

# 令和3年度 中国四国医師会連合総会

とき 令和3年10月2日(土) 14:00~18:00

ところ Web会議システム(各県医師会館)

今回の中国四国医師会連合総会並びに分科会は、各県医師会館をWeb会議システムでつないで開催された。

なお、分科会については、2つのテーマが設定され、意見交換が行われた。

## 総会

令和3年10月2日(日)にWebで開催され、山口県医師会館より参加した。まず、相原忠彦愛媛県医師会常任理事より開会の宣言。

その後、村上博中国四国医師会連合委員長(鳥取県医師会長)より、関係各位への感謝に引き続き、今回の総会は現在の新型コロナウイルス感染症の感染が拡大している状況のため、Web開催になったが、この感染症と国民皆保険制度問題の二つのテーマについて、しっかり協議したいとの挨拶が行われた。

続いて、明穂政裕鳥取県医師会常任理事から令和2年度事業報告・会計報告がなされた。令和2年7月の九州豪雨被害に対し九州ブロックへお見舞金を送ったこと、この一年間は、会長会議以外の大部分の委員会、会議がWeb会議、書面開催となったこと、令和3年5月13日には、京都府医師会の松井会長、宮崎県医師会の河野会長、鳥取県医師会の渡辺会長が出席し、隣接ブロック担当県医師会会長会議を初めて開催したことを報告。

最後は、次期開催県である松村誠広島県医師会長のご挨拶があり、今、広島は広島県出身として30年ぶり、4人目である岸田新総裁誕生に盛り上がっており、新総裁は医師会への理解も深い方だそう。次回の令和4年9月の広島開催に

「待っとなるけえの」と締めくくられた。本当に、この感染症が落ち着いたら「ぶち、行きたいっちゃ」です。

[報告：常任理事 長谷川奈津江]

## 分科会

### テーマ1.

#### ウィズ・コロナ時代の医療提供体制について ～病床確保やワクチン接種体制等について～

**鳥取県** 本県では、9月中旬以降は感染者0が8回確認されるなど感染状況が落ち着いているが、緊急事態宣言の解除によって第6波が来ることが予想される。第何波であろうと医療の逼迫を回避することが最大の課題である。それには、医療供給体制、クラスター対策、ワクチン接種のさらなる促進が基本の柱と考えている。そこで、第6波につながるであろう本県での取り組みについて紹介する。

まず、コロナ陽性患者は、全員が入院して治療を行い、軽快後に退院あるいは宿泊療養、在宅医療に移行することを基本としていたが、第5波ではコロナ陽性患者が非常に急増したことで、接触者を早期に幅広く検査し、感染を封じ込めて、感染者は入院や宿泊、自宅療養に振り分ける「鳥取方式+ $\alpha$ 」を展開している。県内各圏域の病院にメディカルチェックセンターを設置し、入院待機中のコロナ患者を外来で診察し、その後、血液検査、胸部画像検査などにより重症度を評価することによって、入院、宿泊療養及び自宅療養を選定している。

鳥取県議会で8月25日にクラスター条例が制定された。これは、濃厚接触者に限らず幅広く

PCR検査を実施する、臨時のPCR検査センターを設ける、保健所支援体制を強化する、あるいはクラスター対策班及び対策チームを素早く設置して現地派遣を行ってクラスター対策をするものである。

ワクチン接種については、医師会と行政で構成する新型コロナワクチン接種体制協議会を随時開催し、迅速かつ効果的なワクチン接種を行っている。例えば、各市町村の進捗やワクチン保有量に応じてワクチンの融通調整を行い、兵庫県と県境を越えた往来のある県外の住民への共同接種体制、鳥取型職域接種推進プロジェクトとして、職域接種における予約枠の空きが生じた場合に、他の企業や住民等から予約を受け付けてワクチン接種を行うなど、工夫して接種率の向上に努めている。これらの検討課題に応じて、医師会、県、感染症指定医療機関、その他関係医療機関で随時連携を図りながら、即座に施策実施する体制ができており、緊急事態には、県医師会と知事が直接、話合う体制も構築されている。これらをもって、第6波への対応も十分かつ迅速にできると考えている。

**島根県** 本県は、幸い発生患者数も少なく、特に重症者が少ないことで、第6波への備えとしては、まだ十分な対応は行っていない。具体的には、各郡市医師会、市町村にお任せしているのが現状である。入院はある程度の余裕がある。宿泊療養施設、在宅療養も余裕があり、9月5日から2～3週間のピーク時に自宅療養と宿泊療養が行われたが、それ以降は収束しており、現在、在宅療養・宿泊療養ともに行っていない。島根県でも各郡市で違うが、特に松江医師会が地域外来センターを令和2年11月から開設し、唾液による抗原定量検査をドライブスルー方式で行って、かなり実績を挙げている。総検査数は4,995件で、うち陽性者は98例である。

ワクチン接種についても、松江を例に挙げると、一般の個別・集団接種に協力いただき、夏休みの間に希望する高校の教員、生徒用に会場を設けて接種を行った。また、産業医契約事業所の団体に対しては、夜間接種への対応に協力している現状である。

**岡山県** 本県のワクチン接種状況は、65歳以上の568,499人に対しては2回接種が90.79%、12～64歳の1,137,642人については、1回接種が終わった方が52.66%、2回接種が終わった方が48.69%で、合計すると1,706,141人に接種をしており、1回目接種が終わった方が72.44%、2回接種が終わった方が62.72%と、かなり順調に進んでいると思う。ただ、若い方々の接種がなかなか難しく、岡山大学は約2万人接種しておられるが、特に10～20代の感染が多かったということで、これから10～20代の接種の進め方について、かかりつけ医の個別接種でうまくいくか悩んでいるところであり、大きな問題になってくる。

7月、8月ごろから自宅療養者がかなり増えて、1週間の合計で一番多いときが1,311人、前後の3週間ほどで約3,500人が自宅療養をしている。本県では、病床の逼迫は第4波では認められたが、第5波ではあまり重症化しなかった。若い人が多かったこともあり、感染の数ほど病床が逼迫しなかったことは、どの県も同じではないかと思うが、それに代わり自宅療養者の数が非常に増えたことが特徴と思う。重症病床・中等病床以外の確保は、今のところなされていると思うが、一時療養待機所を5床確保しており、必要に応じて使用していた(5月19日～6月1日、8月23日～9月13日)。問題は隔離解除基準を満たした患者の滞留抑制ということで、後方支援医療機関との連携強化、病院同士で地域の先生方と話しができているところは上手く進んでいるところもあり、地区医師会と病院の先生方との話し合いで進んでいる。宿泊療養施設は、岡山市にも1棟あったが、倉敷市内に3棟目のホテルを確保し、岡山大学救急科の先生方に管理していただいている。ここからの死亡者は出ていない。入院につながった例も約5%にとどまっている。自宅療養体制の整備を、第6波に向けて進めなければならないと思っている。現在は、岡山保健所をはじめ、保健所の健康観察機能の強化を図っておられ、保健所は忙しい中で非常に頑張っておられる。そのほかに、岡山県が自宅療養サポートセンターを作っており、自宅療養者からの相談にのっている。

地域の医療機関による患者の支援をしていくことが本会の立場である。本県においては「入院を原則としつつ、無症状・軽症患者は宿泊療養で療養・健康管理とし、やむを得ず宿泊療養を行えないものを自宅で対応」という方針となっている。宿泊療養・かかりつけ医による電話・外来診療をこれから進めていこうということで、地域の先生方をお願いをしている。

岡山県医師会では「COVID-19 自宅療養者診療ガイドブック Ver.1」を8月に作った。われわれが何をみていけばいいのか、どこまでできるかを簡単に書いている。その中に、治療法、薬の種類等を書いており、これを見れば電話診療・健康観察は何とかクリアできるのではないかと思ひ、配布している。ただ、感染症の専門家から見ると、内服薬の投与についても多少異論があるようで、バージョンアップをする必要があると思っている。小さな冊子なので、適宜、バージョンアップしていけると思っている。

また、高梁市で行っている自宅療養者の医療提供体制「おうちで安心高梁方式」では、岡山のシステムを非常によく使っていて、病院の先生が中心となって、常時対応できるシステムを作っている。緊急性の判断として、① SpO<sub>2</sub> が 95% 以下、② 発熱が持続、③ 呼吸器症状が悪化（咳・息苦しさ）、④ 食事が十分にできない、⑤ 呼吸器症状以外が悪化で、①を満たす場合は緊急入院、②～⑤のいずれかを満たす場合は、重症化リスクを総合的に判断し、入院もしくは外来受診を検討している。

これに備えて、「見せよう！かかりつけ医の底力『岡山県医師会 COVID-19 研究会』」を、隔週で第6波が来るまで続ける予定である。1回目は保健所長のお話しであるが、保健所が医師会と本当に密な関係かというところ、そうではないと思う。忙しいのに、われわれに依頼をしてくれれば、電話診療もできると思うが、自分で頑張りすぎているのではないかと思っており、いい機会だと思っている。2回目は感染症の専門家のお話しで、かかりつけ医がどこまでできるか、それ以上してはいけないということがあるかをお話しいただく。3回目は釜淵日医常任理事に基本的にかかりつけ医

ができることについてお話いただく。Webで開催するが、300人程度の応募があり、200人近い先生に聴いていただいている。

また、「UNITE FOR SMILE PROJECT #一緒に！笑顔を目指して」ということで、コロナが収束した後に、みんなで笑顔で集まろうというプロジェクトである。最初は、医療従事者の誹謗中傷・差別といったことから始まったが、現在では「コロナワクチンの接種を進めよう」をテーマに進めている。また、クラウドファンディングでシークレット花火を打ち上げようと、始めはコロナワクチン接種が80%に到達した段階でといった話だったが、意外と早く到達しそうで、来年の初めくらいには「SMILEする花火大会」を実施しようかと思っている。

**広島県** 当会は県行政、市町行政、感染症の専門治療機関等と協議しながら事業を進めている。宿泊療養施設を十分確保するということから、軽症者はまず入院ではなく、宿泊療養施設に入ってもらおうという対応を取っており、在宅療養の患者さんを減らすという方針である。これは国の方針とは少し違うが、これを堅持している。その上で在宅療養者への医療提供に関しては、オンライン診療などの体制整備を進めているところである。確保した宿泊療養の施設で最大で患者さんの50%程度を診ていた時期があったということで、実際に1,250名というのがマックスだったということになる。年末年始については非常に苦しい状況の中で、こういった体制が取れたということで、第6波に関しても同様の体制でいく方針である。治療に関しては最近抗体カクテル療法が非常に注目されており、当県においては全部で7つの二次医療圏があるが、各圏域内でこのカクテル療法の薬を配備する医療機関を39か所設定している。合計109箱、200回を超える回数を即座に打てる体制としている。実際に9月の第一週に外来・入院等合わせて57例に投与しており、原則は入院で投与だが、今後は外来実施可能な施設の拡張を図るという方針である。感染動向については、若年者が増えてきていることが大きな問題である。

ワクチン接種については、国の方針に従って順次進めており、現在、広島県民280万人のうち63%まで接種が進んでいる。しかしながら、年齢層ごとには、かなりバラツキがあり、9月初旬時点では10～20代は25%に満たないような数字であり、10代の方については50万人程度が接種できていない状況であることがわかった。集団接種の会場で若い方への接種枠を確保することで接種を積極的に進め、9月20日時点では20代で50%程度、10代でも35%が1回目を終えているというように数字が伸びていることから、これを進めていく。

今後、「ポストコロナ」あるいは「ウィズコロナ」を考えた時にPCR検査は重要になってくるが、当県では行政検査、医療機関での検査に加えて県民が希望すれば検査ができる施設を備えている。最大1日に1万件ほど実際に行っているが、こういったものが今後導入されていくワクチン検査パッケージにも関連していくと思っている。

広島大学と広島県が疫学調査を行っている。ワクチン接種、不顕性感染を含んで新型コロナウイルスの何らかの抗原曝露を受けた患者さんを疫学的に捉えようという研究である。昨年からは始まっているが、県内の5か所で7,500名の住民を無作為に抽出して、これらの方に対して連続して抗体検査を時間をおいて行うということを昨年は3回行っている。初回0.03%だったものが3回繰り返していくうちに0.3%と、数値が10倍に増えている。この間の院内の累積陽性者と比べてみると、陽性率が2倍程度になっており、比較的県内では陽性患者を捉えていることがわかっている。現在、広島県では2万人を超える累積の陽性者がいるので、今後はワクチン接種の動向を踏まえて、この数値がどのようになっていくのか注目していきたい。今年も2回、この検査を行う予定と伺っている。この検査は住民における集団免疫の獲得状況をみるということと、3回目のブースター接種を今後考えていくわけだが、その場合に誰に打つべきかということを見ていく指標になるのではないかと思っており、今後に向けて注目している。

**山口県** 山口県では令和3年9月29日の時点で、

5,575人の陽性者が確認されており、そのうち、8月以降だけで2,000人以上である。第5波の影響が大きいですが、第5波では陽性者が第4波より多かったにもかかわらず、重症者が比較的少なかったため、医療逼迫度は第4波よりも軽度であった。これはワクチンの効果が大きいと思われる。

当県では9月27日の時点で、12歳以上の人口におけるワクチン接種終了者の割合が、1回目が80.1%、2回目が71.8%で、いずれも全国1位である。10月末までに希望者全員の接種を終了する予定である。

検査に関しては、核酸増幅検査、抗原定性検査等にかかわらず、各医療機関で陽性とされた人に対し、行政において核酸増幅検査で再検している。また、濃厚接触者全員の核酸増幅検査も行われている。

自宅療養の体制整備も行われているところであるが、自宅療養は幼い子供や障害者がいるなどの特別な場合に実施され、原則は入院・宿泊療養である。

県内の8月以降の陽性者の解析で、発症から診断までが3日以上（第4病日以降）になると、2日以下に比べて、診断確定時に既に呼吸管理が必要な中等症Ⅱ以上となっている割合が有意に高いことが明らかとなった。中等症Ⅱ以上では中和抗体薬の適応はない。また、軽症又は中等症Ⅰの方がその後中等症Ⅱ以上に重症化する関連因子として、「40歳以上」「BMI25以上」「発症から診断まで3日以上」が有意であることも明らかとなった。また、「中和抗体薬」と「ワクチン2回接種」はそれぞれ重症化を有意に抑制するという結果も得られた。したがって、中和抗体薬の投与について、従来の重症化リスクを考慮しつつ、40歳以上、BMI25以上、症状発現から診断まで3日以上、のうち1つでも当てはまる場合、酸素吸入を要さず、発症7日以内の、成人及び12歳以上かつ体重40kg以上の小児を適応とすることが、モニタリング会議において提案されている。

第6波に向けた対策として重要なことは、重症者を増やさないことだと思う。第4波、第5波の経験から、感染者が多くても重症者が少なけ

れば、医療提供体制の逼迫はある程度防げられる。そのためには、第6波では早期受診・早期診断により早期療養・早期治療に繋ぐことが重要である。なお、その対応の一つとして、9月16日に県医師会長が、コロナが疑われる方の早期受診を勧奨するための記者会見を行った。

**徳島県** 当県は「緊急事態宣言」も「まん延防止等重点措置」も発令されていないが、マックスの患者数が63名となっており、第5波になって最多の入院患者は142名、宿泊療養者は261名、自宅療養者は152名となっている。第6波に向けてこれから準備をしていくわけだが、当会では昨年5月からドライブスルー方式での検査を地域外来・検査センターで毎日行っている。また、宿泊療養施設の数も当初の1施設から現在は5施設に増加している。当会は地区医師会との連携を強めるために、それぞれの課題が生じたときに各地で説明会を開催し、地域外来協力医療機関の説明と同意を得て手挙げする医療機関が増えている。新型コロナワクチン接種に関しては、われわれ地方は非常に困窮したが、地区医師会ごとに市町村も交えて協議を行い、接種体制を構築していった。第4波から全国においても自宅療養者が増えたが、当県においても増加したため、健康観察サポート医制度というものを作って、看護協会及び薬剤師会等との連携を含めて協議し、体制を整えている。第6波に向けては往診体制も含めて在宅医、病院との連携も含めてサポート医体制を強化していくつもりである。

また、マニュアルなどわれわれ独自のものを作成していこうと思っている。当会は、当県の健康福祉部などの行政とも情報共有が大事であると当初から強調しており、その構築も徐々に強化され、十分な情報共有ができつつある。さらに、それぞれの地区医師会との協力が絶対に必要になるので、もちろん国や日医からの情報もたくさんあることから、それを伝え、ワンチームとして体制を作っている。当会の先生方は非常に協力的であり、新型コロナ対策について志が一致した体制ができていると思っている。今後も一つ一つの課題について向き合い対応していくために、地区医師

会と連携して患者さんのために、県民のために、そして命を守るために今後とも努力していきたい。

ワクチンの接種率は全国でみると8位ということで上位ではあるが、まだまだ若い方の接種もあり、今後を見据えていかなければいけない。小児への感染対策、感染者への対応、宿泊療養、自宅療養等の課題があるので、一つずつの課題を着実に進めて解決していきたい。

**香川県** 日医が進めている自宅療養者に対する健康観察や訪問診療を県医師会としてどのように進めるか、会議等を開きながら検討している。まず、第4波が終わった5月に、健康観察などに協力できる医師がどの程度いるかを調査したところ、約110人であった。これは訪問診療を含めた人数であるが、ほとんどが電話やSNSによる健康観察の対応であった。それから9月に入り、高松市では既に自宅療養者の健康観察を始めている。その対応状況について、先日、香川県医師会、高松市医師会、高松市保健所及び県行政が集まって共通認識を図った。その中では、5つのケーススタディが示され、課題やその対応をリストアップしながら勉強している。

- ・健康観察を拒否して自宅療養になったケース
- ・夫から妻へ感染し、さらに子へ感染したケース
- ・抗体カクテル療法も、入院・宿泊施設を勧めても拒否されたケース
- ・My HER-SYSで全く入力できないケース
- ・リスクがあるが本人の要望で自宅療養になったケース、などである。

自宅療養を進めていく中で問題となるのは、健康観察よりも後方支援にあたる往診チームをどのように具体化し、強力にしていくかである。都会に比べると、チームがつくりづらい状況であるが、しっかりと作っていくために話し合いを進めている。

本県もまん延防止等重点措置区域になり、8月下旬の一時期には、トリアージをする調整期間に入っている患者さんが500名近くになった。これは、トリアージに非常に時間がかかっていることが原因である。本県では、多くの場合、重点病

院や拠点病院でトリアージされており、それらが約20病院しかないために患者が滞留してくる。この対策として、有事と平時を分けて考えるということになり、現在のような平時にはなるべく入院・施設療養・自宅療養を速やかに行き、状態が悪化すれば待つことなくスムーズに移行できる医療環境を提供すること、なるべく往診・自宅療養を控えることにする。有事の場合には、トリアージを増やすために、かかりつけ医にも協力してもらうことなど、いろいろな方法が話し合われており、なるべくトリアージのハードルを低くすることになっている。健康観察は患者数を1名あたり4～5名くらいまでなど、Web会議を開催して具体的に検討している。

**高知県** 高知県は第5波でかなりの患者が増えた。それまで確保病床と宿泊施設の合計で463床(室)を確保していたが、8月下旬の第5波のピーク時には、1日における全療養者数が744名まで膨れ上がったことにより、自宅療養者・自宅待機者が生じた。県医師会としては、自宅療養中の方の病状急変に非常に危機感を感じており、県に対して臨時施設の設置に向けた要望をし、現在、その協議が進んでいる段階である。また、各県の報告からもあったとおり、第5波の特徴としては、中等症・重症者の数が第4波と変わらず、軽症者が圧倒的に多いという傾向も他県と変わっていない。フェーズの切り替えについて、これまでは全療養者の総数を切り替えの基準にしていたが、これからは該当するフェーズの患者数の割合(%)によって切り替えるという基準に変更された。さらに、病院の確保病床も緊急時に対応できる「患者急増時の緊急時対応病床」をさらに66床確保し、合計292床へ増やした。それと同時に、要望した臨時施設の設置の位置づけについては、フェーズ4の段階で準備し、フェーズ5で開設することを想定している。対象者は軽症から中等症Iまで、いわゆる宿泊療養と入院療養の中間の患者さんを考えている。おそらく、フェーズ5というのは、期間として1か月以内になると思われるので、すぐに設置・撤収できるようなフレキシブルな運用が必要になってくる。最大の課題

は出務する医療従事者の確保で、おそらく感染症指定病院や基幹病院等からの派遣は難しいので、民間病院や病院団体等の協力を得て、できるだけ平時の勤務時間内に派遣してもらえるような人材派遣のルール化を予め準備していくことが必要と考えており、今後、この人材派遣についてさらに協議することになっている。高知県としては、他県にない臨時の施設の設置を考えているが、選択肢が増えるということで、自宅療養、宿泊療養、臨時医療施設、協力指定医療機関に、どの病状の方がどの施設へ適切に分配されるかが大事になるので、コーディネート機能をさらに強化する必要がある。それから、各施設の双方向性の行き来がスムーズにできるようなコーディネートが必要になってくると思われるため、現在の保健所及び県担当部署のコーディネートで良いのかどうか、さらに臨時施設の設置に向けて協議会で話し合っていきたい。

**愛媛県** 第6波への対策が最も重要になると思うが、第5波の経験上、初期の段階でどのくらい急激に患者が増えるかによって、在宅、療養施設もしくは入院かが決まってくると思われる。初動体制の段階で気を引き締めていないと、ズルズルとってしまう。在宅療養に関しても、基本的には各郡市医師会と保健所で連携が取れて対応可能な状況にはなっているが、原則としては、療養施設あるいは入院だと考えている。入院の予備能力をどの程度にするかがポイントになると考え、病床や対応の計画をしている。

#### 日医への要望

回答 日本医師会副会長 猪口 雄二

**岡山県** コロナ後の医療経営について。

COVID-19が蔓延して以来、国民の受診行動に変容が見られている。例えば、慢性疾患で症状が安定している場合には2か月、3か月処方当たり前になってきた。大規模の病院ではすでにこうした処方期間が通常化していたが、開業医でも同様の処方期間が定着している。COVID-19が収束してもこの傾向は変わらないと思う。過去の患者の受診行動変容への医療機関の対応、つまり、ど

のようにしてそれを乗り越えてきたかの解析を基に、コロナ後のシミュレーションを、日医総研の豊富なデータをもとにお示しいただきたい。

**日医** 確かに、2010年度から2020年度まで入院外1件当たり日数は1.79日/月から1.52日/月に減少しており、長期処方による影響が大きいと思われる。また、コロナによって小児科(−30.5%)、耳鼻咽喉科(−24.1%)のマイナスが非常に大きくなっている。

新型コロナウイルス感染症流行下での患者数の大幅な減少に対しては、日医としてあらゆる機会を通じて主張し、また新たな支援も求めて行く所存である。

コロナ後については、今後、感染の状況や患者の受診行動の変容がどの程度定着し、どの程度回復するのか等を見極めつつ、日医総研の研究データも活用して検討していきたい。

長期処方に関しては、昨今、ジェネリック医薬品の不足という事態が生じたため、できるだけ長期処方を避けて1か月にしたいという要望も国から出ている。2〜3か月処方が早期に解消できればと思っている。

**広島県** 令和3年5月の医療法改正法案の成立により、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ることとなった。法律上は2024年度からの第8次医療計画で追加されることとなっているが、新興感染症等への対策は喫緊の課題であり、前倒しで位置づけるべきと考えており、国への強い働きかけを要望する。

**日医** 日医は、国会における法案審議の場においても、新興・再興感染症の感染拡大や災害等にも強い医療提供体制の構築、感染症への対応と通常の医療が両立しうる医療提供体制の整備のため、医療計画への追加を強く求めたところである。医療計画自体は6年に一度となっているので、ご指摘の通り、当該規定の法律上の施行日は2024年4月1日となる。しかし、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の

中、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ず、また、新たな感染症の発生・まん延もいつ起こるかわからない状況にある。当面は緊急的な対応が主となるが、日医として、現在の病床・宿泊療養施設確保計画等も活用し、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してきた。本年6月には厚労省に「第8次医療計画等に関する検討会」が設置されたが、検討結果の施策への早期反映を求めていく。

**山口県** ワクチン接種が進んでいる状況にはあるが、変異株の出現等により感染の収束が不透明であり、引き続き感染対策を継続していかなければならない。そこで、新型コロナウイルス感染症の収束まで、「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」を継続されるよう、また、臨時的な取扱いとされている乳幼児感染予防策加算、医科外来等感染症対策実施加算を含む各種財政支援についても継続されるよう、国に要望していただきたい。

**日医** 診療報酬においては、令和2年12月15日から乳幼児感染予防策加算100点(令和3年10月から50点)が、令和3年4月から9月までの措置として医科外来等感染症対策実施加算5点、入院感染症対策実施加算10点が算定できることとなっていた。この5点、10点は半年間の措置であったが、これを10月以降も継続できないかということで、日医のあらゆる医師が行動を起こし、厚労省も財務省にずっと掛け合ってきた。ところが、財務省は10月以降はコロナに対応するところには点数をつけるが、それ以外にはつけないという主張が強く、そこが崩せなかった。

今回、10月1日から12月31日まで、感染症対策として、病院・有床診療所が10万円、無床診療所が8万円を上限とする補助金の支給が決定された。また、診療報酬上は新型コロナウイルス感染症を疑う患者への外来診療に係る評価、現在は院内トリージ加算300点となっているところを250点上乗せの550点とした。ただし、これは医療機関名を公表することが建前となって

いるので、都道府県で調整をお願いしたい。その他、往診、訪問診療、訪問看護等の点数の充実も図られているので、このような経過をご理解いただきたい。

**徳島県** 国の方針、特にワクチン接種に対する方針変更により、地方に過剰な混乱を招き国民の不安が生じている。そのため、患者と直接対応する医療従事者が狭間に立たされている。引き続き、厚労省と密に協議を重ね、医師会員への迅速にかつ丁寧でわかりやすい周知をお願いする。

**日医** ワクチン接種については、都道府県医師会のご尽力により、短期間で急速に進み、当時の菅首相が述べておられた1日100万回を遥かに超える接種が行われた。その結果、ワクチンの供給不足の事案が生じ、予定されていた接種が実施できないといった地域の先生方の声が日医にも多数寄せられた。7月29日に8団体（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）と連名で、「新型コロナウイルス感染症の爆発的拡大への緊急声明」を公表し、政府に対して、引き続き十分かつ安定的なワクチンの供給等の要請を行った。そして、8月3日、首相官邸において、当時の菅総理大臣、田村厚生労働大臣、西村新型コロナ担当大臣と、本会、日本看護協会、日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会との意見交換も行い、重ねて地域の現状・危機感もお伝えした。全世界が接種を行い、希望量を確保することが困難であった中であって、国は最大限の努力で入手量をどのように配分するかを常時検討しながら今日を迎えている。今後、第3回の接種もほぼ決まったので、日医としては入荷状況、配布状況等の情報を全国の医師会員にいち早く届けたいと思っている。

**香川県** コロナ収束に向けた県医師会や各郡市区医師会（会員）の努力を国民に広報してほしい。わが国において、コロナワクチン接種の遅れを含めて、新型コロナウイルス感染症の収束にまだ目途がつかず、（多くは誤解であるが）その矛先

が日医に向けられ、マスコミ等からの日医批判の声も少なくない。コロナ収束に向け、日医（地域医師会）がリーダーシップを執って活動していることが伝わるような広報活動、マスコミ対応をお願いしたい。実際に、新型コロナウイルス感染症に対して、コロナ検査体制、療養施設の運用、ワクチン接種体制構築（集団接種、個別接種）など、地域医師会や現場の会員は必死の努力をしており、正当な評価がなされるべきである。

**日医** 現在、中川会長が毎週のように記者会見を行い、医師会の活動、新型コロナウイルス感染症の状況等をよく説明し、また全国紙の取材にも応じている。各医師会の頑張りによってコロナ感染症への対応、ワクチン接種などが進められていることを確実に伝えていきたいと思っている。また、当初「打ち手不足」が指摘されていたワクチン接種も地域医師会等の尽力で解決できたことや、想定以上にワクチン接種が進んだことなどもマスコミ等に伝えていきたい。

〔報告：常任理事 沖中 芳彦〕

## テーマ2.

### 守らなければならない国民皆保険制度

#### ～超高額療養費問題や地域医療構想等について～

世界に冠たる国民皆保険制度は「日本の至宝だ」（尾辻元厚生大臣）とも言われたころもあったが、国家の財政状況あるいは産業構造や人口構造が大きく変貌している現在、国民皆保険制度も大きな曲がり角を迎えていると言わざるを得ない。

保険料、税金（国費）及び自己負担の割合を修正するだけ（それすら容易ではない）では対応が困難になると思われる。最近敏感にならざるを得ないのが超高額療養費問題であり、これまでは拡張型心筋症や血友病が高額医療費の代表的なものであったが、現在は分子標的治療薬のモノクローナル抗体や低分子阻害薬などの新薬登場により、それらが白血病やリンパ腫などに置き換わっており、財政規模の小さな保険者の場合、こういった事例が数件発生しただけで経営が破たんする状況にある。

また、地域医療構想についても、病院の効率化・

統廃合が進むと、保険料を負担しているのに地元には受診可能な病院がないという状況も起こり得る。

国民皆保険制度は、さまざまな角度から崩壊の危機が生じつつあると思われるが、他によい制度が生み出されない限り、リニューアルしながらでも維持したい制度であることは間違いないので、国民皆保険制度を堅持するためにマクロの制度設計のあり方、ミクロの個々の問題を議論したい。

## 鳥取県

### ○オンライン資格認証の顔認証付きカードリーダーの導入について

失効した保険証の管理責任は保険者側にあり、失効している保険証を使って医療機関を受診することは被保険者側の問題である。その結果として起きる過誤請求は医療機関の責任ではなく、このシステムは保険者が保険証の管理をするためのものであると考える。また、過誤請求はそれほど多くはないが、その費用をコロナ禍で疲弊している医療機関に負担させるのはいかがなものか。

○これからは人口減少の社会であるため、患者減少は避けられず、入院・外来件数の減少、病床稼働率の低下、医師養成の増加による医師過剰、収益の圧迫による医療機関の破綻など、医療環境は非常に厳しくなることが予想される。また、労働人口の減少で保険料収入は減少し、税収減少で国庫財政の逼迫など国難の時代に突入するにあって、国民皆保険制度の発展は望むべくもなく、いかに堅持していくかを考えていかなければならない時代となる。現在の医療保険は、市町村国保、後期高齢者医療広域連合、国保組合、健保組合、共済組合、協会けんぽ等の地域、職域別に多数存在するが、車の自賠責保険は強制加入であり、唯一国が保険者である。医療保険についても自賠責保険と同様に「日本国医療保険に統一本化」も検討すべきと考え、国を挙げて議論を始める時期にさしかかっている。

○地域医療構想の最終目標は、病床削減による「医療費削減」であることは明白である。地域に必要な医療は何なのか、どの病院がどの医療を提供するのか等の必要な病床機能、病床数を見極めるべ

きであり、全国画一的な計算式で求めるべきものではない。

## 島根県

### ○超高額医療費について

指摘のように、最近、超高額のレセプトが多くなっている。当県においては血友病患者の超高額請求はないが、目立って多くなっているのが循環器疾患(大動脈瘤、大動脈解離、大動脈弁狭窄症等)の高額手術レセプトである。また、白血病・悪性リンパ腫等の血液疾患や肺がん等に対する分子標的治療薬のモノクローナル抗体や低分子阻害薬等の使用が多く見られるようになってきている。

1件当たりの請求点数が極端に高くなくても連月あるいは長期に続く場合には、比較的規模の小さい医師国保等の保険組合にとってはボディーブローのようにダメージがあり、経営破たんを生じかねない。ただ、新たな新薬の開発・医療技術の進歩等により命が救われ、以前には想像もできなかった完治例も多くなっている。

人口構成が変わり産業構造・社会環境等も大きく変化する中で、さらに高額な新薬の登場、医療技術の進歩、疾病構造の変化等により医療費の高騰が続けば、長年にわたり国民の安心・安全を担保してきた国民皆保険制度の維持・継続が難しくなる。公的医療保険制度等を如何に維持していけるか、まさに正念場を迎えている。

そこに追い打ちをかけるように世界規模の新型コロナウイルス感染拡大により、コロナ禍後の働き方、生活スタイル・暮らし方、受診行動にも大きな変化が起こる。保険料アップ、保険料の滞納、無保険者の増加等により公的医療保険の維持継続が一層難しくなる。また、出来高払いの診療報酬体系から包括化へ舵を切るべきと主張する方も出てきている。皆保険制度を維持しながら時代に沿った診療報酬体系構築に向けて議論を早急に進めるべきである。

### ○地域医療構想について

国の強力な指導の下、平成28年度までにすべての都道府県において病床削減等を盛り込んだ“地域医療構想”が策定されたが、新型コロナウイルス感染症の発生により、病床削減等を盛り

込んだ同構想は抜本的な見直しが避けられない状況となっている。

人口減少が加速する中、過疎地域の拡大やコロナ感染拡大による受診者の減少、受診抑制等により地域医療を守ってきた診療所が閉院へと追い込まれることが予想され、地域医療構想を改めて見直す必要がある。当県では、過疎化、医師不足が深刻な地域にあっては、国が進めている病院の統廃合では地域の過疎化に拍車がかかり、医師不足がさらに深刻化する。20数年前に島根県内のある地域で若者が減り、人口減少が加速し、地域のお寺・神社等を維持することができなくなり、地域存亡の危機と言われた時期があったが、さらに医療機関の統廃合が進めば、まさしくコミュニティ（地域社会）そのものが消滅する事態となる。地域住民の暮らしと安心・安全を守るためにも身近な医療機関を残す取組みとして地域医療連携推進法人を立ち上げた好事例（江津医療連携法人江津メディカルネットワーク、雲南市立病院と町立奥出雲病院が連携した雲南市・奥出雲町地域医療ネットワーク）があるが、これは地域医療を守るため知恵を出し、先進事例を参考にした独自の医療連携法人である。国が進める統廃合・効率化ありきではなく地域住民の暮らしを守り、利便性、安心・安全を確保するための取組みを地域全体で考え、新たな地域医療構想（地域包括ケアシステム）を目指す必要がある。

岡山県

超高額医療費問題については、最近適応が心アミロイドーシスに拡大されるとともに、1日用量が1錠から4錠に増量され、年間薬価約6,376万円となったビンダケルカプセルを例として取り上げるとともに、米国やEUの海外での取り扱いも比較のために示す（表1）。

1. 国民皆保険の根幹をゆるがすビンダケルカプセル20mgの薬価問題について

ビンダケルカプセル20mg（Tafamidis）は①トランスサイレチン型家族性アミロイドポリニューロパチーの末梢神経障害の進行抑制の効能で2013年11月19日に記載された。記載時のメーカー提出資料によれば、ピーク時7年後の推定使用患者数は130人であった。この患者数を基に原価算定方式で認可された薬価は1カプセル58,064.9円で予測市場規模は28億円となり、患者が非常に少ないウルトラオーファン薬扱いとされたために、1人当たりの年間治療費が約2,120万円という高額薬価が特別に認められた。

しかし、メーカーは②トランスサイレチン型心アミロイドーシスの効能追加をする際に、1日投与量を4カプセルと4倍に増量したにもかかわらず、そのままの薬価で申請した。効能追加によって対象患者が増加し、さらに用量も増加した当然の結果として、市場規模は当初予測の10倍以上に急増し、350億円以上という市場拡大再算定の基準に抵触して薬価引き下げを余儀なくされ

表1（本総会資料より）

ビンダケルの薬価の国際比較							
	適応*	規格	薬価	1日用量	1日薬価	年間薬価	日本円換算**
日本	①	20mg	¥43,672.80	1	¥43,672.80	¥15,940,572	¥15,940,572
米国		20mg	\$187.50	1	\$187.50	\$68,438	¥7,528,125
英国		20mg	£356.17	1	£356.17	£130,001	¥19,500,125
日本	②	20mg	¥43,672.80	4	¥174,691.20	¥63,762,288	¥63,762,288
米国		61mg	\$750.00	1	\$750.00	\$273,750	¥30,112,500
英国		61mg	£356.17	1	£356.17	£130,001	¥19,500,125
*①：トランスサイレチン型家族性アミロイドポリニューロパチー							
*②：トランスサイレチン型心アミロイドーシス      **1\$ = ¥110、1£ = ¥150として計算							

た。しかし、このような当座しのぎだけでは、今後医療費がますます逼迫することが予想され、薬剤費の高騰に一定の歯止めを設けることなしに、国民皆保険を維持していくことはできないと考える。

諸外国の対応について、米国では②の効能追加をする際に①に用いる規格、②に用いる規格共に薬価を下げたと予想される。英国では適応による薬価の変更は認めていないので、①に用いる規格、②に用いる規格共に同一薬価である。

もし、日本の薬価制度で②の適応が先に承認されたと仮定すれば、原価算定方式で算定した28億円をベースに薬価が決められたのではないだろうか。効能追加によって使用患者数が大幅に増えたのだから、その患者数と用量に見合う薬価を、日本の薬価算定ルールに則って適正に再設定していただきたい。

2. 薬価改定の仕組みと医薬品販売価格の問題点 (表2)

ある医薬品の現行薬価が100円だった場合を例示する。薬価調査の結果、当該医薬品の販売価格が加重平均値(税込)で80円だったとして、この加重平均値(80円)に改定前薬価(100円)の2%(2円)を加えた82円が新薬価となる。

この“改定前薬価の2%”を“調整幅”といい、表のとおり公式に定められている。この調整幅は「医薬品流通の為の必要経費」との位置づけがなされているが、全ての医薬品や全ての医療機関・

薬局にすべからく同じ率が適用されることに疑問が残る。

そしてさらなる問題点は、近年特殊な抗がん剤や「スペシャリティ医薬品」と呼ばれるバイオ医薬品、再生医療薬品等において、メーカー主導で医療機関への販売価格(税込)を“薬価-2%”一律に仕向ける動きが顕著になっていることである。つまり、同表2のような「なだらかな山」は許さず、1点に集中した「とがった山」を作ろうとしている。現行制度においてメーカーは卸が医療機関へ販売する価格に関与できないことになっているが、現実にはさまざまな圧力により卸の自由な価格設定を許さず、また一方で販売する卸を1社に限定するなどの形で販売価格に関与を強めている。

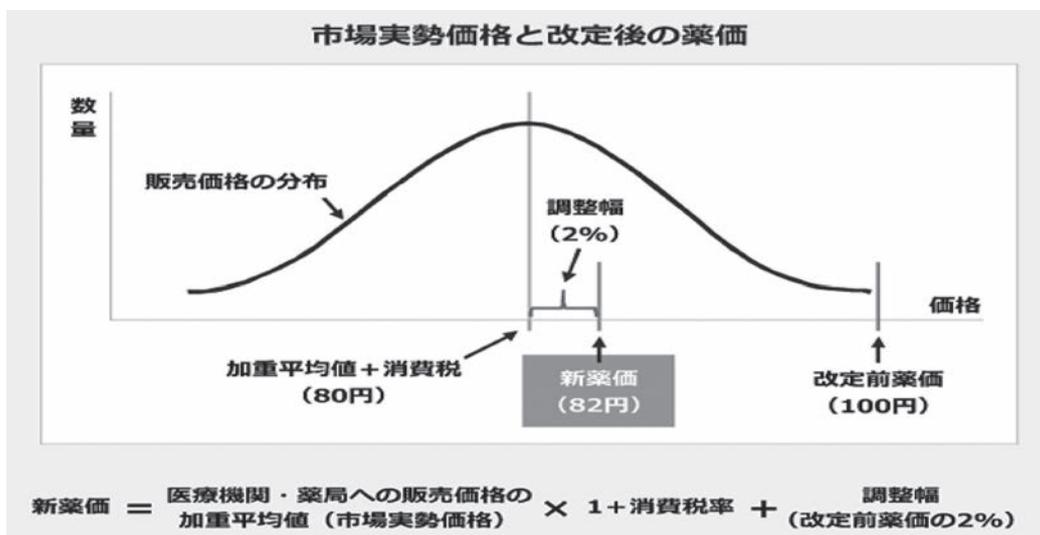
広島県

○国民皆保険制度に対する考え方

国民皆保険制度の堅持とその必要性は誰もが認めるものとする。国民皆保険制度の実現により、すべての国民が公的医療保険で保障された結果、世界最高レベルとなる医療水準の実現と平均寿命の更新につながっている。

今後も、わが国の誇る国民皆保険制度を守り、次の世代に持続可能な形で引き継ぐこと、また、すべての国民の安全・安心な暮らしを保障していくことは必要不可欠であり、これは地域医療構想の基本理念にも通じることでもある。

表2



### ○わが国における医療保険制度の課題

国民皆保険制度のほか、わが国の医療保険制度の優れた特徴の一つであるフリーアクセスによって、休日・夜間の重症者受入れを対象とする病院の救急外来を自己都合による受診するといった、安易な受診（いわゆるコンビニ受診）が増加している。このような行為は、救急医療提供体制の確保が困難になるなど、常に課題の一つとして指摘されている。

また、重複・頻回な受診は、ポリファーマシーの原因ともなり、身体に負担を与えるだけでなく医療費の増加にもつながっている。加えて、年間約500億円とも言われる残薬による薬剤費も深刻な課題となっている。

近年、オプジーボやキムリア、ゾルゲンスマ、アルツハイマー病治療薬のアデュカヌマブなど高額な新規医薬品の保険収載が相次いでいるが、これらはいずれも厳しい医療保険財政を大きく圧迫するとともに、保険者においてもその存続にも関わる影響を及ぼすものと考えられる。

このような状況を踏まえ、国は社会保障費の財源を確保するため、2022年10月から一定の所得がある75歳以上の後期高齢者の医療費窓口負担を1割から2割に引き上げる医療制度改革関連法を可決・成立させたが、安易に応能負担を見直すことは、受診控えや必要な医療を遠慮する懸念もあり、国民の健康保持増進の妨げ（課題）になると考えている。

### ○課題解決に向けて

人生100年時代という「健康長寿社会」を実現するため、また、国民皆保険制度を堅持するためには、疾病予防や健康づくり、早期発見・早期治療、重症化予防など、県民の健康寿命の延伸に向けて、各々がさまざまな課題に全力で取り組む必要があると考えている。

医療費適正化については、後期高齢者医療制度の保健事業として「重複・頻回受診者訪問健康相談」が全国的に展開されており、当県では広島県後期高齢者医療広域連合が民間であるSOMPOヘルスサポート（株）へ委託のうえ、業務を実施している。令和元年度の実績であるが、対象者297名中74名に訪問健康相談が実施され、その

うち44名に受診頻度が低下するなどの効果が現れたとの報告を受けており、保険者や行政などによる取組みの重要性を改めて感じている。

また、医療者側の取組みの一例であるが、われわれかかりつけ医が中心となり、かかりつけ薬剤師やケアマネジャーなどの介護職とともに患者の服薬管理を一層徹底することで、ポリファーマシーが改善、残薬の解消に繋がると考えている。

なお、超高額医療費問題については、関係医会と緊密に連携し、県内の状況を把握するため情報収集に努め、中国四国医師会で共有したうえで日医を通じ、中央社会保険医療協議会などで適正な価格設定を検討していただくよう促していくことなども肝要であると考えている。

## 山口県

### ○高額薬剤による超高額医療費の問題について

先般開催の第149回日医代議員会で、「高額薬剤に対する医療費の在り方」についての質問に対して日医から、「薬価算定の仕組みの見直しによる薬価高止まりの是正と更なる施策による適切な薬価設定、国庫補助の充実等により、高額レセプトに起因する国保組合の統廃合を避け、高額医薬品を対象とする安易な民間保険導入はあってはならない」との回答がなされている。

しかし、保険者の立場は大変厳しい状況にあり、当県の医師国保組合も数年前から継続する高額薬剤に由来する高額レセプト1件で、年間の療養給付費総額の8%強を占め続けている。もし、他の新たな高額レセプトが出現すれば財政基盤は急速に危ういものとなり、その都度、保険料の引き上げを繰り返さざるを得ないが、それには限度がある。

日医の回答中に指摘された高額医療費共同事業においては、交付金が交付された2年後からは拠出金も増えることから、超高額医療費発生への対応については限界があり、新たな400万円を超える高額医療費に対する国庫補助も、予算配分が過少の為にリスクヘッジには程遠い。

一方で、回答中では否定的なニュアンスであった、保険組合の集合体で加入する高額医療を対象とした民間保険の導入については、確かに制度上

の種々の克服すべき問題はあろうが、加入保険組合を増やせばスケールメリットも得られ、保険料もある程度は抑制可能とも考えられる。やはり、今後の対策としては検討の余地があるものと思われる。

何れにせよ、高額薬剤等に起因する高額医療のレセプトは何時発生するとも予測はつかず、国保組合の維持、ひいては国民皆保険制度を守るためには早急な対応が必要と思われる。

## 徳島県

日本人にとってはもはや当たり前の国民皆保険制度であるが、その充実ぶりは世界トップレベルを誇り、すべての日本国民がこの制度によって守られている。

現在の社会保障制度の中では給付と負担の問題について議論されているが、超高額薬剤の影響は深刻である。今回、アメリカでアルツハイマー治療薬「アデュカヌマブ」が承認されたが、年間約600万円の医療費がかかるといわれ、軽症者の患者が長期に使用することから、高齢者の割合の多い保険者にとっては今後、深刻な問題となる。

医療の進歩によって新たな治療薬が生み出され薬価収載されているが、すべてを医療保険制度の中で賄うのは無理があると考えられる。

国は、薬の需要が増えた場合、価格を下げるようにはなっているが、最近の新薬は効果よりも金額のインパクトが大きすぎるため、薬価の引き下げまでに保険者が耐えきれないのが現状である。公的保険での超高額薬剤をどの程度まで認めるかの議論が必要なのではないか。また、医療費の増加は被保険者の保険料に影響を及ぼしていることから、ある程度、国が支えるような仕組みが必要と考える。

地域医療構想については、医師確保計画による医師の偏在対策や地域の病床の調整（削減）などがあるが、新型コロナにより医療の逼迫、特に専門医、ベッド不足が顕著になり、今後の救急医療（特に感染症）の対策が必要になり、地域医療構想の見直しが必要になってきているのではないかと考える。

都会では高齢化が進んでいると言われているが、地方は既に高齢化が終わっている。また、

2025年問題、その先の2050年と厚労省は人口減による推移を示しているが、すでに地方では人口減となり、地域によっては1人世帯が多い限界集落も多くある。

国が地方創生を掲げ、今後新たな住民の移住がみられるようになってきたが、地域によっては医療機関の後継者不在による無医地区になってしまっているのではないかと懸念されている。医師の確保も含め、地域で医療機関を開設又は維持することが、雇用の創出に役立ち、ひいては住民の健康安全を守れるようになる必要がある。

## 香川県

### ○地域医療構想と国民皆保険

新型コロナウイルス感染症の収束が全く見えない中、厚労省は当初の予定通り地域医療構想を推進し進めるとしており、この5月に公布された改正医療法では、その達成に向けた地域医療介護総合確保基金の位置づけや、外来機能の明確化等が規定された。

人口減少・高齢化の避けがたい近未来に向けての医療の効率的提供には方向性として賛同するが、厚労省は公立・公的医療機関が担うべき医療機能を9領域のみに限定し、病院の規模に関係なく診療実績評価を行った。しかし、実際に地域医療を支える急性期医療は多岐にわたり、この機能評価には例えば整形外科や眼科、外科では胆石等良性疾患、高齢者の肺炎や慢性心不全等の実績は含まれていない。

2025年に向けての社会情勢の変化を踏まえて、適切な入院医療体制を構築することが地域医療構想であるとすれば、そこではやはり「地域でなくてはならない医療」を指標に議論すべきである。「地域になくてはならない医療」を考えた場合には、厚労省の設定した9領域のみの急性期医療ではないことが明白である。今後、地域の中で高齢者が増加することを踏まえた場合、肺炎や骨折、心不全、高血圧などを、どれだけ支えられるかという観点も重要である。9領域のうちの例えば、脳梗塞や心筋梗塞など、専門性や設備などの高度医療が求められるものは、大規模高度機能病院等への集約化が必要かもしれない。しかし、

地域で求められる急性期医療は、もっと多岐にわたり、その上、今後の疾病構造の推計では、がん医療の需要は頭打ちになる一方で、肺炎、骨折、心不全、糖尿病、白内障等は、しばらく右肩上がりであることが知られている。

改正医療法では、外来機能報告を踏まえ、「地域の協議の場」で必要な機能や連携について協議を行う事になったが、国民皆保険を前提に、多疾患を有する高齢者など、あらゆる住民を支えるという観点からは、外来機能の制限や病院の統廃合等過度な医療統制の可能性のある地域医療構想の方向性には注意が必要であると感じる。

### ○ IT リテラシーと国民皆保険

新型コロナウイルス感染症は、世界中の人々の生活様式や価値観を変えた。ITを活用した遠隔での仕事、買い物、人との接触の機会が多くなり、さまざまな場面で人々の生活様式を変え、医療の世界でも、病院への患者の受診抑制や遠隔診療への期待など、価値観も大きく変化した。さらに学会や研修会の多くがWeb開催となるなど、いつかはと思っていた近未来の状況が、急速に現実のものとなった。しかし一方で、こうしたITを活用できる能力、いわゆるITリテラシーの優劣によって、得られる情報量や活動量、そして個人の得られる利益に格差ができる状況になってきている。例えば、ワクチン接種の医療機関の情報や実際の接種予約でもITを使った手段が主流となり、ITリテラシーの低い方は、適正な医療を受ける機会すら制限される可能性がある世の中となっている。診断や治療においてもAIの導入など、ITの活用による医療の質や効率の向上等が図られ、今後もさらにこの流れは加速すると思われる。現時点ではあまり意識していないが、今後はあえて、高齢者等を中心にこうしたITリテラシーに関係なく公平に適正な医療受けられる、「誰も置き去りにしない」医療提供体制を維持することを意識しておかなければならないと感じる。

### 高知県

規制改革会議で混合診療の見直しが検討課題として挙げられたことがあり、当時の安倍首相は医療分野の規制緩和を成長戦略の一環と位置付けて

いた。平成16年、当時の小泉首相が混合診療解禁を指示したことがあったが、結果的には解禁されず、選定療養、評価療養として先進医療や医薬品・医療機器の治験が追加された。かつて特定療養費制度として、保険診療との併用が認められた保険外診療として高度先進医療と選定療養があったが、これらは平成18年に保険外併用療養費制度として評価療養と選定療養に再編されている。

日医はこれら全てを否定するものではなく、横倉義武 前日医会長は「新自由経済主義者の主張した医療の産業化や混合診療に対しては、医療の公平という立場からも明確に反対していかなければならない。制限なき混合診療には反対で、安全性が証明されていないものまで混合診療として認めることはできない。コントロールされた混合診療で新規に開発された薬剤などについて、十分に議論して導入していく今のルールを踏襲すべき」と述べている。

混合診療が強行された時の影響として横倉前日医会長は学校週5日制導入になぞらえ、「週5日制で何が起きたか。お金持ちの子どもが塾に行き、お金のないところは塾に行けないという教育格差が生じた。医療費の拡大や財源不足などで混合診療を認めることはできない」と述べている。経済格差が起り、科学的根拠のない治療、安全性が証明されていないものが混入してくる可能性がある。救済給付業務として、医薬品副作用被害救済制度、生物由来製品感染等被害救済制度があるが、これらを受けられない可能性もある。小泉政権下で、医療歳出を削減したい財務省、医薬品・医療機器を高値で売りたい企業、私的医療保険を売りたい保険会社、「規制改革」をアピールしたい政治家が中心になって混合診療の全面解禁が検討されていた。混合診療を全面解禁することは、市場原理主義を導入することで、混合診療にとどまるものが激増し、本来公的医療保険で扱うべき医療の範囲が縮小されることが考えられる。高額な新薬やごく少数の難病患者のように、極めて高額な医療費を必要とする患者の治療や治療法の研究が軽視される危惧がある。

自国の制度に悪い点があると、外国の制度のよい点を持ってきて比較されるが、日本の医療費の

2倍を払っているアメリカの医療がはたして良い医療といえるのか。かかりつけ医と言いながら、聴診器と血圧計しか持たないイギリスの家庭医制度が本当によいのか。

医療費の公的給付費は令和元年度で約43.6兆円、毎年1兆円を超す増加が予想されており、保険診療は規制しなければならない。日本の医療は平等と自由のバランスを考慮しながら、もう少し自由のきく医療を検討することが必要と考える。

## 愛媛県

憲法第25条では、1 すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。2 国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。とされ、厚労省は日本の国民皆保険制度の特徴を次のように述べている。

- 1 国民全員を公的医療保険で保障。
- 2 医療機関を自由に選べる（フリーアクセス）。
- 3 安い医療費で高度な医療。
- 4 社会保険方式を基本としつつ、皆保険を維持するため、公費を投入。

すべての国民が貧富の差なく、公平に医療を受けられるために、国民皆保険制度を守ることが必要であることは、異論のないところである。しかし、国家の財政状況、産業構造が変わり、人口構造が大きく変貌している現在、その維持は困難な状況となっている。保険料・税金（国費）・自己負担の割合を修正するだけでなく、抜本的な改革が必要と考えられる。特に「フリーアクセス」と「高額療養費制度」そして「自己負担の上限」は国民皆保険制度の堅持には必須の重要項目である。

仮に「高額療養費制度」が崩れると高額所得者は民間保険に加入し、海外の保険会社は確実にそこを狙ってくるに違いない。

「フリーアクセス」が崩れると、地域別の変則皆保険の危険性が生じる可能性がある。また、自己負担額をこれ以上多くすると皆保険の脱落者が数多く出て、病状が軽いと受診抑制となり、最終的には医療費の増額に向かう可能性が高い。

ここでは、実現の可能性にこだわらず、考えら

れる対応策について、可能な範囲で列挙し、意見交換の材料とさせていただきたい。

## 1. 超高額医療費に対応する国民皆保険制度の問題点

### 1) 収入（財源）

・限りある財源の中で、皆保険制度を維持する場合に、必ず問題となるのが混合診療である。しかし、高額医薬品について可能な限り保険収載していく方向でなければ、公平に医療を受ける機会は得られない。

・財源として、国民総生産・国民所得の増加が見込めない現状では、保険料収入の増加は見込めない。一方、今後増収の可能性のある税金は消費税である。消費税は、社会保障の安定した財源を確保することを目的としている。

・地域医療介護総合確保基金は、消費税を財源として、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」を実現するために創設された。しかし、現状で十分活用されているか疑問で、国民皆保険制度を維持するために、短期的には新たな活用法を検討、長期的には新たな制度の創設が必要ではないか。

・消費税を、医療資源が少ない地域での医療レベルを維持し、国民すべてに身近なところで医療を提供できる体制を維持するための、公的資金の投入財源にできないか。

### 2) 支出の削減

#### ①最先端技術

・最先端技術を用いた医療提供を、先進医療・選定療養を拡大して活用し、保険者の負担を軽くすることができないか。

#### ②薬価・治療材料

・薬価の決定方法に関して、見直しが必要ではないか。特に国外開発医薬品について、長期的には、国同士や国際的な協議が必要ではないか。

・高額な薬剤について、使用範囲（適応）を厳格に規定する必要があるのではないか。

・薬価改定において、より厳密で細かな薬価の管理が必要ではないか。例えば、適応が広がった場合に、総額が極端に増えないような薬価を設定するなど。

・創薬にかかる費用が薬価に反映されており、そ

れにより製薬会社は利益を上げているが、創薬支援のための費用は、診療報酬ではなく経済産業省の管轄ではないか。

- ・薬剤が保険に含まれる他国がどのようにしているか、研究が必要ではないか。
- ・高額な薬剤費に関する補助等の制度は（例えば消費税を財源に）できないか。

### 3) 保険組合の維持

- ・国庫補助の増額は期待できず、高額療養費の共同事業交付金は、一時的な補填にはなるが、拠出金の増額となって跳ね返ってくる。短期的には有効であるが、長期的には有益ではないのではないか。また、外部の民間保険については、社会保障費の営利企業への流出になり、また、将来的に徐々に保険料の増加につながることも考えられる。
- ・統廃合を行っても、総収入が変わらなるとすれば、支出の減が期待できるか疑問である。なんらかのスケールメリットはあるか。

## 2. 地域医療構想

### 1) 有事を含めた地域医療構想の見直しについて

- ・非常時の医療体制を平常時から検討しておく必要がある。非常時に使用できる病床を確保し、非常時の運用について予め取り決めをした上で、平常時の病床数や地域医療構想を検討することが必要ではないか。
- ・新興感染症の感染拡大時の医療提供体制については、大規模災害時に準じて対応する必要があるのではないか。例えば、公的な救護所の設置や、医療機関を救護所として活用するなど。
- ・病床があっても、対応できる医療従事者がいなければ利用できない。平時から、感染症対策や救急・災害医療などに対応できる人材の育成・教育が必要ではないか。
- ・ポリバレンタな医療従事者の育成が必要ではないか。医師でいえば、感染症や救急・災害に対応できる能力、コメディカルに加えて介護従事者には、医療機器の取り扱いや感染症の知識など、専門外の知識や技術を平時から習得しておくことが必要ではないか。

### 2) 医療の偏在の問題

- ・医療資源の少ない地域では、医師のみならずコメディカルの確保も困難な状況にあり、人口も少

ないため、診療報酬では採算が取れない。これに対しては、公的な財源から補填することが必要と考える。

- ・医療機能の集約化は、コストパフォーマンスの向上のために必要と考えるが、すべての国民が医療を提供される機会を均等に得られるためには、初期医療については身近なところで受けられることが必要である。そのためには適正な医療資源の配置が必要であり、そのことが、地域包括ケアにつながるものとする。消費税の地方自治体分については、その財源とできないものだろうか。

[報告：専務理事 清水 暢]

## 特別講演

### 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—

日本医師会会長 中川 俊男

### 1. 日本医師会員の先生方へのお手紙

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、日医会員の先生方に改めて協力を求める手紙(図1)を送ることを決め、8月28日から順次郵送を開始することとした。

### 2. 新型コロナウイルス感染症対策

#### (1) 緊急事態宣言とまん延防止等重点措置

##### 1 回目の緊急事態宣言後の状況

政府による1回目の緊急事態宣言の発令(2020年4月7日)後、一旦は減少傾向に転じた新型コロナウイルス感染症の新規感染者数は、2020年6月中旬以降、首都圏を中心に再び増加を続け、全国的に更なる感染拡大が強く懸念されていた。8月に入ると新規感染者数は減少傾向に転じたが、11月には再び増加傾向が強まった(図2)。

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し、「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。

新型コロナウイルス感染症の最近の国内発生動向をみると、9月26日の新規陽性者7日間移動平均は2,925人で、1週間前の5,154人と比較すると半減しており、直近では感染者数が激減している。

### 2回目の緊急事態宣言

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回目の宣言をすべて解除した。2回目の宣言を発令するという政府の決断は、医療提供体制が逼迫している医療にとって非常に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、未知のウイルス感染症に対する連帯感を持った危機感・緊張感を国民に取り戻し、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っており、宣言発令開始日の感染者数は、1回目は全国368人、東京都87人だったが、2回目は全国7,957人、東京都2,459人であった。一方、発令解除日の感染者数は、1回目は全国21人、東京都8人だったが、2回目は全国1,118人、東京都256人であった。

営業制限等については、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なされたが、2回目は飲食店中心の使用制限がなされた。

### まん延防止等重点措置

政府は2021年4月5日より、新型コロナウイルス感染再拡大を受けて、宮城県、大阪府、兵庫県に「まん延防止等重点措置」を適用した。さらに、4月12日より京都府、沖縄県、東京都、4月20日より埼玉県、千葉県、神奈川県、愛知県にも適用を開始した。同措置は、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、すなわちステージ

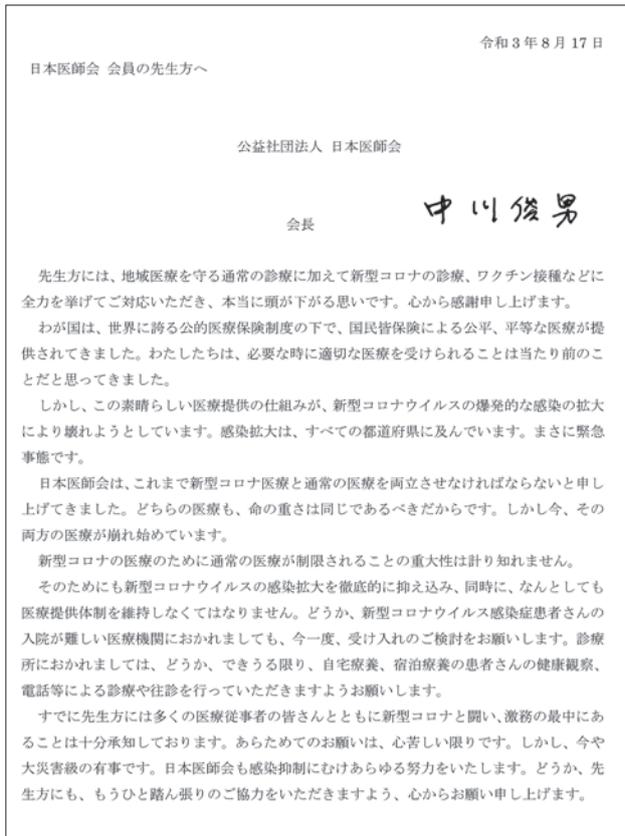


図1 日本医師会 会員の先生方へ

2020年の主な出来事	
(1)	1月28日 北海道で初の新型コロナ患者を確認。 2月4日～11日 「さっぽろ雪まつり」で急増。武漢から多くの観光客来道。 2月28日 鈴木北海道知事 独自の緊急事態宣言を発令。(～3月19日まで)
(2)	2月3日 横浜沖でダイヤモンドプリンセス号の検疫開始。 感染者数712人(乗船者3,711人) 死者13人
(3)	4月7日 安倍総理 緊急事態宣言発令 7都府県 4月16日 全国に対象拡大。13都道府県を「特定警戒都道府県」とした。 5月25日 全国的に解除。
(4)	6月27日 日本医師会代議員会 役員選挙 その後、第二波が襲来。
(5)	9月、10月 感染者数下げ止まり。
(6)	11月11日 日本医師会定例会見 「第三波と考えるといいのではない か」→朝日新聞朝刊 一面トップ

図2 2020年の主な出来事

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、すなわちステージⅣ相当にまで悪化した場合、原則として同措置の適用を解除すると

もに、緊急事態宣言が発令される。

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。

### 3回目の緊急事態宣言

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宣言は解除された。

2回目と3回目の宣言は異なる特徴を持っており、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7,957人、東京都2,459人だったが、3回目は全国4,607人、東京都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1,118人、東京都256人だったが、3回目は全国1,308人、東京都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回目は約10分の1にまで抑えられているが、3回目は約2分の1に抑えただけで過ぎなかった。

### 4回目の緊急事態宣言

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。そのうえ、9月12日が期限となっていた21都道府県の緊急事態宣言について、東京都や大阪府など19都道府県は9月30日まで延長し、宮城県と岡山県の2県に

ついては、9月13日よりまん延防止等重点措置に移行させた。そして、9月30日をもって、発令していた緊急事態宣言及びまん延防止等重点措置を解除した。

3回目と4回目の緊急事態宣言は異なる特徴を持っており、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4,607人、東京都635人だったが、4回目は全国1,504人、東京都502人であった。

新規陽性者数は、全国では8月20日の25,852人、東京都では8月13日の5,773人をピークに、9月29日現在で全国1,986人、東京都267人と非常に早いペースで減少している。

## (2) ワクチンへの対応

### 日本医師会新型コロナウイルスワクチン速報

新型コロナウイルスワクチンについては当初、非常に情報が錯綜し混乱を招いていたことから、日医は確定した情報を会員に対してできるだけ速やかに正しく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、日医のホームページへの掲載を2月16日より開始した。ご参考までに主な内容を以下に挙げる。

#### ①第1号(2月16日発行)：接種体制について

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。

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。

#### ②第3号(2月25日)：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。

③第5号(2月26日):筋肉注射について

逆流を確認している報道が見受けられるが、皮膚をつままず、逆流を確認しないで、適切な深さで接種する。

④第7号(4月7日):医療従事者への接種について

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る。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。

⑤第8号(4月27日):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

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り消すのではなく、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。

⑥第10号(6月2日):ファイザー社ワクチン「コミナティ筋注」の添付文書改訂について

本剤を冷蔵庫(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。なお、再冷凍はせず有効期限内に使用すること。

全国の好事例の横展開

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の参考にさせていただきたいと考えている。

新型コロナウイルスワクチンのパンフレット

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(図3)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。

(3) 新型コロナウイルス感染症の爆発的拡大への緊急声明

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ともに、「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、今回の取りまとめに当たっては

**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に**

ワクチンについてわからないことや、高齢者や基礎疾患をお持ちなど、接種に不安がある方は、かかりつけ医や地域の医師会にぜひご相談ください。巻末にお問合せ窓口が記載されています。

2021年3月25日

**ワクチン接種について**

**ワクチン接種についての様々な疑問にお答えします**

**Q1 なぜワクチンを接種するのですか?**  
**A** ワクチンの接種により、症状が出ることを防ぎ、重症化するのを予防できることが明らかになっています。最近の研究では、感染自体を防げる可能性も示されています。

**Q2 ワクチンを接種した方が良いですか?**  
**A** できるだけ多くの方が予防接種することで、感染の拡大を防ぐことができます。予防接種には、「個人を守ること」と「社会を守ること」の二つの役割があります。

日本医師会  
 Japan Medical Association

図3 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に

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ーボード座長と多角的な視点から意見交換を行った。

なぜ今、緊急声明が必要なのかということがあったが、東京都の直近の新規感染者の増加のスピードがより速くなっていたことも一つの理由であった。緊急声明の中に、「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：わたしたちは、コロナ医療とそれ以外の通常医療との両立を守り抜く覚悟です。また、通常医療が提供できず、平時ならば救えた生命を失うことはあってはならないと考えています。第3波、第4波では、一部で全身麻酔や心臓・血管カテーテル術等の手術の延期、救急搬送及びその受入困難事例が発生しました。再び、このようなことが起こらないよう、わたしたちは地域の病床確保の状況や患者対応の状況を逐次確認し、行政と連携して、通常医療への影響を食い止めます。そして、新型コロナウイルス感染症がなければ防ぎえた死は、何としても回避する覚悟です。そのためにも、政府に対して、今あらためて感染拡大を食い止めることに、あらゆる手立てを尽くすことを要請します。」という文言を入れた。

また、緊急要請の柱として、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をお願いした。私は一貫して緊急事態宣言は、発令は早めに、解除はゆっくり慎重にということを言い続けてきた。

#### (4) 菅総理ら政府との意見交換

日医は2021年8月3日、菅総理（当時）ら政府と医療関係団体の意見交換に出席した。意見交換の席上、日医は、わが国の感染状況について、「全国規模での感染拡大は今年の第1波が襲来して以来、最大の危機を迎えており、予断を許さない状況にある」として、危機感を表明した。この状況を踏まえて、医療関係団体8団体と「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、7月29日に公表したことを報告した。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」とした上で、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て、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」として、理解を求めた。

#### (5) ワクチン接種が進む中における日常生活

9月3日に新型コロナウイルス感染症対策分科会は、ワクチン接種が行きわたった後の経済社会活動の制限緩和についての提言を公表した(図4)。今回の提言に期待される方も多いと思うが、あくまでも希望する人へのワクチン接種が済み、地域の感染が沈静化していることが前提としたものである。感染を十分抑制できないこともあることを想定し、提言で示された考えが人々の緩みに繋がらないようにする必要がある。

また、国内でも感染力の強いデルタ株にほぼ置き換わり、ワクチン接種後の感染の増加や、ブレイクスルー感染した人は無症状でもワクチン未接種の感染者と同等のウイルスを排出するため、無自覚のまま他の人にうつす可能性がある。

ワクチン接種によって感染者が大幅に減少し、集団免疫に極めて近い状態にあるとされたイスラエルでは、ワクチン接種完了者は屋内のコンサートやスポーツイベントに参加できるようになり、6月15日には屋内のマスク着用義務も撤廃されたが、その後、デルタ株による感染の急拡大が起こり、死者も急増している。

わが国は海外の例に学ぶべきである。一刻も早

く日常生活を取り戻したいとの思いはすべての人に共通のものであるが、引き続き緊張感を持った徹底的な感染防止対策はまだ必要である。

政府の新型コロナウイルス感染症対策本部会議は、9月9日に「ワクチン接種が進む中における日常生活回復に向けた考え方」と「新型コロナワクチン接種証明の利用に関する基本的考え方について」を示した。

「日常生活回復に向けた考え方」では、第三者認証やワクチン・検査パッケージ等を活用した行動制限の緩和を提言している。ワクチン・検査パッケージは、ワクチン接種歴及びPCR等の検査結果を基に、個人が他者に二次感染させるリスクが低いことを示す仕組みのことを指す。ただし、基本的な感染防止策を維持する前提であり、新たな変異株の出現などにより、感染が急速に拡大し、医療提供体制の逼迫が見込まれ、緊急事態措置によるさらなる行動制限が必要となる場合には、強い行動制限を機動的に国民に求めることがあるとしている。

この点については、日医としてもワクチン接種がさらに進み、PCR検査機会の充実に加え、感染者数の減少が続くことを前提に、日本人の高い公衆衛生意識をもってすれば行動制限緩和の実現の可能性はあると考える。特に重要なことは感染

再拡大の兆しをいち早く察知し、先手先手の措置を取ることである。もちろん感染防止対策を継続することは必要である。

「新型コロナワクチン接種証明」については、政府が示した「基本的考え方」の中で、接種証明を積極的に活用する前提として、ワクチン接種後でも新型コロナウイルスに感染する場合があること、接種証明は感染防止対策を講じなくてもよい許可書ではないこと等をしっかりと認識する必要があるとされている。

ワクチン・検査パッケージは、ワクチン接種歴又は検査のいずれかを確認して緩和措置の対象とするものである。

日医は、これまでも申し上げてきたとおり、ワクチンは発症予防や重症化予防の効果が期待されるもので、一定の感染予防効果が確認されているが、感染の可能性があり、ブレイクスルー感染した人は、無症状で無自覚のままほかの人にうつす可能性がある。

ワクチン・検査パッケージでは、72時間以内のPCR検査や24時間以内の抗原定性検査が想定されている。ここで懸念されるのは、両検査での偽陰性をどのように考えるかである。特に、無症状の方の偽陰性は感染していないことの確信につながる可能性があり、注意が必要である。

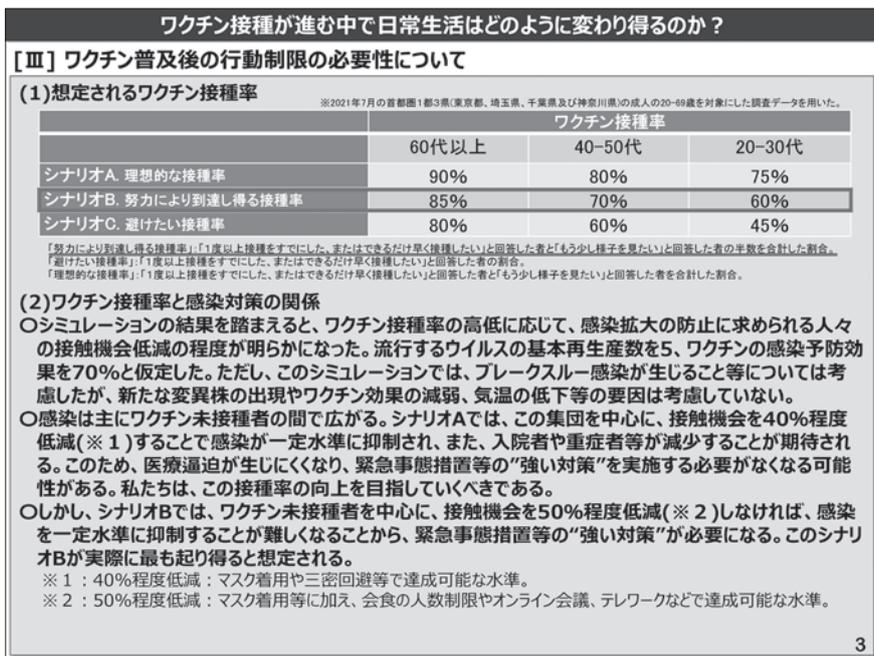


図4 令和3年9月3日新型コロナウイルス感染症分科会

(6) 令和3年10月以降の医療機関等における感染防止対策の継続支援・コロナ患者診療に係る特例的な評価の拡充について

標記が決定されたことに関して、日医は9月28日に都道府県医師会及び郡市区医師会に周知した。主な内容は「令和3年度の当初予算で措置された外来及び入院診療に係る感染症対策に係る診療報酬での特例的な対応につきましては、令和3年4月から9月までの措置であり、延長しないことが基本とされておりました。これに対し、日医は新型コロナウイルス感染症による全国の

深刻な状況と医療従事者の献身的な取組みを踏まえ、政府・与党をはじめ関係各所に対して10月以降の継続的な支援を粘り強く働きかけました。その結果、田村厚生労働大臣をはじめ厚労省の必死の調整もあり、図5のように、感染防止対策の継続支援及び特例評価の拡充に至ったことをご報告いたします。まず、医療機関への感染拡大防止対策支援につきましては、日医として継続的な支援が必須と申し上げてまいりましたが、令和3年10月1日から12月31日までにかかる感染拡大防止対策に要する費用として、病院及び有

**感染防止対策の継続支援・コロナ患者診療に係る特例評価の拡充**

○ 医療、介護、障害福祉における感染症対策について、そのかかり増し経費を直接支援する補助金により支援を継続する。申請手続は、できる限り簡素な方式とする。

○ 加えて、医療機関等における新型コロナ患者への診療に対する診療報酬上の特例的な対応を更に拡充する。

**1 各施設・事業所における感染防止の支援の継続**

医療	対象経費（共通）
<ul style="list-style-type: none"> <li>国直接執行の補助金により、以下のとおり実施</li> <li>・病院・有床診療所(医科・歯科) 10万円上限</li> <li>・無床診療所(医科・歯科) 8万円上限</li> <li>・薬局、訪問看護事業者、助産所 6万円上限</li> </ul>	令和3年10月1日から12月31日までにかかる感染防止対策に要する費用
介護	
<ul style="list-style-type: none"> <li>地域医療介護総合確保基金の枠組みを活用し、基本報酬の0.1%特例の対象としていた全ての介護施設・事業所に対して実施</li> <li>・平均的な規模の介護施設において、6万円上限</li> <li>※サービス別等に補助上限を設定</li> <li>※医療系の介護サービスを行う医療機関等（病院、診療所、薬局、訪問看護事業所）に医療の補助金が支給される場合は、当該補助金で対応</li> </ul>	
障害福祉	
<ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県等向けの補助金の枠組みを活用し、基本報酬の0.1%特例の対象としていた全ての障害福祉サービス等事業所に対して実施</li> <li>・平均的な規模の入所施設において、3万円上限</li> <li>※サービス別等に補助上限を設定</li> <li>※障害福祉サービス等を行う医療機関・介護事業所に、医療又は介護の補助金が支給される場合は、当該補助金で対応</li> </ul>	

**感染防止対策の継続支援・コロナ患者診療に係る特例評価の拡充**

**2 新型コロナ患者の診療に係る診療報酬上の特例的な対応の拡充**

外来	歯科
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 疑い患者への外来診療の特例拡充 &lt;令和4年3月末まで&gt;</li> <li>院内トリアージ実施料の特例300点→550点</li> <li>※ 診療・検査医療機関に限定、自治体HPでの公表が要件</li> <li>✓ コロナ患者への外来の特例拡充</li> <li>コロナブリーブ投与の場合：950点→2,850点(3倍)</li> <li>その他の場合：950点</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 呼吸管理を行うコロナ患者の口腔粘膜処置に係る特例 (100点)</li> <li>✓ 自宅・宿泊療養中のコロナ患者に対し、訪問診療を実施した場合に係る特例 (330点(時間要件の緩和))</li> </ul>
在宅	調剤
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 自宅・宿泊療養者への緊急の往診の特例拡充</li> <li>コロナブリーブ投与の場合：950点→4,750点(5倍)</li> <li>その他の場合：950点→2,850点(3倍)</li> <li>✓ 自宅・宿泊療養者への緊急の訪問看護の特例拡充 (520点→1,560点(3倍))</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 自宅・宿泊療養者への緊急の訪問/電話等による服薬指導への特例拡充 (訪問:500点、電話等:200点)</li> <li>✓ 自宅・宿泊療養者の服薬状況の医療機関への文書による情報提供の特例 (30点(月1回まで)→算定上限撤廃)</li> </ul>

※ 診療報酬における小児外来に係る特例については、以下のとおり支援を継続する。 <令和4年3月末まで>

医科：50点、 歯科：28点、 調剤：6点

図5 感染防止対策の継続支援・コロナ患者診療に係る特例評価の拡充

床診療所に10万円、無床診療所に8万円が補助されることとなりました。各医療機関におきましては、引続き感染症の拡大防止の徹底をよろしくお願いいたします。また、厚労省に対しては、補助金申請手続きの簡素化、交付の迅速化等を要請したところであります。診療報酬については、入院及び入院外における新型コロナウイルス感染症患者（疑い患者、回復患者を含む）に対する臨時的な取扱いに加えて、新型コロナ疑い患者の外来診療について、診療・検査医療機関が医療機関名を公表する場合には、令和4年3月末までの措置として、院内トリアージ実施料300点に250点上乗せして550点とされました。今後の季節性インフルエンザも含め感染症が流行する冬期に向け、各地域の医療提供体制をより強化すべく有効活用していただければ幸いです。そのほか、自宅及び宿泊療養患者への往診・訪問診療等についても診療報酬上の評価の充実が図られました。」というものである。

### 3. 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の成立について

令和3年5月21日に上記法律が成立した。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、意見陳述を行った。

医療法等改正法は、大きく分けると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、の7つになる。

この中で、新興感染症等の対策の5疾病5事業への追加については、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する。

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）。これは備蓄場所及び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、重症者病床はどこの病院の何ベッドか、中等症はどの病院か、軽症や後方支援病床はどこ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。

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」という格言があるが、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。

### 4. 新型コロナウイルス感染症患者受け入れのための病床確保

#### (1) 菅総理（当時）との意見交換

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、「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。日本医師会、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あらたに設置し、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」との決意表明を申し上げた。

### (2) 新型コロナウイルス感染症患者受入病床確保対策会議

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、公表した。

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。

### (3) 日本経済団体連合会との連携

新型コロナウイルス感染症の全国的な急拡大に伴い医療提供体制が逼迫し、本来であれば入院が必要であるにもかかわらず入院調整中の方や、自宅療養を余儀なくされている方がいる。こうした現状に対応すべく、日医及び一般社団法人日本経済団体連合会（以下、「経団連」）は、経団連会員企業の保有する研修所及び保養所等を臨時の医療施設等として活用できるよう、両者で連携を図っていくこととした。経団連は全国の加盟企業に対して、研修施設や保養所等を提供してもらうよう協力を求めており、すでに複数の施設から申し出をいただいた。それを踏まえ、日医は都道府県医師会に対して、提供可能な施設の情報を連絡している。

### 5. 定例記者会見

毎週水曜日の午後に行っており、これは公式発表であることからNHKをはじめとするテレビ各局、全国紙などが来られており、ネットで生中継されるほか、時には地上波での生中継も行われる。官邸、厚労省、財務省の方々が常に観ておられ、非常に重要な情報発信の場である。先生方におかれても、お忙しいとは思いますが、ぜひご覧いただきたい。

[報告：理事 藤原 崇]



**後継体制は万全ですか？**

DttoD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

〈登録無料・秘密厳守〉