っていないことから、圏域の状況に応じた連携方策を検討する必要がある。
- (2) 平成18年4月の診療報酬改正により、病院・診療所のリハビリテーション承認施設は、従来の理学療法・作業療法・言語聴覚療法から疾患区分別に心大血管疾患・脳血管

疾患・運動器・呼吸器の各リハビリテーション料に再編されたが、疾患別医療提供全体からみた疾患別リハビリテーションの体系と支援機能の検討が必要である。

- (3) 介護予防などの新たなリハビリテーションニーズに対して適切な支援が行えるよう、各圏域支援センターと地域包括支援センターの連携を進め、地域の包括的、継続的なケア体制の整備を図る必要がある。
- (4) 神戸圏域については、神戸市保健所等で圏域支援センターの役割を果たしているが、地域リハビリテーションシステムの推進を図るため、神戸圏域についても圏域支援センターの指定・設置に向け、関係機関等との調整を進める必要がある。

【推進方策】

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

(市町方針)

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

(圏域指針)

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

(全県指針)

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

- (2) 新たなリハビリテーションニーズに対応するため「兵庫県地域リハビリテーション連携指針」の見直しを行う。(県)

〈新たな推進方策〉

- ・ 地域におけるリハビリテーション関係機関を広域的に連携させるため、圏域内のリハビリテーション資源の調査、関係機関（医療、介護、行政等）による地域課題の把握等について検討する。(県、関係団体)
- ・ 介護保険制度改正により新たに設置された地域包括支援センターと各圏域支援センターとの連携を進め、今後生じる新たなニーズに対応する。(県、市町)
- ・ 疾患別の地域連携クリティカルパス構築に向け、疾患別リハビリテーションの現状分析、推進方策の検討を行う。(県、関係団体)
- ・ 圏域リハビリテーション連携の基となる、医療と地域ケア関係者によるネットワーク作りに取り組む。(県、関係団体)