

一般社団法人北海道医師会
第 167 回定時代議員会

議 決 事 項

令和 6 年 6 月 16 日、北海道医師会館会議室ほかにおいて開催した第 167 回定時代議員会で議決した、次の事項をご連絡いたします。

令和 6 年 9 月

一般社団法人北海道医師会 会長 松家 治道

議案第 1 号 日本医師会代議員に欠員が生じた際の補充に関する件

議案第 2 号 令和 5 年度決算に関する件

第167回定時代議員会を去る6月16日（日）、Web会議［Zoomミーティング］併用にて当会館の他、全道の代議員を結び開催した。

冒頭、井門議長により開会宣言があり、議事録署名人に丸山 純一 代議員（旭川市）、佐治 清 代議員（十勝）の2名を指名した。

その後、松家会長挨拶の後、来賓の北海道知事（代読：濱坂真一副知事）から挨拶があった。

来賓挨拶の後、議案審議に入り、議案第1号「日本医師会代議員に欠員が生じた際の補充に関する件」は、理事者提案のとおり、日本医師会代議員に欠員が生じた際に、予備代議員より正代議員に繰り上がる場合、同じ区分から選出された日本医師会予備代議員とする従来からの取り扱いが承認された。

次いで、報告（1）令和5年度事業報告が承認され、また、議案第2号「令和5年度決算に関する件」については、関連する、報告（2）監査報告の後、各ブロックの決算委員につき議長から指名され、代表質問・一般質問の終了後に、別室およびZoom会議ブレイクアウトルームにて決算委員会を開催し、詳細審議を行うことが了承された。

その後、報告（3）当面の医療政策について、荒木常任理事から詳細な説明がなされ、代表質問2件ならびに一般質問1件を受け、理事者からそれぞれ次のとおり答弁が行われた。



報告（3） 当面の医療政策

●議長 井門 明君 それでは、ここで当面の医療政策について報告をいただきます。
荒木常任理事。

●常任理事 荒木啓伸君 医療政策部長の荒木啓伸でございます。

当面の医療施策に関する件をご報告申し上げます。

今年度の診療報酬改定が6月1日に施行されました。

今回新設された項目は算定ルールや書類等が煩雑なものも多く、医療機関では混乱が見られているのが現状です。また、先月答申された「春の建議」では、規律ある「歳出の目安」の下で歳出改革の取組を継続すべきとされましたが、先週案が示された、いわゆる骨太の方針2024では、デフレ完全脱却の実現に向けて「医療・福祉分野等におけるきめ細かい賃上げ支援」を実行するとの記載もあり、その過程を注視してまいりたいと思います。

それでは、ここから資料に沿ってご説明をいたします。

はじめに、令和6年春の建議についてです。

本年5月21日、財政制度等審議会が、鈴木俊一財務大臣へ「我が国の財政運営の進むべき方向」、いわゆる「春の建議」を答申しました。「春の建議」は、骨太方針に対する財務省の提案としての役割を持つものでございます。

次に、社会保障費の予算編成プロセスを簡単にご説明いたします。

社会保障費の財源確保をめぐるのは、財務省と厚生労働省の間で激しい駆け引きが行われます。6月に閣議決定される「骨太の方針」の取りまとめに先立ち、厚労省は主に与党と調整を行い、財務省は主に官邸との交渉を行います。この論争の末、政府の政務調査会で議論が行われ、「骨太の方針」が決定されます。その後、財政審議会等から厳しい予算抑制論が唱えられることが多く、この段階で、国会議員等へ強く意見を発することが非常に重要となります。12月に予算編成がなされ、改定率もここで決定されることになります。

本年度の「春の建議」では、冒頭の「基本認識」の中で、「巨額の債務残高を抱える我が国は、諸外国以上に金利上昇に伴う利払いの増加リスクを意識して節度ある財政運営に当たるべき」とした上で、「現行の財政健全化目標、すなわち、2025年度の国・地方のプライマリーバランスの黒字化、債務残高対GDP比の安定的な引き下げを堅持し、その実現に向けて規律ある「歳出の目安」の下で歳出改革の取組を継続するべきである」と主張しております。

それに対し、日本医師会の松本吉郎会長は、答申の翌日に記者会見を行いまして、「医療の高度化等が勘案されていない『歳出の目安』を続けたことにより、日本の医療水準は諸外国に後れをとりつつあると強調し、また、社会保障費を高齢化による増加分に相当する伸びに収めるとする対応は、デフレ下の遺物であり、インフレ下では、税収や保険料収入の増加も考慮すべきとした上で、「『歳出の目安』は、政府がコストカット型経済の脱

却を目指している中、人件費に上限を設けるようなものであり、政府が重要政策として位置づける賃上げを阻むものである」と強調しました。

また、医療及び介護に関して、診療報酬、医薬品等の保険収載のあり方、医師数の適正化及び偏在対策等に言及をしております。

診療報酬では、昨年同審議会が指摘した診療所の診療報酬の引き下げの主張を依然として継続し、「生活習慣病の診察実態については、診療頻度や使用される薬の価格が医療機関によって大きく差がある」とする新書の一部を引用し、生活習慣病管理料（Ⅱ）の新設に触れ、生活習慣病や他の疾病の管理のあり方について検討を進めるべきであるとしております。これは、個別の患者にあわせて受診頻度や使用薬剤を選択している医師の医学管理の本質を無視した乱暴な主張と言わざるを得ません。

今回は、地域間の医師の偏在是正対策として、診療所過剰地域における診療報酬の一点単価の引き下げを行うことを提案しております。我が国が世界に誇る国民皆保険の下で地域ごとに診療報酬単価を変えることは当然行うべきではなく、医師の偏在対策につながるとは考えられません。日医の松本会長は、「医師の偏在問題については、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医療費財源と同様に、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」とした上で「年末にかけて丁寧な議論が必要である」と述べたところでございます。

このことに関連いたしまして、医師の偏在対策についてのこれまでの経緯と現状についてご説明をいたします。

我が国における医師の需給に関する検討会の報告書の概要を簡単に振り返りますと、昭和61年の「将来の医師需給に関する検討委員会最終意見」において、2025年には、医師の10%の供給過剰が見込まれるため、1995年を目途に医師の新規参入を10%削減すべきとされました。その後も、医師過剰となる予測を踏まえ、医学部の入学定員の削減等が提案されてまいりました。

平成18年7月に設置された「医師の需給に関する検討会報告書」では、「新聞報道で医師不足が取り上げられた件数について年次推移を見ると、平成12年以降、徐々に件数が増加するなど、近年、特定の地域や診療科についての医師の不足を指摘する声が強まった」ことを設置の背景及び理由として挙げており、医師の偏在対策の必要性を指摘しました。その上で、「2022年に需要と供給が均衡し、マクロ的には必要な医師数は供給される」としたものの、「地域や診療科といったミクロ領域での需給」の問題が残るため、「地域定着策の実施を前提として定員の暫定的な検討が必要である」と結論づけております。

その議論を受けて、厚労省は「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会」を設置し、平成27年12月10日に第1回会合が開催されております。

その中間取りまとめの中で、これまで主に使われてきた「人口10万人対医師数」は、医師の偏在の状況を十分に反映した指標となっていないと指摘し、左上の赤枠内に示します「5要素」を考慮した「医師偏在指標」を算出して、全国の二次医療圏のうち上位33.3%を医師多数区域、下位33.3%を医師少数区域と設定したことはご承知のとおりです。その上で、各都道府県に対して「医師確保計画」の作成を指示し、平成31年度から実施されました。「医師確保計画」では、医師確保の方針、目標医師数及び目標医師数を達成するための施策を策定し、3年ごとに「医師少数」から抜け出せるようPDCAサイクルを繰り返すこととされました。また、現在医師が少数である地域では、医師多数地域等からの医師派遣等の短期的施策を、将来も医師少数の地域では、医学部の地域枠の活用等の長期的な施策を実施するなどされたところでございます。

さらに、外来医師多数区域を設定し、新規開業に条件をつけたほか、全国的に医師が不足している産科・小児科では個別の医師偏在指標を設けるなどして医師偏在対策が進められてまいりました。

そのような中、本年度から開始された第8次医療計画では、「医師確保計画」「外来医療計画」を含んで一体的に策定されたところですが、北海道医療計画においても「医師の偏在は現時点においてもその解消は図られていない」ことを踏まえ、引き続き「医師偏在対策を地域医療構想や医師の働き方改革と一体的にとらえて実施していくことにより」計画を進めていくとされました。具体的には、地域枠を含む医師の養成・キャリア形成支援、道内の定着支援等の施策を推進し、2036年までにすべての二次医療圏が医師少数区域から脱することを目指しております。

一方、本年4月7日に放映されたNHKの日曜討論において、武見敬三厚生労働大臣が、医師の偏在が解消できていないことから、地域ごとの医師の数の割り当てを本気で考えなければいけないと述べました。医師の偏在解消に向けて、規制的な手法を用いることは、悪影響も懸念されることから慎重な議論が必要であると考えます。また、先ほど触れましたとおり、本年の「春の建議」では、医師偏在対策として診療所過剰地域での診療報酬単価の切り下げの提言がありましたが、一つの手段で医師の偏在問題を解決することは不可能であり、何より我が国の国民皆保険を揺るがすものであり、容認できるものではございません。また、先週原案が公表された骨太の方針においては、医師の偏在是正に対する総合的なパッケージの策定にも言及されたところでございます。本会といたしましても、道内各地の先生方の意見、また、住民の声を丁寧に聴きながら、よりよい地域医療体制の整

備に今後とも全力を尽くして参りたいと思います。

最後に、地域医療構想の現状と、今後についてご説明をいたします。

厚労省は、地域医療構想の現状について、「病床機能報告の合計病床数は2025年の必要量と同程度の水準となり、機能別の病床数は急性期が減少し、回復期が増加するなど、全体として必要量の方向に進捗している」としている一方で、「必要量との乖離が残っている区域がある」との認識の下、2025年に向けて各年度に国・都道府県・医療機関が取り組む事項を明確化するとともに、国による積極的な支援を実施することとなりました。

通知の中で、国において、これは仮称ですが、推進区域・モデル推進区域を設定してアウトリーチの伴走支援を実施、都道府県において推進区域の調整会議で協議を行い区域対応方針の策定・推進、医療機関において区域対応方針に基づく医療機関対応方針の検証・見直し等の取組を行い、構想区域での課題解決に向けた取組の推進を図るとしております。

推進区域とは、合計病床数との差異が大きい区域、機能別病床数の必要量との差異が大きい区域等から厚労省が都道府県あたり1から2カ所を設定し、地域医療構想調整会議で課題解決に向けた方向性及び具体的な取組内容を含む対応方針を策定するとしております。また、推進区域の中から、医療提供体制上の課題があつて重点的な支援の必要性があると考えられる構想区域を、全国に10から20カ所程度「モデル推進区域」として設定するとしております。私は地域医療構想アドバイザーもしており、北海道でも1、2カ所が指定される方向と伺っております。

伴走支援としては、地域の医療事情に関するデータ提供・分析、関係者との協議の場の設定等を行い、地域医療介護総合確保基金の優先配分等の財政的な支援もされることとなっております。推進区域・モデル推進区域の設定は、今年夏ごろに行われる予定となっております。当会といたしましては、北海道と情報共有を行いながら、各構想区域の自主的な取組に役立てることができるよう議論を進めて参りたいと考えております。

現行の地域医療構想が2025年までの取組であることから、厚労省は「新たな地域医療構想等に関する検討会」を設置し議論が開始されております。新たな地域医療構想では2040年ごろを見据え、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大や現役世代の減少に対応できるよう、病院のみならずかかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、地域の医療提供体制全体の地域医療構想として検討するとしております。

検討会では、まず関係団体や有識者からのヒアリングが行われ、その中で今後の医療需要や供給の推計方法、人材確保、医療・介護連携の在り方等についての意見が出されております。

今後、本道においても2040年を見据えた議論が開始されますが、医療提供側、住民

側がともに安心して医療を受けられるような体制構築を図って参りたいと考えております。

以上、当面の医療政策に関する件をご報告いたしました。北海道医師会といたしましては、今後の医療政策の動向を注視するとともに、会員の先生方の声を伺いながら、日医とも連携してしっかりと諸課題に対応して参りたいと思っております。今後とも会員の先生方のご協力を賜りたく、よろしくお願い申し上げます。

以上、当面の医療政策に関しましてご報告いたしました。ご清聴ありがとうございます。

代表質問・一般質問 答弁

代表質問

34番 近 祐次郎 代議員（中央ブロック）

「選定療養費について」

●34番 近 祐次郎君 議席番号34番・近 裕次郎と申します。

現在の日本の医療制度における選定療養費は、患者さんの特定の医療サービスや条件を選択する際に発生する追加費用でございます。この制度は、病室の個室利用、特定医師の指名、予約診療、時間外診療、高度な治療法や材料の選択など多岐にわたります。これらの選定療養費は健康保険の適用外であり、全額自己負担となり消費税も適用されます。

2024年10月から適用される薬価差を患者が負担するケースでは、患者の負担金額は、先発医薬品と最も高いジェネリック医薬品、この価格差額の「4分の1」、これを保険点数から控除して自費で負担をすることになります。処方する医師は、選定療養にかかる処方にあたり、「ジェネリック医薬品が選択可能であること」「先発医薬品を希望した場合には特別料金が生じる」こと、これを患者さんに逐一説明しなければいけません。

今回の改定により、処方箋の「変更不可」の欄に「医療上の必要」欄が追加されました。10月からなので、先生方の処方箋はまだついていないのですが、これから変わるわけです。

これは、院内・院外処方を問わず、「医療上必要がある場合」とかいろいろ項目がありまして、細かに書いてありますので、ぜひお読みください。

詳細は、札医通信にも私書いていますので、ご利用の方はご覧下さい。

経済的に余裕のある患者のみが特別なサービスを受けることができます。こういったことが医療の公平性に対する懸念も生じます。現在、歯科領域ではこの選定療養費や自費診

療を中心に行う医療機関が増えており、通常の診療のみでは経営が難しい医療機関が多数存在しております。例えば、金パラ逆ザヤなどの言葉を聞いたことがあるかと思いますが、歯科治療を行えば行うほど赤字になる状況も一時期ございました。もちろん歯科の場合は美容的な要素もありますし、通常の医科医療の選定療養とは異なる面がございます。しかし、今後の医科診療が同様の道を歩むことがないよう注視する必要があるがございます。また、選定療養の問題が患者のフリーアクセスや日本の皆保険制度を揺るがすことのないよう、新たな選定療養費の導入にも注意を払っていくことが重要かと存じます。

かかる状況を踏まえまして、選定療養費の項目拡大、薬価差に対する患者負担の是非、最後に、選定療養費に含まれる消費税、これが本来の保険医療には反映されない、ちょっと難しいのですが、反映されないことへの消費税の問題、以上について、北海道医師会の見解、及び今後の展望をお聞かせ下さい。よろしくお願いします。

●議長 井門 明君 答弁者は、荒木常任理事。

●常任理事 荒木啓伸君 近代議員、ご質問ありがとうございます。医療政策部よりお答えいたします。

代議員のご指摘どおり、長期収載品に対する選定療養の仕組みの開始に伴い、医師や窓口業務への負担が懸念されます。日本医師会、以下、日医と略しますが、この仕組みが開始されるまでの間に、患者や医療機関に対して十分な周知が図られるよう国に求めていく姿勢を示しておりますので、当会といたしましても会員の先生方のご意見やご要望を伺いながら、医療機関等で混乱が生じることがないように対応してまいりたいと思います。

後発医薬品は、有効成分は同一ですが、添加物や基剤は異なっていることから、服用感や効能の発揮には違いがあります。また、安定供給の問題や薬機法違反による健康被害など不安要素も拭いきれません。今回は、医療上必要な場合は選定療養から除外され、保険適用となりますので、医師の裁量は担保される形になりましたが、患者の希望による先発医薬品の使用は選定療養となり、所得や資産の多寡により受けられる医療に差が生じることになり、国民皆保険を根底から覆すことになりかねません。

代議員からのご質問ですが、保険外併用療養の拡大は、国民皆保険の下で保険診療を平等に提供することが原則であり、新たに開発された医薬品や高度の医療技術を一定のルールの下で患者が自己負担で利用できるものを時代に即した議論のもとで拡大することはやむを得ないと考えます。

一方で、今回の長期収載品に係る選定療養は、先ほども述べましたとおり、医療の平等性が崩れることになりかねません。

薬価差に対する患者負担の是非ですが、日医も主張しているとおり、日本の患者3割負

担は国際的に見ても高い水準であり、医療費の負担を給付から患者負担に移し替えることは政策手段としても不適切であると考えます。「薬が不足している状況への配慮も必要」と日医が指摘した結果、厚労省が示した選択肢のうち、患者負担額が最も少ない差額の4分の1となったとはいえ、患者の負担増は明らかであり、今後、公助・共助・自助のバランスを考えながら、自己負担のみが増えないように主張してまいりたいと思います。

日医の松本会長は、今回のような仕組みの検討に対し、「国民目線を持って極めて慎重かつ丁寧に議論することが大切」と述べておりますことから、今後も日医と連携して対応してまいりたいと思います。

代議員ご指摘のとおり、歯科医療では混合診療の一部導入後、新規項目の保険収載がほとんどなされず、保険点数も低く抑えられていることは当会でも承知しております。

今回の改定が混合診療への糸口となり、我が国が世界に誇る国民皆保険の崩壊につながることはないよう、この点に関しましても十分に注視してまいります。

次に、保険診療に係る控除対象外消費税の問題ですが、医療界にとって控除対象外消費税の根本的な解決は長年の懸案事項であることはご承知のとおりです。現在は、保険診療が非課税となっており、消費税相当分は診療報酬で補填されております。しかし、消費税の負担構造には医療機関によってばらつきがあり、また、今後消費税率が引き上げられる可能性もあることから、診療報酬ですべての医療機関に過不足なく補填することは不可能です。

日医は、昨年9月6日の定例記者会見で発表した税制要望において、「診療所は非課税のまま診療報酬上の補填を継続しつつ、病院は軽減税率による課税取引に改めること」を求めておりますが、今後はあらゆる選択肢を考慮に入れ、現在課税となっている保険外併用療法のあり方を含め、控除対象外消費税の問題の抜本的解決に向けて議論を行っていく必要があると考えております。

いずれにいたしましても、すべての国民が必要な医療を平等に受けられる国民皆保険及び医療制度の堅持が何より大切です。そして、医療提供者にとっても、医療を安心して提供できる環境が維持できるように、今後も制度の動向を注視するとともに、会員の先生方のご意見を伺い、日医とも連携して対応してまいりたいと思っております。

以上です。

●議長 井門 明君 再質問ございますか。

●34番 近 祐次郎君 ありがとうございました。

先ほど、自分の薬、例えば私たちの免疫抑制剤は、タクロリムスという薬があるんですけども、そういった薬が例えば2万円なら2万円で買ったときに、充当される消費税、

例えば私たちクリニックは８７％程度しか消費税が入ってこないわけですが、その額を買って、例えば控除された場合、充当される消費税は下がります。もちろんそれを患者さんが買うことによって消費税をいただくわけですが、結局支払わなきゃいけないので、マイナスになるんじゃないかなというのが僕の最後の質問の趣旨だったわけです。そういった、消費税の問題というのは、早急に解決していただかないと、本当に例えばアトピー性皮膚炎の小児の薬なんかは先発品でなきゃ駄目だといった薬もありますし、先生方が選択して、より処方箋の仕事も増えるわけです。今回の選定医療というのは、どんどん増えていくと、また私たちの仕事がどんどん増えると。診療報酬を逆に下げられているようなものですので、ぜひ北海道医師会の方でも考えていただき、この選定療養を広めないように注視していただきたいと思います。よろしくお願いします。

●常任理事 荒木啓伸君 ありがとうございます。

今の質問の趣旨は、こういうことですかね。選定療養の場合には、消費税が課税されて、その分は入ってくるけれども、保険診療の部分は入ってこない部分がある。

選定療養の考え方としては、先ほども答弁で述べましたとおり、平等な医療は確保されて、更にプラスアルファのアメニティーを患者さんが要求するときに適用されるものが基本的な考え方だと思いますので、それに関しては、消費税が課税されるということは、妥当といえますか、そういったものだと思います。

ただ、今回の長期収載品に関する選定療養に関しましては、医療の平等性そのものがくずれる可能性もありますし、もともと保険で払われるべきものがシフトされているということですので、そもそも選定療養に入れること自体問題があると思いますので、こういった本来選定療養とは考えられないようなものも、なし崩し的に広がっていかないようなことは我々も主張していきたいと思っていますし、今後とも頑張っていこうと思います。ありがとうございます。

●議長 井門 明君 再々質問はございますか。

関連質問ございますか。

ないようですので、次に参ります。

代表質問

96番 赤羽 弘充 代議員（道北ブロック）

「看護師不足解消対策について」

●96番 赤羽弘充君 よろしくお願いします。旭川市医師会の赤羽と申します。We

bで参加させていただきますが、音声は入っておりますでしょうか。

●議長 井門 明君 入っています。

●96番 赤羽弘充君 では、始めます。

近年、医療機関における人員不足は、医師のみならず顕著になっております。本日は特に看護師不足に対する対策について、北海道医師会としてのお考えを伺いたいと思います。

北海道保健福祉部医務薬務課の報告書によりますと、北海道における看護師養成課程における1学年の定員数は、この20年間で600名ほど減少しております。少子化の影響もあるかとは思われますが、定員に対する充足率は、大学の看護課程では充足しているものの、看護師養成課程のうち、3年課程や2年課程では充足率が60%から90%以下であり、准看護師過程では、10年前に定員が433名であったものが、2023年には定員が176名に減少し、その充足率は80%の141名まで減少しています。広大な医療圏を有する北海道では、オホーツク・道東での自給率が低い傾向があります。このような社会情勢の中、旭川市医師会看護専門学校でも募集定員の縮小を計画せざるを得ない状況です。

少子化が進み、労働人口の減少に伴って、最低賃金も上昇する中、労働環境の厳しい職業は敬遠される傾向があります。今年度から施行された働き方改革は、エッセンシャルワーカーと言われる職種の窮状に拍車をかける結果となっております。

医療の現場も例外ではなく、この10年間で起きたこと以上の看護師不足が特に地方の医療機関で起きつつあると思われます。このような看護師不足の現状に対する対策として、次の4点を提案したいと思います。

まず1点目、看護師養成機関入学希望者増加のために、小・中・高校生を対象とした看護師という職業の魅力を発信するような活動を行うこと。

看護協会では、高校生を対象とした触れ合い看護体験などが行われていますが、対象の枠を小学校低学年まで拡大してはいかがでしょうか。

2022年小学生の将来になりたい職業ランキングで、看護師は7位に順位を落としています。看護師という職業に興味と希望を持たせるような教育の現場での活動を北海道医師会としても推進できないでしょうか。

2番目、日本国内には、既に看護師資格を取得しておきながら、有効に社会貢献できずにいる埋もれた人材がたくさんおります。このような隠れ看護師を発掘して社会復帰できるような再教育・人材登用システムを地方の医療機関として準備することで、子育てが一段落して教育費がまだまだかかる世代の受け皿となるような仕組みはできないものでしょうか。

3番目、人材不足対策として、外国人労働者も介護現場では活用されています。言葉の問題もあり、看護師として労働できる人材は少ないかもしれませんが、現在の道内の医療現場での受け入れ状況を調査し、受け入れる体制の検討をしてはどうでしょうか。

4番目、最後に賃金の問題は最大の懸案であります。高度な専門知識を要する看護師が、より適切に評価されるような診療報酬が得られるように、医師会としても強力に働きかけるべきだと思います。

看護師不足で配置基準が満たせないと、少ない看護師で対応するため、更に労働負荷が強くなり、疲弊した看護師が辞めるという悪循環に陥る危険があります。労働量に応じた看護師配置ができるような診療報酬体系の整備推進も、政治的発言力を生かして医師会として国に働きかけていただきたいと思います。

こうした対策は、当然多方面で言われることかとは存じますが、北海道医師会として早急に何らかの具体的な行動を起こすことが必要であると考え、執行部のお考えを伺いたく質問いたします。

以上です。

●議長 井門 明君 答弁者は、鈴木副会長。

●副会長 鈴木伸和君 赤羽代議員、ご質問ありがとうございます。

深刻化する看護師不足に対して、その解消対策として4つのご提案いただきました。医療関連事業部からお答えさせていただきます。

まず1点目、小・中・高校生に看護師という職業の魅力をアピールする取組が必要だということについては、私も全くもって同感でございます。

今、赤羽代議員の方からもお話がありましたが、北海道看護協会でも、中学生、高校生に向けさまざまなイベントを通じて看護職の魅力を伝え、理解を深めてもらうよう取り組んでいるところでございますが、医師会としても地域医療を守るという観点から、子供たちに医療従事者の素晴らしさ、重要性を知ってもらうことは大変重要だと考えており、ぜひ地域医師会の皆様の協力も仰ぎながら、そのような活動に取り組んでまいりたいと思います。

2点目の潜在看護師の発掘や社会復帰援助などの推進につきましては、「看護師等の人材確保の促進に関する法律」の改正が2015年10月に施行され、努力義務ではありますが、保健師・助産師・看護師・准看護師の看護師等免許保持者の届出制度がスタートし、潜在看護師を把握する取組みが開始されました。

現在、北海道看護協会では、ナースセンターで無料職業紹介を行い、体験研修事業を実施するなどして再就職を支えています。また北海道も、子育て中の職員が復職しやすいよ

う、病院内保育事業の補助により支援されています。当会もそれらの事業に協力しているところですが、より成果が上がるよう協力を続けて参ります。

また、3点目の外国人労働者の活用についてですが、経済連携協定（EPA）に基づき、インドネシア、フィリピン、ベトナムと協定を結び、2008年から特例的に看護師候補者の受け入れを開始し、2021年度までに全国の累計が1,587名であると承知しております。

赤羽代議員から、北海道でもどうかというご意見でございますが、北海道では現時点で道内の受け入れ状況を把握していないということでしたので、今後実施把握をしていくよう求めていきたいと思っております。

4点目の看護職が適切に評価される診療報酬についてですけれども、今回の医療従事者に対する賃上げの評価については、先生方による地元医師会の働きかけが大きな力となったことは間違いありません。残念ながらその増加幅は十分と言えるものではありませんが、今後も診療報酬について適切な評価をしていただけるよう、皆様と力を合わせ各方面に働きかけて参りたいと思っておりますので、引き続きご支援、ご協力のほどよろしくお願いいたします。

以上、医療関連事業部より回答させていただきました。

●議長 井門 明君 再質問ございますか。

●96番 赤羽弘充君 ありません。ありがとうございます。

●議長 井門 明君 関連質問ございますか。

どうぞ。

議席番号、ご所属、氏名を述べた後、ご意見どうぞ。

●3番 尾形和泰君 議席番号3番、札幌市医師会理事の尾形といいます。

今の看護師不足の件に関して、1つだけお願いをしたいことがありました。

私の家族、妻と娘は看護師をしております、医師の働き方改革がこの4月から始まったわけですが、看護師に限らずいろんな医療職、今回のベースアップの問題、いろいろ事務職まで含めてタスクシフトというのが始まっていますが、この影響というのがどのように看護師、あるいはそのほかの医療職に対して影響を与えているかというのは、医師の責任という形でも少し検討する必要があるのではないかなというふうに思っています。

これがまた新たな医療崩壊というのを招かないような、今日は医師の偏在とか医師不足の話もありましたが、それと併せて、また医療崩壊を招かないような政策が必要かなというふうに考えておりますので、北海道医師会としても日本医師会と相談して、そういう検討あるいは調査を行っていただければと思いました。

以上です。

●副会長 鈴木伸和君 ご指摘ありがとうございます。私も全くそのように思いますので、しっかり日本の医療を守るために医療従事者の境遇はどのようになっているのか、過不足なく皆様仕事が順調にできているかどうか、日医とも協力しながら確認してまいります。

一般質問

27番 伊澤 功 代議員（札幌市）

「生活習慣病管理料について」

●27番 伊澤 功君 議席番号27番・札幌市医師会の伊澤と申します。

生活習慣病管理料について、以前もちょっと質問させていただきましたが、また質問させていただきます。

令和6年度診療報酬改定において、特定疾患療養管理料の対象疾患から糖尿病・高血圧・脂質異常症が除外され、生活習慣病管理料のⅡが新設されました。算定にあたっては、療養計画書の作成が必要になり、その作成には患者1人当たりトータル7、8分を要し、待ち時間は増大し、医療サービスが著しく低下しております。

また、働き方改革が叫ばれる中、医師、看護師等の事務負担も飛躍的に膨れ上がり、このままではスタッフの離職の危険すら想定されます。

更には、国全体でDX化を進めているにもかかわらず、療養計画書を患者1人に当たり1年に3枚交付するという対応が求められています。

今改定で生活習慣病が見直された経緯は、大臣折衝によって効率化・適正化を図ったとされておりますが、なぜ3疾患のみが対象とされたのか、なぜ同じ医療行為に対して生活習慣病管理料ⅠとⅡという2つの算定方法が設定されているのかという説明はなく、医療現場は困惑しております。単に医療機関の収入を減らすための方策としか考えられません。また、2年後の改定では対象疾患が拡大されるのではないかと危惧しております。

日医執行部は、今回の改定について財務省の主張を論破してプラス改定を勝ち取ったと述べられておりますが、医療現場からは実質マイナス改定と受け止められている会員もいるのではないのでしょうか。

現在、日医・都道府県医師会・郡市医師会が一体となって組織力強化に向け、積極的な活動を展開しておりますが、医療現場の声に耳を傾け、会員が一致団結して、同じ声を上げることが強い組織だと考えております。

かかる状況を踏まえ、生活習慣病管理料算定に伴う医療現場への負担増、特定疾患療養管理料から3疾患のみが除外され、同じ医療行為に対して2つの請求方法が認定されている点、次回診療報酬改定へ医師会組織としてどう対応していくべきか、以上について、北海道医師会の見解、今後の展望についてお聞かせ下さい。

●議長 井門 明君 答弁者は、伊藤常任理事。

●常任理事 伊藤利道君 伊澤代議員、ご質問ありがとうございます。

令和6年度の診療報酬改定率は、本体0.88%のプラス、賃上げで0.61%のプラス、入院時食費の見直しで0.06%プラス。しかし、先ほどのお話にもありましたように、生活習慣病等に関する管理料、処方箋料等の再編による効率化・適正化ではマイナス0.25%となりました。これは、代議員ご指摘のとおり、無床診療所、特に内科にとって非常に大きな影響があります。

6月から始まりました今回の診療報酬改定では、先ほどの生活習慣病3疾患が、特定疾患療養管理料の対象から単に削除されたわけではなく、従来の包括制（Ⅰ）に加えて、新しい受け皿として、検査等が出来高制の生活習慣病管理料（Ⅱ）が用意されました。

従来の生活習慣病管理料が余り算定されなかった理由として、療養計画書の作成が煩雑でハードルが高かったこと、更に検査等が包括化されていることから、特定疾患療養管理料と比べて点数が高く、患者さんの自己負担が高くなってしまうことが挙げられます。

今回の生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定するためには、簡略化されたとはいえ、療養計画書の作成を行い、患者さんの署名をもらうという作業は必要です。この作業は、代議員ご指摘のとおり、医療機関にとって多大な負担となっております。私も内科診療所ですので、6月から始めましたが、2週間やってみて、前の特定疾患療養管理料の方がよかった正直感じております。

しかし、紙に書いて説明してもらった方がわかりやすいという患者さんの声もあり、一概に改悪であると廃止を求めるのも、医療費の抑制という大前提があることから、なかなか主張しづらいのではないかと思います。

診療報酬上、特定疾患処方管理加算は66点から56点となり、10点のマイナスとなったこと、そして特定疾患療養管理料225点を月2回、450点算定していた医療機関については、甚だ影響が大きく、生活習慣病にかかる医学管理の見直しが与える影響の把握と対応は大変重要だと考えております。

改定の際、中医協答申の付帯意見として「生活習慣病の管理について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、より適切な管理がされるよう患者の視点を十分に踏まえつつ、引き続き検討すること」と明記されておりますことから、私が委員として参画し

ております「日本医師会社会保険診療報酬検討委員会」を通じ、現場の先生方のご意見、医療機関への影響について報告し、他都府県の状況も共有をしながら、中医協での調査の設計や結果の分析対応が適切なものになるよう、日本医師会と協力して取り組んでいきたいと考えております。

また、冒頭にもお話ししましたが、生活習慣病にかかる医学管理の見直しは、厚労・財務の大臣折衝で決まったものであり、つまり中医協での議論以前の問題でした。また、中医協においても保険者などの支払側から財政審の建議に同調した強い主張がなされ援護射撃が行われるなど、非常に厳しいものとなりました。

医療現場からの主張・意見を反映させるためには、医政活動が極めて重要となります。各郡市医師会の先生方におかれましては、医師会の組織力強化にご協力いただき、また、地元選出国會議員との更なる関係強化に努めていただきますよう、よろしくお願いいたします。

以上でございます。

●議長 井門 明君 再質問ございますか。

関連質問ございますか。

ないようですので、終わります。

以上で、通告のありました代表質問、一般質問は終わります。



質問終了後（議長は大原副議長に交代）、決算委員会の詳細な審議を経て、議案第 2 号「令和 5 年度決算に関する件」については提案どおり承認された。（決算関係は、17 ページから 18 ページに掲載）

最後に、松家会長より閉会挨拶が行われ、閉会した。

(1) 貸借対照表

令和 6年 3月 31日現在

(単位：円)

科 目	当年度	前年度	増減
I 資産の部			
1. 流動資産			
現金預金	323,978,826	377,239,727	△ 53,260,901
未収金	36,557,720	35,283,607	1,274,113
前払金	2,891,386	4,086,713	△ 1,195,327
立替金	23,280	129,834	△ 106,554
仮払金	2,453,600	2,186,860	266,740
貯蔵品	3,599,074	3,702,296	△ 103,222
流動資産合計	369,503,886	422,629,037	△ 53,125,151
2. 固定資産			
(1) 特定資産			
役員退任慰労引当資産	132,941,000	133,709,000	△ 768,000
職員退職給付引当資産	360,114,000	337,573,000	22,541,000
資金調整積立資産	511,691,756	511,691,756	0
道医史編纂積立資産	24,001,000	23,001,000	1,000,000
育英資金積立資産	79,591,141	79,591,141	0
災害支援積立資産	21,170,645	21,170,645	0
会館特別積立資産	1,277,587,358	1,157,587,358	120,000,000
特定資産合計	2,407,096,900	2,264,323,900	142,773,000
(2) その他固定資産			
建物	104,488,852	109,422,834	△ 4,933,982
建物付属設備	274,555,513	302,042,651	△ 27,487,138
構築物	116,779	136,104	△ 19,325
機械設備(駐車場含む)	13	13	0
什器備品	1,204,065	1,124,644	79,421
土地	689,219,000	689,219,000	0
リース資産	12,818,070	16,690,590	△ 3,872,520
ソフトウェア	1,606,000	2,053,428	△ 447,428
その他の固定資産合計	1,084,008,292	1,120,689,264	△ 36,680,972
固定資産合計	3,491,105,192	3,385,013,164	106,092,028
資産合計	3,860,609,078	3,807,642,201	52,966,877
II 負債の部			
1. 流動負債			
未払金	19,669,000	12,790,016	6,878,984
リース債務	8,849,160	8,466,120	383,040
前受金	7,504,327	7,636,195	△ 131,868
預り金	43,051,368	46,502,579	△ 3,451,211
仮受金	32,000	16,000	16,000
流動負債合計	79,105,855	75,410,910	3,694,945
2. 固定負債			
リース債務	3,968,910	8,224,470	△ 4,255,560
長期預り金	22,525,119	22,525,119	0
役員退任慰労引当金	132,941,000	133,709,000	△ 768,000
職員退職給付引当金	360,114,000	337,573,000	22,541,000
固定負債合計	519,549,029	502,031,589	17,517,440
負債合計	598,654,884	577,442,499	21,212,385
III 正味財産の部			
1. 指定正味財産			
指定正味財産合計	0	0	0
(うち基本財産への充当額)	(0)	(0)	(0)
(うち特定資産への充当額)	(0)	(0)	(0)
2. 一般正味財産	3,261,954,194	3,230,199,702	31,754,492
(うち基本財産への充当額)	(0)	(0)	(0)

(単位：円)

科 目	当年度	前年度	増減
(うち特定資産への充当額)	(1,914,041,900)	(1,793,041,900)	(121,000,000)
正味財産合計	3,261,954,194	3,230,199,702	31,754,492
負債及び正味財産合計	3,860,609,078	3,807,642,201	52,966,877