

特集

令和7年7月度 郡市区等医師会長協議会 特別講演

かかりつけ医 機能報告制度について

日本医師会 副会長 茂松 茂人
同 常任理事 城守 国斗



この記事は、令和7年7月17日(木)に開催された「令和7年7月度郡市区等医師会長協議会特別講演」の様様をまとめたものです。なお、当日は、大雨による公共交通機関の遅延により、導入部分の講演は急遽、茂松・日医副会長が行い、途中から城守・同常任理事が引き継ぎました。



茂松茂人・日本医師会副会長

日本医師会副会長の茂松です。本日は、「かかりつけ医機能報告制度について」と題してお話しさせていただくのですが、講師としてお招きいただいております城守常任理事が大雨による交通機関の乱れのため遅参しておりまして申し訳ございません。来られるまで私からお話をさせていただきます。

はじめに、全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法改正までの経緯についてお話をさせていただきます。

かかりつけ医機能に関する議論は、「骨太の方針2015」に「かかりつけ医の普及の観点からの診療報酬上の対応や外来時の定額負担について検討する。」と記載されてから10年におよぶ議論がなされてきました。

平成27年6月に「骨太の方針2015」が閣議決定されて、給付と負担の議論が始まりました。消費税が8%から10%になった令和元年に、全世代型社会保障に向けての議論が始まり、日医からは「日本で暮らして幸福だったという『全世代型社会保障制度』へ」という提言を行いました。2年から始まったコロナ

禍では、「私はこの先生をかかりつけ医やと思っていたのに、行ったら診てくれなかった」といった声が大きく取り上げられました。実際はそんなことはほとんどなかったのですが、財務省が非常に大きく取り上げまして、これは財務省にやられたなということを感じておりました。

「骨太の方針2022」が閣議決定された後は、日医から「かかりつけ医機能が発揮される制度整備に向けて」という提言を出しました。昨年7月に、厚生労働省の分科会で「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に向けた議論の整理」が行われ、今年4月からかかりつけ医機能報告制度が施行されました。

かかりつけ医機能が発揮される制度整備に向けては、日医の考え方を基に法改正がなされてきています。従前から国民に対する医療機能情報提供制度はありましたが、あまり認知されていませんでした。そこで、これを国民に分かりやすい内容に改め、国民が医療機能情報提供制度を活用して、適切な医療機関を自ら選択できるよう支援を行おうという流れになりました。医療機関としては、自らが持つ機能を磨いて縦糸を伸ばし、さらに地域におけるほかの医療機関との連携を通じて横糸を紡ぐということで、面としてのかかりつけ医機能を担っていくということです。さらに、日常診療ではほかの医療機関と連携し、急変時においても可能な限り地域におけるネットワーク対応を行うということです。

また、コロナ禍を経験したことで、地域医療体制全体の中で感染症危機時に外来診療や在宅療養などを担う医療機関を平時から明確化しておくことが必要という教訓も得ましたので、医療措置協定の締結も進めておりま

す。

ここで大切なのは、我々が新型コロナウイルス感染症にどう対応したかということをしっかり覚えておくということです。駐車場を用いてとか、違う部屋を作ってとか、その経験をしっかり生かすことの重要性を我々は心に刻んでおかないといけないと思います。

日医は、かかりつけ医機能の制度整備に当たっての主な考え方として8つ掲げております。①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、割り当てたりすることには反対するということです。②診療科別、専門性の観点から複数のかかりつけ医を持つことも多く、患者さんの立場に立てば、かかりつけ医を複数持つことは自然です。③1人の医師だけを登録するという、いわゆる「登録制」は、患者さんの医療へのアクセス権、医師を選ぶ権利を阻害する提案である。国民、患者さんがかかりつけ医を固定するような提案は決して望んでいないということもはっきりと明言しております。④「人頭払い」は、高度な医療がなかった時代はともかく、現代の複雑かつ高度な医療において現実的な提案ではないということを強く主張しております。⑤かかりつけ医機能を発揮する医療機関は、診療科や病院、診療所の別を問うものではないということを強く主張しております。⑥必ずしも1つの医療機関ではないということで、地域で面としてのかかりつけ医機能をしっかりと果たしていくべきであるということ。⑦「かかりつけ医」と「かかりつけ医以外の医師」を区別するものではないということを強く主張いたしました。もちろん、⑧医師も自ら「かかりつけ医」として選ばれるよう積極

的に研鑽を積むことが必要です。この8つを今後の制度整備に当たっての考え方として示しております。

次に、医療機能情報提供制度におけるかかりつけ医機能制度の内容でございます。

大きくは医療法第6条の3で、「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」としてかかりつけ医機能を規定しております。この情報提供制度の中でかかりつけ医機能として、1号機能と2号機能の報告がございます。1号機能は日常的な診療を、2号機能については夜間・休日、入退院支援、在宅、介護連携などについて報告していただきます。

かかりつけ医機能報告の報告を行う対象医療機関は、病院が8,156、診療所が105,182で、そのうち特定機能病院、刑事施設・入管等や皇室の医療機関を除く病院・診療所となり合計はおよそ113,200となっております。

かかりつけ医機能報告制度の目的は、地域の実情に応じて各医療機関の機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化することで、地域において必要なかかりつけ医機能を確保していくことです。この目的を達成するためには、多くの医療機関に手を挙げて参画してもらう、ここが大事であります。患者さんが本当にかかりやすくするために、どの科の先生でもしっかり手を挙げて窓口を広げておくことの大切さを強く主張しています。

次に、「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」での議論の経緯であります。議論が始まった昨年5月に、報告を求めるかかりつけ医機能の報告の内容について、財務省案、香取委員案、診療側案が示

されました。(図1)

財務省案を見てみますと、1号機能のハードルを高くして報告する医療機関を絞っています。かかりつけ医機能を持つ者と持たない者で分断を図るようなものです。日医としては、いわゆるフリーアクセスの制限には反対ですので、何度も議論がなされたわけでございます。

その議論の中で決まったことは、まず、具体的な機能を有することや報告事項について院内掲示で公表している。これは当然必要です。そして、かかりつけ医機能に関する研修の修了者と総合診療専門医の有無、それぞれいるかないかの報告でいいということです。それから、5年後をめどとして、研修充実の状況などを踏まえ、改めて検討するということが決められております。

さらに、我々が医療にかかる時は診療科でアクセスすることを考慮して、症状ではなく

17の診療領域から選択していただくという、誰もが手を挙げられる設えを採用していただきました。

日医としましては、1人の医師や1つの医療機関ではなく、複数の医師や複数の医療機関が地域を面として支えることが必要ということと、人口や医療従事者が減少していく中で、地域の医療資源をうまく活用・開発して、地域に必要な機能を実現するために多くの医療機関が積極的に参加できるということを主張しています。ここが最も重要でありまして、何科の先生でも手を挙げていただくというのが我々の考えでありますし、これが国民にとって一番幸せになると考えます。今までのかかりつけ医機能と何ら変わるものではありません。

城守常任理事が到着されたようです。ここからは、どうぞよろしく願いいたします。

遅参して申し訳ございません。日医常任理

図1

かかりつけ医機能報告について(案)①		1号機能 当初案
財務省案	1. 報告を求めるかかりつけ医機能の内容	令和6年5月24日 厚生労働省 第5回かかりつけ医機能が実施される制度の施行に関する分科会 資料1「かかりつけ医機能が実施される制度の施行に向けた検討について」10頁に一部加筆
	(1) 1号機能「継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能」の有無及びその内容	
	＜具体的な機能＞	
	・ 継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療を行うとともに、継続的な医療を要する者に対する日常的な診療において、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する機能	
香取委員案	※ 平成25年8月の日本医師会・四病院団体協議会合共同提言「かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。」	5月24日の分科会では落す方向で 香取委員も主張した
	＜当該機能に係る報告事項＞	
	【案1】	
	○ 一定以上の症状※1に対して一次診療を行うことができること(35項目の症状※2ごとの対応可能な有無も報告)	
診療側案	※1 「臨床研修の到達目標(厚生労働省通知)における「経験すべき症状・病態」の「頻度の高い症状」(35項目)のうち、必修項目(下線の20項目)以上 全身倦怠感、不眠、食欲不振、体重減少、体重増加、浮腫、リンパ節腫大、発熱、寒戦、発熱、悪寒、発熱、めまい、失神、けいれん発作、脱力感、視野狭窄、結膜の充血、聴覚障害、鼻出血、嘔吐、胸痛、動悸、呼吸困難、咳、痰、嘔吐、嘔血、胸やけ、嚥下困難、腹痛、便秘、下痢、腰痛、頭痛、歩行障害、四肢のしびれ、血尿、尿頻尿、尿失禁・尿閉、尿量異常、不安、抑うつ	→「可」の報告の場合は「1号機能を有する医療機関」として、2号機能の報告を行う。
	【案2】	
	① 「具体的な機能」を有すること及び「報告事項」について院内掲示により公表していること	
	② かかりつけ医機能に関する研修※1の修了者がいること又は総合診療専門医がいること(左記の人数も報告)	
※2 皮膚・形成外科領域、神経・神経科領域、眼耳鼻咽喉科領域、呼吸器領域、消化器領域、肝・胆道・膵臓領域、循環器領域、腎・泌尿器領域、産科領域、婦人科領域、乳腺領域、内分泌・代謝・栄養領域、血液・免疫系領域、筋・骨格系及び外傷領域、小児領域		
④ 17の診療領域※2ごとの患者からの相談の対応可能な有無、いずれかの診療領域について患者からの相談に応じることができること【別案:案1の35項目の症状】		
→ ①④のいずれも「可」の報告の場合は「1号機能を有する医療機関」として、2号機能の報告を行う。		
【案3】		
① 「具体的な機能」を有すること及び「報告事項」について院内掲示により公表していること		
② かかりつけ医機能に関する研修※1の修了者の有無、受講者の有無、総合診療専門医の有無(左記の人数も報告)		
※1 かかりつけ医機能に関する研修の要件を設定して、該当する研修を示す		
→ ①が「可」の報告で、②を報告している場合は「1号機能を有する医療機関」として、2号機能の報告を行う。		
＜上記以外の報告事項＞		
① 医師数、外来の看護師数、専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師数		
② かかりつけ医機能に関する研修の修了者数、総合診療専門医数		
③ 全国医療情報プラットフォームに参加・活用する体制※4を有していること		
※4 オンライン資格確認を行う体制、オンライン資格確認等システムの活用により診療情報等を診療室等で閲覧・活用できる体制、電子処方箋により処方箋を発行できる体制、電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制		
④ 全国医療情報プラットフォームの参加・活用状況、服薬の一元管理の実施状況		



城守国斗・日本医師会常任理事

事の城守です。

では、引き継ぎまして、「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」における議論について、少し付け加えさせていただくところからお話いたします。

現在、先生方は標榜科、診療科で開業しておられるわけですが、財務省は、国の検討会において、症状でかかりつけ医機能を提示するような制度を提案してきました。臨床研修医の到達目標として35項目あるうちの20項目程度は診られる、または研修を修了しているということを要件にすべきだと強く主張してきました。それは、例えば腹痛、胸痛、浮腫といった、ほぼ内科か外科の先生が診られているようなもので、逆に言えば、それ以外の診療科の医療機関には手を挙げさせないような制度設計が財務省案として出てきたわけです。

それでは外来体制が壊れてしまいますので、我々は、香取委員案にある17の診療領域——これは今の標榜科と同じようなものだから、標榜制みたいな形で診療科として一般的に診ていればいいわけです——と、患者さ

んから医療の相談があれば応じますよといった態勢があればいい、といった要件を主張しました。つまり、現在の医療の提供体制を壊さないような形にすべきだというのが我々の案でございました。香取委員は、これに研修を修了した人間がいないと手挙げできないという案を出されていましたが、修了しているかどうかを問わず、修了者の有無の報告だけでよいとハードルを思い切り下げました。結果的には、我々の主張がおおよそ通りました。

実はこの分科会には患者団体の方もいらっしゃって、患者さんは症状の方が分かりやすいということで、出だしは財務省案で固まりかけたのです。しかし、それでは医療の提供体制が非常にきしんでしまいますので、その分科会の中で、イギリスのGP制度はコロナ禍では全く機能しなかった、ただの振り分けどころか診ることもしなかったということを説明しました。一方、日本の外来というのは、先生方が専門性を高めて何年にもわたってトレーニングをされて、結果的にレベルの高い外来になっていて諸外国とは違いますし、フリーアクセスもある。その上で、どちらを選びますかと第三者的な委員の人達に問うていきました。そうすると、それはやはり現状のレベルの高い外来で行っていただきたいという流れになりまして、かなり苦労しましたがけれども、財務省案に傾きかけたものがようやく診療側案に戻れたということです。

ただし、これは5年後に見直します。多くの医療機関の先生方にこの制度に手挙げをしていただかないと、5年後の見直しの時には、地域を面で支えると言っているけれども、ほとんど手挙げしていないじゃないかと

か、面で支えられていないから、やはりこの制度では駄目だねと判断される危険性があります。そうすると、恐らく5年後の見直しの議論において、中心的な役割になるかかりつけ医機能を強く持った医療機関を認定・登録制にして、そこに患者さんをまずかからせるといった制度になりかねません。そうすると勝てませんから、ぜひ手挙げをしていただきたいということでございます。

報告の仕組み

では、ここからかかりつけ医機能報告の仕組みでございます。(図2)

これが医療機能情報提供制度におけるかかりつけ医機能報告制度の全体像です。以前から医療機能情報提供制度の中にかかりつけ医機能の報告の項目はありました。左の1から8がその項目ですが、特に5から8は診療報酬に関する項目です。これらは患者さんにと

って分かりづらく、より患者さんが見やすい報告制度にしようということで分かりやすく刷新されたわけです。また、システムが都道府県によってばらばらで非常に見づらく、国民から見て各医療機関の機能が分かりづかったため、システムの全国統一も狙いにおいて、「医療情報ネット（ナビイ）」が作られて昨年から機能しています。

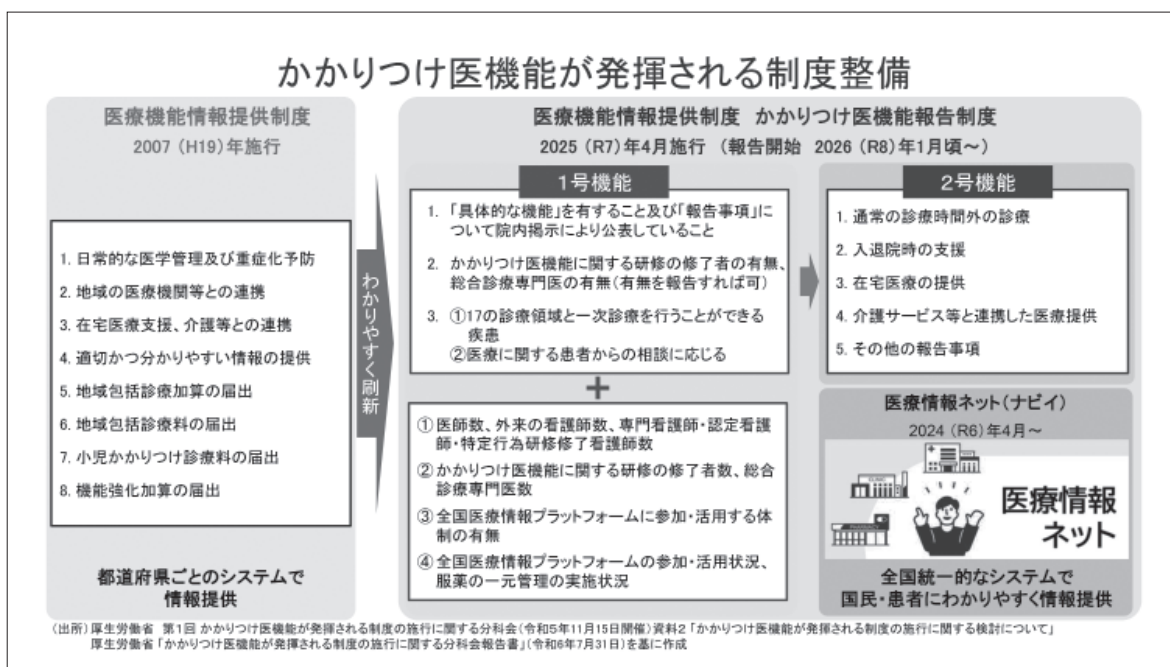
1号機能とは

次の3つを満たすと1号機能を有するとされます。

まず1つ目は、「具体的な機能」を有しているということと「報告事項」について院内掲示するという。これは特に問題ないと思います。

2つ目は、かかりつけ医機能に関する研修の修了者の有無や、総合診療専門医の有無を報告すればよい。別にいなくてもいいという

図2



ことです。研修というのは、基本的に厚労省が厚生労働科学研究班（厚労科研）で内容と項目を規定したものです。

そして3つ目は、17の診療領域と一次診療を行うことができる疾患についてです。これは標榜科とほぼ同じと受け取っていただいてよろしいかと思います。さらに、医療に関する患者さんからの相談に応じること。これは24時間相談に応じるという意味ではなく、相談を受けられる時にはきちんと受けますよということです。

以上、この3つを満たすと1号機能を有するということになります。ただし、何度も言いますが、例えば、研修を修了した人の有無の報告だけでよいというのは、5年後に調査をした結果、やはり研修を修了した人がいないと駄目だというふうになる可能性は結構あると思います。

そして、3つ目も、今回は症状ではなくて標榜科的な診療領域で収めましたけれども、場合によっては症状で規定をしていこうという議論になると思います。先生方の積極的な参加がなければ、確実に認定制・登録制につながる制度設計に医療法上から持っていかれと思っていますので、日医としてもその辺りを注視していきたいと思っています。

そのほか、1号機能の外形基準的なものの報告が4つあります。①と②はこれによろしいかと思いますが、③全国医療情報プラットフォームに参加・活用する体制の有無は、例えば電子処方箋の発行とか、電子カルテ情報の共有といったことですが、そもそもまだできていません。これも参加・活用する体制の有無ですから、体制ができていませんよという場合は、無で報告してもらえばそれでいい

ということです。

④は、③への参加・活用状況、服薬情報の一元管理の実施状況ですけれども、そういうシステムがないとか、電子処方箋を出していないということであれば、報告する必要はないということになります。

なお、医療機能情報提供制度は、特定機能病院など以外のすべての医療機関が対象になっていますので、基本的には報告をしないと罰則規定があります。最初は罰則規定を適用されることはありませんが、医療機能情報提供制度と一緒に、かかりつけ医機能報告制度についても報告をお願いしたいと思います。

2号機能とは

1号機能の報告をした医療機関は2号機能の報告をしていただきます。2号機能は、時間外対応や入退院時の支援、在宅医療や介護サービスなどと連携した医療提供体制に関する報告です。例えば時間外対応であれば、準夜帯までなら電話などで連絡をしたら受けますとか、いなかったらどこかに転送しますということをやっておられれば、これは有になりますし、そもそも全くしていない場合は無になります。入退院時支援は何かしておられると思いますが、これもなければ無で出していただければと思います。

在宅はしていないということであれば無で、介護サービスに関しては、例えば、主治医意見書などを作成しているなら有に、全くなかったら無になります。

つまりこの制度は、1号機能をまず報告していただいて、1号機能を有すれば、基本的にはかかりつけ医機能のある医療機関である

という形になります。ただし、2号機能がすべて無の場合は、その地域においてかかりつけ医機能の確保に関わる体制は有していない医療機関というくくりになります。

また、1号機能があって、2号機能も何かしら1つでも有となる場合、その医療機関は、患者さんから求めがあった場合には、診療計画を作成するという努力義務が生じます。これは努力義務ですからもちろん罰則規定はありません。患者さんが口頭での説明でいいと言われるのであれば、それでいいということになります。2号機能が1つでもあった医療機関に対してはこの努力義務がかかり、1号機能はあるけれども2号機能がない医療機関にはこの努力義務はかからないという法律上の規定になっております。

報告の仕方

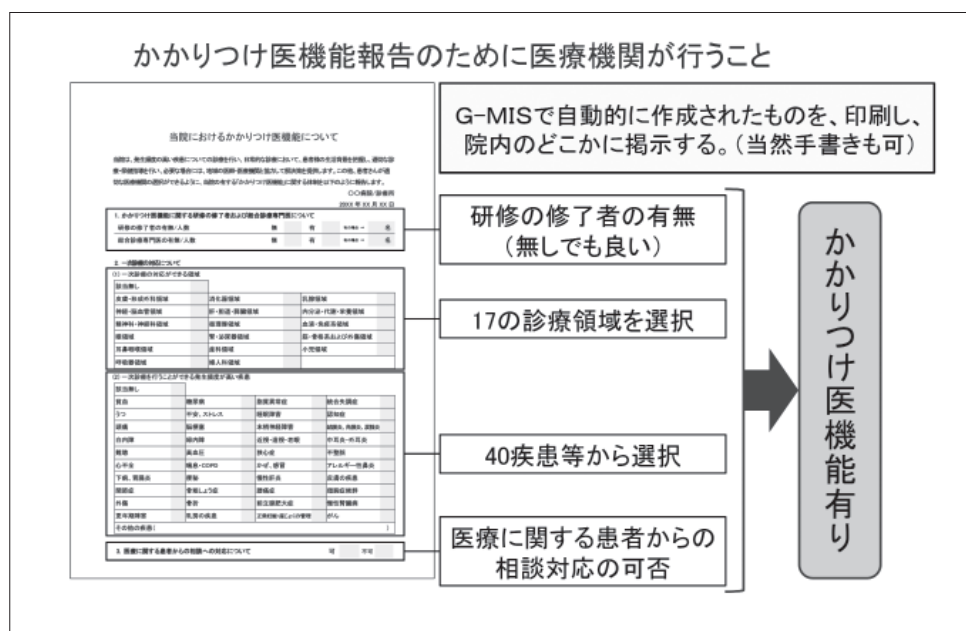
基本的にはG-MISでの報告になりますが、対応していないという医療機関は紙ペー

スで都道府県に報告をしていただくことになります。その様式などは、都道府県と医師会の間で決めていただければと思います。

G-MISによる報告イメージですが、まず、具体的な機能を有していること、院内掲示で公表しているというところにチェックを入れる。それから、研修の修了者の有無の報告をする。17の診療領域から、いわゆる標榜科の領域に関してその領域を報告していただく。そして、相談ができる体制になっているというところにチェックしていただく。これだけです。加えて、先程お話ししました外形基準の報告が少しありますが、大体こんな感じになるだろうと言われています。

院内掲示に関しては、G-MISで自動的に院内掲示の書式がプリントアウトできるように調整しています。印刷したものを院内のどこかに掲示していただければそれでいいわけです。(図3)

图 3



対象となる研修

研修については、厚労省が、厚労科研で定めた研修の項目と内容に沿ったものになっているかについて、例えば日医や病院団体から申請をする研修の内容をチェックして、内容が合っていると認めたものが対象になるとご理解ください。

研修は、いわゆる座学と実地の両面からの体制になっておりまして、対象者は、地域で診療されておられる、または開業を検討しておられる勤務医です。そして、中小の病院にしっかりアナウンスしていくことが大切です。個々の病院の先生方にアナウンスする前に、まず各病院の院長にお集まりいただいて、かかりつけ医機能報告の意味と目的をしっかりと説明をした上で、院長から院内にいる先生方にこの趣旨を説明していただく形を取るようになります。

報告できる研修については、令和7・8年度は各団体の研修体制の対応に2年程度かかることを見越して、各団体の研修を一定程度クリアした者であれば、それは研修の修了者として報告してよいことになっています。9年度以降は、厚労科研で定めた項目と内容に合致した研修でないと認められません。

9年度の報告の時には、日医の「かかりつけ医機能報告制度にかかる研修」を新しく作りまして、これを報告していただける体制を整えました。この報告は1月から3月で報告するのですが、この1月から3月の報告というのは、医療機能情報提供制度と同じタイミングです。ですから、そこに一緒に付けてもらう形です。かかりつけ医機能報告というの

は、医療機能情報提供制度に付随しているという位置付けです。

実地については、例えば健診や予防接種といった地域に根差した医師の活動が対象となります。単位は1項目につき5単位です。ほかにも、実際に行われている実地を自由記載していただけるようになっていますので、それが地域の医師会、ないし都道府県の医師会で承認されれば実地はクリアとなります。

座学については、「幅広い診療領域への対応に関する内容」「地域連携・多職種連携などに関する内容」が含まれるものになります。日医の生涯教育制度や従来のかかりつけ医機能研修制度、全日本病院協会の総合医育成事業の研修などが挙げられます。日医の生涯教育制度の単位を使えますが、どの単位まで遡れるということの規定はしていません。なお、日医の生涯教育制度と一緒に1時間1単位です。

必要な単位数については、座学と実地それぞれ必須で合計10単位以上ですから、ほとんどは今やっている、もしくはこれまでにやっていた実地研修の項目にチェックを入れていただいて、それプラス1つ座学の研修をしていただければこの報告制度に係る研修の修了要件を満たすことになります。そうすると、すぐに修了証を発行させていただくことになります。現在200人ぐらい修了証を発行しております。(図4)

報告は、MAMISによって申請していただくこととなりますが、1枚の紙に申請の内容を手書きで書いていただいて、——その場合は、申請をしていただいたものを郡市区等で扱う場合は郡市区等医師会で、都道府県が扱う場合は都道府県医師会でそれぞれ代行入力

していただくことになりますけれども——、それでクリアになります。紙での申請で結構です。

今後のスケジュール

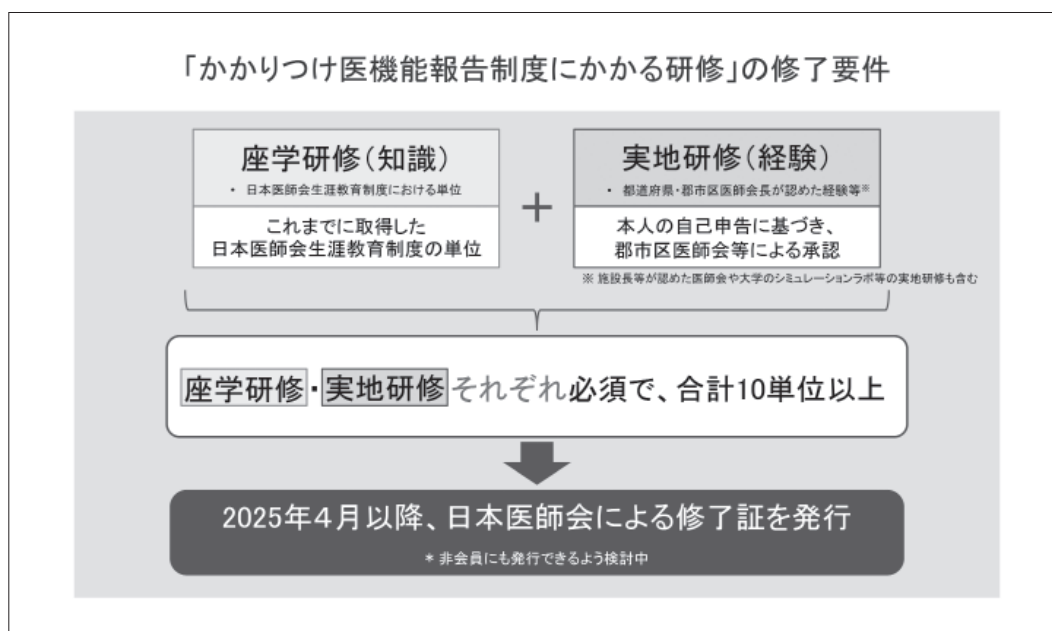
今年4月からスタートして、今秋ぐらいに医療機関へ定期報告、いわゆる医療機能情報提供制度とともにかかりつけ医機能報告制度の定期報告の依頼をするお知らせが届きます。そして、来年1月から3月までの間に都道府県に報告していただき、それを都道府県が整理します。かかりつけ医機能というのは、外来機能と一緒にですから、この地域は外来機能のここは強いけれどもここは弱いという一定のデータを整理したものが提示されます。地域というのは、市町村単位になるかと思いますが、場合によっては2つの市町村が一緒になったような単位になります。その辺りは、都道府県とその地区の医師会の先生方でお決めになられたらいいと思います。そし

て、機能の弱い部分に対して今どのように対応しているのかを確認します。恐らく中小の病院ないしは状況によっては基幹病院でやっているところもあると思います。その地域の実情に合った体制でできていたら私はそれでいいだろうと思いますが、診療所の先生でも、自分たちでカバーできる部分はカバーしようということであれば——その時間がないということであれば結構ですけれども——していただく。また、病院にこの機能をカバーしてもらえよう診療所の先生方をお願いをして、病院が何とかそれをカバーしていくという体制もあると思います。

そういったやり取りの中で、地域の弱点になっている部分が見える化し、現状を明確化していくことが、実はかかりつけ医機能報告制度の大きな目的であると思います。

外来機能を可視化できるということ、そして、明らかになった弱点を補強するための対策を皆で考える。その協議の場には、医師会員だけではなく、その地域にある診療所や病

図4



院全部に参加していただくことになる。そういった場面で、これまで医師会と接点を持っていなかった医療機関の人達と接することが、いわゆる組織強化につながります。無理に入れというお話ではないですが、そういう形の場にもできるかなと思います。医師会は、それぞれの地域に必要なかかりつけ医機能が発揮されるよう、医師の研修をはじめ、行政と連携して地域を面で支える体制を構築する際の要であると考えます。

おわりに

今回、かかりつけ医機能報告制度に関して、かかりつけ医の制度化という形にならないように医療法では押しとどめました。ただし、次年度、診療報酬改定があります。かかりつけ医機能報告制度と診療報酬の項目が直接リンクするという話ではありませんが、これを口実に、現在あるかかりつけ医機能を評価している例えば外来管理加算、地域包括診療加算、機能強化加算などを中医協でターゲットにしてくるということは容易に想定できます。様々な制度を医療法で規定することと、診療報酬で直接それを規定することができなくても、国ないしは財務省が持っていきたい方向に誘導するための要件設定をするということ、この2つに注意しなければなりません。医療法の規定のところで抑えても、診療報酬で誘導されるということはこれまでも間々ありましたから、そうならないように日医としては全力でお支えしたいと思います。

ご清聴いただきありがとうございました。

(文責：広報委員会)