

県民意見整理台帳

(「神奈川県保健医療計画(素案)」に関する提出意見及び意見に対する県の考え方)

○ 意見募集期間 平成29年12月20日(水曜日)～平成30年1月21日(日曜日)

○ 提出された意見の概要

- ・意見提出件数 157件
- ・意見提出者数 個人34人、団体16団体
- ・意見別の内訳

意見内容の分類		件数
I	計画全体に関すること	6件
II	基準病床数に関すること	23件
III	5事業5疾病に関すること	63件
IV	在宅医療及び地域包括ケアシステムに関すること	29件
V	保健医療従事者等の確保・養成に関すること	10件
VI	その他	26件
合計		157件

○ 意見の反映状況

県の考え方		件数
A	計画案に反映しました。	78件
B	計画案には反映しませんが、既に取り組んでいます。	7件
C	今後の施策運営の参考とします。	57件
D	反映できません。	7件
E	その他(感想や質問等)	8件
合計		157件

平成30年2月
神奈川県保健福祉局保健医療部医療課

■神奈川県保健医療計画（素案）のパブリックコメントに係る「県の考え方」

■期間：平成29年12月20日（水）～平成30年1月21日（日）

<意見内容区分>

- I 計画全体に関すること
- II 基準病床数に関すること
- III 5事業5疾病に関すること
- IV 在宅医療及び地域包括ケアシステムに関すること
- V 保健医療従事者等の確保・養成に関すること
- VI その他

<反映区分>

- A 計画（案）に反映するもの（一部反映、趣旨が既に素案に盛り込んであるものを含む）
- B 計画（案）には反映しないが、既に取り組んでいるもの
- C 今後の施策運営の参考にするもの
- D 反映できないもの
- E その他（感想や質問等）

受付番号	意見内容区分	意見の概要	反映区分	県の考え方
1	VI	【99ページ】 第3章未病対策の推進の第5節に、大学院ヘルスイノベーション研究科（仮称）を平成31年に開設するとあるが、「ヘルスイノベーション」について、どのような研究をするのかイメージがわかるよう注釈をつけるべき。	A	ご意見を踏まえて、112ページ「施策」を修正しました。 （修正前） 「○県施策に関するシンクタンク機能や～中略～も併せ持たせます。」 （修正後） 「○また、県民の健康長寿の延伸に寄与するため、県と連携しながら、県の健康医療施策について現状の課題分析等学術的な研究を推進し、県施策への反映につながるような提言を実施するシンクタンク機能の構築を目指します。」 ご意見を踏まえて、113ページ（2）在宅医療の提供体制についてを修正しました。
2	IV	【100ページ】 第4章地域包括ケアシステムの推進の第1節在宅医療だが、（2）在宅医療の提供体制について、3丸目については全文を読むと小児の在宅医療について記載していると思う。3丸目の次に、「小児の在宅医療については」を追記し、医療技術の進歩を背景として、NICU等にと入れたほうがわかりやすい。小児在宅医療については、厚労省でも取組が遅れている。	A	（修正前） 「○医療技術の進歩を背景として～」 （修正後） 「○小児在宅医療については、医療技術の進歩を背景として～」
3	V	【126ページ】 第5章第1節の医師について、医師数は12月14日に厚労省から最新のデータが公表されているので、H28年12月31日現在の数値を記載してほしい。	A	ご意見を踏まえて、平成28年「医師・歯科医師・薬剤師調査」の結果に基づく数値を141ページに掲載いたしました。
4	VI	神奈川県内の住民基本台帳に掲載され、居住している外国籍の方は昨年末で18万人を超えている。さらに、日本に帰化したものの、日本語が得意ではない人や、母親が外国人で、本人は日本国籍である幼い子供の診療なども「外国人」と同じ扱いで考えるべきだと思いますし、国際都市横浜を抱え、さらに観光でやってくる外国人も多いはずだが、「外国人」に対する方針が計画には記載されていない。	A	ご意見については、153ページの記載に反映しました。 第2部各論第7章患者の視点に立った安全・安心で質の高い医療体制の整備に、「（3）外国籍県民・外国人旅行者等外国人患者への対応」を項目立てし、現状・課題・施策を追記しました。
5	II	19ページ中段、基準病床数（案）の欄の「考えられる変動幅」は、いかようにも捉えられる数字であり、公表するべきでなかった。むしろ病床機能報告の数字の方が地域の現状を正確に捉えているので、こちらの数字を取るべき。湘南東部としては4,286人ではなく4,064人（△255人）が適切な数字である。	C	国や地域との協議は終了していない中で、パブリックコメントにおいて、現時点の基準病床数の傾向等をできるだけ具体的にお示しするため、変動幅という形で記載させていただいております。なお、湘南東部地域の基準病床数については、第1回湘南東部地区保健医療福祉推進会議（H29.8.4開催）及び第2回同会議（H29.9.22開催）において、地域の関係者の皆様にご議論いただきながら、県としての現時点の案を作成しておりますが、パブリックコメントでのご意見のほか、平成30年2月に開催の第3回同会議において、改めて地域の意見を確認し、これらを踏まえて、基準病床数を確定させる予定です。
6	II	特例の活用にあたり、地区の「地域保健医療福祉推進会議」の意見を聞くべきで、意見聴取をしないで県が結論を出すなら、推進会議が存在する意味がない。	C	国や地域との協議が終了していない中で、パブリックコメントにおいて、現時点の基準病床数の傾向等をできるだけ具体的にお示しするため、変動幅という形で記載させていただいております。なお、湘南東部地域の基準病床数については、第1回湘南東部地区保健医療福祉推進会議（H29.8.4開催）及び第2回同会議（H29.9.22開催）において、地域の関係者の皆様にご議論いただきながら、県としての現時点の案を作成しておりますが、パブリックコメントでのご意見のほか、平成30年2月に開催の第3回同会議において、改めて地域の意見を確認し、これらを踏まえて、基準病床数を確定させる予定です。
7	II	基準病床数は、現在の医療機関の病床稼働率を上げることで対応すべき。近年の医療トラブルの多さを見ても、医療関係者の質の低下が懸念され、基準病床数を増やすよりも、医師や看護師の質を高め、質の高い人材を確保すべきである。単に病床の増加だけを図るのであれば、更に医療トラブルの増加が懸念される。	C	医師や看護師の人材の確保については、地域医療介護総合確保基金を活用するなど様々な研修等を実施しています。ご意見については、今後の取組みの参考にさせていただきます。
8	V	人材の確保、育成支援に関して、県の責任で行うべきで、医師、看護師等の医療関係者の育成支援に予算をもっと投入するなど、力を注いでほしい。	C	医療従事者の確保対策については、医療法において、医療機関、国、都道府県でそれぞれ役割が定められております。医師の育成・支援につきましては、地域医療介護総合確保基金を活用した修学資金貸付制度により県内4医科大学に地域枠を設定し、大学卒業後に本県で従事する医師を育成するなど、必要な予算確保に取り組んでいるところですが、いただいたご意見については、今後の取組みの参考にさせていただきます。
9	III	【81ページ】 糖尿病は、すべての病の入り口となる対策であり対策は重要である。計画の中では26年度の患者数は196千人となっているが、目標値のページでは2014年（NDB）23万人、目標値として22万人としているが、直近の人数はどちらなのか。統計の取り方によって2万人も異なるものなのか。 もし、減少傾向にあり、今、20万人を切っているのならば目標は10万人台とされるべきではないか。23万人のものを22万人抑えることなら納得できる。	A	患者調査に基づく患者数は、病院・診療所に通院した患者をもとに推計していますが、NDBに基づく有病者数は、病院・診療所の受診の有無にかかわらず、特定健康診査の血液検査の結果をもとに推計しています。 これらの推計結果に乖離が生じる理由としては、糖尿病が強く疑われるにも関わらず受診をしていないケースや、受診を中断してしまうケースがあることなどが考えられます。 この計画案では、治療が必要な方の適切な受診とその継続を促していくことが必要であり、受診をしていない方も含めた現状により目標設定することが適切であるとの考え方から、目標管理上の現状の数値は「糖尿病有病者数（40～74歳）：23万人（平成26年度特定健康診査の結果をもとにした推計）」としました。 こうした趣旨がよりわかりやすくなるよう、御意見を踏まえて、86ページの現状の（1）糖尿病についてを修正しました。
10	II	【19ページ】 横須賀・三浦2次医療圏における基準病床数は、H28病床機能報告を使用すべき。	C	横須賀・三浦地域の基準病床数については、第1回横須賀・三浦地区保健医療福祉推進会議（H29.8.3開催）及び第2回同会議（H29.10.5開催）において、地域の関係者の皆様にご議論いただきながら、県としての現時点の案を作成しておりますが、パブリックコメントでのご意見のほか、平成30年2月に開催の第3回同会議において、改めて地域の意見を確認し、これらを踏まえて基準病床数を確定させる予定です。
11	V	県内の人口増が予想される地域から、人口減少が起こる地域まで、同一の尺度で推し量る事は出来ないため、地域の実情に合わせた計画が必要。 特に本県は、全国の中でも医療従事者が不足しているため、ハードだけの計画ではなく、いかに現状のハードとソフトを有効に利用し、今後の医療需要を賅っていくのか考えるべき。	C	保健医療計画（地域医療構想含む）は、二次医療圏（構想区域）ごとに課題や施策の方向性を示すものであり、今後もNDB（レセプト情報・特定検診等情報データベース）やDPC（DPC診断群分類包括評価）、厚生労働統計などにより各地域の医療提供体制の現状を分析し、地域医療介護総合確保基金等を活用しながら、地域の実情に応じた医療提供体制整備を進めてまいります。今後の整備にあたっては、施設整備だけではなく、医療従事者の人材育成等も重要な課題と考えております。

12	Ⅲ	<p>【41、51ページ】 41頁 (3) 災害時保健医療体制の整備 (県、市町村、医療関係者) の8項目目の記載 51頁 (8) 周産期医療における災害対策 (県、医療機関・医療関係者) の1項目目の記載 について</p> <p>「災害時小児周産期リエゾン」は、厚労省の実施する養成研修では、神奈川県で養成できるのは年間2-4名と限定されている。このため「災害時小児周産期リエゾン」を厚労省の養成研修受講者のみに限定する場合、大規模災害発生時に県保健医療調整本部にリエゾンである医師を確保できない可能性が高い。 厚労省地域医療計画課救急・周産期医療等対策室の本養成研修会の担当者にも確認したが、国としては、「災害時小児周産期リエゾン」について、厚労省の養成研修修了者に限定して考えているわけではなく、県が適任者と認めれば、厚労省の養成研修修了者でなくても指定することに問題はない、という見解であった。 「災害時小児周産期リエゾン」として今後医師以外の専門家で研修を修了する者が出てくると考えられる。 人口の多い都道府県では、現在の厚労省の養成研修の速度では、必要な人員を確保するのに長い年月がかかる可能性が高く、災害対策として現実的でない。 埼玉県では、厚労省の養成研修に準ずる形で、2018年2月に県独自の「災害時小児周産期リエゾン」を開催する予定で、今後、神奈川県においても同様の取り組みが必要となることが予測されます。</p> <p>そのような状況を踏まえ、 「厚生労働省の実施する養成研修を修了し、災害発生時に県保健医療調整本部に参集可能な医師を指定します。」という記載を「厚生労働省の実施する養成研修を修了した医師等を中心に、災害発生時に県保健医療調整本部に参集可能な医師を指定します。」に修正してほしい。</p>	A	<p>ご意見を踏まえ、55ページの記載を修正しました。 (修正前) 「災害時小児周産期リエゾン」は厚生労働省の実施する養成研修を修了し、災害発生時に県保健医療調整本部に参集可能な医師を指定します。 (修正後) 「災害時小児周産期リエゾン」は厚生労働省の実施する養成研修を修了した者を中心に、災害発生時に県保健医療調整本部に参集可能な医師を指定します。</p>
13	Ⅲ	<p>特定保健指導の積極的な展開を図ることを記述すること。</p>	A	<p>本計画においては、特定健診、特定保健指導の実施率を生活習慣病予防の目標に掲げております。ご意見については、生活習慣病にかかる施策の記述として整理し、75,82,88ページの記載に反映しました。 (修正後) 「県は、脳卒中(心血管疾患・糖尿病)を含む生活習慣病予防のために医療保険者が実施する特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施のため、研修会等を開催し、実施率の向上を支援していきます。」</p>
14	Ⅵ	<p>医療費適正化計画の推進は医療計画の推進に欠かせないものとするため、そのことも記述することが大切である。</p>	B	<p>医療費適正化計画は、住民の健康の保持の推進及び医療の効率的な提供の推進に関する目標を定め、目標の達成を通じて、結果として医療費の伸びの適正化が図られることを目指すものです。一方、医療計画は、すべての県民が健やかに安心してくらする社会の実現に向けて、効率的で質の高い医療や切れ目のない保健医療福祉サービスの提供体制整備を基本目標としています。 両計画で掲げる病床機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの推進(在宅医療の推進)で限られた資源を有効活用することにより、結果として医療費の伸びが適正化されることは、持続的な国民皆保険制度や安心して医療サービスを受けられることにつながります。このため、第1部総論第1章第5節で、整合を図る関連計画として医療費適正化計画を位置付けています。 記載には反映しませんが、両計画で特定健康診査や特定保健指導の目標値を共有し施策の進捗状況を確認するとともに、医療提供体制にかかるデータを共有する等、引き続き連携しながら、両計画を推進してまいります。</p>
15	Ⅵ	<p>ジェネリック薬品の利用促進も医療計画の推進に欠かせないものとするため、そのことも記述することが大切である。</p>	B	<p>後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用促進については、医療費適正化の推進を図る取組みのひとつとして、医療費適正化計画に盛り込んでおり、5ページ第1部総論第1章第5節において、関連する計画として位置付けています。</p>
16	Ⅲ	<p>【67ページ】 脳卒中について、治療水準は均てん化されており問題ないと思う。また、急性期と回復期の連携もほぼ確立出来ていると思う。しかし、機能維持期・再発予防期への連携が多様でうまくいっていないため、そこに重点を置いてほしい。 また、医療と介護の連携は極めて重要だが、所管部署が異なることで放置されているため、政策を行政の手でつなげてほしい。</p>	C	<p>「脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法適用患者への同療法実施件数(人口10万人あたり)」など地域差が見られる指標があるため、地域差を解消しながら県平均の向上を目指してまいります。 急性期後の医療・在宅療養における連携体制は、患者の状態が多様であることを踏まえるとともに、頂いたご意見を今後の取組みの参考とさせていただきます。</p>
17	Ⅳ	<p>【100ページ】 県民・市民に対して、手術や大きな検査以外は「在宅医療」で対応可能なことや、終末期において病院が出来ることはほぼないこと、そして「老衰」の概念をお伝えする啓発を推し進めて欲しい。</p>	A	<p>在宅での療養が必要になったときに必要なサービスを適切に選択できるようにするための地域住民への普及啓発については、在宅医療・介護連携推進事業により、市町村が中心となり取り組みます。 保健医療計画の施策としては、「在宅医療に必要な連携体制」の項目において、県は医師会等と連携し、保健所を活用しながら、在宅医療・介護連携推進事業を担う市町村を支援することとして118ページに位置付けています。 また、県では、人生の最終段階における療養生活や治療について、患者家族が知識や関心を深め、自ら選択・決定できるよう普及啓発を行うとともに、患者の意思を尊重した人生の最終段階の医療が適切に提供される医療体制のあり方について、実施方策を含め検討していきます。 なお、「老衰」に関する取組みは、「フレイル」や「オーラルフレイル」として102、108ページにかけて記載しております。</p>
18	Ⅳ	<p>【100ページ】 さまざまな在宅訪問サービスがあるが、権限や報酬体系はまちまちであり、訪問リハや訪問栄養指導は医療事業所に属しなければ報酬が認められておらず、フリーランスでは報酬が認められていない。 訪問看護と同様に医師の指示書があれば、フリーランスでも報酬を認めるシステムを構築してほしい。そうすればより幅広いサービスが可能となっていく。要件を厳しく設定すれば質も担保出来る。</p>	C	<p>ご意見については、介護報酬及び介護サービス事業者に関する基準は国が定めることとされているため、計画には位置づけませんが、今後の取組みの参考とさせていただきます。</p>
19	Ⅲ	<p>【45ページ】 「第2部 各論 第1章 第4節 周産期医療」のところは、「第5部 別冊 第2章 周産期医療の現状と連携体制」と一体で神奈川県周産期医療体制整備計画を形成していますが、その点の記載がどこにも記載されておらず、「第2部 第1章 第4節」と「第5部 別冊 第2章」の関係は、この文書を読んだだけではわからない状態になっています。これを改善するために「第2部 各論 第1章 第4節 周産期医療」の冒頭部分に、以下のような注釈文あるいは脚注を入れることをご検討ください。 「本県の周産期医療の現状と連携体制の詳細については、本保健医療計画の第5部別冊第2章に記載されています。」</p>	A	<p>ご意見については、49ページの記載に反映しました。 (修正前)県では…組み込むこととしました。 (修正後)県では…組み込むこととしました(本県の周産期医療の現状と連携体制の詳細については、第5部別冊第2章に記載されています。)</p>
20	Ⅱ	<p>【18~19ページ】 基準病床数に関して 地域医療構想調整会議ならびに保健医療福祉推進会議で議論されてきたが、県央地区は人口当たりの病床数が少なく、医療資源が不足している地域であり、75歳以上の患者のピークは2040年であり、救急医療体制の問題もあり、特例の活用を望みます。</p>	C	<p>県央地域の基準病床数については、第1回県央地域地区保健医療福祉推進会議(H29.8.10開催)及び第2回同会議(H29.10.5開催)において、地域の関係者の皆様にご議論いただきながら、県としての現時点の案を作成しておりますが、国との特例協議やパブリックコメントでのご意見のほか、平成30年1月に開催の第3回同会議において、改めて地域の意見を確認し、これらを踏まえて基準病床数を確定させる予定です。</p>
21	Ⅲ	<p>【22ページ】 総合的な救急医療に関して 救急医療への運営費支援に関して、「初期救急、2次救急、3次救急の提供に必要な運営費等の支援を行います。」と施策がありますが、県からの補助金が減額されるという話も聞こえてきます。県として、救急医療体制を守るための変わらない支援を続けていただきたい。</p>	C	<p>救急医療体制の整備にあたっては、県と市町村の役割分担のもと、広域行政を担う県が3次救急医療を、住民に身近な市町村が初期・2次救急医療の提供主体となって、総合的な救急医療を推進しておりますが、今後も引き続き、必要なときに必要な医療が適切に提供される体制整備の充実を図れるよう取り組んでまいります。</p>

22	Ⅲ	【22ページ】 総合的な救急医療に関して 救急医療体制に関して：開業医の高齢化も進んでいます。地域差がありますが、新規の小児科医の開業が少なく、特に小児科開業医の高齢化は初期救急を地域で行えなくなる可能性もあります。今後、広域化が求められることになると思いますが、県として対策を講じていただきたい。	C	小児の初期救急医療へのアクセスが悪化しないよう、市町村・地域単位で持続的に確保するための施策を第一に講じておりますが、ご指摘の「広域化」につきましては、今後の地域の医療提供体制と医療需要の動向を踏まえながら、必要に応じて検討してまいります。
23	Ⅲ	【39ページ】 災害時医療に関して：県は地域災害コーディネーターを養成していますが、毎年地域で一人程度の養成に限られています。厚木医師会は3市町村からなっており、コーディネーターが被害に遭う可能性もあり、各市町村に複数のコーディネーターを養成できるようお願いしたい。	C	ご意見については、地域災害医療コーディネーターは原則二次保健医療圏ごとに設置する地域災害医療対策会議において、地域の医療資源の分配等医療救護活動に関して必要な助言・指導を行うもので、市町村単位ではなく二次保健医療圏内での調整を行うものであるため、計画には位置付けませんが、今後の取組みの参考とさせていただきます。
24	Ⅳ	【100ページ】 地域包括システムの推進。小児在宅に関して：小児在宅を進めていく中で、小児在宅医の養成、小児在宅に関する医療のコーディネーターの養成は必須ですが、研修の機会が少ないのが現状です。各地域で研修会の開催など積極的な小児在宅推進が必要です。	A	ご意見については、小児や障がい者を対象とした在宅医療の施策として、「県は研修を通じて、医療従事者、福祉従事者等を支援します。」という形で117ページに位置付けております。
25	Ⅱ	【18～19ページ】 県西で医療に関わる者として意見を申し上げます。 地域医療構想で分析されたデータでは、県西地域は入院医療の自己完結率は高い結果が出ています。神奈川県の中でも広い面積を有し、医師、看護師の数に恵まれていないにも関わらず、限られた医療資源を有効に活用している証しであると考えられます。しかし高齢者人口が多いこの地域で基準病床を削減することは、これからの多死時代に対応するためには地域医療の崩壊を招きかねません。 高齢者は複数の診療科を受診し多臓器疾患を抱えている方が多く、入院治療を要する場合は回復に時間を要し入院期間の長期化が容易に起こります。また在宅医療を受ける患者さんは、ガン末期や認知症などで寝たきりである、明らかに終末期状態である患者さんだけではありません。心不全、呼吸不全、ガンの手術後体力の低下が著しい、筋力低下で転倒、骨折したり、外出は困難であるが家庭内では穏やかに生活している方々が多いのです。在宅療養の過程で、心不全増悪や肺炎で呼吸苦を呈したり、脳卒中症状が出現した場合には、医師、訪問看護師、介護職員が入院を避けるため様々な治療を行います。しかし在宅での治療が効果なく入院が必要である場合、時間の余裕が無く急性期病院に入院治療をお願いする事になります。在宅療養の患者さんは肺炎や心不全など、増悪と軽快を繰り返しながらお亡くなりになり、必ずしも自宅で平穏に最後を迎えるわけではありません。 また地域では終末期医療や地域の医療資源の有効活用を促す啓蒙活動を絶え間なく行っていますが、住民の方々の理解は進んでいないようです。終末期であっても家族の理解が乏しく、安易に救急車を要請されることも度々あり、その結果病院探しに時間を要し救急医療にも悪影響を及ぼします。 在宅医療を行う診療所にとって緊急時の病院との連携は重要であり、病床の減少は適切な在宅医療を提供出来ない事態を招きかねないと危惧します。	C	県西地域は、県内の中でも少ない医療資源で効率的に医療を提供している地域です。在宅医療を推進するためには、緊急時の対応として在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護ステーション及び入院機能を有する病院・診療所との円滑な連携による診療体制の確保が必要です。また、高齢者の脳・心血管疾患による入院件数の増加や在宅高齢者の急病による「時々入院」の増加により、地域消防機関の救急搬送資源の逼迫化と受入れ医療機関の確保が課題であることから、急性期病院の協力が欠かせません。地域医療構想においては、「高度急性期医療、急性期医療については、地域において必要な救急や急性期疾患等、これまでに構築されてきた地域完結を目指す医療提供体制の維持・確保に向けた取組みの推進」について記載されています。 基準病床数については、第1回県西地区保健医療福祉推進会議（H29.8.7開催）及び第2回同会議（H29.10.13開催）において、地域の関係者の皆様にご議論いただきながら、県としての現時点の案を作成しておりますが、パブリックコメントでのご意見のほか、平成30年1月に開催の第3回同会議において、改めて地域の意見を確認し、これらを踏まえて基準病床数を確定させる予定です。
26	Ⅱ	【19ページ】 地域医療構想の必要病床数と保健医療計画の基準病床数は、算定式が異なり、また目標年次も前者は2025年、後者は2023年で、なおかつ後者は2020年に見直すとのことである。 それにしても、両者の乖離はあまりにも大きい。 本計画案でも、在宅医療・高齢者対策・病連携などの項目では、急性期から回復期・在宅へと切れ目のない連携や長期療養の受け皿の量的確保についての記載も多い。 回復期病床の不足を推計した地域医療構想の値を加味してもよいのではないか。	C	必要病床数は医療法施行規則に基づき算出した、2025年の医療需要の将来推計に基づく推計値であり、医療技術の進歩や平均在院日数の減少など将来における変動要素をすべて勘案して算出したものではない参考値です。 一方、今回設定する基準病床数は、病床を整備する目標であるとともに病床の増加を抑制する基準です。 今後の病床整備にあたっては、病床配分にかかる独自の事前協議制度を着実に運用するとともに、人材確保も踏まえて慎重に進める必要があるものと考えています。 国の「医療計画の見直し等に関する検討会」において、基準病床数と必要病床数の関係の整理については議論が進められていますので、今後の国の動向も注視してまいります。 また、計画策定後は、平成32年に基準病床数の見直しを検討することとしており、その間、病床利用率の向上や調整会議を通じた適切な役割分担の進捗状況等を検証しながら、回復期病床の不足にも対応してまいります。
27	Ⅲ	【51ページ】 施策（7）分娩取扱施設の減少 施策の項目タイトルであるので、ここは「減少」ではなく「増加」とした方がふさわしいと考える。	A	ご意見を踏まえ、52,54,55ページの記載を修正しました。 (修正前)分娩取扱施設の減少 (修正後)1施設あたりの分娩取扱数の増加に向けた方策
28	Ⅲ	【58ページ】小児医療に係る病院勤務医数 左記項目を目標値に掲げているが、この目標達成に向けた施策の記載がない。第5章第1節「医師」には、診療科目の偏在についての記載があるが、とくに医師不足に悩む小児科医の増加施策について掲げるべきではないか。	A	ご意見については、62ページの記載に反映しました。 (修正後) ○ 医療対策協議会や地域医療支援センター運営委員会等における医師確保対策に係る分析や協議等を踏まえ、県内医科大学の地域枠出身者や自治医科大学出身者等を県内の医療機関に配置することにより、診療科や地域による医師の偏在の解消に取り組むとともに、県内定着を図ります。【P143再掲】
29	Ⅲ	【77ページ】 第3節 心筋梗塞等の心血管疾患 【施策】 (2) 医療 施策対象に、消防機関が含まれていないが、 ア 病院前救護体制及び急性期医療 イ 病院前救護体制及び急性期医療 ともに、医療機関と消防機関との連携及び県民に対する普及促進が必要なことから、「消防機関」を含めたほうが良いと考える。 また、「イ 病院前救護体制及び急性期医療」は内容が「病院前」ではないため文言一部削除ではないか。	A	ご意見については、アを「発症直後の救護、搬送等」、イを「急性期の医療」として整理した上で、消防機関を含めた記載とした上で、82～83ページまでの記載に反映しました。
30	Ⅳ	【103ページ】在宅医療 キ 在宅医療に必要な…の2つ目の○2行目 「がん診療を行う医療機関」とあるが、なぜ「がん」と限定するのか。在宅患者は「非がん」も多い。	A	ご意見については、116ページの記載に反映しました。
31	Ⅳ	【103ページ】在宅医療 キ 在宅医療に必要な…4行目 「訪問介護ステーション」⇒「訪問看護ステーション」ではないか。	A	ご意見については、116ページの記載に反映しました。
32	Ⅳ	【104ページ】上から5行目 在宅医療 「関係職種における」⇒「関係職種による」の方がよい。	A	ご意見については、117ページの記載に反映しました。
33	Ⅳ	【104ページ、113ページ】在宅医療 上から17行目 下から2行目 「終末期医療」⇒「人生の最終段階における医療」厚労省もこのように表現を変えています。	A	ご意見については、117ページの記載に反映しました。
34	Ⅳ	【105ページ】在宅医療（2）人材育成 「1つ目の○」と「2つ目の○」の内容は、合体させた方がよい。内容の違いがわからない。	A	一つ目の○は、県が広域的に行う施策、二つ目の○は市町村が中心となり在宅医療・介護連携推進事業として行う施策を想定しています。ご意見を踏まえ、118ページの記載に主語を明記することとしました。

35	IV	【144ページ】 施策の3行目 かかりつけ医 普及啓発について、「保健所」と「在宅歯科医療地域連携室」のみを特に記載する理由がわからない。不要ではないか。	A	普及啓発は、様々な機会を捉えて行うべきものであるため、ご意見を踏まえて、168ページの例示を削除しました。
36	IV	【145ページ 2行目】かかりつけ医 「研修制度へ参加します」は「誰が参加するのか」あるいは「参加させるのか」わからない。	A	ご意見については、「参加する」に対する主語として「医療機関・医療関係者」を記載する形で168ページに反映しました。
37	I	【4ページ】 関連する計画等 ヘルスケアニューフロンティア戦略（案）は（案）であるため、掲載されていないのか。P5のコラムで周知したという認識のみか。	A	ご意見については、5ページの関連する計画等にヘルスケア・ニューフロンティア戦略を、7ページに戦略の概要について記載しました。
38	II	【18～19ページ】 1 療養病床及び一般病床 将来の医療提供体制に関する構想である地域医療構想の横須賀・三浦構想区域における2025年（H37年）の必要病床数は、6,130床となっており、H29.3.31現在の既存病床数（5,357床）との差は、773床の不足となっています。 必要病床数は、病床を整備する目標である基準病床数とは位置づけが異なるとしているものの、第2節 基準病床数における基本的な考え方（P18～19）では、「今後高齢化に伴い県内の医療需要が増えることは推計から明らかとなっており、病床を新規整備するには相応の時間がかかることなどを踏まえると、医療需要が急激に増加すると見込まれる地域においては、一定程度の計画的な増床は必要である。」としています。 横須賀・三浦圏域は、人口減少が続いている反面、他圏域より著しい高齢化の進展により、明らかな医療需要の増加が見込まれており、まさに計画的な増床が必要な地域です。 また、本市では、「逗子市に総合的機能を有する病院の誘致を促進する条例」に基づき、現在、具体的な病院誘致計画が進行しています。 これらのことから、当該圏域の基準病床数は、5,488床以上とするべきであると考えます	C	横須賀・三浦地域の基準病床数については、第1回横須賀・三浦地区保健医療福祉推進会議（H29.8.3開催）及び第2回同会議（H29.10.5開催）において、地域の関係者の皆様にご議論いただきながら、県としての現時点の案を作成しておりますが、パブリックコメントでのご意見のほか、平成30年2月開催の第3回同会議において、改めて地域の意見を確認し、これらを踏まえて基準病床数を確定させる予定です。
39	II	地域医療構想と保健医療計画は、どちらも将来の医療提供体制の構築・整備のためのものでありながら、必要病床数と基準病床数に乖離がありすぎると考えます。したがって、構想と計画の位置付けの整理や算出方法の統一化等について、今後、検討が必要であると考えます。	C	地域医療構想は、平成37年のあるべき医療提供体制の構築に向けた長期的な取組の方向性を示すものです。一方、保健医療計画は、5事業5疾病等及び在宅医療等を中心に6年間の中期的な取組の方向性を示すものです。 必要病床数は医療法施行規則に基づき算出した、2025年の医療需要の将来推計に基づく推計値であり、医療技術の進歩や平均在院日数の減少など将来における変動要素をすべて勘案して算出したものではない参考値です。 一方、今回設定する基準病床数は、病床を整備する目標であるとともに病床の増加を抑制する基準です。 今後の病床整備にあたっては、病床配分にかかる独自の事前協議制度を着実に運用するとともに、人材確保も踏まえて慎重に進める必要があるものと考えています。 国の「医療計画の見直し等に関する検討会」において、基準病床数と必要病床数の関係の整理については議論が進められていますので、今後の国の動向も注視してまいります。
40	II	【18～19ページ】 1 療養病床及び一般病床 地域医療構想の横須賀・三浦構想区域における平成37年（2025年）の必要病床数は、神奈川県保健医療計画改定素案（概要版）（P12）では、6,130床となっておりますが、H29.3.31現在の既存病床数は5,357床であり、773床の不足となっております。 必要病床数は、整備目標である基準病床数とは考え方が異なるものですが、第2節 基準病床数における基本的な考え方（P18～19）では、「今後高齢化に伴い県内の医療需要が増えることは推計から明らかとなっており、病床を新規整備するには相応の時間がかかることなどを踏まえると、医療需要が急激に増加すると見込まれる地域においては、一定程度の計画的な増床は必要である。」と記載されています。 本町におきましても、後期高齢者（75歳以上）が増加することが見込まれており、医療のニーズの増加も予想される要支援・要介護認定者数も増加していくことが見込まれております。また、現在逗子市を中心に推進されている病院誘致計画にも、三浦半島地域における総合的病院の空白地として誘致に賛同し、期待しています。 以上のことから、当該圏域の基準病床数は、5,488床より多くするべきと考えます。	C	横須賀・三浦地域の基準病床数については、第1回横須賀・三浦地区保健医療福祉推進会議（H29.8.3開催）及び第2回同会議（H29.10.5開催）において、地域の関係者の皆様にご議論いただきながら、県としての現時点の案を作成しておりますが、パブリックコメントでのご意見のほか、平成30年2月に開催の第3回同会議において、改めて地域の意見を確認し、これらを踏まえて基準病床数を確定させる予定です。
41	III	がん検診事業について 精検受診率を上げるために、精検未受診者に対して行政も医療機関も積極的に勧奨を行ってほしい	A	ご意見については、次のとおり67ページの記載に位置付けております。 「精密検査の受診促進」として、精密検査受診の必要性などについて県ホームページやリーフレット等を活用した普及啓発を行います。
42	III	がん検診事業について 検診を一度も受けない、過去5年間以上受けてない人に対する勧奨をもっと強力に行い、広報などでも検診の重症性をさらに強調する。	A	ご意見については、次のとおり67ページの記載に位置付けております。 「神奈川県がん対策推進員」による受診促進など、新たな取組みによりがん検診の受診を働きかけるとともに、リーフレットやポスターのほかデジタルサイネージ等の多様な媒体を活用した広報に取り組んでいきます。
43	III	がん検診事業について 費用の問題で検診を受けない人は多いと思うので、個人負担額を極力下げよう努力することは、効果があると思う	B	がん検診の受診率向上を目的に、特定の年齢に達した方を対象に検診費用等が低廉または無料となるクーポン券を送付する事業を行う市町村に対して、厚生労働省が補助事業を行っているほか、市町村によっては国の補助に上乗せあるいは別に、検診費用の一部負担をしています。
44	II	基準病床数の考え方では、地域医療構想では2025年の医療需要が病床で1万1千床増加すると推計した一方で、基準病床数はほとんどの二次医療圏で第6次より減少する算定結果となったとしているが、横須賀・三浦の基準病床数は、第6次よりも増加する算定結果となっており、明らかに計画的な増床が必要な地域であるので、横須賀・三浦の基準病床数は、多くの他地域で採用している最大の変動幅（横須賀・三浦は5,738床）とするべきである。	C	横須賀・三浦地域の基準病床数については、第1回横須賀・三浦地区保健医療福祉推進会議（H29.8.3開催）及び第2回同会議（H29.10.5開催）において、地域の関係者の皆様にご議論いただきながら、県としての現時点の案を作成しておりますが、パブリックコメントでのご意見のほか、平成30年2月に開催の第3回同会議において、改めて地域の意見を確認し、これらを踏まえて基準病床数を確定させる予定です。
45	I	【13ページ】 医療施設・医療従事者の状況 冒頭の部分に追加してほしい ○県内において医療従事者数の不足は深刻な状況であり、非稼働病床が県内で1000床以上ある状況です。 ○不足の原因として、生産年齢人口の減少や、人件費の高騰、人材の他都県への流出が挙げられます。	A	ご意見を踏まえ、医療従事者の不足の原因については、140ページの第5章の冒頭に追記しました。 （修正前） 「本県では、医療従事者の確保とともに、高齢化により生じる多様なニーズに対応できる人材を育成します」 （修正後） 「医療従事者の不足には、生産年齢人口の減少や人件費の高騰、他都県への流出が考えられますが、県では医療従事者の確保とともに、高齢化により生じる多様なニーズに対応できる人材を育成します。」
46	II	【18ページ】 ＜基本的な考え方＞ 3まるめに以下の文言を修正してほしい ○しかし、今後高齢化に伴い地域によっては医療需要が増えることは推計から明らかとなっており、病床を新規整備するには相応の時間がかかることなどを踏まえると、医療需要が増加すると見込まれる地域においては、一定程度の計画的な増床などの検討は必要です。	A	ご意見の趣旨については、21ページに、「しかし、今後高齢化に伴い県内の医療需要が増えることは推計から明らかとなっており、医療機関が病床利用率を上げるなど効率化に努めることが必要です。加えて、病床を新規整備するには相応の時間がかかることなどを考えると、医療需要が急激に増加すると見込まれる地域においては、一定程度の計画的な増床の検討が必要」として位置付けております。
47	II	【18ページ】 ＜基本的な考え方＞ 4まるめに以下の文言を修正してほしい ○また、病床の整備にあたっては、本県においては人材の確保が困難な状況であること、医療需要の増加が見込まれる地域と減少が見込まれる地域間の交通インフラが整備されている状況などを鑑みて、地域内完結にこだわらず他地域との連携を強化し、流入・流出で対応することなどに留意するとともに、医療技術の進歩や社会システムの進展を踏まえた2025年以降の医療需要の変化を見通しつつ、取り組む必要があります。	A	ご意見の趣旨については、21ページに「また、病床の整備にあたっては、人材の確保が必要であることに留意するとともに、医療技術の進歩や社会システムの進展を踏まえた平成37（2025）年以降の医療需要の変化を見通しつつ、取り組む必要があります」として位置付けております。
48	III	【45ページ】 第2部第1章第4節の中で第5部別冊 第2章 周産期医療における現状と連携体制についての記述がみられない。冒頭部分あるいは適切な個所に、注釈や参照という形で別冊の存在について触れるべきである	A	ご意見については、49ページの記載に反映しました。 （修正前）県では…組み込むこととしました。 （修正後）県では…組み込むこととしました（本県の周産期医療の現状と連携体制の詳細については、第5部別冊第2章に記載されています。）。

49	IV	【100ページ】在宅医療 冒頭部分に、在宅医療とは居宅（自宅）で受ける医療と、サ高住や有料老人ホーム、介護施設で受ける医療の両方を含んでいることを明記すべきである。 県民にとっては、在宅医療＝居宅（自宅）医療と考えることが一般的であるが、第1節で出されているデータは居宅と施設両方を含んだ数字となっているため齟齬が生じる可能性がある。	A	113ページで自宅以外の施設等で受ける医療も含まれることを追記します。
50	IV	【109ページ】高齢者対策 「課題」に「意思決定に必要な情報提供と決定支援」を追加すべきである。 具体的には、病気になったとき、食べることが出来なくなったとき、介護が必要になったとき、終末期になったときなど様々なタイミングにおいて、本人がどのような意思を持っているのか、家族がどのような考えを持っているのか必要な情報提供（二者択一ではなく、複数の選択肢）を行い、意思表示できるような制度作りと意思決定支援を行う。	C	介護保険施設・事業者は、利用者やその家族に対して、施設入所時にあらかじめ「終末ケアの実施の有無」等について丁寧に説明するなど、十分な意思表示の確認をするとともに利用者本人に意思決定ができなくなったときに備えて成年後見制度についてあらかじめ説明しておくなど必要な情報を提供することが必要です。 なお、在宅の高齢者については、市町村によっては、自分の意思が表明できなくなったときにも、自分らしい生き方を選択できるように、介護や終末期医療が必要になったとき、亡くなった後のことなど、身近な人に伝えておくべきことを書くためのノートの作成事業に取り組んでいます。 こういった先進的な取組を市町村間で共有するほか、各市町村で作成している認知症ケアパスや、県で医療と介護の連携ツールとしている「よりそいノート」の今後の活用方法などについて、市町村担当者会議などの機会をとらえて、元気なときから、本人の意思決定を支援する取組のあり方について検討してまいります。
51	IV	【121ページ】地域リハビリテーション 医療計画におけるリハビリテーションの言葉の定義にまず触れるべき 医療施設におけるリハビリテーションは国家資格を有する理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行っている。 介護保険では国家資格を有する理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行うリハビリテーション（介護の訪問・通所リハ）と、それ以外の職種が行うリハビリテーションサービス（介護の通所介護）がある。 地域リハビリテーションが早期退院後の専門職による医療リハを主においているのか、介護予防の推進に力点を置いた専門職にこだわらない介護リハサービスに主をおいているのを分けて述べているが両者の違いなどについて節内で述べるべきである。	C	第4章第6節では、地域リハビリテーションの定義を保健・医療・福祉・介護及び地域住民を含めた生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から行う活動のすべてを指すとしています。そのため、それぞれの文章で、リハビリテーションの定義付けを行うのは、適さないと考えます。 ご意見については、今後の取組みの参考とさせていただきます。
52	V	【132ページ】 (3) その他の医療・介護関係者 p132～ 介護関係者ではなく、介護支援専門員と介護職員（介護福祉士） 詳細記述は「かながわ高齢者保健福祉計画」に譲るとしても 「高齢者や要介護者が急増する県内では、介護職員の需要は大幅に増加しており、人材不足が深刻な状況である。人材の育成は喫緊の課題である」 を冒頭に追加すべきである。	A	現状に介護人材の需給推計結果を記載するとともに、介護人材の養成・確保と資質の向上について、147ページに追記しました。 (修正後) ・現状：「県における介護人材にかかる需給推計では、平成32（2020）年度は、約15.3万人の需要に対して供給が約14.8万人となり、約5千人の不足が生じる見込みですが、平成37（2025）年度には、さらなる人材確保対策を講じなければ、約18.3万人の需要に対して供給が約15.8万人となり、約2.5万人の差が生じる見通しとなっています。この差を解消するため、人材確保に係る具体的な方策を更に講じていく必要があります。
53	VI	【139ページ】 (2) 病床機能報告 病床機能報告制度 p140 (2) 病床機能報告 ○3つ目 病床機能報告制度に基づく病床機能報告だと思いますが、どちらかに統一した方がよいと思います。	A	ご意見を踏まえて、153ページの記載を「病床機能報告」に統一しました。
54	VI	【148ページ】 新公立病院改革プランと公的医療機関2025プランについて全く記述がありません。次年度からは上記プランについて地域医療構想調整会議で議論していく方針であり、第4節内で上記プランについて触れるべきと考えます。	A	ご意見の趣旨は、160ページの記載に反映しました。 (修正前) 「○地域医療構想調整会議等の場で、公的病院と民間病院の役割分担について検討を進め、公的病院の機能強化を支援していきます。」 (修正後) 「○地域医療構想調整会議等の場で、公的病院が策定する「新公立病院改革プラン」や「公的医療機関等2025プラン」などに基づき、2025年を見据えた構想区域において担うべき役割や対応方針などについて協議を進めます。 ○また、公的病院と民間病院の役割分担についても検討を進め、公的病院の機能強化を支援していきます。」
55	VI	【157ページ】 世界最高水準の高度な医療とはどのような医療を指すのか、誰が判断するのか、国の判断だけでなく、県内の医療関係団体との協議を行っていくべきである。	C	病床規制の特例の対象は、国家戦略特別区域法において、世界最高水準の高度の医療であって、国内においてその普及が十分でないものと規定されております。国家戦略特別区域会議に県から提案し、その内容を盛り込んだ区域計画を作成し、内閣総理大臣が認定します。 提案に当たっては、国家戦略特区制度の趣旨に沿って、県としてしっかりと検討したうえで行ってまいります。
56	VI	【157ページ】 病床規制の特例、保険外併用療養の特例について、実施の可否について県内の医療関係団体との丁寧な協議を行うべきである 現状に「病床規制の特例」がすでに認可された医療機関・病床数・特例判断理由などを記載すべきである。 特例後に、適切に運営されているか定期的に検証していく体制について記載すべきである。特例導入時とは異なる病床利用が行われることの無いよう点検すべきである。	C	病床規制の特例、保険外併用療養の特例の提案に当たっては、国家戦略特区制度の趣旨に沿って、県としてしっかりと検討したうえで行ってまいります。 これまで認定された規制緩和の特例(医療関係)について、事業実施主体等を本文中に記載しました。 国家戦略特別区域会議で、事業の進捗状況等に対する定期的な評価が行われており、国のホームページで公表されています。
57	VI	外国人への医療対策 県内にすでに20万人近い外国人が居住しており、今後外国人移住労働者が増えていくことが予想される。また2020東京オリンピック・パラリンピックを控えさらなる外国人旅行者の増加が見込まれる。 居住者、旅行者に分けて考える必要があるが、現状の把握、問題点、今後の施策について県で検討すべき場を立ち上げるべきである。 たとえば、通訳、問診票やリーフレットの翻訳（各自治体の予防接種などの書式統一）、未払い問題、国保不正対策	A	153ページの第2部各論第7章患者の視点に立った安全・安心で質の高い医療体制の整備に、「(3) 外国籍県民・外国人旅行者等外国人患者への対応」を項目立てし、現状・課題・施策を追記しました。
58	IV	(4) 地域包括ケアシステムの推進 (P100～125) ○地域包括ケアシステムにおける有床診療所の役割 平成29年3月31日付けで医療法施行規則の一部が改正公布され、届出による有床診療所の新規開設要件が緩和された。さらに、有床診療所の新規開設に係る事務・権限が都道府県から指定都市に委譲された。平成30年4月1日より施行される。改正の重要点は三つある。①有床診療所の開設は医療計画に記載することを不要とする。②有床診療所が以下のアからキまでの機能を一つでも有すれば、新規開設は届出でよい。ア)在宅療養支援診療所、イ)急変時の入院患者受け入れ、ウ)患者からの問い合わせに常時対応、エ)急性期病院の一般病棟からの入院受入れ、オ)看取りが可能、カ)全身麻酔、脊椎麻酔、硬膜外麻酔、伝達麻酔の実施、キ)病院退院患者の在宅・介護への受渡。③有床診療所については、一般病床に加え、療養病床の場合でも届出による設置が可能。 有床診療所は、地域のニーズに迅速かつ柔軟に対応でき、地域包括ケアシステムの中核的役割を果たせる。県と指定都市が改正法を正しく理解し、有床診療所の新規開設に対応していただきたい。	A	ご意見については、平成30年4月1日に施行される改正法の内容を踏まえる形で、118ページ及び120ページの記載に反映しました。 本県では、有床診療所の開設許可等については、条例により従来から保健所設置市に権限を移譲しています。また、これまで届出による有床診療所の開設等については、分娩取扱診療所及び在宅療養診療所を対象とし、医療審議会の意見を聴きながら、手続きを進めてまいりました。このたび、地域包括ケアシステムの構築に必要な診療所等に対象が拡大されたことから、今後も引き続き医療審議会の意見を聴きながら、届出による有床診療所の整備に努めます。
59	VI	【6ページ】 <かながわ未病改善宣言>における「3つの取組み」に追加してほしい 生活環境、自然環境の改善に向けた取組 を入れた方がよい。	D	<かながわ未病改善宣言>で掲げる取組みは、一人ひとりが「未病」を自分のこととして考え、主体的に生活習慣等の改善に取り組むことで、心身をより健康な状態に近づけていくためのものです。このため、生活環境や自然環境の改善に向けた取組みは、宣言に位置付ける取組みの対象としては該当しないものと考えております。
60	III	【39ページ】災害医療に次の文章を追加してほしい 化学・生物・X線・核 などのテロにも対策を講じる	D	ご意見について、原子力災害、危険物等災害及びテロ等への対策は、関連する法律に基づき体制整備がなされるため、医療法に基づく医療計画には位置付けませんが、原子力災害・CBERN災害対応として保健医療救護計画で位置付けています。
61	VI	【114ページ】障害者対策に追記してほしい ノーマライゼーションの概念を入れた方がよい。	A	今回改定を行う「神奈川県障がい福祉計画」に併せ、128ページにノーマライゼーションの取組みを記載しました。
62	IV	【131ページ】在宅医療に追記してほしい (1) 「在宅医療への従事を希望する看護師等に対して」を 在宅医療への従事を希望する看護師、准看護師等 を入れた方がよい。（准看護師を追加）	A	「看護師等」には、保健師、准看護師等が含まれています。

63	Ⅲ	<p>【27ページ】第1節 総合的な救急医療 施策 (2) 初期救急 (3) 二次救急 県と市の役割分担について、 (2) 初期救急（市町村、県、・・・）、(3) 二次救急（市町村、県、・・・）のように順序が変わっている理由が特に記載されておらず、不明確である。 主たる役割を持っているものから順に並べていると推察するが、現在パブリックコメントを募集している「東京都保健医療計画（第六次改定）案」（P193）において明確に都事業と区市町村事業の区分けを明確化しており、神奈川県医療計画においても必要であると考えられる。 ※明確に区分できない場合でも、二次救急の体制確保は、本来、一義的には県の役割であると考えられるので、2次救急は、（県、市町村、・・・）の順序にすべきである。</p>	D	<p>救急医療体制における県と市町村との役割分担は、平成26年度における本県の緊急財政対策に係る救急医療関連事業の見直しに基づき、広域行政を担う3次救急医療については県が、住民に身近な初期・二次救急医療については、市町村が主体となって医療提供体制を整備する方向で整理がなされたところです。また、小児の初期・二次救急については、小児科医が不足していることから広域的に取り組んでいく必要があるため、市町村と県との協調のもと、切れ目のない小児救急医療体制を確保することと整理されております。以上を踏まえ、提供主体の順番を列記しております。</p>
64	Ⅲ	<p>【27ページ】 第1節 総合的な救急医療 施策 (3) 二次救急について ○1つ目、2つ目 「引き続き」から文章がはじまっているが、他とのバランスを見るとここに「引き続き」とする意図がわからないので「引き続き」は削除する。</p>	A	<p>ご指摘の趣旨を踏まえ、29ページの記載を次のとおり削除・修正します。 施策（3）二次救急 ○1つ目 （修正前）「引き続き、病院群輪番制に…」 （修正後）「病院群輪番制に…」 施策（3）二次救急 ○2つ目 （修正前）「引き続き、二次救急医療機関等に…」 （修正後）「二次救急医療機関等に…」</p>
65	Ⅲ	<p>【27ページ】 総合的な救急医療 施策 (2) 初期救急 (3) 二次救急 (2) 初期救急、(3) 二次救急において、初期救急医療の提供及び病院群輪番制は二次医療圏単位ごとであることから、標記を地域単位とした方が適しているのではないかと。 市町村・地域単位⇒地域単位 初期救急医療及び救急医療の提供について、運営費の支援とは限らず、以下のとおりの標記に修正したほうがよい。 必要な運営費等の支援⇒必要な支援等</p>	A	<p>初期救急を担う休日急患診療所等が、各区や市町村単位で提供されている地域もあることから、市町村・地域単位と表記しております。 病院群輪番制においても市町村単位で確保している地域もあることから、同様の記載としております。 ご意見を踏まえ、「初期救急医療及び救急医療の提供について、運営費の支援とは限らず、「必要な運営費等の支援⇒必要な支援等」について、29ページの記載を修正します。 （修正前）「必要な運営費等の支援」 （修正後）「必要な支援等」</p>
66	Ⅲ	<p>【27ページ】 初期救急医療及び救急医療の提供について、運営費の支援とは限らず、以下のとおりの標記に修正したほうがよい。 必要な運営費等の支援⇒必要な支援等</p>	A	<p>ご意見の趣旨を踏まえ、29ページの記載を修正します。 （修正前）「必要な運営費等の支援」 （修正後）「必要な支援等」</p>
67	Ⅲ	<p>【27ページ】 第1節 総合的な救急医療 施策 (2) 初期救急 ○2つ目 P28(8)にも同様の記載があるため削除。</p>	A	<p>ご意見の趣旨を踏まえ、29ページの記載を修正します。 （修正前）「必要な運営費等の支援」 （修正後）「必要な支援等」</p>
68	Ⅲ	<p>【27ページ】 第1節 総合的な救急医療 施策 ○3つ目 救急車の適正利用について、触れたほうがよいのではないかと。 (P30の用語解説※19 救急安心センター事業（#7119）では、救急車の適正利用について触れている。)</p>	C	<p>救急安心センター事業（#7119）は、救急電話相談により休日・夜間等の適正受診に資する施策であるとの観点から記載しているものです。救急車の適正利用にどのように資するのかについては消防関係機関とも調整が必要であるので、今後、ご意見を踏まえ検討してまいります。</p>
69	Ⅲ	<p>【29ページ】 第1節 総合的な救急医療 用語解説 ※5 病院群輪番制 「原則、初期救急医療施設からの転送患者の治療を行うこと。」の記載内容は、現実に即していない。 千葉県HPの例を参考に「救急車により、直接搬送されてくる又はかかりつけの診療所など初期医療機関から転送されてくる重症救急患者に対応するための医療機関を整備している制度。地域単位に、休日や夜間に対応できる病院（一部有床診療所）が日を決めて順番に担当する輪番制で診療を行うこと」がより正しいと考える。</p>	A	<p>ご意見を踏まえ、31ページの記載を修正します。 （修正前）「地域内の病院群が共同連帯して、輪番制方式により休日夜間の診療体制を整備し、原則、初期救急医療施設からの転送患者の診療を行うこと。」 （修正後）「救急車による直接搬送や、かかりつけの診療所など初期救急医療機関から転送されてくる重症救急患者に対応するための制度。各市や地域単位で、休日や夜間に対応できる医療機関が日を決めて順番に担当する輪番制で対応。」</p>
70	Ⅲ	<p>【31ページ】 第1節 総合的な救急医療 神奈川県救急医療体制の図について ・どこが人の流れなのか、情報の流れなのか解説がなく、分かりづらい。 ・ドクターヘリは時間の経過の横軸とあっていない。（救急隊が現場からドクヘリ要請するため） ・点線の円の図と矢印はどのような意味をもっているのか不明である。 ・重症度と時間の記載があることで、余計な誤解を招くのではないかと。 ・救急医療情報システムについて、重症度と合致していない。 ・No.1にも記載したが、国、県、市の役割分担が不明である。</p>	C	<p>神奈川県救急医療体制について縦軸を「重症度」、横軸を「時間の経過」とすることで、プレホスピタルケアから初期・二次・三次救急医療の基本的な関係を表すことを意図して記載しております。ご意見については、今後の取組みの参考とさせていただきます。</p>
71	Ⅲ	<p>【39ページ】 第3節 災害時医療 「神奈川県保健医療調整本部」など、今後は保健と医療の調整を一体的に調整する体制の整備が進められることから、節の標記も「災害時保健医療」というような形で、「保健」が入る名称が実態に即していると考えられる。 災害時医療⇒災害時保健医療</p>	D	<p>ご意見については、医療計画に定める事項として、医療法第30条の2第2項第5号に「災害時における医療」と示されているため、反映できません。本計画では「災害時医療」という標記としますが、「神奈川県医療救護計画」は今回の改定に併せて「神奈川県保健医療救護計画」と名称を変更しています。</p>
72	Ⅲ	<p>【39ページ】 第3節 災害時医療 内容について 医療的配慮者への支援体制について、記載が必要と考える。県健康危機管理課所管の「神奈川県保健医療救護計画」59ページ記載のとおり、県と市町村が一体となった体制の整備が今後予定されているため。</p>	A	<p>ご意見については、43～44ページの記載に反映しました。 課題（3）災害時保健医療体制の整備 「○災害時における避難所等の被災者に対して、感染症のまん延防止、衛生面のケア、生活不活発病等の防止、要配慮者へのサポートに関してより質の高いサービスを提供することが必要です。」 施策（3）災害時保健医療体制の整備 「○県は、災害急性期を脱した後も、避難所等の被災者に対して、感染症のまん延防止、衛生面のケア、生活不活発病等の防止、要配慮者へのサポートに関して継続的で質の高いサービスを提供できるよう、体制整備に取り組みます。」</p>
73	Ⅲ	<p>【57ページ】 第5節 小児医療 施策 (1) 小児の健康状態の相談を行う機能の充実 (県、市町村、医療機関・医療関係者、関係機関、県民) 施策に県民の役割がないのに県民を加えている理由がわからない。</p>	D	<p>ご意見のとおり、小児の健康状態の相談を行う機能の充実を図るのは県民の役割ではありませんが、当該機能の利用を決断するのは県民であるため、県民にも課題意識を共有いただき、当該機能を正しく利用いただきたいとの観点から、県民も主体に加えたものです。</p>

74	Ⅲ	【58ページ】 第5節 小児医療 施策 (1) 小児の健康状態の相談を行う機能の充実 (県、市町村、医療機関・医療関係者、関係機関、県民) (2) 小児救急医療体制の安定的な確保 (県、市町村、医療機関・医療関係者、介護・福祉関係者、関係機関) P27においては、「医療提供者」と記載しているが、P58においては、「医療機関・医療関係者」となっており、標記を統一したほうがよいのではないか。	A	ご意見前段については、29ページの記載に反映しました。
75	Ⅲ	【58ページ】 第5節 小児医療 施策 (1) 小児の健康状態の相談を行う機能の充実 (県、市町村、医療機関・医療関係者、関係機関、県民) (2) 小児救急医療体制の安定的な確保 (県、市町村、医療機関・医療関係者、介護・福祉関係者、関係機関) P58において介護・福祉関係者の記載があるが、P27においては記載がなく、統一されていない。	A	ご意見後段については、62ページには介護・福祉関係者が関わる「退院後の患者を在宅医療等により地域で受け入れる機能の充実」に係る記載があり、記載内容に相違があるため、統一していません。
76	Ⅲ	【52、58ページ】第5節 小児医療 施策 (2) 小児救急医療体制の安定的な確保 P52の整備目標にPICUがなく、記載すべきではないか。	D	PICUについては、現計画にて整備目標を達成しているため、目標から割愛したものです。
77	V	【129ページ】 第1節 医師 施策 (1) 医師の養成・確保対策の推進(県、市町村、医療機関・医療関係者・関係機関) 医療関係者の養成・確保は県の役割であるので市町村を削除する。	D	医師をはじめとする医療従事者の確保・養成については、医療法第1条の3の規定にあるように、県や市町村の地方公共団体のほか、医療機関、医療関係者及び関係機関等の、県内の医療提供体制に関わる関係者が一体となって、県民に対して適切な医療が提供されるよう、ともに取り組んでいく必要があると認識しています。
78	V	【134ページ】 第3節 歯科医師、薬剤師、その他の医療・介護従事者 施策 (1) 歯科医師(県、市町村、医療関係団体、医療提供者) 医療関係者の養成・確保は県の役割であるので市町村を削除する。	A	かかりつけ歯科医の増加においては、地域住民へのかかりつけ歯科医を持つことに対しての普及啓発が必要であり、県だけではなく、市町村の役割も重要だと考えます。また、地域包括ケアシステムにおける在宅医療へ対応するための人材育成は、市町村の役割でもあります。そこで、意見を踏まえ、県と市町村に関わる役割を明確にしたうえで、148ページを修正しました。
79	I	【2～3ページ】 第1部・総論、第1章・基本的事項 →「第2節 計画の性格」から「第3節 計画の基本理念及び基本目標」の一つ目の○(マル)までは「保健医療サービス」という用語を使用しているが、二つ目の○では「保健医療福祉サービス」という用語が、また<神奈川のめざすがた>以下では「医療・介護」という用語が使われており、文章ごとに本計画策定の軸足がぶれている印象を受ける。本計画が全体として保健、医療、介護(福祉)のいずれに重点を置いているのか明確にすべき。	A	ご意見を踏まえ、4ページの記載に反映しました。ご意見については、「保健医療福祉サービス」に統一します。なお、<神奈川のめざすがた>については、地域医療構想とも共有している理念であることから、記載はそのままとさせていただきます。
80	I	【3ページ】 第1部・総論、第1章・基本的事項、第3節・計画の基本理念及び基本目標 →「第3節 計画の基本理念及び基本目標」の二つ目の○(マル)に「医療機関、介護事業者、行政、患者相互の連携の下で」とあるが、介護を受ける者は「患者」とは限らないので「県民」とすべき(例えば、140頁の施策(1)や166頁の施策(4)では、「県民」という言葉が使われている)。また、「患者相互の連携」は誤解を招くため、例えば「医療機関、介護従事者、行政、県民による相互の連携」などと改めるべき。	A	ご意見については、4ページの記載に反映しました。 (修正前)「医療機関、介護事業者、行政、患者相互の下で」 (修正後)「医療機関、介護事業者、行政、県民による相互の連携の下で」
81	Ⅲ	【28ページ】 第2部・各論、第1章・事業別の医療体制の整備・充実、第1節・総合的な救急医療、 施策、(6)・高齢者救急(県、市町村、消防機関、関係団体、医療提供者、県民) ○2つ目 在宅・介護施設等の患者の急病による「時々入院」が、在宅医療を担う診療所との病診連携のもと、地域内で切れ目なく完結されるよう、緊急時の入院受け入れ機能を担う在宅療養(後方)支援病院の量的確保を推進します。 →緊急時の入院受け入れ機能を担う受け皿として「地域包括ケア病棟」を含めて在宅療養(後方)支援病院の量的確保を推進すべき。	A	ご意見については、次のとおり趣旨を30ページに盛り込んでいます。 「○高齢化の進展に伴う高齢者救急の増加に対応するため、引き続き二次救急医療機関等を中心に急性期治療経過後のリハビリテーション機能を担う地域包括ケア病棟への転換を促進し、高齢者救急における地域完結型医療を推進します」
82	Ⅲ	【48ページ】 第2部・各論、第1章・事業別の医療体制の整備・充実、第4節・周産期医療、 (7)・分娩取扱施設の減少 文章4行目 特に西湘地区の減少率が高くなっています。 →医療圏の表記を併せ、「西湘」を「湘南西部」とすべき。	A	いただいたご意見を踏まえ、52ページの記載を修正しました。 (修正前)地区別に見ると、特に西湘地区の減少率が高くなっています。 (修正後)周産期医療体制の地区別(※)に見ると、特に西湘地区の減少率が高くなっています。 ※周産期医療では、通常の二次医療圏とは異なる医療圏を独自に設定しております(詳細は第5章別冊第2章192ページを参照)。
83	Ⅲ	【51ページ】 第2部・各論、第1章・事業別の医療体制の整備・充実、第4節・周産期医療、 施策、(5)・新生児病床を退院した児の療養・療育環境の整備 →具体的な施策が見えないが、県としてNICU退院後の在宅療養を行う医療依存度の高い小児等やその家族の地域の療養生活を支えるために福祉や教育などと連携し地域で小児在宅医療体制を構築する事業が各保健福祉事務所単位で実施されている＝「小児等在宅医療連携拠点事業」を明記してはどうか。	A	ご意見については、117ページに追記しました (追記後)医療的ケアを必要とする小児等が、地域で安心して療養できるよう保健・医療・福祉・教育関係機関との体制整備に取り組みます。また、県は研修を通じて、医療従事者、福祉従事者等を支援します。
84	Ⅲ	【83ページ】 第2部・各論、第2章・疾病別の医療体制の構築、第4節・糖尿病 施策、(2)・医療(県、市町村、医療機関・医療関係者、医療保険者、介護・福祉関係者、県民)、イ・糖尿病患者への教育・情報提供 →特定健康診査等結果情報とレセプト情報を活用し、早期の医療機関受診勧奨や治療中断者への保健指導により疾病の重症化を予防することを記述すべき。	A	ご意見については、88ページの記載に反映しました。
85	Ⅲ	【84ページ】 第2部・各論、第2章・疾病別の医療体制の構築、第4節・糖尿病 目標 →少なくとも特定健診データからHbA1C8.4以上(即受診レベル)の者の比率を下げるなどの目標を入れるべき。	C	市町村及び他の医療保険者が地域の医師会や医療機関等と連携して受診勧奨や保健指導等の重症化予防の取組みを実施し、県がそれを支援する「かながわ糖尿病未病改善プログラム(神奈川県糖尿病対策推進プログラム)」では、地域ごとに課題を分析し、対策を立案・実施し、評価することとしているため、保健医療計画において一律の基準や目標の位置付けは行いませんが、ご意見は、今後の取組みの参考とさせていただきます
86	Ⅳ	【125ページ】 第2部・各論、第4章・地域包括ケアシステムの推進、第6節・地域リハビリテーション →「(3)保健・医療・福祉の連携」という見出しに対して、内容は「医療・介護・福祉」となっており、整合をはかるべき (124ページの課題(3)には「保健・医療・福祉」とあることから、「保健・医療・福祉」に修正すべき)。	A	ご意見を踏まえ、139ページ第4章第6節の施策の(3)の部分を次のとおり修正しました。 (修正前) 医療・介護・福祉の連携 (修正後) 保健・医療・福祉の連携を図り

87	V	<p>【130～131ページ】 第2部・各論、第5章・医療従事者の確保・養成、第2節・看護職員 →看護職員の必要数は、7対1病棟から、13対1あるいは20対1病棟へのシフトが起こることによって変わるものとする。「地域医療構想」に掲げられている高度急性期・急性期病床から回復期病床への医療需要のシフトの考え方を「第2節 看護職員」の現状、課題、施策に反映させるべきではないか。</p>	C	<p>看護職員の需給見直しについては、現在、国の分科会において検討が進められており、県といたしましてはその動向を注視し、今後、本県の看護職員の需給見直しの策定に努めてまいります。</p>
88	VI	<p>【181ページ】 第4部・計画の推進、第1章・計画の推進体制、第3節・計画の進行管理 →計画の進行管理については、従来「神奈川県保健医療計画進捗状況評価調書」による評価（PDCAの「C」）が実施されてきたが、その評価（「C」）が次の「Action」に反映されていないように感じる。今回の計画については、PDCAサイクルによる進行管理を徹底することが必要である。</p>	C	<p>「Action（改善）」については、施策や事業を実施したことにより生じた結果（アウトプット）だけでなく、成果（アウトカム）に対してどれだけの影響（インパクト）をもたらしたかという関連性を念頭に置きながら、施策や事業の評価を行い、見直しを含めた改善を行いながら、計画を推進してまいります。</p>
89	I	<p>（素案全体に関する意見） 本計画は「医療計画」ではなく「保健医療計画」であり、未病対策については章を設け保健予防対策に言及しているが、糖尿病など生活習慣病対策として重要な特定健診・特定保健指導を中心とした保健についても、少なくとも以下の点について記述を充実させるべきである。 第1部・総論、第2章・神奈川県の保健医療の現状、第4節・医療施設・医療従事者の状況 （P. 13～） →第1部第2章の表題は「神奈川県の保健医療の現状」となっているが、「第4節 医療施設・医療従事者の状況」には、特定保健指導为中心的な役割を担っている保健師について記載がない。 表題を「第4節 医療施設・保健医療従事者の状況」に改め、保健師についても記述すべきである。 なお、現状認識として、神奈川県の人口10万対の就業保健師数は全国最下位となっている点について言及すべきである。</p>	C	<p>特定保健指導は、国の「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」により、医師、保健師、管理栄養士又は食生活の改善指導若しくは運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者（歯科医師、看護師、栄養士等）が実施することとされています。そのため、保健師の人数のみをもって特定保健指導の実施率が全国最下位であるとは必ずしも言い切れないことから、計画には反映しませんが、いただいたご意見は今後の取組みの参考とさせていただきます。 なお、保健師の数の推移及び人口10万対の全国比較は統計上の傾向として13ページに記載しました。</p>
90	V	<p>本計画は「医療計画」ではなく「保健医療計画」であり、未病対策については章を設け保健予防対策に言及しているが、糖尿病など生活習慣病対策として重要な特定健診・特定保健指導を中心とした保健についても、少なくとも以下の点について記述を充実させるべきである。 第2部・各論、第5章・医療従事者の確保・養成 （P. 132～） →同様に、第2部第5章の表題「医療従事者の確保・養成」は「保健医療従事者の確保・養成」に改め、保健師の確保・養成策を記述すべきである。</p>	C	<p>特定保健指導は、国の「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」により、医師、保健師、管理栄養士又は食生活の改善指導若しくは運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者（歯科医師、看護師、栄養士等）が実施することとされており、こうした従事者の確保は、それぞれの立場で取組む必要があることから、ご意見の内容は計画には反映しませんが、県立保健福祉大学・大学院において、保健師や管理栄養士など質の高い保健・医療・福祉の人材の養成を行ってまいります。</p>
91	VI	<p>本計画は「医療計画」ではなく「保健医療計画」であり、未病対策については章を設け保健予防対策に言及しているが、糖尿病など生活習慣病対策として重要な特定健診・特定保健指導を中心とした保健についても、少なくとも以下の点について記述を充実させるべきである。 第2部・各論、第3章・未病対策等の推進 （P. 90～） →本計画では、特定健診・特定保健指導の実施率の数値目標が設定されている（72、79、84頁）ことから、第1部「第3章 未病対策等の推進」に「特定健診・特定保健指導」の節を設けて、現状、課題、施策について記述すべきである</p>	A	<p>本計画においては、特定健診、特定保健指導の実施率を生活習慣病予防の目標に掲げております。ご意見については、生活習慣病にかかる施策の記述として整理し、75, 82, 88ページの記載に反映しました。 （修正後）県は、脳卒中（心血管疾患、糖尿病）を含む生活習慣病予防のために医療保険者が実施する特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施のため、研修会等を開催し、実施率の向上を支援してまいります。</p>
92	VI	<p>本計画は「医療計画」ではなく「保健医療計画」であり、未病対策については章を設け保健予防対策に言及しているが、糖尿病など生活習慣病対策として重要な特定健診・特定保健指導を中心とした保健についても、少なくとも以下の点について記述を充実させるべきである。 第2部・各論、第7章・患者の視点に立った安全・安心で質の高い医療体制の整備 （P. 22～、P139～） →本計画と表裏の関係にある「医療費適正化計画」（素案）には、重複受診および頻回受診の状況並びに適正な受診の促進等の取組について記述されているが、本計画には「救急医療」に関する適正受診の促進については充実した記述があるものの、「救急医療」以外の一般的な医療に関する「適正受診の促進」についての記述がほとんど見当たらない。 適正な医療提供、質の高い医療体制整備のため、「第7章 患者の視点に立った安全・安心で質の高い医療体制の整備」に一節を設け、重複受診・頻回受診の現状、課題、施策について記述すべきである。</p>	A	<p>ご意見については、167ページの記載に反映しました。 （修正前） 記載なし。 （修正後） 現状：「〇 同一疾病で、複数の医療機関を受診する、いわゆる「重複受診」により、重複する検査や投薬によって、かえって体に悪影響を与えることがあるといわれています。神奈川県の患者総数に占める重複受診者の割合は0.29%で、全国の0.27%を上回っています。」 課題：「〇 かかりつけ医を持つことによって、診療データが蓄積され、患者の健康状態や既往歴を継続して把握することができるほか、検査や投薬の重複を防ぐことができるため、かかりつけ医を持つことの利点について、伝えていく必要があります。」 施策：「〇 患者・家族が身近に相談できる「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」「かかりつけ薬剤師・薬局」の役割や必要性について保健所や在宅歯科医療地域連携室等を活用しながら、広域的な普及啓発を行います。」</p>
93	IV	<p>終末期医療のあり方の見直しについて →P28、P104に若干の記載はあるが、在宅医療の推進が求められている中で、また、厚労省が人生の最終段階における医療のあり方をまとめたガイドラインが示されている中で、節を新たに設けるなりして、国のガイドラインに沿った体制整備など終末期医療に関する取組みを詳細に記載すべきではないか。</p>	C	<p>厚生労働省の「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」については、「人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会」において改定案が検討されており、パブリックコメントの実施を経て、平成30年3月に検討会としての報告書が取りまとめられる見込みであり、この結果を踏まえて対応していく必要があることから、ご意見については、計画には反映しませんが、今後の取組みの参考とさせていただきます。</p>
94	VI	<p>1 第2部 第7章 第4節「公的病院等の役割」（P.148）の記述について 改定素案には「新公立病院改革プラン」と「公的医療機関2025プラン」についての記述がありませんが、今後、地域での医療提供体制を考える上で、県としての基本的な考え方の方針などを記述することを求めます。</p>	A	<p>ご意見の趣旨は、160ページの記載に反映しました。 （反映前） 〇地域医療構想調整会議等の場で、公的病院と民間病院の役割分担について検討を進め、公的病院の機能強化を支援してまいります。 （反映後） 〇地域医療構想調整会議等の場で、公的病院が策定する「新公立病院改革プラン」や「公的医療機関等2025プラン」などに基づき、2025年を見据えた構想区域において担うべき役割や対応方針などについて協議を進めます。 〇また、公的病院と民間病院の役割分担についても検討を進め、公的病院の機能強化を支援してまいります。</p>
95	VI	<p>2 同 第7章第8節「最先端医療・技術の実用化促進」（P.157）の施策について 標記の施策の運用にあたっては、特区制度に基づく特例病床許可などを行うことで、地域の医療機関が提供する医療に対して、医療人材の確保などの面から悪影響を与えることがないよう、県及び該当市が、地域医療を守る主体的責任を持ち、個別の特区活用について、事前の評価をしたうえで、その是非にしっかりと関与することを求めます。 （意見の趣旨） この計画は、医療法第30条の4第1項以下の規定に基づく計画であることから、第1部 第1章 第1節「計画改定の趣旨」に記載された中でも、まさに「すべての県民が健やかに安心してくらする社会の実現に向けて、・・・県民の生涯を通じた健康の確保や安心してくらする重要な基盤となる保健医療提供体制の整備」を最優先していただきたい。</p>	C	<p>県としてしっかりと検討したうえで提案してまいります。</p>
96	II	<p>基準病床数について 横須賀三浦二次医療圏では、28年度病床機能報告では未稼働病床数は現在は349床、6年後は41床と報告されている。6年間で300床あまりの病床が現状より多く稼働することになる。よって、この未稼働病床数の稼働再開も含めて検討する必要がある。</p>	C	<p>横須賀・三浦地域の基準病床数については、第1回横須賀・三浦地区保健医療福祉推進会議（H29.8.3開催）及び第2回同会議（H29.10.5開催）において、地域の関係者の皆様にご議論いただきながら、県としての現時点の案を作成しておりますが、パブリックコメントでのご意見のほか、平成30年2月に開催の第3回同会議において、改めて地域の意見を確認し、これらを踏まえて基準病床数を確定させる予定です。</p>

97	II	<p>基準病床数について 各二次保健医療圏としては、未稼働病床の稼働再開、それに伴う人材の確保問題、病床利用率を上げることによる基準病床数の再計算を行うべきという意見など、保健医療福祉推進会議等の場で継続した議論が必要であると考えます。明らかに基準病床数が過少となる地域以外の二次保健医療圏においては、当面は考えられる変動幅の中で地域の実情に応じて現状維持等の判断をし、3年後の見直しの時期に改めて2025年以降の医療需要の変化を見通した判断をすることが必要と考えます。</p>	C	未稼働病床の扱いについては、地域医療構想調整会議等の議論も踏まえながら今後の対応を検討してまいります。
98	VI	<p>最先端医療・技術の実用化促進について 第7章8節「最先端医療・技術の実用化促進」と第3章第5節「未病対策を推進する国際的な保健医療人材の育成」は①「高度な治療を提供」「病床整備」「臨床研究」を既に行ってきた、②今後もそうしたことを行いやすい環境を整備していくという点において、関連性があるものと思われるが、その関連性や整合性が明確ではない。 『ヘルスケア・ニューフロンティア戦略(仮称)素案』12ページ「6つの取組」(6)人材育成には、①「高度な治療を提供」「病床整備」「臨床研究」などの実施とは異質な内容が意図されているようにみえる。 人材育成面での当初の構想は変容し始めており、医学部や附属病院を作るなどという必要性は乏しくなっているように思われる。 過去の「病床規制の特例」や「保険外併用療養の特例」の成果なども開示し、必要がないなら「病床の整備」などの記載はない方が誤解がないのではと考える。 現行計画にも同趣旨の記載が見られるが、がん治療を見ても県民ニーズは大きく変化しており、5年間の状況の変化も踏まえて、改めて県民の医療をどう守るかという視点から計画の記述に必要な見直しがあつてしかるべき</p>	C	ヘルスイノベーションスクールは、技術や社会システムの革新を担う人材の育成を目的とした公衆衛生学を中心とした教育・研究を行う機関です。 なお、これまで認定された規制緩和の特例(医療関係)について、事業実施主体等を本文中に記載しました。
99	II	<p>P19 基準病床数について 二次保健医療圏「横須賀・三浦」において基準病床数(案)H29,12,8現在「5,488」であるが、この数字は考えられる変動幅の低い数値である。 川崎北部、川崎南部、相模原、湘南西部、県央、県西は考えられる変動幅の最大数が基準病床数(案)となっている。 横須賀・三浦、湘南東部だけが数値が低いのは不平等である。 理由として表の下記に米印として記載されているが、根拠が不明確であり、何らかの忖度があるとも受け取れる。 公平公正を期すためにも「横須賀・三浦」、「湘南東部」においても考えられる変動幅の最大値である「5,738」にすべき。 また、「横須賀・三浦」圏内の割り振りに付いても、各地域による偏が見られる。 既に多くの病床が割り当てられている、鎌倉、横須賀ではなく市として総合的病院誘致に取り組んでいる逗子市へ配分すべき。</p>	C	横須賀・三浦地域の基準病床数については、第1回横須賀・三浦地区保健医療福祉推進会議(H29.8.3開催)及び第2回同会議(H29.10.5開催)において、地域の関係者の皆様にご議論いただきながら、県としての現時点の案を作成しておりますが、パブリックコメントでのご意見のほか、平成30年2月に開催の第3回同会議において、改めて地域の意見を確認し、これらを踏まえて基準病床数を確定させる予定です。
100	I	<p>受療率に関して、他県と比較して外来が高い一方で入院が低いというところに、神奈川らしさが現れているのではないかと考えられます。 今後、急速に高齢化が進むことは明らかなので、「県民が身近なところで、質の高い医療を安心して受けられるよう、医療機関、介護事業者、行政、患者相互の連携の下で、切れ目のない保健医療福祉サービスを提供する体制を整備する」という基本目標のもとで着実に施策を推進し、「誰もが元気でいきいきと暮らしながら、必要なときに身近な地域で質の高い医療・介護を安心して受けられる神奈川」という目指すがたを実現していただきたいと思っております。</p>	E	今後も様々な関係者と連携しながら「神奈川が目指すがた」の実現に向けて取り組んでまいります。
101	VI	<p>第2部第3章第1節「未病を改善する取組の推進」について、食・運動・社会参加の3つを未病改善の取組として位置づけているのは、わかりやすく良いと思います。 この3つのうち、施策を展開する意義が最もあるものは「社会参加」ではないかと考えますので、今後の幅広い施策の展開に期待したいと思っております。</p>	B	未病の改善には、食や運動と同様に、社会参加も重要であると考えております。超高齢社会にある中で、高齢者にとって社会とのつながりを失うことがフレイル(虚弱)に進む最初の入口とも言われております。県では未病改善の取組みにおいて、市町村のフレイル対策の支援など、引き続き社会参加を促進する取組みを進めてまいります。
102	III	<p>P40 第2部 第1章事業別の医療体制の整備・充実 第3節災害時医療 「課題」 (3) 災害時保健医療体制の整備の項に以下を記述に加えていただきたい 生活不活発病や災害関連死への対応の整備が必要です</p>	A	ご意見については、43~44ページの記載に反映しました。 課題(3)災害時保健医療体制の整備 「○災害時における避難所等の被災者に対して、感染症のまん延防止、衛生面のケア、生活不活発病等の防止、要配慮者へのサポートに関してより質の高いサービスを提供することが必要です。」 施策(3)災害時保健医療体制の整備 「○県は、災害急性期を脱した後も、避難所等の被災者に対して、感染症のまん延防止、衛生面のケア、生活不活発病等の防止、要配慮者へのサポートに関して継続的で質の高いサービスを提供できるよう、体制整備に取り組みます。」
103	III	<p>P58 第2部 第1章事業別の医療体制の整備・充実 第3節災害時医療 「施策」 (2) 小児救急医療体制の安定的な確保の○二つ目エの項に以下の記述を加えていただきたい ○生活の自立や発育の促進、介護者負担の軽減を支援するリハビリテーションの実施体制の整備を進めます。</p>	A	ご意見については、138ページ「医療のリハビリテーション体制整備」の中で、「保健医療圏ごとに重層的なリハビリテーション体制整備を進める」として、小児限定ではなく、全体的な体制整備を進めていくものとして位置づけております。
104	III	<p>P62 第2部 第2章疾患別の医療連携体制の構築 第1節がん 「課題」 (3) がんとの共生の○一つ目の項に「リハビリテーション専門職」を加えていただきたい</p>	A	ご意見については、66ページの記載に反映しました。 緩和ケアチーム、緩和ケア外来など、組織の例示としておりますので、「リハビリテーション専門職」ではなく「リハビリテーション部門」を追加する形で改定案に反映しました。
105	III	<p>P69 第2部 第2章疾患別の医療連携体制の構築 第2節脳卒中 「現状」 (4) リハビリテーションの○一つ目の3「維持期」を「生活期(維持期)」に変更いただきたい</p>	A	ご意見については、「維持期・生活期」として73ページの記載に反映しました。
106	III	<p>P70 第2部 第2章疾患別の医療連携体制の構築 第2節脳卒中 「現状」 (5) 急性期後の医療・在宅療養の○二つ目の項「介護サービス等により、」の「介護サービス」と「等」の間に「福祉制度」の記述を加えていただきたい 事由：福祉制度では、社会的自立促進を支援する総合支援制度(入所または通所での生活更生事業や補装具等の支給事業)が多用されており、在宅療養を継続するに当たり切り離して考えることができない</p>	B	ご意見については、障がい福祉施策であることから、計画には記載しませんが、「かながわ障害者計画」の「生活の支援」や「保健と医療」の内容として位置づけとして既に実施しております。
107	III	<p>P71 第2部 第2章疾患別の医療連携体制の構築 第2節脳卒中 「課題」 (2) 工医療機能の情報提供および連携の推進の○二つ目の項に以下の記述を加えていただきたい また、自立を促進するために補装具の活用や、社会的リハビリテーションを提供する福祉機関との連携も必要です。</p>	B	ご意見については、障がい福祉施策であることから、計画には記載しませんが、「かながわ障害者計画」の「生活の支援」や「保健と医療」の内容として位置づけとして既に実施しております。
108	III	<p>P77 第2部 第2章疾患別の医療連携体制の構築 第3節心筋梗塞等の心血管疾患 「課題」 (4) 急性期後の医療の○二つ目の項に、以下を記述に加えていただきたい 再発予防に対して正しい運動の習慣化が重要です。</p>	A	ご意見については、急性期後の医療の施策の例示として83ページの記載に反映しました。
109	III	<p>P83 第2部 第2章疾患別の医療連携体制の構築 第4節糖尿病 「施策」 (2) 医療ア糖尿病の医療の○二つ目の職種の中に「理学療法士」を加えていただきたい</p>	A	ご意見については、90ページの「地域住民(糖尿病・糖尿病性腎症対象者)への指導・支援に関わることが想定される職種」の記載に反映しました。

110	Ⅲ	P85 第2部 第2章疾患別の医療連携体制の構築 第4節糖尿病 「目標」 ■糖尿病の医療機能の連携体制の図、下段の【参考】地域住民への指導・支援に関わることが想定される職種の中に理学療法士が入っていないので加えていただきたい	A	ご意見については、90ページの記載に反映しました。
111	Ⅳ	P100 第2部 第4章地域包括システムの推進 第1節在宅医療 「現状」 (2)在宅医療の提供体制についての項以下を記述に加えていただきたい ○自立支援に向けたリハビリテーションの提供及び地域リハビリテーション活動支援事業へのリハビリテーション専門職の活用が不足しています。	C	在宅医療のニーズが今後増加する見込みであることを踏まえると、訪問リハビリテーションを含む、在宅医療の様々な提供体制の確保と、連携強化に向けた取組みを推進する必要があります。 計画では、リハビリテーション専門職の活用状況についての記載はいたしません、今後の取組みの参考とさせていただきます。
112	Ⅳ	P102 第2部 第4章地域包括システムの推進 第1節在宅医療 「課題」 (1)在宅医療の提供体制についてのイ日常の療養支援の項以下を記述に加えていただきたい ○自立支援に向けたリハビリテーション専門職の活用が必要です。	A	ご意見を踏まえ、115ページに次の記載を加えました。 「○在宅で療養する患者が、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けていくためには、リハビリテーション専門職等による自立支援を行うことが効果的です。」
113	Ⅳ	P103 第2部 第4章地域包括システムの推進 第1節在宅医療 「課題」 (2)在宅医療を担う人材についての○二つ目の項、「リハビリテーション専門職等」を等を除いた「リハビリテーション専門職」に変更、または「リハビリテーション専門職、その他」に変更いただきたい	A	「リハビリテーション専門職、その他関係職種を活かした」に116ページを修正します。
114	Ⅳ	P103 第2部 第4章地域包括システムの推進 第1節在宅医療 「施策」 (1)在宅医療の提供体制の構築、ア円滑な在宅療養移行に向けての退院支援の項、「訪問看護ステーション」の後に「訪問リハビリテーション」を記述に加えていただきたい	A	ご意見については、「訪問リハビリテーション事業所」を117ページの記載加える形で反映しました。
115	Ⅳ	P103 第2部 第4章地域包括システムの推進 第1節在宅医療 「施策」 (2)在宅医療の提供体制についてのイ日常の療養支援の項以下を記述に加えていただきたい ○地域リハビリテーション活動支援事業へのリハビリテーション専門職の活用を推進します。	A	ご意見を踏まえ、117ページに、「地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組みを推進」することを記載しました。
116	Ⅳ	P124 第2部 第4章地域包括システムの推進 第6節地域リハビリテーション 「施策」 (1)介護予防の推進の○二つ目の項、「リハビリテーション専門職等を活かした」を「リハビリテーション専門職、その他を活かした」に変更いただきたい	A	「リハビリテーション専門職、その他関係職種を活かした」に116ページを修正します。
117	Ⅵ	P153 第2部 第7章患者の視点に立った安全・安心で質の高い医療体制の整備 第6節訪問看護ステーションの役割 「現状」 以下の記述を加えていただきたい ○介護保険サービスによる訪問リハビリテーションが受けられない在宅療養の小児や障害者に対するリハビリテーションの提供を担っています。	C	ご意見の趣旨については、第4章第1節「在宅医療」において、「小児や障がい者を対象とした在宅医療」の項目で施策を記載していますので、計画には位置付けませんが、今後の取組みの参考とさせていただきます。
118	Ⅲ	P39 第2部 第3章災害時医療の項について 災害時等の横断的な体制構築には、先の県議会での一般質問で取り上げられた理学療法士等が行える避難所等での生活不活発病や災害関連死への活用をどのようにしていくかお伺いしたい	E	ご意見については、大規模災害時においてリハビリ的な視点も取り入れた支援ができるよう、今後検討していきたいと考えています。
119	Ⅳ	P100 第2部 第4章地域包括ケアシステム推進の項について 高齢者や難病、地域（予防リハの推進）には人材育成と確保とあるが、具体的にどのような協力を想定しているか、また、在宅医療の中で訪問リハを含めどのように連携していくかお伺いしたい	E	高齢者や難病の方、リハビリテーションを必要とする方に対して、地域で支える人材の育成・確保を図るため、研修等を実施することにより推進していきます。 また、在宅医療では、在宅医療・介護に従事する多職種が専門知識を活かし、チームとして患者・家族を支えていくために、顔の見える関係を構築しながら連携していくことが必要であると考えます。 そこで、第4章第1節の在宅医療の施策に、リハビリテーション専門職の取組みを記載しました。
120	Ⅳ	P124 第2部 第4章地域包括システムの推進 第6節地域リハビリテーション 「課題」 (5)リハビリテーションにかかる人材の養成・確保の○二つ目の「リハビリテーション従事者」とは具体的にどの職種のことかお伺いしたい	E	リハビリテーション従事者には、保健・医療・福祉においてのリハビリテーションに関わるあらゆる従事者を含んでおり、職種も広範囲に渡ることからリハビリテーション従事者と記載しております。
121	Ⅴ	P132 第2部 第5章医療従事者の確保・養成 第3節歯科医師、薬剤師、その他の医療・介護従事者の項について 未病を含め高齢者への総合的な取り組みにリハビリテーション専門職をどの様に活用していくかお伺いしたい	E	高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、一生安全に、その人らしくいきいきとした生活ができるようにするには、リハビリテーション専門職が、リハビリテーション技術や知識や経験を活かし、支援を行っていくことが必要であると考えております。 そこで、その具体的な取組みを第4章第6節「地域リハビリテーション」で記載しております。
122	Ⅵ	P156 第2部 第7章患者の視点に立った安全・安心で質の高い医療体制の整備 第7節病連携及び病診連携 「施策」 (2)情報通信技術（ICT）等を活用した医療情報の共有の○二つ目地域医療情報ネットワークとは具体的にどのようなシステム構築のことかお伺いしたい	E	患者の同意を得た上で、診療に必要な医療情報を情報通信技術（ICT）を活用して関係医療機関間で共有するネットワークのことです。 それにより、重複検査・投薬による非効率な医療サービスの提供を防ぎ、患者の状態にあった質の高い医療サービスや、効率的な検査、診断、治療が提供できるようになります。
123	Ⅲ	糖尿病の医療機能の連携体制の図(改定素案 85p)が多職種との連携がわかりづらい図になってしまった。 参考に書かれている想定される職種との関わりが明確になるように、糖尿病連携手帳 (https://www.nittokyo.or.jp/uploads/files/handbook_P2_3.pdf) の多職種連携の図を引用してはどうかと思います。	A	ご意見については、90～91ページにかながわ糖尿病未病改善プログラム（神奈川県糖尿病対策推進プログラム）の推進体制の図と併せて、糖尿病の医療の提供体制の図を掲載する形で反映しました。
124	Ⅴ	第3節(改定素案 132p)で、歯科医師を適切に位置づけていただいたことに感謝いたします。	E	高齢化に伴い、需要が予想される在宅医療における誤嚥性肺炎等の予防や障害児者等への治療や口腔ケアなど、多様なニーズに対応できる歯科医師が求められていることを鑑み、記載しました。
125	Ⅱ	端的に言えば、地域医療構想では、県内の病床数を72,410床にするはずだったが、61,330床になってしまったということだと思いますが、その理由は明確になっていないように思います。 それでいいのでしょうか。理由は、病院関係者の皆さんが、病院を増やしてほしくないといっているからでしょうか。 横浜市の会議の記録を拝見しましたが、委員の先生の発言から、病院を増やしたくない、増やしてもらっては困るということを感じました。 病院を増やす代わりに、病床利用率を上げて対応すればよい、増やしても医師や看護師が確保できないから意味がない、急いで考えなくともいい、などの発言があります。 基準病床数病床数は上限数に過ぎないので、増やすことができなくなるデメリットは考えないのでしょうか。 田舎のほうと違って病床利用率は高いので、これ以上高くすること難しいのではないのでしょうか。 医療人材が足りないといいますが、急性期から回復期へ転換すれば、配置基準の差異から医師も看護師も回せるのではないのでしょうか。 発言されている方は、病院協会や医師会の方々と、役所の会議の委員に選ばれているのは、地域医療を公的な立場で意見をもらうためだったと思いますが、ライバルとなる業者を入れたくない、病院の機能を転換するのは嫌だと遠回しに言っているだけのように感じます。 横浜市では3万床とされていたにもかかわらず2万3千床と25%も少ない数になってしまったことに、疑問を呈する方はいなかったのでしょうか。 この程度の議論で病院の数が決まってしまうことに市民として不安を感じてしまいます。	C	必要病床数は医療法施行規則に基づき算出した、2025年の医療需要の将来推計に基づく推計値であり、医療技術の進歩や平均在院日数の減少など将来における変動要素をすべて勘案して算出したものではない参考値です。 一方、今回設定する基準病床数は、病床を整備する目標であるとともに病床の増加を抑制する基準です。 今後の病床整備にあたっては、病床配分にかかる独自の事前協議制度を着実に運用するとともに、人材確保も踏まえて慎重に進める必要があるものと考えています。 なお国の「医療計画の見直し等に関する検討会」においても、基準病床数と必要病床数の関係の整理については議論が進められていますので、今後の国の動向も注視してまいります。 ご意見については、計画には位置付けませんが、基準病床数の見直し等今後の取組みの参考とさせていただきます。

126	VI	未病とは特定の疾患の予防にとどまらないと説明しておきながら、その後すぐに認知症未病対策とある。これは特定の疾患の予防ということになるのではないかと。それとも、とどまらないということは、すべての病気の予防のことを未病と呼ぶのか。「〇〇の未病対策」とすれば、心身問わずすべての病気、疾患について対象とするというのが県の認識なのか。それから、健康と病気の間の連続的な変化の状態ということは、病気になったらもう未病の改善ではなく、その後は快復するまで治療ということでのよいのか。また、それはすべての病気について当てはまるのか。たとえば認知症になったら、認知症としてはもう治療だが、それ以外の病気についてはまだ未病の改善が当てはまるなどと言うのか。	E	人の心身の状態は、健康と病気の間を連続的に変化しており、その全ての変化の過程を表わす概念が「未病」です。「未病の改善」とは、その変化の過程において、食・運動・社会参加を中心とした生活習慣の改善により、心身をより健康な状態に近づけていくことで、どのような状態にあっても当てはまる考えです。
127	II	逗子市には大きな病院がなく不便なため、病院の誘致が進んでいる。逗子市に病院を建設できるような基準病床数にしてほしい	C	横須賀・三浦地域の基準病床数については、第1回横須賀・三浦地区保健医療福祉推進会議（H29.8.3開催）及び第2回同会議（H29.10.5開催）において、地域の関係者の皆様にご議論いただきながら、県としての現時点の案を作成しておりますが、パブリックコメントでのご意見のほか、平成30年2月開催の第3回同会議において、改めて地域の意見を確認し、これらを踏まえて基準病床数を確定させる予定です。
128	II	逗子市に住んでいるが、近くに大きな病院がないため困っている。大きな病院ができる計画にしてほしい	C	横須賀・三浦地域の基準病床数については、第1回横須賀・三浦地区保健医療福祉推進会議（H29.8.3開催）及び第2回同会議（H29.10.5開催）において、地域の関係者の皆様にご議論いただきながら、県としての現時点の案を作成しておりますが、パブリックコメントでのご意見のほか、平成30年2月開催の第3回同会議において、改めて地域の意見を確認し、これらを踏まえて基準病床数を確定させる予定です。
129	II	今回の県計画では、「県民の視点にたった、安全で安心な質の高い医療体制の整備」とある。安心して医療を受けられるように、逗子に総合病院ができることを強く望む。	C	横須賀・三浦地域の基準病床数については、第1回横須賀・三浦地区保健医療福祉推進会議（H29.8.3開催）及び第2回同会議（H29.10.5開催）において、地域の関係者の皆様にご議論いただきながら、県としての現時点の案を作成しておりますが、パブリックコメントでのご意見のほか、平成30年2月開催の第3回同会議において、改めて地域の意見を確認し、これらを踏まえて基準病床数を確定させる予定です。
130	II	家族に病気の高齢者がおり、近くの診療所では不安である。逗子では病院の誘致を進めているようですが、ベッド数の確保ができないということでこの計画が重要と聞いている。逗子市には病院が必要である。必要ベッド数の確保が必ずできるようにお願いしたい	C	横須賀・三浦地域の基準病床数については、第1回横須賀・三浦地区保健医療福祉推進会議（H29.8.3開催）及び第2回同会議（H29.10.5開催）において、地域の関係者の皆様にご議論いただきながら、県としての現時点の案を作成しておりますが、パブリックコメントでのご意見のほか、平成30年2月開催の第3回同会議において、改めて地域の意見を確認し、これらを踏まえて基準病床数を確定させる予定です。
131	II	県内の医療需要が増えることは明らかであり、病床整備には相応の時間がかかる。県民が困ることのないよう、ある程度多めに基準病床数を設定する必要がある。素案では、ほとんどの医療圏において考えられる変動幅の最高値を採用しているが、横須賀・三浦と湘南東部はそうではない。この2つの医療圏においても、最高値を採用するべき。ベッドが足りなくて県民が困ることがあってはならない。多すぎれば、次の計画で是正すればよい	C	横須賀・三浦地域の基準病床数については、第1回横須賀・三浦地区保健医療福祉推進会議（H29.8.3開催）及び第2回同会議（H29.10.5開催）において、地域の関係者の皆様にご議論いただきながら、県としての現時点の案を作成しておりますが、パブリックコメントでのご意見のほか、平成30年2月開催の第3回同会議において、改めて地域の意見を確認し、これらを踏まえて基準病床数を確定させる予定です。
132	III	脳卒中の医療では、発症直後の対応と急性期の治療が、生死だけでなく後遺症の程度にも大きく影響する。素案に出てくるt-PA治療では、①「発症早期の実施」と危険な副作用に対応できるための②実施後の専門医師による見守りが必要で、このための医療スタッフとの検査機器の常時稼働が重要である。計画素案では目標の中に「搬送時間の短縮」と「t-PA治療を早く安全に実施できる病院」に患者を選択的に搬送できる救急体制と、その基礎となる情報を行政が把握して活用、提供することが重要である。横浜市では、脳卒中救急医療に係る個別の病院の専門医師、検査機器の稼働状況、t-PA治療成績の詳細を市HPで公表し、改善が見られている。	C	脳卒中の急性期医療を担う医療機関の専門医師については、「かながわ医療機関情報検索サービス」を通じて公表しております。なお、検査機器の稼働状況や、治療成績の詳細の公表に関するご意見については、公表のあり方の検討や関係機関との合意形成が必要であることなどから、計画には位置付けませんが、今後の取組みの参考とさせていただきます。
133	III	【67ページ】現状 (2) 発症直後の救護・搬送等のふたまるめに次の項目を加えてほしい 「〇 脳卒中救急患者を受け入れ後、直ちに有効な治療を開始できる医療機関への搬送が重要課題になっています」	A	早期に有効な治療を開始することが重要であることについては、「急性期の治療」の、二つ目の〇の項目において「来院から治療の開始まで1時間以内が目安」として73ページに記載しています。また、搬送における課題については、74ページの「課題」の(2)医療 ア 発症直後の救護、搬送等の二つ目の〇の項目において「対応が可能な医療機関に患者を搬送することが重要です」として記載しています。
134	III	【69ページ】課題 (2) 医療 ア 発症直後の救護、搬送等 ふたまるめを次のとおり修正してほしい 「〇地域の行政は、t-PAなど超急性期の治療が可能な医療機関に関する情報を把握し、適切な病院に搬送できる救急体制を整備することが必要です。」として、現在記載されている文章「救急救命士を含む救急隊員は、地域メディカルコントロール協議会の定めたプロトコルに則して、適切に観察・判断・救命処置を行ったうえで、超急性期の再開通治療の適応となる傷病者を抽出することなどを目的とした病院前脳卒中スケールを活用するなどにより、対応が可能な医療機関に患者を搬送することが重要です」を適宜短縮して続ける。 (理由) 現在の記載では、搬送先の病院の選択は救急隊員の判断と責任であるかのように読めるが、上記の体制がないことには、個々の隊員が適切な判断を行うことは極めて困難である。	C	脳卒中の急性期の医療においては、適切な医療機関を早期に受診し、早期に専門的治療を開始することが重要です。この「適切な医療機関」を判断する上で有効な情報を、行政として提供していくことについては、情報提供のあり方の検討や関係機関との合意形成が必要であることなどから、計画には位置付けませんが、今後の取組みの参考とさせていただきます。
135	III	(2) 医療の「イ 急性期等の医療」では、ひとまるめの末尾「地域差の解消が必要です」を、次のとおり具体化してほしい 「実施可能な医療機関の整備と、適切な救急搬送体制の整備による地域差の解消が必要です」	A	ご意見を踏まえ、P74の記載を、次のように改めました。 「急性期の脳梗塞に対してはt-PAによる脳血栓溶解療法が有効ですが、実施状況に地域的な偏在が見られるため、こうした治療を行う医療機関の拡充など、地域差の解消が必要です。」
136	III	(2) 医療「エ 医療機能の情報提供及び連携の推進」の標題を「医療機能の情報収集と提供及び連携の推進」とする。また、ひとまるめを次のとおり記載する 「〇脳卒中の治療に対応できる医療機関について、的確な情報の把握と分かりやすい情報の提供に努め、連携を推進することが必要です」	C	「かながわ医療機関情報検索サービス」では原則医療機関からの報告をそのまま掲載することにより情報提供を行っています。このため、ご意見については、計画には位置付けませんが、今後の取組みの参考とさせていただきます。
137	III	【70ページ】施策 (2) 医療「ア 発症直後の救護・搬送等」のふたまるめに「〇医療機関の機能に基づく有効な救急搬送体制の整備と」を加えてほしい。 (2) 医療「エ 医療機能の情報と提供及び連携の推進」を「エ 医療機能の情報収集と提供及び連携の推進」としてほしい。	A	ご意見を踏まえ、P76の記載を次のように改めました。 「県は、脳卒中治療に対応できる医療機関とその機能について適切な情報収集に努めるとともに、「かながわ医療機関情報検索サービス」を通じて、「急性期医療」「回復期医療」「在宅医療・介護」の機能に応じて分かりやすい情報提供を行い、機能間の連携を促進します。」
138	III	【70ページ】施策 (2) 医療 エの、項目2つめに次の記載をお願いしたい。 「〇急性期医療対応の各病院について、各専門の担当医師数、MRI、CT等の稼働状況、SCUの有無、t-PA治療実績等の情報を収集し、提供する」 さらに、項目最後に次の記載をお願いしたい。 「隣接する地域間の医療連携体制を整備して、地域差の改善を図る」	C	SCUの有無については、「かながわ医療機関情報検索サービス」を通じて情報提供しておりますが、検査機器の稼働状況や、治療成績の情報収集及び提供により連携を推進し地域差の改善を図っていく取組みに関するご意見については、情報提供のあり方の検討や関係機関との合意形成が必要であることなどから、計画には位置付けませんが、今後の取組みの参考とさせていただきます。

139	Ⅲ	<p>【72ページ】目標 「t-P A治療成績」を項目として加える。 成績の「現状」の数値としては、実施した治療数と、治療3か月後のMRSが0～2の患者数の比率が考えられる。また、「目標値」としては、国立循環器病センターの治療実績（公表済み）が考えられる。 （追加理由） t-P Aは有効である一方、危険な副作用がある。このため、使用にあたっては医師の適切な判断と、使用後は副作用に対応できる専門の医師の24時間～36時間の見守りが必要とされる。このため実施数の増加だけを目指すことは危険であり、実施数の増加と共に、成績の向上も目標とする必要がある。</p> <p>「目標」は「数値目標」だけに限られていて、「救急」について本当に必要な「適切な医療ができる病院への搬送体制の実現」は目標とならず、「救急搬送時間の0.5分の短縮」だけ挙げられているのは現実離れしている。改善を希望する</p>	C	<p>救急搬送時間ではなく治療成績を計画推進上の目標とすることについてのご意見は、関係機関との合意形成が必要なことなどから、計画には位置付けませんが、今後の取組みの参考とさせていただきます。</p>
140	Ⅲ	<p>かながわ糖尿病未病改善プログラムでは、糖尿病性腎症重症化予防を謳っているが、糖尿病対策事業にとどまっている。腎疾患の対策事業であるにも関わらず、腎臓病専門医の関わりが記載されていない。「糖尿病は発症しても血糖コントロールを適切に行うことにより、腎症などの発症を防ぎ、人工透析の導入を回避することが可能」と書かれている。実際には血糖コントロールだけでは、腎症の進展は抑制できない。血圧コントロール、脂質の管理、減塩食指導、運動指導などを合わせて行うことが有用と考えられている。糖尿病専門医が血糖コントロールをする医療だけでは二次予防は達成できない。血糖値の異常としての糖尿病のみならず、腎臓病としての医療的管理が必要な病態である。 糖尿病専門医の意見を聞くことに異論はないが、県内、市町村、各地域でそれ以外に大勢の関連多職種と、医師会、自治体の皆さんで意見を合わせていただきたい。</p>	A	<p>かながわ糖尿病未病改善プログラム（神奈川県糖尿病対策推進プログラム）は、糖尿病性腎症重症化予防を含む幅広い糖尿病対策の取組みにより、糖尿病リスク全体の改善を図ることを目的としたものです。 このプログラムにおける関係職種としては、明示はしておりませんが、腎臓専門医が含まれるものと考えております。 保健医療計画における二次予防に関するご意見については、「糖尿病は、発症しても血糖コントロールを適切に行うことや、高血圧の地医療など内科的治療を行うことなどにより、腎症などの合併症の発症を防ぎ、人工透析の導入を回避すること（二次予防）が可能」という形で、86ページの記載に反映しました。 また、腎症を含む慢性合併症の予防・治療などにおける関係職種の連携については、91ページに「糖尿病の医療の提供体制」の図を新たに加えることとしました。</p>
141	Ⅳ	<p>【103ページ】施策 （1）在宅医療の提供体制の構築 ア 円滑な在宅療養移行に向けての退院支援 ○在宅医療の必要性を高齢者に限定せず、障がい児者や医療的ケア児までひろげる方向を打ち出している以上、例示にも包括支援センターだけでなく、「基幹相談支援センター」「障害児者相談支援事業所」といった障がい児者支援事業所についても加えるべき。</p>	A	<p>ご意見については、「基幹相談支援センター・相談支援事業所」を加える形で116ページの記載に反映しました。</p>
142	Ⅳ	<p>【104ページ】オ 小児や障害者を対象とした在宅医療 ○改正児童福祉法第五十六条の六第二項において、県は医療的ケア児の支援体制整備に関する努力義務を負っており、このことを明記すべき。 【参考：改正児童福祉法第五十六条の六第二項】 地方公共団体は、人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児（以下「医療的ケア児」という。）が、その心身の状況に応じた適切な保健、医療、福祉その他の関連分野の支援を受けられるよう、保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を行う機関との連絡調整を行うための体制の整備に関し、必要な措置を講じるよう努めなければならない</p>	A	<p>ご意見については、120ページの記載に反映しました。</p>
143	Ⅳ	<p>【105ページ】 （2）在宅医療を担う人材の確保・育成 ○「在宅医療等の医療需要の増加に対応する」との記述に対し、具体策が手薄い。医師をはじめとする医療専門職は養成に限界があることを踏まえると、社会福祉士及び介護福祉士法の改正により制度化された「認定特定行為業務従事者」の養成を明記すべき。特に、不特定多数の者に対する研修（いわゆる第1号・第2号研修）の充実を明記し、これを数値目標とすべき。</p>	B	<p>計画には記載しませんが、ご意見のあった施策等は、研修対象者及び指導を行う看護師を確保することで、研修終了を容易にするとともに、現在喀痰吸引等を実施している介護職員等、研修終了後ブランクのある介護職員等に対する研修を実施し、介護職員等の技術向上を図る事業として既に実施しています。</p>
144	Ⅵ	<p>法律等の表記以外で「障がい」と「障害」が混在しており、標記の平仄を合わせるべき。（例：100ページの上段は「障がい」、最下段は「障害児者」）</p>	A	<p>ご意見を踏まえて、「神奈川県障がい福祉計画」に合わせて標記を修正しました。</p>
145	Ⅵ	<p>「医療的ケア児」については必ずしも一般的な用語ではないことから、用語集で解説を加えるべき。</p>	A	<p>ご意見については、120ページの記載に反映しました。</p>
146	Ⅲ	<p>【43ページ、44ページ】 神奈川県災害拠点病院等の配置状況、災害時医療救護体制について 図中の用語「SCU」について解説を記載してもらいたい</p>	A	<p>ご意見については、48ページの記載に反映しました。 SCU：航空搬送拠点臨時医療施設（ステージングケアユニット） 主に航空機搬送に際して患者の症状の安定化を図り、搬送を実施するための救護所として、必要に応じて被災地域及び被災地域外の航空搬送拠点に、広域医療搬送や地域医療搬送に際して設置されるもの。 医療機関の地域偏在を解消し、周産期母子医療センターや分娩医療機関までのアクセスを確保することは、安心して子どもを産み、育てる環境づくりを推進していくために大切な視点です。</p>
147	Ⅲ	<p>【49ページ】課題 （1）周産期医療システムの充実 ○そのため、今後も神奈川県周産期救急医療システムを安定的に運用し続けていく必要があります。 →そのため、今後も神奈川県周産期救急医療システムにおける対象病院の地域偏在が生じないよう取り組み、安定的な運用を続けていく必要があります。</p>	C	<p>医療機関の地域偏在を解消し、周産期母子医療センターや分娩医療機関までのアクセスを確保することは、安心して子どもを産み、育てる環境づくりを推進していくために大切な視点です。 一方、周産期関係の医師が不足する中、今後は医師のワーク・ライフ・バランスについても考慮していく必要があります。こうした中、県が設置した、産科医師確保対策研究会の提言では、分娩施設の拠点化と地域連携の強化が求められています。このため、課題の解決に向けて検討する中で参考とさせていただきます。</p>
148	Ⅲ	<p>【50ページ】課題 （6）周産期関係医師の確保に向けた取組みの推進 ○そのため、充足状況を把握した上で、医師の確保のために必要な方策について検討を進める必要があります。 →そのため、充足状況を把握した上で、<u>医師の地域偏在が生じないよう</u>、医師の確保のために必要な方策について検討を進める必要があります。</p>	C	<p>医療機関の地域偏在を解消し、周産期母子医療センターや分娩医療機関までのアクセスを確保することは、安心して子どもを産み、育てる環境づくりを推進していくために大切な視点です。 一方、周産期関係の医師が不足する中、今後は医師のワーク・ライフ・バランスについても考慮していく必要があります。こうした中、県が設置した、産科医師確保対策研究会の提言では、分娩施設の拠点化と地域連携の強化が求められています。このため、課題の解決に向けて検討する中で参考とさせていただきます。</p>
149	Ⅲ	<p>【50ページ】課題 （7）分娩取扱施設の減少 ○そのため、分娩取扱施設数を維持しつつ、1施設あたりの分娩取扱数の増加を図る必要があります。 →そのため、<u>分娩取扱施設の地域偏在を解消しながら</u>、分娩取扱施設数を維持し、1施設あたりの分娩取扱数の増加を図る必要があります。</p>	C	<p>医療機関の地域偏在を解消し、周産期母子医療センターや分娩医療機関までのアクセスを確保することは、安心して子どもを産み、育てる環境づくりを推進していくために大切な視点です。 一方、周産期関係の医師が不足する中、今後は医師のワーク・ライフ・バランスについても考慮していく必要があります。こうした中、県が設置した、産科医師確保対策研究会の提言では、分娩施設の拠点化と地域連携の強化が求められています。このため、課題の解決に向けて検討する中で参考とさせていただきます。</p>
150	Ⅲ	<p>【50ページ】施策 （1）周産期救急医療システムの充実 ○引き続き、周産期救急医療システムの円滑な運用を推進し、周産期救急患者に適切な医療を提供するとともに、救急時に搬送先医療機関を迅速に確保する体制を整備します。 →引き続き、周産期救急医療システムにおける円滑な運用を推進し、<u>対象病院の地域偏在を解消に努め</u>、周産期救急患者に対する適切な医療が提供されるよう、救急時に搬送先医療機関を迅速に確保する体制を整備します。</p>	C	<p>医療機関の地域偏在を解消し、周産期母子医療センターや分娩医療機関までのアクセスを確保することは、安心して子どもを産み、育てる環境づくりを推進していくために大切な視点です。 一方、周産期関係の医師が不足する中、今後は医師のワーク・ライフ・バランスについても考慮していく必要があります。こうした中、県が設置した、産科医師確保対策研究会の提言では、分娩施設の拠点化と地域連携の強化が求められています。このため、課題の解決に向けて検討する中で参考とさせていただきます。</p>
151	Ⅲ	<p>【51ページ】施策 （6）周産期関係医師の確保に向けた取組みの推進 ○そのため、充足状況を把握した上で、医師の確保のために必要な方策について検討を進める必要があります。 →そのため、<u>医師の地域偏在が生じないよう</u>充足状況を把握した上で、医師の確保のために必要な方策について検討を進める必要があります。</p>	C	<p>医療機関の地域偏在を解消し、周産期母子医療センターや分娩医療機関までのアクセスを確保することは、安心して子どもを産み、育てる環境づくりを推進していくために大切な視点です。 一方、周産期関係の医師が不足する中、今後は医師のワーク・ライフ・バランスについても考慮していく必要があります。こうした中、県が設置した、産科医師確保対策研究会の提言では、分娩施設の拠点化と地域連携の強化が求められています。このため、課題の解決に向けて検討する中で参考とさせていただきます。</p>
152	Ⅲ	<p>【51ページ】施策 （7）分娩取扱施設の減少 ○そのため、分娩取扱施設数を維持しつつ、1施設あたりの分娩取扱数の増加を図る必要があります。 →そのため、<u>分娩取扱施設の地域偏在を解消しながら</u>、分娩取扱施設数を維持し、1施設あたりの分娩取扱数の増加を図る必要があります。</p>	C	<p>医療機関の地域偏在を解消し、周産期母子医療センターや分娩医療機関までのアクセスを確保することは、安心して子どもを産み、育てる環境づくりを推進していくために大切な視点です。 一方、周産期関係の医師が不足する中、今後は医師のワーク・ライフ・バランスについても考慮していく必要があります。こうした中、県が設置した、産科医師確保対策研究会の提言では、分娩施設の拠点化と地域連携の強化が求められています。このため、課題の解決に向けて検討する中で参考とさせていただきます。</p>

153	VI	第7章第4節に「公的病院等の役割」があるが、今後の地域医療構想調整会議では、地域医療支援病院を含めた公的医療機関プランをもとに医療機能の分化・連携を進めていくことになる。「公的病院等」と「公的医療機関」の定義が不明だが、第3節で説明している地域医療支援病院は入れなくてよいのか	A	・ご意見の趣旨は、160ページの記載に反映しました。 (反映後) ○地域医療構想調整会議等の場で、公的病院等や地域医療支援病院、特定機能病院について、各病院が策定する「新公立病院改革プラン」や「公的医療機関等2025プラン」に基づき、2025年を見据えた構想区域(=二次医療圏)において担うべき役割や対応方針などについて協議を進めます。
154	II	【18～19ページ】 神奈川県保健医療計画改定素案(P19)の、平成29年3月31日現在の既存病床数(5,357床)と、神奈川県地域医療構想の、横須賀・三浦構想区域における平成37年(2025年)の必要病床数(6,130床)との間には、773床の差が生じています。 地域医療構想においても、入院医療需要の将来推計は、平成37年(2025年)には、平成25年(2013年)比1.21倍になると示されており、そこに大きな影響を及ぼすのが地域における在宅医療の提供体制です。本市においても、後期高齢者の人口増加に伴う医療需要の増加が見込まれているなか、在宅医療提供体制の推進を図っているところですが、需要を満たす量を確保できるかどうかは、定かではありません。 このため、今期計画の当該圏域の基準病床数は、地域医療構想の必要病床数の推計値も考慮し、5,488床以上確保すべきと考えます。	C	横須賀・三浦地域の基準病床数については、第1回横須賀・三浦地区保健医療福祉推進会議(H29.8.3開催)及び第2回同会議(H29.10.5開催)において、地域の関係者の皆様にご議論いただきながら、県としての現時点の案を作成しておりますが、パブリックコメントでのご意見のほか、平成30年2月開催の第3回同会議において、改めて地域の意見を確認し、これらを踏まえて基準病床数を確定させる予定です。
155	III	【41～45ページ】 周産期医療 神奈川県では、産科医は微増傾向にあるものの、女性医師の割合が50%を超えたという現状があり、先の見通しが立ちにくい状況になっていると聞いています。分娩件数は減少傾向にありますが、産科医の確保は取組むべき課題だと考えます。	C	女性医師が増加している観点からも、医師の勤務環境を改善していく必要があり、こうした取り組みは各病院が一体的に取り組む必要があることから、第5章第1節の施策(2)の2丸目に記載しております。このため、今後の取り組みの参考とさせていただきます。
156	VI	【94ページ】施策(2)2つ目の○ ○内科等の身体科の医師が患者のこころの不調に気づき、適切な対応をするために、うつ病についての知識や技術を習得する～ →○内科等の身体科の医師及び薬剤師等が患者のこころの不調に気づき、適切な対応をするために、うつ病についての知識や技術を習得する～	C	県では、かかりつけ医を対象として、うつ診療の知識・技術及び精神科医等との連携方法、家族からの話や悩みを聞く姿勢等の習得を図るための研修会を県医師会に委託し実施しています。 こころの未病対策の推進には、様々な関係機関の協力が不可欠ですので、施策の「県においても自殺対策計画を策定し、様々な関係機関と連携を図り、より実効性のある自殺対策を進めていきます」の関係機関として、かかりつけ薬局・薬剤師も含めさせていただきます。
157	VI	「最先端医療・技術の実用化促進」の部分は、将来のためにもぜひ進めてもらいたい。ここに特区のことも書いてあるが、神奈川県には他に「さがみロボット産業特区」もあり、医療用だけではないと思うが様々なロボットの開発や実用化が行われていると思う。医療計画なので産業面はあまり関係ないかもしれないが、実用化を促進しているという点で、医療や介護関係のロボットの実用化についても、少し記載すると良いと思う。	A	ご意見につきましては、「最先端医療・技術の実用化促進」の現状・課題・施策として171～172ページに反映しました。