

日医発第 1268 号（総 352）  
令和 3 年 3 月 30 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）

医療を取り巻く課題に係るご質問への回答について

平素より本会会務の運営に格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、日本医師会代議員会では、各ブロック医師会からのご質問を受け、執行部と代議員各位との間で、真摯な議論が行われてまいりました。

本年度は、新型コロナウイルス感染症の流行状況に鑑み、例年 3 月に開催しております臨時代議員会の開催を見送ることといたしましたが、都道府県医師会の先生方のご意見を拝聴する機会を確保することは、本会会務を運営していくうえで極めて重要と考えます。

そのため、令和 3 年 1 月 19 日付、日医発第 1048 号（総 327）文書において、各都道府県医師会に対し、昨今の医療を取り巻く課題に係るご質問を受け付けましたところ、20 都道府県医師会より、ご質問が寄せられました。

本会では、各質問の内容及びその回答を役員間で共有・検討し、今般、別添のとおり回答を取りまとめましたので、どうぞご査収ください。

貴殿におかれましては、新型コロナウイルス感染症の収束が見えぬ中、各都道府県において、多大なるご尽力をいただいておりますが、今後とも本会会務の運営に特段のご理解とご協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

## 医療を取り巻く課題に係る質問と回答

	都道府県	質問タイトル	担当役員	頁
1	宮 城	保険診療受診料のカード決済について	長島常任理事	1
2	秋 田	『医療の将来ビジョン～人口減少社会においても地域住民を守る医療・保健のあるべき姿を問う～』	長島常任理事	4
3	茨 城	ポストコロナの地域医療構想について	釜 菫常任理事	6
4	栃 木	地域医療構想と働き方改革に関して	松本常任理事	9
5	福 井	医療におけるデジタルトランスフォーメーションの課題と方向性	長島常任理事	13
6	岐 阜	オンライン資格確認について	長島常任理事	16
7	静 岡	2025年以降の超高齢化社会を見据えたフレイル対策について	江澤常任理事	19
8	愛 知	控除対象外消費税問題解決のための基金創設について	宮川常任理事	25
9	滋 賀	精神科以外で自殺予防に対応した診療への評価を求める	松本常任理事	28
10	京 都	専門医制度運用における日本専門医機構の在り方について	羽鳥常任理事	30
11	兵 庫	予防接種ワクチンの安定供給責任について	釜 菫常任理事	33
12	和歌山	日本医師会の「禁煙対策」について	羽鳥常任理事	35
13	広 島	産業医活動（研修会・組織化）の日医の方針について	神村常任理事	38
14	山 口	オンライン資格確認について	長島常任理事	41
15	徳 島	有床診療所の減少に歯止めをかけるために、次世代に向けた対策・発信について	神村常任理事	44
16	福 岡	医師の働き方改革—日本医師会が考える「評価機能（仮称）」の役割	松本常任理事	47
17	長 崎	「オンライン診療」の問題点と今後のあり方について	長島常任理事	51
18	熊 本	保健所機能の強化	釜 菫常任理事	55
19	大 分	診療報酬明細書（レセプト）のコンピューター審査の問題点について	松本常任理事	58
20	鹿児島	今後の医業経営について	松本常任理事	60

## 医療を取り巻く課題に係る質問

医師会名：公益社団法人宮城県医師会

【題名】	保険診療受診料のカード決済について
<p>【質問内容】</p> <p>背景</p> <p>政府は国をあげてキャッシュレス化を進めており、平成28年6月29日、総務省は保険診療の受診料のカード決済を容認する方針を示しています。さらに、コロナ禍の中で遠隔診療・電話初診再診療が認められるにあたっては、カード決済は必須のものとなりつつあり、外来受診料や入院費用のカード払いを求める患者さんも多くなっており、しかしながら、受診料のカード払いは、3つの点で保険診療上問題があります。</p> <p>問題点の1つは、カード決済を実施すれば、医療機関は、カード会社に扱い額の3%程度の手数料を差し引かれることとなります。これは、診療報酬の実質0.9%の減となります。診療報酬の+0.55%改定の議論と比較して、看過できない数字です。</p> <p>第2は、約3%の手数料は一般的な診療所の基準とされる数字であって、実際には、扱い額やカード会社との折衝によって0.6~6%位の幅があります。これは、医療機関の経済的力の差によって、実質的に診療報酬の一物多価ということになります。歯科医師会では、某カード会社と一律1.5%の締結をしています。</p> <p>第3の問題点は、カード支払いをすれば、患者さんにはポイントが付くというメリットが生じ、このポイントは自由にものを購入することができます。これは保険診療受診料におまけをつけること、あるいは値引きをすることに相当し、カード決済を受け入れる医療機関としない医療機関での差別化となります。実際、「受診料のカードでの支払い可能」と表示している病院もふえてきており、患者さんからの不満を受けて、やむなくカード決済を導入する医療機関もあり、また「窓口負担金のカードでの支払いはできません」とのパンフレットを配布している医療機関もあり、現在のところ対応はさまざまです。</p> <p>質問事項</p> <p>このような問題点がある受診料のカード払いについて、少なくとも手数料の定率化、それを見込んだ診療報酬の見直し、ポイント還元のは是非の検討が必要かと思われます。</p> <p>政府が推し進めるキャッシュレス化の政策と保険診療受診料のカード払いについての日本医師会のお考えをお示しいただき、医療機関の対応の仕方について教えていただきたいと思っております。</p>	

- ※ 800字程度でお願いいたします。
- ※ 新型コロナウイルス感染症に関連する質問は除きます。
- ※ 質問は1問のみでお願いいたします。
- ※ 締切：令和3年2月19日（金）／送付先：soumu@po.med.or.jp
- ※ 本用紙（Word）は日本医師会文書管理システム「お知らせコーナー」に掲載しております

## 保険診療受診料のカード決済について

担当:長島常任理事

### 【回答】

クレジットカード決済を主とするキャッシュレス決済に関しては、ご指摘の通り、国をあげてのキャッシュレス化の推進、患者のニーズの高まりなどから、医療機関において対応する必要性がかなり大きくなっています。また、会内の平成30年・令和元年度外国人医療対策委員会の報告書において、「医療機関のキャッシュレス化は、自由診療(訪日外国人)における支払いの円滑化だけでなく、保険診療(在留外国人)においても未収金の減少等、円滑な支払いを支援する側面がある」と記載されているようなメリットもあります。

以上を踏まえ、日本医師会としては、医療機関のキャッシュレス決済は、医療機関の負担を最小限にした上で、希望する医療機関への普及を推進するべきであると考えます。

医療機関の負担で最大の問題は、ご指摘の通り、また、一昨年前に日本医師会が実施した会員向けのアンケートの結果においても示された通り、決済手数料です。

保険診療においては、健康保険法及び療担規則等により、保険医療機関等は、一部負担金等の額を、減免することも、それ以上に徴収することも認められていません。したがって現状では、決済手数料は、医療機関の負担となっています。

日本医師会は、保険診療の公的な意義に鑑み、医療機関が手数料を負担するべきではないという原則に基づき、これまで、経済産業省・厚生労働省等と、医療機関が手数料を負担しない方法について、診療報酬での対応も含む、あらゆる可能性について、協議してまいりましたが、今後も、粘り強く交渉を続けてまいります。

一方で、以上が実現するまでの間の現実的な対応及び自由診療の医療費への対応が必要になります。それには、多数の医療機関の一括契約による一元化が最も良い方法と考えられます。一元化の効果として、ご指摘の医療機関ごとの手数料率の違いをなくす定率化、スケールメリットによる手数料率の低減化、医療機関が複数の決済事業者と交渉・契約する手間の削減があります。

そこで、令和3年度より、日本医師会オルカ管理機構から、一括契約による一元化した医療機関向けキャッシュレス決済のサービスを提供する予定です。

従来と比べ大幅に引き下げた利用料率になります。具体的には、クレジットカードについては、海外の主要ブランド2社においては約1.5%、国内ブランドであるJCBについ

ては、目下、日本医師会オルカ管理機構が交渉中ですが、他の業種と比較して大幅に引き下げられたものになるよう調整しています。また、交通系・流通系の電子マネーも対象としています。さらに、QRコード決済についても、総務省が主導するJPQRを活用した方法を検討しております。

最後に、キャッシュレス決済に伴うポイントの還元についてお答えいたします。

厚生労働省は、平成 24 年 9 月に保険局医療課長通知を発出していますが、専らポイントの付与及びその還元を目的とするポイントカードについては、医療保険制度上、ふさわしくないこととしています。他方、クレジットカードや、一定の汎用性のある電子マネーによる支払いに生じるポイントの付与は、患者の支払いの利便性向上が目的であることに鑑み、当面やむを得ないものとしています。

日本医師会は、専らポイントの付与を目的とするようなカードや、特定の医療機関へ優遇したポイントを付与するような、経済的な利益により医療機関への誘導を目的とするものには、これからも断固反対してまいります。国に対しては、このような不適切なポイント付与が行われないように、今後も働き掛けてまいりますので、ご理解ご協力をよろしくお願い致します。

## 医療を取り巻く課題に係る質問

医師会名： 秋田県医師会

[題名]	『医療の将来ビジョン～人口減少社会においても地域住民を守る医療・保健のあるべき姿を問う～』
<p>[質問内容]</p> <p>医師には、患者診療を行う臨床医学としての役割とともに、学校医や産業医、健診や予防接種等の社会医学としての役割があることは、改めて指摘するまでもないことです。少子高齢化の先にある人口減少社会においても、これら社会医学を含む地域医療が確実に守られるためには、人口の多寡や、患者の受療行動に左右されない新たな診療報酬の仕組みが必要と考えます。また併せて、地域住民の健康管理と増進が、かかりつけ医の役割であることの位置付けと、それに対する評価（インセンティブ）が、長期的には社会保障費（医療や介護給付）の伸びを抑制し、保険料負担の軽減に繋がると考えます。</p> <p>持続可能な社会保障、地域医療の将来、給付と負担等の観点から、地域医療のビジョンについて日医のお考えをお示し下さい。</p>	

- ※ 800字程度でお願いいたします。
- ※ 新型コロナウイルス感染症に関連する質問は除きます。
- ※ 質問は1問のみでお願いいたします。
- ※ 締切：令和3年2月19日（金）／送付先：soumu@po.med.or.jp
- ※ 本用紙（Word）は日本医師会文書管理システム「お知らせコーナー」に掲載しております

## 医療の将来ビジョン

～人口減少社会においても地域住民を守る医療・保健のあるべき姿を問う～

担当：長島常任理事

### 【回答】

医療の将来ビジョンを考えるにあたり、医療提供体制と医療保険制度は車の両輪です。

また、診療報酬のように国が一律で行う社会保障と、予防事業など地域の実情に応じ  
て行う社会保障はそれぞれに考えていく必要があります。

医療提供体制については、二次医療圏を基本に全国で 341 の構想区域を設定し、地  
域医療構想を実現するために構想区域ごとに関係者が協議する「地域医療構想調整会  
議」を設置しています。調整会議では、地域の実情を共有するとともに、関係者の協議に  
よって構想区域における課題を解決し、自主的な収斂がなされます。これは、各構想区  
域における将来のビジョンであり、まさにそれぞれの地域における地域医療のグランド  
デザインです。

都市部のように現在も高齢者と総人口の両方が増える地域と、すでに高齢者と総人  
口の両方が減っている人口減少地域では地域医療のビジョンは異なります。秋田県医師  
会では 2019 年に「秋田県の医療グランドデザイン 2040～人口減少下の医療提供の  
方向～」を作成されており、人口が減少している地域の将来ビジョンとして日本医師会  
も参考にしています。

一方、医療保険制度については、日本医師会では 2010 年 11 月に「国民の安心を約  
束する医療保険制度」を公表し、地域保険と被用者保険の一元化を通じて、公的医療保  
険制度の全国一本化を提案しました。その結果として、2018 年度から国民健康保険の  
運営が市町村単位から都道府県単位に広域化され、日本医師会の提案が実現し、一歩ず  
つ前進しています。

全世代型社会保障検討会議の最終報告をもって一応の終止符が打たれましたが、こ  
れまでの政府による議論は、給付と負担に偏った方向に進んでいました。今後の給付と  
負担の議論は、色々な工夫、財政バランス、社会保障の財源の在り方などの議論のなか  
で考えていくべきです。財政当局は、これまで何十年も負担を上げて給付を狭めるとい  
う一貫した方策ですが、日本医師会は、公的医療保険制度は色々な工夫で維持できると  
考えています。

## 医療を取り巻く課題に係る質問

医師会名： 茨城県医師会

【題 名】	ポストコロナの地域医療構想について
<p><b>【質問内容】</b></p> <p>突如世界中を襲った新型コロナウイルス感染症の大流行により、わが国においてもその対応が最優先事項となったため、地域医療構想の議論は事実上中断している。</p> <p>しかし、わが国の高齢化と人口減少が今後さらに進むことを考えれば、ポストコロナに向けて、新興感染症等の対策を地域医療計画に加えた上で、議論を早期に再開する必要がある。</p> <p>昨年暮れから一時「民間病院患者説」が流布され、感染症法改正により民間病院への「勧告に従わない場合は公表」という事実上の強制化の道筋がつけられてしまった。中川会長のご尽力により、その運用は極めて慎重に行なわれることとなったが、この「民間への強制化」が地域医療構想において先例とならないように、日医執行部にはしっかりと監視をお願いしたい。</p> <p>実際に今回の新型コロナ禍で明らかになったのは、欧米に比べて不十分とされた重症の新型コロナにも対応できる十分なICUと手厚い人員配置を備えた高度急性期から重症急性期の入院医療に特化した急性期病院の必要性ではないか。もちろんその設置母体は、公立・公的・民間を問わないことは言うまでもない。</p> <p>そもそも民間中小病院の多くは、地域医療構想において、今後増加する高齢者の軽症～中等症の急性期、回復期、慢性期や在宅医療、介護の担い手となるように、すでに世界に先駆けて機能分化が推進されて来ており、その上にそうした急性期病院が整備されることで、地域医療連携がより一層推進され、地域包括ケアシステムまで一気通貫の世界に誇る新たな日本モデルの構築が可能になるとも考えられる。</p> <p>一方、外来医療においても今後機能分化の議論が進められていくことになるが、家庭医（GP）の本場イギリスにおいて新型コロナによる死亡者が10万人を超えるなど、GPによる「待たせる医療モデル」が感染拡大を阻止できず、わが国のかかりつけ医による「すぐ診る医療モデル」の優位性が示された可能性がある。ただし、かかりつけ医機能のさらなる充実・強化は必要である。</p> <p>今後再開される都道府県や二次医療圏毎の地域医療構想調整会議において、われわれ会員はどのようなスタンスで議論に臨めばよいか、日医執行部の方針を伺いたい。</p>	

## ポストコロナの地域医療構想について

担当:釜范常任理事

### 【回答】

まず、「民間への強制化」とのことですが、そのようなことはありません。現行どおり知事が医療機関に協力要請を行い、正当な理由なく応じない場合には勧告を行い、勧告に正当な理由なく応じない場合にのみ公表するという丁寧な仕組みとなっております。医師・看護師や設備・物資が不足している場合、自院の患者の転院先が確保できない場合や地域における救命救急医療や他の一般診療に支障が生じ得る場合は要請に応じない「正当な理由」であり、真摯に地域医療を担っている医療機関が勧告・公表の対象となることはありません。

さらに万が一、勧告・公表を行う場合であっても、都道府県医療審議会等の会議体より事前に(緊急時でやむを得ない場合は事後に)意見を聴取するなど手続の透明性を確保することといたしました。

また、ご指摘の欧米との比較について、欧米では既に昨年の第一波の時点で医療崩壊が起こり、医療のトリアージも進んでいます。人口あたり死者数をみても、日本は欧米に比べて極めて少ない状況にあります。国によって病床の定義が異なるため、病床数の比較に際しては全体的に考える必要があります。ICU についても同様です。厚生労働省や日本集中治療医学会によれば、諸外国の ICU には日本の HCU に相当する病床が含まれております。そのため、特定集中治療室管理料、救命救急入院料及びハイケアユニット入院医療管理料を算定している病床を合計した人口 10 万人あたり病床数は 13.5 床であり、英国やフランス等を上回っております。欧米と比べて何ら遜色はありません。

次に、ご質問にお答えいたします。日本医師会では、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を受け、新興感染症や災害等にも強い医療提供体制を構築すべきことを主張してまいりました。その一環として「5 疾病 5 事業」への新興感染症等対策の追加が、今回の医療法改正により実現する見込みです。

さらに、医療機能の分担・連携の重要性が再認識されました。日本医師会が四病院団体協議会と全国自治体病院協議会と立ち上げた「新型コロナウイルス感染症患者受入病床確保対策会議」の具体的方策では、都道府県医師会・病院団体及び支部による協議会や地域医療構想調整会議等を活用し、後方支援病床の確保等それぞれの医療機関の機

能に応じた対応を打ち出しました。

国においても、日本医師会の動きに対応し、基本的対処方針の 2 月 2 日付変更で地域の会議体の活用による医療機能に応じた役割分担の明確化を掲げるとともに、2 月 16 日付厚生労働省事務連絡では、都道府県等に対し、医療機関の役割分担を明確化（重症、中等症、回復患者）し、地域の実情に応じた転院支援の仕組みを提示いたしました。

医療提供体制は、地域の実情に応じたものでなければなりません。高度急性期や重症急性期に特化した病院が最適な地域もあれば、複数の機能を担う病院が適した地域もありえます。重要な点は、地域医療構想調整会議における地域の合意により、それらの病院と地域の医療機関・介護施設等との機能分担・連携体制を構築することにあります。

同時に、「すぐ診る医療モデル」の充実・強化を図っていく必要があります。今回のような有事においても国民の生命と健康を守るためには、平時からかかりつけ医を中心とした地域医療、地域包括ケアシステムが構築され、健康寿命の延伸や要配慮者の把握等もなされていることが重要です。

以上が、ポストコロナにおける日本医師会の地域医療構想に関する方針であります。なお公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等については、日程も含め柔軟に対応するよう国に強く要請してまいります。

## 医療を取り巻く課題に係る質問

医師会名：栃木県医師会

[題名]	地域医療構想と働き方改革に関して
<p>[質問内容] (経過・課題等)</p> <p>2025年に向けた地域医療構想の下、地域に必要な病床数や地域医療における機能分担、人材確保等が各構想区域で議論されている。国は病院管理者研修等において、大小様々な病院が林立する現状から、医師数、看護師数、コメディカル、医療機器等を集約し、各診療科、救急などにも対応が可能な大病院（メガホスピタル）を軸とする構想を提示しており、豊富なマンパワーで効率を高め、医師をはじめとする医療従事者の働き方改革も同時に進める考えを示唆している。</p> <p>しかし、こうした考え方にはいくつかの危険性もはらんでいる。</p> <p>一つは、危機管理面での弱体化である。病床、人材等を集約した病院において、医療の質と効率は良くなるが、院内集団感染の発生や災害発生による機能停止となった場合に地域に与える影響は計り知れず、地域医療の崩壊に直結する。</p> <p>更に、働き方改革における兼業副業の問題もある。本県は2つの医科大学を有するが、これら大学病院等から兼業副業で県内の病院に勤務する医師は多く、彼らが地域医療の一翼を担っていると言っても過言ではない。こうした点も考慮して協議していかなければ、新臨床研修制度開始時のように大病院に医師が集中し、各地域の医師不足を助長し、地域医療の崩壊につながると考える。</p> <p>今回の新型コロナウイルス感染症は、本県でも多くの感染者が発生し、医療従事者の不足が大きな課題となった。さらに“休床”病床があったからこそ、この危機的状況乗り越えられた病院があったのも事実である。今後、AI導入を含めて将来の地域社会に必要なとされる医療の実現において、地域医療構想と働き方改革の両立は、集約化のみならず地域多様性、円滑な移行等を含めた総合的検討が必要と考える。</p> <p>(質問)</p> <p>こうした状況を踏まえて、日本医師会は地域医療構想（有事への対応を含めた）と働き方改革についてどのようなビジョンをお考えか、改めてご教示願いたい。</p>	

※ 800字程度でお願いいたします。

※ 新型コロナウイルス感染症に関連する質問は除きます。

※ 質問は1問のみでお願いいたします。

※ 締切：令和3年2月19日（金）／送付先：soumu@po.med.or.jp

※ 本用紙（Word）は日本医師会文書管理システム「お知らせコーナー」に掲載しております

## 地域医療構想と働き方改革に関して

担当:松本常任理事

### 【回答】

まず、地域医療構想についてお答えします。

一部で主張されているいわゆるメガホスピタル構想に関しては、日本医師会は明確に否定いたします。

超高齢社会においては、画一的に大病院への集約を図るのではなく、各地の実情に応じつつ、地域住民にとって身近な入院機能とかかりつけ医機能を中心とした入院医療提供体制が不可欠となります。同時に、ご指摘の通り有事への対応を考えた時、平時は余裕を持った病床運用も重要です。

日本医師会では、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえ、例えば公立・公的医療機関等の非稼働病棟はメンテナンスをした上で維持することを提案するなど、有事の病床確保を提案してきました。国もこうした提案を受け入れた結果、病床整備等を内容とする、いわゆる「5 疾病 5 事業」への新興感染症等の対策の追加に至った経緯があります。

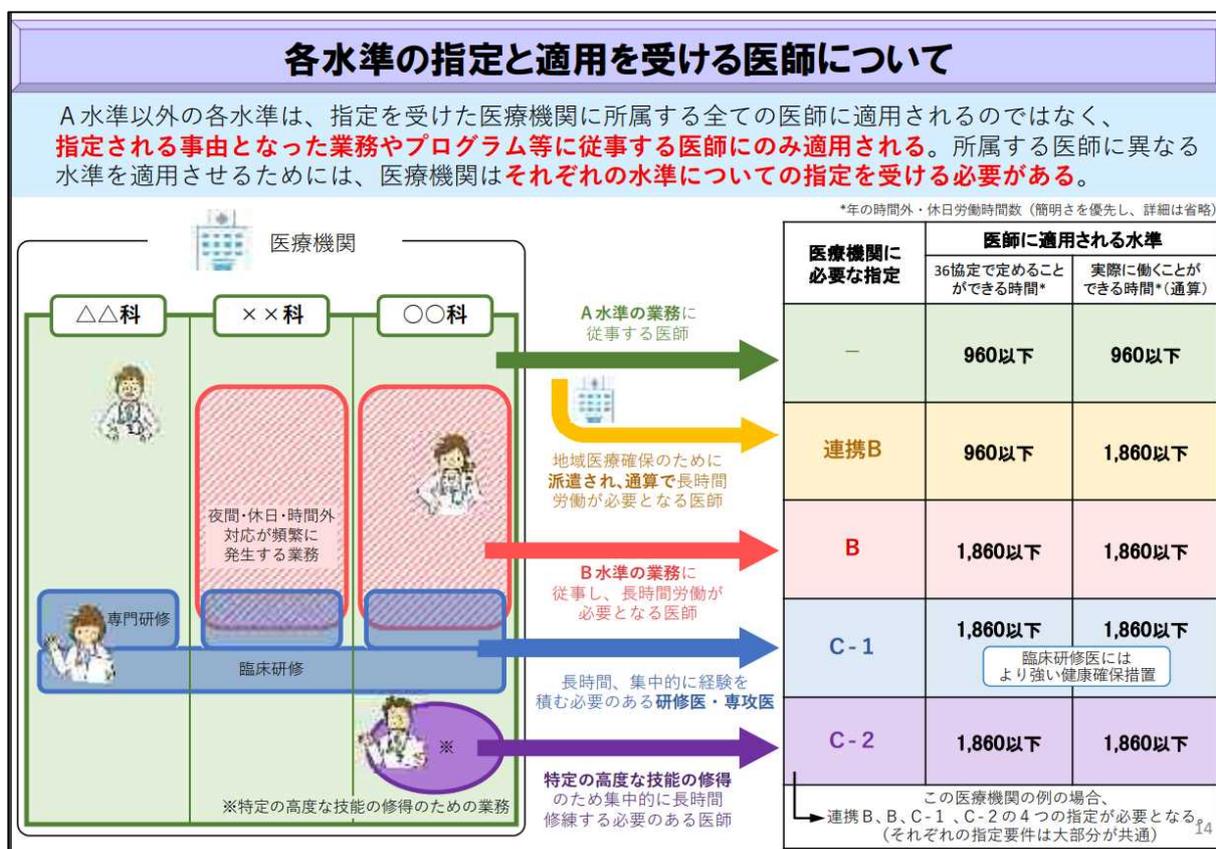
次期医療計画は 2024 年度に開始されます。しかし日本医師会は、それを待つことなく、国に対し、地域多様性の反映や有事の即応を可能とする医療提供体制の指針を盛り込むことを強く求めていく所存です。

副業・兼業については、派遣される医師の自己申告をもとに派遣元の医療機関が労働時間を把握することとなりました。大学病院の副業・兼業については、医師派遣による地域医療支援の重要性を改めて再認識いただき、地方の関連病院に派遣している医師の引き上げが起こらないようにしなければならず、そのためには、大学病院によるB水準または連携B水準の取得が不可欠です。また、医療の進歩・向上のためにC-2水準の取得も不可欠ですが、大学病院においては、2024 年度からスタートする新制度について必ずしも理解が浸透していません。2月に厚労省が全国医学部長病院長会議の場で医師の働き方について説明していますが、日本医師会としても繰り返し説明を行い、医療界全体に理解を浸透させることが大事です。日本医師会は 4 月 1 日に医師の働き方担当理事連絡協議会を開催しますが、副業・兼業などの課題に引き続き取り組んでまいります(資料 1、資料 2)。

医師の働き方の新制度は、まず、勤務医のうち約 8.5%とされる時間外労働時間が年 1860 時間を超えている医師について、時間外労働時間を 1860 時間以内に是正し、その後 2024 年 4 月から 2036 年 3 月末までの間は 1860 時間の勤務を許容するものです。長時間勤務の改善を円滑に進めるために、10 年以上かけて変えていく制度になっています。

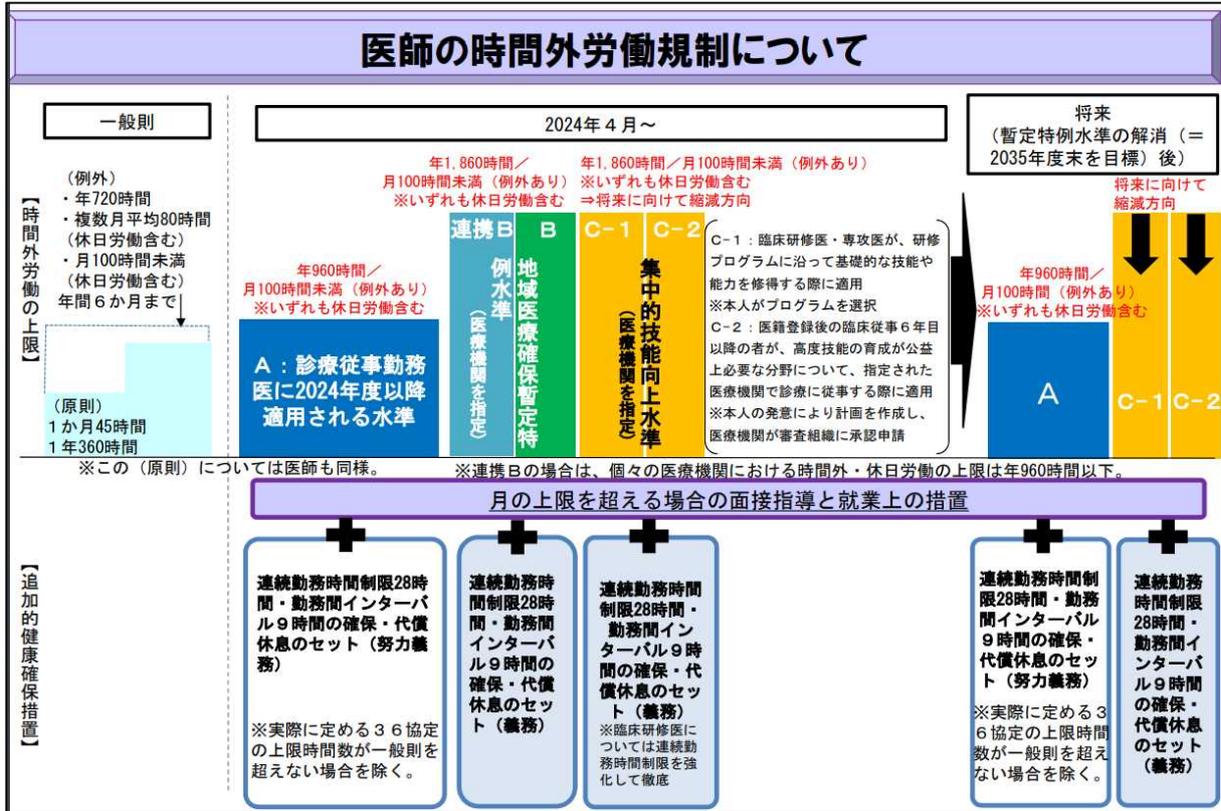
とは申しますものの、ご指摘のとおり、地域医療構想と働き方改革をスケジュールありきで拙速に進めることによって地域医療にひずみが生じることがないように、日本医師会はしっかりと取り組んでまいります。

### 資料1



(出典:「医師の働き方改革の推進に関する検討会」中間とりまとめ 参考資料より)

資料2



(出典:「医師の働き方改革の推進に関する検討会」中間とりまとめ 参考資料より)

## 医療を取り巻く課題に係る質問

医師会名： 福井県医師会

【題名】	医療におけるデジタルトランスフォーメーションの課題と方向性
<p>【質問内容】</p> <p>奇しくも「新型コロナウイルス感染症対策」においては、様々なデータ収集において、呆れるほど「アナログ」に頼らざるを得ない状況が続いたり、折角の接触感知アプリ COCOA のお粗末は不具合を民間から指摘されたりと、我が国のデジタルトランスフォーメーションに関する遅れは、既に世界から二周遅れの感さえ感じられる。また我々医療界においても、その傾向は顕著と負わざるを得ない。</p> <p>そして今まさにコロナ禍への診療報酬の臨時的対応を突破口に、オンライン診療がにわかに脚光を浴びつつある。ただオンライン診療に関しては、日医のスタンスは明確であり、日本医事新報創刊 100 年記念特別企画（週刊日本医事新報 No.5050 2021/02/06）でも中川俊男会長が述べられている通り、問診の他にも視診、触診、打聴診等の理学所見など、五感を駆使して行う対面診療はまさに医師の医療行為の一丁目一番地であり、更に血液生化学検査や各種生理検査、画像診断等を必要の応じて適切に実施して診断を下す診療行為は、原則対面の姿勢は崩すべきではないと考える。</p> <p>しかし一方でまた、AI の進歩は顕著であり、近未来ではその診断能力に関しては AI が我々を席卷する可能性すら否定出来ない。その時我々医師は、どのようにそれと向き合っていくべきかを真剣に考えるべき時に来ているのではないだろうか。更にはこれまた非常に遅れている診療情報等に関する情報共有に向けた情報の一元化は、絶対に避けては通れないと思われる。そのためにも、デジタル庁が創設された今こそ、公費による電子カルテの統一化も視野に入れたダイナミックな政策が求められるのではないだろうか。</p> <p>更にこの3月から本格稼働される事が決まっているマイナンバーカードを使った保険証資格確認のオンライン化、更にその先にある薬剤情報や健康診断情報、疾病情報等の一元管理等は、もはや医師会としても積極的に協力する方向で舵を切る時期にきている。</p> <p>このようにもはや避けては通れない、いやむしろ都道府県医師会としても積極的に取り組むべき時期にきているデジタルトランスフォーメーションに関して、将来ビジョンも含めてあらためて日本医師会としての今後の見解をうかがえれば幸いである。</p>	

- ※ 800 字程度でお願いいたします。
- ※ 新型コロナウイルス感染症に関連する質問は除きます。
- ※ 質問は1問のみでお願いいたします。
- ※ 締切：令和3年2月19日（金）／送付先：soumu@po.med.or.jp
- ※ 本用紙（Word）は日本医師会文書管理システム「お知らせコーナー」に掲載しております

## 医療におけるデジタルトランスフォーメーションの課題と方向性

担当:長島常任理事

### 【回答】

デジタルトランスフォーメーション(DX)の概念は、「ICTの浸透が人々の生活をあらゆる面でより良い方向に変化させる」ことです。日本医師会は、医療におけるDXに関する基本姿勢として、ICT等の技術革新の成果を、国民・患者と医療現場にとって真に役立つものとする事で、医療の安全性、有効性、生産性を高めていく方向を目指します。そのために、「日医IT化宣言 2016」を指針として、国が進めるデジタル化やデータヘルス改革を正しい方向に導くべく活動しています。

オンライン診療については、対面診療の原則は、ご提言の通り、確実に堅持した上で、解決困難な要因によって医療機関へのアクセスが制限されている場合に、適切にオンライン診療で補完することを基本にしております。今後、新型コロナウイルス感染症拡大下の時限的・特例的対応の検証結果を踏まえ、技術進歩等に合わせ、できる範囲から少しずつ着実に進めていきます。

AIについては、医療の質の維持・向上や医療現場の負担軽減に寄与することを目指します。そこで、「医療AIプラットフォーム」構想の実現に向け、会内に「AIホスピタル推進センター」を設置しました。今後、AIの質の担保や、医療現場の立場に立った環境整備に取り組んでいきます。

医療保険のオンライン資格確認システムでは、その基盤を利用した全国の医療機関を安全に結ぶネットワークの構築・活用を目指します。

ご提言の電子カルテの統一化は、現在、多種多様な電子カルテが存在するために、情報共有や一元化が困難であるという問題の究極的解決策と考えます。まずは、情報交換のための標準規格を整備し、メーカーに確実に実装させることで、相互運用性に関する問題解決を図ります。次に、規格の統一化も視野に入れ、国や業界への働きかけを続けていきます。

また、今後急速な普及が予想される「国民・患者が自身の保健医療情報を活用できる仕組み」PHRにおいて、電子カルテの失敗を繰り返さないよう、情報の一元化に関し、日本医師会から国へ提言を行います。

そして、デジタル化された医療情報を安全・安心に活用していくためには、デジタル空

間において、その個人が確かに医師資格を持つ医師本人であることを証明できる医師資格証(HPKI)の利用は欠かすことができません。その普及数はようやく1万8,000枚に届いたところですが、まずは全ての日本医師会員に、そして最終的には全ての医師に取得いただくことを大目標として、デジタル・アナログ両面での活用シーンの拡大を図りつつ、強力な普及に努めていきます。その一環として、令和3年6月には、医師資格証をかざすことにより入退館が可能な、セキュリティゲートを日本医師会館に設置し、代議員会等の受付管理や日医主催の各種研修会等の受講管理も原則医師資格証で行っていくことといたしました。

最後に、DXの進展により、医師のICTリテラシーの格差が表面化してきている現状があります。日本医師会として、すべての医師がDXやICT化の恩恵を受けることができるよう、ICTリテラシーの醸成等、様々な取り組みを支援してまいります。

## 医療を取り巻く課題に係る質問

医師会名： 岐阜県 医師会

[題 名]	オンライン資格確認について
<p>[質問内容]</p> <p>厚生労働省は令和3年3月よりのオンライン資格確認導入に向けての準備を進めています。その一環として、医療機関が令和3年3月末までにポータルサイトでのアカウント登録と顔認証付きカードリーダーの申し込みを行えば、病院は3台まで、診療所は1台のカードリーダーの無償提供とシステム改修費用の上限付き全額補助を行うとしています。</p> <p>一方で、本年2月時点でのカードリーダー申し込みは全国の病院の38.0%、診療所の21.0%にとどまっています。厚生労働省も、医療機関における導入のメリットとして、被保険者資格の即時確認によるレセプト返戻の減少や、患者の薬剤情報・特定健診等情報の閲覧を挙げる一方で、日本医師会は医療機関の費用の負担や窓口業務の増加などのデメリットがあることも示しています。オンラインによる申し込みの煩雑さに加え、コロナ禍で医療機関の経営状況の厳しい折ということもあり、申し込みの低迷につながっている可能性があります。さらに、システム改修のために補助額を超える追加費用が発生する場合があることも、医療機関にとって負担となっています。</p> <p>以上のような状況より、質問させていただきます。</p> <p>日本医師会は、オンライン資格確認の回線は医療機関を結ぶネットワークの基盤となり様々なサービス提供が可能との見解ですが、今後、医療機関にとってどのようなサービスが利用可能とお考えでしょうか。</p>	

- ※ 800字程度でお願いいたします。
- ※ 新型コロナウイルス感染症に関連する質問は除きます。
- ※ 質問は1問のみでお願いいたします。
- ※ 締切：令和3年2月19日（金）／送付先：soumu@po.med.or.jp
- ※ 本用紙（Word）は日本医師会文書管理システム「お知らせコーナー」に掲載しております

## オンライン資格確認について

担当:長島常任理事

### 【回答】

令和3年3月に本格稼働開始を予定していたオンライン資格確認は、システムの安定性確保や、保険者におけるデータの正確性担保が未だ不十分であったことから、3月26日の社会保障審議会医療保険部会において、当面はプレ運用を継続しつつ順次拡大をしていき、遅くとも令和3年10月までに本格運用の開始を目指すとのスケジュールが新たに示されました。

資格確認だけで考えると、医療機関が導入するメリットは「資格過誤によるレセプト返戻の減少」、「レセコン等への入力の手間の軽減」とさほど大きくありません。しかし、これにより形成される全国の医療機関を結ぶネットワークは、今後の医療を支える重要な基盤となることは間違いありません。そのため、日本医師会としても、医療現場に極力負担をかけないことを条件に、普及推進に協力しているところですが、新たなスケジュールに沿った形で、国民や医療現場への周知・情報提供の徹底や、導入する医療機関への支援策拡充について、引き続き国に強く要望していきます。

同基盤を活用することで提供されるサービスにつきましては、まず、マイナンバーカードを用いて本人同意を取得することが前提となりますが、プレ運用中の現在は特定健診・後期高齢者健診情報を、令和3年10月からは薬剤情報を医療機関で閲覧することが可能となります。特定健診等情報は、保険者等が登録した5年分の情報、薬剤情報は、レセプト情報を元にした3年分の情報となる予定です。

さらに、厚生労働省が進める新たな日常にも対応したデータヘルスの集中改革プランでは、レセプト情報のうち、「過去の受診医療機関への照会に必要な情報」、「より適切な診断や検査、治療方針の検討に有用な診療行為の情報」を、本人同意の下で全国の医療機関が閲覧可能とする仕組みや、電子処方箋の仕組みについて、同基盤を活用して、令和4年度内にその一部を実現させることを目標に検討が進められています。

日本医師会としては、同基盤により閲覧可能とする情報の内容は、医療現場で、実際に役に立ち、混乱が生じないものにすべきと提言しています。

また、新型コロナウイルス感染症に関するG-MIS、HER-SYS、V-SYSや、災害時のE-MIS等、多数の医療機関向けの情報システムが稼働していますが、導入や入力

負担が大きく、使いにくい点が多くあります。そこで、全国ネットワークを基盤として各種情報システムを一元化し、医療機関の負担を減らし、効果的に運用できるよう提案していきます。

全国ネットワークの利用が増えるほど、医療機関におけるサイバーセキュリティの重要性も増しますが、本年1月に日医総研と医療機器センターが実施した「医療機関の情報システムの管理体制に関する実態調査」の結果によると、医療機関の規模が小さいほど、セキュリティ対応が難しい傾向にあります。そこで、医療の公益性を鑑み、対応費用等の公的補助も含め、セキュリティ対策に対する支援を行うように、国に働きかけを行っていきます。

## 医療を取り巻く課題に係る質問

医師会名： 静岡県 医師会

[題名]	2025年以降の超高齢化社会を見据えたフレイル対策について
<p>[背景]</p> <p>要介護認定率は65～74歳の約3～6%に対して、75～79歳13%、80～84歳約27%、85歳以上約60%と加齢に伴って倍増している。団塊の世代が後期高齢者となる2025年以降を見据えた対策として、介護予防の取組が重要となっている。介護予防に際しては、高齢者一人ひとりの生活背景や健康状態を総合的に把握する必要がある。</p> <p>コロナ禍の時代においては、地域の高齢者を一堂に集めてスクリーニングを行うことは困難であり、個別の対応が必要となっている。2020年度より後期高齢者の健康診査にフレイル対策としての質問票が加わり、保健事業と介護予防の一体的実施が開始された。後期高齢者の9割は年1回以上外来受診をしており、多くは「かかりつけ医」の診療を受けている。</p> <p>「かかりつけ医」が診療や健診の機会にフレイルを含めた総合的な評価を行い、介護が必要な状況では要介護認定を勧め、フレイル対策が必要な高齢者は介護予防の場につなげる。また、健常な高齢者に対しては支援者としての役割を担うことを勧めるといった「社会的処方」が可能であると考え。</p> <p>静岡県では先行的にモデル事業に取り組んでいる。このような取り組みによって、地域の介護予防事業の活性化に結び付けることができる。地域の高齢者を支援するという「かかりつけ医」の役割がさらに明確になると期待される。</p> <p>以上のような総合的な地域支援体制の整備事業を浸透させるためには「かかりつけ医」関連の診療報酬体系に組み込む必要があると考える。</p> <p>[質問内容]</p> <p>フレイル予防における医療の役割、分担化、診療報酬体系への組み入れに関して日本医師会としてのご見解を伺いたい。</p>	

- ※ 800字程度でお願いいたします。
- ※ 新型コロナウイルス感染症に関連する質問は除きます。
- ※ 質問は1問のみでお願いいたします。
- ※ 締切：令和3年2月19日（金）／送付先：soumu@po.med.or.jp

## 2025年以降の超高齢化社会を見据えたフレイル対策について

担当:江澤常任理事

### 【回答】

フレイルは、要支援・要介護の原因の大きな要因であり、フレイル予防は極めて重要な課題となっています。フレイルが認知症等の他の疾患や病態と異なる点は、進行が可逆性であり、状態が改善することです。必須アミノ酸の摂取と筋肉の負荷運動の両者を同時介入することにより、医学的な成果が認められており、フレイルの予防や重度化防止の取り組みが大いに期待されております。

厚生労働省が推進している、高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的な実施によるフレイル対策が、令和2年度から全国の市町村で始まっています。医学的知見に基づいた実施が重要であることから、実施主体である市町村が、企画立案段階から医師会をはじめとする関係団体等と連携することが示されております。医師会やかかりつけ医等の専門職が連携することにより、医学的根拠に基づいた介入や、的確な評価指標の導入によりPDCAサイクルを回す等の質の高い取り組みの実施につながると考えられます。

また、市町村が実施している介護予防について、地域支援事業に位置付けられている介護予防・日常生活支援総合事業における一般介護予防事業では、全国に9万か所を超える住民主体の通いの場について、医師会等の関係団体との連携や多様な専門職が関与する取り組みが推進されています。医師を始めとする専門職が関わることによって、運動、栄養、口腔等に関するアドバイスや低栄養リスクのスクリーニングも可能となり、フレイル対策にも寄与するものとなります。これらの方策は、日本医師会が要望したものであり、具現化することとなりました。(資料1)

令和3年度介護報酬改定においても、リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔に関する計画書を一体的な様式とし、一体的運営による効果的な自立支援・重度化防止が期待されております。さらに、医師・歯科医師が居宅療養管理指導を行う際には、居宅要介護者の社会生活面の課題にも目を向け、地域社会における様々な支援へとつながるよう留意することとなり、かかりつけ医の社会的機能あるいは「社会的処方」としての評価も導入されたところです。なお、診療報酬の評価については、かかりつけ医機能の評価の仕組みや、「予防」が診療報酬の評価として馴染むかどうかの視点も含めて、慎重に検討すべき課題であると考えております。

## 医師会等の関係団体との緊密な連携による「協働体制」の構築

○地域づくりの視点を踏まえた通いの場の情報共有と通いの場への支援に関する協働

⇒医師会等が市町村の地域支援事業における相談窓口を担当する仕組み

○「医療専門職等の連携と役割」に関する医師会等との定期的協議の場

⇒地域の実情に基づいた通いの場へのかかりつけ医と医療機関等の支援方を議論

○「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」等に関する医師会等との協働

⇒企画立案段階及び事業開始後における医師会等との定期的連携による質の向上

## 医師会の支援体制による新たな地域リハビリテーションの体制の構築

### ○都道府県リハビリテーション協議会・支援センターの設置・充実

⇒都道府県医師会・地区医師会との密接不可分な連携体制の構築

⇒都道府県医師会・地区医師会によるリハビリテーション支援体制構築

### ○地域リハビリテーション広域支援センターの設置・充実

⇒都道府県医師会・地区医師会の連携に基づく医療機関の参加支援

### ○地域リハビリテーション活動支援事業の充実と質の向上

⇒地区医師会が市町村の窓口となりリハビリ専門職の派遣を支援

⇒地区医師会等との連携に基づいた定期的協議による「見える化」と質の向上

⇒地区医師会等との協働による地域づくりの視点を見据えた人材育成

⇒地域包括ケアの深化・推進に資する地域リハビリテーションの充実

## 地域リハビリテーション活動支援事業の方向性(案)(令和3年4月より) 【都道府県単位】

- ① 都道府県行政が「都道府県リハビリテーション協議会」を設置する。

### 都道府県リハビリテーション協議会

◇メンバーは都道府県医師会や関係団体により構成

- ・都道府県および地域におけるリハビリテーション連携指針の作成
- ・都道府県および地域リハビリテーション支援センターの指定に係る調整・協議



- ② 「都道府県リハビリテーション支援センター」および  
「地域リハビリテーション支援センター」を指定する。

(「都道府県リハビリテーション支援センター」が「地域リハビリテーション支援センター」を兼ねることも可能。)

### 都道府県リハビリテーション支援センター

- ・地域リハビリテーション支援センターへの支援
- ・リハビリテーション資源の把握
- ・行政や各担当機関、関係団体との連絡・調整

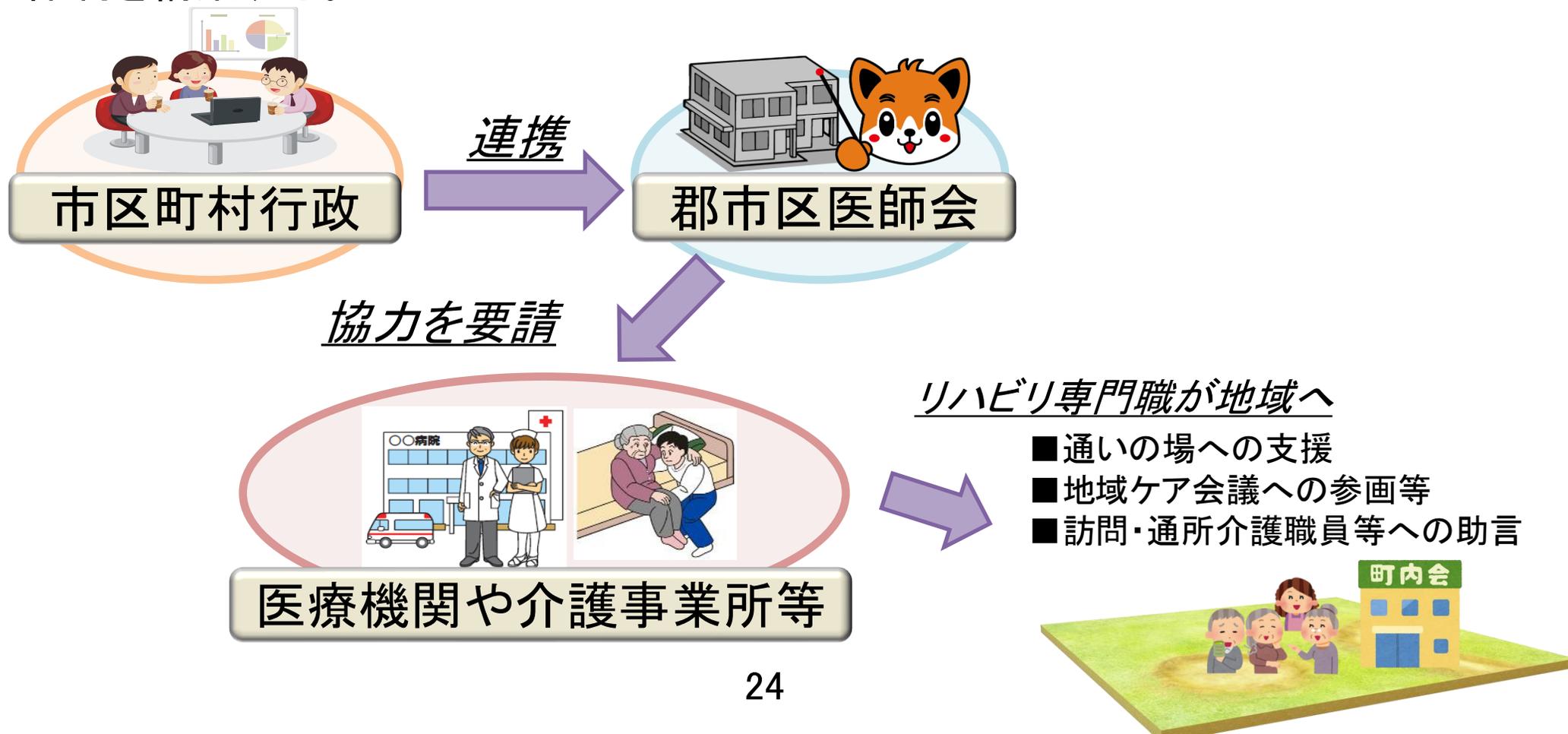


### 地域リハビリテーション支援センター

- ・地域における専門的支援
- ・リハビリテーションに関する援助・研修
- ・地域支援事業に対する支援

## 地域リハビリテーション活動支援事業の方向性(案)(令和3年4月より) 【市区町村単位】

市区町村行政は、**郡市区医師会(必要に応じて都道府県医師会)**と連携の上、医療機関や介護事業所等の協力を得て、医療専門職を安定的に派遣できる体制を構築する。



## 医療を取り巻く課題に係る質問

医師会名：愛知県医師会

[題名]	控除対象外消費税問題解決のための基金創設について
<p data-bbox="188 660 351 701">[質問内容]</p> <p data-bbox="172 739 1428 891">控除対象外消費税問題の抜本的解決は医療界の長年の懸案であり、新型コロナウイルス感染症による減収で経営体力が落ちた医療機関のためにも一刻も早く解決すべきです。</p> <p data-bbox="172 907 1428 1164">日本医師会は平成7年からこの解決を要望し、18年後の平成25年に初めて税制改正大綱に取り上げられました。平成31年度の大綱には結論を得ると書かれていましたが、財政当局との厳しい折衝のなかで「診療報酬の配点方法を精緻化すること」によって解決することにしたため、解決済みとして無視されそれ以降の税制改正大綱で取り上げられることはなくなりました。</p> <p data-bbox="172 1180 1428 1332">改めて早急に政府に解決を求めるならば、具体的な抜本的解決案を示すしかありません。しかし、課税転換は乗り越える課題が多く国民や医療界全体の理解を得られません。非課税還付方式は財政当局から消費税の仕組みと相容れないため受け入れられません。</p> <p data-bbox="172 1348 1428 1606">そこで、新たに消費税対応基金を創設してはどうでしょうか。消費税率が5%から10%へ引き上げられた際には増税分が診療報酬によりマクロでは100%補填されており、これを仕入れ構成の違う個々の医療機関ごとに精緻に配分できれば解決できます。今までのように消費税補填相当額を全て診療報酬に転嫁せず、一部を個別の医療機関等に生ずる補填のばらつきを是正するための財源とします。</p> <p data-bbox="172 1621 1428 1830">還付分は公費、保険者から拠出し、申告により損税を被る医療機関に振り分けることにより、損税、益税の差の解消を図ることができます。将来的な更なる消費増税にも対応し、公費、保険料ともに財政的にも中立となるため、財政当局の理解は得やすいと考えます。</p> <p data-bbox="172 1845 1428 1998">税制問題は本来、税制上で解決すべきと考えます。しかしながら長い議論、検討の中で課税転換も非課税還付も受け入れられず暗礁に乗り上げた今、昨今の厳しい医療情勢を鑑みぜひご検討お願いいたします。</p>	

## 控除対象外消費税問題解決のための基金創設について

担当:宮川常任理事

### 【回答】

社会保険診療に係る控除対象外消費税の相当額を診療報酬に上乗せ補てんする現行制度では、ご指摘のとおり、個別の医療機関等に生ずる補てんのばらつきを解消することができず、とりわけ設備投資を行う医療機関に補てん不足が生じがちです。その抜本的解決は医療界の長年の懸案であり、コロナ禍による減収で経営体力が落ちた医療機関のためにも一刻も早く解決すべきとご意見をいただきました。

日本医師会はこの問題の解決へ向け、要望活動を長年継続して参りましたが、その間、平成 24 年 6 月、中央社会保険医療協議会に医療機関等における消費税負担に関する分科会が設けられ、また、平成 25 年度税制改正大綱以降、この問題が検討事項として記載されることとなりました。

その後、消費税率 10%への引き上げを控える平成 31 年度税制改正へ向け、日本医師会は医療界の意見をとりまとめ、平成 30 年 8 月、診療報酬への補てんを維持した上で、個別の医療機関等ごとに診療報酬本体に含まれる消費税補てん相当額と個別の医療機関等が負担した控除対象外仕入れ税額(医薬品・特定保険医療材料を除く)を比較し、申告により補てんの過不足に対応する新たな仕組みを、医療界が一致団結した要望として提言しました。

本提言を公表後、自由民主党税制調査会の先生方との面談を重ね、厚生労働省・財務省との協議を継続して行いましたが、財務省は、非課税の下では新たな仕組みの実現は難しいとの姿勢を崩さず、自由民主党税制調査会での検討の結果、控除対象外消費税問題は診療報酬への補てんの精緻化で対応し、その上で、設備投資への政策目的を伴う支援措置を税制上で行うことが、平成 31 年度税制改正大綱で決定しました。

その後、令和 2 年度税制改正大綱、令和 3 年度税制改正大綱に控除対象外消費税問題に関する記述が行われていないことは、ご指摘のとおりです。

そこで、改めて早急に政府に解決を求める際には、具体的な抜本的解決案を示す必要があり、その具体案として、消費税対応基金を創設し、消費税引き上げ分の補てん財源を全て診療報酬項目に配点するのではなく、財源の一部を基金として仕分け、その財源を仕入れ構成の違う個々の医療機関ごとに精緻に配分できれば解決できるとのご提案

をいただきました。

日本医師会はこの問題に対して、「消費税率 10%超への更なる引き上げに向け、課税取引も視野に入れてあらゆる選択肢を排除せず引き続き検討すること。」を令和3年度税制改正要望に位置付け、会内の医業税制検討委員会を中心に議論を行っています。

この度、愛知県医師会よりいただきましたご提案につきましても、解決案のひとつとして、引き続き議論を継続していくことといたします。

地域医療を支える医療機関の経営が安定し、現下の状況を乗り越え、国民への医療の提供を継続していけるよう、本件をはじめ医業に係る税制上の諸課題の解決を会内で検討の上、引き続き政府に求めて参ります。

## 医療を取り巻く課題に係る質問

医師会名：一般社団法人 滋賀県医師会

[題 名]	<u>精神科以外で自殺予防に対応した診療への評価を求める</u>
<p><b>[質問内容]</b></p> <p>昨年、コロナ禍の影響もあってか自殺者が再度増加した。自殺予防のセフティネットとして精神科があるが、地域によっては外来が少なく、1ヶ月以上予約が取れないこともあり、課題である。平成28年度の改定において、「救急患者精神科継続支援料」が新設されたが、算定要件は、「精神疾患を有する患者であって、自殺企図等により入院したものに対し、生活上の課題又は精神疾患の治療継続上の課題を確認し、助言又は指導を行った場合に算定する」となっており、また、「精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師若しくは社会福祉士が、自殺企図若しくは自傷又はそれらが疑われる行為によって生じた外傷や身体症状のために医師が入院の必要を認めた患者であって、(中略) かかりつけ医への受診や定期的な服薬等、継続して精神疾患の治療を受けるための指導や助言を行った場合に算定する」と定められている。なお、指導等を行う精神科医等については適切な研修を受講する必要があるが、一般医にとってハードルが高い。</p> <p>一方、医師会は精神科以外の医師を対象に自殺対策研修を実施してきており、対応可能な医師は多いが、社会保険診療点数において十分な支援はない。精神科医以外でも、対応可能な医師が診療した場合においても評価をしていただくため、診療報酬点数の新設を希望する。</p>	

- ※ 800字程度でお願いいたします。
- ※ 新型コロナウイルス感染症に関連する質問は除きます。
- ※ 質問は1問のみでお願いいたします。
- ※ 締切：令和3年2月19日(金) / 送付先：soumu@po.med.or.jp
- ※ 本用紙(Word)は日本医師会文書管理システム「お知らせコーナー」に掲載しております

## 精神科以外で自殺予防に対応した診療への評価を求める

担当:松本常任理事

### 【回答】

10年連続で減少してきた自殺者が、2020年はリーマン・ショック後の2009年以来、11年振りに増加に転じました。滋賀県医師会からご指摘いただいたように、新型コロナウイルス感染症拡大に伴う外出自粛や生活環境の変化が影響したことが想定され、医療によるセーフティーネットの重要性が増しています。しかし、地域によっては精神科外来が少なく、初診の予約が1か月以上とれない状況があることも、ご指摘のとおりです。

平成28年度診療報酬改定で新設された救急患者精神科継続支援料は、精神科リエゾンチームの医師、精神保健福祉士などが自殺企図により入院した患者に対して、一定期間継続して、生活上の課題の確認、助言、指導を行った場合の評価であり、精神科医には研修要件もあって、算定のハードルが高いことはご指摘のとおりです。

日本医師会としてもコロナ禍における自殺予防は大変重要な課題と考えており、滋賀県医師会において研修の実施にご尽力いただいていること感謝申し上げます。と同時に、今般、精神科以外で自殺予防に対応した診療の評価について要望をいただいたことから、対応した医師が精神科医師と連携した場合の外来医療の評価新設など、様々な視点で次期診療報酬改定に向けて検討してまいります。

## 医療を取り巻く課題に係る質問

医師会名： 京都府 医師会

【題名】	専門医制度運用における日本専門医機構の在り方について
<p>日本専門医機構は「専門医」の定義として、「適切な教育を受け」、「十分な知識・経験を持ち」、「患者から信頼される標準的治療を提供できる」とともに、「先端的な医療を理解し情報を提供できる」医師と定義している（機構ホームページ）。その「定義」に基づく新専門医制度のもとで今夏、初めての機構認定の専門医が誕生する予定である。機構が理念に基づいて運営されているとすれば、この時期に行うべきことはまず第一に自ら設定した制度のもとで育成された専門医が機構の掲げる定義に相応しいか否かをしっかりと評価することではないか。そのプロセスにおいては研修に参加した医師ならびに研修機関の評価や改善を求める声が反映されるべきことは当然である。</p> <p>しかるに、今般唐突に、「機構は、更新時審査で医師不足地域での1年間の勤務を求める制度設計の検討に入った」との報道（2月1日メディアファックス）がなされ、2週間を経た時点でも、機構からは何らコメントが見られない。</p> <p>報道によれば、機構では、更新時審査において①専門研修歴やその評価、②確認審査（eラーニング、eテスト）に加えて、③医師不足地域での1年間の勤務を求める方向で制度設計が進んでいるとされる。</p> <p>このうち、①、②については「機構専門医の定義」に矛盾するものではないと理解される。しかし③の条件が、機構が一旦認定した資格の更新条件として後付けの形で設定されることは、誰よりも機構を信頼し厳しい研修を経て機構の認定を得た専門医にとって理解しがたいのではないか。まして③で求める「勤務」が専門医更新の条件として有用であるとする根拠はどこにも示されていない。</p> <p>日本専門医機構のガバナンスについては、過去にも幅広いステークホルダーの立場への配慮を欠いた運営が行われ、若手医師に困惑を強いる形で専門医制度の開始が延期となった経緯があることは記憶に新しい。</p> <p>日本医師会は 機構の設立時社員であり、役員として副理事長、理事、監事を派遣している。機構においてこのような制度設計が急いで行われているような状況があるのか、確認を求めるとともに、日本医師会としての見解をお伺いしたい。</p>	

- ※ 800字程度でお願いいたします。
- ※ 新型コロナウイルス感染症に関連する質問は除きます。
- ※ 質問は1問のみでお願いいたします。
- ※ 締切：令和3年2月19日（金）／送付先：soumu@po.med.or.jp
- ※ 本用紙（Word）は日本医師会文書管理システム「お知らせコーナー」に掲載しております

## 専門医制度運用における日本専門医機構の在り方について

担当:羽鳥常任理事

### 【回答】

ご指摘のとおり、第三者機関として設立された日本専門医機構(以下、機構という)の役割は、研修体制を含む各診療領域の専門研修が、専門医の質を高め、良質かつ適切な医療を提供するという目的に沿って適切に運営されているか否かを公正に判断することにあると認識しております。

機構の専門医制度整備指針においては、制度確立の理念のひとつとして「医師の地域偏在等を助長することがないよう、地域医療に十分配慮した制度であること」としていますが、専門医制度の運営自体に影響を及ぼすことがないよう、行き過ぎた手法をとるべきではないと考えます。

ご質問にある報道は、機構の寺本理事長が取材に答えたものですが、理事長の真意は医師のキャリア形成の過程において、地域医療の実践の場でさまざまな経験を積むことは、医師としての素養を高める意味でも重要であり、例えば医師少数県等でのより地域に密着した臨床経験も大切ではないか、というものと理解しています。

日本医師会としても、機構理事会等での議論において「義務化」と誤解されるような表現は用いるべきでないことを再三指摘しており、加えて基本診療領域学会の多くが義務化には反対の意向を示したというのが実情です。

機構において制度設計が急いで行われている状況があるかというご質問については、各基本診療領域は、一部を除き 2020 年度末に新制度下で 3 年間の専門研修を終え、その後専門医試験を受験し、合格となれば更新期間に入ることから、その前に関係諸規程を固めておく必要があったと考えます。

しかし、若い世代の医師に一方的な負担を強いることは好ましくないとの考えから、日本医師会としてあらためて義務化に強く反対した結果、機構としては医師少数県等での勤務は義務化しないこととなりました。

日本医師会としては、機構が冒頭に述べた本来の役割を適切に果たすとともに、ガバナンスの強化が図られるよう努めてまいる所存ですので、ご理解いただきたくお願い申し上げます。

なお、ご承知のとおり、総合診療領域については、専門研修の際に 6 か月以上、ある

いは 1 年以上のへき地・離島、被災地、医療資源に乏しい地域等での従事を課しています。しかし、これは「このような地域においても可能な限りの医療・ケアを率先して提供できる」ことが同領域の専門研修の到達目標とされているためであり、今回の更新の問題とは本質を異にすることを併せてご理解いただきますようお願い申し上げます。

## 医療を取り巻く課題に係る質問

医師会名：兵庫県医師会

[題名]	予防接種ワクチンの安定供給責任について
[質問内容] <p>新型コロナウイルスについてのワクチンの輸入が開始されるのに合わせて、2/14付けで緊急承認がなされ、その先行接種から住民接種に至る実施責任と経費負担は国が全面的に保証することとされているが、その必要量の確保と安定供給が前提である。</p> <p>平成26年に厚労省から通知された「予防接種に関する基本的な計画」によると、ワクチンの供給確保は、もともと国の役割と明記されており、定期接種等の実施主体が市町地区行政である法制度規定とは別問題である。</p> <p>しかるに、例えばこの間、日本脳炎ワクチンが某製造メーカーの都合で2月から安定供給ができなくなっており、他のワクチンメーカーが増産を図ると言われているが、安定供給には程遠い。例年のインフルエンザワクチンはもとより、乳幼児への早期接種が問われる他の定期接種ワクチンですら、脆弱な国内生産体制もあいまって毎年のように生産停止や供給不足に悩まされ、その都度、接種機関では、希望者に謝罪や説明を余儀なくされてきた。</p> <p>新型コロナワクチン以前に、毎年繰り返されるワクチン不足の現実があり、優れて「国家の危機管理責任」ともいえるワクチンの安定供給に関して、国はその責任を果たして来ていない状態に対して、日医の認識と対応をご提示いただきたい。</p>	

- ※ 800 字程度でお願いいたします。
- ※ 新型コロナウイルス感染症に関連する質問は除きます。
- ※ 質問は1問のみでお願いいたします。
- ※ 締切：令和3年2月19日（金）／送付先：soumu@po.med.or.jp
- ※ 本用紙（Word）は日本医師会文書管理システム「お知らせコーナー」に掲載しております

## 予防接種ワクチンの安定供給責任について

担当:釜范常任理事

### 【回答】

これまで厚生労働省は、定期接種のワクチンについては、医療機関における需要予測に対し、十分な製造予定量を確保し、メーカー、販社、卸に対して安定供給に対する協力要請を行っていると説明しています。しかし、実際には、製造工程でのトラブルや災害、需給予測の見込み違いなどにより必要なワクチンが迅速かつ安定的に供給されない事態が度々繰り返されています。

また、本会の予防接種・感染症危機管理対策委員会からは、国内のワクチン生産体制の脆弱さを指摘し、ワクチン製造から保管・供給にいたる流通体制の徹底した見直しと改善、民間企業への依存や輸入依存ではない、国としての体制整備についてご意見をいただいているところです。

定期接種は市区町村の事業であります。日本医師会としましても厚生労働省に対して、定期予防接種事業は感染症拡大防止の国の危機管理として捉え、国策として必要なワクチン量の確保、安定的な供給、不足や偏在の迅速な把握と速やかな状況の改善を強く申し入れてきました。また、ワクチン不足が生じ、増産を開始しても、実際に供給できるまでの時間がかかることから、生産ラインの拡充、備蓄量の積み増しなど、安定供給のための予算措置についても求めてきたところですが、予防接種・感染症危機管理対策委員会の検討を踏まえ、予防接種が滞りなく実施できるよう、国に対して引き続き強く要請してまいります。

また、地域ごとのワクチン需給状況を把握する仕組みが不十分であり、そのために需給状況と医療機関における不足感とのギャップが生じていると考えられることから、日本医師会では、「ワクチン納入状況報告システム」を 2019 年より稼働しています。同システムは日本医師会ホームページ([https://www.med.or.jp/doctor/kansen/vaccine\\_system/](https://www.med.or.jp/doctor/kansen/vaccine_system/))に掲載しておりますので、地域における定期接種のワクチン不足・偏在状況の共有し、その解決に向けた支援を図るため、本システムへ情報をお寄せいただきますようお願いいたします。

## 医療を取り巻く課題に係る質問

医師会名： 和歌山県 医師会

[題名]	日本医師会の「禁煙対策」について
<p>[質問内容] 古くて新しい問題と考えますが、タバコ（禁煙）について質問させていただきます。新型コロナ感染が世界中に拡大し始めた昨年3月末、衝撃のニュースが飛び込んできました。ある有名タレントの死亡です。発症から僅か12日間で亡くなりました。この進行の速さにはいろいろの要因があるかと思いますが、この方はヘビースモーカーであり、COPDを患っていたということです。</p> <p>振り返ってみますと、日医が「禁煙キャンペーン実施を宣言」したのは1999年（平成11年）でした。国民の健康を守る日医としては少し遅過ぎたと思っています。その後平成17年より私の所属する和歌山県の片田舎、日高医師会（御坊市他）では小学生への「喫煙防止出前授業」を始め、現在も続けています。その出前授業の感想文に毎年必ずと言っていい程出てくるのは「どうしてそんなに身体に悪いものを売っているの？」と言う質問です。</p> <p>やはりこれは政治（国会議員の責務は、国民の生命、財産、国益を守ることであり）との関係になってきます。日医として、もっとリーダーシップを持って政治家に訴えていくべきだと思います。</p> <p>禁煙政策は徐々に拡がりを見せていると思いますが、特に取り上げたい課題は、税金の問題で、JTへの出資を再考し、とりあえずタバコ代を引き上げる事、また「タバコ事業法」の監督官庁を財務省から厚労省に移すこと等も考えられます。今後も健康問題を中心に更なる対策が必要と考えます。</p> <p>禁煙対策について今後の日医の方針をお聞かせください。</p>	

- ※ 800字程度でお願いいたします。
- ※ 新型コロナウイルス感染症に関連する質問は除きます。
- ※ 質問は1問のみでお願いいたします。
- ※ 締切：令和3年2月19日（金）／送付先：soumu@po.med.or.jp
- ※ 本用紙（Word）は日本医師会文書管理システム「お知らせコーナー」に掲載しております

## 日本医師会の「禁煙対策」について

担当:羽鳥常任理事

### 【回答】

ご承知のとおり、たばこは肺がんをはじめとする様々ながんだけではなく、脳卒中や虚血性心疾患などの循環器疾患や COPD(慢性閉塞性肺疾患)などの呼吸器疾患、生活習慣病の糖尿病、認知症、更には歯周病など、多くの疾患の要因となっていることは科学的に証明されており、健康への影響は全身に及び極めて甚大です。

また、COPD(慢性閉塞性肺疾患)が、新型コロナウイルス感染症の重症化と予後不良のリスク因子であることから、世界保健機関(WHO)も喫煙により重症化のリスクが高まるとして、禁煙を強く推奨する声明を出しております。

本会の公衆衛生委員会においても、ウイルスの付着した手で口元に触れることや喫煙所も極めて危険な濃厚接触場所になることから、新型コロナウイルス感染症対策においても禁煙対策の必要性を広く社会に発信することの重要性を報告しています。

また、喫煙者の 90%は 10 代で喫煙を開始しており、たばこを依存性薬物と捉え、学校保健の薬物乱用防止の一環としての喫煙防止教育が重要であること、加熱式たばこも紙巻たばこと同様に喫煙・受動喫煙被害防止策が必要であると指摘しております。

日本医師会は、「国民の健康を守る専門家集団」として、国民の健康を第一に考え、これまで、国民に対しては禁煙や受動喫煙防止に関する声明の公表、各種啓発資料を作成するとともに、たばこ対策の強化・実現を政府に訴えてきました。

2017 年には、例外規定や特例を設けることなく受動喫煙の防止対策の強化・実現を目的とした署名活動を行い、264 万を超える署名の成果とともに厚生労働大臣に要望書を提出しました。

翌 2018 年 7 月には改正健康増進法が成立し、2020 年 4 月に全面施行されました。これにより多くの施設が「原則屋内全面禁煙」となり、一部の自治体では国の法律よりも厳しい規制の条例を制定しています。

わが国は「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」(FCTC)の批准国として、たばこ価格の引き上げによるたばこ規制が求められていますが、「製造たばこ」規制の強化・たばこ税引上げの検討が十分に進んでいるとはいえない状況です。

本会では、医療に関する税制要望の中で疾病予防の観点からのたばこ税の引き上げ

を強く要望してきましたが、更なる税率の引き上げを引き続き要請してまいります。

一方で、ご質問にありますとおり、たばこ事業法は、たばこ産業の発展と財政収入の安定を目的として、政府の日本たばこ産業株式会社の株式保有を規定し、財務省が所管しています。たばこ事業法のあり方の見直し等は、本会としましても、わが国における禁煙推進において重要な観点であると考えます。

また、禁煙教育については、学習指導要領においても、喫煙は心身に様々な影響を与え、健康を損なう原因となると明記されています。学校における喫煙防止教育、禁煙教育の推進が重要であります。

日本医師会では、禁煙推進活動の一環として、医師自らが範を示すことの重要性に鑑み、2000年より「日本医師会員喫煙意識調査」を、4年毎に継続的に実施し、会員の喫煙率は2000年の第1回調査時(男性医師は27.1%、女性医師は6.8%)に対して、2020年の調査では男性医師10.9%、女性医師2.4%まで有意に減少しています。

健康被害の防止と予防を訴えることは医師の務めであります。また、禁煙治療を提供できる医療者のサポートが極めて重要であり、さらには未成年者に対する禁煙教育の推進が必要であります。

日本医師会としましては、わが国におけるたばこ対策が前に進むよう、国へのさらなるたばこ対策の強化・実現に向けた施策を強く求めるとともに、広報・啓発活動に取り組んでまいりますので、引き続きご協力いただきますようよろしくお願いいたします。

日本医師会の主な取り組み	
2000年	「第1回日本医師会員喫煙意識調査」を実施 4年毎に継続調査
2003年	「禁煙推進に関する日本医師会宣言(禁煙日医宣言)」を公表
2008年	「禁煙に関する声明文」を公表 「たばこ税の引上げに関する意見書」を国会へ提出
2012年	リフレット「『受動喫煙ゼロ宣言』～子どもたちを受動喫煙から守るために～」を作成
2016年	「2020年の東京オリンピック・パラリンピック競技大会の成功に向けて屋内完全禁煙とする包括的受動喫煙防止法・条例制定の要望書」を総理大臣、他へ提出
2017年	「受動喫煙の防止対策を強化・実現するための署名活動」を実施 厚労大臣に要望書を提出
2018年	東京・渋谷スクランブル交差点で受動喫煙防止に関する動画を放映 「COPD(慢性閉塞性肺疾患)早期発見に関する要望」およびたばこパッケージの警告表示の修正要望を厚労大臣、財務大臣に提出
2020年	「第6回日本医師会員喫煙意識調査」を実施



## 産業医活動(研修会・組織化)の日医の方針について

担当:神村常任理事

### 【回答】

日本医師会の認定産業医制度では、都道府県医師会や郡市区医師会のご理解とご協力のもと、研修会の質向上とともに出席管理などの厳格な運用により社会的評価の向上に努めてまいりました。産業医の研修受講ニーズに応えることは、産業医の資質や意欲の向上につながり、認定産業医制度の根幹をなすものと認識しております。

これまでも、時間的制約や地理的条件のために研修会受講が著しく困難な受講者の利便性の向上を図るべく、平成 24 年から日医テレビ会議システムを活用してまいりました。このシステムでメイン会場とサテライト会場をオンラインで結び、各サテライト会場に受講管理者を配置した集合型研修を開催してまいりました。今般の新型コロナ感染拡大により、多くの集合型研修会が延期または中止あるいは受講人数が制限されましたが、従来のテレビ会議システムもオンラインではありながら集合形式であったため、コロナ下での十分な活用ができませんでした。

これに対し、現在開発を進めている日本医師会の新たな Web 研修システムは、オンラインで取得できる単位数に制限はありますが、個人のパソコンからも参加でき、本人確認や受講確認を可能とし、画像や音声の質も研修として満足のできる方式を目指しております。システム導入時期は順次ご案内いたしますので各医師会におかれましてはご活用をお願いいたします。

産業医の組織化の取り組みにつきましては、前期委員会答申でご提言いただいた 5 つの事業、すなわち「スキルアップ」「情報提供」「相談対応」「事業場紹介」「活動支援」がその根幹をなすものです。こうした組織化に関わる事業を一致協力して進めるために、令和 2 年度に日本産業衛生学会、産業医科大学、産業医学振興財団、労働者健康安全機構、中央労働災害防止協会等の産業保健関連団体と連携して全国医師会産業医部会連絡協議会を開催しました。

本年度からは地区医師会に向けての「活動支援」として、埼玉県医師会と東京都医師会のご理解とご協力のもと産業医契約等支援モデル事業を開始しております。このモデル事業では優良な民間紹介事業者を活用した「事業場紹介」や経験豊富な会員産業医による「相談対応」が計画されております。また、「スキルアップ」「情報提供」として全国医

師会産業医部会連絡協議会のホームページをこの春から開設し、研修会情報等、産業医活動に必要な情報を発信する予定です。

日本医師会の考える産業医の組織化の目的は、産業医の地位向上・資質向上に向けた取り組みを体系立てて実施し、全国各地で奮闘されている産業医の直面する問題の解決に向け、組織的に活動支援をすることです。そのためには各地の医師会の産業保健に係る部会や委員会を基盤とし、さらに日本産業衛生学会や産業保健関連団体との連携を図ってまいります。本会では、経済界・産業界からの産業医活動への期待が高まってきていることも認識しておりますが、これまで本会が推進してきた地域医療の一環としての産業医活動を、今後ともさらに推進してまいります。個々の産業医の先生方には組織化を認識しづらいことも承知しておりますが、この包括的な観点には日本医師会なればこそその役割と考えております。

本会では、各地において産業医の不足に悩む医師会もあることを認識しており、様々なご意見をいただきつつ、産業保健の役割を果たし社会に提供することを目指しております。各医師会におかれましては、これまでの産業保健関連の部会等の活動との調和を図りながら、新たな組織化にご理解とご協力を賜りますことをお願い申し上げます。

## 医療を取り巻く課題に係る質問

医師会名： 山口県医師会

[題 名]	オンライン資格確認について
<p>[質問内容]</p> <p>本年3月よりオンライン資格確認が開始されるが、現時点(1月末)でポータルサイトアカウント登録率は、病院 54.6%、診療所 29.2%となっておりカードリーダーの申込率は各々31.7%、16.5%と漸増しているものの低調であり、当初予定の6割には遠く及ばない。様子見の状態である。</p> <p>その基となるマイナンバーカードの交付枚数も3,076万枚と当初計画の6~7000万枚の半分程度で、公務員への強制取得やマイナポイント等のキャンペーンによっても交付枚数率はやっと24%程度である。そのため運転免許証とマイナンバーカードとの一体化の前倒しや、健康保険証の廃止も取りざたされているが、予定通り進捗しない最大の理由は、個人情報への過剰な収集や紐付けによるプライバシーの侵害や情報漏洩の危惧であり、何より国民の側にオンライン社会への根強い不信感があるからではないのか？</p> <p>オンライン資格確認システムでも、今度は医療機関間での患者の具体的な医療情報を共有するシステム作りで新たな波紋が広がっている。災害時の医療継続等の尤もらしいメリットが挙げられているが、このような高度な個人情報の集中管理が行われれば、情報漏洩が発生した場合には秘匿性の高い個人情報が丸裸となってしまう。利便性や効率を謳う前に、その根本として個人の情報管理主義が確立されるべきであり、個人による情報の抹消請求権が保障されて然るべきと考える。管理側の視点ばかりで事が進めば、医師と患者の関係にも影響を及ぼすのは当然である。</p> <p>政府はオンライン資格確認の普及を促すため、その対応策として医療関係団体への更なる働きかけ等を掲げている。2年前の日医代議員会において、日医はオンライン資格確認義務化も、保険証のマイナンバーカードへの一本化も断固反対と表明されているが、今後もその方針に変わりはないか。政府の計画する「2年後に概ねすべての医療機関での導入」もあり得ないとして良いのか、お考えをお聞かせ頂きたい。</p>	

## オンライン資格確認について

担当:長島常任理事

### 【回答】

日本医師会は、国が進めるオンライン資格確認システムは、資格確認の機能だけでは医療機関のメリットは小さいが、本システムにより形成される全国の医療機関を結ぶネットワークは、今後の医療を支える重要な基盤となると考え、医療現場に極力負担をかけないことを条件に、普及推進に協力しております。

日本医師会は、医療機関に対するオンライン資格確認対応の義務化は、対応を希望しない医療機関にとって大きな負担となるため、反対いたします。また、従来の健康保険証からマイナンバーカードによるオンライン資格確認への強制的な一本化につきましても、結果的に、医療機関の実質的な対応義務化などの負担につながるため、反対いたします。この方針は、今後も変わりはありません。

次に、ご指摘の通り、国のスケジュールでは、オンライン資格確認システム稼働開始の2年後、つまり令和5年3月までに概ね全ての医療機関での導入を目指すという、高い目標値が設定されていますが、土壇場になって本格稼働開始時期が先延ばしとなったこともあり、現状のままでは、実現は難しいと予想されます。

その大きな理由の一つは、ご指摘の通り、マイナンバーカード自体の普及が、国の当初計画通りに進まず、交付率は26.5%(3月4日現在)とまだ低いことです。マイナンバーカードを持参する患者が少ないままでは、医療機関としても、システム導入の意義が感じられません。

もう一つの理由は、現在は、導入予定の医療機関が多くないことです。日本医師会と医療機器センターが本年1月に合同で行った「医療機関の情報システムの管理体制に関する実態調査」の結果では、回答のあった約3,000の医療機関において、「令和3年3月に導入予定である」21.0%、「令和3年3月には導入しないが、補助金の申請期限(令和5年3月31日)までには導入予定である」31.4%であり、導入予定は、合わせて52.4%でした。

日本医師会としては、導入を希望する医療機関においても、大きな負担なく導入できる状況になってから対応いただくことを勧めており、国の目標値実現に協力するために、

導入を急がせるつもりは全くありません。導入や維持の費用、作業の手間の負担、システムへの安心感などの点で医療機関が導入しやすい状況づくりを国に働きかけ、その結果として、導入が増えることを目指します。

また、ご指摘の通り、オンライン資格確認システムにおいて、個人情報の保護が大変重要であると考えます。日本医師会として、個人情報保護が徹底されるように、国に対し強く働きかけてまいります。

## 医療を取り巻く課題に係る質問

医師会名： 徳島県医師会

[題 名]	有床診療所の減少に歯止めをかけるために、次世代に向けた対策・発信について
<p>[質問内容]日本医師会ではこれまで会内において「診療所に関する検討委員会」設置、さらに「有床診療所委員会」と発展させて検討を重ねるとともに、日医総研での精緻な分析を併せて有床診療所の抱える様々な問題に取り組み、提言を発信していただいていたところである。</p> <p>昨年、有床診療所委員会が会長諮問「中長期的に見た、地域における有床診療所のあり方について」に対して検討結果を取りまとめた答申を提出した。その中で、1人医師による24時間地域医療を守ってきた有床診療所が消滅の危機に瀕していることから、若い世代がやりがいを感じるような魅力ある有床診療所の姿が見える新たな環境づくりが必要であることが述べられている。</p> <p>有床診療所の減少に歯止めをかけるためには、有床診療所の形態を持って頑張りたいと考えている医師の新規開院や、第三者による既存有床診療所への事業承継促進を進めなければならないが、認可や承継時のハードルが高いと考えられているようである。</p> <p>また、地域の数少ない入院施設の役割を担っている有床診療所に多い24時間1人医師体制は精神的・肉体的負担が大きく、働き方改革が大きく取り上げられている現在において次世代の医師への承継は難しいと考えられるため、複数医師制をもっと取りやすくなるような更なる環境づくり・支援が必要である。</p> <p>地域包括ケアシステムの中で今後も重要な役割が期待される有床診療所を地域で存続させるための日本医師会のお考えをお聞きするとともに、更なる力添えをぜひお願いしたい。</p>	

- ※ 800字程度でお願いいたします。
- ※ 新型コロナウイルス感染症に関連する質問は除きます。
- ※ 質問は1問のみでお願いいたします。
- ※ 締切：令和3年2月19日（金）／送付先：soumu@po.med.or.jp
- ※ 本用紙（Word）は日本医師会文書管理システム「お知らせコーナー」に掲載しております

有床診療所の減少に歯止めをかけるために、次世代に向けた対策・発言について

担当:神村常任理事

【回答】

有床診療所につきましては、日本医師会では、全国各地の地域包括ケアシステムのなかにあつて、地域住民に身近なかかりつけ医機能と入院機能を持つ極めて重要な施設と位置付けております。人口変動と高齢化や独居世帯の増加、医師の偏在が課題とされる中で、有床診療所によってかかりつけ医機能を中心とした医療提供体制や地域包括ケアシステムの構築がなされることは、地域住民や患者への大きな安心感をもたらし、それぞれの地域医療を継続させ次世代へと引き継いでいく根幹であると確信しております。

しかしながら、そのような各地の有床診療所の施設数は、閉院または無床化によって減少傾向にあり、歯止めをかけることが急務です。会内の有床診療所委員会では齋藤義郎委員長の下、令和2年2月に、地域包括ケアシステムにおける有床診療所の役割や専門医療、有床診療所の承継についての答申をご提出いただきましたが、日本医師会としてもそれらのご提案に沿った対応を全面的に検討してまいります。

ご指摘の新規の開院や増床につきましては、地域包括ケアシステムにおいて一定の役割を果たすと期待できる有床診療所の特例的な手続が可能とされております。それぞれの地域医療構想調整会議で地域のニーズを踏まえて協議していただくプロセスを必要としますが、この特例による開設等については自治体や医療機関への徹底した周知が改めて必要と考えております。

また、第三者への事業承継につきましては、相談ができ紹介斡旋も可能とする事業承継バンクのような組織など、多くの課題がございますが、日本医師会としても適切に検討してまいります。

ご質問の題名にある「次世代に向けた対策・発信」ですが、まずは、働き手である若手の医師(医学部生を含む)に、有床診療所の果たしている役割について理解して頂くことが重要と考えます。なお、日本医師会が発行する医学生向けの情報誌「ドクターゼ」に掲載するなどの周知活動を進めているところです。

これまで有床診療所の多くは一人医師で24時間地域医療を守ってこられました。住民の身近にある有床診療所は、感染症の感染拡大時にも感染症以外の疾患の入院に対

応することで、急性期病院を支えることができます。しかし、医師の高齢化や昨今の働き方改革の進捗も考えますと、複数医師体制の推進が欠かせません。また、安定した経営基盤のために入院基本料等の診療報酬の適切な手当も欠かせないと認識しております。

日本医師会では有床診療所の各種データの収集と分析を継続的に行い、関係各所に情報提供を行っているところです。有床診療所の現状に鑑み、地域医療そして地域包括ケアシステムの中でさらなる役割を果たしていただけるよう全力で支援して参りたいと存じます。

## 医療を取り巻く課題に係る質問

医師会名： 福岡県医師会

[題 名]	医師の働き方改革—日本医師会が考える「評価機能（仮称）」の役割
<p>[質問内容]</p> <p>医師の働き方改革は度重なる国の検討会を経て、医師の健康確保と地域医療の確保の両立を模索し今日に至っており、改革自体を否定するものではない。</p> <p>しかし、100年に1回といわれる新型コロナウイルス感染症によるパンデミックはこの時期に想定されておらず、統計の元となった2回の10万人調査も新型コロナウイルスによる影響が出る前のものである。2020年以降全ての医療機関は新型コロナウイルス対応に集中し、献身的に診療にあたっており、人的にも経営的にも疲弊し極度に追い詰められた状態にある。本来、働き方改革は平時に行われるべき改革であり、このまま改革を推し進めると地域医療は更なる崩壊に向かうと考えられる。</p> <p>現在の日本の医療は医療機関及び医師相互の網目のような連携により成り立っており、今回の改革では、医師の派遣元となる大学や基幹病院による連携（副業・兼業）を妨げることがないように連携B水準が創設されたが、現状では大学病院の半数以下しか申請予定がなく、基幹病院に至ってはデータがなく不明である。このままでは、派遣止めや派遣切りが起これ、地域の救急医療、休日急患センターの運営や病院の宿日直体制に多大な支障が出てくるのが容易に考えられる。</p> <p>また、国の検討会では医師の労働時間短縮には宿日直許可基準の取得が最重要とされているが、許可を出す労働基準監督署においては、いわゆる寝当直の病院に対し許可を与える手順さえ定まっておらず準備が全く整っていない。本会としても、取得手順の明確化及び地域医療構想において各医療機関が担う機能を考慮した早急な対応を労働行政に要望しているところである。</p> <p>日本医師会は、新型コロナウイルス感染症の影響で医療現場が厳しい環境にあるからこそ、本改革を推進すべきであるとの見解を示されており、労働時間短縮への取り組みの分析、評価のための「評価機能」（仮称）の設置を進めているのは、このような労働行政との齟齬を解消するための取組みの一つであるという説明も伺った。</p> <p>今後、医師の働き方改革のための評価機能がどのような役割を担い現場に即した改革に取り組んでいくのか、日本医師会の方策を伺いたい。</p>	

- ※ 800字程度でお願いいたします。
- ※ 新型コロナウイルス感染症に関連する質問は除きます。
- ※ 質問は1問のみでお願いいたします。
- ※ 締切：令和3年2月19日（金）／送付先：soumu@po.med.or.jp
- ※ 本用紙（Word）は日本医師会文書管理システム「お知らせコーナー」に掲載しております

## 医師の働き方改革－日本医師会が考える「評価機能(仮称)」の役割

担当:松本常任理事

### 【回答】

今回ご質問のありました、労働時間短縮への取り組みの分析、評価のための評価機能の役割や現場に即した改革に取り組むことについてお答えします。

御指摘の通り医師の働き方改革は「地域医療を守り、勤務医の健康確保を行う」ためのものです。そして評価の本来の役割は、労働時間短縮への取り組みを行う医療機関に対して取り締まったり、罰則を与えるものではなく、評価機能は体制が整備されていない医療機関に対し、取り組みの支援を行っていくものと考えております。

労働時間の短縮の取組は、医師が時間外労働時間年 960 時間を超えて医療機関で働く場合に必要となり、取組の分析・評価は地域医療提供体制に大きな影響を及ぼします。

評価機能は、極めて公益性が高く大がかりな事業であり、以下のような視点が必要と考えています。

①評価機能は、医師の働き方改革により地域医療が崩壊しないように医療の現場に精通している組織が行うこと。②評価機能は、評価するために必要な多岐にわたる知見があり、地域医療をしっかりと把握している組織が行うこと。③評価機能は、各地域の医療機関の事情を良く知る都道府県医師会や病院団体等との連携により、全国をカバーできる体制を有する組織が行うこと。④評価機能は、評価を実施するサーベイヤーを委嘱するにあたって、医療現場と地域医療の事情を熟知している者を選定することができる組織が行うこと。

①から④を満たす組織として、組織基盤と財政基盤が整っている日本医師会がその役割を担うのが相応しいと考えております。すでに昨年 5 月の理事会にて、評価機能に日本医師会が手を挙げることを組織決定させていただきました。

以下、いただいたご懸念にお答えします。

まず、「働き方改革は平時に行われるべき改革である」とのご指摘についてです。

今回ご指摘のとおり、医師の働き方に関し国の 10 万人調査が実施されたのはコロナ禍の影響が出る前です。

したがって、コロナ禍の影響で特に一部の診療科を中心に医療機関の現場が疲弊して

いるため、2024年4月からの時間外労働時間規制の導入を見送るべきとの意見を厚生労働省の検討会に提出するには、コロナ禍の影響で医師の労働時間が増えている、あるいは時間外労働年1860時間以上の医師が増えている、もしくは医師派遣による地域医療支援に重大な支障をきたしているといったデータも示す必要があります。

しかし、日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会が実施した「新型コロナウイルス感染拡大による病院経営状況の調査」結果(2020年度第3四半期)を見ますと、救急受入件数や時間外労働月80時間以上の医師の人数が2019年度同期と比較するとむしろ減少しています。そのため、現時点で改めて医師の働き方に関する大規模調査を実施することの影響は未知数でもあり、結果に対する大きな懸念もあります。

また、国の検討会においては、コロナ禍の状況であっても決められたスケジュールは少しずつでも進めるべきであるとの勤務医の意見があることも事実です。

コロナ禍での働き方は災害時の特例に当たるのではないか、という考え方があります。これに対して、厚生労働省は現在のコロナ禍の状況下での労働時間について、労働基準法第33条第1項の、災害その他避けることのできない事由で、臨時の必要がある場合に、使用者が、行政官庁の許可を受けて、その必要の限度において労働時間を延長したり休日労働させることを認める要件に該当し得ると示しており、一定程度柔軟に対処できる部分があります。

医師の働き方改革について、現状では取り組むべきことは少しずつ進めていく必要があります。もちろん、結論ありきで当初の予定通りに開始しようと拙速な議論になることだけは避けなくてはなりません。

コロナ禍の影響により勤務医の長時間労働が改善せず、時間外労働時間が年1860時間以上の医師の減少が見込まれない場合や、大学病院からの医師派遣に大きな影響が出る可能性がある場合には、改めて調査を実施し、エビデンスを集積・検証すべきです。その結果、地域医療提供体制に影響が出ていることが判明した場合、日本医師会としてはスケジュールを見直さなければならないと考えております。その議論に際しては現場の勤務医の様々な意見をくみ取ることも求められます。

次に「大学や基幹病院による副業・兼業について」です。

地域医療提供体制の維持のため、大学や基幹病院からの医師派遣は極めて重要です。一方で、大学病院や基幹病院では、派遣された医師の自己申告をベースに自院を含めた労働時間の把握を行う仕組みを整えていただくことが必要です。

全ての大学病院は地域医療支援という重要な機能を持っており、B水準もしくは連携B水準を担うことが必要です。併せて医療水準の維持向上のためにC-1水準とC-2水準も担うことが必要です。そのためには、日本医師会から厚生労働省に対し、文部科学省と連携し大学病院における新制度の理解浸透に取り組むよう強く要請を行うとともに、日本医師会から全国医学部長病院長会議に対し、副業・兼業が継続でき、派遣している医師を引き上げることが起こらないように、直接要請を行ってまいります。都道府県医師会におかれましても、同様に行政と連携し地元の大学病院に対して要請をお願いします。

次に、「宿日直許可の取得について」です。

日本医師会が、すでに宿日直許可に必要な書類等、取得手順の統一を厚生労働省に申し入れた結果、厚生労働省で改善に向けた検討に着手し、書式の統一もされました。また、日本医師会は病院団体、日本産婦人科医会などの各医会、社会保険労務士会、全国有床診療所連絡協議会と連携し、宿日直の許可取得の推進と事例収集を進めております。

各医療機関においては、自分の医療機関の体制の工夫を積極的に検討し、できる限り宿日直許可を取得していただきたいと考えております。また、労働基準行政は指導行政という位置づけであるべきであり、地域医療の状況を鑑み、病院の宿日直の取扱い等について、弾力的・謙抑的な運用をするように引き続き要請してまいります。

最後に、医師の働き方改革に関して、日本医師会は今後とも都道府県医師会と連携しながら医療現場の実態を把握し、関係各位のご意見を賜り、地域医療をしっかりと守るために慎重に取り組んでまいります。

# 医療を取り巻く課題に係る質問

医師会名： 長 崎 県 医 師 会

【 題 名 】	「オンライン診療」の問題点と今後のあり方について
<p>【質問内容】</p> <p>新型コロナウイルス感染の拡大を受け、時限的措置（特例措置）として対象疾患を問わず、初診からのオンライン診療が可能となった。然しながら、厚労省「第11回オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」において、時限的措置であったにも拘わらず、今後のオンライン診療のあり方について、安全性と信頼性をベースに、初診を含めオンライン診療は原則解禁するとの指針が示されている。</p> <p>オンライン診療を全面的に否定するものではなく、離島・僻地等医療提供が困難な地域での利用や、在宅医療又専門医との継続的な連携が必要な患者さんの病診連携等、オンライン診療が適切に行われることで地域医療に寄与する事は考えられるが、日本医師会も主張されているようにあくまでも対面診療が原則であり、補完する為のオンライン診療であるべきと考える。</p> <p>問題の多い初診での対応、不適切な医療提供の防止、患者・医師のなりすまし防止等のセキュリティの確保、ITネットワーク等の環境整備等の準備を同時に行いながら、オンライン診療への取り組みは進めていくべきものとする。また、ビジネスチャンスとして多くの営利業者が参入しており、医療機関に対し不要な過度の投資をすすめたり、ビジネスとしてのオンライン診療参入に対しては断固反対し阻止すべきであるとする。</p> <p>オンライン診療の推進に当たっては、地域医療及び地域の医療機関を守る事を前提に医療的立場から日本医師会が積極的に意見を発信し、不適切な事項に対しては断固阻止する事が必要と考える。</p> <p>オンライン診療に対する、日本医師会の考え方と、今後オンライン診療をどのように進めていくべきか問題点を含めてお考えをお聞かせください</p>	

※ 800字程度でお願いいたします。

※ 新型コロナウイルス感染症に関連する質問は除きます。

※ 質問は1問のみでお願いいたします。

※ 締切：令和3年2月19日（金）／送付先：soumu@po.med.or.jp

※ 本用紙（Word）は日本医師会文書管理システム「お知らせコーナー」に掲載しております

## 「オンライン診療」の問題点と今後のあり方について

担当:長島常任理事

### 【回答】

長崎県医師会からいただいたご指摘及びご意見につきましては、まさしくその通りであり、日本医師会も同じ考えです。

オンライン診療に対する日本医師会の考え方は、昨年10月28日の記者会見で中川会長が説明いたしましたが、今後も、その内容に従い、オンライン診療を進めていくべきと考えております。基本的スタンスは、下記の通りです。

-----  
・ICT、デジタル技術など技術革新の成果をもって、医療の安全性、有効性、生産性を高める方向を目指す。

・オンライン診療については、解決困難な要因によって、医療機関へのアクセスが制限されている場合、オンライン診療で補完していくことを支援する。

・新型コロナウイルス感染症拡大下でのオンライン診療にかかる時限的・特例的対応については、すでに検討会で検証が行われつつあるので、その結果をしっかりと踏まえることを要請する。

-----  
ご指摘の通り、へき地・離島、医療資源の少ない地域、難病・小児慢性疾患、在宅医療などは、上記の「解決困難な要因によって、医療機関へのアクセスが制限されている場合」に該当し、かかりつけ医の判断により、オンライン診療を適切に組み合わせることで、地域医療に寄与するものと、日本医師会でも考えております。

ご指摘いただいた問題点に対しては、以下の方針で、対応してまいります。

初診に関しては、昨年10月8日の、いわゆる三大臣による合意と厚生労働大臣の会見により、安全性と信頼性を前提として、オンライン診療は実施されることとされました。これを踏まえ、オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会において、初診のオンライン診療を適切に実施するための安全性と信頼性について検討することになりました。

この安全性と信頼性は、日頃から患者のことを診察しているかかりつけ医が、医学的に可能と判断した場合に、患者との合意のもとに行うことで担保されるべきです。

よって「新患」、つまり受診歴がなく、かつかかりつけ医からの情報提供もない患者に対してはオンライン診療を認めるべきではありません。

不適切な医療提供の防止のためには、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の周知徹底と、医師に対しては、厚生労働省の「オンライン診療を行う医師向けの研修」の受講が義務化されていますので、こちらも周知徹底を図ります。

患者・医師のなりすまし防止等のセキュリティの確保のために、医師は、医師資格証（HPKI カード）のアナログ・デジタル両面での活用を求めます。患者には、写真付きの証明書の提示による本人証明を求めます。

そして、オンライン診療のシステム事業者には、患者のなりすましを防止できるなど高いセキュリティを持つシステムの提供を求めます。また、機能、価格、セキュリティ対策などの情報の公開を求め、日本医師会でそれを取りまとめ、比較検討できる形で情報提供いたします。

さらに、医療機関のセキュリティ確保には、国に対し、データヘルス改革を進める中で公的な支援を求めます。

そして、診療報酬は施設基準、算定要件が課されていますが、自由診療にはそれに相当する規制がありません。従って、自由診療に対しても、「指針」あるいは別の規定による厳格な運用を行うよう国に要請いたします。

オンライン診療の推進に当たって、日本医師会は、ご提言の通り、地域医療及び地域の医療機関を守るために、医療的立場から積極的に意見を発信し、国へ対応を求めてまいりますので、今後とも、ご支援ご協力をよろしくお願いいたします。

表：指針と時限的・特例的事務連絡の違い

	初診の定義	初診からのオンライン診療の実施	初診からのオンライン診療での処方	対象疾患
オンライン診療の適切な実施に関する指針 (令和元年7月改訂)	初めて診察を行うこという。継続的に診療している場合においても、新たな症状等(ただし、既に診断されている疾患から予測された症状等を除く。)に対する診察を行う場合や、疾患が治癒した後又は治療が長期間中断した後再度同一疾患について診察する場合も、「初診」に含まれる。なお、指針における「初診」と、診療報酬における「初診料」は必ずしも一致しない。(※1)	原則不可。 (例外的に可能な場合を明示)	原則不可。 速やかな受診が困難な患者に対して、発症が容易に予測される症状の変化に対しては、あらかじめ診療計画に記載している場合に限り処方が可能。	明示での制限なし。 ただし原則対面診療を行った上で、医師がオンラインでの診察が可能と判断した疾患に限られる。事前に診療計画の作成が必要。 また、急病急変患者に対しては、オンライン診療の実施は原則不可。
新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的事務連絡 (令和2年4月10日発出)	”	可能。	原則可。 麻薬及び向精神薬、及び安全管理が必要な医薬品(いわゆる「ハイリスク薬」)の処方は不可。 日数は7日間で上限。	制限なし。 適していない症状や疾病等、不利益、急病急変時の対応方針等について、患者へ十分な情報を提供し、説明内容について診療録に記載することとされている。

(※1)参考：令和元年7月31日「「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に関するQ&Aについて」の改訂について(Q4)

## 医療を取り巻く課題に係る質問

医師会名： 熊本県医師会

[題 名]	保健所機能の強化
<p>[質問内容]</p> <p>小泉改革以降、行政改革の波に押し流されるように、医療保健分野にも定員削減が進められた結果、今回の事態に対応できない場面が多々見うけられる。例えば、神奈川県などではクラスター発生源の追跡調査を既に断念したと云われている。</p> <p>今後様々の事態（新型コロナウイルスに限らず）が考えられ、例えば種々の新型伝染病や生物兵器テロも含まれる。国民の健康を守る、保健所機能の強化が急がれる。その為①正規職員の採用を急ぐ②保健所数を増やす、などが必要と思われるが日医の見解をお尋ねしたい。</p>	

- ※ 800字程度でお願いいたします。
- ※ 新型コロナウイルス感染症に関連する質問は除きます。
- ※ 質問は1問のみでお願いいたします。
- ※ 締切：令和3年2月19日（金）／送付先：soumu@po.med.or.jp
- ※ 本用紙（Word）は日本医師会文書管理システム「お知らせコーナー」に掲載しております

## 保健所機能の強化

担当:釜范常任理事

### 【回答】

保健所は地域における公衆衛生を守る基本であり、住民の健康危機管理の拠点として重要な役割を担っていることは言を俟ちません。

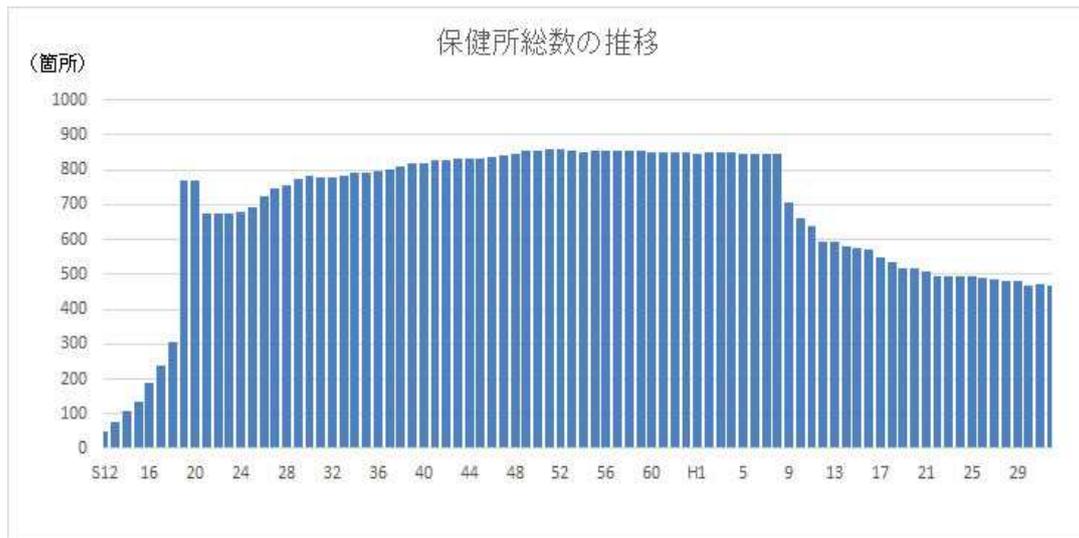
今般の新型コロナウイルス感染症への対応においても、当初より、帰国者・接触者相談センター、検査の調整、感染者の行動調査、接触者の確認、入院や宿泊療養の調整、健康観察などに尽力いただいているところです。新型コロナウイルス感染症対策専門家会議「新型コロナウイルス感染症対策の状況分析・提言」(令和2年5月29日)においても、全国に整備された保健所を中心とした地域の公衆衛生水準が高いことが、わが国での同感染症の感染者数・死亡者数が低水準であることの主な理由として挙げられています。

一方で、全国の保健所設置数は減少の一途を辿っており、1994年に847か所であったに対し2020年には469か所、職員数も1995年の34,004人から2017年には27,902人と激減しています。保健所職員は新型コロナウイルス感染症の対応で疲弊し、全国的にも積極的疫学調査の対象範囲の縮小を迫られるなど、これまでの保健所機能を縮小してきた弊害が露呈しました。前述の専門家会議の提言においても、保健所の体制強化が必要であるとされております。

現在、新型コロナウイルス感染症のような新興感染症等の感染拡大時には、広く一般の医療提供体制にも大きな影響が及ぶことを前提に、必要な対応が機動的に講じられるよう、感染症法の「予防計画」と、医療法の「医療計画」との間で整合性を確保しつつ、行政と医療関係者等が連携した取組を進めていく必要があるとして、国の関係審議会での検討が進められているところです。

ご指摘のように感染症の流行や災害時等の有事においては、保健所や医療提供には、日常に加えてその対応が必要となるため、平時より余力を持った体制を構築しておく必要があります。

本会といたしましても、地域の公衆衛生を守る基本である保健所の設置数と職員の増強など、保健所機能の強化、拡充について、国に対して引き続き強く要請してまいります。



(全国保健所長会ホームページより)

## 医療を取り巻く課題に係る質問

医師会名：大分県医師会

[題名]	診療報酬明細書（レセプト）のコンピューター審査の問題点について
<p>[質問内容]</p> <p>毎月医療機関から提出される診療報酬明細書（レセプト）は国保連合会や支払基金などで審査を受けている。それぞれの審査機関では各分野の経験豊富な医師が審査員となりレセプトの内容を点検し必要な審査を行っている。</p> <p>審査員は自身の経験や基準に照らし合わせて適正な審査を行っているが、実際の臨床現場での必要性や緊急性も考慮し、ある程度柔軟な審査を行う事も少なくない。しかしこれにより、審査員や審査支部の差異が起こるといふ弊害も生じている。</p> <p>現在、事務作業の効率化を図るためにレセプトの電子化が進み、審査も一部コンピューターで代替することを目指している。これにより審査員や支部の差異が消失し、審査が公平に行われると歓迎する向きもあるようだが、審査の基準が中央で一元化され画一的な審査が行われる懸念もある。人間による審査ではその判断に一定のグレーゾーンが存在することは避けられないが、データが集約され統一した審査が始まれば、より厳格な委員や支部に集約されることになるであろう。</p> <p>実際の現場で行われる医療行為に対し、その審査の判断には一定のグレーゾーンは必要な存在であり、これを集約しようとする考えは結果として医師の裁量権が阻害されることになると思われる。</p> <p>診療報酬明細書（レセプト）のコンピューター審査について、日医の考えをお聞かせ願いたい。</p>	

- ※ 800字程度でお願いいたします。
- ※ 新型コロナウイルス感染症に関連する質問は除きます。
- ※ 質問は1問のみでお願いいたします。
- ※ 締切：令和3年2月19日（金）／送付先：soumu@po.med.or.jp
- ※ 本用紙（Word）は日本医師会文書管理システム「お知らせコーナー」に掲載しております

## 診療報酬明細書(レセプト)のコンピュータ審査の問題点について

担当:松本常任理事

### 【回答】

すべてのレセプトを目視で審査することは物理的に不可能であるため、審査すべきレセプトを抽出するのがコンピュータ・チェックです。審査の前に点数表の告示・通知等の算定ルールに基づくチェックを行うことにより、全レセプトの7割程度がコンピュータ・チェックのみで完結しています。これは提出されるレセプトのほとんどがルールに基づく適正なものであることを証明しています。

コンピュータ・チェックはあくまでも審査の補助を行うものであり、審査自体は、患者の病状・容態を推しはかった上で、個々のレセプトに即して、その診療行為が保険診療ルールに合致するか否か、審査委員の先生方の臨床経験や専門的知識に基づいて判断されています。

つまり、コンピュータが医学的な判断を行うことはなく、今後AIが導入されたとしてもその考え方は変わりません。コンピュータはあくまでチェックするだけで審査を行うことはありません。患者の命を守るために臨床現場で行われる治療行為は、患者の個別性を踏まえた医学的判断の下に行われているため、審査においても医学的判断が尊重されており、これは今後とも非常に重要なことでもあります。

ご指摘のとおり、一定のグレーゾーンは不可避であります。

医療は患者の年齢や性別、病態、病期、合併症の有無など極めて個別性の高いものであり、審査も簡単に基準を統一できるような類のものではありません。説明のつかない差異は解消すべきと考えますが、これについては支払基金や国保連において、すでに差異解消の取組が行われています。一定の見解がとりまとめられた事例は全国的な統一が図られ、支払基金・国保連間で情報共有もされています。また、各地域では医師会主導のもと、支払基金・国保連との相談の場があり、関係者の努力により、差異は徐々に解消しているものと理解しております。

医療の地域性等も考慮すると、差異解消は地域で相談して解決していくことが大変重要だと考えています。日本医師会としては、中央からの命令によって効率性のみを重視した審査基準の統一が行われないう、また、医師の裁量が阻害されるような画一的な審査基準とならないように、引き続き強く主張してまいります。

## 医療を取り巻く課題に係る質問

医師会名：鹿児島県医師会

[題名]	今後の医業経営について
<p>新型コロナウイルス感染症の影響による医療機関の医業経営状況は、非常に厳しい状況であり、特に小児科と耳鼻咽喉科においては逼迫しているところである。来年度においてもこの状況は続くものと考えられる。以下についてご教示願いたい。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・日本医師会は、診療報酬の改定も含めて医業経営についてどのように考えておられるのか。</li><li>・日本医師会は、国の予算に対して具体的にどのような財政的要望をしておられるのか。</li><li>・それに対して、国はどのような動きをしているか。</li></ul>	

※ 800字程度でお願いいたします。

※ 新型コロナウイルス感染症に関連する質問は除きます。

※ 質問は1問のみでお願いいたします。

※ 締切：令和3年2月19日（金）／送付先：soumu@po.med.or.jp

※ 本用紙（Word）は日本医師会文書管理システム「お知らせコーナー」に掲載しております

## 今後の医業経営について

担当:松本常任理事

### 【回答】

日本医師会は、かつてない厳しい状況に直面する医療機関の経営的な支援として、診療報酬、補助金、及び融資の3つが重要であると考えています。医療機関の経営実態をタイムリーに分析した上で、第二次補正予算の予備費の活用、第三次補正予算の確保等による、診療報酬上の対応、補助金の充実、福祉医療機構の融資財源の積み増しを政府に求めてまいりました。

支払基金の統計によると、診療所全体における社保のレセプト点数は2020年4月、5月に対前年約2割減となるなど、あらゆる医療機関が経営上の影響を受けています。とりわけ小児科及び耳鼻咽喉科では、同4月、5月は対前年約4割以上落ち込み、11月、12月に至っても対前年約2割以上のマイナスでした(社保のみであり、国保、後期高齢者は含まない)。受診控え等による減収が長期化していることは、ご指摘の通りです。

医科診療所のレセプト点数(社保)の前年同月比

(%)

	2020年									
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	
診療所全体	▲ 20.3	▲ 19.4	▲ 8.4	▲ 8.2	▲ 3.6	▲ 3.7	2.5	▲ 8.7	▲ 7.6	
(再掲)小児科	▲ 39.2	▲ 46.2	▲ 33.1	▲ 27.4	▲ 22.4	▲ 27.3	▲ 7.1	▲ 19.5	▲ 23.7	
(再掲)耳鼻咽喉科	▲ 44.1	▲ 42.7	▲ 33.1	▲ 22.9	▲ 17.9	▲ 20.2	▲ 6.0	▲ 24.4	▲ 19.9	

・第141回社会保障審議会医療保険部会(2021年3月4日)資料から作成

・社会保険診療報酬支払基金の統計月報から厚生労働省が前年同月比を機械的に算出。国保、後期高齢者は含まない。

日本医師会では昨年3月以降、新型コロナウイルス感染症の診療所経営への影響を毎月把握するため、調査を継続して行っております。同調査結果では、診療所の1施設あたり減収額は2020年4月から10月までの累計で、有床診療所が約400万円、無床診療所が約800万円に達しました。

このようなデータ等をもって、日本医師会は記者会見や中央社会保険医療協議会(以下、中医協)等の審議会、政府等との交渉において、現場の厳しい状況を説明し、国への支援を求めてまいりました。特に、小児科、耳鼻咽喉科については、集中的な支援が必要であることを、繰り返し主張しました。

その結果、次表の支援が実現しました。

診療所への診療報酬、補助金による支援策（小児診療、発熱外来を実施の場合）

		令和2年度(2020年度)	令和3年度(2021年度)
診療報酬	小児診療に係る評価	100点×対象患者数 ×診療日数/月×3.5ヶ月	100点×対象患者数 ×診療日数/月×6ヶ月 (現行上9月まで 10月から50点(※))
	初診・再診の加算	—	初診・再診 1回あたり5点加算 (現行上9月まで(※))
補助金	二次補正予算 「感染拡大防止等支援」	無床診療所の場合 100万円(上限)	—
	二次補正予算予備費 「発熱外来診療体制 確保支援補助金」	最大約26.9万円×稼働日数   (最大20人－受診者数)×13,447円	—
	三次補正予算 「感染拡大防止・医療提供 体制確保支援」	診療・検査医療機関の場合 100万円(上限)	〔左記を申請しなかった場合のみ 100万円(上限)〕

※10月以降の措置は感染状況や地域医療の実態等を踏まえて柔軟に対応

診療報酬においては、外来診療における小児診療等に係る評価として、2020年12月15日から、6歳未満の乳幼児に対して小児特有の感染予防策を講じた上で外来診療を実施した場合、初再診、診療科にかかわらず患者ごとに100点を算定できるようになりました。これは小児科だけでなく全診療科が対象であり、耳鼻咽喉科も含め6歳未満の乳幼児の患者が多い医療機関に大きな支援となりました。

さらに、2021年4月1日から、全ての患者の診療に対して感染予防策に係る評価として、初診・再診について1回当たり5点を加算、入院については入院料によらず1日当たり10点を加算できることとなりました。

これは中医協等において「崩壊の危機に直面している医療提供体制への支援が必要であり、それは新型コロナウイルス感染症に直接対峙している医療機関はもちろんのこと、それを面で支える地域の医療提供体制も含め、全体への支援が必要である」と繰り返し主張してきたことが実現されたものです。

これらの措置については、日本医師会の働きかけにより令和3年度厚生労働省予算案で、小児診療に係る評価に約200億円、感染予防策に係る評価(初診・再診の加算)に約200億円の国費が計上されております。

初診・再診の加算措置は、現行では9月までとされていますが、ご指摘の通り新型コロナウイルス感染症による医業経営への影響は今後も続くと懸念されますことから、日本医師会として引き続き算定できるよう主張してまいります。

補助金においては、第二次補正予算の予備費を活用し、いわゆる発熱外来を実施する医療機関に対し「令和2年度インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保支援補助金」として1日最大26.9万円の補助が実現し、セーフティーネットとして医業経営の大きな支援となりました。

第二次補正予算による有床診療所200万円、無床診療所100万円等の「医療機関・薬局等の感染拡大防止等支援事業」は、事業実施主体である都道府県によっては、補助対象経費の範囲が狭く解釈され、運用されていたところ、日本医師会から厚生労働省に度重なる申し入れを行った結果、日常診療にもともと必要な経費についても通常の人件費を除いて補助対象となり得ることが明確化されました。厚生労働省がQ&Aを改正し、各都道府県の運用も大幅に改善されました。

この対象経費の大幅な運用の改善は、予備費の活用として獲得した入院受入医療機関の緊急支援補助金や、第三次補正予算として獲得した感染拡大防止・医療提供体制支援補助金(無床診療所25万円、診療・検査医療機関100万円等)においても同じ取り扱いが実現しましたので、支援の実効性の向上に相当程度寄与しました。

これらの補助金は、医療機関の現状を示すデータに基づき日本医師会が厚生労働省に繰り返し訴えたことにより、特定の業界への損失補てんは難しいという財政当局の強固な方針の中にあって、事実上の損失補てんとなるよう支援を引き出したものです。

100年に一度の危機と言われる新型コロナウイルス感染症の流行により、患者の受療行動にも大きな変化が生じており、今後の医業経営も非常に厳しい状況が予想されます。従って、日本医師会は、令和3年度においても、診療報酬、補助金、及び融資等について、引き続きの支援を政府にしっかりと求めてまいります。

※ 診療報酬上の臨時的取り扱いや各種補助金については、以下の日医ニュースをご参照ください。

2月20日号:<https://www.med.or.jp/nichiionline/article/009855.html>

<https://www.med.or.jp/nichiionline/article/009853.html>