

第 158 回日本医師会臨時代議員会（報告）

日時：令和 7 年 3 月 30 日（日）9 時 30 分

場所：日本医師会館（大講堂）

参加：田名会長、平安副会長、砂川常任理事、涌波常任理事、徳永理事

日本医師会館において標記代議員会が開催されたのでその概要を報告する。

定刻になり、先だって第 32 回日本医学会総会 2027 会頭の澤芳樹先生より同総会の開催案内があった後、柵木議長より第 158 回日本医師会臨時代議員会の開会が宣言された。続いて、受付された出席代議員の確認が行われ、定数 380 名、出席 376 名、欠席 3 名、欠員 1 名で過半数以上の出席により会の成立が確認され、議事録署名人として、議席番号 1 番、清水正人議員（鳥取県）、議席番号 216 番、入江康文代議員（千葉県）が指名されるとともに、代議員会議事運営委員 8 名の紹介があり、会次第に沿って進められた。

会長挨拶（松本吉郎日本医師会長）

ミャンマー地震について

挨拶に先だって、3 月 28 日に発生したミャンマー中部を震源とする大地震により被害に遭われた皆様へ、謹んで哀悼の意を表するとともに、心よりお見舞い申し上げます。報道では、29 日夜の時点で国内で 1644 名が亡くなられ、3408 名が負傷したと明らかにしている。日本医師会ではミャンマー医師会に対し、支援金として 500 万円の支出を予定している。今後の被害状況と注視しながらさらなる支援の検討を進めていくことをご報告申し上げます。

1. はじめに

第 158 回日本医師会臨時代議員会に出席いただき、感謝申し上げます。また、日頃より日本医師会の会務運営に特段のご理解とご支援を頂いておりますことに対し、この場をお借りして厚く御礼申し上げます。

本日の臨時代議員会では、来年度の事業計画及び予算の報告に加え、1 件の議案を上程している。慎重にご審議の上、なにとぞご承認賜ようお願い申し上げます。

2. 医療機関経営の危機的状況の改善に向けて

現在、病院をはじめとする医療機関の経営は大変厳しい状況にある。入院

も外来も在宅医療も、いずれも経営的に非常に厳しい局面にあるにもかかわらず、一方で政治の世界では医療費削減ありきを出発点とした主張もある。医療費削減のために何をするかという提案が安易になされることに、心の底から憤慨している。

こうした危機的状況を国民の皆様方に訴えるべく、日本医師会は、3月12日に6病院団体と合同記者会見を開催し、そこで合同声明を公表した。

賃金上昇と物価高騰、さらには日進月歩する医療の技術革新への対応には、十分な原資が必要であり、補助金や診療報酬による機動的な対応も行わなければならない。

著しく逼迫した経営状況を鑑みると、まずは補助金での早期の適切な対応が必要であり、さらに、診療報酬で安定的に財源を確保しなければならない。令和8年度診療報酬改定の前に、期中改定も視野に入れて、補助金と診療報酬の両面から対応を求めている。

これから令和8年度診療報酬改定へ向け、「骨太の方針2025」の議論が本格化する。医療の危機的な状況を打開するために、「骨太の方針2025」の取りまとめに向けて、3つの対応が必要と考える。

1つ目は「『高齢化の伸びの範囲内に抑制する』という社会保障予算の目安対応の廃止」である。

「骨太の方針2024」において「経済・物価動向等に配慮しながら」という文言が本文に記載されたが、それでは弱いことから財政フレームを見直し、別次元の対応とする必要があり、さらにそれを強めた文言とするよう、現在、全力で政府・与党に要望している。

2つ目は、「診療報酬等について、賃金・物価の上昇に応じて適切に対応する新たな仕組みの導入」である。

医療・介護業界でも他産業並みの賃上げができるよう、賃金・物価の上昇を踏まえた仕組みを導入していく必要がある。

現在の医療機関の経営状況では、これ以上の賃上げは到底不可能であり、このままでは人手不足に拍車がかかり、患者さんに適切な医療を提供できなくなる。

3つ目は、「小児医療・周産期体制の強力な方針の検討」である。

2024年の出生数は69万人弱とされており、好転の兆しは見えていない。小児医療・周産期体制については、著しい人口減少により対象者が激減しており、全国津々浦々で対応するための強力な方針の構築が必要である。

3. 組織強化

組織強化については、私が日本医師会長に就任して以来、力を入れて取り

組んできた。その結果、昨年 7 月末には初めて会員数が 17 万 7 千名を突破した。ご協力いただいた全国の医師会の先生方には改めて深く感謝申し上げます。

この組織強化の一環として、新たに医師会会員情報システム「MAMIS」を構築した。昨年 10 月から地域医師会への導入が順次始まっており、12 月末までに全国の医師会に導入されている。これにより、これまで書類で行ってきた入会・異動等の手続きを Web 上で行えるようになり、負担が軽減された。従来は異動時の手続きの煩雑さが退会検討理由の一つになっていたが、この課題は MAMIS の導入で解消に向かうものと考えている。今後は入会促進ツールの一つとしても活用を進めていく。

医師会の組織強化の眼目は、現場に根ざした提言をしっかりと医療政策の決定プロセスに反映させていく中で、医師の診療・生活を支援し、国民の生命と健康を守ることにある。対外的にも医師会のプレゼンスを一段と高められるよう、日本医師会は引き続き組織強化に努める。

4. 新たな地域医療構想等の医療法改正

新たな地域医療構想については、新たに「医療機関機能」報告が加わるが、2025 年度に国で関係ガイドラインを作成し、都道府県においては 2026 年度に新たな地域医療構想の策定、2027 年度以降に順次取り組みを開始する予定となっている。日本医師会からは、介護との連携なくして医療提供体制の議論は完結しないとの考えから、地域医療構想に介護を含めるよう提案し、介護事業を運営する市区町村行政の調整会議への参画が明示されるなど、そのコンセプトは実現した。また、現行の「回復期機能」に代えて、高齢者救助等を受け入れ、リハビリ・栄養・口腔管理の一体的取組等を推進し、早期の在宅復帰等を提供する「包括期機能」を提案し、これも実現にいたっている。

これらについては、3 月 19 日に開催した「新たな地域医療構想・医師偏在対策担当理事連絡協議会」でも説明した。

新たな地域医療構想に加え、医師偏在対策、またいわゆる「直美」問題の美容医療への対策や、適切なオンライン診療の推進等を含む医療法等の改正法案がとりまとめられ、現在開会中の通常国会に提出されている。

5. 医師偏在対策

医師偏在対策についても、「重点医師偏在対策支援区域」を対象とした「医師偏在是正プラン」の策定や、外来医師過多区域における新規開業希望者に対する地域で必要な医療機能の要請など、各地域での実効性ある取組が求められている。

厚生労働省の「新たな地域医療構想等に関する検討会」の「医師偏在対策に関するとりまとめ案」には、「地域の実情」という言葉が何度も使われ、こうした考え方が盛り込まれたことは評価している。

一方で、日本医師会は、昨年8月21日に医師偏在対策に対する6項目の提案を行った。これにより議論が相当進み、昨年の12月25日には、厚生労働省より「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」が公表された。総合パッケージには、日本医師会の提案内容が概ね盛り込まれており、基本的には評価できると考えている。

また、かねがね「医師偏在を一つの手段で解決するような『魔法の杖』は存在せず、その解決のためには、あらゆる手段を駆使して複合的に対応していく必要がある」と述べてきた。今回の総合パッケージでは、その考えも踏襲し、「医師偏在は一つの取組では是正が図られるものではない」と認識した上で、「経済的インセンティブ、地域の医療機関の支え合い仕組み、医師養成課程の取組等の総合的な対策」を基本的な考え方としている。中堅・シニア世代に対する、総合的な診療能力などのリカレント教育にも、日本医師会としてしっかり取り組んでいくことが大事だと思っている。今回の総合パッケージは、若手医師だけでなく、全ての世代の医師へのアプローチも謳っており、そうした点でも評価している。

なお、総合パッケージにある「全国的なマッチング機能の支援」については、3月21日に厚生労働省より事業公募がなされ、日本医師会女性医師支援センターで、応札に向け、現在対応しているところである。

6. かかりつけ医機能が発揮される制度整備

本年4月より、かかりつけ医機能報告制度が施行され、地域における面としてのかかりつけ医機能のさらなる発揮に向けた取り組みが始まる。

私が会長に就任して以降、日本医師会は、令和4年11月に「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～」を提言し、令和5年2月には「かかりつけ医機能の制度整備あたっての日本医師会の主な考え方」を示すなど、かかりつけ医機能に関する議論を深めてきた。

かかりつけ医はあくまで国民が選ぶものである。財務省等が主張するように、「国民にかかりつけ医を持つことの義務付け」や、「フリーアクセスの阻害に繋がるかかりつけ医の制度化」には明確に反対である。

地域を面で支えるためにも、かかりつけ医機能報告制度には、多くの医療機関に手を挙げて参画いただきたいと考えており、日本医師会としても尽力していく。

一方で、医師も自ら「かかりつけ医」として選ばれるよう研鑽を積み、国民に理解いただくことも重要である。日本医師会は「かかりつけ医機能報告制度にかかる研修」を新設し、地域に根差して活動をされている医師の経験も十分考慮し、研修終了者に対して修了証を発行する予定である。

これらについては、3月26日に開催した「都道府県医師会かかりつけ医機能担当理事連絡協議会」でも説明した。

7. 医療 DX

医療 DX については、国民・患者の皆様への安全・安心でよりよい医療の提供と、医療現場の負担軽減に資するものでなければならないと考えている。加えて、IT に不慣れな方であっても、日本の医療制度から国民も医療者も誰一人取り残すことがあってはならないし、拙速になることなく、現場の状況を見ながら着実に進めていくことも重要である。

その観点から、昨年末、電子処方箋について、一部の医療機関等におけるシステム設定時の不備により、薬局側で医師の処方と異なる医薬品名が表示される問題が起きた際には、厚労省に根本的な対応と、実情に応じた普及目標の再設定を改めて強く申し入れた。その結果、現場の負担増と混乱を招く五月雨式の機能追加をストップさせることができた。

また、中医協において日本医師会が強く働きかけ、「医療 DX 推進体制整備加算」に電子処方箋導入が要件とされない点数を新設させることができたことは大きな成果である。

今後も、医療機関の業務負担、費用負担を減らすための医療 DX となるよう、尽力していく。

8. 医薬品をめぐる最近の状況について

医薬品の安定供給については、これまで日本医師会が主張してきた、ドラッグロス・ラグ解消、医薬品供給網の強化や供給に関する情報提供の促進、後発医薬品の安定供給の確保などの施策を進めるために、厚生労働省は薬機法改正案をとりまとめ、現在開会中の通常国会に提出されている。特に、製薬企業への供給計画の義務付けや流通管理の厳格化は重要な改正事項である。しかしながら、依然として医療現場では医薬品供給不安が続いており、さらなる実効性の向上や迅速な対応が求められるため、補助金等の十分な予算措置も含め、現場の声を踏まえた意見・要望をしっかりと国に伝えていく所存である。

一方で、昨今、社会保険料を下げることを目的に、OTC 類似薬の保険適用除外を求める動きが見受けられる。

日本医師会は、医療機関への受診控えによる健康被害や自己負担の経済的増加、薬の適正使用が難しくなるといった問題点を、2月13日の定例会見で指摘し、重大な危険性が伴うとして強い懸念を表明した。保険料を支払っているにもかかわらず保険を使えなくなり、結果として自己負担が増えることや薬の適正使用が難しくなる仕組みは、国民にとって望ましくない。その結果、国民皆保険から離脱する若者がでるなど、相互扶助である公的医療保険制度の根幹を揺るがす問題に発展する懸念さえある。

9. 7月の参議院選挙

7月に予定される参議院選挙は、「医療の未来を左右する重要な選挙」であり、日本医師連盟は、7月の参議院選挙に本会の釜范敏副会長を組織内候補として擁立することを決定している。

釜范先生は、6期11年にわたり日本医師会の常任理事・副会長として幅広い業務を担当され、医師会業務に精通し、特に新型コロナウイルス感染症対応では、アドバイザリーボード構成員等を務めるなど、医療界の主張を代弁していただいた。また、政治に対する造詣も深い釜范先生は、地域医療に携わり、地域医療が抱える課題にしっかりと取り組んでいるだけでなく、幅広い人脈を持っている。今後も新たな人脈を築いていかれるであろうこと、さらには行動力、決断力もあり、余人を持って代えがたい存在である。

釜范先生が大きく飛躍して十分に活動できるよう、本日までご出席の先生方をはじめ会員の皆様におかれては絶大なる応援をお願いしたい。

10. おわりに

財政健全化の立場から「大きなリスクは共助、小さなリスクは自助」との主張も一部にあるが、日本医師会はそれには反対である。国民生活を支える基盤として、「必要かつ適切な医療は保険診療により確保する」という国民皆保険制度の理念を今後とも堅持すべきであり、給付範囲を縮小すべきではないと考えている。

低所得者層の貧困化も社会問題となる中、所得などによって、必要な医療を利用できる患者さんと利用できない患者さんの間で分断を生み出してはならない。

日本医師会はこれまで、「税金による公助」、「保険料による共助」、「患者さんの自己負担による自助」の3つのバランスを取りながら進め、自己負担のみを上げないこと、あわせて、低所得者への配慮が重要であることを主張してきた。

高齢化の伸び等により財政が厳しいことも承知しているが、安全性や公平

性を損なわないよう、慎重な議論とバランスの取れた政策が求められる。

結びにあたり、今後とも国民の生命と健康を守るべく、本会執行部に対して皆様からの絶大なるご支援を賜るよう切にお願い申し上げ、私からの挨拶とさせていただきます。

報告

令和 7 年度日本医師会事業計画及び予算の件

角田副会長より、令和 7 年度事業計画及び予算についてそれぞれ報告があった。

事業計画については、定款第 65 条第 1 項の規定に基づき、去る 2 月 18 日開催の第 12 回理事会において承認された。予算については、去る 1 月 24 日開催の財務委員会の審査を経て同理事会にて承認を得たので、定款第 65 条第 2 項の規定により代議員会へ報告することになっている旨説明が行われた。

引き続き、平川財務委員長より令和 7 年 1 月 24 日に開催された財務委員会では 16 名の委員出席の下、令和 7 年度事業計画及び予算案について審査及び理事者への質疑応答を行い、適正であることを確認した旨報告が行われた。

議事

第 1 号議案 日本医師会理事選任の件

松本会長より以下の通り説明があった。

今回の理事の選任は、本会理事を務めて頂いていた中尾正俊先生のご逝去に伴うものであり、定款第 33 条及び第 35 条の規定に基づき、代議員会の承認を得たく提案する。なお、任期は本日より令和 8 年 6 月に開催予定の令和 7 年度に関する定例代議員会終結の時までとなる。

以上の説明の後、第 1 号議案の評決を行った結果、挙手多数により加納康至代議員が理事に選任されることが異議なく承認決定された。

続いて各ブロックからの代表質問が行われた。

ブロック代表質問及び日医回答（要旨）

1. 病院と診療所の分断を図る動きについて（福岡県・案浦美雪代議員）

昨今の財務省による病院と診療所を分断しようとする動きや病院団体の主張について、日本医師会はどのように捉え、今後どのような取り組みを行うのか。見解をお伺いしたい。

角田副会長より以下のとおり回答があった。

- 患者さんの受ける診断は一連のものであり、全ての病院と全ての診療所の連携によって支えられている。したがって、国民の生命と健康を守る為には、病院と診療所の結束は欠かせないと考えている。
- 日本病院会・全日本病院協会・日本医療法人協会・日本精神科病院協会の四病院関係団体とは毎月、さらに全国医学部長病院長会議・全国自治体病院協議会・日本慢性期医療協議会とは定期的に意見を交換し、協議する場を設けている。
- また、日本医師会は本年 1 月 7 日に、大学病院の窮状を訴えるため、全国医学部長病院長会議などと合同で福岡厚生労働大臣に要望を行った。さらに 3 月 12 日には 4 病院団体協議会と全国自治体病院協議会、日本慢性期医療協会の 6 病院団体と共に合同記者会見を開催し、合同声明として、病院をはじめとする医療機関の著しくひっ迫した経営状況を訴えた。
- 賃金上昇・物価高騰などを踏まえ、財政フレームを見直して、高齢化の伸びの範囲内に抑制するという社会保障予算の目安対応の廃止を求めている。
- 日本医師会と病院団体とはそれぞれの立場から意見が多少異なる場合もあるが、我々の最大の使命は国民の生命と健康を守ることである。急激な人口減少、物価高騰、賃金の上昇、また、災害や新興感染症、有事の対応など厳しい環境の中で、医療界は大同団結して対応していく必要がある。
- ご指摘のとおり、財務省などは財政的な見地から診療報酬の改訂、医療機能の強制的な分化・集約などを念頭にこれまでも幾度となく病院と診療所の分断を図ってきた。こうした緊縮財政の立場からの恣意的な分断工作を今後も跳ね返すためには医療界全体として状況を正確に把握し、その情報を全員で正しく共有することが極めて重要である。適切な医療現場の声を国や政府にしっかり届け、国民に資する医療政策を実現するために医療界全体で一致団結して取り組んでいく。

2. かかりつけ医機能報告制度について（兵庫県・三浦一樹代議員）

①かかりつけ医機能報告制度が将来かかりつけ医の制度化に繋がり、意図しない方向で利用されることは本当はないのか、②地域により面で支えるような医療提供体制の構築が難しい場合、オンライン診療の活用が重要ではないか。また、協議の場での議論が円滑に進まないケースについて、③ 2 号機

能の報告で、かかりつけ医機能が数量的に評価され悪く利用されないか、以上3点につき見解をお伺いしたい。

城守常任理事より以下のとおり回答があった。

- かかりつけ医機能報告制度は、日本医師会も参画した厚生労働省分科会での議論、さらには先月締め切られたパブリックコメントも踏まえ、日本医師会の考えに沿う形で来る4月より施行されることとなった。現時点では、三浦代議員ご指摘のような懸念は阻止できていると考えるが、財務省等を中心に登録制をはじめ、かかりつけ医の制度化に向けた主張が今後も展開される懸念は十分にある。フリーアクセスの制限は患者さんにとっても日本の医療にとっても決して望ましいものではない。引き続き日本医師会はフリーアクセスを守るべくこれまでの主張を重ねていく。
- オンライン診療の適切化について、日本医師会では昨年末に情報共有会を開催した。オンライン診療には平時・有事で医療へのアクセスが困難な場合に地域のかかりつけ医機能を補完することが期待される。現在、国会に法案が提出されており、今回の法制化で法に基づく立ち入り検査や処分も規定されるが、オンライン診療が適切に進められるよう本会としても務めていく。
- 協議の場では、医療資源等の地域の実情を熟知した地域医師会の積極的な参画、特に郡市区医師会によるリーダーシップの発揮が円滑な議論を進めるために極めて重要だと考える。都道府県医師会におかれても、好事例の情報共有等、精力的な地区医師会へのご支援をお願いしたい。
- 2号機能について、現在、有無を報告すればよいという形で制度が設計されている。したがって、現時点では数量的な評価につながる恐れはないと考える。
- これまで日本医師会のかかりつけ医機能報告制度が地域を面として支えるかかりつけ医機能の発揮につながり、医療提供体制がより一層充実したものになるよう主張を続けてきた。今後とも本制度が医療費の削減や医療提供体制の改悪を招く手段として利用されることが無いよう、鋭意主張を重ねていく。

3. 次期診療報酬改定(来年)に望むことは新設された生活習慣病管理課(Ⅱ)とリフィル処方の廃止である(栃木県・小沼一郎代議員)

今回の診療報酬改定では生活習慣病管理料(Ⅱ)とリフィル処方箋を廃止すべきと考える。日医執行部の見解をお伺いしたい。

城守常任理事より以下のとおり回答があった。

- 政府予算に占める医療費等の社会保障支出の割合は年々増加し、現在は35%に至っている。一方、国の経済成長は横ばいで、十分な財源を確保することが難しい状態が長く続いた結果、近年財政規律の観点から、社会保障関係予算の過度な削減が求められている。医療費ではなく他の予算を削ればいいという声もあるが、社会保障費以外はこれまでに大幅に削減されており、財務省は社会保障費、特に外来医療費の削減を企図している。
- 令和6年度改定で財務省は診療所の経営状況は良好なものとのデータを示し、マイナス5%超の改定率を主張した。激しい議論の結果、地域の先生方のご尽力もあり、最終的な改定率は診療報酬本体はプラス0.88%となったが、生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の項目指定としてマイナス0.25%の適正化も同時に求められた。これは、医療費ベースで1250億円を外来医療費から削減することを意味している。これらは社会保障関係費を高齢化による増加分に相当するのみに収めるという、いわゆる目安対応が骨太の方針2021に書き込まれ、この考え方が現在も踏襲されていることが根本原因と考える。
- ご指摘のリフィル処方箋、生活習慣病管理料もいわゆる目安対応の一環である。これをなくせば、今後別の医療費項目を対象とした医療費削減が行われかねない。昨年の骨太の方針2024では、目安対応の記述は残った一方で日本医師会の主張により経済、物価動向等に配慮しながら、という文言を本文に記載することができた。
- 今後、令和8年度改定に向けて、骨太の方針2025の議論が本格化する。日本医師会は緊縮財政派による医療費削減に向けた動きを止めるためにも、いわゆる目安対応を廃止すべきと主張しており、現在全力で政府・与党に要望している。代議員の先生方におかれても、地元選出の国会議員への働きかけ等もあわせてお願いしたい。

4. 医師の働き方改革による地域医療への影響等について（鹿児島県・中島均代議員）

①医師の働き方改革による地域の医療提供体制への影響について日本医師会の今後の方針や対策等、②開業医（病医院の管理者を含む）の長時間勤務の深刻化へのサポート策、③医療機関勤務環境評価センターの今後の具体的な活動方針等、④医師の働き方改革施行後の立ち入り検査等について、日本医師会と厚労省との申し合わせ事項があるか、以上4点について見解をお伺いしたい。

濱口常任理事より以下のとおり回答があった。

- 医師の働き方改革による地域の医療提供体制への影響については、ご指摘のとおり 2024 年 4 月の制度開始前と後に調査を行い、地域医療への影響の状況把握に努めてきた。結果として、調査時点では制度開始前に各医療機関が想定したほど地域医療への影響は大きくなかったが、各地域の医療体制への影響や、あるいは問題点が今後どのように変化していくかは注意深く確認する必要があると認識している。日本医師会では、医師の働き方改革の地域医療への影響を可能な限り把握すべく、今後とも継続的に同様の調査を行う。
- 一方、地域の具体的な医療事情は都道府県医師会、郡市区医師会が最もタイムリーに把握することができるかと思うので、その情報を日本医師会へ届けて頂ければ、問題点の解決に向けて国に要望していく。
- また、開業医あるいは病院の管理者へのサポートについて、まずは相談窓口として都道府県の医療勤務環境改善支援センターを活用いただければと考えているが、日本医師会としても何らかの体制が取れないか検討していく。
- 医療機関勤務環境評価センターの今後の活動について、2024 年 4 月付で都道府県から特定労務管理対象機関に指定された、B・連携 B・C1・C2 水準の医療機関は 2027 年 4 月に指定更新となる。更新に向けて評価センターの受診が必要となるため、今年の秋から更新の評価を受診できるように準備を進めている。
- なお、評価作業の要となるサーベイヤーの委嘱期間が今年の 10 月末で完了となる。医療サーベイヤーについては都道府県医師会からの推薦を頂いているので、評価センター業務の確実な継続性のためにも次期の医療サーベイヤーの推薦に関し、格段のご協力を頂きたい。
- また、2024 年度の立ち入り検査項目で新たに追加された医師の働き方改革に伴う面接指導の実施、勤務期間インターバル及び代償休息の確保といった追加的健康確保措置の実施状況については、医療機関の働き方改革を無理なく進められるよう支援するための項目設定として国に要望してきた。日本医師会は今後とも医師の働き方改革に関する情報について、適宜評価センターのホームページ等を通じて医療機関に提供していく。

5. 医療 DX に関する現状と将来に対する不安について（奈良県・友岡俊夫代議員）

- ①高齢会員に対する電子カルテ導入や補助金申請に対する支援に関して、
- ②電子カルテ情報共有サービスや将来発生する保守管理費用に対する医療

機関補助に関して、日医での検討事項や国への要望事項を検討している点があれば伺いたい。

長島常任理事より以下のとおり回答があった。

- まず、日本医師会の医療 DX に対する基本姿勢として、日本の医療制度から国民も医療者も誰一人取り残さず、かつ医療 DX の恩恵を享受できるようにすることを掲げている。特に高齢の会員など IT が苦手な方においては重要と考えている。電子カルテ導入に関して、現状では義務化という話は上がっていないが、仮に国が普及を急ぐあまり義務化することがあれば、地域医療を懸命に守っている紙カルテを使っている多くの先生方が医療からの撤退を余儀なくされ、地域医療の崩壊を招くことになる。日本医師会として電子カルテの義務化には断固反対である。
- 高齢会員の電子カルテ導入や補助金申請の支援について、先のオンライン資格確認導入の補助金は当初はオンラインでしか申請ができなかったところ、日本医師会として強く申し入れ、紙での申請の受付も可能となった。今後も、受付の簡略化や相談窓口の設置を国に強く求めるとともに、電子カルテに慣れて頂く方策等、会員の先生方を支援していく。
- 続いて、電子カルテ情報共有サービスの保守管理費用等の国への要望について、日本医師会は費用負担の在り方として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等は本来国が全額負担すべきであると主張している。国は補助金の上限額を業者にヒヤリングした見積もりの平均額を参考に決定しているが、昨年実施した日医総研の調査によれば、電子カルテの種類や契約形態により導入費用のばらつきが大きいとの実態が明らかになっているため、補助率及び上限額を現実的なものに引き上げるよう強く要望している。保守管理費用に充当する医療 DX 推進体制整備加算については、現状認識と普及率の考慮を強く求めた結果、電子処方箋導入が要件とならない点数が新設された。同様に今後も実態に即した対応を求めている。
- さらに、医療 DX の導入維持費のそのものの提言を強く要望し、診療報酬改定 DX においてはベンダーに生じる負荷軽減効果について、運用保守経費等の軽減を通じて医療機関に確実に還元されるよう求めると厚生労働省資料に記載させ、共通認識とさせている。
- 今後も医療 DX を進めるうえで、国に対し拙速に進めないこと、医療機関の費用負担と業務負担を極力減らすこと、医学的な必要性・有効性・特に安全性を確保し、利便性や経済性などだけに重視した安易な拡大はしないことを働きかけ、医療 DX の将来への不安解消にしっかりと取り組んでいく。

6. 学校医不足を解消するために（北海道・野中雅代議員）

学校医不足問題を解決する手段として、「より勤務医が学校医活動に取り組める環境整備に向けての法制度の見直し等」について、日医執行部の見解をお伺いしたい。

渡辺常任理事より以下のとおり回答があった。

- 2021 年に日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会が会員向けに実施したアンケートでは、学校医を行っている医師の 11%が病院・大学病院の勤務医、4%が医院に勤務である。耳鼻咽喉科に限らず、眼科医師においても医師数の関係から同じような状況にあると考えている。内科系も医師が少ない地域では勤務医に委託していると聞いている。開業医の高齢化も問題となっており、新たな学校医のなり手が少ないといわれる状況では、今後勤務医への依存度が高まることが想定される。
- 勤務医が勤務時間内に学校健康診断に出務する場合、兼業の問題と、移動や健診に対する補償の問題がある。まず兼業に関して、複数の病院管理者や教授等に就業事情を確認したところ、病院ごとに様々な問題があることが分かった。それを踏まえ、日本医師会は昨年より厚労省・文科省等と、勤務医の学校健康診断に関する出務に関して、個人の権利である有給休暇を利用するのではなく、業務として出務するにはどうしたらよいか、健診の報酬を上げる方策はどうか等について協議している。また、具体的な対応を検討するため勤務時間内に学校健康診断のため出務する場合の就業規則や考え方に関して問い合わせを行っている。
- 補償に係る保険について、病院の指示で出務した場合、労災保険は担保されるが、有給休暇を取得して出務した場合は補償がない。さらに、日医 A 会員であれば健診等の医療行為は日医医賠償保険の対象になり、医療行為以外の業務において紛争が生じた場合でも、産業医・学校医等の医師活動賠償責任保険の対象となるが、B・C 会員は対象外である。こうした労災や賠償保険の手当ては環境整備の一つであり、検討の余地があると考ええる。
- 学校の環境整備という点では、学校保健安全法施行規則に定められている健診項目の再検討や、機器を用いた健診の導入、健診の日程の見直しなどもその方策の一つと考え、学校保健委員会で検討しているところである。
- 勤務医の兼業に道が開けたとしても、学校医活動をはじめとした医師会のかかりつけ医活動のどこを担っていただくのかというバランスの問題もある。容易に解決できる課題ではないと考えているが、非常に重要

な問題と認識しているので、継続して対応していく。

7. 医師の働き方改革の影響や医師偏在対策等についての現場の勤務医、特に若手医師たちの意見を拾い上げるシステムの構築について（香川県・若林久男議員）

制度の当事者たる現場の勤務医、特に若手医師たちの個々の声を拾い上げる仕組みの構築について、日医執行部の見解をお伺いしたい。

今村常任理事より以下のとおり回答があった。

- 日本医師会では勤務医委員会と病院委員会の合同開催を新たな試みとして行う。また、全国医師会勤務医部会連絡協議会、都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会といった既存の取組以外にも、組織強化の一環として、当会役員が各地を訪問し、勤務医の声を直接伺う機会を増やすよう努めている。
- また、各地域の特性に応じた様々な枠組みをさらに充実・活用することが勤務医の多様な意見の集約につながると考えている。各都道府県医師会に設置されている勤務医部会や勤務医委員会を通じて意見を集約し、その声を当会勤務医委員会委員や各都道府県医師会の勤務医担当理事等を通じて日本医師会へ届けて頂くことも非常に重要だと考える。日本医師会では、令和3年度に勤務医活動助成費を倍増した後も、増額を図るなど各地域における取組を積極的に後押ししているところである。
- また、勤務医の声が確実に日本医師会まで届いていると実感していただき、日本医師会の存在をより身近に感じていただくことも極めて重要と考えている。現在、定例記者会見や公式 YouTube チャンネル、公式 LINE 等、既存の広報手段なるさらなる活用の検討に加え、多方面で活躍する若手医師の取組を参考に、医療の未来を考える機会として実施しているシンポジウム「未来ビジョン若手医師の挑戦」などを通じ、医師会活動に対する臨床研修医や若手医師の理解醸成にも努めたいと考えている。

7. 日本医師会は認知症施策に対してもっと積極的に取り組むべきである（埼玉県・丸木雄一議員）

①認知症基本法における「認知症共生街づくり」をどのように進めていくのか、②産業医に対して、就労中の認知症患者へレカネマブ・ドナネマブの使用啓発をどのように進めていくのか、③認知症疾患医療センターの再編成を推し進めるための厚生労働省・都道府県医師会への働きかけについて、見解をお伺いしたい。

江澤常任理事より以下のとおり回答があった。

- 地域共生社会を実現するツールである地域包括ケアの本質は地域づくりであり、地域の一員であるかかりつけ医の果たす役割も重要となる。最近では地域ケア会議や、認知症初期集中支援チームへの医師の参画や、医療機関での認知症カフェ、健康づくり教室の開催等の取組が増えている。国の審議会等では、住民主体の通いの場について、専門職の関与が得られやすいことから医療機関等での開催も日医から提案している。
- 地域包括ケア推進委員会前期の報告書でも多くの好事例を発信させていただいた。引き続き厚生労働省担当部局をはじめ、関係各所と連携し、認知症施策をはじめとする共生社会の実現に向けて尽力していく。
- 次に、抗アミロイドβ抗体薬の登場は、就労中の若年性認知症患者にとって朗報であるが、本抗体薬は作用機序は画期的であるものの、根治薬ではなく進行を遅らせる一定の効果が期待できるものであり、アミロイド関連画像異常（ARIA）・脳血管性脳浮腫・微少出血といった特有の副作用もあることから、治療できる医療機関や対象患者投与期間も限定されており、高額である点にも留意が必要となっている。したがって、投与に関しては主治医と認知症疾患医療センター等の連携により本人の同意のもと判断されることとなる。
- 産業医の啓発について、産業医が若年性認知症の就労支援に際し、主治医や事業所と連携して就業上の必要な措置を講じていくためにも、本治療の情報把握は有用であり、日医認定産業医の研修会等を通じて的確に発信できるよう随時検討する。
- 最後に、認知症疾患医療センターについて、認知症施策基本大綱において全国 500 か所の設置に加え、二次医療圏ごとに 1 か所以上設置することを目標とし、令和 6 年 12 月現在、全国に 509 か所が整備されている。認知症患者が身近で受診できるよう、全国の二次医療圏ごとの地域型認知症疾患医療センターの整備がすすめられた経緯から、医療機関の形態や機能にはおのずと差異があるため、身体合併症の対応をはじめとした連携体制の構築が重要となる。
- ご指摘の事例については、認知症疾患医療センターの実績報告を見える化することや、新規・更新の認定を行う都道府県の協議会の役割も重要と考えるが、不適切な事例等があれば、日医までご一報いただきたい。認知症疾患医療センターの質の向上については、これまでも継続して議論してきているので、厚生労働省担当部局等と引き続き協議していく。

9. 高齢者施設・住宅等での訪問看護における請求の適正化に関する取り組みについて（東京都・荘司輝昭議員）

①訪問看護事業所・高齢者住宅・施設等の報酬請求に対する審査体制の強化並びに不正請求の対する厳格な対応について、国に要望すべきではないか、②不正請求を行う事業所への指示書を交付する医師がいる以上、医師会員への教育・指導が必要ではないか、以上２点について見解をお伺いしたい。

佐原常任理事より以下のとおり回答があった。

- １点目の質問について、３月１２日の中医協で訪問看護ステーションへの指導の見直しが議論された。訪問看護ステーションへの指導は平成１５年に規定された指導要綱に基づき実施されているが、個別指導は情報提供によるものに限られ、年間２０件程度しか実施されていない。そこで、「①レセプト１件当たりの請求が高額のところ」、「②複数都道府県で広域に運営されているところ」を対象に、指導の仕組みを新設すること等が日本医師会から参画する委員も含めて了承された。高額な請求をする事業所が一律に不正を行っているということではないが、どのようなサービス提供を行っているのかを個別指導で確認し、仮に不適切があれば正していくことが必要である。
- 加えて、診療報酬で対応すべきことについて、次回改定に向けて中医協で検討していく。介護保険のサービスについて、要介護度に応じた支給限度額の範囲内で行われているので上限があるが、適正なサービス提供を厚生労働省より働きかけていく。
- 高齢者施設や高齢者住宅等の適正な運営については、日本医師会はこれまでも厚生労働省に強く対応を求めてきた。その結果、国が示す有料老人ホーム設置標準指針に、入居者が医療機関を自由に選択することを妨げないこと、介護サービスの利用にあたっては、特定の事業所からのサービス提供に限定または誘導しないこと等が明記された。
- また、厚生労働省において新たに有料老人ホームにおける課題を議論する検討会が設置予定のため、引き続き対応を協議していく。
- ２点目の質問について、ご指摘のとおり、訪問看護や訪問リハビリテーションは医師の指示の下で実施される。日本医師会としては、不適切な事例について、新たに導入される高額レセプトの指導や教育的指導による実態の把握・分析を踏まえ、指示を出す医師に対する適切なサービス提供のあり方の周知・啓発を行うよう働きかけていく。

１０．新たな感染症拡大時における、日本医師会の立ち位置について（京都府・禹満議員）

新たな新興感染症の拡大時に、最前線となる医療従事者の代表として医師会の立場でしっかりと発言し、参画できる場が確保されるのか、国に対して

のアプローチについて見解をお伺いしたい。

釜萯副会長より以下のとおり回答があった。

- 新型コロナウイルス感染症の反省に立ち、国は次なるパンデミックに備えるため、内閣感染症危機管理統括庁を設置し、感染症拡大に係る緊急事態では統括庁が中心となって機能を発揮する体制を構築するとともに、今年４月から国立健康危機管理研究機構（JIHS）を設立し、感染症に関する内外のあらゆる情報の集約がなされるようになる。現時点では、新型コロナウイルス感染症対応のための専門家会議アドバイザーボード等の有識者による助言機関を有する会議は解散されているが、今後有事の際に開催されるものと予想される。有識者による会議で合意された内容と政府の政策判断は常に一致するものではなく、政府の責任において政策が選択されることを改めて確認したい。
- これからは、政府の指揮系統が統括庁ならびに JIHS により取りまとめられることになり、日本医師会への協力要請に応じて新たな会議体に全力で参画していく。
- 日本医師会は平時から厚生労働省感染症部会、予防接種ワクチン分科会、同基本方針部会等の構成員として参画しており、政府において検討される予防接種や感染症危機管理に係る審議会で意見を述べる立場にある。日本医師会は、都道府県医師会、また郡市区等医師会を通じて医療現場のリアルタイムな状況を把握しやすい立場にあり、新型コロナウイルス感染症対応でも役割を担うことができた。平時における審議会等の発言を通じて会の他の構成員や担当省庁の信頼を得ておくことが極めて重要である。
- 審議会等での議事内容は、国民に向け YouTube 配信や議事録公表により適切に発信され、透明性がある中で日本医師会として、医療従事者代表として、必要な発言を行っている。様々な手段を駆使して、直接国民に必要な情報をタイムリーに届けるとともに、様々なレベルで政府や国会議員に医療現場からの声を速やかに伝え、政策判断に生かされるよう引き続き全力で取り組んでいく。

11. 医師会立准看護師・看護師養成所存続の危機（徳島県・森俊明議員）

日医の発表した「運営主体を一つにしたサテライト校としての運営」について、我々としても早期に達成を目指したいと考えている。国・地方自治体・医師会・看護協会等関係団体とともに取り組んでいくために、より具体的な内容や見解をお伺いしたい。

黒瀬常任理事より以下のとおり回答があった。

- 少子化に伴う学生並びに就業者の減少や昨今の大学進学思考に加えて、他産業における待遇改善等の影響もあり、看護職志望者の減少傾向が顕在化している。さらに人件費や運営費用の高騰も相まって、医師会立養成所の深刻な危機的状況にあることを強く懸念している。
- また、看護系大学の卒業生は、都道府県によっては地元の就業率が低く、小規模の自治体までには労働力が十分に及んでいない。他方、医師会立養成所は地域に根差した医師の活動を支える重要な施設として、これからの地域医療・地域包括ケアに果たす役割は決して小さくない。また、医療・介護は地域経済活動の大切な構成要素でもあるため、これを担う人材の養成並びに確保は地方行政においても喫緊の課題と言える。
- 本会の医療関係者検討委員会が提案したサテライト構想の趣旨は、学生の地元定着と、養成所の人的・経済的な負担軽減の両立である。すなわち、サテライト化により講師や教員を確保しつつ、経済的な負担を低減することにより、経営難から閉校に追い込まれる危機を回避し、地元で養成所を存続させたいという願いを込めた構想である。講義は本校からオンラインで行うが、実技演習はサテライト校の教員が担当し、実習も従前通り地域の医療機関の協力を得ることで、質を担保した教育が十分可能であると考えている。厚生労働省からは、本提案の趣旨を理解した上で人員や設備などの必要条件を満たせば、本方式の実現は可能との回答を得ている。なお、医師会立以外でサテライト化を目指している学校もあるので、今後も継続的に注意深く情報収集と共有に努める。
- 看護師と養成所の指定権限は都道府県に委譲されているため、担当行政との協議が極めて重要である。中でも運営費に対する補助金に対してサテライト化した場合には1校分とされることが大きな障壁となっているので、本会としても引き続きその点に関して交渉を行っていく。また、都道府県や市区町村による追補的な財政支援も欠かせないと思慮している。
- 徳島県医師会においては、県行政はもとより地元自治体や県立病院等にも働きかけ、協力を得られていると承知している。このような取り組みは、同様の悩みを抱えている他医師会にとっても貴重な参考事例になると拝察する。来る5月に行われる関係者会議においても、ぜひこの点をご紹介いただきたい。
- 医療は地域住民にとって生活の基盤である。人的流入の少ない地域で看護職を安定的に確保するためにも、自治体は地域に根差した養成所の存在が極めて大きいことを認識し、その健全な運営を後押ししていただく必要がある。本会としても、行政と協働可能なモデルの検討を行うとと

もに、引き続き厚生労働省と関係省庁並びに地方自治体や関連団体に対しても丁寧かつ強力に支援を要請していく。

12. 今後想定される医療のサイバーセキュリティ問題は？（東京都・目々澤肇議員）

①「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」の今後の改訂作業においてはマルウェア感染対策等、今回挙げた事項への対策は検討されているか、②患者のスマホと医療機関のシステムの直接の接点として最も懸念されるのはオンライン診療である。院内の電子カルテ等のネットワークとの分離を改めて明確に定義すべきではないか、以上2点について見解をお伺いしたい。

長島常任理事より以下のとおり回答があった。

- 医療情報システムの安全管理に関するガイドラインの改訂については、次回の改訂作業はまだ始まっていないが、日医総研から専門家が参画しているので、この事項について対応するよう働きかける。
- オンライン診療のセキュリティについて、日本医師会が令和4年にオンライン診療入門～導入の手引き～第一版を作成した後、令和5年3月に厚生労働省がオンライン診療の適切な実施に関する指針を改定し、サイバーセキュリティ対策の記載についても充実が図られた。ご指摘のオンライン診療システムと電子カルテ等の医療情報システムのネットワーク分離に関する記載として、オンライン診療において、医療情報システムに影響を及ぼす可能性があり、オンライン診療システムを利用する場合は医療情報安全管理ガイドラインに沿った対策を合わせて実施すること、なお、汎用サービスを使用する際は医療情報システムに影響を与えない設定とすることが追加された。
- さらにご指摘を踏まえ、早速、日本医師会ホームページ・メンバーズルームのオンライン診療についてのページに、この厚労省の指針から該当する対策を整理して掲載するとともに、都道府県医師会宛に周知をさせていただいた。
- また、今後国で指針の改訂等が行われる場合にはご指摘のリスクについて対応するよう要請していく。さらに、サイバーセキュリティに関しては会員に対する情報共有と相談体制の充実に努める。

13. 持続可能な医療を提供するための税制改革の提言（北海道・大原正範議員）

①医療機器・医療材料・医薬品委託費の消費税廃止、②医師偏在対策とし

ての所得税免税を、具体的に経済的インセンティブの第一に入れる、以上2点を日本医師会として政府に提言していただきたい。

宮川常任理事より以下のとおり回答があった。

- 控除対象外消費税の問題については、昨今の物価上昇を受け、特に病院の消費税負担はますます増大しており一刻も早い解決が求められる最重要課題と考えている。日本医師会は、長年この問題を税制要望の一番に掲げ要望してきた。令和7年の税制要望では、社会保険診療等にかかる消費税について、診療所においては非課税のまま診療報酬上の補填を継続しつつ、病院においては軽減税率による課税取引に改める事を要望したが、実現には至っていない。
- ご指摘の、医療機器・医療材料・医薬品・委託費に関する消費税を免税する提案は重要なご指摘であると考えている。すでに会内の医業税制検討委員会では医療機関の仕入れ段階の消費税に注目し、その高額な投資に対する配慮としてその一部を免税する仕組みを検討している。
- 医師偏在対策のための所得税の減税措置について、予算措置を補完する有効な施策だと考える。政府は令和6年度補正予算において、重点医師偏在対策支援区域において、承継や開業に対する補助金の措置をした。こうした取り組みを広げ、さらに推し進めるため、医師偏在対策を支援する新たな税制措置の創設について、会内の医業税制検討委員会で検討しているところである。
- へき地に勤務する医師など、偏在解消に協力的な病院勤務医に対する減税措置は重要な観点であると認識しており、これについても医師偏在対策に資する税制措置として引き続き検討していく。

14. 急性呼吸器感染症（ARI）サーベイランスに係る定点医療機関の負担と小児の定点報告となっている疾患のなかでインフルエンザワクチン、おたふくワクチンと妊婦さんのRSワクチンの定期接種を要望する（大分県・河野幸治議員）

①定点報告や病原体定点の負担軽減のための方策について、②定点医療機関数を減らすことにより正確な感染状況を把握できるのではないか、③小児科定点報告となっている疾患の中で、インフルエンザワクチン・おたふくワクチン、妊婦さんのRSワクチンの定期接種を要望したい、以上3点について見解をお伺いしたい。

笹本常任理事より以下のとおり回答があった。

- 急性呼吸器感染症（ARI）定点報告や病原体定点の負担低減において、いわゆる風邪症状が含まれる点が多く、定点医療機関の負担になる懸念

は指摘の通りである。日本医師会と厚生労働省で協議を重ねた結果、報告の様式を改訂し、ARI の集計については単独の項目とし、5 歳刻みの簡易様式に変更となった。今後も感染症の把握・防止に向け引き続き医療現場からの声を伺い負担を軽減しつつ、柔軟性のある制度となるよう協議していく。

- 定点数の減少について、減少・統合は、感染症部会において院長の高齢化などにより定点を継続することが困難な状況や、報告の負担を懸念し辞退する医療機関もあること、諸外国の ARI 定点の設置状況と比較すると我が国の定点数・設置数は多いこと等を考慮し決定された。なお、定点の減少によるデータの信頼性は失われない旨、厚生労働省より説明されている。医療機関の負担の点と合わせ、正確な感染状況のデータ把握の担保について引き続き本会としても注目していく。
- インフルエンザワクチン、おたふく風邪ワクチン、妊婦の RS ワクチンについて、安心して子どもを産み育てる社会を形成する上でも、小児・妊婦に必要なワクチンの定期接種化の提案は非常に需要である。現在、小児の定点接種は全て A 類疾患として公的な接種干涉、公費負担がなされている。A 類疾患は致死率が高いこと、長期経過後死に至る可能性が高い疾病であること等により集団予防・流行予防が図られるものに限定されている。定期接種化はメリット・デメリット等の科学的なエビデンスを積み上げ、優先度を考慮して総合的に判断される。小児に限らず、全ての国民にワクチンにより防止できる疾患が増えるよう、国における議論において期を捉えて発言していく。

この他、各ブロックから寄せられた代表質問に対して活発な議論が交わされた。

以上