

第10回神奈川県医師会地域医療対策委員会

日 時 令和4年7月13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. 令和4年度こころといのちの地域医療支援事業（自殺対策） (01)
うつ病対応力向上研修企画委員会（7/6）報告
〔県精神保健福祉センター〕
2. 外来機能報告における紹介率及び逆紹介率の報告について (02)
〔日本医師会副会長〕
3. 「精神保健指定医の新規申請等に係る事務取扱要領の制定について」等の (03)
一部改正について
〔日本医師会常任理事〕
4. 日医総研リサーチ・レポートNo.128 No.131 (04)
かかりつけ医の制度整備について思うこと
かかりつけ医機能を担う拠点としての診療所の動向 ～「医療施設調査」から～
〔日本医師会総合政策研究機構〕
5. 「医師の勤務環境把握に関する調査」の周知について (05)
〔日本医師会常任理事〕
6. その他（各郡市医師会からの報告等）
医療介護総合確保促進法に基づく令和5年度神奈川県計画の策定
（医療関係事業）に向けた意見募集について（県モデル事業）

今後の開催

8月(休会)

第11回	9月14日	第12回	10月12日
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～

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10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7月13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）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）楠原範之（大和市）藁谷 收（三浦市）
木内 忍（中郡）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）

《26名》

座間綾瀬医師会委員が河合光正先生から伊藤薫先生に交代となったことが委員長より紹介された。

議 題

〔報告事項〕

1. 令和4年度ころといのちの地域医療支援事業（自殺対策）

うつ病対応力向上研修企画委員会（7/6）報告

〔県精神保健福祉センター〕

7月6日に研修企画委員会に出席した小松理事から報告があった。

例年、横浜・川崎・相模原に加えて、県内2地区で開催している。令和3年度は秦野伊勢原医師会・逗葉医師会にご協力いただき、県内5箇所ですべて250名の定員とし、220名の参加で開催した。会場ごとの意見・感想も概ね（97.5%）が参考になったとの回答であった。今年度は横浜11/20、川崎10/29、横須賀10/23、海老名10/30、相模原11/27での開催が正式に承認された。開催留意事項には会場収容人数の50%を超えないとしているが、昨年度も受講定員以上の申込みがあった地域もあり、その時の感染状況を十分踏まえた上で、もう少し柔軟に（目安60-70%程度）までなら良いのではという意見もあり、柔軟に対応していくことになった。産業医制度更新単位となる研修のため、根強い受講希望はあるが、日本医師会生涯教育等の研修と異なりWEB研修が認められないため、医師会非会員は他県での受講も多く見受けられ苦勞しているとの意見もあった。

産業医制度のオンライン研修解禁を強く求める意見もあった。

2. 外来機能報告における紹介率及び逆紹介率の報告について

〔日本医師会副会長〕

6月17日付けで、厚生労働省医政局地域医療課より各都道府県衛生主管部（局）あてに連絡があり、本年10月に開始される外来機能報告の紹介率及び逆紹介率の報告対象期間等について小松理事から報告された。

令和4年度の外来機能報告では、令和4年7月の1ヶ月の紹介率及び逆紹介率を報告対象とする。令和5年度の報告では、令和4年7月から令和5年3月までの9ヶ月間、令和6年度以降の報告では、報告実施年度の前年度12ヶ月の紹介率と逆紹介率を報告対象とする。有床診療所及び外来機能報告対象医療機関になった無床診療所については、この報告は任意となる。

紹介率及び逆紹介率の計算は、地域医療支援病院の定義を活用する。

紹介率＝紹介患者数÷初診の患者数×100

逆紹介率＝逆紹介患者数÷初診の患者数×100

地域医療支援病院における紹介患者数等の定義

(平成10年5月19日付け厚生労働省健康政策局通知)

「紹介患者の数」:

開設者と直接関係のない他の病院又は診療所から紹介状により紹介された者の数

(初診の患者に限る。また、紹介元である他の病院又は診療所の医師からの電話情報により地域医療支援病院の医師が紹介状に転記する場合及び他の病院又は診療所等における検診の結果、精密検診を必要とされた患者の精密検診のための受診で、紹介状又は検査票等に、紹介目的、検査結果等についてその記載がなされている場合を含む)

「初診患者の数」:

患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数

(地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬入された患者、当該地域医療支援病院が医療法第30条の4に基づいて作成された医療計画において位置づけられた救急医療事業を行う場合にあっては、当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した患者及び自他覚的症状がなく健康診断を目的とする当該病院の受診により疾患が発見された患者について、特に治療の必要性を認めて治療を開始した患者を除く)

「逆紹介患者の数」:

地域医療支援病院から他の病院又は診療所に紹介した者の数

診療に基づき他の機関での診療の必要性等を認め、患者に説明し、その同意を得て当該機関に対して、診療状況を示す文書を添えて紹介を行った患者

(開設者と直接関係のある他の機関に紹介した患者を除く)

報告した数値の使用目的が現段階では不明瞭であるため、この数字を提出すること自体に懐疑的な思いもある。

磯崎理事からは紹介率・逆紹介率ともに高い数値が示されることになると考えられ、財務省が示すかかりつけ医機能の制度化はこの機能分化が進んでいないことが要因の一つに挙げられているが、高い数値を示すことにより、地域での役割分担がしっかりできていることを明示し、反証することにもつながると考えられ、一つのメリットでないかと考えていることが説明された。

3. 「精神保健指定医の新規申請等に係る事務取扱要領の制定について」等の一部改正について

[日本医師会常任理事]

6月23日付け、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長から各都道府県知事あて「精神保健指定医の新規申請等に係る事務取扱要領の制定について」一部改正の通知が小松理事から説明された。

主な改正点は、指定医の新規申請時に提出するケースレポートについて、措置入院に係る症例を含むことが必須とされた。

ケースレポートの対象となる症例

ア. 精神科実務経験告示に定める5例以上の症例については、精神病床を有する医療機関において常時勤務し、指導医の指導のもとに自ら担当として診断又は治療等に十分な関わりを持った症例について報告するものであり、入院中においては、少なくとも1週間に4日以上、当該患者について診療に従事したものでなければならない。

イ. 当該患者の入院から退院までの期間、継続して診療に従事した症例をケースレポートの対象とする。

- ウ. 入院が長期にわたる場合は、入院から3ヶ月以上継続して当該診療に従事した症例、既に入院している患者については新たに担当として診療に従事して退院まで引き続き当該診療に従事し、その期間が3ヶ月以上である場合において、それぞれケースレポートの対象とすることができるものとする。
 - エ. ケースレポートの対象となる症例は、措置入院に係るもの又は医療保護入院者に係るものに限る。
 - オ. 医療保護入院者に係る症例については、入院時から担当し、かつ入院時の指定医診察に立ち会った症例を必ず1例以上含まなければならない。
 - カ. 医療保護入院又は措置入院の途中から担当し、任意入院に入院形態が変更された後も退院まで引き続き診療に従事した症例については、当該医療保護入院等の担当開始から入院形態の変更までの期間が1ヶ月以上を経過し、さらに任意入院の期間を足して3ヶ月以上になる場合において、ケースレポートの対象とすることができるものとする。
 - キ. 「症状性を含む器質性精神障害（老年期認知症を除く）」及び「精神作用物質使用による精神及び行動の障害（依存症に係るものに限る）」については、入院から3ヶ月以内に同一の入院形態のまま転院が行われた症例であっても、ケースレポートの対象とすることができるものとする。
 - ク. イ、ウ、カ及びキについては、「ケースレポートの対象となる診療期間の条件」参照。
 - ケ. 指定医の申請時から7年より前に診療に従事した症例についてケースレポートを作成することは認められない。
 - コ. 提出するケースレポートのうち1例以上は、申請前1年以内に診療を開始した症例とする。
 - サ. 提出するケースレポートのうち2例以上は、申請日の1年前の日より前に診療を開始した症例とする。
 - シ. 提出するケースレポートのうち1症例以上は、医療保護入院等から任意入院に入院形態を変更後、申請者が、当該患者に対して任意入院による治療を行ったものが望ましい。
 - ス. 提出するケースレポートのうち1症例以上は、申請者が措置入院者又は医療保護入院者の退院後に、当該患者に対して通院治療を行ったものであることが望ましい。
 - セ. 医療保護入院等から任意入院に入院形態が変更された後、退院後の通院治療をおおむね1ヶ月以上行った症例については、任意入院に移行した症例かつ退院後の通院治療を行った症例としてケースレポートの対象とすることができる。
 - ソ. 同一症例について、入院期間のうちの同一の期間に関して複数の医師がケースレポートを作成することは認められない。
- 令和4年7月1日以降の申請について適用されるので、内容をご確認いただきたい。

4. 日医総研リサーチ・レポート No. 128 No. 131

かかりつけ医の制度整備について思うこと

かかりつけ医機能を担う拠点としての診療所の動向 — 「医療施設調査」から—

〔日本医師会総合政策研究機構〕

「経済財政運営と改革の基本方針2022」（2022年6月閣議決定）において、「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。その状況も受け、日医総研でも6月に立て続けに2本の「かかりつけ医」に関するリサーチ・レポートが上がったので、小松理事から情報提供された。

No. 128 (6/16) 「かかりつけ医の制度整備について思うこと」

1. かかりつけ医を登録制にして受診を制限することで、医療費を削減できるわけではない。
2. 先進各国は、かかりつけ医制度の有無にかかわらず、自国の医療を守るため経済力

に見合った一定の財源を投じている。

3. 英国ではG P (General Practitioner) への登録制、G Pにかかってから専門医につながるまでに、日本に比べかなり時間がかかる。

4. 新型コロナウイルス感染症の対応では、かかりつけ医に対する批判もあったが、診療所は医師1人で業務の代替がきかず、小さな施設で導線分離もできないため、感染症を診療するハードルがきわめて高かった。

かかりつけ医がチームで対応できる仕組みを整える必要がある。

5. かかりつけ医の登録制に包括払いが抱き合わされることで、医療費が抑制されるのではないかという不安がある。日本でも、かかりつけ医への投資も含めて、かかりつけ医を育てるという気持ちで支えることが、かかりつけ医機能向上への第一歩になるのではないか。

かかりつけ医制度の有無や程度にかかわらず、アメリカ以外のG 7の「経済力に対する医療費の大きさ」(対GDP保健医療支出)は9-12%程度。

日本は高齢化率の高さに比べて1人当たり保健医療支出が少ない。1人当たりの医療費の高い高齢者が多い人口問題が問題であり、人口政策も重要である。

日本は受診回数が多い分、早期発見・早期治療で単価が低いのが特徴。

英国では、現在自分でG P (General Practitioner)を選択できる仕組みになっているが、予約を入れてから診察まで3週間と言われるほど、診察までの期間が長い。また約半数(51%)がG P(一般開業医)の予約をとることが難しいと英国の調査による回答がある。G Pに紹介されてから専門医の治療を受けるまでの期間は、イングランドでは1ヶ月以上かかる。患者都合でいわゆる「待てる」医療もあるとはいえ、不安はある。

「かかりつけ医」の新型コロナウイルス感染症対応について、財務省は「発熱や上気道炎などの症状を持ち新型コロナ感染の可能性のある患者に対して診察を断る医療機関も当初は少なくなかった」と財政制度等審議会「歴史の転換点における財政運営」p.37で述べている。しかし、新型コロナウイルス感染症流行初期の段階では個人防護具の供給が滞る問題も発生し、医療機関に対する風評被害にはすさまじいものがあった。財務省は、発熱外来の公表が少なかったこと、また公表しても「かかりつけ患者のみを対象」として、「患者の選別」を行っているとも指摘している。しかし、医療現場では風評被害のほか、発熱外来を公表することによって患者が集中する不安もあった。診療所の医師の多くは1人で、かつ小規模な施設で、時間的・空間的に動線を区分すること、他の医師と分担してコロナ医療と通常医療、外来とコロナ往診を分担することが難しい状況がある。その中で、それぞれの診療所はできる範囲の対応を行った。

日本でも必要な時にはかかりつけ医に大胆な投資を行うことも含めて、かかりつけ医を育てる気持ちをもってほしい。また診療でなくても、かかりつけ医とかかりつけ医を持ちたい住民が面談できる仕組みを提案したい。過疎地1人医師にかかりつけ医制度を導入し、すべて押し付けたら、その医師は潰れかねない。地域一体のチームを形成し、医師たちが分担して面で医療を支えていく必要がある。

No. 131 (6/20) 「かかりつけ医機能を担う拠点としての診療所の動向

－「医療施設(静態・動態)調査」から－

1. 厚生労働省「医療施設(静態・動態)調査」から、診療所の動向を概観。

「診療所数」には保険診療を行わない施設が含まれる。かかりつけ医のあり方を適切に議論するためにも、厚生労働省は保険医療機関の集計を充実させるべき。

2. 診療所の施設総数は、特別養護老人ホームの医務室等が増加しているため、総数としては増加。一般診療を主とする診療所は、全国的に増えていない。診療所医師の高齢化により、かかりつけ医機能を担う診療所の廃止が加速度的に進む地域が出てくる

恐れあり。また、診療所の少ない地域では中小病院がかかりつけ医機能をもつことも考慮してその機能強化を考える必要がある。

3. 診療所の約4割が個人立診療所。診療所の経営状態把握は、医療法人に着目されがちだが、個人立診療所は経営規模がより小さいことに留意する必要がある。

4. 診療所は全国平均で見ると大規模化しているが、地方には医師一人の診療所も多い。「かかりつけ医を中心に地域の医師がチーム一丸となって患者さんを支え」（日本医師会「国民の信頼に応えるかかりつけ医として」）る仕組みづくりが必要。

磯崎理事から、キャノングローバル研究所のコロナ禍の国際比較より、英国医療費の試算が紹介された。2018年の介護を除く医療費は1760億ポンド＝現在のレート160円で換算すると28兆1600億円、英国GDPの8.2%。人口を日本に合わせると53.5兆円。つまり、財務省の考える英国式にすれば、現在の医療費より10兆円多くかかるという試算結果から考えると、仮に英国式を導入しても医療費が下がるとは考えにくい。さらに、コロナでかかりつけ医がきちんと機能しなかったという指摘に対し、2022年6月時点の各国の感染者数に対する死亡率の比較が示された。日本の死亡率は0.337%と突出して低く、アメリカ・イギリス・ドイツ・ロシア・フランス・イタリアより圧倒的に死亡者数が少ない。国際的に見れば財務省の言っていることは誤りであり、日本は適切な対応ができたというのが事実だと言える。

小松理事からは、新興感染症感染爆発時には臨時の医療施設を国が作って対応するのが本来すべきことであり、かかりつけ医の制度化は自由開業性への制限を考えている恐れもあるので、注視していく必要があると考えていることが補足された。

財務省の試案では英国GP導入というより、日本オリジナル案を検討しているようであり、コロナによる死亡率がこれだけ低かったのになぜ、これだけ医療が逼迫したのかを攻める論法で厚労省とやりとりをしているとようだと、委員会からの紹介があった。

早い段階から「医療崩壊」という言葉を出して国民への注意喚起に努めたが、日本の医療が考える医療逼迫と、実際に棺が並んだような海外の状況を比較すれば、日本では「医療崩壊」はなかったと言える。言葉は怖い、と感じたことも小松理事が補足した。

5. 「医師の勤務環境把握に関する調査」の周知について

〔日本医師会常任理事〕

2024（令和6）年4月、医師に対する時間外労働上限規制適用を控え、直近の医師勤務状況の現状把握を行い、今後の医師の働き方改革の議論の一層の推進に向けた基礎資料を得ることを目的に、厚生労働省医政局医事課から委託会社を介して、調査が実施されている。対象は全国すべての病院と無作為抽出された診療所並びに介護老人保健施設。調査の種類は ①施設調査 ②医師調査（無作為抽出された1/2の施設の全医師）。医師調査は7/11-17の勤務時間の記録が必要となる。回答期限は7/25（月）。施設調査票は返信用封筒（水色）に入れて投函する。医師調査票は返信用封筒（茶色）に入れて投函することが小松理事から報告された。医師調査はオンライン回答も可能となっている。

6. その他

- ・医療介護総合確保促進法に基づく令和5年度神奈川県計画の策定（医療関係事業）に向けた意見募集について（県モデル事業）

前回第9回委員会で紹介しているが、6月中の神奈川県モデル事業の紹介予定の件、今年度は県庁内での調整がつかなかった。したがって県HPへのモデル事業追加掲載は、今回はないことが小松理事から報告された。

今後の開催

8月(休会)

第11回 9月14日

第13回 11月9日

令和5年1月(休会)

第15回 2月8日

第17回 4月12日

第19回 6月14日

第12回 10月12日

第14回 12月14日

第16回 3月8日

第18回 5月10日

第2水曜 午後2時～