

2024年1月9日

京都府保険医協会会員の皆様

京都府保険医協会  
理事長 鈴木 卓

外来管理加算、特定疾患療養管理料の改悪反対、  
長期収載医薬品の選定療養化の阻止を求める緊急会員署名への協力お願い

2024年度診療報酬改定は、12月20日の鈴木財務大臣・武見厚労大臣の折衝により、2012年自公政権発足以来最も高い本体+0.88%と報じられましたが、①看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種について24度にベア+2.5%、25年度にベア+2.0%を実施するための特例的対応+0.61%、②入院時食事療養費の引き上げ（1食当たり30円）に伴う低所得者への対応（患者負担1食30円、低所得者は所得区分等に応じて10~20円）+0.06%、③生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化-0.25%を除く改定分は+0.46%（うち医科+0.52%）に止まります。また、+0.46%の中には40歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げに資する措置分（+0.28%程度）も含まれます。

問題は上記③生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化-0.25%です。財務省「令和6年度予算の編成等に関する建議」では、診療所の報酬単価の適正化を繰り返し主張しています。改定率、改定の方針から点数を具体的に決定する中医協では、支払側委員が「外来管理加算を廃止せよ」「かかりつけ医機能の評価として特定疾患療養管理料は適切ではない」と声高に叫び続けています。

つまり、現状を傍観しては、診療所の診療報酬はプラスどころか、小泉政権時代の悪夢の如く、実質マイナス改定になる可能性が高くなっています。そのターゲットは、外来管理加算、特定疾患療養管理料の改悪です。

新型コロナウイルス感染症の対応のため、多くの医療機関が献身的に発熱外来対応を行ってきました。その努力に対する酬いが実質マイナス改定では堪ったものではありません。

また、長期収載医薬品については、2024年10月から後発医薬品との薬価の差額の4分の1を患者負担化（選定療養化）することも大臣合意されています。これが実施されれば、後発医薬品の供給が不安定な中で、更なる混乱を招くことは必至です。また、院内調剤を行う医療機関に導入された場合、窓口の計算が煩雑になります。医療過疎地域で分業できない医療機関では患者の負担が否応なく増すこととなります。

これでは地域医療は長くはもたないでしょう。

この状況を鑑み、京都府保険医協会はFAX番号の登録がある会員を対象に、緊急かつ短期に会員署名運動を実施することとしました。

会員の皆様におかれましては、裏面の「要請署名」にご理解いただき、ご署名の上、1月16日（火）迄に京都府保険医協会までFAX（075-212-0707）でお送りください。

「要請書」は刷り増しして内閣総理大臣、財務大臣、厚労政務三役、国会議員、中医協委員等に届けたいと考えています。また、厚生労働省保険局医療課に働きかけ、直接提出して改善を要請したいと考えています。

大変お忙しいこととは存じますが、ぜひご協力ください。

内閣総理大臣 岸田 文雄 様  
財務大臣 鈴木 俊一 様  
厚生労働大臣 武見 敬三 様  
国会議員 各位  
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

## 再診料の外来管理加算、特定疾患療養管理料の改悪反対、 長期収載医薬品の選定療養化の阻止を求める緊急会員要請署名

2024年（令和6年）度診療報酬改定について、2023年12月20日財務・厚労両大臣折衝により、改定率が決められましたが、「生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化」によりマイナス0.25%という中身が盛り込まれました。

財務省「令和6年度予算の編成等に関する建議」は診療所の報酬単価の適正化を繰り返し主張しました。また、中医協では支払側委員が多く診療所にとって保険診療及び医業経営の基盤である「再診料の外来管理加算を廃止せよ」「特定疾患療養管理料はかかりつけ医機能の評価として適切ではない」と主張し続けています。

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」点数でした。1967年改定で全ての再診時に算定できる再診料が新設された一方、「注1」の制限は、再診料の内科加算（後に内科再診料）の取扱いに引き継がれ、1992年に現在の外来管理加算になりました。つまり、外来管理加算は戦後一貫して、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。この技術を軽視することは許されません。

また、特定疾患療養管理料は1992年の改定で新設された点数ですが、当時から記載されている「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、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、現在議論となっている機能を求める場合は、増点又は加算を新設して評価すべきです。

一方、2024年10月から長期収載品と後発品の価格差の「4分の1」を選定療養として患者負担させるとしました。これは「療養の給付」本体の選定療養化であり絶対に認められません。もし実施された場合、後発医薬品の供給が不安定な中で実施されても更なる混乱を招き、医療過疎地等で院内調剤を行う医療機関に導入された場合は、否応なく患者負担が増加するだけでなく、窓口の計算等の医療機関の事務負担も増加します。状況によっては医療過疎さえ招きかねない悪手です。

以上を踏まえ、下記事項の実現を皆様に要請します。

記

- 一、再診料の外来管理加算の引き下げ、算定制限の導入等を行わないこと。外来管理加算より低い処置料は外来管理加算の点数まで引き上げること。
- 一、特定疾患療養管理料の引き下げ、算定制限の導入等を行わないこと。
- 一、長期収載医薬品の選定療養化を行わないこと。特に院内調剤を行う医療機関には絶対に適用しないこと。

その他、私の意見

会員氏名

医療機関名

住 所 〒

1月16日（火）迄に京都府保険医協会宛（075-212-0707）FAX してください。