

# 【第6部】

## 計画の推進と進行管理



## 第6部 計画の推進と進行管理

保健医療計画は、県民の健康を保健・医療の両面から支援するための県の計画であると同時に、県民、関係機関、関係団体、市町等の参画と協働のもと、それぞれが取り組むべき基本的指針（ガイドライン）としての性格をもつ。

したがって、計画に掲げる各項目の推進方策については、それぞれ推進主体がそれぞれの役割分担のもと相互に連携をとりながら、達成に向けて取組みを展開する必要がある。

### 第1章 計画の推進体制

#### 1 1次保健医療圏域（市町）

1次保健医療圏域は、基本的な保健サービスの提供とプライマリーケアの確保を図る単位である。

このため、市町は、県健康福祉事務所や保健医療関係団体と協力して、計画的に保健事業を展開する。

#### 2 2次保健医療圏域（8圏域）

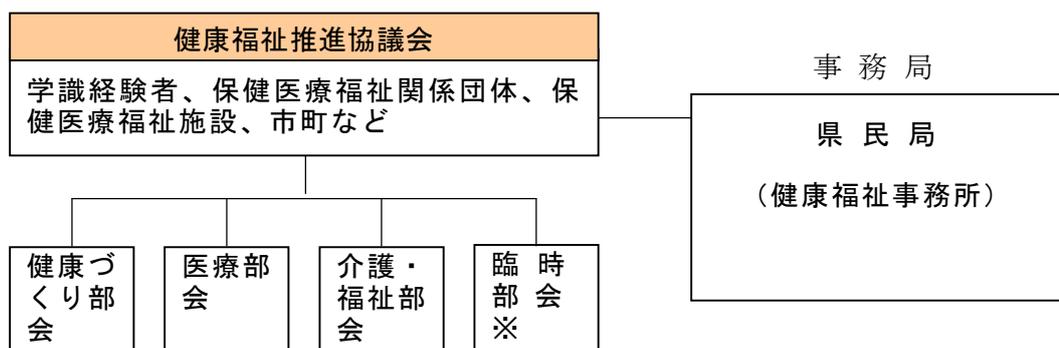
2次保健医療圏域は、入院医療の確保を図り、医療提供体制の確保を図る基本的な区域である。このため、医療関係団体や地域の医療機関などにより医療提供体制のネットワーク化を推進する。

また、保健・医療・福祉の各関係機関の連携により、健康増進からリハビリテーションにいたる包括的な保健医療提供体制の確立を図る。

県民局・県民センターは、健康福祉推進協議会の意見を聴きながら、県民、関係機関、関係団体を含め計画を幅広く推進するとともに、定期的に進捗状況を把握・評価し、その評価を踏まえてさらなる推進を図るものとする。

なお、医療分野によっては、単独の2次保健医療圏域で医療機能が完結せず、隣接圏域と一体となって当該医療連携体制の構築を図ることが必要となる場合がある。そうした場合は、関係する健康福祉推進協議会が合同で連絡会議を開催するなどして、円滑な連携を図ることとする。

#### 【2次保健医療圏域における推進体制】



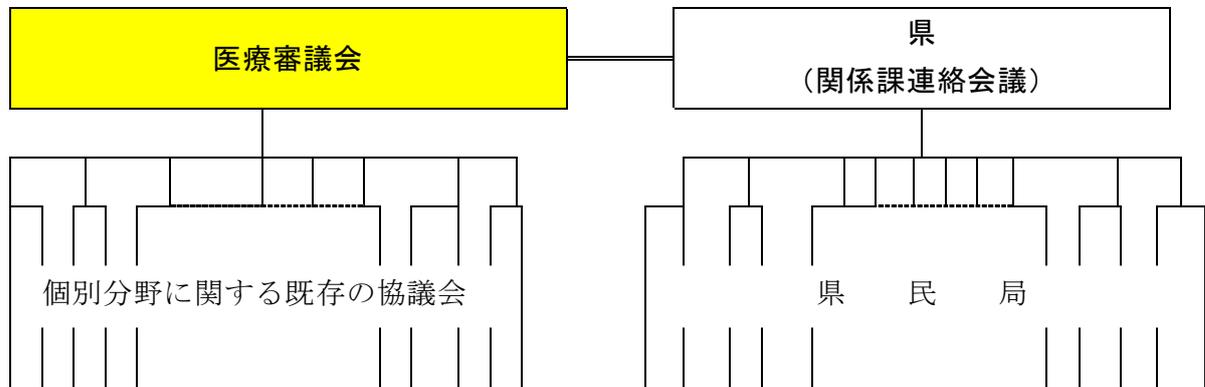
### 3 3次保健医療圏域（全県）

高度特殊な保健医療サービスを提供し、保健医療ネットワークの完結をめざす区域である。このため、県が各分野の推進状況と推進上の課題を把握し、推進のための支援や基盤整備を行う。

全県における保健医療計画の進捗状況については、県が定期的に把握し、必要に応じて県医療審議会あるいは個別分野に関して設置されている協議会などの意見を聴いて、評価を行い、さらなる推進を図る。

また、救急医療、周産期医療、脳卒中や急性心筋梗塞の急性期医療などの分野について、府県域を越えた円滑な搬送や医療連携が行われるよう、必要に応じて府県間の協議の場を設ける。

#### 【3次保健医療圏域における推進体制】



### 4 地域医療構想の推進体制

#### (1) 地域医療構想推進委員会

兵庫県本庁に「地域医療構想推進委員会」を置き、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。

#### (2) 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。

## 第2章 各主体の役割

本計画が、県民、関係機関、関係団体及び行政などが取り組むべきガイドラインであることから、各主体は、本計画の趣旨を十分理解し、主体的に計画の推進に取り組む必要がある。各主体の役割は、本計画の各項目において随時記述しているが、その概要を改めてまとめると以下のとおりである。

### 1 県民

(1) 県民は、「自分の健康は自分で守り高める」ことを自覚し、「ひょうご健康づくり県民行動指標」に基づき、主体的に健康づくりを実践する。

日頃から相談のできるかかりつけ医を持ち、医療を受ける際には、医療機関に関する情報をもとに、自己の責任と判断によって良質な医療サービスを選択するほか、適切な応急手当やAEDの使用方法などを積極的に習得することなどにより、県民も自覚と責任を持って医療に参加する。

また、「日中仕事で行けないから」「夜間も診療しているから」などの理由で、安易に夜間の救急医療機関を受診せず、適切な救急医療の受診を心掛ける。

(2) 少子高齢化や核家族化が進展する中で、地域のつながりの基礎となる家族の絆を深め、家族同士のつながりを確固とすることがますます必要である。

こうした中で、県民は、小児の発達段階に応じた具体的な事故防止方法の習得や子どもの生活習慣の育成に対する認識を高めることなどにより、育児力、家庭の教育力などを身につけるよう努力する。

また、介護が必要な高齢者が可能な限り希望に沿った生活が継続できるよう、家庭における介護力を高めつつ、心身の状況や家族・生活環境等に応じ医療・介護サービスを適切に選択しながら生活機能を維持できるよう努める。さらに、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、地域社会の一員としての役割を担うよう努める。

### 2 地域組織、民間非営利組織（NPO）

いずみ会や愛育班など健康づくりを目的とした地域組織、生活習慣病患者等の自助グループ、その他保健・医療分野の民間非営利組織は、自主的な健康づくりなどの取り組みを展開し、あるいは、リーダーとして地域住民へ健康づくりを働きかける。

### 3 医療機関

#### (1) 診療所

県民の身近な存在である診療所の医師・歯科医師は、かかりつけ医として、県民のプライマリーケアを受け持ち、必要に応じて専門医療機関などへの紹介を行うとともに、専門的治療を終えた後の維持期の医療や在宅療養の支援等を行い、生涯を通じた健康づくりを推進する。

#### (2) 病院

病院は、入院を伴う医療を提供する機関である。地域医療提供体制のネットワーク化をめざす観点から病院相互の機能分担と業務連携を進めるとともに、医療事故の防止や診療情報の提供に努め、良質で安全な医療の提供を推進する。

#### (3) 薬局

薬局は、医薬分業により、地域住民のかかりつけ薬局として、病院や診療所と

連携し、重複投薬や薬剤の相互作用による副作用の未然防止、患者への処方内容の開示及び服用薬剤についての適切な情報提供などを行い、安全で適切な医薬品の提供を推進する。

#### 4 保健医療団体

医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等の保健医療団体と行政は連携して、かかりつけ医（歯科医）、地域医療連携、かかりつけ薬局、医薬分業などを推進することにより、県民の生涯を通じた健康づくりを支援し、地域医療提供体制のネットワーク化を図る。

また、医療従事者の資質向上に努めるとともに、医療提供体制や診療内容に関する情報を県民に積極的に提供する。

特に、がん患者の在宅生活支援や、脳卒中の維持期、急性心筋梗塞の再発予防、糖尿病の初期安定期の医療など、主に診療所が中心となって担う役割については、地域の医師会、歯科医師会等が中心となって診療所等の医療機能を把握し、患者・家族からの相談に応じ情報提供を行う体制を構築する。（巻末「保健医療に関する相談窓口」一覧参照）

#### 5 学校・事業所

学校、事業所は、ライフステージに応じた健康づくりの立場から、校医、産業医を中心として、県健康福祉事務所、市町保健担当部局、地域産業保健センターなどと連携を図りながら児童、生徒、労働者の健康づくりを進めるとともに、地域における健康づくりの推進に協力する。

#### 6 市町

市町保健センター等の保健活動の拠点を整備・運営し、母子保健・老人保健事業等の身近で利用頻度の高い保健サービスを一体的かつ計画的に提供することにより、住民の健康づくりを中核となって推進する。また、初期救急医療などの1次医療の確保に努めるとともに、公立病院の運営などにより適切な2次医療を提供する。

なお、保健所設置市においては、地域保健医療に対する企画機能を有する保健所を中核として、住民のニーズに合致した総合的な保健医療施策を展開する。

#### 7 県

##### （1）健康福祉事務所

健康福祉事務所は、地域保健における広域的、専門的かつ技術的拠点として、精神保健、難病対策、エイズ対策等の専門的な保健サービスを提供するとともに、市町の保健活動への支援を行う。

また、計画の推進について、管内の市町への助言を行うほか、郡市単位の保健医療関係団体等との調整を行う。

##### （2）芦屋・宝塚・加古川・加東・中播磨・龍野・豊岡・丹波・洲本健康福祉事務所

上記健康福祉事務所は、2次保健医療圏域における保健医療計画の推進を総括する役割を担う。

具体的には、学識者・保健医療福祉関係団体・行政などの代表によって構成する健康福祉推進協議会において、計画の推進に関する協議、達成状況の評価を行うとともに、推進上の課題を把握・分析し、必要に応じて推進方策の見直しを行う。

また、地域医療構想調整会議を開催し、地域の医療機関をはじめ医療関係者の協議を促進する。

**(3) 県主管部局**

県は、保健医療計画の作成主体として、県民局が把握した各分野の取り組み状況を総括し、計画全体の進捗状況を管理のうえ、推進上の課題を把握するとともに、必要に応じて推進方策の見直しを行う。

また、医療分野において、2次保健医療圏域で完結できない高度特殊な医療機能の基盤整備を図るとともに、医師、看護職員、理学療法士、作業療法士ら医療従事者の確保養成を行う。

### 第3章 計画の進行管理

本計画に定める施策は、P D C A（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。

そのため、各分野に数値目標を設定し、達成状況を原則として毎年度把握して、医療審議会保健医療計画部会において、推進方策の内容や実施方法の妥当性を検証する。そのうえで、課題を抽出し、施策の内容・方法の見直しを行うなど、その進行管理に的確に取り組む。

また、数値目標のほかに、各分野の医療体制・施策効果等に関する全国統計から得られる指標を用いて、本計画の進捗を客観的に評価することとする。

#### 全県の数値目標一覧

部	章	項目	数値目標
保健医療提供体制の基盤整備	保健医療・介護従事者	看護職員	○看護職員数(保健師・助産師含む)(常勤換算数) 57,691人(2016(H28)) → 60,421~63,937人(2023) ○特定行為研修を修了した看護師数(延人数) 182人(2017(H29)) → 884人(2023)
		保健師	○保健師数(常勤換算数) 1,528人(2016(H28)) → 1,818人(2023)
		助産師	○助産師数(常勤換算数) 1,299人(2016(H28)) → 1,748人(2023)
		音楽療法士・園芸療法士	○兵庫県音楽療法士の認定者数 365名(2016(H28)) → 505名(2023) ○兵庫県園芸療法士の認定者数 189名(2017(H29)) → 279名(2023)
	地域連携体制の構築	地域医療連携体制の構築	○地域医療支援病院を確保する圏域数 7圏域(2018(H30)) → 8圏域(全圏域)(2023)
5疾病5事業携業体制及び在宅医療の医療連	救急医療		○救急医療電話相談(#7119)の実施市町神戸市(2017(H29)) → 県全域(2023)
	小児医療(小児救急を含む)		○小児救急電話相談時間(#8000) 24時まで(2017(H29)) → 翌朝8時まで(2018(H30)) ○小児向け在宅医療関係研修会等の実施数 2回(2016(H28)) → 3回以上(2023)
	災害医療		○災害拠点病院の業務継続計画の策定率 33.3%(2016(H28)) → 100%(2019(H31)) ○統括DMATの災害拠点病院への配置 14箇所(2017(H29)) → 18箇所(2023) ○EMISの入力訓練回数 年32回(2016(H28)) → 年35回以上(2023)

部	章	項目	数値目標
5 疾病 5 事業 及び 在宅 医療 の 医療 連携 体制	周産期医療		○周産期死亡率 2.8 (2016(H28)) → 減少 (2023) ○災害時小児周産期リエゾン認定者数 3人 (2016(H28)) → 12人 (2019(H31))
	へき地医療		○県で養成するへき地等勤務医師数 57人 (2017(H29)) → 158人 (2023) ○へき地等勤務医師の県内へき地定着数 50人 (2017(H29)) → 60人 (2023)
	がん対策		○がんによる年齢調整死亡率 (75歳未満、人口10万対) 2021年値で全国平均より5%以上低い状態を実現 ○がんによる年齢調整罹患率 (人口10万対) 2020年値で全国10位以内を実現 ○男性成人の喫煙率 24.8% (2016(H28)) → 19% (2022) ○女性成人の喫煙率 7.1% (2016(H28)) → 4% (2022) ○未成年者の喫煙率 0.1% (中1女子) 3.1% (高3女子) 0.0% (中1男子) 2.0% (高3男子) } (2016(H28)) → 0% (2022) ○がん検診受診率 35.9~40.7% (2016(H28)) → 50% (2022) ○精密検査受診率 66.0%~81.9% (2015(H27)) → 90%以上 (2021) ○キャンサーボード開催回数 961 (2016(H28)) → 増加 (2022) ○緩和ケア研修修了者数 4,027人 (2016(H28)) → 6,400人 (2022) ○がん性疼痛緩和指導管理料届出医療機関数 358 (2016(H28)) → 550 (2022)
	脳血管疾患対策		○脳血管疾患による年齢調整死亡率の引き下げ 男性：36.9 (2015(H27)) → 減少 (2020) 女性：19.1 (2015(H27)) → 減少 (2020)
	心血管疾患対策		○急性心筋梗塞による年齢調整死亡率の引き下げ 男性：18.5 (2015(H27)) → 減少 (2020) 女性：7.6 (2015(H27)) → 減少 (2020)
糖尿病対策		○糖尿病による年齢調整死亡率の引き下げ 男性：6.0 (2015(H27)) → 減少 (2020) 女性：2.6 (2015(H27)) → 減少 (2020) ○特定健診受診率 46.5% (2015(H27)) → 70% (2022)	

部	章	項目	数値目標
5 疾病 5 事業 及 び 在 宅 医 療 の 医 療 連 携 体 制	精神疾患対策		<ul style="list-style-type: none"> <li>○3ヶ月未満入院患者数 2,024人(2016(H28))→2,164人(2020)</li> <li>○3ヶ月以上1年未満入院患者数 1,583人(2016(H28))→1,730人(2020)</li> <li>○1年以上入院患者数 (65歳以上) 3,762人(2016(H28))→3,535人(2020) (65歳未満) 3,112人(2016(H28))→2,488人(2020)</li> <li>○地域移行に伴う基盤整備量 (65歳以上) - →718人(2020) (65歳未満) - →649人(2020)</li> <li>○早期退院率 (3ヶ月時点) 52.8%(2016(H28))→69.0%(2020) (6ヶ月時点) 81.0%(2016(H28))→84.0%(2020) (1年時点) 89.3%(2016(H28))→90.0%(2020)</li> <li>○保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置 10圏域(2016(H28))→全ての障害保健福祉圏域(2020)</li> <li>○年間自殺者数 942人(2016(H28))→800人以下(2022)</li> </ul>
	在宅医療		<ul style="list-style-type: none"> <li>○訪問診療を実施している病院・診療所数 1,688箇所(2016(H28))</li> <li>○在宅療養支援病院・診療所数 912箇所(2017(H29).4)</li> <li>○在宅療養歯科診療所数 573箇所(2017(H29).4)</li> <li>○24時間対応体制加算の届出訪問看護ステーション数 495箇所(2017(H29).4)</li> </ul> <p style="margin-left: 40px;">→ 対2017比 115%(2020) 130%(2023) 140%(2025)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○機能強化型訪問看護ステーションを有する圏域の数 在宅医療圏域18圏域(2017(H29))→全40圏域(2023)</li> <li>○退院支援加算の届出病院・診療所数 215箇所(2017(H29).4) →訪問診療需要の増加比率に応じた箇所数等の増加</li> <li>○地域包括ケア病床を有する圏域の数 在宅医療圏域36圏域(2017(H29))→全40圏域(2023)</li> <li>○かかりつけ医のいる人の割合 73.5%(2017(H29)) → 80%(2023)</li> <li>○在宅看取り率の増加 25.3%(2016(H28))→27%(2023)</li> </ul>

部	章	項目	数値目標
保健・医療・福祉の総合的な提供体制の構築	結核・感染症対策	結核対策	○人口10万対結核罹患率 15.3(2016(H28)) → 10.0(2021)
		エイズ対策	○年間患者・感染者届出数に占める患者割合 75.0%(2016(H28)) → 全国値以下(2021)
	難病対策		○(難病診療分野別) 専門病院の指定 －(2017(H29)) →難病疾患群(15疾患群)のすべてにおいて指定(2023)
	歯科保健医療	歯科保健	むし歯のない3歳児の割合 85.0%(2015(H27)) → 90%以上(2022)
			12歳児で歯肉に炎症所見を有する者の減少 4.2%(2016(H28)) → 3%以下(2022)
			40歳で現在歯数28歯以上 64.4%(2016(H28)) → 77%以上(2022)
			60歳で現在歯数24歯以上 68.4%(2016(H28)) → 73%以上(2022)

