

第 1 2 回神奈川県医師会地域医療対策委員会

日 時 令和 4 年 1 0 月 1 2 日 (水) 午後 2 時
場 所 県総合医療会館 2 階医療救護本部
およびウェブ会議各拠点

開 会
挨 拶
議 題

〔報告事項〕

1. 第 3 回日本医師会医療政策会議かかりつけ医ワーキンググループ(9/15)報告 (0 1)
〔日本医師会総合医療政策課〕
2. 第 1 回医療政策研修会及び地域医療構想アドバイザー会議(9/15, 29)報告 (0 2)
〔厚生労働省医政局地域医療計画課〕
3. 第 2 回神奈川県保健医療計画推進会議(9/26)報告 (0 3)
〔県医療課〕
4. 地域包括診療加算・地域包括診療料に係る研修(12/25)の開催について (0 4)
5. 令和 4 年度病床機能報告及び外来機能報告の実施等について (0 5)
〔県医療課長〕
6. 地域医療構想調整会議における検討状況等の確認について (0 6)
〔県医療課長〕
7. 新型コロナウイルス感染症への今後の対応について
8. その他 (各郡市医師会からの報告等)

今後の開催	第 13 回	1 1 月 9 日	第 14 回	1 2 月 1 4 日
	令和 5 年	1 月 (休会)	第 15 回	2 月 8 日
	第 16 回	3 月 8 日	第 17 回	4 月 1 2 日
	第 18 回	5 月 1 0 日	第 19 回	6 月 1 4 日
			第 2 水曜	午後 2 時～

神奈川県医師会地域医療対策委員会委員名簿

〔任期：令和5年6月30日迄〕

委員長 菅 泰 博 (川 崎 市)
副委員長 内山 喜一郎 (海老名市)
副委員長 若栗 直子 (横 浜 市)

赤羽重樹 (横浜市)	川口浩人 (横浜市)
大橋博樹 (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)
笹尾 玄 (秦野伊勢原)	加藤佳央 (足柄上)
八木健太郎 (厚 木)	秋間禮二 (逗 葉)
土肥直樹 (相模原市)	楠原範之 (大和市)
藁谷 收 (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)	

[本会側]

菊岡正和 (会 長)	恵比須 享 (担当副会長)
竹村克二 (副 会 長)	小松幹一郎 (担当理事)
古井民一郎 (理 事)	磯崎哲男 (理 事)

第12回神奈川県医師会地域医療対策委員会レジメ

日 時 令和4年10月12日(水) 午後2時
場 所 県総合医療会館2階医療救護本部
およびウェブ会議各拠点

出席者：菅 泰博（正・川崎市）内山喜一郎（副・海老名市）若栗直子（副・横浜市）
赤羽重樹（横浜市）川口浩人（横浜市）大橋博樹（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）
笹尾 玄（秦野伊勢原）加藤佳央（足柄上）八木健太郎（厚木）秋間禮二（逗葉）土肥直樹（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）
恵比須 享（県医担当副会長）竹村克二（県医師会副会長）小松幹一郎（県医担当理事）
古井民一郎（県医理事）磯崎哲男（県医理事）

《29名》

議 題

〔報告事項〕

1. 第3回日本医師会医療政策会議かかりつけ医ワーキンググループ(9/15)報告

〔日本医師会総合医療政策課〕

日本医師会医療政策会議のかかりつけ医に特化し議論を行うワーキンググループ最終報告が小松理事から行われた。来週医療政策会議が開催予定、そこで報告が行われる。

そもそもかかりつけ医やかかりつけ医機能というのは、2013年に四病院団体協議会とも協議を行い話題になったもの。今その話題が再度出てきているのには、5月17日開催の全世代型社会保障構築会議において、「今回のコロナ禍により、かかりつけ医機能などの地域医療の機能が十分作動せず総合病院に大きな負荷がかかるなどの課題に直面した。かかりつけ医機能が発揮される制度整備を含め、機能分化と連携を一層重視した医療・介護提供体制等の国民目線での改革を進めるべきである。」とされたこと、5月25日開催の財務省財政制度等審議会・財政制度分科会において、「かかりつけ医機能の要件を法制上明確化すべきである。その上で、これらの機能を備えた医療機関をかかりつけ医として認定するなどの制度を設けること、こうしたかかりつけ医に対して利用希望の者による事前登録・医療情報登録を促す仕組みを導入していくことを、段階を踏んで検討していくべきである。」と取りまとめられたこと、6月7日の経済財政運営と改革の基本方針2022(骨太の方針)が経済財政諮問会議での諮問を経て、閣議決定され、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」とされたことを受け、日本医師会でも再度議論を重点的かつ早急にしていくこととなり、3回の検討が重ねられた。

2013年に日本医師会・四病院団体協議会の「医療提供体制のあり方 日医・四病協合同提言」として「かかりつけ医」とは「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」と定義された。また「かかりつけ医機能」とは、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する、診療時間外も地域の医師・医療機関と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も対応できる体制を構築する、とし日医かかりつけ医機能研修制度を設けて研鑽に取り組んできたが、制度化し強制することはなかった。

今回のコロナ禍において、財務省の言うようにかかりつけ医機能が発揮されなかったのは、多くの医師の取組み努力や治療実績を考えれば言いがかりとしか思えない。た

だ一部にはこういった議論が好まれる傾向もあるので、再度議論を深めておくことがこのWGの趣旨である。

一方、かかりつけの患者対応に力を注いだ施設は多かったが、オミクロン株以降大量に発生した重症化リスクの低い、かかりつけ医を持たない患者に対する診療に手が足りなかったために過度な負担が一部の発熱診療機関にのしかかったのは全国各地からの報告が上がったのも事実。

かかりつけ医は自院に通ってくる患者のみを診るだけではなく、地域の中で学校医や急病診、介護保険認定などの活動に参加する必要がある、地域包括ケア推進の核として地域医師会がその責任を担っていくべきである。個々の医療機関が全ての能力を有して24時間365日何でも対応できることを目指すのではなく、横の連携で点と面をあわせて対応することで、地域に対して安心・安全な医療を提供していくことが望ましいという方向で報告書はまとまる見込み。

国にはかかりつけ医を制度化したいという思惑がかなり強くあるが、働き方改革を考えても個々の医療機関が担うとういうのは現実的ではない。地域の皆で担うことが大切であり、平時にできないことは非常時にも当然できない。コロナに限らず地域包括ケアでも然り、自分の患者ではないという考え方に固執せず、地域全体や病院一丸チームとして医療にあたる姿勢こそが、患者から見ても分かりやすいかかりつけ医なのだと思う。

2. 第1回医療政策研修会及び地域医療構想アドバイザー会議(9/15, 29) 報告

〔厚生労働省医政局地域医療計画課〕

WEB開催となった医療政策研修会について小松理事が報告された。

第8次医療計画及び地域医療構想に関する状況では、医療需要の変化として入院患者数は全国的に増加傾向で2035年から2040年にかけてピークを迎えることが見込まれる。入院患者の8割を65歳以上が占める。外来患者数に関しては、2025年がピークと考えられるが、関東や関西地区以外はすでに減少局面にある医療圏が多い。施設に入るか訪問診療にシフトするという流れで、在宅患者数が多い地域で今後増加し、2040年以降に203の二次医療圏においてピークを迎えることが見込まれる。高齢者が増え続けるのでそれに伴う疾患が増えるということになる。医療だけの比率が減少、医療と介護の複合ニーズが増加する。こういった傾向を踏まえた上で、地域医療構想や8次医療計画を考えていく必要がある。地域医療構想調整会議では病床区分や病床数の議論に多くの時間が割かれているが、在宅と施設と病院のバランスをどうしていくのか、医師の働き方改革での労働時間制限で医師派遣が減少した際に地域医療はどう変化するのかといった議論が、今後は重要と考える。外来機能報告では、まさに現在進行形で報告作成に取り組んでおられると思うが、この報告を出した結果、医療機関が紹介受診重点医療機関に該当するのかわからないのかが分かる。次に紹介受診重点医療機関の役割を担う意向確認を行うことになる。基準を満たして意向があれば、そのまま紹介受診重点医療機関となるが、基準を満たしてはいるが意向がない場合や、基準は満たさないが意向がある場合は、「外来医療に係る地域の協議の場」で議論することになる。紹介患者重点医療機関（一般病床200床以上の病院に限る）は、紹介状がない患者に対しては定額負担の対象となるため、外来患者数の減少を懸念して手挙げをしない医療機関が出ることも想定される。それに対して3回目の地域医療構想調整会議で議論を行う予定だが、自らの意向に反する強制はしにくいので議論は難しいのかと思う。

① 在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループにおける検討状況は、15時からの在宅医療対策委員会で磯崎理事から説明してもらう。

② 救急医療・災害医療については、災害医療は以前に比べて浸水対策へ力を入れている。

③ 最後に医師の働き方改革については、2024年4月までに、各医療機関で「医師労働時間時短計画」を医療機関勤務環境評価センターに提出して審査を受ける必要がある。その上で医療審議会で見聞聴取を行い、指定結果や評価結果が公表となる。半年から1年近く

処理時間を要する可能性があるため、令和4年度中には時短計画をまとめることが望ましい。医療機関勤務環境評価センターは、今回の働き方改革による新設である。この評価センターの役割がとても大きい。令和4年度中に都道府県で行うべきこととして、連携Bを含む医療機関への制度周知の徹底、960時間超え医師の有無等の各機関の状況把握、連携B指定医療機関候補の把握、医療機関の意向確認等があげられる。この取組みには医療介護総合確保基金の活用が受けられることもあるので、希望があれば確認が必要。働き方改革の推進は当然必要だが、特に救急医療で地域医療に歪みが生じる恐れもあるので、今のうちから郡市医師会とは情報を共有して、2024年4月以降の体制が埋まらないという事態を回避しなければならない。働き方改革の影響調査は、早い段階からきちんとしておく必要がある。医師の働き方改革の施行に向けた準備状況の調査が82の大学病院に対して5月から7月にかけて実施された。臨床研修医を除く43,718人の中で時間外・休日労働時間数が年間1,860時間相当超の医師数は1,034人。人数が多い診療科は、外科・内科・産婦人科の順であった。医師の割合が高いのは、産婦人科・脳神経外科・外科の順。内科も細分化してみると循環器などは高くなっているのかもしれない。

3. 第2回神奈川県保健医療計画推進会議(9/26)報告

〔県医療課〕

ハイブリッド形式で行われた今年度2回目の保健医療計画推進会議が小松理事から報告された。議題が5つ、報告が5つであった。

精神病床の取扱いに関する要綱整備について、県内の精神病床は過剰となっている。一般病床・療養病床は病床不足として公募されることがある。令和3年度病床事前協議の際、横浜地域で同一二次保健医療圏内で精神病床を有する2病院が療養病床確保を希望した。精神科病院協会の自主的な取組みにより、加入病院は「希望する療養病床と同数の精神病床減」としたが、非加入病院は「精神病床維持」となった。県内の精神病床は過剰であり、高齢者の入院が増える傾向で、若年層入院患者が減ってきて病床としての性格も変化してきている。公平性の観点からも、「県としては不足な種別の病床配分を受ける際は、過剰な種別の病床を減らす」取扱いを指導要綱に規定することが提案され、承認となった。

令和4年度病床整備事前協議について、4月1日時点の既存病床数が基準病床数を下回る、横浜(△373床)、相模原(△83床)、横須賀・三浦(△211床)、湘南西部(△7床)、県央(△15床)のうち、横浜と相模原で公募を行うことになった。横須賀・三浦は新型コロナウイルス感染症の影響で、稼働率が不安定で状況判断が困難なこと、医療従事者人材不足による非稼働病床が176床あること、8次医療計画の事業に新興感染症が位置づけられることによる病床整備の判断が難しいことを理由に実施しないこととなった。湘南西部は不足となった要因は、現に稼働している病床の減ではなく医療提供体制に変動がないとして実施しない。県央は新型コロナウイルス感染症も影響があり、状況が不透明なため実施しないとされた。

病床の取扱いについて、湘南西部地域中郡の東海大学大磯病院が2023年3月に医療法人徳洲会に事業継承希望の申し出があり、湘南西部地区保健医療福祉推進会議で、救急・災害医療体制や地域住民への影響を勘案し、病床を返上はせずに適用除外とすることが承認された。相模原では2023年5月に東芝健康保健組合(東芝林間病院)から医療法人武蔵野総合病院への事業継承の申し出があり、今後の地域医療構想調整会議、保健医療計画推進会議で議論を行い年度末の医療審議会へ報告する流れが承認された。

医療介護総合確保促進法に基づく令和4年度神奈川県計画(医療分)策定の概要について、基本的な考え方は急性期から在宅医療・介護までの一連のサービスが提供できるよう、市町村や関係団体と連携しつつ、必要な取組みを行う。県全体の目標は、①急性期病床等から回復期病床への転換を促進する ②在宅医療を提供できる医療機関や事業所の増加、従事する人材の育成などにより、体制充実を目指す ③不足する医療従事者の確保・養成や定着促進を図るとともに、医療従事者の負担軽減を図る ④勤務医の労働時間短縮に向けた総合

的な取組に要する経費を支援することで勤務医の働き方改革の推進を図る、としている。令和4年度分の事業に病院再整備事業として川崎市立市民病院の再整備に対する補助が計画されており、地域の公立病院の再整備は当然必要だと思うが、基金は市の負担がなく、国が2/3、県が1/3負担するというもので、市にとってはこの基金を活用したいのが本音。区分I-1は病床削減の基盤整備のものなので、神奈川県はうまく活用できていない状況も勘案し、令和2年度川崎地域医療構想調整会議でも、公立病院だから基金を使えるというのは不公平で、県が示した目標とも整合性が取れないので、地域で一定以上の役割を担う基幹病院への再整備には公民隔てなく活用できるようにしてほしいと意見を出している。県に対して国に提出する前に記載を変更するように求めている。

恵比須副会長からも公民分け隔てなく、基金活用できるように当日も含めて意見を出しており、今後も注視していきたいと補足された。

窪倉委員からは、報告議題(3)令和5年度から適用する基準病床数の見直し検討について指摘があり、横浜と川崎北部と横須賀・三浦について、試算によると横浜では1,000を超える基準病床の増加が見込まれると報告があったが、地域医療構想の一環として進められる基準病床の見直しについては、医師の働き方改革も見直しを前提にしなければ実現しないと思われる。算定式ありきの結果を追求するというだけではせずに、深い議論を求める提案を行ったことが報告された。

4. 地域包括診療加算・地域包括診療料に係る研修(12/25)の開催について

2019年度のDVDを放映する内容であっても、「慢性疾患の指導に係る適切な研修」として認められることが確認できたため、今年度は新規申請に限定せず集合形式で12月25日に総合医療会館7階講堂で開催する。

日本医師会から、2022年度地域包括診療加算・地域包括診療料に係るかかりつけ医研修会に関しての通知は現時点ではまだ届いていない。すでに前回の委員会でも報告しているが、本加算や本診療料を算定している場合は、令和2年3月19日付厚生労働省保険局医療課事務連絡で、「研修の中止等でのやむを得ない事情で基準を満たせない場合は届出辞退の必要はない」と示され、継続算定は可能なので本研修を必ずしも受講する必要がない、との経過措置は今も継続中。令和4年6月29日付厚生労働省保健局医療課事務連絡 疑義解釈(その15)問3にて、必須カリキュラムである29認知能の障害、74高血圧症、75脂質異常症、76糖尿病の4つの研修を含めて、新規届出の場合でも、eラーニングによる受講が新たに認められた。2年毎の研修修了に関する届出を更新する場合は平成30年度からeラーニングの受講も認められるとされたが、残念ながら日医生涯教育ポータルサイトに一部該当コンテンツがない状況だった。今年度からは2年毎に届出が必要な「慢性疾患の指導に係る適切な研修」として、**4健康相談、11禁煙指導、13介護保険、73服薬管理、80在宅医療も含め、今まで集合開催で行ってきた9cc 6時間30分の講義全てが、日医生涯教育ポータルサイトに日医eラーニングコンテンツとして掲載されており、全てeラーニングによる受講が可能な状況となっている。**日医会員であれば、上記6時間30分(cc29, 74, 75, 76+cc4, 11, 13, 73, 80)とその他13.5時間(=どの講義でも良い)を併せた20時間すべてをeラーニングで受講することもでき、更新申請も可能な環境が整ったことになる。この9つのカリキュラムを網羅している本研修を1日で会場での受講ができるのはこの12月の研修。10/11付で郡市医師会長あてにすでに開催案内を発送していることが小松理事から報告された。

5. 令和4年度病床機能報告及び外来機能報告の実施等について

〔県医療課長〕

令和3年5月に成立・公布の「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」に基づき、今年度から新たな取り組みとなる外来機能報告と病院機能報告が10月1日から11月30日を報告期間として開始さ

れている。「医療機関等情報支援システム（G-MIS）」のURLがあるが、原則として紙媒体での報告は認められない。以前から話題に上がっている、「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」となる意向の有無もここで報告することになることが小松理事から説明された。

6. 地域医療構想調整会議における検討状況等の確認について

〔県医療課長〕

以前に公立公的病院の再検証の話があり、乱暴な議論が唐突に出されたが、かながわ県でも10医療機関が該当したという経緯があった。地域の中で丁寧な議論を積み重ね、県としては10医療機関とも継続でとしたところではあるが、そこをもう一度確認したいと、9月30日付で県医療課長より、病院機能報告対象医療機関あてに、地域医療構想調整会議における検討状況の確認が直接送付されている。調査票記入要領が示されて、10月21日（金）がエクセルで提供されている調査票の提出期日となっていることが小松理事より説明された。

7. 新型コロナウイルス感染症への今後の対応について

今後のコロナ対応案について小松理事から説明された。

この夏の第7波や第6波のオミクロン株になってから、性格がかなり変わってきた。特に7波で明らかになったのは、今まで以上に感染者数が爆発的に増加し、発熱難民という言葉がクローズアップされた。県としてはセルフチェックを進め、医療機関を受診しないで療養するという選択肢ができた。感染者数が増えているのと同時に、医療機関での職員も多く感染し多い時（お盆過ぎ）には県内70機関でのクラスター発生があった。患者が増えている中で、医療従事者が減っているという非常に苦しい状況に追い込まれた。限りある医療資源を有効に活用するために、医療機関への受診を控えるような声明も出された。

一つでも多い医療機関が一人でも多くの発熱患者を診察しましょう、ということだけでは、太刀打ちできないレベルだと認識された。これ以上患者が増えれば、発熱対応はできないという声も多く聞かれた。

かかりつけ医を持たない重症化リスクの低い患者が大量に発生したということが今回のテーマ。そういった多くの患者が一部の発熱診療医療機関に受診するので各医療機関にとっては、たった一度しかこない患者のためにカルテの準備をするなど、通常診療以上に手間が大きい。個々の医療機関が診察するより、まとめて診察したほうが効率的ではないかと考え、大多数の低リスクの患者を面で診ることによって、かかりつけの患者が発熱した場合は各医療で責任を持ってしっかり診ることで、従来のかかりつけ患者を守ることができる。陽性者の中で治療行為が必要な場合は地域療養の神奈川モデルでの対応ができる。短期的な課題として、冬をどう乗り越えていくのか。インフルエンザとの同時感染に備えたワクチン接種が必要。

県としてはこの冬に第8波が来た時に少なくとも1日2万人の発熱患者が出た時に備えておきたいという考え。オンライン診療を取り入れてコロナ対策に対応していくべきではないか。全県における行政主体のプラットフォームを想定。根本的な考え方として、今までの考え方では無理、地域を面で守るという視点を市や県で仕組みを取っていくべきである。

8. その他

今後の開催	第13回	11月9日	第14回	12月14日
	令和5年	1月(休会)	第15回	2月8日
	第16回	3月8日	第17回	4月12日
	第18回	5月10日	第19回	6月14日
				第2水曜 午後2時～