

2024年（令和6年）度診療報酬改定に向けた緊急要望書

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、微力ながらさまざまな事業を展開しています。

2024年（令和6年）度診療報酬改定に関して、見過ごせない事項が議論されています。特に11月20日、財政制度等審議会「令和6年度予算の編成等に関する建議」における、診療所の報酬単価は「高い」と繰り返し言い募り、槍玉に上げ、病院との分断を謀る論調には納得できません。

下記の様に対応していただきたく、緊急に強く要望いたします。

記

一、初・再診料、外来診療料、入院料等の基本診療料を中心に、診療報酬を引き上げること。診療所の初・再診料は絶対に引き下げないこと。

現在でも医療機関はCOVID-19の影響から立ち直れていません。医療法で定められた院内感染防止対策等の医療安全対策、医療従事者の賃上げに資するため、基本診療料を中心に、診療報酬の引き上げが求められています。

しかし、財務省は23年11月1日の財政制度等審議会 財政制度分科会に「社会保障」関連資料を提出。その中で「診療所の初・再診料を中心に診療報酬を引き下げろ」と主張しました。11月20日の財政審建議では、24年度改定で診療所の報酬単価を「5.5%程度引き下げろ」と主張しました。

「社会保障」関連資料を見ると、一般病院と一般診療所の経費構造の資料では、①一般診療所の医師給与費は3,000～4,000万円、②2020年から見て（過去3年間で見ても）収益率は極めて高い高水準にあり利益剰金が積みあがっている等と主張しています。

しかし、①の資料については、平均年額経費総額1.5億円等と、全く“一般的ではない”医療法人の例をあげており、かつ病院側の医師給与費を記していません。②の資料についてはCOVID-19の影響で収益率が過去最低だった2020年からの比較を行う等、意図的に見る者に誤解を与えようとする恣意的な資料です。

一、長期収載医薬品に対する参照価格制度導入の検討は行わないこと。

厚生労働省は23年11月9日の社会保障審議会・医療保険部会で「長期収載品の保険給付の在り方の見直しを中心として検討を進めてはどうか」と提案。参照価格制度を例にして、選定療養の制度を使い、長期収載医薬品（先発品）と後発品の価格差を自己負担させ、長期収載医薬品の保険償還価格を後発品の薬価までとする案を示しました。2008年8月12日、当時の厚生労働省は政府の規制改革会議が提案した「参照価格制度」について、ドイツでは参照価格制度の導入により、医薬品産業の競争力が低下した例等を挙げ「わが国の研究開発型医薬品産業に大きな影響を与える可能性があり、問題が多い」と否定的な見解を示しており、矛盾しています。例えば薬剤の化学式が同じであっても、基剤を含めて個々の患者に適切な薬剤を処方するのは医師であり、患者が選択するアメニティではありません。

また、現時点で後発医薬品の供給不安定は続いており、早急な解決が見込めない状況です。このような状況下で、長期収載医薬品に関して患者負担を増大させれば、ますます必要な患者に医薬品が行きわたらない状況が現出します。

一、市販品類似医薬品（OTC類似薬）の保険給付外しの検討は行わないこと。

健康保険組合連合会の松本真人理事（中医協支払側委員）は23年10月22日、OTC類似薬のみが処方されている実態が多くあり「OTC医薬品の価格が処方薬の3倍程度であれば、OTC医薬品を購入した方が患者負担は軽減される」として「OTC類似薬の給付範囲の見直しを図るべき」と述べたと報じられています。

しかし、インフルエンザ時にアセチルサリチル酸、ジクロフェナクナトリウム、メフェナム酸が含まれる解熱剤を服用すると、インフルエンザ脳炎・脳症の発症リスクを高めたり、重症化する危険性があることを厚労省の研究が指摘しています。OTC類似薬の保険外しによるセルフメディケーションの「押し付け」は健康被害をもたらす可能性があり、安易に許すことはできません。

一、再診料の外来管理加算を改悪しないこと。

23年11月10日の中医協で支払側委員は「外来管理加算は要件が極めて曖昧であり、廃止すべき」と主張したと報じられています。

しかし、再診料の歴史を紐解けば、1943年の点数表告示から1967年改定まで、再診料とは「注1 第2診以後において、診察若しくは検査を行ったのみで、投薬、注射、処置等の治療を必要としなかった場合、又は診察若しくは検査を行った結果、治癒と判定して、投薬、注射、処置等を行わなかった場合に限り算定できる」点数であった。これに対して、日本医師会は1963年に「注1」のような制限を受けない、再診という医師の診断技術自体を評価せよと厚生省に要求、1967年改定で「注1」が廃止される一方で、「注1」の規定は新設された再診料の内科加算（後に内科再診料）に引き継がれ、1992年に現在の外来管理加算になった経緯があります。つまり、外来管理加算は戦後一貫して、内科系の保険医の再診時の療養管理を技術的に評価してきた点数です。また、2008年2月28日 m3.com のインタビューで当時の原徳壽・厚労省保険局医療課長は「『外来管理加算は技術料』という考え」と明確に述べています。これを否定することは暴挙です。

一、B000 特定疾患療養管理料に施設基準の新設や算定要件の追加は行わないこと。外来管理加算、地域包括支援加算との算定制限の検討は止めること。

23年11月10日の中医協で支払側委員は特定疾患療養管理料について「計画的な疾患管理の書面交付要件を課すべき」と主張したと報じられています。

しかし、特定疾患療養管理料は1992年の改定で新設された点数であり、元々は慢性疾患指導料という慢性疾患患者に対する治療を行う上での必要な療養指導を評価した点数を改変したものです。当時の「プライマリケアを担う地域のかかりつけ医師が」「治療計画に基づき、服薬、運動、栄養等の療養上の」という通知文には全く変更がありません。つまり、ここで書かれている「プライマリケアを担う地域のかかりつけ医師」という概念は30年以上前の議論で求められていた役割を記載しており、現在の議論の姿とは異なったものが想定されていたことを念頭において議論すべきです。いわんや時間型対応加算1、2の施設基準である24時間や22時を目途とした電話対応等は30年前は想定されていませんし、地域包括診療加算の算定要件である「主治医機能」は求められていません。全く筋違いの主張です。

一、往診料、施設入居時等医学総管理料（施医総管）の不適切な算定に対する評価は、診療報酬改定ではなく行政指導で対応すること。

23年10月4日の中医協において、厚労省は「訪問診療は殆ど行われていないが、往診は多数行っている医療機関が一部に存在する」し、その中身は「初診が多く、翌日の受診がなく重症でない」という医療機関が一部存在すると指摘。支払側は面倒な外来通院の代替として在宅医療が選択されている可能性から、往診料の適正化を提案したと報じられています。また、17年から22年にかけて施医総管の算定回数が1.6倍となり、背景に一部の医療機関で極めて多数回の「高齢者施設入所者への訪問診療」を行う事例があるとして、施医総管の引き下げを求めました。

例え不適切な往診料、施医総管を算定している医療機関があっても、一部にすぎません。これを槍玉に上げ「療養の給付」の適正化を図るのは筋違いです。行うべきことは行政指導（個別指導）による改善です。それをせずして、一足飛びに診療報酬改定で適正化しようとするのは厚生行政のサボタージュです。

一、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の評価項目からB項目（患者のADL状況や意識レベルを評価）を削除する検討は止めること。

診療報酬調査専門組織「入院・外来医療等の調査・評価分科会」、中医協総会で「重症度、医療・看護必要度」の評価項目からB項目を廃止する方向での検討が繰り返し行われています。

しかし、高齢者の救急搬送・急性期患者が増加している現状で、ADL等や介護の手間を評価しているB項目は年齢を評価したものではないはずですが、廃止した場合、高齢者の救急患者が救急搬送しにくくなる、入院が受け入れられにくくなる可能性があり、高齢者差別を誘導します。9月6日の入院・外来医療等の調査・評価分科会では、山本修一分科会長代理から「高齢の救急患者・急性期患者においてADLを維持・向上する対策が喫緊の課題であり、そうした対策がないままにB項目を廃止することは患者の不利益になる」と指摘されています。24年改定の実施が迫る中、拙速に結論を出すべき問題ではないと考えます。

以上です。ご理解、ご協力を求めます。