

令和4年度 第7回

## 理 事 会

日時 令和4年11月10日（木）

15時00分～

場所 2階大ホール

### 会長挨拶

### 協議事項

- 1 会長・副会長・常任理事・理事協議事項について

### 報告事項

- 1 郡市医師会別医師会員数（11月1日現在）ならびに会員異動（10月分）について

桃木常任理事

- 2 令和4年度関東甲信越医師会連合会救急災害部会の結果について

桃木常任理事

登坂（薫）常任理事

日時：令和4年9月11日（日）10:00～12:30

場所：WEB開催

- 3 埼玉県救急医療情報県民案内運営状況（令和4年7月～9月）について

桃木常任理事

4 埼玉県大人の救急電話相談業務運営状況（令和４年７月～９月）について  
桃木常任理事

5 医療事故調査制度の相談事案（令和４年９月分）について  
松本常任理事

※件数 １件

6 医療事故紛争解決事例（令和４年９月分）について  
松本常任理事

今城理事

※件数 １件

7 令和４年度産業医傷害保険の更改について  
登坂（薫）常任理事

8 令和４年度女性医師懇談会の結果について  
松山常任理事

竹並理事

日時：令和４年１０月２２日（土）１５：００～

場所：ロイヤルパインズホテル浦和

9 子育て相談（令和４年１０月分）の報告について  
長又常任理事

田端理事

※件数 １件

- 10 令和4年度関東甲信越医師会連合会介護保険・地域包括ケア部会の結果について

鹿嶋常任理事

関医連

日時：令和4年9月11日（日）10:00～12:30

場所：WEB開催

- 11 令和4年度関東甲信越医師会連合会医療保険部会の結果について

小室常任理事

関医連

日時：令和4年9月11日（日）10:00～12:30

場所：京王プラザホテル（WEB開催）

- 12 令和4年度各がんセミナーの開催について

登坂（英）常任理事

日時：令和5年1月14日（土）14:00～（肺がん検診セミナー）

〃 16:00～（胃がん検診セミナー）

令和5年1月21日（土）14:00～（子宮がん検診セミナー）

〃 16:00～（乳がん検診セミナー）

令和5年1月28日（土）14:00～（大腸がん検診セミナー）

〃 16:00～（肝がんセミナー）

場所：埼玉県県民健康センター 2F 大ホール（及びWEB開催）

- 13 第35回全国有床診療所連絡協議会総会 山梨大会の結果について

登坂（英）常任理事

山梨県有床診療所協議会

今村理事

日時：令和4年11月5日（土）～6日（日）

場所：ハイランドリゾートホテル&スパ

- 14 会長・副会長・常任理事・理事報告事項について

そ の 他



郡市医師会別医師会員数（11月1日現在）

ならびに会員異動（10月分）について

（1）郡市医師会別医師会員数（別紙）

（2）令和4年10月1日～10月31日までの、入会・退会・異動にかか  
る報告。（内訳は別紙）

今回報告数	．．．．．	124名
入会	．．．．．	54名
退会	．．．．．	32名（死亡7名）
異動	．．．．．	38名

## 郡市医師会別医師会員数(令和4年11月1日現在)

郡 市 医 師 会	A1	A2B	B	A2C	C	合 計
浦和医師会	320	113	153	7	34	627
川口市医師会	255	52	159	0	0	466
大宮医師会	288	86	238	12	75	699
川越市医師会	179	44	95	0	0	318
熊谷市医師会	124	23	74	0	0	221
行田市医師会	29	5	23	8	0	65
所沢市医師会	178	60	100	0	0	338
蕨戸田市医師会	111	22	57	3	0	193
北足立郡市医師会	153	54	92	0	6	305
上尾市医師会	93	17	52	0	0	162
朝霞地区医師会	189	35	117	5	0	346
草加八潮医師会	140	22	36	0	0	198
さいたま市与野医師会	69	11	43	24	6	153
入間地区医師会	70	21	37	0	0	128
飯能地区医師会	58	17	40	0	0	115
東入間医師会	125	41	50	0	0	216
坂戸鶴ヶ島医師会	91	21	29	0	0	141
狭山市医師会	61	22	52	0	0	135
比企医師会	114	23	66	0	0	203
秩父郡市医師会	73	26	13	0	0	112
本庄市児玉郡医師会	77	29	38	0	0	144
深谷寄居医師会	94	39	56	1	0	190
北埼玉医師会	71	28	21	0	0	120
南埼玉郡市医師会	140	51	71	0	0	262
越谷市医師会	142	54	192	51	41	480
春日部市医師会	104	33	95	0	1	233
岩槻医師会	49	31	38	0	0	118
北葛北部医師会	44	12	18	0	0	74
吉川松伏医師会	38	4	30	0	0	72
三郷市医師会	59	13	32	0	0	104
埼玉医科大学医師会	4	15	194	0	4	217
防衛医科大学校医師会	1	14	19	1	0	35
*** 総 計 ***	3,543	1,038	2,330	112	167	7,190
前月比	7	7	-7	11	4	22

### 【埼玉県医師会会員区分】

A会員：日本医師会A1

B会員：日本医師会A2B・B

B特会員：日本医師会A2B・B【大学医師会会員】

C会員：日本医師会A2C・C

# 埼玉県医師会々員入会・退会異動報告書

令4.10.1 ～ 令4.10.31

令和4年11月1日報告

No.1

日本医師会用

年 月 日	変更区分 会員種別	変更事由1 変更事由2	変更事由3 変更事由4	変更事由5 変更事由6	診療科目	氏 名	郵便番号	住 所	医 療 機 関	電話番号 FAX番号	備 考
4/2/28	異動 → A2B	氏名変更			内 心内	イケダ ヨウコ	338-0822	さいたま市桜区中島4-5-25		048-862-8204	
4/5/1	異動 → A1	その他の項目			内 精	池田 容子	336-0964	さいたま市緑区東大門3-19-1	イケダ医院	048-852-2176	標榜科目
4/8/31	退会 B → 退会	退職			外 肛	スギヤマ カシ	336-0963	BaumRoom ナヤキ102	医) 社団ほしぞら	048-767-6427	
4/8/31	退会 A2B → 退会	退職			消外	杉山 昂	336-0963	さいたま市緑区大字大門1941-1	SKYファミリークリニック	048-767-6472	
4/9/1	異動 A2B → A1	会員区分変更 管理者交代			消内	ユシヒデオ	336-0963	さいたま市緑区大字大門1941-1	医) 時任会	048-878-6411	
4/9/1	異動 A1 → A2B	会員区分変更 管理者交代			内 脳内	古西 英央	336-0963	さいたま市緑区大字大門1941-1	ときとうクリニック	048-878-6413	
4/9/30	退会 A2B → 退会	退職			内 糖内	ヨシダ シュウヘイ	336-0963	さいたま市緑区大字大門1941-1	医) 時任会	048-878-6411	
4/9/30	退会 B → 退会	退職			内 糖内	吉田 周平	330-0071	さいたま市浦和区上木崎4-11-20	ときとうクリニック	048-878-6413	
4/10/1	入会 → B				内 糖内	シヅカコウイチ	330-0071	さいたま市浦和区上木崎4-11-20	一医)	048-831-9204	
4/10/1	異動 A1 → A2B	会員区分変更 管理者交代			内 糖内	渋谷 浩一	330-0071	さいたま市浦和区上木崎4-11-20	わかば医院	048-833-4866	
4/10/1	入会 → A2B				内 小	サイウ シゲル	336-0918	さいたま市緑区松木3-16-6	一医)	048-831-9204	
4/10/1	入会 → A1				内 小	斎藤 茂	336-0918	さいたま市緑区松木3-16-6	わかば医院	048-833-4866	
4/10/1	異動 A1 → A2B	施設異動 会員区分変更	廃業		消内	カハシ タケシ	338-0824	さいたま市桜区上大久保884	医) 明医研	048-875-7888	
4/10/1	入会 → A2B				消内	高橋 毅	338-0824	さいたま市桜区上大久保884	ハーモニークリニック	048-875-7885	
4/10/1	入会 → A1				整外	サワダ カシゲ	336-8760	さいたま市緑区美園5-50-1	医) 聖仁会	048-854-1111	
4/10/1	異動 A1 → A2B	施設異動 会員区分変更	廃業		耳	伊藤 トシノリ	336-8760	さいたま市緑区美園5-50-1	西部総合病院	048-855-3285	
4/10/1	入会 → A2B				耳	イオンモール浦和美園1階	330-0061	さいたま市浦和区常盤9-32-15	医) 社団白報会	048-812-1888	
4/10/1	入会 → A1				内 消内	オクノ ユキ	336-0931	さいたま市緑区原山3-15-31	メディカルクリニックドクターランド	048-812-1889	
4/10/1	入会 → A2B				小	奥 常幸	336-0931	さいたま市緑区原山3-15-31	おく耳鼻科クリニック	048-835-2211	
4/10/1	異動 A1 → A2B	施設異動 会員区分変更	廃業		アレ 小	今井ビル4階	336-0018	さいたま市南区南本町1-7-4	医) 博仁会	048-835-2233	
4/10/1	入会 → A2B				小	イダ シノブ	336-0018	さいたま市南区南本町1-7-4	共済病院	048-882-2867	
4/10/1	入会 → A1				小	石田 茂夫	336-0018	さいたま市南区南本町1-7-4	医) ナイズ	048-882-2867	
4/10/1	異動 A1 → A2B	施設異動 会員区分変更	廃業		アレ 小	丸広百貨店5F	336-0017	さいたま市南区南浦和2-31-19	キャップスクリニックまるひろ南浦和店	048-799-3155	
4/10/1	入会 → A2B				小	川島 陽介	336-0017	さいたま市南区南浦和2-31-19	医) 彩美会	048-799-3156	
4/10/4	異動 → A1	その他の項目			内 小	マツモト タツミ	330-0071	さいたま市浦和区上木崎1-11-3	松本こどもクリニック	048-813-8003	
4/10/4	異動 → A1	その他の項目			内 小	松本 辰美	330-0071	さいたま市浦和区上木崎1-11-3	医)	048-813-8004	
4/11/1	異動 → A1	その他の項目 名称変更			内	ミムラモトコ	330-0061	さいたま市浦和区常盤6-11-7	みむら小児科	048-831-4507	FAX番号 削除
4/11/1	異動 → A1	その他の項目 名称変更			内	三村 朝彦	330-0061	さいたま市浦和区常盤6-11-7	一医) 社団健生会	048-824-7337	
4/3/31	退会 B → 退会	退職			放	岡庭 明日生	333-0833	川口市大字西新井宿180	岡庭内科クリニック	048-824-7337	
4/3/31	退会 B → 退会	退職			放	カリコ マサヒト	333-0833	川口市大字西新井宿180	川口市立医療センター	048-287-2525	
4/7/1	入会 → A2B				外 循外	菊近 正人	333-0833	川口市大字西新井宿180	川口市立医療センター	048-280-1566	
4/9/1	入会 → A1				消外	クハラ カズナオ	333-0844	川口市上青木4-2-6	川口市立医療センター	048-287-2525	
4/9/1	入会 → A1				内 血内	栗原 和直	333-0844	川口市上青木4-2-6	医) 陽仁会	048-267-2218	
4/9/1	入会 → A1				内 循内	セイ キョウヘイ	332-0017	川口市栄町3-2-20	上青木中央醫院	048-267-8612	
4/9/1	異動 A1 → A2B	会員区分変更 管理者交代			精	瀬井 恭平	332-0017	川口市栄町3-2-20	川口新緑訪問診療所	048-287-8424	
4/9/6	異動 B → A1	会員区分変更 管理者交代			内 外	西澤 明弘	334-0074	川口駅前ビル602号室	川口三誠会	048-287-8425	
4/9/30	退会 A1 → 退会	退職			婦	ハツリ ミツアキ	334-0074	川口市江戸3-35-46	川口誠和病院	048-285-0661	
4/9/30	退会 B → 退会	退職			内 外	服部 光顕	334-0074	川口市江戸3-35-46	川口誠和病院	048-283-7957	
4/9/30	退会 A1 → 退会	退職			乳外	服部 晃典	334-0074	川口市江戸3-35-46	川口誠和病院	048-285-0661	
4/9/30	退会 B → 退会	退職			内 精	岡崎 恭次	333-0832	川口市神戸258-1	川口誠和病院	048-283-7957	
4/9/30	退会 B → 退会	退職			内 精	オカザキ キョウジ	333-0832	川口市神戸258-1	医) 社団桐和会	048-283-1200	
4/10/1	異動 → A1	その他の項目			産婦 産	岡崎 恭次	333-0832	川口市神戸258-1	川口さくら病院	048-283-1337	
4/10/1	異動 → A1	その他の項目			婦 産	アジダ カシ	333-0832	川口市大字西新井宿180	川口市立医療センター	048-287-2525	
4/10/1	異動 → A1	その他の項目			内 消内	芦田 敬	332-0032	川口市中青木2-23-30	川口市立医療センター	048-280-1566	
4/10/1	異動 → A1	その他の項目			小	コサカ ケンイチ	332-0016	川口市幸町1-7-1	小坂医院	048-255-0678	診療科目
4/10/1	異動 → A1	現住所変更 転居			小	小坂 健一	332-0016	川口パークタワー2F	医) 社団キュレスト	048-255-0678	
4/10/1	入会 → A1				内 小	ヤマモリ ヒロユキ	333-0847	川口市芝中田1-26-21	山森小児科	048-254-3332	診療科目
4/10/1	入会 → A1				内 小	山森 裕之	333-0847	川口市芝中田1-26-21	田近医院	048-240-3510	
4/10/1	入会 → A1				精 脳内	好カ ハコ	333-0832	川口市神戸258-1	田近医院	048-265-1974	
4/10/1	入会 → A1				精 脳内	田近 徳子	333-0832	川口市神戸258-1	医) 社団桐和会	048-265-1974	
4/10/1	入会 → A1				精 脳内	スキタ ユキヒロ	333-0832	川口市神戸258-1	川口さくら病院	048-283-1200	
4/10/1	入会 → A1				リハ	杉田 之宏	333-0832	川口市神戸258-1	川口さくら病院	048-283-1337	

# 埼玉県医師会々員入会・退会異動報告書

令4. 10. 1 ~ 令4. 10. 31

令和4年11月1日報告

No.2

日本医師会用

年 月 日	変更区分 会員種別	変更事由1 変更事由2	変更事由3 変更事由4	変更事由5 変更事由6	診療科目	氏 名	郵便番号	住 所	医 療 機 関	電話番号 FAX番号	備 考
所 属 医 師 会											
4/10/1	入会				産婦	タダ ハオ	333-0833	川口市大字西新井宿180		048-287-2525	
川口市医師会	→ B					武田 規央			川口市立医療センター	048-280-1566	
4/10/1	入会				内 消内	テラウチ イツオ	333-0835	川口市大字道合924	医) 栄仁会	048-281-4191	
川口市医師会	→ A1					寺内 厳織			みらいメディカルクリニック川口中央	048-283-4446	
4/10/14	異動	医籍登録番号変更 現住所変更	転居		耳	オムラ カズナリ	333-0811	川口市戸塚1-5-30	医) 社団愛誠会	048-298-8709	
川口市医師会	→ A1					岡村 一成			はなまるクリニック	048-298-8701	
4/9/6	異動	その他の項目			小	マツガワ シゲユキ	330-0843	さいたま市大宮区吉敷町4-262-10		048-648-0260	FAX番号 変更
大宮医師会	→ A1					松澤 重行		松井ビル4階	新都心こどもクリニック	048-783-2266	
4/9/6	異動	その他の項目			小	アカシ シュンジ	330-0843	さいたま市大宮区吉敷町4-262-10		048-648-0260	FAX番号 変更
大宮医師会	→ A2B					赤司 俊二		松井ビル4階	新都心こどもクリニック	048-783-2266	
4/9/6	異動	その他の項目			小	アカシ ケンイチ	330-0843	さいたま市大宮区吉敷町4-262-10		048-648-0260	FAX番号 変更
大宮医師会	→ B					赤司 賢一		松井ビル4階	新都心こどもクリニック	048-783-2266	
4/9/16	異動	現住所変更			消内 外	ムライ シュンイチ					
大宮医師会	→ B	転居			整外 脳外	村井 駿一					
4/9/17	異動	現住所変更			内 腎内	かり ヒシ	330-0854	さいたま市大宮区桜木町1-262	医) 博友会	048-644-6071	
大宮医師会	→ B				糖尿	加藤 仁			友愛クリニック	048-647-5313	
4/9/20	入会				外	スズキ コウイチ	330-8503	さいたま市大宮区天沼町1-847		048-647-2111	
大宮医師会	→ B					鈴木 浩一			自治医科大学附属さいたま医療センター	048-648-5166	
4/10/3	退会	その他			消内	効ハシ マサル	330-0854	さいたま市大宮区桜木町2-3	医) 社団白報会	048-782-8789	
大宮医師会	B → 退会					高橋 正憲		大宮DOMダイエー大宮店3階	総合クリニックドクターランド大宮	048-782-8769	
4/10/16	異動	現住所変更			皮	ワカビ コウジ	331-0811	さいたま市北区吉野町1-388-14		048-782-9872	
大宮医師会	→ A1	転居				若原 功二			わかたび皮ふ科	048-782-9873	
4/9/1	入会				内 リハ	クロキ コウウ	350-1175	川越市笠幡3724-6	医) 社団誠弘会	049-231-1552	
川越市医師会	→ A2B				腎内	黒木 悟郎			池袋病院	049-233-2075	
4/10/31	退会	その他			麻	セキグチ 功	350-1123	川越市脇田本町25-19	社会医療法人社団尚篤会	049-242-1181	
川越市医師会	B → 退会					関口 美果			赤心堂病院	049-242-1035	
4/10/31	退会	退職			麻 消外	オダ ケイタロウ	350-0021	川越市中大居545	医) 直心会	049-235-1981	
川越市医師会	B → 退会				救急	小田 慶太郎			常津三敬病院	049-235-8063	
4/11/1	入会				内 リハ	ミズタニ マサキ	350-1138	川越市中台元町1-9-12	医) 瑞穂会	049-245-3555	
川越市医師会	→ A2B					水谷 正興			川越リハビリテーション病院	049-245-2288	
4/11/1	入会				内 アレ	ヤナギサワ ヒロト	350-1112	川越市上野田町37-1		049-265-3270	
川越市医師会	→ A1				リウ 皮	柳澤 宏人			やなぎさわ皮膚科内科	049-265-3271	
4/11/30	退会	退職			内 リハ	マツシタ マサキ	350-1138	川越市中台元町1-9-12	医) 瑞穂会	049-245-3555	
川越市医師会	A2B → 退会					松下 正也			川越リハビリテーション病院	049-245-2288	
4/9/20	異動	その他の項目			眼	ショウダ ヨウコ	360-0036	熊谷市桜木町1-71		048-599-3633	文書送付 先
熊谷市医師会	→ A1					正田 陽子			正田眼科クリニック	048-521-7877	
4/9/27	退会	死亡			耳	イダ ヒロシ	360-0043	熊谷市黒川1-103		048-525-1433	
熊谷市医師会	A1 → 退会					飯田 宏			飯田医院	048-525-1433	
4/9/30	退会	退職			内 循内	ナカマ ヒデユキ	360-0162	熊谷市村岡307-1	医) 社団尽徳会	048-578-8718	
熊谷市医師会	A1 → 退会				外 循外	仲間 秀幸			東西在宅クリニック熊谷	048-598-3638	
4/9/30	退会	退職			泌	タカ マサヒコ	360-0816	熊谷市石原3-208	社) 埼玉慈恵会	048-521-0321	
熊谷市医師会	B → 退会					田中 雅彦			埼玉慈恵病院	048-521-4595	
4/9/30	退会	退職			循内	スキヤマ タツオ	360-0013	熊谷市中西4-5-1	社) 医	048-521-0065	
熊谷市医師会	B → 退会					杉山 達夫			熊谷総合病院	048-523-5928	
4/10/1	入会				内 循内	ハナイ マコト	360-0162	熊谷市村岡307-1	医) 社団尽徳会	048-578-8718	
熊谷市医師会	→ A1				外 循外	花井 信			東西在宅クリニック熊谷	048-598-3638	
4/10/1	入会				脳内	アライ アキ	360-0013	熊谷市中西4-5-1	社) 医	048-521-0065	
熊谷市医師会	→ A2B					新井 亜希			熊谷総合病院	048-523-5928	
4/10/1	入会				内	ナカハラ ヒデオ	360-0023	熊谷市佐谷田3811番地1	医) 同愛会	048-521-4115	
熊谷市医師会	→ B					中原 英男			熊谷外科病院	048-525-8377	
4/10/12	異動	現住所変更			リウ 脳内	カワシ マサル	361-0032	行田市佐間1-18-39	医) 川島会	048-553-0001	
行田市医師会	→ A1	転居			外 整外	川島 亨			川島胃腸科	048-553-0272	
4/7/31	退会	死亡			内 小	ヤスイ シュウジ	359-1143	所沢市宮本町1-2-4	医) 成仁会	04-2922-2069	
所沢市医師会	B → 退会					安井 修司			黒須医院	04-2922-2069	

# 埼玉県医師会々員入会・退会異動報告書

令4.10.1 ~ 令4.10.31

令和4年11月1日報告

No.3

日本医師会用

年 月 日	変更区分 会員種別	変更事由1 変更事由2	変更事由3 変更事由4	変更事由5 変更事由6	診療科目	氏 名	郵便番号	住 所	医 療 機 関	電話番号 FAX番号	備 考
所 属 医 師 会	4/9/9	入会			外	木トオル	359-0037	所沢市くすのき台3-18-1	医) 社団和風会	04-2994-1265	
所沢市医師会		→ B				久保 徹			所沢中央病院	04-2991-4655	
所沢市医師会	4/10/1	異動	その他の項目		皮	オオタミドリ	359-0021	所沢市東所沢1-3-11	医) 社団若菜会	04-2945-5255	FAX番号
所沢市医師会		→ A1				太田 みどり		ウチヤマビル3F	おおた皮膚科	04-2945-5316	
蕨戸田市医師会	4/9/1	異動	その他の項目		耳	スギタコウイチ					
蕨戸田市医師会		→ A2B				杉田 公一					
蕨戸田市医師会	4/10/1	異動	会員区分変更		内 消内	イノアキコ	335-0005	蕨市錦町5-12-14	一医) 三健会	048-443-5238	
蕨戸田市医師会		A1 → A2B			小 内	飯野 朗子			飯野医院	048-443-0878	
蕨戸田市医師会	4/10/1	入会			内 消内	オオヤマヒロキ	335-0015	戸田市川岸2-7-30	医) 翔誠会	048-431-3737	
蕨戸田市医師会		→ A2B				大山 弘晃			ふくだ内科	048-431-2951	
北足立都市医師会	4/9/30	退会	退職		内 糖内	オオハタヤヒロ	365-0038	鴻巣市本町3-5-21		048-540-0088	
北足立都市医師会		B → 退会				大畠 康宏			サンビレッジクリニック鴻巣	048-540-0085	
北足立都市医師会	4/10/1	入会			内 糖内	オダ サトシ	365-0038	鴻巣市本町3-5-21		048-540-0088	
北足立都市医師会		→ B				小田 慧			サンビレッジクリニック鴻巣	048-540-0085	
朝霞地区医師会	4/7/13	異動	施設所在地変更 現住所変更	転居 その他の項目	内 消内	タデマヒロシ	353-0007	志木市柏町6-29-44	医) 旗桜会	048-485-2600	法人名変更
朝霞地区医師会		→ A1			アレ 糖内	夢沼 寛		ベルリバー2F	たて内科クリニック	048-485-2612	
朝霞地区医師会	4/9/1	入会			内 呼内	サカト ケイ	351-0011	朝霞市本町1-34-1	医) 五麟会	048-424-7301	
朝霞地区医師会		→ A2B				坂本 圭		ボンビラージュテナント1F	まちだ訪問クリニック	048-424-7302	
朝霞地区医師会	4/9/1	入会			内 消内	イワタマコ	353-0004	志木市本町5-25-8	一医) 旗桜会	048-470-7557	
朝霞地区医師会		→ A1				岩田 麻衣子		ドゥーセットビル4F	たて健診・内視鏡クリニック	048-470-7557	
朝霞地区医師会	4/9/30	退会	退職		乳外	カンソリ マコト	352-0001	新座市東北1-7-2	医) 社団武蔵野会	048-474-7211	
朝霞地区医師会		B → 退会				神森 眞			新座志木中央総合病院	048-472-7581	
朝霞地区医師会	4/10/1	入会			内 消内	イトウ シュウジ	352-0001	新座市東北2-36-11		048-485-1506	
朝霞地区医師会		→ A1				伊藤 周二		志木駅南口ビル3F	志木駅前いとう内科内視鏡クリニック	048-424-3075	
朝霞地区医師会	4/10/1	入会			内 消内	カン シ	352-0001	新座市東北2-22-7	一医) 景聖会	048-470-5050	
朝霞地区医師会		→ B				康 美理			樹康クリニック	048-470-5511	
さいたま市与野医師会	4/4/1	入会			研修	アカサカ ヨシヒロ	330-8553	さいたま市中央区新都心1-5		048-852-1111	
さいたま市与野医師会		→ A2C				赤坂 佳彦			さいたま赤十字病院	048-852-3120	
さいたま市与野医師会	4/4/1	入会			研修	ウエダ ナオト	330-8553	さいたま市中央区新都心1-5		048-852-1111	
さいたま市与野医師会		→ A2C				上田 直人			さいたま赤十字病院	048-852-3120	
さいたま市与野医師会	4/4/1	入会			研修	ウエハラ サホ	330-8553	さいたま市中央区新都心1-5		048-852-1111	
さいたま市与野医師会		→ A2C				上原 紗穂			さいたま赤十字病院	048-852-3120	
さいたま市与野医師会	4/4/1	入会			研修	オグラ ユウヤ	330-8553	さいたま市中央区新都心1-5		048-852-1111	
さいたま市与野医師会		→ A2C				小倉 優弥			さいたま赤十字病院	048-852-3120	
さいたま市与野医師会	4/4/1	入会			研修	コナガイ アサヒ	330-8553	さいたま市中央区新都心1-5		048-852-1111	
さいたま市与野医師会		→ A2C				小長井 旭			さいたま赤十字病院	048-852-3120	
さいたま市与野医師会	4/4/1	入会			研修	ゴトウ サアヤ	330-8553	さいたま市中央区新都心1-5		048-852-1111	
さいたま市与野医師会		→ A2C				後藤 沙彩			さいたま赤十字病院	048-852-3120	
さいたま市与野医師会	4/4/1	入会			研修	ハラダ カズキ	330-8553	さいたま市中央区新都心1-5		048-852-1111	
さいたま市与野医師会		→ A2C				原田 和輝			さいたま赤十字病院	048-852-3120	
さいたま市与野医師会	4/4/1	入会			研修	マエダ ノビヒ	330-8553	さいたま市中央区新都心1-5		048-852-1111	
さいたま市与野医師会		→ A2C				前田 憲秀			さいたま赤十字病院	048-852-3120	
さいたま市与野医師会	4/4/1	入会			研修	ミズノ ユウキ	330-8553	さいたま市中央区新都心1-5		048-852-1111	
さいたま市与野医師会		→ A2C				水野 雄貴			さいたま赤十字病院	048-852-3120	
さいたま市与野医師会	4/4/1	入会			研修	ヤマダ ノブオ	330-8553	さいたま市中央区新都心1-5		048-852-1111	
さいたま市与野医師会		→ A2C				山田 伸夫			さいたま赤十字病院	048-852-3120	
さいたま市与野医師会	4/4/1	入会			研修	ヨシノ マリコ	330-8553	さいたま市中央区新都心1-5		048-852-1111	
さいたま市与野医師会		→ A2C				吉野 真理子			さいたま赤十字病院	048-852-3120	
さいたま市与野医師会	4/4/1	入会			研修	イソガイ エリカ	330-8553	さいたま市中央区新都心1-5		048-852-1111	
さいたま市与野医師会		→ C				磯貝 英里佳			さいたま赤十字病院	048-852-3120	
さいたま市与野医師会	4/4/1	入会			研修	サイトウ ヒロシ	330-8553	さいたま市中央区新都心1-5		048-852-1111	
さいたま市与野医師会		→ C				齊藤 博司			さいたま赤十字病院	048-852-3120	
さいたま市与野医師会	4/4/1	入会			研修	ナカツカ ケイタ	330-8553	さいたま市中央区新都心1-5		048-852-1111	
さいたま市与野医師会		→ C				中塚 慧太			さいたま赤十字病院	048-852-3120	

# 埼玉県医師会々員入会・退会異動報告書

令4. 10. 1 ～ 令4. 10. 31

令和4年11月1日報告

No.4

日本医師会用

年月日	変更区分 会員種別	変更事由1 変更事由2	変更事由3 変更事由4	変更事由5 変更事由6	診療科目	氏名	郵便番号	住所	医療機関	電話番号 FAX番号	備考
所属医師会											
4/4/1	入会				研修	マエシマ 利	330-8553	さいたま市中央区新都心1-5		048-852-1111	
さいたま市与野医師会	→ C					前島 利果			さいたま赤十字病院	048-852-3120	
4/7/29	退会	死亡			内 消内	ナカザリ テツオ	356-0052	ふじみ野市苗間573-3	一医)	049-264-1522	
東入間医師会	B → 退会				外	長澤 徹郎			長沢外科胃腸科	049-266-6630	
4/8/1	入会				外 他	ミツイ テツヤ	354-0004	富士見市下南畑3166	医) 社団サンセリテ	049-254-7111	
東入間医師会	→ A2B					三井 哲弥			三浦病院	049-254-2707	
4/8/1	入会				内 耳	ナカワ ヨシカ	354-0004	富士見市下南畑3166	医) 社団サンセリテ	049-254-7111	
東入間医師会	→ A2B					中川 嘉隆			三浦病院	049-254-2707	
4/8/1	異動	施設開業 会員区分変更			小	ハヤシ ハロ	354-0017	富士見市針ヶ谷530-1	医) 恵愛会	049-254-5377	
東入間医師会	B → A1					林 典子			恵愛こどもクリニック	049-252-2196	
4/8/1	異動	施設異動 勤務先	現住所変更		小	モリタ 加	354-0017	富士見市針ヶ谷530-1	医) 恵愛会	049-254-5377	
東入間医師会	→ B					森田 佳代			恵愛こどもクリニック	049-252-2196	
4/8/1	異動	施設異動 勤務先	現住所変更		小	タニガワ マキ	354-0017	富士見市針ヶ谷530-1	医) 恵愛会	049-254-5377	
東入間医師会	→ B					谷川 牧士			恵愛こどもクリニック	049-252-2196	
4/8/9	退会	死亡			内 小	ナカセ ハルヒコ	354-0026	富士見市鶴瀬西3-12-13		049-251-1354	
東入間医師会	B → 退会					永瀬 治彦			永瀬内科小児科医院	049-251-1354	
4/10/1	入会				内 消内	コバヤシ タイスケ	354-0036	富士見市ふじみ野東2-1-1		049-278-5200	
東入間医師会	→ A1					小林 泰輔			ふじみ野消化器・内視鏡内科クリニック	049-278-5201	
4/9/30	退会	その他			泌	アベヤ ヒロシ	350-0233	坂戸市南町30-8	社会医療法人刀仁会	049-283-0019	
坂戸鶴ヶ島医師会	B → 退会					雨宮 裕			坂戸中央病院	049-283-5515	
4/10/1	入会				内	ススキ サキコ	350-0233	坂戸市南町30-8	社会医療法人刀仁会	049-283-0019	
坂戸鶴ヶ島医師会	→ B					鈴木 先子			坂戸中央病院	049-283-5515	
4/10/1	入会				外 消外	ヒロカ イヅ	350-0233	坂戸市南町30-8	社会医療法人刀仁会	049-283-0019	
坂戸鶴ヶ島医師会	→ B					廣岡 映治			坂戸中央病院	049-283-5515	
4/11/1	入会				外 消外	ムラヤマ ミチヲ	350-1306	狭山市富士見2-19-35	一般社団法人	04-2959-7111	
狭山市医師会	→ A1					村山 道典			巨樹の会 狭山中央病院	04-2959-7115	
4/11/1	異動	会員区分変更			外 肛	シバテツオ	350-1306	狭山市富士見2-19-35	一般社団法人	04-2959-7111	
狭山市医師会	A1 → B	管理者交代			消外	渋谷 哲里			巨樹の会 狭山中央病院	04-2959-7115	
4/9/28	入会				産婦 産	ナカヤマ タカオ	355-0328	比企郡小川町大字大塚1176-1	一医) 晃陽会	0493-72-0373	
比企医師会	→ A2B				婦	中山 琢生			中村産婦人科	0493-73-2314	
4/6/19	退会	死亡			内	ミスノ ケイジ	368-0004	秩父市山田2024-1		0494-22-3315	
秩父郡市医師会	A1 → 退会					水野 恵司			水野医院	0494-22-3047	
4/6/20	異動	会員区分変更			内	ミスノ サダキ	368-0004	秩父市山田2024-1		0494-22-3315	
秩父郡市医師会	A2B → A1					水野 究紀			水野医院	0494-22-3047	
4/7/29	退会	死亡			内 消内	セキネ ヒサユキ	368-0034	秩父市日野田町2-19-27		0494-23-0777	
秩父郡市医師会	A1 → 退会				外	関根 久幸			関根医院	0494-23-0041	
4/7/30	異動	会員区分変更			内 皮	イシイ マチ	368-0034	秩父市日野田町2-19-27		0494-23-0777	
秩父郡市医師会	A2B → A1				リハ	石井 まどか			関根医院	0494-23-0041	
4/8/21	異動	施設開業 会員区分変更	開業		内 外	クニヤス	369-1305	秩父郡長瀬町長瀬1355-2		0494-66-0387	
秩父郡市医師会	A2B → A1				呼外 皮	久喜 邦康			倉林医院	0494-66-0903	
4/9/30	退会	退職			精 皮	フクシマ ヤスコ	367-0061	本庄市小島5-6-1	医) 福島会	0495-21-0111	
本庄市児玉郡医師会	A2B → 退会					福島 康子			彩北病院	0495-21-7725	
4/9/12	異動	現住所変更			内 脳内	タカハシ カズオ	366-0811	深谷市人見1975	医) 好文会	048-571-5311	
深谷寄居医師会	→ B	転居				高橋 一夫			あねとす病院	048-572-8800	
4/6/30	退会	その他			耳	サトウ マリ	346-8530	久喜市上早見418-1	医) 社団 埼玉巨樹の会	0480-26-0033	
南埼玉郡市医師会	B → 退会					齋藤 真理			新久喜総合病院	0480-44-8026	
4/8/14	退会	死亡			内 小	サイキ ヒロト	349-0204	白岡市篠津1936-5 1F	一医) 厚徳会	0480-92-1600	
南埼玉郡市医師会	B → 退会					斎木 浩仁			篠津医院	0480-92-1600	
4/10/1	入会				内 消内	オオタ タロウ	346-0016	久喜市久喜東1-2-5	医) 社団 爽緑会	0480-44-9178	
南埼玉郡市医師会	→ B					太田 達郎			ふたば在宅クリニック	0480-44-9179	
4/10/1	入会				内	センダ ショウイチ	346-8530	久喜市上早見418-1	医) 社団 埼玉巨樹の会	0480-26-0033	
南埼玉郡市医師会	→ B					千田 彰一			新久喜総合病院	0480-44-8026	
4/9/26	入会				内 消内	ソマ シュウエン	343-0026	越谷市北越谷4-21-10		048-976-1717	
越谷市医師会	→ A1					染谷 秀忍			北越谷そめやクリニック	048-976-1818	

# 埼玉県医師会々員入会・退会異動報告書

令4.10.1 ~ 令4.10.31

令和4年11月1日報告

No.5

日本医師会

年 月 日	変更区分 会員種別	変更事由1 変更事由2	変更事由3 変更事由4	変更事由5 変更事由6	診療科目	氏 名	郵便番号	住 所	医 療 機 関	電話番号 FAX番号	備 考
4/9/30	退会	退職			循外	マツヤマ 幼子	343-0025	越谷市大澤3187番地1	医)道心会	048-960-7100	
越谷市医師会	B → 退会					松山 孝義			埼玉東部循環器病院	048-960-7171	
4/9/30	退会	退職			肛	ナス サト	343-0808	越谷市赤山本町8-5	医)社団 皇志会	048-960-2233	
越谷市医師会	B → 退会					那須 聡果		山六ビル2F	新越谷肛門胃腸クリニック	048-960-2232	
4/10/1	入会				内	カネコ ミリ	343-0026	越谷市北越谷4-21-10		048-976-1717	
越谷市医師会	→ B					金子 緑			北越谷そめやクリニック	048-976-1818	
4/10/1	入会				内 救急	ウエサワ エリコ	343-0041	越谷市千間台西1-8-7		048-972-5810	
越谷市医師会	→ A2B					上澤 恵理子		IKビル302	ファミリークリニック越谷	048-972-5610	
4/9/1	入会				リハ	セキネ ナキ	342-0056	吉川市平沼111	医)社団協友会	048-982-8311	
吉川松伏医師会	→ B					関根 千晶			吉川中央総合病院	048-981-2062	
4/10/31	退会	退職			心内 精	サカ ケンイチ	342-0038	吉川市美南5-6-4	医)社団斗和会	048-940-7843	
吉川松伏医師会	B → 退会				皮	鷹 健一			美南こころの森クリニック	048-940-7844	
4/9/30	退会	退職			泌	シズ ヒロフミ	341-0003	三郷市彦成2-342	医)三愛会	048-958-3111	
三郷市医師会	A1 → 退会					清水 弘文			三愛会総合病院	048-958-6835	
4/10/1	入会				内 消内	エンドウ シンジ	341-0003	三郷市彦成2-342	医)三愛会	048-958-3111	
三郷市医師会	→ A1					遠藤 慎治			三愛会総合病院	048-958-6835	
4/10/11	入会				内 泌	シズ ヒロフミ	341-0003	三郷市彦成1-226	一医)	048-957-8865	
三郷市医師会	→ A1					清水 弘文			しみず泌尿器科・内科クリニック	048-957-5228	
4/11/1	異動	施設所在地変更			内 消内	エンドウ シンジ	341-0003	三郷市彦成2-342	医)三愛会	048-958-3111	
三郷市医師会	→ A1	移転				遠藤 慎治			三愛会総合病院	048-958-6835	
4/9/1	異動	会員区分変更			消外	ベック ヨシフミ	350-8550	川越市鶴田1981		049-228-3400	
埼玉医科大学医師会	B → A1	管理者交代				別宮 好文			埼玉医科大学総合医療センター	049-226-5274	
4/9/1	異動	会員区分変更			救急	ツヅミ ハルヒロ	350-8550	川越市鶴田1981		049-228-3400	
埼玉医科大学医師会	A1 → B	管理者交代				堤 晴彦			埼玉医科大学総合医療センター	049-226-5274	
4/9/8	異動	現住所変更			小	オサワ シュンイチ	350-8550	川越市鶴田1981		049-228-3400	文書送付 先
埼玉医科大学医師会	→ B	その他の項目				小澤 純一			埼玉医科大学総合医療センター	049-226-5274	
4/9/14	退会	退職			病理	アライ エイチ	350-1298	日高市山根1397-1		042-984-4111	
埼玉医科大学医師会	B → 退会					新井 栄一			埼玉医科大学国際医療センター	042-984-0432	
4/10/1	入会				腎内	ハキハラ リュウタ	350-0495	入間郡毛呂山町毛呂本郷38		049-276-2107	
埼玉医科大学医師会	→ B					萩原 龍太			埼玉医科大学病院	049-294-8222	
4/10/1	入会				乳外	マツウラ カズオ	350-1298	日高市山根1397-1		042-984-4111	
埼玉医科大学医師会	→ B					松浦 一生			埼玉医科大学国際医療センター	042-984-0432	

桃木常任

登坂（薫）常任

令和4年度関東甲信越医師会連合会

救急災害部会

日 時 令和4年9月11日(日)

10:00～12:30

開催方法 WEB

司 会 東京都医師会 理事 新井 悟

1 開 会

2 挨拶 東京都医師会副会長 猪口 正孝  
日本医師会常任理事 細川 秀一 様

座 長 東京都医師会 副会長 猪口 正孝

3 協 議（集中検討テーマ）

1. 医師の働き方改革と救急医療について

2. かかりつけ医と救急医療・災害医療・感染症医療  
（新興感染症、パンデミック）について

3. 災害医療：避難所運営、避難行動要支援者、高齢者施設対応  
～コロナ禍での災害医療対応も含め～

4 その他

5 総 括 日本医師会常任理事 細川 秀一 様

6 閉 会



# 令和4年度関東甲信越医師会連合会救急災害部会（概要）

日 時：令和4年9月11日（日）10：00～12：：30

場 所：埼玉県医師会 5階 大会議室（WEB会議）

当番県：東京都医師会

出席者：丸木副会長、桃木常任理事、登坂常任理事  
丸山理事、川嶋理事、齋藤理事、西村理事

## 1. 開会

### ○新井理事（東京都）

出席者紹介

## 2. 挨拶

東京都医師会 猪口副会長及び日本医師会 細川常任理事よりご挨拶

## 3. 協議

### ○猪口副会長（東京都）

本日の協議においては、医師の働き方、かかりつけ医の議題に多くの時間をかけて、災害は各地区医師会の各地域の取組を報告いただきたいと考えている。

## 【1. 医師の働き方改革と救急医療について】

### ○猪口副会長（東京都）

医師の働き方改革が断行された際に救急に及ぼす影響について、各県から事前にいただいた課題事項、解決方法をまとめた（スライド説明）。

懸念事項について追加等ご意見いただきたい。

## 医師の働き方改革と救急医療について

### I. 懸念事項

- 休日急患診療所など初期救急⇐派遣中止
- 2次救急⇐派遣中止
  - 2次救急
  - 小児救急
  - 産科救急
- 3次救急⇐収入減少による医師の退職
  - ⇐長時間労働への勧告
  - ⇒研鑽が積めない
  - ⇒DMATなどの訓練ができない
- 群馬県医師会：慢性期病院に医師が移動。医療機関に属していないフリーター医師の派遣ビジネス。
- コロナ医療

### II. 解決方法

- 宿日直許可
- 人材派遣センター
- タスクシェア・シフト
- 救急の集約化
- 個人事業主。 神奈川医師会：非常勤医を事業主として扱う方策があるが、結局よくない。

## ○松本理事（千葉県）

自己研鑽についての考え方が語られていない。研修の時間、また、例えば時間外に病院内の手術に入って勉強するといった時間が、労働時間に組み込まれてしまうと、出られなくなる。20年後、30年後に技術が衰えてしまうことが懸念される。自己研鑽が労働時間へのカウントされないような条件の緩和を考えた方がよい。

## ○田中常務理事（長野県）

地域病院への派遣元となる大学病院医局の人数も減ってきている。レベルダウンも気になる。救急だけでなく大学病院全体が危ないといった話になる。

## ○猪口副会長（東京都）

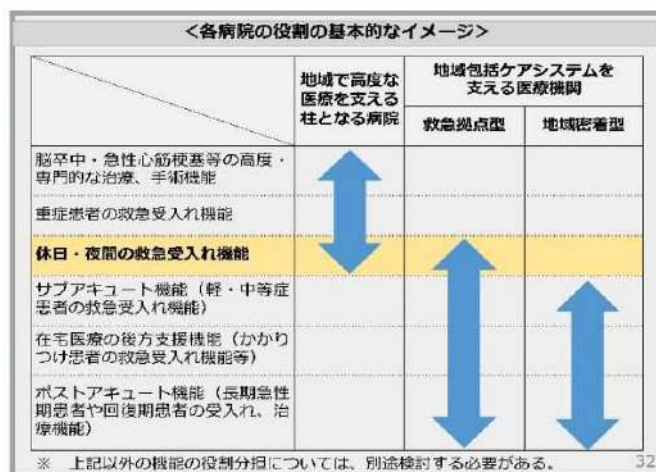
新潟県、神奈川県、茨城県医師会において、解決に向けた会議体を設けているとの回答をいただいたので、解決策となるその取り組みについてご報告願いたい。

## ○塚田副会長（新潟県）

二次医療圏ごとに設置された地域医療連絡協議会で検討が行われ、県として地域医療対策協議会、地域医療構想調整会議が設置されている。新潟県医師会が深く関わり県のグランドデザインを作成した。スライドP.32※にあるように、地域でどういった病院に機能分化するか、をまとめており「休日・夜間の救急受入れ機能」をどこが担うかが重要となる。医療過疎地域なので、機能分化・選択というよりは医療を残すといった視点となっている。病院個々での対応ではなく、医師会で情報をまとめ、県とともに労基署や大学病院等と交渉に関わる、という方針で進めている。

※ 資料は後日送付

([https://www.pref.niigata.lg.jp/uploaded/life/413306\\_955143\\_misc.pdf](https://www.pref.niigata.lg.jp/uploaded/life/413306_955143_misc.pdf))。



### ○猪口副会長（東京都）

課題について神奈川県医師会より挙手があった。ご発言をお願いします。

### ○田村理事（神奈川県）

フリーランスの医師の派遣ビジネスについて懸念を持っている。神奈川県でも新潟県同様に協議体が作られており、その中で、フリーランス医師が上限規制の対象となるか質問したところ、神奈川県から厚生労働省に確認済として以下の回答をいただいた。

「フリーランスの場合を含め、各医療機関において雇用関係があり、管理監督者の指揮命令下にある場合は、労基法の労働時間の規定が適応されます。最も勤務の長いところ等、主たる勤務先を決めていただき、そこで勤務時間をまとめて把握し、必要があれば特例水準の申請を行っていただくこととなります。」

行政はフリーランスの医師も適応になるとの立場のようである。日医でも確認いただきたい。

また、フリーランス医師の勤務時間が一番長い医療機関がまとめて把握する、となっているが、週1回来る勤務医のその他の勤務時間を病院が把握できるはずがなく、制度に問題があると思っている。

### ○有坂理事（群馬県）

多数にわたる医療機関にお勤めの場合、また主たる医療機関も毎年変わる可能性があるの  
で、本人及び病院での勤務時間の把握は難しいと思われる。

### ○猪口副会長（東京都）

では解決策に戻りまして、協議体での取組について長野県医師会よりご発言願います。

### ○田中常務理事（長野県）

広い圏域に病院が点在している。地域医療調整会議会議ではコロナの影響により話が進んでいない。北信地区ではコロナ対応を病院輪番制で行っており、それを救急医療に発展させるべきではないかと考えている。

### ○猪口副会長（東京都）

新潟県は機能を分化する方法、長野県は輪番制での方法による対策を考えられている。いずれにしろ、働き方改革によって、今までのような対応は難しいため、集約することにより対応する作戦となっている。

### ○鈴木副会長（茨城県）

医師不足の県であり、魅力ある病院づくりをして若手医師に茨城に来てもらえるよう構想している。IT化を推進することで若手医師への魅力が増すと考えている。

2年前から大規模病院連絡会を医師会主導で始めた。当初、なぜ医師会主導か違和感がある、ということも言われたが、地域医療構想でも地域の診療所及び病院で取り組みがあったこともあり理解を得られた。病院間、診療所の取組を、行政も含め、情報共有が進んだ。循環器・脳卒中も病院間でアプリ「join」を用いデータを共有している。診療所からの情報共有も円滑になり、有効に機能していると思われる。

また、タスクシフトする人材（メディカルクラーク、災害コーディネーター等）を行政主導で育成することで、働き方改革を行えるように考えている。

### ○猪口副会長（東京都）

医師会が情報共有の仲立ちを行うことで、働き方改革が行われることで地域全体で縮小しがちになる医療が機能不全をもたらさないよう、集約化など対策を話し合っている、というところが解決に向けて行われている所と思われる。

### ○塚田副会長（新潟県）

宿日直許可の取得方法等の労基署の情報、病院の労務管理の具体的なノウハウ、クロスアポイント制等公務員の勤務制度、等の情報を病院間で共有しあえる場が必要と思われる。医療圏での会議からそういった疑問が出て解決に向けた情報が出てくる。

### ○長島副会長（栃木県）

栃木県医師会内に医療勤務環境改善支援センターを労基署等と合同で設置している。病院がどの適応水準を目指すのか、医師の勤務時間をどう把握するか、センターで相談を受けている。

### ○猪口副会長（東京都）

相談センターを設けたことで乗り切れそうか？

### ○塚田副会長（新潟県）

わからない病院は相談しないので、医師会から介入し情報を伝えている。その際、労基署も同席いただき相談している。県立病院、市民病院、ともに労基署が入っている。そういったところの対策方法についての情報を、皆で共有することが大切と思っている。

### ○長島副会長（栃木県）

医療機関が焦っていないと思われるので更なる周知が必要と考える。

### ○白石常任理事（栃木県）

アンケートを実施したところ、宿日直許可を取得済み病院は15%、進行中が41%、取得困難が5%であった。産科では1年間で分娩数が500件位であれば許可を得やすいが1,000件を超えると難しいとの話がある。タスクシフトでは院内助産が対策になるのではないか。

### ○須藤会長（群馬県）

日医の働き方改革の委員長をしている。宿日直許可をとにかく得て、地域医療を守ることが、この2年間の当座の解決となる。自院では群馬県の労働基準局に相談しており、その後高崎の労働基準監督署で書類等の検討が行われている。

危惧しているところは、勤解センターの運営を企業に委託しているところがある。そこでは労基署に提出する書類の作成を補助するだけとなっている。

労働基準局は周囲の許可状況を見ながら判断するとのこと。好事例を日医で集約し、とにかくこの2年間で宿日日直許可を得ることが大切であり、その後の段階として病院の集約等を検討するとよいと考えている。

#### ○田村理事（神奈川県）

医療サイドの努力のみで達成することは無理と考えている。患者から平日は多忙とのことで病状の説明を日曜日に強く求められ、応召義務のからみもあり、しぶしぶ対応したといった事例もあった。改革の実現には国民の努力も必要であることを、アピールいただきたい。

#### ○田邊理事（山梨県）

労基署ごとに宿日直許可の取得条件がまちまちである。山梨県では医師会、病院協会、大学病院が連名で柔軟な運用となるよう要望書を提出した。

人口少ない県だが医療資源は偏在している。医師会で病院長も参加する検討会を設け、救急医療体制について模索しているところである。救急医療の主体は行政にあるはずで、救急医療への財政支援がないと病院の経営は成り立たないので、若手医師が働ける改革となるような行政での議論も必要ではないか。

北海道で産科医療の崩壊阻止に向けた要望書を出したそうだが、その要望がとおるか？

#### ○猪口副会長（東京都）

この場では今のご質問への回答をできる方はいないと思われる。ただ、要望したものが100%無視されることも鵜呑みにされることもないと思われる。解決までには医療側で話合ったことを共有し議論することが重要と思われる。

#### ○細川常任理事（日医）

日医では木森常任理事が宿日直許可に関し対応しているところ。

#### ○新井理事（東京都）

短期的にはとにかく宿日直許可を取り乗り越えること、長期的には長時間労働を改善していくこと、が解決に向けた取組となることが分かった。東京での病院間での連携については、72病院が参加するCCUネットワークがあったり、新型コロナ対応に関しては三次救急病院の集まる会議を医師会で設けている。

#### ○茂松副会長（日医）

大阪の状況を聞いたところでは、救急受入件数が5,000～7,000件の病院でも2022年2月以降、宿日直許可を取りやすくなってきている、とのことであった。産科での分娩数についても2,000～3,000件の病院でも取れる方向に動いてきている。労基の考え方が変わってきている感じがある。日医としても好事例を集め地域医療を乱さないよう取り組んでいきたい。

#### ○猪口副会長（東京都）



まとめさせていただきます。

多くの地域医療における懸念事項解決の道すじが見えぬまま、働き方改革を断行すれば地域医療は崩壊しかねない。一つ一つ具体的な解決策を実行したうえでの施行を求める。加えて、都道府県医師会は行政、労働基準局、病院、診療所等の間に入って、働き方改革の実効性を高める現状の最適解に求めていくべく努力する、としたいと思います。

#### ○松本理事（千葉県）

まとめの内容はその通りと思われる。短期的／中長期的の具体的な対策案、医師会／行政が主導して行うこと、を分けた見せ方で、世の中に発信すると良いと考える。

#### ○久保田理事（神奈川県）

医師は若者にとって魅力的な職業となりうるか？将来、医師を担っている若者の夢を守っていくことを念頭において働いていきたい。

## 【2. かかりつけ医と救急医療・災害医療・感染症医療

### （新興感染症、パンデミック）について】

#### ○猪口副会長（東京都）

本テーマは、質問した県医師会があったものではないが、事前のWEB会議において大切なテーマとして特別に取り上げたもの。

かかりつけ医機能の制度整備を行うというのは、全世代型社会保障構築会議から始まり、骨太の改革2022に書かれたもの。コロナ禍においてかかりつけ医の問題点が浮き彫りとなった。

まず、千葉県医師会より事前回答にある国、国民あるいは医師会が考えるかかりつけ医の違いについて説明願いたい。

#### ○松本理事（千葉県）

骨太の法人2022の自民党での議論も傍で聞いていた。これが出てきたのはコロナで、自宅療養する際等がかかりつけ医機能がしっかりできていないから、どこに雇ってよいかわからない、といった声が患者からたくさん出たことが問題視されたことだろう。ところが国民がかかりつけ医と思っていた医師がそうは思っていなかったりもあると思うし、その逆もあり、病気に雇ったときは大病院にいつてしまうといった考え方の齟齬もあると思う。国においては財務省と厚労省の考え方に違いがるように思われ、骨太2022の文言で、「かかりつけ医機能が発揮される制度を設置する」から「制度整備を行う」という弱い文言に変わった。財務省の考えはイギリスのGP制度を念頭においていると思われ、それにより多くの人が大病院に雇るといったことを回避して医療費全体を下げていこうという目論見があると思われる。医師側は国民や行政府に明確に提示しきれていない。千葉県医師会においても問題点の共有までしかできておらず、解決案はまとまっていない。医師会が医療提供側とした主体的に定義づけを早めに出さないといけない。

#### ○猪口副会長（東京都）

スライドは第8次医療計画で出てきたもので、かかりつけ医の定義と機能が記されたもの。また、もう一枚のスライドは各県から事前にいただいた課題事項、解決方法をまとめたものである。飲食店で常連客として扱うかそうでないか、と似ている話かと思われた。患者と医師の1対1の紐づけがはっきりされていない（なじみのない）患者対応と、24時間365日対応といった時間的な対応が問題。

今日は救急災害部会として、かかりつけ医に望むものを考えたいと思う。それにより救急・災害・コロナ対応がうまく進むといった視点がよいのではないかな。

<p>討1</p> <p>かかりつけ医の定義と機能(日本医師会・四病院団体協議会)</p> <p>「かかりつけ医」とは(定義)</p> <p>なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、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。</p> <p>「かかりつけ医機能」</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。</li><li>● かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。</li><li>● かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるように在宅医療を推進する。</li><li>● 患者や家族に対して、医療に関する適切なわかりやすい情報の提供を行う。</li></ul> <p>出典:「医療提供体制のあり方」日本医師会・四病院団体協議会合同提言(平成25年8月8日)</p> <p>225</p> <p>討1</p>	<p>国民・政府がかかりつけ医に望むことは</p> <p>救急医療</p> <ul style="list-style-type: none"><li>i. かかりつけ患者に24時間365日対応し、救急の減少</li><li>ii. 休日夜間診療所に、かかりつけ医師ならば参加すべき</li><li>iii. かかりつけ医は患者が選び、日ごろから関係が構築されているものと医師側は考えるが、国民側は突然来られた非かかりつけ患者もかかりつけ患者として対応</li></ul> <p>災害時医療</p> <ul style="list-style-type: none"><li>i. 非かかりつけ患者にも対応</li><li>ii. 医師の居住地と医療機関との距離があり対応できないで済むのか</li><li>iii. 在宅療養。24時間365日対応</li></ul> <p>感染症医療</p> <ul style="list-style-type: none"><li>i. 非かかりつけ患者にも対応</li><li>ii. 感染症にも対応。対応不可医療機関のかかわり方</li><li>iii. 在宅療養。24時間365日対応</li></ul>
---	---

## ○田村理事（神奈川県）

望むかかりつけ医は、内科に限定するか？眼科・皮膚科等も含むか？非医師会員は？

## ○登坂常任理事（埼玉県）

24時間365日対応は医師の働き方改革に矛盾しないか？

## ○猪口副会長（東京都）

24時間365日対応はかかりつけ機能として国民から望まれていることであり、電話対応での対応や、ソロ（個人）ではなくグループでの対応、が考えられると思われる。かかりつけ医の専門性の定義ということよりも、入院前の医療（生活に密着した基本的医療）として救急等に望むものを、この部会で話してはどうか。

神奈川県医師会から「かかりつけ医（地域医師会員）は、地域の休日夜間急患診療所に出勤することで日々の救急医療体制の一翼を担うことは当然である。」との回答をいただいているので、その意気込み、考え方をご説明いただきたい。

## ○久保田理事（神奈川県）

回答にあるかかりつけ医は「医師会員」として回答しているので、そう置き換えて考えていただきたい。

まず医師会員と救急医療について、平塚市は平塚市医師会に一次、二次救急医療の運営を委託している。地域の休日夜間急患診療所への出務、二次救急の輪番の調整を平塚市医師会で行っている。未入会の医療機関が3軒あるものの、会員全員で救急業務に対応している。入会の条件を、休日夜間急患診療所への勤務、学校医になること、防災訓練に参加すること、としている。また、二次救急病院の医師確保の財政補助を、平塚市医師会で行っている。

次に医師会員と災害医療について、緊急医療救護所への出務班編成、防災訓練はすでに地域防災計画に基づき行われているところ。緊急医療救護所への出動は2日が限度と思われる。その後長く続く災害医療コーディネーターの仕事に保健所長とともに尽力することが現実的と考えている。

また地域での都市構成、住宅事情、医療資源、事情があるので、同様の体制をとることは容易ではないと思われる。

#### ○猪口副会長（東京都）

医師会員全員で、一次救急、災害への取組を実現されており、理想的と聞いていた。

埼玉県医師会からも「すべての医師が、救急医療・災害医療・感染症医療に積極的にかわるべき」との回答をいただいているので、その達成に向けた作戦をご説明いただきたい。

#### ○桃木常任理事（埼玉県）

新型コロナの診療検査医療機関はおよそ1,500機関と少なかった。かかりつけ医に関わっていただきたいといった意気込みはあるが、具体的な策はまだなく、お願いベースの話となっている。

#### ○猪口副会長（東京都）

かかりつけ医一人では24時間365日対応はできないので、休日夜間診療所で医師会員でその機能を補っていたが、そこに入ってこない協力しない医師会員や非会員がいる状況。今回のコロナ禍では休日夜間診療所にも来られない人方も多くいて、そういった方への初期医療は休日夜間診療所でカバーできないが、その部分も国民から求められている。かかりつけ医が作り出した休日夜間診療所では解決できない問題もはっきりしてきたことが、わかってきた。

ここからフリーディスカッションとしますが、発言いただけますでしょうか。

#### ○塚田副会長（新潟県）

かかりつけ医「制度」が強調されると、財務省の言うゲートキーパーの話のようになるが、「機能」の話をすると、救急医療や災害医療で国民の不安を24時間365日サポートしようとする、医師会が仲介した役割が見えてくる。チーム制で機能を維持する必要があり、チーム制を整えられるのは地区医師会しかない。今ある制度から考えると、機能強化型の在支診をもう少し入りやすい形に緩和して、診療報酬を付けると、組織強化にも資する制度となっていくのではないかと。

#### ○桃木常任理事（埼玉県）



かかりつけ医は、地域の開業医一人だけでなく、地域の病院の医師やそれ以外でも関わっている医師もかかりつけ医になると考える。チームで患者を見守るとよいと考えている。

#### ○登坂常任理事（埼玉県）

越谷市では、発災時にかかりつけ医が、診療科を問わず、出動する避難所、救護所の編成ができています。また大病院に怪我人が殺到することが予想されるため、大病院の前にトリアージポストを設置し、かかりつけ医が中心となって活動するよう計画ができています。医師会員がかかりつけ患者に限らず対応することで、かかりつけ医機能を果たそうと考えています。

#### ○長島副会長（栃木県）

国民は24時間365日の対応望むと、かかりつけ医をコンビニのように取らえている。かかりつけ医はできることをやるのが大事で、診療科に関係なく、発災時であれば軽い止血、傷の処置やトリアージを行うこと、救急であれば詳しく病歴を伝えること、感染症であれば受診可能な場所等情報を患者に伝える、などができる。何でもかかりつけ医が担う、いうことではなく、そういった情報の整理を医師会が行うことで、かかりつけ医機能の役割を果たせると思われる。

#### ○久保田理事（神奈川県）

かかりつけ医とすると医師個人と考えられてしまうので、地域医療の担い手としての「かかりつけ医」として、医師会員またはかかりつけ医が集団で機能させていく、とするとよいのではないかと。

#### ○猪口副会長（東京都）

「かかりつけ医は『集団として』」、と加えると、その役割について理解が得られやすいかもしれない。

地域の人々が、住み慣れた街で24時間365日安心して暮らせるために、救急・災害・パンデミック医療においても、（入院以外の生活に密着した基礎的医療を提供できるように、）かかりつけ医は集団として機能することを望む、と部会としてまとめた。

#### ○松本理事（千葉県）

かかりつけ医の有りようを考えると、対象と業務範囲をきめなければならない（店と常連の関係？イギリスのGP？）。上記まとめは左記両方のかかりつけ医にも当てはまるまとめと思われる。

#### ○田村理事（神奈川県）

平塚市ではコロナ搬送困難症例が0件であったことを付け加えさせていただく。

#### ○猪口副会長（東京都）

団体として機能すると相当な力となることがわかる事例報告でした。

#### ○茂松副会長（日医）

かかりつけ医WGにおいて2回検討が行われ、次の第3回でまとまりつつある。この部会での議論と同じ方向であり、かかりつけ医機能として診療所と病院、集団としての医療機関、とで連係を図り国民に医療を提供する、といった方向でまとめている。

#### ○田中常務理事（長野県）

かかりつけ医で、事情により新型コロナで発熱患者を診れなかった医師も、ワクチン接種などに貢献いただいていた。感染症を診ないからといって排斥するのではなく、できる範囲での協力を求める姿勢の方が良いと思われる。

**○猪口副会長（東京都）**

感染症に対して医師会全体で対応していたことについて、その見せ方に問題があったかもしれない。医師会が全体としてかかりつけ医の機能を果たしていくことの道筋が見えた議論であったと思う。

**【3. 災害医療：避難所運営、避難行動要支援者、高齢者施設対応**

**～コロナ禍での災害医療対応も含め～**

**○猪口副会長（東京都）**

まず平成25年に改正された災害対策基本法において作成を義務付けられた「避難行動要支援者名簿」の取組状況について、茨城県医師会、神奈川県医師会よりご発表いただきました。

**○江原常任理事（茨城県）**

いくつかの市では避難行動要支援者の情報はアプリ「電子@連絡帳」を使って共有できているが、約200万円／年の費用がかかるものであり、他市は財政により導入できず、県全体での取組みはできていない。情報提供を続け県全体で取り組みたいところであるが、より安価なシステムも出てきており、県全体での統一が難しくなっている。

**○久保田理事（神奈川県）**

DMISの運用は始まったばかり。EMISとの住み分けも話し合いが始まったところである。

**○猪口副会長（東京都）**

まとめとしては、災害におけるDXは遅れていて行政からの支援を求める、といったところ。

**○間瀬常任理事（茨城県）**

常総市の例は市役所が水没して要支援者のデータがなくなったことが発端となっている。常総市では介護保険認定時に、要支援者から同意を得るようにしたことで、要支援者の名簿を地区医師会が入手できるようになった。

**○猪口副会長（東京都）**

避難所の密を避けるために企業の研修施設、ホテルなどの宿泊施設の活用を検討されている、と回答いただいた神奈川県医師会の取組を発表願います。

**○久保田理事（神奈川県）**

コロナの宿泊療養施設としてホテル等の活用は進んだ。近隣に酸素投与センターも併設し、そこへも医師会員が出務した。

**○猪口副会長（東京都）**

前日に行われた「十四大都市医師会協議会連絡協議会『災害担当理事者会議』」において、避難所運営については、雑魚寝の避難生活が多く地域で続いていることが問題であること、環境改善のためにはコロナの宿泊療養施設を参考としたホテルの活用が有用ではないか、との意見が出た。避難所の環境問題ではダンボールベッドの利用によりDVTが減少し災害関連死の防止に有用であるとの研究があり、ホテルの利用を進めるべきとの意見があった。神奈川県の場合にあったように、ホテルが避難所になれば良いと考えた。県において「市町村避難所運営マニュアル（例）」を作成している、と回答いただいた千葉県医師会より取組を発表ください。

#### ○松本理事（千葉県）

マニュアルの活用について広げているところだが、実行・検証はまだ行われていない。千葉県医師会でJMAT研修会を開催し、その中で避難所の運営について研修を行っている。本研修会では、被災地JMATとしての活動（被災地に赴く支援JMATではなく）を中心に研修している。千葉県は地理的に孤立は避けられないので、自県は自県で守ることに焦点を当てている。

#### ○猪口副会長（東京都）

高齢者施設等でのクラスター対策については、栃木県、神奈川県、埼玉県、千葉県医師会より対策チームを編成し派遣しているといった回答があった。

#### ○久保田理事（神奈川県）

回答にあるように行政が「クラスター対策往診医療機関」を募集し、医師が介護施設に赴き中和抗体を投与できるよう計画をしたが、24時間経過観察が必要等の条件がネックとなり、そこへの協力はごく一部の医療機関のみにとどまってしまった。

#### 丸木副会長（埼玉県）

先月8月に新たな試みとして、在宅で人工呼吸器装着のALS患者、埼玉県、人工呼吸器メーカーの3者で協定を結んだ。本協定により、災害時の情報共有できる、台風など事前に被災が想定された段階で情報共有ができ、県が早期に入院先を探すことができるようになった。今後の災害医療についての参考となる事例になると思われる。

#### ○猪口副会長（東京都）

各県より提供いただいた配布資料「災害時の医療救護活動についての協定書」は後ほどご覧ください。

以上で協議を終了いたします。

## 5. 総括

#### ○細川常任理事（日医）

働き方改革については、大学病院等の医師の引き上げの懸念、宿日直許可の取得が重要と感じた。宿日直の許可については厚労省に相談窓口が設けられそれが機能しつつあると聞いている。労働基準監督署の基準も、救急等について考慮され始めてきていると感じている。フリーランスの医師の問題も心配している。

かかりつけ医に関しては、コロナ禍では、地域の医師会がワクチン接種等、かかりつけ医「活動」ができていた、と考えている。

災害に関しては、熱海の土石流の際にJMATで出務した時は避難先がホテルであった。

本日はお疲れ様でした。

#### ○猪口副会長（東京都）

新型コロナの宿泊療養は、避難所のあり方と考えられた。G7に属する日本として、今後の避難所の避難環境改善となるこのような取組を日医においても推進されるとよいと思われる。

## 6. 閉会

#### ○新井理事（東京都）

本日の部会を終了させていただきます。熱心なご討議ありがとうございました。

## 1 総案内件数 30,351件

## 2 診療科目別案内件数(上位5科目)

順位	1	2	3	4	5
診療科目	小児科	内科	脳神経外科	整形外科	外科
案内件数	6,939	2,731	2,594	2,410	1,513
案内比率	22.9%	9.0%	8.5%	7.9%	5.0%

## 3 曜日別案内件数

(1) 月曜日から金曜日	1日平均	284.0件
(2) 土曜日	1日平均	430.7件
(3) 日曜日	1日平均	462.1件

## 4 時間帯別案内件数

一番多い時間帯は19:00～19:59で、全体の	7.8%
次に多い時間帯は18:00～18:59で、全体の	7.5%

## 5 地域別案内件数(上位5市町村)

順位	1	2	3	4	5
市町村名	さいたま市	川口市	越谷市	川越市	所沢市
案内件数	4,504	2,105	973	853	830
案内比率	14.8%	6.9%	3.2%	2.8%	2.7%

## 6 累計件数

令和4年7月1日～9月30日の累計件数は	30,351件
令和3年7月1日～9月30日の累計件数は	33,929件
前年度対比	-3,578
AI相談件数	8,814 件
AIからの案内件数	16 件

(集計表)

診療科目別案内件数

順位	コード	診療科目	日勤	夜勤	計
1	07	小児科	1,650	5,289	6,939
2	01	内科	813	1,918	2,731
3	13	脳神経外科	1,193	1,401	2,594
4	14	整形外科	801	1,609	2,410
5	09	外科	426	1,087	1,513
6	15	形成外科	233	373	606
7	18	耳鼻咽喉科	312	263	575
8	24	皮膚科	293	151	444
9	23	泌尿器科	132	181	313
10	19	眼科	148	55	203
11	02	消化器科	71	109	180
12	05	循環器科	49	100	149
13	20	産婦人科	35	72	107
14	16	口腔外科	17	75	92
15	03	胃腸科	13	54	67
16	22	婦人科	23	21	44
17	06	呼吸器科	23	11	34
18	04	肛門科	12	3	15
19	10	小児外科	6	4	10
20	08	神経内科	6	1	7
21	21	産科	1	3	4
22	11	呼吸器外科	1	1	2
23	12	心臓血管外科	1	1	2
24	17	救急科	0	0	0
25	25	精神科	2	1	3
26	26	麻酔科	0	0	0
27	27	人工透析	0	0	0
28	28	歯科	31	81	112
29	29	医療相談	0	0	0
30	30	その他	4,925	6,270	11,195
合 計			11,217	19,134	30,351

# 県民案内における案内できなかった件数等

令和4年7月～9月

単位:件

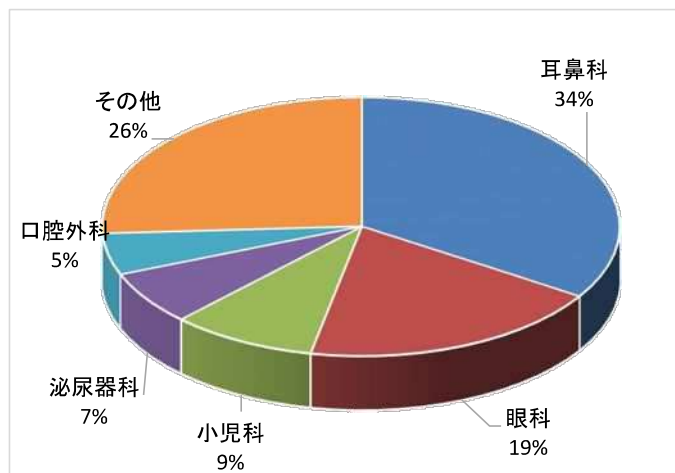
コード	科目	近隣なし	合計	※案内件数	発生比率
01	内科	41	41	2,731	1.5%
02	消化器科	6	6	180	3.2%
03	胃腸科	0	0	67	0.0%
04	肛門科	2	2	15	11.8%
05	循環器科	4	4	149	2.6%
06	呼吸器科	4	4	34	10.5%
07	小児科	96	96	6,939	1.4%
08	神経内科	1	1	7	12.5%
09	外科	12	12	1,513	0.8%
10	小児外科	2	2	10	16.7%
11	呼吸器外科	1	1	2	33.3%
12	心臓血管外科	0	0	2	0.0%
13	脳神経外科	45	45	2,594	1.7%
14	整形外科	49	49	2,410	2.0%
15	形成外科	27	27	606	4.3%
16	口腔外科	55	55	92	37.4%
17	救急科	-	-	-	-
18	耳鼻咽喉科	361	361	575	38.6%
19	眼科	202	202	203	49.9%
20	産婦人科	3	3	107	2.7%
21	産科	0	0	4	0.0%
22	婦人科	4	4	44	8.3%
23	泌尿器科	71	71	313	18.5%

コード	科目	近隣なし	合計	※案内件数	発生比率
24	皮膚科	54	54	444	10.8%
25	精神科	19	19	3	86.4%
26	麻酔科	—	—	—	—
29	人工透析	—	—	—	—
30	歯科	—	—	112	—
31	医療相談	—	—	—	—
31	その他	—	—	11,195	—
合計		1,059	1,059	30,351	3.4%

※各科目の案内件数には、近隣なし等の件数は含まれていません。

#### 診療科目別発生件数

1	耳鼻科	361
2	眼科	202
3	小児科	96
4	泌尿器科	71
5	口腔外科	55
	その他	274





## (1)曜日及び時間帯別相談件数

曜日	月	火	水	木	金	平日 合計	土	日	祝日 年未年始	総合計
日数	11	13	13	12	13	62	13	13	4	92
9:00～9:59	239	255	235	204	235	1,168	286	439	158	2,051
10:00～10:59	165	174	175	151	156	821	203	345	109	1,478
11:00～11:59	157	159	129	127	134	706	185	308	112	1,311
12:00～12:59	126	161	134	146	139	706	214	286	97	1,303
13:00～13:59	139	148	143	126	127	683	228	302	106	1,319
14:00～14:59	135	133	154	129	130	681	252	283	101	1,317
15:00～15:59	144	135	146	143	158	726	266	303	102	1,397
16:00～16:59	140	155	139	139	150	723	314	338	118	1,493
17:00～17:59	176	209	209	182	191	967	336	378	98	1,779
18:00～18:59	250	270	323	248	285	1,376	370	388	124	2,258
19:00～19:59	301	362	355	316	340	1,674	390	472	126	2,662
20:00～20:59	303	334	321	312	372	1,642	398	408	127	2,575
21:00～21:59	292	303	359	280	321	1,555	386	380	122	2,443
22:00～22:59	222	230	249	215	251	1,167	257	257	78	1,759
23:00～23:59	176	206	208	198	166	954	228	216	77	1,475
0:00～0:59	138	175	149	162	145	769	211	201	47	1,228
1:00～1:59	117	126	155	105	136	639	165	179	52	1,035
2:00～2:59	112	107	131	97	137	584	143	136	48	911
3:00～3:59	86	97	100	73	93	449	107	103	34	693
4:00～4:59	79	93	91	96	86	445	114	95	27	681
5:00～5:59	65	95	98	71	95	424	136	114	32	706
6:00～6:59	108	136	130	129	128	631	177	160	53	1,021
7:00～7:59	125	141	156	139	162	723	257	164	51	1,195
8:00～8:59	128	139	145	103	158	673	201	160	51	1,085
合計	3,923	4,343	4,434	3,891	4,295	20,886	5,824	6,415	2,050	35,175
平均件数/1日	356.6	334.1	341.1	324.3	330.4	336.9	448.0	493.5	512.5	382.3

## (2)年齢別・男女別相談件数

年齢	20歳未満	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70歳以上	不明	合計	男女比
男	766	2,794	2,459	2,235	2,494	1,399	2,957	326	15,430	43.9%
女	774	3,520	3,306	2,762	2,640	1,386	4,643	333	19,364	55.1%
不明	67	5	1	1	0	3	3	301	381	1.1%
合計	1,607	6,319	5,766	4,998	5,134	2,788	7,603	960	35,175	100.0%
構成比	4.6%	18.0%	16.4%	14.2%	14.6%	7.9%	21.6%	2.7%	100.0%	

## (3)地域別相談件数(上位10市町村)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
市町村名	さいたま市	川口市	川越市	越谷市	所沢市	春日部市	草加市	上尾市	戸田市	新座市
件数	7,619	4,252	1,892	1,784	1,519	1,085	1,074	1,037	922	794
比率	21.7%	12.1%	5.4%	5.1%	4.3%	3.1%	3.1%	2.9%	2.6%	2.3%

## (4)緊急度評価別件数

緊急度評価	件数	比率
救急車対応要請	2,309	6.6%
1時間以内緊急受診	4,069	11.6%
6時間以内受診	11,812	33.6%
翌日受診	11,179	31.8%
家庭での対応可能	2,186	6.2%
その他	3,620	10.3%
合計	35,175	100.0%

## (5)医師の助言件数

	件数	比率
オンコール医師	0	0.00%
コールセンター医師	0	0.00%
助言なし	35,175	100.00%
合計	35,175	100.0%

AI電話相談件数	8,814件
AI電話相談後の大人の救急電話相談	32件

## (6)相談内容別件数(プロトコル名)

プロトコル名	件数	比率	プロトコル名	件数	比率	プロトコル名	件数	比率	プロトコル名	件数	比率
発熱	6,313	17.9%	意識がおかしい	417	1.2%	出血	119	0.3%	ガス吸入・液体誤嚥(気管に入った場合)	41	0.1%
腹痛	3,183	9.0%	打撲	405	1.2%	動けない	119	0.3%	穿通性損傷	38	0.1%
めまい・ふらつき	1,406	4.0%	高血圧	382	1.1%	排尿時痛	108	0.3%	乳房痛	34	0.1%
吐き気・吐いた	1,133	3.2%	吐血・下血・血便	367	1.0%	ぜんそくの発作	101	0.3%	コンタクトレンズ関連	32	0.1%
頭痛	1,117	3.2%	口の中や歯の問題	360	1.0%	不眠	101	0.3%	食中毒	24	0.1%
息が苦しい	853	2.4%	足首から先の問題	327	0.9%	過換気	100	0.3%	胸やおなかをぶつけた・胸やおなかに刺さった	23	0.1%
熱中症	843	2.4%	便秘	293	0.8%	墜落・転落	97	0.3%	しゃっくり	19	0.1%
胸が痛い	831	2.4%	くびが痛い・肩が痛い	287	0.8%	胸焼け	91	0.3%	頸部・背部の外傷	16	0.0%
のどが痛い	808	2.3%	やけど	276	0.8%	失神	88	0.3%	外傷および熱傷の応急処置	15	0.0%
腰痛	645	1.8%	背中が痛い	265	0.8%	眼内異物	84	0.2%	鼻腔内異物	4	0.0%
手足・顔面のけが	638	1.8%	アレルギー	243	0.7%	「うつ」の訴え	79	0.2%	低体温	4	0.0%
足(太もものつけ根から足首)の問題	615	1.7%	尿が出にくい	239	0.7%	魚骨咽頭異物	76	0.2%	直腸内異物	2	0.0%
頭のけが	611	1.7%	薬をたくさん飲んだ・間違った薬を飲んだ	218	0.6%	創傷感染・外傷後の感染	71	0.2%	腔内異物	1	0.0%
咬まれた・刺された	608	1.7%	鼻のけが・鼻血	193	0.5%	呼吸がゼーゼーする	66	0.2%	しらみ	0	0.0%
しびれ(感覚異常)・麻痺	593	1.7%	尿の色の異常	183	0.5%	難聴	66	0.2%	その他	4,193	11.9%
下痢	518	1.5%	ろれつが回らない	168	0.5%	けいれん	60	0.2%	合計	35,175	100.0%
発疹	509	1.4%	不安・恐怖	159	0.5%	眼のけが	56	0.2%			
風邪をひいた	489	1.4%	腔からの出血	153	0.4%	何か液体を飲んだ	55	0.2%			
手や腕の問題	465	1.3%	何か固形物を飲み込んだ	152	0.4%	耳の外傷・耳の異物	53	0.2%			
動悸	441	1.3%	耳痛(耳漏)	148	0.4%	耳鳴り	52	0.1%			
眼科関連	435	1.2%	性器・泌尿器(男性)	141	0.4%	多尿・頻尿	43	0.1%			
裂傷	434	1.2%	かゆみ	137	0.4%	皮膚異物	43	0.1%			

地域別相談件数順位表 令和4年7月～令和4年9月

順位	市町村 コード名	市町村名	件数
1	100	さいたま市	7,619
2	203	川口市	4,252
3	201	川越市	1,892
4	222	越谷市	1,784
5	208	所沢市	1,519
6	214	春日部市	1,085
7	221	草加市	1,074
8	219	上尾市	1,037
9	224	戸田市	922
10	230	新座市	794
11	229	和光市	669
12	225	入間市	622
13	227	朝霞市	577
14	202	熊谷市	571
15	215	狭山市	562
16	237	三郷市	560
17	232	久喜市	456
18	235	富士見市	451
19	223	蕨市	382
20	245	ふじみ野市	374
21	217	鴻巣市	368
21	218	深谷市	368
23	228	志木市	344
24	231	桶川市	341
25	212	東松山市	338
26	234	八潮市	333
27	243	吉川市	325
28	239	坂戸市	289
29	238	蓮田市	280
30	210	加須市	276
31	233	北本市	268
32	209	飯能市	218
33	206	行田市	215
34	211	本庄市	205
35	241	鶴ヶ島市	204
36	246	白岡市	199
37	301	伊奈町	187
38	207	秩父市	183
39	240	幸手市	168
40	464	杉戸町	161
41	442	宮代町	155
42	242	日高市	147
43	216	羽生市	125
44	324	三芳町	111
45	465	松伏町	99
46	326	毛呂山町	92
46	346	川島町	92
48	341	滑川町	69
49	343	小川町	66
50	408	寄居町	60
51	385	上里町	56
52	347	吉見町	53
53	342	嵐山町	47
54	348	鳩山町	38
55	381	美里町	21
56	365	小鹿野町	20
56	383	神川町	20
58	327	越生町	18
58	349	ときがわ町	18
60	362	皆野町	14
61	361	横瀬町	13
62	369	東秩父村	8
63	363	長瀬町	5
	600	その他	883
	500	県外	473
		合計	35,175

さいたま市順位表 令和4年7月～令和4年9月

順位	市町村 コード名	区名	件数
1	104	さいたま市見沼区	1,186
2	108	さいたま市南区	992
3	107	さいたま市浦和区	931
4	102	さいたま市北区	907
5	103	さいたま市大宮区	741
6	109	さいたま市緑区	640
7	110	さいたま市岩槻区	590
8	106	さいたま市桜区	578
9	105	さいたま市中央区	541
10	101	さいたま市西区	513
		合計	7,619

登坂（薫） 常任

（埼玉県医師会が確認者である産業医委嘱契約書を交わしている）

# 産業医傷害保険制度のご案内

## （傷害総合保険）



保険契約者

一般社団法人埼玉県医師会

加入対象者

産業医委嘱契約書により産業医と  
委嘱契約を締結された事業場

保険期間

令和5年1月1日午後4時から  
令和6年1月1日午後4時までの1年間

申込締切日

令和4年12月16日（金）

お支払方法

同封の振込用紙でのお振込（一時払）

## 1. 産業医傷害保険制度の目的について

各事業場が産業医と委嘱契約を締結する際に取り交わす「産業医委嘱契約書」では、産業医が職務遂行中に受けた傷害事故について事業場が補償することが明記されています。

この事業場側の補償に伴う負担を軽減して、災害補償が確実かつ円滑に行われるよう、1998年1月より契約者を一般社団法人埼玉県医師会とする『産業医傷害保険制度（傷害総合保険）』が発足しました。

したがって、この保険は各事業場と産業医の委嘱契約を締結している医師が被保険者となります。

## 2. 保険金が支払われる場合

産業医が自宅を出て事業場で産業医として業務に従事し、自宅に帰るまでの間に急激かつ偶然な外来の事故によりケガをされた場合に保険金をお支払いします。

### (1) 死亡保険金

急激かつ偶然な外来の事故によりケガをされ、そのケガがもとで事故の発生の日からその日を含めて180日以内に死亡された場合に死亡・後遺障害保険金額の全額をお支払いします。

### (2) 後遺障害保険金

急激かつ偶然な外来の事故によりケガをされ、そのケガがもとで事故の発生の日からその日を含めて180日以内に後遺障害が生じたとき、その程度に応じて死亡・後遺障害保険金額の4%～100%をお支払いします。

### (3) 入院保険金

急激かつ偶然な外来の事故によりケガをされ、入院された場合、入院1日につき入院保険金日額をお支払いします（1,000日限度）。

### (4) 手術保険金

急激かつ偶然な外来の事故によりケガをされ、そのケガの治療のために病院または診療所において以下①または②のいずれかの手術を受けた場合、入院中に受けた手術は入院保険金日額の10倍、外来で受けた手術は入院保険金日額の5倍をお支払いします。ただし、1事故につき1回の手術にかぎりします。

- ① 公的医療保険制度における医科診療報酬点数表に、手術料の算定対象として  
列挙されている手術
- ② 先進医療に該当する手術

### (5) 通院保険金

急激かつ偶然な外来の事故によりケガをされ、そのケガについて医師の治療を受けた場合、事故の発生の日からその日を含めて1,000日以内の通院（往診を含みます。）の日数に対して、90日を限度として通院1日につき通院保険金日額をお支払いします。

- 死亡保険金、後遺障害保険金は合計して保険期間を通じて加入者証記載の保険金額が限度となります。

当制度の保険金の種類・保険金額は以下のとおりです。

※保険金のお支払方法など重要な項目は、「この保険のあらまし」以降に記載されていますので、必ずご参照ください。

支払われる保険金の種類	保 険 金 額
死亡・後遺障害保険金額	7,600万円
入院保険金(日額)	30,000円
通院保険金(日額)	20,000円
手術保険金	入院中の手術:30万円・外来の手術:15万円

### 3. 保険金が支払われない主な場合

- 保険契約者・被保険者・保険金を受け取るべき者の故意または重大な過失による事故
- 自殺行為、犯罪行為または闘争行為による事故
- 無資格運転・酒気を帯びた状態での運転または麻薬等により正常な運転ができないおそれがある状態での運転による事故
- 地震、噴火またはこれらによる津波
- 疾病・脳疾患・心神喪失などによる事故
- 戦争・暴動などによる事故(テロ行為を除きます。)
- 頸(けい)部症候群(いわゆる「むちうち症」)、腰痛等で医学的他覚所見のないものなど

### 4. 保険料

当制度のプランは年間活動予定日数に応じた、4プランとなります。保険料は以下のとおりです。

保険期間1年間 職種級別A級 就業中のみの危険補償特約セット  
団体割引10% 一時払

◆1事業場あたり1産業業医につき

年間活動予定日数15日以内	8,760円
年間活動予定日数30日以内	13,640円
年間活動予定日数60日以内	19,580円
年間活動予定日数90日以内	25,220円

- \* 活動予定日が90日を超えるものについては、本保険の対象とはなりませんので、別途お問い合わせください。
- \* 1産業医1口までとし、加入時の被保険者(産業医)の人数でご加入いただきます。
- \* 団体割引は、本団体契約の前年のご加入人数により決定しています。  
次年度以降、割引率が変わることがありますので、あらかじめご了承ください。

## 5. 保険期間

令和 5年 1月 1日 午後4時から 令和 6年 1月 1日 午後4時までの1年間

## 6. 募集要項

- |               |  |
|---------------|--|
| (1) 保険契約者     | 一般社団法人埼玉県医師会                             |
| (2) 加入対象者の範囲  | 産業医委嘱契約書により産業医と委嘱契約を締結された事業場             |
| (3) 被保険者の範囲   | 各事業場と委嘱契約を締結された産業医<br>(埼玉県医師会会員にかぎりませす。) |
| (4) お手続き方法    | 同封の加入依頼書に必要事項をご記入、ご捺印のうえ埼玉県医師会宛にご返送ください。 |
| (5) 保険料のお支払方法 | 同封の振込用紙で、保険料のお振込みをお願いします。<br>(一時払)       |

※お振込先

埼玉りそな銀行	さいたま営業部	普通	3632972	(社)埼玉県医師会
---------	---------	----	---------	-----------

- (6) 申込締切日

締 切 日 (必着・着金日) 令和4年12月16日 (金) <担当: 医事・福祉課>
--

※後日、加入者(事業場)宛に加入者証を送付させていただきます。発送は2月中旬頃の予定です。

## 7. 中途加入について

- (1) 中途からのご加入につきましては、毎月20日締切(加入依頼書必着・保険料着金)、翌月1日から令和6年1月1日午後4時までのご加入となります。
- (2) 中途加入の場合でも、産業医としての年間活動日数に応じた一時払保険料となります。

## 8. 中途解約について

- (1) 中途脱退につきましても随時受け付けております。  
※なお、脱退(解約)に際して、返れい金のお支払いはございません。

## 9. 中途変更について

- (1) 中途での産業医交替につきましても随時受け付けております。  
※ご加入窓口の埼玉県医師会医事・福祉課までご連絡ください。



ご加入に際して特にご確認いただきたい事項や、ご加入者にとって不利益になる事項等、特にご注意いただきたい事項を記載しています。ご加入になる前に必ずお読みいただきますようお願いいたします。

【加入者ご本人以外の被保険者(保険の対象となる方。以下同様とします。)にもこのパンフレットに記載した内容をお伝えください。

また、ご加入の際には、ご家族の方にもご契約内容をお知らせください。】

## この保険のあらまし(契約概要のご説明)

- 商品の仕組み：この商品は傷害総合保険普通保険約款に各種特約をセットしたものです。
- 保険契約者：一般社団法人埼玉県医師会
- 保険期間：令和5年1月1日午後4時から1年間  
\* 保険期間の途中でご加入する場合は随時受け付けております。  
中途加入の場合の保険期間は、毎月20日までの受付分は翌月1日(20日過ぎの受付分は翌々月1日)から令和6年1月1日午後4時までとなります。
- 申込締切日：令和4年12月16日(金) \* 中途加入の場合は毎月20日締切
- 引受条件(保険金額等)、保険料、保険料払込方法等：  
引受条件(保険金額等)、保険料は本パンフレットに記載しておりますので、ご確認ください。
- 加入対象者：産業医委嘱契約書により産業医と委嘱契約を締結された事業場
- 被保険者：各事業場と委嘱契約を締結された産業医(埼玉県医師会会員)
- お支払方法：令和4年12月16日(金)までに同封の振込用紙で、保険料のお振込をお願いします。(一時払)
- お手続き方法：下表のとおり必要書類にご記入のうえ、ご加入窓口の埼玉県医師会までご返送ください。

ご加入対象者	お手続き方法
新規加入者の皆さま	添付の加入依頼書に必要事項をご記入・ご捺印のうえ、ご提出いただきます。
既加入者の皆さま	添付の加入依頼書に必要事項をご記入・ご捺印のうえ、ご提出いただきます。 ※継続加入を行わない事業場さまにつきましては、提出不要です。

(注)ご契約の保険料を算出する際や保険金をお支払いする際の重要な項目である職種級別は、職種級別表をご確認ください。

- 中途加入：(1)中途からのご加入につきましても随時受け付けております。  
(2)毎月20日締切(加入依頼書必着・保険料着金)、  
翌月1日から令和6年1月1日午後4時までのご加入となります。  
(3)中途加入の場合でも、産業医としての年間活動日数に応じた一時払保険料となります。



●中途脱退：この保険から脱退(解約)される場合は、ご加入窓口の埼玉県医師会医事・福祉課までご連絡ください。  
脱退(解約)に際して、返れい金のお支払いはございませんのであらかじめご了承ください。

●団体割引は、本団体契約の前年のご加入人数により決定しています。  
次年度以降、割引率が変更となることがありますので、あらかじめご了承ください。  
また、団体のご加入人数が10名を下回った場合は、この団体契約は成立しませんのでご了承ください。

■満期返れい金・契約者配当金：  
この保険には、満期返れい金・契約者配当金はありません。

#### 補償の内容【 保険金をお支払いする主な場合とお支払いできない主な場合 】

被保険者が、日本国内または国外において、業務に従事中(その職業または職務に従事している間(通勤途上を含みます。))に、急激かつ偶然な外来の事故(以下「事故」といいます。))によりケガ(※)をされた場合に、保険金をお支払いします。

(※)身体外部から有毒ガスまたは有毒物質を偶然かつ一時に吸入、吸収した場合に急激に生ずる中毒症状を含みます。ただし、細菌性食中毒、ウイルス性食中毒は含みません。

(注)保険期間の開始時より前に発生した事故によるケガに対しては、保険金をお支払いできません。

#### 「急激かつ偶然な外来の事故」について

■「急激」とは、突発的に発生することであり、ケガの原因としての事故がゆるやかに発生するのではなく、原因となった事故から結果としてのケガまでの過程が直接的で時間的間隔のないことを意味します。

■「偶然」とは、「原因の発生が偶然である」「結果の発生が偶然である」「原因・結果とも偶然である」のいずれかに該当する予知されない出来事をいいます。

■「外来」とは、ケガの原因が被保険者の身体の外からの作用によることをいいます。

(注)靴ずれ、車酔い、熱中症、しもやけ等は、「急激かつ偶然な外来の事故」に該当しません。

## 補償の内容【 保険金をお支払いする主な場合とお支払いできない主な場合 】(続き)

保険金の種類		保険金をお支払いする主な場合	保険金をお支払いできない主な場合
傷害 (国内外補償)	死亡 保険金	<p>事故によりケガをされ、事故の発生の日からその日を含めて180日以内に死亡された場合、死亡・後遺障害保険金額の全額をお支払いします。ただし、すでに後遺障害保険金をお支払いしている場合は、その金額を差し引いてお支払いします。</p> <p style="text-align: center;">死亡保険金の額＝死亡・後遺障害保険金額の全額</p>	<p>①故意または重大な過失 ②自殺行為、犯罪行為または闘争行為 ③無資格運転、酒気を帯びた状態での運転または麻薬等により正常な運転ができないおそれがある状態での運転 ④脳疾患、疾病または心神喪失 ⑤妊娠、出産、早産または流産 ⑥外科的手術その他の医療処置 ⑦戦争、外国の武力行使、暴動(テロ行為<sup>(※1)</sup>を除きます。)、核燃料物質等によるもの ⑧地震、噴火またはこれらによる津波 ⑨頸(けい)部症候群(いわゆる「むちうち症」)、腰痛等で医学的他覚所見<sup>(※2)</sup>のないもの ⑩ピッケル等の登山用具を使用する山岳登はん、ロッククライミング(フリークライミングを含みます。)、登る壁の高さが5mを超えるボルダリング、航空機操縦(職務として操縦する場合を除きます。)、ハンググライダー搭乗等の危険な運動を行っている間の事故 ⑪自動車、原動機付自転車等による競技、競争、興行(これらに準ずるものおよび練習を含みます。))の間の事故</p> <p style="text-align: right;">など</p>
	後遺障害 保険金	<p>事故によりケガをされ、事故の発生の日からその日を含めて180日以内に後遺障害が生じた場合、その程度に応じて死亡・後遺障害保険金額の4%～100%をお支払いします。ただし、お支払いする後遺障害保険金の額は、保険期間を通じ、死亡・後遺障害保険金額を限度とします。</p> <p style="text-align: center;">後遺障害保険金の額＝死亡・後遺障害保険金額 × 後遺障害の程度に応じた割合(4%～100%)</p>	
	入院 保険金	<p>事故によりケガをされ、入院された場合、入院日数に対し1,000日を限度として、1日につき入院保険金日額をお支払いします。</p> <p style="text-align: center;">入院保険金の額＝入院保険金日額 × 入院日数(1,000日限度)</p>	
	手術 保険金	<p>事故によりケガをされ、そのケガの治療のために病院または診療所において、以下①または②のいずれかの手術を受けた場合、手術保険金をお支払いします。ただし、1事故につき1回の手術にかぎります。</p> <p>なお、1事故に基づくケガに対して、入院中および外来で手術を受けたときは、＜入院中に受けた手術の場合＞の手術保険金をお支払いします。</p> <p>①公的医療保険制度における医科診療報酬点数表に、手術料の算定対象として列挙されている手術<sup>(※1)</sup> ②先進医療に該当する手術<sup>(※2)</sup></p> <p style="text-align: center;">＜入院中に受けた手術の場合＞ 手術保険金の額＝入院保険金日額×10(倍) ＜外来で受けた手術の場合＞ 手術保険金の額＝入院保険金日額×5(倍)</p> <p>(※1)以下の手術は対象となりません。 創傷処理、皮膚切開術、デブリードマン、骨または関節の非観血的または徒手的な整復術・整復固定術および授動術、抜歯手術 (※2)先進医療に該当する手術は、治療を直接の目的としてメス等の器具を用いて患部または必要部位に切除、摘出等の処置を施すものにかぎります。</p>	
	通院 保険金	<p>事故によりケガをされ、通院された場合、事故の発生の日からその日を含めて1,000日以内の通院日数に対し、90日を限度として、1日につき通院保険金日額をお支払いします。ただし、入院保険金をお支払いするべき期間中の通院に対しては、通院保険金をお支払いしません。</p> <p style="text-align: center;">通院保険金の額＝通院保険金日額 × 通院日数(事故の発生の日から1,000日以内の90日限度)</p> <p>(注1)通院されない場合であっても、骨折、脱臼、靱帯損傷等のケガをされた部位(脊柱、肋骨、胸骨、長管骨等)を固定するために医師の指示によりギプス等(※)を常時装着したときはその日数について通院したものとみなします。 (※)ギプス、ギプスシーネ、ギプスシャーレ、シーネその他これらと同程度に固定することができるものをいい、胸部固定帯、胸骨固定帯、肋骨固定帯、軟性コルセット、サポーター等は含みません。 (注2)通院保険金の支払いを受けられる期間中に新たに他のケガをされた場合であっても、重複して通院保険金をお支払いしません。</p>	

- (※1)「テロ行為」とは、政治的・社会的もしくは宗教・思想的な主義・主張を有する団体・個人またはこれと連帯するものがその主義・主張に関して行う暴力的行為をいいます。
- (※2)「医学的他覚所見」とは、理学的検査、神経学的検査、臨床検査、画像検査等により認められる異常所見をいいます。

### 用語のご説明

用語	用語の定義
【先進医療】	病院等において行われる医療行為のうち、一定の施設基準を満たした病院等が厚生労働省への届出により行う高度な医療技術をいいます。対象となる先進医療の種類については、保険期間中に変更となることがあります。詳しくは厚生労働省ホームページをご覧ください。(https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/sensiniryu/kikan.html)
【治療】	医師が必要であると認め、医師が行う治療をいいます。ただし、被保険者が医師である場合は、被保険者以外の医師による治療をいいます。
【通院】	病院もしくは診療所に通い、または往診により、治療を受けることをいいます。ただし、治療を伴わない、薬剤、診断書、医療器具等の受領等のためのものは含みません。
【入院】	自宅等での治療が困難なため、病院または診療所に入り、常に医師の管理下において治療に専念することをいいます。

## 1. クーリングオフ

この保険は団体契約であり、クーリングオフの対象とはなりません。

## 2. ご加入時における注意事項（告知義務等）

- ご加入の際は、加入依頼書等の記載内容に間違いがないか十分ご確認ください。
- 加入依頼書等にご記入いただく内容は、損保ジャパンが公平な引受判断を行ううえで重要な事項となります。
- ご契約者または被保険者には、告知事項(※)について、事実を正確にご回答いただく義務(告知義務)があります。
- (※)「告知事項」とは、危険に関する重要な事項のうち、加入依頼書等の記載事項とすることによって損保ジャパンが告知を求めたものをいい、他の保険契約等に関する事項を含みます。  
＜告知事項＞この保険における告知事項は、次のとおりです。
  - ★被保険者の職業または職務
  - ★他の保険契約等(※)の加入状況
- (※)「他の保険契約等」とは、個人用傷害所得総合保険、傷害総合保険、普通傷害保険、家族傷害保険、交通事故傷害保険、ファミリー交通傷害保険、積立傷害保険等、この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。
- \* 口頭でお話し、または資料提示されただけでは、告知していただいたことにはなりません。
- \* 告知事項について、事実を記入されなかった場合または事実と異なることを記入された場合は、ご契約を解除することや、保険金をお支払いできないことがあります。
- 死亡保険金をお支払いする場合は、被保険者の法定相続人にお支払いします。  
死亡保険金受取人について特定の方を定める場合は、所定の方法により被保険者の同意の確認手続きが必要です。

## 3. ご加入後における留意事項（通知義務等）

- 加入依頼書等記載の職業または職務を変更された場合（新たに職業を就かれた場合または職業をやめられた場合を含みます。）は、ご契約者または被保険者には、遅滞なく取扱代理店または損保ジャパンまでご通知いただく義務(通知義務)があります。
- 変更前と変更後の職業または職務に対して適用される保険料に差額が生じる場合は、所定の計算により算出した額を返還または請求します。  
追加保険料のお支払いがなかった場合やご通知がなかった場合は、ご契約を解除することや、保険金を削減してお支払いすることがあります。
- この保険では、下欄記載の職業については、お引受けの対象外としています。このため、上記にかかわらず、職業または職務の変更が生じ、これらの職業に就かれた場合は、ご契約を解除しますので、あらかじめご了承ください。ご契約が解除になった場合、「保険金の支払事由」が発生しているときであっても、変更の事実が生じた後に発生した事故によるケガに対しては、保険金をお支払いできません。

プロボクサー、プロレスラー、ローラーゲーム選手(レフリーを含みます。)力士その他これらと同程度またはそれ以上の危険を有する職業

- 加入依頼書等記載の住所または通知先を変更された場合は、遅滞なく取扱代理店または損保ジャパンまでご通知ください。
- ご加入内容の変更を希望される場合は、あらかじめ取扱代理店または損保ジャパンまでご通知ください。また、ご加入内容の変更に伴い保険料が変更となる場合は、所定の計算により算出した額を返還または請求します。
- 団体から脱退される場合は、必ずご加入の窓口にお申し出ください。



＜被保険者による解除請求（被保険者離脱制度）について＞

被保険者は、この保険契約（その被保険者に係る部分にかぎります。）を解除することを求めることができます。

お手続き方法等につきましては、取扱代理店または損保ジャパンまでお問い合わせください。

- 保険金の請求状況や被保険者のご年齢等によっては、ご継続をお断りすることや、ご継続の際に補償内容を変更させていただくことがあります。あらかじめご了承ください。

＜重大事由による解除等＞

- 保険金を支払わせる目的でケガをさせた場合や保険契約者、被保険者または保険金受取人が暴力団関係者、その他の反社会的勢力に該当すると認められた場合などは、ご契約を解除することや、保険金をお支払いできないことがあります。

＜他の身体障害または疾病の影響＞

- すでに存在していたケガや後遺障害、病気の影響などにより、保険金をお支払いするケガの程度が重くなったときは、それらの影響がなかったものとして保険金をお支払いします。

## 4. 責任開始期

保険責任は保険期間初日の午後4時に始まります。

\* 中途加入の場合は、加入依頼書および保険料が毎月20日までに埼玉県医師会に到着したものは翌月1日（20日過ぎの受付分は翌々月1日）に保険責任が始まります。

## 5. 事故がおきた場合の取扱い

- 事故が発生した場合は、ただちに損保ジャパンまたは取扱代理店までご通知ください。  
事故の発生の日からその日を含めて30日以内にご通知がない場合は、保険金の全額または一部をお支払いできないことがあります。
- 保険金のご請求にあたっては、以下に掲げる書類のうち、損保ジャパンが求めるものを提出してください。

	必要となる書類	必要書類の例
①	保険金請求書および保険金請求権者が確認できる書類	保険金請求書、印鑑証明書、戸籍謄本、委任状、代理請求申請書、住民票 など
②	事故日時・事故原因および事故状況等が確認できる書類	傷害状況報告書、就業不能状況報告書、事故証明書、メーカーや修理業者等からの原因調査報告書 など
③	傷害の程度、保険の対象の価額、損害の額、損害の程度および損害の範囲、復旧の程度等が確認できる書類	①被保険者の身体の傷害または疾病に関する事故、他人の身体の障害に関する賠償事故の場合 死亡診断書(写)、死体検案書(写)、診断書、診療報酬明細書、入院通院申告書、治療費領収書、診察券(写)、運転免許証(写)、レントゲン(写)、所得を証明する書類、休業など ②他人の財物の損壊に関する賠償事故の場合 修理見積書、写真、領収書、図面(写)、被害品明細書、賃貸借契約書(写)、売上高等営業状況を示す帳簿(写) など
④	保険の対象であることが確認できる書類	売買契約書(写)、保証書 など
⑤	公の機関や関係先等への調査のために必要な書類	同意書 など
⑥	被保険者が損害賠償責任を負担することが確認できる書類	示談書(※)、判決書(写)、調停調書(写)、和解調書(写)、相手の方からの領収書、承諾書 など
⑦	損保ジャパンが支払うべき保険金の額を算出するための書類	他の保険契約等の保険金支払内容を記載した支払内訳書 など

(※) 保険金は、原則として被保険者から相手の方へ賠償金を支払った後にお支払いします。

(注1) 事故の内容またはケガの程度等に応じ、上記以外の書類もしくは証拠の提出または調査等にご協力いただくことがあります。

(注2) 被保険者に保険金を請求できない事情がある場合は、ご親族のうち損保ジャパン所定の条件を満たす方が、代理人として保険金を請求できることがあります。

- 上記の書類をご提出いただく等、所定の手続きが完了した日からその日を含めて30日以内に、損保ジャパンが保険金をお支払いするために必要な事項の確認を終え、保険金をお支払いします。  
ただし、特別な照会または調査等が不可欠な場合は、損保ジャパンは確認が必要な事項およびその確認を終えるべき時期を通知し、お支払いまでの期間を延長することがあります。  
詳しい内容につきましては、損保ジャパンまでお問い合わせください。

- ケガをされた場合等は、この保険以外の保険でお支払いの対象となる可能性があります。また、ご家族の方が加入している保険がお支払対象となる場合もあります。損保ジャパン・他社を問わず、ご加入の保険証券等をご確認ください。

## 6. 保険金をお支払いできない主な場合

本パンフレットの補償の内容【保険金をお支払いする主な場合とお支払いできない主な場合】をご確認ください。

## 7. 中途脱退と中途脱退時の返れい金等

この保険から脱退（解約）される場合は、ご加入の窓口にご連絡ください。

なお、脱退（解約）に際して、返れい金のお支払いはありません。

（注）ご加入後、被保険者が死亡された場合は、その事実が発生した時にその被保険者に係る部分についてご契約は効力を失います。また、死亡保険金をお支払いすべきケガによって被保険者が死亡された場合において、一括払でご契約のときは、その保険金が支払われるべき被保険者の保険料を返還しません。また、分割払でご契約のときは、死亡保険金をお支払いする前に、その保険金が支払われるべき被保険者の未払込分割保険料の全額を一時にお支払いいただきます。詳しい内容につきましては、取扱代理店または損保ジャパンまでお問い合わせください。

## 8. 保険会社破綻時の取扱い

引受保険会社が経営破綻した場合または引受保険会社の業務もしくは財産の状況に照らして事業の継続が困難となり、法令に定める手続きに基づきご契約条件の変更が行われた場合は、ご契約時にお約束した保険金・解約返れい金等のお支払いが一定期間凍結されたり、金額が削除されることがあります。

この保険は損害保険契約者保護機構の補償対象となりますので、引受保険会社が経営破綻した場合は、以下のとおり補償されます。

（1）保険期間が1年以内の場合は、保険金・解約返れい金等の8割まで（ただし、破綻時から3か月までに発生した事故による保険金は全額）が補償されます。

（2）保険期間が1年を超える場合は、保険金・解約返れい金等の9割（注）までが補償されます。

（注）保険期間が5年を超え、主務大臣が定める率より高い予定利率が適用されているご契約については、追加で引き下げとなる場合があります。

## 9. 個人情報の取扱いについて

○保険契約者（団体）は、本契約に関する個人情報を、損保ジャパンに提供します。

○損保ジャパンは、本契約に関する個人情報を、本契約の履行、損害保険等損保ジャパンの取り扱う商品・各種サービスの案内・提供、等を行うために取得・利用し、その他業務上必要とする範囲で、業務委託先、再保険会社、等（外国にある事業者を含みます。）に提供等を行う場合があります。また、契約の安定的な運用を図るために、加入者および被保険者の保険金請求情報等を契約者に対して提供することがあります。なお、保健医療等のセンシティブ情報（要配慮個人情報を含みます。）の利用目的は、法令等に従い、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。

個人情報の取扱いに関する詳細（国外在住者の個人情報を含みます。）については損保ジャパン公式ウェブサイト（<https://www.sompo-japan.co.jp/>）をご覧ください。取扱代理店または損保ジャパンまでお問い合わせ願います。

申込人（加入者）および被保険者は、これらの個人情報の取扱いに同意のうえ、ご加入ください。

### 【ご加入内容確認事項】

本確認事項は、万一の事故の際にお客さまに安心して保険をご利用いただくために、ご加入いただく保険商品がお客さまのご意向に沿っていること、ご加入いただくうえで特に重要な事項を正しくご記入いただいていること等をお客さまご自身に確認していただくためのものです。

お手数ですが、以下の事項について、再度ご確認ください。

なお、ご確認にあたりご不明な点がございましたら、パンフレットに記載の問い合わせ先までご連絡ください。

#### 1. 保険商品の次の補償内容等が、お客さまのご意向に沿っているかをご確認ください。

- ☐ 補償の内容(保険金の種類)、セットされる特約
- ☐ 保険金額
- ☐ 保険期間
- ☐ 保険料、保険料払込方法
- ☐ 満期返れい金・契約者配当金がないこと

#### 2. ご加入いただく内容に誤りがないかをご確認ください。

以下の項目は、保険料を正しく算出したり、保険金を適切にお支払いしたりする際に必要な項目です。内容をよくご確認ください(告知事項について、正しく告知されているかをご確認ください。)

- ☐ 被保険者の「生年月日」(または「満年齢」)、「性別」は正しいですか。
- ☐ パンフレットに記載の「他の保険契約等」について、正しく告知されているかをご確認いただきましたか。
- ☐ 職種級別はご加入いただくご契約において保険料を正しく算出したり、保険金を適切にお支払いしたりする際に必要な項目です。被保険者ご本人の「職種級別」は正しいですか。

職種級別	職業・職種
A級	下記以外
B級	木・竹・草・つる製品製造業者、漁業業者、建設業者(高所作業の有無を問いません。)、採鉱・採石業者、自動車運転者(バス・タクシー運転者、貨物自動車運転者等を含むすべての自動車運転者)、農林業業者
※1 オートテスター、オートバイ競争選手、自転車競争選手、自動車競争選手、猛獣取扱者(動物園の飼育係を含みます。)、モーターボート競争選手の方等は上表の分類と保険料が異なります。	
※2 プロボクサー、プロレスラー、力士、ローラーゲーム選手(レフリーを含みます。))の方等についてはお引き受けできません。	

#### 3. お客さまにとって重要な事項(契約概要・注意喚起情報の記載事項)をご確認いただきましたか。

- ☐ 特に「注意喚起情報」には、「保険金をお支払いできない主な場合」等お客さまにとって不利益となる情報や、「告知義務・通知義務」が記載されていますので必ずご確認ください。

## 問い合わせ先（保険会社等の相談・苦情・連絡窓口）

- 取扱代理店 有限会社埼玉メディカル  
〒330-0062 さいたま市浦和区仲町3-5-1  
TEL 048-823-9230 : FAX 048-822-8515  
(受付時間 : 平日の午前9時から午後5時まで)
- 引受保険会社 損害保険ジャパン株式会社 埼玉中央支店法人支社  
〒330-0854 さいたま市大宮区桜木町4-82-1  
TEL 048-648-6010 : FAX 048-648-6011  
(受付時間 : 平日の午前9時から午後5時まで)
- 団体窓口 一般社団法人埼玉県医師会 医事・福祉課  
(書類送付先) 〒330-0062 さいたま市浦和区仲町3-5-1  
TEL 048-824-2611 : FAX 048-822-8515  
(受付時間 : 平日の午前9時から午後5時まで)
- 指定紛争解決機関  
損保ジャパンは、保険業法に基づく金融庁長官の指定を受けた指定紛争解決機関である一般社団法人日本損害保険協会と手続実施基本契約を締結しています。  
損保ジャパンとの間で問題を解決できない場合は、一般社団法人日本損害保険協会に解決の申し立てを行うことができます。  
一般社団法人日本損害保険協会 そんぽADRセンター  
【ナビダイヤル】0570-022808<通話料有料>  
受付時間：平日の午前9時15分から午後5時まで（土・日・祝日・年末年始は休業）  
詳しくは、一般社団法人日本損害保険協会のホームページをご覧ください。（<https://www.sonpo.or.jp/>）
- 事故が起こった場合は、ただちに損保ジャパン、取扱代理店または下記事故サポートセンターまでご連絡ください。  
【事故サポートセンター】0120-727-110（受付時間：24時間365日）

- 取扱代理店は引受保険会社との委託契約に基づき、お客さまからの告知の受領、保険契約の締結・管理業務等の代理業務を行っております。したがって、取扱代理店とご締結いただいて有効に成立したご契約につきましては、引受保険会社と直接契約されたものになります。
- このパンフレットは概要を説明したものです。詳細につきましては、ご契約者である団体の代表者の方にお渡ししております約款等に記載しています。  
必要に応じて、団体までご請求いただくか、損保ジャパン公式ウェブサイト(<https://www.sompo-japan.co.jp/>)でご参照ください（ご契約内容が異なっていたり、公式ウェブサイトに約款・ご契約のしおりを掲載していない商品もあります。）。  
ご不明点等がある場合には、取扱代理店または損保ジャパンまでお問い合わせください。
- 加入者証は大切に保管してください。また、3か月を経過しても加入者証が届かない場合は、損保ジャパンまでご照会ください。

松山常任

竹並理事

## 令和4年度 女性医師懇談会

1. 日時 令和4年10月22日（土）午後3時～
2. 場所 ロイヤルパインズホテル浦和  
4F ロイヤルプリンセスA  
さいたま市浦和区仲町 2-5-1

司会進行 埼玉県医師会常任理事 松山 眞記子

開 会

挨拶 埼玉県医師会 会 長 金井 忠男

発 表

前 所沢市医師会 会 長 京谷 圭子

研修医 松本 愛子

— 討 論 —

活動報告 日本女医会埼玉支部より

日本女医会埼玉支部 支部長 竹並 麗

閉 会 埼玉県医師会 副会長 水谷 元雄

※ 終了後懇親会（会場：4F ロイヤルプリンセスC）  
（午後4時頃開始予定）



## 令和4年度関東甲信越医師会連合会

### 介護保険・地域包括ケア部会

日 時 令和4年9月11日(日)

10:00～12:30

開催方法 WEB

司 会 東京都医師会理事 土谷 明男

#### 1 開 会

- 2 挨拶 東京都医師会副会長 平川 博之  
日本医師会常任理事 釜 范 敏 様

座 長 東京都医師会理事 西田 伸一

#### 3 協 議（集中検討テーマ）

- 1) 地域共生社会における医師会の役割について
- 2) 高齢者施設等における医療支援の更なる強化について  
（新型コロナウイルス感染症のクラスター発生対策）
- 3) かかりつけ医と地域包括ケアシステムについて

#### 4 その他

- 5 総 括 日本医師会常任理事 釜 范 敏 様

#### 6 閉 会



## 令和４年度 関東甲信越医師会連合会介護保険・地域包括ケア部会

日時：令和４年９月１１日（日）１０：００～１２：３０

会場：京王プラザホテル東京（Web）

### １．開 会

### ２．挨 拶

### ３．協 議

#### 検討テーマ１：地域共生社会における医師会の役割について【長野県、栃木県、東京都】

○提案：長野県―地域共生社会実現のための社会福祉法の一部を改正する法律（令和２年６月１２日）において「当該措置の推進に当たっては、保健医療、労働、教育、住まい及び地域再生に関する施策その他の関連施策との連携に配慮するよう努めなければならない」と明記され、「重層的支援体制整備事業」の対象として介護保険法、障害者総合支援法、こども・子育て支援法、生活困窮者自立支援法の対象事業が上げられている。今後「地域共生社会」を構築するために、高齢者を主な対象とした介護保険法を中心に培われた地域包括ケアシステムの知見と人材を障害児者支援、子ども支援、精神障害の支援などに拡大していくことが求められ、自助共助の必要性も明確に打ち出された。今後、地域福祉と地域医療のさらなる連携強化が求められている。栃木県医師会からは、地域共生社会の中身は医療色が薄く、福祉色が強いと指摘があった。東京都医師会からは、知的障害者に対する特定健診やがん検診、AYA世代の末期がん患者の生活支援、医療的ケア児への対応、成人医療への移行の支援、地域包括支援センター、地域生活支援センターや相談支援専門員の配置についてなど、具体的な検討事項が提示された。地域共生社会への具体的取組は、区市町単位で行われ、地区医師会の関わり方、地区医師会を支援する都県医師会としての取り組み、関わり方を検討いただきたい。市などは、法律ごとの縦割りで、社会福祉審議会の障害者部会などで議論しているが、縦割りから抜け出せず、暗中模索の状態である。地区医師会及び都県医師会として、地域共生社会における医師会の役割について、意見を伺いたい。

○提案：栃木県―多岐にわたるのが地域共生社会である。栃木県においても、行政は縦割りで横串を刺して一つの考え方だが、思うようには進んでいない。問題点を抽出し、それに対して都県医師会としてどのように対応するのか、またそれを各郡市医師会にどのように指示や協力をしていくのかを考え、地域の実情に合った地域共生社会をつくっていくことは難しい。本部会で、方向性を見出し、都県医師会における方向性があればと考え、提案した。

○回答：埼玉県（鹿嶋常任）―埼玉県では７つの市町村が、昨年１１月時点で実施予定自治体となっている。当面の課題は、強化実施事業として自治体内に包括的相談支援事業を開始することで、アウトリーチ等を通じた継続的支援事業等を行う。相談支援のために、福祉政策課関係部署内にトータルサポート室あるいは福祉総合支援窓口を新たに設置し、保健医療と若年者支援・生活困窮者相談・多機関共同事業、医療・多文化共生を推進することとしている。地域共生社会は、縦割りだけではできない問題が多数含まれており、どのように横串を刺して、うまく有機的に進めていくかが一番大切なことである。

○回答：茨城県―大本は厚生労働省の縦割りである。地域包括ケアシステムは老健局から始まり、当初は「地域包括ケアシステム」という言葉を老健局以外使わなかったが、診療報酬上、医療と介護は連携となり、保健局も「地域包括ケアシステム」と言ったものの、医政局は在宅医療等、社会部局は福祉の分野で、独自の事業として、地域共生社会を打ち出し推進した。検討する際も医師会を入れずに、福祉関係者だけで検討した。地域共生社会は、２０４０年を目指したゴール・目標であるのに対し、地域包括ケアシステムは、そのための手段であり、地域包括ケアシステムが高齢者を対象とした当初のものから、障害者や子供を含めた全世代全対象型の地域包括ケアとして、事実上地域共生社会と一体となり、２０４０年に向けて推進していくと整理された。医療がない部局がつくったから医療色は薄い。茨城県では、現在でも高齢化率３８％で２０４０年の日本の姿であるから、すでに、医療、介護だけではなく、福祉まで入らないと支えられない。そうすると、自然と地域共生社会の方向に行くのである。地域共生社会において、医療的な役割の一つは、高機能の急性期の大病院の計画的な整備による集約化と、二つ目は地域包括ケアを支える地域密着型の中小病院の整備。三つ目はかかりつけ医機能のさらなる充実。この三つが医療的にできることである。縦割りの行政をつないでいくことが必要であり、強力な仲間意

識を持った昔のよき村社会みたいな形で、貧困や体の障害を持つ子供、全ての人たちが幸せな社会の一員として過ごせる社会を求めていくことを考えたとき、軽度認知障害などの人も社会の中で働ける場所を見つけて、行政、医療、介護従事者らが支援し、適切な地域共生社会をつくっていかねばと考える。

**○回答：栃木県**—医師会の役割として、実際に地域共生社会の対象となる方は、社会的な弱者で、病気になることも多く、最初に気づくのが、かかりつけ医師である。しかし、医師は、病気は診られるが支援するすべを知らない。医師会の役割として、相談窓口でシステムの連絡方法や社会支援のルールなどの周知することが重要な役割ではないかと考える。

**○回答：山梨県**—各都道府県には、地域リハビリテーション支援体制のネットワークがあると思うが、リハビリテーションの専門職は、医師の指示の下で動いており、単に高齢者だけではなく、障害の方や福祉に関わる方、全てに関わるのがリハビリテーション職である。医師会が積極的に地域リハビリテーション支援ネットワークに関わることで、高齢者支援だけでなく、障害者支援、知的障害者支援、精神障害者支援、それぞれに関わることが可能になる。リハビリテーションのネットワークをうまく使うことが地域共生社会に向けて、大きな役割を果たしていくものと考ええる。

**○回答：茨城県**—地域リハビリテーションの支援体制は、地域包括ケアシステムと考え方が同じである。地域包括ケアシステムの構築と同時に地域リハの推進体制を整備していくと、非常に進みやすいと思われる。医療だけの知識では、超高齢社会は不十分で、介護や福祉の介入が必須である。そのため、地域一体となって進めれば、地域包括ケアシステムと地域リハ支援体制が非常に有効ではないかと思われる。行政の縦割りを医師会が横串を刺す役割も必要となる。福祉だけで解決できる問題ばかりではないと思われ、プラットホームをつくり多職種が入ることを、行政が第一義、医師会がパートナーとなって仕組みをつくる取り組みをしつつある状況である。

**○質問：千葉県**—市町村だと地域包括推進室はできているが、そこ以外に介護や福祉が入った横串をする協議会が各市町村でできているか。それについて医師会が参画しているか。また、県レベルで同じものがあるか。医師会がそのメンバーとして入ることが非常に重要であると考えている。埼玉県は、七つの自治体が、どのように話が進んだのか伺いたい。また、医師が窓口になり、地域につなげるということは重要で、地域共生社会で続けることが重要であると感じた。

**○回答：埼玉県（鹿嶋常任）**—本会では、県と協力して、各郡市医師会に地域包括支援センターを設けて、地域包括ケアシステムの運用している。行政サイドとどう結びつくのが問題である。縦割りに横串をどう刺していくか。それは各市町村レベルでやらないと、障害者なり高齢者なり、最初に接するのは私たち医師であり、そこから始まり広がっていくのが現状である。地域共生社会は、地域包括ケアシステムの進化形で、高齢者福祉、障害者、子供、それから困窮者。例えば医療的ケア児の問題も、協議会を設け、各都道府県で医療的ケア児支援センターが設置されることになり、その協議会が開かれ、行政サイドがまとめている状況である。行政は一朝一夕に横串に変われる問題ではないので、地道にやるしかなく、各先生方の意見や患者の声を行政に投げかけるのが県医師会としての役割と考える。

**○意見：新潟県**—医療と介護に横串を刺すといった話だが、本県では、在宅医療推進センターを共同利用施設として県内の郡市医師会全てに設置している。職員構成は、約10%に社会福祉士が含まれ、福祉まで広く話ができる体制にしている。在宅医療推進センターは、設置自体は新潟県保健医療計画に基づく設置であり、そこに新潟県高齢者保健福祉計画、高齢福祉保健課からの事業委託を受け、この縦割りを何とか打破するため設置され、さらに充実させることで新潟県は対応していきたいと考えている。

**○意見：長野県**—地域包括ケアで培ったものをさらに広げていくという考えを各医師会から伺い、大変力強い。横串の問題、それから社会福祉協議会の中で、どう医師が入るか、非常に重要である。地域ケア会議の個別ケア会議などは、医師会や歯科医師会が参加するよう明記されていたが、今回の重層的支援体制の支援会議的なものは、あまり明確でない。社会福祉審議会は、県単位のものが多いが、松本市は、昨年中核市になったので、独自の社会福祉審議会があり、高齢福祉、障害福祉など幾つも分科会があり、医師会から県単位、中核市以上の自治体の審議会に、医師会が参加しなければならないと考える。

**○意見：茨城県**—在宅医療連携拠点は、平成23年度の医政局のモデル事業から始まり、つなぎ手とし

て平成27年度から介護保険の地域新事業になった。茨城県では、介護保険の事業となっていて、6割が地域包括支援センターに委託、3分の1が特養等となっていて機能していない。機能する医師会が拠点を担い、在宅医療・介護の連携の基本となり、取り組むことがいいのではないかと考える。

地域医療の包括センターにおける横串対応について、日立市の市民のほとんどは、地域包括センターの相談窓口に行っている現状がある。地域包括センターが窓口になり、地域ケア会議、医療ケアをしている。地域ケア会議で、医師、弁護士、あるいは各種福祉の方、多職種の15人、20人という会議が定期的に行われ進化し、最終的にはその医療会議に医師会が出られるよう働きかけをし、医師会員、特にかかりつけ医の負担についてボトムアップを図れるのではないかと考える。

## 検討テーマ2：高齢者施設等における医療支援の更なる強化について

### （新型コロナウイルス感染症のクラスター発生対策）【茨城県、神奈川県】

**○提案：神奈川県**—高齢者施設の新型コロナウイルス感染症のクラスター対応は、新しい波が来れば来るほど顕在化している。第6波において非常に問題となり、国からの令和4年3月2日の事務連絡でも、「オミクロンの特性を踏まえた保健・医療支援の更なる強化等の考え方」が示され、また日本医師会からも「高齢者施設等における医療支援の更なる強化等」の考え方が示された。実際、高齢者施設といっても、様々なカテゴリーがあり、どのような形で医療に関わるかということは地域によって異なる。これは大きな課題であり、都道府県や都道府県医師会がどこまで関わっていくのか、また、実際にどこまで関わったのか、各都県医師会の取組についてご紹介いただければと思い、提案した。

**○回答：茨城県**—高齢者施設において、新型コロナウイルスのクラスターが度々発生しており、当県の一部では、早期発見と早期対応のため、全ての入所施設の職員の抗原検査とPCR検査を早急に実施して、陽性者に対しては直ちに治療を開始しているが、医師が常駐していないところが問題で、サ高住やグループホーム、特別養護老人ホーム、有料老人ホームでは、検査の確定診断や治療介入のためのノウハウを蓄積した医師を招聘することができず、手後れになっているところも見受けられる。老健協会に入っている施設でクラスターが発生した際、茨城県と社会福祉協議会、茨城県老人福祉施設協会、茨城県介護老人保健施設協会の4団体で協定を結び、クラスターが発生した施設の求めに応じて、看護師及び介護士を派遣する事業を実施している。老健協会で70名、老健協会でも67名をリストアップしていたが、8月の7波の時は、多くの施設でクラスターが発生し、濃厚接触者で休んでいる人も多数おり、協力できないところも多かったが、何とか乗り切った。大事なことは、お互いに顔の見える関係であることが大事で、茨城県では老健大会を年1回開催し、そこで看護師、医師、介護士の顔の見える関係を作っている。平時の段階で協定を結んでおくことが大事であると感じた。

**○回答：栃木県**—看護協会が派遣するといっても、ピーク時になると派遣ができないというのが現状。実際、派遣は難しく金銭的な支援が大事と感じた。高齢者施設については、金銭的なバックアップをお願いしたい。

**○回答：新潟県**—本県も、高齢者施設でクラスターが発生すると、当初は入院する体制で考えていたが、医療調整本部の中に患者受入調整センターに、DMATの先生方や専門領域の連絡係が、受入先の調整を行う形を取っていた。新潟県も医療機関にDMATはたくさんあり、県と県医師会がDMATの総括として全て把握し、入院が必要な場合、DMATの方がクラスター発生時に施設に赴いて、搬送等を担う体制で乗り切った。第6波・7波での、高齢者施設クラスター発生時は、CHAIN（新潟医療関連感染制御コンソーシアム）の認定看護師等が赴き、クラスターを小さく抑えるようゾーニングや感染管理の対策等を行った。往診担当医の整備は、県と県医師会で医師を募り、医師が常駐していない施設は、何かあったときに往診してくれる医師会の先生方を調整している段階である。県医師会から郡市医師会に調整のレベルが進み、新潟市では手挙げ式で40名、長岡市医師会では数十名という。どのエリアまで往診できるか、どのレベルなら往診できるかといったアンケートも含めて調整しており、郡市医師会と県庁で調整している。CHAINはコロナが発生に改めて組織したのではなく、もともとあった組織で、そこに加入している医師、看護師などに協力を依頼して、全県の施設へ赴いている。したがって、新型コロナが収束した後にも、このCHAIN自体は継続される。

**○回答：千葉県**—施設での介護者のクラスター時、人材不足になったことは、当県でも問題になっている。当初、船橋の障害者施設で第1波か第2波ぐらいで、DMATが施設に入ったが、実際必要だった

のは介護者の人員支援だった。千葉県では、老健や施設に対して、DMATのような介護の応援部隊を組織して、高齢者施設への応援職員派遣という形で募集をしている。事前の登録が134名で、施設の介護職員の不足に対して手伝いに行く。施設側と居宅にも行っている。

**○回答：群馬県**一本会でもほぼ同様に近い取り組みをしている。介護士などが施設に行って手伝うのは簡単ではない。医師には、本会で2年前から研修会を開催しているが、簡単にはいかないというのが現状。本会は感染対策連絡協議会があり、クラスター対策は、県内で2～3名の医師で年間約200件行っている。第7波になって感染拡大が速く、保健所が把握できず、感染対策の依頼が遅れ、大きなクラスターになるという現状がある。基本的には、クラスターになる前の感染対策が重要で、各高齢者施設等に研修会を行ったが、生かされることはないと考える。感染対策連絡協議会も、クラスター対策のためにつくった体制だが10年前からある体制なので、今後も生かしていけると考える。

**○質問：山梨県**医師会の役割というところで、十分機能しているところと、そうでないところがある。本県では、県のDMATのような組織が高齢者施設を支援し、求めに応じて、医師会、郡市医師会に声がかかり、医師を派遣するシステムになっているが、実働はほぼ無く、医師会の関わりが十分でなかった。これから、感染症法上の扱いも変わってくると、県や保健所がこれまでどおりやるのが難しくなってくると、医師会、郡市医師会の役割が大きくなっていく。今一度、全体の流れ、医師会の役割についてご意見を伺いたい。

**○回答：茨城県**一本県でもクラスター対策班があり、ゾーニングなどを行う。しかし、さっと来てさっと帰ってしまい、ずっと居てくれるわけではない。恒常的な支援は、遠くから求めても難しい。次の介護報酬は診療報酬と同時改定なので、介護施設にも一定の感染対策のようなものを義務づけて、地域の医療機関と連携するような仕組みをつくらないと、日頃から関係がないところに、急に来てくれと言われても責任が持てないと思う。参考に、看護師は1日当たり1万9,000円、介護士は1万5,000円が県から出ており、応援の職員の宿泊費や検査料は、社協で負担する契約となっている。

**○回答：神奈川県**コロナになって、介護施設に対し医療機能を強化しろというのは、医療ができないから介護施設なわけで、そこに医療を充実させるというのは、とても手が足りない話である。介護施設クラスターに応援チームが来て、ゾーニングと言われても対応できない。必要なのは人手であって、千葉県のように実際に困ったときに人が来るというほうがいい。今回コロナで顕在化したことは、施設の方が入院して急性期のベッドが埋められ、ベッドが十日経っても空かないことが、病院を逼迫させている最大の原因と思われ、施設を認めるとき、医療機関との連携をきちんと説明していくことを医師会から行政に発信していくことが必要。

**○回答：東京都**東京都は、全国で最も陽性者が多く、また、高齢者数や老人施設数も多いことから、感染当初から都と密接に連携してきた。都でも、各県と同様の対応を行っており、1) 高齢者施設への往診体制の強化、2) 往診による中和抗体薬療法の促進事業、3) 高齢者施設等へのワクチン接種促進事業、ワクチンバスを使った接種の実施、4) 高齢者施設への酸素濃縮器貸与の事業、5) 高齢者施設等への医療チーム派遣支援事業、6) 高齢者施設等医療支援事業といった、施設の医師等が診療を実施した場合に協力金を支給、7) 高齢者施設等の感染制御・業務支援体制強化、これは、老健や特養等の団体に派遣事業を行ったが、実際は厳しい状況で、都は人材派遣会社と契約して、応援職員派遣を行った施設に対し謝金を支払うという体制を構築した。看護職は集まったが、介護職は厳しかったと伺っている。また、入院している間にADLや認知機能が落ち、より悪化した例があり、都は医師会と協力して、高齢者の医療支援型施設を都内3か所に設置した。第7波では、医療機関がいっぱいだったため、本来の軽症陽性者が入るのではなく、入院待ちの待機所になってしまい、当初の目的とは違った。また、定期的なPCR検査の実施は大きな効果があった。入所時に抗原検査を加えて実施すると、一定程度、感染者を入れない仕組みとしてうまくいった。また、中和抗体測定をすると、高齢者の場合10%ぐらい、反応が出ない方がいる。定期的に測ることにより、感染弱者になりやすい方などが見えてきた。これまでは、感染した職員は、職場に復帰したら感染の最前線に従事してもらっていたが、感染したものの抗体価は、それ程高くない方が結構いた。中和抗体価については、岡山大学がどれぐらいの値があれば重症化しない、あるいは感染しないということを出していて、大体3,000ぐらいということで、その辺を目安に入所者にも、あらかじめ抗体価を測りながら、重症化予防として対応した。特養、老健などの施設側としても、予防する手段として抗原検査やPCR検査だけでなく、抗体検査を組み合わせ

いくことも有効で、厚労省にも申入れをしている。

### 検討テーマ3：かかりつけ医と地域包括ケアシステムについて【新潟県】

**○提案：新潟県**—2022年4月に、日本医師会から、「国民の信頼に応えるかかりつけ医として」と題して、日本医師会の考えるかかりつけ医像が提示されている。そこには、在宅医療や、24時間365日、安心して相談、受診いただけるような休日夜間急患センターの業務分担等、今後の地域共生社会の構築につながるようなことに、医師として参画するといった内容が明記されている。一方、内閣府からは、経済財政運営と改革の基本方針、いわゆる、骨太2022において、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」と明記された。日本医師会においては、以前からかかりつけ医に関して議論されており、2013年8月8日、日本医師会・四病協の合同提案において、高齢化社会の進展などによって、在宅医療を中心にかかりつけ医の重要性がますます高まっていくことが期待されている。さらに、日本医師会では、以前より、地域包括ケアの構築にはかかりつけ医の存在が不可欠であるという発言がなされてきている。しかし、現在財務省は、かかりつけ医制度化を目指しており、日本医師会や日本中の医師がこれまでの医療の歴史のなかで積み上げてきた、現存するかかりつけ医の存在がないがしろにされる可能性がある。地域包括ケアにおけるかかりつけ医の役割とその機能は、既に地域で活動している医師に備わっていると考えており、新型コロナウイルス感染症と短絡的に結びつけ、かかりつけ医機能が発揮されなかったとされるのは筋違いである。かかりつけ医の制度化については、今後、議論が活発化するものと思われるが、日医かかりつけ医機能研修制度をもつ医師会が、制度化を阻止、もしくは逆に医師会がリードするような方策が取れると考えている。各医師会の意見を是非伺いたい。

**○回答：茨城県**—2013年の日医・四病協合同提言では、かかりつけ医機能の充実強化が必要と提言。2016年度からの日医かかりつけ医機能研修制度につながり、総合診療医とかかりつけ医の関係をどうするか、我々自身が、かかりつけ医機能を、強化、充実することによって対応することを宣言して実行した。10年程経過し、先に進む時期に来ていると感じる。制度化と言われるが、今あるものをできるだけ生かしながら、かかりつけ医機能をさらに充実、強化していくことが必要である。日医かかりつけ医機能研修制度は、今後、修了者を明確にし、かかりつけ医機能が要件化されたうえで、自身が対応可能な項目を公表し、患者が選択するところまでは進める必要があると考える。そのうえで効果検証を行い、その先を検討する時期に来ている。

**○回答：神奈川県**—今後は、地域の中で、かかりつけ医ではない多数の発熱患者をどうするかといった視点など、地域の医師会として考え、地域医療を守るという視点も必要である。また、コロナ禍では、かかりつけではない患者に対してどのように対応していくかが課題になった。我々がどこまで検討し、会員の先生方を説得していくか考えていく必要がある。

**○回答：新潟県**—第8次医療計画等に関する検討会の資料の中で、機能強化加算についての言及があり、いわゆる、かかりつけ医機能といわれるものが、内包化されているように感じている。この機能強化加算は、単に診療報酬として捉えるのではなく、医師の社会的な活動への参画について明文化されたものと考えており、かかりつけ医機能、もしくはかかりつけ医像を表しているのではないかと考える。

**○回答：栃木県**—かかりつけ医機能制度研修会を受講していると、高齢化社会において、自身の専門外分野の中で、いかに適切な医療機関を紹介できるかがポイントである。地域医療システムの中で、そういった情報を紹介できるような仕組みを、構築できれば良いと考えている。今後、個々の開業医が、自分が診られる範囲、診られない範囲、診られない範囲に関しては紹介できる範囲をはっきりと認識し、地域の中で共有することが重要である。

**○質問：東京都**—いかに地域資源を把握し、社会的処方につなげられるかが、かかりつけ医の役割として非常に重要なところである。そもそもの話になるが、かかりつけ医とは、例えば、内科的疾患を持っておらず、眼科にしか通っていない患者にとっては、その眼科医が何でも相談できる、長年の信頼関係の下に構築されているかかりつけ医となる。これは、言わば、日本の医療文化を表している。我々が議論すべきは、この社会背景を基盤として、継続性、アクセシビリティ、総合性を包括した医療の推進である。それが同時に語られてしまっているためにハードルとなり、議論を遅らせていると感じているが、先生方はいかがか。

**○回答：茨城県**—日本は診療科を問わない。どの診療科の医師でも、かかりつけ医といえるし、研修を受講しなくても良い状況がある。ただし、2016年度に日医かかりつけ医機能研修制度を開始した際は、日医調査によると、内科医と外科医の5割弱が、既に受講予定、今後受講希望と回答。泌尿器科などの先生は2割前後であった。将来は、かかりつけ医機能を中心に診る医師と、専門機能を診る医師に分かれてくるのではと考える。新型コロナウイルス感染症への対応に関する調査を本県で実施し、内科医・外科医・小児科医の9割前後が何らかの対応をしていると回答があったが、産婦人科医、眼科医、精神科医に関しては対応しているとの回答が少なく、はっきり差が出ている。かかりつけ医について診療科は問わないとしても、どのような機能を発揮できる医師なのかを明確にしたうえで、それを公表し、患者側が選ぶ目安にしてもらうところまで進めていく必要があると考える。

**○意見：東京都**—今ある日医かかりつけ医機能研修制度をさらにバージョンアップして、実効性があり、登録医師の活動性が見える化できるような仕組みが必要になる。

**○意見：千葉県**—現在、患者側からのかかりつけ医と、開業医側からのかかりつけ医で認識にミスマッチングが起こっている。患者と医師の双方が、かかりつけ医に関する情報を把握できるようにしないと、住民から不満が出てくる可能性がある。また、地域医療構想で出ていた、外来機能の報告制度の、重点機能報告、専門、紹介状が多い重点機能、外来のところが、重点機能という形に変わっているので、場合によっては、専門医とかかりつけ医を区分する一つになるのではないかと感じているので、併せて考えていくべきである。

**○質問：山梨県**—地域共生社会との兼ね合いもあるが、地域共生社会における医師会の役割は、医療と病病連携、病診連携だけでなく、医療介護連携、多職種連携が必要な機能である。コロナ対策においては、コロナの疾患など、様々な疾患を幅広く薄く診られる機能も求められている中で、病病連携と多職種連携と多くの疾患の3つが整理されてきていると感じた。日医の制度下においても柱を立ててかかりつけ医の体制を構築することが必要である。また、かかりつけ医機能と、かかりつけ医の制度化について、かかりつけ医を制度化にすることで、診療報酬の点数を付けていくべきなのか、それとも点数を付けない代わりに、認定制度にしたほうがいいのかを教えていただきたい。

**○意見：茨城県**—制度化の場合には、患者情報を誰が管理するかの問題がある。オンライン資格確認が進むと、地域でも基本的な情報が共有できるようになるので、自ずと共有の方向に進むため、そういう意味では、登録制にはしなくてもいいのではないだろうか。実質的に求められているような機能が地域で発揮できればいいと考える。

**○意見：新潟県**—人口動態の変化や、疾病行動の変化などにより、今は生活習慣病が主体になっている。医療は、人口動態の変化などの外的要因や、人間の権利意識などの内的要因に対処していかなければならず、コロナのような大きな外的要因が起こった場合に、常に安定していたはずの日本の医療に対し、少々外圧が掛かっているのではと感じる。ただし、永久に続くわけではないので、今の日本の医療体制がベストだと考え、制度化などに縛られることなく、医師が現場で医療に精神力を注入していける体制を、維持する方法で話が進んでいく事を望む。

**○意見：東京都**—眼科医師として、かかりつけ医としてどのように関わるか考えている。内科・外科でも、臓器に特化した医師もあり、総合診療的なマインドを持っている医師もいる。マイナー科だからといってかかりつけ医になれないわけではないと考える。在宅医療イコール訪問診療のようなところもあり、高齢になり通院できなくなった患者に対し、医師として手を差し伸べたいが、眼科医では診療報酬上厳しく、訪問診療ができない。マイナー科の医師と、訪問診療を行なっている医師が連携を取りながら地域医療を支える意味でも、マイナー科、メジャー科に関わらず、かかりつけ医のマインドを持った医師が関連・関与できるような方向性が必要と考える。

**○意見：埼玉県（鹿嶋常任）**—かかりつけ医については、機能していると考える。新型コロナウイルス感染症の流行によって、3年前に新型コロナに一度罹患した若年者が、かかりつけ医に関するミスマッチが起こったことが、かかりつけ医の問題とされているが、新型コロナゆえの特定の問題と考える。



**○意見：東京都**—コロナに関して、かかりつけ医の機能不全と言われているが、地区医師会の先生方はワクチン接種や検査・診断、さらには自宅療養者の医療支援など、自身の生活を犠牲にしてやってきた。患者のアクセスが悪かったのは、保健所の問題であり、指定感染症であるがゆえに、患者を放さなかったことが大きな問題で、少し話が食い違っているようなところもあると感じている。医療費削減を目的とした財務省主体の人頭払い、包括性を前提としたかかりつけ医制度については、反対ということで共通していると思う。今後我々は、社会背景に基づいてかかりつけ医機能をどのように確保していくのか、日医が取り組んでいるかかりつけ医機能研修制度をどのように発展させていくのかということに議論を持っていければと考えている。

#### 4. その他

#### 5. 総括

**○コメント：日医 釜范常任理事—**

##### **検討テーマ1「地域共生社会における医師会の役割について」**

地域共生社会の概念が国民に広がったと感じる。地域の中で生活に対して不都合や困窮を抱えている方々を地域全体で協力し、なるべくいい生活に持っていけるようにするという考え方。これまで医療の問題がクローズアップされていたのが、福祉の問題にシフトしてきている。医師あるいは医師会が地域全体の問題として捉え、どういう方向で解決の共通性を見出していくかの取組が非常に重要である。そのため、医師会は常にこれらの幅広い課題に対して積極的に取り組む姿勢を維持しながら、情報を収集し、それぞれの役割を担っていく。その場合に、医師会が前面に出て全てを取り仕切るのではなく、医師会が果たせる役割を、それぞれの場面で生かし、謙虚な姿勢が世に受け入れられると感じる。この問題は今後もさらなる大きな課題として続くことなので、日本医師会としてしっかり対応したいと考える。

##### **検討テーマ2の「高齢者施設等における医療支援の更なる強化について（新型コロナウイルス感染症のクラスター発生対策）」**

これまで医療との関わりが希薄であった高齢者施設で感染者が出た場合の対応について、今後重点的に取り組まなければならないと考える。感染者が出た際の緊急支援チームの派遣については、既に都道府県において体制を整備いただいているが、問題は、緊急支援チームが引き上げた後の支援体制である。これまで医療との関わりが薄かった施設などにおいて感染者が出た場合に、協力医療機関が決められているが、しなしながら名前だけの登録で、ほとんど機能していないところが極めて多いと認識している。協力医療機関の登録条件を見直して、日頃からの準備や訓練について、医療機関の中で再度振り返る必要がある。一方、有料老人ホームの協力医療機関になった場合の医療機関としてのメリットは、ほとんどなく、手当等が必要になってくると感じている。介護従事者が基本的な感染防御態勢が十分にできるようにすることと、感染者が出た場合の通報体制等について、迅速に情報共有ができるようにしておくことが重要である。

##### **検討テーマ3の「かかりつけ医と地域包括ケアシステムについて」**

かかりつけ医の問題は、短期的な課題として予算編成、診療報酬改定に絡んで、財務省からの様々な発信を受けて、日本医師会としても十分に対応しなければならない中で協議を重ねてきた。新たなワーキンググループで検討を重ね、短期的な問題・課題として、地域において必要なかかりつけ医機能の整備を明確にしていくことだろうと考える。その情報を基に、これまで医療機関をあまり受診した事がない方が容易にアクセスできる仕組みを整備していくことが、喫緊の課題である。かかりつけ医とは、あくまで患者側が、かかりつけ医として認識しているということが原点となる。もし自分のところで担えない領域があれば、責任を持って、求められている領域につなげられるようにしなければならない。診療報酬との関わりについて、既に診療報酬上、色々と構築されてきた仕組みがある。それらをゼロにして考えるということでは決してなく、既存の仕組みも大切にしながら今後を生かしていくことが極めて重要だと考える。

#### 6. 閉会



【 集中検討テーマ 】

1. 地域共生社会における医師会の役割について

栃木県医師会・長野県医師会・東京都医師会

【 提 案 要 旨 】

地域共生社会実現のための社会福祉法の一部を改正する法律（令和 2 年 6 月 1 2 日）により、「地域生活課題の解決に資する支援が包括的に提供される体制の整備に努めるとともに、当該措置の推進に当たっては、保健医療、労働、教育、住まい及び地域再生に関する施策その他の関連施策との連携に配慮するよう努めなければならない」と下線部分が明記され、「重層的支援体制整備事業」の対象として介護保険法、障害者総合支援法、こども・子育て支援法、生活困窮者自立支援法の対象事業があげられています。

今後「地域共生社会」を構築するためには、これまで、高齢者を主な対象とした介護保険法を中心に培われた地域包括ケアシステムの知見と人材を障害児者支援、子ども支援等に拡大していくことが求められ、自助共助の必要性も明確に打ち出されました。今後地域福祉と地域医療のさらなる連携強化が求められています。

地域共生社会への具体的取組みは、区市町単位で行われるものであり、地区医師会がどのように関わるのか。また、地区医師会を支援する都県医師会として、どのように取り組み、どのように関わるべきなのか。

地区医師会及び都県医師会として地域共生社会における医師会の役割について、ご意見を伺えればと思います。

【 回 答 】

【栃木県医師会】

都県医師会の一つ目の役割は、郡市区医師会に対しての、方向性の確認・アドバイス等ではないか。都県内において医師数の偏在はある。その為に一部の郡市区医師会では、地域共生社会の構築に人員を割けず、思うように進んでいない状況ではないだろうか。この様な状況を改善し、構築に向けての方向性の確認や、アドバイスをしていくのが都県医師会の一つの役割ではないか。

二つ目の役割は、都県庁との調整役ではないか。都県の考える地域共生社会と現場とのギャップを埋め、現場の声を行政に届ける役割は、都県医師会にしか出来ない役割だと思う。

三つ目の役割は、都県民に対しての、わかりやすい説明ではないか。行政が説明をすれば済むのかもしれないが、行政とは違い我々医師は多くの場面で直接、子ども・障がい者・高齢者等に接する。この様な場面で説明を十分に行えるようなバックアップが出来るように、説明資料等の作成を行う事ではないか。

この様な説明資料等を、関東甲信越医師会連合会で共同で作成をする事はどうでしょうか。

### 【長野県医師会】

地域共生社会における重層的支援体制整備事業については、支援会議の設置が規定されていることから、郡市医師会においては、この支援会議への参画など支援プラン決定にあたり市町村や関係団体との協力体制を構築する必要があると考えます。

長野県医師会としては、こういった地域レベルでの活動などについて郡市医師会と情報共有するとともに、問題点について必要があれば県へ提言をしていきたい。

また、長野県医師会では、これまで地域医療介護総合確保基金事業の一環として、在宅医療を担う医師の育成、介護老人保健施設等に勤務する介護・看護職を対象とした研修会の開催、在宅医療に関する啓発を目的としたシンポジウムの開催などの活動をおこなってきたが、これらの活動についても引き続きおこなっていく予定です。

地域共生社会の構築にあたっては、高齢者だけでなく、子ども、障害者、生活困窮者に対するケアも重要な課題となっていることから、三師会等医療関係団体をはじめ、今後は福祉関係の団体とも更なる連携を強化していきたい。また、高齢者を主な対象とした介護保険法を中心に培われた地域包括ケアシステムの知見と人材を障害児者支援、子ども支援、精神科在宅医療等に拡大していく視点を検討して参りたい。

### 【新潟県医師会】

地域包括ケアシステムは、当初から、障害者や子育て世代も含めた多くの住民の地域生活を支えるために、活用可能な考え方として議論されてきたが、実態としては高齢者中心の議論として発展してきた。

地域共生社会は、地域生活での多様な生活課題を複合的に抱える住民を社会的に包摂するという考え方から生まれてきた方向性で、対象者は地域で生活するすべての人である。

地域共生社会に向けた取り組みは始まったばかりで、具体的な制度や仕組みの構築はまだまだこれからという段階であるが、地域包括ケアシステムが高齢者を対象とする具体的な仕組みであるとすれば、現状において、地域共生社会は、めざすべき社会の姿である。

地域共生社会に向けた取り組みにおいて、行政が縦割りでは決して前に進むことはない。専門領域の垣根を可能な範囲で少しずつ超えるだけでなく、介護と医療と福祉の境界をもまたいで、住民と一緒に取り組む仕組みづくりが必要である。

社会に貢献できる医師会として認識されるためには、協議体等への積極的な参

画が第一歩であると考える。

本会としても、安心して暮らし続けられる地域、町ぐるみの支え合いの仕組みをどう育てていくか、各都県の取組みを伺い、今後の参考とさせていただきたい。

### 【山梨県医師会】

地域共生社会は地域包括ケアシステムが高齢者中心に設計されたもので、それに加えて障害児・者から生活困窮者まで一括して対応できるようされたものと理解している。制度や根拠法が統合・連携されていくことが必要であると思われるが、現状では各々縦割りで構成されている。地域共生社会の構築にむけて、法整備や部署内連携など行政の取り組みは不可欠であるが、医師会は単なる医療サービスの提供だけでなく、多職種連携のリーダーとして地域をリードしていく役割が求められる。

行政としては、まずは相談窓口を総合相談窓口として一本化し、それぞれの課題を整理して専門職に依頼していくようなワンストップサービスの相談支援体制の再構築が必要であると考えられる。複合的に支援する必要のあるケースには総合的に検討する会議の開催が必要であり、医学的な相談支援が必要になるケースもあるものと思われる。医師会としては、医学的なアドバイスのほか、在宅生活支援における医療介護福祉連携にも積極的に関与すべきである。県医師会としては各医師会に働きかけ、各市町村における総合相談体制構築にむけた支援が求められる。

リハビリテーションを必要とするケースもあるものと考えられ、地域におけるリハビリテーション支援体制の構築にも関与する必要がある。自助互助による高齢者の介護予防・フレイル予防や地域ケア会議への参加だけでなく、障害者の機能訓練、復職や就学などの社会参加に向けたリハビリテーション支援体制の構築が求められる。地域リハビリテーションの推進は地域共生社会にむけて必須であり、医師会は関係団体と協力しながら各地域に地域リハビリテーション支援体制の構築を推進するとともに医療を通じた地域づくりに関与していく必要があると考えられる。

子育て支援においても、小児救急、病児保育、医療ケア児への対応など多くのニーズがあるものと考えられる。医師会はそのようなニーズを把握し、体制の整備に向けて協力していく仕組みを作っていくことが必要であると考えられる。

災害時においても、医師会は医療提供だけでなく他の団体と協力しながら災害弱者とよばれる高齢者・障害者等の支援にあたる必要があり、災害関連死の予防にも関与する必要がある。現在、多くの災害支援団体が設立されて活動しているが、多職種連携の中で医師のリーダーシップが求められる。

地域共生社会の構築に向けた医師会の役割は多岐にわたるため、それぞれにワーキングチームを立ち上げ活動を推進するとともに全体で情報共有をする場を設ける必要もある。県庁の会議においても地域包括ケアに対する会議を地域共生社会に対する会議に変更し、高齢者福祉関係の団体だけでなく障害福祉や就労支

援などより多くの団体等が参加して地域共生社会の実現をめざすとともに医師会はその中でリーダー的な役割を果たしていく必要がある。

### 【茨城県医師会】

地域包括ケアシステムの取り組みは、地域共生社会の成立のための手段であると考えている。茨城県医師会では、県の委託事業で設置した茨城型地域包括ケアシステム推進センターを、在宅医療を推進させるための茨城県医療提供施設等グループ化推進事業を含めた在宅医療推進センターとし、更に柔軟で実現性の高いものにするべく、令和3年度より地域ケア推進センターに変更し、センター内に「地域ケア推進センター連携会議」を立ち上げた。地域共生社会を実現するために医療的には、①高機能急性期大病院の計画的整備による集約化、②地域包括ケアを支える地域密着型中小病院の分散化、③かかりつけ医機能のさらなる充実・強化の大事な3つの条件がある。当連携会議には、医師、歯科医師等の医療・介護従事者側23団体だけでなく、行政からも茨城県保健医療部が参画し、2か月に1回の開催予定で既に5回の開催実績を持っている。本会議では医療と介護が連動できる体制づくりに向けた検討を行っているが、最近では厚生労働省からも紹介のあったLIFEの仕組みづくりを構築するべく、「つながるシート」の運用に向けた検討を行っている。「つながるシート」は、要介護度の進行を抑制しつつ、対象者の在宅での生活を支援し重症化予防の視点を深め、かつ医療ニーズの高い利用者でも住み慣れた地域でできるだけ長く生活ができるよう、医療と介護双方の観点から協働できることが必要なのである。

検討を深めている中で茨城県では、医療や介護に従事している者だけでなく、地域住民を含めた「強固な仲間意識を持った者達の集まった集団」を作ることが適切ではないかと考えるようになった。そのため、現時点で会議に参画しているメンバーだけでなく、地域全体でのサポート体制の構築を重要視している。その一環として、現在我々は民間非営利団体・NPO法人にも相談を持ちかけ、地域共生の意識の高い一般住民の方と連動し、認知症や要介護者を日常生活の延長線上でケアしていく意向を強めることが必要であると考えている。例えば、所謂「認知症カフェ・認知症サロン」を創設した場合は、MCIの様な住民が集う習慣を作ることによって、重症化する認知症患者を軽度の認知症患者が自然とケアできるような仕組みづくりを目指している。地域へ貢献したい一般住民の活躍を行政や医療・介護従事者側が支援し、適切な研修体制と支援体制の仕組みづくりを形成したいと考えている。

元々地域包括ケアシステムの取り組みから派生した上記の取り組みだが、その成果は正に地域共生社会の成立に連動していると解釈できる。縦割りのつながりだけでなく、また、医療・介護従事者の提供者側だけの繋がりだけでなく、地域住民が主体的に参画しやすいような旧来の良き社会の形成に向けて、茨城県医師会は地域包括ケアシステムの取り組みを進めたいと考えている。

## 【神奈川県医師会】

神奈川県医師会では、従来「地域保健対策委員会」において地域包括ケアシステムを取り扱っていたが、令和３年度に「介護保険・地域包括ケア委員会」を設置して議論を深めることとした。

委員会は隔月開催で、政令３市を含めて１８郡市医師会から選出された委員、県高齢福祉課長及び本会関係役員により構成され、介護保険及び地域包括ケアシステムに関する報告・協議等を行って、郡市医師会・県行政との連携を図っている。

現在は、市町村の実施する地域支援事業の一つである「一般介護予防事業」の活動状況、支援策等について情報共有することが多い。加えて今年度は、県の第８期高齢者保健福祉計画の２年目として、「地域包括ケアシステムの推進や地域づくり等に一体的に取り組むことで高齢者やその家族・介護者（ケアラー）が抱える複合的な課題への対応力を強化し、地域共生社会の実現を図る。」こととしている。具体的には、高齢福祉分野にも関連する課題の一つとして、ケアラー・ヤングケアラーの支援があり、郡市医師会・市町村との連携のもとで様々な取り組みが開始されたところである。

しかし、地域共生社会の実現を図るためには、子ども子育て分野の課題にも取り組む必要性が生じる。子どもの貧困、児童虐待、思春期のこころの問題、成人期に移行する慢性疾患を有する子どもの増加など課題は多い。すなわち全世代対策として高齢福祉分野以外の様々な分野も対象になる。子どもの貧困に関しては、特にひとり親世帯の貧困率はＯＥＣＤ加盟国の中で最も高いとのことである。またヤングケアラーに関しては、その負担度には相当の格差があり、早急に支援に介入しなければならない例もある。

こういった事案は、母子保健や学校保健関連の事業となっていると思われるが、今後は介護保険・地域包括ケアシステム関連事業と一体的に取り扱い、連携を高めていくことが求められる。

地域共生社会の実現のためには、その基盤となる地域包括ケアシステムの構築に早くから取り組んできた都県医師会内の連携を第一歩として、郡市医師会との連携強化、さらには都県行政との連携強化を図ることでより大きな効果が発揮できると考える。

## 【群馬県医師会】

「地域共生社会」という概念を、高齢者支援事業のみでも大変な状況下で、障害福祉・児童福祉・生活困窮者支援を地域包括ケアシステムという共通のプラットフォームで行うことはかなりの労力が必要です。その中心的立場になるのが地域包括支援センターであり、現在でも支援センターと密接にかかわる各郡市医師会の役割は極めて大きく、総力をあげて役割を担うことが不可欠と考えます。無論、医師会のみではすべての支援、ケアを行うことは不可能であり、そこでは行政の他、警察や民生委員等も含めた地域の福祉領域の人たちとの連携すなわち、医療・介護領域を超えた多職種連携が必須であります。現在医療・介護分野における多

職種連携ですら課題がある地域は多いと思われ、さらに福祉分野の領域を加えた連携にはかなりのハードルがあるといえます。そのために、各地域においてどのような社会的ニーズが我々医師に求められているかを把握し、情報共有を行うことがスタートとなります。例えば郡市医師会内の地域包括ケアシステム委員会のみでは役割を担いきれないことは明白であり、そのためにも、各市町村における地域共生に関連する障害福祉などの行政の各部門や会議などに医師会員が参加する、仮に既に参加、介入している分野があれば、そこでの問題を地域全体の問題として、別の場所で包括的に問題提起を行うことが望ましいと思われれます。

障害福祉や児童福祉の領域では小児科や精神科を中心とした医療的支援が不可欠であり、診療科を超えて地域の問題としていくべきです。すなわち現在各地域における地域包括支援センターには老人介護を担う診療科だけではなく、積極的に小児科や精神科をはじめとする各診療科の医師が参加し、それぞれの得意分野（介護保険、こども・子育て支援、障害者支援、生活困窮者自立支援の中で）から協力を仰ぐべきと考えます。そのうえで問題となるのは人材確保です。現在でも地域支援センターで人材不足が問題となっている地域があり、今後さらに業務が複雑になることが予想されており、人材の確保のためにも、人材育成、教育は我々医師会に求められる大きな役割といえます。

精神障害、児童福祉などのほか、当県での地域共生社会を考えるうえで欠かせないのが、外国人の問題があります。東毛地域と呼ばれている当県の東部では、外国人の人口比率が2割近い町もあり、外国人との関りが不可欠な地域も多く、外国人の高齢化や生活困窮も認め、日本語が分からず医療アクセス困難例や高齢者増加から介護問題なども今後顕性化すると推測されます。医療・介護だけではなく、教育面でも言語の問題もあり学習についていけない子供がその後の非行や犯罪に関与するなどの問題もあり、地域共生社会という広義の枠組みにおいては、地域におけるニーズは限りなく多くなっていきます。そのような中でもやはり医師会が中心となって、人材養成、人材確保に努め、垣根を超えた多職種連携を各地域において郡市医師会がリーダーシップを発揮しながら行い、広域である都道府県医師会がそこでも意見を取りまとめて全体として対応していく必要があると考えます。

まとめてみますと、この先医療と介護の連携構築さえ不徹底な中で、医療と介護に福祉も加えた“三つ巴の改革”が行われようとしているようです。未だ詳しい情報は上（国）からも下（市町村）からも出てきていませんが、医師会としてはこれまで築いてきた地域包括ケアシステムを深化させる方向で対応していくことだと考えます。

そのためには情報の共有が必須だと思うので、県医師会として情報収集すると共に地区医師会と情報共有していくつもりです。また、各地の医療・介護連携推進センター（相談センター）の“テコ入れ”が必要だと強く感じます。人材育成、理念の共有を含め、真の意味での医療と介護の連携・統合に向けた働きかけを行うことで「地域共生社会」の基盤をしっかりと構築しておきたいと考えます。



## 【埼玉県医師会】

医療・介護連携による地域包括ケアシステムの構築に関し、高齢者の尊厳の保持と自立支援の目的で、埼玉県医師会と埼玉県が協力し、県内の各郡市医師会のある地域に在宅医療連携拠点を設置し、療養支援ベッドの確保等を主体的に進めた。その後、各自治体の地域支援事業へと移行し、各郡市医師会も積極的に運営に協力している。

地域包括ケアシステムの普遍化として、令和 2 年 6 月に改正社会福祉法の可決・成立がなされ、「地域共生社会」の実現のために、現行の高齢者・障害・子ども・生活困窮分野を有機的につなぐことが求められた。地域生活の課題解決に資する支援が包括的に提供される体制整備のために、「重層的支援体制整備事業」を行う必要があるが、当県内では 7 つの市町村が実施予定自治体となっている（令和 3 年 11 月時点）。当面の課題は、強化実施事業として自治体内に包括的相談支援事業を開始することで、アウトリーチ等を通じた継続的支援事業等を行う。相談支援のために、福祉政策課関係部署内にトータルサポート室（あるいは福祉総合支援窓口等）を新たに設置し、保健医療・若年者支援・生活困窮者相談・多機関共同事業、医療・多文化共生を推進することとしている。

このような事業の存在を会員に認知・普及させ、実際に参加していくことが県医師会・郡市医師会の役割と考える。実際、医療機関を受診した患者さんの疾患に対して診断・治療を行い、介護等については、地域支援包括支援センターやケアマネなどの関りを説明している。それ以外にも、引きこもり・子育て・独居・老後の資金など患者の悩み事は尽きないが、これらの問題もトータルサポート室を通して、問題解決チームを設置して支援してもらえらることを患者に説明できる。患者が困りごとを抱え込まずに、サポートするシステムがある事を医師会員に周知徹底する事が県医師会としての務めである。

重層的支援体制の中にある医療・介護の問題では、在宅医療の必要性から、「在宅医療塾」を開催しているほか、医療的ケア児の問題にも対応するため、小児在宅医療研修会等を年3回開催し、小児科医・内科医に対する小児在宅医療への啓発を行っている。また、ヤングケアラー問題も認知度は上がってきているが、令和3年度の県政調査で67.4%と低値である為、県医師会として支援フォーラムの後援を行った。

人口減少や地域における支え合い気質の低下に伴い、地域共生社会の実現は必要であり、福祉的な側面が大きい医師会としての役割は重要だと認識している。

## 【千葉県医師会】

地域包括ケアシステムは介護保険を中心に 2025 年をめどに、重度な介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）の構築を実現させ、保険者である市町村や都道府県が地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作りあげていく事が必要と述べられ

ております。

地域共生社会は制度・分野ごとの「縦割り」や「支え手」、「受け手」という関係を超えて地域住民や地域の多様な主体が「我が事」として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて「丸ごと」つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域を共に創っていく社会と示されております。

地域包括ケアシステム構築に関しましては、地区医師会と行政が車の両輪となり、各地域の特性に合わせたシステム構築のため、行政の担当、地域包括支援センター、地域コーディネーターと共に取り組んでまいりました。

地域共生社会では、その人材やシステム、ネットワークを基に障害者・こども・生活困窮者等に対象を拡大する事が求められております。

医療と介護の連携が更に求められますが、介護色が強くなり医療色は薄められる中で、医師会としてどのようにかかわるか、日本医師会が示す「かかりつけ医」機能を発揮することだと考えます。

県医師会としていかに地域共生社会にかかわるか？地区医師会も規模や医療・介護体制が異なります。

単独の地区医師会で医療体制などのシステム構築が難しい場合、行政（県）と共に各地区医師会の連携をサポートする、また各地区での好事例を蓄積し参考にしてもらう等が県医師会の役割と考えておりますが、千葉県で進んでいるとは言い難く、是非皆様のご意見を参考にさせていただきたいと思っております。

## 【東京都医師会】

高齢多死時代の深化や障害児者の地域移行と高齢化などにより、全世代にわたって住み慣れた地域で過ごし続けられるための環境整備と地域力の強化が必要であり、地域福祉と地域医療の連携強化も求められています。しかし地域共生社会が謳われる中で、わが国では高齢福祉、障害福祉、地域福祉、子育て支援など各々の福祉分野が細分化され縦割り構造にあり、また医療と福祉の連携も未熟です。さらに、今回新型コロナウイルス感染症の自宅療養者への医療支援でも課題となったように、生活の場での医療提供体制も未だに脆弱です。

地域共生社会の理念はこれからの20年、30年先を見越したわが国の重要な取組課題ではありますが、上記により達成には想像以上の困難が伴うと思っております。

主に高齢者を対象として介護保険・地域支援事業・互助を基盤とする地域包括ケアシステム提唱以後地域依存への偏りが大きくなる中で、異なる制度間の整合性をとりつつ福祉全体を統合していくのは国の役割であり、日本医師会には期待するところが大きいと考えます。一方地区医師会は地区行政と共に各福祉分野の連携を図りつつ地域資源のネットワーク形成に努める必要があります。そして都道府県医師会は、各地区の取組を支援・推進するとともに、地域ごとの課題を看過せず、平均化せず、地区ごとの進捗を都県下全域で共有するための取組みを都県行政と連携して担う必要があると思っております。地域共生社会を「絵に描いた餅」に終わらせないようにするためには、関係各機関間そして医師会内での規範的統合も必要かと思っております。

【 集中検討テーマ 】

2. 高齢者施設等における医療支援の更なる強化について  
(新型コロナウイルス感染症のクラスター発生対策)

茨城県医師会・神奈川県医師会

【 提 案 要 旨 】

高齢者施設の新型コロナウイルス感染症のクラスターへの対応が第 6 波において顕在化し、令和 4 年 3 月 2 日付厚生労働省事務連絡「オミクロン株の特性を踏まえた保健・医療支援の更なる強化等の考え方」が示され、日本医師会から「高齢者施設等における医療支援の更なる強化等の考え方」が示されました。

新型コロナウイルス感染症対策においては、高齢者施設等への医療支援が重要課題であります。

高齢者施設等におけるクラスター発生時の対応および医療支援体制についての各県の対策とそれに呼応した県医師会の取組みについてご教示ください。

【 回 答 】

【栃木県医師会】

本県では、県内医療機関や介護施設等で新型コロナウイルスのクラスターが発生した場合に備え、発生施設における感染対策や診療・療養継続の支援などを目的に、感染症専門医や DMAT 隊員、医師会会員、看護協会会員などで構成する「発生施設支援チーム」が県新型コロナウイルス感染症入院医療調整本部の指揮下に令和 2 年 9 月に設置され、現在、県内 26 名の医師にご登録いただいている。

自宅療養者への往診事業に協力いただける会員に対しても、高齢者施設等への往診に協力いただけるよう依頼をして対応医師 33 名を確保するとともに、本年 6 月には、日本医師会新型コロナウイルス感染症患者の受入病床確保調整支援事業を活用し、発生施設等でのゾーニングの基本や感染防護服の着脱訓練を実施し、発生施設支援チームや往診事業等の体制強化を図ったところである。

【長野県医師会】

高齢者施設等における新型コロナウイルス感染症のクラスター発生時の、長野県の医療支援体制の概要は下記のとおりです。

(1) 概要

- ・ 県内の高齢者施設等から、協力していただける施設を募り、応援派遣協力施設として登録 (332 施設、562 名)
- ・ 県内の感染発生施設等から県に派遣要請があった場合に、応援職員を派遣

(2) 応援職員の派遣期間

- ・ 1 週間程度 (7～8 日間)
- ・ 対応が長期化する場合は交代

- ・直接派遣の場合は、派遣終了から2週間は自宅で待機

### (3) 補助金額

- ・応援職員（直接派遣・間接派遣）に支給していただく割増手当、交通費、傷害補償保険料、宿泊料、その他応援に必要な経費（必要に応じて受けたPCR検査の自己負担分相当額等）は、派遣元法人に補助金として支給
- ・感染症発生法人へ応援職員を派遣した他の法人に対して、派遣法人協力費を支給

### (4) 衛生資材

マスク、フェイスシールド、ガウンなどの必要な衛生資材について、間接派遣の場合は、派遣先の施設のものを使用することを優先し、不足する場合には県から提供。なお、直接派遣の場合は、県の備蓄から提供。

また、長野県ではクラスター対策に関して、今後、高齢者施設を対象として動画視聴による研修を実施する予定であり、本動画は、実際にクラスター発生を経験した施設の事例報告など、介護現場の実態に即した内容となっているとのことです。

本会としては県、保健所、郡市医師会と連携し、情報収集を行うと共に早期の事態収束に努めてまいりたい。

## 【新潟県医師会】

当県では、感染拡大時においては、入院による医療介入が必要な方の受入病床の確保を図るため、無症状又は比較的軽症の患者については宿泊療養施設や自宅での療養及び健康観察を行うこととしている。高齢者施設等についても同様であり、施設内の感染拡大予防や隔離目的などでの病床使用は原則行わず、施設内療養をお願いしている。

これまでクラスターが発生した施設については、必要に応じDMATを派遣し、患者の搬送支援等を行い、また、職員の感染対策については、CHAIN（新潟医療関連感染制御コンソーシアム）に協力を依頼し、新潟大学の感染管理認定看護師が現地視察をして施設職員の指導にあたるなど感染対策の強化対応にあっている。

患者の受入調整・搬送調整は、平時の医療体制維持を図りながら迅速かつ病院機能に応じた入院調整を実施するため、統括DMAT有資格者及び各専門領域のリエゾンに協力いただき、新潟県医療調整本部内に「患者受入調整センター（PCC）」を設置し、陽性患者の受入調整にこれまで非常によく機能している。

現在、高齢者施設等における医療支援等の更なる強化を実施する一環として、施設内療養患者に対する往診担当医を整備することで、感染拡大時においても施設内療養患者がより安心・安全に施設内療養を行えるよう県医療調整本部にて調整が進められている。

## 【山梨県医師会】

山梨県の障害者・高齢者施設等ハイリスク施設の支援は、主に保健所と県本部（県専門家と関係各課で構成）が連携して行い、医師会は要請に応じ施設支援のための医師派遣を行っている。以下にその概要を示す。

＜初期対応＞

保健所：①患者情報、当該施設の状況を把握。②現地調査を行い施設と相談し専門医・ICN（infection control nurse）等の支援の必要性を判断。③施設の派遣要請を受理し派遣依頼を本部に連絡。④専門医・ICNと指導内容を共有。⑤専門医・ICN派遣（施設状況に応じた感染対策および体制への助言）。

＜方針の決定及びその後のモニタリング＞

保健所：①施設の対応力、嘱託医（協力医）の状況とICN・専門医の意見をふまえ入院調整やモニタリング等支援方針を決定。②施設状況の継続把握と施設への相談助言。施設の要請に応じて地区医師会による健康観察派遣事業（下記）を活用する場合は本部に報告。③状況に応じ再度専門医・ICN等派遣の必要性を判断し情報班に連絡。

県本部：地区医師会の派遣要請に関する連絡調整

＜地区医師会による健康観察派遣事業＞

地区医師会より派遣された医師の業務内容

### ①健康観察

体温、酸素飽和度等の基礎的な観察項目を参考に、施設等において直接感染入所者と対面して症状変化等のリスクの度合いを把握する。

### ②医療行為

必要に応じて処方薬の投与等を行う。

※ 当該投薬等が診療報酬の対象となる場合については、医師自らが保険請求を行う。

### ③入院調整班への助言

症状変化等を把握した感染入所者について、重点医療機関等への搬送に関し、必要に応じて新型コロナウイルス感染症関係総合対策本部医療部入院調整班（以下「入院調整班」という）と協議する。

### ④感染対策の助言

感染症専門家チーム等の助言を得ながら施設内感染対策やゾーニングの助言を行う。

## 【茨城県医師会】

高齢者施設において、新型コロナウイルス感染症のクラスターが度々発生し問題となっている。当県の一部の施設では、早期発見と早期対応のため、全ての入所者と職員の抗原検査とPCR検査を早急に実施し、陽性者に対しては直ちに治療を開始している。しかしながら、医師が常駐していないサ高住、特別養護老人ホームや有料老人ホームなどでは、検査の確定診断や治療介入のために十分なノウハウを蓄積した医師を招聘することが難しく、検査して陽性となっても48時

間以内の適切な医療提供まで実施できなかったという例がしばしば見受けられる。

茨城県では、高齢者施設でクラスターが発生した際に施設等職員緊急補充事業（他法人からの応援職員の派遣）を行っている。茨城県と茨城県社会福祉協議会、茨城県老人福祉施設協議会、茨城県介護老人保健施設協会の 4 団体間で協定を結び、クラスターが発生した施設の求めに応じて看護師及び介護士を派遣することになっており、現在派遣候補者として本人の意思を確認したうえで、老健協では 70 名、老健協会では 67 名をリストアップしている。

また、茨城県医師会では、診療・検査医療機関や経口抗ウイルス薬処方登録医療機関が高齢者施設等と事前に医療支援の体制構築づくり（WEB 研修会やその動画の閲覧等）を行い、施設の内部構造の確認や顔の見える関係を大切にしている。医師の常駐していない高齢者施設等で不測の事態に陥った際に、県のクラスター対策班がゾーニングや業務継続支援等を行い、感染された患者が施設内で療養される場合、郡市医師会内の医療機関が連携し、経口抗ウイルス薬・中和抗体薬を早期に投与できるよう支援体制を構築している。

### 【神奈川県医師会】

神奈川県では、前回報告した経緯により、令和 4 年 4 月以降県行政において、高齢者の感染拡大・重症化を予防し、入院医療のひっ迫を回避するため、高齢者施設への迅速な検査・治療体制の構築を図ることとなり、(1)迅速な検査実施、(2)高齢者施設のデータベース整備、(3)医療機関と高齢者施設のマッチングの取り組み、が行われることとなった。

(1)については、保健所とは別に県登録技師や県職員が 3 人一組となった「検体採取チーム」が組織され、迅速に出動することにより検査にかかる期間を短縮している。（1 日約 20 施設に対応可能）

(2)については、次の項目について調査が行われた。

・施設の基本情報（名称・所在地・定員・職員数・要介護度 3 以上の入所者数等）

- ・協力医療機関等の有無
- ・協力医療機関等による検査実施（PCR 検査等）の可否
- ・協力医療機関等による陽性者の健康状態の確認、入院要否判断の可否
- ・協力医療機関等が行える治療内容
- ・施設職員による検体採取の可否
- ・自施設や法人内での職員応援体制 など

(3)については、「クラスター対策往診医療機関」として、県施設入所者治療調整チームからの依頼に応じて当該高齢者施設に赴き、対象者に経口薬又は中和抗体薬の投与等ができる医療機関が募集された。（別紙参照。8/31時点で 51 医療機関。）

県医師会においては、上記(2)のデータ提供を求め郡市医師会と共有したほか、(3)については、医療機関に対する県行政の支援が十分に得られそうにないこと、

実際の状況が地域によって様々であることなどから、県医師会では慎重な対応をとりつつ県のスキームに限らず郡市医師会でも対応を検討していただくよう呼びかけている。

なお、支援を円滑に進めるためには、医療機関側の対応だけでなく高齢者施設側の対応も必要である、と本会が提言したことにより、県行政が高齢者施設を対象とした説明会を2回開催したほか、今後に向けて医療側と施設側の意見交換の場を設置するよう求めている。

(別紙1)

#### 医療機関単位での「高齢者施設等クラスター対策往診医療機関」派遣について

### 1 概要

県の派遣依頼に応じて、新型コロナウイルス感染者が発生した高齢者施設等に赴き、対象者に経口薬又は中和抗体薬（以下「経口薬等」といいます。）の投与又は処方ができる医療機関を募集します。

**申請方法** 次のQRコード又はURLから申請Webフォームにてお手続きください。

(QRコード)



(URL)

<https://30037ff9.form.kintoneapp.com/public/b5674877fd042e10906d105ae7db10673916ee4dd5f578378038f012fb321be6>

### 2 対象となる施設

協力医療機関又は配置医師で新型コロナウイルスの治療ができない県内高齢者施設等  
※中和抗体薬の投与については、施設に配置医師や看護師が常駐している場合でも、クラスター対策往診医療機関が主導で行うことになります。

### 3 条件

#### (1) 経口薬

○県の派遣依頼に応じて、即日（遅くとも翌日）を基本として、対象となる施設に赴き、経口薬を処方できる。

**※経口薬の処方に関する登録について【未登録の場合のみ】**

経口薬の処方を行うには、登録が必要となります。

○ラゲブリオ → Web ページ「ラゲブリオ登録センター」にて登録  
URL : <https://msd.secure.force.com/OrderSystem>

○パキロビッド → 「パキロビッド登録センター」に電話で登録  
電話 : 0120-661-060（月曜日から土曜日（祝日を除く）9:00～17:30）

#### (2) 中和抗体薬

- ①県の派遣依頼に応じて、即日（遅くとも翌日）を基本として、対象となる施設に赴き、中和抗体薬を投与できる。
- ②投与中はバイタルチェック、副作用の有無、点滴刺入部異常の有無を定期的に確認することができる。
- ③投与終了後1時間は経過観察を行うことができる。
- ④投与終了後24時間は常時、副作用等の問合せにできる（電話対応や症状悪化等の緊急時に必要な対応ができる）。
- ⑤副作用が確認された場合や、重症化した場合に自院で入院対応又は入院できる連携医療機関を確保できる。



**※中和抗体療法を実施する無床診療所の登録について【未登録の場合のみ】**

無床診療所が中和抗体薬を投与するには、県を通して、厚生労働省に登録手続きをする必要があります。クラスター対策往診医療機関に御申請いただいた医療機関のうち、未登録の無床診療所については、随時、登録手続きを進めさせていただきます。

4 治療体制の詳細

(1) 診療・投与

医師による往診（オンライン等による診療を含みます。）の上、医師又は看護師が投与するようお願いします。また、医師が施設に行かない場合は、すぐに連絡が取れる体制を確保してください。

※経口薬については、医師がオンライン等による診療の上、医師が指示により対象者自身による服薬も可能です。

(2) 薬剤等の必要物資

薬剤等を含め治療に必要な物資は自院で御用意ください。経口薬等は、その流通状況等を踏まえ、可能な範囲で一定数在庫を確保するようお願いします。

※クラスター対策往診医療機関となった医療機関は、在庫を保有できるよう登録手続きを進めます。ただし、経口薬等の流通状況を踏まえた国の動向により、御希望に添えないことがあります。

(3) 移動手段等

対象となる施設への移動手段又はオンライン等による診療に必要な機材は自院で御用意ください。

5 依頼から治療までの流れ

具体的な依頼から治療までの流れについては、（別紙2）を御参照ください。

6 実績報告

(1) 経口薬

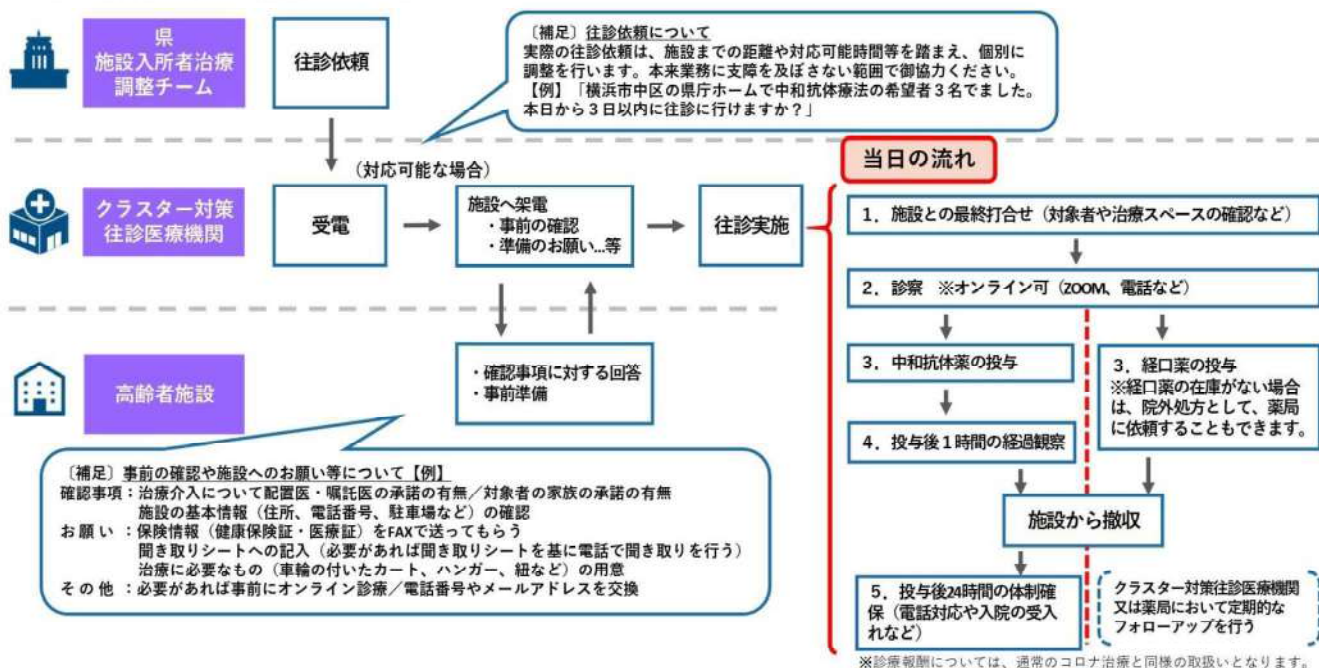
処方したクラスター対策往診医療機関又は薬局において、ラゲブリオ登録センター又はパキロビッド登録センターへ投与実績の登録をしてください。

(2) 中和抗体薬

Kintone アプリにて実施報告をしてください。



## (参考) 依頼から治療までの流れ



## 【群馬県医師会】

新型コロナウイルス感染症の拡大により、高齢者施設でも多くのクラスターが発生している。一方、病院も入院患者で逼迫している状況にあり、高齢者施設でも陽性患者を治療せざるを得ない状況になっている。ただ、施設間格差も大きく、頑張っている施設もある一方、難しい施設もあるのが実情である。

## 1、医療支援体制

各郡市医師会で高齢者施設への医療支援の枠組みを考えているが困難であり、現時点では、治療のための薬剤の処方や入院の必要性の判断に限られている。

## 2、クラスター対策

群馬県感染対策連絡協議会として、施設のクラスター対策に関わっている。県内のすべての病院と連携することで感染対策の指導をするとともに、重症患者の入院適応の判断を行っているが、感染の広がりが急速であり、困難なことが多い。

## 3、事前の感染症対策

クラスターが発生してからでは十分な対応が出来ないことが多いため、希望する施設に、事前の感染対策指導を行っている。群馬県感染対策連絡協議会と地域の診療所医師の協力で行っているが、希望する施設が限られており、十分とはいえないのが実情である。ただ、事前の感染対策の教育を受けた施設は、陽性者発生時に感染の広がりが抑えられる傾向にあり、今後とも活動していく予定である。

## 【埼玉県医師会】

埼玉県はクラスター対策チーム（Corona Virus Mobile Assist Team:略称 COVMAT）とアドバイザリーボードを 2020 年 7 月 6 日に発足させた。COVMAT は 1 チーム 4 名体制（感染症専門医、感染症管理認定看護師、保健師、業務調整員）で構成された。令和 2 年度には総計 40 回の派遣があり、その内訳は高齢者施設 19 回、障害者施設 6 回、医療機関 15 回でした。高齢者施設では入所・通所を合わせて職員 467 名、利用者 1094 名、障害者施設では職員 172 名、入居者 239 名の発生に対応し、その成果は高く評価された。

2021 年度はオンラインでの感染管理支援（Electronic Medical Assistance Team:略称 eMAT）を立ち上げた。感染者の発生した施設等からのゾーニングなどの助言の要請に対して、経験豊富な感染管理認定看護師が ZOOM で施設職員に直接オンラインで助言する。また、クラスター発生施設から県に看護師派遣の要請が可能となっている。

介護施設におけるクラスター発生に備え、応援職員の派遣や入所者の受け入れ等の互助ネットワークを県内の施設間でも構築し、2022年4月6日時点での登録は486施設（内訳は、特養254、老健59、介護医療員1、軽費・養護24、有料50、サ高住38、グループホーム62）に達している。派遣事例として、令和3年度は3か所の特養に21施設から延べ21人、1か所のグループホームに2施設から5名派遣した。職員派遣等に必要な新たな費用（時間外手当等の人件費、待機期間の宿泊費用、旅費、損害保険に加入する当の保険料等）は県が補助している。不足する介護サービスに必要な衛生材料（手袋、マスク、フェイスシールド、ガウン等）も県から供給している。

## 【千葉県医師会】

### クラスター対応

千葉県では、「千葉県新型コロナウイルス感染症に係るクラスター等対策チーム組織運営要綱」（令和 2 年 6 月 16 日施行）に基づき、事前登録された県内医療機関等に所属する感染管理医師（ICD）等（30 施設、46 名）、感染管理認定看護師（ICN）等（51 施設、71 名）及び感染症予防に関する実地疫学専門家養成研修修了者（FETP）（1 施設、1 名）をクラスター等発生施設に派遣し、ゾーニングや個人防護具の着脱等の指導感染拡大防止を行っている。

保健所から派遣依頼があってから、概ね 1 日～7 日程度で、現地指導を実施できている。

各年度における派遣件数は以下のとおりで、令和 2 年度 119 施設、令和 3 年度 162 施設、令和 4 年度 117 施設（7/31 時点）となっております。

医師会会員の医療機関もチームに参加しておりますが、県医師会としてかかわることはできておりません。

高齢者施設では運営規定に緊急時の対応を定めておかねばならない、とされております。

嘱託医・配置医・協力医療機関の医師の役割は個別契約の形で、日本医師会の

目指す「かかりつけ医」と言えるのかは、はっきりしません。

千葉県医師会として高齢者施設でクラスター（緊急時）対応に係われる様検討してまいります、是非他地区での取り組みを参考にさせて頂きたいと思います。

## 【東京都医師会】

東京都では、高齢者施設に対する医療支援として、以下の事業を実施している。

- ① 高齢者施設への往診体制の強化
  - ・複数の陽性者が発生している高齢者施設などに対し、地区医師会が整備する医療支援チームによる往診を実施
  - ・入居者を施設内で往診治療し、重症化リスクの高い患者の発生を抑制
- ② 往診による中和抗体薬療法促進事業
  - ・高齢者施設等へ往診による中和抗体薬投与を実施する医療機関等を支援
- ③ 高齢者施設等へのワクチン接種促進
  - ・高齢者施設等の入所者及び従事者に対し、早期のワクチン接種の機会を確保
  - ・「ワクチンバス」の機動性を活かし、複数施設で接種を実施
- ④ 高齢者施設への酸素濃縮器貸与
  - ・酸素投与しながら療養する場合に備え、酸素濃縮装置の貸出を実施
- ⑤ 高齢者施設等への医療チーム派遣支援事業
  - ・高齢者施設等へ看護師等の医療従事者を派遣した医療機関に対し経費を支援
- ⑥ 高齢者施設等医療支援事業
  - ・特養・老健でクラスターが発生した際、施設の医師等が診療を実施した場合に協力金を支給
- ⑦ 高齢者施設等の感染制御・業務支援体制強化
  - ・感染拡大防止に関する相談を受け付ける相談窓口を設置
  - ・感染発生時または平時に即応支援チームが現地を訪問し、施設の対策を助言

なお、東京都医師会では、東京都から委託を受け、特養や老健においてクラスターが発生した際、地区医師会が整備する医療支援チームの医師が当該施設の入所者の診察を行っている。

会内でも令和 2 年 3 月に「新型コロナウイルス感染症介護サービス等連携連絡会」を設置し、老健、有料老人ホーム、認知症グループホーム等の各団体より感染発生状況の報告、課題の抽出、施設内での感染発生時の対応等について検討協議し、必要に応じて東京都へ要望を提出している。

また、高齢者施設におけるコロナ対策の主な取組みとして、①東京都が契約する人材派遣会社から介護職員、看護職員等に不足が生じた施設に代替職員を派遣する、②感染者を早期に発見し、感染拡大・集団感染を防止するため、入所系および通所・訪問系の施設職員等を対象に、集中的検査を実施（◆入所系施設：PCR 検査（週 1 回）及び抗原定性検査（週 1 ～ 2 回）◆通所・訪問系施設：抗原

定性検査（週2～3回）。③職員の応援体制として、入所者及び施設従事職員の同居者への感染防止を図るため、施設職員が滞在する宿泊先の確保支援、などを実施している。

さらに、東京都では感染した要介護高齢者等が療養できる「高齢者等医療支援型施設」を都内3カ所に設置した。対象は、軽症・中等症Ⅰの他、要介護度の高い者、認知症のある者等にも対応し、一部の施設では透析患者も受け入れている。

施設では、治療や介護に加え、ADL低下を防ぐためのリハビリテーション等を行っている。なお、入所時の搬送は保健所が民間の救急車を手配している。

## 高齢者等医療支援型施設（世田谷玉川）

【対象者の重症度】 高齢者等…軽症・中等症Ⅰ（ $93\% < \text{SpO}_2 < 96\%$ を目安として、誤差や臨床状態を考慮しバイタル良好で呼吸苦等なければ93%でも受入可）＊医師が総合的に判断

【対象者の介護度】 高齢者等…要介護5まで

【規模】 最大102床

【特色】

- ・常駐する医師・看護師による健康観察や急変時の対応（入院調整含む）  
薬剤師、理学療法士、管理栄養士を配置
- ・酸素投与、中和抗体薬治療、補液、解熱鎮痛薬の点滴、内服薬の処方（解熱剤・鎮咳薬・去痰薬等）の実施
- ・膀胱留置カテーテル可、ストーマ管理可（要持参・装具が固定されているもの）、インシュリン投与可（要持参）、  
経管栄養対応可（要持参・胃ろう造設済）※応相談
- ・理学療法士によるリハビリテーションの実施
- ・きざみ食、ミキサー食、ムース食、治療食（糖尿病食、減塩食）
- ・基本的に療養期間終了まで対応

【受入調整】

入院調整本部からの要請（含：下り患者）に基づき受入

【その他】

- ・入所時間は個別の状況に応じて要相談（原則19時まで）
- ・搬送について 基本的には保健所が民急を手配  
＊入院調整本部を通じた下り患者の入所は、入院調整本部が民救を手配  
※療養期間終了後の退所のための車両は入所者本人、または高齢者施設で手配
- ・患者容体の増悪時には、都立病院と連携し入院調整を行う

◆施設の所在地  
世田谷区宇奈根2-2-5  
（旧 ホスピア玉川）



【 検討テーマ 】

3. かかりつけ医と地域包括ケアシステムについて

新潟県医師会

【 提 案 要 旨 】

2022年4月、日本医師会より「国民の信頼に応えるかかりつけ医として」と題し、日医の考えるかかりつけ医像が提示された。そこでは、「かかりつけ医の努め」として、患者さんとその家族にいつでも安心していただけるよう、かかりつけ医を中心に、地域の医師がチーム一丸となって患者さんを支え、外来へのアクセスが困難な患者さんのために、在宅医療やオンライン診療など、患者さんのそばに寄り添える方法を選択すると記されている。また、「地域社会におけるかかりつけ医機能」として、24時間365日、安心して相談、受診していただけるよう在宅当番医や休日夜間急患センターの業務を分担するとされている。

経済財政運営と改革の基本方針 2022(いわゆる骨太の方針 2022)では「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」と明記された原案が提示された。

日本医師会において、かかりつけ医に関する議論は以前からなされて来た。2013年8月8日日本医師会・四病院団体協議会合同提言において、高齢社会の進展などにより、在宅医療の中心的役割を担うかかりつけ医の重要性はますます高まり、今後はかかりつけ医がより主体的に在宅医療に取り組んでいく必要があると言及されている。更に日本医師会では以前より、地域包括ケアの構築には、かかりつけ医の存在が不可欠であると発言してきた。

しかし、現在財務省は、かかりつけ医制度化を目指しており、日本医師会や日本中の医師が医療の歴史のなかで積み上げてきた、現存するかかりつけ医の存在がないがしろにされる可能性がある。

地域包括ケアにおける「かかりつけ医」の役割とその機能は、すでに地域で活動している医師に備わっているものであり、新型コロナウイルス感染症と短絡的に結びつけ、かかりつけ医機能が発揮されなかったとされるのは筋違いと考える。

かかりつけ医制度化については、今後議論が活発化するものと思われる。

日医かかりつけ医機能研修制度をもつ医師会が、制度化を阻止、もしくは制度化をすとしても逆に医師会がリードする様な方策がとれると考えているが、各医師会のご意見をお伺いしたい。

【 回 答 】

【 栃木県医師会 】

「かかりつけ医」というワードは、日医で議論をされるほど重要な問題です。日医の代議員会で議論をするようなテーマだと認識しています。

栃木県医師会は、「かかりつけ医の制度化」には反対です。言うまでもなく国民皆保険制度によりフリーアクセスで医療が受けられます。この諸外国に比べて恩恵を受けている現行制度が崩壊しかねないと考えます。

単なる「かかりつけ医」というワードは、「かかりつけ医制度」なのか「かかりつけ医機能」なのか分かりにくいと思います。

今後の言葉の使い方として、単なる「かかりつけ医」ではなく、「かかりつけ医機能」という言葉に統一をするというのは如何でしょうか。

我々が日常的に「かかりつけ医機能」と言い続けることで、日医かかりつけ医機能研修制度を維持し、医師会がリードする事が出来ていくのではないのでしょうか。

### 【長野県医師会】

かかりつけ医については、財務省財政制度等審議会のいわゆる春の建議や、6月7日に閣議決定された「骨太の方針 2022」において制度化について明記されています。財務省などがかかりつけ医の制度化を進めようとする目的は、現在のフリーアクセスをなくすことによる診療報酬の包括払いを絡めた医療費の抑制であることは明白です。

医師会として、フリーアクセスが制限されるような制度化については断固阻止し、必要な時に適切な医療にアクセスできる現在の仕組みを堅持しなくてはいけないと考えます。

かかりつけ医の役割については、地域包括ケアシステムへの対応などにより、今まで以上に広範囲に及び、それに比例して責任も大きくなります。かかりつけ医機能を担う診療所への医師の参入が横ばい状態なことから、将来のかかりつけ医の育成や、現在曖昧なかかりつけ医の役割を明確にすることにより、その活動を報酬面で評価するシステム作りも一方で必要であると考えます。

かかりつけ医やかかりつけ医機能について、日本医師会のワーキンググループにおいて検討され、その結果が国民と医師双方にとって有益な仕組み作りに結び付くことをご期待しております。

### 【新潟県医師会】

※提案都道府県医師会

### 【山梨県医師会】

#### 1) かかりつけ医機能の強化と地域包括ケアシステムへの協力

山梨県医師会においては生涯教育委員会が、会員が患者さんに信頼される「かかりつけ医」になるべく、様々な教育の機会を作って来た。

地域包括ケアシステムの構築に当たっては、各地区医師会がその特性によって相応しい会員を派遣し、行政や他の職能団体との協働し、地域の実情に合わせた体制作りに尽力して来た。

今後、検討テーマ1で掲げた地域共生社会の実現に向けても、医師会はその中

でリーダー的な役割を果たしていくべく地区医師会へ働きかけて行く。

## 2) かかりつけ医の制度化に対する山梨県医師会の意見

5月25日の財政制度等審議会、6月7日に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2022」、6月10日に立憲民主党によって提出された家庭医制度の整備の推進に関する法律案（日本版家庭医制度法案）などの情報は医師会役員および担当の生涯教育委員会で共有したところだが、まだ議論の段階に至っておらず、山梨県医師会として意見できる段階にはない。9月11日の部会までに、山梨県医師会として報告できることがあれば追加させて頂く。

## 3) かかりつけ医の制度化に対する個人的意見

コロナ診療に関して、我が国の医療保険制度の金看板とされてきたフリーアクセスは十分に機能しなかったとの酷評があり、これがかかりつけ医の制度化を後押ししていることは承知している。

山梨県内ではどの地域においても医師会はワクチン接種、発熱外来などにおいて、これまで以上に行政と連携してその役割を果たして来たと言える。全ての医師が同じように振る舞えなくとも、医師会が統括して適切な役割分担をすることで、かかりつけ医の制度化がなくとも様々なニーズに対応出来るものとする。ただ、コロナ診療においてはこの統括能力が十分でなかった点も見られ、課題は多い。

## 【茨城県医師会】

地域包括ケアシステムとは我々が目指す地域共生社会を築くための有力な手段である。地域包括ケアシステムは住み慣れた地域で自分らしい生活を最後まで続けることが出来るように地域内で助け合う体制のことであり、現在ではその対象は高齢者や認知症の方、障害を持った児童や幼児など全世代に広がっている。生活圏内で四助（自助、互助、共助、公助）を駆使し、様々な職種の人々とお互いに連携しながら、かかりつけ医がその中心になってブラッシュアップしていく原動力とならなければならない。

現在、日本医師会ではかかりつけ医の機能強化を進めながら、従来の臓器別の専門医ではなく、一人の患者を包括的かつ継続的に見ることのできる総合診療医の存在が強く求められている。今回の新型コロナウイルス感染拡大により、大病院の勤務医の働きぶりを称賛する一方、かかりつけ医に対して発熱外来を診ない、診療を拒否されたなどとの批判が聞こえている。しかし、大多数の「かかりつけ医」は献身的に身を挺して様々な困難の中で精一杯頑張っているのが現状である。

かかりつけ医とは「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」と定義された。更には地域包括ケアシステムの中心的な役割の担い手と位置付けられている。かかりつけ医の三つの特徴は皆保険制度の下、自由開業医制、自由標榜制、フリーアクセスであると認識し



ている。しかし、財務省が考えているような「かかりつけ医」の制度化や登録制の問題などを考えた時に、複数の疾病があり何人もの「かかりつけ医」を持つことが常態化している現在、かかりつけ医を一人に絞ることは可能なのでしょうか。現在のような未曾有のウイルス感染拡大や大災害の発生時などいざという時に備え、「かかりつけ医」が中心となり日常生活圏域全体で連携できる仕組みづくりをしておくことが必要であり、これが地域包括ケアシステムの構築であると考ええる。

### 【神奈川県医師会】

「かかりつけ医」は、2013年8月の日本医師会と四病院団体協議会の合同提言において、「相談」「紹介」そして「医療・保健・福祉」を要旨として定義付けされた。すでに我々は強要されることなく、個々の能力の範囲内においてこれらを前提とした日常診療に携わってきたはずである。

特に地域包括ケアシステムにおける医療、すなわち在宅医療では、患者と医師が「1対1」の関係となる中で「ほんとうのかかりつけ医」として、他科の医師も含めた多職種連携の中心的な役割を担ってきた。法制化では登録制が提唱されているが、それ以上の関係性がすでに成立しているのである。そこに「骨太の方針2022」に「コロナ禍で顕在化した課題を踏まえ（中略）、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う。」という文言が明記されたのは周知のとおりである。

「かかりつけ医」を法制化することにより機能強化を図るという名目ではあるが、その先にあるのは登録制、人頭払い制等を導入することによる医療費抑制であろう。

そしてその戦略として、「かかりつけ医はコロナ禍で機能不全が露呈した」、「我が国の医療保険制度の金看板とされてきたフリーアクセスは肝心な時に機能しなかった」さらには「既得権への強い執着である」といった内容の言葉で、一部の識者達が口をそろえて主張し、医療側の責任にしたのである。

しかし感染症法第5条第2項には「病院、診療所、病原体等の検査を行っている機関、老人福祉施設等の施設の開設者及び管理者は、当該施設において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講ずるよう努めなければならない。」と規定されている。

コロナ禍で顕在化した本当の課題は、政府が感染症法に基づいて保健所に入院調整をさせたり、感染対策の観点から発熱外来の限定を行ったりした政策上のものであり、新興感染症流行下におけるフリーアクセスの制限を医療側の責任にするべきものではなく、保健所のコスト削減を行ったため人員不足になり機能が麻痺したことに他ならない。

この誤解が国民の常識として定着する前に、強力にかつ継続して反論していく必要があると考える。

## 【群馬県医師会】

これまでもかかりつけ医は、日医かかりつけ医機能研修等を通して、常に知識や技術の向上に努めてきた。加えて多くの地域にて地域包括支援センターや在宅医療推進センター等を通して、かかりつけ医が多職種の中心的立場となり、多職種の連携を図ってきた実績があります。

新型コロナ感染における医療提供の問題、例えば検査を希望する初診患者が非常に多く対応に難渋したことや救急搬送や入院先が不透明なケースなどの問題はかかりつけ医機能とは別次元の問題として取り扱うべきであり、また新型コロナウイルス感染症のような新興感染症は、公的医療機関が担うべき面も多く、本来かかりつけ医が行う日常的な医療とは切り離すべき点も多いと思われます。そのような中で、現在財務省が目指すとしているかかりつけ医制度では、今までの構築してきた地域包括ケアが保たれるかは疑問が残ります。

確かに、「地域包括ケアシステム」が「地域共生社会」へ転換して行くに当たり、地域医療を担う医師・医師会には今まで以上に重要な役割を担う必要が生じてきている。そのためにかかりつけ医としては、様々な知識や技術の向上が必須ですが、一方で診療所レベルでの専門性の向上も不可欠と考えます。現在専門医制度による医療レベルの向上は診療所レベルにも波及し、地域医療に大きく貢献しており、その中で病診・診診連携を行いながら情報の共有し、適切な医療をスムーズに提供するシステムが現在我が国で目指すべき方向と考えます。イギリスの **general practitioner (GP)** を国がかかりつけ医制度として考えているなら、結果的に医療機関へのアクセスに時間がかかり疾患重症化の症例数は大幅に増加すると予想される。また、現在でもある地域格差に加え、患者の所得格差なども発生する可能性は否めません。よって、たとえかかりつけ医を制度化するにしても、ある程度、従来ある専門医へのフリーアクセスは残すような形を医師会が中心となり作るべきと考えます。

その点からも、かかりつけ医の考え方は“日医マター”としても、地域医療を支える側（守る側）のマンパワーが不足する状況では、マンツーマン・ディフェンスは困難となりゾーン・ディフェンスで対応せざるを得ない状況が迫ってきています。

更に、地域で高齢者、障害者等を支えるとなると、外来診療の形態は基本が訪問診療とオンライン診療に“オセロチェンジ”する様相を呈しており、通院するのは特殊な病態に対する診療形態と化す予感がします。そして、外来機能評価が目指す先もその辺にあるように感じています。

個々の医師ではなく医師会という面（組織）で対応できる体制で、将来の医療提供体制を見据えた地域包括ケアシステムの構築が急がれるところです。

## 【埼玉県医師会】

財政制度等審議会のいわゆる「春の建議」では、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」ことが提出され、この中で、かかりつけ医機能が発揮されなかったとされることによりコロナ患者の診療対応が円滑に行われなかったと

して、かかりつけ医の存在の不十分等の責任を、医療現場や医師会に転嫁し、これに乗じて「かかりつけ医」の制度化を進めようとしているが、これは決して容認できるものではない。患者の入院治療、あるいは診療・検査医療機関として、病院や診療所等の医療従事者が日々尽力していることを考えると問題点をずらしていることになる。

患者さんと医師との信頼関係や、かかりつけ医の適切な役割は、診療を進める中で形成されてくるもので、事例ごとに異なり、最初からかかりつけ医の機能として要件化できる性質のものではない。また、登録制についても患者さんの選択権を侵害するものであり、登録人数に応じた定額払いも懸念される。加えて今後、在宅医療の現場では癌末期の症例も含め、看取りまでの過程を複数の医師でチーム対応する機会も増えると推測され、フリーアクセスのしやすさが保たれなければならない。

地域包括ケアシステムにおいても、「主治医」とはやや異なる意味合いを持つ「かかりつけ医」の幅広い活動や機能の一部を占める重要なものであり、かかりつけ患者が通院困難となれば、在宅医療に移行することが多いことを考えると必須のものである。

埼玉県では、本年度も在宅医療提供体制の整備に向け

- (1) 在宅医療を担う医師の育成
- (2) ACPの普及
- (3) 在宅緩和ケアの推進
- (4) 在宅医療連携拠点の機能強化

を推進している。これらもかかりつけ医の機能向上策の一環として位置づけられる。

今後の議論の中で、医師会や、日々の診療に汗する医師会員の意向からはずれた状況での、いわゆる「かかりつけ医機能が発揮される制度」には強く反対すべきと考える。

## 【千葉県医師会】

2022年5月21日岸田政権下、今回のコロナ禍より、かかりつけ医機能が充分作動せず、総合病院に大きな負荷がかかるなどの課題に直面しました。かかりつけ医機能が発揮される制度整備を含め、機能分化連携を一層重視した医療・介護提供体制等の国民目線での改革を進めるべきと発表、財務省主導で「かかりつけ医」の法制化を訴え、出来高払いから病院と同じように包括払いへの変更を目指すような議論がされております。

これに対して日本医師会、当時の中川会長は「国民の信頼に応えるかかりつけ医として」を発表。

患者ごとにかかりつけ医は異なり、本人が決めるべきもので、国民皆保険・フリーアクセスの堅持を発表されました。

新型コロナ対応（発熱外来・予防接種・往診・専門的な入院治療）は、普段の診療に加え緊急時への対応が求められた訳で、通常診療と緊急時の対応は区別が

必要と考えます。

日本医師会がかかりつけ医機能とは医療的機能と社会的機能であるとしています。

普段の診療では自己の専門性を発揮し継続した医療を提供し、患者さんの健康維持を目指すことが期待され、専門外の疾病は近隣の専門医や高次医療機関を紹介する事が求められます。

社会的機能において地域包括ケアシステムへのかかわりが求められ、多職種連携においてリーダーシップを発揮する事と考えます。

その為には多くの専門職のみならず地域住民、民生委員、自治会、敬老会、地域包括ケアセンターと日ごろから顔の見える関係づくりが必要です。

多忙な診療の合間に会合などに参加する事は難しいですが、地域包括ケアから地域共生社会へ進む中で、医師がその輪に残るためには必要不可欠と考えます。

### 【東京都医師会】

かかりつけ医やかかりつけ医機能の再考により、今まで国内で広く慣習的に用いられてきたかかりつけ医の考え方が揺らいでいます。例えば、内科的には健康で専ら感覚器官・精神等についての医療を継続する療養者にとっては、それぞれの担当医師が相談できる相手でありかかりつけ医です。今までもそうであったように、これからもその関係性は持続します。一方で、わが国の社会構造の変化を背景として国民の健康保持を考えると、予防・診断・治療にアクセスの容易さと総合性と継続性を持たせた医療が求められています。両者は別次元の議論対象です。後者を提供する医師を表す言葉として私見では「家庭医」が最も適していると考えますが、英国等の家庭医との混同を避けるためか未だに受容されていません。しかしこれを「かかりつけ医」と定義すると既得権を侵害することになります。また、日医と4病院団体の提唱する「かかりつけ医機能の定義」では「自身の時間外」や「自身の専門外」など、医師が一人称として用いられています。国民を一人称とした定義の再検討も必要ではないでしょうか。そして総合性や継続性を担保した医療こそは地域包括ケアシステムにおける医療の中心的役割を担うものであることに異論はないと思います。そして関わる医師には、患者のみならず時代や地域を観る能力と関わる意識とエネルギーが求められます。繰り返しになりますが、わが国のかかりつけ医の考え方はこれからも今まで通りに存在しますが、時代背景の中で総合性と継続性を担保した医療の重要性が増しており、これを制度化して推進すること自体には何ら違和感はないと考えます。その上で報酬面での包括性や契約制といった欧州の制度を真似ることなくわが国独自の医療制度を議論していくべきでしょう。医療費削減対策としての方向性提示に受け身として反対論を唱えるのではなく、医療の専門職団体としての理論を明確に発信しなければなりません。地域包括ケアシステムの成否の根幹を成す課題であると思います。

令和4年度 関東甲信越医師会連合会  
介護保険・地域包括ケア部会

出席者名簿(敬称略)

【来 賓】（1名）

役 職 名	氏 名	備 考
日本医師会常任理事	釜 范 敏	会場参加

【栃木県】（3名）

役 職 名	氏 名	備 考
常任理事	竹 村 克 己	
常任理事	依 田 祐 輔	
地域医療第一課長	徳 原 容 之	

【長野県】（3名）

役 職 名	氏 名	備 考
在宅医療推進委員会 委員長	杉 山 敦	
保険医療課長	若 狭 正 己	
保険医療課主任	高 橋 舞	

【新潟県】（3名）

役 職 名	氏 名	備 考
理 事	鈴 木 榮 一	
理 事	小 柳 亮	
業務課主任	後 藤 直 樹	

【山梨県】（5名）

役 職 名	氏 名	備 考
理 事	上 條 武 雄	
理 事	佐 藤 吉 冲	
事務局次長	小田切 正 仁	
総務課長	大 芝 祐 二	
総務課主事	小 池 裕 子	

【茨城県】（４名）

役 職 名	氏 名	備 考
会 長	鈴 木 邦 彦	会場参加
副 会 長	大 場 正 二	会場参加
常任理事	佐々木 栄 一	
業務課係長	越 後 壮	

【神奈川県】（５名）

役 職 名	氏 名	備 考
副 会 長	竹 村 克 二	会場参加
理 事	小 松 幹一郎	
理 事	古 井 民一郎	
保険医療・学術課長	椿 貴 雄	
保険医療・学術課副主幹	河 上 誠	

【群馬県】（６名）

役 職 名	氏 名	備 考
理 事	清 宮 和 之	
理 事	服 部 徳 昭	
理 事	鶴 谷 英 樹	
理 事	小 中 俊太郎	
業務二課主任	阿久津 うらら	
業務二課主事	遠 藤 優 太	

【埼玉県】（５名）

役 職 名	氏 名	備 考
常任理事	鹿 嶋 広 久	
理 事	清 水 要	
理 事	富 沢 峰 雄	
理 事	鈴 木 仁 志	
業務Ⅱ課副主幹	森 田 真 弓	

【千葉県】（３名）

役 職 名	氏 名	備 考
理 事	和 田 浩 明	
理 事	松 岡 かおり	
地域医療課長	宮 原 誠	

【東京都】（５名）

役 職 名	氏 名	備 考
副 会 長	平 川 博 之	会場参加
理 事	西 田 伸 一	会場参加
理 事	土 谷 明 男	会場参加
理 事	佐々木 聡	会場参加
医療介護福祉課長	中 山 尚 子	会場参加

計 ４ ３ 名



# 小室常任

令和4年度 関東甲信越医師会連合会 医療保険部会

日時：令和4年9月11日(日) 10:00～12:30

会場：京王プラザホテル東京 (WEB)

司会、座長：東京都医師会理事 黒瀬 巖

## ●次第

### 1. 開会

2. 挨拶：東京都医師会長 尾崎治夫、東京都医師会副会長 角田 徹  
日医常任理事 長島公之

### 3. 協議（集中検討テーマ）

- ①外来感染対策向上加算の近況と感染防止対策評価について
- ②リフィル処方箋について
- ③今年度診療報酬改定実施後におけるオンライン診療の実態と課題

### 4. その他

5. 総括：日本医師会常任理事 長島公之

### 6. 閉会

## ●議事録（概要）

### 1. 開会

### 2. 挨拶

○東京 尾崎会長—現在、東京のコロナ新規陽性者数は1万人を割る程度だが、入院・宿泊・自宅療養・待機者を含めると8万人くらいの方が療養している状態。医療保険部会は過日2回WEB会議を開催した上で論点整理し、今日の部会となった。

○東京 角田副会長—今年は2年に1回の診療報酬改定があり、新型コロナ臨時的取扱いで、初診から電話や情報機器を用いた診療が認められた。今回は点数改定というより、制度改定の色合いが大きい。

本日のご意見は、日医を通じて厚労省等に働きかけていきたい。

○日医 長島常任理事—オンライン資格確認の導入について、都道府県医師会担当理事連絡協議会でもお伝えしたが、情報は随時提供させていただく。導入対象で未導入の方は、まず業者に見積りを依頼してほしい。導入準備の中で問題があれば、日医の相談窓口にお寄せいただきたい。国や関係機関と問題解決に尽くす。地域医療に支障を来すような問題があれば、経過措置・猶予期間等を交渉していく。

### 3. 協議

#### 集中検討テーマ ①外来感染対策向上加算の近況と感染防止対策評価について

○新潟—5月時点の届出医療機関の割合は52.5%（診療・検査医療機関：438件、届出医療機関：230件）、7月時点で56.3%。新潟市医師会では、加算1を算定している病院を中心に診療所の選定・割り振りを行い、カンファレンス・医師会の関与を行っていく予定。

○山梨—外来感染症対策向上加算の届出医療機関数は、7月末で66件。届出要件のハードルが高いと感じている意見が多い。診療・検査医療機関数はデータがありません。

○群馬県—平成22年度に群馬県内の全ての大病院と連携をはじめ、24年度には感染対策連絡協議会にバージョンアップした。ここで10年前から合同カンファレンスをしている。届出医療機関は448件で約50%。提出書類のひな形をつくり、4月には提出できるようにした。職員への感染対策の資料は、加算1の病院に作っていただき、診療所に月1回定期的に提供している。

○座長（東京）—届出医療機関の割合は、栃木31.5%、長野45.5%、新潟52.5%、山梨と千葉は分母が分からないのでペンディング。茨城26.7%、神奈川54.7%、群馬50.79%、埼玉39.8%、東京42.8%で、関東甲信越医師会の平均は40～50%くらい。

○埼玉（廣澤副会長）—7月6日時点で39.8%だったが、9月8日時点で50.7%になった。診療・検査医療機関に対する加算なので、全医療機関に取っていただきたい。

○長野—現時点では50%を超えてきている。徐々に算定の仕方が分かってきたので、これからさらに増えていくと期待している。厚生局への届出書類を減らしていただきたい。全医療機関に対して感染対策に携わる点数を何か作ってほしい。

○栃木—9点(90円)なので30円、患者負担が増えるが、患者からの質問や苦情は少ない。本当は患者に負担をかけない補助金とか、公費にするとかの措置が必要。厚労省に要望してほしい。

○座長(東京)—皆さんからは、診療・検査医療機関がきちんと100%近く算定できるようにすべきであろうというご意見と、診療報酬それとも公費あるいは補助金等で手当てするのか、考慮すべきであるというご意見をいただいた。

○群馬—厚労省が机上の空論でつくったものだから診療所からは利用しづらい形になっている。「提出書類はこれだ」とわかりやすく日医から提案してほしい。

○新潟—問題は、9月までの医科外来等感染症対策実施加算(全ての医療機関に5点)が終了してしまったことと、外来感染対策向上加算は4月にさかのぼってやるべきだったのではないかということ。私も診療・検査医療機関でホームページに名前を出しているが、非常に煩雑な届け出内容を見ただけでいやになって届出をしていない。届出をまとめて医師会で出すような方法があればいいのでは。

○神奈川—サーベイランス強化加算は、診療所で参加できるのはJANISのみだが、参加要件は細菌培養検査をやっていることで、コロナ対応における迅速検出キットやPCR検査は含まないという、絵に描いた餅みたいな点数。今後も中医協等で議論していただき、要件緩和をお願いしたい。

○座長(東京)—公費の問題、補助金の問題等も含めて関東甲信越医師会連合会の総意として日医に申し入れる。

○日医 長島常任理事—施設基準の複雑さ、算定要件の厳しさに関し、次回改定に向けた課題として、しっかり取り組んでいきたい。この加算の趣旨として、個別の医療機関だけでなく、地域全体で感染症対策実施を評価するという。そのために、他の医療機関や行政との連携が求められ、手間がかかる部分が増えてしまった。様々なひな形や参考資料が必要と承知している。日医からは、届出のサンプルをお示ししたが、各医師会で作成されているものを参考に、様々なひな形を作成し、厚労省と協議をして、医療機関の負担が少ないように改善したい。非常に厳しい財源での今回改定であり、面の感染症対策の評価にならず、点と点をつなげたような体制評価になっている。次回改定の課題は、診療報酬以外の様々な手だても同時に探っていく必要がある。

#### **集中検討テーマ② リフィル処方箋について**

○長野—リフィル処方箋は、財務省と厚労省の大臣折衝により医療費削減を目的として導入された制度で、もともと認められていなかった無診察投薬とのつじつまが合わない。患者は多少の不調があっても医療機関を受診せず、その結果、病状悪化につながる可能性がある。リフィル処方が拡大すれば、医療機関を受診しないで医療が完結する可能性もあり、医療機関の経営を圧迫することは明らか。

○茨城—問題点は3つあり、まず①責任の所在。責任は全て医師が負うことになるが、2回目以降のリフィル処方は薬剤師が責任を負うべき。医師の責任において処方するなら長期処方でのよい。次に②国民の健康に寄与しない。処方日数が長期化すれば、受診回数の減少により病状悪化の発見が遅れ、疾病管理の質を下げるリスクがある。主な疾患だけでなく、他の身体状況や精神状態、患者の環境まで見る必要がある。次に③医療費抑制ありきで導入されたこと。薬局の調剤料を見直すべきではないか。ジェネリックが標準化されてしまったときのように、リフィルも標準化されかねない。リフィル処方撤廃を考えていただきたい。

○千葉—議論がほとんどなく突然導入されてしまった。診察しないで処方継続していいという、医師法

や関係規則に抵触するものだ。また、薬剤師にそこまで権限を与えていいものなのか。審査支払機関では基準日を超えるものは査定されるが、審査支払機関にはどういう説明をしたのか疑問を感じる。リフィル処方箋は、特別な場合以外は断る、利用しないという啓発活動をするしかない。

○神奈川—医師法第20条「医師自らが診察しないで治療し、処方箋を交付してはならない」に違反する。また、療養担当規則第20条「投薬量は予見することができる必要期間に限ったものでなければならない」の違反。例えば病院が120日処方をした場合、審査支払機関で査定されている先生もいると思う。今後は審査上の問題も出てくる。神奈川では社保・国保連名の通知があり、処方箋の有効期間は4日間だが、有効期間が過ぎた処方箋を患者が薬局に持ってきたがどうするか聞かれたとして、長期慢性疾患だと日付を変更していいよという医療機関もあるが、医師法20条違反と解釈される。これを1,2日緩和してからリフィルの議論が順番だと思う。落ち着いていても患者とのコミュニケーションを大切にすることが、国民の健康を考えた医療だ。

○座長（東京）—厚生局の指導の立合いで、「無診察診療や無診察投薬は、医師法違反、療担規則違反より重い罪になる」と、耳にたこができるぐらい聞かされる。

○日医 長島常任理事—厚労省では、違反ではないとの判断で行われている。

○栃木—栃木県の国保のリフィル処方箋は、45万件の処方箋のうち5月は47件、6月は44件、7月は49件で、0.01%。

○新潟—新潟県では、7月では社保・国保ともに0.03%。

○神奈川—神奈川県では、社保・国保合わせて4月・5月ともに0.03%。

○埼玉（小室常任理事）—埼玉県の国保では、4月・5月ともに総処方件数が約160万件に対して約700件の算定となっており、0.04%。先生方がリフィル処方箋の特性を理解し、患者とコミュニケーションを取った上で、採用していないことの現れか。今後は、リフィル処方を行った理由が分かったら教えてもらいたい。

○茨城—紙ベースの処方箋だと、リフィル処方のところに患者が自分でチェックや○をつけてしまう事例がある。

○座長（東京）—文書偽造になると、国民に伝えていく必要がある。

○山梨—リフィル処方箋は医療費削減を目的にしたもので、財務省はかなり以前から計画していた感じがする。最長270日の処方箋をルールとして認めたわけで、必ず事故が起きると思う。

○埼玉（廣澤副会長）—各医療機関で自制して患者に良く説明し、かなり抑えられている状況。2%程度の医療機関で収まっているが、これが拡大したらどうなるか。新聞報道を見ても、リフィルという言葉が先走って、患者も長く薬をもらえんと思ってしまう。医療機関でも、長期D○処方との兼ね合い、医師が予見できる範囲をしっかりと、使い分けねばならない。今はある程度自制しているが、どこまでできるか、繰り返し日医を通して患者に言うていくことが必要ではないか。

○長野—長野県では、国保が0.03%。リフィル処方箋を知らない患者がほとんど。リフィル処方箋は、ぜひやめてもらいたい。我々も外来で患者を待たせて、順番になったら数秒で終わり・患者の訴えも聞かない診療も、一部の事実だ。財務省にそこを突かれた。

○茨城—私は病院側の立場だが、簡単に患者が変更できてしまう問題点から、電子処方箋のようにシステム化してから導入すべきだと思う。診療が忙しいから3分診療・長期処方という病院の先生方に協力いただかないと、リフィル処方の問題は、ただ医師会が反対と言っているだけでは、国民や病院の先生

方は納得しないのではないのか。

○座長（東京）—東京都では、4月が0.05%、6月が0.04%で伸びていない。リフィル処方箋の活用が進んでいない点は、日経新聞等も医師会が抵抗しているからという論調で出しているようで、財務省筋からの横やりが入っているのだろうと想像できる。我々としては、何でも反対でなく、国民の安心安全につながる医療、良い医療の提供を主眼として広報していきたい。

○日医 長島常任理事—今回の診療報酬改定における年末の予算編成において、厚労大臣と財務大臣の改定率折衝の際に、両大臣合意でリフィル処方の導入が決まった。これにより、改定の財源が捻出できた。リフィル処方の是非について、本来議論すべき中医協で議論する場面がなかったことは、日医、中医協委員の私としても、非常に遺憾。財政制度等審議会の2021年12月答申に「リフィル処方導入により通院負担を減らす」とあるが、発想が間違っており、大きな間違い。医師が定期的に医学管理を行い、適切な処方期間を考えるのが再診の意味。両大臣合意では、医師の処方により行うと明示されており、医師法（医師のみ処方権がある）は堅持されているところをご理解いただきたい。

リフィル処方を行う場合、療養担当規則で日数制限がある医薬品は対象外。処方の日数は、これまでどおり制限はなく、患者の状態によって医師が判断する。現行制度でも、投薬日数は医師の裁量とされ、特定の薬剤を除いて制限はない。日数制限がなくても、医師は無制限に処方を行わない。医師が定期的に患者を診察して医学管理を行うことが、安心・安全で質の高い医療。不適切な長期処方は是正すべき。リフィル処方はほとんど活用されていない状況だが、それを政府（財務省、規制改革）が課題として取り上げて、何らかの活用拡大の方策を立ち上げることが予想されるので、しっかり注視して対応していく必要がある。重要なのは、定期的な受診の大切さを患者・国民に十分に理解してもらう、かかりつけ医と患者の信頼関係。これが今後の日本医師会からの発信課題と捉えている。

○東京・日医（角田副会長）—リフィル処方も今までと同じで、処方期間の制限はないと認識している。現場の先生方が医学管理の重要性を認識しておられるので、患者に分かるように説明して、不適切な処方はないことが重要。

現在、感染症法を検討しており、全医療機関と地方自治体が協定を結ぶことを原則として、公的病院は義務となる。感染症に対して全医療機関が一丸となって立ち向かうので、感染対策管理加算等は、一部の医療機関ではなく、全医療機関が対応していただくような形で検討を進めていきたい。

### **集中検討テーマ③ 今年度の診療報酬改定実施後におけるオンライン診療の実態と課題**

○座長（東京）—今回の改定で、オン診を原則初診から行うことが解禁された。我々は、かかりつけ医が患者のために必要と判断した際には、適正に運用されるオン診の導入や拡充に対して、やみくもに反対しているわけではない。安心・安全な診療の質を担保しつつ、適切な利活用を目指すべきと受け止めている。オン診に関するルールが、医療現場をよく知らない人々の間で議論されている現状を鑑み、現場の状況を十分に考慮して取り組んでいく必要性を指摘していきたい。

○栃木—栃木県におけるオン診の届出件数はR3.4.1時点で県内1,300医療機関のうち67機関（5.15%）、R4.4月時点で3.14%と極めて少ない。レセプトで見ると国保は5月0.01%、6月0.09%、7月0.03%。社保は5月0.1%、6月0.1%、7月0.09%。来年からオンライン資格確認が導入され、特定健診や薬剤情報を活用すべき状況になる。セキュリティーが最重要課題だが、病歴等が活用できればとても良いと思う。かかりつけ患者以外の初診の患者情報は限られており、オン診は限界がある。資格確認が導入されれば、患者の本人確認はかなり信頼性が上がる。医師は、医師資格証を提示すればよいのでは。

支払について、オン診専用のシステムを使用している医療機関では、クレジット決済可能となっているため問題はないと考えられるが、システムの導入費用やランニングコスト、クレジット決済手数料が問題となっている。営利を優先する医療機関の参入について、問題になっているケースはない。ただ、オン診に特化した施設にだけ患者が集中することがあるため、現行と同様に診療件数の把握や、診療件数の10%を超えないなどの枠が必要。診療に重要な影響を与えるようなシステム導入は、医療特区的なものを設けることも必要なのではないか。

○神奈川—オン診届出件数は、新型コロナが影響を及ぼし始めた令和2年度初旬以降、緩やかに増加し

ていたが、R4.3月770件、R4.6月493件で、全医療機関の7.4%に減少し、診療報酬改定に伴う施設基準の変更により再届出が必要になったためと推察している。臨時的取扱いにおける初診の月別算定数は、R3.8月は5,000件、R3.12月は1,300件、R4.2月は1万5,000件、R4.4月は8,000と高水準で推移。再診、初診ともに類似した件数推移。

事前ウェブの問診等の活用が多少有用ではあるが、不十分な情報の中での診療となる。オン診は、不適切と感じた場合には対面診療への切り替えが肝要。処方のみが目的の患者も散見され、医師・患者の信頼関係構築が難しいケースもある。汎用システムでも保険証や身分証明書、医師資格証の提示により、画面越しでも問題なく本人確認が行えているが、なりすまし患者の危惧はある。一方、オン診専用システムは、保険証の事前登録やクレジットカード情報も必須の場合が多く、安全性は高い。専用システムの導入費用、ランニングコスト、クレジットカード等の決済手数料がハードルとなっている。特定の医薬品の処方を目的とした医療機関では、診療も短時間で自由診療のため、莫大な利益を得ている。安易かつ大量処方等による健康被害が危惧される。オン診システム業者が開設に関係する医療機関も存在し、TVのCMも増えている。

近年、リフィル処方箋の導入のように、保険診療をコントロールする最重要機関である中医協を軽視する状況が散見される。オン診も中医協での議論と同時に、規制改革推進会議等の外野で議論され保険診療の制度設計にまで言及している始末。今後は、中医協や厚労省の検討会等で、現場の声が適切に反映されることを望む。

**○埼玉（阪理事）**—埼玉県の上診実施医療機関はR4.3月が352件、4月が215件、7月が259件で、診療報酬改定で施設基準の届出が間に合わなかった関係もあると思う。オン診で4月に初診算定は39件、再診算定は58件、コロナ臨時的取扱い初診が218件、再診が1,580件、コロナの電話再診が相当多かったのではないかと。

オンラインで患者の動き、顔色、足取等が分からない中での初診は問題が大きい。遠隔地の患者の急性増悪に対応できるとは思えないので、患者が近所の先生に再受診すると、初診料が2回算定されてしまい、非常な矛盾だ。医師・患者双方の本人確認は不十分になると考えられる。オンライン資格確認が義務化されるが、来年4月以降でどのくらいの医療機関が対応できるか疑問だ。

一部負担金の支払い問題は、クレジット決済のポイントへの対応が必要。営利優先の医療機関の参入問題も当然出てくる。オン診は、患者の利便性とは何かを考え、必要な場合は対面診療して処置・処方・検査をすることが基本。モバイル心電図等で大体のことはわかるだろうが、顔色、息遣い等を直接確認する対面には及ばない。

**○座長（東京）**—「オンライン診療に関するアンケート調査」結果報告（当日資料を参照）

**○山梨**—コロナ禍の発熱等、急性期疾患が多い中で、オンライン診療では注射や検査等には対応できないのでお断りすることになるが、応召義務違反にならないか。

**○座長（東京）**—かかりつけ患者以外の場合は事前問診を行うこととなっており、出来ることと出来ないことを患者と確認したうえでの診療となるため、違反にはならないと思われる。

**○日医 長島常任理事**—オンライン資格確認は、顔認証付きカードリーダーがないと使えないため、オンライン診療、往診、訪問診療については医療従事者や患者さんのスマートフォン等を使用して対応できるよう、現在開発中。中医協で今回改定における調査検証を行い、運用上の課題が把握された場合は、速やかに必要な対応を検討する。オン診は対面診療を補完するものという認識だが、オン診指針に沿って適切な対応が望まれる。30分以内の地理的要件や件数1割以下の縛りははずされたが、実態把握のため、医療機関から遠方の患者がいるか、対面の初再診、オンラインで完結した初再診等の毎月毎の件数を報告いただく。遠方の患者を診て、何かあった時には患者の地元医療機関に丸投げという事例があれば、ご報告いただきたい。

厚労省の各会議で不適切事例について検討するが、しっかり発言していきたい。都道府県医師会に現状把握にご協力いただき、不適切な事例があったとか、指針でオン診に適切であるとされているものでも、適切ではないと判断されるもの、また、逆にオン診の適切な事例についてもがあれば報告していく。平時とコロナ禍のような有事を分けて考え、日医で作成したオン診手引きを充実させていきたい。

#### 4. その他

○群馬—リフィル処方箋や、オンライン資格確認の義務化など、会員の思いをどう受け止めるか苦慮している。このことについては保険診療の基本的ルールである療養担当規則に記載されるなど、後ろから槍で脅されて「やれ」と命令されるような形に抵抗を感じる。今後、むやみに書き込まれることがないよう、日医にはご対応いただきたい。

#### 5. 総括

○日医 長島常任理事—現在、医療界は極めて大きな課題を抱えていると感じる。全会員の協力を得て、中医協で交渉していく。会員をしっかりサポートしていきたい。オンライン資格確認は、まずは見積り依頼の電話をかけていただきたい。いずれにしても医政なくして通るものはないと実感している。皆様のご協力をお願いします。

#### 6. 閉会

## 【 集中検討テーマ 】

### 1. 外来感染対策向上加算の近況と感染防止対策評価について

## 【 提 案 要 旨 】

令和 4 年度診療報酬改定において、外来感染対策向上加算が新設されました。診療所が平時から地域の医療機関と連携して実施する感染症対策を評価する点数で、現時点では新型コロナウイルス感染症に係る診療・検査医療機関として自治体のホームページで公表されていることが要件の一つとなります。日常的な感染対策への対応が医療現場における治療に反映され、提供可能な医療の質を向上させるとともに、新興感染症の発生時における、地域住民の適切な受診体制づくりに少なからず寄与するものと考えます。

その一方、必要とされる施設基準が複雑で、感染対策部門の設置や連携医療機関または地域の医師会が実施するカンファレンスへの参加が求められるなど、診療所にかかる負担が過重ともとれる内容であり、加算点数の設定に対して算定要件が厳しすぎる感が否めません。

新型コロナウイルス感染症だけでなく今後の新興感染症発生時においても第一線に立ち、地域医療を支えていく診療所に対する評価・支援であるならば、算定に二の足を踏むような要件の設定は、感染症対策への更なる参画を推進していく観点において、どの程度の効果があるのか疑問を感じます。

本来、感染対策関連の評価については現時点で全医療機関が感染防止対策に協力しているわけですから、2019 年 9 月に廃止された「医科外来等感染症対策実施加算（5 点）」、「入院感染症対策実施加算（10 点）」のような全医療機関が算定できる加算新設や外来感染対策向上加算等の算定要件・施設基準の緩和、点数の引上げなど早期に見直しを行い、まだ終わりの見えないコロナ禍における状況で日々診療している全ての医療機関を評価していただきたいと考えます。

情報共有のため、以下の各都県医師会の状況についてお聞かせください。

① 各都県における 5 月 1 日時点での届出医療機関の割合（％）。

（届出医療機関数／診療・検査医療機関数）

② 各都県医師会または地区医師会において、会員医療機関が当該加算の算定要件を満たせるようサポートしている取組があればお聞かせ願いたい。



【 回 答 】

【栃木県医師会】

4月からこの加算が取得できます。との厚労省を通じて県から連絡がありました。突然の通知であった為、病院にも診療所にも連携の仕方について戸惑いがありましたが、本県では各郡市医師会と加算1を取得する病院との間で連携がなされ、7月の段階では感染防止対策に関するカンファレンスなども行われるようになってきました。5月1日時点での当該加算届出医療機関の割合(%)は211/669(届出医療機関数/診療・検査医療機関数)で31.5%となっております。

しかし、第7波感染でもまだ戦っている医療機関に対してはさらなる行政からの支援が必要と考えています。本来ならこの加算は県民に公表している診療・検査医療機関には無条件で付加しても良いと思います。

また、会員医療機関が当該加算の算定要件を満たせるようサポートする取り組みとして、本県では別添のとおり『発生施設支援チーム・往診事業に係る研修会』を実施しました。

本研修会はPPEの着脱訓練も含まれており、施設基準の一部(※「新興感染症の発生等を想定した訓練については、少なくとも年1回以上参加していること」)に該当すると厚生局栃木事務所より回答を得ております。

別 添	
<b>発生施設支援チーム・往診事業に係る研修会</b>	
日 時:	令和4年6月10日(金) 19時00分～20時30分
会 場:	ホテル東日本宇都宮
研修会場:	3階「日光」
<プログラム>	
司 会:	栃木県医師会常任理事 依田 祐輔
【19:00～】	
1. 開 会	
2. あいさつ	栃木県医師会会長 稲野 秀孝
3. 研 修	
①「新型コロナウイルス感染症の最新状況等について」	自治医科大学附属病院感染制御部長 森澤 雄司 先生
②「施設等における医療支援体制の構築について」	栃木県感染症対策課担当者
③「施設等での医師の対応について」	栃木県医師会副会長 長島 徹
④「施設等でのゾーニングの基本・感染対策について ～PPE(感染防護具)の着脱訓練～」	上都賀総合病院薬剤部長 野澤 彰 氏 栃木県看護協会感染管理認定看護師 二宮 茜 氏
4. 質疑応答	(10 分)
5. 閉 会	

## 【長野県医師会】

### ① 長野県における 5 月 1 日時点での届出医療機関の割合

届出医療機関数（224）／診療・検査医療機関数（492） ⇒ 45.5%

### ② ○施設基準の届出について

- ・届出用紙の記載例等の情報提供
- ・感染対策向上加算 1 を算定する医療機関を把握し、連携を希望する医療機関へ情報提供を行う

### ○カンファレンス関係

- ・郡市医師会において外来感染対策向上加算を算定する医療機関をとりまとめ、感染対策向上加算 1 を算定する医療機関との橋渡し役となり、カンファレンスの情報提供を行う
- ・感染対策向上加算 1 を算定する医療機関・保健所・郡市医師会の三者が合同でカンファレンスを行っているところもある

## 【新潟県医師会】

医療機関における感染症対策は、平成 19 年 4 月からの医療法改正によって医療施設内における医療安全管理の義務化や院内感染対策のための体制確保が義務付けられたことから、全ての病院、診療所において実施されていることとなります。

近年、新型コロナウイルス感染症ほど長期にわたって社会に大きな影響を及ぼした感染症はなく、これをきっかけとして、改めて平時の医療機関における感染防止対策の取り組みが見直される必要はあると考えます。

医療機関における感染防止対策が一定以上の水準を満たしていると評価するために、ある程度の算定基準を設けることは理解できますが、現行の運用では基準が厳し過ぎるため、届出しても受理されない或いは医療機関が届出自体を躊躇することもあると思われます。

診療所が地域における感染症医療の窓口となり、感染症診療にさらに積極的に関わることができる体制構築のためにも、多くの医療機関が参加できるように要件の見直しが行われることを希望します。

以下に、新潟県における届出状況等を報告いたします。

### ① 外来感染対策向上加算

I 届出医療機関数（2022.5.1 現在） 230 件

II 診療・検査医療機関数（2022.6.24 現在）

1 438 件（自治体ホームページに公開されている診療所の数）

2 726 件（自治体ホームページ非公開および病院を含む医療機関の数）

III 算定割合 約 52.5%（上記 1 に対する割合）

②診療報酬改定の答申が出た直後から、当該加算について郡市医師会や会員から問い合わせが寄せられておりました。そのため、厚生局新潟事務所に確認を行いつつ、担当役員などとも相談のうえ、院内感染対策指針や感染対策マニュアルなどを参考資料として郡市医師会等へ案内しております。また、郡市医師会にも感染対策向上加算 1 の保険医療機関と診療所の連携確保のための協力をお願いしているところです。

### 【山梨県医師会】

本年 4 月より外来感染対策向上加算が新設されました。書類の記載条件が煩雑であり、提出しても認められないことが多いようです。医師とそのスタッフは新興感染症（COVID-19）と懸命に闘ってまいりました。その姿勢を評価して頂きたいと思います。

医科外来等感染症対策実施加算 5 点（入院 10 点）のような全医療機関が算定できる書類条件や施設基準緩和がのぞましいと思います。

困難であるようなら PCR 検査の実績表の提出、感染症記録誌を地元医師会に提出、カンファレンスの参加は各種団体主催の ZOOM 参加者も参加証明書の提出で了解とするようなシステムにして頂きたいと思います。

上記の 1 つでも満たすなら書類通過としていただけるようお願いいたします。

懸命な努力が報われるような制度を強く望みます。

### <山梨県の外来感染対策向上加算>

病院 60 医療機関 診療所 698 医療機関 届出機関 66 件

（厚生局山梨事務所調査 R4.7.31）

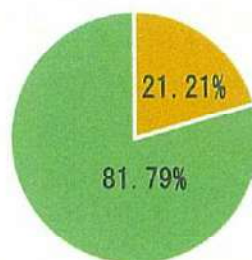
### 《参考資料》

山梨県のある地区医師会が 2022 年 8 月中旬外来感染対策向上加算についてアンケート調査を行いました。118 施設中 102 施設からの回答（86.4%）を得ました。その結果、外来感染対策向上加算をすでに算定していると回答した施設は 21 施設（21.0%）残り約 8 割の施設はいまだ届け出を行っておりませんでした。すでに算定済み 21 施設についてはほとんどが届け出上の問題はなかったと回答しています。一方未届けの施設でこの加算を算定する予定がないと回答した施設は 56 施設（69%）届け出の予定がある 9 施設、未定あるいは他 16 施設となりました。届出等の問題に対する意見をみると、届け出要件が厳しくハードルが高いとの意見が多かったです。

● 外来感染対策向上加算について（実数とパーセント表）

外来感染対策向上加算

- すでに算定している
- 届け出をしていない

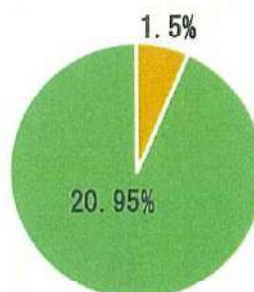


すでに算定している施設への質問

● 届け出について（実数とパーセント表示）

外来感染対策向上加算届け出

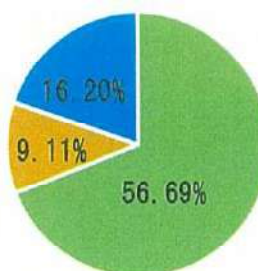
- 問題がなかった
- 問題があった



● 届け出をしていない施設への質問（実数とパーセント表示）

今後の届け出の予定

- 届け出の予定なし
- 今後届け出予定
- その他



● 意見

患者さんの負担金が増えるだけでは

届出要件が大変との事を聴いている

どことどのように連携したら良いかわからない。準備すべきものや基準、書類もわからない。

感染対策加算1をとっている医療機関との連携や医師会の勉強会はどうなっていますか？

### 【茨城県医師会】

①5/2 現在の診療・検査医療機関数は、784 医療機関（うち診療所が 644）、5/1 現在の感染対策届出医療機関が 209 であり 26.7%になります。

②郡市医師会では、管内の病院を軸に研修会の開催を取りまとめ、複数の病院が主催する研修会を同日に時間をずらして開催して医師会・病院の負担を減らしています。研修会に関しては会場と Zoom 配信を用いたハイブリッド開催で参加できる医療機関を 1 つでも多くする試みを行っています。

また、病院側を基軸に研修会の際に、報告する様式の手間を省き、簡略かつ確実なものに出来るかの討論を重ねています。主に参加しているのが内科、小児科、外科などの診療科が多いと思われるが、抗菌薬の適正使用には耳鼻科、泌尿器科、皮膚科などの医療機関の参加も大いに必要であると考えられるため、参加を促しています。

感染対策のカンファレンスでは、初歩的な基礎の部分から再確認出来るような開催を計画しています。

茨城県医師会では会員医療機関が当該加算の算定要件である新興感染症の発生等を想定した訓練への参加実績とできるよう 6 月 23 日に茨城県との共催で院内感染対策研修会を WEB 開催しました。

### 【神奈川県医師会】

これからのウィズコロナ時代における効率的・効果的で質の高い医療提供体制を構築するために令和 4 年度診療報酬改定により感染症対策評価が大幅に見直されました。従来の感染防止対策加算 1～2 は感染対策向上加算 1～3 へと名称等が変更され、さらに今まで感染症対策への評価は病院のみでしたが、診療所に対する評価として「外来感染対策向上加算」が新設されました。基幹病院と中小病院、診療所が連携して地域全体を面として感染症対策を実施するための評価であり、今後の運用に期待が持てるものではありません。ただ、貴県のご指摘のとおり算定要件である施設基準が複雑かつ厳格であり疑義解釈等でも詳細がわかりづらい部分もあるため、公表されている「診療・検査医療機関」でも届出を行っていない医療機関が多数あるのが現状であり、何らかの緩和措置が必要であると考えます。

また、その他の医療機関であってもコロナ禍においてはすべての患者に対して感染症対策を講じて診療をおこなっていることを考えると、そういった医療機関も評価されて然るべきではないかと思えます。

以下は貴県からの質問に関する回答になります。

① 神奈川県「外来感染対策向上加算」および「診療・検査医療機関」の届出件数・割合

神奈川県の医療機関の届出 (登録)状況	機関数	全医療機関に占める 割合	診療・検査医療機関 に占める割合
外来感染対策向上加算 (2022.06.30)	956	14.1%	54.7%
診療・検査医療機関 (2022.06.30)	1,749	26.3%	
全医療機関数 (2022.06.30)	6,628		

② 神奈川県における会員医療機関が該当加算の算定要件を満たせるようサポートしている取組みについて

本県では外来感染対策向上加算の施設基準の届出に必要となっている連携機関について大半の郡市医師会が連携機関となり、医療機関が施設基準を満たせるようサポートを行っています。年2回の参加が求められているカンファレンスや年1回の参加が求められている訓練についても滞りなく実施する予定となっております。実際にすでにカンファレンスをリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）を使用して実施している郡市医師会もありますが、参加医療機関が多いカンファレンスでは参加者の出席管理等での郡市医師会にかかるマンパワー部分での負担の大きさやデジタル環境整備の必要性等、厳格な施設基準の影響による課題も見えてきております。

【群馬県医師会】

貴県ご指摘のように、コロナ禍における状況で日々診療している全ての医療機関を評価して欲しいと思う一方で、「多剤耐性菌の拡散」や「新興感染症に対峙する医療体制の整備」は待ったなしの状況にあると考えます。

群馬県医師会では平成30年より群馬県感染症対策連絡協議会を立ち上げ医療機関の連携、医療関係職種との連携、情報提供・交換、講演会の開催、講習会の開催・協力、ICTの派遣等を実施してきました。

今回のコロナ禍にあってクラスター発生施設にはICTとして関わりと共に介護施設等にはICNを派遣して終息に向けた支援を実施しています。

対象施設	実績（件）				
	R2 年度	R3 年度	R4 年度 (R4.7.31 時点)	合計	
感染対策指導を希望した病院	6	6	8	20	
新型コロナウイルス感染症のクラスターが発生した施設	36	176	124	336	
感染対策指導を希望した高齢者施設	—	41	4	45	
感染対策指導を希望した児童養護施設	—	13	3	16	
感染対策指導を希望した障害者施設	46	—	—	46	
合計	88	236	139	463	

① 届出医療機関の割合（％）

外来感染対策向上加算の届出数＝448…（1）

診療・検査医療機関数＝882…（2）                      ⇒（1）／（2）＝50.79％

② 会員医療機関にサポートしている取組

診療報酬改定に伴う外来感染対策向上加算を出来るだけ多くの医療機関に算定してもらうため下記の支援を実施しているところです。

- 1）感染防止対策を行っている医療機関が適切に算定できるように、提出書類のひな形を作成して郡市医師会を通して提供しています。
- 2）医療機関における職員への感染対策の研修がスムーズに行くように、感染対策の資料を定期的に提供しています。
- 3）地区医師会が、加算１と診療所の連携を調整することで、地域での適切な連携体制を確立出来るよう支援しています。
- 4）連携加算の提出書類を県内統一の様式にして、診療所から地区医師会を通して加算１病院へ提出する体制を構築しました。
- 5）群馬県医師会がすべての加算１病院と連携して合同カンファレンスを積極的に開催しています。
- 6）各種情報をＨＰおよびメーリングリスト等で提供し、質問等に対しても対応しているのが現状です。



## 【埼玉県医師会】

- ①埼玉県医師会も他都県医師会と同様に、今回の算定要件や施設基準（「感染防止対策部門」の設置、手順書（マニュアル）の作成、定期的院内巡視、感染対策向上加算1の医療機関との年2回のカンファレンス等）が負担と考えている。

埼玉県医師会では、診療・検査医療機関については、当初から埼玉県のホームページにおける情報公開を原則としており、1400余の医療機関に協力していただいている。下記の通り、診療所を対象とした外来感染対策向上加算は、約40%の診療・検査医療機関が届出を行っている。届出をしていない医療機関が約60%にものぼり、医療機関・医師会・保健所などの地域全体で、これからの新興感染症にも対応できる医療体制を構築する、地域一丸となって対応して、地域住民の適切な受診体制づくりに寄与するためという趣旨には心もとなないものがある。施設基準や算定要件を緩和して全医療機関が対応できるようにするべきと考える。

埼玉県の「外来感染対策向上加算」及び「診療・検査医療機関」の届出件数・割合

医療機関の届出（登録） 状況	機関数	診療・検査医療機関の占める割合
診療・検査医療機関 (2022.7.6現在)	1,486 内訳 診療所：1,289 病院：189 PCR検査センター：8	1,486/4,185 (35.5%)
外来感染対策向上加算 (2022.4.1現在)	514	514/1,289 (39.8%)
全保険医療機関 (2022.6.1)	4,185	

- ②施設基準を満たせる届出事項（「感染防止対策部門」の設置、JANIS等の利用、標準予防策、感染経路別予防策などの手順書（マニュアル））の、日本医師会のひな形を県医師会のホームページに公開して、各医師会会員が自分の施設に応じてアレンジして届出できるようにしている。感染対策向上加算1の医療機関との年2回のカンファレンスのためには、医師会で加算を希望する医療機関をまとめて、圏域内や圏域外で感染対策向上加算1を算定している医療機関との協議ができるように働きかけている。

感染対策向上加算1の病院に郡市医師会より要請し、既に、合同カンファレンスを（Webも含め）している医師会もあり、参加医療機関に偏りがあっても病院に負担になるので、そうならないように話し合いで調整している。

## 【千葉県医師会】

### ①届出医療機関の割合

3633 医療機関（病院：290 機関、診療所：3343 機関）中、届出機関は 308 件  
約 8.5%となっております。（厚生局千葉事務所調査、7/1 現在）

### ②医師会における取り組み

県医師会レベルでは、大学病院、感染症の専門医と講演会の開催を検討しています。

地区医師会レベルでは、診療所側の感染症対策加算、指導強化加算、連携強化加算などのニーズに対して、病院側の負担が大きく対応に苦慮しているところが多い状態です。診療所側には、手続を含めて労力に見合わない加算であるとの意見が多く、病院側には、負担が大きいとの意見が多い状態です。地区医師会へのアンケート調査の必要性を感じています。

## 【東京都医師会】

ご承知の通り、本改定での“基本的視点と具体的方向性”に重点課題として示された「新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築」という目標に沿って新規導入されたのが「外来感染対策向上加算」です。本加算は足下の新型コロナウイルス感染症のみならず、今後起こり得る新興感染症に対しても、恒常的に必要とされる外来診療時の感染防止対策に係る評価を新設されました。また、本加算は本年3月末までの感染予防策に係る臨時的措置と置き換えたものであり、診療所が平時から感染防止対策を実施し、さらに地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策への参画を更に推進することを目的としています。

従来、感染対策に対する評価は病院のみでしたが、新型コロナウイルス感染症という新興感染症の猛威を経験し、診療所についても、平時からの感染防止対策の実施や、地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策への参画を推進する観点から、“外来診療時の感染防止対策に係る評価”が新設されました。この新設項目は、新興感染症に対する平時からの対策として期待されますが、一方で様々な施設基準が設けられており、届出を躊躇する医療機関は少なくないようです。なお、都内医療機関における外来感染対策向上加算の届出件数は表の通りでした。

「外来感染対策向上加算」および「診療・検査医療機関」の届出件数・割合

都内医療機関の届出 (登録)状況	機関数	全医療機関に 占める割合	診療・検査医療機 関に占める割合
外来感染対策向上加算 (2022.05.01 現在)	2,093	15.4%	42.8%
診療・検査医療機関 (2022.08.09 現在)	4,747	35.9%	
全医療機関 (2022.08.01 現在)	13,163		

さらに連携強化加算では、連携先となる感染対策向上加算 1 を算定する病院による“積極的な協力”も不可欠であることは言うまでもありませんが、都内の一部地域ではすでに「連携を断られた」という報告があります。医療資源に恵まれている都内ですらこのような事態が発生していることは憂慮すべき状況であり、責任官公庁による適切な指導に加えて、地域の医師会が連携先病院の確保や調整などに中心的に関わる姿勢が求められると思います。

外来感染対策向上加算（患者 1 人につき月 1 回 6 点）と連携強化加算（患者 1 人につき月 1 回 3 点）の算定点数は、複雑な施設基準をクリアしつつ、継続的な院内研修に加えて外部機関との連携や報告という決して容易とは言えない業務への対価として十分とはいえない設定です。しかし、「地域の病院と診療所が連携し医師会も協力した上で、平時から新興感染症に備える」という本加算の主旨は、理解できるものであり、都内医療機関でも徐々に前向きに受け止められつつあります。それだけに、より多くの医療機関の理解を得て、積極的に参加してもらうことが可能となるように、都道府県医師会としても施設基準の詳細を懇切丁寧に説明し周知していく事が肝要であると考えます。

以上から貴県同様に本会も、本加算が感染拡大防止に協力する全医療機関が、より簡便で適切に算定できるよう算定・施設要件の緩和や簡略化など改正を望むところです。

なお、本会が地区医師会・会員医療機関等へサポートしている取組は、以下のとおりです。

【地区医師会並びに会員医療機関等へサポートしている取組】

(1) 東京都医師会ホームページにて申請等に関する情報提供

① 申請書類等の作成サポート

医療機関が本加算を算定するにあたり、必要な指針や手順等について「東京都医師会」で雛形を作成し提示するとともに、申請方法等で必要な情報を提示

- ・ 感染防止対策に係る業務指針（案） [ PDF / Word ] （東京都医師会作成）
- ・ 感染防止対策に係る手順書（案） [ PDF / Word ] （東京都医師会作成）
- ・ 抗菌薬の適正な使用の推進（案） [ PDF / Word ] （東京都医師会作成）

- ・ 外来感染対策向上加算に係る届出書添付書類（日医作成の記載例）〔 PDF 〕
- ・ 外来感染対策向上加算に係る届出書添付書類（様式 1 の 4：都医作成）〔 Word 〕
- ・ 東京都で感染防止対策加算 1（改定後は「感染対策向上加算 1」）を届出ている医療機関（令和 4 年 4 月現在）〔 PDF 〕
- ・ 「診療・検査医療機関」一覧【東京都】

② 外来感染対策向上加算等について

医療機関が施設基準等を申請した後に実施する内容や、連携する地区医師会が実施する項目について説明

- ・ 申請にあたり「医療機関が実施すること」  
施設基準届出前後に実施する事項、院内感染対策に関する研修の内容など
- ・ 申請にあたり「地区医師会等が実施すること」  
医療機関との連携、カンファレンスの内容など  
※カンファレンス等は具体的な事例が通知されていないため、東京都医師会で案を作成し、関東信越厚生局に確認を取り、「問題ない」との確認の上掲載

(2) 地区医師会社会保険担当理事連絡会の開催

① 第 1 回 令和 4 年 4 月 14 日

地区医師会の社会保険担当理事に対し外来感染対策向上加算について説明を実施

<説明内容>

外来感染対策向上加算に係る届出書の記載例について

- ・ 届出書の記載方法を説明
- ・ 東京都医師会作成の「感染防止対策業務指針（ひな形）」説明
- ・ 東京都医師会作成の感染防止対策 手順書

② 第 2 回 令和 4 年 7 月 15 日

地区医師会の社会保険担当理事に対し外来感染症対策向上加算について説明を実施

<説明内容>

- ・ 外来感染対策向上加算 の 算定要件 等に関する 最新情報  
地区医師会が行うカンファレンスなどについて具体的な実施方法等について説明

## 【 集中検討テーマ 】

### 2. リフィル処方箋について

#### 【 提 案 要 旨 】

今回の診療報酬改定での目玉としてリフィル処方箋が突然導入されてしまいました。「患者さんが希望し、医師が認めれば合計3回まで繰り返し同じ処方箋が使える」という仕組みです。その間の2回は医師の診察を省略して薬剤師の判断で薬が処方できるというわけです。財務省の見解はこの制度で、年間約470億の医療費の削減になるとのことです。しかし、患者さんに何かあったら責任は医師がとるのです。

極端な例を挙げれば90日投与の患者さんにリフィル処方をする事になったら270日間(9か月)患者さんを経過観察せずに薬を出し続けることになります。

こんなことは医師としての責任上できることではありません。本年4月からのスタートでしたから、すでにマスコミなどから聞きつけてリフィル処方にして欲しいという患者さんが来院していますが、きちんと説明し、当院ではお断りをしています。どうしてもという患者さんには長期処方でも差し支えない場合には60日、90日投与をしています。患者さんにとっても、処方箋を持って、薬局に行く必要がなくなるし金銭的な負担もなくなるので、リフィル処方よりは便利です。

財務省や規制改革会議は医療機関を受診することは患者さんにとって負担(経済的なことも含めて)であるという考え方をしているから呆れます。患者さんは自分の健康に不安があるから、また苦痛を治して欲しいから医療機関を受診することを忘れないで欲しいと思います。

本来は最低1か月に1回は定期的な受診が必要であると考えています。コロナ禍で受診抑制が起こった結果、病状が悪化したり、半年後にすでに進行した癌が発見されたという報告が最近多くなっています。またリフィル処方は、このコロナ禍で受診控えが行われているときに、それに拍車をかけるように患者さん減少をひき起こし、特に診療所の経営を圧迫することは明らかであることを、最後に付け加えておきたいと思います。

リフィル処方は2年後の診療報酬改定時にはもちろん、できれば今すぐにでも撤廃すべきルールであると考えますが、それが出来ないなら、このリフィル処方に乗じて患者さんを集めようとする悪徳業者の参入を排除するルールをつくること、それに加えて、国は医師の診療を定期的に受けることの大切さを、国民にきちんと広報すべきと考えるが、他都県の先生のご意見を伺いたいと思います。

## 〔 回 答 〕

### 【栃木県医師会】

各都県の先生方にお願いしたいのは9月までの4ヶ月間の国保、社保のリフィル処方箋の処方率について教えていただければ幸いです。本県も調査できる限りのデータを提示したいと思います。

### 【長野県医師会】

リフィル処方箋は、財務省と厚労省の大臣折衝により医療費削減を目的とし導入された制度ですが、もともと認められていなかった無診察投薬との辻褄が合わないといえます。

リフィル処方箋の導入により、患者は多少の不調があっても医療機関を受診せず、その結果病状悪化につながる可能性があるため、患者の利便性よりも患者の健康を第一に考えるべきと考えます。

リフィル処方箋が拡大していけば、将来的には医療機関を受診しないで医療が完結する可能性もあり、医療機関の経営が圧迫することは明らかなです。

日本では医師のみに裁量権があるので、患者により適用を見極めていく必要があると考えます。

### 【新潟県医師会】

貴県のご指摘のとおり、リフィル処方箋は医師の立場からすれば非常に危うさを感じる制度です。

国はリフィル処方箋によって年間で約110億円の医療費が抑制可能であり、医師の働き方改革を見据えた医療現場の効率化にもつながるとしています。

しかしながら、通常であれば対面診療によって行えるはずの服薬指導や健康管理ができず、万が一、病状が悪化した場合には新たな治療が必要となる可能性もあります。定期的な受診を行っていれば防げたはずの事態への対処が生じるとするならば、本当に医師の働き方改革に資することになるのかも疑問を感じます。

患者の状態把握は、医師による問診や視診、触診など五感を駆使して行うものであり、薬局での薬剤師の聴き取りだけでは、判断が難しい場面も十分あり得ます。

患者にとってのメリットがあることは認めますが、状態が悪化するリスクが少しでもあるならば、安易にリフィル処方箋を活用することは避けるべきであり、制度の在り方自体を考え直すべきだと思います。

### 【山梨県医師会】

目的は、特に働き盛りの生活習慣病に関しては、いかに治療を継続させるかが、重要になるのではないかと、健保連は、対象を慢性疾患等で「病状が安定し、繰り返し同じ処方を医師から受けることが見込まれる患者」としています。

が、コロナ禍以降、長期間同じ薬を使う慢性疾患の患者では、受診回数を減らす傾向が強まっています。

メリットは、通院の負担が省け、長期処方による残薬対策や服薬アドヒアランス低下の防止になり、病状が安定している患者の受診が減り、効率的に優先度の高い患者の対応に診療時間を充てることが可能になるかもしれません。医療費の削減につながると思いますが、一方で、デメリットは、薬の過剰摂取や患者の体調変化に気づきにくく、最悪の場合では、生命予後にも影響を与えることも心配されます。受診回数減少による医療費の削減は、患者にはメリットと言えますが、医療機関の収入減につながります。

患者の生活様式にもこれまで以上に配慮し、重症化防止や仕事をしながら治療を継続していく、また介護・育児を行いながら健康をサポートしていく視点が必要になってきています。治療継続し、一病息災で長く地域の中で社会生活が継続できることをサポートしていくことも検討していくことも必要なのではないかと思います。

制度の可能性を広げるには、薬剤師が、患者・医師双方から相談相手として信頼を得る必要が前提になります。

#### <山梨県のリフィル処方箋について>

山梨県薬剤師会が会員へ調査(～R4.6)

回答数/会員数→182/347 件(回答率 52.4%)

実績有数/回答数→86/182 件(実績有 47.3%)

甲府市内の開業医へ聞き取り調査

リフィル処方箋は発行していない→20/20 件(実績無 100%)

上記の 20 医療機関のうち 1 件だけリフィル処方箋について問い合わせがあった。

#### 【茨城県医師会】

2022 年 4 月に診療報酬改定があり、リフィル処方箋が導入されました。これは、財政当局の医療費抑制を目的として中医協で議論されることもなく、財務・厚労大臣の合意のみで導入されたものです。問題点として以下の 3 点が挙げられます。

第 1 に責任についてです。リフィル処方箋は診療なしで、数回処方箋を使用することができますが、“体調が安定している場合に、医師の責任において”処方可能とされており、その間の責任は全て医師が負うことになります。しかし、リフィル処方で患者さんの状態が安定していると判断し、処方を継続するのは薬剤師です。よってその処方について、医師が責任を負うことはできないと考えます。2 回目以降のリフィル処方については継続の判断をした薬剤師が責任を負うべきではないでしょうか。医師の責任において処方をするのであれば長期投与を考慮すれば足りると思います。



第2に、根本的にリフィル処方の導入は、国民の健康に寄与しないという点です。処方日数が長期化すれば、受診回数の減少により病状悪化の発見が遅れる懸念があるとともに、慢性疾患患者の疾病管理の質を下げるリスクがあります。地域に密着した包括的な医療を提供する医療機関では、高齢の患者さんが多い中で、短い診療時間で、継続して診ている主な疾患だけを診れば良いということはありません。他の身体状況や精神状態、患者さんを取り巻く環境まで、きめ細かく診る必要があります。コロナ禍において、現在でも特に高齢者の受診控えが続いております。今こそ、しっかりと丁寧に診察を行っていくべきであり、診療の機会を奪うリフィル処方の導入は国民の健康に寄与するものとは到底言えないでしょう。

第3に、そもそも医療費抑制ありきで導入された点です。国民の健康を二の次にし、単に医療費抑制を進めるという今回の改訂については納得できるものではありません。医療費を抑制するのであれば、むしろ薬局の調剤料を見直すべきではないでしょうか。

現状、全国においてリフィル処方が進んではいないようですが、このまま日本医師会が容認してしまうと次期の診療報酬改定の際に、ジェネリック医薬品の処方が標準化されてしまった時のように、リフィル処方箋の標準化が開始されてしまうと思われます。

貴県のご意見のように、国は医師の診療を定期的に受けることの大切さを国民に周知すべきであり、国民の健康のためにリフィル処方撤廃を考えて頂きたいと考えます。

### 【神奈川県医師会】

まず大きく二つの問題点があると思います。一つは、医師法第20条に違反する疑いがあることです。医師法第20条には「医師が自ら診察をしないで治療し、診断書や処方せんを交付してはならない」と明記されており、医師が診察をしないまま、薬剤師の判断で処方されてしまうことは、大きな問題であり、リフィル処方箋を交付した医師が、それで構わないと判断したわけで、何か問題が起これば、医師の責任ということになります。

もう一つは、療養担当規則違反です。療養担当規則第20条には、「投薬量は、予見することができる必要期間に従ったものでなければならないと」されています。従って、総投薬量が数ヶ月であれば、そこまで予見できるのか、ということになります。現在、国保、社保の審査委員会では、長すぎる長期処方箋は、査定されており、今後の懸案事項であると考えられます。

患者さんにとってのかかりつけ医としては、単に病状の確認と投薬がすべてではなく、患者さんとのコミュニケーションなどを考えれば、果たして数ヶ月に一度しか診察もしないで、良好な関係が築けるのでしょうか。また必要であれば、普通に長期処方をすればいいので、わざわざリフィル処方箋にする必要はないと思います。

### 【群馬県医師会】

貴県ご指摘の通り、リフィル処方箋導入の最大の目的は医療費削減にあることは自明のことではありますが、その前提として「患者にとっても医療機関にとっても安全で有益なシステム」であることが必要です。

しかし、病歴や診察所見及び検査結果を知らない薬剤師の判断に委ねることに対する不安が払拭できない上に、責任は薬剤師でなく医師が取るという乱暴な仕組みは“無診察診療ならぬ無診察投薬”に他ならず、経済論で患者の生命を危険にさらすことにつながります。

診療報酬体系の観点からすると特定疾患療養管理料は月に2回まで（225点）とした根拠と矛盾するものを感じると共に、保険審査で返戻や査定等が起きた場合に、医療機関として適切に対処する術を持ちません。特定疾患療養管理料は少なくとも月に1回まで（450点）とした上で、リフィル処方箋2回目以降の査定（減点）は、医療機関でなく調剤薬局の負担として欲しいところです。

一方、若年層における、いわゆる生活習慣病に対して単剤投薬を受けている患者には、既に中長期処方（60日～90日）が現状でも行われています。これに対しリフィル処方箋を利用することで、1ヶ月間までの処方を3回反復利用できるとすれば、薬剤師によるチェックがその間に入ることで、より安全な投薬管理体制につながると思います。

リフィル処方箋も症例と病状に照らして適正に処方判断することで「患者にとっても医療機関にとっても安全で有益なシステム」としてある程度の有用性はあると考えますが、その実現の為には、患者側にも守って頂く厳格なルールを設けると共に診療報酬上の見直しが必要であると考えます。

### 【埼玉県医師会】

令和4年度診療報酬改定の大きな改定の一つであるリフィル処方箋が導入された。この決定に関しては、本来、中医協の場ですべき議論も全くないまま、財務大臣及び厚生労働大臣の両者の話し合いにより決定された。0.1%の医療費の削減を財務省は見込んでおり、「再診の効率化による医療費適正化効果を達成するために」として、特に長期にわたり処方内容に変更がない処方「長期Do処方」への対応が必要との考えを示している。

医師が丁寧に問診・診察・検査などをしたのちに、結果として大きな変更がなく処方されているのであり、単純に同じというわけではない。適切な処方により、患者は大きく変わることなく、いつもと変わりなく、日常生活を送れるようになっているのであり、悪化や急変しないことは医師・患者にとっても良い事である。

然るに、患者の通院回数減少による負担が軽減されるのでリフィル処方というのは、医療というものの本質を全く知らない意見と言わざるを得ない。更に、リフィル処方箋を発行した場合に、その間に起きたことの責任を求めることは全くナンセンスである。

また、処方箋が診察なく使用できることにより、患者がしばらくの間、診察を受けずにいる間に悪性疾患の発見の遅れ等、生命に係わる問題になる可能性も十分に予見でき、懸念されることである。「長期 do 処方」が 180 日以上継続するケースもみられるが、40 歳以上では、高血圧・糖尿病・脂質異常症の生活習慣病が多く、いわゆるサイレントキラーであり、症状が全く出ずに実は内服しているが、疾患のコントロール不良による病状が悪化に気づかず、その結果、脳血管障害や虚血性心疾患の重大な疾病の発症を早める可能性もあり、リフィル処方箋に関しては、非常に大きな問題があると考えている。

一旦認められたリフィル処方箋の撤廃は困難を要するが、ほとんどの医師はリフィル処方箋の発行は、患者に説明して断っている（令和 4 年 5 月は 0.04% の処方件数）のが現状であり、期間の制限や対面診療の実施など必須事項を増やし、医師の処方権と、医師の裁量をしっかり自覚して、今後も守っていく必要がある。

### 【千葉県医師会】

リフィル処方箋について、医師や患者の負担の軽減、医療費の抑制等の利点が強調されている。しかし、今回の改定のように、問題点の十分な議論がほとんど行われず、法律関係の整備がない状態での実施は、一度事故が起きた場合、また、不正行為が横行した場合、最終責任の所在が医師となってしまうことが予想されます。十分な問題点の洗い出しと、それに対する対処法の確立が必要と考えます。見切り発車的な実施は避けなければならないと考えます。

無診察による処方箋の交付は医師法に違反することは基本的なルールと考えられています。保険診療上での基本的な部分である、保険医が守らなければならない必須のものとしまして、このことは厚生局が行う指導等では厳密に対処されています。このことは保険診療の根幹と考えられます。リフィル処方箋はこの根幹部分に抵触するのではないかと考えます。

処方の期間は医師が医学的判断のもの決めるものであります。同一処方の繰り返しが必要な場合、医師が医学的判断に基づいた処方期間で病状等確認が必要と考えられています。リフィル処方箋の考えのように、単に結果的に同一処方が続いていれば診察等病状の確認の必要がなく、処方無確認のまま続けてよいと考えることは、保険診療の原則を否定することにつながる可能性があります。無診療状態で処方が継続されていても、それでよいと判断されるようなことはあってはならないと考えます。

医療費削減ありきで、費用の徴収が伴わなければ無診察が正当化されてしまう仕組みは問題であります。法的整備と十分な議論が必要と考えられます。見切り発革的に実行されて、責任だけが医師に負わされる状況を理解し、制度そのものの妥当性を見極めた十分な議論が必要と考えられます。

## 【東京都医師会】

貴県ご指摘の通りと考えます。

2022年1月に「診療報酬改定率」（全体で＋0.43%）が政府から中医協に諮問されましたが、我々はこの時点で初めてリフィル処方箋という方式が新たに導入されることを知ることとなりました。そこには「症状が安定している患者について、医師の処方により、医療機関に行かずとも、医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できる、分割調剤とは異なる実効的な方策を導入することにより、再診の効率化につなげ、その効果について検証を行う」という主旨で設けられたと明示されていました。

貴見の通り、患者の健康と生命を守る責任を負う“かかりつけ医”として、この処方システムの誤った利用により医療の質を低下させ国民の安全を脅かしてしまう危険性が否定できない事を、医師のみならず国民に向けても丁寧に伝えるべきであると考えます。

## 【 集中検討テーマ 】

### 3. 今年度診療報酬改定実施後におけるオンライン診療の実態と課題

#### 【 提 案 要 旨 】

今年度の診療報酬改定によりオンライン診療を原則初診から行うことがいよいよ解禁されました。新型コロナの感染拡大期において日常診療や医療継続性という点で、オンライン診療が一定の役割を果たした事実は多くの臨床医が認めるところです。一方、少なくとも遠隔で利用できる診療・診察用デバイスが将来的に格段の進歩が行われるまでは、オンラインによる診察よりも対面での診療の方が圧倒的に質も高くかつ安全であることは明白です。従って、医療の質を担保するためにも単に利便性・営利性を優先した拙速な拡大を進めるべきではないと確信しています。

残念ながら現状では、オンライン診療に関する様々なルールが医療現場を知らない役人や経済学者等を中心に議論され、医師不在の場で決められており、極めて重大な問題であると認識しています。

オンライン診療はただ単にDXという時代の流れに翻弄されながら進めていくのではなく、診療の質を担保しつつ安全性と信頼性を柱とする適切な利活用と普及を目指すべきであると考えます。そのためには、対面診療を前提とした地域医療提供体制を揺るがしてしまう事のないよう、診療現場の状況を十分に考慮した仕組作りが喫緊の課題です。

かかりつけ医が一定の条件を遵守した上で、オンライン診療を外来・入院・在宅に続く第四の診療形態として適切に取り入れていけるよう、また、オンライン診療のより安全かつ有効な活用方法に関する課題解決に前向きに取り組んでいくために、以下について各都県の状況をお知らせいただければと存じます。今年度の診療報酬改定から一定の期間が経過した今こそ、オンライン診療に関する諸問題について改めて情報共有し、現在の課題と進むべき方向性について有意義な意見交換ができましたら幸いです。

#### 【設問】

- ① オンライン診療の実態は本年4月以降どのように変化したか？
- ② 初診からオンライン診療を行う場合の具体的な問題点（安全性など）と対処法は？
- ③ かかりつけ患者以外を対象としたオンライン診療の課題は？
- ④ 医師・患者双方の本人確認について、十分に安全かつ信頼できる方法は確立されているか？
- ⑤ 一部負担金の支払い問題は如何に解決されているのか？
- ⑥ 営利を優先する医療機関の参入問題は存在するか？または深刻化する徴候はあるか？
- ⑦ オンライン診療に関する様々なルールは、医療現場に精通した医師の意見を反映して決めるべきと考えるが、貴会のご意見またはご提案をお聞かせいただきたい。

**〔 回 答 〕**

**【栃木県医師会】**

このテーマに関する下記の設問に答えたい。

**【設問】**

① オンライン診療の実態は本年4月以降どのように変化したか？

本県におけるオンライン診療の届け出は非常に少なく、令和3年4月1日現在県内1,300件の医療機関中67件(5.15%)である。今年度(4/1付)は3.14%(41/1,304)だった。

② 初診からオンライン診療を行う場合の具体的な問題点(安全性など)と対処法は？

日本医学会連合で出している「オンライン診療の初診に関する提言」などを参照する。また、「オンライン診療の初診に適さない症状」や「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」などを参照すべきである。

③ かかりつけ患者以外を対象としたオンライン診療の課題は？

基本的には初診患者にオンライン診療を行う状況に近くそれに準拠して行う。

④ 医師・患者双方の本人確認について、十分に安全かつ信頼できる方法は確立されているか？

必ずしも100%ではないが、オンライン診療を実施する医師は、オンライン診療の研修等を通じて、セキュリティリスクに関する情報を適宜アップデートすることが肝要である。

⑤ 一部負担金の支払い問題は如何に解決されているのか？

本県ではこのような問題は発生していない。

⑥ 営利を優先する医療機関の参入問題は存在するか？または深刻化する徴候はあるか？

このことに関しても本県では数も少ないこともあり問題になっているケースはない。

⑦ オンライン診療に関する様々なルールは、医療現場に精通した医師の意見を反映して決めるべきと考えるが、貴会のご意見またはご提案をお聞かせいただきたい。

やはり診療に重要な影響を与えるようなシステム導入には医療特区を設けて実践した結果を基に問題点、課題を見つけて是正して社会実装することが肝要である。

**【長野県医師会】**

① 長野県における「情報通信機器を用いた診療に係る基準」の届出医療機関数  
74 医療機関 (病院：8 診療所：66) (R4.6.1 現在)

長野県医師会においては、オンライン診療を行っている医療機関の実態を把握しておりません。今年度の診療報酬改定前においても、オンライン診療料の届出をしても実際に算定をしている医療機関数は少ない印象がありました。関東信越厚生局長野事務所へ確認したところ、昨年度の個別指導で「オンライン診療」に係る指摘事項はなかったとのことでした。

今回東京都医師会のアンケート調査へ協力させていただき、本県におけるオンライン診療の実態と課題を把握できればと思います。

初診からのオンライン診療を行う場合は、医師と患者双方の本人確認、またオンライン診療にふさわしい疾患かどうかの見極めが困難であると考えます。

安全性においても発展途上な点が否めない中で初診からのオンライン診療を推進することは危険であり、環境が整備されるまではかかりつけ医の判断で慎重に行う必要があると思います。

### 【新潟県医師会】

情報通信技術の発展は著しいものがあり、医療技術に取り入れることで、今後更に質の高い医療の提供が期待されます。

その一方で、医療は数値の入力やデータでのやり取りで終わるものではありません。医療現場では患者とのコミュニケーションが必要であり、対面診療によってお互いに積み上げた信頼関係をもとに、より良い医療が提供されていくのではないのでしょうか。

本県の医師不足は全国的にみても深刻であり、広い県土とへき地を抱える実状を鑑みると、オンライン診療はますます必要となります。また、在宅診療医の働き方改革にもつながる有用なツールになると考えます。

まずは対面による診療で患者の状態を確認したうえで、患者の健康特性などを把握しつつ、無理のない範囲でオンライン診療を取り入れることによる、医師・患者ともに満足できる適切なオンライン診療のバランス作りが重要になると思われます。

#### ① オンライン診療の実態は本年4月以降どのように変化したか？

本県における6月時点での「情報通信機器を用いた診療」の届出件数は68件で、昨年度の同時期における「オンライン診療」の届出件数に比べると、十数件は多くなっている状況です。実態調査などは実施しておりませんが、今のところ大きな問題となっているような報告はありません。

#### ② 初診からオンライン診療を行う場合の具体的な問題点（安全性など）と対処法は？

受診間隔の空いた患者や新たな疾患の診療を行うにあたっては、患者の状態確認が第一となります。オンラインでは満足に確認ができるとは思えません。オンライン診療を取り入れる医師側の意識の問題にもなりますが、やは



り新型コロナの疑いなど感染の恐れがある場合を除いては、初診だけでも対面診療を行うべきではないかと考えます。

③ かかりつけ患者以外を対象としたオンライン診療の課題は？

受診歴がない患者の場合には、医療機関側で患者の情報を十分に把握できていない状態で診察・投薬を行わなくてはなりません。医師はどの程度の責任が持てるか、常に自問しつつ診療に当たることとなります。そのような状態では、患者に対して最適な医療の提供を行うことは難しいと考えます。

④ 医師・患者双方の本人確認について、十分に安全かつ信頼できる方法は確立されているか？

医師の確認には医師資格証、患者の確認には運転免許証やマイナンバーカードなど、顔写真付きの証明書の提示が必須だと考えます。ただ、いずれにしても、現在のところ対面と同程度で信頼できる情報を得ることのできる確認方法は、確立できていないのではないのでしょうか。

⑤ 一部負担金の支払い問題は如何に解決されているのか？

保険診療の実施において問題があったとの情報が無いため、解決方法も不明なところですが、各都県にて有効な解決方法があれば、それらの取り組みを参考にさせていただきたいと思います。

⑥ 営利を優先する医療機関の参入問題は存在するか？または深刻化する徴候はあるか？

当会でも、県外に所在する医療機関からオンライン診療によって処方された薬剤による副作用のため、県内の医療機関を受診したケースが報告されています。オンライン診療では患者急変時には、原則として当該医療機関が必要な対応を行うこととなっております。また、その指針においても「オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・疾病の患者や緊急性が有る場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる」とされているところです。ですが、今回のケースでは薬剤情報等の提供が全くないため、診療所の医師が対応に苦慮されたと承知しております。今後、ますます同様のケースが増えることも懸念されるため、どこかで歯止めをかける必要があると思いますので、日本医師会から厚生労働省に対して必要な働きかけを行っていただきたいと考えております。

⑦ オンライン診療に関する様々なルールは、医療現場に精通した医師の意見を反映して 決めるべきと考えるが、貴会のご意見またはご提案をお聞かせいただきたい。

これまでのオンライン診療を巡る議論は、医療費の削減ありきで話が進められており、本当に患者にとって有効かつ安全な医療の提供を考えた議論とは言い難いものがありました。医療 DX は世界の趨勢であり制度効率化や国民の健康改善にも大変有益ですが、我が国の医療現場の実態に即したものとなるべきであり、医師の意見が十分に反映される必要があると考えます。

## 【山梨県医師会】

COVID-19 が発症し 2 年半を経過しました。当初、時限的特例的措置として浸透したオンライン診療は本来の意義に沿う発展もありましたが、同時に混乱も招いていることも事実です。オンライン診療は対面診療ではありませんので処置・検査・触診は不可能です。

急性症状で重篤な状態の場合には適応はなく、オンライン診療ではなく対面の救急を要請すべきであります。当然、頭では理解していることですが臨床の場では未だに混乱しているようです。

COVID-19 の経験を活かすなら大規模災害にも役立てることは可能です。

ここに興味深い記事があります。日経新聞 2021 年 8 月 19 日版です。

### 10 万人あたりの月平均オンライン診療利用回数

(厚労省調査 2021 年 1 月～3 月の利用状況を基に算出)

6 回以上	栃木、東京、埼玉
1～5 回	千葉、神奈川 他 7 県
1 回未満	新潟、長野、群馬 他多数
0 回	山梨 他 6 県

山梨はことオンライン診療に関して、関東甲信越医師会の中では後発ということになります。時代に応じて発展していくと思います。

### ＜山梨県のオンライン診療について＞

病 院	60 医療機関	電話初診	2	再診	27	オンライン初診	2	再診	2
診療所	698 医療機関	電話初診	40	再診	102	オンライン初診	13	再診	19

## 【茨城県医師会】

### ① オンライン診療の実態は 4 月移行どのように変化したか？

現時点で、4 月以降の変化の分析はできていませんが、オンライン診療を始めるにあたり足枷となっていた診療上の規制、例えば 1) 特に事前 3 ヶ月以内に 1 度の対面診療の必要性や 2) 医師と患者様との距離の制限を廃止したこと等は大きく評価されると思います。

さらには、診療報酬においては、再診療は対面診療と同じで、初診料では算定できる 24 種類の医学管理料は対面診療の 87%まで引き上げられました。今後遠隔診療に参入する医療機関は増加して来るものと思われます。

### ② 初診からオンライン診療を行う場合の具体的な問題点（安全性など）と対処法は？

日本医学連合からの 「オンライン診療の初診に関する提言」（2021 年 6 月 1 日）にあらゆる分野での初診に適さない症状や薬剤について述べられています。

しかし、初診のオンライン診療の際に特に重要なことは、全く情報の無い条件からの診察開始ですから、突発的な状態の変化もありえます。常に対面診療への変更の体性を確保しておくべきだと思います（急変時に対応していただける医療機関との連携の確認）。

③ かかりつけ患者以外を対象としたオンライン診療の課題は？

初診からのオンライン診療のガイドラインでは、原則として「かかりつけの医師」にて行われる事が基本となっているが、他院からの医療情報や PHR (Personal Health Record) 等を事前に取得できた場合には、患者の症状如何によって医師が可能と判断された場合は実施できるとされています。

やはり初診時は、医学的な情報の有無によって診療の安全性と質を決定付けます。しかし問題は、「どこにも受診歴やかかりつけ医をまったく持っていない事例」です。対面でもオンラインでも、最初の診療には患者さんの医学情報はありません。これについては、今後の検討が必要と思われます。

④ 医師・患者双方の本人確認について、十分に安全かつ信頼できる方法は確立されているか？

厚労省のオンライン診療における指針では、本人確認を相手側に示す必要がある。また、オンライン診療であっても、姓名を名乗ってもらうなどの患者確認を、直接の対面診療と同様に行うことが望ましいとあります。

また、医師へのなりすましが出来ないよう、医療機関からの呼び出ししか出来ないツールが望ましいと思われますが、オンライン診療のシステムによって異なっており、汎用のビデオ通話システムを自力で応用するか、はじめからオンライン診療専用システムを導入するかの二者選択になって来るかと思えます。

⑤ 一部負担金の支払い問題は如何に解決されているのか？

オンライン診療ではクレジットカードなどの電子決済が行えないと大変不便であり、汎用システムで行う場合も別途準備が必要な様です。厚労省の定めた「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を参考にセキュリティの基準を守りつつ進めていくべきかと思えます。

⑥ 営利を優先する医療機関の参入問題は存在するか？また深刻化する徴候はあるか？

オンライン診療も保険適応と自費診療が認められていますから、自費診療のみを目的とした ED、AGA、美容皮膚科などで増えるのではないのでしょうか？ただ、向精神薬や睡眠薬などはオンラインでの処方が禁止されているので、あまり深刻化はしないように思われます。

⑦ オンライン診療に関する様々なルールは医療現場に精通した医師の意見を反映して決めるべきと考えるが、貴会のご意見をまたはお提案をお聞かせいただきたい。

医師法 20 条との整合性から、これまでオンライン診療に関する解釈については度重なる変更を重ねてきましたが、令和 4 年度の診療報酬改正における情報通信機器を用いた診療に係る評価において、やはり COVID-19 の診療体制が

大きく影響したと思われます。オンライン診療ありきの結果に、経験豊かな医師の「直感力」も生かせず、医師や患者の利便性のみ優先されている印象は否めません。しかし、逆にその有用性も見えており、遠隔地の方や重症心身障害者とその家族の通院の負担軽減、さらには自宅療養中のコロナ感染症患者等における状態観察の効率化、また D to P with D により医療資源の少ない地域に専門医師の知見を活かせることができます。あくまで、医師が患者さんのオンライン診療の適応を柔軟にまた適確に判断していれば、近年言われている入院・外来・在宅に続く「第四の診療形態」として位置付けられるかもしれません。

## 【神奈川県医師会】

オンライン診療にとって令和 4 年度診療報酬改定は分水嶺となりました。

まず設問順に回答を述べていきます。

### ① オンライン診療の実態は本年 4 月以降どのように変化したか？

別添 1 に本件の状況をまとめたのでご参照ください。

#### ・届出件数

COVID-19 が本邦の医療提供体制に影響を及ぼし始めた令和 2 年度初旬以降緩やかに増加し令和 4 年 3 月時点では 770 件でしたが、令和 4 年 6 月では 493 件、全医療機関の 7.4%に減少しました。これは診療報酬改定に伴う施設基準の変更により再届出が必要になったためと推察されます。

#### ・算定回数

臨時的な取扱いにおける電話や情報通信機器を用いた初診（214 点）の月別算定件数は第 5 波感染者数がピークであった令和 3 年 8 月は 5,166 件、感染者が著減した第 6 波直前の令和 3 年 12 月は 1,347 件と大幅に減少しました。そして第 6 波感染者数がピークであった令和 4 年 2 月には第 5 波ピークの約 3 倍となる 15,894 件と著増し、4 月に入っても 8,377 件と高水準で推移していました。

臨時的な取扱いにおける電話や情報通信機器を用いた再診（73 点）についても初診と類似した件数推移となっておりました。再診における医学管理料の算定件数についてもほぼ同じような件数推移でまた再診患者における慢性疾患等の割合は全体の約 1 割程度でありました。

以上の事から発熱外来並びにコロナ陽性患者の経過観察目的での活用は広がっているが、慢性疾患等におけるオンライン診療は足踏み状態と推察されます。

### ② 初診からオンライン診療を行う場合の具体的な問題点（安全性）と対処法とは？

### ③ かかりつけ患者以外を対象としたオンライン診療の課題は？

やはり全くの新患においては、対面診療においても現病歴、既往歴、アレルギー歴や服薬状況など「患者を診る」ために必須な情報を十分に取得するためかなりの時間を要します。事前の Web 問診等の活用が有用ではあるもの

の、かかりつけ患者に比して不十分な情報の中での診療を強いられるのは避けられません。それゆえ初診については「かかりつけの医師」が行うことが原則となっています。かかりつけの医師以外によるオンライン診療では診療情報提供書等による患者の医学的情報の十分な把握や診療前相談において一定の医学的情報を得た上で慎重に判断・診療を開始することになりますが、常にオンライン診療の限界を念頭に置き不適切だと感じた場合は遅滞なく対面診療に切り替えることが肝要と考えます。また、患者が高齢者の場合は必ずしもITリテラシーが高いわけではないので、家族にオンライン診療支援者がいるかなどを確認しておくことも安全でスムーズな診療につながると考えます。また検査や診察ではなく、「処方のみ」を目的とした患者も散見されます。中には処方さえしてくれれば良いというあからさまな応答をする患者もあり、医師と患者の信頼関係の構築が難しいケースも少なくありません。

④ 医師・患者双方の本人確認について、十分に安全かつ信頼できる方法は確立されているか？

汎用システムでも保険証や身分証明証の提示、医師資格証の提示は、画面越しではほぼ問題なく行えているようですが患者のなりすましの危惧は拭えないと思われます。一方オンライン診療専用システムでは事前に患者の保険証登録（後述するがクレジット情報も）が必須であるため安全性は高いと思料します。

⑤ 一部負担金の支払い問題は如何に解決されているのか？

オンライン診療専用システムを使用する医療機関においては多くのシステムがクレジット決済可能となっているため問題はないと思われます。オンライン診療専用システム導入費用やランニングコスト支払い並びにクレジット等決済手数料が専用システム導入のハードルとなっているのは論を俟たないと思います。

⑥ 営利を優先する医療機関の参入問題は存在するか？または深刻化する兆候はあるか？

営利を優先する医療機関は下記のように区分して注視していくことが必要と思料します。まずは特定の医薬品（低容量ピルやED治療薬等）の処方を目的とした医療機関では患者も処方のみが唯一の目的なので診療も短時間で済み自由診療のため利益が莫大ではないでしょうか。自由診療なので医療保険部会で議論することは場違いかもしれませんが、安易かつ大量処方等による健康被害等が危惧されます。次に広範囲の地域において、待ち時間なく急性症状（風邪や便秘など）への診療をメインとした医療機関です。オンライン診療システム業者が開設に関係した医療機関もありテレビコマーシャルを目にする機会も日に日に増えています。営利優先に加え、地域医療への影響も懸念され、オンライン診療はかかりつけの医師が適切に用いるという理念にも反すると思われます。

⑦ オンライン診療に関する様々なルールは、医療現場に精通した医師の意見を反映して決めるべきと考えるが？

近年、保険診療をコントロールする最重要機関である中医協が軽視されているかのような状況が散見されています。今回の診療報酬改定において新設されたリフィル処方箋の導入に関しては中医協での議論が何らされることはなく、財務大臣、厚労大臣の両大臣合意により財源紐付きの上、半ば強引に導入が決定されました。また、オンライン診療については中医協でも時間をかけて議論が行われているが、同時に医療従事者がほぼ不在の規制改革推進会議等の言うなれば「外野」で議論され、あろうことか保険診療の制度設計にまで言及している始末です。今後は中医協や厚労省の「オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」等で現場の医師からの意見を取りまとめ議論、検討していくことが重要ではないかと考えます。

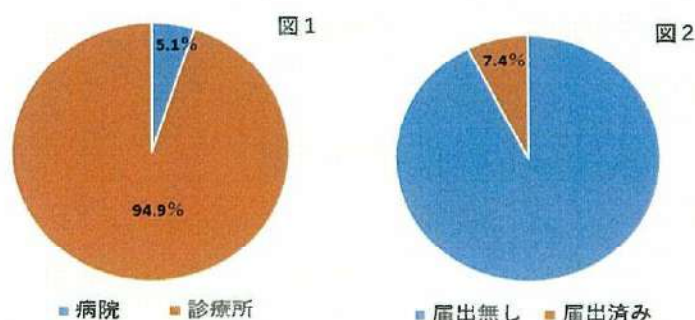
しかし上記の検討会も、2021年11月10日を最後に開催されておらず、現場の声が適切に反映されることを強く望みます。

(別添1)

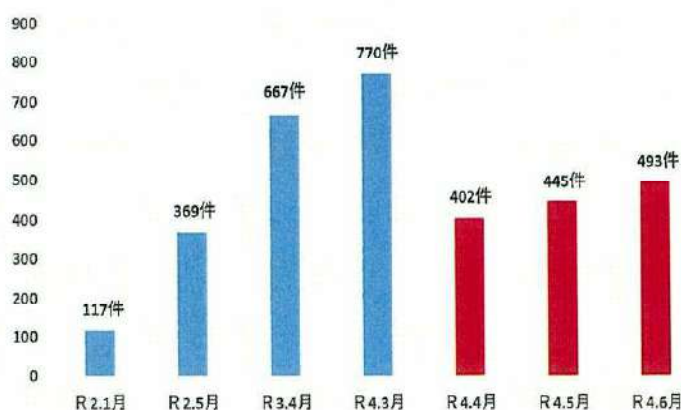
1. 情報通信機器を用いた診療に関する神奈川県の実況 (R4.6.30 現在)

(1) 神奈川県の全医療機関数 6,628 (病院 337 診療所 6,291) (図1)

(2) 情報通信機器を用いた診療の届出件数は 493 件、全体の届出割合は 7.4% (図2)



(3) 月別の届出推移



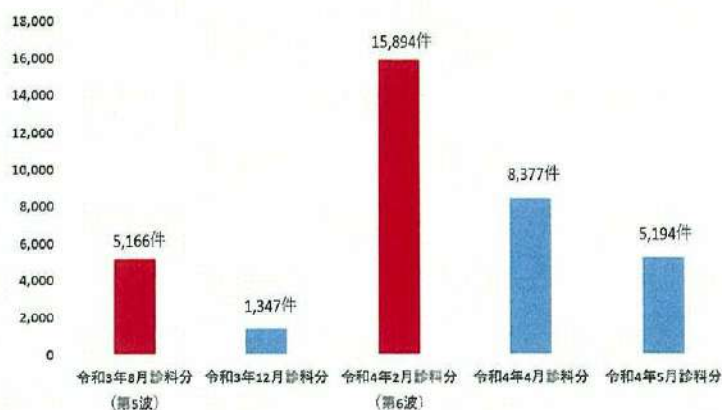
※ R4.3月まではオンライン診療料の届出件数のため青で表示。

R4.4月からは情報通信機器を用いた診療の届出件数のため赤で表示。

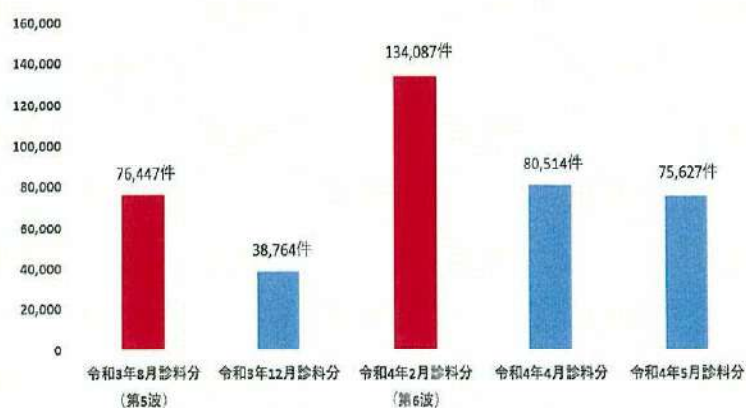


## 2. 臨時的な取扱いにおける電話や情報通信機器を用いた診療の月別算定件数

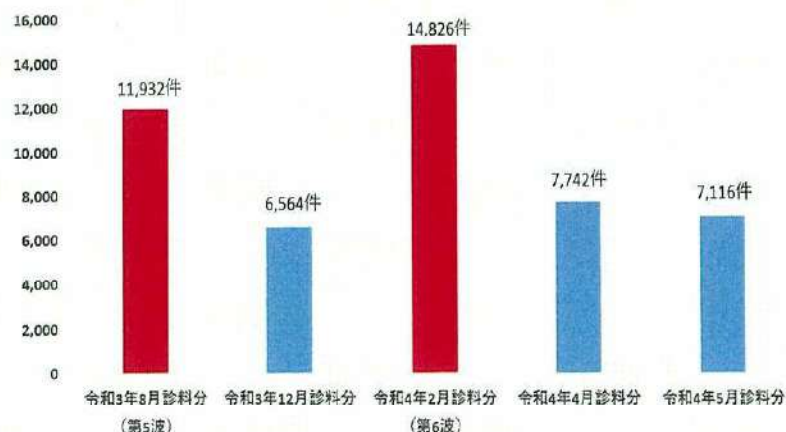
(1) 臨時的に認められている電話や情報通信機器を用いた初診（214 点）を算定した件数



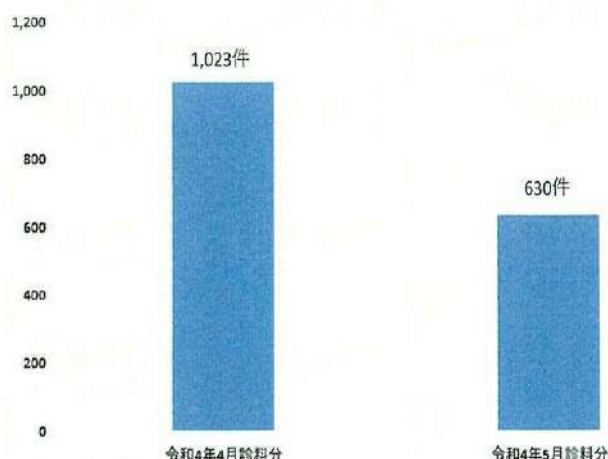
(2) 臨時的に認められている電話や情報通信機器を用いた再診（73 点）を算定した件数



(3) 臨時的に認められている電話や情報通信機器を用いた診療における医学管理料（特定疾患療養管理料等）（147 点）



(4)臨時的に認められている、情報通信機器を用いた初診（251点※施設基準届出した医療機関）を算定した件数。



### 【群馬県医師会】

貴県ご指摘の通り、オンライン診療を外来・入院・在宅に続く第四の診療形態として適切に取り入れていけるよう、また、オンライン診療のより安全かつ有効な活用方法に関する課題解決に前向きに取り組んでいくための情報共有とルールづくりが重要と考えます。その上で、「緊急・災害時は別」としたルールづくりをしておけば、現時点では「かかりつけ医とその患者以外では認めない」とするべきではないでしょうか。

### 【設問】

#### ① オンライン診療の実態は本年4月以降どのように変化したか？

確実な数字は掴んでいませんが、申請医療機関数は増加していると感じます。多くは自宅療養者等に対する電話等によるオンライン診療の件数が増えている状況と考えますが、コロナ陽性者に対する診察や薬の処方がほとんどで限定的だと感じます。

実態の診療は殆どが電話診療に留まっているものと感じていますが、実態を掴む評価方法を持っていません。そこで、県医師会と県行政（医務課）でタイアップして県内全ての医療機関に対するアンケート調査を実施する予定です。

#### ② 初診からオンライン診療を行う場合の具体的な問題点（安全性など）と対処法は？

血液検査や画像検査などが必要な病気の場合、病院での検査を直接受ける必要があります。詳細な診察が難しいことから、多くの疾患に対する安全な診療は難しいと思います。

紹介患者であっても、初診からのオンライン診療に当たっては、詳細な診療情報提供書の提出が必要であると思われます。



手続の面では、大手オンライン診療システム提供メーカーはさすがにその辺の準備が周到に出来ていますが、そのシステム利用料と見合う様な患者層と数が不足しているのが実情だと感じます。

③ かかりつけ患者以外を対象としたオンライン診療の課題は？

今回のコロナ禍での状況の様な災害時の緊急的対応を除いては、利益よりも危険の方が大きいので、かかりつけ患者以外を対象から外すべきと考えます。

④ 医師・患者双方の本人確認について、十分に安全かつ信頼できる方法は確立されているか？

医師については、医師資格証の提示で確認が可能ですが、患者の確認は保険証で確認するしかなく、医師、患者共になりすまし等のリスクがあり、本人確認の十分に安全かつ信頼できる方法は確立されていないと考えます。オンライン診療の前にオンライン資格認証のところを確実に進めない限り難しい事です。

⑤ 一部負担金の支払い問題は如何に解決されているのか？

大手オンライン診療システム提供メーカーは②のとおり。現金やカードでの窓口支払いを基本としている病院、診療所においては、遠隔地からのオンライン診療の自己負担金について、カード払いのリスクや振込の手数料が発生する等の課題があると思われます。

⑥ 営利を優先する医療機関の参入問題は存在するか？または深刻化する徴候はあるか？

現時点で当県内での問題があるかどうかは把握できていませんが、深刻化する余地は十分にあると考えます。患者の居住地に関係なく診療ができるため、今後は影響が出てくる可能性があると思われます。

⑦ オンライン診療に関する様々なルールは、医療現場に精通した医師の意見を反映して決めるべきと考えるが、貴会のご意見またはご提案をお聞かせいただきたい。

診療報酬も含めて、診療に関する様々なルールについては、医療現場に精通した医師の意見が最大限反映されるべきと考えます。決して、財政面や政策的な側面だけで決められることがないようにして頂きたい。

**【埼玉県医師会】**

① オンライン診療の実態は本年4月以降どのように変化したか？

『情報通信機器を用いた診療に係る基準』の届出医療機関は4月の時点で、4,185 医療機関のうち、215 医療機関（5.1%、病院 29、診療所 186）と3月までの 352 医療機関よりやや減少した。4月に情報通信機器を用いた診療の初診を算定した医療機関は 39 件、再診算定 58 件で、まだ臨時的取り扱いの初診（218 件）・再診（1580 件）の方が圧倒的に多い。COVID-19 に関連した電話再診が相変わらず目立って多い。

② 初診からオンライン診療を行う場合の具体的な問題点（安全性など）と対処法は？

急性増悪時の管理をいかにするのかであるが、患者の訴えが軽い疾患を疑わせても、実は重大な疾患であることは日常診療でよく経験する事である。対応する医療機関をあらかじめ提示しておくが、距離が遠い場合は患者の意思で、その近くの医療機関を受診することになり、初診料が別々の医療機関で発生するという無駄も出る。日本医学会連合から「オンライン診療の初診に適さない症状」が提示されているが、急性疾患での初診することも起きかねず、安全性は当然対面診療には及ばない。オンライン診療の初診はかかりつけ患者に限定すべきである。

③ かかりつけ患者以外を対象としたオンライン診療の課題は？

かかりつけ患者以外の患者の場合は、初診では「対面診療」を求めるべきであり、その原則は守るべきである。患者居住地との距離も遠過ぎるのは問題である。

④ 医師・患者双方の本人確認について、十分に安全かつ信頼できる方法は確立されているか？

初診は、原則として「かかりつけ医」となっているが、本人確認は大きな問題と考える。健康保険証（被保険者証）、マイナンバーカード、運転免許証等の提示となっているが、きちんとした提示がなされるかの心配はある。また、医師・患者双方の本人確認はIDやパスワード等を駆使しても十分に安全というのは無理である。

⑤ 一部負担金の支払い問題は如何に解決されているのか？

オンライン診療では、自動決済ができるシステムが絶対に必要だが、決済手数料の問題がある。

⑥ 営利を優先する医療機関の参入問題は存在するか？または深刻化する徴候はあるか？

現在のところ営利企業が参入した事例は認識していないが、AI、ICTを活用した診断システムが発展すれば、管理医師において営利企業の参入は必ず起こりえる。

⑦ オンライン診療に関する様々なルールは、医療現場に精通した医師の意見を反映して決めるべきと考えるが、貴会のご意見またはご提案をお聞かせいただきたい。

『患者の利便性』をうたい文句に、医療現場を知らない人たちだけで決めていくことは、これまでの長い間に築き上げられてきた医療の安全性を危うくするものである。電子聴診器やモバイル心電図などデバイスが発達して補助手段が増えたとしても、対面診療に勝るものはなく問題がある。そのためにも現場の医師の参画は欠かせない。

## 【千葉県医師会】

### ① オンライン診療の実態は本年4月以降どのように変化したか？

診療報酬改正後に新しい施設基準でどの程度の千葉県内の医療機関が届け出を行ったか把握できておりません。今現在の詳細な状況は不明です。

### ② 初診からオンライン診療を行う場合の具体的な問題点（安全性など）と対処法は？

かかりつけ患者、かかりつけ患者以外のいずれの場合においても、PC、スマホなどのデバイス画面からの情報と会話だけでは得られる情報に限りがあります。特にかかりつけ患者以外の初診については患者の状態把握の難しさがあります。オンライン資格確認やマイナポータルの情報、ICT機器の使用により心拍数その他のモニタリングが可能となり、情報の収集が期待できますが、現状ではすべての医療機関、患者に使用できるものではありません。

### ③ かかりつけ患者以外を対処としたオンライン診療の課題は？

かかりつけ医の定義が、患者との考えの間に隔たりがあります。

かかりつけの患者に対して、診療に必要な情報を把握することが難しいと考えます。

次の④の設問にあるように、患者の本人確認の問題が、かかりつけ患者以外の初診の場合は生じます。

### ④ 医師・患者双方の本人確認について、十分に安全かつ信頼できる方法は確立されているのか？

本人確認は、医師側は医師資格証、医師免許証などの提示により行い、患者側は、顔写真つき証明書（免許証）などの提示により行うことが多いと思われます。オンライン診療のシステム上での電子的な確認が望まれます。

### ⑤ 一部負担金の支払い問題は如何に解決されているのか？

診療費の未払いは対面診療においても起こりえます。オンラインの場合、後日の来院での支払いや振り込みではなくクレジットカード決済などのキャッシュレス決済が必要であると考えます。

### ⑥ 営利を優先とする医療機関の参入問題は存在するのか？また深刻化する兆候はあるのか？

現在のところ、このような情報は当会に上がってきておりません。

### ⑦ オンライン診療に関する様々なルールは、医療現場に精通した医師の意見を反映して決めるべきと考えるが、貴会の意見または提案をお聞かせいただきたい。

オンライン診療のルール作りにおいて、医師の意見を反映することが重要と考えます。日医には、是非ともイニシアチブを取った対応を望みます。加えて日医で、オンライン診療のシステムの作成や信用できるシステム業者の紹介など行っていただきたいと思います。

## 【東京都医師会】

コロナ禍における時限的特例的措置として、電話や情報通信機器を用いた診療が多少の制限はあるものの医師の判断により初診から行うことが可能となっていました。この特例措置が感染拡大時において地域医療の維持・継続に一定の役割を果たしたことは、都民のみならず多くの都内医療関係者も高く評価しています。一方で、医療の質と安全性を担保する観点や、営利目的に急展開するオンライン専門医療機関の増加が地域医療体制に悪影響を及ぼす可能性を危惧する立場から、中医協の公聴会等でも拙速な全面解禁、特に“初診を含むオンライン診療の原則解禁”に対して慎重論が出されていたことは記憶に新しいところです。

日本医師会のみならず東京都医師会も、「“かかりつけ医”が自ら患者のために医療上必要と判断した際に、適正に運用されるオンライン診療の導入・拡充」に対して闇雲に反対している訳ではありません。むしろ外来・入院・在宅につぐ大切な第四の診療形態として、オンライン診療が適切に発展するために主体的に関わって行くべきという立場であることはご承知の通りです。オンライン診療は、電子カルテの標準化と並んで今後我々が取り組まなければならない医療デジタルトランスフォーメーションの最重要課題であり、地域医療における利活用の適正化は喫緊の課題でもあります。

以上の観点から、医療現場での問題点を熟知した医師が「指針」等オンライン診療のあるべき姿について主導すべきという貴県のご提案を全面的に支持します。

# 「オンライン診療に関するアンケート調査」の概要

## 1 調査の目的

オンライン診療については、令和4年度の診療報酬改定により、患者割合等の要件が撤廃されるとともに初診からの実施が解禁され、医療機関における大きな関心事となっている。

関東甲信越医師会連合会においても、診療現場の状況を十分に考慮した仕組み作りが喫緊の課題であると考え、医療保険部会においてオンライン診療の現状や今後について協議・検討するためのアンケート調査を実施し、日本医師会や厚生労働省への提言等にも活用する。

## 2 調査対象

関東信越医師会連合会所属医師会（栃木県、千葉県、長野県、新潟県、山梨県、茨城県、神奈川県、群馬県、埼玉県、東京都）の会員

## 3 調査の期日

令和4年7月11日（月）～8月10日（水）

## 4 調査事項

### (1) 回答者について

所属医師会、標榜科、在宅医療の提供の有無、勤務形態、年齢 等

### (2) オンライン診療を実施している医師の回答

実施形態、開始時期、実施の動機、令和4年度改定での改善点・改悪点、通信手段、診断前相談、患者背景、メリットとデメリット、今後の実施の意向 等

### (3) オンライン診療を実施していない医師の回答

実施していない理由、令和4年度改定での改善点・改悪点、今後の実施の意向、開始するにあたっての障害、今後期待される機器やアプリ 等

### (4) 全体を通して

診療上の問題点、保険請求上の問題点、システム等への要望、自由意見 等

## 5 調査の方法

Microsoft Forms を利用した Web アンケート形式。

関東甲信越医師会連合会から各都県医師会を通じて所属会員に対して回答を依頼する。

## 「オンライン診療に関するアンケート調査」結果の概要

有効回答数は 2,720 件であった。回答の内訳は以下のとおり。

### (1) 回答者について

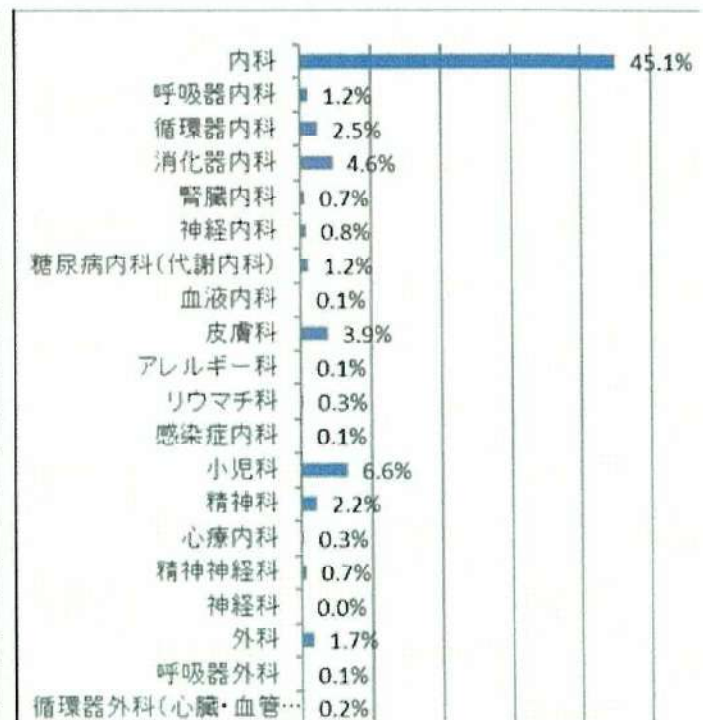
#### ① 所属都県医師会

	件数	%
栃木県医師会	98	3.6%
千葉県医師会	52	1.9%
長野県医師会	155	5.7%
新潟県医師会	100	3.7%
山梨県医師会	52	1.9%
茨城県医師会	276	10.1%
神奈川県医師会	563	20.7%
群馬県医師会	57	2.1%
埼玉県医師会	169	6.2%
東京都医師会	1193	43.9%
その他	5	0.2%
合計	2720	100.0%



#### ② 主たる診療科

	件数	%
内科	1226	45.1%
呼吸器内科	34	1.2%
循環器内科	67	2.5%
消化器内科	124	4.6%
腎臓内科	19	0.7%
神経内科	21	0.8%
糖尿病内科(代謝内科)	33	1.2%
血液内科	2	0.1%
皮膚科	106	3.9%
アレルギー科	3	0.1%
リウマチ科	8	0.3%
感染症内科	2	0.1%
小児科	180	6.6%
精神科	59	2.2%
心療内科	8	0.3%
精神神経科	20	0.7%
神経科	0	0.0%
外科	46	1.7%
呼吸器外科	2	0.1%
循環器外科(心臓・血管外科)	5	0.2%



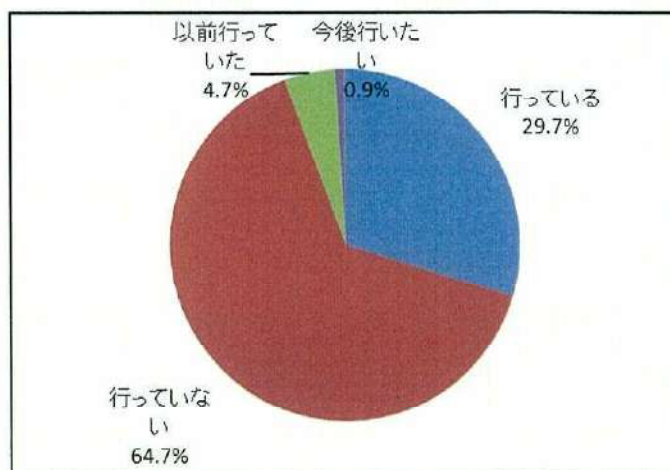


乳腺外科	10	0.4%
気管食道外科	0	0.0%
消化器外科	10	0.4%
泌尿器科	39	1.4%
肛門外科	7	0.3%
脳神経外科	43	1.6%
整形外科	150	5.5%
形成外科	7	0.3%
美容外科	0	0.0%
眼科	145	5.3%
耳鼻咽喉科	169	6.2%
小児外科	0	0.0%
産婦人科	96	3.5%
産科	2	0.1%
婦人科	21	0.8%
性病科	0	0.0%
皮膚泌尿器科	6	0.2%
リハビリテーション科	7	0.3%
放射線科	7	0.3%
麻酔科	17	0.6%
その他	19	0.7%
合計	2720	100.0%



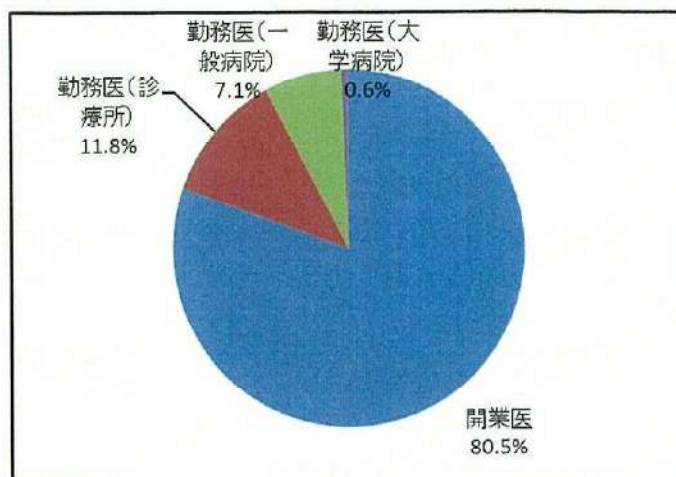
### ③ 在宅医療の提供

	件数	%
行っている	808	29.7%
行っていない	1760	64.7%
以前行っていた	127	4.7%
今後行いたい	25	0.9%
合計	2720	100.0%



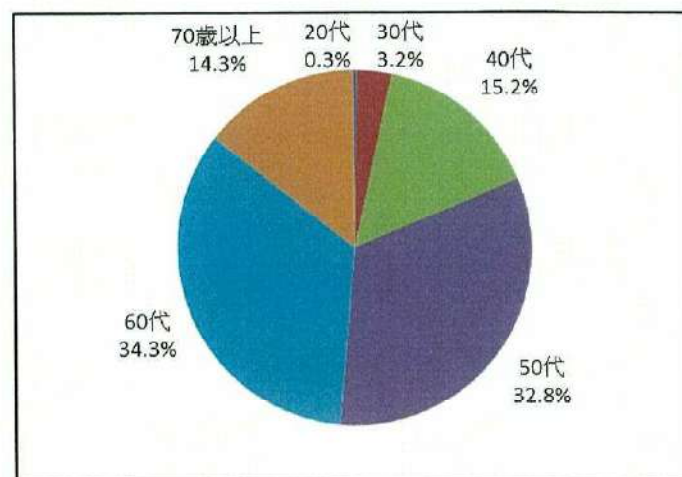
#### ④ 勤務形態

	件数	%
開業医	2190	80.5%
勤務医(診療所)	321	11.8%
勤務医(一般病院)	193	7.1%
勤務医(大学病院)	16	0.6%
合計	2720	100.0%



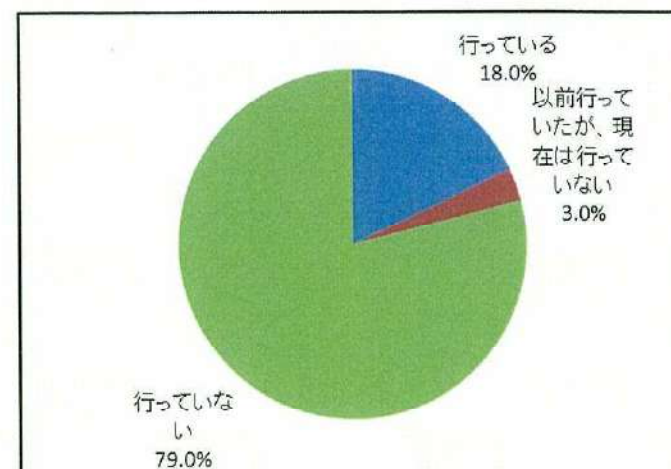
#### ⑤ 年齢

	件数	%
20代	7	0.3%
30代	87	3.2%
40代	414	15.2%
50代	892	32.8%
60代	932	34.3%
70歳以上	388	14.3%
合計	2720	100.0%



#### ⑥ オンライン診療の提供

	件数	%
行っている	490	18.0%
以前行っていたが、現在は行っていない	81	3.0%
行っていない	2149	79.0%
合計	2720	100.0%



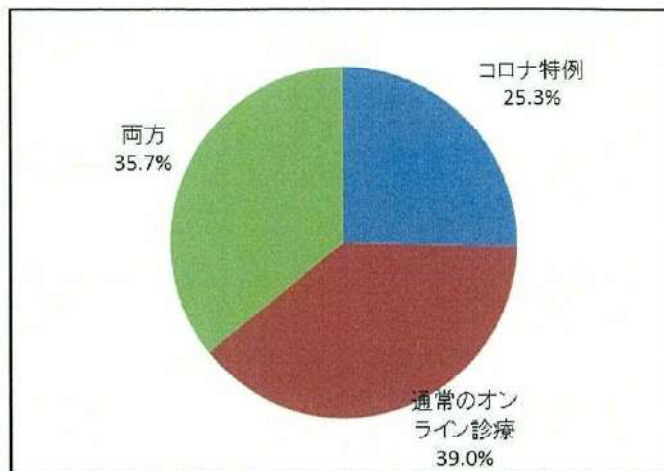


## (2) オンライン診療を実施している医師について

### ① 実施形態

(n=490)

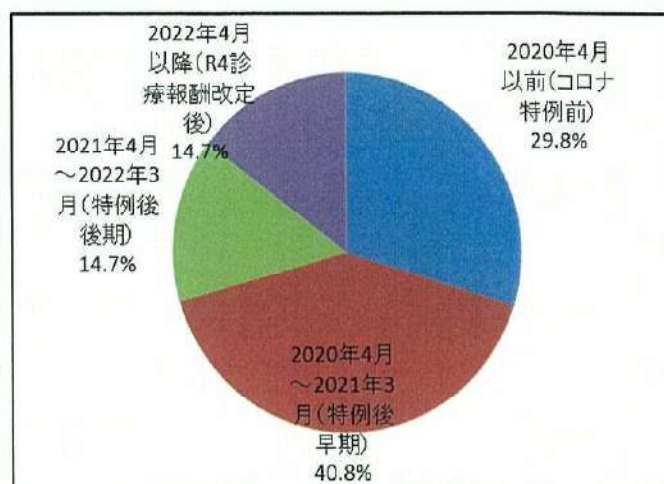
	件数	%
コロナ特例	124	25.3%
通常のオンライン診療	191	39.0%
両方	175	35.7%
合計	490	100.0%



### ② 開始時期

(n=490)

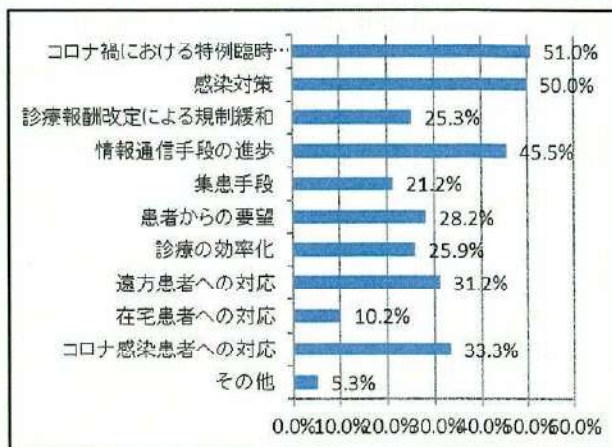
	件数	%
2020年4月以前（コロナ特例前）	146	29.8%
2020年4月～2021年3月（特例後 早期）	200	40.8%
2021年4月～2022年3月（特例後 後期）	72	14.7%
2022年4月以降（R4診療報酬改定後）	72	14.7%
合計	490	100.0%



### ③ 導入にふみきった主な動機（複数選択可）

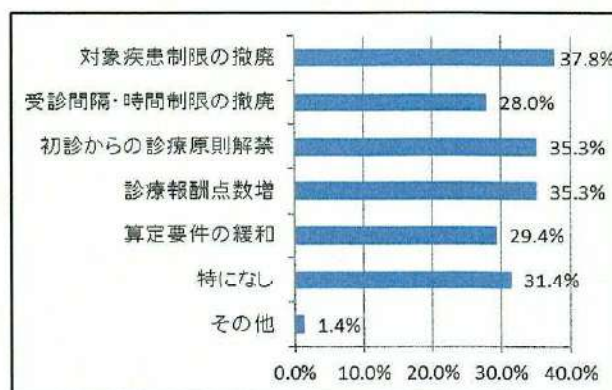
(n=490)

	件数	%
コロナ禍における特例臨時的措置	250	51.0%
感染対策	245	50.0%
診療報酬改定による規制緩和	124	25.3%
情報通信手段の進歩	223	45.5%
集患手段	104	21.2%
患者からの要望	138	28.2%
診療の効率化	127	25.9%
遠方患者への対応	153	31.2%
在宅患者への対応	50	10.2%
コロナ感染患者への対応	163	33.3%
その他	26	5.3%



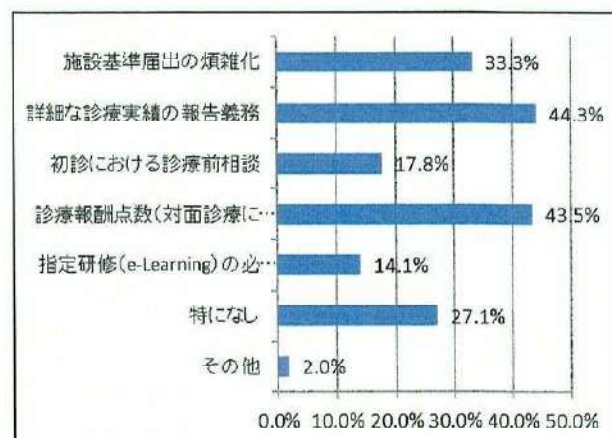
④ 今回の診療報酬改定でオンライン診療に関して特に良くなったと思う点（複数選択可）  
(n=490)

	件数	%
対象疾患制限の撤廃	185	37.8%
受診間隔・時間制限の撤廃	137	28.0%
初診からの診療原則解禁	173	35.3%
診療報酬点数増	173	35.3%
算定要件の緩和	144	29.4%
特になし	154	31.4%
その他	7	1.4%



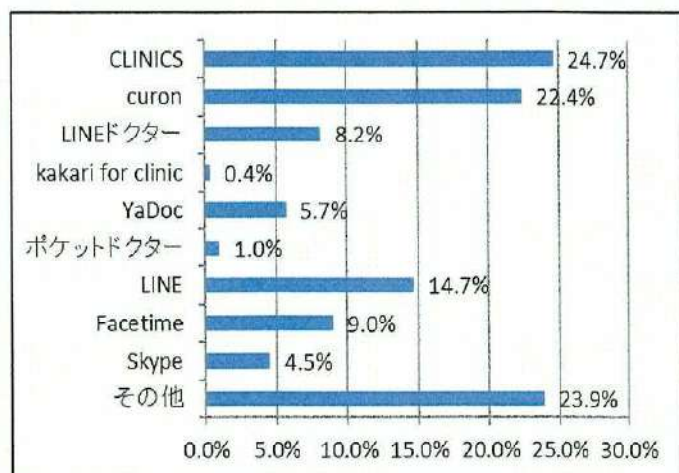
⑤ 今回の診療報酬改定でオンライン診療に関して特に悪くなったと思う点（複数選択可）  
(n=490)

	件数	%
施設基準届出の煩雑化	163	33.3%
詳細な診療実績の報告義務	217	44.3%
初診における診療前相談	87	17.8%
診療報酬点数 (対面診療に比べ点数が低い等)	213	43.5%
指定研修(e-Learning)の必須化	69	14.1%
特になし	133	27.1%
その他	10	2.0%



⑥ オンライン診療に用いている情報通信手段（複数選択可）  
(n=490)

	件数	%
CLINICS	121	24.7%
curon	110	22.4%
LINE ドクター	40	8.2%
kakari for clinic	2	0.4%
YaDoc	28	5.7%
ポケットドクター	5	1.0%
LINE	72	14.7%
Facetime	44	9.0%
Skype	22	4.5%
その他	117	23.9%

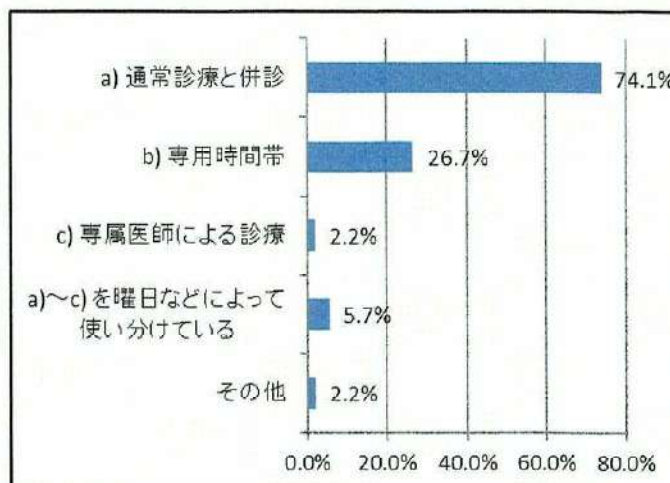




⑦ 実施方法（複数選択可）

(n=490)

	件数	%
a) 通常診療と併診	363	74.1%
b) 専用時間帯	131	26.7%
c) 専属医師による診療	11	2.2%
a)～c) を曜日などによって使い分けている	28	5.7%
その他	11	2.2%



⑧ 令和4年3月までのオンライン「初診」を行った患者数（月平均）

(n=490)

	件数	比率
0 件	281	57.3%
1 件未満	23	4.7%
1 件以上 5 件未満	126	25.7%
5 件以上 10 件未満	24	4.9%
10 件以上 30 件未満	24	4.9%
30 件以上	12	2.4%
合計	490	100.0%



⑨ 令和4年3月までのオンライン「再診」を行った患者数（月平均）

(n=490)

	件数	比率
0 件	161	32.9%
1 件未満	19	3.9%
1 件以上 5 件未満	158	32.2%
5 件以上 10 件未満	63	12.9%
10 件以上 30 件未満	56	11.4%
30 件以上	33	6.7%
合計	490	100.0%



⑩ 令和4年4月以降のオンライン「初診」を行った患者数（月平均）

(n=490)

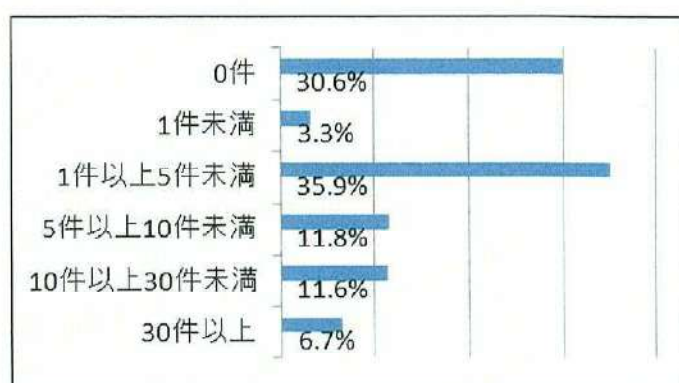
	件数	比率
0 件	273	55.7%
1 件未満	17	3.5%
1 件以上 5 件未満	132	26.9%
5 件以上 10 件未満	25	5.1%
10 件以上 30 件未満	27	5.5%
30 件以上	16	3.3%
合計	490	100.0%



⑪ 令和4年4月以降のオンライン「再診」を行った患者数（月平均）

(n=490)

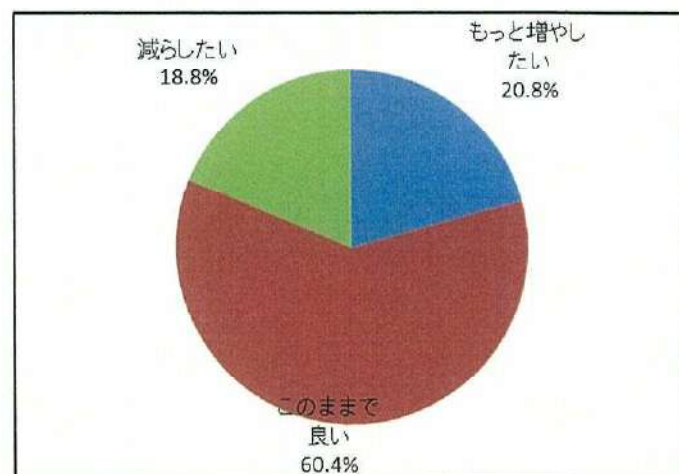
	件数	比率
0 件	150	30.6%
1 件未満	16	3.3%
1 件以上 5 件未満	176	35.9%
5 件以上 10 件未満	58	11.8%
10 件以上 30 件未満	57	11.6%
30 件以上	33	6.7%
合計	490	100.0%



⑫ オンライン診療の「初診」の患者について

(n=490)

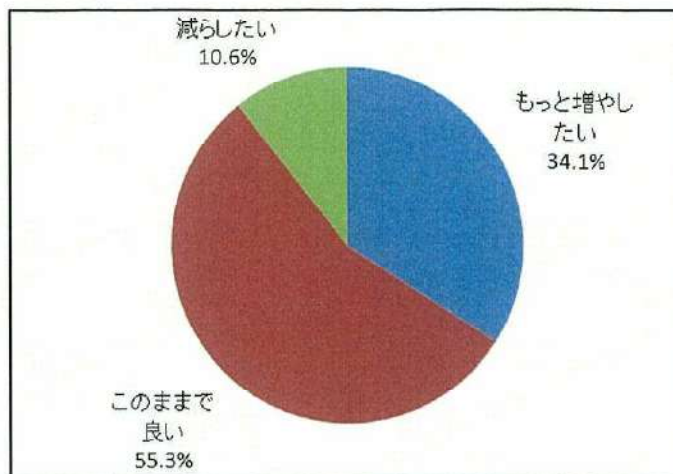
	件数	%
もっと増やしたい	102	20.8%
このままで良い	296	60.4%
減らしたい	92	18.8%
合計	490	100.0%



⑬ オンライン診療の「再診」の患者について

(n=490)

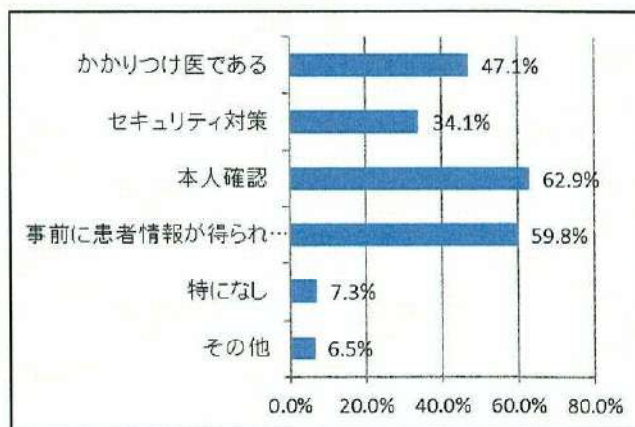
	件数	%
もっと増やしたい	167	34.1%
このままで良い	271	55.3%
減らしたい	52	10.6%
合計	490	100.0%



⑭ 初診からオンライン診療を行う場合の必須条件（複数回答可）

(n=490)

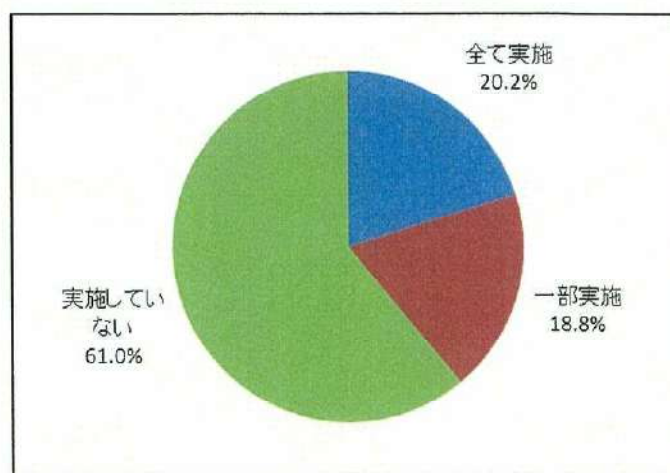
	件数	%
かかりつけ医である	231	47.1%
セキュリティ対策	167	34.1%
本人確認	308	62.9%
事前に患者情報が得られている	293	59.8%
特になし	36	7.3%
その他	32	6.5%



⑮ 初診に先立って「診療前相談」を実施しているか

(n=490)

	件数	%
全て実施	99	20.2%
一部実施	92	18.8%
実施していない	299	61.0%
合計	490	100.0%

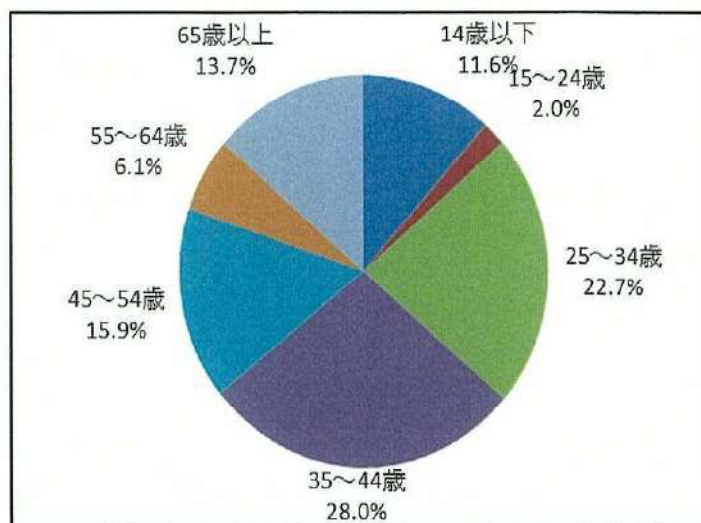




⑩ 【患者背景】主たる年齢層

(n=490)

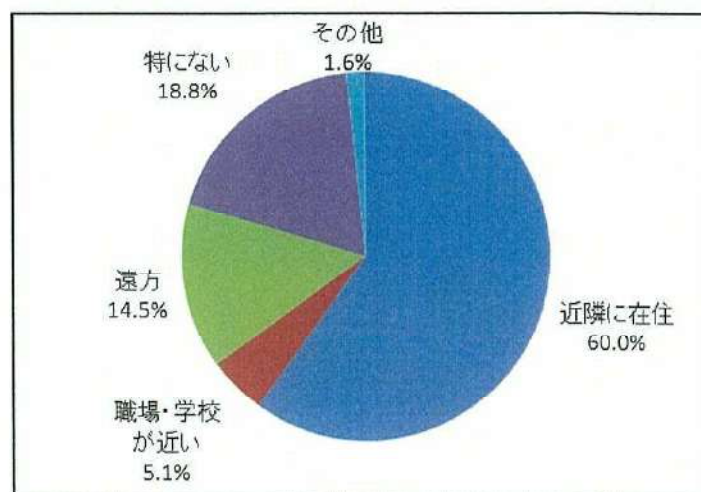
	件数	%
14 歳以下	57	11.6%
15～24 歳	10	2.0%
25～34 歳	111	22.7%
35～44 歳	137	28.0%
45～54 歳	78	15.9%
55～64 歳	30	6.1%
65 歳以上	67	13.7%
合計	490	100.0%



⑪ 【患者背景】主たる居住地

(n=490)

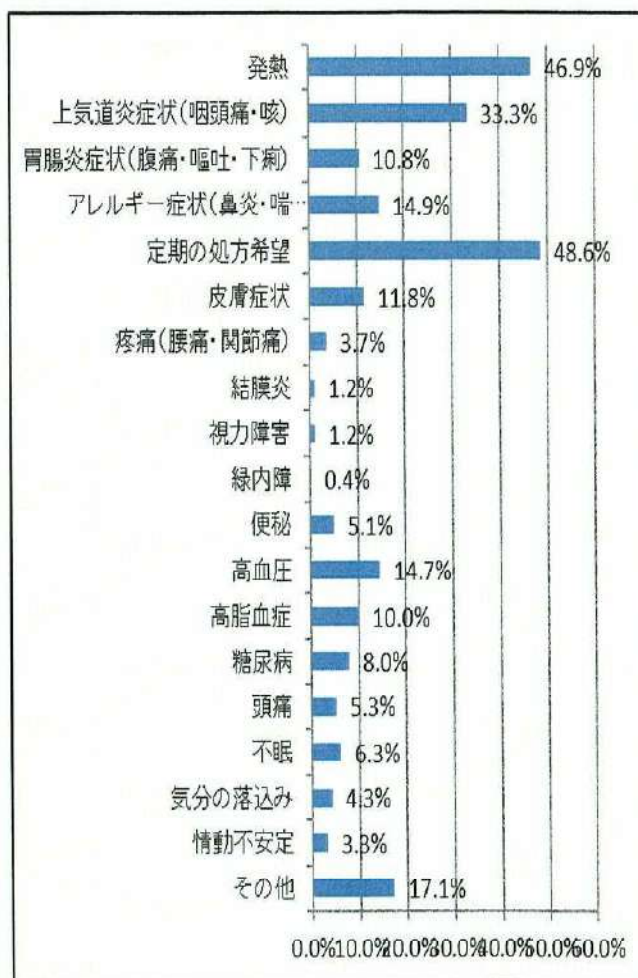
	件数	%
近隣に在住	294	60.0%
職場・学校が近い	25	5.1%
遠方	71	14.5%
特にない	92	18.8%
その他	8	1.6%
合計	490	100.0%



⑮ 【患者背景】 主な受診理由（症状）（複数選択可）

(n=490)

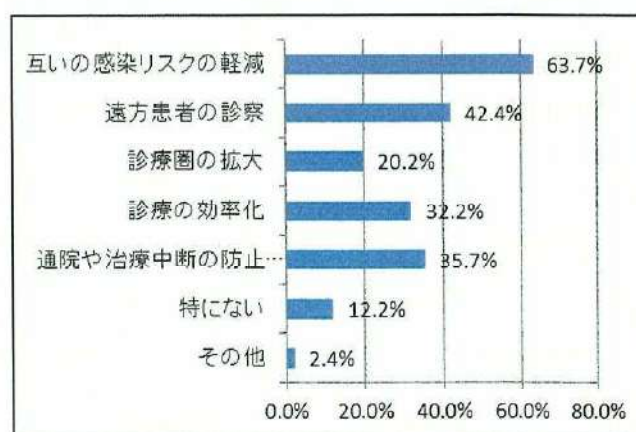
	件数	%
発熱	230	46.9%
上気道炎症状(咽頭痛・咳)	163	33.3%
胃腸炎症状(腹痛・嘔吐・下痢)	53	10.8%
アレルギー症状 (鼻炎・喘息・じんましん)	73	14.9%
定期の処方希望	238	48.6%
皮膚症状	58	11.8%
疼痛(腰痛・関節痛)	18	3.7%
結膜炎	6	1.2%
視力障害	6	1.2%
緑内障	2	0.4%
便秘	25	5.1%
高血圧	72	14.7%
高脂血症	49	10.0%
糖尿病	39	8.0%
頭痛	26	5.3%
不眠	31	6.3%
気分の落込み	21	4.3%
情動不安定	16	3.3%
その他	84	17.1%



⑯ 医師にとって、オンライン診療でメリットと感じている点（複数選択可）

(n=490)

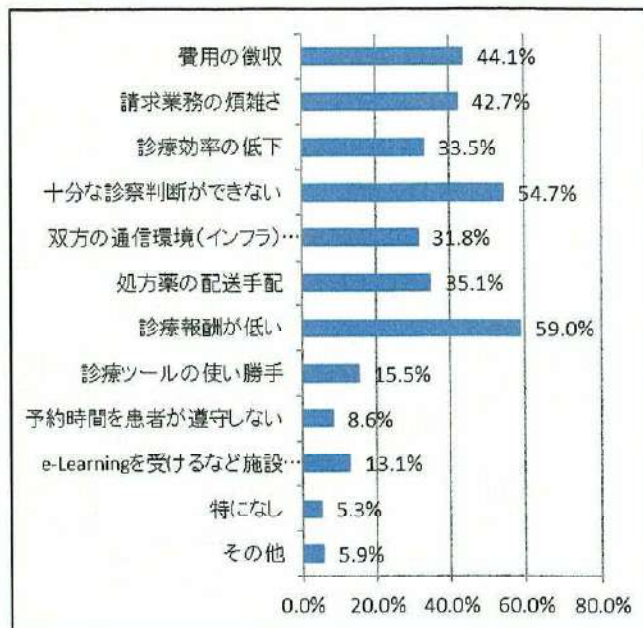
	件数	%
互いの感染リスクの軽減	312	63.7%
遠方患者の診察	208	42.4%
診療圏の拡大	99	20.2%
診療の効率化	158	32.2%
通院や治療中断の防止効果	175	35.7%
特にない	60	12.2%
その他	12	2.4%





② 医師にとって、オンライン診療でデメリットと感じている点（複数選択可）（n=490）

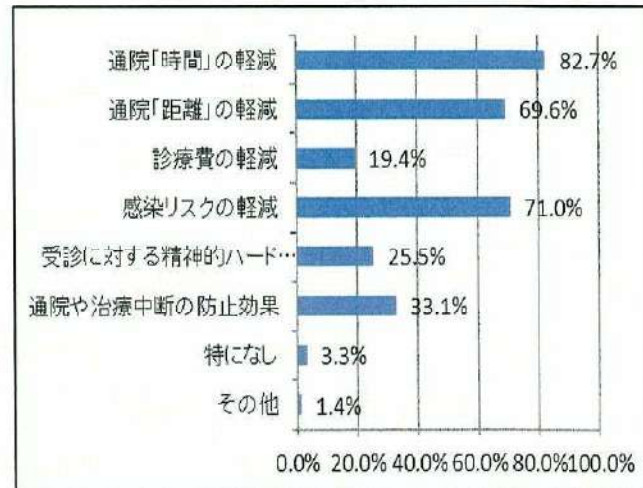
	件数	%
費用の徴収	216	44.1%
請求業務の煩雑さ	209	42.7%
診療効率の低下	164	33.5%
十分な診察判断ができない	268	54.7%
双方の通信環境（インフラ）の問題	156	31.8%
処方薬の配送手配	172	35.1%
診療報酬が低い	289	59.0%
診療ツールの使い勝手	76	15.5%
予約時間を患者が遵守しない	42	8.6%
e-Learningを受けるなど施設要件が面倒	64	13.1%
特になし	26	5.3%
その他	29	5.9%



② 患者側から見たメリット（複数選択可）

（n=490）

	件数	%
通院「時間」の軽減	405	82.7%
通院「距離」の軽減	341	69.6%
診療費の軽減	95	19.4%
感染リスクの軽減	348	71.0%
受診に対する精神的ハードルの軽減	125	25.5%
通院や治療中断の防止効果	162	33.1%
特になし	16	3.3%
その他	7	1.4%

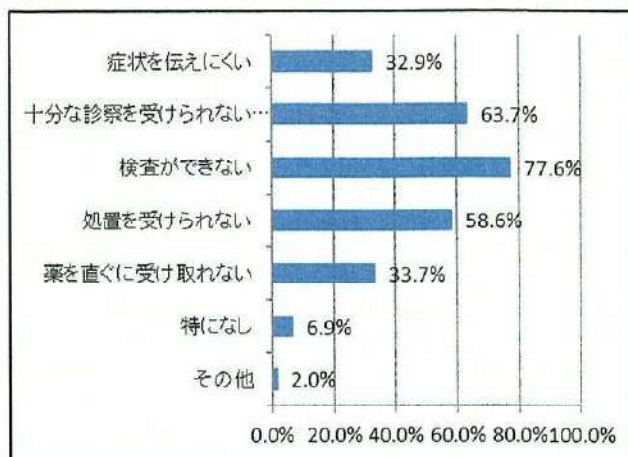




② 患者側から見たデメリット(複数選択可)

(n=490)

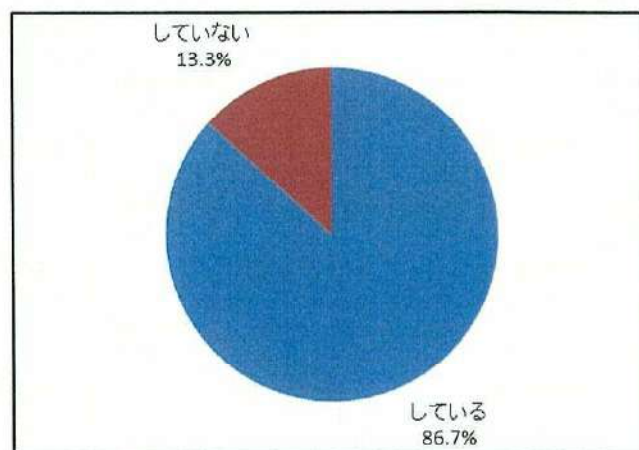
	件数	%
症状を伝えるにくい	161	32.9%
十分な診察を受けられない (視診・聴診・触診等)	312	63.7%
検査ができない	380	77.6%
処置を受けられない	287	58.6%
薬を直ぐに受け取れない	165	33.7%
特になし	34	6.9%
その他	10	2.0%



③ オンライン診療の届出(厚生局)をしているか

(n=490)

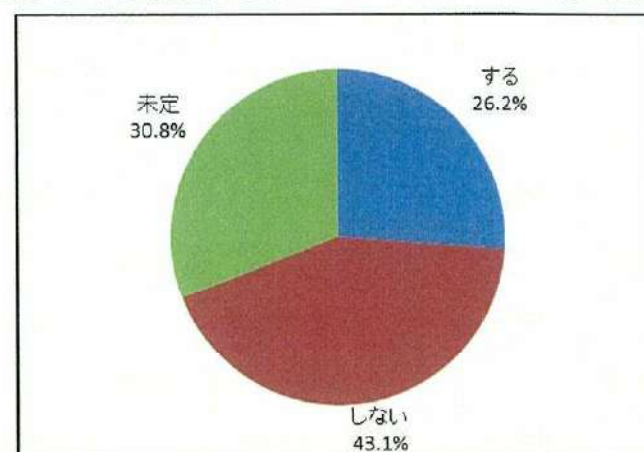
	件数	%
している	425	86.7%
していない	65	13.3%
合計	490	100.0%



④ 届出していない場合、コロナ特例が終了しても継続するか

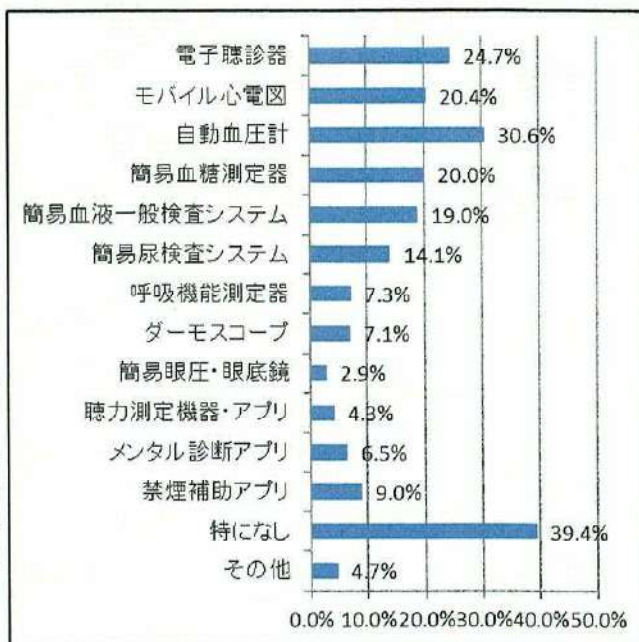
(n=65)

	件数	%
する	17	26.2%
しない	28	43.1%
未定	20	30.8%
合計	65	100.0%



② 今後オンライン診療の質を向上し、安全性・信頼性を高めるために開発または普及が望まれる遠隔使用できる医療用デバイス（複数選択可） (n=490)

	件数	%
電子聴診器	121	24.7%
モバイル心電図	100	20.4%
自動血圧計	150	30.6%
簡易血糖測定器	98	20.0%
簡易血液一般検査システム	93	19.0%
簡易尿検査システム	69	14.1%
呼吸機能測定器	36	7.3%
ダーモスコープ	35	7.1%
簡易眼圧・眼底鏡	14	2.9%
聴力測定機器・アプリ	21	4.3%
メンタル診断アプリ	32	6.5%
禁煙補助アプリ	44	9.0%
特になし	193	39.4%
その他	23	4.7%

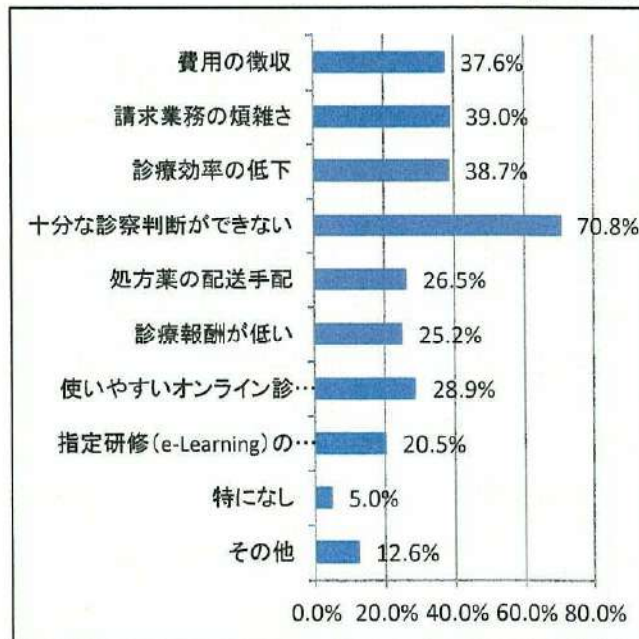


(3) オンライン診療を実施していない医師の回答

① 行っていない理由（複数選択可）

(n=2230)

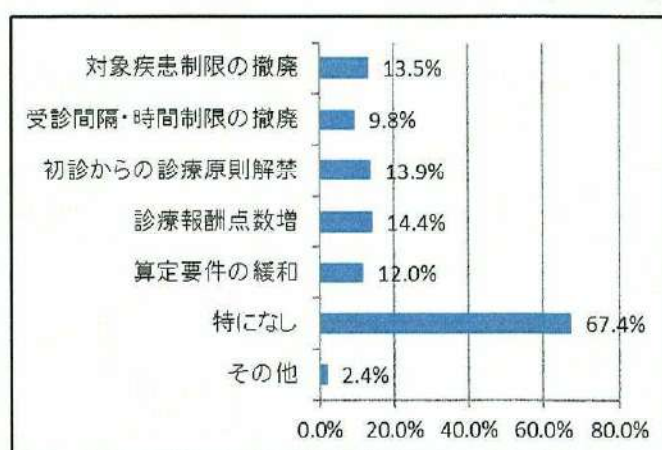
	件数	%
費用の徴収	838	37.6%
請求業務の煩雑さ	870	39.0%
診療効率の低下	863	38.7%
十分な診察判断ができない	1579	70.8%
処方薬の配送手配	591	26.5%
診療報酬が低い	561	25.2%
使いやすいオンライン診療ツールがない	644	28.9%
指定研修(e-Learning)の受講が大変	457	20.5%
特になし	112	5.0%
その他	280	12.6%





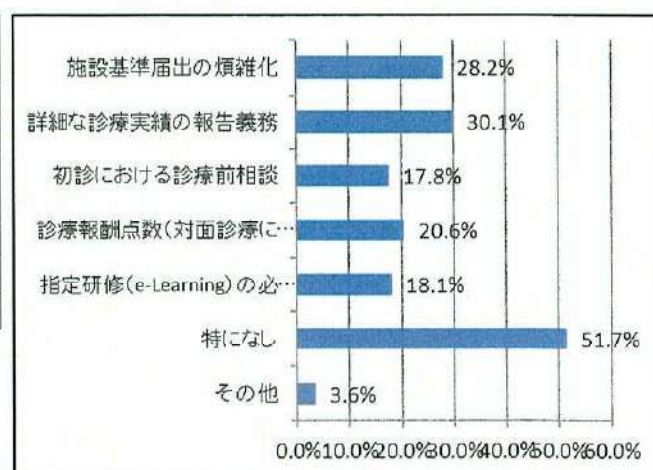
② 今回の診療報酬改定でオンライン診療に関して特に良くなったと思う点（複数選択可）  
(n=2230)

	件数	%
対象疾患制限の撤廃	302	13.5%
受診間隔・時間制限の撤廃	218	9.8%
初診からの診療原則解禁	309	13.9%
診療報酬点数増	321	14.4%
算定要件の緩和	267	12.0%
特になし	1502	67.4%
その他	54	2.4%



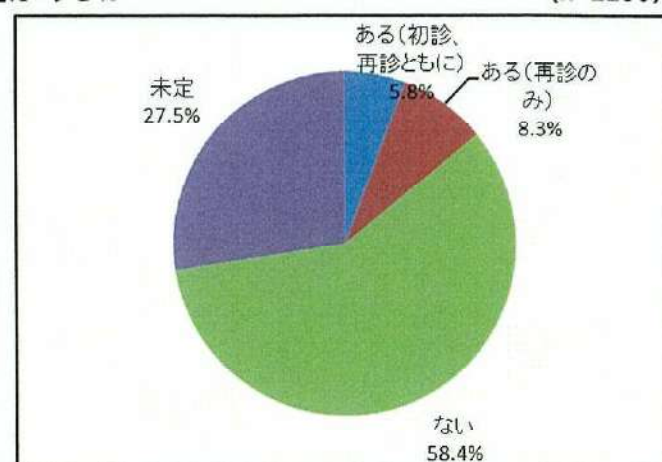
③ 今回の診療報酬改定でオンライン診療に関して特に悪くなったと思う点（複数選択可）  
(n=2230)

	件数	%
施設基準届出の煩雑化	628	28.2%
詳細な診療実績の報告義務	671	30.1%
初診における診療前相談	397	17.8%
診療報酬点数 (対面診療に比べ点数が低い等)	459	20.6%
指定研修(e-Learning)の必須化	404	18.1%
特になし	1154	51.7%
その他	81	3.6%



④ 今後オンライン診療を開始する予定はあるか  
(n=2230)

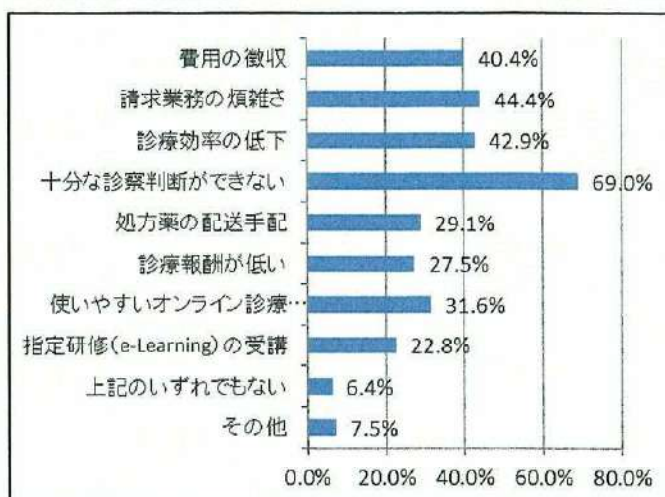
	件数	%
ある(初診、再診ともに)	129	5.8%
ある(再診のみ)	186	8.3%
ない	1302	58.4%
未定	613	27.5%
合計	2230	100.0%



⑤ オンライン診療を開始するにあたっての障害(複数選択可)

(n=2230)

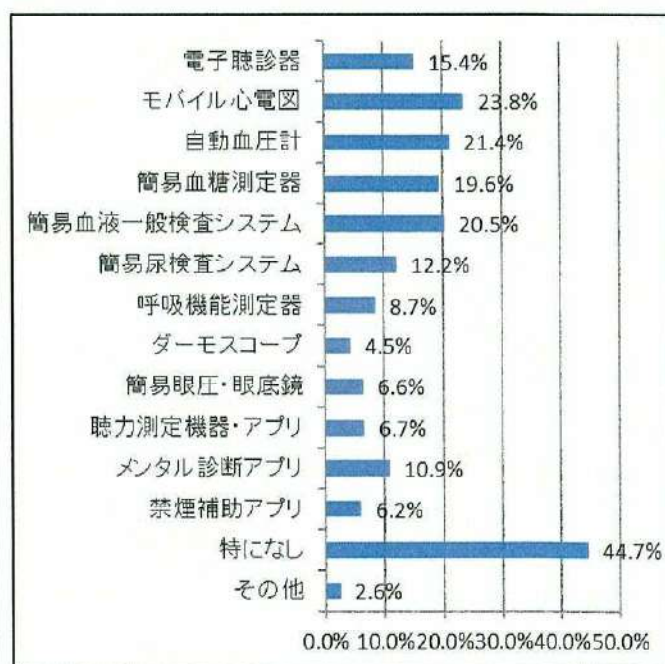
	件数	%
費用の徴収	902	40.4%
請求業務の煩雑さ	991	44.4%
診療効率の低下	956	42.9%
十分な診察判断ができない	1538	69.0%
処方薬の配送手配	648	29.1%
診療報酬が低い	614	27.5%
使いやすいオンライン診療ツールがない	704	31.6%
指定研修(e-Learning)の受講	508	22.8%
上記のいずれでもない	142	6.4%
その他	167	7.5%



⑥ オンライン診療だけでなく日常の対面診療においても、今後期待されるウェアラブルデバイス等の機器やアプリ等(複数選択可)

(n=2152)

	件数	%
電子聴診器	331	15.4%
モバイル心電図	513	23.8%
自動血圧計	461	21.4%
簡易血糖測定器	422	19.6%
簡易血液一般検査システム	441	20.5%
簡易尿検査システム	263	12.2%
呼吸機能測定器	187	8.7%
ダーモスコープ	97	4.5%
簡易眼圧・眼底鏡	141	6.6%
聴力測定機器・アプリ	144	6.7%
メンタル診断アプリ	234	10.9%
禁煙補助アプリ	133	6.2%
特になし	961	44.7%
その他	57	2.6%

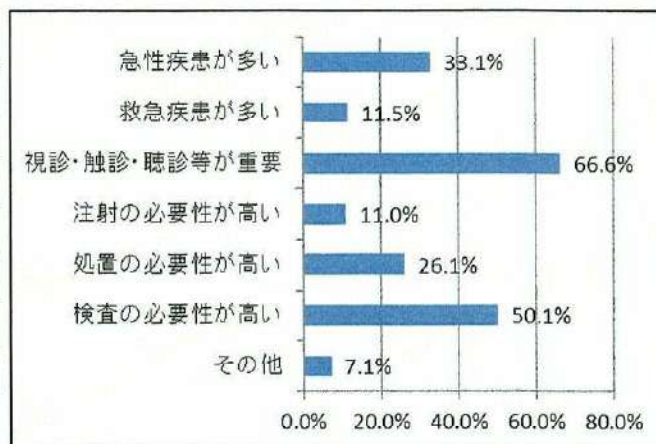




#### (4) 全体を通して

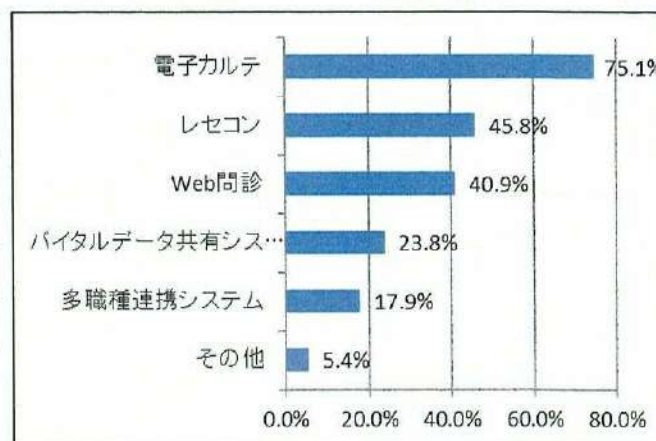
##### ① オンライン診療における対象疾患・処置・検査・治療等に関する問題点（複数選択可） (n=2372)

	件数	%
急性疾患が多い	785	33.1%
救急疾患が多い	273	11.5%
視診・触診・聴診等が重要	1580	66.6%
注射の必要性が高い	262	11.0%
処置の必要性が高い	620	26.1%
検査の必要性が高い	1189	50.1%
その他	168	7.1%



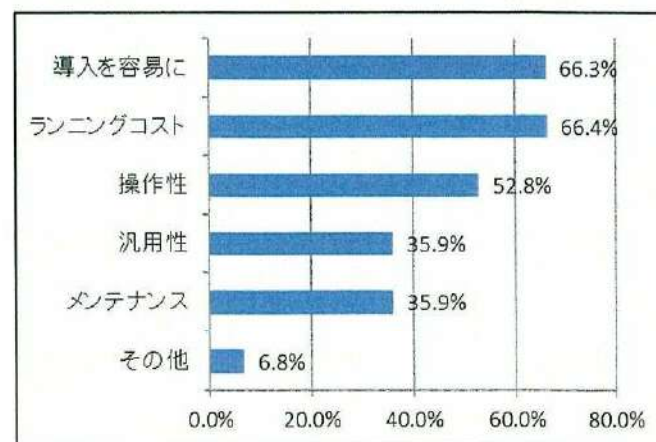
##### ② オンライン診療システムと連動できると良いと思うシステム（複数選択可）(n=2265)

	件数	%
電子カルテ	1702	75.1%
レセコン	1037	45.8%
Web 問診	927	40.9%
バイタルデータ共有システム	539	23.8%
多職種連携システム	405	17.9%
その他	122	5.4%



##### ③ オンライン診療で用いる機器・ソフトに対して改善点や要望（複数選択可）(n=2123)

	件数	%
導入を容易に	1407	66.3%
ランニングコスト	1409	66.4%
操作性	1122	52.8%
汎用性	763	35.9%
メンテナンス	762	35.9%
その他	145	6.8%



# 登坂（英）常任

## 第36回 埼玉県肺がん検診セミナー

日時 令和5年1月14日（土）午後2時～

場所 埼玉県県民健康センター2F 大ホール 及び Web

### プログラム

受付 (13:30～)

総合司会 がん検診医会肺がん検診部会委員 松島 秀和

(14:00～)

開会の辞 がん検診医会肺がん検診部会長 中山 光男

挨拶 埼玉県医師会長 金井 忠男

埼玉県保健医療部長 山崎 達也

埼玉県医師会がん検診医会会長 登坂 英明

教育講演 (14:10～14:30)

座長 がん検診医会肺がん検診部会委員 大柳 文義

### 『胸部X線写真読影の基本』

講師 埼玉県立循環器呼吸器病センター

放射線診断科長 叶内 哲 先生

特別講演 (14:30～15:30)

座長 がん検診医会肺がん検診部会部会長 中山 光男

### 『肺がん検診に係る諸問題—肺がん検診の手引改定を中心に』

講師 国立がん研究センターがん対策研究所

検診研究部長 中山 富雄 先生

閉会の辞 がん検診医会肺がん検診部会副部会長

尾関 雄一

日本医師会生涯教育講座 1 単位（CC：45 呼吸困難）

第30回 埼玉県胃がん検診セミナー

日時 令和5年1月14日（土）午後4時～

場所 埼玉県県民健康センター2階大ホール 及び Web

プログラム

受付 (15:30～)

総合司会 がん検診医会胃がん検診部会委員副部会長 三吉 博  
(16:00～)

開会の辞 がん検診医会胃がん検診部会長 藤田 安幸

挨拶 埼玉県医師会会長 金井 忠男  
埼玉県保健医療部 山崎 達也  
がん検診医会会長 登坂 英明

報告 (16:05～16:20)

座長 がん検診医会胃がん検診部会委員 淵上 博司

『埼玉県における胃がん検診の現状（仮）』

講師 埼玉医科大学 医学部医学教育学 教授 柴崎 智美 先生

特別講演 (16:20～17:20)

座長 がん検診医会胃がん検診部会長 藤田 安幸

『HP 除菌後ならびに未感染胃がんの内視鏡診断（仮）』

講師 九州医療センター消化器内科 医長 吉村 大輔 先生

閉会の辞 がん検診医会胃がん検診部会委員 原田 容治

※日本医師会生涯教育講座（1単位・CC：12）です。

## 第30回 埼玉県子宮がん検診セミナー

日時 令和5年1月21日(土) 午後2時～

場所 埼玉県県民健康センター2階大ホール 及び Web

### プログラム

受付 (13:30～)

総合司会 がん検診医子宮がん検診部会 委員 長井 智則

(14:00～)

開会の辞	がん検診医会子宮がん検診部会長	清水 謙
挨拶	埼玉県医師会会長	金井 忠男
	埼玉県保健医療部長	山崎 達也
	がん検診医会長	登坂 英明

講演 (14:05 ～ 14:25)

### 『キャッチアップ接種開始後のHPVワクチン接種状況』

座長 がん検診医子宮がん検診部会 委員 宮本 純孝

講師 埼玉県保健医療部感染症対策課

特別講演 (14:25 ～ 15:25)

### 『子宮頸がん予防最新情報』

座長 がん検診医子宮がん検診部会 部会長 清水 謙

講師 横浜市立大学医学部 産婦人科学 教授 宮城 悦子 先生

閉会の辞 がん検診医子宮がん検診部会 委員 宮本 純孝

※日本医師会生涯教育講座(1単位・カリキュラコード 11. 予防と保健)です。

※日本産婦人科医会研修受講シールを発行いたします(来場者のみ)。

※日本産科婦人科学会研修10単位及び日本専門医機構 学術集会参加1単位、産婦人科領域講習1単位の取得予定です。(申請中)

※当日忘れずに「〇医学会カード」をお持ち下さい。



## 第37回 埼玉県乳がん検診セミナー

日時 令和5年1月21日（土）午後4時～

場所 埼玉県県民健康センター2階大ホール 及び Web

### プログラム

受付 (15:30～)

総合司会

がん検診医会乳がん検診部会委員

甲斐 敏弘

(16:00～)

開会の辞  
挨拶

がん検診医会乳がん検診部会長  
埼玉県医師会会長  
埼玉県保健医療部会長  
がん検診医会長

二宮 淳  
金井 忠男  
山崎 達也  
登坂 英明

### テーマ『マンモグラフィガイドランの変更点について』

教育講演 (16:05～16:30)

1 プロセス指標：全国と埼玉県との比較および県内各市町村の状況について

講師 乳がん検診部会長 二宮 淳 先生

2 画像ミニレクチャー：乳がん検診で要検討になった症例

講師 乳がん検診部会委員 山田 博文 先生

特別講演 (16:30～17:30)

座長 がん検診医会乳がん検診部会副会長

洪 淳一

### 『マンモグラフィガイドラインの変更点について』

講師 聖路加国際病院

放射線科医長・乳房画像診断室長

角田 博子 先生

閉会の辞 がん検診医会乳がん検診部会委員

甲斐 敏弘

※日本医師会生涯教育講座（1単位）です。（CC：11）

※日本産科婦人科学会研修受講 10単位 日本専門医機構 学術集会参加 1単位、  
産婦人科領域講習受講 1単位（申請中）

当日忘れずに「e医学カード」をお持ち下さい。（来場者のみ）

※日本産婦人科医会の研修参加証はシール発行です。（来場者のみ）

第32回 埼玉県大腸がん検診セミナー

日時 令和5年1月28日(土) 午後2時～

場所 埼玉県県民健康センター2階大ホール 及び Web

プログラム

受付 (13:30～)

総合司会 がん検診医会大腸がん検診部会副会長 蓮見直彦

(14:00～)

開会の辞 がん検診医会大腸がん検診部会長 栗原浩幸  
挨拶 埼玉県医師会長 金井忠男  
埼玉県保健医療部長 山崎達也  
埼玉県医師会がん検診医会長 登坂英明

テーマ『コロナ禍における大腸がんの診断と治療』

教育講演 (14:05～14:25)

『コロナ禍での受診率の推移(仮)』

座長 がん検診医会大腸がん検診部会 委員 桑原博

講師 埼玉県保健医療部疾病対策課

特別講演 (14:25～15:25)

『コロナ禍における大腸がんの診断と治療』

座長 がん検診医会大腸がん検診部会 委員 小澤修太郎

講師 埼玉医科大学国際医療センター 地域医療科・消化器内科  
教授 眞下由美 先生

閉会の辞 がん検診医会大腸がん検診副部会長 嶋津裕

日本医師会生涯教育講座(1単位・カリキュラムコード: 54 便通異常(下痢、便秘))です。

第19回 埼玉県肝がんセミナー

日時 令和5年1月28日(土) 午後4時～

場所 埼玉県県民健康センター2F 大ホール 及び Web

プログラム

受付 (15:30～)  
総合司会 がん検診医会肝がん検診部会委員 西川 稿

開会の辞 (16:00～)  
がん検診医会肝がん検診部会長 原田 容治

挨拶  
埼玉県医師会長 金井 忠男  
埼玉県保健医療部長 山崎 達也  
がん検診医会長 登坂 英明

セミナー (16:10～16:40)  
テーマ『ウイルス性肝疾患患者の拾い上げ』

座長 がん検診医会肝がん検診部会委員 廣瀬 哲也

1 「ウイルス性肝炎拾い上げに向けた病診連携の試み」

がん検診医会肝がん検診部会委員 玉野 正也

2 「当院のウイルス性肝炎患者の拾い上げ」

がん検診医会肝がん検診部会委員 松井 茂

特別講演 (16:40～17:40)  
座長 がん検診医会肝がん検診部会委員 持田 智

『肝疾患の受検⇒受診⇒受療⇒フォローアップを  
ハイスループットで進めることが地域の肝がん、肝硬変を減らす  
～行動経済学的視点を含めて～』

講師 医療法人ロコメディカル 副理事長  
ロコメディカル総合研究所 所長 江口 有一郎 先生

閉会の辞 がん検診医会肝がん検診部会副部長 水谷 元雄

日本医師会生涯教育講座(1単位)です。  
カリキュラムコード(1:医師のプロフェッショナリズム)

登坂（英）常任

第35回全国有床診療所連絡協議会総会 山梨大会

今村理事

## 第35回 全国有床診療所連絡協議会総会 山梨大会プログラム

メインテーマ「富士の麓で話し合おう！2025年問題をチャンスに変えるために」

開催日 2022年11月5日（土）・6日（日）

開催場所 ハイランドリゾートホテル&スパ

〒403-0017 山梨県富士吉田市新西原5-6-1 TEL 0555-22-1000

第1日目 2022年11月5日（土）（受付開始 11:30～）

常任理事会・役員会（2F 桜・B1F バンケットホール芙蓉）

12:00～12:50 全国有床診療所連絡協議会 常任理事会

12:50～13:50 全国有床診療所連絡協議会 役員会

総会・特別講演・講演会（2F バンケットホール富士）

総司会：山梨県有床診療所協議会理事 藤井 道孝

14:00～14:50 総 会

1. 開会の辞 ..... 山梨県有床診療所協議会副会長 土地 邦彦
2. 挨拶  
(1) 第35回全国有床診療所連絡協議会総会会長・山梨県医師会会長 ..... 手塚 司朗  
(2) 全国有床診療所連絡協議会会長 ..... 齋藤 義郎
3. 祝 辞 ..... 日本医師会会長 松本 吉郎 様
4. 議 事
5. 次期開催県会長挨拶 ..... 福島県医師会会長 佐藤 武寿 様
6. 閉会の辞 ..... 山梨県有床診療所協議会理事 武者 吉英

15:00～16:00 特別講演（60分）

「令和4年度診療報酬改定を踏まえた動向について」

講師：日本医師会会長 ..... 松本 吉郎

座長：山梨県医師会会長 ..... 手塚 司朗

〈休憩10分〉

16:10～16:50 講演Ⅰ（40分）

「わが国の人口変動と有床診療所—今後の課題」

講師：日本医師会総合政策研究機構主席研究員 ..... 江口 成美

座長：山梨県医師会 副会長 ..... 鈴木 昌則



## 懇親会（2F バンケットホール富士）

- 17:50～20:00
1. 開会の辞 ..... 山梨県医師会副会長 **鈴木 昌則**
  2. 挨拶 ..... 第35回全国有床診療所連絡協議会総会会長・山梨県医師会会長 **手塚 司朗**
  3. 祝 辞
    - (1) 山梨県知事 ..... **長崎幸太郎 様**
    - (2) 参議院議員 ..... **羽生田 俊 様**
    - (3) 参議院議員 ..... **自見はなこ 様**
  4. 乾 杯（次期開催県） ..... 福島県医師会会長 **佐藤 武寿 様**
  5. 閉会の辞 ..... 山梨県医師会副会長 **渡邊 洋**

## 第2日目 2022年11月6日（受付開始 8:00～）

### 講演会・シンポジウム・総括（2F バンケットホール富士）

9:00～9:50 **講演 II** (50分)

#### 「新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた地域医療構想及び第8次医療計画」

講師：厚生労働省医政局地域医療計画課課長 ..... **鷲見 学**  
 座長：山梨県医師会副会長 ..... **渡邊 洋**

〈休憩10分〉

10:00～11:30 **シンポジウム** (90分)

#### テーマ「富士の麓で話し合おう！2025年問題をチャンスに変えるために」

座長：山梨県有床診療所協議会会長 ..... **田邊 譲二**

シンポジスト（各15分）

- ①「整形外科有床診療所の現状とこれから」…（医）今井整形外科医院院長 **今井 大助**
- ②「2025年のその先へ 価値ある有床診療所をつなぐ」  
 .....（医）富士厚生クリニック院長 **古藤 正典**
- ③「宿日直届けの取得と今後の展望」 .....（医）田辺産婦人科院長 **田辺 勝男**

ディスカッション（45分）

11:30～11:50 **総 括**

全国有床診療所連絡協議会会長 ..... **齋藤 義郎**

11:50 **閉会の辞**

山梨県有床診療所協議会会長 ..... **田邊 譲二**