

令和6年度 中国四国医師会連合総会

と き 令和6年9月28日(土)・29(日)

ところ ホテルグランヴィア岡山(岡山県)
岡山県医師会館 三木記念ホール



今年度は岡山県医師会の担当で、1日目がホテルグランヴィア岡山、2日目が岡山県医師会館の三木記念ホールで開催された。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、今後の行事の進め方、新会員管理情報システム(MAMIS)導入に関する要望書の提出、次期当番県について協議が行われた。その後、4つの分科会が開催された。

第1分科会 A「医療政策」

今年度は4つの分科会が開催され、当職は第1分科会に参加した。第1分科会はA「医療政策」とB「災害・救急」が行われ、前者及び「日医への要望・提言」を以下に報告する。

日本医師会より松本会長と佐原常任理事をコメンテータとして迎え、岡山県医師会の司会進行のもと開催された。

Aのメインテーマは「2024年度診療報酬改定の影響について」であり、事前に岡山県医師会か

ら、実際の医療機関の経営実態の調査、職員の賃上げ状況、ベースアップ評価料の算定状況、生活習慣病管理料(I)(II)の算定状況と意見要望に関して等の調査依頼がなされた。

当会では、県医師会役員が所属・管理する医療機関と県下都市医師会長の所属・管理する医療機関に対して任意で調査依頼をしたところであり、ご多忙の折、調査にご協力いただき、感謝申し上げます。

本県の調査結果

200床以上の病院から4件、199床以下の病院から5件、有床診療所1件、無床診療所11件から貴重な回答をいただいた。なお、今年7月分は医療機関によってはすぐに算出できず、回答期日に間に合わないため空白とした。

(1) 過去3年の6、7月の医業収益、医業経費、医業利益の平均値について(表)

表 2024年7月末の経営実態調査結果（山口県）

1、(1)過去3年の6、7月の医業収益、医業経費、医業利益の平均値について

	6月 (千円)			7月 (千円)		
	令和4年	令和5年	令和6年	令和4年	令和5年	令和6年
病院(200床以上)	1,311,979	1,367,710	1,339,068	1,283,317	1,344,305	
病院(199床以下)	128,522	128,986	129,167	132,601	131,581	
有床診療所	20,982	20,578	18,922	20,034	21,916	
無床診療所	8,656	8,995	7,770	8,976	9,024	

	6月 (千円)			7月 (千円)		
	令和4年	令和5年	令和6年	令和4年	令和5年	令和6年
病院(200床以上)	1,591,947	1,673,631	1,734,286	1,303,006	1,378,353	
病院(199床以下)	131,410	130,867	139,434	164,969	165,040	
有床診療所	17,461	18,848	17,491	16,642	18,815	
無床診療所	8,505	8,428	8,586	7,903	8,391	

	6月 (千円)			7月 (千円)		
	令和4年	令和5年	令和6年	令和4年	令和5年	令和6年
病院(200床以上)	-279,968	-305,920	-395,218	-19,689	-34,048	
病院(199床以下)	-2,888	-1,881	-10,267	-32,368	-33,459	
有床診療所	3,521	1,730	1,431	3,392	3,101	
無床診療所	151	567	-816	1,072	634	

(2)本年4月から6月にかけての職員の賃上げについて

	(件)	
	賃上げを行った	賃上げを行っていない
病院(200床以上)	1	3
病院(199床以下)	5	0
有床診療所	0	1
無床診療所	7	4

・賃上げ状況(平均)

	(%)
	賃上げ(平均)
病院(200床以上)	3.5
病院(199床以下)	2.78
有床診療所	0
無床診療所	3.71

(3)ベースアップ評価料の算定状況について

	(件)				
	外来・在宅(Ⅰ)のみ	外来・在宅(Ⅰ)と(Ⅱ)	外来・在宅(Ⅰ)と入院	外来・在宅(Ⅰ)と(Ⅱ)と入院	算定していない
病院(200床以上)			3		1
病院(199床以下)			5		
有床診療所					1
無床診療所	7				4

(4)生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)の算定状況について

	(件)			
	(Ⅰ)を算定	(Ⅱ)を算定	(Ⅰ)と(Ⅱ)を算定	算定していない
病院(200床以上)				4
病院(199床以下)		5		
有床診療所		1		
無床診療所	0	7	1	3

この調査での意見・要望では、ベア評価の持続性が複雑かつ事務労力がかかるので算定できなかったこと、その特性上、事務作業をスタッフや労務士に任せることができず、院長の仕事となってしまうこと、経営が安定しているから算定していないのではなく、そのシステム自体に問題があることを国に訴えていただきたいという意見をいただいた。また、生活習慣管理料の算定のための必要な療養計画書の作成に手間がかかるという意見もいただいた。

なお、この分科会には資料としては提出していないが、事前に中国四国厚生局山口事務所に県内のベア評価料の算定状況を問い合わせしており、その報告も行った。

9月1日現在で以下の通り。

外来・在宅ベア評価料（Ⅰ）のみ届出：

256 医療機関

外来・在宅ベア評価料（Ⅰ）と（Ⅱ）を届出：

41 医療機関

外来・在宅ベア評価料（Ⅰ）と

入院ベア評価料を届出：110 医療機関

※県内の病院 138、医科診療所 978 件（休止含む）

他県の回答・意見

調査期日の関係等で詳しく調査ができなかったところもある。

ベア評価料と生活習慣病管理料の算定に関しては、印象としてどの県医師会も同じ意見が多い。賃上げに関しては他業種と比べてアップ率が低く、医療業界から他業種へ移動する人が多くなるのではないかと懸念もある。賃上げに関しては、診療報酬よりも基金や補助金で対応できればよいという要望もある。また、医療 DX であるにもかかわらず、説明や同意などでは紙ベースが増えて作成に手間がかかるので逆行しているという回答もあった。

本体プラス改定であるが実質はマイナス改定であること、光熱費や物価高騰にも対応できる大幅な診療報酬引き上げを次回要望、医療 DX 推進体制整備加算が届出不要で算定できるようにしてほしい、リフィル処方撤廃を求める、といった意見

もあった。

さらには、二次救急病院、リハビリ病院の厳しい現状を踏まえ、今回新設された地域包括医療病棟入院料の施設基準の緩和を求める意見もあった。

日医の意見

佐原日医常任理事より次のコメントがあった。

ベア評価料算定の目的は、賃上げが続く中、医療機関の賃上げも必要であり、政府に強く申し入れをして、その賃上げ原資となるベア評価料が創設された。この制度自体の継続性にも不安はあるが、介護保険施設の場合でも 10 年前から介護職員処遇改善加算があり、継続維持されている背景を考えると、単純に廃止されることは考えられない。ベア評価料の存続に全力を尽くしたいので、できるだけ多くの医療機関に算定してもらい、人材確保に役立てて欲しい。仮に算定が少ないと、医療機関にはこのような算定は必要ないと受け取られる恐れもあり、次回改定に影響が出るかもしれないので、ご理解・ご協力をいただきたい。

このベア評価料の対象に事務職員を入れるかどうかの議論であるが、患者補助サポートもする場合は医療に従事すると判断されて対象となる。診療所ではほぼすべてのスタッフが対象になると考える。ベア対象職員に配る計画には届出が必要だが、大きく分けて 4 つのステップがある。1 つ目は配る総額の計算が必要であるが、これは評価料の収入はレセコン等で算出できる。2 つ目は対象職員の人数を確定すること。3 つ目は各人の賃上げ額を決めること（一律同じでも良いし、差をつけてもよい）。4 つ目は上乘せ方法の決定である。次回改定でも継続されるように、医療機関にとって必要な点数であることを示すことが大切である。日医のホームページにその手続きのための説明動画があるので見ていただきたい。また、患者に対しては厚労省が準備しているリーフレットを利用して、国の対策で行われていることを説明したうえでご理解いただくようお願いしたい。

生活習慣病管理料の算定には不満の声がある。改定して間もないが、不便な点や改善点があれば日医へあげてもらいたい。社会保険診療報酬検討委員会を通じてでも良いので、次回改定でも対応

できるように検討したい。

その後、松本日医会長より、マイナス1%を結果としてマイナス0.25%まで押し戻したのは、今の執行部の努力であるので、ご理解いただきたいことと、改定要望には、地道に国会議員へ医療費全体のパイを上げてほしいことを働きかけることが必要であり、医政活動の大切さを述べられた。

日医への要望・提言

1. 生活習慣病管理料Ⅰ・Ⅱの説明・同意・署名について（広島県）

認知機能が衰えた患者に対して生活習慣病管理を行うケースが頻繁にある。その場合、本人の署名どころか、説明・同意が難しいケースに遭遇する。このような場合でも、通知に基づいて中国四国厚生局指導監査課（広島事務所）としては、本人の説明・同意・署名が必要との立場であるが、疑義解釈で明示されればそちらに従うとの方針である。高血圧、脂質異常症、糖尿病の管理として、これまで算定していた特定疾患療養管理料では「必要やむを得ない場合に、看護に当たっている家族等を通じて療養上の管理を行ったときにおいても算定出来る」ことが明示されていた。今回の改定で、生活習慣病管理料が3疾患の移行先であるなら、同様の条件となるべきで、通知等で明示されるべきと考える。

日医から厚労省へ、本人を診察したうえで、看護や付き添いの施設職員・家族等を通じて必要な療養指導を行った場合は算定可とするような疑義解釈の発出をお願いする。

日医の見解

認知機能が衰えた患者は、付添い家族とともに受診されていることが多い。その患者と家族に説明を行い、家族に署名をしていただくのがよいが、その際にはカルテには「認知機能衰えにより、付添い家族に療養計画を説明し、署名をもらった」と記しておいてほしい。とはいえ、このことについてはまだ厚労省から明確な疑義解釈が示されていない。申し入れはしているが、はっきりさせるようにしたい。

2. 後方支援病院へも受け入れ加算を（岡山県）

現在、急性期拠点病院からの下り搬送において、拠点病院がすべて検査し診断や治療方針を決定したうえで後方支援病院に転送している。ここで問題となるのは、後方支援病院では入院・リハビリを行うだけで診療報酬上の加算がないことである。円滑な連携を進める上で、送り出し側の拠点病院だけでなく受入れ側の後方支援病院にもメリットがある形にできればありがたいと考える。機能分化と連携を進めるために、こうした加算を認めるよう働きかけをお願いしたい。

日医の見解

現時点で急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者を受け入れた後方病院の評価として、地域一般入院基本料を算定する病棟で受けた場合の評価である救急・在宅等支援病床初期加算（14日を限度として1日につき150点）、有床診療所急性期患者支援病床初期加算（21日を限度、1日に150点）、有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算（21日を限度として1日300点）、地域包括ケア病棟で受け入れた場合の急性期患者支援病床初期加算（14日限度で1日150点）があるが、それ以上は答えできるものではないので、この要望を持ち帰る。

日医において社会保険診療報酬検討委員会を設置して令和8年度改定に向けた要望書のとりまとめを行うので、意見・要望をいただきたい。

〔報告：副会長 沖中 芳彦〕

第1分科会B「災害・救急」

テーマ：地域における救急医療の課題とその解決に向けた取り組み

質問事項1：軽症救急、特に高齢者の救急搬送について

- (1) 直面している課題
- (2) 効果的な解決策

質問事項2：重症救急、大動脈緊急症に対する救急搬送について

- (1) 直面している課題
- (2) 効果的な解決策

鳥取県

質問事項1：(課題) 軽症救急の割合は40%未満である。救急搬送全体の73.5%を高齢者の救急搬送が占めている。軽症対応のために、真の緊急疾患への対応が遅れることが懸念される。高齢者の救急搬送については、介護老人保健施設からの救急において提携病院等に受入れ連絡をしていないケースもあり、現場滞在時間遅延に繋がっている。また、DNARに関して、患者側（家族等）、施設側及び医師側で見解が違う場面がある。

（解決策）救急安心センター事業「とっとりおとな救急ダイヤル（#7119）」や「とっとり子ども救急ダイヤル（#8000）」の普及啓発に取り組んでいく。救急車の適正利用については「呼ばない」ことを誇張するのではなく、「呼ぶ」ことへの広報も必要である。高齢者の救急搬送については、地域包括支援センターの人員や活動の拡充の必要性がある。転院搬送での救急車の使用について、医療機関での意識改革や適切な利用の周知が必要である。

質問事項2：(課題) 過度に近隣住民に配慮して救急要請を躊躇した結果、救急搬送が遅れている場面が散見される。当消防本部管内には救命救急センターがなく、最寄りの救命救急センターへの救急搬送に1時間以上かかる地域もある。大動脈緊急症に関して対応できる病院が限られている。（解決策）救急安心センター事業（#7119等）などのシステムを広く住民へ普及啓発すること、ドクターヘリの効果的な活用、運用が必要である。

島根県

質問事項1：(課題) 特定の三次救急病院への集中が見られる。救急車搬入数及び救急外来患者数、高齢者施設からの搬送の増加が見られる。働き方改革に伴う救急業務の逼迫化も予想される。下り搬送については、病院救急車を確保できていないことから、実施が困難である。

（解決策）下り搬送は、早期転院に関して患者・家族に理解をしてもらう必要がある。特養などの施設からの紹介は、軽症の段階で早めに受診を進めることで、日中のスタッフの多い時間帯に対応が可能となっている。入院に関しては地域包括ケ

ア病棟の活用を検討している。終末期のACPについても、入院前の地域における普及が課題であると考えられる。

質問事項2：(課題) 島根県内においては1つの大学病院と3つの三次救急病院が基幹病院として機能しているが、医師の時間外労働の上限規制が始まっており、機能を維持できるかが懸念されている。大動脈緊急症に対して人員不足により応

需できない場合は、近県に救急搬送している。（解決策）関係する診療科医師の時間外労働の定期的なチェックと救急病院間の情報交換が必要になる。また、救急医療機関の医療スタッフの確保と育成、ICTの活用による医療機関間での発症早期の情報交換、ドクターヘリやドクターカーの利用と、それらに搭乗するスタッフの確保などが必要である。

広島県

質問事項1：(課題) 救急搬送のうち軽症者は49,086人、救急搬送全体の38.6%を占めている。軽症者の救急搬送がこのまま増えていけば、救急医療を真に必要とする患者に救急医療を提供できない事態も想定される。

（解決策）#7119の周知を図っている。当初の対象エリアは9市6町であったが、年々拡大しており、令和6年4月からは県東部の備後圏域からの利用も可能となった。#7119の認知度は34.6%であり、認知度の向上が必要である。

質問事項2：(課題) 救急搬送に要する時間は年々長くなっている。心臓血管外科手術が可能な医療機関数は限られており、医療施設間連携やネットワークの構築が求められる。医療機能を集約していくことで、心臓血管外科手術が常時可能な体制づくりを進めていく必要がある。

（解決策）メディカルコントロール協議会、消防機関等と連携し、効果的・効率的な救急搬送から受入体制を整備していくことなどにより、搬送時間短縮と受入困難事案の減少を図る。急性期の診療提供体制については、外科的治療まで行う「専門的治療を包括的に行う施設」と、内科的治療やPCI等の治療までを行う「専門的治療を行う施設」といった医療機能を分担するなど、専門的な診療

が可能な医療機関間の円滑な連携を進める。急性大動脈解離については、安全性等の質が確保された緊急手術が常時可能な施設が限られており、より広域のネットワーク体制を構築し、急性期の診療提供体制の構築を進める。

山口県

質問事項1：（課題）軽症は全体の38.1%を占めている。年齢区分別では、高齢者の割合は全体の71.3%を占めている。今後も高齢化による出動件数の増加が予想される。本県では新型コロナウイルス感染症の流行により、高齢者施設における軽症患者の救急の課題が浮き彫りになった。高齢者施設は医療との結びつきが少ないケースもあり、すぐに救急が呼ばれることもある。

（解決策）救急車の適正利用のために救急車を呼ぶべきか迷ったときは子どもの場合#8000を、大人の場合#7119の電話相談を活用するよう周知に努める。傷病者の消防機関による搬送及び医療機関による受入れにより適切かつ円滑な実施を図るため、消防機関と医療機関等から構成される「山口県救急業務高度化推進協議会」により、平成22年12月に「傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に係る基準」が策定されている。

質問事項2：（課題）本県の救急搬送人員の傷病程度別では、重症（緊急性）による搬送人員は全体の6.7%である。

（解決策）冠動脈の造影検査・治療ができる病院は19か所あり、心筋梗塞に対する冠動脈再開通件数は人口10万人当たり43.5件である。本県における90分以内に冠動脈再開通割合は56.3%（令和3(2021)年）となっている。

徳島県

質問事項1：（課題）救急搬送のうち軽症は46%であった。三次救急病院に軽症の占める割合が多く、重症割合が少ないのが問題の一つである。救急搬送における65歳以上の高齢者の割合は約7割であった。二次救急医療機関の当直医が不足しており、今後夜間の救急体制の維持困難となる可能性がある。

（解決策）自病院の医師による当直を増やす、あ

る程度の当直料アップ等で対応している。

質問事項2：（課題）重症救急、大動脈緊急症に対する救急搬送を受け入れていた医療機関の複数の救急医の離職に伴い、人員確保が難しくなっている。

（解決策）他府県からの救急医の人材確保を画策中である。

香川県

質問事項1：（課題）高齢者では、救急を依頼するかの判断が困難であったり、どこに相談すれば良いか分からない等が理由で安易に119番へ連絡する事が多い。現場に臨場すると搬送拒否による不搬送事例もある。

（解決策）高齢者と行政や、ケアマネジャー、近隣住人などが関わりを持って、有事の際の対応を相談しておくこと、かかりつけ医、在宅支援病院など緊急の連絡先を決めておくこと、在宅、施設でのワンクッションを経てからの救急要請などでできれば、不必要な搬送の抑制の一助となる。

質問事項2：（課題）軽症、重症にかかわらず、対応できる体制が十分に整っていないのが現状である。特に、夜間・休日では、拠点病院や、輪番病院が完全にカバーできているとは言えない。

（解決策）多くの施設や、救急医療に関わる関係者が問題を共有し、互いに顔の見える関係を築き、信頼して協調できる体制づくりを行い、問題解決に向け協力していくことが必要となる。

愛媛県

質問事項1：（課題）患者側の課題よりも医師の働き方改革で受け入れ側の体制維持が課題となる。

（解決策）輪番病院、行政とともに解決を図る必要があるが、医療圏の点から地区医師会が主導することになる。

質問事項2：（課題）重症救急、大動脈緊急症に対する救急搬送については、応需可能な病院に限られるため、県主導で画像転送システム「Join」を利用した情報共有と受け入れ先決定の体制整備が図られたが、実際の利用は限定的である。数少ない専門医が手術、他の救急対応中、出張等で人

手が限られる場合の搬送で、まれに他県にお願いする場合がある。

(解決策) 各病院の専門医数を増やすことで解決できるが、人口減少局面では専門医の集約化も検討する必要がある。

高知県

質問事項1：(課題) 軽症例は全体の4割である。65歳以上の高齢者が7割を占め、増加傾向にある。この3年間、高齢者施設からの搬送が増加しており、DNAR不明で搬送されるケースも散見されている。高知県には3つの救命救急センターがあるが、全体の4割が集中しており、特に深夜帯は5割と高くなり、また、この時間帯の搬送困難事例の65%が集中しており、本来対応すべき重症対応が手薄になる可能性が存在している。

(解決策) ①二次三次病院の役割分担の再認識及び下り搬送を含めた病々連携を強化する。②高齢者施設は医療機関と連携を強化し、搬送前のトリアージなどを施行する。③かかりつけ医、高齢者施設と協力してACPの作成及び利用強化する。

質問事項2：(課題) 高知県では大動脈疾患の緊急対応ができる施設は4施設でいずれも高知市中央部に局在している。高知県西部からは救急車で約3時間、東部から約2時間かかる。日勤帯でドクターヘリが運航できれば利用する。

(解決策) 病院の強化は無理なので搬送の強化を行うしかない。①高速道路の整備、②遠隔診断、診療の整備。患者が手術を受ける病院に到着するまでに、電子カルテを共有できれば手術までの時間短縮に役立つ。現在、「高知あんしんネット」や幡多地域の「はたまるネット」などのITが活用されつつある。

総括1 軽症救急・高齢者の救急搬送

佐原日医常任理事 厚労省が救急医療の体制構築に係る指針を示しているが、その中にある救急医療の需要及び供給体制の概観と今回各都道府県医師会から述べられた状況は重なる点が多い。既に記載されている事項では、#8000は中国四国では全県に導入されていること、#7119は多くの地域で取り組まれていて利用件数も多く、効果が

期待されている。

軽症救急・高齢者の救急搬送については、総務省消防庁の救急業務の在り方に関する検討会の下に、増加する救急需要への対策に関する検討ワーキンググループが設置されており、主要な議題の一つとなっている。令和6年度の同検討会では、消防以外の社会資源の活用として、#7119や#8000などの電話相談窓口や民間救急やタクシーなどの代替移動手段などについて議論を深め、病院前急務におけるトリアージの体制強化に向けてさらなる検討を行った。

高齢者の救急搬送については全国的にも増加している。新たな地域医療構想等に関する検討会では、増加する高齢者救急に対応するため、軽症・中等症を中心とした高齢者救急の受け入れ体制を強化すること、ADLの低下を防ぐため入院早期から必要なリハビリを適切に提供し、早期に生活の場に戻ること、救急搬送や状態悪化の減少が図られるよう在宅や高齢者施設等を含む対応力の強化を目指すことが検討されている。病床機能と併せて高齢者救急の受入れ、救急急性期医療の提供を行う医療機関機能を明確にした上で、医療機関機能を報告することも検討されている。

高齢者の傷病死者の意思に沿った心肺蘇生については、消防庁に傷病死者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施に関する検討部会が設置されている。このテーマについては、日本医師会救急災害医療対策委員会でも議論を行い、報告書に内容が盛り込まれている。今後、施設や在宅での看取りが増加し、多死社会に入っていく中で、ACPを確認していくことで、本人の望まない救急搬送についても減らしていくことができると思う。

総括2 重症救急、大動脈緊急症に対する救急搬送

佐原日医常任理事 厚労省では、新たな地域医療構想に関する検討会が行われている。これまでの地域医療構想では、4区分の中で病床数を減らす話などがメインだったが、新たな地域医療構想では外来、救急、医療機関の連携も含めて議論を進めていく話になっている。地域の緊急対応を含む救急急性期に搬送する機能については、持続可能な医療従事者の働き方や医療の質も確保するた

め、搬送体制の強化等に取り組みつ、一定の症例数を集約して地域の拠点として対応できる医療機関が必要ではないかという論点で話が進められている。これから起こる人口変動などを踏まえて、各地では急性期医療の集約も考えられるところだが、他方集約化は現状でも苦労している県をお見受けする。日医として、国の一律の方針ではなく、あくまで地域医療構想調整会議での協議によって、各地の実状に応じた体制を構築する仕組みを堅持していきたいと思っている。

圏域外や県外への搬送は、解決策として、一部の県ではドクターヘリの活用について触れられていた。日医では令和7年度の予算要望の中で、人口減少医療資源が少ない地域の救急医療機関の資源、救急搬送受入れ困難事例対策、病院救急車の地域での活用などに加えて、ドクターヘリの広域展開、夜間飛行、複数機導入、パイロットの確保などについても要望している。

ICTによる医療情報の連携についても、救急時医療情報閲覧機能の導入への支援、並びに医療DXの項目の中で医療情報連携の推進及び適切な活用のための環境整備、IOTの研究開発と社会実装への支援について予算を要望している。引き続き現場のニーズを受けながら、日医として地域の救急医療体制に資するよう政府に要望していきたいので何かあれば、日医へお寄せいただきたい。

〔報告：常任理事 竹中 博昭〕

第2分科会A「地域医療」

テーマ：地域医療構想調整会議の総括

質問事項：「新たな地域医療構想」について、具体的な方向性が決められているか。

第2分科会のA「地域医療」は、日医の松本会長、江澤常任理事がコメンテーターとして出席され、「地域医療構想調整会議の総括」をテーマに討議された。

2015年に地域医療構想調整会議が設置され、病院の再編統合について議論が重ねられてきたが、二次医療圏を基本的な検討対象地域に決めたことにより、各圏域の地域差や議論の温度差もあったという現状の認識の基で、今後の「各県の

具体的方針」と「具体的な事例提示」について意見交換が行われた。

まず、「今後の方針」については、2040年に必要とされる医療提供体制について、来年度に国の方針が示されることから、各県レベルでの具体的な意見はなかったが、総論的に、医療機能や人材育成等について地域差や医療ニーズの多様性へ対応するため、二次医療圏にとらわれない、圏域を越えた地域の実情に応じた医療圏で考えていくという柔軟なアプローチが求められる、とのまとめとなった。

次に、司会から発言を求められた事例は、(1)広島県の市内4病院の統合による1,000床の病院を設置する事例や、(2)島根県での中山間地域で経営困難な病院を地域の基幹病院として再建した事例が紹介され、(3)山口県からは、今年度に新たな国の事業として始まった宇部・小野田圏域の「推進区域」、「モデル推進区域」について説明した。

江澤日医常任理事は、国の検討委員会に参加している立場から地域医療構想の検討状況について、①現在、2040年に向けて、入院に合わせて、外来・在宅等を含めた医療提供体制を整備するための議論が進んでいること、②病床区分は基本、4区分（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）とするが、“回復期”については“包括期”に変える可能性、③入院医療だけでなく、外来は在宅医療、介護との連携を含むため、在宅医療圏は原則市町村単位とするなど、構想区域は柔軟に対応すること、④名称の「地域医療介護構想」への変更と調整会議の活性化方策の議論を進めていくこと、を説明された。

その他、各県の説明は次のとおり。

鳥取県 令和4年3月の国通知により、本県は構想区域ごとに地域医療構想調整会議を開催し、令和5年度に対応方針を策定した。本会においては、今回の役員改選に伴い、新たな役員の会務分担の一つに「地域医療構想・医師確保対策等」を追加し、行政と連携しながら検討していく予定である。

島根県 本県では、中山間地域や離島で必要な医

療機能を確保・維持していくことが大きな課題であり、これまで7つの構想区域（二次医療圏）毎に、保健所が中心となり、医療機関、関係団体、市町村等と連携して、圏域の調整会議等で協議し、圏域内の役割分担や連携体制について検討してきた。また、各圏域の医療機関と三次医療機関との役割分担や連携体制といった県全体の課題についても検討を進めている。

高齢化が進む中山間地域にあり、存続の危機に直面した病院が、地域の医療を守るために同圏域の基幹病院と連携し、地域で必要とされる診療体制への見直し等を行い、再建した島根県津和野共存病院再建の好事例を報告する。

(1) 益田赤十字病院と津和野町との医療連携協定の締結（後方支援病院の確立）

2018年内科系医師3名のうち院長・副院長が病気休養となり、病院は危機的状況に陥る。翌年、益田赤十字病院と津和野町の間で医療連携協定を締結、急性期はもとより、医師派遣や看取りまで含めた医療の提供を保証。益田赤十字病院院長の木谷氏が津和野町の医療・介護統括管理者に就任、診療・経営面への改善に取り組んだ。

(2) 診療体制の見直し：できない診療の廃止し、必要な部門の推進。

(3) 医師確保対策

島根大学、島根県（自治医科大学卒業生）、奨学生（津和野町より奨学金給付）、島根県地域枠医師の派遣により常勤医師が8名確保。

(4) 他県へ流れていた施設サービス利用者の減少がみられ、地元での利用者が増加した。

(5) 再建後の収益

2018年に約2億円だった赤字が、2021年には約250万円の赤字に改善した。

(6) 行政の医療対策課と病院が同居

津和野共存病院の1階に市役所が入居しており、病院と医療対策課が頻回に連絡、迅速で密な連携が実現した。

広島県 本県における地域医療構想に関する取り組みは、中山間地域における医療課題の解決を目指すものとして、2017年4月に全国第1号の地域医療連携推進法人の一つである「備北メディカル

ネットワーク」の発足がある。県の北東部に位置する備北二次医療圏における急性期医療を担う病院（市立三次中央病院、庄原市立西城市民病院、三次地区医療センター、庄原赤十字病院）が医療機関相互のゆるやかな連携を推進し、地域において良質、適切な医療を効率的に提供できる「地域完結型医療の実現」を目指してさまざまな取り組みを行っている。備北二次医療圏の最大の課題である医師確保については、4病院の中で幅広い診療科の指導医が所属している市立三次中央病院の医師が診療支援として籍を移すことなく他の病院の診療に携わるなど、地域医療連携推進法人ならではの方法で対応している。

広島都市圏においては、全国トップレベルの高度医療を提供する機能や、医療人材を育成・派遣する機能を持つ「高度医療・人材育成拠点」の整備に向けた検討が進められており、具体的には県立広島病院（712床）、JR広島病院（275床）、中電病院（248床）、広島がん高精度放射線治療センター（無床、広島県が設置、医師会が指定管理者）を統合して新病院（1,000床）を設置することとしている。基本計画が昨年9月に公表され、新病院の理念及び役割、医療機能など具体的な項目が示され、開院は2030年の予定である。拠点の整備は、広島都市圏における地域医療構想実現のため欠かせないものであると同時に、医療人材の地域への派遣・循環体制の構築もその目的の一つとされている。

現在、国では「新たな地域医療構想等に関する検討会」が設置、開催され、検討が行われている。本県においては、当該検討会での議論等、国の検討を注視しているところであり、現時点で具体的な方向性は未定である。

山口県

<現状>

本県の地域医療構想の進捗状況は、必要病床数との差異はあるものの、各圏域において地域の実情を踏まえて、高度急性期・急性期機能の集約化や不足する回復期への転換が行われるなど、医療機能の分化・連携の取り組みが進んでいる。

現時点での対応方針（2025プラン）に対する

達成率は89.5%であり、2025年には100%達成できるように取組みを進めている。なお、全国の中でも多いといわれる慢性期については3,041床減少しているが、多くは介護医療院への転換である。

<2025年に向けた取組み>

(1) 令和6年度の調整会議

令和5年度と同様に、地域医療構想の進捗状況の検証、紹介受診重点医療機関の選定、病床機能再編支援補助金等について協議する。特に、重点支援区域に設定された地域における再編統合については、県医師会の立場として県や大学と連携して可能な調整を行っていく。

[重点支援区域]

- ①柳井地区：過疎地域における町立3病院の再編統合
- ②萩地区：へき地における市立病院と民間病院の統合
- ③下関地区：市内の4基幹病院（市立、済生会、JCHO、国立病院機構）の再編統合

(2) 新たな協議事項

新たな仕組みである「推進区域」に設定された構想区域では、課題解決に向けて区域対応方針の策定や各医療機関の対応方針の検証・見直しを行う。

[推進区域・モデル推進区域]

「推進区域」の中で、県内の一区域（宇部・小野田構想区域）を国へ提案し、「モデル推進区域」に選定された。この区域の現状・課題は、現在、区域内の医療資源の分散等により、二次救急医療が逼迫するなど、救急医療の提供体制に課題があり、区域内の首長等による救急医療に関する緊急アピールが行われるなど、関係者が結束して課題解決に向けた取組みを行う機運が醸成されている。

具体的な進め方は、現在、救急医療体制のあり方を協議している「宇部・山陽小野田・美祢広域救急医療対策協議会」の枠組みで検討を行い、その結果を踏まえ、調整会議で区域対応方針を策定していく。その方針に基づいて各医療機関が対応方針の検証・見直しを行う。

<新たな地域医療構想>

新たな地域医療構想（2040年ごろを見据えた）については、来年（令和7年）度、国においてガイドラインが検討・発出され、令和8年度に都道府県で検討・策定していく予定であることから、山口県（行政）のガイドライン策定に際して医師会としても意見を述べることであり、現時点では特別な方向性を決定するまでには至っていない。なお、国においては、地域の類型（都市型、過疎型等）ごとの医療提供体制モデル、外来・在宅等を含めた医療提供体制について議論することとされており、医師会としても、その議論の展開を注視していくこととしている。

徳島県 県医師会としても具体的な方向性は決めているが、本県における「新たな地域医療構想」の具体的な方向性は、国の策定ガイドラインを踏まえて検討を行うこととなるが、地域医療構想調整会議をはじめとした各種の会議において、地域の関係者と「徳島県の目指すべき方向性」について積極的に議論したいと考えている。

一方、国は年内を目処に検討会の「最終まとめ」を行う予定としているが、「地域の実情」を踏まえた上で検討を進めていく必要があることから、県においては、国に対して政策要望（※）を行っているとしている。

(※) 政策要望

[徳島県の政策要望]

- ・地域医療の最後の砦である「公立・公的病院の機能」が持続的に維持されるよう、地方と丁寧な議論した上で、「地域の実情」を十分に踏まえた検討を進めること。

[関西広域連合「広域医療局」の要望]

- ・令和4年3月に示された方針のとおり、病床の削減や統廃合ありきではなく、個々の病院及び地域の個別事情を十分踏まえ、各都道府県が主体的に取組みを進められるよう、地方とも丁寧に協議をしながら検討を進めること。
- ・新型コロナウイルス感染症への対応で見えてきた課題や、感染症対応に重要な役割を果たした公立・公的医療機関の医療機能と役割を踏まえて、地域の実情に即したものとなるよう十分な

検証を行い、考え方を示すこと。

香川県 香川県では、県本土をほぼ中央で二分割し、高松を含む東部構想区域と、丸亀・坂出・観音寺等含む西部構想区域、そして小豆構想区域の3つの構想区域に分けている。地域医療構想によりメリットがあったとすれば、常に小豆島の医療体制が問題とされる事くらいであった。

医療機能毎の病床必要量については、全体として病床数が減少傾向だが、今後も入院数の減少に伴い病床は減っていくことになる。

病床機能の分化、連携については進めるべきだが、全くその動きはない。本県の医療体制の大きな問題として、県下の基幹病院である公立病院や公的医療機関が県外の大学病院からの医師派遣に頼っている現状が挙げられ、各病院がその運営方針を独自で判断する事ができないという事情もある。現在、県医師会が主導し、香川大学医学部附属病院とも連携し、県行政の協力の下、その状況を変えようと取り組んでいるところである。

愛媛県

<2025年を目指した地域医療構想調整会議の総括>

愛媛県では、年2～3回の地域医療構想調整会議が開催され、県医師会からアドバイザーを2名推薦して出席した。昨年からは愛媛大学医学部附属病院長もオブザーバーで出席し、大学病院から関連病院への医師派遣の現状や、提供できる医療資源の限界などについてもコメントをいただいた。全県的には、県に設置された地域医療構想推進戦略会議が年1回開催された。

各構想区域で、病床機能報告に基づく病床数を評価し、株式会社日本経営による定量基準（埼玉方式）による機能別病床数の解説を受けたが、実態は必要病床数に近い状況になっていることが認識された。病床数は必要量に近づいているが、機能別では乖離があり、地域の医療機関と情報共有し、自主的な機能分担を推進する必要がある。

患者の流出・流入や疾患別の地域完結率などを評価し、構想区域ごとの問題点を検討するとともに、構想区域内での個別対応が必要な事項や、構想区域をまたいで解決する必要がある事項など、

今後の地域医療構想を検討するための問題点が明らかになってきた。

<2040年に向けた地域医療構想>

令和6年度は、6構想区域でそれぞれ医療圏の課題分析を行って3区域を抽出し、優先課題について詳細分析し、そのうちの1区域を推進区域（仮称）に設定して、上記の役割分担や連携のあり方の方向性を検討する予定である。

高知県 具体的な方向性については、国の方針を検討会で協議している段階であるため、現時点では決まっていないが、高知県の状況として、高知市周辺を除く郡部では、現在の病床数が既に2025年の必要病床数に近づく又は下回る状況となっており、地域の医療提供体制をどう守っていくかの視点で取組みを検討する必要がある。

また、現時点では病床数が多いとされる高知市周辺についても、患者の流入が多く、他の区域の医療を補完している状況であるため、構想区域の見直しを含めた体制を今後検討していく必要がある。

このため、まずは今年度、地域の医療提供体制の現状・課題の分析、2025年以降も含めた医療需要・医療従事者確保等の推計を実施し、結果を地域で共有して、2025年以降も見据えた医療提供体制の検討を進めていきたいと考えている。

江澤日医常任理事 これまでの地域医療構想は2025年を目途として設定され、全国ベースで必要病床数が119.1万床で、2023年度病床機能報告による2025年見込みは既に119.0万床とトータルの病床数では近づきつつある。また、財務省をはじめとする外部から指摘のあった「急性期が多く回復期が足りない」という状況は、慢性期も含めて少しずつ必要病床数のほうへ近づいている。

これまでの地域医療構想は最終年度を迎えることもあって、国の意向により「推進区域」及び「モデル推進区域」を定めることになった。モデル推進区域は医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性が考えられる区域に対して、国がアウトリーチの伴走支援を行い、本ブロックでは高知県（中央）、山口県（宇部・小野田）の区域が設定さ

れている。

「新たな地域医療構想」は2040年を見据えるという形で、今春から国において検討会が開催されている。今春の診療報酬・介護報酬同時改定の資料でも示されたが、急性期から回復期・慢性期において主傷病名が「誤嚥性肺炎」の患者が上位であったが、誤嚥性肺炎は急性期・慢性期のどの病棟に入院しても、治療方針が確立しているため、医療資源投入量に差が見られないということが示された。

このように「新たな地域医療構想」の一つの大きなテーマは、増える高齢者救急をどのように対応するかであり、バックグラウンドとして、誤嚥性肺炎、尿路感染症、うっ血性心不全といった患者を地域のどこで受け止めてどう対応するかが課題となっている。

日医は国の検討会をはじめ、この「新たな地域医療構想」へ向けて、次の点を主張している。

- 地域医療構想は医療費を適正化するための病床削減の政策ということが根強く残っている部分があるため、新たな地域医療構想へ向かうにあたっては、その大義や目的を共有してほしい。
- 医療機関機能は、各病棟機能の総和であるので、当然の複数の選択を可とするべきではないか。
- 4区分（超急性期、急性期、回復期、慢性期）を残すのであれば、回復期の見直しを。
- 構想区域は地域の実情に応じて分割、合併の柔軟な対応が必要。
- 在宅医療圏は市町村単位が望ましいのではないか。
- 地域医療介護構想への変革が必要ではないか。
- 当初予想していない事象が起きているため、姓年齢階級別の現状投影モデルは使えないため、新たな推計をどう考えていくか慎重に検討すべき。
- 地域の詳細まで国は把握しておらず、地域で何が課題でどういう状況にあるか、地域が一番分かっているため、地域で自発的な会議をお願いする。
- 現在、経営が厳しい状況にあるので、そもそも医療機関が健全経営のできる担保をしてもらいたい。

- 2040年のことを今から決めることは難しいため、医療計画の6年毎の締めには中間見直しが必要である。

〔報告：常任理事 岡 紳爾〕

第2分科会B「医療介護の連携」

テーマ：ACP普及のための各県の取組みは？

質問事項：ACP普及への取組みについて教えてください。

第2分科会のB「医療介護の連携」は、同じ江澤日本医師会常任理事の出席のもと、「ACP普及の取組み」をテーマに討議された。

今後、施設・在宅での看取りが増加することから、ACPの重要性は一層増してくると思われるが、その概念は十分に根付いているとはまだ言えず、広く社会へ根付かせるための取組みについて、各県から報告があった。

全体として、主治医だけでなく訪問看護師、かかりつけ薬局、介護職などさまざまな職種の方が関わって、患者さんはもちろん、本人の心づもりを家族、医療側が共有しておくことが大切だといった意見が多かった。

また、本人や家族と、専門職との間の話し合いが十分ではなかった場合、「救急の現場において、ACPに従って家族へ蘇生中止を提案したところ、家族からは強い不信感を抱かれた」といった事例も紹介された。

具体的な取組みについては、多職種で関わっている事例の報告があり、医師会、行政、介護・福祉団体等と協力して啓発活動が行われ、パンフレットや動画等のツールを作成し、研修会や症例検討会、講演会、出前講座等の活動を行っている県、救急時に心肺蘇生等に関する本人の意思を主治医、受入医療機関、救急隊とで情報を共有するためのシステムづくりをしている県もあり、その方法としては、「自宅冷蔵庫に尊厳死希望の用紙を貼っておき、救急隊が到着した際にはまず冷蔵庫を見る」といった取組みが進められていた。その他、山口県と同様に、一定の要件を満たせば、救急隊による心肺蘇生中止を選択するプロトコルを作成している県もあった。

最後に、今後のACPの普及には、多職種連携を強化しながら医療・介護従事者への研修などを行うのみならず、地域住民への啓発活動が不可欠であるとまとめられた。

各県からの報告は以下のとおりである。

鳥取県 東部地域では、平成27年度から1市4町と東部医師会が主体となり、「東部地区在宅医療介護連携推進協議会」、企画・運営機関として「東部医師会在宅医療介護連携推進室」を設置し、在宅医療介護連携推進事業に取り組んでいる。

平成29年に仮想症例のシナリオによる動画を作成し、多職種研修では在宅療養中から看取りの時期での意思決定支援、住民啓発では自身の意思決定の場面でACPを学び、また最終段階になってからのACPではなく、元気な時から繰り返し何度でも考え、話し合う大切さ、最期までどう暮らしていきたいかに重点を当てている。平成30年にはパンフレットと終活支援ノートを作成した。この終活支援ノートはACPをせっかく考えたから何か書くものが欲しいという住民の声から作成に至った。

年間40件程度の住民啓発活動を実施し、コロナ禍によって年数件まで減ったが、令和3年度後半からは徐々に増え、令和4～5年度では年間20件程度まで回復している。

令和2年には、医療機関や介護施設での最終段階を見据えた本人・家族に対しても活用でき得る「ACPノート」に改訂した。ステップ1：ACPを考えたとき、ステップ2：気持ちが変化したとき、そしてステップ3：人生の終活を考えたときとして、3回分のACPを記載できるものとした。ステップ3は人生の終活を考えたときに、本人と信頼できる人、そして医療・介護関係者が一緒に話し合う内容となっている。質問項目は最終段階での希望など細かく、ページ数も11ページとなる。本人などとコミュニケーションの取り方など配慮が必要となるため、別冊で話し合いの手順などを記したマニュアルも作成した。ACPノートの活用を進めるにあたって、医療・ケアチーム向けのACP実践研修も令和3年度から開始している。

また、「在宅医療介護連携推進事業」は、鳥取

県東部の広域連携により実施しているが、鳥取市が中核市となったことを機に、連携中枢都市圏を構成する兵庫県美方郡の2町とも連携して共通の内容、ツールで同様のACP啓発をしている。

島根県 本会では、令和2年から県行政の「在宅医療介護連携推進事業」を受託し、在宅医療・介護の連携をテーマに、県下の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3年度には県内医療機関（病院29、診療所256）へ在宅医療実態把握のアンケートを行い、その調査結果は、希望する研修テーマとして「看取りや緊急時への対応を可能にする地域医療機関の連携や代診医のしくみ」が最も多く、次いで「患者の意思決定支援・尊厳の維持の関わる仕組みの構築と看取りへの住民理解・ACPの普及」が多かった。

令和4年度には、医療介護に係わる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（研究会）」を発足し、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ることとした。令和5年度には、各団体からの現状と課題を踏まえ、第8次医療計画に向けた提言を行った。提言の中で、在宅における看取りとACPの取り組みについて、県民が「自分の老後や生命についてどう考えるか」というACPの考え方について、子どもから知る機会を増やし、地域全体の文化として「県民への啓発」を行い、年齢を重ねれば転倒もするし認知症にもなるという自然な形で老いや死が受け止められるような県民の理解が必要ではないか等の提言を行った。

今年度は、重要テーマである「ACPの普及・展開」を挙げており、研修会において地域におけるACPの取り組み・好事例等を取り上げる予定である。

広島県 本県では、平成25年度に広島県・広島市・広島大学と本会で構成する「広島県地域保健対策協議会」に「終末期医療のあり方検討特別委員会」を発足させ、ACP普及を目標に活動しており、令和3年度からは「ACP普及促進専門委員会」として普及活動に取り組んでいる。

これまで活動の中では、「ACPの手引き」、「私の心づもり」などのツールやDVDの作成、地区医師会を通じたモデル事業などを実施した。「ACPの手引き」については、実際に使用された方や医療関係者等からのアンケート調査の結果等から改訂を重ねて、現在第3版となっている。これまでの配布総数は22万部を超えており、非常に広く使われている。今年度はいい看取りの日（11月30日（土））に一般県民や医療従事者を対象とした講演会を開催し、医療介護に関する多職種からご自身が経験したACPについてお話しいただくことを企画している。

山口県 ACP普及に関する医療・介護の連携については、市町・郡市医師会による取り組みが中心で地域差はあるが、各市町の高齢者保健（介護、福祉関係）の所管部署を中心に会議や講演会等を通じて、医療・介護・福祉関係者への知識・情報・認識の共有、住民への啓発に取り組まれている。

また、本県では救急医療の現場（県メディカルコントロール協議会）の取り組みにより、救急隊が心肺蘇生を望まない意思表示をしている傷病者の意思を尊重しなければならない場合に、一定の要件を満たしている場合のみ、心肺蘇生を中断し「かかりつけ医」又は「家族等」に傷病者を引き継ぐことができる運用が、令和3年11月から開始されている。実績として、令和3年11月～令和4年12月までで18件と事例はまだ少なく、住民への啓発と同時に医療・介護従事者への理解・周知がさらに必要と思われる。

その他に、本県は在宅医療のニーズが特に高まる85歳以上の人口は令和22（2040）年まで増加する見込みであり、在宅医療を担う医療・介護従事者、行政職員等を確保していくことは重要な課題であるため、各地域の事例の横展開や全県的に実施したほうが効率・効果的なテーマ・取り組みについて本会から提案し、今年度は在宅医療への新規参入や多職種連携をテーマとして、リレー形式によるオンライン研修会を県主催で開催している。その中で、ACPについても医師会等と連携して積極的に取り組んでいる市から報告がされている。

いずれにしても、地域医師会と市町行政が地域の実情に即して進めることが重要であるが、今後の県全体としての効果的な取り組みに向けて、各県の取り組みを参考にさせていただきたい。

徳島県 本会では平成30年より、医師会を中心に医療関係者（医師中心）にACPの普及が始められた。当時のACPは、将来の変化に備えて将来の医療及びケアについて、本人を主体にその家族や近い人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、本人による意思決定を支援する取り組みのことで、終末（事前）指示書やエンディングノートとの差異が不明確であった。

令和3年からACPのPlanningからPlanningに必要なPieceの収集のためのロールプレイの研修を始めて、行政職（地域包括支援センター・保健師）に広がり、さらに保健師や医師会員共同で地区住民に講演が広がっている。また介護支援専門委員には、ケアプラン作成の情報収集の一助となる（適切なケアマネジメント手法に類似）ACP研修（徳島県緩和ケア研修会）に参加してもらっている。

共有情報（言語）として徐々にではあるが、医療・介護・行政・住民の認識と普及が広がっている。

香川県 本県では、県医師会、各郡市地区医師会でさまざまな取り組みが行われている。健康なうちから自分の思いを提示し、家族や専門職と話し合うことが重要であるが、医療・ケア専門職との話し合いが十分に行われていないことが課題と考えている。

本会では、県民公開講座の開催、ACPを解説する手引き（県民向け）・終末期意志表明書の作成、専門職向け研修会、E-FIELD活用と同形式研修会等の実施している。

愛媛県 令和4年度の診療報酬改定で、地域包括ケア病棟入院料では、「適切な意思決定支援に係る指針」の作成が施設基準となった。さらに令和6年度の診療報酬改定で、原則入院料を算定する医療機関においては「適切な意思決定支援に係る指針」の作成が義務化された（経過措置は令和7

年5月31日まで)。

今治市医師会では、入院患者の意思が退院後も反映できるように救急隊と協議し尊厳死を希望する患者は、自宅の冷蔵庫に尊厳死希望の用紙を張っておくこと、救急隊はまず冷蔵庫に張り紙がないか確認することとして、本人の意思が救急時に反映するよう協議した。

松山市医師会では、地域医療介護総合確保基金事業として、平成27年「松山市在宅医療支援センター」を開設し、同年度中に多職種にACPを普及する研修の場を設けた。

高知県 県行政とともに取り組むACP普及への本会の取組みは、次のとおり。

＜医療関係者や県民への普及＞

「人生の最終段階における医療・ケア検討会議」(県健康政策部在宅療養推進課)

2019年1月に厚労省が発出した「在宅医療の充実に向けた取組の進め方について」の(6)住民への普及・啓発の取組、①人生の最終段階における医療・ケアについての意思決定支援に関する普及・啓発を進めるために県行政と協議を進め、検討会議が設置され、同年9月に第1回会議が開催された。

県や地域行政、医師会、職能団体で開催する研修会、講演会、出前講座などの講師派遣、ACPに関するアンケート、パンフレットやチラシ作成、相談員研修会への参加やファシリテーターの養成を行っている。

＜救急搬送時への対応＞

県救急医療協議会・県メディカルコントロール専門委員会で審議後、救急搬送時への対応として、心肺蘇生を望まない傷病者への救急隊の対応に関するプロトコルを実施している(令和6年5月28日施行)。このプロトコルは、傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施に関する検討部会と救急業務のあり方に関する検討会(総務省消防庁)をもとに高知県が策定しており、東京都をはじめ全国で策定されている。

岡山県 本会ではACP普及に向けて2018(平成30)年から移動会長室事業として研修会を計42

回開催した。アンケート調査では医師35%、介護支援専門員40%に参加経験があり、今後も実施を継続予定で、参加者たちが今後地域でACP普及に尽力することが期待できる。また本会では、「医療介護連携体制整備事業」として郡市地区医師会が実施するACP研修会等に補助を提供し研修会の開催を促している。

〔報告：理事 國近 尚美〕

第3分科会A「勤務医」

テーマ：医師の働き方の適正化に向けた取組みについて

2024年4月より勤務医の働き方改革が始まり、「勤務医の時間外労働の年間上限規制により原則960時間」「連続勤務時間制限、長時間勤務医師の面接指導などで、勤務医の健康確保を目指す」など、医師の労働時間に関する取り決めで中心として、医師の働き方の適正化に向けた取組みが開始されたが、地域医療、救急医療、産科医療に与える影響が懸念されている。

地域医療体制改革・働き方改革・医師確保対策の「三位一体」の取組み状況についてお伺いしたい。

医師の働き方改革の影響について、宿日直許可を受ける医療機関が多く、現状では大学病院による医師派遣の引き上げなどの実態はみられない。ただし、実際の勤務実態との乖離や、自己研鑽という名目で労働時間を過少申告していることで、長時間労働の実態が見えなくなるという報告があった。

また、地域における医師不足、医師の偏在問題は深刻化しており、多くの県で特に若手医師の都市部と地方の偏在が大きな問題となっている。働き方改革によって医師の労働時間規制が強化された結果、業務量に変化のない中において医師の負担がかえって増加している報告があり、これらが医師不足や医師偏在を悪化させる可能性があるという意見があった。

医師不足対策として、地域枠医師の制度は多くの県で導入され、改善傾向もあるという中においても、卒業後の地域定着率が低い。

地域枠医師の効率的配置など各県での取組みが行われているが、地域医療の魅力向上や、地域枠医師の専門医資格取得のためのキャリア形成・支援など、定着率向上に向けた取組みが必要である。

地域医療体制の維持の困難さとしては、働き方改革による医師の労働時間規制は、病院の経営や地域医療の提供体制に影響を与えており、特に救急医療や周産期医療など、医師の負担が大きい診療科ではサービスの縮小や病院の閉鎖などが懸念されている。地域の実情に応じた柔軟な対応や医師の負担を軽減するための対策を求められている報告があった。

若手医師の意見

- ・働き方改革により、定時で業務を終了する雰囲気は醸成されている。しかし、日中は救急対応が入るなど、仕事量は以前より増加しており、自分一人の力では終わらないと感じる。宿日直勤務については、翌日の通常勤務が可能であるが、実際は就寝できない先生が多いため、午後休を取得できる制度になっていても、休んだ分の仕事量が蓄積してしまう。
- ・大学病院時代は、長時間病院内にすることが多く自己研鑽・仕事に追われていた。収入面では、いかにアルバイトを増やすかが収入につながる。また、外科医が減少傾向にあることを若手医師は感じているので、QOLを重視した改善が必要である。
- ・収入面で不平不満はないが、3年目以降の研修医は、当直明けの午後休でも残って仕事している。一定時間を超えると病院から指導が入るため、自己研鑽扱いとしているのを見て、研修医仲間でQOLを意識し始めるようになった。
- ・研修医1年目として、想像していたより働きやすい環境にある。休みやすいのはありがたいが、経験不足に焦りを感じる。
- ・研修医は宿日直がとれず、勤務の扱いとして、当直の翌日は休むようにと指導されていることから、当直勤務の曜日によっては、週2日しか勤務ができない時がある。本来研修医のやるべきことは臨床修練であり、本末転倒な状況である。体力的には楽だが本来やるべきことを自分自身ができているのか、経験に関して不安を感じる。先輩研修医は、当直の場合、一部宿直が認められて、その月の中で1日だけ休暇を取らなければならない制度になっているが、医師の少ない診療科ではカバーできない現状があり、制度上は改善傾向にあるように見えて、実情はそうでないと感じている。
- ・自治医科大学義務年限後の定着率の低さの原因として、地域枠よりも専門医を取得するペースが遅れることで焦りを感じて離脱してしまうので、地域枠の中の同じ境遇の繋がりを強めることが重要になる。また、スペシャリストとしての強みがないことに不安を感じる。専攻する科によるが、専門医の取得が遅れることは事実であり、地域に義務年限後の地域枠医師を定着させるためには、後期研修期間でサブスペシャリティを取得できれば、地域に出たときに自分の役割が実感できる。後期研修期間がどの程度必要かは科によって違うので、現実的には難しいかもしれないが、専門医まで取得して、地域で活躍できるようにさせてあげることが理想だと感じる。
- ・働き方改革が周知徹底される反面、業務量は増加している。自己研鑽の部分において、3～5年目に負荷がかかり、不調を訴える医師がでてくるのではないかと心配している。働き方改革を意識するあまり、かえって歪みが生じ、管理者等にしわ寄せがくることが大きく懸念されることから、研修の機会を十分確保することを理解し、それに沿った制度改革にしてほしい。

第3分科会B「医師会の組織強化」

テーマ：会員数増強について

～近年の会員数減少に対する各県の具体的取組みとその成果～

会員数の減少は各医師会で大変重要な課題である。開業医会員数は近年減少し続けており、会員増強のためには勤務医・研修医の入会を増やすことが最も重要であり、喫緊の課題である。一方で、組織力強化は会員数の増加に留まるものではない。大学病院や市中病院等の中堅の勤務医や研修医が医師会活動の意義や重要性を認識して医師

会の存在意義を理解する、その結果として、医師会がさらに良い方向へと向かうことが本当の意味で組織力強化と言える。

1. 開業医会員減少に対する有効な方策について

各県でも開業医会員は減少しているが、減少に対する有効な方策は見い出せておらず、取組みとして医業承継支援事業（鳥取県、愛媛県、山口県）、入会金等の負担軽減措置（高知県）が報告された。今後は医師会も行政も、開業医の減少を前提とした事業の組み立てが必要との意見があった。

2. 勤務医会員は県医師会までは入会しても日本医師会への未入会者が多いことに対する解決策について

徳島県と高知県では県医師会に入会している勤務医会員は、ほぼすべてが日本医師会に入会しているが、その他の県では開業医会員と比べ勤務医会員の日本医師会への入会率は低い。その対策として、日本医師会費の値下げ要望、日本医師会医師賠償保険及び医師年金等の具体的なメリットのPRなどがあげられた。勤務医会員の加入促進には、各県、力を尽くしており、県医師会執行部の病院訪問、研究・学習支援事業（若い勤務医に対する医学論文制作補助）等の実施が報告された。

3. 研修医会員増加の理由と入会後の満足度について

研修医会員増加の主な理由は医学部卒業後5年間の会費減免（無料化）であり、その他の理由として、勤務先や上級医からの勧め、日本医師会医師賠償責任保険への加入が挙げられた。会費が減免（無料）となる5年間の間に医師会に関わることで充実感を得てもらうことが大事であり、研修医を対象とした研修会の開催、学会発表や論文作成時の文献検索支援、医師会活動の有用性として日々の先生方の診療に医師会がいかに見えない形で係わっているのかを伝えていくことが重要との意見があった。

若手医師の意見

- ・若手医師は参加費が高額なハンズオンセミナーに参加しているので、自分の知識になるものにお金を支払うことへの抵抗は若手医師にはないと思う。若手医師を対象としたハンズオンセミナーやオンラインセミナーを開催することで加入に繋がるのではないかと。
- ・医師会に入会しているが、これまで医師会について深く考えたことはなかった。目の前の診療や、知識を得ることに手一杯で医師会に意識を向けてこなかった。今の自分に必要な情報や、今後必要となる研修会等を医師会が開催しているという情報を発信していただくことで5年目以降も継続する人がいると思う。
- ・研修医になった後、医師会について説明を受ける機会があったが、学生時代にはあまりなかった。学生のころから医師会を身近に感じるように何度も説明することが大事だと思う。
- ・医師会入会にメリットもデメリットも感じていない研修医が多いと思う。会費無料期間が終わると会費というデメリットが生じてしまう。メリットを受けるために負担が生じることは当たり前のことであるが、そこが目立たないように目に見えるデメリットの軽減が必要だと思う。
- ・医師会は開業医の組織という先入観があった。その先入観が根底にある中で医師会について説明していただいても話が入ってこなかった。
- ・JMATをきっかけに入会した。JMATはDMATのように事前の訓練を受けていなくても手上げをすれば参加できる可能性があるのも、災害医療に関心を持っていても飛び込めていない人にはよい機会だと思う。

A「勤務医」・B「医師会の組織強化」に対する日医の見解

今村日医常任理事 日医が8月から9月4日まで行った医師の働き方改革に関するアンケート調査結果の速報値については、ほぼ想定範囲以内である。

ただ、管理者側の負担は非常に大きくなっており、救急や大学病院からの医師派遣等に大きな影響は出ていないが、今後5%程度影響が出る可能

性がある。

宿日直許可については、多くの病院が取得していても、中にはほとんど休んでいない状況が続く若手医師の意見もあり、実施されたばかりの状況で今後どのようなようになるか注視していく。労基に駆け込む前に、管理者側がしっかり意見を聞き、医師会へ相談するなどの対策を立てて欲しい。

医師の働き改革は、勤務医を守るための改革であることから、自己研鑽も決して管理者側から押しつけてはいけないことになっているので、労使の考え方についてしっかり説明して欲しい。その中で、若手医師が自己研鑽を積むための仕組みづくりも大事である。働き方について大きな課題があれば日医へ声を寄せていただきたい。

組織強化については、日医会員は皆様のご協力により、現時点で17万7千万人となった。

日本医師会員の半数以上は勤務医であり、医師会の存在を勤務医に感じていただくために設置された未来医師会ビジョン委員会の答申では、日医がわが国最大の医局機能を発揮することが勤務医にとって大きなメリットになるのではないかということが述べられている。

制度との関係において、新しい地域医療構想の在り方として、医療と介護の連携、地域との関わりが大きくなることが予想される。かかりつけ医機能報告制度及び研修制度の多くの部分を都道府県及び郡市区医師会が担っている。医師活動をしっかり行っている地区では、医療介護連携もうまくいっていることが国の委員会でも報告されていることから、ここで医師会の存在をアピールできれば、若手医師にも理解していただけると考える。

また、今後のかかりつけ医機能制度について、無医地区への派遣が増加していくことが予想されるため、病院勤務医がかかりつけ医機能の役割を發揮していただけるように、活動したいと考える。JMATの活動についても、医師会として活躍すべき活動だと考えている。

学術に関して、英文史『JMA Journal』が、インパクトファクターを取得した（指標1.5）。掲載料が無料となっているので、若手医師には日医図書館など利用して、この機能を活用してほしい。

松本日医会長 医師の偏在問題については、一つの施策だけで解決することは難しい。さまざまな理由で都市部に人口が集中しているので、一つの施策では効力を発揮しないかもしれないが、いくつかの施策を組み合わせることで少しずつ是正に向かうと日医は考えている。

医師が少ない地域に法的な強制力を掛けて無理に行かせることはできない。若い世代にばかり負担を掛け専門医取得にしろ寄せがいかないように、中堅、シニアの世代にも少しずつ負担を分散させ、なるべく短期間となるような仕組みを考えていかなければならない。

開業制限を行うと駆け込み開業という弊害が起きてしまう。ハレーションを起こすような仕組みは絶対に避けなければならない。特に地域別診療報酬のようなディスインセンティブを効かせ、都市部の診療報酬を下げるような理不尽な考え方には断固反対である。逆に医師の少ない地域の診療報酬を上げるとその地域の住民の負担は増してしまう。こんなおかしい話はない。北風政策ではなく太陽政策でいかなければならない。インセンティブの出し方は難しいが、医師を派遣する病院と派遣される医師個人、どちらにもインセンティブが与えられないかと国に1,000億円の基金を創設するよう提言している。

組織強化に関しては、理念だけで入会していただくことは難しいので、なるべく多くのメリットがあるように今後日医でも考えたいが、そうはいっても理念は大事である。数だけ増えればいいとは思っていない。数と質がマッチしてこそ日医の組織力は増すと考えている。まずは会費を無料化した医学部卒業後5年以内の会員を増やす。ここが一定程度増えれば成果ありとして6年目以降の方々の検討を行うことができるので、まずは5年目までの方にできる限り入会していただき、日医の雰囲気を知っていただくことが大事だと考えている。若い医師にだけ入会していただいてもどうなのかという話をお聞きするが、入っていただかないと勝負にならない。5年で退会される方は多いが2割程度は会費を負担することになっても残っていただいている。すべての方が退会してしまうのではないのでご理解いただきたい。

自己研鑽の問題に関しては、各病院で労使が自己研鑽とはどのようなものなのかしっかり話し合ってコンセンサスを得ておくことが大事で、後のトラブルを防ぐことになる。管理者の先生方にはトップマネジメント研修をしっかり受けるなど管理者側も勉強することが大事である。

[報告：副会長 中村 洋]

第4分科会A「学校保健」

テーマ：学校心臓検診について

学校心臓検診は、昭和48年の学校保健法施行規則の改正により、定期健康診断として実施が義務付けられた。しかし、各市町村でその実施方法が統一されておらず、心電図検査を行う学年についてもまちまちであった。

平成6年12月の改正から小学校1年生、中学校1年生、高等学校1年生全員に心電図検査が義務付けられたが、未だ省略4誘導心電図による実施と12誘導による実施が混在している状態である。以前は心音図を記録して、先天性心疾患を発見することが学校心臓検診の目的の一つであったため、省略4誘導心電図による心音図の同時記録が重要な役割であった。しかし、現在では主な先天性心疾患は学校心臓検診以前に発見されることが多く、同検診で発見されることの最も多い先天性心疾患である心房中隔欠損の発見のためには12誘導心電図が向いており、不整脈診断に対しても必要なことから、今後は12誘導心電図記録を行うことが推奨されている。12誘導への変更にはコストの問題と検査に要する時間の問題があると言われており、また、心臓検診データの判読、その後の取扱いについても各市町村で地域差があり、統一した扱いがなされておらず、さらに検診データの管理、保存についても扱いが明確になっていない地域は少なくない。学校健診データをPHR（パーソナルヘルスレコード）に活用する実証事業が進められているが、これらのためには学校検診データの標準化された取扱いが必要ではないかと思われる。

(1) 12誘導への移行状況はいかがか。

回答 岡山県では12誘導心電図をしているとこ

ろは小中学校で6割程度であるが、ほぼ心音図検査も行われている。他の県では、ほとんど12誘導心電図に移行していた。山口県では県立学校における12誘導の実施率は98.8%（1校のみ6誘導）、市町立学校における12誘導の導入率は94.7%（1市町のみ6誘導）であった。小学1年生においては4誘導心電図+心音図の検査の方が有用であるとの意見もあった。

(2) 検診後の判読の方法と、データの取扱いはどのようにされているか。

回答 判読は各県で工夫をしていて、検査委託業者あるいは各郡市医師会で行っており、特定の小児循環器医師、大学医師による判読をしているところもあった。山口県では県医師会学校心臓検診検討委員会で「心電図判断基準（学校心臓検診二次検診呼び出し基準）」を作成し、参照してもらっている。

データの取扱いについては、多くは各学校、市町教育委員会、検診委託業者、保健協会などで5年間保存されている。山口県では「学校心臓検診精密検査受診票(4枚複写)」を主に学校が発行し、二次検診医療機関が記入するシステムで、学校、県医師会でそれぞれ保管している。

(3) PHRへの対応をされているか。

回答 ほとんどの県では対応されておらず、統合型校務支援システムを導入している県もあった。ただし、そのデータをマイナポータルと紐づけてきているところはなかった。なお、紙媒体でデジタル化できていない県もある。

渡辺日医常任理事より、「現在のところマイナンバーとの紐づけはできない、厚労省では保存はしない、保存されたデータを個人が見ることはできるが共有することはできない、園ではインターネットに接続されたパソコンがなくてデータを管理することができない、PMH（Public Medical Hub）を使用して母子保健並びに学校保健のデータを一括管理することができないかを厚労省は検討している、まずはデジタルデータにすることが必要」等の発言があった。

[報告：常任理事 河村 一郎]

第4分科会B「子ども医療」**テーマ①：ヒトパピローマウイルス（HPV）ワクチンの接種状況**

令和4年4月よりHPVワクチン定期接種の積極的勧奨が再開、積極的勧奨差し控えの期間に接種の機会を逃した女性に対するキャッチアップ接種も実施されている。しかしながらHPVワクチンの接種率は低迷しており、令和4年度の全国平均は42.2%で、キャッチアップ接種率は10%に届いていない。岡山県ではマンガ、リーフレット、動画、知事自らの講和や出前講座が効を奏したのか、令和4年度のHPVワクチン1回目接種率は63.8%であったが、令和7年3月で終了となるキャッチアップ接種率は伸びていない。各県の接種率の現状と接種率向上に向けた取組みはいかがか。

(1) 各県でのワクチン接種率の現状

山口県 HPVワクチン定期接種の実施率（※接種者数を標準的な接種年齢である13歳女子の総人口で除して算出）は、令和4年度は1回目：46.6%、2回目：46.0%、3回目：39.9%、令和5年度は各々62.3%、41.2%、25.6%となっており、初回接種率は上昇傾向にある。

キャッチアップ接種について、令和4年度の対象者は49,725人（令和4年10月1日における17～25歳の人口）で、実施率（※接種者数を対象者数で除して算出）は1回目：6.8%、2回目：5.9%、3回目：4.2%であり、令和5年度の対象者は54,026人（令和5年10月1日における17～26歳の人口）で、暫定的な実施率は1回目：5.8%、2回目：5.3%、3回目：5.5%となっている。

他県の状況 各県ともほぼ同様の傾向で、令和5年度定期接種1回目の接種率は60%台で、一部の県では70%台になっており、定期接種については増えてはいるが、まだまだ低調な状況である。キャッチアップ接種については、接種率が伸びずに低調な状況であり、憂慮される。

(2) 好事例（特にキャッチアップ接種について）**を含めて、その取組み**

山口県 HPVワクチン接種推進は重要施策として、県・市町・学校・医療機関が連携して取り組んでいる。全市町で、定期接種及びキャッチアップ接種の対象者に個別通知を発出している。県は、休日夜間の接種が可能な医療機関が分かるように医療機関一覧を県ホームページで公表、ワクチン接種のさらなる促進に向けて県及び県医師会との連名により各市町あて住民に響く積極的な勧奨実施を要請（令和5年10月）、女性のがん対策「ピンクリボン月間」運動に併せて県民・医療関係者に向けて県知事メッセージを発信（令和5年10月）、県で作成した「みんなで知ろう 子宮頸がん予防 HPVワクチン」と題したリーフレットを各市町並びに医療機関等に配付、若い世代の接種対象者やその家族がHPVワクチン接種に関心が高めるための啓発動画を作成して県ホームページやSNSなどを活用して情報を発信、令和6年9月11日の県知事記者会見ではキャッチアップ接種について取り上げて県民への周知を行った。県医師会としては、県民に向け、県医師会記者会見によるHPVワクチンについての情報発信（1回目：令和4年7月：HPVワクチンの積極的勧奨再開について、2回目：令和6年8月：HPVワクチンキャッチアップ接種について）、県医師会で作成したHPVワクチンのリーフレット、ポスターを学校の協力のもと接種対象者に配付、キャッチアップ接種の最終年度にあたり行政・学校関係者・医療関係者が一同に会してHPVワクチンの副反応の現状や対応をテーマとした県医師会主催の予防接種医研修会を開催した（令和6年6月）。

他県の取組の状況 各県とも令和7年3月末でキャッチアップ公費接種期間が終了となることから、情報発信に力を入れている。

島根県 定期接種・キャッチアップ接種対象者やその保護者等に向けた情報を県の広報誌、新聞、ラジオ、テレビ番組、公式LINEで広く周知。岡山大学主催のHPV予防接種拠点病院整備事業を活用し、グッズ（うちわ）の配布や松江城のライトアップを実施。

香川県 HPV ワクチン予診票の単独配布ではなく、概ね小学6年生を対象に配布している比較的接種率の高い二種混合ワクチン予診票と同時に同封にて配布。

愛媛県 松山市では、キャッチアップ世代に対する新たな個別接種の試みとして、医療機関1施設においてワクチン接種のための特別枠（土曜日午前）を設けて、市LINEでの電子申請予約を行ったところ1.5日間で定員48名に達した。LINE等の利用が有効かと考えられた。

〔報告：常任理事 縄田 修吾〕

テーマ②：新設された『1か月児』と『5歳児』健康診査事業助成の現状と問題点：

出産後から就学前まで、切れ目のない健康診査の実施体制を整備するために、新たに「1か月児」及び「5歳児」健康診査の費用を助成する支援事業が令和6年4月より始まった。1か月児健診は原則として個別健診で、発育や栄養状況、身体異常の早期発見、こどもの健康状態や育児相談等を目的としている。5歳児健診は原則として集団健診で、発達障害など心身の異常の早期発見、育児上の問題点など、必要に応じた専門相談等を目的とするものである。

岡山県小児医療協議会健診班は、令和5年12月～令和6年1月に県下27市町村に岡山県の健診体制調査を行い、1か月児健診は産科で実施されていることが多く、新たに児が健診を受けることへの負担が指摘されている。また、5歳児健診が実施されているのは4市町村のみで、いずれも巡回方式であった。未実施の市町村では、マンパワー不足とアフターケアする療育機関が少ないなどの問題点を指摘している。

(1) 各県における「1か月児」と「5歳児」健康診査事業の現状

回答 1か月児健診については、山口県、徳島県、香川県、愛媛県では、ほぼ全例小児科医が健診を行っているが他県では産科が行っている所が多い。山口県では令和6年度は全市町にて国庫補助で行われる予定である。

5歳児健診は、鳥取県は平成19年度から全市町村で実施している。全員を対象とした集団健診がほとんどであるが、一部医師確保の問題から選定した対象者のみ実施している市町村もある。香川県では現在7市町が実施済で、うち5市町は補助金申請可能な悉皆健診を実施している。

(2) 問題点

回答 5歳児健診の問題点は医師等専門職の確保が困難、健診時間がかかること、療育機関等実施後の受け入れ体制が不十分であること、現在行われている5歳児発達相談会や就学前調査で必要性を感じていないことなどがあったが、専門職が足りないことに対する対応策を考えるのではなく、非専門職（保健師など）が初期対応できるような環境整備や対応力向上を図ることが重要との意見もあった。

日医への要望・提言

1. 学校健診の標準的診察法について（鳥取県）

児童生徒にも配慮した標準的な診察方法などをマニュアル化し、各教育委員会に通達していただきたい。

渡辺日医常任理事 マニュアルを細かく作成すると、逆に実施しないと問題になる可能性もある。来年度実施状況を調査する。

2. 学校医報酬について（鳥取県）

地域によっては学校医のなり手不足が危惧されており、標準的な学校医報酬を提示していただき、学校医の確保のための環境づくりも考えていただきたい。

渡辺日医常任理事 人事院勧告で地方交付税が出されている。各郡市医師会で県・市町に交渉していただきたい。

3. 医師と学校の連携による児童生徒を対象とするゲノム医療の普及啓発活動（広島県）

児童生徒を対象にゲノム医療に関する教育・普及啓発活動を行うことで、ゲノム医療、ひいては

遺伝に関する国民のリテラシーが向上し、医療・福祉の向上にも寄与すると考えられる。日医として、このような活動が促進されるような取組みを検討いただきたい。

渡辺日医常任理事 文科省と相談し、検討していく。

4. 小児かかりつけ診療料の算定要件（発達障害等に関する適切な研修）について（香川県）

小児かかりつけ診療料の算定要件に発達障害等に関する適切な研修を修了していることが望ましいとの記載がある。現時点で、その対象として認められている研修会は、①日本小児神経学会“子どものこころのプライマリケア・セミナー”、②日本小児科医会“「子どもの心」研修会”、③日本小児保健協会“小児かかりつけ医のための発達障害スキルアップ講座”となっている。一方、厚労省の都道府県・指定都市を対象とした補助事業であり、まさに、その趣旨に沿って全国の各自治体で現在実施されているかかりつけ（プライマリケア）医等・発達障害対応力向上研修会も上記3研修会に加えて対象とすべきと考える。

渡辺日医常任理事 保険担当理事と相談し、検討する。

5. 新設された「5歳児」健康診査事業助成に関して（岡山県）

多くの県で、すでに保育施設等の巡回等により、グレイゾーンにある発達障害児や育児に問題のある園児は、ある程度絞り込まれている。全員を対象とした「5歳児健診」は、非現実的であり、多大の労力を必要とする。個別健診、グレイゾーンにある児童に焦点を絞った健診もありかと思う。園医方式、巡回方式、集団方式等、地域の実情に応じた種々の方式が「5歳児」健診の補助対象となるように要望する。

渡辺日医常任理事 日医母子保健委員会で今後、5歳児健診のワーキンググループを立ち上げるので、そこで検討する。園医が園で行う方式だと、

園に通っていない子が含まれないので悉皆健診とは言えないということで、そのようにやっていて申請したが国から却下された市がある。ただし、園に通っていない子も保健センターなどで健診を受けてもらえばよい。現在、2～3年後に悉皆健診ができれば選択した子でもよいとなっている。

各県からの提出議題

岡山県医師会が用意した議題以外で各県の現状について質問したい事項として、事前に以下の2題が提出され、各県が冊子上にて回答していることもあり、当日の本セッションでは言及されなかった。

1. 耳鼻咽喉科の就学前健診における音声言語検診の現状について（島根県）

令和4年度の日耳鼻・臨床耳鼻科医会学校保健全国代表者会議において、就学前健診における音声言語検診の普及に向けての実技講習を含むセッションがあり、各都道府県地方部会の学校保健委員長がこの流れを持ち帰り、すべての耳鼻咽喉科学校医に啓発し、音声言語検診の拡充を図るべく鋭意努力されているものと推察する。

島根県においても地方部会総会でこの趣旨を伝達し、すべての学校医の先生方をお願いしているところであるが、手始めに安来市において令和5年秋の就学前健診で音声言語検診を初めて行ってみた。その結果、数十人に1人程度と予想していた「所見あり・耳鼻咽喉科の受診をお勧めします」の児童が案外多く、実感としては10人に1人程度おり、大変驚いた。それを受け、早急に受け皿となって連携していただける言語聴覚士と相談し、現在は安来市内で事後対応がほぼ完結できる体制を確立した。

音声言語の問題は、発達や聴覚の問題が密接に関係するケースもあり、個々の対応も一筋縄ではいかず、この点も含め、各県の現状や対応について、お伺いしたい。

山口県 音声言語検診の実施方法について、耳鼻咽喉科学校医は理解しているが、令和6年7月に山口県耳鼻咽喉科医会の会員に行った就学时健

診における音声言語検診に関する調査に回答した21名中、音声言語検診自体を行っていない会員が7名(33.3%)あり、絵カードを含めた検診まで行っている校医は21名中0名であった。検診時、児童に「〇〇〇〇(氏名フルネーム)デス。ヨロシクオネガイシマス。」と言わせて、発音をチェックする方法が11名(52.4%)で、保健調査票で「発音が悪い」などの保護者からの訴えがあれば、さらに詳しく発音を確認するという方法が2名で行われていた。学会・医会の示した方法で実施することが望ましいことは論を俟たないが、「日耳鼻の推奨する方法は、現在の就学時健診の時間、報酬等から考えて非現実的。もし、それを行うのであれば、通常の就学時健診とは別枠で時間をとって行う必要があるのではないか」との意見もあった。

耳鼻咽喉科外来での事後措置で異常と診断された場合、必要があれば大学病院や音声言語外来のある病院等に紹介することになる。言語聴覚士が各クリニックとどのように連携しておられるのかなど、参考にさせていただきたい。

他県の状況 徳島県では耳鼻咽喉科校医の約20%が音声言語検診を行っているが、検診後に受診する受け皿が足りていないのが現状で、言語外来予約や訓練開始が数か月待ちになっている。香川県では就学時健康診断時に耳鼻科医等医師による音声言語検査を実施し、所見のある場合は受診勧告を行っている自治体もある。高知県では就学時健診において、現在のところ耳鼻咽喉科医が出務しているところは少なく、音声言語検診については学校健診で特に1年生になるべくしていただくように依頼しているが、実際には音声言語検診を施行している学校医は2~3人程度で、まだまだ普及していない状況である。この3県以外は実施に至っていないとのことであった。

2. 学校内科健診の課題について(山口県)

学校健診での脱衣については、令和6年1月22日付け5初健食第13号通知「児童生徒等のプライバシーや心情に配慮した健康診断実施のための環境整備について」などで通知がなされてき

たところだが、近年、全国的に問題となっているケースもある。

(1) 各県で問題となったケースはあるか。

他県の状況 体操服の下から聴診器を入れて行うやり方の際、体操服の上げ方について生徒が不満を持ち、親から学校にクレームが入ったケースがあったと回答された県があった。また、地区医師会や学校医個人から「着衣での健診実施は正確な検査・診察の上では支障がある」、学校医から「服の上から聴診器をあてても正しく聴き取れない、着衣での健診では責任がもてない」等の意見があったと回答した県もあった。

(2) 県内(あるいは地域)で統一した健診の脱衣に関する指針などを作成されているか。

他県の状況 ほとんどの県が作成していないが、市町村によっては作成していると回答した県もあった。

(3) 県医師会あるいは県教育委員会から健診における脱衣について独自の通知などされているか。

他県の状況 県教育委員会に対して「1月22日付けの文部科学省通知は一律に原則着衣のままでの検査・診察を求めるものではなく、正確な検査・診察に支障のない範囲でプライバシーや心情に配慮した対応を求めるものであること」「正確な検査・診察が可能な健診実施方法は、学校医の意向をよく確認の上、学校と学校医との共通認識を十分に図られるよう配慮いただくこと」「正確な健康診断ができる環境整備と、その対応に関する児童生徒等及び保護者への説明は各学校の責任において対応いただくこと」について、学校現場に改めて周知していただくよう依頼していた県があった。

(4) 聴診は必要ないのではとの意見もあるが、どのように考えられるか。

他県の状況 聴診は必要と考えている一方、「必要ないという意見は理解できる」「学校健診における聴診により新規に発見された不整脈を含む心

臓疾患の頻度が高くないとの調査結果もあり、議論の余地を残している」と回答された県もあった。

〔報告：河村 一郎〕

特別講演 I

最近の医療情勢とその課題

日本医師会会長 松本 吉郎

中国四国医師会連合委員長・岡山県医師会長の松山正春 先生の座長で特別講演 I として9月28日の午後3時45分から1時間、スライド201枚を使つての密度の濃い講演が行われた。

1. 新たな執行部の運営

自民党の総裁に、鳥取県から石破総裁が選ばれ、中国・四国の先生方にとって、おめでたいことである。岡山の加藤先生も私どもにとっては社会保障のリーダーなので、今後も支援していきたい。石破総理には特に疲弊している地域医療をしっかりと守っていただきたいと強く要望し、総理からはしっかりとやっていきたいというお話をいただいている。今後、補正予算を組まなければ、次の診療報酬改定まで待てない部分があるので、そこを目指して頑張っていきたい。

2. 組織力強化

医師会は三層構造で、地域医師会が一番の核だと思う。郡市区医師会が元気でなければ、医師会は成り立たない。郡市区医師会を県医師会が支え、そして日本医師会がそれを支えることで一致団結して一体となっていく。ただ、強い口調で攻め立てても、財務省の牙城は崩せない。前年比で会員数が2,000人以上増えたのは、2001年以降22年ぶりで、皆様の力で達成できた。三師会統計による割合は年々減っており、組織率が50%を切るのではないかと考えていたが、切らずにすんだ。50%は一つの防衛ラインなので、何としても守るべきだと思っている。令和6年7月に日医会員は177,170人に増え、過去最大である。組織率を上昇反転させることが大事なので、頑張っていかなければならない。良い医療を実現するためには、国会議員の先生方の力を借りて省庁や国会に出さなければならない。中医協では細かな問

題は声を張り上げて通るが、財務省が握っているようなお金の問題になると、いくら中医協で声を上げててもそう簡単に通るわけではない。財政規律を重視している国会議員の先生方に、私たちの社会保障に対する思い、特に医療関係の思いを訴えていくことが非常に大切である。また、来年の7月の参議院選挙はさらに重要で、医療政策の実現に向けて、しっかりと現場の意見を踏まえて、それを伝えていくことが大事である。

会員情報管理システム(MAMIS)は10月公開予定で、さまざまな地域で費用が発生するという問題を伺ったので、少しでも軽減できるように、これから日本医師会で考えていく。

日ごろからの「地域に根ざした医師の活動」として、在宅当番や休日夜間急患センターの出務、警察医の業務、障害者の認定、介護認定審査会、レセプト検査、学校保健や産業保健、予防接種など全て、医師会がコントロールタワーとして手分けしていることを若い先生にも話している。自分の医院以外の仕事をほぼボランティア的な活動でしていることを、私たちは言い続けることが大事だと思っている。「地域に根ざした医師会活動プロジェクト」も行っており、3回目を9月21日に開催している。

3. 医療界の賃上げと診療報酬改定

今回の診療報酬改定は先生方に非常に負担をおかけした。診療報酬を例えば3%、4%上げようとする、財務省から「国民の負担が増える」という圧力がかかる。今回は本体+0.88%だが、かなり頑張った結果である。ベースアップ評価料は、2,800億の予算立てがしてある。今回なぜついたかということ、もちろん政府がベースアップをして、経済をさらに回していくということがあり、財政規律派の先生方もさすがに職員のベースアップに関しては認めざるを得なかったというのが真相である。もっと取りやすい形にしていかなければいけないし、これが本当に絵に描いた餅とならないように、しっかりと頑張っていく。これを取っていないと、診療所はこれを取らなくても、自前で職員の給料上げられると、財務省は独自に判断してしまう。2%とか2.5%は政府目標でこれ

だけ上げてほしいというものなので、それを誤解されている面がある。加算として入ってきた初診6点、再診2点等を全部ベースアップに使えるよというだけの考え方なので、それで足りなかった時に2.5%行かなかった分を自前で出せという話ではない。事務職員の話についても、クリニックの多くの事務職員はさまざまな事務以外の仕事をしており、対象に加えても、ほとんどのケースでは大丈夫かと思っている。詳細が掲載されている特設ページを日医で設けている。

生活習慣病管理料は非常に厳しい改定であり、－1%を財務省が言い出した。－1%は、医療費でいうと5,000億円で、特に診療所から削るという話になった。－0.25%までは押し返したが、ゼロにすることは残念ながらできなかった。生活習慣病管理料ⅠとⅡと特定疾患管理料の3つがあるので、患者さんの状態を見ながら、どれがいいのかを考えながら使うのが一番だと思う。外来管理加算も、彼らは恐らく半分程度にしたいと企んでいたが、これは阻止した。マイナ保険証も10月から5%できていれば、これから継続して取れる。少しずつハードルが上がるが、なんとか頑張っていたきたい。多くの県で10%を超えているので、5%を超えることは決して難しいことではないと思っている。

4. 骨太の方針2024等政府への対応

骨太の方針というのが一番大事で、これが年度の最初の戦いどころだった。厳しい書き方をわれわれにとってされないようにすることが大事で、私たちは気を使っている。骨太の方針は自民党の政調会議の中で決まっていくので、国会議員の先生に私たちの主張を伝えて、そこで発言していただくしかない。骨太の方針が大詰めに近づくと、私はもう一日何十人もの国会議員の先生に電話や直接会いに行き、また私が直接できないところは日医の役員が手分けして、国会議員の先生に当たる。まさにロビー活動で、これをしっかりやっても、成果が出るかどうかはわからない。反対意見の先生もたくさんいるので、その中で骨太の方針の一行一行を変えていくことは、財務省が大抵抗するので非常に厳しい。ここで頑張ったのは、「日

本経済が新しいステージに入りつつある中で、経済・物価動向等に配慮しながら、各年度の予算編成過程において検討する」ということが注釈にあったものを本文に記載することを運動した。診療報酬だけでなく、補助金や税制措置もあらゆる政策含めて医療政策を提言して実行していくと、6月23日の日本医師会代議員会で私は発言している。

5. 医師偏在対策

医師偏在は、1つの方法で解決するような魔法の杖は存在しない。保険医の制限だけで解決できる問題ではなく、強い制限をせずに、病院も診療所でもある程度の努力をしながらしていくのが正しいやり方だと思う。各世代にも応分に負担を求めて、医師偏在対策をやっていく。若い先生方だけに負担を与えるのではなくて、中堅もシニアも諸先生方が少しずつ手当をして、医師が少ないところを支えていく。診療報酬単価を下げるといった主張は言語道断である。財務省は医師偏在に名を借りた医療費の抑制しか考えてない。こういった北風政策というのはディスインセンティブで、絶対に人は動かない。骨太の方針で日医が主張したということを、日本経済新聞で書かれている。医学部入学定員や地域枠の活用、あるいはシーリングやマッチングも、あまり有効に機能してないところはあるかと思うが、いいところは少しずつ利用していく必要がある。これだけで医師偏在が解決することではない。公的・公立病院の管理者要件の拡大について、日医は提案している。また、若い世代から自由診療に向かっていくのではなく、卒業後何年間かは保険医療機関で保険医として仕事してもらうことが私は重要だと思う。ただこれはあまり厳しくすると、自由診療の否定になるため、専門医を取るまでの間や、2年3年の専攻医の間は、病院を中心とした保険医療機関でしっかりと働いていただくことなども、日医は提案している。

6. 地域における面としてのかかりつけ医機能

面としてのかかりつけ機能も充実させて行きたい。今、外来機能報告によって、特に紹介を重点

的にやる紹介重点医療機関や地域医療支援病院があるが、われわれかかりつけ医、特に中小病院の外来と、診療所の外来は横の関係で紹介逆紹介をやっており、あるいは診療所同士も連携をして、横糸を紡ぐ。もう一つはそのかかりつけ医機能報告制度が新設されるが、自分の診療で、自分のかかりつけ機能を磨いていく、能力を高める、あるいはできることを増やすことによって縦糸を伸ばしていく。その縦糸と横糸を紡いでいくことによって面として地域医療を包み込むことが大事だと思う。

かかりつけ医はあくまで国民が選ぶので、義務付けたりすることには反対である。財務省はかかりつけ医と非かかりつけ医を分けているが、かかりつけ医と非かかりつけ医を分けるような仕組みは絶対にノーと言わなければ、これから先の医療が崩壊する。ただ、医師も自らかかりつけ医として選ばれるように、日医の研修制度を使って、しっかりと研鑽を積むことが大事だと思う。

病床機能報告が始まった。そして外来機能報告も始まった。紹介重点医療機関という話では、紹介を主に受けるような基幹病院の話であり、地域医療支援病院もそうである。ただこれは地域医療支援病院よりももう少し広い概念になっているので、地域医療支援病院とこの紹介重点医療機関は若干オーバーラップする。ここに行く時には、紹介状を持っていく、逆紹介で返すのが外来機能報告で、これはほぼ病院である。今回かかりつけ医機能の報告が始まり、病床機能報告は地域医療構想で、いろいろな見直しが少しずつ考えられている。外来機能報告は横糸の連携関係、かかりつけ医機能は縦糸を伸ばすという意味の機能ということで、3者の整理がなされている。5年を目処にまた見直すという話になっているので、財務省の言っている地域別診療報酬やかかりつけ医と非かかりつけを分けるような考え方は、フリーアクセスの制限になる。

報告はきちんと全科の先生が報告した方がよいと思う。ただ、あくまで報告者の報告を尊重するのが考え方で、外来機能報告にしても、かかりつけ医機能報告にしても、あるいは病床機能報告にしても、報告者の何かを縛ろうとすることではな

く、自主的にしっかりと取り組んだことを報告するものである。医師会はそれぞれの地域に必要な、かかりつけ医機能が発揮されるよう、医師の研修をはじめ行政と連携して地域を面で支える役割を果たしたいと思っているので、このかかりつけ医の研修をぜひ受けていただきたい。

7. 医療界のDX

医療界のDXを進めるためには、医療DXが医療費適正化を目的とする不適切な方向で進むのではなく、私たちの医療機関が効率よく診療ができる、業務が減る、あるいは患者の安全に資するか、医療機関の安全・安心に資することが働かないと医療DXは意味がない。決して電子カルテでなければならないのではなく、紙カルテであっても診療ができることを言い続けないと地域医療は崩壊してしまうので、電子カルテを保険医療の要件とすることは大反対である。「誰一人として医療制度から取り残さない」とは、すべての医師と患者がデジタル化に取り込むということではなく、デジタル化に対応できない患者や医師もたくさんいるという現実を直視し、仮にデジタル化に対応できない状態でも少なくとも今までと同じように患者は医療が受けられる、医療機関は医療を提供できる環境を確保することを目指している。電子カルテの普及だけではなく、電子カルテ情報を標準化、セキュリティの強化など、混乱を招かないようにする、患者に安心して使ってもらうことが重要である。

8. 医薬品関係

保険外併用療養費制度と混合診療は別物なので、これはきちんと理解しなければいけない。新聞はこれを間違えて、保険外併用療法の対象拡大、癌パネル検査の話で、混合診療と書いてしまったが、これは記者の間違いだ。混合診療はある意味保険外しだ。セルフメディケーションは、へき地や災害時に買い置き薬の利用というのはもちろん構わないが、少なくとも財務省が言っているような医療費を減らす目的のためのセルフメディケーションは保険外しに他ならないので反対だ。リテラシーを高める、適正使用する、健診・検診

を受ける、予防に努める、適切に運動する、タバコを吸わない等をしっかり行っていただきたい。

供給不安についても今後取り組んでいくが、数年はかかるのではないかという状況である。医薬品はいつでも手に入って、安くという常識がゆらいでいることは大きな問題で、抗菌薬を中心として命に関わるような欠品が続いた状況は由々しき事だと思っている。

釜蒔 敏 先生は小児科医師で日本医師会副会長である。外からいろいろ発言するだけでは、なかなか政治の中で意見が行き渡らないので、ぜひ釜蒔先生をしっかり応援していただきたい。国会議員の先生方にもそれぞれ何回も足を運んでいる。今後とも医政活動は非常に重要だと思うので、ぜひ地元の先生方との良好な関係、問題点の共有、地道な取組みが重要でないかと思い、これを最後のお願いとして私の講演を終わらせていただく。

質疑応答

松山岡山県医師会長 松本会長には、医療に関する問題を全部お話していただいた。例えば、地域包括ケアシステムや地域医療構想でも、われわれはそれなりの覚悟をもっているが、最後には行政から「財源がない」と言われてしまう。そのあたりを何とかしなければ、2040年問題が残るのではないか。

松本日医会長 行政と言っても、例えば構想区域でも20～30万の構想区域から、2～3万の構想区域もあり、同じ「市」でも行政力も異なる。私たちとしては、行政としっかりと連携を取っていくところから始まると思われるので、そこは医師会の力がないとできないと思われる。医師会が中心となっていけないと、おそらく市町での物事は進まないの、協力的でない市町もあるかと思うが、諦めることなく地道に働きかけていくことが大切である。地域住民のために地域の医師会(特に郡市区医師会)がその力を発揮することが大切なので、ぜひ市町の先生方を中心に頑張っていたきたい。

松山岡山県医師会長 言われるとおり、市町村によって資質が異なる。大変なところがあるのでないかと思う。

日医でこのような課題に向かって日々苦勞されておられるが、われわれ医師会員が先生のお手伝いをできることがあるか。

松本日医会長 本日は県の役員の先生方なので、今日私がお話したことも多分ご存知のような話ではないかと思う。ぜひそれを郡市区医師会の先生方に伝えていただきたい。ここにいらっしゃる先生方は、診療報酬改定の話でも、理解されている中で、あえて発言をされているのだろうと私は思っているが、やはり郡市区医師会先生方はそこまではなかなかご理解が進んでいないこともあるので、郡市区医師会の先生方に伝えていただきたい。そして繰り返しになるが、医政活動もしっかりしていただき、診療所以外の病院の先生であれば、いろいろな公衆衛生活動など公的な活動も手分けをしてやっていただきたい。私はいつもこういうことを皆様をお願いしているが、日本医師会長になっても、まだ学校医も30年続けており、保険の審査員も続けており、産業医も1件持っている。皆様方へのお願いする以上は、私もまだ頑張っているの、お力添えを今後も賜りたい。

[報告：理事 中村 丘]

その後、懇親会が開催され、初日が終了。2日目は、岡山県医師会館で総会並びに特別講演が行われた。

総会

始めに、中国四国医師会連合委員長である松山正春 岡山県医師会長からの挨拶。厚労大臣を3回務められた加藤勝信 議員が財務大臣に就任されたが、財務省が急に変わるものではなく、昨日の松本吉郎 日医会長の講演にあったように課題が山積である。

来賓祝辞、来賓紹介と続き、江澤日医常任理事から、今回の診療報酬改定については、各地方で意見をいただくが、日本医師会執行部は、日々闘っており、重要な案件は政局で決まりますと、日々のご苦勞が偲ばれる発言があった。

昨年度担当県である香川県医師会より、令和5年度中国四国医師会連合事業報告と会計報告が行われた。令和5年8月には、秋田県医師会へ豪雨災害見舞金が送られた。令和5年7月1日～令和6年6月30日の収入合計41,708,538円、支出合計22,386,313円、収支差引残高19,322,225円で、次年度当番の岡山県医師会へ引き継ぎとなる。

前日の常任委員会で急遽作成された、新会員情報管理システム（MAMIS）に関する要望書が発表された。MAMIS導入に関し、会員への十分な説明、地域医師会を尊重した柔軟なシステム運用、地域医師会におけるMAMISとの連動に関する経費に対する日医の支援等についての要望書が、松山委員長から江澤日医常任理事に手渡された。

〔報告：常任理事 長谷川奈津江〕

特別講演Ⅱ

歴史のなかの現代世界

東京大学・成城大学 名誉教授 木畑 洋一

1. 「今」と歴史

1) 「脱歴史時代」か

南塚信吾・小谷汪之・木畑洋一「歴史はなぜ必要なのか 脱歴史時代へのメッセージ」岩波書店、2022

脱歴史時代：「今が良ければそれでよいではないか」として、過去や未来の事は考える必要がないという風潮の広がり。しかし、所謂「歴史もの」は氾濫。

←今の時代の意味を考え、未来への手がかりを得るために、歴史に向き合う姿勢。

2) 「今」と過去との往還

「歴史から学ぶというのは、決して単純に一方向のプロセスではない。過去の光に照らして現在について学ぶというのは、同時に現在の光に照らして過去について学ぶことである。歴史学の働きとは、過去と現在の相互関係を通じて、過去と現在の両方の理解を更に深めてゆく促進作用である」E.H. カー（近藤和彦訳）「歴史とは何か 新版」岩波書店、2022

3) 歴史が持つ力

「今」の問題を考える手がかりとなる歴史を歪

曲しようとする動き：「歴史修正主義」

4) 現代世界への視点

「岩波講座世界歴史 24 21世紀の世界」岩波書店、2023

本講演で取り上げる問題：疫病、現代の戦争、グローバリゼーション。

5) グローバリゼーションについて

グローバリゼーション：物、カネ、人、情報が国境を越えて地球規模で広くスピードを持って流通する状況…経済に限られぬ人間生活の諸局面で展開。

2. COVID-19 と世界史

1) COVID-19 の衝撃

2) 半世紀前のマクニールの提言

「本書の目指すところは、さまざまに変化する病気の伝搬のありようが、いかに古代から現代まで一貫して人間世界の出来事に大きく影響し続けてきたかを示すことによって、感染症の歴史を歴史学的説明の場に引き入れようとするにある。」ウィリアム・H・マクニール「疾病と世界史」上・下（中公文庫、2007：原著1976）

3) 感染症から世界史を見る

ア) ヨーロッパ中世の「黒死病」（ペスト）

14世紀中頃にヨーロッパ全域で流行→人口の3分の1が犠牲。

中世社会の変容過程に影響。

イ) スペインによるアメリカ先住民制圧と天然痘
スペインによる征服成功の最大要因は武力格差ではなく、彼らの持ち込んだ感染症、とりわけ天然痘である。

ウ) 第一次世界大戦末期から直後の「スペイン・インフルエンザ」

1918～1919年（3波）、感染者5億人以上、死者は少なくとも5,000万人（第一次世界大戦での戦死者900万人、民間人死者900万人）。

パリ講和会議への各国代表団でも感染の広がり（ウィルソン米大統領を含む）。

エ) 感染症の役割を強調することによって見えづらくなるもの

例えばオーストラリアでの「歴史戦争」：白人入植者による暴力の役割の過小評価。

4) COVID-19が考えさせるもの

ア) 人間と自然の関わり方

地球環境問題や東日本大震災などに加えて「ビッグヒストリー」などの流れ

イ) 人々のグローバルなつながりのあり方

ウイルスは国境線に関わりなく拡散するが、対応は国境閉鎖など。

3. ウクライナ戦争・ガザ戦争と歴史的視座

1) ウクライナ戦争

20世紀末から21世紀初めにかけて、領土や資源をめぐる国家間の戦争に代わる「新しい戦争」論の浮上。

→ウクライナ戦争の勃発と長期化はそのような現代戦争論からは大きな衝撃。

国家間の戦争としての性格+伝統的な戦争技術+ドローンの多用など新しい戦争技術+核戦争への転化の可能性。

2) ガザ戦争

2023年10月7日のハマスによるイスラエル攻撃。

←暴力の連鎖としてパレスチナ近現代史の結果

ガザにおける犠牲者の増大(4万人以上で多くが女性、子供)。イスラエル側の犠牲者は1,500人程度。

3) 歴史の中の植民地戦争

木畑洋一「どのような戦争が起こってきたか」、南塚信吾他「軍力で平和は守れるのか 歴史から考える」岩波書店、2023

植民地戦争はほとんどの場合、非対照的性格。

「対テロ戦争」は植民地戦争の構図に類似。

「新しい戦争」の多くに、植民地支配、植民地戦争という歴史的背景が存在。

4) 植民地戦争としてのガザ戦争、ウクライナ戦争

ア) ガザ戦争

イスラエルの領土拡大とパレスチナ人迫害・放逐の歴史。

イ) ウクライナ戦争

プーチンの動機：ロシア帝国の一部であったウクライナの再支配。

5) ウクライナ戦争、ガザ戦争とグローバルサウス

ウクライナ戦争：グローバルサウスの国の一部はロシア避難に加わらず。

←ウクライナを後押しする欧米での不信感≥ロシア非難意識。

ガザ戦争：グローバルサウスの国々のほとんどはイスラエル非難。

←イスラエルを生み育ててきた欧米への不信感、被抑圧者としてのパレスチナ人への共感。

6) ウクライナ戦争、ガザ戦争が考えさせるもの

ア) 第三次世界大戦の可能性？

危険性は存在…安全保障のジレンマ。

イ) 世界の新たな分断の徴候の中でグローバリゼーションの行方は？

4. グローバリゼーションの歴史性

1) グローバリゼーションの現在

1990年ごろからグローバリゼーションという言葉の広がり。

グローバリゼーションの進展を阻む出来事。

世界金融危機(2007～2010)、COVID-19(2020)、ウクライナ戦争(2022～)、ガザ戦争(2023～)。

→現実にはグローバリゼーションの進展は続く。

2) 歴史の中のグローバリゼーション

グローバルな形で人間のつながりは新しいものではない。

ヨーロッパ中世の黒死病は、中国、インド、中東と拡散。

ヨーロッパの海外進出によるアフリカ、アメリカ大陸、アジアとの結びつき。

19世紀後半以降の帝国主義時代：現在のグローバリゼーションの始動。

20世紀になってからのグローバリゼーションの阻害。

第一次世界大戦、大恐慌～第二次世界大戦、冷戦期にもグローバリゼーションは進展、冷戦終結後にグローバリゼーションの再加速。

3) グローバリゼーションと国家

国境線の確定による人の分断、所属固定化(国家の確立)は、人類史ではごく短期間…19世紀(特に後半)以降の世界近現代史：国家の整備とグローバリゼーションの展開という両方向の併存。

その流れの中で、現代世界の状況を考える必要性がある。

[報告：理事 國近 尚美]