

提出された意見等の概要とこれに対する考え方

- ・案件名 : 兵庫県保健医療計画(案) パブリックコメント
- ・意見募集期間 : 平成30年2月9日～3月1日
- ・意見等の提出件数 : 71件 (4個人、1団体)

番号	項目	意見等の概要 (頁数は、パブコメ時の計画本文の頁数です。)	県の考え方 (頁数は、最終版の計画本文の頁数です。)
1	はじめに	3頁「はじめに 第1章 改定の経緯」において「…急速な少子高齢化の進展、人口・世帯構造や疾病構造の変化、医療技術の高度化など保健医療を取り巻く社会状況は引き続き変化している。さらに、医師をはじめとした医療を担う人材の不足や、在宅医療のニーズの増加など、様々な課題にも直面している」とあり、5頁「はじめに 第1章 改定の経緯2 近年の社会的背景 (6) 医療と介護の一体的確保の必要性」、9頁「第1部 計画の基本的事項 第1章 保健医療圏域 2 2次保健医療圏域(医療法第30条の4第2項第12号に規定する圏域) (1) 2次保健医療圏域の統合」、35頁「第2部 保健医療提供体制の基盤整備第1章 保健医療施設1 病院【課題】(1) 病院機能の役割分担と病院間の連携強化」等、109頁「第3部 地域医療構想 2 県全体に関する課題及び具体的施策 ① 病床の機能分化・連携の推進 現状と課題」等には「限られた(医療)資源」とあるが、これらは自然環境や化石燃料と異なり、主に国の政策により「進展、変化、不足」した構造から生じた課題であり、人為的に「限られた」資源である。その根本的な視点を忘れてはならない。 また、各「推進方策」等の中に、「構築」「推進」「整備」「改善」「向上」「確保」「充実」等の文言が頻りに記載されているが、一方で「県民に適切な医療サービスを効率的に提供する」とある。現在の診療報酬・介護報酬改定に見られるように、「効率」に名を借りた費用の抑制方向では、これらの施策の実施は困難で「絵にかいた餅」になる危険性が高い。兵庫県においても、最近の社会保障費の推移からみて、これらの文言の達成には、社会保障関係費の大幅な増額が必要である。 また、338頁「第6部 計画の推進と進行管理 第3章 計画の進行管理」において、「本計画に定める施策は、PDCA(計画→実行→評価→改善)のサイクルに基づいた着実な推進を図る。」とあるが、必ずしも各課題のC(評価)の指標が明らかでない箇所が多く、費用抑制に重点が置かれる危惧がある。	(医療費) 【今後の政策に反映させます】 評価するための指標については国においても整備の過渡期(特にアウトカム指標)で、今後の検討課題であるものの、各項目に掲げた数値目標のように把握できるものを採用しつつ進行管理を行います。
2	圏域	「2次保険医療圏域の統合」について 今回の南北圏域合併案により圏域内高度急性期救急体制が見かけ上完了したとしても、高度急性期病院の南圏域への偏在が変わることはなく、距離が離れた南圏域拠点病院への受診は北の住民にとってはとても不便であることは明らかです。今回の統合案が現状での解決策であることは理解しますが、近い将来北圏域では大きな不安要因があります。現状では各市それぞれが市立病院を有していますが、いずれもが築後30年を経過し近い将来新しい病院に建替えることが必要になっています。しかし、これらは経営状態が程度の差があるものの赤字体質が続いており、財政的に今後の医学の進歩による高度医療への投資が継続できるかどうか不安があります。また、大学からの医師派遣は近年医師を1医療機関に集中させることにより医療機能を向上させようとする方針が明瞭にあることに鑑みると、北圏域内では500床を超える大規模基幹病院はなく、病院規模の不十分から医師の確保についても不安要因が続くこととなります。また、近い将来不可避と考えられている南海トラフ自身の発生時には南圏域だけにある3つの高度急性期病院がその立地から大きな被害を受ける可能性が危惧されます。さらに、今年度末には新名神高速道路が全線開通し、神戸大阪間の当地への迂回交通量が飛躍的に増加することが予想され、大規模な交通災害への対応も必要となります。 このような課題には圏域内の中規模公的病院を集約することにより高度急性期を担える拠点病院を創設することが地域医療構想に整合する解決策であると考えます。その中で2月19日に伊丹市は市立伊丹病院と伊丹市内の近畿中央病院と統合を含めた高度急性期から急性期疾患の連携協議を開始することを発表しました。両病院はそれぞれが400床級の中規模急性期病院であり、単独では維持継続が難しいが、病床を統合することで、高度急性期から急性期疾患を扱える規模を確保できると考えます。すでに川西市でも市立病院と民間病院の統合案が進められており、これらは圏域内のそれぞれの病院の自主的努力により問題を解決していくことが課せられている地域医療構想の考えを踏まえたものです。 市民としてはこの構想が実現することが先に指摘した問題解決の最も有効な回答だと思えます。兵庫県にはぜひ積極的な支援をお願いいたします。	(圏域) 【今後の政策に反映します】 地域の意見を踏まえ、準圏域を設定して、その取組みを支援することを保健医療計画(圏域版)で記載していきます。 2次医療圏域や準圏域での保健医療計画の推進にあたっては、公立病院等においても、機能分担や連携強化は避けられないと考えられます。地域医療構想の趣旨に沿った公立病院等の再編・連携時には、医療介護推進基金等の活用など、積極的に支援します。
3	圏域	9～10頁「第1部 計画の基本的事項 第1章 保健医療圏域 2 2次保健医療圏域 (1) 2次保健医療圏域の統合」において、「阪神南圏域と阪神北圏域を、中播磨圏域と西播磨圏域をそれぞれ統合する」とされているが、「誰もが住み慣れた地域で適切かつ必要な医療を受けられる地域医療完結型の医療提供体制の構築を進める」地域医療構想の主旨からみて、これまでの圏域で医療提供体制の整備を行うべきであり、圏域の広域化を行うことはこの構想に逆行するものである。特に、脳卒中や心筋梗塞のように、生命や予後に直結するプレホスピタルタイムが現状より伸びる事があってはならない。その検証をすべきである。	(脳卒中、心血管疾患)(救急) 【原案のとおりとします】 限られた医療資源を有効に活用し、地域医療構想を推進するため、高度、特殊な救急医療提供体制等に課題のある圏域については、圏域を超えて連携を図る必要があることから、圏域を統合する案としました。一方、よりきめ細やかな在宅医療圏域も設定したところであり、また従来から、疾病・事業分野ごとの柔軟な圏域を、地域の実情に応じて設定しています。
4	圏域	9～10頁「第1部 計画の基本的事項 第1章 保健医療圏域 2 2次保健医療圏域 (1) 2次保健医療圏域の統合」において、「高度、特殊な救急医療提供については、患者の受診状況など総合的に考慮し、限られた医療資源を有効に活用するため、現行医療圏域で一体的に高度、特殊な救急などの医療提供体制を確保している2次保健医療圏域を広域化し、阪神南圏域と阪神北圏域を、中播磨圏域と西播磨圏域をそれぞれ統合する。」とされているが、阪神北医療圏で地域医療を担う診療所の医師等から「阪神北医療圏の病床が削減され、阪神南医療圏の病床枠に回されてしまうのではないか」等の声が上がっている。地域の住民はもとより、地域の医療関係者の意見を踏まえた上で医療圏の統合は慎重に行うべきである。	(圏域) 【原案のとおりとします】 本文に記載したとおり、2次医療圏域内で、中核病院等を中心に一定の医療圏を構成している区域を、地域の意見を踏まえ、準圏域として設定し、当該圏域の中核病院等の取組みや病床、医師等の医療資源の確保などの取組みを推進することで、医療資源の地域偏在がさらにすまないよう配慮します。準圏域の設定やその取組みについては、保健医療計画(圏域版)で決定していきます。
5	圏域	10頁「第1部 計画の基本的事項 第1章 保健医療圏域 2 2次保健医療圏域 (2) 準保健医療圏域(準圏域)の設定」において、「2次保健医療圏域内で、医療資源の地域偏在がさらに進まないよう配慮するため、『圏域内で、中核病院等を中心とした一定の医療圏を構成している区域』を、『準保健医療圏域(準圏域)』として指定し、県として当該圏域の中核病院の取組みや病床、医師等の医療資源の確保などの取組みを支援する。」とされているが、広域化された西播磨や阪神北圏域において「専門医が少ない」「西播磨圏域の病床が減り、中播磨圏域の病床が増えるなど、医療資源の偏在に拍車がかかるのではないか」との声が医療関係者から寄せられている。病院の統廃合ありきの後付けの準圏域設定であってはならず、実際に、『準保健医療圏域(準圏域)』を機能させるために、どのような方策をとるのか、地域住民や地域の医療関係者に丁寧な説明が必要である。	(圏域) 【原案のとおりとします】 本文に記載したとおり、2次医療圏域内で、中核病院等を中心に一定の医療圏を構成している区域を、地域の意見を踏まえ、準圏域として設定し、当該圏域の中核病院等の取組みや病床、医師等の医療資源の確保などの取組みを推進することで、医療資源の地域偏在がさらにすまないよう配慮します。準圏域の設定やその取組みについては、保健医療計画(圏域版)で決定していきます。
6	人口動態	15頁「第1部 計画の基本的事項 第2章 兵庫県の概況 2 人口動態 (1) 出生 ア 出生率」では「本県の出生率(人口千対)の推移を見ると、昭和45年(19.8)以降急激に減少し、平成2年には10.1と約半分になったが、それ以降は、ゆるやかな減少傾向となっている」とされているが、出生率を上昇させるために、子ども医療費の無料化はもちろん、授業料の無料化や就学支援金の増額と対象の拡大など将来を見据えた対策を行うべきである。市町事業についても県からの支援を充実させるべきである。 また、同様に38頁「第4部 5疾病5事業及び在宅医療の医療連携体制の確立 第2章 小児医療【現状】」において、「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、小児救急医療電話相談の実施等、小児救急を含む小児医療の体制充実を図っている。」とされているが、「県民誰もが安心して子育てできる社会の実現」のために、医療だけでなく総合的な子育て支援策を講じるべきである。	(人口動態 出生) 【その他】 保健医療計画では主に医療(周産期、小児医療)の面から、安心して子育てできる社会の実現を目指していますが、医療にとどまらない総合的な子育て支援についても、本県では「ひょうご子ども・子育て未来プラン」を策定し、推進しています。
7	病院	35頁「第2部 保健医療提供体制の基盤整備 第1章 保健医療施設 1 病院【課題】(1) 病院機能の役割分担と病院間の連携強化」において、「効果的・効率的な地域医療の供給システムを構築」とあるが、その指標と結果の評価方法を明らかにすべきである。 また同頁の「第2部 保健医療提供体制の基盤整備 第1章 保健医療施設 1 病院【推進方策】(1) 病院の職場環境の整備」において「職場環境の改善を促進」とあるが、医師にも「働き方改革」が迫る中、具体的にどのような対策を行うのか、明らかにすべきである。 同頁「第2部 保健医療提供体制の基盤整備 第1章 保健医療施設 1 病院【推進方策】(2) 病院の機能充実 ウ 県立病院(県)」において、「…その役割に応じた医療を適切に提供できるよう、診療機能の高度化・効率化を図る。」とされている。37頁の「新公立病院改革ガイドライン(平成27年3月31日)の概要」にある、「へき地医療・不採算医療」等について、地域の医療関係者や住民の医療ニーズを適切に把握し、「効率化」に名を借りた統廃合、機能縮小を行わないようにすべきである。	(地域医療システム 公立病院) 【今後の政策に反映します】 評価するための指標については国においても今後の検討課題(特にアウトカム指標)であるものの、各項目に掲げた数値目標のように把握できるものを採用しつつ進行管理を行います。 地域医療構想調整会議の場で、地域の意見を踏まえ、医療機関の役割分担と連携により、地域のニーズに合った効果的な医療を提供します。 (勤務環境改善) 【ご意見を反映します】(57～59頁) 57～59頁の現状・課題・推進方策において、厚生労働省が設置している「医師の働き方改革に関する検討会」において示された「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」も踏まえ、医療勤務環境改善支援センターにおいて、労働時間の短縮や勤務形態の工夫など医療機関が行う勤務環境改善の取組みを支援していきます。
8	病院	35頁「第2部 保健医療提供体制の基盤整備 第1章 保健医療施設 1 病院【推進方策】(2) 病院の機能充実 エ 市町立等公的病院(市町・日本赤十字社等)」において、「…医療資源の効率的な活用の観点から、病院間の機能分担、再編・ネットワーク化を図り、適切な医療機能の再編整備を進める。」とされているが、「医療資源の効率的な活用の観点」のみを重視するあまり、地域の医療関係者や住民の医療ニーズを無視した再編整備が行われないよう監視、支援すべきである。	(病院再編) 【本文の趣旨と一致】 医療機関の再編整備は本来、医療機関の自由な経営戦略によるものですが、地域医療構想により、地域の医療関係者を含めた地域医療構想調整会議において、地域の医療体制整備の要素として協議することができるようになりました。今後は医療資源の効率的活用だけでなく、それによる医療の成果の維持向上につながる再編整備となるよう評価手法を検討しつつ支援します。
9	病院	35頁「第2部 保健医療提供体制の基盤整備 第1章 保健医療施設 1 病院【推進方策】」の「ウ 県立病院(県)」及び「オ 民間病院の機能充実(医療機関)」について、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が進んでいるが、製鉄記念広畑病院跡に社会医療法人が新病院を開設するとされているが、標榜科や病床等について、地域の医療ニーズに合わせて整備を行うよう、働きかけと支援を行うべきである。	(広畑跡病院) 【その他】 ご意見を踏まえ、関係者と協議のうえ必要に応じた対応を行います。

番号	項目	意見等の概要 (頁数は、パブコメ時の計画本文の頁数です。)	県の考え方 (頁数は、最終版の計画本文の頁数です。)
10	病院	36頁「第2部 保健医療提供体制の基盤整備 第1章 保健医療施設 1 病院【推進方策】(2) 病院の機能充実 才 民間病院の機能充実(医療機関)」において、「公的病院と民間病院が担っている機能の特性を生かしつつ、病病連携、病診連携による機能分担を基本に、個々の患者の病態に応じた良質な医療の提供ができるよう、各病院が医療機能の一層の充実に努める。」とされている。この間の度重なる診療報酬のマイナス改定は、医療経済実態調査からも明らかのように、医療機関とりわけ病院の経営を圧迫している。「各病院が医療機能の一層の充実に努める」ために、公私の病院を同列に並べ競合させることなく、民間病院には基金などを活用した一定の配慮が必要である。	(民間病院) 【ご意見を受け修正します】332頁 医療計画とりわけ地域医療構想は、公私の病院や診療所など医療機関を同列で競合させるのではなく、役割分担と連携により、医療提供の効率化による効果的な医療を目指すものです。地域医療構想調整会議における協議をこの視点に立って進めることを明記します。  地域医療構想調整会議(医療法第30条の14の「協議の場」) 各圏域において、医療関係者、医療保険者その他の関係者からなる「協議の場」として「地域医療構想調整会議」を開催し、将来の病床数の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な事項(特に、医療機関の機能・特性を生かした役割分担と連携による効率的・効果的な医療提供の構築)について協議を行う。
11	診療所	39頁「第2部 保健医療提供体制の基盤整備 第1章 保健医療施設 2 一般診療所【推進方策】」において、「…必要に応じて健康福祉推進協議会等の場で一般診療所の配置及び機能の確保策を検討する。」とされているが、具体的な方策検討の際に、一般民間診療所に対して、強制的な措置をとらないようにすべきである。40頁「第2部 保健医療提供体制の基盤整備 第1章 保健医療施設 3 歯科診療所【推進方策】」でも同様の記述があるが、同意見である。	(診療所等) 【ご意見を受け修正します】332頁 医療計画とりわけ地域医療構想は、医療機関の役割分担と連携により、医療提供の効率化による効果的な医療を目指すものです。地域医療構想調整会議における協議をこの視点に立って進めることを明記します。  地域医療構想調整会議(医療法第30条の14の「協議の場」) 各圏域において、医療関係者、医療保険者その他の関係者からなる「協議の場」として「地域医療構想調整会議」を開催し、将来の病床数の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な事項(特に、医療機関の機能・特性を生かした役割分担と連携による効率的・効果的な医療提供の構築)について協議を行う。
12	診療所	40頁「第2部 保健医療提供体制の基盤整備 第1章 保健医療施設 3 歯科診療所【推進方策】」において、「…郡部、都市部共に地域的偏在があることから、地域の実情に応じて必要な歯科診療所の確保に努める必要がある」とされているが、具体的にどのような方策を検討しているのか明記すべきである。また、歯科診療所の確保だけでなく歯科疾患の早期発見・早期治療のために無料健診制度を全年齢に広げ、保健所に常勤の歯科医師と歯科衛生士を配置するなどの公衆衛生の充実もはかれるべきである。	(歯科) 【本文の趣旨と一致】 「推進方策」とおり、地域住民の要望などから必要に応じて、健康福祉協議会等の場で検討することとしています。 なお、無料健診については、ご意見を踏まえ今後の検討課題とします。
13	薬局	41頁「第2部 保健医療提供体制の基盤整備 第1章 保健医療施設 4 薬局【推進方策】」において、「(6) ジェネリック医薬品について、使用実態の把握に努め、引き続き安心して使用できるよう県民への普及啓発等を行う。(関係団体)」とされているが、2015年に行われた厚生労働省の調査では、病院勤務の医師のうち54.9%がジェネリックに対して先発医薬品との「効果・副作用の違い」や「使用感の違い」を理由に「不信感がある」と回答している。現場の医師の処方権や患者の希望を損なわない方法で取り組みを進めるべきである。また、生活保護受給者に対する、根拠の無い準強制的、差別的な後発医薬品使用促進は行わないようにすべきである。	(ジェネリック) 【今後の課題】 引き続き、県民や医療関係従事者が安心してジェネリック医薬品を使用できる環境づくりを推進していきます。
14	薬局	42頁「第2部 保健医療提供体制の基盤整備 第1章 保健医療施設 4 薬局【推進方策】」において、「(2) 24時間対応や自宅対応について、かかりつけ薬局単独での実践が困難な場合には、近隣の薬局との連携体制や地域薬剤師会のバックアップによる輪番体制の構築を図る。(関係団体)」とされているが、緩和ケアを必要とする患者が手持ちの麻薬をきり出した際等に対応できる24時間対応の薬局が少ないので、県の支援で早急に整備すべきである。	(薬局) 【今後の課題】 引き続き、薬剤師会と連携して、薬局の24時間対応や医療用麻薬の円滑な供給体制の整備を進めていきます。
15	保健所	46頁「第2部 保健医療提供体制の基盤整備 第1章 保健医療施設 6 保健所【現状】」において、「県では、保健所と福祉事務所を統合し、13か所の健康福祉事務所を保健所として設置している。一方、地域保健法の規定に基づき保健所を設置している市は、神戸市(政令指定都市)、姫路市、尼崎市及び西宮市(中核市)の4市となっている。また、平成30年4月からは明石市が中核市に移行し、明石市保健所が設置される。(県明石保健所は廃止)＜県12保健所、市5保健所＞」とされている。県は、1994年の「地域保健法」制定を受けて、2次医療圏を参考に保健所の所管区域を広げ、保健所の統合を進めてきたが、自然災害や新興・再興感染症、食中毒被害などへの対応を強化するため、保健所の数を増やすべきである。	(保健所) 【原案のとおりとします】 県ではこれまで地域保健の広域的、専門的かつ技術的な拠点、広域化する健康危機管理の拠点としての機能を強化するため、保健所の統合を行ってきたところ。
16	医療従事者	52頁「第2部 保健医療提供体制の基盤整備 第2章 保健医療・介護従事者」において、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士、管理栄養士・栄養士、歯科衛生士、音楽療法士・園芸療法士について記述があるが、合わせて10万人以上となる臨床検査技師、診療放射線技師、臨床工学技士、義肢装具士、歯科技工士等について記述を行うべきである。とりわけ、超長時間・低賃金労働を余儀なくされている歯科技工士については、歯科医療費の引き上げや実効性のある取引ルールの明確化などを県として国に求めるべきである。また、医業類似行為と言われるあん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師、柔道整復師は合わせて30万人以上であり、保険請求も可能である。その点から、医療提供体制の一部として計画の対象とすべきである。	(医療介護従事者) 【その他】 臨床検査技師、診療放射線技師、臨床工学技士、義肢装具士、歯科技工士等については、次回改定時の記載について検討することとし、今回は記載しないこととします。  【原案のとおりとします】 医業類似行為と言われるあん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師、柔道整復師の医療提供体制については、現時点で保険請求の対象であるものの、厚生労働省の医療計画指針には含まれていないことから、原案のままさせていただきます。
17	医師	52頁「第2部 保健医療提供体制の基盤整備 第2章 保健医療・介護従事者 1 医師【現状】(課題)」において、医師は除外されているとはいえ、時間外労働の罰則付き上限規制を盛り込んだ「働き方改革実行計画」が昨年発表された。県立病院においても年間800時間を超えて働く医師が全医師の14%に上っているなど過酷な勤務実態がある。この点、追記すべきである。また、【推進方策】にも厚生労働省の医師の働き方改革に関する検討会でまとめられた「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」はもちろん、抜本的な医師養成数の増員も含めて、県としての対策を明記すべきである。	(医師) 【ご意見を反映します】(57～59頁) 57～59頁の現状・課題・推進方策において、厚生労働省が設置している「医師の働き方改革に関する検討会」において示された「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」も踏まえ、医療勤務環境改善支援センターにおいて、労働時間の短縮や勤務形態の工夫など医療機関が行う勤務環境改善の取り組みを支援していきます。  (医師養成数の増) (56～60頁) 【本文の趣旨と一致】 医師の適正な配置については、将来の人口や医療ニーズ等も踏まえた医師偏在の度合いを示す国の指標等に応じて、県内の「医師少数区域(仮称)」と「医師多数区域(仮称)」を指定し、具体的な医師確保対策を進めていきます。
18	医師	54頁「第2部 保健医療提供体制の基盤整備 第2章 保健医療・介護従事者 1 医師 (1) 医師不足への対応」において、「ウ 平成28年10月に策定された地域医療構想の実現に向け、市町、郡市区医師会、病院関係者等により構成される地域医療構想調整会議を活用し、各圏域の特性に応じた医療提供体制の検討及び圏域内調整を引き続き実施していく。(県、市町、医師会、医療機関等)」とされているが、地域医療構想によって、病床数の削減が求められる圏域や地域では、病床数に合わせて医師が減少されることになりかねない。医師不足・医師偏在を助長させる形で、地域医療構想と医師の適正配置をリンクさせるべきではない。	(地域医療構想と医師) 【今後の課題】 地域医療構想の推進のためには、それを支える人材確保が必要であり、県としては今後とも、同頁に記載のとおり勤務医師の確保を推進します。 また、医師不足にかかる課題や推進方策については56～60頁に記載のとおり、県として対応策・支援策を講じているところ。
19	医師	54頁「第2部 保健医療提供体制の基盤整備 第2章 保健医療・介護従事者 1 医師 (1) 医師不足への対応」において、「オ 将来の人口や医療ニーズ等も踏まえた医師偏在の度合いを示す国の指標等に応じて、県内の「医師少数区域(仮称)」と「医師多数区域(仮称)」を指定し、具体的な医師確保対策に結びつけていく。(県)」とされているが、現在、人口当たりの医師数が全国平均を上回る神戸圏域でも医師過剰とは言いがたく、県内において医師不足や医師の偏在を是正する取り組みには限界がある。例え県外との調整を行おうとしても、当該地域の医療提供体制に悪影響を及ぼしかねない。ましてや医師の働き方改革に向けて自主的な取り組みが進めば、医師不足・医療機関の診療制限によりアクセスの悪化が見込まれる。国に対し抜本的な医師養成数の増員を求めるべきである。県内医療機関、特に基幹病院の外来待ち時間、手術待ち時間に関しても、データを収集すべきである。	(医師) 【本文の趣旨と一致】(59頁) 地域医療支援センターを中心に、医師の地域偏在や特定診療科における勤務医不足の現状や原因、医療提供体制の現状等を把握するため、各圏域内の医療機関等の情報収集と分析に努めていきます。その上で、人口だけでなく、地域の実情を踏まえて医師の偏在の度合いを地域ごとに客観的に示そうとする国の指標が実効性のあるものになるよう国に働きかけていきます。
20	医師	55頁「第2部 保健医療提供体制の基盤整備 第2章 保健医療・介護従事者 1 医師 (3) 地域偏在・診療科偏在対策」において、「オ 新専門医制度により、地域医療に影響を与える懸念が生じた場合には、都道府県協議会の意見を踏まえ、日本専門医機構等に対し、実効性ある対策を求める。(県、医療機関等)」とされているが、すでに県内病院の専攻医の分布においては、偏在を加速するような結果が出ている。中規模医療機関、へき地においても専門医研修が受けられるように民間病院も含めて、研修基幹病院とのネットワーク構築を県として支援することを明記すべきである。	(専門医) 【本文の趣旨と一致】(57～59頁) 都道府県協議会等において、制度開始後の運用状況や評価を行った上で、地域医療に影響を与える懸念が生じた場合には日本専門医機構等に対し、実効性ある対策をもとめていきます。また、へき等勤務医師が希望すれば専門医資格を取得できるよう、県、市町、大学、医師会、病院団体、へき医療拠点病院で構成する都道府県協議会等において、引き続き議論を積み重ねていきます。
21	歯科医師	57頁「第2部 保健医療提供体制の基盤整備 第2章 保健医療・介護従事者 2 歯科医師【課題】」において、「(3) 歯科保健医療のニーズは、今後の人口動態(2025年には団塊の世代が75歳を迎え、その後、高齢者人口は2040年頃をピークに減少)に影響を受けることなどを勘案し、より詳細に予測する必要がある。」といわれているが、人口減だけを勘案しニーズが縮小するという見通しに立つのではなく、在宅歯科医療や病院歯科へのニーズの高まりはもちろん、高い患者窓口負担や公的保険適用範囲の制限などにより潜在化している必要な医療の掘り起こしを行うことを前提にニーズの的確な予測を行うべきである。	(歯科医療) 【今後の政策に反映させます】 在宅医療の需要予測、口腔ケア施策の推進とも連動しつつ、在宅歯科医療の需要予測を行います。
22	看護職員	63頁「第2部 保健医療提供体制の基盤整備 第2章 保健医療・介護従事者 4 看護職員 (3) 看護師・准看護師」において、他職種と同様に全国との比較を記載すべきである。	(看護職員) 【ご意見を受け修正します】(67頁) (3)看護師・准看護師の本文を、次のとおり修正します。  人口10万対看護師・准看護師就業者数は、全県で1,122.4人であり、全国値1,160.1人より少なくなっている。圏域別にみると、最も多いのは淡路圏域、次いで北播磨圏域、但馬圏域であり、最も少ないのは阪神南圏域、次いで阪神北圏域、東播磨圏域である。

番号	項目	意見等の概要 (頁数は、パブコメ時の計画本文の頁数です。)	県の考え方 (頁数は、最終版の計画本文の頁数です。)
23	看護職員	64頁「第2部 保健医療提供体制の基盤整備 第2章 保健医療・介護従事者 4 看護職員・保健師【課題】」において、「(1) 2025年の地域医療構想の実現に向け、必要な看護職員数を確保するため、勤務環境の改善等による離職防止・定着促進対策及び再就業促進対策を強化する必要がある。」とされている。現状でも各医療機関は看護士の確保ができず、地域住民に必要な医療が提供できないといった例や医療機関経営に支障をきたす例が相次いでいる。抜本的な看護士要請数の拡大を行うべきである。さらに、こうした医療機関の現状に合わせ、近年看護士に特化した人材紹介会社が多数設立されているが、医療機関から多額の紹介料を受け取った上で、看護士が早期に他の医療機関に転職するなどの事例も見受けられる。こうした行為は是正や公的な紹介機関の設立を行うべきである。	(看護師) 【その他】 看護職員確保については、現在国からの第8次看護職員需給見通しの策定手順を待っている段階でもあり、新卒看護職員だけでなく潜在看護職員の再就業支援を積極的に実施することで、今後も県として看護士確保対策を推進します。 また、人材紹介会社における高額な紹介料と早期転職については、県の権限外であり、指導対象とはできませんが、公的な紹介機関としてナースセンター事業を兵庫県看護協会に委託しております。看護の専門性を活かした職業紹介斡旋等を無料で行っており、県としてはナースセンターの運営を支援することで、県内の看護職員の離職防止・確保対策を総合的に推進していきます。
24	歯科医療従事者	69頁「第2部 保健医療提供体制の基盤整備 第2章 保健医療・介護従事者 8 歯科衛生士」において、「引き続き離職防止・復職支援の促進を図る必要がある」とされているが、具体的な施策が明示されていない。保健所で常勤の歯科衛生士の雇用を増やすとともに、歯科診療所でも長期に従事ができるよう歯科衛生士の就業を公的に支援する施策を具体化すべきである。さらに、歯科医師とともに歯科衛生士が食育への関与を広げるよう、保健所や行政の取り組み、学校や職域等を通じて幅広く食育による健康づくり、口腔の健康づくりへ積極的に参画できるよう施策をはかるべきである。 また、今回の保険医療計画には歯科医師と歯科衛生士について項目があるが、歯科技工士についての現状、課題、推進方策がない。歯科医療従事者であり国家資格を取得した専門職である歯科技工士については、離職率の高さと養成学校の減少と定員割れに明らかのように、歯科技工物の安全で安定的な供給が困難になるおそれがある。歯科技工士についても現状を把握し課題を認識し、推進方策を具体化すべきである。	(歯科衛生士・歯科技工士) 【本文の趣旨と一致】 住民に対する対人サービスは市町の業務となっており、市町の歯科衛生士の確保については計画に記載しています。 【今後の課題】 学校や職域での健康づくりについては、健康づくり実施計画等の課題に応じて、必要な施策を教育委員会、企業等と連携し取組を進めていきます。 また、歯科技工士については、就業状況の把握や不足状況について精査できておらず、次回改定時にむけ検討します。
25	介護人材	76頁「第2部 保健医療提供体制の基盤整備 第2章 保健医療・介護従事者 10 介護人材の確保 (1) 人材の確保・定着に向けた取組 ウ 魅力ある職場づくり支援【現状と課題】」において、「(ア) 介護報酬の介護職員処遇改善加算による賃金改善のための措置等により、賃金改善は進みつつあるものの、全産業の平均に比べ、依然低い状況にある。」とされている。介護現場では低賃金による人手不足、人手不足による過重労働、過重労働と低賃金による離職という状況がある。これを抜本的に改善するため、県による介護事業者への独自の補助を設けるとともに、国に対し介護報酬の引き上げを求めるべきである。	(介護職員) 【その他】 介護職員の処遇改善については、介護従事者の処遇に重点をおいた介護報酬改定や、処遇改善交付金制度及びその後の処遇改善加算制度の創設等、拡充がなされてきました。 これまでの経緯を踏まえ、処遇改善にあたっては、まず国が考えるべきものであり、県としては、加算未取得事業所へ積極的な活用を働きかけるとともに、国に対して、加算制度のさらなる拡充を求めているところです。 また、「新しい経済政策パッケージ」において、2019年10月から更なる処遇改善を実施する旨、2017年12月8日に閣議決定されたところであり、今後の国の検討状況を注視していきます。
26	保健医療機関の連携	84頁「第2部 保健医療提供体制の基盤整備 第3章 保健医療機関相互の連携 2 保健医療情報システム」において「保健医療機関相互の連携、県民への情報提供、個人の健康管理などに、ICT(情報通信技術)を利用したさまざまな情報システムを運用し、保健医療水準の向上を図るとともに、県民の主体的な健康づくりや医療サービスの選択を支援する。」とあるが、個人情報保護の確保に十分な対策を行ったうえで推進すべきであり、各システムの管理体制、とりわけセキュリティの強化と漏洩が生じた場合の対応体制、責任の所在を明らかにすべきである。	(ICT) 【原案のとおりとします】 システムの管理体制・危機管理体制と責任負担は、その利便性の享受者である管理者が担うものです。
27	医療安全対策	88頁「第2部 保健医療提供体制の基盤整備 第4章 医療安全対策 1 医療安全相談【現状】」において「(4) 県において、死体解剖保存法に基づく監察医務室を設置し、神戸市内(北区・西区を除く)で発生した異状死体の検案及び解剖業務を行っている。」とされているが、監察医務室は神戸にしか設置されておらず、異常死体の検案は地域の医師に多大な精神的、肉体的、経済的、法的ストレスを与えている。多死社会、訴訟社会に向け充実を図るべきである。	(監察医務) 【今後の課題】 国及び、死体解剖保存法に基づき監察医を設置している他都府県の動向を注視しながら、多死社会、訴訟社会に対応できるような死因究明体制の充実について引き続き検討を図ります。
28	医療安全対策	88頁「第2部 保健医療提供体制の基盤整備 第4章 医療安全対策【課題】」において、「(1) 医療安全相談センターに寄せられる相談内容は医療従事者の接遇に対する不満や医療行為に対する苦情など多種多様なため、…法律相談を行う関係団体との連携を確保し、相談体制の充実及び問題解決に努める必要がある。」とある。医療現場を萎縮させないよう、患者からの医療行為に対する苦情を発端として、厚生労働省や警察等への通報、医療者の責任追及に影響を及ぼさないよう公正中立性を担保すべきである。	(医療安全相談) 【その他】 医療安全相談センターは、中立的な立場で、患者・家族等と医療機関との対話を促進しており、引き続き、関係団体との連携により信頼関係の構築を支援します。
29	医療安全対策	90頁「第2部 保健医療提供体制の基盤整備 第4章 医療安全対策 2 医療事故・院内感染の防止等」において「各医療機関において、医療事故や院内感染のない、患者にとって安全な医療提供体制を目指す。」とされている。医師ユニオンによる「勤務医労働実態調査2017」では、医療過誤の原因として、「慢性疲労による注意力不足」、「医療スタッフの人員不足」、「患者1人に対する診療時間が不足しているため」など労働環境に直接関係する理由が上位5項目のうち3項目も含まれており、医療安全にとっても医師確保が極めて重要なことが明らかになっている。この点、医師確保の観点を本項目に追記すべきである。	(医師確保) 【本文の趣旨と一致】(56～60頁) 医師確保については、「兵庫県地域医療支援センター」が、「神戸大学医学部附属地域医療活性化センター」と連携しながら、へき地等勤務医師を地域の実情に応じて適切に配置するなど、引き続き、県内に定着する医師の確保、医師の地域偏在の解消に取り組んでいきます。  (医師の労働環境) 【ご意見を反映します】(57頁～59頁 94頁) なお、医師の勤務環境の改善については、57～59頁の現状・課題・推進方策において、厚生労働省が設置している「医師の働き方改革に関する検討会」において示された「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」も踏まえ、医療勤務環境改善支援センターにおいて、労働時間の短縮や勤務形態の工夫など医療機関が行う勤務環境改善の取り組みを支援していきます。 また、医療従事者の確保・労働環境改善による医療事故抑止を盛り込みます(94頁)。
30	医療安全対策	91頁「第2部 保健医療提供体制の基盤整備 第4章 医療安全対策 2 医療事故・院内感染の防止等【推進方策】」において、「(4) 感染性廃棄物対策については、県は、廃棄物処理法に基づき、病院等の医療機関に対し感染性廃棄物の適正な処理が行われるよう必要な指導を行うとともに、医療機関は、同法及び感染性廃棄物処理マニュアルに基づき、適正処理の確保を図るものとする。(県、保健所設置市、医療機関)」とされているが、感染性医療廃棄物に公費を投入すべきである。各自治体の受け入れ体制を医療機関に周知すべきである。処理業者の企業コンプライアンス、監督にも力を入れるべきである。	(院内感染) 【その他】 感染性医療廃棄物の処理は、医療機関が廃棄物の排出者として、自らの責任において、廃棄物を適正に処分すべきものであることから、公費の投入は困難であると考えています。 また、処理業者への監督は、各自治体の廃棄物担当部局において行われています。
31	地域医療構想	102頁「第3部 地域医療構想 第5章 第5章 将来の医療需要と必要病床数の推計(法令及び国提供推計ツールに基づく) 1 都道府県間、圏域間の患者流動を反映した場合の推計」では、全県で61床が過剰とされているが、地域の実情に合わない病床削減を行わないようすべきである。	(地域医療構想) 【ご意見を受け修正します】111頁 111頁の病床数推計表の「留意事項」を、次のように修正します。  過剰になると見込まれる機能の病床については、 <b>患者の受け皿となる在宅医療の充実や、地域に必要な医療機能を勘案しつつ、必要とされる機能への転換を支援する。</b>
32	地域医療構想	105頁「第3部 地域医療構想【留意事項】」において「4 今後、法令に基づいた必要病床数推計に関して、信頼に足るデータが得られる等、推計値を更新することが可能な場合には、推計結果の更新を検討する。」とあるが、積極的に更新すべきである。	(地域医療構想) 【今後の政策に反映させます】 国、保険者から協力が得られれば、患者の診療情報を用いた推計を検討します。
33	地域医療構想	108頁「第3部 地域医療構想 第6章 医療提供体制を実現するための施策と推進体制 1 基本的な考え方」において、「地域医療構想による医療提供体制を確保するためには、国・県・市町が連携して施策を推進すること、県民が適正受診や在宅医療について理解を深めることなど、各々が責務を果たす必要がある。これに加えて、最も重要で不可欠なことは、医療機関をはじめとした医療関係者の自主的取組である。」とされているが、各々の責務を具体的に明示すべきである。	(地域医療構想) 【本文の趣旨と一致】 各施策の「推進方策」、第6部第2章に明示しています。
34	地域医療構想	109頁～120頁「第3部 地域医療構想 2 県全体に関する課題及び具体的施策」において、「具体的施策」が記されているが、具体的と言えないものが多いので、できる限り具体的に記述すべきである。	(地域医療構想) 【原案のとおりとします】 この表記よりも具体的な、個別の事業者や県の事業の名称については、医療介護推進基金計画や予算書に記述することとします。
35	地域医療構想	109頁「第3部 地域医療構想 第6章 医療提供体制を実現するための施策と推進体制 2 県全体に関する課題及び具体的施策 ① 病床の機能分化・連携の推進」において「医療機関の改修等に当たり、不足する病床機能への転換を促進」とあるが、民間医療機関に対し病床機能の転換を強制しないよう注意すること。また、公的医療機関に対してもその役割を再確認し、地域の実情を踏まえて、機械的な病床転換を強制しないよう注意すること。	(地域医療構想) 【ご意見を受け修正します】111頁 111頁の病床数推計表の「留意事項」を、次のように修正します。  過剰になると見込まれる機能の病床については、 <b>患者の受け皿となる在宅医療の充実や、地域に必要な医療機能を勘案しつつ、必要とされる機能への転換を支援する。</b>
36	地域医療構想	109頁「第3部 地域医療構想 2 県全体に関する課題及び具体的施策 ① 病床の機能分化・連携の推進 具体的施策【急性期機能】」において、「回復期機能(回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟含む)への病床転換」とあるが、地域の医療ニーズ等を的確に把握し、機械的な病床転換を行わないよう注意すること。	(地域医療構想) 【ご意見を受け修正します】111頁 111頁の病床数推計表の「留意事項」を、次のように修正します。  過剰になると見込まれる機能の病床については、 <b>患者の受け皿となる在宅医療の充実や、地域に必要な医療機能を勘案しつつ、必要とされる機能への転換を支援する。</b>

番号	項目	意見等の概要 (頁数は、パブコメ時の計画本文の頁数です。)	県の考え方 (頁数は、最終版の計画本文の頁数です。)
37	地域医療 構想	110頁「第3部 地域医療構想 2 県全体に関する課題及び具体的施策 ① 病床の機能分化・連携の推進 具体的施策【慢性期機能】」において、「機能転換による、回復期病床としての活用」とあるが、地域の医療ニーズ等を的確に把握し、機械的な病床転換を行わないように注意すること。	(地域医療構想) 【ご意見を受け修正します】111頁 111頁の病床数推計表の「留意事項」を、次のように修正します。  過剰になると見込まれる機能の病床については、患者の受け皿となる在宅医療の充実や、地域に必要な医療機能を動かしつつ、必要とされる機能への転換を支援する。
38	救急	112頁「第3部 地域医療構想 2 県全体に関する課題及び具体的施策 ① 病床の機能分化・連携の推進 現状と課題 救急医療体制」において、「脳卒中や急性心筋梗塞の急性期医療を担う機関の人口カバー率が低い圏域がある」となっているが、本計画により、その圏域に対する改善が見られるかどうか検証し、その結果を明らかにすべきである。	(脳卒中 心血管疾患) 【今後の政策に反映させます】 医療施設の機能の実態や救急搬送の状況等をもとに今後検討します。
39	救急	112頁「第3部 地域医療構想 第6章 医療提供体制を実現するための施策と推進体制 2 県全体に関する課題及び具体的施策 ① 病床の機能分化・連携の推進」において、「○不要不急受診(救急)を減らすため、住民に適正受診を普及啓発」とあるが、特に救急においては、受診を減らす目的で、その適正判断を一般住民に委ねるのは危険である。例え少数であっても手遅れ受診がなくてはならず、むしろ早期受診を勧奨すべきである。	(救急) 【原案のとおりとします】(118頁) 適正な受診を妨げるものではなく、真に救急対応が必要な方への救急医療の提供に支障を来す恐れがあるため、普及啓発を図るものです。
40	救急	125頁「第4部 5疾病5事業及び在宅医療の医療連携体制の確立 第1章 救急医療【現状】」において、ヘリコプターを活用した救急医療の確保が述べられている。地域から急性期医療を担う病院がなくなるほど、その効用が高く評価されがらだが、本来は地域に急性期医療を担う病院を整備することが重要であり、ヘリコプターを活用した救急医療の確保は本来の整備方向ではないことを認識すべきである。	(救急) 【原案のとおりとします】(130-131頁) 地域の救急医療提供体制の整備の一環として、ヘリコプターを活用した救急医療提供体制の整備を推進します。
41	救急	127頁「第4部 5疾病5事業及び在宅医療の医療連携体制の確立 第1章 救急医療【推進方策】(3)2次救急医療体制の整備」において、「新たな参加病院の確保を進める」「勤務医師の確保を図る」とあるが、このような体制整備には、医師の新たな勤務が必要である。そのため県独自の財政支援制度を行うべきである。	(救急) 【現案のとおりとします】 救急を含む特定診療科での医師不足にかかる課題や推進方策については56～60頁に記載のとおり、県として対応策・支援策を講じているところである。
42	救急	127頁「第4部 5疾病5事業及び在宅医療の医療連携体制の確立 第1章 救急医療【推進方策】(4)3次救急医療体制の整備」において、「救命救急センターが設置されていないなど、3次救急医療機能に課題のあるブロックにおいては、救命救急センターの設置及び3次的機能病院に位置づけられている病院について救命救急センターへの指定を検討し、3次救急医療体制の充実を図る。」とされているが、県民の生命と予後に一刻を争う救命救急センターはブロックではなく、現在の最低でも2次医療圏ごとに整備すべきであり、阪神北医療圏と西播磨医療圏にも救命救急センターを整備すべきである。	(救急) 【原案のとおりとします】 3次救急医療提供体制については、救急搬送の需要や、人口分布などの状況により体制整備が検討されており、新たな救命救急センターの設置については、今後の救急搬送需要等から必要に応じて検討します。
43	救急	132頁「第4部 5疾病5事業及び在宅医療の医療連携体制の確立 第1章 救急医療 3 救急医療に係る指標・目標」において、「【指標】」では「救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間」や「心肺機能停止傷病者(心肺停止患者)の1ヶ月後の社会復帰率」が上げられているが、「【目標】」では「救急医療電話相談(#7119)の実施市町」を「県全域」にするというだけで、目標が低すぎるのではないかと。	(救急) 【原案のとおりとします】 県としても、より広範な目標を設定すべきと考えていますが、そのためには、地域毎の詳細な現状分析や具体的な対策等について、医療機関や消防機関等との調整を図りながら検討する必要があります。推進方策において具体的な体制整備の推進を定め、それぞれの救急医療体制を維持していきます。
44	小児	138頁「第4部 5疾病5事業及び在宅医療の医療連携体制の確立 第2章 小児医療」において「限られた医療資源の効果的な活用と小児医療体制の確保・充実を目指す。」とされているが、小児医療においては、神戸市内でも神戸救済済済病院と神戸赤十字病院が小児科を閉鎖する予定で、小児科2次救急輪番病院から公文病院、済生会兵庫東病院が撤退、JCHO神戸中央病院も一時的に撤退を予定しているといわれている。この背景には、小児科医の不足とともに、各病院とも小児科が低い診療報酬設定によって赤字部門となっていることが挙げられる。民間に対しても、小児科を持つ病院に対する支援を抜本的に強化すべきである。	(小児) 【現案のとおりとします】 小児を含む特定診療科での医師不足にかかる課題や推進方策については56～60頁に記載のとおり、県として対応策・支援策を講じているところである。
45	小児	小児救急の項目で、医療圏毎に条件(医師数等)が異なるのに、各医療圏で完結させることは困難である。淡路医療圏では開業小児科医が7件しかなく、75歳以上の医師が一人、救急に協力的でない医師もおられ、現場は過酷な状況で診療している。小児救急は医療圏を越えて県が整備するべきで、大きな市は自分の市の住民だけを受け入れる傾向にある。	(小児) 【今後の政策に反映させます】 疾病・事業ごとに二次医療圏域にとらわれない柔軟な圏域設定を行っているところですが、今後、二次小児救急圏域を超えて連携する必要がある場合は、小児医療連携圏域の設定も検討し、小児救急医療体制の充実を図ります。
46	小児	141頁「第4部 5疾病5事業及び在宅医療の医療連携体制の確立 第2章 小児医療【課題】(8)小児向け在宅医療提供体制の確保」において、「重症心身障害児や医療的ケアが必要な障害児が退院後も安心して身近な地域で療養・療育が可能となるよう、医療・福祉・教育等多くの関係職種及び関係機関との連携体制を構築し、地域の実情に応じた小児等在宅医療提供体制の整備が必要である。」とされているが、筋萎縮性側索硬化症その他の障害(児)者が地域の中で安心して生活できるように、喀痰吸引・経管栄養等の実施に係る研修を県下に拡げるための措置(助成制度の創設、登録研修機関の増設など)や、パーソナル・アシスト制度の構築、通学保証のための措置等を講ずるべきである。	(小児) 【今後の課題】 医療・福祉・教育等多くの関係職種及び関係機関による検討会を設置し、今後、関係機関と協力して課題の検討を行います。
47	小児	141頁「第4部 5疾病5事業及び在宅医療の医療連携体制の確立 第2章 小児医療【推進方策】(3)2次小児救急医療体制の整備」において、「2次小児救急医療圏を単位として、小児科救急対応病院群輪番制等による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)」とされているが、阪神北医療圏においては、「平成26年4月から1年間に時間外の小児2次救急は78・3%が他の圏域の病院に頼っており、安心して子育てできる環境とはいえない」、「三田市・篠山市では急性疾患の子どもの多くが六甲山を超えて神戸市まで救急搬送されている」等の声が地域の医療関係者から上がっている。医療圏の統合ではなく、阪神北医療圏において小児2次救急の充実を図るべきである。	(小児) 【原案のとおりとします】 小児科医の確保が困難な地域があることから、小児救急を含む小児医療の継続的な確保を推進するため、小児医療連携圏域を設定しているところである。また、小児科医の確保については、小児救急医療を担う医師の研修体制を構築していきます。
48	小児	兵庫県の小児救急については、地域により1次救急や2次救急の体制が十分とはいえず、#8000小児救急電話相談事業はそれを補完する手段として重要である。しかしながら兵庫県では深夜帯の実施が未だ行われておらず、平成16年から国において開始され、実施主体が都道府県であるこの事業も平成29年6月1日現在では深夜帯未実施の都道府県は47都道府県中8都道府県のみである。P143の目標設定では2023年までに(6年後)実施となっているが、早急な実施が必要である。「2023削除→早急な実施」	(小児) 【ご意見を反映します】(149、336頁) 平成30年4月から、深夜帯も実施するため、目標設定を2018実施に改めます。
49	小児	小児救急電話相談事業(#8000)は、子どもの急病への相談を通して、育児不安の解消有効な、小児救急、子育て支援の重要な手だてとなっております。また不急不要な受診を減らし、間接的には医療費削減効果もあるとされています。この度の保健医療計画では、本事業が全県的に深夜帯まで延長される計画が示され大変有り難く思っております。しかし、達成年度が2023年とされており、厚生労働省ホームページ小児救急電話相談事業の頁(www.mhlw.go.jp/topics/2006/10/tp1010-3.html)では、深夜帯未実施の都道府県を全国で8都県、近畿では和歌山と本県のみが未実施の状況です。一日も早く深夜帯小児救急電話相談事業(#8000)が実施されることを望みます。2023削除→早急な実施	(小児) 【ご意見を反映します】(149、336頁) 平成30年4月から、深夜帯も実施するため、目標設定を2018実施に改めます。
50	災害	146頁「第4部 5疾病5事業及び在宅医療の医療連携体制の確立 第3章 災害医療」について昨年、内閣府により「大規模災害時における民間船舶を用いた要配慮者の受け入れ及び医療支援実証」が行われた災害時医療支援船構想推進協議会による「福祉避難所船構想」についても言及が必要ではないかと。	(災害) 【原案のとおりとします】 福祉避難所船構想については、県から県医師会に補助を行い、災害時における船舶活用の有効性及び課題などの検討がなされており、今後の動向を注視します。
51	災害	155頁「第4部 5疾病5事業及び在宅医療の医療連携体制の確立 第3章 災害医療」において「災害医療圏域図・災害拠点病院位置図」が図示されている。災害拠点病院・兵庫DMAT指定病院である神戸市立医療センター中央市民病院はポートアイランドに立地しており、南海トラフ地震において、アクセスの限られる同病院は、従業員の出勤困難から「助ける病院」が「助けられる病院」となりかねない。地上アクセスが途絶えた場合の対策を立てるべきである。	(災害) 【原案のとおりとします】 災害医療体制整備の一環で行われている災害医療訓練などで回転翼機の活用などの検証がなされています。
52	災害	155頁「第4部 5疾病5事業及び在宅医療の医療連携体制の確立 第3章 災害医療」において「災害医療圏域図・災害拠点病院位置図」が図示されているが、統合されて設定される阪神圏域では、現在の阪神南圏域に災害拠点病院として、兵庫医科大学病院、県立西宮病院、県立尼崎医療総合センターが整備されているが、阪神北圏域には宝塚市民病院しかなく、新たな圏域内での地域的な偏りが大きい。そのため災害時の阪神北圏域、とりわけ三田市等北部での対応に不安がある。阪神北圏域でも現在の宝塚市民病院に加えて、新たに災害拠点病院を整備すべきである。	(災害) 【今後の課題】 阪神北圏域における災害医療体制の整備については、新たに災害拠点病院を整備する必要性の検討、対象病院の有無などを検討して整備を進めます。
53	周産期	158頁「第4部 5疾病5事業及び在宅医療の医療連携体制の確立 第4章 周産期医療【現状】(5)周産期母子医療センター等の設置状況」において、「平成29年4月現在、総合周産期母子医療センターとして6施設を指定し、地域周産期母子医療センターとして6施設を認定している。」とされているが、東播磨圏域では、地域母子周産期医療センターとして、明石医療センターと加古川中央市民病院が指定されているが、明石医療センターでは産科医の退職などで、常勤医が減り、手術等に支障をきたしている上、加古川中央市民病院でも加古川市外の患者を送らないように文書が各医療機関に送付されている。両医療機関が地域母子周産期医療センターとしての役割を充分に果たせるように、県として支援を行うべきである。	(周産期) 【本文の趣旨と一致】 産科を含む特定診療科での医師不足にかかる課題や推進方策については56～60頁に記載のとおり、県として対応策・支援策を講じているところである。

番号	項目	意見等の概要 (頁数は、パブコメ時の計画本文の頁数です。)	県の考え方 (頁数は、最終版の計画本文の頁数です。)
54	周産期	159～160頁「第4部5疾病5事業及び在宅医療の医療連携体制の確立 第4章 周産期医療【推進方策】(1) 周産期母子医療センター及び協力病院の整備と連携・機能強化 ア 総合周産期母子医療センターおよび地域周産期母子医療センター」において、「地域周産期母子医療センターについては、国の整備方針では、「総合周産期母子医療センター1カ所に対して数カ所の割合で整備するものとし、1つ又は複数の二次医療圏に1カ所又は必要に応じてそれ以上整備することが望ましい」とされている。」と述べられている。これを踏まえ、阪神北、北播磨、西播磨、丹波医療圏に地域周産期母子医療センターを整備すべきである。	(周産期) 【原案のとおりとします】 周産期医療圏域については、国の体制構築に係る指針で従来の2次医療圏域より柔軟な圏域設定を可能とされています。阪神、播磨東、播磨姫路の周産期医療圏域では既に周産期母子医療センターが整備されており、これを維持していくこととします。 丹波周産期医療圏域においては県立丹波医療センター(仮)の動向をふまえ、次回計画において圏域のあり方を検討することとしています。
55	へき地	165頁「第4部5疾病5事業及び在宅医療の医療連携体制の確立 第5章 へき地医療【現状】(2) へき地で勤務する医師の確保 ウ 医師派遣等推進事業」において「医師不足の医療機関に医師を派遣する医療機関に対し、兵庫県医療審議会の調整により、派遣に伴う逸失利益の一部を助成している。」とされているが、助成をさらに充実させるべきである。	(へき地) 【本文の趣旨と一致】(170～177頁) 医師の地域偏在を調整するため、医師不足地域へ医師を派遣する医療機関に対して逸失利益相当額を助成する医師派遣等推進事業に加え、へき地医療拠点病院以外の都市部の医療機関からへき地診療所への医師等の派遣に要する経費を助成するなど、へき地医療提供体制の充実とともに、地域の病院等へのさらなる診療支援を行うこととしています。
56	がん対策	173頁「第4部5疾病5事業及び在宅医療の医療連携体制の確立 第6章 がん対策【現状】(2) がんの部位別死亡状況」において、「がんの部位別75歳未満年齢調整死亡率」が図示されているが、左右のグラフの縦軸の目盛の単位等が不明である。左のグラフは 国立がん研究センターがん情報サービスより「人口10万対」と推察できるが、右のグラフは不明であるので、同じ単位で示し本文の理解に資するようにすべきである。	(がん対策) 【ご意見を受け修正します】(179頁) グラフタイトルに「人口10万対」を追加し、全国値のグラフを修正しました。
57	がん対策	178頁等「第4部5疾病5事業及び在宅医療の医療連携体制の確立 第6章 がん対策」において「専門的ながん診療の機能を有する医療機関の現状」等が図示されているが、「選定条件について再検討・医療施設実態調査結果をもとに更新します。」とされている。掲載された情報は平成23年の調査が大半で、現状と一致せず意見を求めるのは不適切である。更新された結果をもとに案を再考し、再び意見公募を行うべきである。	(がん対策) 【ご意見を受け修正します】(182、200～201、209～210、218頁) がん対策、脳卒中对策、心血管疾患対策、糖尿病対策の専門医療に係る病院の一覧は、随時更新されるものであることから、県HPIにおいて公開することとします。該当する病院については最新(平成29年3月)の医療施設実態調査に基づくものとします。
58	がん対策	181頁「第4部5疾病5事業及び在宅医療の医療連携体制の確立 第6章 がん対策【推進方策】(2) 早期発見の推進 ア 検診機会の確保と受診促進支援(県、市町、関係機関等) (ア) 市町の取組支援 b 受診しやすい環境づくり」において、「市町と連携し、土日・夜間検診、複数のがん検診や特定健診を同時に実施するセット検診の充実について、関係機関の調整を図るなど、導入を支援・推進する。」とされているが、受診ができないもしくは受診しにくい原因を調査し、的確な対策を採るべきである。	(がん対策) 【今後の課題】 市町の状況等把握しながら、今後検討していきます。
59	がん対策	184頁「第4部5疾病5事業及び在宅医療の医療連携体制の確立 第6章 がん対策 (3) 医療体制の充実 ア 個別がん対策の推進 (ウ) 石綿(アスベスト)関連がん対策(県、市町、関係機関)」において、「石綿ばく露の可能性のある県民に対して肺がん検診の継続的な受診を勧奨し、検診の結果、医療機関において石綿関連所見により要経過観察の判定を受けた者に対しては「健康管理手帳」を交付して、検査に要する経費を助成する「石綿健康管理支援事業」により継続的なフォローアップを支援するとともに、手帳交付者の状況把握に努める。また、国が住民の効果的、効率的な健康管理方策等を見つけることを目的に実施する試行調査の支援を行う。」とされているが、潜伏期間の長いアスベスト疾患に対しては、不特定多数を対象とする肺がん検診などの集団検診ではなく、ハイリスク群を対象にした長期間にわたる経過観察を目的とする実態調査を行うべきである。また、肺がん検診における胸部X線検査の胸膜疾患に対する診断能は、十分ではないので、低線量CT検査を基本とした検査方法を確立すべきである。阪神・淡路大震災時の被災地の作業員やボランティア、住民など多くの人たちはアスベスト曝露に気付いていないため、積極的に広報、啓発し、受診を促すべきである。また職業曝露においても同様で、アスベスト曝露を自覚していないハイリスク群に、対応した実態調査を行うべきである。	(がん対策) 【その他】 アスベスト検診は、費用、確率等今後の検討課題が多いため、引き続き状況把握に努めます。
60	がん対策	188頁「第4部5疾病5事業及び在宅医療の医療連携体制の確立 第6章 がん対策 (4) がん患者を支える社会の構築 b 正しい情報の発信」において、「体力が著しく低下して併存疾患を有する高齢者に対するがん検診は、がんの発見が必ずしも治療に繋がらないこともあり、受検の判断は慎重になされるべきである旨、啓発を行っている。」とされているが、判断の慎重さを誰に求めているか不明瞭である。もし、高齢者自身であるとするなら、年齢で区別しその判断を高齢者自身に委ねるのは、健康管理の権利そのものを制限し、同項目「c 社会的問題等への対応」における「がんに関する『差別・偏見』を助長する可能性があるのではないか。」	(がん対策) 【その他】 受検の判断は高齢者に求めています。がん検診受検と健康管理は、別の観点と考えると、偏見を助長するものとは考えていません。計画を踏まえ、がん検診にかかる普及啓発に努めます。
61	脳卒中对策	195頁「第4部5疾病5事業及び在宅医療の医療連携体制の確立 第7章 脳卒中(脳血管疾患)対策【推進方策】(2) 医療対策 ア 発症後の速やかな受療行動と搬送体制の充実」において、「急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送する体制の充実」において、「すでに策定されている「兵庫県地域医療構想」の「3 資料編」によれば、北播磨、中播磨医療圏で10%以上の人口が、西播磨、丹波、淡路医療圏で30%以上の人口が、但馬医療圏では60%以上の人口が、脳卒中の急性期医療を担う医療機関から自動車30分圏内に含まれていないことが示されている。190頁「第4部5疾病5事業及び在宅医療の医療連携体制の確立 第7章 脳卒中(脳血管疾患)対策」で、「脳卒中は…65歳以上の寝たきり原因の第1位を占めている。…脳梗塞に関しては死亡率が高く発症から治療までの時間が長くなるほど重篤な後遺症を残す」とあり、この点からも、これらの圏域での脳卒中の急性期医療の機能を有する病院の整備をさらに進めるべきである。	(脳卒中对策) 【今後の課題】 搬入先医療機関におけるtPA開始(tPA実施医療機関の増加)→重症例の専門医療機関への速やかな転送(搬送体制の確立)→脳血管治療専門医による血栓摘出(血栓回収治療実施施設の集約)等、各医療機関における役割分担・連携システムの構築による対応についても視野に入れ、今後検討していきます。
62	心血管疾患対策	210頁「第4部5疾病5事業及び在宅医療の医療連携体制の確立 第8章 心血管疾患対策【推進方策】(2) 医療対策 イ 速やかな受療行動と搬送体制の充実」において、「救急搬送体制のさらなる整備を支援する。」とされているが、すでに策定されている「兵庫県地域医療構想」の「3 資料編」によれば、北播磨医療圏で10%以上の人口が、西播磨、丹波、淡路医療圏で20%以上の人口が、但馬医療圏では60%以上の人口が、急性心筋梗塞の急性期医療を担う医療機関から自動車30分圏内に含まれていないことが示されている。そのため、これらの圏域で急性心筋梗塞の急性期医療の機能を有する病院の整備をさらに進めるべきである。	(心血管疾患対策) 【今後の課題】 広域救急搬送体制の充実についても視野に入れ、今後検討していきます。
63	糖尿病対策	214頁「第4部5疾病5事業及び在宅医療の医療連携体制の確立 第9章 糖尿病対策《主な指標》」において「糖尿病退院患者の平均在院日数(日)(圏域別)」が示されているが、阪神北圏域では、平均在院日数が70.2日と他の圏域に比してきわめて長い。同項目の「(3) 医療機能の状況」において、「② 糖尿病に関連する専門外来のある病院数」で阪神北圏域では人口あたりの専門外来のある病院数が少ないことが示されているように、専門外来や専門医等が少ないことが、平均在院日数が長くなっている原因ではないか。同様の意見は、地域の医療関係者からも上がっている。実態を明らかにするとともに、専門医や専門外来を整備すべきである。	(糖尿病) 【今後の政策に反映させます】 引き続き、糖尿病に関する医療の均てん化を進めてまいります。
64	在宅医療	256頁「第4部5疾病5事業及び在宅医療の医療連携体制の確立 第11章 在宅医療・かかりつけ医 1 在宅医療・かかりつけ医」において、「…望む人は自宅で看取りも選択ができるなど患者のニーズに応えられる在宅医療が提供されるよう、市町や関係団体との連携のもと、普及啓発や体制整備などの基盤整備を推進する。」とされているが、さまざまな事情で在宅医療を提供できない医療機関も存在する。そうした医療機関において、国の在宅医療偏重ともいえる医療政策のもと、医療機関の経営が困難になりつつある。一般外来だけを行っている診療所も地域でかかりつけ医として重要な役割を果たしており、その機能を適切に評価すべきである。国にもそうした評価を行うよう求めるべきである。	(外来診療所) 【本文の趣旨と一致】 かかりつけ医は、日頃から気軽に健康相談にも応じる地域の初期医療の中核的な担い手であることを記載しており、かかりつけ医の役割は一層重要度をましており、かかりつけ医の機能の充実・強化を図っていきます。
65	在宅医療	在宅医療の項目で小児在宅医療の項目が少なすぎる。現在、医ケア必要な児は急速に増加しており、医師・看護師の確保だけでなく、県立支援学校の整備、教師の三号研修の必要性、県立病院が率先してレスパイト入院を行うなど、具体的な県の姿勢を見せて欲しい。	(小児)(在宅) 【今後の課題】 「小児救急を含む小児医療」において、小児向け在宅医療提供・連携体制の確保のため、医療的ケアを必要とする小児等の在宅療養患者とその家族が、安心して暮らしていける在宅医療提供体制を構築するため、医師、看護師、理学療法士等に対して小児在宅医療講習会を実施するとともに、地域の実情に応じた市町の取組みを支援し、医療・福祉・教育等の多くの関係者及び関係機関との連携体制を構築することとしています。
66	在宅医療	257頁「第4部5疾病5事業及び在宅医療の医療連携体制の確立 第11章 在宅医療・かかりつけ医【現状】(4) 看取りの状況」において「終末期医療を受けたい場所の希望として、平成29年県民アンケート「ひょうこの医療と介護」によると医療機関の36.4%比べ施設も含めた在宅等は58.7%となっており、可能な限り、自宅等での療養を望んでいる。」とされているが、厚労省の「平成29年度 人生の最終段階における医療に関する意識調査」によれば、終末期に医療・療養を受けたい場所について、末期がんでは37.5%が、心疾患では48.0%、認知症では28.2%が医療機関と回答しており、自宅等での療養を望まない患者が希望する医療・療養環境を整えることも重要であり、患者・家族の望まない在宅誘導が起こらないように注意すべきである。	(在宅医療) 【本文の趣旨と一致】 患者の意向を尊重した看取り体制の構築のため、介護施設も含めた在宅医療関係者と救急医療・消防機関を含めた情報共有を行い、地域の実情に応じたあり方を検討することとしています。
67	在宅医療	259頁「第4部5疾病5事業及び在宅医療の医療連携体制の確立 第11章 在宅医療・かかりつけ医 1 在宅医療・かかりつけ医【課題】(2) 日常の療養生活の支援 a 訪問診療」において、「休日や夜間、急変時の対応が困難等の理由により、訪問診療の参入に踏みだしにくいとも言われているなか、限られた医療資源を活用し、急変時の連携体制の確保を前提とした診療所間の連携強化や訪問看護ステーションの機能強化等多様な在宅医療の提供体制の構築が必要である。」とされている。専門家から「少なくとも重度の要介護者・患者の場合には、地域・在宅ケアの費用が施設ケアに比べて高いことは、1990年代以降、医療経済学の膨大な実証研究により確立された国際的常識になっています(二木立「リハビリテーション医に必要な医療経済・政策学の視点と基礎知識」436号・16-24.2014。)」という指摘がある通り、在宅ケアには非常に費用がかかるため、訪問診療を行う医療機関に対し手厚い支援を県も行うべきである。	(在宅介護、在宅医療) 【本文の趣旨と一致】 訪問診療を行う医療機関の負担軽減のため、ICTを活用した多職種連携による在宅医療支援体制の支援や、医師同士の相互連携で支える在宅看取り体制を推進していきます。

番号	項目	意見等の概要 (頁数は、パブコメ時の計画本文の頁数です。)	県の考え方 (頁数は、最終版の計画本文の頁数です。)
68	在宅医療	260頁「第4部 5疾病5事業及び在宅医療の医療連携体制の確立 第11章 在宅医療・かかりつけ医【課題】(3)急変時の対応」において、「在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院や地域包括ケア病床(病棟)を有する医療機関等が、患者の状態に適切に対応できるよう2次救急病院との役割も踏まえながら、受け入れ可能な医療機関の確保が必要である。」とされているが、とりわけ但馬医療圏では、日高医療センターの病床が減り、在宅・外来からの入院の受皿がなくなりつつある。地域包括ケア病棟だけでも確保し、地域の診療所が安心して、外来診療にあたるようにすべきである。	(在宅医療 但馬圏域) 【本文の趣旨と一致】 かかりつけ医の支援体制の確保のため、地域医療支援機能をもつ医療機関の確保をすすめることとしています。 また、地域に必要な医療機能の確保のため、地域医療構想調整会議で、協議を行うこととしています。
69	在宅医療	261頁「第4部 5疾病5事業及び在宅医療の医療連携体制の確立 第11章 在宅医療・かかりつけ医 1在宅医療・かかりつけ医【課題】(4)看取り」において、「在宅患者が本人や家族の意思に反して病院に搬送され、望まない救命措置が行われる事例や介護施設等において、患者本人や家族の意思を確認ができず、急変時に医療機関に搬送され本人や家族が望まない救命措置を実施される事例があるなど、救急機関を含めた在宅関係者間での情報共有のあり方などが、国において検討が進められている。」とされているが、他方で本人や家族の意志が確認できない場合の延命措置の中止等はあってはならないことであり、十分に注意が必要である。	(看取り) 【本文の趣旨と一致】 患者の意向を尊重した看取り体制の構築のため、介護施設も含めた在宅医療関係者と救急医療・消防機関を含めた情報共有を行い、地域の実情に応じたあり方を検討することとしています。
70	在宅医療	261頁「第4部 5疾病5事業及び在宅医療の医療連携体制の確立 第11章 在宅医療・かかりつけ医 1在宅医療・かかりつけ医 (5)かかりつけ医」において、「かかりつけ医を持つことの意義を県民にさらに啓発し、その普及・定着を図る。」とされているが、患者のフリーアクセスを損なう形で推進するべきではない。	(かかりつけ医) 【その他】 地域医療の維持のため、かかりつけ医を持つことの意義の県民普及は、地域の医療関係団体と市町と連携して実施しています。
71	計画の推進	335頁「第6部 計画の推進と進行管理 第2章 各主体の役割 1 県民」において、「…主体的に健康づくりを实践する。」「…自覚と責任を持って医療に参加する。」「…育児力、家庭の教育力などを身につけるよう努力する。」「…家庭における介護力を高め…」「…近隣住民同士の支え合いや地域活動等に積極的に参加する」など他の主体の役割と比べて、自己と家族の責任を強調しすぎではないか。各個人や各家庭にはそれぞれの事情があるとともに、国民の受療権は憲法に保障された権利であり、むしろ国や行政こそその提供において厳しく責任を問われる主体であるはずである。	(県民の責務) 【本文の趣旨と一致】5、334頁ほか 保険医療計画は、県民、市町、保健・医療機関、関係団体等の参画と協働のもと、それぞれが取り組むべき保健・医療分野の基本的指針(ガイドライン)としての性格を持つものであり、行政の役割についても第6部第2章のほか、各項目の【推進方策】の実施者として括弧書きで表示する等、明示しています。