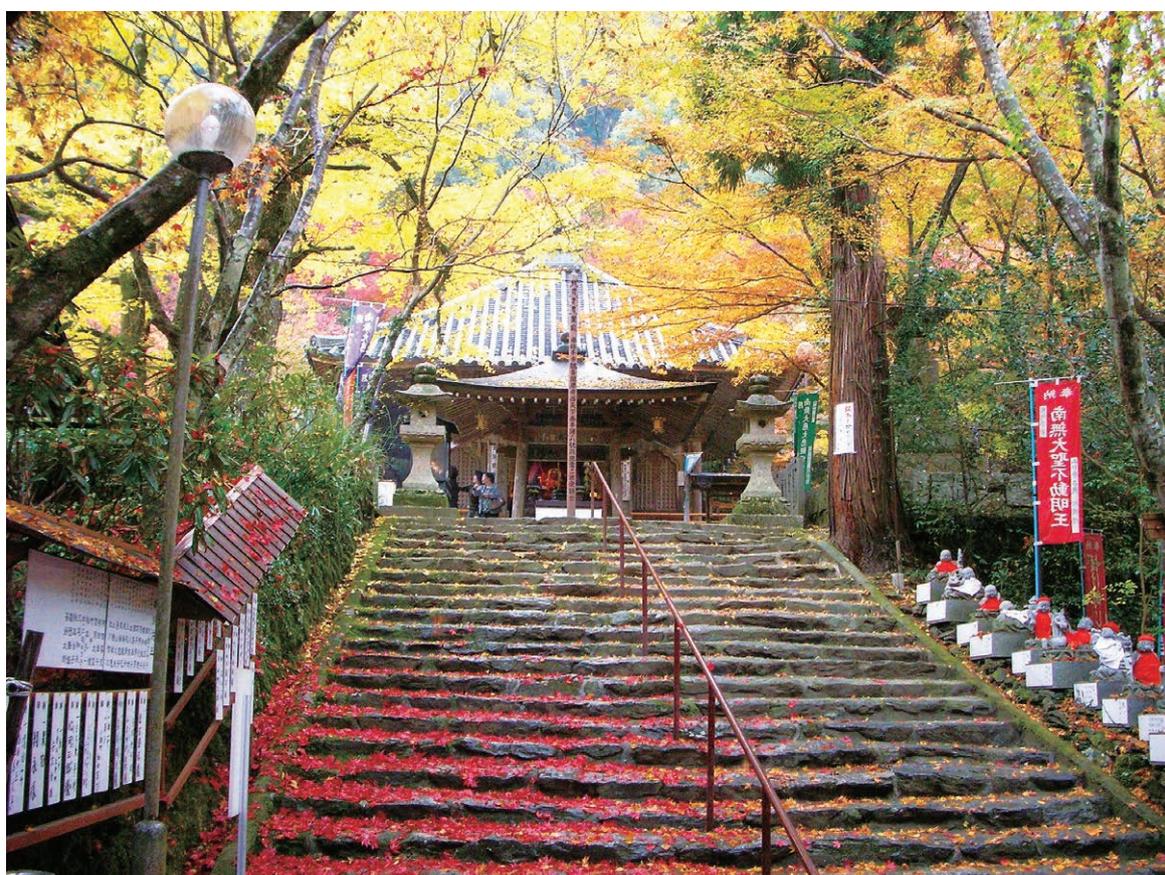


山口県医師会報

令和3年(2021年)

11月号

— No.1935 —



冷雨の龍蔵寺（山口市） 鶴田良介 撮

Topics

県医トピック「記者会見」



Contents

■ 県医トピック「記者会見」 『コロナ感染の疑いがあれば速やかに医療機関を受診しましょう』……………	737
■ ニューフェイスコーナー「これまでとこれから」…………… 加藤秀豊	742
■ 今月の視点「高額薬剤に起因する高額医療費問題の行方」…………… 清水 暢	744
■ 令和3年度 郡市医師会地域包括ケア担当理事会議…………… 伊藤真一	748
■ 令和3年度 郡市医師会妊産婦・乳幼児保健担当理事協議会 関係者合同会議…………… 河村一郎	753
■ 第29回 全国医師会共同利用施設総会…………… 沖中芳彦	754
■ 令和3年度 山口県医師会有床診療所部会総会…………… 正木康史	770
■ 日医 FAX ニュース……………	773
■ 理事会報告（第13回）……………	774
■ 飄々「私と将棋」…………… 藤村智之	778
■ お知らせ・ご案内……………	779
■ 編集後記…………… 長谷川奈津江	782

県医トピック

記者会見

「コロナ感染の疑いがあれば速やかに医療機関を受診しましょう」



令和3年9月16日（木）に、山口大学医学部附属病院の松永和人副院長に出席いただき、記者会見を開催しました。県医師会からは河村会長をはじめ、今村・加藤両副会長、沖中・長谷川各常任理事が出席しました。

今回の会見では、新型コロナウイルス感染症の重症化・感染拡大を防ぐため、発熱などの症状が出た場合は速やかな医療機関受診と、ワクチン接種の呼びかけを行いました。

発言要旨

河村会長 新型コロナウイルス感染症が始まって1年半が経過したが、まだまだ収束していない。政府分科会の尾身会長がもう2、3年はお付き合いしなければならぬと言われていたが、そう思われる。また、さまざまな医療関係者の協力により、山口県はワクチンの接種率が高く、光市では1回目の接種率が85%程度、2回目の接種率が75%程度となり、今週と来週で希望者が全員、2回目の接種を完了する予定である。残っているのは小学校6年生で12歳になる人で、これから小児科の先生を中心に始まる予定である。

現在、ステージ2から3のところであるが、市中感染や、ピークアウト後も収束しないのは、感染力の高いデルタ株の特徴が影響しているのではないかと思われる。心配しているのは、大人のワクチン接種率はよいが、12歳未満の小児は薬もなく、ワクチンもない。どのように守っていく

かが大切などと思っている。抗体カクテル療法が始まり、これから松永副院長が県内の状況をお話いただくが、早期発見・早期治療が大切である。

松永副院長 本日は新型コロナウイルス感染症の重症化をいかに防ぐかという点を中心にお話させていただく。重症化を防ぐことは大きく3つの観点から重要である。1つ目は新型コロナウイルス感染症の重症化による生命の危険があるということ、2つ目は軽症者と重症者を比較すると、新型コロナウイルス感染の後遺症が、重症者のほうが2倍以上、発症率が高いことが分かっていること。3つ目は、これまで軽症や中等症Iの新型コロナウイルス感染症の患者さんには解熱剤などの対症的な治療しかなかったが、最近、抗体カクテル療法が使えるようになってきたこと、である。しかし、受診の遅れや新型コロナウイルス

感染症の進行が進んでいる状況では、適応とならない場合もある。本日は新型コロナウイルス感染症の重症化に及ぼす影響として、1つ目は本日の会見のメインテーマである症状発現から診断までの期間がどのような影響を及ぼしているのか、2つ目は新型コロナウイルスワクチンの接種状況との関連性、という2つのテーマで山口県内の状況についてお話をさせていただく。

医療従事者向けの「新型コロナウイルス感染症 COVID-19 診療の手引き」に示されている重症化分類（図1）には、軽症、中等症Ⅰ、中等症Ⅱ、重症の4段階がある。中等症Ⅱと重症では血液中の酸素飽和度が低下し、呼吸不全状況になる。中等症Ⅱであれば酸素投与が必要で、重症であればケースによってはICU入室や人工呼吸器が必要という症例もでてくる。いずれにしても中等症Ⅱ及び重症化は呼吸管理が必要な重症化症例である。

発熱や風邪症状など何らかの自覚症状があり、山口県内で新型コロナウイルス感染症と診断を受けた751名の患者のデータ（図2）をみると、診断された時点での重症度が進むにしたがって、症状発現から診断までの日数がより多くかかっている。症状発現日を1日目とすると、軽症の方は平均2.6日だが、重症の方では平均7日かかってしまっている。そこで、「発熱や風邪症状などのコロナ感染を疑うサインがあれば、速やかに医療機関で検査を受けましょう（72時間以内）」を本日の会見の1つ目のメッセージとしたい。72時間とは、自覚症状（熱やのどの痛み、咳など）が発現した日を1日目とし、そこから数えて3日目である。山口県内で発症発現から診断までの日数と新型コロナウイルス感染症の重症化リスクを比較すると（図3）、3日以内に早期に診断された患者と4日以上過ぎて診断された患者では、人工呼吸器や酸素吸入などが必要となった患者の割合は3倍程度違っている。早期に受診していただくことが重症化を防ぐためにも重要である。また、受診までの日数を年代別（0～20歳、21歳～40歳、41歳～60歳、61歳以上）で比較すると（図4）、41歳～60歳と61歳以上の2つの集団では、他の年代と比べて呼吸管理が必要な割合が高くなっている。つまり、重症化しやすい。また、症状の発現から

重症度分類(医療従事者が評価する基準)

重症度	酸素飽和度	臨床状態
軽症	SpO ₂ ≥ 96%	呼吸器症状なし or 咳のみで呼吸困難なし いずれの場合であっても肺炎所見を認めない
中等症Ⅰ 呼吸不全なし	93% < SpO ₂ < 96%	呼吸困難、肺炎所見
中等症Ⅱ 呼吸不全あり	SpO ₂ ≤ 93%	酸素投与が必要
重症		ICU入室 or 人工呼吸器が必要

↑ 呼吸管理が必要 ↓

新型コロナウイルス感染症 COVID-19 診療の手引き第5.3版 より一部改変

図1

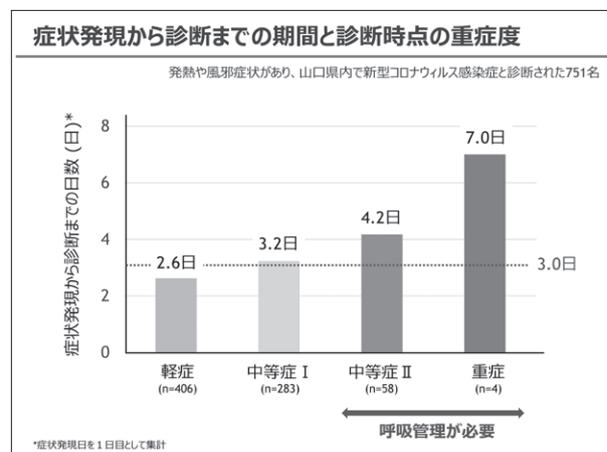


図2

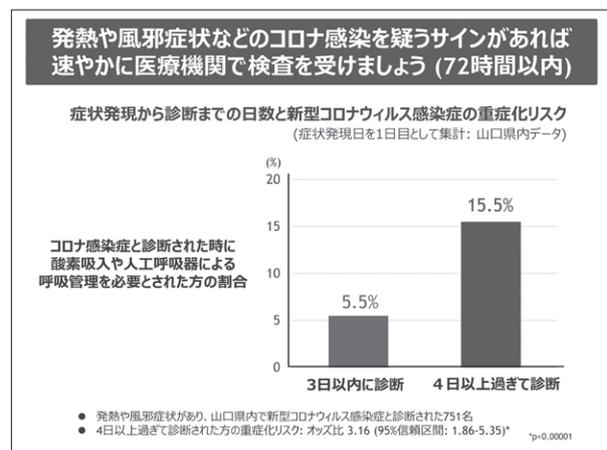


図3

診断までの日数が他の集団と比べると長い傾向にある。そこで、「特に、40歳以上の方々の受診の遅れはコロナ感染症の重症化に影響している可能性があります」を本日の2つ目の会見のメッセージとしたい。早期に受診していただき、診断の遅れを回避して、重症化を防いでいただきたい。

抗体カクテル療法の適応基準（図5）について、

治療対象となる方の条件は大きく3つあるが、1つ目は50歳以上や、BMI30以上の肥満、心血管疾患（高血圧を含む）、慢性肺疾患（喘息を含む）、1型又は2型糖尿病、慢性腎障害、慢性肝疾患、免疫抑制状態などの重症化リスク因子を少なくとも1つ有していること。2つ目は酸素投与を必要としないこと。酸素投与が始まっていると抗体カクテル療法が使えない。3つ目は投与日が発症日から7日以内であること、となっている。発症日から7日以内でなければ抗体カクテル療法の対象とならないことを知っていただきたい。なお、抗体カクテル療法の有効率に関する山口県内のデータはまだ出ていないが、傾向としては軽症患者の重症化を防いでいるのではないかという手ごたえを感じている。

最後に、新型コロナウイルスワクチンの情報を共有させていただく。さきほど、40歳以上の方は呼吸管理が必要な重症化リスクが高いことをお話ししたので、40歳以上の患者さんのみを対象に、ワクチン接種が完了している方とワクチン接種が未完了の方を比較すると（図6）、呼吸管理が必要な方の割合は2倍程度違い、ワクチン接種が完了している方のほうが重症化リスクが低いことが示された。なお、2回目のワクチン接種を完了した後に、2週間以上経過している人が新型コロナウイルス感染症に罹患した場合を「ブレークスルー感染」というが、今回のデータではワクチン接種後に何日経過しているのか判断が出来ないため、厳密な意味ではブレークスルー感染のリスクを示しているものではないことをご理解いただきたい。

以上、新型コロナウイルス感染症の重症化という視点から山口県内のデータを示させていただいた。受診はできるだけ早く、可能であれば72時間以内に診断を受けていただきたいことと、ワクチンに関しては、その重症化を抑えているという意味で、山口県内のデータからも有効であることが分かった。最後に、新型コロナウイルス感染症に対する予防策や治療法は進歩してきているが、基本的な感染予防策が依然として重要であることには変わりがないので、引き続き実行していただきたい。

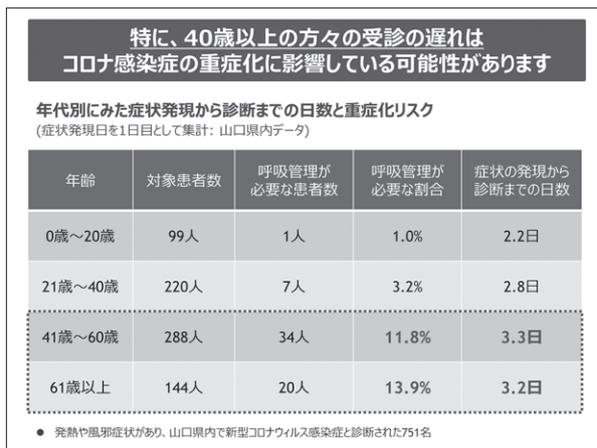


図4

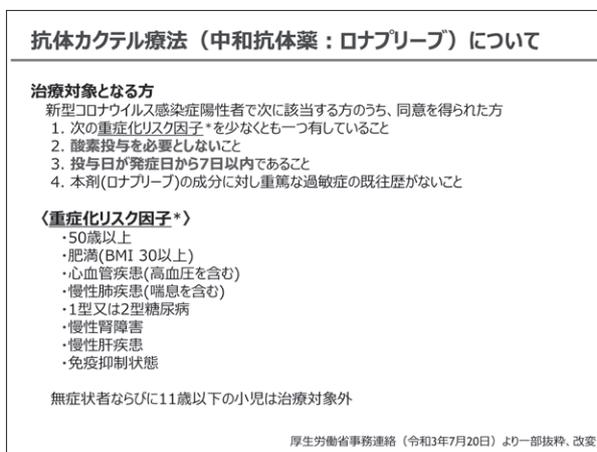


図5

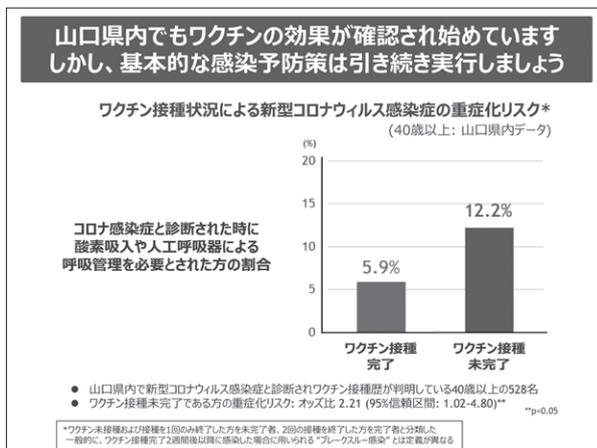


図6

主な質疑

○家庭内感染・子どもの感染予防について

河村会長 子どもの感染予防は、まずは家庭内の大人のワクチン接種が第一と考える。

松永副病院長 大人のワクチン接種とあわせて、自覚症状が出れば、できるだけ早く受診・検査をすることが重要。

加藤副会長 デルタ株の感染力はこれまでとは全く違い、子どもの入院患者が増えている。子どもにとってはデルタ株が第一波という小児科医もいる。子どもに対する治療薬はない。大人からうつることを防ぐこと、換気を行うことしか対策はない。

○受診を躊躇う原因について

松永副病院長 仕事が忙しいなどに加え、感染が確認されることの恐れ・不安が大きな原因かもしれない。これを克服するには、コロナと正しく向き合う、正しく恐れ、適度に危機感を持つことが必要。そのためには正しい情報や身近な情報を知ることが重要。

○季節性インフルエンザとコロナの判断について

松永副病院長 臨床症状だけでは鑑別は不可能。多くの医療機関で迅速に診断できる体制となっているので、できるだけ早く受診していただきたい。

○県の集中対策に対する評価・要望について

松永副病院長 県内では8月に10件程度の飲食関連クラスターが発生したことにより、時短要請となったと考える。時短の実施によって飲食関係のクラスターは激減しており、効果は確実にあったと思う。

河村会長 医師会は県にワイルドバンチフェスの中止要請をするよう要望を行い、県から主催者に要請が行われた。主催者は中止を英断されたが、現時点では大規模な集会の開催は難しいと考えている。イベントに対する経産省の助成金は緊急事態宣言地域に限られているとのことだが、今回のように、その他の地域でも中止をした業者が助成を受けられるようしなければいけないと思う。

○山口県のワクチン接種率が高い要因について

河村会長 そもそもワクチンの供給がなければ率は上がらない。山口県は厚労省に提出する接種計画にスピーディーに対応することができたことが要因の一つ。2月には接種計画は既に出来上がっていたが、ワクチンの供給が遅れ、接種の開始時期が1か月以上ずれ込んだ。5月、6月には一時

供給が止まり、それがなければ、オリンピックまでには接種が終わっていたかもしれない。

沖中常任理事 6月に県内全医療機関に個別接種の実施状況を調査した。当時、和歌山県は個別接種が進んでいるため接種率が一番高いと言われていたが、和歌山市の開業医の個別接種参加率は50数%程度で、それに比べて、山口県の参加は64%と高い数値であった。

○ワクチンの副反応に不安を持つ方へのメッセージについて

松永副病院長 食物アレルギーやアナフィラキシーの経験がある方が不安を持たれている。厚労省のホームページによると、食物アレルギーやアレルギー体質があるという理由だけで接種を受けられないわけではない、と示されている。アレルギー疾患の方には注意が必要であるが、接種後、通常より長く（30分間）、接種会場で待機して体調観察を行っていただくことが推奨されている。

○第5波の現状をどう捉えているかについて

河村会長 感染のスピードは予想外だった。現在、県内の感染状況は収束に向かってはいるものの、0になるという感じではない。

山口県は、感染者の入院・ホテル療養を原則としており、これが維持できているので、医療提供体制は充足していると考えます。

沖中常任理事 病床稼働率はステージ3、それ以外の指標はステージ2で、個人的には、全体的には悪く見積もってステージ3と思っている。こここのところ新規感染者が少し増えているので、油断してはいけないと思う。

今村副会長 健診を受けていないため、自分の基礎疾患を知らない人が散見される。基礎疾患を持つ方は重症化リスクが高い。コロナとの闘いはこれからも続く。健診を受けて、基礎疾患をチェックし、治療を始められることを勧める。

原稿を募集しています！！ - 県医師会報に投稿してみませんか？ -

県医師会では、本会報のコンテンツのさらなる充実を目指して、会員の先生方の原稿を募集します。

下記の5つのコーナーのうち、ご興味・ご関心のあるコーナーがありましたら、ふるってご投稿ください。

募集するコーナーとその内容等

■「ニューフェイス」コーナー

対象を「開業3年以内」又は「病院の新科長」とさせていただきます。
現在の状況、心境や医療に対する思い、趣味等

■女性医師エッセイ

現在の心境や医療、医師会に対する思い、趣味、思い出等

■会員の声

医療・医学に関連するものに限定します。

■若き日(青春時代)の思い出

若き日(青春時代)の思い出ばなしなど・・・

■山口県の先端医療は今・・・

自院の先端医療のご紹介

字数制限、原稿の採否等

1. 「字数：3,000字程度、写真：3枚程度」と統一させていただきましたので、ご確認いただきますようお願いいたします。
2. 原稿の内容につきましては、提出された翌月に開催する広報委員会で検討させていただきます、採否につきましては同委員会にご一任ください。場合によっては掲載をお断りすることがあります*。
*公序良俗に反するもの、特定の個人を誹謗中傷するもの、政治・宗教に関するものは掲載できません。

詳細に関するお問い合わせ先

山口県医師会事務局総務課内 会報編集係

TEL：083-922-2510 FAX：083-922-2527

E-mail：kaihou@yamaguchi.med.or.jp

ニューフェイスコーナー

これまでとこれから

下松医師会 かとう整形外科クリニック

加藤 秀豊

令和元年11月、下松市瑞穂町に新規開業させていただきました。

私は子供のころはやや落ち着きがなく、耳がちぎれて受診、鼻骨を損傷して搬送、ウイルス性髄膜炎になって入院、交通事故に遭い搬送・・・と医療機関の方々に大変お世話になったと思います。その中で漠然とお医者さんはかっこいいとかお邪魔させていただいた開業の先生の広くて暖炉のある家はすごいなと子供心にあこがれをもったものでした。

出生は長野県佐久市、小中高時代の生活基盤は千葉県市川市ですが、縁あって山口大学医学部へ進学することになりました。学生時代はのびのびと山口県を満喫し、硬式テニス部に入り勉強はほどほどでしたが充実した学生時代を送りました。都会の生活に息苦しさを覚えることもあり、山口県を第二の故郷として生きていこうと決めました。

山口大学整形外科、前々教授の河合伸也先生に師事すべく入局しました。まずはいっばしの整形外科医になりたいと自分なりに努力し、病院勤務日々の生活も充実していました。山口大学病院、山口労災病院、新南陽市民病院、下関厚生病院と研修医時代は恵まれた環境で貴重な経験を積ませていただきました。河合教授が退官され、田口敏彦前教授に師事しました。田口教授からは脊椎外科を志す理由や、医者としてのキャリアゴールは教授になるか、病院長になるか、開業医になるかとの趣旨の話をお聞きすることがありました。しかし、教授になるなどは全く自分のなかで選択肢に上がりませんし、病院長になるというのも人格者たるイメージで私には無理かな、開業医は家

系的に続いてなるものというイメージで、自分は終生勤務医か、などと思っていました。田口教授の退任時期も近い平成の終わりごろになると、同期が家業を継ぐ話、新規開業をする話などもちろほら増えてきて、自分にはあまり関係ないとは思いつつも、自分もそういう世代になっているのだと思いました。光市立光総合病院では桑田憲幸院長の下で自由に診療の幅を持たせていただき、有意義な11年間を送らせていただきました。この間に3人の娘にも恵まれました。家族を守り、趣味のテニスの大会にも出場し、医療者として社会貢献を果たすべく日々を送ってまいりました。そんな時ですが「開業について検討してみませんか」というお話があり、「話を聞いてみようかな」とのところから始まり、勤務医ではない働き方も経験したい、田口前教授の話を思い出し開業してみようかという気持ちが強くなっていきました。開業にあたり光市立光総合病院の桑田憲幸院長、山口大学整形外科の坂井孝司教授にはご指導、ご理解をいただき大変感謝しております。

開業をすると決めた後の計画実行期はとても楽しい時間でした。開業場所、建物の検討、医療機器選定、一緒に働いてもらうスタッフの募集、各種届出のお願い、スタッフ研修のため宇部の東整形外科医院の東良和先生には開業にあたり、多岐にわたって詳細にご指導いただきました。スタッフ全員が1週間にわたり研修させていただきました。まつなが整形外科クリニック、松永経光先生のところへもスタッフとともに邪魔させていただき、温厚な診療スタイルに感銘しました。ご多忙中、親身に対応していただき改めてお礼申し上げます。

竣工祭、棟上げ式、餅まきとわが子供たちも楽しんで、また餅まきしたい！と言われたものの、次は家を建てるときくらいかな、人生の中でそう何回もないよね、と話ながら盛り上がっていました。一方で、開業資金は結構な借金の額で、返済できるのかしらと不安にもなりました。内覧会あたりからは少し緊張しましたが、たくさんの方に来院していただき、頑張ろうと決意を新たにしました。

令和元年11月7日開業。総合病院のようにすぐ検査や入院対応はできませんが、クリニックとして提供できる医療を充実させていこうと試行錯誤しながらも、良好な滑り出しと思われました。しかし、翌年には新型コロナ感染症が問題になり感染対策で気を遣いました。なんとか第5波までは乗り切りましたが、早く収束することを願いながら運営しなければなりません。約2年経過しましたので今は笑い話ですが、開院の届け出とともに提出すべき運動器リハビリテーション施設認定の届け出を出し忘れるという大失敗をしておりました。運動器リハビリテーション提供分は初月すべて査定される事になり、かなりの査定額にショックを受けました。申請をさかのぼって厚生局が認定してくれるはずがなく、翌12月までの運動器リハビリテーションは消炎鎮痛処置算定しかできないため大バーゲン状態でした。査定の返金作業も大変で、事務スタッフにはだいぶ負担をかけてしまいました。患者さんの診察にも全体的に時間がかかり、当初スタッフにはかなり時間外勤務をお願いし、患者さんからの長い診療待ち時間へのクレームの対応に苦労・心労をかけました。スタッフも皆頑張ってくれましたが、自分の生活との兼ね合いが取れず辞める選択をする方も何名

かあり、自分も含めスタッフの生活と仕事を両立して充実させながらクリニックをうまく運営していくための人事は非常に難しいと認識しました。現在は個々の能力も格段に上がっているので診療スタイルはほぼ変わっていませんが、無駄な時間外は少なくなってきました。スタッフの労働環境も当初よりは随分改善できてきてはいるのかなと思います。ライフワークバランスはもっと考えなければいけないと思っています。開業したことをきっかけに、テニス以外の趣味をとアルトサックスを習い始めました。同時期に長女と次女が吹奏楽部に入りましたが、あっという間に上達する子供たちと裏腹に私はまだあまり上達できていません。楽器のお手入れがなっていない、リードの締め具合が悪い、練習もしない、と子供たちに突っ込まれますが、新型コロナの流行のため音楽教室に習いに行けないためだと言い訳をしています。

整形外科医としての使命は運動器の観点から、ケガや病気からのスポーツや社会復帰のお手伝いをし、人生の健康寿命を延ばすことだと思います。外傷治療、スポーツ障害、高齢化社会の進行に伴う退行性病変、リウマチ疾患など多様なかわりがありますが、整形外科としての専門性を活かし診療を充実させて、適切なタイミングで手術や治療が必要な人は紹介させていただくこと、さまざまな保存的治療の見極めをしながら適切な治療を提供していくこと、運動器の機能を取り戻すためのリハビリテーションを充実させること、他科との連携も図りながら地域医療に貢献することを目指して頑張りたいと思います。今後ともどうぞよろしくお願いたします。



今月の視点

高額薬剤に起因する高額医療費問題の行方

専務理事 清水 暢

はじめに

以前は治療が叶わなかった疾患であっても、医療・医学の進歩に伴って新たな治療法や革新的な新薬が出現し、治療の目途が立つようになったことは、患者側・医療者側の双方にとって大きな福音である。しかし、近年の革新的な新薬の価格は高額であり、そのせいか昨今では以前に比して超高額なレセプトが増加する傾向にある。

健保連の令和元年度の集計によれば、1カ月の医療費が1,000万円以上のレセプト件数は851件で過去最多となり、対前年度比16.9%と増加傾向にある。10年前の平成23年には、1,000万円超のレセプト件数は年間100件台であったものが、この4～5年で、300件台から毎年100件以上の増加を見せている。その上位100件の疾患別の内訳は循環器疾患と血友病、先天性の代謝疾患等である。特に、血友病の増加が著しく、これについては平成29～30年に高額な新薬（ヘムライブラ皮下注、イデルビオン静注用等）が保険収載された結果と考えられている。

健保連では、血友病以外でも1,000万円以上のレセプト件数が急激に増加した理由として、高額～超高額薬剤が上市されたことを匂わせており、その例として、コレステロールエステル蓄積症・ウォルマン病に対するカヌマ点滴静注液や、脊髄性筋萎縮症治療薬のスピンラザ静注用等の薬価収載を挙げている。

高額薬剤の現状

日本の医療費総額に占める薬剤費の割合は、

DPCや特定入院料などで包括化されて表面に現れないものも含めれば、30%近くになると考えられ、薬剤費比率は欧米に比べると突出した水準にあるとされる。前述のように、各健康保険組合の財政運営上の問題点として、超高額な新薬の使用による高額医療費の問題がクローズアップされており、中小の保険者にとっては、超高額薬剤の使用による高額レセプトが1件でも出れば財政に大きな影響をもたらす。また、目玉の飛び出るような超高額な薬剤ではなくとも、比較的高額な薬剤を使用したレセプトが、例え少数例であっても毎月継続的に出続けた場合、ボディブローのようにじわじわと健康保険組合の存立を脅かす問題ともなる。

ここ数年で超高額な償還価格が付けられた薬剤としては、何れも希少疾患等で対象患者数が限られるとはいえ、ゾルゲンスマ（2020年5月）：約1億6千7百万円、イエスカルタ（2021年4月）：約3千2百万円、キムリア（2019年5月）：約3千2百万円、ステミラック（2019年2月）：約1千5百万円、スピンラザ（2017年8月）：930万円等であり、以前の薬とは償還価格が桁も違っている。

高額薬剤として最初に話題となったのが2015年にC型肝炎治療剤として発売された、ソバルディとハーボニーで、12週の投与で1人に500～700万円の薬剤費がかかり、その年の概算医療費を1%押し上げたとされるが、その後の薬価引き下げと、長期連用する薬ではないことから、今後さらにその影響は弱まっていく可能性は

ある。

その後、免疫チェックポイント阻害剤のオプジーボが薬価収載され、100mgのバイアルに73万円という高薬価が付き、しかも、発売後に当初の「悪性黒色腫」のみの適応から、患者数の多い非小細胞肺癌に適応が拡大されたため、極端な仮説として年間の医療費を1兆7,500億円引き上げる可能性があるとの試算が出されて話題となった。

わが国の薬価制度

わが国の薬価制度は、類似薬があるか否かで算定方式が異なる。類似薬がある場合は類似薬効比較方式が選択され、類似薬と1日当たりの価格を同額とした上で、画期性加算や有用性加算等の各種加算が付加されて薬価が決定される。類似薬がない場合は、原価計算方式として製品総原価に営業利益や販売費・管理費、流通経費や消費税を上乗せし、何より予測投与患者数の多寡により薬価が決定される。

問題は原価計算方式で製品総原価（原材料・労務費、製造経費、研究開発費等）の内訳やコストについては企業秘密であり、明確にする必要はなく、正に企業側の「言い値」となってしまう検証することが不可能である。確かに新薬の開発は成功に至る確率も極端に低いとされ、24,533分の1（日本製薬工業会：2016年）との試算もあり、その間に多額の研究開発費を必要とする。当然のことながら、製薬企業は上市できなかった薬の研究開発費の回収を試みるはずであり、上市された薬に関わる研究開発費の総額等は定義のしようもない。

また、新薬開発に際して製薬企業はリスクを避けるために、特殊な技術を持つベンチャー企業を買収したり、あるいは、巨額のpatent料を支払った上で製品化することもあり、その企業買収費やpatent料に利益を上乗せして薬価を申請する可能性が高く、こうして積み上げられた製品製造原価や営業利益の根拠は、不透明なものとしか言いようがない。ここに薬価決定時の原価計算方式の闇が潜んでいる。2019年、WHOは医薬品価格の透明性改善を目指す決議を採択しているが、そ

の中の「製薬会社は原価に関する情報を開示すべき」との条項は、大手製薬メーカーのあるアメリカ、ドイツ、スイス、日本の反対で削除されている。

また、従来から市場規模を実態より過少に見積もった上で高薬価で申請し、上市後に効能を拡大して高収益を得るようなことも過去には度々行われてきており、その都度、制度の改善が求められてはいた。何より話題となったのは、やはりオプジーボであり、「根治切除不能な悪性黒色腫」のみを適応として対象患者数は年間470名程度と見積もられていたが、薬価収載後わずか1年3カ月で、「切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌」に適応拡大され、患者数は当初の100倍以上となり、他のがんにも適応拡大が進むと予測されたため、特例的な対応がとられるきっかけとなった。

市場拡大再算定ルール

価格設定の前提条件である使用方法や適用対象患者の範囲等が変化し、効能拡大により市場規模が大幅に拡大した場合に、薬価を引き下げるのが市場拡大再算定であるが、その端緒は昭和57年であり、その後の幾度かの議論の末、中医協の了解のもとで通知によるルールとして明確化されたのは平成12年である。内容は、原価計算方式で予測年間販売額の2倍以上かつ年間販売額が150億円超、または、予想年間販売額の10倍以上かつ年間販売額が100億円超の場合に最大25%の引き下げ、類似薬効比較方式で予測年間販売額の2倍以上かつ年間販売額が150億円超の場合に最大15%の引き下げ、というものであった。

しかし、オプジーボの与えたインパクトは大変大きなものがあつた。そもそも適応拡大時に薬価を見直すルールが無かつたことに加えて、前述の原価計算方式の不透明性と外国平均価格調整も含め、元々の薬価決定の妥当性が議論され、その想定を上回る売り上げが問題となって値下げ圧力が強まつた。平成28年7月以降、中医協で期中の特例的対応を行うことが検討され、また、官邸主導で薬価制度の抜本的改革が平成28年12月に「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」がまとめられた。

平成28年から市場拡大再算定の特例（年間販売額が極めて大きな品目に対する特例）が導入され、①年間販売額が1,000億円以上かつ予測年間販売額の1.5倍以上が最大25%の引き下げ、②年間販売額が1,500億円以上かつ予測年間販売額の1.3倍以上が最大50%の引き下げ、と定められた。オブジーボそのものは、このルールの適応ではあるが、平成30年に成立した用量用法変化再算定が適用され、50%の引き下げで決着がついている。「市場拡大再算定の特例」の対象となったのは、年間販売額が1,500億円を超えたものとして、ソバルディ錠、ハーボニー錠に適用され、年間販売額が1,000億円を超えたものとしてアバスチン点滴静注用とプラビックス錠がその対象とされた。

新薬開発の傾向は難度の高い希少疾患に開発対象が移っており、バイオ抗がん剤や再生医療用薬剤等の開発コストがさらに上昇する傾向は強まっている。薬価引き下げの種々のスキームがあるとはいえ、薬価を抑え過ぎれば企業の新薬開発意欲を削ぎ、特に国内での新薬の開発が進まず、市場規模の大きな海外をより優先することにもなりかねない。イノベーションを阻害しない薬価制度をどう構築するかが今後の大きな問題である。

医師国保組合の現状

医師は、革新的な新薬に安全性と有効性が確認されれば速やかに保険収載されるべきで、それこそが患者側・医療者側の双方にとっての利益となると考えている。しかし、医療者側から保険者としての立場に立たされる医師国民健康保険組合を考えた場合に、高額～超高額レセプトによる健保財政状況の悪化は深刻であり、これは単に医師国保だけの問題だけではなく、広く言えば国民皆保険制度が維持できるのかという問題となる。

医師国保組合では、定率国庫補助金が平成28年から5年間にわたり32%から13%に削減され、後期高齢者支援金等の拠出金の支出増と共に、高額薬剤による高額レセプトの出現は、医師国保組合の存続に関わる深刻な問題となってきている。高額レセプトの出現状況は前述の健保連と同様であり、全国47都道府県の医師国保組合におい

ても、令和2年4月～11月の8か月間だけで500万円超のレセプトが96件、1,000万円超のレセプトが13件発生している。

もちろん、高額レセプトに対応するためのリスクヘッジとして、国保組合では全国国民健康保険組合協会（全協）を主体に高額医療費共同事業を実施しており、100万円超の高額レセプトが発生した場合、100万円超分に各国保組合からの拠出金を原資として、交付金が交付される。しかし、この制度では交付の2年後から当該組合は拠出金を納付しなければならず、現実には、今後高額レセプトが多数発生して交付金を受けたとしても、その後の拠出額が大きくなっていくために対応には限界がある。令和3年度より、400万円超の超高額医療費には一定額を補助する仕組みが追加されたとはいえ、予算総額は過少であるため、はなはだ心許ないものとなっている。

民間保険導入による再保険化による補填対策

去る6月にリモート開催された第149回日医代議員会において、全国医師国民健康保険組合連合会（全医連）の国保問題検討委員でもある松崎信夫代議員（茨城県）から、「国民皆保険制度の課題を問う—特に近年増えている高額薬剤について—」との質問があり、その後の再質問の中で「各保険組合あるいは組合の集合体が高額医療に備えるべく『再保険化』の仕組みを構築する」との提案がなされている。具体的には各保険組合や保険組合のグループで、一定額以上の高額のレセプトが出た場合に備え、民間保険に加入をして限度額以上についてはその保険からの支払いを受けるというものである。

これについては、ある程度の制度設計が既に為されているが、公的保険制度に民間保険の制度を導入することが、公平公正を建前とする医療保険制度に馴染むかという問題や、新たな保険料負担が生じるという問題も出てくる。ただ、厚労省は、保険組合に対して民間保険が公的保険で補えない部分をカバーすることについては問題無しとしているようではある。

しかし、これに対する日医の回答は、「高額薬剤については、日医としては従来から薬価算定の

仕組みを根本的に見直すことを提言しており、薬価制度の抜本改革についても、将来を見据えた対応となっている。今後も薬価制度のあり方を継続的に見直していくことで適切な薬価設定を行い、高額医薬品が増えることにより国保組合の運営が困窮し、結果的に国保組合の解散や統廃合をするようなことがあってはならない。さらに、高額医薬品を対象とする安易な民間保険の導入もあってはならない」としており、ほぼ、全否定に近いものであった。これは、各医師国保組合の持つ危機感と切迫感からはかけ離れたもので、その対応策についても具体性に欠けるものと言わざるを得ない。

しかも、財政制度等審議会は本年5月発出の「財政健全化に向けた建議」の中で、「所得水準の高い国保組合に対する定率国庫補助の廃止」を謳っている。国庫補助が32%から13%に削減され、医師国保組合の存続に懸念が生じている最中に、今度はその国庫補助を廃止する事態に至っては、とても「一つの組合も解散させない」等というスローガンは絵空事になってしまう。事態は大変切迫している。

日医での医師国保組合に関する検討委員会の発足

日医代議員会における質問と実態を反映しない回答が端緒となったのか、日医は会内委員会として「医師国保組合に関する検討委員会」を立ち上げ、本年9月16日に第1回目が開催されている。出席委員は全医連と日医執行部等から13名であったが、今後はプロジェクトチームとして年間2～3回の開催予定である。この委員会の基本的

なスタンスとして、高額医療費問題を医師国保組合の視点のみから考えるのではなく、広い視野で、日本の医療保険制度の問題であることを共通認識にするというところから始まっており、今後は医師国保組合の抱える種々の問題と共に、高額薬剤に起因する高額医療費問題への対応を広く議論することになる。

高額医療費問題は、保険者レベルでは決して解決されない問題であり、現行の薬価制度のブラッシュアップも検討していかなければ、医師国保組合の存続はおろか、国民皆保険制度の維持も困難になるのは明白である。一定額以上の高薬価薬剤は保険者によらず国家的体制で賄うという意見もあり、何より今やメジャーな製薬企業はグローバル化しますます巨大化して、新薬の開発競争と化しており、マネーゲームの真只中にあるという状況がある。

その上、今後は難病のみならず、common diseaseにも革新的な高薬価な新薬が上市される可能性もある。ともかく事は急を要する。代議員会ではほぼ否定された、「各保険組合あるいは組合の集合体が高額医療に備えるべく、民間保険活用による『再保険化』の仕組み」等の意見も、この委員会に於いて十分に議論を尽くして、薬価制度の問題から国民皆保険制度に至るまでの国民的な議論が生まれることを期待したい。



**医業継承・医療連携
医師転職支援システム**

〈登録無料・秘密厳守〉

後継体制は万全ですか？

D to Dは後継者でお悩みの開業医を支援するシステムです。まずご相談ください。



お問い合わせ先

0120-337-613

受付時間 9:00~18:00(平日)

よい医療は、よい経営から

総合メディカル株式会社

www.sogo-medical.co.jp 東証一部(4775)

山口支店 / 山口市小郡高砂町1番8号 MY小郡ビル6階
TEL(083)974-0341 FAX(083)974-0342
本社 / 福岡市中央区天神
■国土交通大臣免許(2)第6343号 ■厚生労働大臣許可番号40-U-010064

令和3年度 郡市医師会地域包括ケア担当理事会議

と き 令和3年8月26日(木) 15:00～15:50

ところ 山口県医師会6階 会議室

[報告:理事 伊藤 真一]

挨拶

河村会長 新型コロナウイルス感染症の第5波が、東京の大都市だけでなく地方においても、そして山口県でも猛威を振るっているところである。本日の主な議題は、昨年、県が実施された①「在宅医療の実態調査の結果」について、それから山口大学の鶴田教授から②「救急現場における心肺蘇生法を望まない傷病者への対応について」、昨年度に引き続いてご説明いただきます。忌憚のないご意見をいただきますようよろしくお願い致します。

議題

1. 県の在宅医療の現状と実態調査結果について

県医療政策課 この調査については、昨年度の会議で説明し、皆様のご協力により実施したものである。

山口県の在宅医療の現状は、高齢化が全国に比べて約10年早く進行していると言われ、令和元年度には全国第3位の高齢化率となった。なお、高齢人口(65歳以上)は令和2(2020)年度をピークに緩やかに減少する見込みであるが、在宅医療の中心となる75歳以上人口は令和12(2030)年度までは増加する見込みで、当面は需要が伸びることが想定される。

令和5年度の在宅医療の必要量(見込み)を国の推計を基に高齢化の進行や療養病床の転換等に伴い市町が見込んだ介護サービス整備量を踏まえて推計した(表1)。これに対して、平成30年度のNDBデータの訪問診療の件数と過去のデータを比較すると、訪問診療の件数自体は増えているが、高齢化によって必要量も増加している状況にある。

山口県の在宅医療等の特徴は、高齢人口に対する訪問診療実施件数が全国平均を下回っている点である(居宅だけでなく施設への訪問診療も含む)。この背景には、療養病床が非常に多く入院で対応している側面がある。また、訪問診療の実施機関数や、実施機関が医療機関の総数に占める割合が全国平均を上回っている状況にあり、幅広い医療機関で対応されている一方で、在宅療養支援診療所数や一医療機関当たりの訪問診療の件数が少ないなど、在宅専門あるいは在宅を中心に拠点的に取り組まれている医療機関がやや少なく、そのために全体としてもやや少ない状況にある。

療養病床が多いこと自体は、患者さんにとっても手厚く診てもらえるという面もあり、悪いことではない。しかし、今後のさらなる高齢化により在宅医療の需要が増加することが見込まれる中で、さらに裾野を広げたり、既に取り組まれて

表1 令和5年度までの在宅医療の必要量と実績(平成30年度)

	県全体	岩国	柳井	周南	山口・防府	宇部・小野田	下関	長門	萩
R5見込	9,150	810	417	1,540	1,872	1,833	2,285	79	314
H30実績	7,301	747	312	1,003	1,717	1,289	1,998	46	189

※R5 必要量は第7次保健医療計画中間見直しによる(高齢化の進行や療養病床の転換等による増)

※H30は、NDBデータ(平成30年度在宅患者訪問診療料算定件数)厚生労働省(1か月間の平均人数)

いる医療機関にもう少し拡充していただきたいため、実態や課題等を今回調査させていただいた。

調査結果は、次のとおりである。

【調査対象】

調査対象は令和2年8月末現在の一般診療所で、全診療所の中で常勤医師がいる外来診療を行う985診療所に調査票を送付し、689診療所から回答があった（回答率：約70%）。その中で、既に在宅医療を実施している診療所は36%、今後検討するが9%と計45%の診療所が実施に前向きであった。実施状況は圏域によって差があるが、回答率の影響もあるので参考までに示した。

診療科目別（複数回答可）の実施状況では、内科・外科を標榜する医療機関が多く、診療科目の特性によって実施状況に差はみられるが、内科・外科では過半数が実施するなど、高い割合で在宅医療が実施されている。

【在宅医療実施機関（調査票及びKDBデータを利用）】

在宅医療を開始したきっかけを質問したところ、自院に通院歴のある患者からの依頼が4割弱と最多であり、今後訪問診療を必要とする患者が増加するなどの理由で開始した医療機関は1割に満たず、大半が患者や他の関係機関からの依頼によって開始されている。疾患別では「非癌性疾患（慢性疾患・フレイル等を含む）」、「認知症」が多かった。

【在宅医療の実施状況】

訪問時間帯を定めていない機関等を除くと、主に週1～2回、昼休みや午後の診療時間を活用して1～2名程度の医師が在宅医療に従事しているのが一般的であった。実施機関の医師数は医師1名の診療所が最多だが、約4分の1が2名以上の体制であった。従事している年代別の医師数は、60代が38.4%と最も多く、70代以上が2割を占めている。診療所医師全体の年齢の傾向と大きな違いはなかったが、いずれにせよ今後の在宅医療の体制を検討していく必要がある。

【今後の実施意向・受入可能数】

今後の在宅医療の実施についてどのように考えているかを尋ねたところ、実施医療機関では1割程度が「拡充していく」意向がある一方で、現在、在宅医療を実施していない医療機関では「今後も実施しない」意向がほとんどを占めている。今後、拡充・新規実施・継続を選択した医療機関では、患者からの要望や在宅医療が必要な患者が多いこと、意義ややりがいを感じられるといった理由が多い。一方で、「縮小」「中止」「今後も実施しない」を選択した医療機関では、24時間・365日対応の負担が大きいことや外来等で手いっぱいであること、年齢的に負担感がある、急変時の入院体制の確保への不安などが理由として挙げられた。

【課題・負担とを感じる点や必要な支援】

医療機関が在宅医療において「課題とを感じる」

出席者

郡市医師会担当理事

大島郡 野村 壽和
玖珂 河郷 忍
熊毛郡 沖野 良介
吉南 三好 正敬
下関市 松永 尚治
宇部市 山本光太郎
徳山 武居 道彦
防府 松村 康博
下松 小林 究
岩国市 西岡 義幸
山陽小野田 萩田 勝彦

光市 井上 祐介
柳井 松井 則親
長門市 國司 幸生
美祢市 札幌 博義

山口大学大学院医学系研究科 救急・総合診療医学講座

教授 鶴田 良介

県健康福祉部 医療政策課 医療企画班

班長 山中 茂雄
主任 矢野 展子

県医師会

会長 河村 康明
副会長 今村 孝子
副会長 加藤 智栄
専務理事 清水 暢
理事 伊藤 真一
理事 茶川 治樹

「やや感じる」と答えた項目には、「24時間・365日の対応（急変時・在宅看取り）」、「学会等での不在時の対応」、「家族等の介護負担・介護力」、「患者や家族の意識、不安感」、「急変時の対応」が多く挙げられた。

在宅医療普及のための支援について、「有効」「やや有効」と回答された項目は、「急変時の受入病床の確保」や「患者・家族の負担軽減に係る体制整備支援・意識啓発」、「訪問看護ステーションの確保・養成」、「相談体制や機器整備支援」が有効との意見が多かった。

【在宅療養支援診療所（在支診）の状況】

回答のあった689機関のうち、機能強化型在支診は12機関、在支診は96機関、一般診療所が581機関であった。在支診から機能強化型へ移行、又は一般診療所から在支診への移行を検討している医療機関は約1割であった。機能強化型の届出をしない理由では「常勤医師の確保」、在支診の届出をしない理由では「24時間往診体制の確保」が最も多かった。

【検討中・未実施機関において、自院患者で対応が必要となった場合の対応】

在宅医療を検討中・未実施とした医療機関に対して、自院に通院する患者に在宅医療が必要となった場合の対応について尋ねると、入院ができる医療機関や他の在宅医療機関を紹介するとの選択が多かった。ただし、検討中の医療機関では約25%が、未実施医療機関でも7%が自院中心での対応を検討するとの回答があった。

表2 1医療機関あたり対応可能な人数

	自宅	ケアハウス等	施設	合計
実施	8.5人	7.5人	15.0人	30.9人
検討中	2.1人	2.7人	2.8人	7.5人
未実施	0.2人	0.1人	0.2人	0.6人
未回答	0.0人	0.0人	0.0人	0.0人
合計	3.3人	3.0人	5.7人	12.0人

【現体制で対応可能な最大患者数】

現体制のまま訪問診療を行った場合、どのくらい対応できるか最大の患者数を尋ねた結果、在宅医療の実施状況別に1医療機関あたりの人数が表2のとおりとなった。

アンケート未回答の296診療所を含めて、調査対象とした全診療所（985診療所）について試算すると、県全体の在宅医療の必要量（R5見込：9,150人）は満たせる数字にはなっている（表3）。

いずれにせよ、県としては既に在宅医療を実施されている医療機関がさらに拡充されるのに必要な支援や、未実施の医療機関が新たに取り組んでみようと思われるような支援・対応を図っていきたいと考えている。

県医師会 対応可能な人数が概算で9,314人とあるが、県としては現状をどのように考えておられるか。

県医療政策課 令和5年度の必要量が9,150人と推計しており、これに対して単純に合計した最大人数としてではあるが、ニーズは満たせるであろうと考えている。

表3 対応可能な人数（試算）

	対応可能な数	試算方法
アンケート回答機関分 (689診療所)	8,286人	アンケート回答を反映
アンケート未回答機関分 (289診療所)	1,028人	○R2.9 在医総管届出数(268)と実施機関(248)との差(20機関) …実施機関として算定(1施設あたり30.8人×20機関) ○残り(269機関) …検討中・未実施機関として算定(1施設あたり1.5人×269機関)
合計	9,314人	

県医師会 ニーズは満たせるであろうということであるが、少し余裕を持つためにも訪問診療を考えておられる医療機関があればぜひ参入していただきたい。各郡市医師会に持ち帰って、ぜひご検討いただきたい。

下関市 訪問診療をされている医師は60代が一番多いという結果であった。これから5年、10年経つうちに、新しい若い世代の人たちが訪問診療を始めていかなければ数が足りなくなる。若い世代がどのようにすれば訪問診療を始めていけるかを考えていかなければと思う。

県医療政策課 今回の調査数も最大の数として満たしているということであり、ご指摘のとおり年代別の問題もあるため、県として引き続き支援の努力が必要と考えている。

2. 県医師会地域包括ケア推進事業について

県医師会 この事業は、地域包括ケアに関する郡市医師会の取り組みに関して、県医師会が助成する事業である。平成28年度に「在宅医療推進事業」として始めて5年目になる。資料に実施要領とこれまでの実績をつけているので、参考にしていただきたい。このコロナ禍で、研修会や会議等を行うのは難しいかもしれないが、ぜひご活用いただきたい。

玖珂 現在作成中ではあるが、「高齢者施設・居宅サービス一覧」を今年度作成する。平成30年に作成して2回目となるが、訪問看護ステーション協議会が高齢者施設にアンケートを行い、1か月間の費用や看取り・医療処置（インスリン、膀胱留置カテーテル、胃瘻）の有無に関する一覧を作っている。岩国市とも協力し、費用はこの事業を利用して、玖珂医師会と岩国市医師会が負担することになっている。こうしたものを作っておくと、ケアマネや病院の連携室は非常に役立つと思っている。

3. 救急現場における心肺蘇生を望まない傷病者への対応について

県医師会 この議題については、昨年度もこの会議で検討状況をお話しいただいたが、この度骨子案が作成されたということで、鶴田先生からご説明いただく。現在、各地域のMC協議会で具体的な取り組みとして、どのようにしていくかを検討されているところとお聞きしている。

山口大学 鶴田教授 ご紹介のあったとおり、現在、地域MC協議会でも説明と協議がされている。内容自体は、昨年度お話ししたので、皆さんにはご理解いただいていると思う。

県内の各地域に設置されているMC協議会の上部組織である「山口県救急業務高度化推進協議会」で、一年半前から検討されてきた。ACPを受けた、特に在宅医療を受けておられる方、看取りの意思を固めておられる患者さんが、不幸にも家族又は近所の人が慌てて救急車を呼んだ場合、現行法(救急救命士法)では、心肺蘇生を継続して医療機関へ運ぶことが救急隊の責務である中で、東京消防庁が開始したように、山口県においても、傷病者の意思が確認できれば、心肺蘇生を中止し、場合によってはかかりつけ医、在宅医へ引き継ぐという形にしていくことを、一年半協議してきた。

今年2月の協議会で、骨子がほぼ認められた。これまで、既に4つの地域MC協議会で協議が行われ、一地域を除いて全てが終了することになる。具体的には、「かかりつけ医等が“〇〇”分以内に救急現場に到着できる場合」という所要時間については県で統一しないという方針が決まったので、各地域の実情に応じて決めていただくことになった。多くの地域では、45分以内にかかりつけ医等が到着して、救急隊と引き継ぎをして、救急隊は引き上げることになっている。注意していただきたいのは、心肺停止の全ての場合ではなく、対象者は次のとおりとなる。

成年の心肺機能停止状態にある傷病者のうち、人生の最終段階においてACPを経て、傷病者本人が「心肺蘇生の実施を望まない意思」を有している場合。ただし、次に該当する者を除く。

- (1) 外因性（転落、溺水、異物による窒息等）による心肺機能停止が疑われる者
- (2) 心肺機能停止状態のうち、呼吸又は心臓機能が維持されている者

これから、書面等で再度確認の通知があるかもしれないが、ご協力をよろしく願います。

県医師会 下関の協議が終わってまとまるのはいつごろを予定されているか。

鶴田教授 これまで1年半の時間をかけてきたので、できれば速やかに始めたいと思っており、11月1日からの開始を目標にしている。

県医師会 ぜひ、この運用にご協力いただきますようよろしくお願いいたします。

それでは、以上で郡市医師会地域包括ケア担当理事会議を終了する。

ドクターバンク (山口県医師会医師等無料職業紹介所)

医師に関する求人の申込を受理します。ただし、申込の内容が、法令違反その他不適切である場合には受理しません。

なお、医師以外に、看護師、放射線技師、栄養士、医療技術者、理学療法士、作業療法士も取扱います。

求人者又は代理人は、原則として直接当紹介所に赴いて、所定の求人票にご記入の上、お申し込みください。

ただし、直接来所できない時は、郵便でも差し支えありません。

求人申込の際には、賃金、労働時間その他の雇用条件を明示してください。

最新情報は当会ホームページにてご確認願います。

問い合わせ先：山口県医師会医師等無料職業紹介所

〒753-0814 山口市吉敷下東3-1-1

山口県医師会内ドクターバンク事務局

TEL：083-922-2510 FAX：083-922-2527 E-mail：info@yamaguchi.med.or.jp

多くの先生方にご加入頂いております！

**お申し込みは
随時
受付中です**

医師賠償責任保険

所得補償保険

団体長期障害所得補償保険

傷害保険

詳しい内容は、下記お問合せ先にご照会ください

取扱代理店 山福株式会社
TEL 083-922-2551
引受保険会社 損害保険ジャパン
日本興亜株式会社
山口支店法人支社
TEL 083-924-3005



損保ジャパン日本興亜

令和3年度 郡市医師会妊産婦・乳幼児保健担当理事協議会 関係者合同会議

〈新型コロナウイルス感染拡大防止のため書面開催〉

[報告：常任理事 河村 一郎]

毎年開催している標記会議については、令和3年9月16日（木）に開催予定であったが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止の観点から開催を中止し、書面開催としたので以下に報告する。

1. 県健康増進課からの報告

当日報告いただく予定であった県健康増進課から、令和元年度麻疹風しん予防接種実施状況、風しん検査事業（県事業）、予防接種間違い報告集計についての資料を提供いただいた。

2. 令和4年度妊婦健康診査（参考単価（案））について

本会で参考単価（案）を作成し、山口県産婦人科医会にも検討していただいた上で事前に郡市医師会及び市町に提示、その後、郡市医師会と市町で協議され、了承いただいている。

3. 令和4年度乳幼児健康診査（参考単価（案））について

本会で参考単価（案）を作成し、山口県小児科医会にも検討していただいた上で事前に郡市医師会及び市町に提示、その後、郡市医師会と市町で協議され、了承いただいている。

4. 令和3年度広域予防接種における高齢者インフルエンザ予防接種について

8月に本会から各市町へ高齢者インフルエンザ予防接種の料金、期間等を調査し、確認いただいた。接種料金は全市町4,950円、自己負担額は上関町のみ無料で、それ以外の市町は1,490円となっている。なお、阿武町では平成30年度から75歳以上で後期高齢者医療被保険者は無料となっている。

5. 令和4年度広域予防接種における個別接種標準料金（案）について

標準料金（案）を本会で作成、郡市医師会及び市町に提示、その後、郡市医師会と市町で協議され、了承いただいている。

6. その他

(1) 生後2週間児健診、1歳児健診の助成要望等について

これについては令和2年度に県に要望している。また、母子保健に関する多職種連携の現状を把握し、そのための施策を検討することを目的に今年度本会が設置した母子保健委員会において、県内市町及び郡市医師会の母子保健事業の実施状況等を把握し、諸課題等を協議するために、市町母子保健担当課及び郡市医師会にアンケート調査を行った。

(2) HPVワクチンについて

同ワクチンは定期接種であるため引き続き周知をお願いするとともに、高校1年生の女子（対象となる最後の学年）は、3回の接種を定期接種として完了するには9月中に1回目を開始する必要があることから、ハガキで個別に周知していただくよう市町に改めてお願いした。

(3) 令和3年度児童虐待の発生予防等に関する研修会について

11月3日（水・祝）に本会6階にて開催予定。

(4) 令和3年度山口県医師会学校医研修会・学校医部会総会・予防接種医研修会・学校心臓検診精密検査医療機関研修会

12月5日（日）にホテルニュータナカにて開催予定。

第29回全国医師会共同利用施設総会

医師会共同利用施設の今後のあり方 ～新型コロナウイルス感染症も踏まえて～

と き 令和3年9月11日(土)・12日(日)

ところ 京王プラザホテル札幌 (Web開催)

[報告：常任理事 沖中 芳彦]

本総会は2年ごとに日本医師会主催、各都道府県医師会担当で開催されるもので、今回は北海道医師会の担当により開催された。

1日目(9月11日)

特別講演(ビデオ講演)

最近の医療情勢とその課題

～新型コロナウイルス感染症対策に向けて～

日本医師会長 中川 俊男

現在、8月26日午前中に録画している。非常に厳しい感染爆発の状態になっているが、全国の医師会全員で何とか切り抜けていきたいと思っている。

2021年8月17日、新型コロナウイルスの爆発的な感染拡大が全国規模で起きていることを受けて、会員の先生方173,328名に直接お手紙をお送りしてお願いすることにした。

「先生方には、地域医療を守る通常の診療に加えて新型コロナの診療、ワクチン接種などに全力を挙げてご対応いただき、本当に頭が下がる思いです。心から感謝申し上げます。わが国は、世界に誇る公的医療保険制度の下で、国民皆保険による公平・平等な医療が提供されてきました。私たちは、必要な時に適切な医療を受けられることは当たり前のことだと思ってきました。しかし、この素晴らしい医療提供の仕組みが、新型コロナウイルスの爆発的な感染拡大により壊れようとしています。感染拡大は、すべての都道府県に及んでいます。まさに緊急事態です。日本医師会は、これまで新型コロナ医療と通常の医療を両立させなければならぬと申し上げてきました。どちらの医療も、命の重さは同じであるべきだからです。しかし今、その両方の医療が崩れ始めています。

新型コロナの医療のために通常の医療が制限されることの重大性は計り知れません。そのためにも新型コロナウイルスの感染拡大を徹底的に抑え込み、同時に、なんとしても医療提供体制を維持しなくてはなりません。どうか、新型コロナウイルス感染症患者さんの入院が難しい医療機関におかれましても、今一度、受け入れのご検討をお願いします。診療所におかれましては、どうか、できる限り、自宅療養・宿泊療養の患者さんの健康観察、電話等による診療や往診を行っていただきますようお願いいたします。すでに先生方には多くの医療従事者の皆さんとともに新型コロナと闘い、激務の最中にあることは十分承知しております。あらためてのお願いは心苦しい限りです。しかし、今や大災害級の有事です。日本医師会も感染抑制に向けあらゆる努力をいたします。どうか、先生方にも、もうひと踏ん張りのご協力をいただきますよう、心からお願い申し上げます。」

令和3年5月21日に「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」が成立した。日医の役員は、社会保障審議会医療部会をはじめ関係審議会の委員として、今回の改正法案に深く関与してきた。また、国会審議においても、衆議院厚生労働委員会に今村副会長が、参議院厚生労働委員会に猪口副会長が参考人として出席し、意見を述べた。

医療法等改正法は、大きく7点に分けることができる。①医師の働き方改革、②医療関係職種の業務範囲の見直し、③医師養成課程の見直し、④新興感染症等対策の5疾病5事業への追加、⑤「病床機能再編支援事業」の地域医療介護総合

確保基金への位置付け、⑥外来機能報告と「医療資源を重点的に活用する外来」、⑦持ち分の定めのない医療法人への移行計画認定制度の延長。本日は、特に都道府県医療計画の5疾病5事業への新興感染症等の追加、病床機能再編支援事業、外来医療機能について述べる。

日医はかねて、都道府県医療計画に新興感染症等を追加することを主張してきた。令和2年8月5日に公表した「新型コロナウイルス感染症の今後の感染拡大を見据えたPCR等検査体制の更なる拡大・充実のための緊急提言」にも盛り込んでいる。その結果、新興感染症等への対策が、医療計画の5疾病5事業の6番目の事業として追加されたことを高く評価したい。

平時からの準備として第一に、資材の備蓄が挙げられる(例:マスク、個人防護具、人工呼吸器、ECMO等)。これは備蓄場所と必要量の見込みが課題になる。第二に、医療従事者、特に専門スタッフの確保と病床の確保が挙げられる。このとき重要なのは、通常医療との両立の視点である。新興感染症が発生した時に急いで病床を確保するのではなく、重症者病床はどの病院に何ベッド、中等症はどの病院か、軽症や後方支援病床はどの医療機関かを、通常医療への対応も踏まえて定め、それを毎年更新する。また、その際に、地域医療構想の病床数についても、新興感染症への対応如何によっては見直す必要もあると考えている。厚労省は先に、医療機関440病院を再検証対象医療機関として発表した。これらの医療機関の中には、今回新型コロナウイルス感染症に対応し、地域で重要な役割を果たしてきた病院もある。再検証対象医療機関440病院の役割について、新興感染症対策事業を含めて改めて見直すべきである。

なお、今回の改正法の施行は、次の2024年から始める医療計画に合わせるため、2024年4月とされている。しかし、「鉄は熱いうちに打て」という格言がある。変異株の拡大とワクチンの普及による国際的な人の移動の復活で、新型コロナウイルス感染症の感染拡大は依然として予断を許さない。また、新たな感染症の発生もいつ起こるかわからない。

都道府県は、3月24日付事務連絡による厚労

省の要請を受け、改めて新型コロナウイルス感染症についての病床・宿泊療養施設確保計画を作成し、各フェーズでの実効性のある確保病床数・居室数を設定した。また、感染者急増時の緊急的な患者対応方針に基づく対応段階の病床・居室も確保した。当面は緊急的な対応が主となるが、日医はこれらの計画等も活用して、医療計画における新興感染症対策事業の検討、施策の実施を前倒しで進めることを国に要請する。

病床機能再編支援事業、いわゆるダウンサイジング補助金は令和2年度に創設され、今回の法改正で地域医療介護総合確保基金の事業の一つに位置づけられた。この補助金は、地域医療構想調整会議等の合意を踏まえて行う自主的な病床削減や病院の統合による病床廃止に取り組む病院等に対して財政支援を行うものである。ここでも、地域医療構想調整会議が地域医療との調整、合意形成など重要な役割を担っている。しかし、調整会議の議論が停滞しているところがある。また先般、医療機関の再編統合について調整会議の合意を得ないまま行政がゴーサインを出したという事例もあった。さらに、財政当局は、地域医療構想を病床削減ツールとして利用しようとしている。地域医療構想は、もちろん病床削減のためではなく、自主的な取れんを理念としている。だからこそ、調整会議で関係者が地域の実情を踏まえた議論を行うことが重要である。地域医療構想ガイドラインが策定されてから6年が経過した。改めて地域医療構想の理念を確認し、調整会議の議論を活性化できるよう、日医として支援を続けていく。

外来医療機能については、外来機能報告を基に、これも地域医療構想調整会議を活用するなどして、「医療資源を重点的に活用する外来」を基幹的に担う医療機関について協議を行うことになっている。

「医療資源を重点的に活用する外来」とは、具体的な例としては専門性の高い医療機関の外来を指す。医療機関は、自主的な手挙げが基本となり、その上で調整会議等で協議する。ここでも地域医療構想と同様、「自主的」に進める点が重要なポ

イントである。

今後、厚労省に設置予定の検討会で詳細な議論が行われる。検討会では、さまざまなデータも示されると思われるが、データ至上主義ではなく、地域の実情を踏まえた血の通った議論が必要であり、それこそが調整会議の役割でもある。

去る1月14日、総理官邸で行われた「政府と医療関係団体の意見交換」において、菅総理に対し次のように決意表明を申し上げた。「東日本大震災のときに、わたしたち医療界は、全身全霊で災害医療に取り組んだ。今、再び有事である。病院団体をはじめ、公立病院も公的病院も民間病院もすべて、究極の臨戦態勢をとる。日医、日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会は、新型コロナウイルス感染症病床を確保するための対策組織を新たに設置し、できることはすべて躊躇なく、新型コロナウイルス感染症の患者さんを受け入れるべく有事の医療提供体制の構築に努める。」

前述の菅総理に対する決意表明の具体化として、日医は、四病院団体協議会（日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会及び日本精神科病院協会）並びに全国自治体病院協議会で結成した「新型コロナウイルス感染症患者受入病床確保対策会議」を設置し、2月3日には「新型コロナウイルス感染症患者の病床確保等に向けた具体的方策」をとりまとめた。内容は以下のとおりである。1. 都道府県医師会、都道府県病院団体及び支部による協議会の立ち上げ、2. 協議会による情報共有の仕組みの構築・活用、3. 受入病床の確保策、4. 後方支援病床の確保策、5. 宿泊療養施設や自宅療養の充実、6. 地域の医師・看護師等の派遣等による対策。

国においても、2月2日変更分の「新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針」で、「地域の実情に応じ、(略)病床の確保を進めること。その際、地域の関係団体の協力のもと、地域の会議体を活用して医療機能（重症者病床、中等症病床、回復患者の受け入れ、宿泊療養、自宅療養）に応じた役割分担を明確化した上で、病床の確保を進めること。」とした。さらに、厚労省は、2

月16日付で発出した事務連絡「新型コロナウイルス感染症の医療提供体制の整備に向けた一層の取組の推進について」の中で、重症患者は、大学病院や地域の基幹病院等の高度な集学的医療を提供できる医療機関での受け入れを中心に整備し、中等症患者は重点医療機関が中心的な役割を担うこととした。そして、「救命救急医療を含め新型コロナウイルス感染症以外の疾患等の患者に対する医療に関する役割分担にも配慮しつつ、地域医療構想調整会議や医師会・病院団体等の医療関係団体による協議体を含めた行政と医療関係団体が参加する地域の調整の場も活用しながら、医療提供体制の強化に取り組むこと。」とした。

「新型コロナウイルス感染症患者受入病床確保対策会議」には、2月24日の第3回会議から厚労省が加わり、迫井医政局長にご出席いただいた。地域の医療提供体制は、コロナの外来、重症患者への対応、中等症患者への対応、コロナから回復した方の後方支援、コロナ病床確保のための転院患者の受け入れ、そしてコロナ以外の日常診療など、すべての医療機関がそれぞれの役割を担うことが重要であるという共通の認識をあらためて確認した。

日医では、前述の通り、四病院団体協議会並びに全国自治体病院協議会で設置した「新型コロナウイルス感染症患者受入病床確保対策会議」による「新型コロナウイルス感染症患者の病床確保等に向けた具体的方策」においても、特に後方支援医療体制が重要であるとしている。さらに同対策会議の一員となった厚労省に対しても、退院基準の逐次周知徹底をはじめ後方支援医療体制の確保を強く要請し、同省より関連事務連絡が相次いで発出されるに至った。また、同省からは、患者受入が実際に可能な最大限病床の確保や感染者数の大幅増（例えば今冬の1日当たり最大感染者数の2倍程度）を想定した緊急的な患者対応を行う方針を都道府県に求めているが、後方支援医療体制はその中でも重要な位置づけをしている。

緊急事態宣言とまん延防止等重点措置について。感染対策には思い切った流行対策を講じる「ハン

マー」と、感染者数が少ない範囲で新しい生活様式を実践する「ダンス」を使い分ける「ハンマー&ダンス」の政策が必要である。「ハンマー」とは欧米ではロックダウン、日本では強い緊急事態宣言を意味する。「ハンマー」を振りかざす政策は、経済的インパクトが大きくなってしまいが、このまま感染が拡大し続ければ、強い政策を打ち出す「ハンマー」を振りかざさなくてはならない。2020年2月4～11日に「さっぽろ雪まつり」で患者が急増。2月3日には横浜沖でダイヤモンドプリンセス号の検疫が開始された。4月7日、安倍総理は7都道府県に緊急事態宣言を発令し、その後全国に拡大した。

政府は、2021年1月8日より、東京都、埼玉県、千葉県、神奈川県を対象に2回目の緊急事態宣言を発令、3月21日をもって2回目の緊急事態宣言を全て解除した。2回目の緊急事態宣言を発令するという政府の決断は、医療提供体制の逼迫に瀕している医療にとって大きな意義があるものであった。当初は1都3県に限定して発令され、後に対象地域は順次拡大したが、2020年4月の1回目の緊急事態宣言のように、国民に未知のウイルス感染症に対する連帯感を持った危機感・緊張感を取り戻し、ひいては新規感染者の増加を減少に転じさせ、収束への突破口にもなることを期待した。

1回目と2回目の緊急事態宣言は異なる特徴を持っている。まず、感染者数の規模が異なる。緊急事態宣言発令時の患者数は、1回目は全国で368人、東京都は87人であった。2回目は全国で7,957人、東京都は2,459人であった。一方、解除時の感染者数は、1回目は全国で21人、東京は8人であった。2回目は全国で1,118人、東京は258人であった。特措法による営業・施設の使用制限は、1回目は飲食店に加え、体育館、スポーツクラブ、映画館等への休業要請が行われたが、2回目は飲食店中心の使用制限であった。外出自粛については、1回目は終日であったが、2回目は20時以降の自粛が求められた。

「まん延防止等重点措置」は、感染者の急増及び医療提供体制における大きな支障の発生を避けるための対応が必要な段階、すなわち、感染状況

がステージⅢに相当する段階で適用するものである。さらに、ステージⅢの中でも、感染者が増加傾向にある段階で適用するものは「“上り”のまん延防止等重点措置」、感染者が減少傾向にある段階で適用するものは「“下り”のまん延防止等重点措置」と呼ばれている。また、まん延防止等重点措置が適用されている都道府県において、爆発的な感染拡大及び深刻な医療提供体制の機能不全を避けるための対応が必要な状態、すなわち、感染状況がステージⅣ相当にまで悪化した場合、原則として、まん延防止等重点措置の適用を解除するとともに緊急事態宣言が発令される。他方、緊急事態宣言が発令されている都道府県において、感染状況がステージⅢ相当にまで改善された場合、原則として緊急事態宣言の発令を解除するとともに、まん延防止等重点措置が適用される。

緊急事態宣言とまん延防止等重点措置は異なる特徴を持っている。まず、対象地域に違いがある。緊急事態宣言は、政府が都道府県単位で発令する。一方、まん延防止等重点措置は、政府が対象とした都道府県の知事が市区町村等の特定地域に限定して適用する。また、適用と解除の目安にも違いがある。緊急事態宣言は、感染状況がステージⅣ相当に至った段階で発令し、ステージⅢ相当に至った段階で解除する。他方、まん延防止等重点措置は、感染状況がステージⅢ相当であり、都道府県で感染拡大のおそれがある等の状況に至った段階で適用され、都道府県全域に感染が拡大するおそれがない等の状況に至った段階で解除される。さらに、施設使用等に係る制限・停止及び罰則に関しても違いがある。緊急事態宣言では、制限・停止に係る要請・命令が可能であり、当該命令に違反した場合には、30万円以下の過料が処される。また、まん延防止等重点措置では、制限に係る要請・命令のみ可能であり、当該命令に違反した場合には、20万円以下の過料が処される。

政府は、4月25日より東京都、京都府、大阪府、兵庫県を対象に、3回目の緊急事態宣言を発令した。その後、対象地域の拡大等を適宜実施し、6月20日をもって沖縄県を除く都道府県に対する緊急事態宣言は解除された。また、2回目と3回目の緊急事態宣言は異なる特徴を持っている。

緊急事態宣言の発令開始日における感染者数について、2回目は全国で7,957人、東京都は2,459人だったが、3回目は全国で4,607人、東京都は635人であった。他方、東京都が対象から解除された日における感染者数について、2回目は全国で1,118人、東京都は256人だったが、3回目は全国で1,308人、東京都は376人であった。東京都の感染者数に着目すると、発令時から解除時にかけて、2回目の時は約10分の1にまで抑えられているが、3回目の時は約2分の1に抑えただけで過ぎなかった。

政府は、7月12日より東京都を対象に、4回目の緊急事態宣言を発令した。また、沖縄県を対象とした緊急事態宣言の期限を延長した。さらに政府は、8月2日より埼玉県、千葉県、神奈川県、大阪府の4府県を、8月20日より茨城県、栃木県、群馬県、静岡県、京都府、兵庫県、福岡県の7府県を、緊急事態宣言の対象地域に追加した。さらに8月27日から北海道、宮城県、岐阜県、愛知県、三重県、滋賀県、岡山県、広島県を宣言の対象地域に追加することになる。また、3回目と4回目の緊急事態宣言は異なる特徴を持っている。緊急事態宣言の発令開始日における感染者数について、3回目は全国で4,607人、東京都は635人だったが、4回目は全国で1,504人、東京都は502人であった。

ワクチンについては、情報が錯綜して混乱したため日医は、会員に対してワクチンに関する情報を迅速かつ正確に提供することを目的として「新型コロナウイルスワクチン速報」を作成し、日医ホームページへの掲載を2021年2月16日より開始した。ワクチン速報の第1号は2月16日に発出した。この中では、「医療機関での接種施設の類型は、基本型接種施設、連携型接種施設、サテライト型接種施設となる。病院・診療所は、連携型及びサテライト型として、個別接種を行うことが可能。これにより、地域でより多くの接種施設を確保することができる（厚生労働省自治体説明会資料 令和3年1月25日）。介護施設の従事者のうち、介護医療院、介護老人保健施設の従事者については、医療機関と同一敷地内にある場合

は、医療機関の判断により対象となることが可能。介護療養型医療施設の従事者は、病院・診療所として医療従事者等の範囲に含まれる（「医療従事者等への新型コロナウイルス感染症に係る予防接種を行う体制の構築について」令和3年1月8日付け健康発0108第2号厚生労働省健康局健康課長通知（令和3年2月3日改正）。」などの案内をした。

第3号（2月25日）では、「集合契約の手続きについて。医療機関が新型コロナウイルスワクチンの連携型・サテライト型接種施設になるためには、日医と全国知事会による集合契約に参加することが必要。契約を医師会に委任するため、それぞれの医療機関において「ワクチン接種契約受付システム」を用いて委任状を作成する。システム上で委任先の郡市区医師会を選択する。」等の案内をした。

第5号（2月26日）では、筋肉注射について、特に、注射時の逆流を確認しないこと、シリンジ陰圧確認を行わないことで、筋肉組織損傷による免疫獲得減弱を回避できることを情報提供した。第6号（3月31日）では、副反応疑い報告の状況について、第7号（4月7日）では、集団接種に出務される医師、個別接種を行う医師も優先接種対象者であり、高齢者向け接種に先立って、ワクチン接種を受けることができることを案内した。

第8号（4月27日）では、ワクチン接種に従事する方の健康保険の被扶養者認定について、以下の情報提供を行った。「健康保険の被扶養者認定は、年間収入が130万円未満であることが要件の一つとされている。被扶養者の年間収入が130万円以上になると見込まれると、扶養から外れ、社会保険料の納付義務が発生することが考えられるが、ワクチン接種に従事すること等に伴う一時的な収入増加に対する取扱いは、以下のとおり。例えば、認定時（前回の確認時）には想定していなかった事情により、一時的に収入が増加し、直近3か月の収入を年収に換算すると130万円以上となる場合であっても、直ちに被扶養者認定を取消すのではなく、過去の課税証明書、給与明細書、雇用契約書等と照らして、総合的に将来収入の見込みを判断する。」

第10号(6月2日)では、ファイザー社のワクチンについて2021年5月31日に添付文書が改訂され、冷蔵庫(2~8℃)で解凍する場合は、2~8℃で1か月間保存することができること、再冷凍はせず有効期間内に使用することを案内した。個別接種を行う医療機関には朗報であったと思う。第11号(6月9日)からは、全国のワクチン接種の好事例についても報告した。

これに先立ち、日医は6月2日の定例記者会見で、全国の好事例を横展開し、ワクチン接種を推進していくことを表明した。日医ニュースにも好事例を掲載し、会員の先生方が地域でワクチン接種を推進する際に参考にしていただきたいと考えた。2021年3月25日には、日医は新型コロナウイルス感染症の予防接種を安心して受けるためのパンフレットを作成した。現在、日医のホームページ上に掲載しているので、是非ご覧いただきたい。

2021年7月29日に日医は、新型コロナウイルス感染症の感染が全国規模で拡大していることを踏まえて、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本看護協会、日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会、東京都医師会の各団体と共に「新型コロナウイルス感染症の爆発的拡大への緊急声明」を取りまとめ、公表した。なお、今回の声明取りまとめに当たっては、尾身 茂 新型コロナウイルス感染症対策分科会長、脇田隆字 新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード座長と多角的な視点から意見交換を行った。この中で、1.なぜ今、緊急声明が必要なのか、2.医療提供体制確保の取り組み(①重症者、中等症患者の入院病床の確保、②軽症者への対応、③新型コロナウイルス感染症における有事の医療と、通常の診療の両立)、3.ワクチン接種の推進、等を訴えた。さらに、以下の緊急要請を行った。1.首都圏をはじめ感染者が急増している地域に対し、早急に緊急事態宣言を発令すること。あわせて、緊急事態宣言の対象区域を全国とすることについても検討に入ること。2.感染収束の目途がつくまで、徹底的かつ集中的にテレワークや直行直帰を推奨すること。3.40歳から64歳まで及びリスクの高い疾患を有する方のワクチン

接種を推進し、できるだけ早く完了させること。

日医は8月3日、菅総理ら政府と医療関係団体の意見交換に出席した。政府が、感染が急増している地域での入院を重症者とリスクの高い患者に限る方針を示したことに関しては、「リスクの高い患者として、中等症Ⅱと自宅では悪化の兆候を早期に把握しにくい中等症Ⅰの一部が適切に含まれていると理解している」と申し上げた上で、地域の医師会や医療機関では既にこれらの方々の病状変化に即座に対応できるよう、より一層の医療提供体制の強化、特に自宅療養への対応に重点を置いた体制整備を進めていることを説明した。入院に関する政府の方針転換について、「全国の医療現場では、中等症の方が入院できなくなれば、急変の兆しの発見が遅れることが頻発し、死亡者が急増することを心配している」と現場の懸念を伝えるとともに、リスクの高い患者には中等症も適切に含まれると考えてよいか改めて確認した。これに対して、田村厚労大臣は「中等症Ⅱは当然だが、Ⅰに関しても医師が重症化のリスクが高いと判断すれば入院することになる」と明確に回答され、総理も同意された。

7月12日に、大会開催への対応状況と現状の課題等についての情報共有を図ることを目的として、「東京オリンピック・パラリンピックに関する都道府県医師会連絡協議会」をオンラインで開催した。同協議会には、競技会場を有する北海道、宮城県、福島県、茨城県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、静岡県の9都道県を中心に多くの医師会が参加し、意見交換や議論を行った。7月19日には、今回の協議会で明らかにされた懸念や心配の声をとりまとめた上で、大会組織委員会の橋本聖子会長に対して、尾崎治夫 東京都医師会長との連名による文書「東京オリンピック・パラリンピック競技大会の安全・安心な開催に向けて」を提出した。

日医の定例記者会見は、最近は地上波、インターネット等で中継される。官邸、省庁、さまざまな分野の方々に常に見ていただいております。公式発言となるため、しっかりと準備して、日医の考え方

をリアルタイムに発信して行こうと思う。

2021年4月14日の会見では、まず、緊急事態宣言が先行解除され、現在感染が急拡大している近畿2府1県の状況に触れ、「特に大阪府の新規感染者は、正に指数関数的に増加している」と述べるとともに、「既に“必要な時に適切な医療を受けることができない”という医療崩壊が始まっている」と申し上げた。

4月21日には、新型コロナウイルスの変異株の全国的な流行と、大阪府を始めとする緊急事態宣言要請の状況を踏まえ、3度目の緊急事態宣言が不可避であるとし、政府に早急な発令を求めた。その上で、緊急事態宣言について、「発令は早めに、解除はゆっくり慎重に」と述べ、宣言解除に関しては、ステージⅣからステージⅢに改善した時点で解除できるとされている基本的対処方針を、ステージⅡ以下になって初めて解除の検討に入るよう改定することが必要であるとした。

8月18日には、前日(17日)に政府が決定した緊急事態宣言やまん延防止等重点措置の対象拡大や期間延長の内容を説明した上で、「日医は、これまで全国を一律に対象とした緊急事態宣言の発令を求めてきた」と述べ、その理由として、(1)第5波の発生当初から、デルタ株への急速な置き換わりにより、感染拡大が全国に波及することが予測された、(2)緊急事態宣言が発令されている区域から、それ以外の区域への人流によって感染が拡大するおそれがある、(3)全国一律に宣言を発令することにより、政府の危機感を少しでも全国で共有することができると考えられる、ことを挙げるとともに、「緊急事態宣言やまん延防止等重点措置の第一の目的は、未知の新興感染症に対する危機感と緊張感を共有することで感染拡大を防止し、苦しむ人を一人でも減らすことにある」と強調した。

ワクチンに関して、2021年2月10日に、接種体制については、全国一律に構築していくのではなく、地域の実情に応じ、集団接種と個別接種を柔軟に組み合わせることが必要であるとした上で、「高齢者を始め、基礎疾患のある方には、普段の健康状態をよく知っているかかりつけ医による個別接種が重要である」と強調した。その上、

各自治体の状況に応じて実施すべきとした自民党合同会議の提言に賛意を示した。

2月17日には、2月10日の菅義偉内閣総理大臣らとの意見交換の際に、「ワクチン接種には地域の医療機関の協力が不可欠であり、日本医師会には、引き続きリーダーシップを発揮し、接種体制の整備への支援をお願いしたい」と総理から要請を受けたことを報告した。

医療提供体制について、2021年3月24日には、同日、厚労省が次の感染拡大に備えて医療提供体制を強化するため、感染者の大幅増(例えば今冬の1日当たり最大感染者数の2倍程度)が起きた場合も含め、都道府県に新たなコロナ病床確保計画を求める事務連絡を発出したことに触れ、「感染者数が短期間で急増した場合、1～2週間で準備病床を即応病床として活用することを求めているが、予定されていた入院や手術を延期するなど、新型コロナ以外の通常医療を大きく制限することにつながるものである」と懸念を示した。また、「従来から病床使用率の分母を、準備病床を含む確保病床から即応病床数に変更統一するべきであると述べてきたが、それは準備病床を即応病床に転換するのは容易ではないからである」と強調した。加えて、準備病床とされる新型コロナ以外の患者が使用している病床においては、患者の転院や転棟の手続きが生じる他、新型コロナ医療を担える医療従事者の確保、病棟のゾーニングなど、新型コロナ患者を受け入れる病床にするためには多くの課題があることを指摘した。

8月18日には、新型コロナウイルス感染症患者の入院基準について、政府が重症患者と特にリスクの高い患者に限定する方針を発表してから、日医などの要請を受け、「入院は重症患者、中等症患者で酸素投与が必要な者、投与がなくても重症化リスクがある者」を対象とし、それは医師の判断によるということが明確化されるまでの経緯を解説した。この後の日医の要請により、わかりやすい事務連絡を全国に発出していただいた。

8月25日の定例記者会見では、次のように述べた。「最後に政府にお願いする。医療の逼迫、病床の逼迫への対応は強力に行うべきであり、日

医としても全面的に協力する。同時に、医療を守るためと言うよりは、まずは命を守るために感染防止対策を徹底する必要があることを、強く発信していただきたい。新型コロナウイルス感染症に罹患したときに、どのような苦痛があるか、そしてどれだけの後遺症があるかは計り知れない。政府にはその点で、これまでの踏襲ではない、強力な感染防止対応を取っていただきたい。このまま感染者が増加し、医療の逼迫が際限なく続けば誰も持たない。これまでの対策を引き延ばしている猶予はないと考える。日医は、通常医療とコロナ医療を両立させるべきであると繰り返し申し上げていく。通常医療もコロナ医療も命の重さは同じだからである。しかし、先程述べた厚労省への東京都の要請の中でも、『通常医療の制限も視野に入れて』と明記される事態に至った。今回、緊急事態宣言とまん延等防止措置の対象区域が拡大された。その後の状況を速やかに分析し、必要な英断を下していただきたい。

この後、9月11日（本講演当日）にどのような状況になっているか心配である。日医は、最後の最後まで諦めずに新型コロナウイルス感染症の収束まで頑張るので、皆様もよろしく願います。

分科会報告

第1分科会（医師会病院関係）

座長：宮崎県医師会副会長／

日医医師会共同利用施設

検討委員会副委員長 山村 善教

1. 函館市医師会病院（北海道）

「医師会共同利用施設の今後のあり方

～新型コロナウイルス感染症も踏まえて～」

函館市医師会病院医療・介護連携課長 八重樫 優

総病床数は199床で、内訳は一般病床82床、地域包括ケア病床66床、障害者病床51床である。3名の医師で老年内科を運営されており、リハビリテーション科、整形外科と共同して地域包括ケア病床を活用し、在宅復帰率の安定化を図っておられる。昨年4月に訪問看護ステーションを開設し、医療・介護連携支援センターとの連携により、不必要な搬送は減少しているとのこと。

2. とちぎメディカルセンター（栃木県）

「とちぎメディカルセンター（TMC）設立の経緯と経過」

栃木県医師会副会長 長島 徹

医療機能再編型としての、設立母体の異なる3つの病院の統合という、全国的にも珍しい形態の難事業の経営について報告された。JA厚生連下都賀総合病院を307床の「とちぎメディカルセンターしもつが」、医療法人陽気会を慢性期に特化した250床の「TMCとちのき」、今一つは医師会病院を100床の「介護老人保健施設とちぎの郷」として運営しておられる。統合するきっかけは、厚生連が病院経営からの撤退を決定したことで、従来から3つの病院とも老朽化して、医師の継続確保に悩んでいたことから統合再編話が持ち上がり、山積する問題解決に議論を尽くして、平成28年4月に開院された。「しもつが」と「とちのき」の医療連携・機能分担に関する認知度、慢性期に特化したとちぎの郷の医師確保に大変苦勞されている。地域完結型医療の推進を阻む医療法の壁などの課題を報告された。

3. 宮崎市郡医師会病院（宮崎県）

「宮崎市郡医師会病院の今後の在り方

～新型コロナウイルス感染症も踏まえて～」

宮崎市郡医師会会長／宮崎市郡医師会病院長 川名 隆司

2年前のこの総会場で、老朽化した病院の移転・新築を予定していることを報告された。新病院のコンセプトとして、広域重症型急性期医療の重点化、循環器内科疾患の最新治療の提供、医療防災ゾーンとしての機能充実の3つを掲げて、昨年8月にコロナ禍の中、無事に開院した。新型コロナウイルス感染症の対応としては、重点医療機関としての入院治療、夜間急病センターにおけるコロナ疑い患者への対応、コロナ宿泊療養施設における夜間急変時の患者受け入れ、クラスター発生施設へのDMAT、ICNの派遣等を行っている。感染拡大時には、267床のうち41床をコロナ病床に転換し、最大10人の中等症までの患者を受け入れた。コロナ禍により経営は圧迫されたが、新病院になり、心臓血管外科等の診療報酬点数の高い手術が増加したこと、ICUの増床、特定集中治療室管理料1の算定などの効果があ

り、転移前より粗利は増加した。また、空床確保料等の支援金で持ちこたえたとのことで、今後も支援の継続が望まれるとの報告であった。

4. 出水郡医師会広域医療センター（鹿児島県）

「医師会病院を中心とした新しい地域医療のあり方を目指し

～本邦初の国立病院民間移譲病院としての歩み～」

出水郡医師会理事／出水郡医師会

広域医療センター院長 今村 博

国立療養所阿久根病院を国立病院の統廃合計画に基づく全国で1番目のケースとして、5億9千万円で譲り受け、脳神経外科及び7つの科を新設して、24時間の診療体制で、平成元年10月に誕生した。国立病院神話の中、地域住民の猛反対を受けたりもしたが、急性期病院として生まれ変わった病院の診療実績はうなぎのぼりで、平成19年4月には8階建ての新病院を開院された。医療の安全と質の向上への取り組みのためにKAIZEN活動を開始し、PDCAサイクルを回して来られた。日本医療機能評価機構はもとより、国際標準化機構ISO9001を平成17年に取得、毎年監査を受けることで持続的改善を目指している。電子カルテを導入後、大学病院との間でテレパソロジーを開始、新システムを積極的に導入し、また人材育成にも取り組んでおられる。民設民営ゆえの経営上の問題はあがるが、医師会病院を中心とした新しい形の地域医療の構築を目指す姿は、日本の医療体制の再構築のモデルになると思われる。

第2分科会（検査・健診センター関係）

座長 埼玉県医師会長／

日医医師会共同利用施設

検討委員会委員長 金井 忠男

1. 江戸川区医師会医療検査センター（東京都）

「新型コロナウイルス感染症の影響と対応」

江戸川区医師会医療検査センター所長 山中 昭良

令和2年2月ごろから影響が表れ始め、3月の受診者は対前年比81%で、各種がん検診の3月の総受診者は対前年比72%であった。令和2年4月7日に1回目の緊急事態宣言(5月25日まで)が発出され、区からの指示で、翌日から全健（検）

診が中止となった。特定健診受診者は対前年比で4月が25%、5月は0%であった。がん検診受診者は4月が10%台、5月は0%が多かったが、大腸がん検診は5月にもわずかに実施された。宣言解除後の6月以降も受診者が減少し、特定健診は通年で対前年度比82%で、がん検診も多くの検診で80%台であった。がん検診や特定健診は決して「不要不急」ではなく「コロナ禍にこそ必要不可欠」であると話された。

ディスカッションにおいて、事業収入の検証の中で、赤字転落を免れた理由を、健（検）診は区から委託されており、行政との連携が強く、区からの補助金交付があり、また会員のやる気がセンターを支えていたためであろうと述べられた。

2. 焼津市医師会臨床検査センター・

健診センター（静岡県）

「COVID-19 流行下での焼津市医師会

共同利用施設の現状と課題、そして対策」

焼津市医師会理事 立花 恒輔

焼津市医師会は共同利用施設として、臨床検査センター、健診センター、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、ヘルパーステーション及び訪問看護ステーションの6部門を運営している。これらの中で、新型コロナウイルス感染拡大時に各部門において問題となったことは、個人用防護具の不足や価格高騰であった。また、訪問介護関係者はワクチンの優先接種の対象外であったことも問題となった。臨床検査センターは、医療機関への受診控えに伴う検査数減少がみられたが、その後回復した。また、新型コロナのPCR検査が収益に貢献した。健診センターは、事業所や学校の健診の年度を通しての実施件数は、例年に比べやや増加した。これは時期をずらして実施することや、特定健診の実施回数を増やすなどで効果が得られた。また、保健指導ではWebを用いた遠隔面談も導入しておられる。

ディスカッションにおいて、多くのセンターが非常に苦戦している中で、目標の経常利益率を上回り近年の中でも良好な結果であったと報告された。その理由について、いくつかの工夫をしたことの効果はあったと思うが、人口が少なく感染者

も少なかったことから対応が可能であったと考えたと述べられた。

3. 岩国市医療センター医師会病院(保健健診部)(山口県)

「県内初のクラスター発生病院と認定されて ～健診における感染対策の取り組みと 受検者の動向～」

岩国市医療センター医師会病院

保健健診部臨床検査技師 中原 捷

早い時期から新型コロナウイルス感染症対策本部を立ち上げ、十分な対策を取っていたにもかかわらずクラスターが発生したのは、休憩中のマスク無しの会話や、共有物としてのパソコンのキーボードなどからの感染と思われ、ちょっとした気の緩みがあったと述べられた。2020年度の健診受診者は前年度と比べ8%の減少で、減収となった。減少が目立った項目は、脳ドック健診27%、特定健診11%であった。健診部門が減収となったことから、入院健診を日帰り健診にしたり、CTやMRIをオプション健診に加えるなどした。また、東ソー株式会社のTRC測定器を2台設置された。

ディスカッションの中では、感染対策として特別なことを行っているわけではないが、対策に漏れがないように細心の注意を払っていることと、院内へのウイルス持ち込み防止対策として、入院前、手術前にPCR検査を行っているとのことであった。PCR検査装置を導入したメリットで最も大きいのは検査当日に結果がでることと、検査件数は1台につき1回7件、2台で14件とのことであった。

4. 佐賀県健康づくり財団

佐賀県健診・検査センター(佐賀県)

「佐賀県健康づくり財団の現状と展望

～新型コロナウイルス感染症も踏まえて～」

佐賀県健康づくり財団専務理事／

佐賀県医師会常任理事 枝國源一郎

健診部門ではこれまで順調に推移してきたが、さまざまな新型コロナウイルス感染症対策を講じたにもかかわらず大きなダメージを受け、特に市町健診、巡回健診は人数制限等により、かなりの減収となった。臨床検査部門では、会員の利用率

が年々減少し、平成9年には75%であったが、最近では58%に低下した。減少の理由は、民間会社の影響(新規開業時から民間検査会社が介入している、価格競争など)等で、対策として、新規開業医療機関の料金の値下げ(1年間)、特定健診検査結果・請求の代行提出、医師会共同利用施設としての位置づけの再検討、新規開業会員対策を行っておられる。検査部門では現在、新型コロナウイルス感染症対策が最も重要であり、新興感染症により大きな影響を受けることが今回判明したと説明された。共同利用施設は会員のために存在しており、民間会社がやらない部分も実施する必要がある。コロナ禍で経営状況も考えなければならず、難しい問題であるが、医師会共同利用施設は存続すべきであると述べられた。

このあとのシンポジスト全員によるディスカッションでは、コロナを経験して今後活かすことは何かという質問に対して、行政との連携はさらに強くする必要がある、いろいろな場面で今後はICT活用が必要になるなどの意見が出された。また、今後起こりうる新興感染症への対策を考え、共同利用施設のあり方を模索する必要がある、との意見もあった。共同利用施設の存続についても議論され、存続を否定するシンポジストはおられなかった。会員の利用率が下がっていること、民間の検査会社との競合などについては、何らかの方策を考えなければならず、日医とともに検討する必要があるとの意見が多く出された。

第3分科会(介護保険関連施設関係)

座長 日本医師会常任理事 松本 吉郎

1. 郡山医師会(福島県)

福島県医師会常任理事／郡山医師会副会長／

郡山市医療介護病院長 原 寿夫

120床の病院では、介護医療院や居宅介護などの介護保険サービスと療養病棟などの医療保険サービスの双方を提供しておられる。また、休日夜間急病センター、看護専門学校の併設や在宅医療介護連携支援センターの指定も受けておられる。コロナ禍においては、郡山市でも介護施設のクラスターが続き、検査の遅れやゾーニングの体

制、他施設からの応援のために、タイムリーに話し合いをする場作りなどに課題があったとのことである。検査体制を整備するにあたり、行政からは補助金とセットで60～200人程度を同時に検査する高価なPCR検査機器を勧められたそうであるが、現場での運用を考えて、結果が1時間程度で出る小回りの利く機器を複数揃えたそうである。また、介護サービスが多様化している中で、利用者が新型コロナ陽性となった場合に行政からすぐに連絡が来ないことなど、さまざまな課題があるとのことであった。先生からは、ケアマネジャーの積極的な関与やそのための基準などが必要ではないかというご提案をいただき、衛生材料の使い方や効果などについても具体的なノウハウや研修が必要であると述べられた。

2. きぬ医師会（茨城県）

「在宅医療・ケアを支えるICTの導入推進

～茨城県常総市、きぬ医師会の取り組みから～

茨城県医師会常任理事 安部 秀三

（共同講演者）茨城県医師会常任理事／

きぬ医師会 伊藤 金一

茨城県常総市ときぬ医師会では、2015年の鬼怒川の洪水で行政や医療機関が平時のような対応ができなかったことをきっかけとして、情報共有ツールのJOSOシステムを導入したとのことである。JOSOシステムは安否確認の迅速化や関係者間の情報共有に使われるとともに、介護保険の手続きの際に、同意の上で災害時の要支援者登録にも使われており、災害の経験もあって、約99.5%の非常に高い同意が取れたそうである。システムは市の負担で運営されていることから、支援者側の費用負担は通信費程度である。導入のメリットとしては、情報共有、介護保険等の窓口申請業務をICTでできるようにしたことによる業務負担軽減、災害時での活用を挙げておられた。一方、課題としては、重要性が低い情報が多いとチェックに時間が取られること、利用していない事業所等もあることから、手続きの関係で、個人所有の端末では利用できないことなどを挙げておられる。また、近隣の地域で既に別のシステムが導入されていて、連携が取りにくいことなどは、

次の桑名医師会と同様の課題であった。最後に、医師会は自治体に対しICTの導入をすすめ、会員及び共同利用施設間で連携ツールとして率先して利用すべきとの提言をいただいている。

3. 桑名医師会（三重県）

「COVID-19に対するICT活用の取り組み」

桑名市在宅医療・介護連携支援センター

副センター長 中道 尚

桑名医師会では在宅医療・介護連携支援センターのほか、医師会立看護専門学校や訪問看護ステーションなどさまざまな施設を運営しておられる。そして多職種からの情報共有と連携推進のため、「ゆめはまちゃん医療・介護ネットワーク（ゆめはまネット）」という情報共有ネットワークシステムを構築しておられる。ご発表では、ゆめはまネットを活用した取り組みを色々と紹介していただいたが、例えば情報ツールとして、医療機関でキャンセルが発生したワクチンの廃棄を防ぐための、介護職の接種希望者の迅速な募集などの活用事例や、今でこそ当たり前となってきたが、令和2年4月という早い段階からZoomによる体験会の開催等を報告された。これがその後の感染対策のオンライン研修会参加のハードルを下げたり、医師会での研修会を稼働する下地が作られたのではないかと思われた。これが、地域の研修会の顔の見える関係構築に役立っていたが、そのことが現在の在宅療養や後方支援ベッド確保などの医療体制の構築に非常に役立っていると思われた。また、「夜カフェふらっと」という多職種交流会を月1回開催しておられるそうで、行政の方たちも参加して、悩みや課題を共有するという素晴らしい取り組みもあった。あくまでも医療・介護・福祉は人が行うものなので、そのつながりを前提にしてICTを考えることの有用性を強く感じた。

4. 宇治久世医師会（京都府）

「宇治久世医療介護連携センターの取り組み

～新型コロナウイルス流行期の

在宅医療、介護連携～」

宇治久世医師会長 堀内 房成

宇治久世医師会は約25万の人口を抱え、2市

1町の医師が加入されており、平成30年から堀内会長をセンター長として医療介護連携センターを開設し、医療介護連携推進事業を医師会から受託しておられる。コロナ禍に関して医療機関、介護事業所にアンケートを取ったところ、在宅患者が急増したこと、在宅医が感染したときのバックアップ体制が課題として挙げられたそうである。そこで、在宅患者の急増には、従来から構築していた在宅サポート医という制度を活用し、在宅診療に精通した医師が関係機関等からの相談に対応されているとのことである。また、在宅医のバックアップ体制については事前に医療介護連携センターに登録した在宅医がCOVID-19に感染した場合には、軽症の場合は他の先生にバックアップして診察をしていただき、規定の報酬を支払う形となり、長期間復帰が困難な場合は患者リストをセンターに提出していただき、バックアップ医で割り振る制度を作られているとのことであった。幸いなことに現在まで必要な事例は1件も起きていないそうであるが、このような制度があることは、医師としても患者にとっても心強いのではないかと思う。会員の世代交代で若い医師が出てくる中で医師会の存在意義をしっかりと説明できるようにすることが必要であるとのこと指摘をいただいている。

2日目(9月12日)

新型コロナウイルス感染症対応下における医師会臨床検査センター・検診センターの2020年度実業経営実態調査報告

日本医師会総合政策研究機構

主任研究員 吉田 澄人

1. 回答の状況

調査の回答率は、健診センター68.2%、臨床検査センター58.0%、複合体80.0%、全体で68.3%であった。

集計結果は、複合体からの回答を健診センター、臨床検査センターに振り分け、健診センター80施設、臨床検査センター62施設の集計を行った。

2. 調査結果：健診センター

1) 回答者の基本情報

健診センターの運営形態では、医師会直営によ

る運営が80施設中65施設であった。

回答施設の都道府県分布では、静岡県が8施設で最も多かった。2020年度に3か月以上緊急事態宣言が発出された都府県において、埼玉県4施設、東京都4施設、神奈川県1施設、大阪府1施設、兵庫県3施設が回答された。

2) 新型コロナウイルス感染症への対応

PCR検査の採取、測定を実施している施設は80施設中11施設であった。

PCR検査の収益への寄与では、11施設中、「大きく寄与している」、「まあまあ寄与している」、「全く影響がない」が、いずれも3施設、27.3%であった。

ワクチン接種の実施について、80施設中31施設、38.8%の健診センターが「ワクチン会場として実施している」と回答しており、地域におけるコロナ対策に貢献している。

ワクチン接種実施への協力では、医療従事者等の派遣・支援を「実施している」施設が半数に近い41.3%に及んでいる。

3) 健診センターの存続について

健診センターの存続については、「存続する」と回答した施設が80施設中74施設(92.5%)であったが、「存続するか否かについて検討している(もしくは検討したことがある)」と回答した施設が5施設、「存続しないことが決まっている」と回答した施設が1施設あった。

健診センターの存続について重要な要素としては、「医師の雇用」と回答した施設が最も多く、46施設(59.0%)であった。次いで多かった回答は「受託の健診単価」で、39施設(50.0%)であった(80施設中、複数回答あり)。

4) 2020年度実施件数の対前年比における単体、複合体の比較

実施件数が多い特定健康診査では、2020年度の対前年比が全体でマイナス14.4%、健診センター単体でマイナス22.3%、複合体でマイナス10.8%であった。

5) 健診センターにおける収益の状況

健診センター全体の事業収益では、2019年度、2020年度ともに若干の収益を上げており、2020年度の事業利益は微減にとどまっている。しかしながら、事業収入のうち、健診部門の収入

は3億8,900万円の減収で、医師会からの繰入金等の「その他の収入」で補っていることがうかがえる。

2020年度の健診センター全体の事業利益率は前年度と比較して0.7ポイント減少している。

緊急事態宣言の発出が3か月以上にわたる東京都、埼玉県、神奈川県、大阪府及び兵庫県の13施設では、事業利益率がおおよそ半減してしまっている。

3. 調査結果：臨床検査センター

1) 回答者の基本情報

臨床検査センターの運営形態では、自施設による運営が62施設中48施設であった。

回答施設の都道府県分布では、愛知県が7施設で最も多かった。2020年度に3か月以上緊急事態宣言が発出された都府県において、埼玉県では6施設、東京都では2施設、大阪府では1施設、兵庫県では3施設が回答された。

2) 新型コロナウイルス感染症への対応

症状のある者の保険診療としてのPCR検査の実施では、62施設のうち、採取や測定を実施している施設が約3分の2にあたる41施設にのぼっている。

PCR検査の収益への寄与では、41施設中、「大きく寄与している」が最も多く34.1%であった。次いで多かったのは「まあまあ寄与している」で、31.7%であった。

ワクチン接種実施への協力では、62施設中、医療従事者等の派遣・支援を「実施している」臨床検査センターが半数近い45.2%にのぼり、健診センターとともに地域のコロナ対策に貢献している。

3) 臨床検査センターの存続について

臨床検査センターの存続については、62施設中、「存続する」と回答した施設が80.6%であったが、「存続するか否かについて検討している（もしくは検討したことがある）」と回答した施設が9施設、「存続しない方向で検討している」と回答した施設が1施設あった。

臨床検査センターの存続について重要な要素としては、「受託検体の量」と回答した施設が最も多く、52施設（85.2%）であった。次いで多かつ

た回答は「臨床検査の単価」で、44施設（72.1%）であった。

4) 2020年度実施件数の対前年比における単体、複合体の比較

健診センターにおける健診の実施件数では、複合体よりも単体の方が落ち込んでいたが、臨床検査センターでは、単体よりも複合体の方が2020年度の対前年比は落ち込んでいる。

実施件数が多い生化学（I）検査では、2020年度の対前年比が全体でマイナス4.3%、単体でマイナス2.5%、複合体でマイナス6.7%であった。

5) 臨床検査センターにおける収益の状況

臨床検査センター全体の事業収益率は、2019年度と比較して2020年度は増加している。

しかし、緊急事態宣言の発出が3か月以上にわたる東京都、埼玉県、大阪府及び兵庫県の12施設では、事業利益率が8割以上減少してしまっている。

一方で、保険診療（症状あり）のPCR検査が「収益増に大きく寄与している」と回答した施設では事業利益率が大きく増加していることから、経営に貢献している傾向がうかがえる。

4. まとめ

地域医師会が運営する健診センターは、市町村国保が実施する特定健康診査や自治体が実施するがん検診に大きく影響を受けている。

また、臨床検査センターでは、民間受託臨床検査センターのように受託地域の拡大を図り、受託単価を引き下げていくことができない。

そのため、長期化するコロナ禍で外出自粛等が続く中で、地域住民の疾病予防や重症化予防の観点からも健診や一般診療について受診勧奨の強化が望まれる。

全体討議

座長（日医常任理事 松本吉郎） 改めて、貴病院の取り組みで参考にさせていただきたい点は。

今村 博（第1分科会 シンポジスト） 1つは医療の質と安全への取り組みで、トヨタ自動車から世界に広がったKAIZEN活動のようにPDSAサイクルをきちんと回す。これは組織をきちんと運営していく上では役立っていると思う。その改善

を維持するために、通常の日医療機能評価機構の外部監査だけでなく、われわれはISO9001の国際標準化機構の監査を1年に1回受けており、毎年監査を受けることで、常に緊張して意識して改善を進めていくことができる。この2つは組織にとって大きいと思っている。

座長 医師会立の検査センターにとっては、ある意味垂涎の的と思われる。これだけの検査・健診の検体数・検査数を誇っておられることは素晴らしい。医師会立健診センターでは会員と競合するような健診を行うことにはなかなか理解を得られにくいと思う。その点について、会員との連携はどのようにされているか。

山中昭良（第2分科会 シンポジスト） 会員との連携について、江戸川区からの公費健診は大部分を委託されているが、何か異常が見つかったときは、まずかかりつけ医を受診するよう徹底している。会員と一緒に区民のためにやっという姿勢で行っている。他の健診センターと違って、収益構造としては江戸川区から受託した公費健診が主なので、受診者が増えると収益が上がる。江戸川区医師会でいろいろな事業を行っているが、大きな黒字を出しているのは当検査センターだけで、黒字を医師会の会計に還元することで、会員の医師会費も値下げできるというメリットも宣伝している。コロナ禍で赤字になったが、普段から医師会執行部と江戸川区行政とも関係がうまくいっていた影響で、PCR検査センターやワクチン接種にも協力し、区も医師会を頼っている状況なので、医師会が困っているときには助けていただけるのではないかと考えている。

座長 佐賀県健診・検査センターも、一般的な医師会の健診・検査センターの今後のあるべき姿を示していただいた特色のある取り組みをされている。存続は非常に大きな課題なので、それを乗り越えるべくいろいろな工夫をされていると思うが、一般会員からの検体の提出数が減少していることは、どこの検査センターでも課題となっている。例えば新規開業者が電子カルテを導入すると、関連の検査会社を使わざるを得なくなるというような課題がある中で、会員のメリットが持続できる取り組みはあるか。

枝國源一郎（第2分科会 シンポジスト） 難しい問題であるが、会員の利用率が下がってきて、現在約6割で横ばいの状態である。今後は、会員医療機関からの検体提出を少なくとも維持していくことである。小規模のため民間が相手をしてくれないという医療機関は多いので、このようなところを共同利用施設が守ってあげることが本来の立場と思う。何とかそこは維持したい。

座長 たくさん検体を出されるところが大きいラボを使うのは価格の問題もあると思う。先生のセンターでは遠方の過渡期にある医療機関の支援や検体が多くない先生方の支援をしっかりと行っておられると聞いたことがある。その辺りの取り組みは如何か。

枝國源一郎 それが逆にセンターの足を引っ張るところがある。健診部門は比較的行政とうまくいっているんで、そこの黒字をうまく回すことが重要である。また、新規開業の方々はよく話すとうわかってくださる。例えば、現在はコロナ禍で行けないが、県医師会の執行部が郡市医師会の総会を回っているという説明するなどの地道な活動と、上からではなく横のつながりで利用が増えていくことがあるので、そのようなところを活用できればと思っている。

座長 今後もしっかりと取り組んでいただき、存続できるような発信を全国にしていってほしい。また、非常に特色のある病院を存続させるために、どのようなことが一番の課題と考えておられるか。

原 寿夫（第3分科会 シンポジスト） 医師会が行政から委託を受けている医療介護連携支援センターを核として、郡山でもネットを利用しており、ケアマネその他のさまざまな職種との連携を図っており、また、毎月1回ネット上での飲み会的なものも行っており、顔の見える連携を含めて関係者のネットワークの核となるようなことを考えながら、医師会として地域をサポートしていければと思っている。

座長 ICTの利用について、今後の展開をこのようなことを行ってみたい、拡大してみたいという点については如何か。

安部秀三（第3分科会 シンポジスト） 常総市と

きぬ医師会の取り組みは、災害があった故かもしれないが、市が協力的に災害時の安否確認等を含めた連携システム(JOSOシステム)を作り上げて、それを医療・ケアに開放しているという形で、これは合理的なやり方と思い、今回発表させていただいたが、それをさらに近隣の市町に広げる意欲を持っておられるところもあるので、茨城県の中でより広域的な繋がりができるように、他の市町村、医師会と相談していければよいと思っている。**中道尚美(第3分科会 シンポジスト)**「ゆめはまネット」を活用した取り組みが5年くらい経過して徐々に浸透してきており、ようやく消防、救急あるいは行政との連携が始まってきたところであるが、常総市のように市の窓口で患者の同意を得られるようなことや災害時の対応等幅広い方に利用していただけるように進めていきたいと思っている。

座長 在宅医の連携やサポート体制をしっかりと構築しておられ、非常に参考になった。その取り組みのきっかけ等を含めて、再度ご説明いただきたい。

堀内房成(第3分科会 シンポジスト) 数年前から、在宅医がネットワークを作って互いにサポートしあえたらという構想があった。当地はかなり広い地域なので、機能強化型(連携型)の在宅支援診療所のチームを中心にネットワークを広げていった。その中で、訪問看護ステーションとの共同の勉強会をコロナ禍以前は定期的に行っていたが、現在はWebで行っている。現在はコロナ陽性患者の在宅診療という面でネットワークを構築しており、6チームくらいが動いている。京都市は特にコロナ患者の在宅診療を積極的に行っている医師がおられるので、その方々と共同でこの地区でも進めていくために、ネットワークができていると思っている。

座長(参加者からのチャットによる質問) 医療・介護連携において、介護施設のショートステイ利用の際にPCR検査を受けることが求められているが、検査料金等を含めて地域で取り決めをされているか。

原 寿夫 在宅も含めて、介護保険制度における感染対策で最もキーになるのがその辺りだと思

う。通所リハビリ、通所介護、ショートステイなどが最もリスクが高いが、郡山地区では決め事はしていない。結果として、各事業所で医療関係の短期入所を利用する場合には、ワクチン2回接種終了前までは、必ずPCR検査を行っており、当院でも行っていた。ワクチン2回接種後には、その度のPCR検査は行わず、通常通りの受け方をしている。これは医療機関以外での検査は難しいので、そこでは行われていない。そのようなことも含めて、PCR検査を1時間程度でできると病棟でのスタッフの感染リスクが低くなるので、当院では講演で述べたような検査機器を使用している。

座長 今回のホスト病院として、函館市医師会病院から、いろいろな参考になる情報をいただいた。地域包括ケア病棟もされて、自院や他院からも含め、復帰支援等も行われており、非常にバランスの良い病棟だと思った。これまでの取り組みの皆様に参考になる点、函館市医師会病院でこれから行っていきたい点等をお話いただきたい。

八重樫 優(第1分科会 シンポジスト) 訪問看護ステーションの今後の運営については、私ども連携課を含め、医師も看護師も病院全体で利用者を増やしていくという考え方なので、われわれは営業マンの形で、当院の訪問看護ステーションを利用していただきたいと地域の医師にお願いをしている。昨日、障害者病棟についても質問されたが、当院は函館では特例で、脳神経内科の医師2名が障害者病棟を担当している。他の病院の障害者病棟で脳神経内科医がいるところはないと思う。将来的ビジョンについては、再来年にリハビリのセラピストが卒業を迎えることになる。そうになると、訪問看護ステーションの看護と訪問のリハビリもミックスして、函館市を含め道内に進出していければと思っている。なお、ゆくゆくは病院の建て替えも検討していかなければならないとも思っている。

座長 大変参考になるお話であり、また建て替えも考えておられるとのこと、全国の医師会病院、健診・検査センターを含めて共同利用施設にとって夢と希望を与えることを切り開いていただくよう期待している。

総括**日本医師会副会長 今村 聡**

完全オンラインという状況下ではあったが、2日間に亘って大変充実した討論ができたものと考えている。コロナの第5波が襲来して開催方法が二転三転する中で、本総会が成功裏に運営できたのも、松家会長をはじめ、ご担当いただいた北海道医師会担当役員の皆様方のご尽力のおかげと心からお礼を申し上げます。今回の総会は「新型コロナウイルス感染症を踏まえての医師会共同利用施設の今後のあり方」というテーマでご講演・討議をいただいた。コロナ禍で、それぞれの共同利用施設が経営的にも非常に厳しい運営を強いられ、また職員に感染者が出たというような問題もありながら、地域住民の健康や医師会員を支えるためにそれぞれ大変なご尽力をされていることについては、本当に頭が下がる思いである。医師会病院、健診・検査センター、介護保険関連施設等それぞれの課題については全体討議や分科会で討議されている。分科会の報告・討議は同様の課題を抱えておられる施設においては、大いに参考になり、解決に結びつく端緒となったのではないかと思う。

分科会報告、全体討議と重複する部分もあるが、数点、感想とお願いを述べたい。まず、それぞれの地域の实情、特性に応じた取り組みが非常に重要であるということ。そして強力なリーダーシップを発揮していただく人材の重要性、もちろんこれは、医師会役員等の役割がとても大きい。今回ご発表いただいた先生方においても、リーダーシップを発揮して取り組みされてきたわけであるが、役員には任期というものがある。役員の考え方をしっかり継続して実行していただく職員の養成、そして職員のモチベーションを高めることも大変重要と感じた。それぞれの施設においてはまずしっかり現状分析を行っていただき、課題を抽出し、それに対する解決法を関係者全員で検討することが重要であると思う。

また、分科会の発表や討議の中にもあったが、行政との連携が今後ますます重要になると思う。共同利用施設の地域における意義をしっかりと理解していただいてさまざまな点で支援や協力をい

ただくことが重要と思う。ICTの活用は今後避けては通れないので、情報の共有やWebでの会議、研修会等、ますます活用が求められる。ご発表では、既にネットワークを構築されて十分に活用されているとのことであったが、新たなネットワークの構築に際しては、ネットワークの維持管理コストが以前より大きな課題であった。今後、オンライン資格確認のシステムが広く医療現場で整備されてくることにより、地域によるICTの情報共有が急速に進展することが予想されるので、そのような取り組みも積極的に行っていただければと思う。

日医は、医療現場におけるAIの活用に非常に力を入れている。共同利用施設が利用しやすいAIを念頭に置きながら現在開発を行っている。日医の中にAIホスピタル推進センターがあり、こちらは先程発表した日医総研の吉田主任研究員が事務局機能を担っているので、興味のある先生方はお問い合わせいただきたい。国は、PHR、いわゆる個人の医療健康情報を個人が自ら活用できる仕組みを急速に進めようとしている。これらの活用は地域住民にとっても重要であり、共同利用施設にも関係してくることが予測される。その間にデータの標準化も非常に重要になる。この点についても日医総研の吉田主任研究員が取り組んでいる健診標準フォーマットを是非ご活用いただければと思う。日医は全国の医師会共同利用施設の皆様方の活動が円滑にかつ安定して運営できるように引き続き環境整備のために尽力して参りたい。

結びに、2年後の令和5年度に開催する第30回全国医師会共同利用施設総会は、岡山県医師会にお願いしている。コロナが収束して現地で皆様と一堂に会して討議・情報交換ができることを心より楽しみにしている。松山会長はじめ役職員の皆様にはご苦勞をおかけするが、何卒よろしくお願ひ申し上げます。

次期（令和5年度）担当県医師会長挨拶

担当される岡山県医師会、松山正春会長からご挨拶並びに次回の案内をいただいた。令和5年9月9日（土）、10日（日）に岡山市で開催される予定。

令和3年度 山口県医師会有床診療所部会総会

と き 令和3年10月7日(木) 15:00～16:00
ところ 山口県医師会6階 会議室

[報告:山口県医師会有床診療所部会会長 正木 康史]

総会に先立ち「令和3年度第2回役員会」を開催し、総会の議事進行について協議した。司会は伊藤県医理事が担当、河村県医師会長と正木が挨拶し、議事進行は正木が行うこととした。

開会

伊藤県医理事の進行で開催され、まず出席者の確認が行われた。部会会員数58名の内、出席者8名、委任状提出38名、合計46名で過半数に達しており、総会が成立する旨の報告があった。

挨拶

河村康明 山口県医師会長 本日はお忙しいところ、総会にご出席いただきありがとうございます。

中川日医会長より有床診療所についての言及があった中で、有床診療所でもコロナ感染症患者の入院治療対応を行っているところもあり、またPCR検査、トリアージ等で頑張っておられる医療機関があるとの報告があった。有床診療所は施設規模、人員配置等で無床診療所より頑張れる余地は大きく、実際にコロナワクチン接種等で力を発揮されている。12月より医療従事者を対象としたコロナワクチンの追加(3回目)接種が始まり、また来年1月からは高齢者接種も開始される予定であり、ますますのご協力をお願いしたい。本日はご協議よろしく願います。

正木 本日はお忙しい中、総会にご出席いただきありがとうございます。

コロナ感染症は少し落ち着いた状況となっているが、まだまだ予断を許さないと思う。コロナ対策への診療報酬上の特例、初再診5点加算、入院10点加算が、日医が懸命に動いたにもかかわらず、この9月末で打ち切りとなってしまい、今後のわれわれ医療機関への影響が心配される場所である。

また、来年度は診療報酬改定年度であるが、コロナ感染症による移動自粛、また衆議院選挙が重なって自民党議連会議の開催が困難な状況にあり、それに関連して全国有床診療所連絡協議会としての厚労省への働きかけが滞っており、われわれの診療報酬改定の要望実現が危惧される状況となっている。次期診療報酬改定の骨格は12月中旬までには固まってしまうので、それまでに何とか厚労省への働きかけを行っていきたいと考える。

本日は事業報告、事業計画(案)等のご協議よろしく願います。

議長選出

会則13条の規定により、部会長の正木が議長となり協議に入った。

出席者

部会

部会長 正木 康史
副部会長 阿部 政則
理事 山本 一成
理事 吉永 榮一

理事 檜田 史郎
理事 林田 英嗣
理事 伊藤 真一

県医師会

会長 河村 康明
常任理事 前川 恭子
理事 茶川 治樹

議事**(1) 令和2年度事業報告について****県医師会関係**

- 総会 (R2.10.22)
- 第1回役員会 (R2.8.8)
- 第2回役員会 (R2.10.22)

全国有床診療所連絡協議会関係

- 第1回役員会「福岡」(R2.10.11)〔正木〕
- 第2回役員会「Web」(R3.3.28)〔正木〕
- 第1回常任理事会「Web」(R2.5.24)〔正木〕
- 第2回常任理事会「Web」(R2.6.21)〔正木〕
- 第3回常任理事会「Web」(R2.8.21)〔正木〕
- 第4回常任理事会「福岡」(R2.10.11)〔正木〕
- 第5回常任理事会「Web」(R3.2.14)〔正木〕
- 第33回全国有床診療所連絡協議会総会福岡大会「福岡」(R2.10.11)〔河村、正木〕
- 日医「社会保険診療報酬検討委員会」(R3.1.20、R3.3.17)〔正木〕
- 松本吉郎日医常任理事講演会「Web」(R3.1.14)〔正木〕
- 榎屋衆議院議員との懇談 (R3.3.31)〔正木〕

全国有床診療所連絡協議会中国四国ブロック会関係

- 臨時役員会「Web」(R2.8.30)〔正木〕
- 役員会・総会・講演会「Web」(R3.1.24)〔林田、松井、河村、前川、伊藤、正木〕

(2) 令和3年度事業計画(案)について

県医師会関係では、令和3年度総会を10月7日(木)、第1回役員会を6月24日(木)、第2回役員会を10月7日(木)に開催、第34回全国有床診療所連絡協議会総会は徳島市において10月23日(土)・24日(日)ハイブリッド開催、第14回全国有床診療所連絡協議会中国四国ブロック会総会「岡山市」は令和4年1月23日(日)に開催予定。その他、正木が全国有床診療所連絡協議会役員会、日医社会保険診療報酬検討委員会や自民党議連会議などに出席し、全国の情報をいち早く部会員に伝達する。

なお、上記(1)令和2年度事業報告、(2)令

和3年度事業計画(案)について、それぞれ協議いただき、承認された。

(3) その他**1. 令和2・3年度第4回日医社会保険診療報酬検討委員会 (R3.7.14)****○次期診療報酬改定に向けた主な検討内容 (R3.7.7 中医協 総一1)**

次期診療報酬改定に向けては、中医協総会において令和3年7月より「次期改定の論点等」として以下のテーマごとに9月を目途に論点整理が進められる。

- ①コロナ・感染症対応、②外来、③入院、④在宅、⑤個別事項。

この中で、重点項目は①コロナ・感染症対応、②外来の「外来機能の明確化と連携、かかりつけ医機能の強化」、及び⑤個別事項の中の「働き方改革の推進」などが考えられる。

○コロナ・感染症対応(その1) (R3.7.7 総一2)

新型コロナウイルス感染症を踏まえた診療に係る特例的な対応として、外来における小児診療等に係る評価(6歳未満の乳幼児への外来診療の初再診時100点加算、令和3年10月からは50点加算)及び各医療機関における初再診時5点加算、入院1日当たり10点加算の10月以降の継続・延長実施が勝ち取れるかが重要である。

新型コロナウイルス感染症による医療機関の患者数の変化(対令和元年4月比)

外来：令和2年4月80.8%、令和3年4月95.3%
入院：令和2年4月88.6%、令和3年4月99.9%

2. 令和2・3年度第5回日医社会保険診療報酬検討委員会 (R3.9.15)**○個別事項(その1) 医薬品の適切な使用の推進 (R3.7.21 総一1-1)**

・薬剤費の構成割合：医科39.8%、歯科0.2%、調剤60.0%

・処方箋1枚当たりの薬剤料の推移：近年は7,000円程度で推移

・処方箋1枚当たりの薬剤種類数：H22年2.92種類をピークに減少傾向、R元年2.78種類

- ・1種類当たりの投薬日数は増加傾向：H22年20日⇒R元年25日
- ・31日以上処方も増加傾向：H24年19.6%⇒R元年34.7%
- ・先発医薬品名で処方された医薬品の品目は全体の約30%、先発医薬品名で処方され、かつ変更不可となっている医薬品の品目数は全体の約4%、中医協において、支払い側は処方箋の変更不可チェック欄の削除を要求しているが日医は強く反対している。
- ・後発医薬品に関する患者の使用意向については、安くなるなら使用したい：約75%、いくら安くなっても使用したくない：約10%
- ・「経済財政運営と改革の基本方針2017」で、2020年9月までに後発医薬品の使用割合80%目標に対し、2020年9月時点の実績は78.3%であった。

○在宅（その1）訪問看護について（R3.8.25 総一1-2）

訪問看護を行う病院・診療所は近年4,000施設程度で横ばいであるが、訪問看護ステーションは増加傾向にある（H23年：5,632施設⇒R2年：11,612施設と倍増）。日医としては、量の拡充だけを急ぐことなく、質も伴った確実なボトムアップを主張している。また、日医は「安易に量の確保を追求すれば、かかりつけ医と在宅医療との連携が分断され、むしろ質が低下する懸念があり、反対に質を追求し過ぎると、在宅そのもののハードルが高くなり過ぎて、参入する医療機関が増えず、十分な量を確保できなくなってしまう」とも主張している。

○薬局医薬品の取扱いについて（H26.3.18 厚生労働省医薬食品局長）

標題の厚生労働省医薬食品局長通達に関連して、セルフケア薬局株式会社がJR東日本と提携し、駅ナカ商業施設に処方箋がなくても医療用医薬品が買える「零售薬局」をチェーン展開しており、この展開が進む前に対応が必要ではないかとの意見が委員より出され、日医としても問題意識をもって至急対応をしていくこととなった。

3. 自民党「有床診療所の活性化を目指す議員連盟」の活動紹介

自民党「有床診療所の活性化を目指す議員連盟」は平成18年10月の発足以来15年目になる。現在は野田 毅 衆議院議員が会長を務められ、100名を超える国会議員に参加していただいているが、政治には数の力が必要であり、未登録議員への働きかけをお願いした。

4. 第34回全国有床診療所連絡協議会総会「徳島大会」について

標記総会は令和3年10月23日(土)・24日(日)に徳島市で開催されるが、新型コロナウイルス感染拡大防止のため、今回はハイブリッド開催となっている。

メインテーマは「逆境の中で花咲く有床診療所～with コロナ時代を生き抜くために～」である。

県下唯一の医書出版協会特約店

医学書専門 井上書店
看護学書

〒755-8566 宇部市南小串2丁目3-1(山口大学医学部横)
TEL 0836(34)3424 FAX 0836(34)3090
[ホームページアドレス] <http://www.mm-inoue.co.jp/mb>
新刊の試覧・山銀の自動振替をご利用下さい。

日医FAXニュース

2021年(令和3年)10月1日 2987号

- 感染対策補助は最大10万円
- コロナ対策の評価拡充を評価
- ゼビュディ、医療機関には厚労省が配分
- 診療報酬上はコロナプリーブと同様
- 調剤報酬、処方箋集中率の要件は限界に
- RSウイルスの定点報告、2週連続で減少

2021年(令和3年)10月5日 2988号

- 「確保計画」の作成、都道府県に要請
- 「勧奨再開妨げる要素ない」検討を継続
- ワクチンの安全性に「重大な懸念なし」
- 感染性胃腸炎、定点当たり2.27で増加

2021年(令和3年)10月8日 2989号

- コロナ対策4本柱に「全力で協力」
- 新型コロナウイルスに関する意見交換
- 「長期処方」見直しも検討を
- 有床診に「回復期病床」創設など要望

2021年(令和3年)10月12日 2990号

- 対策評価、基本診療料に組み込むべき
- OL診療前の「やりとり」で応酬
- 増加しない要因探るべきとの声も
- 感染性胃腸炎、定点当たり1.87で減少に

2021年(令和3年)10月15日 2991号

- 後藤厚労大臣と今後の協力体制を確認
- 継続診療加算などの在り方で議論
- 外来・在宅の連携評価、細部は要検討
- コロナ対応策「全体像を早急に示す」
- 感染者減も、「もう一段減らすのが重要」

2021年(令和3年)10月19日 2992号

- コロナ対策、入院受け入れ2割増強要請
- ファイザーワクチン、「選択肢」に
- 価格調整等、厚労省提案に異論出ず

2021年(令和3年)10月22日 2993号

- 第6波に備え「役割分担等の再確認を」
- かかりつけ医機能、評価体系見直しを
- かかりつけ医の制度化に反対
- 重点活用外来、初再診の状況で線引きへ

2021年(令和3年)10月26日 2994号

- 外来化学療法加算等で評価充実へ
- 医療体制と働き方改革、「重点課題」に
- 引き続き「重大な懸念なし」と評価
- 手足口病、過去5年比「やや多い」



変わりゆく未来を、変えてゆく。

何もしなくても、時と共に未来は変わってゆく。
 どうせ変わる未来なら、受け身の未来より、
 前に進もうとする未来がいい。
 変わろうとするエネルギーが、
 きっと未来を輝かせるはずだから。



理 事 会

—第13回—

10月7日 午後5時～6時50分

河村会長、今村・加藤両副会長、清水専務理事、
沖中・中村・前川・郷良・河村・長谷川各常
任理事、白澤・山下・伊藤・上野・藤原・茶川・
縄田各理事、藤野・篠原・岡田各監事

協議事項

1 県下病院勤務医に対する「開業・承継に関する調査」について

譲受側のニーズを把握するため標記調査を実施することとし、調査票の内容を決定した。引き続き、調査対象者の選定、依頼方法等について検討することとした。

2 令和4年度市町の施策・予算措置に対する要望について

郡市医師会が行う市町要望との連携を図った要望の実施に向けて、要望項目の提出、決定等の作業スケジュールを決定した。

3 新型コロナウイルス感染症対応「山口県医師会休業一時金」の申請について

申請1件について審査し、病院についても対象とすることを確認の上、給付することを決定した。

4 第1回郡市医師会長会議の意見・要望について

標記会議における議題及び担当役員を決定し、郡市医師会からの意見・要望の提出状況について説明を行った。

人事事項

1 糖尿病対策推進委員会の委員について

委員の辞任に伴う後任として、独立行政法人地

域医療機能推進機構下関医療センター看護部の中森智子 看護師に委嘱することを決定した。

報告事項

1 第2回花粉情報委員会（9月16日）

令和4年花粉情報システム事業、翌シーズンの総飛散予測の実施、花粉飛散予測の自動化の研究の進捗状況、花粉測定講習会及び県民公開講座「花粉症対策セミナー」について協議を行った。なお、花粉測定講習会及び県民公開講座「花粉症対策セミナー」については中止することを決定した。（長谷川）

2 医事案件調査専門委員会（9月16日）

病院1件、診療所1件の事案について審議を行った。（郷良）

3 郡市医師会妊産婦・乳幼児保健担当理事・関係者合同会議「書面開催」（9月16日）

山口県健康増進課から、令和元年度麻しん風しん予防接種実施状況、県事業の風しん検査、予防接種の間違い報告集計等についての報告、本会から、令和4年度妊婦・乳幼児健康診査における参考単価（案）、令和3年度広域予防接種における高齢者インフルエンザ予防接種、令和4年度広域予防接種における個別接種標準料金（案）等について説明を行った。（河村）

4 第3回山口県糖尿病療養指導士講習会「Web」（9月19日）

「急性合併症」、「慢性合併症1（細小血管症）」、「慢性合併症2（大血管症、メタボリックシンドローム、その他）」、「糖尿病足病変とフットケア」及び「特殊な状況・病態時の療養指導」の5題の講義が行われた。受講者111名。（中村）

5 第2回都道府県医師会長会議「Web」

（9月21日）

A、Bの2グループによる討議及び日医の担当

理 事 会

役員による議事総括が行われた。本県が参加したAグループは「令和4年度診療報酬改定」、Bグループは「新型コロナウイルス感染症に対する今後の医療提供体制について」がテーマとされた。

(河村会長)

6 山口大学第102回経営協議会(9月22日)

国立大学法人ガバナンス・コードへの適合状況、就業規則の一部改正、附属病院の令和2年度経営実績及び令和3年度経営計画等について審議が行われ、いずれも承認された。(今村)

7 第27回都道府県医師会新型コロナウイルス感染症担当理事連絡協議会「Web」(9月24日)

都道府県の医療提供体制等の状況(医療提供体制等の負荷・感染の状況)、新型コロナワクチン接種の現状及び新型コロナウイルス感染症患者受入病床確保調整業務支援事業の一部改正についての説明の後、意見交換、質疑応答が行われた。

(沖中)

8 男女共同参画部会育児支援WG・保育サポーターバンク運営委員会合同委員会(9月25日)

サポーター研修会の日程及び講師、医師と保育サポーターからの現況報告について協議を行った。(長谷川)

9 eレジフェア2021オンライン(9月26日)

臨床研修病院11病院が参加し、各病院から訪問者に対し、研修プログラム等の説明及び質疑応答が行われた。訪問者数延べ146名。(中村)

10 山口県いじめ問題調査委員会(定例会)

(9月27日)

持ち回りにより開催され、「令和元年度児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査」結果、本県のいじめ問題の現状と課題、取組等について協議を行った。(河村)

11 新規個別指導(9月30日)

診療所1機関について実施され、立ち会った。
(藤原)

12 第1回岩国医療圏地域医療構想調整会議「全体会議」(9月30日)

今年度の地域医療構想調整会議の主な協議項目、地域医療構想の進め方等の説明の後、令和元年度病床機能報告における医療機関ごとの状況、「医療機関2025プラン」等に係る協議が行われた。(前川)

13 山口産業保健総合支援センター地域窓口全体会議(9月30日)

令和2年度事業結果、第4期中期目標・中期計画、令和3年度事業実施計画及び進捗状況等の報告の後、コロナ禍における地域窓口事業の運営について意見交換を行った。(中村)

14 郡市医師会特定健診・特定保健指導担当理事及び関係者合同会議(9月30日)

関係団体から令和2年度の実施結果及び令和3年度の実施状況について報告の後、令和4年度の実施(受診率の向上)に向けて協議を行った。また、令和4年度の標準単価について変更ない旨の説明を行った。(伊藤)

15 山口県循環器病対策推進協議会第2回「心疾患部会」(9月30日)

心血管疾患対策に係る重点取組事項の素案について協議を行った。(郷良)

16 全国医師会勤務医部会連絡協議会「Web」

(10月2日)

京都府医師会の担当により「勤務医とともに歩む医師会の覚悟～医師会が守るべきもの、変えるべきもの～」をメインテーマに開催され、「専門医制度の行方～理想と現実、目的と結果の齟齬」及び「研修医、若手医師に対する医師会の本気度

理 事 会

を問う」のシンポジウムが行われたほか、短編映画「臨床研修屋根瓦塾 KYOTO」が上映された。最後に「きょうと宣言」を採択し終了した。次期担当は愛知県医師会。(中村)

17 中国四国医師会連合常任委員会「Web」 (10月2日)

日本医師会の江澤常任理事及び松山理事による中央情勢報告、鳥取県医師会による令和2年度中国四国医師会連合事業・会計報告の後、日本医師会代議員会議事運営委員の交代、分科会・総会の運営、当面の諸会議等について協議を行った。次期担当は広島県医師会。(河村会長)

18 中国四国医師会連合勤務医委員会「Web」 (10月2日)

各県からの提出議題8件について、新型コロナウイルス感染症関連とそれ以外に大別し、協議を行った。(中村)

19 第2回山口県立総合医療センターの機能強化等に関する調査検討会「Web」(10月5日)

センターの現状と課題、求められる機能、機能強化に向けた基本的方向性等の調査報告書の骨子案について協議が行われた。(沖中)

20 第4回新型コロナウイルスワクチン接種対策会議(10月7日)

本県の接種状況、ワクチンの確保状況等の説明

の後、今後の接種体制について協議を行った。
(河村会長)

21 広報委員会(10月7日)

会報主要記事掲載予定(11・12・1月号)、炉辺談話、県民公開講座、歳末放談会等について協議した。なお、県民公開講座については中止することを決定した。その後、第12回フォトコンテストの審査会を行い、109応募作品の中から最優秀賞ほか9作品の表彰を決定した。(長谷川)

22 会員の入退会異動

入会0件、退会4件、異動10件。(10月1日現在会員数：1号1,234名、2号866名、3号452名、合計2,552名)

23 YCISS データ解析(8月2日～9月12日)

新型コロナウイルス感染症における中等症Ⅱ以上の関連因子の解析結果等について報告を行った。(沖中)

医師国保理事会 -第11回-

協議事項

- 1 傷病手当金支給申請について
2件について協議、承認。

自動車保険・火災保険・積立保険・交通事故傷害
保険・医師賠償責任保険・所得補償保険・傷害保険ほか

あなたにしあわせをつなぐ

損害保険ジャパン日本興亜株式会社 代理店
共栄火災海上保険株式会社 代理店
山 福 株 式 会 社
TEL 083-922-2551

医師年金

<認可特定保険業者>公益社団法人 日本医師会
ご加入のおすすめ

加入資格 **64歳6カ月未満の日本医師会会員** (会員区分は問いません)

☑年金検討チェックリスト

- 公的年金では現役時代の生活水準を維持できない
- コツコツ積立てて十分な年金を確保しておきたい
- 一生涯受け取れる年金が望ましい
- 受け取れる年金の額を効率的に増やしたい
- 医師独自のライフスタイルにあった年金がいい
- 加入前に受取年金額のシミュレーションを確認したい

1つでも該当したら…

医師年金ご加入をおすすめします！

医師年金ホームページで、 簡単シミュレーション！

医師年金 検索

<http://www.med.or.jp/nenkin/>

ご希望の受給額や保険料、生年月日を入力するだけで、簡単に受取年金月額のシミュレーションができます。ぜひお試しください。

個別プランの設計や詳しい資料のご請求はこちら



公益社団法人
日本医師会 年金福祉課

TEL : 03-3942-6487(直通)

FAX : 03-3942-6503

受付時間：午前9時30分～午後5時(平日)

E-mail : nenkin@po.med.or.jp

保険料からプラン作成

保険料	受給年金
●基本：月払 加算：月払	●B1コース
加算年金 (10口) 月払保険料 60,000円	加算年金 保証期間15年 終身
基本年金 月払保険料 12,000円	加算年金 保証期間15年 終身
支払期間 19年 2ヶ月 (230回)	受取月額 77,500円 77,500円
合計月払保険料 72,000円	15年受取総額 13,950,000円
設定条件をご確認ください。	●B2コース
試算日 令和2年 9月 10日	加算年金 5年固定型 276,500円
生年月日 昭和50年 1月 1日	基本年金 保証期間15年 終身
試算日年齢 45歳	受取月額 289,400円 12,900円 12,900円
加入申込期限 令和2年 10月 15日	15年受取総額 18,912,000円
加入予定年月 令和2年 11月	●B3コース
加入時年齢 45歳 10ヵ月	加算年金 10年固定型 143,400円
加算払込開始年月 令和2年 11月	基本年金 保証期間15年 終身
年金受取開始年月 令和22年 1月	受取月額 156,300円 12,900円 12,900円
年金受取開始年齢 65歳	15年受取総額 19,530,000円
払込保険料累計 16,560,000円	●B4コース
注意事項です。お読みください。	加算年金 15年固定型 99,100円
・加入申込期限は、15日が土日・祝祭日の場合は、その前日となります。	基本年金 保証期間15年 終身
・「終身年金」は、加入者ご本人であれば一生涯受け取ることができます。	受取月額 112,000円 12,900円
・「保証期間15年」では、受給者ご本人が保証期間中にお亡くなりになった場合、15年の残りの期間について、ご遺族の方が必ず受け取ることができます。	15年受取総額 20,160,000円
・「受取コースの選択(B1～B4)」は、受取開始の際にお決めいただきます。	
・受取開始年齢は、75歳まで延長できます。	
・「受取年金月額」は概算です。現在は年利率1.5%での計算となっており、将来、年金の制度改定が行われる時は、変更になる場合があります。	

私と将棋

飄

々

広報委員

藤村 智之

昨今、世間は将棋ブームであるという。それに最も貢献しているのは、かの有名な藤井聡太 三冠（19）である。すでに彼に関する書籍は多数刊行されており、今更説明するまでもないかも知れないが、関心がなかった方のために説明しておく。

彼は、愛知県瀬戸市出身。14歳2か月という史上最年少でプロ棋士になった。それだけでも、ものすごいことと思うのだが、その後、公式戦29連勝という驚異的な記録を打ち立て、史上初の十代での九段昇進、十代での三冠（棋聖・王位・叡王）獲得など、次々と快記録を残している。当然ながら頭脳は明晰で、名古屋大学教育学部附属高校に進学したが、将棋に専念したいとの理由で卒業間近の2021年1月に中退している（Wikipediaより）。将棋界で、羽生善治 永世名人以来と言われるニューヒーローである。

風貌は、一重まぶたの垂れ目で、やや歯列不整、なで肩。しかし、将棋ファンからは「可愛い」と評判である。プロ棋士の大半がかけている近視矯正用眼鏡をかけていないところがまた素晴らしい。

彼と比較するのもおこがましいが、私は小学4年の時、父親から折り畳み式の将棋盤とプラスチック駒を買ってもらい、「将棋入門」という本を買って独学で勉強した。中学時代はクラスの将棋仲間数人が集まって将棋を楽しんだ。高校の時は、友人とたまに将棋を指すくらいであったが、山口大学の教養部時代に将棋同好会に入会し、補欠ながら2年間将棋に打ち込んだ。

将棋好きにはなぜか麻雀も好きも多く、週末は部員のアパートに入りびたり、徹夜で麻雀をしたものだった。教育学部で、お風呂嫌いのI先輩。“牛〇〇〇”という珍しい苗字の太い眉毛の先輩は深夜のラジオ番組の常連投稿者。バイク好きで強面の

H君。色白で真面目なI君は山口県立博物館の学芸員として働いている。高校将棋大分県代表のW君。農学部獣医学科で長身のJ先輩。個性派揃いの面々。あのころの仲間にもう一度会いたいと思う。

専門に上がってからも将棋熱は冷めず、同級生の高野尚史先生、囲碁の得意な内田耕一先生と一緒に、医療短大の学生数人も強引に誘い、「囲碁将棋同好会」を立ちあげた。顧問は当時薬理学教室におられた佐田英明先生にお願いした。

まあ、これはヘボ同士のお遊び的なサークルであったが、一応、自分や仲間のアパートを使って細々と活動した（私が卒業すると同時に自然に消滅したが）。小児科の先輩の茶堂先生とも、大学病院の研修医控え室で空き時間に将棋を指したこともあった。市中病院に移ってからも将棋好きのMRと医局の隅でパチパチとやったりしていた。私にとって将棋は、人と交流するための大切なツールであった。

私の棋風（将棋を指す上での指し手の特徴）は、飛車の前の歩を突いていく居飛車党で、たまに振り飛車や相振り飛車も採用する。

25年前には将棋道場に通って初段免状を取得したが、それ以上は昇段していない。

今ではネット将棋を楽しんでいるが、若い時のように頭が回転しないのが歯がゆくて、専らプロ同士の対局を観るだけになってしまっている（これを“観る将”と呼ぶ）。県内の医師の間では、将棋よりも囲碁人口が多いようであるが、県医師会将棋部を作りたいとも密かに思っている。将棋好きな先生方、ご連絡をお待ちしております。

4月から、広報委員のメンバーに加えていただきました。挨拶代わりに乱文を書き散らしました。今後ともよろしく願いいたします。

お知らせのご案内



山口県消化器がん検診研究会 「第89回講習会」延期のお知らせ

令和3年11月20日に予定しておりました標記講習会は、講師及び出席者の都合がつかず、12月18日（土）に延期することとなりました。

会場は山口県総合保健会館 2F「多目的ホール」、講習会の開催時刻は15時～17時です。レジメ等は後日、研究会会員に送付いたします。

なお、新型コロナウイルス感染症の蔓延状況で、さらに延期する可能性もあります。最新情報は当研究会のホームページに掲載することにしておりますので、ご確認をお願い申し上げます。

山口県消化器がん検診研究会

検索



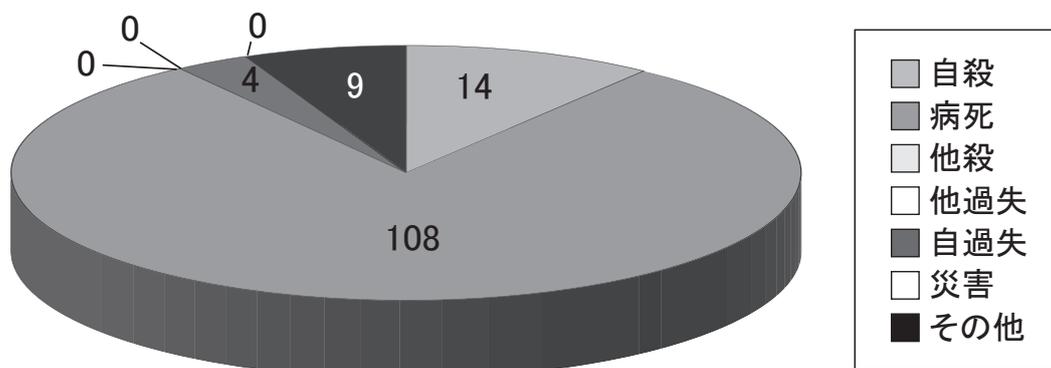
<https://blog.goo.ne.jp/ymgcs202006>

死体検案数掲載について

山口県警察管内発生の死体検案数

	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Sep-21	14	108	0	0	4	0	9	135

死体検案数と死亡種別（令和3年9月分）





令和3年度

山口県医師会学校医研修会
山口県医師会学校医部会総会
山口県医師会予防接種医研修会
学校心臓検診精密検査医療機関研修会

日時 令和3年12月5日(日)13時～16時40分

開催方法 ハイブリット形式

○来場型：ホテルニュータナカ(先着40名)

山口市湯田温泉2-6-24 2階「平安の間」

○オンライン型：Zoomを使用したWeb方式

対象 医師会員・学校医・養護教諭等学校関係者等

■学校医研修会 13:00～14:30 座長：山口県医師会常任理事 河村 一郎
新型コロナウイルス感染症とワクチン

—現況と課題、そして近未来予想—

川崎医療福祉大学医療福祉学部

子ども医療福祉学科特任教授 尾内 一信

■山口県医師会学校医部会総会 14:30～14:40

■予防接種医研修会 14:40～15:40

座長：山口県医師会常任理事 河村 一郎

コロナワクチン以外の予防接種を見合わせないようにしましょう

下関市立市民病院小児科 河野 祥二

■学校心臓検診精密検査医療機関研修会 15:40～16:40

座長：山口県医師会副会長 今村 孝子

川崎病既往児童・生徒の遠隔期評価

福岡市立こども病院総合診療科科長

川崎病センター副センター長 古野 憲司

単位 日本医師会生涯教育講座：3.5単位

学校医研修会 CC8(1.5単位)

予防接種医研修会 CC11(1単位)

学校心臓検診精密検査医療機関研修会 CC43(1単位)

お問合せ先 山口県医師会事務局 医療課

TEL：083-922-2510 FAX：083-922-2527

謹弔

次の会員がご逝去なさいました。謹んで哀悼の意を表します。

大村良介氏 下関市医師会 10月9日 享年65

編集後記

酔っぱらい、ご存知ですね。酒にひどく酔った人。決して好意的な表現ではありません。実は私、かれこれ20年前にWHOが、たばこの次にアルコールをターゲットにするというニュースを知り、爾来胸を痛めておりました。

楽しい宴の最中、ふっとこの恐ろしい決定を思い出すのですが、脳が奈良漬け状態のわが友人たちは、そんなことあるわけないと笑い飛ばすのが常でした。そんな人のいい酔っぱらいの思い込みを踏みにじるように、2004年WHOは「世界で250万人がアルコールに関連した原因で死亡」と報告。2010年WHO総会では「アルコールの有害な使用を低減するための世界戦略」を全会一致。

酒飲みの肩身がどんどん狭くなっています。飲み会はハラスメントの温床といわれ、コロナ禍も追い打ちです。今若い世代では、「飲めるけれど、飲まない」(Sober Curious)の人たちが増えているそうです。

こんな逆境の中、新刊『酔っ払いが変えた世界史』を見つけました。勇気をもらえそう。まず第1章、アルコールを摂取することで1000万年前に私たちの祖先に遺伝子異変が起こり、その後の人類とその社会の発展に大きな影響を与えることになった、と壮大なスタートです。紀元前の人類はパンよりも先にビールを発明したという学説もあるそう。エジプトのクフ王のピラミッド建設現場周辺にはビール醸造所跡が発見されており、労働者は一日当たり3、4個のパンと、ジョッキ2杯分(4～5リットル)のビールを受け取っていた。古今東西の酒にまつわるさまざまなエピソードが披露されるのですが、後半になると雲行きが怪しくなっていきます。アレクサンドロス大王はローマとの覇権争いの目前に大酒のせいで32歳の若さで亡くなった。オスマン帝国の皇帝セリム2世は新築の浴場で葡萄酒1瓶分を飲み干したため転倒し亡くなった。アメリカ大統領リンカーンが暗殺されたとき、ボディガードは酒場で深酒をして不在だった。ケネディ大統領暗殺もシークレットサービスの7人全員が朝の3時、5時まで酒場で飲んでおり、二日酔いのため迅速な対応ができなかった疑惑があったそうです。

うーん 四面楚歌、時利あらず。いやいや酒に罪はない。この本を肴にでもして、友と楽しく美味しく賢く飲める日を待ちましょう。

『酔っ払いが変えた世界史 アレクサンドロス大王からエリツインまで』

ブノワ・フランクバルム著 原書房

(常任理事 長谷川奈津江)



HIPPOCRATES

医の倫理綱領

日本医師会

医学および医療は、病める人の治療はもとより、人びとの健康の維持もしくは増進を図るもので、医師は責任の重大性を認識し、人類愛を基にすべての人に奉仕するものである。

1. 医師は生涯学習の精神を保ち、つねに医学の知識と技術の習得に努めるとともに、その進歩・発展に尽くす。
2. 医師はこの職業の尊厳と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるように心掛ける。
3. 医師は医療を受ける人びとの人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努める。
4. 医師は互いに尊敬し、医療関係者と協力して医療に尽くす。
5. 医師は医療の公共性を重んじ、医療を通じて社会の発展に尽くすとともに、法規範の遵守および法秩序の形成に努める。
6. 医師は医業にあたって営利を目的としない。



にちいくん
「日医君」山口県バージョン

発行：一般社団法人山口県医師会（毎月 15 日発行）

〒 753-0814 山口市吉敷下東三丁目 1 番 1 号 TEL：083-922-2510 FAX：083-922-2527

ホームページ：http://www.yamaguchi.med.or.jp E-mail：info@yamaguchi.med.or.jp

印刷：株式会社マルニ 定価：1,000 円（会員は会費に含む）