最近の医療情勢とその課題

令和 3 年度静岡県医師会「医療政策研究会」

2022 年 2 月 17 日

公益社団法人 日本医師会

会長 中川 俊男

目 次

1. 新型コロナウイルス感染症対策 4
1.1. 各種感染状況と緊急事態宣言及び「まん延防止等重点措置」 ... 4
1.1.1. オミクロン株の拡大といわゆる「第 6 波」 4
1.1.2. 「まん延防止等重点措置」と緊急事態宣言 12
1.1.3. これまでの感染状況 20
1.1.3.1. 1 回目の緊急事態宣言後の状況 20
1.1.3.2. 2 回目の緊急事態宣言 22
1.1.3.3. 初めての「まん延防止等重点措置」と 3 回目の緊急事態宣言 24
1.1.3.4. 4 回目の緊急事態宣言 26
1.2. 「第 5 波」後の医療提供体制の確保策について 28
1.3. ワクチン接種 32
1.3.1. 1～3 回目のワクチン接種 32
1.3.2. 国への働きかけ 35
1.3.2.1 後藤茂之厚生労働大臣との WEB 会談（2022 年 2 月 1 日） 35
1.3.2.2. 堀内ワクチン接種推進担当大臣との会談(2022 年 2 月 3 日) 37
1.4. 関係団体との取組（全国知事会） 39
1.4.1. 第 1 回目の意見交換会（2021 年 10 月 5 日） 39
1.4.2. 第 2 回目の意見交換会（2021 年 12 月 2 日） 39
1.4.3. 第 3 回目の意見交換会（2022 年 1 月 20 日） 42
2. 2022（令和 4）年度診療報酬改定 46
2.1. 2022（令和 4）年度診療報酬改定の経緯..... 46
2.1.1. 「経済財政運営と改革の基本方針 2021」閣議決定まで 46
2.1.2. 令和 4 年度予算概算要求 52
2.1.3. 診療報酬改定率決定まで 54
2.1.3.1.岸田新内閣発足 54
2.1.3.2 財政審 56
2.1.3.3 国民医療推進協議会 62

2.1.3.4　来年度予算に関するヒアリング 62
2.1.3.5　医療経済実態調査 63
2.1.3.6　自民党議員連盟「国民医療を守る議員の会」 66
2.1.3.7　後藤厚生労働大臣との意見交換 70
2.1.3.8　令和 4 年度診療報酬改定の基本方針 71
2.1.3.9　自民党「社会保障制度調査会 医療委員会」 72
2.1.3.10　診療報酬改定率決定に向けて 72
2.1.3.11　診療報酬改定率決定 74
2.1.4. 中医協における公益裁定 76
2.2. オンライン診療 78
2.3. リフィル処方 81
【参考】定例記者会見 85
定例記者会見（2022 年 2 月 2 日） 85
定例記者会見（2022 年 2 月 9 日） 93

1. 新型コロナウイルス感染症対策

1.1. 各種感染状況と緊急事態宣言及び「まん延防止等重点措置」

1.1.1. オミクロン株の拡大といわゆる「第 6 波」

新たな変異株「オミクロン株」は、2021 年 11 月 24 日に南アフリカから世界保健機関（WHO）に初めて報告され、同月 26 日に WHO はオミクロン株を懸念される変異株に指定したが、その後、世界各国で広がっている。我が国では、オミクロン株は昨年 11 月 30 日に空港検疫で 1 例目が確認された後、市中感染が広がっている。

オミクロン株に対し、日本政府は、11 月 27 日午前 0 時から南アフリカ等のアフリカ 6 カ国を対象に入国後の隔離措置を行なうことを決定し（その後 3 カ国を追加）、さらに、29 日午後、30 日午前 0 時から全世界を対象に外国人の入国を禁止すると発表した。

この措置は、岸田総理が、それまでの水際対策を緩和の方向から一転して、自身の責任において引き締めに転じると決定したことであり、日本医師会として、オミクロン株から国民を守るための迅速な英断であると高く評価している。

WHO からは、1 月 6 日、「オミクロン株は、特にワクチン受けた人には、デルタ株と比べて重症化リスクが低いとみられるが、軽度と分類されるべきではない」との見解も示した。

オミクロン株がたとえ重症化しにくいとしても、感染者が激増すれば、一定の割合で重症者数が増加する。今の時点でオミクロン株を楽観視するべきではない。

また、医療従事者の感染が深刻化すれば、医療提供体制の逼迫が起こる。さらに、介護や福祉従事者をはじめエッセンシャルワーカーの感染者が増加すれば、社会機能の維持も困難になる。

日本医師会では、新規感染者数が増え始めてからの増加のスピードがきわめて速くなっている状況を鑑み、1 月 6 日の定例会見にて、いち早く「新型コロナウイルス感

染症は、全国的に『第 6 波』に突入したとものと考えられる」ことを表明した。

日本医師会は、この第 6 波の宣言を大きく取り上げたメディアを通し、全国の医療機関では感染再拡大への備えを進めていること、しかし、想定を超える爆発的な感染拡大が起きると、必然的に重症者数も増加して医療機関が対応しきれなくなるおそれがあることを国民の皆様に伝え、注意喚起を行っている。

岸田総理は 1 月 4 日に、オミクロン株の市中感染が急速に拡大する最悪の事態に備えるため、予防、検査、早期治療の枠組みを一層強化し、国内対策に重点を移す準備を始めると表明した。また、昨年（2021 年）12 月 28 日には、後藤茂之厚生労働大臣との間で、日本薬剤師会、日本看護協会とともに意見交換を行い、オミクロン株の拡大に備え、自宅療養者への支援をはじめ、経口薬による治療の確保、検査体制の確保、患者にとって分かりやすい情報発信及び人材確保について協力要請を受けた。

日本医師会としても、全国の医師会と連携し政府の方針に危機感をもって全面的に協力していく。

「オミクロン株は重症化しない」とも言われているが、日医総研の客員研究員である沖縄県立中部病院の高山義浩医師からも、今の感染の中心は若い人であり、現時点では、基礎疾患をお持ちの方や高齢者の症例が少なく、重症化リスクの評価は困難であるとの報告を受けている。

その後、従来株も含め、特に沖縄県、東京都、大阪府、広島県、山口県で新規感染者数の増加が確認されてきた。そのため、広島県、山口県、そして沖縄県の各県知事からの要請を受け、新型インフルエンザ等対策推進会議の基本的対処方針分科会への諮問を経て、2022 年 1 月 9 日より「まん延防止等重点措置」を適用した。さらに、1 月 21 日より 1 都 12 県[1]、1 月 27 日より 1 道 2 府 15 県[2]、2 月 5 日より和歌山県、2 月 12 日より高知県に対して「まん延防止等重点措置」を適用した。

[1] 群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、新潟県、岐阜県、愛知県、三重県、香川県、長崎県、熊本県、宮崎県

[2] 北海道、青森県、山形県、福島県、茨城県、栃木県、石川県、長野県、静岡県、京都府、大阪府、兵庫県、島根県、岡山県、福岡県、佐賀県、大分県、鹿児島県

去る 2 月 1 日に後藤茂之厚生労働大臣より、発熱外来診療体制の拡充、ワクチン接種の推進、及び病床から早期退院する患者の受け入れについて、また 2 月 3 日には堀内詔子ワクチン接種推進担当大臣より、追加接種の効果や安全性に関する周知について、直接の協力要請を受けた。

これらを受けて、日本医師会は各都道府県医師会に対し、2 月 8 日に以下のとおり通知を発出している（1.1.1、1.1.2)。

表 1.1-1　診療・検査医療機関と健康観察・診療医療機関

診療・検査医療機関

ID	都道府県名	病院・診療所 ①	診療・検査 医療機関 ②	割合 ②÷① （%）	健康観察・診療 医療機関 ③	割合 ③÷① （%）	割合 ③÷② （%）
1	北海道	3,958	955	24.1	553	14.0	57.9
2	青森県	963	244	25.3	43	4.5	17.6
3	岩手県	982	366	37.3	26	2.6	7.1
4	宮城県	1,851	597	32.3	207	11.2	34.7
5	秋田県	886	276	31.2	60	6.8	21.7
6	山形県	979	411	42.0	305	31.2	74.2
7	福島県	1,499	572	38.2	406	27.1	71.0
8	茨城県	1,954	756	38.7	232	11.9	30.7
9	栃木県	1,590	643	40.4	40	2.5	6.2
10	群馬県	1,712	671	39.2	269	15.7	40.1
11	埼玉県	4,830	1367	28.3	573	11.9	41.9
12	千葉県	4,196	798	19.0	1296	30.9	162.4
13	東京都	14,991	4093	27.3	2220	14.8	54.2
14	神奈川県	7,303	2275	31.2	911	12.5	40.0
15	新潟県	1,803	647	35.9	150	8.3	23.2
16	富山県	863	277	32.1	75	8.7	27.1
17	石川県	975	308	31.6	101	10.4	32.8
18	福井県	646	302	46.7	23	3.6	7.6
19	山梨県	813	283	34.8	81	10.0	28.6
20	長野県	1,739	615	35.4	51	2.9	8.3
21	岐阜県	1,725	695	40.3	325	18.8	46.8
22	静岡県	2,922	967	33.1	400	13.7	41.4
23	愛知県	5,896	1833	31.1	709	12.0	38.7
24	三重県	1,626	568	34.9	364	22.4	64.1
25	滋賀県	1,196	554	46.3	300	25.1	54.2
26	京都府	2,651	827	31.2	175	6.6	21.2
27	大阪府	9,243	1891	20.5	1065	11.5	56.3
28	兵庫県	5,540	1449	26.2	500	9.0	34.5
29	奈良県	1,300	283	21.8	273	21.0	96.5
30	和歌山県	1,103	393	35.6	7	0.6	1.8
31	鳥取県	535	316	59.1	88	16.4	27.8
32	島根県	756	249	32.9	88	11.6	35.3
33	岡山県	1,802	564	31.3	405	22.5	71.8
34	広島県	2,775	1130	40.7	326	11.7	28.8
35	山口県	1,383	580	41.9	199	14.4	34.3
36	徳島県	806	368	45.7	57	7.1	15.5
37	香川県	942	338	35.9	107	11.4	31.7
38	愛媛県	1,343	633	47.1	292	21.7	46.1
39	高知県	655	235	35.9	225	34.4	95.7
40	福岡県	5,241	1614	30.8	1000	19.1	62.0
41	佐賀県	802	361	45.0	157	19.6	43.5
42	長崎県	1,495	416	27.8	124	8.3	29.8
43	熊本県	1,687	678	40.2	406	24.1	59.9
44	大分県	1,112	526	47.3	498	44.8	94.7
45	宮崎県	1,048	397	37.9	22	2.1	5.5
46	鹿児島県	1,612	822	51.0	243	15.1	29.6
47	沖縄県	1,008	242	24.0	96	9.5	39.7
	計	112,737	35,385	31.4	16,073	14.3	45.4

①2021年10月末概数
②2022年1月26日
③各都道府県保健・医療提供体制確保計画（2021年11月）の「治療に関与する医療機関数」について、厚生労働省がオミクロン株による感染急拡大を踏まえ、2021年12月22日付事務連絡「オミクロン株の感染流行に備えた検査・保健・医療提供体制の点検・強化の考え方について」により拡大を求めたことを受け、各都道府県が報告した数値

1.1.1　診療・検査医療機関の公表と発熱外来診療体制の拡充、ワクチン接種の推進、及び病床から早期退院する患者の受け入れにかかるご協力のお願い

日医発第 868 号（地 487）（健Ⅱ535）
令和 4 年 2 月 8 日

都道府県医師会長　　殿

公益社団法人日本医師会
会長　中　　川　　俊　　男
（公　印　　省　　略）

診療・検査医療機関の公表と発熱外来診療体制の拡充、ワクチン接種の推進、及び病床から早期退院する患者の受け入れにかかるご協力のお願い

貴会におかれましては、新型コロナウイルス感染症対策にご尽力賜り厚く御礼申し上げます。

さて本会では、去る 2 月 1 日に後藤茂之厚生労働大臣より、発熱外来診療体制の拡充、ワクチン接種の推進、及び病床から早期退院する患者の受け入れについて、また 2 月 3 日には堀内詔子ワクチン接種推進担当大臣より、追加接種の効果や安全性に関する周知について、直接の協力要請を受けました。

本職からは、抗原定性検査キットの診療・検査医療機関への最優先配分が必要であることを主張し、また、本会においてもワクチン接種に関する国民向け啓発動画を制作していることを紹介した上で、国に対して早期接種の重要性に関する更なる情報発信を求めました。

さらに、検査キットやワクチンの供給がなされれば、現場の医療機関は十分に検査やワクチン接種等を遂行できることも強調しております。

早期退院患者の受け入れについては、本会においても病院団体との「新型

コロナウイルス感染症患者受入病床確保対策会議」により、新型コロナウイルス感染症患者受入病床確保調整業務支援の補助事業を実施しておりますので、後方支援病床・施設の確保等、その活用もご検討ください。なお、罹患後症状への対策については、かかりつけ医と専門医療機関による医療提供体制を構築されている地域もあると伺っております。

両大臣からの今回の協力要請に前後し、抗原検査キットの医療機関への優先供給や医療従事者の感染又は濃厚接触による就業制限の緩和等の対応もなされ、環境は整えられつつありますが、本会といたしましても、感染拡大への対策に更に努めてまいります。

つきましては、貴会におかれましても、都道府県等行政や関係団体との一層の連携強化を図り、また、地域の実情に応じ、貴会管下郡市区医師会とともに診療・検査医療機関の積極的な公表と発熱外来診療における患者受け入れの拡充、新たな診療・検査医療機関としてのご協力、ワクチン接種の推進及び早期退院患者の受入体制の充実をしていただきますようお願い申し上げます。

1.1.2　診療・検査医療機関の公表に向けた協力について

日医発第 870 号（地 488）（健Ⅱ536）
令和 4 年 2 月 8 日

公益社団法人日本医師会長
中　川　　俊　男
（公　印　省　略）

診療・検査医療機関の公表に向けた協力について

貴会におかれましては、新型コロナウイルス感染症対策にご尽力を賜り、厚く御礼申し上げます。診療・検査医療機関の公表への協力につきましては、「診療・検査医療機関の公表と発熱外来診療体制の拡充、ワクチン接種の推進、及び病床から早期退院する患者の受け入れにかかるご協力のお願い」（令和 4 年 2 月 8 日、日医発第 868 号（地 487）（健Ⅱ535））においてご案内しているところです。

日頃より診療・検査医療機関としてご尽力されている会員の先生方、そして、公表にご協力をいただいている都道府県医師会におかれましては、改めて感謝申し上げます。

現在、診療・検査医療機関については、すべて公表している県では、大きな混乱もなく医療機関並びに国民の皆様に受け入れられております。また、本年 2 月 1 日に後藤茂之厚生労働大臣と小職との間で、本件も含めた会談を行っております。

今般のオミクロン株の感染流行により、特にかかりつけ医がいらっしゃらない国民の皆様にとって診療・検査医療機関がどこにあるかをお知らせすることは、改めて国民の安心と信頼につながります。かかりつけ医のいない方々にとっては、先生方のご協力はまさに命綱です。

つきましては、各都道府県における診療・検査医療機関の公表について格段のご協力を賜りたく何卒よろしくお願い申し上げます。

1

1.1.2. 「まん延防止等重点措置」と緊急事態宣言

政府は、新型コロナウイルス感染症に関する国内の感染状況等を踏まえて、これまで「まん延防止等重点措置」の適用や緊急事態宣言の発令を適宜実施している。

国内の感染状況等に関する指標について、当初は新規感染者数を重視した「ステージ」分類が用いられていたが（図 1.1.1）、政府は新たに医療提供体制に着目した「レベル分類」を指標として用いることにした[3]（図 1.1.2）。

「レベル分類」の指標は、医療逼迫が生じない水準に感染を抑えることで、日常生活の制限を段階的に緩和し、日常生活や社会経済活動の回復させることを狙いとしている。この指標は、2021 年 11 月 8 日に開催された新型コロナウイルス感染症対策分科会において示された（図 1.1.3～図 1.1.6）。

[3] 2021 年 11 月 8 日新型コロナウイルス感染症対策分科会「新たなレベル分類の考え方」
https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/taisakusuisin/bunkakai/dai10/newlevel_bunrui.pdf

図 1.1.1　まん延防止等重点措置と緊急事態宣言（イメージ）　「ステージ」分類

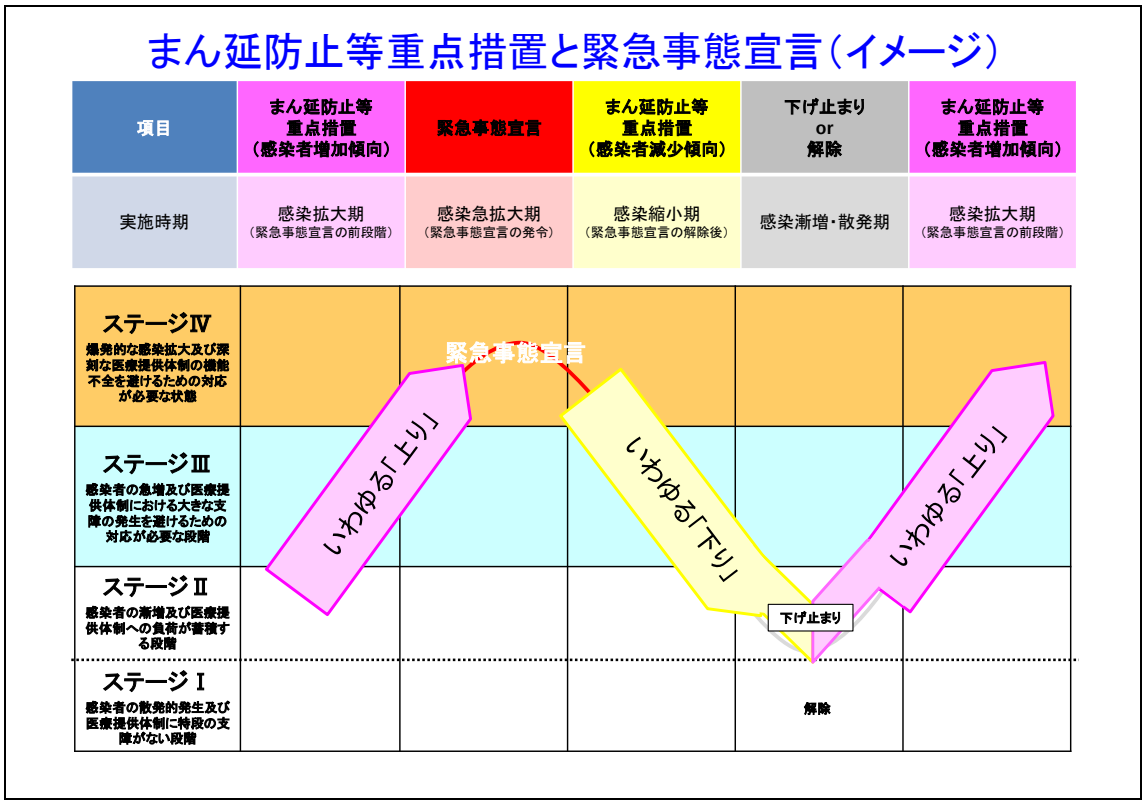


図 1.1.2　まん延防止等重点措置と緊急事態宣言（イメージ）　「レベル」分類

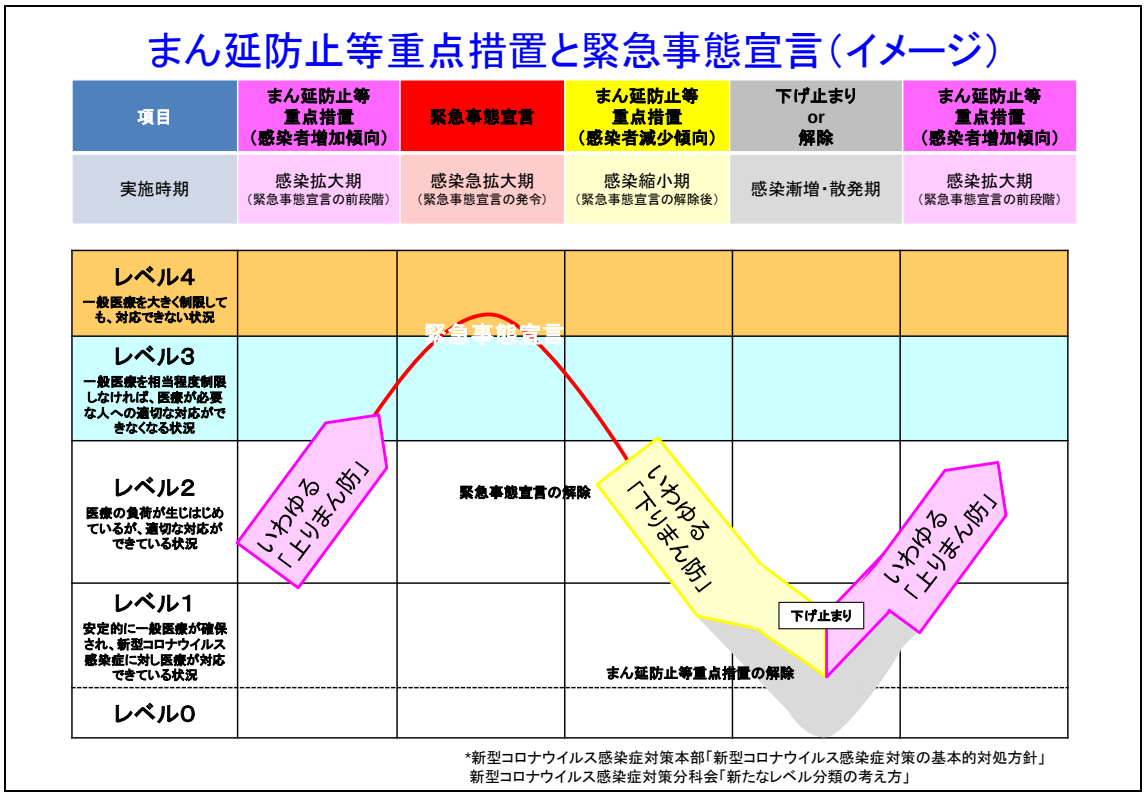
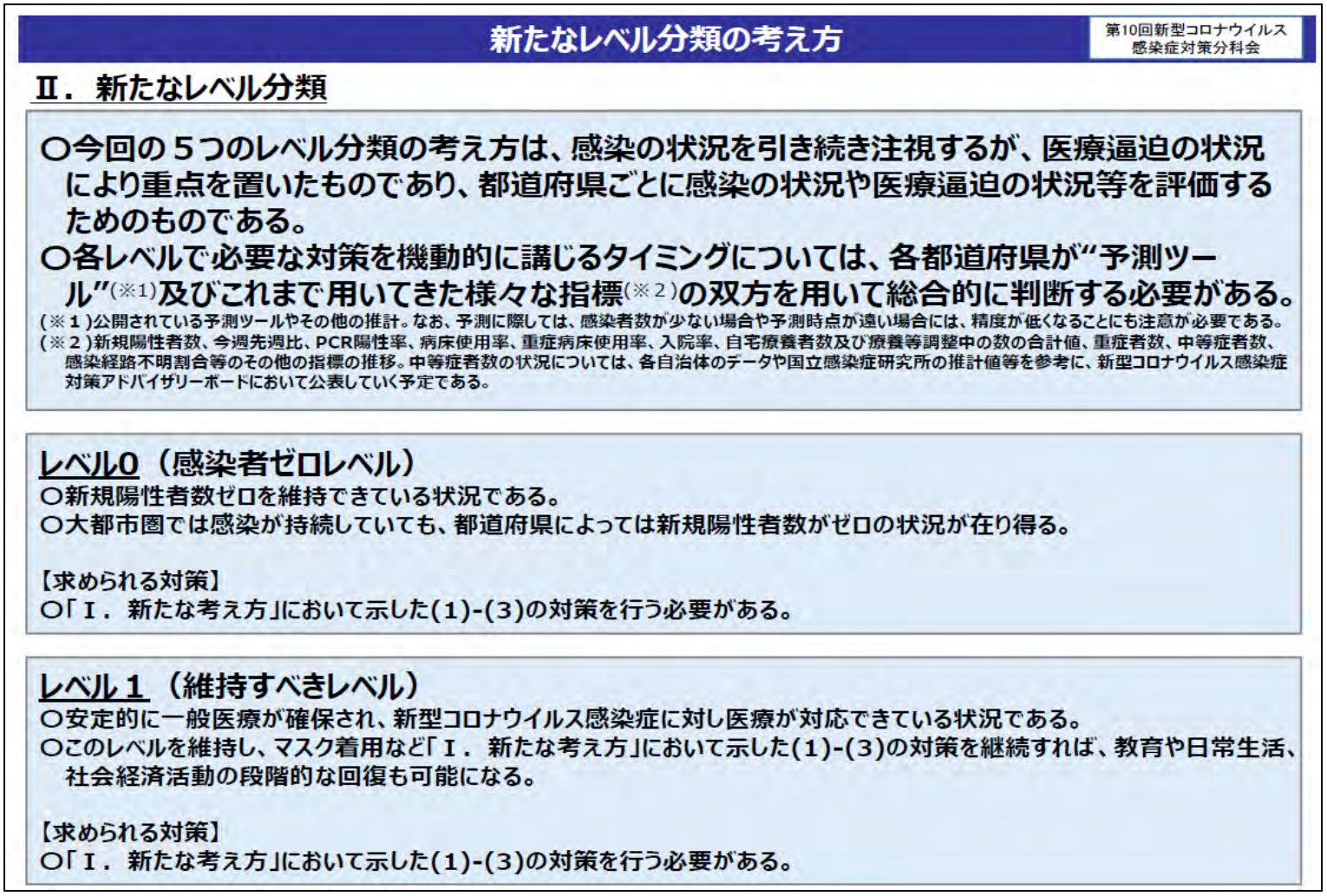


図 1.1.3　2021 年 11 月 8 日新型コロナウイルス感染症対策分科会　2 頁



新たなレベル分類の考え方

第10回新型コロナウイルス感染症対策分科会

Ⅱ．新たなレベル分類

○今回の５つのレベル分類の考え方は、感染の状況を引き続き注視するが、医療逼迫の状況により重点を置いたものであり、都道府県ごとに感染の状況や医療逼迫の状況等を評価するためのものである。

○各レベルで必要な対策を機動的に講じるタイミングについては、各都道府県が“予測ツール”(※1)及びこれまで用いてきた様々な指標(※２)の双方を用いて総合的に判断する必要がある。

(※１)公開されている予測ツールやその他の推計。なお、予測に際しては、感染者数が少ない場合や予測時点が遠い場合には、精度が低くなることにも注意が必要である。

(※２)新規陽性者数、今週先週比、PCR陽性率、病床使用率、重症病床使用率、入院率、自宅療養者数及び療養等調整中の数の合計値、重症者数、中等症者数、感染経路不明割合等のその他の指標の推移。中等症者数の状況については、各自治体のデータや国立感染症研究所の推計値等を参考に、新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボードにおいて公表していく予定である。

レベル0（感染者ゼロレベル）

○新規陽性者数ゼロを維持できている状況である。

○大都市圏では感染が持続していても、都道府県によっては新規陽性者数がゼロの状況が在り得る。

【求められる対策】

○「Ｉ．新たな考え方」において示した(1)-(3)の対策を行う必要がある。

レベル１（維持すべきレベル）

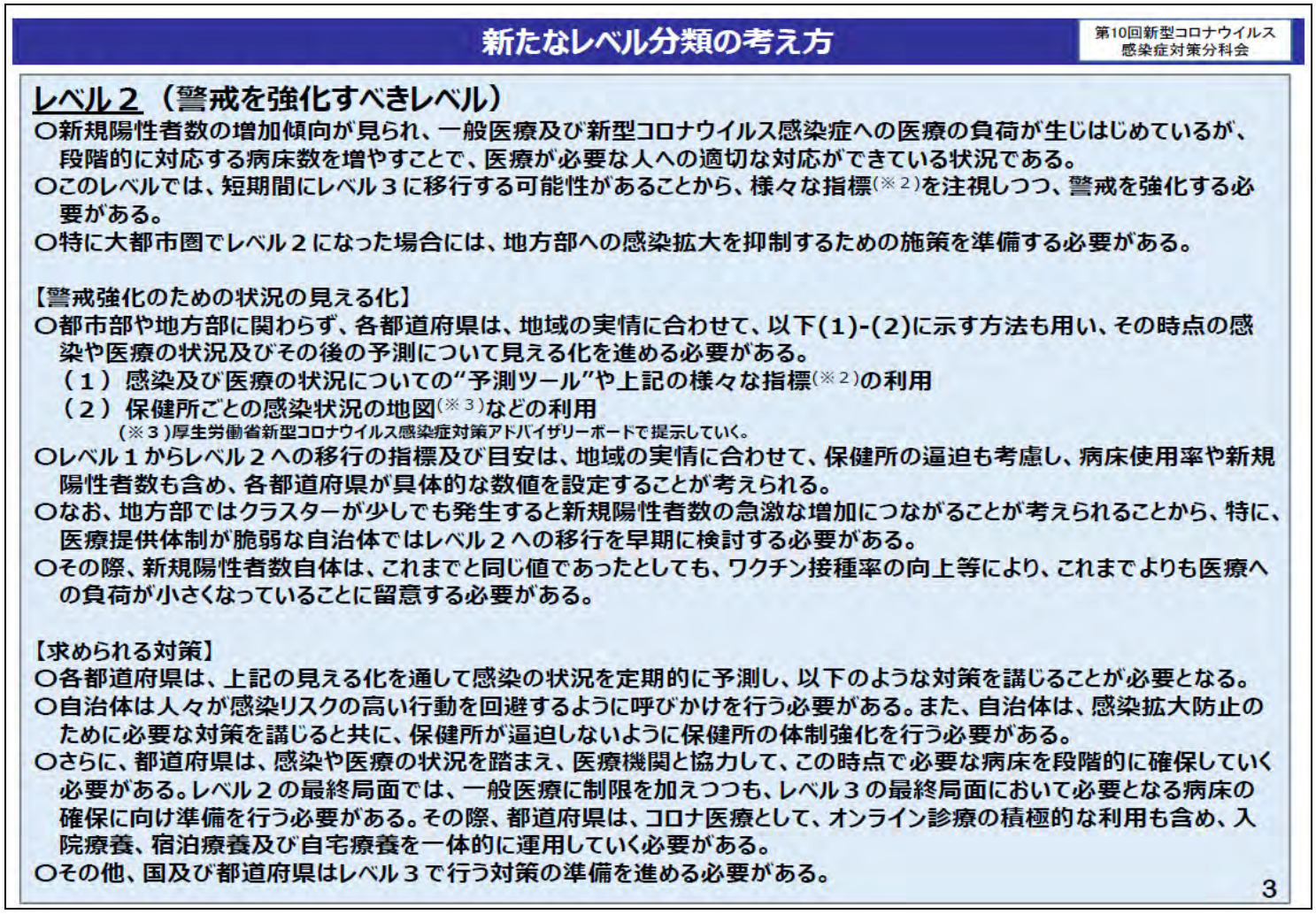
○安定的に一般医療が確保され、新型コロナウイルス感染症に対し医療が対応できている状況である。

○このレベルを維持し、マスク着用など「Ｉ．新たな考え方」において示した(1)-(3)の対策を継続すれば、教育や日常生活、社会経済活動の段階的な回復も可能になる。

【求められる対策】

○「Ｉ．新たな考え方」において示した(1)-(3)の対策を行う必要がある。

図 1.1.4　2021 年 11 月 8 日新型コロナウイルス感染症対策分科会　3 頁



新たなレベル分類の考え方

第10回新型コロナウイルス感染症対策分科会

レベル２（警戒を強化すべきレベル）

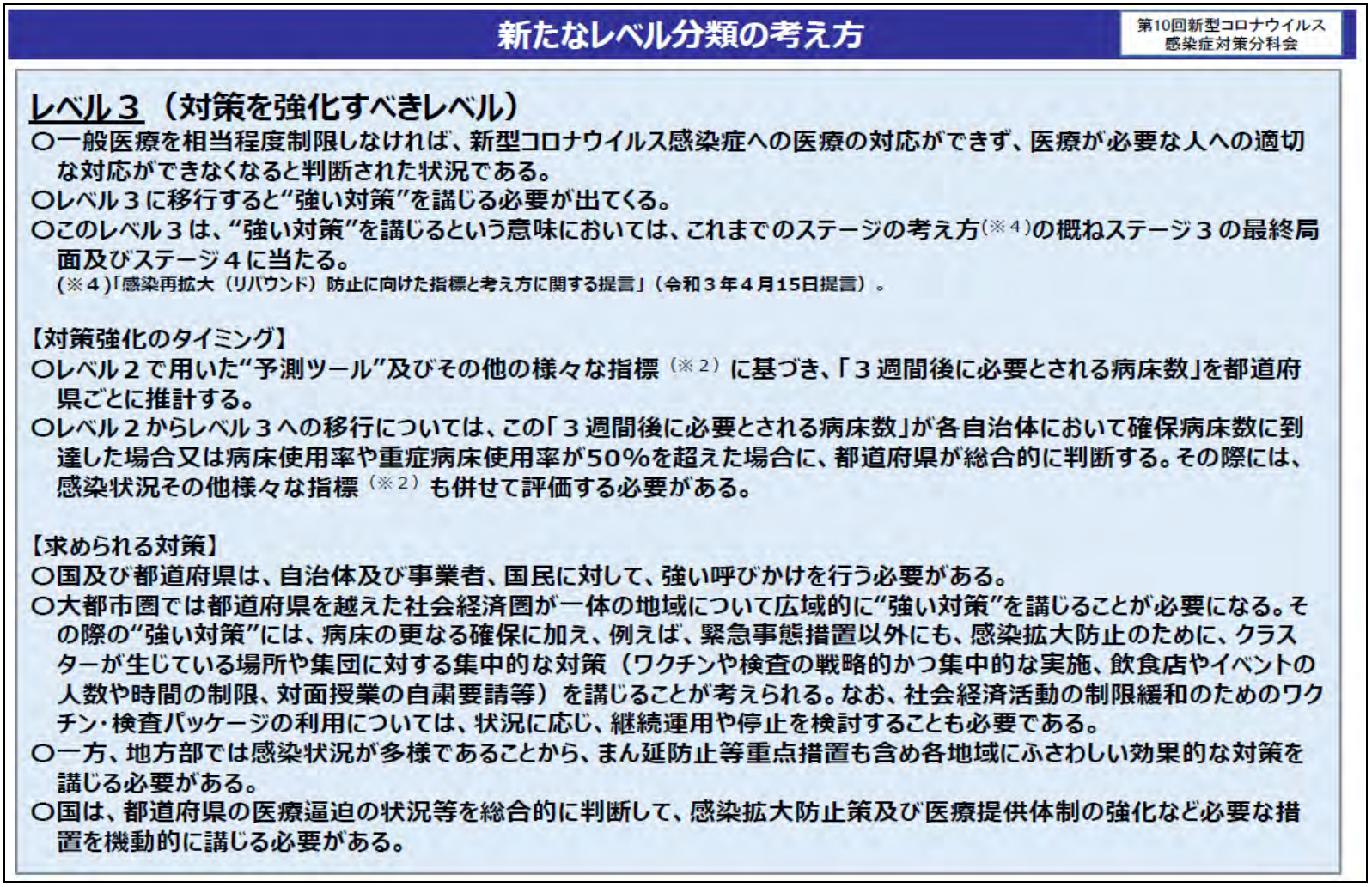
○新規陽性者数の増加傾向が見られ、一般医療及び新型コロナウイルス感染症への医療の負荷が生じはじめているが、段階的に対応する病床数を増やすことで、医療が必要な人への適切な対応ができている状況である。
○このレベルでは、短期間にレベル３に移行する可能性があることから、様々な指標(※２)を注視しつつ、警戒を強化する必要がある。
○特に大都市圏でレベル２になった場合には、地方部への感染拡大を抑制するための施策を準備する必要がある。

【警戒強化のための状況の見える化】
○都市部や地方部に関わらず、各都道府県は、地域の実情に合わせて、以下(1)-(2)に示す方法も用い、その時点の感染や医療の状況及びその後の予測について見える化を進める必要がある。
（１）感染及び医療の状況についての“予測ツール”や上記の様々な指標(※２)の利用
（２）保健所ごとの感染状況の地図(※３)などの利用
(※３)厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボードで提示していく。
○レベル１からレベル２への移行の指標及び目安は、地域の実情に合わせて、保健所の逼迫も考慮し、病床使用率や新規陽性者数も含め、各都道府県が具体的な数値を設定することが考えられる。
○なお、地方部ではクラスターが少しでも発生すると新規陽性者数の急激な増加につながることが考えられることから、特に、医療提供体制が脆弱な自治体ではレベル２への移行を早期に検討する必要がある。
○その際、新規陽性者数自体は、これまでと同じ値であったとしても、ワクチン接種率の向上等により、これまでよりも医療への負荷が小さくなっていることに留意する必要がある。

【求められる対策】
○各都道府県は、上記の見える化を通して感染の状況を定期的に予測し、以下のような対策を講じることが必要となる。
○自治体は人々が感染リスクの高い行動を回避するように呼びかけを行う必要がある。また、自治体は、感染拡大防止のために必要な対策を講じると共に、保健所が逼迫しないように保健所の体制強化を行う必要がある。
○さらに、都道府県は、感染や医療の状況を踏まえ、医療機関と協力して、この時点で必要な病床を段階的に確保していく必要がある。レベル２の最終局面では、一般医療に制限を加えつつも、レベル３の最終局面において必要となる病床の確保に向け準備を行う必要がある。その際、都道府県は、コロナ医療として、オンライン診療の積極的な利用も含め、入院療養、宿泊療養及び自宅療養を一体的に運用していく必要がある。
○その他、国及び都道府県はレベル３で行う対策の準備を進める必要がある。

3

図 1.1.5　2021 年 11 月 8 日新型コロナウイルス感染症対策分科会　4 頁



新たなレベル分類の考え方

第10回新型コロナウイルス感染症対策分科会

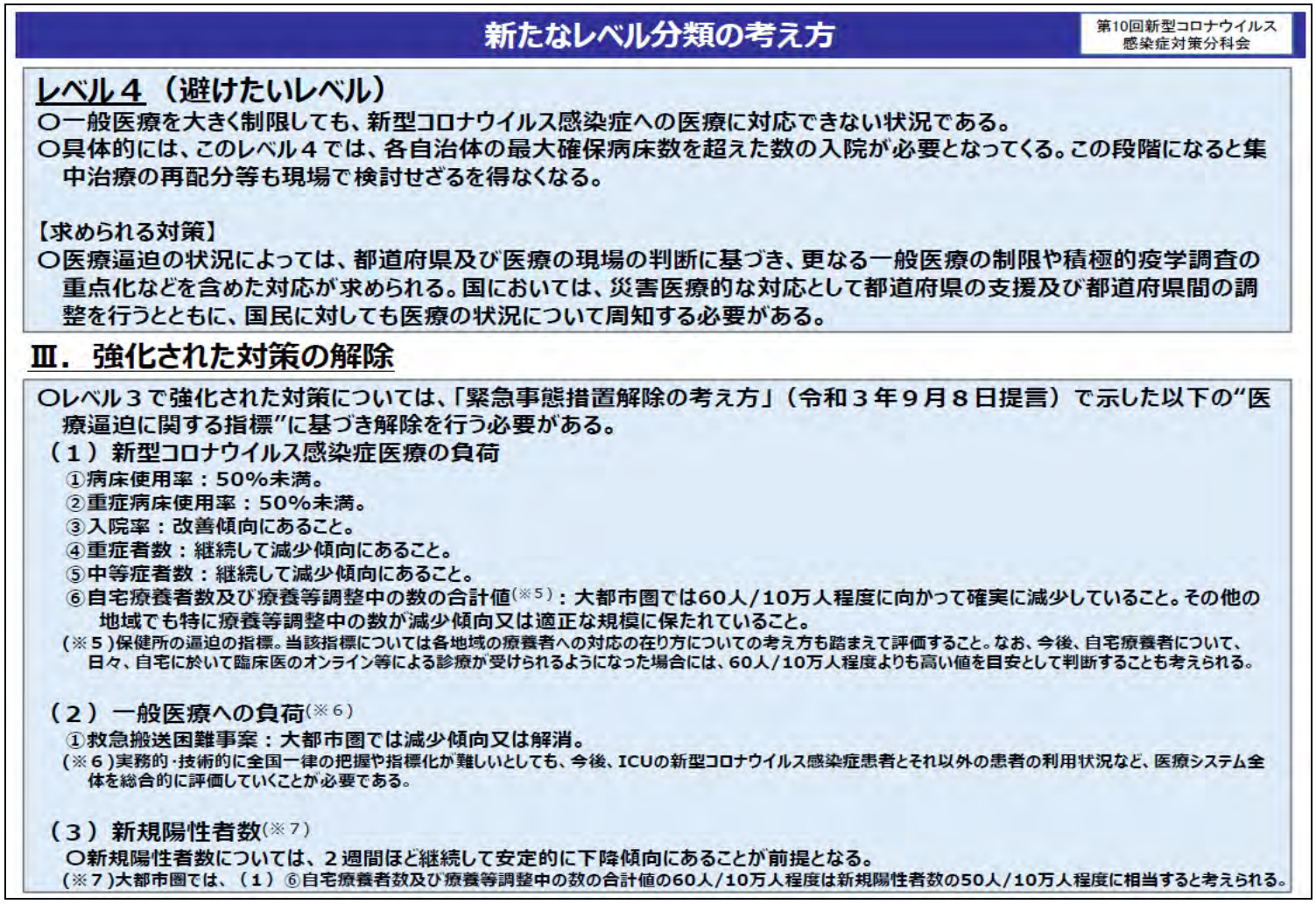
レベル３（対策を強化すべきレベル）

○一般医療を相当程度制限しなければ、新型コロナウイルス感染症への医療の対応ができず、医療が必要な人への適切な対応ができなくなると判断された状況である。
○レベル３に移行すると“強い対策”を講じる必要が出てくる。
○このレベル３は、“強い対策”を講じるという意味においては、これまでのステージの考え方（※４）の概ねステージ３の最終局面及びステージ４に当たる。
（※４）「感染再拡大（リバウンド）防止に向けた指標と考え方に関する提言」（令和３年４月15日提言）。

【対策強化のタイミング】
○レベル２で用いた“予測ツール”及びその他の様々な指標（※２）に基づき、「３週間後に必要とされる病床数」を都道府県ごとに推計する。
○レベル２からレベル３への移行については、この「３週間後に必要とされる病床数」が各自治体において確保病床数に到達した場合又は病床使用率や重症病床使用率が50%を超えた場合に、都道府県が総合的に判断する。その際には、感染状況その他様々な指標（※２）も併せて評価する必要がある。

【求められる対策】
○国及び都道府県は、自治体及び事業者、国民に対して、強い呼びかけを行う必要がある。
○大都市圏では都道府県を越えた社会経済圏が一体の地域について広域的に“強い対策”を講じることが必要になる。その際の“強い対策”には、病床の更なる確保に加え、例えば、緊急事態措置以外にも、感染拡大防止のために、クラスターが生じている場所や集団に対する集中的な対策（ワクチンや検査の戦略的かつ集中的な実施、飲食店やイベントの人数や時間の制限、対面授業の自粛要請等）を講じることが考えられる。なお、社会経済活動の制限緩和のためのワクチン・検査パッケージの利用については、状況に応じ、継続運用や停止を検討することも必要である。
○一方、地方部では感染状況が多様であることから、まん延防止等重点措置も含め各地域にふさわしい効果的な対策を講じる必要がある。
○国は、都道府県の医療逼迫の状況等を総合的に判断して、感染拡大防止策及び医療提供体制の強化など必要な措置を機動的に講じる必要がある。

図 1.1.6　2021 年 11 月 8 日新型コロナウイルス感染症対策分科会　5 頁



新たなレベル分類の考え方

第10回新型コロナウイルス感染症対策分科会

レベル４（避けたいレベル）

○一般医療を大きく制限しても、新型コロナウイルス感染症への医療に対応できない状況である。
○具体的には、このレベル４では、各自治体の最大確保病床数を超えた数の入院が必要となってくる。この段階になると集中治療の再配分等も現場で検討せざるを得なくなる。

【求められる対策】
○医療逼迫の状況によっては、都道府県及び医療の現場の判断に基づき、更なる一般医療の制限や積極的疫学調査の重点化などを含めた対応が求められる。国においては、災害医療的な対応として都道府県の支援及び都道府県間の調整を行うとともに、国民に対しても医療の状況について周知する必要がある。

Ⅲ．強化された対策の解除

○レベル３で強化された対策については、「緊急事態措置解除の考え方」（令和３年９月８日提言）で示した以下の“医療逼迫に関する指標”に基づき解除を行う必要がある。

（１）新型コロナウイルス感染症医療の負荷
①病床使用率：50%未満。
②重症病床使用率：50%未満。
③入院率：改善傾向にあること。
④重症者数：継続して減少傾向にあること。
⑤中等症者数：継続して減少傾向にあること。
⑥自宅療養者数及び療養等調整中の数の合計値(※５)：大都市圏では60人/10万人程度に向かって確実に減少していること。その他の地域でも特に療養等調整中の数が減少傾向又は適正な規模に保たれていること。
(※５)保健所の逼迫の指標。当該指標については各地域の療養者への対応の在り方についての考え方も踏まえて評価すること。なお、今後、自宅療養者について、日々、自宅に於いて臨床医のオンライン等による診療が受けられるようになった場合には、60人/10万人程度よりも高い値を目安として判断することも考えられる。

（２）一般医療への負荷(※６)
①救急搬送困難事案：大都市圏では減少傾向又は解消。
(※６)実務的･技術的に全国一律の把握や指標化が難しいとしても、今後、ICUの新型コロナウイルス感染症患者とそれ以外の患者の利用状況など、医療システム全体を総合的に評価していくことが必要である。

（３）新規陽性者数(※７)
○新規陽性者数については、２週間ほど継続して安定的に下降傾向にあることが前提となる。
(※７)大都市圏では、（１）⑥自宅療養者数及び療養等調整中の数の合計値の60人/10万人程度は新規陽性者数の50人/10万人程度に相当すると考えられる。

また、「まん延防止等重点措置」と「緊急事態宣言」は異なる特徴を持っている（図 1.1.7）。

まず、対象地域に違いがある。「まん延防止等重点措置」は、政府が対象とした都道府県の知事が市区町村等の特定地域に限定して適用する。一方、緊急事態宣言は、政府が都道府県単位で発令する。

さらに、適用と解除の目安にも違いがある。「まん延防止等重点措置」は、都道府県全域で感染拡大のおそれがある等の状況に至った段階で適用される（ステージⅢ/レベル 2・3 相当）。また、都道府県全域に感染が拡大するおそれがない等の状況に至った段階で解除される。他方、緊急事態宣言は、全国的かつ急速なまん延により国民生活及び国民経済に甚大な影響を及ぼすおそれがあるか否か等を総合的に踏まえて発令される（ステージⅣ/レベル 3・4 相当）。また、国内での感染及び医療提供体制・公衆衛生体制のひっ迫の状況を踏まえた上で解除される（ステージⅢ/レベル 2 相当）。

その他、施設使用等に係る制限・停止及び罰則に関しても違いがある。「まん延防止等重点措置」では、制限に係る要請・命令のみ可能であり、当該命令に違反した場合には、二十万円以下の過料が処される。また、緊急事態宣言では、制限・停止に係る要請・命令が可能であり、当該命令に違反した場合には、三十万円以下の過料が処される。

1

2 図 1.1.7 まん延防止等重点措置と緊急事態宣言

項目	まん延防止等重点措置	緊急事態宣言
根拠法	新型インフルエンザ等 対策特別措置法第三十一条の四	新型インフルエンザ等 対策特別措置法第三十二条
対象地域	特定地域 政府が対象とした都道府県の知事が 市区町村等の特定の地域を限定する 【例】兵庫県：神戸市、尼崎市、 西宮市、芦屋市	都道府県
適用の目安 （感染状況等）	ステージⅢ/レベル 2・3 相当 ・都道府県で感染拡大のおそれがある ・医療の提供に支障が生じるおそれがある	ステージⅣ/レベル 3・4 相当
解除の目安 （感染状況等）	都道府県全域に感染が拡大する おそれがない等	ステージⅢ/レベル 2 相当
制限・停止 （施設使用・催物開催）	制限に係る要請・命令のみ可 【例】営業時間の変更等 （特措法第三十一条の六第一項及び第三項）	制限・停止に係る要請・命令可 （特措法第四十五条第二項 及び第三項）
罰則 （施設使用・催物開催）	二十万円以下の過料 （特措法第八十条第一項）	三十万円以下の過料 （特措法第七十九条）

3

4

1.1.3. これまでの感染状況

1.1.3.1. 1回目の緊急事態宣言後の状況

政府による1回目の緊急事態宣言の発令（2020年4月7日）後、一旦は減少傾向に転じた新型コロナウイルス感染症の新規感染者数は、2020年6月中旬以降、首都圏を中心に再び増加を続け、全国的に更なる感染拡大が強く懸念されていた。8月に入ると新規感染者数は減少傾向に転じたが、11月には再び増加傾向が強まった。

感染対策には思い切った流行対策を講じる「ハンマー」と、感染者数が少ない範囲で新しい生活様式を実践する「ダンス」を使い分ける「ハンマー&ダンス」の政策が必要である。「ハンマー」とは欧米ではロックダウン、日本では強い緊急事態宣言を意味する。「ハンマー」を振りかざす政策は、経済的インパクトが大きくなってしまうが、このまま感染が拡大し続ければ、強い政策を打ち出す「ハンマー」を振りかざさなくてはならない。

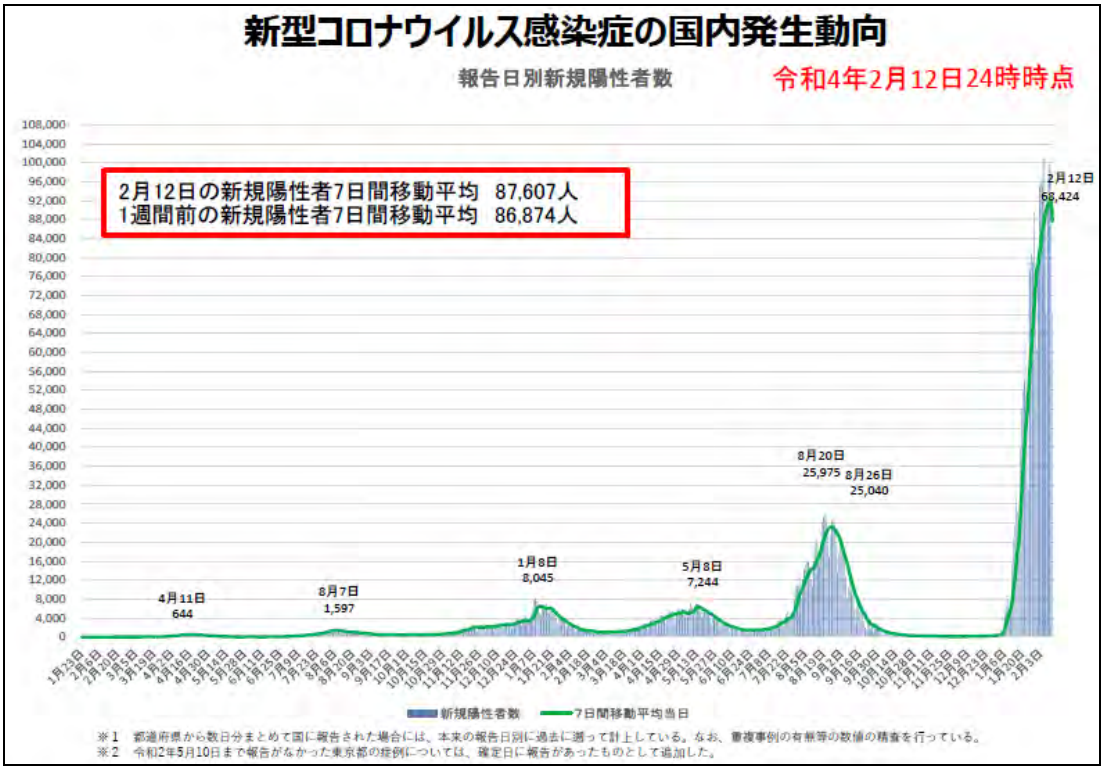
社会・経済活動の自粛などを再び強いることがないようにするため、国民1人ひとりが感染拡大防止に向けた取り組みを行ってもらうことが極めて重要になる。日本医師会は、2020年11月18日の定例記者会見において、11月21日から23日の3連休を「秋の我慢の3連休」としてもらうことをお願いした。

しかし、年末年始には、首都圏、中部圏、関西圏では多数の新規感染者が発生しており、入院者数、重症者数、死亡者数の増加傾向が続いていた。対応を続けている保健所や医療機関の職員はすでに相当に疲弊し、入院調整に困難をきたす事例や通常の医療を行う病床の転用が求められる事例など通常医療への影響も見られており、各地で迅速な発生時対応や新型コロナの診療と通常の医療との両立が困難な状況となっている。また、入院調整が難しい中で、高齢者施設等でのクラスターの発生に伴い、施設内で入院の待機を余儀なくされるケースも生じた。

2020 年の主な出来事

(1)　1 月 28 日　北海道で初の新型コロナ患者を確認。
　　2 月 4 日～11 日　「さっぽろ雪まつり」で急増。武漢から多くの観光客来道。
　　2 月 28 日　鈴木北海道知事　独自の緊急事態宣言を発令。（～3 月 19 日まで）
(2)　2 月 3 日　横浜沖でダイヤモンドプリンセス号の検疫開始。
　　感染者数 712 人（乗船者 3,711 人）死者 13 人
(3)　4 月 7 日　安倍総理　緊急事態宣言発令　7 都府県
　　4 月 16 日　全国に対象拡大。13 都道府県を「特定警戒都道府県」とした。
　　5 月 25 日　全国的に解除。
(4)　6 月 27 日　日本医師会代議員会　役員選挙
　　その後、第二波が襲来。
(5)　9 月、10 月　感染者数下げ止まり。
(6)　11 月 11 日　日本医師会定例会見　「第三波と考えてもいいのではないか」
　　→朝日新聞朝刊

図 1.1.8　新型コロナウイルス感染症の国内発生動向 [4]



[4] 厚生労働省「新型コロナウイルス感染症の国内発生動向」（※報告別新規陽性者数）：2022 年 2 月 13 日掲載分」　https://www.mhlw.go.jp/stf/covid-19/kokunainohasseijoukyou.html

1.1.3.2. 2回目の緊急事態宣言

政府は、2021年1月8日より、東京都、埼玉県、千葉県、神奈川県を対象に、2回目の緊急事態宣言を発令した。そして、3月21日をもって、2回目の緊急事態宣言を全て解除した。

2回目の緊急事態宣言を発令するという政府の決断は、医療提供体制の逼迫に瀕している医療にとって非常に大きな意義があるものであった。当初は1都3県に限定して発令され、後に対象地域は順次拡大したが、2020年4月の1回目の緊急事態宣言のように、国民に未知のウイルス感染症に対する連帯感を持った危機感・緊張感を取り戻し、ひいては新規感染者の増加を減少に転じさせ、収束への突破口にもなることを期待した。

また、1回目と2回目の緊急事態宣言は異なる特徴を持っている（図 1.1.9）。

まず、感染者数の規模感が異なる。緊急事態宣言発令開始日の感染者数は、1回目は全国で368人、東京都は87人だったが、2回目は全国で7,957人、東京都は2,459人であった。一方、発令解除日の感染者数は、1回目は全国で21人、東京都は8人だったが、2回目は全国で1,118人、東京都は256人であった。

営業制限等については、1回目は飲食店に加え、体育館、スポーツクラブ、映画館等への休業要請がなされたが、2回目は飲食店中心の使用制限がなされた。

外出については、1回目は原則として終日自粛を求められていたが、2回目は20時以降の自粛が求められた。

1　　図 1.1.9　緊急事態宣言の比較（2 回目と 1 回目）

項　目	2 回目	1 回目
指 定	2021 年 1 月 8 日～ 埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県 ＊感染者数　全国:7,957 人 （東京都:2,459 人）	2020 年 4 月 7 日～ 埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、大阪府、兵庫県、福岡県 ＊感染者数　全国:368 人 （東京都:87 人）
	1 月 14 日～ 栃木県、岐阜県、愛知県、京都府、大阪府、兵庫県、福岡県	4 月 16 日～ 上記以外の道府県
解 除	～2 月 7 日 栃木県	～5 月 14 日 北海道、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、京都府、大阪府、兵庫県以外の県
	～2 月 28 日 岐阜県、愛知県、京都府、大阪府、兵庫県、福岡県 ＊感染者数　全国:999 人 （大阪府:54 人）	～5 月 21 日 京都府、大阪府、兵庫県 ＊感染者数　全国:38 人 （大阪府:3 人）
	～3 月 21 日 埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県 ＊感染者数　全国:1,118 人 （東京都:256 人）	～5 月 25 日 北海道、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県 ＊感染者数　全国:21 人 （東京都:8 人）
知事の権限（施設使用又は催物開催の制限・停止）	要請・命令が可能 （改正後特措法第四十五条第二項及び第三項）	要請・指示が可能 （改正前特措法第四十五条第二項及び第三項）
特措法による営業・施設の使用制限※	飲食店中心の使用制限 【例】営業時間 20 時までの時短要請等	飲食店に加え、体育館、スポーツクラブ、映画館等への休業要請 ※床面積の合計が 1,000 ㎡を超えるもの
特措法によらない休業協力依頼※	特になし	図書館、博物館、美術館等 ※床面積の合計が 1,000 ㎡以下のもの
外出自粛※	20 時以降は自粛	終日自粛 （通院、出勤、食料の買い出し等は除く）
休校要請	一斉休校は求めず	幼稚園、小中高校、大学等

2　　※東京都の場合

1.1.3.3. 初めての「まん延防止等重点措置」と 3 回目の緊急事態宣言

政府は、2021 年 4 月 5 日より、新型コロナウイルス感染再拡大を受けて、宮城県、大阪府、兵庫県に「まん延防止等重点措置」（いわゆる「上りのまん延防止等重点措置」）を適用した。さらに、4 月 12 日より、京都府、沖縄県、東京都、4 月 20 日より、埼玉県、千葉県、神奈川県、愛知県にも適用を開始した。以後、他の都道府県においても「まん延防止等重点措置」の適用等が順次実施されている。

さらに政府は、4 月 25 日より、東京都、京都府、大阪府、兵庫県を対象に、3 回目の緊急事態宣言を発令した。その後、対象地域の拡大等を適宜実施し、6 月 20 日をもって、沖縄県を除く都道府県に対する緊急事態宣言は解除された。

また、2 回目と 3 回目の緊急事態宣言は異なる特徴を持っている（図 1.1.10）。

緊急事態宣言の発令開始日における感染者数について、2 回目は全国で 7,957 人、東京都は 2,459 人だったが、3 回目は全国で 4,607 人、東京都は 635 人であった。他方、東京都が対象から解除された日における感染者数について、2 回目は全国で 1,118 人、東京都は 256 人だったが、3 回目は全国で 1,308 人、東京都は 376 人であった。東京都の感染者数に着目すると、発令時から解除時にかけて、2 回目の時は約 10 分の 1 にまで抑えられているが、3 回目の時は約 2 分の 1 に抑えたに過ぎなかった。

営業・施設の使用制限については、2 回目は飲食店を中心に営業時間の短縮等が求められたが、3 回目は酒類・カラオケ設備を提供する飲食店や大規模商業施設等への休業、およびその他飲食店への営業時間の短縮が求められた。3 回目は飲食店における酒類提供の停止が求められていることが特徴である。

1

2 図 1.1.10 緊急事態宣言の比較（3 回目と 2 回目）

項 目	3 回目	2 回目
指 定	2021 年 4 月 25 日～ 東京都、京都府、大阪府、兵庫県 ＊感染者数 全国:4,607 人 （東京都：635 人、大阪府：1,050 人）	2021 年 1 月 8 日～ 埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県 ＊感染者数 全国:7,957 人 （東京都:2,459 人）
	5 月 12 日～ 愛知県、福岡県	1 月 14 日～ 栃木県、岐阜県、愛知県、京都府、大阪府、兵庫県、福岡県 ＊感染者数 全国:6,656 人 （大阪府:592 人）
	5 月 16 日～ 北海道、岡山県、広島県	
	5 月 23 日～ 沖縄県	
解 除	～6 月 20 日 北海道、東京都、愛知県、京都府、大阪府、兵庫県、岡山県、広島県、福岡県 ＊感染者数 全国:1,308 人 （北海道:52 人、東京都:376 人、大阪府:106 人	～2 月 7 日 栃木県
		～2 月 28 日 岐阜県、愛知県、京都府、大阪府、兵庫県、福岡県 ＊感染者数:全国 999 人 （大阪府:54 人）
	～7 月 11 日（予定） 沖縄県 ＊沖縄県に対する緊急事態宣言は、予定されていた 7 月 11 日には解除されず、9 月 30 日をもって解除された。	～3 月 21 日 埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県 ＊感染者数 全国:1,118 人 （東京都:256 人）
特措法による営業・施設の使用制限※	酒類・カラオケ設備を提供する飲食店や大規模商業施設等への休業要請、その他の飲食店等への時短要請 （酒類提供の停止）	飲食店中心の使用制限 【例】営業時間 20 時までの時短要請等
外出自粛※	日中も含めた自粛 （通院、食料等の買い出し、出勤等は除く）	20 時以降は自粛
学校への協力要請	部活動の自粛、オンラインの活用	特になし

3 ※東京都の場合

4

1.1.3.4. 4回目の緊急事態宣言

政府は、7月12日より、東京都を対象に、4回目の緊急事態宣言を発令した。また、沖縄県を対象とした緊急事態宣言の期限を延長した。

さらに、8月2日より、埼玉県、千葉県、神奈川県、大阪府の4府県を、8月20日より、茨城県、栃木県、群馬県、静岡県、京都府、兵庫県、福岡県の7府県を、8月27日より、北海道、宮城県、岐阜県、愛知県、三重県、滋賀県、岡山県、広島県の8道県を、緊急事態宣言の対象地域に追加した。

そのうえ、9月12日が期限となっていた21都道府県の緊急事態宣言について、東京都や大阪府など19都道府県は9月30日まで延長し、宮城県と岡山県の2県については、9月13日より「まん延防止等重点措置」に移行させた。

そして、9月30日をもって、発令していた緊急事態宣言および「まん延防止等重点措置」を解除した。

また、3回目と4回目の緊急事態宣言は異なる特徴を持っている(図 1.1.11)。

緊急事態宣言の発令開始日における感染者数について、3回目は全国で4,607人、東京都は635人だったが、4回目は全国で1,504人、東京都は502人であった。

営業・施設の使用制限については、3回目は酒類・カラオケ設備を提供する飲食店や大規模商業施設等への休業、およびその他飲食店への時短営業が求められた。一方、4回目は酒類・カラオケ設備を提供する飲食店等への休業が求められたほか、大規模商業施設やその他の飲食店等への時短営業が求められている。なお、3回目も4回目も飲食店における酒類提供の停止が求められている。

新規感染者数は、全国では8月20日の25,852人、東京都では8月13日の5,908人をピークに減少に転じた。そして、全国では11月22日に50人、東京都では11月24日に5人にまで新規陽性者数が抑えられた。

1

2 図 1.1.11 緊急事態宣言の比較（4 回目と 3 回目）

項 目	4 回目	3 回目
指 定	2021 年 7 月 12 日～ 東京都 沖縄県※1 ＊感染者数 全国 1,504 人 （東京都:502 人）	2021 年 4 月 25 日～ 東京都、京都府、大阪府、兵庫県 ＊感染者数 全国:4,607 人 （東京都:635 人、大阪府:1,050 人）
	8 月 2 日～ 埼玉県、千葉県、神奈川県、大阪府 ＊感染者数:全国 8, 393 人 （大阪府:448 人）	5 月 12 日～ 愛知県、福岡県
		5 月 16 日～ 北海道、岡山県、広島県
		5 月 23 日～ 沖縄県
	8 月 20 日～ 茨城県、栃木県、群馬県、静岡県、京都府、兵庫県、福岡県	
	8 月 27 日～ 北海道、宮城県、岐阜県、愛知県、三重県、滋賀県、岡山県、広島県	
解 除	～9 月 12 日 宮城県、岡山県	
	～9 月 30 日 北海道、茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県、滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、広島県、福岡県、沖縄県※1 ＊感染者数 全国:1,574 人 （北海道:26 人、東京都:218 人、大阪府:264 人）	～6 月 20 日 北海道、東京都、愛知県、京都府、大阪府、兵庫県、岡山県、広島県、福岡県 ＊感染者数 全国:1,308 人 （北海道:52 人、東京都:376 人、大阪府:106 人）
		～7 月 11 日（予定） 沖縄県
特措法による営業・施設の使用制限※2	酒類・カラオケ設備を提供する飲食店等への休業要請、大規模商業施設やその他の飲食店等への時短要請（酒類提供の停止）	酒類・カラオケ設備を提供する飲食店や大規模商業施設等への休業要請、その他の飲食店等への時短要請（酒類提供の停止）
外出自粛※2	日中も含めた自粛（通院、食料等の買い出し、出勤等は除く）	日中も含めた自粛（通院、食料等の買い出し、出勤等は除く）
学校への協力要請	感染リスクの高い活動等の制限、遠隔授業も活用した学修者本位の効果的な授業の実施等	部活動の自粛、オンラインの活用

3 ※1 沖縄県は 5 月 23 日より緊急事態宣言の発令が継続していた。

4 ※2 東京都の場合

1.2. 「第５波」後の医療提供体制の確保策について

2021 年 10 月 1 日、厚生労働省は、今夏の想定を上回る規模・スピードでの新型コロナの感染拡大を受け、今冬の季節性インフルエンザとの同時流行や新型コロナに対応する施設の確保・整備に一定の期間を要することを踏まえ、各都道府県に対して「保健・医療提供体制確保計画」を策定するよう求めた。各都道府県では、10 月 29 日までに計画の方針を立て、11 月 30 日までに病床、宿泊療養施設及び臨時の医療施設等の確保計画をそれぞれ作成した。

厚生労働省は、都道府県に対し、計画立案に当たって、地域の医療関係者等に対しても事前に十分な協議を行うことを要請した。そこで、日本医師会からも都道府県医師会に対し、関係団体との連携をさらに深めていただくとともに、行政等との協議を行うようお願いした。

次に、岸田総理を本部長とする政府「新型コロナウイルス感染症対策本部」は、「次の感染拡大に向けた安心確保のための取組の全体像」として、10 月 15 日にその骨格を、続いて 11 月 12 日にその本体を取りまとめた（図 1.2.1）。

「全体像」では、以下を基本的考え方として、IT を活用した稼働状況の徹底的な「見える化」（医療機関別・毎月の病床確保・使用率等を含む）などの施策を打ち出している。なお「骨格」では、ピーク時に即応病床と申告されながらも使用されなかった病床をいわゆる「幽霊病床」とし、日本医師会より厚生労働省に対して強く指摘したが、全体本体ではその表現は用いられなかった。

○ ワクチン、検査、治療薬等の普及による予防、発見から早期治療までの流れをさらに強化するとともに、最悪の事態を想定して、次の感染拡大に備える

○ 今夏のピーク時における急速な感染拡大に学び、今後、感染力[5]が 2 倍と

[5] 「感染力が 2（3）倍」とは、若年者のワクチン接種が 70%まで進展し、それ以外の条件が今夏と同一である場合と比較し、新たな変異株の流行や、生活行動の変化などによる、「今夏の実質 2（3）倍程度の感染拡大が起こるような状況」のこと

なった場合にも対応できるよう、医療提供体制の強化、ワクチン接種の促進、治療薬の確保を進める

○ こうした取組により、重症化する患者数が抑制され、病床ひっ迫がこれまでより生じにくくなり、感染拡大が生じても、国民の命と健康を損なう事態を回避することが可能となる。今後は、こうした状況の変化を踏まえ、感染リスクを引き下げながら経済社会活動の継続を可能とする新たな日常の実現を図る

○ 例えば感染力が 3 倍となり、医療がひっ迫するなど、それ以上の感染拡大が生じた場合には、強い行動制限を機動的に国民に求めるとともに、国の責任において、コロナ以外の通常医療の制限の下、緊急的な病床等を確保するための具体的措置を講ずる

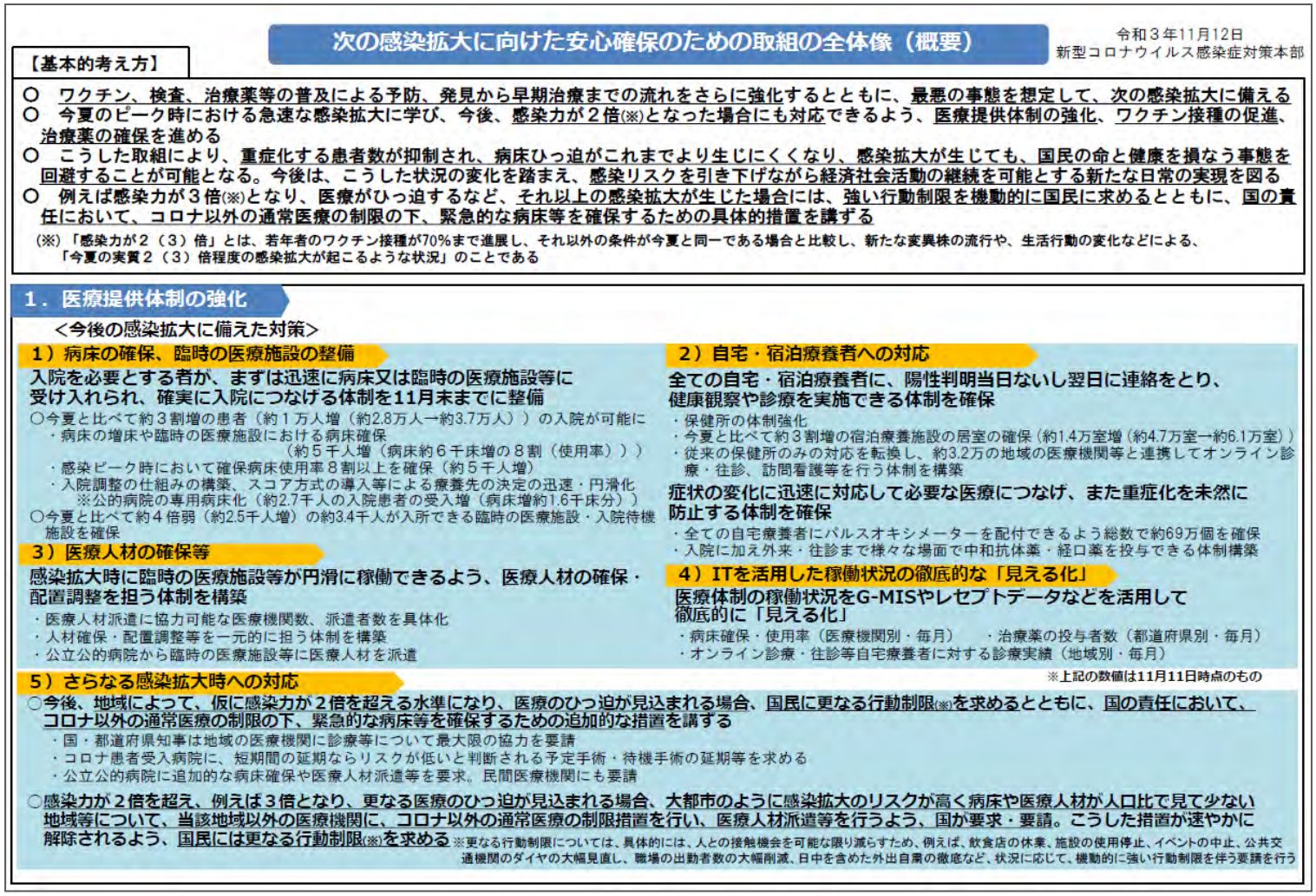
「全体像」には感染力が 2 倍、3 倍となった場合にはコロナ以外の通常医療の制限を行なう旨が記載されているが、がん、脳卒中や心筋梗塞をはじめとする通常医療の制限は最後の手段とすべきとの考えから、10 月 27 日に開催した全国自治体病院協議会や四病協との「新型コロナウイルス感染症患者受入病床確保対策会議」においても一致して、厚生労働省に対して通常医療の制限を前提とした体制作りありきで進めることのないよう要請した。

ここで強調したいのは、全体像を具現化するに当たっては、後述する「都道府県医療計画における 5 疾病 5 事業の 6 事業目」の前倒し策定という意味合いを各関係者に認識してほしいということである。次の第 6 波を想定し、重症者、中等症や軽症・無症状者を担う医療機関もしくは施設を再度調整、確認すること、また、それに伴う医療従事者や医療機器等の確保の再調整である。

そして、都道府県医師会と行政の医療総括責任者との緊密な連携があって初めて、地域の総力を挙げて感染拡大に対応することができる。

国・都道府県等の行政には、各関係者の理解と協力を得て、これまでの対策や「全体像」の具現化を通して得た教訓をもとに施策を洗練させていくことが求められる。そうした不断の努力こそが、これからの新興感染症対策、すなわち「6 事業」の取り組みに確実につながるといえる。

図 1.2.1　次の感染拡大に向けた安心確保のための取組の全体像（概要）



2．ワクチン接種の促進

11月中に希望する方への接種を概ね完了見込み
12月から追加接種を開始。追加接種対象者のうち、希望する全ての方が接種を受けられるよう体制を確保

○ **11月中に希望する方への２回のワクチン接種を概ね完了見込み**（11/11公表時点接種率：１回目78.2%　２回目74.5%）
・今後も若年者を含め１回目・２回目未接種者に対する接種機会を確保
・小児（12歳未満）への接種について、企業から薬事申請がなされ、承認に至った場合には厚生科学審議会の了承を得た上で接種を開始

○ **12月から追加接種を開始。２回目接種完了から概ね８か月以降に、追加接種対象者のうち希望する全ての方が受けられるよう体制を確保**
・２回目接種を完了した全ての方に追加接種可能なワクチン量を確保（来年は3億2千万回分の供給契約を締結済み）
・12月からの接種に向けて都道府県・市町村で体制を整備。国は全額国費を基本として必要な支援を行う
・２回目接種完了者のほぼ全てが追加接種の対象者となった場合、来年３月を目途に職域接種による追加接種を開始

3．治療薬の確保

経口薬は治療へのアクセスを向上・重症化予防により、国民が安心して暮らせるようになるための切り札
年内の実用化を目指すとともに、必要量を確保

○ **国産経口薬を含む治療薬の開発費用として１薬剤当たり最大約20億円を支援し、経口薬について年内の実用化を目指す**
○ **軽症から中等症の重症化リスク保有者が確実に治療を受けられるよう、複数の治療薬を確保し、必要な量を順次納入できるよう企業と交渉を進める**

■感染力が２倍となった場合、軽症から中等症の重症化リスク保有者向けに最大約35万回分（感染力が３倍となった場合は最大約50万回分）の治療薬が必要な見込み
・中和抗体薬について、来年（2022年）初頭までに約50万回分を確保
・経口薬について、薬事承認が行われれば速やかに医療現場に供給。合計約60万回分を確保（薬事承認が行われれば年内に約20万回分、年度内に更に約40万回分）
・さらに、今冬をはじめ中期的な感染拡大にも対応できるよう、更なる治療薬の確保に向けて取り組む（経口薬については、追加で約100万回分、計約160万回分確保）

4．国民の仕事や生活の安定・安心を支える日常生活の回復

感染拡大を防止しながら、日常生活や経済社会活動を継続できるよう、行動制限の緩和の取組を進めていく。具体的内容は、速やかに基本的対処方針において示す。ただし、緊急事態宣言等の下で、コロナ以外の通常医療への制限が必要となる場合等には、行動制限の緩和を停止することがあり得る

<誰もが簡易かつ迅速に利用できる検査の拡大・環境整備>
・都道府県が、健康理由等でワクチン接種できない者を対象として、経済社会活動を行う際の検査を予約不要、無料とできるよう支援
　併せて感染拡大時に、都道府県判断により、感染の不安がある無症状者に対し、検査を無料とできるよう支援
・PCR検査の実勢価格を踏まえた保険収載価格の検証、年内を目途に必要な見直し

<電子的なワクチン接種証明>
・これまでは紙で海外渡航用に限定して発行していたが、年内にワクチン接種証明書をデジタル化、国内でも利用可能とする

<感染状況を評価する新たな基準の考え方>
・11月８日のコロナ分科会の提言を受け、医療のひっ迫状況により重点を置いた考え方に見直しを行うこととし、速やかに基本的対処方針を改正

<新型コロナの影響を受ける方々への支援>
・住民税非課税世帯や子育て世帯・学生などコロナでお困りの皆様に対する給付金等の支援を行う。（詳細は経済対策で決定）

<今後のさらなる対応>
・今後の感染症への対応として、病床や医療人材の確保等に関する国や自治体の迅速な要請・指示等に係る法的措置を速やかに検討
・また、行政のあり方も含めた司令塔機能の強化等により、危機管理の抜本的な強化を検討

1.3.　ワクチン接種

1.3.1.　1～3 回目のワクチン接種

2021 年 2 月 17 日より、医療従事者を対象として、新型コロナウイルスワクチンの接種が開始された。そして 4 月 12 日以降、高齢者より順次住民を対象としたワクチン接種が開始された。

また菅前総理大臣は 5 月 7 日の記者会見にて、7 月末を念頭に希望する全ての高齢者に 2 回の接種を終わらせるため、1 日 100 万回の接種を目標とする考えを示した[6]。これを受けて全国の医師会が底力を発揮した結果、最大 1 日約 170 万回[7]を達成するなど、ワクチン接種の先頭集団国になった。

ワクチンの 3 回目接種については、2021 年 12 月より医療従事者を対象に開始された。

ワクチンの追加接種に向け、日本医師会は 12 月 1 日、堀内詔子ワクチン接種推進担当大臣、佐藤英道厚生労働副大臣、島村大厚生労働大臣政務官及びオンライン参加の田畑裕明総務副大臣と意見交換を行い、ワクチンの安定供給を求めるとともに、追加接種の前倒しを柔軟に実施できるよう要望した。

その際、日本医師会より各地域の医師会では接種体制が整いつつあることを説明し、迅速な追加接種の実現のため、ワクチンの十分な供給を強く求めた。

また、オミクロン株の感染拡大も見据え、欧州の感染再拡大は 2 回目の接種から 6 カ月経過して抗体価が下がっている時期に起きていることを指摘し、日本は接種開始が数カ月遅いため、これから欧州のようになる可能性もあると問題提起を行った。さらに、準備ができた自治体から柔軟に 3 回目の追加接種を行えるようにすべきであることを主張した。

---

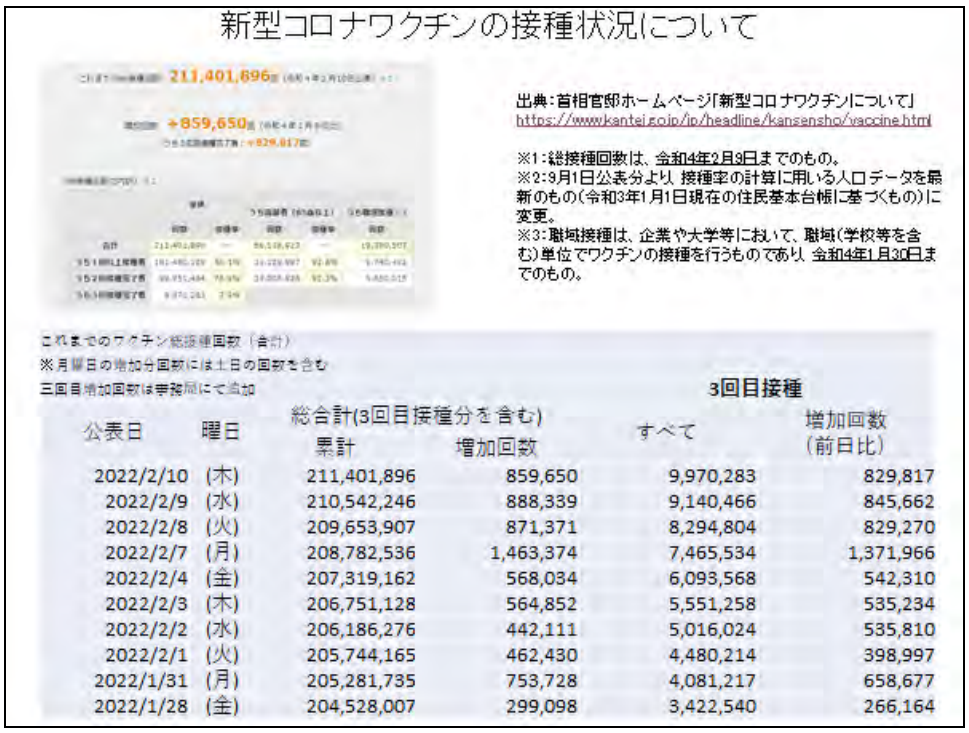
[6] 令和 3 年 5 月 7 日首相官邸「新型コロナウイルス感染症に関する菅内閣総理大臣記者会見」
https://www.kantei.go.jp/jp/99_suga/statement/2021/0507kaiken.html
[7] 政府 CIO ポータル 新型コロナワクチンの接種状況（一般接種（高齢者含む））
https://cio.go.jp/c19vaccine_dashboard　（7 月 10 日 1,702,004 回）

その翌 12 月 2 日、日本医師会は、全国知事会の平井伸治会長（鳥取県知事）などと意見交換会を開催し、オミクロン株の感染拡大の懸念から、ワクチンの接種体制が整った自治体から柔軟に前倒し接種を進めることも考える必要が出てきたと指摘し、国に対して自治体や住民が混乱しないような対応を求めていることを説明した。その上で、ワクチンの追加接種については、その供給量やスケジュール等に関して意思統一を行い、協力していくことで合意した。

その後、岸田首相は、12 月 17 日、モデルナ社のワクチンを活用し、医療従事者等や重症化リスクの高い高齢者施設の入所者および従事者、病院、有床診の入院患者などの接種間隔を 6 か月に短縮すること、それ以外の高齢者については、来年 2 月以降、接種間隔を 7 か月に短縮することを決定した。

日本医師会では、12 月 22 日の定例会見にて、岸田首相の迅速な決断を評価するとともに感謝を申し上げた。その上で、全国知事会とともに追加接種に全力で取り組んでいく決意表明を改めて行った。

図 1.3.1 新型コロナワクチンの接種状況について　その１



新型コロナワクチンの接種状況について

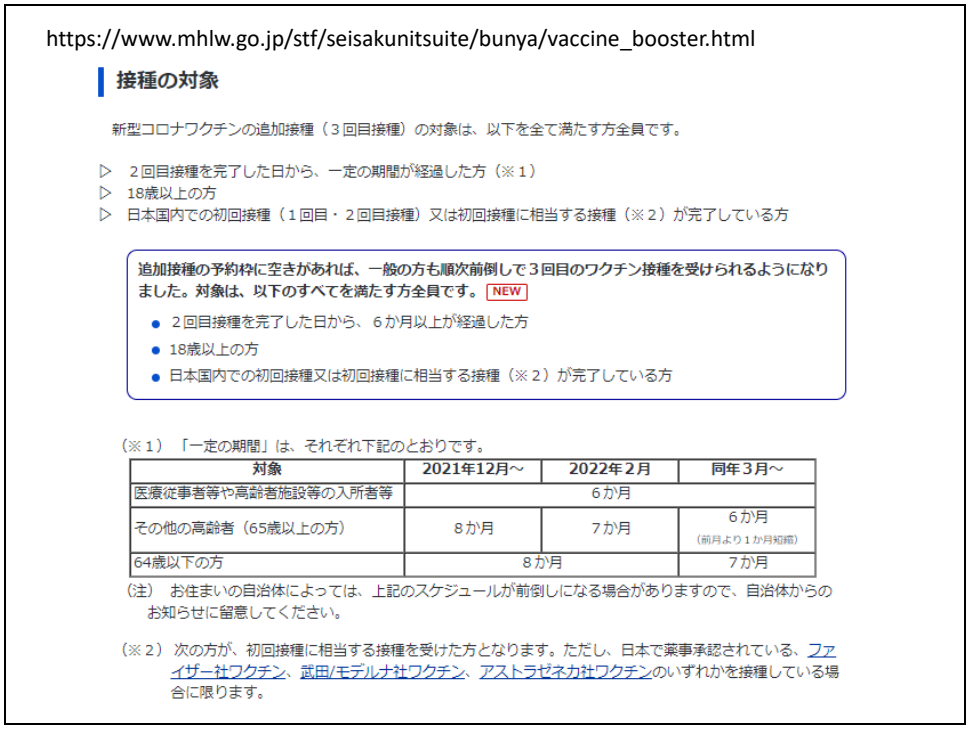
出典：首相官邸ホームページ「新型コロナワクチンについて」
https://www.kantei.go.jp/jp/headline/kansensho/vaccine.html

※1：総接種回数は、令和4年2月9日までのもの。
※2：9月1日公表分より、接種率の計算に用いる人口データを最新のもの（令和3年1月1日現在の住民基本台帳に基づくもの）に変更。
※3：職域接種は、企業や大学等において、職域（学校等を含む）単位でワクチンの接種を行うものであり、令和4年1月30日までのもの。

これまでのワクチン総接種回数（合計）
※月曜日の増加分回数には土日の回数を含む
三回目増加回数は準備局にて追加

公表日	曜日	総合計(3回目接種分を含む) 累計	総合計(3回目接種分を含む) 増加回数	3回目接種 すべて	3回目接種 増加回数（前日比）
2022/2/10	(木)	211,401,896	859,650	9,970,283	829,817
2022/2/9	(水)	210,542,246	888,339	9,140,466	845,662
2022/2/8	(火)	209,653,907	871,371	8,294,804	829,270
2022/2/7	(月)	208,782,536	1,463,374	7,465,534	1,371,966
2022/2/4	(金)	207,319,162	568,034	6,093,568	542,310
2022/2/3	(木)	206,751,128	564,852	5,551,258	535,234
2022/2/2	(水)	206,186,276	442,111	5,016,024	535,810
2022/2/1	(火)	205,744,165	462,430	4,480,214	398,997
2022/1/31	(月)	205,281,735	753,728	4,081,217	658,677
2022/1/28	(金)	204,528,007	299,098	3,422,540	266,164

図 1.3.2　新型コロナワクチンの接種状況について　その２



https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_booster.html

接種の対象

新型コロナワクチンの追加接種（３回目接種）の対象は、以下を全て満たす方全員です。

▷　２回目接種を完了した日から、一定の期間が経過した方（※１）
▷　18歳以上の方
▷　日本国内での初回接種（１回目・２回目接種）又は初回接種に相当する接種（※２）が完了している方

追加接種の予約枠に空きがあれば、一般の方も順次前倒しで３回目のワクチン接種を受けられるようになりました。対象は、以下のすべてを満たす方全員です。 NEW

- ２回目接種を完了した日から、６か月以上が経過した方
- 18歳以上の方
- 日本国内での初回接種又は初回接種に相当する接種（※２）が完了している方

（※１）「一定の期間」は、それぞれ下記のとおりです。

対象	2021年12月～	2022年２月	同年３月～
医療従事者等や高齢者施設等の入所者等	６か月		
その他の高齢者（65歳以上の方）	８か月	７か月	６か月（前月より１か月短縮）
64歳以下の方	８か月		７か月

（注）　お住まいの自治体によっては、上記のスケジュールが前倒しになる場合がありますので、自治体からのお知らせに留意してください。

（※２）次の方が、初回接種に相当する接種を受けた方となります。ただし、日本で薬事承認されている、ファイザー社ワクチン、武田/モデルナ社ワクチン、アストラゼネカ社ワクチンのいずれかを接種している場合に限ります。

1.3.2. 国への働きかけ

1.3.2.1 後藤茂之厚生労働大臣との WEB 会談（2022 年 2 月 1 日）

2022 年 2 月 1 日、後藤茂之厚生労働大臣の依頼に応じて WEB 会談を行い、抗原定性検査キットの診療・検査医療機関への最優先配分の重要性などを訴えた。

冒頭、後藤厚労大臣は、オミクロン株による感染が急拡大し、1 日当たりの新規陽性者数は全国で 8 万人を超えた状況において、国民の命と健康を守るため、⑴発熱外来の拡充、⑵ワクチン 3 回目接種の前倒し、⑶早期退院する患者の受け入れの促進―への対応が急務であることを強調した。

⑴では、症状があっても検査や診療の予約が取りづらい、予約が取れても翌日になってしまう状況であるとし、現在約 35,000 機関の発熱外来が更に拡充されるよう、日本医師会が呼び掛けていくことを要請した。

⑵では、自治体に対して、高齢者への 3 回目接種を早期完了し、一般の方についても 6 か月経過した後、順次接種し、前倒しも要請していることを説明した上で、接種側に向けた協力を求めた。

⑶では、重点医療機関以外の医療機関においても、早期に退院する患者や療養解除後の患者を受け入れていくことを求めるとともに、高齢者施設の感染管理や診療のため、医師を派遣することなどを要望した。

これらに協力していく姿勢を示す一方、現在全国的に不足が叫ばれている抗原定性検査キットの診療・検査医療機関への最優先配分が必要であることを指摘。検査キットやワクチンの供給がなされれば、現場の医療機関は十分に遂行できるとした。

また、医療従事者の濃厚接触者の取り扱いにおいて、「最終暴露日から 4 日目、5 日目の抗原定性検査で陰性だった場合、5 日目から解除」することとされたが、

PCR 検査や抗原定量検査での解除が盛り込まれなかったことを指摘し、抗原定性検査キットが十分確保できない場合もあることから、医療従事者が安心して業務に従事するために再考を求めた。

これに対して、後藤厚労大臣は、抗原定性検査キットが一般薬局からの大量発注によって品薄となったことから、医療機関や自治体等へ優先配分する方針を明確にしたことや、ワクチンの追加購入の予定を報告するなど理解を求めた。

この他、ワクチン 3 回目接種を進めるためには、交互接種への正しい理解が重要であるとの認識が共有され、後藤厚労大臣は「政府も、リーフレットやテレビ CM を作ったりしているが、地域のお医者さんの言葉は非常に影響力が大きいので、協力頂きたい。今後も連携しながら乗り切っていきたい」と総括した。これを受けて、「厚生労働省と強力なタッグを組んで、この非常事態に対応していく」と応じた。

1.3.2.2. 堀内ワクチン接種推進担当大臣との会談（2022 年 2 月 3 日）

2022 年 2 月 3 日、釜萢敏常任理事同席の下、日本医師会館において堀内ワクチン接種推進担当大臣と会談を行った。

冒頭のあいさつで、堀内大臣は昨年 12 月からワクチンの 3 回目接種（追加接種）を開始し、その総接種回数は約 555 万回となったこと、1 日接種回数も 50 万回を超えたことなどを報告。「ワクチン接種も徐々にではあるが本格化しつつある」として、全国の医療従事者に感謝の意を示した。

その上で、堀内大臣はより多くの国民に接種してもらうためには、追加接種の必要性や交互接種に関する情報発信が特に重要になると指摘した。身近なかかりつけ医から提供される情報が一般の方にとっては信頼性が高く、最も説得力があるとして、日本医師会に対して、政府が作成しているリーフレットや動画などを会員の先生方に活用してもらい、追加接種の効果や安全性に関する周知を行ってもらいたいとして、協力を求めた。

日本医師会は、その時々に応じて柔軟な接種の前倒しなど、迅速な決断を頂いていることに感謝の意を示した上で、現時点で全国民の約 8 割が 2 回接種を済ましている一方で、必ずしも追加接種が進んでいないことに懸念を表明した。その要因の一つに交互接種についての十分な情報提供がなされていないことがあるとして改善を求めた。

ワクチン接種については本人が納得、同意した上で（15 歳以下は保護者の同意が必要)、接種希望者が速やかに接種を受けられることが大切だとし、日本医師会としても公式 YouTube チャンネルに動画を掲載するなど、ワクチン接種の推進と接種を受けるかどうかの判断をするための、必要かつ正確な情報発信を行っていく意向を示した。

更に、地域の医療機関からはワクチン供給の先行きに不安の声が常に上がっていることを説明し、「ワクチンさえあれば、現場の医療機関はしっかりとワクチン接種を遂行できる」として、ワクチンの円滑な供給とともに、接種機関の事務作業の負担軽減を求めた。

その後の意見交換では、日本医師会がモデルナ製のワクチンについて、当初副反応に関する報道が多くなされたことで国民に不安感が残っているとして、その解消に向けた協力を要請した。釜萢常任理事は日本医師会が制作中の動画の中では、(1)ファイザー製ワクチンを 2 回接種した人の場合、3 回目はモデルナ製を接種した方が抗体価の増加がみられること、(2)現在のワクチンでもオミクロン株への効果が期待できること―などを説明していることを紹介するとともに、引き続き、どの製薬企業のワクチンかで心配するよりも早く接種することが大切であることを強調していきたいとして、国からもそれらの点に関する情報発信を求めた。

これらの要望に対して、堀内大臣は「国としても、しっかり行ってきたい」と述べるとともに、日本医師会が動画を制作していることについては「大変心強い」として、感謝の意を示した。また、ワクチンの供給に関しては、4 月までには 8500 万回分のワクチンを供給していくことなどを説明し、理解を求めた。

1.4.　関係団体との取組（全国知事会）

1.4.1.　第 1 回目の意見交換会（2021 年 10 月 5 日）

10 月 5 日には日本医師会と全国知事会との意見交換会を開催し、（1）感染拡大防止対策の徹底及び出口戦略、（2）検査・医療体制及び水際対策の強化、（3）ワクチン接種の円滑な実施―について意見を交わした。意見交換会では知事会内に設けられた「国民運動本部」について、「日本医師会としても新型コロナウイルス感染症対策はもちろん、わが国の医療提供体制の充実に努めていく」と述べたことを紹介し、日本医師会と全国知事会は基本的に同じ方向を向いているとの認識を示すとともに、平井伸治全国知事会長を始めとする各知事からも、日本医師会や都道府県医師会と連携していきたいとの意向が示された。

1.4.2.　第 2 回目の意見交換会（2021 年 12 月 2 日）

12 月 2 日には今年度 2 回目となる意見交換会が WEB 会議で開催された。

平井伸治全国知事会長（鳥取県知事/新型コロナウイルス緊急対策本部長）の日頃の活動に敬意を示した上で、国の「新型コロナウイルス感染症対策本部」が取りまとめた「次の感染拡大に向けた安心確保のための取組の全体像」及び、今般全面的な改定が行われた「新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針」に言及した。日本医師会は同全体像について、「懸念される第 6 波への万全の備えとして、政府が本気度を示したものと認識している」と述べ、今後も都道府県医師会、全国知事会、日本経済団体連合会等との連携を強化することで、コロナ対応に当たっていく考えを示した。

その上で、「前回の意見交換会でも述べたように日本医師会と全国知事会は、基本的に同じ方向を向いている」と改めて強調した。「国の方針や各都道府県の

保健・医療提供体制確保計画が、実効性をもって推進されていくためには、都道府県行政と都道府県医師会との強固な連携が必要であり、そのためにも、全国知事会と日本医師会によるこのような協議の場が大変重要である。行政と医師会が車の両輪となって感染症に立ち向かい、また、日本の医療の将来に尽くしていくべき」として、引き続きの協力を求めた。

平井全国知事会長は、第 5 波の収束について、医療提供体制への医師会の協力に感謝の意を示した上で、コロナ禍における日本医師会の役割の大きさを強調された。オミクロン株については、「次の敵が舞台に上がってきた」と述べ、次の波があることを念頭に経済団体などとも連携しながら準備を進める必要性があるとした。

また、ワクチンの追加接種については、ワクチンの供給量やスケジュール等に関して「全国知事会と日本医師会で同じ立場で政府に話ができるのではないか」と述べ、オミクロン株に立ち向かえる体制の確保のため、日本医師会と協力していく姿勢を示した。

引き続き意見交換に入り、まず、内堀雅雄福島県知事（同本部長代行/同副本部長/社会保障常任委員会委員長）が、2021 年 11 月 21 日に全国知事会が取りまとめた「第 6 波への備えと日常生活の回復に向けた緊急提言」の内容について説明した。同提言では主に、（１）日常生活の回復に向けた感染対策、（２）ワクチン接種の円滑な実施、（３）保健・医療体制及び水際対策の強化、（４）全国の事業者への支援及び雇用対策―に関する内容が盛り込まれていることなどを紹介した。

中川会長は同提言について、まず、前文の「国民の生命と健康を守り、活力ある経済と日常生活を取り戻すため、国と一体となって全力で当たる」という記載に、「日本医師会も全く同感である」と述べた。

その上で、第 5 波の急激な到来と感染者数の減少の原因、対策の効果の検証や「感染防疫を一元的・主導的に担う組織の創設」等に賛意を示すとともに、政府が示した「感染状況を評価する新たな基準」における新たなレベル分類に対し、全国知事会として新規感染者数を軽視するような誤ったメッセージとな

らないよう配慮を求めたことについて、強く賛同した。

追加接種に向けた考え方では、オミクロン株の感染拡大の懸念から、「ワクチンの接種体制が整った自治体から、柔軟に、前倒し接種を進めることも考える必要が出てきた」と指摘した。また、国には自治体や住民が混乱しないような対応を求めていることを説明した。

今村聡副会長は、オンライン診療について、コロナ禍でその重要性が改めて示されたとした上で、「かかりつけ医が対面診療とオンライン診療を適切に組み合わせていくことが重要」と指摘した。

その他、死因究明推進協議会についても触れ、都道府県の役割の重要性や全国での設置状況を説明した。地方協議会が設置されていない県や設置されていても開催されていない場合もあるとして、その活性化に向けた周知などを求めた。

釜萢敏常任理事は、政府のアドバイザリーボードでの議論内容などを説明するとともに、ワクチンの追加接種については、2回目までの接種をファイザー社製で受けた方にモデルナ社製を接種する場合が出てくるため、しっかりとした説明が必要になるとの見方を示した。

松本吉郎常任理事は、ECMOの診療報酬上の評価等、中医協での新型コロナに関する診療報酬上の対応を紹介するとともに、ワクチンの追加接種に関して、地域の医療機関にスケジュール等をしっかりと説明する必要性を指摘した。

村井嘉浩宮城県知事（国民運動本部長）は、日本医師会と新型コロナウイルス感染症対策の強化に向けて協力していく意向を改めて示した上で、オミクロン株による第6波に備えた準備を着実に行っていく必要性を強調した。

内堀福島県知事は、新型コロナウイルス感染症対策において、日本医師会との連携が非常に大きな力となっているとするとともに、今後、更に連携を深化

させていく意向を示した他、医師の働き方改革等においても連携していきたいとした。

杉本達治福井県知事（全国知事会幹事長）は、福井県における第 5 波の分析結果を基に、「会話時のマスク着用を医師会と一緒になって国民に呼び掛けていきたい」と述べるとともに、医療負荷の軽減のため、自宅療養などでも医師会との連携を強化していきたいとした。

最後に、総括を行った平井全国知事会長が「これからもぜひ協力をお願いしたい」と述べた他、ワクチンの接種について、一度も接種していない方への PR を医師会からもお願いしたいと要請された。これに対して、本日の議論を踏まえ、「方向性がほとんど同じであることが再確認できた」と述べるとともに、オミクロン株による最悪の事態に備え、全国知事会などと密接な連携を保ち、「万が一、第 6 波が起こっても、その高さが極力低くなるような対応をしたい」とした。

1.4.3. 第 3 回目の意見交換会（2022 年 1 月 20 日）

2022 年 1 月 20 日、今年度 3 回目となる意見交換会が WEB 会議で開催された。

まず、平井伸治全国知事会長（鳥取県知事/新型コロナウイルス緊急対策本部長）が、日本医師会の新型コロナウイルスに対する活動に感謝の意を示した上で、オミクロン株の急速な拡大に強い危機感を表明された。患者数が急上昇する中、自宅療養の確保及び重症に至らないようにするための軽症者のケアをしっかりとできる体制の必要性を強調し、「各地域の医師会と都道府県が協力しながら体制を作り、実行していくことが大切だ」と述べた他、3 回目のワクチン接種について、可及的速やかに進むよう、日本医師会に後押しと協力を求めた。

これを受けて、平井全国知事会長始め全国知事会の日頃の活動に敬意を示した上で、「日本医師会では、オミクロン株の流行によって、“コロナ対応は、高齢者や基礎疾患のある方などリスクの高いグループに配慮しつつ、経済の再活性化と感染拡大防止の両立を本格的に目指す段階に入った”と捉えている」と述べた。

更に、そのための重要な点として、多数の軽症者に対する医療提供体制を整備することを挙げ、後藤茂之厚生労働大臣から協力要請があり、日本医師会も全面的に協力している自宅療養における健康観察・診療医療機関の増加等の取り組みによって、「発熱外来で受け止めた陽性患者を、そのまま健康観察や治療をしていくことで、重症化を防止し、かつ、保健所の負担を軽減することにつながる」と説明した。

また、大都市圏などの都道府県医師会を対象に、自宅療養・宿泊療養に関するヒアリングを重ねてきたことを紹介し、「健康観察・診療医療機関が１カ月程で約 4,000 施設が増加するなど、スピード感を持って増えているのは、医師会と行政の努力の賜物」とするとともに、「どの医師会にも共通するのは、行政との間でしっかりと議論を行い、各地の実情に応じた体制を構築している点である」との見方を示した。

最後に中川会長は、改めて「日本医師会と全国知事会は、基本的には同じ方向を向いている」と強調した。「新型コロナには都道府県行政と都道府県医師会が“車の両輪”となって立ち向かう必要があり、そのためにも全国知事会と本会との強固な連携が不可欠」として、引き続きの協力を求めた。

意見交換では、まず、内堀雅雄福島県知事（同本部長代行/同副本部長/社会保障常任委員会委員長）が、2022 年１月 12 日に全国知事会新型コロナウイルス緊急対策本部が決定した、（１）感染拡大防止等、（２）ワクチン接種の円滑な実施、（３）保健・医療体制の強化、（４）事業者支援及び雇用対策―の観点から構成されている「全国的な感染急拡大を受けた緊急提言」の概要について説

明し、「より多くの医療機関に在宅診療に携わって頂けるよう、引き続き日本医師会の理解と協力をお願いしたい」と述べた。

濵田省司高知県知事（全国知事会ワクチンチームリーダー）は、同提言の中で特に共有したい項目として、3回目接種の前倒しに向けた取り組みや12歳未満の子供への接種の在り方を挙げ、日本医師会に、3回目接種の打ち手の確保及び医療従事者の接種を速やかに進めることを要請した。

杉本達治福井県知事（全国知事会幹事長）は、“ラスト1メートルでの感染対策”が重要であるとして、会話時のマスク着用を日本医師会と共に国民に呼び掛けていきたいとした他、第6波後のウィズコロナ時代も念頭においた、患者の重症化を回避し医療ひっ迫を起こさない治療体制やシステムの構築に向け、日本医師会と協力していきたいとした。

今村聡副会長は、実際に発熱外来を行っている立場から、検査キットやパルスオキシメーターの不足について都道府県の協力を要請するとともに、ワクチン接種後の費用の申請などについて、その複雑さなどで現場の意欲を削ぐようなことにならないよう、手続き面での改善も求めた。

釜萢敏常任理事は、ワクチン接種の推進について、「ファイザー社製ワクチンとモデルナ社製ワクチンの情報が適切に国民に伝わっていない」と述べ、今後更に正しい情報を伝えていくことの重要性を強調した。

松本吉郎常任理事は、現在、令和4年度診療報酬改定に向け、病院や診療所で更に感染予防対策を取った上で、受診してもらえるような体制を強固にするための検討が進められていることなどを紹介した他、特に小児科や耳鼻咽喉科の受診抑制が、オミクロン株の流行によって更に悪化している現状を説明した。

最後に、「自宅療養の健康観察・診療医療機関の整備が本当に重要だということをご理解頂けたと思う」とするとともに、3回目のワクチン接種について、モ

デルナ社製ワクチンに関する国民の理解が進むよう、啓発や広報活動に協力していく意向を示した。

これに対して、平井全国知事会長は、「軽症の患者さんのケアやワクチン接種についてお互いの理解が深まったと考えている。是非（両団体が）共同して脅威を乗り越えていきたい」と述べるなど、引き続き日本医師会と全国知事会が協力していく方向性が確認された。

2. 2022（令和 4）年度診療報酬改定

2.1. 2022（令和 4）年度診療報酬改定の経緯

2.1.1. 「経済財政運営と改革の基本方針 2021」閣議決定まで

2021 年 4 月 15 日、財務省の財政制度等審議会財政制度分科会（以下、財政審）で社会保障に関して議論が行われ、4 月 26 日には内閣府の経済財政諮問会議で社会保障改革が議論された。

これを受け、4 月 28 日の定例記者会見で中川会長は、日本医師会の考え方を説明した。

「経済財政諮問会議等の議論について」

（2021 年 4 月 28 日 日本医師会定例記者会見）

（１）欧米と比較した医療の逼迫

- この表現に医療従事者は大変憤りを感じている。欧米では昨年の第 1 波の時点で、既に患者に優先順位をつけて医療を行っており、G7 のほとんどの国の人口 100 万人当たりの死亡者数が 1000 人以上（日本は 100 人以下）となっている欧米の医療を礼賛するつもりなのか。

（２）医療機関の集約化・大規模化

- 地域医療は集約して確保すべき機能から、分散して存在すべき機能まで、さまざまなバランスの中で成り立っている。効率化重視で、一概に集約化・大規模化を目指すべきではない。

（３）1 入院当たりの包括払い

- 根拠が必ずしも明確ではなく、一入院当たりの包括払いはむしろ再入院の増加や外来での過剰診療など医療にゆがみを生じさせる危険性もある。

（４）医療機関の減収分の補てん

- 診療報酬のみならず、補助金も含めて活用するなど、柔軟に対応して欲しい。
- その際には、後方支援医療機関も含めて、地域を一体となって支えている医療機関への支援も不可欠である。
- 新型コロナウイルス感染症患者を受け入れる病院だけでなく、地域を一体となって支えている医療機関も経営が逼迫しており、支援対象はできるだけ広く捉えていただきたい。
- 受け入れている患者数で差を付けることになるとするとともに、通常医療の医療機関の協力を得られなければ、病床確保の障害にもなる。

（５）１点単価の見直し

- １ 点単価を変えることは、公的医療保険制度による国民皆保険の崩壊の第一歩となるものであり、絶対に容認できない。
- 受診先の医療機関が新型コロナ患者の受け入れに協力し、減収しているという理由で、患者負担の増加を強いられるということになれば、患者間の不公平につながり、国民の理解は得られない。

（６）かかりつけ医機能

- かかりつけ医機能の制度化は、フリーアクセスを阻害するものであり、後期高齢者医療制度導入の際に見られたように国民の理解を得られず、混乱を招く恐れがある。

（７）民間病院への対応

- 医療提供体制のあるべき姿は、新型コロナウイルス感染症対策における有事の医療と平時の医療の両立である。
- 重要なのは、重症・中等症・軽症や後方支援等、あるいは緊急時対応と通常医療との役割分担と連携であり、知事の権限強化によって強制的に患者の受け入れを要請することは、地域の実情を踏まえた柔軟な機能分担をかえって硬直化させかねない。

6月18日、「経済財政運営と改革の基本方針2021」(「骨太の方針2021」)、「規制改革実施計画」、「成長戦略実行計画」がそれぞれ閣議決定された。これを受け、中川会長は6月23日の定例記者会見で「骨太の方針2021」に明記された6つの事項（新型コロナウイルス感染症への対応、「重要業種」として「医療」が追加されたこと、医療費適正化計画、医療資源の集約化、包括払い、かかりつけ医機能の強化・普及）に対する見解を説明した。

「『経済財政運営と改革の基本方針2021』『規制改革実施計画』等の閣議決定を受けて」

（2021年6月23日 日本医師会定例記者会見）

（1）新型コロナウイルス感染症への対応

- 新型コロナウイルス感染症患者を受け入れる医療機関に対する支援については、診療報酬のみならず、補助金も活用した減収分の速やかな補填がぜひとも必要である。
- 一般の患者の受け皿があるからこそ、新型コロナの重点医療機関等を拡充できる。後方支援医療機関を含め、地域を面として支えている医療機関への支援も不可欠であり、支援対象はできるだけ広く捉えてもらいたい。
- 公立・公的、民間病院の病床を都道府県の要請に基づいて活用できる仕組みを構築については、公・民の対立の構図とならないよう配慮し、公か民かにかかわらず、地域の実情に応じて行うことが重要である。
- 本年2月3日に成立した感染症法改正法によって、従来の都道府県知事による病床の確保等を要請する仕組みに加えて、医療機関が正当な理由なく拒否した場合には勧告、更には医療機関名を公表する制度が導入された。「骨太の方針」に記載のとおり、まずは事前調整した上で、法律に基づく協力要請を行うことが大前提である。

（2）「重要業種」として「医療」が追加されたこと

- 「経済安全保障の確保等」の中で「重要業種」として、電力、ガス、石油、通信、航空、鉄道、海上物流と並び、今回新たに「医療」が位置付けられたことを高く評価する。日本医師会としても必要な協力をしていきたい。

（3）医療費適正化計画

- 現在、都道府県や医療関係者は、新型コロナ対応に心血を注いでいる状態にあり、第 4 期の計画を策定するに当たっては、新型コロナへ対応する中で判明した実態や得られた知見を十分に踏まえつつ、しっかり議論を尽くすべきである。

（4）医療資源の集約化

- 病院機能の連携強化・集約化に向けて、地域医療連携推進法人制度の活用が提案されていることについては､国や都道府県主導のM&Aの推進、更には病院経営への株式会社の参入につながることを懸念している。今後、日本医師会からもあるべき姿を発信しつつ、動向を注視していく。

（5）包括払い

- 日本の急性期入院医療における、いわゆる DPC 制度は 20 年以上にわたり制度の精緻化が行われており、世界でも類を見ない制度となっている。今後、丁寧で慎重な議論を行っていく必要がある。

（6）かかりつけ医機能の強化・普及

- かかりつけ医は患者が選ぶものであり、その際には、国民皆保険の柱であるフリーアクセスを担保する必要がある。
- 日本医師会は「かかりつけ医機能研修制度」を創設し、地域住民から信頼される「かかりつけ医」の養成並びに普及に努めてきた。
- 今後は、医療費抑制のためにフリーアクセスを制限するような仕組みを制度化するのではなく、「骨太の方針」にも記載されているとおり、上手

な医療のかかり方を啓発し、かかりつけ医を普及していくことが重要である。

（7）最後に

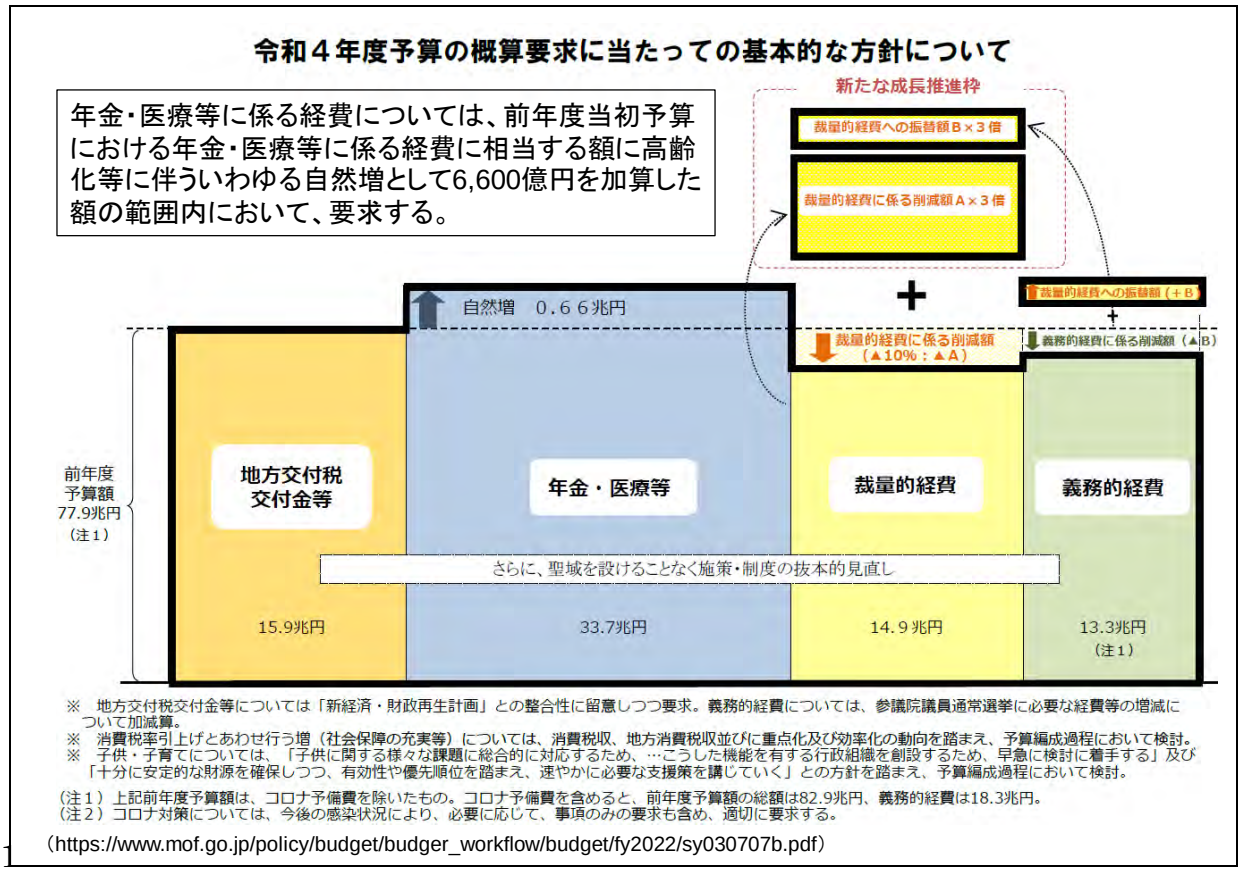
- 昨年の「骨太の方針 2020」では財政健全化目標の記載は見送られたが、今年は基礎的財政収支の 2025 年度の黒字化、債務残高対 GDP 比の安定的な引下げといった財政健全化目標の記載が復活した。ただし、「骨太の方針 2021」には、本年度内に今回の感染症が経済財政へどのような影響を及ぼしたのかという検証を行ったうえで、目標年度を再確認するとも記載されている。
- 新型コロナウイルス感染症により全国の医療機関の経営が脅かされており、多くの国民の生活も困窮に陥っている。政府には、しっかりと現状を検証された上で、必要な支援は躊躇なく行っていただくようお願いしたい。

2.1.2. 令和４年度予算概算要求

2021 年 7 月 7 日、「令和 4 年度予算の概算要求に当たっての基本的な方針について」が閣議了解された。

年金・医療等に係る経費については、前年度当初予算における年金・医療等に係る経費に相当する額に高齢化等に伴ういわゆる自然増として 6,600 億円を加算した額の範囲内において、要求することとなった。

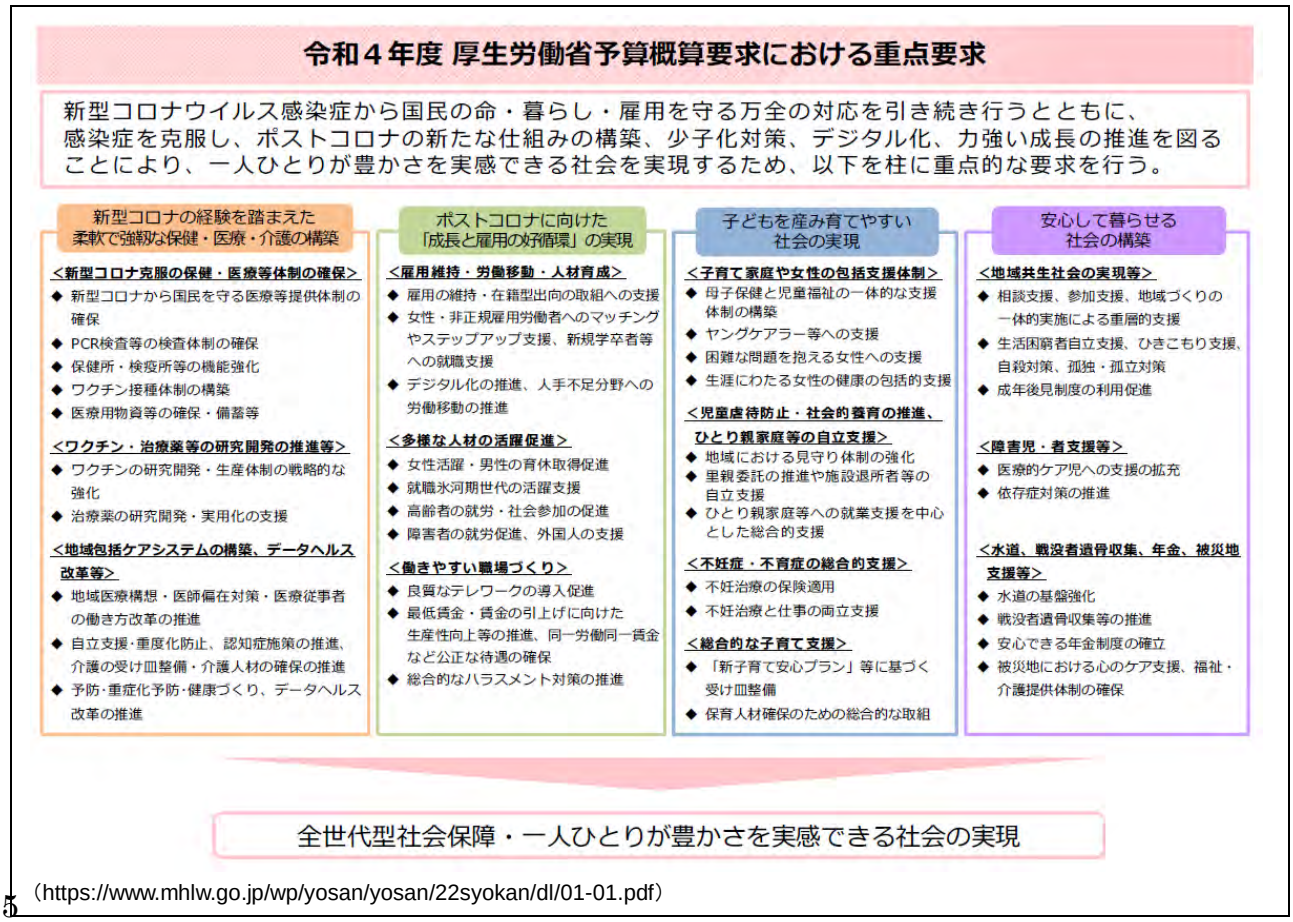
図 2.1.1 令和４年度予算の概算要求に当たっての基本的な方針



（https://www.mof.go.jp/policy/budget/budger_workflow/budget/fy2022/sy030707b.pdf）

8 月 31 日には厚生労働省が令和 4 年度予算概算要求を財務省に提出した。

図 2.1.2　令和 4 年度厚生労働省予算概算要求



（https://www.mhlw.go.jp/wp/yosan/yosan/22syokan/dl/01-01.pdf）

2.1.3. 診療報酬改定率決定まで

2.1.3.1.岸田新内閣発足

2021 年 9 月 29 日、自民党総裁選で岸田文雄氏が第 27 代総裁に選出された。

10 月 1 日、国会議員や官僚以外の民間人としては初めて、中川会長が岸田新総裁と面会し、新型コロナウイルス感染症対策について意見交換を行った。

その後、岸田文雄総裁は 10 月 4 日の衆参両院の首班指名で第 100 代内閣総理大臣に指名され、同日、岸田内閣が発足した。

これを受け、中川会長は 10 月 6 日の定例記者会見で、所感とともに新型コロナウイルス感染症対策や社会保障の充実に期待感を示した。

「岸田新内閣発足に当たって」

（2021 年 10 月 6 日 日本医師会定例記者会見）

- 岸田文雄内閣総理大臣が 10 月 4 日の就任会見で、「医師、看護師、介護士等、社会の基盤を支える現場で働く人々の所得向上に向け、公的価格のあり方の抜本的見直しを行う」と明言したが、日本医師会の考える方向性と同じであり、社会保障の充実によって国民の安心を取り戻すことで経済の好循環が実現するよう、協力していきたい。
- コロナ対策として掲げられていた「岸田 4 本柱」についても全力で協力する。
- 岸田総理が、2006 年に衆議院厚生労働委員長、2017 年に自民党政務調査会長、「人生 100 年時代戦略本部」の本部長を務めるなど、社会保障政策に造詣が深いことから、引き続き医療界への力添えを要望。
- 後藤茂之厚生労働大臣は、衆議院厚生労働委員長を務められ、厚生労働行政に精通されているとともに、税制にも造詣が深く、かねてお世話になっている。厚生労働大臣として、医療の安全・安心をしっかり守っていただけるものと大変心強く思っている。
- 堀内詔子ワクチン接種推進担当大臣は、厚生労働大臣政務官を務められ、また自民党厚生関係団体委員長を務められるなど、厚生関係で様々なご尽力をいただいている。喫緊の課題である医療従事者への 3 回目のワクチン接種を円滑に行っていただけることを期待している。
- 10 月 31 日には衆議院選挙、その後には予算編成と診療報酬改定が行われる。日本医師会は新型コロナウイルス感染症対策と一般医療の両立に全力を挙げて取り組んでいく。

2.1.3.2　財政審

11 月 8 日、財政審が社会保障について議論を行い、「躊躇なく『マイナス改定』をするべきである」などと書かれた資料が提出された。

図 2.1.3　財政審の主な提言

（財政審の資料より抜粋）

- 躊躇なく「マイナス改定」をすべきである。
- 令和3年度については、足元の実績から推計した医療費の見込みに、前年度繰り越し分も含め予算措置されている補助金収入を足した計数は47兆円程度と見込まれ、医療機関の経営実態は近年になく好調であることが窺える。
- （医療経済実態調査について）年末までに全体の改定率を決めていくに当たって参考とすべき要素は乏しい可能性が高い。
- 医療資源の散在が加速化し、実際には低密度で対応できる医療しか行わない、いわゆる「なんちゃって急性期病床」が急増した。
- かかりつけ医機能の要件を法制上明確化したうえで、これらの機能を担う医療機関を「かかりつけ医」として認定するなどの制度を設ける。
- リフィル処方を時機を逸することなく導入すべきである。
- 令和4年度薬価改定においては、調整幅の廃止に向けたロードマップを示しつつ、段階的縮小を実現すべきである。

図 2.1.4　財政審資料：診療報酬改定と医療費の関係

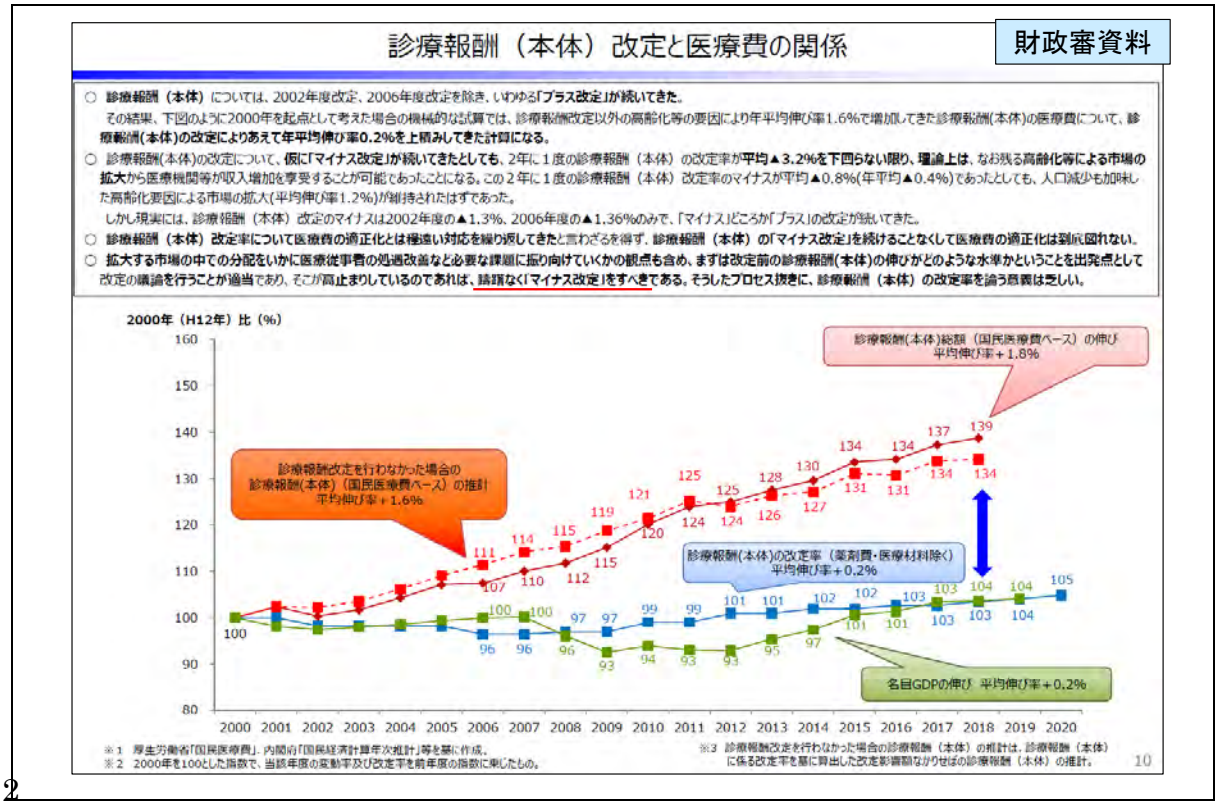


図 2.1.5　財政審資料：補助金を含む医療機関の収入の動向

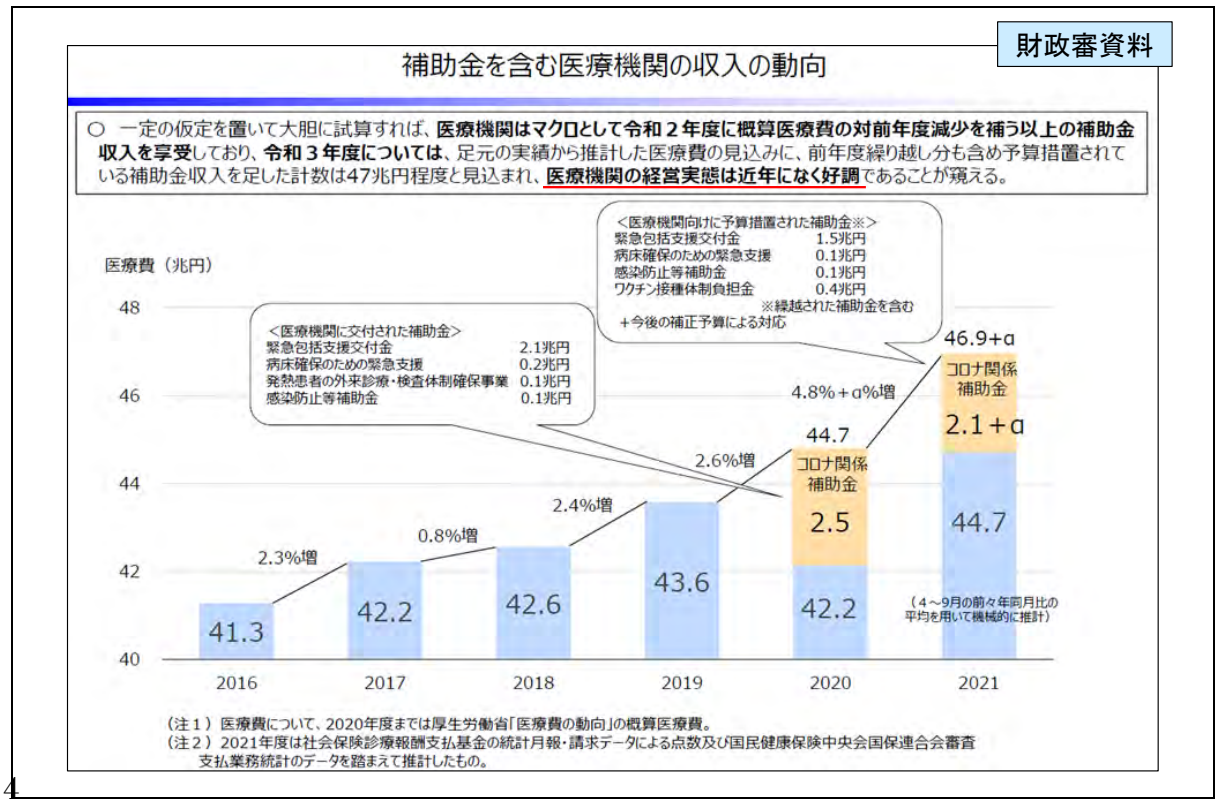


図 2.1.6　財政審資料：医療経済実態調査

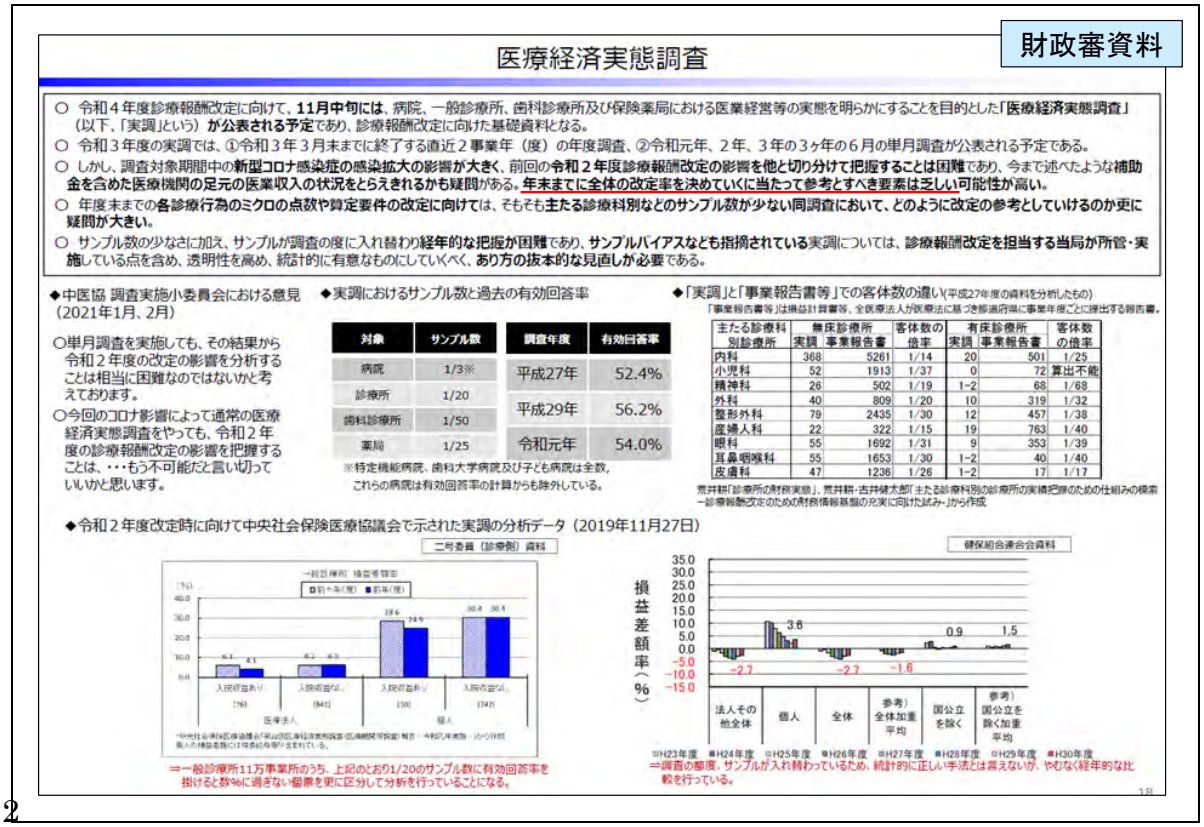


図 2.1.7　財政審資料：診療報酬改定とかかりつけ医機能の強化

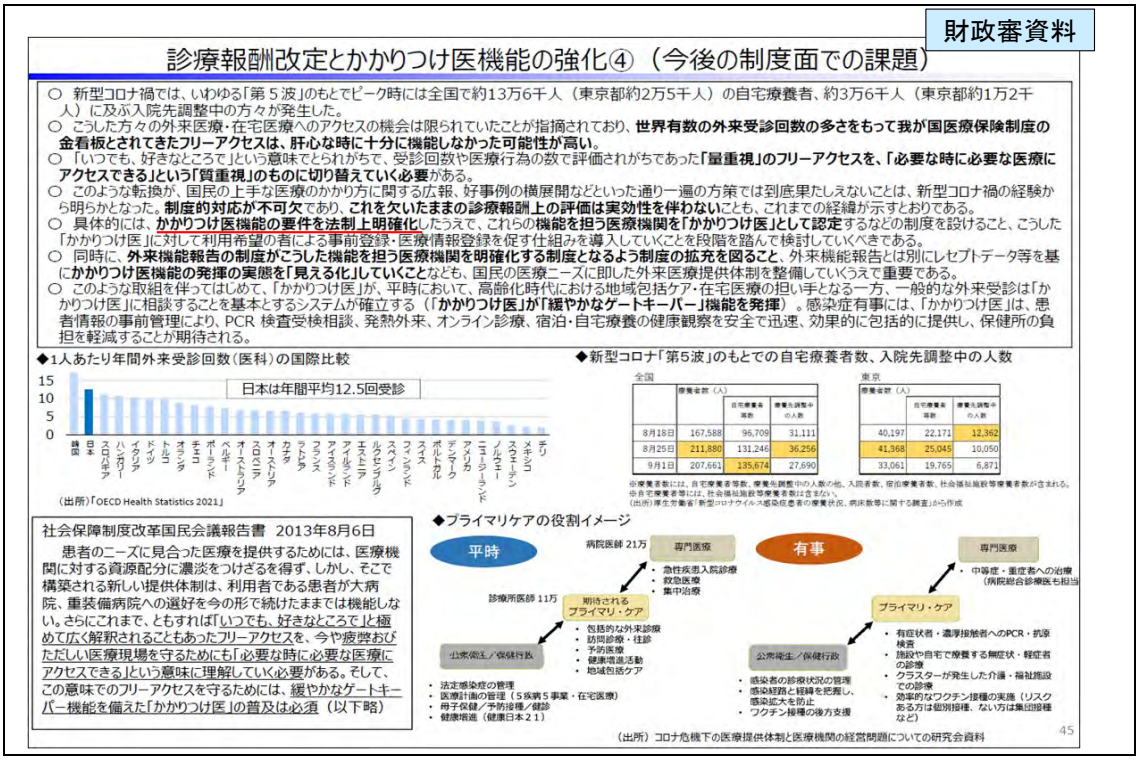
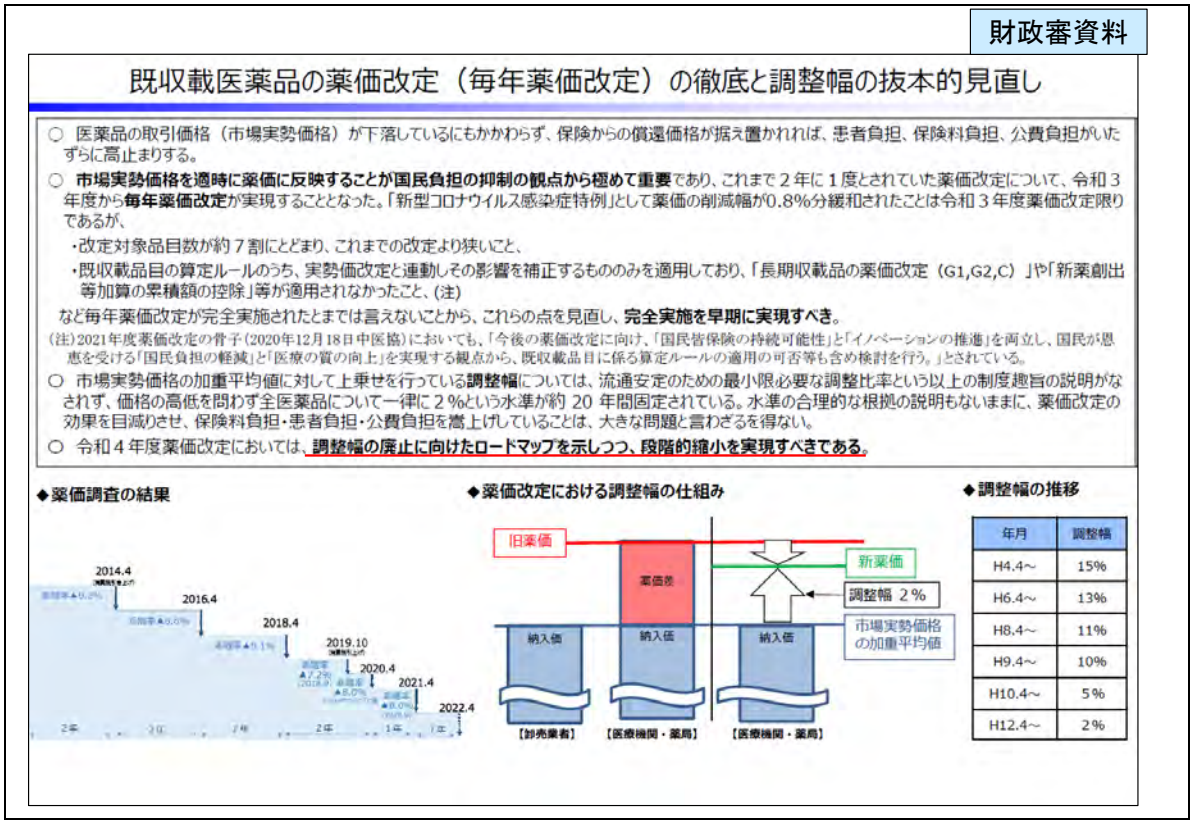


図 2.1.8　財政審資料：リフィル処方

図 2.1.9　財政審資料：調整幅の抜本的見直し



11 月 9 日、国民医療推進協議会総会後の記者会見で、中川会長は前日開催された財政審の議論について触れ、「マイナス改定とすることは到底あり得ず、我々としては当然『プラス改定』にすべきと考えている」と強く反論した。

2021 年 11 月 9 日　国民医療推進協議会総会後記者会見

- コロナ禍において、地域の医療提供体制は依然として厳しい状況にさらされている。マイナス改定とすることは到底あり得ず、我々としては当然『プラス改定』にすべきと考えている。
- 平時の余力がすなわち有事の対応力に直結する。有事になってから慌てて補助金を投入しても即応できるものではない。
- 財務省は「補助金収入を足した計数は 47 兆円程度と見込まれ、医療機関の経営実態は近年になく好調」としているが、逆に言えば、補助金がなければ赤字ということである。
- 補助金頼みの経営は非常に不安定である。本来は当然、診療報酬のみで経営が成り立つようにしなくてはならず、こうした観点からもプラス改定が必要である。
- 補助金については、コロナ禍で特例的に実施され、医療機関にも他業種と同様に支給されたものである。医療機関ではこの補助金を臨時的な支出であるパーテーションの設置や導線の分離など、感染対策に使用している。

また、11 月 17 日の定例記者会見では、中川会長が改めて財政審の議論に対して見解を説明した。

「財政審の議論について」

（2021 年 11 月 17 日 日本医師会定例記者会見）

- 財政審は「躊躇なく『マイナス改定』をすべき」と記載しているが、新型コロナウイルス感染症禍において、地域の医療提供体制は依然として厳しい状況であり、躊躇なく『プラス改定』にすべきである。医療現場は著しく疲弊しており、これをなんとか建て直すためにも、日本医師会はこのメッセージをしっかりと発信していく。
- 令和 4 年度の予算編成に関しては、ポストコロナを見据え、新型コロナや新興感染症の医療と通常医療との両立が可能な医療提供体制を整備していく必要がある。平時の医療提供体制の余力こそが有事の際の対応力に直結すると訴え続けてきたが、2 年近くに及ぶ新型コロナとの闘いで、このことは再確認できたのではないか。平時から余力を持った医療提供体制を整備しておく重要性を強調した。
- 財政審は「医療機関の経営実態は近年になく好調」と指摘しているが、補助金がなければ赤字の状態である。診療報酬で経営が成り立つようにしなくてはならず、そのためにもプラス改定は必須である。
- 財政審による「なんちゃって急性期病床」という揶揄するかのような呼び方は、医療機関に対しても、入院して治療を受けている患者さんに対しても極めて失礼な表現。まるで医療政策をもてあそんでいるかのようで、あぜんとしている。
- 診療報酬については中医協で長年にわたり真摯に議論を積み重ねて現在にいたっている。財政審の主張は診療報酬の各論に踏み込み過ぎであり、領空侵犯である。今後も引き続き、中医協で診療側と支払い側で入院医療の在り方を真摯に議論していく。

2.1.3.3　国民医療推進協議会

第 16 回国民医療推進協議会総会が 11 月 9 日、日本医師会館小講堂で開催され、国民の生命と健康を守るため、適切な財源を確保する決議を全会一致で採択した。

決　議

新型コロナウイルス感染症禍において、今後も緊張感を持った徹底的な感染防止対策が必要である。

国民の生命と健康を守るため、新型コロナウイルス感染症対策における有事の医療提供体制と、新型コロナウイルス感染症対策以外の平時の医療提供体制は、車の両輪として何としても維持しなくてはならない。

よって、適切な財源を確保するよう、本協議会の総意として、強く要望する。

以上、決議する。

令和 3 年 11 月 9 日

国民医療推進協議会

2.1.3.4　来年度予算に関するヒアリング

11 月 22 日、自民党で「予算・税制等に関する政策懇談会」が開催され、中川会長、今村副会長が出席して日本医師会の要望を説明した。

この他、11 月 19 日には公明党、11 月 25 日には会派（立憲民主党・社民党・無所属）、12 月 2 日には国民民主党からヒアリングが行われた。

2.1.3.5　医療経済実態調査

11 月 24 日の中医協で、第 23 回医療経済実態調査の結果が公表された。これを受け、同日開催された定例記者会見で中川会長は、これからの診療報酬改定に向けた日本医師会の姿勢を説明した。

「診療報酬の改定に向けて」

（2021 年 11 月 24 日　日本医師会定例記者会見）

- これまでも何度も申し上げているとおり、医療現場は、新型コロナウイルス感染症への対応を通じて著しく疲弊している。あらためて「躊躇なく『プラス改定』とすべき」と主張する。
- 医療経済実態調査については、財政審が改定率決定の参考とすることに財政審が疑義を述べているが、中医協において、永年にわたって改良を重ね、進化させてきた調査であり、その結果は尊重されるべきと考える。むしろ、マイナス改定ありきで、この結果を軽視しようとするなど、あってはならない。
- 新型コロナウイルス感染症に対応して、診療報酬による特例的な対応がとられたものの、コロナ補助金を除いた損益差額率は大きく悪化している。重点医療機関には診療報酬面でも集中的な支援がなされたが、それでも補助金がなければ大幅な赤字、重点医療機関以外では補助金を含めても大幅な赤字という実態である。
- 今後、新型コロナウイルス感染症が収束していけば補助金は当然無くなると考えられる。今ここで診療報酬できちんと手当しなければ、地域医療を立ち直らせることはできない。

12 月 3 日に開催された中医協総会で、診療側から「第 23 回 中医協医療経済実態調査（医療機関等調査）結果報告に対する見解」が報告された。

「第 23 回 中医協医療経済実態調査（医療機関等調査）
結果報告に対する見解」【医科】

令和 3 年 11 月 24 日に報告された第 23 回医療経済実態調査によると、診療報酬による特例的な対応があったものの、コロナ補助金を除く損益差額率は大きく悪化した。コロナ補助金を含んだ損益差額率も、一般病院ではほぼプラスマイナスゼロ、一般診療所では前々年（度）よりも縮小した。

一般病院（国公立を除く）、一般診療所（医療法人）ともコロナ補助金がなければ約半数が赤字になるところであった。一般病院では、コロナ補助金を含めても、赤字病院が 4 割を超えている。

長期借入金残高は、一般病院で 5 千万円近く、精神科病院で約 3 千万円、一般診療所（入院収益なし）で約 4 百万円増加した。

一般病院では、診療報酬の特例分を含めても医業収益が減少した。コロナ補助金によって、重点医療機関、コロナ等入院患者受入ありの病院では損益差額率がプラスになったが、それ以外はマイナスであった。

コロナ補助金を除く損益差額率は、急性期一般入院料および地域一般入院料横並びで悪い。急性期一般入院料 1 は、コロナ補助金を含む損益差額率がプラスになったが、コロナ入院患者を受け入れているところが多いためと推察される。急性期一般入院料 1 以外はコロナ補助金を含む損益差額率もマイナスである。

療養病床の多い病院は、比較的コロナの影響が少ないが、療養病棟入院基本料 2 は給与費率がさらに上昇し、赤字で推移している。

一般診療所では発熱外来やコロナ患者を受け入れた施設で損益差額率がより低下し、コロナ補助金で挽回することができていない。

在宅医療においても診療報酬の特例措置がとられたが、在宅療養支援診療所の損益差額率は低下した。

院内処方は院外処方に比べて損益差額率が低い。

医療法人の小児科、耳鼻咽喉科では診療報酬の特例、コロナ補助金を含めても損益差額率はマイナスであり、診療報酬（保険診療）への依存度が高い耳鼻咽喉科でより損益差額率は悪化した。

12月8日の中医協総会では、第23回医療経済実態調査の結果などを踏まえ、診療側から「令和4年度診療報酬改定に対する二号（診療側）委員の意見」を表明し、「国民の安全を守るためには、地域の医療と医療従事者を支える適切な財源が必要であり、令和4年度の診療報酬改定ではプラス改定しかあり得ない」と主張した。

「令和4年度診療報酬改定に対する二号（診療側）委員の意見」（抜粋）

診療報酬は、国民にとって安全で、安心できる医療を提供するための原資であることはもとより、医学の進歩に伴う高度な医療に対応する設備投資、患者ニーズの多様化に応える医療従事者の雇用の確保および拡充に不可欠なコストを賄っている。かつ、診療報酬は2年毎に改定されることから、その間の賃金や物価の動向を適切に反映するものでなければならない。

新型コロナウイルス感染症流行下において、医療機関等は感染リスクや風評被害に耐えながら、新型コロナウイルス感染症患者への入院医療、発熱患者に対する外来医療やワクチン接種など必死で新型コロナウイルス感染症に立ち向かうとともに、コロナ以外の地域医療を全力で守っている。診療報酬は、それに対して十分な手当で応えなければならない。

また、今般の新型コロナウイルス感染症への対応において、改めて医療現場における人材の重要性が認識された。医療従事者の働き方改革と処遇改善を推進し、安定的な医療提供体制を維持することが必要であるが、医療機関等は、むしろ給与費を抑制せざるを得ない実態である。**国民の安全を守るためには、地域の医療と医療従事者を支える適切な財源が必要であり、令和４年度の診療報酬改定ではプラス改定しかあり得ない。**

- 医療機関等の経営はコロナ補助金がなければ著しく赤字の状態で再生産は不可能
- コロナ医療と通常医療を両立できる医療提供体制の再構築
- 医療の充実が経済成長、地方創生につながる
- 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進
- ICT 活用等、医療の高度化は政府の成長戦略として別建ての財源を
- 薬価改定財源は診療報酬本体に充当すべき

2.1.3.6　自民党議員連盟「国民医療を守る議員の会」

12 月 7 日、自民党の議員連盟である「国民医療を守る議員の会」の総会が開催され、国会議員 234 名（議員本人 190 名、代理 44 名）が出席した。

加藤勝信会長の挨拶に引き続いて挨拶した中川会長は、「新型コロナウイルス感染症が収束していけば補助金は当然なくなる。今、診療報酬できちんと手当てしなければ、コロナ禍において大打撃を受けている地域医療を立ち直らせることはできない」と述べた。日本医師会も引き続き、「躊躇なくプラス改定にすべきである」というメッセージを発信していくとの考えを示すとともに、コロナ禍にあっても国民に十分な医療を提供するため、令和 3 年度補正予算並びに令和 4 年度診療報酬改定において、国民の生命と健康を守るための財源確保に向けた支援を求めた。

引き続き、中川会長は資料を基に、(1)「かかりつけ医」、(2) 医療計画（「5 疾病 5 事業」）への新興感染症等対策の追加、(3) 医療経済実態調査の結果―等に対する日本医師会の考えを説明した。

その中では、かかりつけ医機能について、「財政審が言うような制度化は拙速に行うべきではない」とするとともに、その評価を医療費抑制の手段とするのではなく、機能に見合った評価に進化させていくべきと主張した。また、新たな感染症の発生もいつ起こるか分からないとして、都道府県医療計画における新興感染症対策事業の検討、施策の実施を前倒しで進めることなどを求めた上で、改めてプラス改定を要望した。

その後は、議員の会として取りまとめる予定の提言「新型コロナウイルス感染症後を見据えた新たな医療へ向けた提言（案)」について議論が行われた。

提言案では、「新型コロナウイルス感染症の終息の予測が不確実な中で、ポストコロナを見据え、コロナ感染症や新たな新興感染症の医療と通常医療との両立が可能な医療提供体制を整備していく必要がある」とするとともに、「有事の際の対応力を含めて平時の医療提供体制を整備することが、国民の生命を全ての疾病から守ることに直結し、まさに国の責務である」と指摘した。その上で、国に対して、以下の 5 つの事項（①新型コロナウイルス感染症患者の入院体制への支援②全ての国民がかかりつけ医をもつための支援③デジタル化による健

康医療情報の活用④医療従事者の処遇の改善⑤必要な医療財源の確保）の実現を求めた。

意見交換の中では、「必要な医療財源の確保」の部分について、「大幅なプラス改定を求める」など踏み込んだ書きぶりにすべきとの意見が、自見はなこ参議院議員始め多くの議員から出され、加筆・修正に関しては加藤会長に一任することで了承された。

加筆・修正された提言は、翌 12 月 8 日に加藤会長から岸田内閣総理大臣、鈴木財務大臣、後藤厚生労働大臣に手交された。

令和３年１２月８日

内閣総理大臣
岸田文雄 様

新型コロナウイルス感染症後を見据えた新たな医療へ向けた提言

国民医療を守る議員の会
会 長　衆議院議員 加藤 勝信

新型コロナウイルス感染症の終息の予測が不確実な中で、ポストコロナを見据え、コロナ感染症や新たな新興感染症の医療と通常医療との両立が可能な医療提供体制を整備していく必要がある。

有事の際の対応力を含めて平時の医療提供体制を整備することが、国民の生命をすべての疾病から守ることに直結し、まさに国の責務である。

１．新型コロナウイルス感染症患者の入院体制への支援

コロナ医療と通常医療の両立を最大限図るためには、地域医療構想を確実に推進するとともに、医療計画の 5 疾病 6 事業の 6 番目の事業として追加された新興感染症等への対策を次期医療計画に先んじて前倒しで実施する必要がある。ECMO や人工呼吸器装着、高流量酸素投与を受ける重症者、酸素吸入を受ける中等症者、軽症者、無症状者を、その重症度に応じてどの医療機関が担うかを、再度確認、調整し体制構築を行う必要があり、国はそれを支援する。

２．すべての国民がかかりつけ医を持つための支援

国民一人ひとりがかかりつけ医を持つことが今後の医療提供体制の根幹である。かかりつけ医は、予防（健・検診、ワクチン接種、介護予防）、急性期治療、継続的治療、在宅医療等を実施し、また緩やかなゲートキーパー機能を発揮して、専門医療との連携を図る。またこれらの医療的機能のほか、学校医、産業医、警察医などの社会的機能も発揮する。かかりつけ医がこれらの機能を発揮できるよう支援する必要がある。

（１）コロナ感染症における外来診療

ワクチン接種、発熱外来における早期診断、外来における早期治療、必要に応じてかかりつけ医による入院調整が可能となる体制の整備を行う。さらに在宅、施設による経過観察や訪問診療に取り組める環境整備を行う必要がある。

（２）平時の日常診療

かかりつけ医機能を多くの外来医師に持ってもらうため、国は機能強化の研修制度を支援する必要がある。

一方、かかりつけ医が医療を提供するにあたり、患者の高齢化、医師の偏在などのために、患者の医療へのアクセスが悪化してきている。かかりつけ医へのアクセスを改善するためには、オンライン診療など、新たな医療技術の活用

とその技術をかかりつけ医が活用できるための支援を行うべきである。

３．デジタル化による健康医療情報の活用

コロナ医療において、日本のデジタル化の遅れは顕著であり、医療においてもその例外ではない。感染症対策として様々なシステムが稼働したが、本来の現場の負担軽減や効率化に繋がっていない。早急に改善を図るべきである。

今後の診療において、デジタル化された健康医療情報活用がすべての医師、医療機関にとって必須のものとなる。電子カルテの標準化、患者が個人で所有するPHRの医療機関での活用、EHRのデータに基づく標準的医療の均てん化、すべての医療機関が活用可能なAI、日本の質の高い医療情報活用のための次世代医療基盤法が利用しやすい環境整備など、国が支援するべきことは多い。

４．医療従事者の処遇の改善

今回のコロナパンデミックにおいて改めて明らかになったのが、人材の重要性である。医師の多くが、専門特化した医師として養成されてきたため、今回のコロナ感染症において対応できる医師が感染症科、呼吸器内科などに限られてしまった。医学部教育、臨床研修制度、専門医制度において、何科を専門としていても、緊急時に対応できる能力を持てる教育に改め、また一定期間ごとに短期間の研修を行える体制を国は整備する必要がある。さらに、医療人材確保のために人材派遣業への紹介料が多額となっていることも踏まえれば、医療現場で働くすべての医療従事者の処遇改善と働き方改革が重要であり、国はこれらをしっかりと支援する必要がある。

あわせて、現在単年度で設けられている、コロナ医療に従事した医療者が業務によって感染し休業せざるを得なくなった場合の補償制度を恒久的に設けるべきである。

５．診療報酬のプラス改定など必要な医療財源の確保

平時でも、コロナ禍などの有事でも国民に十分な医療を提供するためには、上記の施策が実現されなければならない。国民の生命と健康を守るため、令和３年度補正予算の成立はもとより、令和４年度診療報酬改定においては、不妊治療の保険適用や経済対策に盛り込まれた看護職員の賃上げに要する費用とは別に、診療報酬の大幅なプラス改定が不可欠である。

以　上

2.1.3.7　後藤厚生労働大臣との意見交換

中川会長は 12 月 7 日、堀憲郎日本歯科医師会長、山本信夫日本薬剤師会長と共に厚生労働省を訪問し、後藤茂之厚生労働大臣と会談した。

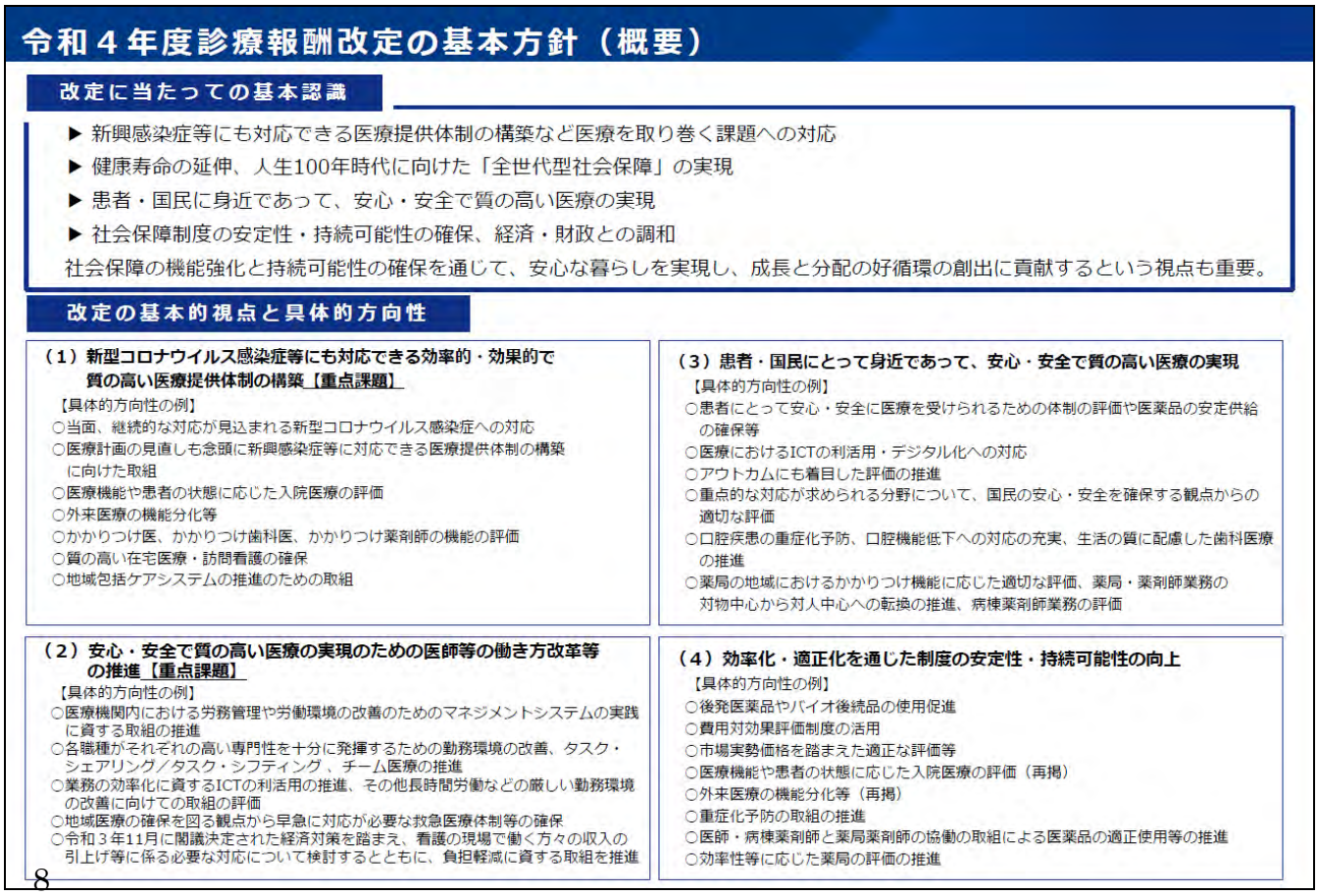
中川会長は、財務省が令和 4 年度の診療報酬改定を躊躇なくマイナス改定とするべきと主張していることに危機感を表明した上で、11 月 24 日に公表された医療経済実態調査の結果を基に、(1) 診療報酬による特例的な対応があったものの、医科ではコロナ補助金を除く損益差額率が大きく悪化している、(2) コロナ補助金を含んだ損益差額率も、一般病院ではほぼプラスマイナスゼロ、一般診療所では前々年度よりも縮小している、(3) 一般病院、一般診療所共にコロナ補助金がなければ約半数が赤字になる―ことなどを説明した。

そして、「今、診療報酬できちんと手当てしなければ、コロナ禍において大打撃を受けた地域医療を立ち直らせることはできない」として、次期診療報酬改定をプラス改定とすることを強く求めた。

2.1.3.8　令和 4 年度診療報酬改定の基本方針

12 月 10 日、社会保障審議会医療部会・医療保険部会が「令和 4 年度診療報酬改定の基本方針」をとりまとめた。

図 2.1.10　令和 4 年度診療報酬改定の基本方針



2.1.3.9　自民党「社会保障制度調査会 医療委員会」

12 月 14 日、自民党の「社会保障制度調査会 医療委員会」が開催された。

会議では、不妊治療の保険適用と病院看護の処遇改善とは別に「診療報酬本体のプラス改定を行うべきだ」との意見が相次いだ。

また、出席者からは「不妊治療と処遇改善に用途が限定されているものを、全体の改定率に織り込むことはなじまない」との指摘もあった。

2.1.3.10　診療報酬改定率決定に向けて

12 月 15 日、中川会長は、大詰めを迎えている令和 4 年度予算編成に関連して、日本医師会の基本姿勢を説明した。

「令和4年度の予算編成について」

（2021 年 12 月 15 日 日本医師会定例記者会見）

- 新型コロナウイルス感染症禍で地域の医療提供体制の維持は極めて厳しい状況であり、医療現場は著しく疲弊している。このような状況下において、診療報酬本体のマイナス改定はあり得ない。絶対にプラス改定にしなければ全国の医療が壊れてしまう。
- 12 月 7 日に自民党議員連盟の「国民医療を守る議員の会」が開かれ、自民党所属の国会議員 372 名の半数を超える国会議員本人 190 名、代理出席 44 名の計 234 名の出席があった。医療機関の窮状について、重く受け止めていただいたものと確信している。
- 12 月 8 日に自民党の社会保障制度調査会からも、診療報酬に関する提言が後藤茂之厚生労働大臣に提出された他、12 月 14 日の社会保障制度調査会医療委員会においても、多くの議員から「絶対に本体プラス改定とすべき」との発言があった。まさに時宜を得た発言であり、大変心強い。

- 岸田総理が所信表明演説において、看護師等の処遇改善を掲げており、日本医師会としても公的価格評価検討委員会に意見書を提出し、チーム医療への評価の必要性を訴えた。その実現のためにも看護職以外の処遇改善も含めた大幅なプラス改定が必要である。
- かかりつけ医機能については、財務省や財政制度等審議会が求める制度化は行うべきではない。医療費抑制の手段とするのではなく、機能に見合った評価に進化させていくべき。
- 全国の医療従事者と医療機関が、感染リスクや風評被害に耐えながら、新型コロナワクチン接種の推進にも邁進し、全力で新型コロナウイルス感染症と闘ってきた。今後も第 6 波や新たな新興感染症にも備えを固める覚悟である。医療従事者の心を折らないで欲しい。
- 医療従事者と医療機関を支えるため、また、ポストコロナの医療提供体制に道筋を付けるため、令和 4 年度診療報酬改定は躊躇なく本体プラス改定とすべきである。

2.1.3.11　診療報酬改定率決定

当初は、診療報酬本体マイナス 0.5～0.6%という報道もあり[8]、厳しい情勢であったが、12 月 19 日午後に岸田内閣総理大臣が後藤厚生労働大臣、鈴木財務大臣と協議し、診療報酬本体の改定率をプラス 0.43%とすることで合意した。

その後 12 月 22 日の大臣折衝で診療報酬改定率が正式に決定した。

図 2.1.11　2022（令和 4）年度　診療報酬改定

2022（令和4）年度 診療報酬改定

12月22日の大臣折衝を踏まえ、令和4年度の診療報酬改定は、以下の通りとなった。

1．診療報酬　＋0．43%（国費 300億円程度）

※1 うち、※2～5を除く改定分　＋0．23%

各科改定率
- 医科　＋0．26%
- 歯科　＋0．29%
- 調剤　＋0．08%

※2 うち、看護の処遇改善のための特例的対応　＋0．20%

※3 うち、リフィル処方箋（反復利用できる処方箋）の導入・利用促進による効率化　▲0．10%

※4 うち、不妊治療の保険適用のための特例的な対応　＋0．20%

※5 うち、小児の感染防止対策に係る加算措置（医科分）の期限到来　▲0．10%

2．薬価等

① 薬価　▲1．35%（国費 ▲1,600億円程度）

※1 うち、実勢価等改定　▲1．44%（国費 ▲1,600億円程度）

※2 うち、不妊治療の保険適用のための特例的な対応　＋0．09%（国費 50億円程度）

② 材料価格　▲0．02%（国費 ▲20億円程度）

[8] 日本経済新聞 2021 年 12 月 10 日朝刊

12 月 22 日に行われた大臣折衝において、厳しい国家財政の中、令和 4 年度の診療報酬改定が本体プラス 0.43%と決定されたことを受け、中川会長は日本医師会の考えを説明した。

「令和4年度診療報酬改定率の決定を受けて」

（2021 年 12 月 22 日 日本医師会定例記者会見）

- 各都道府県医師会及び郡市区医師会から、地元選出国会議員に対して、医療が置かれている厳しい現状や医療政策への更なる理解を求めるなどの活動を行ったことについても、大きな力となり、プラス改定という結果として実を結んだ。
- 本体プラス 0.43%の内訳として、看護の処遇改善にプラス 0.2%、不妊治療の保険適用にプラス 0.2%、更に日本医師会が求めてきた地域医療の確保、質の向上のための財源としてプラス 0.23%が確保された。
- 医療経済実態調査やTKC医業経営指標において示された医療機関の極めて深刻な経営実態が、政府・与党始め多くの関係者に理解されたものと実感している。改定率については、必ずしも満足するものではないが、厳しい国家財政の中、プラス改定になったことについて、率直に評価をしたい。
- 今後中医協で行われる具体的な配分の議論について、「令和 4 年度診療報酬改定の基本方針」において挙げられている改定の基本的視点と具体的方向性を踏まえ、「日本医師会として、新型コロナウイルス感染症で傷ついた医療提供体制をどのように立て直すのか、そのために診療報酬はどうあるべきかという視点で議論に臨んでいく。

2.1.4. 中医協における公益裁定

2022年1月26日に開催された中医協総会において、「重症度、医療・看護必要度」と「オンライン診療」について公益裁定がなされた。

これを受け、同日の定例記者会見で中川会長は日本医師会の考え方を説明した。

「今日の中医協について」

（2022年1月26日　日本医師会定例記者会見）

（1）重症度、医療・看護必要度について

- 今般の診療報酬改定率は、全面的に満足できる水準とまでは言えないが、プラス改定であったことについて率直に評価をしている。そして、中医協の議論においては、2号側からは、新型コロナウイルス感染症で傷ついた医療提供体制を支え、建て直すための主張を重ねているところである。
- 公益裁定が行われた「重症度、医療・看護必要度」については、新型コロナウイルス感染症への対応で医療機関に大きな負荷がかかっている中で、見直しを行うべきではないと主張してきたが、結果的に見直しが行われることになったことは残念である。
- その一方で、地域を支える中小病院に一定の配慮がなされたこと等は評価したい。今後の中医協においては、コロナ医療と通常医療の両立に立ち向かっている医療機関の頑張りに応えるべく、具体的な見直し内容を決めていってもらいたい。

（2）オンライン診療について

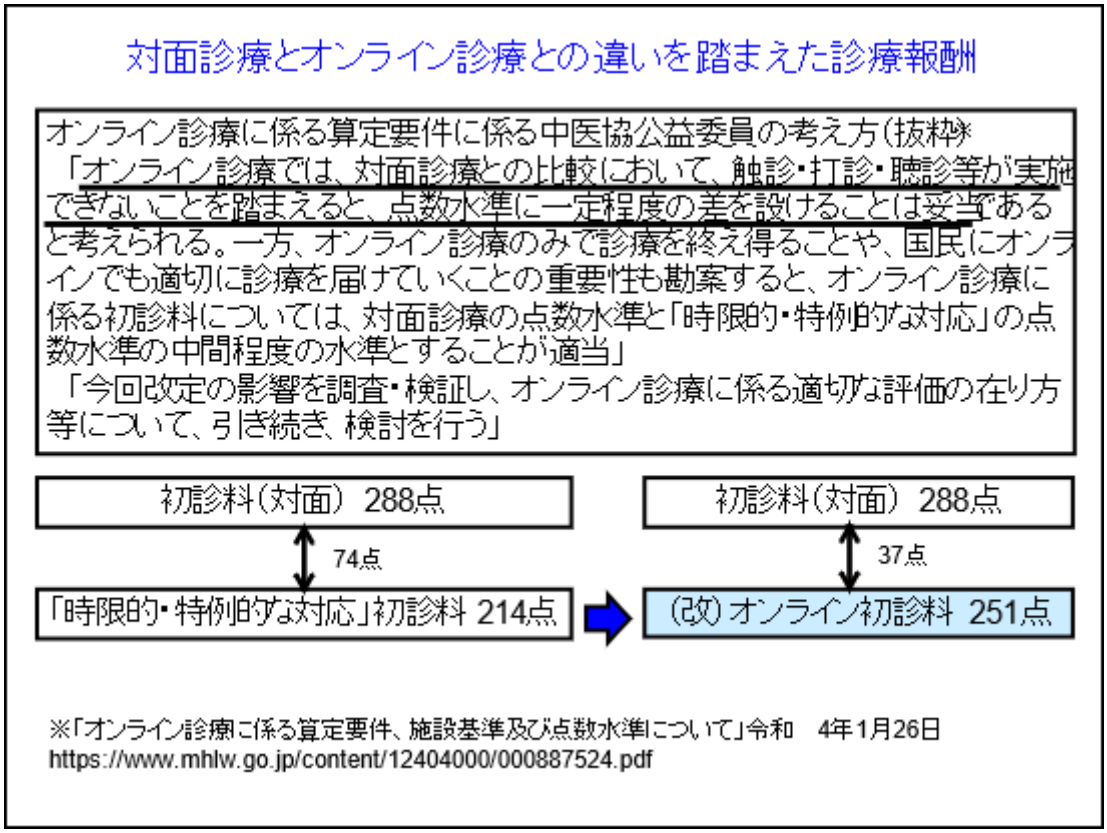
- オンライン診療は、あくまで対面診療の補完である。
- 今回、オンライン診療が、対面診療との比較において、触診・打診・聴診等が実施できないものであることが明確化されたことは評価したい。
- しかし、「オンライン診療ガイドライン」にもとづき、医師・患者間の時間・距離要件の継続は認められなかった。当ガイドラインは、オンライ

ン診療の進め方についての基本的な指針ではあるものの、保険診療として実施し、地域医療を守っていくためには、診療報酬としての必要な設定を置く必要もある。今後、こうした点についてきちんと検証し、問題があれば即座に対応することを要請する。

2.2.　オンライン診療

2 月 9 日、中医協で令和 4 年度の診療報酬改定に関する答申が取りまとめられたことを受けて定例記者会見を行い、オンライン診療に係る診療報酬に対する日本医師会の見解を説明した。

まず、これまでのオンライン診療に関する中医協での議論を振り返り、(1)公益委員の裁定による決着となったが、オンライン診療では対面診療との比較において、触診・打診・聴診等が実施できないことが明示されたことを受けて、対面診療とオンライン診療とでは診療の対価に差を設けることは適当であるとされたこと、(2)診療報酬の水準については、結果的にオンライン診療に係る報酬が引き上げられたが、今後の中医協で引き続き調査・検証を行っていくことになったこと―などを説明した。日本医師会としても、より適切な水準を追求していくとした。



また、今回のオンライン診療に関する診療報酬の算定要件については、医療機関と患者との間の時間・距離要件や、オンライン診療の実施割合の上限については要件として設定しないことが適切であると判断された一方で、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を踏まえて、「対面診療を提供できる体制を有すること」「患者の状況によってオンライン診療では対応が困難な場合には、他の医療機関と連携して対応できる体制を有すること」が堅持されたことに言及した。オンライン診療が対面診療と適切に組み合わせた上で実施されるよう注視していくとするとともに、患者の安心・安全が損なわれたり、地域医療の秩序を混乱させるような事象が生じた場合には、期中であっても、すみやかに診療報酬要件の見直しを要請する考えを示した。

対面診療とオンライン診療との組み合わせ

診療報酬要件	オンライン診療の適切な実施に関する指針※
対面診療を提供できる体制を有すること	● 医師－患者間の関係において、診療に当たり、医師が患者から必要な情報の提供を求めたり、患者が医師の治療方針へ合意したりする際には、相互の信頼が必要となる。このため、「かかりつけの医師」にて行われることが基本であり、対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められる。 ● 患者の急病急変時に適切に対応するため、患者が速やかにアクセスできる医療機関において直接の対面診療を行える体制を整えておくこと。
患者の状況によって対応することが困難な場合には、ほかの医療機関と連携して対応できる体制を有すること	● オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる。

※厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」平成　30年3月（令和4年1月一部改訂）

更に、「オンライン診療は、対面診療と適切に組み合わせて行うことで、患者の安全性と利便性の両方を向上させることもできる」とし、日本医師会としても、オンライン診療を導入している医師やこれから導入しようとしている医師により安心してオンライン診療を利用してもらうことを目的として「オンライン診療導入の手引き」を作成中であることを明らかにするとともに、運用上のセキュリティ対策等についてもサポートしていく意向を表明した。今後については、「オンライン診療が営利追求の市場になることを認めず、心あるかかりつけ医の先生の診療の助けになるよう、必要な軌道修正も見据えつつ、育てていく」とした。

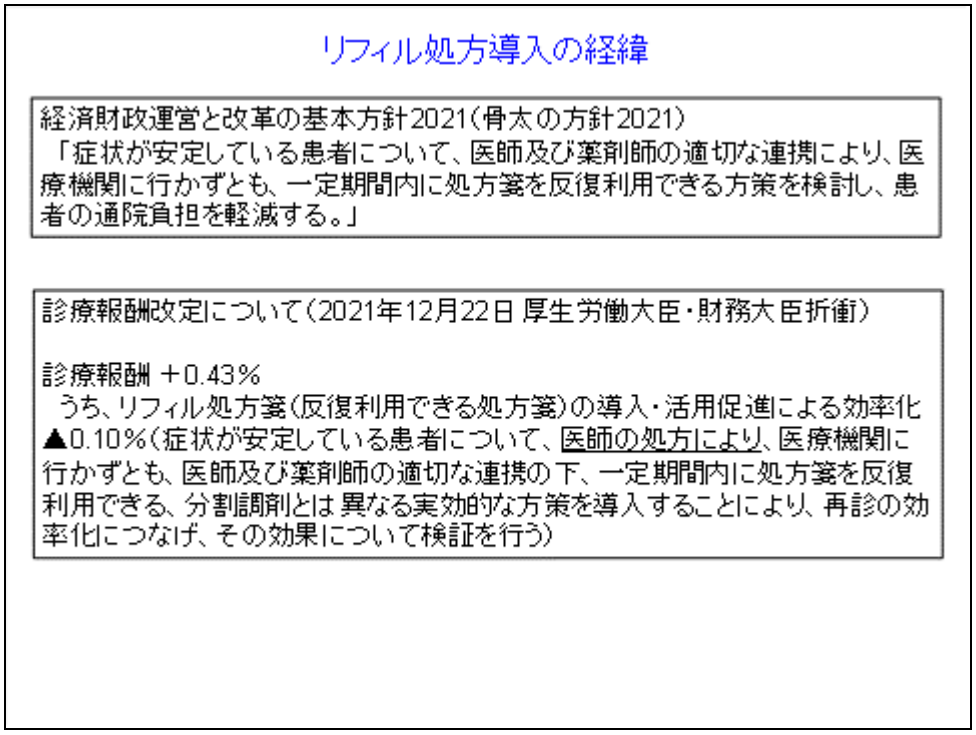
2.3.　リフィル処方

2 月 9 日に開催された中医協総会で、令和 4 年度診療報酬改定についての答申が了承された。これを受け、同日に開催した定例記者会見において、リフィル処方に係る診療報酬に対する日本医師会の考え方を説明した。

まず、リフィル処方の議論の前提として、「不適切な長期処方を是正しなくてはならないと一貫して主張してきた」と述べ、2016 年度の診療報酬改定では、日本医師会の求めにより、30 日を超える処方については、特に注意すべきであることが、改めて明確化されていることを説明した。

2016（平成 28）年度　診療報酬改定
長期投薬の取り扱いの明確化
医師が処方する投薬量については、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ず、30 日を超える長期の投薬を行うに当たっては、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認するとともに、病状が変化した際の対応方法及び当該保険医療機関の連絡先を患者に周知する。
なお、上記の要件を満たさない場合は、原則として次に掲げるいずれかの対応を行うこと。
ア 30 日以内に再診を行う。
イ 200 床以上の保険医療機関にあっては、患者に対して他の保険医療機関（200 床未満の病院又は診療所に限る。）に文書による紹介を行う旨の申出を行う。
ウ 患者の病状は安定しているものの服薬管理が難しい場合には、分割指示に係る処方せんを交付する。

次に、リフィル処方箋を巡る経緯として、財政当局の医療費抑制の狙いもあり、過去 10 年近くにわたって骨太の方針等でその導入を求められてきたこと並びに、2021 年 6 月の「経済財政運営と改革の基本方針 2021」でも、改めて処方箋の反復利用について記載されたことに触れ、これらに対し、「日本医師会は症状が安定している慢性疾患の患者さんであっても、定期的に診察を行い疾病管理の質を保つことが重要であると主張してきた」と述べるとともに、「日本では医師法により医師に処方権がある。今回の診療報酬改定では、厚生労働大臣・財務大臣両大臣合意でリフィル処方箋の導入が決まったが、両大臣合意でも、『医師の処方により』行うものであることが明示されている」と指摘した。



その上で、中川会長は、「今回、両大臣合意を踏まえたリフィル処方箋の導入ということになったが、患者さんにとって、適切な治療が行われることについて、十分配慮した運用が現場でなされることを期待している」とし、「現行制度において、投薬日数は医師の裁量とされている。ただ、これまでも繰り返し主張しているとおり、長期処方にはリスクがあり、不適切な長期処方には是正が必要と考えている」との考えを示した。

加えて、投薬日数の制限がなくても、医師は無制限には処方を行っていないとした上で、「リフィル処方箋という新しい仕組みができることによって、医師や患者さんの対応がこれまでと異なる可能性もある」と述べた。

最後に、「新しい仕組みを導入する際には、患者さんの健康に大いに関わるため、慎重の上にも慎重に、そして丁寧に始めることが望ましい」と強調し、重ねて理解を求めた。

1

リフィル処方の診療報酬要件（留意事項のポイント）

医　師

- リフィル処方箋の総使用回数の上限は3回まで。1回当たり投薬期間及び総投薬期間については、医師が、患者の病状等を踏まえ、個別に医学的に適切と判断した期間。
- 保険医療機関及び保険医療養担当規則において、投薬量に限度が定められている医薬品及び湿布薬については、リフィル処方箋による投薬を行うことはできない。

保険薬局の保険薬剤師

- 患者の服薬状況等の確認を行い、リフィル処方箋により調剤することが不適切と判断した場合には、調剤を行わず、受診勧奨を行うとともに、処方医に速やかに情報提供を行う。リフィル処方箋により調剤した場合は、調剤した内容、患者の服薬状況等について必要に応じ処方医へ情報提供を行う。
- リフィル処方箋の交付を受けた患者に対して、継続的な薬学的管理指導のため、同一の保険薬局で調剤を受けるべきである旨を説明する。
- 患者の次回の調剤を受ける予定を確認する。予定される時期に患者が来局しない場合は、電話等により調剤の状況を確認する。患者が他の保険薬局において調剤を受けることを申し出ている場合は、当該他の保険薬局に調剤の状況とともに必要な情報をあらかじめ提供する。

2

3

リフィル処方できない医薬品

「保険医療機関及び保険医療養担当規則」第 20 条第 2 項

「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こととし、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに 1 回 14 日分※1)、30 日分※2) 又は 90 日分※3) を限度とする」

※1）麻薬及び向精神薬取締法（昭和 28 年法律第 14 号）第 2 条第 1 号に規定する麻薬（コカイン、ジアセチルモルヒネ（別名ヘロイン）等）、第 2 条第 6 号に規定する向精神薬、新医薬品で薬価収載日の翌月初日から起算して 1 年を経過していないもの

※2）塩酸モルヒネ等

※3）ジアゼパム（抗不安薬）、ニトラゼパム（抗てんかん薬）等

4

5

【参考】定例記者会見

日本医師会は、毎週水曜日の午後に公式発言として定例記者会見を行っている。この定例記者会見には、NHK などの各テレビ局や日刊紙、専門紙など報道各社が参加しており、地上波やネットで生中継が行なわれている。

そして何よりも、厚生労働省、財務省はじめ、首相官邸まで毎回この会見を見て頂いている。定例記者会見の内容は政府に届いている、という認識で、緊張感を持ってしっかりと発信している。

定例記者会見（2022 年 2 月 2 日）

まず、最近の、医師が亡くなった痛ましい事件について、一言申し上げたいと思います。

先月 27 日、埼玉県で訪問診療に熱心に取り組まれていた鈴木純一（すずきじゅんいち）医師が亡くなるという事件が発生しました。

昨年の暮れには大阪府の診療所で、患者の放火により、院長の西澤弘太郎（にしざわ　こうたろう）医師が亡くなりました。

いずれも本会の会員の医師です。心よりご冥福をお祈り申し上げます。

それぞれの事件の詳細や背景については、警察の捜査に委ねますが、地域医療に邁進されていた前途ある医師が、このような形で命を失ったことは、極めて残念であり悲しいことです。

医師はおおむね 1 人で外来診療を行なっています。在宅医療も少人数で行ない、看護師 1 人で訪問するケースも多くあります。訪問診療の場合は、多職種が複数で訪問することがひとつの解決策ですが、財源の問題もあり、容易ではありません。

日本医師会として、これまでどおり医師、医療従事者と患者さん、患者さんご家族との信頼関係の向上のために尽力いたしますが、それでも今回のような予想外の痛ましい事件が起こります。

日本医師会は、今後あらためて医師、医療従事者をどう守るかしっかり考えていきたい、できれば厚生労働省とともにプロジェクトを立ち上げて検討していきたいと思っています。

日本医師会は、医療従事者のみなさんの安全の確保のために精一杯尽くしていく所存です。

【国内の感染状況について】

次に国内の感染状況についてです。昨日の国内の新規陽性者は、全国で 8 万 1,657 人でした。

先行して感染が拡がっていた沖縄県では、新規の感染者は減少傾向で、玉城(たまき)知事やアドバイザリーボードの脇田隆字(わきた　たかじ)座長からは、ピークを越えた、ピークを越えた兆しがあるとの発言があります。とはいえ、70 歳以上高齢者の感染者の割合は、1 月 3 日から 9 日までは 2.9%でしたが、1 月 24 日から 30 日までででは 10.4%に増加しています。中等症患者も 1 月 2 日には 46 人でしたが、1 月 30 日には中等症 283 人、重症者 5 人と増加しています（沖縄県疫学統計・解析委員会)。

沖縄県以外の地域では、まだピークアウトの兆しはみられません。また、ピークアウトしたとしても、重症、中等症の患者さんが遅れて増えることが懸念されます。

さて、今回は、「まん延防止等重点措置」が、1 月 27 日から適用されている北海道の状況について、札幌市の手稲渓仁会病院副院長で、救急センター長の「奈良　理（ﾅﾗ ｻﾄｼ)」医師より報告を受けています。

奈良医師によると、第一に、新型コロナ陽性患者数の増加に加え、例年以上の大雪が大きな影響を与えています。雪による転倒転落で外傷患者が増加し、コロナ患者の増加と相まって、救急患者の応需困難な症例が増加しています。また、悪天候による救急搬送時間の延長も影響しています。

第二に、妊婦や透析患者のコロナ陽性者の増加が深刻です。コロナの重症度が高い症例は重点医療機関での対応が望ましいのですが、重点医療機関のみでは対応できないほど増加しています。これまで、コロナ患者に対応していなかった、かかりつけ医療機関での対応が急速に求められています。

第三に、保育所、小学校、中学校での感染流行による医療従事者の欠勤により、各医療機関の診療体制の維持に支障をきたしています。病院もクリニックも同様です。家庭内感染や若年者の感染が高齢者に拡がり、介護を必要とする入院が主体となっています。重点医療機関ではコロナの治療よりも介護に重点がシフトしており、想定外の大きな負担になっています。

奈良医師は、「オミクロンはかかっても軽症だという考えが行動に緩みを生じて感染者を増加させ、重症化リスクの高い人や高齢者の感染者を増やす原因になっていると思う」と述べています。また、「他の人に感染させてしまうことによって、影響を受けている人がいることを今一度市民には考えてほしい」と訴えています

以上が、北海道からの報告です。

私からも、オミクロン株は「重症化しにくい」、「若者がかかりやすい」、「ワクチン接種をしていても感染する」などの認識が広まっていることにあらためて警鐘を鳴らしたいと思います。

オミクロン株は、デルタ株と比較して、重症化する割合は 4 分の 1 に減少していますが、全国の入院患者および療養患者数は、1 月 31 日時点で 595,410 人であり、第 5 波の最大であった 8 月 29 日の 231,596 人の 2.6 倍になっています。

現在の感染状況は、マスク着用や手指消毒、密を避けるなどの基本的な感染対策を続け、全国民の約 8 割の方が 2 回のワクチン接種を済ませたうえでの数字です。オミクロン株は手強いことをあらためて認識していただきたいと思います。

【後藤大臣との面談について】

昨日 2 月 1 日、後藤茂之厚生労働大臣のお申し出により、WEB による面談を行いました。

後藤大臣からは、オミクロン株が急拡大している状況において、① 診療・検査医療機関の拡充、② ワクチン接種への協力、③ 早期に退院する患者や療養解除後の患者の受け入れの促進について要請がありました。

一番目の診療・検査医療機関の拡充について、各地域では、限られた医療資源を限界まで切り回していることをお伝えしました。すでに診療・検査医療機関になっている診療所、病院に、もう一歩踏み出していただこうとしても、抗原定性検査キットが不足して検査機能自体が低下しています。

抗原定性検査は、症状がある方を短時間で検査ができます。しかし現在は、抗原定性検査キットが不足し、PCR 検査として検体を外部の検査機関に出しているので、検査結果がわかるまでに何日もかかるようになっています。つまり「待ち」の状態が発生して、患者さんのトリアージも滞っています。全国の診療・検査医療機関の発熱外来へ抗原定性検査キットを最優先に早急に供給していただくよう、後藤大臣にあらためてお願いしました。

後藤大臣から要請された二番目のワクチンの追加接種については、1 月 31 日に、予約に空きがあれば、6 か月の間隔を条件に、さらなる前倒しを表明されたことについて、柔軟な対応をいただいたことに感謝しました。日本医師会からも、必要かつ正確な情報を広報していくことをお伝えしました。来週、日本医師会公式 YouTube チャンネルに掲載する動画の中で、モデルナワクチンに関する疑問や不安にお答えします。

地域で身近な病院や診療所は、通常診療、ワクチン接種、コロナ患者さんの

健康観察・診療医療機関としての役割の両立に大変苦労しています。小さな医療機関では、医師、医療従事者が１人何役もこなさなければならず、防護服の着脱だけで１日にかなりの時間と労力をとられます。発熱患者さんが多いとワクチン接種を減らさなければならない、ワクチン接種を増やそうとすると、かかりつけの患者さんに受診を待っていただかないといけないという状況で、大変悩んでいます。こうしたことも配慮して、医療機関の負担軽減と支援を検討いただくこともお願いしました。

三番目の早期退院される患者さんの受け入れ、高齢者施設への支援については、日本医師会が病院団体とともに立ち上げた、新型コロナウイルス感染症患者受入病床確保対策会議を土台として、引き続き取り組んでいくことを申し上げました。

また、社会機能維持者である濃厚接触者の待機期間については、1月28日に、最終暴露日から４日目、5日目と2日連続で抗原定性検査が陰性だった場合は、5日目から解除とされました。しかし、抗原定性検査キットがありません。自らの医療機関内で、より精度の高いPCR検査や抗原定量検査１回で解除することも認めてほしいという現場の声もお伝えしました。

後藤大臣とは、厚生労働省と日本医師会とが今後も連携し、この非常事態に対応していくことで一致しました。

【厚生労働省等からの事務連絡について】

次に、陰性証明についてお願いがあります。

１月31日付けで、厚生労働省と文部科学省からそれぞれ事務連絡が発出されています。この事務連絡の中で、就業制限や待機期間を解除し、出勤、登校する場合に、職場や学校に陰性証明を提出する必要がないことをあらためて明記されています。

抗原定性検査キットの入手が難しくなっているにもかかわらず、これまで陰性

証明を求めて検査を希望される方が少なくなく、現場では大変苦労していました。今回、職場等での陰性証明は不要であると明記されましたので、ぜひ、企業の方にもそのことを徹底していただくようお願いします。

次に、1月24日付けの厚生労働省事務連絡「新型コロナウイルス感染症の感染急拡大時の外来診療の対応について」について、あらためて申し上げます。先週の記者会見でも、一般の方や、地域医療の現場、行政が混乱を来さないよう、政府に対し、明確で丁寧な説明を求めたところです。

日本医師会は、先週28日に都道府県医師会の新型コロナウイルス担当役員による会議を開催しましたが、

・抗原定性検査キットが医療現場に本当に不足している。
・PCR検査の検体数が増えて、本当に診断が必要な人のPCR検査結果の遅延が生じている。
・検査キットが不足しているので、県に無料検査の中止を申し入れた。

といった発言がありました。繰り返しになりますが、検査キットについては、発熱外来をはじめとする医療機関にまずは集中していただきたいと思います。

一方、1月24日の事務連絡にある感染急拡大時の外来診療の対応について、濃厚接触者が有症状となった場合、検査をせずに臨床症状で判断し、経口薬を投与してもいいのかという質問がでました。

この件については、1月28日の深夜、再度事務連絡が発出され、経口薬や治療薬を投与する場合や他疾患の可能性も相応に高く鑑別が必要な場合には、検査が当然必要であると修正されています。

新型コロナ患者さんに適切な医療を提供するために、感染の爆発的な拡大に対しての緊急避難的な対応として、この対応はやむを得ない面も理解していますが、現場に混乱を生じることがないよう、この事務連絡の内容について、より明確にしていただくことを政府にあらためてお願いします。

日本医師会も最大限の努力を続けてまいります。

【治療薬】

1月31日に、塩野義製薬から治療薬として開発中の経口抗ウイルス薬について、第2・第3相臨床試験のうち第2相試験の6日目までの結果が発表されました。投与された患者さんでは投与されていない患者さんと比べて、より速く、ウイルス量が低減したと発表されています。第3相臨床試験を始めているとのことです。

塩野義製薬をはじめ、国内で有効かつ安全な医薬品を獲得するために、臨床試験の進展が待たれます。全国の医療機関は、新型コロナウイルス感染症のさらなる治療薬を待ち望んでいます。新型コロナウイルス感染症の対応で多忙を極めている医療機関において陽性が確認された患者さんに、十分にご理解いただいた上で速やかに臨床試験に参加してもらえるよう、厚生労働省には、医療機関の体制の構築を支援していただきたいと思います。

具体的には、発熱外来の対応をしている医師が臨床試験に参加できるようにするには、報告書を作成したり、患者さんに治験について説明したりする労力が必要です。厚生労働省が主導して、治験コーディネーターや治験データを管理する企業が、医療機関の支援をしやすくなる環境を整備するよう期待します。

【緊急事態宣言について】

先ほど、オミクロン株を甘く見てはいけないと申し上げました。オミクロン株の亜型も出現しています。新型コロナウイルスとの闘いは続きます。

緊急事態宣言の発令について申し上げます。これまで、主に、新型コロナウイルス感染症の新規感染者数や病床利用率から緊急事態宣言の発令が判断されてきました。

日本医師会は、いかに新型コロナウイルスの感染が拡大してもコロナ医療とコロナ以外の通常医療の両立を死守しなければならないと申し上げてきました。

命の重さは、どちらの医療においても同じだからです。このためには、感染の拡大をなんとしても抑え込まなければなりません。

　そこで、日本医師会は、緊急事態宣言を発令するかどうか判断するにあたって、コロナ医療についての医療提供体制が逼迫するかどうかだけではなく、コロナ以外の通常医療が守られているかどうか、例えば救急医療が逼迫していないかといった視点を加えることを提案します。

　現在、救急搬送困難事案が急増しており、その多くはコロナ以外の通常医療の患者さんです。コロナ対応病床利用率が逼迫していなくても、通常医療の病床利用率が逼迫しているのです。病床利用率については、コロナ病床と通常医療の両方を考慮してほしい。

　政府には、ぜひ前向きにご検討をお願いします。

定例記者会見（2022 年 2 月 9 日）

(1) 新型コロナウイルス感染症の現況について

【後藤大臣、堀内大臣の要請に対する日医の対応について】

まず、新型コロナウイルス感染症対策についてです。

先週の記者会見で、2 月 1 日に後藤茂之厚生労働大臣と面談したことをお伝えしましたが、その際、日本医師会から、社会機能維持者である濃厚接触者の待機期間の解除を 4 日目、5 日目の抗原定性検査のみならず、自らの医療機関内での 1 回の PCR 検査や抗原定量検査で可能としていただきたい旨をお願いしました。この点につき、迅速に対応いただいたことに感謝申し上げます。

また、後藤厚生労働大臣からも、2 月 3 日に面談させていただいた堀内詔子ワクチン接種推進担当大臣からもワクチン追加接種への協力等について要請がありました。

これを踏まえて、日本医師会は、都道府県医師会長に、行政や関係団体との一層の連携強化の上、地域の実情に応じて、郡市区医師会とともに診療・検査医療機関の拡充と公表、ワクチン接種の推進、および早期退院患者の受入体制の充実に努めていただくようお願いをしております。

今般のオミクロン株の感染流行により、特にかかりつけ医がいらっしゃらない方にとって、診療・検査医療機関がどこにあるかをお知らせすることは、あらためて国民の安心と信頼につながるものと認識しています。

診療・検査医療機関は、現在、全国の約 3 万 5 千が登録されており、都道府県のホームページ等で公表されているのは約 7 割です。

日本医師会の聞き取りによると、公表されていない理由として、電話対応の人手が足りない、多数の発熱患者を受け入れるとコロナ以外の患者との時間的・空間的分離が難しいなどといった事情があることが確認されています。

一方で、埼玉県、高知県では、すべての診療・検査医療機関が公表されてお

り、順調に運用されています。

かかりつけ医がいない方々にとっては、診療・検査医療機関の公表はまさに命綱になりますので、ぜひとも前向きな公表をしていただくようお願いしています。

診療・検査医療機関の拡充についても、これまでの発熱外来診療における患者さんのさらなる受け入れと、これまで発熱患者を受け入れていない医療機関における新たな診療・検査医療機関としての協力をお願いしています。

現状、コロナ入院治療ももちろんですが、医療機関の外来も、発熱外来、ワクチン接種、自宅療養患者さんの健康観察などで本当に逼迫しています。医療機関の構造や、専門とする診療科によっては発熱外来患者さんを受け入れることが難しいところもあります。そうした事情も踏まえて、診療・検査医療機関としての協力をお願いしている次第です。

そこで政府に対しても、あらためて医療機関の負担軽減と支援をお願いしたいと思います。喫緊の課題は、抗原定性検査キットの不足です。全国の診療・検査医療機関の発熱外来へ抗原定性検査キットを最優先で供給していただくことで、外来の目詰まりを軽減できます。早急にご対応いただきたいと思います。

次にワクチンの追加接種についてです。

2 月 3 日、堀内ワクチン接種推進担当大臣から、身近なかかりつけ医からの追加接種の必要性や交互接種に関する情報こそが信頼性が高く説得力があるとして、日本医師会からの情報発信について要請がありました。

これを受けて日本医師会は、動画「進めよう！ワクチン接種」を制作し、本日午後から日本医師会公式 YouTube チャンネルで公開しています。交互接種や小児へのワクチン接種などに対する皆様の疑問や不安にお答えしていますので、ぜひご覧いただきたいと思います。

また政府が作成されたワクチンの三回目の追加接種についてのリーフレット、今、モニターで表示していますが、これについても都道府県医師会宛に周知し、

かかりつけ医の先生から患者さんにお渡しできるようにしております。ぜひ、かかりつけ医の先生から、リーフレットも受け取っていただければと思います。

岸田文雄首相は、2月中に1日当たり100万回接種を目指す方針を表明されています。

日本医師会としても全面協力の構えですが、必ずしも運用上、追いついていない面があります。たとえば、自治体によっては接種券が届かないとシステム上運用できないところがあります。集団接種会場に空きがあれば、2回目接種までの記録で当日接種できるような方法はとれないでしょうか？　ご検討いただければと思います。

また、各医療機関においも、ワクチンの納入予定がなかなか決まらないため、計画を組みにくく、予約をおとりしにくいのが現状です。先程も申し上げましたように、外来医療も、発熱外来、ワクチン接種等でいっぱい、いっぱいになっています。政府にはいつも繰り返しでお願いしているところですが、ワクチン供給予定について前もって情報提供をいただきたいと思います。

【国内の感染状況について】

全国の新規感染者は、増加のスピードは少し落ちてはいますが、まだまだ増加傾向です。厚生労働省のデータによると、2月1日時点での全国の病床使用率は48.7%、重症病床使用率が24.6%であり、前の週（1月25日）より、それぞれ9.3ポイント、5.2ポイント上昇しています。

厚生労働省の1月26日から2月1日の1週間のデータでは、新規感染者の中心は20歳代ですが、前週と比較すると、70歳以上の割合が5.9%から10.4%と2倍近く増加しています。

現在のオミクロン株の感染が拡大している状況をみると、1月24日の厚労省の事務連絡で示された「診療・検査医療機関への受診に一定の時間を要する状況」から「外来医療のひっ迫が想定される場合」に移行しつつあります。ここに示されている外来診療での対応例は、自治体の判断で時限的・特例的に実施

されるものですが、今がその時の地域も出始めています。

具体的には、発熱等の症状がある時、重症化リスクが低いと考える方には受診前に抗原定性検査キット等で自ら検査して受診する。この場合、医師の判断で再度の検査を行うことなく確定診断して差し支えない。同居家族などの感染者の濃厚接触者が有症状となった場合には、医師の判断により検査をしないで臨床症状で診断する。症状が軽く重症化リスクが低いと考えられる方は、自らが検査した結果を行政が設置し医師を配置する健康フォローアップセンターに連絡し、医療機関の受診を待つことなく健康観察を受けることなどです。

この事務連絡の内容を活用しての、高齢者や基礎疾患をもつなど重症化リスクの高い感染者に、より重点化した医療提供体制が求められると思います。

現在、国内で検出されているほとんどがオミクロン株で、オミクロン株の下位系統として BA.1、BA.2、BA.3 があります。国立感染症研究所によると、現在、国内で検出されているほとんどが BA.1 ですが、デンマークやインドでは BA.2 が増加しており、検疫ではインド、フィリピン等に渡航歴がある方から BA.2 系統が検出されています。

2 月 2 日のアドバイザリーボードの資料によると、BA.2 の実行再生産数は BA.1 より 18%高いとされており、感染力が高い「BA.2」の拡大状況によっては、感染者が増加に転じることが懸念されます。

オミクロン株による第 6 波ですが、その状況は刻々と変化しています。日本医師会として、気を緩めることなく、その時々の状況に全力で対応してまいります。

(2) オンライン診療に係る診療報酬について

日本医師会は、これまでオンライン診療について、あくまで対面診療を補完するものであると主張してきました。今回の診療報酬改定において、オンライン診療については中医協公益委員の裁定による決着となりましたが、その中で、あらためて「オンライン診療では、対面診療との比較において、触診・打診・聴診等が実施できないこと」が明示され、そのため、対面診療とオンライン診療とでは診療の対価に差を設けることは適当であるとされました。

診療報酬の水準については、結果的にオンライン診療に係る報酬が引き上げられましたが、今後の中医協で引き続き調査・検証を行っていくこととなっています。日本医師会としても、より適切な水準を追求していきます。

今回の診療報酬改定において、医療機関と患者との間の時間・距離要件や、オンライン診療の実施割合の上限については要件として設定しないことが適切であると判断されました。一方で、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を踏まえて、診療報酬の要件として、「対面診療を提供できる体制を有すること」、「患者の状況によってオンライン診療では対応が困難な場合には、他の医療機関と連携して対応できる体制を有すること」が堅持されています。

オンライン診療が対面診療と適切に組み合わせた上で実施されるよう注視していきます。患者さんの安心・安全が損なわれたり、地域医療の秩序を混乱させるような事象が生じたりした場合には、期中であっても、すみやかに診療報酬要件の見直しを要請します。

オンライン診療は、対面診療と適切に組み合わせて行うことで、患者さんの安全性と利便性の両方を向上させることもできます。

日本医師会は、オンライン診療を導入しておられる先生、またこれから導入されようとしている先生方に対し、より安心してオンライン診療をご利用いただけるよう「オンライン診療導入の手引き」を作成中であり、また運用上のセキュリティ対策等についてもサポートを予定しています。

日本医師会は、オンライン診療が営利追求の市場になることを認めず、心あるかかりつけ医の先生の診療の助けになるよう、必要な軌道修正も見据えつつ、育てていきたいと思います。

(3) リフィル処方に係る診療報酬について

日本医師会は、不適切な長期処方を是正しなくてはいけないとして一貫して主張してきました。2016 年度の診療報酬改定では、日本医師会の求めにより、30 日を超える処方について、特に注意すべきであることが、あらためて明確化されています。

リフィル処方箋は、財政当局の医療費抑制の狙いもあり、過去 10 年近くにわたって、骨太の方針等でその導入を求められてきました。2021 年 6 月の「経済財政運営と改革の基本方針 2021」[9]でも、あらためて処方箋の反復利用について記載されました。

しかし、日本医師会は症状が安定している慢性疾患の患者さんであっても、定期的に診察を行い疾病管理の質を保つことが重要であると主張してきました。

また、日本では医師法により医師に処方権があります。今回の診療報酬改定では、

厚生労働大臣・財務大臣両大臣合意でリフィル処方箋の導入が決まりましたが、両大臣合意でも、「医師の処方により」行うものであることが明示されています[10]。

リフィル処方は療担規則で日数制限がある医薬品は対象外とされ、またリフィル処方箋の総使用回数の上限は 3 回です。

[9] 「経済財政運営と改革の基本方針 2021」2021 年 6 月 18 日 閣議決定
https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2021/2021_basicpolicies_ja.pdf
[10] 「診療報酬改定について」https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000870701.pdf

今回、両大臣合意を踏まえたリフィル処方箋の導入ということになりましたが、患者さんにとって、適切な治療が行われることについて、十分配慮した運用が、現場でなされることを期待しています。

現行制度において、投薬日数は医師の裁量とされており、特定の薬剤を除いての制限はありません。ただ、これまでも繰り返し主張しているとおり、長期処方にはリスクがありますし、不適切な長期処方には是正が必要と考えています。

そのために、定期的に患者さんを診察して医学的管理を行うことが、まさに「安心・安全で質の高い医療」と考えますし、実際に、日数制限がないといっても、医師は無制限には処方を行わないのが現実です。

しかしながら、リフィル処方箋という新しい仕組ができることによって、医師や患者さんの対応がこれまでと異なる可能性もあります。

重ねて申しあげますが、新しい仕組を導入する際には、患者さんの健康に大いに関わることになりますので、慎重の上にも慎重に、そして丁寧に始めることが望ましいと考えております。