

郡市医師会長会議

と き 令和6年10月17日(木) 15:00～16:30

ところ 山口県医師会 6階「会議室」

開会挨拶

加藤会長 本日はお集まりいただき、感謝申し上げます。また、郡市医師会長の先生方におかれては、各地域の中心になって地域医療を支えていただいていることにも感謝を申し上げます。

今年の診療報酬の改定は本体+0.88%だったが、そのうち人件費が0.61%で、どこも光熱水費、物価高騰等で、医療機関の経営は苦しいのではないかと考えている。ただ、ベースアップ評価料に関しては、取っていただかなければ、医療機関は潤っていると財務省が判断すると、次期改定が厳しくなるので、ぜひ取っていただきたい。また、会員の先生方にもそのように伝えていただきたい。

若手医師を県内に呼び込むため、時間外救急にインセンティブをつける制度が今年4月からスタートした。これは関係各所に働きかけてやっと実現したわけだが、これを実施していない自治体が多いことが分かったので、8月の段階で宇部圏域の各市長に連絡とったところ、9月議会に間に合わなかったが、12月議会で予算化するといった回答であった。これは各地域の医療機関を支援するための制度なので、各郡市医師会長の先生方からも自治体の首長にお願いをしていただきたい。この制度はもともとお産に対しては、国が3分の1を補助しており、残りの3分の2を医療機関等が負担するという制度があり、それを救急の時間外に対応し、入院した場合は県が3分の1

を出資して、3分の2は医療機関等の負担となっている。お産の場合は、市町が3分の2を負担しており、5市ある。3分の1を負担しているところが3市あり、個別の医療機関に対して3分の2を負担しているような市がまた3市あるので、なるべく働きかけていただきたい。

本日の会議では、都道府県医師会長会議の報告、それから中四国医師会連合分科会の報告、県への要望等の説明を県医師会から行う。皆様方からも情報交換の話題や質問等が出ているので、今日は活発な議論ができるのではないかと期待している。本日はよろしく願います。

議事

1. 中央情勢報告

加藤会長 令和6年度第1回都道府県医師会長会議のテーマは「災害医療（災害対策）」であった。能登半島地震では、JMATは延べ1,097チームが出動し、山口県からは4チームが参加した。派遣者数は延べ3,583名であった。JMATが最初に石川県庁に入ったときに、椅子と机を確保することから始まったということで、JMATは私たちには馴染み深いですが、一般市民にとってはまだ知名度が高くないという印象を持った。日本医師会災害医療チームであることを言わないと、分からなかったそうである。ただ、DMATが最初に入り、JMATがその後を支える。DMATはいろいろな



訓練をしているが、JMATは研修会を行っているが、ボランティアで行っているの、今回の地震においては本来の意味でのJMATが機能しにくかった面がある。地震や津波といった災害は各々の地域によって毎回違う問題が出てくる。今回は、JMATが入ってもDMATも長期まで対応し、重装JMATというDMAT並みの装備をしないと支援ができないという状況もあった。また、DMATに比べるとJMATは統括能力が落ちる。こういったことを強化することが必要であるということを感じて言われていた。それから、被災地にまず出ていくのは、被災地JMATである。山口県ではJMAT研修会を年2回開催しているが、郡市医師会レベルでJMATの研修を行っていただき、実際に自分の地域で災害があったときに対応できるようなチーム編成が必要なのではないかと思われる。皆様方が自分の地域でJMAT研修や災害対応の研修をしたいということがあれば、県医師会に言っていただければ、JMATのチームや研修会のメンバーもいるので、対応したい。

災害医療の後、先ほど冒頭で述べた内容であるが、ベースアップ評価料に関して、福井県は50%の医療機関が申請している。最初は事務員の扱いなど、いろいろな問題があったが、少しでも患者に対応していれば事務員も含めて申請ができるので、ぜひとも申請していただければと思う。

※詳細については、『日医ニュース』第1513号を参照願いたい。

2. 中国四国医師会連合分科会報告

(1) 第1分科会

沖中副会長 第1分科会のA「医療政策」のテーマは、「2024年度診療報酬改定での影響について」で、実際の医療機関の経営実態の調査（具体的には、令和4年、5年、6年の6月、7月の医療収益、医療費用、医療利益の調査、本年4月から6月の職員の賃上げ状況、ベースアップ評価料の算定状況、生活習慣病管理料I、IIの算定状況等）について、担当の岡山県医師会から調査依頼があった。山口県では県医師会役員が所属・管理する医療機関と県下郡市医師会長の先生方が所属・管理されている医療機関に対して、任意で調査依頼をさせていただいた。37の医療機関に調査をお願いし、そのうち21機関から回答いただいた。ご多忙の折、調査にご協力いただいた先生方に心から感謝申し上げます。調査の結果だが、200床以上の病院4機関、199床以下の病院5機関、有床診療所1機関、無床診療所11機関である。すべての診療形態において、本年の令和6年6月の医業利益は令和4年、5年と比較して減少しており、200床以上の病院と199床以下の病院、そして無床診療所は収支がマイナスという結果であった。また、本年4月から6月にかけての職員の賃上げ状況だが、賃上げを行ったところが21機関中13、行っていないところが8であった。割合は200床以上の病院が3.5%、199床以下の病院が2.78%、無床診療所が3.71%という結果であった。ベースアップ評価料の算定状

出席者

郡市医師会長

| | | | |
|-----|-------|-------|-------|
| 大島郡 | 野村 壽和 | 下松 | 井上 保 |
| 熊毛郡 | 竹ノ下由昌 | 岩国市 | 小林 元壯 |
| 吉南 | 田邊 亮 | 山陽小野田 | 藤村 嘉彦 |
| 美祢郡 | 竹尾 善文 | 光市 | 井上 祐介 |
| 下関市 | 飴山 晶 | 柳井 | 弘田 直樹 |
| 宇部市 | 西村 滋生 | 長門市 | 清水 達朗 |
| 山口市 | 豊田耕一郎 | 美祢市 | 中元 起力 |
| 萩市 | 山本 達人 | | |
| 徳山 | 津永 長門 | | |
| 防府 | 山本 一成 | | |

県医師会

| | | | |
|------|--------|----|-------|
| 会長 | 加藤 智栄 | 理事 | 白澤 文吾 |
| 副会長 | 沖中 芳彦 | 理事 | 木村 正統 |
| 副会長 | 中村 洋 | 理事 | 藤井 郁英 |
| 専務理事 | 伊藤 真一 | 理事 | 中村 丘 |
| 常任理事 | 河村 一郎 | 理事 | 森 健治 |
| 常任理事 | 長谷川奈津江 | 理事 | 吉水 一郎 |
| 常任理事 | 茶川 治樹 | 監事 | 宮本 正樹 |
| 常任理事 | 縄田 修吾 | 監事 | 友近 康明 |
| 常任理事 | 竹中 博昭 | 監事 | 淵上 泰敬 |
| 常任理事 | 岡 紳爾 | | |

広報委員 藤村 智之

況については、9月に厚生局に確認し、1,116の医療機関の中で算定の届出をしていないのが709機関(63.5%)、届出をしているのが36.5%という結果であった。それから、生活習慣病管理料Ⅰ、Ⅱに関しては、算定していないところが21機関中8、算定しているところはほとんどがⅡを算定していた。他県の状況も含めて全体をまとめてみると、経営実態調査では、調査に回答したのが中国四国9県のうち、山口県を含めて3県しかないなので、十分なデータを集めることができなかったが、病院、診療所ともに非常に厳しい経営状態であり、今回の改定で十分な手当てができていないことが明らかになった。ベア評価料算定は特に診療所の半数以上で算定をしていない。生活習慣病管理料も診療所では約40%が算定していないことが明らかになった。改定の問題と要望に関してはさまざまな意見があったが、ベア管理料は届出事項が多い、事務作業が煩雑・膨大、実績報告書の作成など、運用方法に課題があるという意見があった。また、物価高騰を考えれば十分ではない、そもそも診療報酬外で賄うべきものである、患者負担で不安感があるといった意見があった。今後の改定でこの制度がなくなるかもしれないという不安もある。生活習慣病管理料は書類作成など事務作業が煩雑、患者への説明が負担という意見が多くあった。計画書のサインの撤回など、対応を求める声が多くあった。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。日医からは、ベア評価量は介護報酬の場では手厚くなっており、ベア自体がなくなることはないであろう。これは事務職も対象としてもよく、手当としてもよい。算定しないと、財務省が医療機関には余裕があると解釈してしまうので、これを算定してほしい。それから財務省の姿勢が厳しい中、国会議員に医療機関の現状を知ってもらうために、医政活動が重要であるという意見があった。

竹中常任理事 第1分科会のB「災害救急」のテーマは「地域における救急医療の課題とその解決に向けた取組み」である。あらかじめ、岡山県医師

会より2つ質問が用意されており、それに関して各県の議論、その後、日医役員から総括という形で行われた。

質問事項1は、軽症救急、特に高齢者の救急搬送について直面している課題とその解決策という質問であった。各県より意見が出され、どの県でも軽症例は約40%前後を占めており、軽症対応のために真の救急疾患への対応が遅れることを懸念するという意見が多く出た。また、高齢者では救急車を依頼するかの判断が困難で、安易に119番に電話してしまうことが多いという指摘があった。解決策としては、小児は#8000、大人の場合は#7119という、救急車を呼ぶかどうかの電話相談ができる制度があるので、これを周知していかなければならないという意見が多く出ている。高齢者施設からの救急搬送の問題としては、夜間に医師や看護師の診察を受けないままに心配になった職員が安易に救急車を呼ぶケース、DNAR(Do Not Attempt Resuscitation)が不明なまま心肺停止状態で搬送されるケースなどの問題が取り上げられた。解決策としては、地域包括支援センターの人員や活動の拡充、ケアマネージャーとの連携、有事の際の対応としてACP(Advance Care Planning=人生会議)の推進などが挙げられていた。

総括として、佐原日医常任理事からお話があり、#8000は中四国では全県に導入されており、#7119は全部ではないが、多くの県で取り組まれていることは日医も知っている。ただ、県民に浸透していない点や周知に苦労されていることも承知している、ということであった。国にはさらなる広報の周知、財政的な支援を申し入れたいということであった。

質問事項2は重症救急で、大動脈緊急症に対する救急搬送における課題と解決策であった。各県からの意見としては、医師の時間外労働の上限規制が始まったこと、救急担当医の離職後の人員確保が困難など、三次救急病院の機能を維持できるかを懸念する意見が多く出された。県によっては救急対応ができる施設が一部の市に集中しており、大動脈緊急症などの搬送に救急車で2、3時間かかるという県もあった。解決策としては、ド

クターヘリの効果的な活用、より広域のネットワーク体制の構築、高速道路の整備、ICTの活用による医療機関間での発症早期の情報交換で手術までの時間短縮を図る、などの意見が出された。総括として佐原日医常任理事よりお話があり、地域医療構想はもう始まっているが、また新たな地域医療構想が始まっており、その検討会においても救急医療機関に関して、一定の症例数を集約して対応する「集約化」が必要ではないかという論点で話が進められているということであった。しかし、集約化は現状でも地方では苦勞している県が多くあり、国の一律の方針ではなく、あくまでも地域医療構想調整会議での協議によって、各地の実情に応じた救急体制を構築する仕組みを堅持していきたいと言われていた。圏域外や県外への搬送は、一部の県ではドクターヘリの活用について触れていたが、日医では令和7年度の予算要望の中でドクターヘリの広域展開、複数機導入、パイロットの確保、ドクターヘリは今昼間の晴れた日しか使えないことになっているようで、夜間や雨の日も使えるようにしたいという要望をしているというお話があった。

(2) 第2分科会

岡常任理事 第2分科会のA「地域医療」は、「地域医療構想会議の総括」をテーマに、具体的な方向性が決められているかといった質問が提示され、議論が行われた。

2015年に地域医療構想調整会議が設置され、病院の再編・統合について議論を重ねてきたが、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認識の基で、今後の各県の「具体的な

方向性」と「具体的な事例提示」について意見交換が行われた。まず、各県の具体的な方向性についてだが、2040年に必要とされる医療提供体制について、来年度、国の方向性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に対応するためには、二次医療圏にとらわれない、圏域を超えた地域の実情に応じた圏域で考えていくという柔軟なアプローチが求められるという意見が、まとめとして出ていた。

次に、具体的な事例の提示として、司会者から発言を求められた事例として、広島県で市内において4つの病院を統合して1,000床規模の病院を設置する例、島根県では中山間地域で経営困難だった病院を地域の基幹病院として機能できるように再建した例、山口県も指名を受け、今年度の新たな国の事業として始まった「推進区域」、「モデル推進区域」について、宇部・小野田医療圏域が指定されているので、その説明を行った。

総括として、コメンテーターとして参加されていた江澤日医常任理事が地域医療構想の検討委員会の委員として参加されている立場から、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、病床区分は基本4区分とするが、回復期という名称が誤解を招くので、包括期という名称に変更するという可能性、入院医療だけでなく、在宅医療や介護との連携も含むため、在宅医療圏域などは原則、市町村単位とするなど構想区域は柔軟に対応すること、さらに名称を地域医療介護構想へ変更して、調整会議の活性化の方策の議論も進めていくといったような取りまとめと現在の



議論の進捗状況が示された。

続いてB「医療介護の連携」として、ACP普及の取組みをテーマに議論された。

今後は施設・在宅での見取りが増加することから、ACPの重要性が増してきているが、その概念が十分根付いているとは言えず、広く社会に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。

意見としては、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役割が関わって、患者はもちろん、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と考えられるとの意見が多く、本人・家族と専門職との間の話し合いが十分でない場合、「救急の現場でACPにしたがって蘇生中止を提案したところ、家族から強い不信感を抱かれてしまった」というような事例も報告された。

具体的対応については、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・福祉団体と協力して啓発が行われており、パンフレットや動画のツールを作成し、研修会、症例検討会、講演会、出前講座等の活動をされている県があった。また、救急時に心肺蘇生等に関する本人の意思を主治医、受入れ医療機関、救急隊とで情報を共有するためのシステム作りに取り組んでいる県があり、具体的な方法として、「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は、まず冷蔵庫を見る」といったような取組みをしている地域もあった。

3つ目として、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。まとめとして、今後のACPの普及には、医療や介護従事者のみならず、地域住民への普及啓発が不可欠であり、今後とも多職種連携を強化しながら進めていく必要があるといった報告があった。

(3) 第3分科会

中村副会長 第3分科会のA「勤務医」は、昨年までは中国四国連合分科会が終了した後に行われていたが、本年より分科会の1つとして行われている。また、昨年より各分科会で理事以外に若手

医師を呼んで意見を聞くことになり、本年も若手医師を呼び、山口県からは2名の研修医が参加している。今村日医常任理事と、途中から松本日医会長が来られた。

最初に、A「勤務医」の方から説明する。テーマは「医師の働き方改革の適正化」で、2024年4月から医師の働き方改革が施行され、時間外労働が960時間に制限され、また、連続勤務時間や長時間労働の面接指導などをやらなければならないという規制が強化された。これは勤務医の健康確保が目的だが、地域医療、特に救急医療や産科医療への影響が懸念されている。地域医療への影響としては、医師の偏在と地域医療の崩壊リスクが顕著になっており、特に若手医師の都市部偏在が進んでおり、地方での医師確保が困難な状況にある。医師不足の悪化が報告され、働き方改革による労働時間の規制が医師の負担増加を招き、業務量の変化がないまま、過重労働を強いられる結果となっている。地域枠医師制度の課題としては、卒業後の地域定着率、最終的な地域定着率が低く、改善が必要とされている。定着率向上のため、地域医療の魅力向上や専門医資格取得支援といった取組みが求められる。若手医師からは、働き方改革によって定時での業務終了が推奨される雰囲気になり、一方で日中の救急対応などで仕事量が増加してきている。仕事が終わらずに勤務後も何か仕事を続けざるを得ないようなケースが増えた、宿日直後に休暇が取れても、蓄積した仕事があるため、休みが十分に機能していないと感じる、QOLの向上が必要とされる中で、特に外科医志望者が減少しており、若手医師間でも問題意識が共有されている、という意見が出た。また、研修医の意見としては、初期研修医にとっては想像以上に働きやすい環境にあると感じている一方で、経験不足から不安を抱えており、自己研鑽の時間が減少しているために、将来のキャリアでの懸念が生じているという意見があった。勤務医はいろいろなルールを守っている一方で、楽に感じている部分もある一方で、勤務医や研修医自体は、自分たちがいろいろなことを覚える時間がかかって減ったのではないかという危機意識を持っていることが分かった。

地域枠医師の専門医取得だが、地域枠の義務年限後に定着するためには、専門医資格の取得支援が重要であり、サブスペシャリティ資格の取得が支援されれば、地域での役割実感が深まり、定着率向上に寄与すると期待される。

次にB「医師会の組織強化」について話をさせていただく。これは会員数の増強と若手医師の入会促進について、背景としては会員数の減少が各医師会での重要課題であり、特に開業医会員数の減少が顕著である。勤務医、研修医の入会促進が組織力強化の鍵とされている。地域での医業承継支援や入会金負担軽減策が施行されているが、全体として有効な対策の確立が求められる。次に、会費免除によって研修医会員は増加している。継続的な会員増加のためには、医師会活動への理解と関与が重要であり、研修医の充実した経験を促進する施策が必要である。若手医師の意見としては、自己研鑽を重視する若手医師にとっては、ハンズオンセミナーやオンラインセミナーが魅力的で、医師会がこれらを提供することで入会促進につながるのではないかと、医師会の活動意義を実感していない研修医が多くいるため、特に学生時代から説明が必要、また、目の前の診療に専念しているために、医師会への関心が薄いとといった声もあるということであった。その他、災害医療に関心を持つ若手医師にはJMATの活動が魅力的で、参加しやすい体制が望まれるということであった。日医の見解だが、偏在問題の解決策としては、日医は法的強制力を伴わない解決策を模索しており、インセンティブを活用した施策を提案しているということで、特に医師派遣に関する基金創設を国に提言しているということであった。自己研鑽と医師会の役割だが、医師会活動の参加意義の向上を図るために、研修制度や地域医療連携を強化する方針で、日医は勤務医が医師会活動の意義を感じられるよう支援体制の強化を図っているというお話だった。

以上が、第3分科会における働き方改革と組織強化に関する議論であり、特に若手医師からは働き方改革の影響や医師会活動への期待が多く寄せられており、今後の改善や支援が求められていると感じた。

(4) 第4分科会

河村常任理事 第4分科会のA「学校保健」のテーマの1つは「学校心臓健診について」で、質問事項の一つ目は12誘導心電図への移行状況に関する質問だった。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割程度だったが、他県ではほぼ12誘導心電図に移行していた。ただ、岡山県ではシーズズ検査も行われているということであった。小学校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いう意見もあった。

次に健診後の判読方法について、他県も同様で、業者あるいは各郡市医師会で行っているが、一部の県では、特定の小児循環器医師あるいは大学医師による判読をしているところもあった。

3番目の質問として、PHRへの対応について質問があったが、ほとんどの県ではまだ対応されておらず、また、紙媒体でデジタル化できていない県もあった。渡辺日医常任理事から、現在のところマイナンバーとの紐付けはできない、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、というような話があった。なおPMH（パブリックメディカルハブ）を使って、母子保健、学校保健のデータを一括管理できないかということ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、という発言があった。

それからB「子ども医療」のテーマの一つは、ヒトパピローマウイルスワクチンの接種状況であった。各県でのワクチン接種率の現状だが、各県とも令和5年度、定期接種1回目の接種率は60%台で、少しずつ上昇しているが、60%と言っても母数は13歳になる年齢の女子の数なので、実際にはこの5分の1程度と考えられ、接種率は1、2割程度ではないかと思われる。キャッチアップ接種は2025年3月まで行われているが、これが各県とも10%前後で少ない状況であった。好事例（特にキャッチアップ接種について）は、松山市では市の職員、大学生、会社新入社員、高校生などを対象としてHPVワクチンの研修会を実施している。キャッチアップ世代を対象として、土曜日午前の特別枠を設けてLINEでの電子申請

予約を行ったところ、1日半で定員の48名に達したという話もあり、松山市では今年度は昨年度と比較して、定期接種世代で1.3倍、キャッチアップ世代で1.8倍に増加したという報告があった。他県ともCMやSNSを使った啓発を行っているが、なかなか伸びていない。キャッチアップ接種期間の延長を要望する意見もあったが、渡辺日医常任理事からは、接種率があまり伸びていないので延長することは難しい、というお話があった。

続いて2つ目のテーマ、「1か月健診と5歳時健診の現状」について、1か月健診を山口県では、ほぼ全例を小児科医が行っているが、他県でも小児科医が行っているところは5県程度あったが、産科で行われているところもあった。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。集団健診がほとんどだが、選定した対象者のみ実施している市町村もあるとのことであった。香川県では現在7市町村が実施済みであるという報告があった。この5歳時健診の問題点については、医師と専門職の確保が難しい、検診に時間がかかる、療育機関等実施後の受入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検診で必要性を感じていないというような意見があったが、保健師など非専門職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いう意見もあった。

日医への要望・提言だが、鳥取県から現在、内科検診などで脱衣が問題となっているので、標準的な診察方法をマニュアル化し、各教育委員会に到達してはどうかという意見があったが、渡辺日医常任理事からの回答では、マニュアルを細かく作ると逆に実施しないと問題になる可能性もあるため、来年度、実施状況を調査するというお話があった。その他、5歳児健診の助成について、現在は全員を審査する悉皆検診を集団でやらなければならないが、多大な労力がかかるため、個別健診やグレーゾーンにある子どもに焦点を絞った健診についての要望があったが、渡辺日医常任理事からの回答では、園で行うという方式だと、園に通ってない子は含まれないので悉皆検診とは言えないということで、通ってない子でも保健センターなどで実施するようにすれば良いというお話

があった。

※詳細については、本号882頁～910頁を参照願いたい。

3. 令和7年度の県の施策・予算措置に対する要望について

伊藤専務理事より、本会から県に要望する重点要望4題についての内容を以下のとおり説明した。

1 COPD（慢性閉塞性肺疾患）対策の推進（新規）

- (1) COPDの認知度の向上を図るための県民公開講座の開催
- (2) COPDの発症予防、早期発見・治療介入、重症化予防に関する医療従事者研修会の開催
- (3) 医療機関によるCOPDスクリーニングチーム・フォローチームの体制整備
研修会の開催、資料作成（早期発見・早期治療の手引書、医療機関間の紹介状等）、県民への周知

2 認知症発症予防のための施策の推進（新規）

認知症発症リスクの減少を図るため、成人の中等度難聴者の補聴器使用が促進されるよう、補聴器購入費用の助成について市町に対する申入れを行うこと

3 やまぐち3070運動啓発による子宮頸がん検診の受診率向上（新規）

- (1) 市町・職域における子宮頸がん検診受診率向上の取組への支援
- (2) 検診機関との連携によるやまぐち3070・ピンクリボンキャンペーンの促進

4 医業承継への支援（継続）

- (1) 現行の「医業承継支援事業」の継続運営
山口県医業承継推進連絡会議の開催、医業承継セミナー・相談会の開催、専門家の無料派遣相談
- (2) 令和6年度の県の独自新規事業「へき地における承継医療機関の補助支援」の対象拡大と支援メニューのさらなる充実
通信インフラの整備、通信機器整備の支援 等

4. 郡市医師会からの意見、要望について

田邊会長（吉南） 本日、3つの質問・要望をさせていただいた。すでに中国四国医師会連合分科会の報告で回答となっている内容もあるが、改めて質問させていただく。

1つは生活習慣病管理料について。本年6月から高血圧、糖尿病、高脂血症が特定疾患療養管理料から除外され、新たに生活習慣病管理料に移行してから約4か月が経過した。ようやく一段落した状況であるが、現場では依然として大きな混乱が生じている。書類作成や事務手続に伴う手間が増大している一方で、クリニックにおいては実質減収となっている。この状況を鑑み、関係部署への要望改善を強く願います。

2つ目は医師会立看護学校への支援について。日ごろより医師会立看護学校への多大なるご支援を賜り、感謝申し上げます。先日、中四九地区医師会看護学校協議会に参加した際に、看護学校の定員に関するお話があった。例年、途中で退学される生徒が少数存在する現状や、定員に達しない学年があることなどを踏まえると、今後、定員を超える志願者があった場合には柔軟な対応が求められると感じている。しかし、関係部署に問い合わせても明確な回答が得られない状況であるので、ぜひ県医師会からも支援、働きかけをしていただきたい。

3つ目はHPVワクチンキャッチアップ接種の延長について。HPVワクチンのキャッチアップ接種期間は今年度末までとなっているが、現時点では十分な人数が接種を受けていないと考えられる。接種期間の延長や男性接種に対する補助の導入についても関係部署への働きかけをお願いしたい。

伊藤専務理事 ご指摘のように令和6年度より、特定疾患療養管理料で算定していた高血圧、糖尿病、高脂血症、脂質異常症が生活習慣病管理料へ移行することになった。これは症状に応じて、療養計画書を作成し、説明とともに、初回のみ患者の署名をいただくという非常に手間のかかる作業になっている。先ほど沖中副会長が報告した、9月28日に開催された中国四国医師会連合の第一分科会でもこの件について意見交換が行われてい

る。その中でも生活習慣病管理料Ⅱに関して、「療養計画書で具体的な目標を立てることができ、患者の意欲向上が見られた」というポジティブな意見がごく一部であったが、診療所では約40%が算定できない状況であり、療養計画書の作成の手間と患者への説明が、ただでさえ忙しい外来の時に非常に負担になり、この計画書の署名の撤回等の対応を求める意見が多かった。この分科会には、佐原日医常任理事も出席されており、この算定には不満の声が多々あり、不便な点、改善点があれば日医へあげてもらいたいと言われていた。また、社会保険診療報酬検討委員会を通じても良いので、次回の改定でも対応できるように検討したいという意見をいただいている。今回、吉南医師会からいただいた意見を真摯に受け止め、本会においても医療機関の安定運営と負担軽減のため、次期改定に向けて関係機関に改善を要求していきたいと思っている。その際は皆様のご協力をお願いしたい。

沖中副会長 定員を超える入学者の対応については、法令では、保健師助産師看護学校養成所指定規則の第4条の5として、「一の授業科目について同時に授業を行う学生又は生徒の数は、四十人以下であること。ただし、授業の方法及び施設、設備その他の教育上の諸条件を考慮して、教育効果を十分に挙げられる場合は、この限りでない。」となっており、定員を超える入学者を受け入れることが良いとも悪いとも明示されていない。しかし、県に確認したところ、学生の教育環境に及ぼす影響が懸念されることから、県としては定員の基準の緩和、すなわち入学者の割増しについては困難であると考えている、という回答であった。仮に定員を超えた場合は、国から県に事情聴取があるということである。県としては、ご質問のようなケースで入学辞退者等がある場合は、補欠合格者を多く出して、補充してほしいということであった。さらに、本年6月12日に開催された都道府県医師会医療関係者担当理事協議会において、「学校の定員は厳格に遵守しなければならないのか」という質問があり、それに対し、厚生労働省医政局の習田由美子 看護課長は「定員に対し

て教員の数等が決まっているため、あくまでも定員を守っていただきたい。」と回答しておられる。

縄田常任理事 キャッチアップ接種については、県に対して協議会等を通じて働きかけを行っているが、県としては全国知事会を通じて国に延長してもらえるように申し入れを行っている、という状況である。予防接種の実施主体である市町に対しては、令和5年度から男性の接種希望者への補助も要望しているが、県内では残念ながら補助を導入・開始した市町はない。キャッチアップ接種の延長と、接種対象年齢を過ぎた女性への補助を今年度も要望を続けたいと思っている。ただ、今年4月から東京都では市区町村の半数が男性への補助を開始しているので、この点も申し添えて、市町に働きかけを強化したいと考えている。それから、県医師会としては、HPVワクチンについては、定期接種の受診率向上への取組みが大切と考えている。先ほどの県への要望事項として、やまぐち3070運動の要望があったが、30歳での子宮頸がん検診受診率向上のために、30歳への個別の再勧奨の徹底やクーポン券の導入などが、若い女性の未受診者を1人でも減らせるような施策につながると思われるので、郡市医師会長の先生方からも市町への働きかけをより一層強めていただき、こうした運動を地道に拡げていくことで、保護者世代の子宮頸がん検診の受診率を高めることで、HPVワクチンの定期接種の推進にもつながると思うので、ぜひともご協力をお願いしたい。

加藤会長 萩市医師会から通告のあった質問について、2題続けてご発言をお願いします。

山本会長（萩市） 一次救急存続の問題は多くの医療圏が抱える、共通する問題だと認識している。萩医療圏では、現在も外科と内科の二本立てで在宅当番医制をかるうじて維持しているが、医師の高齢化、看護師不足等により、体制の維持が非常に困難な状況になっており、将来的には在宅とセンター又は今回、取組みが始まったオンライン診療のハイブリッド等を協議していかなければな

らないと考えている。その中で、今回先進的な取組みを開始された防府医師会に質問させていただいた。導入の経緯、背景やシステムの概要、今後の展望についてお伺いできればと思っている。

続けて、萩市と阿武町では2024年10月から後期高齢者医療心電図検査モデル事業を開始した。もともとの立案は山口大学の循環器内科（第二内科）である。背景は、47都道府県で後期高齢者に心電図を導入していない県は、山口県を含めて3県しかなく、非常に高齢化率の高い萩医療圏にモデル事業として心電図事業を実施しませんか、という問いかけから始まっている。事業の主体は萩市と阿武町である。目的は、75歳以上の後期高齢者健康診査の検診項目に心電図検査を導入することで、自覚症状がない、いわゆる隠れ心房細動の早期発見・治療を進め、脳卒中、心不全の発症を予防し、萩市と阿武町の今後の予防医療に役立てる、というものである。実施期間は令和6年10月から8年度までの3年間を予定している。現在はモデル事業（パイロットスタディ）だが、大学でのIRBが承認されれば、臨床研究に連結する予定である。医師会としては、心電図料金のディスカウント、調査票の記入によるデータ収集の協力、市民啓発活動を行うという形で協力をすることで合意している。事業の問題点、アウトカムについては、機会があれば報告させていただきたい。

山本会長（防府） 防府では、10月から防府市休日診療所が母体となり、夜間オンライン診療を開始した。そもそも防府には夜間の内科系の一次救急がなかった。小児科は山口赤十字病院で防府の小児科医と山口の小児科医が協力し、夜7時～10時の夜間の診療所が開設されている。また、医師の高齢化と診療所数の減少（94あったクリニックが、33%も減って現在は63）、救急を担当している二次輪番の病院が5つほどあるが、二次救急の救急応需率は60%程度で、二次救急の病院は診療科に大きな隔たりがあるという事情があった。また、防府には山口県立総合医療センターがあるが、一次救急がないため、独歩の救急患者数が7,000人～8,000人おられ、そ

のうち85%は帰宅される。軽症の方が大勢押しかけるといった背景がある。一次救急をやらないといけませんが、さまざまな原因でなかなか進まなかったところにコロナ禍という大きなパンデミックが来た。この間は一次救急がないまま、三田尻病院を中心とする二次救急の病院等と県立総合医療センターに大きな負担がかかっていた。その時に、東京から遠隔でオンライン診療が入ってきた。それから、防府市にホテル療養を依頼され、理事の先生方に何人かがオンライン研修を受けてもらい、7人から8人が一週間交代で当番制によってホテル療養を経験した。この2つを経験した時に、防府でオンライン診療で夜間診療ができないかという話を市に呼びかけた。すると、防府市が検討委員会を立ち上げ、2年かけて、この10月に開始する運びになった。

システム概要は、防府市の休日診療所が運営する。夜間のオンライン診療のみで対面診療はしない。患者が最初に電話すると、東京の看護師が受け、オンライン診療に適するか適さないかをチェックし、オンライン診療へ繋がる。オンライン診療をするドクターは防府医師会のドクターの他に、ここがポイントだが、医師不足を補うためにわれわれは「ふるさと診療ドクター」と言っているが、防府市ゆかりのドクターあるいは山口県ゆかりのドクター、全国各地に散らばっているドクターに応援を頼むという制度を考えた。診療後は本人でもよいが、動けない方もいるため、その場合は別の方が薬剤師が勤務している調剤薬局がある休日診療所に調剤された薬を取りに行き、会計をしてもらうという流れである。防府医師会のドクターは8名、ふるさと診療ドクターはすでに数名を確保していると聞いている。調剤は薬剤師会に依頼する。常日ごろから防府では三師会の連携が十分取れており、薬剤師会からの快諾を得て出務していただけることになった。木曜日と土曜日(週2日)からスタートし、令和7年度からは週4日、令和8年度からは毎日できないかと計画している。対面診療をしないので、コロナの検査をしてくれと言われてもできない。また、外傷にも対応できない。薬剤師の確保が意外に難しく、これから少しずつ周知して増やしていかな

ければならないことはデメリットである。ただ、長所としては、少なくなってきた医師会員を、ふるさと診療ドクターでカバーできるという点である。それから、例えば寝たきりの高齢の方が動けないが、家族がスマホを使って様子を聞かせるという状況もあるかと思われる。将来的には次のパンデミック、あるいは大規模災害の時に、とにかくドクターとつなげて何か話ができるような体制が、チャンネル数を増やせばできるのではないかと考えている。

結果的に二次救急の病院、三次救急である県立総合医療センターの負担を少しでも軽くし、夜間でも、まずは個々に電話すればアドバイスをもらえるという、#7119の発展版のような対応ができるのではないかと考えている。

山本会長(萩市) とても先進的で画期的な取り組みだと思う。これが萩市に導入できるかどうかは萩市自体の熱量にかかっていると思うが、事業の立ち上げのための事業費とランニングコストが大きな問題になると思っている。先日、萩市と協議をした時に、萩市は直営の急患センターを持っているが、それは休日しか稼働していない。その事業費と、一次救急については、在宅当番医に委託費が萩市から出ている。ただ、今の体制を維持するために、萩市は看護師確保や看護師の手当等で委託費を上げてもいいと言っているのだから、急患センターの運営費と委託費を合わせれば、新たな事業が展開できるのではないかと考えた。

弘田会長(柳井) 質問があるが、防府は夜間の応急診療所はないのか。

山本会長(防府) 約20年前に夜間の診療所をやるうとしたが、できなかった。小児科だけは、防府市の小児科医と山口市の小児科医が山口日赤病院の中に夜間の救急診療所が作られ、内科系の一次救急だけがない状態であった。全くない状態から作ったため、これができたのかもしれない。

弘田会長(柳井) 夜間の外科はどうなっているのか。

山本会長（防府） 二次救急の輪番の病院に外科医がいるので、その当番に当たった時には外科医を厚くしてくれて、外傷はそこで診てくれている。

弘田会長（柳井） 休日は診療所があるのか。

山本会長（防府） 休日診療所に内科医と小児科医が出務し、対面で行う。年末年始などで、コロナ患者が100人とか来るような時には、臨時にドクターを1人追加したりして、乗り切ってきた。外科は逆に、開業医が在宅で診る。ちょっとした怪我や二次救急に行くほどではない外傷では在宅外科当番が輪番で回っている。

弘田会長（柳井） オンラインの診療は経験がないが、かえって手間になるのではないかと。事務の手間が大変とか、それからお薬の件など。夜は薬局を開けてもらうのか。

山本会長（防府） これも検討したが、休日診療所の建物内に薬局があるので、薬剤師と事務員はそちらへ出務する。医師だけ、在宅でタブレットが回ってくるので、タブレットを見ながら診療が可能となる。防府にいらなくても、県外のドクターに応援を依頼できる。実際に今、半分程度が東京にいるドクターに診療をしてもらっている。

弘田会長（柳井） 東京のドクターに頼む、ということがすごいと思って聞いていた。これはどれぐらいの費用がかかるのか。

山本会長（防府） ドクターフィーは全部、同じ額である。ふるさと診療ドクターも、実は山口大学の出身で将来、帰ってきてもいいと言っているから、山口が恋しくなったら帰ってきてくれたらいいと思っている。

弘田会長（柳井） 夜間の診療は何人程度を想定しているのか。

山本会長（防府） 15分で1人程度で1時間で4人、3時間なので12～15人程度が一番多く

来る場合の想定であるが、実際はそんなには来られない。二次救急で風邪をひいて来られるというところでも、3人とか5人という状態である。

弘田会長（柳井） 萩の先生に聞きたいが、夜間の診療は1日何人程度来られるか。

山本会長（萩市） 平日の18時から22時まで在宅当番をやっているが、内科が3人未満で外科は1人から2人程度という状況である。非常に少ない。ただ、私の病院は二次救急をやっているが、二次救急に流れてきている。実際、二次救急にウォークインで来られる方がいる。

弘田会長（柳井） 萩や長門と行政の規模は同じだが、柳井も19時から22時までやっているが、日に5人来れば多いほうである。今の話を聞くと、私の地域はよく回っているんだと思って聞いていた。平成19年から始まっているが、二次救急の周東総合病院に行く患者は減っている。柳井地区は医師は全員、熊毛郡と一緒に40人程度で行っており、耳鼻科も眼科も全員で対応している。夜は1月半に1回程度、休日は年に1回か2回である。

今の話をお聞きすると、オンラインだと手間がかかるのではないかと思ひ、聞いていた。

山本会長（防府） 以外に大変ではなく、スマートフォンが使える方が患者の傍におられればよい。やってみれば、慣れてくるという感覚で動き始めている。

中村副会長 先進的な試みを聞かせていただき、感謝申し上げます。防府医師会の内科医以外で関わる方が「ふるさと診療ドクター」というのは、非常に良い試みだと思った。一方、商業ベースのオンライン診療をされているところもあるので、それが加わると問題が出てくるのではないかと思った。また、訪問看護師と組み合わせると、D to P with Nとなれば、精度の高い診療ができるのではないかと思った。

山本会長（防府） 防府市が主体であるので、公開入札をしたり、予算を組んでいただき、手順を踏んでいる。また、防府市保健所の原田所長が、D to P with N のことも詳しい。原田所長にも導入の委員会に入っただき、進めた経緯がある。寝たきりの方に看護師が行き、看護師がスマホを操作して診療することも将来的には想定している。

井上会長（下松） テレビ電話のシステムはよく開業医が使っているシステムか。独自のシステムなのか。

山本会長（防府） 独自と言えられる。

井上会長（下松） 私は小児科医だが、オンライン診療だとどうしても子どもの顔を見て話を聞けるだけで、自信をもって診断ができないと思っていて、自分はやってない。そういうところはどう担保されているのか。

山本会長（防府） オンライン診療では、表情等々はわかる。対面でない診療なので、限界があることを十分周知した上で診療を行う。診療前相談を行っており、「対面診療に行っただきがあるかもしれないが、ご了承ください」ということを先にアナウンスする。今のところはまだ症例数も多くない中ではあるが、顔を見ながら、表情を見ながら診療できるので、その部分はそんなに心配はしていない。

中村副会長 オンライン診療に関して、日医が12月21日（土）の14時から16時30分に「オンライン診療に係る情報共有会」をハイブリッド形式で開催する。興味のある方は聞かれたら良いのではないかとと思われる。

加藤会長 萩市医師会から説明のあった、後期高齢者心電図事業について、ご質問はないか。今後、各郡市医師会にも要請が来る可能性があるのではないかと考えている。その際は積極的に協力いただきたい。

傍聴印象記

広報委員 藤村 智之

暑い夏もようやく終わりを迎え、秋めいてきたスーパームーン当日の10月17日、令和6年度の第1回郡市医師会会長会議を傍聴した。その中で私が特に印象に残ったことを記す。

主に中四国医師会連合分科会報告がなされた。

まず、ベースアップ評価料の算定に関して、届け出ている医療機関の割合が少ないとのことだった。私のクリニックでは、パート従業員がメインであり、届け出なくても良いだろうと考えていたが、この度の加藤会長のお話を聞き、考えを見直すべきと感じた。

HPV ワクチンの接種状況について報告があった。既接種者数に関してはまだまだ不十分という回答であった。HPV のキャッチアップ接種について勧奨はできるものの決して強制はできないので、せめて接種対象者の5割の接種を目標にしたいと思う。

郡市医師会からの意見、要望の後半の議題として防府医師会の一次救急の夜間オンライン診療について、防府医師会長の山本一成先生から説明があった。これに関しては、防府医師会長はじめ、防府医師会の関係者の方々のご尽力には頭が下がる。この話題には他の郡市医師会長の皆様の関心も集まっていた。ちなみに周南市では昭和の時代から周南市夜間休日診療所が設置されており、小児科部門は「こどもQQ」との愛称で、徳山中央病院内に設置されている。徳山医師会と周南市が中心となって内科・外科・小児科医らの献身的な協力の下に運営されている。診療はオンラインよりも、対面で直接目と耳と手を使って行う方が良いと思うが、防府医師会としては苦渋の選択だったのではないと思う。