

九州医師会連合会委員・九州各県医師会役員合同協議会(報告書)

日 時：令和 4 年 11 月 26 日（土）10：00～12：00

場 所：ホテル日航大分オアシスタワー5階「孔雀の間」

出席者：安里会長、宮里副会長、玉城議長、稲田常任理事、
大屋常任理事、中田常任理事、比嘉理事、白井理事
事務局（上原局長、崎原、徳村、國吉、新垣）

1. 開 会

2. 九州医師会連合会長挨拶

河野幸治（大分県医師会長）

九州各県から予めいただいた 5 題の質問事項（リフィル処方やオンライン資格確認の導入及び救済措置、電気料金値上げによる負担増）と 4 題の要望事項（物価高騰による緊急支援策、感染対策向上加算等の算定要件等の見直し、感染症法等の改正を踏まえた新型コロナウイルス感染症等への対応、医師会立看護師等養成所への財政的支援）について、中央情勢を交えながら日本医師会の考えを伺いたい。

3. 座長選出

慣例により九州医師会連合会長の河野幸治会長が座長に選出され講演に入った。

4. 講 演

「中央情勢報告」 日本医師会会長 松本 吉郎 先生

松本吉郎日本医師会長より、九州からの質問・要望事項については、中央情勢を交えながら、概ね次のとおり日医の見解を述べられた。

(1) 組織力強化

- 日本医師会はすべての医師を代表する団体であり、より多くの先生方と共に我が国のより良い医療を実現していきたい。あくまでも医療現場の先生方の意見を踏まえた医療政策の議論が必要である。まさに先生方一人ひとりの意識が、今後の我が国の医療を変えて行くことになる。
- 会長になるにあたって、大きな目玉は組織力の強化である。これまでも医師会の理念を訴えて来たが、若い先生方には分かって頂けない現状もあり、会費面でインセンティブを与えることを提案した。

- 医学部卒業 5 年間の会費減免期間の中で、全ての医師が自分事として医師会活動に関心を持ち、その活動に参画する中で、医師会と共に医療現場が求める制度・政策等を実現していくことが必要である。先ず医師会活動、地域医療を体現して貰うことが大事である。
- 日医の組織率は、20 年前と比較すると、約 10 ポイント下がっており、50%を切る事態は何としても避けなければならない。
- 会費減免適用後、30 歳以下の医賠責加入の勤務医・研修医は 15,000 円で年間入る事が出来る。民間保険（約 40,000 円）より安価である。
- 卒後 5 年目までの会費減免期間の延長について、先ずは都道府県医師会や郡市医師会で足並みを揃えて実施して欲しい。また、更なる組織強化を図るため、常任理事枠の増員を提案した。来年 6 月に認められれば、担当の職務以外にも組織強化に取り組んで頂き、全国各地の医師会に伺い、地区の組織率の強化に特に力を尽くして貰いたい。

(2) 新型コロナウイルス感染症への対応

- ① 感染対策向上加算等および看護職員処遇改善評価料における算定要件等の見直し（福岡）
 - ② 感染症法等の改正を踏まえた新型コロナウイルス感染症等への対応について（鹿児島）
- 本年 7 月、新型コロナウイルス感染症の感染急拡大を受けた状況改善への方策について提言を纏めた。その内容は「地域にトリアージ機能をもつ仕組みを構築すること、地域外来・検査センターへの出務への貢献、自宅療養者のフォローアップ対応、高齢者施設等と協力医療機関との連携」を挙げた。その後、全国知事会宛てに、感染者の全数把握に代わる仕組みを求める緊急申し入れを行った。
 - また 8 月中旬、厚生労働大臣には、「現行の発熱外来の仕組みは維持しつつ、発熱外来対応が可能な医療機関数の拡充のための支援の継続。抗原定性検査キットの医療機関への優先供給。陽性結果を発熱外来の受診を経ずに自治体の健康フォローアップセンターに登録する仕組みの全国的普及と地域の実情に応じた均てん化。なお、健康フォローアップセンターは確実に電話が繋がること、医療が必要な対象者のトリアージを優先すること」等の計 6 項目の実施を求めた。
 - その結果、8 月下旬に国は、「発生届の範囲の限定や発熱外来の拡充など保健所や発熱外来の逼迫緩和策、発熱外来自己検査体制の強化」について負担軽減策を公表した。

- 診療報酬の算定要件が複雑化していることについては、指摘のとおりである。中医協で附帯意見がつき、「報酬体系が複雑化していることを踏まえ、患者をはじめとする関係者にとって分かりやすいものとなるよう検討すること」が明記され対応しているが、点数表の簡素化は永遠の課題である。
- 点数を算定する際の要件は、改定財源を最大限効率的に使用したい保険者の意向や、過去の経緯なども踏まえた上で設定されるため、どうしても様々な条件が求められ、結果として複雑になりがちである。
- 今後、複雑な算定要件については、何とか検証を踏まえた上で、次回改定に結びつけるよう取り組んで行きたい。
- また、処遇改善を診療報酬で手当するという考えは危険な考えである。この範囲を広げると、他の診療報酬改定が出来なくなってくる可能性があるため、注視しなければならない。日医としては補助金で賄うよう要望している。
- 看護職員処遇改善評価料の算定要件が複雑化してしまう背景には、やむを得ない部分もあるが、ご指摘のとおり算定要件の簡素化や、実状に即した見直しを厚労省に強く働きかけて行う必要性は十分に認識している。診療報酬改定は、前回改定の結果を調査・検証した上で、次回改定で修正するという流れが確立しているため、ご指摘頂いた点も踏まえ、次回改定に向けた議論に臨んで行きたい。
- 感染症法等の改正は、「役割分担と連携」という今回のコロナ対応の教訓を活かしたものでなければならぬと考えている。あくまで、その医療機関の能力を超えたものを要求されることは当然あってはならない。県としっかり協議した結果に基づき協定を行うことが基本である。
- 日本版 CDC として役割が期待される内閣感染症危機管理統括庁については、日医や自治体が関わってくる形にしたい。
- 日医では感染症の大規模感染においても、災害対策と同様、レジリエンスと捉えているが無理やり全ての医療機関にこれを求めているものではない。

(3) 地域における面としてのかかりつけ医機能

- かかりつけ医の制度整備を行うことが、あたかもかかりつけ医の登録や人頭払いに結びつけ考えている報道が一部になされていることは非常に不愉快である。その様な制度整備ではないことを主張し続けている。
- かかりつけ医は「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、

必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」である。この定義は横倉会長時代に四病協と共に作った。病院や診療所の医師、どの診療科を区分するものではない。

- 複数のかかりつけを持つことの考えも日医は変えていない。患者が、かかりつけ医を決めるという基本姿勢を守りたい。
- 今回、全世代型社会保障構築会議（1/11）の内容が発表されたが、かかりつけ医は複数あっても良いことが意見として出ている。手挙げ方式は義務ではない。患者に選ぶ権利があることを明らかにさせていく。人頭払いは我が国の医療に馴染まない。現実的に受け入れ難い。
- かかりつけ医は、自院での診療以外にも様々な公衆衛生活動を連携して行い、地域住民の健康を守るため、地域を面として支えている。
- 日医のかかりつけ医機能研修制度をしっかりと受けて頂くことが大事である。既に一部の県によっては、日医と都道府県医師会等との連名で修了証を交付し公表している県もある。このような取り組みを更に広めて頂きたい。
- 医療機関がかかりつけ医機能を発揮するためには、医療機関自らが持つ機能を磨くことにより、縦糸を伸ばし、さらに地域における他の医療機関との連携を行うことを通じて横糸を紡いでいくことが大変重要である。地域における面としてのかかりつけ医機能がさらに発揮されていくよう努めていきたい。
- 記者会見で常に発しているのが、新型コロナウイルス感染症への医療機関の対応について、かかりつけ医が制度化されていなかったがために、初動体制がうまくいかなかったと随分批判があったが、新型コロナによる累計死亡者数(人口 100 万人あたり)について G7 各国と比較しても、我が国の死亡者数は最も少なく、その対応は世界的に見ても高水準であった。さらに、新型コロナ陽性者の致死率を G7 各国と比較しても、日本は致死率を低く抑えることができている。かかりつけ医の機能と結びつけ、攻撃をしてくる財務省や一部メディアに対してはしっかりとこれからも反論していきたい。
- 骨太の方針でかかりつけ医機能が発揮される制度整備は制度化であるとの報道がなされたが、その様なことはない。岸田総理も「未知の感染症への対応について、全ての医療機関に感染症医療を行うことを求めることは困難と考えており、感染症医療を担う医療機関の役割分担を明確にすることを通じて、必要な医療を受診できる体制を構築していく。」と述

べており、私もその通りだと考えている。

- 今回の閣議決定は骨太の方針の「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」であり、財務省財政審が主張しているような①法制上明確化、②認定するなどの制度、③事前登録・医療情報登録ではないことを、しっかりとこれからも反対していきたい。

(4) 医療界における DX

- ① リフィル処方及びオンライン資格確認の導入義務化に関する新執行部の対応について（長崎）
 - ② オンライン資格確認の義務化と救済措置について（宮崎）
 - ③ オンライン資格確認導入について（福岡）
 - ④ オンライン診療に関する日本医師会の考え方について（鹿児島）
- 先生方にはご心配をおかけしている。特にオンライン資格確認については療養担当規則に入ることには本当にはならないことだと思う。
 - 医療界における DX に対する日医の考え方として、安全・安心で、質の高い医療提供のために活用すべきだが、医療現場の負担や混乱があってはならない。
 - オンライン資格確認の原則義務化については、「原則」の「例外」の要件や猶予期間等について、しっかり議論し、導入・維持に対する十分な財政支援や丁寧な周知・広報による国民・医療機関双方の理解の醸成を図らなければならない懸念をメディアを通じて発信した。また、日医としては、「やむを得ない場合」の中でも、とりわけ「高齢などで近い将来に閉院を予定している医療機関」や「在宅医療・訪問診療のみの医療機関」、「地域や建物の事情で必要な回線を敷設できない医療機関」については、例外への追加や必要なインフラが整うまでの猶予措置が得られるよう強く主張している。これらを含め、様々なやむを得ない事情を抱える医療機関が今後も保険診療を継続していけるよう、しっかり対応して行きたい。まずはベンダーから見積もりだけは取っておいて頂きたい。
 - 保険証の原則廃止についても、マイナンバーカード取得は義務ではないため、取り残される国民や医療機関が決して出ることがないような対応が必要である。保険料を支払っているのに、保険診療ができなくなることが起きないように国にしっかりと要望を行っている。
 - また、2023年1月から運用開始の電子処方箋についても、電子処方箋を発行するためには医師が国家資格を証明しつつ、電子署名を行う必要が

ある。現時点でその条件を満たすのは医師資格証（HPKI カード）のみである。早急に資格証を広めることが大事であり、喫緊の課題である。日医会員であれば、発行・更新費はすべて無料である。

- サイバーセキュリティに対する日医の考え方は、サイバー攻撃は脅威であり、厚労省と共に電子カルテの普及と併せてしっかり対策を行っていききたい。
- オンライン診療に関する日医の考え方は変わっていない。解決困難な要因によって、医療機関へのアクセスが制限されている場合に、対面診療を補完するものである。コロナ禍の感染症リスクを回避するために、役に立つ場面もあるが、有事と平時の医療提供体制は異なるものだと考えている。
- 初診からのオンライン診療は特別な場合でない限り出来ないことはご承知だと思う。平時において地域の身近な医師によるオンライン診療が守られるよう、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」では、かかりつけの医師によるオンライン診療の原則と、急病急変時に医療提供できる体制を整えることを要件に据え、実質的な距離要件を確保している。かかりつけの医師以外の医師による初診からのオンライン診療は、例外的な位置づけとしている。
- 今後、国において不適切なオンライン診療について検討がなされる。この検討の場において、あるべきオンライン診療の姿を示せるよう積極的に提言して行く。

(5) 物価高騰

- ① 電気料金値上げによる医療機関の負担増について（沖縄）
- ② 物価高騰等における医療機関への緊急支援策について（福岡）

- 物価高騰については、9月に6,000億円の交付金の創設が閣議決定され、国の推奨事業メニューの筆頭に医療機関等の支援が掲げられた。すべての県で医療機関等への支援が実現できるよう都道府県行政への働きかけをお願いしたい。金額的には未だ不足しているのが実感である。
- 今後も物価高騰の影響による医療機関等の経営上の負担が続く場合には、今年度の補正予算のみならず、来年度予算においても必要な支援を求めて行きたい。円安やエネルギーの高騰も続いているため、さらなる支援を今後も国等へ働きかけていく。また、診療報酬と補助金の両方で対応出来ないか視野に入れて考えて行きたい。これこそ地方の国会議員の先

生方に働きかけて頂きたい。

(6) 医師の働き方改革

- 医師の派遣を通じて、地域の医療提供体制を確保するために必要な役割を担う大学病院等においては、出来れば連携（B）水準、もしくは（B）水準の申請をお願いしたい。地域医療や二次救急、産科医療機関に対して医師派遣は本当に大切な問題である。地域医療が壊れると戻すことは不可能に近い。大変な事だと思うが、是非派遣切りが起こらないようお願いしたい。C-2 水準についても、集中的に技能を向上させる医療機関としてどうしても必要となる。
- 本年4月、日医は医師法第107号第1項の規定に基づく、「医療勤務環境評価センター」に指定された。本センターでは、医療機関に勤務する医師の労働時間短縮の取組の状況について評価を行うことや、必要な助言・指導を行うためのものである。10月31日から体制が整っているので、先ずはご相談頂きたい。
- 追加的健康確保措置にかかる面接指導医師の育成については e-learning 教材（全体で3時間程度）も準備してあるので受講いただきたい。
- 医師の宿日直許可については、依然として、医療機関には、「救急」や「産科」であることだけを理由に医師の宿日直許可の対象にならないといった誤解が見られる。必要な場合には、許可事例等も活用しながら取得しているケースがあることを説明頂きたい。
- 医療機関によっては、医師の宿日直許可に関して、日（輪番日を除くなど）、時間帯（準夜帯を除くなど）、所属診療科、業務の種類等を限った申請を行うことができるという点について十分な認識がない場合がある。必要な場合には、医師の宿日直許可の申請に当たっては様々な申請の工夫があることを説明頂きたい。

(7) 持続可能な社会保障制度のために

- 社会保障は、自助（患者負担）・共助（保険料）・公助（税）で成り立っている。このことを踏まえ、患者負担を増やすことばかりでなく、それぞれのバランスを取りながら、時代に対応できる給付と負担のあり方という視点に立って議論することが重要である。
- 国民医療費の財源構成（2019年度）では、日本の患者一部負担割合は、公的医療保険がある先進諸国と比べてもかなり高くなっている（5兆1,837億円／11.7%）。また、被用者保険の保険料率には大きな格差があ

る（21兆9,426億円／49.4%）。さらに高齢化率が極めて高いにもかかわらず、公費の投入額が低い（16兆9807億円／38.3%）。

- 2021年度の企業の内部留保額は約516.5兆円ある。約1%を給与として還元されれば、約5.2兆円の給与増が見込まれ、所得税、保険料の増収も見込まれる。
- 社会保障費は今後増える。2023年度の自然増は5,600億円と示された。5,000億円はある程度許容範囲として認められた面があるが、少なくとも600億以上の圧縮を財務省は求めてくる。2024年度の同時改定時には、2,000億円～4,000億円以上の圧縮を求めてくると思う。
- 今回10月から後期高齢者の一部の方の負担が2割に引き上げられた。ここも年間で700億円程の医療費減に繋がっている。今後も患者の自己負担を主張して来ると考えている。例えば、今回の改定でも湿布薬が70枚から63枚になったが、不足分は自ら薬局で購入するよう促している。セルフメディケーションと称する誘導がこれからも行われてくるだろう。さらに、選定療養費を使った仕組みも、今後非常に警戒している。
- こういった問題が山積しているが、今後とも先生方のお力を得ながら、一つ一つの問題に真摯に取り組んで参りたい。

（8）その他、事前に頂いた質問への回答

- ① リフィル処方及びオンライン資格確認の導入義務化に関する新執行部の対応について（長崎）
- ② 医師会立看護師等養成所への財政的支援について（佐賀）

- リフィルに関しては、とにかく処方権が守られていることは間違いない。医師法によって処方権を持つものは医師のみである。医師が定期的に患者を診察して医学的管理を行うことが、「安心・安全で質の高い医療」であると考えている。また、繰り返し主張してきたとおり、長期処方にはリスクがあることから、不適切な長期処方は是正すべきである。
- 看護養成所への財政支援をしっかりと考えていきたい。公益法人である日医が会員から寄付金を受け取ることは可能だが、特定の養成所への寄付として受け取ることはできないため、その寄付金をもとに各養成所へ助成する場合は、広く医師会立養成所を対象とすることになる。
- 日医では本年8月に、厚生労働省に対して①医師会立養成所の財政支援、②経済的に困難な学生への支援の充実、③実習施設の確保に関する働きかけ、④看護職希望者の増に繋がるような積極的な広報活動を要望した。

- また補助金単価の引き上げも併せて要望し、厚生労働省からは「標準単価は参考値であり、各都道府県の裁量によることから、都道府県と相談の上、有効に活用してほしい」との回答を得ている。
- その後、9月に行われた都道府県看護行政担当者会議（厚労省）でも、日医の資料を提供しつつ、看護師等養成所への支援を依頼したと伺っており、是非県行政との協議をお願いしたい。
- また、併せて地域医療介護総合確保基金の拡充及び同基金における看護養成に関する事業の積極的採択についても要望した。令和3年、日医が実施した看護職員養成に関する調査結果（各県での基金事業活用事例：青森県では介護分基金を使用して、准看護師養成所への進学支援を行っている等）についても、各県の取り組みを参考頂きたい。

ディスカッション

フロアを交えて、意見交換があった。

▼長崎県より、保険証が廃止された場合でも記号番号は残すべきとの意見があり、松本会長から保険者記号や記号番号は、そのまま残らざるを得ないと考えている。新たに振りなおすことは全く無駄な作業であり、現実的ではないと返答があった。▼熊本県より、民間保険と比較して日医医賠償保険には免責事項があるため、入会促進に抵抗を感じているとの質問があり、松本会長から免責部分をカバーする保険（契約者／各県医師会）の説明があり、双方の保険を併せても民間保険より安価であることを周知していきたいと返答があった。▼沖縄県（中田常任理事）より、医学部生対象の講義において「医師会の社会的役割」を知って貰う機会を設けることで、近い将来、入会率向上が期待できる。全国の大学でその様な機会を増やしては如何かとの提案があり、松本会長から色々な機会を捉えて、医師会の役割や活動等を紹介できるよう引き続き取り組んで参りたいと返答があった。▼鹿児島県より、外来感染対策向上加算に係る医療機関連携について、カンファレンスで活用できる資料等を日医で作って欲しいとの求めがあり、松本会長から具体的な内容を日医へ提示頂ければ担当交えて検討したい。また取り難い要件があれば、中身を検証し次回改定に繋げていくので、問題点等があれば提示頂きたいと返答があった。

5. 閉 会