

令和5年度 中国四国医師会連合総会

と き 令和5年9月23日(土・祝)・24(日)

と ころ JRホテルクレメント高松(香川県)



過去3年間はWeb開催あるいはハイブリッド方式での開催であったが、今年度は香川県医師会の担当で現地にて開催された。まず、中国四国医師会連合常任委員会が開催され、中央情勢等の報告が行われた後、中国四国医師会連合常任委員会(会長会議)の開催回数、新型コロナウイルス感染症5類移行後の対応、次期当番県について協議が行われた。その後、2つの分科会が開催された。

第1分科会「医療保険・医療政策(働き方改革を含む)」

日本医師会より松本会長、長島常任理事をコメンテーターとして呼びし、香川県医師会の司会進行のもと開催された。

I. 各県からの提出議題

1. オンライン資格確認の運用開始状況について (島根県)

令和5年5月21日時点で「都道府県別オン

ライン資格確認導入状況(厚生労働省発表)」は全国平均では病院は申込み率98.5%に対し運用開始が85.6%、医科診療所では申込み率91.3%に対し運用開始が67.9%となっている。中四国各県においてもほぼ同様の傾向で、医科診療所では申込み率87.4~93.5%に対し運用開始が61.7~72.7%であり、当島根県の運用開始率が61.7%と中四国では最下位となっている。申込み率と運用開始率の乖離は、申し込みをしてカードリーダーが届いてもシステムベンダーが対応できないことが大きな要因と考えられ、運用開始まで半年前後かかっているケースもある。9月には運用開始率は増加しているものとするが、運用開始後のメンテナンスや故障時の対応にも不安がある。

各県でシステムベンダー等の業者数や対応力について問題が生じたかどうか、また、医師会とし

て何か対応はお考えか、伺う。

本県の回答

全国のベンダーリストから、本県における業者数や対応には問題はないと考えているが、実際に会員医療機関からは、「業者に契約や注文を行ったが、その後の応答がなく不安になっている」といった意見をいただいたこともあった。

医師会としては、国や関係機関からの情報提供やシステム整備の説明会を開催した。他県の取り組みも参考にしたい。

他県の回答

ベンダーの対応力や実際のトラブルの報告／相談を受けた医師会が多い。医師会独自の対応は特段考えていないところが多く、日医の専用窓口での対応をるところもあった。ベンダー対応においては、機材は間に合うが、回線のことで問題があるようである。例えば、オンライン請求をしているところは、その回線を使ってオン資確認ができるが、そうでない医療機関は新たに回線を引かなければならず、その点で時間と費用が掛かっている。また、電話回線に「主装置（1本の回線で電話機の共有や留守電、転送機能を利用することができる）」があることで、オン資確認の通信プロトコルIPv6が使えず、別回線が必要になるケースが多かった。これから故障するケースが多々生じてきて、対応には2週間はかかると思うが、ベンダーの対応がカギとなるという実体験を基にした発言もあった。

アンケート調査を行った医師会もあった。運用を開始していない医療機関の理由としては、病院では顔認証端末の調達の遅延、診療所ではVPNの申し込みから設置までの遅延が多かった。大手通信会社が事実上の独占をしているので、問い合わせ殺到で対応能力を超えていたことが考えられる。機器が故障した際に、顔認証端末の貸し出しを検討している医師会もあった。

日医の見解・その他

まず、医療DXに関しての日医の考えは、導入と維持において医療現場で不安が生じていること

は大きな問題と認識している。現場の声を聴き、しっかり国に伝えて共有することで問題解決を行うので、相談窓口にベンダーや機器のことも意見としてお寄せいただきたい。

導入においては現時点では義務化対象医療機関では、ほぼ100%に近付いている。実際の運用開始は地域差もあり、そこまでいかないが、安定と継続性は重要であるので、丁寧に対応していく。往診や訪問診療・訪問看護では、医療関係者のスマートフォンを用いての仕組みがかなり開発されて、対応できる見込みである。

オンライン資格確認ができないトラブルの対応も、厚労省より対応が示されている（本人申立書など）。停電トラブルや発熱外来で導線を分けている場合の対応としては、マイナンバーカードだけでなく「健康保険証も一緒に持参するよう」に促すことが重要で、東京都医師会が告知ポスターを作っているので、全国の医師会でも同じようにしてもらおうのが現実的である。

政府は2024年秋に紙の健康保険証を廃止し、マイナンバーカードと一体化することを公表しているが、廃止された場合の対応は2つある。一つはマイナンバーカードを健康保険証として利用できる方には、「資格情報のお知らせ」を送ることになっている。これは紙（A4判）の情報であるが、その片隅にマイナンバーカードと同じ大きさで健康保険の情報が書かれている。送られてきたら切り取って、マイナンバーカードを入れるシートと一緒に入れて、必ず持ち歩いてもらうとよい。この紙単独では資格確認できないが、マイナンバーカードと一緒にあれば資格確認できる扱いになっている。一方、マイナンバーカードを持っていない人には「資格確認証」が交付される。以前は申請があった場合だけだったが、改善されて申請がなくても持っていない方全員に保険者が職権で一律交付することになる。さらに有効期限が1年間から5年間となる。そこにある記載事項は現在の健康保険証と同じである。つまり、資格確認証が保険証で名前が変わるだけと考える。ただし、法律上、健康保険証を廃止すると決めてしまったので、これを健康保険証とは呼べないが、実質上は完全に健康保険証と考えている。したがっ

て、マイナ保険証を持っていない方には「実質上の健康保険証」が交付される。この2つの方法で、仮にオンライン資格確認ができなくても対応できることになる（実質上の対応は可能）。

医療DXの目的としての一つに「患者の診療・健診情報などの閲覧」ができるので、そのためにもマイナンバーカードを活用してもらいたい。さまざまな負担が医療現場で生じているが、それを減らし、医療現場の不安を払拭することが最大の普及策と考えている。是非、相談窓口に意見をお寄せいただきたい。それをもって国にも働きかける。

2. 医療費助成事業（地方単独事業）に係る請求方法について（山口県）

コロナ禍における診療業務の煩雑状況については、ここで説明するまでもないが、医療費の患者負担分を助成する医療費助成事業（特に「乳幼児医療」）の診療報酬請求について、他県ではレセプトに公費番号を入力さえすれば、社保及び国保別に自動的に請求できるものと思われるが、本県では未だに社保分（乳幼児医療：6歳未満のみで月96,000件）も国保連合会へ請求する制度になっているため、一般の保険請求分とは別に、請求書を紙で送付するとか、別の媒体で送付する等（ネット経由の請求方法もあるが、利用率は1割以下）、第7波において相当の業務量であったことが小児科を中心とする会員から報告され、早急な改善要請を受けている。

このような状況は、現在、本県のみの特異的なものと思われるが、中国四国各県においては医療費助成事業（特に「乳幼児医療」）の診療報酬請求はスムーズに行われているか伺いたい。併せて、同事業が現在の診療報酬請求方法に移行された時期（おそらく、支払基金が特別民間法人へ移行した平成14年ごろ）に、何らかの問題に対応されたか伺いたい。

また、令和5年4月から、原則オンライン資格確認が義務化され、3月22日の厚生労働省の社会保障審議会・医療保険部会では、2024年9月までにオンライン請求を100%に近づけると公表している状況の中で、本県のこの窮状につい

て、日医から国（デジタル庁等）へ状況を伝えていただき、改善への力添えをいただければ幸甚である。

他県の回答

山口県と同様に、乳幼児医療の診療報酬請求先は国保連合会という県もあるが、すでに保険者負担分と福祉医療費分を併用レセプトで請求しているところがほとんどである。

全国では、乳幼児医療・ひとり親家庭医療・重度心身障害者医療の主な3事業すべてを受託しているのは21都道府県、3事業の一部事業又は一部市町村を受託しているのは17県、3事業は未受託であるが、それ以外の事業で全市町村又は一部市町村を受託しているのは2府県、まったく受託していない県は岩手、山形、群馬、岐阜、山口、愛媛、沖縄である。受託していない県では本県と同様に併用レセプトでの請求を求めており、日医の問題解決に期待する。

日医の見解・その他

医療DXが進む中、できるだけ地単公費に関する事務負担を軽減するように、国に働き掛ける。

3. 医療現場のDXの推進の取組について（徳島県）

今回のコロナ禍で日本において、いかにデジタル化が遅れているか明らかになった。また、今後の少子化、人口減少により一層医療従事者不足に拍車がかかることが予想される。この医療従事者不足等に対応するためにも、医療現場におけるDXを推進し、業務の効率化や医療情報ネットワークによる連携、BCPの強化などを図る必要がある。

そこで、各県医師会独自であるいは自治体と協力しながら医療DXの推進に取り組まれているようであればご教示いただきたい。

徳島県においては、徳島大学病院、県、県医師会関係機関が協力し設立した一般社団法人「阿波あいネット」による医療・介護の地域医療情報連携システムや、県と県内の公立・公的医療機関からなる「医療コンソーシアム」において遠隔医療の実装などに取り組んでいる。

本県の回答

本県では、本会独自又は自治体と協力して医療DXの推進に取り組んでいる事例はない。県内8地域で地域医療介護連携システムが構築され、各地域の医師会が運用しているが、中にはランニングコスト等の理由により、運用を終了した地域もある。

2022年8月に県内の地域医療情報連携システムを運用している郡市医師会にアンケート調査を行ったところ、「国又は県が医療介護連携システムを構築してほしい」という意見が多く、全国医療情報プラットフォームの創設や電子カルテ情報の標準化など、今後、国の進める医療DXの推進に注視しつつ、適切な対応を行いたいと考えている。

他県の回答

鳥取県は県と大学と医師会で協力して「NPO法人おしどりネット」を運営、県下すべての基幹病院に加入してもらい、医療提供の効率化だけでなくBCP強化にも役立っている。島根県も県とNPO法人が医療情報ネットワークシステムを運営して、中核病院や診療所だけでなく、薬局、介護事業所、行政機関も徐々に参加してもらっている。このほか、医師会として過疎地区にオンライン診療システムの事業構築をしているところ、県と共同ネットワークで内視鏡の読影や小児遠隔診療支援、救急搬送時の画像連携を行っているところもある。

香川県では県下中核病院のカルテや画像を、中小の医療機関が参照できるシステムを運用しており、2年前からこのシステムを刷新した。センターサーバー方式をとることで、医療機関が被災或いはサイバー攻撃を受けた際にバックアップとして使うことができる。

岡山県では島嶼部の医療確保を目的としたオンライン診療システム構築を展開している。これは7つの島に対して5つの医療機関がそれぞれ1~2回/週で巡回診療を行っているところをオンラインで活用するというものである。

高知県では県と医師会と協力会員とで運営する「あんしんネット」があり、統一した内容でアプ

リも入れている地域連携システムである。ただし、予算要望等を県にしているところであるが、話が進みづらい点もある。

日医の見解・その他

日医の目指す医療DXは適切な情報連携と業務の効率化である。つまり、国民に安心・安全で質の高い医療を提供しつつ、医療現場の負担軽減である。各地域連携ネットワーク（地連NW）はその方向で活用できるようにしてもらいたい。全国的プラットフォームの構築という考えもあるが、地域差とコスト負担及び継続性の不安があり、オンライン資格確認のインフラを使ったもので全国共有を考えている。そこで地域連携ネットワークと全国的プラットフォームを併用するのがよいと提案する。国に対してもこれら併用の必要性を主張していくので、地域でも全国プラットフォームと役割分担や連携・活用について検討していただきたい。

4. 二次性骨折予防継続管理料について（愛媛県）

当該管理料は、二次性骨折予防による健康寿命の延伸及び医療費の削減を目的に、令和4年4月の診療報酬改定で新設された。しかしながら、全国的に算定する医療機関が少なく、愛媛県でも同様の状況にある。『日本医師会雑誌』第151巻第11号（2023年2月1日発行）でも特集で取り上げられていたが、内科かかりつけ医が術後の患者の半数を治療しているとの報告もみられる。

愛媛県の現状では、二次性骨折予防継続管理料を算定している医療機関は、5月1日の段階で、管理料1が31医療機関、管理料2が23、管理料3（病院）が36、管理料3（診療所）が59であった。診療所の内訳では、内科を標榜する診療所17医療機関が施設基準の届出を行っていた。しかし、診療所での算定数は少ない傾向が続いている。

高齢者の増加とともに転倒事故は確実に多くなっている。特に、骨粗鬆性大腿骨近位部骨折の再骨折（対側）の予防は重要で、愛媛県医師会では県医師会報を通じて、手術を行った急性期病院が「二次性骨折予防継続管理料1」を、回復期医

療機関が「管理料2」を、最後にかかりつけ医が「管理料3」を算定できるよう、改めて届出基準等の周知を行ったところ、毎月2〜3の医療機関が算定を開始するようになった。また、整形外科会を中心にアプリを使用した多職種連携によるリエゾン等事業も計画されている。

各県での算定状況及び二次性骨折予防対策をされているようであればご教示いただきたい。

本県の回答

本県の届出（令和5年7月1日現在）については、管理料1が23医療機関、管理料2が21医療機関、管理料3の病院が30医療機関、診療所が49医療機関であり、届出数が少ないことが問題視されている。

届出をしている医療機関でも、前医が当該管理料を算定しているか否かは紹介状から判断できないため、算定する際には、その都度、前医に確認をしている。また、手術を行う基幹病院等では、医事課等において管理料1の算定処理を行っており、担当医（勤務医）は算定していることを知らない例もあるため、紹介状にはそのことが反映されないという実情もある。

レセプト審査においては、前医で管理料を算定していないことによる査定例も報告されているため、届出医療機関を増やすためにも、算定時に余計な手間がかからないようなシステム作りが必要と考える。

他県の回答

各県の直近の状況は、下表のとおりである。

県名	管理料1	管理料2	管理料3	
			病院	診療所
鳥取県	12	12	17	9
島根県	12	11	14	26
岡山県	37	40	51	30
広島県	51	55	65	92
山口県	23	21	30	49
徳島県	12	23	31	13
愛媛県	31	23	36	3
高知県	18	28	30	9
香川県	23	19	26	19

二次性骨折予防の重要性が十分に認知されているとは言えないが、予防のためには骨粗鬆症治療が重要で、病院・診療所・介護施設の連携構築が望まれる。

日医の見解・その他

多職種連携に使えるアプリによる地域連携ネットワークでの連携が有効な活用方法と言える。それを踏まえ、日医の社会保険診療報酬検討委員会で評価をいただいたところ、「管理料新設は評価するが、機能分化してそれぞれの役割ごとの見直しが必要ではないか」、「有床診療所でも算定できるようにすること」、「かかりつけ診療所で管理料算定をしやすいとする」等の意見であった。令和6年度診療報酬改定の要望事項でも、脊椎圧迫骨折などの保存療法にも算定できるようにすることや、有床診療所でも算定できるように施設基準の拡大が求められる。また、管理料1の算定の有無にかかわらず、管理料2と3が算定できるように対象疾患と施設基準を拡大するなど、算定要件が実用的なものになるように要望をいただいているので、その実現に向けて対応していく。

5. 医師の働き方改革の施行に向けた県医師会としての取り組みについて（鳥取県）

鳥取県では医療勤務環境改善支援センターを県医師会内に設置、その運営に深くかかわっている。特例水準の申請を予定している医療機関の準備状況の把握や大学への関与、特に他の医療機関から医師を受け入れている医療機関の宿日許可取得状況の把握などがなされている。また、県、労働局、勤改センターの三者の担当者が集まり、事業の取組状況等について情報共有するとともに、関係者間で連携を行っている。

施行に向けて、A水準を目指すとしている医療機関については、医師の働き方改革の取組状況を確認し、地域医療構想の枠内で適切な医療提供体制がとれているか確認することも重要である。

2024年4月以降は、医療機関は、医業に従事する勤務医に時間外・休日労働を行わせる場合は、新しい36協定を締結する必要がある。また、各医療機関において医師の時間外・休日労働に応じ

た、適切な面接指導及び勤務間インターバル・代償休息のルールが未履行であることが確認された場合には、医療監視（立入調査）を通じて指導を行うことと併せて、都道府県及び勤改センターにより支援が行われることとなる。

各県医師会としての取組状況を伺う。また、今後、安定した地域医療の維持のために取り組むべきことがあれば、ご意見をお聞かせいただきたい。

本県の回答

山口県においては、医療勤務環境支援センターが山口県健康福祉部医療政策課内に設置されており、本会としては、担当役員1名が同センター運営協議会の委員として、必要に応じて情報提供等の連携している。年3回開催される「医療機関の勤務環境改善に向けた研修会」については、郡市医師会を通じて会員へ周知を行っている。本会としての取組みは行ってないため、他県の取組みを参考にしたい。

他県の回答

他県でも勤改センターの運営は山口県と同様に県行政が主として運営しているところが多いが、岡山県医師会は医師会内に設置・運営、社会保険労務士をアドバイザーとして常時配置し、きめ細かな支援活動を行っている。また、研修会の開催、メールマガジン配信による情報提供を行い、県行政や労働局とも連絡会議を通じて連携強化を図っている。これまでの具体的な取組みとしては、2024年4月以降のA水準以外の特例水準を予定している中核的な医療機関への支援があり、評価センターの評価受審に取り組んでいた県内のすべての医療機関の申請が完了している。

主として運営を県行政が行っているところでは、医師会としては勤務医部会部門の活動を通じて、好事例となる取組みの講演を行ったり、定年を迎える勤務医がさらなる活躍ができるようにアンケート調査を行ったところもあれば、医師会として県行政や関係機関と連携して、助言や研修会を行うところもあった。

日医の見解・その他

地域で温度差もあるが、各医師会においては、医師の健康確保、長時間労働医師の把握に努め、宿日直の許可はスムーズなのか、勤務環境改善支援センターと連携して医療機関をサポートしてもらいたい。

2024年度からは院内ルールが適切に運用されなければならないが、医師の働き方改革での地域医療の全容把握は難しいのも現状である。この秋、全国医療機関を対象としたアンケートを予定しており、地域医療の維持に向けた提言を行いたい。

6. 郡市医師会における公衆衛生活動の維持に関する対策（岡山県）

日本医師会では組織強化対策が進められている。現時点では若年者を中心とした対策から始まっている。一方で、地域医療を支える中堅医師の入会率は必ずしも十分とは言えない。このような中、岡山県では会員不足で解散を余儀なくされた郡市医師会が発生した。今後、郡市医師会の中には高齢化、新規開業者確保不能、従業員の離職などにより維持困難な地域が出てくるのが懸念され、地域における夜間休日医療、学校医などの地域保健活動ができなくなっていくことが考えられる。医師偏在に伴う郡市医師会の存立の危機までには到らないまでも、公衆衛生活動の維持などに大きな影響が出ていることが考えられる。各県でもこれらの課題に対して如何なる対応をとられているのか以下を伺う。

- ①中堅医師の医師会入会に向けた取組み
- ②地方における医師確保に向けた対策
- ③夜間休日診療、校医など公衆衛生活動の支援

本県の回答

医師会の組織強化に関しては、本会でも喫緊の課題として取り組んでいるところである。①中堅医師の医師会入会に向けた取組みについては、中堅医師に限らず、研修医を含め医師全員の加入に向けて取り組んでいる。内容としては、会内の勤務医部会において、郡市担当理事との懇談会、病院勤務医との懇談会、市民公開講座、各種研修会や講習会を企画している。

②地方における医師確保に向けた対策については、以前より取り組んでいるところであるが、今年度から山口県の委託を受け「医業承継相談事業」を開始した。承継に関する疑問に答えるための「専門家派遣（無料）」や医療機関の譲受譲渡のリスト作成とマッチング、医業セミナーを計画する。現時点で、医業承継に関する数件の問い合わせを受けて、可能な限り対応しているところである。

③休日夜間の一次救急は、休日夜間診療センターの運営・出務や在宅当番医制など、市町自治体が郡市医師会に委託し対応されている。各自治体と郡市医師会の関係性、開業医・診療所勤務医の数・年齢分布、二次救急の輪番対応の状況などにより、運営委託や出務調整の実態は地域により異なる。

近年、医師不足を主な理由に、休日夜間診療センターの開設時間の短縮する、隣接エリアにある複数のセンターを統合する、在宅当番制の休日夜間診療センターへの集約を計画するなど、一次救急の維持のため、休日夜間診療体制の再編を試みる医師会が増えている。

当会が行ってきたことは、令和元年度から毎年、県内の各休日夜間診療センターの開設時間、対応科、受診者数、職員数、自治体からの委託内容などを調査し、休日夜間診療体制の再編を考える郡市医師会にデータを加工して提供している。また、新型コロナ流行中、各休日夜間診療センターでのコロナ疑い患者の対応方法を調査し、対応に不安を覚える郡市医師会に情報提供を行った。さらに在宅当番も含め、郡市医師会においての各自治体からの委託費・出務費等を調査し、郡市医師会が自治体と委託費・出務費見直しを交渉するために全県のデータを提供している。

他県の回答

①会内に「組織強化委員会」を設置し、入会率向上のため、研修医向け歓迎会、中堅医師に対する結婚出産開業等に関するインタビュー調査を計画しているところがある。また、医師会が大学病院や基幹病院に医療問題勉強会という名目で訪問を行い、勧誘を行っているところもある。医師会の入退会・異動の手続きでウェブ帳簿システムの

運用を計画しているという意見もあった。

②医業承継や無料職業紹介事業（ドクターバンク）、へき地での医師確保に取り組んでいるところは多い。広島では医学部内に地域枠、いわゆる「ふるさと枠」を設け、学内寄付講座と地域医療支援センターとで、へき地や離島で働く医師の支援をしており、今年4月からは、ふるさと枠医師を公衆衛生医師として県内保健所に配置し、公衆衛生活動に従事してもらっている。

③学校医に関しては、市町の依頼を受けて郡市医師会や休日夜間急病センターで調整しているところが多く、県医師会が実際に調整しているところは少ない。学校医に関しては、特に小児科医確保に危機感を持っており、一人の医師が複数の学校を兼任することが多く、自治体の首長と毎年、地域医療をテーマに懇談会を行っているところもある。今後は、休日在宅当番医制度、園医・学校医、産業医、介護認定審査会をテーマとしている。

日医の見解・その他

医師会入会については、医学部卒後5年の会費減免を実施するなど、若手医師をターゲットにしている。今回の勤務医委員会の議論でも、対象となる中堅医師にどのようにコンタクトがとれるか、取組みができるかの紹介を検討できていない。今回の分科会における各県医師会の取組みを参考にしながら、会内委員会で検討を進めて具体化したい。

医業継承事業に取り組むところもあるが、医師会が勤務医と開業医をマッチングさせて、しっかりと機能させることで公衆衛生活動につながる。また、若い先生には若いうちに地方で医療を担ってもらい意義を理解してもらいことも重要と考える。そのためには、日ごろから県医師会と郡市医師会が、地域基幹病院の若手医師と接点をもつことが良い策と考える。日本医師会では、一般の方を対象に、医師会活動を知ってもらうため、地域に根差した医師会活動プロジェクトを開始した。一般対象に、医師会に関心のない非会員や医学部の学生、医師を目指す中高生にも有効と思う。

3つ目の支援は、松本日医会長が昨年9月28日の会見で、自院での診療以外にも「地域に根差

した医師の活動」として地域の時間外や救急対応、地域保健と公衆衛生活動など連携して行い、地域住民の健康を守ると発表した。「地域にどっぷりつかり」ながら活動していることを国民にしっかり理解してもらいたいという趣旨である。

先述の医師会活動プロジェクトにおいては、10月11日に第1回のシンポジウムを予定している。こうした取組みで、非会員医師にも理解をもらいたい。地道な活動だが、地域医療と公衆衛生に大切なことで、医師会も支えないといけない。

7. 医療・介護人材紹介の適正化としてハローワーク改革を望む（広島県）

民間の人材紹介会社による医療・介護人材紹介は広く利用されているが、昨今の医療・介護人材不足を口実に高い手数料で紹介を続けており、医療機関にとって手数料は大きな負担になっている。

福祉医療機構が2020年に行った「病院の人材紹介手数料に関するアンケート調査」では、人材紹介会社へ支払う平均手数料は、医師が352万円、看護師が76万円である。また、病院全体の医業利益率が1.8%程度である中で、医業収益に占める支払手数料総額の比率は、平均で0.38%であり、病院経営を圧迫していることが示されている。

このように、医療機関が非常に高い手数料を払ってまで民間の人材紹介会社を利用しなければならないのは、求職者のハローワーク離れがあり、ハローワークが本来の人材紹介業の任を果たしていない、魅力のないものになっていることに原因がある。

そこで、ハローワーク改革、例えば民営化などの思い切った改革をしない限り、ハローワークの機能不全と民間の人材紹介会社への依存が続くと考える。

各県の考えを伺いたい。また、これは全国的な問題であるため、日本医師会の見解もお伺いしたい。

本県の回答

平成29年に県内の看護職員の需給について調

査を行った際、「欠員時の補充に苦慮している」、「求人募集をしても集まらない（ハローワークや広告では集まらない）」、「紹介業者の手数料が高額であることと、派遣業者による潜在看護師の囲い込み」といった意見がみられたので、全国的な傾向と考える。また、県看護協会との懇談会を行った際に、ナースセンターや無料紹介業を行っているとのことであったが、現実には登録数が少なく、求人求職双方の要望に応えきれていないという意見であった。紹介業者は営利追求のため、就職の際の祝金支給等の工夫をしているわけであるが、ハローワークの公益性のある特性から考えると、一定以上の営利活動は難しいと考える。日本医師会や日本看護協会主導での、安定した良い人材派遣が可能な求人求職システムを求める。

他県の回答

医師の無料職業紹介をしているところが多いが、医師の申込登録が少ないのが現状である。医師会が人材派遣業の許可を取得して、看護協会等と連携した紹介システムがあるとよいと考える。ただ、現在の民間業者のような活動を、非営利で展開可能かという点については一つの壁でもある。

日医の見解・その他

今年6月の日医代議員会で、今村常任理事が「医療機関における人材確保のための費用が、診療・介護報酬などの財源から支出されることはゆゆしき事態として認識したうえ、日医として、ハローワークやナースセンターを活用できるように機能強化を求めていくので、多くの医療機関に活用してもらいたい」と発言した。民間業者による手数料に関しては、国が条件を定めることは難しいが、少なくとも短期で離職するようなケースは手数料を返還してもらうなどの対応が必要と考える。

日医は長年にわたり、民間業者に対して規制強化を求めてきた。就業時のお祝い金などの禁止を求めること、特別相談窓口の設置や実態把握、適切な優良職業紹介制度が必要と考える。

8. 各県の紹介受診重点医療機関認定についての協議の状況について（高知県）

令和5年4月から実施されている外来機能報告制度においては、医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関として「紹介受診重点医療機関」の明確化が求められている。現在の地域医療支援病院、特定機能病院の約8割が紹介受診重点医療機関の要件を満たし、国は上記医療機関であっても、紹介受診重点医療機関への手挙げを求めている。本来、紹介受診重点医療機関は「患者の流れの円滑化を図る」、地域医療支援病院は「医師の少ない地域を支援する」といった異なる役割を求められており、それぞれの趣旨に合致した認定が望ましい。各構想区域の地域医療構想調整会議において、当該医療機関が意向を示し協議が整えば認定、公表される仕組みとなっているが、算定要件、診療報酬、紹介状がない患者への定額負担、地域特性などにより、特に地域医療支援病院の意向確認や認定には意見調整の難航が予想される。各県の紹介受診重点医療機関認定についての協議の状況についてお聞かせいただきたい。

本県の回答

山口県においては、「外来機能報告等に関するガイドライン」に沿い、地域医療構想調整会議にて紹介受診重点医療機関を選定している。人口が分散している山口県のような地域では、選定に大きなメリットもデメリットもなく、外来受診の流れの整理に繋がれば幸い、という反応が多い。

以下、調整会議での協議について記す。

(1) 基準○ 意向○

紹介受診重点外来の基準を満たし、医療機関に紹介受診重点医療機関となる意向がある場合は、ガイドラインの協議フローのとおり、調整会議において確認されるのみである。

(2) 基準× 意向○

基準を満たさないが医療機関に意向がある場合は、紹介率・逆紹介率及び地域での医療機関の役割が評価され、最終的に選定に至っている。

(3) 基準○ 意向×

基準を満たすものの、紹介受診重点医療機関となる意向のない医療機関は、透析や放射線治療など専門的医療を担い、並行して地域でかかりつけ機能も持つ。紹介受診重点医療機関となった場合、かかりつけ医機能を発揮できず、住民の受診に影響を及ぼすことを意向なき理由としている。令和5年7月までに開催された調整会議では、当該医療機関への異論はなく、紹介受診重点医療機関とならないことが確認されている。

圏域	基準○ 意向○	基準× 意向○	基準○ 意向×
岩国	2	0	0
柳井	1	0	0
周南	3	1	0
山口・防府	5	0	0
宇部・小野田	5	0	4
下関	5	0	0
長門	0	0	0
萩	1	1	0
計	22	2	4

地域医療支援病院（14 機関）には、基準を満たさない病院が1 機関あったが、全ての病院に紹介受診重点医療機関となる意向があった。特定機能病院（山口大学医学部附属病院）は基準を満たし意向もあった。実情を踏まえた上で、各医療機関の意向に沿う形で、有床診療所1 施設を含めた24 の医療機関が紹介受診重点医療機関として選定されている。

他県の回答

他県も同じように行政や関係機関と調整会議を行い、医療機関の意向を確認し、順次、県ホームページにリストが掲載・公表されている。

日医の見解・その他

まずは各地域の協議にお礼を申し上げる。今年6月に協議のための説明会を実施した。地域医療支援病院との関係で違いが分かりにくいという意見もあり、日医は特定機能病院と合わせ、役割機能を明らかにすることを厚労省に求める。各県医師会においても、郡市医師会との連携、行政との調整をお願いする。

II. 日医への提言・要望

1. マイナンバーカードについて（鳥取県）

マイナンバーカードの写真が読み取れないなどのトラブルが導入後2回あった。その際にオンライン資格端末故障受付センターに電話したが、なかなか繋がらなかった。まずは人員を増やして迅速に対応していただくことを要望する。

やっとセンターに繋がっても、「そのトラブルはここではなくメーカーへ電話」と言われ、メーカーに電話すると同じことを言われて指示された電話番号に問い合わせる等、たらい回しにされたことがあった。発生するトラブルと対処法がわかるようなマニュアルがあれば提示していただきたい。

日医の見解・その他

資格確認やマイナンバーカードなどの医療DXに関しての考え方は、すでに述べた通り。マニュアルについては膨大でわかりにくいので、トラブルが起こった時のわかりやすい対応を明記し、トラブル窓口の一本化、迅速かつ丁寧に対応することを厚労省と基金に要望した。

2. 医療DXにおける医療機関の負担について

（鳥根県）

新型コロナウイルスの流行に伴い、さまざまなシステムが運用され、各医療機関では対応に追われた。V-SYSによるワクチン接種入力、HER-SYSによる登録、G-MISによる医療機関情報入力など、診療中ないし終了直後に入力すべきものが多くあり、現場に大きな負担となった。

もちろん、国を挙げての感染症対策に必要なものであったとは考えるが、システムによっては定期的に意義、効果を検証し、不要な項目は削除していただければ負担減になったと考える。HER-SYSの入力項目は途中から簡素化が進んだが、入力画面に項目は残っており混乱を来した。G-MISでの毎日の患者数と検査方法の入力、毎週のPPEやアルコールの残数の入力など、フェーズによっては過剰な部分もあったように思える。COCOAは手間にはならなかったが、有効性も感じなかった。

2024年度から全国の電子カルテの情報共有、クラウドベースの電子カルテの導入が計画されるなど、今後さまざまな医療DX関係のシステムが作られていく中で、日本医師会としても医療者の立場から必要性を検証し、医療機関への負担が軽減できるよう行政に要望していただきたいと思う。

日医の見解・その他

すでに述べたとおり、目的のうち一つである「医療機関の負担軽減」が却って増加するのは本末転倒と考える。先日、厚生労働大臣、三師会、病院協会とで医療DXに関する意見交換を行い、推進に当たっては現場の医師、看護師、事務職員が使いやすいものに、国はシステムベンダーと連携して使いやすい視点で進めてもらいたいと要望した。「医療機関が自ら進んで医療DXを導入したくなる」ようにもっていききたい。

3. かかりつけ医機能を発揮し、医療・介護連携を推進する診療報酬体系の創設について（広島県）

サービス担当者会議（ケアカンファレンス）は、医療介護関係者及び患者、家族が一堂に会し、ケア方針を共有する重要なものであり、かかりつけ医の参加が重要となる。多くのかかりつけ医が、ケアカンファレンスに参加されているが、時間的、空間的（自院開催も多い）にボランティアとして参加しているのが実態である。今後、かかりつけ医機能の介護等の連携を充実させ、地域包括ケアシステムを深化させるためにも、診療報酬として評価するのは必須と考える。

新設【例】

○ケアカンファレンス指導料：250点

患者若しくは患者家族の同意の下、医師がサービス担当者会議（ケアカンファレンス）に参加し、その要点をカルテに記載した場合に算定可とする。

日医の見解・その他

高齢化が進む日本において、医療と介護の両方を必要とする患者に対して、関係者が集い情報共有することは大切だが、実際には多忙なため実現

は難しいのも事実。今回はトリプル改定なので、今回の分科会の意見を参考にして、適切な評価が行われるように求める。十分な財源が必要なので、各都道府県でも取り組みをお願いしたい。

4. 支払基金集約後の審査状況について（山口県）

社会保険（支払基金）において、令和4年10月から、審査体制のデジタル化（AI審査）を目的として組織改編が行われ、審査職員も全国の14都市に集約された。支払基金側はこれにより、「審査結果の差異に気付くことができる環境をつくり、その差異を診療科別ワーキンググループの審査委員が判断する枠組みができた。」と説明しているが、集約から1年経ってもその効果は目に見えない。「診療科別ワーキンググループ」から公表される項目の数は少なく、タイムリーでもない。例えば、山口県においては既に1,400項目以上、医療現場と保険審査の間に発生する問題点等を協議し、会員へ情報提供してきたが、前述の「診療科別ワーキンググループ」と各都道府県の審査委員会はトップダウンの関係のように見受けられ、医師会も含めた各都道府県と調整する機能は備わっておらず、会員の声は届かない制度へと改編された。

日医会長も、支払基金の刊行物である『月刊基金』（令和5年4月号）において、「（支払基金の集約は）最初から結論ありきの組織改編であるが、医療機関が納得する仕組みが必要である。集約された後、全国でさまざまな課題も生じているのではないか。わが国の医療保険審査は大変優れたものであり、今後もその体制をしっかり守ってほしい」とコメントされているように、日医において、各都道府県で生じている問題を検討し、会員の声が届く保険審査体制が維持（診療科別ワーキンググループの体制修正等）されるよう要望する。

日医の見解・その他

審査基準の統一などの課題は都道府県ごとに基金支部と国保連合会が協議していくことが基本である。支払基金のブロック単位ではトップダウンになることで体制が形骸化し、協議が行われなく

なった現状もある。日医としては、引き続き、都道府県単位の支払基金と国保連合会による協議を働き掛けていくので協力をお願いしたい。

5. 入院時食事療養費の適正な金額への見直しの要望（愛媛県）

四病院団体協議会は2022年6月27日、「入院中の食事療養に必要な費用に関する要望書」を厚生労働大臣に提出した。給食用材料費や光熱水費の値上げ傾向が続くなかで、1994年度以来据え置かれている入院時食事療養費について、患者負担を増やさずに適正な金額に見直すことなどを求めた。

入院時食事療養費は1994年度に導入され、1日1,900円に設定された。消費税引上げに対応し、1998年度に1日1,920円に引き上げられたが、2006年度に1食あたり640円に変更となった。その後、消費税の引上げがあったにも拘わらず、設定額の見直しは行われていない。一方、患者負担は1食あたり260円という食材費相当分に加え、調理費も患者負担となり、2018年度からは460円に上がっている。

原油価格の高騰による給食用材料費、光熱水費、厨房機器の購入費用、関連工事費の上昇が追い打ちをかけている。さらに2023年6月分より大手電力7社の電気料金の値上げについて経済産業省は正式に許可を発表した（東京電力：平均15.9%、北海道電力：平均23.22%、東北電力：平均25.47%、北陸電力：平均39.7%、中国電力：平均26.11%、四国電力：平均28.74%、沖縄電力：平均33.3%）。大手電力7社は、火力発電に使うLNG＝液化天然ガスの価格が高騰し、コスト負担が大きくなっているとして、去年から順次、経産省に対して家庭向けの電気の「規制料金」の値上げを申請していた。

1994年度以来据え置かれている入院時食事療養費について、患者負担を増やさずに適正な金額に見直すことを要望する。

日医の見解・その他

要望の必要性は日医としても理解しており、病院団体からの要望も協力している。金額の見直し

を実施するには診療報酬改定のための「十分な財源確保」が必要なので、政府と交渉していく。このところの物価高騰が拍車をかけており、しかしながら医療機関は公定価格なので、影響が直接経営にのしかかる。令和4年度の医療費は、見ただけではプラスになっているが、緊張感をもって医師会一丸となり対応する必要がある。そのため、今月、保険担当理事と医業経営担当理事と共同で「令和6年度診療報酬改定に向けた診療所経営調査（2022・2023年4月～6月分）の実施について」として実態調査をお願いしている。ご協力をお願いします。

物価高騰は賃金の上昇と相俟って国民に影響を与えるのみだけでなく、医療機関・介護機関に影響を与えている。食事費用も30年間据え置かれているが、経営努力だけでは極めて困難な状況である。そのため、別途特段の支持が必要と考える。安心・安全で質の高い医療の提供のために、国に緊急の経済対策を求めているので、地元でも働きかけをしていただきたい。

6. 開業医の健康を守る働き方改革（岡山県）

医師の働き方改革が令和5年4月に施行される。しかし、対象は労働者である医師で、事業主である開業医は対象外である。そして、国は24時間の労働を求めるとき診療報酬要件を決定するが、あまりに現状にそぐわないと思う。

地方都市では高齢の開業医が24時間オンコール状態で、地域の住民の健康を守っている。しかし、そのような生活に疲れて閉院される先生も増えてきている。

日本医師会として開業医の健康維持にも注目した施策をお願いしたい。

日医の見解・その他

対象となる医師は労働基準法が適用されるが、開業医は適用外で今回の上限規制の対象外である。開業医が長時間労働で地域医療を支えているのも事実であるが、地域医療の維持のためにも開業医の健康確保は重要である。日医では開業医、勤務医問わず、すべての医師の健康確保が重要と考えており、有床診療所で管理者に無理な当直を

しないように、労働基準局から各労働基準監督署に指導するように要請した。その結果、昨年7月、厚労省労働基準局から都道府県労働局へ医療機関の医師の宿日直許可の取扱いについての事務連絡が発出された。その中で労働基準法の労働時間に関する規定が適用されていない経営者等にしか、過度に宿日直の業務に従事することを求められることではないかとの誤解に対し、労働基準監督署は医療機関の個別の状況に応じて丁寧な説明を心掛けていただきたいと示した。引き続き、開業医の先生の健康管理にも注視し、必要な提言を行う。勤務医・開業医問わず働く者の健康管理は重要である。長時間労働をされる勤務医も一定数存在するので、まずはこの状況を解決するための軌道にのせることを、ご理解いただければと思う。

7. 各地区医師会の要望に応じた医療に関する統計などの提供について（徳島県）

医師会は都道府県から地域医療構想調整会議などへの参画依頼に対応している。この際には、都道府県から提供されたデータに基づいての議論しかできず、地域医療の将来像が行政側の導くままに医師会が関与した形で決定されてしまう危惧がある。これに対抗して医師会が独自に構想するためには、医師会の立場から見たデータの解析が不可欠であるが、残念ながら地区医師会にはデータへのアクセスやその解析についてのノウハウがない。そこで、地区医師会からの要請に基づいて、日本医師会内でデータを解析し、提供する仕組みづくりをお願いしたい。

日医の見解・その他

日医の機関でデータ分析を行うところは日医総研が該当する。現体制では即座に提供できる体制ではないので、今後、検討する。

【報告：専務理事 伊藤 真一
理事 藤原 崇】

第2分科会「地域医療・介護保険（地域包括ケア・在宅医療を含む）」**I 各県からの提出議題****1. 高齢者施設・介護施設におけるコロナ感染症・クラスター発生の対応についての総括について（鳥取県）**

鳥取県の場合はコロナの初期に保健所、県及び医師会との間でかなり緊密な関係を取れたことで、大変な事態はコントロールできた。介護施設に関しても、比較的早い段階から医療・介護連携しながら行ったが、第8波では対応が間に合わず、高齢者施設や病院の中でもクラスターが起きてしまい、県内の医療が頻繁に混乱して、救急車の対応も困難なところまでに至ってしまった。各県でも同様の実態・評価・課題があると思われるが、今後の改善策についてご意見を伺いたい。

2. 新型コロナウイルス感染症の振り返りと今後の対策について（香川県）

新型コロナウイルス感染症は、感染症法上2類から5類となったが、この3年間を振り返り議論することは、今後の再流行や新たな感染症対策としても重要と考える。本分科会の領域である在宅医療、介護分野において、その対応や連携などにおいて、①良かったと考える点、②課題と考える点、③今後、取り組むべき施策や要望、に関する各県の状況について伺いたい。

高齢者施設・介護施設について**1) 課題・反省**

多数の高齢者施設・介護施設でクラスターが起きて綱渡りの状態になったこと、職員の感染爆発のために施設運営ができない状態になったこと、これらは、感染症に対する知識のなさが感染拡大の要因になった。また、医療専門チームの派遣だけでは対応ができなかったこと。介護施設の閉鎖を考慮するような事態となったこと。入院できない状況では、基礎疾患が悪化したとき、そのコントロールも合わせて調整が必要だが、それに適した医療機関にたどり着けない問題。人材不足や、医療機器の入手手段が課題だったこと。認知症発生や増悪などで入院医療機関の負担が増大したこ

と。デイサービスなどの介護保険サービスが休止して、結果的に体力の低下による回復の遅延が起こった、などの課題が挙げられた。

2) 良かったと考える部分

感染症の専門対策医療チームを派遣して、施設内での感染管理を行うことで介護施設での感染コントロールに役立った。クラスター対策チーム派遣制度を創設している県もある。在宅訪問診療所や看護ステーションと連携することで、多数の健康観察者の管理に対応することができた。フォローアップセンターの外部委託により自宅療養者が安心して療養できる各種体制が整備された。

鳥根県では、県医師会の常任理事会に県の医療統括監と技監（感染症対策室長）計3名に毎回事務同席してもらい、コロナ感染状況と対策の方向性について情報共有を行った結果、感染拡大をある程度防ぐことができたそうである。

徳島県では新型コロナウイルス感染症の5類移行前となる4月に「新型コロナウイルス感染症の類型見直しに伴う高齢者施設等における医療機関との連携体制等に関する調査」を行っておられる。徳島県には557の高齢者施設がある。5類移行前の4月に、国から提示されていた高齢者施設と医療機関の連携体制に関する調査に、高齢者施設で入院が必要となった場合、その入院を受け入れてくれる医療機関が事前に決められているかという調査も加えた。高齢者施設全てに協力する医療機関があるが、その医療機関すべてに入院施設があるわけではないため、入院施設がないところであれば、それぞれの施設から個別に、その地域内の医療機関同士で、入院調整をする体制を取ってもらえるように依頼している。全てではないが、一部はそういった事前協定が締結できたそうである。

3) 今後取り組むべきこと**①平時からの感染対策、連携、想定訓練、研修**

高齢者・介護施設において感染対策、早期対応のシミュレーションなど研修や想定訓練が必要である。高齢者施設等での感染者の発生を把握できる体制を構築する必要もある。日ごろから嘱託医、

かかりつけ医、訪問看護事業所、医師会との協力・連携体制を構築しておくことも必要である。協定に基づき保健所と連携して感染症医療支援チームを派遣することや、日ごろからの支援体制については関係者間の連携とDMATの役割が重要である。高齢者施設等でのクラスター発生時に実質的に対応可能な医療機関とのマッチングを事前に進めておくことも大事である。

医療機関では、新型コロナ診療や院内感染対策等に関する講習会を実施することも必要である。

クラスター発生時に保健所との連絡不足など、情報共有が不十分な状況があった。特に、健康観察期間中の自宅療養者が保健所へ連絡が取れないケースがあったため、緊急時連絡先の確保が必要である。

感染が拡大した際には、行政がある程度の入院調整のコントロール機能を持つことが必要である。

②人材育成・人員相互派遣

高齢者・介護施設における感染症に対応できる人材育成が必要である。パンデミック下では施設間で人員相互派遣の仕組みを構築することも必要である。

在宅医療に関して

1) 良かったと考える部分

介護施設へ感染症の専門対策医療チームを派遣して、施設内での感染管理を行うことで介護施設での感染コントロールに役立った。感染管理専門の看護師（ICN）を施設に派遣して、ゾーニングなどの初期支援を行ってきた。在宅訪問診療所や看護ステーションと連携することで多くの健康観察者の管理に対応することができた。在宅高齢者を支えるための連携体制ができていた。

在宅における看取りとアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の取組みとして、地域保健対策協議会にACP普及促進専門委員会を設置し、「ACPの手引き」を作成している県もある。

令和4（2022）年1月以降、自宅療養体制が基本とされる方針に転換、感染拡大の抑制や保健所業務の負担軽減に寄与した。外部委託により、自宅療養者が安心して療養できるための各種体制

（抗原検査キット・陽性者登録センター、健康フォローアップセンター、自宅療養者相談窓口の運営など）の取組みにより、在宅医療の充実度が高まり、自宅での療養が円滑に行われた。

広島県は「県オンライン診療センター」を設置し、県医師会が出務医師の調整を担っている。2022年1月から開始し、多い時には新規感染者の約1割がこのセンターを受診しており、全ての件数では1万9,000件強であった。軽症者が中心となるが、実際に受診することができない場合が多数発生している時に、薬剤師会等を通じて薬剤を届けることができた。これにより、受け入れ不能患者を減らすことができた実感している。テレビ電話を使ったシステムでは、最大10人程度の医師が座れるように作ったが、通常は3名～4名で、多い時に5～6人になった。1日で最も多かった時が150件であった。特に開業医が診ることが難しい休日などに、できるだけ人員を配置した。最終的には、遠隔地から参加していただく仕組みも少し取り入れた。オンライン診療センター自体は、再診は可としたので、5～6回受診された人もいる。行政を巻き込んで保健所に早く繋げるよう依頼したこともある。

徳島県医師会では在宅療養支援診療所24時間ネットワークが作られている。徳島市内の在宅療養支援診療所の中で、手上げのあった医師同士が1日ほどの輪番制で待機し、夜間等によって主治医が対応できない場合、副主治医が対応するネットワークである。

2) 課題、今後取り組むべきこと

訪問看護をはじめ介護関係者、地域住民への正確な情報提供と情報共有、住民の不安を払拭する対策も併せて行うことが必要。在宅医療に関する人材育成と多職種が連携を深め、顔の見える関係を作ることが必要。在宅療養（自宅療養）に対応する医療機関が不足していたこと。在宅医療に対して積極的な地域とそうでない地域の格差がある程度あり、積極的でない地域の底上げが必要。往診対応等で施設の嘱託医や連携医療機関の在宅医、かかりつけ医の積極的な介入が求められる。

24時間365日の急変時にも対応できる医療提

供体制の構築が必要。

クラスター対策支援チームや看護師の応援派遣など、医療人材の確保や派遣に課題があった。特に、看護師の派遣調整に苦慮した際に、医師会や病院協会からの協力依頼が必要であった。

在宅療養者への適切なサポートや連携体制が必要。定期的な健康観察や症状のモニタリング、必要な医療機器や薬剤の提供など、療養の安心・安全を支える体制を整える必要がある。

クラスター発生時の保健所との連絡不足など、情報共有が不十分な状況があった。

3. 5類移行後のCOVID-19対策の課題等について (愛媛県)

これまでに各県で経験された5類移行に伴う問題点やそれに対して施した対策や、今後心配される課題や準備する必要があると思われる対応などがあればお聞かせいただきたい。

1) 問題点

コロナ定点医療機関の見直しが必要である。タイムリーな感染動向の把握が困難で、現在の定点観測では適正な把握ができない。定点医療機関の多くは季節性インフルエンザ定点医療機関である小児科と内科医療機関という偏在がある。コロナの情報が一般住民にも共有されにくくなっている。

行政が入院調整を行わないことにより、医療機関の負担が増加している。

保健所業務のデジタル化が遅れており、緊急時の連絡手法など考慮する必要があった。

クラスター対策支援チームや看護師の応援派遣など医療人材の確保や派遣に課題があった。クラスター発生時の保健所との連絡不足など情報共有が不十分な状況があった。

「診療・検査医療機関」から「外来対応医療機関」になったが、協力医療機関数の増加は少数に留まっている。

2) 対策

行政による入院調整を再開し継続すべきである。治療に差し支えが出ないように治療薬の安定

供給の確保も必要である。今後も従来からのワクチン接種の推進や一般的な感染予防対策の啓発を県民に対して行っていく。5類移行後も感染者の推移について県民に情報提供し、感染拡大防止を図る必要がある。設備整備に係る交付金の期限延長や感染症対策に必要な経費を踏まえた診療報酬の見直しが必要である。高齢者施設等の感染者に対して適切な診療ができる体制を再確認すべきである。

意見 10月1日からの対応に示されているものに関しては、われわれが十分に納得できるものがない。しかもインフルエンザも流行して、医療機関も逼迫しているような状況が続いているので、対策を講じていただきたい。

松本日医会長 国の方針としては、来年の4月からは通常と同じ対応にする。補助金等も一旦ゼロになる。中医協では、支払い側委員7名全員が、10月からゼロにすることを強く主張した。日本医師会としては、現場はそのような状況にはないということを強く言って、今回、約半分にはなったが残った。病床の考え方も重症や中等症以上のところに特化した対応で、違った仕組みになる。半年はそれで様子を見た上で、新しい仕組みとして、4月以降に考えることになろうかと思うので、これについては現場を尊重してしっかりと主張していきたい。

江澤日医常任理事 支払い側には、中医協においても、10月以降は特例あるいは補助金についても全面廃止でよいのではないかという強い主張があったが、われわれとしては、病原性や重症化率は軽減しても、感染力の強さについては、何ら変わっておらず、現場の対応もこれまでと変わっていないので、その点は十分評価していただきたいということを主張した。その結果、補助金はご案内の結果に戻したところである。来年の4月に本改定があるので、これからの議論にはなるが、発熱外来等の恒常的な評価等を中医協等で行うこととなる。病床の確保については、非常に複雑な計算のもと、段階的な評価となった。病床数的に

は絞られることになる。感染対策向上加算は、今は医療機関同士の連携であるが、そこに高齢者施設との連携を含めていただきたいということ、一方で介護においては、介護施設が医療機関と連携した場合には、介護報酬において感染対策向上と同様の評価をしていただきたいと発言した。それによって、平素からの連携の強化につながると思っている。中小病院や有床診と顔の見える連携をつくっていくことがとても大事である。

コロナは発症時の早期の治療が大事だと思っている。医療支援を早く利用することも、この連携の中でいろいろ協議していく課題であるので、厚労省とも議論している。このコロナ禍で、苦悩しながら地域で築き上げた連携の仕組みは、今後活かしていく大きな財産であると思っているので、引き続きよろしくお願ひしたい。

[報告：副会長 沖中 芳彦]

4. 在宅医療の推進に向けての取り組み

島根県保健医療計画に向けた提言（島根県）

島根県医師会では、令和2年度から島根県から在宅医療介護連携推進事業の委託を受け、2025年に向け島根県医師会が主導し、かかりつけ医が中心となって、医療介護関係団体や行政機関等と連携し、在宅医療・介護の多様で多彩な現場の課題を踏まえて在宅医療・介護の連携をテーマに、各圏域の現状や取り組みについて情報交換や意見交換を行っている。

令和4年度より医療介護に係る14団体からなる「島根県在宅医療介護連携推進事業研究会」が発足し、多職種で協働して人材育成・普及啓発等に取り組み、県内の在宅医療提供体制の推進を図っている。令和3年度には、県下の医療機関、病院47か所、診療所722か所に在宅医療実態把握のアンケート調査を行い、アンケート結果及び各団体からの現状と課題を踏まえて、県行政に向けて以下の提言を行った。①在宅医療の需要にかかる将来的見通し、②在宅医療をいかに維持していくかという課題提起、③24時間365日の急変時にも対応できる医療提供体制、④経営条件の厳しい地域等への訪問にかかる支援等、⑤医療介護人材の確保、⑥デジタル技術による医療介護現

場の変容（デジタルトランスフォーメーション：DX）に向けた取り組み、⑦在宅における看取りとアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の取り組み、⑧介護保険施設やサービス付き高齢者向け住宅、グループホーム、有料老人ホームにおける看取り、⑨在宅高齢者を支えるための連携体制。これらの提言を踏まえて、在宅医療を広く地域に定着させるため、長期にわたり患者との信頼関係を築いてきた「かかりつけ医」を主体とし、地区医師会と市町村の連携を基盤に、それぞれの地域特性を踏まえた体制を構築することが重要である。島根県医師会は、人口減少や高齢化、労働力人口の減少の中で、医師自身の高齢化によりかかりつけ医が不足する中、医療・介護等関係者がお互い連携協力や工夫をすることにより、個々人の希望に寄り添った医療・介護サービスの提供ができるよう、関係機関と連携して在宅医療介護連携に取り組んでいるが、各県医師会としての取り組みの状況についてご教示いただきたい。

高知県 在宅における急変時への対応策の一つとして、令和5年度からの新規事業として、訪問看護ステーションを総合的に支援する「訪問看護総合支援センター」を県訪問看護連絡協議会に設置。体制強化加算の取得や人材の確保など、24時間体制の確保に向けて各ステーションの経営支援を実施している。人口の多い県中央部では、在宅医療を比較的上手く活用できているが、県の9割を占める中山間地域においては、訪問看護ステーションの立地が少なく、当該地域へのサービス提供は県中央部のステーションに頼らざるを得ない状況にある。訪問看護では、片道1時間以上の地域へサービスを提供する場合には特別地域訪問看護加算が算定できるが、高知県では独自施策として、訪問看護連絡協議会を通じて片道30分以上1時間未満の移動ケースについても当該加算と同様の助成をステーションに対して行い、訪問可能な事業所の派遣調整も併せて、ステーションの負担軽減を図っている。

広島県 安芸地区医師会においては、医師会員同士の在宅医療代診システムを構築している。具

体的には、主治医が対応できない場合に、TEIJINが提供するアプリ（バイタルリンク）の連絡帳機能を活用し、患者（家族）の情報（死亡診断書作成に必要な情報、患者・家族との意思形成、看護サマリー、同意書など）を登録しておき、副主治医が情報を共有・活用することで、患者の希望に沿った質の高い在宅療養が提供可能となる。このシステムを訪問看護師が利用することにより、訪問時の詳細な患者の状況を共有でき、また患者急変時には、搬送先の市内の3基幹病院においてもバイタルリンクは使用可能である。

5. 在宅医療に取り組む医師の確保に係る方策について（広島県）

在宅医療は、かかりつけ医機能報告制度における機能の一つとして挙げられ、今後のさらなる高齢化を踏まえても、在宅医療が地域医療に果たす役割はますます大きくなると考えられる。しかし、在宅医療に関するアンケート調査において、在宅医療に携わると24時間拘束されるとの理由で、新規参入に消極的な（特に若手医師の）意見が散見された。本会では、2020年より歯科医師会、薬剤師会、看護協会、介護支援専門員協会と協力し、在宅医療を推進する上で直面する困難事案に対して研修を実施する事により、在宅医療を支える多職種による連携の必要性を学び、在宅医療に取り組む医師等の確保及び質の向上を図ることを目的として研修会を開催している。これまで「がん性疼痛緩和」「褥瘡」「栄養管理」「認知症」をテーマに行い、今年度は「摂食・嚥下障害」をテーマとすることとしている。多職種で取組みを進めていることから、多くの職種が関与する在宅医療のイメージをつかんでもらいやすい研修になっていると考えているが、在宅医療に取り組む医師が明らかに増えているという実感までは得られていない。そこで、各県において、在宅医療に取り組む医師を確保する取組みを実施されているか伺いたい。また、実際に効果があった取組みがあれば、その詳細についてご教示いただきたい。

鳥取県 県内西部圏の郡部では開業医がいないため、公的病院が主体となり在宅医療を行わざるを

得ないが、そちらの病院の医師、看護師の確保が非常に困難な状況にある。現在、県行政、医師会、大学病院で協議しているが、前に進んでいないのが現状である。

山口県 「在宅医療提供体制充実支援事業」では、在宅医療を実施する医療機関の把握・掘り起こしや、在宅医療機関の拡大のための研修会の実施、医療従事者を対象とした在宅医療への参入促進のための座談会等が実施されている。郡市により温度差もあるが、下関市では下関市医療・介護ネットワーク研修会を年数回開催しており、令和5年9月9日には「在宅医療～はじめの一步～」のテーマで開催され、100名程度の参加があった（医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護福祉士、ケアマネ etc.）。

令和2年に実施された調査（対象：常勤医師がいる外来診療を行う985診療所、回答率約70%）結果では、「既に在宅医療を実施している」診療所が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。しかし、従事している医師は60歳代が38.4%と最も多く、70歳代以上が2割を占めており、本県でも在宅医療、訪問診療へ新しく参入していく若い医師を増やすことが急務である。県医師会は県健康福祉部との懇話会において、在宅医療を志す若手医師（勤務医、開業医を問わず）、現在まで在宅医療に携わっていない開業医、看護師、事務職員及びケアマネージャー等、在宅医療を支える方を対象に、在宅医療を実施するための動機づけ、必要な知識、直面する困難事例（がん性疼痛緩和・褥瘡・栄養管理・認知症・摂食嚥下障害 etc.）、在宅医療の経営等に関する研修を実施していただき、また必要に応じて、個別にコンサルタント（アドバイザー）による在宅医療の導入や、強化に向けた無料支援等を検討していただくようお願いした。

徳島県 在宅医療に興味のある医師や在宅医療の経験が浅い医師等を対象に、在宅医療を基礎から学ぶ講座として「在宅医療ルーキー講座」を開催している。内容は、訪問診療の方法や実際に学ぶ「訪問診療編」と在宅医療の診療報酬や制度を学

ぶ「診療報酬編」とに分け講習を行った。令和4年度に初めて開催され、延べ23名の医師に参加いただき、結果として1名の医師が在宅療養支援診療所の届出をされた。

島根県 高齢化の進展を背景に、今後一層、需要が高まる総合診療医を島根県で育てていく「島根県総合診療医育成プロジェクト」(NEURAL GP network)を、当県医師会の在宅医療介護連携推進事業運営委員で島根大学医学部附属病院総合診療医センター長である、隠岐広域連合立隠岐島前病院 参与 白石吉彦 先生のご尽力により立ち上げて、中山間地域や離島などで活動する総合診療医同士をネットをつなげるバーチャルオフィス(医局)を構築した。このシステムにより、日常業務における支援から研修医の受け入れ、カンファレンス、相談できる体制構築の取組み、さらにへき地・離島で限りある地域の資源、人材を有効に使いながら、在宅医療に役立てるためのスキルなどについて研修を行うことが可能となった。このプロジェクトは、2022年のグッドデザイン賞を受賞されている。

6. 在宅療養推進に係る取組みについて(高知県)

高知県では在宅療養推進懇談会を毎年定期的開催し、高知県内の関係諸団体の代表だけでなく、全国の学識経験者等も参加し意見交換を行っている。昨年度の懇談会の主な内容は、①高齢者の住まい確保対策への支援、②高齢者の見守り支援・オンライン診療・オンライン服薬支援、③在宅医療・介護職場での事故防止、④在宅医療機器の整備・在宅医療への動機付け、等であり、課題抽出とその解決法を議論している。各県において、在宅療養の推進に向けてどのような取組みが行われているかご教示いただきたい。

愛媛県 愛媛県在宅緩和ケア推進協議会は、愛媛県全域におけるがん及び循環器疾患における在宅緩和ケア推進事業として、今治、大洲・喜多、八幡浜、宇和島、西条、松山地区でチーム連携モデル事業を進めてきた。それぞれ地区では独自にモデル事業を継続し、愛媛県在宅緩和ケア推進協議

会が各地区の要請を受ける形で人員を派遣し、人材育成(緩和ケアのレクチャー等)・運営委員会のサポートを行っている。各々の地区での協議会の内容について、Zoom会議を用いて広域から参加できるシステムを構築している。

7. 住民主体の地域包括ケアシステムの再構築(岡山県)

地域包括ケアに関わる諸事業は、コロナ禍にて中断されていたが、現在は比較的順調に再開されており、今後は以前より指摘されていた「住民主体の地域包括ケアシステムの再構築」に向けて、フレイル対策や地域住民支援のあり方などを考えていく必要がある。特にフレイル対策としては、3本柱である「運動」「栄養」「社会参加」をどのように組み合わせていくかが課題になると思われる。津山市では、行政、医師会、栄養士会との共同事業として、「こけないからだ体操におけるフレイル対策(栄養編)」を行った。これは津山市内200か所以上で行われている、住民が主体的に集まるようになった場所(社会参加の場所)「こけないからだ体操教室(運動を基本的に行う場)」で栄養指導を行うことにより、栄養改善の意識向上に有効であり、昨年度岡山県医師会会長賞を受賞している。

このような住民主体の事業があればご教示いただきたい。

島根県 島根県においては、全7保健所に地域包括ケア推進スタッフを1名ずつ配置しており、住民主体の取組みについても情報収集を行い、関係機関との橋渡し役として一役買っている。

また令和5年度からは、島根県介護予防評価・支援委員会が中心となり、リハビリ専門職(PT、OT、ST、栄養士、歯科衛生士など)からなる「しまねリハビリテーションネットワーク」を立ち上げた。このネットワークと連携して、積極的に介護予防に介入することにより、利用者の生活の質を上げ、医療費を削減したとのデータを得る事ができた。

高知県 フレイル予防のポピュレーションアプ

ローチのひとつとして、高知県では仁淀川町が東京大学高齢社会総合研究機構のサポート下に、数値化したフレイルチェックを用いて、フレイル予防活動を行うモデル事業を令和元年から展開している。フレイルチェックの結果、虚弱と判断された方に対しては、町の専門職と住民同士が連携して短期集中下肢筋力向上プログラム「ハツラッツ」を令和3年に創設、実践してもらい、フレイル状態が改善したらフレイルサポーターに新たに加わるなど、高齢者の活躍の場づくりにもつながっている。

8. 令和3年の介護保険改正で、多くの介護サービスの加算要件となった LIFE の現状と動向について（徳島県）

LIFE（科学的介護情報システム：Evidenceに基づくケア）でケア会議での基礎情報として統一された利便性はあるが、まだ不明及び不便な点が多い。まず、情報収集に数時間、入力業務に利用者一人あたり平均2時間30分かっているなど、データ入力作業が現場職員の業務を圧迫している。

また、入力作業が3か月毎、6か月毎に必要であり、提出期限が定められ突然のサービス停止(疾病、入院等)や新規利用者の入力も対応しなければ全員登録の加算がなしとなる。

さらに、PDCA サイクルにフィードバックするデータも不十分（施設毎、サービス毎の全国との比較のみ）な状況である。医療保険における外来データ提出加算も同様にさまざまなデータ作成が必要となるが、どのような対応をなされているか、LIFE に対し何か情報、特別な工夫、方策、研修等があればご教示いただきたい。

島根県 2021年介護報酬改定では「科学的介護」という言葉が盛んに用いられ、LIFEはその基盤になる予定であった。しかし、LIFEが開始されて2年経過し、多くの介護施設などで入力しているが、十分なフィードバックがされていない状況にある。LIFEにはADLなどの生活機能や老年医学としての重要なデータが多く含まれ、急性期から回復期の入院診療や外来診療のアウトカムにも活用可能なデータが多い。LIFEを含めた介護

DB（データベース）運用も始まっており、よりよい介護サービスの提供のための指標として活用されることが期待される。

江澤日医常任理事 国が示す訪問診療件数のピーク時（2040年）の推定数を示す。

(件)

県名	2019年	2040年
鳥取県	5,000	6,000
島根県	7,000	9,000
岡山県	14,000	21,000
広島県	21,000	33,000
山口県	9,000	12,000
愛媛県	13,000	17,000
香川県	6,000	9,000
徳島県	6,000	7,000
高知県	4,000	5,000

以上の結果より、中四国においては今後、訪問診療数が爆発的に増加する状況にはなく、介護施設で対応可能と考えられる。最近10年間で、少しずつ入院の病床稼働率や介護保険施設の稼働率が低下している。このことを踏まえ、今度どの程度在宅医療を増やしていく必要があるのか、継続して検討していく必要がある。地域での役割分担を明確化し、連携を重視することにより、住民に不利益が生じないように医療体制を維持し、地域を面で支えなければならない。

令和5年4月時点で、何らかのLIFE加算を算定している事業所の割合は、老健77%、特養67.6%、介護医療院55.6%、居宅サービスは50%以下となっており、十分浸透しているとはいえない。今後、最も負担となっているデータ入力作業の負担軽減を行う方向で提言している。LIFEの算定条件はPDCAサイクルにフィードバックするまでが必須であり、前回の改定時には準備不足だった感は否めない。LIFEをpositiveに捉えていただき、自施設にて全国平均より劣っているデータ（褥瘡など）があれば、その対策に集中的に取り組んでいただき、個別ケアの質の向上に活用していただきたい。

[報告：専務理事 伊藤 真一]

II 日医への提言・要望

各県医師会から日本医師会への要望等を予め提出し、分科会場で江澤日医常任理事が回答された。下記3題については、分科会協議中に日医の対応が示されたため、本セッションでは言及されなかった。

1. 高齢者施設・介護施設における、コロナ感染症・クラスター発生の対応についての総括について（鳥取県）

医療保険における「感染症対策向上加算」に類似する仕組みの介護保険への導入を求める。

4. 地域におけるかかりつけ医機能の充実として、在宅医療に取り組む医療機関を増やす方策について（広島県）

24時間往診対応が在宅医療に踏み出す際の足かせとなっている状況で、在宅医療に取り組む医療機関を増やす方策を示されたい。

6. 人材の育成確保（徳島県）

医療・介護DXに特化した人材育成や現場での指導を願う。

2. 共生社会への“かかりつけ医”の役割と訪問看護事業への支援を（島根県）

かかりつけ医の役割が強調される中、在宅患者とかかりつけ医を繋ぐ訪問看護事業所は、人材不足や広域対応の負担が重い。訪問看護事業を評価いただいた上での支援を要望する。

日医の回答

在宅医療では、夜間も含めた24時間、訪問看護師から医師に連絡が取れることが理想ではあるが、実際には難しい。規制改革推進会議では主治医と連絡が取れない状況で訪問看護師が処方や診断できないかと、ナース・プラクティショナーについて議論されている。しかし、診断や処方を医師が行うことで安全な医療を担保している観点から、日医はこれに明確に反対する。

訪問看護事業所は全国で著しく増加しているものの、都市部集中など地域偏在が見られる。規模

の大きな事業所は多様なサービスを展開でき、他方、地域では事業を拡大し難い。医師からの包括的指示などを上手く活用し、連携を進めていただきたい。

また、在宅医療を下支えしているのは訪問介護事業であり、求人が多いのもホームヘルパーである。定期巡回・随時対応型訪問介護看護のような訪問看護に訪問介護を加えた事業所との連携も必要となってくる。加えて、今後、在宅時医学総合管理よりも集合住宅などに対する施設入居時等医学総合管理が増えてくると思われる。対応を検討いただきたい。

3. 行政と医師会の共同事業の情報共有の場を（岡山県）

「地域包括ケアシステム」は市町村が主体となるため、県や国に対して情報発信しにくい。行政・医師会・住民が一体となり行う事業に情報発信や研修の場を設けていただきたいと考えていた。日本医師会が「地域包括ケアシステム」の事例を全国で収集くださるとのこと、大変ありがたく思う。好事例の情報提供及び定期的な調査をお願いしたい。

日医の回答

令和2年4月から高齢者の保健事業と介護保険の地域支援事業の一体的取組みが始まり、令和4年には、全国市町村の62%が実施済となっている。ガイドラインには計画立案段階から医師会と連携するようにと盛り込んであり、地域の医師会も事業に関する情報を積極的に収集いただきたい。

5. 医療的ケア児者短期入所事業サービス報酬について（山口県）

医療的ケア児者に対する医療型短期入所への障害福祉サービス報酬加算要望が示されているが、医療的ケア児者を受け入れる福祉型短期入所事業についても報酬の底上げを働きかけていただきたい。

日医の回答

日医の小児在宅ケア検討委員会の中問答申にて

サービス報酬加算要望を示したところである。障害福祉サービス等報酬改定の議論が進む中で、障害者部会でも検討していきたい。医療的ケア児のレスパイト入院について、医療機関のキャパシティに余裕がある部分の活用を考える。

7. 運転免許自主返納とその課題について(愛媛県)

免許返納後の移手段の多少により、都市と地方では免許返納のしやすさが異なる。返納手続きも手間がかかり、認知症の方にはハードルが高い。自治体により免許返納者への支援にも差があり、免許返納の手続きの簡素化と支援の地域格差解消をお願いしたい。

日医の回答

全国各地から伺う共通の課題であり、今日明日に解決できるものではないと認識している。

まず、省庁の縦割りを横断的に対応することが必要である。国土交通省では「ラストワンマイル・モビリティに関する検討会」で、自宅に商品を届ける、自宅近くに店を作るなどを示している。また、法人のタクシー事業はタクシー車両を5台以上保有することとなっていたが、それ未満での営業も認め、タクシー会社を誘致しやすくする。ただ、全国的に運転手が不足しており、効果は不明である。経済産業省は「買い物弱者応援マニュアル」を作成しているが、これも実用には遠い。

令和5年6月に認知症基本法が成立し、認知症施策推進本部の設置が示された。岸田総理も本部長として注力すると言明しており、日本医師会も参画し、本基本法の活用を検討する。

8. 介護保険(地域密着型サービス)の広域化について(高知県)

介護保険の地域密着型サービスは市町村単位での調整が基本だが、中山間で人口が分散している地域では、介護サービスが行き渡らず、デイサービスさえ利用できない。効率的にサービスを提供するには、基金なども利用しながら広域化を含めた制度整備が必要と考える。

日医の回答

他市町村の地域密着型サービスの利用は、被保険者の希望に基づき、市町村が必要と認め、他市町村の同意を得て、事業所を区域外指定することで可能となる。これは、従前からある仕組みで、国はサービスの広域利用を進めるよう、自治体に改めて説明を行っている。

令和5年7月の全国介護保険課長会議では、利用者から相談があった場合は、そのケースに応じて市町村の方針を説明し、適切に対応するよう示された。第9期介護保険事業計画の基本指針においても、地域密着型サービスは、既存施設の有効活用を図るとともに、区域外へのサービス提供に係る介護事業者の負担軽減を図る観点から、都道府県と連携し、広域利用に関する事前同意等の調整を図る旨を明記する予定となっている。

このような認識の上で、地域では、自治体と協議しながらサービス利用を進めていただきたい。

[報告: 常任理事 前川 恭子]

その後、懇親会が開催され、初日が終了。2日目は、総会並びに特別講演2題が行われた。



総会**1. 開会**

香川県医師会の松本常任理事による宣言。

2. 委員長挨拶

香川県医師会の久米川 啓 会長が中国四国医師会連合委員長として挨拶。

3. 来賓祝辞

日本医師会の松本吉郎 会長は、開催県の香川県医師会の役職員への感謝と、これからも現場の声を聴き日医の活動に活かしたいと挨拶を始められた。次いで、日医の会員数が今年8月に17万5千人に達したが、まだ不足している。日本国内医師数の50%以上を確実にし、数のパワーをもって主張していきたいとの、力を込めた祝辞であった。

4. 来賓紹介

日本医師会から松本会長、長島常任理事、江澤常任理事、渡辺常任理事、今村常任理事、渡辺理事、野並理事。他に羽生田 俊 労働副大臣、自見はなこ 内閣府大臣政務官、池田豊人 香川県知事、大西秀人 高松市長の方々のご紹介。

5. 令和4年度事業・会計報告

令和4年開催事業はすべてWeb開催であったが、5年からは現地開催が多くなっている。収支決算は、収入合計が40,998,670円。支出合計は13,073,942円。

6. 次期開催県医師会長挨拶

岡山県医師会の松山正春 会長から、来年9月28日、29日、果物が美味しい季節に岡山市で開催予定ですと挨拶。

[報告：常任理事 長谷川奈津江]

特別講演1**最近の医療情勢とその課題**

日本医師会長 松本 吉郎

「最近の医療情勢とその課題」ということで、11項目に及ぶ内容のスライドを用意されていたが、時間の関係もあり、7項目に限定され、スライドも重点となるところについてのみ説明が行われた。本稿では、実際に話された内容のうちポイントと思われるところに絞って整理した。

1 物価高騰への対応

物価高騰に関しては、昨年9月と本年3月の2回にわたって政府に要望し臨時交付金として実現させた。ただ、交付金になると医療機関のみが対象でないことから各県の姿勢によって配付額にばらつきもあったが、一定の成果が出たと思う。

岸田総理にもお会いし、総理が重点対策として労働者の賃金の上げを掲げておられるので、医療従事者の賃金を上げるためにも診療報酬を上げるよう要望した。

診療報酬が上がらないことで、医療関係業種で賃金が引き上がらないという結果になっている。多くの産業で給料を上げようとしているのに、850万～1,000万人と言われる医療・保健・介護関係の方々の給料が上がらないというのは非常に問題である。

来年4月に施行される働き方改革では、特に、産科・救急医療に影響が及ぶと大きな社会問題になるので、賃上げを含めた労働環境の改善も必要だということを総理にお願いした。

また、日本病院協会などが医療機関経営状況調査を行った結果、赤字病院が前年度より増加していたが、財務省は収入、医療費は伸びているということを主張し、「診療報酬改定で大きな改定は必要ない、あるいはマイナス改定だ」と言っているが、決してそんなことはない。

コロナの影響を考えれば、この3年間医療費が伸びるのは当たり前のことであり、賃金上昇・物価高騰に対する財政措置を茂木自由民主党幹事長、萩生田同政調会長にも要望した。

「骨太の方針2023」を踏まえ、財務省は後期高齢者の伸び分(5,000億円)は認めるが、それ以上の増額は原則的に認めないという方針を変えていないため、伸び分とは別枠で予算を確保しないと、国民の命と健康を守れないということをはっきりと言っていかなければならない。

2 外来機能報告

外来機能報告制度は、紹介・逆紹介を基本とする病院をもっと増やすことが目的である。さらに

多くの、一般病床200床以上の病院を定額負担制度の徴収義務対象に加えることで、特定機能病院、地域医療支援病院以外にも紹介外来を基本とする病院（紹介受診重点医療機関）を増やすことができる。

この紹介受診重点医療機関の仕組みは、200床以上の病院は入院に特化してもらい、症状の落ち着いた患者はかかりつけ医の診療所に戻そうとするものであり、良いことだと考えている。

紹介受診重点医療機関の特徴は、基準を満たさない医療機関であっても、当該医療機関の役割を担う意向を有する医療機関は、地域で協議し認められれば指定を受けられるところである。

これにより、定額負担の対象病院が拡大され、医療機関相互の機能の分化が進むものと考えられる。

これに関連して、今回、財務省の企みとして、かかりつけ医と非かかりつけ医を分断するという狙いがあった。これは先生方のお力で阻止できたが、財務省財政審の資料にははっきりと、「かかりつけ医と非かかりつけ医をつくり、非かかりつけ医にかかった時は、3割負担の上限割合を変更する、もしくは非かかりつけ医にかかった時は定額負担の仕組みを入れる」とはっきり書かれており、財務省は諦めておらず、気を付けなければならない。

3 改正感染症法等による協定等

これからの医療提供体制における新興感染症対策は、感染症法の改正と第8次医療計画によって方向付けられる。

この度の改正の特徴は、全国に「特定感染症指定医療機関」、「第一種・第二種感染症指定医療機関」があるが、これとは別枠で協定を締結する医療機関（協定指定医療機関）を作ったことである。

県と医療機関が双方合意の上、協定を締結するが、協定を締結した場合、①病床確保は「第一種協定指定医療機関」、②発熱外来、自宅療養・宿泊療養は「第二種協定指定医療機関」として、それぞれ感染症法上に位置づけられることになり、

これらの協定指定医療機関では、新感染症、指定感染症と新型インフルエンザ等感染症を扱うことになる。

協定指定医療機関については、特別の協定を締結する医療機関（流行初期医療確保措置付き）を設定する。これは、流行初期に対応し、通常医療の収入が減った時に、それを補填する制度で、減った分の半分は診療報酬から、もう半分は補助金から出す仕組みである。流行初期医療確保措置付き医療機関は主に400床以上で重点医療機関となっていた病院になると思われる。

また、診療所による新興感染症対策をしっかりと行わなければならない。これを強調するのは来年度の診療報酬改定に影響するからである。来年4月の改定において、恒常的に感染症対策を行うことに対して点数が設定されると思われる。

そこで、発熱外来が約49,000まで増えたうち公表されている医療機関が36,000程度であるが、できれば全部公表していただきたい。公表により医師会の取組が見えることが診療報酬改定でプラスの動きに作用すると思われる。

新型コロナウイルス感染症に関する10月以降の見直しにおける病床確保の取り扱い、オミクロン流行ピーク時の入院患者数を基準に、1/3ラインを超えたら「段階1」、1/2ラインを超えたら「段階2」など、感染が大きくなった段階に応じて病床確保を厚くするという考え方になった。

また、診療報酬は概ね半分から1/3になったが、一番大事な外来の特例措置の300点は147点と半分になったが死守した。支払い側全員が10月からゼロにしろと言ったが、日医を中心としてがんばった成果だと思っている。

4 医療界におけるDX

DX担当の常任理事が、保険証がもう少し長く使えるように、と政府と交渉されたが、保険証自体の廃止は来年の秋と既に決まっており、これを変えることになると法改正しなければならずハードルが高い。

そこで、実質的な延長ということで、「資格確認書」を交付することになった。これを使うことで実質的に保険証と同じことが5年間できることになる。

マイナ保険証が交付されている方でもうまく使えないときに活用できる。

実際には、これで不便はなくなったのではないかと思われる。当面は保険証が廃止されても、すぐに保険証が回収されるわけではないので、患者さんにはしばらくの間、保険証を持ってきてもらうよう伝えておくと良い。

5 医師会の組織力強化

組織率50%を切らないようにするためには、この2か月で各医師会で20名ずつ入会していただきたい。日医会員は17万5,000人を超えたが、組織率は50%程度と思われる。なんとかして50%を切らないようにしたい。医師は毎年9,000人程度増えて、3,000人程度がリタイアされている。6,000人が増えているので、毎年3,000人を医師会に加入させていくことが目標になる。

6 消費税インボイス制度の対応について

10月から、消費税のインボイス制度がスタートする。気をつけなければならないのは、医師会としての立場と医療機関としての立場である。

都道府県医師会は行政からの委託事業を実施していないところもあるが、郡市医師会の多くが自治体からの委託業務に深く関与していると思われる。

その際、医師会が直接受託をし、経理上、課税売上になっている場合は、医師会に大きな影響が出る。

医師会から医療機関にお金を支払う場合、インボイス登録している医療機関は、医療機関から医師会にインボイスを発行してもらえればよいので、問題はない。

問題は医師会が課税売上にしており、その医療機関が免税事業者やインボイス未登録である場合である。

例えば、医師会が自治体から110万円で検診

や予防接種を受託し、医療機関が実施し、消費税込みの110万円で医師会に請求した場合、今までは110万円(税込)を免税事業者に渡し、免税事業者は110万円がそのまま収入になっていたが、今後はインボイスを発行してもらわないと、この10万円は医師会が被ることになる。免税事業者に10万円を払わないとなると、独禁法に違反することになるので、きちんと特例措置や簡易課税制度の適応も含めて免税事業者インボイス登録してもらわなければならない。

したがって、免税事業者を含めインボイス登録をしてもらう場合には医師会と医療機関の話し合いが必要となる。

7 令和6年度診療報酬改定に向けた動向

中医協の入院外来分科会において、75歳以上の誤嚥性肺炎や尿路感染症等は、急性期一般入院料1に入院した場合と、地域一般入院料1、2に入院した場合とでは、医療資源投入量はほとんど変わらないので、こういった患者を急性期一般入院料1に入れるのはどうなのか、あるいは、入ってもよいが速やかに別の区分に入れてはどうか、という議論が進んでいる。

そのほか、救急搬送後の入院では、5日間は重症患者としてカウントできるようになっているが、この取扱いに関する議論と、急性期一般入院料1における平均在院日数は、90%の施設で施設基準(18日)よりも2日以上短かったことから、施設基準を18日から16日にするという議論があるのではないと思われる。

DPCも前回の改定で点数は入院期間が1~3で分けられ、1期、2期、3期で点数が下がっていく。1期に重きを置き、2期、3期が減らされた。これが加速していくと思われる。

結局のところ、急性期一般入院料1で在院日数を減らしていく考えで、入院日数が短くなると早く次の患者を入れることができ、回転が良くなる。これによって、7:1のベッドを減らそうというのが財務省の作戦である。急性期充実体制加算で超急性期の評価をしているのも、それに沿っ

た考え方である。

そのほか、運動器リハについて、1日あたりの平均リハビリ提供単位数が6単位の患者について、提供単位数の増加に伴う明らかな改善はなかったことから、運動器リハについても次回の改定では議論されるのではないかと考えている。

最後に

出産費用について、令和8年から保険適用するという国の方針は理解するが、診療報酬は点数なので、お産が減っている地方で点数を一定にすると、お産ができなくなる。ここは相当考えなければいけない。保険の点数だけでなく、それを補うような補助金・助成金の検討をしなければ、地域別保険点数のような議論になってしまうおそれがある。都会には都会の問題、地方には地方の問題があり、人口が減っていることが大きな問題なので、それを含めて考えなければ、地方の医療は崩壊してしまう。

[報告：理事 岡 紳爾]

特別講演2 (Web 講演)

政権の舞台裏とこれからの政治課題を考える ～知られざるエピソード～

元自由民主党総裁 谷垣 禎一

中国四国医師会の総会の盛会を心から、お喜び申し上げたい。今年は台風も多く、鳥取などは大変な雨の被害に遭われ、お見舞い申し上げます。2016年に頸椎損傷してから、講演するのは初めてである。うまく喋れるか自信はないが、お付き合いいただければありがたい。

10日程前になるが内閣改造が行われた。医師会からは2人が入閣された。厚生労働大臣に武見敬三先生、内閣府特別担当大臣として自見はなこ先生が就任された。私は自見はなこ先生のお父さまの自見正三郎先生と当選年次もほぼ一緒であり、生まれも昭和20年と同じで、家紋も一緒であった。自見正三郎先生とは大変親しくさせていただいたが、一番思い出深いのは、自見正三郎先生が初めて橋本内閣で入閣され、郵政大臣をされた時のことである。私も橋本内閣

で科学技術庁長官をしていたが、組織等を組み替えていくという動きの中で、郵政省を廃止するというものがあった。郵政大臣の自見さんにとっては非常に難しい局面だったと思われる。閣議に向かう車の中に自見さんから電話がかかってきて、「谷垣、援護射撃してくれよな。」と言われたのを今でも覚えている。そのお嬢さんである自見はなこ先生が橋本龍太郎先生のご子息と結婚されることを聞いた時には正直言って驚いたが、非常に仲睦まじくやっておられるようで、非常に喜んでいる。しかし、地方創生や国際博覧会担当など、これからいろいろなご苦労があるかと思われる。

女性の活躍ということが言われるが、12年前に家内を亡くした。私は怪我をして、引退してつくづくその家内のことを思い出すと、私は政治に専念してきたが、家庭のことなどは全部女房に押し付けて、女房がどれだけ苦労しているかも、あまり考えないでいた。後から振り返ってみると家庭を治めるといことが大変で、男性も協力しなければならぬのに、何も協力しないで来たど、女房の仏前で反省をして懺悔している。女性が社会の中で活躍していくためにはパートナーの男性の理解がなければ、なかなか簡単にできるものではないのだろうという思いを今、強く持っている。

現在、少子化対策がある意味で日本の政治の一番の課題と言われている。私が最初に当選した1983年当時、国会に出てみると、高齢化に向けて何を準備していくかが、議論の大半を占めていた。団塊の世代のトップが30代半ばを過ぎていくという時期であり、まだ高齢化がそれほど深刻になっていたわけではなかったが、これからそのような時代に向かっていくという時であった。それから約40年が経ち、高齢化の問題も完全に解決したというわけではないが、フェーズは少子化に入っており、きちんと少子化の対応の議論をしていかなければならない。それは男性と女性の働き方などを全部見直していかなければならない。それが政治の最重要課題になってきている。少子化対策等に関連しては、武見厚生労働大臣も大きな役割を担っておられ、医師会の皆様にもいろいろお世話にならなければならないことが多いだろ

うと思われるが、ぜひそういった議論を進めていただきたいとは思っている。

政治の課題にはたくさんあるが、政治家の育て方も考えていかなければならない。私は自民党でほとんどの時間を与党として過ごした。一番の課題は時の内閣総理大臣が進めようとしている政策を十分に理解し、それを肉付けしていくために働く。そして総理大臣が目指す政策を国民の皆様によく理解してもらうように動いていく。これがまず第一の役割になる。そのために何をしたらいいのかということは簡単ではないが、いろいろある。当時は、こんな指導を受けた。まず、国会が始まると総理大臣が所信表明演説をする。それを熟読し、総理が何をしようとしているのかよく考える。そしてそれをどのように有権者に説明していくか、噛み砕いて説明することを自分で十分に吟味する。方針の中での問題点を仲間の中でよく議論して理解する。それを選挙区で有権者の皆さんに伝える。しかし、それができるようになったからといって政治家としてすぐに大きくなるわけではなく、当然、それに対して異論を唱える、疑問を呈する人がいる。そういった人たちを全員説得できれば簡単であるが、なかなか説得できない時がある。あるいは反論の中にも納得する部分もあることがある。そういったことをいろいろ総合し、妥協すべき点は妥協しなければならないときもある。物事が進んでいくように持っていかなければならず、そういった交渉や説得が政治家同士でできなければならない。そのためには野党とも親しくなり、野党と議論し説得できるように訓練するということを言われ、そうできるように後輩を育てていくことをしてきた。

今、政治で一番の課題は何か。やっぱり一番大きな課題はウクライナの戦争を早く終結させて、戦後秩序をどのように組み立てて、その中で日本がどういった役割を果たしていくかが、最も重大な問題の一つになっていくのではないかと思っている。どのタイミングで戦争をやめるのかは戦争指導者にとって最も難しい問題であろう。昭和史を詳しく振り返ってみると、そういうことを非常



に感じる。特にプーチン大統領にとって今そういう問題が起きていると思う。戦後秩序をどのようにするかということを中心に話をしながら、この問題を収めていくかを考えていかなければならない。

日本の治安についても触れておきたいと思う。9年前に法務大臣をしていた時に、この中国四国医師会連合で講演をさせていただいた。その当時は、刑務所の医療体制が弱くなっていたので、それにご協力をいただくように呼び掛けをした。その後、刑務所の医療や地域医療の連携という工夫させていただき、状況は改善しているという報告を受けているので、そのことにお礼を申し上げておきたい。2002年は戦後最高の犯罪件数を記録したが、そのときはいろいろと工夫をした。当時、一番の課題は、刑務所に入って出所したが2年以内にまた罪を犯して刑務所戻ってくる数値をできるだけ下げることであった。再犯を犯さないような対策により犯罪を少なくしていくことを、対策の中心にした。罪を犯した人を孤立させておくと、また罪を犯すことになりがちである。相談に乗ってくれる人、助けてくれる人がいないと、再犯を減らすことが難しい。

コロナ後の社会、まだコロナ後と言ってはいけないのかもしれないが、医師会の先生方のお力で支えていただきたいと思いますし、話を終わらせていただく。

自民党幹事長時代の多忙な時期の険しい表情とは打って変わり、優しさに満ちた、時になつかしさも伝わってくる表情でご講演いただいた。

[報告：理事 藤原 崇]