

日本医師会会長松本吉郎先生 「中央情勢報告」講演会



常任理事 稲田 隆司



去る4月15日(土)沖縄県医師会館において、日本医師会会長松本吉郎先生の中央情勢報告講演会を現地とオンラインLIVE配信により開催した。

松本会長には医療界が抱える諸課題等についてその対応や方針について講演いただいた。その講演内容の要旨を報告する。

中央情勢について

・岸田総理への要望

去る4月11日、岸田総理と面会し、日本医学会総会ご臨席並びに医療従事者の賃金その他環境についてお願いをしてきた。岸田総理は賃上げ3%を実現するよう経済界等に呼び掛けているが、日本の労働力人口6,900万人の約12%にあたる約800万人の医療・介護従事者がおり、3%の賃上げに対して、診療報酬・介護報酬という公定価格で運営する医療機関等には、物価高騰、賃上げを価格に転嫁することができ

ず、対応するには十分な原資が必要である。病院で言えば人件費比率は60%ぐらいになっていることが多いかと思う。仮に簡単に60%に3%をかけると、1.8%ぐらい診療報酬が上がらないと賄えないことになる。診療報酬改定は2年に1回、改定平均0.4%しかプラスになってない。2年に1回で0.4%しか上がってないので、1年1回とすると0.2%ぐらいしかプラスになってない。今回の賃上げは非常に厳しい話であるので、補助金や助成金等で緊急的な対応を行ってほしいことと、来年の4月のトリプル改定に向けて、この賃上げに対応できるような十分な原資として診療報酬を上げていただきたいことを要望してきた。

その他労働環境として、医師の働き方改革による各地域の医療機関に大学病院に派遣されていた医師の引き上げということも考えられる。大学病院で人が回らなくなれば、とても外に出してる余裕がなくなる。引き上げが起きると、

特に産科医療や救急医療に影響を及ぼすとともに大きな社会問題になることは明らかである。法的には2024年4月からとなっているが、差し迫っているののでしっかりと考えて対応いただきたい旨話した。

・医療提供体制改革に係る今後のスケジュール

2024年は医療提供体制の改革に関わる非常に大切な節目の年である。第8次医療計画が始まり、5疾病6事業も継続、外来医療やかかりつけ医機能の話も2024年から本格的にスタートしていく。また、医師の働き方改革も時間外の上限規制が実効的なものとして働いてくる。現在、外来の数も減少し入院も減ってきているところも出てきている。2040年には外来数と入院数がピークに達すると言われているので、今の国民皆保険制度を維持していくということが、一番の課題になる。

全世代社会保障法案

・地域における面としてのかかりつけ医機能

今回、全世代社会保障法案が衆議院を通過した。各法案の抱き合わせだが、私どもの一番の関心事はかかりつけ医機能であった。今回衆議院を通ったので、今後参議院で審議が行われる。これまでの流れとして骨太の方針2022年に「かかりつけ機能が発揮される整備を行う」と閣議決定された。この閣議決定は、財務省や財政審が主張する「法制上の明確化」や「認定するなどの制度」、「事前登録・医療情報登録」ではない。また、今年も骨太の方針2023年に色々な問題点が入ってしまうと、それを審議しなければならない。

財務省はかかりつけ医を認定して、かかりつけ医と非かかりつけ医を分断することを考えている。患者さんは1箇所しかかかりつけ医を登録できなくなり、そこに必ず行かないといけない。登録外の先生のところへ診てもらうときはかかりつけ医を通さなければならない。フリーアクセスを阻害して、患者さんの選択ができなくなるようなシステムである。日本の国民はフ

リーアクセスで自分の決めた医師のところ自由にできるシステムになっている。医師も1人だけではなくて、内科でも糖尿病や消化器を診てくれる医師がいれば2人でも3人でも複数のかかりつけ医を持つ患者さんは多い。かかりつけ医を選ぶのはあくまで患者さんであり、患者さんが選んだ医師がかかりつけ医になるというのが日本医師会の考えである。これは先生方と一緒に戦ってきて、今回の法案はなんとかそれを守りきれたと思っている。

地域に根差した医師の活動については、私が地元で医師会長をしていた10数年前から言い続けていることで、例えば地域の時間外・救急対応や警察業務への協力、介護保険認定審査会、産業保健、予防接種、がん検診、市民健診等、看護師・准看護師養成所の仕事等、自分の医療機関以外の仕事も地域住民の健康を守るために活動をしている。このような様々なことを1人ではできないので、医師会がコントロールタワーになってみんなで分担して地域医療を支えていることを医師会の存在意義と合わせて主張してきた。今回、自民党の全世代社会保障に関する特命委員会において、かかりつけ医機能を有する医療機関を選択することはあくまでも患者の選択であり、義務ではないこと、さらに我が国医療のフリーアクセスを守り、必要な時に迅速に必要な医療を受けられる原則が変わらないことを前提とすべきだということが取りまとめられたことは、我々の願いが取り入れられた。

かかりつけ医機能が発揮される制度整備の進め方については、令和5年度に医療機能情報提供制度が拡充され、来年からかかりつけ医機能を報告する制度が始まる。個々の医療機関が機能を持っていれば報告するだけなので、機能を持ってない医療機関は報告する必要はない。県に報告を行い、県がその地域において地域医療構想調整会議のような形で足りない部分を考えていく。かかりつけ医かどうかを認定するものではないことをはっきりさせておく必要がある。また、都道府県がかかりつけ医の機能につ

いて報告を受けたものを確認することについて行政処分ではなく、あくまで確認をするだけだということになっている。

繰り返しになるが財務省はかかりつけ医と非かかりつけ医を分けることによって、医療費の削減ができると思っている。かかりつけ医でない医療機関に行きたいときには、かかりつけ医を通さないといけなくなり、もし直接行きたいときにはおそらく2割3割の自己負担分をさらに上乘せするようなことを考えていると思う。例えば、この前の診療報酬改定で大病院や特定機能病院、或いは200床以上の地域医療支援病院にかかる時に紹介状がないと5,000円だったものがプラス2,000円の7,000円になった。2,000円増えた分は病院のプラスになっていない。2,000円は医療保険から引かれるので病院には同じ金額しか入ってない。つまりこれと同じ仕組みで患者さんから多くお金を出させることを考えてる。かかりつけ医と非かかりつけ医に関しては非常に危険な発想である。

これは第一歩なので財務省が諦めたわけではない。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、割当てたりすることには反対である。1人の医師を登録するという登録制は絶対反対、人頭払も反対である。医師は選ばれるようなかかりつけ医にならないといけないと考えている。

・医療法人データベースについて

医療法人の経営状況の見える化が図られて、医療法人の場合は経営状態を出さないといけないことにはなっているが、任意の報告事項になっている。財務省は損益計算書等を見ていきたいわけであるが、1つ1つの医療機関を見られるようなことは阻止してきたので、全体的なものを掴むという程度になっている。今後もっと細かなデータが出せる方向で議論がされるので、これも非常に警戒している。

・出産育児一時金の引き上げについて

この4月から出産育児一時金が42万円から50万円に増額された。支給額の引き上げにあたり、出産費用の見える化が来年4月から実施されるが、開始に先立って自院のホームページ等で分娩に要する費用やサービスについて公開に努めていただきたい。出産はこれまで病気や疾病ではないとの理由のもと、健康保険の現物給付ではなく、現金給付であった。保険適用にあたり、全国一律の出産費用ができるのか。元々保険は全国どこに行っても一律の標準的な治療を受けられるというのが理念のため、各地域で点数を変えることは絶対にあってはならない。保険点数が低く抑えられることでスタッフ数の減少等により医療安全上の課題も生じる。この辺は非常に難しく、妊産婦検診と出産費用の切り分けや、様々な課題がある。

新型コロナウイルス感染症への対応

感染症法上、2類相当から5類への移行が5月8日から始まる。患者や医療機関が混乱しないようにできる限りソフトランディングをしていただきたいということと、補助金や診療報酬においても急激にゼロにするのではなくて段階をもって行っていただきたいということを岸田総理へ要望した。

また、5類へ移行後の診療体制については、4万2,000の医療機関からさらに増やすということ、入院も約3千から8千の医療機関を増やし、全病院でできる体制づくりを国は促しているが、全部の病院でコロナを診るのは実際的には難しいと思う。自分たちの立ち位置でできる限りのことをしていただきたいが、入院調整は医療機関と患者さん本人だけでは大変なので、やはり行政の支援が必要ということ強く岸田総理には訴えてきた。

診療報酬上の特例の見直しについて、現行措置で院内感染対策300点はほとんどの医療機関では継続だが、発熱外来ではないところでは147点になる。また、在宅部分についても点数が下がってくる。

感染症医療の提供について、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を締結するとされているが、それぞれ病院が持つ機能やキャパシティを超える内容で協定を結ぶわけではない。ここはしっかりと自分たちができる範囲内の協定を県と話し合っただけで結んでいただきたい。協定が履行できない正当な場合として、病院内で感染拡大等により医療機関内の人員が縮小している場合やウイルスの性状等が協定締結時に想定していたものと大きく異なっている場合等がある。

また、みんなの安心マークについて、本来は安心といった表現を医療機関外やホームページに掲げることは禁じられており、コロナの特例的対応として認められた広告なので、5月以降は認められなくなる為、5月8日以降、掲示終了となる。

医療界における医療 DX

医療界における医療 DX について、日本医師会は導入・維持の費用負担をできる限りなくして、業務負担が少なくならなければ、いくら安心・安全で質の高い医療提供体制のためになっても意味がないことを国に求めている。医療 DX の推進に伴う財政措置として少し点数がついたので、導入の費用に使っていただきたい。

日本医師会ではホームページメンバーズルームにおいて、導入についてお困り事を広く収集し、厚労省やオンライン資格確認推進協議会の活動を通じて、課題解決を図ることを目的に相談窓口を設置しているのでは是非情報を寄せていただきたい。その他、オンライン資格確認のやむを得ない事情に関する経過措置も掲載しているのでご覧いただきたい。

マイナ保険証に対する対応として日本医師会は、保険料を払っている国民が医療機関を受診できないという状況があってはならないこと等の様々な懸念があることを繰り返し言っており、これについて岸田総理も理解を示している。健康保険証に変わるようなシステムを考えてな

ければいけないと思うが、現時点でまだ詳細は明らかになっておらず、まずはオンライン資格確認の導入後になると思う。

電子カルテの標準化については、なかなか進んでいない。一般診療所は電子カルテ導入が約5割となっており、一般病院では約6割が導入している状況である。互換性がないというのが非常に問題になっており、多くのベンダーがいるので、その互換性に関して進めるのは非常に難しい。うまく標準化ができれば、情報の共有ができ、患者さんも PHR に入ることができるので非常に良くなると思うが、国から助成がないとできないということを繰り返し言っている。

HPKI カードとした医師資格証は、是非進めたい。ある意味マイナンバーカードとの競争にもなっている。これ1枚で医師資格証として通用する。電子処方箋を発行するためには、電子署名を行う必要があり、現時点でそれを満たす方法は医師資格証のみである。現在、取得率は約3万5,000件まで増えており、カードの発行が追いつかない状態である。日本医師会の会員であれば、医師資格証の発行・更新費は無料となっている。このことは研修の先生方にも伝えていただきたい。一例だが、マイナンバーカードを使って将来的に電子署名した時にどんな問題が起きるかと言うと、医師資格証の中には医師の資格情報しか入っていないが、マイナンバーカードは住民票の住所が入っている。従って、これを資格として使うと、患者さんに住民票の住所がわかってしまう欠点がある。電子処方箋導入の補助率が低いため、導入に伴う補助金の拡充に関する要望を加藤厚生労働大臣へ申し入れた。

医師の働き方改革

地域医療に影響が出ないように、そして医師の健康もしっかりと守れるような形をお願いしたい。特に大学病院や基幹病院等の医師を派遣している病院には、あまり無理をしないで、960時間以上1,860時間まで働けるような方策を

取っていただき、まずは実施してもらい地域医療に影響が出ない形をお願いしたい。大学病院など医師を派遣してる病院で派遣できないくらいにまで追い込まれないように、ぜひ医師会の先生方も大学病院とよく協議をしていただきたい。日本医師会では医療機関勤務環境評価センターの指定を受けて活動を行っているが、評価審査の申し込みは、全国で現在 59 件あり、その内沖縄県は 2 件となっている。

医師会の組織力強化

組織率が 50% を切るような状況になっているので、是非これは組織率を高めないといけない。日本医師会は医療団体を代表する唯一の団体として認められると言っても過言ではない。組織率が低下するとこれが揺らいでくるので、先生方には組織率を何とか回復させるように頑張ってもらいたい。沖縄県は日医入会率を含めて全国平均なレベルであるが、より多くの先生が日医まで入会してもらえようをお願いしたい。日本医師会が目指す医療政策の実現に向けて、日本医師会は医療現場の意見を踏まえて医療政策の議論に臨んでいる。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現場の意見が必要であり、より多くの先生方が医師会活動に参画することで医師会の組織強化と発言力の強化につながる。さらに普段から政府与党の先生方と緊密なコミュニケーションがとても重要なので、約 8 か月はこの対応に充てており、先生方からも後押しをお願いしたい。

卒後 5 年目までの会費減免に関して、研修医の先生は民間保険に比べて日医医賠責は安価となっているメリットがあるので、周知していただきたい。

ナースプラクティショナー (NP)

医療をとりまく最近の課題として、ナースプラクティショナー (NP) は、医師の働き方改革に関連し、医師をサポートすることや医師の働く時間を減らすという話ではなくなっている。医師の働きの代わりをするような職種を創設しようという話になってる。今回フランスで NP が法案を通ったが、例えば軽い病気を薬剤師や NP が直接診ていいことになったり、腰痛症や捻挫を理学療法士が診たりできるようになり、医師がいない場所でも一定のことができる。フランスでは医師のストライキが起きたが、法案で通ってしまったのでどうしようもない状況である。日本においても非常に危険な発想であるので、新たな資格制度が本当に必要かどうかということに注視していきたい。

事前にいただいた質問への回答

当講演会に際し予め松本会長へ質問をお送りしていたが、講演時間の関係上、資料掲載をもって回答とした。(11 ~ 13 ページへ掲載)

講演のあと、現地参加された先生方から松本会長に質問が出され、その場で回答をいただいた。



事前に頂いた質問①: 在日外国人労働者に対する健康管理体制

少子高齢化が進む日本社会において、外国人労働者の日本における就労者の増加は今後避けては通れなくなっています。現在東南アジアからの技能実習生は3年間の日本滞在が認められていますが、今後の政府の対処方針にも注視していく必要があると考えます。技能実習生等の在日外国人労働者に対する輸入感染症管理を含む健康管理体制を医療界としても検討する必要があると考えますが、日本医師会としては現時点でどのように考えていますでしょうか？

152

在留外国人労働者に対する健康管理体制について
日本医師会の考え方と、国や関係者に対する要請

1. 都道府県行政のワンストップ相談窓口の整備推進
医療機関からの相談支援（来院時のポイント、他院紹介、支払いサポート、院外手続き… etc.）
（1）47都道府県すべてに窓口の設置実現
（2）国の支援により24時間365日対応できる体制の構築
2. 医療機関における多言語による診療支援体制の整備
【LJP：Limited Japanese Proficiency「適切な日本語が必要」（問題は国籍ではなく、日本語能力）】
（1）多言語対応医療機関の増加・リスト化と、地域での情報共有
（2）予約票、問診票、院内文書等の多言語化、および全国統一フォーマットの策定
（3）医療通訳者の配置、電話・ビデオ通訳サービスの普及、自動翻訳デバイスの精度向上
（4）国際規格に準拠した医療通訳者の育成制度の設計
3. 適切に医療を受けられる体制のために（医療費の未収金問題への対応）
（1）加入が可能な方については公的医療保険への適正な加入促進
（2）各都道府県における外国人医療費未収金に伴う補填事業の実施
（3）訪日外国人の民間医療保険加入促進と、不払いを発生させた場合の次回入国時の適切な対応

・ 日医A1会員向けの医療通訳サービス提供
・ 患者向け多言語ポータルサイト（準備中）

153

日本医師会の取り組み

- ・ 「外国人医療対策委員会（プロジェクト）」の設置：平成30年、外国人への適切な医療提供の在り方を検討するため創設。今期は稲野秀孝委員長（栃木県医師会長）他、都道府県医師会役員、四病協推薦者、有識者の計16名にて構成。会長諮問「地域医療における外国人医療対策のあり方について～人流再開に伴う諸問題を踏まえて～」を受け検討中。医療通訳制度の現状と課題についてヒアリングを実施した。
- ・ 「医療通訳サービス」の提供：日本医師会医師賠償責任保険の付帯サービスとして、ウクライナ語を含む19言語に対応。ウクライナから避難された患者やその親族の利用については、対象言語に関わらず年間の利用回数制限を廃止。
- ・ 「外国人医療関係ポータルサイト」の設置：日本医師会ホームページ内に、これまでの日本医師会の取組、医療機関向け支援サイトへのリンク、外国人向け支援サイトへのリンクを掲載中。
- ・ 「多言語による閲覧が可能なポータルサイト」の設置（準備中）：日本医師会ホームページ内に訪日外国人および在留外国人向けのものとして設置予定。
- ・ 「在留カード等読取アプリケーション」の周知：出入国在留管理庁において、偽変造在留カードへの対策の一環としてアプリが作成され、無料配布中。日本医師会からの要請で広報資料が作成された。
- ・ 「訪日外国人に対する医療提供体制の充実に向けた要望書」の提出：令和5年2月6日、自由民主党政務調査会訪日外国人観光客コロナ対策PT座長に対して、医療費未払い問題への対応として、短期滞在入国者への民間医療保険の加入の推進等を求めた。

154

<参考>
コロナ禍の外国人医療
対策について



より良い外国人医療の提供に向けた日本医師会の考え

【日医定例記者会見】令和3年3月3日：新型コロナウイルス感染症にかかる外国人医療について
外国人患者と医療機関を守るために、厚生労働省へ6項目の施策を要望した

1. コロナ対策の周知・広報（ワクチン接種を含む）の徹底
2. 外国人のワクチン接種特例対応（住民票所在地以外での接種）の実施
3. 予約票や問診票の多言語対応・全国統一フォームの作成
4. ワクチン集団接種に係る医療通訳費用等の負担免除
5. ワクチン接種証明書の発行及び日本語・外国語の併記対応
6. 平日を含むワンストップ窓口の24時間対応

withコロナ時代の通常の医療においても、特に3と6の充実が必要

155

事前に頂いた質問②：医療界のビッグデータの構築

コロナ禍後の社会の正常化を考えることを目的とした、多業種の代表が参加している沖縄県のアドバイザリーボード会議に参加していますが、コロナ禍後の社会機能の回復、強化のためには内閣府から提唱されているソサエティ5.0(種々のビッグデータの連携、AIの活用等を中心とする)の推進が重要視されていることを知りました。医療界がこの流れに即応するためには医療界のビッグデータの構築が必要と考えますが、個人情報保護の壁がたちはだかりこの点がなかなか前に進んでいないように感じています。日本医師会としての今後の方針をお聞かせいただけますでしょうか？

156

日本医師会のビッグデータに関する取り組み

- 日本医師会は、日医IT化宣言2016において、「患者の同意に基づいて収集した医療情報を研究・分析して、医療の質の向上及び患者の安全確保に努める」ことを掲げました。
- この考えに基づき、日本医師会は、2019年3月に100%拠出の一般財団法人である日本医師会医療情報管理機構（J-MIMO：ジェイミモ）を設立し、2020年6月に次世代医療基盤法に基づく認定を取得しました。
- 通常、医療情報を取得し、第三者に提供するには、ご本人の明示的な同意が必要ですが、次世代医療基盤法の認定事業者に限っては、書面で通知をして拒否がなければ（これをオプトアウトといいます）、医療機関から実名データのまま医療情報を提供いただくことが可能です。
- そして、認定事業者は複数の医療機関や自治体などから取得・集積したデータを名寄せできるのが大きな特徴です。名寄せしたデータを、個人情報に換れないように匿名加工した上で第三者に提供し、研究開発に活用いただくこととなります。
- 現在、J-MIMOの他、京大系、東大系の各事業者が認定を取得しており、この三者が連携してビッグデータ構築に取り組んでいる状況です。
- J-MIMOは、現在、国立病院機構55病院と契約し、100万人以上の電子カルテデータを取得しています。さらに、令和5年1月に東北大学病院、3月に国立国際医療研究センター（NCGM）と契約し、着々とデータ規模を広げています。
- また、弘前市や逗子市といった自治体と契約しています。特に弘前市においては、弘前大学、後期高齢者広域連合とも集合契約を結んでいます。今後は、国立病院、研究機関、自治体を核として、次世代医療基盤法ならではの地域の全体像が見えるデータを収集していきたいと思っております。

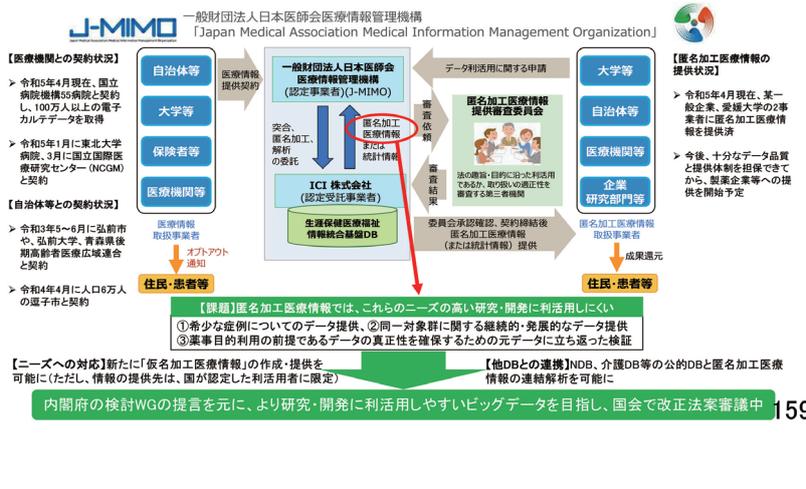
157

日本医師会のビッグデータに関する取り組み

- 一方、匿名加工医療情報の提供状況については、まだ2事業者に数回提供したのみで、現在はデータ品質の確保と提供体制の整備を図っているところです。それらが担保でき次第、製薬企業等への提供を開始する予定です。
- ただし、現在の認定事業者は、間違ってもデータを提供した個人が特定されたりしないように、非常に厳しい基準で匿名加工を行っており、製薬企業等からは活用しにくいとの声が寄せられていました。
- 特にニーズが高いのが、①希少な症例についてのデータ提供、②同一対象群に関する継続的・発展的なデータ提供、③薬事目的利用の前提であるデータの真正性を確保するための元データに立ち返った検証—で、どれも現行の匿名加工された情報では実現が難しい内容です。
- そこで現在、認定事業者が、これらのニーズを一定程度満たせる「仮名加工医療情報」の作成・提供を可能にすべく、次世代医療基盤法の改正法案が国会で審議中です。ただし、個人特定に繋がりにくくなることから、仮名加工情報の提供を受ける利活用者は、国の認定を受けることが必要となります。
- また、今回の法改正では、レセプトデータベースのNDBや介護総合データベースなどの公的データベースと、次世代医療基盤法のデータベースの連結解析も可能となる見込みで、日本の医療ビッグデータのさらなる活用につながります。
- 日本医師会では、AIホスピタル事業にも取り組んでおりますが、AI開発には良質なデータを大量に喰わせなければなりません。特に望まれるのが画像データですが、データ量が大きく、集積に多額のコストがかかるため、事業者単独でなく、国とも連携して整備を進めていく必要があります。
- 日本医師会では、患者さんや国民の皆さんの医療情報をしっかりと守りつつ、医療分野の研究開発に資するビッグデータ構築を目指して、今後も取り組んでまいります。

158

医療界のビッグデータの構築～日本医師会のビッグデータに関する取り組み



159



松本吉郎日本医師会長を囲む懇親会記念写真