

提出された意見等の概要とこれに対する考え方

- ・案件名 : 兵庫県地域医療構想(案)
- ・意見募集期間 : 平成28年6月30日～7月22日
- ・意見等の提出件数 : 104件 (35人)

通し番号	項目等		本編該当頁	件数	意見等の概要	対応・県の考え方
1	1章 基本的な考え方	1 構想の背景	全般		数字や計算式などに疑問があり、医療の必要度合いからの分析がない。とにかくお金がかかるのでなんとか合理的な医療機関の活用としか思えずこの地域構想はよくない。	【本文の趣旨に一致】(31頁) 数値については、今後、信頼に足るデータが得られれば更新を検討します。
2	1章 基本的な考え方	1 構想の背景	全般	6	在宅では独居や高齢夫婦にとって大変不安である。お金の心配をせず安心して、必要な時に入院ができるよう、ベッド数を減らさないで、必要な日数(病状に合わせた)入院できるようにしてほしい。	【ご意見を反映します】(31頁、概要版6) 「留意事項」に「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。」と追記します。 (概要版6も同様) また、「留意事項 5」にあるとおり、過剰になると見込まれる機能の病床については、不足する機能への転換を支援します。
3	1章 基本的な考え方	1 構想の背景	全般		①一人住まい、②老人2人暮らし、③若い者とくらしても子ども世帯は就労しないといけなく、④在宅医療のための広い個室のとれる住宅がないなどの理由から、若い人の負担を減らすべき施策のほすが、皆をくるしめることになることを心配する。在宅医療がベストだと考えないでほしい。	【ご意見を反映します】(38頁) 「全体の方向性」に「患者・家族の意思を尊重しつつ、在宅医療が可能となるよう、また、」を追記します。
4	1章 基本的な考え方	1 構想の背景	1		「国立社会保障・人口問題研究所」のデータは「意識的に人口が減る」方向で作成されているような節があり、使用する場合は過去のデータと現在の現実の数字との乖離を補正する「作業」が常に必要である。2015年の数字も「推計」が表示されているが今年の統計であり、実際の数字は今現在わかるはずで、比較して「差異」を調整するなり、その後の推計も「補正係数」的なものを使って修正する必要がある。全体的な指標に関係してくるので推計と言えども実態により近い数字を使っていくべきである。「計画部会」「検討委員会」へ出した数字は数字として説明し、現在でも修正可能な数字は修正をして、より正確な数字でもって計画は立てる必要性、作成者の責任がある。	【本文の趣旨に一致】(31頁) 数値については、今後、信頼に足るデータが得られれば更新を検討します。
5	1章 基本的な考え方	1 構想の背景	2		医療技術の進歩による高額化ならびに生物学的製剤を初めとする医薬品の高額化も重なり合い、高齢者医療費の増加が必ずしも「悪」とは言いがたい。	【原案のとおりとします】 高齢者医療費の増大以外にも要因があるのはご指摘のとおりですが、高額とはいえ先進・高度医療の利用を抑制することは困難なため。
6	1章 基本的な考え方	1 構想の背景	2		「(2)2025年問題の現実化」について、歳を重ねれば当然のごとく体の疲労が表面化し医者通いが多くなるのが当たり前になるということで、当たりの事柄を年齢によって「差があるのはおかしい」という表現をしてほしくない。当然様々な形で「比較表」をつくらねば説明しにくいものもあるが、年齢による差は高齢者の不徳によってつくられたものの如く表現されていることには、作成された方に「人に対する思いやりのなさ」を感じてしまう。「若者と高齢者を意図的に対立させる」意図としてとらえてしまうので、表現をこの項目だけでなく全体的に改めてほしい。	【原案のとおりとします】 高齢者医療費の増大は統計から明らかであり、医療政策の課題の一つとして認識されていることから、課題提起する必要があります。
7	1章 基本的な考え方	1 構想の背景	4		(3)2025年問題への処方箋「3.では、どうする？」の②において、制度を持続可能にしても必要な医療を受けることができなければ構想を作る意味がないので、「これを持続可能にするためには」だけでは表現として不十分であり、「これを充実させ持続可能とするため」にしてはどうか。	【ご意見を反映します】(4頁、31頁、概要版6) (4頁)「充実させ」を追記します。 (31頁)「留意事項」に「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。」と追記します。 (概要版6も同様)
8	1章 基本的な考え方	2 策定の目的	5		「2 地域医療構想策定の目的」1行目の、「限られた」は、最初から医療の抑制が目的であることを表明しているに等しいので削除すべき。そのままにするなら「医療抑制が目的」と理解する私のような考えに対して、しっかり説明する必要があるのではないか。	【原案のとおりとします】 医療資源が無限でないという事実を述べたものです。

通し 番号	項目等		本編 該当 頁	件 数	意見等の概要	対応・県の考え方
9	1章 基本的 な考え 方	2 策定の目 的	5		4行目「在宅医療の充実により」を「在宅医療の充実などにより」としてはどうか。病院での治療が必要な方も病院からの追い出しをかけた、在宅医療が困難な家庭であっても在宅を強制する方向は慎むべきだと思うので。	【ご意見を受け修正します】(5頁) 「在宅医療の充実」を「在宅医療の充実等」に修正します。
10	1章 基本的 な考え 方	2 策定の目 的	5		6行目「医療機関等の自主的取り組みを促進して」を「医療機関等と協議を重ね自主的取り組みを促進して」にしてはどうか。民間医療機関に行政が経営に口出しはできないし、公的医療機関が自粛する政策もとるべきではないので、これらを内包しての表現。	【ご意見を反映します】(5頁) 「各圏域において協議の場を設け、」と追記します。
11	1章 基本的 な考え 方	4 病床の機 能区分	6	2	高度急性期、急性期、回復期、慢性期に分けられているがその定義についてあいまいである。この4つの病床区分の定義があいまいなため 必要病床数もあいまいになり推計できていない。考え方や定義をより明確にしないと、病院各々の認識での報告になり、医療構想への対策にズレが生じるおそれがある。再度 定義について 明確にする必要がある。	【今後の課題】 病床機能区分の定義については、厚生労働省で改善を検討中です。
12	1章 基本的 な考え 方	4 病床の機 能区分	6		高度急性期と急性期の境界が3000点、急性期と回復期の違いは医療資源投入量が600点で境界にされており、医療資源投入量とは診療報酬の出来高点数で換算した値とあるが、換算する具体的な数式を公表されたい。	【ご意見を受け修正します】(6頁) 診療報酬請求は、医療行為ごとに予め設定されている点数の合計で行われ、その点数が医療行為の分量を表します。したがって、「換算した」を「表した」に修正します。
13	1章 基本的 な考え 方	4 病床の機 能区分	6		定量的区分の指標として医療資源投入量において3000点、600点、175点が示されているが、算定方法を明示して頂きたい。	【その他】 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会(2015年2月12日 第8回)議事録で、厚生労働省が説明しています。 http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000078913.html 3000点、175点は、典型的な医療行為の合計点数から、600点は入院患者の医療投入量が落ち着く平均値から採用されています。
14	1章 基本的 な考え 方	5 構想区域	7		「5 構想区域の設定」で、「圏域」を設けるのは行政の便宜的な見方を助けるためとしか見えない。人口、面積、人口密度、地形、病院へ行って帰るまでの所要時間・費用、バス本数などの交通の便といった要素は各地域でばらばらだが、それを同じ定規で医療構想を立てるところに無理がある。多少の「修正部分」があるだけで、山間部も都市部も人口10万人当たり、全国平均に近い数値に設定するというやり方は、県民1人1人を大切にすべしとしたい。生活していく上で根本的な問題を「圏域設定」ははらんでいるだけに、圏域を見直すか、具体策に県民一人ひとりにとってよりよい医療・介護をどこでも公平に受けることができるという立場をとり、その立場で施策を作成すべきと考える。	【原案のとおりとします】 本県では、保健医療計画本体において、救急医療や疾患別について柔軟な医療圏設定を(地域の実情に応じて)行っています。
15	3章 人口、 医療需 要と病 床数の 推計	1 人口推計	23		第3章「1 推計人口の動向」について、「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)」を使っただけの動向説明で、兵庫県や各都市が人口減少に歯止めをかけるべき施策の反映はされていない。反映による数値を入れることは難しいということも認識しているが、人間の数値にもとづく様々な指標は多分に誤差が出てくるので、誤差をできるだけ少なくするような指標をつくるべきである。 病院を一つ建設すれば20年から30年存在することになり、現実とかけ離れた数値を活用した「医療供給値」によって施設建設することは避けるべきである。	【本文の趣旨に一致】(31頁) 数値については、今後、信頼に足るデータが得られれば更新を検討します。
16	3章 人口、 医療需 要と病 床数の 推計	2 病床数推 計	33		構想はあくまでも地域の実情に応じたものとするべきで、機械的な病床削減や医療費抑制を目的とするものであってはならない。	【本文の趣旨に一致】(31頁) 3章の病床数推計表の「留意事項」に記載のとおりです。 なお、「留意事項 5」にあるとおり、過剰になると見込まれる機能の病床については、不足する機能への転換を支援します。
17	3章 人口、 医療需 要と病 床数の 推計	2 病床数推 計	31		必ずしも「地域完結型」とはならない広域連携の必要性、病床推計の信頼性の問題、在宅医療は経費・人材とも決して「安上り」でない等、構想には未だ解決すべき問題がある。病床推計は、「医療需要の将来像を展望するためであって、過剰となると見込まれる機能の病床削減を意図するものではない。」「医療費の目標値その他の前提に使用することを意図するものではない。」との留意事項を必ず踏まえて取り組む必要がある。	【本文の趣旨に一致】(31頁) 3章の病床数推計表の「留意事項」に記載のとおりです。 なお、「留意事項 5」にあるとおり、過剰になると見込まれる機能の病床については、不足する機能への転換を支援します。

通し番号	項目等	本編該当頁	件数	意見等の概要	対応・県の考え方
18	3章人口、医療需要と病床数の推計 2 病床数推計	31		「留意事項」に書かれていることが大切な事柄であり、特に3. においては「正確な機能別病床数は把握されていない」「あくまでも便宜上の不足・過剰の表示である」こと、4. の「信頼に足るデータが得られれば、更新を検討」する、5. ではすべての言葉「推計は、医療需要の将来像を展望するためであり、過剰となると見込まれる機能の病床削減を意図するものではない。また、今後策定される他の計画において、医療費の目標値その他の将来推計の前提となる病床数として使用することを意図するものではない。」。これらは前提条件になるはずだし、そこから外れるような状況は作ってはならない。この留意事項を「県」当事者も含めてすべての関係者に徹底していただきたい。	【本文の趣旨に一致】(31頁) 3章の病床数推計表の「留意事項」に記載のとおりです。なお、「留意事項 5」にあるとおり、過剰になると見込まれる機能の病床については、不足する機能への転換を支援します。
19	3章人口、医療需要と病床数の推計 2 病床数推計	31		今後とも地域に根ざした正確なデータに基づき、構想自体の適時見直しも図っていくこと	【本文の趣旨に一致】(31頁、33頁) 数値については、今後、信頼に足るデータが得られれば更新を検討します。また、施策についても4章の「1 基本的な考え方」に記載のとおり、適切に修正を加えます。
20	3章人口、医療需要と病床数の推計 2 病床数推計	28		病床推計は、入院が必要な人はすべて入院しているという「前提」に立っているが、経済的理由、病床の都合等で入院待ちや早期退院を余儀なくされるなど、必要な入院ができていないという現状がある。 また、医療資源投入量の点数や、慢性期のうち症状が軽いので今後在宅で対応するとされる「70%」という数字にも特に根拠がなく、将来的に病床削減ありきの見直しの危険性を含んでいる。 慢性期病床全体も「全ての構想区域の入院受療率を全国最小値まで低下させる」パターンと「構想区域の入院受療率を、全国中央値を用いて全国最小値に一定割合近づける」パターンの間で定めるとしており、各地域の実情にあった推計ができるとは思われない。	【本文の趣旨に一致】(31頁) 数値については、今後、信頼に足るデータが得られれば更新を検討します。
21	3章人口、医療需要と病床数の推計 2 病床数推計	30		現在2013年の入院受療率から2025年を換算しているがたとえば急性心筋梗塞は高齢化 薬剤の開発により減少し慢性心不全が、高齢化により増加すると考えられる。このように原点の医療推計を誤ると 2025年計画に禍根を残す。よって 精度の高い医療推計を求める。	【本文の趣旨に一致】(31頁) 数値については、今後、信頼に足るデータが得られれば更新を検討します。
22	3章人口、医療需要と病床数の推計 2 病床数推計	30		広域で入院が必要な、突発的流行疾病への対応はどのようにするのか、病床の確保はどのようにするのか。余裕病床の確保が必要ではないか。	【その他】 構想の必要病床数算定では、余裕病床を加算するため病床稼働率で割り戻すこととされています。また、感染症対策については、保健医療計画本体の記述に基づき推進していきます。
23	3章人口、医療需要と病床数の推計 2 病床数推計	32		第3章「(3)居宅等における医療の必要量」法に基づく推計との「表注」も掲載されているが、③④⑤における入院患者も「居宅等医療需要」に入れることは、病院から早期に退院を願うということに見える。病院等施設での医療が必要とする患者に対しては、治療を受ける条件・権利をしっかりと明示しておくべき。	【ご意見を反映します】(31頁、概要版6) 「留意事項」に「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。」と追記します。 (概要版6も同様) また、「留意事項 5」にあるとおり、過剰になると見込まれる機能の病床については、不足する機能への転換を支援します。
24	3章人口、医療需要と病床数の推計 2 病床数推計	32		阪神北圏域における在宅医療需要数は約2倍に増加する見込みであり、営利を目的とした応需機能を持たない医療機関の参入が危惧される。地域包括ケアの理念に基づいた現状の医療資源及び介護資源を有効利用したシステムの構築に支援して頂きたい。	【本文の趣旨に一致】(5頁) 「目的」に記載のとおり、既存の医療資源を有効・適切に活用することを旨として推進します。 地域包括ケアシステムにおける医療の位置づけについては、国は保健医療計画・介護保険計画の次期改定で医療・介護を相関させることとしており、公表される予定の改定方針を踏まえて検討します。
25	3章人口、医療需要と病床数の推計 2 病床数推計	19～21、28		患者の住所地ごとにみた患者の流動数(19～21頁)では、実際に患者が治療を受けているのに、病床機能報告に基づくH26年病床数だけを見ると、非常に不足で治療ができておらず、その医療機能が無いように解釈をしてしまう。 概要版の「※H26病床機能報告の機能区分ごとの内訳は、報告する医療機関の自己申告に基づく」という記載だけでは説明として不十分である。もう少し丁寧に記載をすべきではないか。	【ご意見を反映します】(31頁、概要版6) 概要版「6 必要病床数等推計結果」の表外に、(病床機能報告と必要病床数推計とは)「病床機能の定義が異なり単純には比較できない」と追記します(本編31頁留意事項3にも同旨の追記を行います)。
26	4章施策と推進体制 1 基本的な考え方	33		県保健医療計画と本構想との関係性を明確にし、構想イコール実施計画でない点を周知すること	【本文の趣旨に一致】(5頁、33、82頁) (5頁)地域医療構想は保健医療計画の一部であるとの位置づけです。 (33頁、82頁)具体的施策は地域医療構想調整会議等で検討することとしています。
27	4章施策と推進体制 1 基本的な考え方	33		構想案に対する各種パブコメの意見・提案を可能な限り吸収し、県下関係団体・県民の意見を反映した計画公示とすること	【本文の趣旨に一致】(全般) ご意見に沿って対応します。

通し番号	項目等		本編該当頁	件数	意見等の概要	対応・県の考え方
28	4章 施策と 推進体制	1 基本的な 考え方	33		そもそも今回の構想は、地域住民や医療従事者の要望からスタートしたものではない。そのため、性急な構想決定及び実施は避け、①地域住民の本当の医療ニーズをていねいに汲みとる、②地域住民に十分に説明しその理解を得る、③住民、医療従事者の意見を尊重する、④地域医療構想推進委員会において適切な合意を得る、その上で、地域医療構想を策定すべきである。	【ご意見を反映します】(33頁、概要版8) 施策の「基本的な考え方」に「県民・関係団体等への情報提供と、その知見の集約」を追記します。 (概要版8も同様)
29	4章 施策と 推進体制	1 基本的な 考え方	33		普通の市民にとってはパブリックコメントはよほど注意しないと実施されていることがわからない。住民患者等がパブリックコメント以外に意見を出す機会も無いことは不当な非民主的な行政である。少なくとも病院所在地の地域住民や患者等に病院ベッド数等の案を示して意見を求める必要がある。	【ご意見を反映します】(33頁、概要版8) 施策の「基本的な考え方」に「県民・関係団体等への情報提供と、その知見の集約」を追記します。 (概要版8も同様)
30	4章 施策と 推進体制	1 基本的な 考え方	33		構想案は、但馬地域の病院病床数を1400床と決め、申告病床数を118床過剰と言っているが、身近な病院の病床がどうなるかわからない抽象的な数字にすぎないため、普通の市民にとって理解や論評ができない。にもかかわらず、医療介護総合法による医療費削減のため、10年後の病床数を地域ごとに拘束することはしてほしくない。但馬の病院は、二つの公立病院組合と香美町、新温泉町が設立した公立病院、若干の私立病院と有床診療所からなるが、国立病院も県立病院もなく「但馬地域」とひとくくりにして病床数を制約することは不合理である。病床数を制約するのであれば、病院診療所ごとに適切な病床数の案を地域住民や医療関係者がともに検討できる機会をつくる必要がある。地域医療構想を決定してから個々の病院のベッド数を検討するというのは本末転倒である。	【今後の課題】 各個の病院の今後の在り方は、自主的な判断による決定が基本ですが、これに加えて圏域全体の調整が図られるよう、地域医療構想調整会議で協議します。
31	4章 施策と 推進体制	1 基本的な 考え方	34	2	「2 県全体にかかわる課題及び具体的施策」在宅医療の推進が、ともすれば「自己責任・家族の責任」へ転嫁され、「地域医療構想」の意義が失われてしまわないよう、医療にしても介護にしても「社会的責任を持つ」体制にして、社会的責任を明確にした個別具体策にしていくべき。中でも、 ・介護施設入居希望の待機者問題 ・精神障がい者の社会的受け入れの困難さ ・医師、看護師確保の困難さ ・公的医療機関の立て替えにおける財政問題 など 課題と具体策で表示されているが、これまでも課題でありながら十分な対応ができていない現状の中で、実施へ向けての「強い決意」なるものが必要。	【本文の趣旨に一致】(33頁) 第4章に「国、県、市町が連携して施策を推進」と記述しています。
32	4章 施策と 推進体制	1 基本的な 考え方	33		今後とも圏域・地区医師会の協力を基本に各種団体との連携を密にすること	【ご意見を反映します】(5頁、33頁、概要版8) (5頁)「各圏域において協議の場を設け、」と追記します。 (33頁)施策の「基本的な考え方」に「県民・関係団体等への情報提供と、その知見の集約」を追記します。 (概要版8も同様)
33	4章 施策と 推進体制	1 基本的な 考え方	33		地域医療構想は必要であり、圏域地域医療構想検討委員会からの意見も踏まえて作成されているが、人口動態、疾病の大分類・小分類、新入院患者数の見込み等々から見た急性期・回復期・慢性期等の必要病床数が圏域によって異なるため、具体的施策の実施方策については、県医師会、各市町村医師会の十分な意見を徴して実行に向け進めていただきたい。	【ご意見を反映します】(5頁、33頁、概要版8) (5頁)「各圏域において協議の場を設け、」と追記します。 (33頁)施策の「基本的な考え方」に「県民・関係団体等への情報提供と、その知見の集約」を追記します。 (概要版8も同様)
34	4章 施策と 推進体制	1 基本的な 考え方	33		病床機能報告によれば、医療機関が予定している2025年の病床の機能別割合は、地域医療構想が目指すものと乖離がある。担い手である地域の医療従事者の感覚と合致しない構想の実現は極めて難しいので、「自主的な取り組み」による目標達成のためには、医療機関の公私を問わず、規制的手法ではなく、地域住民と医療関係者の理解と同意が不可欠である。	【ご意見を反映します】(5頁、33頁、概要版8) (5頁)「各圏域において協議の場を設け、」と追記します。 (33頁)施策の「基本的な考え方」に「県民・関係団体等への情報提供と、その知見の集約」を追記します。 (概要版8も同様)
35	4章 施策と 推進体制	1 基本的な 考え方	33		医療機能の分化・連携においても、県が主導的な立場で各医療機関において連携を図る部署を明確にし、また連携にかかる情報を集約するなど地域の医療連携の中核的な立場で情報の共有管理をお願いしたい(そのようなところができるまでは県レベルでお願いしたい)。	【ご意見を反映します】(33頁、概要版8) 施策の「基本的な考え方」に「県民・関係団体等への情報提供と、その知見の集約」を追記します。 (概要版8も同様) また、県が設ける「地域医療構想調整会議」において、医療機関の自主的な取り組みを調整することとしています。
36	4章 施策と 推進体制	1 基本的な 考え方	33		県民への情報提供をしっかりとやっていただきたい。	【ご意見を反映します】(33頁、概要版8) 施策の「基本的な考え方」に「県民・関係団体等への情報提供と、その知見の集約」を追記します。 (概要版8も同様)
37	4章 施策と 推進体制	1 基本的な 考え方	33		「地域医療介護総合確保基金等」「必要に応じての基金等」といった財源の詳細は、財源に対する幻想が発生しないようにとの思いから、関係機関へ周知をしていただきたい。	【ご意見を反映します】(33頁、概要版8) 施策の「基本的な考え方」に「県民・関係団体等への情報提供と、その知見の集約」を追記します。 (概要版8も同様)

通し 番号	項目等	本編 該当 頁	件 数	意見等の概要	対応・県の考え方
38	4章 施策と 推進体 制 1 基本的な 考え方	33		策定期間も限られ、地域ニーズとその推移、また病床機能の評価と今後についても十分な理解とすりあわせがなされたいと言いがたいため、具体的な実施面は今後委ねる必要がある。	【本文の趣旨に一致】(33頁、82頁) 掲げた施策をより具体的に実施するにあたっては第4章に示す地域医療構想調整会議等で協議することとしています。
39	4章 施策と 推進体 制 1 基本的な 考え方	33		実施にあたっては、「地域調整会議」等で「医療機関の自主的取組」を支援するものであること	【本文の趣旨に一致】(33頁、82頁) 掲げた施策をより具体的に実施するにあたっては第4章に示す地域医療構想調整会議等で協議することとしています。
40	4章 施策と 推進体 制 1 基本的な 考え方	33		情報基盤事業等を含む「基金事業」の更なる充実継続をはかること	【今後の課題】 第4章に掲げる施策に沿って、効果的な事業を充実していきます。
41	4章 施策と 推進体 制 1 基本的な 考え方	33		兵庫県は、8頁「圏域の現況」から推計すると、人口で15倍、面積で12倍、人口密度に至っては75倍に及ぶ格差があり、特に慢性期あるいは在宅医療に関して、「地域完結型医療」の是非を含め、地域の現状に沿った実現性の高いきめ細やかな方策が必要である。	【ご意見を反映します】(38頁) 「全体の方向性」に「患者・家族の意思を尊重しつつ、在宅医療が可能となるよう、また、」を追記します。
42	4章 施策と 推進体 制 1 基本的な 考え方	33		この間の診療報酬改定で在宅医療の評価が引き下げられている。県独自の手当の強化や、適正な診療報酬が得られるように国に対し要請を行うべきである。この構想と地域包括ケアシステムの成否は、受け皿である在宅医療にかかっており、在宅医療の具体的な充実策が不足のままでは、高齢者は医療と住まいの両方を失い、いわゆる「難民」を生じさせかねない。	【本文の趣旨に一致】(33頁) 在宅医療の充実は、病床の分化・連携の前提として位置づけており、受け皿としての在宅医療が不十分なまま、病床削減を先行することはありません。
43	4章 施策と 推進体 制 1 基本的な 考え方	33		圏域によっては2倍近い在宅医療需要が見込まれ、独居高齢者の増加に見られる世帯構造の変化を加味すると、10年程度でそうした医療提供体制を確実に整備できるのか疑問である。在宅医療を行う医師は「急変・緊急時の対応」「24時間の対応」「病院との連携」に不安を持つ一方、在宅療養患者を「常に受け入れられる」と回答した病院は在宅療養支援病院で22.4%、それ以外の病院では15.0%となっている。在宅医療の供給を増やすには、緊急時や夜間の受け入れ先となる病床が必要であるにも関わらず、病院の病床を減らした上で、在宅医療供給を抜本的に増やすことには無理がある。	【本文の趣旨に一致】(33頁) 在宅医療の充実は、病床の分化・連携の前提として位置づけており、受け皿としての在宅医療が不十分なまま、病床削減を先行することはありません。
44	4章 施策と 推進体 制 1 基本的な 考え方	33		超高齢社会が進展する中、回復期病床が他地域でも不足し、在宅医療等への円滑な医療シフトが整わなければ、結果的に思わしくない病態管理を残したままの在宅医療受療者は、不調の際に救急車を呼び急性期医療機関へと搬送されることになる。その結果、救急需要の増大を招き、一義的に削減しようとしている急性期病床の圧迫に繋がれば、再び救急車のたらい回しなどが発生する。慢性期病床を回復期病床へと移行させるか両機能を有することが出来ないかなど、人口推計だけに偏向して過剰病床の機能転化を図った結果、医療状況の変化に対応出来なくなることが無いよう医療構想を進めていただきたい。	【本文の趣旨に一致】(31頁) 「留意事項 5」にあるとおり、過剰になると見込まれる機能の病床については、不足する機能への転換を支援します。 また、「在宅医療の推進」は、急病時の後方支援体制を合わせて整備することも含みます。
45	4章 施策と 推進体 制 4 推進体制	82		推進体制の項を読むと、施策の評価と構想の見直しは本庁における「推進委員会」が行い、地域における「調整会議」は「推進委員会が示した数値」をもとに医療機関などが「協議して自主的な取り組み」として、「達成させる」と「指導」していく仕組みになっている。この在り方は、地域からの意見は聞くが、数値の変更には口出しはさせない、示した数値の枠の中だけで推進しなさいと言っているに等しい。住民や関係者と一緒に進める在り方としてはおかしいのではないかと。構想全体が揺らいでしまうと思える表示である。地域の声をしっかり聴き、数値の変更、具体策の策定へ地域からの参加できる仕組みへ変更することを要求する。	【ご意見を反映します】(33頁、概要版8) 施策の「基本的な考え方」に「県民・関係団体等への情報提供と、その知見の集約」を追記します。 (概要版8も同様)
46	4章 施策と 推進体 制 2 全県共通	28		2025年の医療需要は数年後にピークを迎える状況にあり、現状よりも少ない病床数で対応が可能であるとは考えられない。現状の各機能の病床を10000床以上転換することが示唆されているが、これを強引に行えば、多くの地域で医療提供体制のバランスが崩れ、地域住民が必要とする医療を受けられなくなる恐れがある。	【ご意見を反映します】(31頁、概要版6) 「留意事項」に「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。」と追記します。 (概要版6も同様) また、「留意事項 5」にあるとおり、過剰になると見込まれる機能の病床については、不足する機能への転換を支援します。

通し番号	項目等	本編該当頁	件数	意見等の概要	対応・県の考え方	
47	4章 施策と 推進体制	2 全県共通	34～	「病床の機能分化及び連携の促進」の施策の方向性に、各医療機関による病床機能の選択では、「同一構想区域内の他の医療機関の状況を参考に、地域における自院の病床機能を客観的かつ相対的に位置付け、地域医療構想の実現に向けて“主体的に”病床機能の選択を行う。」とあるが、構想に各病院の取組みの基本的な考え方が示されていない中では難しい。また、兵庫県の高度急性期、急性期病院の多くは公立・公的病院が占めており、急性期病床を回復期病床や地域包括ケア病棟などに転換すれば、高度急性期から在宅医療まで担うことになり、公立・公的病院への依存度を高めることになり、地域の民間中小病院においては閉院する可能性もある。	【今後の課題】 各個の病院の今後の在り方は、自主的な判断による決定が基本ですが、これに加えて圏域全体の調整が図られるよう、地域医療構想調整会議で協議します。 なお、各病院の今後の病床機能に関する当該病院自身の考えは、病床機能報告の報告事項であり、結果は県が公表します。	
48	4章 施策と 推進体制	2 全県共通	34～	圏域の施策では、医療機関の役割分担や連携が強調されるのみで、具体的な医療機関の整備計画等は盛り込まれていない。いくつかの医療機関の統合計画は挙がっているが、広い圏域では特に高度急性期病床と急性期病床は分散して配置することが欠かせないと思われる。	【ご意見を受け修正します】(91頁～) 巻末資料編の「搬送30分圏」に、「ドクターヘリ等の運用を加味すれば、県下全地域で、30分以内の医療開始が可能である」旨を加筆します。 同図に「未カバー」とあるのを、「自動車30分圏未カバー」に改めます。 なお、36頁に記載のとおり、3次医療を提供する病院の医療機能の充実と二次医療を担う病院との機能分担と連携促進、ドクターヘリの活用を含む消防と医療機関等との連携による救急搬送体制の確保・充実により、脳卒中や急性心筋梗塞等の急性期医療提供体制の充実に取り組むこととしています。	
49	4章 施策と 推進体制	2 全県共通	34～	地域完結型医療を目的としているため、患者が住所地圏域受療することを前提とされているが、ドクターヘリが兵庫県北部と南部の2ヶ所に整備され、高度急性期に関しては他地域での受療が容易となっている。北播磨、西播磨、但馬、丹波、淡路等ではあえて高度急性期病床を増加させず、基幹病院へのアクセス整備をお願いする。たとえば、姫路循環器病センターへドクターヘリで搬送する場合、ヘリで飛んでいる時間は10数分でも、近くの陸上競技場で降ろされて救急車に乗り換えて行くのでさらに10分程かかる。基幹病院へ直接行けるヘリポートの整備、可能であれば夜間でも着陸できるヘリポートの整備をお願いする。	【今後の課題】 救命救急センターは必要に応じヘリポートを整備することとされており、今後は病院の建替等に併せて敷地内へのヘリポートの整備が進むと考えていますが、ドクターヘリは有視界飛行が原則であり、夜間運航の実施については、夜間運航が可能な機体やパイロット、整備士の確保や騒音問題に対する地域の理解など様々な課題が挙げられているところです。	
50	4章 施策と 推進体制	2 全県共通	34～	2	構想案には、救急に関する内容が殆どない。高齢者の救急は更に増加を続ける状況があり、在宅を推進する施策と併行して整備されなければ、破綻する可能性が高い。	【本文の趣旨に一致】(第4章) 第4章の施策のほか、保健医療計画本体に定める救急医療の施策に則り推進します。
51	4章 施策と 推進体制	2 全県共通	34	病床機能の再編・具体的施策【全体の方向性】の項に「休止中の病床の稼働にあたり、不足する病床機能を補う形での活用を促進」とあり、【慢性期機能】の項で、「介護療養病床から、国が検討中の新たな類型への優先的転換」とありますが、介護療養病床だけでなく、休止中の病床も対象にすべき。	【本文の趣旨に一致】(34頁) 「休止中の病床の稼働にあたり、不足する病床機能を補う形での活用を促進」には、「新たな類型への転換」も含まれます。	
52	4章 施策と 推進体制	2 全県共通	34 73	具体的施策②「イ 介護療養病床から、現在厚生労働省が検討を進めている「新たな施設」等への優先的な転換を図る。」とあるが、介護療養病床だけでなく、休止中の病床も入れるべきと考えます。	【本文の趣旨に一致】(34頁) 「休止中の病床の稼働にあたり、不足する病床機能を補う形での活用を促進」には、「新たな類型への転換」も含まれます。	
53	4章 施策と 推進体制	2 全県共通	34～	各医療圏とも現状の病床機能と将来必要になる病床機能との間に乖離があるため、現在の病床を不足する病床機能に転換する費用(人件費は除く)を全額地域医療介護総合確保基金から助成するといった、大胆な誘導が必要である。	【本文の趣旨に一致】(第4章) 病床機能転換を促すための施設・設備の整備支援については、当該基金を活用して実施予定です。	
54	4章 施策と 推進体制	2 全県共通	34～	地域医療構想では、高齢化の進展による医療介護の需要増大という観点から策定されているが、P41に指摘されているように、産科医、小児科医が不足している現状があり、少子化対策の面から、各圏域で必要な産科、小児科病床数も策定し、不足している地域での公立病院の産科、小児科の普及をお願いしたい。	【今後の課題】 保健医療計画本体の次期改定において検討していきます。	
55	4章 施策と 推進体制	2 全県共通	34～	第4章「3 課題及び具体的施策(阪神北圏域)」(1)①高度急性期医療・・・ 医療器具の進歩によって、高度医療の可能性が高くなっているため、医療器具購入への財政的支援が必要。	【今後の課題】 高度医療に必要な器具等の整備については、個々の病院が地域の中で担っていく役割等にもとづいて、公的な支援の是非の判断が必要です。	
56	4章 施策と 推進体制	2 全県共通	34～	構想は主として病院、施設などの在り方、適正配置、数、などが問題視されているが、欧米先進国で医療機関の適正配置が昔から行われているように、ある程度の私権を制限してでも診療所の適正配置(二次医療圏ごと、または人口一万人ごとの適正数を定めるような)を行うことで、医師不足の地域や病院の医師不足も少しは解消されると考える。	【今後の課題】 診療所の適正配置については、国の検討会において、医師の自主性を尊重した対策だけでなく、一定の規制を含めた対策を行う観点から、より強力な医師偏在対策について議論し、年末までに取りまとめることとされています。	

通し 番号	項目等	本編 該当 頁	件 数	意見等の概要	対応・県の考え方
57	4章 施策と 推進体 制	2 全県共通	38～	介護施設は増えていくようだが、他院で専門的治療継続が必要な患者などが入所を断られるケースも頻発している。特殊な治療が必要な患者には別で対策を講じるなど、患者家族の希望する施設が終の棲家となるように収入面の対策が必要。また、介護力が低い家庭や、独居の方などは、施設に入るよりも在宅での生活の方が経済的な負担が大きいというケースもある。全員が希望の退院先に行けると言うわけではないことを知った上で対策を講じていただきたい。	【ご意見を反映します】(38頁) 「全体の方向性」に「患者・家族の意思を尊重しつつ、在宅医療が可能となるよう、また、」を追記します。
58	4章 施策と 推進体 制	2 全県共通	38～	連携パスなるものがたくさんつくられ便利な部分もあるが、一方でパスのようなシステムではいけないケースも多くあり、システマ的にならない人権や倫理的感覚などの意識も必要。	【ご意見を反映します】(38頁) 「全体の方向性」に「患者・家族の意思を尊重しつつ、在宅医療が可能となるよう、また、」を追記します。
59	4章 施策と 推進体 制	2 全県共通	33	在宅医療については、「地域包括ケア」の基盤となる市町の事業協力を県からも促すこと	【今後の課題】 市町事業の推進についても、地域医療構想調整会議等の場で議論していきます。
60	4章 施策と 推進体 制	2 全県共通	38～	周術期および要介護者の口腔ケアの重要性は明らかであり入院前、入院中、退院後を通じ口腔機能管理を含む歯科医療を途切れなく効果的に供給できる体制が必要であり、そのためには構想区域内において、病院から在宅へと流れていくうえで既存の歯科診療所を活用し切れ目のない歯科医療を供給する事が地域住民にとっても望まれる。また、歯科検診の充実、歯科疾患予防や摂食嚥下指導により全身疾患やオーラルフレイルが改善されることを評価していただきたい。	【ご意見を反映します】(35頁) 具体的施策に「地域の歯科診療所との連携確保や歯科口腔外科の設置による、入院患者の口腔機能管理を行える体制の整備」を追記します。 なお、「在宅医療提供機関の充実」においても歯科医療の供給について記述しています。
61	4章 施策と 推進体 制	2 全県共通	40 48	具体的施策にある「認知症初期集中支援チーム」や「地域包括ケア推進統括者」などの具体的な内容を知りたい。	【ご意見を受け修正します】(48頁) ①「認知症初期集中支援チーム」は地域支援事業の1事業で本県では21市町が事業化しています(H27)。 ②「地域包括ケア推進統括者」は、神戸市医療監かつ(一財)神戸在宅医療・介護推進財団の理事長であり、神戸市が推進する地域包括ケアの諸施策を統括します。
62	4章 施策と 推進体 制	2 全県共通	41～	医療人材・介護人材の育成確保に、各種事業の連携促進を図っていくこと	【本文の趣旨に一致】(第4章) 医療人材の育成確保について第4章の施策を推進していきます。 介護人材に係る施策との連携については、国は保健医療計画・介護保険計画の次期改定で医療・介護を相関させることとしており、公表される予定の改定方針に沿って検討していきます。
63	4章 施策と 推進体 制	2 全県共通	41～	現在、いわゆる「新専門医制度」の整備は進んでおらず、構想における具体的な人材確保施策は県の養成医師の拡大などにとどまっており、県として医師不足の解消のために、医師数拡大を国に求めるべきである。	【その他】 従来から、国は医学部定員の拡大・地域枠の創設等に、県も養成医師の拡大に取り組んでおり、医師数は増加が見込まれます。 新専門医制度の開始時期はH30まで延期されましたが、養成プログラムへの支援等を国に提案しています。
64	4章 施策と 推進体 制	2 全県共通	41	勤務医の勤務環境および給与面での処遇が開業医に比べてあまり良くないため、どの病院でも勤務医の確保は難しい。	【その他】 勤務医の給与は個別の医療機関の雇用問題ですが、勤務環境の改善については、各医療機関に「勤務環境改善マネジメントシステム」の構築が医療法上の努力義務として規定されています。
65	4章 施策と 推進体 制	2 全県共通	41	看護師や女性医師の確保のために、院内保育所は基幹病院にとって非常に重要な課題で、補助金の増額が必要。	【今後の課題】 院内保育所の運営費補助、施設整備費補助を実施していますが、対象保育所が増加する中で補助額総枠の増額が課題です。
66	4章 施策と 推進体 制	2 全県共通	41～	在宅の環境を整えなければ高度急性期、急性期医療を支えることはできないため、もっと回復期機能、慢性期機能、在宅への医療スタッフの誘導や診療報酬上の手当てをつけるべきである。	【その他】 診療報酬は国の所管ですが、必要な病床機能の確保のためには国も診療報酬による誘導を行うものと思われます。
67	4章 施策と 推進体 制	2 全県共通	41～	相変わらず、急性期に看護師が偏る傾向があるため、急性期以外に就職する看護師をサポートする対策など、充実させたいところには、経済面でも手厚くするスタイルをしっかり作って、在宅、回復期、慢性期、急性期が、上手く連携していけるようなシステム作りをお願いしたい。	【その他】 診療報酬は国の管轄ですが、地域における24時間見守り体制の確立のため、報酬の改善等を国に提案しています。 県では、看護職員ネットワークの構築(患者情報の共有や引継ぎ、看護管理者間の情報共有等)により、離職防止と潜在看護職員の再就業支援を行っているほか、訪問看護人材育成事業(訪問看護に従事する看護職への研修、病院・施設と訪問看護ステーション間の相互連携研修等)による訪問看護への支援を行っています。また、平成27年度より訪問看護師充実支援事業を実施し、初任者の訪問看護職員に対する研修補助やICT機器等の整備補助などを実施し、訪問看護ステーションを支援しています。

通し 番号	項目等	本編 該当 頁	件 数	意見等の概要	対応・県の考え方
68	4章 施策と 推進体 制	2 全県共 通	42	認定看護師資格の取得と更新に費用がかかることから、認定看護師を増やすためには、それに見合った給与体系や診療報酬体系を拡充する必要がある。	【今後の課題】 看護師の報酬等については国の所管であり、また、認定看護師の拡充については、認定看護師によるケア効果の向上が実証的に評価される必要があります。
69	4章 施策と 推進体 制	2 全県共 通	38～	慢性期の患者さんを在宅医療へ転換することを想定しているが、西播磨圏域においては医療機関や医療介護スタッフが他の地域に比較して少ない。 今後、政府方針として要介護(1・2)の方の介護保険から市町村の総合事業への転換が企画されており、該当者の在宅での生活は困難になる可能性が大きい。 具体的な受け皿対策として、介護サービスの充実策も併せて公表すべき。	【今後の課題】 介護サービスのより具体的な記述については、国は保健医療計画・介護保険計画の次期改定で医療・介護を関連させることとしており、公表される予定の改定方針に沿って検討していきます。
70	4章 施策と 推進体 制	2 全県共 通	38～	慢性期患者の受け皿として在宅医療の充実が望まれるとあるが、介護保険施設は市町村の介護事業計画で規制があり容易には増加できず、要支援1、2のサービスが市町村の事業へ移行したり、さらには要介護1、2のサービスも介護保険対象外になろうとしている。介護給付費を抑制して慢性期病床を介護保険施設へ転換できるのか？増加が必要な介護老人保健施設の病床数も明示しないと、転換は進まない。	【その他】 介護保険に関する具体的記述については、国は保健医療計画・介護保険計画の次期改定で医療・介護を関連させる予定であり、公表される予定の改定方針を踏まえつつ、次期改定時に検討します。 なお、介護老人保健施設(老健)の床数については、各市町が高齢者人口・要介護者の推移等を勘案して算出した必要量を、「市町介護保険事業計画」として示しています。また、県は、市町の必要量を集約し、全県、あるいは圏域ごとに示した「県介護保険事業支援計画」を策定しています。ともに、現在平成27年度から29年度の3カ年を期間とする第6期計画の期中であり、市町計画は各市町の、県計画は県のホームページ等でご覧いただけます。
71	4章 施策と 推進体 制	2 全県共 通	38～	特別養護老人ホームは国全体で50万床不足しているとされているが、一人で数か所の特養に申し込みをしているのが集計されているようで、実際の不足数はその五分の一ぐらいと考える。 老人保健施設でも、無理に在宅復帰を推し進めると空きが出来るぐらいである。また、在宅医療、在宅介護も度を過ぎると、かえって家族の負担や費用が掛かる。	【その他】 介護保険に関する具体的記述については、国は保健医療計画・介護保険計画の次期改定で医療・介護を関連させる予定であり、公表される予定の改定方針を踏まえつつ、次期改定時に検討します。 なお本県では、重複申込者において充分精査のうえ、入所申込者数を算出していますが、将来的な入所を見越した申込や、既に他の施設・居宅サービスの利用者も一定数含まれます。 入所申込者数と特養の不足数は一致しないものと考え、施設整備を行っているので、ご理解いただきたい。
72	4章 施策と 推進体 制	2 全県共 通	38～	高齢者の増加に比して、介護施設の絶対数が少なく、施設介護は民間に委ねては必ずしも十分に実施されないおそれがあるため、県や市町村のみならず、国が持つ既存の医療施設に介護施設を併設できるように働きかける必要がある。	【その他】 介護保険に関する具体的記述については、国は保健医療計画・介護保険計画の次期改定で医療・介護を関連させる予定であり、公表される予定の改定方針を踏まえつつ、次期改定時に検討します。 なお、介護施設は社会福祉法人を中心に設置促進を図っており、県独自の支援策も講じ、今のところ事業者確保ができない状況ではなく、国関係の医療施設への併設は今のところ検討されていないものの、国有地の活用という点では具体化に向け動いています。
73	4章 施策と 推進体 制	2 全県共 通	38～	慢性期の受け皿となる介護保険施設(老健等)への転換は容易ではなく、現在、各市町において介護保険施設は規制されていて、市町の負担が増大するため介護福祉施設・介護老健施設・グループホーム等は簡単には設立は認められない。 介護費用の安いサービス付高齢者住宅では、認知症の重い方は夜間対応困難である。後期高齢者保健が市町単位から県単位へ変わる様に、介護保険も市町単位から県単位へ拡大しないと受け皿としての介護保険施設の充実は望めない。 地域医療構想と同時に地域介護構想を考案し、10圏域毎に介護保険施設・介護老健施設・グループホームの必要数を推計し、拡充する施策を望む。	【その他】 介護保険に関する具体的記述については、国は保健医療計画・介護保険計画の次期改定で医療・介護を関連させる予定であり、公表される予定の改定方針を踏まえつつ、次期改定時に検討します。 なお、県の「介護保険事業支援計画」では特養、老健をはじめ、介護サービスの需給状況や必要量を10圏域ごとに示し、県ホームページでご覧いただけます。現在は第6期計画期間中(H27～H29)であり、目標を達成できるよう、介護サービス基盤の整備を積極的に進めています。 県計画は、地域の実情に通じた各市町が、高齢者人口・要介護者の推移等を勘案して算出した必要量等を示した「市町介護保険事業計画」を集約したものであり、介護保険施設の設立は、各市町の計画値の範囲内で認められるものですが、様々な状況変化等に伴い、設立予定市町との協議の上で、計画値を上回る整備が認められる場合もあります。
74	4章 施策と 推進体 制	2 全県共 通	38～	実際に在宅で医療介護に携わっている現場では、家族の負担が大きく、宿泊機能のあるショートステイ機能や小規模多機能事業所の様な家族の代わりに介護できる機能が大切であり、家族が休養を取りながら在宅生活を送れる施策が必要。 ショートステイ機能や小規模多機能は不足しているサービスであり、今後充足が必要。	【今後の課題】 介護保険に関する具体的記述については、国は保健医療計画・介護保険計画の次期改定で医療・介護を関連させる予定であり、公表される予定の改定方針を踏まえつつ、次期改定時に検討します。 なお、ご意見にあるサービスや定期巡回・随時対応サービスなど在宅生活を支えるサービスの整備・充実については、地域包括ケアシステム構築の一環として市町とともに取り組みます。

通し 番号	項目等		本編 該当 頁	件 数	意見等の概要	対応・県の考え方
75	4章 施策と 推進体 制	3 阪神南 圏域	49～		阪神地区の行政区、二次医療圏も長年、東阪神、西阪神に分けられていたのが、現在は行政区が北と南に分けられている。尼崎病院協会は今でも、東阪神病院協会と一緒に理事会などを行っております。二次医療圏の在り方も問題にすべきではないか。	【今後の課題】 二次医療圏の在り方については、次期保健医療計画改定の論点として国において検討中です。
76	4章 施策と 推進体 制	3 阪神南 圏域	54		西宮市立中央病院について、心疾患を中心に考えられているが2025年にどのような西宮市にするか市民のニーズはなにかを抜きにして述べられている。限られた財源で効率よく医療資源を活用するという議論、対費用効果も論じられていない。赤字の病院をさらに赤字の病院にする危険がある。2025年の西宮をどのようにするかたとえば少子化に対して考えるなら周産期の充実を計らないといけない。そのような議論検討を再度行うべきである。	【今後の課題】 平成28年度から「兵庫県立西宮病院と西宮市立中央病院のあり方検討委員会」において、医師会、行政、民間病院の代表等の有識者で両病院のあり方等を検討しており、阪神圏域(阪神南・北)の医療の現状や今後の医療提供体制のあり方についても議論することとしています。
77	4章 施策と 推進体 制	3 阪神南 圏域	49～		阪神南・北圏域の間では、圏域を越えた医療連携の強化が必要であるものの、尼崎総合医療センターの開業による患者の移行で、二次救急や一次救急を支えてきた救急病院や個人医院の救急医療の継続に懸念があるため、救急医療活動の住み分けと各医療機関の協力体制を再度検討する必要がある。県の医療政策として調整・調停などの合意形成を促していただきたい。	【本文の趣旨に一致】(49～50頁) 二次及び三次救急は阪神南北圏域を1つの救急医療圏域とし、阪神地域救急医療連携会議を開催し、阪神南圏域にある3ヶ所の三次救急医療機関および地域の公立および民間二次救急医療機関の役割分担や連携体制について今後も検討します。 また尼崎総合医療センターについては、周辺の救急医療機関の救急対応レベルの低下を来さないような救急医療体制構築を目指すこととしています。
78	4章 施策と 推進体 制	3 阪神北 圏域	56～		医療完結率が低く、生活圏域として大阪圏域に依存する阪神北圏域の地域特異性を考慮して頂きたい。阪神南圏域の病院へ公共機関を利用して通院することは、特に高齢者において困難である。生活圏内で医療を完結させるのが地域医療構想の主旨であるなら、阪神南圏域まで含めると、その達成は困難と言わざるを得ない。	【本文の趣旨に一致】(56～59頁) 「地域完結型医療」については第1章の「目的」に記載がありますが、二次医療圏内ですべての医療を完結することを目指すものではありません。当圏域では「住民にとって、身近な場所で受けたい医療が受療できるよう不足する医療機能の充足や医療機関の連携強化を図る必要がある。」という検討委員会の意見をもとに、現状の近隣府県、他圏域との医療連携等の必要性を記載し、医療圏域にとらわれず今後検討及び取組を進めることとしています。 市町ごとの地域特性については、「他府県・他圏域との医療機能連携と患者の流入」と課題の一つとして検討しており、第4章 56～59頁に地域特性を考慮した課題と施策を記載しています。また、地域医療構想は地域住民の生活や受診動向に沿ったものと考えており、今後も近隣府県・圏域との医療連携は重要であると考えます。
79	4章 施策と 推進体 制	3 阪神北 圏域	56		② 公立・公的病院等のあり方 において、広域・高度専門的な医療提供体制について、再編統合も視野に入れた連携と今後のあり方を検討するとしているが、阪神北圏域では宝塚・伊丹・川西市と三田市・猪名川町の北部では医療の提供体制が全く異なる。 特に三田市においては小児救急・周産期医療は神戸圏域の北部に依存し、急性心筋梗塞・脳血管疾患医療は神戸医療圏・丹波医療圏をあわせた広範囲内での医療提供体制となっており「地域完結型医療」の実現にはほど遠い。行政及び医療関係者等の積極的関与による医療提供体制の検討が行われ、必要に応じて医療介護総合基金等を活用しながら具体的な体制整備を進めるべきではないか。	【本文の趣旨に一致】(56～59頁) 「地域完結型医療」については第1章の「目的」に記載がありますが、二次医療圏内ですべての医療を完結することを目指すものではありません。当圏域では「住民にとって、身近な場所で受けたい医療が受療できるよう不足する医療機能の充足や医療機関の連携強化を図る必要がある。」という検討委員会の意見をもとに、現状の近隣府県、他圏域との医療連携等の必要性を記載し、医療圏域にとらわれず今後の検討、取り組むとしています。
80	4章 施策と 推進体 制	3 阪神北 圏域	56		阪神北圏域の小児救急では、「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とても言えない」との声が上がっている。現状のこうした課題を克服するべく、現在の医療ニーズに合わせて、バランスよく高度急性期や急性期を担う医療機関を配置する等、医療提供体制の整備を盛り込むべきである。	【今後の課題】 保健医療計画本体の次期改定において検討していきます。
81	4章 施策と 推進体 制	3 阪神北 圏域	19 20 56～		阪神北圏域は医師数などを見ても地域完結型医療の構築が不十分である。北圏域に高度急性期病院の設立を強く要望したい。	【原案のとおりとします】 ご意見のとおり「高度急性期の不足」に対しては、現実「救命救急センターや感染症病床等」が当圏域になく、また新たな病院設立ができない(許可病床数が基準病床数を超えているため)状況であることから、第4章56～59頁に記載しているとおり当面は阪神南圏域等との医療連携を行うとともに、当圏域内の公的病院等と不足する医療機能を確保するため協議を重ねていく方針です。

通し 番号	項目等	本編 該当 頁	件 数	意見等の概要	対応・県の考え方
82	4章 施策と 推進体 制	3 阪神北圏 域	56～	阪神北圏域は、県下3位の人口を有するなか、山間部もあり面積も広く、救急車の平均現場到着時間が同人口規模の東播磨と比較して約7分、覚知から収容までの平均時間も約3分遅い。このトータル時間は、プラチナの10分を争う救命の現場において、例え阪神南圏域に依存したドクターカー運用をもってしても致命的な時間ロスとなる。これを踏まえると、3次医療機関がなく高度急性期病床が不足している阪神北圏域の医療が、周辺地域との医療連携強化だけで解決できるのか懸念を残す。宝塚市立病院への3次医療機能の付加整備に対するハード・ソフト面からの財政支援など、阪神北圏域へ3次医療機関を構築すべく内容を医療構想に加えていただきたい。	【原案のとおりとします】 1市町ではなく圏域全体の医療機能に関する方針・計画であれば、今後の圏域調整会議で他の公立・民間病院等との役割の明確化、医療連携体制の構築を踏まえつつ、地域医療介護連携基金の活用を検討していきます。 医療構想にも高度医療機能の確保は必要と記載していますが、基準病床数の関係から、高度医療の確保には既存の病床機能からの転換が必要です。宝塚市民病院がその機能を担うためにはハード・ソフトに係る具体的施策・事業計画をもって地域医療介護連携基金を獲得することが必要ですので、当該市と病院事業管理者等と調整会議等において検討していきます。
83	4章 施策と 推進体 制	3 阪神北圏 域	56	急性期病床と回復期病床の数も自主申告であり、正確なものではないと明示するなら、「転換の促進」という言葉は削除すべき。圏域の現状認識にもそのことが書かれている。	【原案のとおりとします】 圏域にとって必要な機能の病床へ転換する医療機関に対しては、基金等により支援をする方針です。
84	4章 施策と 推進体 制	3 阪神北圏 域	56～	②公立・公的病院の… 情報の交換はされていると伺っており「再編統合も視野」との言葉で具体策とされているが、推計表(1)(2)を見ても、阪神北圏域では、総体として病床数は現状の範囲内での需要予測である。三田市民病院に続いて、川西市民病院も建て替えが迫っている中で「再編統合も視野」という意味合いが理解できない。不測の事態も想定すれば、積極的に現状より充実させたものへ建て替えを促進する方向を示すべき。併せてそのための財政的支援を明確に記述してほしい。	【原案のとおりとします】 医療介護連携推進基金を活用するためには、圏域医療構想計画に沿った医療病床再編の実現に向けての施策と実施計画が必要になるため、今後の地域調整会議で検討をすすめることとします。
85	4章 施策と 推進体 制	3 阪神北圏 域	56～	③他府県・他圏域との… 川西のように市民病院が北部へ移動し、北部で周辺町民の医療も担う現状の中で、中南部市民が距離的、交通の便がよい近隣都市医療機関へ流れるのはやむを得ないことで、連携の強化は必要である。しかし構想が目指す圏域内での医療供給から言えば、医療施設、量の不足は否めない。それら不足分を支援するのが今回の目的と思っていたが、現状容認の具体策では、医療関係者や、また市民の協力も力が入らないのではないか。	【原案のとおりとします】 他府県や他圏域に隣接する地域医療(市町)についても今後、調整会議で検討していく方針です。 なお、圏域の医療機能確保の具体策は、今後、圏域の調整会議で各病院の意向を確かめつつ、少しでも不足機能を実現できるよう検討していきます。
86	4章 施策と 推進体 制	3 東播磨圏 域	60	「東播磨圏域のH26年度の病床機能報告の内容と2025年の必要病床数を比較してみると、リハビリや在宅復帰に向けた回復期病床の充実を図るため、急性期病床から回復期病床への転換を促す必要がある。」 → 「急性期病床又は慢性期病床から」と、原資を広げた計画にしてはどうか。	【ご意見を反映します】(34頁、60頁、概要版7) (34頁)「施策」の「慢性期病床」に「回復期病床としての活用」を追記します。 (60頁)「具体的施策」の「急性期病床から」を「急性期及び慢性期病床から」に修正します。 (概要版)「7 課題と施策(主なもの)」に、慢性期から回復期への転換支援(矢印)を追記します。
87	4章 施策と 推進体 制	3 東播磨圏 域	60	2 慢性期の医療・介護ニーズに対応する提供体制を整備するため、国の社会保障審議会特別部会において検討されている「慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス提供類型」(いわゆる「新たな類型」)も加えてはどうか。	【ご意見を反映します】(60頁) 「圏域の現状と課題」及び「具体的施策」に34頁(全県共通施策)の記述と同じ内容を下記のとおり追記します。 ・「現状と課題」 慢性期病床が過剰となると見込まれるため、現行病床に含まれる介護療養病床から、受け皿となる介護保険施設(老健等)及び国が検討中の新たな類型への優先的な転換等を検討する必要がある。 ・「具体的施策」 具体的には、急性期及び慢性期病床から回復期病床への転換、介護療養病床から受け皿となる介護保険施設(老健等)及び国が検討中の新たな類型への転換等を促進するとともに、慢性期患者等の受け皿となる在宅医療・施設等の充実等を図る。
88	4章 施策と 推進体 制	3 中播磨圏 域	70	2 「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」の中に「地域の医療機関との機能分担・連携の促進」「中播磨・西播磨圏域の医療機関等の研修体制、診療体制の支援(ICTを用いたテレカンファレンス、遠隔診断技術導入等)」とあり、統合再編された新たな病院が地域の「主」となり、既存の基幹病院としての役割をなしてきた病院が「従属」の関係になるようにも読み取れるため、変更すべきである。	【ご意見を反映します】(70頁) 「圏域の現状と課題」の該当箇所を、「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あたり、中核的病院としての更なる機能充実と、他の医療機関との一層の機能分担・連携促進等が必要である。」と修正します。 これは、統合再編新病院を唯一の中核病院とするものではなく、他の中核病院を始めとする医療機関との機能分担・連携を促進することを意味するものです。
89	4章 施策と 推進体 制	3 西播磨圏 域	73 74	圏域の現状と課題で、赤穂市・上郡町の記載の他、佐用郡でも隣接する岡山県美作市(特に旧作東町、旧大原町)からの患者も多く、また救命救急病院である津山中央病院との連携も強く(当地区の救命救急士の教育は、ほぼ全て津山中央病院で行われている)、宍粟地域からの患者搬送も多く行われているので、追記されたい。	【ご意見を反映します】(73頁～74頁) 「また、他府県との関係では、赤穂市で、同市・上郡町と定住自立圏を形成する備前市から一定規模の患者の流入があり、佐用郡では美作市・津山市との間に患者流出入が多いなど、隣接する岡山県との間で関係性が強い。」と修正します。

通し 番号	項目等		本編 該当 頁	件 数	意見等の概要	対応・県の考え方
90	4章 施策と 推進体 制	3 但馬圏域	76～		地域医療構想は地域完結型の医療体制の構築が目的とされているが、現実的には但馬圏域においては他圏域、他県に患者が流出している。その原因のひとつに医師不足が関係し、また病床稼働率にも影響を与え、全体として病床は過剰な状況であると判断されている面もある。今も但馬で働いていただいている医師をはじめとする医療関係者の方には感謝しているが、他圏の医療機関に受診しなくてもよい環境、専門医・医療機器を配置するなど人材の確保をはじめ、医療の質を低下させない取り組みをお願いしたい。	【今後の課題】 但馬圏域にふさわしい医療提供体制や連携、人材確保について、調整会議等で協議を行います。
91	4章 施策と 推進体 制	3 但馬圏域	76～		1400床という数字は、地域医療や患者住民の立場から提起されたものではなく、政府の医療費削減策の観点から出発しており、初めから矛盾をはらんでいる。医療費を節約することは大事だが、高齢化過疎化の進む但馬地域では身近な総合病院が必要で、これを基礎に開業医等の連携をすすめ、介護施設の充実と連携も大事にすることが緊急課題である。「地域包括医療介護」は魔法の言葉のようにになっているが、「在宅医療」を口実に「病院からの患者追い出し」になる懸念は大きい。	【今後の課題】 医療需要の変化に対応した但馬にふさわしい医療提供体制や連携について、調整会議等で協議を行います。
92	4章 施策と 推進体 制	3 但馬圏域	76～		但馬地域の公立病院は、過去10年間に公立梁瀬病院、公立出石病院、公立村岡病院の診療所化が多くの住民の反対でいったん中止されたが、公立和田山病院、梁瀬病院の統合移転建て替えに際し許可病床数180床ではあるが稼働病床150床で公立朝来医療センターがスタートし、いままた公立日高医療センター99床の無床診療所化が検討推進されている。また、香住病院、浜坂病院、公立出石医療センターでは、医師不足等の理由で稼働病床は許可病床を相当下回っている。こうした経過を見れば、「10年後の必要病床数1400床」をさらに割り込んで、政府が「機械的に」算定した数字に近くなる恐れさえあります。「必要病床」とは、本来の意義は地域住民にとってどんな病院が必要かを考えることで、兵庫県地域医療構想案の策定はすべきでない。	【今後の課題】 各個の病院の今後の在り方は、自主的な判断による決定が基本ですが、これに加えて圏域全体の調整が図られるよう、地域医療構想調整会議等で協議していきます。
93	4章 施策と 推進体 制	3 丹波圏域	78		丹波圏域における医療・介護の地域包括ケアシステム推進のため、ICTを利用して、新病院を中心に丹波圏域内の医療機関、介護施設、行政が連携するとともに、隣接する医療機関や県内の大学病院との連携できる「丹波圏域 地域医療・介護連携ネットワーク」を構築する必要がある。機能としては、診療情報、介護情報の共有、CT・MRI等画像データの参照、地域連携バスを含む患者紹介機能、院外処方箋の電子化、文書共有等が考えられる。更に他の圏域の医療・介護ネットワークシステムと相互接続や兵庫県広域災害・救急医療情報システムとの接続を行っていくことで県全体のネットワークシステム構築への発展性も期待できる。これらのネットワークによる連携が、地域において限られた医療資源を効率的に活用することができ、地域包括ケアシステム推進に有効な手段となる。	【今後の課題】 ご意見の趣旨を踏まえ、地域医療・介護関係者間の連携の強化を進めるとともに、より効率的なICTによる情報共有システム構築についても機運醸成に努めます。
94	4章 施策と 推進体 制	3 淡路圏域	81		【修正意見】 圏域の現状と課題： 地域の特色として、歯科衛生士の絶対数が不足しており、在宅歯科医療における人材の確保が必要である。 具体的施策： 訪問歯科診療のより充実を目指すため、口腔ケアを担う歯科衛生士の確保と養成を行う。	【ご意見を反映します】(38頁、41頁、80頁) (38頁)「歯科衛生士の養成」を「歯科衛生士の確保・養成」に修正します。 (41頁)「全体の方向性」に「歯科衛生士(の確保)」を追記します。 (81頁)「看護職の教育研修」を「看護職、歯科衛生士等の教育研修」に修正します。