

第30回全国医師会共同利用施設総会

特別講演

中央情勢報告

令和5年9月9日

公益社団法人 日本医師会

会長 松本 吉郎



日医君
(岡山県バージョン)

目次

1. 物価高騰への対応
2. 豪雨災害への対応
3. 外来機能報告
4. 地域における面としてのかかりつけ医機能
5. 改正感染症法等による協定等
6. 医師の働き方改革
7. 医療界におけるDX
8. 医師会の組織力強化
9. 消費税インボイス制度への対応について
10. 医療をとりまく最近の課題

1. 物価高騰への対応

物価高騰への支援(2022年9月)

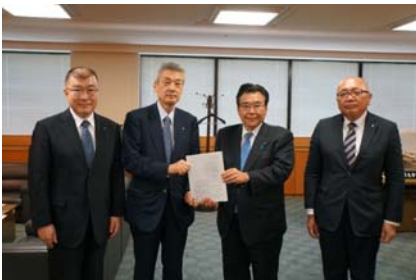
水道光熱費、食材料費等の物価高騰が、医療機関・介護事業所経営に甚大な影響を及ぼしていることから、早期かつ確実な支援を求めるため、関係議員の先生方に対し、物価高騰への支援に関する要望を行った。

2022年7月26日に開催された自民党厚生労働部会を取り上げていただき、議論がなされた。その結果、団体要望であったものが政府要望となった。

7月28日には、厚生労働省より都道府県行政等、地方自治体に対し、臨時交付金を医療機関等の負担の軽減に向けて積極的に活用するよう改めて呼び掛けが行われた。



2022年9月9日に内閣官房の物価・賃金・生活総合対策本部が開催され、新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金について、新たに6,000億円規模の「電力・ガス・食料品等価格高騰重点支援地方交付金」を創設することを決定した。その中で、医療機関等に対する電力・ガス・食料品等の価格高騰への支援が盛り込まれた。



岸田総理の会見発言(2022年9月8日)

効果的と考えられる推奨事業メニューを地方自治体に提示し、子育て世帯、中小企業、そして医療機関等への支援、これを強化してまいります。

地域の実情に応じた生活者・事業者支援(新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金)

○地方創生臨時交付金について、予備費を措置しつつ既存予算も活用して6,000億円規模の「電力・ガス・食料品等価格高騰重点支援地方交付金」を新たに創設。電力・ガス・食料品等の価格高騰への対応により重点的に活用されるよう、効果的と考えられる推奨事業メニュー(物価高騰に伴う生活者支援・中小企業・医療機関等支援)を地方自治体に提示。

*日医on-line「医療機関・介護事業所等における物価高騰への支援の拡充に関する要望について」(2022年7月27日)

*日本医師会「新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金における「電力・ガス・食料品等価格高騰重点支援地方交付金」の地方公共団体ごとの交付限度額等について(情報提供)」(日医発第1231号(医経)(介護)令和4年9月22日)

*首相官邸「物価高騰への政府の対応等についての会見」(令和4年9月8日)

*内閣官房 物価・賃金・生活総合対策本部(令和4年9月9日)資料8「足元の物価高騰に対する追加策等について」(内閣府提出資料)2頁を基に作成

物価高騰への支援(2023年3月)

今般の光熱費等をはじめとする物価高騰に関して、公定価格により経営する医療機関等においては価格転嫁ができないこと等により経営努力のみでは対応が困難なことから、2023年3月17日に加藤勝信厚生労働大臣に対して、予備費の活用を含む必要な財政措置を早急に講じていただくよう要望した。

また、加藤厚生労働大臣への要望に先立ち、与党の関係議員にも要望を行った。その結果、3月15日に自由民主党が岸田文雄総理大臣に提出した提言には、医療・介護施設等をはじめ、負担軽減策がきめ細かく行き渡るよう十分留意する旨が盛り込まれた。



3月22日に開催された政府の「物価・賃金・生活総合対策本部」において、新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金における「電力・ガス・食料品等価格高騰重点支援地方交付金」の増額が決定された。

予算額1兆2,000億円のうち、推奨事業メニューとして7,000億円が確保された。推奨事業メニューにおいては「医療機関、介護施設等に対するエネルギー・食料品価格の高騰分などの支援」が事業者支援の筆頭に位置付けられた。

4

電力・ガス・食料品等価格高騰重点支援地方交付金

追加額1兆2,000億円(I及びIIの合計)

I. 低所得世帯支援枠(5,000億円)

- ・ 低所得世帯への支援枠を措置。
- ・ 1世帯当たりの予算の目安は3万円。ただし、下記の推奨事業メニュー①や③と組み合わせてプレミアム商品券やマイナポイントを配付するなど、支援の方法(現物・現金)や1世帯当たり単価といった具体的内容は地域の事情に応じて決められる。

(注)住民税非課税世帯×3万円及び事務費分を市町村に交付。

II. 推奨事業メニュー(7,000億円)

生活者支援

- ① エネルギー・食料品価格等の物価高騰に伴う低所得世帯支援
低所得世帯を対象とした、電力・ガス(LPガスを含む)をはじめエネルギー・食料品価格等の物価高騰による負担を軽減するための支援
※ 住民税非課税世帯に対しては上記 I による支援を行う。
- ② エネルギー・食料品価格等の物価高騰に伴う子育て世帯支援
物価高騰による小中学生の保護者の負担を軽減するための小中学校等における学校給食費等の支援
※ こども食堂に対する負担軽減のための支援やヤングケアラーに対する配食支援等も可能。
- ③ 消費下支え等を通じた生活者支援
エネルギー・食料品価格等の物価高騰の影響を受けた生活者に対してプレミアム商品券や地域で活用できるマイナポイント等を発行して消費を下支えする取組やLPガス使用世帯への給付などの支援
- ④ 省エネ家電等への買い換え促進による生活者支援
家庭におけるエネルギー費用負担を軽減するための省エネ性能の高いエアコン・給湯器等への買い換えなどの支援

事業者支援

- ⑤ 医療・介護・保育施設、学校施設、公衆浴場等に対する物価高騰対策支援
医療機関、介護施設等、障害福祉サービス施設等、保育所等、学校施設、公衆浴場等に対するエネルギー・食料品価格の高騰分などの支援(特別高圧で受電する施設への支援を含む)
- ⑥ 農林水産業における物価高騰対策支援
高騰する配合飼料の使用量低減の取組や飼料高騰等の影響を受ける酪農経営の負担軽減の支援、農業者が構成員となる土地改良区における農業水利施設の電気料金高騰に対する支援、高騰する化学肥料からの転換に向けて地域内資源を活用する独自の取組などの支援
- ⑦ 中小企業等に対するエネルギー価格高騰対策支援
特別高圧での受電(ビル・工業団地・卸売市場のテナントを含む)、LPガスの使用や、街路灯等の維持を含め、エネルギー価格高騰の影響を受ける中小企業、商店街、自治会等の負担緩和や省エネの取組支援のほか、中小企業の質上げ環境の整備などの支援
- ⑧ 地域公共交通や地域観光業等に対する支援
地域公共交通事業者や地域観光事業者等(飲食店を含む)のエネルギー価格高騰に対する影響緩和、省エネ対策、地域に不可欠な交通手段の確保、アフターコロナに向けた事業再構築を含めた事業継続、地域特性を踏まえた生産性向上に向けた取組などの支援

※1 地方公共団体が、上記の推奨事業メニューよりも更に効果があると考えられるものについては、実施計画に記載して申請可能。
※2 地方公共団体が運営する公営企業や直接住民の用に供する施設における活用も可能。

*内閣府地方創生推進室 令和5年3月29日付事務連絡「令和5年度における新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金の取扱等について」を基に作成

5

新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金（重点交付金）交付限度額

（令和5年3月29日通知分）

【都道府県分】

【市町村分】（都道府県内の市区町村に係る交付限度額の合算額）

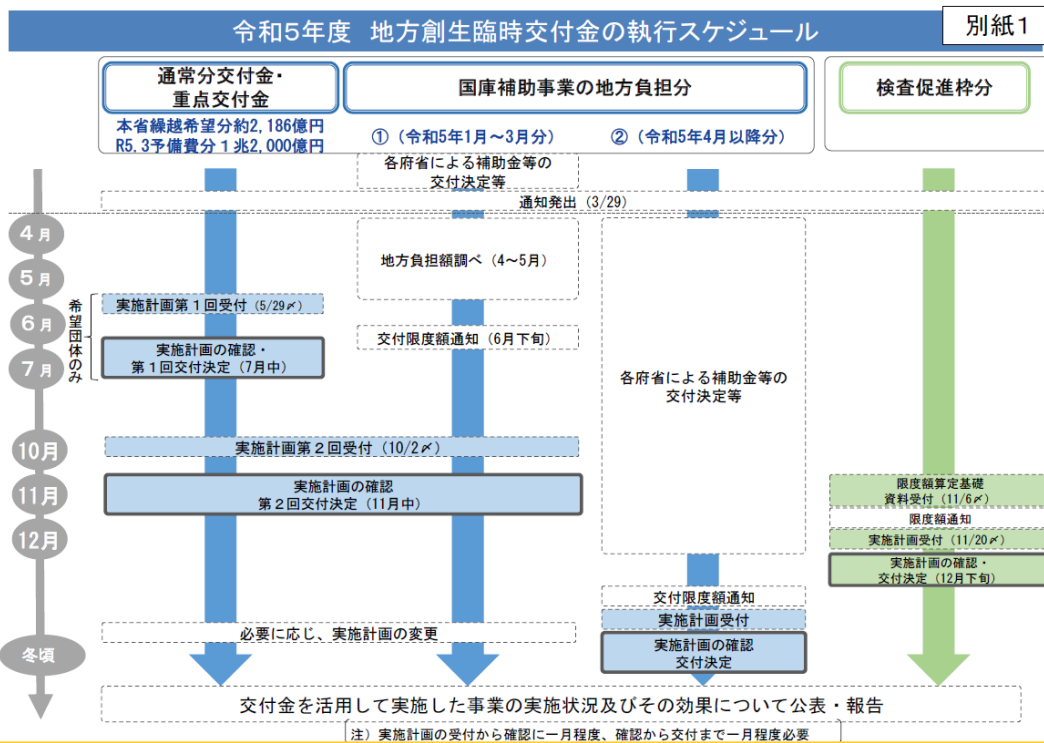
（単位：千円）

（単位：千円）

都道府県	合計	都道府県	合計	都道府県	合計	都道府県	合計
北海道	20,469,140	滋賀	4,600,889	北海道	17,481,779	滋賀	3,566,505
青森	6,449,262	京都	7,795,735	青森	4,660,400	京都	6,264,642
岩手	6,057,705	大阪	21,018,943	岩手	4,215,021	大阪	20,151,309
宮城	6,915,447	兵庫	14,527,416	宮城	6,229,413	兵庫	12,698,962
秋田	5,755,732	奈良	5,505,641	秋田	3,768,107	奈良	3,897,857
山形	5,515,250	和歌山	5,232,475	山形	3,874,699	和歌山	3,273,133
福島	6,818,856	鳥取	4,354,019	福島	6,063,266	鳥取	2,086,731
茨城	8,265,102	島根	4,632,595	茨城	7,553,387	島根	2,553,257
栃木	5,949,753	岡山	7,004,182	栃木	4,941,496	岡山	5,236,510
群馬	5,888,751	広島	8,552,437	群馬	5,045,925	広島	7,573,190
埼玉	16,014,145	山口	5,459,650	埼玉	14,976,209	山口	4,250,822
千葉	13,545,158	徳島	4,418,919	千葉	12,853,767	徳島	2,398,325
東京	19,467,745	香川	4,351,221	東京	19,898,016	香川	2,855,033
神奈川	16,678,154	愛媛	6,269,781	神奈川	15,619,739	愛媛	4,152,395
新潟	8,414,916	高知	4,846,164	新潟	6,988,969	高知	2,733,299
富山	4,146,487	福岡	15,619,505	富山	2,814,930	福岡	13,400,151
石川	4,443,676	佐賀	4,871,066	石川	3,216,644	佐賀	2,737,425
福井	3,907,027	長崎	6,739,988	福井	2,244,950	長崎	4,466,817
山梨	4,494,117	熊本	8,062,308	山梨	2,730,150	熊本	6,048,352
長野	7,882,739	大分	5,857,434	長野	7,259,846	大分	3,604,017
岐阜	6,659,459	宮崎	5,914,267	岐阜	5,887,546	宮崎	3,697,626
静岡	10,069,077	鹿児島	7,713,073	静岡	8,633,009	鹿児島	5,744,617
愛知	15,180,192	沖縄	7,138,624	愛知	14,751,152	沖縄	5,062,974
三重	5,525,778	合計	385,000,000	三重	4,837,631	合計	315,000,000

都道府県等の対応によって地域でばらつきがある。

*内閣官房・内閣府総合サイト地方創生「交付限度額 重点交付金分(令和5年3月29日通知分)〈都道府県分・市町村分〉



地方創生臨時交付金が届くまでには一定の期間を要する。

*内閣府地方創生推進室 令和5年3月29日付事務連絡「令和5年度における新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金の取扱等について」

岸田総理と松本会長の面会(2023年4月11日)

1. 日本医学会総会ご臨席のお願い
2. 医療従事者の賃金その他労働環境について



8

2-1 医療従事者等の賃上げ等への対応について

光熱費・食料品等の価格高騰対策として、地方交付金に7,000億円(推奨事業メニュー分)の積み増しを頂きましたことに、御礼申し上げます。

ロシアによるウクライナへの軍事侵攻等による世界的なエネルギー価格の高騰や、それと相まって人件費の上昇をはじめとする急激な価格高騰の状況にあります。

賃金については、政府の方針に沿い産業界で賃上げが進んでいますが、医療・介護従事者は、労働力人口6,900万人の約12%に当たる約800万人おります。

介護施設においても、より賃金の高い他産業へ介護従事者が流出しており、施設の維持に困難を来たしています。

診療報酬・介護報酬という公定価格により運営する医療機関等は、物価高騰、賃上げを価格に転嫁することができず、対応するには十分な原資が必要です。何らかの財政措置を強くお願いします。

9

2-2 その他労働環境について

令和6年4月より医師の働き方改革の新制度が施行され、医師の時間外労働に上限規制が適用されます。

医師の働き方改革では「地域医療の継続性」と「医師の健康への配慮」の2つを両立することが重要であり、日本医師会はこれを推進してまいりますので、総理におかれましてもご理解、ご協力のほどお願いします。

各大学病院等から各地域の医療機関に派遣されていた医師が引きあげ、地域医療、特に産科・救急に影響を及ぼすことが懸念されます。地域から産科・救急が無くなると、大きな社会問題に発展する恐れがあります。賃上げを含めた労働環境の改善により、地域における産科・救急医療機関が減らないような対応をお願いします。

10

日本医師会 診療所の光熱費の変動に関する実態調査

1. 調査対象 診療所を対象とし、対象医療機関は都道府県医師会において任意に抽出
2. 調査項目 2021年10月～12月及び2022年10月～12月分の電気・ガス料金及びその使用量等を調査
3. 調査期間 2023年1月30日～3月24日
4. 回答状況 回答件数 461件
うち、無床診療所 400件
有床診療所 61件

※設問ごとの集計に係る有効回答数は各図表に記載の通り

11

日本医師会 診療所の光熱費の変動に関する実態調査

2022年10月～12月における診療所1施設当たり電気料金、都市ガス料金は、対前年130～150%と上昇し、電気と都市ガスを合わせた対前年増加額は、有床診療所は21.8万円/月、無床診療所は3.8万円/月となった。これを単純に年換算（×12）すれば、有床診療所は261.5万円、無床診療所で45.9万円の増加となる。加えて更なる値上げの動きもある。

診療所1施設当たり1ヶ月当たり電気料金、都市ガス料金（総括表）

(単位：円)

		2021年	2022年	対前年比	増加額/月	増加額×12ヶ月
		10月～12月 (3ヶ月平均)	10月～12月 (3ヶ月平均)			
電気	有床診療所 (n=61)	349,161	526,673	150.8%	177,511	2,130,132
	無床診療所 (n=392)	105,842	138,207	130.6%	32,365	388,380
都市ガス	有床診療所 (n=27)	121,917	162,405	133.2%	40,488	485,856
	無床診療所 (n=110)	13,320	19,267	144.6%	5,947	71,364
合計	有床診療所	471,078	689,077	146.3%	217,999	2,615,988
	無床診療所	119,163	157,474	132.2%	38,312	459,744

※調査対象全月（2021年10月～12月、2022年10月～12月）の料金を回答した診療所のみを集計

12

日本病院会・全日本病院協会・日本医療法人協会 医療機関経営状況調査結果

調査期間は2023年3月29日～4月5日であり、3団体に加盟した4,051病院を対象としてメールで調査票を配布した。4月5日時点の回答数は690病院（有効回答数630病院、有効回答率15.6%）であった。

2021年度（2021年12月、2022年1月、2月）と2022年度（2022年12月、2023年1月、2月）の医業損益等について各3か月分の合計額を比較した。

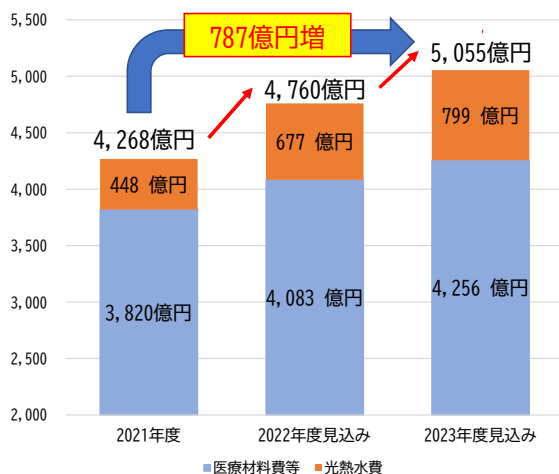
- ・医業利益、経常利益ともに赤字病院の割合が前年度よりも増加している。
- ・医業利益の比較では、2021年度、2022年度ともに赤字病院の割合が7割を超えている。
- ・2022年度の赤字病院の割合は2021年度より3.5ポイント増加している。
- ・経常利益の比較では、赤字病院の割合が2021年度より8.3ポイント増加している。
- ・経常利益からコロナ、物価高騰関連補助金を除くと、2021年度、2022年度ともに赤字病院の割合が約7割となる。2022年度の赤字病院の割合は2021年度より4.4ポイント増加している。
- ・医業収益と医業費用の比較では、医業費用の伸びが医業収益の伸びを上回っている。
- ・電力、ガス等の水道光熱費が前年比で4割以上増加している。

2021年度と2022年度ともに赤字病院の割合が7割を超え、経常利益においても補助金がなければ殆どの病院が赤字経営となる異常な状態にあり、現在の診療報酬について構造的な問題があると言わざるを得ない。安定的な医療提供体制を確保するためには大幅な入院基本料の引き上げが必要である。

13

全国医学部長病院長会議 物価高騰への財政支援

大学病院の医療材料費等及び光熱水費の物価上昇見込み
2023.04.17現在(75病院)調査結果



- ◆ 2021年度に比べ2023年度は787億円の負担増となる見込み(1病院10.5億円の増)
- ◆ 医療機関はコスト増加分を価格転嫁できない
- ◆ 2022年度の都道府県からの地方創生臨時交付金による支援額は、26億円(未交付の都道府県もある)
- ◆ 大学病院は電力を多く使用する医療機器や設備が多く、治療に使用するため節電が困難
- ◆ 診療報酬上の適正な措置をお願いしたい

※会員81大学病院のうち、回答のあった75病院における診療材料費・医療消耗器具備品費および光熱水費の2021年実績および2022年度、2023年度見込み額の調査結果

14

医療分野における物価・賃金高騰対策に関する要望

令和5年4月28日に日本医師会は、四病院団体協議会・全国医学部長病院長会議と共に、自由民主党政務調査会社会保障制度調査会の田村憲久会長に対して、医療分野における物価・賃金高騰対策に関する要望書を提出した。

その他にも、茂木敏充自民党幹事長や萩生田光一自民党政調会長をはじめ、多くの国会議員の先生方に要望している。



令和5年4月27日 茂木敏充自民党幹事長



令和5年5月9日 萩生田光一自民党政調会長

15

医療分野における物価・賃金高騰対策に関する要望

令和5年4月28日

自由民主党政務調査会 社会保障制度調査会
会長 田村 憲久 殿

- | | |
|--------------------|-----------|
| 公益社団法人 日本医師会 | 会長 松本 吉郎 |
| 四病院団体協議会 | |
| 一般社団法人 日本病院会 | 会長 相澤 孝夫 |
| 公益社団法人 全日本病院協会 | 会長 猪口 雄二 |
| 一般社団法人 日本医療法人協会 | 会長 加納 繁照 |
| 公益社団法人 日本精神科病院協会 | 会長 山崎 學 |
| 一般社団法人 全国医学部長病院長会議 | 会長 横手 幸太郎 |

医療分野における物価・賃金高騰対策に関する要望

政府・与党におかれましては、今般、「第8回物価・賃金・生活総合対策本部」において、物価高騰に対する追加策として、「電力・ガス・食料品等価格高騰重点支援地方交付金」の積み増しをお示し頂き、更に価格高騰への対応に効果的と考えられる推奨事業メニューとして、引き続き「医療・介護・保育施設、学校施設、公衆浴場等に対する物価高騰対策支援」を推奨頂きましたことを併せて御礼申し上げます。

現在、ロシアによるウクライナへの軍事侵攻等による世界的なエネルギー価格の高騰や、それと相まって人件費の上昇をはじめとする急激な価格高騰の状況にあります。しかしながら、公定価格により運営する医療機関等は、価格に転嫁することができず、物価高騰と賃上げへの対応には十分な原資が必要です。

岸田総理から本年1月4日の年頭記者会見、1月24日に開催されました「第6回物価・賃金・生活総合対策本部」において、春闘では「インフレ率を超える賃上げの実現をお願いしたい」等のご発言がありました。

全国における医療・介護従事者は、労働力人口6,900万人の約12%に当たる、約800万人おります。今般の政府のご方針に沿うためには、喫緊に医療・介護従事者の賃上げを実現することが重要です。

一方、多くの介護施設においても、コロナ禍および物価高騰の影響によって経営上の収支が悪化し、更に元々不足している介護従事者が、比較的金銭の高い他産業へ流出してしまうことが増えており、これらにより施設の維持に支障、困難を来す状況となっております。

診療報酬・介護報酬という公定価格で運営を行っている医療機関・介護施設等においては、昨今の物価高騰も相まって、岸田総理ご発言の賃上げに対応できない状況となっております。

つきましては、これら医療機関・介護施設等を取り巻く事情をご賢察頂きまして、医療・介護従事者の賃上げに対応するため、令和5年度における緊急的な措置や、令和6年度のトリプル改定で物価高騰と賃上げへの対応を「骨太の方針」に記載するなど、何らかの財政措置を強くお願いいたします。

16

医科・歯科・調剤分野における物価・賃金高騰対策に関する三師会合同声明

日本医師会は日本歯科医師会・日本薬剤師会と共に医科・歯科・調剤分野における物価・賃金高騰対策に関する声明をとりまとめた。当該声明の内容は、令和5年5月10日に開催した三師会合同記者会見で公表した。

医科・歯科・調剤分野における物価・賃金高騰対策に関する三師会合同声明

令和5年5月10日

政府におかれましては、今般、「第8回物価・賃金・生活総合対策本部」において、物価高騰に対する追加策として、「電力・ガス・食料品等価格高騰重点支援地方交付金」の積み増しをお示し頂き、更に価格高騰への対応に効果的と考えられる推奨事業メニューとして、引き続き「医療・介護・保育施設、学校施設、公衆浴場等に対する物価高騰対策支援」を推奨頂きましたことを併せて御礼申し上げます。

現在、ロシアによるウクライナへの軍事侵攻等による世界的なエネルギー価格の高騰や、それと相まって人件費の上昇をはじめとする急激な価格高騰の状況にあります。しかしながら、公定価格により運営する医科歯科医療機関、薬局、介護施設等は、価格に転嫁することができず、物価高騰と賃上げへの対応には十分な原資が必要です。

岸田総理から本年1月4日の年頭記者会見、1月24日に開催されました「第6回物価・賃金・生活総合対策本部」において、春闘では「インフレ率を超える賃上げの実現をお願いしたい」等のご発言がありました。

全国における医療・介護従事者は、労働力人口6,900万人の約12%に当たる、約800万人おります。今般の政府のご方針に沿うためには、喫緊に医療・介護従事者の賃上げを実現することが重要です。

一方、多くの介護施設においても、コロナ禍および物価高騰の影響によって経営上の収支が悪化し、更に元々不足している介護従事者が、比較的金銭の高い他産業へ流出してしまうことが増えており、これらにより施設の維持に支障、困難を来す状況となっております。

診療報酬・介護報酬という公定価格で運営を行っている医科歯科医療機関、薬局、介護施設等においては、昨今の物価高騰も相まって、岸田総理がご発言された賃上げに対応できない状況となっております。

つきましては、これら医科歯科医療機関、薬局、介護施設等を取り巻く事情をご賢察頂きまして、医療・介護従事者の賃上げに対応するため、令和5年度における緊急的な措置や、令和6年度のトリプル改定で物価高騰と賃上げへの対応を「骨太の方針」に記載するなど、政府において何らかの財政措置を強くお願いいたします。

公益社団法人 日本医師会 会長 松本 吉郎

公益社団法人 日本歯科医師会 会長 堀 憲郎

公益社団法人 日本薬剤師会 会長 山本 信夫

17



医療・介護における物価高騰・賃金上昇への対応を求める合同声明

令和5年5月25日

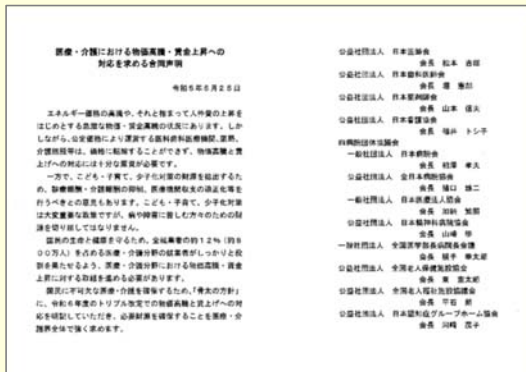
医療・介護における物価高騰・賃金上昇への対応を求める合同声明

エネルギー価格の高騰や、それと相まって人件費の上昇をはじめとする急激な物価・賃金高騰の状況にあります。しかしながら、公定価格により運営する医科歯科医療機関、薬局、介護施設等は、価格に転嫁することができず、物価高騰と賃上げへの対応には十分な原資が必要です。

一方で、こども・子育て、少子化対策の財源を捻出するため、診療報酬・介護報酬の抑制、医療機関収支の適正化等を行うべきとの意見もあります。こども・子育て、少子化対策は大変重要な政策ですが、病や障害に苦しむ方々のための財源を切り崩してはなりません。

国民の生命と健康を守るため、全就業者の約12%（約800万人）を占める医療・介護分野の就業者がしっかりと役割を果たせるよう、医療・介護分野における物価高騰・賃金上昇に対する取組を進める必要があります。

国民に不可欠な医療・介護を確保するため、「骨太の方針」に、令和6年度のトリプル改定での物価高騰と賃上げへの対応を明記していただき、必要財源を確保することを医療・介護界全体で強く求めます。



- 公益社団法人 日本医師会 会長 松本 吉郎
- 公益社団法人 日本歯科医師会 会長 堀 憲郎
- 公益社団法人 日本薬剤師会 会長 山本 信夫
- 公益社団法人 日本看護協会 会長 福井 トシ子
- 四病院団体協議会
- 一般社団法人 日本病院会 会長 相澤 孝夫
- 公益社団法人 全日本病院協会 会長 猪口 雄二
- 一般社団法人 日本医療法人協会 会長 加納 繁照
- 公益社団法人 日本精神科病院協会 会長 山崎 學
- 一般社団法人 全国医学部長病院長会議 会長 横手 幸太郎
- 公益社団法人 全国老人保健施設協会 会長 東 憲太郎
- 公益社団法人 全国老人福祉施設協議会 会長 平石 朗
- 公益社団法人 日本認知症グループホーム協会 会長 河崎 茂子

18

医療・介護・障害福祉分野における物価高騰・賃金上昇への対応について

現在、世界的なエネルギー価格の高騰等により、本年三月の消費者物価指数は、前年同月比で約三・二%上昇と高騰している。そのような中で迎えた今年の春闘では、インフレ率を超える賃上げが目指され、四月時点の平均賃上げ率は約三・七%と三十年ぶりの水準となっている。

医療機関、介護事業者、障害福祉サービス事業者等においては、公的価格の下、このような物価高騰・賃金上昇に十全な対応を行うことができないため、極めて厳しい経営状況となっている。

医療機関については、病院団体の調査では、水道光熱費が四割超の増となり、医業費用も近年例をみない水準の約四・一%増となるなど費用が上昇し、経常利益の平均は一昨年度のプラスから昨年度はマイナスに転じている。そうした中で、平均賃上げ率は約一・九%に留まっている。また、来年四月から施行される医師の働き方改革を踏まえ、地域医療を支える人材供給源としての大学病院特有の対応も必要である。

介護事業者については、倒産・休業業・解散件数が前年比約二十五%増で、平成二十二年以降最多となっているほか、老健施設は約三割、特養（従来型）の約四割が赤字となっている。そうした中で、平均賃上げ率は約一・四%に留まっており、他の分野で賃上げが進む中、介護現場からの人材流出に拍車をかけている。

医薬品業界については、毎年改定の影響もあり、薬価が下がり続けているため、日本の市場の魅力が低下し、海外企業が新薬を国内に上市しないドラッグラグ・ロスが生じているほか、国内企業の体力が低下することで新薬の開発や医薬品の安定供給にも支障が生じている。

医療・介護・障害福祉分野における物価高騰・賃金上昇に対する取組は、全就業者の約十三%（約九百万人）を占める医療・介護・障害福祉分野の就業者の生活を守り、国民に不可欠な医療・介護・障害福祉サービスを確保するために極めて重要である。そこで、以下の点について、党内で十分に議論を尽くし、政府に実現を求めるべきである。

- 一、令和六年度の診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬改定については、過去三十年余経験したことのない物価高騰・賃金上昇の状況や人材確保の必要性を踏まえ、大幅な引上げを行うこと。その上で、今後も予想される物価高騰・賃金上昇の局面においては、従来の二〜三年の改定サイクルにとらわれずに弾力的・機動的な改定を行うこと。また、薬価改定についても、右の課題の解消に向けた十分な対応を行うこと。
- 二、来年度以降の社会保障関係費の伸びについては、高齢化の伸びとは別に、物価高騰・賃金上昇への対応が行われるようにすること。
- 三、さらに、物価高騰・賃金上昇に対する政府全体的な取組の中で、医療・介護・障害福祉分野に対して本年度においても機動的な財政支援を隔々まで行き渡るように行うこと。

四、「社会保障の充実」については、消費税収が大幅に増加している状況を踏まえ、その増収分も活用した措置を行うことを検討すること。

令和五年五月九日

自由民主党 社会保障制度調査会

国民医療推進協議会 決議



エネルギー価格の高騰や、それと相まって人件費の上昇をはじめとする急激な物価・賃金高騰の状況にある。しかしながら、公定価格により運営する医科歯科医療機関、薬局、介護施設等は、価格に転嫁することができず、物価高騰と賃上げへの対応には十分な原資が必要である。

一方で、こども・子育て、少子化対策は大変重要な政策であるが、病や障害に苦しむ方々のための財源を切り崩してはならない。

国民の生命と健康を守るため、全就業者の約12% (約800万人) を占める医療・介護分野の就業者がしっかりと役割を果たせるよう、医療・介護分野における物価高騰・賃金上昇に対する取組を進め、国民に不可欠な医療・介護を確保する必要がある。

よって、「骨太の方針」に、令和6年度のトリプル改定での物価高騰と賃上げへの対応を明記していただき、必要財源を確保することを、本協議会の総意として、強く要望する。

以上、決議する。

令和5年5月31日

国民医療推進協議会

骨太の方針2023「社会保障分野における経済・財政一体改革の強化・推進」(抜粋)

内閣府 第8回経済財政諮問会議 「経済財政運営と改革の基本方針2023」原案(令和5年6月7日)

次期診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬の同時改定においては、物価高騰・賃金上昇、経営の状況、支え手が減少する中での人材確保の必要性、患者・利用者負担・保険料負担の抑制の必要性を踏まえ、必要な対応を行う。その際、持続可能な社会保障制度の構築に向けて、当面直面する地域包括ケアシステムの更なる推進のための医療・介護・障害サービスの連携等の課題とともに、以上に掲げた医療・介護分野の課題について効果的・効率的に対応する観点から検討を行う。

「経済財政運営と改革の基本方針2023」(令和5年6月16日閣議決定)

次期診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬の同時改定においては、物価高騰・賃金上昇、経営の状況、支え手が減少する中での人材確保の必要性、患者・利用者負担・保険料負担への影響を踏まえ、患者・利用者が必要なサービスを受けられるよう、必要な対応を行う。その際、第5章2における「令和6年度予算編成に向けた考え方」²⁶⁶を踏まえつつ、持続可能な社会保障制度の構築に向けて、当面直面する地域包括ケアシステムの更なる推進のための医療・介護・障害サービスの連携等の課題とともに、以上に掲げた医療・介護分野の課題について効果的・効率的に対応する観点から検討を行う。

【脚注】

266 第5章2②で引用されている骨太2021においては、社会保障関係費について、基盤強化期間における方針、経済・物価動向等を踏まえ、その方針を継続することとされている。

【参考】第5章2②

令和6年度予算において、本方針、骨太方針2022及び骨太方針2021に基づき、経済・財政一体改革を着実に推進する。ただし、重要な政策の選択肢をせばめることがあってはならない。

概算要求

1. 新型コロナウイルス感染症等への予算確保
2. 働き方改革への予算確保
3. 地域医療への予算確保
4. 医療DXの適切な推進のための予算確保



事項要求

次期診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬の同時改定



加藤勝信厚生労働大臣への要望(令和5年7月31日)

事項要求

昨今の物価高騰や賃金上昇については、一時的なものではなく、恒常的に対応する必要があることから、診療報酬で対応すべきである。

6月7日開催の第8回経済財政諮問会議で「骨太の方針2023」原案が示され、その後、活発な議論が行われた結果、6月16日の閣議決定で「物価高騰・賃金上昇、経営の状況、支え手が減少する中での人材確保の必要性、患者・利用者負担・保険料負担への影響を踏まえ、患者・利用者が必要なサービスが受けられるよう、必要な対応を行う。」とされた。

物価高騰・賃金上昇に対応した社会保障関係費について、「物価高騰・賃金上昇、経営の状況、支え手が減少する中での人材確保の必要性」に基づいた改定が実現するよう求める。

2. 豪雨災害への対応

24

秋田の豪雨災害被災地の視察

7月19日に日本医師会は、秋田県医師会からの要請を受けて、急遽、秋田県を訪問し、記録的な大雨で大きな被害が出た秋田市内の医療機関の状況を視察した。

当日は小泉ひろみ秋田県医師会長らと共に、中通総合病院、さが医院、城東整形外科、ちば小児科アレルギークリニック、秋田大学医学部附属病院を訪問した。「医療機関が水没したことにより、MRIやCTなどの医療機器、施設内のエレベーターが使えなくなってしまった」「被害がひどく一時外来診療を休止せざるを得なかった」「停電したことにより、入院患者を自衛隊の協力の下、他の医療機関に搬送した」「自動車が水没したことでスタッフも来院することができない」など、詳しい被害状況について、院長やスタッフから説明を受けた。



秋田テレビ「記録的大雨で病院施設が浸水
「日本医師会」中通総合病院を視察 秋田市」(2023年7月19日放送)

25

令和5年各地における豪雨被害の被災医療機関等の復旧支援に関する要望書

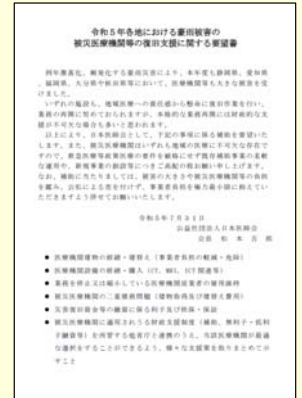
令和5年各地における豪雨被害の被災医療機関等の復旧支援に関する要望書

例年激甚化、頻発化する豪雨災害により、本年度も静岡県、愛知県、福岡県、大分県や秋田県等において、医療機関等も大きな被害を受けました。

いずれの施設も、地域医療への責任感から懸命に復旧作業を行い、業務の再開に努めておられますが、本格的な業務再開には財政的な支援が不可欠な場合も多いと思われます。

以上により、日本医師会として、下記の事項に係る補助を要望いたします。また、被災医療機関はいずれも地域の医療に不可欠な存在ですので、救急医療等政策医療の要件を厳格にせず既存補助事業の柔軟な運用や、新規事業の創設等につきご高配の程お願い申し上げます。なお、補助に当たりましては、被害の大きさや被災医療機関等の負担を鑑み、公私による差を付けず、事業者負担を極力最小限に抑えていただきますよう併せてお願いいたします。

令和5年7月31日
公益社団法人日本医師会
会長 松本吉郎



- 医療機関建物の修繕・建替え(事業者負担の軽減・免除)
- 医療機関設備の修繕・購入(CT, MRI, ICT関連等)
- 業務を停止又は縮小している医療機関従業者の雇用維持
- 被災医療機関の二重債務問題(建物取得及び建替え費用)
- 災害復旧資金等の融資に係る利子及び担保・保証
- 被災医療機関に適用されうる財政支援制度(補助、無利子・低利子融資等)を所管する他省庁と連携のうえ、当該医療機関が最適な選択をすることができるよう、様々な支援策を取りまとめて示すこと

3. 外来機能報告

(参考) 定額負担の対象病院拡大について

- 大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化を推進する観点から、紹介状がない患者の大病院外来の初診・再診時の定額負担制度の拡充する必要がある。
- 現在、外来機能報告(仮称)を創設することで、新たに「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関(紹介患者への外来を基本とする医療機関)を、地域の実情を踏まえつつ、明確化することが検討されている。
- 紹介患者への外来を基本とする医療機関は、紹介患者への外来医療を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担うこととしており、こうした役割が十分に発揮され、保険医療機関間相互間の機能の分担が進むようにするために、**当該医療機関のうち、現在選定療養の対象となっている一般病床数200床以上の病院を、定額負担制度の徴収義務対象に加えることとする。**

病床数(※)	特定機能病院	地域医療支援病院	その他	全体
400床以上	86 (1.0%)	328 (3.9%)	124 (1.5%)	538 (6.4%)
200~399床	0 (0%)	252 (3.0%)	564 (6.7%)	816 (9.7%)
200床未満	0 (0%)	27 (0.3%)	7,031 (83.6%)	7,058 (83.9%)
全体	86 (1.0%)	607 (7.2%)	7,719 (91.8%)	8,412 (100%)

出典: 特定機能病院一覧等を基に作成(一般病床規模別の病院数は平成29年度医療施設調査より集計)
 ※ 病床数は一般病床の数であり、特定機能病院は平成31年4月、地域医療支援病院は平成30年12月時点。

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し①

- ▶ 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲を見直すとともに、当該医療機関における定額負担の対象患者について、その診療に係る保険給付範囲及び定額負担の額等を見直す。

現行制度	見直し後
<p>[対象病院]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定機能病院 ・地域医療支援病院(一般病床200床以上に限る) <p>※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる</p> <p>[定額負担の額]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・初診: 医科 5,000円、 歯科 3,000円 ・再診: 医科 2,500円、 歯科 1,500円 	<p>[対象病院]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定機能病院 ・地域医療支援病院(一般病床200床以上に限る) ・紹介受診重点医療機関(一般病床200床以上に限る) <p>※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる</p> <p>[定額負担の額]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・初診: 医科 7,000円、 歯科 5,000円 ・再診: 医科 3,000円、 歯科 1,900円 <p>[保険給付範囲からの控除]</p> <p>外来機能の明確化のための例外的・限定的な取扱いとして、定額負担を求める患者(あえて紹介状なしで受診する患者等)の初診・再診について、以下の点数を保険給付範囲から控除</p> <ul style="list-style-type: none"> ・初診: 医科 200点、 歯科 200点 ・再診: 医科 50点、 歯科 40点

(例) 医科初診・選定療養費7,000円・患者負担3,000円の場合の医療費

<table border="1"> <tr> <th colspan="2">定額負担 5,000円</th> </tr> <tr> <td>医療保険から支給(選定療養費) 7,000円</td> <td>患者負担 3,000円</td> </tr> </table>	定額負担 5,000円		医療保険から支給(選定療養費) 7,000円	患者負担 3,000円	<table border="1"> <tr> <th colspan="2">定額負担 7,000円</th> </tr> <tr> <td>医療保険から支給(選定療養費) 5,600円 (=7,000円-2,000円×0.7)</td> <td>患者負担 2,400円 (=3,000円-2,000円×0.3)</td> </tr> </table>	定額負担 7,000円		医療保険から支給(選定療養費) 5,600円 (=7,000円-2,000円×0.7)	患者負担 2,400円 (=3,000円-2,000円×0.3)
定額負担 5,000円									
医療保険から支給(選定療養費) 7,000円	患者負担 3,000円								
定額負担 7,000円									
医療保険から支給(選定療養費) 5,600円 (=7,000円-2,000円×0.7)	患者負担 2,400円 (=3,000円-2,000円×0.3)								

[施行日等] **令和4年10月1日から施行・適用**。また、新たに紹介受診重点医療機関となってから6か月の経過措置を設ける。

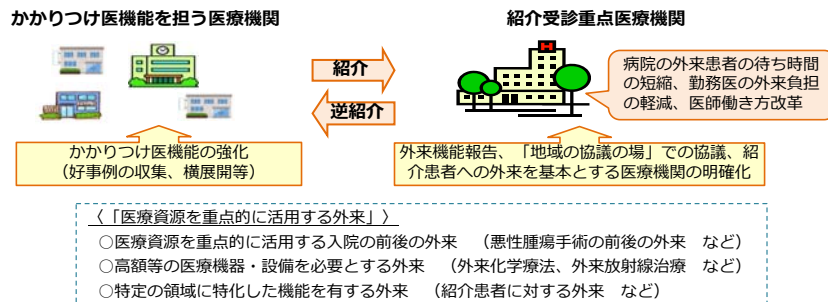
1. 外来医療の課題

- 患者の医療機関の選択に当たり、外来機能の情報が十分得られず、また、患者にいわゆる大病院志向がある中、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題が生じている。
- 人口減少や高齢化、外来医療の高度化等が進む中、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を進めていく必要。

2. 改革の方向性

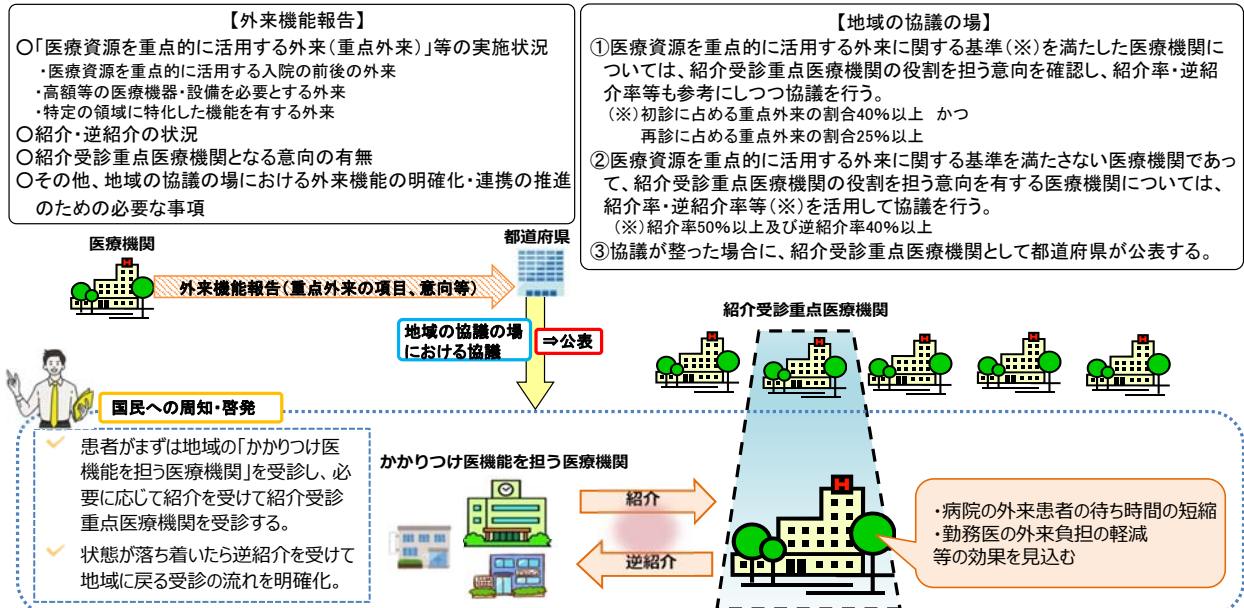
- 地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、
 - ① 医療機関が都道府県に外来医療の実施状況を報告（外来機能報告）する。
 - ② ①の外来機能報告を踏まえ、「地域の協議の場」において、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議を行う。
 → ①・②において、協議促進や患者の分かりやすさの観点から、「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関（紹介受診重点医療機関）を明確化
 - ・ 医療機関が外来機能報告の中で報告し、国の示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することにより決定

➡ 患者の流れがより円滑になることで、病院の外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革に寄与



紹介受診重点医療機関について

- 外来機能の明確化・連携を強化し、患者の流れの円滑化を図るため、医療資源を重点的に活用する外来の機能に着目して、以下のとおり紹介患者への外来を基本とする医療機関（紹介受診重点医療機関）を明確化する。
 - ① 外来機能報告制度を創設し、医療機関が都道府県に対して外来医療の実施状況や紹介受診重点医療機関となる意向の有無等を報告し、
 - ② 「地域の協議の場」において、報告を踏まえ、協議を行い、協議が整った医療機関を都道府県が公表する。
 ※紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上の病院に限る。）は、紹介状がない患者等の外来受診時の定額負担の対象となる。



外来機能報告における報告項目①

(1) 医療資源を重点的に活用する外来(重点外来)の実施状況

① 重点外来の実施状況の概況〔NDBで把握できる項目〕

- 重点外来の種類ごとの実施状況を報告

<報告イメージ>

	日数	初診(再診)の外来延べ患者数に対する割合
初診の外来の患者延べ数	日	-
重点外来の患者延べ数	日	%
医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来の患者延べ数	日	-
高額等の医療機器・設備を必要とする外来の患者延べ数	日	-
特定の領域に特化した機能を有する外来の患者延べ数	日	-
再診の外来の患者延べ数	日	-
重点外来の患者延べ数	日	%
医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来の患者延べ数	日	-
高額等の医療機器・設備を必要とする外来の患者延べ数	日	-
特定の領域に特化した機能を有する外来の患者延べ数	日	-

※「患者延べ数」とは、患者ごとの受診日数を合計したものである。

② 重点外来の実施状況の詳細〔NDBで把握できる項目〕

- 重点外来のうち、主な項目の実施状況を報告

<報告イメージ>

初診の重点外来		再診の重点外来	
外来化学療法加算を算定した件数	件	外来化学療法加算を算定した件数	件
外来放射線治療加算を算定した件数	件	外来放射線治療加算を算定した件数	件
CT撮影を算定した件数	件	CT撮影を算定した件数	件
MRI撮影を算定した件数	件	MRI撮影を算定した件数	件
PET検査を算定した件数	件	PET検査を算定した件数	件
SPECT検査を算定した件数	件	SPECT検査を算定した件数	件
高気圧酸素治療を算定した件数	件	高気圧酸素治療を算定した件数	件
画像等手術支援加算を算定した件数	件	画像等手術支援加算を算定した件数	件
悪性腫瘍手術を算定した件数	件	悪性腫瘍手術を算定した件数	件

(2) 紹介受診重点医療機関となる意向の有無〔NDBで把握できない項目〕

※ 外来機能報告等に関するガイドライン参照
(出典) 厚生労働省ホームページ(外来機能報告) <https://www.mhlw.go.jp/content/000918235.pdf>

32

外来機能報告における報告項目②

(3) 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項

① その他の外来・在宅医療・地域連携の実施状況〔NDBで把握できる項目〕

- 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要な外来・在宅医療・地域連携の実施状況を報告

<報告イメージ>

生活習慣病管理料を算定した件数	件	往診料を算定した件数	件
特定疾患療養管理料を算定した件数	件	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)を算定した件数	件
糖尿病合併症管理料を算定した件数	件	在宅時医学総合管理料を算定した件数	件
糖尿病透析予防指導管理料を算定した件数	件	診療情報提供料(Ⅰ)を算定した件数	件
機能強化加算を算定した件数	件	診療情報提供料(Ⅲ)を算定した件数	件
小児かかりつけ診療料を算定した件数	件	地域連携診療計画加算を算定した件数	件
地域包括診療料を算定した件数	件	がん治療連携計画策定料を算定した件数	件
地域包括診療加算を算定した件数	件	がん治療連携指導料を算定した件数	件
オンライン診療料を算定した件数	件	がん患者指導管理料を算定した件数	件
		外来緩和ケア管理料を算定した件数	件

② 救急医療の実施状況〔病床機能報告で把握できる項目〕(病床機能報告で報告する場合、省略可)

- 休日に受診した患者延べ数、夜間・時間外に受診した患者延べ数、救急車の受入件数を報告

<報告イメージ>(病床機能報告と同様)

	人数・件数
休日に受診した患者延べ数	人
上記のうち、診察後直ちに入院となった患者延べ数	人
夜間・時間外に受診した患者延べ数	人
上記のうち、診察後直ちに入院となった患者延べ数	人
救急車の受入件数	件

③ 紹介・逆紹介の状況(紹介率・逆紹介率)〔NDBで把握できない項目〕(有床診療所は任意)

- 紹介率・逆紹介率を報告(初診患者数、紹介患者数、逆紹介患者数)

※ 外来機能報告等に関するガイドライン参照
(出典) 厚生労働省ホームページ(外来機能報告) <https://www.mhlw.go.jp/content/000918235.pdf>

33

外来機能報告における報告項目③

④ 外来における人材の配置状況 [専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師を除き、病床機能報告で把握できる項目](病床機能報告で報告する場合、重複項目は省略可)(有床診療所は任意)

- ・ 医師について、施設全体の職員数を報告
- ・ 看護師、専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師、准看護師、看護補助者、助産師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、臨床工学技士、管理栄養士について、外来部門の職員数を報告

※ 勤務時間の概ね8割以上を外来部門で勤務する職員を計上。複数の部門で業務を行い、各部門での勤務が通常の勤務時間の8割未満となる場合は、外来部門の職員として計上(病床機能報告と同様の計上方法)

<報告イメージ>(専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師を除き、病床機能報告と同様)

	常勤(実人数)	非常勤(常勤換算)		常勤(実人数)	非常勤(常勤換算)
<施設全体>	-	-	助産師	人	人
医師	人	人	理学療法士	人	人
<外来部門>	-	-	作業療法士	人	人
看護師	人	人	言語聴覚士	人	人
専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師	人	人	薬剤師	人	人
准看護師	人	人	臨床工学技士	人	人
看護補助者	人	人	管理栄養士	人	人

⑤ 高額の医療機器・設備の保有状況 [病床機能報告で把握できる項目](病床機能報告で報告する場合、省略可)

- ・ マルチスライスCT(64列以上、16列～64列、16列未満)、その他のCT、MRI(3テスラ以上、1.5～3テスラ未満、1.5テスラ未満)、血管連続撮影装置(DSA法を行う装置)、SPECT、PET、PETCT、PETMRI、ガンマナイフ、サイバーナイフ、強度変調放射線治療器、遠隔操作式密封小線源治療装置、内視鏡手術用支援機器(ダヴィンチ)の台数を報告

※ 外来機能報告等に関するガイドライン参照
(出典) 厚生労働省ホームページ(外来機能報告) <https://www.mhlw.go.jp/content/000918235.pdf>

紹介受診重点医療機関の公表に向けた周知

- 令和4年度診療報酬改定により「紹介受診重点医療機関入院診療加算」が新設されたところ。
- 当該加算については、特定の条件を満たし、都道府県において公表されたものに限り算定できるところとなっている。
- 医療機関が当該加算を遅滞なく算定できるよう、迅速な公表をお願いしたい。

令和4年度診療報酬改定の概要令和4年3月4日版(抜粋)

令和4年度診療報酬改定 1-4 外来医療の機能分化等-②

紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設

「紹介受診重点医療機関」において、入院機能の強化や勤務医の外来負担の軽減等が推進され、入院医療の質が向上することを踏まえ、当該入院医療について新たな評価を行う。

(新) 紹介受診重点医療機関入院診療加算 800点(入院初日)

【算定要件】

- (1) 対象医療機関(医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものに限り、一般病床の数が200未満であるものを指す。)である保険医療機関に入院している患者(第1部の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))のうち、紹介受診重点医療機関入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、入院初日に限り所定点数に算定する。
- (2) 区分番号A204に掲げる地域医療支援病院入院診療加算は別に算定できない。

- : 対象医療機関の算定確認
●●● : 公表方法(確認方法)
●●● : 算定方法

※現在、調整中の内容も含むため取り扱いに留意すること

公表に向けた都道府県の対応

- 対象医療機関の選定：
 - 紹介受診重点外来の水準(初診基準が40%以上かつ再診基準が25%以上)を満たしていること
 - 紹介率及び逆紹介率は、地域医療支援病院の定義(紹介率50%以上かつ逆紹介率40%以上)を参考にすること 等
- 地域の協議の場における検討：
 - 紹介受診重点医療機関の取りまとめに当たっては、医療機関の特性や地域性を考慮する必要
 - 紹介受診重点外来に関する基準を参考にすること
 - 医療機関の意向に基づき、地域の協議の場で確認することにより、地域の実情を踏まえること
- 都道府県による公表：
 - 上記を踏まえて、紹介受診重点医療機関について、都道府県のホームページ等に公開

(参考) 地域医療支援病院の評価

地域医療支援病院に対する評価

中医協 総-3
3 . 7 . 7

- ▶ 地域医療支援病院における紹介患者に対する医療提供、病床や高額医療機器等の共同利用、24時間救急医療の提供等を評価。
(平成10年度診療報酬改定において新設)

地域医療支援病院入院診療加算 1,000点(入院初日)

[算定要件]

- 地域医療支援病院である保険医療機関に入院している患者について、入院初日に限り所定点数に加算する。
- 入院基本料のうち、地域医療支援病院入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。
- 入院初日に病棟単位で行うべき特定入院料以外の特定入院料を算定していた場合については、入院基本料の入院期間の計算により一連の入院期間とされる期間中に特定入院料を算定しなくなった日(当該日が退院日の場合は、退院日)において1回に限り算定する。

36

外来機能報告

第10回第8次医療計画資料
等に関する検討会
令和4年7月20日 3

医療法第30条の18の2及び第30条の18の3の規定に基づき、**地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進のため**、医療機関の管理者が**外来医療の実施状況等を都道府県知事に報告をするもの**。令和3年5月に「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」(令和3年法律第49号)が成立・公布され、医療法に新たに規定された(令和4年4月1日施行)。

参考：医療法(一部抜粋)

第30条の18の2 **病床機能報告対象病院等であつて外来医療を提供するもの**(以下この条において「**外来機能報告対象病院等**」という。)の**管理者は、地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進のため**、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる事項を当該外来機能報告対象病院等の所在地の**都道府県知事に報告しなければならない**。

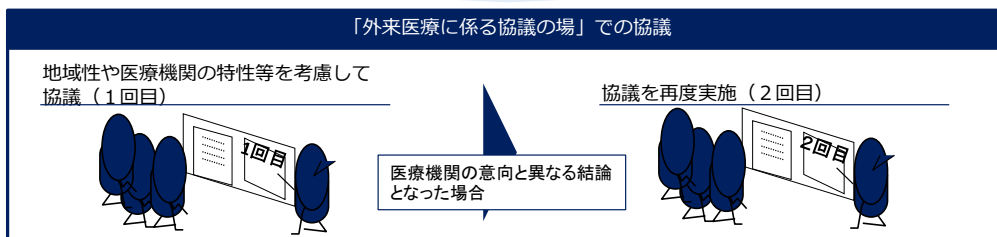
第30条の18の3 **患者を入院させるための施設を有しない診療所**(以下この条において「**無床診療所**」という。)の**管理者は、地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進のため**、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる事項を当該無床診療所の所在地の**都道府県知事に報告することができる**。

目的	対象医療機関	報告頻度
<ul style="list-style-type: none"> ●「紹介受診重点医療機関(医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関)」の明確化 ●地域の外来機能の明確化・連携の推進 	義務： 病院・有床診療所 任意： 無床診療所	年1回 (10~11月に報告を実施)
患者の流れがより円滑になることで、病院の外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師の働き方改革に寄与。	医療資源を重点的に活用する外来(重点外来) <ul style="list-style-type: none"> ▶ 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来 例)悪性腫瘍手術の前後の外来 ▶ 高額等の医療機器・設備を必要とする外来 例)外来化学療法、外来放射線治療 ▶ 特定の領域に特化した機能を有する外来 例)紹介患者に対する外来 	
報告項目 <ol style="list-style-type: none"> (1) 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況 (2) 紹介受診重点医療機関となる意向の有無 (3) 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項 紹介・逆紹介の状況、外来における人材の配置状況、外来・在宅医療・地域連携の実施状況(生活習慣病管理料や在宅時医学総合管理料等の算定件数)等 	紹介受診重点医療機関の基準 <p>意向はあるが基準を満たさない場合</p> 上記の外来の件数の占める割合が <ul style="list-style-type: none"> ・ 初診の外来件数の40%以上かつ ・ 再診の外来件数の25%以上 	参考にする紹介率・逆紹介率の水準 <ul style="list-style-type: none"> ・ 紹介率50%以上かつ ・ 逆紹介率40%以上
「地域の協議の場」での議論に活用。令和4年度については、外来機能報告等の施行初年度であるため、紹介受診重点医療機関の明確化に資する協議を中心に行う。	紹介受診重点医療機関として取りまとめ	

37

外来機能報告制度を活用した紹介受診重点医療機関に係る協議の進め方

		意向あり	意向なし
紹介受診重点外来の基準	満たす	1 紹介受診重点医療機関 * 「外来医療に係る協議の場」での確認	2 「外来医療に係る協議の場」での協議
	満たさない	3 「外来医療に係る協議の場」での協議	



【紹介受診重点外来の基準と医療機関の意向の考え方】

- 1 「紹介受診重点外来の基準を満たす×意向あり」の場合
 - 特別な事情がない限り、紹介受診重点医療機関となることが想定される。
- 2 「紹介受診重点外来の基準を満たす×意向なし」の場合
 - 当該医療機関の意向が第一であることを踏まえつつ、当該地域の医療提供体制のあり方を協議の上、2回目の協議に改めて意向を確認する。
- 3 「紹介受診重点外来の基準を満たさない×意向あり」の場合
 - 紹介受診重点外来に関する基準に加え、紹介率・逆紹介率等を活用して協議を行う。

(参考) 「外来機能報告等に関するガイドライン」

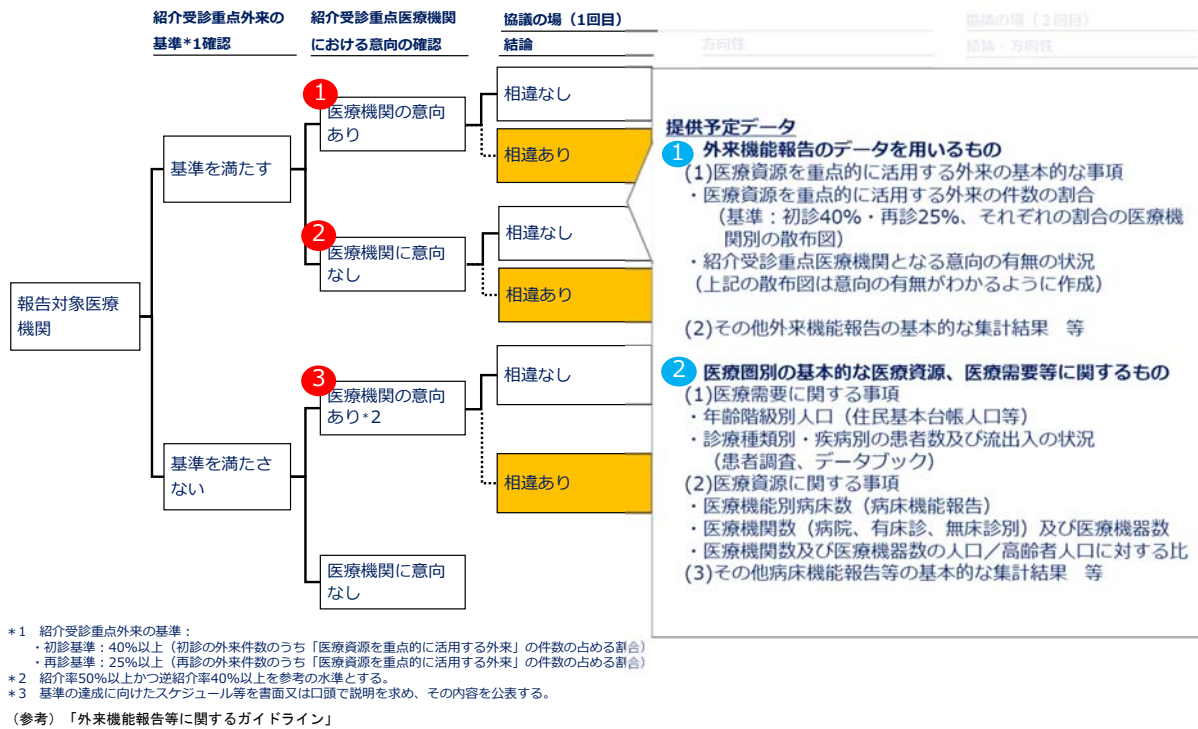
協議フローについて



*1 紹介受診重点外来の基準：
 ・初診基準：40%以上（初診の外来件数のうち「医療資源を重点的に活用する外来」の件数の占める割合）
 ・再診基準：25%以上（再診の外来件数のうち「医療資源を重点的に活用する外来」の件数の占める割合）
 *2 紹介率50%以上かつ逆紹介率40%以上を参考の水準とする。
 *3 基準の達成に向けたスケジュール等を書面又は口頭で説明を求め、その内容を公表する。

(参考) 「外来機能報告等に関するガイドライン」

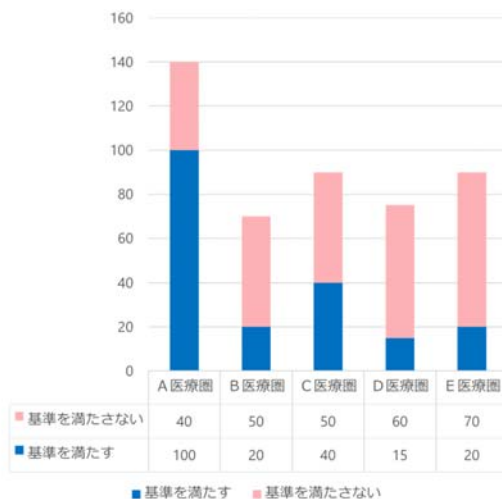
協議の場での再協議が求められる



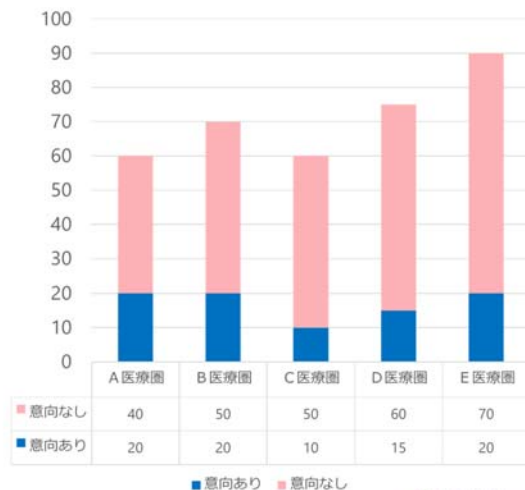
協議の場における提供データイメージ（1/3）：
紹介受診重点医療機関となる意向別データの提供

- 紹介受診重点医療機関は、協議の場の議論を踏まえて選定されることとなっている。
- 紹介受診重点医療機関を選定するにあたって、二次医療圏別に紹介受診重点外来の基準（*）を満たす医療機関数及び二次医療圏別に意向を示している医療機関数が把握しやすいようなデータセットを提供予定である。

二次医療圏別に紹介受診重点外来の基準（*）を満たす医療機関数



二次医療圏別「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」（*）となる意向を示した医療機関数

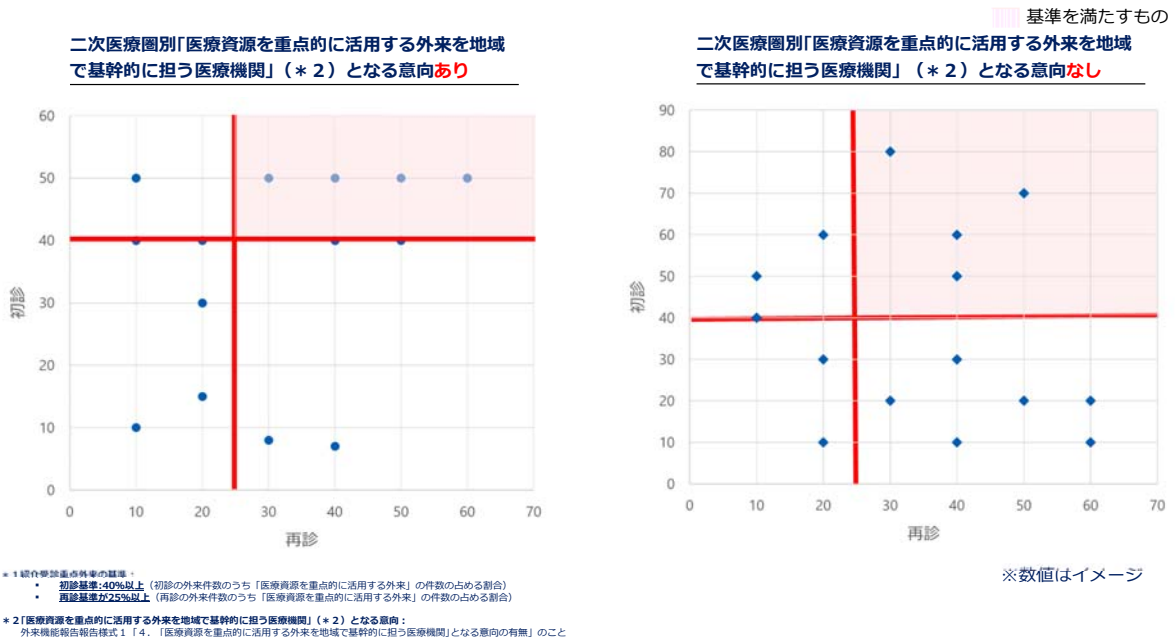


*紹介受診重点外来の基準：
 ・初診基準:40%以上（初診の外来件数のうち「医療資源を重点的に活用する外来」の件数の占める割合）
 ・再診基準が25%以上（再診の外来件数のうち「医療資源を重点的に活用する外来」の件数の占める割合）

※数値はイメージ

協議の場における提供データイメージ（2/3）： 重点外来の基準を満たす医療機関数の分布データ等の提供

- 紹介受診重点医療機関は、協議の場の議論を踏まえて選定されることとなっている。
- 紹介受診重点外来の基準（*1）及び紹介受診重点医療機関となる意向（*2）をクロスし、医療機関数の把握に資するデータセットを提供予定である。



協議の場における提供データイメージ（3/3）： 重点外来の基準等のステータスを整理した医療機関リストの提供

- 紹介受診重点医療機関は、協議の場の議論を踏まえて選定されることとなっている。
- 紹介受診重点医療機関を選定するにあたって、医療機関に報告された内容等をベースにリストを作成し、提供予定である。

基準を満たすもの

医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関（*）となる意向あり

二次医療圏	医療機関名	初診率	再診率
A	医療機関A	50	30		
A	医療機関B	45	30		
...	...				

医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関（*）となる意向なし

二次医療圏	医療機関名	初診率	再診率
A	医療機関C	40	30		
A	医療機関D	30	30		
...	...				

※数値はイメージ

* 「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」（*）となる意向：
 外来機能報告書様式1「4. 「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」となる意向の有無」のこと

協議の進め方

- 外来機能の明確化・連携に向けた協議においては、外来機能報告のデータや既存の統計調査等で明らかとなる地域の外来医療提供体制の現状と課題について、参加する関係者で認識を共有すること。
- 具体的には今後、外来機能報告により入手可能な紹介受診重点外来や紹介・逆紹介等のデータを活用し、地域の外来医療の提供状況について把握するとともに、紹介受診重点医療機関の機能・役割も踏まえ、地域における外来医療提供体制の在り方について、検討を行うこととする。また、令和4年度以降の外来機能報告及び協議の場でのデータや議論の蓄積を踏まえ、具体的な協議事項のポイントや留意点等については、改めて提示する。

厚生労働省「外来機能報告に関するガイドライン」（令和5年3月31日改正）より

44

協議の場の参加者

- 協議の場の参加者は、医療法上の規定に則って、**郡市区医師会**等の地域における学識経験者、地域における代表性を考慮して選定した病院・（有床）診療所の管理者、医療保険者、市区町村等とする。
- これらの参加者に加えて、紹介受診重点医療機関の取りまとめに向けた協議を行う場合、以下の医療機関の出席を求め、意見を聴取すること。
 - ① 「紹介受診重点医療機関」の紹介受診重点外来に関する基準に該当するものの、外来機能報告において「紹介受診重点医療機関」としての役割を担う意向を有しない医療機関
 - ② 「紹介受診重点医療機関」の紹介受診重点外来に関する基準に該当しないものの、外来機能報告において「紹介受診重点医療機関」としての役割を担う意向を有する医療機関
- また、協議の場における外来機能の明確化・連携に向けた協議を行う場合、協議をより効果的・効率的に進める観点から、都道府県は、議事等に応じて、追加的に参加を求める関係者を選定するなど、柔軟に協議の場を運営すること。
- なお、協議の場については、医療法上、地域医療構想調整会議を活用することも可能である。

※ 現在、協議の場において外来医療計画に係る協議が行われているが、多くの地域で地域医療構想調整会議が活用されている。

厚生労働省「外来機能報告に関するガイドライン」（令和5年3月31日改正）より

45

協議の進め方

1 紹介受診重点外来に関する基準を満たす場合の進め方

- 紹介受診重点外来に関する基準、紹介受診重点医療機関における意向等を踏まえ、協議の場において、協議を行う。
- その結果、医療機関の意向と協議の場の結論に相違がある場合には、再協議を行う。
- その場合、外来機能報告等に関するガイドラインに基づいて、**協議を行い、最終的に医療機関の意向と協議の場の結論が合致したものに限り、紹介受診重点医療機関として公表を行うこと。**
- なお、これらの再協議に至った事例については、協議プロセスの透明性の確保の観点から、紹介受診重点医療機関として公表する際、その協議内容についても公表することが考えられる。
- また、紹介受診重点外来に関する基準を満たし、紹介受診重点医療機関における意向がない場合であって、医療機関の意向と協議の場の結論に相違がない場合には、紹介受診重点医療機関にならないものとする。

厚生労働省事務連絡「外来機能報告における協議の場の進め方について」（令和5年5月17日付）より

46

協議の進め方

2 紹介受診重点外来に関する基準を満たさない場合の進め方

- 紹介受診重点外来に関する基準、紹介受診重点医療機関における意向等を踏まえ、協議の場において、協議を行う。
- その結果、紹介受診重点外来に関する基準を満たさず、紹介受診重点医療機関における意向がある場合には、外来機能報告等に関するガイドラインを踏まえ、協議の場において、紹介率・逆紹介率等を活用して議論を行うこと。
- その際、医療機関の意向と協議の場の結論に相違がない場合であっても、当該医療機関が紹介受診重点外来に関する基準を満たしていないことに鑑み、当該医療機関が紹介受診重点医療機関となることによる構想区域全体の医療提供体制に及ぼす影響も協議するとともに、当該医療機関における紹介受診重点外来に関する基準を満たす蓋然性及びそのスケジュール等について、当該医療機関に書面又は口頭で再度説明を求め、紹介受診重点医療機関として公表する際、その内容も公表することが考えられる。

3 その他、協議の場の進め方における留意事項

- 協議を繰り返す場合又は議論が整わない場合等で、結論を得ることができない場合には、都道府県が協議内容及び結果を公表すること。

厚生労働省事務連絡「外来機能報告における協議の場の進め方について」（令和5年5月17日付）より

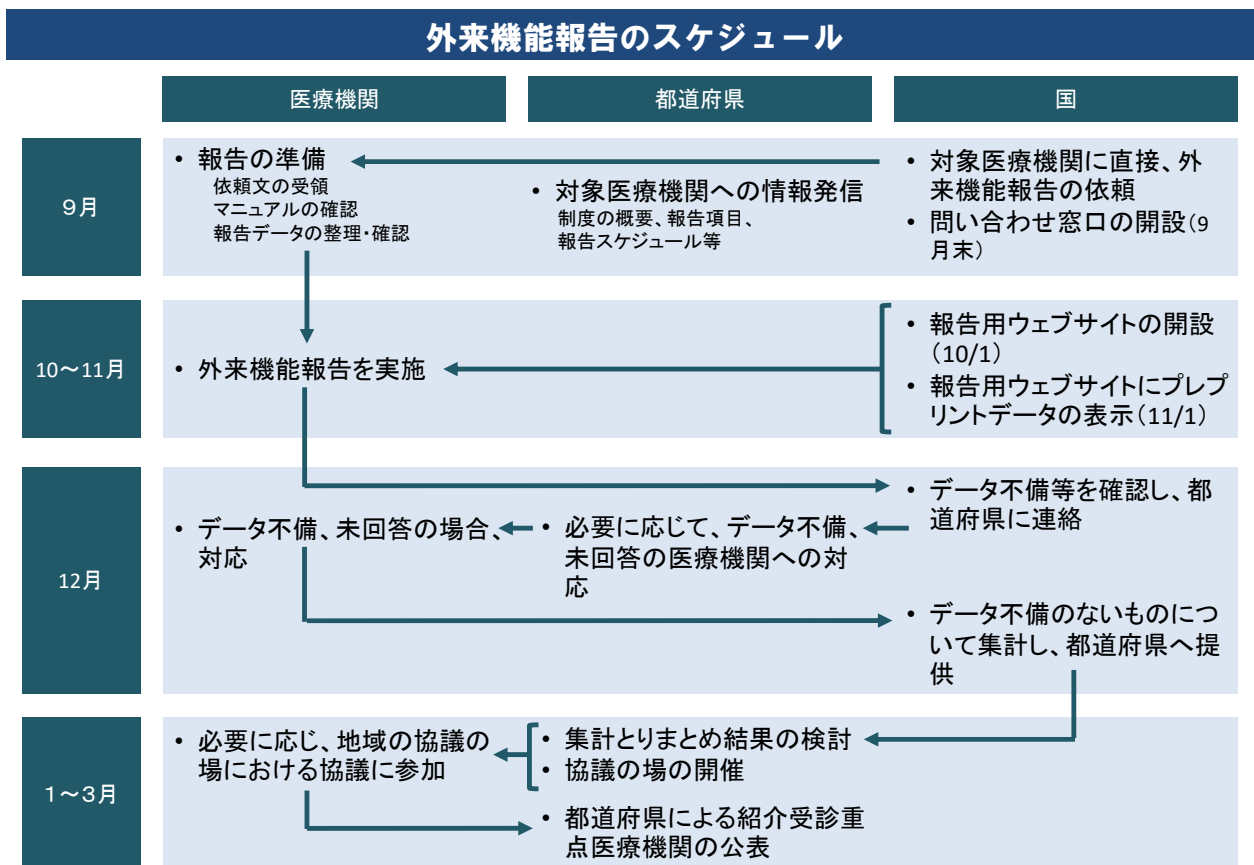
47

協議の進め方

- **医療機関の意向と協議の場での結論が最終的に一致したものに限り、紹介受診重点医療機関とし**、都道府県において、協議結果を取りまとめて公表すること。

- なお、特定機能病院及び地域医療支援病院の多くは、これらの病院の性格上、紹介受診重点外来の基準を満たすことが想定されているところ、当該基準を満たす病院については、原則、紹介受診重点医療機関となることが望ましい。また、特定機能病院又は地域医療支援病院であって当該基準を満たさない病院については、外来機能報告等のデータも活用し、本来担うべき役割（例えば、地域医療支援病院においては医師の少ない地域の支援や地域の医療従事者に対する研修の実施等）を踏まえ、地域の外来医療提供体制における当該医療機関の果たす役割等を協議の場等で確認することとする。

厚生労働省「外来機能報告に関するガイドライン」（令和5年3月31日改正）より



- 医療法第30条の13第4項の規定及び医療法施行規則に基づき、都道府県は病床機能報告の報告結果について、インターネット等を通じて公表することとしている。
- また、厚生労働省としても、各医療機関の病床機能報告のデータを、オープンデータとしてホームページ上に掲載している。
- 外来機能報告においても病床機能報告と同様に、医療法及び医療法施行規則において、都道府県は外来機能報告により報告された事項について、公表することとして記載されている。

【医療法】

第三十条の十三 病院又は診療所であつて療養病床又は一般病床を有するもの(以下「**病床機能報告対象病院等**」という。)の管理者は、地域における病床の機能の分化及び連携の推進のため、厚生労働省令で定めるところにより、当該病床機能報告対象病院等の病床の機能に応じ厚生労働省令で定める区分(以下「**病床の機能区分**」という。)に従い、次に掲げる事項を当該病床機能報告対象病院等の所在地の都道府県知事に報告しなければならない。

四 都道府県知事は、厚生労働省令で定めるところにより、第一項及び第二項の規定により報告された事項を公表しなければならない。

第三十条の十八の二

一 当該外来機能報告対象病院等において提供する外来医療のうち、その提供に当たつて医療従事者又は医薬品、医療機器その他の医療に関する物資を重点的に活用するものとして厚生労働省令で定める**外来医療に該当するもの**の内容

第三十条の十八の三

一 当該無床診療所において提供する外来医療のうち、前条第一項第一号の厚生労働省令で定める**外来医療に該当するもの**の内容

【医療法施行規則】

(外来機能報告の公表)

第三十条の三十三の十四 都道府県知事は、法第三十条の十八の二第三項及び第三十条の十八の三第二項の規定により準用する法第三十条の十三第四項の規定により、**法第三十条の十八の二第一項及び第三十条の十八の三第一項の規定により報告された事項について、インターネットの利用その他適切な方法により公表しなければならない。**



特定機能病院・地域医療支援病院の取り扱い

- 特定機能病院及び地域医療支援病院の多くは、これらの病院の性格上、紹介受診重点外来の基準を満たすことが想定されており、基準を満たす病院については、原則、紹介受診重点医療機関となることが望ましい。
- また、特定機能病院又は地域医療支援病院であつて紹介受診重点外来の基準を満たさない病院については、外来機能報告等のデータも活用し、本来担うべき役割（例えば、地域医療支援病院においては医師の少ない地域の支援や地域の医療従事者に対する研修の実施等）を踏まえ、地域の外来医療提供体制における当該医療機関の果たす役割等を協議の場等で確認することとする。

4. 地域における面としてのかかりつけ医機能

地域に根差した医師の活動

地域に根差して診療している医師は、自院での診療以外に、以下のような活動を連携して行い、地域住民の健康を守るため、それぞれの地域を面として支えています。

そうした活動はかかりつけ医が中心となって担っており、地域医師会はそれに深く関与して運営しています。

日本医師会は、「地域にどっぷりつかり」、日々地域医療を支えている医師に深く感謝するとともに、こうした活動を国民の皆さんに広く知っていただきたいと思っています。

1. 地域の時間外・救急対応	平日夜間・休日輪番業務、地域行事の救護班、在宅当番医、休日夜間急患センター、電話相談業務など（災害時には救護所・避難所への巡回診療、感染症拡大時には検査センターへの出務など自らの地域を守る活動）
2. 行政・医師会等の公益活動	医師会・専門医会・自治会・保健所関連の委員、警察業務への協力、防災会議、地域医療に関する会議、レセプトの審査委員会、地域ケア会議の出席、障害者認定審査会、介護保険認定審査会など
3. 地域保健・公衆衛生活動	母子保健、乳幼児保健（1歳6か月児健診・3歳児健診）、学校保健（学校健診、学校医活動）、学校健康教育（性教育、がん教育、禁煙・薬物教育等）、産業保健（地域産業保健センター活動、職場の健康相談、産業医活動）、事業主健診（特定健診・特定保健指導）、高齢者保健（高齢者健診・認知症検診）、予防接種（定期・その他）、がん・成人病検診、市民公開講座（健康講座・介護教室）、精神保健、健康スポーツ医活動など
4. 多職種連携	訪問診療等の在宅医療ネットワークへの参画、介護保険関連文書の作成（主治医意見書等）、多職種との会合（ケアカンファレンス等）、ACPなど
5. その他	看護師・准看護師養成所、医師会共同利用施設への参画、高齢者の運転免許に関する診断書の作成、成年後見人制度における診断書の作成、死体検案、医療DX、医療GX、学術活動、高齢者・障害者施設への対応など

かかりつけ医機能に関する議論の流れ



全世代社会保障法案の審議経過

日程(2023年)	審議経過
2月10日	閣議決定
3月16日	衆議院本会議にて審議入り
3月22日	衆議院厚生労働委員会にて審議入り
4月4日	衆議院厚生労働委員会にて参考人意見陳述 * 釜范常任理事が出席
4月12日	衆議院厚生労働委員会にて可決
4月13日	衆議院本会議にて可決
4月19日	参議院本会議にて審議入り
4月20日	参議院厚生労働委員会にて審議入り
4月27日	参議院厚生労働委員会にて参考人意見陳述
5月11日	参議院厚生労働委員会にて可決
5月12日	参議院本会議にて可決(法案成立)



2023年4月4日衆議院厚生労働委員会の参考人質疑

経済財政運営と改革の基本方針2022(骨太の方針) (令和4年6月7日)(抜粋)

閣議決定

また、医療・介護提供体制などの社会保障制度基盤の強化については、今後の医療ニーズや人口動態の変化、コロナ禍で顕在化した課題を踏まえ、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するため、機能分化と連携を一層重視した医療・介護提供体制等の国民目線での改革を進めることとし、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行うとともに、地域医療連携推進法人の有効活用や都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置を含め地域医療構想を推進する。

*内閣府「経済財政運営と改革の基本方針2022」(2022年6月7日)31頁 https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/zensedai_hosyo/pdf/20220517chukanseiri.pdf



閣議決定は骨太の方針の「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」であり、財務省財政審が主張する①法制上明確化、②認定するなどの制度、③事前登録・医療情報登録ではない。

56

かかりつけ医機能が発揮される制度整備に向けて ～これまでのかかりつけ医機能との違い～

国民

現在は「医療機能情報提供制度」という制度があることも国民には知られていない。
「医療機能情報提供制度」を国民に分かりやすい内容に改め、フリーアクセスにおいて国民が「医療機能情報提供制度」を活用し、適切な医療機関を自ら選択できるよう支援を行う。

医療機関

各医療機関は自らが持つ機能を磨くことにより縦糸を伸ばすとともに、さらに地域における他の医療機関との連携を通じて横糸を紡ぎ、それによって「地域における面としてのかかりつけ医機能」が織りなされ、さらに機能を発揮していく。
日常診療時より、他の医療機関と連携し、急変時においても、可能な限り地域におけるネットワークで対応を行う。

感染症発生・まん延時(有事)

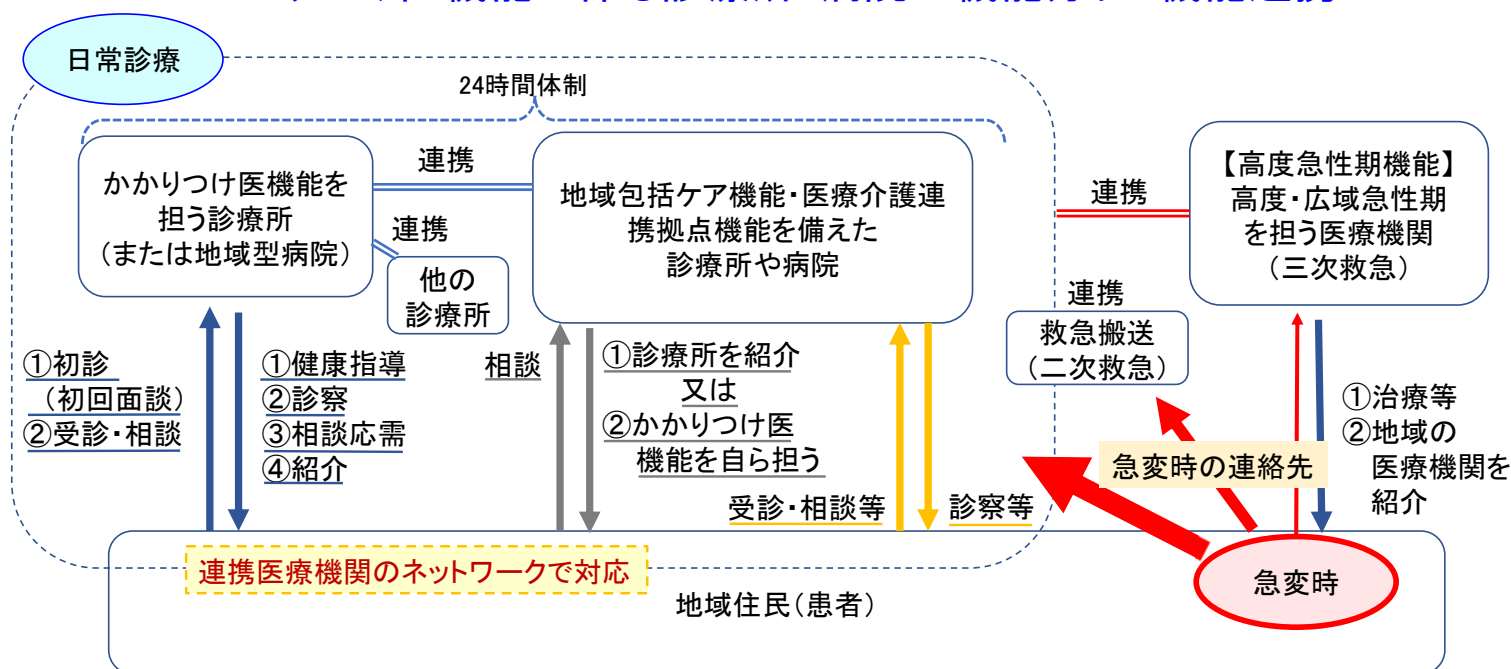
感染症発生・まん延時(有事)における対応については、日頃から患者のことをよく知るかかりつけ医機能を担う医療機関が診療を行うことは望ましいが、未知の感染症への対応に際しては、動線分離を含めた感染拡大防止対策が重要であり、地域医療全体として通常医療を継続しつつ、感染症医療のニーズに対応していくことが必要である。

地域医療体制全体の中で感染症危機時に外来診療や在宅療養等を担う医療機関を平時から明確化しておくことで、平時に受診している医療機関がない方を含め、国民が必要とするときに確実に必要な医療を受けられるようにしていく。

2022年秋の臨時国会では、感染症発生・まん延時における「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」についてこうした方向で審議が進められ、2022年12月2日に改正感染症法等が成立した。

57

かかりつけ医機能に係る診療所・病院の機能分化・機能連携



58

かかりつけ医機能の制度整備にあたっての日本医師会の主な考え方

令和5年2月15日に日本医師会は定例記者会見を開催し、「かかりつけ医機能の制度整備」について以下8項目を中心に改めて考えを示した。

かかりつけ医はあくまで国民が選ぶものである。国民にかかりつけ医を持つことを義務付けたり、割り当てたりすることには反対である。

診療科別や専門性の観点から複数のかかりつけ医を持つことも多く、かかりつけ医は複数あることが自然である。

1人の医師だけを登録するという、いわゆる「登録制」は、患者さんの医療へのアクセス権、医師を選ぶ権利を阻害する提案である。国民・患者さん側からすれば、かかりつけ医を固定するような提案は、決して望んでおられない。

「人頭払」という主張があることも承知しているが、高度な医療がなかった時代はともかく、現代の複雑かつ高度な医療においては現実的な提案ではない。

かかりつけ医機能を発揮する医療機関は、診療科や病院・診療所の別を問うものではない。

必ずしも一つの医療機関においてかかりつけ医機能のすべてを持たなければならないわけではない。地域で面としてのかかりつけ医機能をしっかりと果たしていくべきである。

「かかりつけ医」と「かかりつけ医以外の医師」を区別するものではない。

医師も自ら「かかりつけ医」として選ばれるよう積極的に研鑽を積むことが重要である。

59

日医かかりつけ医機能研修制度

【目的】

今後のさらなる少子高齢社会を見据え、地域住民から信頼される「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し、その能力を維持・向上するための研修を実施する。

【実施主体】

本研修制度の実施を希望する都道府県医師会

平成28年4月1日より実施

【かかりつけ医機能】

1. 患者中心の医療の実践
2. 継続性を重視した医療の実践
3. チーム医療、多職種連携の実践
4. 社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践
5. 地域の特性に応じた医療の実践
6. 在宅医療の実践



【研修内容】

基本研修	応用研修	実地研修
日医生涯教育認定証の取得。	日医が行う中央研修、関連する他の研修会、および都道府県・郡市区医師会が主催する研修等の受講。 <i>規定の座学研修を10単位以上取得</i>	社会的な保健・医療・介護・福祉活動、在宅医療、地域連携活動等の実践。 <i>規定の活動を2つ以上実施（10単位以上取得）</i>

3年間で上記要件を満たした場合、都道府県医師会より修了証書または認定証の発行（有効期間3年）。

日医かかりつけ医機能研修制度 現在の進捗状況(令和5年3月15日現在)

応用研修受講者数(延べ人数)合計: 58,437名

第1期	H28年度受講者: 9,391名 (研修開催回数: 日医中央研修1回、22都道府県42回)	第1期 合計: 29,712名
	H29年度受講者: 9,712名 (研修開催回数: 日医中央研修1回、27都道府県47回)	
	H30年度受講者: 10,609名 (研修開催回数: 日医中央研修1回、31都道府県46回)	
第2期	R元年度受講者: 9,361名 (研修開催回数: 日医中央研修1回、30都道府県53回)	第2期 合計: 22,228名
	R2年度受講者: 6,571名 (研修開催回数: 43都道府県138回 ※日医中央研修未開催)	
	R3年度受講者: 6,296名 (研修開催回数: 日医中央研修3回、26都道府県68回)	
第3期	R4年度受講者: 6,497名※ (研修開催回数: 日医中央研修3回、27都道府県52回 ※2023.3.15現在)	第3期 合計: 6,497名

修了者数 認定期間有効実人数(R1年~R3年): 5,273名 累計: 11,192名

H28年度修了者: 1,196名 H29年度修了者: 2,672名 H30年度修了者: 2,051名
R1年度修了者: 2,501名 R2年度修了者: 1,547名 R3年度修了者: 1,225名

「かかりつけ医機能が発揮される制度整備の実効性を伴う着実な推進」の今後のスケジュール感

令和7年4月施行のスケジュールから逆算すると、以下のようなイメージが考えられる。

時期		動向
令和5(2023)年	5月	改正医療法の成立(12日)・公布(19日)
	秋～年末	省令の施行に向けて、基本的な考え方について検討
令和6(2024)年	年明け～6月	省令等の具体的内容について検討
	6月～8月	令和7年度施行に向けて、予算措置が必要であれば予算要求
	秋～	改正医療法に基づく省令・告示 かかりつけ医機能報告システムの構築開始
令和7(2025)年	4月	かかりつけ医機能報告制度の開始

かかりつけ医・かかりつけ医機能の歴史的経緯(1/2)

日医執行部	日本医師会	国・政府等	制度・法律等
羽田 春兎 ～1992 (H04)		1985 (S60) 厚生省 家庭医に関する懇談会	
		1987 (S62) 厚生省 家庭医に関する懇談会 「家庭医に関する懇談会報告書」	
村瀬 敏郎 ～1996 (H08)	1992 (H04) 村瀬敏郎・日医会長(当時) かかりつけ医構想を提唱	1993 (H05) 厚生省 かかりつけ医推進モデル事業 実施	
	1993(H05) § 1995(H07) 厚生科学研究「かかりつけ医機能の評価に関する研究」(日医受託)		
坪井 栄孝 ～2004 (H16)		1996 (H08) 厚生省 国民医療総合政策会議 報告書「中間報告」	1996 (H08) 老人慢性疾患外来総合診療科(外総診) 新設
			2000 (H12) 医師法改正(新医師臨床研修制度)
			2002 (H14) 老人慢性疾患外来総合診療科(外総診) 廃止
			2004 (H16) 新医師臨床研修制度 開始
植松 治雄 ～2006 (H18)			

かかりつけ医・かかりつけ医機能の歴史的経緯(2/2)

日医執行部	日本医師会	国・政府等	制度・法律等
唐澤 祥人 ~2010 (H22)	2006 (H18) 日本医師会学術推進会議 第三次学術推進会議報告書 「我が国における専門医のあり方」 2008 (H20) 日本医師会学術推進会議 第四次学術推進会議報告書 「かかりつけ医の質の担保について -日医認定かかりつけ医(仮)の検討-」	2007 (H19) 厚生労働省 「医療政策の経緯、現状及び今後の課題について」	2008 (H20) 医療法施行令の一部改正 (標榜診療科名の改正) 2008(H20)~ 2010(H22) 後期高齢者診療料 新設~廃止
原中 勝征 ~2012 (H24)			
横倉 義武 ~2020 (R02)	2013 (H25) 「医療提供体制のあり方 日本医師会・四病院団体協議会合同提言」公表 2016 (H28) 日医かかりつけ医機能研修制度 開始	2013 (H25) 社会保障制度改革国民会議 報告書 「確かな社会保障を将来に伝えるための道筋」 2018 (H30) 厚生労働省 上手な医療のかかり方を広めるための 懇談会 2019 (R01) 全世代型社会保障検討会議 中間報告	2014 (H26) 地域包括診療料・加算 新設 2016 (H28) 大病院外来受診時定額負担(選定療養) 導入 2018 (H30) 総合診療専門医(日本専門医機構) 養成開始 2018 (H30) 機能強化加算 新設
中川 俊男 ~2022 (R04)	2022 (R04) 「国民の信頼に応えるかかりつけ医として」公表		
松本 吉郎 2022 (R04)	2022 (R04) 「地域における面としてのかかりつけ医機能 ~かかりつけ医機能が発揮される制度整備に向けて~ (第1報告)」公表	2022 (R04) 全世代型社会保障構築会議 報告書 「全世代で支え合い、人口減少・超高齢社会の課題を克服する」	2023 (R05) 全世代型社会保障法案 成立・公布 2025 (R07) かかりつけ医機能報告 創設

64

かかりつけ医機能が発揮される第一歩

かかりつけ医機能に関する議論は、2023(令和5)年に全世代社会保障法案が成立し、かかりつけ医機能が発揮される第一歩が踏み出された。1985(昭和60)年の厚生省の家庭医に関する懇談会からこの第一歩までに38年かかっている。

次の一歩が①いつになるのか、②どの方向に向かうのか、は未定である。

まずは2025年(令和7年)4月の施行に向けて省令等の議論が行われる。次の一歩に向けて、日本医師会は、医療現場の意見を踏まえ、国民がより適切に受診できるよう、医療提供体制を構築していく。



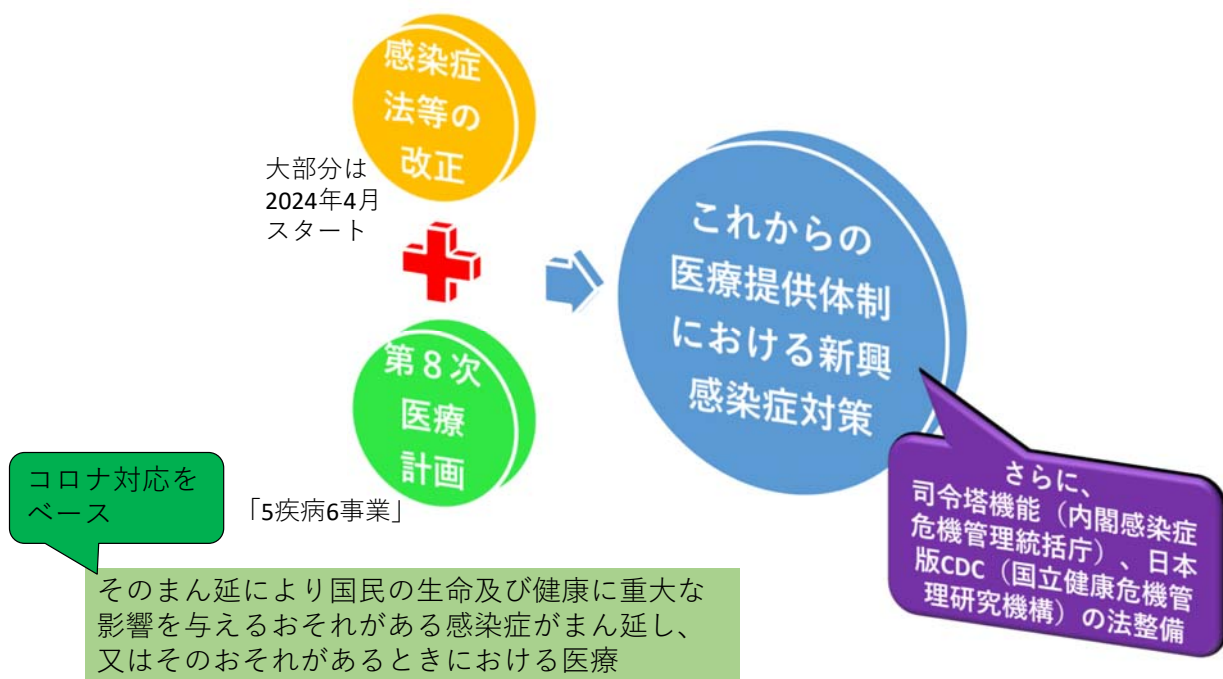
全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議(令和五年五月十一日)抜粋

八. 本法のかかりつけ医機能に関する制度改正については、同機能が発揮される**第一歩**と位置付け、全ての国民・患者がそのニーズに応じて同機能を有する医療機関を選択して利用できるよう、速やかに検討し、制度整備を進めること。

5. 改正感染症法等による協定等

66

これからの医療提供体制における新興感染症対策は、
感染症法等の改正と第8次医療計画によって方向付けられる。



67

感染症医療の提供（協定、義務）

- 都道府県と医療機関との協定
- 公立・公的医療機関等、特定機能病院、地域医療支援病院には感染症医療の提供義務

✓ 公立・公的医療機関等、特定機能病院、地域医療支援病院には、その機能を踏まえ、感染症発生・まん延時に担うべき医療の提供を義務づけ（協定を優先）

✓ 都道府県知事は、平時に、新興感染症の対応を行う医療機関と協議を行い、感染症対応に係る協定（病床/発熱外来/自宅療養者等に対する医療の提供/後方支援/人材の派遣※）を締結（協定締結医療機関）する。

※併せてPPE備蓄も位置づける。

✓ 協定締結医療機関について、流行初期医療確保措置の対象となる協定を含む特別の協定を締結する医療機関（流行初期医療確保措置付き）を設定。

✓ 協定締結医療機関は感染症指定医療機関の一つになる。ハード・ソフトの財政支援もある

✓ 感染症発生・まん延時（新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、新感染症）に、締結された協定の着実な履行を確保するため、協定の履行確保措置を設定。

- 「正当な理由」がなく、協定内容に沿った措置を講じない場合は、（勧告、）指示→医療機関名の公表
- 地域医療支援病院、特定機能病院の承認取消

協定の履行確保措置の考え方、勧告・指示等のプロセス、「正当な理由」、PPEの備蓄の運営方法などについては、次頁以降を参照

68

今回の感染症法等の改正：協定の締結について

- 令和6年9月までの協定締結を目指し、今後、都道府県より**コロナ対応を行った医療機関を中心に、協議の要請がなされる場合がある。**
- 感染症法上、協議の要請がなされた場合、医療機関には「協議に応じる義務」がある。もちろん、協定締結を強制される仕組みではない。
通常医療を分担する場合、ゾーニング不可能な場合など、**地域の実情や医療機関の機能に応じて判断することになる。**
たとえば自院で発熱外来を行わない場合であっても、**地域医師会によるセンター方式への参加**という選択肢もある。
- 協定を締結した場合、①病床確保は「**第一種協定指定医療機関**」、②発熱外来、自宅療養・宿泊療養は「**第二種協定指定医療機関**」として、それぞれ**感染症上の「感染症指定医療機関**」となる。（後方支援、人材確保は対象外）
- 「**正当な理由なく、協定の措置を講じていないと認められる場合**」には、医療機関名の公表などがなされるが、それには、**透明なプロセスのもと、次の考えで行われる**
(次ページ以降も参照)。
 - 感染状況や医療機関の実情に即した個別具体の判断
 - 協定締結時の想定と異なる事情が発生し、協定に沿った対応が困難でやむを得ない場合は除く
 - 締結した協定の措置を講じないことによる患者の生命・健康等への影響や、協定の措置に代えて実施し得る他の手段の有無といったことを総合的に考慮して判断

69

(参考) 感染症指定医療機関について(既存の保健衛生施設補助金)

感染症の発生後速やかに感染症患者に適切な医療を提供することで、その早期治療を図り、感染症のまん延を防止するため、厚生労働大臣又は都道府県知事は、新感染症、一類感染症、二類感染症及び新型インフルエンザ等感染症の患者の医療を担当する感染症指定医療機関(一定の基準に合致する感染症指定病床を有する医療機関)を指定する。

比較項目	特定感染症指定医療機関	第一種感染症指定医療機関	第二種感染症指定医療機関
指定を行う者	厚生労働大臣	都道府県知事	
医療機関の分布	4医療機関(※1、2)	原則、都道府県域毎に1箇所程度(56医療機関)(※1)	都道府県毎に数箇所～数十箇所程度(348医療機関)(※1)
医療を担当する感染症の類型	新感染症 一類感染症 二類感染症 新型インフルエンザ等感染症	一類感染症 二類感染症 新型インフルエンザ等感染症	二類感染症 新型インフルエンザ等感染症
施設基準	第一種感染症指定医療機関と同等以上	・陰圧制御が可能であること ・病室内にトイレ及びシャワー室があること ・排水処理設備を有すること等(※3)	・病室内又は病室に隣接してトイレ及びシャワー室があること等(※3)
施設整備費(指定病床数分)	全額を国	1/2を国、1/2を都道府県	1/2を国、1/2を都道府県(1床あたり約330万円)
設備費・運営費	全額を国(運営費については、1床当たり約790万円/年を上限)(※4)	1/2を国、1/2を都道府県(運営費については、1床当たり約630万円/年を上限)(※4)	1/2を国、1/2を都道府県(運営費については、1床当たり①陰圧設備あり:約200万円/年、②陰圧設備なし:約150万円/年を上限)(※4)

※1 令和4年4月1日現在。なお、第二種感染症指定医療機関数は、感染症病床を有する指定医療機関の数。

※2 成田赤十字病院、国立国際医療研究センター病院、常滑市民病院、りんくう総合医療センター。

※3 平成11年厚生省告示第43号。

※4 令和5年度予算

協定の締結の進め方

- ・ **協定は双方の合意**であり、また、新興感染症発生・まん延時の対応を円滑に行うためにも、都道府県と医療機関で締結する協定の内容の齟齬がないよう、十分な協議を行うこと。

また、協定の締結に当たっては、新興感染症発生・まん延時には、**その感染症の特性に合わせて、都道府県と医療機関は協定の内容を見直すなど、実際の状況に応じた機動的な対応を行う**ことも前提に(※)、協定協議段階で可能な範囲で都道府県と医療機関とが合意した内容について締結すること。

(※) 新興感染症発生・まん延時において、新興感染症の性状のほか、その対応方法を含めた最新の知見の取得状況や、感染症対策物資等の確保の状況などが締結した協定の前提・内容(事前の想定)とは大きく異なる事態の場合は、国においてその判断を行い、機動的に対応するものとする。

- ・ 協定締結の協議に当たって、診療所が行う協議等の手続きを行う際に、**医師会や薬剤師会などの関係団体が協議の窓口**となり、とりまとめるといった対応も可能。地域の実情に則して対応。

令和5年10月以降における新型コロナウイルス感染症対策への財政支援について(要望)

令和5年7月31日

厚生労働大臣
加藤 勝信 先生

公益社団法人日本医師会
会長 松本 吉郎

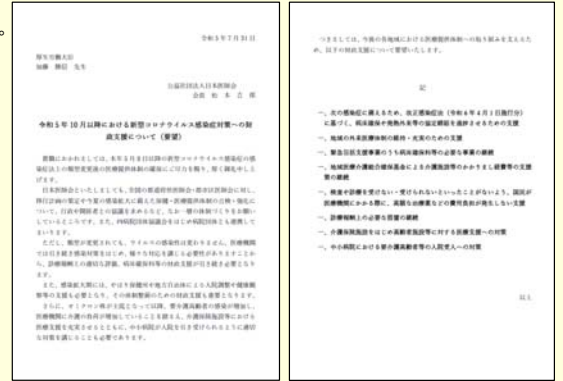
令和5年10月以降における新型コロナウイルス感染症対策への財政支援について(要望)

貴職におかれましては、本年5月8日以降の新型コロナウイルス感染症の感染症法上の類型変更後の医療提供体制の確保にご尽力を賜り、厚く御礼申し上げます。
日本医師会といたしましても、全国の都道府県医師会・郡市区医師会に対し、移行計画の策定や今夏の感染拡大に備えた保健・医療提供体制の点検・強化について、行政や関係者との協議を求めするなど、なお一層の体制づくりをお願いしているところです。また、四病院団体協議会をはじめ病院団体とも連携してまいります。
ただし、類型が変更されても、ウイルスの感染性は変わりません。医療機関では引き続き感染対策をはじめ、様々な対応を講じる必要性がありますことから、診療報酬上の適切な評価、病床確保料等の財政支援が引き続き必要となります。
また、感染拡大期には、やはり保健所や地方自治体による入院調整や健康観察等の支援も必要となり、その体制整備のための財政支援も重要となります。
さらに、オミクロン株が主流となって以降、要介護高齢者の感染が増加し、医療機関に介護の負荷が増加していることを踏まえ、介護保険施設等における医療支援を充実させるとともに、中小病院が入院を受けられるように適切な対策を講じることも必要であります。
つきましては、今後の各地域における医療提供体制への取り組みを支えるため、以下の財政支援について要望いたします。

記

- 一、次の感染症に備えるため、改正感染症法(令和6年4月1日施行分)に基づく、病床確保や発熱外来等の協定締結を推進させるための支援
- 一、地域の外来医療体制の維持・充実のための支援
- 一、緊急包括支援事業のうち病床確保料等の必要な事業の継続
- 一、地域医療介護総合確保基金による介護施設等のかかりまし経費等の支援策の継続
- 一、検査や診療を受けない・受けられないといったことがないよう、国民が医療機関にかかる際に、高額な治療薬などの費用負担が発生しない支援
- 一、診療報酬上の必要な措置の継続
- 一、介護保険施設をはじめ高齢者施設等に対する医療支援への対策
- 一、中小病院における要介護高齢者等の入院受入への対策

以上



6. 医師の働き方改革

医師の働き方改革の基本理念

医師の働き方改革では、「医師の健康確保」、「地域医療の継続性」、「医療・医学の質の維持・向上」の3つの重要な課題にしっかりと取り組むことが重要である。



74

医師の働き方改革

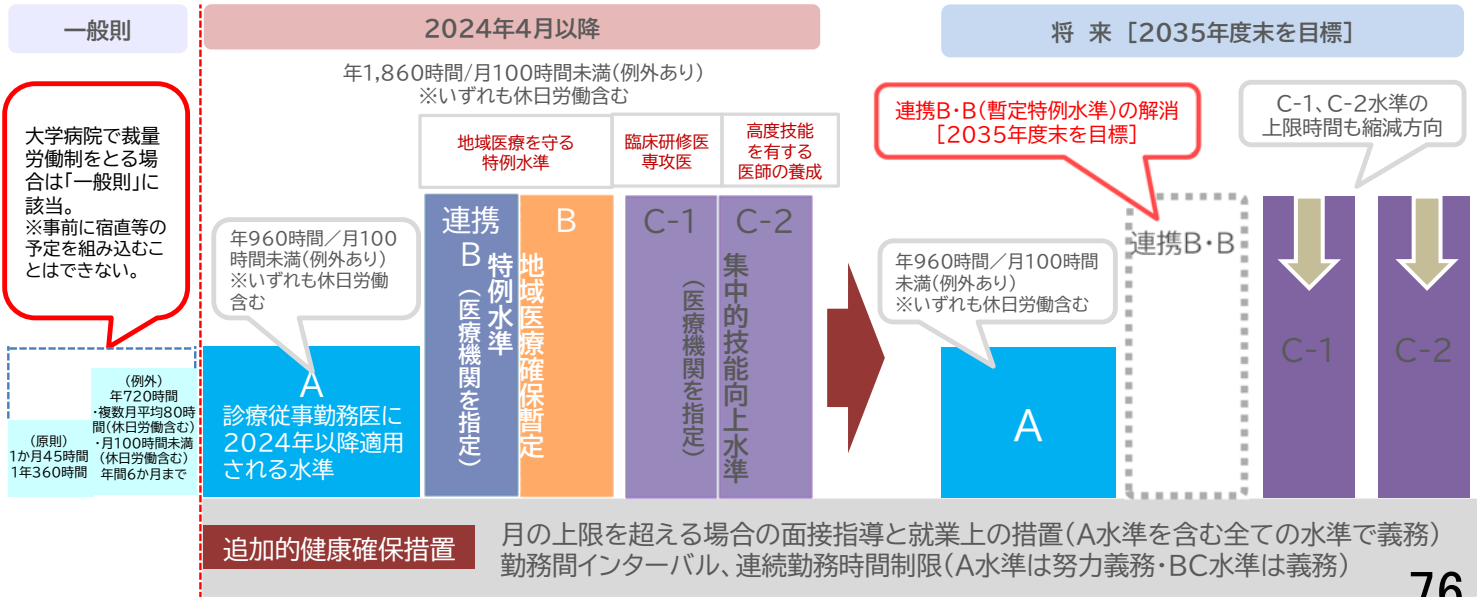
1. 医師の働き方改革の制度について【概要】
2. C-2水準の審査について
3. 医療機関に求められる医師の働き方改革の取組のポイント
4. 評価センターの受審申込・都道府県への指定申請について

75

医師の時間外労働規制について

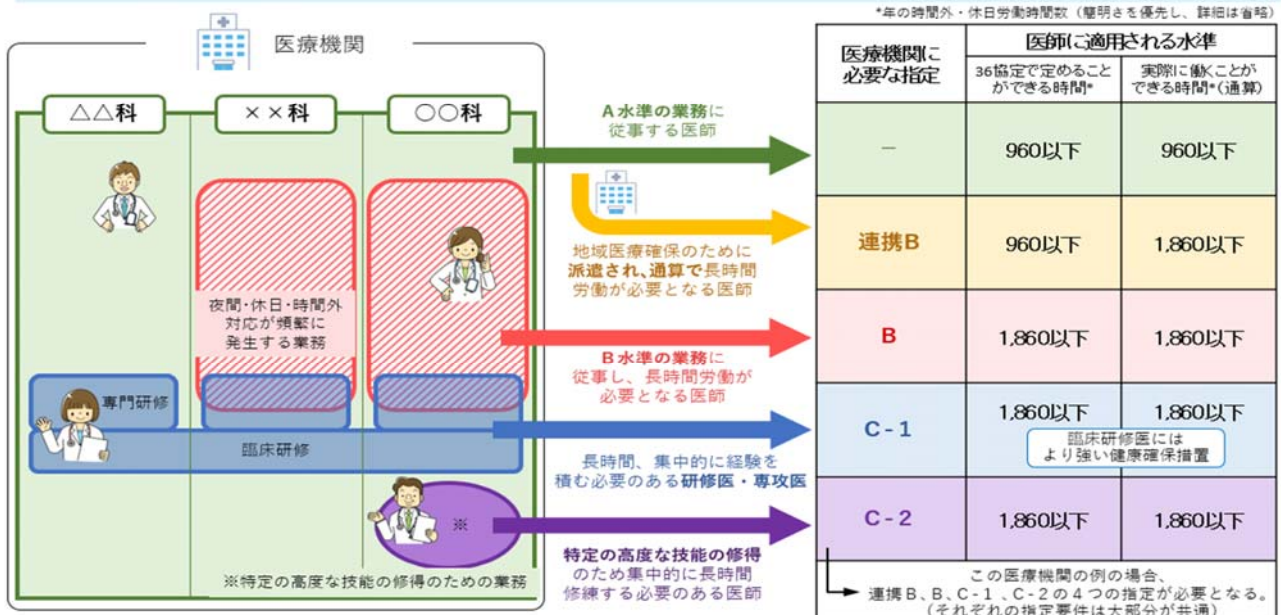
2024年4月以降は、年960時間超の時間外・休日労働が可能となるのは、**都道府県知事の指定※を受けた医療機関で指定に係る業務に従事する医師**(連携B・B・C水準の適用医師)となる

※ 都道府県の指定にあたって、医療機関勤務環境評価センターの評価を受けることが必要



各水準の指定と適用を受ける医師について

A水準以外の各水準は、指定を受けた医療機関に所属する全ての医師に適用されるのではなく、**指定される事由となった業務やプログラム等に従事する医師にのみ適用される。**
所属する医師に異なる水準を適用させるためには、医療機関は**それぞれの水準についての指定を受ける必要がある。**



医師の働き方改革

1. 医師の働き方改革の制度について【概要】
2. C-2水準の審査について
3. 医療機関に求められる医師の働き方改革の取組のポイント
4. 評価センターの受審申込・都道府県への指定申請について

78

制度の仕組み

C-2水準の対象技能となり得る具体的な技能の考え方

「C-2水準の対象技能となり得る技能」の考え方に該当

我が国の医療水準を維持発展していくために必要とされる、医学研究や医療技術の進歩により新たに登場した、保険未収載の治療・手術技術(先進医療を含む)

または

良質かつ安全な医療を提供し続けるために、個々の医師が独立して実施可能なレベルまで修得・維持しておく必要があるが、基本領域の専門医取得段階ではそのレベルまで到達することが困難な技能

重要

サブスペシャリティの専門医取得を目指すような技能は、C-2水準の範囲に入ります。

【注意】C-2水準の技能には、上記のほか、以下の2点にも該当していることが必要です。

「C-2水準の対象分野」に該当

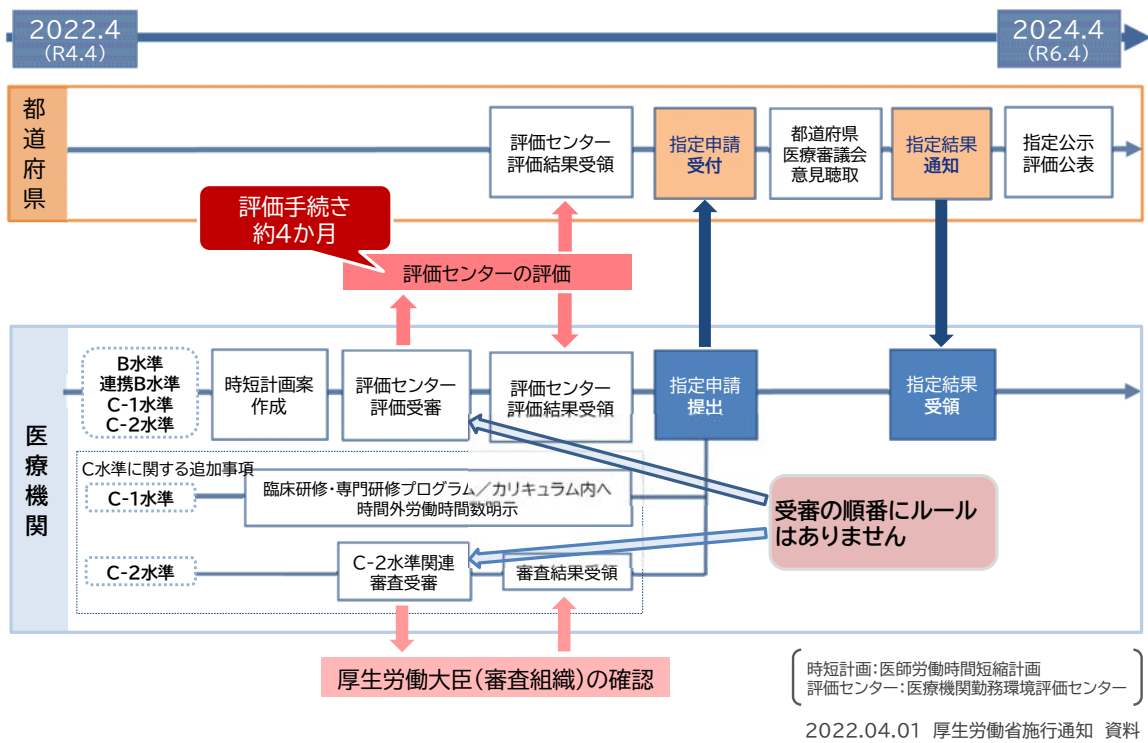
日本専門医機構の定める基本領域(19領域)において、高度な技能を有する医師を育成することが公益上特に必要と認められる医療の分野

「技能の修得にやむを得ず長時間労働が必要となる業務」に該当

※次のア～ウの1つ以上に該当

- ア) 診療の時間帯を選択できない現場でなければ修得できない
- イ) 同一の患者を同一の医師が継続して対応しなければ修得できない
- ウ) その技能に関する手術・処置等が長時間に及ぶ

79



C-2水準の申請

厚生労働省ホームページ「医師の働き方改革C2審査・申請ナビ」から申請

参考

医療機関及びC-2水準の適用を希望する医師に対して、審査に必要な情報を掲載



医師の働き方改革

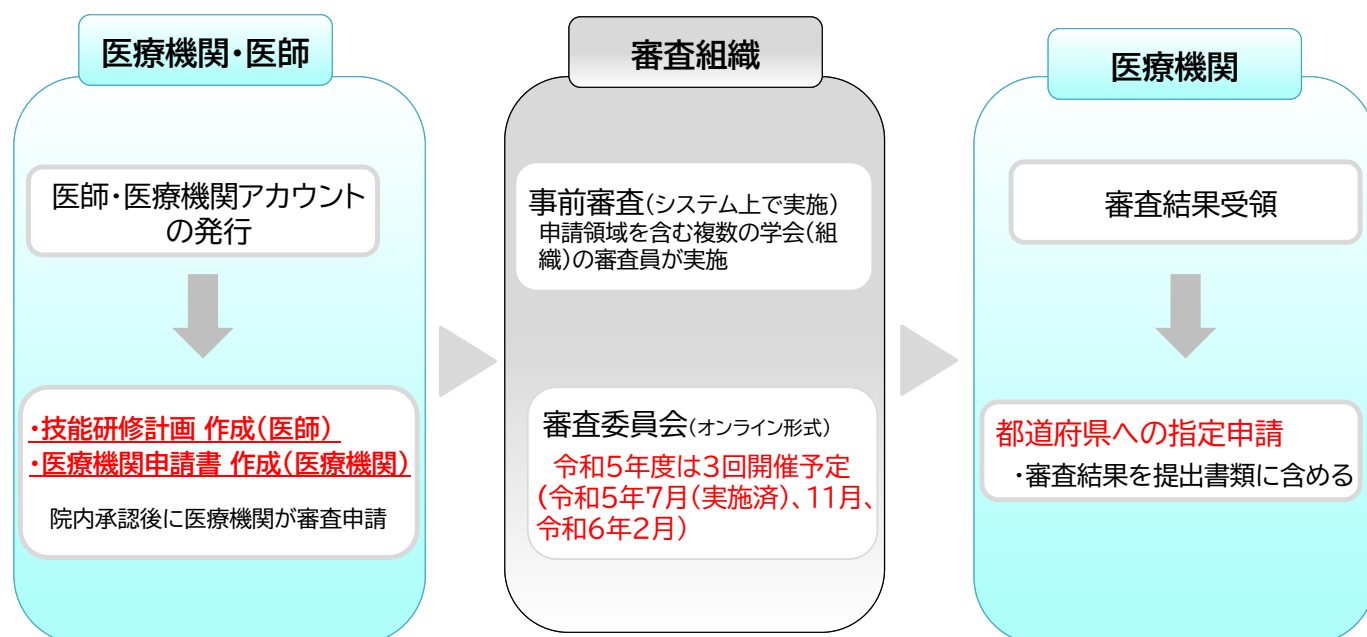
C2 審査・申請ナビ

<https://c2-shinsasoshiki.mhlw.go.jp/>

令和4年9月30日公開



令和5年度のC-2水準審査の主な流れ



82

C-2水準に関するご質問

よくある質問 まとめ

項目	回答
C-2水準の適用対象者の年齢上限	年齢の上限はありません。
医療機関申請書および技能研修計画書の提出について	医療機関申請書の提出に際しては、技能研修計画の審査申請も併せて提出していただくようお願いします。
技能研修計画の異動時の取り扱い	異動先で改めて技能研修計画を作成・申請する必要があります。
令和5年度の審査委員会	令和5年7月、11月、令和6年2月の3回開催を予定しています。 第1回の審査委員会(7月開催)は終了しました。 第2回審査委員会での審査を希望する方の申請を受け付け中で、申請締切は令和5年9月27日(水)です。

※詳細な回答は次ページ以降をご覧ください。

83

C-2水準に関するご質問

質問

C-2水準の適用を希望する場合、技能研修計画を作成できる医師に年齢制限はありますか。



回答

年齢の上限はありません。医療機関において臨床研修医プログラム、専門研修プログラム／カリキュラムで臨床研修または専門研修中ではない医師で、医籍登録後6年目以降の医師が、C-2水準の適用対象となります。

厚生労働省 令和5年度C-2水準に関する補足説明資料より

84

C-2水準に関するご質問

質問

医療機関は、C-2水準適用予定医師が未定でも、医療機関申請書を作成してもよいですか。



回答

C-2水準の指定を希望する分野におけるC-2水準適用医師が未定の場合でも、医療機関の教育研修環境の審査を受けることは可能です。しかし、令和4年度審査において、技能研修計画の審査申請が同時に行われていない医療機関については、その教育研修環境の適格性の確認が困難との指摘がありました。この指摘を踏まえ、医療機関申請書の審査申請を予定されている医療機関においては、**技能研修計画の審査申請も、併せて提出していただくようお願いいたします。**

厚生労働省 令和5年度C-2水準に関する補足説明資料より

85

C-2水準に関するご質問

質問

医療機関を異動しても、異動前の医療機関での技能研修計画は有効ですか



回答

異動等で研修先の医療機関が変わることに伴い、その新しい研修先の医療機関でC-2水準の適用を希望する場合には、改めてその新しい医療機関での研修計画を作成・申請する必要があります。その際は、異動先の医療機関が、研修予定の技能の分野のC-2水準の指定を受けているか、必ずご確認ください。

厚生労働省 令和5年度C-2水準に関する補足説明資料より

86

C-2水準に関するご質問

質問

令和5年度の審査委員会は何回行われる予定ですか。締切はいつですか。



回答

令和5年度の審査委員会は3回(①令和5年7月、②11月、③令和6年2月)の開催を予定しており、第1回の審査委員会は終了しました

第2回審査委員会での審査を希望する方の申請を受け付け中で、申請締切は令和5年9月27日(水)です。9月28日(木)以降の申請は、第3回審査委員会での審査になります。

87

医師の働き方改革

1. 医師の働き方改革の制度について【概要】
2. C-2水準の審査について
3. 医療機関に求められる医師の働き方改革の取組のポイント
4. 評価センターの受審申込・都道府県への指定申請について

88

- ① 連続勤務時間制限・
勤務間インターバル規制等への対応
(B・C水準に求められる対応)

89

連続勤務時間制限・勤務間インターバル規制等の基本的な考え方(1)

基本的なルール

義務対象はB・連携B・C水準の適用対象となる医師。A水準の適用となる医師については努力義務(C-1水準が適用される臨床研修医への適用については後述)

通常の日勤及び宿日直許可のある宿日直に従事する場合

① 始業から24時間以内に9時間の連続した休息时间

15時間の連続勤務時間制限



宿日直許可のない宿日直に従事する場合

② 始業から46時間以内に18時間の連続した休息时间

28時間の連続勤務時間制限

『第13回 医師の働き方改革の推進に関する検討会 2021.08.04開催資料』より抜粋

課題

2交代制勤務を採用している場合、夜勤は16時間前後の連続勤務時間となるが、上記②は「宿日直許可のない宿日直に従事する場合」が適用条件となっているため、B・連携B・C水準の適用医師に対して勤務間インターバルを確保することができない。

90

連続勤務時間制限・勤務間インターバル規制等の基本的な考え方(1)

対応

医療機関において、夜間帯の労働を所定労働時間の「夜勤」と整理している場合においても、医療機関内の規則等における夜勤業務の明確化により、通常の日勤業務よりも労働密度が低い業務であることが確認できる場合には、「業務の開始から46時間以内に18時間の連続した休息时间」のルールが適用可能です。

91

質問

24時間以内に連続した9時間以上の勤務間インターバルが確保できる勤務シフトを組んでいます。業務の都合で9時間の勤務間インターバルが確保できなかったため、一時的に46時間以内に18時間の勤務間インターバルに変更しようと思いますが、そのような運用はできるのでしょうか。



回答

勤務間インターバルについては、業務の開始から24時間を経過するまでに9時間の連続した休息時間を確保することが基本であり、医療法上、業務の開始から46時間を経過するまでに18時間の連続した休息時間を確保することにより勤務間インターバルを確保できるのは、宿日直許可のない宿日直勤務に従事する場合に限られています。このため、宿日直許可のない宿日直勤務（※）ではない勤務については、業務の開始から24時間以内に9時間の連続した休息時間が必要となります。なお、代償休息が発生することを前提とした勤務シフト等を組むことは、原則として認められません。

※ここでいう「宿日直」とは、医療法第16条に規定する義務としての宿日直を指します。これは主に病院の入院患者の病状急変に対応する体制確保を求めるものですので、通常の勤務時間と同態様の労働となる夜勤はここには含まれません。

厚生労働省ホームページ「いきいき働く医療機関サポートWeb」掲載 医師の働き方改革に関するFAQより

補足

医療機関において、夜間帯の労働を所定労働時間の「夜勤」と整理している場合においても、医療機関内の規則等における夜勤業務の明確化により、通常の日勤業務よりも労働密度が低い業務であることが確認できる場合には、「業務の開始から46時間以内に18時間の連続した休息時間」のルールが適用可能です。

通常の日中の勤務時間との区別にあたっては、例えば夜勤業務において、

- ・急患対応がない場合は仮眠室での休憩が可能であること
 - ・通常の休憩時間に加え、労働密度が低くなる深夜、早朝等に休憩時間を別途確保すること
 - ・予定された手術の対応はなく、緊急手術のみ対応すること（夜勤中に実施すべき業務の列挙、通常の日勤業務よりは労働密度が異なることが説明できること）
- 等が院内規則等に明記され、かつ、当該規則が医師を含む職員全体に周知されている場合には、「通常の日勤業務よりも労働密度が低い業務」になるものと考えられます。

連続勤務時間制限・勤務間インターバル規制等の論点の整理

論点 臨床研修医に対する連続勤務時間制限・勤務間インターバル規制等の適用について

基本的なパターン

医師の働き方改革に関する検討会報告書(平成31年3月29日) 抜粋

(C)－1水準の適用される**初期研修医については、**

- ・ 連続勤務時間制限・勤務間インターバルの実施を徹底し、**代償休息の必要がないようにする。**
- ・ 一日ごとに確実に疲労回復させる観点で、**勤務間インターバル9時間を必ず確保すること**とし、連続勤務時間制限としては15時間とする。
- ・ 臨床研修における必要性から、指導医の勤務に合わせた**24時間の連続勤務時間とする必要がある場合はこれを認めるが、その後の勤務間インターバルを24時間とする。**

課題

夜間・休日のオンコールや宿日直許可のある宿日直に従事する際に、通常の勤務時間と同態様の労働が少しでも発生した場合には「始業から48時間以内に24時間の連続した休息時間(24時間の連続勤務時間制限)」が適用され、翌日を終日休日とする必要があるため、これが連続すると研修期間(1ヶ月間とする診療科もある)の大部分を休日とせざるを得ない状況も生じかねず、**期待された研修効果が獲得できないおそれがある**

対応案 【基本的なパターン】に加えて、下記の①～③を要件として、代償休息の付与を認める

- ① 臨床研修における必要性から、**オンコール又は宿日直許可のある宿日直への従事が必要な場合に限る。**
- ② 臨床研修医の**募集時に代償休息を付与する形式での研修を実施する旨を明示**する。
- ③ 代償休息は、計画的な研修という観点から、通常は当該診療科の研修期間内で処理すべきであり、**代償休息の付与期限は原則として必要性が生じた診療科の研修期間内とし、それが困難な場合に限り、翌月末までとする。**

『第13回 医師の働き方改革の推進に関する検討会 2021.08.04開催資料』

94

勤務間インターバルの確保、代償休息の付与に関する体制整備が必要

勤務間インターバルの確保、代償休息の付与に関するルール、規定等の作成

勤務間インターバルの確保・代償休息の付与に関する**ルール・規程等**を作成し、**医療機関内で周知**していることが必要です。また、勤務間インターバルが確保できなかった場合、代償休息を取得する手続き等をBC水準の適用医師へ説明している必要があります。規定の作成にあたっては、『医療機関の医師の労働時間短縮の取組の評価に関するガイドライン(評価項目と評価基準)解説集』に掲載している規定例を参考にしてください。

勤務間インターバルが確保された勤務計画(予定)の作成

勤務間インターバルが確保された**勤務計画(通常勤務、宿日直、副業・兼業等)**を作成する**仕組みが必要**です。各医師の宿日直予定、副業・兼業等の予定が記載された勤務計画を作成する際に、勤務間インターバルが確保されている仕組みができているか確認します。

勤務間インターバルの確保状況、代償休息の付与時間の管理する勤務実績の管理

宿日直、副業・兼業時間を含む時間外・休日労働時間の実績から、**勤務間インターバルを確保できなかった時間数を把握し、翌月末までに付与すべき代償休息時間を把握する仕組みが必要**です。代償休息を付与すべき医師と時間数が管理されているか確認します。

95

② 面接指導実施体制の整備

(A水準を含む全ての水準に求められる対応)

従来の労働安全衛生法による面接指導と改正医療法による面接指導の違い

- すべての医療機関において、改正医療法による面接指導等のルールを従来の安衛法による面接指導とは別の枠組みで作成することが必要
- 月の上限を超える場合、A水準を含む全ての水準で面接指導が義務**

	対象者	面接指導の対象・実施時期	面接指導の実施要件	面接指導の実施者
従来の安衛法の面接指導	医師を含むすべての労働者	月80時間超の時間外・休日労働時間を行い、疲労の蓄積が認められる者	面接指導の申出があった場合に実施	産業医が望ましい
改正医療法による面接指導	医師	<p>A水準の医師 100時間到達後でも可</p> <p>ただし、月の時間外・休日労働が80時間到達後に疲労度確認を行い、疲労蓄積がある場合は、100時間到達前に実施すること</p> <p>BC水準の医師 月の時間外・休日労働が100時間に達するまでの間に実施</p> <p>◆事業者は、面接指導実施医師からの報告及び意見を踏まえ、就業上の措置を講じる (月の時間外・休日労働が155時間を超える場合は遅滞なく労働時間短縮のために必要な措置を講じなければならない)</p>	面接指導の実施が義務	面接指導実施医師 産業医であっても所定の養成講習を修了する必要があります

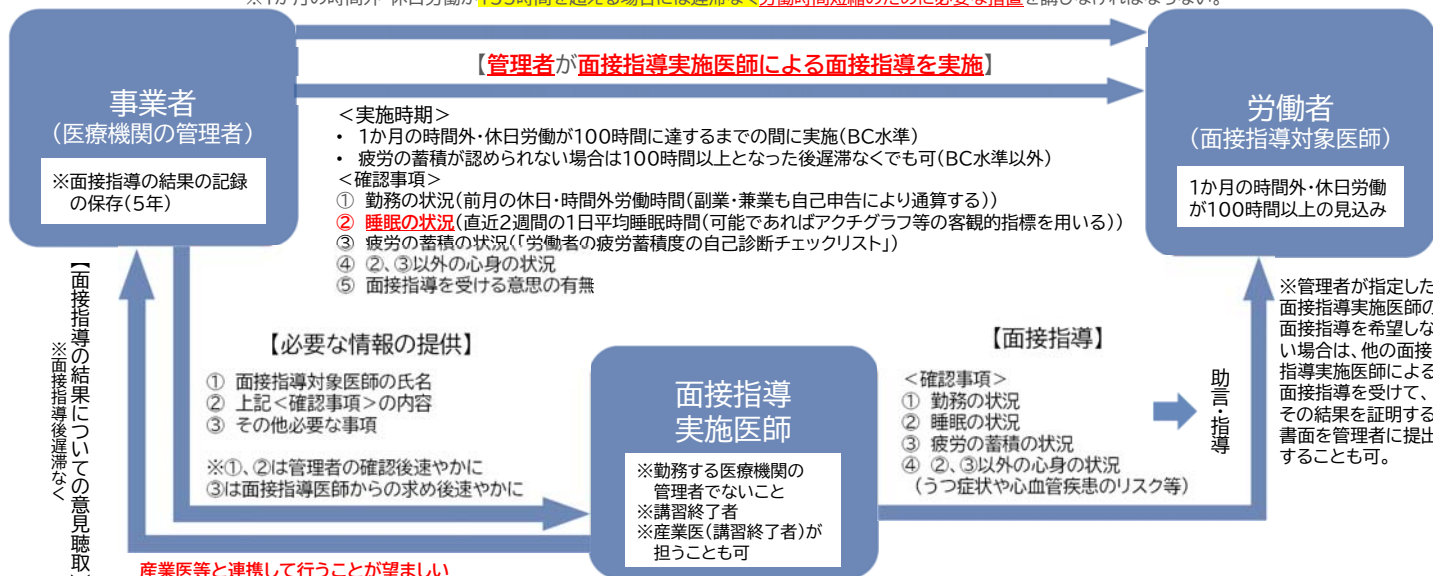
長時間労働の医師に対する面接指導実施体制の整備(業務フローの整備)

面接指導や就業上の措置の実施など、関係者と情報共有し、連携して対応する体制整備が必要

【必要と認める場合には遅滞なく労働時間の短縮、宿直回数の減少その他の適切な措置を実施】

※1か月の時間外・休日労働が155時間を超える場合には遅滞なく労働時間短縮のために必要な措置を講じなければならない。

【管理者が面接指導実施医師による面接指導を実施】



産業医等と連携して行うことが望ましい

← 産業医は衛生委員会への委員としての参画を通じて事業者に意見を言う立場(労働安全衛生法の枠組み)

98

③ 宿日直許可

(A水準を含む全ての水準に求められる対応)

99

宿日直許可について

宿日直許可の有無に応じた労働時間管理を行っていることが必要です

宿日直許可の有無	勤務実績(労働時間)の記録方法
許可あり	・ 許可を取得している宿直・日直の時間帯を労働時間から除外していること (但し、実働時間は、労働時間として記載していること)
許可なし	・ 宿直・日直の時間帯をすべて時間外・休日労働時間として記載していること

100

参考

令和4年7月29日 厚生労働省労働基準局労働条件政策課 事務連絡(本省監督課にも協議済み)
都道府県労働局雇用環境・均等部(室)長 労働基準部長 宛

医療機関の医師の宿日直許可に関する取扱いについて(1)

FAQを踏まえた医療機関への丁寧な説明について

全国における対応の斉一性を確保するため、勤改センター及び署におかれては、あらかじめFAQの内容をよく御了知いただき、医療機関から医師の宿日直許可申請に関する相談があった場合には、FAQに記載の内容を含め、医療機関の個別の状況に応じて丁寧な説明を心がけていただきたいこと。

特に、医師の宿日直許可について、医療機関の関心が高いと考えられる以下の(1)から(5)の点に留意いただきたいこと。

1. 依然として、医療機関には、「救急」や「産科」であることだけを理由に医師の宿日直許可の対象にならないといった誤解が見られることから、必要な場合には、許可事例等も活用しながら、**実際に「救急」や「産科」の場合に許可を取得しているケースがあること**を説明いただきたいこと。
2. 医療機関によっては、**医師の宿日直許可に関して、日(輪番日を除くなど)、時間帯(準夜帯を除くなど)、所属診療科、業務の種類等を限った申請を行うことができる**という点について十分な認識がない場合があることから、必要な場合には、医師の宿日直許可の申請に当たっては様々な申請の工夫があることを説明いただきたいこと。
3. 地域による**医師偏在などにより医師の確保が難しい医療機関もある中で、医師の宿日直許可の回数の例外を必要とする医療機関もある**と考えられるところ、医療機関によっては、回数の例外について十分な認識がない場合もあることから、必要な場合には、許可事例等も活用しながら、**実際に回数の例外が認められたケースがあること**を説明いただきたいこと。

101

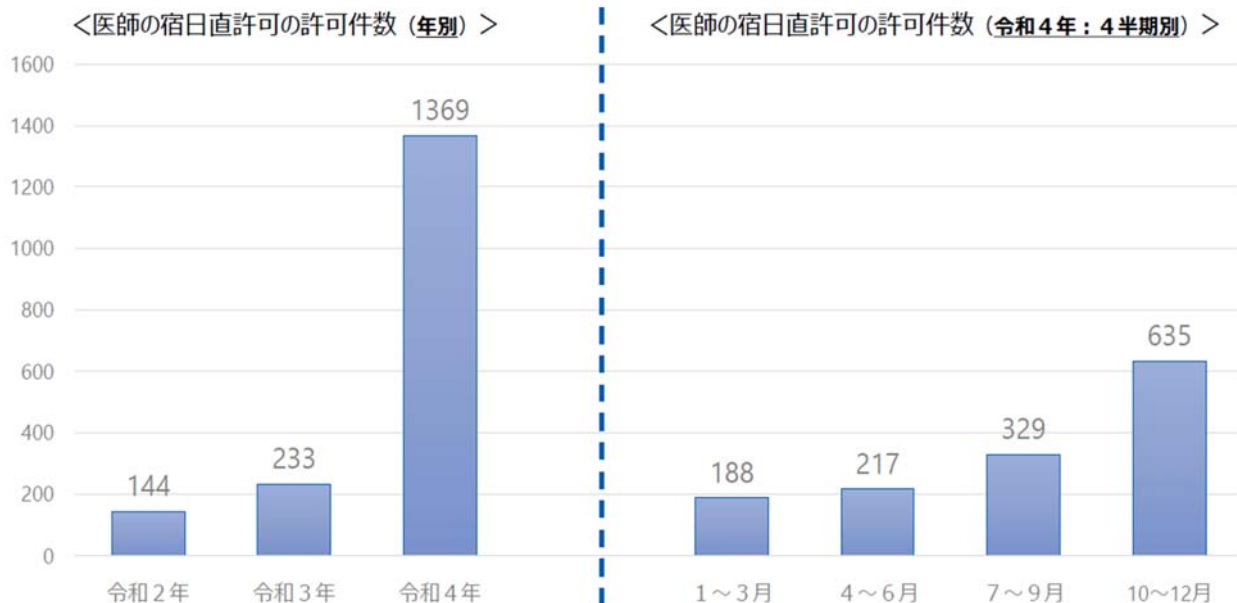
医療機関の医師の宿日直許可に関する取扱いについて(2)

4. 医師については、複数の医療機関で宿直等の業務に従事する実態も多いと考えられるところ、必要な場合には、**宿直週1回、日直月1回等の医師の宿日直許可の回数については、医療機関ごとに認められた回数を示すものであることを説明いただきたいこと。**なお、この際、医師の長時間の拘束につながらないような配慮をお願いしたいことについても併せて説明いただきたいこと。
5. 医療機関には、医師の宿日直許可の回数を最低限に止めるために、労働基準法の労働時間に関する規定が適用されない経営者等の医師が過度に宿日直の業務に従事することを求められるのではないかといった誤解も見られるところ、必要な場合には、こうした**医師がどの程度の頻度で宿日直に従事できるかについては、個別の事情に応じた判断であること**について説明いただきたいこと。

【医療機関に対応する際の留意点について】

医療機関については、医師の宿日直許可の取得可否への不安から、署への相談になかなか踏み出せない現状があるとの指摘もある。引き続き、勤改センターと連携しながら、医師の宿日直許可申請に関する医療機関の不安を解消できるように取り組むとともに、署におかれても、**医療機関が安心して相談できるよう、よく医療機関の実情を伺いながら、その実情を踏まえて、寄り添った対応**をいただきたいこと。

労働基準監督署における医師の宿日直許可の許可件数の推移



いきサポのWEBレイアウトを更新し、医師の働き方改革制度解説ページを特設しました。その他、各種研修および宿日直許可事例の掲載など、医療機関に必要とされる情報を集約しています。

The screenshot shows the 'いきサポ' website interface. A red box highlights the '医師の働き方改革特設ページ' (Specialized page for doctor working hour reform). A blue box points to the 'トップマネジメント研修のご案内' (Information on top management training). A yellow box points to the '宿日直許可事例の紹介' (Introduction of on-call permission cases). A green box points to the '医療専門職支援人材の定着のための手引書' (Manual for stabilizing medical professional support personnel).

医師の働き方改革特設ページ

医師の働き方改革の制度解説

医師の働き方改革の制度解説ページ

本ページは医師の働き方改革の制度についての情報を掲載しているページです。医師の働き方改革については、厚生労働省が行う「トップマネジメント研修」や「医療機関の働き方改革セミナー」にご参加いただくことで、厚生労働省にも直接ご質問等いただくことが可能です。

医師の働き方改革に関する解説 (厚生労働省)

上手な医療のかかり方に関する情報を発信 厚生労働省の公式ウェブサイト

上手な医療のかかり方.jp

詳しくはこちら

トップマネジメント研修のご案内

宿日直許可事例の紹介

医療専門職支援人材の定着のための手引書

厚生労働省 医療専門職支援人材確保・定着支援事業

④ 自己研鑽

(A水準を含む全ての水準に求められる対応)

自己研鑽について

自己研鑽

業務上必須ではない行為を、自由な意思に基づき、所定労働時間外に、自ら申し出て、上司の明示・黙示による指示なく行う時間については、在院して行う場合であっても、一般的に労働時間に該当しない。

令和元年7月1日付け通達「医師の研鑽に係る労働時間に関する考え方について」にて、労働時間該当性のポイントを解説

ポイント

1. 医局内で十分に話し合い、検討したうえで自己研鑽の取扱い(自己研鑽ルール)を各医療機関で明確化、明文化していること
2. 医師だけでなく、医療機関内の他の職種を含めて周知していること

106

自己研鑽について

研鑽の種類	考え方・手続き
診療ガイドラインや新しい治療法等の勉強	<ul style="list-style-type: none">• 業務上必須ではない行為を、自由な意思に基づき、所定労働時間外に、自ら申し出て、上司の明示・黙示による指示なく行う時間については、在院して行う場合であっても、一般的に労働時間に該当しないと考えられる。• ただし、診療の準備又は診療に伴う後処理として不可欠なものは、労働時間に該当する。
学会・院内勉強会等への参加や準備、専門医の取得・更新にかかる講習会受講等	<ul style="list-style-type: none">• 左記の研鑽が奨励されている等の事情があっても、業務上必須ではない行為を自由な意思に基づき、所定労働時間外に自ら申し出て、上司の明示・黙示による指示なく行う時間については、在院して行う場合であっても、一般的に労働時間に該当しないと考えられる。• ただし、研鑽の不実施について就業規則上の制裁等の不利益が課されているため、その実施を余儀なくされている場合や、研鑽が業務上必須である場合、業務上必須でなくとも上司が明示・黙示の指示をしている場合は、労働時間に該当する。
当直シフト外で時間外に待機し、手術・措置等の見学を行うこと	<ul style="list-style-type: none">• 左記の研鑽が奨励されている等の事情があっても、業務上必須でない見学を、自由な意思に基づき、所定労働時間外に、自ら申し出て、上司の明示・黙示による指示なく行う場合、当該見学やそのための待機時間については、在院して行う場合であっても、一般的に労働時間に該当しないと考えられる。• ただし、見学中に診療を行った場合については、当該診療を行った時間は、労働時間に該当すると考えられ、また、見学中に診療を行うことが慣習化、常態化している場合については、見学の時間全てが労働時間に該当する。

必要な
手続き等

- 研鑽を行うことについての医師の申出と上司による確認のルール作り
- 通常勤務と明確に切り分ける(突発的な場合を除き診療等を指示しない措置等)
- 医療機関ごとにと取扱いを明確化して書面等に示し、院内職員に周知する

107

医師の働き方改革

1. 医師の働き方改革の制度について【概要】
2. C-2水準の審査について
3. 医療機関に求められる医師の働き方改革の取組のポイント
4. 評価センターの受審申込・都道府県への指定申請について

108

全体評価の考え方

全体評価に記載する事項（案）

○ 全体評価に記載する内容を以下のように整理してはどうか。

第15回 医師の働き方改革の推進に関する検討会
2021.09.15 開催資料

1	2		3
労働関係法令及び医療法に 規定された事項 (※1)	1 以外の労務管理体制や 労働時間短縮に向けた取組 (具体的な評価の基準は今後検討)		労働時間の実績 (※2) (改善の度合いで判断とするが 具体的な評価の基準は今後検討)
	評価時点に おける取組状況	今後の取組予定	
全てを満たす	十分	十分	改善している
	改善の必要あり	十分	
	改善の必要あり	見直しの必要あり	改善していない

※1：1の労働関係法令に規定された事項及び医療法に規定された事項に改善が必要な場合は評価保留とする。

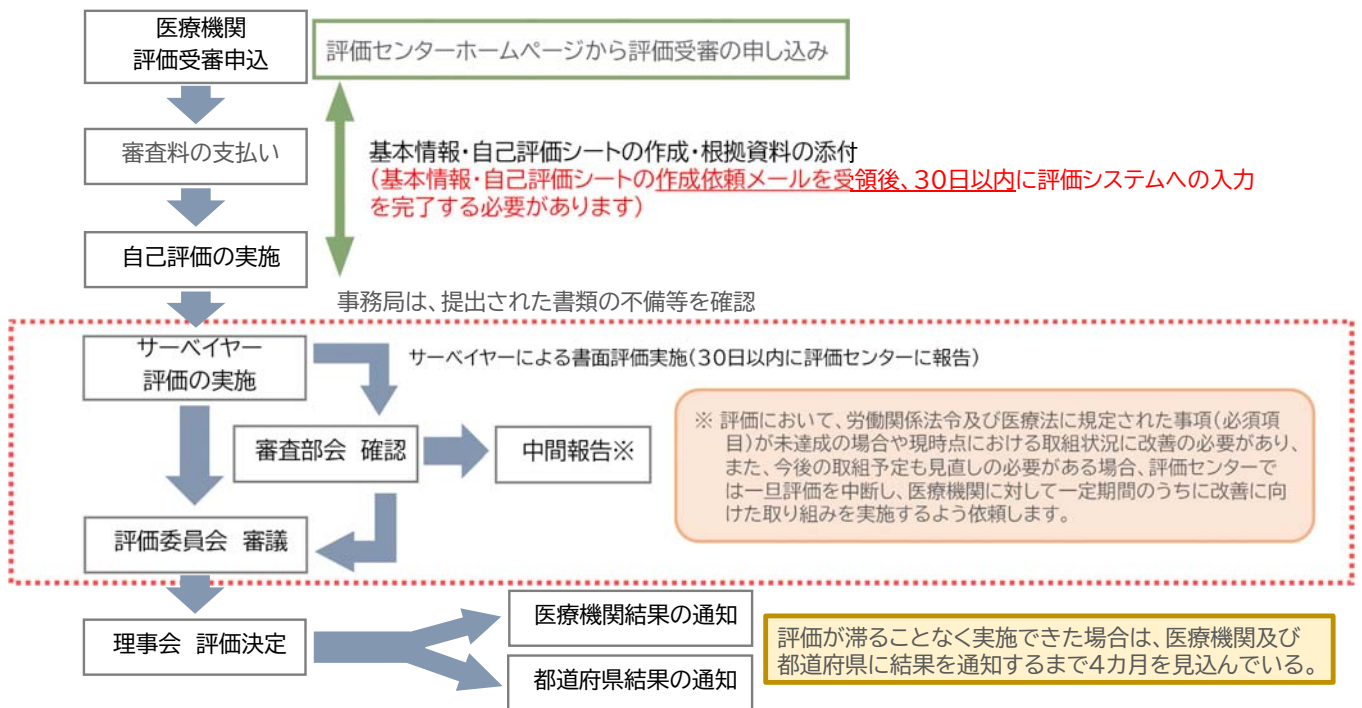
※2：具体的には、B・連携B・C水準が適用されている医師の各水準ごとの平均労働時間数や、最長労働時間数、実際に年間の時間外・休日労働時間数が960時間を超えた医師数等の実績を基本として検討する。

全体評価の考え方

- 上の表の整理に従って全体評価について定型的な文で示すこととすると、例えば以下になるのではないか。
- 医師の労働時間短縮に向けた医療機関内の取組は十分に行われており、労働時間短縮が進んでいる
 - 医師の労働時間短縮に向けた医療機関内の取組は十分に行われているが、労働時間短縮が進んでいない
 - 医師の労働時間短縮に向けた医療機関内の取組に改善の必要があるが、医師労働時間短縮計画案から今後の取組の改善が見込まれる
 - 医師の労働時間短縮に向けた医療機関内の取組に改善の必要があり、医師労働時間短縮計画案も見直しが必要である

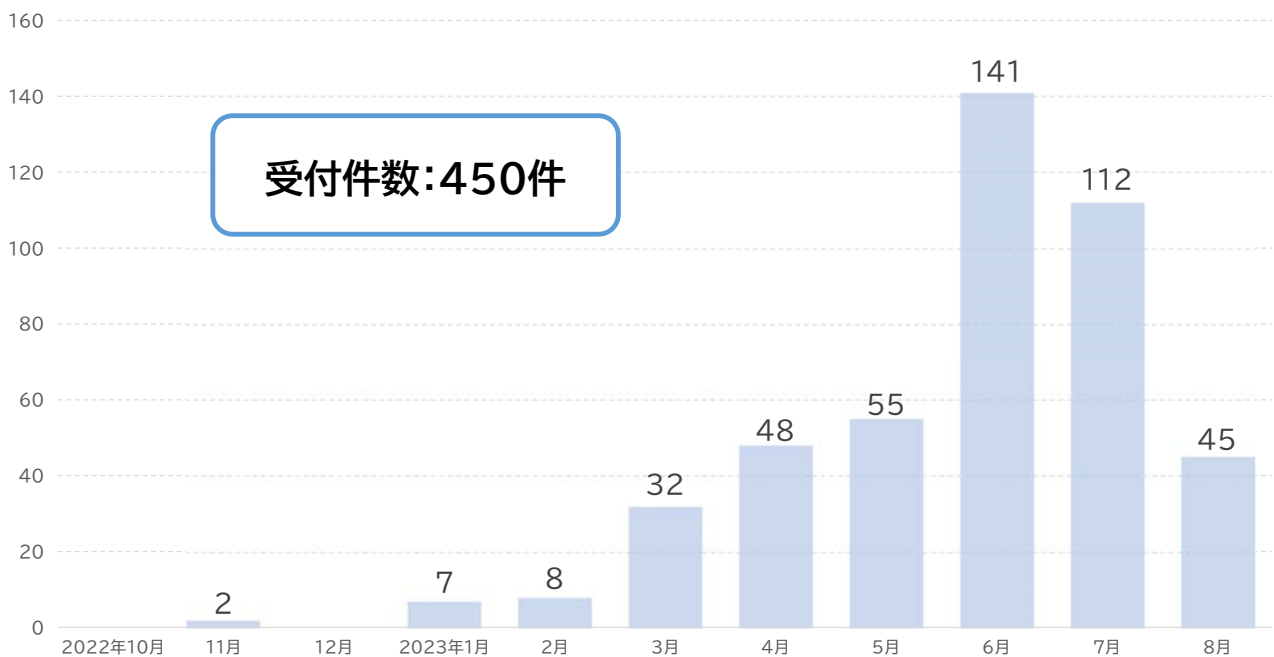
109

評価センターの評価受審申込から評価結果通知までの流れ



月別の受付状況(8月30日時点)

参考



評価受審申込件数 都道府県別の内訳

	都道府県名	申込件数	
	北海道	20	
東北	青森県	5	
	岩手県	5	
	宮城県	11	
	秋田県	2	
(33)	山形県	3	
	福島県	7	
	茨城県	4	
関東	栃木県	7	
	群馬県	4	
	埼玉県	25	
	千葉県	25	
	東京都	51	
	(159)	神奈川県	31
		新潟県	3
		山梨県	2
		長野県	7

	都道府県名	申込件数
中部	富山県	2
	石川県	3
	福井県	2
	岐阜県	14
	静岡県	15
(68)	愛知県	26
	三重県	6
	滋賀県	7
近畿	京都府	13
	大阪府	32
	兵庫県	21
	奈良県	4
	(79)	和歌山県

	都道府県名	申込件数	
中国・四国	鳥取県	1	
	島根県	2	
	岡山県	5	
	広島県	9	
	山口県	3	
	徳島県	2	
	香川県	2	
	(31)	愛媛県	2
		高知県	5
	九州	福岡県	27
佐賀県		3	
長崎県		2	
熊本県		3	
大分県		4	
(60)		宮崎県	2
		鹿児島県	6
	沖縄県	13	
計		450	

計450件

うち、大学病院
※本院以外の大学病院含む

121件

【令和5年8月30日現在】

112

特例水準の申請割合

【令和5年8月30日現在】

	B水準	連携B水準	C-1水準	C-2水準
申請全体※	88%	30%	33%	5%
大学病院※ (本院以外も含む)	62%	86%	24%	8%

※受審申込後であっても、受審に係る資料が提出されるまでは評価センターで申請水準を把握できないため、上記割合算出の際に用いた母数は、受審申込件数(450件、121件)ではありません。

113

連携B・B・C水準の都道府県への指定申請について

- 評価センターから評価結果を受け取った医療機関は、都道府県に連携B・B・C水準の指定申請を行います。
- 申請方法および申請締切日は各都道府県によって異なりますのでご注意ください。

指定申請の手続き



各都道府県の勤改センターで、申請のサポートを行っています。

- ・ 連携B・B・C水準の指定取得を希望する医療機関は、評価センターから評価結果を受け取った後に、都道府県に指定の申請を行います。
- ・ 申請の際は、それぞれの水準の申請様式と、必要な添付書類を提出します。連携B・B・C水準のうち複数の水準の指定を希望する場合、まとめて申請を行うことができます。
- ・ 申請の手続きは、都道府県窓口、郵送、オンライン(G-MIS)等で行います。

114

指定申請に必要な書類について



各水準に共通の書類

- ✓ 評価センターの評価結果
- ✓ 医師労働時間短縮計画(時短計画)
- ✓ 面接指導や休息時間の確保の仕組みがあることを示す書類(院内ルールなど)
- ✓ 労働関係法令等の違反がないことを示す書類(誓約書)



水準ごとの追加書類

それぞれの水準の申請様式や、必要な添付書類の記入方法は、各都道府県の ホームページや勤改センターでご確認ください。

B水準	✓ 救急医療機関であることを証明する書類 ✓ がん診療の拠点医療機関であることを証明する書類 等
連携B水準	✓ 派遣先医療機関からの辞令(個人名を匿名化) ✓ 医師に対する副業・兼業許可書 等
C-1水準	✓ 臨床研修プログラム・専門研修プログラム 等
C-2水準	✓ C-2水準関連審査時に作成した医療機関申請書 ✓ 審査結果通知書 ✓ 技能研修計画(個人名を匿名化)

115

まとめ(医師の働き方改革)

- ◆ 医療機関勤務環境評価センターに対し8月30日時点で450件の医療機関から申込があり、順次サーベイヤールが調査を行っています。
- ◆ 働き方改革における大きな課題のひとつであった宿日直許可の取得については、日本医師会が厚生労働省に繰り返し働きかけを行った結果、令和4年の許可取得件数は1,369件となりました。
- ◆ C-2水準は、先進医療に限らず、広く、医療の質の維持・向上に資する技能もC-2水準となります。
B水準、連携B水準は地域医療をしっかりと守っていくための仕組みで、C-2水準は、将来の日本の医療の発展のために不可欠な仕組みです。大学病院、基幹病院、学会の先生方、そして志のある若い医師の皆さまには、C-2水準の申請を改めて検討していただきたいと考えております。

第153回日本医師会臨時時代議員会(令和5年3月26日)会長挨拶より抜粋・一部修正

116

7. 医療界におけるDX

117

医療DXに関わる負担や不安への相談窓口(8月1日付文書にて通知)

- 日本医師会では、国の進めるオンライン資格確認等の医療DXの導入・維持のために、会員の先生方に大きな負担がかかり、マイナ保険証やサイバーセキュリティなどの課題も含め、不安や心配が生じていることを大変重大な問題と認識しています。
- 会員の先生方の声をよくお聞きし、国への働きかけなどを通じ、問題の改善に向けて取り組んでまいりますので、医療DXに関して、お困りのこと、心配なことがあれば下記の相談窓口までお寄せください。

【オンライン資格確認など医療DX全般の相談窓口(Webフォーム)】

オンライン資格確認の導入など医療DXを進めていくにあたり、ご心配やご不安に思われていることを、なるべく具体的にお寄せください(日医HPメンバーズルーム内)。

<https://www.med.or.jp/japanese/members/info/jirei.html#e>

【サイバーセキュリティに関する相談窓口(電話)】

サイバーセキュリティに関連する日常の些細なセキュリティトラブルから重大トラブルまで幅広くご相談ください。

電話番号 0120-179-066 (年中無休 6時~21時)

制度説明 <https://www.med.or.jp/doctor/sys/cybersecurity/001566.html>

118

日本医師会の医療DXに対する基本姿勢

- 日本医師会では、これまで、医療DXに対する基本姿勢として、下記の趣旨を、国の医療DX関連の会議等で主張してまいりましたが、今後も、主張を続けてまいります。
- スピード感は重要だが、拙速に進めて、医療提供体制に混乱・支障が生じてはいけない。
 - 医療は生命・健康に直結するので、医療DXにおいて、国民・医療者を誰一人取り残してはならない。
 - 国として、医療機関のサイバーセキュリティ対策、業務・費用負担軽減等重要施策を実施すべきである。
 - 現場のシステム導入や維持、それに伴い必要となるセキュリティ対策にかかる費用は、本来、国が全額負担すべきである。

119

マイナンバー情報総点検本部

●マイナンバーの紐付けに誤りのある事案が複数発生していることを踏まえ、デジタル庁を中心として、関係府省と連携して政府全体で総点検と再発防止を強力に推進するために設置(本部長:デジタル大臣)。

◆第1回(令和5年6月21日開催)の概要

岸田総理大臣が、3つの基本方針

1. 関連するデータやシステムの総点検
2. 今後、新たな誤りが生じないようにするための仕組みづくり
3. 国民の不安払拭のための丁寧な対応
に基づく、更なる対策強化を指示。

◆第2回(令和5年8月8日開催)の概要

総点検の「中間報告」にあわせ、「マイナンバーカードと健康保険証の一体化に関する検討会」*の「最終とりまとめ」の内容も踏まえ、今後の再発防止対策と国民の信頼回復に向けた対応を、「マイナンバー制度及びマイナンバーカードに関する政策パッケージ」としてとりまとめ。

*デジタル、総務、厚生労働の3大臣による構成の検討会。具体的な内容は、その下に設置された専門家WG(三師会、保険者などで構成)で検討された。

120

マイナンバーカードと健康保険証の一体化に関する検討会最終とりまとめ(令和5年8月8日)

1. マイナ保険証を保有しない方への対応等	2. 登録データの正確性の確保	3. その他
<p>○資格確認書の活用</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当分の間、マイナ保険証を保有しない全ての方へ申請によらず交付 ・マイナ保険証を保有していても申請により資格確認書が交付された要配慮者等について、継続的に必要と見込まれる場合には、更新時に申請によらず交付 ・有効期間は、5年以内で保険者が設定 ・様式も、サイズや材質など、現行の実務・システムを活用 <p>○発行済みの保険証の経過措置</p> <ul style="list-style-type: none"> ・最大1年間有効であり、国保等の保険者で、今後発行する保険証の有効期間の設定等において適切に対応 <p>○ご自身で選べる仕組み</p> <ul style="list-style-type: none"> ・マイナ保険証の利用登録解除を任意でできるよう、システム改修 	<p>○新規データ取得時</p> <ul style="list-style-type: none"> ・資格取得届へのマイナンバーの記載義務を明確化(6/1より) ・やむをえずJ-LIS照会でマイナンバーを取得する際には、漢字、カナ氏名、生年月日、性別、住所により照会(6/1より) <p>○登録済みデータの総点検</p> <ul style="list-style-type: none"> ・全保険者で、事務処理方法を点検し、本来とは異なる方法で取得したデータが誤っていないか点検(8/8公表) ・登録済みデータ全体を対象にJ-LIS照会を行い、誤登録の疑いがあるものは本人に送付する等により確認 <p>○タイムラグ対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保険者は、事業主による届出から5日以内にデータを登録(6/1より) 	<p>○医療機関のトラブルへの対応</p> <ul style="list-style-type: none"> ・適切な自己負担割合で受診できるよう取扱いを明確化 ・データ登録状況を通知する仕組みの構築 ・カードリーダーの読み取り時のトラブルなどの改善 <p>○被保険者番号等のお知らせ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保険証の廃止に伴い、氏名、被保険者番号等を記載した資格通知を送付 <p>○高齢者施設等での取扱の整理</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設等でカードの管理についてマニュアルを作成(8月上旬公表) <p>○修学旅行時の資格確認</p> <ul style="list-style-type: none"> ・マイナポータルプリントアウトや資格通知のコピーの提示が考えられることを周知 <p>○訪問診療・訪問看護、柔道整復、あん摩はりきゅうでのオンライン資格確認の実施</p>

*「マイナンバーカードと健康保険証の一体化に関する検討会・最終とりまとめ」の参考資料(R.5.8.8)より作成

121

マイナンバー制度及びマイナンバーカードに関する政策パッケージ(令和5年8月8日)

1.総点検に関する中間報告	2.再発防止対策	3.国民の信頼回復に向けた対応
<p>①調査の結果、個別データ総点検を行うべき業務及び対象機関</p> <p>②マイナンバーの紐付け方法に係る業務実態の調査結果</p> <p>③個別データ総点検の実施方法等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・誤った紐付けの修正 ・情報漏洩の有無に関する調査 <p>④総点検実施機関への支援</p> <p>⑤マイナポータルを活用した確認の推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自身の情報が誤っていないかどうか、マイナポータルで確認 	<p>①マイナンバー登録事務に関する横断的ルール策定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各種申請時におけるマイナンバーの記載の義務化 ・マイナンバー登録に係る事務に関する横断的なガイドラインの策定と徹底 <p>②マイナンバーの照会方法の改善</p> <ul style="list-style-type: none"> ・J-LISにマイナンバーを照会する場合には、原則4情報での照会 <p>③マイナンバー登録事務のデジタル化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・マイナンバーカードからマイナンバーを取得し、人手を介さず登録を行うことが出来る仕組み作りの実施と普及 	<p>①健康保険証との一体化への移行のあり方</p> <ul style="list-style-type: none"> ・資格確認書の交付と利用方法 <p>②マイナンバーカード取得の円滑化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・国民のニーズに対応したカード取得に向けた環境整備(特急発行・交付の仕組みの構築、福祉施設・支援団体向けのマイナンバーカードの取得・管理にかかるマニュアルの策定、暗証番号の設定が不要なカードの交付、郵便局窓口を活用した申請の実施など) <p>③マイナ保険証の利用の促進</p> <ul style="list-style-type: none"> ・マイナ保険証を実際に使ってもらうための広報・促進策 <p>④マイナ保険証のデジタル環境の整備</p> <ul style="list-style-type: none"> ・マイナ保険証のスマホ搭載の推進 ・電子処方箋の普及 ・次期マイナンバーカードへの移行 ・病院の読み取り機の増設及び読み取り精度の向上 <p>⑤マイナ保険証のメリットを実感いただける実効的な仕組みづくり</p> <ul style="list-style-type: none"> ・過去の健康・医療データに基づいたより質の高い医療の推進 ・多剤重複投薬・併用禁忌の防止 ・転職時・転居時等の保険証の切り替えや更新が不要化 ・低い窓口負担 ・電子処方箋の普及(再掲)

*「第2回マイナンバー情報総点検本部」(R.5.8.8)資料2より作成

122

資格確認書(令和6年秋の健康保険証廃止以降の取り扱い)

対象者・交付方法	<p>○原則、本人の申請に基づき交付</p> <p>※現在は、加入者全員に保険証を交付</p> <p>○要介護高齢者、障害者等の要配慮者が支援者による支援を受けて受診する際、マイナ保険証での受診が難しい場合がある</p>	<p>○当分の間、マイナ保険証を保有していない方全てに申請によらず交付</p> <p>⇒加入者全員にマイナ保険証又は資格確認書を交付</p> <p>○マイナ保険証を保有していても申請により資格確認書が交付された要配慮者について、継続的に必要と見込まれる場合には、更新時に申請によらず交付</p> <p>○一度登録した後も、マイナ保険証の利用登録の解除を可能とし、資格確認書を交付</p>
有効期間等	<p>○1年間を上限</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保険者の実務への影響大(現行の保険証) 被用者保険：原則有効期間なし 地域保険：2年の保険者もあり ・被保険者の更新手続き負担大(要介護高齢者、障害者含め毎年手続発生) 	<p>○現行の保険証の発行実務等(被用者保険の平均加入期間等)を踏まえつつ、不正使用等を防止</p> <p>⇒5年以内で保険者が設定(更新あり)</p> <p>○様式も、現行の実務・システムを活用</p> <p>⇒ サイズ：カード型(はがき型を含む)</p> <p>材質：紙、プラスチック</p>

「第2回マイナンバー情報総点検本部」(R.5.8.8)資料2より抜粋

123

資格通知(保険者番号等の資格情報のお知らせ)

- 健康保険証の廃止に伴い、マイナ保険証の保有者がご自身の被保険者資格等を簡易に把握できるよう、新規資格取得時や負担割合の変更時(70歳以上(後期高齢者医療制度は障害を有する65歳以上の被保険者を含む。)のみ)等に、氏名、被保険者等記号・番号・枝番、保険者番号・保険者名、負担割合等を記載した資格情報のお知らせを交付する。
- 当該お知らせについては、容易に携帯して利用ができるような工夫をし、マイナ保険証と一体で携帯することで、オンライン資格確認の義務化対象外の医療機関等も受診しやすくなると考えられる。
- A4サイズの当該お知らせの右下に、カードサイズに切り離せるように資格情報を記載することが想定されている。

イメージ

資格情報のお知らせ

(保険者名)
(保険者番号)

あなたの加入する健康保険の資格情報を下記のとおりお知らせします。

記号	000	番号	00000000(枝番)00
氏名	佐藤 太郎		
フリガナ	サトウ タロウ		
生年月日	平成〇年〇月〇日		
性別	男		
負担割合(※)	3割		
資格取得年月日	平成〇年〇月〇日		
交付年月日	令和〇年〇月〇日		
保険者名	〇〇		

注) この文書でのみ医療機関を受診することはできませんが、マイナ保険証と一体で携帯することにより、オンライン資格確認の義務化対象外の医療機関等の受診が可能です。

※負担割合は、被用者保険において別途、高齢受給者証で示す場合は省略可能。
※オンライン資格確認等システムへのデータ登録状況を記載することも検討。

*「マイナンバーカードと健康保険証の一体化に関する検討会・最終とりまとめ」より作成

124

病院におけるカードリーダー増設とカードリーダーの読み取り精度の向上

●病院における顔認証付カードリーダー端末の増設を図ることとし、そのための支援を行う。

- 「国民の信頼回復に向けた対応」の一環として、先に行われた岸田総理の病院視察における現場の声を踏まえ、「病院の読み取り機の増設」が掲げられている。
- そのために必要な予算について、今後、厚労省が財務省に調整を図っていくとのこと。
- 病院のみならず、受付が複数ある診療所なども支援が受けられるよう、日医からも要望していく。

●顔認証付きカードリーダーの読み取り精度の向上等、UX*の改善を図る。

*ユーザーエクスペリエンス: 製品やサービスに接触するユーザー体験

- 現在、顔認証付きカードリーダーの顔認証の精度向上等に向けて、厚生労働省から各カードリーダーメーカーに対して対応を要請中。
- 各カードリーダーメーカーにおいては、8月以降順次必要な改善対応が図られる見込みとのこと。
- 引き続き、日医からも、相談窓口寄せられた不具合事例などを厚生労働省を通じて、各メーカーに届けていく。

●は「マイナンバー制度及びマイナンバーカードに関する政策パッケージ」(R.5.8.8)における記載

125

マイナンバーカードによる保険証の活用について

- 医療DXは、日本医師会の目指す「国民・患者の皆様への安心・安全でより質の高い医療提供」と「医療現場の負担軽減」の実現に資するものであり、全面的に協力してまいりました。
- マイナンバーカードと保険証の一体化については、紐づけ誤りなどのトラブルで生じている国民・患者の不安払しょくのため、資格確認書が必要とされる全員に、確実かつ迅速に交付される必要があるなどと申し上げてきました。
- 令和5年8月4日の総理会見で、総理がマイナ保険証を保有していない方に一律に資格確認書を発行すること、その有効期間も最長5年に見直すことを発表されたことは、8月8日に発表された「総点検」の中間報告や再発防止と国民の不安払しょくのための政策パッケージとあわせ、**国民・患者の不安払しょくに向けて大きな前進であると理解**しています。
- 政府に対しては、紐づけの総点検とその後の修正作業等を徹底し、国民・患者の不安の一層の払しょくに努めることを期待いたします。日本医師会としては、今後とも、会員や地域の医師会に丁寧に説明し、**マイナンバーカードによる保険証の活用に向けて、国民、患者さんに選ばれ、医療提供への支障や医療現場における混乱が生じない体制の実現に向けて理解と協力を得てまいります。**



*令和5年8月9日日本医師会定例記者会見より

(出所)日医on-line「マイナンバーカードによる保険証の活用について」(令和5年8月9日日本医師会定例記者会見) <<https://www.med.or.jp/nichiionline/article/011287.html>> 126

8. 医師会の組織力強化

医師会の役割

- ・国民の生命と健康を守る
- ・医師の医療活動を支える

三層構造でみる医師会会員数



日本医師会館(在 東京都文京区本駒込)



北里柴三郎の肖像を採用した新千円札(見本)
(2024年度上期に発行予定)*

郡市区等医師会(890) (令和4年3月23日現在)
《うち、大学医師会(65)、その他(12)》
205,831人(令和3年11月1日現在)

都道府県医師会(47)
191,303人(令和3年11月1日現在)

公益社団法人
日本医師会

日本の医師総数
(33万9,623人)の
うち51.2%が加入

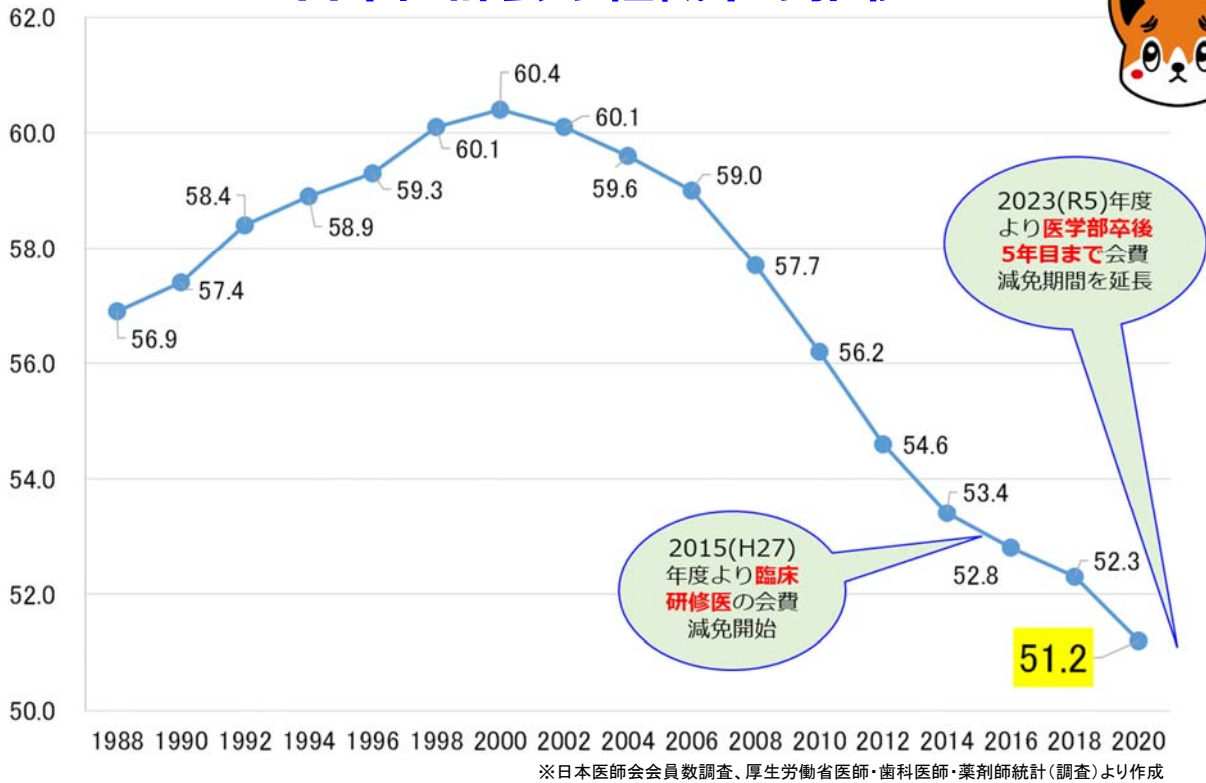
- ◆ 郡市区等医師会の会員で、日本医師会に未加入の方は約3万2千人。
- ◆ 都道府県医師会の会員で日本医師会に未加入の方は約1万7千人。

日本医師会会員数
173,895人(令和3.12.1現在)
内 開業医 82,946人
勤務医他 90,949人

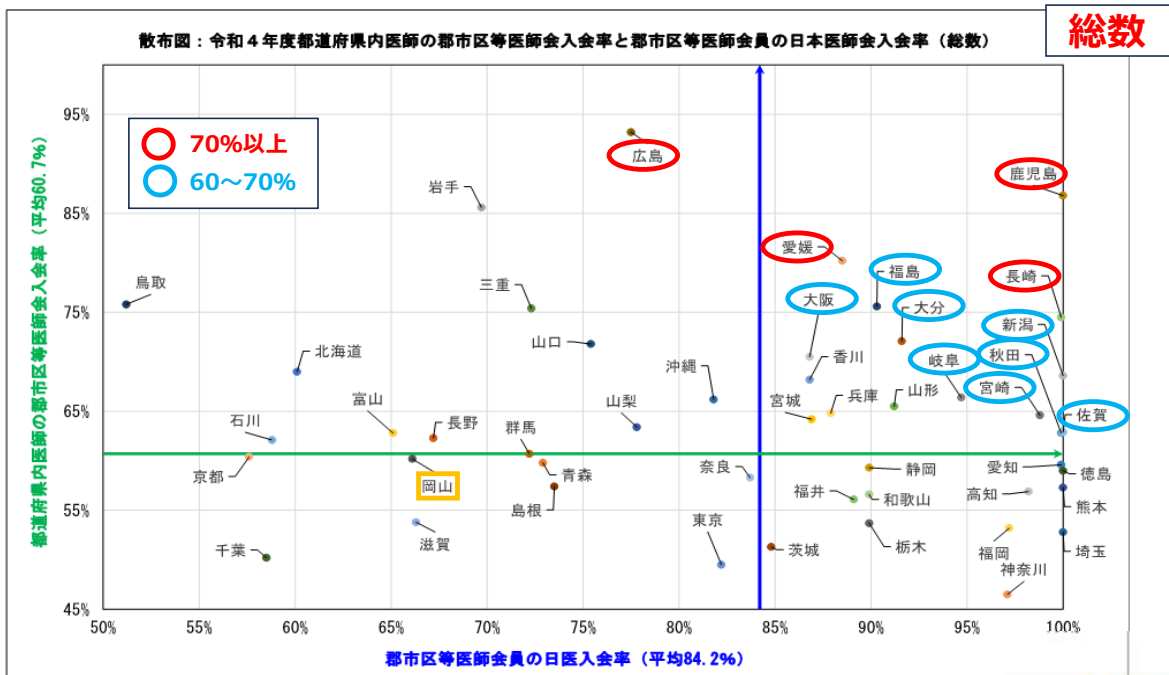
世界医師会に認められた、日本で唯一の
医師個人資格で加入する団体です。

*独立行政法人 国立印刷局「新しい日本銀行券について」(2021年10月4日) https://www.npb.go.jp/ja/news/20211004_kaisatsu/

日本医師会の組織率の推移



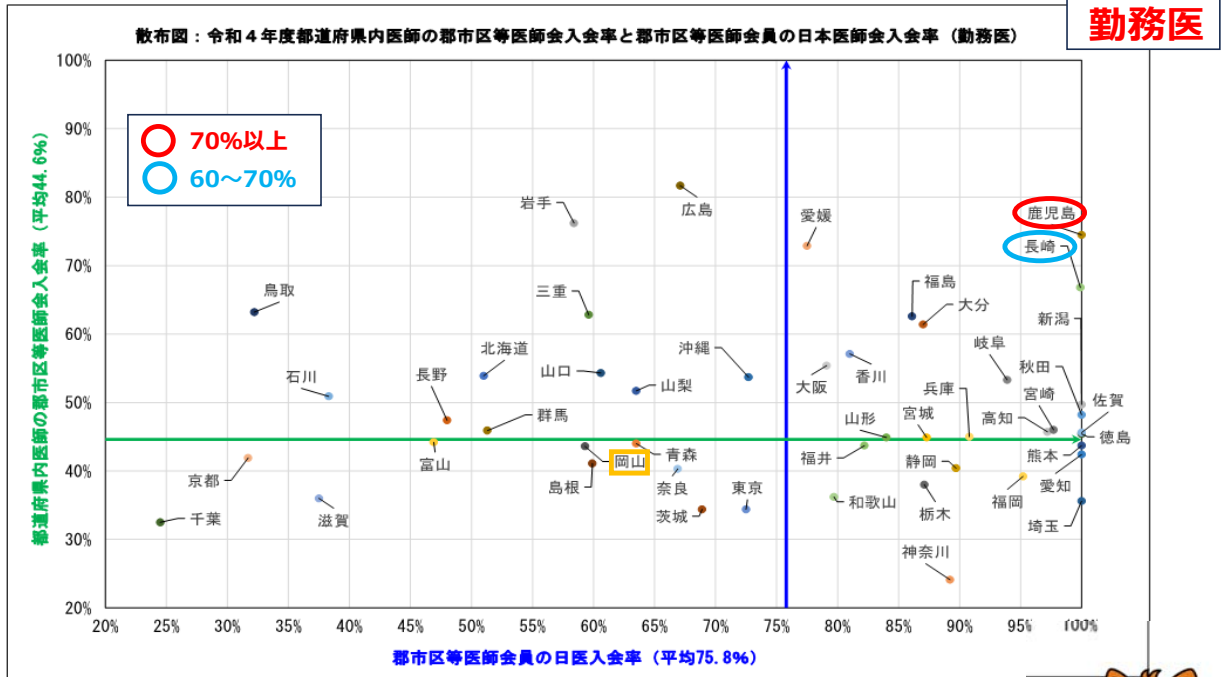
令和4年度 郡市区等医師会入会率と郡市区等医師会員の日医入会率



都道府県によってばらつきが大きいが、大きく4つの区分に分類される。それぞれの地域の実情に合わせた対策が必要。



令和4年度 郡市区等医師会入会率と郡市区等医師会員の日医入会率

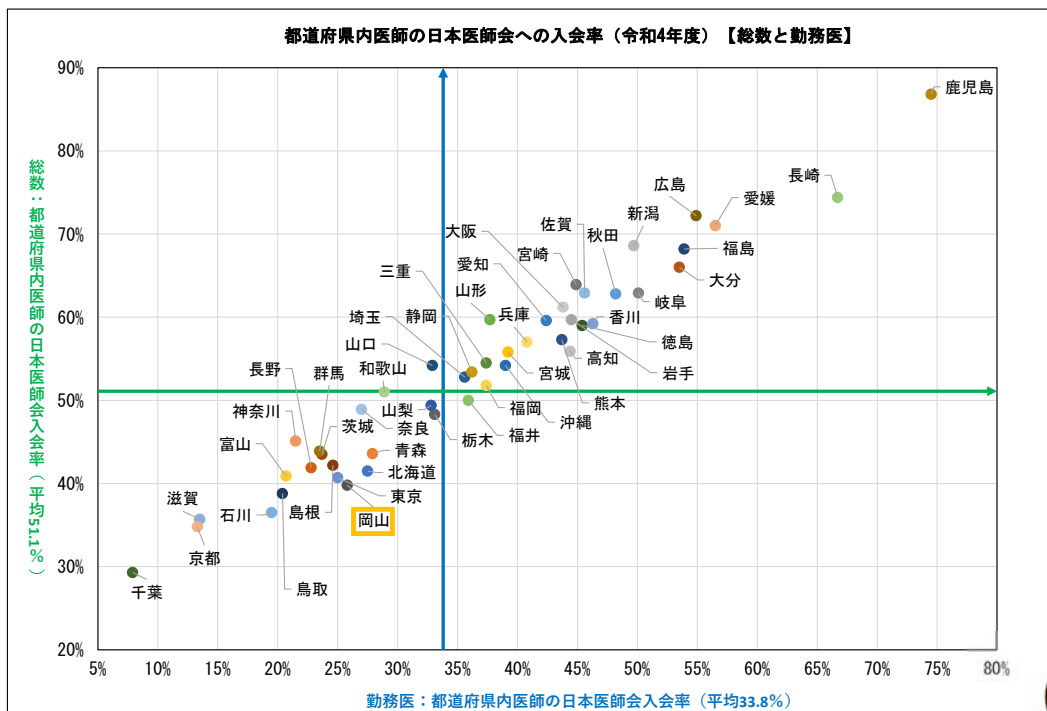


勤務医の状況も都道府県によってばらつきが大きいですが、全体的に総数の平均に比べて、入会率が低い。勤務医の入会率upがポイント。



132

令和4年度 日医入会率の「総数」と「勤務医」の相関

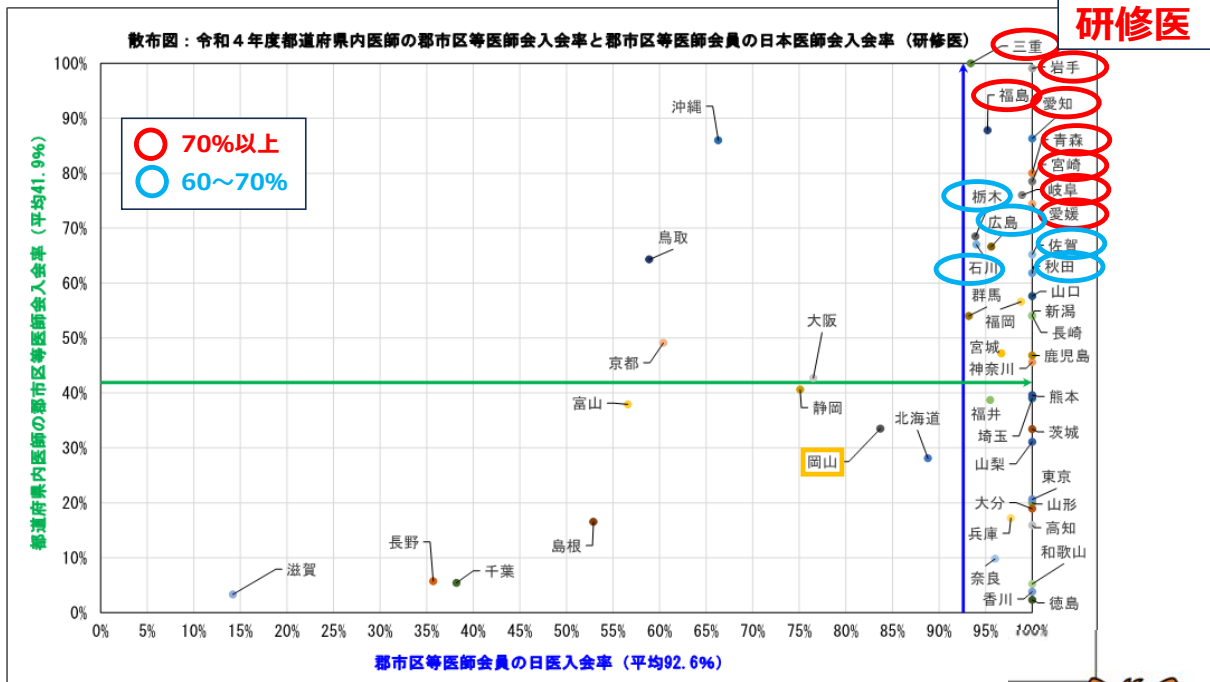


日医入会率の「総数」と「勤務医」は正の相関関係を示している



133

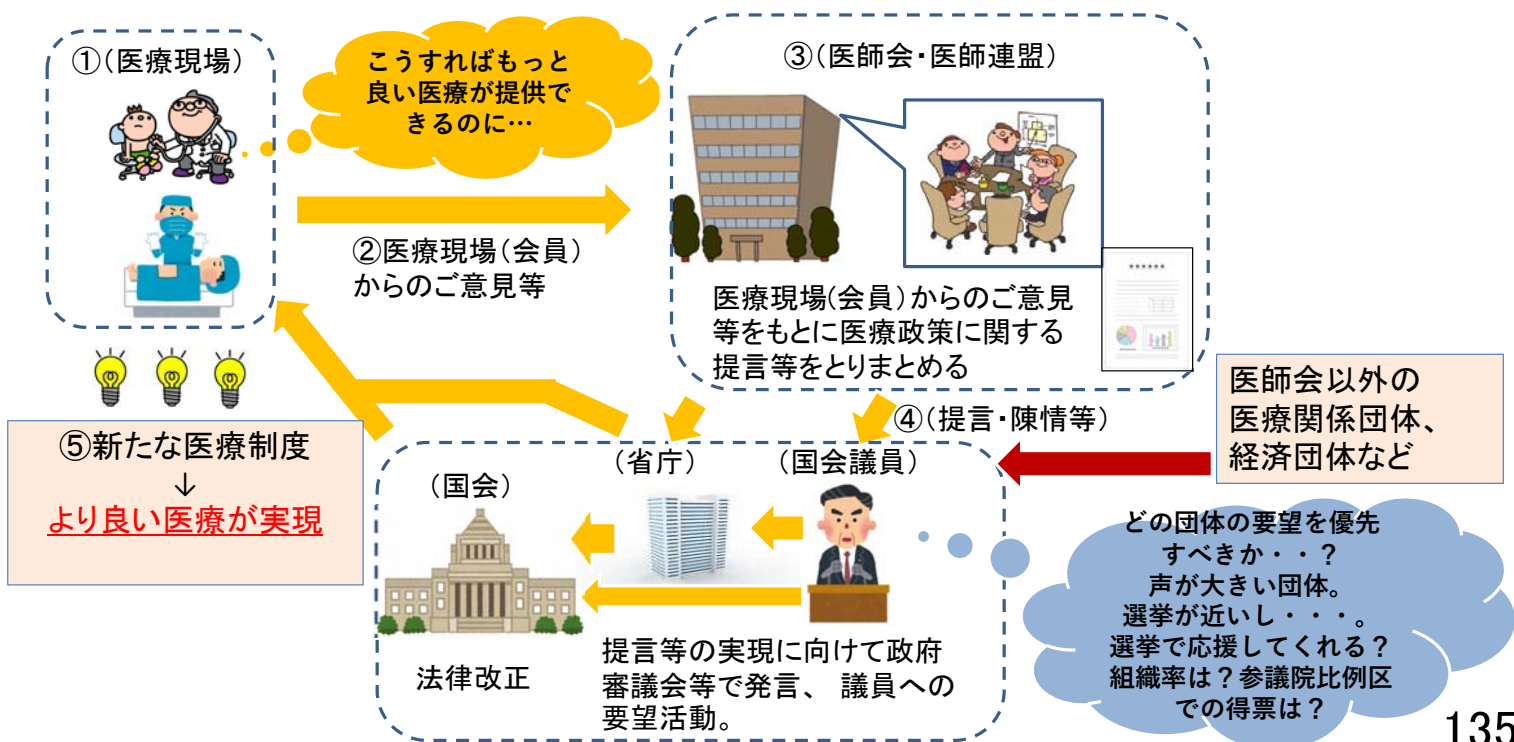
令和4年度 郡市区等医師会入会率と郡市区等医師会員の日医入会率



研修医の状況は、さらに都道府県によってばらつきが大きい。研修医のオリエンテーションが最もアプローチしやすい場なので、各都道府県の対策を確認し、好事例を共有する。

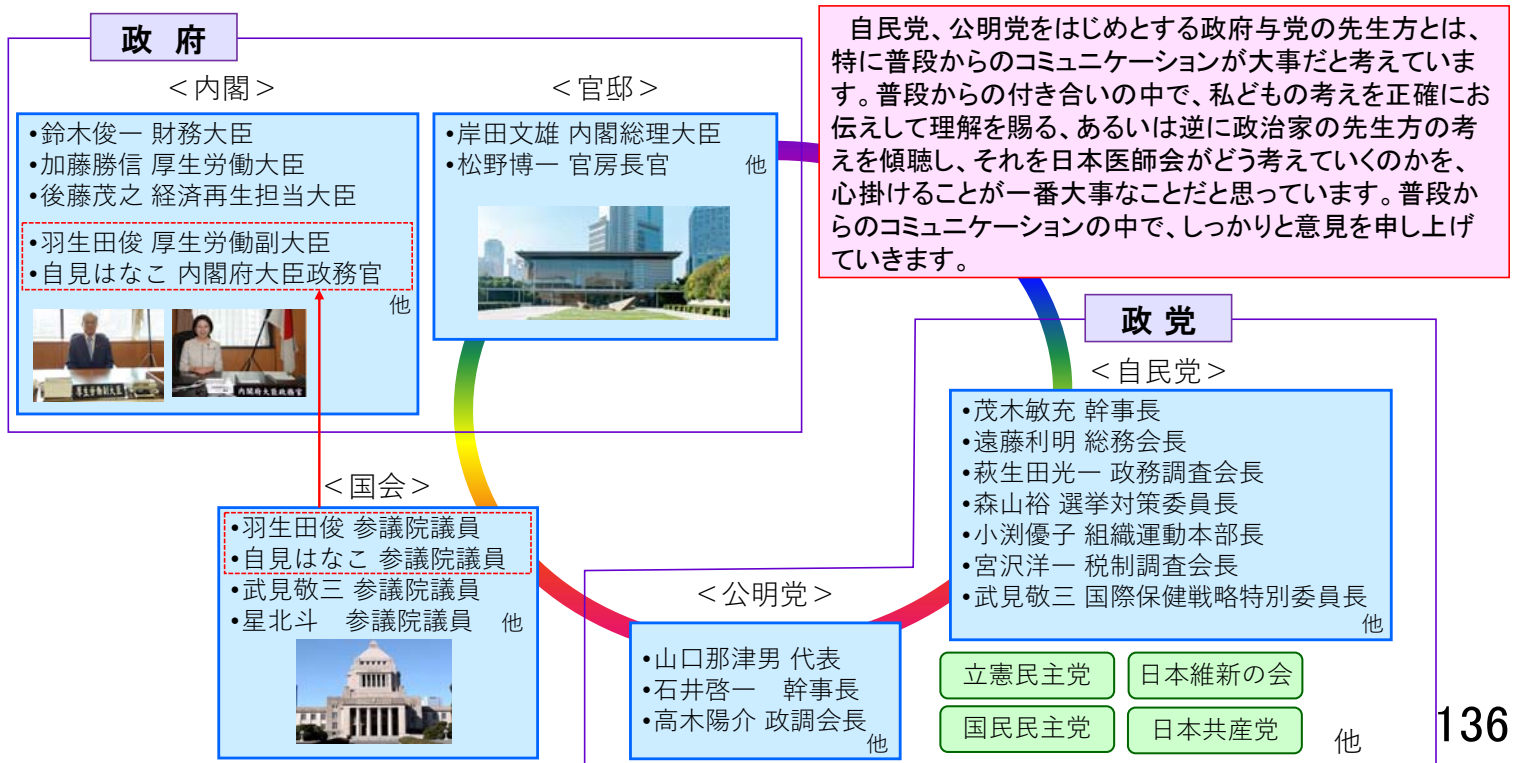


なぜ組織力強化が必要なのか ~医療政策が実現するまで(イメージ)~



政府与党とのコミュニケーション

※2023年3月29日現在



136

現場の声を踏まえた医療政策の実現に向けて


- ・医療政策を検討する際には、様々なステークホルダーが参画しており、医療界がいくら正しいことを発言しても、それが実現するとは限らない。
- ・より説得力のある議論を展開するため、より多くの先生方の後押し(医療現場の声)が必要であり、より多くの先生方が医師会活動に参画することが、医師会の組織強化と発言力の強化につながる。
- ・物事を動かそうとしても、医師個人の力ではどうにもならないことが多くあるが、多くの先生が医師会活動に参加することにより、先生ご自身の職務を存分に全うできる環境を実現する。それが国民により良い医療を提供し続けていくことにつながる。
- ・まさに先生方一人ひとりの意識が、今後の我が国の医療を変えていくことになる。

- ・日本医師会は すべての医師を代表する団体であり、より多くの先生方と共に我が国のより良い医療を実現していきたい。
- ・日本医師会は、医療現場の先生方の意見を踏まえて、医療政策の議論の場に臨んでいく。

137

会費減免期間の延長の主な内容(令和5年度より実施)

1. 会費減免の延長期間	対象を臨床研修医から卒後5年目まで延長する。
2. 卒後5年間の基本的な捉え方	大学医学部の卒業年度を起点に、年度単位とする。
3. 対象となる会員区分	すべての会員区分とする。
4. 会費減免の方法	会費賦課徴収規程の「その他特別の事由」による。
5. 会員サービス	「日医ニュース」及び「日医雑誌」の送付に代えて、「日医ホームページ」「日医Lib」で対応する。

 この取り組みの実効性を高めるためには、各地域医師会と足並みを揃えて実施することが不可欠です。特段のご理解とご協力をお願い申し上げます。

138

卒後5年目までの会費減免(令和5年度より)

会員区分	会費	会費減免額	会費減免適用後
A①	126,000円	60,000円	66,000円
A②(B)(30歳超)	68,000円	28,000円	40,000円
(30歳以下)	39,000円	24,000円	15,000円
A②(C)	21,000円	6,000円	15,000円
B	28,000円	28,000円	無料
C	6,000円	6,000円	無料

<会費区分>

A①	病院・診療所の開設者、管理者およびそれに準ずる会員
A②(B)	上記A①会員およびA②会員(C)以外の会員
A②(C)	医師法に基づく研修医
B	上記A②会員(B)のうち日本医師会医師賠償責任保険加入の除外を申請した会員
C	上記A②会員(C)のうち日本医師会医師賠償責任保険加入の除外を申請した会員

139

医師の組織力強化に向けて

組織率が50%を切ることになっては、「全ての医師を代表する組織」としてのプレゼンスや発言力が低下し、国民の生命と健康を守り、医師の医療活動を支えるという医師会の役割を果たしていく上で、大きな影響を及ぼす可能性があります。

来年度より、会費減免期間を卒後5年目までに延長します。各都道府県医師会、郡市区等医師会と足並みを揃えて実施することが何よりも重要となりますので、特段のご理解・ご協力をお願いします。

①組織強化に取り組むための仕組みづくり、②三層すべての医師会への入会と、開業医については廃業後も医師会員として残ってもらうための取り組み、③会費減免と、会費減免終了後に医師会に残ってもらうための取り組みについて、ぜひご検討いただき、取り組みを進めていただきたい。

その際、たとえば、病院に直接ご足労いただくなど、対話を通じた入会促進ということもぜひ考慮いただきたい。

140

9. 消費税インボイス制度への対応について

141

令和5年10月から、消費税のインボイス制度がスタートします

インボイス（適格請求書等）

請求書

（株）〇〇御中 XX年11月30日

11月分 131,200円（税込）

日付	品名	金額
11/1	小麦粉 ※	5,000円
11/1	牛肉 ※	10,000円
11/2	キッチンペーパー	2,000円
⋮	⋮	⋮
合計	120,000円	消費税 11,200円
	10%対象 80,000円	消費税 8,000円
	8%対象 40,000円	消費税 3,200円

※軽減税率対象 △△商事（株）

登録番号 T12345.....

発行者の登録番号

（国税庁パンフレットより）

医師会における自治体等の健診等委託事業

- 医師会における自治体又は保険者からの健診等の委託事業については、全国の地域で多様な取引形態があり、費用の決済について医師会を通している場合と、医師会を通していない場合がある。
- 医師会を通している場合、医師会と自治体等の取引形態に即して、医師会の経理処理の方法や、インボイスの適用関係が決まることとなる。

委託事業の費用の決済の流れ



※特定健診・保健指導においては、決済代行機関（支払基金、国保連）を通じて支払われる。

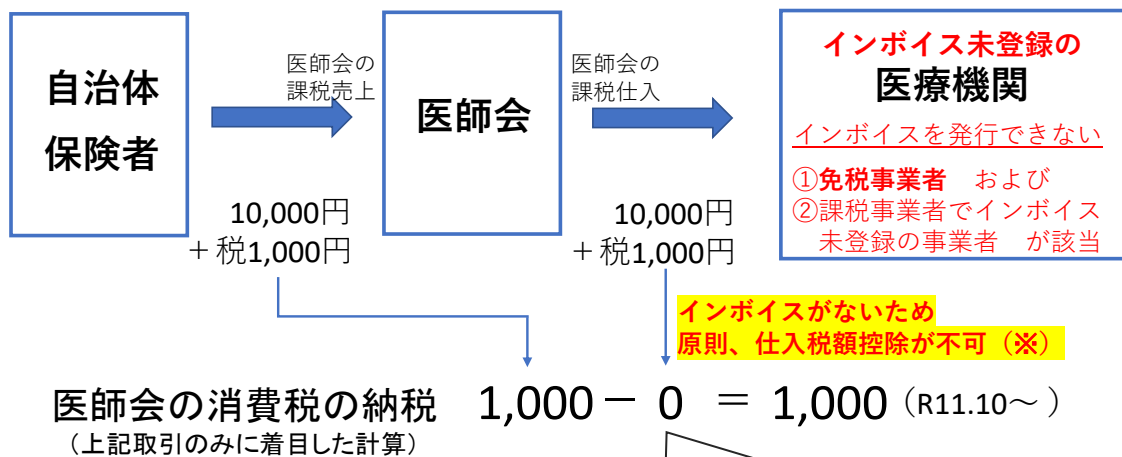
医師会における自治体等の健診等委託事業

		医師会による「取次ぎ」であり 医師会の経理上「 <u>預り金</u> 」の場合*	医師会による「 <u>直接受託</u> 」であり 医師会の経理上「 <u>課税売上</u> 」の場合*
		・医師会としては当該委託料について インボイスの発行も保存も不要 (医師会が受取る手数料がある場合は必 要に応じインボイスを発行)	・医師会から自治体・保険者にインボイスを 発行* (医師会がインボイス発行事業者の場合)
医療 機 関	課税事業者の場合 (かつインボイス登録した事業者)	・医療機関から自治体・保険者にインボイ スを発行*	・医療機関から医師会にインボイスを発行
	免税事業者等の場合 (インボイス未登録の事業者)	・自治体・保険者からインボイス登録の要 請や、対価の見直し等の協議があった 場合、それに応ずるかを検討 (現時点でそのような事例は報告されていない)	・医師会からインボイス登録の要請や、 対価 の見直し 等の協議が行われる場合もある ・簡易課税制度、2割特例(経過措置)*の適 用も含め、インボイス登録をするか、対価の 見直しに応ずるかを医療機関として判断 ・この場合、医師会として 独禁法等 に注意し、 丁寧に協議し合意することが必要

- *医師会の経理上「預り金」の場合とは、自治体等から收受した委託料を預り金とし、医師会が手数料を受取る場合はそれを課税売上とする処理
- *医師会の経理上「課税売上」の場合とは、自治体等から收受した委託料全体を課税売上、健診実施機関に支払う金額を課税仕入とする処理
- *取引形態が医師会による「取次ぎ」の場合、経理処理は「預り金」と「課税売上」のいずれの方法もあり得る(消費税法基本通達10-1-12)
- *自治体の一般会計ではインボイスの保存を要しないが、特別会計(市町村国保も含む)ではインボイスの保存が必要となる可能性もある
- *「2割特例」とはインボイス制度を機に課税事業者になった場合、売上に係る消費税額の2割を納付すればよい特例(3年間の措置)。

委託事業の取引形態が医師会による直接受託である場合の免税事業者への対応

医師会による直接受託の場合、医師会が收受した委託料全体が医師会の課税売上、医療機関に支払う金額が医師会の課税仕入となる。この場合、医師会の課税仕入について、免税事業者等からの仕入れは、原則、仕入税額控除ができない。(ただし、当初3年間は8割、次の3年間は5割控除できる経過措置がある。)



自治体等からインボイスの発行を求められる
場合、医師会(※)がインボイスを発行する
※インボイス発行事業者に限る

(※) 経過措置

R5.10～R8.9 8割控除可能
R8.10～R11.9 5割控除可能
R11.10～ 控除不可

委託事業の取引形態が医師会による直接受託である場合の免税事業者への対応

医師会が会員にインボイス登録を要請する場合、**独占禁止法等**に注意が必要。

【事例3】 インボイス制度後の免税事業者との取引に係る下請法等の考え方（公正取引委員会）

- 課税事業者が、取引先である免税事業者に対して、**課税転換を求めた。**
- その際、「インボイス事業者にならなければ、消費税分はお支払いできません。承諾いただければ今後のお取引は考えさせていただきます。」という文言を用いて要請を行った。また、**要請に当たっての価格交渉にも応じなかった。**

① 要請文書発出

いきなり何だろう…？

取引先 A (免税事業者)

取引先 B (免税事業者)

「うちが免税事業者との取引が多いし、とりあえず、**課税事業者**になってもらおう」

「**通告**」

② 要請文書には…

通告

インボイス事業者にならなければ、消費税分はお支払いできません。承諾いただければ今後のお取引は考えさせていただきます。

③ 価格交渉（免税事業者のままのAさんの場合）

免税事業者のままでも、価格を据え置いてもらえませんか…？

「**免税のままなら10%価格を引き下げます！それがいやなら今後の取引は考えさせていただきます。**」

「わかりました…」

③ 価格交渉（課税転換するBさんの場合）

（取引を切られるのは困る…！）
課税事業者になります！

「ありがとうございます。では、今まで通りの金額をお願いします。」

「課税転換するのに、価格交渉もさせてくれないんですね…」

➤それ、独占禁止法上問題となるおそれがあります！

課税事業者になるよう要請すること自体は**独占禁止法上問題になりませんが**、それにとどまらず、**課税事業者にならなければ取引価格を引き下げる、それにも応じなければ取引を打ち切るなどと一方的に通告することは、独占禁止法上問題となるおそれがあります。**また、**課税事業者となるに際し、価格交渉の場において明示的な協議なしに価格を据え置く場合も同様です。**

※令和4年11月21日付通知文（日医発第1646号（医経））にて都道府県医師会宛に案内

146

委託事業の取引形態が医師会による直接受託である場合の免税事業者への対応

医師会がインボイス未登録の会員に対価の引き下げ等を協議する場合、**独占禁止法等**に注意が必要。
免税事業者への支払いについても、**当初3年間は8割控除、次の3年間は5割控除**できる措置があるため、これを活用するなど、**丁寧に協議し合意を得ることが必要。**

【想定事例】 (令和5年5月「公正取引委員会」)

- 発注事業者（課税事業者）が、経過措置^(※)により一定の範囲で仕入税額控除が認められているにもかかわらず、取引先の免税事業者に対し、インボイス制度の実施後も課税事業者に転換せず、免税事業者を選択する場合には、**消費税相当額を取引価格から引き下げると一方的に通告した。**

(注) 免税事業者からの課税仕入れについては、インボイス制度の実施後3年間は、仕入税額相当額の8割、その後の3年間は同率の控除ができることとされている。

① 文書の発出

いきなり何だろう…？

取引先 A (免税事業者)

取引先 B (免税事業者)

「経過措置はあるけど、免税事業者だから、消費税相当額を支払う必要はないわね」

「**通告**」

発注事業者 (課税事業者)

② 文書には…

通告

インボイス制度の実施後も課税事業者を選択せず、免税事業者を選択する場合には、消費税相当額を取引価格から引き下げます。

➤それ、独占禁止法上又は下請法上問題となるおそれがあります！

発注事業者（課税事業者）が、経過措置により**一定の範囲で仕入税額控除が認められているにもかかわらず**、取引先の免税事業者に対し、**インボイス制度の実施後も課税事業者に転換せず、免税事業者を選択する場合には、消費税相当額を取引価格から引き下げるなどと一方的に通告することは、独占禁止法上又は下請法上問題となるおそれがあります。**

※令和5年5月31日付通知文（日医発第448号（医経））にて都道府県医師会宛に案内

147

免税事業者の医療機関におけるインボイス対応

自由診療その他の課税売上が1千万円以下の**免税事業者**である医療機関が、課税売上の相手先である課税事業者(企業・団体等)から**インボイスの発行を求められた場合の対応としては、以下の様な選択がある**

- ・ **課税事業者に転換し、インボイス登録を受け、インボイスを発行する**
(課税事業者になった場合の負担を試算した上で医療機関として判断。
その際、簡易課税制度や、2割特例*の適用も含めて検討。)
- ・ **免税事業者のまま、インボイスを発行せず、その代わりに価格交渉として一定額を値引きする**
- ・ **免税事業者のまま、インボイスを発行せず、値引きにも応じない**
(行政等の委託事業では想定しにくいですが、企業が相手先の取引では企業の判断によって取引を失う可能性がある。)

*「2割特例」とはインボイス制度を機に課税事業者になった場合、売上に係る消費税額の2割を納付すればよい特例(3年間の措置)。

148

参考

日本医師会 令和6年度税制改正要望より

社会保険診療等に係る**消費税**について、
診療所においては**非課税のまま診療報酬上の補てんを継続しつつ**、
病院においては**軽減税率による課税取引に改めること**

- ・本要望は、診療所においては「非課税のまま」とする要望であり、診療所の多くは免税事業者にとどまることが可能な要望となっている。
- ・なお、インボイス制度は、消費税の課税取引を対象とするものであることから、本要望が診療所におけるインボイス制度の適用に特段の影響を及ぼすものではない。

149

10. 医療をとりまく最近の課題

(1) 産業保健の推進

150

産業保健のあり方に対する日本医師会の考え

1. 産業医が職場を診て、産業保健活動を統括すること

中立的な立場にあり、事業者に対する勧告権を有する産業医が、医学的観点から職場巡視を実施することに意義があります。産業医が職場巡視を行い、労働衛生の三管理(健康管理、作業管理、作業環境管理)をはじめとした産業保健活動を統括するというのは普遍的な役割です。

2. 50人未満の事業場での産業保健活動を充実・強化すること

50人以上の労働者がいる事業場では産業医選任が義務付けられておりますが、50人未満の事業場においては、全国に約350か所ある地域産業保健センターを活用して労働者の健康を守ることとされています。有所見率が高い50人未満の事業場の労働者の健康を守ることが特に重要であり、同センターによる産業保健活動の充実・強化のために、しっかりとした予算確保が必要です。

3. 産業医の管理下での産業保健活動が不可欠であること

保健師、看護師などの産業保健スタッフにおいては、産業医の管理下において活動することが労働者の健康を守るうえで不可欠です。

4. 将来を見据え慎重に検討すること

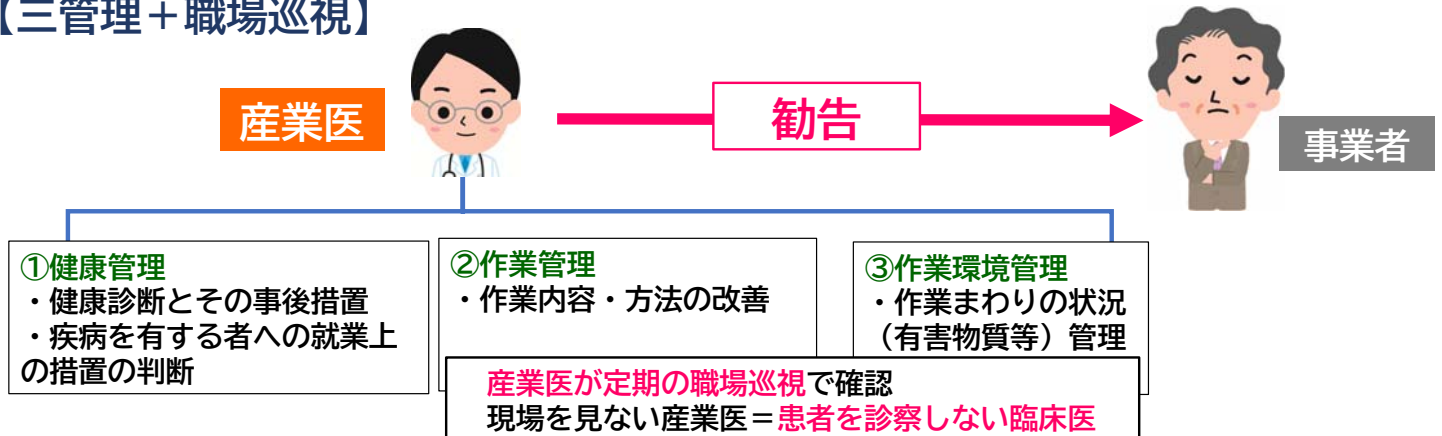
地域医療の一つである産業保健制度の変更は、臨床、介護等の現場に大きく影響を及ぼすため、拙速な議論は許されません。労働安全衛生法施行50年の節目にあたっては、今後の50年を見据え、慎重に議論をしていただきたいと思います。

151

産業保健活動

➡ 労働者の健康確保が第一義的な目的である以上、「医の倫理」に基づく行為

【三管理＋職場巡視】



●産業医が医の倫理に基づき、労働者のために事業者に勧告できる現行制度を守ることが必要

●50人未満の事業場における産業保健活動の充実・強化

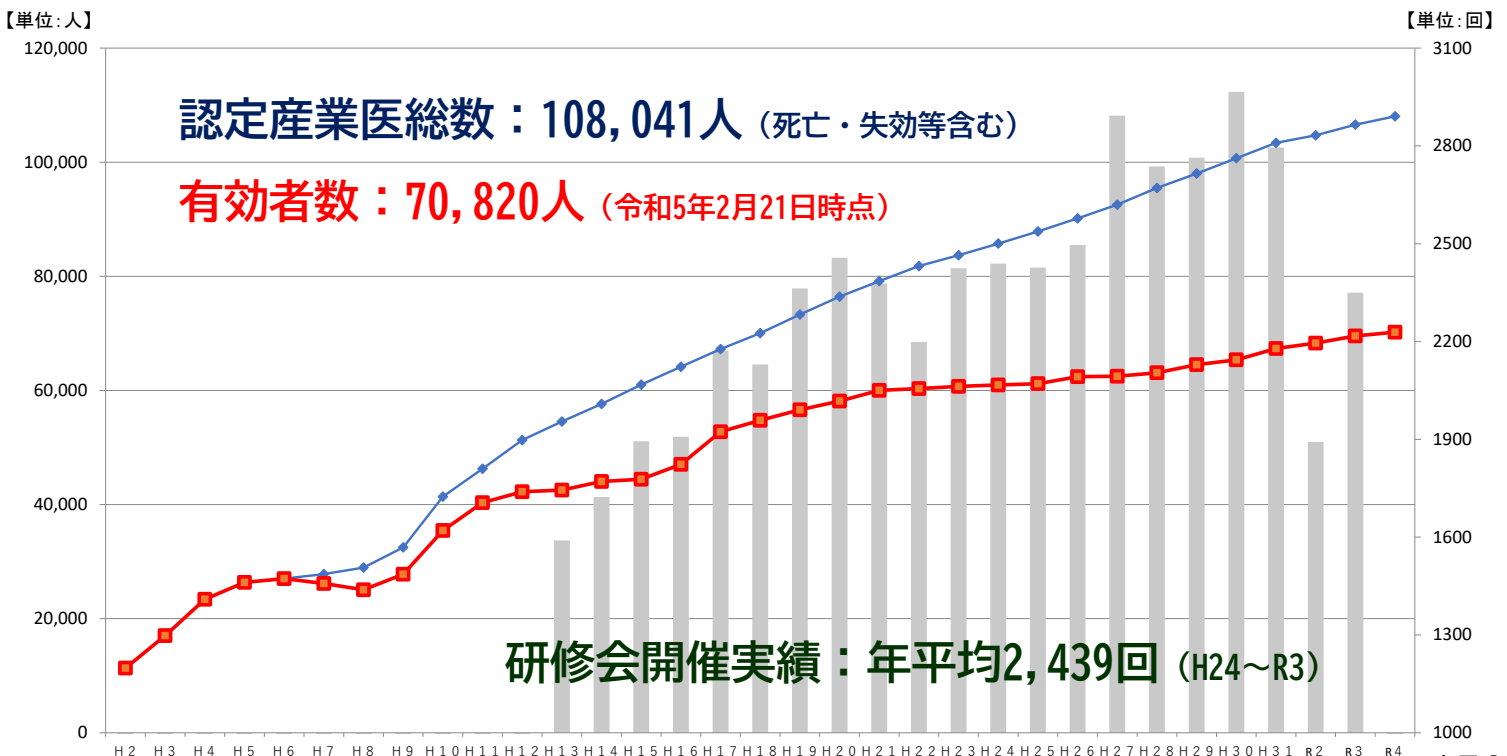
産業医の選任が義務付けられていない50人未満の事業所の労働者に対する産業保健活動が地域産業保健センターを通じ、産業医の監督下で徹底して行われるためには、十分な予算が必要

●将来を見据え、慎重に検討することが必要

地域医療の一つである産業保健の制度変更は、臨床、介護等の現場にも大きく影響を及ぼす

152

年度別認定産業医推移



【2023年2月更新】日本医師会認定産業医会内データ／認定産業医指定研修会年度別申請受付データより(R4は10/21時点)

10. 医療をとりまく最近の課題

(2)いわゆるナースプラクティショナー(仮称)について

154

規制改革推進会議 医療・介護・感染症対策ワーキンググループにおける ナースプラクティショナーに関する議論

ナースプラクティショナー必要論

<日本看護協会の主張>

- ・在宅の現場では医師と連絡を取ることは難しい／連絡してもクリニックは閉院
- ・迅速に指示を出す／往診することは難しい（特に離島へき地）

<患者団体の意見>

- ・「つらい症状を取ってほしいときは、究極の話、誰でもいい」
- ・「患者サイドとして、特定行為研修だけだと不安に感じる人もいる」

<WG委員の意見>

- ・連絡が取れない医師が多いのは事実で、謙虚に受け入れるべき。
- ・在宅療養支援診療所の届出を出しているにもかかわらず、休日・夜間に対応してくれない先生は結構いる。
- ・医療と看護・介護の連携について、現場の感覚として著しく改善してはいない。
- ・ファクトベースの議論をするために、実態把握の調査を行うべき。

看護師が診断・処方を行う新たな資格が必要

2023年2月13日 ヒアリング

日本医師会・全日本病院協会・日本医療法人協会が出席し、**反対を表明**

資料：内閣府ホームページで閲覧可能

155

日本医師会の考え

①新たな資格創設のニーズが不明

- ・ 「特定行為研修では対応できないニーズ」とは何か（困難事例の内容、発生件数）。
- ・ 医師との連絡体制は、**当然構築されていないもの**。医療機関側も改善に努めたい。

②新たな資格制度を創設せずとも解決可能

- ・ 地域連携のさらなる強化
- ・ 特定行為研修のより一層の推進

③新たな資格制度を創設しても、解決できる可能性は低い

- ・ 資格創設には時間を要する。
- ・ **資格取得者の需要と供給の見込み**
- ・ 資格を取得した看護師が、**離島・へき地で勤務するのか**。
- ・ 人口減少社会における医療・介護人材の確保

④新たな資格制度の創設による懸念事項

- ・ **医療安全**と医療事故が起きた場合の責任の所在
- ・ 新たな資格取得者の評価・待遇

- 新たな資格の創設は、**国民の医療安全の観点**から認めることはできない。
- 在宅医療における課題解決は、**地域連携の強化と特定行為研修の推進、オンライン診療（D to P with N）**等により対応していく。

156

＜日本医師会・四病院団体協議会 2023年5月24日＞ 規制改革推進会議医療・介護・感染症対策ワーキンググループ におけるナースプラクティショナー（NP）の議論について

1. 在宅医療における課題への対応

現在のNPに関する主張は、主に、在宅医療において、訪問看護師と医師との連絡がうまくいかず、患者さんへの対応が遅れるケースがあるとの指摘のもとで行われています。（一部略）緊密な連絡体制の構築は、在宅医療の実施にあたって当然なされなければならないものであり、その点を改善しないまま、新たな資格により看護師が診断・処方すれば解決するということはあり得ません。

また、**医療の安全の確保、医療事故に対する責任の所在、新たな職種が実際の不足場面で役割を担えるかなど根本的な議論が不可欠**であり、十分な議論なしに判断が下されるのであれば、日本の将来の医療提供体制にとって、悪影響を及ぼすことが懸念されます。

（一部略）訪問看護師が抱える困難や、医師や医療機関に対する要望にもきちんと耳を傾け、改善すべきところは改善していく所存です。

2. 特定行為研修の推進

日本医師会が、在宅医療を行っている医師を対象に行ったヒアリングでは、訪問看護師との連携がうまく取れている場合には、必ずしも特定行為研修の必要性を感じないという声もありました。ただ、特定行為研修を修了した看護師であれば、褥瘡の処置や気管カニューレの交換など、患者が通院したり医師が訪問せずに行うことができたりするなどのメリットもあることから、今後、在宅医療分野における特定行為研修を推進していくことは必要と考えます。

そのためには、**医師側も特定行為研修制度をしっかりと理解し、手順書の作成や実習の受け入れなど、積極的に活用・支援していくことが求められます**。引き続き、制度の周知に努めるとともに、研修の推進に協力してまいります。

157

フランスにおけるナースプラクティショナー制度



2016年 フランス医療制度近代化法制定
2018年 省令により「進んだプラクティスを行える看護師」を定義
⇒N P 制度スタート

- ◆ 看護師教育3年+実務経験3年+専門教育2年(大学院)
- ◆ 慢性疾患の症状が安定した患者を対象に、以下の5つの専門領域に分化
 - ①複数疾患プライマリ・ケア及び予防
 - ②悪性腫瘍・血液学
 - ③CKDと透析(血液・腹膜・血漿交換)管理、移植
 - ④精神
 - ⑤救急
- ◆ 元々かかりつけ医が診察した後に、補完的に診療を行うものであった。医師の管理下で制限された処方も可能
- ◆ 原則1人開業は禁止、医療機関・病院・グループ診療所など、医師の管理するチーム医療の中の一員としてのみ実践可能

2023年1月 NPダイレクト・アクセス法成立

- 患者が望めば医師の受診を経ず、ダイレクトに受診
- 制限はあるものの初回処方も可能
- 医療費は保険でカバー

(その他の職種にもワークシェアが進んでいる)

軽症疾患 ⇒ 薬剤師に受診・処方

肩こり、腰痛、捻挫 ⇒ 理学療法士

視力検査・眼鏡処方 ⇒ 眼鏡士

正常妊婦母子の周産期管理(処方含む) ⇒ 助産師

【背景】

・医師不足、地域偏在、休日診療の機能不全

※医学部入学制度、法定労働時間等の影響もあるとされている

※全国で600万人の国民(うち60万人が長期療養疾患患者)がかかりつけ医に受診できない現状にあったとされる

158

出典：奥田七峰子日医総研フランス駐在研究員レポート

規制改革実施計画(令和5年6月16日閣議決定)【抜粋】

在宅領域など地域医療における医師一看護師のタスクシェア

③特定行為(診療の補助)について、その運用状況と地域医療におけるニーズを現場の医師及び看護師等から把握し、特定行為の拡充について検討する。

C 厚生労働省は、上記各措置を円滑に実施しつつ、①地域の在宅患者に対して最適なタイミングで必要な医療が提供できないため患者が不利益を被る具体的状況や②そのような具体的状況において医師、看護師が実際に果たしている役割や課題を令和6年度及び7年度に調査し、更なる医師、看護師間でのタスクシェアを推進するための措置について検討する。その際、限定された範囲で診療行為の一部を実施可能な国家資格であるナース・プラクティショナー制度を導入する要望に対して様々な指摘があったことを適切に踏まえるものとする。上記検討の間においても、離島・へき地等において特区制度を活用した実証の提案があった場合は、その結果も踏まえて所要の対応を行う。

10. 医療をとりまく最近の課題

(3) 医薬品の安定供給

160

骨太の方針2023 医薬品の安定供給確保(抜粋)

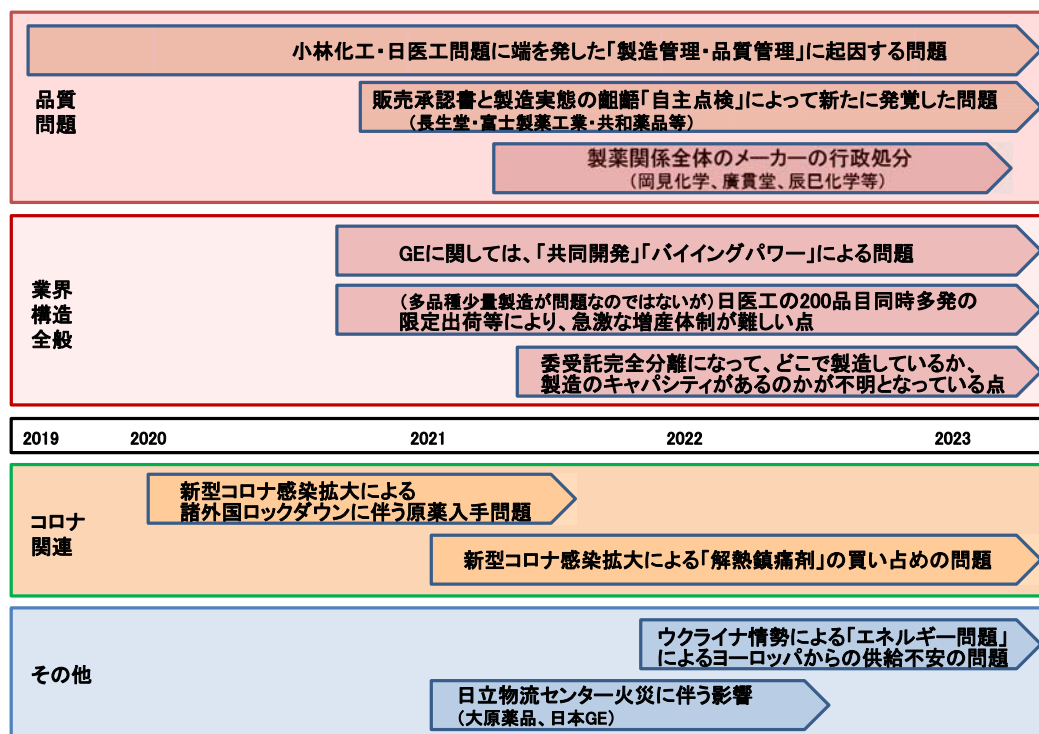
「経済財政運営と改革の基本方針2023」(令和5年6月16日閣議決定)

大麻に関する制度を見直し、大麻由来医薬品の利用等に向けた必要な環境整備を行うほか、OTC医薬品・OTC検査薬の拡大に向けた検討等によるセルフメディケーションの推進、バイオシミラーの使用促進等、**医療上の必要性を踏まえた後発医薬品を始めとする医薬品の安定供給確保、後発医薬品の産業構造の見直し**、プログラム医療機器の実用化促進に向けた承認審査体制の強化を図る。また、総合的な認知症施策を進める中で、認知症治療の研究開発を推進する。献血への理解を深める²⁶²とともに、血液製剤²⁶³の国内自給、安定的な確保及び適正な使用の推進を図る。

262 小中学校現場での献血推進活動を含む。

263 輸血用血液製剤及びグロブリン製剤、フィブリノゲン製剤等血漿分画製剤。

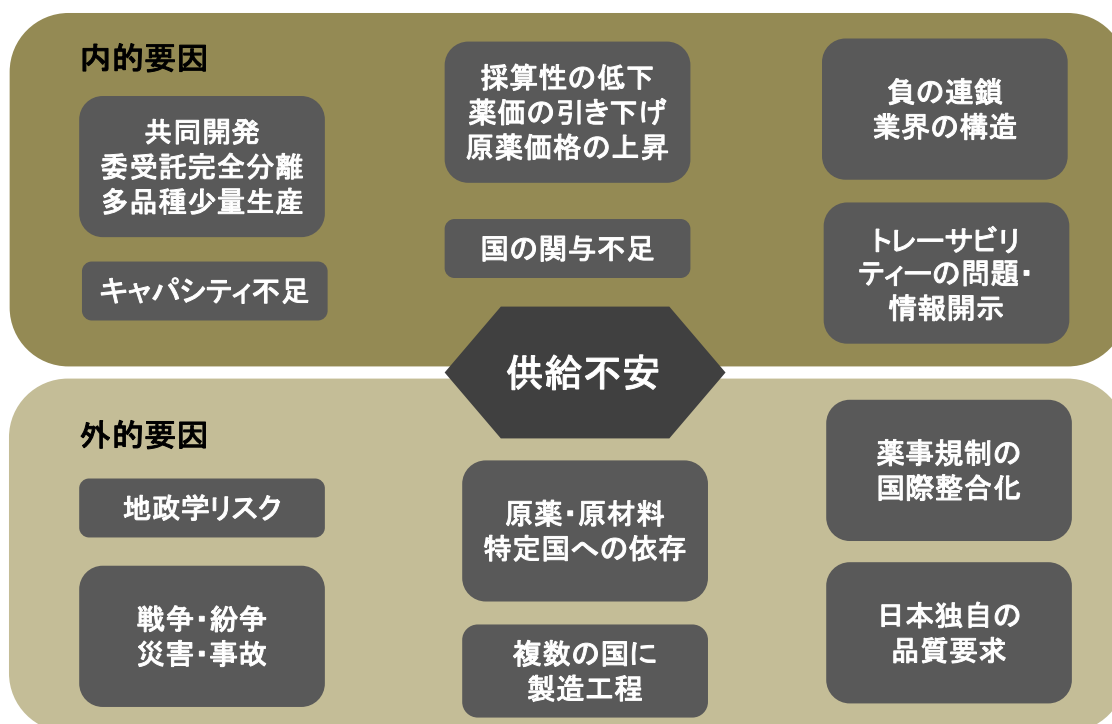
「供給不安」の事象の変遷



（出典）日医on-line「医薬品の安定供給問題について」（令和5年4月26日日本医師会定例記者会見）資料2頁

162

医薬品の安定供給問題



（出典）日医on-line「医薬品の安定供給問題について」（令和5年4月26日日本医師会定例記者会見）資料3頁

163

○ 全体の28.2%、後発品では41.0%で出荷停止、限定出荷が発生。

安定供給確保に関するアンケート調査概要（2022年8月末時点）
-結果の概況- n=（223社、15,036品目）

【全体概要】

2022年8月末 調査結果	総計		先発品		後発品		その他の医薬品	
	品目数	構成比	品目数	構成比	品目数	構成比	品目数	構成比
通常出荷	10,802	71.8%	4,389	93.6%	5,484	59.0%	929	88.1%
出荷停止	1,099	7.3%	52	1.1%	997	10.7%	50	4.7%
限 定 出 荷	3,135	20.8%	248	5.3%	2,811	30.3%	76	7.2%
出 荷 停 止 ・ 限 定 出 荷 小 計	4,234	28.2%	300	6.4%	3,808	41.0%	126	11.9%
合計	15,036	100.0%	4,689	100.0%	9,292	100.0%	1,055	100.0%

※ 出荷停止1,099品目のうち、7社683品目は行政処分を受けた会社によるもの

《参考（昨年（2021年8月末時点）の調査結果（一部抜粋））》

欠品・出荷停止、 出荷調整 小計	品目数	構成比	品目数	構成比	品目数	構成比	品目数	構成比
	3,143	20.4%	204	4.4%	2,890	29.4%	49	5.1%

【カテゴリー別：限定出荷と出荷量について】

	通常出荷量 (A)	出荷量減少 (B)	出荷量支障 (C)	合計
先発品	197 79.4%	27 10.9%	24 9.7%	248 100.0%
後発品	2,176 77.4%	369 13.1%	266 9.5%	2,811 100.0%
その他の医薬品	64 84.2%	9 11.8%	3 3.9%	76 100.0%
合計	2,437 77.7%	405 12.9%	293 9.3%	3,135 100.0%

※ 通常出荷量 (A) : 100%以上の出荷量
出荷量減少 (B) : 80%以上、100%未満の出荷量
出荷量支障 (C) : 80%未満の出荷量

【カテゴリー別：「出荷停止」「限定出荷」の構成比】

2022年8月末 調査結果	出荷停止		限定出荷	
	品目数	構成比	品目数	構成比
先発品	52	4.7%	248	7.9%
後発品	997	90.7%	2,811	89.7%
その他の医薬品	50	4.6%	76	2.4%
総計	1,099	100.0%	3,135	100.0%

【カテゴリー別：

限定出荷の要因（自社事情、他社品の影響）分析】

2022年8月末 調査結果	限定出荷			
	自社事情	他社品の影響	その他	合計
先発品	58 8.7%	159 7.0%	31 14.8%	248 7.9%
後発品	578 86.9%	2,058 91.0%	175 83.7%	2,811 89.7%
その他の 医薬品	29 4.4%	44 2.0%	3 1.5%	76 2.4%
合計	665 21.2%	2,261 72.1%	209 6.7%	3,135 100.0%

2022年12月5日 日薬連安定確保委員会「安定供給の確保に関するアンケート結果について」より抜粋

第7回医療用医薬品の安定確保策に関する関係者会議資料より

10. 医療をとりまく最近の課題

(4)2024(令和6)年度予算要求要望

概算要求

1. 新型コロナウイルス感染症等への予算確保
2. 働き方改革への予算確保
3. 地域医療への予算確保
4. 医療DXの適切な推進のための予算確保

事項要求

次期診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬の同時改定



加藤勝信厚生労働大臣への要望(令和5年7月31日)

概算要求

1. 新型コロナウイルス感染症等への予算確保
2. 働き方改革への予算確保
3. 地域医療への予算確保
4. 医療DXの適切な推進のための予算確保

1. 新型コロナウイルス感染症等への予算確保

新型コロナウイルス感染症の感染拡大によって、経済活動、社会活動等、国家の成長を支えるあらゆる活動が安全・安心な医療提供体制のもとに成り立っていることが証明された。

次期医療計画「5疾病6事業」における新興感染症等対策の前倒し実施により、いかなる感染症のまん延が起きても、感染症以外の医療も確保しつつ、必要な方に必要な医療を安定的に提供することができる体制を構築する必要がある。

このため、予算面においても、これまで実施されてきた新型コロナウイルス感染症対策を踏まえて財源を確保し、施策の強化・拡充に資することを求める。

また、補助制度の簡素化や迅速な交付等を求める。

- (1) 新興感染症まん延に備えた体制づくりへの支援及び新型コロナウイルス感染症への体制の拡充
- (2) 新興感染症患者及び新型コロナウイルス感染症患者の受入体制の拡充
- (3) 協定締結医療機関の個人防護用具(PPE)の備蓄等諸経費の支援
- (4) 検査キットや治療薬等、必要な物資の備蓄・供給体制の構築
- (5) 新興感染症以外の通常医療を分担する医療機関(救急医療、周産期・小児科、人工透析、がん等)への支援
- (6) 新興感染症に対応する人材の確保、医療従事者等に対する支援、補償
- (7) ワクチン・抗ウイルス薬の開発・備蓄の拡充
- (8) 不測の事態に備えた余裕のあるワクチンの供給体制の整備
- (9) 安全な予防接種実施の推進
- (10) 感染症、予防接種に関する報告等の事務負担軽減
- (11) 国民へ正確な情報を伝えるためのメディア対策

168

2. 働き方改革への予算確保

2024(令和6)年度からの医師の働き方の新制度施行にむけて、様々な切り口での施策が必要であり、2024(令和6)年度以降、国民に安心・安全な医療提供体制を構築することが必要である。

このため、働き方改革について、以下の通り新たな予算措置及び現行予算の大幅な増額を求める。

- (1) 医師の働き方の制度の基盤整備
- (2) 教育、研究、臨床、地域医療支援を担う大学病院の働き方改革の支援
- (3) 医療従事者のタスクシェア・タスクシフト推進のための支援
- (4) 国民への“上手な医療のかかり方”の推進、啓発

169

3. 地域医療への予算確保

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充実のため、地域医療介護総合確保基金をはじめ支援策を強化する。また、コロナ禍により医療機能の役割分担と需要の急拡大への即応体制の重要性が認識された。さらに東日本大震災等の災害の教訓を次代につなげなければならない。

感染拡大や災害等の有事に対し、強靱な医療提供体制を構築していくため、地域医療について、以下の通り新たな予算措置及び現行予算の大幅な増額を求める。

- (1) 地域医療介護総合確保基金の拡充及び柔軟運用
- (2) 地域医療介護総合確保基金以外の補助事業の拡充
- (3) 救急災害医療対策

170

4. 医療DXの適切な推進のための予算確保

国が提唱する医療DXを推進するためには、オンライン資格確認を普及させ、その基盤を全国の医療機関等を結ぶ全国医療情報プラットフォーム(以下、プラットフォーム)として、有効活用していくことが求められる。

そして、医師がこのプラットフォームを安心・安全に活用するためには、サイバーセキュリティ対策の強化及び厚生労働省の施策である保健医療福祉分野の公開鍵基盤(HPKI)の活用が必須となる。

医療DXの適切な推進のために、以下の通り新たな予算措置及び現行予算の大幅な増額を求める。

- (1) 医療機関等のサイバーセキュリティ対策費用支援
- (2) HPKIカードの発行支援と一層の利用環境の整備
- (3) オンライン資格確認をはじめとする医療DXの導入・維持支援
- (4) 各種情報システムの一元化の推進
- (5) 医療情報連携の推進及び適切な活用のための環境整備
- (6) AI・IoT研究・開発と社会実装への支援

171

事項要求

次期診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬の同時改定

172

事項要求

再掲

昨今の物価高騰や賃金上昇については、一時的なものではなく、恒常的に対応する必要があることから、診療報酬で対応すべきである。

6月7日開催の第8回経済財政諮問会議で「骨太の方針2023」原案が示され、その後、活発な議論が行われた結果、6月16日の閣議決定で「物価高騰・賃金上昇、経営の状況、支え手が減少する中での人材確保の必要性、患者・利用者負担・保険料負担への影響を踏まえ、患者・利用者が必要なサービスが受けられるよう、必要な対応を行う。」とされた。

物価高騰・賃金上昇に対応した社会保障関係費について、「物価高騰・賃金上昇、経営の状況、支え手が減少する中での人材確保の必要性」に基づいた改定が実現するよう求める。

173

ご清聴ありがとうございました

