

「石川県地域医療構想（案）」に対するパブリックコメントの結果について

- 1 募集期間：平成28年8月29日（月）～9月28日（水）
- 2 寄せられた意見：10件

	意見内容	左記に対する考え方
1	<p>医療がそれぞれの地域の中でこれまで担ってきた役割については、それぞれの地域の文化や歴史の結果として現状があると思います。今回の石川県地域医療構想の中では、将来的な必要病床数については法律に基づいた計算式から算出された数字をそのまま入れ込んであり、とても地域の実情を勘案したものとは思えません。そもそも地域の医療供給体制にばらつきがあるのは当然のことで、それを一律的な平均値に納めようとするには疑問を感じざるを得ません。県単位で区切りをつけて競争をさせるようなやり方はおかしいと思います。各都道府県間のばらつきよりも、県内の各医療圏におけるばらつき、これは格差といっても良いのかもしれませんが、これを解消していくことこそ自治体にとって必要な政策課題なのではないかと考えます。</p>	<p>地域医療構想に盛り込む2025年の必要病床数は、法令により、実際に入院した者の全てのレセプトデータに今後の高齢化等を加味するという方法で、現に発生している医療ニーズをもとに算定することとされていることから、本県ではこの方法を用いて算定したところです。この必要病床数は2025年のあるべき医療提供体制を検討していくための参考値です。</p> <p>あるべき医療提供体制に向けて、今後、構想区域ごとに地域の実情を踏まえて、必要な対策等を関係者と協議していきたいと考えております。</p>
2	<p>団塊の一人としても将来への不安があります。人口予想で示されているように、75歳以上が現在より5万人ぐらゐ増加する。医療と介護を必要とする方がどれくらいかわかりませんが、間違いなく増えます。</p> <p>1) できるだけ病気になるように、介護の世話にならないような予防への施策の具体化をお願いします。しかし、現実にはお世話になるので、対策が必要</p> <p>2) 病床機能の必要数が、なぜ3400床減るのか、その根拠がわかりません。例えばある病院の病床利用が減っているのは、単なる人口減だけでなく、常勤医師の不足から入院数が減っていると現場からも聞きました。地域事情を熟慮した予測が必要。その分、在宅医療数が8000近く増の予測。仮に現利用者3400が在宅移動として純増が約4600。これで5万人近く増の後期高齢世代対応できるのか？</p> <p>県作成の長寿計画でも、施設サービスだけで介護老人福祉施設6960（+1000）、老健4844（+800）と増加。地域密着でも訪問介護看護が3500人増、小規模多機能居宅介護で1万増。全てが医療に必要な繋がらないが、増加することは間違いのないと思います。あまりに、厚労省いいなりの当てはめとしか言わざるをえません。当然、各自治体や医療介護関係者から意見も聞かれたかも知れませんが、実感から離れていると思います。より詳細な調査をお願いします。</p>	<p>疾病予防や介護予防については、生涯にわたり元気で自立して暮らせる期間である「健康寿命」の延伸を目的として策定した「いしかわ健康フロンティア戦略」や、高齢者が健康で生きがいを持って安心して暮らせる社会づくりを進める「長寿社会プラン」等に基づき、健康増進対策や生活習慣病予防対策、介護予防対策等の施策を実施しているところであり、今後とも引き続きこうした対策の推進に努めていくこととしております。</p> <p>地域医療構想に盛り込む2025年の必要病床数は、法令により、実際に入院した者の全てのレセプトデータに今後の高齢化等を加味するという方法で、現に発生している医療ニーズをもとに算定することとされていることから、本県ではこの方法を用いて算定したところです。この必要病床数は2025年のあるべき医療提供体制を検討していくための参考値です。</p> <p>あるべき医療提供体制に向けて、今後、構想区域ごとに地域の実情を踏まえて、必要な対策等を関係者と協議していきたいと考えております。</p>
3	<p>今回の地域医療構想の基本となる2025年における医療需要（推計入院患者数等）については、全国一律の方法で、一定の仮定のもと推計することとされており、厚生労働省から提供された基礎データ及び推計ツールによりあくまで推計されたものです。石川県ではこの推計値を基に各医療圏の必要病床数を算出していますが、全国でも県内でも医療圏ごとに推計値では測り知れない様々な条件があります。</p> <p>金沢市や近郊自治体のように医療機関へのアクセスが容易な地域がある一方で南加賀や能登地域のように現在でもアクセスが不便な地域があります。この計画では石川中央だけでなく南加賀、能登中部、能登北部それぞれの圏域で急性期病床・慢性期病床が2014年度病床機能報告の病床数より極端に減少する構想となっています。特に急性期病床は南加賀では半減、能登北部では7割減となっています。広大な地域を抱えるこれらの圏域でこのまま病床が減少すれば県民がいつでも・どこでも・安心して医療を受けることが不可能となります。金沢市近郊においてもそれぞれの地域で一般中小病院も含めて個々の病院は地域で大きな役割を果たしています。</p> <p>現在の構想は、地域医療構想策定の趣旨で記されている『高齢者が住みなれた地域で安心して暮らし続けることができるよう』とは真逆の方向と考えます。</p> <p>今回の構想では『必要病床数は、2025年のあるべき医療提供体制に向け、今後検討していくための参考値であり、これにより今ある病床を必要病床数まで直ちに減らすというものではありません。必要病床数の実現に向けては、今後の医療需要等を踏まえ、あくまでも医療機関による自主的な取組が基本になります。』と明記されています。厚労省の示す推計値をそのままに県の構想として当てはめるのではなく、地域の実情を把握しながら医療機関の意見を尊重し必要な病床数は守るという構想の策定を求めます。</p>	<p>地域医療構想に盛り込む2025年の必要病床数は、法令により、実際に入院した者の全てのレセプトデータに今後の高齢化等を加味するという方法で、現に発生している医療ニーズをもとに算定することとされていることから、本県ではこの方法を用いて算定したところです。この必要病床数は2025年のあるべき医療提供体制を検討していくための参考値です。</p> <p>あるべき医療提供体制に向けて、今後、構想区域ごとに地域の実情を踏まえて、必要な対策等を関係者と協議していきたいと考えております。</p>
4	<p>地域医療構想は、2014年の通常国会で成立した「医療介護総合法」による改正医療法に基づき策定が義務付けられたものであ</p>	<p>地域医療構想に盛り込む2025年の必要病床数は、今後のあるべき</p>

	<p>る。医療介護総合法は、いわゆる「社会保障・税一体改革」における医療介護提供体制改革の中核となる法律であり、その目指すところは、社会保障制度改革推進法における社会保障分野での国家責任の後退（自助、共助の強調）が示す通り、給付の重点化・効率化の推進であると理解している。</p> <p>地域医療構想の内容として、総論において「今後の医療機能ごとの需要とそれに基づく病床の必要量などを推計するとともに、目指すべき医療提供体制の実現に向けた施策の方向性を示すもの」としているが、社会保障制度改革推進法に基づく給付の重点化・効率化が進められる中で、この「必要量」が「病床削減目標」へと転化することを危惧している。「始めに病床削減ありき」という運用、すなわち地域医療構想の必要病床数が独り歩きするようなことのないよう、あくまでも「医療計画」の一部としての位置づけを忘れず、患者の病態に応じた必要な入院医療、在宅医療を十分に受けられるような医療提供体制の整備に努めていただきたい。</p>	<p>医療提供体制を検討していくための参考値であり、必要量を超える病床を強制的に削減するといった趣旨のものではなく、必要病床数の実現に向けては、今後の医療需要等を踏まえ、あくまでも医療機関による自主的な取り組みが基本になるものと考えています。</p> <p>あるべき医療提供体制に向けて、今後、構想区域ごとに地域の実情を踏まえて、必要な対策等を関係者と協議していきたいと考えております。</p>
5	<p>2025年にむけて日本は世界が経験したことがない超高齢社会を迎える。その特徴は、</p> <p>(1) 将来人口推計では、総人口の減少が予測され、生産年齢人口は平成7年の799,338人をピークに減少している一方、高齢者人口は増加を続けている。高齢者人口の増加の特徴は、前期高齢者はあまり変化がないものの後期高齢者の増加が著しいことである。65歳以上の人口割合と75歳以上の人口の割合は、平成37年には、それぞれ31%、19%となる見込みであること。</p> <p>(2) 高齢者世帯では、一人暮らし世帯と夫婦のみ世帯の増加が著しく、高齢者世帯の約6割が単独世帯又は夫婦のみの世帯となっている。高齢者の単独世帯数は増加を続け、平成42年以降は単独世帯数が夫婦のみの世帯数を上回る見込みであること。</p> <p>(3) 超高齢社会の到来と相まって、認知症高齢者の増加が顕著であり、NHK等の報道では2025年認知症高齢者は850万にも達すると言われていること。</p> <p>(4) 若者と高齢世帯に貧困が広がり、とりわけ、高齢者の貧困は深刻である。最低限の生活に必要な年収を一人当たり160万円に設定した上で、この額に満たない高齢者世帯を貧困状態とみなして人口を試算した結果、「高齢者全体の4分の1を占める893万5000人が貧困世帯に該当した。」といわれている。「家族のうち高齢者が一人でもいる世帯で年収が設定額を下回ったのは、全体の27,4%に当たる644万7000世帯。独り暮らしの世帯の中で設定を下回ったのは、男性が72万世帯(37,7%)、女性は226万7000世帯(56,0%)に上った。」とのこと。なんと一人暮らしされている女性の半数以上が貧困世帯である。この高齢世帯に2042年まで続く年金の引き下げ、3年に1度の介護保険料の引き上げが予定されている。こうした高齢者の所得の減少・負担増で高齢世帯の経済力も低下をしている。</p> <p>こうしたことについては、認知症、貧困の拡大以外は、地域医療構想案に記載してある。しかし、重要なのは上記4点などの人口の変化、世帯の変化によって、何がどう変わるかを明らかにすることである。つまり4点の変化に伴い、有病率の変化、家族力の低下それに伴う在宅の介護力の大幅な低下、高齢者の大幅な経済力の低下が予想される。そしてそのことによって地域住民の医療・介護要求がこれまでと様変わりする可能性がある。</p> <p>医療は生活の面から見れば生活の機能の一部である。医療の窓から地域をみて医療構想案をつくるのではなく、生活の変化、地域社会の変化を適切に見定めてから「医療提供体制」を考えるべきではなかろうか。</p> <p>上記に述べたことなどを総合的に把握し、地域社会の変化をきちんと予想・把握することが重要である。そこから行政や医療提供機関に対する医療や介護ニーズの変化があきらかになり、それに伴う医療と介護の提供体制のあるべき姿が見えてくるのではなかろうか。</p> <p>「構想案」には、地域社会の変化、予想できる地域の介護や医療に対する要求の変化という視点・記述がない、地域分析から出発して地域に必要な医療や介護の提供体制の必要量を把握するという視点、手続きがないものである。はじめから、国のガイドラインから出発をしてガイドラインを地域社会に適用するというものになっている。今地域医療構想案づくりに必要な事は現状からあるべき姿に向けて検討することである。決して「構想案」のように、国のガイドラインを、型紙に基づいて裁断するというように、地域の現実に機械的に適用することではない。</p>	<p>地域医療構想に盛り込む2025年の必要病床数は、法令により、実際に入院した者の全てのレセプトデータに今後の高齢化等を加味するという方法で、現に発生している医療ニーズをもとに算定することとされていることから、本県ではこの方法を用いて算定したところです。この必要病床数は2025年のあるべき医療提供体制を検討していくための参考値です。</p> <p>また、地域医療構想策定ガイドラインは、国が都道府県に対し、策定にあたって全国的に標準と考えられる手続き等を示したものであり、県では、これを参考に定めたところです。</p> <p>あるべき医療提供体制に向けて、今後、構想区域ごとに地域の実情を踏まえて、必要な対策等を関係者と協議していきたいと考えております。</p>
6	<p>この章(第3章)においては、病床機能ごとの医療需要推計が示されているが、その推計結果は厚生労働省から示された全国一律の方法でなされたものとほぼ一致している。これでは石川県の各医療圏の実情が考慮されたと言えるかは疑問である。</p> <p>また、国が示した推計方法そのものにも、次のような問題がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高度急性期、急性期、回復期機能の区分については、患者のレセプトデータに基づき、行われた診療行為を診療報酬の出来高点数で換算した値(医療資源投入量)で境界区分している。ここには本来受診が必要だったが何らかの理由で受診できなかった患者の医療需要(経済的理由による受診抑制や医療機関の偏在、不在など)は反映されておらず、実際の医療需要と乖離することが予想される。潜在的な医療需要を丁寧に分析し、医療圏ごとの特徴を加味するなどして、機械的に推計された病床数を修正していく努力をお願いしたい。(参考までに、石川県保険医協会では、2015年に患者受診実態調査を行い、県内の約3割の医療機関で患者の経済的理由による受診中断を経験しているという実態が明らかになっている。) ・慢性期機能の推計方法では、療養病床の入院患者のうち医療必要度が低いとされる医療区分1に該当する患者の70%につい 	<p>地域医療構想に盛り込む2025年の必要病床数は、法令により、実際に入院した者の全てのレセプトデータに今後の高齢化等を加味するという方法で、現に発生している医療ニーズをもとに算定することとされていることから、本県ではこの方法を用いて算定したところです。この必要病床数は2025年のあるべき医療提供体制を検討していくための参考値です。</p> <p>また、現在、国においては、既存の療養病床の一部を在宅医療等の施設として転換することが検討されており、その動向も注視していきたいと考えております。</p> <p>地域医療構想の策定にあたっては、法令に基づき、公開の医療審議会</p>

<p>て、在宅医療で対応することを前提に計算されている。「医療区分1」と一口に言ってもその病態は多様であり、入院による治療が不要と断ずるのは非常に危険である。また、慢性期病床については現行の5100床から2100床を削減（実に4割減）の上、「在宅医療対応」の患者を約8000人程度増やすという提案がなされているが、その受け皿となる在宅医療（在宅介護を含む）の具体的な整備見通しについての提起が乏しく、「地域包括ケアシステム」との関係も不明なままである。さらに、在宅対応となる患者については、居宅のほか特養、老健、サ高住等の居住系施設など「病院以外」に入居・入所する患者すべてという定義となっているが、病態に応じた住まいの保障という観点に欠けており非常に問題である。今回の推計においては、能登北部、能登中部の構想区域について、最も緩やかな削減パターンで計算するなど、努力の跡がうかがえるのは評価しないわけではないが、国の示す計算式による4割削減という「非現実的」な病床削減が本当に可能か、受け皿となる介護保障を含む在宅療養環境は本当に整備可能なのか、さらなる精査が必要であると考えます。</p> <p>・推計される「必要病床数」と対比して検討されている「現在の病床数」については、2014年度の病床機能報告に基づいた数値で検討されている。病床機能報告は各医療機関の自主的な判断で病床機能を「申告」させているものであり明確な基準に基づいた数値ではない。一方で「必要病床数」はレセプトデータに基づく定量的な基準である。医療機関による自主申告による数値とレセプトデータという定量的な基準との比較で、本当に現状との過不足を測れるのか疑問である。また、将来の必要病床数を考えるうえで、現在の医療提供の実態を踏まえることは非常に重要であるが、病床機能報告に基づく数値のみでは実態を反映していると言うには不十分である。各医療圏において医療機関や患者の実態を吸い上げるような懇話会やヒアリングを、より一層きめ細かく実施してもらいたい。</p> <p>上記のような国が示した推計方法の「限界」については、地域医療構想案でも認めており、「今後検討していくための参考値であり、これにより今ある病床を必要病床数まで直ちに減らすというものではありません。必要病床数の実現に向けては、今後の医療需要等を踏まえ、あくまでも医療機関による自主的な取組が基本になります。」と明記していることは評価したい。が、その一方で、今回の医療法改正により都道府県の権限が従前より強化されているのも事実である。例えば各医療機関から報告された病床数が地域医療構想の必要量を超えている場合や、必要量を超えた病床転換を計画している場合等において、医療機関や医療保険者等の関係者が参加し議論する「協議の場」が設置されることになっており、その実効性を高めるため医療機関に対して協議の場への参加と協議の場での合意事項への協力の努力義務が設けられている。ここでの議論が、患者に必要な入院医療の提供を妨げる「病床削減の強制」につながらないような会議運営要綱等の整備に努めていただきたい。その際には、地域住民の声を十分に反映できるような会議の透明性、公開性への配慮をお願いしたい。</p> <p>国が示した推計方法による必要病床数は、あくまでも「参考値」であるというスタンスが強調されているが、一方で、国の考える社会保障の効率化としての病床機能分化については、この間の診療報酬・介護報酬改定で着々と進行しているのが現実である（7対1病床の施設基準要件強化による10対1病床等への転換を促す改定、療養病床における医療必要度の高い患者の入院割合要件の強化など）。これらの報酬改定が事実上「必要病床数」への病床削減につながっていないか、石川県としても注視し続け、場合によっては国に対して意見、要望として挙げることも検討いただきたい。</p>	<p>で議論いただいております。医療審議会の委員には、医療関係者のほか、医療を受ける立場にある方や医療保険者の代表の方など、法令に基づき様々な立場の方々に委員に就任いただいております。また、構想区域ごとにおいても幅広くご意見をお伺いしてきたほか、今回のパブリックコメントを通じてもご意見をお伺いしたところです。</p> <p>あるべき医療提供体制に向けて、今後、構想区域ごとに地域の実情を踏まえて、必要な対策等を医療関係者のほか、医療を受ける立場を含む幅広い関係者と協議していきたいと考えております。</p>
<p>7 地域医療構想を通して必要病床数の議論にあまりに重点が置かれすぎており、前述のとおり在宅医療の充実に向けた整備（これは当然にケアを含んだ在宅療養患者の生活をトータルで保障するということであるが）について具体的な言及がほとんどないのは問題である。また、摂食・嚥下機能の維持・回復や全身疾患とも密接に関連する歯科医療に対する構想もほぼ皆無である。さらに、地域医療の充実のためには専門技術者の人材育成が不可欠でありこれは達成までに時間のかかるものであるにもかかわらず、構想案では、医療従事者の育成についてのごくわずかの言及にとどまっており、他の関係職種を含めた具体的な施策が見えてこない。あるべき医療提供体制の整備という観点からは、「将来の取り組み」を記述する本章の意義は大きい。石川県独自の調査を行うなど医療現場、介護現場の実態を吸い上げる努力を継続し、それをベースにより具体的な記述に向けて努力していただきたい。</p>	<p>ご意見のとおり、在宅医療の充実や人材育成等は重要なものと考えています。県では、これまで、医療計画に基づき、各地域における在宅医療推進の取組支援や医師・看護師確保に関する様々な取組を実施してきたところであります。</p> <p>地域医療構想は医療計画の一部でもあるため、本体となる医療計画と一体的に取り組んでいきたいと考えております。</p>
<p>8 地域医療構想の策定プロセスについての意見です。</p> <p>世界保健機構(WHO)は国際的な医療に関する戦略文書を公開しています。その中で、「統合された住民中心の保健サービスのための世界戦略2016-2026」というものがあります。保健サービスというとHealth serviceの訳ですから、日本でいうと広く医療、介護も含まれるものです。そのWHOの世界戦略では患者や家族、地域住民を中心に置く枠組みづくりが提唱されています。</p> <p>今回の地域医療構想に照らし合わせて考えると、地域医療においてサービスを受ける側を中心に考える必要があると思います。単に効率的効果的な医療サービスを受けることができるように考えるというだけではなく、患者側のニーズとしてどのような医療が求められているのかということについて、患者なり住民自身が十分に検討し、政策立案についてもより深く関わっていくことが必要なのではないかと考えます。</p> <p>しかるに現状ではどうなのでしょう？ 議会レベルで情報公開や討議がされているのかどうか、それぞれの自治体や病院の例えば患者会レベルでそのような検討がされているのか、といったことが求められるのではないのでしょうか？ 地域医療構想を明確にしていく期限もあろうかと思いますが、患者や住民も巻き込んだ丁寧な対応が求められるのではないかと考えます。</p>	<p>地域医療構想の策定にあたっては、法令に基づき、公開の医療審議会でも議論いただいております。医療審議会の委員には、医療関係者のほか、医療を受ける立場にある方や医療保険者の代表の方など、法令に基づき様々な立場の方々に委員に就任いただいております。また、構想区域ごとにおいても幅広くご意見をお伺いしてきたほか、今回のパブリックコメントを通じてもご意見をお伺いしたところです。</p>

9

(1)2025年医療需要の算出方法の問題

2025年の「必要病床数」は、2025年の「医療需要推計」と、国が決めた「各病床機能の稼働率」から算出されている。この国が決めた「稼働率」に明確な根拠はなく、全国一律とすることには批判が上がっている。

さらに問題なのは、2025年医療需要の算出方法である。この将来需要は、2013年のレセプトデータを内閣府の専門調査会が「解析」し、割り出した性・年齢化級別の「受療率」に「将来推計人口」を掛け合わせて算出される。そこで出てくるのが、受療率を算出するための元データがレセプトであることと、「政策的な一定の仮定」をおいて推計していることに起因する、けっして見過ごすわけにいかない問題である。

(2)レセプトは診療の結果。医療ニーズそのものではない。

レセプトは、診療の結果であって、患者住民の医療ニーズではない。必要な医療が身近にない地域や、お金がなくて医療にかかれず、十分な治療が受けられない人の医療ニーズはレセプトには反映されない。救急搬送された時には手遅れだったり、孤独死した人が必要としていた医療需要は汲み取られない。医療過疎地域では、脳卒中や急性心不全など急を要する病気で、高度医療を受けられず亡くなる場合がある。救急搬送が間に合った場合でも、請求されるレセプト件数は、医療が充実した地域より少ない割合となる。つまり「レセプト＝需要」という前提にたつと、医療過疎の地域では高度医療の需要そのものが相対的に少ないという結果になるのである。これをそのまま将来需要の推計ベースとすると、医療過疎地域は、将来も医療過疎地域のまま固定化されることになる。

例えばある病院では、「H24より看護師不足などにより3病棟から1病棟閉鎖し、2病棟となっている」が、この一時的なベット閉鎖の実績をベースに医療需要を推計したならば負のスパイラルになるのは明らかである。また別の病院は、「平成9年度の移転新築の当初は90%近くあった病床利用率は、人口減少の影響もあり、60%台で推移しており、時には50%前後に落ち込む場合もある。」という。地域外への入院患者は変化していないそうである。病床利用率の減少は人口の減を大きく上回っている。この現状の要因分析と対策を立案することなく、これを実績として、それに人口減を掛け合わせるならば、「医療需要推計値」はさらにマイナスとなり、団塊の世代が後期高齢者になる時には、必要な病床が不足するという不安が（現実の病院運営委員からも寄せられている）現実のものとなろうとしている。

(3)平均在院日数相当で急性期打ち切り。さらに高速回転状態が加速

地域医療構想では、「高度急性期」「急性期」「回復期」の各機能別に分けて需要を推計するため、機能を区分する点数が設定されている。このうち、急性期と回復期の境界点の点数は、全DPCの第Ⅱ入院期間の平均点数とほぼ同じである。つまり、急性期は平均在院日数程度までで区切り、あとは回復期扱いとする基準である。その結果、急性期入院の需要が減り、回復期が増えるという推計値がはじき出される仕組みである。さらに、出来高部分のレセプト点数が175点未満であれば、在宅扱いで需要をカウントしている。

こうした基準でレセプト件数を振り分け、機能別に受療率を算出し、推計人口と掛け合わせて出された将来需要は、今の入院実態とはかけ離れたフィクションである。しかし問題は、今後、診療報酬改定等により、入院の要件や基準が地域医療構想の方向へと誘導される可能性が極めて高いことである。2016年改定でも、地域医療構想と地域包括ケアの推進が改定の主題とされ、例えば、医療看護必要度が見直され、入院の重症度は上がり、在院日数は短縮するように仕組まれた。地域医療構想ガイドラインの点数設定でいけば、急性期は今の平均在院日数が、転棟・転院のタイミングになり、在院日数の半減が迫られる。要件強化等による誘導が強まれば、患者には早期の転棟・転院、医療現場にはさらなる高速回転状態の加速がもたらされることになるのである。

(4)慢性期入院の一律削減、在宅医療・施設の重度・重症化

地域医療構想案でベッド数が減る大きな要因は、慢性期入院の一律的な削減を前提にしていることにある。特殊疾患病棟などの入院を慢性期に振り分け、療養病床に入院する医療区分1の70%は在宅扱いし、全体として、療養病床の入院率が最も少ない県との差を埋めるよう慢性期入院の「受療率」を設定して、将来需要を推計する仕組みになっている。つまり、療養病床の多いところは“とにかく減らす”のである。その影響は、在宅等での対応の増大と、在宅・慢性期入院双方の重度・重症化である。患者家族や施設、慢性期医療の現場ともこれまで以上に医療依存度も介護度も高い患者が増えることになり、受け皿が確保できなければ、医療・介護難民、死に場所難民さえ出てきかねない事態につながるのである。

先に述べたように超高齢社会にともない、地域社会の大きな変化、地域の介護力の大幅な低下、高齢世帯の経済力の低下が予想される。そうした地域社会に、県の地域医療構想案では、慢性期の病床を2025年までに2117床削減し、在宅医療を7794（床）拡大しようと構想されている。慢性期病床から在宅医療に追い出された人の行き場を考えているのだろうか。医療だけの論理で生活の論理が全く考慮されていないのではないか。

在宅での介護力は大幅に低下している中で、慢性期病床から出された患者の行き場は特養ホームなどの介護施設や有料老人ホームである。特養ホームの待機者は2015年10月時点で3707名（石川県社会保障推進協議会自治体キャラバン資料集）であり、今後も大幅に改善することは期待できない。ならば有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅しか選択肢がなくなってしまう。し

地域医療構想に盛り込む2025年の必要病床数は、法令により、実際に入院した者の全てのレセプトデータに今後の高齢化等を加味するという方法で、現に発生している医療ニーズをもとに算定することとされていることから、本県ではこの方法を用いて算定したところだ。この必要病床数は2025年のあるべき医療提供体制を検討していくための参考値です。

地域医療構想では、入院以外に、自宅や有料老人ホームなどでの訪問診療や、特別養護老人ホームなどの施設で医療を受けるといった者を「在宅医療等」の対象者と位置付けており、これが現在に比べ8,000人程度増加すると推計しておりますが、本県では、過去10年間で、こうした訪問診療の実施件数や特別養護老人ホーム等の定員数が、ほぼ同数増えてきていることに加え、現在、国においては、既存の療養病床の一部を在宅医療等の施設として転換することが検討されており、その動向も注視していきたいと考えております。

あるべき医療提供体制に向けて、今後、構想区域ごとに地域の実情を踏まえて、必要な対策等を関係者と協議していきたいと考えております。

<p>かし、そうした施設の自己負担は、当事者の年金受給額をはるかに超えた物であり、お金のあるなしで在宅医療を受けるか、否かが決まってくる超格差社会が訪れる。そして格差社会が地域社会の健康度という点では、逆行した社会であることは、衆知の事実である。</p> <p>医療構想案は、「どこでも誰もがいつでもお金の心配なく必要な医療を受けることができるようにする」という国民皆保険の趣旨に反し、地域住民のいのちと健康を守ることにはならない。また医療従事者の歴史的使命、社会的責任からは、かなり外れた医療を医療従事者に強いるものになっている。こんな地域医療構想案には、住み慣れた地域で自分らしく安心して生きたいという住民の願いを託せない。</p> <p>県民、そして医師をはじめとする医療従事者の願いに応える地域医療構想は「いつでもどこでも誰もが安心して必要な医療を受けることができる」ことであり、住民・医療従事者双方が「希望が見える医療構想案」にしなければならない。まだ検討する時間がある。多くの県民・医療関係者の知恵と力を出し合い、真実に大切な地域医療構想を作り上げる仕組みの創設と取り組みを進めるべきである。</p>	
<p>10 改正「医療法」の第六条の二では「国及び地方公共団体は、医療を受ける者が病院、診療所又は助産所の選択に関して必要な情報を容易に得られるように、必要な措置を講ずるよう努めなければならない。2 医療提供施設の開設者及び管理者は、医療を受ける者が保健医療サービスの選択を適切に行うことができるように、当該医療提供施設の提供する医療について、正確かつ適切な情報を提供するとともに、患者又はその家族からの相談に適切に応ずるよう努めなければならない。3 国民は、良質かつ適切な医療の効率的な提供に資するよう、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携の重要性についての理解を深め、医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行い、医療を適切に受けるよう努めなければならない。とされている。</p> <p>主権者は国民であり、医療法では、上記のように、国民に「医療を適切に受ける」義務を規定している。日本が批准している社会権規約第12条1項では「この規約の締約国は、すべての者が到達可能な最高水準の身体及び精神の健康を享受する権利を有することを認める」とされている。すべての国民は「到達可能な最高の医療を受ける」権利がある。この医療を受ける権利に関わる地域医療構想づくりに、主権者・権利主体となる住民や住民団体の参加が確保されていないのは、非常に問題である。何度も県の関係部局にそのことを要求したが、「要望を聞きました」の返事であり、とうとう、その意見は聞いただけの話となった。</p> <p>医療は医師をはじめとする医療従事者と患者の「共同の営み」である。一方的に、専門家だけが関わって結論を住民におしつけるということになれば、何のために、誰のための「地域医療構想」となるのではないだろうか。今からでも遅くない。県民の代表をいれて、県民の目線で県民が理解できるように、県民が理解できる言葉を使って「構想」に作り上げるべきである。</p>	<p>地域医療構想の策定にあたっては、法令に基づき、公開の医療審議会で議論いただいております。医療審議会の委員には、医療関係者のほか、医療を受ける立場にある方や医療保険者の代表の方など、法令に基づき様々な立場の方々に委員に就任いただいております。また、構想区域ごとにおいても幅広くご意見をお伺いしてきたほか、今回のパブリックコメントを通じてもご意見をお伺いしたところです。</p>

※ご意見については、原文通りです（個人情報または個人情報に類する情報等を除く）