

令和3年度第3回都道府県医師会長会議 (TV会議)



会長 安里 哲好

令和3年度第3回都道府県医師会長会議

日 時：令和4年1月18日（火）
午後3時00分～5時00分
場 所：日本医師会館
（※TV会議システム使用）

次 第

1. 開 会

2. 会長挨拶

3. 議 事

(1) Cグループによる討議

テーマ：「オンライン診療について」

議 長：菊岡正和神奈川県医師会長

副議長：村上博愛媛県医師会長

全体討議

日本医師会からのコメント

担当：松本常任理事

(2) Dグループによる討議

テーマ：「新型コロナウイルス感染症に対する
今後の医療提供体制について」

議 長：安里哲好沖縄県医師会長

副議長：佐藤武寿福島県医師会長

全体討議

日本医師会からのコメント

担当：釜范常任理事

4. そ の 他

5. 閉 会

去る1月18日（火）、都道府県医師会長会議（TV会議）が開催された。今回も予め日本医師会よりそれぞれテーマが決められ、Cグループは「オンライン診療について」、Dグループは「新型コロナウイルス感染症に対する今後の医療提供体制について」活発な議論が行われたのでその概要を報告する。

中川会長挨拶

オミクロン株により市中感染が急速に拡大し、全国で新規感染者が急増している。残念ながら全国的に第6波に突入したと言わざるを得ない。このままでは医療機関が対応できなくなる恐れが再び高まっており、スピード感をもった対応が求められている。3回目のワクチン接種についても早期に接種するためには地域の医療機関が大きな推進力となる。引き続きお力添えをお願いしたい。本日は各地域の実情を踏まえた貴重なご意見を伺いたいのでよろしくお願い申し上げます。

議事

Cグループによる討議

テーマ：「オンライン診療について」

議 長：菊岡正和神奈川県医師会長

副議長：村上博愛媛県医師会長

参 加：岩手県、茨城県、埼玉県、神奈川県、
長野県、岐阜県、京都府、鳥取県、
岡山県、愛媛県、熊本県

菊岡Cグループ議長の進行の下、議事が進められた。

Cグループから予め提出されたテーマに対する意見要旨は以下のとおり。

○岩手県

オンライン診療は原則かかりつけ医が対面診療の補完として行うべきもので、実施可能エリアを県内ごとに制限してほしい。また、医療資源の乏しく広大な県土を有している本県ではオンライン診療は有用である。恒久的にオンライン診療を行うのであればオンライン診療研修の義務化が必要であると考えます。

○茨城県

ドイツとフランスのオンライン診療の現状から、我が国のオンライン診療について、次のような対応への検討（①初診からの利用、②利用可能な範囲（全国か地域か）、③診療報酬は加算を含めて対面診療と同額、④プロバイダー関連費用の補助、⑤オンライン診療の割合を全体の2～3割に制限、⑥営利的なプロバイダーやスタートアップの規制、⑦医師会によるオンライン診療の研修、⑧医師のマインドの営利化防止、⑨国によるデジタルに安全を保証した官製プラットフォームの提供、⑩共有型電子カルテの普及によるPHRの推進）が必要である。

○神奈川県

対面診療と比べて低い診療報酬となっているオンライン診療が、2022年診療報酬改定で要件の緩和が実施され、オンライン診療時の基本診療料（初診・再診料、医学管理料）などが対面診療時と同等の点数まで引き上げられた場合、営利目的のオンライン診療専門医療機関などが開設されることが懸念される。オンラインで診療行為を行うことは世界的に普及しつつあるが、安全性を担保した上で国民の健康長寿に貢献し、在宅医療への活用、医師の働き方改革等を含めた医療界の効率化に一助となるように推進すべきである。

○長野県

医療機関へのアクセスが制限されている患者のかかりつけ医における再診の対面診療は補完できるが、初診については五感を使った対面診療が必須である。オンライン診療の限界を広く国民に周知し、安易なオンライン診療の普及には警鐘を鳴らすべきだと考える。

○岐阜県

本県では新型コロナ対策の一環として、知事の肝いりで医療機関に対するオンライン診療に係る機器整備補助事業が令和2年に始まった。当事業は施設基準を届けることにより、診療所20万円、病院は病床数によって40～80万円の危機整備補助が受けられた。1年で17機関→175機関に飛躍的に伸びたが、現在は県内

のオンライン診療届出医療機関は、全医療機関(1,416機関)の13%(181機関)に留まっている。

○京都府

医師少数地域では有効であるとともに、都会であっても適切な医療の継続という観点から有効であると考え。医療の質の担保は医師の責任である。現状ではオンライン診療だけで質の担保ができると考えられない。初診に限らず対面診療が並行して行われるべきである。ガイドライン等で一定のルール作りが必要だと考える。

○鳥取県

オンライン診療は「通常時」と「緊急時」と分けて考える必要がある。初診時にオンライン診療を行うことは的確な症状の把握、診断を含め多くの面で安全面・信頼性が危惧されているので、初診は対面診療を原則とし、オンライン診療を通常時に認める場合は、慎重に例外として規定を設けて、厳格に運用するべきである。

○岡山県

基金事業として「オンライン診療による中山間・島嶼部などの医療過疎地域における医療確保事業」を行うことにしている。オンライン診療は患者の高齢化、医師不足により医療へのアクセスが困難であるへき地（中山間・島嶼部）には必要不可欠な医療システムの一つである。

○熊本県

オンライン診療は利便性だけが前面に押し出され、医療事故等を引き起こすリスクが潜んでいることを国民に理解されていないことを懸念している。医療の質の問題は地域によって違ってくると思うが、少しでも質が上がる方法を取り組んでいかなければならない。疾患別、診療科別でいろいろあると思うので学会や医会などでガイドラインをつくっていかないといけないと思う。

■ C グループ討議及び全体討議における
主な意見

○埼玉県

コロナ以前に戻ることはないと思う。必然的に進んでいくと思う。一定のルールが必要と考えるので日医でそのルールをつくってほしい。

○神奈川

限られた情報の中で診断するには経験を積んだ医師でないと難しい。実際に取り組んでいるのは ICT に詳しい若手医師が多い。受診歴がない患者への 7 日間を超えた投与とか麻薬等、違反全体の 7 割を占めるのが新規の医療機関である。やはり指針を検討し安全性と質を担保していかななくてはならないと考える。今後はセキュリティコスト、キャッシュレス決済コスト等の問題が出てくると考える。

○鹿児島

オンライン診療について日医から国民への説明が必要だと考える。

○奈良県

大前提として HER と PHR の進歩とオンライン診療を同一視することは全くない。島嶼部等の本当にオンライン診療が必要なところを日医が全力で推進していく姿勢を見せてほしい。医療のリソースが充実している所はオンライン診療を推進する必要はないと考える。

○愛媛県

私の経験だが対面診療で触診により乳がんを見つけたことがある。オンライン診療を決して否定するわけではないが、重大な弱点があると考える。

■松本常任理事

日本医師会ではこれまでも中川会長の会見等で申し上げたとおり医療においては対面診療が原則であり、オンライン診療が解決困難な要因によって、医療機関へのアクセスが制限されている場合に対面診療を補完するものであり、定期的な対面診療と適切に組み合わせるべきである。医師が責任を持って診察にあたるためにも、安全性と信頼性をベースにオンライン診療を行うべきである。この安全性は身近なかかりつけ医により確保されるべきであり、このことを国に働きかけ、昨年 6 月の規制改革実施計画において原則と明記された。本日話があったように営利目的の一部の医療機関、対面診療をほとんど行わずにオンライン診療だけを行う医

療機関に席卷される恐れがある。仮にこのような状況が続くようであれば、かかりつけ医が地域からいなくなってしまう。規制改革行政会議には利便性を求めた推進派がいることも事実である。これらをどうやって防いでいくのが課題である。例えばその一つとして、かかりつけ医が必要だと感じた時に安全かつ必要な労力をかけずにオンライン診療ができるような手立てを日医で検討して、先生方にご選択いただくようにすることも考えられる。今回のご意見を踏まえながら今後も取り組んでいく。

D グループによる討議

テーマ：「新型コロナウイルス感染症に対する今後の医療提供体制について」

議長：安里哲好沖縄県医師会長

副議長：佐藤武寿福島県医師会長

参加：青森県、福島県、千葉県、東京都、山梨県、三重県、滋賀県、和歌山県、徳島県、香川県、長崎県、沖縄県

安里 D グループ議長の進行の下、議事が進められた。

D グループから予め提出されたテーマに対する意見要旨は以下のとおり。

○東京都

日本には有事に際して医療にかかわる調査・研究・統括する常設の組織がない。米国 CDC のような専門組織が国レベルにおいて存在しない。医療機関においては災害拠点病院や新型コロナ重点医療機関などすべて平時の組織が有事に転用される形になっており、常設の有事対応医療機関はない。都道府県ごとに危機対応の専用の病院を作っておくべきと提案する。

○山梨県

本県では第 5 波の際、宿泊療養施設等に入所している重症化リスクの少ない無症状患者のうち、医師が可能と判断及び本人家族の同意がある患者を自宅療養させる「退所後ケア」という制度（県医師会が受託、診療行為は行わず朝夕の健康数値を確認するのみ）を導入した。オミ

クロン株は重症化しにくいとされていることから、今後自宅療養が増加すると考える。自宅療養には家族感染のリスクの向上や保健所と連携等の課題があり、各県の自宅療養の課題や対応策等をご教示願いたい。

○三重県

病床占有率が30%を超えた場合、症状が軽快した患者の転院や宿泊療養施設への転所を積極的に実施して感染拡大のフェーズに応じた患者の振り分けを行う等、保健医療提供体制の整備及び病床・宿泊療養施設確保計画の見直し、保健所体制の確保について取り組んでいる。

○徳島県

今後の医療提供体制の課題として、①今回の国の空床補償料改定が大幅に減額となったので再考が必要。②オミクロン株を確定するまでの検査に時間を要しているので迅速に診断確定できるよう国立感染症研究所など感染症専門機関の充実が必要。③ワクチンのブースター接種を早期に進める必要。④抗ウイルス薬の早期承認、提供体制の整備が必要。また、新型コロナウイルス感染症検査料にかかる価格を調べたところ、12月までは13,500円で、今後700点までいくと逆ザヤが出て大変である。日医で交渉していただきたい。

○香川県

この2年でPCR検査やワクチン接種を行ってきた医療機関とそうでない医療機関で収入の格差が大きくなっているため、今後は以前の医療提供体制に戻すことと長期処方余儀なくされた医療機関に考慮した保険点数改定にしてほしい。

○長崎県

今後の医療提供体制において、①ブースター接種の推奨と実施、②検査数の拡充（PCR検査、抗原検査など）、③中和抗体療法施設の拡充（宿泊療養施設、有床・無床診療所）、自宅療養体制のサポート（サポート医による健康管理と内服薬の早期投与）、④入院病床数の拡充・充実（宿泊療養・自宅療養患者の急変時上り搬送受入れ体制）を実行しなければならないと考える。

○沖縄県（安里会長）

12月24日頃の沖縄県民オミクロン株感染者は1週間で10名であった。その後、3週間で1万7千人強（17,114人）で、70歳以上は3.5%で、重症者は0人だったが、昨日重症者1人、今日は3人である。感染者が多く、第5波のピークの2.3倍で、一方、重症者は4人で、40歳未満は殆どが無症状軽症者である。病床占有率は53.7%で半分以上が軽症者である。これから基礎疾患を有する高齢者の入院が増えると思われるが、肺炎は多くなく、Dダイマー高値の血管炎は更に少ないようである。感染や濃厚接触による医療従事者や介護施設のスタッフの欠勤が多く、救急外来・一般外来や手術などの制限に加え、病床確保に支障をきたす重点医療機関が多い（645→635床確保、稼働453床、重点医療機関で685人、その他51病院で1,171人が自宅待機の状態）。濃厚接触医療従事者は毎日抗原検査をして、陰性なら医療に従事している病院が多く、エッセンシャルワーカーは、接触から6日目の検査で陰性なら勤務となっている。沖縄県のピークは1月末を推定しているが、一部の地域ではピークアウトし、県全体でも2日連続前の週より減少しているが、今週末まで動向を見ないとなんとも言えない。要望としてファイザー社の内服薬（パクスロビド）の早期導入と、診療所で容易に使用できるよう、日医を通じて政府に要請していただきたい。

■Dグループ討議及び全体討議の主な意見

○東京都

東京では保健所にハーススで連絡すると同時に診察した医師が健康観察を行う仕組みがあり、約4,000ある医療機関の内、1,050の医療機関が取り組んでいる。往診ができる地区の先生、ファストドクター、在宅をやっている機関で役割分担して24時間見守っている。保健所の代わりに健康観察を行うので東京都から一定の補助が出るので引き受けている。

○三重県

オミクロン株は感染しやすいので医療従事者に感染拡大したのか。沖縄県ではなぜ増えてし

まったのか。その原因をご存じであれば教えていただきたい。参考にしたい。

○安里会長

原因ははっきりしないが感染力が強いのでいつの間にか感染して、家族内感染が多いと感じる。沖縄県では医療従事者の欠勤がとても多く、一般外来や救急外来で制限がある。第5波は入院患者が多くて大変だったが今回は医療従事者が多く1,200人であった。

○香川県

海外の情報からしてもオミクロン株は感染力は強いが病原性は低くインフルエンザ並みと言われている。この際2類相当からインフルエンザと同じ治療相当にするべきだと考える。コロナはこの2年で罹患者は200万人弱であり、流行性インフルエンザでは罹患者が約1,000万人で医師会の全医療機関が対応できているので、全医療機関が対応すべきである。保健所では濃厚接触者の調査で多忙となり国民の過度な不安を生じさせるので中等症以上は入院、軽症は自宅療養、濃厚接触者の調査は行わないようにしてもらいたい。

○長崎県

オミクロン株の感染急拡大から先日、会員向けに新型コロナウイルス緊急警報(①3回目ワクチン接種の前倒し、②新規感染者の早期発見、早期治療、③保健所からの指示に協力、④診療検査医療機関へ登録協力、⑤宿泊療養オンコール医師、サポート医への協力)を出して協力を求めた。

○滋賀県

県の会議で介護施設において感染者が発生した場合、入院には至らないような措置が必要なので症状がなければ施設内で診てほしいと話があった。各県で対策があれば教えてほしい。

○香川県

県内の介護施設でクラスターが発生した。その場所には病院が一つしかないので入院させることができないため、医師1名を介護施設に派遣して現在治療にあたっている。

○大阪府

これからは経口薬等が出てくるので、今まで

の入院医療から外来が中心になって治療をしていくことが重要だと考える。大きな専門病院をつくれる体制も必要である。

■釜萯常任理事

現時点でオミクロン株による感染症はデルタ株までの視点と全く考え方を変え、新たな感染症と言って良いくらいの大きな変化があると認識している。オミクロン株に合った対策を取ることが求められている。都道府県によって感染状況に差がある状況だが、オミクロン株は感染力が強いので1日で状況が変わる。その中で高齢者に感染者が増えた場合の重症化率は今の若年者が感染しているのと同じような状況になるのかどうか十分にわかっていない。現時点で重症化率は低いのではないかとこの治験が徐々に蓄積されているが断定はできない。オミクロン株を含めて新型コロナウイルス感染症は感染症法の1類から5類のどれにも当てはまらない。従ってこの類型に無理に当てはめるのは適当ではないことを認識共有したい。また、濃厚接触者の追跡ができなくなればその対応を行ったり、全例報告を仮にやめた場合に感染者をどのように把握するのかオミクロンに合った対策が必要である。また、これまでは親から子へ感染したが、小児の感染も増えてきており、家庭内感染を予防することは難しい。特に分娩直前の妊婦が感染した場合のリスクは非常に高いという知見が集まっているのでどのように防ぐのか、高齢者は重症化することを考慮して対応していかななくてはならない。

■中川会長総括

前半のオンライン診療については、一部勢力から全面的に解禁すべきだと持続的な声があるが、1月17日の岸田総理の所信演説では高齢化や過疎地の地方においてこそオンライン診療を活用すべきと話しており、やみくもにオンライン診療を解禁すべきだとは言っていない。日本医師会では中医協での議論や厚労省との協議の中で、全国の地域医療の悪影響を少なくできる

ように向き合っていく。後半の今後の医療提供体制については、日本医師会では通常医療とコロナ医療の両立を堅持していきたい。ポストコロナに向けた専門病院や日本版 CDC 設置の提案があったが、医療計画の5疾病5事業の6事業目に資するものだと考えている。是非、各都道府県で前倒しで議論をしていただきたい。現在はオミクロン株のコロナ医療になっている。これまでのデルタ株までの感染症とは違うという共通のエビデンスとなってきたと感じている。

医療提供体制における医療従事者の濃厚接触者の取扱いは、昨年8月18日の事務連絡にあるようにワクチン接種が進んで毎日の検査で陰性であれば働いてよいという状況になってきている。感染者で軽症や無症状が多く重症者が少ないことは、高齢者の感染者が少ない現時点において最終的に楽観するのはまだ早い。引き続き収束に向けて頑張っていくので皆さんもよろしくお願ひしたい。

お知らせ

暴力団追放に関する相談窓口

暴力団に関するすべての相談については、警察ではもちろんのこと、当県民会議でも応じており、専門的知識や経験を豊富に有する暴力追放相談委員が対応方針についてアドバイスしています。

暴力団の事でお困りの方は一人で悩まず警察や当県民会議にご相談下さい。

●暴力団に関する困り事・相談は下記のところへ

受付 月曜日～金曜日（ただし、祝祭日は除きます） 午前10時00分～午後5時00分

TEL (098) 868-0893 なくそうヤクザ 862-0007 スリーオーセブン

FAX (098) 869-8930 (24時間対応可)

電話による相談で不十分な場合は、面接によるアドバイスを行います。

「暴力団から不当な要求を受けてお困りの方は……悩まずに今すぐご相談を（相談無料・秘密厳守!）」

財団法人 暴力団追放沖縄県民会議