

■パブリックコメントの結果と対応案について

意見区分	番号	概要	御意見	対応案
1 地域医療 構想策定 の趣旨	1	地域医療構想では医療と介護が一体的に議論されるべきである。	<p>○ガイドラインでは、「地域医療構想の策定に当たっては、医療提供体制の構築だけではなく、地域包括ケアシステムの構築についても見据える必要がある」としている。しかし、本構想の検討部局は医療整備課で、委員会の構成は医療関係者だけであり、必要病床数の算定が主テーマで、病院から押し出されることになる有病・要介護の高齢者の受け皿についての分析はない。一方、介護に関しては各自治体の介護福祉関連部局が地域包括ケアシステムの構築を別個に議論しているが、その内容は、要支援1&2の受け皿となる総合事業の具体化が主テーマとなっている。このように、行政レベルでも医療と介護がバラバラの議論になっている。</p> <p>末尾参考資料76～77頁の療養病床患者調査概要では、医療区分Ⅰの50%が医療介入必要の理由で退院困難であり、33%が社会的理由で退院困難となっている。ガイドラインの医療区分Ⅰの70%を入院から在宅へとする方針とこの調査の実態はかけ離れている。構想案では50%に緩和したとなっているが、残りの50%の退院可能かどうかの検討がなされていない。いわゆる「社会的入院」を、社会的条件を整えないまま退院させることは、生存権に関わる問題になる。</p> <p>医療介護総合確保法の主旨から言っても、医療と介護が一体的に議論・提案されるべきものである。地域包括ケアシステムは、病院から地域や在宅系に移行させられる多くの有病・要介護の高齢者の受け皿としての機能が期待されているが、それを受け止められるだけの「地域包括力」があるのかの検証がない。この構想では包括力のない地域に高齢者を押し付けることになりかねない。本構想案によって介護難民や医療難民を出さないという根拠を求めたい。</p>	<p>○今回の地域医療構想は、第6次宮城県地域医療計画の一部として、2025年の必要病床数と在宅医療等の必要量等を定めるものです。</p> <p>今後、この構想も踏まえ、急性期から回復期、在宅医療に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供できる体制の確保に向けて、平成30年度を初年度とする次期の県介護保険事業支援計画と整合を図りながら、第7次宮城県地域医療計画を策定することになります。</p> <p>なお、宮城県地域医療構想策定懇話会委員には、老人保健施設連絡協議会及び市町村の代表者も含まれております。</p>
	2	必要病床数を先に出すのではなく、地域や現場の声を聞きながら組み立てるべき。	<p>○本構想案は、「高齢化の中で、医療や介護の需要は明らかに増大することを認識しながらも、病床を増やすことなく、多くの要医療・介護の高齢者を在宅系に移行する計画」である。そのための病床区分とその数を先決し、その後の対策は、今後鋭意検討というのでは片手落ちで無責任な案と言わざるをえない。</p> <p>このような考え方の根底に「限られた医療資源」という前提がある。少子高齢社会の中で、高齢者（特に有病・要介護者）の人権を守るための医療や介護を、地域や現場の声を聞きながら総合的に組み立てる必要がある。その検討に立って「必要な医療資源」を確保するのが政治の役割であり、憲法25条の理念に沿うものである。</p>	<p>○今回の地域医療構想は、第6次宮城県地域医療計画の一部として、2025年の必要病床数と在宅医療等の必要量等を定めるものです。</p> <p>この必要病床数等は、医療法及び同法施行規則に定められた計算式により、構想区域ごと、病床の機能区分ごとに、2013年度の実績を基に、2025年の必要病床数等を算定しています。</p> <p>なお、構想案については、二次医療圏ごとに「地域医療構想策定調整会議」を設置し、地域の医療関係者や保険者、市町村などの御意見を頂戴するとともに、三師会や病院協会のほか学識経験者や老人保健施設連絡協議会の代表者などで構成した「地域医療構想策定懇話会」の御意見も踏まえながら調製しております。</p>
	3	医療資源・医療費の効率化を柱とした構想は本末転倒である。	<p>○医師をはじめとした医療資源の効率化、そもそも医療費の効率化という名での負担軽減を柱にすることだけで、地域医療構想とされるのは本末転倒ではないか。</p>	<p>○地域医療構想は、地域の医療提供体制の将来の目指すべき姿として、構想区域ごとに、2013年度の実績を基に、2025年の必要病床数と在宅医療等の必要量等を定めるものです。</p> <p>この構想を踏まえ、その地域にふさわしいバランスの取れた医療機能の分化と連携を適切に推進していくものと考えております。</p>

意見区分	番号	概要	御意見	対応案
1 地域医療 構想策定 の趣旨	4	県民や医療機関に安心を与える展望ある構想にすべき。	○新聞でも話題になっているように、病棟閉鎖をはじめとする地域に不安を与えるような拙速な医療機関集約構想ではない、県民や医療機関で働く労働者に安心を与える展望のある地域医療構想を求める。	○今回の地域医療構想は、第6次宮城県地域医療計画の一部として、2025年の必要病床数と在宅医療等の必要量等を定めるものです。 この必要病床数等は、医療法及び同法施行規則に定められた計算式により、構想区域ごと、病床の機能区分ごとに、2013年度の実績を基に、2025年の必要病床数等を算定しております。
	5	構想に復興を支える視点が見られない。	○構想の中に人々の復興を支える視点は見られない。震災からの復興に関して、復興道路の整備状況と被災医療機関等の復興状況が資料として掲載されているのみである。しかし、医療機関の受診ひとつをとっても、被災者が困っているのは復興道路の整備が遅れていることではなく、今暮らしている仮設住宅や災害公営住宅から近くの医療機関に通うための公共交通機関がないことであり、受診の度に交通費や医療費窓口負担など少くない経済的負担が伴うことである。避難所から仮設住宅、災害公営住宅等に移る度に、コミュニティー、地域のつながりが断たれ、経済的負担も大きくなっている。被災県における地域医療構想であれば、被災者の意見や要望に沿った、社会経済的な要因にも配慮した施策が合わせて検討されるべきだと考える。	○構想案には、復興道路の整備など、将来に向けたインフラ整備について記載しているところです。 なお、今回の構想は、第2期宮城県地域医療再生計画・宮城県地域医療復興計画を踏まえて策定された第6次宮城県地域医療計画の一部として、2025年の必要病床数と在宅医療等の必要量等を定めるものです。
2(3) 構想区域 の設定	6	7区域に設定すべき。	○構想区域設定の基本的考え方で、医療法施行規則第30条の28の2規定により、現行の二次医療圏を基本としつつ、人口構造の変化の見直しその他の医療の需要の動向、医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見直し等を考慮するとされているが、宮城県は、平成25年の第6次宮城県地域医療計画において7医療圏から4医療圏に再編（広域化）されている。その評価が示されていないままインフラ整備のみをもって二次医療圏を構想区域とすることは、結果として仙台中心部への集中を招くこととなり、地域住民の医療要求からかけ離れるのではないかと懸念される。主な疾患別患者流出入動向にみられる通り、疾患によってはそれぞれの地域内で対応することが求められる。5疾患・5事業及び在宅医療にかかる医療提供体制の構築は、従来の7医療圏などに細分化し、患者の移動状況や地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定すべきである。	○本県の構想区域の設定に当たっては、平成25年4月に策定した第6次宮城県地域医療計画において、その計画期間である5年間のみならず、10年先も見据えた上で、将来にわたる震災復興や連携も踏まえ、より広域的な視点で医療提供体制を構築していくことが必要であるとして、二次医療圏の見直しを行っていること、また、東日本大震災後、現在まで、沿岸部における新たなまちづくりや復興道路の整備など将来に向けたインフラ整備が進んでおり、今後も相当整備が進むと見込まれることなどから、当面は現行の二次医療圏を構想区域としております。
	7	二次医療圏の再編統合の結果の検証がない。	○地域医療圏の再編統合の結果についての検証がなされていない。 例) 救急車搬送時間について：〔石巻・登米・気仙沼地区〕知覚より現場まで8.0分（H27全国平均8.6分）、医療機関まで42.3分（同39.4分）、全国平均より現場までの到着時間は短いですが医療機関までの総搬送時間は全国より3.4分オーバーしているなどをどのように検証したのか。医療圏域の広域化の負の影響の検証はなされていない。ただし、宮城県のデータは平成24年のであり、もっと延びているに違いない。	○本県の構想区域の設定に当たっては、平成25年4月に策定した第6次宮城県地域医療計画において、その計画期間である5年間のみならず、10年先も見据えた上で、将来にわたる震災復興や連携も踏まえ、より広域的な視点で医療提供体制を構築していくことが必要であるとして、二次医療圏の見直しを行っていること、また、東日本大震災後、現在まで、沿岸部における新たなまちづくりや復興道路の整備など将来に向けたインフラ整備が進んでおり、今後も相当整備が進むと見込まれることなどから、当面は現行の二次医療圏を構想区域としております。

意見区分	番号	概要	御意見	対応案
2(3) 構想区域 の設定	8	日常生活圏域 の単位での検 討も必要。	○宮城県は東日本大震災の被災県であり、今は震災からの復旧・復興のとりくみの途上にある。これからの地域づくり、まちづくりとも関わって、県民の安心と信頼を確保するためには、入院医療と在宅医療だけでなく、介護や福祉等の状況を踏まえることが必要だと考える。特に、医療と介護は、今や実践的にも政策的にも一体のものとして考えられており、地域医療構想においても、地域の状況を介護の視点から（二次医療圏ではなく「日常生活圏域」の単位で）把握し、医療と一体に検討する必要があると考える。	○構想区域の設定に当たっては、一般的な入院医療サービスを提供する二次医療圏を原則とするとされており、必要病床数等はその単位で算定しています。 なお、現在、国の「医療計画の見直し等に関する検討会」において、医療・介護連携を見据えた圏域の考え方について検討がなされているところです。
2(4) 医療需 要、必要 病床数及 び居宅等 における 医療の必 要量	9	医療需要の推 計に当たっ ては、県独自の 調査を行うな どして、県の 特性を反映さ せるべき。	○医療需要推計はNDBのレセプトデータやDPCデータで推計されているが、何らかの理由で受診できていない患者や地域ニーズが反映されていない。宮城県の医療提供体制においては仙台圏と他圏域では格差が大きく、宮城県独自の調査を行うなど地域状況を詳細に分析するべきではないか。医療圏ごとに年齢構成や施設体系が異なることから、どのような指標をもって評価するかは宮城県の特性が反映されるべきである。	○必要病床数等は、医療法及び同法施行規則に基づき、構想区域ごと、病床の機能区分ごとに、2013年度の実績を基に、2025年の必要病床数等を算定しております。
	10	病床の機能区 分の定義が曖 昧で問題。	○医療需要、必要病床数及び居宅等における医療の必要量について、急性期、慢性期が過剰、回復期が不足とされたが、そもそも4区分の定義の曖昧さもあり問題である。	○病床の4つの機能別分類については、医療法施行規則に定義されております。
	11	慢性期の医療 需要の推計に おいて、施設 の整備状況や 患者の経済状 況が反映され ていない。	○慢性期及び在宅医療等の医療需要の推計において、相当数が在宅医療等に該当するとの推計であるが、在宅をはじめとする療養生活を営むことができる施設や場所の整備は患者や利用者の経済的状況等が反映されていない。看護師や介護職の人材不足もあり、拙速な在宅誘導は、医療や介護現場での混乱と過重労働や経験不足などによる事故等の増加が懸念される。	○地域医療構想は、2013年度の実績を基に、2025年の必要病床数と在宅医療等の必要量を算定し、その上で、構想の達成に向けた取組の方向性を示すものです。本構想案では、在宅医療等の充実や医療従事者の確保・養成を柱に掲げ、取組を進めていくこととしております。
	12	在宅医療提供 体制の具体的 な予測ができ なければ、慢 性期の必要病 床数は見直す べき。	○現状の在宅患者訪問診療料算定患者数をどの程度増やすべきか等の具体的なデータを示していただきたい。 十分な在宅医療提供体制の構築が困難となれば慢性期病床数について見直すべきである。 適正な慢性期病床数を検討する上でも在宅医療についてより具体的な予測を示すべきである。	○居宅等における医療の必要量等は、医療法及び同法施行規則に定められた計算式により、構想区域ごとに、2013年度の実績を基に、2025年の必要量等を算定しており、具体的なデータについては、〔図表Ⅱ-19〕医療需要の見通し（2013-2040）に記載しております。 なお、本県においては、入院医療と在宅医療とを明確に区分することが難しいため、必要病床数については「以上（下限値）」、在宅医療等の必要量については「以内（上限値）」とし、これを合わせて、将来の体制を構築していくこととしております。
	13	病床機能の区 分方法に疑 問。	○今回の地域医療構想では、二次医療圏ごとのデータを基にしているが、そもそもレセプト点数での評価という点で、レセプトデータに反映されていない地域の医療ニーズには無関心ではないか。超急性期、急性期、回復期、慢性期という分け方が、本来のきめ細かな地域の医療ニーズにこたえる分け方なのだろうか、大きな疑問を持っている。	○病床の機能区分ごとに必要病床数等を推計することは、医療法及び同法施行規則に定められております。

意見区分	番号	概要	御意見	対応案
2(4)医療需要、必要病床数及び居宅等における医療の必要量	14	必要病床数等は、厚生労働省が提示した計算式で算定するものではない。	○県民の医療ニーズの把握・分析から始まって、その上での効率化の検討をすべきであり、厚生労働省が提示したレセプトデータや計算式へのあてはめだけで語られるものではないと考える。また、集約や効率化で起きるのは、病院勤務医、職員の労働強化である。実態として、県内の医療機関は、仙台圏以外では不足しており、その中でも職員が地域の命を守ろうと奮闘している日々です。医療で働く職員の健康や労働環境を守るためにも、実態を把握し地域との話し合いの中で構築していくものが、本来の地域医療構想と考える。	○今回の地域医療構想は、第6次宮城県地域医療計画の一部として、2025年の必要病床数と在宅医療等の必要量等を定めるものです。 この必要病床数等の推計方法は、医療法及び同法施行規則に定められております。
	15	病床削減を前提とした議論は現状と矛盾する。	○構想案2(2)医療資源の現状では、宮城県の病床数は一般病床、療養病床とも全国平均を下回っていることが指摘されているが、病床削減を前提とした議論は現状と矛盾する。地域の医療機関や県民の実情、要求を丁寧に把握して、病床を増やすことも含めて地域に必要な病床を確保する視点から検討すべきであると考える。	○必要病床数等は、医療法及び同法施行規則に定められた計算式により、構想区域ごと、病床の機能区分ごとに、2013年度の実績を基に、2025年の必要病床数等を算定しております。
	16	今後の必要病床数を算定するに当たっては、既存病床数を元に議論すべき。	○宮城県の必要病床数は、2025年で18,781床となっており、国の統計による2013年の病床数16,006床と比較すれば2,775床増えることとなる。一方、病床機能報告によると、回答のあった分だけで宮城県の病床数は2014年20,026床、2015年19,847床となっている。これらと比較した2025年の病床数の増減は、2014年比で1,245床減、2015年比で1,006床減となる。構想案では、2014年と2015年の病床機能報告は「定量的な区分」によってないとの理由で「参考値」とするとしているが、今後の構想を議論するのであれば、現にある病床数を元に議論を始めるべきだと考える。	○地域医療構想における2025年の必要病床数は、「2013年度の性・年齢階級別の入院受療率×2025年の性・年齢階級別推計人口」の総和で求められる医療需要を、病床機能別に、医療法施行規則で定める病床稼働率で割り戻して算定するもので、2013年度の実績を基に算定しております。
	17	高度急性期・急性期で5,000床以上が削減されれば、救急医療が崩壊する恐れがある。	○2015年病床機能報告の病床数と2025年の必要病床数と比較すると、急性期は11,027床から6,604床と4,423床削減、高度急性期は3,039床から2,265床と774床削減となり、合わせて5,000床以上の削減となります。その一方で回復期は、1,792床から6,005床と4,213床増やすとされています。救急医療を考えた時、回復期を増やしても救急医療に対応することは困難であり、高度急性期・急性期で5,000床以上が削減されれば、救急医療が困難になり崩壊する恐れもあると考える。	○救急医療については、地域医療構想の達成に向けた取組の方向性のなかに、「宮城県救急医療協議会等の議論を踏まえながら、救急医療体制の強化や救命期後医療体制の整備に取り組んでいく」こととしております。 なお、必要病床数について、国では、「将来時点の医療需要に対応するために必要な病床数」としており、削減目標値ではないと考えております。
18	療養病床の入院受療率の地域差解消を理由とした病床削減ではなく、実態を踏まえた病床数の検討が必要である。	○宮城県の療養病床の入院受療率(10.2)は全国の中央値(14.4)を下回っており、療養病床数が全国平均の6割程度であることを合わせて考えれば、必要な医療を受けることができない人たちが少なくないことが想像される。療養病床の「入院受療率の地域差解消」を理由とした病床削減(2015年病床機能報告で3,989床を2025年に3,907床)ではなく、実態を踏まえた病床数の検討が必要だと考える。	○地域医療構想における2025年の必要病床数は、「2013年度の性・年齢階級別の入院受療率×2025年の性・年齢階級別推計人口」の総和で求められる医療需要を、病床機能別に、医療法施行規則で定める病床稼働率で割り戻して算定するもので、2013年度の実績を基に推計しているものです。 なお、本県においては、入院医療と在宅医療とを明確に区分することが難しいため、必要病床数については「以上(下限値)」、在宅医療等の必要量については「以内(上限値)」とし、これを合わせて、将来の体制を構築していくこととしております。	

意見区分	番号	概要	御意見	対応案
4(1) 地域医療構想の達成に向けた取組の方向性	19	在宅医療の充実に向けた具体策が見えない。	<p>○12頁の慢性期および在宅医療の指針とイメージ図のように、従来の慢性期の医療・介護を担っていた部分は、県の実態調査に基づく緩和措置はあるにしても在宅系に大きく移行することになる。41～42頁では「在宅医療等の提供体制整備をより一層進める」とし、その課題と体制作りが羅列されているが、努力目標にとどまっている。</p> <p>在宅医療は、地域の要望に応える形で一部の病院や診療所の自発的な努力で支えられてきたが、需要に追いつかず、その供給不足を補う形で在宅診療に特化した診療所も加わり大きな役割を果たしている。在宅医療は、医療と介護が一体的に提供され、後方入院機能との適切な連携が前提になる。厚労省はその仕組み作りとして、在宅医療介護連携支援センター（基幹＋サテライト）を提唱しているが、県内でのその動きがまだ見えない。本構想案の中にはその明記がない。</p> <p>県の地域包括ケア体制構築に向けたアクションプラン（2015年7月）では、2016年までに在宅療養支援診療所数（人口10万人当たり6.3→10.3ヶ所）や在宅死亡率（18.4%→30%）の数値目標を掲げているがその道筋が見えない。このような、在宅医療の拡大強化は、県医師会や地域医師会の強力な取り組み、イニシアチブなしには実現できない。</p>	<p>○今回の構想は、第6次宮城県地域医療計画の一部として策定するものですが、本構想案においても、地域医療構想の達成に向けた取組の方向性の柱の一つとして、「在宅医療等の充実」について記載しているところです。</p> <p>また、今後策定する第7次宮城県地域医療計画等においても、今回の構想を踏まえながら、さらに具体的に検討していきたいと考えております。</p> <p>なお、「在宅医療・介護連携支援センター」については、現在、介護保険法の地域支援事業の一つと位置づけられており、平成30年4月には、全ての市町村で実施されることになっております。</p>
	20	課題遂行の方法や責任部署の記述がない。	<p>○課題の記述はなされているが、課題遂行の方法や責任部署の記述が全くなく、関係委員会任せとなっている。よって構想は「絵に描いた餅」になる可能性が高い。</p>	<p>○今回の構想は、第6次宮城県地域医療計画の一部として定めるもので、構想策定後は、医療関係者等の理解を得ながら、構想の達成に向けた取組の方向性に沿って各種施策を展開する旨記載しております。</p>
	21	医療従事者の確保対策は、奨学金のみでよいのか。	<p>○マンパワー問題に触れているが、医師と看護師の「十分とはいえない」奨学金制度に触れるのみで、展望が見えない。県の施策は「奨学金」のみでよいのであろうか。</p>	<p>○地域医療構想の達成に向けた取組の方向性の柱の一つに、医療従事者の確保・養成を掲げ、修学資金貸付制度のほか、院内保育所の設置支援や復職支援、勤務環境改善などの取組、看護師等養成所の運営に係る教員確保や看護師宿舎の整備などについても明記しております。</p>
	22	文章に主語がなく、責任の所在が不明である。	<p>○全ての文章に「主語」がないため、「責任」の所在が不明。また、文末が、「連携を図る」という言葉であふれているが、文脈から察するにそれが県の「役目」であるかのように受け止められる。県の役割の「絶対性」がどこにも感じられない。</p>	<p>○今回の構想は、第6次宮城県地域医療計画の一部として定めるものです。</p>
	23	県主導の施策を明記すべきである。	<p>○「全県的医療の均てん」を標榜し施策を行っている岩手県の施策（「医療局」）を研究し、公立病院の医師配置や、無医地区、無歯科医地区への県立診療所や訪問看護センターの設立など具体策を示すべきであろう。つまり、「県主導」の施策を明記すべきである。</p>	<p>○地域医療構想の達成に向け、「病床機能の分化・連携の推進」、「在宅医療等の充実」、「医療従事者の確保・養成」の3つの取組の方向性を掲げ、その方向性に沿って各種施策を展開する旨記載しております。</p>
	24	在宅医療に取り組む医療従事者の確保・養成の具体的方針が必要である。	<p>○病床数削減の一方で、在宅医療の需要が増える見通しの元、在宅医療を大幅に増やす計画となっている（2013年の必要量18,810人/日を2025年25,852人/日）。しかし、地域医療構想策定調整会議などでは、在宅医療について、「訪問診療に取り組んでいる開業医は35%」「訪問看護ステーションの看護師が確保できない」「在宅医療を担う医師や看護師をどう養成するのか」などの意見、懸念が出されている状況である。在宅医療の充実を掲げるのであれば、在宅医療にとりくむ医療従事者の確保と養成について具体的な方針が必要であると考えます。</p>	<p>○今回の構想は、第6次宮城県地域医療計画の一部として策定するものですが、本構想案においても、地域医療構想の達成に向けた取組の方向性の柱の一つとして、「医療従事者の確保・養成」について記載しているところです。</p>

意見区分	番号	概要	御意見	対応案
4(2) 地域医療 構想調整 会議	25	地域医療構想調整会議への県の関わり方について記載すべき。	○地域医療構想調整会議で出された意見に対し宮城県はどのように関わるのか、具体的記載が必要ではないか。	○構想策定後は、県が構想区域ごとに「地域医療構想調整会議」を設置し、医療機関や関係者と様々なデータを共有するとともに、地域にふさわしい医療提供体制の構築に向けた議論を深め、医療機関等の自主的な取組を支援していくことを明記しております。
	26	介護分野の意見が反映される委員構成にすべき。	○在宅医療等の充実・整備を進めるにあたり、介護分野の意見が反映される委員構成にすべきである。	○地域医療構想調整会議等の委員構成について、いただいた御意見も参考にして検討してまいります。
	27	公聴会等を設けるべき。	○地域住民の意向を反映させる仕組みとして、公聴会等による公開の場を設けるべきではないか。	○今後の施策の参考とさせていただきます。
その他	28	医療機能の分化・連携には、入院医療の強化と在宅医療・介護サービスの充実が重要である。	○医療機能の分化・連携を進めるにあたり、各医療機能に応じて必要な医療資源を適切に投入し、入院医療全体の強化を図ると同時に、退院患者の生活を支える在宅医療及び介護サービスの提供体制を充実させていくことが重要ではないか。地域医療介護総合確保基金等の活用においては小規模事業にも適用を認めるなど対象を広げるべきである。	○今後の施策の参考とさせていただきます。
	29	病床削減ありきではなく、医療従事者の充実を優先すべき。	○ガイドラインでは高度急性期および急性期の必要病床算定の出来高部分の点数を3000点と600点に設定し、結果として急性期病床が大きく削減されることになる。2014年と2015年の各医療機関からの病床機能報告の集計結果と構想案の病床構成は著しく異なっており、医療現場と構想案の乖離が表れている。この計画は、急性期医療の現場にさらなる入院日数の短縮を迫るものとなり、それを担う医師や看護師の負荷を増加させる。日本はOECD諸国比でも対人口の医師は少なく、特に東北・宮城県は全国平均よりもさらに下回っている。宮城県の急性期の病院医療を担っているスタッフの現状を鑑み、病床削減先にありきではなく、医師や看護師などマンパワーの充実を優先させるべきである。	○地域医療構想では、2013年度の実績を基に、将来の推計人口から必要病床数を算定することになります。 なお、医療従事者の確保については、地域医療構想の達成に向けた取組の方向性の一つの柱に掲げ、取組を進めていくことを明記しております。
	30	介護施設系の整備が不十分なまま、在宅移行を推進することは、介護難民・医療難民を生み出す。	○医療や介護の現場では、高齢の有病・要介護者の入所施設探しの困難さは常態化している。昨年から特養が要介護3以上に切り上げられ待機者が少し減っても、一施設の待機何百人半年～数年待ちという実態に変わりはない。一方有料老人ホームやサ高住は増加しているが、高額の入居費のため低所得者の選択肢は限られる。巷では、お泊りディや無届けハウスは補完的とはいえ重要な役割を果たしている。しかし療養の環境や安全という点から課題を抱えている。 このような現状、特に介護施設系の整備が不十分なまま、入院から在宅系への移行を推し進めることは、低所得者を中心に介護難民、医療難民を生み出し、重大な人権侵害を引き起こすことになる。	○今後の施策の参考とさせていただきます。
	31	策定調整会議等の構成に問題がある。	○患者の受診情報を元に全県的の患者受療動向がわかるものになっている。また従来の地域医療計画の策定よりも、地域の関係者の参加を増やしていることは評価できる。その構成に未だ問題があるが。	○構想案については、二次医療圏ごとに「地域医療構想策定調整会議」を設置し、地域の医療関係者や保険者、市町村などの御意見を頂戴するとともに、三師会や病院協会のほか学識経験者や老人保健施設連絡協議会の代表者などで構成した「地域医療構想策定懇話会」の御意見も踏まえながら調製しております。

意見区分	番号	概要	御意見	対応案
その他	32	経済的格差の拡大など、地域医療の環境に影響する因子の分析も加えるべき。	○国の方針を無批判に合わせようとする結果として、県民の地域医療にどのような「禍根」が生ずるかの想像性を発揮して作成してほしい。経済的格差拡大、高齢者や若者の貧困と孤立への対応など地域医療の環境に影響する因子の分析も加えてほしい。長期入院者の30%は医療が要因でないという現実への考察は重要だ。	○今回の構想は、医療法及び同法施行規則に基づき、第6次宮城県地域医療計画の一部として、2025年の必要病床数と在宅医療等の必要量等を定めるもので、その必要病床数等は同法施行規則に計算式が定められております。
	33	一般市民の意見が反映されていない。	○地域医療は「医療機関」でのみ成立しているのではない。入院患者や家族が「転院先を探さなければならない」現状など「とんでもない」事態が通常化していることなど、一般市民の声が反映されていない。	○地域医療構想案の策定に当たっては、医療審議会、地域医療構想策定懇話会及び構想区域ごとに設置された地域医療構想策定調整会議において、協議、検討を行うとともに市町村及び保険者協議会に意見照会しております。さらに県民に対し、今回、パブリックコメントの実施により、広く御意見をいただいているほか、県議会にも報告し、意見を聴いているところです。
	34	大震災の被災地の特殊な状況の分析視点が無い。	○大震災の被災地の特殊な状況の分析の視点が無い。 例) 高すぎる防潮堤、高台移転など町の基本構造が大変換したまにに必要な社会的インフラ（公衆衛生・保健組織・医療機関・介護施設など）の整備基準や方針を検討した跡が無い。	○構想案には、復興道路の整備など、将来に向けたインフラ整備について記載しているところです。 なお、今回の構想は、第2期宮城県地域医療再生計画・宮城県地域医療復興計画を踏まえて策定された第6次宮城県地域医療計画の一部として、2025年の必要病床数と在宅医療等の必要量等を定めるものです。
	35	地域保健・公衆衛生との関係が分析されていない。	○地域医療を下支えしている「地域保健・公衆衛生」との関係が全く分析されていない。	○今回の構想は、第6次宮城県地域医療計画の一部として2025年の必要病床数と在宅医療等の必要量等を定めるものです。
	36	保健所について検証されていない。	○3.11震災当時の地域保健で批判のあった「保健所が見えない」という声に対する検証が無い。	○今回の構想は、第6次宮城県地域医療計画の一部として2025年の必要病床数と在宅医療等の必要量等を定めるものです。
	37	策定懇話会等の構成員に、往診診療所等の関係者が含まれていない。	○自宅介護を重視しているが、検討委員会メンバーに往診診療所、訪問看護施設や介護職者の参加が無い。これでは当事者の意見の反映はなかったととらえざるを得ない。	○地域医療構想案の策定に当たっては、医療審議会、地域医療構想策定懇話会及び構想区域ごとに設置された地域医療構想策定調整会議において、在宅療養支援病院や老人保健施設連絡協議会、訪問看護事業所の関係者も含まれた委員により協議、検討を行っております。
	38	社会的孤立が背景にある事象への対応について検討されたのか。	○市町村の介護・福祉関係業務が縦割りになっており、地域内での高齢者や若者の貧困、孤立の状況の把握など住民の状況を総合的に把握し対応できるような方策が必要になっている。近年増加している「介護殺人」「幼児虐待」など社会的孤立が背景にある事象への対応の検討など論議されたのであろうか。	○今回の構想は、第6次宮城県地域医療計画の一部として2025年の必要病床数と在宅医療等の必要量等を定めるものです。
	39	地域公衆衛生に関する視点到欠。	○新しい街づくり、集落形成で医療を支える地域公衆衛生に関する視点到欠。	○今回の構想は、第6次宮城県地域医療計画の一部として2025年の必要病床数と在宅医療等の必要量等を定めるものです。
	40	保健所数等を増やし、市町村の保健事業を支援する体制にすべき。	○保健所数を増やし、せめて塩釜保健所管轄地区を分割し、名取、岩沼地区に保健所を設置すべきであろう。さらに、保健所保健師数を増員し、市町村の保健事業のサポートを果たせる体制にすべきである。	○今回の構想は、第6次宮城県地域医療計画の一部として2025年の必要病床数と在宅医療等の必要量等を定めるものです。