

2024 年 9 月 12 日

厚生労働大臣 武見 敬三 様
厚生労働副大臣 濱地 雅一 様、宮崎 政久 様
厚生労働大臣政務官 三浦 靖 様、塩崎 彰久 様
衆参厚生労働委員会 委員の国会議員の皆様
中央社会保険医療協議会会長 小塩 隆士 様
中央社会保険医療協議会 委員 各位
厚生労働省保険局医療課長 林 修一郎 様

京都府保険医協会
理事長 鈴木 卓

2024 年度診療報酬の再改定及び不合理是正に関する改善要望書

貴職におかれましては、日本の社会保障制度の拡充のために日夜ご奮闘いただき、誠にありがとうございます。当会は社会保障の向上と国民医療の充実・発展を目指すことを目的に保険医療を行う医師の団体として設立し、微力ながら様々な事業を展開しています。

当会は 2024 年 7 月 28 日、定期総会を開催した際に、2024 年度診療報酬改定に関する別紙のアンケートを実施しました。

今回の改定で個人的に「痛かった」（経営を直撃した、減収に直結した、打撃を受けた）改定項目は何か質問しました（複数回答可）。

最も多かったのは「特定疾患処方管理加算 1（18 点）が無くなった」58%、次いで「生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）の算定要件である「療養計画書」の作成に時間を費やした」54%、特定疾患療養管理料、特定疾患処方管理加算の対象から高血圧症、糖尿病、脂質異常症が除外された」52%、「処方箋料が 1、2、3 とも 8 点ずつ引き下げられた」49%、「特定疾患処方管理加算 2 が 10 点引き下げられた」48%、「薬剤情報提供料が 6 点引き下げられた」41%、「生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）が月 2 回算定できない」38%、「生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）と特定薬剤治療管理料、悪性腫瘍特異物質治療管理料、療養費同意書交付料、傷病手当金意見書交付料が併算定できない」30%、「在医総管、施医総管が一律 15 点引き下げられた」13%、「トリガーポイントが 10 点引き下げられた」11%一等となっております。

内科系の回答者が 7 割を占めるため、特処 1 の廃止や生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）に関する回答が上位を占めていますが、選択肢に挙げた内容は全て、多くの保険医にとって痛手となっていることが明らかになっております。

次に、プラスの項目もあったが、「痛かった」改定内容と合わせて考えた場合、24 年 6 月改定をどのように評価するか質問したところ、「まったく評価できない」56%、「あまり評価できない」38%、「少し評価できる」4%、「とても評価できる」0%でした。

次に「改定前と比べて、減収になったか、増収になったか」質問したところ、「減収」75%、「増収」1%、「変わらない」18%との回答でした。「減収になった」と回答された方に、減収割合を質問したところ、平均で 11%の減収でした。

次に、改定前と比べて、仕事量や事務的業務量は増えたか、減ったか質問したところ、「増えた」75%、「減った」1%、「変わらない」24%となりました。

結果として、多くの保険医に打撃を与えた改定であり、診療報酬は減った一方で、仕事量・事務量は増えた改定であったと言えることが明らかとなりました。

これに加えて、各都道府県において、ベースアップ評価料の届出率の低迷が指摘されております。

京都府における 2024 年 8 月段階での外来・在宅ベースアップ評価料 I の届出割合は 26.2%に留まっています。「療養病棟入院基本料」「地域包括ケア病棟入院料」「在宅時医学総合管理料」等、導入時は好条件であったものの、改定毎に制度改悪されるという、いわゆる「梯子外し」が繰り返行われました。この結果、多くの保険医療機関は診療報酬改定に対して著しく信用できなくなっており、「ベースアップ評価料は将来も存続するのか？」という疑念を強く抱いております。今回の改定で初・再診料が引き上げられましたが、医療従事者の給与引き上げは、経営の原資である初・再診料の引き上げで行うべきです。

以上のことから、当協会は下記の「2024 年度診療報酬の再改定及び不合理是正に関する改善要望書」をまとめました。7 月 17 日に「医療 DX 推進体制整備加算」及び「医療情報取得加算」の期中改定が諮問・答申されましたが、これに倣い、医業経営を脅かし地域医療の悪化をもたらす改定内容、不合理点について、告示・通知の改正、又は疑義解釈の発出を行うことにより、改善していただきますよう、要望いたします。

記

1. 医療従事者の給与引き上げ、処遇改善のため、初・再診料を大幅に引き上げること。
2. B001-3 生活習慣病管理料(I)、B001-3-3 生活習慣病管理料(II)について、以下の不合理を是正すること。
 - ①対象疾患の急性増悪期の複数回受診を評価し、月 2 回の算定を認めること。
 - ②療養計画書について、生活習慣病にかかる総合的な治療管理が行われ、治療計画が策定・実施されていれば、初回の患者のサインは不要とすること。
 - ③B001-3、B001-3-3 と、B001 の 2 特定薬剤治療管理料、B001 の 3 悪性腫瘍特異物質治療管理料、B001 の 13 在宅療養指導料、B001 の 15 慢性維持透析患者外来医学管理料、B008-2 薬剤総合評価調整管理料、B012 傷病手当金意見書交付料、B013 療養費同意書交付料の併算定を認めること（プライマリ・ケアに支障を来たしている）。
3. 特定疾患（内科的慢性疾患）を有する患者に対する投薬に係る医学的管理の評価である、特定疾患処方管理加算 1（18 点）を復活させるとともに、対象疾患に対する長期投薬時の評価である従来の 2 の引き下げを撤回すること。
4. 投薬に係る医療技術の評価である B011-3 薬剤情報提供料、F400 処方箋料の引き下げを撤回すること。
5. 迅速な往診対応は、働き世代の小児患者や独居高齢者への医療提供、軽症者の病院への外来受診抑制等にも寄与するものであることから、在支診・在支病が算定する緊急往診加算等に課せられた患者要件を撤廃すること。
6. 医学的な根拠なく引き下げられた、C002 在宅時医学総合管理料・C002-2 施設入居時等医学総合管理料、D256-2 眼底三次元画像解析、D257 細隙灯顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）、I002 通院・在宅精神療法の「ハ」の「30 分未満」と 20 歳未満加算、J038 人工腎臓、J113 耳垢塞栓除去、L104 トリガーポイント注射の引き下げを撤回すること。
7. 入院料に係る「重症度、医療・看護必要度」の評価法の見直しや、平均在院日数の短縮に関しては、2 年以上の経過措置を設けること。
8. 新型コロナウイルス感染症の第 11 波の流行を鑑み、COVID-19 に対する抗原検査、PCR 検査については、検査料を包括する入院料、医学管理料の包括外として、出来高算定を認めること。
9. 後発医薬品の供給状況も鑑み、2024 年 10 月実施予定の「長期収載医薬品の選定療養化」を中止すること。生活保護受給者は選定療養が適用されないことについて、政府及び自治体の責任において当該医療扶助受給者に分かりやすく説明すること。

以上