

令和4年度 中国四国医師会連合総会

と き 令和4年9月24日(土) 13:00~19:10

と ころ リーガロイヤルホテル広島・Web (Zoom)

本会議は当初、9月24日、25日の2日間で開催を予定していたが、新型コロナウイルス感染症の蔓延防止のため、人数制限を設けた現地（広島県）とWebのハイブリッド開催となった。

本会からは加藤会長、沖中副会長が現地で参加し、他の役員は県医師会館にてWebで参加した。

総会

1. 開会

茗荷浩史 広島県医師会常任理事より、開会が宣言された。

2. 委員長挨拶

松村誠 広島県医師会会長が中国四国医師会連合委員長として挨拶され、松本吉郎 日本医師会長の提唱される「地方から地方へ」「一致団結した強い医師会を作る」に賛同し、オール中国四国として日本医師会と共に歩むことをテーマとしていると述べられた。

3. 来賓挨拶

松本吉郎 日本医師会会長は、発熱外来、診療検査医療機関数も4万以上まで拡大できたことを感謝している、懸案となっている財政支援措置の延長についても、日医はしっかり対応している。コロナとの闘いも落ち着いてきたとはいえ未だ予断を許さない状況の中、松村委員長を始め中国四国の皆様の熱い思いと共に日本医師会も進んでゆきたいと挨拶をされた。

続いて湯崎英彦 広島県知事より、この会が広島で開催されたことへの謝辞と盛会への祝辞をいただく。今後、地方は人口減少と少子高齢化を迎え、医療体制確保がより重要になってくる。広島県医師会の先生の協力をいただき、地域医療構想と医

師の働き方改革について検討を進めてゆく必要があると挨拶された。

4. 来賓紹介

松本吉郎 日本医師会会長

湯崎英彦 広島県知事

長島公之 日本医師会常任理事

江澤和彦 日本医師会常任理事

渡辺弘司 日本医師会常任理事

細川秀一 日本医師会常任理事

5. 令和3年度事業・会計報告

前年度担当県の愛媛県医師会の渡邊良平 常任理事より事業・会計報告がなされた。

6. 次期開催県医師会会長挨拶

久米川 啓 香川県医師会会長より、来年9月には是非高松で各県役員全員に集まっていただき対面で開催できることを願っていると挨拶された。

7. 閉会

[報告：常任理事 長谷川奈津江]

分科会

第1分科会「新興感染症・地域医療構想」

議題1「南海トラフ巨大地震を見据えた災害対策について」

I 各県医師会への依頼事項

主催県である広島県医師会から、4つの事項につき各県医師会の現状を回答するよう予め依頼があり、分科会では各事項について指名された医師会に発言が求められた。

1) 会員（医療機関）の安否確認を行う手段について

愛媛県 135の病院はEMIS（広域災害救急医療

情報システム)に安否被災状況を入力し報告する。診療所は所定の様式を用いFAXやメールで報告する。入力がない医療機関へは、医療救護担当の市町職員が直接赴き状況を確認する。EMISの他に、平成26年から医療機関安否確認システム／一斉通報システムを運用している。院長、災害対応担当者、事務担当者、施設代表者などのアドレスのうち、3つまでを登録でき、震度5以上の地震や特別警報が発せられた場合に愛媛県医師会から自動発信される。①医療機関の被害、②診療継続の可否、③入院患者の移送の要否を問い合わせる仕組みとなっている。医師会員自身が避難状態であっても、安否確認が可能であり、返信がなければ被害甚大と判断する。市町と医師会が情報を共有しながら被害状況を集約し、よりスムーズな医療救護活動に結びつける。

2) 市郡地区医師会との情報共有について

高知県 7郡市医師会に衛星携帯電話(ワイドスターII)を導入し、県医師会との通信手段としている。

加えて、アマチュア無線免許取得講習会を年1回開催している。現在、会員の8%弱、103名が免許を取得している。アマチュア無線機の購入の際、自己負担が費用の1/2となるよう高知県の補助金を活用している。高知県医師会でHAMクラブを立ち上げ、電波法順守に努めている。より実践的な無線機の活用を目指し、郡市医師会で使用説明会を実施し、所属会員との通信確認をお願いしている。

広島県 調整本部からの情報や被害状況を伝達するために、市区郡地区医師会災害担当役員・事務局のメーリングリストを立ち上げている。

ご回答を拝読すると、高知県・徳島県・愛媛県は通信手段の確保に注力されているが、他の地域は遅れているように感じる。被災時は電源確保も難しくなるので、さまざまな通信手段を準備いただきたい。

3) 迅速にJMAT派遣を行うことが出来る体制について(事前登録など)

徳島県 新型コロナウイルス感染症流行の始まった令和元

年に、徳島県医師会と県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会は災害時に共同で医療救護にあたる協定を締結した。この協定により顔の見える関係が構築でき、実際はワクチン接種や宿泊療養などの新型コロナ対応に大変役立った。

JMAT派遣には車輛が必要であり、初回のJMAT派遣時のためにPHEV車を県医師会で購入した。100V電源を確保できる。

JMAT事前登録については98名の医療者が登録している。が、コロナ禍でこの3年間JMATの訓練は実施できていない。

4) その他(各県で行われている災害対策として特徴的なもの)

岡山県 平成30年7月豪雨を教訓に、令和2年3月に「岡山県医師会災害医療救護マニュアル」を発行し、全会員に配布した。①災害における基本事項、②南海トラフ巨大地震における岡山県の被害想定、③災害時の備え、④自助互助公助、⑤急性期医療活動、⑤災害医療コーディネーター、⑥医療救護活動、⑦郡市医師会の対応、⑧アクションカードの構成となっている。新たな情報が出る度にマニュアルを改訂するのも難しいため、QRコードをマニュアルに掲載し、会員には新しい情報を自ら入手してもらうようにしている。

岡山平野はなだらかな勾配であり、岡山市の旭川西側地域は、平時から電力で下水道排水している。被災時の停電で排水障害を来し、液状化などで病院機能が損なわれる可能性がある。行政との関係構築・連携に努め、毎年「救急の日講演会」では、医師会関係者だけでなく、消防・県危機管理課からも情報を得るようにしている。また、「JMAT携行資器材リスト」を参考に、毎年、備蓄品の点検や追加購入を行っている。コストも意識し、長期保存できる物を選択している。

受援については、平成30年豪雨の経験から、県医師会単独の受援は難しいと考える。県の対策本部や圏域の調整本部に県医師会がJMATの人間として参画することが大切である。

被災地JMATは初期数日を頑張ってもらうチームだが、その訓練も重要と考える。JMAT登録は、研修会参加時に事前登録をすすめると件数が増え

る。事前登録しても全てが被災時にすぐに活動できる訳ではないが、可能な限り多くの方に登録いただきたい。

高知県 南海トラフ地震では、前方展開型医療支援として、開業医も初期治療ができるようにと訓練を行っている。

被災初期には、県内で編成した医療救護チームが活動し、県外からの支援チームを受け入れる。この受援の流れは、令和4年度改定した高知県災害時医療救護計画に整理し記載している。

広島県 日本医師会の活用しているオクレンジャーは、一方向の情報のやりとりとなる。中国四国医師会連合では、双方向の情報ツール導入も検討課題と考える。

II 各県からの提出議題

二つの医師会からの議題についても、各県医師会から予め回答されていた。分科会では、回答内容を踏まえ、議題提出県からコメントされた。

1. 災害時における県行政との協定と JMAT 派遣について（鳥取県）

各県における、「JMAT」と「県行政の協定における医療救護班」とのすみ分け、県行政との協定の関係性をどのようにお考えかお示しいただいた。

県との協定による医療救護班派遣要請に対応する県医師会の救護チームと、日医からの要請に対応する JMAT のメンバーは同じであるが、鳥取県医師会では先に要請された方に合わせた形式で派遣することとなる。鳥取県では、JMAT チームとして派遣経験はあるが、県要請の派遣はまだない。県との協定では DMAT に準じた身分保障となっている。

岡山県 ブロック毎の地域災害医療コーディネーターは岡山県医師会から指名している。今まで研修開催が難しかったが、令和4年10月に初めて県主催の研修会が行われる。研修会によるスキルアップを目指す。

2. 医療的ケア児者の対応（好事例）について

（山口県）

避難行動要支援者としての医療的ケア児者を対象とした個別避難計画作成や避難訓練への取り組みの好事例を教えていただきたいとお願いした。

徳島県では特別支援学校で避難訓練を実施され、香川県の高松圏域自立支援協議会災害時ワーキンググループではモデルケースを選定され、実際の避難訓練まで取り組まれた。山口県の自立支援協議会等にも情報提供したい。

平時に利用するレスパイト施設に災害時に避難できると良いと考えるが、レスパイト施設そのものが山口県では少ないため、避難先の選択肢となりにくい。

高松圏域災害時ワーキンググループが抽出された課題では、「避難が必要な状況を医ケア児者がイメージできない」と挙げられていた。中には「避難をしない」と回答される方もあるとのこと、避難行動そのものがケア児者にとって負担であるため、山口県でも「避難しないことを選ぶ」というケア者もいらっしゃる。それならば、自宅の中の少しでも安全な場所に移動する垂直避難も選択肢として提供できるよう考えたい。

III 日本医師会への提言・要望

1. 非常用電源等の確保に関する明確な指針及び設備負担への補助について（岡山県）

災害拠点病院以外の医療機関について、非常用の水や電源等の確保基準は示されていないが、病院や診療所の診療機能に合わせ、ある程度の数値目標を示していただきたい。また、非常用設備の設置・更新について財政的補助や報酬上の加算を働きかけていただきたい。

回答（細野日医常任理事） 現在、診療所等に対して明確に定められている非常用電源等の基準はない。

災害拠点病院については、県の指定要件として、通常時の6割稼働できる自家発電及び3日間の燃料備蓄、3日間病院機能を維持できる水の確保、職員・来院者用の飲料水・食料・医薬品3日分の備蓄が挙げられている。これらは災害拠点

病院以外の病院や診療所の指標の一つとなり得るが、診療機能によっては、これ以上の準備を要すると考える。災害の種類や医療機関の立地条件により準備する内容が異なるため、一律の指標はお示しすることは難しい。今後の課題とさせていただきたい。

日本医師会は、災害時の非常用電源確保の予算を毎年要望している。平成30年から開始された非常用電源補助事業は、段階的に対象を拡大している。令和3年度からは、ハザードマップの浸水想定区域に在る公的有床診療所や政策医療を実施する有床診療所が新たに補助対象となっている。政策医療を実施する診療所は、在宅当番診療所、休日夜間救急センター、時間外診療実施診療所、在宅医療実施診療所などが該当する。日本医師会としては、さらに補助対象が拡大するよう要望する。

経済産業省資源エネルギー庁が実施する「社会的重要インフラ自衛的燃料備蓄事業」では、石油やガスを使用した自家発電設備及び貯蔵施設等導入に補助を行う。病院・老人ホーム等が対象で診療所も含まれる。令和5年度の募集時にも日本医師会からお知らせしたい。

災害拠点病院等以外で、BCP（事業継続計画）を作成された医療機関はまだ20%程度である。厚労省HPではBCP作成用資料も掲載されているので、各機関は作成を進めていただきたい。

〔報告：常任理事 前川 恭子〕

第1分科会 新興感染症・地域医療構想 議題2「今後の新型コロナウイルス感染症対応 における情報共有について」

広島県 新型コロナウイルス感染症は、発生から既に2年以上が経過したが、感染の波は次第に大きくなっている。また、流行する株の違いにより状況が一変し、入院病床・宿泊療養施設の確保、疑い患者への検査体制の拡充、在宅患者への医療の提供と求められる対応が異なり、今後も新たな課題が感染拡大のたびに出てくる状態が続くのではないかと考えている。このような中で重要なのは、感染症医療対策の司令塔である県行政及び感染症医療対策の現場である市郡地区医師会との連

携である。県医師会の役割は、県行政からいかに情報を引き出し、市郡地区医師会を通じて現場に提供することと、逆に現場の意見を県行政が行う施策に反映させることである。そこで各県医師会の取り組みを伺い、各県の今後の取り組みの参考になればと考えている。

I 各県医師会への依頼事項

1) 県行政との連携における取り組みについて

鳥取県 行政とのかかわりとしては、鳥取県、鳥取県医師会、鳥取大学附属病院、指定医療機関が合同で定期的に会議を行っている。また、県がトリアージセンター、対策専門家チームを設置し、医師会と協力し戦略的サーベイランス、感染防止指導班の構築等を行っている。さらに陽性者が複数発生した場合にはクラスター対策チームを派遣して、積極的に疫学調査にも対応している。その他、県医師会と県知事とが直接話し合う医療体制協議会の開催、地区医師会長と感染症担当理事の県対策本部会議、ワクチン接種体制協議会への出席、新型コロナウイルス感染症に打ち克つ新しい県民生活推進会議への参画、宿泊施設への医師派遣対応等を行っている。また、県新型コロナウイルス院内感染対策のガイドライン策定の助言を行っている。

新しいところでは、県と医師会が連携して、全数対応ではなく、重症化リスクのある方のみを報告している。これにより従来方式よりも約9割の業務を削減している。それ以外の方は、9月2日に県が設置したコンタクトセンターに、陽性を確認した医師が案内をして、本人が登録する方式を取っている。また、自己検査で陽性が判明した場合にも、本人がセンターに連絡して登録する。このように、県とは緊密な連携が取れている。

司会（広島県医師会常任理事） 今回のアンケートで、各県ともに県行政と情報交換の場を設けているという回答をいただいている。鳥取県は県知事と直接話しをする機会を持っているということで、素晴らしいと思う。県行政は国の指示によってさまざまな政策を進めていくが、その意思決定の過程で医師会からの意見・認識を理解していた

だくことは大事である。

鳥取県 今回の新型コロナウイルス感染症に関しては、地域の実情は全国まちまちであるが、地元の実情を国の政策に活かすためには全国知事会の役割がかなり大きかったようで、知事と意見交換したことが全国知事会を通じて厚労省との情報共有につながったと思っている。

2) 市郡地区医師会との情報共有について

香川県 県行政と県医師会との繋がりと同じような仕組みで市郡地区医師会と情報共有したり、メール、FAXで情報共有することは、他県と同様に行っている。ただ、新型コロナウイルス感染症は情報が多いので、それに特化して3週間に1回程度の割合で、情報を市郡地区医師会や会員全員に送っている。ただそれだけでは、情報提供ではあるが情報共有にならないので、会員に情報を理解して医療提供体制の構築に協力していただくことは難しい。そこで県医師会は、内部に対策情報交換会という、県行政と地区医師会の役員、保健所、新型コロナウイルス感染症の重点・協力病院、薬剤師会等を含めたZoomによる情報共有の場を持っている。特に高松市医師会が中心となって行われている。危機管理対策が最も重要な問題である。オミクロンで患者が増えた今年の1月ごろから積極的に行われるようになった。重点拠点病院、診療・検査医療機関、高齢者施設、保育所、幼稚園、小学校、中学校、救急現場、消防署等から報告が行われる。それらの情報を県医師会の理事会で取り上げている。

司会 香川県では地区医師会に対して県医師会が積極的に関与されている。

3) その他（各県で行われているコロナ対策で特徴的なもの）

広島県 今年初めから始まった第6波・7波の感染拡大の状況を受けて、オンラインで診療を行う施設を県が作るという対応を行った。当初は圏域ごとにオンライン診療ができる医療機関を募って、輪番制で行うことで始めたが、1月からの患者の急増で対応できなくなり、1月14日に急遽診療所を開設した。保険医療機関であるが、特

措法に基づいて、県が県内の1か所に設置した。そこに、県医師会が、出務する医師の調整を行い、最初は現地だけで行っていたが、オンラインでもできるような形（「広島県オンライン診療センター」）にした。1月14日から8月末まで、延べ16,000名の患者を診察し、処方も15,000件程度行っている。ラゲブリオも処方できる。医療提供を受けることができない患者を少しでも減らすことを目的に進めてきた。

II 各県からの提出議題

1. 新型コロナウイルスワクチン接種業務における県医師会の取り組みについて（徳島県）

新型コロナウイルスワクチン接種体制の確立には、行政（県及び市町村）と県及び郡市区医師会との間で綿密な協議が必要であり、多くの課題の中で、各県で協議を重ねた上で実施したと思う。徳島県医師会においては、徳島県と早期から情報共有し準備を行い、郡市区医師会はワクチン接種実施主体である市町村と協議の場を設定してきた。接種前には、徳島県では、徳島県医師会が中心となり、県の担当者と各郡市区医師会担当者と各市町村との4者協議の場を設定して、それぞれの課題について地区ごとに協議を行った。以下の点について問う。

1) 県医師会と郡市区医師会との情報共有はどのようにされたか。

2) 行政（県及び市町村）との協議については、県医師会は郡市区医師会とどのように協調されたか。

各県の対応

1) 県医師会・地区医師会による情報交換会議・対策会議（Webを含む）、メール・メーリングリスト等により、情報共有が行われている。

2) 県行政と県医師会の会議の情報を地区医師会にメーリングリスト等で提供する、地区行政と地区医師会が対策会議を開催する、県医師会主催の地区医師会長協議会に県の担当者へ出席いただく等の対応が行われている。

徳島県 当会としても早期から情報収集し、県との調整を行ってきたが、接種主体は市町村である。

厚労省から県、それから市町村へと情報が行くわけであるが、それを組み合わせて新しいワクチンを扱うという事業を行うことになる。したがって、接種体制の構築には、県医師会と地区医師会との協調共同が必要であり、地区行政との協議も必要である。

司会 当県（広島県）においても、集団接種は普通市町がやるので、例えばその接種主体ごとに受け付ける場所が違うことがある。せっかく大きな会場が空いているのに、接種者が集まらないこともある。市民に対し、地元の新聞社などをお願いして複数の集団接種会場の空き状況を新聞紙面で情報提供して、非常にその件数が増えたことがあった。こういったことは各地区ではなくて、県医師会がまとめるということが必要だったのではないかと思う。

2. 高齢者施設等での早期の感染者対応について

（高知県）

オミクロン株の流行により高齢者施設でクラスターが多発したため、高知県医師会と高知県は標記課題について協議を行っている。具体的には、各施設の感染者発生時における医療機関の支援体制の有無、感染者の診療を行っている病院からICDやICNをクラスター発生時に派遣可能かどうかなどについて調査し、郡市医師会会員が施設内で適切かつ安全に診療できる体制を検討している。他県はどのように対応されているか。

高知県 各県の対応を読ませていただくと、うまく対応できているようであるが、高知県でも一定地域ではできていたが、ある高齢者施設で大規模なクラスターが起り、医療機関と連携がなくクラスターが広がってしまったという事例がある。これに対し、高知県全体としてきちんとした体制を作ろうということで、各施設の医療機関との連携の状態はどうか、あるいは、ICNが派遣要望できる体制はできているか等について、医師会とそれぞれの市町村、郡市区医師会、保健所と協議をし、高齢者施設にアンケートを取ったりして、その体制を発展させてきた。もう1つは、診療を行っ

ている病院からICNを派遣してほしいと依頼しても、それぞれの病院が新型コロナウイルス感染症の診療で忙しいので派遣困難ということもあったため、県全体として取り組んでいこうという話になり、そういった体制がかなり整ってきたので、他県の状態を質問させていただいた。

司会 県行政とともに実際の状況を調べ、それに対して各地区の医師会から応援を出していただける体制を作るということで、当県（広島県）も準備をしてきた。各県も同様の状況と思うが、高齢者施設の感染は、今でも大きな問題である。

岡山県 当県では第3波のときにグループホームで18人のクラスターが起り、介護士が恐怖から全員離脱したことがあった。感染症指定看護師や行政職員を施設に派遣し、ゾーニングや感染対策を指導した。その後、離脱した介護職員も全員戻ってきた。また、別の施設では初期対応を誤ったことで14～15人のクラスターが発生した。最初に3人が感染した際に、別室に全員隔離するようにという指示を介護士が実行しなかったため、結局大きくなったが、ラゲブリオやゼビュディの投与も行い、2人の100歳の方を含めて全員が快復された。岡山県ではJMATを導入して初期対応するというシステムを構築しているが、なかなか初期にクラスターの発生を確認できないので、まだ活動できていない。感染は仕方ないが、重症化や死亡を防ぐことが第一の目的であると思う。

3. 新型コロナウイルス感染症の無料検査体制について（山口県）

新型コロナウイルス感染症の無料検査体制について、各県の状況をご教示願いたい。また問題点があれば併せてお教えいただきたい。

山口県 新型コロナウイルス感染症の無料検査体制とその問題点についてお尋ねした。各県とも地区によっては検査所が少ない、キットが足りないという問題があったようであるが、検査体制をしっかりと構築しておられると拝読した。

山口県の状況について追加させていただく。検査数は本年1月から6月12日までで、PCR検

査が15,129件、抗原定性検査が17,144件で、陽性率は他県の報告と同程度であった。県によると、これら陽性者に関しては、その後の受診を概ね確認できているようである。議題提出時の問題点としては、やはり地区によっては検査所が少ないということであったが、この後第7波で感染大爆発を起こし、たくさん問題が出てきた。まず検査対象は無症状かつ濃厚接触者ではないこととされているが、有症状者がたくさん検査を受けている。PCRの場合、結果の通知が翌日になるので、症状があるため、その結果を待てない人が医療機関を受診し、もう一度検査を行うことになる。また、県によって対応が異なると思うが、山口県では無料検査で陽性の結果が出たとしてもあくまでも疑いであって、感染を確定するためには医療機関を受診して、再検・再確認が必要とされている。それに対して、患者側はもちろんであるが、医療機関からも疑問の声が上がっている。さらにその医療機関受診時には、まだ疑い扱いのため、診断が確定するまでの初診料やトリアージ料等には自己負担が生じる。それが納得できないという患者がおり、なぜ有料なのかとか、有料なら受診しないというような人も何人かおり、その人たちが結局その後どのようになったのかわからない、という問題が新たに上がっている。何事も無料というのは問題を生じると思う。各県の回答を拝読して、香川県の、「無料検査よりも有症状者に対する検査体制（発熱外来等）の再整備、機能充実が優先されるべきであり、事業の見直しを求めたい」という意見は、まさにその通りだと思う。9月26日からは、自己検査で陽性になった場合も含め、対応が大きく変わる。患者への説明等にも苦労しそうである。

Ⅲ 日医への提言・要望

1. これまでの新型コロナウイルス感染症への対応について、都道府県医師会から問題点を提起して日医で検証し、政府に提言する必要がある。

(高知県)

・保健所業務の中で入院調整が大きな負担になったとの指摘がある。医療機関は、感染者発生届の提出のみならず、HER-SYS 入力を行うことが必

要であったが、入力項目が多く、多数の感染者への入力は困難であった。HER-SYS 入力に対して医療機関に費用を支払った地域もあったと聞く。稀な感染症に対して届出書類を記載することは医療機関として責務と考えるが、発熱外来で多忙な医療機関が、これほど多くの届出書類を記載することに対して、相応の報酬が必要と考える。また、より簡易なシステムが準備されていながら、それが使用されなかったと最近報道されていた。デジタル化の推進は急務であるが、このような無駄は無くしていただき、必要な費用を医療機関に支出することで業務の分担も推進できると考える。

・高齢者施設等での感染発生時の早期対応が重要であり、政府の指示により各自治体で体制整備が進められていると推測する。その際に、一般の医療機関では内服の治療薬がすぐに処方できない体制であった。金曜日夕方の感染者確認に対して、月曜日にならなければ処方できなかった。

・学校、会議その他の場面において、感染リスクの低い許容される行動について、もう少し早く情報発信していただきたい。

回答（渡辺日医常任理事） HER-SYS の入力に対する負担は非常に膨大なものであり特に感染者数が増えてくる第5波から7波の感染拡大では、医療提供体制の逼迫にもつながるもので、日本医師会としても、この窮状を脱するため、総理大臣、厚生労働大臣に対して重ねての要望を行い、入力項目の削減、自治体ごとの緊急避難措置の適用、そして、9月26日からは、全国一律で対象者以外が入力不要となる運用となった。これにより、今後の医療現場での負担軽減が大きく図られることを期待している。新型コロナウイルス感染症については、感染症法に基づく届出方法として、HER-SYS が導入された。他の感染症と同様に届出自体に診療報酬、点数などの措置はなされていない。一方で、新型コロナウイルス感染症、陽性確定後の診療が公費で扱われており、医師による報告の内容もこの中で扱われるものとなっている。HER-SYS の入力だけでなく、新型コロナウイルス感染症に関しては、感染防止対策を含めた多くの負担のある中で、引き続き、補助金、診療報酬を含めて医療現場の活動が適切に評価されるよう

求めてまいる。また、都道府県医師会からの、新型コロナウイルス感染症に関する諸課題の要望について、引き続き、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（直近では10月11日（火）、12月23日（金））において、活発にご意見をお寄せいただき、現場の声を踏まえ、政府に対して提言等を行いたい。

2点目は高齢者施設における内服投与についてである。新型コロナウイルス感染症の患者を対象とした経口ウイルス薬モルヌピラビル（以下、「ラゲブリオ」）については、当初、安定的な供給が難しいことから一般供与は行わず、当面の間、厚生労働省が所有した上で、対象の薬局、それから院外処方を行う医療機関がラゲブリオ登録センターに登録し、本剤を配分する運用となっている。ラゲブリオ登録センターでは、各対象機関からの配分依頼を、日曜祝日を除く平日の15時の時点で取りまとめられており、15時までに取りまとめられた配分依頼については、地域等より多少差はあるが、原則、日曜祝日を除いて翌日に配送されるという運用となっている。ただ、流通に関しては、まさに地域の感染者数や、流通業者の体制等による地域での差異が生じていたと承知している。9月16日から、ラゲブリオの一般流通開始がなされたため、取引がある医薬品卸し業界、卸し業者とよくご相談いただき、適切に利用できるよう、配送日等についてご確認をお願いする。

3点目の情報発信について、政府決定方針等に関し速やかに情報を発信するよう今後とも努めてまいりたい。オミクロン株の特徴を踏まえた感染防止策については、内閣官房が出している基本的対処方針に基づく対応に沿ったものとなる。基本的には3密の回避、換気によるエアロゾル感染対策、不織布マスクの着用、接触感染対策、検温等といった内容で、当初の内容の継続から大きな変更はない。なお令和4年9月7日より陽性者の自宅療養期間の見直し等が行われていることは、ご存じのことと思う。

2. 今冬、新型コロナウイルス感染症とインフルエンザが同時流行した場合の対応について（山口県）

昨年はほとんど感染者が見られなかったオース

トラリアで2022年5～6月の時点で季節性インフルエンザが流行している。数か月後に冬を迎える日本でも季節性インフルエンザの流行が懸念される。山口県では2シーズンに亘って季節性インフルエンザの発生者がほとんどみられなかったため、第6波においても診療・検査医療機関での診療体制を維持することができた（ただし一部の保健所機能は破綻した）。7月中旬の時点で、新型コロナウイルス感染症は第7波により第6波以上の感染者数になるようとしている。今後の状況については予測が困難であるが、仮に新型コロナウイルス感染症・季節性インフルエンザが同時に流行し、発熱患者が激増した場合に、新型コロナウイルス感染症が2類相当である現状の診療・検査体制で対応できるであろうか。日医の見解を伺う。**回答（渡辺日医常任理事）** まず、インフルエンザへの対応であるが、インフルエンザと新型コロナウイルス感染症の同時接種については、インフルエンザワクチン接種を積極的に推奨し、可能な限りインフルエンザ患者の発症又は重症化を抑制する対応が必要と考える。厚生労働省が新型コロナウイルス感染症とインフルエンザのワクチンの同時接種を認めていることを踏まえて、日本医師会も、インフルエンザワクチンの接種についても推奨している。出口戦略について、政府による感染症法の改正について、議論が始まったところである。現時点でも、新型コロナウイルス感染症は、指定感染症として、さまざまな対応が時々に応じて緩和がなされている。また、感染症パンデミックが起きた際に対応できる医療提供体制の再構築に向けて、感染症法、地域保健法等、関連法令の整備が進められている。現在、通常の感染症でなく、新型インフルエンザ等感染症という法的な位置付けだからこそ患者負担分の公費負担、病床確保料や診療報酬の特例など、強力な財政支援策を講じることができている。

今のような国を挙げての予防接種推進体制も同様である。さらに、新型インフルエンザ等感染症という枠組みは、属性や感染力の強弱に応じて、療養期間などをフレキシブルに見直すことができる仕組みとなっており、そのため、通常の感染症診療に移行した場合、行政の対応や患者と医療機

関への財政支援策が不十分となり、硬直的なものになりかねない。したがって、日本医師会としては、類型の変更などは慎重かつ段階的に行われるとともに、引き続き財政的な支援等がしっかりと行われるように、交渉していく必要があると考えている。

同時に、国民・メディアに対しては、定例会見やホームページの報告活動をさらに強化し、来院前には発熱等の症状があることを連絡するよう周知徹底を図るとともに、過剰な心配、不安、混乱を引き起こさないように、啓発していくことが重要と考えている。

[報告：副会長 沖中 芳彦]

第2分科会「医療保険等」

コメンテーターとして日本医師会の長島常任理事と江澤常任理事を迎えて行われた。

冒頭、広島県の保険担当理事である落久保常任理事より、ご挨拶と趣旨説明がなされた。会員医療機関にとっての3大危機は、「医事紛争と医療現場における暴力」、「診療報酬請求における審査上の問題」、「個別指導・監査の問題」であると考えており、この分科会では三つ目に焦点をあて議論いただく。指導や監査への立会は、医師会だからこそ取り組むことができる内容の一つで、その傾向と対策を郡市医師会や会員に伝達することは、会員支援、ひいては医師会の組織強化にも繋がると考え、テーマに設定した。なお、一つ目の「医事紛争と医療現場における暴力」は、11月23日に開催の中国四国医師会連合「医事紛争研究会」で議論いただく予定である。

1. 意見交換「保険医療機関への指導等の在り方及び対策について」

コロナ禍でも実施される保険指導の必要性は十分に理解できるが、単に高点数を理由とした指導、あるいは件数消化のために実施される指導に対しては、医師会として毅然とした対応や申し入れを行う必要があると考える。

また、保険医療機関への指導のあり方など、各県の現状や課題を共有することで、ウィズコロナ・アフターコロナの指導のあり方、各厚生支局

等と折衝の際の検討材料にし、さらには指導時の医師会役員の立ち会いなどを通じて医師会の組織強化につなげたいという趣旨で、下記(1)～(4)について意見交換が行われた。

(1) 令和4年度指導計画件数及び実施方法について

山口県では今年度、「集団指導」は3回、eラーニングとなり、対象者へは1か月前に中国四国厚生局山口事務所から通知が出された。視聴可能期間は1か月、受講確認は厚生局が把握、欠席の場合は再通知される。「集団的個別指導」も年3回、県内3か所で集合形式で行われ、正当な理由なき欠席は個別指導となる。「個別指導」は高点数については実施されないが、今回、3年ぶりの病院での個別指導が再開される。「適時調査」や「特定共同指導」も予定されている。これら各種指導については、コロナ禍の感染状況に鑑みての適切な開催を開催元に申し出ている。

他県も、件数や開催時期は違うが、基本的に同じである。

(2) 新型コロナ感染拡大防止措置下における指導等の実施基準の有無について

各種指導の実施においては感染拡大をさせないために、感染対策を徹底するよう厚生局に申し入れられている。

他県の回答では、緊急事態宣言発令期間はずれの指導も実施しないこと、まん延防止等重点措置は原則実施だが、個別に延期判断を行うことなどを厚生局と取り決めをしたところがある。感染状況もその年で変わっており、宣言の発令基準も大きく異なるため、運用を見直す必要もあるのではないかと考えているところがある。

(3) 会員あるいは市郡地区医師会向けの支援策の有無について

当会では新規個別指導及び個別指導では、当会保険担当理事の立会いと、所属郡市医師会担当理事に立会いを依頼している。会員向けの支援としては、年1回、新規開業された会員に対しての研修会を開催、診療報酬と保険審査、各種指導と

措置についてのレクチャーをしている。また、指導後の指摘事項について、会員からの相談に対応している。

他県では、個別指導前に模擬実習を行っているところ、新規会員向けの研修会を開くところ、書籍「医師のための保険診療入門」を配付しているところ、研修会はしないが会員専用ホームページに指摘（されるであろう）事項を掲載して周知しているところがある。

(4) 会員あるいは市郡地区医師会への情報共有方法（広報）について

当会では、各種指導に関する情報の共有方法としては通知による周知をし、また、担当理事協議会や関係する委員会等でも周知・共有している。他県では厚生局とで協議したものを会員専用ホームページに記載して周知、過去の指導事項をまとめた「しおり」の発行のほか、月1回定期的に厚生局と県関係課と連絡会を開いて情報交換しているところがある。

意見交換

- ・指導実施のもととなる情報提供の発元
→厚生局のたずねても不明であるが、立ち会っての感想としては、患者側からではないかと感じるものもあった。
- ・医療機関の希望で、事前に実施指導をする県医師会もあるが、具体的には？
→主に新規指導を受けられる方で、開業以前に指導の経験がないので、どのような感じなのか、また希望する医療機関の状況がどう指導されるかわからないということで、出向いていく。
- ・県担当課と厚生局との連絡会、その後保険担当理事会議の開催
→前者については、それまでの指導内容を受けて、医師会から厚生局に意見を述べる会である。後者は郡市レベルであるが保険担当理事を2時間程度行うもので、前者の協議内容を議論する。

2. 各県からの提出議題

(1) リフィル処方箋の各県の発行状況と問題点について（徳島県）

今季の診療報酬改定で、「リフィル処方箋制度」が認められた。リフィル処方箋の導入については、中医協で何ら議論されることなく導入されたのは問題である。患者にとっては、通院回数が減る、医療費の節約ができる、感染機会が減るなどのメリットがあるが、医療機関にとっては、1回の投与日数が90日になると、リフィル処方箋を使用することにより無診療投薬と同じ状況になりかねない。また、対象薬から湿布薬が外されている。処方箋の交付について、行う医薬品と行わない医薬品を処方する場合、処方箋を分ける必要があり、煩雑極まりない。このように大部分の患者、医療機関にとって、メリットは少ないと思われる。

徳島県でも、今の所リフィル処方箋の発行は少ないが、各県のリフィル処方箋の発行状況と問題点を伺いたい。

当県の回答

本県におけるリフィル処方せん割合は0.037%（6月診療分）程度。しかし、第7波の影響等により、患者側からリフィル処方せんの要請が徐々に増加することも考えられ、診療報酬体系に及ぼす影響は少なくない。中医協で実施されている「リフィル処方箋の実施状況調査」（令和4年度、令和5年度）の結果にも注目したい。

他県の回答

リフィル処方箋を発行しているところも、多数ではないが、それなりに件数がある。長期処方となると、患者の健康にも関わるので、慎重かつ丁寧な対応を求めることが大切である。かかりつけ医と薬剤師とで、患者の状態をこれまで通りに的確に把握できるか、両者との連携が機能できているか、今後の検証が必要と考える。

現時点、リフィル処方については、あまり大きな影響は受けていないようであるが、来年5月の中国四国医師会連合「医療保険研究会」にて議論される予定。リフィル処方についての評価と

今後どうなるかを長島日医常任理事に伺ったところ、現時点での日医の見解としては、リフィルに活用されていないことで、逆に財務省が課題として受け、活用拡大の方策を出す可能性が考えられる。やはり患者に定期的にしっかりと医療機関を受診することが健康を守ることであるので、それをテーマとして広報するということであった。今後患者に対して、定期的に医療機関を受診することが健康維持に必須であることを広報していく予定とのことであった。

(2) 個別指導の選定で高点数の医療機関（高知県）

高知県では平成24年度から個別指導の選定で高点数の医療機関が年々増えていた。令和2、3年度は高点数の保険医療機関等に対する個別指導は実施ないが、四国厚生支局高知県事務所より、令和6年度より、高点数の保険医療機関等に対する個別指導を実施する予定との通達があった。集団的個別指導の際などで会員に、注意を喚起することがあれば、ご教授願いたい。

当県の回答

本県では今年度も高点数による実施はない。次年度以降を厚生局に確認したところ、情報は入ってきておらず不明な状況とのことである。仮に設問のように令和6年度から高点数実施となるとすれば、「再指導」の対象となる医療機関の指導内容に注視し、場合によってはピアレビューを行う等の対応を考える。

他県の回答

在宅系の医療機関での高点数が増加しているようである。基本的な保険診療ルールに則った請求が大前提で、指導の留意点をもとにした研修会を企画し、注意喚起に努めている県もある。

(3) 個別指導における立会について（山口県）

個別指導において、健康保険法第73条第2項等の規定に基づき、中国四国厚生局長からの依頼に対して立会の対応を行っている。①②の各県状況を伺いたい。

①立会者については対象医療機関ごと（1卓ごと）

に付けられているか。あるいは1会場ごと（又は1室ごと）に付けられているか。

②個別指導対象者が非会員である場合も、同様に立会を付けているか（非会員の医師によっては、医師会側の立会を拒否される事例等は発生していないか）。

他県の回答

①対象医療機関ごとの郡市医師会と県医師会の立会という回答。②ほとんどが拒否されたことはないが、立会をしないところもある。この場合は厚生局が基金や国保連へ立会の依頼がなされている。非会員であっても、医師会加入促進の意を込めて立会する。

3. 日本医師会への意見要望

(1) 新興感染症等に対応できる医療提供体制確保の取り組みについて（愛媛県）

外来感染対策向上加算は、診療所が平時から感染対策に取り組むことを促す意味で新設されたものと理解されるが、算定要件がかなり厳格すぎるため、新たに当該加算を算定する医療機関の底上げになるか疑問である。施設基準において発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体のホームページで公開していることとなり、現在の診療・検査外来を実施している医療機関が該当するものと考えられる。全国での届出医療機関数はわからないが、日医も多くの医療機関が参加できるように積極的に関与すべきと考ええる。

しかしながら、外来感染対策向上加算6点、連携強化加算3点、サーベイランス強化加算1点はあまりにも低すぎる。この低く設定された点数では、真つ当な労力に見合った正当な評価がなされていないと考えられ、算定要件のしぼりに見合った点数を厚労省に要望してほしい。

また、感染対策向上加算1においては、地理的要件から地方の中規模病院では人的資源が乏しく、感染対策向上加算2又は3に係る届出を行った保険医療機関と合同で、少なくとも年4回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行うことなどを含め、医療連携に必要な同加算

1の施設基準を満たすことができず、加算1の届出を断念せざるをえなかった病院があることも聞く。そのようなことも考慮しているのか疑義解釈の続報が出ているが、地方の基幹病院の平常の診療に支障がないよう日医からも簡素化できるところがあれば見直しをお願いしたい。

日医の見解

ご指摘の通り、複雑で点数が見合っていないことは、その通りと感じている。感染に関する加算が、個別医療機関というより地域での感染症対応を評価することになっていることは理解できるが、その故、現場は手間がかかることが問題。支援策として日医から届出書のサンプルを示した。各地医師会での届け出に向けた支援を行ってもらっている。一方、点数に関しては、財源が厳しい中での改定なので、本当の意味での感染対策の評価になっていないと認識している。簡素化、見当たった点数設定は次回に向けての課題として取り組む。

(2) 経済・財政諮問会議の骨太の方針2022について（鳥取県）

今回、リフィル処方十分議論されずに、突如盛り込まれた。また、現在、経済・財政諮問会議の骨太の方針2022の原案が示された。

①今後の医療ニーズやコロナ禍で顕著化した課題を踏まえ、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」に取り組む方針を明記。

②オンライン資格確認に関しては「保険医療機関・薬局に、2023年4月からの導入」を義務付ける。

③周知・広報の推進と合わせたリフィル処方の普及・定着のための仕組みの整備を実現する。

上記3点が医療政策上の話題となるが、ともに十分な議論がなされないまま盛り込まれており問題と考える。このうち特に心配なのが①である。これはフリーアクセスの制限とも読める文脈である。というのは、令和4年5月17日の全世代型社会保障構築会議で中間整理を報告しており、「かかりつけ医の制度化を含め、コロナ禍の教訓を踏まえた医療介護提供体制改革を加速すべき。」その根拠として、「新型コロナウイルス感染症への

対応について、かかりつけ医機能などの地域医療の機能が十分作動せず、総合病院や保健所に大きな負荷がかかったことを課題」とし、その解決手段として「かかりつけ医機能が発揮される法制度を含め、機能分化と連携を一層重視した医療・介護体制等の国民目線での改革を進めるべきだ」との主張が伏線であったと思われる。

なぜに、新型コロナウイルス感染症への対応について、かかりつけ医機能などの地域医療の機能が十分作動せず、総合病院や保健所に大きな負荷がかかったことと結論付けることができたのかははっきりしない。この点について行政との政策論争の場（追加）で十分検討してほしい。

かかりつけ医機能が、病診間の機能分化によって大変重要であることは明らかではある。しかし、リフィル処方がそうであったように、このかかりつけ医機能の論争が財政規律を目的にしたフリーアクセスを制限する制度に突然置き換えられることも危惧される。日本国民にとってフリーアクセスを制限することが民意であるとも思いにくい。政策論争の場だけでかかりつけ医制度を議論するだけでなく、国民的なコンセンサスを形成するために国民と共に議論を起こす事が医師会として望まれる時ではないか。

(3) かかりつけ医機能の強化～日本型のかかりつけ医制度～について（島根県）

かかりつけ医として日々外来診療、往診、訪問診療等24時間体制で地域の患者さんに向き合い、地域住民の安心・安全そして不安解消に向けていろいろな相談事にも対応している。受付に当院は“かかりつけ医として24時間対応、夜間休日の問い合わせ、保険・福祉サービスの問い合わせ、健康診断結果に関する相談等に対応します”という宣言文を掲示している。また“標榜時間外であっても患者さんからの電話等の問い合わせに対応し、連携病院へ紹介、また訪問看護等他職種と連携した体制を整えております”と掲示しているが、患者さんとは契約ではなく、あくまでも患者さんとの信頼に基づくものである。コロナ感染拡大、災害発生等が相次ぎ、世の中が不安定な中では、地域住民の安心・安全のためかかりつけ医

の役割はますます重要になっている。しかし、それに対する評価は決して高くなく（診療報酬でも正当に評価されていない）、逆にマスコミからコロナ対応で批判の対象にもなった。日本医師会として、かかりつけ医機能を高める研修会の充実を行い、地域で活躍する総合医が育つまで“かかりつけ医”を総合医とみなすような体制整備を行ってほしい。また、今回の診療報酬改定に向けて、国は新たな“かかりつけ医制度”の導入を検討しているが、国主導でなく、日本の医療が歩んできた歴史を踏まえた日本型の“かかりつけ医制度”導入に向けて松本日本医師会会長が先頭に立ってリーダーシップを発揮していただきたい。

日医の見解

かかりつけ医機能の向上については、日医でワーキンググループを設置、議論を継続して行っている。かかりつけ医は患者からの信頼で選ばれるものであるため、国民皆保険の柱であるフリーアクセスを担保する必要がある。日医ではかかりつけ医研修制度を創設して7年が経つ。地域に信頼されるかかりつけ医を養成、普及に努めているが、継続してご協力いただきたい。また、ご指摘のように医療費抑制のためにフリーアクセス制限ではなく、国民に健康に関する教育啓発を行い、意識改革を行い、上手な医療のかかり方を広めてかかりつけ医を普及していく。そのためのリーダーシップが日本医師会であると考えている。

第8次医療計画等に関する検討会では、受診の場面からみた保険医療のニーズとして、予防、初診対応、逆紹介の受け入れ、質の高い継続診療提供、高齢者医療の特有のもの、地域とのかかわりが示された。その時のテーマが「かかりつけの機能」である。一人ですべてを担う医師もいるが、大切なことは地域住民のための医療に支障がないように、ニーズ対応に欠けない医療提供体制の構築が大切と考える。そのため多くのかかりつけ医で支えることを検討している。

有事と平事については区別して検討するべきである。一方、役割分担との連携は共通であるので、各地区医師会でリーダーシップを発揮してほしい。診療報酬については、かかりつけ医機能を

評価した加算は、たくさんの先生が算定できるように裾野を広げていくため、正当な評価となるように中医協でしっかりと意見を述べたい。

(4) 指導大綱の見直し（岡山県）

現行の指導は指導大綱に沿った形で行われているが、集団的個別指導後の高点数保険医療機関が選定されているが生物製剤の使用などの高額医薬品を使用する医療機関においては高点数になりやすい。被指導医療機関においては「高点数＝悪」といった印象で萎縮医療になりかねないと思う。また、類型区分においても都道府県単位で平均点数が著しく異なっており、点数による選定以外の方法による指導大綱の見直しが求められているのではないかと。

(5) 積極的診療に伴う高点数による個別指導

（山口県）

個別指導の中には、何らかの疑義があり実施されるものもあるが、明らかに悪質な場合を除き、ほとんどの医師は良心に基づいて保険診療を行っている。地域医療の担い手となる開業医においても、総合病院と遜色ない最先端かつ高度な治療を行うことにより、地域住民のニーズに応えている医師が多い。しかしながら、積極的な診療を行えば行うほど必然的に保険点数が上がり、結果的に高点数による個別指導の対象になってしまうジレンマに陥ってしまう。当然医療においてもコストパフォーマンスは重要であり、むやみに高額診療を行っている医師に対する指導は必須だが、単純に「高点数＝悪」という図式は現在の医療体制と大きく乖離していると思われ、このような高点数を指標とした指導は萎縮診療を招き、ひいては医療崩壊を来すと考えられる。

日本医師会は以前より「高点数＝悪」ではないと主張されているが、不正請求を見抜くための手段を整え、高点数のみでなく診療内容で指導すべき医療機関を選定するよう、指導大綱等の改訂などを含め、厚生労働省当局に対してより一層の働きかけをお願いしたい。

日医の見解

会員や郡市区医師会への支援、広報を聞き、日本医師会の活動に活用させていただく。高点数による個別指導については、指導大綱ができる以前はいきなり個別指導であったが、その後は返還金を求めない集団的個別指導をいれるようになるなど指導大綱が改正され、平成8年度以降続いている。当時の中医協は公開されずに開催されていた。その中での議論であるが、診療側と支払い側の隔たりは大きく、ピアレビュー、自主返金、監査の取扱いでは合意が得られず、結果的に両者の合意が得られた部分をまとめた報告がされ、それに基づいて指導大綱の見直しが行われた。もし、いま、指導大綱を改正する場合は、公開となってしまう中医協において、マスコミが国民に間違った報道をするリスクもあり、現行よりむしろ厳しいものになると懸念している。日医としては抜本的な法改正ではなく、厚生労働省と運用の見直しで是正する協議をする。高点数で指導対象を決めているが、都道府県で平等性に欠けることもあるが、以前、県ごとでなくブロックごとに対象を決める方法もあるのではないかと、という意見もあった。高点数が指導大綱に記載されているため、高点数であっても問題がない医療機関をどのように指導対象から除外できるかの仕組みが必要であり、長年の課題でもある。ぜひとも、各都道府県医師会で具体的な対応策をご提案いただき、日医へ上げていただきたい。

適切な保険請求を促す教育的なものと思う。ウィズコロナ、アフターコロナのうえでの指導のあり方も含め、厚生労働省当局と相談していくので、ご指導・ご協力をお願いする。

[報告：専務理事 伊藤 真一]

特別講演

最近の医療情勢とその課題

日本医師会長 松本 吉郎

9月24日に広島で行われた「中国四国医師会連合総会」において、松本吉郎会長の特別講演が行われました。特に松本日医会長が強調され印象に残ったのは以下の2点です。

①医師会員は「点（個人）」としてだけでなく、

地域に根差して「面」としてさまざまな活動を行っており、是非、医師会活動に参加してほしい。そのための取組も提案している。

②現場からの情報を基に、それを政策として実現させるべく政治や行政との連携を図っていることを（若手）医師の皆さんに理解してもらい、現場からの支援が欲しい。

次に、主な講演内容について概説します。

医師会運営の4つの柱は、①国民の信頼を得られる医師会へ、②医師の期待に応える医師会へ、③一致団結する強い医師会へ、④地域から中央へ、である。これらを踏まえ、医師会運営に関する具体的な9項目について、取り組んでいることを中心に述べる。

1. 国民の健康と生命を守る

日医の役割は、「国民の健康と生命を守る」ことだと考えている。

そのためには、全ての医師・医療関係者の理解と協力、そして国をはじめとする関係機関との連携が不可欠であり、日医は地域医師会と協力し誰からも信頼されるよう努める。

また、地域に根差して頑張っている先生方には、医師会が地域住民の健康を守るため、日々、地域医療に貢献していることを知っていただき、そして自院のこと（点）だけでなく、医師会の仕事に参加して、「面」として地域医療を支えてほしい。

※「地域に根差した医師会活動」の面の例：在宅当番医、休日夜間急患センターなどの地域の時間外・救急対応、警察業務への協力、介護保険認定審査会などの行政等への公益活動、乳幼児健診、学校保健、産業保健などの地域保健活動など。

2. 現場からの情報収集と連携

診療報酬や国に対する要望など、医療現場（会員）からの意見等をもとに実現に向けて政府審議会等で発言、議員への要望活動を行い、新たな医療制度やより良い医療の実現を目指して取り組んでいる。

そこで、より説得力のある議論を展開するには、先生方の現場の声が必要であり、その意見を踏ま

えて医療政策の議論の場に臨んでいく。言い換えると、より多くの先生方が医師会活動に参画することが、医師会の発言力の強化につながる。

まさに先生方一人ひとりの意識が、今後のわが国の医療を変えていくことになる。

こうした、医政活動を若い先生にも伝える努力をしていかないといけない。

また、政府与党との普段からの付き合いの中で、日医の考えを正確に伝えて理解を得る、あるいは逆に政治家の考えを傾聴し、それを日医がどのように捉えていくかを考えておくことが最も重要なことだと思っている。

取り組み例として、「物価高騰への支援を実現」として、新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金の中に医療機関への重点支援を盛り込んだり、「税制要望」として、一定規模以上の医療機関においては軽減税率による課税取引に改めるよう要望している。

3. 組織力強化

日医は医療界を代表する組織であり、すべての医師は医師会活動に参画してほしい。医療界が求める制度・政策等を実現するためには、その決定プロセスに深く関与する必要があり、現実的には

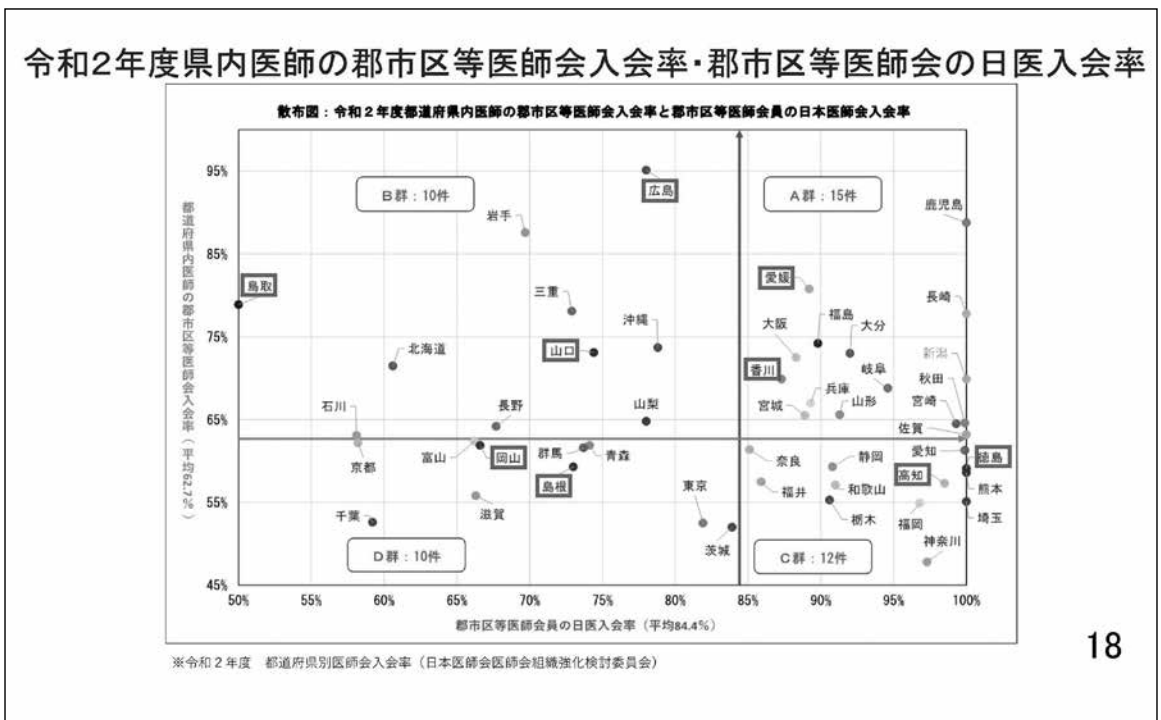
医師会を通じて医療界の意見等をその決定プロセスに反映させていくことが唯一の方法と考える。

医療に関する制度・政策等は一旦決定すれば、それに全ての医師が縛られることになる。そのため、全ての医師が自分のこととして医師会活動に関心を持ち、その活動に参画する中で、医師会とともに医療現場が求める制度・政策等を実現していくことが必要である。

そこで、医師会活動を自分のこととして認識してもらうためには、まずは医師会活動に参画してもらい、その活動を体験してもらうことが、第一歩になると考える。

まずは、令和5年度より会費減免期間の延長を行い、医学部卒後5年間を会費減免期間とし、その中で医師会活動に参画してもらい、医師会への理解を深めていただけるようにしたい。各都府県医師会においても特段のご理解とご協力をお願いしたい。

日本の医師数34万人、郡市区等医師会加入者20.5万人、都道府県医師会加入者19.1万人、日本医師会加入者は更に減り17.4万人である。日本の医師総数の51.2%が日本医師会に加入している（下図参照）。郡市区医師会加入者と日医加



図（当日配付資料から転載）

入者で3万人程度違っており、まずはこのギャップを埋めることが大事である。何としても50%を切ることは避けたい。

なお、A②(B)の30歳以下の方やA②(C)の会費減免適用後は15,000円となり、15,000円で日医の医師賠償責任保険に加入できることになる。民間の医師賠償責任保険に比べ、非常に金額的にメリットがあるとともに、内容も日医の医師賠償責任保険のほうが優れているので、これをアピールしていただきたい。

4. 新型コロナウイルス感染症及び新興感染症への対応

公表されている診療・検査医療機関をはじめ、各医療機関はその役割に応じて可能な範囲で全力で対応いただいている。

これまで、医療現場はまさにぎりぎりの状態で逼迫しつつも、しっかりと患者さんを守ってきた。その結果、G7をはじめ世界的に見ても、人口当たりの新規感染者数や死亡者数は少なく、入院患者数も他国に引けをとらないなど、高水準の対応をしてきた。

一方で、医師会としても国民の皆様にはわかりやすい情報発信をするなど改善をしていかなければならない。日医としては、今後も多くの医療機関にご協力いただくため、日医から地域医師会に情報提供を行うとともに、行政、各団体等との連携に努めていく。

その取り組み例として、全国知事会による意見交換会及び要望書の提出や、厚労省に対し、特例臨時接種の実施期間の延長、保健医療体制の強化と全数届け出の見直し、さらに、新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業の継続を要望している。

5. 国民皆保険制度及び医療提供体制の堅持と持続性の確保

「かかりつけ医」とは、なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師である。

令和4年6月7日の「経済財政運営と改革の基本方針2022(骨太の方針)」の中で、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」と閣議決定された。

これから、「かかりつけ医機能」に関する議論が本格化するが、政府与党の中からは、財政再建を重視する立場からも、特に厳しい意見が出されてくることが見込まれる。

今後、フリーアクセスが制限されるような制度化については阻止し、必要なときに適切な医療にアクセスできる現在の仕組みを守るよう、会内でしっかりと議論(日医のかかりつけ医WGにおいてそのあり方について検討中)のうえ主張していく。

6. 超高齢社会への対応

医療及びケアの提供は、患者さんの意思が最も重要である。それを確認するために、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)の実践が必要で、このためには、かかりつけ医を中心に多職種が協働し、地域で支えるという視点が重要である。

また、医療・福祉分野には全国で800万人以上が従事しており、医療従事者自らが健康に働くことが、国民の健康につながっていく。地域の医師会や医療機関に健康経営に取り組んでいただきたい。

ところで、社会保障費について、令和5年度は、当初想定されている予算額より600億円上回っており、その圧縮が見込まれる。この対策の一環として、後期高齢者の窓口負担を一定の所得の方には2割負担してもらうこととなった。令和6年度は、さらに2,000～4,000億円の増加が見込まれており、これをどのように圧縮していくかの議論が続いていくことになる。

7. 医師の働き方改革

医師の働き方改革の基本理念として、医師の働き方改革では「地域医療の継続性」と「医師の健康への配慮」の2つを両立することが重要である。そこで、日医としては、医療機関の取り組みを支援する組織である「医療機関勤務環境評価センター」については日医がやるべきと考え指定を受

けることにした。

関連して、令和4年3月に後藤厚労大臣（当時）に、宿日直許可自体の判断基準や回数、罰則規定の取扱いなどの要望書を提出した。

8. 国民の信頼回復のための情報発信

定例記者会見、「日医君」だより、日医ニュース、日本医師会公式 YouTube チャンネルなどを活用し、情報発信を行っている。

9. 医療界における DX

安全・安心で、質の高い医療提供のために、医療界において DX を活用すべきであり、そのために、日医としては、課題解決に積極的に協力する一方で、費用負担（導入・維持費用）や業務負担はできるだけ少なくするなど、医療現場の負担や混乱が生じない対応を国に求めている。

療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）等が改正され、令和5年4月1日以降、保険医療機関は、患者の受給資格を確認する際に、オンライン資格確認によって行うことになり、そのために必要な体制を整備しなければならなくなる（現在紙レセプトでの請求が認められている保険医療機関は例外）。

中医協答申の附帯意見において、「令和4年末頃の導入の状況について点検を行い、地域医療に支障を生じる等、やむを得ない場合の必要な対応について、その期限も含め、検討を行う」旨が記載されており、この件については日医もしっかりとサポートしていきたい。

なお、診療報酬上の評価（医療情報・システム基盤整備体制充実加算）については、異例のことと理解して欲しい。

最後に、私の願いは先生方と共にあることである。日本医師会も地域医師会は一体不可分だと思う。先生方のご指導を賜りながら頑張っていくので、ご理解、ご協力を賜りたい。

【報告：理事 岡 紳爾】

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