

## 第155回日本医師会臨時代議員会 代表質問

順番	地区名	都道府県	議席番号	氏名	担当役員	質問タイトル	頁
1	中国 四国	広島県	139	なかにし としお 中西 敏夫	釜菴常任理事	日本医師会の真の組織強化のための都市と地方の格差拡大抑制について ～準会員制度の創設等の新たな取り組みの議論を始めるべき～	1
2	近畿	京都府	56	うえだ ともしひろ 上田 朋宏	釜菴常任理事	日本医師会の会員増強・組織強化の取り組みへの提案について	3
3	東北	山形県	254	さんじょう のりお 三條 典男	笹本常任理事	医師会への入会及び医師会間の異動に関する手続きのオンライン化について	4
4	東京	東京都	292	ますだ みきお 増田 幹生	茂松副会長	近未来の健康保険診療における価格転嫁システムの改革の可能性について	5
5	北海道	北海道	223	ふじわら ひでとし 藤原 秀俊	猪口副会長	検証組織の創設について	7
6	九州	鹿児島県	212	おけたに かおる 桶谷 薫	黒瀬常任理事	就労世代のがん対策とPHRの推進について	8
7	関東 甲信越	埼玉県	328	まつやま まきこ 松山 真記子	釜菴常任理事	看護師不足と医師会立看護師等養成所について	9
8	九州	沖縄県	220	たな たけし 田名 毅	長島常任理事	生活習慣病に係る医学管理料の見直しについて(2024年度診療報酬改定)	10
9	中国 四国	山口県	143	おきなか よしひこ 沖中 芳彦	今村常任理事	医師の将来について	11
10	近畿	兵庫県	97	おかばやし たかなお 岡林 孝直	宮川常任理事	セルフメディケーションと医薬品の安定供給について	12
11	東京	東京都	302	ひろせ ちえこ 弘瀬 知江子	渡辺常任理事	日本国民が健康で充実した生活を営むために、今後の学校保健のあり方や学校医を含む医療関係者、養護教諭が力を入れるべき教育はどうあるべきか？	13
12	中部	富山県	2	ほりち はじめ 堀地 肇	長島常任理事	医療DXの推進と医療情報の活用	15
13	北海道	北海道	227	のなか ただし 野中 雅	佐原常任理事	医療AI(Artificial Intelligence)の位置づけをどのように考えるか？	16
14	中部	岐阜県	11	さたけ しんいち 佐竹 真一	江澤常任理事	在宅医療提供体制の今後のあり方について	18
15	東北	秋田県	250	いとう しんいち 伊藤 伸一	角田副会長	日本医師会が目指すオンライン診療について	19
16	近畿	奈良県	113	あんどう のりあき 安東 範明	宮川常任理事	調剤薬局全国チェーンによる零売問題について	20
17	関東 甲信越	新潟県	368	うえだ まさひろ 上田 昌博	城守常任理事	「医師の働き方改革」の一般市民への啓発について	21
18	関東 甲信越	茨城県	303	すずき くにひこ 鈴木 邦彦	城守常任理事	日医は同時改定後の戦略をどう構築する方針か	22
19	九州	福岡県	169	ひらた やすひこ 平田 泰彦	長島常任理事	医療分野におけるキャッシュレス決済の課題について	24

# 代表質問用紙

議席番号	氏名	都道府県
139	中西 敏夫	広島県
<b>題名</b> 日本医師会の真の組織強化のための都市と地方の格差拡大抑制について ～準会員制度の創設等の新たな取り組みの議論を始めるべき～		
<b>背景</b> <b>医師会組織強化への取組</b> 日本医師会は全医師数に占める会員入会率が年々低下し、現在松本日本医師会長の強力なリーダーシップの下、全国の医師会を挙げて組織強化に取り組まれている。 日本医師会の研修医会員数は、平成29年12月1日時点で4,421人から、令和5年には8,166人まで増加している。 併せて、令和5年度から導入された卒後5年間の会費減免はさらに効果が期待されており、若手医師に対して日本医師会入会の契機となり、組織強化に一定の役割を果たしている。 <b>卒後5年間の会費減免の功罪</b> 確かに、この措置は各都道府県医師会がさらに積極的に進めると日本医師会の組織率は向上するが、日本医師会の代議員定数が大都市圏域でさらに増加し地域格差が拡大する。初期研修医採用は都道府県の採用定員に上限規制がかかり、専攻医の採用にはシーリングがかけられてはいるが、専攻医の大都市圏への集中は明らかである。そのため、この卒後5年間の会費減免期間満了前から、早急にまたしっかりと時間をかけて、議論を始めるべきである。 <b>卒後5年経過後の勤務医を対象とした新たな制度(例えば「準会員制度」の創設等)の検討</b> まずは会費減免のみならず、加入手続きの簡素化などを徹底し、卒後5年までの勤務医の加入促進を徹底する。その上で、卒後5年後以降も継続して日本医師会に加入を続けやすくなり、かつ日本医師会の代議員数等の都市と地方の格差拡大を防止する方策の検討が不可欠である。		

具体的には、例えば「準会員制度」創設を提唱したい。これは、もちろん、定款改正等の手続きが必要であるが、日本医師会の構成員として「会員」とは異なる「準会員」という新たなカテゴリーを創設してはどうか。

卒後5年以降の若手勤務医の経済的負担を緩和しつつ、入会継続を促すため、この「準会員」の会費負担額は、「会員」の半額程度を目途として、代議員会または理事会で定める。

その代わり、「準会員」は、日本医師会の役員になる可能性は極めて少ないと思われるので、例えば「会員」が有する会長・理事等の役員等の選任に関する「選挙権・被選挙権」を有しないこととする。

併せて、日本医師会代議員数算出基礎となる「会員数」には、「準会員」は「会員」との「会費」負担の割合に応じて調整し、現行は「代議員・予備代議員数は会員500人に1人」であるが、例えば「準会員」の会費が半額なら、「準会員を代表する代議員・予備代議員は準会員1,000人に1人」としてはどうか。

さらに、各都道府県医師会の最低保障として、「準会員」を算出基礎とする代議員・予備代議員を少なくとも、1人は「準会員」から選任することを認めてはどうか。

これにより、現在は日本医師会の代議員会に若手勤務医がほとんど参加していない中で、日本医師会の運営に参画する貴重な機会となるのは間違いない。

上記以外の権利・義務については、「医師年金」「医師賠償責任保険」など、「会員」と「準会員」は全く同等の権利を持つこととしてはどうか。

#### 質問事項

そこで、松本会長を先頭に積極的に組織強化に取り組まれている中で、日本医師会が正当に医師を代表する唯一の職能団体であり続け、都市と地方の格差拡大を抑制し、若手勤務医が全国から参画する日本医師会になることこそが、真の組織強化にも繋がると確信しているが、この提案に対する日本医師会の見解は如何か？

※ 背景と質問事項をあわせて1,400字以内（5分以内）を目安とする。

## 代 表 質 問 用 紙

議席番号	氏 名	都道府県
5 6	上 田 朋 宏	京 都 府
<p><b>題 名</b> 日本医師会の会員増強・組織強化の取り組みへの提案について</p>		
<p><b>背 景</b></p> <p>現在、日本医師会では松本会長の強力なリーダーシップのもと、組織強化を最重要課題として、卒後5年目までの研修医・専攻医の会費無料化を実現され、若手医師の会員増加に向けた取り組みを進めてこられました。昨年12月の日医会員数調査では、前年比で2,000人以上の会員数の増加があったとの結果も出ており、京都府でも若手医師の入会促進に一定の効果があったと感じております。</p> <p>これから超高齢社会、人口減少社会を迎える中で、将来の医療を担ってくれる若手医師と正確な情報を共有し、それを元にした将来構想を若手医師と一緒に考えることは大変重要なことです。</p> <p>しかしながら、若手医師はスキルアップ、キャリアアップの過程で都道府県、郡市区を超えて異動することが多く、それに伴って医師会入会が中断し、医師会とのつながりが途絶えてしまいます。それを解決するために、京都府医師会では、昨年4月に「KMA.com」というSNSを利用し、京都府外に異動になった場合も「つながり」を継続できる仕組みを作り、稼働を始めました。</p> <p>「KMA.com」では新研修医総合オリエンテーション、臨床研修屋根瓦塾、ワークショップなどの学術コンテンツを無料で公開するとともに、医師賠償責任保険や医師年金等の支援事業も積極的にPRし、医師会入会のメリットについて情報提供してきました。</p> <p>医師会は「三層構造」が基本であるため、異動に際しての事務手続きが煩雑であり、会員継続が困難となる一因となっています。そこで、医師会に入会した若手医師が郡市区、都道府県を越えて異動した場合でも会員資格が継続できるように、都道府県医師会が会員情報を管理し、その名簿を郡市区医師会にフィードバックすることで、あくまで「郡市区医師会所属」とする制度を考えてはどうかと思います。三層構造を維持しつつ、他府県へ異動しても会員資格を継続でき、それに伴う手続きも簡素化するという目的を同時に実現することで、会員増強・組織強化につながるのではないかと考えています。</p>		
<p><b>質問事項</b></p> <p>日本医師会として、若手医師会員との情報共有、入会促進・会員資格の継続に向けて、会員フォローアップの強化を含め、今後どのような取り組みを考えておられるか質問させていただきます。</p>		

※ 背景と質問事項をあわせて代表質問は1,400字以内（5分以内）を目安とする。

## 代表質問用紙

議席番号	氏 名	都道府県
254	三條 典男	山 形 県
<p>題 名</p> <p style="text-align: center;">医師会への入会及び医師会間の異動に関する手続きのオンライン化について</p>		
<p>背 景</p> <p>日本医師会は若手医師をターゲットとして入会手続きを簡便にするために、QRコードを用いた入会申込書請求フォームの作成や新会員情報管理システムの構築などを行っている。と承知している。</p> <p>卒後5年までの医師は医師会費が無料のため入会しやすいが、大学医師会などからは、紙の文書に入会申込みを記載する方法は、カルテさえキーボードで打ち込む若手医師には敷居が高いのでオンラインでの入会申込みができないかとの問い合わせが来ている。</p> <p>一方で、若手の医師たちは、大学病院から各病院へのローテートも必須となっており、地区医師会をまたいだ異動の場合、その都度、紙ベースで退会届及び入会届を記載しなければならないことが、手間暇の観点から、入会あるいは異動の際の会員維持への障壁となっている。</p> <p>そこで、当山形県医師会では、医学生を対象とした「医学生会員」という範疇を新たに規定し、入会のシステムを山形大学の協力の下に本年4月より開始し、入会の手続きは全てパソコン、スマートフォンで完結できるように構築することとした。医学生のうちから医師会活動に触れることによって、より医師会への理解が深まり、会員増強に資すると考える。</p> <p>しかしながら、この会員資格は医学部卒業と同時に自動的に退会処理となってしまう。そこで直面するのは、正式に医師会に入会するためには紙ベースの申込みが必要となり、若い彼らにとっては非常に煩雑であり、入会を諦めることも想定される。また、せっかく入会しても、転勤の際の新たな地区医師会入会のための紙ベース記入という障壁に曝される。</p>		
<p>質問事項</p> <p>これらを踏まえ、日本医師会では紙ベースを止め、オンラインにて入会申込み、医師会間の異動手続きの簡便化かつオンライン化を可能にする新会員情報管理システムを構築中と伺っているが、そのシステムの具体的な公開予定や内容について質問したい。併せて、現行の各医師会が管理しているデータが今後どのように取り扱われるかについても回答いただきたい。全医師会のペーパーレス化には、段階的に紙ベースの併用も考えて良いと思われる。会員増強且つ組織力強化に資すると思われるので、是非強力に推進していただきたい。</p>		

※背景と質問事項をあわせて代表質問は1,400字以内（5分以内）を目安とする。

## 代表質問用紙

議席番号	氏名	都道府県
292	増田 幹生	東京都
<b>題名</b> 近未来の健康保険診療における価格転嫁システムの変革の可能性について		
<b>背景</b> <p>光熱費、食費、他の原価についても高騰が続き、全国の医療機関は公定価格の中で値上げは叶わず経営的に苦しい思いをしてきました。さらに国からは従業員の賃上げ5%の構想が示され、昨年12月には内閣官房及び公正取引委員会の連名で「労務費の適切な転嫁のための価格交渉に関する指針」について日本医師会を通じた周知協力依頼がありました。</p> <p>医療介護福祉業界が公定価格で原資の無い中でやりくりしている間に、他の業種では値上げによる価格転嫁で労務費賃上げが行われています。その結果、他業種への人材流出が加速し、医療介護福祉現場の人手不足に拍車をかけているのが現状です。もはや小手先の調整すらできないこの窮状では「人的にも経営的に持たない、破綻、医療機関の倒産そしてそれに続く医療崩壊が迫っている」といった悲鳴に近い声が多く、医療介護福祉施設から届いております。</p> <p>「現行のシステムの中で持ちこたえて行くのはもはや限界」と医療経済システムの方向転換を望む声があります。長期的な視点での日本医師会としての近未来の方向性についてお尋ねしたいと思います。</p>		

## 質問事項

1. 入院時の食事代について(全額または一部自己負担での価格設定についての自由裁量)
2. 光熱費について(燃料サーチャージの導入)
3. 人件費の価格転嫁(人的サービスに対するエクストラチャージ)
4. 家賃、賃貸料、光熱費、人件費などすべての原価の補正(地域による段階的な加算)
5. 利用者負担の適切化(緊急性の無い場合の救急車利用や夜間往診)、重複受診時(検査や処方も含む)の自己負担率の段階化
6. 外来や検査予約に関する利用者自己負担(予約料、当日キャンセルに対するキャンセル料の設定)

以上の内容については様々な集まりで常に話題に上がっています。診療報酬についてはこれらの点の補正は充分とは言えず、地域による原価の補正も加味されてはおりません。また本来の趣旨から逸脱した医療機関受診により、医療現場の財的人的資源が消費されている事も大きな問題です。

このまま診療報酬の中でやりくりしていくのか、保険診療外で受益者自己負担を求める事が可能なのか、前例を打ち破り「医療行為以外のこれらのサービス部分について健康保険制度の外に議論や自由な意思決定の場を作っていくことができるのか」について質問させていただきます。

※ 背景と質問事項をあわせて1,400字以内(5分以内)目安とする。

# 代表質問用紙

議席番号	氏名	都道府県
223	藤原 秀俊	北海道
<b>題名 検証組織の創設について</b>		
<p><b>背景</b></p> <p>1948年医療水準の確保を図るため、病院の施設基準等を整備する目的で医療法が制定されました。1985年には、都道府県医療計画制度導入を目的とする第一次医療法の改正が行われ、1992年第二次改正では、特定機能病院・療養型病床群が制度化されました。1997年の第三次改正では地域医療支援病院制度の創設が行われ、またこの年に当時の厚労省が全国37のモデル国立病院に対して、医薬の完全分業を指示し、その後処方箋料の増額もあり、医薬分業が飛躍的に進んでいます。2000年第四次改正では、療養病床・一般病床の創設や臨床研修が必修化され、新医師臨床研修制度となりました。2007年第五次改正では、医療法人制度の改革の中で、社会医療法人が創設されました。2014年第六次改正では、病床機能報告制度と地域医療構想の策定や医療事故調査制度の創設が行われ、またこの頃より地域包括ケアシステムの構築が全国的に進められております。2015年第七次改正では、地域医療連携推進法人制度が創設され、2018年第八次改正では特定機能病院の管理運営体制が強化されました。2021年第九次改正は、「良質かつ適正な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」で、医師の働き方改革が定められました。</p> <p>このような中、他の制度改革や、診療報酬改定により、医療を取り巻く状況は激変をしております。一方1948年に制定された医師法は、その後も殆ど変わりがない状況であります。</p> <p>我々医師は、国が定めた規則に従順に盲目的に従ってきましたが、果たして各制度改革が国民のためになって来たのでしょうか。</p> <p>官僚中の官僚と言われる、旧大蔵省の不祥事や、財務省による文書の改ざん・恣意的な発言等を踏まえると、我々も考えを改める必要があるものと思われまます。官僚であっても間違いを起こすものだと認識を新たにし、過去の改革・改定が果たして国民の安全・安心に寄与するものであったか否か、本当に国民のためになっているのか否かを、検証する必要があるものと思われまます。</p>		
<p><b>質問事項</b></p> <p>日本医師会が中心となって、これまで行われてきた改革や改正を検証する組織を創設しては如何でしょうか。</p> <p>執行部のお考えをお聞かせ下さい。</p>		

※ 背景と質問事項をあわせて1,400字以内（5分以内）を目安とする。



第155回日本医師会臨時代議員会  
代表質問用紙

議席番号	氏名	都道府県
212	桶谷 薫	鹿児島県
<b>題名</b> 就労世代のがん対策とPHRの推進について		
<b>背景</b> <p>日本は少子高齢化が進行中であり、それに伴い深刻な人手不足と労働力の確保が大きな社会課題になっています。この状況の中で、従業員の健康管理は企業経営において無視できない重要な要素です。なかでも働く女性や定年延長による高齢者の健康問題に対する適切な対応が求められています。</p> <p>がんの罹患率は20～64歳の就労世代においても全世代の4分の1を占めており、女性における子宮頸がんは20歳から、乳がんは40歳からの若い現役世代で罹患率が高く、乳がんの年齢調整罹患率はここ20年で2倍に増加し、子宮頸がんの年齢調整死亡率は諸外国で減少傾向にあるものの日本では増加が続いているのが現状です。企業における健康課題を考える際に「がん対策」は欠かせません。</p> <p>厚生労働省は、第4期がん対策推進基本計画において、がん検診の受診率目標値を50%から60%へ引き上げていますが、受診率は全国約70万人に「過去1年2年でがん検診を受けたことがありますか」というようなアンケート形式で行われた国民生活基礎調査による推計結果であり、記憶による自己申告によるもので実態とはかけはなれている可能性があります。国が把握可能な受診率としては、健康増進法に位置付けられた市町村で行うがん検診受診率として10%前後の報告を受けているのが現状です。</p> <p>企業が行う労働安全衛生法による定期健康診断や、保険者が行う特定健康診査にがん検診が含まれていないことも課題ですが、企業健診に加えることで各企業へのコスト負担が大きく企業の約90%を占める小規模事業所等では実施が難しいと考えられます。せめて各企業に各地域で行われている市町村主体のがん検診への参加を促すことや、自己負担額を軽減し、受診しやすい環境を作るなどの体制作りを推進する具体的な取組みを国への働きかける必要があると考えます。</p> <p>また、就労世代にがん検診を積極的に受けていただくためには職場環境整備と同時に自身の身体の状態を把握することの重要性を理解し行動変容に結びつけていくことが重要であります。この世代には、行動変容のツールとしてICTの活用が有効と思われれます。2023年7月にPHR関連の商品・サービスを提供する事業者が主導する我が国初のPHRサービス事業者団体が設立されています。PHRの推進には営利企業主導ではなく、エビデンスにしっかりと裏付けされた予防や行動への情報管理に結びつけることができるように、日本医師会が積極的に関与すべきと考えます。併せて、乳幼児健診から長寿健診までの各種健(検)診データをPHRとして個人が管理できる(活用できる)環境整備も求められます。</p>		
<b>質問事項</b> 就労世代のがん検診受診率の向上やPHRの推進に向け、日医はどのような具体的な取組みを予定されているのか、国との協議の状況、施策の具体的なスケジュール等をご教示頂きたい。		

# 代表質問用紙

議席番号	氏名	都道府県
328	松山真記子	埼玉県
<p>題名</p> <p>看護師不足と医師会立看護師等養成所について</p>		
<p>背景</p> <p>超高齢社会により、2040年には働き手の5人に1人が医療・福祉現場で必要と言われてい ます。中でも看護職員の需要は増すばかりです。一方で、全国的に看護職員の成り手が不足して いる現状があります。</p> <p>厚労省、「衛生行政報告例」によると、これまで増加傾向にあった保健師・助産師・看護師 ・准看護師等の就業看護職員が、令和4年度末には減少に転じました。職種別では准看護師の 減少が大きく、就業場所別では介護保険施設における減少幅が大きいというデータが示されま した。</p> <p>埼玉県・埼玉県医師会では、看護師・准看護師の養成に力を入れて取り組んできました。医 師会立の養成所数は看護師養成所12校・准看護師養成所が14校、計26校と全国1位であ り、1学年の定員数は合計1000人を超えます。長年にわたり多くの看護職員を養成し、地域の 医療現場に送り出してきました。</p> <p>一方で、令和5年度の定員充足率は医師会立で約76%、県全体でも80%に満たず、多くの養 成所で定員割れが続いています。学費収入減のため、医師会・会員の財政負担も増加していま す。専任教員や実習施設の確保といった諸問題もあり、数年内で閉校・統廃合を決定した養成 所が複数出てきております。</p> <p>少子化による人手不足は多くの業界業種共通の問題ですが、看護職志望者の減少に関して は、コロナ禍による過酷な職場環境や待遇の低さなど、複合的な原因が考えられます。しか し、超高齢社会で最も必要とされる看護職の確保は最重要課題です。今後、医師会立看護師等 養成所の運営が破綻し続ければ、県内の病院・診療所・介護施設の運営すら立ち行かなくな ることは避けられません。何としても看護師等養成所の閉校や統廃合により生徒数を減らすこ とは避けなければなりません。</p> <p>准看護師には重要な独自の存在意義があります。①セカンドキャリアとして看護職に参入す る中高年の学生の割合は高く、少子化に対抗する担い手としての価値があること、②経済的事 情・学力的な理由等によりひとまず看護師を断念したが看護の道に志のある人の選択肢になり うること、③卒業生の約3割が看護師養成所に進むなどして、より高い専門性を得るために進 学する学生も少なくないこと、などが挙げられます。</p> <p>確かに准看護師は、専門性や資質という点で看護師とは差がある面もあるかもしれませんが が、だからといって安易に養成所の閉校・統廃合を進めると将来の看護職員の絶対数が減って しまうことは疑いようがありません。医療・介護の現場にとってはそれが何よりも打撃となり ます。看護職への門戸を少しでも広く構えることが、看護師不足の解消につながると考えま す。</p> <p>さらにもう一つの対策として、潜在看護師の発掘が効果的であると考えます。現状、離職し ている看護師資格所持者の動向把握ができていないという課題があります。潜在看護師の所在 を可視化し、現場の担い手として活躍していただけるようなシステムを構築し、彼らにアプロ ーチすることが看護師不足の解消に直結します。</p>		
<p>質問事項</p> <p>看護職員不足を改善するには、①看護職員の更なる養成、②潜在看護師の掘り起こし、③医 師会や行政による手厚い支援・補助等が必要です。日本医師会として、これらの問題をどう考 えるかお聞かせ願います。</p>		

※ 背景と質問事項をあわせて1,400字以内（5分以内）を目安とする。

第155回日本医師会臨時代議員会  
代表質問用紙

議席番号	氏名	都道府県
220	田名 毅	沖縄県
<b>題名</b> 生活習慣病に係る医学管理料の見直しについて（2024年度診療報酬改定）		
<b>背景</b> 2024年度診療報酬改定においては、生活習慣病に係る医学管理料を見直すこととなっておりますが、生活習慣病管理料については、その要件として電子カルテ情報共有サービスの活用による療養計画書作成の簡素化がある反面、長期の投薬やリフィル処方への交付、歯科医師、薬剤師等の多職種と連携する事など、病院・診療所の負担が増加することが懸念されます。 また、特定疾患療養管理料については、その対象疾患から、糖尿病、脂質異常症、高血圧が除外されることとなっており、これまでの医療体制や医療の質、特定疾患を持つ方々の状態管理や生活の質に影響が及ぶ可能性があります。 また、昨今の物価高騰、世界的なエネルギー価格の高騰、人口減少や医療・介護ニーズの高まりによる人件費上昇等により、医療機関の置かれている状況は非常に厳しく、国が定める公定価格である診療報酬においては価格転嫁ができず、医療機関による自助努力をもってしても諸物価高騰への対応は困難であり、経営に大きな影響が生じています。		
<b>質問事項</b> つきましては、特定疾患療養管理料に代わり新設される生活習慣病管理料（Ⅱ）については、実施後算定医療機関にどの程度影響がでているのか日医で実態調査を行い、影響が確認された場合は、速やかに改善を行うよう働きかけていただきますようお願い申し上げます。		

※背景と質問事項をあわせて1,400字以内（5分以内）を目安とする。

# 代表質問用紙

議席番号	氏名	都道府県
143	沖中芳彦	山口県
<b>題名</b>		
<b>医師の将来について</b>		
<b>背景</b>		
<p>大学病院には、低賃金の医師がたくさん在籍している。彼らは地域で兼業をすることにより生活費を得てきたし、地域の病院も彼らを当てにして、地域医療を維持してきた。本来ならば兼業をしなくても生活できる給与体系、診療報酬体系にすべきであるが、国も若い医師を低賃金で働かせるためにそのような兼業を認めてきたのではないかと。働き方改革には賛同するが、兼業制限により彼等の収入は激減する。かといって、病院側が彼らに対し十分な給料を支払うことは現在の診療報酬では不可能である。地域の病院も、兼業医師が確保できなければ、医師数を増やさなければならない。仮に増やせたとしてもそれに見合うだけの収入が確保できなければ一人あたりの収入は減少する。さらに、財務省は恣意的な情報操作等により開業医の診療報酬を大幅に減らそうとしている。コロナ対応を熱心に行って一時的に利益が出れば、次期の診療報酬を減らされる。結果として、勤務医も開業医も、訴訟のリスクだけは同じように背負ったまま、収入の減少を余儀なくされる。</p> <p>改正感染症法に基づく医療措置協定により、感染症発生初期から医師を動員する準備も進められている。新型コロナと同等の新興感染症を想定しているとのことであるが、協定締結の前提はコロナの初期の恐怖に満ち溢れていた状況とは程遠い。</p> <p>IT関連企業や人材派遣会社にも医療分野を侵食され、多額の支出を強いられる。消費税負担に追い打ちをかける物価高や職員賃金上昇への圧力等もあり、医療機関の支払いは増すばかりであるが、その原資は診療報酬である。保険者(企業等)は、国民の理解が得られないとして保険料や医療費の増額に反対するが、物品の価格を上げることには国民の理解が得られるのか。</p> <p>「かかりつけ医制度、包括払い、人頭払い等」も俎上に載せられたが、これは日医で対応していただいております、感謝申し上げます。</p> <p>人口減少や財源の問題は理解しているが、国(財務省)や経済界等が一体となって、医師叩きとも言える政策を繰り返し実施されると、現役医師の今後の見通しが立たなくなるばかりでなく、医師であり続けることのモチベーションが維持できなくなる。また、これからの医療を担う研修医や医学生、医師を目指す若者らの将来にも危惧の念を抱かざるを得ない。</p>		
<b>質問事項</b>		
<p>自身の身の振り方を考えるためにも、医師の処遇に関する国のビジョンを明らかにしていただきたいし、それを知る権利が我々にはあると思いますが、日医のお考えはいかがでしょうか。</p>		

※ 背景と質問事項をあわせて1,400字以内(5分以内)を目安とする。

# 代表質問用紙

議席番号	氏 名	都道府県
97	岡林 孝直	兵庫県
<b>題 名</b> セルフメディケーションと医薬品の安定供給について		
<b>背 景</b> <p>国は医療費の削減適正化を目的としてセルフメディケーションに取り組んでおり、そのために、医療用医薬品として長期間使用され、有効性・安全性が確立された成分の OTC 医薬品への転用、いわゆるスイッチ OTC を推進し拡充しております。日本 OTC 医薬品協会の 2020 年 11 月「新たな日常」を支えるセルフメディケーションの推進報告書によれば既存の OTC 類似薬（保険適応薬）が存在する領域では置換により年間 2,360 億円の医療費削減効果があると分析しており、セルフメディケーション税制により所得控除が受けられる医薬品もあり、税制によってもセルフメディケーションを推進しております。健保連による 2023 年 9 月のレセプト分析によると OTC 医薬品がある場合には OTC 類似薬（保険適応薬）の処方是对 2019 年比 6 割程度に減少しており、セルフメディケーションが国民に認知されつつある結果と考えられます。</p> <p>現在、診療の現場では後発薬メーカーによる品質不正問題をきっかけに薬の生産量が減少し、供給不足が深刻化しています。日本医師会の医薬品供給不足緊急アンケートの速報結果では医療機関の 7 割以上が医薬品不足を経験しており、せき止めや去たん薬の不足が目立つということです。院内処方、院外処方ともに処方困難な医薬品の 1 位はメジコン錠 15 mg（デキストロメトルファン臭化水素酸水和物）ですが、ドラッグストア等ではスイッチ OTC されたメジコン錠 15 mg が全く同成分同容量のメジコンせき止め錠 Pro（第 2 類医薬品）として箱に入れられ山積されています。メーカー希望小売価格は 20 錠 1,452 円で、保険薬価の 7～8 倍の価格で販売されております。生産量は医療用の約 5 % とされておりますが、OTC 医薬品ではなく保険適応薬として生産すれば医薬品不足は少し緩和されたのではないのでしょうか。せき止めや去たん薬のように安価ですが、必要不可欠な薬剤がスイッチ OTC されることにより供給不安に拍車をかけることになっているのではないかと考えられます。</p>		
<b>質問事項</b> <p>医薬品不足とセルフメディケーション、特に長期収載品からのスイッチ OTC について日本医師会執行部のお考えを伺いたと思います。</p>		

※背景と質問事項あわせて 1,400 字以内（5 分以内）目安とする。

## 代 表 質 問 用 紙

議席番号	氏 名	都道府県
302	弘瀬 知江子	東京都
<p><b>題 名</b></p> <p>日本国民が健康で充実した生活を営むために、今後の学校保健のあり方や学校医を含む医療関係者、養護教諭が力を入れるべき教育はどうあるべきか？</p>		
<p><b>背 景</b></p> <p>日本の医療制度の特徴である国民皆保険制度は、多くの国民が安心して医療を受けることができるシステムです。しかし最近、急速な高齢化に伴う健康問題により国民皆保険制度が危機に陥っているという声が上がっています。そのためには健康寿命即ち健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間を延ばすことが、社会を活性化させることにつながっていくと考えます。</p> <p>将来に向けて健康寿命を伸ばすためには、学童期より生涯を通じて、健康に関心を持ち、健康・安全で活力ある生活を送るための知識を身につけ、自己管理（セルフケア）を実践し、自分自身の健康に責任を持ち、軽度な身体の不調は自分で手当てすること（セルフメディケーション）などが重要と考えます。セルフケアにおける7つの実践には、ヘルスリテラシー、検査、衛生管理・口腔ケア、禁煙、運動・睡眠、食事、OTC医薬品の使用などがありますが、その中で、ヘルスリテラシー（生活の質を向上させるため、保健医療や疾病予防、ヘルスプロモーションに関する情報を『入手』『理解』『評価』『活用』する能力）を身につけていくことが大変重要であると考えています。児童生徒の健康管理や予防活動を行う重要な役割を果たしている学校医等が学校保健の中でヘルスリテラシー教育を強化することが必要不可欠と言えるのではないのでしょうか。しかし現在、学校医や養護教諭のなり手不足などその役割が果たせないという声が多く聞かれます。実際、東京都医師会で行ったアンケートによると、一人の学校医が複数の学校を担当している状況がありました。一人の学校医で複数校のヘルスリテラシー教育を行うことは難しいと考えます。</p> <p>これからは、学校保健の役割、そしてヘルスリテラシーを身につけるための教</p>		

育の必要性を深刻な課題と位置付け、学校医、医療関係者、学校、教育委員会をはじめ政府や自治体などが連携して取り組むことで、健康で豊かな社会の実現に向けて前進させていく必要があると考えています。

#### 質問事項

1. 健康寿命を伸ばすための方策としてどのような事をお考えでしょうか。
2. 現在の学校保健の問題点と将来に向けての対応についてお聞かせください。
3. 学校医の現状を踏まえ、将来に向けてどのような方策をお考えでしょうか。
4. ヘルスリテラシー教育の実践をどのように推進していくべきとお考えでしょうか。

※ 背景と質問事項をあわせて1,400字以内（5分以内）目安とする。

# 代表質問用紙

議席番号	氏名	都道府県
2	堀地 肇	富山県
<b>題名</b> 医療DXの推進と医療情報の活用		
<b>背景</b> 1. 医療DXの入り口として、マイナンバーカードおよび電子処方箋の推進が政府により強力に進められている。その一方、それらのメリットを享受するためには電子カルテの使用が前提となる。普及が進んでいるとは言え、2020年の厚労省調査では200床未満の医療機関では約50%の普及率でしかない。医療DXはこれからの医療の発展にとって重要であるが、高額の投資も必要であり、医療費の抑制政策が続く中での負担は厳しい。医療DXの推進と費用の削減のためには、データの標準化とシステムやモジュールの共通化も必要と考えている。厚労省の標準型電子カルテにも注目していきたい。ただ、日医は小規模な医療機関の現状と乖離して前のめりではないかとの会員からの声もある。ぜひ、多くの会員医療機関が取り残されることのないよう、情報提供と支援に力を入れていただきたい。国が強力に進めている政策であり、導入と維持の費用についても診療報酬等での継続的で十分な評価が必要との会員からの強い要望に十分配慮していただきたい。 2. 「次世代医療基盤法」が制定され、匿名加工医療情報の活用が期待されている。医学と医療の進歩に向けた大きな資源とも考えられる。一方、個人にとっては極めて敏感な情報であり、最も厳重に扱うべき個人情報でもある。昨年12月18日および今年2月28日からのダイヤモンド社のWebでの記事、さらには、週刊ダイヤモンド1月27日号において、「医療データ目的外利用疑惑」として、自治体から受託したレセプトデータを、契約に反して商業的に利用した事実を指摘する記事が掲載されている。真偽は不明であるが、ヘルスケアを市場とする企業の中には収益化に極めて熱心な企業や、過去にヘルスケア事業で問題を起こした企業も参入している。そのことが本来の目的を逸脱し、過度の商業化に向かうことになりかねないと危惧している。		
<b>質問事項</b> 1. 医療DXの活用について、将来像と会員への支援・教育、導入と維持の費用について、日医の認識と将来に向けての具体的対応策をお聞かせいただきたい。 2. 次世代医療基盤法における医療情報の活用において、その目的外利用の現状と防ぐ仕組みはどうあるべきか、個人情報保護法の理念や契約を逸脱した収益事業化をどのように監視すべきか、その上で健全な利用はどのようにあるべきか、日医の現状認識と具体的対応策をお聞かせいただきたい。		

※ 背景と質問事項をあわせて1,400字以内（5分以内）を目安とする。



## 代 表 質 問 用 紙

議席番号	氏 名	都道府県
2 2 7	野 中 雅	北海道
<p><b>題 名</b></p> <p style="text-align: center;">医療 A I (Artificial Intelligence) の位置づけをどのように考えるか？</p>		
<p><b>背 景</b></p> <p>医療における A I の活用は、我々医師のインテリジェンスを向上させることを目的とし、今後の医療において多大なる貢献が期待されているところであります。</p> <p>しかしながら、その運用の中で情報入力や出力においてバイアスがかかったり、これらの情報を故意に操作することによって、いわゆる誤った情報が生成される危険性もはらんでいます。現在、画像検査や病理検査などでも A I が導入されていますが、どの情報データをもって結果が導き出されたのか、その処理過程における A I アルゴリズムの透明性を担保するとともに、情報公開の必要性が叫ばれています。また、これら医療 A I によって導き出された結果を運用する際に、そこに伴う責任分界が不明なまま開発が進んでいるという現状に対し、大きな懸念を抱かれている会員も少なくはないのではと考えます。</p> <p>昨今、あらゆる分野における A I の活用において倫理観が求められていると同時に、その運用において規制の必要性が強く求められているところでありますが、医療の現場でも同様のことが必要ではないでしょうか。</p> <p>具体的な課題として下記 4 点が挙げられます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 医師の役割が変化していくことが予想される中、医師と A I との連携</li> <li>② 患者個人データを取り扱うことから、十分なセキュリティ対策と患者のプライバシー保護の必要性</li> <li>③ 質の高い医療を確保するため、医師および医療関係者へ向けた教育サポート体制の構築</li> <li>④ 新しい法整備の必要性</li> </ul> <p>医療における A I の意義と今後の位置づけ、さらには倫理的姿勢などについて、日医として、その立場を明確化し、医療政策案としてその方針及び将来展望などを明確に示すべき段階にきているものと思われまます。</p> <p>以上を踏まえ、下記 2 点について日医としての見解をお伺いいたします。</p>		

### 質問事項

- 1) 医療AI技術をどのように扱い、どのように規制していくのか、また、これに向けた政策提言をどのように行っていくのか。
- 2) AI技術を広めるために、情報収集が重要であるが、J-MIMO（一般財団法人日本医師会医療情報管理機構「Japan Medical Association Medical Information Management Organization」＝次世代医療基盤法に準拠した医療情報等の管理などを行うため、公益社団法人日本医師会により設立された組織）をどのように活用していくお考えか、また、そういったデータ並びにデータから生まれる洞察はどこに帰属するのかなど、AI技術の透明性の原則をどのようにお考えか。

※ 背景と質問事項をあわせて1,400字以内（5分以内）を目安とする。

# 代表質問用紙

議席番号	氏名	都道府県
11	佐竹 真一	岐阜県
題名 在宅医療提供体制の今後のあり方について		
背景 団塊の世代がすべて後期高齢者となる 2025 年が直前に迫っている。医療と介護の複合ニーズをもつ高齢者がますます増加し、在宅療養を希望する患者数は 2040 年までは増加の一途をたどることが予想され、地域包括ケアシステム構築における在宅医療提供体制の整備が急務である。このような状況下において最も課題となるのは、在宅医療に携わる医師を含む医療従事者の人材不足、急変時や看取り時の後方支援体制整備不足である。 2018 年に在宅専門クリニックが許可され、多くの地域で開設されたのと同時に、中小病院においては在宅療養支援病院が増加し、在宅医療、在宅看取りを行うようになった。これにより、人材不足や後方支援体制整備不足がある程度解消されてきており、一定の効果があつたと思われる。 しかしその一方で、これら在宅専門クリニック等による患者の争奪戦が常態化しつつある。かかりつけ医として長年診てきた患者が急性期病院に入院し一度手を離れると、かかりつけ医による訪問診療の可否や患者の主治医選択の意向に関係なく、リハビリテーションのために転院した慢性期病院からそのまま在宅専門クリニックや、病院の在宅部門の医師に移行するケースが多く見られるようになった。また、地元のかかりつけ医が訪問診療を行っていた施設に、地元の医師会と連携していない遠方の在宅専門クリニックが突然参入し、施設入居者全員の訪問診療を行うようになった事例もある。しかし、災害時や緊急時にその医師がすぐに駆けつけてくれるとは考え難い。実際に令和 6 年能登半島地震の際、地域の医師ではなく、遠方の医師が嘱託医を務める高齢者施設において、医師と連絡が取れず看取りの現場が大変苦勞した事例が認められている。 日本医師会ではかかりつけ医研修会などを開催し、かかりつけ医こそが地域包括ケアシステムの中心となるべき存在であると提言している。岐阜県医師会としても、かかりつけ医による在宅医療提供体制構築のため、研修会等を開催して人材育成や地域包括ケアシステムの構築に努めているところである。		
質問事項 かかりつけ医が最期まで看取れるような体制の構築と支援により、かかりつけ医を中心とした在宅医療提供体制が本来の姿であると考えますが、日本医師会の目指す在宅医療提供体制についてお聞かせください。また、施設主導による主治医の決定、それに呼応する地元の医師会と連携していない在宅専門クリニックについて、日本医師会のご見解を拝聴したいと存じます。		

※ 背景と質問事項をあわせては 1,400 字以内（5 分以内）を目安とする。

# 代 表 質 問 用 紙

議席番号	氏 名	都道府県
2 5 0	伊 藤 伸 一	秋 田 県

## 題 名

日本医師会が目指すオンライン診療について

## 背 景

今後、医療DXにおいて遠隔医療やICT技術の活用は地域医療の偏在解消につながることは間違いないと思われる。また、地方では医療機関間での電子カルテや画像診断の診療情報、患者情報の共有化のためのICTを活用した患者の診療情報の共有システムを構築し、有効活用することで、少ない医療資源でも過疎地域の非効率性を解消でき、かつ医師の働き方改革にも効果があると考えられる。

同様に、オンライン診療も使い方次第では医師不足や偏在地域での有効な方法になりうる。ただし、目指すべきことはツールの普及ではなく、仕組みとしてのオンライン診療の構築ではないか。医師が少ないへき地などへの対応において、一部の医療機関のみが対応するだけでなく、複数の医療機関がオンライン環境で対応する仕組みが構築できれば、地域の最適化を図る仕組みが構築できると思われる。

日本医師会（以下、日医）は、オンライン診療については、解決困難な要因によって、医療機関のアクセスが制限されている場合に、対面診療を補完するものであり、かつ、安全性と信頼性をベースに、医師が日頃から対面診療を重ね信頼関係を築いている患者に対して行われることが大前提であるとして、一貫してこの方針を主張してきた。

しかし、全国で導入が進むオンライン診療は、どちらかという都市部での実施を想定しており、仕事に忙しい世代や子育て世代が、医療機関に行く時間を省けるという利便性を強調している場合が多い。また、現在普及している市販ビジネスモデルの活用はオンライン診療に特化しているものであるが、本来必要なモデルはオンライン診療にのみならず、健康相談にも対応し、例えばこのコロナ禍において施設と人のホットラインや医療機関と施設との連絡、患者と家族間の連絡ができるシステムであると考え。国が進めたいオンライン診療モデルは利便性を求めるD to Pであるが、医師不足や医師の偏在、診療科の偏在に悩む地方で必要なのはD to P with N (or D)である。つまり、これからオンライン診療に求められるものは人生会議（ACP）や看取りへの活用、施設や在宅からの不要な救急搬送を減らすといった救急搬送への活用、医療介護資源が乏しい地域のアクセシビリティ支援をするモデルが求められるのではないだろうか。そして、この様なモデルを進めていくためには、地域特性としての課題解決、医療介護人材の働き方改革の同時改革と共にこれを支える5Gなどの通信環境の整備、個人及び医師資格確認環境の早急な構築が必要であると思われる。

そこで、これからの医療DXを進める上で、日医が目指す安心、安全な医療提供体制とオンライン診療の目指すべき姿とは何かを質問したい。

## 質問事項

- 1) 日医においては地域課題を解決するオンライン診療の活用についてどの様に考えるか。
- 2) 働き方改革でのオンライン診療の活用について、どのように考えるか
- 3) ACPや看取りの普及や不要な救急搬送に対するオンライン診療の活用について、どのように考えるか
- 4) 以上より、日医が目指す医療DXにおける医療提供体制とオンライン診療の姿についての考えをお聞きしたい。

※ 背景と質問事項を合わせて1,400字（5分以内）を目安とする。

# 代表質問用紙

議席番号	氏名	都道府県
113	安東 範明	奈良県
<b>題名</b> 調剤薬局全国チェーンによる零売問題について		
<b>背景</b> <p>処方箋医薬品以外の医療用医薬品の販売（零売）については、令和4年8月5日付で、厚生労働省医薬・生活衛生局長から各都道府県知事、各保健所設置市長、特別区長宛に、指導の徹底を依頼する再周知が発出されています。本通知においては「患者のみの判断に基づく選択がないよう引き続き処方箋医薬品以外の医療用医薬品を含めた全ての医療用医薬品について、一般人を対象とする広告は行ってはならない。」とされています。</p> <p>昨年8月22日、奈良県内において大手調剤薬局が広告を掲げて零売を開始するという事案が発生しました。奈良県橿原市の診療所隣接の調剤薬局で、診療所に相談なく店内と店外に突然「零売はじめました」というタイトルのポスターが掲示されました。当該調剤薬局は、関東地方に本部を構え全国展開している調剤薬局チェーンの店舗のひとつです。ポスター内容は「医療用医薬品が薬局で購入できる制度があります」「買えるのはご自身のお薬のみです」「必要最小限のご購入になります」「保険診療ではありません」「場合によっては受診をお勧めいたします」と記載され、あたかも本来は診療が必要な疾病であっても医師の診断を経ずに医薬品が購入できると受け取れるような広告をしていました。</p> <p>奈良県医師会の調査で、当該調剤薬局チェーン本部から傘下の薬局へ昨年8月22日からの零売開始の指示があり、奈良県内においては特定の医薬品卸2社を指定して零売用の医薬品を購入するよう指示があったという匿名による内部情報を得ました。また、当該調剤薬局チェーン本部から全国各地の薬局に「①すぐに指定の医薬品卸に零売発注書をFAXしてください」「②POPを店舗の最低3カ所に掲示してください」等と指示した内部情報も入手しました。</p> <p>大手調剤薬局が広告を掲げて零売を開始したことは、厚生労働省の「医薬品等適正広告基準」に明らかに反するものであり、全国に及ぶ問題と考え、昨年9月5日に日本医師会に報告いたしました。</p> <p>また9月6日には奈良県薬務課長に当該調剤薬局チェーンに対して指導を求める依頼書を発出しましたが、その後奈良県薬務課からの反応はありませんでした。</p> <p>今まで零売専門薬局の問題が議論されたことはありましたが、今回、全国展開の調剤薬局チェーンが堂々とポスター掲示の上で零売を開始したことは、さらに深刻な問題だと考えます。</p> <p>厚生労働省の「医薬品の販売制度に関する検討会」は昨年10月30日、2025年にも行う医薬品医療機器等法の改正に向けて、処方箋医薬品以外の医療用医薬品の販売について、処方箋販売を基本とし、例外的に薬局販売を認める「やむを得ない場合」を法令上規定すると大筋でまとめ、12月18日の同検討会では具体的な例示を含めガイドラインで整理するとしていました。零売の広告は「禁止すべき」と表現を強めましたが、今後も不適切な零売が繰り返される恐れがあります。</p>		
<b>質問事項</b> 1. 全国チェーンの調剤薬局が開始した零売問題についての日本医師会のお考えをご教示ください。 2. 今後同様の事案が生じ、都道府県の医師会で察知した場合、他の都道府県医師会に対して注意喚起などが必要になると考えますが、日本医師会として具体的な対処法についてご教示ください。		

※ 背景と質問事項をあわせて代表質問は1,400字以内（5分以内）を目安とする。

## 代 表 質 問 用 紙

議席番号	氏 名	都道府県
3 6 8	上 田 昌 博	新 潟 県
<p>題 名</p> <p style="text-align: center;">「医師の働き方改革」の一般市民への啓発について</p>		
<p>背 景</p> <p>令和6年4月から「医師の働き方改革」（勤務医の時間外勤務・休日勤務の上限規制）が始まる。</p> <p>令和5年10月17～31日に実施された「医師の働き方改革と地域医療への影響に関する日本医師会調査」によれば、働き方改革によって約3割の医療機関が「将来、自院の宿日直体制の維持が困難」と回答するとともに、地域医療提供体制においても救急医療体制や専門的な医療提供体制の縮小・撤退の懸念が示されたとした。（調査対象は全有床診療所及び病院で、1万4128施設のうち4350施設から回答（回答率30.8%）全ての地区ブロックから約3割が回答、病床規模別の医療機関数では7割強が199床以下の有床診療所及び中小病院）</p> <p>新潟県のように医師数不足地域では、とくに深刻な問題である。医師数の増員、地域医療計画による持続可能な医療提供体制の構築に努めているが、これらはいずれも長期的な対策である。</p> <p>このような状況においては、一般の国民に対する正しい（適切な）受診の仕方の啓発は医師の働き方改革、勤務医の時間外勤務・休日勤務の上限規制の導入にあたっては、重要な課題と考える。</p> <p>「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクト宣言（<a href="https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000458856.pdf">https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000458856.pdf</a>）では、医師/医療提供者のアクションの例としては、あらゆる機会に医療のかかり方を啓発する（待合室、母子健診、小児健診、成人健診、高齢者健診、学校健診、職域健診、公開講座）とあります。</p>		
<p>質問事項</p> <p>医師/医療機関の代表ともいえる日本医師会執行部には率先して国民への啓発活動をリードしていただきたいと思いますが、いかがでしょうか？</p>		

※ 背景と質問事項をあわせて1,400字以内（5分以内）を目安とする。

## 代 表 質 問 用 紙

議席番号	氏 名	都道府県
303	鈴木 邦彦	茨城県
<p>題 名</p> <p>日医は同時改定後の戦略をどう構築する方針か</p>		
<p>背 景</p> <p>2024年度同時改定が決着しました。2025年を目標年とした社会保障・税一体改革の仕上げの改定とも言えます。賃上げ分以外は厳しい内容ですが、昨年末の診療報酬改定率は本体プラス0.88%と近來にない高いものでした。松本会長をはじめとする日医執行部の奮闘には心より感謝申し上げます。</p> <p>しかしながら、そもそも物価高騰や賃上げ分もきちんと上乘せされたかについては、はなはだ心細い状況と言わざるを得ません。私が懸念しているのは、もはや診療報酬は医療機関の経営を維持する役割を放棄してしまったのではないかという点です。このままでは長期の経営戦略は立てられず、2年毎の診療報酬改定の改定率に左右されるその場限りの運営しかできなくなってしまいます。もちろん改定率に見合った賃上げはしますが、その後の経営を圧迫するようなベースアップはできません。そしてこれからも物価や賃金が上がっても、2年毎に今回のような消耗戦を繰り返していくのでしょうか。</p> <p>ここでわれわれ医師会の役割は何なのかを考えてみると、すでに会員の過半数は勤務医であり、もはや開業医のための団体ではありません。しかも、特に都道府県レベルでは、突出した医療系職能団体として、医師個人だけでなく病院の取りまとめ役も担っています。さらに近年は、地域包括ケアシステムの構築においてかかりつけ医が多職種連携のまとめ役になる</p>		

ことが求められていることから、医療系以外の介護やリハビリ系職種の取りまとめ役にもなっています。今や、特に都道府県レベルでは、医師会は医療・介護・リハビリ系団体の中心的存在になっており、地域医療構想の実現においても、医師会が各病院の意見を集約しないといつまでたっても話がまとまりません。

このように、医師会は、特に都道府県レベルでは、地域包括ケアシステムの構築や地域医療構想の実現の推進役になっています。現在、中央で令和7年度から開始されるかかりつけ医機能報告制度の検討が進められていますが、医師会の使命は、わが国が世界最高齢国として、超高齢社会を乗り切る体制をまっ先に確立することであることを明確にするとともに、そのために必要な地域包括ケアシステムの構築と地域医療構想の実現およびかかりつけ医機能の充実・強化の三位一体の取り組みを着実に前に進めることであると考えています。そして、そのために必要なコストは堂々と主張できるようにすべきであると考えます。私は日医がその改革の司令塔となって、世界に先駆けて超高齢社会の医療・介護モデルを確立することを心から期待しています。

#### 質問事項

- ①日医はそうした地域包括ケアシステムの構築と地域医療構想の実現およびかかりつけ医機能の充実・強化の三位一体の取り組みの必要性についてどのように考えますか。
- ②日医はその三位一体の取り組みが必要だと考える場合、具体的にどのように取り組むつもりですか。

※ 背景と質問事項をあわせて1,400字以内（5分以内）を目安とする。



# 代表質問用紙

議席番号	氏名	都道府県
169	平田 泰彦	福岡県
<b>題名</b> 医療分野におけるキャッシュレス決済の課題について		
<b>背景</b> <p>経済産業省は、我が国におけるキャッシュレス決済比率を2025年までに4割程度にすることを目標としてキャッシュレス決済の推進に取り組んでおり、2022年のキャッシュレス決済比率は36.0%に達しております。</p> <p>医療分野においても患者のニーズは年々高まっておりますが、導入費用等がネックとなり、他業種と比較して遅れているのが現状です。特に、決済手数料を医療機関側が負担しなければならないことが、ハードルとなっております。</p> <p>さらに、大規模の病院と小規模の診療所では手数料が異なるため、公定価格である同じ保険診療を行っても、医療機関に入る収入に差がでます。</p> <p>クレジットカード会社は規約により、加盟店側がクレジットカード利用者に手数料を請求することを原則禁止しておりますが、ある自治体では、水道料金のクレジットカード払いの決済手数料を自治体が負担する一方で、決済手数料を維持管理費として総括原価に含め、実質的な上乗せとしてクレジットカードを利用していない者も含め住民に負担を転嫁しております。</p> <p>また、市県民税等をクレジットカードで支払う場合、国・地方公共団体は直接、納税者から支払いを受けるのではなく、決済事業者から立て替え払いを受けており、その際の決済事業者システム利用手数料は、納税者が負担するよう定められています。福岡市においても、納税額の最初の1万円までは37円、以降1万円ごとに75円を追加した額に消費税をプラスした額が手数料として加算され、例えば自動車税3万6千円をクレジットカードで支払う場合、288円を手数料として納税者が負担するものの、収納側である国・地方公共団体は手数料を支払っておりません。</p> <p>医療は準公共分野と言われ、インフラ同様生活に欠かせないものであり、かつ、診療報酬は公定価格であるにも関わらず、前述の水道料、市県民税の事例と異なり、決済手数料は医療機関の負担となっております。税金を受け取る国・地方公共団体が負担を免除される一方、医療分野は決済手数料を価格に転嫁することもできず、診療報酬を満額受け取ることができない状況は不公平ではないでしょうか。</p> <p>日本医師会において、会員向けキャッシュレスサービスの手数料率引き下げ等の施策を打ち出されていることは大変感謝しておりますが、更に抜本的な改革を講じていただき、より多くの医療機関がキャッシュレス決済の利便性を享受できることを望んでおります。</p>		
<b>質問事項</b> <p>物価高騰の先行きが不透明な中、財政主導でキャッシュレス決済が推進されることを懸念しております。</p> <p>クレジットカード等の決済手数料を医療機関が負担し続けることのは是非について、日本医師会のお考えをお聞かせいただきたく存じます。</p>		

※ 背景と質問事項をあわせて1,400字以内（5分以内）を目安とする。