

2023年1月9日

京都府保健医療計画(中間案)への意見

京都府保険医協会
理事長 鈴木 卓

京都府保健医療計画(中間案)につき、以下のとおり当会の意見を述べる。

2020年1月以降日本を席卷し、国内7万5000人に迫る死亡者を発生させたCOVID-19の惨禍を受けてなおもコロナ前からの医療提供体制改革の継続・強化に固執する国の姿勢を体現し、それを現実の地域医療に持ち込むものである。

国による医療制度構造改革は、都道府県をコントロールタワーに据え、都道府県間の医療費の地域差是正による「適正化」を目指し、医師数・病床数の「平準化」を「地域医療構想」「医師偏在指標」「外来機能報告」や新たな「かかりつけ医機能報告制度」等を通じ、その実現を迫る中央統制的なものである。

歴代政権の医療制度構造改革こそがCOVID-19パンデミックにおける医療の困難を生み、多数の自宅療養死や社会福祉施設での留め置き死の元凶である。国はそのことに無反省なばかりか、そうした困難の責任を自治体と地域の医療機関に求めてさえいる。

国の「医療計画について」(医政発0615第21号、最終改正・2023年6月15日)は「今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、我が国の医療提供体制に多大な影響が生じ、救急医療をはじめ、地域医療の様々な課題が浮き彫りとなり、地域における入院・外来・在宅にわたる医療機能の分化・強化、連携等を行う重要性や、地域医療全体を視野に入れて適切な役割分担の下に必要な医療提供を行う重要性などが改めて認識された」と述べる。無論、医療機関間や医療・社会福祉事業所間の連携は重要な課題である。だがコロナ禍が浮き彫りにした「地域医療の様々な課題」から得るべきは「入院・外来・在宅にわたる医療機能の分化・連携を行う重要性」の認識では断じてない。コロナ禍に私たちが陥った困難とは医療機関間の役割分担を徹底すれば防げるほど甘いものではなかった。明らかになったのは圧倒的な医療資源の不足である。

したがって本来、国はコロナ禍を踏まえ、地域医療構想や医師偏在指標等、コロナ前に机上で考えた「医療需給推計」を用いた政策をすべて破棄し、何時COVID-19のような新興感染症に見舞われても、必要な医療を必要とするすべての人に保障するための(すなわちたった一人の死亡者発生も許容しない)医療提供体制の拡充を打ち出すべきであった。しかし国は真逆の方向を選択したのである。

残念ながら今後も国はコロナ前からの政策的な誤りを今後も繰り返し続けることになる。そのような状況下であったとしても京都府は法定計画として第8次医

療計画を義務として策定せねばならない。については(中間案)の評価のポイントは、京都府が住民の生命を守る地方自治体として計画に国政策への「抵抗」を織り込んでいるか否かの一点に絞られる。

以上を前提に(中間案)についての具体的意見は次のとおりである。

1. 「第1部総論」のP12「3 一般病床・療養病床の機能別病床数」に関し、「京都府地域包括ケア構想」の目標年度(2025年)を前に構想が府内各医療機関の病床機能の選択・転換や病床数削減、病院の統合、経営主体の統合、地域包括ケアの進捗等、地域医療にもたらした影響について総括し、記載すること。
2. P13「第6章デジタル化の推進」に関し、「保健医療現場のデジタル化」が医療機関における働き方改革の推進や府民の利便性の向上につながると府が考える理由を詳しく記載すること。また「マイナンバーカードの保険証利用」のデメリットについても記載すること。
3. 「第2部各論」のP16からの「第1章 地域の保健医療を支える人材の育成・基盤の整備」に関し、医師数等についての実態の記載は現行計画よりも詳細であり評価できる。またP18「京都式医師偏在指標」については従前より国の中央統制的な偏在指標に「抵抗」するものとして評価しているが、計算式における医療需要推計に用いるデータが「受療率」であり、医療が必要であるにもかかわらず医療を受けていない「未受診率」が反映されていない。医師の過不足の判断にあたっては潜在的な患者数を導き出すための社会調査等を京都府として行うこと。尚、以上についてはP68「京都式外来医師偏在指標」についても同様である。
4. P126「9 医薬品等の安全確保と適正使用」に関し、「現状と課題」では「医薬品の安定供給が停滞する事態の発生」が記述されているにもかかわらず、「対策の方向」における対応策に具体性がなく、打開への展望が見出せない。これはP132「(4)後発医薬品」等の「適正な普及」における後発医薬品の供給不安の記述に対しても同様である。関連団体との協議は必要ではあるが供給不安の根本原因に踏み込み、国政策自体の改善を求めることが必要と考える。

以 上