

第1回神奈川県医師会地域医療対策委員会

日 時 令和5年9月13日(水) 午後2時
場 所 県総合医療会館4階第一会議室

開 会
挨拶
委嘱状の交付
委員自己紹介
正・副委員長の互選について

議 題

〔報告事項〕

1. 令和5年度神奈川県医師会事業計画について（地域医療関係抜粋） (01)
2. 第4回(6/26)・第5回(8/21)地域医療対策委員会報告 (02)
〔日本医師会〕
3. 第2回神奈川県保健医療計画推進会議(7/28)報告 (03)
〔県医療課〕
4. 第1回地域医療構想調整会議(8/1相模原,8/8横浜,8/22県西, (04)
8/23横須賀三浦・県央,8/28川崎,8/29湘南東部,8/30湘南西部)報告
〔県医療課〕
5. 第1回神奈川県地域医支援センター運営委員会(8/25)報告 (05)
〔県医療課〕
6. その他(各郡市医師会からの報告等)

今後の開催

第2回	10月11日(水)	(web会議)
第3回	11月8日(水)	(web会議)
第4回	12月13日(水)	(web会議)
※令和6年1月は休会		
第5回	2月14日(水)	(web会議)
第6回	3月13日(水)	(web会議)

いずれも 第2水曜 午後2時～
1月、8月は休会

第1回神奈川県医師会地域医療対策委員会レジメ

日 時 令和5年9月13日(水) 午後2時
場 所 県総合医療会館4階第一会議室

出席者：内山喜一郎（正・海老名市）赤羽重樹（副・横浜市）大橋博樹（副・川崎市）
池島秀明（横浜市） 小川憲章（横浜市）小野田恵一郎（川崎市）秋澤暢達（横須賀市）
長谷川太郎（鎌倉市）倉田あや（平塚市）武井和夫（小田原）水沼信之（茅ヶ崎）
伊藤 薫（座間綾瀬）石井由佳（藤沢市）玉置正勝（秦野伊勢原）岡部元彦（足柄上）
八木健太郎（厚木）西岡直子（相模原市）楠原範之（大和市）藁谷 収（三浦市）
木内 忍（中郡）**窪倉孝道（県病院協会）長倉靖彦（県病院協会）太田史一（県病院協会）**
菊岡正和（県医会長）**鈴木紳一郎（県医担当副会長）** 恵比須 享（県医副会長）
小松幹一郎（県医担当理事） 石井貴士（県医理事）磯崎哲男（県医理事）

《29名》

開 会 挨 拶

菊岡会長より令和6年度に迫った第8次計画の策定に向けて、病床数の議論にだけとらわれることなく、在宅医療や施設対応など各地域の実情に応じた医療提供体制の維持に資するような活発な議論を進めてほしいと挨拶があった。

委嘱状の交付（事前送付）

委員自己紹介

正・副委員長の互選について

委員長に海老名市医師会内山喜一郎先生、副委員長には横浜市医師会赤羽重樹先生と川崎市医師会大橋博樹先生が互選された。

議 題

〔報告事項〕

1. 令和5年度神奈川県医師会事業計画について（地域医療関係抜粋）

令和6年度には第8次保健医療計画改定を控えている。地域医療推進発展のためにも大切な時期であるので、しっかりと本委員会の成果を日本医師会や行政に提言できるように運営していく必要があるため、現場の先生方の声や感覚を大切にしていきたい。積極的な協力・発言をお願いしたいと小松理事から説明された。

2. 第4回（6/26）・第5回（8/21）地域医療対策委員会報告

〔日本医師会〕

日本医師会地域医療対策委員会に委員として参加している小松理事が報告された。「地域における医業承継の現実」として福島県医師会石塚常任理事から、全国と比較しても医師の平均年齢高齢化が加速しており、このままでは高齢化に伴い診療所の廃止が増え、医療資源が減っていくことが非常に懸念されると説明があった。診療の継

続や後継者問題で悩んでいる会員が多いということがアンケート結果からも分かった。医業承継バンクを設置し、県医師会が間に入って県内の開業医で後継者がいない承継問題で苦労されて懸念を持っている先生方と、全国で開業したいという希望がある先生とマッチングをする形式で、これには福島県のバックアップも入っている。運営状況としては平成 30 年度からこの事業を始めており開業希望の先生は 59 人、譲渡希望の先生が 49 人で契約が成立して承継に至ったのは 12 名 12 医療機関であった。医業承継登録数を地域ごと見ると福島市がある県央エリアが 18 件と圧倒的に多い。医業承継バンク運営には多くの知識と労力が必要であり、開業に関する素朴な疑問・医療機関の経営状況の説明・基本合意書の作成・基本合意書の取り交わし以降は専門家が有料で対応する。

東京都医師会佐々木理事からは、東京は医師数が多いと言われているが、空洞化が出たり都市の中でも偏りが出たりという状況も多く、東京都と言えども後継者問題や地域の開業支援が必要ではないかという懸念を持っている。高度急性期病院で専門的な診療を十年程経験し、突然コンサルタント会社に言われて知らない地区に落下傘開業すると地域の医療資源すら知らない、地域の中でのコネクションもないという状況に陥り、お互いに無謀で不毛な開業になってしまう。いきなり開業ではなくて、まず高度急性期病院から次に地元の中規模病院に移動して、地域に馴染みながら開業する道筋を「地域医療人材育成支援事業」として敷いては開業してはどうか。メリットとして、地元の病院で数年間やることでお互いに WINWIN になるものが出てくる。コンサルタント料の節約にもつながるのでは。しかし残念ながらこの「地域医療人材育成支援事業」はうまくいかず、地元の病院でやろうとすると、地元会員の先生方からほかの地域でやるのはいいが、うちの地域でやられると困るという声があって、結局今のところは休止しているという状況。病院の先生も開業目的でうちに来られてもという声も聞かれ、うまくいかないということであった。

沖縄県医師会大屋常任理事からは、人口減少下における医師確保として、太平洋戦争終戦直後は医師が 64 名しか生き残らず、ほぼゼロに近い状態から医療が始まり、1951 年までは官営として医療が行われた。沖縄県の臨床研修は一年目だけ沖縄県でという先生が多かったが、やはり三年目、四年目と経験年数が経つにつれ医師が減っていく。そこで、オール沖縄で人材育成をし、指導医の指導能力レベルアップに力を入れている。沖縄県では 5、6 年目の先生方に指導員としてのスキルアップや研修の機会を提供することで、長きに残る先生が増えてきている。

第 5 回医療対策委員会は「地域枠医師が医師確保及び地域医療体制の充実に有益であったか」をテーマに、各委員が発表を行った。神奈川県からは地域枠医師とその課題について私（小松）が報告を行った。神奈川県は毎年地域枠で、指定診療科 8 科で 4 大学 20 名に修学資金貸付を受けて入学している。指定診療科として 8 つの診療科を重視すること決めた 20 名と、横浜市立大学地域医療学という修学資金貸与・診療科制限のない 25 名の合計 45 名の医師が毎年地域枠として入学をしている。神奈川県は全国的に見ると若い医師にはかなり人気があるが、宿命的に東京の影響に左右さ

れる。若い医師が増えていることの一つには、東京都の専門医人数がシーリングをかけられていると言うこともあり、神奈川県に流れるという傾向が見られる。神奈川県には大学病院が多く 4 つ本院があるのと、あと分院が 3 つある。元々は 400 名前後の医学部定員だったものに 45 名の地域枠を加え、毎年 1 割ずつ地域枠分だけ医師が増えている。この地域枠医師の制度自体は、国や県の税金を使って特別に確保している定員枠であり、本来であれば、県内で医師数が比較的少ないところで就労してほしいというのが県の本音。大学の医局に入力する医師が圧倒的に多いので、本人の希望や大学医局の意向に沿って専門医としてスキルアップして行くことを望むので、両立が望ましいがどうしてもぶつかってしまうこともある。現在のプログラムは、地域枠で入学しても、県内どの地域で働いてもよいことになっていて、いわゆる医師不足地域で働かなくて 9 年間、横浜で勤務しても地域枠としての任務を全うしたことになる。県内の医師少数地域の偏在解消に対してはあまり寄与していないというのが現状。地域枠医師の適正な配置のために県はキャリアコーディネーターという役割を新しく作る。4 大学に新しくキャリアコーディネーターの就任を依頼し、その上で県がコントロールして行くということで、さらに地域偏在を是正して行く試みを始めたところである。横浜市大地域枠 25 名に関しては、今のところまだ県ではではキャリア形成プログラムによる配置に関与してないため、今後の課題である。

琉球大学院長でもあり沖縄県医師会大屋常任理事からは、全国医学部長病院長会議 AJMC でも意見交換を行った診療科偏在や地域枠制度についての説明があった。地域枠医師の 85%は義務を全うするが、15%程度は離脱をしてしまうことが課題である。医師の地域、診療科偏在を是正して行くためのさまざまな取り組みの一つは専門医に定員を設け、都市部に集中するのを避ける試みをしている。

3. 第 2 回神奈川県保健医療計画推進会議 (7/28) 報告

〔県医療課〕

神奈川県保健医療計画推進会議は、域医療構想調整会議の上に位置する会議であり、この会議では地域医療構想調整会議で扱う議題について協議をし、地域医療構想調整会議で地域から上がってきた意見を報告している。さらに上には県医療審議会がある。

病院等の開設等に関する指導要綱の改正について、病院が閉院せざるを得ないという状況になった時に、そのまま継続できる条件をいくつかルールの中で適用除外として示されており、その中で今までは親族への継承等という「等」で読み込むこととしてきたが、無理があるため定義を明確にしていくという考え方。最近の適用除外の例を見ると大きく分けると二つあり、病院が急なくなると入院患者の転院先が確保できず、地域に重大な影響を生じる場合と、地域の中で比較的救急も含めてやっていたがそこが抜けてしまうと、地域で今までやってきた医療提供体制に大きな穴が開いてしまうため、適用除外としたパターンで、方向性が了承された。

医療法第 7 条第 3 項の許可を要しない診療所に関する取扱要領の改正について、通常であれば、許可を要するところであるが、許可がなくても届出で特例として開設

が認められるのは、一つは周産期有床診療所。もう一つは地域包括ケアシステムの構築に推進するのであれば可能。この有床診療所開設が認められれば、既存病床としてカウントされることになる。地域によっては過密になりすぎており産科であれば何でもよいという議論はおかしいという議論もあった。地域包括ケアシステムの構築に推進するという言葉も非常にあいまいで、地域の中であまり了解が得られないという意見もあった。8次医療計画における基準病床数の検討について、基準病床を例えば200床募集をしているところに病院としての募集が400床あった場合、そこを選んで200床を付与した一方、15床の有床診療所は特に何の興味もなく通すということが不公平ではないかという意見もあった。それぞれ了承されて、地域医療構想調整会議でも特にあまり大きな意見は出ていない。

8事業計画における基準病床数の検討について、どうしてもこの基準病床数は国で定めた算定式で計算する必要がある。分子に人口・平均在院数・患者流入流出を入れ、分母を病床利用率とする。直近人口・推計人口・病床報告利用率・国告示利用率を使用した仮試算の結果が示された。これと現在の基準病床数、既存病床数を比較し、次年度以降どういふ数字を活用していくかという議論。第7次計画策定時に決めた時のパターンを選択すると、こういう数字になるという試算。この数字だけを見て地域の地域で比較をしていただくと、やはりかなりベッドが足りないという話題になりがち。この計算式だけで、今までのような病床数だけの議論にならないように様々な形で工夫をするように、また数字を現実に近いものが示すことのできるような調整をしている。なぜ基準病床数がこんなにも増えてしまうのかには、原因がいくつかあり、一つは高齢者人口が増えていけばどんどんベッドが足りないという結論に陥りがちであるということ。加えて平均在院日数は少し伸びていること。まずは必要な働き手の数をきちんと出して、現実的に確保が可能かどうかを議論するということが肝要である。国立社会保障人口問題研究所の推計人口を用いるか、それとも直近の人口を用いるかでもかなり違う。ほとんどの地域で直近人口を使うといった意見が大半を占めた。もう一つ基準病床数見直しの議論は、保健医療計画は6年だが神奈川県では、ほとんどの地域で中間年にあたる3年目に一度見直すことになった。横浜のような都市部に関しては、毎年見直しの検討を行ってきたが、やはり検討を行って病床配分を行って実際に病院が稼働し始めるまでに、2年程度かかるので、毎年議論して行くことで、むしろ地域の医療体制がどのように変化したのかがわかりにくいと言うような声もあった。ベッドの数を議論する前に働き手をきちんとしながら検討した方がいいのではないかとすることで、ここに関して多くの方からの意見が得られた。最後に外来機能報告が出てきた。どちらかという外來機能と言うより、病院の外來機能といってもいいかもしれない。外來機能報告を昨年7月時点で行った結果、データ上は受診重点医療機関に該当する医療機関が出そろい、各医療機関の紹介受診重点医療機能になるかならないかの意向が示された旨の報告を小松理事が行った。

鈴木副会長から基準病床数仮試算について、既存病床数は県内全体で61,379床、必要病床数という形で、様々なパターンで計算すると、一番多くなる推計人口と国告

示病床率を使ったパターン 4 では 73,334 床となり、実に 12,000 床も不足している結果になるが、現実は何んとかなくなってしまふ。じゃあ、これは何なんだということをしかりと出してほしいと意見した。それから、やはり働き手が大事なことともう一つ病床利用率の出し方について、平成 30 年から令和 3 年増減率が示され、例えば令和 3 年県西は一般病床 63%。全国的に同じ傾向だが、20 年前と比べれば 10%以上下がっている。病院で入院していた人たちが、少し落ち着くと急性期から出て、そのことが全然カウントされないのだから今後もっと下がっていくはずである。あくまでも病床利用率というのを元に、病床が必要、必要だと騒いでいると考えているので、よく理解していただいた上で議論を進めていただきたいと補足された。

4. 第 1 回地域医療構想調整会議（8/1 相模原, 8/8 横浜, 8/22 県西, 8/23 横須賀三浦・県央, 8/28 川崎, 8/29 湘南東部, 8/30 湘南西部）報告 〔県医療課〕

8 月 1 日相模原地域を皮切りに 8 月 30 日湘南西部までの第 1 回地域医療構想調整会議の報告を小松理事が行った。議題 3 の保健医療計画推進会議で論じられたことについて報告がなされ、保健医療計画基準病床数の扱いに関しては、直近の人口を利用して毎年病床の見直しを行わずに医療従事者の供給量や医師の働き方改革を考えながら検討を行うという方向で一致した。外来機能報告制度の紹介受診重点に関しては地域医療支援病院とこの紹介受診重点医療機関の違いがわかりにくいという声が多く聞かれた。今回データを出したのが去年の 7 月だったので、ちょうどコロナの第 7 波と重なり、コロナ専用病棟を設けたり、一般診療を制限したりという対応を迫られた医療機関では、紹介率・逆紹介率が通常よりもかなり下がってしまっていて、基準を満たすことができなかったという病院がいくつかあった。年間で見れば基準を満たしてはいるので、去年の 7 月データだけの抽出はどうかという議論があり、該当地域で書面会議をすることとなった。

病床公募を行う地域は、横浜が 385 床、三浦半島が 209 床、県央地域が 28 床の募集を行うことになった。今回は事務局からの説明が非常に多く、あまりローカルな話題は少なかった。病床のことも含めて、8 次医療計画が秋の第 2 回調整会議では議題に出てくる。病床数だけでなく介護や在宅医療も含めた視点で議論を進めていきたい。

5. 第 1 回神奈川県地域医支援センター運営委員会（8/25）報告 〔県医療課〕

地域枠で入学した医師がどこで働くかを決定する場所として、地域医療支援センターがあり、この運営委員会の報告を小松理事が行った。平塚市民病院名誉院長石山先生がセンター長に就任された。また、4 大学および自治医大県人会からキャリアコーディネーターが選任されて、その地域枠医師や地域枠、医学生のキャリアを支援して行く。地域枠医師に対してキャリアコーディネーターが関わる時間は非常に長い。要するに医学部での 6 年間、医師となり義務が終わるまでの 9 年間、計 15 年間関わっていかなければいけない。かつ地域の医療にある程度、経験や知識があり、かつ場合によってその大学医局の意向とは別に地域で働いてくれというようなことを押さなければいけないという存在なので、各キャリアコーディネーターはかなり大変だと懸

念している。今後しっかりサポートしていく必要がある。

地域枠医師は最初の2年は臨床研修、残りの3年間は専門研修をメインにやっていただいて、6～9年目は地域医療実践で、地域の中で活躍をしてもらおう。

神奈川県医師偏在指標を見ると、横浜川崎は全国平均を上回っており、また相模原と湘南西部は大学があるので少数でも多数でもない区域、県西が医師少数区域になっている。6～9年目にかけては、横浜・川崎以外で頑張ってもらいたというのがセンターの思惑である。難しいのが地域枠という条件で大学に入ったので、地域で働くべきで地域で働いてくれないと困ると言う考え方が一方、専門医になってサブスペシャリティも含めて能力を上げて欲しいと思う人がいるこの二つを両立できるかどうか問題となる。どこでバランスをとるのが重要で、両方取れれば理想だが、やはり地域枠に入った以上は地域で活躍していただくことが優先されるべきだという意見が多数を占めた。地域での経験が魅力となるようなプログラムを作っていくということも重要である。実はこのプログラムが新規入学者に適用されるのは令和7年度に医学部に入った学生からなので、その学生が医師になって6年目に地域で活躍するのは10年以上先のことである。

6. その他

第17回委員会(4月12日開催)で今年度の開催郡市医師会選定の協議をしていただいたうつ病対応力向上研修について、10月1日(日)に三浦市医師会、11月5日(日)に大和市医師会で開催をしていただくことが決まった。現在、申込みを受付している最中であるが現時点で三浦市医師会開催にはまだ余裕があるとのこと。この研修会は、日本医師会認定産業医研修会の更新単位として4単位が認められる内容。積極的に三浦市会場への受講申し込みをお願いしたいと小松理事から案内された。

今後の開催	第2回	10月11日(水)	(web会議)
	第3回	11月8日(水)	(web会議)
	第4回	12月13日(水)	(web会議)
	※令和6年1月は休会		
	第5回	2月14日(水)	(web会議)
	第6回	3月13日(水)	(web会議)

いずれも 第2水曜 午後2時～
1月、8月は休会