



# 兵庫県地域医療構想の概要

※ 頁数は、本編の対応頁を示します。

## 1 地域医療構想策定の背景・目的 (1~5 頁)

- 団塊の世代がすべて後期高齢者となる 2025(平成 37)年に向け、「住民が、住み慣れた地域で生活しながら、状態に応じた適切で必要な医療を受けられる」地域医療の提供体制 (=「地域完結型医療」)が必要とされている。
- 本県でも、県民の理解のもと、①医療機能の分化・連携、②在宅医療の充実、それを支える③医療従事者の確保を進め、「地域完結型医療」の構築を目的として、地域医療構想を策定する。

## 2 策定のプロセス (9、10 頁)

- ① 2025 年の医療需要と必要病床数を、2013 年の診療データから推計し、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の機能ごとに算出  

- ② 目指すべき医療提供体制を実現するための施策を検討
  - ・ 構想区域ごとに、医療・福祉関係者、保険者、県民、行政からなる「地域医療構想検討委員会」で課題の整理と具体的施策を検討し、素案を作成。
- ③ 兵庫県医療審議会への諮問、構想案に関する答申を経て策定。

## 3 構想区域 (7、8 頁)

- 保健医療計画の二次保健医療圏(10 圏域)を構想区域とする。

## 4 医療資源 (11~18 頁)

- 県全体では全国平均並。平均を大きく下回る圏域もあり、地域により偏りがある。

	一般病床数	療養病床数	医師数
全国	783.1	267.2	244.9
兵庫県	747.9	263.4	241.6
神戸	834.5	206.7	315.7
阪神南	665.1	237.5	279.8
阪神北	634.4	363.7	185.7
東播磨	706.8	233.1	192.1
北播磨	993.9	348.4	201.1
中播磨	760.1	229.8	203.7
西播磨	810.0	265.8	153.6
但馬	706.7	139.6	190.7
丹波	704.4	458.9	174.0
淡路	624.1	679.8	213.3

※ 人口 10 万人対の数値

## 5 2025 (平成 37) 年の必要病床数等推計方法 (30 頁)

- 必要病床数算定式 (法令及び推計ツールに基づき算定する)

$$\left[ \begin{array}{cc} 2013 & 2025 \\ \text{入院受療率} & \times \text{推計人口} \end{array} \right] + \begin{array}{c} 2013 \\ \text{流入患者数} \end{array} - \begin{array}{c} 2013 \\ \text{流出患者数} \end{array} \div \begin{array}{l} \text{病床稼働率} \\ \text{高度急性期 } 75\% \\ \text{急性期 } 78\% \\ \text{回復期 } 90\% \\ \text{慢性期 } 92\% \end{array}$$

性・年齢別に算定した総和

### 【推計の算定条件 (6 頁)】:

- ① 病床機能は診療点数で区分 (3000 点/日以上→高度急性期、600~3000 点→急性期、175~600 点→回復期、175 点未満→在宅)。慢性期は現在の療養病床入院受療率を補正 (地域差を是正) したものをを用いて算定する。なお、法令の定義は次のとおり。

- ・ 高度急性期 : 急性期患者の早期安定化に向け診療密度の特に高い医療を提供する
- ・ 急性期 : 急性期患者に医療を提供する (高度急性期を除く)
- ・ 回復期 : 急性期を経過した患者に、在宅復帰に向けた医療・リハビリを提供する
- ・ 慢性期 : 長期の療養が必要な患者、重度障害者、難病患者等を入院させる

- ② 流入・流出患者数には、府県間・圏域間の患者流動が反映されている。

## 6 2025（平成37）年の必要病床数等推計結果（28、30～32頁）

- 2025年の必要病床数、在宅医療需要の推計は次の表のとおりとなる。
- 現況と比較しつつ、各病床機能と在宅医療の体制を整備していく必要がある。

2025（H37）推計		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	病床数計 (床)	在宅医療需要 (人/日)	
神戸	H37 必要病床数	2,074	5,910	5,032	2,631	15,647	H37見込	26,547
	H26 病床機能報告	2,137	8,380	1,307	3,207	15,031	H25現況	16,765
	差引	63	2,470	△ 3,725	576	△ 616	今後の増加	9,782
阪神南	H37 必要病床数	1,279	3,468	2,859	1,664	9,270	H37見込	17,836
	H26 病床機能報告	1,221	4,727	605	2,327	8,880	H25現況	10,722
	差引	△ 58	1,259	△ 2,254	663	△ 390	今後の増加	7,114
阪神北	H37 必要病床数	497	1,890	1,718	2,465	6,570	H37見込	11,554
	H26 病床機能報告	25	3,461	391	2,815	6,692	H25現況	5,832
	差引	△ 472	1,571	△ 1,327	350	122	今後の増加	5,722
東播磨	H37 必要病床数	730	2,229	2,115	1,380	6,454	H37見込	7,844
	H26 病床機能報告	707	3,448	529	1,645	6,329	H25現況	4,509
	差引	△ 23	1,219	△ 1,586	265	△ 125	今後の増加	3,335
北播磨	H37 必要病床数	234	988	889	1,257	3,368	H37見込	3,057
	H26 病床機能報告	126	1,625	447	1,362	3,560	H25現況	2,308
	差引	△ 108	637	△ 442	105	192	今後の増加	749
中播磨	H37 必要病床数	658	1,959	1,901	752	5,270	H37見込	6,031
	H26 病床機能報告	790	3,134	536	1,104	5,564	H25現況	4,140
	差引	132	1,175	△ 1,365	352	294	今後の増加	1,891
西播磨	H37 必要病床数	145	708	900	468	2,221	H37見込	2,939
	H26 病床機能報告	6	1,654	253	737	2,650	H25現況	2,312
	差引	△ 139	946	△ 647	269	429	今後の増加	627
但馬	H37 必要病床数	133	541	476	250	1,400	H37見込	2,167
	H26 病床機能報告	18	932	210	314	1,474	H25現況	1,917
	差引	△ 115	391	△ 266	64	74	今後の増加	250
丹波	H37 必要病床数	52	236	204	339	831	H37見込	1,402
	H26 病床機能報告	4	612	44	468	1,128	H25現況	1,063
	差引	△ 48	376	△ 160	129	297	今後の増加	339
淡路	H37 必要病床数	99	328	438	559	1,424	H37見込	1,881
	H26 病床機能報告	19	774	184	832	1,809	H25現況	1,474
	差引	△ 80	446	△ 254	273	385	今後の増加	407
全県	H37 必要病床数	5,901	18,257	16,532	11,765	52,455	H37見込	81,257
	H26 病床機能報告	5,053	28,747	4,506	14,811	53,117	H25現況	51,040
	差引	△ 848	10,490	△ 12,026	3,046	662	今後の増加	30,217

※ H26 病床機能報告における病床機能は医療機関の自己申告であること、H37 必要病床数の将来推計は一定の仮定のもとでの試算であること、両者の病床機能の定義が異なり単純には比較できないことなどから、数値は今後、精緻化が必要である。

※ 推計はあくまで、医療需要の将来像を展望するためのものである。過剰になると見込まれる機能の病床については、必要な機能への転換を支援する。また、不足と見込まれる機能の病床については充実を図る必要がある。 【必要病床数等に関する留意事項は本編 31 頁】

## 7 課題と施策（主なもの）（33～44 頁）

- 必要病床数・在宅医療の推計を踏まえ、①医療機能の分化・連携、②在宅医療の充実、それを支える③医療従事者の確保を軸として、施策を進める。
- 地域医療構想に全県と各圏域の課題・施策を掲げ、構想を根拠として医療介護総合確保基金等の財源を獲得・活用し、施策を推進・促進する。

### 【全県に共通する施策】

#### ① 病床機能の分化・連携（34～37 頁） ② 在宅医療の充実（38～40 頁）

	【現状と課題】	【主な施策】
高度急性期	・ 全県的には不足が見込まれる。	・ 圏域内外の協力、連携体制の強化 ・ 公立病院、基幹病院を中心に ICU、HCU 等の高度急性期機能の充実
急性期	・ いずれの圏域でも過剰と見込まれる。	・ 一部の急性期機能の拡充による高度急性期への転換支援 ・ 医療機関の改修等に伴う回復期機能への転換支援
回復期	・ いずれの圏域でも不足が見込まれる。 ・ 在宅復帰に向けた回復期病床は、急性期病床や患者居住地近くにあることが望ましい。	・ 非稼働病床等を回復期病床として活用 ・ 医療機関の改修等に伴う回復期機能への転換支援
慢性期	・ いずれの圏域でも過剰と見込まれる。 ・ 患者の受け皿としての在宅医療の充実が先決である。	・ 在宅復帰に向けたリハビリ、退院調整機能の充実 ・ 受け皿となる介護保険施設（老健等）への転換を促進
在宅医療	・ 回復期機能の強化・在宅復帰促進により、在宅医療の需要増加が予測される。 ・ 慢性期患者の受け皿としての在宅医療の充実が求められる。	・ 訪問診療・訪問歯科診療・訪問薬剤管理指導の提供機関、訪問看護ステーション等、在宅医療を提供する機関や事業所の整備
病床機能間及び在宅医療との連携	・ 入院医療から在宅医療・介護まで、切れ目のないサービス提供体制の構築が必要	・ 病診、診診連携、介護事業者との連携のための、ICT を活用したネットワーク、地域医療連携クリティカルパス等の整備

#### ③ 医療人材確保（41～42 頁）

県養成医師、大学寄附講座、インセンティブ制度拡充

看護職確保対策の推進（養成力の強化、離職防止対策、再就職支援）、訪問看護師の育成

#### 普及啓発（43 頁）

回復期医療や適正受診、在宅医療の重要性

## 【各圏域の特徴的施策（例）】（45～81頁）

圏域	【現状と課題】	【主な施策】
神戸 阪神南 東播磨	・高齢化率の上昇に伴い、回復期病床だけでなく、病床全体数も不足が見込まれる。	・自圏域での病床整備に加え、他圏域の医療機関との連携により医療供給を確保
阪神北	・二次救急医療の圏域内完結率が低く、高度医療を提供する救命救急センターがない。	・阪神地域救急医療連携会議等の場を活用し、疾患別輪番制や三次救急の協力体制を構築
北播磨	・集落の分散と、圏域外に在住する医師が多いことから、夜間対応が困難。	・「北はりま絆ネット」を、かかりつけ医・訪問看護師等の多職種連携ツールとして効果的に活用
中播磨	・中播磨・西播磨圏域の3次救急をはじめとする高度専門・急性期医療の充実、地域の医療機関との機能分担・連携が求められる。	・県立姫路循環器病センターと製鉄記念広畑病院の統合再編による機能強化と圏域内病院との連携強化
西播磨	・中部から北部にかけて、中播磨の医療機関への流出が見られる。	・宍粟総合病院と神崎総合病院（中播磨）との公立病院間の連携強化 ・県立リハビリテーション西播磨病院の機能充実
但馬	・生産年齢人口の減少率が著しく、人材確保の困難が予想される。	・病院間連携による総合診療専門医養成プログラムの作成
丹波	・救急、がん、心疾患、脳疾患、ハイリスク分娩、重症児の入院医療機能の強化が求められる。	・県立柏原病院と柏原赤十字病院の統合による機能強化 ・回復期機能充実、急性期医療等に係る圏域内外の医療機関との連携
淡路	・療養病床が一般病床より多く、在宅医療への移行が必要。	・医療・介護関係者の連携による、退院・施設利用・在宅医療の支援

## 8 施策の推進と体制（33、82頁）

- 医療機関等の自主的取組、医療介護総合確保基金等による促進等、国・県・市町と医療機関等が連携して取組む。
- 具体的な事業内容（主体、箇所等）は、基金事業計画の作成過程や、地域医療構想調整会議等の場で調整、検討する。
- また、県民への普及啓発（病床機能の分化連携、適正受診や在宅医療）にも力を入れ、県民の理解のもとで推進する。
- 施策の内容は、県民・関係団体への情報提供と知見の集約を通じ、また、法改正や診療報酬改定等の状況変化を踏まえ、今後も適宜修正を加える。

### 【本庁】：地域医療構想推進委員会

- ・各圏域の推進状況の報告を受け、施策の評価と構想の必要な見直しを行う。

### 【圏域】：地域医療構想調整会議

- ・医療・福祉関係者、県民、行政等により構成し、施策の具体的実施（主体、箇所等）について検討・調整する。