

令和 6 年度 中国四国医師会連合「医療保険分科会」

と き 令和 6 年 5 月 25 日（土）14：00～16：00

ところ JR ホテルクレメント高松 3F 飛天

〔報告：専務理事 伊藤 真一〕

日本医師会の江澤常任理事、社会保険診療報酬検討委員で、高知県医師会常任理事の久 明史先生をお招きして、標記分科会が開催され、出席した。今回は令和 6 年度の診療報酬改定を受け、その評価を協議した。

1. 今回の改定に対する要望項目と成果

久先生から要望項目 10 件と、その成果の報告がなされた。

- ・診療情報提供料（Ⅰ）は、医療 DX 推進体制整備加算が新設された。
- ・入院時食事療法費用の引き上げの要望で、入院時食事療養（Ⅰ）（Ⅱ）の費用の額及び入院時生活療養（Ⅰ）（Ⅱ）のうち食事の提供たる両様の費用の額を、それぞれ 1 食当たり 30 円引き上げとなった。
- ・医療事務作業補助体制は点数が 20 点ほど増え、医療事務作業補助体制整備加算 1 の要件にその勤務状況や補助が可能な業務内容を定期的に評価することが望ましいことが追加された。
- ・小児特定疾患カウンセリング料は、発達障害等、児童思春期の精神疾患の支援を充実する観点から、小児特定疾患カウンセリング料の算定期間を 2 年から 4 年間に延長するとともに、初回の診療を重点的に評価する見直しとなった。

2. 意見交換

各県からベースアップ評価料や医療 DX 推進体制整備、生活習慣病を中心とした管理・処方箋料等に関する 80 件の評価が出され、意見交換を行った。

当県の提出意見

- ・厚労省は昨年 11 月に医療経済実態調査の結果を公表したが、一方で財政審は蔓延する新型コロナ

感染症に対し昼夜を問わず奮闘していた医療従事者のプライドと信念を逆撫でするような「機動的調査」を引用して、医療機関はコロナ禍で儲かっているとの誤った情報を操作し、ネットマイナス改定への世論誘導に繋げたことは看過し難い。中医協のガバナンスが機能していないことも問題だが、ただでさえ 2014 年以降引き下げられた薬価が改定財源に回されなくなった現在、日医はこの恣意的な建議を全力で阻止すべきであった。先の臨時代議員会で執行部は財政審のマイナス 1% という主張をプラスに押し戻したと答弁したが、そのうち 0.61% は診療とは無関係なベア分、いわゆる「外枠」改定に他ならない。ここ数年は同じ手法が繰り返されており、とりわけ今次改定では診療所だけでなく大規模病院でさえ大幅な減収が予想されている。この結果をきちんと総括し、今後の活動に活かさなければ医療従事者のモチベーションは下がる一方だと思われるが、日医としてどう対峙していくのか。

- ・今回の診療報酬改定が、実際には大きなマイナス改定になっていることに憤りを感じている。

ベースアップ評価料に関しては、医療従事者の賃金アップのためとして新設された「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）、（Ⅱ）」、及び「入院ベースアップ評価料」は、診療行為とは無関係な点数である。点数表に組み込んだこと自体問題だが、窓口担当の事務職員を賃上げ対象職種から除外することで従業員間の軋轢が生じていること、また、各医療機関でのアップ率が違うため、初・再診時の自己負担金額がまちまちになること、さらにその一部負担金は従業員の定期昇給分以外のベースアップ分に充当しなければならないことなど、患者の理解を得るのは難しいと思われる。3 か月毎の届出、賃金改善計画書、及び賃金改善実績報告

書の提出など事務作業が極めて煩雑になるなど問題が多い。また国が医院経営に直接関与することは大いに問題があると思われるが、日医は改めて会員にきちんと説明すべきである。

医療DXに関しては、今次改定ではさまざまな医療DX関連の診療料や加算が数多く新設された。財界主導によって営利目的のIT産業の利益のために医療DXを推進し、新設された診療料や加算の創設で露骨な政策誘導が図られている。新設点数を算定するにはハード、ソフトの整備のためのインシヤルコストだけでなくランニングコストに至るまで医療機関には多大な負担と責任を押し付けた上、医療DXへの対応を巡って医療機関を差別化し、対応できない医療機関を閉院・廃業に追い込み、引いては医療崩壊を加速させる危険性があると思われる。いったい誰のための医療DXか、患者目線はほとんど感じられない。医療に市場経済を持ち込んでも医療機関には何のメリットもない。日医はこの拙速な医療DXの推進をどのように認識しているのか。

このほか、5月2日に郡市医師会保険担当理事協議会で上程された「薬価改定」と「再生医療等製品（CART-T療法）に関する要望」を、分科会へ提出した。

他県の提出意見

(1) 医療DX・マイナ保険証関係

- ・患者の立場だとマイナ保険証利用で支払いが増え、利用促進どころか逆効果。
- ・患者側にインセンティブを与えないと利用は進まないだろう。
- ・診療録第3面（裏書）が電子カルテから適切に出力されるにもかかわらず、手書き作成を求められている医療機関もある。
- ・オン資確認システム導入、電子カルテ導入で医療機関に必要経費が多くのかかるので、その経費を調査し、それに合った加算を今後も維持してもらいたい。

(2) ベースアップ評価の関係

- ・事務作業を行う職員が対象外である点と、患者

とのサポート面での関わり。

- ・医療従事者の賃金アップのため新設されたが、医療行為とは無関係である。
- ・手続きが煩雑、どのくらいの医療機関が利用するのだろうか。
- ・次期改定でもこの評価料が継続するのか、今回限りではないだろうかという懸念。

(3) 生活習慣病管理料関係

- ・糖尿病、脂質異常症、高血圧症を除外し、生活習慣病管理料に一本化される改定の意図は理解できるという意見もあれば、日医が目指すかかりつけ医機能と反しているという意見があった。
- ・算定要件が療養計画書を作成し、患者の同意・署名が必要であるため、煩雑になると予想する。
- ・施設基準に「患者の状態に応じ、28日以上 of 長期投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であること」についての揭示が加わったが、長期処方やリフィル処方をむやみに助長する恐れがあり、処方日数や処方箋管理が患者主導になる危惧を考える。

(4) その他

- ・入院時食事療養費は、光熱費の上昇も予定されているので、もう少し引き上げが必要と考えている。
 - ・医師の働き方改革に関しては、大手病院から民間の医療機関にパートや当直を依頼しているが、労働基準局に届出をしていれば、医師の就業時間の削減に役立つ。しかし、大手病院の医師引き上げが起こるのではないかと考える。
 - ・そのほか、ベア評価※において、5月20日のオンラインセミナーでもっぱら事務員と患者をサポートする事務員の線引きに関して、本会の木村理事が質問をしたが、日医常任理事も深く述べられず、判断は事業所ごととし、国としてライン引きはしないという意見をいただいた。
- ※注：令和6年6月6日に日本医師会と厚生労働省による都道府県医師会社会保険担当理事連絡協議会があり、その際にも、事務作業だけでなく、看護補助など患者のサポートを通じて医療に従事する業務も行う方は、その他医療に従事する職員として対象職員に該当するという事を明らかにされた。