

但馬圏域

- 1 地域の特性
- 2 人口及び人口動態
 - (1) 人口
 - (2) 人口動態
 - (3) 死因別死亡数・死亡割合
- 3 医療資源の状況
 - (1) 医療機関
 - (2) 医療従事者
- 4 受療動向
 - (1) 年齢階級別推計入院患者数
 - (2) 疾病分類別推計入院患者数
 - (3) 病床利用率、平均在院日数
 - (4) 他圏域・他府県との患者流動
- 5 圏域の医療提供体制の構築
 - (1) 圏域地域医療構想
 - ①必要病床数推計
 - ②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）
 - (イ) 在宅医療の整備目標
 - ③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
 - (イ) 在宅医療の充実
 - (ウ) 医療従事者の確保
 - (エ) その他
 - (2) 圏域の重点的な取組
 - ① 病床の機能分化、連携
 - ② 在宅医療の充実
 - ③ 医療従事者の確保
 - ④ 疾病対策
 - 【がん対策】
 - 【心血管疾患】
 - 【脳卒中】
 - 【糖尿病】
 - 【精神疾患】
 - ⑤ その他の地域医療体制
 - ・救急医療、小児(救急)医療、災害医療
 - ・周産期医療
 - ・へき地医療

第2部 各圏域の計画
6 但馬圏域

但馬圏域

1 地域の特性

但馬地域は、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。

管内の面積は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。

2015年(H27)国勢調査によると、人口は170,232人で県全体の約3%にとどまり、人口密度も79.8人/k㎡(県平均658.8人/k㎡)と県下で最も低く、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。また、少子化や若年層の流出などによる高齢化も進んでおり、2017年(H29)2月1日現在、高齢化率は34.5%と、全県平均27.5%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希薄であり、医師の偏在による勤務医師の不足が顕著で、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。

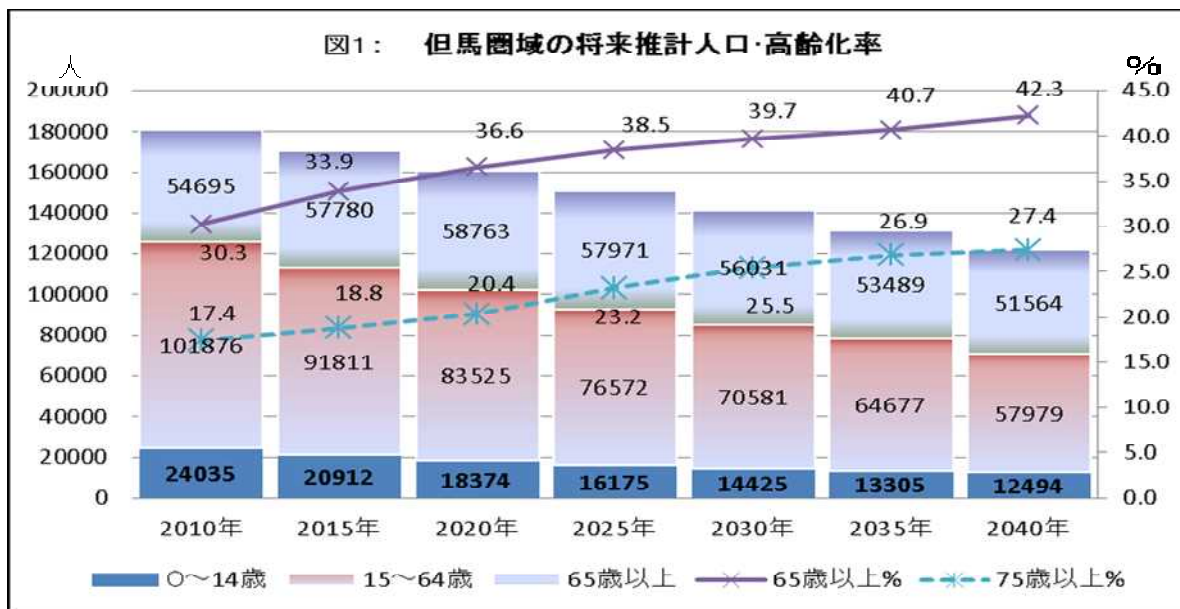
広域な但馬圏域の救急医療体制を確保するため、公立豊岡病院組合立豊岡病院を基地病院とするドクターヘリ、ドクターカーが運行され、医療資源の乏しい地域の救命率の向上を図っている。

*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 人口及び人口動態

(1) 人口

但馬の将来推計人口は2025年には、2010年(H22)の18万人から15万人に減少し、高齢者(65歳以上)の数は2020年頃の約5.9万人をピークに、以降は減少する。一方で、生産年齢人口は減少の一途をたどり、2010年(H22)の約10万人から2025年には約7.6万人まで減少する。



国立社会保障・人口問題研究所 日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）

(2) 人口動態

出生数は年々減少し、人口千人あたり出生率は6.7で、県平均より低値である。

死亡数は2013年(H25)をピークに減少傾向を示しているが、2015年(H27)の人口千人あたり死亡率は14.8で県平均より高値である。

死因別死亡の状況は、2015年(H27)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。悪性新生物、心疾患による死亡率は増加しているが、脳血管疾患は緩やかに減少を示し、肺炎は、2012年(H24)をピークに減少している。また、老衰による死亡が2011年(H23)以降増加している。

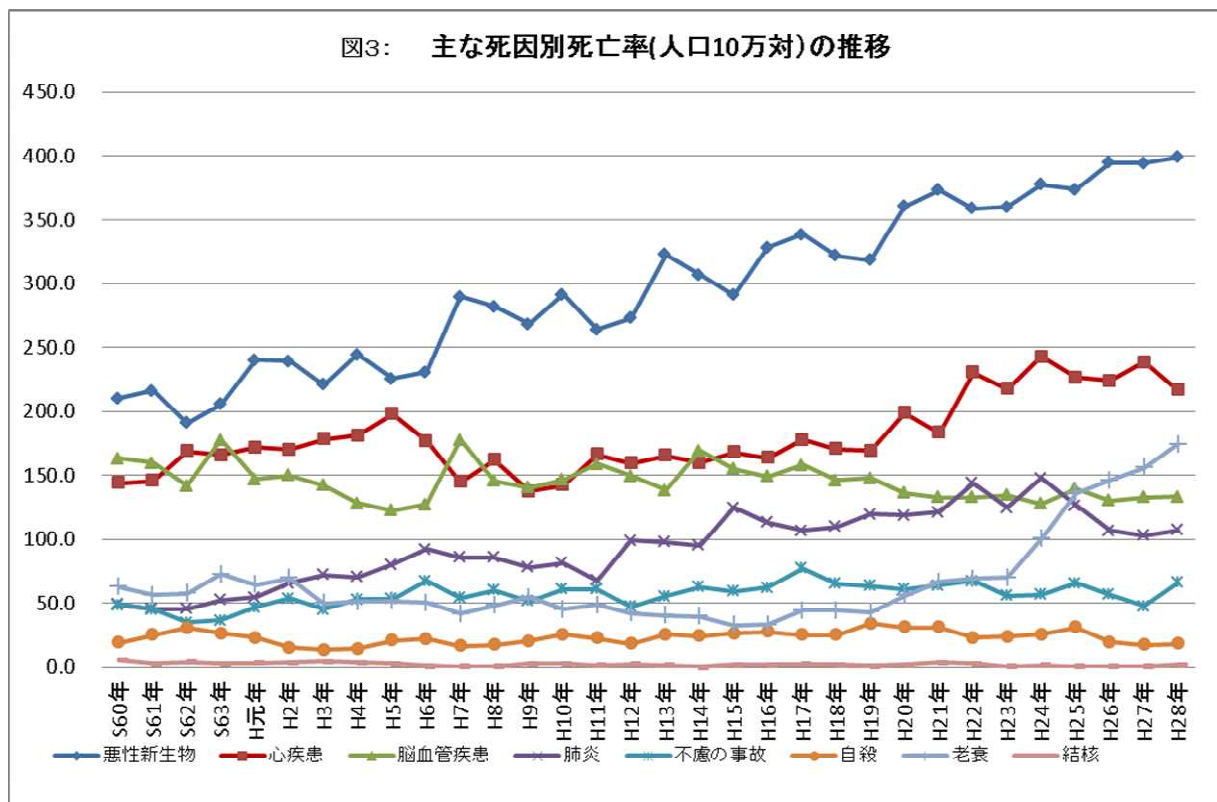
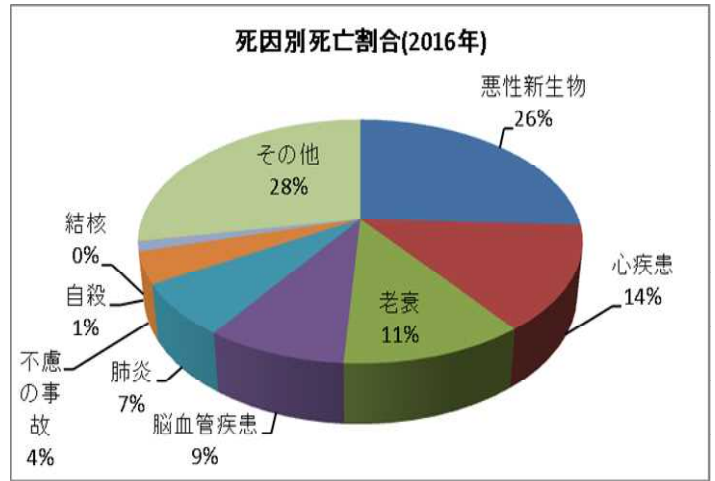
表1: 人口動態

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
2009年(H21)	1,375	7.5	2,361	12.9	7	5.1
2010年(H22)	1,441	8.0	2,484	13.8	3	2.1
2011年(H23)	1,369	7.7	2,377	13.3	4	2.9
2012年(H24)	1,365	7.7	2,600	14.7	6	4.4
2013年(H25)	1,266	7.3	2,613	15.0	6	4.7
2014年(H26)	1,174	6.9	2,561	15.0	3	2.6
2015年(H27)	1,133	6.7	2,522	14.8	6	5.3
2016年(H28)	1,171	7.0	2,604	15.5	2	1.7
(全県 H28年)	43,378	7.9	55,422	10.0	120	2.8

厚生労働省「人口動態統計」

死因別死亡数・死亡割合(2016年(H28)) : 表2、図2

死因	死亡数(人)		
	男	女	計
悪性新生物	393	278	671
心疾患	167	197	364
老衰	74	219	293
脳血管疾患	109	115	224
肺炎	94	86	180
不慮の事故	59	52	111
自殺	24	7	31
結核	2	1	3
その他	349	378	727
計	1,271	1,333	2,604



厚生労働省「人口動態統計」

3 医療資源の状況

(1) 医療機関

【病院・診療所施設数】 : 表3

()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							
但馬	11(6.7)	9	4	2	152(92.8)	2	1	150	70(42.7)

平成30.3.31兵庫県調べ

【規模別病院数(一般病院)】 : 表4

	計	病床数別内訳				
		~99床	100~199床	200~399床	400~499床	500床以上
但馬	9	6	1		1	1

許可病床(一般病床+療養病床)数で区分 平成30.4.1兵庫県調べ

【病床の種類別許可病床数(一般病床・療養病床)】 : 表5

	病院			一般診療所			一般病床 (病院+一般診療所)		療養病床 (病院+一般診療所)	
	総数	一般	療養	総数	一般	療養	総数	人口10万比	総数	人口10万比
但馬	1,401	1,184	217	19	11	8	1,195	729.7	225	137.4

平成30.4.1兵庫県調べ

(2) 医療従事者

【医師・歯科医師・薬剤師数】 : 表6

()内は人口10万人対

	医師数	歯科医師数	薬剤師数
但馬	359(213.7)	93(55.4)	295(175.6)
兵庫県	13,979(253.2)	3,907(70.8)	14,616(264.8)

平成28年厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

【看護職員従事者数】 : 表7

()内は人口10万人対

	保健師	助産師	看護師	准看護師	合計
但馬	103(61.5)	53(31.6)	1,799(1074.3)	407(243.0)	2,362(1410.5)
兵庫県	1,679(30.4)	1,446(26.2)	50,916(922.8)	11,016(199.6)	65,057(1,179.1)

平成28年度兵庫県業務従事者届

【リハビリテーション専門職 病院従事者数】 : 表8

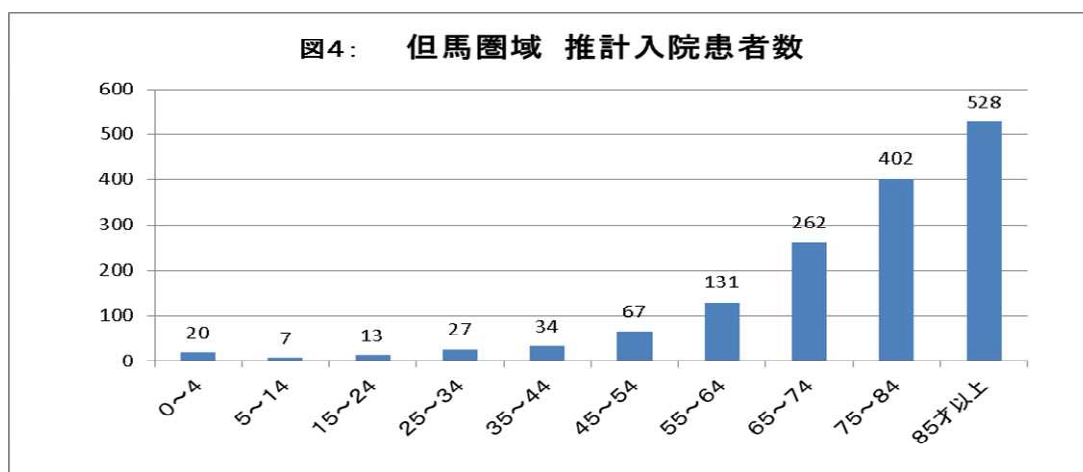
()内は人口10万人対

	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士
但馬	69(41.2)	32(19.2)	10(6.0)
兵庫県	3,401(61.6)	1,726(31.3)	752(13.6)

平成28年厚生労働省「病院報告」

4 受療動向

(1) 年齢階級別推計入院患者数



平成29年3月兵庫県「入院患者調査」

(2) 疾病分類別推計入院患者数 : 表9

疾患名	患者数	うち圏域内の入院患者数	圏域内への入院割合 (%)
精神及び行動の障害	151	101	66.9%
循環器系疾患	306	270	88.2%
新生物	154	126	81.8%
損傷、中毒、外因の影響	201	183	91.0%
消化器疾患	75	66	88.0%
神経系疾患	151	105	69.5%
呼吸器系疾患	162	82	50.6%
筋骨格系及び結合組織の疾患	79	50	63.3%
内分泌、栄養及び代謝疾患	24	18	75.0%
その他	188	154	81.9%
合計	1,491	1,155	77.5%

平成29年3月兵庫県「入院患者調査」

(3) 病床利用率、平均在院日数

【病床利用率】 : 表10

(%)

	H25			H26			H27			H28		
	全病床	一般病床	療養病床	全病床	一般病床	療養病床	全病床	一般病床	療養病床	全病床	一般病床	療養病床
但馬	75.8	69.2	82.1	76.2	69.7	84.7	75.1	70.3	80.2	72.2	67.6	74.3
兵庫県	79.6	72.7	90.0	79.0	72.3	89.7	79.7	73.5	89.8	80.4	74.7	89.8

厚生労働省「病院報告」

【平均在院日数】 : 表11

(%)

	H25			H26			H27			H28		
	全病床	一般病床	療養病床	全病床	一般病床	療養病床	全病床	一般病床	療養病床	全病床	一般病床	療養病床
但馬	28.6	16.6	88.2	29.9	17.4	97.1	29.2	17.3	99.0	26.5	15.7	90.2
兵庫県	28.4	16.3	161.3	27.8	16.0	160.0	27.1	15.7	155.8	26.5	15.5	149.9

厚生労働省「病院報告」

(4) 他圏域・他府県との患者流動 : 表 12 (%)

	施設所在地										
	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	県外
但馬 (患者住 所地)	1.9	0.8	0.7	0.9	1.0	3.9	0.2	75.1	3.3	0.0	12.2

厚生労働省NDB(平成27年度診療分)

5 圏域の医療提供体制の構築

(1) 但馬圏域地域医療構想

① 必要病床数推計 : 表 13

	2017年(H29) 病床機能報告	2025年(H37) 推計(推計ツール)	差引	基準病床数 (2016年(H28)4月)
高度急性期機能病床	24	133	△109	(一般・療養) 1,474
急性期機能病床	881	541	340	
回復期機能病床	193	476	△283	
慢性期機能病床	181	250	△69	
合計	1,279	1,400	△121	1,474

② 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 14 (人/日)

医療需要の推計値	2013年(H25)	2025年(H37)
総数 (自然増+新たに対応が必要な部分)	1,917	2,167

【表注】推計ツールによる2025年の居宅等医療需要は、以下の数値を合計した推計値

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

(イ) 在宅診療の整備目標 : 表 15 (人/日)

在宅医療(訪問診療の実施数)	2017年(H29)	2020年(H32)	2025(H37)
人口推計に基づく医療需要自然増加対応分	1,047	1,057	1,074
療養病床からの退院による新たな対応分	0	8	23
合計	1,047	1,065	1,097

【表注】

(ア)の医療需要推計値の2025年数値のうち、
介護サービス・介護施設需要との調整後、訪問診療を受けることが見込まれる患者数(自然増加分+療養病床からの新たな対応分)を記載。
2020年度は、年度毎に等比按分した数値を記載。

③ 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
<ul style="list-style-type: none"> ○ 但馬圏域では、2007年(H19)に関係機関の協議による、医療機能の再編、医師集約化が図られ、一定の成果が得られた。 ○ しかし、2025年の医療需要に合わせた更なる機能分化、連携強化が必要であり、但馬圏域内の病院間の効率的な連携、医療機能充実による急性期から慢性期までの一体的な運営が望まれる。 ○ 病床機能報告から、急性期病床の過剰、回復期病床の不足が見られ、バランスのとれた医療提供体制への機能転換が望まれる。 	<ul style="list-style-type: none"> ○但馬圏域内の病院機能分化の支援 <ul style="list-style-type: none"> ・但馬圏域内の各病院が機能分化を図るための病床機能の見直し、転換の支援 ・圏域内を中心とした後送病院との連携強化、医療人材の充実等による高度急性期機能の確保 ・過剰な急性期病床から、不足する回復期病床(回復期リハビリテーション病床及び地域包括ケア病床)への転換と人材確保の支援 ○病院間連携の推進 <ul style="list-style-type: none"> ・地域医療連携クリティカルパスの導入に加え、疾病別だけでなく総合的な転院支援の病院連絡会の定期実施 ・診療科の相互支援(精神科、整形外科、眼科、歯科口腔外科等) ・ICT活用による医療連携ネットワークの構築 ・但馬内の全ての公立病院へのTVカンファレンスの導入 ・病院間連携による専門医養成プログラムに基づく専門医の育成

(イ) 在宅医療の充実

圏域の現状と課題	具体的施策
<ul style="list-style-type: none"> ○ 回復期病床の機能強化、患者の在宅復帰を促進することで、今後、在宅医療の需要増加が予測されるが、現状では診療所医師の高齢化が深刻であり、訪問診療医をはじめとする在宅医療を支える人材確保、連携が必要である。 ○ 但馬圏域で不足している回復期病床の確保と機能強化のためには特にリハビリテーション関連職員の確保が必要である。 ○ 地域包括ケアシステムを構築するための総合的な地域医療・介護の連携体 	<ul style="list-style-type: none"> ○病診、病院地域連携 <ul style="list-style-type: none"> ・病院から開業医への逆紹介の連携システムづくり(在宅療養診療医登録システム等) ・看護と介護の連携のシステム化(但馬圏域退院支援運用ガイドライン) ・病院と介護関係者の連携の推進 ・口腔ケアにかかる病院と歯科医師との連携システムづくり ○在宅医療・介護連携への支援 <ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護ステーションの広域連携 ・薬剤師の訪問薬剤管理指導の推進

<p>制づくりが必要である。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・医師をはじめとする在宅医療を支える人材確保 ・地域偏在解消の取組を支援(訪問診療医の確保と病院からの訪問診療の役割分担)
--------------------	--

(ウ) 医療従事者の確保

圏域の現状と課題	具体的施策
<ul style="list-style-type: none"> ○ 但馬圏域の人口は、2010年(H22)の約18万人から、2025年には約15万人に減少する。 ○ 高齢者人口の絶対数の変動は少なく、当面医療需要は変動しないと見込むが、高齢者数がピークとなる2020年以降減少に向かう予測である。一方、都市部における医療需要は増える見込みで、働き手の人口が減少する但馬圏域においては、医療従事者の確保が今後も難しいものと思われる。 ○ 減少する医療需要に見合う規模の病床数への移行を進めるとともに、良質な医療の提供に必要な人材確保のための方策が必要である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・過剰な急性期病床から不足する回復期病床(回復期リハビリテーション病棟及び地域包括ケア病床)への転換と人材確保の支援(再掲) ・病院間連携による専門医養成プログラムに基づく専門医の育成(再掲) ・医師をはじめとする在宅医療を支える人材の確保(再掲) ・地域偏在解消の取組を支援(訪問診療医の確保と病院からの訪問診療の役割分担)(再掲)

(エ) その他

圏域の現状と課題	具体的施策
<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域医療構想の実現のためには、地域住民の理解を得ることが欠かせない。 ○ 地域医療構想の進捗管理が必要である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・行政、医療機関による地域住民への地域医療構想の普及啓発 ・地域医療構想の評価を、客観的指標を使って行う。(例：在宅看取り率など)

(2) 但馬圏域の重点的な取組

① 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>○ 2025年の医療需要を見据え、急性期病床の過剰と、回復期病床の不足を踏まえた、医療の機能転換と連携が望まれている。</p> <p>○ 公立病院では、2015年(H27)度以降、新公立病院改革プランに基づく、地域医療構想を踏まえた自主的な取組による地域包括ケア病床への転換が図られている。2017年(H29)6月時点において4病院で89床の転換が進み、今後も地域包括ケア病床の転換計画や回復期機能の導入検討も予定されており、病床機能の転換が順調に進められている。</p> <p>○ 回復期への転換後、病床機能が効果的に運用できているか等の評価を行うとともに、急性期と回復期との効果的な連携を進めていくための仕組みづくりが必要である。</p> <p>○ 高度急性期機能については、但馬圏域における現状分析や機能について明らかにする必要がある。</p>	<p>○ 病院機能分化の促進と支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新公立病院改革プランに基づく、将来の機能別医療需要を踏まえた、医療機関の自主的な病床機能の分化・連携の取組の促進〔病院〕 ・地域医療介護総合確保基金を活用した病床機能の転換の促進〔病院〕 ・但馬圏域における高度急性期機能について分析〔県、病院〕 <p>○ 病院間連携の推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域医療連携クリティカルパスの導入に加え、疾病別だけでなく総合的な転院支援の病院連絡会の定期実施〔病院、県〕 ・ICTを活用し、患者情報の共有化等を目的に医療介護情報ネットワークの導入を進め、実施主体、対象範囲等を含めた検討会の立上げ〔病院、医師会、市町〕 ・公立病院のTV会議システムを活用した研修の充実〔病院、医師会〕

目 標

- 地域医療構想が示す、医療需要の変化に対応した必要病床に限りなく近づける。

目標	現状値	目標値(達成年度)	備考
急性期機能病床の減少	881床(2017年)	541床(2025年)	
回復期機能病床の増加	193床(2017年)	476床(2025年)	

② 在宅医療の充実

圏域の現状と課題	具体的施策
<ul style="list-style-type: none"> ○ 但馬圏域の在宅看取り率は全国1位の豊岡市を含め県下の中で最も高く、人口あたりの往診料算定件数や、在宅訪問看護師指導料の算定件数も県下で最も高い。 ○ 在宅医療の需要増加が予測されるが、近年、診療所医師の増加はなく、高齢化や医師の不足が懸念され、往診・訪問診療を行う医療機関の充足、訪問看護等の在宅サービスの充実、リハビリテーション関係職種の人材確保・連携が必要である。 ○ 地域包括ケアシステムの構築のための総合的な地域医療・介護の連携体制づくりが必要である。 ○ 看護と介護の効果的な連携による退院支援を目指した但馬圏域退院支援運用ガイドラインが2016年(H28)7月より運用を開始した。 ○ 但馬全体で歯科訪問が実施できるように歯科医療介護サービスの支援体制が整備されているが、十分に活用されていない。 ○ 退院後も病診連携による継続した口腔ケアによる誤嚥性肺炎予防の推進と普遍化が必要。 ○ 延命拒否や在宅看取りを希望する高齢者等の救急搬送事例もあり、在宅医療と救急医療との連携が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 病診、病院地域連携の推進 <ul style="list-style-type: none"> ・訪問歯科診療等の利用を促進するための住民、医師会、病院等への啓発〔県、市町、歯科医師会、関係機関〕 ・歯科医師のいない病院に在宅歯科医が関与できる仕組みづくり〔病院、歯科医師会〕 ○ 在宅医療・介護連携への支援 <ul style="list-style-type: none"> ・但馬圏域退院支援運用ガイドラインの活用と定着化〔市町、病院、関係機関、県〕 ・訪問看護ステーションの広域連携（夜間巡回等相互支援・紹介システムなど）〔訪問看護ステーション、病院、県、市町〕 ・訪問診療を行う医師・歯科医師及び訪問薬剤師の確保と連携〔医師会、歯科医師会、薬剤師会〕 ・開業医では対応が困難な遠隔地等の訪問診療の対応を補完するため、病院から訪問診療のできる体制の確保と連携〔病院、医師会、市町〕 ○ リハビリ専門職が作成した運動プログラム（汎用性のあるプログラム）を活用した切れ目のないリハビリテーションの実現〔県、市町、病院〕 ○ 延命拒否や在宅看取りを希望するケースの救急体制について、かかりつけ医、消防、病院（救急）との連携のあり方についての検討会議の開催〔県、市町、消防、病院、医師会〕

目標

- 在宅看取り率（圏域）を40%に増加させる。

目標	現状値	目標値（達成年度）	備考※
在宅看取り率(圏域)の増加※	34.5%(2015年)	40%(2023年)	厚生労働省「今後の看取り場所推計」を参考(2030年 病院看取り53%)

※在宅看取り率は、介護老人保健施設、老人ホームでの看取りも含む

③ 医療従事者の確保

圏域の現状と課題	具体的施策
<p>○ 人口あたりの医療施設従事者数は、医師、歯科医師、薬剤師は県及び全国平均よりも少なく、回復期のリハビリテーションを支える理学療法士、作業療法士も同様に少ない状況にある。</p> <p>○ 看護師の人口あたり従事者数は、県平均より多くなったが、現場での不足感は続いており、小規模病院では新規採用が少なく、高齢化が進んでいる。</p> <p>○ 公立病院の常勤医師数は、公立豊岡病院を除き減少しており、病床数に対して医師数が不足し、業務過重のため医師が疲弊し、入院制限や診療の質の低下が懸念される。また、診療科の偏在があり、特に内科系医師が不足している。</p> <p>○ 医師確保については、県養成医に期待するところが大きいですが、受入れのための指導的医師の確保も課題である。</p> <p>○ リハ機能を強化した、地域包括ケア病床や回復期リハビリテーション病棟などの病床転換による、リハ職の確保が必要である。</p> <p>○ 減少する医療需要に見合う規模の病床数への移行を進めるとともに、良質な医療の提供に必要な人材の確保のための方策が必要である。</p>	<p>○ 但馬圏域内公立病院における医師を含む医療従事者の人材確保や研修体制の連携強化〔病院、市町、県〕</p> <p>【医師確保・定着】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・但馬に勤務経験のある医師又は但馬出身医師への継続したアプローチ〔病院、市町〕 ・各病院が担う診療機能に基づく常勤医師の確保〔病院・市町・県〕 ・病院内に地域医療を担当する部門を設置し、診療所派遣や訪問診療体制の確保〔病院、市町〕 ・但馬若手医師相談支援体制の充実〔病院、県、市町〕 ・養成医終了後の医師の定着を図るため、若手医師のスーパーバイスや研修支援をする医師のポストの位置づけと明確化〔病院、県〕 <p>【その他の医療従事者の確保】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護師、リハ職などの医療従事者の但馬圏域での就職を促すため、医療系学生のセミナー、研修を開催〔県、病院、市町〕 ・在宅看取りを支える訪問看護のPR戦略による看護師の確保〔訪問看護ステーション、看護協会、県、市町〕 <p>【研修体制】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・公立病院共同による、医療従事者の教育研修拠点の設置〔病院〕 ・看護師の教育、研修の一元化、人事交流の導入を検討〔病院、市町、県、看護協会〕

目 標

- 人口10万あたり医療従事者数を県平均値まで増加させる。(看護師については県平均値維持もしくは微増を目指す)

目標	現状値	目標値(達成年度)	備考(全県値参考)
医師数の増加	213.7(2016年)	県平均値(2022年)	253.2(2016年)
歯科医師数の増加	55.4(2016年)	県平均値(2022年)	70.8(2016年)
薬剤師の増加	175.6(2016年)	県平均値(2022年)	264.8(2016年)
看護師数の現状維持、微増	1074.3(2016年)	県平均値以上を維持(2022年)	922.8(2016年)
病院従事理学療法士数の増加	41.2(2016年)	県平均値(2022年)	61.6(2016年)
病院従事作業療法士の増加	9.2(2016年)	県平均値(2022年)	31.3(2016年)

※医師・歯科医師・薬剤師は、「医師・歯科医師・薬剤師調査」、看護師は「業務従事者届」、理学療法士・作業療法士は「病院報告」に基づく

④ **疾病対策**

【がん対策】

圏域の現状と課題	具体的施策
<p>○ 圏域の死因は悪性新生物が最も多いが、標準化死亡比は圏域値(男性99.4 女性93.2)であり、全県値(男性103.9 女性101.7)より低い。</p> <p>○ 2007年(H19)1月に、公立豊岡病院が地域がん診療連携拠点病院に指定された。</p> <p>地域連携クリティカルパスは、2012年(H24)12月より5大がんのうち胃がん、大腸がんのみ活用しているが、活用率は低い。また、2015年(H27)度より整備された緩和ケア病棟(20床)は、在宅ケアとの連携は確立されていない。</p> <p>○ 公立八鹿病院においても緩和ケア病棟(20床)及び外来が整備され、緩和ケアチーム医療(入院、在宅)、かかりつけ医との連携も行われている</p>	<p>○ がん患者の効果的な療養支援を目的とした病診連携を進めるために、地域連携クリティカルパスの効果的運用についての病院、診療所との検討会議の開催〔病院、医師会、県〕</p> <p>○ ターミナル目的だけでなく、在宅療養支援目的としての緩和ケア病棟の利用拡大〔病院、医師会〕</p> <p>○ がん治療の病院間連携について、急性期・回復期機能病床(地域包括ケア病床含む)と緩和ケア病棟の、役割分担と転院について検討する病院連絡会の開催〔病院・県〕</p>

<p>が、地域連携クリティカルパスの活用はない。</p> <p>○ がん治療のための病院の機能分化、連携についての議論が必要。</p>	
---	--

目 標

- 地域がん診療連携拠点病院における、地域連携クリティカルパスの5大がんへの活用を目指す。

目標	現状値	目標値（達成年度）	備考
クリティカルパスの活用拡大	胃・大腸がん (2017年)	5大がんへの活用 (2023年)	5大がん(肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん、乳がん)

【心血管疾患】

圏域の現状と課題	具体的施策
<p>○ 循環器疾患は罹病率が高いが、但馬圏域における循環器内科医師は不足している。</p> <p>○ 急性心筋梗塞の急性期医療の機能5条件(24時間対応、冠動脈形成術200件以上、救急患者受け入れ、心臓血管外科、冠動脈バイパス術)のすべてを満たす病院は但馬には無く、公立豊岡病院が4条件を満たすのみであり、また回復期心臓リハビリテーション実施も公立豊岡病院のみである。</p> <p>○ 但馬圏域において、急性心筋梗塞や心不全の地域連携パスは実施されておらず、循環器疾患の地域医療連携を推進する必要がある。</p>	<p>○ 但馬圏域の3次救急を担う公立豊岡病院を中心に、2次救急および回復期心臓リハビリについては、但馬圏域の地理的条件を考慮した医療体制を確保〔病院〕</p> <p>○ 但馬圏域において、急性心筋梗塞や心不全の地域医療連携を推進〔病院〕</p>

【脳卒中】

圏域の現状と課題	具体的施策
<p>○ 脳卒中の急性期医療を行う病院は公立豊岡病院1カ所である。2016年(H28)度では635人の患者が退院し、脳卒中診療連携クリティカルパスを活用した回復期病院等への転院、診療情報提供が行われている。</p>	<p>○ 脳卒中の急性期から回復期、維持期における医療体制等を検討するため、急性期病院、回復期リハ病棟、地域包括ケア病床を有する病院、かかりつけ医、かかりつけ歯科医等による圏域内連携会議を開催。(現脳卒中診療連携パス運用検</p>

<p>○ パス活用による脳卒中の治療やリハビリテーションについての分析・評価を行い、療養支援体制を検討する必要がある。</p>	<p>討会の発展)〔病院、医師会、歯科医師会、県〕</p>
---	-------------------------------

【糖尿病】

圏域の現状と課題	具体的施策
<p>○ 糖尿病の標準化死亡比は圏域値(男性 95.0 女性 129.3)であり、全県値(男性 103.4 女性 104.8)と比較し女性の死亡比が高い。</p> <p>○ 病院とかかりつけ医との連携システムや、市町や医療機関との連携による重症化予防体制が未確立である。</p>	<p>○ 公立豊岡病院を中心とした教育入院を含む糖尿病専門診療体制を整備し、その他病院・かかりつけ医、かかりつけ歯科医との患者管理のための紹介システムを確立〔病院、歯科医師会、医師会〕</p> <p>○ 専門医と連携した運動指導の体制整備に向けた、関係機関との検討会議の開催〔病院、医師会、県、市町、関係機関〕</p> <p>○ 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの取組の推進〔市町・医師会・病院・県〕</p>

【精神疾患】

圏域の現状と課題	具体的施策
<p>【精神障害者対策】</p> <p>○ 但馬圏域では 2014 年(H26)時点において、1年以上の入院患者が約 70%と、県平均よりも高く、2014 年(H26)度より重点的に地域移行の推進に取り組み、長期入院患者は減少してきているが、さらなる地域移行、地域定着支援が必要である。</p> <p>○ 精神障害者の地域生活支援のための、住宅確保、就労支援、一般相談支援事業所の整備については量の不足や、地域偏在がある。</p>	<p>【精神障害者対策】</p> <p>○ 精神障害者の地域移行・地域定着に向けた取組の推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ・関係機関との課題の共有、取組方針を決定するため、精神障害者地域移行・地域定着推進協議会の開催〔県、市町、病院、関係機関〕 ・関係機関実務者による支援方針の検討、個別事例の検討のための精神障害者地域移行・地域定着戦略会議の開催〔県、病院、関係機関〕 ・ピアサポーターの養成を行うとともに、ピアサポーターによる院内説明会、入院患者の個別面接、アウトリーチによる個別支援等ピアサポーターの活動を中心とした地域移行・定着の促進〔県、関係機関、病院〕

<p>【認知症対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 各市町では、新オレンジプランにより、認知症理解のための普及啓発や患者・家族の相談、療養支援体制の整備が進められているが、患者・家族へ適切な医療と介護、生活支援が行われるよう各対策が連動した有機的な取組が必要である。 ○ 認知症患者の入院を受け入れている圏域3病院(公立豊岡病院・但馬病院・大植病院)の新規入院患者の2ヶ月未満の退院率は、33.8%と低く、在宅ケアとの連携による新規入院患者の早期退院の支援が必要。 	<p>【認知症対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 認知症の新規入院患者について、但馬圏域退院支援運用ガイドラインの運用による医療と介護の連携を推進し、早期在宅復帰を促進〔市町、病院、認知症疾患医療センター、県、関係機関〕 ○ 認知症の長期入院患者への退院支援〔病院、認知症疾患医療センター、市町、関係機関〕 ○ 認知症の症状や進行に応じた切れ目ない支援を推進するため、ケアパスを活用した地域生活を支援する仕組みづくり〔市町、県、病院、認知症疾患医療センター、医師会、歯科医師会、関係機関〕
---	---

目 標

- 精神障害者の1年以上の入院患者を約30%減少させる。
- 新規認知症入院患者の2ヶ月以内退院率を50%以上とする。

目 標	現状値	目標値(達成年度)	備考
精神障害者の1年以上の長期入院患者を減少させる	337人 (2016年)	△30%(2020年)	
新規認知症入院患者の2ヶ月以内退院率を50%以上とする	33.8% (2016年度)	50%以上(2023年)	

⑤ **その他の地域医療体制**

圏域の現状と課題	具体的施策
<p>【救急医療・小児（救急）医療・災害医療】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○但馬の2次・3次救急は、公立豊岡病院を基地病院とするドクターヘリ、ドクターカーがカバーし、患者収容時間の短縮が図られている。但馬救命救急センター、公立豊岡病院を核に、各公立病院を含めた救急医療体制の維持確保が必要。 ○災害拠点病院として、公立豊岡病院、公立八鹿病院が指定されており、公立豊岡病院は兵庫DMA T指定病院に指定されているが、地域の受援体制についての議論が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 救急医療体制や災害時の受援体制について、メディカルコントロール協議会での検討 ○「但馬圏域災害救急医療マニュアル」の見直し及び訓練の実施〔県、病院、医師会、消防本部、市町〕

<p>【周産期医療】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 2015年(H27)にこうのとりの周産期医療センターが整備され、ハイリスク分娩等の集約化を図った。 ○ 但馬圏域の人口あたりの産婦人科医師数は県平均より低い。しかし圏域内の出生数、分娩件数は減少していることから、周産期医療体制について、さらなる集約化に加えて、身近なところで外来診療が受けられる体制整備にむけた議論が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 少子化による分娩数の減少が見込まれる中であっても、ハイリスク分娩の対応をはじめ、但馬圏域で将来にわたり安心・安全な周産期医療体制を維持・確保していくために、公立豊岡病院及び公立八鹿病院を中心に但馬全体で協議の場を設置〔病院、医師会、県、市町〕
<p>【へき地医療】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 病院の医師不足と同様に診療所医師の確保も厳しい状況にある。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 但馬圏域全体での病院・診療所医師の確保を検討（「医療従事者の確保」の項参照）