

## 日本医師会 第7回理事会などの報告（次第あり）

令和4年9月20日 日本医師会館

報告者 宮城県医師会会長 佐藤和宏

1. 日本医師会役員勉強会 午前11:00~
2. 新型コロナウイルス感染症対策本部会議 午後1時~
3. 理事打ち合わせ会 引き続き~
4. 第7回理事会 引き続き~
5. 令和4年度第1回都道府県医師会会長会議 午後3時~午後5時

## 1. 日本医師会役員勉強会（資料あり）

最近の政策課題について 慶応義塾大学総合政策学部教授

医療経済研究機構副所長 印南一路先生

コメント：この中で印象的だったのは、かかりつけ医の制度整備（10ページ）の部分で「追加的、部分的に制度化、導入して育てるべき」と述べている所である。柵木会長が、日経新聞に載った印南氏の発言の原稿を持参して、見出しがかかりつけ医の法制度化に賛成のようになっているが、これは先生の本心か、と聞いたのに関してそれは日経が書いた見出しであると述べたが、やはり本心としては容認のようであった。私たちとして

は、受け入れられない考え方であると感じた。また、有事と平時を同じに考えてもらっては困るという感想を持った。

2. 新型コロナウイルス感染症対策本部会議、理事打ち合わせ会、第7回理事会については、資料の通り。

3. 令和4年度 第1回都道府医師会長会議報告

次第、資料1、資料2について添付する

私の印象に残った発言としては、東京都の尾崎会長の発言が印象的だった(2/10, 3/10)。発熱外来をいかにして拡充するのかは、大きな問題である。資料2の1/10に私の考え方も載っているが、十分に討論の時間がなく、説明は出来なかった。宮城県では、35市町村のうち、10以上の医療機関がある22市町の比較では、人口10万人当たりの参加医療機関数は、8.5~42.3と約5倍の開きがあり、医療機関数に対する参加医療機関の割合は、17%~63%と約4倍の開きがある。手上げ方式では、このような事態が起こるが、有効な解決策は今後の問題である。

# 新型コロナウイルス感染症対策本部会議

令和4年9月20日

《資料》

新型コロナウイルス感染症に係る最近の状況について

釜范常任理事

【資料1】

【資料2】

## 理事打合せ

令和4年9月20日

《資料》

1. 広島県医師会から日本医師会への要望・提言「オンライン資格確認の導入推進に係る取組み」について

渡辺理事【資料1】

2. その他

## 第7回理事会

令和4年9月20日

《出張報告》

- ① 京都府医師会 医療政策懇談会（9月17日：京都府）

松本会長

② 第72回全国医師会医療秘書学院連絡協議会定例総会（9月17日：WEB）

茂松副会長、釜范常任理事

③ 東京都医師会 TMA近未来医療会議第2回公開シンポジウム（9月16日：東京都）

黒瀬常任理事

《報告事項》

1. 日医かかりつけ医機能研修制度令和4年度応用研修会（第2回）の件  
江澤常任理事
2. 日本医師会年金脱退一時金適用利率の件  
神村常任理事
3. 日本専門医機構 第4回理事会の件  
茂松・角田両副会長
4. 第37回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会の件  
釜范常任理事
5. 第99回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボードの件  
釜范常任理事
6. 社会保障審議会医療保険部会 第6回治療用装具療養費検討専門委員会の件  
釜范常任理事
7. 第67回厚生科学審議会感染症部会の件  
釜范常任理事
8. 内閣官房 新型コロナウイルス感染症対策分科会（第18回）の件  
釜范常任理事
9. 中医協の件  
城守・長島・江澤各常任理事
10. 第12回匿名医療情報等の提供に関する専門委員会の件  
長島常任理事
11. 匿名介護情報等の提供に関する専門委員会（第9回）の件  
長島常任理事
12. 第84回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会、令和4年度第12回薬事・食品衛生審議会薬事分科会医薬品等安全対策部会安全対策調査会（合同開催）の件  
宮川常任理事
13. 第4回母子健康手帳、母子保健情報等に関する検討会の件  
渡辺常任理事
14. 第139回先進医療技術審査部会の件  
渡辺常任理事
15. 薬事・食品衛生審議会 薬事分科会の件  
神村常任理事
16. 内閣府 中央防災会議「防災対策実行会議」の件  
神村常任理事

17. 第14回重篤副作用総合対策検討会の件

細川常任理事

18. 外部審議会委員等委嘱の件

釜范常任理事

◀協議事項▶

31. 令和4年度第2回都道府県医師会会長会議開催の件

釜范常任理事

32. (常任) 理事会記録等の取扱いの件

釜范常任理事

33. 2022年度日本医師会医学賞・医学研究奨励賞選考の件

釜范常任理事

34. 会内委員会委員委嘱の件

釜范常任理事

35. 日本地域包括ケア学会 第4回大会共催の件

釜范・城守・江澤各常任理事

36. 令和4年度都道府県医師会医事紛争担当理事連絡協議会開催の件

今村常任理事

◀監事報告▶

平川監事

日本医師会・理事会・常任理事会

<http://www1.med.or.jp/japanese/joho/rijikai/>

Copyright (C) Japan Medical Association. All rights reserved.

# 最近の政策課題について

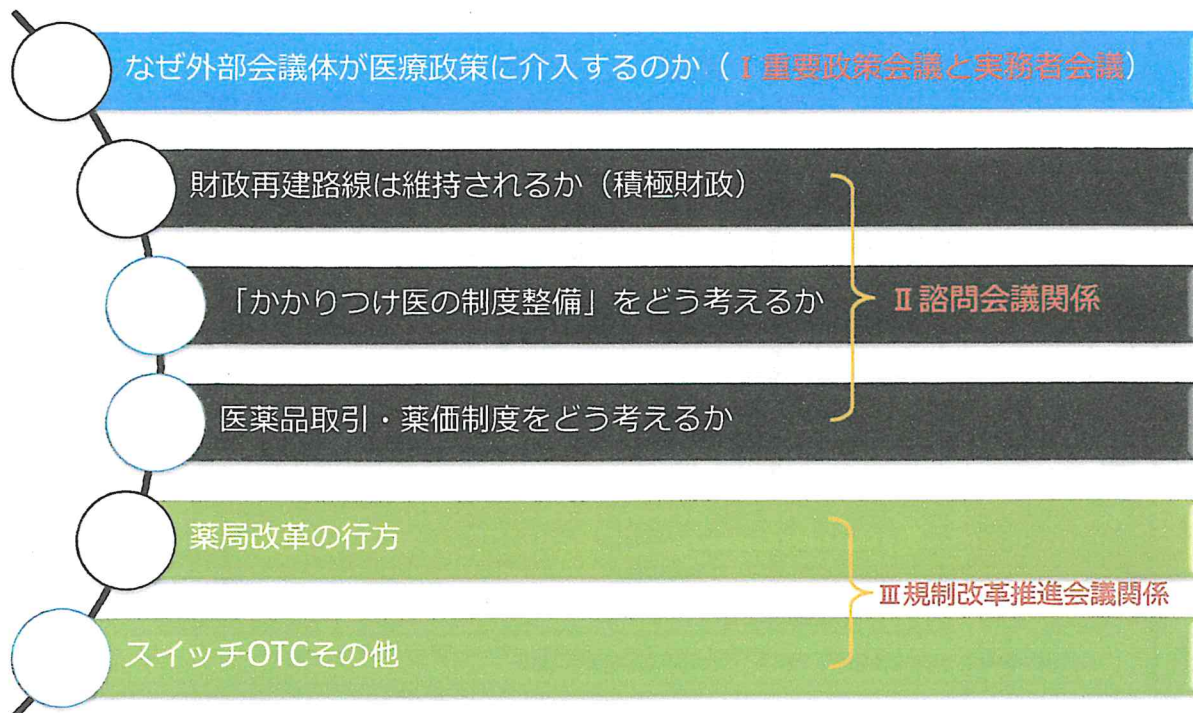
令和4年9月20日

慶應義塾大学総合政策学部 教授  
医療経済研究機構 副所長  
印南一路

見解は個人のものであって、発表者が所属する慶應義塾大学や医療経済機構のものではありません。

1

## 内容



2

# I 重要政策会議と実務者会議

## 官邸主導政治の漸進的強化（1990年代から始まる）

- 与党党首の与党内での主導権の確立
  - ✓ 1994年政治改革四法（小選挙区制等の導入）
    - 党の公認が当選に不可欠
    - 首相の人権権の強化
    - 派閥に対する執行部の優位性が顕著になる
  
- 首相の権限強化
  - ✓ 2001年の内閣法改正
    - 首相の閣議での政策提案権
    - 内閣官房の機能強化
    - 重要政策会議、内閣府の設置
    - 各省庁再編
  
- 行政府に対する官房の機能強化
  - ✓ 2014年国家公務員法改正
    - 内閣府人事局の設置（官僚統制）
    - 首相・官房長の権限強化
    - 官邸官僚

- 背景

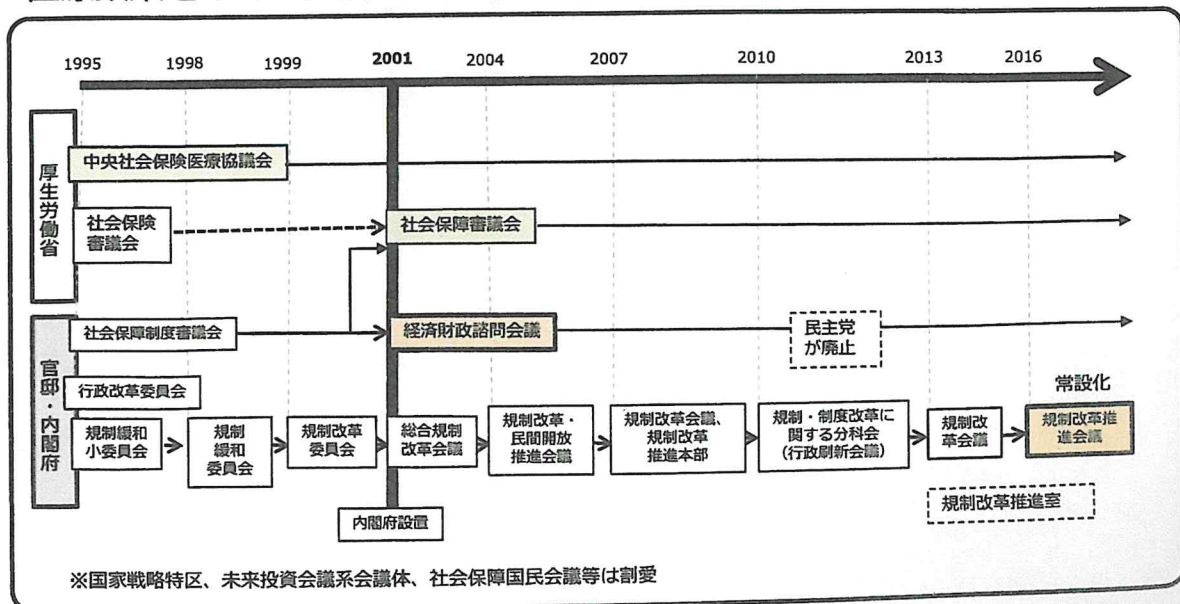
  - ✓ 政策課題の複雑化
  - ✓ 捕囚理論

参考) 印南 (2021a) 「患者負担をめぐる政策過程—合意形成の効率化—」 医療と社会, Vol.31 No.1

## 行財政改革（重要政策会議の設置）

2001年が、合意形成プロセスの変革点

### 医療政策をめぐる会議体の変遷

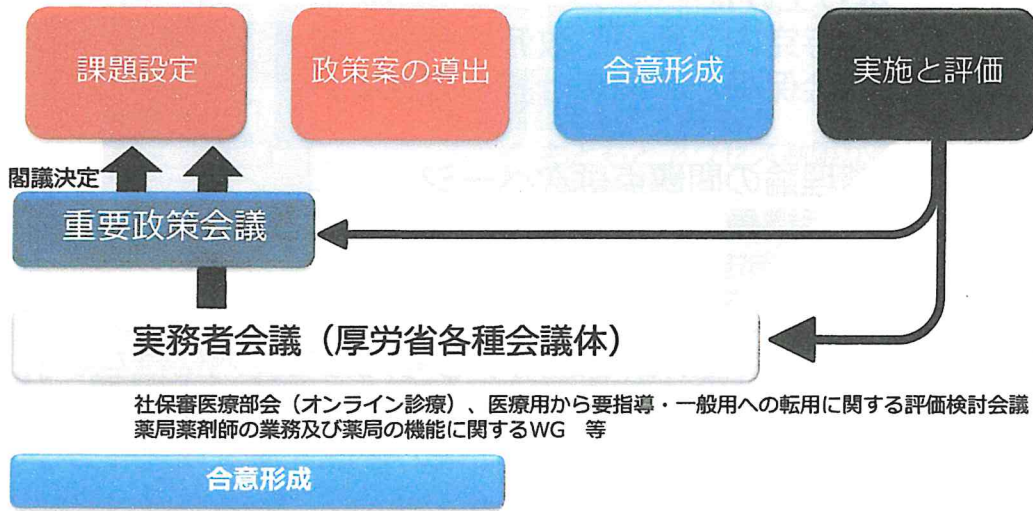


参考) 印南 (2021) 「時事評論 経済財政諮問会議」 週刊社会保障(No.3150)  
 印南 (2022) 「時事評論 規制改革推進会議」 週刊社会保障(No.3159)  
 印南 (2021) 「時事評論 衆議の毎年改定を振り返る」 週刊社会保障(No.3104)  
 印南 (2021) 「時事評論 紹介状なしの大病院外来受診時定額負担」 刊社会保障(No.3113)

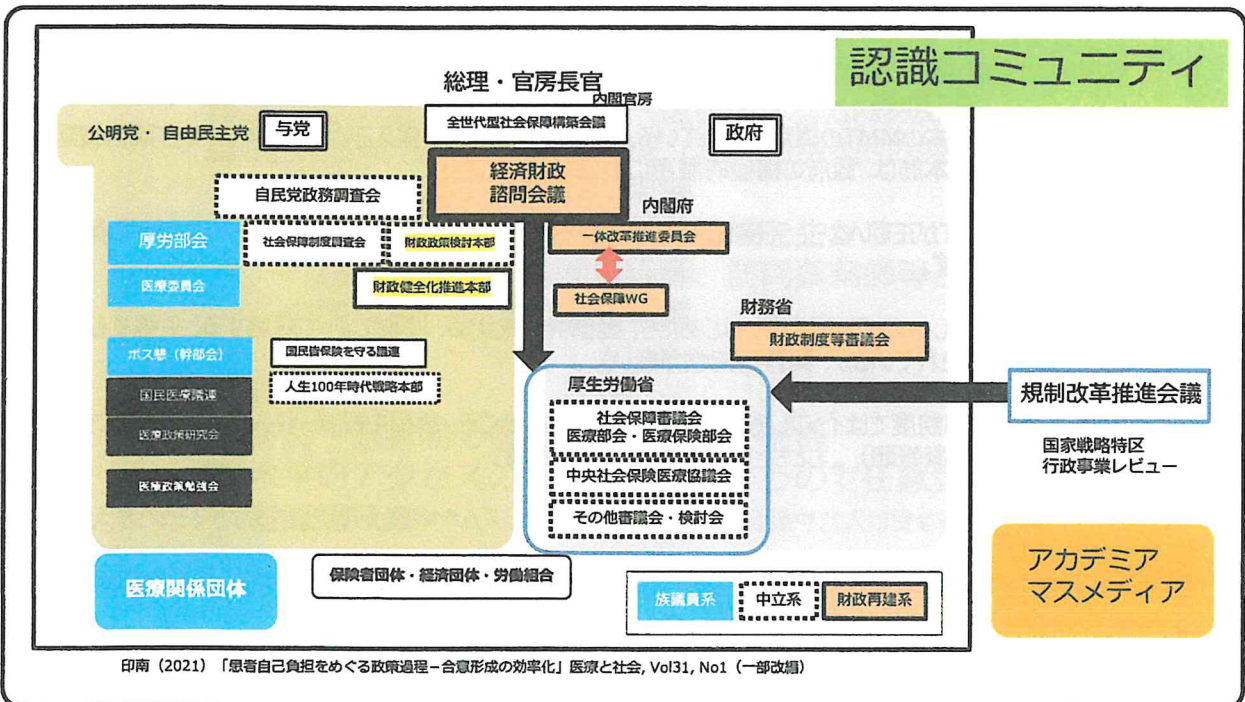
# 役割分担

重要政策会議 = 課題設定    実務者会議 = 制度設計

政策過程における最も基本的な骨格（段階モデル）



# 医療政策の決定構造（アクターと会議体）2元モデル



具体的事例は拙稿印南（2021a）をご覧ください。



## Ⅱ 諮問会議関係のトピック

### 1. 積極財政（現代貨幣理論）と社会保障

- 前回「公的医療保険の給付範囲の見直し」の講演で一部取り上げた
- その後、与党内で積極財政派の勢力が拡大
- なぜか社会保障との関係は誰も論じない
  
- 現代貨幣理論の問題点は次ページ
- 財政再建派議員にインタビューしたところ、「説明の手間が増えた」という回答
- 積極財政派議員にインタビューしたところ、「社会保障に積極財政を適用する考えは与党内にはない」
- 医療への投資を促すには、可処分所得の減少によるマイナス効果を上回る経済効果の存在を示すエビデンスが必要

7

#### [個人的見解]

- 自国貨幣を持ち、中央政府が引き受けている限り、国債発行は無制限に可能とも取れるようなMMTは局所的な理論。特に、国際政治・経済の視点が欠如。
- 米国のMMTと日本のMMTの議論がずれている。経済成長の手段と捉えるのは、日本のMMT論。米国のMMTの議論の本筋は、政府の積極的雇用による成長の安定化。
- （日本の）MMTが正しいなら、（極論すれば）保険料や税を全て廃止し、国債発行による社会保障制度が可能ならず。
- インフレ率に注目し、インフレが進行しはじめたら、国債発行を止め、増税によって対処すると主張する（他にも指標は提案されているが、実行可能性が低い）。
- しかし、社会保障制度ではインフレで実質所得が減少する時こそ、負担の軽減・収入増が必要ならず（生活保護、診療報酬）。もともと難しい増税は一層困難。
- MMTの中途半端な受け入れや都合の良い利用は、ポピュリズムや問題の先送りにつながる恐れが大きい。
- しかし、選択的な積極財政は否定しない（安全保障分野、教育・IT投資等潜在的成長率を高める分野、子育て支援などの社会保障の一部）。

## 2. かかりつけ医の制度整備

### [結論]

- 追加的・部分的に**制度化**・導入して育てるべき
  - ✓ コロナ禍で失われた(?)信頼回復の一助
  - ✓ 人口減少、地域格差拡大、医師過剰時代の診療所経営のシフト先?
- ゼロサムゲームではないことに注意



### [英国の家庭医]

- 患者登録制と人頭払い
  - ✓ もともとアクセス制限が厳しい国での政策手段
  - ✓ 導入から時間が経ち、制度が変容している
  - ✓ 概念的には魅力的(かつての米国のHMO)
  - ✓ しかしそのままの導入は無理・無意味
  - ✓ 日本型の制度化が必要

9

## 患者登録制と人頭払い導入の問題点

### [主体]

- 人材不足(総合診療医が不足、研修制度はあるが...)
- 訪問診療医 + 訪問看護師(医師一人型GP診療所)
- 複数の専門医開業医の連携(医師複数型GP診療所)
  - ✓ 電子カルテの共有が前提
  - ✓ 重装備の日本の診療所の特性を生かす
  - ✓ 訪問診療医、訪問看護師、訪問薬剤師等との連携
  - ✓ 地域包括ケアの中心組織

### [登録と責任]

- 医師・患者間の信頼関係の存在が前提
- 水平的アクセスの制限と責任を伴うので任意登録(患者・医師双方)

参考) 印南(2022)「時事評論 かかりつけ医の制度化(上)」週刊社会保障(No.3177)  
印南(2022)「『かかりつけ医』制度化の論点(上)」日本経済新聞7月13日  
印南(2022)「時事評論 かかりつけ医の制度化(下)」週刊社会保障(近刊)

[人頭払い]

- 月額定額制 + (理想的には) 成果評価型ボーナス
- 基本的には財政中立。医療費適正化とは両立する。
- 具体額の決定には科学的根拠と決定プロセスの透明性が必須
- そのためには、診療行為の報告義務が必要
  
- 初診料・再診料廃止
- 受診率増加、診療密度を上げる行動からの変容が必要
- 患者の受診時定額負担をどうするか
- 患者の保険料負担をどうするか

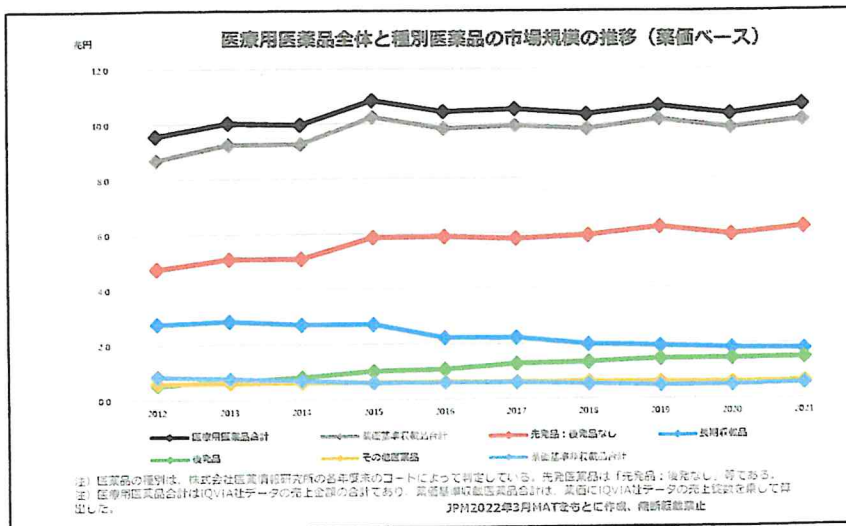
[アクセス制限]

- 患者の一般診療所等へのアクセス制限が必要
- 医師の側の一般患者の受診制限も必要
- (200床未満の) 病院への診療制限も必要
- 診療報酬上のかかりつけ医機能の評価と併存させるか
- 制度の基本骨格が未確定なので現時点では議論が難しい

医師・患者双方の大きな行動変容が必要

### 3. 医薬品取引と薬価制度の在り方

- 日本市場は魅力がないか
  - ✓ 医薬品市場は、GDP・国民医療費を上回って伸びている
  - ✓ 全国統一の価格体系で、保険者ごとの交渉も不要
  - ✓ 上市后、保険収載見直し制度もない

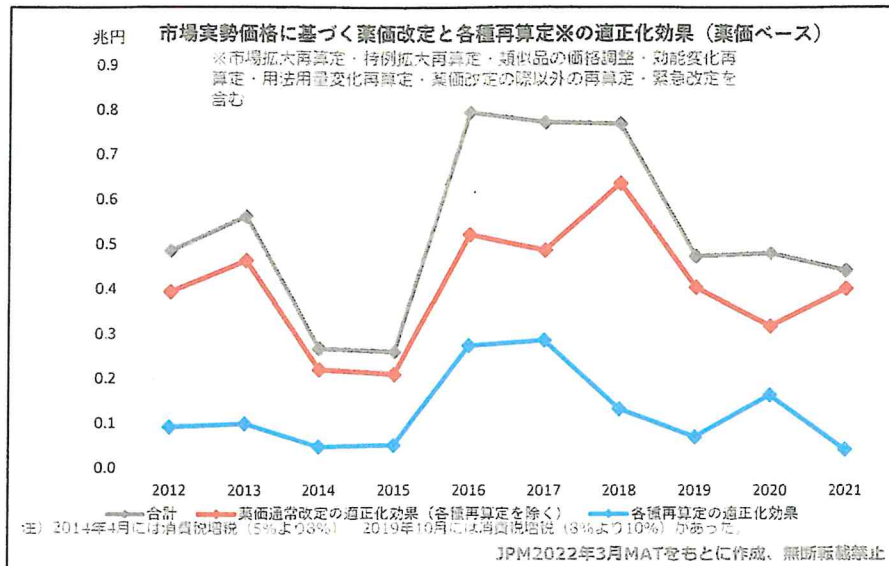


2012年を100とすると、2019年の

- 名目GDPは558.2÷500.5兆円 = 112
- 国民医療費は443.9÷392.1千億円 = 113
- 医薬品市場規模は10.1÷8.7千億円 = 116

で、**医薬品市場は、名目GDP、国民医療費を上回って安定成長。**

- 現行制度（通常薬価改定、再算定制度等、外国平均価格調整等）はよくできており、部分的修正で十分ではないか
- INES案について
  - ✓ GDPスライドや薬剤費総額管理は過剰な抑制
  - ✓ 医療技術の進歩・医療の高度化にそぐわない
  - ✓ 長期収載品や後発品の市場での、全体調整は無理（もはや、十分な市場規模ではない）



医療経済研究機構 (2022) より

13

- 市場実勢価格反映主義は悪か
  - ✓ 準市場では薬価差は必要悪
  - ✓ 医薬品の真の価値は事前には測定困難なので、市場価格で代替・擬制しているとみる
  - ✓ 問題は、医薬品取引の歪み
  - ✓ しかし、単品単価取引は不可能だし制度と矛盾
  - ✓ 区分内総価取引で満足すべき
  - ✓ 医療機関・調剤薬局に 区分越え総価取引減算を
- 品質確保・安定供給について（後発医薬品）
  - ✓ 後発医薬品品目数、メーカー数が多すぎる
  - ✓ 売上・マーケット至上主義が自らの首を絞めている
  - ✓ 一部トップメーカーの経営体質に問題あり
  - ✓ 承認・保険収載に企業要件を設けるべき
- イノベーションの概念
  - ✓ 本来のイノベーションは画期的な生産性の向上とコストの大幅低下がセットのはず
  - ✓ 新薬創出加算制度の政策評価を忘れている
  - ✓ イノベーションが進まないのはぬるま湯的な薬価制度が真の原因では（仮説）？

14

# Ⅲ 規制改革推進会議関係のトピック

---

## 1. 薬局改革

---

- 医薬分業が進展したが、国民の理解を得られていない
- 薬剤師数、薬局数の急速な増加
- 改革の目的は調剤業務のイノベーション&患者選択肢の拡大
- 対人業務の充実によって個店薬局の生き残りの道を示す
  
- 対物業務から対人業務へのシフトが（業界も納得の上）  
謳われてから久しいが、一向に改善の兆しが見られない
- ポリファーマシー、医療DX等課題は山積
- 調剤の外部委託は、改革の第一歩にすぎない
- 19世紀家内工業的サービス提供から卒業すべき
- 対物業務に関する調剤技術料の大幅引き下げが必要

15

## 2. スイッチOTC

---

- 患者の自己診断ではなく医師の受診を原則とすべき
- セルフメディケーションは、忙しい現役世代の  
アクセス不足を補う代替手段に過ぎない
- OTC化がメーカーの意向で決まるのはおかしい
- OTC類似薬は、保険外併用療養費（新選定療養）で  
対処すべき（価格についての行政指導が必要）
- 医師には一般薬指導管理料をつける

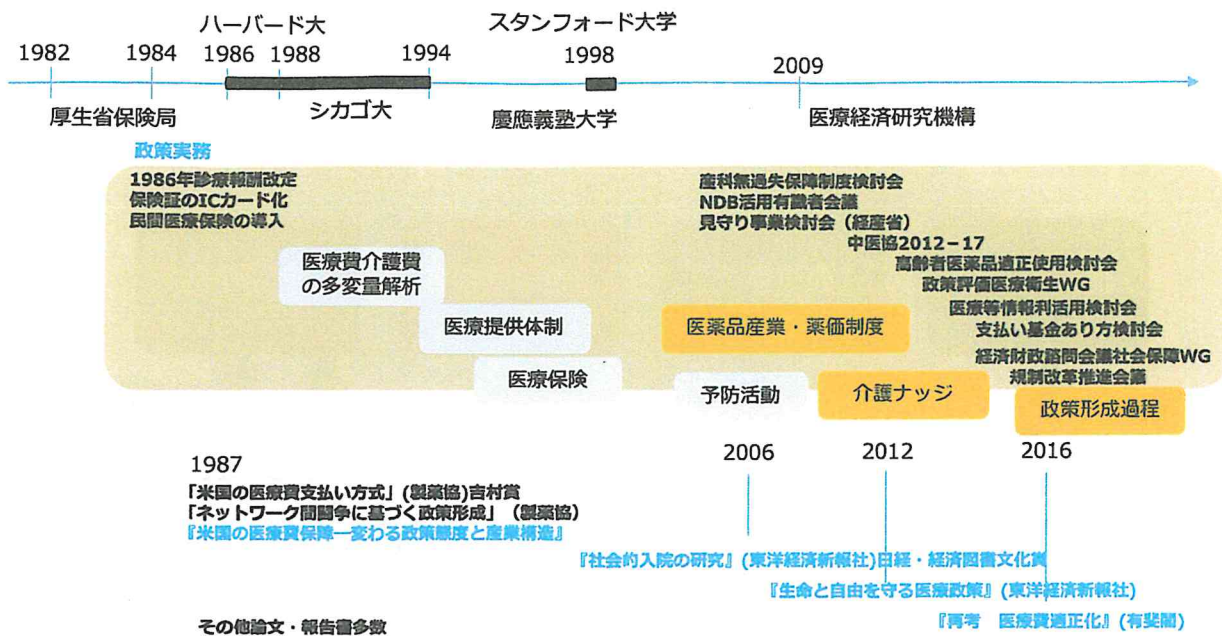
## 3. その他のトピック

---

- 医療DX・SaMD
- ナース・プラクティショナー
- 有害・無効医療の取り締まり（研究用抗体検査キット等）

16

## 研究領域（医療政策分野）



ご清聴ありがとうございました

質問・コメント大歓迎

[zion@sfc.keio.ac.jp](mailto:zion@sfc.keio.ac.jp)へ

# 令和4年度 第1回都道府県医師会長会議

日 時：令和4年9月20日(火)

午後3時00分～5時00分

場 所：日本医師会館

(※TV会議システム使用)

## 次 第

15:00

1. 開 会

2. 会長挨拶 (5分)

15:05

3. 議 事

テーマ：「新型コロナウイルス感染症に対する医療提供  
体制について」

①Aグループによる討議 (40分)

進行：松家治道北海道医師会長

15:45

②全体討議 (20分)

16:05

③同テーマについて事前に寄せられた都道府県  
医師会からの質問に日本医師会執行部が答弁 (50分)

4. その他

16:55

5. 閉 会

## 令和4年度 第1回都道府県医師会長会議

医師会名： 北海道 医師会

A	[テーマ] 新型コロナウイルス感染症に対する 医療提供体制について
[ご意見等] <ul style="list-style-type: none"><li>・迅速な情報収集と提供 マスコミなどから得た情報を都道府県に問い合わせても、まだ厚生労働省から通知がきていないと言われることが多々ある。日本医師会から厚生労働省に対して迅速に通知するよう働きかけてほしい。同時に日本医師会から都道府県医師会に対しても、引き続き、迅速な情報提供に努めてほしい。</li><li>・補助金の継続 本年7月末から9月末まで延長された入院受入医療機関緊急支援事業補助金について、コロナが終息するまで継続してほしい。</li><li>・診療報酬特例の継続 診療報酬の臨時・特例措置について、コロナが終息するまで継続してほしい。</li></ul>	

締切：令和4年8月25日（木）



令和4年度 第1回都道府県医師会会長会議

医師会名： 東京都 医師会

A	[テーマ] 新型コロナウイルス感染症に対する 医療提供体制について
[ご意見等] <p>今回の新型コロナ感染症パンデミックでの医療提供体制は、感染症法による感染症指定医療機関と新型インフルエンザ特別措置法に基づく診療協力医療機関・入院医療機関を主戦力として対応してきた。しかしながら設備的、人的理由により新型コロナには対応困難として、特別措置法の入院医療機関がすべて入院重点医療機関に移行できたわけではなく、断念した病院も少なからずあった。厚労省科学審議会感染症部会では、感染症に対応する医療機関の抜本的拡充を図るために、医療機関との協定に基づいた全体像の仕組みを法定化して、国公立、公的病院には協定の義務化やその他病院には調整などを行い、国・都道府県が強い権限を持つべきとしている。</p> <p>この協定の履行にあたって減収補償が提案されているが、これに加えて設備補助なども当然であろうが、人の問題が議論されていない。医療機関に所属する医師をはじめとした職員がこの協定に従わなくてはならない法的根拠はどこに存在するのか。今回のパンデミックに対応した重点医療機関等では新型コロナ感染症に関与したくない医師や看護師は、新型コロナ感染症病棟勤務や PCR 検体採取などの業務を拒絶し、医師や看護師たちの間で分断が起こり、退職者が続出した病院は多数存在する。また地区医師会においても、行政と協力して PCR センターや臨時医療施設、在宅療養者の往診診療などの業務遂行時に、医師会員の協力を十分に得られることができずに、医師会役員をはじめとした限定的な人員でノルマをこなしている医師会も多数ある。</p> <p>政治家やマスコミが論ずる以上に、最前線の現場で頑張った医師たちは、かかりつけ医機能が十分発揮されたとは感じていないであろう。かかりつけ医機能には災害時、地域医療を担うよう記されているが、かかりつけ医の定義はあいまいで、残念なことに責任の所在が見えない。24 時間 365 日患者を診ることは、陽性患者による救急要請を減らすことができ、重要な初期医療の要素であることが分かった。しかし、実態は前述の如く、かかりつけ医と</p>	

して積極的に関わった者、意思を持って明確に拒否した者、不関を決め込んだ者等様々であった。残念なことに今回のような未曾有のパンデミックや災害において、医師として、かかりつけ医として果たすべき責務について十分な議論や意見統一がなされてこなかったこと、専門研修等の支援体制が十分でなく、更には法的な拘束もなかったため、結局、個人の倫理観、価値観、矜持、スキル等で判断せざるを得なかったといえる。現在のところ、身を潜めてしまった医師達を前線に駆り出すための決め手がない。更には、勤務医、非医師会員を問わずすべての医療機関医師に同一方向を向いてもらい、医療者全員で難局を乗り越えていくべきだが、その解決策を医師会は持っていない。

かかりつけ医及びかかりつけ医機能は、日本医師会綱領とも合致する素晴らしい概念であると思う。平時では24時間365日しっかり患者に寄り添い、災害時などでは地域貢献をうたってはいるが、現実的には機能を果たすための体制整備と責務意識の確立が立ち遅れていることが明らかになった。であるならば、日本医師会が国民に対してそれが可能となるような行動規範、体制、責務を明らかにすべきである。医師に対しては医療的危機に備えて、恐怖心などで脱落者を出すことが無いよう、科学的根拠に基づいた教育、研修、訓練を平時から行い、組織づくりも含めて有事に備えておく必要があると考える。

締切：令和4年8月25日（木）

令和4年度 第1回都道府県医師会長会議

医師会名： 山梨県 医師会

<h1>A</h1>	<p>[テーマ] 新型コロナウイルス感染症に対する 医療提供体制について</p>
<p>[ご意見等] 山梨県における自宅療養</p> <p>山梨県においては第5波までは自宅療養をせずに全ての陽性者を入院入所に対応していた。しかしながら、第6波の感染拡大への対応のためにホームケア・退所後ケアと名付けて、全ての自宅療養者に医師が担当して医療の目を届かせる制度を構築した。更に、第7波の爆発的感染拡大に対応する為に変更した山梨県自宅療養体制の報告をする。</p> <p>① 健康フォローアップセンター（8月末開始）</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・20歳代～40歳代以下で診療を希望せずに自宅療養を希望する自己検査陽性者。</li><li>・外注で患者登録、アプリ（My HER-SYS、SHINGEN システム）を利用して健康観察を行う。</li><li>・症状出現の際には看護師が初期対応して、診療・処方必要などの場合にはホームケアに移行する。</li></ul> <p>② ホームケア・ライト（7月22日開始）</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・2歳～49歳以下で医療機関にて診断された陽性者（ただし、中等症I以上もしくは入院の判断、維持透析、妊婦、40歳以上のワクチン未接種者、発生届におけるホームケア可能な旨のチェックがある場合を除く）。</li><li>・アプリ（SHINGEN システム）を利用して健康観察を看護師が行う。</li><li>・症状出現の際にはホームケアに移行する</li></ul> <p>③ ホームケア</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・医療機関で診断された2歳未満、50歳以上の陽性者</li><li>・無症状あるいは自覚症状が軽微な者、重症化リスクが高いがコントロールされている者、40歳以上のワクチン未接種者でも体調に問題ない者、本</li></ul>	

人家族が強く希望する者、保健所所長がホームケア可能と認める者

- ・県内 200 名の協力医が基本的には在住地域の陽性者に対してアプリ (SHINGEN システム) を利用して健康観察を行う。但し、日祭りと夜間においては県ホームケア班が対応する
- ・症状に応じて電話、オンライン、来院診療、往診を行い、処方や重点医療機関への受診紹介をする。

④ 退所後ケア

- ・入院入所後に症状が安定して医師が自宅療養可能と判断した者
- ・SpO2 $\geq$ 96%が 24 時間以上持続、食事接種可能
- ・本人や家族の了解が必要

以上の体制で自宅療養者への対応をしている。

しかしながら、第 7 波の感染拡大の際は多数の陽性者の協力医への振り分けに数日を要する状況もあり解決しなければならない課題も多数あり、更に、県の方針で陽性者全数把握をされなくなると対応にも大きな変更が必要になると考えている。

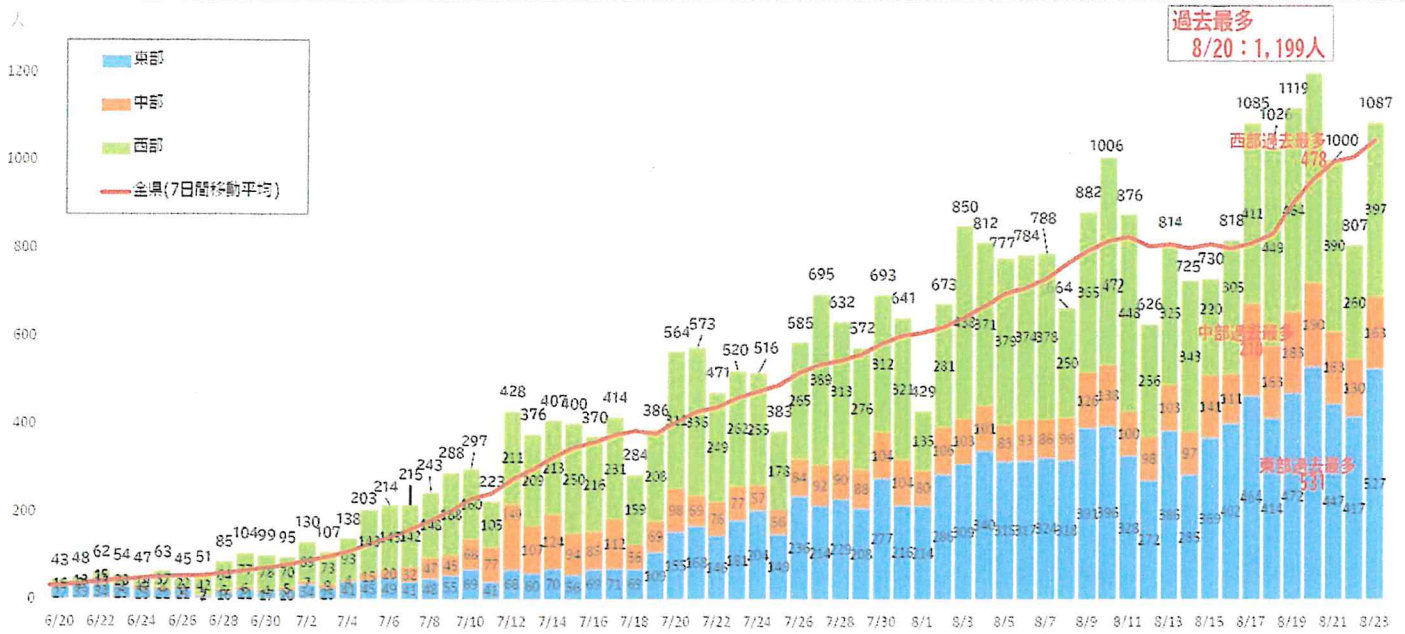
締切：令和 4 年 8 月 25 日 (木)

A	<p>[テーマ] 新型コロナウイルス感染症に対する 医療提供体制について</p>																									
<p>[ご意見等]</p> <p>当県の新型コロナウイルス感染症に対する医療状況は、オミクロン株 BA5 系統を主体とする第7波において、それまでと比べ、大きく変容いたしました。</p> <p>次ページの参考資料①（図1）のとおり、ここ2か月間、当県においても感染者数の急激な増加がみられ、累積感染者数は本年6月26日までの16,212人であったのに対し、8月25日には50,217人（3.1倍、34,005人増）に上っています。これに伴い、図2のように、即応病床の病床利用率が急激に上昇し、地区によっては、75%に達するに至って、病床逼迫が喫緊の課題となっております。</p> <p>当県における感染者の医療提供体制は、表1のとおり、第4波までは入院が中心でしたが、第5波以降は、徐々に自宅療養が増え、第7波においては、大半（94%）が自宅療養となっています。</p> <p style="text-align: center;"><b>表1. 陽性者の医療提供体制（令和4年8月25日現在）</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>入院</th> <th>宿泊療養</th> <th>自宅療養</th> <th>死亡者数（*）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>第1～4波</td> <td>86%</td> <td>14%</td> <td>—</td> <td>2人（2人）</td> </tr> <tr> <td>第5波</td> <td>61%</td> <td>16%</td> <td>22%</td> <td>3人（3人）</td> </tr> <tr> <td>第6波</td> <td>9%</td> <td>16%</td> <td>75%</td> <td>15人（3人）</td> </tr> <tr> <td>第7波</td> <td>2%</td> <td>4%</td> <td>94%</td> <td>28人（10人）</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">（*コロナ感染症が直接死因）</p> <p>当県においては、全医療機関の73%にあたる317医療機関がコロナ診療・検査医療機関として登録されており、うち、125医療機関がリモートを含め自宅療養者の治療、健康観察にあたっています。</p> <p>この中で、自宅療養、宿泊療養ともに、重症化リスクの高い、また、重症化の途上にあるケースを迅速に入院につなげていく「トリアージ機能」が、かかりつけ医療機関のきわめて重要な役割となっています。即応病床の拡充も重要ですが、現在の感染拡大がなかなか収束に向かう兆しが見えてこない以上、在宅療養の医学管理体制、行政とも緊密な連携のもと病診連携体制の充実を進めて行くことで、コロナ感染症に関連して亡くなる人を少しでも減らしていく努力を丁寧に行っていくことが重要であると考えます。</p> <p>また、当県における「感染者全数把握見直し」後の地域の医療体制を含めた感染者への新しい対応の概略（素案）を参考資料②にお示しします。</p>			入院	宿泊療養	自宅療養	死亡者数（*）	第1～4波	86%	14%	—	2人（2人）	第5波	61%	16%	22%	3人（3人）	第6波	9%	16%	75%	15人（3人）	第7波	2%	4%	94%	28人（10人）
	入院	宿泊療養	自宅療養	死亡者数（*）																						
第1～4波	86%	14%	—	2人（2人）																						
第5波	61%	16%	22%	3人（3人）																						
第6波	9%	16%	75%	15人（3人）																						
第7波	2%	4%	94%	28人（10人）																						

# 【参考資料①(鳥取県医師会)】

## 図 1. 新規陽性者の推移

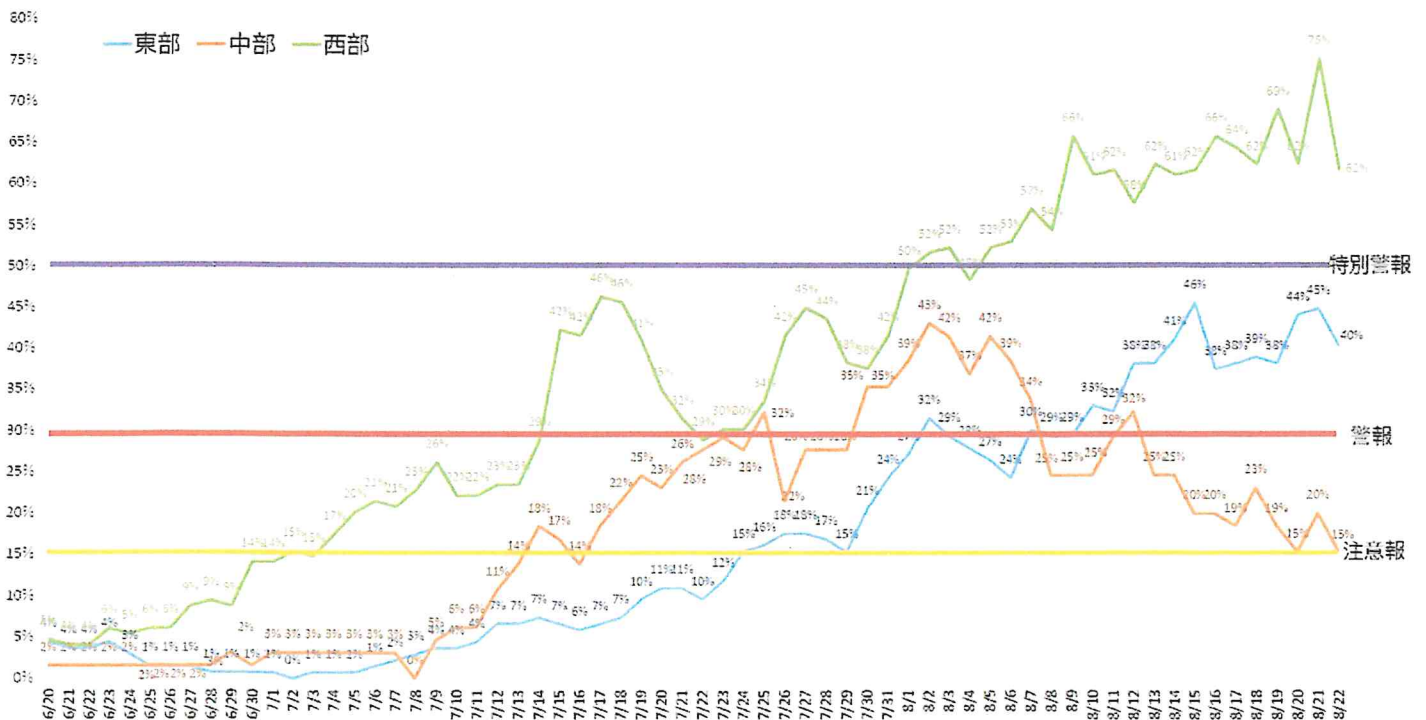
【公表日ベース】



### 6/20~8/23保健所ごとの累計発表陽性者数

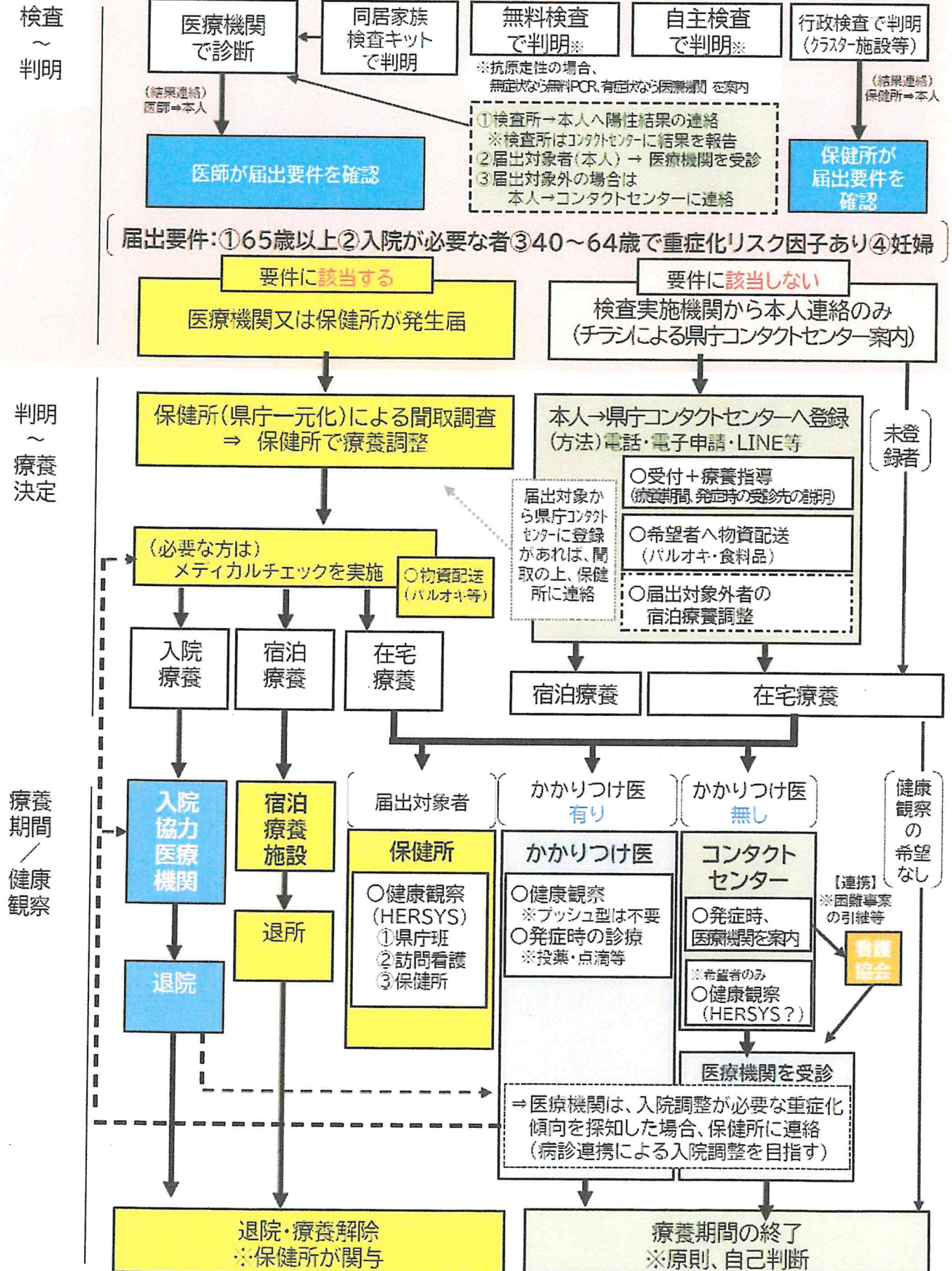
管轄保健所	鳥取	倉吉	米子	全県計
累計陽性者数	12,195	5,030	15,114	32,339

## 図 2. 病床利用率の推移



【参考資料②(鳥取県医師会)】

全数把握見直しに伴う『陽性判明～療養解除』までのフロー



令和4年度 第1回都道府県医師会長会議

医師会名： 香川県医師会

A	[テーマ] 新型コロナウイルス感染症に対する 医療提供体制について
[ご意見等] 昨年度の第3回都道府県医師会長会議で、私は新型コロナウイルス感染症を、現在の2類相当から5類に引き下げ、季節性インフルエンザ並みにすべきとの意見を提出しました。それに対し、現在の新型コロナ感染症は、2類でもないが5類でもないので、変更する事はないとの返答であったかと思えます。現在、第7波の流行下において、県下の発熱外来は混乱を来しており、また濃厚接触者となった者は、無症状者でも自宅待機を余儀なくされ、医療機関でも人員不足の為、通常の診療も出来なくなっています。現在、新型コロナウイルス感染症は市中感染となっており、感染経路の不明な患者も多い中、濃厚接触者に自宅待機をさせる事は意味がなく、症状のない者は感染予防の注意して頂くだけで行動制限を行わなくていいのではと考えます。 そうする事により、2年半にわたりマスクを通して植え付けられた新型コロナウイルス感染症に対する世間や医療従事者の過度な恐怖心も和らぎ、欧米のように以前の日常の診療に戻していく事が出来ると思えます。	

締切：令和4年8月25日（木）



令和4年度 第1回都道府県医師会長会議

医師会名： 熊本県医師会

A	<p>[テーマ] 新型コロナウイルス感染症に対する 医療提供体制について</p>
<p>[ご意見等]</p> <p>新型コロナウイルス感染症対策も当初の感染者受入病床の問題から宿泊療養施設、自宅療養の体制整備とその状況に合わせた体制を整備し、「第7波」から感染拡大に伴う外来医療体制の拡充を行っている。</p> <p>現在、外来医療についても様々な施策が国からも投じられ、それに即した対応が都道府県で行われている。</p> <p>外来医療体制については、今回、医療機関の負担軽減とし「抗原検査キット」の配布が行われたが、7月末に本会が行ったアンケート調査では抗原検査キットの不足により診療体制に支障を来していると思われる医療機関が47%あったことや発熱患者が受診先を迷った場合に受診先を案内する「受診案内センター」を郡市医師会に設置していることから、郡市医師会の協力を得、郡市医師会から医療機関への抗原キットの配布を行った。</p> <p>抗原キット配布後のアンケートでは受診希望患者を断らざるを得ない医療機関は29%と未だ高水準であったが、抗原キット配布により58%の医療機関で「抗原検査キット不足が解消された。」と回答され、診療体制継続にかなり効果があったと考えられる。</p> <p>一方で、本県では「症状のある患者さんの適切な医療機関受診」を優先し、健康フォローアップセンターは設置していない。(熊本市を除く)。</p> <p>新型コロナ感染症患者の発生頻度は都道府県、二次医療圏でも異なり、これまで行政機関と医療機関が培ってきた経緯もあるため、全国一律の対応は困難と思われる。</p>	

締切：令和4年8月25日(木)

## 令和4年度 第1回都道府県医師会会長会議

医師会名： 宮城県 医師会

### [テーマ]

「新型コロナウイルス感染症に対する医療提供体制について」に対する日本医師会執行部への質問

### [要旨]

第7波では感染者数が圧倒的に多く、基幹病院のみならず、診療所や中小病院で発熱外来を行っているところに患者さんが集中し、様々な問題が起きている。

宮城県では、開業医で発熱外来を行っているところは、概ね600件/1,500件であり、約40%の参加となっている。県内の35市町村のうち、人口10万人当たりの参加施設数の割合は、大きなばらつきがある。すなわち現行のように、発熱外来参加の有無を医療機関の自主的な意思に任せていたのでは、限界がある。

私の考えでは、このような「有事」の際には「原則参加」が必要であると考える。もちろん、診療科、管理者の年齢、従業員の数などにより、考慮すべき例外はあると思う。発熱外来（診療・検査医療機関）の拡充策について、日医執行部のお考えを伺いたい。

締切：令和4年8月25日（木）

令和4年度 第1回都道府県医師会長会議

医師会名：秋田県医師会

[テーマ]

「新型コロナウイルス感染症に対する医療提供体制について」に対する日本医師会執行部への質問

[要旨]

1) 今後の医療提供体制だが、厚労省が考えているように「医療機関がコロナ診療を通常の感染症診療に近づける」方向にもっていく場合に、スムーズな移行ができるかどうか、もしスムーズに移行させる場合の考えをお知らせください。

2) 第八次医療計画において、6事業として新興感染症対策が入るが、地域医療構想との整合性の中で日本医師会が主張することをお知らせください。たとえば、休床病床を新興感染症用に確保するなどの具体的な案はいかがか。

3) 第7波においては、その感染力と重症化率の低さ、行動制限の撤廃などから、予測されたことは、①ダムで言えば上流の水かさの急増。②その次に徐々にダムそのものに対する負荷の増加。③その次にくるのはダムの下流の流れの停滞。

①において、病院や診療所の発熱外来への負荷の急増。これを減らすための施策は十分であったか？

②においては、入院を担当する医療機関の負担増。ダムそのものを大きくするには限界があるが、各地域ではどのような対応があったのか。

③下流への流れをよくする（後方支援病院や療養施設への流れ）ことに対して、どういう施策があるか。

今後、第7波では、しばらく高止まりするか、ゆっくり下降するか、すぐに第8波がくるのか不明だが、もし第7と同様であれば、参考にしたいので、各医師会の活動をお聞きしたいと思います。よろしく願いいたします。

締切：令和4年8月25日（木）

令和4年度 第1回都道府県医師会会長会議

医師会名：茨城県 医師会

【テーマ】

「新型コロナウイルス感染症に対する医療提供体制について」に対する日本医師会執行部への質問

【要旨】

新型コロナウイルス感染症に対する医療提供体制の構築に当たっては、平時の地域包括ケアシステムと地域医療構想およびかかりつけ医機能の充実・強化への取組が前提になると考えられる。社会保障・税一体改革は、団塊の世代がすべて後期高齢者になる2025年を目標年として、地域包括ケアシステムの構築と地域医療構想の実現に取り組んで来た。

その2025年まであと2年半余りとなった現在、日医はかかりつけ医機能の充実・強化を含む状況をどう評価し、残りの期間にどう取り組もうとしているのか、執行部の見解を伺いたい。

締切：令和4年8月25日（木）

令和4年度 第1回都道府県医師会長会議

医師会名： 東京都 医師会

[テーマ]

「新型コロナウイルス感染症に対する医療提供体制について」に対する日本医師会執行部への質問

[要旨]

日本医師会の考えるかかりつけ医の体制には、平時では24時間365日しっかり患者に寄り添い、災害時などでは地域貢献をはたす体制と責務の意識が明確ではない。

また、災害やパンデミックにおいて勤務医や非会員を含めた協力体制をとることは難しいのではないかと考える。

よって、以下の課題に関してどのように対応をとるのか問う。

1. かかりつけ医機能における、24時間365日体制と災害時体制の構築と責務意識の醸成に関し具体的な実現策はあるのか  
以下の具体的な小項目を念頭に回答いただきたい
  - (ア) かかりつけ患者を24時間365日体制で寄り添うための方策を考えているか
  - (イ) 臨時の医療施設や宿泊療養などに出務するため、役員などの限定的な会員のみが対応するのではなく、医師会員全体制でどう臨めばよいのか
  - (ウ) 在宅療養患者に対する療養支援に対し、どの地区医師会も対応できるように、具体的な支援を考えているか
  - (エ) 勤務医や非医師会員医師に対して、協働する方法などを考えているか

締切：令和4年8月25日（木）

令和4年度 第1回都道府県医師会長会議

医師会名：愛知県医師会

[テーマ]

「新型コロナウイルス感染症に対する医療提供体制について」に対する日本医師会執行部への質問

[要旨]

感染症法等の一部改正を見据えた医療現場の感染対策について

新型コロナウイルスがオミクロン株の BA.5 に置き換わり、感染力は強まり新規感染者は急増していますが、病毒性は弱まり重症者の割合は低下しています。また、秋の臨時国会では、感染症法上の取り扱いを現在の2類相当からの見直しを取り沙汰されており、ウィズコロナの時代も遠くないと考えております。

こうした中、患者受入医療機関や診療・検査医療機関だけでは新型コロナ患者に対応しきれず、すべての医療機関において、新型コロナ患者を看なければならない状況となってきております。

現状においても、患者受入医療機関以外の医療機関や高齢者施設でクラスターが発生した際などではそのままその医療機関等で療養を継続しており、また、診療・検査医療機関以外でもかかりつけの患者について新型コロナの診察を行っている医療機関も少なくありません。

平成4年6月20日付けで厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部から発出された事務連絡「効果的かつ負担の少ない医療現場における感染対策について」では、「外来でコロナ疑い患者を診療する場合は、インフルエンザ流行時に準じた対応が可能であること」、「様々な状況に応じた個人防護具の選択」、「病棟単位のゾーニングを行わなくても、病室単位でのゾーニングによる柔軟で効率的な病床の活用が可能であること」が示されておりますが臨床的な具体像が見えません。

受入医療機関の関係者の間では、患者や医療従事者はもとより世論の理解が得られなければ、感染対策を簡素化することは容易ではないとの意見が多い状況です。弱毒性のオミクロン株となっても医療逼迫を起こす大きな原因の一つが、医療側の感染対策が当初から全く変わってないことにあると言えます。

ウィズコロナを見据えて、今の感染対策をより簡素化した具体的な指針を日本医師会からお示しいただきたい。

締切：令和4年8月25日（木）

締切：令和4年8月25日（木）

令和4年度 第1回都道府県医師会長会議

医師会名： 兵庫県医師会

【テーマ】

「新型コロナウイルス感染症に対する医療提供体制について」に対する日本医師会執行部への質問

【要旨】

感染拡大が始まり3年近く、既に7つ目の波を経験したが、十分な検証を行うことなく場当たりの政府の対策を日医が事後承認させられている感否めない。

今回医療逼迫の問題点のひとつが検査体制である。無料PCR検査所設置を政府が推進したが、その根拠となったのが「ワクチン・検査パッケージ」である。国はワクチン2回接種または未接種であればPCR検査陰性確認が感染防止に有効であることを謳い、一部チェーン薬局や特定企業と不透明な事業委託を準備の上、年末の休庁間際に通知を行い、現場からの反論の機会を封じて既成事実化を急ぐという極めて不信感を抱かせる開始手順をとった。そしてすぐに迎えた第6波では、接種者の感染が相次ぎワクチン・検査パッケージの前提が崩れても、無料検査を推進した上に、受託した薬局からの大量発注が医療機関での検査キット、試薬不足を招来したことは本末転倒で明らかな失政であった。それにもかかわらず、政府はマスコミも動員して当時の外来医療逼迫は、医療機関が十分な診療を行わなかったこととして、日医に対しては発熱等診療検査医療機関の全面公表を迫ることで狡猾に原因すり替えを画策した。これは日医の都道府県の状況に応じて個々の医療体制構築の独自性を尊重する方針を否定するものであり、政府に対して厳しい姿勢で臨むべきであったが、どのように考えるか。

また医療体制に関しては、日医は政府に対して学術団体として最新で信頼性のある知見を基に方向性を明確に示して対策に反映させることと内外への広報戦略を立案することが重要である。創設予定の感染症危機管理庁に対して医療現場の意見を届けるために積極的に取り組むべき点であると考えられる。広報戦略と感染症危機管理庁への関わり方についてもお示しいただきたい。

締切：令和4年8月25日（木）

令和4年度 第1回都道府県医師会長会議

医師会名： 山口県医師会

[テーマ]

「新型コロナウイルス感染症に対する医療提供体制について」に対する日本医師会執行部への質問

[要旨]

新型コロナウイルス感染症は2類相当の位置付けで、感染陽性者は、本来、入院隔離であり、全例報告が義務付けられている。

しかし、第7波に入り、従来の10倍規模の感染となり、現実には自宅療養者がほとんどをしめ、濃厚接触者の扱いも従来と比べ、緩やかになった。感染力が強いため、医療従事者の感染者も増え、少ないスタッフで診療に当たらなければならず、病床利用率も50%を超える都府県が増え、医療は逼迫し、コロナ以外の一般診療に影響が出てきている。陽性者は全例報告となっているが、感染の急拡大で、たとえ、自分で抗原検査などを行って陽性であっても自己申告となっている場合、届け出ていない場合もあると思われる。また、抗原検査で陽性であったため、症状はないが確認のために診療・検査医療機関などを受診し、確定診断を求められる医療機関も多いのが現実である。現実には、2類相当ではなくなっていると考えられる。(8/20時点)

以下、4点につき日医執行部の意見を伺いたい。

1. 日医は新型コロナウイルス感染症の出口戦略をどのように考えているのか。
2. 重症化リスクのある人の届出限定は歓迎するが、届出をしなくても良い感染者のサポートが十分でないことが判明した。MY HER-SYSの拡充などでサポートしないと返って現場が混乱すると考えるが如何か。
3. 診療支援のお願い：①地域包括ケア病棟をコロナ病棟に転換している病院が多いが、地域包括ケア病棟入院料の再届出が本年10月1日とされているため、対応方法を厚生局に問い合わせているが厚労省からの回答がないとのことなので善処してほしい。②無症状のコロナ透析患者を、元々コロナ対応をしていなかった透析医療機関がしなければならない状況になったため、時間的空間的ゾーンングを確保して、時間外透析をしているが、対応するスタッフへの対価が診療所の持ち出しとなっている。補助金がないので改善してほしい。
4. 日本版CDCの設立は何時になったらできるのか？

締切：令和4年8月25日(木)



## 令和4年度 第1回都道府県医師会長会議

医師会名：長崎県医師会

【テーマ】

### 「新型コロナウイルス感染症に対する医療提供体制について」 に対する日本医師会執行部への質問

新型コロナウイルス感染症患者の急増により、救急医療機関に多くの患者が押し寄せてきている。この救急医療機関は非コロナの救急を担うことも重要な役割である。ところが、この救急医療機関に新型コロナ関係の電話の問い合わせや軽症患者の対応などを行うことで、時間、場所が浪費され、本来行うべき救急医療ができなくなっている。これは救急医療体制に理解がない患者の増加や診療検査医療機関の不足の結果として生じている事態と思われる。

八王子市では新型コロナの診療検査医療機関に80%の医療機関が登録されているとの報道がある。救急医療体制を保持し、医療崩壊を防ぐためにはこれらの診療検査医療機関の充実と適切な受診行動の徹底が必要とされる。八王子市の取り組みを分析し、全国に広めることが医療崩壊を防ぐ方法と考える。

日医として診療検査医療機関の充実に対する具体的な方法、また、適切な受診行動の広報についての御意見を伺いたい。

締切：令和4年8月25日（木）

## 令和4年度 第1回都道府県医師会長会議

医師会名： 熊本県医師会

### [テーマ]

「新型コロナウイルス感染症に対する医療提供体制について」に対する日本医師会執行部への質問

### [要旨]

- ① オミクロン株による感染拡大に伴い、医療機関が抗原検査キット不足になるなか、高齢者施設等には国の施策である集中検査に伴い、抗原検査キットが潤沢に用意されていた。集中検査の必要性については理解出来る一方で、患者の対応に抗原検査キットを使用できないことは、国の縦割りによるものであろう。現場での医療と介護の連携についても柔軟に対応出来るようご配慮頂きたい。
- ② 保険診療上の特例の延長をお願いしたい。
- ③ 国のスケジュールに基づきワクチン接種している軽症患者の自宅療養期間短縮を検討頂きたい。
- ④ オミクロン株対応ワクチンへのスムーズな切り替えや副反応が少ない国産ワクチンの早期承認。変異株へ対応でき、使いやすいように、高齢者定期接種として残すなど柔軟に考えて頂きたい。

締切：令和4年8月25日（木）

## 令和4年度 第1回都道府県医師会長会議

医師会名： 鹿児島県 医師会

### [テーマ]

「新型コロナウイルス感染症に対する医療提供体制について」に対する日本医師会執行部への質問

### [要旨]

#### 1. 新型コロナ発生届の対象者を限定する場合の対応について

令和4年8月25日に感染症法施行規則が一部改正され、発熱外来や保健所業務が極めて切迫した地域において、発生届を重症化リスクのある方(①65歳以上の方、②入院を要する方、③重症化リスクがあり、コロナ治療薬の投与又は新たに酸素投与が必要と医師が判断する方、④妊婦の方)に限定することが可能となった。

重症化リスクの高い方に適切な医療を提供するためにも必要な措置であると考え、発生届の対象外となる患者が体調急変時に確実に相談・診療対応ができる体制を整える必要がある。今回の措置は都道府県単位での運用になるため、日医としても好事例の情報共有を図って欲しい。

#### 2. 新型コロナワクチンへの対応について

感染拡大を防ぐためには、ワクチン接種の推進が極めて重要である。10月以降に接種開始が予定されているオミクロン株対応のワクチンについて、有効性・安全性などの情報を積極的に発信して欲しい。

#### 3. 人材育成に係る予算の確保について

我が国の新型コロナ対応の課題となった治療薬、ワクチンの研究開発などにも取り組んでいかなければならない。そのためには研究開発をする企業の支援や人材育成に国が積極的に取り組む必要がある。

本年8月9日に文部科学省科学技術・学術政策研究所が公表した調査結果によると、世界で2018～20年に発表された自然科学分野で影響力の大きな上位論文数で、日本は世界12位と、統計がある1981年以降、初めて10位以内から脱落した。大学等の研究費等が削減され優秀な人材の育成・確保ができていないことがその要因のひとつと考える。医学の発展には、人材育成が不可欠である。

日医には、人材育成(大学の研究費等)に十分な予算を確保できるよう国へ強く働き掛けていただきたい。

締切：令和4年8月25日(木)