

令和5年度奈良県医師会創立記念式典並びに同医学会総会 特別講演

日本医師会の医療政策

令和5年11月16日
公益社団法人 日本医師会
会長 松本 吉郎



目次

1. 診療報酬改定に向けて
2. 医師会の組織力強化
3. 改正感染症法等による協定等
4. 地域におけるかかりつけ医機能
5. 医薬品の安定供給
6. 医療界におけるDX
7. 医師の働き方改革
8. 医療をとりまく最近の課題

1. 診療報酬改定に向けて

2

令和5年度補正予算と令和6年度予算での対応

秋の新たな経済対策等への要望

令和5年度補正予算での対応

令和5年9月26日に岸田総理が閣僚に経済対策のとりまとめを指示

新規対応

入院患者・入所者への食事療養等に対する補助金

継続

光熱費等の物価高騰に対する交付金

令和6年度診療報酬改定

令和6年度予算での対応

3点の論点がある異次元の改定であり、年末までに決定

1. 従来の改定

改定財源の確保により、政策対応

2. 賃金上昇・物価高騰への対応

賃上げは、高齢化の伸びのシーリングに制約された従来の改定に加え、診療報酬改定の中において別枠で行う必要がある

3. 新型コロナウイルス感染症への対応

これまでの確保分を、
・協定締結医療機関の対応
・感染対策に役立つ電子カルテ等の医療DXの推進に役立てる

3

1. 診療報酬改定に向けて

(1) 秋の新たな経済対策等への要望

令5年度補正予算での対応

秋の新たな経済対策等への要望

令和5年9月26日に岸田総理が閣僚に経済対策のとりまとめを指示

新規対応

入院患者・入所者への食事療養等に対する補助金

継続

光熱費等の物価高騰に対する交付金

物価高騰への支援(2023年10月)

2023年10月5日に武見敬三厚生労働大臣に対し、「食材料費・光熱費等の物価高騰に対する財政支援に関する要望」を手交した。その中で、(1)入院患者・入所者への食事療養等に対する補助金での財政支援、(2)医療機関・介護事業所等における光熱費等の物価高騰に対する交付金での財政支援の継続—の2点の実現を求めた。

今般の食材料費、光熱費等の物価高騰は、賃金の上昇とも相まって広く国民に大きな影響を及ぼしているのみならず、医療機関・介護事業所等にも大きな影響を及ぼしております。

「経済財政運営と改革の基本方針2023」においても「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。」とされており、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・介護事業所等が、物価高騰・賃上げに対応するには十分な原資が必要です。

物価高騰への対応については、地方創生臨時交付金(電力・ガス・食料品等価格高騰重点支援地方交付金)による措置も講じられたところですが、都道府県等の対応によって地域でばらつきがあり、手元に届くまでに一定の期間を要する等、十分なものとは言えず、足下の物価高騰・賃金上昇に対応するには、さらに緊急の支援が必要です。特に、入院中の食事療養費は、約30年間据え置かれ、もはや、経営努力のみでは食事療養の提供が極めて困難な状況であり、別途、補助金で特段の支援が必要です。

そこで、物価・賃金の上昇下においても、患者・利用者の負担に配慮しつつ、安心・安全で質の高いサービスの提供を継続できるよう、緊急の経済対策として以下の支援を要望します。

1. 入院患者・入所者への食事療養等に対する補助金での財政支援
2. 医療機関・介護事業所等における光熱費等の物価高騰に対する交付金での財政支援の継続



6

秋の新たな経済対策等への要望(新規)

医療分野における給食の委託単価等の変動状況

病院給食の委託単価は、2021年時点ですでに公定価格の単価(3食分で1,920円)を上回る状況で、2022年にはさらにその差が広がっている。足下の食材料費等の高騰により、現在の状況は厳しくなっていることが見込まれる。

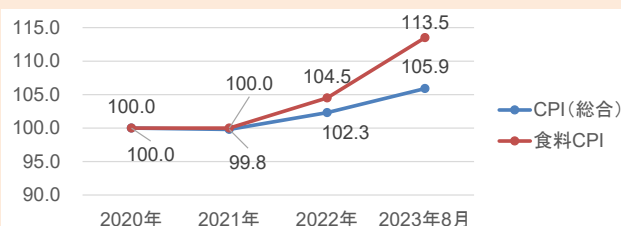
病院給食の委託単価【医療分野】

入院時食事療養費の基準費用額: 1食につき640円、3食分で1,920円 (2006年度以降、変更なし)

	① 2021年	② 2022年
病院計	1,962円	1,997円
公定価格との差	-42円	-77円

出典: 入院中の食事療養に関する要望書(2023年7月12日提出)(四病院団体協議会)
※1 データは公益社団法人日本メディカル給食協会調べ(各年10月時点の状況)
※2 税込み価格

消費者物価指数の動向



出典: 総務省「消費者物価指数」(2020年基準)

7

「入院時食事療養費制度」発足以来の食事療養費等の変遷

		総額	自己負担	保険給付
H6.10	1日あたりで算定	1900	600	1300
H8.10			760	1140
H9.4		1920		1160
H13.1			780	1140
H18.4	1食あたりで算定	640	260	380
H26.4				
H28.4			360	280
H30.4			460(※)	180
R1.10				

※介護保険の入所者の
標準負担額：482円
(医療との差：22円)

8

秋の新たな経済対策等への要望(継続)

これまでの物価高騰への支援(2022・2023年)

交付金の創設

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で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。

交付金の増額

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(当時)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(当時)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。



2023年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。

* 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)

* 日本医師会「医療機関等への支援に関する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」の活用について」(日医発第2459号(医経)(介護)令和5年3月31日)

* 日医on-line「日本医師会始め医療、介護の10団体で加藤厚生労働大臣に光熱費等の物価高騰に対する支援を要望」(2023年4月5日)

物価・賃金高騰に対する日本医師会の働きかけ

参考

2023年4月28日	「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 日本医師会、四病院団体協議会、全国医学部長病院長会議
2023年5月10日	「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」をとりまとめる 日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会
2023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」を医療・介護関係12団体でまとめる 日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本看護協会、四病院団体協議会、全国医学部長病院長会議、全国老人保健施設協会、全国老人福祉施設協議会、日本認知症グループホーム協会

2023年5月9日	自由民主党議員による政府への働きかけ「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」 自由民主党社会保障制度調査会
-----------	---

2023年5月31日	「『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」することを国民医療推進協議会にて決議 国民医療推進協議会
------------	--

10

「デフレ完全脱却のための新たな総合経済対策～日本経済の新たなステージにむけて～」(令和5年11月2日閣議決定) 物価高により厳しい状況にある生活者・事業者への支援(抜粋)

自民党政調全体会議(令和5年10月24日開催)資料「新たな総合経済対策(仮称)(案)」8～9頁

(略)「重点支援地方交付金」において、(略)医療・介護・保育施設、学校施設、商店街・自治会等に対し、エネルギー価格や食料品価格の高騰に対する支援を行ってきている。引き続き、地域の実情に応じて、困難な状況にある者をしっかりと支えるとの観点から、こうした支援を行うため、同交付金の追加を行う。執行に当たっては、同交付金が物価高の影響緩和に必要とされる分野に有効に活用されるよう、医療介護や中小企業といった各行政分野を所管する府省庁が地方公共団体に対して、優良な活用事例を始め必要な情報を積極的に提供し活用を促進するなど、十分な取組を行う。その際、入院時の食費の基準が、長年据え置かれ、介護保険とも差が生じていることを踏まえ、診療報酬の見直しに向けた検討を行うことと併せ、それまでの間、早急かつ確実に支援を行う。



自民党政調全体会議(令和5年10月31日開催)資料「新たな総合経済対策(仮称)(案)」10頁 「デフレ完全脱却のための新たな総合経済対策」(令和5年11月2日閣議決定) 10頁

(略)「重点支援地方交付金」において、(略)医療・介護・保育施設、学校施設、商店街・自治会等に対し、エネルギー価格や食料品価格の高騰に対する支援を行ってきている。引き続き、地域の実情に応じて、困難な状況にある者をしっかりと支えるとの観点から、こうした支援を行うため、同交付金の追加を行う。

執行に当たっては、同交付金が物価高の影響緩和に必要とされる分野に有効に活用されるよう、医療・介護や中小企業といった各行政分野を所管する府省庁が地方公共団体に対して、**物価高対策として特に必要かつ効果的であって広く実施されることが期待される事業について**、優良な活用事例を始め必要な情報を積極的に提供し、**これらの分野における重点的な活用を推奨するとともに、活用状況を定期的にきめ細かくフォローアップするなど**、十分な取組を行う。その際、入院時の食費の基準が、長年据え置かれ、介護保険とも差が生じていることを踏まえ、診療報酬の見直しに向けた検討を行うことと併せ、それまでの間、**早急かつ確実に支援¹²を行う。**

¹² 2023年度中については、重点支援地方交付金により対応。2024年度については、地域医療介護総合確保基金による対応を念頭に、診療報酬の見直しと合わせ、2024年度予算編成過程において検討。

医療機関への支援に関する「重点支援地方交付金」の活用について(光熱費関係)

令和5年11月8日に日本医師会は、各都道府県医師会に対して、「医療機関への支援に関する「重点支援地方交付金」の活用について(光熱費関係)」に関する文書を発出・周知した。その中では、各都道府県において、ご対応頂きたい優良な活用事例を示している。

○医療機関に対する光熱費高騰への支援事業(対象施設と支援額)について

(1) 以下の表のとおり、令和5年3月の地方創生臨時交付金の積増しを受けて各都道府県が実施した支援事業の補助額の実績をまとめました。具体的な補助額の設定に当たっては、以下の表をご参照いただき、医療機関における光熱費の高騰状況を適切に反映した額としていただくようお願いします。

	中央値	上位25%	最大値
病院 ※1	400万円	600万円	2000万円
(1病床当たり)	(2.0万円)	(3.0万円)	(10.0万円)
有床診療所 ※1	27.5万円	35万円	100万円
(1病床当たり)	(2.75万円)	(3.5万円)	(10.0万円)
無床診療所	6.25万円	10万円	24万円

※1 病院については200床規模で各都道府県の単価より試算したもの。有床診療所については10床規模で各都道府県の単価より試算したもの。

※2 上記の支援策に当たって、都道府県においては、支援額や対象機関について、例えば、医療機能に応じた加算や特別高圧受電契約である医療機関への加算、歯科技工所等への措置など、地域の実情に応じた取り組みを行っていただいています。

(2) 以下のとおり、優良な活用事例をお示します。

自治体A 病院・有床診療所:20万+3万/床、無床診療所:20万

自治体B 病院・有床診療所:3万/床(3床以下は10万)、無床診療所:10万

※特別高圧契約の場合は1~8月分2円/1kwh、9月分1円/1kwh

自治体C 病院・有床診療所(4床以上):3万/床、有床診療所(3床以下)・無床診療所:10万

(出所)日本医師会「医療機関への支援に関する「重点支援地方交付金」の活用について」(令和5年11月8日発出、日医発第1415号(医経))

12

医療機関への支援に関する「重点支援地方交付金」の活用について(食材料費関係)

令和5年11月8日に日本医師会は、各都道府県医師会に対して、「医療機関への支援に関する「重点支援地方交付金」の活用について(食材料費関係)」に関する文書を発出・周知した。その中では、各都道府県において、確実にご対応頂きたい支援事業の標準を示している。

○医療機関(保険医療機関に限る。)への食材料費の高騰に対する支援事業(対象施設と支援額)について

本支援事業は、入院時の食費の基準が、長年据え置かれ、介護保険とも差が生じていることを踏まえ、診療報酬の見直しに向けた検討を行うことと併せ、それまでの間(令和5年度中)食材料費の高騰に対し医療機関を支援するためのものです。

※令和5年度中については本交付金により対応。令和6年度については、地域医療介護総合確保基金による対応を念頭に、診療報酬の見直しと合わせ、令和6年度予算編成過程において検討することとされています。

(1) 病院・有床診療所:許可病床数×6,400円(1食当たり20円相当)

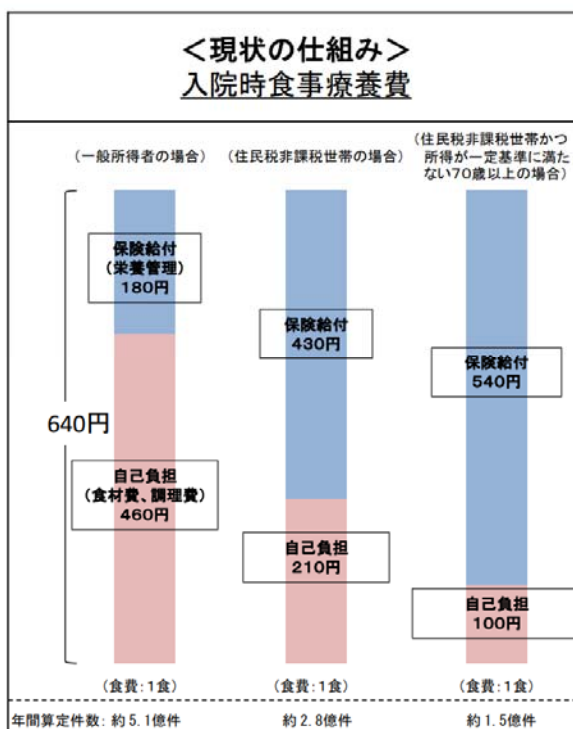
※上記は令和5年度下半期の半年間を対象としたものです。

(出所)日本医師会「医療機関への支援に関する「重点支援地方交付金」の活用について」(令和5年11月8日発出、日医発第1415号(医経))

13

入院時食事療養費の概要

- 入院時に必要な食費は、1食あたりの総額と自己負担を国が定め、その差額を保険給付(入院時食事療養費)として支給している。
- 「入院時食事療養費(保険給付)」
＝「食事療養基準額(総額)」－
「標準負担額(自己負担)」
- 支給方法は、各保険者が被保険者に代わり保険医療機関に直接支払う現物給付方式。



（出所）厚生労働省 社会保障審議会医療保険部会（令和5年11月9日開催）資料3「入院時の食費について」5頁

5 14

入院時の食費の課題と論点

【課題】

- 昨今の食材費等は特に足下で大きく高騰しているところ、公定価格のため価格転嫁もできず、病院経営に影響、病院食の質が下がりがねない状況。
- 現行の入院時の食費は、食材費及び調理費として一食当たり460円の自己負担としている。介護保険の食費の自己負担は一食当たり約482円であり、入院時の食費との差は22円となっている。

【論点】

- 以上の点を踏まえ、食材費等の高騰を踏まえた対応を行う観点から、家計における食事支出や介護保険の食費も参照しつつ、入院時の食費の見直しについてどのように考えるか。

※入院時の食費の総額の観点から、中央社会保険医療協議会での議論が必要

（出所）厚生労働省 社会保障審議会医療保険部会（令和5年11月9日開催）資料3「入院時の食費について」9頁

9 15

1. 診療報酬改定に向けて

(2) 令和6年度診療報酬改定

16

令和6年度診療報酬・介護報酬等のトリプル改定に向けて

令和6年度診療報酬改定

3点の論点がある異次元の診療報酬改定

1. 従来の改定

改定財源の確保により、政策対応

2. 賃金上昇・物価高騰への対応

賃上げは、高齢化の伸びのシーリングに制約された従来の改定に加え、診療報酬改定の中において別枠で行う必要がある

3. 新型コロナウイルス感染症への対応

これまでの確保分を、
・協定締結医療機関の対応
・感染対策に役立つ電子カルテ等の医療DXの推進に役立てる

17

令和6年度診療報酬改定に向けて

9月に医療費の動向が公表され、オミクロン株の流行によるコロナ患者数の急拡大などのコロナ対応により、医療費(収入)が増えた側面もありますが、その分、感染対策経費の増加、追加的人員の確保など、患者数拡大に対応できる体制を築くためのコスト(支出)も上昇しています。

これは医療界が一致団結して、コロナにしっかり向き合っただけの証です。にもかかわらず、2020、2021年度のコロナ禍による医療費減少(約3.2兆円)のダメージが残っています。

一方で、財務省財政審等において、コロナ補助金等による内部留保の積み上げを賃上げ原資等として活用するような主張も一部にありますが、コロナ補助金等は従来の目的である感染症対策にしっかりと活用しなければなりません。令和6年4月より恒常的な感染症への対応がなされますが、協定を結んだ医療機関による次の流行に備えた体制整備や、コロナ禍で医療のデジタル化の遅れが指摘されており、電子カルテの整備、サイバーセキュリティ等の医療DXへの活用が必要です。それらをしっかりと推進するため、医師会も役割を果たしてまいります。

2023年度は春闘の平均賃上げ率が3.58%、人事院勧告が3.3%で実現されました。令和3年10月の岸田内閣の就任会見を受けた令和4年度診療報酬改定では、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員を対象に、収入を3%程度引き上げるための処遇改善の仕組みが創設されました。これが端緒となり、「民間主要企業春季賃上げ要求・妥結状況」によると、2022年には2021年の1.86%から2.20%にあがり、さらには2023年には3.60%にも上昇しています。しかしながら医療・介護分野の賃金上昇は一部に限定されたことにより、公定価格の下で半分程度の水準(1%台)にとどまり、他産業に大きく遅れをとっています。公的価格を引き上げることにより、他産業へのさらなる原動力ともなります。

就業者全体の13.5%にも上る医療・介護分野の従事者約900万人の賃金を上げることで、我が国全体の賃金上昇と地方の成長の実現により経済の活性化が見込めます。

賃上げはフローで行うべきであり、あくまでもコロナ禍という特殊な状況で生まれて感染対策に使うためのストックは賃上げの原資とするものではありません。**賃上げは、高齢化の伸びのシーリングに制約された従来の改定に加え、診療報酬改定の中において別枠で行う必要があります。**

18

診療報酬による賃金上昇への対応

- 2023年春闘では、平均賃上げ率が3.58%となり、1993年以来、30年ぶりの高さとなった。
- 2023年8月に公表された令和5年人事院勧告では、「過去5年の平均と比べ、約10倍のベースアップ」を4月にさかのぼって年収で約3.3%の給与改善を求めている。
- 2023年10月19日に連合から公表された2024 春季生活闘争基本構想では、「賃上げ分 3%以上、定昇相当分(賃金カーブ維持相当分)を含め 5%以上の賃上げを目安とする。」とされた。

唯一の原資である診療報酬において、改定対応を行い、医療・介護分野従事者約900万人の賃金を上げることが必要である。

これにより、全国津々浦々まで、物価高騰対応や賃金上昇の波を行き渡らせ、我が国全体の賃金上昇と地方の成長の実現が見込める。

なお、賃上げは、高齢化の伸びのシーリングに制約された従来の改定に加え、診療報酬改定の中において別枠で行う必要がある。

(出所) 日本労働組合総連合「【重点分野-2】2023春季生活闘争まとめ～評価と課題～」(2023年7月21日掲載) 添付資料2頁
人事院「令和5年人事院勧告・報告について」(令和5年8月)6頁
日本労働組合総連合「【重点分野-2】2024春季生活闘争基本構想」(2023年10月19日)5頁

19

改定の基本的視点について

- 改定の基本的視点については、以下の4点としてはどうか。
- その際、現下の雇用情勢に加え、長期的にも人口構造の変化により支え手が不足する状況の中、人材確保が大きな課題となっていることに鑑み、視点1に重点を置くこととしてはどうか。

視点1

現下の雇用情勢を踏まえた人材確保・働き方改革等の推進【重点課題】

視点2

ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進

視点3

安心・安全で質の高い医療の推進

視点4

効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

(出所)厚生労働省 第169回社会保障審議会医療保険部会(令和5年10月27日開催)資料1「令和6年度診療報酬改定に向けた基本認識、基本的視点、具体的方向性について」3頁
厚生労働省 第103回社会保障審議会医療部会(令和5年11月1日開催)資料1「令和6年度診療報酬改定に向けた基本認識、基本的視点、具体的方向性について」3頁

3

20

令和4年度 医療費の動向 ～概算医療費の集計結果～

中医協 総-1
5. 9. 13

* 概算医療費とは
医療費の動向を迅速に把握するために、医療機関からの診療報酬の請求(レセプト)に基づいて、医療保険・
公費負担医療分の医療費を集計したもの。労災・全額自費等の費用を含まず、国民医療費の約98%に相当。

- 令和4年度の概算医療費は46.0兆円、対前年同期比で4.0%の増加、対令和元年度比で5.5%の増加。
なお、対令和元年度比の5.5%の増加は3年分の伸び率であり、1年当たりに換算すると1.8%の増加。
- 令和4年度の受診延日数は、対前年同期比で2.0%の増加、1日当たり医療費は2.0%の増加。
- 令和4年度の診療種類別では、いずれの診療種類別も対前年同期比でプラス、対令和元年度比でもプラスとなった。

診療種類別 医療費の対前年伸び率(対前年同期比)(%)

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
総計	2.4	-3.1	4.6	4.0
入院	2.0	-3.0	2.8	2.9
入院外	2.0	-4.3	7.5	6.3
歯科	1.9	-0.8	4.8	2.6
調剤	3.6	-2.6	2.7	1.7

令和4年度 対令和元年度比	1年当たりに 換算した 伸び率
5.5	(1.8)
2.6	(0.9)
9.3	(3.0)
6.7	(2.2)
1.8	(0.6)

(出所)厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会(第554回)(令和5年9月13日開催)資料総-1「令和4年度医療費の動向 ～概算医療費の集計結果～」1頁を基にレイアウトを編集

21

9月1日に、厚生労働省から「令和4年度 医療費の動向」ということで、いわゆる概算医療費が報告されました。

概算医療費とは、国民医療費の約98%をカバーした速報値です。

令和4年度の概算医療費は46兆円で、前年度が44.2兆円でありましたので、プラス4.0%の伸び率、金額にすると、1.8兆円の増加となりました。

右側のカッコ内の表は、コロナ発生前の令和元年度(3年前)と比べた数字ですが、5.5%の増となり、1年あたりに換算すると1.8%の伸び率になったと報告されました。

4.0%という伸び率はコロナ前と比べ高く見えますが、令和2年度にコロナで医療費が落ち込んでおります。令和元年度比の1年あたりに換算した伸び率は1.8%ということで、「それ程高いところでもない」と説明されております。

また、今回の伸びは、令和2年度の受診控えの反動、コロナそのものの治療、令和4年度診療報酬改定で不妊治療の保険適用がされたことなどが主な要因と説明されております。

(出所)日本医師会定例記者会見「令和6年度診療報酬改定について～令和4年度医療費の動向の公表を受けて～」(令和5年9月20日) 22

令和4年度 医療費の動向 <概観>

- 令和3年度に引き続き令和2年度の減少の反動や、新型コロナウイルス感染症の患者が増えた影響等があり、令和4年度の概算医療費は46.0兆円、金額で1.8兆円、伸び率で4.0%の増加となっている。また、その内訳を見ると受診延日数は2.0%の増加、1日当たり医療費は2.0%の増加となっている。
- 新型コロナウイルス感染症の影響の少ない令和元年度と比べると、医療費は5.5%の増加となっており、その内訳を見ると、受診延日数は▲3.6%と減少し、1日当たり医療費は9.4%増加している。

(兆円、%)

	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	
概算医療費	42.2	42.6	43.6	42.2	44.2	46.0	令和4年度 対元年度比
対前年増減額	0.9	0.3	1.0	▲1.3	2.0	1.8	
伸び率 (①)	2.3	0.8	2.4	▲3.1	4.6	4.0	
(休日数等補正後)	(2.3)	(0.9)	(2.9)	(▲3.7)	(4.7)	※1 (3.9)	
受診延日数	▲0.1	▲0.5	▲0.8	▲8.5	3.3	2.0	
1日当たり医療費	2.4	1.3	3.2	5.9	1.3	2.0	▲3.6
							9.4
人口増の影響 (②)	▲0.2	▲0.2	▲0.2	▲0.3	▲0.5	▲0.4	
高齢化の影響 (③)	1.2	1.1	1.0	1.1	1.1	0.9	
診療報酬改定等 (④)		▲1.19	▲0.07	▲0.46	※2 ▲0.9	▲0.94	
上記の影響を除いた概算医療費の伸び率 (①-②-③-④)	1.3	1.1	1.6	▲3.4	5.0	4.5	

※ 1 令和4年度の休日数等の対前年度差異は土曜日が1日少なく、休日でない木曜日が2日少なく、連休数が4日少なかったことから、伸び率に対する休日数等補正は+0.04%。

※ 2 令和3年度の概算医療費を用いて、薬価改定の影響を医療費に対する率へ換算したもの。

(参考) 主傷病がCOVID-19であるレセプト(電算処理分)を対象に医科医療費を集計すると、令和4年度で8,600億円(全体の1.9%)程度。

一番下の赤枠で囲っている参考の記載をご覧ください。

レセプト上、「新型コロナウイルス感染症」を主傷病としたものの医療費を合計すると、令和4年度で8,600億円となりました。令和3年度が4,500億円でしたので、コロナ関連の医療費が2倍弱増加となりました。

24

(出所) 日本医師会定例記者会見「令和6年度診療報酬改定について～令和4年度医療費の動向の公表を受けて～」(令和5年9月20日)

医療関係職種の賞与込み給与の推移について

令和5年9月29日 厚生労働省 第168回社会保障審議会医療保険部会
参考資料1「診療報酬改定の基本方針_参考資料」13頁

○ 医療関係職種（医師・歯科医師・薬剤師・看護師を除く）の給与の平均は全産業平均を下回っている状況。



出典：厚生労働省「令和4年賃金構造基本統計調査」に基づき保険局医療課において作成。

注1 「賞与込み給与」は、「きまって支給する現金給与額（労働協約、就業規則等によってあらかじめ定められている支給条件、算定方法によって支給される現金給与額）」に、「年間賞与その他特別給与（前年1年間（原則として1月から12月までの1年間）における賞与、期末手当等特別給与（いわゆるボーナス）」）の1/12を加えて算出した額

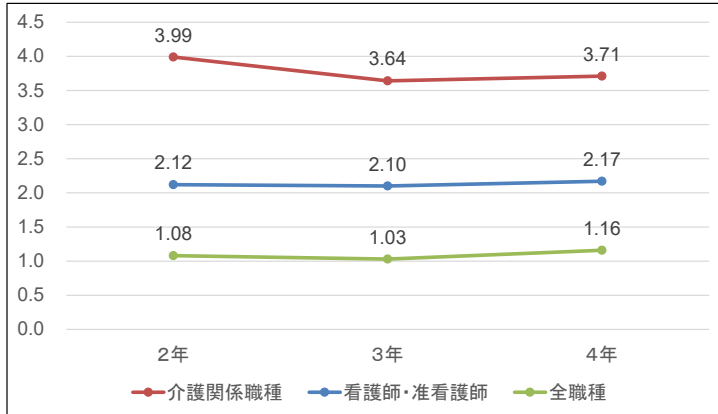
注2 全産業平均は「10人以上規模企業における勤職者」を除いて算出。「看護師」は2020年以降は役職者を除いている。「医療関係職種（医師・歯科医師・薬剤師・看護師を除く）」とは、「准看護師・診療放射線技師・臨床検査技師・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士、歯科衛生士、歯科技工士、栄養士、看護補助者（看護助手）」の平均（2020年以降は役職者を除く）。 13

25

医療・介護分野における人材確保の状況について

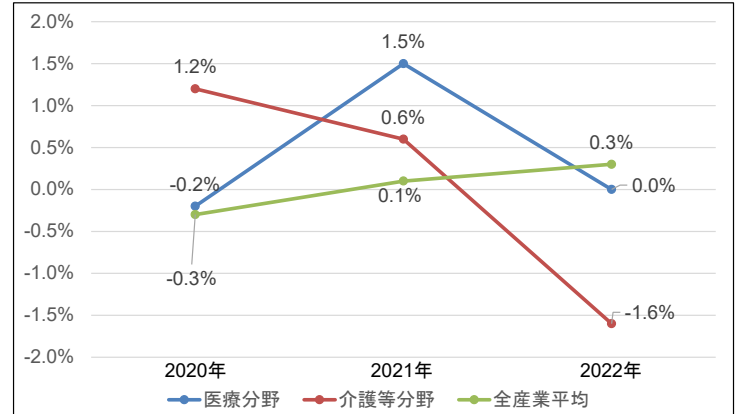
- ・高齢化等による需要増加に関わらず、医療介護分野とも、人材確保の状況が悪化するとともに、有効求人倍率は全職種平均の2～3倍程度の水準で高止まりしている。
- ・特に介護分野では、大きな離職超過が生じており、他産業への人材流出が見られる。

医療・介護分野の有効求人倍率（直近3年の動き）



出典：厚生労働省「職業安定業務統計」一般職業紹介状況

医療・介護分野の入職超過率（入職率－離職率）

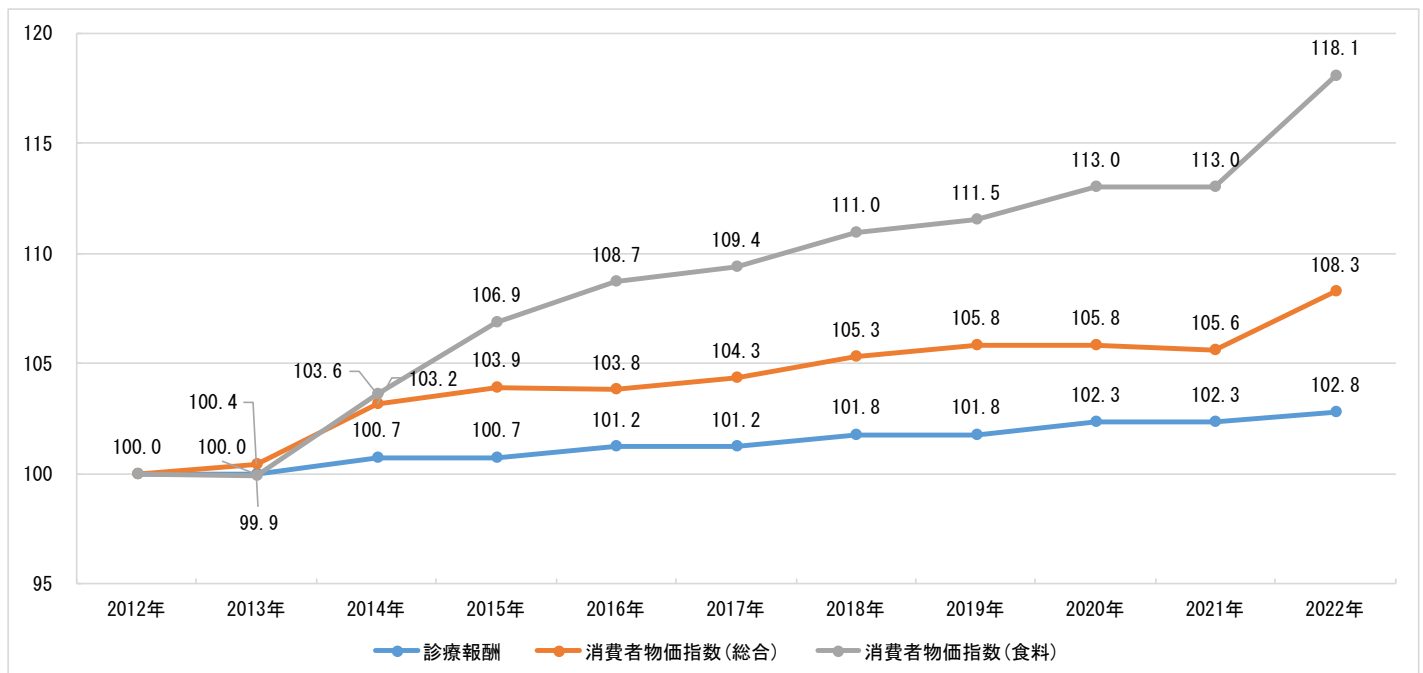


出典：雇用動向調査（厚労省）

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・介護事業所等が、人材確保や賃上げに対応するには十分な原資が必要である。

26

診療報酬上昇率と物価上昇率の比較（2012年＝100）



（出所）総務省「消費者物価指数」（2020年基準）を基に作成

27

新型コロナウイルス感染症への対応

3点目は、「新型コロナウイルス感染症への対応」です。この点に関しては、財政審と考え方が大きく異なるところ
です。

日本医師会は、コロナの医療費について、医療界が一致団結して、コロナにしっかり向き合って対応した証拠だと
考えております。

財政審は、コロナ補助金等による内部留保の積み上げを賃上げ原資等として活用する方策の検討を主張して
おりますが、賃上げはフローで行うべきであり、(あくまでもコロナ禍という特殊な状況で生まれて感染対策に使うた
めの)ストックは賃上げの原資とするものではありません。一部報道によると、財政審会合後の記者会見で「受診単
価の上昇で医療従事者の賃上げを吸収できるのではないかと」の意見もあった」との声があったようですが、今回の
コロナ特例は、感染対策に伴うコスト増に対して実施されたものです。すなわち、補助金等の収入は増えております
が、それと同時に感染対策等に伴う支出も増えていることを忘れてはなりません。さらに財政審は、医療機関に十分
な補助金が支給されていると主張しておりますが、全ての医療機関が補助金を受け取っているわけではございませ
ん。

改めて強調しますが、感染対策経費の増加、追加的人員の確保など、患者数拡大に対応できる体制を築くため
に投じたコストも上昇しております。コロナ補助金等は、昨今の物価高騰や賃金上昇への対応に充てるべきもので
はありません。

来年の令和6年4月より、恒常的な感染症への対応がなされることになっております。令和6年4月から施行される
改正感染症法に基づく協定を結んだ医療機関が、次の感染症流行に備えた体制整備に活用しなければなりません。

なお、コロナ補助金の一部については、本年6月に成立した「我が国の防衛力の抜本的な強化等のために必要
な財源の確保に関する特別措置法」により、国立病院機構は422億円、地域医療機能推進機構は324億円、計746
億円を国庫に返納し、すでに防衛財源に拠出されることになっております。

(出所) 日本医師会定例記者会見「令和6年度診療報酬改定について～財政制度等審議会財政制度分科会の議論を受けて～」(令和5年9月29日)

28

令和6年度診療報酬改定に向けて

再掲

9月に医療費の動向が公表され、オミクロン株の流行によるコロナ患者数の急拡大などのコロナ対応により、医療費(収入)
が増えた側面もありますが、その分、感染対策経費の増加、追加的人員の確保など、患者数拡大に対応できる体制を築くため
のコスト(支出)も上昇しています。

これは医療界が一致団結して、コロナにしっかり向き合って対応した証です。にもかかわらず、2020、2021年度のコロナ禍
による医療費減少(約3.2兆円)のダメージが残っています。

一方で、財務省財政審等において、コロナ補助金等による内部留保の積み上げを賃上げ原資等として活用するような主
張も一部にあります。コロナ補助金等は従来の目的である感染症対策にしっかりと活用しなければなりません。令和6年4月
より恒常的な感染症への対応がなされますが、協定を結んだ医療機関による次の流行に備えた体制整備や、コロナ禍で医療
のデジタル化の遅れが指摘されており、電子カルテの整備、サイバーセキュリティ等の医療DXへの活用が必要です。それらを
しっかりと推進するため、医師会も役割を果たしてまいります。

2023年度は春闘の平均賃上げ率が3.58%、人事院勧告が3.3%で実現されました。令和3年10月の岸田内閣の就任会見
を受けた令和4年度診療報酬改定では、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員を対象に、収
入を3%程度引き上げるための処遇改善の仕組みが創設されました。これが端緒となり、「民間主要企業春季賃上げ要求・妥
結状況」によると、2022年には2021年の1.86%から2.20%にあがり、さらには2023年には3.60%にも上昇しています。しかし
ながら医療・介護分野の賃金上昇は一部に限定されたことにより、公定価格の下で半分程度の水準(1%台)にとどまり、他産
業に大きく遅れをとっています。公的価格を引き上げることにより、他産業へのさらなる原動力ともなります。

就業者全体の13.5%にも上る医療・介護分野の従事者約900万人の賃金を上げることで、我が国全体の賃金上昇と地方の
成長の実現により経済の活性化が見込めます。

賃上げはフローで行うべきであり、あくまでもコロナ禍という特殊な状況で生まれて感染対策に使うためのストックは賃上げ
の原資とするものではありません。賃上げは、高齢化の伸びのシーリングに制約された従来の改定に加え、診療報酬改定の
中において別枠で行う必要があります。

29

令和6年度診療報酬改定

～持続的な賃上げがけん引する成長型経済への変革に向けて～

財政審資料では「現場従事者の処遇改善等の課題に対応しつつ診療報酬本体をマイナス改定とすることが適当」と主張されておりますが、高齢化の伸びにとどまることなく、診療報酬の大幅なアップなしでは、賃上げは成し遂げられません。賃上げという岸田政権の重要政策を踏まえて、今年の春闘や人事院勧告の上昇分との差を埋めるだけでなく、さらに上がると見込まれる来春の春闘に匹敵する対応が必要です。

これにより岸田総理が所信表明演説でも述べられた、持続的で構造的な賃上げが実現でき、さらに経済が活性化されると考えます。

加えて、過去30年近く類を見ない物価高騰や賃上げの局面を迎えている現状は、これまでとは明らかにフェーズが異なっており、近年の診療報酬改定の取扱いとは全く異なる対応が必要です。

岸田総理は、「『低物価・低賃金・低成長のコストカット型経済』から『持続的な賃上げや活発な投資がけん引する成長型経済』への変革です。『コストカット型経済』からの完全脱却に向けて、思い切った『供給力の強化』を、三年程度の『変革期間』を視野に入れて、集中的に講じていきます。」とも述べられました。診療報酬改定においても、コストカット型経済から完全に脱却し、持続的な賃上げがけん引する成長型経済への変革に向けて、異次元の対応が必要となります。

(出所) 日本医師会定例記者会見「財政制度等審議会財政制度分科会「社会保障」の議論を受けて」(令和5年11月2日)を基に一部改編

30

令和6年度診療報酬改定に向けた岸田総理国会答弁

参考

福岡資麿議員

やはり、離職していらっしゃる方がこれだけいらっしゃる中で、やっぱりその将来に希望が持てるように、まあ補正では措置されるんでしょうけれども、先に希望が持てるようなそういう対策を是非お願いをしたいというふうに思います。そして、来年は医療、介護、福祉の3報酬改定、トリプル改定が実施をされます。医療は2年に1回、介護であったり障害福祉は3年に1回の改定となりますが、先を見据えた大幅なプラス改定を行わなければ賃金格差が更に広がってしまうのではないかと懸念を持っています。

パネル3を御覧いただければと思います。医療、福祉の就業者数は今や900万人を超えておりまして、全就業者に占める割合は13.5%にも及びます。そして、地方の方がその割合は高く、例えば東京都においては医療、福祉の就業者は全就業者の10.3%に対しまして、例えば私の地元の佐賀県では16.6%にも及ぶということになります。総理がおっしゃる成長と分配の好循環を実現するためには、これだけのその労働力においてシェアを占めている層の大幅な処遇改善なくして地域の浮揚はあり得ないというふうに思います。

そして、この分野は、公定価格でありますから、総理が決断すれば必ず処遇を上げることができる、そういう分野でもあります。他の産業と同様、医療、介護、障害福祉の分野でも賃上げの流れをしっかりとっていくことが必要だと考えますが、総理の御見解をお聞かせいただきたいと思います。

岸田内閣総理大臣

委員御指摘の医療、介護、そして障害福祉におけるこの賃上げ、さらには人材確保、御指摘のように、昨今の他の産業の賃上げの状況ですとか、それから人手不足という観点からも重要な課題であると認識をしています。そういった問題意識に基づいて、岸田政権においても公定価格の見直しという形で処遇改善に努めてきた、こうしたことであります。

その中で、来年、おっしゃるように、診療報酬、介護報酬、そして障害福祉サービス等報酬、この3つが同時改定される大きな節目を迎えるわけです。この令和6年度の同時改定に向けても、今の物価動向ですとか賃上げ上昇の状況、こういったものもしっかり踏まえつつ必要な処遇改善の検討を行わなければならないと思っております。

そして、数字だけではなくて、こうした処遇改善が現場の方々にはしっかり届くような構造も併せて構築しなければならない、このように認識しております。そういった思いで、年末に向けてこの処遇改善について検討を深めて、議論を深めていきたいと考えております。

1. 診療報酬改定に向けて

(3) 令和6年度診療報酬改定について ～財政制度等審議会財政制度分科会「社会保障」の議論を受けて～

令和6年度診療報酬改定について ～財政制度等審議会財政制度分科会「社会保障」の議論を受けて～(総論)

松本吉郎会長は11月2日に記者会見を行い、前日の財務省財政制度等審議会財政制度分科会での社会保障についての議論に反論するとともに、令和6年度診療報酬改定に向けた日本医師会の考えを改めて説明。地域医療を守っていくための質上げは、診療報酬改定の中において別枠で行うことが必要だと強調した。

松本会長は、財政審において、直近2年間の診療所の損益率が極めて高水準で、経常利益率も急増し、利益剰余金が積み上がっているとの前提で議論がなされたことにに対し、「この3年間はコロナ禍の変動が顕著であり、特に、コロナ特例による上振れ分が含まれている。そもそもコロナ禍で一番落ち込みが激しかった2020年をベースに比較すること自体がミスリードであり、儲かっているという印象を与える恣意的なものである」と指摘。コロナ特例については、5類感染症への移行後、既に半分以上と大幅に引き下げられており、こうした一過性の収益を前提に恒常的なフローについて議論するのは極めて不適切であるとした。

その上で、「TKC医業経営指標(M-BAST)」を基に独自に分析した診療所の医業に関する利益率を取り上げ、コロナ特例などのコロナ対応分を除くと3.3%程度となり、コロナ流行前よりも若干悪化している可能性があるとして、報酬特例の見直し等によって経営環境が悪化していくことを懸念。他業種と比較しても診療所の利益率は特段高いものではなく、医師が一人のみであるなど比較的事業規模が小さいことを考えると妥当な利益率だと主張した。

更に、財政審が診療所における利益剰余金が約2割増えたとしていることにに対し、「利益剰余金を削る、もしくは減らすということは、通常はその法人が赤字に転落することを意味するが、赤字になれば必要な返済や投資ができなくなり、新たな借入れも難しくなる」と強調。そもそも利益剰余金は大規模修繕等に充てる他、法人が解散する際、最終的には国庫等に帰属するなど、医師、役員に帰属するものではないことを説明した。

また、開業後しばらくの間は借金返済のためにストックがほとんどない状態であることから、地域医療において人材をしっかりと確保していくための質上げなどの原資はフローから出すべきとの見解を改めて述べ、「『医療機関の質上げは公定価格の中では対応しない』『利益剰余金を取り崩して実施しろ』という姿勢はあまりにも理不尽であり、地方の医療提供体制の弱体化を招くことを財務省はしっかりと認識すべきだ」と訴えた。

これらを踏まえ松本会長は、診療報酬改定に向けた日本医師会の考えとして、(1)秋の新たな経済対策の中で、入院中の食事療養等の補助金や光熱費等の物価高騰に対する継続支援を要請しているが、あくまでも当面の対応であり、今後は報酬改定で対応すべきである、(2)財政審では「現場従事者の処遇改善等の課題に対応しつつ診療報酬本体をマイナス改定とすることが適当」と主張されているが、診療報酬の大幅なアップなしでは質上げは成し遂げられないと主張。質上げという岸田政権の重要政策を踏まえて、今年の春闘や人事院勧告の上昇分との差を埋めるだけでなく、更に上がると見込まれる来春の春闘に匹敵する対応が必要であると述べた。

過去30年近く類を見ない物価高騰や質上げの局面を迎えている現状は、これまでとは明らかにフェーズが異なっているとして、「岸田総理は、『コストカット型経済』からの完全脱却とも述べられたが、診療報酬改定においても、コストカット型から完全に脱却し、異次元の対応が必要となる」と改めて強調。

質上げは利益剰余金のようなストックではなく、高齢化の伸びのシーリングに制約された従来の改定に加えて、診療報酬改定の中において別枠で行うことを求めた。



*令和5年11月2日日本医師会記者会見より

令和6年度診療報酬改定について ～財政制度等審議会財政制度分科会「社会保障」の議論を受けて～(各論)(1/2)

松本吉郎会長は11月2日に記者会見を行い、前日の財政制度等審議会財政制度分科会で社会保障に関する議論が行われたことを受けて、その際に示された資料に対する日本医師会の見解を説明した。

松本会長は、まず、「高齢化に伴う事業者の収益増等(全体として年+2～3%)が現場の従事者の処遇改善につながる構造を構築する。」とされたことに対し、10月24日の自民党政調全体会議で「医療も介護も公定価格で賃上げに対応できていない」「見直しではなく、引き上げと書くべきだ」「収益は事業者ごとにばらつきがある」といった意見を踏まえ、「新たな総合経済対策(案)」から、「現場で働く方々の給与に関わる公定価格の見直しを進め、高齢化等による事業者の収益の増加等が処遇改善に構造的につながる仕組みを構築する」という記載が全て削除されたことを紹介し、既に解決済みの問題であるとの認識を述べた。

その上で、各論として、変革期間における診療報酬改定(総括)において「診療所・病院・調剤の区分毎に経営状況や課題等が異なることを踏まえたメリハリをつけた改定とする。」と記載されていることについて、「診療所と病院は役割分担として違う部分もあるが、治療としては一連のものであり、患者さんの受けている医療に差はない」と指摘。更に、今回の診療報酬改定については、「岸田政権の重要政策である『賃上げ』を、医療・介護従業者数約900万人に対し、公定価格の引き上げを通じていかに成し遂げていくかという大きなチャレンジである。物価高騰への対応を含め、医療・介護業界が一体・一丸となって政権の方向性に進んでいく重要な年であり、他団体とも、診療報酬改定の大きな方向性において、声を一つにして歩んでいくべき」との考えを示した。また、財政審の場で、特定の領域には賃上げへの対応は必要ないといった議論があったことに対しては、到底、受け入れがたいものであり、大変残念であるとした。

「この3年間の医療関係の特例的な支援」については、特例的な支援は、不眠不休で未知のウイルスに立ち向かい、通常の診療時間外に発熱外来やワクチン接種、自宅・宿泊療養者の健康観察などを行った医療従事者への支援であると説明。「国民と一体となって対応してきたにもかかわらず、その支援の返還を求めるのは、全力を尽くした医療従事者に対してあまりにもひどい意見である」と強く抗議した。

「医療法人における直近の経営・財務状況(財務省機動的調査結果)」については、経常利益率が15%以上の医療法人には自由診療を行っている医療法人なども含まれている可能性があるとし、「主に自由診療を実施する医療法人の経営利益を含んだ数字を基に公定価格である診療報酬の議論を行うことは不適格」と指摘。「マイナスの程度によっては、最頻値の集団である経常利益率0～5%の医療法人が赤字に陥り、地域医療の崩壊を招きかねないことを想定しているのか」と疑問を呈し、丁寧な精査を求めた。



*令和5年11月2日日本医師会記者会見より

(出所)日本医師会定例記者会見「令和6年度診療報酬改定について～財政制度等審議会財政制度分科会「社会保障」の議論を受けて～(各論)」(令和5年11月2日)

34

令和6年度診療報酬改定について ～財政制度等審議会財政制度分科会「社会保障」の議論を受けて～(各論)(2/2)

「診療所数の推移」に関して、2000～2008年度にかけて診療所数が増加していることに着目していることに対しては、高齢者の増加に対応した結果であり、その後、診療所数の伸びが鈍化しているのは、地域に密着した医療が提供されている証で、そうした診療所が地域包括ケアを推進していると強調。診療所のみによって支えられている地域も多くある中で、そういった医療機関の閉院が相次いで発生していることに懸念を示した。

更に、診療所の偏在是正のために地域別単価を導入すべきとしていることに関しては、地域別単価については解決済みであると門前払いした上で、診療報酬上の地域ごとの違いは、医療経費における地域差を配慮した入院基本料の地域加算や、医療資源が少ない地域の施設基準を緩和するなどの配慮等、既に対応できるものは実施されていると説明。また、医療資源は都道府県ごとに異なるが、国民皆保険制度の下、平等性を担保する観点から、診療報酬は全国一律の運営を行っており、点数単価や同じ医療技術の評価を変えることは診療報酬になじまないとした。

「マイナ保険証の利用促進」については、「マイナ保険証は国民に義務化しているものではなく、取得は任意であり、利用促進のためには、国民への呼び掛けが最優先」と強調。また、衆議院予算委員会において、岸田文雄内閣総理大臣がマイナ保険証の利用率の減少について、「ひも付け誤り等に対して不安に感じていることが一つの原因であり、改めて国民の皆さんにマイナ保険証のメリットを丁寧に説明する必要がある」と述べていることにも触れ、「国民の皆さんが不安を感じておられるのが原因であり、医療機関に責任を押し付けるべきではない。低迷しているマイナ保険証の利用率に着目した評価設定は、見当違いも甚だしい」と批判した。

更に、「リフィル処方箋」については、令和4年度診療報酬改定において解決済みの問題であるとの認識を示した上で、リフィル処方箋の応需実績は、患者の状態によって、医師による定期的な医学管理の下で利用可否を判断した結果であるとの説明。また、財政審が、リフィル処方箋の導入・活用促進による医療費効率化効果に関して、予算と決算で乖離があると指摘していることに対しては、「診療報酬の改定は、医療費に関する予算と決算の差異について、事細かに結果だけを取り上げて行われてきたわけではなく、医療費全体を見て、総合的に実施されてきたことである」とするとともに、「予算の執行状況でリフィル処方箋を推進しようとするのであれば、医療介護総合確保基金などの執行状況が悪かった場合などをまず先に、要件を緩和すべきである」と強調した。

その上で、松本会長は、全てに反論していたらキリがないとし、今後については「今回取り上げた問題ばかりでなく、財政審の資料には多々問題があり、今後も中医協や社会保障審議会の医療部会、医療保険部会等を始めとした審議会等で日本医師会の意見を述べていきたい」として、その主張への理解と協力を求めた。

(出所)日本医師会定例記者会見「令和6年度診療報酬改定について～財政制度等審議会財政制度分科会「社会保障」の議論を受けて～(各論)」(令和5年11月2日)

35

日本医師会の方針(令和5年11月7日)

令和6年度診療報酬改定について～財政制度等審議会財政制度分科会「社会保障」の議論を受けて～

令和5年11月7日に都道府県医師会役員、日本医師会代議員に対して、[日本医師会の方針: 令和6年度診療報酬改定について～財政制度等審議会財政制度分科会「社会保障」の議論を受けて～]をメールで情報発信した。

令和6年度診療報酬改定について、財務省は、令和5年11月1日開催の財制審財政制度分科会において、「現場従事者の処遇改善等の課題に対応しつつ診療報酬本体をマイナス改定とすることが適当」等の主張を行いました。

これを受けて日本医師会は、11月2日にただちに記者会見を開催し、財政審の主張に対して反論を行うとともに、令和6年度診療報酬改定に向けた日本医師会の考えを示しました。

まず、財政審の資料では、直近2年間の診療所の損益率が極めて高水準、経常利益率も急増し、利益剰余金が積み上がっているとされていますが、この3年間は、コロナ禍の変動が顕著であり、特に、コロナ特例による上振れ分が含まれています。そもそも、コロナ禍で一番落ち込みが激しかった2020年をベースに比較すること自体、ミスリードであり、儲かっているという印象を与える恣意的なものと言わざるを得ません。新型コロナに対しては、診療所も含めて医療従事者が国民と一体となって、昼夜問わず、不眠不休で未知のウイルスに立ち向かい、コロナ禍における日本の医療を支えてきたことの証左だと考えています。「お前達は休日返上で働いて、その分儲けたからいいじゃないか」と言わんばかりの資料が提示されたことは極めて残念です。

令和6年度診療報酬改定につきましては、財政審資料では「現場従事者の処遇改善等の課題に対応しつつ診療報酬本体をマイナス改定とすることが適当」と主張されておりますが、高齢化の伸びにとどまることなく、診療報酬の大幅なアップなしでは、賃上げは成し遂げられません。賃上げという岸田政権の重要政策を踏まえて、今年の春闘や人事院勧告の上昇分との差を埋めるだけでなく、さらに上がると見込まれる来春の春闘に匹敵する対応が必要です。これにより、持続的で構造的な賃上げが実現でき、さらに経済が活性化されると考えます。加えて、過去30年近く類を見ない物価高騰や賃上げの局面を迎えている現状は、これまでとは明らかにフェーズが異なっており、近年の診療報酬改定の取扱いとは全く異なる対応が必要です。岸田総理は、「『コストカット型経済』からの完全脱却」と述べられました。診療報酬改定においても、コストカット型から完全に脱却し、異次元の対応が必要です。

賃上げは利益剰余金のようなストックではなく、「賃上げは、高齢化の伸びのシーリングに制約された従来の改定に加え、診療報酬改定の中において別枠で行う必要」があります。

また、財政審は、「高齢化に伴う事業者の収益増等(全体として年+2~3%)が現場の従事者の処遇改善につながる構造を構築する。」と主張しています。この文言は、10月24日の自民党政調全体会議で「新たな総合経済対策(案)」の議論が行われ、「医療も介護も公定価格で賃上げに対応できていない」「見直しではなく、引き上げと書くべきだ」「収益は事業者ごとにばらつきがある」等の意見を踏まえ、「現場で働く方々の給与に関わる公定価格の見直しを進め、高齢化等による事業者の収益の増加等が処遇改善に構造的につながる仕組みを構築する」という記載が全て削除され、11月2日に「新たな総合経済対策」として閣議決定されました。

11月2日に行った記者会見の全文につきましては、以下のURLを是非ご覧ください。
<https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20231102.pdf>

改定率の決定に向けた議論が本格化しているなか、引き続き、先生方の特段のお力添えを賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

36

2023年11月2日会見(財政審への反論) 各社記事

NHK NEWS

来年度の診療報酬改定「人件費など大幅引き上げ必要」日医会長

2023年11月2日 18時22分 - 医療・健康

来年度の診療報酬改定をめぐる日本医師会の松本吉郎会長は、物価の高騰や賃上げに対応するため、医師の人件費などにある「本体」部分の大幅な引き上げが必要だという考えを示しました。

医療報酬に充てられる診療報酬は2年に1度改定されていて、毎年に行われる予算編成の重点のひとつとなっています。

これについて日本医師会の松本会長は記者会見で「現在の報酬制度や賃上げは、これまでと明らかにフェーズが異なる。診療報酬改定でもコストカット型から完全に脱却し、異次元の対応が必要だ」と述べ、医師や看護職の人件費などにある「本体」部分の大幅な引き上げが必要だという考えを示しました。

*NHK NEWS(2023年11月2日)

日医会長、診療報酬「引き上げを」

日本医師会の松本吉郎会長は2日の記者会見で、医療サービスの対価である診療報酬の引き下げを求めた財務省に反論した。医療従事者の賃上げを実現するには大幅な引き上げが必要との考えを示した。令和6年度の診療報酬改定に向け、政府は年末の予算編成で改定率を決める。財務省は1日の財政制度等審議会分科会で、診療所のもうけが多いと主張し「マイナス改定が適当」と主張していた。

*産経新聞(2023年11月3日)

医師会、診療報酬上げ要求

松本会長「財務省主張は恣意的」

日本医師会の松本吉郎会長は2日、記者会見を主催している。改定率を決める年末に向け、両者の意見に隔たりは大きい。財務省は1日に開いた財政制度等審議会(財務)

日本医師会の松本吉郎会長は2日の記者会見で、医療サービスの対価である診療報酬の引き下げを求めた財務省に反論した。医療従事者の賃上げを実現するには大幅な引き上げが必要との考えを示した。令和6年度の診療報酬改定に向け、政府は年末の予算編成で改定率を決める。財務省は1日の財政制度等審議会分科会で、診療所のもうけが多いと主張し「マイナス改定が適当」と主張していた。

*日本経済新聞(2023年11月3日)

診療報酬アップ 日医会長が主張

日本医師会(日医)の松本吉郎会長は2日、東京都内で記者会見し、来年度に改定される診療報酬について、「大幅アップなしでは賃上げを成し遂げられない」と主張した。

診療報酬は医療サービスの対価で、患者負担などを財源に支払われる。来年度は2年に1度の見直しされるタイミングで、年末の予算編成の焦点となっている。分科会では1日、診療報酬のマイナス改定を目指す考えを示していた。

松本氏は、財務省が2020年度と比較して21、22年度の利益率が大幅に上がったと指摘し、医師の人件費などにある「本体」部分の大幅な引き上げが必要だという考えを示した。

「(新型コロナウイルスの影響で)落ち込んだ20年度をベースに比較すること自体、ミスリードと言わざるを得ない。もうかっているという印象を与える恣意的なものだ」と反論した。

【村田和也】

*毎日新聞(2023年11月3日)

診療報酬「引き上げを」

日本医師会(日医)の松本吉郎会長は2日の記者会見で、医療サービスの対価である診療報酬の引き下げを求めた財務省に反論した。医療従事者の賃上げを実現するには大幅な引き上げが必要との考えを示した。2024年度の診療報酬改定に向け、政府は年末の予算編成で改定率を決める。

財務省は財政制度等審議会分科会で、診療所のもうけが多いとする調査結果を提示し「マイナス改定が適当」と主張していた。松本氏は、コロナ禍で収入の落ち込みが激しかった20年度と比較した調査で不当と指摘。「もうかっているという印象を与える恣意的なものだと言わざるを得ない」と非難した。報酬改定は2年に1回のため、来年度の民間企業の賃上げ状況も見据えた対応を求めた。

*タリフジ(2023年11月8日)

37

診療所における収益・費用・利益の状況

診療所

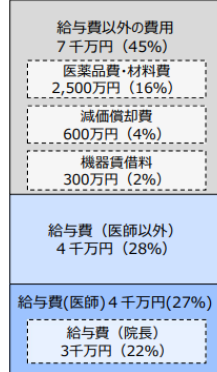
- 財務局を活用した機動的調査^(注1)において、直近3年間の医療法人の事業報告書等を収集し本省において集計。以下の点を確認。
- ・診療所の収益^(※1)は過去2年間で12%増加する一方、費用は6.5%増加し、**経常利益率は3.0%から8.8%^(※2)へと急増**。
 - (※1) 機動的調査で集計した許可病床数0床の医療法人(18,207法人)の平均値。(※2) 診察を縮小している診療所を除くと経常利益率は更に高くなるとの指摘あり
 - ・この間、**利益剰余金は約2割増加**(看護師等の現場従事者の+3%の賃上げに必要な経費の約14年分に相当)

厚生労働省「医療経済実態調査報告」

(医療施設単位)

一般診療所の費用構造(2020年度)

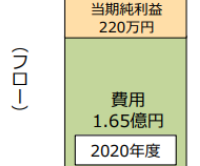
(1.5億円)



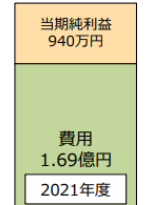
各医療法人における事業報告書等(許可病床数0床の18,207法人)を基に財務省において集計

(参考) 中小企業における平均経常利益率

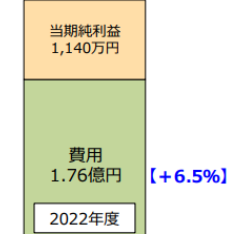
	2020年度	2021年度	2022年度
全産業	2.6%	3.3%	3.4%
サービス産業	2.1%	2.8%	3.1%

収益: 1.68億円
経常利益率: 3.0%利益剰余金
1.05億円

(医療法人単位)

収益: 1.78億円
経常利益率: 7.4%利益剰余金
1.14億円

※[]は、2020年度からの増加率(額)

収益: 1.88億円 [+12%]
経常利益率: 8.8%利益剰余金
1.24億円
[+1,900万円] [+18%]

現場従事者の賃上げ(+3%)に必要な費用=140万円/年 約14年分

(注1) 各都道府県等が公表している事業報告書等を基に、2020事業年度から2022事業年度の医療法人の経営状況を調査したものの(全都道府県及び一部の政令市等のうちデータ入手の困難性から調査困難と判断した自治体を除き、3事業年度分のデータが全て揃った法人について集計)、38都道府県から2023年9月末までに入手した1,689法人を対象。

(注2) 給与等は、職員給与・賞与のほか、退職金、法定福利費が含まれている。給与費の内訳については、内閣府「公的価格評価検討委員会」(2022年11月22日)資料における人件費(賞与を除く)の職種別の配分状況に基づき推計。

(注3) 上記の収益・費用は損益計算書における本来業務及び附属業務の事業収益・事業費用の合計値。

(注4) 診療コスト削減として設定された新型コロナウイルスの診療報酬上の特別措置を含むものであり、平時の医療提供体制への移行は、収益・費用の双方に影響する。

(注5) 平均経常利益率は、資本金1億円未満の金融業・保険業以外の業種における売上高に占める経常利益の割合(財務省「法人企業統計」)

30

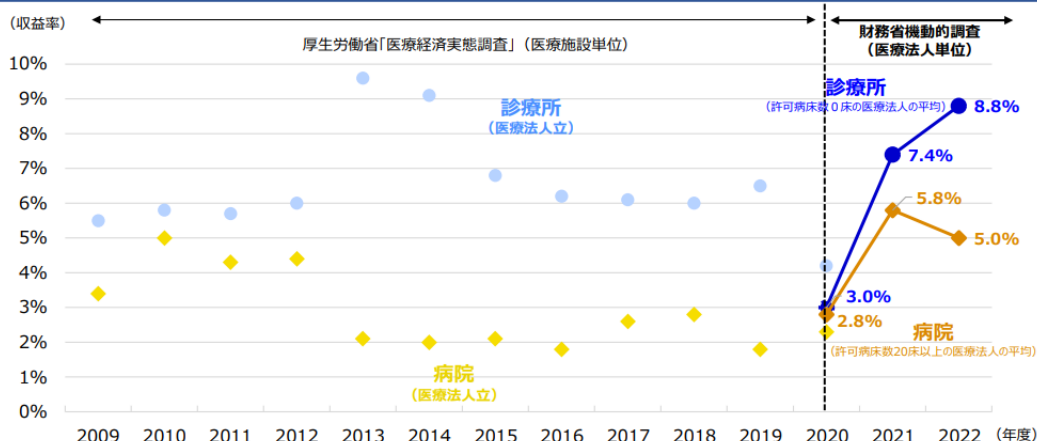
(出所)財務省 財政制度等審議会 財政制度分科会「社会保障」(2023年11月1日)30頁

38

診療所と病院の収益率の比較(医療法人)

診療所

- 過去の「医療経済実態調査」において、診療所の収益率は、病院よりも一貫して高い傾向にあったが、直近3年間の医療法人の事業報告書等を集計した財務省の機動的調査においても、診療所の収益率(*)は病院より高いことが確認された。
- (*) 診察を縮小している診療所を除くと経常利益率は更に高くなるとの指摘がある。
- 直近2年間の診療所の平均的な収益率は極めて高水準にあることや、利益剰余金が積み上がっていることを踏まえ、診療所の報酬単価を引下げ、保険料負担減・窓口負担軽減につなげる必要。



(注1) 医療経済実態調査は2年に1回(西暦の奇数年)実施され、その前年度と前々年度の経営状況を調査しているが、調査回ごとに対象の医療機関が異なるため、異なる調査回との間の比較は困難。一方、直近3年間の対象とした財務省「機動的調査」は、同一の医療法人の事業報告書等の情報を集計しており、経年比較が可能。

(注2) 医療経済実態調査に係る収益率は、一般病院及び一般診療所に係る補助金を含んだ収益率(医療収益及び介護収益の合計額に対する損益差額の割合)。

(注3) 財務省「機動的調査」結果に係る収益率は、診療所については許可病床数0床の医療法人に係る経常利益率、病院については許可病床数20床以上の医療法人に係る経常利益率。

(出所) 2009年度から2020年度の診療所及び病院(いずれも医療法人立)の収益率: 厚生労働省「医療経済実態調査」、2020年度から2022年度までの診療所(許可病床数0床の医療法人18,207法人)及び病院(許可病床数20床以上の医療法人1,750法人)の収益率: 財務省「機動的調査」

31

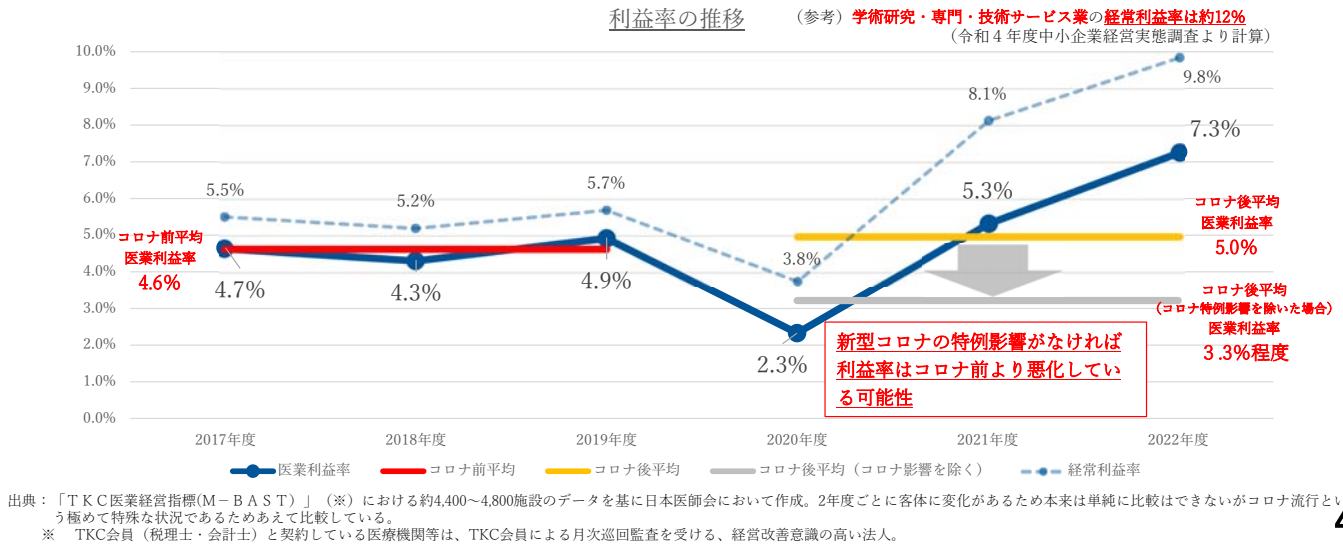
(出所)財務省 財政制度等審議会 財政制度分科会「社会保障」(2023年11月1日)31頁

39

診療所の経営状況

日本医師会の主張

- 診療所の経営状況（医業利益率）は、**新型コロナ流行前3年間の平均は4.6%、新型コロナ流行後3年間の平均は5.0%**となっている。
- 新型コロナ流行後の利益率は上昇しているが、これはコロナ対応（ワクチン接種対応、発熱外来対応等）に伴う収益増によるものであり、診療所として新型コロナにしっかりと対応し、コロナ禍における日本の医療を支えてきたことの証左。
- **新型コロナの特例的な影響はあくまで一過性のもの。これを除くと新型コロナ流行後3年間の利益率は3.3%程度**となり、流行前よりも悪化している可能性。逆に、報酬特例の見直し等により、来年度以降はこうした収益は見込まれず、コスト増と合わせて経営環境はさらに悪化。



40

診療所の経営状況

日本医師会の主張

財政審の資料30ページと31ページ「診療所と病院の収益率の比較」では、直近2年間の診療所の損益率が極めて高水準、経常利益率も急増し、利益剰余金が積み上がっていると資料ではされていますが、この3年間は、コロナ禍の変動が顕著であり、特に、コロナ特例による上振れ分が含まれています。そもそも、コロナ禍で一番落ち込みが厳しかった2020年度をベースに、増加していることだけに意図的に着目し、比較すること自体、ミスリードであり、儲かっているという印象を与える恣意的なものと言わざるを得ません。

加えて、コロナ特例については、5類感染症への移行後、既に、半分以下と大幅に引き下げられており、こうした一過性の収益を前提に恒常的なフローについて議論するのは極めて不適切であります。

新型コロナに対しては、診療所も含めて医療従事者が国民と一体となって、昼夜問わず、不眠不休で未知のウイルスに立ち向かい、コロナ禍における日本の医療を支えてきたことの証左だと考えています。「お前達は休日返上で働いて、その分儲けたからいいじゃないか」と言わんばかりの資料が提示されたことは極めて残念です。

「TKC医業経営指標(M-BAST)」(発行:TKC全国会)を基に、我々が診療所の医業に関する利益率を独自に分析したところ、新型コロナ流行前3年間の平均は4.6%、2020年から2022年の3年間の平均は5.0%となっており、ほぼ同水準となっています。更に、コロナ特例などのコロナ対応分を除くと、3.3%程度とむしろコロナ流行前よりも若干悪化している可能性があります。

直近2年間の利益も、また利益剰余金の積み上げも、その大部分は2020年度の落ち込みをようやく穴埋めしたにすぎません。

経営面で見ても、あくまで一過性のものであり、報酬特例の見直し等によって、むしろ経営環境が悪化していくものと考えています。

診療所の収益率について

日本医師会の主張

ここに示された3年間の経常利益率の平均は6.4%です(2020年度3.0%、2021年度7.4%、2022年度8.8%)。過去の医療経済実態調査と単純に比較することはできませんが、あえて比較すれば、6.4%は特段高い利益率ではありません。

こうした点を差し引いてもなお、診療所の利益率は特段高い利益率ではありません。サービス産業のうち中小企業の2022年度の3.1%と比較されていますが、地域医療を守る診療所については、頻繁な入退場は望ましいことではなく、中長期的に見て安定的に存在していくことが意味するところは、患者さんの安心に直結するものであり、そのために一定の利益率がないと、不可能になってしまうというのはご理解いただけるのではないかと思います。

また、診療所は医師が一人のみであることも多く、比較的事業規模が小さいことを考えると、従業員が100人程度の中小企業と比べても、妥当な利益率だと言えるかと思います。法律事務所、社会保険労務士事務所、獣医等の学術研究・専門・技術サービス業の経常利益率は約12%です。

また、あえて医療経済実態調査の2019年以前と比べますと、診療所だけが上がっているわけではありませんし、診療所においても病院においても、過去の変動の範囲から大きく逸脱しているわけではありません。

なお、厚労省のデータでは2022年度の入院外医療費のうちコロナ特例の影響は2.8%ということですが、来年度の改定は、コロナ特例の影響がほぼ無くなった状態からのスタートになるということも、念のため申し上げておきます。

(出所)日本医師会定例記者会見「財政制度等審議会財政制度分科会「社会保障」の議論を受けて」(令和5年11月2日)を基に一部改編

42

利益剰余金の使途

日本医師会の主張

財政審の資料30ページの「診療所における収益・費用・利益の状況」では、2020年度から2022年度までの間に、利益剰余金は約2割増えたとされています。

利益剰余金とは、基本的には、その法人が設立されてから当期までの「税引き後利益の累積額」であります。従って利益剰余金を削る、ないし減らすということは、通常は赤字に転落することを意味します。

万一赤字になれば、必要な返済や投資ができなくなり、銀行から問題先と見られ、新たな借入れも難しくなります。このような経営悪化を引き起こすことは、決してあってはなりません。

利益剰余金については、その使途は、診療所の大規模修繕等に充てるほか、法人が解散する際、原則、最終的には国庫等に帰属するものであって、医師、役員に帰属するものではありません。また、利益剰余金は必ずしも運転資金としてキャッシュで持っているものではありません。

診療所における一般的な経営モデルでは、開業後しばらくは借金を返すので精一杯であって、一定期間経過した頃によりやく利益剰余金が出てくることが多いことが一般的です。その後、運転資金や設備資金の返済をしながら、おそらく企業にお勤めの方が定年を迎える頃に、今回示されたような純資産が一定程度積みあがっていくことが多いのではないかと思います。

今回、財政審の資料では、ストックを賃上げに当てろというメッセージとお見受けしましたが、新たに開業した診療所はしばらくの間、おそらく10年程度はストックがほとんどない状態です。そのような状況下において、地域医療の中で重要な役割を担っていく医療機関として、質の高い医療を患者さんに提供していくため、人材をしっかりと確保していくことが重要であり、そのための原資は、フローから出し、安定的な経営をしていくことが極めて重要です。

今後、地方においては新たに若い医師に地域医療に参入していただき、その担い手となっていただくことで地域の医療を支えていただかなければいけない中で、「医療機関の賃上げは公定価格の中では見ない」、「利益剰余金を取り崩して実施しろ」というのはあまりにも理不尽な話ですし、持続可能性が望めなく、結果、地方の医療提供体制の弱体化を招くことをしっかりと財政審は認識すべきです。

(出所)日本医師会定例記者会見「財政制度等審議会財政制度分科会「社会保障」の議論を受けて」(令和5年11月2日)を基に一部改編

43

法人は、毎年の利益と減価償却費に加え、利益剰余金を用いて、借入金の返済や、設備投資などを行っており、これは、医療機関のみならず、一般企業でも同じです。医療機関では、例えば、高額な医療機器の買い換えや医療施設の建て替え、借入金の返済、従業員の退職金の積み立て等に充てられます。

また、遅れているとされている医療DXへの対応などの新たな投資もこれから必要です。さらに将来の感染症や災害など、不測の危機に備えることも必要であり、安定した経営には、剰余金の蓄積は必要です。

賃上げを行った場合、一般企業は価格に転嫁することができますが、医療機関は価格に転嫁できませんので、診療報酬による財源の裏付けが不可欠です。

これまでも繰り返し申し上げてきた通り、賃上げはフローで行うべきであり、あくまでもコロナ禍という特殊な状況で生まれて感染対策に使うためのストックは賃上げの原資とするものではありません。

なお、この資料では、2022年度の収益が1.88億円とされていますが、ここに集計されている「事業報告書」は、施設単位ではなく法人単位であることにも注意が必要です。

(出所)日本医師会定例記者会見「財政制度等審議会財政制度分科会「社会保障」の議論を受けて」(令和5年11月2日)

44

ポストコロナ医療体制充実宣言 <新興感染症対応>

新興感染症の発生に備え、いわゆるサージキャパシティの確保に向けて、現在、改正感染症法に基づき、新型コロナウイルス対応の最大規模の体制を目指して、医療機関等と都道府県が協定締結の協議を行っている。新型コロナ対応を行った病院及び診療所は、協議の結果を踏まえ、病床確保や発熱外来を行う協定締結医療機関となり、新興感染症対応に参画する。

今後、厚生労働省は「デフレ完全脱却のための総合経済対策(令和5年11月2日閣議決定)」等を通じた医療機関への支援策を確実に講じ、医療機関等は、個室病床、ゾーニング可能な病棟、簡易陰圧装置等の整備や個人防護具等の備蓄、検査機能の維持や感染症対応人材の確保に取り組む。

こうした取組により、具体的には、令和6年4月までに策定される都道府県の予防計画・医療計画において、感染症の流行初期(発生公表から3か月程度)の体制として、全国で1.9万床の確保病床、1500機関の発熱外来等を確保し、それ以降の体制として、全国で5.1万床の確保病床、4.2万機関の発熱外来等を確保する。協定締結作業は令和6年9月を目途に完了する。



(出所)厚生労働省「ポストコロナ医療体制充実宣言」(令和5年11月6日)

45

ポストコロナ医療体制充実宣言 ＜医療DXの推進＞

新型コロナ対応の教訓も踏まえ、全国の医療機関・薬局・訪問看護ステーションで国民一人一人の診療情報等を全国的な規模で共有可能とする全国医療情報プラットフォームを構築するとともに、マイナ保険証の利用を促進することで、感染症危機も含めて、全国いつどの医療機関等にかかっても、切れ目なくより質の高い医療を提供することを可能とする。

今後、「デフレ完全脱却のための総合経済対策（令和5年11月2日閣議決定）」等の内容も踏まえつつ、電子カルテ情報共有サービス（仮称）の構築、電子処方箋の活用・普及の推進、医療機関におけるサイバーセキュリティの確保に取り組む。

こうした取組みにより、具体的には、電子カルテについて、医療機関間等での情報共有に必要な標準化への対応を順次進める。厚生労働省は、FHIR規格への対応について支援を行うとともに、クラウドベースの標準型電子カルテの整備を行っていく。

電子処方箋等について、厚生労働省において、各施設の円滑な導入に向けた環境整備を行うとともに、医療機関・薬局において、できる限り速やかに導入するよう取り組む。公的病院においては、可能な限り令和6年度の診療報酬改定に合わせて導入するよう厚生労働大臣より要請する。

サイバーセキュリティについて、厚生労働省が必要な支援を行いながら、医療機関等において、外部ネットワークとの接続の安全性検証やオフライン・バックアップの構築等を順次進める。

看護業務について、医療DXの推進等により、効率化を図る。

（出所）厚生労働省「ポストコロナ医療体制充実宣言」（令和5年11月6日）

46

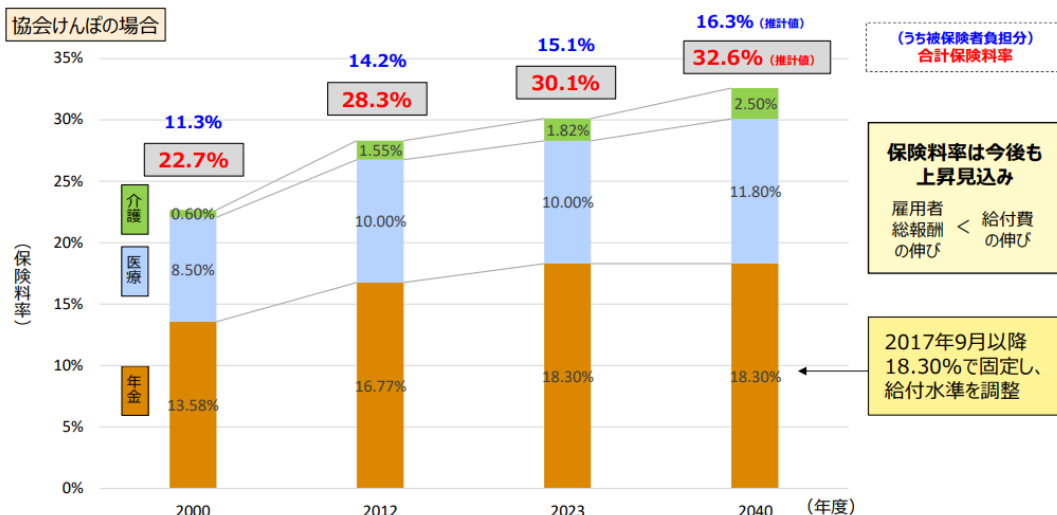
参考

財務省財政審資料

総論

現役世代が負担する社会保険料負担

- 社会保障に係る負担を現役世代の社会保険料負担で見ると、現役世代の保険料率は報酬の3割を超える水準であり、今後も継続的に上昇する見込み。
- 医療介護の保険料率上昇を抑制する取組みを強化しないと、足下の構造的賃上げ等の動きを阻害するほか、中期的にも保険制度が持続できないおそれ。



（出所）財務省 財政制度等審議会 財政制度分科会「社会保障」（2023年11月1日）14頁

14

47

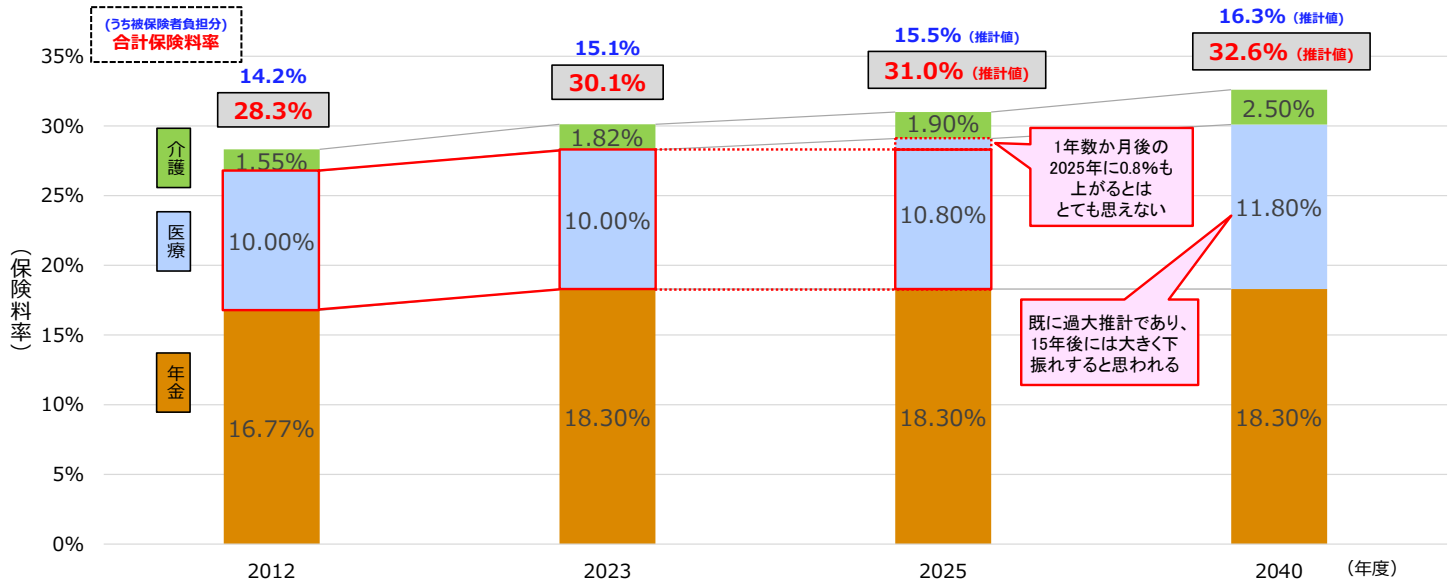
協会けんぽの保険料率

日本医師会の主張

「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」では、2025年度の協会けんぽの保険料率は10.8%に上がるとされているが、現在の協会けんぽの保険料率は、試算を行った2018年、さらにいえば2012年から10年以上変わらず、ここ数年間のコロナ禍があった中でも、保険料率は10.0%のままである。

岸田総理の指示を踏まえて賃金が上昇すれば、それに伴って保険料収入の総額も増え、料率の過度な上昇は起きないものと思われる。例えば、3%賃上げされれば、保険料も結果として0.3%増収される。

この推計値はコロナ禍を経て5年経過したいま、過大予測になっている。国民に対し、過度な不安を煽るべきではない。



(出所) 財務省「財政総論」(2023年9月27日)35頁<https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia20230927/01.pdf>
内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」(平成30年5月21日)<<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutokatsukan/0000207399.pdf>>

48

「現役世代が負担する社会保険料負担」について

日本医師会の主張

「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」では、2025年度の協会けんぽの保険料率は10.8%に上がるとされているが、現在の協会けんぽの保険料率は、試算を行った2018年、さらにいえば2012年から10年以上変わらず、ここ数年間のコロナ禍があった中でも、保険料率は10.0%のままである。

岸田総理の指示を踏まえて賃金が上昇すれば、それに伴って保険料収入の総額も増え、料率の過度な上昇は起きないものと思われる。例えば、3%賃上げされれば、保険料も結果として0.3%増収される。

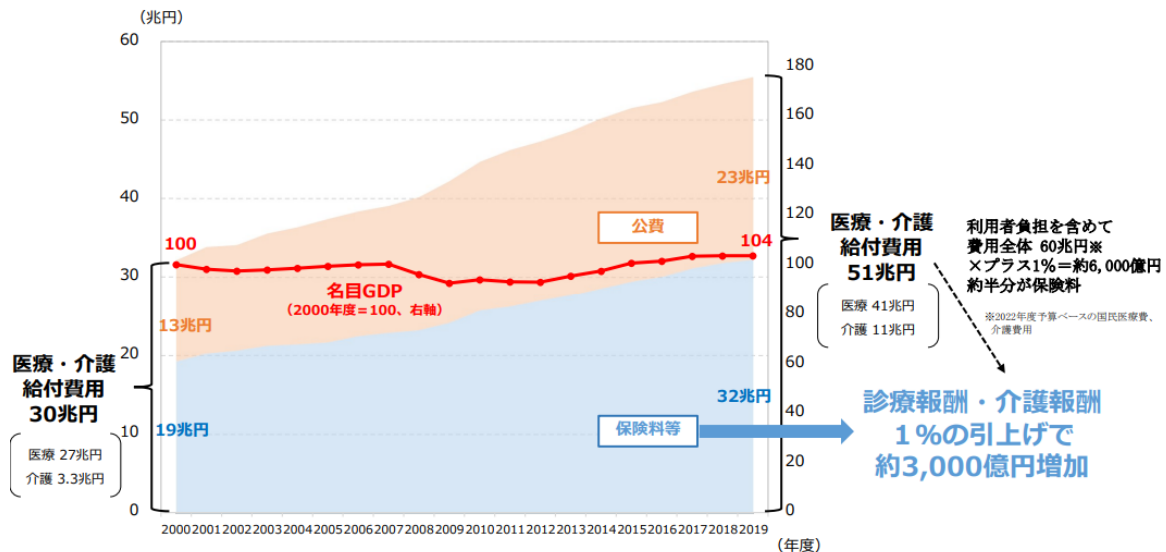
この推計値はコロナ禍を経て5年経過したいま、過大予測になっている。国民に対し、過度な不安を煽るべきではない。

(出所) 日本医師会定例記者会見「財政制度等審議会財政制度分科会「社会保障」の議論を受けて」(令和5年11月2日)

49

医療・介護の効率的な提供の必要性

- 診療報酬・介護報酬の1%の引き上げにより、保険料負担は約3,000億円増加。
- 医療機関等の経営状況等を踏まえた適正な公定価格とすることが重要。



(出所) 財務省 財政制度等審議会 財政制度分科会「社会保障」(2023年11月1日) 16頁

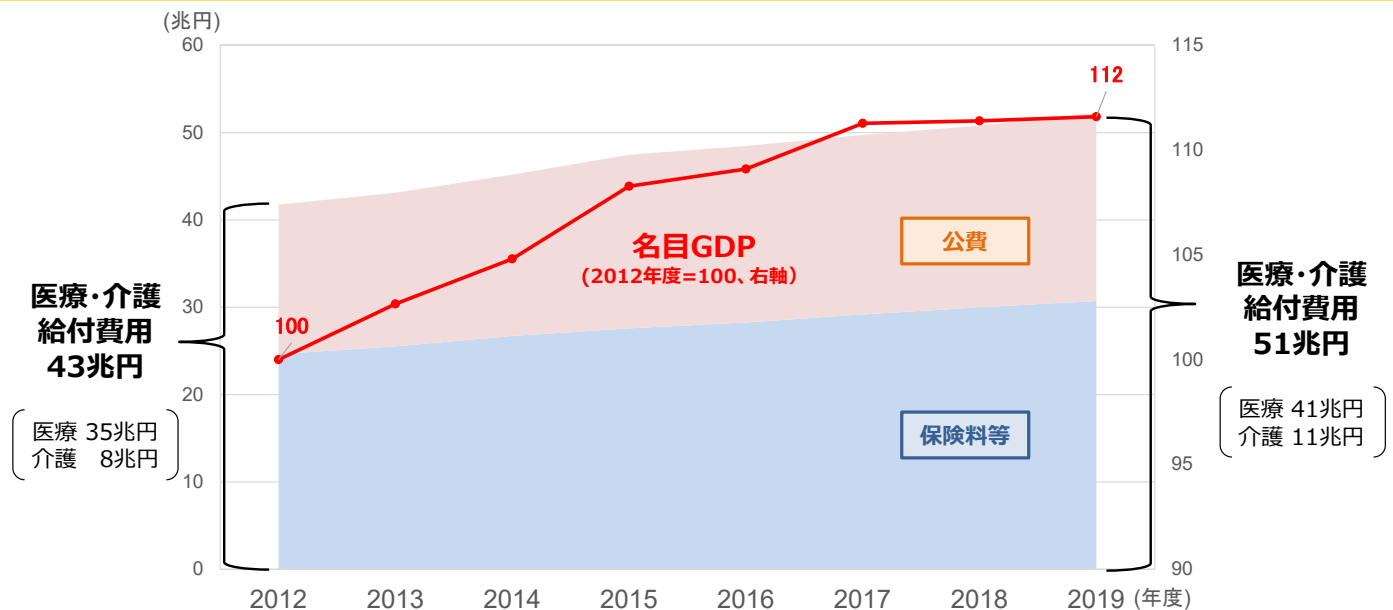
16

50

医療・介護給付費用と名目GDPの関係

日本医師会の主張

財政審の資料では、2000年を起点に19年間で104とされ、名目GDPの伸びが恣意的に低く示されている。
自民党政権後の2012年度の名目GDPを100とすると、2019年度の名目GDPは112になり、7年間で12ポイントも上昇している。
わが国の経済は着実に成長している一方、医療・介護に対する給付は高齢化の伸びの範囲に抑えられてきたこともあり、大きな乖離はない。



51

財政審の資料では、2000年を起点に19年間で104とされ、名目GDPの伸びが恣意的に低く示されている。

自民党政権後の2012年度の名目GDPを100とすると、2019年度の名目GDPは112になり、7年間で12ポイントも上昇している。

わが国の経済は着実に成長している一方、医療・介護に対する給付は高齢化の伸びの範囲に抑えられてきたこともあり、大きな乖離はない。

(出所) 日本医師会定例記者会見「財政制度等審議会財政制度分科会「社会保障」の議論を受けて」(令和5年11月2日)

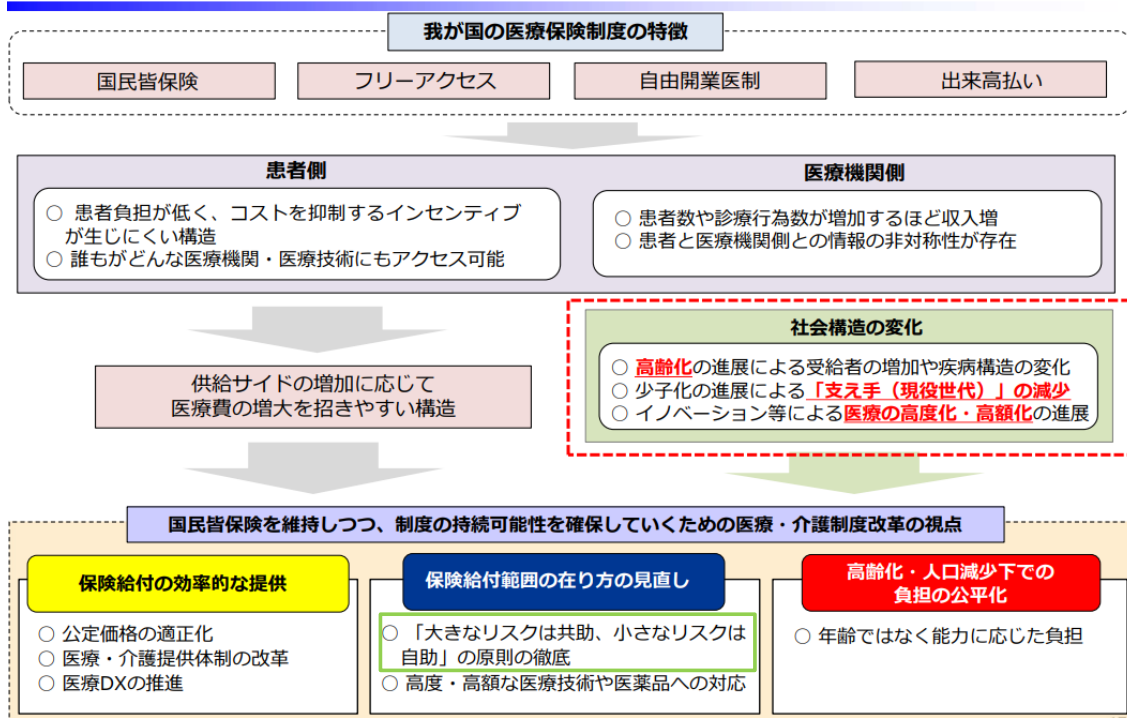
52

参考

財務省財政審資料

総論

我が国の医療保険制度の特徴と課題



(出所) 財務省 財政制度等審議会 財政制度分科会「社会保障」(2023年11月1日)17頁に一部加筆

53

財政審の資料の「我が国の医療保険制度の特徴と課題」で、保険給付範囲の在り方の見直しにおいて、「大きなリスクは共助、小さなリスクは自助」と主張されておられます。ここに関して日本医師会は、財政審とは相容れない考え方です。これまでも日本医師会では繰り返し主張してまいりましたが、国民皆保険制度では、既に小さなリスクは「定率負担」をお願いし、大きなリスクは「高額療養費」で対応するという基本的な考え方が組み込まれています。日本医師会は、国民皆保険制度において、この考え方を堅持すべきと考えております。

(出所) 日本医師会定例記者会見「令和6年度診療報酬改定について～財政制度等審議会財政制度分科会の議論を受けて～」(令和5年9月29日) 54

参考

財務省財政審資料

変革期間における診療報酬改定（総括）

診療報酬改定－総論

- 診療所・病院・調剤の区分毎に経営状況や課題等が異なることを踏まえたメリハリをつけた改定とする。
- 診療所の極めて良好な経営状況等を踏まえ、診療所の報酬単価を引き下げる等により、現場従事者の処遇改善等の課題に対応しつつ診療報酬本体をマイナス改定とすることが適当。これにより、現役世代の保険料負担等の軽減による手取り所得を確保する（＝変革期間における経済政策との整合性）。
- 強化される買上げ税制を含む処遇改善の実績に応じた配分や経営情報の見える化等を進め、高齢化等に伴う事業者の収益増等（全体として年＋2～3％）が現場の従事者の処遇改善につながる構造を構築する。

診療所

- 近年の物価上昇率を大きく上回る単価増・収益増や、極めて良好な経営状況等を踏まえ、初診料・再診料を中心に報酬単価を引下げ
 - ・ 診療所の1受診当たりの医療費：年＋4.3％（過去3年間）
 - ・ 診療所の収益：1.9億円（過去2年間で＋12％）
 - ・ 診療所の経常利益率：8.8％（2022年度）
 - ・ 利益剰余金：1.24億円（過去2年間で約2割増加）
 （具体策）
- 診療コストにきめ細かく対応する地域別単価の検討
- マイナ保険証利用時の患者負担の軽減
- リフィル処方箋の利用実績を踏まえた調整措置
 - ・ 処方箋料の時限的引下げ（＊）
 - ＊リフィル処方箋の利用率見込みが達成されるまでの間の措置

病院

- 現場の従事者の処遇改善
 - ・ 医師の働き方改革への対応（医療介護総合確保基金による支援）
 - ・ 看護師等の処遇改善加算の成果の検証
- 地域医療構想の実現
 - ・ 看護配置に過度に依存した報酬体系からの転換
- 公立病院改革の推進
 - ・ 公立病院の経営改善を促す措置

調剤報酬

- 予算執行調査結果の反映
 - ・ 調剤基本料、地域支援体制加算の見直し

共通課題

- 高齢化等に伴う事業者の収益増等（全体として年＋2～3％）が処遇改善（現場の従事者の買上げ等）につながる構造の構築
 - ・ 処遇改善の実績に応じた配分：処遇改善加算の仕組みの活用、強化される買上げ税制（減税措置）の活用
 - ・ 経営情報の見える化の強化：報酬上の加算取得に当たって職種別給与等の提出の要件化等
 - ・ コロナ禍で積みあがった内部留保の買上げ原資等としての活用

23

(出所) 財務省 財政制度等審議会 財政制度分科会「社会保障」(2023年11月1日)21頁

財政審の資料21ページについて、冒頭の部分とは、改めて別の視点で指摘させていただきます。「診療所・病院・調剤の区分毎に経営状況や課題等が異なることを踏まえたメリハリをつけた改定とする。」と書かれております。

診療所と病院は役割分担としては違うところもありますが、治療としては一連のものです。患者さんの受けている医療として差はありません。

今回の診療報酬改定については、ここまでも繰り返し述べているとおり、岸田政権の重要政策である「賃上げ」を、全従事者の13.5%にも上る医療・介護就業者数約900万人の領域に対し、公定価格の引き上げを通じて、いかに成し遂げていくかという大きなチャレンジであると認識しています。その賃金を上げることで、我が国全体の賃金上昇と地方の成長の実現により経済の活性化も見込めます。

物価高騰への対応を含め、まさに、医療・介護業界が一体・一丸となって、政権の方向性に沿って進んでいく、重要な年です。したがって、医師会としましては、他の団体とも、診療報酬改定の大きな方向性において、声を一つにして、歩んでいくべきという想いです。

その重要な時期に、特定の領域には賃上げへの対応は必要ないといった議論は、医療・介護業界全体にとって、到底、受け入れがたいものであると、強く感じていますし、これまで支えてくださった、全ての方にとって、大変残念なことだと思っています。

賃上げにつきましては、これまで会見で何度も申し上げましたが、今年の春闘では3.58%、人事院勧告では3.3%上昇しました。また、来春の春闘では「賃上げ3%以上、定昇相当分を含め5%以上の賃上げを目安とする。」とされました。医療界においても、今年との差を埋めるだけでなく、賃上げという岸田政権の重要政策を踏まえて、さらに上がると見込まれる来春の春闘に匹敵する対応が必要です。

(出所) 日本医師会定例記者会見「財政制度等審議会財政制度分科会「社会保障」の議論を受けて」(令和5年11月2日)

56

参考

財務省財政審資料

変革期間における診療報酬改定（総括）

診療報酬改定－総論

- 診療所・病院・調剤の区分毎に経営状況や課題等が異なることを踏まえたメリハリをつけた改定とする。
- 診療所の極めて良好な経営状況等を踏まえ、診療所の報酬単価を引き下げる等により、現場従事者の処遇改善等の課題に対応しつつ診療報酬本体をマイナス改定とすることが適当。これにより、現役世代の保険料負担等の軽減による手取り所得を確保する（＝変革期間における経済政策との整合性）。
- 強化される賃上げ税制を含む処遇改善の実績に応じた配分や経営情報の見える化等を進め、高齢化等に伴う事業者の収益増等（全体として年＋2～3%）が現場の従事者の処遇改善につながる構造を構築する。

診療所

- 近年の物価上昇率を大きく上回る単価増・収益増や、極めて良好な経営状況等を踏まえ、初診料・再診料を中心に報酬単価を引下げ
 - ・ 診療所の1受診当たりの医療費：年＋4.3%（過去3年間）
 - ・ 診療所の収益：1.9億円（過去2年間で＋12%）
 - ・ 診療所の経常利益率：8.8%（2022年度）
 - ・ 利益剰余金：1.24億円（過去2年間で約2割増加）
- 診療コストにきめ細かく対応する地域別単価の検討
- マイナ保険証利用時の患者負担の軽減
- リフィル処方箋の利用実績を踏まえた調整措置
 - ・ 処方箋料の時限的引下げ（*）
 - ・ *リフィル処方箋の利用率見込みが達成されるまでの間の措置

病院

- 現場の従事者の処遇改善
 - ・ 医師の働き方改革への対応（医療介護総合確保基金による支援）
 - ・ 看護師等の処遇改善加算の成果の検証
- 地域医療構想の実現
 - ・ 看護配置に過度に依存した報酬体系からの転換
- 公立病院改革の推進
 - ・ 公立病院の経営改善を促す措置

調剤報酬

- 予算執行調査結果の反映
 - ・ 調剤基本料、地域支援体制加算の見直し

共通課題

- 高齢化等に伴う事業者の収益増等（全体として年＋2～3%）が処遇改善（現場の従事者の賃上げ等）につながる構造の構築
 - ・ 処遇改善の実績に応じた配分：処遇改善加算の仕組みの活用、強化される賃上げ税制（減税措置）の活用
 - ・ 経営情報の見える化の強化：報酬上の加算取得に当たって職種別給与等の提出の要件化等
 - ・ コロナ禍で積みあがった内部留保の賃上げ原資等としての活用

23

(出所) 財務省 財政制度等審議会 財政制度分科会「社会保障」(2023年11月1日)21頁に一部加筆

57

「高齢化等に伴う事業者の収益増等(全体として年+2~3%)が現場の従事者の処遇改善につながる構造を構築する。」と書かれております。

この文言は、10月24日の自民党政調全体会議で出され、「医療も介護も公定価格で賃上げに対応できていない」「見直しではなく、引き上げと書くべきだ」「収益は事業者ごとにばらつきがある」「高齢化で伸びているわけではない」といった意見があったことを10月25日の会見でも触れました。

そして、その後の議論を踏まえ、10月31日の同会議において、「新たな総合経済対策(案)」から、「現場で働く方々の給与に関わる公定価格の見直しを進め、高齢化等による事業者の収益の増加等が処遇改善に構造的につながる仕組みを構築する」という記載が全て削除されたうえで、経済対策案を会長一任で了承されたとのことです。

これにつきましては、そういった議論の過程のなかで、既に解決済の問題であると認識しております。

(出所)日本医師会定例記者会見「財政制度等審議会財政制度分科会「社会保障」の議論を受けて」(令和5年11月2日)

58

診療報酬改定における悪影響を及ぼすような文章の削除

公定価格の「引き上げ」ではなく「見直し」を行うという文言、さらには、高齢化の伸びの中で賃上げを行うといった趣旨の文言が削除され、閣議決定された。

(経緯)

自民党政調全体会議(令和5年10月24日開催)資料「新たな総合経済対策(仮称)(案)」14頁

その上で、同時改定において、現場で働く方々の給与に関わる公定価格の見直しを進め、高齢化等による事業者の収益の増加等が処遇改善に構造的につながる仕組みを構築する。

日本医師連盟を通じて国会議員に対して働きかけ

出席議員によると、公定価格の見直しを巡って、「医療も介護も公定価格で賃上げに対応できていない」「見直しではなく、引き上げと書くべきだ」「改定を待たずに引き上げるべきだ」と異論が相次いだ。

収益増加等が処遇改善につながる仕組みについては、「意味不明だ」「収益は事業者ごとにばらつきがある」「高齢化で伸びているわけではない」との声が上がった。「断固反対だ。報酬で手当すべきだ」「トリプル改定で相応のプラス改定を実施すべきだ」と主張する声もあった。

*MEDIFAX「トリプル改定の処遇改善、自民から異論続出 政府の経済対策で」(令和5年10月24日)

自民党政調全体会議(令和5年10月31日開催)資料「新たな総合経済対策(仮称)(案)」17頁
「デフレ完全脱却のための新たな総合経済対策」(令和5年11月2日閣議決定) 17頁

削除

(出所)自民党政調全体会議資料(令和5年10月24・31日開催)及び「デフレ完全脱却のための新たな総合経済対策」(令和5年11月2日閣議決定)を基に作成

59

最近の医療費の動向

診療報酬改定一総論

- 新型コロナ初年度である2020年度は患者数の減少等により医療費（＝医療機関の収入）は一時的に落ち込んだが、それ以降は、コロナ前を上回るペースで医療費は増大。
- これに加えて、この3年間、巨額の国費（補助金等）が医療機関に交付されており、病床確保料、ワクチン接種支援だけでも過去3年間で5兆円に上ると見込まれる。
- 今後、病床確保が不要となれば、診療報酬の対象となる病床の稼働率が上昇し、更なる医療費の増加要因となる可能性。

◆医療費の動向

医療費
(兆円)

48.0

46.0

44.0

42.0

40.0

38.0

36.0

34.0

32.0

30.0

2016

2017

2018

2019

2020

2021

2022

2023

2024

(注1) 医療費について、2022年度までは厚生労働省「医療費の動向」の概算医療費。2023年度は国民医療費(予算ベース)を2020年度の国民医療費と概算医療費の割合を基に概算医療費ベースに推計。
(注2) 病床確保料及びワクチン接種支援については、2022年度までの都道府県の執行実績。

(2020～2022年度の実績)
病床確保料 4.9兆円
ワクチン接種支援 0.2兆円 など

◆医療費の伸び率 (対前年同期比、%)

	総計	うち病院	うち診療所
2022年			
4月	+0.7	+0.3	+3.2
5月	+5.4	+5.5	+7.1
6月	+3.7	+4.4	+4.3
7月	+2.7	+1.0	+10.0
8月	+3.1	▲1.8	+15.4
9月	+3.4	+1.5	+9.2
10月	+2.6	+2.7	+5.4
11月	+2.8	+1.3	+8.5
12月	+2.0	▲1.6	+12.4
2023年			
1月	+5.1	+4.0	+9.9
2月	+10.4	+13.4	+8.1
3月	+6.4	+7.9	+4.8
2022年度	+4.0	+3.1	+8.1

(注) 「総計」には内科・歯科・保険薬局・訪問看護ステーションが含まれる。「病院」及び「診療所」はそれぞれ内科のみ。
(出所) 厚生労働省「医療費の動向」 22

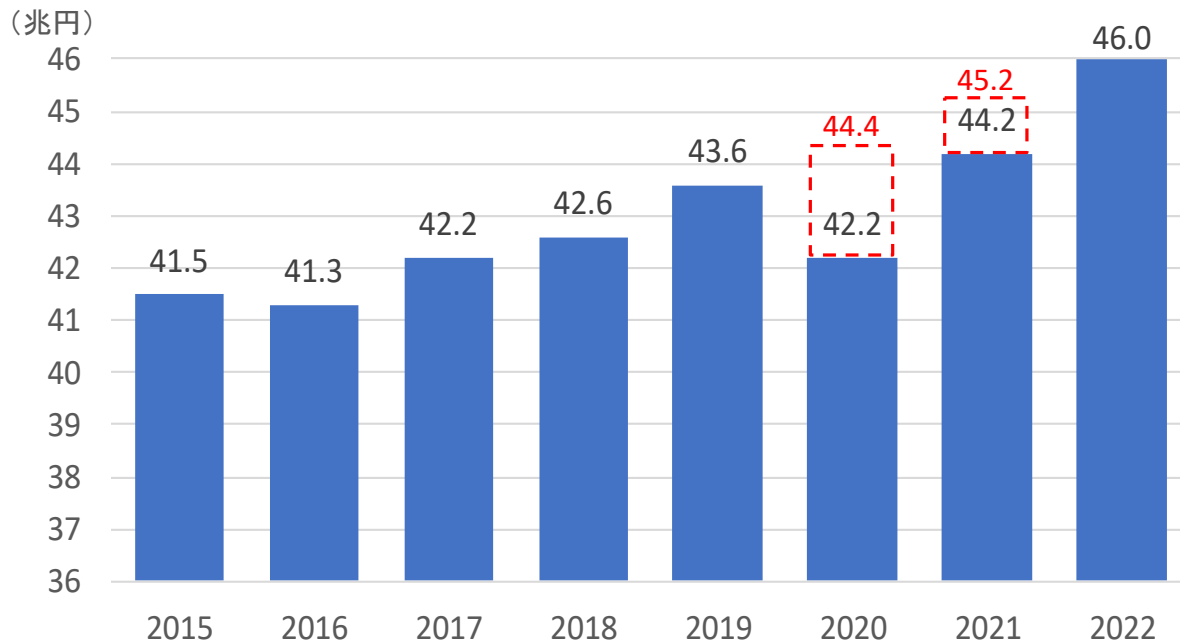
(出所) 財務省 財政制度等審議会 財政制度分科会「社会保障」(2023年11月1日)22頁

60

最近の医療費の動向

日本医師会の主張

平成27年度から令和4年度までの直近8年間における医療費の対前年伸び率の平均は1.79%である。令和元年度を起点として医療費の損失を推計した場合、令和2年度は▲2.2兆円、令和3年度は▲1.0兆円と見込まれる。



(出所) 厚生労働省「医療費の動向」を基に作成

61

平成27年度から令和4年度までの直近8年間ににおける医療費の対前年伸び率の平均は1.79%である。令和元年度を起点として医療費の損失を推計した場合、令和2年度は▲2.2兆円、令和3年度は▲1.0兆円と見込まれる。

(出所) 日本医師会定例記者会見「財政制度等審議会財政制度分科会「社会保障」の議論を受けて」(令和5年11月2日)

62

参考

財務省財政審資料

今後の高齢化による医療費の増

診療報酬改定一総論

○ これまで医療費は、高齢化や医療の高度化などにより、毎年2～3%増加している。今後も75歳以上人口の増加をはじめ、高齢化が続くことから、医療費の増加が見込まれる。

◆これまでの医療費の伸び率

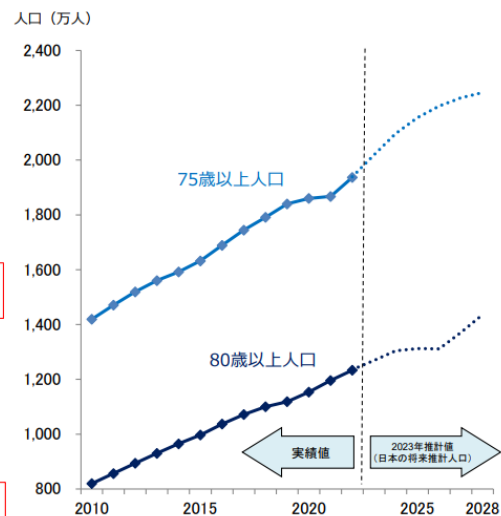
	医療費の 伸び率	診療報酬改定等	残差 (①-②) ・高齢化・人口の影響 ・医療の高度化 ・制度改正 等
	①	②	
2010	3.9%	0.19%	3.7%
2011	3.1%		3.1%
2012	1.6%	0.004%	1.6%
2013	2.2%		2.2%
2014	1.9%	0.1%	1.8%
2015	3.8%		3.8%
2016	-0.5%	-1.33%	0.8%
2017	2.2%		2.2%
2018	0.8%	-1.19%	2.0%
2019	2.3%	-0.07%	2.4%
2020	-3.2%	-0.46%	-2.7%
2021	4.6%	-0.9%	5.5%
2022	4.0%	-0.94%	4.9%

※「診療報酬改定等」は、診療報酬改定のほか薬価改定を含む

平均毎年
2.4%増

平均毎年
2.6%増

◆75歳以上人口・80歳以上人口の推移・見通し



(出所) 2022年までは総務省「人口推計」(各年10月1日現在)等
2023年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(2023年推計)」(出生中位(死亡中位))

23

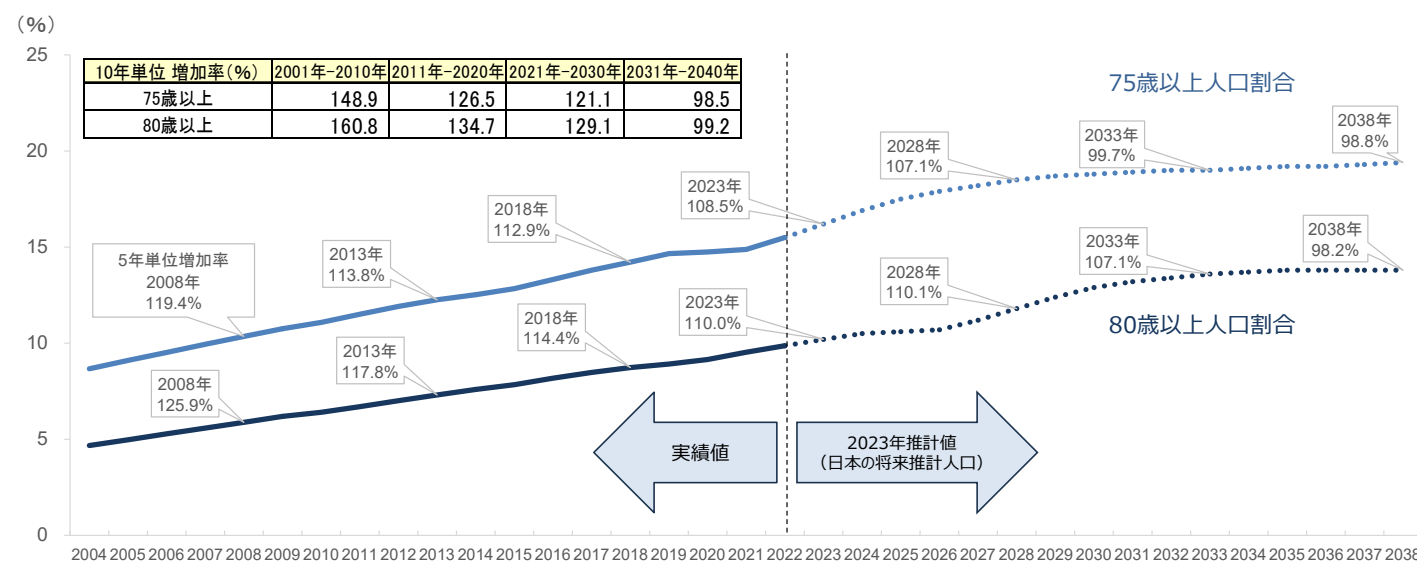
(出所) 財務省 財政制度等審議会 財政制度分科会「社会保障」(2023年11月1日)23頁

63

75歳以上人口割合・80歳以上人口割合の推移・見通し

日本医師会の主張

高齢者増加率は2000年代は非常に高い割合で推移していたが、2010年代に鈍化し、2020年代以降は低くなっていくと推計されている。



(出所) 2022年までは総務省「人口推計」(各年10月1日現在)
2023年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(2023年推計)」(出生中位(死亡中位))

64

「今後の高齢化による医療費の増」について

日本医師会の主張

2000年代は非常に高い割合で推移していましたが、2010年代に鈍化し、2020年代以降は低くなっていくと推計されています。

(出所) 日本医師会定例記者会見「財政制度等審議会財政制度分科会「社会保障」の議論を受けて」(令和5年11月2日)

65

この3年間の医療関係の特例的な支援

診療報酬改定－総論

- この3年間、病床確保料、ワクチン接種支援に加えて、感染防止対策、ワクチン接種・検査の費用など医療提供体制のために主なもので21兆円程度の国費による支援が行われている。

- 病床確保料 : 4.9兆円（1床当たり1日最大43.6万円）〈実績〉
- ワクチン接種支援 : 0.2兆円（週100回以上接種した場合の上乗せ支援等）〈実績〉
- 病床確保のための緊急支援 : 0.3兆円（上記の病床確保料に加えて1床増やすごとに最大1,950万円の支援）
- 診療報酬特例 : 0.1兆円（新型コロナウイルス感染症の入院患者の特例的評価 等）
- 医療従事者への慰労金支給 : 0.3兆円（医療従事者や職員に対し、最大20万円を慰労金として支給）
- 感染拡大防止支援
その他緊急包括支援交付金 : 4.2兆円（医療機関・薬局において、感染防止対策等に要する費用の補助）
- ワクチン接種 : 3.0兆円（接種負担金（1回2,070円 等）、接種体制確保補助金（会場費用、医師等の謝金等）等）
- 検査費用 : 0.9兆円（PCR等の行政検査、一定の高齢者・妊産婦等への検査 等）
- 治療薬の確保 : 1.3兆円
- ワクチン購入・流通経費 : 2.9兆円
- ワクチンの開発・生産支援等 : 1.3兆円（ワクチン生産体制支援、研究開発支援、治験実施支援 等）
- 検疫体制強化 : 0.4兆円
- 医療用物資・システム整備等 : 1.2兆円（医療用マスク・人工呼吸器の購入、物資の買い上げ 等）

（注1）上記は、2020(令和2)年度補正予算及び予備費、2021・2022(令和3・4)年度当初・補正予算及び予備費並びに2023(令和5)年度予算を一定の考え方のもと整理したものであり、今後変更がありうる。
（注2）病床確保料及びワクチン接種支援については、2022(令和4)年度までの都道府県の執行実績。

25

（出所）財務省 財政制度等審議会 財政制度分科会「社会保障」（2023年11月1日）25頁

66

「この3年間の医療関係の特例的な支援」について 日本医師会の主張

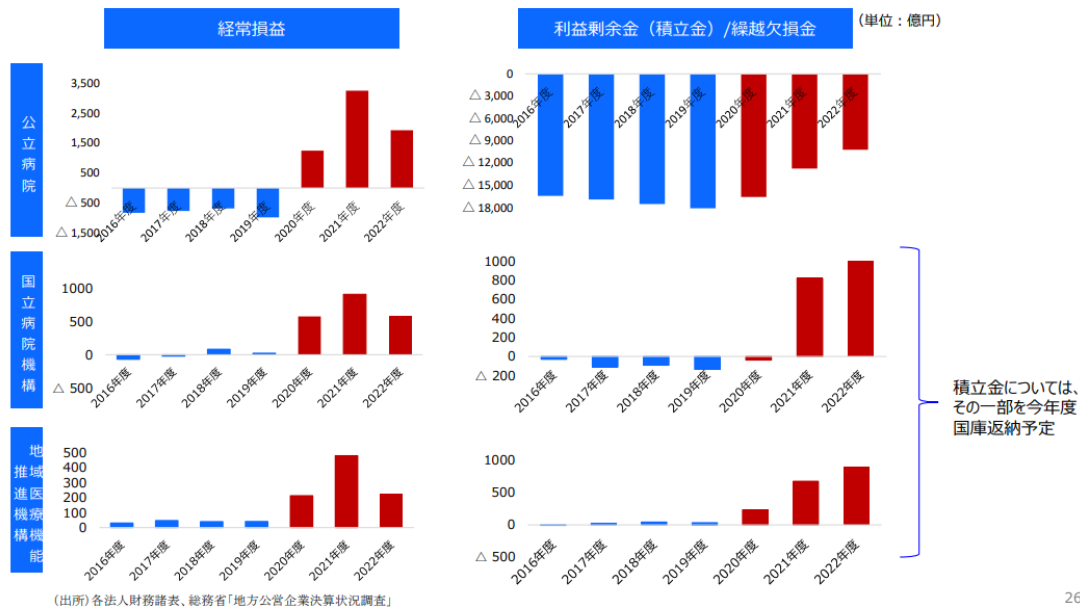
この特例的な支援は、国民と一体となって、不眠不休で未知のウイルスに立ち向かった医療従事者への支援でありました。医療従事者の方々は、通常の診療時間外に発熱外来やワクチン接種、自宅・宿泊療養者の健康観察などをお願いしたこともあり、この時間外の尽力に対しての支援であったと考えています。国民と一体となって対応してきたにもかかわらず、こうした支援の返還を求めるというのは、頑張った医療従事者に対して、あまりにもひどい意見だと思っています。

（出所）日本医師会定例会記者会見「財政制度等審議会財政制度分科会「社会保障」の議論を受けて」（令和5年11月2日）

67

公立病院等の状況

○ 公立病院、国立病院機構及び地域医療機能推進機構は、新型コロナ発生以来、国からのコロナ補助金もあり、大幅に収支が改善。国立病院機構及び地域医療機能推進機構においては、積立金が顕著に増加しており、その一部を今年度国庫返納予定。



26

(出所) 財務省 財政制度等審議会 財政制度分科会「社会保障」(2023年11月1日) 26頁

68

「公立病院等の状況」について

日本医師会の主張

日本医師会は、コロナの医療費について、医療界が一致団結して、コロナにしっかり向き合って対応した証拠だと考えております。

財政審は、コロナ補助金等による内部留保の積み上がりを賃上げ原資等として活用する方策の検討を主張しておりますが、賃上げはフローで行うべきであり、(あくまでもコロナ禍という特殊な状況で生まれて感染対策に使うための)ストックは賃上げの原資とするものではありません。一部報道によると、財政審会合後の記者会見で「受診単価の上昇で医療従事者の賃上げを吸収できるのではないかと」の意見もあった」との声があったようですが、今回のコロナ特例は、感染対策に伴うコスト増に対して実施されたものです。すなわち、補助金等の収入は増えておりますが、それと同時に感染対策等に伴う支出も増えていることを忘れてはなりません。さらに財政審は、医療機関に十分な補助金が支給されていると主張しておりますが、全ての医療機関が補助金を受け取っているわけではございません。

改めて強調しますが、感染対策経費の増加、追加的人員の確保など、患者数拡大に対応できる体制を築くために投じたコストも上昇しております。コロナ補助金等は、昨今の物価高騰や賃金上昇への対応に充てるべきものではありません。

来年の令和6年4月より、恒常的な感染症への対応がなされることになっております。令和6年4月から施行される改正感染症法に基づく協定を結んだ医療機関が、次の感染症流行に備えた体制整備に活用しなければなりません。

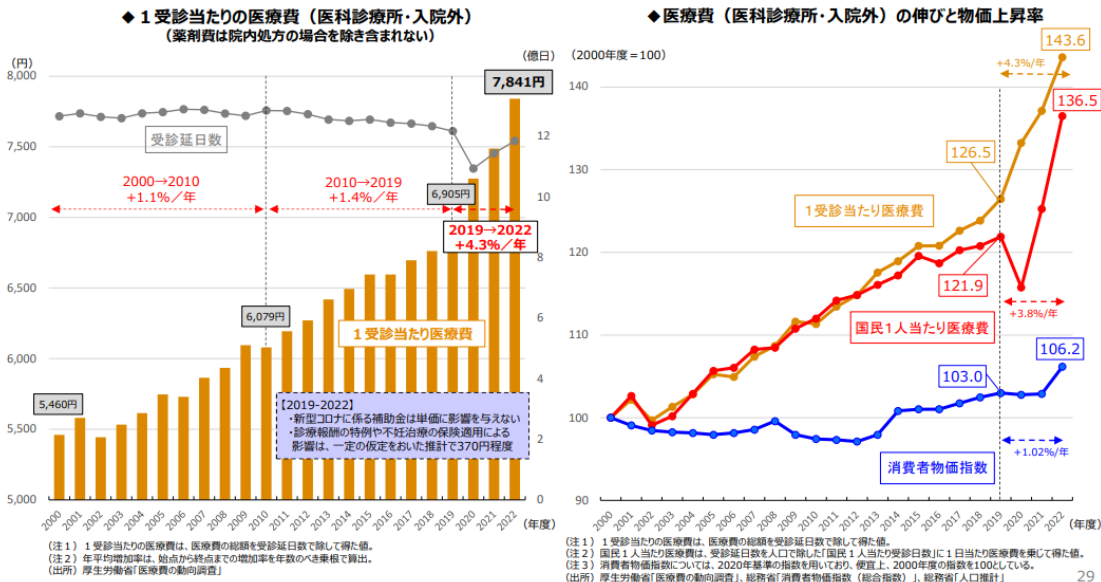
なお、コロナ補助金の一部については、本年6月に成立した「我が国の防衛力の抜本的な強化等のために必要な財源の確保に関する特別措置法」により、国立病院機構は422億円、地域医療機能推進機構は324億円、計746億円を国庫に返納し、すでに防衛財源に拠出されることになっております。

(出所) 日本医師会定例記者会見「令和6年度診療報酬改定について～財政制度等審議会財政制度分科会の議論を受けて～」(令和5年9月29日) 69

診療所における1受診当たりの医療費の推移及び物価上昇率との比較

診療所

- 過去20年間、医科診療所（入院外）における1受診当たりの医療費は、物価上昇率が低迷する中であっても、ほぼ一貫して増加。
- 特に、2019年度から2022年度にかけては+4.3%/年と、近年増加傾向にある物価上昇率（+1.02%/年）を大幅に超えた水準で急増（受診していない者も含めた国民1人当たりの医療費は+3.8%/年の増加）。



(出所) 財務省 財政制度等審議会 財政制度分科会「社会保障」(2023年11月1日)29頁

70

「診療所における1受診当たりの医療費の推移及び物価上昇率との比較」について 日本医師会の主張

財政審は、報酬単価や分配の在り方などの見直しの必要性を指摘しております。

財政審の資料にもあるとおり、受診延べ日数は年々下がっており、コロナ禍において急減して以降、十分に回復しておりません。

9月27日の中医協でも長島常任理事が申し上げましたが、コロナ禍の影響もあり、受診控えが増えた昨今においては、高血圧症や脂質異常症など、特定疾患に該当する患者さんの受診動向としては、月に1回、さらには2か月あるいは3か月に1回と長期処方も多くなってきており、治療中断も見られるようになっています。

9月27日に出された中医協の資料（修正後）の「令和4年度医療費等について（入院外）」によると、「対令和元年度比の令和4年度の一人当たり医療費は、1年当たり+3.4%ですが、コロナ特例分を除くと+2.4%となる」とされています。財政審は、1受診当たりで、近年の物価上昇率を超える+4.3%と指摘されていますが、一人当たりの医療費は+2.4%であり、近年の物価上昇率の水準を下回っております。

このように1受診当たりの医療費ではなく、一人当たりの医療費で見るべきです。診療所の1受診当たりの医療費が上がったからといって、経営状況が良くなったとは言えません。

一般的に医療費はP（価格）×Q（数量）で表されますが、一般的に、受診日数が減って受診間隔が長くなれば、その分、その間の症状の変化等を入念に確認する必要があるため、より時間をかけてより丁寧な診察・指導・助言や検査の実施、療養指導などを行うこととなり、その結果、価格が上昇します。

なお、日本医師会としては、新型コロナが単価に与える影響の度合いを見極めるのは難しいものと考えており、注釈にあるように、新型コロナの影響が370円程度とは言い切れないと考えております。

また、同じ40ページで財政審は、一般病院と一般診療所の収益率を比較しております。これはおそらく損益差額率を指していると思いますが、病院のほうが分母たる売上の金額が大きいことから、パーセンテージにすると低く見えることに留意する必要があります。

医療法人における直近の経営・財務状況（財務省機動的調査結果）

◆経常利益（百万円）

	2020	2021	2022
合計	10.4	24.1	25.3
0～19床	5.7	13.9	16.7
0床	5.0	13.2	16.4
1～19床	11.8	20.4	18.7
20床以上	65.4	142.1	125.3
20～199床	41.3	79.2	69.6
200～399床	142.2	319.0	293.4
400床以上	417.8	1129.0	966.3

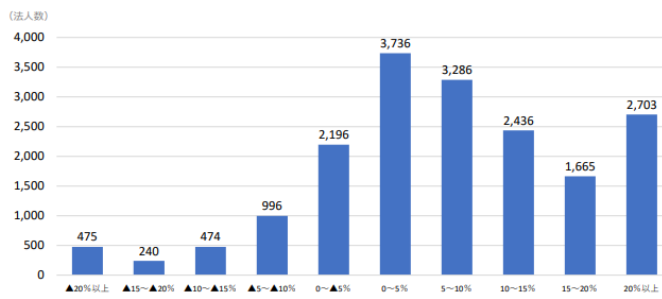
◆経常利益率

	2020	2021	2022
合計	2.9%	6.4%	6.5%
0～19床	3.0%	7.0%	8.0%
0床	3.0%	7.4%	8.8%
1～19床	3.1%	5.3%	4.8%
20床以上	2.8%	5.8%	5.0%
20～199床	2.7%	5.0%	4.3%
200～399床	2.9%	6.3%	5.7%
400床以上	2.9%	7.2%	6.0%

◆利益剰余金（百万円）

	2020	2021	2022
合計	175.1	190.5	204.7
0～19床	118.7	128.1	137.5
0床	104.7	113.8	123.6
1～19床	247.6	260.1	264.9
20床以上	825.9	910.4	980.0
20～199床	601.8	640.3	673.6
200～399床	1415.9	1652.2	1811.1
400床以上	4451.8	5194.0	5870.6

◆経常利益率別法人分布（許可病床数0床の医療法人）



経常利益が赤字の法人

4,381法人/18,207法人（24.1%）

経常利益が黒字の法人

13,826法人/18,207法人（75.9%）

【補足】医療法人を事業報告書における許可病床数で分類しており、病床数ごとの法人数は以下のとおり。
 0：18,207法人（83.0%）、1～19：1,982法人（9.0%）
 20～199：1,507法人（6.9%）、200～399：179法人（0.8%）、400以上：64法人（0.3%）

◆利益剰余金／費用

	2020	2021	2022
合計	49.5%	52.5%	54.7%
0～19床	64.1%	67.7%	70.3%
0床	63.4%	67.2%	70.2%
1～19床	67.0%	70.2%	70.6%
20床以上	35.9%	38.4%	40.3%
20～199床	39.9%	41.3%	42.5%
200～399床	29.8%	33.9%	36.3%
400床以上	31.4%	35.4%	38.5%

◆2020年度からの利益剰余金の増加額／当該年度費用

	2020→2021/2021	2020→2022/2022
合計	4.2%	7.9%
0～19床	5.0%	9.6%
0床	5.4%	10.7%
1～19床	3.4%	4.6%
20床以上	3.6%	6.3%
20～199床	2.5%	4.5%
200～399床	4.8%	7.9%
400床以上	5.1%	9.3%

（注1）上記の費用は損益計算書における本来業務及び附属業務の事業費用の合計額。

（注2）診療コスト加算して設定された新型コロナウイルスの診療報酬上の特例措置を含むものであり、平時の医療提供体制への移行は、収益・費用の双方に影響する。

（出所）財務省 財政制度等審議会 財政制度分科会「社会保障」（2023年11月1日）32頁

32

72

「医療法人における直近の経営・財務状況」について 日本医師会の主張

この資料で示された医療法人の経常利益率別法人分布を見ますと、調査対象の18,207法人のうち、経常利益率が0～5%となる医療法人が3,736法人あり、ここが最頻値であります。また、全体の約1/4である4,381法人は経常利益が赤字になっております。

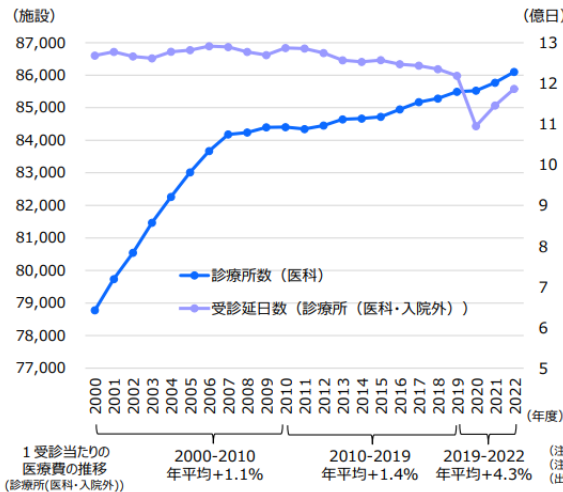
他方、経常利益率が15%以上の医療法人が4,368法人ございますが、ここに自由診療を行っている医療法人や、複数の医療機関を経営する医療法人が含まれている可能性があります。前者につきましては、自由診療に伴う医療費には公費国費が含まれておりませんので、主に自由診療を実施する医療法人の経常利益を含んだ数字を以て、公的価格である診療報酬の議論を行うことは不適格かと存じます。また、財務省がどの程度のマイナスを想定しているかわかりませんが、程度によってはこの最頻値の集団が赤字に陥り、地域医療の崩壊を招きかねないことを想定しているのでしょうか。

医療法人の経常利益率について考える際、ただいま御指摘した事項等について丁寧に精査すべきではないでしょうか。

診療所数の推移

- 診療所の数は、総患者数は微減傾向にある中で、一貫して増加。そうした中で、地域間の偏在の問題は解消されてない。
- 医師偏在対策として、開業医から病院勤務医へシフトすれば、医師偏在は相当改善される旨の指摘もある。

◆診療所数と受診延日数の推移



◆人口10万人当たりの無床診療所数(2021年)

区分	無床診療所数(人口10万人当たり)
特別区	112.5
政令市	84.8
中核市	79.9
その他	68.9
全国平均	78.2

(出所) 厚生労働省「医療施設調査」

【改革の方向性】(案)

- 診療所の報酬単価の引下げのほか、診療行為のコストによりきめ細かく対応する観点から地域別の報酬体系を検討する必要がある。

(出所) 財務省 財政制度等審議会 財政制度分科会「社会保障」(2023年11月1日)34頁

34

74

「診療所数の推移」について

日本医師会の主張

2000～2008年度にかけて診療所数が増えておりますが、これは、高齢者の増加に応じて対応した結果だと考えられます。その後、診療所数の伸びは鈍化しております。これは、地域に密着した医療が提供されている証だと言え、そうした診療所が地域包括ケアを推進しております。また、診療所のみによって支えられている地域も多くあります。

地域医療を支えてきた病院の閉院が相次いで報道されております。まず病院がなくなり、その後、診療所も地域からなくなると、人が住めなくなってしまう。地域から人がいなくなることは、国防の観点から見ても、望ましいことではありません。

(出所) 日本医師会定例記者会見「財政制度等審議会財政制度分科会「社会保障」の議論を受けて」(令和5年11月2日)

75

地域医療の危機

地域医療を支えてきた医療機関の閉院が続いている

地域から医療がなくなると人が住めなくなってしまう

【閉院の一例】



聖マリアンナ医科大学東横病院
(神奈川県川崎市中原区)

少子高齢化による患者数の減少により、2024年3月末に閉院予定



市立藤井寺市民病院
(大阪府藤井寺市)

施設の老朽化、内科医不足による患者受け入れ不可により、2024年3月末に閉院予定



北見中央病院
(北海道北見市)

診療体制の変化や施設の老朽化等による外来患者の減少により、2023年9月30日以降に破産申請



医療法人社団心優会加藤病院
(北海道苫前郡羽幌町)

医師の高齢と体調不良などにより2024年3月末に閉院予定

76

参考

財務省財政審資料

診療所の偏在是正のための地域別単価の導入について

診療所

○ 診療報酬の仕組みは、報酬点数×1点当たり単価（10円）となっているが、診療所の偏在は診療コストの違いも影響していると考えられる。

◆診療報酬の仕組み

全国一律（注）		全国一律		
診療報酬点数（厚生労働大臣告示）				
（例）	初診料 再診料 調剤基本料 1	288点 73点 42点	×	1点あたり 単価 10円
				= 医療費

（注）入院基本料への地域加算（都市部に加算）など、例外的に地域ごとに異なる取扱いもある。

※ 1 介護報酬では地域によって1点単価で最大14%の差異が設けられている。

※ 2 かつて診療報酬も地域別に単価が設定されていた。

◆1点単価の調整等により政策対応の幅が広がると考えられるケース

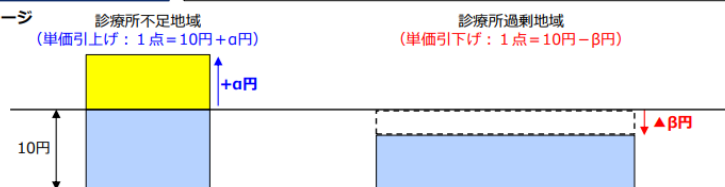
<医療費適正化>

○保健医療2035提言書（抄）（厚生労働省 平成27年6月）
「診療報酬については、例えば、地域ごとのサービス目標量を設定し、不足している場合の加算、過剰な場合の減算を行うなど、サービス提供の量に応じて点数を変動させる仕組みの導入を検討する。都道府県において医療費をより適正化できる手段を強化するため、例えば、将来的には、医療費適正化計画において推計した伸びを上回る形で医療費が伸びる都道府県においては、診療報酬の一部（例えば、加算の算定要件の強化など）を都道府県が主体的に決定することとする。」

<医療機関の医療収入の安定>

○財政制度等審議会建議（抄）（令和3年5月）
「新型コロナウイルス患者受け入れ病院に対する収入面への対応として、これまで法律の改正を伴うことのない取扱いとして度々行われてきた災害時の「概算払い」を参考とし、前年同月ないし新型コロナウイルス感染拡大前の前々年同月水準の診療報酬を支払う簡便な手法を検討すべきである。」
※前年同月ないし前々年同月水準からの減収相当額の支払い部分について実際に支払われた診療行為への対価性を欠く点については、たとえば前年同月ないし前々年同月比で保険点数が2割減り、8/10となった場合に、1点単価を12.5円に修正することとすれば、診療行為への対価性を保持したまま、前年同月ないし前々年同月水準の診療報酬を支払うことは可能である。

◆診療所の偏在是正のための地域別単価のイメージ



【改革の方向性】（案）

○ 診療所不足地域と診療所過剰地域で異なる1点当たり単価を設定し、報酬面からも診療所過剰地域から診療所不足地域への医療資源のシフトを促すことを検討する必要がある。（その他の取組みについては「5. 改革工程のとりまとめに向けた取組 医療提供体制①医師偏在対策」を参照） 35

（出所）財務省 財政制度等審議会 財政制度分科会「社会保障」（2023年11月1日）35頁

77

「診療所の偏在是正のための地域別単価の導入について」につきましては、かねてより議論がございましたが、これはすでに解決済みの問題です。

わが国では、国民皆保険である公的医療保険制度の下、誰もが、どこでも、一定の自己負担で適切な診療を受けられることを基本的な理念とし、診療報酬について、被保険者間の公平を期す観点から、全国一律の点数が公定価格として設定されています。

診療報酬上の地域ごとの違いについては、医業経費における地域差を配慮した入院基本料の地域加算や、医療資源が少ない地域の施設基準を緩和するなどの配慮等、既に対応できるものは実施されています。

医療資源は都道府県ごとに異なりますが、国民皆保険制度の下、平等性を担保する観点から、診療報酬は全国一律の運営を行ってきており、点数単価や、同じ医療技術の評価を都道府県ごとに変えることは診療報酬になじまないと考えています。

(出所) 日本医師会定例記者会見「財政制度等審議会財政制度分科会「社会保障」の議論を受けて」(令和5年11月2日)

78

参考

財務省財政審資料

マイナ保険証の利用促進

診療所

- マイナンバーカードを健康保険証として活用することで、過去の診療・投薬の履歴を患者や担当医が参照することが可能。一方で、マイナ保険証の利用率は低い水準。マイナ保険証の利用は、電子処方箋等をはじめ医療DX推進の基礎となるもの。
- 医療機関等に対する支援を十分に講じてきたことを踏まえ、利用者である国民にマイナ保険証のメリットを実感してもらう取組み（患者の窓口負担軽減）を強化する必要。

◆医療機関・薬局に対する支援

- 医療機関・薬局におけるオンライン資格確認の義務化（2023年4月～）
 - ・義務化対象施設における運用開始割合：94.8%
(2023年10月22日時点)
 - ・ICT基金によるオンライン資格確認の導入補助
(予算額：1,372億円)
- マイナ保険証利用促進に向けた支援措置
 - ・マイナ保険証利用率（2023年9月）：5%
(内訳) 病院11%、医科診療所5%
歯科診療所10%、薬局2%
 - ・マイナ保険証利用率増加に応じた支援
(インセンティブ措置)：経済対策の中で検討中

◆マイナ保険証の利用に関する診療報酬点数

		現行の加算	特例措置 (令和5年4～12月)
初診	マイナンバーカードを利用しない	4点	6点
	〃 利用する	2点	2点
再診	マイナンバーカードを利用しない	—	2点
	〃 利用する	—	—
調剤	マイナンバーカードを利用しない	3点	4点
	〃 利用する	1点	1点

※ この加算は、医療機関・薬局が薬剤情報等の患者情報を取得・活用を要件として、より質の高い診療を実施することを評価するもの

【改革の方向性】(案)

- 既に講じている医療機関・薬局に対する支援措置・インセンティブ措置とあわせ、患者の窓口負担の軽減策を検討する。あわせて、医療機関のマイナ保険証利用率にも着目した評価を設定する。

(出所) 財務省 財政制度等審議会 財政制度分科会「社会保障」(2023年11月1日)38頁

38

79

そもそも、マイナ保険証は、国民の皆さんに義務化しているものではありません。あくまでも任意の取得であり、それを前提として、利用を促進するためには、国民の皆さんへの呼びかけが最優先です。

令和5年10月30日に開催された衆議院予算委員会においても、岸田総理は、井坂議員からの質問に対し、「マイナ保険証の利用率の減少についてご指摘がありましたが、まずは、これは、ひもづけ誤り等に対する国民の皆様が不安を感じておられる、これが一つあると思います。(中略)改めて国民の皆さんにマイナ保険証のメリットを丁寧に説明しなければならない、こういったことを感じております。」と述べておられます。

国民の皆様が不安を感じておられるのが原因であり、医療機関にすべての責任を押し付けられるものではありません。低迷しているマイナ保険証の利用率に着目した評価を設定するというのは、見当違いも甚だしいと考えております。

(出所) 日本医師会定例記者会見「財政制度等審議会財政制度分科会「社会保障」の議論を受けて」(令和5年11月2日)

80

参考

財務省財政審資料

リフィル処方箋

診療所

- 2022年度診療報酬改定における大臣合意では、リフィル処方箋の導入・活用促進による医療費効率化効果を改定率換算で▲0.1%（医療費470億円程度）と見込んでいた。しかし、下記の調査（0.148%）に基づいて単純計算すると、医療費効率化効果は年間▲70億円程度（改定率換算で▲0.014%程度）にとどまる。

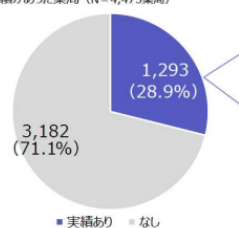
◆大臣折衝事項（2021年12月22日）

リフィル処方箋（反復利用できる処方箋）の導入・活用促進による効率化 ▲0.10%

症状が安定している患者について、医師の処方により、医療機関に行かずとも、医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できる、分割調剤とは異なる実効的な方策を導入することにより、再診の効率化につなげ、その効果について検証を行う

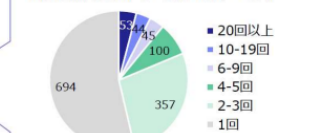
◆日本保険薬局協会による調査（2023年6月単月の応需実績）

「2023年6月単月」においてリフィル処方箋応需実績があった薬局（N=4,475薬局）

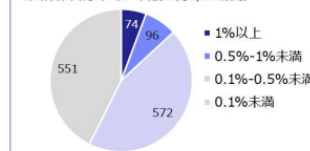


4,475薬局における2023年6月単月のリフィル応需回数/総受付件数=リフィル割合(%)
10,053/6,773,853=0.148%

リフィル応需回数分布（N=実績がある1,293薬局）



リフィル割合分布（N=実績がある1,293薬局）



(出所) 管理薬剤師アンケート報告書(2023年9月、一般社団法人日本保険薬局協会)

【改革の方向性】(案)

- まずは、リフィル処方箋の普及促進に向けて周知・広報を図るべき。あわせて、積極的な取組を行う保険者を各種インセンティブ措置により評価していく必要。さらには、薬剤師がリフィル処方箋への切替を処方医に提案することを評価する仕組みや、例えばOTC類似薬については、薬剤師の判断でリフィルに切り替えることを認めることなどを検討すべき。
- 年末の診療報酬改定において、リフィル処方箋による適正化効果が未達成であることを踏まえ、処方箋料の時限的引下げ（*）など、その分を差し引く調整措置を講じる必要。（*）リフィル処方箋による適正化効果が達成されるまでの間の措置

39

(出所) 財務省 財政制度等審議会 財政制度分科会「社会保障」(2023年11月1日)39頁

81

「リフィル処方箋」につきましては、前回の令和4年度診療報酬改定において解決済みの問題だと考えています。

リフィル処方箋は、患者の状態によって、医師による定期的な医学管理の下で利用可否を判断するものです。財政審の資料で示されたリフィル処方箋の応需実績は、その結果であります。

財政審は、リフィル処方箋の導入・活用促進による医療費効率化効果について、予算と決算で乖離があると指摘しております。しかし、医療費に関する予算と決算の差異について、事細かに結果だけを取り上げることがこれまでされてきたわけではなく、累次の診療報酬改定において総合的に実施されてきたことであって、医療費全体として議論されてきたところです。なぜ、リフィル処方箋に関してのみ躍起になって行うのか、甚だ疑問です。

それを行うのであれば、まずはその前に、医療介護総合確保基金などの執行状況が悪かった場合など、要件を緩和するべきです。

(出所) 日本医師会定例記者会見「財政制度等審議会財政制度分科会「社会保障」の議論を受けて」(令和5年11月2日)

82

参考

財務省財政審資料

経営情報の見える化（総括）

見える化

- 費用配分の見える化は、EBPM推進や事業者の収入増を現場の従事者の賃上げに確実につなげていく観点から、抜本的に強化する必要。
- 機動的調査で行ったような医療法人の事業報告書等に基づく経営状況の分析・開示、医療法人の職種別給与・人数の把握、医療法人立以外の法人の経営状況の見える化を進めていく必要。

経営状況データの開示強化

- 医療経済実態調査について指摘される課題等を踏まえ、財務省の機動的調査を活用し、都道府県に提出されている医療法人の事業報告書等进行分析し、公表
 - ・ 対象：21,939医療法人
 - ・ 内容：2020年度～2022年度の事業報告書等
 - ・ 事業収益・費用等の分析が可能
 - ・ 趣旨：サンプルバイアスがなく、精緻な経年比較が可能。単月調査など期間限定の調査と異なり、医療機関の実態を正確に反映

現場の従事者の賃上げに向けた取組み

- 2023年度より全ての医療法人の給与費等の収益・費用の個別項目を収集し、データベースを整備することとなっているが、職種別の給与・人数の提出は任意とされており、現場の従事者の賃上げがどういう形で行われているか正確な把握が困難な状態となっている。

今後の対応

- 医療機関の経営状況の分析が容易に行えるよう、全都道府県において医療法人の事業報告書等のオンラインでの閲覧が可能となるよう要請することの検討
- 任意提出とされる職員の職種別の給与・人数の報告について、診療報酬上の加算取得の要件とすることの検討
- 医療法人立以外の法人に対する対応
 - ・ 開業の実態調査及び結果の公表を行うこと
 - ・ その上で、医療法人と同様の事業報告書等の提出・公表義務を課すことを検討

65

(出所) 財務省 財政制度等審議会 財政制度分科会「社会保障」(2023年11月1日) 65頁

83

医療法人等の経営情報に係るデータベースの充実についても言及されております。本件について、本年6月7日に実施した日本医師会定例記者会見でも触れましたが、5月に公布された全社法の附帯決議に「当該データベースの報告対象となる医療法人及び介護サービス事業者」に過度な事務負担が生じないように、負担軽減策もあわせて講ずること」とされております。できるだけ多くの医療機関が提出するためにも、まずは状況をしっかり把握し、そのうえで、慎重に対応していくことが必要だと考えております。

(出所) 日本医師会定例記者会見「令和6年度診療報酬改定について～財政制度等審議会財政制度分科会の議論を受けて～」(令和5年9月29日) 84

2. 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

86

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）

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）

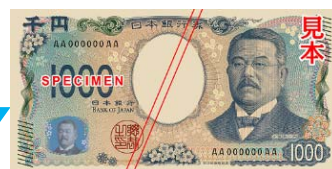
191,303人（令和3年11月1日現在）

公益社団法人
日本医師会

- ◆ 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。

日本の医師総数
（33万9,623人）の
うち51.2%が加入
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。

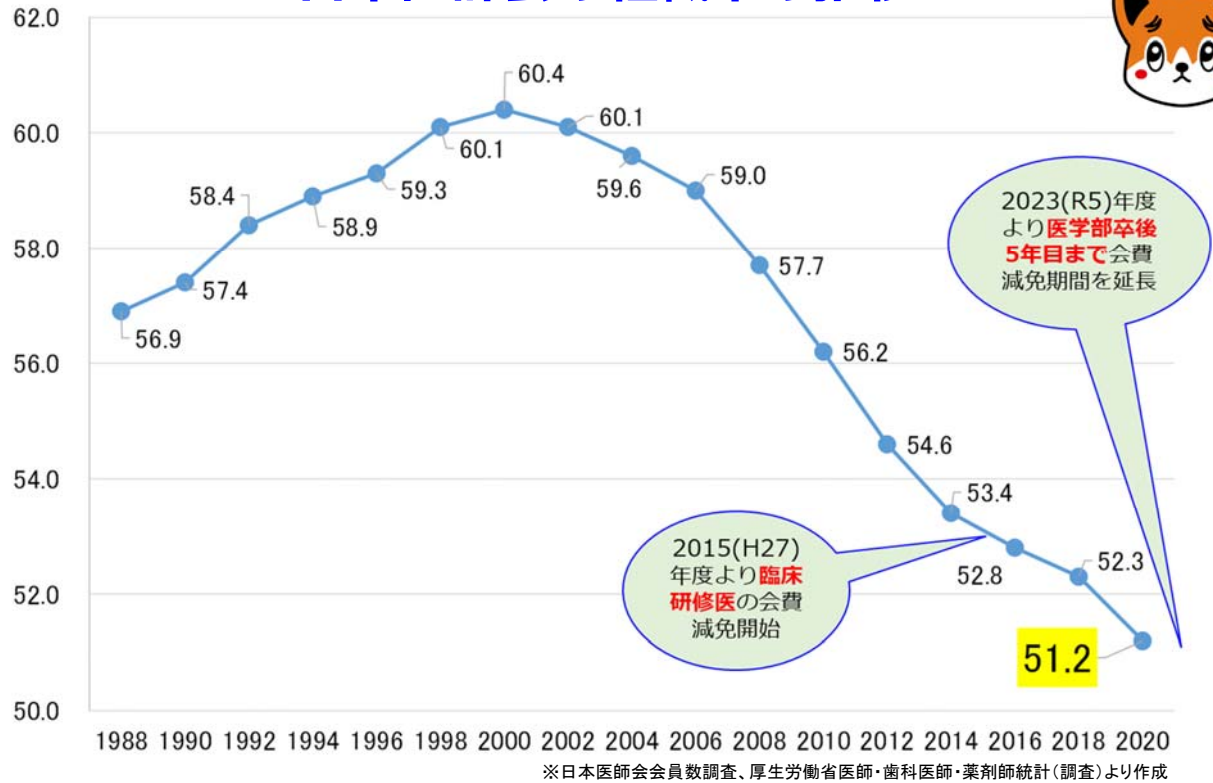


北里柴三郎の肖像を採用した新千円札（見本）
（2024年度上期に発行予定）*

*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/

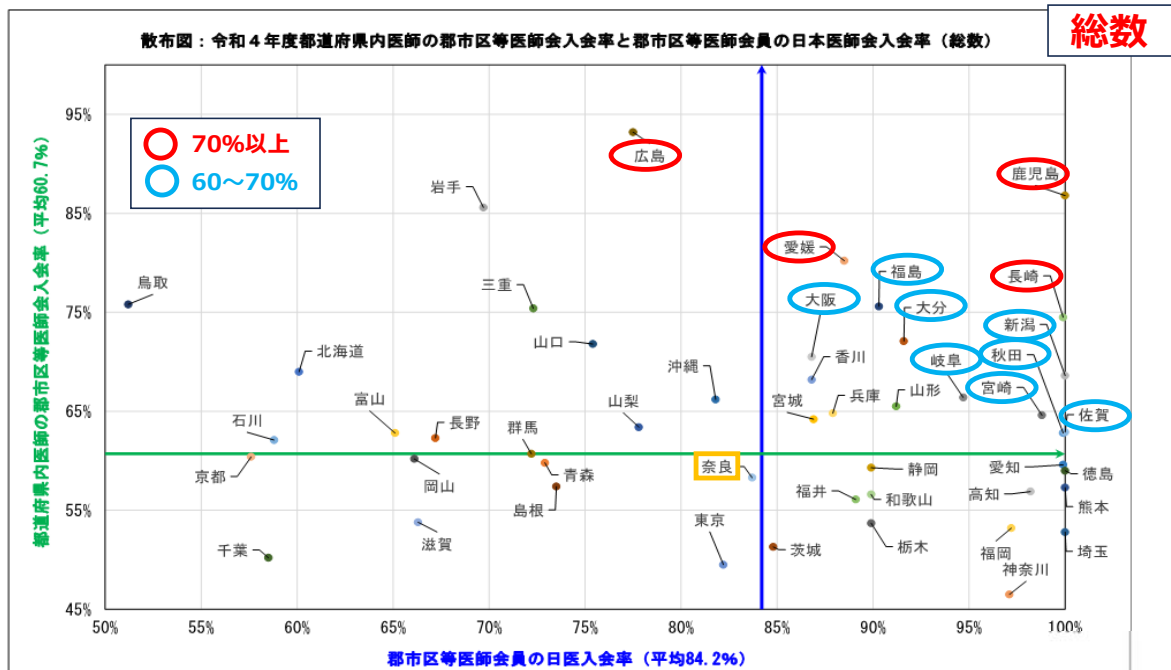
87

日本医師会の組織率の推移



88

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

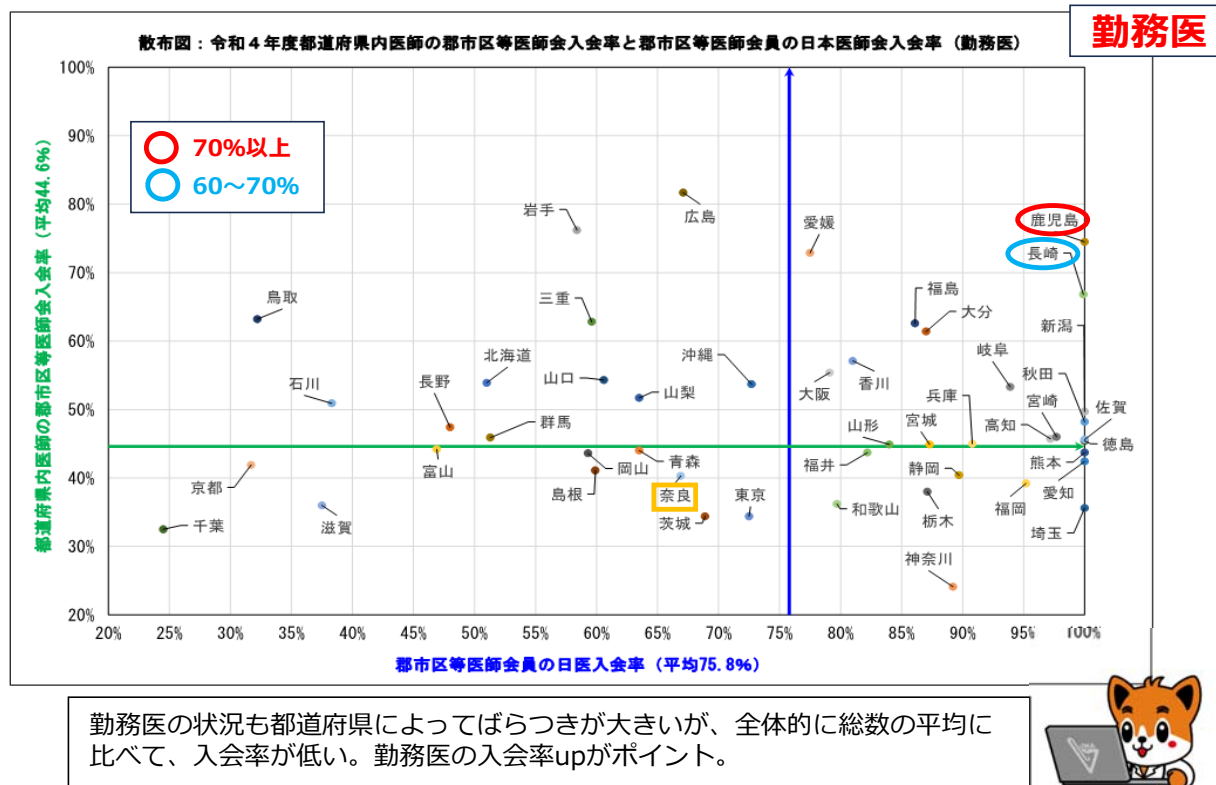


都道府県によってばらつきが大きいですが、大きく4つの区分に分類される。それぞれの地域の実情に合わせた対策が必要。



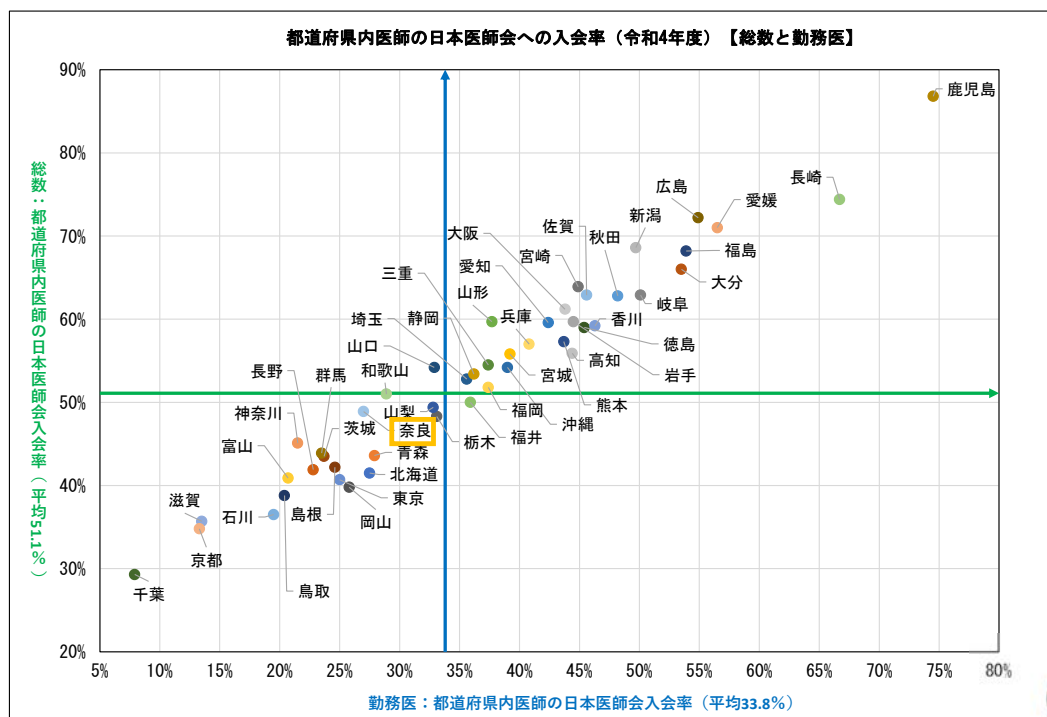
89

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



90

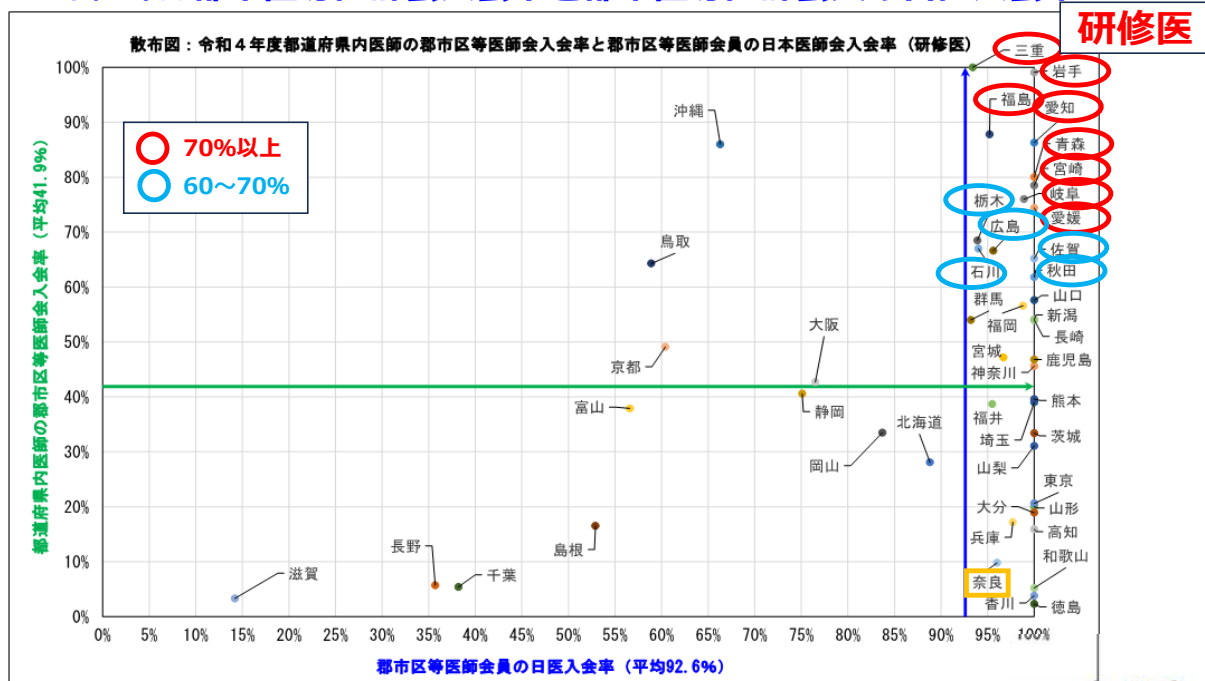
令和4年度 日医入会率の「総数」と「勤務医」の相関



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

91

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。



92

日本医師会会員数が初めて17.5万人を“突破”！！

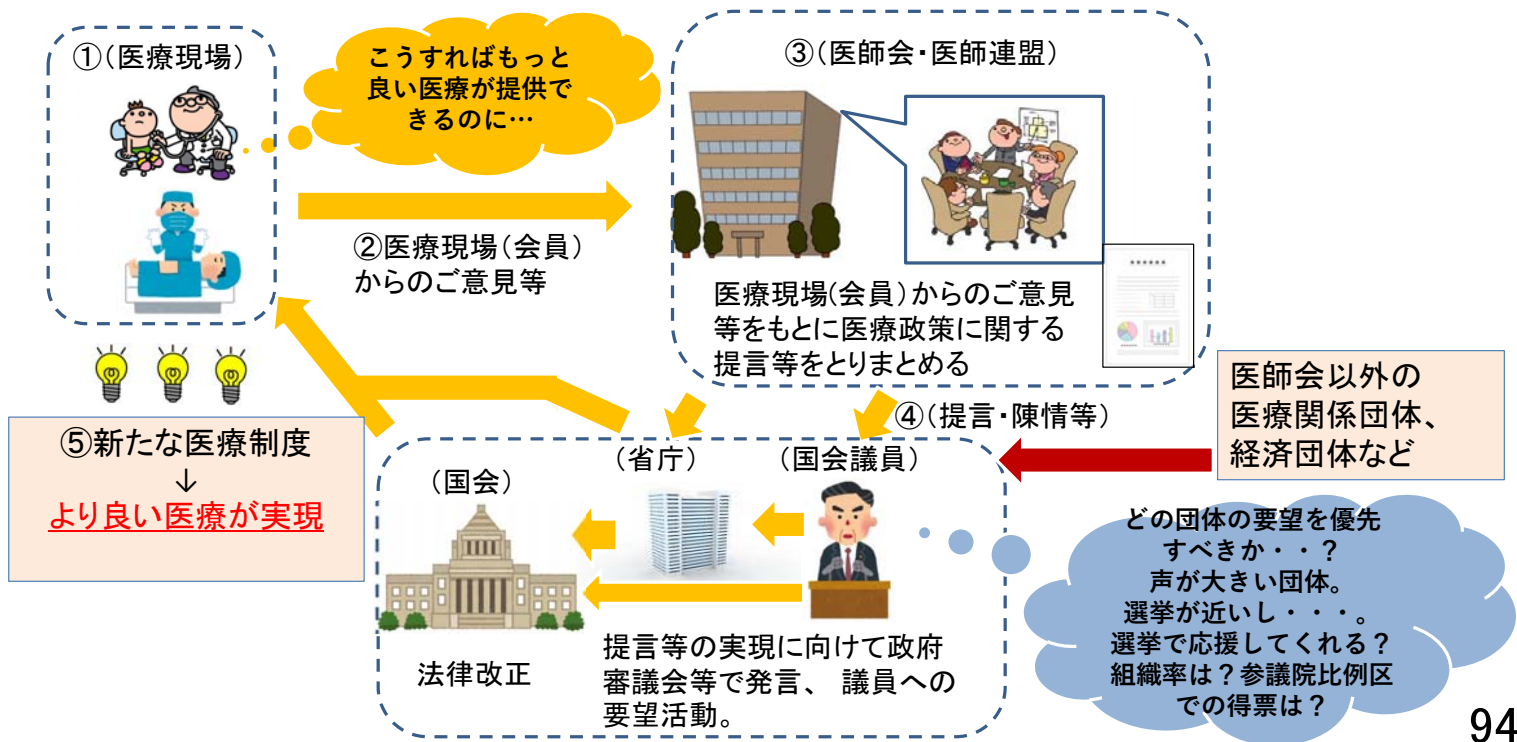
- 医学部卒業5年目までの会費減免をはじめとする組織強化への、都道府県医師会及び郡市区等医師会のご協力により、本年8月には、**日本医師会会員数が、初めて17万5千人を突破**しました！！皆様方のご協力に心より感謝申し上げます。
- しかしながら、医師数の増加は、会員数の増加を上回る速度で進む可能性が高く、**組織率を上昇に転じさせるためには、皆様方のさらなるご協力が必要**です。そのため、引き続き、特段のご協力をお願いいたします。

	三師統計 (12月末現在)	増減	日本医師会会員数調査 (12月1日現在)	増減	医学部定員 (年度)
令和5年 (8月末現在)	(調査実施なし)	—	17.5万人超	—	9,384人
令和4年	約35万人?	—	173,761人	433人	9,374人
令和2年	339,623人	12,413人	173,328人	2,178人	9,330人
平成30年	327,210人	7,730人	171,150人	2,617人	9,419人
平成28年	319,480人	8,275人	168,533人	2,412人	9,262人
平成26年	311,205人	7,937人	166,121人	471人	9,069人
平成24年	303,268人	8,219人	165,650人	-191人	8,991人
平成22年	295,049人	8,350人	165,841人	481人	8,846人

令和5年度より、
医学部卒業
5年目までの
会費減免を実施

平成27年度より、
臨床研修医の
会費減免を実施

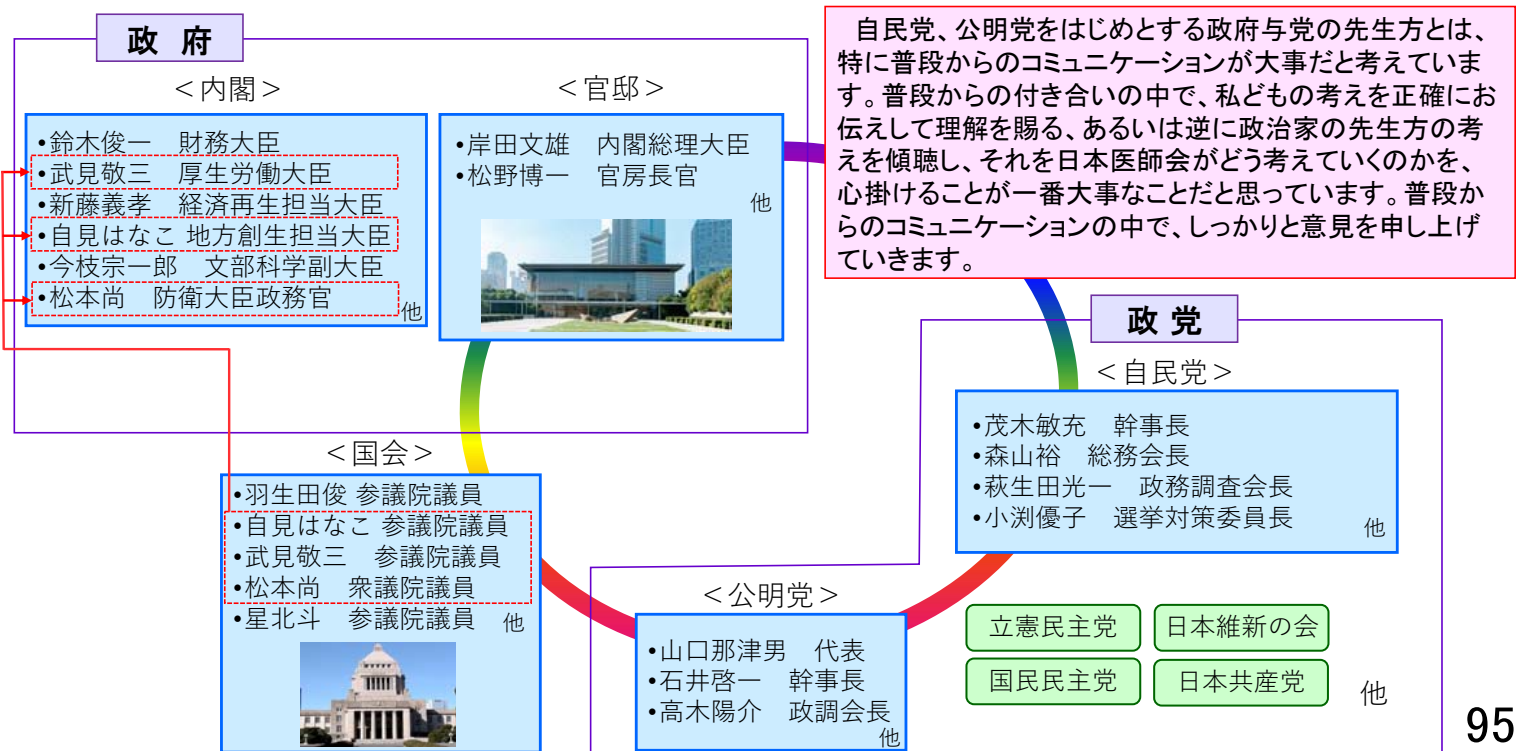
なぜ組織力強化が必要なのか ～医療政策が実現するまで(イメージ)～



94

政府与党とのコミュニケーション

※2023年9月15日現在



95

現場の声を踏まえた医療政策の実現に向けて

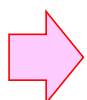
- ・医療政策を検討する場には、様々なステークホルダーが参画しており、医療界がいくら正しいことを発言しても、それが実現するとは限らない。
- ・より説得力のある議論を展開するため、より多くの先生方の後押し(医療現場の声)が必要であり、より多くの先生方が医師会活動に参画することが、医師会の組織強化と発言力の強化につながる。
- ・物事を動かそうとしても、医師個人の力ではどうにもならないことが多くあるが、多くの先生が医師会活動に参加することにより、先生ご自身の職務を存分に全うできる環境を実現する。それが国民により良い医療を提供し続けていくことにつながる。
- ・まさに先生方一人ひとりの意識が、今後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

96

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。

97

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

98

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。

99

日本医師会医師賠償責任保険制度
 卒後5年間、30歳未満の勤務医は、
医賠償保険に
 年間 **15,000円**※ で
 加入できます。

※ 医療機関管理者などでは掛金が異なります。

日本医師会 医師年金

日本医師会 医師年金
 早い時期からの加入で
**長期の
複利効果**を
 最大限に活かしましょう！

予定利率 **1.5%**
 (令和5年1月1日現在)

加入資格 64歳6カ月未満の日本医師会会員

**オンラインホテル予約サービス
(日本医師会 会員特別割引)**

28のホテル及びホテルチェーン
 (全国580超のホテル) の協力を得
 て、宿泊割引制度を実施している
 ほか、**臨床研修医向けの優待プラン**
 もご用意しています。

**医学部卒後5年間は
日本医師会会費が
免除**されます。

キャリアアップ

- 『JMA Journal』の発行。
- 「日本医師会医学賞」
- 「日本医師会医学研究奨励賞」等

**メリット
いろいろ!!!**

無料で
発行・
更新

医師資格証

紹介
動画

【入会方法】

日本医師会に入会するには、郡市区医師
会または大学医師会と、都道府県医師会
にも入会する必要があります。

入会申込書は、右のQRコードの
請求フォームからご請求ください。

入会申込書請求フォーム

各都道府県で、**講習会や研修会**を開催しています

雑誌やHP、メールを通じて、**最新医療情報**をお届けします

100

2022年9月28日
 会長会見資料一部改変

地域に根ざした医師会活動プロジェクト

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

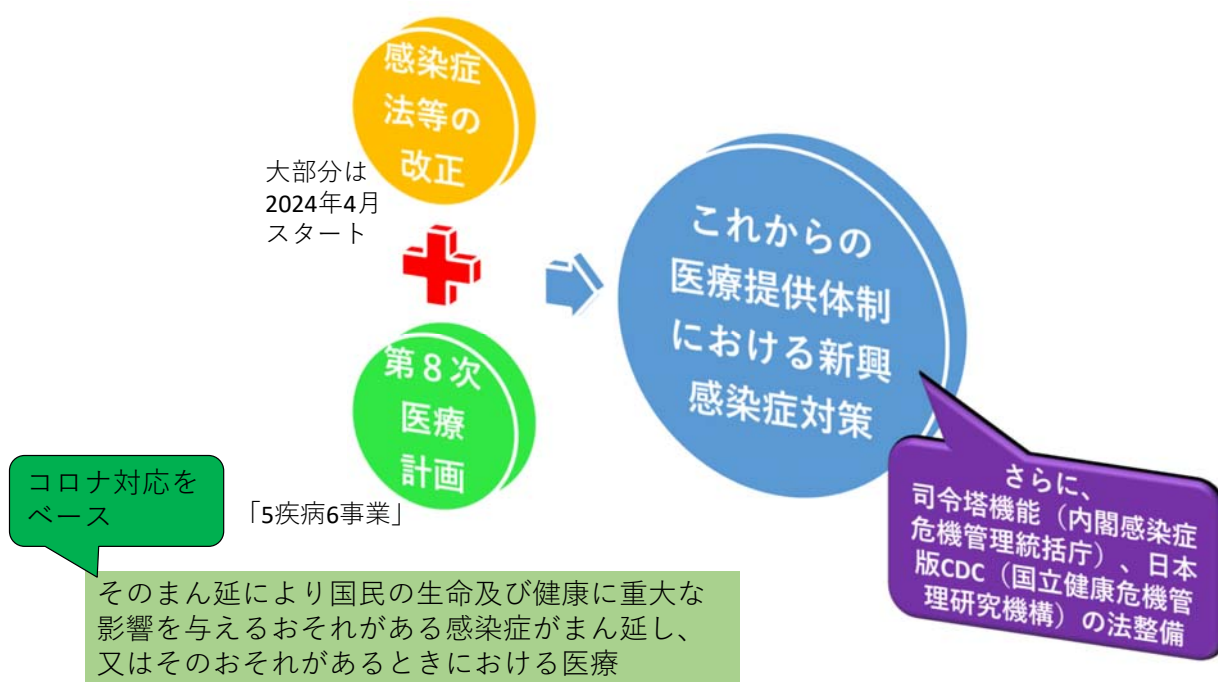
ひとりひとりの医師の活動では限界がある。すべてに関わることはできない。さまざまな専門性をもつ多くの医師が**医師会活動**に参加し、分担・連携することで、**地域を面として支えることができる**。そうした活動を、一般国民の方々等に知っていただく。

101

3. 改正感染症法等による協定等

104

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。



105

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

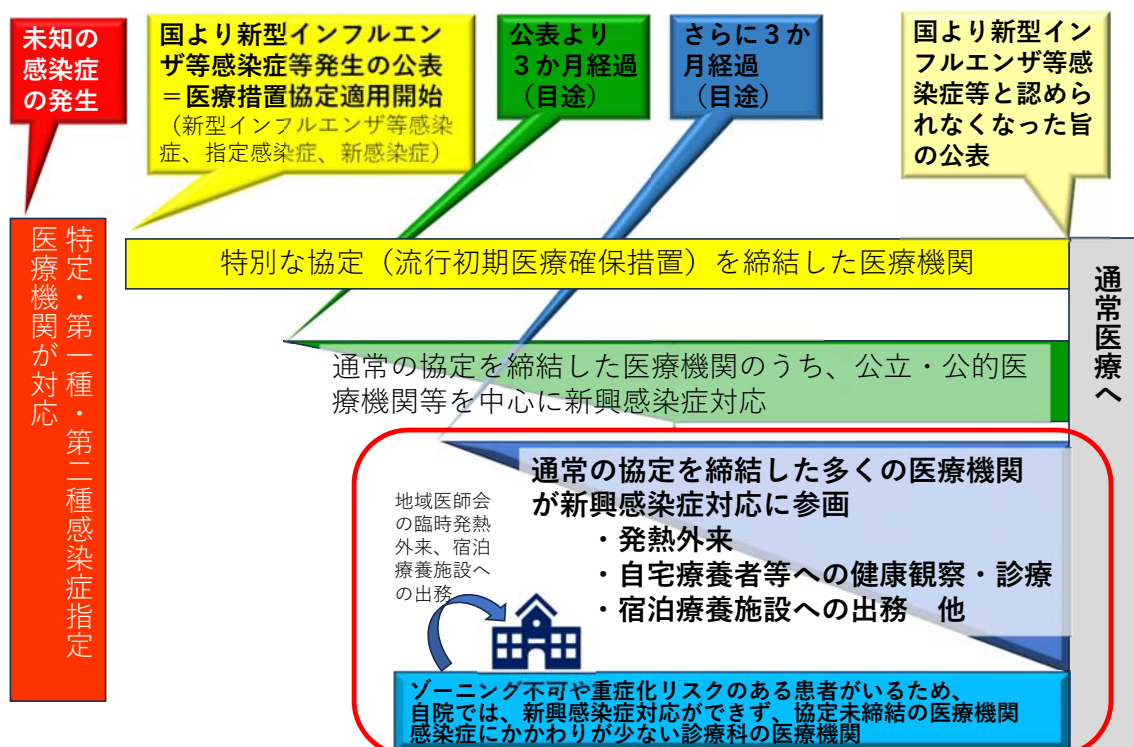
106

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

107

次の新興感染症まん延時における診療所の対応イメージ (医療措置協定が適用される場合)



108

(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

109

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。

110

感染症専門病院ではない病院・診療所が、
新興感染症に立ち向かうためには、「医療措置協定」だけでなく、
「日本版CDC」と「政府の司令塔機能」が十分に働くことが不可欠

公立・公的医療機関等の責務 医療措置協定

- ・ 病床確保
- ・ 発熱外来
- ・ 自宅療養・宿泊療養
- ・ 後方支援
- ・ 人材派遣

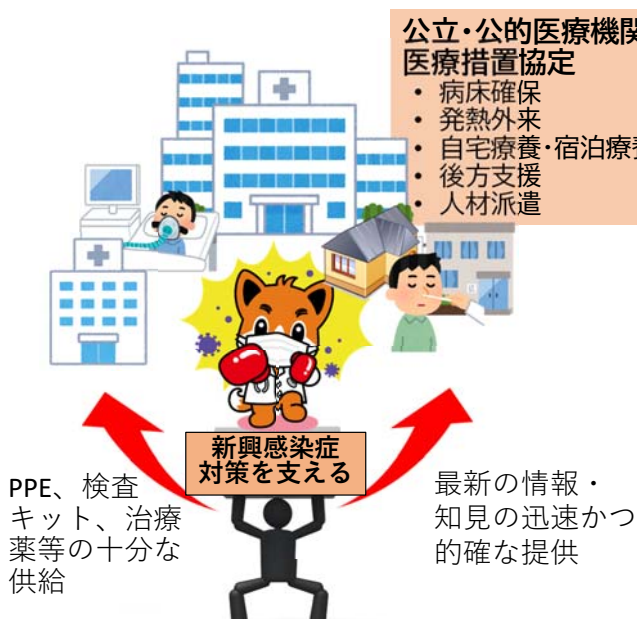
日本医師会 松本会長会見より (2023年9月20日)

新興感染症対策は、医療措置協定だけで捉えるべきではありません。

地域の診療所、病院が、新興感染症対策に力を注げるようにするための環境づくりも大切です。

国に対しては、平時の備えとともに、有事には、政府の司令塔機能：内閣感染症危機管理統括庁や、日本医師会も求めてきた日本版CDCである「国立健康危機管理研究機構」によって、**最新の情報が現場に迅速かつ的確に提供されること、PPEや検査キット、治療薬、ワクチンが十分供給されることを求めます。**

同時に、2021年2月の新型インフルエンザ特措法の改正により定められた**医療従事者に対する風評被害、差別的な取り扱いの防止策の徹底**も要請してまいります。



政府の司令塔機能：内閣感染症危機管理統括庁
日本版CDC：「国立健康危機管理研究機構」

111

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)

厚生労働大臣
加藤 勝信 先生

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

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、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
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担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
入院を引き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。

- 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
進捗させるための支援
- 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

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)	「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進捗させるための支援 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

診療所による新興感染症対策

- ・平時では、多くの**診療所は地域に根ざして診療活動**を行っている。
- ・新興感染症の発生・まん延時においても、**住民・患者を守るため、感染症法等改正法に基づく協定締結医療機関として、あるいは、協定を締結しなくとも地域の医療機関として、発熱外来や自宅療養者等の健康観察に参画**する。
- ・また、新興感染症対応のワクチンが開発され、現場に供給された際には、**個別の予防接種に積極的に取り組み、集団接種・職域接種等が行われる場合は協力**をする。
- ・ゾーニング困難や重症化リスクのある患者が多い等の理由で、**自院では感染症患者や疑似症患者を受け入れることができない場合には、新興感染症以外の患者を受け持つこと**で、地域医療に対する役割を果たす。
また、**地域医師会等によるセンター方式での発熱外来に参加**する。
- ・保健所等が行う**感染症の発生状況・動向の把握のための調査に協力**する。
 - ・検査検体採取、行政機関等への提出。研究事業への参画(症例経過等)
 - ・発生届と同届に関する調査への対応



診療所による新興感染症対策への取り組み 日本医師会としての取り組み

- 特に**発熱外来診療体制の拡充、自院の患者・従事者を守っていただく**ため、全国の都道府県医師会・郡市区医師会とともに、診療所の新興感染症対策に取り組む。

- 日本医師会として下記の取組を行う。

➤診療所の医師や医療従事者等を主な対象とした研修の実施。

- ✓ 都道府県医師会や郡市区医師会のため、**モデルとなる研修**（JMAT研修オプション研修（COVID-19編））を基に、診療所向けのプログラムを策定する）の実施
- ✓ 事前学習のための**eラーニングシステム**及び動画や教材等のコンテンツの提供
- ✓ 研修機材の貸し出し（マネキン、ブラックライト等）、テキスト等の提供

➤国から公表された最新の知見や対応方針等の迅速かつ正確な情報提供

➤災害時相互協力協定を締結している日本環境感染学会・日本災害医学会との連携の新興感染症まん延時への拡大・強化（訓練、研修、新興感染症発生時の支援等）

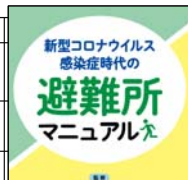


2022年9月 日本環境感染学会と協定を締結

114

◆事前学習（JMAT-e・小テストあり）

科目	概要	講師
講義 COVID-19 について	・「新型コロナウイルス感染症時代の避難所マニュアル」について	山口先生
講義 COVID-19 について	・医師会、JMAT に求められること	猪口先生
講義 検体の採取	・厚生労働省掲載動画「新型コロナウイルス感染症に関するPCR検査のための鼻腔・咽頭拭い液の採取のための研修動画」（2020/05/20）	鎌方先生 古宮先生 川村先生
講義 ゾーニング	・DICT について	泉川先生



テキスト
日本医師会マニュアル

< 参考 >

2023年7月30日に実施したJMAT研修オプション研修（COVID19編）



PPEの着脱



検体採取



ブラックライトを使った
手洗いチェック



ゾーニング机上演習

◆当日プログラム

科目	概要	講師	時間
実習 標準予防策 (講義+実技)	・避難所における感染対策（マニュアル p17-p27） ・アルコール等による手指消毒、環境の衛生管理	千鶴先生 櫻井先生 北村先生	20 分
PPEの着脱 (講義+実技)	・個人防護具の着脱手順、N95 マスクの着脱手順 (マニュアル p54-p60)	菅原先生 寺坂先生 倉米先生	20 分
検体の採取 (講義+実技)	・検体採取実習（鼻咽頭ぬぐい液、唾液）	鎌方先生 古宮先生 川村先生	20 分
実習 ゾーニング (机上演習)	・避難所のゾーニング指導（マニュアル p28-p48） ・保健所や専門家チームとの役割分担・連携体制	平林先生 泉川先生 馬場先生	60 分
実習 クラスター対策 (机上演習)	・避難所のクラスター対策 ・保健所や専門家チームとの役割分担・連携体制	三村先生	90 分

◆事後学習

科目	概要	講師	時間
実習 標準予防策	・手指衛生動画（流水手洗い・アルコール消毒）	千鶴先生 櫻井先生 北村先生	5 分

都道府県医師会や医師会ブロックで同様の研修が行われるよう
モデル的な研修として実施。マネキン等も貸出し。

115

8月4日（夏）時点

新型コロナウイルス感染症の直近の感染状況の評価等

第124回（令和5年8月4日）
新型コロナウイルス感染症対策
アドバイザーボード

資料1

＜感染状況や医療提供体制の状況等＞

- ・新規患者数は、4月上旬以降緩やかな増加傾向となっており、5類移行後も11週連続で増加が継続し、直近では全国の定点当たり報告数が15人を超えた。（全国の7/24～7/30の定点当たり15.91人、前週比1.14）
- ・地域別の新規患者数は、42都府県で前週より増加傾向にある。沖縄県では7月上旬以降、減少傾向がみられる。（沖縄県の7/24～7/30の定点当たり17.59人、前週比0.78）
- ・全国の年代別新規患者数は、10歳代を除きすべての年代で前週より増加傾向にある。
- ・変異株の発生動向について、XBB系統の割合が大部分を占めており、XBB.1.9系統は横ばい、XBB.1.16系統及びXBB.2.3系統は増加傾向、XBB.1.5系統は減少傾向となっている。
- ・新規入院者数や重症者数は、いずれも増加傾向だが、特に7月中旬以降、重症者数が増加している（直近のデータほど過小評価となっている点に留意が必要）。
- ・医療提供体制の状況について、全国的な逼迫はみられないが、在院者数は増加傾向にある。沖縄県では、在院者数は減少傾向にある。
- ・救急医療について、救急搬送困難事案数はコロナ疑い、非コロナ疑いともに増加が継続している傾向にある。
- ・夜間滞留人口について、5類移行後において、全国的に大きな増加はみられていない。

11月6日時点

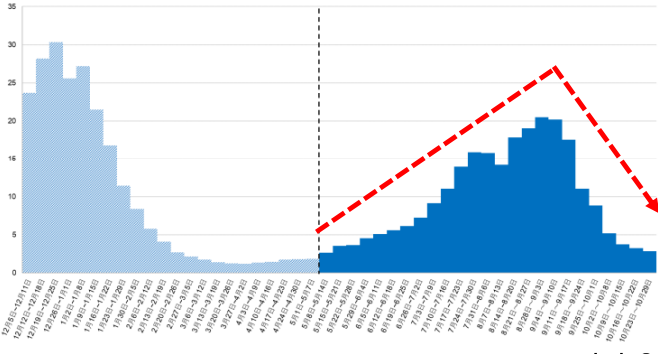
厚生労働省定点報告より <https://www.mhlw.go.jp/content/001163905.pdf>

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）定点当たり報告数推移

第39週	第40週	第41週	第42週	第43週
9/25-10/1	10/2-10/8	10/9-10/15	10/16-10/22	10/23-10/29
8.83	5.20	3.76	3.25	2.86

- 厚生労働省の定点報告によると、**第35週（8/28-9/3）**に、1医療機関当たり20・50人を超えた。前週比は1.07倍で、3週連続の増加となった。
- 報告感染者数10万人超、**1医療機関当たり20人超は**いずれも、**法的な位置付けが5月8日に「5類」**になって以降初めて。
- **直近第43週（10/23-10/29）の定点は2.86**となっている。

新型コロナウイルス感染症定点当たり報告数（全国）推移



116

（参考）10月29日時点（11月6日厚生労働省発表）定点報告 全国データ

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）定点当たり報告数・都道府県別

2023年第43週（10月23日～10月29日）

区分			新型コロナウイルス感染症 (COVID-19)		区分			新型コロナウイルス感染症 (COVID-19)	
			報告数	定点当たり				報告数	定点当たり
北海道			1,599	7.08	三重県			119	1.68
青森県			143	2.38	滋賀県			126	2.10
岩手県			243	3.86	京都府			283	2.25
宮城県			279	3.07	大阪府			555	1.82
秋田県			163	3.13	兵庫県			478	2.40
山形県			103	2.40	奈良県			140	2.55
福島県			341	4.16	和歌山県			119	2.43
茨城県			345	2.88	鳥取県			99	3.41
栃木県			234	3.08	島根県			59	1.55
群馬県			351	4.03	岡山県			209	2.49
埼玉県			727	2.79	広島県			321	2.84
千葉県			478	2.35	山口県			239	3.57
東京都			764	1.84	徳島県			123	3.32
神奈川県			604	1.67	香川県			132	2.81
新潟県			231	2.69	愛媛県			262	4.30
富山県			166	3.46	高知県			116	2.64
石川県			210	4.38	福岡県			367	1.85
福井県			82	2.10	佐賀県			127	3.26
山梨県			187	4.56	長崎県			139	1.99
長野県			562	6.39	熊本県			260	3.25
岐阜県			318	3.66	大分県			111	1.91
静岡県			379	2.73	宮崎県			175	3.02
愛知県			735	3.77	鹿児島県			185	2.10
					沖縄県			137	2.54
					総数			14,125	2.86

新規入院患者数

期間	9月25日～ 10月1日	10月2日～ 10月8日	10月9日～10 月15日	10月16日～ 10月22日	10月23日～ 10月29日
入院患者数※1	2,104	1,526	1,271	1,145	1,074

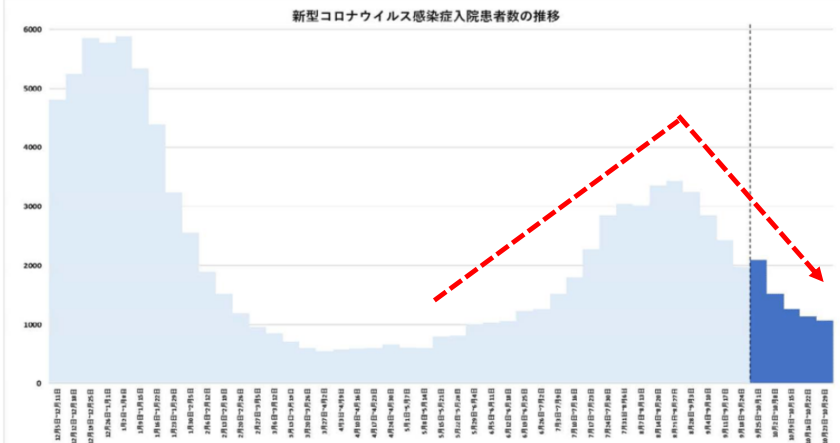
重症者数

期間	9月25日～ 10月1日	10月2日～ 10月8日	10月9日～10 月15日	10月16日～ 10月22日	10月23日～ 10月29日
ICU入室	87	68	68	41	40
人口呼吸器の利用	38	20	20	15	15

※厚労省作成資料

※1 基幹定点医療機関（全国約500カ所）からの新型コロナウイルス感染症（COVID-19）による入院患者の届出数

新規入院患者数等



※厚労省作成資料

※9月24日以前の数値は、G-MISデータに基づく定点医療機関における新規入院患者数（参考値）である。
※G-MISに入力されたデータのうち、令和5年9月25日時点で各自治体が指定した基幹定点のリストに基づき抽出したデータを集計したものであるが、定点は、地域の実情に応じて、変更される可能性がある。

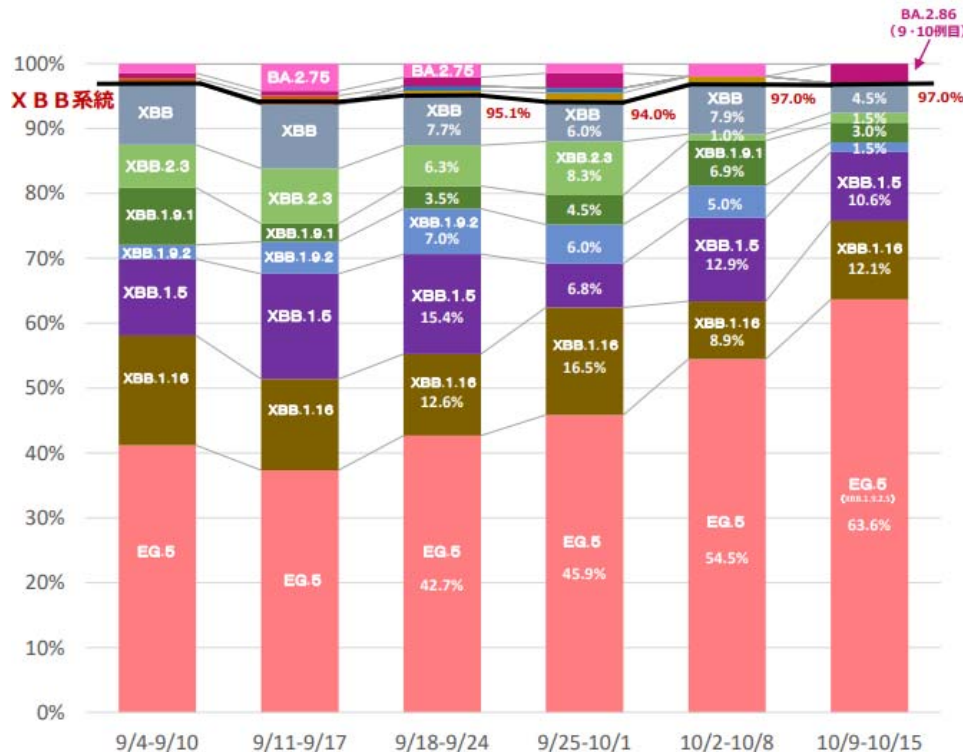
今夏にコロナの流行拡大（入院・重症化数の増加）の状況が見られ、現在は減少傾向

（参考）インフルエンザ：2023年第43週の定点当たり報告数は19.68と増加傾向

感染症研究所 インフルエンザ流行レベルマップより https://kansen-levelmap.mhlw.go.jp/Hasseidoko/Levelmap/flu/new_jmap.html

118

東京都内の変異株発生状況について（ゲノム解析結果の推移〔週別〕（令和5年11月2日）より）



https://www.nokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/kansen/corona_portal/nenikabu/screening.ntm

より「都内の変異株発生状況について」ゲノム解析結果の推移〔週別〕の直近該当週データを活用

◆東京都のデータによると

- ①EG.5・・・63.6%
- ②XBB.1.16・・・12.1%
- ③XBB 1.5・・・10.6%

となっている。

◆EG.5系統はXBB.1.9.2系統の亜系統

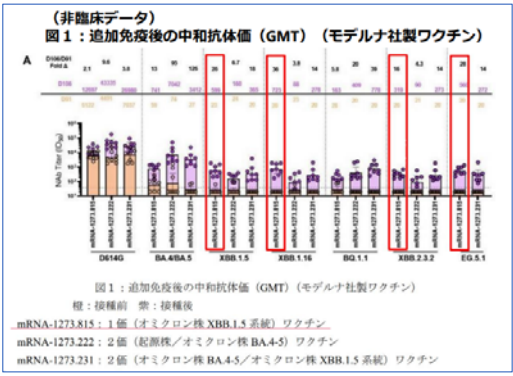
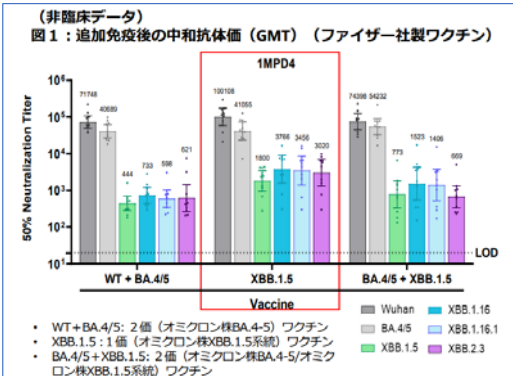
◆WHO(8/30)によると、世界的にはXBB系統の亜系統が大半を占め、VOI（注目すべき変異株）であるEG.5系統（23.8%）、XBB.1.16系統（23.9%）が主流。

◆BA.2.86系統（ピロラ）が、2023年7月にイスラエルとデンマークから報告され、日本国内では9月7日に東京都でBA2.86.1系統が1件初めて確認された。

119

コロナワクチンの令和5年度秋接種について

- 9月20日より令和5年秋開始接種がスタート。
- 重症化予防を目的として、65歳以上の高齢者等の重症のリスクが高い者を接種の対象とし、その他の者についても接種機会を確保する。（生後6か月以上の希望する全ての方が接種可能）
- 用いるワクチン：オミクロンXBB.1.5対応1価ワクチンを基本とする。
- 公的関与：初回及び追加接種いずれも、65歳以上の高齢者等の重症化リスクが高い者にのみ適用する。
- 当ワクチンを投与したマウスでは、オミクロン株XBB系統（XBB.1.5、XBB.1.16XBB.1.16.1、XBB.2.3）に対して中和抗体の誘導が認められた。
- P M D A及び厚生労働省は、薬事・食品衛生審議会提出資料において、ファイザー社、モデルナ社の1価（オミクロン株XBB.1.5系統）ワクチンを、2価ワクチンと同様に初回・追加接種として承認して差し支えないと判断した。



120

「新型コロナウイルス感染症による他疾患を含めた医療・医学に与えた影響の
 解明に向けた研究」：目的・対象・方法

研究目的

COVID-19感染者の罹患後症状の疫学状況
 （年代（成人、小児）、性別、流行株別、COVID-19ワクチン接種歴）等
 について非感染者と比較した実態調査を行なう

対象

	八尾市		品川区	札幌市	
	成人	小児	成人	成人	小児
感染者群	2021年3月～2022年4月に感染しHER-SYS登録された18～79歳 13,361人	2021年3月～2022年4月に感染しHER-SYS登録された5～17歳 4,089人	2022年7～8月に感染しHER-SYS登録された20～69歳 25,911人	2020年1月～2021年2月に感染し、2021年度調査に回答した20～64歳 4,261人	2020年1月～2022年9月に感染した5～17歳 59,273人
非感染者群	感染者と性・年齢・小学校区をマッチさせた非感染者 13,324人	感染者と性・年齢・小学校区をマッチさせた非感染者 4,078人	感染者と性・年齢をマッチさせた非感染者 25,911人	札幌市の人口と性・年齢をマッチさせた非感染者 3,708人	感染者と性・年齢をマッチさせた非感染者 41,504人

方法

- ・ 自記式アンケート（オンライン回答および質問紙回答）。小児は保護者が回答。
- ・ 本研究における罹患後症状の定義は「感染者において、感染から3か月経過した時点で、少なくとも2か月以上持続していた症状」とした。調査項目はInternational Severe Acute Respiratory and emerging Infection Consortium（ISARIC）のfollow-up protocolの項目を採用。
- ・ ワクチン接種情報は、VRSより取得。

121

主な結果①（詳細は参考資料参照）

罹患後症状の割合

- 今回の研究で、何らかの罹患後症状を有したと回答した割合※は成人の方が小児より2～4倍高かった。

※感染者において、感染から3か月経過した時点で、少なくとも2か月以上持続した症状があったと回答した割合（WHO「post COVID-19 condition」）

非感染者との比較

- 感染者が罹患後症状を有した割合は、非感染者が何らかの症状を有した割合より2～3倍高かった。

感染時期(流行期)による比較

- 罹患後症状を有した割合は、アルファ株・デルタ株流行期に比べ、オミクロン株流行期で低かった。

・成人：オミクロン株流行期(第6～7波)：11.7%～17.0%、アルファ・デルタ株流行期(第4～5波)：25.0%～28.5%

・小児：オミクロン株流行期(第6～7波)：5.8～7.3%、アルファ・デルタ株流行期(第4～5波)：6.5～13.7%

感染前のCOVID-19ワクチン接種歴による比較

- 罹患後症状を有した割合は、未接種者と比べ、成人・小児とも感染前のワクチン接種者で低かった。

※研究の留意事項：

- ・一般的に回答率は症状のある人の方が高くなるという傾向がある（回答バイアス）ことから、罹患後症状を有した者の割合の解釈には留意が必要である。
- ・回答者の年齢や性別のばらつきがあり、結果に影響した可能性がある。
- ・感染者、非感染者ともに想起バイアスの影響は否定できない。
- ・本研究の罹患後症状は自覚症状に基づいてのみ評価し、医学的に診断されたものではないためCOVID-19以外の疾患に伴う症状が含まれている可能性がある。
- ・ワクチンと罹患後症状の関係について検討することを目的とした研究ではないため、最終のワクチン接種からの経過時間や、ワクチン接種者と非接種者の受療行動の違い等のワクチン接種に関する因子は調整されていない。

（出所）第56回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会予防接種基本方針部会・第79回厚生科学審議会感染症部会（令和5年9月15日）資料2「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の罹患後症状について」5頁

122

ポストコロナ医療体制充実宣言

厳しい医療機関の経営状況が続いていた中で新型コロナウイルスの感染拡大が起こり、医療従事者はこの3年間、新型コロナウイルスに対応してきた。

この間、国民のご理解・ご協力も大きく、我が国における死亡者数は相対的に低く抑えられてきた。

一方で、著しい感染者の増加により、感染流行初期等において医療の逼迫を招いたことから、医療提供体制において新興感染症への平時からの備えが必要であることが明らかとなった。

加えて、平時から感染症有事を通じて、切れ目なくより質の高い医療を提供する観点から、医療におけるデジタル・トランスフォーメーション(医療DX)が必要であることが明らかになった。

新型コロナウイルスの感染は継続している状況ではあるが、次の感染症拡大への備えを厚生労働省、医療界とともに先手先手で実施するため、下記についての取組を集中的に進めることを共同で宣言する。

＜新興感染症対応＞

新興感染症の発生に備え、いわゆるサージキャパシティの確保に向けて、現在、改正感染症法に基づき、新型コロナウイルス対応の最大規模の体制を目指して、医療機関等と都道府県が協定締結の協議を行っている。新型コロナ対応を行った病院及び診療所は、協議の結果を踏まえ、病床確保や発熱外来を行う協定締結医療機関となり、新興感染症対応に参画する。

今後、厚生労働省は「デフレ完全脱却のための総合経済対策(令和5年11月2日閣議決定)」等を通じた医療機関への支援策を確実に講じ、医療機関等は、個室病床、ゾーニング可能な病棟、簡易陰圧装置等の整備や個人防護具等の備蓄、検査機能の維持や感染症対応人材の確保に取り組む。

こうした取組により、具体的には、令和6年4月までに策定される都道府県の予防計画・医療計画において、感染症の流行初期(発生公表から3か月程度)の体制として、全国で1.9万床の確保病床、1500機関の発熱外来等を確保し、それ以降の体制として、全国で5.1万床の確保病床、4.2万機関の発熱外来等を確保する。協定締結作業は令和6年9月を目途に完了する。

＜医療DXの推進＞

新型コロナ対応の教訓も踏まえ、全国の医療機関・薬局・訪問看護ステーションで国民一人一人の診療情報等を全国的な規模で共有可能とする全国医療情報プラットフォームを構築するとともに、マイナ保険証の利用を促進することで、感染症危機も含めて、全国1つどの医療機関等にかかっても、切れ目なくより質の高い医療を提供することを可能とする。

今後、「デフレ完全脱却のための総合経済対策(令和5年11月2日閣議決定)」等の内容も踏まえつつ、電子カルテ情報共有サービス(仮称)の構築、電子処方箋の活用・普及の推進、医療機関におけるサイバーセキュリティの確保に取り組む。

こうした取組により、具体的には、電子カルテについて、医療機関間等での情報共有に必要な標準化への対応を順次進める。厚生労働省は、FHIR規格への対応について支援を行うとともに、クラウドベースの標準型電子カルテの整備を行っている。

電子処方箋等について、厚生労働省において、各施設の円滑な導入に向けた環境整備を行うとともに、医療機関・薬局において、できる限り速やかに導入するよう取り組む。公的病院においては、可能な限り令和6年度の診療報酬改定に合わせて導入するよう厚生労働大臣より要請する。

サイバーセキュリティについて、厚生労働省が必要な支援を行いながら、医療機関等において、外部ネットワークとの接続の安全性検証やオフライン・バックアップの構築等を順次進める。看護業務について、医療DXの推進等により、効率化を図る。

令和5年11月6日



以上

厚生労働大臣 武見 敬三
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 高橋 英登
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 高橋 弘枝
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 学

ポストコロナ医療体制充実宣言

厳しい医療機関の経営状況が続いていた中で新型コロナウイルスの感染拡大が起こり、医療従事者はこの3年間、新型コロナウイルスに対応してきた。

この間、国民のご理解・ご協力も大きく、我が国における死亡者数は相対的に低く抑えられてきた。

一方で、著しい感染者の増加により、感染流行初期等において医療の逼迫を招いたことから、医療提供体制において新興感染症への平時からの備えが必要であることが明らかとなった。

加えて、平時から感染症有事を通じて、切れ目なくより質の高い医療を提供する観点から、医療におけるデジタル・トランスフォーメーション(医療DX)が必要であることが明らかになった。

新型コロナウイルスの感染は継続している状況ではあるが、次の感染症拡大への備えを厚生労働省、医療界とともに先手先手で実施するため、下記についての取組を集中的に進めることを共同で宣言する。

（新興感染症対応）
新興感染症の発生に備え、いわゆるサージキャパシティの確保に向けて、現在、改正感染症法に基づき、新型コロナウイルス対応の最大規模の体制を目指して、医療機関等と都道府県が協定締結の協議を行っている。新型コロナ対応を行った病院及び診療所は、協議の結果を踏まえ、病床確保や発熱外来を行う協定締結医療機関となり、新興感染症対応に参画する。

（出所）厚生労働省「ポストコロナ医療体制充実宣言」（令和5年11月6日）

123

4. 地域における面としてのかかりつけ医機能

124

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

125

かかりつけ医機能に関する議論の流れ



126

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。

127

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。

130

*日本医師会 定例記者会見「全世代社会保障法案の閣議決定を受けて」(令和5年2月15日) <https://www.med.or.jp/nichiionline/article/011041.html>

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

日医生涯教育認定証の取得。

応用研修

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。

規定の座学研修を10単位以上取得

実地研修

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。

規定の活動を2つ以上実施(10単位以上取得)

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)。

131

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)
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1期 合計:29,712名

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)
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2期 合計:22,228名

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

132

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)	1993 (H05)	厚生省 かかりつけ医推進モデル事業 実施
	村瀬敏郎・日医会長(当時) かかりつけ医構想を提唱		
	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
植松 治雄 ~2006 (H18)		2004 (H16)	新医師臨床研修制度 開始

133

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Ⅲ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Ⅳ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」 2007 (H19) 厚生労働省 医療施設体系のあり方に関する検討会 「これまでの議論を踏まえた整理」	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) 「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

134

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。

かかりつけ医機能が発揮される制度整備の施行に向けた検討を行う枠組み

国民・患者に対するかかりつけ医機能をはじめとする医療情報の提供等に関する検討会（新設）【いわゆる親検討会】

阿部 一彦	日本障害フォーラム（JDF）代表	河本 滋史	健康保険組合連合会専務理事（敬称略。五十音順）
家保 英隆	全国衛生部長会会長／高知県健康政策部長	城守 国斗	公益社団法人日本医師会常任理事
磯部 哲	慶應義塾大学大学院法務研究科教授	小森 直之	一般社団法人日本医療法人協会副会長
猪熊 律子	読売新聞東京本社編集委員	鈴鹿 麻菜	日本労働組合総連合会生活福祉局部長
大橋 博樹	日本プライマリ・ケア連合学会副理事長／医療法人社団家族の森多摩ファミリークリニック院長	寺島 多美子	公益社団法人日本歯科医師会常務理事
大道 道大	一般社団法人日本病院会副会長	土居 文朗	慶應義塾大学経済学部教授
尾形 裕也	九州大学名誉教授	永井 良三	自治医科大学学長
織田 正道	公益社団法人全日本病院協会副会長	福長 恵子	認定NPO法人消費者機構日本理事
香取 照幸	一般社団法人未来研究所龍代表理事／兵庫県立大学大学院特任教授	森 隆夫	公益社団法人日本精神科病院協会副会長
		山口 育子	認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長
		吉川 久美子	公益社団法人日本看護協会常任理事

かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会（新設）

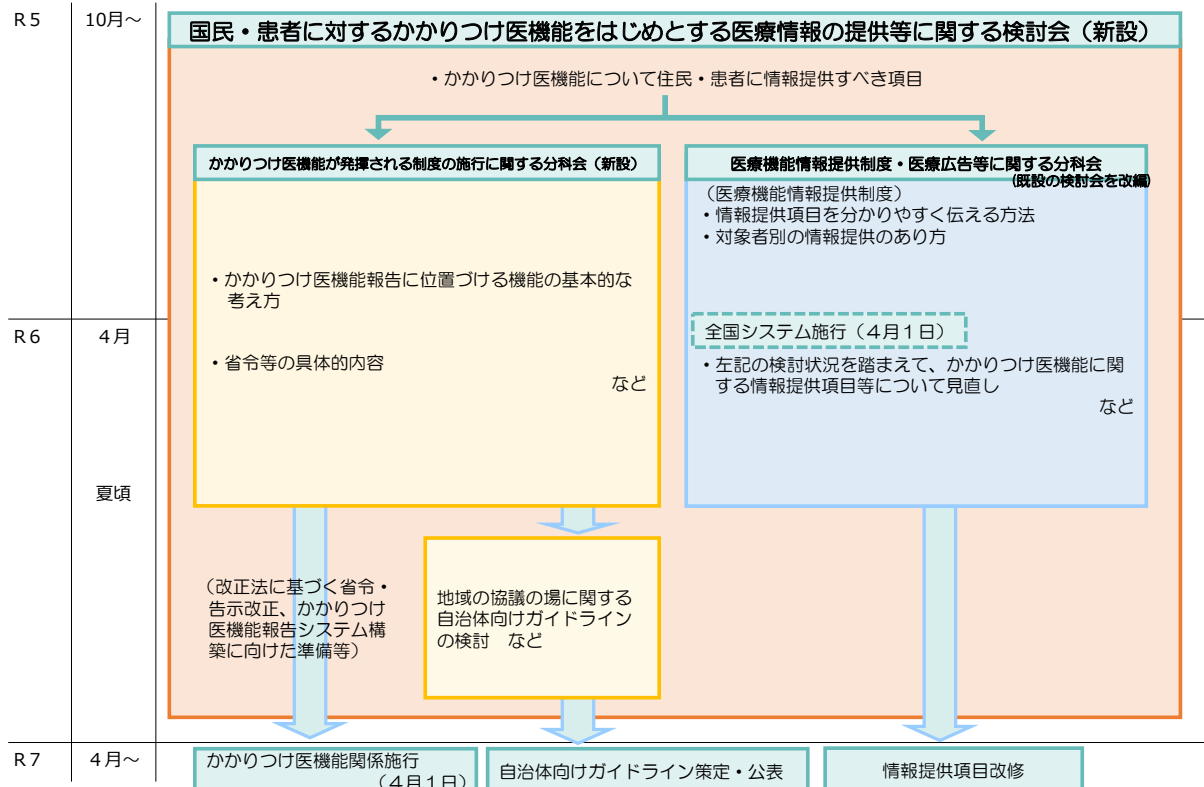
阿部 一彦	日本障害フォーラム（JDF）代表
家保 英隆	全国衛生部長会会長／高知県健康政策部長
石田 光広	稲城市副市長
猪熊 律子	読売新聞東京本社編集委員
今村 知明	奈良県立医科大学教授
大橋 博樹	日本プライマリ・ケア連合学会副理事長／医療法人社団家族の森多摩ファミリークリニック院長
尾形 裕也	九州大学名誉教授
織田 正道	公益社団法人全日本病院協会副会長
香取 照幸	一般社団法人未来研究所龍代表理事／兵庫県立大学大学院特任教授
釜泡 敏	日本医師会生涯教育・専門医の仕組み運営委員会センター長
河本 滋史	健康保険組合連合会専務理事
城守 国斗	公益社団法人日本医師会常任理事
土居 文朗	慶應義塾大学経済学部教授
永井 良三	自治医科大学学長
長谷川 仁志	秋田大学大学院医学系研究科医学教育学講座教授
服部 美加	新潟県在宅医療推進センター基幹センター コーディネーター
山口 育子	認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長
吉川 久美子	公益社団法人日本看護協会常任理事

医療機能情報提供制度・医療広告等に関する分科会（既設の検討会を改編）

磯部 哲	慶應義塾大学大学院法務研究科教授
大道 道大	一般社団法人日本病院会副会長
尾形 裕也	九州大学名誉教授
木川 和広	アンダーソン・毛利・友常法律事務所 弁護士
桐野 高明	東京大学名誉教授
黒瀬 巖	公益社団法人日本医師会常任理事
幸野 庄司	健康保険組合連合会参与
小森 直之	一般社団法人日本医療法人協会副会長
鈴鹿 麻菜	日本労働組合総連合会生活福祉局部長
寺島 多美子	公益社団法人日本歯科医師会常務理事
福長 恵子	認定NPO法人消費者機構日本理事
三浦 直美	フリージャーナリスト／医学ジャーナリスト協会幹事
森 隆夫	公益社団法人日本精神科病院協会副会長
谷田部 貴	栃木県保健福祉部医療政策課長
山口 育子	認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長

136

かかりつけ医機能が発揮される制度整備の施行に向けた検討スケジュール



137

現在動いている医療提供体制を破壊するのではなく整備させる

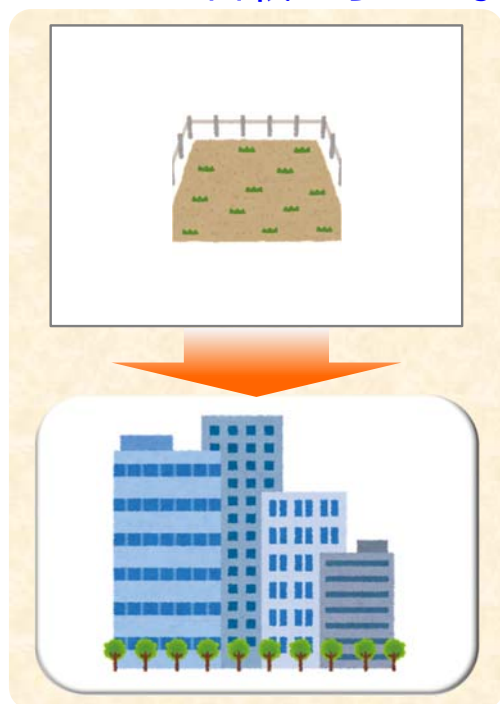
現在、外来を含めた医療の提供体制は現存していて、実際に動いているわけです。この動いている提供体制というものは、急に何か制度を変えて、動きを変えることができるかという、医療制度というのは可変するのは非常に難しく、さらには一度変わってしまいますと元に戻すのになかなか時間がかかるという特殊な制度になっています。ですので、現在動いている医療提供体制が破壊されるような制度設計ということになりますと、この検討は外来の医療提供体制をよりよくしていこうということが目的でありましょうから、そういう意味においては何をしているのかということにもなりかねないので、まずはそういう視点で検討をしていただきたい。

先ほど全体的な絵をしっかりと描くということの御発言もありました。確かにそれは重要なのですが、先ほども申しましたように、**白地に絵を描くのではなくて、実際に描かれた絵をいかに機動的に、より効果的にきれいな絵に仕上げていくのか**という作業が現実的には必要になりますから、そういう視点をまずしっかりと持って議論していただきたい。

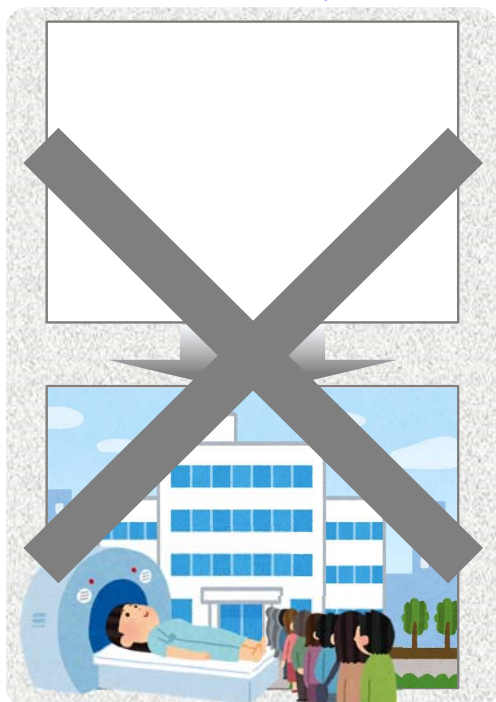
第1回国民・患者に対するかかりつけ医機能をはじめとする医療情報の提供等に関する検討会（10月13日開催）における日本医師会の発言

138

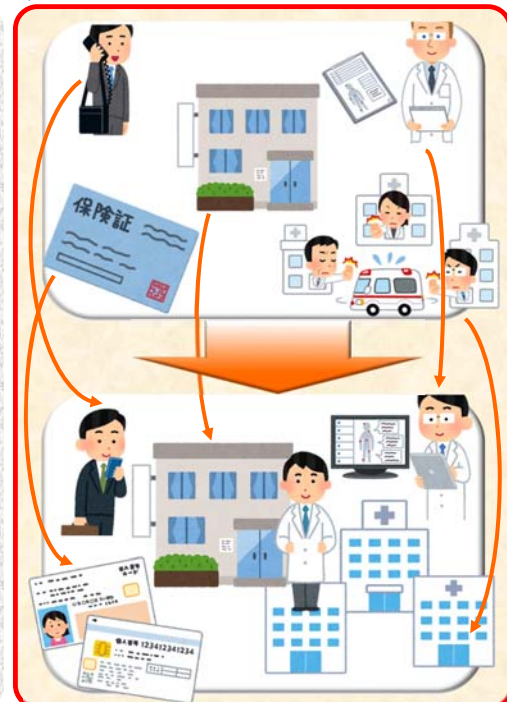
白紙からではなく既にある現状を変える・発展させるイメージ



例えばビルを建てる場合、何もない更地の状態からでも建築することが可能



国民、患者さんの日常の中に既に医療があり、白紙のキャンバスに、理想の絵を描いても、うまくいかない



社会保障である医療は、国民、患者さんの現状を踏まえて、時代に即してよりよいものに変えていく

139

不足する医療の提供体制を改善していくツール

そのときにポイントになるのは、現存している医療資源を最大限生かしていくという姿勢であろうと思います。その中で、特に人口の動態というものを踏まえ、高齢者の医療をしっかりと確保できることが必要になります。そうしますと、先にも申しましたように、多くの医療機関が積極的に参画できる体制整備がなされなければ、これはうまく機能しないであろうと思います。

これから議論されるかかりつけ医機能報告の内容はそちらの分科会でしっかりと議論していただくこととなりますが、この報告をより多くの医療機関がすることによって、現在の外来医療の提供体制がどうなっているのかが見える化されてきます。見える化されるとともに、どこが弱点になっているのかということも明確になってきます。ですから、これは非常にいいツールになるということになりますので、そういう意味では、**不足する医療の提供体制を改善していくツール**にもなります。結果的には、それをするによって、その地域においてのかかりつけ医機能がより発揮される制度整備になるという、国の方針にも合致する形になると思います。

第1回国民・患者に対するかかりつけ医機能をはじめとする医療情報の提供等に関する検討会（10月13日開催）における日本医師会の発言

140

多くの医療機関が積極的に参加できるような報告制度

基本的に制度を議論して、これから構築していくことになろうと思いますが、あまり厳格な制度設計にして、厳しい基準等の要件を課すということになると、この制度は患者さん、そして医療機関の手挙げが基本になるはずですので、医療機関、特に実際に現在かかりつけ医機能を担っている医療機関が手挙げできなくなる形になるような制度設計は逆効果になります。

一体何のためにこの制度をつくっているのかということになりますから、**多くの医療機関が積極的に参加できるような報告制度になる**ほうがよいのではないかなと思いますので、そういう視点を持ってしっかりと議論していただければなと思っております。

第1回国民・患者に対するかかりつけ医機能をはじめとする医療情報の提供等に関する検討会（10月13日開催）における日本医師会の発言

141

5. 医薬品の安定供給

142

骨太の方針2023 医薬品の安定供給確保(抜粋)

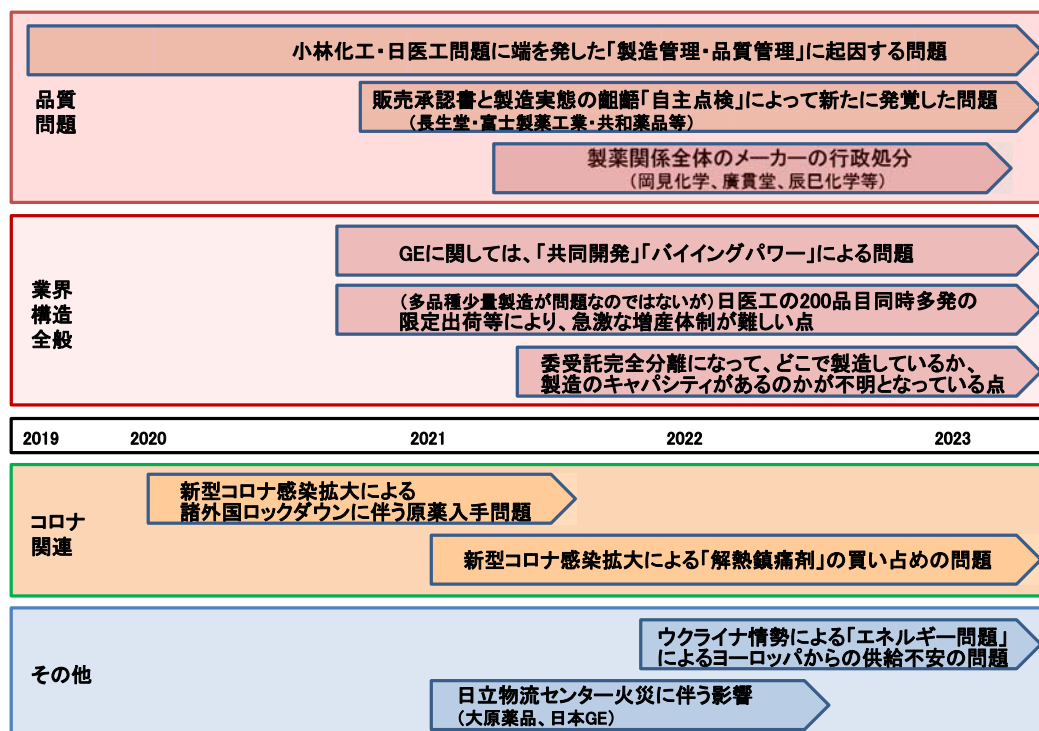
「経済財政運営と改革の基本方針2023」(令和5年6月16日閣議決定)

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。

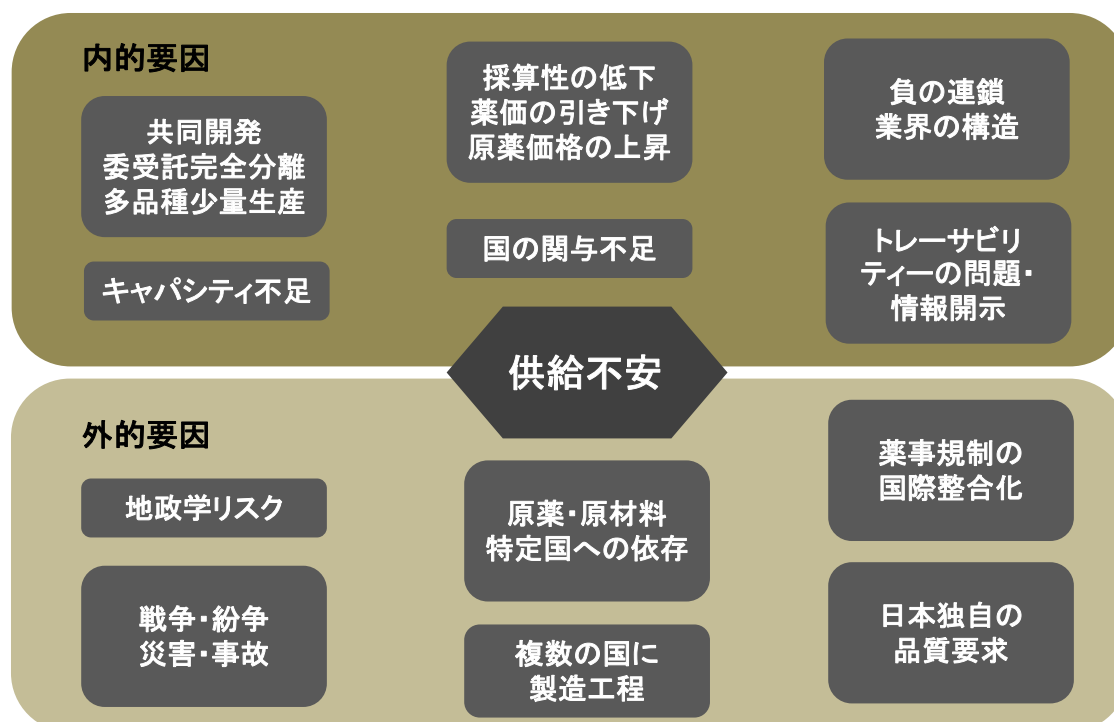
「供給不安」の事象の変遷



（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

144

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

145

○ 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								
自社事情	665	4.4%	58	1.2%	578	6.2%	29	2.7%
他社品の影響	2,261	15.0%	159	3.4%	2,058	22.1%	44	4.2%
その他	209	1.4%	31	0.7%	175	1.9%	3	0.3%
小計	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	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
	23.4%		64.1%		12.5%		100.0%
後発品	578	86.9%	2,058	91.0%	175	83.7%	2,811
	20.6%		73.2%		6.2%		100.0%
その他の医薬品	29	4.4%	44	2.0%	3	1.5%	76
	38.2%		57.9%		3.9%		100.0%
合計	665	100.0%	2,261	100.0%	209	100.0%	3,135
	21.2%		72.1%		6.7%		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に関する関係者会議（令和4年3月17日）資料を基にレイアウトを編集

146

医療用医薬品不足の現状と問題点について～緊急アンケート集計結果（速報）～

宮川政昭常任理事は、10月6日に記者会見を行い、日本医師会が緊急で行った「医薬品供給不足 緊急アンケート」結果（速報）の概要、並びに、日本製薬団体連合会が行っている「医薬品供給状況にかかる調査」結果との比較分析の説明を行った。医薬品製造企業と実際の医療現場で実態が異なる部分があるとして、その改善を求めるとともに、長期にわたる医薬品不足問題がなかなか解決されないことに懸念を示し、「真摯に向き合って問題点を明らかにし、国だけではなく、医療関係業界も一緒になって対策を考えていかなければならない」と強調した。

（中略）

最後に、宮川常任理事は、「薬の適正使用や生産体制の確保の検討は今後非常に重要な課題となる」とした上で、「平時だけではなく、感染症まん延時や災害などの有事の際にも、状況に合わせた供給体制や生産体制を確立しておくべき」とした他、「供給不足は後発医薬品だけの問題ではない」として、国や産業界等が一丸となって考えていくことを要請。一方、坂巻教授は「供給不足はさまざまな要因が絡んで起きていることの認識」とともに、「問題に対して適切で迅速な政策対応を行うこと」が必要とした他、医薬品の出荷の状況に関しては、「企業の出荷情報だけではなく、医療現場の供給情報についても定期的に調査する必要がある」とした。



【院内処方】入手困難な医薬品名一覧(2096品目の上位30品目抜粋)

内注外区分	医薬品名	件数	薬効分類名
1 内用薬	メジコン錠 15 mg	600	鎮咳剤
2 注射薬	トルリシチ皮下注 0.75 mg アテオス	241	その他のホルモン剤（抗ホルモン剤を含む。）
3 内用薬	オーグメンチン配合錠 250 RS	223	主としてグラム陽性・陰性菌に作用するもの
4 内用薬	P.L. 配合顆粒	215	総合感冒剤
5 内用薬	フスコデ配合錠	205	鎮咳剤
6 内用薬	アストミン錠 10 mg	199	鎮咳剤
7 内用薬	アスベリン錠 20	190	鎮咳去たん剤
8 内用薬	ムコダイン錠 250 mg	184	去たん剤
9 内用薬	カロナール錠 200	157	解熱鎮痛消炎剤
10 内用薬	トランサミン錠 250 mg	157	止血剤
11 内用薬	カロナール細粒 20%	151	解熱鎮痛消炎剤
12 内用薬	ムコダイン錠 500 mg	151	去たん剤
13 内用薬	フスタゾール糖衣錠 10 mg	131	鎮咳剤
14 内用薬	アダラートCR錠 20 mg	128	血管拡張剤
15 内用薬	ブスコパン錠 10 mg	109	鎮けい剤
16 内用薬	アスベリン錠 10	106	鎮咳去たん剤
17 内用薬	セレスタミン配合錠	102	副腎ホルモン剤
18 内用薬	カフコデN配合錠	98	鎮咳剤
19 内用薬	クエン酸第一鉄Na錠 50 mg「サワイ」	92	無機質製剤
20 内用薬	シナール配合錠	91	混合ビタミン剤（ビタミンA・D混合製剤を除く。）
21 内用薬	ビーエイ配合錠	91	総合感冒剤
22 内用薬	カルボシステイン錠 250 mg「サワイ」	87	去たん剤
23 内用薬	カルボシステイン錠 500 mg「サワイ」	83	去たん剤
24 内用薬	S.G. 配合顆粒	81	解熱鎮痛消炎剤
25 内用薬	トリプタノール錠 10	81	精神神経用剤
26 内用薬	レスプレン錠 20 mg	77	鎮咳去たん剤
27 内用薬	アスベリン散 10%	74	鎮咳去たん剤
28 内用薬	フロモックス錠 100 mg	72	主としてグラム陽性・陰性菌に作用するもの
29 内用薬	ムコソルバン錠 15 mg	72	去たん剤
30 内用薬	カルボシステイン錠 250 mg「J.G」	71	去たん剤

(参考) 日本医師会記者会見「医療用医薬品不足の現状と問題点について～緊急アンケート集計結果(速報)～」(令和5年10月6日)
<<https://www.med.or.jp/nichiionline/article/011364.html>>

148

【院外処方】入手困難な医薬品名一覧(1489品目の上位30品目抜粋)

内注外区分	医薬品名	件数	薬効分類名
1 内用薬	メジコン錠 15 mg	1304	鎮咳剤
2 内用薬	アスベリン錠 20	687	鎮咳去たん剤
3 内用薬	フスコデ配合錠	531	鎮咳剤
4 注射薬	トルリシチ皮下注 0.75 mg アテオス	464	その他のホルモン剤（抗ホルモン剤を含む。）
5 内用薬	アストミン錠 10 mg	458	鎮咳剤
6 内用薬	ムコダイン錠 500 mg	399	去たん剤
7 内用薬	ムコダイン錠 250 mg	347	去たん剤
8 内用薬	アスベリン錠 10	290	鎮咳去たん剤
9 内用薬	トリプタノール錠 10	238	精神神経用剤
10 内用薬	フスタゾール糖衣錠 10 mg	214	鎮咳剤
11 内用薬	オーグメンチン配合錠 250 RS	208	主としてグラム陽性・陰性菌に作用するもの
12 内用薬	レスプレン錠 20 mg	201	鎮咳去たん剤
13 内用薬	P.L. 配合顆粒	193	総合感冒剤
14 内用薬	カロナール細粒 20%	189	解熱鎮痛消炎剤
15 内用薬	カフコデN配合錠	181	鎮咳剤
16 内用薬	クラバモックス小児用配合ドライシロップ	173	主としてグラム陽性・陰性菌に作用するもの
17 内用薬	レスプレン錠 30 mg	172	鎮咳去たん剤
18 内用薬	アスベリン散 10%	161	鎮咳去たん剤
19 内用薬	トランサミン錠 250 mg	160	止血剤
20 内用薬	ワイドシリン細粒 20%	140	主としてグラム陽性・陰性菌に作用するもの
21 内用薬	カロナール錠 200	132	解熱鎮痛消炎剤
22 内用薬	ビーエイ配合錠	131	総合感冒剤
23 内用薬	カルボシステイン錠 500 mg「サワイ」	115	去たん剤
24 内用薬	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）	115	漢方製剤
25 内用薬	フロモックス錠 100 mg	115	主としてグラム陽性・陰性菌に作用するもの
26 注射薬	オゼンピック皮下注 2 mg	111	その他のホルモン剤（抗ホルモン剤を含む。）
27 内用薬	メイアクトMS錠 100 mg	110	主としてグラム陽性・陰性菌に作用するもの
28 内用薬	メイアクトMS小児用細粒 10%	109	主としてグラム陽性・陰性菌に作用するもの
29 内用薬	ツムラ葛根湯エキス顆粒（医療用）	104	漢方製剤
30 外用薬	ホクナリンテープ 1 mg	103	気管支拡張剤

(参考) 日本医師会記者会見「医療用医薬品不足の現状と問題点について～緊急アンケート集計結果(速報)～」(令和5年10月6日)
<<https://www.med.or.jp/nichiionline/article/011364.html>>

149

医療用医薬品不足の問題点のまとめ①

医薬品入手の「常識が揺らいだ」

- 医薬品はいつでも手に入り、安く買えて当たり前という常識が揺らいだ。
- 国際情勢次第では、原料・原薬の供給も危うくなる。
- 医薬品の不正製造から供給問題を起こした後発医薬品業界には、政府として看過せず、再編やビジネスモデルの変革を促すような政策提案を国がまとめていかなければならない。
- 今の医薬品企業には自助努力で改革する余力がない。
- 急に変革を求めたら、企業がつぶれ、医薬品供給がさらに深刻化する恐れがあると躊躇してはいけない。

(出所) 日本医師会記者会見「医療用医薬品不足の現状と問題点について～緊急アンケート集計結果(速報)～」(令和5年10月6日)39頁
<https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20231006_1.pdf>

150

医療用医薬品不足の問題点のまとめ②

産業構造上の課題

- 後発医薬品の産業構造上の課題である。
- 先発からの置き換え率が80%に達し、これまでのような市場拡大を見込めない中で、後発医薬品の安定供給や品質を確保する観点から、今後の産業のあるべき姿を政府が示すべきである。
- 共同開発で後発医薬品市場に参入しやすくなり、製造を委託し、販売だけ行う企業が増えたことで、少量多品種生産と過当競争の状態が生じ不安定な産業構造になった。
- 品質や安定供給の確保が可能な企業が、より評価される仕組みも検討すべきである。
- 品質や安定供給の確保が可能な企業だけが参入できる仕組みにし、再編統合の促進策も検討すべきである。

(出所) 日本医師会記者会見「医療用医薬品不足の現状と問題点について～緊急アンケート集計結果(速報)～」(令和5年10月6日)40頁
<https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20231006_1.pdf>

151

医療用医薬品不足の問題点のまとめ③

バイイングパワー

- 医薬品の価値やコストを度外視した薬価引き下げが繰り返される問題は注視しなければならない。
- 大型チェーン薬局や価格交渉代行業者が、薬局の利益を追求するビジネスモデルは従来とは異なる「新たな薬価差問題」として問題は大きい。
- 価格交渉代行業者が過剰な値下げを求め、成功報酬として公的財源が使われることについて是正を図るべきであろう。

(出所) 日本医師会記者会見「医療用医薬品不足の現状と問題点について～緊急アンケート集計結果(速報)～」(令和5年10月6日)41頁
<https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20231006_1.pdf>

152

骨太の方針2023 長期収載品等の自己負担の在り方の見直し(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)

創薬力強化に向けて、革新的な医薬品、医療機器、再生医療等製品の開発強化、研究開発型のビジネスモデルへの転換促進等を行うため、保険収載時を始めとするイノベーションの適切な評価などの更なる薬価上の措置、全ゲノム解析等に係る計画²⁵⁸の推進を通じた情報基盤²⁵⁹の整備や患者への還元等の解析結果の利活用に係る体制整備、大学発を含むスタートアップへの伴走支援、臨床開発・薬事規制調和に向けたアジア拠点の強化、国際共同治験に参加するための日本人データの要否の整理、小児用・希少疾病用等の未承認薬の解消に向けた薬事上の措置と承認審査体制の強化等を推進する。これらにより、ドラッグラグ・ドラッグロスの問題に対応する。さらに、新規モダリティへの投資や国際展開を推進するため、政府全体の司令塔機能の下で、総合的な戦略を作成する。医療保険財政の中で、こうしたイノベーションを推進するため²⁶⁰、**長期収載品²⁶¹等の自己負担の在り方の見直し、検討を進める。**

258 「全ゲノム解析等実行計画2022」(令和4年9月30日厚生労働省)。

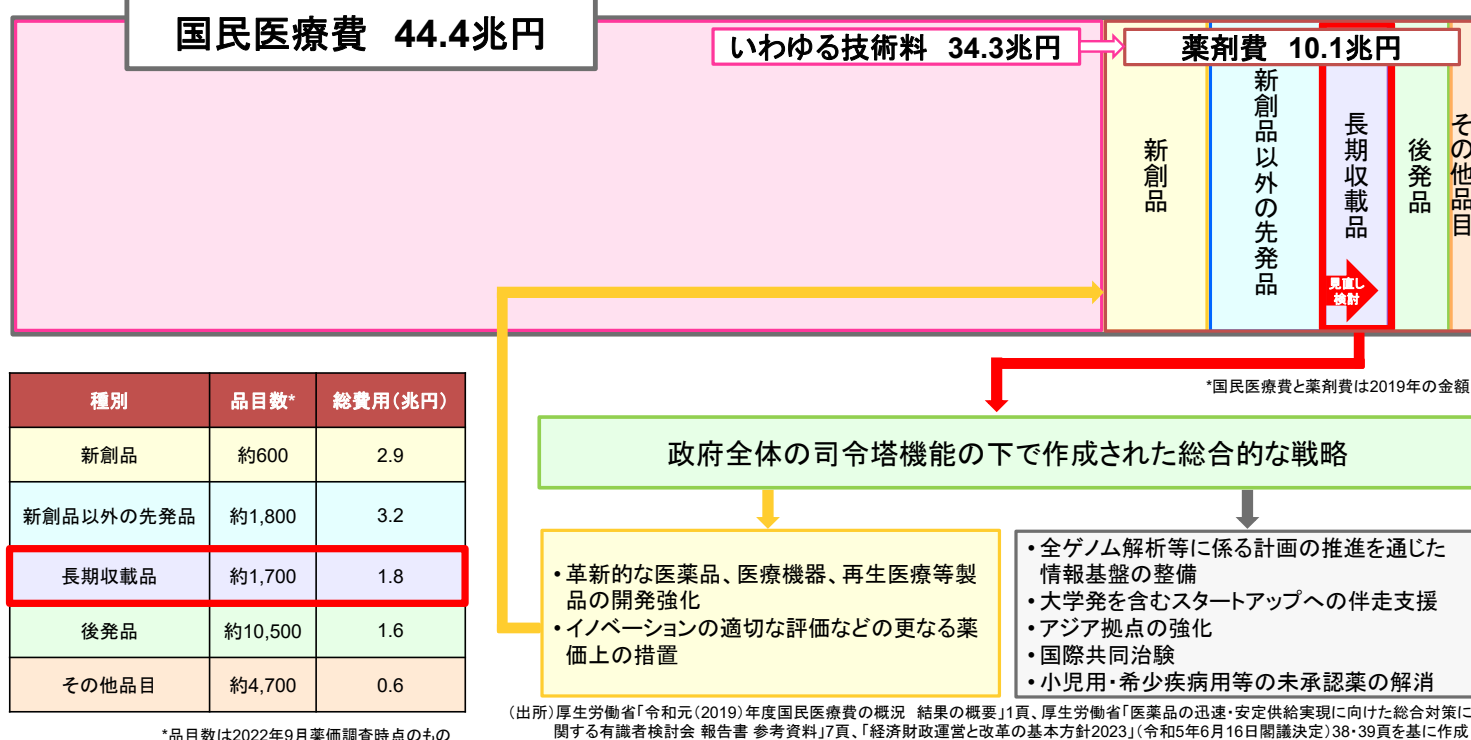
259 マルチオミックス(網羅的な生体分子についての情報)解析の結果と臨床情報を含む。

260 GDPに占める日本の医薬品等の支出は他の先進国よりも高い一方、世界の医療用医薬品の販売額における日本国内の販売額のシェアは低下しており、こうした状況の中で国民負担の軽減とイノベーションの推進を両立する観点から、中長期的な薬剤費の在り方の議論も含めて、取組を進める必要がある。

261 後発医薬品への置換えは数量ベースで約8割に達しようとしているが、金額ベースでは約4割と諸外国と比較しても低い水準。

153

長期収載品の自己負担の在り方の見直し、検討



154

(参考) 前回提示した資料 (一部改)

薬剤自己負担の見直しに関しては、これまでの議論等を踏まえると、例えば、以下のような項目が考えられる。

	①薬剤定額一部負担	②薬剤の種類に応じた自己負担の設定	③市販品類似の医薬品の保険給付の在り方の見直し	④長期収載品の保険給付の在り方の見直し
考え方	- 外来診療や薬剤支給時に、薬局窓口等において、薬剤に関し定額負担を求める 【参考】 - 平成9年～平成15年にかけて薬剤一部負担制度があったが、廃止。	- 有効性等などの医療上の利益に基づき薬剤を分類、各カテゴリ別に自己負担割合を設定 【参考】 - フランスの例では、医療上の重要性に応じて35%～100%（代替性のない医薬品は0%）と設定	OTC医薬品に類似品がある医療用医薬品について、保険給付範囲からの除外や償還率の変更、定額負担の導入など、保険給付の在り方を見直す	長期収載品について様々な使用実態に応じた評価を行う観点や後発品との薬価差分を踏まえつつ、保険給付の在り方を見直す ※抗てんかん薬等での薬剤変更リスクを踏まえた処方、薬剤工夫による付加価値等への選好等
課題	- 低額の医薬品ほど相対的に負担が重くなる点 - 平成14年健保法等改正法の附則における7割給付の維持との関係	- 疾病等による区分を設けることの是非 - 医療上の重要性等の分類の技術的可能性、薬剤の分類方法 - 平成14年健保法等改正法の附則における7割給付の維持との関係	- 医療上の必要性に応じて適切な医薬品を選択できるよう担保する必要性 - 市販薬の有無で取扱いを変え、同一の成分であっても期待する効能・効果や使用目的、患者の重篤性が異なる場合がある	- 医療上の必要性に応じて適切な医薬品を選択できるよう担保する必要性 - いわゆる参照価格制との関係

(参考) このほか、長期収載品に係る薬価上の措置に関しては、これまで、平成30年度薬価改定等、後発品への置換え率や後発品上市後の時期に応じた措置を講ずるなど、随時見直しを行っている。

(出所)厚生労働省 社会保障審議会医療保険部会(令和5年11月9日開催)資料2「経済財政運営と改革の基本方針2023」等関連事項について」3頁に一部加筆

3 155

検討の方向性

- 我が国の創薬力強化に向けて、イノベーションを推進するとともに、ドラッグ・ラグ/ドラッグ・ロスの解消を実現していくために、薬価上の措置を講じつつ、研究開発型ビジネスモデルへの転換を促進することが必要ではないか。
- また、後発医薬品に関しては、安定供給を前提としつつ、更なる利用を推進していくことが必要となる。特に、後発医薬品への置換率が概ね80%程度（数量ベース）となるなど、相当程度、定着してきており、患者にとっての選択可能性は広がっている。一方、金額ベースでは5割程度（※）にとどまっており、従来とは異なるアプローチで更なる後発医薬品への置換を進めていく必要があるのではないかと。
- こうした政策的な要素を考慮した上で、前回の議論における各委員意見を踏まえると、④長期収載品の保険給付の在り方の見直しを中心として検討を進めることとしてはどうか。

（※）薬価調査（令和3年度）の結果をもとに計算したもので、後発医薬品の売上げ÷（後発医薬品の売上+後発医薬品のある先発品の売上）＝約50%。
なお、国際比較可能な形で推計すると約4割と諸外国と比較しても低い水準。

（出所）厚生労働省 社会保障審議会医療保険部会（令和5年11月9日開催）資料2「『経済財政運営と改革の基本方針2023』等関連事項について」4頁に一部加筆

4 156

6. 医療界におけるDX

157

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。

158

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。

159

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
○資格確認書の活用 ・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 ○発行済みの保険証の経過措置 ・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 ○ご自身で選べる仕組み ・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	○新規データ取得時 ・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) ○登録済みデータの総点検 ・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 ○タイムラグ対策 ・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)	○医療機関のトラブルへの対応 ・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 ○被保険者番号等のお知らせ ・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 ○高齢者施設等での取扱いの整理 ・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) ○修学旅行時の資格確認 ・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 ○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

*「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

160

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
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 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 ③個別データ総点検の実施方法等 ・誤った紐付けの修正 ・情報漏洩の有無に関する調査 ④総点検実施機関への支援 ⑤マイナポータルを活用した確認の推進 ・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	①マイナンバー登録事務に関する横断的ルール策定 ・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 ②マイナンバーの照会方法の改善 ・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 ③マイナンバー登録事務のデジタル化 ・マイナンバーカードからマイナンバーを取得し、人手を介さずに登録を行うことが出来る仕組み作りの実施と普及	①健康保険証との一体化への移行のあり方 ・資格確認書の交付と利用方法 ②マイナンバーカード取得の円滑化 ・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) ③マイナ保険証の利用の促進 ・マイナ保険証を実際に使ってもらうための広報・促進策 ④マイナ保険証のデジタル環境の整備 ・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 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 ・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 ・多重重複投薬・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

161

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

○原則、本人の申請に基づき交付
※現在は、加入者全員に保険証を交付

○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

○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**
⇒**加入者全員にマイナ保険証又は資格確認書**を交付

○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

○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

有効期間等

○1年間を上限

- ・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)

○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
⇒**5年以内**で保険者が設定(更新あり)

○様式も、現行の実務・システムを活用
⇒ サイズ：カード型(はがき型を含む)
材質：紙、プラスチック

「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

162

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

163

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、相談窓口に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

164

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の説明し、**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

(参考) 都道府県別の状況一覧 (9月17日時点)

令和5年9月29日 厚生労働省
第168回社会保険審議会医療保険部会
資料1「オンライン資格確認等について」48頁

○ 厚生労働省ホームページ (https://www.mhlw.go.jp/stf/index_16743.html) で公表。毎週更新

都道府県	総合				総合				総合				総合				総合																		
	施設数	病床数	診療科目数	医師数	施設数	病床数	診療科目数	医師数	施設数	病床数	診療科目数	医師数	施設数	病床数	診療科目数	医師数	施設数	病床数	診療科目数	医師数															
北海道	538	532	98.9	528	96.1	511	95.6	2,748	2,553	92.9	2,470	89.9	2,314	84.2	2,814	2,613	90.9	2,539	88.3	2,448	85.2	2,272	2,192	96.5	2,195	96.6	8,433	7,890	93.6	7,732	91.7	7,450	88.3		
青森	92	90	97.8	88	95.7	88	95.7	657	624	95.0	617	93.9	592	90.1	524	86.8	445	85.7	615	601	97.7	603	98.0	598	97.2	1,888	1,778	94.2	1,757	93.1	1,727	91.5			
岩手	92	90	97.8	88	95.7	88	95.7	657	624	95.0	617	93.9	592	90.1	524	86.8	445	85.7	615	601	97.7	603	98.0	598	97.2	1,888	1,778	94.2	1,757	93.1	1,727	91.5			
宮城	135	132	98.5	129	95.5	127	94.0	1,411	1,326	94.0	1,301	92.2	1,233	87.4	1,082	99.9	92.3	569	80.2	598	89.2	465	80.2	1,183	1,133	95.8	1,117	94.4	3,811	3,591	94.2	3,535	92.6	3,414	89.6
秋田	64	64	100.0	64	100.0	64	100.0	605	549	90.7	542	89.6	513	84.8	440	398	90.5	369	88.4	378	88.4	522	509	97.5	509	97.5	508	96.9	1,631	1,520	93.2	1,504	92.2	1,462	89.6
山形	67	67	100.0	66	98.5	67	100.0	708	673	95.1	658	92.9	648	90.7	483	447	92.5	437	90.5	426	88.2	597	580	97.2	581	97.2	576	96.5	1,855	1,761	95.0	1,743	94.0	1,710	92.2
福島	126	122	96.3	121	94.5	121	94.5	1,045	1,004	96.1	980	94.5	938	85.7	877	80.3	89.2	764	87.1	694	86.2	96	96	100.0	96	100.0	3,082	2,982	97.4	2,938	96.6	2,898	89.6		
茨城	173	171	98.8	167	96.5	164	94.8	1,64	1,436	1,307	91.0	1,265	88.1	1,193	83.0	1,444	1,293	89.5	1,241	85.9	1,165	80.7	1,336	1,257	94.1	1,261	94.4	4,389	4,028	91.8	3,934	89.6	3,767	85.8	
新潟	108	108	100.0	106	98.1	103	95.4	1,187	1,108	93.3	1,081	91.1	1,013	85.2	966	881	89.4	862	87.4	818	83.0	930	874	94.0	875	94.1	858	92.0	3,211	2,971	92.5	2,924	91.1	2,790	86.9
群馬	126	126	98.4	124	96.9	124	96.9	1,21	1,045	1,004	96.1	980	94.5	938	85.7	877	80.3	89.2	764	87.1	694	86.2	96	96	100.0	96	100.0	3,082	2,982	97.4	2,938	96.6	2,898	89.6	
埼玉	342	336	98.2	329	96.2	322	94.7	2,99	2,797	6,453	5,883	91.2	5,732	88.6	5,233	81.1	5,083	4,486	88.3	4,309	84.8	3,901	76.7	4,109	3,935	95.8	3,953	96.2	3,863	94.0	15,985	14,636	91.6	14,316	89.6
東京	637	623	97.8	601	94.3	555	87.1	12,793	11,383	89.0	10,835	84.7	9,711	75.9	10,782	9,253	85.7	8,736	80.9	7,829	72.5	6,835	6,596	95.1	6,650	95.9	6,477	93.4	31,157	27,855	89.4	26,822	86.1	24,572	78.9
神奈川	340	332	97.6	322	94.7	299	67.9	6,453	5,883	91.2	5,732	88.6	5,233	81.1	5,083	4,486	88.3	4,309	84.8	3,901	76.7	4,109	3,935	95.8	3,953	96.2	3,863	94.0	15,985	14,636	91.6	14,316	89.6		
新潟	118	118	99.9	116	98.3	118	99.9	1,187	1,108	93.3	1,081	91.1	1,013	85.2	966	881	89.4	862	87.4	818	83.0	930	874	94.0	875	94.1	858	92.0	3,211	2,971	92.5	2,924	91.1	2,790	86.9
富山	106	105	99.1	102	96.2	99	93.4	616	574	93.2	561	91.1	541	87.6	463	424	91.2	415	80.2	497	482	96.8	488	94.4	484	93.6	1,699	1,595	93.9	1,566	92.2	1,531	90.1		
石川	89	88	98.9	86	96.6	86	96.6	716	680	95.0	666	93.0	641	89.5	496	446	89.9	437	87.4	421	84.9	560	538	96.1	535	95.5	528	93.9	1,861	1,752	94.1	1,723	92.6	1,674	90.0
福井	67	67	100.0	66	98.5	447	426	95.3	415	92.9	408	91.3	308	297	96.4	287	93.3	281	91.2	318	302	95.0	297	93.4	290	91.2	1,140	1,092	95.8	1,066	93.5	1,045	91.7		
山梨	64	64	100.0	64	100.0	58	98.3	57	95.0	546	532	94.0	520	91.9	495	487	98.4	482	89.7	574	574	100.0	574	100.0	574	100.0	1,535	1,442	93.9	1,400	91.2	1,335	87.9		
長野	123	122	99.2	120	97.6	118	95.9	1,300	1,212	93.2	1,191	91.6	1,138	87.1	1,049	94.0	860	85.8	944	80.6	1,002	974	97.2	964	96.2	952	95.0	3,474	3,288	94.7	3,176	91.4	3,053	87.9	
岐阜	96	95	98.9	95	99.0	93	96.9	1,330	1,246	93.7	1,210	91.0	1,150	88.5	991	905	91.3	874	88.2	846	85.4	1,040	988	95.0	979	94.1	3,157	2,855	89.4	26,822	86.1	24,572	78.9		
静岡	170	167	98.2	165	97.1	161	94.7	2,296	2,172	94.6	2,100	91.0	2,015	87.6	1,791	1,635	92.3	1,552	87.2	1,461	82.4	1,879	1,803	96.0	1,825	97.1	1,806	96.1	5,452	5,044	92.5	4,843	89.4	4,642	86.9
愛知	316	312	98.1	308	97.5	308	97.5	4,844	4,559	94.1	4,461	92.1	4,258	87.9	3,898	3,482	89.4	3,108	85.6	3,135	82.4	3,576	3,434	95.7	3,443	96.2	3,403	95.1	12,546	11,778	93.9	11,570	92.2	11,104	88.9
三重	93	92	98.8	91	97.8	1,254	1,165	92.9	1,138	90.9	1,089	86.5	832	752	90.4	718	86.3	673	80.9	862	832	96.5	823	95.5	818	94.7	3,043	2,841	93.4	2,772	91.1	2,665	87.9		
滋賀	58	58	100.0	58	100.0	54	93.1	929	861	92.7	844	90.9	591	545	92.2	528	89.3	500	84.6	657	629	95.7	634	96.5	626	95.3	2,230	2,093	93.8	2,064	92.3	1,964	87.9		
京都	164	163	97.6	158	96.3	155	94.2	2,251	1,988	88.1	1,928	85.4	1,764	78.2	1,329	1,211	91.1	1,172	88.2	1,112	83.7	1,154	1,068	92.5	1,077	93.3	4,904	4,427	90.3	4,335	88.4	4,083	83.5		
大阪	505	502	99.4	492	97.4	467	92.8	6,165	5,733	93.0	5,292	88.3	4,793	43.1	5,944	4,985	88.2	4,748	94.4	4,392	78.5	4,526	4,214	94.4	4,299	95.0	4,298	92.6	16,710	15,244	91.8	16,832	89.4	15,976	84.9
兵庫	344	343	99.7	338	98.3	335	95.7	4,703	4,335	92.2	4,195	89.2	3,943	83.0	4,024	3,721	90.1	3,617	86.5	2,443	80.8	2,814	2,622	93.2	2,646	94.0	2,615	92.9	10,008	9,031	90.2	8,796	90.0	8,331	85.7
奈良	76	75	98.7	74	97.4	72	94.4	1,069	991	92.7	971	90.9	898	80.6	705	631	89.5	599	85.0	561	79.6	562	530	94.3	524	93.2	2,519	2,227	88.3	2,168	89.9	2,071	85.9		
和歌山	83	83	100.0	83	100.0	81	97.6	900	830	92.6	811	90.1	767	85.2	542	469	86.5	456	84.1	439	79.3	468	455	97.2	455	97.2	451	96.4	1,913	1,831	92.3	1,792	91.1	1,729	86.9
鳥取	43	43	100.0	42	97.7	41	95.3	408	383	93.6	376	91.7	348	84.4	272	245	90.1	241	86.9	237	87.1	276	260	94.2	271	98.2	257	97.1	1,000	931	93.1	928	92.6	885	88.9
徳島	46	45	97.8	44	95.7	43	97.8	403	382	94.7	371	85.2	430	377	89.4	352	82.4	335	80.9	335	330	98.5	331	98.5	330	98.5	1,206	1,120	92.9	1,090	90.4	1,045	86.9		
高松	159	157	98.7	154	96.9	147	92.5	1,292	1,218	94.3	1,172	90.7	1,104	85.6	1,050	923	87.9	892	85.0	858	81.5	821	774	94.3	792	96.5	3,222	3,072	95.7	3,010	90.6	2,895	87.1		
広島	231	230	99.6	229	99.1	222	96.1	2,215	2,044	92.4	1,990	89.9	1,895	85.6	1,565	1,406	89.8	1,369	87.5	1,304	83.3	1,559	1,458	93.5	1,454	93.4	4,435	4,020	90.3	4,335	88.4	4,083	83.5		
山口	136	136	100.0	136	97.9	132	96.3	998	932	93.3	900	90.1	869	86.1	676	603	89.2	572	84.6	553	81.9	756	738	97.6	732	96.8	2,570	2,412	93.9	2,344	91.2	2,278	86.9		
香川	105	104	99.0	103	98.1	101	96.2	582	529	90.9	515	85.5	488	83.4	457	394	90.2	378	86.5	351	80.3	388	369	94.9	364	94.3	598	527	88.3	500	90.1	473	86.2		
愛媛	87	86	98.9	84	96.6	83	95.4	688	651	94.5	637	92.5	584	84.8	501	460	91.4	447	88.2	440	87.8	528	511	96.8	510	96.6	507	96.6	1,805	1,708	94.6	1,678	93.0	1,614	89.4
高松	135	134	99.3	133	98.5	132	97.8	1,004	904	90.0	865	86.2	794	79.1	686	634	92.4	611	89.1	592	86.2	620	585	94.4	592	95.5	587	94.7	2,445	2,257	92.3	2,201	90.0	2	
徳島																																			

7. 医師の働き方改革

168

はじめに

医師の働き方改革は、
医師が、一般の労働者より長時間の労働が認められる代わりに、
様々な健康確保措置が図られることで成り立ちます

面接指導

連続勤務
時間制限

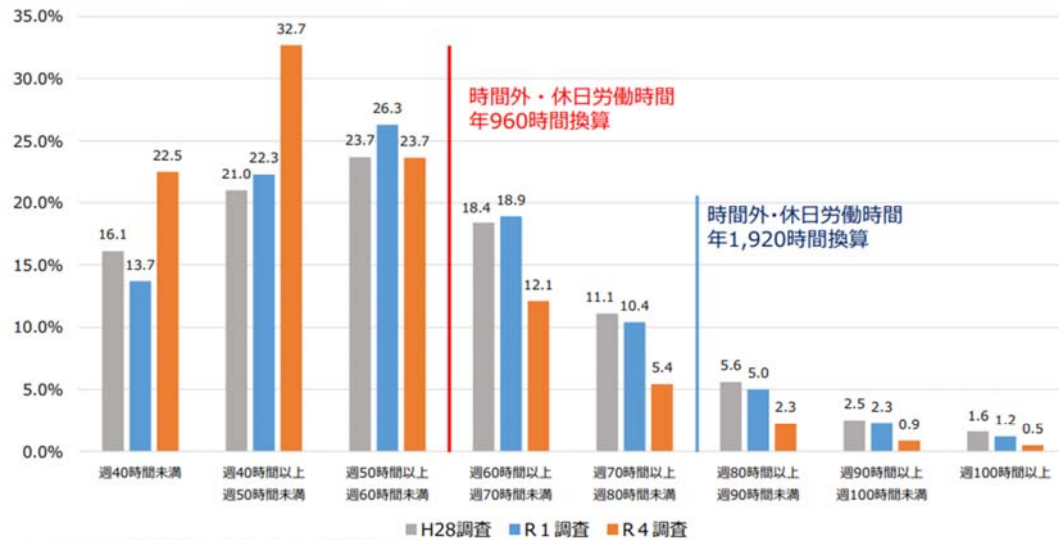
勤務間
インターバル

169

週労働時間区分と割合＜病院・常勤勤務医＞

○ H28調査、R1調査、今回調査（R4調査）の病院・常勤勤務医の時間外・休日労働時間を週労働時間区分と割合で集計した。

□ 時間外・休日労働時間が年1,920時間換算を超える医師の割合は9.7%（H28調査）、8.5%（R1調査）、3.6%（R4調査）と減少していた。



■ H28調査 ■ R1調査 ■ R4調査

※ H28調査の分析対象者は常勤勤務医であり、勤務先を問わない。
 ※ 労働時間には、兼業先の労働時間を含み、指示無し時間を除外している。
 ※ R4調査では、宿日直の待機時間は勤務時間を含め、オンコールの待機時間は勤務時間から除外した（勤務時間＝診療時間＋診療外時間＋宿日直の待機時間）。
 ※ R1調査、R4調査では宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を労働時間から除外している。
 ※ R1調査ではさらに診療科別、性・年齢・勤務医療機関の構成が、「H30三師統計」の構成と同様になるように調整を行っている。
 ※ 週労働時間の区分割合は、小数点第2位で四捨五入している。
 ※ R4調査で時間外・休日労働時間1,920時間換算を超える医師の割合について、各労働時間区分の四捨五入後の数字を合計すると3.7%であるが、全体の数から集計し、四捨五入すると3.6%となる。

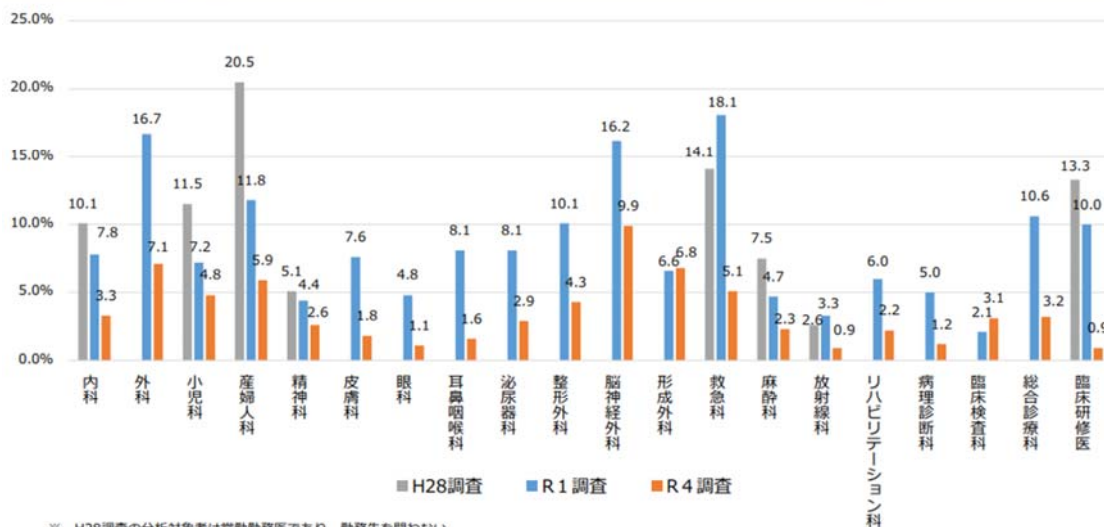
【第18回医師の働き方改革の推進に関する検討会 資料】

170

診療科別の時間外・休日労働時間が年1,860時間超の医師の割合

○ H28調査、R1調査、今回調査（R4調査）の病院・常勤勤務医の時間外・休日労働時間が年1,860時間換算を超える医師の割合を診療科別に集計した。

□ 時間外・休日労働時間が年1,860時間換算を超える医師の割合が高い診療科は脳神経外科（9.9%）、外科（7.1%）、形成外科（6.8%）、産婦人科（5.9%）、救急科（5.1%）であった。



■ H28調査 ■ R1調査 ■ R4調査

※ H28調査の分析対象者は常勤勤務医であり、勤務先を問わない。
 ※ H28調査の設問は、19診療科ではないため、比較可能な診療科がある。
 ※ 労働時間には、兼業先の労働時間を含み、指示無し時間を除外している。
 ※ R4調査では、宿日直の待機時間は勤務時間を含め、オンコールの待機時間は勤務時間から除外した（勤務時間＝診療時間＋診療外時間＋宿日直の待機時間）。
 ※ R1調査、R4調査では宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を労働時間から除外している。
 ※ R1調査ではさらに診療科別の性・年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。
 ※ 「時間外・休日労働時間が年1,860時間超」は週78時間45分勤務と換算した。

【第18回医師の働き方改革の推進に関する検討会 資料】

171

医師の健康支援に関する日本医師会の取り組み

日本医師会は、早い時期から医師の健康確保の必要性を発信しており、組織的な取組を医師の働き方改革の検討が始まる10年以上前から継続的に実施しています。

2008(H20)年度 [1年目]	勤務医の健康支援のための検討委員会※の設置	関係省庁への働きかけ
2009(H21)年度 [2年目]	第1回 勤務医1万人アンケート調査の実施 ⇒「勤務医の健康を守る病院7カ条」「医師が元気に働くための7カ条」	
2010(H22)年度 [3年目]	職場環境改善ワークショップをスタート(以後、全国展開)	
2011(H23)年度 [4年目]	「勤務医の労働時間ガイドラインのあり方について」作成	
2012(H24)年度 [5年目]	「勤務医の労務管理に関する分析・改善ツール」作成	
2013(H25)年度 [6年目]	「勤務医の労務管理に関する分析・改善ツール」の改訂	
2014(H26)年度 [7年目]	医療勤務環境改善支援センター主催による初めてのワークショップを開催(三重県)	改正医療法の成立
2015(H27)年度 [8年目]	・第2回の勤務医全国アンケートの実施 ・医療勤務環境改善支援センター業務のアンケート調査実施 ・「勤務医の健康支援のための15のアクション」を作成	

※勤務医の健康支援のための検討委員会

労基法に照らし合わせた働き方と現在の医療を支え患者を救っている働き方について、「現実的な擦り合わせ」を検討することで、医師の過重労働を防ぎ、医師の健康と患者の安全、病院組織の健全な運営につなげることを目的として設置

172



勤務医の健康を守る病院7カ条

- 1 医師の休息が、医師のためにも患者のためにも大事と考える病院**
必要な睡眠時間や少なくとも週1回の休日がとれる体制が必要です。
- 2 挨拶や「ありがとう」などと笑顔で声をかけあえる病院**
挨拶から始まる良好な人間関係こそが職場の財産です。
- 3 暴力や不当なクレームを予防したり、組織として対応する病院**
事例の多くは組織的対策により予防や早期解決が可能です。
- 4 医療過誤に組織として対応する病院**
医師個人の責任ではなく、組織としての対応が医師・患者に必要です。
- 5 診療に専念できるように配慮してくれる病院**
業務の効率化・補助者の導入などで負担が減ると、診療の効率もあがります。
- 6 子育て・介護をしながらの仕事を応援してくれる病院**
柔軟な勤務時間、妊娠・育児中の勤務軽減、代替医師の確保が望まれています。
- 7 より快適な職場になるような工夫してくれる病院**
清潔な仮眠室や休憩室、軽食がすぐに食べられると元気がわきます。

173

医師が元気に働くための 7カ条



医師が元気に働くための7カ条

1 睡眠時間を充分確保しよう

最低6時間の睡眠時間は質の高い医療の提供に欠かせません。患者さんのために睡眠不足は許されません。

2 週に1日は休日をとろう

リフレッシュすればまた元気に仕事ができます。休日をとるのも医師の仕事の一部と考えましょう。

3 頑張りすぎないようにしよう

慢性疲労は仕事の効率を下げ、モチベーションを失わせます。医療事故や突然死にもつながり危険なのでやめましょう。

4 「うつ」は他人事ではありません

「勤務医の12人に1人はうつ状態」。うつ状態には休養で治る場合と、治療が必要な場合があります。

5 体調が悪ければためらわず受診しよう

医師はとかく自分で診断して自分で治そうとするもの。しかし、時に判断を誤る場合があります。

6 ストレスを健康的に発散しよう

飲んだり食べたりストレス発散は不健康のもと。運動（有酸素運動や筋トレ）は健康的なストレス発散に最も有効です。週末は少し体を意識的に動かしてみましょう。

7 自分、そして家族やパートナーを大切にしよう

自分のいのち、そしてかけがえない家族を大切に。家族はいつもあなたのことを見守ってくれています。

日本医師会が考える医師の働き方改革の基本理念

日本医師会は、3つの重要な課題に取り組めます



7. 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】

176

各水準について

水準	長時間労働が必要な理由	年の上限時間
A水準	(臨時的に長時間労働が必要な場合の原則的な水準)	960時間
B水準	地域医療の確保のため	1,860時間
連携B水準	地域医療の確保のため、派遣先の労働時間を通算すると長時間労働となるため	1,860時間 (各院では960時間)
C-1水準	臨床研修・専攻医の研修のため	1,860時間
C-2水準	高度な技能の修得のため	1,860時間
(参考)一般則	—	360時間 (例外720時間)

177

7. 医師の働き方改革

(2) 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

178

A水準を含む全ての水準に求められる対応

- 1 医師の労働時間の把握
- 2 面接指導実施体制の整備

B・C水準にはさらに求められる対応

- 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

179

A水準を含む全ての水準に求められる対応

- 1 医師の労働時間の把握
- 2 面接指導実施体制の整備

B・C水準にはさらに求められる対応

- 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

180

医師の労働時間の把握

医師の健康確保は、**労働時間を適切に把握すること**から始まります

副業・兼業

宿日直
許可

自己研鑽

181

副業・兼業について

副業・兼業

副業・兼業を行う医師については、

「自院での労働時間」と医師からの自己申告等により把握した「副業・兼業先での労働時間」を通算する必要があります。

※ 前提として、自院における労働時間の管理がされている必要があります。

ポイント

副業・兼業先の勤務予定と労働時間の把握

仕組み作りが重要

182

宿日直許可について

医療法第16条の「宿直」（いわゆる「当直」）と労働基準法第41条の「宿直」は同じではありません

- ・ 労働基準法(労基法)上の「宿直」は、「宿日直許可」があれば労働時間に含めません
*許可がなければ実労働時間として算定します
- ・ 労基法の許可があれば、当直途中に緊急対応などをした場合、その時間だけが労働時間として算定されます
- ・ 労基法の許可を得ていても、緊急対応が恒常的であると、当直(宿日直)と認められず、取り消しも有り得ます

183

宿日直許可について

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 <u>労働時間から除外</u> する (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 <u>すべて時間外・休日労働時間として記載</u> する

ポイント

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

184

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

日本医師会では、講演会等において、自己研鑽の取扱いの整理の重要性を継続的に発信しています

185

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	- 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	- 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	- 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)
- 医療機関ごとに取扱いを明確化して書面等に示し、院内職員に周知する

186

いきサポ（厚生労働省ホームページ）

参考

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。

いきサポ

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。

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）

医療専門職支援人材の定着のための手引書

**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

187

A水準を含む全ての水準に求められる対応

1 医師の労働時間の把握

2 面接指導実施体制の整備

B・C水準にはさらに求められる対応

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

188

面接指導実施体制の整備について

※ 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

2024年4月以降

年1,860時間/月100時間未満(例外あり)
※いずれも休日労働含む

地域医療を守る
特例水準

臨床研修医
専攻医

高度技能
を有する
医師の養成

連携B

B

C-1

C-2

地域医療確保暫定
特例水準
(医療機関を指定)

集中的技能向上水準
(医療機関を指定)

年960時間/月100時間
未満(例外あり)
※いずれも休日労働含む

A

診療従事勤務医に
2024年以降適用
される水準

将来【2035年度末を目標】

連携B・B(暫定特例水準)の解消
【2035年度末を目標】

C-1、C-2水準の
上限時間も縮減方向

年960時間/月100時間
未満(例外あり)
※いずれも休日労働含む

A

連携B・B

C-1

C-2

追加的健康確保措置

☐ 月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置(水準による区別なし)
☐ 勤務間インターバル、連続勤務時間制限(A水準は努力義務・BC水準は義務)

面接指導実施体制については
水準による区別はありません

189

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	A水準の医師 100時間到達後でも可 (ただし、月の時間外・休日労働が80時間到達前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) 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 ◆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)	面接指導の実施が義務  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	面接指導実施医師

190

面接指導について

面接指導実施医師とは



面接指導実施医師

必要な講習を修了し、時間外休日労働時間が月100時間以上となることが見込まれる医師に対して面接を行う医師のことです。

目的

長時間労働となる医師一人ひとりの健康状態を確認し、必要に応じて就業上の措置を講ずることを目的としています。

191

面接指導について

面接指導実施医師の役割



- ① 面接に必要な客観的データをもとに、面接指導対象医師から長時間労働による健康に関する課題を聴取する
聴取内容：勤務の状況・睡眠の状況・疲労の蓄積の状況・その他
- ② 長時間労働によるバーンアウトを評価する
バーンアウトの三要素：情緒的消耗感・脱人格化・個人的達成感の低下
- ③ 面接指導対象医師へ、医学的知見を踏まえ、睡眠や休息等に関する助言や保健指導を行う
保健指導の例：一般的な健康管理・睡眠の量と質・ストレスコーピング
- ④ 就業上の措置の必要性を判断し、意見書を作成する
例：産業医と連携が必要、専門医との連携が必要、上司との連携が必要等

192

面接指導について

産業医



面接指導実施医師

- ◆ 産業医の資格を所有する医師も、面接指導実施医師となるには、講習会の受講が必要になります。

※講習会(講習動画)の視聴時間は約200分です。修了証の発行には、動画視聴に加えて確認テスト(20問)に全問正解する必要があります。

- ◆ 医師法に基づく医師免許を有する者であれば、本講習を受講し、修了証を取得することで面接指導実施医師になることができます。

※ただし、面接指導対象医師が勤務する病院又は診療所の管理者は、当該面接指導対象医師に面接指導を実施することはできません。

193

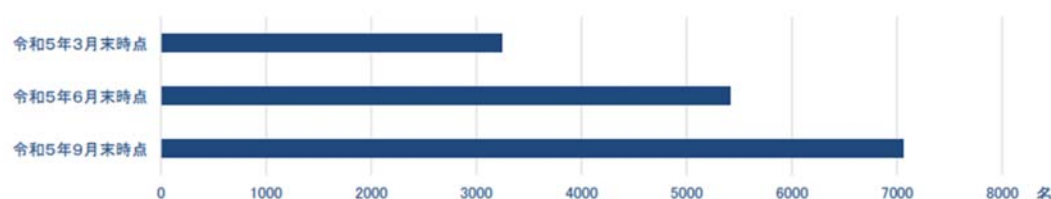
面接指導実施医師養成講習会

「長時間労働医師への面接指導実施医師養成講習会」のカリキュラム

- ① 総論・法制論 労働基準法・労働安全衛生法・医療法の概要、面接指導を行う上での留意点等
- ② 健康管理 長時間労働の医師の現状、過重労働が健康に与える影響、慢性睡眠不足の影響等
- ③ 追加的健康確保措置 追加的健康確保措置の概要、面接結果の実践的活用等
- ④ 面接指導の実際(ロールプレイ動画) 意見書作成と環境調整
- ⑤ 意見書作成の実際、職場環境調整への意見等

令和5年10月10日現在、7,117名の医師が修了

面接指導実施医師養成講習会修了者数



194

ロールプレイ研修

ロールプレイ研修

医師が、より効果的な面接指導の実施方法を習得するため、令和5年8月20日以降、面接指導実施医師養成講習会受講修了者のうち、希望者に対して、長時間労働医師に対する面接指導に関するロールプレイ研修を厚生労働省が実施主体となり、開催している。

研修資料

- ① 長時間労働の医師への健康確保措置に関するマニュアル
- ② 面接指導の進め方クイックガイド
- ③ ワークブック



195

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】

事業者
(医療機関の管理者)

※面接指導の結果の記録
の保存(5年)

【面接指導の結果についての意見聴取】
※面接指導後遅滞なく

<実施時期>

- ・ 1か月の時間外・休日労働が100時間に達するまでの間に実施(BC水準)
- ・ 疲労の蓄積が認められない場合は100時間以上となった後遅滞なくでも可(BC水準以外)

<確認事項>

- ① 勤務の状況(前月の休日・時間外労働時間(副業・兼業も自己申告により通算する))
- ② 睡眠の状況(直近2週間の1日平均睡眠時間(可能であればアクチグラフ等の客観的指標を用いる))
- ③ 疲労の蓄積の状況(「労働者の疲労蓄積度の自己診断チェックリスト」)
- ④ ②、③以外の心身の状況
- ⑤ 面接指導を受ける意思の有無

労働者
(面接指導対象医師)

1か月の時間外・休日労働
が100時間以上の見込み

※管理者が指定した
面接指導実施医師の
面接指導を希望しな
い場合は、他の面接
指導実施医師による
面接指導を受けて、
その結果を証明する
書面を管理者に提出
することも可。

【必要な情報の提供】

- ① 面接指導対象医師の氏名
- ② 上記<確認事項>の内容
- ③ その他必要な事項

※①、②は管理者の確認後速やかに
③は面接指導医師からの求め後速やかに

面接指導
実施医師

※勤務する医療機関の
管理者でないこと
※講習終了者
※産業医(講習終了者)が
担うことも可

【面接指導】

<確認事項>

- ① 勤務の状況
- ② 睡眠の状況
- ③ 疲労の蓄積の状況
- ④ ②、③以外の心身の状況
(うつ症状や心血管疾患のリスク等)

助言・指導

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意見に言う立場(労働安全衛生法の枠組み)

196

面接指導実施医師養成講習会 専用サイト「面接指導実施医師養成ナビ」
(厚生労働省ホームページ)

参 考

医師の働き方改革 面接指導実施医師養成ナビ

令和4年12月27日より受講受付開始



このウェブサイトは、令和6年4月より施行される、長時間労働
医師への面接指導実施医師が業務を行うために必要とされるオン
ライン講習(eラーニング)を提供しています。受講にはログイン
IDとパスワードの発行が必要です。医師法に基づく医師免許を
有する者であれば、受講することができ、また、受講に費用はか
かりません。

URL: <https://ishimensetsu.mhlw.go.jp/>

197

A水準を含む全ての水準に求められる対応

- 1 医師の労働時間の把握
- 2 面接指導実施体制の整備

B・C水準にはさらに求められる対応

- 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

198

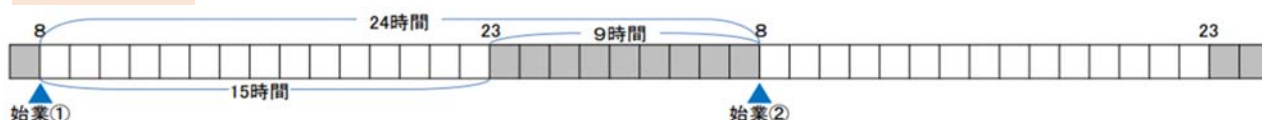
連続勤務時間制限・勤務間インターバル規制等の基本的な考え方 ①

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

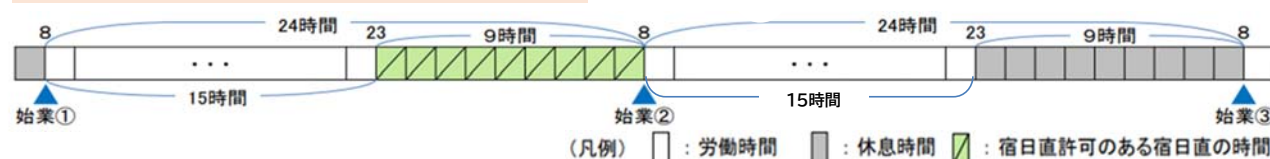
① 始業から24時間以内に9時間の連続した休息時間

15時間の連続勤務時間制限

通常の日勤



宿日直許可のある宿日直に従事する場合



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

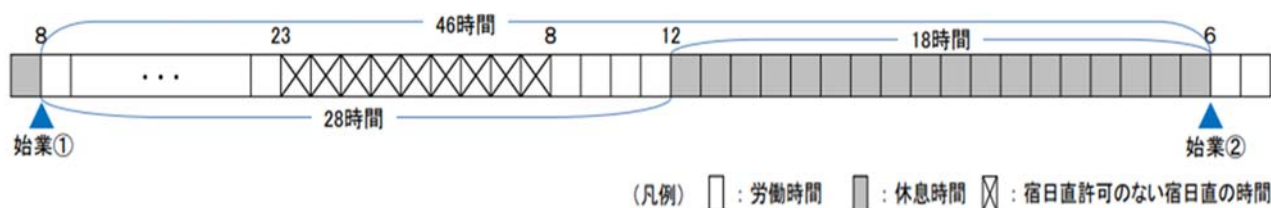
199

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 ②

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



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

200

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 ③

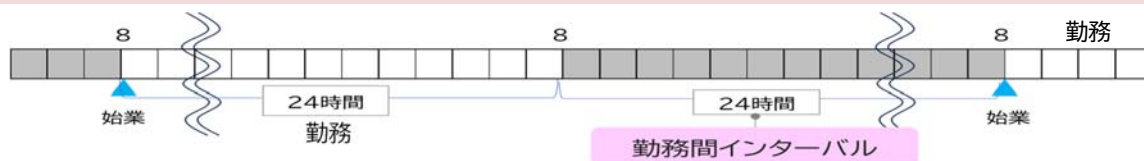
臨床研修医に対する連続勤務時間制限・勤務間インターバル規制等の適用について

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。
- ・ 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。



- ・ 24時間の連続勤務時間とする必要がある場合は、勤務間インターバルを24時間とする。



(凡例) □ : 労働時間 □ : 休息时间

201

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

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必要があります。

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。

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。

202

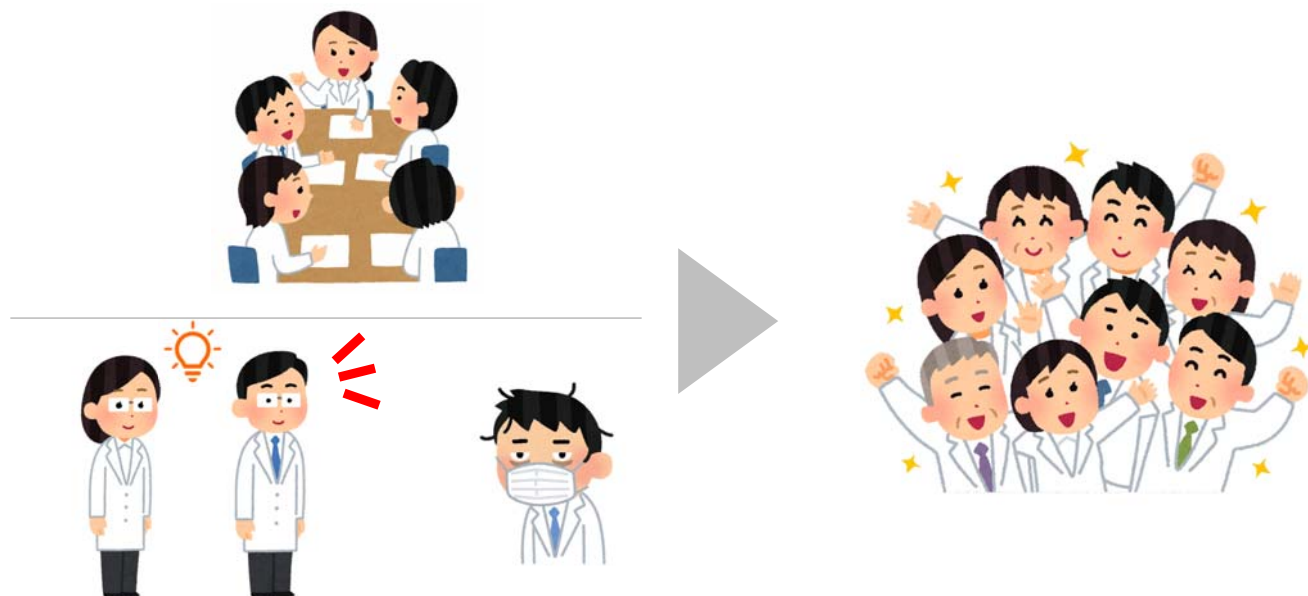
同僚の健康を守るために

203

同僚の健康を守るために

- 医師間・職員間コミュニケーション
- 疲れている同僚への声かけ

日頃のコミュニケーションによって、職場内の健康を守っていくことが重要です



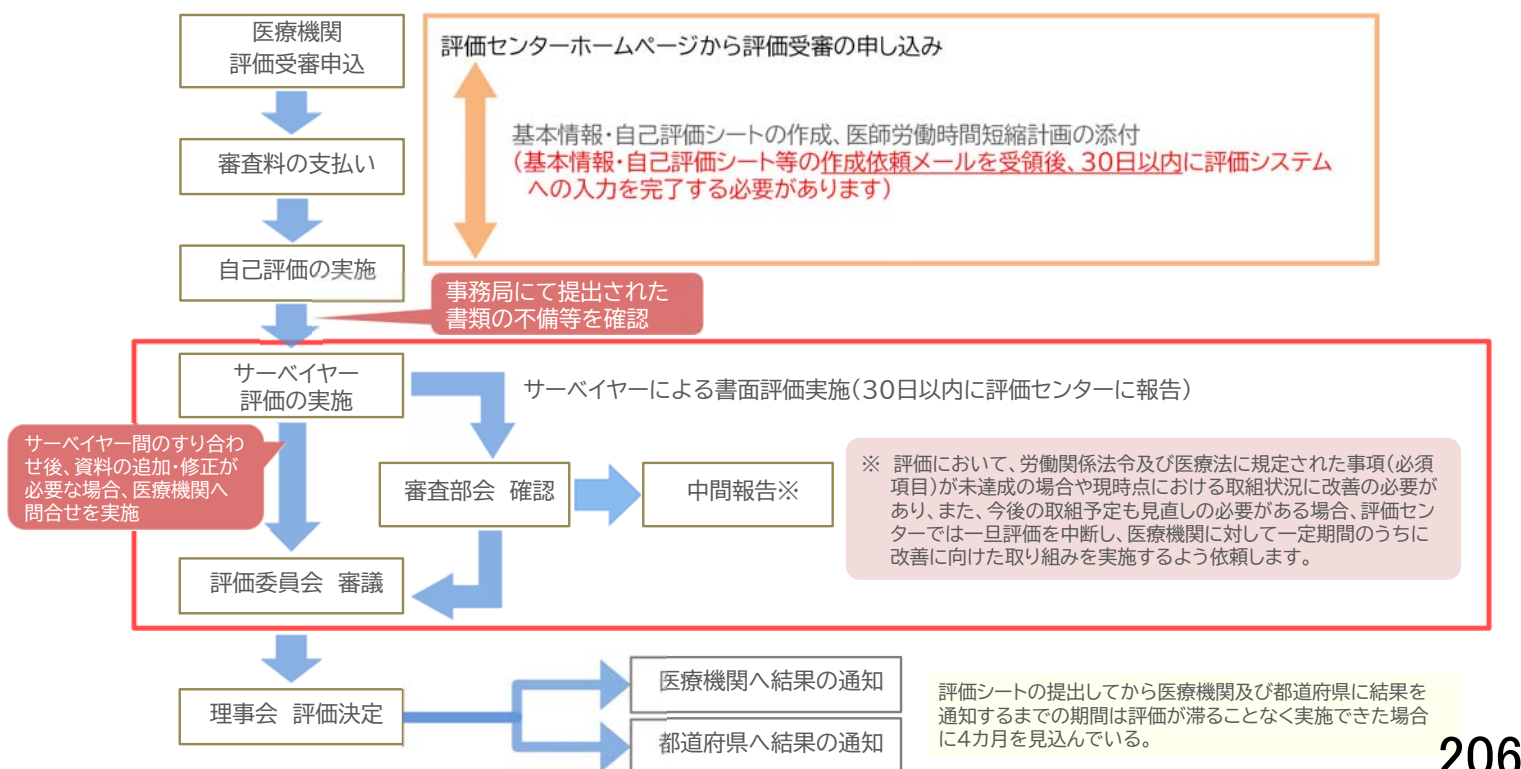
204

7. 医師の働き方改革

(3) 評価センターの受審申込について

205

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



206

評価センターでの評価の内容・視点

	評価内容	評価の視点
ストラクチャー 新規評価項目数41 (内、必須項目18)	医師の労働時間短縮に向けた労務管理体制の構築	【医師の労働時間短縮に求められる基本的労務管理体制】 - 適切な労務管理体制の構築 - 人事・労務管理の仕組みと各種規程の整備・届出・周知 - 適切な36協定の締結・届出 - 医師労働時間短縮計画の作成と周知 【医師の勤務環境の適切な把握と管理に求められる労務管理体制】 - 医師の労務管理における適切な労働時間の把握・管理体制 - 医師の面接指導及び就業上の措置の実施体制 - 月の時間外・休日労働が155時間を超えた場合の措置の実施体制 【産業保健の仕組みと活用】 - 衛生委員会の状況 - 健康診断の実施状況
プロセス 新規評価項目数29 (内、必須項目 0)	医師の労働時間短縮に向けた取組	【医師の労働時間短縮に向けた取組の実施】 - 医師の適切な勤務計画の作成 - 医師の労働時間短縮に向けた研修・周知の実施(管理職マネジメント研修の実施等) - タスク・シフト/シェアの実施(特定行為研修修了看護師の活用等) - 医師の業務の見直しの実施(複数主治医制やチーム制の導入・実施等) - 医師の勤務環境改善への取組の実施(院内保育や他の保育支援等の整備状況等) - 患者・地域への周知・理解促進への取組の実施
アウトカム 新規評価項目数6 (内、必須項目 0)	労務管理体制の構築と労働時間短縮の取組実施後の評価	【労務管理体制の構築と労働時間短縮に向けた取組実施後の結果の把握】 - 医療機関全体の状況(時間外・休日労働時間数、追加的健康確保措置の実施状況等) - 医師の状況(職員満足度調査・意見収集の実施) - 患者の状況(患者満足度調査・意見収集の実施)
参考	- 医療機関の医療提供体制 - 医療機関の医療アウトプット	【医療機関の医療提供体制】(※1) 【医療機関の医療アウトプット】(※2)

(※1) 診療科ごとの医師数、病床数、看護師数、医師事務作業補助者数等、労働時間に影響を与える要素として分析を行うことを想定。
(※2) 手術件数、患者数、救急車受け入れ台数の他、医療計画や地域医療構想に用いる項目を想定。

【第17回 医師の働き方改革の推進に関する検討会 2022.03.23】

207

産業医に関わる評価項目①

医師の面接指導及び就業上の措置の実施体制

項目	必須	評価項目
30	●	労働安全衛生法に基づき産業医が選任されている
31	●	医師に対する面接指導の実施体制が整備されている
32		面接指導対象医師が、必要に応じて、産業医に相談可能な体制が整備されている
33		面接指導実施医師が、面接指導対象医師の直接の上司とならないような体制がとられている
34		面接指導の実施にあたり、産業医、面接指導実施医師のみではなく、他職種がサポートする体制がある
35	●	月の時間外・休日労働が100時間以上になる面接指導対象医師を月単位で把握する仕組みがある
37		面接指導について、医師本人に加えて、所属長及びシフト管理者にも面接指導の実施についての連絡体制がある
41		就業上の措置が必要となった場合、当該医師の所属長と勤務計画管理者に対し、管理者、労務管理責任者又は委任された者や部署より通知し、措置を実施する体制がある

208

産業医に関わる評価項目②

月の時間外・休日労働が155時間を超えた場合の措置の実施体制

項目	必須	評価項目
42	●	月の時間外・休日労働が155時間を超えた医師を月単位で把握する仕組みがある
43		月の時間外・休日労働が155時間を超えた場合、当該医師の所属長と勤務計画管理者に対し、管理者、労務管理責任者又は委任された者や部署より通知し、措置を実施する体制がある

209

産業医に関わる評価項目③

産業保健の仕組みと活用

項目	必須	評価項目
44	●	衛生委員会が法令で定められた頻度・内容で開催されている
45		長時間労働の医師への対応状況の共有や対策等が検討されている
46	●	医師に対する健康診断の実施率
47		健康診断の実施時には、受診しやすい選択肢を提示し、受診を促している
48		B水準、連携B水準及びC水準適用医師については、健康診断の結果による追加検査や再受診が必要とされた場合の受診勧奨、その結果のフォローを行う体制がある

210

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)
全てを満たす	評価時点における取組状況	今後の取組予定
	十分	十分
	改善の必要あり	十分
	改善の必要あり	見直しの必要あり
		改善している
		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。

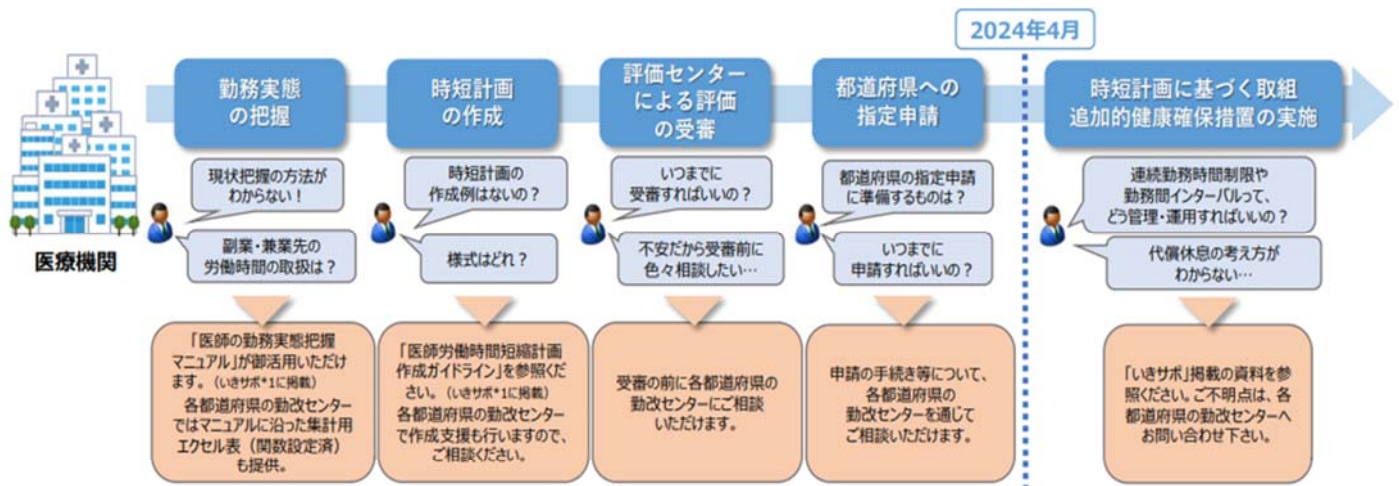
※2：具体的には、B・連携B・C水準が適用されている医師の各水準ごとの平均労働時間数や、最長労働時間数、実際に年間の時間外・休日労働時間数が960時間を超えた医師数等の実績を基本として検討する。

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

211

医療勤務環境改善支援センター（勤改センター）の活用について



働き方改革の過程でお困り事が生じたら、各都道府県の勤改センターにご相談ください

（連絡先は、「いきサポ」*1に掲載されています）

*1「いきサポ」は、「いきいき働く医療機関サポートweb」の略称で、勤務環境改善に関する好事例や、労務管理チェックリストなどの支援ツール、セミナー情報等、勤務環境改善に取り組む医療機関のみならずの参考になる情報を集約・提供する厚生労働省が開設するポータルサイトです。

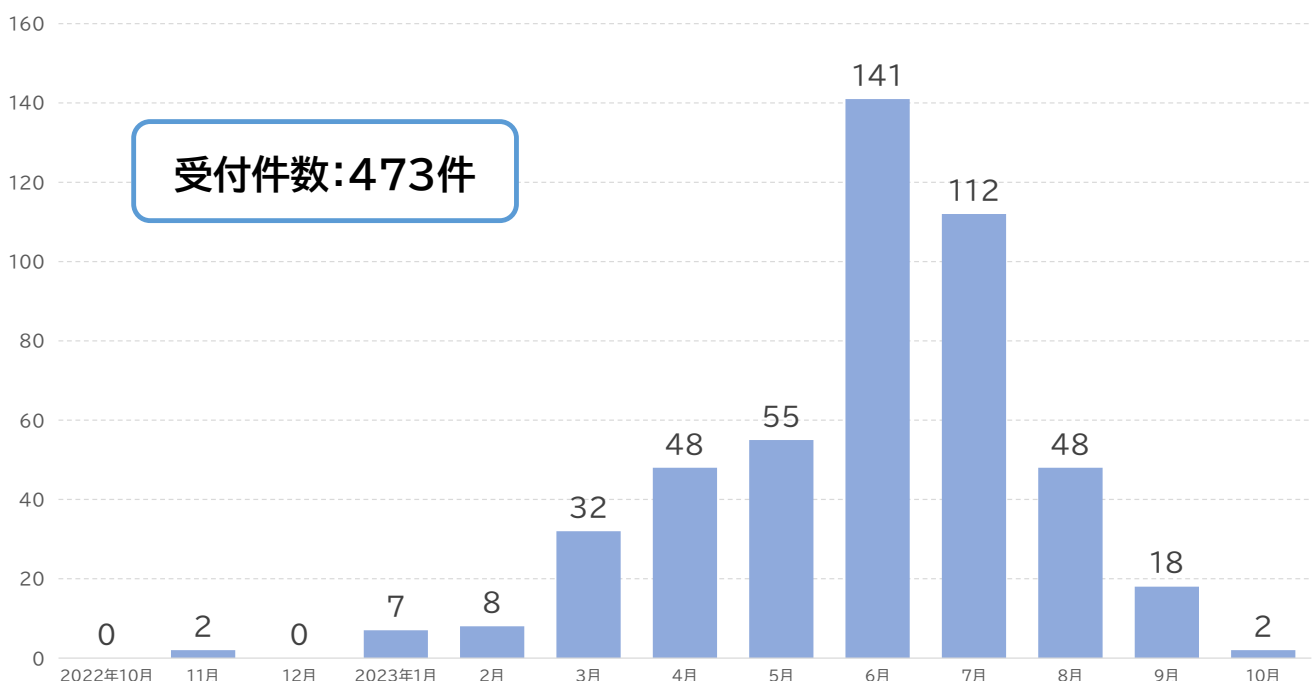
いきサポ

検索



212

月別の受付状況(11月7日時点)



213

医療機関勤務環境評価センターの受審申込受付状況

参考

	都道府県名	申込件数
東北 (37)	北海道	21
	青森県	6
	岩手県	5
	宮城県	11
	秋田県	2
	山形県	3
	福島県	10
	茨城県	4
関東 (166)	栃木県	8
	群馬県	4
	埼玉県	25
	千葉県	26
	東京都	51
	神奈川県	34
	新潟県	4
	山梨県	2
	長野県	8

	都道府県名	申込件数
中部 (69)	富山県	2
	石川県	3
	福井県	2
	岐阜県	14
	静岡県	15
	愛知県	27
	三重県	6
	滋賀県	7
近畿 (83)	京都府	13
	大阪府	35
	兵庫県	22
	奈良県	4
	和歌山県	2

	都道府県名	申込件数
中国・四国 (33)	鳥取県	2
	島根県	2
	岡山県	5
	広島県	9
	山口県	3
	徳島県	3
	香川県	2
	愛媛県	2
九州 (64)	高知県	5
	福岡県	28
	佐賀県	3
	長崎県	2
	熊本県	3
	大分県	4
	宮崎県	3
	鹿児島県	7
	沖縄県	14
計		473

計473件

うち、大学病院
※本院以外の大学病院含む

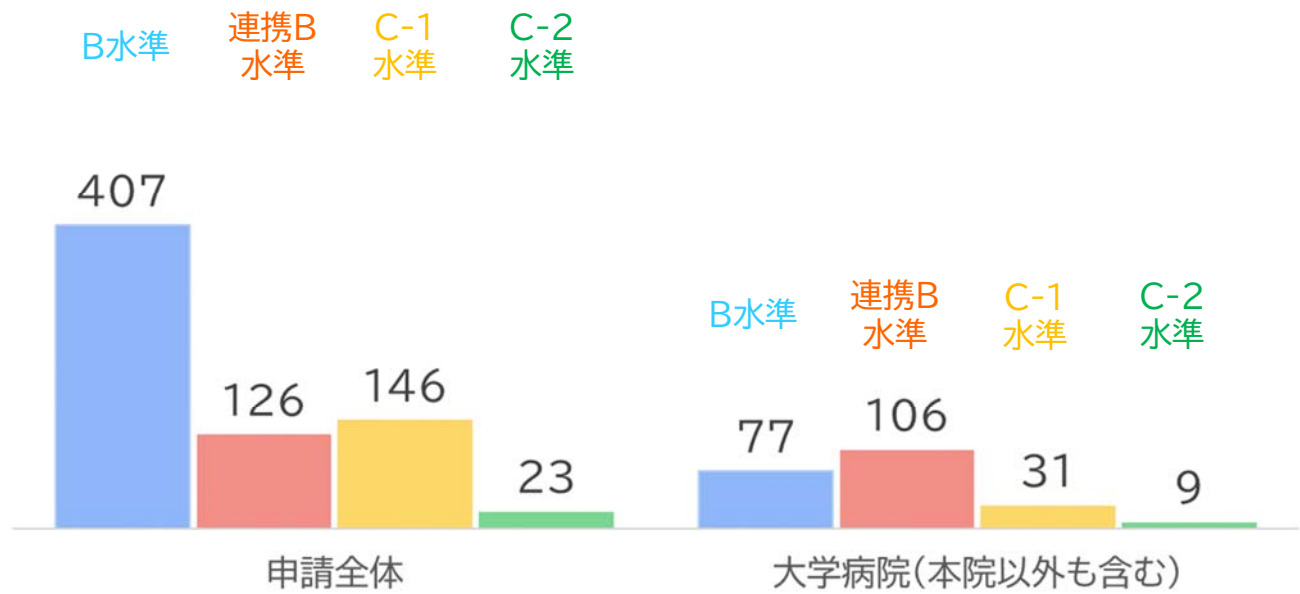
123件

【令和5年11月7日現在】

214

特例水準の申請件数

参考



【令和5年11月7日現在】

215

8. 医療をとりまく最近の課題

いわゆるナースプラクティショナー（仮称）について

216

＜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・処方を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。

217

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

218

新たな資格制度創設に対する日本医師会の考え

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
- ・オンライン診療（D to P with N）の活用

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。

219

日本医師会 訪問看護における医師との連絡体制に関する緊急調査 (令和5年4月～5月実施)

調査結果まとめ

- ◆ 日常的な訪問看護における必要時の医師との連絡は、「よく取れている」が31.8%、「だいたい取れている」が65.8%と、計97.6%の訪問看護ステーションは概ね連絡が取れている状況であり、全体としては大きな問題がないことがわかった。
- ◆ 令和4年10月～令和5年3月の半年間において、夜間や週末等における緊急時で、医師との連絡が取れずに重大な影響があったと回答した訪問看護ステーションからは、116件の事例が寄せられた。これは、半年間の患者ベースで試算すると、**患者全体の0.013%であった**(必ずしも医師との連絡が取れないことによる影響とは言えないものも含まれている)。それぞれの訪問看護ステーション及び医療機関において、これまで以上に双方の連絡体制や連携について改善を図る必要があるということが分かった。**制度的な改正が必要な状況とは言えない。**
- ◆ 夜間・週末等における緊急時対応をスムーズに行うための工夫として、最も多かったのが「症状の変化が予測される場合、事前に薬剤を処方してもらう」ことであり、74.3%の訪問看護ステーションで実施されていた。**医師及び訪問看護師において、症状を予測し、事前の包括的指示を活用しながら対応している実態がうかがわれた。**
- ◆ なお医師との連絡体制については、**病院の勤務医との連絡が取りにくい**との回答や、**事務職を間に介するのではなく直接医師と話したい**という回答が多くみられた。別途日本医師会が行ったヒアリングでも、同様の内容であった。
- ◆ その他、在宅医療全般に関する要望として、訪問看護指示書の適切な運用や、情報共有に関する要望なども寄せられていた。

220

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

⇒NP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**

【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

(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

221

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。

(出所)「規制改革実施計画」(令和5年6月16日閣議決定) 83頁

222

医療・介護分野のデジタル行政改革に関する提言

デジタルによるサービスの質向上

・マイナ保険証を活用し、重複投薬や併用禁忌を防止するルールづくり

- ・ 日本海総合病院(山形県酒田市)によると、2020年の処方全体のうち、重複処方が13%、併用禁忌の処方が0.4%発生
- ・ どのような重複投薬や併用禁忌を保険給付の対象外にするかを支払基金や国保連とともに検討。

デジタル活用を阻害している規制・制度改革

・医療関係職種間のタスク・シフト／シェア

- ・ 訪問看護において、看護師が行い得る業務の明確化(薬剤使用、検査、処置)
- ・ 薬剤師による処方(リフィル、OTC類似薬)
- ・ 訪問看護ステーションへの薬剤配置(オンラインを活用した薬剤師による遠隔管理等を検討する)
 - ・ 手元に薬剤や輸液がないことで、利用者の急変に即時対応できなかった経験のある訪問看護師が69.9%
 - ・ 近くまたは訪問エリアにおける24時間対応可能な調剤薬局がない訪問看護事務所は61.8%

[出所]山岸暁美他「患者・利用者急変時の薬剤および特定行為に関する緊急調査(速報)」

デジタルによる現場の負担削減

・介護サービスにおける人員配置基準の見直し

- ・ センサーなどのICT・介護ロボット等の技術活用、介護業務のアウトソーシングを前提とした常勤職員の配置基準の見直し
- ・ 介護サービスの人員配置基準にかかる自治体によるローカルルールの見直し
- ・ 同一の管理者が複数の介護サービス事業所を管理し得る範囲の見直し

3

(出所)デジタル行財政改革会議(第1回)(令和5年10月11日)資料7(民間議員提出資料)3頁
<https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/digital_gyozaiikaikaku/kaigi1_siryou7.pdf>

223

ご清聴ありがとうございました

