



購読料 年8,000円  
送料共但し、会員は会費に含まれる

発行所  
京都府保険医協会  
〒604-8162  
京都市中京区烏丸通蛸薬師上ル七観音町637  
インターンプライス烏丸6階  
電話 (075) 212-8877  
FAX (075) 212-0707  
編集発行人 花山 弘

主な内容

レセプト記載コード化で要請 (2面)  
誰のための医療DXか (4面)  
ワクチン対応で消費税課税 (6面)

ご用命はアミスまで

- ◆医師賠償責任保険
  - ◆休業補償制度 (所得補償、傷害疾病保険)
  - ◆針刺し事故等補償プラン
  - ◆自動車保険・火災保険
- ☎075-212-0303

# 国に感染症法案の見直しを 府に第8波体制強化求める

## コロナで要請

### 感染症対応体制の抜本的強化を

開会中の国会で、「感染症法等の一部を改正する法律案」が審議されている。施行日は2024年4月で、新型コロナウイルス感染症に限定せず、今後襲来し得る全ての新興・再興感染症等を対象とする。

法案では、医療機関と都道府県との間に新たな協定締結の仕組みの導入が検討されている。協定は、病床、発熱外来、自宅療養者に対する医療の提供、後方支援、人材派遣のいずれか1種類以上の実施を想定する。全ての医療機関に対して、協定締結の協議に応じる義務を課し、協定に付かない場合のペナルティも盛り込まれた。

なお、医療機関に対する財政支援について、法案の示す内容は極めて不透明である。感染初期の特別な協定を締結した医療機関には、「流行初期医療確保措置」として診療報酬と補助金による補てんが示されているものの、一定期間経過後の補助金・診療報酬上乘せについては一般的な記載があるだけで、具体的内容は不明。



府担当者に要請書を手渡す吉中理事

3年におよぶコロナ禍での医療ひっ迫の根本原因は、病床数・医療従事者などをはじめとした医療・社会保障費の抑制政策にある。これらの総括がないまま、感染症対応体制の抜本的強化の実現はない。

感染症法は患者への「良質かつ適切な医療の保障」を国の責務としている。コロナ禍では医療にかかることができずに多数の国民が生命を落とした。協会は、感染症に罹患した患者を確実に医療へつなげ、死亡者

ゼロを目指す法改正を求め、「感染症法等の一部を改正する法律案の再検討を求める意見」を内閣総理大臣、厚生労働大臣、京都選出国會議員、参議院厚生労働委員へ11月8日付で提出した(表1)。

インフルコロナ同時流行医療体制の強化を  
国は10月17日付の「季節性インフルエンザとの同時流行を想定した新型コロナウイルス感染症に対応する外来医療体制等の整備につ

### 表1 感染症法改定案への意見内容

1. 法改正は新興感染症に罹患した患者に対し、「確実な医療の保障」を行い、いかに死亡者をゼロにするかを目的に行うこと
2. 必要とするすべての人が医療につながることでできる目標設定とすること
3. 対応不能な体制を改善しないまま、医療機関に責任を押し付けてペナルティを科すような仕組みは導入しないこと
4. 感染症法等見直しにあたり、医療確保・公衆衛生政策の再建策を実施すること

### 表2 京都府への要請内容

1. 外来受診へのハードルを設けず、自治体と医療者の協働ですべての人へ必要な医療を確実に保障していただきたい
2. 高齢者・障害のある人たちの施設での「留め置き死」の解消へ尽力いただきたい
3. 全数把握見直しによって後退した新規陽性者にかかるデータ公表の充実をお願いしたい
4. 病床確保料の見直しについて、府独自の補てんも検討いただきたい

## 主張

河野大臣の実行力は定評がある。オンライン資格確認の義務化とマイナンバーカード(マイナカード)の保険証化、従来の保険証廃止をぶちあげて、マイナンバー所持の義務化をぐいぐい現実化しようとしている。

マイナカードの保険証化はともかく、従来の保険証廃止には協会は反対である。マイナカードの所持は、自分の行政データに関する権利として自己決定されるべきものである。しかし国の本意を見れば、それらを撤回させる努力と

ともに、実現された時に起こる問題を最小化することを目指さなければならぬ。岸田首相は、保険証機能を持つマイナンバーカード(マイナ保険証)を持たなくとも都合のないシステムをつくると発言したが、それが可能であればそもそもマイナ保険証自体が要らない。不便は必ずある。医療等へのアクセスへの致命的な制約の有無を検証するお手盛りでないシステムを準備し、発生した問題が解

決しないなら撤回もためらうべきではない。国民に番号を割り振って各個人の公的データを紐付けすることは、デジタル化社会として避けられない。自身のデータへの簡易なアクセスなど、国民にとっての利便がまず求められる。デジタル国家の名目で、マイナカードを用いた国民側の各種行政手続きがひたすら増えることを危惧する。各データがオンラインでつながれば、情報へのアクセス

とス悪用する試みも常にあらうだろう。そこまで踏まえ、管理システムのセキュリティを求めている。アメリカでは社会保障番号が個人証明の基本になる。韓国では、身分証に付

れ、番号は人に見せないとこの規則が初めにあった。ところが日本の場合、カードそのものを個人認証の道具にしてしまった。自身のデータにアクセスする手段を各医療機関において保証する構想は理解できるものの、番号だけでは悪用されないという理由で、むしろハードウェアとしてのカードの重要性が前面にき

「各施設がそれに対応した機器を持たなければいけない」ことで起こる社会全体の強化等を求める要請書」を吉中理事より提出した(表2)。

吉中理事は府に対し、データサービスのクラスター発生で感染した患者が自宅療養後に受診した事例を紹介。医療からこぼれ落ちてくる患者への早急の手立てが必要だと訴えた。また、全数把握の見直し以降、府の自宅療養者が公表されず、国に報告される社会福祉施設等の療養者がゼロとなっていることに触れ、実際にあるものをなかつたことにはならない、参考値でも一定の根拠を示すべきだと要望した。長引くコロナ禍で、府の入院医療コントロールセンターのあり方を考え直す時期が来ているのではないかと指摘した。府担当者からは関係部署と共有したいと回答があった。

# マイナンバーに立ち返れ

とされた住民登録番号で個人のデータにアクセスできるように、番号そのものを使うシステムである。本来、日本のマイナンバー構想も番号そのものが重要だったはずである。カードを自隠しカバーに入

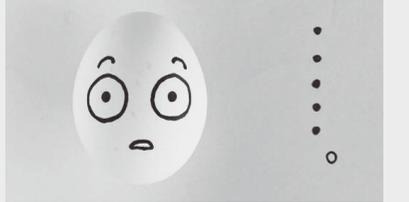
「人生会議」の日とされている。ACPの愛称を「人生会議」と厚生省が決定し発表して4年経つ。いまだ寸評子にはしつくりこない

「人生会議」の日とされている。ACPの愛称を「人生会議」と厚生省が決定し発表して4年経つ。いまだ寸評子にはしつくりこない

漢字本来の意味は変わらな

### 医界

来週11月30日は、い取取り・看取られ



このまま保険証が廃止されると  
マイナンバーカードがないと  
医療が受けられなくなるの!?

河野太郎  
デジタル大臣が  
表明  
2022年10月13日

現行の健康保険証は  
2024年秋に廃止!!  
「マイナ保険証」に  
切り替える

## 保険証廃止に反対しています 署名にご協力下さい

医療機関で集めていた  
いた署名は協会宛返信封筒  
で送付か、ファクスで署名  
面のみ075・212・07  
07に返送して下さい。署  
名用紙の追加も承ります。

ネットでも署名を  
受け付けています



## レセプト記載要領コード化の改善を

### 保団連 厚労省に要請

保団連は11月10日、レセプト記載要領コード化の撤廃を求める厚生労働省要請を参議院会館内で実施した。厚労省の出席者は保険局医療課・上原主査、同・松木田主査。保団連からは山崎利彦理事、事務局8人、紹介議員・田村智子参院議員(日本共産党)の秘書1人が参加。京都協会からは事務局が参加し、京都でも生じている問題に対し改善を求めた。

### 事務作業の真の効率化を

最初に、医療機関の負担増防止等の観点から次期改定での記載要領コード化の撤廃を求めた。厚労省は二元々医療機関の事務作業



要請書を手渡す山崎保団連理事

点検回数が減り、事務負担の軽減に繋がると考えている。メーカーがコード化に

対応していないために、医療機関に負担を強いっている点は、今回示された事例を関係者と共有して改善を図りたい」と回答した。次に、現状のレセプト

「摘要」欄コードで、不要・無駄であり、医療機関に多大な負担を強いっている記載項目①往診料、訪問診療料、在医診管の往診、訪問診療実施年月日の重複記載②傷病名、実施した検査名から明らかな「部位」の記載③審査支払機関の縦覧点検で確認可能な6カ月以内の検査、医学管理等の「前回算定(実施)日」の記載④当該月に算定し、かつ算定年月日の記載を求めた項目①の即時廃止を求めた。厚労省は

### 「コード誤りで一律に査定しない」

京都協会からは、①在宅療養指導管理料(特に在宅自己注射指導管理料)の薬剤、特定保険医療材料を院外処方箋で投与した場合の

「指摘はしっかりと検討し、次期改定で見直せるものは見直したい。重複記載や入力日情報で分かるものであり、不要との指摘はもっともだ」と回答した。山崎理事は「コード化の趣旨である『医療機関の事務作業の効率化』がメーカー、ベンダーへ十分周知されずに改定が実施されている。対応可能なシステムができるまで凍結してほしい。また、記載が不要・無駄と思われるコメント入力多数存在しており、厚労省は

省、保団連、メーカー、ベンダーで懇談して改善することを検討してほしい。昨年も検討すると回答があったが、これでは昨年の紹介議員への報告が反故されたことになる」と詰め寄った。これに対して厚労省は「実際のレセコンの入力方法を確認したい。コードが増え続けているのは事実で、次回改定時にはスクラップ・アンド・ビルドで増やさない、もしくは微減できるように可能な限り検討したい」と回答した。

は、紹介議員を通じて事前照会があった。検討の時間がほしい」と回答。山崎理事は「10月診療分のレセプトはすでに提出しているが、新規のコード化に対応していないレセプトが大量に提出されている。改善要請の検討結果が出るまで、厚労省から基金本部・国保中央会、保険者に対して『減点・返戻はするな』と言って、9月診療分までと同じ審査をしてほしい」と改めて要請した。厚労省は「基金・国保に言えるか言えないかも含めて、持ち帰り検討する」と回答した。

この結果、11月16日、紹介議員事務所を通じて、厚労省医療課より保団連に対し「支払基金本部・国保中央会の双方に厚労省から要請を行い、10月診療分以降の請求につき、コードの誤りという点のみをもつて、一律に返戻や査定等の対応を実施しない旨を確認した」との連絡があった。



も、他業種との比較も可能になる。以上を踏まえ、筆者には、看護師をはじめ医療スタッフと事務職が属する病院施設の中で、医師はフリーランスの専門職として病院と契約し、複数主治医の基に単位的に

の所有権、医療の在り方など解決すべき難問は多岐にわたる。特に、提案されている医師の働き方改革は、地域医療構想、医師の偏在の是正と同時に進められ三位一体の改革と言われる点に注意

に、当然医療の内容と投入される労働時間のデータ化も大きく進めることにならなければならない。したがって、各医療機関は、医療の総ボリューム(労働時間×医療者)の上限が決まれば、その中で、地域での自院に割り当てられる医療需要を満たす

れると労働時間の分配が倫理規範を超え、病院経営の視点からのみ決定される危険性も出てくる。医師の過労死問題や、過重労働は医療事故のリスクを高めるなどを考えると「医師の働き方改革」は必要不可欠であり異論は出されにくい。しかし、内包する難問題を無視し、医療情報利用を加速に進めると

「薬剤名・支給日数等の記載」が明確でなく混乱していること②在宅医療に用いる特定保険医療材料について、在宅医療以外、歯科、調剤薬局含めて4種のコードがあり、適切に選択できずに返戻が相次いでいるなどの実態を訴えた。厚労省は「①について

りという点のみをもつて、一律に返戻や査定等の対応を実施しない旨を確認した」との連絡があった。

## 医師の働き方改革は

### 「監視医療」の危険をはらむ

我が国で労働生産性が低いことは以前から指摘されており、労働時間が長時間化し、過労死やサービス残業など社会的問題を引き起こしてきた。そこで、働き方改革の導入がはかられた。したがって、特定の業種を標的にした施策ではない。その嚆矢は、2017年9月8日、厚生労働省が労働政策審議会に諮問し、答申された「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律案要綱」であらう厚労省は、

医師の労働時間上限を決めるほか、タスクシフトや、DX化など種々の方策を提言している。すなわち、今回の改革では、政府が医療のプロセスに深く介入するため、病院を中心とした医療の構造も将来大

大きく変える意図があると考えられる。さらにアウトカムに関する医師の労働時間の短縮だけでなく、医療行為に消費される労働時間の標準化も実現される。その結果、労働生産性を国際的に比較すること

医療行為を行う光景が浮かんでくる。働き方改革自体は極めて単純な作業の積み重ねで紛れることはないが、アウトカムの選択や、DXによるIT弱者の存在、Big Data解析目的

の導入が推奨されることによる。さらに、タスクシフトやチーム医療の推進がチーム医療の名のもとに、強行に導入される。この三位一体の改革は、医療者のワークライフバランスの改善という善

「監視医療」※に組み込まれ、膨大な非契約の真社会に医療が組み込まれていくことになる(監視医療)。病院医師のみならず開業医もこの点には多大の関心を持つて見守る必要がある所以である。



政策部会委員  
小泉 昭夫

きく変える意図があると考えられる。さらにアウトカムに関する医師の労働時間の短縮だけでなく、医療行為に消費される労働時間の標準化も実現される。その結果、労働生産性を国際的に比較すること

医療行為を行う光景が浮かんでくる。働き方改革自体は極めて単純な作業の積み重ねで紛れることはないが、アウトカムの選択や、DXによるIT弱者の存在、Big Data解析目的

の導入が推奨されることによる。さらに、タスクシフトやチーム医療の推進がチーム医療の名のもとに、強行に導入される。この三位一体の改革は、医療者のワークライフ

バランスの改善という善い効果をもたらすが、同時に、商用目的で利用さ

「監視医療」※に組み込まれ、膨大な非契約の真社会に医療が組み込まれていくことになる(監視医療)。病院医師のみならず開業医もこの点には多大の関心を持つて見守る必要がある所以である。

※「シヨシヤナ・スボフ著」監視資本主義 人類の未来を賭けた闘い(東洋経済新報社刊)

**休業補償制度** 「精神障害補償」を導入します 2023年1月1日から

認知症・躁うつ病などでの休業も補償

詳細はいつでも事務局にお問い合わせ下さい。医療機関へもお伺いします。



# 万が一の時にそなえて! 医療訴訟の基礎知識

現役裁判官が解説します



大阪高等裁判所 部総括判事  
大島 真一

その後、最高裁判昭和57年3月30日判決(判例タイムズ468号76頁・高山日赤事件。「判例タイムズ」は法律雑誌です)が「注意義務の基準となるべきものは、診療当時のいわゆる臨床医学の実践における医療水準である」と述べて以

## 2 どの医療機関でも同じか?

当該疾病の専門的研究者の間で、その有効性と安全性が是認された新規の治療法が普及するに一定の時間を要することがあります。

第2回は、医師の過失(注意義務違反)について考えてみます。

## 過失の判断基準

### 1 過失の判断基準

医療訴訟における医師の過失の判断基準は、次の経緯をたどっています。

まず、最高裁判昭和36年2月16日判決(民集15巻2号244頁。「民集」というのは、最高裁が公式に出している「民事裁判例集」の略です)が医師の過失の判断として、「いやしくも人の生命および健康を管理すべき業務(医業)に従事する者は、その業務の性質に照し、危険防止のために必要とされる最善の注意を要求される」としたのが始まりです。ただし、「最善の注意」といつてもあいまいで、判断基準とはいえない

降、「医療水準」を判断基準とすることが確定しました。「臨床医学の実践」における医療水準は、「学問」としての医学水準と区別されるものです。「学問」としての医学水準は、学術的問題が基礎医学的または臨床医学的に学者、学会間で研究・討議され、学会レベルで一応認容されて形成されるものと考えられます。「学問」としての医学水準が形成されず、それを基に、医療現場での実践

に向け、普遍化するために研究されることになりま

す。その結果、実践適用の水準として、専門家レベルでほぼ定着したものが「臨床医学の実践」における医療水準であると考えられます。

例えば、治療に関して言えば、医療水準とは、安全性・有効性が確立している治療法を意味します。つまり、安全性・有効性が確立している治療法を採ったかが過失の判断基準になりま

す。その一例として、最高裁判平成15年11月14日判決(判例タイムズ1141号143頁)があります。食道がんの手術をし、気管内チューブを抜管後に患者が喉頭浮腫により呼吸停止・心停止に至った場合に、再挿管等の処置をしなかったことが過失に当たるかが問

この最高裁判決のポイントには、医療水準は医療機関によって異なることを明確に示した点にあります。

限られた研究者や専門家の間で、ある治療法が確立していても、各医療機関に普及していなければ、医師の注意義務を問う医療水準とは言えません。新しい治療法は通常、先進的な研究機関を有する大学病院、総合病院、小規模病院、診療所といった流れで普及していくと考えられますので、

大学病院の医師としては医療水準となっても、開業医では医療水準となっていないこともあり得ます。

また、当該医療機関に要求される医療水準は、その性格、所在地の医療環境の特性等の諸般の事情

### 3 医療水準とは別の判断基準

「医療水準」は、未熟児網膜症の新生児に対して光凝固法を実施すべきかを

最高裁は、「当時の患者の状態からすると、喉頭浮腫が相当程度進行しており、すでに呼吸が相当困難な状態にあることを認識す

わりました。

### 4 医療特有の問題

予見可能性・結果回避義務は、医療訴訟以外の過失の判断基準としては一般的

な理論ですが、医療訴訟において必ずしも適合しない面があります。

例えば、重大な副作用が生じる可能性のある薬剤に

ついて、それを投与すれば重大な副作用が生じる可能性を予見することができ、それを使用しないことで副

作用の発生を回避できます。しかし、患者の状態によ

っては、重大な副作用が生じる可能性があることを覚悟の上で、薬剤投与が必

要となる場合もあります。

この場合の過失の判断基準としては、予見可能性・結果回避義務理論ではなく、

当該患者に対しその薬剤を投与したことが「医療水準」に適合しているかを問

うのが相当です。

以上を通り、医療訴訟の過失の判断基準としては「医療水準」が用いられて

いる一方で、医療水準が明らかであって、義務からの逸脱の有無・程度を問えば

足りる場合には、「医療水準」という概念を用いずに

「予見可能性」と「結果回避義務」の観点から過失の

判断がされているといことが

協会は医療安全対策に取り組んでいます  
困ったときはご相談下さい

## 新型コロナウイルス関連の医療機関経営情報

2022年11月17日現在

### 京都府・京都市

### 新型コロナウイルス感染症 訪問診療等体制拡充事業

京都府および京都市では、種々の理由により自宅療養を余儀なくされる高齢者等に対し、病状悪化時に、迅速に医療を提供することによって、安心して療養できる環境を整備するため、府あるいは京都市からの依頼に基づき、自宅療養中の陽性者に訪問診療等を実施する医療機関等に協力が交付されます。

実施期間	京都府	22年6月1日～(期日の定めなし)
	京都市	22年6月1日～9月30日 12月31日

京都市が実施期間を延長!

交付基準額	京都府から依頼を受けて実施した訪問診療等1回につき、医療機関等の従事者1人あたり ①医師・歯科医師：3万円 ②その他職種※：1万8千円 ただし、1人の陽性患者につき1日あたり一職種2回を上限とする。 ※主治医が新型コロナウイルス感染症治療及び自宅療養に必要と認める職種：看護師、薬剤師、介護士等
-------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 制度概要

- 府、京都市ともに協力金の申請については、事前に訪問診療等協力機関として登録が必要。京都市内の患者さんの場合は京都市、府内自治体の患者さんの場合は京都府への登録が必要
- 京都府 → 交付申請書、実施内容を記載する別紙(病院・診療所用)を提出  
京都市 → 実績報告書、実施内容を記載する実績報告書別紙(医療機関用)、交付申請書兼請求書を提出
- 協力金の対象期間は新型コロナウイルス感染症患者の発生届が出てから、療養解除となるまでの間

【京都府】  
申請書類、提出先等は  
こちらから →



【京都市】  
申請書類、提出先等は  
こちらから →



### お問い合わせ先

【京都府】 健康福祉部健康対策課 ☎ 075-414-4742  
kentai@pref.kyoto.lg.jp  
【京都市】 保健福祉局医療衛生推進室医療衛生企画課  
☎ 075-746-2600

# 誰のための医療DX(デジタルトランスフォーメーション)か

## — ねらいと現状、その背景 —

寺尾 正之氏 (公益財団法人 日本医療総合研究所)



本稿は、協会内学習会(9月4日)での寺尾氏の講演概要である。

医療のデジタル化は避けられないし、それを全否定するものではない。問題は、政府が進めようとしている医療DXが一体誰のために取り組まれているのか、どういう背景があるのかということであり、これらについて報告する。

### 医療DXの狙い—医療費抑制と成長戦略

医療DXの狙いの一つは、医療費抑制にある。骨太方針2022に「医療・介護費の適正化を進めるとともに、医療・介護分野でのDXを通じたサービスの効率化・質の向上を図る」と盛り込まれ、岸田首相を本部長とする「医療DX推進本部」が設置された。

この前段として二つの提言が出されている。自民党政調会「医療DX令和ビジョン2030」(2022年5月)は、「国民自身が自らの健康づくりや健康管理に主体的に関与できるような環境を整備する」とした。経団連「新成長戦略」(2020年11月)は、医療・社会保障の「持続性確保」と称して、医療・社会保障の抑制政策を継続し、自分の健康は自分で守ることだとして、「個人起点のヘルスケア」を求める。これらは国民の健康増進や医療の向上を図るのではなく、国民に対して健康の自己責任と行動変容を強要し、医療・社会保障の給付抑制を進めることが狙いであることを示している。

これをより具体的に打ち出したのが、財政制度等審議会「建議」(2022年5月)であり、保険料を含めた医療給付費「そのものへの規律の導入」が必要だとして、「給付費の伸びと経済成長率の整合性」をとるように、経済成長率などの指標に基づき医療給付費の伸びを抑制する数値目標を設定するよう求めている。

狙いのもう一つは、成長戦略。菅内閣は「デジタル社会の実現に向けた改革の基本方針」(2020年12月)を閣議決定し、「デジタル改革関連法案」を成立(2021年5月12日、参議院本会議)させた。それはまさに、国民の個人情報を収集し、デジタルデータとして集積し、国と自治体を持つ膨大な個人情報とあわせて、企業がビジネスとして活用しやすい仕組みをつくり、企業の利益につなげるという経団連の成長戦略と合致する。

これらに使われる仕組みがマイナポータル(行政機関等が持つ個人情報を確認できるマイナンバーカードを利用した政府が運営・管理する個人専用サイト)とPHR(Personal Health Record)である。

マイナポータルを通して個人の生涯にわたる健康・医療データを、「本人の同意」のもとで、企業が運営している個人のPHRにつなげる仕組みを構築。健康・医療情報だけでなく、個人の生活データ、購買データ、移動データなど、あらゆる個人情報を紐付けし、個人のPHRとつなげて活用することや、企業がPHRに集積された個人情報を「本人の同意」に基づき2次利用する—ことを求める。ただ、果たして十分に理解した上での本人同意なのかについては怪しいところだ。

### 医療DXの基盤

#### — マイナンバー制度と資格確認システム

医療DXはマイナンバー制度を基盤にしている。同制度は、▽マイナンバー(12桁)▽マイナンバーカード▽公的個人認証による電子証明書—の三つから成る。

マイナンバーを含む個人情報は「特定個人情報」に該当し、本人の同意があっても、第三者提供は禁止されている。マイナンバーの利用範囲は、①社会保障(医療保険の保険料徴収や現金給付、生活保護給付、特定健診等記録の被用者保険間の連携、予防接種記録の自治体間連携など)②税③災害救助—の3分野で、「名寄せ」を行って、同一人物の情報であることを確認する。

一方、マイナンバーカードはICチップを搭載し、「公的

個人認証による電子証明書」という、本人であることを電子的に証明する「本人確認機能」が備わっている。本人確認機能の要となる電子証明書シリアルナンバー(発行番号)は、マイナンバーと違って特定個人情報(利活用範囲を制限)には該当しない。このため、電子証明書を内蔵しているマイナンバーカードをオンライン資格確認などに利用できる。

2019年5月に成立した改正健康保険法で、マイナンバーカードによる「電子資格確認」が法定化され、省令で健康保険証による資格確認が定められた。保険者はあらかじめ被保険者「個人番号」をオンライン資格確認等システム(以下、資格確認システム)に登録・更新する。

資格確認システムは、「マイナ保険証」の電子証明書シリアルナンバーと被保険者「個人番号」を1対1で対応させて管理する。資格情報(氏名、性別、生年月日、保険者名、被保険者番号、一部負担割合、資格取得・喪失日、限度額情報等)と医療情報(処方薬、特定健診、9月から透析、医療機関名、2023年5月から手術を追加予定)を紐付けて、保険者をまたがって一元管理する。結局は、被保険者「個人番号」で管理しているのだから、あえてそこにマイナ保険証の電子証明書シリアルナンバーを割り込ませて関連付けているのは、狙いがマイナンバーカードを取得させるためである。

資格確認システムは支払基金・国保中央会が運用・管理しているが、これを拡充し、電子処方箋(2023年1月運用開始)や電子カルテ情報(2025年以降運用開始)を収載する予定で、医療情報の集中管理サーバーを構築する方向である。国が個人の医療情報を集積・管理・利活用する巨大システムの構築が進められている。

マイナンバーカードはそのままでは「マイナ保険証」として利用できない。被保険者は、自らマイナポータルで、「健康保険証としての利用申し込み」の登録を行うことで、「電子資格確認」が可能となる(登録数は2,776万件、被保険者の約22%)。マイナポータルのアプリをインストールして、マイナンバーカードの電子証明書パスワード(4桁の番号)を入力・登録する。パスワードは原則本人が管理する。

また、国は医療情報安定化基金を設け、医療機関に補助金を交付するが、あくまで初期導入費用のみであって、システムの維持管理やセキュリティ確保などの費用については医療機関の持ち出しとなる。

### 医療現場でどのような問題が発生するのか

医療機関等では、▽現行の保険証で受け付けた場合は、職員が目視で本人確認後、PCに被保険者「個人番号」を入力▽患者自ら「マイナ保険証」を顔認証付きカードリーダーに置く、あるいは4桁の暗証番号を入力する(職員が目視による本人確認も可)。

「マイナ保険証」で受診した場合、「マイナ保険証」を本人以外が取り扱うことはできない。ただし、本人の同意を得て、カード裏面のマイナンバーをカバーなどで隠した場合は、職員などが「マイナ保険証」を預かることは可能とされている。

顔認証システムを使うことが困難な場合も、代理で職員などが4桁の暗証番号を入力することは不可とされる。特別養護老人ホームなどでは、緊急時にも受診できるよう入所者の保険証を預かっているが、「マイナ保険証」はより厳重な管理が求められる。

現行保険証は月初めに窓口で提示するが、「マイナ保険証」は受診のたびに、顔認証付きカードリーダーに置き、医療情報提供の画面にタッチする必要がある。高齢者など不慣れな人や認知症の人、障害のある人が自力で「マイナ保険証」を使うのは困難で、職員に手助けを求めた場合、患者本人以外が「マイナ保険証」と接触するのは避けられ

ない。

健康保険証利用のために、日常的にマイナンバーが見える「マイナ保険証」を持ち歩けば、院内外でカードの紛失や盗難、マイナンバー流出などのリスクが増大、プライバシー侵害などを引き起こす懸念がある。

保険資格はあっても、マイナンバーカードに内蔵されている電子証明書の有効期限が切れたら、「マイナ保険証」として使えなくなる。そのために5年(自身の誕生日)ごとに交換のため、自ら役所に出向かなければならない。カード自体も、10年ごと、未成年者は5年ごとに更新する必要があるため、自ら役所に出向いて受け取らなければならない。

資格確認システムについて、サイバー攻撃から守るなどのセキュリティ対策、システム維持・管理は医療機関の責任となる。個々の医療機関に任せるのではなく、国の責任と財政支援などについて明確化する必要がある。中医協答申書の附帯意見には、年末頃の導入実態を把握した上で、期限の再設定も含めて検討することが盛り込まれている。このままでは医療現場や患者が混乱する恐れがあるため、2023年4月以降の義務化撤回を求める運動が重要な局面にある。国民の理解を得ながら進めるためにも、「これまで通り健康保険証を交付する」ことを求める運動と一体で進める必要がある。

### 「データヘルス集中改革」の推進

資格確認システムを拡充し、マイナンバーカードの電子証明書シリアルナンバーと紐付けることで、三つのACTIONの運用が可能となる。①医療情報を全国の医療機関等で共有できる「全国医療情報プラットフォーム」の創設②電子処方箋の導入③自身の保健医療情報を活用できるPHR拡充—である。

全国医療情報プラットフォームについては、レセプト薬剤情報・特定健診情報に追加し、医療機関名、透析・手術情報、ワクチン等の予防接種や自治体検診情報、電子処方箋、電子カルテ等の医療情報について、「本人同意」のもと閲覧・共有できるようにする。

電子処方箋については、2023年1月から運用開始予定。政府は2025年3月末には資格確認システムを導入した「概ね全ての」医療機関・薬局での導入を目指す方針。現状、政府は電子処方箋導入はあくまで任意としており、患者も紙の処方箋か、電子処方箋かを選ぶことができる。患者の本人確認や処方・調剤情報を提供することへの同意については、現行の健康保険証と「マイナ保険証」のどちらを用いても可能である。

PHRは、マイナンバー法において「利用制限」などは課されていないマイナポータルを通して、自身の生涯にわたる健康診断や治療・処方履歴、電子カルテを含む医療情報を閲覧・共有することが可能となる。

マイナポータルは、個人が負担する税・社会保険料の範囲内に社会保障給付を抑える「社会保障個人会計」のシステム基盤にも変容することが可能である。骨太方針2021には、「リアルタイムで世帯や福祉サービスの利用状況、所得等の情報を把握する仕組み」を具体化することが盛り込まれた。マイナポータルを通じたPHRの拡充は、「社会保障個人会計」の導入に向けた地ならしとなる懸念がある。

### 国民生活の利便性も社会経済活動も発展させるデジタル化を

個人情報は極力、分散管理することが鉄則だが、政府は民間も使って一元的に管理する方向を目指している。デジタル化された大量の個人情報を効率的に収集・集積だけでなく、社会保障給付抑制への利活用や、国民を監視する社会システムの構築へつなげることも可能になる。そのため、個人情報を受け取り、集積する側(国や企業など)が、何に利用しているのか、誰が監督するのか、透明性を確保することが不可欠である。

個人情報の利活用は、データ保護という信頼の上に成り立っている。デジタル化の進展に対応して、個人情報保護やプライバシー権を強化するための基本的な制度の整備が同時に行われる必要がある。

いま問われているのは、誰のための医療DXか、社会のデジタル化なのか、ということ。企業の利益ばかりを追求し社会経済格差や健康格差が拡大することや、社会保障給付抑制への利活用、社会を委縮させるデジタル監視社会へ向かうのではなく、プライバシー権を強化することを前提に、国民生活の利便性も社会経済活動も発展させるという社会のデジタル化こそが大事ではないか。



### 個人事業者の消費税

## 計算方法の選択は12月31日までに



ひろせ税理士法人 柴田陽一郎税理士

別接種が2021年(令和3年)より始まっており、接種に伴い、消費税の課税関係が変更になっていく医療機関があります。あらためて新型コロナウイルスの個別接種に係る医療機関の収入に対する消費税の課税関係を説明します。

新型コロナウイルスワクチン接種対策費負担金(いわゆる接種の費用)につきましては、医療機関において消費税の課税売上となり、これは別に、個別接種促進のための支援策として一定回数以上の接種を行う医療機関に支払われる補助金については、消費税

の課税対象外となっております。これまで自由診療等の課税売上高が年間1000万円以内のため免税事業者であった医療機関が、ワクチン接種の収入が増加したことにより年間の課税売上高が1000万円を超える場合、原則としてその超えた年の翌々年から消費税を納める事業者となります。21年につきましては、新型コロナウイルスワクチン接種の開始により自由診療収入等の課税売上が増加傾向にあり、年間の課税売上が1000万円を超える場合、原則として23年より課税事業者となります。このことは21年が終了した段階で把握されている医療機関が多いかと存じます。

#### ◆ 寄稿 ◆

新型コロナウイルスの個

では、納付額の計算に向けて、何か検討しておくべきことはあるでしょうか。消費税の納付額は、預

利用することも可能です。この制度を利用しますと、実際に支払った消費税の集計が不要になり、預金口座から自動的に納付が行われます。少々複雑な記帳や申告、書類の厳密な保存といった事務負担が伴ってきまいます。

この事務負担を軽減する方法として簡易課税制度を利用することも可能です。ただし、簡易課税制度を利用するには、簡易課税制度を選択する旨の届出書を提出する必要があります。その期限が22年12月31日までとなりますので、注意が必要です。最後に、簡易課税制度を

ただし、簡易課税制度を利用するには、簡易課税制度を選択する旨の届出書を提出する必要があります。その期限が22年12月31日までとなりますので、注意が必要です。最後に、簡易課税制度を

利用する場合は、事務負担は軽減されますが、実際に納付する消費税額が軽減されるかどうかは各医療機関の状況によって変わってきます。事前のコミュニケーションや過去の届出状況の把握が重要ですので、早めの確認をお願いいたします。

み上げるほどあるが、実は「ジャズ・ギター」を探してみたら一枚もなかった。

音楽好きを自称していたはずが、ギターがメインのジャズ・ライブは初めてだったのだ。

京都を中心に活躍されているギタリスト北脇久士さんの演奏は優しくもあり、力強さもあり、メリハリの利いた演奏。ベーシストは西尾寛之さんと、体の芯を揺さぶるような低音も大変心地よく、リラックスして心ゆくまで楽しめた。新鮮だったギターのライブ演奏、これからもお二人のご活躍を期待している。

二人では、会員が参加する即興のセッション。日頃、ご多忙であろう医師のみならず、趣味の楽器演奏に夢中になつておられる姿は楽しく、ほほえましく、私も来年はトロンボーン持参で挑戦しようかと考えている。このたびは、このような楽しい企画を



楽しく即興のセッション

た、毎口ウキウキしながら過していた。松本清張の本を読み漁る以外に興味もない私にとって、音楽は生活に欠かせないもの。ジャンルを問わず聴く。クラシック、ムード音楽、ロック、ポップスなど、自宅のCDコレクションも幅広い。ジャズに関してはアナログレコードも積

### 金融共済だより

#### 保険医年金

一時金の年内着金 締切は12月20日

下さい。記載内容等でご不明な点がございましたら、協会事務局までお気軽にお尋ね下さい。

年内に着金した一時金は、2022年分の申告となります。一時金請求書がご入用の際は、協会事務局までお問い合わせ下さい。

## 軍医〈父〉の帰還

### 「死んでたまるか」

3年が経過して

垣田 さち子 (西陣)

父は医大の卒業を一年早めて陸軍軍医〈大尉〉として中国へ従軍した。途中で国の南進作戦がでたらしく諸島に転戦した。といっ

時、前の座席の女の子連れのお父さんが義兄に似ているが、知らない女の子といるので違うと思つたらしい。義兄は出征を見送って6年の歳月が過ぎ、がつつりした体格の父が30kg台の激やせ、尖った顔で戻ったので分からなかった。女の子はいない間に生まれた姪だったのだ。同じ駅で降りた同じ道を帰るようになって、姪のトーチャンが先に走って知らせたそう。どんなに嬉しかったろう。

帰ってしばらくの間、父には妙な行動が続いた。ドドドドと転がるように二階から降りてきて、大声で何か叫んだら、ハッと気がついてまた静かに二階の自室に戻った。『敵が攻めてくるぞ』みたいな事を言うてたやろな』と叔母は言っていた。父母は昭和22年に結婚したので分かった。私の出生地は河原町広小路である。住まいは今宮神社の鳥居のあたりの二階を借りて新婚生活が始まった。父は府立医大に戻った。そして、近江八幡病院の院長として赴任した。日本は戦争に負け、全面降伏し、アメリカの占領下におかれた。大日本帝国憲法に代わる民主憲法の制定を

**12月のレセプト受取・締切**

基金・国保(※)	8日(木)	9日(金)	10日(土)
	—	○	○○

○は受付会場設置日、●は締切日

労災締切	電子レセプト		紙媒体
	オンライン請求	電子記録媒体	
	10日(土)	12日(月)	12日(月)

受付時間：基金 9時～17時30分  
 国保 9時～17時  
 労災 8時30分～17時15分  
 業務時間：基金 9時～17時30分  
 国保 8時30分～17時15分  
 労災 8時30分～17時15分  
 (※) オンライン請求 5～7日 8時～21時  
 8～10日 8時～24時

**協会ホームページをご活用下さい**

<https://healthnet.jp>