

# 埼玉県地域保健医療計画（第7次）（素案）への県民コメント

団体名 埼玉県保険医協会

〒330-0074

さいたま市浦和区北浦和4-2-2-5階

代表者 理事長 大場 敏明

※太字は計画（素案）の引用や紹介です。細字が本会コメントです。

## 計画（素案）に対する意見

### 全般について

（1）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。

「県地域医療構想」に象徴されますが、国のガイドラインを引用して作成した推計値からどのような懸念事項が想定されているのか、足りているとされる「病床数」は本当に不足しないか、大幅に対象者が増える「在宅医療」を担当する医療機関や従事者の確保の見通しはどうか、今後の6年間で、推計に対する計画の軌道補正や修正はいつ検証するのか、など、埼玉県特有の状況を踏まえて計画していくべき事項は多数に亘ります。

6年という期間は必ずしも短いとは言えませんが、地域医療構想や関係法令により医療提供体制を大きく変更させる方針が既に示され、「診療報酬下げ都道府県別に」（日経新聞2017年11月17日）との報道に象徴されるように、都道府県独自の施策を講じて、「計画（素案）」が策定することが求められています。

これまでにない「都道府県単位により医療提供体制の見直し」が求められている事情、その上で、現在でも全国的水準に届いていない埼玉県特有の医療事情などを踏まえて、特有の施策として、これまでよりも一層充実が必要と見込まれる部面などを打ち出し、計画を遂行させていくには「6年間」は大変に短い期間といえます。特に訪問診療や在宅医療の対象となる患者数が1.8倍に激増する推計に対応した、担当医療機関数や担当者数の確保、入院施設、入所施設の増設などの計画策定は至急性を要するものです。

県内の開業医師・開業歯科医師など4060人の医師歯科医師で構成する本会として、こうした時期に策定される本計画（素案）の内容は関心を高く持たずにいられません。本計画に関わる医療機関や担当する従事者が翻弄されることが少なく済むような政策や計画づくりを求めます。

（2）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ます。少なくとも併記・併用をお願いします。

## 第1部 基本的な事項

### 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。

### 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

##### 2 実施主体の役割

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。

## 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。

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。

### 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。

### 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。

#### 1 目指すべき姿

65頁 「在宅での療養を希望する患者が」「住み慣れた地域に必要な医療を受けるため」とあります。

① 次項目にも関連しますが、目指すべき姿の（1）～（4）の4点の前提とされている「在宅での療養」における「在宅」とは「県地域医療構想」（2016年策定）における「在宅医療等」を意味するものでしょうか。「県地域医療構想」では、患者居宅の他、様々な施設、療養病床（や介護医療院）の入院、入所も含むと定義されています。

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。

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。

#### 2 現状と課題

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。

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。

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。

以上より、訪問診療に必要な患者数が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化が必要なのか、「現状と課題」を明示してください。

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。

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。

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。

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。

## 5 指標

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。

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。

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、入所が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。

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。

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だくとすれば、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。

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。

## 第4章 医療従事者等の確保

## 第1節 医療従事者等の確保

### 1 目指すべき姿

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。

しかし、埼玉県が目指すべき第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。

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。

## 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

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。

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も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。

## 第4部 地域医療構想

### 第1章 地域医療構想の概要

#### 6 病床機能報告による病床数と必要病床数との比較

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。

#### 7 在宅医療等の必要量の推計結果

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。

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。

### 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

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。

①この記述では、該当患者のカテゴリーを上げたことで「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。

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。

②従前よりも患者対応カテゴリーを上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。

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。

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。

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）。

36641人といえば、2013年訪問診療患者数の1.4倍の人数です。

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。

### 3 課題への対応

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。

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ようです。「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。

## 第5部 医療費適正化計画

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。

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。

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。

### 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。

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。

### 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。

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。

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かのごとく、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。

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。

### 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。

これは、国からの将来推計ツールに変更があったためのものか、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？

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。そもそもの計画が適正であったか評価することも必要です。

### 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。

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。

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つたため）、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。

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。

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。

「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。

以上