

第7期（令和2・3年度）

医師会再生ビジョン委員会答申

With Corona / Post Corona 時代の
新しい医療体制の在り方を考える

令和4年3月

公益社団法人福岡県医師会

医師会再生ビジョン委員会

令和4年3月17日

福岡県医師会
会 長 蓮 澤 浩 明 様

福岡県医師会 医師会再生ビジョン委員会
委 員 長 秦 洋 文

答 申

医師会再生ビジョン委員会では、貴職からの諮問「With Corona / Post Corona 時代の新しい医療体制の在り方を考える」について鋭意検討してまいりました。
この度、委員会の見解を取りまとめましたので答申いたします。

医師会再生ビジョン委員会	委 員 長	秦	洋	文
	副委員長	岡 本	高	明
	副委員長	松 岡	良	衛
	委 員	山 崎	範	子
	委 員	浦 田		康
	委 員	江 崎	嘉	春
	委 員	庄 司	哲	也
	委 員	清 川	千	枝
	委 員	新 海	清	人
	委 員	江 藤	耕	太 郎
	委 員	関 屋	正	俊
	委 員	加 治	亮	平
	委 員	山 部	仁	子
	委 員	池 田		悟
	委 員	中 川		剛
	委 員	中 村	秀	敏
	委 員	雨 宮	直	子
	委 員	林 田	健	蔵
	委 員	原	祐	一
	委 員	西	秀	博
	委 員	横 倉	義	典

(順 不 同)

目 次

With Corona / Post Corona 時代の新しい医療体制の在り方を考える

はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1
第1章 新型コロナウイルス感染症と政府・行政・医師会の対応・・・・・・・・	3
第2章 医療における不易流行と日本の医療の方向性について・・・・・・・・	11
第3章 With Corona / Post Corona 時代の新しい医療体制の在り方について・・・・・	15
あとがき・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	26
各委員の感想・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	27
第7期医師会再生ビジョン委員会日程・・・・・・・・・・・・・・・・	40

With Corona / Post Corona 時代の新しい医療体制の在り方を考える はじめに

私たちは2020年11月16日の第1回福岡県医師会再生ビジョン委員会において、松田峻一良会長より「With Corona/Post Corona 時代の新しい医療体制の在り方を考える」という諮問をいただきました。

その頃日本国内は新型コロナウイルス感染症の渦中にあり、その感染拡大により2020年4月に第1波、同年8月には第2波をすでに経験していました。マスク着用・手指消毒という基本的な感染防御対策のほか、3密回避やリモートという概念が社会に定着しつつありましたが、マスクを始めとする感染防護具やアルコール消毒薬の不足、PCR検査件数の伸び悩み、帰国者・接触者外来でのPCR行政検査から一般医療機関でのPCR検査への検査体制転換、その頃始まるであろう新型コロナウイルスワクチン接種に向けて準備・供給体制の情報錯乱などで医療の現場には大きな混乱が生じていました。また、医療機関でのクラスター発生やそれによる風評被害、医療機関の自主休業、患者さんの受診控えなどにより、多くの医療機関が急速に経営悪化に陥っていました。新型コロナウイルスの治療薬はおろかワクチンなどの有効な対抗手段さえ手にできず、我々は混乱と不安と苦しみの真っ只中にあり、そのような状況下で開催された第1回再生ビジョン委員会でした。松田会長からの諮問はまさにタイムリーなテーマであり、100年に1度と言われる新型コロナウイルス感染症のパンデミックにまさに身を置きながらWith Corona/Post Corona 時代の新しい医療体制の在り方を考える機会をいただいたことに感謝すると同時に、誰にとっても前例も知見もない中で、ただ闇雲に走り続けながら答申を導き出さなければいけないことに困難さを感じていました。

このような背景から、委員会での検討のほとんどは新型コロナウイルスの疫学や各委員の自院の感染対策、各郡市区医師会での新型コロナに対する公衆衛生、ワクチン接種に向けてV-S-Y-Sの機能不全と不透明なワクチン供給体制など、その時点で一番問題となっていること・知りたいことの意見交換に費やされ、それは大変有意義なものでしたが、「新しい医療体制の在り方」を本格的に検討し始めたのは2021年後半期からでした。そのため検討不足は否めませんが、2021年9月26日には、日本医師会の第四次医師会将来ビジョン委員会の委員長を務められた佐原博之先生に「Society5.0における医師会」についてご講演賜り、With Corona/Post Corona 時代の新しい医療体制の在り方を考える上での大きな道標を示していただきました。Key word は①Society5.0、②SDGs、③UHCです。これらの理解を深めることにより、これからの日本が変革し目指しているものが見えてきます。それと同時に日本の医療が進むべき道が自ずと示されていることに気が付かされます。

また今回の新型コロナウイルス感染症爆発下においては、病床逼迫、在宅療養患者さんの対応など多くの課題が浮き彫りになり、地域の特性に合わせた地域医療の必要性とかかりつけ医の役割がクローズアップされる結果となりました。我々の先人たちが地域医療に

取り組み脈々と紡いできたものが、今となって改めて大変重要なものとして脚光を浴びることになったのです。社会保障費抑制の旗印のもと、日本の医療は様々な改革がなされている現在ですが、一方で、医療において大切にしなければならないもの・変わってはいけないものがあることに気が付かされました。

この度の答申は、医療において変わらないもの・変わってはいけないもの（不易）とは何なのか、また変わるもの・変わっていくもの（流行）とは何なのか、「不易流行」を考えながら完成に至ったものです。

第1章 新型コロナウイルス感染症と政府・行政・医師会の対応

2019 年暮れ

武漢で原因不明の肺炎患者急増の報道。

2020 年 1 月 7 日

日本医師会から都道府県・郡市区医師会へ情報発信スタート。

2020 年 1 月 9 日

WHO 発表 武漢の肺炎入院患者から新型コロナウイルスを同定。

2020 年 1 月 16 日

厚労省発表 国内初の感染例（武漢渡航歴あり）を確認。

2020 年 1 月 23 日

日本医師会ホームページに特設ページ開設。

2020 年 1 月 24 日

医療現場から早くもマスク不足の声。日本医師会から厚労省へマスク増産の要請。

2020 年 1 月 28 日

日本医師会内に「新型コロナウイルス感染症対策本部」を設置。

- ・日本国内の感染例は 10 例。
- ・中国の感染者数は約 2,800 人、死者 80 人。1 月 25 日までに武漢市と近隣 15 市省の公共交通機関の停止、駅空港の閉鎖、団体旅行の取扱い中止。

2020 年 1 月 28 日

新型コロナウイルス感染症を、感染法上の 2 類相当の指定感染症に指定する旨の政令が示されるも、施行は 2 月 7 日に先送り。

2020 年 1 月 30 日

福岡県 新型コロナウイルス感染症対策本部の設置。

福岡県医師会 新型コロナウイルス感染症対策本部の設置。

2020 年 1 月 31 日

WHO が「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態（PHEIC）」を宣言。

福岡県 新型コロナウイルス感染症調整本部の設置。

2020 年 2 月 1 日

世論・国会での政令日前倒しの声が大きくなり、前倒しで政令発令。

このころすでに日本国内は春節で訪れた中国人観光客であふれていた。

2020 年 2 月 1 日

厚労省 「帰国者・接触者相談センター」「帰国者・接触者外来」の設置について各都道府県へ通知。

PCR 検査基準を定義。

2020 年 2 月 3 日

ダイヤモンド・プリンセス号、横浜港に寄港。乗員乗客の中から検査陽性者多数。

感染症指定医療機関だけでの収容困難となる。

2020 年 2 月 7 日

「帰国者・接触者相談センター」パンク状態を受け、日本医師会・厚労省協議。
福岡県 19 保健所に「帰国者・接触者相談センター」を設置。
「帰国者・接触者外来」を設置。

2020 年 2 月 9 日

厚労省 感染症指定医療機関以外の医療機関においても新型コロナ感染者の収容可と示す。

2020 年 2 月 14 日

日本医師会 ダイヤモンド・プリンセス号へ JMAT 派遣。
延べ 260 人が派遣され、計 2,900 人の感染者対応。
JMAT 隊員から感染者の発生なし。

2020 年 2 月 14 日

政令改正 無症状病原体保有者への入院勧告を新たに追加適用。

2020 年 2 月 14 日

横倉会長から加藤勝信厚生労働大臣へ 6 項目の実現を強く要請。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">(1) 新型コロナウイルス感染症に関する適切な情報の把握(2) 国民に対する正確かつ有用な情報提供の徹底(3) 新型コロナウイルス感染症に感染した人の早期発見と診断(4) 新型コロナウイルス感染症に対応する地域医療提供体制の強化(5) 新型コロナウイルス感染症の流行に備えた対策(6) 新型コロナウイルス感染症への適切な財源の確保 |
|--|

2020 年 2 月 16 日

「新型コロナウイルス感染症専門家会議」初会合。
水際対策から国内発生を前提とした対応を行う方針へ転換。

2020 年 2 月 17 日

日本医師会から都道府県医師会長・郡市区医師会長へ「新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) への対策の見直しについて」発出。

2020 年 2 月 20 日

福岡県内初感染者を確認。

2020 年 2 月 26 日

横倉会長 記者会見。
3 月を「新型コロナウイルス感染症感染拡大防止強化月間」と位置づけ、感染防止の基本対策、集会やイベントのなどの延期、時差出勤やテレワークなどの推奨、地域の流行状況に応じて学校医と相談のうえ休校の検討などを講話。

2020 年 2 月 27 日

安倍総理大臣 学校一斉休校を要請 (休校期間 3 月 2 日～5 月 25 日)。

2020 年 3 月 2 日

福岡県 新型インフルエンザ患者入院医療機関に対し受入体制準備を要請。

2020 年 3 月 6 日

PCR 検査保険適用となるも、PPE 不足や検査キット不足により PCR 検査数は依然増加せず。

2020 年 3 月 11 日

WHO 新型コロナウイルス感染症パンデミック宣言。

2020 年 3 月 13 日

国会にて新型インフルエンザ対策特別措置法改正法案可決。

新型コロナウイルス感染症が特措法の提要対象になり、緊急事態宣言の発令が可能に。

2020 年 3 月 13 日

米国 国家非常事態宣言、デンマーク 国境閉鎖。

2020 年 3 月 14 日

スペイン 警戒事態宣言。

2020 年 3 月 15 日

WHO 欧州がパンデミックの中心になったと発表。

厚労省 外来の感染症標準予防策「サージカルマスクの着用」「手指衛生の励行を徹底すること」を通知。

2020 年 3 月 15 日

日本国内の感染者数 821 人、死亡者 28 人、医療従事者の感染例増加。

2020 年 3 月 30 日

日本国内の感染者数 1,866 人、死者 54 人。

「帰国者・接触者相談センター」「帰国者・接触者外来」業務超過に陥る。

電話が繋がらない、医師が PCR 検査の適応ありとしたものの検査が受けられなかった事例等が多数日医へ報告され、厚労省と情報共有。

2020 年 3 月 31 日

福岡県 県調整本部設置。

2020 年 4 月 1 日

新型コロナウイルス感染症 第 1 波到来。

日本医師会「医療危機的状況宣言」。

安倍首相 1 住所当たり 2 枚の布マスク配布を表明。

2020 年 4 月 4 日

東京都では新規感染者数が初めて 3 桁に突入。

医療機関・医療従事者への風評被害が発生。

2020 年 4 月 7 日

初の「緊急事態宣言」発令（最終的に 13 都道府県）。

2020 年 4 月 7 日

「新型コロナウイルス感染症緊急経済対策」が閣議決定。
医療機関への財政支援策 3 つの柱「緊急包括支援交付金」「地域医療確保支援」「診療報酬」が施行へ。

2020 年 4 月 10 日

初診患者に対するオンライン診療が時限的解禁。

2020 年 4 月 13 日

福岡県 宿泊療養施設開設。

2020 年 4 月 15 日

行政検査を行う機関である地域外来・検査センターの都道府県医師会・郡市区医師会等への運営委託開始。

2020 年 4 月 16 日

全国に「緊急事態宣言」発令。

2020 年 4 月 20 日

横倉会長 梶山経済産業大臣を訪問。感染防御具不足の解消について国内産業界と協力体制をとる認識で一致。「日本物づくり企業合同対策本部（仮称）」を設置へ。

2020 年 5 月 1 日

横倉会長・4 病院団体協議会、加藤厚労大臣を訪問。
外来・入院患者数の減少、医療機関の風評被害による医療機関の経営悪化などに対する支援を要請。

2020 年 5 月 7 日

福岡県医師会 郡市医師会において PCR 検査センターを設置。

2020 年 5 月 9 日

福岡県医師会 アビガン観察研究（福岡県方式）を開始。

2020 年 5 月 13 日

富士レビオの抗原検査キットが承認。

2020 年 5 月 18 日

横倉会長、安倍首相・萩生田文科大臣・二階自民党幹事長を訪問。
医療機関の窮状について説明、財政支援の要請。

2020 年 5 月 24 日

福岡県医師会 イベルメクチンの治験参加に関する検討開始。

2020 年 5 月 25 日

非常事態宣言解除。

2020 年 5 月 25 日

第 2 次補正予算が閣議決定。約 2 兆円規模の「新型コロナ緊急包括支援交付金」を計上。

2020 年 6 月 2 日

唾液による PCR 検査が保険適用。

2020 年 6 月第 1 週

厚労省 1 万人規模の抗体検査施行。

抗原検査が陰性であれば、PCR 検査なしでも陰性として取扱う形に見直し。

2020 年 6 月 19 日

唾液検体を扱う抗原検査が保険適用。

2020 年 7 月

福岡県 病床確保計画策定。

2020 年 8 月

新型コロナウイルス感染症 第 2 波到来。

2020 年 9 月 4 日

厚労省 次のインフルエンザ流行に備えた体制整備について都道府県へ事務連絡。

2020 年 10 月 14 日

福岡県 重点医療機関を指定。

2020 年 10 月 27 日

福岡県 疑い患者受入れ医療機関を指定。

2020 年 10 月 30 日

福岡県 診療・検査医療機関を指定。

2020 年 12 月 1 日

福岡県 県内 3 ヲ所の保健所に抗原定量検査機器を導入。

2020 年 12 月 18 日

厚労省 第 1 回新型コロナワクチン接種体制確保事業に関する自治体向け説明会。

2021 年 1 月 8 日

新型コロナウイルス感染症 第 3 波到来。

2 回目の非常事態宣言（11 都府県）。福岡県 フェーズ 2 → 3 へ。

2021 年 1 月 15 日

厚労省 新型コロナウイルスワクチン接種体制確保事業に関する都道府県向け説明会。

2021 年 2 月

福岡県下のワクチンのマッチング・配給を調整するコールセンター（外部委託）が早くも機能不全に陥り、各郡市区医師会で独自の動きが始まる。

2021 年 2 月 17 日

福岡県 医療従事者へのワクチン先行接種開始。

2021 年 3 月 21 日

非常事態宣言解除。

2021 年 3 月 25 日

日本医師会 新型コロナウイルスの予防接種を安心して受けるためのパンフレットを作成。

2021 年 4 月 12 日

新型コロナウイルスワクチン 高齢者への接種開始。

福岡県下ではコールセンターの機能不全により、ワクチン未接種の医療従事者多数存在。コールセンターに見切りをつけ、福岡県医師会の強力なリーダーシップのもと医療従事者へのワクチン接種推進へ。

2021 年 4 月 25 日

新型コロナウイルス感染症 第 4 波到来。

3 回目の非常事態宣言（10 都道府県）/まん延防止等重点措置（10 県）。

2021 年 5 月 10 日

福岡県医師会松田会長 連携型医療機関主導で医療従事者へのワクチン接種を進めるよう各郡市区医師会へ指示。

2021 年 5 月 31 日

福岡県 フェーズ 4→5 へ。

2021 年 6 月 20 日

非常事態宣言/まん延防止等重点措置解除。

福岡県 フェーズ 5→4 へ。

2021 年 7 月 12 日

4 回目の非常事態宣言（21 都道府県）/まん延防止等重点措置（16 県）

2021 年 7 月 21 日

福岡県 新型コロナウイルス感染症発生届＜別紙＞の運用を開始

2021 年 7 月 23 日

東京オリンピック/パラリンピック開幕（福島・ソフトボール）

2021 年 7 月 29 日

日本医師会 「新型コロナウイルス感染症の爆発的拡大への緊急声明」を関係団体とともに取りまとめ、発表。

2021 年 8 月

新型コロナウイルス感染症 第 5 波到来。

2021 年 8 月 3 日

日本医師会 菅総理ら政府との意見交換会に参加。

2021 年 8 月 10 日

福岡県 フェーズ 4→5 へ。

2021 年 8 月 13 日

福岡県医師会メディカルセンター 福岡県からの委託事業である「福岡県自宅療養者時間外専用ダイヤル医療機関案内業務」を開始。

2021 年 8 月 16 日

福岡県医師会 宿泊療養施設においてロナプリーブ投与開始。

福岡県・福岡県医師会共同記者会見

2021 年 8 月 31 日

福岡県 酸素投与ステーション設置。

2021 年 9 月 5 日

東京オリンピック/パラリンピック閉会式。

2021 年 10 月 1 日

非常事態宣言/まん延防止等重点措置解除。

2021 年 10 月 6 日

日本医師会 10 月 4 日に岸田内閣が発足したことを受け定例記者会見。

2021 年 10 月 12 日

日本医師会 後藤茂之厚生労働大臣と会談。

2021 年 10 月 14 日

福岡県医師会 シオノギ経口治療薬治験に関する検討開始。

2021 年 10 月 26 日

福岡県 フェーズ 3 → 2 へ。

2021 年 11 月 8 日

福岡県医師会 発症抑制に関わる中和抗体薬投与体制に関する検討開始。

2021 年 11 月 24 日

南アフリカ政府 新型コロナウイルス新変異株の発見を発表。

2021 年 11 月 26 日

WHO 新型コロナウイルス新変異株をオミクロン株と命名。

2021 年 11 月 30 日

日本政府 オミクロン株初感染者の初確認を発表。

岸田総理大臣 オミクロン株感染者の初確認を受け水際対策を指示。

福岡県 保健・医療提供体制確保計画策定。

2021 年 12 月 1 日

医療従事者への 3 回目のワクチン接種開始。

2021 年 12 月 2 日

福岡県 フェーズ 2 → 1 へ。

2021 年 12 月 3 日

福岡県医師会 濃厚接触者に対する保健所行政検査に関する委託契約締結。

2021 年 12 月 16 日

厚労省 モデルナのワクチンについて、18 歳以上を対象に 3 回目の接種に使用することを承認。

2021 年 12 月 26 日

福岡県 県内 5 か所に無料の PCR・抗原検査会場を開設。無症状の非濃厚接触者を対象に無料検査実施。順次、薬局での無料検査を開始へ。

2021 年 12 月下旬

2 回目接種から 6 か月以上経過した高齢者を対象に 3 回目のワクチン接種開始。

2022 年 1 月上旬

新型コロナウイルス感染症 第 6 波到来。

2022 年 1 月 9 日

日本政府 沖縄・山口・広島の 3 県に対し、まん延防止等重点措置発令。

2022 年 1 月 21 日

日本政府 東京都や愛知県など 13 都県に対し、まん延防止等重点措置発令。

2022 年 1 月 27 日

日本政府 北海道・大阪府・福岡県など 18 道府県に対し、まん延防止等重点措置発令。

第2章 医療における不易流行と日本の医療の方向性について

「不易流行」は、松尾芭蕉が俳諧の本質を説くために用いた理念です。「不易」とは「永遠に変わらないもの、変えてはいけないこと」、「流行」とは「時代とともに変化していくもの、変えていかななくてはいけないこと」をいい、この2つの相反することを1つに治めることで、新しいものができるというものです。医療はまさにこの2つの要素を包括しています。

日本の医療は、戦後大きな進歩を遂げてきました。多くの町医者たちが外来診療をしながら往診をし、国民皆保険がない時代においては貧しい人からお金も取らないこともあり、地元住民の健康と命を守ることに日夜奮闘してきました。また、公衆衛生や学校保健に力を注ぎ、劣悪な環境によって蔓延していた結核をはじめとする多くの感染症を制圧し、世界トップクラスの低い新生児死亡率・乳児死亡率と長寿を実現しました。これら先人たちのたゆまぬ努力によって、現在の医療者は国民からの信頼を得ているのです。また制度化されて 60 年経過した国民皆保険も、市場原理を推し進める政権があったなかで、我々医師・日本医師会はこれを堅守してきました。まさに「不易」を貫いてきたのです。また国民皆保険、さらにいうと医療とは、国民の生命の健康を守るための「社会的共通資本」といえます。社会的共通資本とは故・宇沢弘文東京大学名誉教授が提唱された概念で、もともと市場原理主義への批判、あるいは代案というのが出発点でした。その概念とは、1つの国ないし特定の地域に住むすべての人々が、豊かな経済生活を営み、優れた文化を展開し、人間的に魅力ある社会を持続的、安定的に維持することを可能にするような社会的装置、というものです。社会的共通資本の管理については、市場の原理から切り離して管理をすることと、それぞれの分野の専門家の知見や職業的規律に基づいて管理することが求められています。まさに医療と医師会の関係性を物語っている概念であり、これこそ医療における「不易」といえるでしょう。

一方で、革新的な医業として、北里柴三郎先生は現在の予防接種につながる血清療法を確立するとともにペストや破傷風の研究で世界に貢献し、野口英世先生は黄熱病の発見、野口ワクチンによって南米を黄熱病から救い「人類の救世主」と称賛されました。また近年では利根川進先生の免疫研究にはじまり、山中伸哉先生の iPS 細胞、本庶佑先生の免疫チェックポイント阻害因子の研究でノーベル医学生理学賞を受賞され、日本のみならず世界にイノベーションを起こしています。

人のみならず制度においても、世界でも類を見ない国民皆保険制度を 1961 年にスタートさせ以後それを堅守し、医療費増大のフェーズにおいては病床削減や診療報酬抑制を受け入れてきました。また、急性期の大病院を頂点としてかかりつけ医を底辺とする医療のみの「垂直連携」中心から、かかりつけ医機能を持つ診療所・中小病院と訪問看護・在宅分野のケアマネジャー・地域包括支援センターなどが患者さん主体に同じ目線で連携する「水平連携」中心への構造改革をも果敢に受け入れ、かかりつけ医として地域包括ケアシステムの重要な役割を担っています。

このように、医療の現場では長きに渡り連続したイノベーションが起こっており、我々医師・医師会はこれまでも「流行」を、時には自身にとって不利益を招く恐れがあろうとも、「覚悟」をもって果敢に取り入れてきたのです。「不易流行」こそ新しいものを創り出す精神であり、我々の先人たちが脈々と紡いできたものです。そして「With Corona/Post Corona 時代の新しい医療体制」の在り方を考えるうえの土台なのです。

これからの医療における「不易」とは、言うまでもなく「国民の生命と健康を守る」ことです。ではこれからの「流行」とは何でしょうか。そのためには、社会の流れ・政策の動向を知らなくてはなりません。

我々は、令和3年9月26日に日本医師会の第四次医師会将来ビジョン委員会の委員長を務められた佐原博之先生から「Society 5.0における医師会」についてご講演賜り、医療における「流行」についての知見を得ることができました。それは①Society 5.0、②SDGs、③UHCという3つのKey wordで構成されており、それぞれが切っても切れない密接な連動をみせています。これらのことは、日本医師会の第四次医師会将来ビジョン委員会における答申の中で詳しく述べられていますが、これを抜きでは進めないことですので、改めて説明させていただきます。

① Society 5.0

2016年1月22日に閣議決定された「第5期科学技術基本計画」において、新たな科学技術が牽引する次の時代の社会像として提唱された概念で、狩猟社会(Society 1.0)、農耕社会(Society 2.0)、工業社会(Society 3.0)、情報社会(Society 4.0)といったこれまで人類が歩んできた歴史の先にある、5段階目の新たな社会がSociety 5.0です。

Society 5.0は、AIやIoT、ビッグデータ、5G、ブロックチェーンなどの革新的技術をあらゆる産業や社会に取り入れることによって実現する社会の姿であり、内閣府のHPでは、Society 5.0を「サイバー空間とフィジカル空間を高度に融合させたシステムにより経済的発展と社会的課題の解決を両立する、人間中心の社会(Society)」と定義しています。

このことから、医療も例にもれずAIやIoT、ビッグデータ、5G、ブロックチェーンを活用してデジタル化を推進することは義務付けられているに等しく、医療職の業務負担軽減を図り人手不足を補完するとともに、患者さんがメリットを最大限に享受できるシステムづくりを求められているのは明白と思われます。

② SDGs (Sustainable Development Goals)

2015年の国連サミットで採択されたもので、地球環境や気候変動に配慮しながら、世界に住むすべての人々が持続可能な暮らしや社会を営むために定められた目標であり、国連に加盟している193ヵ国が2016年から2030年の15年間で達成するものとされました。持続可能な世界を実現するための17のゴール・169のターゲットが設定され、「誰一人として取り残さない」ことを基本理念としています。

SDG s 実施指針には8分野が示されており、優先課題②「健康・長寿の達成」には次の6項目が挙げられています。

- ①データヘルス改革の推進
- ②健康経営の推進
- ③医療拠点の輸出を通じた新興国の医療への貢献
- ④感染症対策等医療の研究開発
- ⑤UHC推進のための国際協力
- ⑥アジア・アフリカにおける取組

日本では内閣総理大臣を本部長としたSDG s 推進本部が設置されており、2019年12月に次の3本柱を中核とする「SDG s アクションプラン 2020」が発表されました。SDG s アクションプランとは、SDG s 実施指針で掲げた8つの優先課題に対して推進される具体的な施策を指します。

- 1) ビジネスとイノベーション～SDG s と連動する「Society 5.0」の推進～
- 2) SDG s を原動力とした地方創生、強靱かつ環境にやさしい魅力的なまちづくり
- 3) SDG s の担い手として次世代・女性のエンパワーメント

さらに2020年12月に発表された「SDG s アクションプラン 2021」では、これまで内容に変化のなかった日本のSDG s モデルの中核となる上記の3本柱に「感染症対策と次なる危機への備え」が加えられ、4つの重点項目となりました。これは、2020年に発生した新型コロナウイルスにより、私たちの暮らしや働き方などすべての日常が激変したこと、この脅威を乗り越えていくことが現在の私たちの最重要課題になったことが影響しています。

「感染症対策と次なる危機への備え」のおもな内容として、▽感染症から命を守るために、治療・ワクチン・PCR検査の診断普及などの体制強化、▽次なる危機に備え、強靱かつ包摂的な保険システムを構築し、ユニバーサル・ヘルス・カレッジ(UHC)の達成に向けた取り組みの推進、が示されています。さらに「SDG s アクションプラン 2021」では、サブテーマとして『～コロナ禍からの「よりよい復興」と新たな時代への社会変革～』が掲げられたことから、新型コロナウイルスに対峙する日本政府の決意を読み取ることができます。

医師会は、新興感染症対策とSDG s の達成に向けて政府を正しく導き、特に医療や健康に関する分野ですべての人が安心して豊かに暮らすことができる「人間中心の社会(Society 5.0)」を目指すリーダーとならなければならないでしょう。

③UHC (Universal Health Coverage)

UHCとは、すべての人々および地域社会が、その必要とする効果的で十分な質の、健康増進、予防、治療、リハビリおよび緩和に関するサービスを、経済的な困難を伴うことなく確実に享受できることです。

SDGsにおいても、SDG 3（健康・福祉）の目標の中でUHCの達成が挙げられています。その達成のためには「保健医療サービスが身近に提供されていること」と「保健医療サービスの利用にあたって費用が障壁にならないこと」の2つが必要とされており、日本は国民皆保険制度によりこの2つを達成しています。

日本医師会は2019年6月14日、「Health Professional Meeting 2019」において世界医師会と共同で「UHCに関する共同宣言」を採択し、日本医師会と世界医師会はともにSociety 5.0における革新的なテクノロジーを有効に使うUHCの達成を目指しています。

以上のことから、Society 5.0、SDGs、UHCはそれぞれ密接で連動的な関係性が見えてきます。すなわち、日本医師会と世界医師会はUHCを目指しており、国連の提唱するSDGsの目標の1つがUHCの達成であること、日本政府はSociety 5.0を進めることでSDGsを達成しようとしていることから、医師会の目指す方向性は日本政府と国連とも一致していると言えます。別の言い方をすれば、医師会と日本政府、国連が目指す方向性は一致しているが、日本政府と国連の力が強大である故に医師会は抗えない、とも言えます。しかしこれこそが、今まで我々医師・医師会が脈々と紡いできた「流行」を受け入れる柔軟さと「覚悟」ではないかと思うのです。

医療は国民の生命と健康を守るための「社会的共通資本」であり、我々医師と医師会は医療を通じて国民の生命と健康を守ることを大義としています。これが医療における「不易」であり、Society 5.0、SDGs、UHCの実現のために医師会がリーダー的役割を果たすことが、これからの医療における「流行」だと考えます。そして、我々医師と医師会は「覚悟」を持って受け入れ、日本の医療と社会のために貢献していくべきだと思います。この「不易流行」の覚悟を持って、「With Corona/Post Corona 時代の新しい医療体制の在り方」を考えていきたいと思っています。

第3章 With Corona / Post Corona 時代の新しい医療体制の 在り方について

1. これまでの医療行政

政府は少しでも病床を削減して、限りある医療費や医療資源を有効利用しようという方針を取り続けてきました。その結果、病院の病床数は1992年の約169万床をピークに減少し、現在は約151万床と1992年比で10%以上減少しています。OECD(Organisation for Economic Co-operation and Development: 経済協力開発機構)のデータによれば、日本の病床数は人口1,000人当たり13床を超えており、この値は他の主要国(イギリス約2.5 スウェーデン約2.2 アメリカ約2.8)に比べ比較にならないほど多く、このデータが日本における病床削減を是とする根拠として示されてきました。OECDの基準では、総病床数=急性期病床数+リハビリ病床数+長期ケア病床数+その他+精神科病床数とされています。しかし、そもそも医療供給体制の仕組みはもちろん、用語の定義が国によって異なるので、単純な比較はできません。また、同じような状態の患者であっても、医療(入院)が提供される国と介護が提供される国があります。具体的一例として、OECDの定義する総病床数のうち長期ケア病床は日本では療養病床に当たりますが、ドイツでは病院における長期ケア病床はないためカウントされず、その機能は病床数には含まれない長期居住型施設が担っています。また、日本医師会精神保健委員会(2016年)によると、日本の精神科病床の長期入院患者のなかには「精神状態は小康が保たれているが、要介護状態となっている方々が多く存在している。これらの方々は、本来は介護サービスでの処遇が適切であるが、精神状態を有していることを理由に一般的な介護サービス提供施設側から敬遠・拒絶され、やむを得ず精神科病院での療養を余儀なくされている」ケースがあり、OECDデータでは精神科病床に分類されるものの、長期ケア病床(日本では療養病床)に含まれても良いような側面を持ち合わせています。これを踏まえて、人口1,000人当たりの精神科病床、長期ケア病床、長期居住型施設を合算すると、その合計病床数はドイツ12.8、日本11.9、フランス11.1、カナダ10.1となり、4か国は同じくらいの水準になります。さらに、日本の療養病床と他国の長期居住型施設の機能が似たようなものと仮定して総病床数と長期居住型施設定員数を合算すると、人口1,000人当たりの数はドイツ63.7、カナダ59.4、フランス57.7、日本43.1、アメリカ37.5、イタリア23.2と6か国の中で中位以下の結果となりました。以上のように、各国の医療体制の仕組みや用語の定義などにより単純に比較できないものであり、各国の総病床数を比較するならば、医療と介護の境界の不透明さを鑑みて、総病床数と長期居住型施設定員数の合算数で比較することが正しいやり方ではないでしょうか。そのうえに立てば、日本の病床数と長期居住型施設定員数の合算数は、突出どころか、世界に先んじて超高齢化社会を迎えた国としては少ないと言えるのではないのでしょうか。日本の病床数が世界の中で突出して多いとするのは間違いであり、むしろ逆と言えます。日本が引き続き病床削減を続けるならば、自ら医療崩壊の道へと突き進んでいくに等しいと思われます。

また、政府は、医療費抑制政策のもと国内の感染症患者が減ってきたことを理由に、20年以上に渡って感染症指定医療機関や感染症病床を削減してきました。その結果、1996年には9,716床あった感染症病床が2019年には1,758床まで激減しました。これでは指定感染症の感染爆発時に対応できないことは明白に思えます。また、第1次ベビーブーム世代全員が75歳以上になって社会保障制度の持続可能性が不安視される「2025年問題」と、少子高齢化による人口構成を踏まえて「高度急性期」「急性期」「慢性期」を減らし「回復期」を増やす「地域医療構想」のもと、病床機能の構造改革と全体像たる人口減少に対応する病床の削減も継続中ですが、前述を踏まえ、総数としての病床削減のスピードを緩め、削減対象の病床を指定感染症病床と集中治療病床へ転換できれば、医療提供体制のバランスを取りつつ、新興感染症への備えも万全に近くなるのではないのでしょうか。

また、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援という目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、2025年を目途に「地域包括ケアシステム」の構築も進んでいます。地域包括ケアシステムによる医療と介護の1本化に伴い、「治す医療」から介護や看取りまでを視野に入れ「治し支える医療」へシフトし、それに伴ってかかりつけ医の役割も拡大し、より地域や社会に目を向けることが求められるようになりました。すなわち、第2章で述べたように、これまでの急性期の大病院を頂点としてかかりつけ医を底辺とする、医療のみの「垂直連携」から、かかりつけ医機能を持つ診療所・中小病院と訪問看護・在宅分野のケアマネージャー・地域包括支援センターなどが患者さん主体に同じ目線で連携する、「水平連携」へのパラダイムシフトが起きています。これまで底辺であったかかりつけ医が、地域医療の中心を担う重要な役割を期待される時代になったのです。

地域包括ケアシステムを円滑に運用するためには、行政と医師会が車の両輪になる必要がありますが、保健所も欠かすことができません。過去に行政改革のもと保健所もその対象となり、1997年保健所法から地域保健法に全面法改正され、全国の保健所数は往時の半数程度まで落ち込んでいます。これまでに日別の新型コロナウイルス新規感染者数は第5波時に25,000人を超える日もあり、保健所業務がパンクするであろうことは容易に想像されました。

このコロナ禍において、指定感染病床削減・保健所削減などが検査体制の遅れや病床逼迫を招き、様々な面で不利に働いたことは明白でしょう。しかし、来たるべき次の新興感染症に備えて病床と保健所を増やすのは現在の財政政策では期待できず、今あるものや現在稼働しているシステムを基盤として機能強化していくほうが現実的と思われます。そしてその基盤となるのが、地域医療・地域包括ケアシステムの中心にいるかかりつけ医です。医師会が定義するかかりつけ医とは、何でも相談できるうえ、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有するものと定義され、患者さんと日頃から信頼関係を築いています。かかりつけ医が一層普及・定着していれば、新型コロナ感染症についても、相談、検査、診断、療養、在宅支援といった一連の医療を切れ目なく、適切でより円滑に行えたのではないかと思います。また、医療を切れ目なく繋ぐためには、特に緊急時や不測の状況

下においては迅速な情報の共有が必要であり、政府・行政・医療機関にまたがる一元的で網の目のデジタルネットワークの構築が必要です。政府は行政のデジタル化を急ぐことはもちろん、何らかの支援策を打ち出して、全医療機関への電子カルテ導入を進めるべきではないでしょうか。

2. With Corona/Post Corona 下の医療行政

2020 年 12 月 15 日に「全世代型社会保障改革の方針」が閣議決定されました。医療については、医療提供体制の改革をうたっており、①都道府県の医療計画に新興感染症等への対応を位置づけること、②地域医療構想については、中長期の医療需要の変化を見据え、各医療機関の役割分担を継続的に協議する基本的枠組みは維持し、その財政支援等を行う、③かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を図るため、医療機関が都道府県に外来機能を報告する制度を創設する、④安全性・信頼性の担保を前提としたオンライン診療の強化を推進するとともに、医師の働き方改革等の対策を進めることが明記されています。

また、2021 年 6 月 18 日には「経済財政運営と改革の基本方針 2021 について」（骨太の方針）が閣議決定され、官民挙げたデジタル化の加速や誰一人として取り残さない包摂的な社会を実現する（まさに S D G s の概念です）ことが述べられています。

以上から、これからの医療行政は、かかりつけ医機能の強化を柱とした地域医療が展開され、我々医師・医師会が望む望まぬにかかわらず、否応なしにデジタル化の波に飲み込まれる運命にあります。かかりつけ医機能の強化は、まさに我々が望むところの「不易」であり、デジタル化・オンライン診療は「流行」と言えるでしょう。我々は覚悟を持って「流行」を受け入れ、新しい医療を築いていかなければなりません。

3. デジタル化とオンライン診療

1) 政府の方針

令和 2 年に政府は「新たなデータヘルス改革集中プラン」を発表しました。このプラン中で 3 つの柱が提案されています。

1 つ目は「全国で医療情報を確認できる仕組みの拡大」です。これは医療機関での情報（電子レセや電子カルテ情報）を他の医療機関で参照できる仕組みのことで、いわゆる

E H R (Electronic Health Record) を日本中に広げるという計画です。すでに地域医療連携システムとして一部の地域で稼働しているものもあり、長崎県のあじさいネットが有名です。

2 つ目は「電子処方箋の仕組みの構築」で、オンライン資格確認システムを利用して医療機関と薬局を結ぶ仕組みです。

3 つ目は「自身の保険医療情報を活用できる仕組みの拡大」で、患者さんのスマホなどに健診データや処方内容などを送り、患者さんが自ら内容を確認できる仕組みで、いわゆる P H R (Personal Health Record) のことです。

これらの仕組みは海外ではすでに実施している国もあり、日本は先進国としては I C T

化が遅れており、国内の医療のデジタル化を発展させることを目指しています。これらがすべて稼働すると、重複検査や重複処方を回避でき、患者の既往歴の確認が容易になり、紙情報を二重にシステムに入力することを回避できるなどによって、医療の効率化を図れるメリットがあるとされています。さらに、患者さん各人が自己の健康情報を閲覧することで、ヘルスリテラシーが高まり、疾病予防につながるとされています。

とびうめネットは今のところEHRですが、PHRに進化していく余地・必要性があるかも知れません。また、医療機関による同意取得と事前登録の手間が掛かり登録患者数が伸びにくいボトルネックであるのは間違いないと思いますが、2019年から北九州市で始まった「とびうめ@きたきゅう」はこの点を運用面で改良し、登録者数を急速に伸ばしています。とびうめネットは完成形でなく、まだまだ発展段階です。改良の余地はまだまだあると思いますし、今後改良を重ねてよりよいものになっていくでしょう。今後も先生方のご参加とご協力をお願い致します。

2) 医療情報の1次利用と2次利用

医療情報の利活用には1次利用と2次利用という考え方があります。1次利用とは、患者さんの治療において取得される医療情報を、その患者さんの治療にかかわる医療従事者が利用してその患者さんのために使うことを言います。一方、2次利用とは、その患者さんの治療には関わりがない利用のことを指し、行政による公衆衛生活動や政策利用、学術利用や創薬・医療機器開発、企業によるヘルスケアサービスへの利用に分類されます。

医療情報を利用する際には患者さんの同意が必要となってきますが、1次利用については、受診時に契約が成立しているという「黙示の同意」という考えが主流になりつつあります。現状においても、同一医療機関内では一人の医師が患者さんから聞いた内容を他の医療者と共有することは問題ないとされており、地域医療情報連携はこの考え方の延長上にあると考えられています。しかし、無条件で地域のすべての医療関係者が患者さんの情報を閲覧できるとなれば大きな問題が起きる怖れがあります。なぜなら、患者さん自身が秘密にしたい情報がかかりつけ医以外の近隣のすべての医療機関の電子カルテで見ることができるとなると、患者さんは近くの医療機関を受診しにくくなるからです。地域全体で「黙示の同意」という考え方が成立する条件としては、アクセスできる職種の制限、アクセスログの義務化、地域の医療機関全体の守秘義務の徹底、違反時の罰則規定などが考えられますが、実際にはほとんどの地域で何らかの形で本人同意を取得しています。

2次利用については、医療情報を利用することはその患者さんに直接的なメリットがないため、利用する内容を明示したうえで患者さんの同意が前提となります。これらは膨大な情報量であり、安易に2次利用を進めると個人情報の流出につながりかねない半面、あまりにも厳密にすると2次利用が進まず国際的な競争力や日本の医療の発展が遅れる懸念があります。医療情報の利活用には個人情報保護についてさらなる議論が必要ですが、デジタル化への政府の本気度を示す時期に来ているように思います。

また、医療でデジタル化を進めるには電子カルテの導入が必須になってきますが、現在でもコスト（イニシャルコスト、ランニングコストともに）とプラットフォームが大きな

ネックとなっています。現在の電子カルテは他メーカーとの互換性がなく、コストを上げる要因の一つと考えられ、他業種に比べ低い医療機関の経常利益率では、単なる企業努力で電子カルテ導入の促進は困難であり、補助金や電子カルテ導入に対しての診療報酬上のメリットを付け加える必要があると思います。また、次世代の電子カルテのプラットフォームの設計段階から日本医師会が関与し、医師会が主導権を握っていく必要があるでしょう。

折しも 2022 年 1 月 7 日、厚生労働省は「健康・医療・介護情報利活用検討会」の下に設置した「医療情報ネットワークの基盤に関するワーキンググループ」(WG) に、「標準規格準拠の電子カルテ導入の推進策」として、導入費などを支援する案を示しました。また、現在の診療報酬の算定項目を踏まえ、既存の算定要件の変更などについても、2022 年度改定でできる部分とできない部分を整理し、中央社会保険医療協議会・総会での議論を求める方針です。

WG はこれまで、全国の医療機関間で電子カルテ情報を相互に利用できる仕組みの構築を目指し、意見交換を行ってきましたが、第 3 回となるこの日は、相互利用のための電子カルテ情報などの標準化に向けて、標準規格準拠(HL7 FHIR 規格でのデータ・情報の交換ができる)の「電子カルテの普及」の推進が俎上に載りました。

厚労省の医療施設調査によると、2017 年の電子カルテ稼働状況は一般病院で 46.7%と半数に満たず、中小規模(400 床未満)の医療機関における電子カルテの普及が進んでいないことが課題とされています。標準規格準拠の電子カルテを普及するために、コスト負担の軽減の検討が方針案に挙がりました。

標準規格準拠の電子カルテの導入(更新)で、拡張性を担保しながらコストを下げるために、▽標準規格準拠への対応を各社の電子カルテの基本共通機能(標準パッケージ機能)として実装する▽標準規格の更新や拡充に応じて、電子カルテの基本共通機能をパッケージとして更新・機能拡張する▽基本共通機能が、随時、更新・機能拡張されることを踏まえ、当該機能への医療機関独自のカスタマイズを避ける、などの考えが示されました。

標準規格準拠への更新費、標準規格準拠の電子カルテ導入費などの支援として、中小規模医療機関を対象に、▽すでに電子カルテが稼働している医療機関においては、標準規格準拠の電子カルテへの更新▽電子カルテが未導入の医療機関においては、標準規格準拠の電子カルテの導入にかかる費用の一部を「医療情報化支援基金」で支援する。支援に当たっては、▽電子カルテの基本共通機能として、HL7 FHIR 規格に準拠した文書(診療情報提供書、退院時サマリー、健診結果報告書)のデータ入出力ができる▽HL7 FHIR 規格に準拠した文書のデータ出力時に含まれる医療情報(傷病名、検査、処方)には、厚労省標準規格等のコードやマスターを付与する、ことを要件とし、これらを満たしているかを確認するため、HL7 FHIR 規格に準拠した文書・医療情報の出力データサンプルなどの提出を求める考えです。また、これらにかかる費用負担については、診療報酬も活用する。算定項目の中にはすでに電子化を評価する算定要件があるため、施設基準など既存の要件の変更を検討するとしています。

大変画期的で踏み込んだ提案です。今までまさに再生ビジョン委員会でも検討され頭を

悩ませてきた課題でした。WGには構成員として医師会から石川広己日本医師会常任理事、オブザーバーとして堤康博福岡県医師会副会長が参加されており、お二人の先生方がお力を発揮なさった結果であることは想像に難くありません。お二人の先生方に感謝申し上げるとともに、実現に向けて更なるご尽力をお願い致したく存じます。

3) オンライン診療

2020年4月10日、初診患者に対するオンライン診療が特例的解禁されました。特例的ではあるものの、初診患者のオンライン診療が認められたことは大きな衝撃であり、それだけ政府が新型コロナウイルスの感染拡大に敏感になっていた証拠ではないかと思われます。これまで医師会はオンライン診療について「初診は対面診療」を原則としてきましたが、その理由は、診療の基本は対面による視診・触診・聴診であり、2020年12月15日に閣議決定された「全世代型社会保障改革の方針」で述べられているように、オンライン診療は「安全性・信頼性の担保」を前提としないといけなく考えるからです。コロナ後もオンライン診療は初診の対面診療を基本とすべきと考えますが、大切なのは患者さんの生命と健康を守るために適切な診断と治療が提供されることであって、その観点から、今後の新興感染症による感染爆発の際には、初診患者のオンライン診療もやむなしと考えます。

平常時のオンライン診療は、政府の方針もあり、より一層広がっていくでしょう。しかし、政府主導では、社会的共通資本である医療が営利企業の狩場になってしまう恐れがあります。国民の生命と健康を守ることを大義とする医師会が、ルールを決め主導していくことが重要です。

4. 新興感染症に対する医療体制

この度のコロナ禍では多くの反省点・問題点がありました。100年に1度の未曾有の感染症パンデミックに対して完璧な対処は困難だったと思います。しかしそれを教訓として、来たるべき次の新興感染症に対応できるよう対策を取っておく必要があります。

1) 初期対応～入国規制

2019年暮れの武漢で原因不明の肺炎患者急増の報道が始まりでした。2020年1月9日には、武漢の肺炎入院患者から新型コロナウイルスが同定されたことがWHOから発表され、1月16日には国内初の感染例が確認されました。1月28日には武漢がロックダウンされ、同日日本では、新型コロナウイルス感染症を感染法上の2類相当の指定感染症に指定する旨の政令が示されましたが、施行は2月7日に先送りされることとなりました。世論・国会での政令日前倒しの声が大きくなり、前倒しで2月1日に政令発令されたものの、この頃すでに日本国内は春節で訪れた中国人観光客であふれていました。

数日の初動の遅れが惨事を招く結果になります。この時系列から言えることは、WHOが新型コロナウイルスの同定の発表をした2020年1月9日に、中国からの入国を規制すべきだったと思われます。一連の動きをみると、当時の政府は実際に危険が現実化してか

ら動く姿勢に見えました。その点、2021年10月4日に発足した岸田政権は、2021年11月24日に南アフリカ政府が新型コロナウイルス新変異株の発見を発表し、2021年11月30日に日本でオミクロン株初感染者の初確認された同日に外国人の新規入国停止措置などの水際対策を発表しました。前例に学んだ教訓を生かした好事例であり、この迅速な対応は評価されるべきでしょう。

今後も、未知の感染症から国民を守るための危機管理は、未然防止の観点に立ち打てる対策は早めに打っていくべきであり、緊急時には判断も対応も迅速であることが極めて重要だと考えます。

2) PCR検査体制

PCR検査には2つの顔があります。感染拡大防止のための「公衆衛生としての検査」と、診断と治療のための「医療としての検査」です。

「公衆衛生としてのPCR検査」は水際対策として早期から空港や港で行われていましたが、当初は国立感染症研究所と地方衛生研究所のみの脆弱な検査体制であり、2月1日に厚労省が「帰国者・接触者相談センター」「帰国者・接触者外来」を設置したものの早々にパンクし、電話が繋がらない、医師が必要と認めても門前払いされるなどの報告が多数上がっていました。厚労省はこの行政検査にこだわったためPCR検査数は伸びず、患者さんや医療者は不安を抱えたまま感染は拡大していきました。

初期の段階でいかに有効な検査体制を立ち上げられるかが最も肝心であり、事前の準備が十分でない初期の段階では、「公衆衛生としての検査」と「医療」両方の検査体制をすぐに立ち上げることは難しく、時間が掛かります。感染拡大防止の観点で水際対策として「公衆衛生としての検査」を行った後は、国内の感染者対策にフェーズが移行した2020年2月1日から「医療としての検査」に切り替えていくべきではなかったかと思います。もちろん、感染症の疫学の情報共有やPCR検査キット、感染防護具の潤沢な供給が必要ではありますが、「医療としての検査」こそ診断して治療をするという本来の医療そのものの姿であり、それはすでに地域医療として備わっているものですので、マンパワーも豊富にありPCR検査数の増加も期待できます。医師会・行政を両輪とし、地域医療の担い手であるかかりつけ医をもっと活用すべきではないでしょうか。

現在の濃厚接触者のPCR検査体制は、まず保健所にて無償のPCR検査を施行され、陽性であれば医療機関の診療に回すという手順が踏まれています。これを最初からかかりつけ医で行えば、検査から診療までタイムラグなく行えるだけでなく、保健所がPCR検査業務を免除されることによって本来の公衆衛生業務に集中でき、在宅新型コロナウイルス感染者の把握と管理がうまく機能するのではないかと考えます。

3) 医療物資の国内生産体制

今回のコロナ禍では、初期のうちからマスクやフェイスガード、防護服、手指消毒薬の不足が深刻でした。これは医療界の団結と協力だけでは解決できないうえに、これらの物資の生産は海外に依存していたため医療物資不足はなかなか解消されませんでした。今回

は日本医師会の横倉会長の経済産業大臣への働きかけで産業界との連携体制が確立され、国内企業から医療物資が供給された経緯がありますが、有事の際だけ頼っていては長く続かないと思います。有事に備えられるように国内産業を優遇・育成し、平時から主要物資の支給率を高めておく必要があると思います。

米国では「国防生産法」を発動し、大手自動車メーカーは人工呼吸器の生産、ファイザーとモデルナは供給を加速させました。我が国も諸外国の事例を参考にしつつ、緊急時には国が企業をバックアップして国内生産に切り替える体制を可能にする法整備も必要でしょう。

4) 新興感染症の医療と通常医療を両立させる医療提供体制と財源確保

戦後の日本は劣悪な環境から感染症が蔓延していました。国民皆保険制度や公衆衛生の取組み、感染症治療の進歩などにより、今では世界でトップクラスの低い新生児死亡率・乳児死亡率を誇る長寿の国となりました。その陰で感染症指定医療機関と感染症病床は大幅に削減され、公衆衛生に大きく寄与してきた保健所も往時の約半分にまで減少しています。

今回のコロナ禍では、このことが医療崩壊の一因であったことは明白ですが、今後もこの状況のままで良いのでしょうか。既存の地域医療・かかりつけ医といったシステムを基盤として有事の際の医療体制を構築する提案を前述しましたが、新興感染症に際しては感染症病床や保健所は多い方が良いに決まっています。しかし、平常時には稼働が悪く不良債権となってしまうので、財政健全化を旗印に緊縮財政を敷いている政権下では到底かなえられない願いであり、プライマリーバランスの黒字化目標を撤廃し積極財政への大転換がない限り期待できない願いと思われる。もっと言えば、コロナ禍の救済の名目で打ち出された補助金の数々も、本当は政府としては出したくないものなのかもしれません。

では、かかりつけ医が頑張りさえすれば、新興感染症の医療体制は保てるのでしょうか。答えはNoです。かかりつけ医が新興感染症医療に注力すればするほど感染症医療への出務のため自院を閉めざるを得ず、また、自院で発熱外来をすればするほど通常診療を止めざるを得ず、自院の経営は成り立ちません。結果、地域医療は崩壊してしまい、感染症医療も道連れとなり崩壊の運命を辿るのです。新興感染症の医療と通常医療を両立させるには財源が必要です。その財源の確保のためには、政治家の医療への理解、政府への働きかけなどが必要となってきます。今回のコロナ禍において多くの医療機関が経営悪化に陥った際、日本医師会の横倉会長が政治の中枢に多方面から説明・働きかけをなさった結果、数々の補助金の獲得につながり地域医療は崩壊をまぬがれることができました。

中国の古くからの用語に「小医中医大医」というものがあります。小医は病気を治し、中医は人を治し、大医は国を治す、というものです。我々かかりつけ医は、日常診療において患者さんの病を治し（小医）、在宅生活困難になられた患者さんには地域包括ネットワークを駆使し、その患者さんに合った療養環境を整備して（中医）、患者さんの生活と尊厳を守っています。そして日本医師会は、大医として社会的共通資本である医療を守り、国を治す役割を担っているのです。日本をより良い国にするために、日本医師会はもっと影

響力のある強い組織にならなければなりません。

5. 医師会と新しい医療体制

この度の新型コロナウイルス感染症初期には、新型コロナウイルスの疫学情報があまりに少ないうえに感染防御の備品の不足が顕著であったため、感染対策を講じることができず、医療の現場は大混乱に陥りました。また検査・ワクチン・診療体制を構築する過程においても、コールセンターが立ち上げ早々から機能不全に陥るなど行政の混乱から体制構築の遅延と混乱が起こり、現場の医療者は五里霧中の状況にありました。それを解決したのは、医師会の強力なリーダーシップでした。国政に対する横倉日本医師会会長の働きかけはもちろん、福岡県下では松田県医師会会長が音頭をとられ、県コールセンターによるワクチン調整から各郡市区医師会主導で連携型医療機関でのワクチン接種に大転換し、功を奏しました。同じくして各郡市区医師会では、基本型の各医療機関のワクチン数を独自に把握集計し、行政・医療機関との綿密な調整のもと医療従事者・高齢者への先行接種を見事に遂行せしめました。医師会の組織力とリーダーシップを再認識させる良い機会になったことは確かですが、情報共有に不安が残りました。

医師の年齢層は幅広く、デジタル媒体での情報獲得を得意とする医師がいる一方、デジタル媒体を使いこなすことは不得意で、FAXや電話・伝言での情報獲得に頼る医師もあり、情報獲得手段が多様であることが問題点として浮かび上がってきました。また、能動的・積極的に情報獲得に動く医師がいる反面、情報獲得に受動的・消極的な医師もいることや、医師会員であるか否か、医師会員でも役員なのかそうでないのか、などによっても情報伝達・拡散のスピードに差を生じ、色々な条件によって情報格差ができてしまいました。正確な情報を迅速に共有することは、緊急時や不測の事態下では大変重要なことであることはもちろんですが、平時においても常に情報共有できる環境と努力をすることが大切です。

また、情報の流れにも障害がみられることがありました。通常の情報の流れは、厚労省→県→医師会→医療機関となっていますが、抗ウイルス経口薬の投与や濃厚接触者の待機期間、臨床診断疑似症についての情報が県医師会や郡市区医師会を迂回して一部の医療機関にだけ通知されることがありました。さらに、市医師会が知らないうちに福岡市が新たな対応を開始しているということもあり、各地域の現場では大きな混乱を招きました。各地域（特に保健所設置市）においては、県や国が示した方針に従うためには、保健所・行政・医療機関・消防本部が一体となって体制を整える必要があり、通知の内容は診療検査医療機関だけが知っておけばいいことではなく、コロナ診療にかかわることのない診療科においても、かかりつけ患者の対応、自院職員の対応のために知っておくべきことです。非常事態下であるからこそ、情報の流れが正常でないと、ただでさえ混乱している各地域の現場をより一層混乱させてしまいます。情報共有のみならず、情報の流れの再確認と徹底も改めて必要と思われます。

この度再生ビジョン委員会でご講演賜った佐原博之先生は、日本医師会の第四次医師会将来ビジョン委員会の委員長として『Society 5.0』における医師会」を答申にま

とめられました。それをもとにしたご講演は、それそのものの自体が「With Corona/Post Corona 時代の新しい医療体制の在り方」の答えであり、さらには医師会の将来への道をも示すものでした。その答申は、全医師会員必読のものとさえ思います。さらには一般の方にも広く目にしていだきたいと思うものです。でもなぜ私、そして多くの医師会員は、この素晴らしい答申を目にすることもなく知らないままだったのでしょうか。そこが医師会の課題であり、そこに医師会の未来があるように思うのです。残念ながら、当委員会での検討不足もあり解決策を見い出せないままですが、価値ある情報を皆が必ず目にできるようにするにはどうしたらよいか、皆さんに是非考えて頂きたいと思います。それができれば、非常時や不測の事態下においても情報共有は簡単なものになって、情報格差はなくなっていることでしょう。

医師会は「国民の生命と健康を守る」ことを大義とし、医療は国民の生命と健康を守るための「社会的共通資本」であり、医療の将来のために不易流行の覚悟で行動すること、それを医師会員はもちろん世間にも知らしめていくことが、医師会と医療への理解を深め、一枚岩になって力を結集し、政治力を増していける第一歩になるのだと思います。

日本をより良い国にするために日本医師会はもっと強い組織にならないといけない、そのためには同じ志を持った会員を増やすことが必要です。弁護士は弁護士活動をするために弁護士会への入会が必須とされていますが、弁護士全員が入会していたとしても、思想の違いによって第一弁護士会・第二弁護士会というように分裂しては力を結集できません。篤い志を持って医学部に入学してきた学生時のうちに、医師会が医学の一部と認識できる仕掛けを作ってはどうかと思います。すなわち、医学部の授業に医師会学として医師会が関わっている学校保健・公衆衛生などを講義する講座を開き、実地として学校保健の現場や医師会の会合（飲みではない）へ参加してもらったり、今回の新型コロナワクチン集団接種会場で一般スタッフとして運営に入ったり色々できると思います。もちろん会費は不要です。熱いうちに鉄を打てば、医師会の活動は心に響くはずです。そしてその力を結集できれば、医療を思う、日本を思う、力を持った素晴らしい組織になるのではないかと、より良い医療体制・新しい医療体制を国の中心で作っていけるのではないかと、そう夢見ています。

6. 最後に

With Corona/Post Corona 時代の新しい医療体制の在り方について、約2年間検討を重ねてきました。感染対策として委員会の時間短縮やZ o o mを用いた一部W e b会議、時には休会を余儀なくされ、今までに述べた以外にも、▽オンライン診療をどのように拡大するのか、▽感染症外来・感染症患者の入院の在り方、▽通常外来・入院の在り方、▽医療機関の収入の在り方～一人いくら、という今までの診療報酬のみで良いのか、補助金の在り方、▽医師・看護師などの雇用の在り方～今までのままで良いのか、予備自衛官のような仕組みを作るべきか、▽マスコミや住民に対して、正しい情報をどのように伝えていくか、などについて、もっと広く深く検討したいことが数多くありました。

医療は国民の生命と健康を守るための「社会的共通資本」であり、我々医師と医師会は

医療を通じて国民の生命と健康を守ることを大義とし、これが医療における「不易」であることから、崇高な志を持った医師の集団である医師会がルールを作り実現に向けて尽力することが、国民の生命と健康を守ることに直結すると考えます。そして、S o c i e t y 5.0、S D G s、U H Cの実現のためにリーダー的役割を果たすことが、**With Corona/Post Corona**時代の新しい医療における「流行」だと考えます。そして、我々医師と医師会は「覚悟」を持って受け入れ、「大医」として日本の医療と社会のために貢献していくべきだと考えます。

2022年1月7日松田会長の突然の悲報に接し、誠に痛恨の極みです。2020年11月16日の第1回福岡県医師会再生ビジョン委員会において、松田峻一良会長から頂いた「**With Corona/Post Corona**時代の新しい医療体制の在り方を考える」という諮問の答申を、松田会長に直接手渡すことが叶わなかったことが残念でなりません。在りし日のお姿を偲び、心よりご冥福をお祈り申し上げます。

あとがき

医師会再生ビジョン委員会副委員長
北九州市医師会 岡本 高明

我々医師会再生ビジョン委員会にいただいた「With Corona / Post Corona 時代の新しい医療体制の在り方を考える」

これほど現在の日本医療界…いや世界の置かれた状況を考えさせられたことはおそらく過去にさかのぼっても記憶にありません。

中国（武漢）に端を発した新型肺炎の報道を目にしたのが 2019 年の暮れでしたが、2020 年 1 月初旬には日本医師会から迅速に情報発信を行い国内における感染予防に努めています。

2020 年 1 月 16 日に厚生労働省が国内初の感染例を確認後の経過は皆さんご存知の通りですが、先進国といわれる国々、我が国においても未知の脅威に対しての脆弱性を露呈してしまいました。

当委員会も感染対策で開催が半年遅れになりましたが、委員各位においては毎日の診療に追われながら貴重な情報収集を行っていただき、2021 年 3 月に長崎先生のタイムリーなご講演を拝聴するにつけ、「再生ビジョン委員会が一番の情報源だ。」といわれたものでした。

こんなに世界中の混乱 With Corona が長引くとは…委員会の方向性もなかなか定まらず困惑していましたが、IT 化やオンライン診療についても積極的な意見交換がなされ答申について検討してきました。

手探りでの進行の中、2021 年 9 月に佐原先生のご講演を拝聴し医師会や医療界全体の将来像を考えることが出来、Post Corona においても「国民の生命と健康を守り抜く。」から「不易流行」につながる覚悟等強く考える機会をいただいたことや医師のセカンドキャリアにも言及していただいたことは大きなヒントとなりました。

また委員会で話し合ううちに医師個人としてのみならず、力を結集した医師会として再生ビジョンとともに将来ビジョンについても思うことが出来ました。

これからも医師会は、会員及び国民全体への迅速かつ正確な情報発信やその存在意義を広く国民に認知していただくこと等を通して政治力も正しく、強く持ち、皆の幸せを願ってやみません。

本答申は蓮澤会長に提出させていただきますが、多くの方々にお目通しいただきお役に立てることが出来れば幸いです。

最後に、2022 年 1 月 7 日にご逝去されました松田峻一良前会長に本答申を捧げます。きっといつもの笑顔でお受け取りいただけるでしょう。

各委員の感想

岡本 高明 副委員長

医師会再生ビジョン委員会？なんじゃそりゃ？1期目に委員にご指名いただいた初発の感想です。私だけではなく先生方誰もがそう思われたに違いありません。再生？？私がそんな大それたことを考えてよいのか？しかしこの感想文を書きながら「福岡県医師会を、日本医師会を変革して行こうじゃないか！」と真剣に考えている自分がいます。

門司区医師会理事を拝命してから早20年近く、わからないことだらけですが諸先輩方に続いて国民のため、会員の先生方のために何かやりたい…。そう思いながらも「医師会は圧力団体じゃないのか？」そんな意見が聞こえてくるたびにジレンマに悩まされていました。

そんな時、再生ビジョン委員会に参加して「これは断然面白い！」いくら「意見を出せ。」といわれてもやはり体育会系の人間としては「先輩方の良いところを見習わなきゃ」と思っていた中で、感じていた素朴な疑問や思っても言い難かったこと等を特に若手会員の先生方に質問できるのは衝撃的なことでした。

日常の診療に追われまさに「井の中の蛙」、もし区医師会、市医師会の役員をしてなかったら？と思うと…。コロナ禍の診療とワクチン接種、これからのオンライン診療やAI・IT化と目まぐるしい変化の中もいろいろな知識を得る事も出来、本当に感謝です。最近では委員会が待ち遠しくなり任期が切れるのがつらいなあ。いろいろなことを考え学ばせていただき、医師会をより好きになることが出来たと思います。

今考えていることは「変革の時代に医師としてどう対応していくべきか？」、「医師会の真の存在意義を国民に理解してもらうために何をすべきか？」ちょっと大風呂敷な考えですが、穏やかながらもしっかり纏める秦委員長を始め松岡副委員長、博学多才な原理事、諸先生方とご一緒する大切なひと時を過ごしながらそんなことを考えていました。

これからも「医師の在り方を常に頭に置きながら診療に励むべし。」今期は本当にありがとうございました。また先生方のご健勝を祈念して（いつものことながら）まともりのない感想といたします。

山崎 範子 委員

With コロナそして post コロナ

2年前に2期目の委員として参加させて頂いた時には、2022年はpost コロナの時代を生きているだろうと思っていました。が、今まだコロナの真っ只中、3回目のワクチン追加接種の予約受付と接種で右往左往しています。

そのワクチン接種に関して、国・県・市の行政の動きがバラバラ、同様に日本・県・市医師会の連携の悪さや、いつまでも伝わらない現場の声…未だに続いています。皆、初めての経験で今までは仕方ない事でしょうが、もうそろそろ次の有事に立ち向かえる様に成って欲しい・成らなければならない！と、思います。

国はワクチン接種急げ急げと言っていますが、北九州市民は接種券が来ない為接種が出来ない人がほとんどで、そのうえ市はワクチン不足を心配して個別接種用ワクチンを制限する始末。そしてワクチンの使用期限が切れました。3回目のワクチンは1回目と違い次のワクチン接種の期間心配ないのですから、不足する位打ち進めるべきだったのでは？

今も医療現場は、発熱外来・一般外来・救急外来同時進行で大変な状況です。が、仕事量・負担は増えているのに収入は減り、補助金で見せかけが黒字に成っている病・医院が多くある為、来年度は医療費マイナス改定となるそうです。

コロナ禍にあっても、他業種と違い、オンラインで全て診察とはいきませんが…、審査会や、講演会はほぼオンラインに変わり、出不精の私には便利に成りましたが、先生方との交流は途絶え、情報量が減りました。『こんな患者さん来ましたよ！』『今、こんな症状の患者さん増えて無い？』『先生こんな時、誰先生(何処の病院)に紹介されてますか？』案外日常診療でとても役に立っていました。

オンライン診察はまだまだ馴染まなくても、診断・治療の相談では、ドンドン活用したいです。電子カルテはもう直ぐ当たり前になるのでしょうか。

本来再生ビジョン委員会は、若い先生の集まりであった筈が、2期も務めさせて頂きました。参加してみると、とても楽しく勉強に成る良い会でした。素晴らしい先生達との出逢いもありました。ありがとうございました。

浦田 康 委員

令和2年度から「医師会再生ビジョン委員会」に参加させていただいています。県医師会の委員会に参加するのは初めてでした。まず「医師会再生ビジョン委員会」とは何をする委員会なのかすら知らない状態でしたが、元来楽観的な性格のため参加すればそのうち解るだろう位に考えておりました。

第1回の委員会に参加し、この委員会が会長諮問に対し答申を出すことを目的としている事を理解しました。その会長諮問は「With Corona/Post Corona 時代の新しい医療体制の在り方を考える」というとんでもないものでした。この時点ではCOVID-19のワクチン接種についても先行き不透明でしたし治療法も不明点だらけで治療薬無しの状態でした。どこまでがWith CoronaでどこからがPost Coronaかもはっきりしない状態でした(今もはっきりしていませんが)。その中、個別接種、集団接種のワクチン接種、PCR検査、宿泊療養施設や自宅待機患者への健康観察や往診、クラスター発生施設への応援、病床確保の問題など次から次へと医師会や医療機関と行政が一体となって解決に向かって対応を求められて行きました。

COVID-19のパンデミックといえる感染拡大は医療だけで解決できるものでなく行政だけでできるものでもなく、医療・行政・経済界・市民全体の問題となりました。そのような中で病院、診療所、男性、女性、様々な診療科の先生が参加される委員会でそれぞれのご意見が寄せられ皆様の見識の深さと多様性に非常に刺激を受けましたし勉強になりました。現実的な部分と夢を語る部分のバランスを考えさせられる機会を与えられたことに感謝しております。

江崎 嘉春 委員

会長諮問「With Corona/Post Corona 時代の新しい医療体制の在り方を考える」という題目で招集されました。第1回目の松田会長の挨拶で、この段階ではコロナ対策が上手く進み終息が見え始めるかという時期でした。しかし、何度も新たな波が押し寄せ、更に第5波デルタ株という強力な感染力を持った変異株のおかげで、日本の主要都市は緊急事態宣言を何度も発令されてしまいました。

ここに来て、オミクロン株が海外では猛威を振るう中、日本も年末年始迄は落ち着いていた新規感染者数が、米軍基地のある沖縄、山口、すぐ隣の広島まで爆発的に増え、次第に全国へ広がり、2月初旬には全国で約10万人、福岡でも5千人と各地で緊急事態宣言を検討する状況まで来ました。この第6波を乗り切れば、3回目のブースター接種、小児への接種が順調に進めば、Post Coronaが見えてくるかもしれません。

再生ビジョン委員会は、福岡県内のいろいろな地域の先生方が集まり、毎回委員長が上手に皆さんの意見を引き出し、時間内にきちんとまとめてくれる、私にとっては、程よい緊張感と、いろいろな知識を得ることができる有意義な時間でした。テレビ会議も2度利用させていただき、貴重な体験をすることができました。

今回のコロナワクチン接種も地域によりさまざまで、集団接種を先に始め、個別接種を良い時期に並行して行う、北九州市の取り組みが功を奏し、11月末までに対象者の83.5%の方を2回目接種迄終了しています。この調子で、3回目接種や小学生の接種をスムーズに行ってもらいたいと思っています。

最後に11月19日、61歳の若さでご逝去された井手誠一郎先生に、研修医が毎年C会員として医師会に入会してくるこの先生方をB会員として維持できないものかと話した際にそのことは是非再生ビジョン委員会で話して来なさいと言われ、先日少し話したことをもう一度ここに書かせていただきます。良い勉強になりありがとうございました。

庄司 哲也 委員

令和2年度より医師会再生ビジョン委員会に出席させて頂きました。コロナ禍において松田会長からの諮問は「With Corona / Post Corona 時代の新しい医療体制のあり方を考える」でした。感染拡大により、委員会は時短とWebでの実施となりました。未知の感染症で、九州医療センターの長崎先生の講演や委員の先生方のそれぞれの施設における感染対策を自院でも参考にさせて頂きました。

ワクチン接種が始まり、医療従事者へのワクチンに関しては、いつどこにどれだけのものか、どうやって配送されるのかは情報がなく現場は混乱し、「ナメくさった仕事してんじゃねえ」と罵声を浴びました。正確な情報を早く発信できる「医師会アプリ」があればいいなと思いました。このような混迷時には誹謗中傷するのではなく、足並みをそろえ、落ち着いて正確な情報を得て行動しなければならないと感じました。

9月に日本医師会の第四次医師会将来ビジョン委員会の委員長を務められた佐原博之先生に「Society 5.0」について講演をいただきました。Society 5.0の中でDX (Digital Transformation) は医療にも変革をもたらし、我々も診療のツールや

スタイルが変わってくることと思われます。委員会ではオンライン診療について議論し、コロナ禍での利用としては有用でしたが、適する診療科と適しない診療科があり、基本は対面診療という意見が多かったですが、今後は一つの診療ツールとして活用していかなければならないと思います。デジタル化の中では電子カルテも大きな問題です。多数の企業がそれぞれにプログラムして販売した結果、厚生局から認められず、機能の変更や拡張を求められた先生方もおられます。日本医師会が設計図を示し、規格統一をして安価に普及されなければならないと思います。

2年間の委員会を通じて他の郡市医師会の先生方と様々な意見交換をする貴重な経験をさせて頂き有難うございました。

清川 千枝 委員

令和2年度より、初めて再生ビジョン委員会に参加させて頂きました。委員会の趣旨も分から無いまま、数年ぶりに出向いた県医師会館でまずは私が参加して大丈夫かしらと不安を抱えたのを覚えています。会長諮問に対し2年かけて議論し答申を作成していくというプロジェクトの壮大さに怖気付き、また元々人前で自分の意見を述べるというのが苦手な為、フリーディスカッションが毎回行われる事にも大変緊張していました。丁度この2年間はコロナ感染症で世界中が混沌としている折、委員会も令和2年度はコロナ感染症へのそれぞれの取り組みが議論の中心でした。私は皮膚科医ですので、自身のクリニックでコロナ感染症の診断、治療に直接関わる事が無く、毎回の議題にも戸惑う事が多くありました。

ですが、ディスカッションの中で、各医師会の先生が大変ご苦労されながらコロナ対策、ワクチン接種と向き合っていらっしゃる日々を、リアルタイムでお聞きすることが出来た事は、大変有意義なことでした。クリニック運営にも参考になることばかりで、コロナ感染症に対して、一般に流れてくる情報以上に多くの事を教えて頂き感謝しております。

令和3年になり、議題はいよいよ「With Corona/Post Corona時代の新しい医療体制の在り方を考える」という本題に入って行きました。政府は、現在進行形でオンライン診療や、医療業界へのAI、IT導入を加速度的に進めています。ネットのニュース等で理解はしていても、当院は昔ながらの紙カルテですし、個人的にはどこか人の事のように捉えていました。今回、多角的に多くの先生のご意見を拝聴し、ディスカッションさせて頂いたことで、改めて他人事でなく、これからの医療を考える良い機会となりました。100年に一度の緊急事態の中、一介の皮膚科医としては自分の専門分野を超えて中々体験出来ない、貴重な時間を共有させて頂いたと思います。本当にありがとうございました。

新海 清人 委員

令和2年11月から始まった令和2年度の医師会再生ビジョン委員会ですが、私は筑紫医師会から担当理事として参加させて頂きました。他の地区医師会の先生方と知り合う奇貨と捉えて毎回、緊張するも楽しく参加し、意見を述べさせて頂きました。第1回目の頃はコロナの第3波の直前かと記憶しているのですが、行政、保健所、県および地区医師

会からコロナに関する情報や対策が大量に吐き出されて些か消化不良になっていたような気がしておりました。その中で、委員会での先生方の貴重な経験談、コロナ対策法を拝聴してたいへん参考になり、早速に取り入れたものもあります。

コロナも令和3年となり、第3波、4波とパンデミックを繰り返していきました。令和3年という1年間を通してみると国も国民もコロナに翻弄された時期でもありました。ワクチン接種が1月から始まり、3月に緊急事態宣言が出されて経済が停滞していきました。医療機関では発熱患者に右往左往してPCR、抗原検査、また、病床ベッド不足がクローズアップされていました。オリンピックの頃には第5波がピークを迎えてネガティブアプローチでオピニオンリーダーと化したマスコミが煽る日本は沈滞ムードとなっていた気がします。委員会のテーマもパンデミックに影響されたのか、松田峻一良会長の諮問による「With Corona/Post Corona時代の新しい医療体制の在り方を考える」といったメインテーマからは議論の軸足が少しぶれた時期もあったような気もしますが、コロナウイルスに翻弄された令和2年から3年に通じて起きたコロナ関連事象を時系列に鑑みると With Corona/Post Corona時代の新しい医療体制をこの時期に考えること自体、なかなか大変なことであります。

秦委員長の医師会再生ビジョン委員会での心配り、尽力は敬服に値します。10月くらいから急にコロナ（デルタ株）が減少していきました。その要因は明確ではありませんが、減少したのは事実であります。このままの医療体制を持続可能なものにするのか、ワクチン接種を4回、5回と続けていくのかは困難ではなかろうかと推測します。コロナによる社会の疲弊、国民のコロナへの寛容性が気になるところであります。近い将来、どこかでソフトランディングする道標を示す時期が差し迫っているのではないかと考えます。平時に戻りつつある今でこそ With Corona/Post Corona時代の新しい医療体制を次の有事である第6波(オミクロン株?)に備えて考えるべきなんだろうと考えます。

江藤 耕太郎 委員

開業して21年目に県の医師会で再生ビジョン委員会に参加することとなりました。前任者からは堅苦しくなく、勉強になる会と聞いてました。丁度コロナが広がりはじめ患者受診が激減しだした時でした。第1回は、会長諮問「With Corona/Post Corona時代の新しい医療体制の在り方を考える」とタイムリーなテーマでした。ただ実際自分が何かお役に立てるのは不安でした。

当院では、マスクと手袋は年末に偶然多めに注文してたため不足の問題はありませんでした。ただコロナについて何もわからず恐怖と不安の中で診療する状態でしたが、会議に参加して皆さんのご意見を聞くことで、ある程度色々な対策を聞いたことや入院患者がいる施設や発熱外来をされる先生方の対策や諸先生のご苦勞も会議に参加したからこそわかり得た事でした。また、ワクチン接種についても行政任せでは伝達がうまくいかず情報が交錯するなか、地域の医師会の努力で何とか上手く打ってもらえる事になったなど、医師会の活動の必要性などを学ぶことができました。

アフターコロナについても、本来の合宿がコロナ禍で中止になり、講演会のみになりました。

した。佐原博之先生の講演「S o c i e t y 5.0における医師会」を聞くことで、新しい段階の医療に向かうにはA Iやオンライン診療も考えなければならない。まさにPost Corona時代の新しい医療体制のこと。未だ紙カルテでアナログの私には、避けられない診療の仕方を受け入れることも前向きに考えなければならないと思いました。この委員会で学んだことを今後の診療に活かしたいと思います。2年間良い機会を与えていただきありがとうございました。

関屋 正俊 委員

前回に引き続き、2回目の参加となりました。今回のテーマは、「With Corona/Post Corona時代の新しい医療体制の在り方を考える」でしたので、今まさに直面している危機に対して考えていくことになりました。諸先生方の診療対応や各自治体、各郡市医師会のワクチン接種対応、動向を知ることができ、患者さんへの啓もうや診療に生かしていくことができました。3蜜回避や非接触が求められるため、オンライン診療、会議や講演会等でWebの使用など、急速にデジタル化が進みました。前回のテーマであった、「医療におけるI C T・A Iの進化と役割を考える」で議論した内容とリンクしており、改めて考えさせられました。（それでも、感染対策をしつつ対面での診察の重要度は変わらないと思います。）また、医師会の存在意義、あり方も改めて考えさせられましたし、どの程度尽力できるかわかりませんが、今後の活動に生かしていこうと思います。

残念なのは、合宿が出来ず、諸先生方とさらなる交流を深められなかったことです。この経験を活かし、日々の診療や医師会の活動につなげていきたいと思います。また、機会がありましたら、是非とも参加したいと思っております。ありがとうございました。

加治 亮平 委員

今回、初めて再生ビジョン委員会に参加する機会を与えていただき、松田会長および秦委員長をはじめ関係各位に御礼申し上げます。

しかしながら、当期は政府を含め世界中がコロナ対策に右往左往しているなか、この委員会にて対策を話し合うというとても重い責を負うテーマでありました。例えばワクチン接種の対応に関しても市町村により対応が異なるため、他地域の動向を知り、自地域の動向をお知らせすることはできましたが、県としての統一的な動きにはつながらないため当初は建設的な話し合いができるのだろうかという疑問がありました。現時点においても、この委員会の答申がどのように県医師会に寄与するのだろうかという思いがありますが、先生方の考え方を伺いつつ、話し合うことは非常に有意義と感じましたし、勉強させていただきました。今後の自治体や医師会の動きを見守ることで、委員の役割を今後も果たしていければと考え注視していきたいと考えています。

再生ビジョン委員会に参加する事は、恐れ多くも県医師会の仕事の一端に触れることができたという思いがあり、大変感謝しております。ただ当方の都合もありますがW E B会議での参加がほとんどとなりました。おそらく当会議の副次的な目的である委員の先生方との懇親があまりできなかったのが少々残念でした。

また、機会がありましたらたくさんのコミュニケーションをとりつつ先生方にお会いさせていただきたいと思います。ありがとうございました。

松岡 良衛 副委員長

再生ビジョン委員会への参加は、前回からの引き続きで2回目になります。前は、会の目的、位置づけなどを感じ取るのに精一杯で、最後の方でようやくついていったような感じでした。今回は、副委員長の任を賜り、委員長のサポートをしつつ、周りのなれない委員の方の手助けなどを行いつつ・・・などと意気込んでいましたが、そこまでの余裕はなく、自分の意見を整理するのに一杯だったように思います。

前回はそうでしたが、ITやコロナの最前線の先生方に加え、わたくしのようなコロナやITとは直接かかわってこなかった先生方がメンバーの中に混在しているところにこの会の特徴があると思います。専門家会合でなく、広く立場の異なるメンバーが混在することにより、現場に即した意見が生まれ、これからのビジョンを見いだす力になると思います。自分自身もそうした意見にずいぶん励まされました。この会に携わるすべての方々に感謝を申し上げるとともに、今後とも多様な意見を集約できる場であってほしいと願います。

山部 仁子 委員

新型コロナウイルスによって、ガラリと世界が変わりました。現在、また、オミクロンの出現で戦々恐々として過ごしています。

再生ビジョン委員会もほとんどウェブで参加させていただきました。診療体制にも変化が訪れ、オンライン診療、車内診療などと、患者さんとの身体的な距離をとらざるを得ない状況でありましたし、いままで通りの診療が困難で頭を悩ませていた日々があります。多くのコロナ患者さんに対応した日は念のためにホテルに宿泊していたこともあります。初めての新型コロナワクチン体制の混乱や、PCR検査の体制、陽性であった場合の保健所との連携など、いままで経験したことないことで、みな医療関係者等、不安だったと思います。情報交換など、これからも医師会などの連絡を密にとって率先して情報を提供していただけたらと思いました。

ワクチンが普及して、少しは安心できるかと思いつつも、ウイルスの変異や効果的な治療薬は、まだまだ、と感じており、医療、経済のWith コロナPost コロナの将来があまり予測できないでいます。なんとか一年を過ぎて、引きこもって自分なりの診療を行っていましたが、再生ビジョン委員会でたくさんの先生方の知恵をお借りし、とても心強かったです。Post コロナになるには、時間がいつまでかわかりませんが、この経験をプラスに活かしたいと思います。

そろそろ年が明けたら、3回目のワクチン接種の準備にかからないといけませんし、発熱外来もこのまま継続、インフルエンザがもしも流行したら…と、落ち着かない日々が続きます。また、忘年会など気兼ねなくできる日々が来ることを願っています。時間外勤務、無休医など、医師の働き方が見直されつつあった時期に、新型コロナ感染症との対応でそれどころではないこともあったと思います。みなさま今年もおつかれさまでした。

池田 悟 委員

新型コロナ感染流行の影響により例年より約半年遅れて令和2年11月に医師会再生ビジョン委員会の招集があり、松田峻一良会長から発せられた諮問は「With Corona/Post Corona 時代の新しい医療体制の在り方を考える」という、やはり新型コロナウイルスに関するものでした。

招集された時点ですでに第2波まで感染流行を経験していて、県内各地で手上げ制での発熱外来が行われている状況でしたが、私自身新型コロナウイルスに対しての知識が不十分で、自院での外来体制や感染予防について手探りで対策している状態でした。そのような中で委員会に参加し、配布された資料が当時最新の知見ばかりで大変勉強になり、院内での対策や職員や患者さんへの説明に大変役立ちました。また地方の医師会ではコロナ禍のため常会も開催できない状態でしたので、委員の皆さまとの率直な意見交換を通して新型コロナウイルスに対する知識、考えなどを整理する貴重な場となり、大変心強く感じておりました。

その後も予想に反してウイルスは変異を繰り返し、流行の波は時期をおいてだんだん大なものとなり、コロナ禍における感染予防対策、診療体制は一時的なものではなく「ニューノーマル」となりつつあり、自院においてどう反映していくか考えさせられる日々です。

委員会でこれまでの経過から「新しい医療体制の在り方」について答申をまとめていく作業において提唱された、医療における「不易流行」という言葉は大変心に刺さりました。今後オンラインを利用した医療対応の導入はある程度避けられないと思いますが、やはり対面診療による診察は確かな診断のためにはいかに時代が変わろうとも確保されるべきだと再認識いたしました。

約1年半この委員会に参加して、委員の皆さまとの意見交換を通してコロナ禍における様々な医療現場の状況や対応、考え方などを聞くことができ、大変勉強になりました。ありがとうございました。

中川 剛 委員

新型コロナウイルスの対応で奮闘されてある中、リアルタイムでコロナ治療の情報や医療現場での取り組み、ワクチン接種の情報を共有できたのは有意義な時間でした。さらに、今回は多数をオンライン参加で情報共有させていただきありがとうございました。おかげさまで県南の者としては医師会までの移動時間がネックになっておりましたが、オンライン参加であれば移動時間やコストの削減、別時間の確保が可能となりました。オミクロン株の流行が予想される中、日本医療はさらに莫大な出費に伴い、財政の悪化が予想されます。それに伴い診療報酬の締め付けはさらに厳しくなることが予想される。コロナ禍から始まった受診控えや人口減少に伴い、患者数の減少も起こってくる。診療単価、患者数が減少すれば、売り上げが低下し、医療体制を継続するのが困難になってくる医療機関も増加して来ることが予想されます。コロナ後の医療経営のあり方について今後議論できる機会があればと思います。2年間どうもありがとうございました。

中村 秀敏 委員

今期の再生ビジョン委員会に参加させていただきました。これで、平成 28 年度からの福岡県医師会再生ビジョン委員会（会長諮問「医療と経済の関係を考える」）、日本医師会将来ビジョン委員会（会長諮問「医療の今日的課題に対して医師会員は何をすべきか」）、平成 30 年度からの日本医師会将来ビジョン委員会（会長諮問「『S o c i e t y 5.0』における医師会」）を含めて、4 回の「ビジョン委員会」に参加させていただいたことになります。

これまでの諮問が非常に広い概念がテーマになっていたのも、また自分が医師会員としての経験が浅かったため、委員会での討論で発言することにも答申を書くことにも四苦八苦した記憶が残っています。しかし、今回の諮問「With Corona/Post Corona 時代の新しい医療体制の在り方を考える」は今まさに目前にある課題であり、考えない日がなかったといっても良い COVID-19 をテーマにしていたため、取り組みやすいテーマだと感じました。

委員会には様々な診療科の代表の先生がいらしたので、COVID-19 への対応の実際も、電子カルテやオンライン診療などへの考え方も、それぞれに視点が異なっていて非常に興味深いものでした。たくさんの資料やメーリングリストからの情報もいただき、おかげで委員会において学んだことを日々の自院での感染対策にしっかりと活かすことができたと思います。

2 回の将来ビジョン委員会でお世話になった佐原博之先生の特別講演は期待以上に深いものでした。講演内でも、堤副会長、原先生だけでなく、ご一緒させていただいた私の名前まで挙げていただいた佐原先生の配慮に頭が下がります。委員会の先生方にも記憶に残る講演となったものと思いますが、もし感染状況が落ち着いていたら石川県七尾市まで合宿に行けたのかもしれないと考えると残念でなりません。最後に、難しい状況下で委員会の指揮を執り、答申をまとめ上げられた秦先生を初めとして、委員会の先生方、事務局の方々に感謝申し上げます。

秦 洋文 委員長

筑紫医師会理事を拝命すると同時に福岡県医師会再生ビジョン委員会の委員に任命され、連続 3 期に渡り再生ビジョン委員会に参加してまいりました。今回の 3 期目は委員長を拝命したものの、私の新型コロナウイルスに対する不勉強とマネジメント不足により、議論を深めることができないまま答申を迎えてしまいましたことを深くお詫び申し上げます。

1 期目は「医療と経済」、2 期目は「医療における I C T ・ A I」、そして今回 3 期目は「With Corona/Post Corona 時代の新しい医療体制の在り方」についてでした。いずれも学べば学ぶほど、医療とお金、医師会の国政へのかかわり方を考えさせられました。

需要があれば経済活動は盛んになり、日本経済に貢献することは明白です。しかし、現在の政策では医療費増大は目の敵にされ、医療費抑制のため診療報酬は低く抑えられています。命を救う、健康を保つ医療という日本国民に日本経済に貢献する活動を、なぜ抑制しなくてはいけないのでしょうか。しかし残念ながら、高齢者人口が最大を迎える 2040 年までこの流れは続くことでしょう。そしてその 2040 年には、就労人口が 2015 年比の約 77% まで減少し、医療福祉分野の就業者数は全就業者数の約 18% に達することが予想されてい

ます。色々な捉え方がありますが、就業者数の約2割を占める産業と言うのは、日本経済の重要な産業分野であるということです。にもかかわらず現在でさえ医療法人の営業利益率は全業種中ワースト2位の2.1%（経産省2018年）しかありません。これでは感染爆発による受診控えなどにより、医療機関がいとも簡単に経営破綻に陥るのは至極当然でした。これから20年後の2040年に日本経済の重要な産業分野となる医療福祉が、社会保障費削減の号令のもと抑制され続け、今でさえ苦しい経営状況を一層悪化させ、職員に十分な給料も払えないような産業となって良いのでしょうか。そんな魅力ない産業に人は集まるはずはありません。まさに政府誘導の医療崩壊が目前に迫っていると言ってよいでしょう。

この度の新型コロナウイルス感染症では、幾度もの感染爆発の中で日本社会は経済を取るか医療を取るかという究極の選択を迫られる事態になりました。結果、何にも優先して新規感染症から国民を守ること、そしてどのような状況下においても医療提供体制を維持することが国民の総意として示されました。そう再認識されたことは医療にとって大きなチャンスだと思います。

我々医師は小医中医として病気・患者さんを治すとともに、医師会（大医）活動を通して国を治していかなくてはなりません。医療費削減の元凶である医療費亡国論からの脱却、社会保障費抑制を推進しデフレからの脱却をも妨げている政府の掲げるプライマリーバランスの黒字化目標の撤廃など、強力に働きかけなければならないと思います。そのためには医師会員の力を結集し、政治的発言力を増していくことが必要です。医師会は圧力団体ではありません。国を治す大医なのです。大きな話になってしまいましたが、まずは個人として何ができるのか、医師として何ができるのか、郡市区医師会員として何ができるのか、自問自答しながら歩んでいきたいと思います。

再生ビジョン委員会では、大変有意義で普段考えたこともないのテーマを頂戴し大変勉強になりました。そして、医師会を考える良い機会となりました。しかしながら何よりも、委員会を通して多くの先生方とお知り合いになれましたことが、知識を深めること以上に私にとって大きな財産となりました。1期だけでも大きな財産ですが、3期も参加させて頂き、それは財産と言うより私の宝物と言って過言ではありません。委員の先生方、本当にありがとうございました。

最後に、私にこのような機会を与えて下さった松田会長をはじめ、筑紫医師会の先生方、サポートして下さいった県医師会の原先生、西先生、横倉先生、総務の北野さん、そして副委員長の岡本先生、松岡先生にこの場をお借りして厚く御礼申し上げます。

雨宮 直子 委員

佐原先生のご講演で教えていただいた「不易流行」は、多くのことを話し合った委員会の終盤において、大変心に響く言葉でした。医療における「不易」は、地域医療のパイオニアである早川一光医師の「ほっとけないが医療の原点だ」という言葉につながるような気がしました。コロナ禍の中、多くの医療者が「ほっとけない」と何事かをなそうとしたのではないのでしょうか。しかし、いろいろな決まりごとや、組織の枠組みが、それを阻みました。これを突破するのに必要なのが「流行」、つまり新しいものを取り入れていく姿勢

だと思います。委員会では、地域も立場も異なる皆様の様々なお経験やご意見を伺い、私も多くの発言をさせていただきました。どうやってこれを突破するのだろうかともがいた時間でした。私自身はまだもがいているような気がしていますが、限られた時間の中で答申をまとめることができたのは、秦委員長をはじめとした委員の先生方のお力によるものと感謝しております。

私は医師会に入会しておそらく 20 年ほど、A 会員になって 7 年になりますが、これまで医師会活動というものをよく知りませんでしたし、正直なところ興味もありませんでした。しかし、今回、図らずも福岡市南区医師会の新型コロナウイルス感染症対策等担当理事をお任せいただくのと時期を同じくして、県医師会会長諮問の医師会再生ビジョン委員というお役目をいただきました。この委員会において、大変貴重な経験をさせていただきましたことに、心から感謝を申し上げます。今後も、町医者として「不易」を貫き、地域の方々の健康のために身を尽くしていくことはもちろんですが、医師会員として「不易流行」を心にお役に立つことができるよう精進してまいりたいと思います。ありがとうございます。

林田 健蔵 委員

令和 2 年 11 月より再生ビジョン委員会の委員として参加し、会長諮問として「With Corona/Post Corona 時代の新しい医療体制の在り方を考える」というテーマで答申を出すという壮大な使命を仰せつかった時は、不安しかありませんでした。

まず、COVID-19 の情報収集には大変苦労しましたし、普段情報交換していた地元の医師会の先生たちも大変苦労されており、診療の合間にメーリングリストや SNS、あらゆるメディアを駆使して何とか情報を集める毎日でした。

委員会が始まった時期にはまだワクチン接種も始まっておらず、委員会へは自院からオンラインでの参加が多かったのですが、聡明な委員の先生方、講師の先生方のお話を伺い、全くの無の状態から、サーチライトで周囲を照らすぐらいは出来る状態になったのではないかと思います。

小生がこの委員会で一番勉強になったのは、日本医師会将来ビジョン委員会の佐原先生のご講演だと思います。先生の講演の中で、S o c i e t y 5.0 や不易流行という聞き慣れない単語を聞いて何度も資料を読み、その意味を何となくは理解できましたが、自分の中で消化できたとはとても言い切れない奥の深い内容でした。また、日医や県医師会の先生方のお話しも大変勉強になりました。

今回の答申を纏められる委員長、副委員長の先生方には、何のお役にも立てず申し訳ない気持ちしかありませんが、この委員会に参加させていただき大変感謝しております。

原 祐一 福岡県医師会理事

今回の再生ビジョン委員会の会長諮問は「With Corona/Post Corona 時代の新しい医療体制の在り方を考える」でした。コロナパンデミックによって 10 年先、20 年先が 2020 年に来たと言われていています。それから更に 2 年が経過した 2022 年は 2040 年ぐらいの世界に

なっていることでしょう。第2次世界大戦前と大戦後の世界は一変しました。ヨーロッパ諸国では王族や貴族制度の大半はなくなり、西欧、中欧、東欧という区分から、西と東に分かれてしまいました。世界の強国はアメリカになりました。1930年の人は1950年の世界を想像すらできなかったはずです。今、2040年になっているとしたら、僕らはどう今の世界を認識したらいいのでしょうか。医療の在り方も大きく変わるはずです。そのことを議論し、松田会長に聞いてもらはずでした。それができなかったのは、非常に悲しいです。しかし、悲しんで立ち止まると、松田先生に怒られそうです。僕たちはWith Corona/Post Corona時代に生きていかないとはいけません。

西 秀博 福岡県医師会理事

前回に引き続き県医師会理事として再生ビジョン委員会に参加させていただきました。

今回は令和2年の11月から松田会長からの諮問である「With Corona/Post Corona時代の新しい医療体制の在り方を考える」に対して、秦洋文委員長以下総勢21名の委員で検討会議を2ヶ月1回程度のペースで行いました。

第1回目の頃はコロナに対して我々はまだ効果的と思える手段を持たずにこの未知の新興感染症と戦っている最中で、当初はコロナの診療に関する各委員の自院や地域の医師会での問題や効果的と思える診療方法について自由に発言し相互にアドバイスを行うことが主でした。

4回目となる令和3年2月からはCOVID-19へのワクチン接種で、混乱を極めた医療従事者への先行接種から集団接種と個別接種が混在した住民接種への準備や対応などに関して、情報を持たれている委員からアドバイスをもらいながら各地域のワクチン接種を如何に進めていくかが話題の中心でした。

その後、ワクチン接種もひと段落つき、オンライン資格確認や初診からのオンライン診療といった現状に頭がついてこないような急速に変わりつつある医療のICT化について、骨太の方針2021を中心に現在政府が考えている今後の医療へ対する考え方を聞き、そして石川県医師会理事の佐原博之先生の「Society 5.0における医師会―第二次～第四次医師会将来ビジョン委員会での活動―」の講演を聞いて、やっと今後の医療の方向性について、検討が出来たような気がします。

コロナ禍の中に居ながら今後の医療を考えるということは非常に困難なことであったと自分では思います。しかしながら多くの委員と一緒に考えていくことで少し未来への展望が自分の中にもわいてきた気がします。答申に関しては秦委員長のご努力に本当に頭の下がる思いです。最後に今回の委員の先生方とご一緒できたことに心から感謝しています。

横倉 義典 福岡県医師会理事

今回の再生ビジョン委員会は新型コロナウイルス感染症を踏まえてのこれからの医療体制について考える機会でした。この新興感染症は、新型インフルエンザの流行に備えていたつもりの私たち医療関係者を完膚なきまでに叩きのめし、いまだにその脅威を衰えさせていません。また、社会全体も感染症の恐ろしさを思い知らされ、世界経済をも混乱に巻

き込んでいます。歴史的な感染症で私たちの社会生活が根本から変わり、様々な局面で大きな時代の変革が押し寄せています。

委員の先生方の診療科や診療所・病院など多様なバックグラウンドからの意見を伺えたことは、非常に興味深く考えさせられるものばかりでした。コロナへの対応、ワクチン騒動（あえてそう言わせて貰います）、そして医療行政の向かうべき姿やオンライン会議で急に身近になったICT技術の進歩など、話題と議論は右に左にと拡がりました。諮問内容がここまで拡がり話題が尽きなかったのは、まさにこのコロナ禍がいかに大きな変化をもたらしたかという証拠だと思います。

私の感想ですが、「医療体制の在り方」という課題について多くの宿題が導き出されたと思います。そして、何より明らかになったのは「医師会」というものが果たしていた役割の重要性と、今後の医療提供を考えた上での更なる役割の大きさです。その為には会員の先生方のより積極的な会務への参加と、地域医療を守ろうとする医師の一人でも多くの医師会への参加、そして何より医師会の活性化ではないかと思います。新しい時代に移ろうとする中、ありきたりですが「温故知新」の心構えであらゆる可能性を捨てずに道を切り拓くことが解決策だと感じました。正に「再生ビジョン」を考える委員会だったと思います。

最後に、対面でお会いすることも少なく合宿や会食をすることもできず残念でしたが、大変勉強になりました。ありがとうございました。

第7期医師会再生ビジョン委員会日程

会長諮問「With Corona / Post Corona 時代の新しい医療体制の在り方を考える」

令和2年度

第1回 令和2年11月16日（月）19：00

第2回 令和2年12月14日（月）19：00

第3回 令和3年1月25日（月）19：00

第4回 令和3年2月15日（月）19：00

第5回 令和3年3月15日（月）19：00

・講演「新型コロナウイルスワクチンの可能性」

九州医療センター感染症内科医長 長崎洋司 先生

令和3年度

第6回 令和3年5月17日（月）19：00

第7回 令和3年7月12日（月）19：00

第8回 令和3年9月26日（日）10：00

・講演「Society 5.0における医師会

—第二次～第四次医師会将来ビジョン委員会での活動—」

公益社団法人石川県医師会 理事

医療法人社団和泉会・社会福祉法人石龍会 理事長 佐原博之 先生

第9回 令和3年11月15日（月）19：00

第10回 令和4年1月17日（月）19：00

答申提出 令和4年3月17日（木）