

桃木常任

第181回 埼玉県医師会臨時代議員会 次第

日時 令和7年3月13日（木）午後2時30分
場所 埼玉県県民健康センター 2階 大ホール

1. 開 会

1. 議事録署名委員指名

1. 会 長 挨 捶

1. 議 事

第1号議案 令和6年度埼玉県医師会会員の会費減免申請に関し承認を求める件

第2号議案 令和7年度埼玉県医師会会員の会費減免申請に関し決議を求める件

1. 報 告 事 項

（1）令和7年度埼玉県医師会事業計画

（2）令和7年度埼玉県医師会収支予算

1. 会 長 挨 捶

1. 閉 会

桃木常任

第182回

埼玉県医師会定例代議員会の日程について

日時 令和7年6月19日（木）14：30～
場所 埼玉県県民健康センター2F大ホール

令和7年4月～8月の役員会等日程について

【 】内は開催場所 ※ 関連行事

| | |
|-------------------|-----------------------------------|
| 4月 3日 (木) | 常任理事会 13:30 【県医師会】 |
| | 理事会 15:00 【県医師会】 |
| 10日 (木) | 常任理事会 (持廻り) |
| 17日 (木) | 常任理事会 13:30 【県医師会】 |
| 24日 (木) | 常任理事会 13:30 【県医師会】 |
| | 都市医師会長会議 15:00 【県医師会】 |
| 5月 1日 (木) | 休会 |
| 8日 (木) | 常任理事会 13:30 【県医師会】 |
| 10日 (土) ~ 11日 (日) | 移動理事会 【未定】 |
| 15日 (木) | 常任理事会 (持廻り) ※医師会ゴルフ大会 【霞ヶ関 CC】 |
| 22日 (木) | 常任理事会 13:30 【県医師会】 |
| 29日 (木) | 常任理事会 13:30 【県医師会】 |
| | 都市医師会長会議 15:00 【県医師会】 |
| 6月 5日 (木) | 常任理事会 13:30 【県医師会】 |
| | 理事会 15:00 【県医師会】 |
| 12日 (木) | 常任理事会 (持廻り) |
| 19日 (木) | 常任理事会 13:30 【県医師会】 |
| | ※第182回定例代議員会 14:30 【大ホール】 |
| 26日 (木) | 常任理事会 13:30 【県医師会】 |
| | 都市医師会長会議 15:00 【県医師会】 |
| 7月 3日 (木) | 常任理事会 13:30 【県医師会】 |
| | 理事会 15:00 【県医師会】 |
| 10日 (木) | 常任理事会 (持廻り) |
| 17日 (木) | 常任理事会 13:30 【県医師会】 |
| 24日 (木) | 常任理事会 13:30 【県医師会】 |
| | 都市医師会長会議 15:00 【県医師会】 |
| 31日 (木) | 休会 |
| 8月 28日 (木) | 常任理事会 13:30 【県医師会】 |

長又常任

会費減免申請者(追加)

埼玉県医師会会費減免規程第4条の規定に基づく、会費減免申請者

【疾病減免】 1名

| 都市医師会名 | 本会会員区分 | 日医会員区分 | 氏名 | 年齢 | 期間 |
|---------|--------|--------|-------|----|------|
| 草加八潮医師会 | A | A1 | 木島 一洋 | 60 | 2期から |

【医学部卒後5年間減免】 1名

| 都市医師会名 | 本会会員区分 | 日医会員区分 | 氏名 | 卒業年月 | 期間 |
|--------|--------|--------|-------|------|------|
| 越谷市医師会 | B | A②(B) | 岡本 裕介 | R4.3 | 2期から |

桃木常任

都市医師会別医師会員数（令和6年12月1日現在）

ならびに会員異動（11月分）について

（1）都市医師会別医師会員数（別紙）

（2）令和6年11月1日～11月30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 | ・・・・・ | 155名 |
| 入会 | ・・・・・ | 46名 |
| 退会 | ・・・・・ | 44名（死亡 15名） |
| 異動 | ・・・・・ | 65名 |

都市医師会別医師会員数(令和6年12月1日現在※会員調査による)

| 都市医師会 | A1 | A2B | B | A2C | C | 合計 |
|------------|-------|-------|-------|-----|-----|-------|
| 浦和医師会 | 320 | 120 | 154 | 6 | 38 | 638 |
| 川口市医師会 | 265 | 58 | 158 | 10 | 22 | 513 |
| 大宮医師会 | 291 | 90 | 230 | 17 | 75 | 703 |
| 川越市医師会 | 178 | 40 | 99 | 0 | 0 | 317 |
| 熊谷市医師会 | 116 | 30 | 87 | 0 | 12 | 245 |
| 行田市医師会 | 25 | 7 | 23 | 9 | 0 | 64 |
| 所沢市医師会 | 177 | 69 | 104 | 0 | 0 | 350 |
| 蕨戸田市医師会 | 112 | 21 | 52 | 8 | 8 | 201 |
| 北足立都市医師会 | 147 | 44 | 100 | 0 | 16 | 307 |
| 上尾市医師会 | 90 | 16 | 59 | 0 | 18 | 183 |
| 朝霞地区医師会 | 192 | 43 | 109 | 20 | 14 | 378 |
| 草加八潮医師会 | 143 | 19 | 45 | 0 | 12 | 219 |
| さいたま市与野医師会 | 70 | 29 | 44 | 28 | 1 | 172 |
| 入間地区医師会 | 73 | 20 | 41 | 0 | 0 | 134 |
| 飯能地区医師会 | 58 | 14 | 45 | 0 | 0 | 117 |
| 東入間医師会 | 126 | 42 | 57 | 0 | 0 | 225 |
| 坂戸鶴ヶ島医師会 | 91 | 26 | 23 | 0 | 0 | 140 |
| 狭山市医師会 | 59 | 19 | 56 | 0 | 14 | 148 |
| 比企医師会 | 113 | 23 | 60 | 1 | 0 | 197 |
| 秩父都市医師会 | 71 | 28 | 14 | 0 | 0 | 113 |
| 本庄市児玉郡医師会 | 74 | 31 | 40 | 0 | 0 | 145 |
| 深谷寄居医師会 | 94 | 43 | 48 | 7 | 10 | 202 |
| 北埼玉医師会 | 73 | 23 | 19 | 4 | 20 | 139 |
| 南埼玉郡市医師会 | 138 | 49 | 62 | 0 | 20 | 269 |
| 越谷市医師会 | 143 | 67 | 229 | 90 | 18 | 547 |
| 春日部市医師会 | 104 | 41 | 97 | 0 | 19 | 261 |
| 岩槻医師会 | 49 | 17 | 47 | 0 | 0 | 113 |
| 北葛北部医師会 | 39 | 10 | 15 | 0 | 0 | 64 |
| 吉川松伏医師会 | 40 | 5 | 37 | 0 | 0 | 82 |
| 三郷市医師会 | 58 | 13 | 27 | 0 | 0 | 98 |
| 埼玉医科大学医師会 | 4 | 26 | 225 | 4 | 164 | 423 |
| 防衛医科大学校医師会 | 1 | 16 | 19 | 0 | 0 | 36 |
| ＊＊＊ 総計 ＊＊＊ | 3,534 | 1,099 | 2,425 | 204 | 481 | 7,743 |
| 前月比 | -7 | 6 | -9 | -1 | 13 | 2 |

【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6.11.1 ~ 令6.11.30

令和6年12月1日報告

No.1

日本医師会用

| 年月日 | 変更区分 | 変更事由1 | 変更事由3 | 変更事由5 | 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 | 会員種別 | 会員種別 | 変更事由2 | 変更事由4 | 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 |
| 8/9/29 | 退会 | 死亡 | | | 循内 | コヤマ 効シ | 336-8522 | さいたま市緑区大字三室2460 | | 048-873-4111 | 048-873-5451 | |
| 浦和医師会 | A1 → 退会 | | | | 外 | 小山 卓安 | 336-8522 | さいたま市緑区大字三室2460 | さいたま市立病院 | 048-873-4111 | 048-873-5451 | |
| 8/9/30 | 異動 | 管理者交代 | | | 外 | アサミ アツル | 336-8522 | さいたま市緑区大字三室2460 | さいたま市立病院 | 048-873-4111 | 048-873-5451 | |
| 浦和医師会 | B → A1 | 会員変更 | | | 外 | 朝見 滉規 | 336-8522 | さいたま市緑区大字三室2460 | さいたま市立病院 | 048-873-4111 | 048-873-5451 | |
| 8/9/30 | 退会 | 退会 | | | 形外 | ケムリヤマ タクキ | 336-8522 | さいたま市緑区大字三室2460 | さいたま市立病院 | 048-873-4111 | 048-873-5451 | |
| 浦和医師会 | B → 退会 | | | | 形外 | 蛭山 栄月 | 336-8522 | さいたま市緑区大字三室2460 | さいたま市立病院 | 048-873-4111 | 048-873-5451 | |
| 8/10/1 | 異動 | その他の項目 | | | 内 消内 | ムラタシキ | 330-0073 | さいたま市浦和区元町2-1-16 | 医)社団平陽会 | 048-886-2869 | | |
| 浦和医師会 | → A1 | 名称変更 | | | 外 整外 | 村田 信也 | 330-0073 | さいたま市浦和区元町2-1-16 | 平陽会いわさきクリニック | 048-886-2907 | | |
| 8/10/1 | 異動 | その他の項目 | | | 内 消内 | イワキリ リサ | 330-0073 | さいたま市浦和区元町2-1-16 | 医)社団平陽会 | 048-886-2869 | | |
| 浦和医師会 | → A2日 | 名称変更 | | | 外 整外 | 岩崎 至利 | 330-0073 | さいたま市浦和区元町2-1-16 | 平陽会いわさきクリニック | 048-886-2907 | | |
| 6/10/21 | 異動 | その他の項目 | | | 内 消内 | コヨウトシヤ | 330-0061 | さいたま市浦和区常盤7-11-22 | | 048-814-1750 | 施設FAX番号変更 | |
| 浦和医師会 | → A1 | | | | 内 消内 | 古賀 俊也 | 330-0061 | さいたま市浦和区常盤7-11-22 | こようクリニック | 048-816-3651 | | |
| 6/10/21 | 退会 | 死亡 | | | 小 | ミムラトモヒ | 330-0071 | さいたま市浦和区上木崎1-11-3 | | 048-831-4507 | | |
| 浦和医師会 | B → 退会 | | | | 小 | 三村 朝彦 | 330-0071 | さいたま市浦和区上木崎1-11-3 | みむら小児科 | | | |
| 6/10/31 | 退会 | 退職 | | | 内 腎内 | フナヤマ 依ミ | 330-0058 | 埼玉県さいたま市浦和区東高砂町11-1 | 医)智健会 | 048-799-2111 | | |
| 浦和医師会 | A2B → 退会 | | | | 内 腎内 | 船山 いづみ | 330-0058 | 埼玉県さいたま市浦和区東高砂町11-1 | イーストメディカルクリニック | 048-799-4507 | | |
| 6/11/7 | 異動 | その他の項目 | | | 消内 | シヤヤヒタシ | 338-0837 | さいたま市桜区日島4-35-17 | 医)社団松弘会 | 048-886-1717 | | |
| 浦和医師会 | → 日 | | | | 消内 | 浅谷 仁 | 338-0837 | さいたま市桜区日島4-35-17 | 三愛病院 | 048-886-1865 | 氏名フリガナ訂正 | |
| 6/11/30 | 退会 | 産業 | | | 眼 | ウチダ モリト | 336-0021 | さいたま市南区別所7-10-12 | | 048-683-2044 | | |
| 浦和医師会 | A1 → 退会 | | | | 眼 | 内田 譲人 | 336-0021 | さいたま市南区別所7-10-12 | 内田眼科医院 | 048-803-2044 | | |
| 6/12/1 | 入会 | | | | 精 | クロダ サスカズ | 330-0071 | さいたま市浦和区上木崎4-2-25 | 一医)秀山会 | 048-831-0012 | | |
| 浦和医師会 | → 日 | | | | 精 | 黒田 安計 | 330-0071 | さいたま市浦和区上木崎4-2-25 | 白峰クリニック | 048-831-1310 | | |
| 6/12/1 | 入会 | | | | 整外 | タマヤマ マストロ | 338-0837 | さいたま市桜区日島4-35-17 | 医)社団松弘会 | 048-886-1717 | | |
| 浦和医師会 | → 日 | | | | 整外 | 玉山 信頃 | 338-0837 | さいたま市桜区日島4-35-17 | 三愛病院 | 048-866-1865 | | |
| 6/12/1 | 入会 | | | | 整外 | ヤマダ テリ | 336-0926 | さいたま市緑区東浦和7-6-1 | 医)社団松弘会 | 048-873-6821 | | |
| 浦和医師会 | → 日 | | | | 整外 | 山田 成 | 336-0926 | さいたま市緑区東浦和7-6-1 | 東和病院 | 048-873-5578 | | |
| 6/12/1 | 入会 | | | | 精 | ヒガ 子力 | 330-0071 | さいたま市浦和区上木崎4-2-25 | 一医)秀山会 | 048-831-0012 | | |
| 浦和医師会 | → A2B | | | | 精 | 比嘉 千賀 | 330-0071 | さいたま市浦和区上木崎4-2-25 | 白峰クリニック | 048-831-1310 | | |
| 6/12/31 | 退会 | その他 | | | 内 放 | カツベ ヒロツグ | 330-0043 | さいたま市浦和区大東3-17-2 | | 048-886-2759 | | |
| 浦和医師会 | B → 退会 | | | | 内 放 | 勝部 弘次 | 330-0043 | さいたま市浦和区大東3-17-2 | 勝部医療 | 048-886-3760 | 高齢となつた為 | |
| 6/12/31 | 退会 | 退職 | | | 小 | オカヰ リコ | 338-0811 | さいたま市桜区白鍬325-2 | 一医) | 048-855-2279 | | |
| 浦和医師会 | B → 退会 | | | | 小 | 大瀧 理佐子 | 338-0811 | さいたま市桜区白鍬325-2 | 川村医院 | 048-855-3932 | | |
| 7/1/1 | 異動 | 施設異動 | | | 整外 | リハ | 336-0042 | さいたま市南区大谷口5656-2 | 医)誠清会 | 048-711-3232 | | |
| 浦和医師会 | → B | 勤務先 | | | 整外 | 伊藤 俊紀 | 336-0042 | さいたま市南区大谷口5656-2 | はなクリニック | 048-799-3322 | | |
| 7/1/1 | 異動 | 管理者交代 | 会員変更 | | 外 乳外 | オダコウジ | 330-0063 | さいたま市浦和区高砂1-2-1 | 一医) | 048-833-3355 | | |
| 浦和医師会 | → A1 | その他の項目 | | | 外 乳外 | 小田 剛史 | 330-0063 | さいたま市浦和区高砂1-2-1 | こう外科クリニック | 048-833-3288 | 開設者交代 | |
| 7/1/1 | 異動 | 管理者交代 | 会員変更 | | 内 外 | コウシンイチ | 330-0063 | さいたま市浦和区高砂1-2-1 | 一医) | 048-833-3355 | | |
| 浦和医師会 | A1 → A2B | その他の項目 | | | 乳外 | 洪淳一 | 330-0063 | さいたま市浦和区高砂1-2-1 | こう外科クリニック | 048-833-3286 | 開設者交代 | |
| 7/1/1 | 異動 | 管理者交代 | | | 反 | カギ オヤム | 330-0075 | さいたま市浦和区針ヶ谷3-5-1 | | 048-832-0550 | | |
| 浦和医師会 | A1 → A2B | 会員変更 | | | 皮 | 高木 修 | 330-0075 | さいたま市浦和区針ヶ谷3-5-1 | 高木皮膚科 | 048-832-0550 | | |
| 7/1/1 | 異動 | 管理者交代 | | | 皮 | カギ オヤム | 330-0075 | さいたま市浦和区針ヶ谷3-5-1 | 高木皮膚科 | 048-832-0550 | | |
| 浦和医師会 | A2B → A1 | 会員変更 | | | 皮 | 高木 敏 | 330-0075 | さいたま市浦和区針ヶ谷3-5-1 | 高木皮膚科 | 048-832-0550 | | |
| 7/1/1 | 入会 | | | | 内 脳 | ツイマツ クコ | 336-0018 | 埼玉県さいたま市南区南木町1-8-1 | さいじんみらいクリニック | 048-838-5021 | | |
| 浦和医師会 | → A1 | | | | 内 脳 | 角山 卓子 | 336-0018 | 埼玉県さいたま市南区南木町1-8-1 | さいじんみらいクリニック | 048-838-5022 | | |
| 7/1/1 | 異動 | その他の項目 | | | 内 肝 | シバタ ジュンイチ | 336-0021 | さいたま市南区別所7-2-1-202 | 医)JSC | 048-837-8333 | | |
| 浦和医師会 | → A1 | 名称変更 | | | 内 肝 | 柴田 遼一 | 336-0021 | さいたま市南区別所7-2-1-202 | ジェイス胃腸内視鏡・肛門クリニック | 048-837-9292 | | |
| 7/1/1 | 異動 | その他の項目 | | | 内 肝 | タダトヒロ | 336-0021 | さいたま市南区別所7-2-1-202 | 医)JSC | 048-837-8333 | | |
| 浦和医師会 | → A2B | 名称変更 | | | 内 肝 | 多田 智裕 | 336-0021 | さいたま市南区別所7-2-1-202 | ジェイス胃腸内視鏡・肛門クリニック | 048-837-9292 | | |
| 7/1/1 | 入会 | | | | 内 リハ | ヤギ シタロ | 336-0018 | 埼玉県さいたま市南区南木町1-8-1 | やぎ総合診療クリニック | 048-829-7817 | | |
| 浦和医師会 | → A1 | | | | 内 リハ | 八木 慎太郎 | 336-0018 | 埼玉県さいたま市南区南木町1-8-1 | やぎ総合診療クリニック | 048-829-7817 | | |
| 8/4/1 | 異動 | その他の項目 | | | 循内 | ハバトシヤ | 332-0031 | 川口市青木1-18-15 | 社医)新青会 | 048-252-4873 | | |
| 川口市医師会 | → A1 | | | | 循内 | 馬場 俊也 | 332-0031 | 川口市青木1-18-15 | 川口市立病院 | 048-252-4865 | | |
| 8/4/1 | 異動 | その他の項目 | | | 循内 | ハヤシヤシロ | 332-0031 | 川口市青木1-18-15 | 社医)新青会 | 048-252-4873 | | |
| 川口市医師会 | → 日 | | | | 循内 | 林 康博 | 332-0031 | 川口市青木1-18-15 | 川口市立病院 | 048-252-4865 | | |

埼玉県医師会々員入会・退会異動報告書

令6.11.1 ~ 令6.11.30

令和6年12月1日報告

No.2

日本医師会用

| 年月日 | 変更区分 | 変更事由1 | 変更事由3 | 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 | 会員種別 | 変更事由1 会員種別 | 変更事由2 会員種別 | 変更事由3 会員種別 | 変更事由4 会員種別 | 変更事由5 会員種別 | 変更事由6 会員種別 | | | | | | |
| 川口市医師会 | 6/4/1 | 異動 → B | その他の項目 | | | 眼 | ハヤノ エツコ 早野 悅子 | 332-0031 | 川口市青木1-18-15 | 社医)新青会 川口工業総合病院 | 048-252-4873 048-252-4865 | | |
| 川口市医師会 | 6/4/1 | 異動 → B | その他の項目 | | | 整外 | ヨシムラヒデヤ 吉村 英哉 | 332-0031 | 川口市青木1-18-15 | 社医)新青会 川口工業総合病院 | 048-252-4873 048-252-4865 | | |
| 川口市医師会 | 6/4/1 | 異動 → A1 | その他の項目 | | | 乳外 | フルサワヒデミ 古澤 秀美 | 332-0031 | 川口市青木1-18-21 プランズ川口元郷1-2階 | 社医)新青会 川口工業病院 乳腺外科診療所 | 048-229-0707 048-251-1011 | | |
| 川口市医師会 | 6/7/4 | 入会 → A1 | | | | 内 小 外 整外 | コンノリウカウ 今野 龍太郎 | 333-0866 | 川口市大字芝3901 | 一医 今野整形外科 | 048-269-3188 048-269-8002 | | |
| 川口市医師会 | 6/7/4 | 退会 A1 → 退会 | 死亡 | | | 内 小 外 整外 | コンノヒデテ 今野 秀夫 | 333-0866 | 川口市大字芝3901 | 一医 今野整形外科 | 048-269-3188 048-269-8002 | | |
| 川口市医師会 | 6/7/16 | 退会 B → 退会 | 死亡 | | | 内 皮 泌 | カタキリアキラ 片桐 嘉 | 333-0847 | 川口市芝中田1-9-11 | | 048-265-7133 048-265-5775 | | |
| 川口市医師会 | 6/8/21 | 異動 B → A1 管理者交代 | 会員区分変更 管理者交代 | | | 内 敷急 | マシコ シュンスケ 益子 崇典 | 333-0847 | 川口市芝中田2-48-6 | 医)健仁会 益子病院 | 048-267-2211 048-267-8647 | | |
| 川口市医師会 | 6/8/21 | 退会 A1 → 退会 | 死亡 | | | 内 呼内 | マシコケンコウ 益子 健康 | 333-0847 | 川口市芝中田2-48-6 | 医)健仁会 益子病院 | 048-267-2211 048-267-8647 | | |
| 川口市医師会 | 6/9/1 | 入会 → A1 | | | | 眼 | ハシダリオ 本田 理峰 | 334-0005 | 埼玉県川口市里1640-1-102 | 鳩ヶ谷ひなた眼科 | 048-229-0123 | | |
| 川口市医師会 | 6/9/1 | 入会 → C | | | | 研修 | ヒラザワ ショウ 平澤 丈 | 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 048-280-1566 | | |
| 川口市医師会 | 6/9/1 | 入会 → C | | | | 研修 | ニシアライ カトシ 西荒井 兼侯 | 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 048-280-1566 | | |
| 川口市医師会 | 6/9/1 | 入会 → C | | | | 研修 | ハラツヨシ 原 誠 | 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 048-280-1566 | | |
| 川口市医師会 | 6/9/1 | 入会 → C | | | | 研修 | カシマトモキ 鹿島 寛生 | 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 048-280-1566 | | |
| 川口市医師会 | 6/9/1 | 入会 → C | | | | 研修 | シカワアリ 石川 啓理 | 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 048-280-1566 | | |
| 川口市医師会 | 6/9/30 | 異動 → A2B 名称変更 | 会員区分変更 名称変更 | | | 内 消内 外 リハ | ダテハルユキ 伊達 治行 | 333-0868 | 川口市芝高木1-7-8 | 医)社団陽和会 ほんだ内科クリニック | 048-289-2634 048-269-2634 | | |
| 川口市医師会 | 6/9/30 | 異動 → A1 名称変更 | 会員区分変更 名称変更 | | | 内 消内 皮 腎内 | ホンダ カズヤ 本田 和也 | 333-0868 | 川口市芝高木1-7-8 | 医)社団陽和会 ほんだ内科クリニック | 048-289-2634 048-269-2634 | | |
| 川口市医師会 | 6/10/1 | 入会 → A1 | | | | 婦 乳外 | ハンタウ イン 范義 明志 | 332-0017 | 埼玉県川口市栄町3-13-1 3階 | はんきょう乳腺・レディースクリニック川口 | 048-229-9663 048-229-9632 | | |
| 川口市医師会 | 6/10/31 | 退会 B → 退会 | 退職 | | | 循内 | ヤマノハタシ 山入端 立志 | 333-0847 | 川口市芝中田2-48-6 | 医)健仁会 益子病院 | 048-267-2211 048-267-8647 | | |
| 川口市医師会 | 6/12/1 | 入会 → C | | | | 研修 | ハス ウカ 清水 勇樹 | 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 048-280-1566 | | |
| 川口市医師会 | 6/12/1 | 入会 → C | | | | 研修 | タムラ マナミ 田村 慶実 | 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 048-280-1566 | | |
| 川口市医師会 | 6/12/1 | 入会 → C | | | | 内 脳内 | ナガエヒロ 長江 深人 | 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 048-280-1566 | | |
| 川口市医師会 | 7/1/1 | 異動 A1 → A2B 管理者交代 | 会員区分変更 管理者交代 | | | 眼 | ヰタダヒロシ 木戸口 裕 | 334-0001 | 川口市桜町3-1-6 | 鳩ヶ谷きどぐち眼科 | 048-282-2115 | | |
| 川口市医師会 | 7/1/1 | 異動 A2B → A1 管理者交代 | 会員区分変更 管理者交代 | | | 眼 | ヰタダヒロユキ 坂本 美之 | 334-0001 | 川口市桜町3-1-6 | 鳩ヶ谷きどぐち眼科 | 048-282-2115 | | |
| 大宮医師会 | 6/8/9 | 退会 A1 → 退会 | 死亡 | | | 内 | ガウコウイ 加藤 輿一 | 337-0058 | さいたま市見沼区大和田町2-1388 | 医)興仁会 大和田病院 | 048-685-5511 048-685-1706 | | |
| 大宮医師会 | 6/8/10 | 異動 B → A1 会員変更 | 管理者交代 | | | 内 | カトウトモカ 加藤 紀和 | 337-0053 | さいたま市見沼区大和田町2-1388 | 医)興仁会 大和田病院 | 048-685-5511 048-685-1706 | | |
| 大宮医師会 | 6/10/16 | 退会 A2B → 退会 | 死亡 | | | 小 | カネコイエカ 金子 家和 | 330-0855 | さいたま市大宮区上小町338 | 一医 小児科金子医院 | 048-642-8820 048-644-1810 | | |
| 大宮医師会 | 6/11/1 | 異動 → A1 法人化 | 会員変更 | | | 眼 | ホンダニコシ 本田 錦嗣 | 330-9501 | さいたま市大宮区桜木町2-3 大宮マリイ5階 | 医)徳誠会 本田眼科 | 048-857-8150 048-657-8150 | | |

埼玉県医師会員入会・退会異動報告書

令6.11.1 ~ 令6.11.30

令和6年12月1日報告

No.3

日本医師会用

| 所属医師会 | 年月日 | 変更区分 | 変更事由1 会員種別 | 変更事由2 変更事由4 | 変更事由3 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 |
|--------|---------|----------|---------------|----------------|----------------|-------|-------------|----------|-------------------|---------------|---------------|-------------|
| 大宮医師会 | 6/11/5 | 入会 | | | | 外 消外 | ココロマサヒコ | 331-0074 | さいたま市西区宝来1295-1 | 医)三摩会 | 048-623-1101 | |
| | | → B | | | | | 駒込 昌彦 | | | 指導病院 | 048-824-6539 | |
| 大宮医師会 | 6/11/30 | 退会 退職 | | | | 内 循内 | イカワスミ | 337-0012 | さいたま市見沼区東宮下西196 | 医)徳洲会 | 048-686-3111 | |
| | | A1 → 退会 | | | | 外 循外 | 石川 進 | | | さいたま記念病院 | 048-685-3155 | |
| 大宮医師会 | 6/11/30 | 退会 退職 | | | | 精内 | アサミ ミホ | 337-0012 | さいたま市見沼区東宮下西196 | 医)徳洲会 | 048-686-3111 | |
| | | B → 退会 | | | | | 浅見 美穂 | | | さいたま記念病院 | 048-685-3155 | |
| 大宮医師会 | 6/11/30 | 退会 退職 | | | | 呼内 | オオシマカズマ | 337-0012 | さいたま市見沼区東宮下西196 | 医)徳洲会 | 048-686-3111 | |
| | | B → 退会 | | | | | 大島 一真 | | | さいたま記念病院 | 048-685-3155 | |
| 大宮医師会 | 6/11/30 | 退会 退職 | | | | 整外 | クロダ ヨウケ | 337-0012 | さいたま市見沼区東宮下西196 | 医)徳洲会 | 048-686-3111 | |
| | | B → 退会 | | | | | 黒田 洋祐 | | | さいたま記念病院 | 048-685-3155 | |
| 大宮医師会 | 6/11/30 | 退会 退職 | | | | 内 | トミタ マリ | 337-0012 | さいたま市見沼区東宮下西196 | 医)徳洲会 | 048-686-3111 | |
| | | B → 退会 | | | | | 富田 愛美 | | | さいたま記念病院 | 048-685-3155 | |
| 大宮医師会 | 6/11/30 | 退会 退職 | | | | 内 | ハリガエ シンヤ | 337-0012 | さいたま市見沼区東宮下西196 | 医)徳洲会 | 048-686-3111 | |
| | | B → 退会 | | | | | 張替 健也 | | | さいたま記念病院 | 048-685-3155 | |
| 大宮医師会 | 6/11/30 | 退会 退職 | | | | 整外 | ユイミル | 337-0012 | さいたま市見沼区東宮下西196 | 医)徳洲会 | 048-686-3111 | |
| | | B → 退会 | | | | | 油井 充 | | | さいたま記念病院 | 048-685-3155 | |
| 大宮医師会 | 6/11/30 | 退会 退職 | | | | 精内 | ワタナベ シュウhei | 337-0012 | さいたま市見沼区東宮下西196 | 医)徳洲会 | 048-686-3111 | |
| | | B → 退会 | | | | | 遠澤 秀平 | | | さいたま記念病院 | 048-685-3155 | |
| 大宮医師会 | 6/12/1 | 入会 | | | | 内 循内 | イカワスミ | 337-0012 | さいたま市見沼区東宮下西196 | 医)徳洲会 | 048-686-3111 | |
| | | → A1 | | | | 外 循外 | 石川 進 | | | さいたま記念病院 | 048-685-3155 | |
| 大宮医師会 | 6/12/1 | 入会 | | | | 精内 | アサミ ミホ | 337-0012 | さいたま市見沼区東宮下西196 | 医)徳洲会 | 048-686-3111 | |
| | | B | | | | | 浅見 美穂 | | | さいたま記念病院 | 048-685-3155 | |
| 大宮医師会 | 6/12/1 | 入会 | | | | 呼内 | オオシマカズマ | 337-0012 | さいたま市見沼区東宮下西196 | 医)徳洲会 | 048-686-3111 | |
| | | → B | | | | | 大島 一真 | | | さいたま記念病院 | 048-685-3155 | |
| 大宮医師会 | 6/12/1 | 入会 | | | | 整外 | クロダ ヨウケ | 337-0012 | さいたま市見沼区東宮下西196 | 医)徳洲会 | 048-686-3111 | |
| | | → B | | | | | 黒田 洋祐 | | | さいたま記念病院 | 048-685-3155 | |
| 大宮医師会 | 6/12/1 | 入会 | | | | 内 | トミタ マリ | 337-0012 | さいたま市見沼区東宮下西196 | 医)徳洲会 | 048-686-3111 | |
| | | → B | | | | | 富田 愛美 | | | さいたま記念病院 | 048-685-3155 | |
| 大宮医師会 | 6/12/1 | 入会 | | | | 整外 | ユイミル | 337-0012 | さいたま市見沼区東宮下西196 | 医)徳洲会 | 048-686-3111 | |
| | | → B | | | | | 油井 充 | | | さいたま記念病院 | 048-685-3155 | |
| 大宮医師会 | 6/12/20 | 異動 | 施設所在地変更 | | | 内 麻 | ハスミ ケンジ | 331-0802 | 埼玉県さいたま市北区本郷町1500 | | 048-682-0777 | |
| | | → A1 | 移転 | | | | 遠見 謙司 | | | 蓮見ペインクリニック | 048-682-0707 | |
| 川越市医師会 | 6/9/1 | 入会 | | | | 内 | ミヅゲチヒトミ | 350-1173 | 川越市安比奈新田259-2 | 医)真正会 | 049-231-5121 | |
| | | → B | | | | | 溝口 久富 | | | 霞ヶ関中央クリニック | 049-231-5457 | |
| 川越市医師会 | 6/9/1 | 入会 | | | | 内 リハ | ワカヤマヒロ | 350-1173 | 川越市安比奈新田2B3-1 | 医)真正会 | 049-232-1313 | |
| | | → B | | | | | 若林 宏樹 | | | 霞ヶ関南病院 | 049-233-0981 | |
| 川越市医師会 | 6/10/1 | 入会 | | | | リウ 整外 | ホカ ケニロ | 350-1138 | 川越市中台元町1-9-12 | 医)瑞穂会 | 049-245-3565 | |
| | | → A2B | | | | リハ | 穂坂 邦大 | | | 川越リハビリテーション病院 | 049-245-2208 | |
| 川越市医師会 | 6/10/20 | 退会 | 死亡 | | | 内 外 | オオリタ タクシ | 350-1138 | 川越市中台元町1-16-11 | 医)瑞穂会 | 049-245-3551 | |
| | | A2B → 退会 | | | | | 大澤 崇 | | | 城南中吳病院 | 049-241-7282 | |
| 川越市医師会 | 6/10/21 | 退会 | その他 | | | 産婦 | カガミ セイイ | 350-0001 | 川越市古谷上983-1 | 医)愛和会 | 049-235-8811 | 勤務日数 の減少 |
| | | 日 → 退会 | | | | | 塙田 清二 | | | 愛和病院 | 049-235-8829 | |
| 川越市医師会 | 6/11/1 | 異動 | 施設異動 | | | 耳 | トキタ ノブヒ | 350-1126 | 川越市旭町2-7-14 | 一医 | 049-243-8415 | |
| | | A1 → A2B | 廃業 | | | | 時田 信仁 | | | 旭町耳鼻咽喉科診療所 | 049-247-5071 | |
| 川越市医師会 | 6/11/1 | 異動 | その他の項目 | | | 内 消内 | タカトモヒロ | 350-0052 | 川越市宮下町1-2-12 | 医)社団TMS | 049-222-0002 | |
| | | → A1 | 法人化 | | | 小 外 | 田中 知博 | | | 田中医院 | 049-223-2213 | |
| 川越市医師会 | 6/11/1 | 異動 | その他の項目 | | | 皮 | タカカサヨ | 350-0052 | 川越市宮下町1-2-12 | 医)社団TMS | 049-222-0002 | |
| | | → B | 法人化 | | | | 田口 麻代 | | | 田中医院 | 049-223-2213 | |
| 川越市医師会 | 6/11/6 | 異動 | 施設異動 | | | 耳 | タカラ レイコ | 350-1126 | 川越市旭町2-7-14 | 一医 | 049-243-8415 | |
| | | B | 退職 | | | | 時田 玲子 | | | 旭町耳鼻咽喉科診療所 | 049-247-5071 | |
| 川越市医師会 | 6/11/12 | 異動 | 現住所変更 | | | 内 港内 | トウカ ガオル | 350-1173 | 川越市安比奈新田2B3-1 | 医)真正会 | 049-232-1313 | |
| | | → B 転居 | | | | | 伊藤 黒 | | | 霞ヶ関南病院 | 049-233-0981 | |
| 川越市医師会 | 6/11/30 | 退会 | 退職 | | | 外 消外 | サワマサヨキ | 350-1167 | 川越市大袋新田977-8 | 医)ユーリ | 049-244-6340 | |
| | | A1 → 退会 | | | | | 澤 雅之 | | | 武藏野総合病院 | 049-244-6302 | |

埼玉県医師会々員入会・退会異動報告書

令6.11.1 ~ 令6.11.30

令和6年12月1日報告

No.4

日本医師会用

| 年月日 | 変更区分 | 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 | 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 | 会員種別 | 会員区分変更 | | | | | 外 院 | トニカタヤ | 350-1167 | 川越市大袋新田977-9 | 医)ユカリ | 049-244-8340 | | |
| 川越市医師会 | B/12/1 | 異動 | 会員区分変更 | | | | 乳外 消外 | 宮原 龍也 | | | 武藏野総合病院 | 049-244-8302 | | |
| 川越市医師会 | B → A1 | 管理者交代 | | | | | 整外 | ナガタヨシキ | 350-0044 | 川越市通町20-4 | | 049-225-8100 | 医業B→退会 | |
| 川越市医師会 | 6/12/31 | 退会 | 退職 | | | | | 永田 善之 | | | 永田整形外科 | 049-225-8101 | | |
| 川越市医師会 | B → 退会 | その他 | | | | | 内 消内 | オミヒテシ | 360-0045 | 熊谷市宮前町1-135-2 | 医)熊谷 | 048-525-2522 | | |
| 熊谷市医師会 | 6/10/9 | 退会 | 死亡 | | | | 循内 | 尾見 秀次 | | | 熊谷福島病院 | 048-526-8913 | | |
| 所沢市医師会 | A1 → 退会 | 他の項目 | | | | | 内 緒内 | カトモウカ | 359-0033 | 所沢市こぶし町1-17-101 | 医)社団医心会 | 04-2093-5866 | 接種科目的変更 | |
| 所沢市医師会 | 6/1/26 | 異動 | 他の項目 | | | | 産婦 | 角 誠二郎 | | | こぶしクリニック | 04-2892-2452 | | |
| 所沢市医師会 | → A1 | | | | | | | セトヒロ | 359-1128 | 所沢市金山町8-6 | 医)慈桜会 | 04-2822-0221 | | |
| 所沢市医師会 | 6/4/12 | 異動 | 管理者交代 | | | | 産婦 | 瀬戸 裕 | | | 瀬戸病院 | 04-2929-0589 | | |
| 所沢市医師会 | A1 | その他の項目 | | | | | | カトミハル | 359-1128 | 所沢市金山町8-6 | 医)慈桜会 | 04-2822-0221 | | |
| 所沢市医師会 | 6/4/12 | 異動 | 管理者交代 | | | | 内 呼内 | 瀬戸 理玄 | | | 瀬戸病院 | 04-2929-0589 | | |
| 所沢市医師会 | A2B | その他の項目 | | | | | 消内 循内 | サイヒタ | 359-1121 | 所沢市元町21-7 | 一医) | 04-2922-2005 | 診療科目変更 | |
| 所沢市医師会 | 6/4/26 | 異動 | 他の項目 | | | | | 柳内 仁 | | | 柳内医院 | 04-2922-7670 | | |
| 所沢市医師会 | → A1 | | | | | | 内 呼内 | クラガハリツ | 359-1131 | 所沢市久米532-8 | 医)社団医心会 | 04-2993-9213 | | |
| 所沢市医師会 | 6/8/31 | 退会 | その他 | | | | 外 消外 | 倉永 憲二 | | | くにとみ内科クリニック | 04-2993-9215 | | |
| 所沢市医師会 | B → 退会 | | | | | | 内 外 | カバタトシ | 359-1161 | 所沢市若狭4-2468-31 | 医)元気会 | 04-2949-2426 | | |
| 所沢市医師会 | 6/9/13 | 異動 | 会員区分変更 | | | | | 川端 利信 | | | わかさクリニック | 04-2949-2606 | | |
| 所沢市医師会 | A1 → B | 管理者交代 | | | | | 内 外 | スガサワヒデカズ | 359-1151 | 所沢市若狭4-2468-31 | 医)元気会 | 04-2949-2426 | | |
| 所沢市医師会 | 6/9/13 | 異動 | 会員区分変更 | | | | | 菅澤 美一 | | | わかさクリニック | 04-2949-2606 | | |
| 所沢市医師会 | B → A1 | 管理者交代 | | | | | 内 外 | スガサワヒデカズ | 359-1151 | 所沢市若狭4-2468-31 | 医)社団和風会 | 04-2997-5500 | | |
| 所沢市医師会 | 6/9/16 | 退会 | 退職 | | | | 内 循内 | 杉谷 通治 | | | 所沢中央病院健診クリニック | 04-2997-5501 | | |
| 所沢市医師会 | A1 → 退会 | | | | | | | スガサワヒデカズ | 359-1131 | 所沢市久米551-3 | 医)元気会 | 04-2968-5421 | | |
| 所沢市医師会 | 6/9/16 | 異動 | 施設所在地変更 | | | | 内 外 | 間崎 崇 | | | わかさクリニック所沢 | 04-2968-5426 | | |
| 所沢市医師会 | → A1 | 移転 | | | | | | シムラビル1階 | 359-0037 | 所沢市久米551-3 | 医)元気会 | 04-2968-5421 | | |
| 所沢市医師会 | 6/9/27 | 異動 | 施設所在地変更 | | | | 内 外 | 木ノスミ | 359-0037 | 所沢市久米551-3 | わかさクリニック所沢 | 04-2968-5426 | | |
| 所沢市医師会 | → A2B | 移転 | | | | | | 星野 駿人 | | | 医)元気会 | 04-2968-5421 | | |
| 所沢市医師会 | 6/9/27 | 異動 | 施設所在地変更 | | | | 内 外 | ヤマギシヨウジ | 359-0037 | 所沢市久米551-3 | わかさクリニック所沢 | 04-2968-5426 | | |
| 所沢市医師会 | → B | 移転 | | | | | | 山岸 陽二 | | | 医)元気会 | 04-2968-5421 | | |
| 所沢市医師会 | 6/10/11 | 入会 | | | | | 江 | ツカハラ イサム | 359-1141 | 所沢市小手指町1-3-3 | 医)元気会 | 04-2926-7521 | | |
| 所沢市医師会 | → A2B | | | | | | | 塚原 勇 | | | 所沢肛門病院 | 04-2926-1566 | | |
| 所沢市医師会 | 6/11/22 | 異動 | 会員区分変更 | その他の項目 | | | 内 消内 | 又加ケンジ | 359-1131 | 所沢市久米2196-5 | 医)エムケー | 04-2925-1585 | 開設者変更 | |
| 所沢市医師会 | B → A1 | 管理者交代 | | | | | | 額賀 健治 | | | 額賀胃腸科内科クリニック | 04-2825-1585 | | |
| 所沢市医師会 | 6/11/22 | 異動 | 会員区分変更 | その他の項目 | | | 内 痔内 | 又加ケンジ | 359-1131 | 所沢市久米2196-5 | 医)エムケー | 04-2925-1585 | 開設者変更 | |
| 所沢市医師会 | A1 → A2B | 管理者交代 | | | | | 外 痔内 | 額賀 健 | | | 額賀胃腸科内科クリニック | 04-2825-1585 | | |
| 所沢市医師会 | 6/12/2B | 異動 | 施設異動 | 施設B | | | 内 | カヤマショウジ | 359-1106 | 所沢市東狭山ヶ丘3-713-36 | | 04-2926-8332 | | |
| 所沢市医師会 | A1 → B | 施設異動 | | | | | | 中山 修二 | | | 中山内科医院 | 04-2939-5415 | | |
| 所沢市医師会 | 7/1/4 | 入会 | | | | | 帰 | セトヒロ | 359-1124 | 埼玉県所沢市東住吉10-11 | 医)慈桜会 | 04-2925-1050 | | |
| 所沢市医師会 | → A1 | | | | | | | 瀬戸 裕 | | | 瀬戸病院付属所沢ウインズクリニック | 04-2925-1051 | | |
| 所沢市医師会 | 7/1/4 | 異動 | 会員区分変更 | | | | 産婦 | セトヒロ | 359-1128 | 所沢市金山町8-6 | 医)慈桜会 | 04-2922-0221 | | |
| 所沢市医師会 | A1 → A2B | | | | | | | 瀬戸 裕 | | | 瀬戸病院 | 04-2923-0589 | | |
| 所沢市医師会 | 7/1/4 | 異動 | 会員区分変更 | | | | 産婦 | セトヒロ | 359-1128 | 所沢市金山町8-6 | 医)慈桜会 | 04-2922-0221 | | |
| 所沢市医師会 | A2B → A1 | | | | | | | 瀬戸 裕 | | | 瀬戸病院 | 04-2923-0589 | | |
| 所沢市医師会 | 7/1/4 | 異動 | 施設異動 | 会員区分変更 | 現住所変更 | 内 | セトヒロ | 359-1128 | 所沢市金山町8-6 | 医)慈桜会 | 04-2922-0221 | | | |
| 所沢市医師会 | A1 → A2B | 勤務先 | 管理者交代 | その他の項目 | | | | 瀬戸 裕子 | | | 瀬戸病院 | 04-2929-0589 | 文書提出先変更 | |
| 所沢市医師会 | 7/1/4 | 異動 | その他の項目 | | | | 内 脊内 | イマキレントシロ | 359-1145 | 埼玉県所沢市山口5055 | 医)社団白鶴会 | 04-2933-2520 | | |
| 所沢市医師会 | → A1 | 名称変更 | | | | | | 今拾黎 敏彦 | | | 所沢白鶴会病院 | 04-2933-2521 | | |
| 所沢市医師会 | 7/2/22 | 異動 | 施設異動 | 施設B | | | 眼 | イノタトシハル | 359-1141 | 所沢市小手指町3-31-13 | 猪俣眼科医院 | 04-2948-7671 | | |
| 所沢市医師会 | A1 → A2B | 会員区分変更 | | | | | | 猪俣 俊清 | | | | 04-2949-5553 | | |
| 所沢市医師会 | 6/10/31 | 退会 | 医師会の異動 | | | | 内 呼内 | セトヒロ | 335-0023 | 戸田市本町5-13-19 | 医)慶承会 | 048-447-6571 | | |
| 蕨戸田市医師会 | A1 → 退会 | | | | | | 循内 アレ | 田畠 信哉 | | | 公園の街クリニック | 048-447-6572 | | |
| 蕨戸田市医師会 | 6/11/1 | 入会 | | | | | 内 呼内 | マツキトスミオ | 335-0023 | 戸田市本町5-13-19 | 医)慶承会 | 048-447-6572 | | |
| 蕨戸田市医師会 | → A1 | | | | | | | 松本 純夫 | | | 公園の街クリニック | 048-447-6572 | | |
| 蕨戸田市医師会 | 6/10/31 | 退会 | 死亡 | | | | 外 乳外 | ヒガヤヤスヒ | 365-0028 | 鴻巣市鴻巣1005-2 | 一医)社団 | 048-541-8000 | | |
| 北足立郡市医師会 | A2B → 退会 | | | | | | | 東 靖宏 | | | はやしだ産婦人科医院 | 048-541-8333 | | |

埼玉県医師会員入会・退会異動報告書

令6.11.1 ~ 令6.11.30

令和6年12月1日報告

No.5

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 |
|---------|----------------|-----------------|----------------|----------------|-------|---------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------|------------------------------|------------|
| 6/11/1 | 異動 → B | 施設異動 | | | 精神科 | エビシマヒロシ 海老島 宏 | 362-0806 | 北足立郡伊奈町太字小室818-2 | 地獄行法)埼玉県立病院機構 埼玉県立精神医療センター | 048-723-1111 048-723-1550 | 自宅会員 |
| 6/11/1 | 異動 → B | 現住所変更 転居 | その他の項目 | | 脳外 | バラダナオキ 原田 直幸 | 365-0027 | 鴻巣市上谷664-1 | (医)社団若葉会 埼玉脳神経外科病院 | 048-541-2600 048-541-1900 | 科目変更 |
| 6/11/30 | 退会 A1 → 退会 | 退職 | | | 心内 | オカホヒロシ 岡本 浩之 | 364-0031 | 北本市中央2-78 | (医)幸賀会 北本心ノ診療所 | 048-598-7573 048-598-7573 | |
| 6/11/30 | 退会 A1 → 退会 | その他 | | | 内 呼内 | アラダコウイチロウ 米田 雄一郎 | 369-0131 | 埼玉県鴻巣市篠字道上90-1 FUJIMALL吹上2階 | (医)幸賀会 よねだ内科・呼吸器クリニック | 048-548-5711 048-548-5712 | 一身上の 都合 |
| 6/12/1 | 入会 → B | | | | 眼 | ヨイケノユキ 小池 信行 | 364-0006 | 北本市北本2-47 | 井上眼科医院 | 048-592-7196 048-593-0707 | |
| 6/8/1 | 入会 → A2B | | | | 眼 | フジシロタカシ 藤代 貴志 | 362-0023 | 上尾市原市中3-1-8 | こしの眼科クリニック | 048-672-7772 048-872-7172 | |
| 6/8/31 | 退会 B → 退会 | 医師会の異動 | | | 麻 | コンリコ 今 紀子 | 362-0035 | 上尾市仲町1-8-33 | (医)藤田会 藤村病院 | 048-776-1111 048-776-1768 | |
| 6/12/1 | 異動 A1 → B | 会員区分変更 管理者交代 | | | 心内 | サトウシヨンコウ 佐藤 順恒 | 362-0067 | 上尾市中分1-174-2 | (医)社団順風会 | 048-725-0378 | |
| 6/12/1 | 異動 A2B → A1 | 会員区分変更 管理者交代 | | | 心内 | ヤスマナオリ 安間 尚徳 | 362-0067 | 上尾市中分1-174-2 | (医)社団順風会 上尾の森診療所 | 048-725-0378 048-725-0302 | |
| 7/1/31 | 退会 B → 退会 | | | | 内 小 | マツモトヒロシ 松本 浩 | 362-0073 | 上尾市浅間合3-28-11 | | 048-775-8351 松本内科医院 | |
| 6/9/1 | 入会 → A1 | | | | 内 整外 | ハシモトタク 橋本 隆 | 351-0114 | 埼玉県和光市木町22-1 コート北和光1階 | (医)松井会 和光整形外科内科 | 048-462-1008 048-462-1009 | |
| 6/10/29 | 退会 A2B → 退会 | 医師会の異動 | | | 皮 痂 | モチヅキタコ 望月 貴子 | 351-0111 | 和光市下新倉5-19-7 | (医)社団望月会 和光病院 | 048-450-3311 048-466-0811 | |
| 6/11/1 | 異動 → A1 | その他の項目 法人化 | | | アレ 耳 | モキホヒロキ 菊根 大三 | 351-0114 | 和光市木町6-5 エイブル4階 | (医)社団大根会 せさね耳鼻咽喉科クリニック | 048-460-3387 048-460-3388 | |
| 6/11/30 | 退会 A1 → 退会 | 退職 | | | アレ 小 | シモツサマサト 下津佐 正登 | 352-0003 | 新座市北野3-18-15 | (医)社団 志木小堀科・アレルギー科クリニック | 048-481-1034 048-461-1455 | |
| 6/12/1 | 入会 → B | | | | 小 | シカタヨウゴ 星加 将吾 | 362-0023 | 新座市堀ノ内3-14-30 | (医)社団武蔵野会 新座病院 | 048-481-1611 048-481-2666 | |
| 7/3/31 | 退会 A1 → 退会 | その他 | | | 内 呼内 | タカラマサコ 平良 真博 | 351-0022 | 朝霞市東井財1-5-18 カローラ3階 | 朝霞台呼吸器科・内科・外科クリニック | 048-485-1620 048-485-1627 | |
| 6/12/1 | 入会 → B | | | | 内 消内 | モイセキヨシ 新間 義美 | 340-0043 | 草加市草加2-21-1 | 草加市立病院 | 048-946-2200 048-946-2211 | |
| 6/12/1 | 入会 → B | | | | 整外 | ミツリコウスケ 光法 雄介 | 340-0043 | 草加市草加2-21-1 | 草加市立病院 | 048-946-2200 048-946-2211 | |
| 6/12/1 | 入会 → B | | | | 外 | サトウオサム 佐藤 紀 | 356-0030 | ふじみ野市駒林元町3-5-3 | (医)瑞友会 ふじみ野腎腎クリニック | 049-278-1110 049-278-1150 | |
| 6/10/1 | 入会 → A2B | | | | リウ 整外 | ハダカバアキ 飯田 和章 | 350-2227 | 鶴ヶ島市新町2-21-12 | (医)一虎 はんだ整形外科 | 049-279-5687 049-279-5666 | |
| 6/9/30 | 退会 B → 退会 | 死亡 | | | リハ 小 | サチヤトシヒ 土屋 俊文 | 355-0026 | 東松山市和泉町5-25 | 土屋医院 | 0493-23-7511 | |
| 6/10/12 | 退会 A1 → 退会 | 死亡 | | | 内 リハ | キタカリヒロシ 北川 宏 | 355-0317 | 比企郡小川町原川205 | (医)社団赤仁会 小川病院 | 0493-73-2760 0493-72-5192 | |
| 6/11/1 | 入会 → A1 | | | | 内 | シタヒロキ 林 美子 | 360-0158 | 比企郡川島町大字伊豆96-1 | (医)啓仁会 川島クリニック | 048-297-8783 048-297-8746 | |
| 6/11/30 | 異動 A2B → B | 会員変更 | | | 外 消外 | ヨコタマサキ 横田 昌明 | 355-0133 | 比企郡吉見町江和井410-1 | (公財)埼玉県健康づくり事業団 | 0493-81-6024 0493-31-6754 | |
| 6/12/1 | 入会 → B | | | | 内 皮 | ハヤシサコ 林 美子 | 350-0128 | 比企郡川島町字白井沼371-1 | 川島領診所 | 049-298-8881 049-298-8682 | |
| 6/12/1 | 入会 → B | | | | 内 術内 | アンドウトシオ 安藤 俊夫 | 355-0072 | 東松山市大字石橋1721 | (医)埼玉成会 埼玉成会病院 | 0493-23-1221 0493-23-1220 | |
| 6/12/1 | 異動 → A1 | その他の項目 法人化 | | | 救急 | タケウジュンコ 竹内 純子 | 389-0201 | 深谷市西2757-3 | (医)社団慶成会 なすはらクリニック | 048-577-7028 048-580-7029 | |
| 深谷寄居医師会 | | | | | 他 | | | | | | |

埼玉県医師会員入会・退会異動報告書

令6.11.1 ~ 令6.11.30

令和6年12月1日報告

No.6

日本医師会用

| 年月日 | 変更区分 | 変更事由1 | 変更事由3 | 変更事由5 | 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 | 会員種別 | 変更事由2 | 変更事由4 | 変更事由6 | | | | | | | | |
| 深谷寄居医師会 | 異動 → A1 | その他の項目 法人化 | | | 内 リハ | イバシ サトル 石橋 哲 | 366-0810 | 深谷市宿根1430-2 安達 千沙 | 医)社団INC いしばし脳神経内科クリニック | 048-598-7878 048-598-7877 | | |
| 深谷寄居医師会 | 入会 → A2B | | | | 皮 | アタチ チサ | 366-0052 | 深谷市上柴町西4-4-19 | 安達皮フ科医院 | 048-571-2301 048-571-2301 | | |
| 北埼玉医師会 | 入会 → A2B | | | | 内 消内 | アマガサ アイコ | 348-0071 | 羽生市南羽生3-7-14 | 清水内科クリニック | 048-562-2501 048-562-2503 | | |
| 南埼玉都市医師会 | 入会 → B | | | | 内 消内 | シバタ テルヒロ 柴田 照久 | 349-0217 | 白岡市小久喜938-12 | 医)社団浦賀会 白岡中央総合病院 | 0480-93-0661 0480-92-8462 | | |
| 越谷市医師会 | 退会 B → 退会 | 死亡 | | | 小 | タダ ハナコ | 343-0023 | 越谷市東越谷6-23-13 | 医)花火会 多田小児科クリニック | 048-963-0352 048-980-1828 | | |
| 越谷市区市医師会 | 退会 A1 → 退会 | 死亡 | | | 眼 | ムラタ ヒロキ | 343-0817 | 越谷市中町5-1 | 河本眼科医院 | 048-962-7204 048-962-1919 | | |
| 越谷市医師会 | 入会 → A2B | | | | 脳内 | オカモト ユウケ | 343-8555 | 越谷市南越谷2-1-50 | 協協医科大学浦玉医療センター | 048-965-1111 048-965-1127 | | |
| 越谷市医師会 | 退会 A2B → 退会 | 死亡 | | | 内 小 整形 | サカイ ヒロコ | 343-0023 | 越谷市東越谷10-31 | 越谷市医師会診療所 | 048-910-9134 048-910-9136 | | |
| 越谷市医師会 | 異動 B → A1 | 会員区分変更 管理者交代 | | | 筋内 | シウカラ ユウキ | 343-0851 | 越谷市七左町1-304-1 | 医)健身会 南越谷健身会クリニック | 048-990-0777 048-990-0888 | | |
| 越谷市医師会 | 異動 A1 → A2B | 会員区分変更 管理者交代 | | | 呼内 筋内 | シウカラ ヒロシ 周東 寛 | 343-0851 | 越谷市七左町1-304-1 | 医)健身会 南越谷健身会クリニック | 048-990-0777 048-990-0888 | | |
| 越谷市医師会 | 退会 A1 → 退会 | その他 | | | 皮 | ナカイ タイ子 | 343-0813 | 越谷市堅ヶ谷1-11-33 中井 太一 | 一医)社団泰穂会 中井皮膚科医院 | 048-965-7127 048-965-7132 | 事業承継 による | |
| 春日都市医師会 | 退会 B → 退会 | その他 | | | 消内 | サトウ タカシ | 344-0083 | 春日都市緑町5-9-4 | 医)財団明理会 春日部中央総合病院 | 048-738-1221 048-738-1559 | 個人的事情 | |
| 春日都市医師会 | 異動 A2B → B | 施設異動 会員区分変更 | 施業 | 施業B | 小 | アリコ カオイ | 344-0031 | 春日都市緑町1-4-50 | | 048-752-2553 | | |
| 春日都市医師会 | 異動 → A2B | その他の項目 | | | 内 皮 | 丸山モリ サチ子 | 344-0022 | 春日都市大畠321-1 | 医)社団廣和会 埼玉東部診療所 | 048-720-8715 048-720-8716 | メド変更 | |
| 春日都市医師会 | 入会 A2B → B | | | | リハ | 金森 幸男 | 344-0063 | 春日都市緑町5-9-4 | 医)財団明理会 春日部中央総合病院 | 048-736-1221 048-738-1559 | | |
| 春日都市医師会 | 異動 A2B → B | 会員区分変更 その他の項目 | | | 筋内 | ハタシマ カ | 344-0063 | 春日都市緑町5-9-4 | 医)財団明理会 春日部中央総合病院 | 048-736-1221 048-738-1559 | 診療科目 変更 | |
| 三郷市医師会 | 異動 → A1 | 施設異動 勤務先 | | | 筋内 腎内 | アンドウ ヒロシ 安藤 弘 | 344-0063 | 春日都市緑町5-9-4 | 一医)社団紡想會 杉浦 小儿科 | 048-952-2124 048-952-2134 | | |
| 三郷市医師会 | 異動 → A1 | 施設異動 勤務先 | | | 小 | オキワラ ヤスコ 萩原 康子 | 341-0038 | 三郷市中央1-3-1 エムズタウン三郷中央2F | 医)社団紡想會 | 048-934-7305 | | |
| 三郷市医師会 | 現住所変更 転居 | | | | 小 | タキウラ マサトシ 杉浦 正俊 | 341-0024 | 埼玉県三郷市三郷1-3-1 BLANDE三郷3階 | かばのこ小児科 | 048-934-7307 | | |
| 埼玉医科大学医師会 | 現住所変更 転居 | | | | 心内 | ミソノ キヒト 水野 公仁 | 350-8550 | 川越市駒田1981 | 埼玉医科大学総合医療センター | 049-228-3400 049-228-5274 | | |
| 埼玉医科大学医師会 | 異動 → B | 施設異動 勤務先 | 住居表示 | その他項目 | 救急 | 幼浜 チュウジ 高半 修二 | 350-0465 | 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 | 勤務先 | 現住所変更 | | | | | | 埼玉医科大学病院 | 049-294-3222 | 文書送付 先 | |

松本常任

令和6年度 埼玉県医師会医療事故防止対策研修会

2. 研修内容

第Ⅰ部：『医療事故を防ぐには

～埼玉県医師会の医療事故紛争の現状について～』(30分)

講師：埼玉県医師会医事相談担当理事

第Ⅱ部：『医療現場におけるハラスメントへの対応について』(60分)

講師：埼玉県医師会顧問弁護士

2. 開催日時・場所

①南部地区（さいたま市）

日時：令和6年9月26日（木）午後7時から

場所：埼玉県県民健康センター（さいたま市浦和区仲町3-5-1 Tel048-824-4801）

②北部地区（熊谷市）

日時：令和6年10月10日（木）午後7時から

場所：キングアンバサダーホテル熊谷（熊谷市筑波1-99-1 Tel048-501-0077）

③東部地区（越谷市）

日時：令和6年10月24日（木）午後7時から

場所：サンシティ越谷市民ホール（越谷市南越谷1-2876-1 Tel048-985-1111）

④西部地区（川越市）

日時：令和6年10月31日（木）午後7時から

場所：川越プリンスホテル（川越市新富町1-22 Tel049-227-1111）

3. 参加者

| | 合計 | 医師 | 看護師 | 助産師 | 薬剤師 | 技師 | 事務 | その他 | 昨年度 |
|---------|-----|----|-----|-----|-----|----|----|-----|-----|
| 南9月26日 | 48 | 22 | 6 | 1 | 1 | 0 | 12 | 6 | 53 |
| 北10月10日 | 25 | 12 | 3 | 1 | 0 | 0 | 1 | 8 | 45 |
| 東10月24日 | 83 | 24 | 19 | 0 | 0 | 2 | 24 | 14 | 82 |
| 西10月31日 | 80 | 29 | 24 | 2 | 0 | 0 | 13 | 12 | 35 |
| 合計 | 236 | 87 | 52 | 4 | 1 | 2 | 50 | 40 | 215 |

長又常任 正田理事

令和6年度 第55回全国学校保健・学校医大会 開催要項

テーマ：「 未来ある子ども達のために、いま学校医ができること 」

日 時 令和6年11月9日（土）午前10時～ ※後日、オンデマンド配信予定
会 場 シーガイアコンベンションセンター（宮崎市山崎町浜山 TEL0985-21-1155）
主 催 日本医師会
担 当 宮崎県医師会
参加者 日本医師会会員及び学校保健に関する専門職の者
参加費 20,000円（懇親会費含む） ※懇親会に参加される同伴者は5,000円

| | | |
|-------|---|---|
| 9:00 | 【受付】 | 4階 ホワイエ |
| 10:00 | 【分科会】 第1分科会「からだ・こころ（1）」 第2分科会「からだ・こころ（2）」 第3分科会「からだ・こころ（3）」 第4分科会「耳鼻咽喉科」 第5分科会「眼科」 | 4階 蘭玉 3階 海峰 3階 瑞洋 2階 オーチャード 2階 ジブラルタル |
| 12:00 | 【昼食】 【都道府県医師会連絡会議】 | （各分科会会場） 2階 ファウンテン |
| 13:00 | 【開会式・表彰式】 【次期担当医師会長挨拶】 | 4階 サミットホール |
| 14:00 | 大会参加者には書籍『学校医のすすめ～そうだったのか学校医』を無料配布。 【シンポジウム】 テーマ「学校医の魅力、やりがいとは何か～現状と課題を踏まえて～」 座長：宮崎県医師会副会長 小牧 純一 宮崎県医師会常任理事 高木 純一 ■基調講演（50分） 演題：「日本医師会作成『学校医のすすめ～そうだったのか学校医』 発刊にあたって」 講師：日本医師会学校保健委員会（令和4・5年度）副委員長 ／日本学校保健会専務理事 弓倉 整 氏 ■シンポジウム（各15分） ①「小児科医の立場から」 医療法人社団児玉小児科 院長 児玉 隆志 氏 ②「耳鼻咽喉科医の立場から」 医療法人社団松浦みみ・はな・のどクリニック 院長 松浦 宏司 氏 ③「眼科医の立場から」 医療法人おざきメディカルアソシエイツ 尾崎眼科延岡 院長 石井 紗綾 氏 ④「養護教諭の立場から」 宮崎県教育庁スポーツ振興課 健康教育担当副主幹 (養護教諭) 那須 さおり 氏 ■ディスカッション（20分） | 4階 サミットホール |
| 16:10 | 【特別講演】 演題「夢を夢で終わらせない競泳人生」 講師：元オリンピック競泳日本代表コーチ 久世 由美子 氏 座長：宮崎県医師会会长 河野 雅行 | 4階 サミットホール |
| 16:15 | 【閉会】 | 4階 サミットホール |
| 17:30 | 【懇親会】 【アトラクション】 カウンターテナー歌手・声楽家 映画「もののけ姫」の主題歌歌手 | 4階 サミットホール |
| 20:30 | | 米良 美一 氏 |

令和6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6年9月22日（日）10：00～12：30

会 場 ホテルメトロポリタン長野 2階「千曲B」

司 会 長野県医師会常務理事 前澤 賀司

1. 開会
 2. 挨拶 長野県医師会副会長 野邑 敏夫
日本医師会常任理事 江澤 和彦
 3. 協議（検討テーマ）
 - (1) 高齢者施設の医療について
 - (2) BCPについて
 - (3) 地域での看取りについて 地域看取り率など
 4. その他
 5. 総括 日本医師会常任理事 江澤 和彦
 6. 閉会
- ・・・・・<議事録（概要）>・・・・・・・・・・・・・

1. 開会

2. 挨拶

○長野県（野邑副会長）：前年度同様、事前に各都県から検討テーマ及び提案要旨を提出していただき、6月5日を開催した事前ウェブ会議にて、最終的に検討テーマを3つ（高齢者施設の医療、BCP、地域の看取り）にまとめた。

○日医（江澤常任理事）：地域医療構想検討会でも、在宅医療、介護連携あるいは外来診療含めて幅広に議論することになっており、日医としても水面下で会長交えて協議中。医療現場の提供体制を守り、現場の先生方にご負担をかけないよう、患者の命と健康を守るためにどういう在り方がいいのか、議論をしていきたい。

3. 協議

（1）高齢者施設の医療について

○司会・長野県（前澤常務理事）：高齢者施設の医療について、提案要旨を2点に絞った。まず、高齢者施設等利用機関の連携強化について、特に、協力医療機関との連携体制の強化、入院時の医療機関へ情報提供、医療機関からの患者受け入れの促進の3点に関して各都県から取組や意見を伺いたい。次に、特別養護老人ホームの入所者に適切な医療を提供するために訪問診療を導入できるよう、在宅医療扱いとし、主治医制にすべきであり、介護老人保健施設の入所者が医療機関を受診した際の保険診療分は出来高として算定できるようにすべき点についても、各都県から意見を伺いたい。

○新潟県（小柳理事）：生産年齢人口の急減と全国を上回るペースでの人口の高齢化が進んでおり、既に高齢化人口がピークを迎えた市町村もあり、要介護認定率は全国より高い状況で推移している。高齢者施設等利用機関の連携強化について、後期高齢者一人当たりの医療費は全国で一番低く、施設サービスの給付費が全国で最も高い状況を踏まえ、新潟県の地域保健医療計画との整合性を図りつつ、第9期新潟県高齢者福祉保健計画を策定しているが、介護施設の医療提供等の課題には触れられていない。看取りを行う施設が急増している一方、介護施設入所者の救急搬送事例に関する課題は点数含めて多く、施設での医療提供について医師会を中心とした具体的な対策の検討が必要であると考えている。施設と医療機関を結びつけるコーディネート機能について、各都県医師会の取組を参考に今後の連携体制の構築を図っていきたい。2点目について、施設に対して訪問診療を導入するということが、一つの有効な解決方法と考えている。配置医がいる施設に副主治医としてかかりつけ医をおく

体制や、健康管理を超える専門医療等や夜間等の時間外診療について、診療報酬で正当な対価が支払われるようになれば、配置医もその専門性の範囲内で最大限の機能を発揮することが可能と考える。

○**栃木県（竹村常任理事）**：高齢者施設と医療機関の連携強化について、「どこでも連絡帳」「入退院共通連携シート」を作成している。今後は、各市町村の医師会の役割が重要である。次に、2点目は、特別養護老人ホームの話になっているが、介護老人保健施設について、検査や投薬等、全てマルメになっているが、医療の介入レベルが高く、骨粗鬆症薬や認知症薬の高価なため、赤字となっているため、出来高払いにしてほしい。せめて紹介先の外来で受診した際の医療費は、出来高払いを希望する。

○**山梨県（上條理事）**：連携強化に関して、以前より救急分野から蘇生を希望しない高齢者への対応改善を求める要望が医師会に届いていた。その後、新型コロナ感染症の流行期に施設からの搬送が頻発、医療逼迫につながったことは否めない。第8次医療計画に定められた積極的役割を担う医療機関がコーディネート機能を担えるよう公費を投入することを考えている。保険診療に関しては、外付けの医療を幅広く選択できるよう規制緩和を希望する。

○**茨城県（延島常任理事）**：9医療圏による地域医療構想会議が進められていたが、医療圏ごとの格差が大きいため、3区域の広域医療圏による構想会議が新たに設けられ、高齢者施設等も包含していく方向。茨城県地域包括ケア推進センターや各市町村に地域包括支援センターを設置、訪問・ヒアリングによる現状把握や課題抽出を行い、協議会・研修会を開催するなど多職種連携を推進し、各地域における諸課題に対処していく方針。保険診療については、特別養護老人ホームの入所者に適切な医療を提供するために、訪問診療を導入できるよう在宅医療扱いとし、主治医制にするべきであり、介護老人保健施設の入所者が医療機関を受診した際の保険診療分は、出来高として算定できるようにするべきである。

○**神奈川県（石井理事）**：高齢者施設等利用機関の連携強化について、特に事業を行っていない。医師会が医療機関と高齢者施設の橋渡しを行うことで新設されたインセンティブを生かしていきたいと考えている。2点目について、配置医のボランティア往診またはオンライン診療を診療報酬として認めることで患者の状態把握、診療情報提供書の作成が可能となり、適切な医療機関への救急搬送の一助になると考える。主治医制は、特養における配置医師の9割以上を占めている非常勤嘱託医の協力継続が困難となることが危惧される。

○**群馬県（小中理事）**：連携体制について、個々の機関や体制が徐々整備されつつあるが、運用については、相互の受入体制を含め、情報共有が十分とはいえない状況。施設側の人材・スキル不足等を含め、対応レベルの格差も大きくなっている。今後さらに詳細な施設体制等の情報共有が医療機関、施設の相互でされるべきと考える。介護保険施設における医療行為の報酬は、介護保険施設（特養、老健）とも、健康観察を主眼とした施設体制のインセンティブではなく、診療行為そのものを十分に評価した報酬制度に改める必要があると考える。

○**埼玉県（鹿嶋常任理事）**：高齢者施設等利用機関の連携強化について、県と協力して協議や調整を進めている。医療機関は県との医療措置協定の締結を進め、連携体制・情報提供・受入施設、医療機関と高齢者施設との連携、搬送困難事例が起こらないような協力関係の構築を目指している。併せて、常日頃からの顔の見える関係構築が必要と考える。2点目に関して、特養は要介護3以上が入所の条件となっており、配置医師の健康管理及び療養上の指導という定義は時代に即さないため、配置医師の位置づけから検討するべき。また、介護老人保健施設の入所者が医療機関を受診した際の保険診療分は、出来高として算定できることを希望する。

○**千葉県（川越理事）**：嘱託医の役割強化と相互の評価、協力医療機関による医療面の協力と相応の評価、高齢者施設自身の医療連携体制強化と相互の評価、入院や受け入れる病院への評価など進めていく必要がある。施設と医療機関の連携体制については現場任せになっているが、地区医師会や県医師会、そして市町村や県がどのように関与、支援していくか注視していきたい。財源に関して、嘱託医も維持しつつ在宅医療扱い等ができるような部分ができると改善すると考える。

○東京都（西田理事）：配置医は昭和38年度老人福祉法から始まった役割で、入所者に対し健康管理及び療養上の指導を行う医師であるが、平成27年に特養の入所要件が要介護3以上となった。重度の要介護者には当然多くの医療ニーズがあるため、配置医の役割と負担は増大している一方で、配置医師の診療に対する診療報酬上の評価がほとんどない。医療ニーズに配置医が十分対応できない場合は、看取り体制もなかなか進まない。今回診療報酬改定で協力医療機関、配置医ではなく協力医療機関つまり病院のほうに多くの加算がつき、病院搬送の機会が増え、特養での看取り推進に悪影響を与えることを危惧している。重度の高い特養入所者に生活の場での医療が適切に供給されるためには、訪問診療を導入し、主治医制にすべき。老健においては、それぞれ出来高制を希望する。日本は非常に施設類型が多く、東京都も特養だけでなく、サービス付高齢者住宅、あるいは介護付有料老人ホームの増設を促しているが、そこでは生活の場における訪問診療が提供されている。しかし、その施設には所在地外の医師会に所属していない在宅医療専門医療機関が多く関与しており、中には施設の訪問診療に特化した営利目的の医療機関もあり、その医療の質が懸念されている。また、その地域に根ざしていないため、様々な対応で地域と連携が図れずに非常に苦慮していた。今後は特養、老健に限らず、様々な類型の施設医療の在り方について、より詳細な検討が必要である。能登地震について、珠洲市の大規模特養の医師が不足し、能登町のドクターが片道30分かけて行っている。過疎地のオンライン診療について、規制緩和や特例措置が必要と考える。

○長野県（在宅医療推進委員会杉山委員長）：特別養護老人ホームや介護老人保健施設では、入所者の要介護度重症化、給与の低さによる配置医の不足、緊急時や夜間また看取りへの対応などの課題があるが、解決方法は2つあると考える。配置医の給与を適正化し、健康観察だけではない医療行為がなされるようにする方ことと、外部からの医療提供するなむち訪問診療やオンライン診療、訪問看護などを可能とすることだと考える。

○神奈川県（小松理事）特養、老健ではなく、有料老人ホームや医療系のホーム、サ高住等が増加している。地域に親和性のない患者、地域に親和性のない医療機関・施設のコーディネートをしていくことに関して、県単位か、地域の医師会でやるものを県医師会がサポートしていくのか、どのようにお考えか、実際も含めて新潟県の小柳先生にご助言いただきたい。

○新潟県医師会（小柳理事）県が妥当だと考えている。新潟県の第8次地域保健医療計画の在宅療養は、都市医師会が持つ在宅医療推進センターを明確に主体と位置づけ、基盤整備までしていくという文言を入れ込み、予算づけもしている。また、予算計画を決める行政で一番上位にある委員会である、新潟県基本計画委員会に県医師会として出席し、医師会等が整備する在宅医療推進センター、医師会を主語とする文言を入れてもらう活動をしている。通常の予算執行事業として、財政的な計画をつくり、長期的な体制作りをしている。

（2）BCPについて

BCPについて、提案要旨を2点に絞った。まず、地域包括ケアシステム等他部門との連携不足の状況の中で、どのように医師会が関わっているか、続いて、災害時、自院で対応できないとき周囲の施設が代行するようなシステムを医師会等の職能団体や行政が中心となり構築することについて意見を伺いたい。

○新潟県（小柳理事）新潟県は中越沖地震をはじめとし、災害級の大雪含め、多くの災害を経験してきた。柏崎刈羽原発を有し、他国からのミサイル発射の脅威が訓練も含め実践的な備えは急務。BCP策定の動きが高まっている中、一定程度の規模を持つ病院等では、策定を通じて災害時の医療提供体制が強化されたが、中小病院や診療所ではこれからの課題となっている。都市医師会でもBCP策定に向けた研修会が開催されているが、在宅医療、介護施設は、BCPの認識が不十分で温度差もある。今後県医師会としての取組を検討したい。また、災害時の、近隣の医療機関等々の相互協力について、当県では具体的なシステム構築はできていない。発災後の医療・介護サービスの継続は大きな課題で、地域医療構想調整会議でも医療・介護ニーズに対応するためにどのような医療体系が望ましいのか、データに基づいて各地域の医療現状と将来見通しについて今後議論が必要である。

一つの新潟県の事例として、コロナ禍において新潟県をはじめとする感染症診療のC H A I Nというシステムが稼働し、介護施設等々が非常に助かった。そういうものを横展開しながらよいB C P計画をつくっていきたい。

○**栃木県（竹村常任理事）** 栃木県はB C P作成は進んでいないが、宇都宮市が2023年度の厚生省モデル事業に参加、宇都宮市医師会では市と保健所にて協議、チェックシートやトリアージシート計画中。個人的には、全国的には透析医療等は非常にB C Pが進んでおり、全国的にもネットワークあるため、参考になるとを考えている。また、私は真岡市の産業医をしているが、来月職員対象の勉強会で「栃木県の災害とB C Pについて」とタイトルを出したら、難しいのではほかのタイトルにしてほしいと言われた。難しくないから勉強しようと、実施予定。これから勉強する。

○**山梨県（上條理事）** 山梨県では、この部会に向け、全医療機関を対象にアンケート調査を行い、回答いただいた全ての病院では既に策定済み、あるいは策定中だったが、診療所においては、医療機関基幹型のB C Pにおいても診療所では策定中、策定済み含め2割、在宅医療支援診療所はやや多い傾向。連携のB C Pに関しては、1割2割ぐらいほとんど進んでなかった。山梨県は、都市医師会の組織力が弱いという特徴があるため、第8次上限額で定められた積極的医療機関に託そうと考えている。他業種との連携B C Pや地域B C Pは、包括ケアシステム単位で構築することが望ましいと言われているようだが、このシステム自体が、積極的医療機関の関わる圏域内、5つ程の包括ケアシステムとまたがって関わらなければいけないという問題が生じてしまうため、大きな負担が予想される。積極的医療機関がやるとしても、主に行政に働きかけ、構築に向けた場づくりを促すことと想定している。県医師会としては、県内の好事例を共有し、横展開することを目指している。

○**茨城県（伊藤副会長）** : B C Pは診療所ではなかなか進んでいません。私自身、2015年常総市の水害後、B C Pをつくった際、業者に依頼したところ、その当時で数十万の請求書がきた。ひな型があれば広まると思う。医師会と職能団体でつくるのは無理だと思う。行政がまず中心にならないとできない。常総市ではI C Tで電子連絡帳を導入。その中に、3年前に安否確認システムを導入。在宅の患者と施設が動いているか即時にそのI C Tで分かるようにした。災害を経験する度に、動きを考えて進める必要がある。

○**神奈川県（石井理事）** 医師会として連携型・地域型B C Pの取組は行っていない。特に同業・類似事業間、多職種他機関によるB C P策定においては利益相反等が生じることを懸念し、本日好事例があつたら参考したい。一方、県内35か所の災害拠点病院は、既に策定済。47か所の災害協力病院は、厚労省が実施のB C P策定研修会に参加、隨時作成が進んでいる。この研修は医師会や無床診療所は対象とされておらず、全国の病院、有床診療所が対象となっている。一方、国は在宅医療提供機関におけるB C P策定支援研修も実施しており、無床診療所も対象となっているため、本会にて、各都市等に周知している。

○**群馬県（鶴谷理事）** B C Pは進んでいない。介護高齢課等も含め情報収集等はしているが、病院は進んでいるが、介護施設についてはほとんど進んでいない。感染症に関しての取組は進んでいるが、感染症以外に関しては進んでいない。感染症とリンクさせようとしたが、予算立てが難しかった。今後は介護高齢課等と県医師会、各地域の介護保険委員の先生方等含め情報交換しながら対応していきたい。災害についても、ほとんど進んでない。好事例を参考にしながら進めていきたい。

○**埼玉県（鹿嶋常任理事）** 埼玉県内では30都市の医師会があり、その地域に在宅医療連携拠点が設置されているが、災害時の有事を想定した地域包括ケアシステムの地域B C Pを策定しているところは少なく、その議論も乏しい。在宅医療介護連携の地域B C Pの構築は、地元の医師会だけでは難しく、行政とタッグを組んで関係多職種連携で取り組むのが最良と考えている。埼玉県の病院のB C P策定率は59%と多くない。災害時の在宅医療についても進んでおらず、現状は、病院への救急搬送やJ M A T、D M A T等の支援チームに頼らざるを得ない。発災時に医師会だけでは対応し切れないので、行政とタッグを組んで進めていかなければというのは定かだが、県南部では、医師が都内に住んでおり、地域の医者が3分の2程度というのも現状。発災時の協力体制をつくつ

ていくのか、これから検討課題と考えている。

○千葉県（川越理事）：連携型BCP、地域BCPについての組織立った取組は着手できていない。昨年度の厚生労働省委託事業に参加した松戸市と柏市では、効果的な安否確認と情報共有についてということで繰り返し会議を開催し、電源を利用する在宅療養患者の個別避難計画のモデル作成や、HOTセンターの設置を検討中。いずれも医師会の会内委員会や組織創設を支援した団体の活動が土台となって推進できた例。地域包括ケアシステム構築のための活動がプラットホームの役割を果たし得ると思う。まずは会内委員会等の関係強化し、そこに他団体、多職種を巻き込んでいき、信頼関係を醸成し、一緒に考える機運を高めておくことが大事。

○東京都（西田理事）：都としては現状まとまった行動はない。2023年度の厚生労働省の医政局委託事業、在宅医療の災害時における医療提供体制強化支援事業に調布市が手挙げをし、連携型BCP・地域BCP策定モデル地域としての活動を継続している。調布市の医師会が中心となり、柔整師会を含む四師会、ケアマネ、訪問看護ステーション、介護事業所、消防署、行政（高齢部門と危機管理対応部門）が参加、協議を毎月行っている。調布市は3.11の石巻支援の経験から、在宅人工呼吸器使用患者の個別支援マニュアル作成を始めていたこともあり、意識が比較的高い。本年度が調布市の防災計画見直しの年ということあり、行政と協議し、災害医療対策拠点本部に今まで三師会が入ることになっていたが、そこに、自宅療養者の早期支援ということを目的として、訪問看護ステーションとケアマネジャーの各団体代表者を入れ込み、また、要援護者の個別避難計画をケアマネジャー等の団体に外部委託し、1件幾らという形で作成していく予定。同時に、今まで福祉避難所として、いい場所が制定されてなかつたため、特養、老健、介護事業所、大きな介護施設に委託するよう動き始めている。同職種の団体をつくり組織率を高めていくこと、連携ツールを確保すること、DXによる効率化を目指し、サイボウズと連携してシステムをつくる予定もある。要援護者など、避難所に行けない自宅避難者に対して、早期から安否確認と支援を可能とするための地域BCPの確立は急務。在宅療養者への訪問が不可能になった事業者の代わりに同職種の他の事業所が代わって支援できるよう、コロナウイルス感染症蔓延時にも経験した同職種間の連携に関する連携BCPが最重要課題であると考えている。在宅医療体制構築に関して、都で地区医師会を対象で補助事業として行われている東京都在宅医療推進強化事業に都内48地区医師会のうち36地区医師会が参画している。こういったものを使って地域の医療介護のネットワークを強化して災害へ臨むということが必要と思っている。

○司会・長野県（前澤常務理事）：長野県もBCPは現在構築されていないが、多職種連携の協議会や、大規模災害訓練を毎年行っている。行政と医療機関、関係する介護施設も一堂に会して訓練している。個人的な意見は、今まで各地域の医師が在宅の医療を中心と連携をとっていたものを、改めてBCPとして今後策定をしていかなければならないと思う。在宅療養者に対する災害時は、複数の主治医のバックアップも必要である。医師会のみならず県へ予算化を希望してBCPの取組を進ませていかなければいけないと思う。今後、県との連携をとりながらBCPに関して取り組んでいきたい。

○山梨県（曾根理事）個別避難計画について、難病患者は市町村も介入しているので、訪問看護等しっかりとものができているところが多い印象。私のいる甲斐市では福祉避難所に介護療養病床を持っていたときに締結している。今はどうなっているのかというような感じで、作ってあっても見直しがされてない印象。

○司会・長野県（前澤常務理事）：大病院では基幹型BCPは策定されているということだが、施設や個人の診療所等でBCP策定は手間やコストがかかり、なかなか進まないというのが実情と思う。各都県の先生方においても、行政と密な関係の中で常にBCPという言葉を言っていただき予算化いただくのがよいと思う。

（3）地域での看取りについて 地域看取り率など

○司会・長野県（前澤常務理事）：地域での看取りについて・地域看取り率などについて、提案要旨を2点に絞った。まず、各都県での看取り率の実態、または警察を介した死体検案等の取扱いの実態について伺いたい。次に、令和6年度版死亡診断書記入マニュアルが、若干改定されたことも含め、ご意見を伺いたい。

○新潟県（小柳理事）：多死社会となっており、地域の医師会として自宅看取りの対応は大変重要な課題と考えている。地域の看取り率について、当県は不明。国の死亡統計資料で死亡場所の統計で2022年と2017年比較すると、当県では介護施設での死亡割合が増えているが、自宅で死亡する割合はさほど差がないようだった。死亡診断書と死体検案書を区別した数値も不明。できるだけ死体検案とならないような体制づくりが必要と考えている。施設医療の充実、在宅医療の推進、警察医・警察協力医の充実・参画を促すことを県医師会として取り組んでいる。死因究明基本法の制定に伴い、各警察署には冷蔵庫、安置所ができておらず、警察医について、以前に比べて夜中に呼ばれるようなことはなくなってきた。

○栃木県（竹村常任理事）：栃木県内の死亡者数は、10年前は2万591人、令和4年が2万4,982人と約5,000人弱増え、そのうち病院内死亡率は、10年前は73%だったのが62%、診療所は3.46%が1.74%と減っていた。一方、老人ホーム及び介護施設や特養、老健は2.46%が3.85と若干1%増え、老人ホームは6%から11%と倍増していた。自宅死亡が13.5%が18%と増えている。死体検案者数は、令和4年は3,546人で、10年前が3,246人とほぼ変わらない。医療機関はそのうちの1,522人、介護施設が246人、自宅が1,744人と、自宅死亡数が10年前は1,396人だったが1,744人と増えている。死亡者数から死体検案者数を引いた数が地域の看取り数ということになり、看取り数は令和4年は2万1,446人、うち医療機関は1万4,609人、介護施設は自宅と合わせ6,471人だった。数としては10年前が1万4,196で令和4年は1万4,600人、亡くなった数は4,000人以上増えており、自宅及び介護施設での看取り数はふえているということとなる。在宅療養支援診療所は10年で140施設から20施設ほど増え、163となったが、特に訪問診療の数が令和元年から18万9,317人から25万と、令和元年から急激に増えているというデータだった。

○山梨県（上條理事）：人口動態統計を基に、おおむね10～20%が自宅死亡の割合で、はっきりとした差は示されていなかったが、神奈川県の提案を受け、警察からのデータを基に地域看取り率と自宅看取り率を算出した。自宅看取り数は、施設を除いた自宅死亡で在宅での介入があったであろう数とし、警察介入を引いたものの自宅死の数を総死亡で割ったものを自宅看取り率とした。自宅死亡のうち山梨県全体で53.6%が警察介入であり、多い地域では70%、村ではほぼ100%が警察介入、少ない地域は30から40%と地域格差があった。地域看取り率、施設を含めたものは、県全体では20.7%、市では多い市では30%近くあったが、少ない市では8.2%だった。自宅看取り率は、県全体では6.8%だった。自宅死においても、地域格差が鮮明になった。多い市町であれば12.3%、少ない市では3%、村はほぼゼロと、村が低い傾向が明らかになった。山梨県では、積極的役割を担う医療機関で地域格差を正に取り組みたい。具体的には夜間休日の看取りの往診の当番制の構築これを第一の目標に掲げている。当番医は依頼元の医療機関との非常勤契約を前提とし、患者情報共有システムにも参加し、死亡診断書の交付に支障がない体制づくりを目指している。なお、山梨県では監察医がいないため、各警察署が委嘱した検案立会医師が検案しているという実態がある。

○茨城県（延島常任理事）：在宅医療の実施状況と在宅での看取りの割合には一定の地域差が存在しており、いずれも関東、近畿地方においては比較的高い傾向が見られ、医療機関による訪問診療の実施件数と死亡数に占める在宅での看取りの割合には緩やかな正の相関が見られ、訪問診療が増えれば看取りも増える。茨城県での看取りの実態は、人口10万人当たりの看取り数は140強で、全国平均189から大きく下回り42位。背景としては在宅看取りの実施している医療機関が149と少なく、在宅看取りを実施している訪問ステーションも168と少ない。これにより在宅ターミナルケアを受けた患者も10万人当たり89.7人と、看取り体制が脆弱と言わざるを得ない。よって、第8次茨城県保健医療計画では、2026年の目標として訪問診療を実施する診療所・病院を現状の人口10万人当たり12.6か所を13.6か所、訪問看護事業所数を8.1か所から8.7か所、看取り数を142.2人から189.1人へ増やすことを目標としている。茨城県における警察死体取扱いとなった独居の65歳以上は、今年の1月から3月で369件、警察取扱死体1,693体のうちの21.8%と、医療介入されない自宅死亡も多く、今後も在宅医療を推進していくなければならない。茨城県は警察医も少なく、100人いないため、80歳、90歳の医師も警察医が1人、2人しかいない市町

村ではフルに頑張っていると状況。死亡診断書のマニュアルの改定について、診ていないドクターが死亡診察を行った上で生前に診療していた傷病に関連する死亡を判定できる条件として①生前の心身の状況を正確に把握できていること、②患者の死亡後に死後診察を行うこと、③生前に診療を受けていた傷病に関連して死亡したと判断できること、となっており、医療機関、事業者、医療従事者間での情報共有が必須であると考える。

○神奈川県（磯崎理事）：神奈川県では、2022年9万8,000人死亡しており、21年には8万9,000人程度だった。推定だが、自宅で亡くなる方の55%～60%が警察介入されていると考えられる。横須賀市では、地域の看取り率として自宅死亡者や老人ホームや介護老人保健施設での死亡者数から警察の介入数を引いたものを地域看取り率として横須賀市役所が指標として出している。2014年から上昇し、令和4年度は34.9%となっている。この年は病院内死亡者が49.7%と初めて50%を切った。横須賀市は首都圏の中でも高齢化率が30%以上と、神奈川県内でも人口減少が激しく、病院内死亡者が増えず、地域で看取っている数を増やしていくかなければならない状況が結果につながっていると考える。死亡診断書の要件が変わったことについて、横須賀市の取組として、市内を小さいブロックに分け、在宅医同士が顔の見える関係をつくるよう、小講演会やグループワーク等を中小病院が拠点となり4か所で行っている。私は東ブロックだが、その中で在宅医5人ぐらい年に4、5回は集まり、死亡看取りの代行を行っている。例としては、自分が公用や旅行に行く際、患者の医療情報を受け取った上で残りの者が順番でスタンバイをする取り組みを行っている。

○群馬県（小中理事）：群馬県は医療介入や予期せぬ自宅や施設死亡なのか内訳は不明だが、県警本部からの情報で概数は得た。自宅で家族に看取られた死亡数は1,466人、自宅にいながら警察の検死が入った数は2,445人と多い。前橋市、高崎市、その他市町村における自宅で看取られた数とそれから警察の検死が入った数は、前橋市ではそれぞれ415人、429人、高崎市では367人、400人とほぼ同数だったが、その他山間部を含めた市町村は、それぞれ648人に対して1,616人と、自宅で検死を受けた数が多くなっている。自宅の看取り率は、県全体では過去4年間で3.5%から5.2%と漸増しており、中核市である前橋市、高崎市、その他市町村いずれも増加傾向を示していた。死亡診断書の死亡場所に準じた地域の看取り率は、自宅、老人ホームに比べ圧倒的に病院での看取りが多い。地域の看取り率は県全体で32.4%、そして中核市では41%、山間部では25.5%で、いずれも昨今上昇している。死亡診断書について、令和6年度の死亡診断書、死体検案書の記入マニュアルの内容に大きな変更がなされたところだが、医師同士が連携をし、オンライン診療を用いて地域の多職種と連携しつつ医師の働き方改革につながり、地域の住民にとっても安心につながる死亡診断書が作成されることが望ましいと考える。

○埼玉県（富沢理事）：埼玉県の総死亡は8万2,221人。在宅支援診療所から届けられたデータを用いた。在支診から届けられた死亡数は2万1,277人と、総死亡4分の1に関わっている。うち、自宅死亡者数は8,930人、関連の病院に搬送されて亡くなった数が5,100人。これに一般的な病院内死亡数等を加えたものが十分な医療の介入があった死亡数と考えた。警察による死体取扱い、いわゆる検死検案は、必ずしも放置死や孤独死ではないが、令和4年では県内では総死亡の14.6%である1万2,030体が検死となっていた。うち、自宅で検死をされた数が総死亡の12%である9,868だった。在支診が関わった自宅死が8,930、11%ということで、幾分検死のほうが多い改善する余地があると考えている。死亡診断書について、機能強化型在支診運用の基本となっている、「チームで診る」「複数の医師で診る」との方策が求められている中で、かかりつけ医以外の医師でも死亡診断書を交付できるとの改訂は、「生前の心身の状況に関する情報を正確に把握できていること」等の付帯条件も適切であり、容認すべきものと考えられる。圏域内で既に在支診の医師同士SNSを通じて患者情報を共有、この期間不在なのでよろしく、ということを既に始めているところあるが、よりシステム的にうまくいくと考えている。

○千葉県（川越理事）：県衛生統計年報に2010年頃から公開されている死亡データから、悪性腫瘍の自宅看取り及び老人ホームでの看取りは、増加傾向だったが、コロナ禍を経て2022年には、さらに急増している。悪性新生物の病院死亡数は022年には減少に転じている。老衰による死亡は着実に増加し続けているが、増加している場所

は老人ホームや自宅のみならず、病院も含め、あらゆる場所で増えている。腎不全やCOPDによる死亡場所として自宅や老人ホーム、介護保険施設が増加している。死亡原因別の自宅死率は、悪性新生物の場合は2010年8.8%だったが、2022年は24.2%と大幅に上昇している。COPDも11.4%だったが17.1%となっており、腎不全も6.5%だったものが10.2%とそれぞれ増えている。慢性病体に起因する死亡は病死が大半を占めると考えられることから、ターミナルケアが提供された看取りということができるのではないかと考えた。病院に及ぼす負担も注視しなければならないと思う。緩和ケア病棟での看取りがホスピス緩和ケア白書によると、2022年は12.5%だったが、2018年以降ピークアウトして減少に転じているのは診療報酬改定の影響かと思われる。悪性新生物の病院死亡数はこれを除いたものを見ると一般病床への負荷ということが推定できると考える。死亡診断書記入マニュアルについて、今回の改定は、非常に画期的なものだったと感じる。適切な検死を避けることができるようになるよう周知や運用を適切に行っていきたい。看護小規模多機能事業所等でも看取った場合にこれまでその他の欄に丸をつけるということになっていたが、今回現に生活を営んでいる場合は除くと明記されたことで、自宅看取りに準ずる内容として把握できるようになっていくのではないかと期待している。

○東京都（西田理事）：自宅死亡者のうち、死亡診断となった割合は、看取り率に近いと思われる。これを地区ごとに評価することが地域の在宅医療機能を図るための一つの指標となると考えたが、ほとんどの市区町村の戸籍係では、死亡届の総数のみ把握しており、診断か検案か区別したデータ処理を行っていない。都では監察医制度があり、死体検案に関する調査票を活用することで死亡診断件数と看取り率を算出することができるが、データの入手が容易ではない。届け主導で地区ごとの要請に応じ、統計を開示できるシステムを希望する。今回、地元の警察の協力を得て1枚1枚死亡検案の紙をめくって2008年から2013年まで看取り率を計算した。2008年が14%で2013年は22%まで上がっていた。そのまま相関件数同じとして引き延ばしていくと恐らく今看取り率が35%、65%は検案数と推定される。多死社会を迎えた都市部において、継続した医療として、かかりつけ医機能を確保するためには、医療機関連携による看取りの確保が必要。都医師会では、十分な情報共有があれば初診の連携医師が死亡診断を行えるように国に法改正を求めていた。今回、令和6年度の死亡診断書記入マニュアルにこれが可能となる内容が盛り込まれた。今後良質なACPのプロセスに基づいた自己決定が保障され、求められる住まいでの看取りが実現できるよう、さらなる地域の在宅医療機能の充実が望まれるだろう。

○長野県（野邑副会長）：県では、地域看取り数・看取り率算出データ等については、不明。警察署や行政から正式なデータ提供を希望する。行政に働きかけをしたい。会内在宅推進委員会が独自に看取り数・率を出している。死亡者数の推移は、自宅での死亡数、老人ホームでの死亡数が4年間で双方増加している。総死亡率は令和2年に一旦下がっているが、全体としては増えている。死亡診断書の記入マニュアルについて、今後は死亡診断書や死体検案書の発行する際も迷うことがある。ひきつづき、改正を希望する。

○神奈川県（磯崎理事）：地域看取り数について、令和4年に介護施設で看取りされたほうが自宅よりも少し数が多く、介護施設での看取りが多くなっているが、何か原因は思い当たるか、栃木県に伺いたい。

○栃木県（竹村常任理事）：自宅の看取りは訪問診療が主になるが、栃木県の場合、山間地方が多く、訪問診療が少ない。街中の医療介護施設が多いためと思われる。

○東京都（西田理事）：ICTを用いた情報機器、通信機器を利用した死亡診断書ガイドラインがあるかと思うが、実際、特定教育を受けた看護師と遠方の主治医と連携での死亡診断を実際経験されている、またはご存じの県はあるか。

○山梨県（上條理事）：山梨県での実績はゼロだが、理由について調べたことがある。看護師、主に訪問看護師がこの資格をとるための講習を、日医がやっているが、受講者が県内で1人しかおらず、資格をとらなければならないという認識もまだないようだ。離島のようなイメージをまだ持たれており、他病院の当直や、学会参加でも可能である周知がされていないことが一つ理由にあると感じている。

○新潟県（小柳理事）：県全体の傾向として県土が広いために看取りをやはりＩＣＴでやるシステムが有効だと思つてはいたが、今までの運用実績はゼロ。長野の諏訪地域が先進地域だと思うが、看取りを医師会がコーディネートし、当番医制を布いており、医師が看取りできる体制が地域医師会で成り立っているところが県内に幾つある。そのシステムを活用することで、あえて看護師がリスク一な看取りをしなくてよい体制をとる地域があると考えている。

○司会・長野県（前澤常務理事）：看取り率が増えていくルといふ一つの要因として、ACP人生会議等は各家庭に周知をしていることもあるのか、神奈川県に伺いたい。

○神奈川県（磯崎理事）：横須賀は、平成30年頃から令和元年は自宅の死亡者数は大きく増えてない中、老人ホームは増加し、施設内で看取りをする機運が高まっていたことが考えられる。多職種連携で顔が見える関係を横須賀市と医師会、両者でやっていたということもあり、グループワーク等を多く実施すると、ドクターの参加が少ない中、ケアマネジャーや訪看が多く、がみがみ怒られたということもあり、徐々に意思疎通がよくなってきたことも考えられる。コロナが始まった際、病院に入院すると、最後面会に行けなくなり家族が会えないということがあり、在宅が増えたことも関係しているかと思う。横須賀市では救急の医師と我々在宅医と医師会、市役所、県警と警察署で会議を持っており、警察の本音としては事件性がなければ死亡診断書や検案書でいけないかというのが本音だと分かってきた。ある程度我々も事件性がなく、死因が推定できるのであれば、と警察が後押ししてくれているという背景もある。

○東京都（西田理事）：東京都の場合、在宅医療の専門医療機関が急増し、24時間対応が充実、看取り率が上がっている。東京都も監察医が神奈川県と同様のことを言っていた。

4. その他

5. 総括

○日医（江澤常任）：現場の状況、課題等多く伺った。日医の会議で協議をし、国との協議にも生かしていきたい。高額薬剤の問題は、従前から長きにわたる課題。神経難病、パーキンソン、骨粗鬆症、あるいはバイオ製剤も増えてくる中、高額薬剤を使用しているがゆえに介護施設に入れないのでいかがなものかということは、昨年の中医協でも1度発言をした。財源規模が大きくかかる方策ということで今回春の診療報酬改定では実現しなかったが、老健に限らず地域包括ケア病棟、あるいは療養病床全て同じ状況になっている。引き続き議論していきたい。2000年に介護保険が始まった際、老健基本報酬の中に薬剤費は織り込んでいいと考えの下に基本報酬が設定された。定かではないが、入所者1人当たり、1万円/月程度とも言われている。全老健等で度々調査をしたが、平均値負担は5,000～6,000円に収斂していた。今後負担等を見直す必要があると考えている。今回の新たな地域医療構想にて、地域の介護施設でどこまで医療提供を求めるのか、実態を踏まえ、介護施設での医療提供の在り方に対し協議をしていきたい。

6. 閉会

小室常任

風間理事

令和6年度関東甲信越医師会連合会 医療保険部会

日 時 令和6年9月22日（日）10:00～12:30

場 所 ホテルメトロポリタン長野 2階「千曲A」

司 会 長野県医師会理事 塩ノ崎 文博

1 開 会

2 挨 拶 長野県医師会常務理事 溝口圭一

日本医師会常任理事 長島 公之 様

3 協 議（検討テーマ） 座 長 長野県医師会常務理事 溝口圭一

1. 生活習慣病管理料について

2. ベースアップ評価料について

3. 医療DXについて

4 そ の 他

5 総 括 日本医師会常任理事 長島 公之 様

6 閉 会

●議事録（概要）

1. 開会

2. 挨拶

○長野県 溝口圭一常務理事 本日は協議検討テーマ、1. 生活習慣病管理料について、2. ベースアップ評価料について、3. 医療DXについての3題のテーマが出ております。ご討議をお願いしたい。

○日医 長島常任理事一 医療保険担当として、また中医協の委員として今回も診療報酬改定に携わってまいりました。4年前、2年前の改定でも大分中医協の形骸化、裁量が狭くなっているということが問題になって、今回はさらにそれが進みました。中医協にくる前、予算大臣折衝の段階で何とかしなければいけないということあります。政権与党の中でしっかりと医療の状況をご理解いただいて声を上げていただくということが極めて重要であるということ、「医政なくして医療なし」これは本当に担当としてまさに実感したところです。

3. 協議

検討テーマ1. 生活習慣病管理料について

○長野県医師会常務理事（溝口圭一）一 令和6年度診療報酬改定にあたり、日医総研では、サンプル抽出・事前シミュレーションなどの調査を行っていたようだが、改定内示の時点でもう少し強めのシグナルを出して頂いていれば、異なった対応も可能であったかもしれない。

今回の改定では、高血圧症、糖尿病、脂質異常症は特定疾患療養管理料から外れ、外来管理加算が算定できない月1回の生活習慣病管理料に見直しされ、特定疾患処方管理加算は算定できなくなった。初回請求時には患者署名が必要な療養計画書の作成が必要となり、療養計画書はおおよそ4か月ごとに継続用を作成しなければならない。医療機関側では、マイナス改定となっているが、患者側からすると、書類に署名させられたうえに窓口負担が増える印象となってしまう。

また、生活習慣病を算定する場合に、院内に長期処方及びリフィル処方が可能であることを掲示することが要件として定められているが、そもそも生活習慣病管理料の算定は計画書を用いて、患者に丁寧な説明をし、指導することであり、長期処方やリフィル処方をすることによって、診察の機会を少なくすることは丁寧な指導に矛盾する。

このような動向を踏まえ、医療機関によっては、生活習慣病をあえて主病から外すような対応を検討しているものもあり、本末転倒となってしまう可能性もある。問題点を多く含んだ改定内容であった。つきましては、次の点について、各都県のご意見を伺いたい。

1. 次回改定に向け、日医総研に何を望むか。また、改定前に医師会会員としてできることはあ

るか。

2 . リフィル処方や長期処方にするかは診察した上で医師が決めることであり、院内に掲示しておくものではないと考えるがいかがか。

3 . 生活習慣病管理料を算定するにあたっての問題点。

○栃木県医師会常任理事（依田祐輔）一1：全医師会会員への直接のアンケート調査を望む47都道府県医師会からの意見や要望では、数字が最大でも47にしかならない。全会員からの生の声を集め、厚労省に現実を知らしめるべきではないか。2：その通り3：改定時の説明では、単にチェックをすれば良いことになっている。

医師それぞれの考えで記載をしていると思うが、必要以上に記載をしようとしているのではないか。今一度、何をどこまで記載をすれば良いのかを、日医から説明をして貰いたい。

○群馬県医師会副会長（川島 崇）一生活習慣病管理料については、根本的に大きな問題があると考える。生活習慣病管理は、本来、医師が患者と向き合って、十分な傾聴をして、患者の食事や生活等について適切な助言をすることが最も重要と考える。このためには、それなりの時間を必要とし、個別の（画一的でない）対応を必要とする。

今回の改訂では、画一的な書類を示して署名を求めるものであり、事務的な作業で多くの時間が取られるため、実際に患者との会話時間を減らさざるを得ないのが実情である。

また、リフィルに至っては、「真面目に受診をしなくても良い」、「毎月の「生活習慣病管理」など不要である」と云っているようなもので、本管理料とは相容れないものである。このようなものを算定の条件とすること自体、不適切と云わざるをえない。

はたしてこの療養計画書によって患者の健康アウトカムは改善するのだろうか。そのような検証もないままに導入されたこの施策は、患者の健康のために作られた施策ではなく、診療報酬の削減という主目的を隠す“煙幕”として作られた施策であると言える。

○千葉県医師会理事（佐藤孝彦）一 内科系の医療機関では高血圧症、糖尿病、脂質異常症の患者を診察する割合が非常に大きくなっています。改定前の診療報酬請求では、特定疾患療養管理料と外来管理加算の2重取りという表現が使われ、これが今回の診療報酬改定につながったと指摘されています。しかし、厚生局による個別指導の具体的な事例を勘案してもわかるように、個別指導では、特定疾患療養管理料の算定要件と外来管理加算の算定要件が明確に区別され、各々の算定要件を満たさなければ、それぞれ別個に自主返還の対象となっていました。今回の改定では、保険医が特定疾患療養管理料と外来管理加算の別個の算定要件を満たすべく診療時間の中でやりくりしていたことが全く評価されませんでした。このことは、今までの個別指導での指摘内容と矛盾が生じると考えられます。

今回の改定の生活習慣病部分は、すでに改定率に関する大臣合意の段階で、マイナス改定になっていたと説明されています。経過を勘案しますと、大臣合意の段階で、少なくとも会員の保険医への情報の発信が十分でなく、認識されておりませんでした。改定のふたを開けてから、後付けのように大臣合意が説明されていると感じている会員が多かったと伺っております。

① 大臣合意のような、中医協の協議の段階で対応が難しいものがあるならば、こうしたものへ働きかけるにはどのようなタイミングで、有効な手段があるのか、医師会として、自分たちの身を守る意味でも、対応策を協議しなければならないと考えます。日医総研は専門知識を持ち合わせた方が多いと伺っています。是非ともこのようなレベルでの働きかけ方について、御議論いただきたいと思います。② 算定要件に書かれている内容の変更は、制度上難しいと考えます。厚生局の個別指導では、間違いなく指摘事項に入ってしまうと思います。出来るなら、この点を個別指導での指摘事項から外してもらうように、確約が取れれば、対応法が変わってくると思います。③ 問題となるものに、3つの生活習慣病以外の特定疾患とのかかわりがあります。この問題は今までの、主病という考え方の根幹に関わるものと考えられます。療養の主体の変更が行われる場合は、具体的にはどのような根拠が必要か明示する必要があると思います。これは、厚生局の行う個別指導の指摘事項と深く関わると思います。療養の主体が、月により変わり、請求が変わることの妥当性が指導上認められなければ、この部分が自主返還となってしまう可能性があります。この点を指導対象に含めないような働きかけも必要と考えます。

○埼玉県医師会副会長（廣澤信作）— 今回県内の状況を調べてみると生活習慣病の1ないし2を算定しているところと特定疾患療養管理料、従来でしたら特定疾患療養管理料をとっているところと数はレセプトで見ると同じなのですが、生活習慣病をとっているところが61%6割、4割は従来どおり特定疾患ということで、これはどういうことかということですが、疾患そのものが生活習慣病に該当しないので、特定疾患として多くは心房細動とか心不全とか肺気腫とかそういうものでとっているのかなと思います。

そして、医療機関のうち生活習慣病一切とらないで特定疾患のみということですと、医療機関数のうち18%2割ぐらいが一切とてないと、これはそういう疾患がないのか、今回のこととならないようにしているのかということで、ちょっと分析したいと思います。

また、生活習慣病ということで我々もいろいろ指導していましたが、薬だけということも確かに多くて、血圧測って処方ということもあったんですが、やはり今回のことから見ますと、目標とか、行動表とかつくるということで、患者さんにも薬だけでなくて食事、塩分、あるいは脂質、あるいは運動、しっかりいろいろ工夫されている方もいるということで、医師側も参考になるようなこともありますし、あるいは睡眠、飲酒、喫煙ということもあるので、お互いに聞いてみるとこういう形というのも今後もやっていってもいいのかなと思いました。以上です。

○神奈川県医師会理事（藤倉寿則）— 今回、長期処方とリフィルを掲示することですが、疑義解釈の中で両方掲示することになっていたが、

○日本医師会常任理事（長島公之）— これについて、患者さんの要望が長期処方の場合もあればリフィルの場合もあるということなので、同時に両方要望することはないので、もしくはという表現になっているのではないかと思います。

○東京都医師会理事（莊司輝昭）— きちんとルールを守って請求している真面目な診療所が損をしている現状について、我々の資源、医療ベースの資源を根本的に同じパイを医療介護で取り合っている場合ではなくて、そのパイを今後増やしていくかないと今後の医療につながっていかないのではないか。

○日本医師会常任理事（長島公之）— 基本的にはやはり必要で適切な医療はしっかりと診療報酬で手当てされるということが最も重要なことでありますし、その中で日本医師会が自らそこを減らしてもいいようなことを言ってしまったらもう一気に突っ込まれるということなので、そこはよく全体を考えて、自らマイナスになるようなことは言わないというのが原則だろうと、そこは上手に言っていかなければいけないというふうに思っております。まさに医政そのものの問題で、今財務省がかけている自然増という形で1,100億ぐらいしか伸ばさないというようなシーリングをかけていますから、まずここを突破しなければいけないというのが特に今までのデフレ時代とは違ってインフレ時代、物価高騰、人件費が上がっている中でこのシーリングをまず外すということ、これが第一目標、それがまさにパイを広げるということだと思います。

○日本医師会会长（松本吉郎）— 傍聴なので発言していいかどうか分かりませんけれども。やはり私たち自身の組織力を高める、発言力を増やす、それに尽くると思います。発言力を増やすのはずっと言っていますけれども、会員を増強する、そして質をさらに高める、数だけではなくて質も高めていく、それからやはり医政活動をしっかりとやっていく、今回の改定の中でも骨太の部分も入れましたけれども、やはりあれの文言を変えるのには本当に国家議員の先生方に発言してもらわないとどうしても変えられない面がありますので、そこで今回の秋にこようとする衆議院選挙、これやはり本当に大事です。この衆議院選挙の中で我々が応援するような先生方にしっかりとお話をすると、社会保障、特に医療費をしっかりと上げていただきたいということをはっきりと言つて、その中で応援してもらう、私たちの共感を得た方をしっかりと応援していくということがやはり必要と思います。

○日本医師会会长（松本吉郎）— 療養計画書本当に面倒かなど、本当に申し訳ないと思います。ただこれもこれを何とか通させるために、あるいは外来管理加算の52点を守るために何とか今は頑張りました。点数も少し低かったことは本当に皆さん方申しわけないと本当に思います。た

だいろいろな加算がばらばらとついているので、何とか加算を少しでもとってもらって、面倒くさいと思いますけれども、とつていただきマイナスを少しでもダメージを減らしていただく、あるいはそこをしっかりとると、場合によってはちょっとプラスになるような医療機関もあると思いますので、そこら何とかご理解をいただきたいということが一つと。

あと、あれ4か月というのはおおよそ4か月です。申し訳ないけれども、おおよそなので、もし6月にとった方は次に3か月後でもいいし、4か月後でもいいし、5か月後でもおおよそになりますので。

○日本医師会常任理事（長島公之）— 現場の先生方には大変大きなご負担、ご心配をおかけしていること、心に染みております。2年後に向かまして例えば患者同意の点とか様々なところできるだけ負担が減るような方法でしっかりと交渉してまいります。

検討テーマ2. ベースアップ評価料について

○長野県医師会常務理事（溝口圭一）— ベースアップ評価料算定は、全ての医療機関に推奨されているが、義務づけられているわけではない。各医療機関の経営判断に委ねられており、賃上げ対応の一環として設定されており、医療分野での人材確保のためには算定することは望ましいとされている。実際多くの診療所はこの評価料を算定するかどうかで迷っている。算定する医療機関が直面する共通の課題や問題点、医療機関の規模や診療科の違いによる特有の課題について医師会相互で議論することが重要である。財政的な制約、多くの医療機関において持続的な賃上げを可能とする財政的余裕は限られている。特に小規模な医療機関では、資金繰りが厳しく、評価料の算定に踏み切ることが難しい状況にある。人材の確保、賃上げの有無にかかわらず特に地方や小規模な医療機関では、人材確保が大きな課題となっている。医療従事者の不足は、サービスの質に直接影響を及ぼすため、この問題は緊急に解決が求められる。

ベースアップ評価料の課題や問題点について、各都県のご意見を伺いたい

○新潟県医師会理事（吉澤弘久）— 届出に必要な賃金改善計画書などを医師自身で作成することは、ときに困難であるということ、2つ目としては、評価料を原資に対象職員のベースアップを行ったとして、次回改定時のベースアップ評価料が引き続き点数として残るのか、仮に診療報酬から外されたとしてベースアップ分も引き下げられるのか分からぬなどの理由があります。3点目としましては、新型コロナ禍では診療科によっては大幅に患者数が減少し、医療機関の経営にも大きなダメージを受けておりますが、診療報酬によるベースアップでは患者数の減少による影響も常に考慮しなければならないなどが指摘されています。

ですが、医療に従事するほとんどの職種での賃金改定に活用できる初・再診料、外来診療料と合わせて算定可能な本評価料は、重要視されるべき点数でありますので、少しでも会員が届け出られるように支援を進めているところであります。

○山梨県医師会理事（原 理）— 日本医師会から申請の方法が丁寧に説明されているが、やってみると申請は面倒である。日本医師会は事務職員も含めて良いと説明しているがためらっている医療機関も多々あるかと思う。事務職員が申請をするが自分達に利益があるのかもわからず作業するのはモチベーションが出て来ない。そもそも、申請を行う事務職員の余裕のある医療機関はかなり少ないと考える。となると開設者自身がやらなければならなくなり更に申請が遠のくと考える。本来は診療報酬の中（初診、再診料など）にベースアップ分を含ませるべきと考える。

○神奈川県医師会理事（藤倉寿則）— 問題点「支援ツール」と「計画書計算ツール」を使用しなければならないほど複雑。ベースアップ評価料（II）については年4回も算出の式の見直しを要求され時間的コストがかかる。厚労省から用意されたエクセル（支援ツール）を使用するが、届出のエクセルがユーザー目線で作成されておらず、届出の支援ツールを使うために、さらに「賃金改善計画書計算ツール」を使用させるというお粗末な仕様となっている。保険の点数は、患者目線でわかりやすく、仕組みが単純でなければならないにも関わらず、複雑な点数構成である。

初診料や再診療の算定回数は、電子カルテ・レセコンで簡単に把握でき、厚生局も簡単にチェックできる。年1回の厚生局への報告であれば、厚生局の仕事量も減らせ、医療機関への適切な指導に人員をさけるのである。

○日本医師会常任理事（長島公之）— ベースアップ評価について初・再診料、入院基本料などで算定すべきというご意見ですが、実は今回それが実現されております。40歳未満の勤務医師等の賃上げに使うということで、0.28%つきました。それが実際には賃上げに使うというような目的の縛りは全くなく初診料、再診料、入院基本料が上がっています。2年後、4年度に向けてできるだけご負担が少なくなるような簡便化、簡素化をもつともっと目指していきたいと思っております。

福井県医師会が実は50%を超えているということで、池端会長から具体的な紹介がありました。これは恐らく各都道府県医師会もこの資料見ることができると思いますので活用ください。

ベースアップ評価料は持ち出しする必要は全くありません。入ってきたものを配るだけでいいんです。結果としてそれが0.1%でもいいんです。2.5%にするために持ち出しする必要は全くないということを繰り返しご紹介しているところです。2年後、4年度どうなるかというところで、厚労省、国としても制度として決まったものではなくて、診療報酬というものをそれをずっと続けますということは国としても言うことができないという性質のものです。介護保険は10年前から介護の職員待遇改善加算が入ってそれがずっと続いているので、そう単純に廃止することは考えづらいというのはこれ厚労省が言うとするとここまでしか言えませんということで、日本医師会としても全力でこれを継続されるように進めまして、もっと使いやすいような形にしていくということで努力を進めます。とれそうなところはぜひひとれるように各都道府県医師会のご支援をいただければと思っております。

検討テーマ3. 医療DXについて

○長野県医師会常務理事（溝口圭一）— 令和6年度診療報酬改定で医療情報取得加算、医療DX推進体制整備加算が新設されたが、算定要件や導入コスト等を考慮すると、十分とは言いがたい。また、医療DX推進体制整備加算の算定要件として、電子処方箋と電子カルテ共有サービスの体制確保があるが、オンライン資格確認のときと同様、多くの混乱が予想される。

電子処方箋については、既に導入されている医療機関もあると思うが、中小薬局においては対応できないという声も多い。令和8年度には共用算定モジュールを実装した標準型レセコンや標準型電子カルテの提供を本格化する予定であるが、業務上の必要性を感じない、コストが回収できない、ランニングコストが心配などの意見が置く、また病院においてはクラウド型電子カルテの導入や診療データ活用のためのDWH（データウェアハウス）構築など基盤の共通化が求められており、医療機関におけるIT人材不足を問題とする意見も出ている。つきましては、1、電子処方箋のトラブル事例及び課題。2、電子カルテ共有化の問題点。について各都県のご意見を伺いたい。

○茨城県医師会常任理事（新澤 岳）— まず1つ目の電子処方箋のトラブル事例及び課題についてですけれども、本県におきましては、現状トラブル事例があるほど電子処方箋は普及しておりません。6月の診療報酬改定で新設された医療DX推進整備加算を算定するためにとりあえず電子処方箋を発行できる体制を整備しただけにとどまっており、実稼働には至っていないというふうに考えられます。さらに導入について補助はあるものの導入費用と保守費用についての経営的負担も問題です。特に茨城県におきましては、県独自で補助をするというようなシステムはありませんので、そこも足を引っ張っている可能性があります。2番目の電子カルテ共有化の問題点

に関しましては、3文書6情報の共有ということで、厚労省が定める統一規格に基づいて国にクラウドサーバーにアップロードすることで共有化を図るということなのだろうと思われますが、まず間違いなく各施設にイニシャルコスト、ランニングコスト等の負担を強いることになると思われます。

電子カルテの普及率は全国で約50%と言われており、残り50%が紙カルテであることから、オンライン資格確認システムの義務化以上にハードルが高いと言わざるを得ないところであります。国には紙カルテを完全に電子カルテに置き換えることを強制するものではないと言っておりますが、オンライン資格確認システム義務化のときもそうだったように、この国の政策である医療DXについていけない施設が次々と閉院・閉局していく可能性があり、医師の偏在化助長にもつながりかねないと思います。

メリットの大きい電子カルテと思いますが、以上のような課題を一つ一つ丁寧に解決していくことが必要と感じています。

○埼玉県医師会常任理事（小室保尚）— 埼玉県における令和6年6月上旬での電子処方せんの導入率は、調剤薬局が約30%であった一方、医療機関については約3%ときわめて低調である。そのため、電子処方せんのトラブル事例の報告も今のところほとんど医師会まで上がってきていません。

本会へ報告のあった2件は、電子処方せんを発行したところ、調剤薬局で処方せんに疑義があり処方せんの修正が必要であったが、システム上では修正ができない事象であった。当該医療機関はシステムベンダーから「現時点ではシステム上では、電子処方せん発行後の修正ができないため電子処方せんを発行しないように」と申し入れを受けたとのことである。もう1件は電子処方箋を導入したところ、電子カルテの動きがすごく遅くなってしまって、診療に差し支えが出てしまったということで、やもなく電子処方箋のシステムを外したとの事でした。

電子処方せんのシステムはまだまだ不安定であり、システムベンダーの対応もきわめて遅れていると言わざるを得ない。システムベンダーが十分に対応できない現状を考えると、補助金に釣られて拙速に導入せず、医事会計システムのリプレイス時に電子処方せん機能を追加搭載する方が、コスト的にもシステムの安定性の点からも最善であろうと考える。

電子処方せんのシステムには、リアルタイムで他院の調剤情報が確認でき、併用禁忌や、重複処方のアラートが表示されるなど、数多くのメリットがある。しかし、これらのメリットを享受するには、ほぼ全ての医療機関と調剤薬局が参加していることが必要であり、そうでないと逆にデメリットにもなり得る。医師会としては会員の先生方に不利益がないよう、丁寧な説明と情報提供を行なっていく必要があると考える。一方、日本医師会からは国に対して拙速な導入促進を行わないよう申し入れを行なっていただきたいと考える。

電子カルテ共有化の問題点医療DXのゴールのひとつとして、国は全国医療情報プラットフォームの構築を提唱している。オンライン資格確認システムをインフラとして、その中に電子処方せんシステムを構築し、加えて電子カルテ情報(3文書6情報)を共有していくものである。カルテ情報をデジタルデータとして共有するためには、データの形式が統一されたフォーマットでなければ相互の閲覧は不可能である。すでに稼働している電子カルテについては、共有情報を標準フォーマットで出力する機能を追加しなければならない。このためのシステム改修には大きなコストがかかることが予想される。またシステムが旧式のため改裝そのものが出来ないものもある。電子カルテを入れ換えるタイミングで標準規格のデータ出力ができる機能を実装することがコスト的にもベストであろう。一方、紙カルテを使用している医療機関については、現在、国が標準型電子カルテの開発に着手し、配布を考えている。2024年度後半に α 版をリリースして、2026年度には本格版を提供する予定という。これは、紙カルテを完全に電子カルテに置き換えることを強制するものではないとアナウンスされている。紙カルテを運用しつつ、3文書6情報を端末に入力して公開するシステムとなるものと予想される。少なくとも医療機関にとっては経済的な負担とデータ入力の手間が増えて、日常診療に負担が生じて支障が出ないとも限らない。また、機微な情報を公開する以上、セキュリティ対策もより強固なものとする必要があり、このためのコストも無視できない。

医療DXは、安心・安全な医療を効率的に提供するためのツールであり、医療DXそのものを目的としてはならない。拙速な医療DXの推進は、厳に慎むべきである。

○東京都医師会理事（目々澤 肇）— トラブル事例はない。課題については規模の大きな病院で導入されている富士通とかNECとかの電子カルテシステムのみで動作しているわけではなくて、処方箋を出すという病院ごとで単一の方法で運用できるわけではございません。さらに電子処方箋を発行するためには医師それぞれが医師資格証を保有しなければいけないことも病院で導入する困難さの元凶となっています。こうした複雑な大病院における電子カルテ事情を考慮死せずに策定された現在のシステムには疑問を抱かざるを得ない。

さらに処方引換証です。現在では紙ベースです。そして電子的な引換証は患者自身のスマートフォンアプリであるマイナポータル宛てに発行されますけれども、それを日常的に提示することは簡単ではありません。この引換証をもっと利便性の高いものに開発を進めることも急務だと考えています。

2番目、電子カルテ共有化の問題点です。国が開発を進めている標準型レセコンや標準型電子カルテ、これはあくまでも2030年までに電子カルテの情報標準化に対応が困難な紙カルテやオンラインプレミスの電子カルテに固執している医療機関への対策にすぎないことを周知すべきである。

今後診療所や中小病院では電子カルテはすべからくクラウド化に向かわなければなりませんし、大病院の電子カルテも共有化の必要なデータクラウド化が必要です。その両者が国の医療情報プラットホームのサーバーとの的確なAPI連携によって3文書6情報をHL7 FHIR規格でやり取りできるようにすればよいだけです。これはネットワーク全体であってもそれをつなげる、そういうようなことを考えておけば病院それぞれの負担が減るということは東京都医師会で今そのような対策を練っているところです。

電子カルテの将来における全般的な共有を目指すためには、サーバー構成これが分化型になつていかなければいけません。そうすれば結局単純なハッキングで一部のサーバーが機能不全に陥つても全体のシステムは止めることなくできます。今の一つのシステムでそれでやつていこうというのは少し無謀なことではないかと私は懸念しています。

さらに、これまでの地域医療連携の骨格を担ってきたSS-MIX2規格での連携は、画像等の共有には今後もなお必要なものであり、長島先生がいつもおっしゃっている地域的なものにとどめるということよりは、これを全国的な応用ができるシステムへと拡張すべきであるというふうに私は主張いたします。

○日医 長島常任理事— 日本医師会が目指している医療DXというのは、一つは国民患者の皆様に安全安心で質の高い医療を提供すること、もう一つが医療現場の費用負担、業務負担を減らすことあります。そして、これはその目的としては、やはり現在の日本の世界の誇るべき皆保険これを今後しっかりと継続させていくということ、そのためにDXを活用しようというのもそもの考えです。またそこに係る様々なサイバーセキュリティーを含めた費用というのは本来国が全額負担すべきだというのもずっと根本姿勢として言っているところですし、これもこれからも続けてまいります。

まずマイナ保険証に関してですけれども、12月2日に新しい紙の健康保険証の発行が廃止されますが、その後どうなるかというと、マイナ保険証をお持ちでない方にはご本人が申請しなくとも保険者が職権で資格確認書を交付します。これは実質的には健康保険証そのものです。マイナ保険証をお持ちでない方には今の健康保険証と同等のものが交付されます。一方、マイナ保険証を持っている方にそれが交付されないのですが、既にこの9月から保険者から被保険者に対して保険情報のお知らせというものが届き始めています。それをマイナンバーカードと一緒にお持ちくださいということで、一つ紙レセプトのところがオンライン資格確認の導入義務がないので、そこでオンライン資格確認ができませんから、そういうところにかかるときにはマイナンバーカードと一緒にそれを持つてくださいと、つまり並ぶときに確認できますということで、それだけではなくて、カードリーダーの不都合等で当然確認できない場合もあるので、これはぜひ必ずマイナンバーカードとセットで持ち歩いていただくということを要望をしたいと思っております。

それから、現在でも既に何らかトラブルで資格確認ができない場合でも以前の保険情報を使って請求していいということになっておりますので、全く初めての初診以外はそれで全部カバーできると、全くの初診で過去の情報がなくて調べる手だてがないという場合は、申立書というのを書いていただければいいということで、一応仮に確認ができない場合でも適切な負担割合で保険証ができるとすればそれ1年前からできていくということで、そういう意味では一定程度仮に廃止

というけれども、実際は余り困る内容な仕組みにはなっていないということでご理解ください。電子処方箋に関して日本医師会からこれを少なくとも強くお勧めするような文書は今まで一度も出しておりません。かつて出したことがあるのが無理なく導入できるようであれば導入をご検討くださいというのを多分二、三回出しただけです。導入してくださいとかということは出しておりません。無理なく負担なく導入できるところは導入して、これ導入しなくていいということは国に対して国が見ているところなので、絶対これ言えないということで、積極的に全然勧めてないです。また勧めるのであればさっき言ったように全額補助にすべきだし、負担なくできる導入できる環境整備をすべきだということを言っております。これ表では言わないでください、国から目をつけられるので。ただ積極的に導入を勧めるようなことは全然言ってないということでご理解ください。電子カルテ共有化の問題ですけれども、これも全く同じ考えです。本当に国民患者と医療現場に役に立つよう、そして医療現場の負担がなるべく少ないような形で進めたいと思っておりますので、ぜひご理解、ご支援をいただければと思っております。

4. その他

5. 総括

○日医 長島常任理事一 今回の診療報酬改定では、大変現場の先生方に大きなご負担、ご心配をおかけしていると思います。今日いただいた意見や様々なご要望、それを基に次回の診療報酬改定を待たずに今できることに関してはしっかりと厚労省と交渉してまいりたいと思いますし、当然2年後の診療報酬改定に向けて今からしっかりと様々な準備をしていかなければいけないというふうに思っております。

診療報酬改定を担当して特にマイナス0.25%突っ込まれて本当に悔しい思いでした。じくじたる想いでした。中医協に来る前に止めなければだめです。そこで最も重要なのはもう一つしかありません。来年の参議院選挙です。比例というのは全国の職能団体、業界団体の共通一次テストです。そこで何点とるかを政権与党、財務省も見てます。ここでよい点をとらないとなめられます。ますます弱くなります。ここでぜひトップ当選、医療界がトップ当選をしてそれでしっかりと押し返せるようにするということが本当に必要だというの、診療報酬担当している本当の本音でございます。どうぞよろしくお願ひ申し上げます。

6. 閉会

令和 6 年度関東甲信越医師会連合会

医療保険部会

日 時：令和 6 年 9 月 22 日（日） 10:00 ~ 12:30

場 所：ホテルメトロポリタン長野 2 階「千曲 A」
長野県長野市南石堂町 1346
TEL 026-291-7000

当番 長野県医師会

令和6年度関東甲信越医師会連合会

医療保険部会

日 時 令和6年9月22日(日)
10:00~12:30
場 所 ホテルメトロポリタン長野
2階「千曲A」

司 会 長野県医師会理事 塩ノ崎 文博

1 開 会

2 挨 捶 長野県医師会常務理事 溝口 圭一
日本医師会常任理事 長島 公之 様

座 長 長野県医師会常務理事 溝口 圭一

3 協 議 (検討テーマ)

1. 生活習慣病管理料について

2. ベースアップ評価料について

3. 医療DXについて

4 その他

5 総 括 日本医師会常任理事 長島 公之 様

6 閉 会

【検討テーマ】

1. 生活習慣病管理料について

【提案要旨】

令和6年度診療報酬改定にあたり、日医総研では、サンプル抽出・事前シミュレーションなどの調査を行っていたようだが、改定内示の時点でもう少し強めのシグナルを出して頂いていれば、異なった対応も可能であったかもしれない。

今回の改定では、高血圧症、糖尿病、脂質異常症は特定疾患療養管理料から外れ、外来管理加算が算定できない月1回の生活習慣病管理料に見直しされ、特定疾患処方管理加算は算定できなくなった。初回請求時には患者署名が必要な療養計画書の作成が必要となり、療養計画書はおおよそ4か月ごとに継続用を作成しなければならない。医療機関側では、マイナス改定となっているが、患者側からすると、書類に署名させられたうえに窓口負担が増える印象となってしまう。

また、生活習慣病を算定する場合に、院内に長期処方及びリフィル処方が可能であることを掲示することが要件として定められているが、そもそも生活習慣病管理料の算定は計画書を用いて、患者に丁寧な説明をし、指導することであり、長期処方やリフィル処方をすることによって、診察の機会を少なくすることは丁寧な指導に矛盾する。

このような動向を踏まえ、医療機関によっては、生活習慣病をあえて主病から外すような対応を検討しているものもあり、本末転倒となってしまう可能性もある。問題点を多く含んだ改定内容であった。

つきましては、以下の点について、各都県のご意見を伺いたい。

1. 次回改定に向け、日医総研に何を望むか。また、改定前に医師会会員としてできることはあるか。
2. リフィル処方や長期処方にするかは診察した上で医師が決めることがあり、院内に掲示しておくものではないと考えるがいかがか。
3. 生活習慣病管理料を算定するにあたっての問題点。

〔回答〕

【新潟県医師会】

1. 次回改定に向け、日医総研に何を望むか。また、改定前に医師会会員としてできることはあるか。

令和6年度診療報酬改定の内容が明らかになるにつれ会員の先生方から、どういった議論を経てこのような改定となったのか、日本医師会は中医協にてどのように主張されていたのか、そういういた問い合わせが寄せられた。

会員のもとには診療報酬改定に向けた中医協での議論や、改定によりもたらされるであろう影響など、様々な情報が届いていない状態にあると思われ、いかにして会員にまで情報発信するかが重要であると考える。

おそらく会員が診療報酬改定の中身を詳しく知ることはできるのは、すべてが決まって答申が出された後だと思われる。改定により自院にどのような影響があるのかは、なかなか会員個人の力では計り知ることが困難であろうし、改定後の影響を考えて医業経営に不安感を抱く会員もいることと考える。そのような状態にあって日医総研によるシミュレーション・調査で得られる結果は、医療機関における今後の経営判断といった面でも価値あるものとなる。また、日医総研でこのような調査等を一生懸命に取り組まれていることを知らない会員も多くいると思われる。

会員個人が国の告示や通知から情報収集することはもちろん大切であるが、日本医師会・日医総研から必要な情報を提供してもらうことで会員の不安感を少しでも払しょくすることも、診療報酬改定時に求められる役割ではないかと考える。

2. リフィル処方や長期処方にするかは診察した上で医師が決めることであり、院内に掲示しておくものではないと考えるがいかがか。

生活習慣病管理料は医師による生活習慣に関する総合的な治療管理が求められているが、リフィル処方や長期処方の導入は受診抑制にもなりかねず、対面診療によって本来行えるはずの健康管理の機会が奪われることにもなるため、療養計画に基づき責任をもった治療管理を行えない恐れが生じてしまう。また、院内掲示することにより患者から求められる可能性もあるため、患者との間での無用な混乱の元にもなると思われる。

3. 生活習慣病管理料を算定するにあたっての問題点。

生活習慣病管理料（Ⅱ）が新設されることを踏まえ、県内都市医師会にも意見照会を行ってみた。5月に実施のため実際の算定開始前であるが、やはり初回にはすべての患者に対して療養計画書を作成しなければならないことが課題として寄せられている。患者一人ひとりに応じた療養計画の策定、十分な説明と丁寧な指導が必要であることは医療機関として重々承知しているが、医療機関の限られたマンパワーでは厳しい、生活習慣病の患者以外の診療・検査等の時間の確保が困難になる等が指摘されている。加えて、生活習慣病管理料（Ⅰ）と（Ⅱ）の算定で判断に苦慮しているといった意見も寄せられており、医療現場において難しい対応に迫られているのが現状ではないか。

6月から算定の始まる点数のため、実際には7月以降のレセプト請求によって様々な課題点が浮き彫りになると思われ、本会として情報収集のうえ、会員にも適切に周知できればと考えている。

【栃木県医師会】

1: 全医師会会員への直接のアンケート調査を望む

47 都道府県医師会からの意見や要望では、数字が最大でも47にしかならない。全会員からの生の声を集め、厚労省に現実を知らしめるべきではないか。

2: その通り

3: 改定時の説明では、単にチェックをすれば良いことになっている。

医師それぞれの考え方で記載をしていると思うが、必要以上に記載をしようとしているのではないか。

今一度、何をどこまで記載をすれば良いのかを、日医から説明をして貰いたい。

【山梨県医師会】

1. 次回改定に向け、日医総研に何を望むか。また、改定前に医師会として出来ることはあるか。

意見：データを取るにあたりサンプル数が少ないのでないか？医師会員はサンプル調査の提出に積極的に参加する事が必要と考える。サンプル数が少ないと正確な分析、結論を導く事が出来ない。

2. リフィル処方や長期処方にするかは診察した上で医師が決める事であり、院内に掲示しておくものではないと考えるがいかがか。

意見：患者にはこの様な制度が有る事は伝える必要があるかと考える。リフィル処方、長期処方をするかは当然医師の判断であり、もし患者から希望があり、医師が対応する症例に当たらないと判断すれば患者に説明をする必要が出てくると考える。

3. 生活習慣病管理料を算定するにあたっての問題点

意見：生活習慣病で算定（II）にかぎり処方日数を28日以上にした場合は月2回まで算定出来る様に改正すべきと考える。

【茨城県医師会】

1. (1)次回改定に向け、日医総研に望むこと

・生活習慣病管理料の報酬引き上げ、さらに高血圧症、糖尿病、脂質異常症を特定疾患に戻すことを国に要望していただきたい。

詳細なデータは今後明らかになるが、医療機関の収入は明らかに下がっており、医療機器の導入や職員の賃上げ、水道光熱費を含むその他経費の支払いに負担が生じ、経営が悪化する。このままでは、保険診療からの医師の撤退が始まることが強く懸念される。現場の状況を理解していないため、今回の生活習慣病管理料のような算定要件が作られてしまう。

・生活習慣病管理料の指導箋の撤廃を国に要望していただきたい。

算定要件となっている生活指導箋の発行によって従来の診療方法と比べて明らかに患者の臨床データが改善したかどうか定量的に評価し、報酬体系の妥当性や効果の検証を行うことが必要。また、その結果を国民に公表していただきたい。かかりつけ医は常に患者の生活習慣に対し継続的に指導を行なっており、その指導方法は患者一人一人で違があるため生活指導箋のような画一化した書式では患者に響かないと思われる。むしろ、患者の待ち時間が増え、医療機関の負担を増加させるだけである。

(2)次期改訂前に医師会会員としてできること

・生活習慣病管理料(I)を算定した場合、その後生活習慣病指導管理料(II)を6ヶ

月間算定出来ない事の即時撤廃を要望（要望書を取りまとめ国に提出）。

2. 貴見のとおりと考える。即時撤廃していただきたい。診療報酬算定要件にすることは、医師の処方権に抵触することであり、ある意味違法ともとれるのではないか？

3. 今回の算定要件が、本当に患者のためになっているか甚だ疑問である。また、書類作成や患者への算定についての説明など、本来の医療とは別の点で医療機関の事務的・時間的負担が大きい。

今回の診療報酬改定全体のことであるが、日医には、内閣（大臣合意）による診療報酬改定率の決定プロセスを見直し、中央社会保険医療協議会の意見を重視することを国に要望していただきたい。

その理由として診療報酬改定率の決定プロセスが不透明であることが挙げられる。大臣合意のみで決定する場合、具体的な議論や根拠が不明瞭となり、医療機関や患者に対する説明責任が果たされないことが懸念される。また、短期的な視点に偏りがちな政治的決定によって、長期的な医療制度の持続可能性や質の向上が妨げられる可能性がある。医療費の適正化や医療の質向上には、長期的な視点が重要であると考える。この点については、医師会選出の国会議員の働きが重要である。

【神奈川県医師会】

1. 次回改定に向けて、中医協では、これから改定の結果を評価することになるが、その評価の妥当性を検討してほしいこと、次回改定に向けた附帯意見に関する調査をお願いしたいと思う。改定内示の時点では、データに基づいた反論は難しいと思う。また改定前に、一般の医師会会員に出来ることはあまりないと思う。普段から、意見交換を密に行い、情報その他を日医にあげていくことが必要であろうと思う。

2. ご指摘の如く、リフィル処方や長期処方は、医療費削減の目的で推進させようとしており、院内掲示をすることで患者さんに利便性のみをアピールし、患者さんから希望するように仕向けるのは、全く納得がいかない。療養担当規則にあるように、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明記されており、あくまでも丁寧な診察の上、主治医の判断で行うべきものである。

3. 算定上の問題点であるが、医療機関としては、計画書を用いて丁寧な説明をし、指導することは全く問題がないが、高齢者、視力障害、認知症などの患者さんの署名をもらうなど、非常に時間がかかり、その手間に見合うだけの診療報酬はなく、総額で以前より減収である。更に大変問題になっていることは、保険審査上の問題である。国保連、支払基金の審査会では、生活習慣病管理料を算定したレセプトで、特定疾患処方管理加算を同時算定してくる医療機関が多く、全てD項査定となり、混乱を生じている。

【群馬県医師会】

生活習慣病管理料については、根本的に大きな問題があると考える。生活習慣病管理は、本来、医師が患者と向き合って、十分な傾聴をして、患者の食事や生活等について適切な助言をすることが最も重要と考える。このためには、それなりの時間を必要とし、個別の（画一的でない）対応を必要とする。

今回の改訂では、画一的な書類を示して署名を求めるものであり、事務的な作業で多くの時間が取られるため、実際に患者との会話時間を減らさざるを得ないのが実情である。

また、リフィルに至っては、「真面目に受診をしなくても良い」、「毎月の「生活習慣病管理」など不要である」と云っているようなもので、本管理料とは相容れないものである。このようなものを算定の条件とすること自体、不適切と云わざるをえない。

はたしてこの療養計画書によって患者の健康アウトカムは改善するのだろうか。そのような検証もないままに導入されたこの施策は、患者の健康のために作られた施策ではなく、診療報酬の削減という主目的を隠す“煙幕”として作られた施策であると言える。

【埼玉県医師会】

1. 次回改定に向け、日医総研に何を望むか。また、改定前に医師会会員としてできることはあるか。

日医のシンクタンクとして位置づけられている日医総研が、これまでのデータや事前調査により、診療報酬改定にあたっての事前シミュレーションを提示すれば、医療機関側も予め準備が出来ていて改定に対して対応しやすく、異なった対応も可能であったとの提案である。提示された事前シミュレーションに対して、診療所側・病院側・各立場から様々な提案・要望が寄せられる。提示された様々な提案・要望を、分野毎にきちんとまとめ上げて、社会保険診療報酬検討委員会などの日医の会内委員会が、従来より検証・要望をまとめてあげているので、その委員会に届けることが出来る。

国（財務省）は財政規律による締め付けにより、今後も医療費の抑制、診療報酬の引き下げを画策し続けることが確実である。

これを打開するための唯一の策は、国民に対して、適切な医療サービスの提供を受け続けるためには医療機関が安定した診療報酬を得られるような医療財源の確保が不可欠であり、そのための医療費の負担増の必要性をわかりやすく訴え、理解していただくことである。

日医のみならず日医総研も、新たな情報発信手段であるSNS等を使い広く国民に働きかけをするとともに、そのためのアイディアを会員より広く集めが必要である。

2. リフィル処方や長期処方にするかは診察した上で医師が決めてることであり、院内に掲示しておくものではないと考えるがいかがか。

リフィル処方や長期処方に関しては、日医からも説明があった通り、どう処方するかは診療担当医が決定するもので、その事を伝える掲示物は日本医師会名で日本全国一律に正々堂々と国民に伝え、医師は同じ基準で適切に国民に医療を行っている事をアピールするべきだと思われる。

院内掲示をしても、処方権は医師の裁量であるとの自覚をしっかりと持って、適切な処方期間を選択していくべきである。

3. 生活習慣病管理料を算定するにあたっての問題点

算定ルールをもっとシンプルにわかりやすく整理し全ての医療機関が適切に算定しやすくしなければならない。

確かに療養計画書（初回・継続）の作成や患者署名取得は手間のかかることである。作成に当たり、運動・食事・飲酒・喫煙・睡眠などを改めて患者に伺ってみると、それぞれ各個人が日々頑張っている姿をみられ、参考になる面もあり、患者相互にとっても生活習慣の改善にも役立つ。実際の運用が始まっており、会員は手間のみでなく、運用上の不具合な部分があれば、日医に問題提示や算定要件に対する改善の要望を提案していく必要がある。

大病院等では3か月（99日）投与も行われている「高血圧症・糖尿病・脂質異常症」の患者に対して、長期投与による外来診療の負担を減らす面はあるが、このように診療を行うと効率的かつ適正な医療が継続できるという「標準的医療のための診療ガイドライン」の作成を検討していただきたい。

一方では、長期処方等で診療間隔が広くあく事で思わぬ医療事故発生なども考慮に入れ、国や一部の患者が求める安い診療間隔の長期化に対し、警鐘をならして、患者の病態によっては診療間隔を広げられない理由も示すべきである。

【千葉県医師会】

内科系の医療機関では高血圧症、糖尿病、脂質異常症の患者を診察する割合が非常に大きくなっています。改定前の診療報酬請求では、特定疾患療養管理料と外来管理加算の2重取りという表現が使われ、これが今回の診療報酬改定につながったと指摘されています。しかし、厚生局による個別指導の具体的な事例を勘案してもわかるように、個別指導では、特定疾患療養管理料の算定要件と外来管理加算の算定要件が明確に区別され、各々の算定要件を満たさなければ、それ別個に自主返還の対象となっていました。今回の改定では、保険医が特定疾患療養管理料と外来管理加算の別個の算定要件を満たすべく診療時間の中でやりくりしていたことが全く評価されませんでした。このことは、今までの個別指導での指摘内容と矛盾が生じると考えられます。

今回の改定の生活習慣病部分は、すでに改定率に関する大臣合意の段階で、マイナス改定になっていたと説明されています。経過を勘案しますと、大臣合意の段階で、少なくとも会員の保険医への情報の発信が十分でなく、認識されておりませんでした。改定のふたを開けてから、後付けのように大臣合意が説明されていると感じている会員が多かったと伺っております。

①大臣合意のような、中医協の協議の段階で対応が難しいものがあるならば、こうしたものへ働きかけるにはどのようなタイミングで、有効な手段があるのか、医師会として、自分たちの身を守る意味でも、対応策を協議しなければならないと考えます。日医総研は専門知識を持ち合わせた方が多いと伺っています。是非ともこのようなレベルでの働きかけ方について、御議論いただきたいと思います。

②算定要件に書かれている内容の変更は、制度上難しいと考えます。厚生局の個別指導では、間違いなく指摘事項に入ってしまうと思います。出来るなら、この点を個別指導での指摘事項から外してもらうように、確約が取れれば、対応法が変わってくると思います。

③問題となるものに、3つの生活習慣病以外の特定疾患とのかかわりがあります。この問題は今までの、主病という考え方の根幹に関わるものと考えられます。療養の主体の変更が行われる場合は、具体的にはどのような根拠が必要か明示する必要があると思います。これは、厚生局の行う個別指導の指摘事項と深く関わると思います。療養の主体が、月により変わり、請求が変わることの妥当性が指導上認められなければ、この部分が自主返還となってしまう可能性があります。この点を指導対象に含めないような働きかけも必要と考えます。

【東京都医師会】

1. 次回改定に向け、日医総研に何を望むか。また、改定前に医師会会員としてできることはあるか。

今回の報酬改定において病院と診療所、さらにそれぞれの各診療科においてどのような減収あるいは增收となったか、それらがどのような費用対効果につながっているか、また医療資源の有効活用に効果があったかなど、レセプトベースやアンケート結果など含めた細やかなデータ分析を行っていただきたい。特に、医療費はすべてが経営者の収入となるわけではなく、ソフト・ハード両面を含めた医療経営に関する課題の検討も併せて行っていただきたい。好事例だけを採り上げるのではなく、悪事例というかある意味のマイナス面も強調するべきと考える。

2. リフィル処方や長期処方にするかは診察した上で医師が決めることがあり、院内に掲示しておくものではないと考えるがいかがか。

リフィル処方箋は決定権がどこにあるのか、不都合が生じたときの責任の所在がはつきりしない。さらに診察なしの投薬とどう違うのか。以前から無診療投薬は禁止であったのにも関わらず、リフィル処方箋はオーケーとはいいかがなものか。また、いきなり閉院医療機関のリフィル処方箋をもって薬局に行った場合、近隣でなければわからないこともあり、問題が起きるのではないか。

3. 生活習慣病管理料を算定するにあたっての問題点。

生活習慣病であり紙ベースの療養計画書の作成やしっかりとした説明義務などある意味基本に戻ったものではあるが、療養計画書の作成には時間がかかり、さらには診察時間、待機時間も長くなっているのが現状である。それに対しての診療報酬は決して十分であるとは言えず、大変な労力がいるようになったものの、

同月 2 回受診時には特定疾患療養管理料の時より明らかに減収となっている。そして患者側は同じ薬を 4 週間処方で同月に出された場合、支払額が違うため、ある意味医療不信が出てくるのではと危惧している。

患者からは、丁寧な説明や診察時間が長くなった反面、待ち時間が長くなることから賛否両論あると思うが、医療側の負担の膨大さに配慮をいただきたいと思う。

【長野県医師会】

1. 【次回改定に向け日医総研に望むこと】

今回の改定で特定疾患療養管理料の対象疾患から除外された脂質異常症・高血圧症・糖尿病は、当然一番多い疾患であり、今後国はこれをきっかけに除外対象疾患の拡大や患者のフリーアクセスを制限するようなかかりつけ医制度を実現しようとしているのではないかと危惧している。

そうならないためにも、日医総研には、今回改定後の実態をデータとしてまとめていただき、会員に情報提供するとともに、日医においては次回改定に向けての交渉材料としていただきたい。

【改定前に会員としてできること】

上記のデータを早めに会員に情報提供し、多くの会員にパブコメに協力していただいてはどうか。

2. リフィル処方や長期処方について

提案に同意。国はリフィル処方や長期処方を推進しようとしているが、リフィル処方や長期処方を求めるのであれば、処方箋料や特定疾患処方管理加算が算定できないのはおかしいのではないか。

3. 生活習慣病管理料を算定するにあたっての問題点

- ・医療機関の患者に対する説明が不足しているのか、患者から厚生局に対し、生活習慣病管理料を算定され今までより医療費が高いのは何故だととの問い合わせが多数寄せられている。

- ・療養計画書の患者署名の代筆について

認知症や目の見えない患者の場合には、代筆が可能なのかが問題となっている。療養計画書の運用が明確にされないまま本管理料がスタートし、国の見切り発車感が否めない。

【検討テーマ】

2. ベースアップ評価料について

【提案要旨】

ベースアップ評価料の算定は、全ての医療機関に推奨されているが、義務付けられているわけではない。各医療機関の経営判断に委ねられており、賃上げ対応の一環として設計されており、医療分野での人材確保のためには、算定することが望ましいとされている。

実際多くの診療所はこの評価料を算定するかどうかで迷っている。算定する医療機関が直面する共通の課題や問題点、医療機関の規模や診療科の違いによる特有の課題について医師会相互で議論することが重要である。

財政的な制約：多くの医療機関において、持続的な賃上げを可能とする財政的余裕は限られている。特に小規模な医療機関では、資金繰りが厳しく、評価料の算定に踏み切ることが難しい状況にある。

人材の確保：賃上げの有無にかかわらず、特に地方や小規模な医療機関では人材確保が大きな課題となっている。医療従事者の不足は、サービスの質に直接影響を及ぼすため、この問題は緊急に解決が求められる。

つきましては、ベースアップ評価料の課題や問題点について、各都県のご意見を伺いたい。

【回答】

【新潟県医師会】

ベースアップ評価料については、これまで日本医師会と厚生労働省による説明会等が開かれ、積極的な届出が呼び掛けられており、当会としても会員に情報提供しているところである。

ただ、実際に届け出るかどうかは会員の間でも、だいぶ迷われているようであり、届出に必要な賃金改善計画書等を医師自身で作成することが難しいという意見もあるが、評価料を原資に対象職員のベースアップを行ったとして、次回改定時にもベースアップ評価料が引き続き点数として残るのか、仮に診療報酬から外されたとしてベースアップ分を引き下げられるのか分からぬから届出しないといった声が多く聞かれるところである。また、提案要旨にもあるように、医療機関の規模や診療科の違いによっても考え方は様々である。新型コロナ禍では診療科によっては大幅に患者数が減少して医療機関の経営にも大きなダメージを残したが、診療報酬によるベースアップでは患者数の減少による影響も常に考慮する必要があるため、算定に二の足を踏まれる会員も一定数いるのではないか。

しかしながら、これまでの一部職種を対象とした処遇改善加算とは異なり、医療に従事するほとんどの職種で賃金改善に活用することができ、初・再診料、外来診療料等とあわせて算定可能な本評価料は、とりわけ重要視されるべき点数でもあると考える。各都県医師会と議論し連携を行うことで、少しでも会員が届出する際の一助となるよう情報収集に努めていきたい。

【栃木県医師会】

基本的な問題は、一度ベースアップを始めれば、ベースアップをやめられないことではないか。

これから半永久的に、これらの原資を提供し続けるという確約が無い状態で、始めるには医療機関側にリスクがある。

リスクを回避するには、評価料を算定せず、自院の経済状況に合わせ、従業員への給与支給を行う方がリスクを減らせると考えるのが合理的ではないか。

また、診療報酬の仕組上、医療従事者のベースアップを患者に負担させることとなるので、万が一、患者から明細書に記載されているベースアップ評価料について説明を求められたとしても説明が困難である。

【山梨県医師会】

1. ベースアップ評価料の課題や問題点

意見：日本医師会から申請の方法が丁寧に説明されているが、やってみると申請は面倒である。日本医師会は事務職員も含めて良いと説明しているがためらっている医療機関も多々あるかと思う。事務職員が申請をするが自分達に利益があるのかもわからず作業するのはモチベーションが出て来ない。そもそも、申請を行う事務職員の余裕のある医療機関はかなり少ないと考える。となると開設者自身がやらなければならなくなり更に申請が遠のくと考える。

意見：本来は診療報酬の中（初診、再診料など）にベースアップ分を含ませるべきと考える。

意見：話はそれてしまうが消費税も内税でなく外税にする様に交渉すべきと考える。

【茨城県医師会】

ベースアップ評価料の算定は全ての医療機関に推奨されているが、義務付けられているわけではなく、当初診療所の届け出が進んでいないように見えた。そもそもベースアップ評価料は各医療機関の経営判断に委ねられており、賃上げ対応の一環として設計されている。2024年5月に財務省が発表したとおり、地域企業において、2024年にベースアップ昇給を行う予定である企業が70.7%、定期昇給を予定している企業が81.9%となっており、他産業界の方々の収入が増えている。医療業界から他業界への更なる人材流出が懸念され、医療従事者の収入増は重要な課題といえる。

しかし、蓋を開けてみると茨城県では6月1日～6月30日の1か月間にベースアップ評価料を算定している医療機関は全1,582件中167件と全体の僅か10.6%であり、診療所は52件と全体の3.3%に過ぎなかったものの、7月23日現在ではベースアップ評価料算定医療機関は全体の31.8%と6月時の3倍にまで増加した。医療機関の規模にもよるが、算定事務が複雑なために厚生局への届け出が遅れていたと推測された。

6月に行われた日本医師会臨時代議員会で茂松副会長は「我々がこの算定にしつかり取り組んで行けば2年後の診療報酬改定時にも継続できる」と仰っていた。ただ勿論、病院のベースアップ評価料の算定率が高く診療所が低ければ病院と診療所が分断される（病院の財源が診療所よりも手厚くなる）可能性もあるので、診療所の算定をも増やしていく必要があると思う。

【神奈川県医師会】

問題点

- 1.届出を簡易にするための「支援ツール」と支援ツールのための「計画書計算ツール」を使用しなければならないほど複雑
- 2.ベースアップ評価料（II）については年4回も算出の式の見直しを要求され時間的コストがかかる

財務大臣と厚労大臣との折衝で、点数の配分先を明確にすること、そしてその後の賃上げの状況や動向について実態の把握をするように約束させられた上での、用途を絞った保険財源+0.61%を当てられたため、施設基準の届出や算定方法がかつてない程、複雑怪奇な「ベースアップ評価料」という点数が作り上げられた。

その結果、届出区分（ベースアップ評価料（I）と（II）の区分や入院ベースアップ評価料の区分）を理解するために厚労省から用意されたエクセル（支援ツール）を使用するが、届出のエクセルがユーザー目線で作成されておらず、届出の支援ツールを使うために、さらに「賃金改善計画書計算ツール」を使用させるというお粗末な仕様となっている。

保険の点数は、患者目線でわかりやすく、仕組みが単純でなければならないにも関わらず、複雑な点数構成である。

また「ベースアップ評価料」という名称であるため、患者は「なぜ算定されているの？」という質問したい衝動に駆られる名称であることも問題である。

安く医療を提供せよと行政が指示するならば、会計時間にあっても不要な時間をかけないことが、資本主義社会の常識である。不必要的質問を招くような名称とするべきではない。

対案を申し上げる。単純に初診料・再診療を増点し、その中から医療従事者の賃上げ相当分や電気ガス・水道などの水道光熱費のインフレ対応分などを年度終了後に報告させ、万が一、賃上げやインフレ対応分に使用していない、例えば内部留保に回った分を自主返還させれば良いのである。

初診料や再診療の算定回数は、電子カルテ・レセコンで簡単に把握でき、厚生局も簡単にチェックできる。年1回の厚生局への報告であれば、厚生局の仕事量も減らせ、医療機関への適切な指導に人員を避けるのである。

【群馬県医師会】

食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰の状況、30年ぶりの高水準となる賃上げの状況などといった経済社会情勢は、医療分野におけるサービス提供や人材確保にも大きな影響を与えており、令和6年度診療報酬改定において、医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組として、初再診料への上乗せとベースアップ評価料のミックスという特例的な対応が行われた。

確かにベースアップ評価料は検証するには優れている。入院基本料にしても初再診料にしても、政策目的に合わせて後からの検証は基本的には難しいし、賃上げについては日本のこれから生産年齢人口を考えると今回だけで終わるとはとても思えない事から国策として妥当な判断だったと言わざるを得ない。

しかし、ベースアップ評価料については、その煩雑さ、先行きの不透明さから、申請を見合わせる施設も多かった。群馬県での6月診療分では外来・在宅ベースアップ評価料（I）の請求医療機関は病院 77.1%（98/127）、診療所 22.9%（295/1284）、合計 27.85%（393/1411）で、算定率は全医療機関の30%に満たない。

現場の意見としてもベースアップ評価料については申請のための計算手順などが煩雑であり、算定をあきらめた医療機関が数多あったと聞く。とりわけ診療所における負担は計り知れないと推測され、もう少し簡単にできる方法はなかったのだろうかと思う。

一方、ベースアップ評価料は、患者へのサービスではなく、保険医療機関の医療従事者の昇給に点数をつけるものであり、お金を払う患者の立場からは、受益者負担の考え方とも矛盾があり、理解が得られにくい。このような施策は患者と医療者の分断を生みかねない。

今後の検証に当たっては慎重かつ医療機関側も納得できる情報源やその手の内を明確にして進めて欲しいと考える。

【埼玉県医師会】

ベースアップの目標値は、令和6年が+2.5%、令和7年が+2.0%とされているが、経営状態に問題のない医療機関では具現化でき人材確保につながっていくものの、体力の弱い経営基盤の医療機関では、加算が更なる経営悪化を招くと考えて算定をためらうと思われる。

今回対象となる職種は、看護師、理学療法士などの専門職と、看護助手や医療事務作業補助者になっている。一方、事務職をはじめとする対象外の職種においてベースアップしない場合には、職員の不公平感、不要な摩擦やモチベーション低下につながる。従って、現状として全職員のベースアップが必要となり更なる負担増が憂慮される。

また、必要な看護師、医療補助者の人数は、診療科により大きな差があり、単に患者数に応じて算定していくベースアップ評価料等の加算では、診療科によつては算定が経営を圧迫する。

さらに、今回のようなベースアップ評価料等が一時的なものでは、経営状態や財務状況の改善による安定的な長期賃上げにつながらないため、中長期的・継続的な支援が望まれる。

加えて、会計や経理には疎い医療関係者が多いので、税理士等に依頼しないと書類の提出が難しく、算定手続きの煩雑さやベースアップの結果報告に対する不安を指摘する意見も多く、簡素化も必要と思える。

賃上げが医療関係の人材確保に直結することは当然であるが、その方法については以上のように改善すべき点が多い。

【千葉県医師会】

ご指摘の通り、ベースアップ評価料の施設基準の届出は、事務作業上煩雑な部分があり、小規模医療機関では専門的な知識を持ち合わせていない、届出の作業時間の確保が困難である、昇給・ベースアップそのものが困難である等の理由から届出を見合わせている医療機関が多くあります。実態調査等、まとめた調査が行われていないため、千葉県医師会では理事役員の先生方に算定状況と問題点等を伺ってみました。

本評価料について継続的な実施を危惧する声が多くありました。医療従事者の社会的地位を守るために、診療報酬の次回以降、物価上昇に見合った改定項目が設けられるか、現時点では全く分からぬ中の対応になっております。この点が算定の障壁になっております。物価上昇に対する継続的な考え方を提示して頂きたいと考えます。

税制の問題で賃上げすることができない、人材不足のためパート職員が多い場合、賃上げすることで扶養の枠を外れてしまう等で賃上げが行えないといった問題点を抱えている医療機関もありました。税制を含めた議論が必要と考えます。このようなケースでパート職員の労働時間を減らす対応をとると、人材不足に拍車がかかってしまう指摘がありました。

本評価料は全て賃上げ部分に用いなければならないことは、今までの診療報酬の考えではなかったものです。この点は画期的なものではありますが、賃上げ部分だけを分けて医療費が定められてしまう、患者に負担してもらうことに違和感を感じる先生方も多くおられました。

【東京都医師会】

ベースアップ評価料の課題や問題点について

医療者の収入アップと報道があるが、医療経営者やベテラン医師は外されているにもかかわらず、窓口負担が上がるという報道は患者側からすればあまり気持ちのいいものではないと考える。算定により患者負担が増えるため、あえて算定しようとしている医療機関や次期改定で評価料が継続されるという担保がないままに算定しにくいという意見もある。また、今回の評価に対して事務職員が含まれておらず、少し語弊があるかもしれないが、大病院のように派遣職員であれば

問題にならないが、正規職員の間で差が出ることは医療現場の軋轢を生むのではないか。

本来、十分な診療報酬があれば自然と給料を上げようとする医療機関も増えると思うので、再検討が必要ではないかと考える。

【長野県医師会】

○本県における算定状況（令和6年6月算定開始医療機関数）

①外来・在宅ベースアップ評価料（I）

- ・無床診療所：321
- ・有床診療所：19
- ・病院：102 計 442

②外来・在宅ベースアップ評価料（II）

- ・無床診療所：29
- ・有床診療所：1
- ・病院：1 計 31

③入院ベースアップ評価料

- ・有床診療所：11
- ・病院：101 計 112

ベースアップ評価料は、多くの病院が算定しているが、診療所においては、上記①で3割程度とほとんどの診療所が算定していない状況である。

○課題や問題点

日医は、2年後の改定での継続を見据え、積極的な算定を呼びかけているが、手続きが煩雑で、診療以外の医師の業務量が増えるし、届出たとしても届出た区分に変更がないかを定期的に確認する必要があり、間違った区分のまま評価料を受け取っていた場合は、厚生局の適時調査で指摘を受け返還を求められる可能性があることから、医療機関は算定しづらいのが現状である。

そもそも医療従事者の賃上げの原資を患者に負担させる仕組み自体がおかしいと感じるし、また、物価高騰などの影響も考慮されず、この程度の診療報酬では人員の確保にはつながらないので、補助金等の支援を日医から国にお願いしていただきたい。

【検討テーマ】

3. 医療 DX について

【提案要旨】

令和 6 年度診療報酬改定で、医療情報取得加算、医療 DX 推進体制整備加算が新設されたが、算定要件や導入コスト等を考慮すると、十分とは言い難い。また、医療 DX 推進体制整備加算の算定要件として、電子処方せんと電子カルテ共有サービスの体制確保があるが、オンライン資格確認の時と同様、多くの混乱が予想される。

電子処方せんについては、既に導入されている医療機関もあると思うが、中小薬局においては対応できないという声も多い。

令和 8 年度には共用算定モジュールを実装した標準型レセコンや標準型電子カルテの提供を本格化する予定であるが、業務上の必要性を感じない、コストが回収できない、ランニングコストが心配などの意見が多く、また、病院においては、クラウド型電子カルテの導入や診療データ活用のための DWH (データウェアハウス) 構築など基盤の共通化が求められしており、医療機関における IT 人材不足を問題とする意見も出ている。

つきましては、以下の点について、各都県のご意見を伺いたい。

1. 電子処方せんのトラブル事例及び課題
2. 電子カルテ共有化の問題点

〔回答〕

【新潟県医師会】

1. 電子処方せんのトラブル事例及び課題

電子処方せんの運用を開始している医療機関は徐々に増えているが、厚生労働省ホームページによると 7 月 7 日時点での新潟県における電子処方せん対応の医療機関は医科診療所が 50 件のことであり、病院では対応可能な医療機関がない状況である。このように本県では普及の途上にあるためか、今のところトラブル事例も把握していない。

電子処方せんの最大のメリットはリアルタイムな情報の反映により、重複投薬や併用禁忌のチェックが瞬時に行われ、安全で無駄のない処方が行われることと考える。このメリットを活かすためには地域全体で電子処方せんが活用される必要があり、現時点において対応可能な医療機関の少なさが課題ともいえる。

2. 電子カルテ共有化の問題点

「医療 DX の工程表」によればオンライン資格確認、電子処方せんの次に開始されるサービスに位置付けられているが、医療機関は昨年 4 月に義務化されたオンライン資格確認への対応ですら手一杯の状況にある。令和 7 年度から運用を開始する予定とされるが、すべての医療機関から電子カルテ情報共有サービスの理解が得られ、かつ導入に向けての作業工程だけでどれほどの時間がかかるか分からぬ。国が示している工程ありきで、現場の混乱を無視するような強引な進め

方が行われないか危惧しており、医療 DX 政策についていけない医療機関を切り捨てるような事が無いよう医師会として強く主張する必要性を感じる。

【栃木県医師会】

1：薬局全てが対応出来ていないため、対応に躊躇する。

また、電子処方せんに対応するためには、医療機関の電子カルテを改修することになるため、僅かな加算点数だけではその費用をまかなうことは不可能である。

2：電子カルテの共用の先には、患者へのカルテ共用がある。

厚労省は既に、傷病名については患者が直接確認出来るようにすると表明し、説明用の資料を公表している。

これらを理解していない医師は多いのではないか。

日本医師会は、カルテは患者の物であり、カルテの常時開示を進めるという事は当然と考え、厚労省と共に医療 DX 推進の方向でいるのかを聞きたい。

電子カルテの入れ替えや維持費は、小さな開業医にとっては莫大な金額である。

僅かな加算点数では、これらのコストをまかなうことは不可能である。

国の方針として電子カルテの共有を図るのであれば、僅かな加算点数ではなく、国庫からの資金で賄うべきではないか。

【山梨県医師会】

電子カルテの普及が進まない理由としては、①IT 機器への苦手意識、②紙カルテからの移行が大変、③導入コストが高い、④災害やセキュリティに対する不安、があげられる。レセプト件数に関わらず、導入コストはさほど差は無いと思われるため、件数の少ない医療機関では導入メリットは感じにくい。機器の維持費もかかり、概ね 5, 6 年毎には機器更新が必要となる。

クラウド型電子カルテではこれらの必要は少ないが、月々の維持費が高くなる。電子カルテ導入義務化に伴い医院を閉鎖することに至る声も聞こえてくる。オンライン資格確認機器導入時より多くの補助が必要である。

電子処方せんに関しては、オンライン資格確認が義務対象施設でほぼ導入されている事から普及には支障が無くなっている、しかし導入コスト並びに導入後の維持費にくらべ、導入メリットは感じにくく導入が進んでいない。導入コストを医療機関に負担させるのではなく、さらなる点数加算か導入補助金が必要なる。

【茨城県医師会】

1. 正直なところ、現状トラブル事例があるほど、電子処方箋は普及していない。

6/30 時点の厚労省 H P でのデータによれば、運用開始施設数で、病院：134 施設、医科診療所：2,667 施設、歯科診療所：105 施設、薬局：22,432 施設、となっているが、当院担当のシステムベンダーが現場をみている限りでは、実際に電

子処方箋を目にすることは現状皆無に等しいとの事である。おそらく、6月の診療報酬改定で新設された医療DX推進整備加算を算定するのに、「とりあえず、電子処方箋を発行できる(受け取れる)体制を整備した」だけにとどまっており、実稼働には至っていないと考えられる。その理由としては、「処方箋を発行する医療機関としても、処方箋を受け取る薬局としても、患者としても、あまりメリットが感じられない」からだと考えられる。

電子処方箋のメリットとしては、処方データをほぼリアルタイムで医療機関・薬局・患者と共有することで、「患者の処方・調剤情報を踏まえた質の高い診察・処方」「重複投薬の抑制」「疑義照会件数の削減」などに繋がると言われているが、そこまで必要性を感じていないのではないか。加えて、電子処方箋はオンライン資格確認システムが基盤となっているが、このシステムが日々ネットワークエラーや保険情報照会の不整合(マスターの紐付けミス?)などによりトラブルが絶えないため、土台がしっかりしていない感が否めない。

電子処方箋が普及するには、基盤となるオンライン資格確認システムの安定化(ネットワークなのか、クラウドサーバーなのか)やこのシステムに関わる全ての方がメリットを感じられるような仕組みにしていく必要があるのではないか。

(正直なところ、現状どの施設も「国がやれと言っているので、仕方なくやっている」感じがする。)

2. この問題に関しては、現状判明していることは「3文書6情報の共有」ということである。(3文書:「健康診断結果報告書」「診療情報提供書」「退院時サマリー」6情報:「傷病名」「感染症」「薬剤禁忌」「アレルギー」「検査」「処方」)これらの情報を、厚労省が定める統一規格に基づいて、国にクラウドサーバーにアップロードすることで共有化をはかるということなのだろうと思われるが、まず間違いなく、各施設に、イニシャルコスト・ランニング等の負担を強いることになると考えられる。(各電子カルテメーカーが国からの仕様に基づき、統一規格に変換するためのソフト開発を行うことになるから。)

また現状では、医科診療所における電子カルテの普及率は全国で約50%と言われており、残り50%が紙カルテであることから、オンライン資格確認システムの義務化以上にハードルが高いと言わざるを得ない。そのため厚労省は2030年に「電子カルテの標準化」を掲げてはいるが、残り6年半の間に50%の施設が電子カルテ化をすることは、非現実的であると考えられる。

となると、電子カルテ共有化が制度として始めたとしても、一部の電子カルテ導入施設のみでの情報共有ではあまり意味を成さないのではないか。また、オンライン資格確認システム義務化の時もそうだったが、この国の政策である医療DXについていけない施設が次々と閉院・閉局していく可能性もある。(それでも国はこの一大事業を推し進めていくつもりなのだろうが。)

たしかに、患者の立場からすると、この電子カルテ情報共有化というのは、ある施設で行った検査結果の情報などが別の施設で共有されれば、二重で診療費を支払う必要がなくなるわけで、これがひいては医療費の圧縮に繋がることを考え

れば、電子処方箋よりメリットを感じられるかもしれない。

【神奈川県医師会】

1. 神奈川県医師会員へアンケート調査をしたが、まだ実装している医療機関が少なく、トラブル事例や不満は聞こえてこない。

すでに導入している医療機関からは、

- 1) 重複処方に気付ける
 - 2) なりすましによる、複数医療機関への受診を防げる
 - 3) 対応できる薬局があれば、患者到着を待たずに調剤を開始できる
- など、メリットしか聞こえてこない。あえて挙げるとすると、一度処方箋を発行すると、修正訂正することが面倒である点がデメリットである。補助はあるものの導入費用とその保守費用についての経営的負担が問題である。

参考資料に当会会員のエッセイを紹介する。

・参考資料：神奈川県医師会報 905号「医療に対する私の思い」（令和6年6月10日発行）

2. 全国医療情報プラットフォームの基盤整備は重要である。電子カルテの共有化や医療機関をオンラインで結んで、医療情報を共有化できるとなれば、医療資源・情報の有効活用にはなる。是非とも取り組むべきであると考える。

電子カルテ共有化については、診療情報提供書を患者の手を経ず直接相手に送れることは有用である。また診療情報提供書の内容をデジタル情報として受け取れることで、紙面に記載されている情報を読み取って、カルテに書き写す、処方箋を入力する手間が省けるメリットがあると期待する。

しかし、共有化に伴い、現在の診療報酬の仕組みを根本から見直す必要がある。レントゲンやCT、採血検査などの点数について考える。検査を行い、判読・診断し、その結果を患者へ説明するまでが当該点数に含まれる。検査の点数と、判断料が分かれているが、現在の保険診療では、検査を行った医療機関が点数を「総取り」する。初診時のCT判読などの一部例外はあるが、他医の検査結果を判断・説明しても、検査を行っていない医療機関には報酬が設定されていない。

他医療機関での検査結果について、患者の求めに応じて評価・診断・説明した場合には、適切な診療報酬が用意されることが必須である。

またこの報酬は、最初に算定した（検査を行った）医療機関と同じ点数であるべきである。

また電子カルテ共有化が、電子カルテメーカー間での乗り換えが簡単になるような標準化につながるようにより積極的に進めてもらいたい。乗り換えが簡単になるということは、メーカー間での競争が進み、よりユーザーに使い勝手の良い電子カルテとなるからである。

【群馬県医師会】

医療情報取得加算、医療DX推進体制加算が新設された。国はオンライン資格

確認体制とマイナンバー受診率の向上に合わせて経時的に 3 段階に分けて算定できる仕組みとしたが、要件や導入コスト等考慮するとハードルが高い。また、全国的にもマイナ保険証の利用率は 17%前後で伸び悩んでいる。高齢者が入所する介護施設でのマイナンバーカード取得も進んでおらず、取得率向上のために県内一部の市町村では職員が代行して取得に繋げているが、進まない。

医療 DX を進めることに異論はないが、トラブルが多く安全面への不安が高いマイナ保険証の普及のために、加算点数に差をつけてまで強引に誘導するやり方に憤りさえ感じる。マイナンバーカードの特徴である、医療保険情報以外の幅広い個人情報が含まれるという点が変わらない限り、今後も大幅な普及は期待できず、医療 DX の障壁にすらなりかねないと考える。

また、医療 DX 整備の算定要件として電子処方箋と電子カルテ共有サービスの体制確保とある。全国の電子カルテ普及率は 2022 年の厚生労働省のデータでは 200 床未満の病院で 48.8%、一般診療所で 49.9% であり、群馬県のデータでは病院で 54.5%（群馬県保健医療計画第 7 章第 14 節）、診療所の導入については正確な数字は確認できなかった。

一方、電子処方箋発行の準備ができているのは、病院 1/127 (0.0078%)、診療所 43/1573 (0.023%)、歯科 1/977 (0.001%)、薬局 360 /984 (37.5% : 県薬剤師会データ) であった。群馬県内のドラッグストアチェーン店は 373 店舗である。薬局で電子処方箋を導入している多くは、大手を中心としたチェーン店である。電子カルテ、電子処方箋のメリットとしては、情報共有の円滑化、業務の効率化、働き方改革、災害的対応強化など様々なものがあり、次世代社会のために進めなくてはいけないが、現時点のデメリットとして費用の問題、情報セキュリティ、標準化の問題そして診療報酬等々があり、オンライン資格確認の時と同様に多くの混乱が予想される。

また、ドラッグストア業界では、大手同士の M&A が進み、地方中心にチェーン店の吸収合併が起きている。Amazon ジャパンはヘルスケアが提供可能な薬局とパートナーシップを組んで取り組みを進める意向を示した。今後、医師会側への影響も看過できない事態が生じることを危惧する。

貴会のご質問に回答する。

1. 処方箋のトラブル事例課題について

群馬県の電子カルテ運用の実態は報告した。事例や課題について不明であるが、予想されるものとしては、システム障害、処方情報の伝達遅延や誤りなどによって医療機関が混乱すること、操作ミスの増加、セキュリティ問題、不正アクセスやデータ漏洩、また高齢者が多い地域での対応の困難さ、さらに電力供給が停止の場合の問題などが考えられた。

2. 電子カルテの共有化

電子カルテの共有化にとって医療情報プラットフォームは全国の医療機関を結ぶ基盤となる。諸外国においては、国家プロジェクトとして国主導でプラットフォームは立ち上げ、電子カルテはオープンな環境のもと共有化されている。厚

労省はモデル事業（電子カルテ共有サービス、標準型電子カルテ）を医療 DX の推進に関する工程表の中で進めているが、標準型電子カルテ α 版が開発され、広まり、API で医療情報プラットフォームに繋がれば良いことだと考える。

さらに群馬県医師会では知事との意見交換会で医療費助成の受給者証や診療券として利用される PMH (Public Medical Hub) の仕組みを市町村に導入し、これによって各種医療費助成、予防接種、母子保健等の情報達成を実現し、自治体サービスと医療サービスを繋げるようにならねばならないと要望したところである。

一方、新たな企業による遠隔地からのオンライン診療で地域医療が疎遠される懸念がある。過疎地や地域内の顔の見える医療がオンライン診療や遠隔医療で繋がり、地域でおきる孤独死や家庭内暴力など地域住民と解決しなければいけない問題を解決していくことが求められている。医師会は地域住民とともににあるのであって、顔も見えない診療体制がオンラインで入ってくることは経済優先による診療行為であり、医の本質の対極にあることをはつきりと認識するべきと考える。国の目指す地域医療包括ケアシステムの自助、共助、公助のシステムを潰すことにつながると懸念する。

【埼玉県医師会】

1. 電子処方せんのトラブル事例と課題

埼玉県における令和 6 年 6 月上旬での電子処方せんの導入率は、調剤薬局が約 30% であった一方、医療機関については約 3% ときわめて低調である。そのため、電子処方せんのトラブル事例の報告も今のところほとんど医師会まで上がってきていない。

本会へ報告のあった 1 件は、電子処方せんを発行したところ、調剤薬局で処方せんに疑義があり処方せんの修正が必要であったが、システム上では修正ができない事象であった。当該医療機関はシステムベンダーから「現時点ではシステム上では、電子処方せん発行後の修正ができないため電子処方せんを発行しないように」と申し入れを受けたとのことである。

電子処方せんのシステムはまだまだ不安定であり、システムベンダーの対応もときわめて遅れていると言わざるを得ない。システムベンダーが十分に対応できない現状を考えると、補助金に釣られて拙速に導入せず、医事会計システムのリプレイス時に電子処方せん機能を追加搭載する方が、コスト的にもシステムの安定性の点からも最善であろうと考える。

電子処方せんのシステムには、リアルタイムで他院の調剤情報が確認できて、併用禁忌や、重複処方のアラートが表示されるなど、数多くのメリットがある。しかし、これらのメリットを享受するには、ほぼ全ての医療機関と調剤薬局が参加していることが必要であり、そうでないと逆にデメリットにもなり得る。医師会としては会員の先生方に不利益がないよう、丁寧な説明と情報提供を行なっていく必要があると考える。一方、日本医師会からは国に対して拙速な導入促進を行わないよう申し入れを行なっていただきたいと考える。

2. 電子カルテ共有化の問題点

医療 DX のゴールのひとつとして、国は全国医療情報プラットフォームの構築を提唱している。オンライン資格確認システムをインフラとして、その中に電子処方せんシステムを構築し、加えて電子カルテ情報(※3 文書 6 情報)を共有していくものである。カルテ情報をデジタルデータとして共有するためには、データの形式が統一されたフォーマットでなければ相互の閲覧は不可能である。

すでに稼働している電子カルテについては、共有情報を標準フォーマットで出力する機能を追加しなければならない。このためのシステム改修には大きなコストがかかることが予想される。またシステムが旧式のため改裝そのものが出来ないものもある。電子カルテを入れ換えるタイミングで標準規格のデータ出力ができる機能を実装することがコスト的にもベストであろう。

一方、紙カルテを使用している医療機関については、現在、国が標準型電子カルテの開発に着手し、配布を考えている。2024 年度後半に α 版をリリースして、2026 年度には本格版を提供する予定という。これは、紙カルテを完全に電子カルテに置き換えることを強制するものではないとアナウンスされている。紙カルテを運用しつつ、3 文書 6 情報を端末に入力して公開するシステムとなるものと予想される。

少なくとも医療機関にとっては経済的な負担とデータ入力の手間が増えて、日常診療に負担が生じて支障が出ないとも限らない。また、機微な情報を公開する以上、セキュリティー対策もより強固なものとする必要があり、このためのコストも無視できない。

医療 DX は、安心・安全な医療を効率的に提供するためのツールであり、医療 DX そのものを目的としてはならない。拙速な医療 DX の推進は、厳に慎むべきである。

※3 文書:①診療情報提供書、②退院時サマリー、③健康診断結果報告書

※6 情報:①傷病名、②アレルギー情報、③感染症情報、④薬剤禁忌情報、

⑤検査情報、⑥処方情報

【千葉県医師会】

電子カルテ情報共有は医療 DX の一環として 2025 年 4 月からの開始が予定されています。しかし、厚労省の資料によりますと令和 2 年の電子カルテの普及率は病院で 57.2%、200 床未満の病院に限ると 48.8%、診療所で 49.9% となっています。

電子カルテ未導入の施設は導入のためにハードやソフトの購入、ネットワーク環境の整備が必要となり高額な初期費用が必要となるだけでなく、電子カルテを設置してもすぐに移行できるわけではありません。操作のためのトレーニングが必要であり慣れるまでは時間がかかり診療に影響が出る恐れがあります。また、すでに電子カルテを使用している施設においても共有システムへの接続するために改修の必要となります。場合によっては業務や運用のための人材が必要とな

ることも考えられます。いずれの場合も導入費用だけでなく維持・保守費用がかかりますが、補助金制度では不充分と思われます。

オンライン資格確認システム導入の際にベンダーにより導入・保守費用に差があったのは既知の通りであります。電子カルテ導入および共有化についても国による十分な補償もしくは無償提供などが必要と考えます。医療機関の規模の大小にかかわらず現状を把握し、無理のないスピードで電子カルテ共有化を進めていただきたいと思います。

具体的な意見を伺いましたところ、電子処方箋については、県内に一部モデル地域がありますが、導入していない施設がほとんどでした。電子カルテの共有化について、システム障害による診療への影響を危惧する声がありました。システム障害や災害時の想定等で、あえて紙カルテを選択している医療機関が見られました。

電子カルテとは関係がない部分ですが、オンライン資格確認について、小児や障がい者への対応の問題点の指摘がありました。

【東京都医師会】

1. 電子処方せんのトラブル事例及び課題

東京都の電子処方箋対応医療機関は、7月14日時点で薬局2,133施設（主として大手チェーン所属）であるのに対し、診療所は358施設、病院に至っては4施設しかない（参考：令和4年度東京都医療機関数：診療所14,689件、病院629件）。これでは実事例についての報告も上がって来ようがない。従ってトラブル事例はない。

課題を以下に列記する。

①500床以上の病院で導入されている富士通Japan、NEC/SECなどと言った電子カルテシステムは単純に主たる電子カルテシステムのみで動作しているわけではない。例えば救急部門では通常の電子カルテではなく別の業者が構築した部門システムで動作しており、単純に「処方箋を出す」という動作も病院ごとであっても単一の方法で運用できるわけではない。さらに電子処方箋を発行するためには医師それぞれが医師資格証を保有しなければならないことも病院で導入する困難さの元凶になっている。こうした複雑な大病院における電子カルテ事情を考慮せずに策定された電子処方箋システムには疑問を抱かざるを得ない。

②処方引換証は現在でもまだ紙ベースであり、それは旧来の処方箋とほぼ同一の形式で標題を変えているだけに過ぎない。電子的な引換証は患者自身のスマートアプリであるマイナポータルにて発行されるがそれを日常的に提示することは簡単ではない。この引換証をもっと利便性の高いものに開発を進めることが急務である。例示するならば、電子処方箋が発行された患者は自分のマイナンバーカードを薬局で提示・タッチすれば薬局側で電子処方箋が確認できるようなインターフェースにまで昇華すべきである。

2. 電子カルテ共有化の問題点

国が開発を進めている標準型レセコンや標準型電子カルテは、あくまでも 2030 年までに電子カルテ情報標準化に対応が困難な紙カルテやオンプレミス（サーバを自院に置いている）電子カルテに固執している医療機関への対策に過ぎないことを周知すべきである。診療所や中小病院では電子カルテはすべからくクラウド化に向かわねばならず、大病院の電子カルテも共有化の必要なデータはクラウド化が必須であり、その両者が国の医療情報プラットフォームのサーバと適確な API 連携によって 3 文書 6 情報を HL7 FHIR 規格でやり取りできるようすればよいだけである。

厚生労働省では今後の電子カルテの共有情報を旧来の地域医療連携で取り交わされていた画像や医療記録・看護記録にまで拡げようという表現があったが、昨年あたりからだいぶ論調が変化してきた。それは電子カルテだけでも扱うデータ量が膨大となり、その他の予防接種・介護・母子保健・ヘルスケアと言った分野までを包括していくには、現在の構想における中央集権的な構成をとつて社会保険支払基金が用意するサーバの限界を見越せるようになってきたことに起因しているのではないか。従って、電子カルテの将来における全般的共有を目指すためには、サーバ構成を分散型に変更していくことが必須である。分散化・冗長化が実現できれば、単純なハッキングで一部のサーバが機能不全に陥っても全体のシステムを止めることなく運用継続が可能となる。また、これまでの地域医療連携の骨格を担ってきた SS-MIX2 規格での連携を地域的なものに留めることなく、全国的な応用ができるシステムへと拡張すべきである。

【長野県医師会】

1. 電子処方せんのトラブル事例及び課題

○本県の導入状況（日医総研のワーキングペーパーより（令和 6 年 5 月 19 日時点））

病院：1（導入率 0.8%）

診療所：37（導入率 2.3%）

薬局：298（導入率 29.4%）

となっており、医療機関での導入率は極めて低い状況である。

ランニングコストに見合った診療報酬でないので、導入を推進するのであれば、補助金の増額や作業負担の軽減等更なる支援が必要だと考える。

○トラブル事例及び課題

中・小規模の薬局は、対応できないところが多く、かかりつけ患者が困るのではないか。本来であれば、薬局が完備されてから、医療機関で導入という話ではないだろうか。

今後、電子処方せんの導入により、処方せんへの記載事項が増えることが予想され、医療機関側の手間が増えることが懸念される。

2. 電子カルテ共有化の問題点

国が進める医療 DX において「2030 年には概ねすべての医療機関において必要な患者の医療情報を共有するための電子カルテの導入を目指す」としているが、現在、紙カルテを使っている先生も多いことから、そういった先生に対するフォローが必要と考える。

医療 DX 推進体制整備加算が新設されたが、電子カルテ共有化サービスの体制確保が算定要件となっており、これを足掛かりに患者情報の共有化、ひいては国によるカルテやレセプトのチェックを視野に入れているのではないかと危惧している。

また、サイバーセキュリティ対策として BCP の作成が義務化され、医療機関の手間が増える一方である。

令和6年度 関東甲信越医師会連合会
医療保険部会

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 | 長島公之 | |

【新潟県】(3名)

| 役職名 | 氏名 | 備考 |
|-------|------|----|
| 副会長 | 川合千尋 | |
| 理事 | 吉澤弘久 | |
| 業務課係長 | 今井悠太 | |

【栃木県】(3名)

| 役職名 | 氏名 | 備考 |
|------|------|----|
| 常任理事 | 依田祐輔 | |
| 常任理事 | 佐田尚宏 | |
| 次長 | 内川崇 | |

【山梨県】(4名)

| 役職名 | 氏名 | 備考 |
|--------|------|----|
| 理事 | 武井治郎 | |
| 理事 | 羽田義信 | |
| 理事 | 原理 | |
| 医師国保課長 | 柳澤征紀 | |

【茨城県】(3名)

| 役職名 | 氏名 | 備考 |
|---------|-------|----|
| 副会長 | 大場正二 | |
| 常任理事 | 新澤岳 | |
| 業務課課長補佐 | 平野健太郎 | |

【神奈川県】 (3名)

| 役職名 | 氏名 | 備考 |
|------------|-------|----|
| 理事 | 渡辺 雄幸 | |
| 理事 | 藤倉 寿則 | |
| 保険医療・学術課主事 | 荒井 敬登 | |

【群馬県】 (4名)

| 役職名 | 氏名 | 備考 |
|-------|-------|----|
| 副会長 | 西松 輝高 | |
| 副会長 | 川島 崇 | |
| 理事 | 長坂 資夫 | |
| 業務2課長 | 遠間 弘之 | |

【埼玉県】 (5名)

| 役職名 | 氏名 | 備考 |
|-------------|-------|----|
| 副会長 | 廣澤 信作 | |
| 常任理事 | 小室 保尚 | |
| 理事 | 風間 浩美 | |
| 業務課長 | 菅沼 俊昭 | |
| 業務課業務Ⅱ担当副主幹 | 山口 和哉 | |

【千葉県】 (3名)

| 役職名 | 氏名 | 備考 |
|---------|-------|----|
| 副会長 | 寺田 俊昌 | |
| 理事 | 佐藤 孝彦 | |
| 管理調整課係員 | 丸 知里 | |

【東京都】 (4名)

| 役職名 | 氏名 | 備考 |
|--------|--------|----|
| 副会長 | 蓮沼 剛 | |
| 理事 | 目々澤 肇 | |
| 理事 | 莊司 輝昭 | |
| 医療保険課長 | 山口 真由美 | |

【長野県】（5名）

| 役職名 | 氏名 | 備考 |
|---------|-------|----|
| 常務理事 | 溝口圭一 | |
| 理事 | 塩ノ崎文博 | |
| 保険医療課係長 | 柳澤國勇 | |
| 経理課係長 | 赤松達郎 | |
| 保険医療課係 | 増田早希 | |

計38名

医療保険部会

検討テーマ 2. ベースアップ評価料について 追加資料

2024年5月21日開催
財政制度等審議会の資料

神奈川県医師会

資料IV-2-2

我が国医療保険制度の特徴と課題

我が国医療保険制度の特徴

国民皆保険 フリーアクセス 自由開業医制 出来高払い

| 公的保険制度 | 患者側 | 医療機関側 |
|---|---|--|
| ○ 公的保険でカバーする範囲が広い (薬事承認=保険収載) ○ 費用対効果評価の適用が限定的 ○ 現役世代の保険料負担増 | ○ 患者負担が低く、コストを抑制するインセンティブが生じにくい構造 ○ 誰もがどんな医療機関・医療技術にもアクセス可能 ○ 患者側と医療機関側の情報の非対称性 | ○ 患者数や診療行為数が増加するほど収入増 ○ 都市部の開業医が多いことなど地域間、診療科間、病院・診療所間の医師の偏在 ○ 薬剤の適正使用等を促す仕組みの欠如 |

○ 過剰な医療提供を招きやすい構造
○ 今後加速する「支え手（現役世代）」減少
○ イノベーション等による医療の高度化・高額化の進展

質の高い医療を提供しつつ国民皆保険の持続性を確保していくための医療制度改革の視点

質の高い医療の効率的な提供 保険給付範囲の在り方の見直し 高齢化・人口減少での負担の公平化

○ 公定価格の適正化
○ 費用対効果評価の活用
○ 医療提供体制の改革
○ 診療・経営情報の異なる見える化
○ 自助・共助の適切な組み合わせ
○ 高度・高額な医療技術や医薬品への対応
○ 年齢ではなく能力に応じた負担
○ 支え手減少下での医療費増加に対する総合的な対応

審議会での議論の要点

質の高い
医療の
効率的な提供

- ・診療報酬を適正化 → 診療報酬を減らす
- ・医療DX → 効率的な医療で医療資源の有効活用
- ・医師偏在対策
- ・かかりつけ医機能が発揮される制度の整備
→ フリーアクセスの制限？
- ・診療・経営情報の見える化
→ 診療報酬と医療従事者の給与をガラス張り

保険給付範囲の
見直し

- ・薬剤についてOTCの利用、自己負担増

負担の公平化

- ・金融所得・金融資産を含めて、幅広く税収を得る
- ・高額療養費制度の見直し

さらなる経営情報の「見える化」

資料IV-2-10

- 改正医療法が2023年8月に施行され、医療機関が特定されない形での「経営情報データベース」が導入されたが、特に「見える化」のコアとも言うべき、職員の職種別の給与・人数については、任意提出項目とされている。
- 医療機関の「経営情報データベース」については、匿名であること、国民への説明責任の観点を踏まえれば、職種別の給与・人数の提出の義務化が必要。

◆医療法人における職種ごとの給与の見える化について（2022年12月2日）

第7回公的価格評価検討委員会 増田座長提出資料（抄）

- 新しい資本主義を掲げ、分配政策に重点を置く岸田内閣の下、公的価格評価検討委員会では、医療従事者の待遇改善を行うために、9割近くを税や保険料で賄っている医療法人の職種ごとの給与の見える化を訴えてきた。

◆医療法人における職種ごとの給与の見える化について（2022年12月2日）

第7回公的価格評価検討委員会 増田座長提出資料（抄）

- こうした中、厚生労働省では、医療法人について、匿名情報として経営情報を把握・分析するとともに、国民に丁寧に説明するためのデータベースを構築する制度の検討を行ってきた。これは、「見える化」を進める中で極めて重要な制度改正と考えられる。
- しかし、11月9日にとりまとめられた厚生労働省の「医療法人の経営情報のデータベースの在り方に関する検討会報告書」では、職種ごとの年間1人当たりの給与額算定に必要なデータについて「提出を任意とすべき」とされた。この点について、雇い主であれば医師や看護師の給与の把握が可能であるため匿名であれば個人情報の問題は生じないことから、国民への説明責任の観点を踏まえれば、職種ごとの年間1人当たりの給与額算定に必要なデータについては、確実に提出いただくべきものであると考えられる。

- 制度の施行当初は提出を任意とするとしても、施行後早期に提出状況や提出されたデータの内容をみて、「見える化」の趣旨から義務化した場合とそん色ない正確なデータを把握できているかの確認が必要であり、その上で、提出の仕方や内容について、義務化も含め検討すべきと考えられ、当委員会において継続的に実施状況を厚生労働省から聴取し、議論を続けるべきと考えている。

【改革の方向性】（案）

- EBPMを推進していく観点からも、今後の処遇等に関わる施策を検討するための前提として、こうした各医療機関・事業者のデータの収集が必要である。
- また、改正医療法の施行状況を踏まえて、医療機関の「経営情報データベース」において、職種別の給与・人数の提出を義務化すべき。

◆医療法人における職種ごとの給与の見える化について（2022年12月2日）

第7回公的価格評価検討委員会 増田座長提出資料（抄）

新しい資本主義を掲げ、分配政策に重点を置く岸田内閣の下、公的価格評価検討委員会では、医療従事者等の処遇改善を行うために、9割近くを税や保険料で賄っている医療法人の職種ごとの給与の見える化を訴えてきた。

（中略）

こうした中、厚生労働省では、医療法人について、匿名情報として経営情報を把握・分析するとともに、国民に丁寧に説明するためのデータベースを構築する制度の検討を行ってきた。これは、「見える化」を進める中で極めて重要な制度改正と考えられる。

しかし、11月9日にとりまとめられた厚生労働省の「医療法人の経営情報のデータベースの在り方に関する検討会報告書」では、職種ごとの年間1人当たりの給与額算定に必要なデータについて「提出を任意とすべき」とされた。この点について、雇い主であれば医師や看護師の給与の把握が可能であり、また匿名であれば個人情報の問題は生じないことから、国民への説明責任の観点を踏まえれば、職種ごとの年間1人当たりの給与額算定に必要なデータについては、確実に提出していただきべきものであると考えられる。

制度の施行当初は提出を任意とするとしても、施行後早期に提出状況や提出されたデータの内容をみて、「見える化」の趣旨から、義務化した場合とそん色のない正確なデータを把握できているかの確認が必要であり、その上で、提出の在り方や内容について、義務化も含め検討すべきと考えており、当委員会において継続的に実施状況を厚生労働省から聴取し、議論を続けるべきと考えている。

経営情報

※ 赤文字は必須項目。緑文字は任意項目。青文字は病院は必須項目、診療所は任意項目。

施設別

- 医業収益**（入院診療収益、室料差額収益、外来診療収益、その他の医業収益）
- 材料費**（医薬品費、診療材料費・医療消耗器具備品費、給食用材料費）
- 給与費**（給料、賞与、賞与引当金繰入額、退職給付費用、法定福利費）
- 委託費**（給食委託費）
- 設備関係費**（減価償却費、機器賃借料）、 **研究研修費**
- 経費**（水道光熱費）
- 控除対象外消費税等負担額**
- 本部費配賦額**
- 医業利益（又は医業損失）**
- 医業外収益**（受取利息及び配当金、運営費補助金収益、施設設備補助金収益）
- 医業外費用**（支払利息）
- 経常利益（又は経常損失）**
- 臨時収益・費用**
- 税引前当期純利益（又は税引前当期純損失）**
- 法人税、住民税及び事業税負担額**
- 当期純利益（又は当期純損失）**
- 職種別の給与（給料・賞与）及び、その人数**

財務省が喉から手が出るほど欲しい情報
そのまま提出している点数が
なかったでしょうか？

医療に対する **私** の **思** **い**

電子処方箋

川崎市医師会 大塚 宏之

診療報酬改定で医療DX加算が算定できるようになりました。その算定基準の1つに電子処方箋の対応を令和6年度中に行なうことが示されています。

まだまだ普及率が低い電子処方箋ですが、電子処方箋管理サービスへの登録は毎月伸びてきて、2024年4月現在70万件を超えています。

当院では2023年9月からマイナ保険証の方には原則全て電子処方箋を発行しています。これまでの経緯をお示ししたいと思います。導入を検討されている医療機関のお役に立てれば幸いです。

1. 導入

厚生労働省は否定していませんが、実際紙カルテでの運用は難しいと思います。また電子カルテも電子処方箋に対応しているところと、そうでないところがあります。すでに対応している、または対応予定のベンダーを選ぶことが大切です。最新の情報は医療機関等向け総合ポータルサイトに毎月公表されていますので、必ずそちらでご確認ください。対応予定も記載されていないベンダーは選ばないことが大切です。

2. 運用

マイナ保険証で受付をした方で、電子処方箋を希望される方には電子処方箋が発行可能になります。薬剤情報・診療情報の確認、特定健診の確認をして診察後、電子カルテに処方内容を

記載します。その後電子処方箋発行ボタンをクリックします。すると電子カルテからオンライン資格確認のパソコンを通じて、電子処方箋を登録します。この時、他の医療機関も電子処方箋で発行していれば、併用禁忌を教えてくれます。また重複チェックもしてくれます。今までお薬手帳を確認して、調べてそれから処方していたのが、電子化されると瞬時に確認できます。引換番号を記載した控えが発行されます。こちらは導入初期に印刷していましたが、現在はマイナポータルでご本人に確認してもらっているので印刷していません。完全にペーパーレスです。

薬局で処方されると、電子カルテの調剤ボタンをクリックすると調剤結果を見るることができます。ジェネリック等で何が処方されたか確認できます。また薬局からの連絡事項も確認できます。

一度使い始めると、今までとは全く違う、より正確で質の高い医療を提供できると思います。

3. 電子処方箋の導入及び新機能への補助

電子処方箋の導入については補助金があります。支払基金と神奈川県です。支払基金への申請は医療機関等向け総合ポータルサイトから、また神奈川県はHPから、それぞれ申し込むことになります。助成金と併せて診療所の場合3/4支給されますのでお得です。

**社会保険診療報酬
支払基金**

5. 電子処方箋の導入及び新機能（機能拡充）への補助

事業の概要・スキーム

（補助の対象となる費用）
 ア. 基本パッケージ改修費用：電子カルテシステム、レセプト電算化システム等の既存システム改修にかかる費用
 イ. 接続・周辺機器費用：オンライン資格確認端末の設定作業、医師・薬剤師の資格確認のためのカードリーダー導入費用（カード取得費用は除く）
 ウ. システム適用作業費用：現地システム環境適用のための運用調査・設計、システムセットアップ、医師・運用テスト、運用立会い等

① 令和4年度から実施している医療機関・薬局に対する電子処方箋管理サービスの導入に係る費用への補助について、令和6年3月末までに導入した施設への特例補助率の適用を令和7年3月末導入施設までに継続した上、引き続き、令和6年度導入施設への補助を実施。

| | 大規模病院 (病床数200床以上) | 病院 (大規模病院以外) | 診療所 | 大型チェーン薬局 (グループで処方箋の受付が月4万回以上の薬局) | 薬局 (大型チェーン薬局以外) |
|-------------|---|---|--|---|--|
| 費用の 補助内容 | 162.2万円を上限に補助 ※事業額の486.6万円の 1/3を補助 (通常補助率:1/4) | 108.6万円を上限に補助 ※事業額の325.9万円の 1/3を補助 (通常補助率:1/4) | 19.4万円を上限に補助 ※事業額38.7万円の 1/2を補助 (通常補助率:1/3) | 9.7万円を上限に補助 ※事業額38.7万円の 1/4を補助 (通常補助率:1/5) | 19.4万円を上限に補助 ※事業額38.7万円の 1/2を補助 (通常補助率:1/3) |

① 令和7年3月末までに新機能（リファイル処方箋、口頭同意による重複投薬等チェック結果閲覧、マイナンバーカードによる電子署名対応、処方箋ID検索、調剤結果ID検索（薬局のみ））と電子処方箋管理サービスの導入を同時に実施した医療機関・薬局に対する費用への補助もあわせて実施。

| | 大規模病院 (病床数200床以上) | 病院 (大規模病院以外) | 診療所 | 大型チェーン薬局 (グループで処方箋の受付が月4万回以上の薬局) | 薬局 (大型チェーン薬局以外) |
|-------------|--|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 費用の 補助内容 | 200.7万円を上限に補助 ※事業額の602.2万円の 1/3を補助 | 135.3万円を上限に補助 ※事業額の405.9万円の 1/3を補助 | 27.1万円を上限に補助 ※事業額54.2万円の 1/2を補助 | 13.8万円を上限に補助 ※事業額55.3万円の 1/4を補助 | 27.7万円を上限に補助 ※事業額55.3万円の 1/2を補助 |

② 電子処方箋を導入した医療機関・薬局に対して、電子処方箋管理サービスの新機能（リファイル処方箋、口頭同意による重複投薬等チェック結果閲覧、マイナンバーカードによる電子署名対応、処方箋ID検索、調剤結果ID検索（薬局のみ））導入費用の補助を実施。

| | 大規模病院 (病床数200床以上) | 病院 (大規模病院以外) | 診療所 | 大型チェーン薬局 (グループで処方箋の受付が月4万回以上の薬局) | 薬局 (大型チェーン薬局以外) |
|-------------|---|---|---|--|---|
| 費用の 補助内容 | 45.2万円を上限に補助 ※事業額の135.6万円を 上限に、1/3を補助 | 33.3万円を上限に補助 ※事業額の100万円を上 限に、1/3を補助 | 12.3万円を上限に補助 ※事業額24.5万円を上 限に、1/2を補助 | 6.4万円を上限に補助 ※事業額25.6万円を上 限に、1/4を補助 | 12.8万円を上限に補助 ※事業額25.6万円を上 限に、1/2を補助 |

【○電子処方箋の全国的な普及拡大や機能向上の推進】
施策名：電子処方箋の活用・普及の促進事業

令和5年度補正予算 167億円
 ※一般会計
 ※補正新規

各都道府県

① 施策の目的
 オンライン資格確認等システムを導入した概ねすべての医療機関・薬局における電子処方箋管理サービスの導入に向けて、その導入費用の助成を支援することで電子処方箋の活用・普及を促進する。

② 対策の柱との関係
 I II III IV V
 ○

③ 施策の概要
 都道府県が第四期医療費適正化計画に基づき実施する電子処方箋の活用・普及に向けて、都道府県がその環境整備として行う医療機関等への導入費用の助成を補助する。

④ 施策のスキーム図、実施要件（対象、補助率等）等
 （実施主体：都道府県、補助率：国2/3、都道府県1/3）

➢都道府県は活用・普及の促進施策の実施に向けて、電子処方箋の運用開始施設を一定数確保することにより、運用実績から得られる課題やデータ等に関するリソースを確保。
 ➢運用開始施設を確実に確保するため、都道府県は導入費用に関する助成金※を支給し、給付を受けた施設は一定期間都道府県の取り組みへ協力。
 （モニター、アンケート、セミナー、広報資料作成、データ提供等の協力が考えられる。）

※助成金と他の補助金を併せて受給することが可能（導入費用に対する財政支援全体の割合：病院1/2、診療所・薬局（大手除く）3/4、大手チェーン薬局1/2）

⑤ 施策の対象・成果イメージ（経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む）

電子処方箋の活用・普及を促進することにより、質の高い効率的な医療の提供に向けた医療DXの推進を図ることができる。

5. 電子処方箋の導入及び新機能（機能拡充）への補助

社会保険診療報酬支払基金からの補助金、都道府県からの補助金は、それぞれの申請期間にご注意ください。

社会保険診療報酬支払基金からの補助金申請は 医療機関等向け総合ポータルサイトご確認下さい

5. 補助金

医療機関、薬局向けの電子処方箋システム導入に係る補助金の情報を掲載しています。

5.1 医療情報化支援基金等による補助について

○ 令和6年度の補助金に係る資料です。
[医療情報化支援基金等（526001）](#)

○ 補助金の申請は、医療情報化等向け総合ポータルサイトから

申請方法は、電子処方箋管理サービス等導入補助金の申請について「首次9 中標候式・手順書等」の補助金申請手順を「ご参照ください。

（複数の医療情報化支援等から構成される組織が、販売側に離れた複数の医療情報機器等の電子処方箋管理サービス等導入補助金申請を一括して行う場合は、「首次10 電子処方箋管理サービス等導入補助金の申請手順について」をご参照ください。）

そのほか、申請様式、申請に必要な書類、補助対象、申請の流れ、等を掲載しています。

補助金に係るFAQは[こちら](#)

お問い合わせ先
オンライン販売課等コールセンター 0800-000-4563
(通話料無料)

厚生労働省HPから
医療機関等向け総合
ポータルサイトへの
リンクは[こちら](#)から

都道府県からの補助金申請は

各都道府県のHPをご確認下さい

5.2 都道府県による導入費用の助成事業について

○ 令和6年度（令和5年度からの継続分）医療機関等導入費用（電子処方箋の活用・薬局の導入事業）に係る資料です。

・[令和5年度正半期 電子処方箋の活用・薬局等（154801）](#)

・[令和5年度（令和5年度からの継続分）医療機関等導入費用（電子処方箋の活用・薬局の導入事業）の実施について（14481）](#)

・[令和5年度（令和5年度からの継続分）医療機関等導入費用（電子処方箋の活用・薬局の導入事業）の実施について（14481）](#)

本項の事業に係る医療機関基準額を通知（内示）した都道府県は以下の通りです。

青森県、秋田県、山形県、福島県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、富山県、長野県、岐阜県、愛知県、三重県、大阪府、広島県、山口県、福岡県、熊本県

上記都道府県の案内ページは下記とあります。

○各都道府県のHPが登録され次第、本ページでも随時ご案内致します。

・[青森県（医療機関）](#)
・[福島県（医療）](#)
・[埼玉県](#)
・[宮城県（医療機関）](#)
・[宮城県（医療）](#)
・[群馬県](#)
・[栃木県](#)
・[山形県（医療機関）](#)
・[山形県（医療）](#)
・[福岡県](#)

青森県、秋田県、山形県、福島県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、富山県、長野県、岐阜県、愛知県、三重県、大阪府、広島県、山口県、福岡県、熊本県

※今後、実施する都道府県が増える可能性もあります

5月上旬時点で、群馬県、埼玉県、東京都、神奈川県、富山県、山口県、福岡県は案内が開始されておりますので、申請方法・準備書類等ご確認ください。

4. HP KIカード

電子処方箋の発行にはHP KIカードが必要です。ところが今後ご自身のマイナンバーカードを活用し、マイナポータルから電子署名ができるようになるそうです。（2024.5現在まだ詳細は不明）

5. まとめ

今まで前月のレセプトが申請されるまで、

薬剤情報が確認できませんでした。電子処方箋であれば、たとえば午前中診察処方された内容がすぐ確認できます。

電子処方箋に切り替えてから、国のサーバーには併用禁忌や重複処方がどのくらい記録されているのか、しみじみ考えるようになりました。このような素晴らしいシステムが、すでに構築され稼働しているのです。

ますますの普及が望まれます。

《神奈川県業務課からのお知らせ》

神奈川県では、**電子処方箋の新規導入及び電子処方箋の新たな機能を導入した医療機関等に対し、導入に要する費用を補助する事業を始めます。**具体的な手続きが決まりましたら改めてお知らせしますが、本補助申請にあたっては、あらかじめ支払基金から電子処方箋管理サービスの導入等に係る費用の補助金の交付決定を受けていることが必要ですので、申請を検討されている医療機関におかれましては、早期の導入をお願いします。

社会保険診療報酬支払基金 HP

受付開始済み



神奈川県 HP

令和6年8月以降に、各医療機関へ直接ご案内予定です



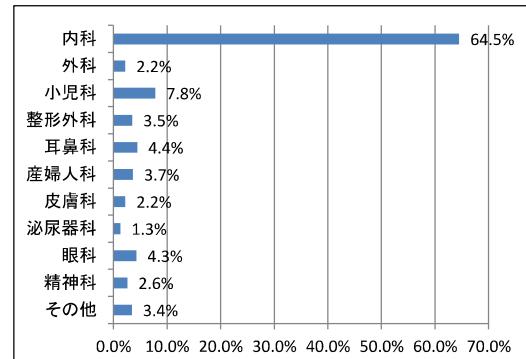
「令和6年度 診療報酬改定に関するアンケート調査」集計結果

調査の概要

調査目的: 診療報酬改定の医療機関への影響を把握し、他県医師会との会合及び日医や厚生労働省への提言等に活用する
 調査対象: 東京都医師会A会員 10,229名
 調査期間: 令和6年7月29日～8月31日
 回答者数: 1,307名 (回答率: 12.8%)
 回答内訳: web: 1286件、fax: 21件

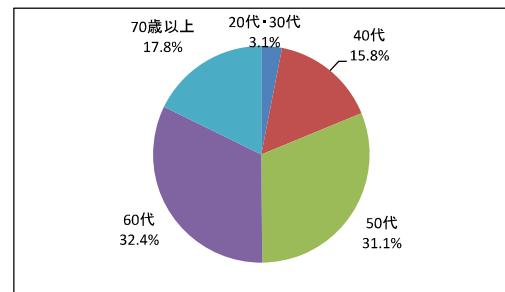
問1-1 主たる標榜科

| | 件数 | % |
|------|------|--------|
| 内科 | 843 | 64.5% |
| 外科 | 29 | 2.2% |
| 小児科 | 102 | 7.8% |
| 整形外科 | 46 | 3.5% |
| 耳鼻科 | 58 | 4.4% |
| 産婦人科 | 48 | 3.7% |
| 皮膚科 | 29 | 2.2% |
| 泌尿器科 | 17 | 1.3% |
| 眼科 | 56 | 4.3% |
| 精神科 | 34 | 2.6% |
| その他 | 45 | 3.4% |
| 合計 | 1307 | 100.0% |
| 無回答 | 0 | |



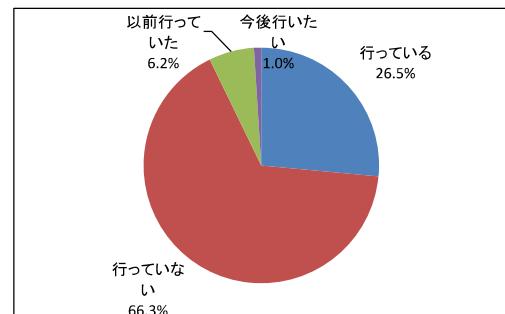
問1-2 年齢

| | 件数 | % |
|---------|------|--------|
| 20代・30代 | 40 | 3.1% |
| 40代 | 206 | 15.8% |
| 50代 | 406 | 31.1% |
| 60代 | 423 | 32.4% |
| 70歳以上 | 232 | 17.8% |
| 合計 | 1307 | 100.0% |
| 無回答 | 0 | |



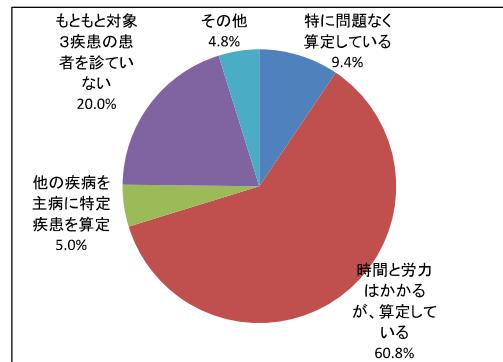
問1-3 在宅医療提供の有無

| | 件数 | % |
|---------|------|--------|
| 行っている | 346 | 26.5% |
| 行っていない | 865 | 66.3% |
| 以前行っていた | 81 | 6.2% |
| 今後行いたい | 13 | 1.0% |
| 合計 | 1305 | 100.0% |
| 無回答 | 2 | |



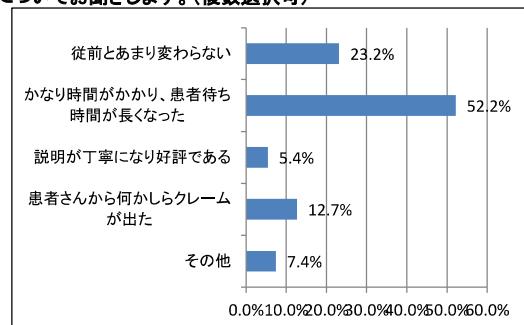
問2-1 改定後の生活習慣病管理料をスムーズに算定できていますか。

| | 件数 | % |
|--------------------|------|--------|
| 特に問題なく算定している | 123 | 9.4% |
| 時間と労力はかかるが、算定している | 794 | 60.8% |
| 他の疾病を主病に特定疾患を算定 | 65 | 5.0% |
| もともと対象3疾患の患者を診ていない | 261 | 20.0% |
| その他 | 63 | 4.8% |
| 合計 | 1306 | 100.0% |
| 無回答 | 1 | |



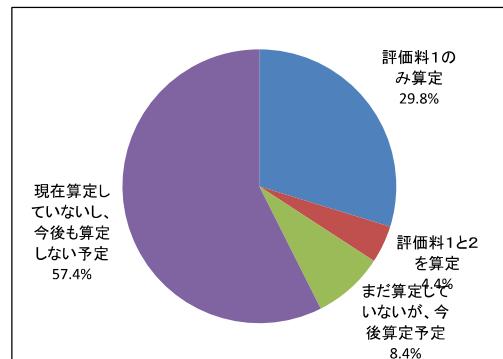
問2-2 生活習慣病管理料の算定時に必要な療養計画書(患者署名欄を含む)についてお聞きします。(複数選択可)

| | 件数 | % |
|------------------------|------|-------|
| 従前とあまり変わらない | 302 | 23.2% |
| かなり時間がかかり、患者待ち時間が長くなつた | 680 | 52.2% |
| 説明が丁寧になり好評である | 71 | 5.4% |
| 患者さんから何かしらクレームが出た | 165 | 12.7% |
| その他 | 97 | 7.4% |
| 有効回答数: | 1303 | |



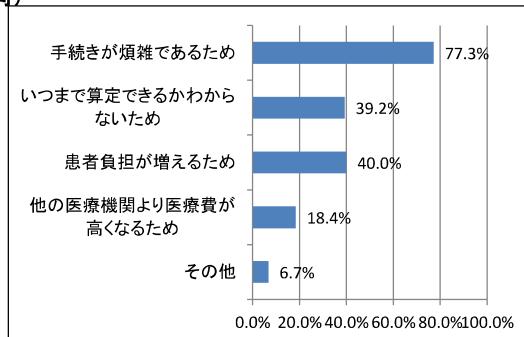
問3-1 ベースアップ評価料を算定していますか？

| | 件数 | % |
|-----------------------|------|--------|
| 評価料1のみ算定 | 389 | 29.8% |
| 評価料1と2を算定 | 58 | 4.4% |
| まだ算定していないが、今後算定予定 | 110 | 8.4% |
| 現在算定していないし、今後も算定しない予定 | 750 | 57.4% |
| 合計 | 1307 | 100.0% |
| 無回答 | 0 | |



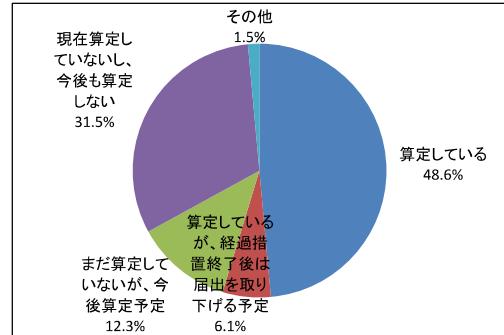
問3-2 問3-1で「算定していない」場合、その理由を教えてください。(複数回答可)

| | 件数 | % |
|--------------------|-----|-------|
| 手続きが煩雑であるため | 642 | 77.3% |
| いつまで算定できるかわからぬため | 326 | 39.2% |
| 患者負担が増えるため | 332 | 40.0% |
| 他の医療機関より医療費が高くなるため | 153 | 18.4% |
| その他 | 56 | 6.7% |
| 有効回答数: | 831 | |



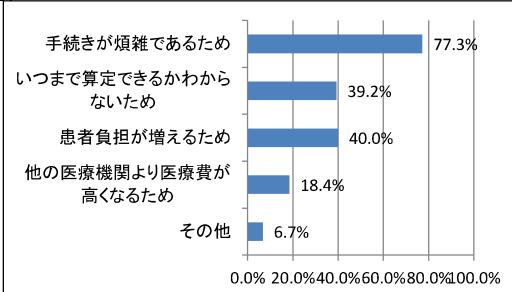
問4-1 医療DX推進体制整備加算を算定していますか？

| | 件数 | % |
|----------------------------|------|--------|
| 算定している | 635 | 48.6% |
| 算定しているが、経過措置終了後は届出を取り下げる予定 | 80 | 6.1% |
| まだ算定していないが、今後算定予定 | 161 | 12.3% |
| 現在算定していないし、今後も算定しない | 412 | 31.5% |
| その他 | 19 | 1.5% |
| 合計 | 1307 | 100.0% |
| 無回答 | 0 | |



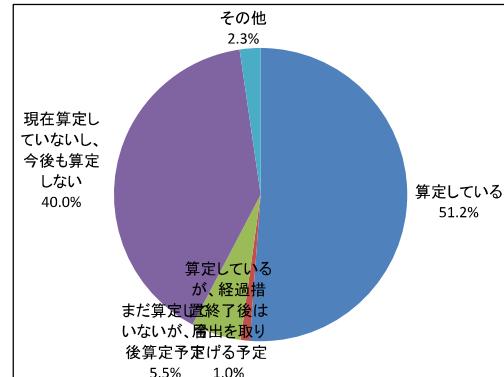
問4-2 問4-1で「算定していない」場合、その理由を教えてください。(複数回答可)

| | 件数 | % |
|--------------------|-----|-------|
| 手続きが煩雑であるため | 392 | 73.1% |
| いつまで算定できるかわからないため | 157 | 29.3% |
| 患者負担が増えるため | 132 | 24.6% |
| 他の医療機関より医療費が高くなるため | 55 | 10.3% |
| その他 | 35 | 6.5% |
| 有効回答数: | 536 | |



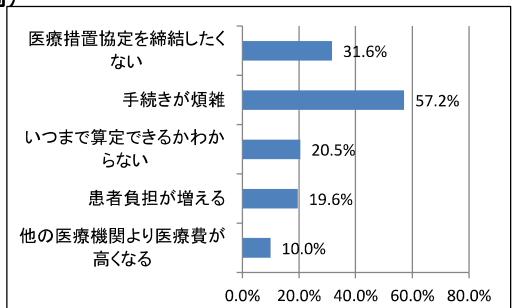
問5-1 外来感染対策向上加算を算定していますか？

| | 件数 | % |
|----------------------------|------|--------|
| 算定している | 669 | 51.2% |
| 算定しているが、経過措置終了後は届出を取り下げる予定 | 13 | 1.0% |
| まだ算定していないが、今後算定予定 | 72 | 5.5% |
| 現在算定していないし、今後も算定しない | 523 | 40.0% |
| その他 | 30 | 2.3% |
| 合計 | 1307 | 100.0% |
| 無回答 | 0 | |



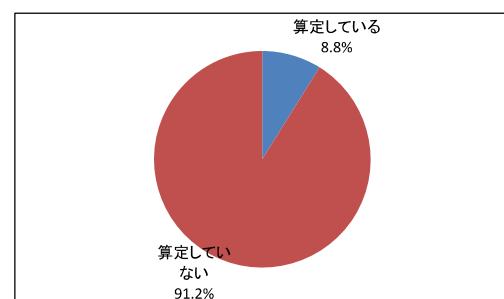
問5-2 問5-1で「算定していない」場合、その理由を教えてください。(複数回答可)

| | 件数 | % |
|------------------|-----|-------|
| 医療措置協定を締結したくない | 181 | 31.6% |
| 手続きが煩雑 | 327 | 57.2% |
| いつまで算定できるかわからない | 117 | 20.5% |
| 患者負担が増える | 112 | 19.6% |
| 他の医療機関より医療費が高くなる | 57 | 10.0% |
| その他 | 70 | 12.2% |
| 有効回答数: | 572 | |



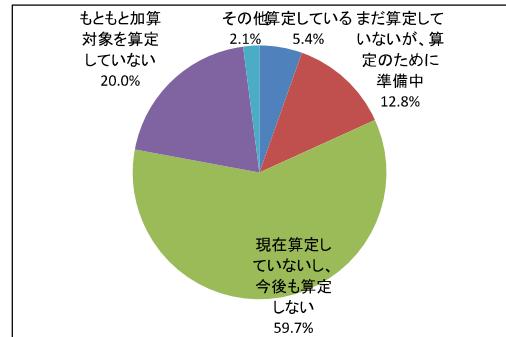
問5-3 抗菌薬適正使用体制加算を算定していますか？

| | 件数 | % |
|---------|-----|--------|
| 算定している | 82 | 8.8% |
| 算定していない | 845 | 91.2% |
| 合計 | 927 | 100.0% |



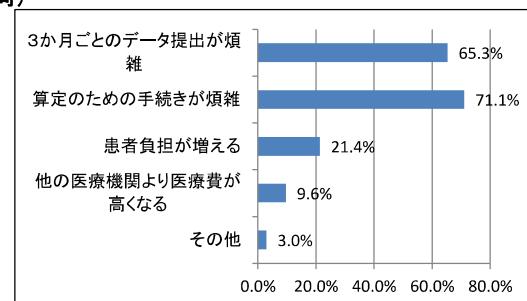
問6-1 データ提出加算(外来/在宅/リハ)を算定していますか？

| | 件数 | % |
|----------------------|------|--------|
| 算定している | 71 | 5.4% |
| まだ算定していないが、算定のために準備中 | 167 | 12.8% |
| 現在算定していないし、今後も算定しない | 780 | 59.7% |
| もともと加算対象を算定していない | 262 | 20.0% |
| その他 | 27 | 2.1% |
| 合計 | 1307 | 100.0% |
| 無回答 | 0 | |



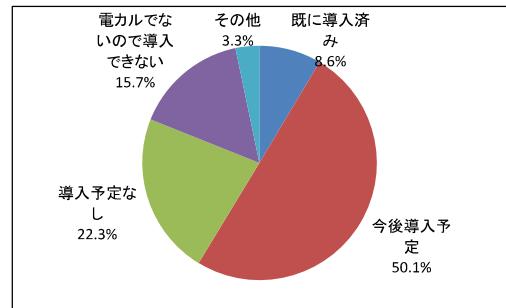
問6-2 問6-1で「算定していない」場合、その理由を教えてください。(複数回答可)

| | 件数 | % |
|------------------|-----|-------|
| 3か月ごとのデータ提出が煩雑 | 569 | 65.3% |
| 算定のための手続きが煩雑 | 619 | 71.1% |
| 患者負担が増える | 186 | 21.4% |
| 他の医療機関より医療費が高くなる | 84 | 9.6% |
| その他 | 26 | 3.0% |
| 有効回答数: | 871 | |



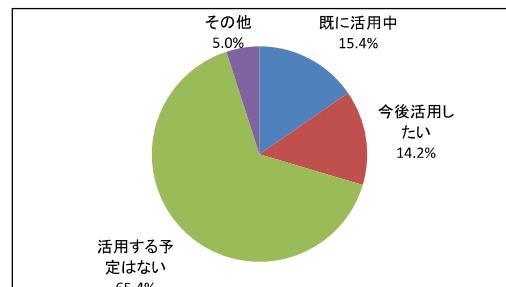
問7-1 電子処方箋について

| | 件数 | % |
|----------------|------|--------|
| 既に導入済み | 112 | 8.6% |
| 今後導入予定 | 655 | 50.1% |
| 導入予定なし | 292 | 22.3% |
| 電力ルでないので導入できない | 205 | 15.7% |
| その他 | 43 | 3.3% |
| 合計 | 1307 | 100.0% |
| 無回答 | 0 | |



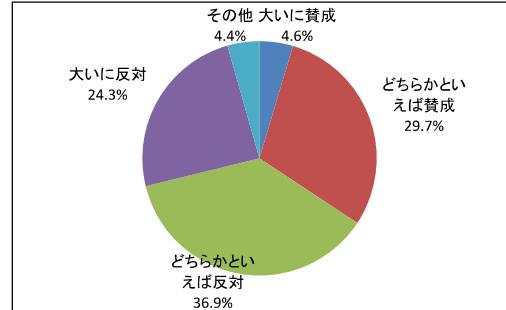
問7-2 リフィル処方箋について

| | 件数 | % |
|-----------|------|--------|
| 既に活用中 | 201 | 15.4% |
| 今後活用したい | 186 | 14.2% |
| 活用する予定はない | 855 | 65.4% |
| その他 | 65 | 5.0% |
| 合計 | 1307 | 100.0% |
| 無回答 | 0 | |



問7-3 ①長期収載品の選定療養化について

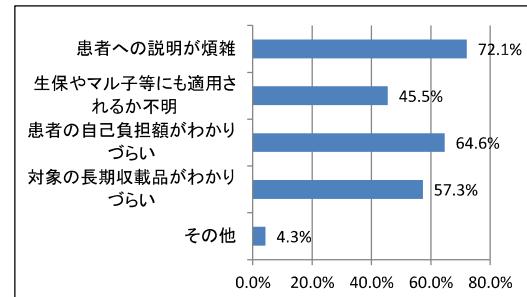
| | 件数 | % |
|------------|------|--------|
| 大いに賛成 | 60 | 4.6% |
| どちらかといえば賛成 | 388 | 29.7% |
| どちらかといえば反対 | 482 | 36.9% |
| 大いに反対 | 318 | 24.3% |
| その他 | 58 | 4.4% |
| 合計 | 1306 | 100.0% |
| 無回答 | 1 | |



問7-3 ②長期収載品の選定療養化に関し気になる点(複数回答可)

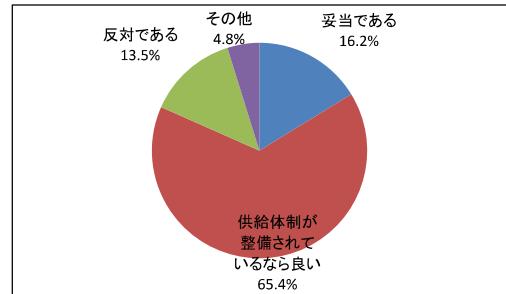
| | 件数 | % |
|-------------------|-----|-------|
| 患者への説明が煩雑 | 940 | 72.1% |
| 生保やマル子等にも適用されるか不明 | 593 | 45.5% |
| 患者の自己負担額がわかりづらい | 843 | 64.6% |
| 対象の長期収載品がわかりづらい | 747 | 57.3% |
| その他 | 56 | 4.3% |

有効回答数: 1304



問7-4 ジェネリック医薬品推奨について

| | 件数 | % |
|------------------|------|--------|
| 妥当である | 212 | 16.2% |
| 供給体制が整備されているなら良い | 855 | 65.4% |
| 反対である | 177 | 13.5% |
| その他 | 63 | 4.8% |
| 合計 | 1307 | 100.0% |
| 無回答 | 0 | |



(参考)

令和6年度 関東甲信越医師会連合会医療保険部会

《タイムテーブル》

日 時：令和6年9月22日(日) 10時00分～12時30分

場 所：ホテルメトロポリタン長野 2階「千曲A」

司会：長野県医師会理事 塩ノ崎 文博

| 時 間 | 進 行 |
|---------------|---|
| 9:00 (60) | ■受付開始 |
| 10:00 (2) | 1. 開 会 |
| 10:02 (8) | 2. 挨 拶 長野県医師会常務理事 溝口 圭一 (3分) 日本医師会常任理事 長島 公之 様(5分) |
| 10:10 (50) | 3. 協 議 座長：長野県医師会常務理事 溝口 圭一 ◇検討テーマ(3題) ①生活習慣病管理料について 当番県からの説明 (3分) 指定発言① (5分) → 栃木県医師会 指定発言② (5分) → 群馬県医師会 指定発言③ (5分) → 千葉県医師会 意見交換 (30分) 日医 長島常任理事コメント (2分) |
| 11:00 (30) | ②ベースアップ評価料について 当番県からの説明 (3分) 指定発言① (5分) → 新潟県医師会 指定発言② (5分) → 山梨県医師会 指定発言③ (5分) → 神奈川県医師会 意見交換 (10分) 日医 長島常任理事コメント (2分) |
| 11:30 (10) | 《休憩》※進行状況により調整 |
| 11:40 (40) | ③医療DXについて 当番県からの説明 (3分) 指定発言① (5分) → 茨城県医師会 指定発言② (5分) → 埼玉県医師会 指定発言③ (5分) → 東京都医師会 意見交換 (20分) 日医 長島常任理事コメント (2分) |
| 12:20 (5) | 4. その他 |
| 12:25 (5) | 5. 総 括 日本医師会常任理事 長島 公之 様 (5分) |
| 12:30 | 6. 閉 会 |

高木常任

「令和6年度関東甲信越医師会連合会救急災害部会」の報告

埼玉県医師会副会長 丸木 雄一

埼玉県医師会常任理事 桃木 茂

埼玉県医師会常任理事 高木 学

「令和6年度関東甲信越石会連合会救急災害部会」が令和6年9月22日に長野市ホテルメトロポリタン長野で開催されました。

今回は事前に3テーマが設けられ、それに対し各都県医師会が回答し、その後ディスカッションの形で進められました。

各テーマと提案要旨と埼玉県医師会および各都県医師会の回答は次の通りです。

『検討テーマ1 JMATの募集とチーム編成について』

【提案要旨】

本年1月1日に発災した令和6年能登半島地震により、石川県医師会からの要請を受け、各都県ではJMAT（日本医師会災害医療チーム）を編成し、被災地の石川県へ派遣を行いました。

この派遣に際し、各都県においてJMATの募集やチーム編成等についての現状や、今後の課題等についてお伺いしたい。

1. チーム募集・編成の工夫

- ①派遣チームの募集を行うにあたり、どのように多く募る工夫をしているか。
- ②開業医・診療所の医師を派遣する際、チームを組めない医師や、看護師、薬剤師、ロジスティックス等の構成員の所属が1施設のみでの編成が不能な場合の派遣について、他施設や看護協会等と連携しているか。
- ③今回能登半島地震において、ロジスティックスの派遣が求められたが、各医師会でロジスティックス派遣に対応可能な人材の確保を行っているか。

2. 派遣チームを災害医療の経験や装備等での区別

今回日本医師会より、重装JMAT、標準JMAT、軽装JMATの概念が示された。重装JMATに対応できる人材は限られると思われるが、各医師会で人材の確保はどのように行っているか。また標準JMAT、軽装JMATの派遣を行うにあたり、JMAT研修を行っていない人材が多く含まれることが想定され下記のような問題が生じた。どのような対応が望ましいか。

- ①災害医療での基本的知識等の不足

- ②災害支援チームとしてのマナーの問題
- ③J-SPEED が使用されず、日報方式が採用

【埼玉県医師会の回答】

- ①今回の能登半島地震では埼玉県医師会は 10 チームを派遣した。
単独施設編成が 9 チーム、混合チームが 1 チームであった。
重装 JMAT は訓練されたチーム編成が必要であり、それ程増やせないと思われる。
今後チーム数を増やすためには、診療所医師等による軽装 JMAT になると思われる。
研修会等の開催が必要であるが、募集時に支援内容が分っておれば、経験の浅いメンバーでも参加しやすくなると思われる。
- ②埼玉県医師会としては、複数施設チームの編成に積極的に介入はしていない。
ある程度気心の知れたメンバーでの編成が望ましいと考えている。
今後、要望があれば看護協会や薬剤師会等と連携をとって対応する
- ③埼玉県医師会では日医のロジスティックス研修会等に参加させ、人材育成は行っているが、今回は派遣出来なかった。今後も養成に努めるが各都道府県医師会がそれぞれにロジクティックを派遣することも難しいのではないか。日本医師会が調整し、関東甲信越連合でロジスティックを担う程度が望ましい。

【他都県医師会の回答】

- ① 神奈川県は災害発生時に『オクレンジャー掲示板』で情報共有を行っている。
また JMAT を type A、type B に分けて募集している。交通手段、レンタカー、ユニホーム、モバイル Wi-Fi、衛星携帯電話等は県医師会で準備した。
東京都は初期には災害拠点病院や、大学病院へ派遣依頼した。
他県はチーム編成、特に重装 JMAT の編成に苦労している報告が多かった。
- ② 看護協会や薬剤師会と連携して混成チームを作っているのは栃木県、茨城県、神奈川県、群馬県だった。
東京都はロジスティックスチームに病院救急救命士を加え、大変効果的だったとの報告があった。今後災害時の病院救急救命士の活用が提案された。
- ③ 神奈川県、群馬県、長野県が県医師会職員を派遣している。日医の研修を受けているが、都県独自のロジスティックス研修を行っているところはない。

『検討テーマ 2. JMAT 派遣の課題について』

【提案要旨】

令和6年能登半島地震で、震災発生初期から派遣終了に至るまで、被災地の診療・健康管理、診療所支援、1.5次・2次避難所支援、またJMAT調整本部・支部の統括機能や「重装JMAT」等の多様な活動が、長きにわたり実施されました。

各都県が石川県に派遣したJMATから、現地での医療活動を行う上で多くの課題等があげられたが、各都県における課題への対応等についてお伺いしたい。

1. 被災地行政との情報共有・連携

1. 5次、2次避難所の避難者の情報が行政との情報共有が不十分なため、混乱が生じた。JMATによる巡回が行われた避難所では災害関連死は生じなかったが、巡回の行われなかつた避難所で災害関連死が生じてしまった。今後の地元行政との情報共有の在り方はどうあるべきか。

2. JMAT 内での情報共有・連携

①被災地 JMAT と派遣 JMAT との情報共有 被災地情報（交通、宿泊、インフラの状況など）は日本医師会災害対策本部会議が毎週行われ、情報共有として非常に有効であった。

しかしながら 1 時間の会議では伝わり切らない部分もあり、補完する情報共有の在り方は、どうあるべきか。

②JMAT調整本部と支部、派遣 JMAT との情報共有・連携 指揮命令系統が不明確で調整本部と支部のコミュニケーション不足が生じ、指示が伝わりにくいことがあった。またそのため現地活動が不明確となり、不満が生じた。調整本部と各支部、派遣 JMAT との情報共有・連携の在り方はどうあるべきか。また今回 J-speed が使用されず、LINE や Google など既存のシステムが活用された。情報共有のシステムを今後どのようにしていくべきか、ご意見を伺いたい。

③JMAT チーム間（前任 JMAT）での情報共有・連携 各 JMAT チーム間での引継ぎがスムーズに行えず、調整本部への負荷が大きかった。前任 JMAT チームと後任 JMAT チームとの情報共有の在り方はどうあるべきか、またどのようなシステムを使用していくべきか、ご意見を伺いたい。

【埼玉県医師会の回答】

1. 被災都道府県の医療調整本部に全ての情報が集まるようにすべきである。その情報は行政、DMAT 調整本部、JMAT 調整本部を始め、係わる支援団体全てに共有出来るようにならるべきである。

今回の能登で行われた保健医療福祉調整本部及び能登北部・能登中部・金沢以南調整

本部の形態で良いと思うが、各支援団体調整本部を同一フロアに集め、密に協議出来るようにすべきである。また情報はモニターで何時でも、誰でも見られる様にすべきである。DMAT・JMAT が密に情報交換しながらカバーすることにより、支援の抜ける地域が無くなると思われる。

- 2-①日医が HP に災害情報ページを作り、現状・問題点・都道府県医師会への要望事項等が常に閲覧出来るようにしたら如何か。現地の声も届くと良い。
- 2-②JMAT 調整本部と各 JMAT チームは毎日 WEB 会議を開き、情報交換をすべきである。情報共有システムは、まず日医がどのシステムを使用すべきか、またどの記録形式を使うべきか定めて頂きたい。都道府県医師会は研修会等でそのシステムに慣れて頂くようにトレーニングする。
- 2-③対面で引き継ぎを行う事が望ましいが、時間的に不可能なことも有るだろう
引き継ぎに必要な事項を記録する統一用紙を作り、書面として残して頂く事が最も望ましいと思います。どのシステムが良いかはわかりません。

【他都県医師会の回答】

1. 災害対策基本法では市町村長は「避難行動要支援者名簿」を作成しなければならないと規定されているが、厳格すぎる個人情報保護の観点から医療側へ情報提供されていない。災害時の個人情報扱いから協議、見直しをすべきで有る。

また、今回の能登地震では週 1 回日医災害対策本部会議が開催され、情報共有に有用だったとの評価があった。

今回の能登では全避難所の情報が把握できず、今後の課題で有る

- 2-① 日医の「災害対策本部会議」は様々な情報共有が出来て有効だった。
他に情報サイトを開設して、常に情報共有が出来るようにすると良い。
- 2-② J-speed は操作に慣れないと使いにくい。操作の簡単なツールの方が良いのではないかという意見も多かった。
- 2-③ 対面で引き継ぎを行う事が望ましいが、時間的に不可能なことも有るだろう。
引き継ぎ項目を一元化したフォーマットを作り、前の情報を閲覧出来るようにすると良い。専用タブレットを用意することも良いのでは無いか

【検討テーマ】

3. 能登半島地震からの教訓について

【提案要旨】

令和6年能登半島地震では、被災地の孤立やインフラ被害の長期化により高齢者の二次避難での分散化など多くの課題があったが、逆に、毎週Webで報告された日本医師会災害対策本部会議は、全国に向けての最新の情報共有に非常に有用であった。

今回の能登半島地震で得た教訓を、それぞれの都県で大災害が起こることを想定して、各都県における今後の取り組みに等についてお伺いしたい。

1. 過疎地、ライフライン網の弱い地域への対応

能登半島地震では、陸路の確保が困難で、復旧に長期間要しました。医療支援は発災直後から困難を極め、水道などの復旧が遅れた状況が続いています。そのため、1. 5次、2次避難所への避難が行われ、一定の成果を示しました。しかしながら、過疎が進行している地域において、病院、高齢者施設からの避難が行われたため、労働の機会が失われ、医療施設、高齢者施設から離職者が増加したため、過疎化の進行を招きました。また避難を望まない被災者もいたと聞きます。遠くに避難するのではなく、地域のコミュニティを維持した避難の方法や、避難者をどのように元の場所に戻していくかを、前提とした1. 5次、2次避難の在り方はどのように構築するべきか、ご意見を伺いたい。

2. 今後起こりうる大規模災害への対応について

能登半島地震においては、早期に日医から派遣されたチームが石川県医師会と協力し派遣先の調整に当たりました。細川常任理事（日医）が指摘している通り、災害に慣れている都道府県医師会などではなく、被災した県に速やかに日医からチームが派遣され、調整本部機能を強化していただいたことは有効でした。今後の大規模災害に災害の経験したチームを、組織として日医から派遣していただくことに対して、ご意見を伺いたい。

【埼玉県医師会の回答】

- まずは住民の生命と安全が最優先である。今回の能登半島地震では遠隔地への避難は適切だったと思う。被災後の地域の復旧は国が施策として行うことであり、我々は災害関連死を含めて、一人でも死者を減らすことを考えていいれば良い。
- 災害初期には経験のあるチームに支援して頂く事は大変有りがたい。今後も日医には同じ対応をお願いします。

【他都県医師会の回答】

1. 今回の能登半島地震では1. 5次、2次避難を行ったことは有効だったとの意見が多かった。一方被災地の稼働可能な医療施設やコミュニティ施設も積極的に活用するように検討すべきとの意見もあった。また国も経済的支援が遅れた事への批判意見もあった。
2. 今後も日医には同じ対応をお願いしたいという意見が殆どだった

その他ディスカッションでは次のような意見が出ていた。

今回の能登地震では外国人研修労働者の情報が無く、安否確認が出来なかった。

市町村の災害対策コーディネート部門に医師会員が加わるべき。

今回のように降雪地域には雪に慣れた者でなければ対応出来ない。

内閣官房と日本医師会で救護船、病院船の構想は進めている。

(文責 高木学)

高木常任

一般社団法人 埼玉県医師会 会員の皆様

団体サイバーリスク保険

パンフレット 兼 重要事項説明書

団体割引

10%
適用

電子カルテなどのIT化に伴い
サイバーリスクも
上昇中!



保険期間: 2025年2月1日午後4時～2026年2月1日午後4時

募集締切日: 2025年1月15日(水)

加入対象者: 埼玉県医師会会員が開設・管理する医療施設

払込方法: 銀行振込 a. 払込締切日: 2025年1月15日(水)

b. 振込先: 埼玉りそな銀行 さいたま営業部

(普)4360581 (社)埼玉県医師会

中途加入: 毎月20日を締切とします。

保険料は加入月によって異なりますので、埼玉県医師会までお問い合わせください。
保険期間は振込が完了した月の翌月1日午後4時～2026年2月1日午後4時までです。

一般社団法人 埼玉県医師会

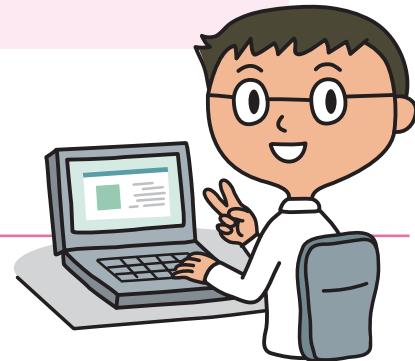
ご注意
ください。

ご加入内容をご確認ください。ご加入いただく前に保険商品がご希望に合致した内容となっていることを再度ご確認ください。加入依頼書の記載事項等に記載漏れ・記載誤りがある場合は、追記・訂正をお願いいたします。万一、誤りがありましたら、代理店または引受保険会社までお問い合わせくださいますようお願いいたします。

目 次

| | |
|---------------------|-------|
| サイバーリスク保険の補償内容 | P1 |
| 支払限度額・年間保険料 | P2 |
| サイバーリスク保険の補償内容 | P3～P6 |
| 保険金お支払いの対象とならない主な場合 | P7 |
| ご注意事項 | P8 |
| 用語の意味 | P9 |
| サイバーリスク総合支援サービスのご紹介 | P10 |

サイバーリスク保険の補償内容



保険期間

1年間

被保険者の範囲

- ① 記名被保険者(埼玉県医師会会員)
- ② 記名被保険者の役員または使用人(①の業務に関する場合に限ります。)

商品構成

| 商品構成 | | 主な補償内容 |
|--|--|---|
| 賠償責任保険 普通保険約款 + サイバーリスク 特別約款 | (1) 損害賠償責任に関する補償 コンピュータシステム(他人のためのコンピュータシステムを除きます。)の所有・使用・管理に起因して発生した他人の事業の休止・阻害、情報の漏えいまたはそのおそれ、人格権・著作権等の侵害等について、被保険者が法律上の損害賠償責任を負担することによって被る損害を補償します。詳細はP.3をご参照ください。 | 損害賠償金 争訟費用、協力費用 |
| | (2) サイバーセキュリティ事故対応費用に関する補償 情報の漏えい、サイバー攻撃等に起因して一定期間内に生じたサイバー攻撃対応費用・再発防止費用等や訴訟対応費用を被保険者が負担することによって生じた損害を補償します。詳細はP.4～6をご参照ください。 | 緊急対応費用、サイバー攻撃対応費用、コンピュータシステム復旧費用、再発防止費用、訴訟対応費用等 |

支払限度額・年間保険料

◆ 補償内容

| 補償項目 1事故・保険期間中 | プランA | プランB | プランC | プランD | プランE |
|----------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| ① 損害賠償責任※1(1請求) | 5,000万円 | 1億円 | 2億円 | 5億円 | 5億円 |
| ② サイバーセキュリティ事故対応費用※2 | 1,000万円 | 1,000万円 | 2,000万円 | 2,000万円 | 3,000万円 |
| (1)緊急対応費用※3 | 1,000万円 | 1,000万円 | 1,000万円 | 1,000万円 | 1,000万円 |
| (2)サイバー攻撃対応費用 | 500万円 | 1,000万円 | 2,000万円 | 2,000万円 | 3,000万円 |
| (3)原因・被害範囲調査費用・相談費用 | | | | | |
| (4)コンピュータシステム復旧費用 | 300万円 | 300万円 | 300万円 | 300万円 | 300万円 |
| (5)その他事故対応費用 | 1,000万円 | 1,000万円 | 2,000万円 | 2,000万円 | 3,000万円 |
| (6)再発防止費用※3 | 500万円 | 1,000万円 | 1,000万円 | 1,000万円 | 1,000万円 |
| (7)訴訟対応費用 | 1,000万円 | 1,000万円 | 1,000万円 | 1,000万円 | 1,000万円 |

※1 この保険契約においてお支払いする保険金の額は、お支払いする全ての保険金を合算して、「①損害賠償責任」の金額が限度となります。

※2 (1)～(7)の各費用は「②サイバーセキュリティ事故対応費用」の支払限度額の内枠で支払います。

※3 縮小支払割合90%が適用されます。

上記A～Eプラン以外の補償内容をご希望の場合は、裏面記載のお問い合わせ先までご相談ください。

このパンフレットはサイバーリスク保険の概要について紹介したもので、詳細は、契約者である埼玉県医師会にお渡ししております保険約款によりますが、ご不明の点がありましたら代理店にお問い合わせください。

◆ 1施設当たりの年間保険料

| 施設種類 | プランA | プランB | プランC | プランD | プランE |
|---|----------|---------|---------|---------|---------|
| 診療所 | 49,950 | 56,760 | 58,120 | 62,070 | 66,510 |
| 病院 | 20～49床 | 102,930 | 117,920 | 139,090 | 149,260 |
| | 50～99床 | 144,010 | 165,300 | 195,460 | 209,910 |
| | 100～149床 | 184,960 | 212,460 | 251,230 | 269,880 |
| | 150～199床 | 211,510 | 242,980 | 287,790 | 309,170 |
| | 200～299床 | 238,150 | 273,590 | 324,430 | 348,530 |
| | 300～399床 | 280,750 | 322,520 | 381,490 | 409,820 |
| | 400～499床 | 308,800 | 354,740 | 420,060 | 451,260 |
| | 500床～ | 336,840 | 386,960 | 458,630 | 492,690 |
| ※中途加入の場合の保険料は加入月によって異なりますので、埼玉県医師会までお問い合わせください。 | | | | | |

※保険契約締結時に把握可能な最近の会計年度等の確定した施設種類や(施設種類が病院の場合は)病床数に基づいて保険料を算出します。保険期間中の施設種類や(施設種類が病院の場合は)病床数の変更による精算は、原則として行いません。

なお、ご申告いただいた施設種類や(施設種類が病院の場合は)病床数が把握可能な最近の会計年度等の施設種類や(施設種類が病院の場合は)病床数に不足していた場合には、その不足する割合などにより保険金を削減することになりますのでご注意ください。

サイバーリスク保険の補償内容

(1)損害賠償責任に関する補償[サイバーリスク特別約款(賠償責任担保条項)]

保険金をお支払いする場合

次の事由について、被保険者が法律上の損害賠償責任を負担することによって被る損害を補償します。(*1) (*2)

- ① ITユーザー行為に起因して発生した次のいずれかの事由(②および③を除きます。)
 - a.他人の事業の休止または阻害
 - b.磁気的または光学的に記録された他人のデータまたはプログラムの滅失または破損(有体物の損壊を伴わずに発生したものに限ります。)
 - c.その他の不測の事由による他人の損失の発生
- ② 情報の漏えいまたはそのおそれ
- ③ 人格権・著作権等の侵害(②を除きます。)

(*1) 保険金をお支払いするのは、損害賠償請求が保険期間中になされた場合に限ります。

(*2) 日本国外で発生した上記の事由について、被保険者が法律上の損害賠償責任を負担することによって被る損害も補償対象となります。
日本国外での損害賠償請求、日本国外の裁判所に提起された損害賠償請求訴訟も補償対象となります。

お支払いの対象となる損害

| | |
|------------|--|
| ①法律上の損害賠償金 | 法律上の損害賠償責任が発生した場合において、被保険者が被害者に対して支払責任を負う損害賠償金 ※ 賠償責任の承認または賠償金額の決定前に引受保険会社の同意が必要となります |
| ②争訟費用 | 損害賠償責任に関する訴訟や示談交渉において、被保険者が引受保険会社の同意を得て支出した弁護士費用、訴訟費用等(訴訟に限らず調停・示談等も含みます。) |
| ③協力費用 | 引受保険会社が被保険者に代わって損害賠償請求の解決に当たる場合において、被保険者が引受保険会社の求めに応じて協力するために支出した費用 |

支払限度額等

損害賠償責任に関する補償で引受保険会社がお支払いする保険金は、法律上の損害賠償金については、ご加入時に設定した支払限度額(1請求・保険期間中ごとの設定)が限度となります。また、損害賠償責任に関する補償でお支払いするすべての保険金(本ページ記載の法律上の損害賠償金および費用)を合算して、ご加入時に設定した支払限度額(保険期間中)が限度となります。
※ 実際の支払限度額の設定金額は、P.2のプランから選択いただきます。

この保険契約においてお支払いする保険金の額は、(1)損害賠償責任に関する補償・(2)サイバーセキュリティ事故対応費用に関する補償でお支払いするすべての保険金を合算して、上記の支払限度額(保険期間中)が限度となります。

お支払いする保険金

| | |
|------------|-----------------------------------|
| ①法律上の損害賠償金 | 合計額から免責金額を差し引いた額に対して、保険金をお支払いします。 |
| ②・③の費用 | 合計額に対して、保険金をお支払いします。 |

※詳細は、団体代表者にお渡ししている保険約款をご確認ください。

サイバーリスク保険の補償内容

(2)サイバーセキュリティ事故対応費用に関する補償

[サイバーリスク特別約款(サイバーセキュリティ事故対応費用担保条項)]

①サイバーセキュリティ事故対応費用(訴訟対応費用以外)

保険金をお支払いする場合

下表記載の費用(その額および用途が社会通念上、妥当であるものに限ります。)を被保険者が負担することによって生じた損害を補償します。保険金をお支払いするのは、被保険者がセキュリティ事故・風評被害事故を保険期間中に発見した場合に限ります。

※a～gについては、事故対応期間内に生じたものに限ります。aについては固有のお支払条件があります(P.5(*2)ご参照)。

〈セキュリティ事故とは〉 P.3(1)損害賠償責任に関する補償における「保険金をお支払いする場合」①～③の事由や、記名被保険者が使用・管理するコンピュータシステム(他人のためのコンピュータシステムを除きます。)に対するサイバー攻撃をいいます。ただし、本ページ以降に記載のa.緊急対応費用およびb.サイバー攻撃対応費用については、記名被保険者が使用・管理するコンピュータシステム(他人のためのコンピュータシステムを除きます。)に対するサイバー攻撃のおそれを含みます。

〈風評被害事故とは〉 セキュリティ事故に関する他人のインターネット上の投稿・書き込みにより、記名被保険者の業務が妨害されることまたはそのおそれをいいます。すべての風評被害を指すわけではないので、ご注意ください。

お支払いの対象となる費用の種類と支払限度額等

各費用について、損害額に縮小支払割合を乗じた金額を、下表「各費用固有の支払限度額」欄記載の金額を限度に保険金としてお支払いします。

※すべてのサイバーセキュリティ事故対応費用に対する保険金を合算して、下表「費用全体の支払限度額」欄記載の支払限度額が限度となります。免責金額は適用しません。

※この保険契約においてお支払いする保険金の額は、すべての保険金を合算して、損害賠償責任に関する補償の「支払限度額(保険期間中)」が限度となります。

| 費用の種類 | 定義 | 縮小支払割合 | 支払限度額 | |
|--------------------|--|--------|--|------------|
| | | | 各費用固有の支払限度額 | 費用全体の支払限度額 |
| a. 緊急対応費用 (*1) | サイバー攻撃のおそれの発生時に、損害の発生または拡大の防止のために支出した必要かつ有益な次の費用をいいます。ただし、サイバー攻撃が疑われる突発的な事象が発見されており、かつ、その事象に基づき対応したにもかかわらず、結果としてサイバー攻撃が生じていなかった場合にその対応に要した費用に限ります。 ア.コンピュータシステムの遮断対応を外部委託するための費用。ただし、b.サイバー攻撃対応費用に該当するものを除きます。 イ.サイバー攻撃の有無を判断するために外部機関へ調査を依頼する費用。ただし、b.サイバー攻撃対応費用に該当するものを除きます。 ウ.サイバー攻撃のおそれの原因もしくは被害範囲の調査または証拠保全にかかる費用 エ.サイバー攻撃のおそれに対応するために直接必要な次の費用 (ア)弁護士報酬(保険契約者もしくは被保険者に雇用され、またはこれらの者から定期的に報酬が支払われている弁護士に対して定期的に支払う報酬を除きます。) (イ)コンサルティング費用。ただし、セキュリティ事故の再発防止に関するコンサルティング費用を除きます。 | 90% | 1事故・ 保険期間中 1,000万円 | |
| b. サイバー攻撃 対応費用 | セキュリティ事故に対応するための次の費用をいいます。ただし、サイバー攻撃のおそれに基づき対応したにもかかわらず、結果としてサイバー攻撃が生じていなかった場合は、そのサイバー攻撃のおそれが外部通報(*2)によって発見されていたときに支出する費用に限ります。 ア.コンピュータシステム遮断費用 サイバー攻撃またはそのおそれが発見されたことにより、コンピュータシステムの遮断対応を外部委託した場合に支出する費用 イ.サイバー攻撃の有無確認費用 サイバー攻撃のおそれが発見されたことにより、サイバー攻撃の有無を判断するために支出する費用。ただし、結果としてサイバー攻撃が生じていなかった場合は、外部機関へ調査を依頼する費用に限ります。 | 100% | 1事故・ 保険期間中 加入依頼書 のご選択さ れたプラン の該当欄に 記載された 金額 | |
| c. 原因・被害範囲 調査費用 | セキュリティ事故の原因もしくは被害範囲の調査または証拠保全のために支出する費用をいいます。 | | 1事故・ 保険期間中 加入依頼書 のご選択さ れたプラン の該当欄に 記載された 金額 | |
| d. 相談費用 | セキュリティ事故・風評被害事故に対応するために直接必要な次の費用をいいます。(*4) ア.弁護士費用 弁護士報酬(個人情報の漏えいまたはそのおそれについて個人情報保護委員会またはその他の行政機関に報告することを目的とするものを含みます。)をいいます。ただし、次のものを除きます。 (ア)保険契約者もしくは被保険者に雇用され、またはこれらの者から定期的に報酬が支払われている弁護士に対して定期的に支払う報酬 (イ)刑事事件に関する委任にかかる費用 (ウ)「f. その他事故対応費用」コ.損害賠償請求費用」の費用 イ.コンサルティング費用 セキュリティ事故・風評被害事故発生時の対策または再発防止策に関するコンサルティング費用(個人情報の漏えいまたはそのおそれについて個人情報保護委員会またはその他の行政機関に報告することを目的とするものを含みます。) ウ.風評被害拡大防止費用 風評被害事故の拡大を防止するための費用(アおよびイを除きます。) | 100% | 加入依頼書 のご選択さ れたプラン の該当欄に 記載された 金額(*3) | |

| 費用の種類 | 定義 | 縮小支払割合 | 支払限度額 | |
|-------------------|--|--------|--|------------|
| | | | 各費用固有の支払限度額 | 費用全体の支払限度額 |
| e. コンピュータシステム復旧費用 | <p>次の費用をいいます。(*4)なお、セキュリティ事故を発生させた不正行為者に対して支払う金銭等を含みません。</p> <p>ア.データ等復旧費用 セキュリティ事故により消失、破壊、改ざん等の損害を受けた、記名被保険者が使用または管理するデータ・ソフトウェア・プログラム・ウェブサイトの復元・修復・再製作または再取得にかかる費用</p> <p>イ.コンピュータシステム損傷時対応費用 セキュリティ事故により記名被保険者が管理するコンピュータシステムの損傷(機能停止等の使用不能を含みます。以下同様とします。)が発生した場合に要した次の費用 (ア)コンピュータシステムのうち、サーバ・コンピュータおよび端末装置等の周辺機器(移動電話等の携帯式通信機器・ノート型パソコン等の携帯式電子事務機器およびこれらの付属品を除きます。)ならびにこれらと同一の敷地内に所在する通信用回線および配線にかかる修理費用または再稼働するための点検・調整費用もしくは試運転費用 (イ)損傷したコンピュータシステムの代替として一時的に使用する代替物の賃借費用(敷金その他賃貸借契約終了時に返還されるべき一時金および復旧期間を超える期間に対応する費用を除きます。)ならびに代替として一時的に使用する仮設物の設置費用(付随する土地の賃借費用を含みます。)および撤去費用</p> | 100% | 1事故・保険期間中 300万円 | |
| f. その他事故対応費用 | <p>次のアからコの費用をいいます。ただし、a～e、g、P.6「訴訟対応費用」を除きます。</p> <p>ア.人件費 セキュリティ事故に対応するために直接必要な記名被保険者の使用人の超過勤務手当または臨時雇用費用</p> <p>イ.交通費・宿泊費 セキュリティ事故に対応するために直接必要な記名被保険者の役員・使用人の交通費または宿泊費</p> <p>ウ.通信費・コールセンター委託費用等 セキュリティ事故に対応するために直接必要な通信費もしくは詫び状の作成費用または通信業務をコールセンター会社に委託する費用。ただし、工に規定するものを除きます。</p> <p>エ.個人情報漏えい通知費用 個人情報の漏えいまたはそのおそれが生じた場合において、被害者に対しその被害の発生状況等を通知するために直接必要な費用または被害者に対する通知書もしくは詫び状の作成に直接必要な費用</p> <p>オ.社告費用 新聞・テレビ等のマスメディアを通じてセキュリティ事故に関する説明または謝罪を行うために支出する費用(説明または謝罪を行うためのコンサルティング費用を含みます。)。ただし、社告費用以外のその他事故対応費用に該当するものを除きます。</p> <p>カ.個人情報漏えい見舞費用(*4) 公表等の措置(*5)により個人情報の漏えいまたはそのおそれの事実が客観的に明らかになった場合に、その被害者に対する謝罪のために支出する次の費用 (ア)見舞金 (イ)金券(保険契約者または被保険者が販売・提供する商品またはサービスに関するものを除きます。)の購入費用 (ウ)見舞品の購入費用(保険契約者または被保険者が製造または販売する製品については、その製造原価相当額に限ります。)</p> <p>キ.法人見舞費用 セキュリティ事故の被害にあった法人に対する謝罪のために支出する見舞品の購入費用(保険契約者または被保険者が製造または販売する製品については、その製造原価相当額に限ります。)。ただし、情報の漏えいまたはそのおそれの被害にあった法人に対して支出する費用については、公表等の措置(*6)によりその情報の漏えいまたはそのおそれの事実が客観的に明らかになった場合に支出するものに限ります。</p> <p>ク.クレジット情報モニタリング費用(*4) セキュリティ事故によりクレジットカード番号等がそのクレジットカードの所有者以外の者に知られた場合に、その不正使用を監視するために支出するモニタリング費用</p> <p>ケ.公的調査対応費用 セキュリティ事故に起因して記名被保険者に対する公的調査が開始された場合に、被保険者がその公的調査に対応するために要した次のいづれかに該当する費用 (ア)弁護士報酬(保険契約者もしくは被保険者に雇用され、またはこれらの者から定期的に報酬が支払われている弁護士に対して定期的に支払う報酬および、刑事事件に関する委任にかかる費用を除きます。) (イ)通信費 (ウ)記名被保険者の役員・使用人の交通費または宿泊費 (エ)コンサルティング費用(*5)</p> <p>コ.損害賠償請求費用 記名被保険者が他人に対してセキュリティ事故に関する損害賠償請求を行うための争訟費用</p> | 100% | 1事故・保険期間中 加入依頼書のご選択されたプランの該当欄に記載された金額 | — |
| g. 再発防止費用 | 同種のセキュリティ事故による損害の再発防止のために支出する必要かつ有益な費用をいい、セキュリティ事故の再発防止を目的とした外部機関による認証取得にかかる費用・再発防止策の結果または実施状況に関する報告書の作成費用を含みます(*4)。 ただし、人格権・著作権等の侵害による損害の再発防止のために支出する費用、c.原因・被害範囲調査費用、d.相談費用、e.コンピュータシステム復旧費用、およびセキュリティ事故の発生の有無にかかわらず被保険者が支出する費用を除きます。 | 90% | 1事故・保険期間中 加入依頼書のご選択されたプランの該当欄に記載された金額 | |

(*1) サイバー攻撃が疑われる突発的な事象を被保険者が最初に発見した日の翌日から30日以内、かつ、被保険者が緊急対応費用を負担する(支払が未済であっても業者に発注・依頼済みの場合を含みます。)より前に、引受保険会社(東京海上日動の緊急時ホットラインサービス(P.10ご参照)を含みます。)にその事象についてご連絡いただか必要があります。ご連絡がない場合は、その事象を最初に発見した日の翌日から30日以内に生じた費用のみ補償対象となります。

(*2) 次のいづれかをいいます。

ア.公的機関(サイバー攻撃の被害の届出、インシデント情報の受付等を行っている独立行政法人または一般社団法人を含みます。)からの通報
イ.記名被保険者が使用または管理するコンピュータシステムのセキュリティの運用管理を委託している会社等からの通報・報告

(*3) b.サイバー攻撃対応費用、c.原因・被害範囲調査費用、d.相談費用で共有します。

(*4) 引受保険会社の書面による同意を得て支出するものに限ります。

(*5) 次のいづれかをいいます。

- ① 公的機関に対する届出または報告等(文書によるものに限ります。)
- ② 新聞、雑誌、テレビ、ラジオ、インターネットまたはこれらに準じる媒体による発表または報道
- ③ 被害者または被害法人に対する詫び状の送付
- ④ 公的機関からの通報

②訴訟対応費用

保険金をお支払いする場合

この保険契約において保険金支払の対象となる事由に起因して提起された被保険者に対する損害賠償請求訴訟について、被保険者が訴訟対応費用(その額および用途が社会通念上、妥当であるものに限ります。)を負担することによって生じた損害を補償します。保険金をお支払いするのは、保険期間中に損害賠償請求がなされた場合に限ります。

お支払いの対象となる費用と支払限度額等

損害額に縮小支払割合を乗じた金額を、下表「各費用固有の支払限度額」欄記載の金額を限度に保険金としてお支払いします。

※すべてのサイバーセキュリティ事故対応費用に対する保険金を合算して、下表「費用全体の支払限度額」欄記載の支払限度額が限度となります。

免責金額は適用しません。

※この保険契約においてお支払いする保険金の額は、すべての保険金を合算して、損害賠償責任に関する補償の「支払限度額(保険期間中)」が限度となります。

| 費用の種類 | 定義 | 縮小支払割合 | 支払限度額 | |
|--------|--|--------|--------------------------|---|
| | | | 各費用固有の支払限度額 | 費用全体の支払限度額 |
| 訴訟対応費用 | 次の費用のうち、この保険契約において保険金支払の対象となる事由に起因して被保険者に対して提起された損害賠償請求訴訟に対応するために直接必要なものをいいます。 ア.記名被保険者の使用人の超過勤務手当または臨時雇用費用 イ.記名被保険者の役員・使用人の交通費または宿泊費 ウ.増設コピー機のリース費用 エ.記名被保険者が自らまたは外部の実験機関に委託して行う事故の再現実験費用 オ.意見書・鑑定書の作成費用 カ.相手方当事者または裁判所に提出する文書の作成費用 | 100% | 1請求・ 保険期間中 1,000万円 | 1請求・ 保険期間中 1,000万円 加入依頼書の ご選択された プランの 該当欄に記載 された金額 |

※ 詳細は、団体代表者にお渡ししている保険約款をご確認ください。

保険金お支払いの対象とならない主な場合

この保険では、次の事由による損害等に対しては、保険金をお支払いできません。

※ここでは主な場合のみを記載しています。詳細は、団体代表者にお渡ししている保険約款をご確認ください。

【共通】

- ・保険金の支払を行うことにより引受保険会社が次の制裁・禁止・規制・制限を受けるおそれがある場合
 - ア.国際連合の決議に基づく制裁等
 - イ.欧州連合・日本国・グレートブリテン及び北アイルランド連合王国・アメリカ合衆国との貿易または経済に関する制裁等
 - ウ.アまたはイ以外の制裁等
- ・次の事由
 - ア.戦争・外国の武力行使・革命・政権奪取・内乱・武装反乱・その他これらに類似の事変または暴動
 - イ.アの過程または直接的な準備として行われる国家間与型サイバー攻撃
 - ウ.被害国における次のいずれかの事項に重大な影響を及ぼす国家間与型サイバー攻撃
 - (ア)重要インフラサービスの利用、提供または維持
 - (イ)安全保障・防衛
- ・核燃料物質(使用済燃料を含みます。)またはこれによって汚染された物(原子核分裂生成物を含みます。)の放射性、爆発性その他の有害な特性またはその作用

【損害賠償責任に関する補償、サイバーセキュリティ事故対応費用に関する補償】

- ・保険契約者または被保険者の故意
- ・地震、噴火、津波、洪水、高潮
- ・被保険者と他人との間に損害賠償に関する特別の約定がある場合において、その約定によって加重された賠償責任
- ・保険期間の開始時より前に発生した事由により損害賠償請求を受けるおそれがあることを保険契約者または被保険者が保険期間の開始時に認識していた場合(認識していたと判断できる合理的な理由がある場合を含みます。)は、その事由
- ・次の行為
 - ア.被保険者が法令に違反することまたは他人に損害を与えるべきことを認識していた(認識していたと判断できる合理的な理由がある場合を含みます。)行為
 - イ.被保険者の指図により被保険者以外の者によって行われた行為のうち、被保険者が他人の営業上の権利または利益を侵害することを認識しながら(認識していたと判断できる合理的な理由がある場合を含みます。)行われた行為
- ・被保険者による窃盗、強盗、詐欺、横領または背任行為その他の犯罪行為。ただし、過失犯を除きます。
- ・他人の身体の障害
- ・他人の財物の損壊、紛失、盗取または詐取。ただし、被保険者が使用または管理する紙または磁気ディスク等の紛失、盗取または詐取に起因して発生した情報の漏えいまたはそのおそれによる損害に対しては、この規定を適用しません。
- ・被保険者の業務の結果を利用して製造された製品、半製品、部品、工作物等の財物の不具合
- ・所定の期日までに被保険者の業務が完了しないこと。ただし、次の原因によるものを除きます。
 - ア.火災、破裂または爆発
 - イ.急激かつ不測の事故による、記名被保険者が使用または管理するコンピュータシステムの損壊または機能停止
- ・特許権、営業秘密等の知的財産権の侵害。ただし、次の事由に起因する損害に対しては、この規定を適用しません。
 - ア.人格権・著作権等の侵害(*1)
 - イ.記名被保険者の業務に従事する者以外の者によって行われたサイバー攻撃により生じた情報の漏えいまたはそのおそれには起因する知的財産権の侵害
 - ・記名被保険者の役員に対してなされた株主代表訴訟による損害賠償請求
 - ・記名被保険者の直接の管理下にない電気、ガス、水道、熱供給、遠距離通信、電話、インターネット、電報等のインフラストラクチャーの供給停止または障害
 - ・被保険者が放送業または新聞・出版・広告制作等の映像・音声・文字情報制作業を営む者として行う広告宣伝、放送または出版
 - ・被保険者の暗号資産交換業の遂行に関連する事由
 - ・被保険者が支出したかまたは法律上の損害賠償金として負担したかどうかにかかわらず、被保険者の業務の追完もしくは再履行または回収等の措置(被保険者の占有を離れた財物または被保険者の業務の結果についての回収、点検、修理、交換その他の措置をいいます。)のために要する費用(追完または再履行のために提供する財物または役務の価格を含みます。)
 - ・被保険者が業務の結果を保証することにより加重された賠償責任およびこれに伴って生じる費用
 - ・罰金、料金、過料、課徴金、制裁金、懲罰的損害賠償金、倍額賠償金その他これらに類するもの(被保険者が支出したかまたは法律上の損害賠償金として負担したかどうかにかかわりません。)
 - ・被保険者相互間における損害賠償請求

【損害賠償責任に関する補償】

- ・生体情報の保護または取扱いに関する国内外の法または規則等の違反またはそのおそれには起因する賠償責任。ただし、情報の漏えいまたはそのおそれには起因する損害に対しては、この規定を適用しません。
- ・記名被保険者が前払式支払手段発行者または資金移動業を営む者である場合は、次の賠償責任
 - ア.電磁的方法により記録される金額等に応ずる対価を得て発行された証票等または番号・記号その他の符号の不正な操作・移動に起因する賠償責任
 - イ.不正な為替取引・資金移動に起因する賠償責任

【損害賠償責任に関する補償、サイバーセキュリティ事故対応費用に関する補償:ITユーザー行為に起因する事故(*2)固有】

- ・通常必要とされるシステムテストを実施していないソフトウェアまたはプログラムのかし

【損害賠償責任に関する補償、サイバーセキュリティ事故対応費用に関する補償:情報の漏えいまたはそのおそれの事故固有】

- ・被保険者が他人に情報を提供または情報の取扱いを委託したことが情報の漏えいにあたるとしてなされた損害賠償請求

【損害賠償責任に関する補償、サイバーセキュリティ事故対応費用に関する補償:人格権・著作権等の侵害事故(*1)固有】

- ・私的独占の禁止及び公正取引の確保に関する法律もしくは不当景品類及び不当表示防止法またはこれらに類する外国の法令に違反する行為またはそのおそれのある行為
- ・記名被保険者による採用、雇用または解雇
- ・記名被保険者の業務の結果の効能、効果、性能または機能等について、明示された内容との齟齬またはそれらの不足
- ・著作権、意匠権、商標権、人格権またはドメイン名の権利者に対して本来支払うべき使用料(被保険者が支出したかまたは法律上の損害賠償金として負担したかどうかにかかわりません。)

(*1)「情報の漏えいまたはそのおそれ」を除きます。

(*2)「情報の漏えいまたはそのおそれ」および「人格権・著作権等の侵害」を除きます。



ご注意事項

◆もし事故が起きたときは

(サイバーセキュリティ事故対応費用(訴訟対応費用、緊急対応費用を除く))

ご契約者または被保険者が、保険事故または保険事故の原因となる偶然な事故を発見したときは、遅滞なく、事故発生の日時・場所、事故発見の日時、被害者の住所・氏名、事故状況、受けた損害賠償請求の内容その他の必要事項について、書面で代理店または引受保険会社にご連絡ください。ご連絡が遅れた場合は、保険金を減額してお支払いすることがありますのでご注意ください。なお、保険金請求にあたって攻撃内容やインシデントの詳細等の情報のご提出が必要となります。

(緊急対応費用)

サイバー攻撃が疑われる突発的な事象を被保険者が最初に発見した日の翌日から30日以内、かつ、被保険者が緊急対応費用を負担する(支払が未済であっても業者に発注・依頼済みの場合を含みます。)より前に、引受保険会社(東京海上日動の緊急時ホットラインサービスを含みます。)にその事象の発生についてご連絡ください。ご連絡がない場合は、その事象を最初に発見した日の翌日から30日以内に生じた費用のみ補償対象となります。なお、保険金請求にあたってはサイバー攻撃が疑われる突発的な事象の発生を客観的に示す情報のご提出が必要となります。

(上記以外)

ご契約者または被保険者が、保険事故または保険事故の原因となりうる偶然な事故または事由が発生したことを知ったときは、遅滞なく、事故発生の日時・場所、被害者の住所・氏名、事故状況、受けた損害賠償請求の内容その他の必要事項について、書面で代理店または引受保険会社にご連絡ください。ご連絡が遅れた場合は、保険金を減額してお支払いがありますのでご注意ください。なお、保険金請求にあたって攻撃内容やインシデントの詳細等の情報のご提出が必要となります。

(共通)

保険金請求権には、時効(3年)がありますのでご注意ください。

◆ご加入者と被保険者が異なる場合

ご加入者と被保険者が異なる場合は、ご加入者からこのご案内の内容を被保険者全員にご説明いただきますようお願い申し上げます。

◆示談交渉サービスは行いません

この保険には、保険会社が被害者の方と示談交渉を行う「示談交渉サービス」はありません。事故が発生した場合は、被保険者ご自身が、保険会社の担当部署からの助言に基づき被害者との示談交渉を進めていただくことになりますので、ご承知置きください。また、保険会社の承認を得ずに被保険者側で示談締結をされたときは、示談金額の全部または一部を保険金としてお支払いできないことがありますので、ご注意ください。

◆保険金請求の際のご注意

責任保険において、被保険者に対して損害賠償請求権を有する保険事故の被害者は、被保険者が引受保険会社に対して有する保険金請求権(費用保険金に関するものを除きます。)について、先取特権を有します(保険法第22条第1項)。「先取特権」とは、被害者が保険金給付から他の債権者に先立って自己の債権の弁済を受ける権利をいいます。被保険者は、被害者に弁済をした金額または被害者の承諾を得た金額の限度においてのみ、引受保険会社に対して保険金をご請求いただくことができます(保険法第22条第2項)。このため、引受保険会社が保険金をお支払いできるのは、費用保険金を除き、次の①から③までの場合に限られますので、ご了解ください。

- ① 被保険者が被害者に対して既に損害賠償としての弁済を行っている場合
- ② 被害者が被保険者への保険金支払を承諾していることを確認できる場合
- ③ 被保険者の指図に基づき、引受保険会社から被害者に対して直接、保険金を支払う場合

◆告知義務

加入依頼書等に★または☆が付された事項は、ご加入に関する重要な事項(告知事項)です。ご加入時に告知事項について正確にお答えいただく義務があります。お答えいただいた内容が事実と異なる場合や告知事項について事実を記載しない場合は、ご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがあります。※代理店には、告知受領権があります。

◆補償の重複に関するご注意

補償内容が同様の保険契約(特約条項や引受保険会社以外の保険契約を含みます。)が他にある場合は、補償が重複することがあります。

補償が重複すると、対象となる事故について、どちらのご契約からでも補償されますが、いずれか一方のご契約からは保険金が支払われない場合があります。補償内容の差異や支払限度額、保険金額等をご確認のうえ、ご契約の要否をご検討ください。

◆通知義務

ご加入後に加入依頼書等に☆が付された事項(通知事項)に内容の変更が生じることが判明した場合は、すみやかにご加入の代理店または引受保険会社にご連絡いただく義務があります。ご連絡がない場合は、保険金をお支払いできないことがあります。また、変更の内容によってご契約を解除することがあります。

◆ご加入の取消し・無効・重大事由による解除について

- (1)ご加入時にご契約者または被保険者に詐欺または強迫の行為があった場合は、引受保険会社はご加入を取り消すことができます。
- (2)ご加入時にご契約者が保険金を不法に取得する目的または他人に保険金を不法に取得させる目的をもっていた場合は、ご加入は無効になります。
- (3)以下に該当する場合は、引受保険会社はご契約を解除することができます。この場合は、全部または一部の保険金をお支払いできないことがありますので、ご注意ください。
 - ・ご契約者または被保険者が引受保険会社にこの保険契約に基づく保険金を支払わせることを目的として損害を生じさせた場合
 - ・ご契約者または被保険者が、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
 - ・この保険契約に基づく保険金の請求に関し、被保険者に詐欺の行為があった場合

等

◆他の保険契約等がある場合

この保険契約と重複する保険契約や共済契約がある場合は、次のとおり保険金をお支払いします。

他の保険契約等で保険金や共済金が支払われていない場合

他の保険契約等とは関係なく、この保険契約のご加入内容に基づいて保険金をお支払いします。

他の保険契約等で保険金や共済金が支払われている場合

損害額から既に他の保険契約等で支払われた保険金や共済金を差し引いた残額に対し、この保険契約のご加入内容に基づいて保険金をお支払いします。

◆加入者証

加入者証が届くまでの間、パンフレット等に加入内容を記録し保管してください。ご加入後、1か月経過しても加入者証が届かない場合は、引受保険会社にご照会ください。加入者証が届きましたら、加入内容が正しいかご確認くださいますようお願いします。

◆代理店の業務

代理店は、引受保険会社との委託契約に基づき、保険契約の締結、契約の管理業務等の代理業務を行っております。したがいまして、引受保険会社代理店と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締結されたものとなります。

◆保険会社破綻時の取扱い

引受保険会社の経営が破綻した場合等は、保険金、返り金等の支払いが一定期間凍結されたり、金額が削減されることがあります。なお、引受保険会社の経営が破綻し、ご契約者が個人、「小規模法人」(破綻時に常時使用する従業員等の数が20人以下)の日本法人、外国法人(*1)またはマンション管理組合である場合には、この保険は「損害保険契約者保護機構」の補償対象となり、保険金、返り金等は原則として80%(破綻保険会社の支払停止から3か月間が経過するまでに発生した保険事故に係る保険金については100%)まで補償されます(*2)。

(*1)外国法人については、日本における営業所等が締結した契約に限ります。

(*2)保険契約者が個人等以外の者である保険契約であっても、その被保険者である個人等がその保険料を実質的に負担すべきこととされているもののうち、その被保険者に係る部分については、上記補償の対象となります。

この保険は、埼玉県医師会を契約者とし、埼玉県医師会会員を記名被保険者とするサイバーリスク保険の団体契約です。保険証券を請求する権利、保険契約を解約する権利等は埼玉県医師会が有します。

このご案内書は、サイバーリスク保険およびこれに付帯する特約条項の概要を紹介したもので、サイバーリスク保険に関するすべての事項を記載しているものではありません。詳細につきましては、引受保険会社からご契約者である団体の代表者にお渡ししております保険約款および付帯する特約条項をご確認ください。保険約款等の内容の確認をご希望される場合は、団体までご請求ください。また、保険金のお支払条件・ご加入手続き、その他、ご不明な点がありましたら、ご遠慮なく代理店または引受保険会社までお問い合わせください。

なお、このご案内書にはご契約上の大切なことが記載されていますので、ご一読の上、加入者証とともに保険期間の終了時まで保管してご利用ください。

一般社団法人 日本損害保険協会 そんぽ ADR センター(指定紛争解決機関)

東京海上日動火災保険(株)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。

東京海上日動火災保険(株)との間で問題を解決できない場合には、同協会に解決の申し立てを行なうことができます。

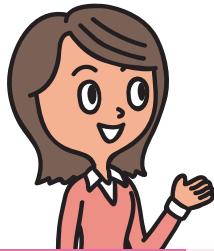
詳しくは、同協会のホームページをご確認ください。



0570-022808

<通話料有料>

IP電話からは 03-4332-5241 をご利用ください。
受付時間: 平日 午前9時15分～午後5時
(土・日・祝日・年末年始はお休みとさせていただきます。)



用語の意味

このパンフレットで使用する用語の意味は、次のとおりです。

| | |
|------------------|---|
| ITユーザー行為 | 記名被保険者の業務における次の行為をいいます。 ア.コンピュータシステムの所有・使用・管理。ただし、他人のためのコンピュータシステムの所有・使用・管理を除きます。 イ.アのコンピュータシステムを使用して行うプログラム・データの提供(記名被保険者が所有・使用・管理するコンピュータシステムで直接処理を行った記録媒体によって提供された場合を含みます。)。ただし、プログラム・データ自体を記名被保険者の商品・サービスとして他人に提供する場合を除きます。 |
| コンピュータシステム | 情報の処理または通信を主たる目的とするコンピュータ等の情報処理機器・設備およびこれらと通信を行う制御・監視・測定等の機器・設備が回線を通じて接続されたものをいい、通信用回線・端末装置等の周辺機器・ソフトウェアおよび磁気的または光学的に記録されたデータならびにクラウド上で運用されるものを含みます。 |
| 他人のためのコンピュータシステム | 記名被保険者が他人のために開発・販売・提供するコンピュータシステムをいいます。ただし、記名被保険者の広告・宣伝またはその商品・サービスの販売・利用促進のみを目的として他人に提供するアプリケーション・ウェブサイト等であって、そのすべてを無償で利用させるものを除きます。 |
| サイバー攻撃 | コンピュータシステムへのアクセスまたはその処理、使用もしくは操作に関して行われる、正当な使用権限を有さない者による不正な行為または犯罪行為(正当な使用権限を有する者が、有さない者に加担して行った行為を含みます。)をいい、次の行為を含みます。 ア.コンピュータシステムへの不正アクセス イ.コンピュータシステムの機能の停止・阻害・破壊または誤作動を意図的に引き起こす行為 ウ.マルウェア等の不正なプログラムまたはソフトウェアの送付またはインストール(他の者にソフトウェアをインストールさせる行為を含みます。) エ.コンピュータシステムで管理される磁気的または光学的に記録されたデータの改ざん、またはそのデータを不正に入手する行為 |
| 事故対応期間 | 被保険者が最初にセキュリティ事故・風評被害事故(定義については、P.4の<セキュリティ事故とは><風評被害事故とは>をご確認ください。)を発見した時から、その翌日以降1年が経過するまでの期間をいいます。 |
| 情報の漏えい | 電子データまたは記録媒体に記録された非電子データとして保有される次のいずれかの情報の漏えいをいいます。 ア.個人情報 イ.法人情報 ウ.アまたはイ以外の公表されていない情報(記名被保険者に関する情報を除きます。) |
| 漏えい | 次の事象をいいます。ただし、保険契約者または記名被保険者もしくはその役員が意図的に情報を第三者に知らせる行為を除きます。 ア.個人情報が被害者以外の第三者に知られたこと(知られたと判断できる合理的な理由がある場合を含みます。以下同様とします。) イ.法人情報が被害法人以外の第三者に知られたこと ウ.個人情報・法人情報以外の公表されていない情報が、第三者(その情報によって識別される者がいる場合は、その者を除きます。)に知られたこと。 |
| 人格権・著作権等の侵害 | 記名被保険者がコンピュータシステムにおいて提供するデータベース・ソフトウェア等による、文書・音声・図画等の表示または配信(記名被保険者が対価・報酬を受領して他人に提供するものを除きます。)によって生じた他人の著作権・意匠権・商標権・人格権・ドメイン名の侵害をいいます。 |

サイバーリスク総合支援サービスのご案内

サイバーリスクに関連する次のサービスをご用意しております。詳細は、代理店または東京海上日動までお問い合わせください。

| サービス | 概 要 | ご利用対象 |
|--------------------------------------|---|------------------------------|
| 緊急時ホットラインサービス (無料) | <p>お客様に発生した様々なサイバーリスクに関するトラブルやインシデントについて、専用ダイヤルにて365日24時間サイバー専門組織が対応し、初動対応から保険金請求、再発防止に至るまでワンストップでご支援します。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 東京海上日動の 緊急時ホットラインサービス(*1) 0120-269-318 </div> | サイバーリスク保険 ご加入者様限定 |
| 情報・ツール提供サービス (無料) | <p>Tokio Cyber Port(*2)上で、次のようなサイバーリスクに関する情報・ツールをご提供いたします。</p> <ul style="list-style-type: none"> ①インシデント対応フロー ②従業員の皆様向けテキスト ③サイバーリスク情報誌 ④メールマガジンの定期配信(サイバーリスクに関するニュースダイジェストのお届け、セミナー情報のご案内等) | どなた様でも ご利用いただけます (*2) |
| サイバーソリューションナビ (専門事業者紹介サービス) | セキュリティ対策にお悩みの皆様向けに、ニーズに合わせたソリューションをご案内するツールです。 | どなた様でも ご利用いただけます (*2) |
| サイバーリスク・ モニタリングサービス (無料) | お客様の所有するドメインを外部から定期的にモニタリングし、特に早期に対処すべきと考えられるセキュリティ上の課題を発見した場合にお客様に対してアラート通知を行い、一般的に推奨される対応策について情報をご提供するサービスです。 | サイバーリスク保険 ご加入者様限定 (*3) |
| ベンチマークレポートサービス (無料) | 米国ガイドワイヤ社のノウハウを活用し、企業がさらされているサイバーリスクの要因を様々な角度で分析し、業界内のベンチマークや定点観測としてご利用いただけるサイバーリスクベンチマークレポートをご提供いたします。 | サイバーリスク保険 ご加入者様限定 (*3) |
| 簡易リスク診断サービス (定量リスク診断サービス) (無料) | 一定のシナリオに基づいたサイバーリスクに関する想定最大損害額(PML)を簡易算出し、定量的にリスク診断を実施いたします。 | どなた様でも ご利用いただけます (*2) |

※本サービスの内容は、変更・中止となる場合があります。

(*1)ご利用の際は、「ご加入者名」「証券番号」を確認させていただきます。

(*2)ご利用には、Tokio Cyber Portへの無料会員登録が必要です。

(*3)情報漏えい限定補償プランのご加入者様にはご利用いただけません。

東京海上日動の
緊急時ホットライン
サービス

ブ ロ ッ ク サ イ バ ー

0120-269-318

24時間365日対応
(年中無休)

お客様に発生した様々なサイバーリスクに関するトラブルやインシデントについて、
専用窓口(フリーダイヤル)で直接ご支援を実施するサービスです。

※ご利用の際は、「ご加入者名」「加入者番号」を確認させていただきます。

※本サービスは被保険者の方向けです。ご契約者と被保険者が異なる場合は、本内容をご契約者から被保険者にご説明ください。

日常の
サイバートラブル
からご支援

ウイルス感染等の日
常のサイバートラブ
ルに、初期アドバイス
やリモートサポート等
を行います。

経験豊富な
サイバー専門家が
ご支援

インシデント対応の
専門家が、**事故対応**
に精通した保険会社
ならではの支援を行
います。

多様な
専門事業者
ラインナップ

多様な専門事業者の
中から、トラブルの状
況やお客様のニーズ
に応じて**最適な事業
者をご紹介**します。

初動から
再発防止まで
ご支援

初動対応から保険金
請求、さらには再発防
止策の実行に至るまで
ワンストップでご
支援します。

保険適用外でも
サービス
利用可能

仮に保険が適用され
ない場合でも**サービ
ス利用可能**です。(専
門事業者手配の実費
はお客様のご負担と
なります。)

ご加入に関する大切なお知らせ

今回ご加入いただくご契約より保険料が改定されているため、昨年とは保険料が異なっております。また、商品内容に関する改定があります。保険料・商品内容等詳細につきましてはパンフレットにてご確認ください。

現在ご加入の方につきましては、下記募集締切日までに、ご加入者の方からのお申し出または保険会社からの連絡がない限り、当団体は現在のご加入タイプの今年度のパンフレット等に記載の内容にて保険会社に保険契約を申し込みますので、特段のご加入手続きは不要です。**(自動継続となります。自動継続の場合でも保険料の振込が必要です。)**



ご注意ください

組織変更や病床数の変更を予定されている場合は、別途お手続きが必要となる場合がございますので、必ず事前に団体窓口または取扱代理店へご連絡ください。

保険期間

2025年2月1日午後4時～2026年2月1日午後4時

募集期間：2024年12月12日(木)～2025年1月15日(水)まで

募集締切日：2025年1月15日(水)

※加入依頼書等の書類は別添の返信用封筒にて埼玉県医師会管理課 医事・福祉担当宛にご返送ください。

保険料支払方法

○新規・更新 銀行振込 a. 払込締切日：2025年1月15日(水)

b. 振込先：埼玉りそな銀行 さいたま営業部(普)4360581 (社)埼玉県医師会

○中途加入・毎月20日を締切日とします。

・保険料は加入月によって異なりますので、埼玉県医師会までお問い合わせください。

・保険料支払は上記口座に銀行振込をお願いします。毎月20日を締切とします。

・保険期間は振込が完了した月の翌月1日午後4時～2026年2月1日午後4時までです。

詳細は取扱代理店までお問い合わせください。

お問い合わせ先

● 加入・変更等のお手続き全般について

● 保険料に関するお問い合わせ

埼玉県医師会 管理課 医事・福祉担当
(取扱代理店：有限会社埼玉メディカル)

電話：048(824) 2611(代表)

048(823) 9230((有)埼玉メディカル)

住所：〒330-0062

さいたま市浦和区仲町3丁目5番1号

埼玉県県民健康センター5F

● 左記以外のお問い合わせ

東京海上日動火災保険株式会社
埼玉中央支店マーケット開発チーム
電話：048(650) 8381