

「埼玉県地域保健医療計画(第7次)素案」に対する御意見と県の考え方

【実施概要】

■意見募集期間:平成29年10月27日～同年11月24日

■意見者数:5(個人4、団体1)

■意見項目数:44(A:5 B:7 C:22 D:7 E:3)

(反映状況の区分)

A:意見を反映し、案を修正した B:既に案で対応済み

C:案の修正はしないが、実施段階で配慮していく D:意見を反映できなかった E:その他

整理番号	部	章	節	個人 A 団体 B	御意見の内容	県の考え方	反映状況
1	3	4	1	A	もう少し分かりやすく絵とか図等を載せてください。	埼玉県総合医局機構による「医師確保の取り組み」についてイメージ図を掲載します。	A
2	3	4	1	A	医師の確保について。 小児科・差婦人科の医師の確保に努めてください。泌尿器科や耳鼻咽喉科もかなり少なくて困っています。もう少し、東京から医師に埼玉県に来ていただき、県民の皆さまの健康を守り、地域医療を目指していただきたい。	小児科や産科医については特に医師が不足している診療科として位置付け、奨学金制度や研修資金制度により引き続き確保を進めていきます。 その他の診療科についても、大学病院レベルの研修機器を備えた「地域医療教育センター」の活用や臨床研修医の県内誘致などにより医師の確保を進めてまいります。	B
3	2	1	3	A	妊娠届提出時点で支援を必要とする妊婦早期把握方法が「アンケート」である点について検討をお願いします。 代案:妊娠届提出際に、アンケートに加えて専門職による面接を行うことにより、支援の必要性判断、支援が必要な場合に早期開始が行えると考えます。そして、面接で得られた育児状況や情報によって、個別性ある赤ちゃん訪問へとつなぐことができるのではないかと思います。	現在市町村が設置を進めている子育て世代包括支援センターでは、妊娠届出時に面接を行うこととなっております。また、面接がかなわない場合も、電話等で御本人や御家族の状況の確認に努めています。	C
4	3	1	1	A	県の取組みとして、「がん」になられた本人や家族に対する支援を盛り込んでいくべき。若くしてがんになられた人への取組、障害のあるかたの医療助成について検討を要望します。 現行の障害者医療制度では訪問看護を利用できないことや、若年性のがん患者で介護保険の対象にならないことで、在宅療養において大きな経済的負担を強いられている方がいらっしゃいます。そのような制度的な狭間にある方への対応を検討してください。	がん医療に関する全県的な相談支援体制を整備し、就労や経済的支援に係る相談に対応してまいります。	C
5	3	4	1	A	若くて資源として働いてもらえるような方への就労支援、子育て支援などの対策も計画のなかに入れていくことが必要ではないかと考えます。特に、資源促進のために、介護士や看護師の出産後の復帰について保育所利用はすぐに対応できるようにしてほしい。	本県では、介護福祉士の資格取得を目指して県内の介護福祉士養成施設で学ぶ学生に対して修学資金の貸付けを行っています。また、社会福祉施設に対して産休や病休の職員の代替職員費を補助しています。さらに、介護施設内における保育施設の設置に係る経費を補助する事業を実施しております。こうした事業を引き続き実施するなど、介護人材の確保・定着に努めてまいります。 看護職員の確保対策に関しては、第3部第4章「医療従事者等の確保」にありますとおり、本県では看護職員の離職防止と復職支援のために病院内保育事業に対する支援を実施しております。引き続き、本事業も含めた看護職員の確保対策を行ってまいります。 子育て支援については、『埼玉県子育て応援行動計画(平成27年～31年度)』において具体的な施策・取組を策定しておりますので、その中で実施してまいります。	C

整理番号	部	章	節	個人 A 団体 B	御意見の内容	県の考え方	反映 状況
6	3	1	5	A	第1部第2章第3節2 埼玉県自殺対策計画との関連性を鑑みるに、自殺による死因が少なくないことを記載すべきと考えるが、いかがか。	自殺者数の年次推移は減少にありますが、依然、多くの方が自殺に追い込まれています。埼玉県地域保健医療計画では、自殺の背景にある様々な要因に対する施策を推進することとしています。 第3部第1章第5節2現状と課題(1)に自殺者数を記載します。	A
7	2	1	3	A	第2部第1章第3節2(1) ライフスタイルの変化に言及する文中に、父親が存在することが前提になっていっているように読める。ライフスタイルの変化と父親の子育ては分割して記載すべきと考えるが、いかがか。	「父親とともに」の部分削除します。	A
8	2	1	3	A	同節2(4)並びに3(8)及び(9)並びに4(15)から(18)まで 「発達障害」ばかりでなく、他の障害についても言及し、対策をとるべきである。例えば、「発達障害」と「知的障害」では異なる対応を取らなければならない場合もある。障害(難病を含む。)全般に対する理解、支援の充実を図るべきと考えるが、いかがか。	地域保健医療計画において、発達障害は精神疾患の一類型として取り扱っています。 障害全般(発達障害、難病等を含む)については、別途、埼玉県障害者支援計画において総合的に施策を推進してまいります。	D
9	2	1	3	A	同節4(4) 母子に対するケアはあるが、父に対してもケアを行うべきと考えるが、いかがか。	現行(4)の後に「(5)母子の家族に対する精神的ケアの充実」を追加します。	A
10	2	1	3	A	同節4(20)及び第4節全般 学校保健を主幹する養護教諭について、本計画には一切言及されていないが、問題ないのか。	(20)学校保健の充実に関しては、本計画の位置づけが「医療計画」及び「医療費適正化計画」であることから、詳細の記載をしておりません。 なお、学校保健の充実に関しましては、「生きる力と絆の埼玉県教育プラン(埼玉県教育振興基本計画)」に基づき、取り組んでまいります。	C
11	3	1	5	A	第3部第1章第5節全般 地域包括ケアシステムの構築や地域包括ケアセンターとの連携強化に先立ち、医療と福祉を結ぶため、精神科デイケアや精神科訪問看護の充実を図るべきと考えるが、いかがか。	保健、医療、福祉の連携を図りながら、精神科医療体制の充実を図っていきます。	C
12	3	2	1	A	同部第2章第1節全般 群馬県への依存度が高い児玉地区の状況は由々しき事態であり、早急に対策を取らねばならない。例えば、区域の見直し、救急救命センターの新設、ドクターヘリの常駐なども考えられるが、具体的な方策は検討されているのか。	現状では、重症患者については、深谷赤十字病院が受けられない場合は、埼玉医科大学総合医療センターがバックアップする体制を整えています。また、脳梗塞治療についても埼玉医大総合医療センターや埼玉医大国際医療センターがバックアップする体制を整えました。今後も県北地域の救急医療体制を確保するため、医療圏を超えた受入体制の強化を図ります。	C
13	3	4	1	A	同部第4章全般 専門性の高い看護師の育成について、准看護師のみならず、理学療法士や臨床工学技士からのステップアップも可能であることも周知すべきではと考えるが、いかがか。また、医療従事者等の教育者を本県で育成することにより、臨床に携わる者を根付かせることができるのではないかと考えるが、いかがか。	専門性の高い看護師の育成については准看護師等を含め門戸を広げた養成を行っております。 また、本年4月に本格オープンした地域医療教育センターにおいて医療従事者の教育担当者向けの研修の充実を図るとともに、看護師等養成所教員向け講習会を実施するなど、今後も教育者の育成に引き続き取り組んでまいります。	B

整理番号	部	章	節	個人 A 団体 B	御意見の内容	県の考え方	反映 状況
14	2	1	3	A	「第3節 親と子の保健対策」の「3 課題への対応」及び「4 主な取組」 《小児の高次脳機能障害について》 「小児の高次脳機能障害を正しく理解し、支援できる人材の育成」が課題であり、「人材の育成」に取り組んでいくことを計画に記して下さい。また、「小児の高次脳機能障害の診療・療育体制の充実」についても課題があり、「体制の充実」に取り組んでいくことを計画に記して下さい。	埼玉県地域保健医療計画では、多様な精神疾患等に適切に対応するため、医療機関の連携や専門の医療を提供できる体制の整備を推進することとしています。 「第5節 精神疾患医療」の「3 課題への対応(7)」で、高次脳機能障害者の精神状況などに対応するため、地域における医療と介護・福祉の連携体制の整備充実を図る中で、小児の高次脳機能障害についてもご意見を踏まえ取り組んでまいります。	C
15	3	1	5	A	「第5節 精神疾患医療」の「2 現状と課題」、「3 課題への対応」 《高次脳機能障害としての診断について》 「2 現状と課題」のところで「身近な地域で高次脳機能障害の診断ができる体制ではない」ことについて記し、「3 課題への対応」のところで、「高次脳機能障害の診断ができる体制を整備していく」ことについて記して下さい。	埼玉県地域保健医療計画では、多様な精神疾患等に適切に対応するため、医療機関の連携や専門の医療を提供できる体制の整備を推進することとしています。 「第5節 精神疾患医療」の「3 課題への対応(7)」で、高次脳機能障害者の精神状況などに対応するため、地域における医療と介護・福祉の連携体制の整備充実を図る中でご意見を踏まえ取り組んでまいります。	C
16	-	-	-	B	本計画(素案)では、埼玉県特有の事情として、全国一早く進む「高齢化」が冒頭から紹介されています。 特有事情に対応する、「埼玉県特有」の政策やその打ち出しは、何でしょうか。国のガイドラインを越えて「埼玉県の独自判断で、この部分を手厚くしています」とする打ち出しを計画には掲げるよう求めます。	高齢化が全国一早いスピードで進む本県の特性を鑑み、国の基本方針には定めのない「埼玉らしさ」を打ち出す施策として第2部「くらしと健康」の第2章「疾病・障害とQOL(生活の質)の向上」に第2節「今後高齢化に伴い増加する疾患等対策」を新たな施策として柱建てしました。 また、患者の高齢化に伴い、人生の最終段階を迎えた患者やその家族に対して人間の尊厳を尊重し、身体的・精神的苦痛を取り除き、日常生活の満足度などのQOL(生活の質)を維持・向上するための医療とケアを行うべきであるとの考えが提唱されてきているため、第3節に「人生の最終段階における医療」を柱建てしました。	B
17	-	-	-	B	中長期計画における年数表記は西暦表記の方が実用的と思われる。少なくとも併記・併用をお願いします。	併記しております。	B
18	1	4	1	B	第4章 基準病床数 第1節 基準病床数 15頁～16頁 一般病床・療養病床の「基準病床数」が調整中とあり、基準病床数が超過の場合に「増床、新設が抑制」と記述されています。 現時点でどの程度の新設・増床の余地があるのか可能な範囲で明示してください。	計画策定時(平成30年3月末)には明記します。	E
19	1	5	1	B	第5章 計画の推進体制と評価 第1節 計画の推進体制と役割 18頁 「2. 実施主体の役割」の中に「県民」を位置付け、その中で、「県民が自分の健康は自分で守る」「健康管理を積極的に進める」とあり、さらに「患者も・医療情報の入手、自らの医療内容の理解などを積極的に行っていく必要があります」との記述があります。 県民の健康を保ち心豊かに生活できる政策を策定する役割を論ずる箇所の記述の中で、自己責任による健康が強調されすぎています。また、患者の態様は様々であり、医療は特に個別性の強いものです。一括りに「患者」として、必要性を強いるかのような記述は、病疾病の原因、理由を自己責任に求めているかのように不適切ですので、修正を求めます。	医療計画作成指針には、「医療計画の作成に際して、医療や行政の関係者に加え、患者や住民が医療の現状について共通の認識を持ち、課題の解決に向け、一体となって協議・検討を行う」旨記されております。また、医療費適正化に関する施策についての基本的な方針には、国民の取組として、「積極的に健康づくりの取組を行うことが期待されている」と記されております。このように、患者を含め、国民一人一人が積極的に健康管理に努め、医療に関わっていくことが求められていると考えます。	D

整理番号	部	章	節	個人 A 団体 B	御意見の内容	県の考え方	反映 状況
20	2	1	1	B	第2部くらしと健康 第1章 ライフステージに応じた健康づくり 第1節 健康づくり対策 19頁 「食生活の変化、IT化の進展など生活様式や社会環境が大きく変化したこと」が肥満、ストレスを誘発し、糖尿病、高血圧症などの増加につながっているとの記述があります。 健康が社会環境や社会保障政策に因果性を認める記述に加えて、生活や環境に向けた提案計画の策定や研究、実践などの計画化を期待いたします。	健康には社会環境など様々な要因が関連していることを踏まえ、計画の各取組を実施してまいります。	C
21	2	1	1	B	20頁 「5 指標」において、「埼玉県版健康寿命」について記述がされています。他にも複数箇所「健康寿命」が記述されます 重要な事項であり、埼玉県における「健康寿命」の定義を計画(素案)の中で、「要介護2以上までの年数(県・健康長寿計画)」と掲げてはいかがでしょうか。	御意見のとおり修正します。 健康寿命(65歳に達した人が「要介護2以上」になるまでの期間)	A
22	2	2	—	B	第2章 疾病・障害とQOLの向上 28頁 ここにおける表題の後段「QOLの向上」に関する「第2節 今後高齢化に伴い増加する疾患等対策」は、「第1章 ライフステージに応じた健康づくり」に分類整理される内容と勘案いたします。	高齢者が日常生活の中で、ロコモティブシンドロームやフレイルといった身体機能の低下を予防する取組を通じて、QOL(生活の質)を高めていくことが重要です。「生活の質」の向上に着目し、第2章「疾病・障害とQOL(生活の質)の向上」に位置付けたものです。	D
23	3	3	1	B	第3章 在宅医療の推進 第1節 在宅医療の推進 「在宅医療」分野の計画は、2025年に向けて、極めて重要な施策です。これまでの地域医療計画が示してきた病床計画、病床規制とは大きく異なる計画が「在宅医療」の計画分野です。地域包括ケアシステムの具体化にあたって、人、モノ、仕組み、など多くの計画性を要する分野です。埼玉県として、まずはこの分野の計画の見通しを示してください。	高齢者支援計画において地域包括ケアシステムの構築に向けた具体的な施策を講じていきます。	D
24	3	3	1	B	1 目指すべき姿 65頁 「在宅での療養を希望する患者が」「住み慣れた地域で必要な医療を受けるため」とあります。本計画における「在宅医療」の政策提起にあたり、これらの定義は在宅医療に対するイメージや印象、具体施策の考察において重要です。本章における「在宅医療」の定義を明確に示してください。	「1 目指すべき姿」において、「在宅医療は、最期まで住み慣れた自宅等で自分らしい生活を続けられるよう～、患者の日常生活を支える医療であり、」と定義づけており、自宅だけではなく有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅、その他、生活を支えるために訪問診療が可能な施設も含まれます。	C
25	3	3	1	B	② 関連しますが、整理された4分類(1)在宅療養に向けた退院支援、(2)日常の療養生活の支援、(3)急変時の対応、(4)患者が望む場所での看取り、は、「居宅における在宅医療」を指し示すものか、「施設や療養病床(や介護医療院)への入所、入院」をも指すものか、明示してください。 例えば(4)の看取り場所、に関して、患者の意向について「自宅」を希望する傾向を記述する一方、死亡場所では「自宅や老人ホームで亡くなる人は」と記述がされ、敢えて患者居宅以外の場所を混在させているようで、理解しづらい印象です。	患者の意向や死亡場所については、厚生労働省の資料に準じて記述しています。	D

整理番号	部	章	節	個人 A 団体 B	御意見の内容	県の考え方	反映 状況
26	3	3	1	B	<p>2 現状と課題</p> <p>65頁 下から2行目から「在宅医療等」の必要量として、2016年に策定した「県地域医療構想」から数値が紹介され、在宅医療のニーズが大幅に増大することと併せて、「多様化していく」と記述されています。また、2025年において、一日あたりの在宅医療等が82372人、訪問診療分は45731人、2013年に比して、在宅医療等は1.8倍に激増すると紹介されています。</p> <p>①「県地域医療構想」によると2025年には「在宅医療等」のみならず「訪問診療分」も2013年の26626人から1.8倍に激増しています。また、訪問診療分でない「在宅医療等」が必要な患者は、82372人－45731人＝36641人と掲げられています。</p> <p>さらに、2013年時点で「訪問診療」でない「在宅医療等」の患者数は19526人と推計され、「居宅」の他、老健施設、特養、老人ホーム、その他療養生活を営むことができる場所であって、医療機関以外において提供される医療の対象になるとされています。</p> <p>以上より、訪問診療の必要な患者数が2013年時点より激増することを課題として明記すべきです。また、2025年の訪問診療分以外の36641人への「在宅医療等」とは、どのような医療内容が想定され、どのような対応計画が必要なのか、「現状と課題」を明示してください。</p>	<p>介護老人保健施設や特別養護老人ホームについては、配置医が入所者の管理を担当することとなっています。また、有料老人ホームについては、あらかじめ協力医療機関を定めて入居者の急変等に備えることとなっていることから、一般的には担当医師や医療機関で対応するものと考えます。</p>	C
27	3	3	1	B	<p>② 救急医療の頁(55頁、56頁)、小児医療の頁(62頁)などで、「適正受診について普及啓発をはかることが重要」「救急車の適正利用が求められ」「医療機関の適正受診を推進」と記述がありますが、在宅医療分野においても、遠くない将来において、夜間、深夜の訪問依頼、訪問要請などが医療機関のみならず、各地域の拠点や関係施設に寄せられることが推測できます。訪問診療、在宅医療の利用にあたっての啓発、周知を講ずることなども検討してください。</p>	<p>在宅医療については、訪問医や訪問看護師、ケアマネジャー等がチームとして対応していくことから、患者や家族と治療方針等を話し合う中で急変時の連絡方法等を決めていることから、救急医療のような適正受診の記述をしていません。</p>	D
28	3	3	1	B	<p>66頁 10行目「(2)日常療養生活の支援」にて、訪問診療を実施する医療機関は「2017年3月末現在766か所」としています。</p> <p>この数値は68頁で後述される「在宅時医学総合指導管理料及び施設入居時等医学総合指導管理料の届出医療機関数」です。「在医総管」は24時間の対応をしない医療機関でも届出ができる診療報酬ですが、その届出数は経年微増に留まっています。また、届出医療機関でも、多くの医療機関ではひと月の訪問診療件数は10件未満です。</p> <p>届出数の増加や各医療機関における在宅医療分野への関わりが少しでも増えるような施策を期待いたします。また、この分野における診療報酬の拡充や、新たな医療機関の参入障壁となっている複雑な算定要件の簡素化、合理化などの意見を国に対して上申してください。</p>	<p>訪問診療を担う医師を増やすためには、日本医師会のアンケート結果で「在宅医療を実施する上で大変なこと」となっている「24時間体制」や「緊急入院のための病床確保」「訪問看護職員の確保」を解消していくことが重要と考えており、この課題を解決していくための施策を講じていく予定です。</p>	C

整理番号	部	章	節	個人 A 団体 B	御意見の内容	県の考え方	反映 状況
29	3	3	1	B	<p>68頁下から「5行目」より 訪問診療を実施する医療機関(在医総管の届出医療機関)の目標値を2016年度末766医療機関から、2020年で930か所。2023年で1075か所を目標にするとの記述があります。</p> <p>①届出医療機関における訪問診療の実施件数は様々です。訪問診療件数が、在医総管の届出数増加に比例して増加するかは不明です。タイトルのとおりあくまでも指標にしかありません。</p> <p>2025年までに、訪問患者数、在宅医療等の対象者数が激増する推計に対し、上記施策で在宅医療を担当する医療機関や担当従事者が充足するとは考えられません。該当患者が療養病床や施設等へ入院、入所をできる手立てを全国一の高齢化が予測される埼玉県の独自施策として講じるよう検討してください。</p>	<p>介護療養病床(介護医療院)や介護老人保健施設、特別養護老人ホームのサービス見込みについては、高齢者支援計画や介護保険事業計画により需要見込みを試算し、サービス見込量を算出して対応していきます。</p>	E
30	3	3	1	B	<p>②なお、前回2013年策定の地域医療計画における指標では、「在宅療養支援診療所」(在支診)の数を2017年末までに700か所に増やすと掲げられていましたが、全く到達していないのが現状です。</p> <p>地域包括ケアシステムの担当医療機関として「在支診」届出医療機関を想定していたとすれば、本計画(素案)で示されている「在医総管」届出医療機関とは、担当する内容や範囲が大きく異なります。地域包括ケアシステムにおける担当医療機関の役割が変更することになるのでしょうか。</p> <p>計画(素案)の段階でどのように担当医療機関の役割を変更させているのか、または今後変更する予定なのか見通しを示してください。</p>	<p>厚生労働省の医療施設調査によると、在宅療養支援診療所ではないが在宅医療サービスを提供する診療所が相当数あることや、在宅療養支援診療所であっても全ての在宅医療サービスを実施しているとは限らないことから、在宅療養支援診療所の数を指標とすることは適さないと考え、指標を変更しています。</p>	C
31	3	4	1	B	<p>第4章 医療従事者等の確保 第1節 医療従事者等の確保 69頁 目指すべき姿の人材確保策の書き出しが「医師の偏在解消」とあります。</p> <p>しかし、埼玉県を目指すべき第1課題は人口対比で全国一医師数が少ないことの解消です。</p> <p>確かに、県内における医師の従事状況は均一ではありませんが、「地域的な偏在」を強調するほどに多いとえる地域があるのでしょうか。全国平均を上回っているほど医師数の多い地域があるのでしょうか。地域の割り振り等は当面する課題への対応に位置付けられると思慮します。</p>	<p>ご指摘のとおり人口当たりの医師数が全国平均を上回る医療圏はありません。しかしながら、人口当たりの医師数が最も多い医療圏と最も少ない医療圏では2倍以上の格差が生じていることや、特に秩父、北部、利根医療圏などは人口当たりの医師数、直近10年間の医師の増加率が県の平均以下であるなど、医師の確保が特に困難なことから代表的な対応すべき課題として記載しております。</p> <p>奨学金制度などによる医師の確保により地域偏在や診療科偏在を解消するとともに、臨床研修医の県内誘導や地域医療教育センターの活用などにより埼玉県で勤務する医師の総数の確保にも努めてまいります。</p>	C
32	3	5	1	B	<p>第5章 医療の安全の確保 第3節 医薬品の適正使用の推進</p> <p>78頁下から10行目より、「ジェネリック医薬品」に関する記述が頻出します。</p> <p>医学的、薬学的観点より医薬品の安全性対策、適正対策に関する計画を記述する本章において、患者負担の軽減や医療費適正化に結びつける記述は相応しくないのの後段への移行を検討してください。79頁の「5 指標」における数量シェアに至っては、本章の「安全確保」とは一切関係ありません。</p>	<p>国民医療費や薬剤費が高騰する中、医薬品を適正使用することについて普及啓発することが重要になっています。</p> <p>県内にもジェネリック医薬品メーカーが存在しており、品質、有効性及び安全性を確認しています。</p> <p>県としては、ジェネリック医薬品の品質、有効性及び安全性を確保し、これを県民に説明し、理解してもらうことが数量シェアの増加に繋がることから、この指標を選定したものです。</p>	D

整理番号	部	章	節	個人 A 団体 B	御意見の内容	県の考え方	反映 状況
33	4	1	—	B	<p>第4部 地域医療構想 第1章 地域医療構想の概要</p> <p>6 病床機能報告による病床数と必要病床数との比較</p> <p>83頁 各医療機関から報告されてくる病床機能報告とガイドラインにより推計した必要病床数との比較では、「高度急性期」と「急性期」の2区分で現状の病床数が多い結果が示されています。国のガイドラインによって作成している推計値は、あくまで「目安」であることを十分にご承知のことと思います。この比較において不足とされる「回復期」や「慢性期」に対する病床の増床施策を早急に講じてください。</p>	<p>将来のあるべき医療提供体制の実現に向け、区域ごとに設置した協議の場（地域医療構想調整会議）における関係者の協議や地域医療介護総合確保基金の活用等により、地域包括ケア病床等の回復期病床への転換の促進など、病床の機能分化・連携と病床整備を推進してまいります。</p>	B
34	4	1	—	B	<p>7 在宅医療等の必要量の推計結果</p> <p>83頁から掲載されている「推計結果」で、2025年には全県で82372人の「在宅医療等」の患者数が推計されています。</p> <p>この推計値は、同じく83頁にある2025年の必要病床数推計にて不足とされている「回復期12280床」「慢性期1046床」分が全て満たされていることを前提として、作成されていると考えられます。もし、「回復期」「慢性期」の病床不足が解消されない場合には、「在宅医療等」の患者数の推計が増えることにならないでしょうか。早期に推計を示してください。</p>	<p>将来のあるべき医療提供体制の実現に向け、区域ごとに設置した協議の場（地域医療構想調整会議）における関係者の協議や地域医療介護総合確保基金の活用等により、地域包括ケア病床等の回復期病床への転換の促進など、病床の機能分化・連携と病床整備を推進してまいります。</p>	B
35	4	2	—	B	<p>第2章 地域医療構想実現に向けた取り組み 2 現状と課題</p> <p>84頁 下から7行目 「(2)在宅医療等の体制整備」にて、入院患者の一部が在宅医療等へ移行することによって在宅医療等が2025年に2013年の1.8倍になるとあります。</p> <p>①この記述では、該当患者のカテゴリーを拡げたことで「1.8倍」に増えるだけのようであり一面的記述、記述不足といえます。</p> <p>従前、入院していた患者を「在宅等」へ移行させることは、居宅や施設等において現在より重症化した患者に対応することを意味します。在宅患者の病態は本計画施行年時点よりも重症化し、そうした患者数が「1.8倍」になっている点を「課題」としてあげてください。</p>	<p>文頭にあるとおり、「高齢化の進展」も含め1.8倍に増加するという記述をしています。</p>	B
36	4	2	—	B	<p>②従前よりも患者対応カテゴリーを拡げたことによってどの程度患者が増えるかは、84頁の一覧表にある「()」訪問診療数との差で見られます。</p> <p>その訪問診療の患者は「2013年26626人」から「2025年45731人」と、19105人も増え、「在宅医療等」と同様1.8倍の増加です。この対応のみでも担当医療機関や担当者数の大幅な増員が必要になりますが、これに加えて「退院後」にされる患者が2025年には3万人以上（82372人－45731人＝36641人）も生ずることが現在の計画で推計されている点は、極めて深刻に受けとめる必要があります。</p>	<p>退院する患者数の増加に対応するためには訪問診療医だけでなく、訪問看護師、ケアマネジャー等の介護関係職員等が地域で連携しながらチームとして対応していくことが必要と考えています。</p>	C

整理番号	部	章	節	個人 A 団体 B	御意見の内容	県の考え方	反映 状況
37	4	2	—	B	<p>84頁の下から2行目より、在宅医療等の役割として「患者の退院後の受け皿として極めて重要な役割を担う」とあります。</p> <p>訪問診療患者が1.8倍になったことに加えて、これまでは入院をしていた患者などが退院を強いられた場合にどのような「受け皿」があるのでしょうか。少なくとも「受け皿」が具体的に見えていない点を課題として計画に掲載しておくべきです。また軽々に入院患者の一部を「在宅医療等」として退院させることのないような施策を計画・策定してください(85頁の表「新たなサービス必要量推計」のみでは深刻さが見えません)。</p> <p>36641人といえば、2013年訪問診療患者数の1.4倍の人数です。</p> <p>これだけの患者数が新たに増加することがデータで既に示されています。にも関わらず、計画(素案)では「受け皿」の対応が「急変時の対応や看取りのための連携構築」「多職種協働による包括的かつ継続的な医療提供体制の確保が急務」のみです。入所施設を増設するなどの具体的な方策を検討してください。</p>	<p>介護療養病床(介護医療院)や介護老人保健施設、特別養護老人ホームのサービス見込みについては、高齢者支援計画や介護保険事業計画により需要見込みを試算し、サービス見込量を算出して対応していきます。</p>	E
38	4	2	—	B	<p>85頁下から9行「(2) 地域包括ケアシステムの構築に併せ、在宅医療連携拠点等の機能強化や、在宅医療を担う医療従事者の確保・要請等、在宅医療体制の整備を進めます」とあります。</p> <p>前計画の中で、在宅医療の担当者として想定していた「在宅療養支援診療所・病院」(在支診)を指標、数値目標に挙げることを変更するのでしょうか。本計画(素案)では「在支診」を担当者に位置付ける旨が記述されていなく、「在支診」を中心としていた従前計画からの継承する点、変更する点の明記をお願いします。</p>	<p>厚生労働省の医療施設調査によると、在宅療養支援診療所ではないが在宅医療サービスを提供する診療所が相当数あることや、在宅療養支援診療所であっても全ての在宅医療サービスを実施しているとは限らないことから、在宅療養支援診療所の数を指標とすることは適さないと考えています。</p>	C
39	5	1	—	B	<p>第5部 医療費適正化計画</p> <p>86頁 これまでも「医療費適正化計画」は強調され、計画(素案)でも「医療の効率的な提供の推進」と掲げられています。</p> <p>① 根拠に乏しい施策、医療そのものを歪めるような施策については、見直し等を検討ください。</p> <p>② 国の医療費抑制策が強く進められている中、患者の受診抑制・受診控えが顕在化してきています。また、医療を担当する医師・歯科医師をはじめとする医療従事者の確保や定着が困難であることは、本計画(素案)69頁以降でも記述されているとおりです。直近の中医協医療経済実態調査の報告(17年11月8日発表)では、一般病院の赤字は前年より一層拡大し、統計を取り始めてから3番目に悪いとのこと。診療所も、大きく報じられてこそいませんが収支差益が悪化している医療機関が急増中です。地域医療を現状どおり維持していくことが困難なデータで示されているところです。</p>	<p>「経済財政運営と改革の基本方針2017～人材への投資を通じた生産性向上～」(骨太方針)において、医療費の適正化の推進としてジェネリック医薬品の数量シェアが掲げられています。</p> <p>また、平成27年10月23日、厚生労働省が発出した「患者のための薬局ビジョン」において、かかりつけ薬剤師・薬局の機能が発揮されることにより、患者の薬物療法の安全性・有効性が向上するほか、医療費の適正化にもつながることが示されています。</p> <p>昨今の研究から、歯の本数と健康寿命や要介護日数との関連性が指摘されています。また、歯の本数が多い人ほど、年間の医科医療費が少なく、認知症のリスクが少ないことが分かってきました。</p> <p>また、歯周病と糖尿病には双方向性の関係があり、歯周病治療を実施することで血糖コントロールが改善することが分かっています。このほかにも、日本歯周病学会等において、歯周病と脳卒中や心疾患等との関連性について報告がなされています。</p> <p>がん患者や入院患者、要介護者に対して口腔ケアを実施することで、がん治療中の副作用の緩和や生活の質の向上が期待されています。また、口腔ケアが誤嚥性肺炎の予防に重要な役割を果たすことが、多くの人に理解されるようになってきました。</p> <p>これらの状況を踏まえ、医科歯科の連携強化を図りながら、歯科口腔保健の観点から医療費適正化に努めてまいります。</p>	C

整理番号	部	章	節	個人 A 団体 B	御意見の内容	県の考え方	反映 状況
40	5	1	—	B	<p>第1章 住民の健康の保持の推進 87頁 計画(素案)には未記載ですが、市町村等による健康増進事業として「ヘルスケアポイント制度の実施」などが広報されています。</p> <p>この事業の費用対効果はどうでしょうか。多数の市民や多数の被保険者の健康状態が改善することはデータで示されているのでしょうか。これらは、健康の「自己責任」を強調することの他、一部を除き多数の県民参加が期待できない施策です。「健康日本21(第2次)」で示されている「社会環境の質の向上」策の充実強化によって、多くの被保険者が健やかで心豊かに生活ができる社会の実現を目指してください。</p>	<p>「主な取組」である「生活習慣病を予防する健康づくり対策の推進」などにより、健康増進のための社会環境の質の向上をめざす取組を進め、多くの県民に健康づくりに参加していただけるよう努めてまいります。</p>	C
41	5	2	—	B	<p>第2章 医療の効率的な提供の推進 88頁 この章立てに関する記述の半分が、ジェネリック医薬品の使用促進に関するものです。多くは国の施策の再掲で、国の数量シェア目標「2020年に「80%」を、指標に再掲し「2021年度末に「80%」として国への追従の目標が示されています。</p> <p>こうした「数値ありき」で市民や被保険者教育が行われることは、医療に対する理解を歪めたり不信をもたらしかねません。ジェネリック医薬品の処方、主治医によって判断されるべきで、その判断を尊重する旨を、被保険者に啓発・周知することを求めます。</p> <p>特に「利用差額の通知」は、同品質とはいえない医薬品であっても、単に費用が異なっているのかごとく、患者に誤解を及ぼしかねず、ひいては医療への不信につながる可能性が高いとえます。誤解を生じさせる施策は取りやめるべきです。本計画(素案)で「医薬品の品質に対する信頼性が高いといえない状況」と指摘しているとおりであり、品質向上に伴い、普及も進みます。</p> <p>また、これまでの数量シェアの到達により、どの程度の医療費が削減されているか、過去事例等の実績・論拠を紹介ください。</p>	<p>ジェネリック医薬品は、先発医薬品と治療学的に同等であるものとして製造販売が承認されています。</p> <p>医薬品は、医師が診断し処方箋に基づき交付されるものです。ジェネリック医薬品の使用促進によって医師の処方権が侵害されるものではありません。</p> <p>厚生労働省の試算によると、ジェネリック医薬品の数量シェアが80%になった場合、医療費は約1.3兆円の削減効果があるとされています。</p> <p>また、主治医の判断は重要と考えますが、患者負担の軽減なども同時に考えていく必要があります。「利用差額の通知」にあたっては、市町村国保被保険者の方に誤解を生じさせないように注意するとともに、理解が得られるような周知を心掛けます。</p>	C
42	5	3	—	B	<p>第3章 医療費の見込み 90頁 前回計画において、2017年度の医療費推計を「計画に基づく適正化の取り組みを行わなかった場合に2兆3700億円」とされていました。本計画(素案)では、2016年度(現状)の推計が「2兆4059億円」とされ、前回計画における不履行時の推計を大きく上回っています。</p> <p>これは、国からの将来推計ツールに変更があったためなのか、または、計算方法は変更しないが予測を大きく上回って医療費支出が増えたのかいずれでしょうか？</p> <p>医療費を不当に抑制する政策は遂行すべきではありませんが、計画(素案)の性格として新たな計画を策定するうえでは、前回までの計画に対する評価、検証は当然に必要です。そもその計画が適正であったか評価することも必要です。</p>	<p>2017年度の医療費推計は、「都道府県医療費の将来推計ツール(厚生労働省)」により前回計画策定時(平成24年度)に算出したものです。</p> <p>本計画素案の医療費の推計にあたっては、厚生労働省から新たに配布された推計ツールにより、平成29年度に算出したものです。また、素案でお示しさせていただいた2016年度の推計につきましては、その後精査した結果、2兆253億円となっております。</p> <p>なお、計画終了の翌年度に、計画についての検証を行い、実績の評価を行います。</p>	C

整理番号	部	章	節	個人 A 団体 B	御意見の内容	県の考え方	反映 状況
43	5	4	—	B	<p>第4章 国民健康保険の運営 91頁 計画(素案)に記述はありませんが、医療費適正化の一環で、「レセプト点検の充実強化」「市町村の効率的二次点検を県が支援」と国保運営方針ではいわれています。</p> <p>① 支援や点検強化が単なる「内容点検効果率」の向上を追求することは、誤りなく診療報酬明細書を提出している保険医療機関に対して、減点審査や明細書の返戻を、一層増やすことに確実につながっています。</p> <p>昨年、ある市の保険者では、佐薬の処方に対して「病名がない」と、明らかな保険者点検の誤りによって(なおかつ、国保連合会も誤りに気づかなかったため)、同一医療機関に対して類似事例60件もの再審査請求を出したため、その医療機関は60件もの不当な減点を受けていた事例がありました。</p> <p>また、別の市の保険者の点検によって、「糖尿病」と確定診断した病名の患者に対する処方時には不必要な「摘要欄に耐糖能異常と判断した根拠(判断した年月とその結果)を記載してください」との誤った返戻事例なども発生しています。その他にも保険者点検に起因して明らかに誤っている減点、返戻は多数存在しています。</p>	適正な保険給付ができるよう、研修や指導助言等により点検水準の底上げを行い、レセプト点検の充実強化を図ります。	C
44	5	4	—	B	<p>② 上記事例は、国保連合会から保険医療機関に対して謝罪があり、請求が復活しましたが、こうした無責任な保険者点検を後押しすることのないようにしてください。</p> <p>「効率的に二次点検」などと記述しますが、機械的に適応症を当てはめるだけの点検、医療内容に立ち入る点検、民間業者に丸投げする点検などは、やめるべきです。</p>	適正な保険給付ができるよう、研修や指導助言等により点検水準の底上げを行い、レセプト点検の充実強化を図ります。	C