

令和 6 ・ 7 年度

診療報酬検討委員会答申

『令和 6 年 6 月実施の診療報酬改定の
検証並びに次回改定の課題』について

令 和 7 年 8 月

福岡県医師会診療報酬検討委員会

令和7年8月21日

福岡県医師会
会長 蓮澤 浩明 殿

診療報酬検討委員会
委員長 猪口 哲彰

答 申

診療報酬検討委員会では、貴職からの諮問「令和6年6月実施の診療報酬改定の検証並びに次回改定の課題」について鋭意検討してまいりました。
この度、委員会の見解を取りまとめましたので答申いたします。

診療報酬検討委員会

委員長	猪	口	哲	彰
委 員	青	柳	明	彦
	大	村	重	成
	岡	村		健
	川	崎	裕	司
	古	賀	崇	正
	櫻	井	俊	弘
	田	中	耕	太郎
	津	田	泰	夫
	長	尾	哲	彦
	永	田	直	幹
	中	山	眞	一
	西		秀	博
	西	見	幸	英
	野	見山	祐	次
	百	武	宏	幸
	古	川	正	幸
	星	子		久
	峯		信	一郎
	牟	田	浩	実
	横	倉	義	典

※委員は五十音順で記載

～ 目 次 ～

I. はじめに	… P. 1
II. 令和6年度診療報酬改定の検証（評価）	
1. 初・再診料	… P. 4
2. 入院料等	… P. 6
3. 医学管理等	… P. 13
4. 在宅医療	… P. 14
5. 検査	… P. 16
6. 画像診断	… P. 17
7. 投薬・注射	… P. 20
8. リハビリテーション	… P. 22
9. 精神科専門療法	… P. 23
10. 処置	… P. 26
11. 手術	… P. 27
12. 麻酔	… P. 29
13. 病理診断	… P. 30
14. 医療DXに関する診療報酬	… P. 31
III. 次回改定の課題（要望事項）	… P. 33
IV. おわりに	… P. 35

I. はじめに

今回の改定は例年の4月から6月に遅れ改定された。事務作業や関連書籍の準備に余裕ができたが、それでも相も変らぬ数百ページに及ぶ疑義解釈が出され、その対応に各医療機関は翻弄され、しばらくは手探り状態で算定を控える動きもあった。

その改定率であるが、診療報酬本体+0.88%、薬価等▲1.00%、全体で▲0.12%であり、医科は+0.52%であった。各専門医会で表面的にプラス改定といわれるところもあるが、医師の技術料を本体部から削り他に回すという容認できない仕法もあり、総じて物価高騰に対応ができないところが多く、マイナスとなっていた。

以下、改定の状況が病院と診療所で違いがあるため分けて記載する。

【病院】

日本医師会、四病院団体協議会、日本慢性期医療協会、全国自治体病院協議会がまとめた全国病院の令和6年6月から11月までの医療損益は、令和5年は黒字：赤字=35.2%：64.8%、令和6年は31.0%：69.0%と、赤字病院が4%ほど増加している。令和6年度改定後、病床利用率は上昇傾向にあるものの、医業利益率、経常利益率は悪化傾向で、債務償還年数（借入金を返済するまでに必要な年数）分析では半数の病院が破綻懸念と判断される30年を超えている。このように病院経営は危機的状況であり、病院の診療報酬について、物価・賃金の上昇に適切に対応できる仕組みが要望されている。すなわち国が行っている「社会保障関係費の伸びを高齢化の伸びの範囲内に抑制する」という取り扱いを撤廃していただく必要がある。

【診療所】

診療報酬改定を巡り、財務省は医科診療所（医療法人）の事業報告書を基に、コロナ補助金等を含んだ「経常利益率」が令和2年度の3.0%から令和4年度の8.8%に伸びているとした上で、全産業やサービス産業（経常利益率3.1～3.4%）と同水準になるよう、診療所の報酬単価を5.5%程度引き下げるべきと主張してきた。令和2年はコロナ禍で収入が最も落ち込んだ年であり、比較する令和5年はコロナ特例の影響を除くと3.3%で中小企業と同水準であった（日本医師会、令和6年11月22日会見）。その結果、令和6年6月～11月の厚生労働省の統計（医療経済実態調査）では、赤字の医療法人は約25%となっている。令和5年では、令和4年に比して医業利益0.9%の

増加であったものの、21.9%の医療機関で医業収入が赤字であり（令和5年医科診療所経営実績分析より）、結局赤字診療所は21.9%から25%に増加したということになる。

財務省の「診療所の経営状況は極めて良好」との主張は、全く現実と乖離していた。最近の物価高騰や人件費の高騰を見ると、さらに経営状態は悪化し、医療崩壊を招く可能性は高い。早急な診療報酬の改定が必要である。

以上より、病院も診療所も同様な状況であることが分かる。今回特にターゲットとなった内科の改定では、生活習慣病管理料の改定が大きな混乱を生じ、内科系医療機関は件数、実日数、点数ともに減少し、総じて0.72%の減、患者別では▲30点/月/1人となっている。

いずれにせよ、今回の診療報酬には満足できる点は何もないのが実情である。以下に、各論で論じられない問題点を列記する。

- ・賃上げ・基本料等の引き上げ：ベースアップ評価料は期間が2年と限定されており、それから降給というわけにはいかない。また、算定の作成が難儀であったため、当初診療所では30%程度の届け出だったものの、途中で簡潔な届出書に変更となり改善した。しかし、提出以後の書類の煩雑さはまだ残っている。
- ・福岡県の最低賃金の上昇率は、令和5年が4.5%、令和6年が5.4%、平成29年からの累計では17.95%となっており、ベースアップ評価料のベア率の設定が低すぎるため、最低賃金の上昇をカバーするだけの全体的なベアを行うのは不可能という意見もある。また、医療職以外の病院労働者は事務職員、清掃員、警備員等多岐に及ぶが、そこにはベースアップ評価料は算定できない上に、物価高騰や委託先の人件費高騰によりベースアップ評価料とわずかばかりの基本料の引き上げだけでは回収できない。このままでは医療人材の流出防止ができず、ひいては病院崩壊につながる可能性もある。
- ・電気・高熱費などの燃料費高騰について、補助金で対応されたことは評価できるが、今後も続くとみられる物価高騰に対応した診療報酬の上乗せを考慮すべきである。
- ・医療機関は仕入れの際に消費税を支払う必要があり、これが医療機関にとっては経営圧迫の一因である。一部認められている軽減税率を、医薬品や医療機器、医療材料などにも拡大することが望まれる。
- ・サイバーセキュリティ：医療機関において個人情報が多くを占める中、サイバーテロや個人情報の漏洩対策が重要視されてきた。特に医療DXの推進により、IT機器の購入や運営、ソフトウェアのセキュリティを確保す

るための費用が増大しており、今の診療報酬では維持が厳しく、改善が望まれる。

- 入院時の食費基準額の見直し：1食あたり20円の引き上げが行われた。しかし、それ以上に食材費の高騰が続いているため、医療の一環として提供されるべき食事の質を確保する観点から、さらなる引き上げが望まれる。
- 感染症に対する評価加算：サーベイランス強化加算、外来感染対策向上加算は、労多く実入り少なしの加算である。できる限り算定できるようにすべきであるが、事務処理の煩雑さや算定要件の多さ等から、算定を維持することが困難なため、簡潔になるよう次期改定では期待したい。全般的に加算が多く、基本料で算定できるよう見直すべきとの要望が強い。

最後に、大臣折衝で診療報酬の総枠として改定率が協議されるが、本来は中医協で議論されるべきである。このような方法が横行すれば、財務省主導での改定となり、医療体制は崩壊する。現在の医療崩壊の危機的状況をいち早く関係各省に理解していただき、国民が安心して医療を受けられる環境となるよう、診療報酬の早急な改定を望むものである。

Ⅱ．令和 6 年度診療報酬改定の検証（評価）

1．初・再診料

今回の改定では市場の賃上げ要請に対応した形で、看護師や薬剤師といった医療従事者の賃金を上げることを目的に初・再診料の増点が行われたことは評価できる。しかしながら、開業医においては、これまで月 2 回まで算定可であった「特定疾患療養管理料」に大きなメスが入り、病院においても急性期病棟には在院日数の短縮、看護必要度の見直しなどの要件が厳しくなっており、さらに処方箋料が減点されるなど、実質的にマイナス改定と言っても過言ではない内容となっている。

具体的には初診料は 3 点、再診料は 2 点の増額であるが、処方箋料が 8 点減額されており、医療情報取得加算（初・再診とも 1 点：マイナ保険証あり）、医療 DX 推進体制整備加算（初診時 8 点）、外来ベースアップ評価料（初診時 6 点、再診時 2 点）を加算するように誘導されている。これらの加算を行うためには施設の IT 化を進めるための投資や煩雑な手続きを必要としているため、対応できずに閉院するクリニックも増えている。

初・再診料は医師の技術料であり、基本的な診療行為の費用を包括し医療経営の主幹となる基本診療料である。昨今の物価高騰、エネルギー価格上昇への対応に加え、医療 DX 設備の新設・管理・保守などが必要とされるため、スタッフの人件費を引き上げる余力に乏しい施設が多いのが現状であり、経営者の報酬をスタッフに回すだけとなっている。地域医療を支え、スタッフの賃上げを行うためには、中長期的に安定した医療機関経営が可能になるよう大幅な基本診療料の引き上げが必要である。

コロナが落ち着き 5 類になったものの、未だにコロナ・インフルエンザ・ノロウイルスの流行が続いていることを踏まえると、発熱患者対応加算が新設され、外来感染対策向上加算が維持されたことは評価される。しかし、県との連携協定に時間がかかっていることや外来感染対策向上加算の対象が診療所のみであり、新興感染症の発生時に中心的な役割を担うはずの 200 床未満の医療機関においては算定不可であることは問題である。感染防護物資の経費や施設整備、研修に要する費用を考慮すると報酬が不足していることは明白である。医療機関はリスクを負って、全ての患者について感染を前提に対応しているため、全ての医療機関を正當に評価することを求めたい。

オンライン資格確認システムを活用して、患者の薬剤情報等を取得・活用した場合の評価として医療情報取得加算が、従来の医療情報・システム基盤整備

体制充実加算より減額されている。このシステム導入にあたっては国策であるにも関わらず、ランニングコストの補助金はなく、生活保護者への対応が不十分で、また受付でのトラブル対応に手間がかかるなど医療機関へ負担がのしかかる結果となっている。今後、オンライン資格確認システムを安定に維持するためには、さらなる増点が必要である。

診療報酬改定が行われるたびに種々の加算を微調整することで、診療報酬引き上げに見せかけている。例えば、機能強化加算の趣旨であるかかりつけ医機能に望まれるのは、日頃の健康管理、服薬管理に係る相談や保健福祉サービスの紹介や相談、かかりつけ患者の夜間や休日の問い合わせなどであり、このような対応は多くの医療機関が行っているが、それら医療機関の大部分が算定できるわけではない。機能強化加算の算定のためには地域包括診療加算・地域包括診療料の算定が必要であり、その地域包括診療加算等の要件が時間外対応加算の届出医療機関であるなど、複雑で高いハードルが設けられている。さらに今回、かかりつけ医機能が厳格に定義され、院内やホームページに包括的な診療を行う医療機関であることについて掲示することが求められるなど、算定要件が厳しくなっている。日常の努力を怠らない大部分の医療機関が正しく評価され、経済誘導の恩恵にあずかれることが求められる。

2. 入院料等

(1) 急性期入院

1) 7 対 1 病棟において看護必要度 B 項目

評価がなくなったが、B 項目は ADL の維持向上に必要であり、急性期であっても評価すべきである。

2) 7 対 1 病棟の平均在院日数及び救急搬送後の評価日数

平均在院日数が 18 日から 16 日に、救急搬送後の評価日数が 5 日から 2 日にそれぞれ短縮された。これは、より重症度・緊急度の高い患者を、より短期間の入院日数で受け入れることとなり、結果として現場の業務負担はさらに高まる。在院日数および評価日数の延長を要望する。

3) 救急患者連携搬送料

下り搬送は評価されているが、受け入れ側では算定可能な点数がない。急性期における在院日数及び救急搬送後の評価日数が短縮されたため、受け入れ側はより重症度の高い患者を受け入れることになる。受け入れ側にも評価がなされるよう要望する。

(2) 高齢者救急

1) 地域で救急患者を受け入れる病棟の評価

「地域包括医療病棟」は参入障壁が高い。内容の薄い急性期病棟からの変更を促しているが、PT、OT、ST、管理栄養士の配置や、救急搬送割合 15%、看護必要度 16%等といった要件の見直しを要望する。

(3) 入院一般

1) 入院時の食事の基準の見直し

1 食あたり 30 円、さらに 20 円の引き上げが行われているものの、現在の食材の高騰を考慮すると、到底赤字を埋められるものではない。

(4) 地域包括ケア病棟

1) 200 床以上の病院における院内転棟率 65%未満に対する 15%減算

地域の中規模で後方支援施設のないケアミックス病院はほぼ減算を強いられている。高齢者の感染症では重症例も多く、急性期病棟での加療後に転棟するケースが多い。また、包括されてもリハビリを厚く提供している医療機関は疲弊している現状がある。これらを踏まえ、見直しを要望する。

(5) 回復期リハビリテーション病棟

1) リハビリテーションの単位数の評価

単位数が多いと査定されてしまう現状の見直しを要望する。単位数が多ければ在院日数の短縮にも繋がる。

2) 療法士数の評価

日常生活機能評価が高い施設ほど、療法士数は多いと思われる。現在の施設基準では療法士数は少なく設定されており、療法士数に応じた評価を要望する。

(6) 療養病棟

1) 経腸栄養管理加算

新設は評価できるが、7日間では状態の改善が不十分であり、加算日数の延長を要望する。

(7) ICTの導入について

また、ICTの活用が促されているが、システムの導入および保守費用の捻出が課題である。物価および人件費が高騰している現在の状況下では、導入は困難であり、財政的支援が求められる。

(8) 地域の救急医療を取り巻く環境と課題

今回の改定では、医療看護必要度における救急搬入の日数が減算された。すべては急性期医療をより限定させる方向性であると理解している。また、地域包括医療病棟が新たに策定されたことについては、地域包括ケア病棟での救急受け入れ等が伸びないためとも理解している。

これらの改定の真意は予測を超えないが、そもそも救急を受け入れる医療には、対応する医師や看護師の配置が必要であり、来るかどうか分からない搬入に備えた体制が必要である。さらに人数だけでなく、スタッフの経験や設備、体制が重要であるのだが、診療報酬ではそこへの理解が乏しいように感じる。

さらに、高齢化に伴い増加する救急搬送をできるだけ急性期から切り離すために、新たな地域医療構想の議論の中で「高齢者救急」という言葉が登場している。この議論については、年齢のみで患者の治療方針を分類できる訳ではない。また搬入後の諸検査で容態の重症度が決まる救急医療において、搬送前に患者の容態を決定することはできない。

この点については、高次医療機関からの搬送を想定した算定が新設されたが、送り出す医療機関にのみ点数がついていること、そして重症度にかかわらず高次医療機関は患者を留めおける点で患者の適正な搬送には地域によって差異が生じている。ACPの推進や自宅や施設での看取り体制の強化などの取組みも重要だが、国が考える救急医療に関わる全体的な医療提供の方向性が注目される。

また、現在の救急医療提供体制には、医師の働き方改革と、医師の地域及び診療科の偏在が大きく影を落としている。初期救急を受ける時間外当番や急患センターの運用、救急病院の急患受け入れ態勢、緊急処置や緊急手術を実施できる能力の制限など、高次医療機関をはじめとして間違いなく提供体制は縮小傾向であり、医師の養成・育成をみると今後さらにその度合いが増すことは容易に予想される。

高齢化と人口減少、さらには生産年齢人口の顕著な減少に直面しているのだから、本来であれば地域において救急の窓口を広げ、機能と役割を明確にした各医療機関が互いに支え合わなくては乗り越えられない状況である。医療の本質を見据え、医師の責務をはじめ医療職の働きが評価される診療報酬体系が救急医療体制を維持継続するためには必要である。

〈有床診療所入院料等〉

有床診療所は、外来診療に加えて入院機能を備え、病院と同等の医療提供体制を維持している。しかし、制度上は「診療所」として無床診療所と一括りにされ、診療報酬において十分な評価がなされていない。

夜間体制の確保、感染対策、医療安全管理等、病院と同等の義務を果たしているにもかかわらず、これまでの診療報酬改定では改善が見られていないと感じる。

入院機能に対しては病院と同様の評価を行い、無床診療所と有床診療所を区分けし、それぞれの役割に応じた評価の見直しを求める。

（１）入院基本料

病院と同様の機能を果たしていても、入院基本料における病院との格差が機能維持や人材確保を困難にしている。

重症度の高い患者への対応、医師との連携、患者の急変時の対応等、看護師の高いスキルが求められるが、これらを少人数で担っているのが現状である（急性期医療を担う診療所は少人数でカバーし、看護師も急性期に対応できるスキルが求められる）。

このような実態にも関わらず、診療所という分類により診療報酬上の制限を受けていると考えられ、入院基本料の引き上げを強く要望する。

（２）看護配置加算

現在の「看護配置加算Ⅰ」の施設基準は「看護師３を含む１０以上であること」と正看護師３の評価のみとなっている。しかし、有床診療所における正看護師の必要性は高く、その役割は単に看護業務だけでなく多岐にわたる。

また、急性期医療を担う診療所では、術後の患者や急変リスクの高い患者もいるため、正看護師の割合を見直す必要があると考える。

（３）入院基本料加算

有床診療所も要件を満たせば入院基本料加算を算定できるが、細やかな施設基準や体制要件は病院を主体としたものであり、小規模な有床診療所にとっては難しい。

病院の基準とは切り離し、有床診療所の実情に即した施設基準及び体制要件への見直しを要望する。

（４）入院時食事療養費

平成9年の創設から約30年が過ぎ、令和6年度改定においては食材高騰分のみが反映された。しかし、食材費に加え、人件費や設備管理費投資の上昇等、現在の金額では満足した食事を提供することは困難で厳しい状況にある。

現在の金額では赤字経営を余儀なくされることから、適切な療養環境を提供するためにも、入院時食事療養費の抜本的な見直しを要望する。

＜精神科入院料等＞

近年、厚生労働省では「精神障害にも対応した地域包括ケアの構築」の推進について活発に議論されており、それを反映して今回の改定の具体的方向性の中でも「地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価」と掲げられた。精神科入院医療においても、以下の如く 2 つの重要な項目が新設された。

（１）精神科地域包括ケア病棟入院料の新設

精神科入院医療においては、医療計画等の資料などでは精神病床への入院について「急性期」「回復期」「慢性期」と区別しているにもかかわらず、「回復期」を担う病棟はこれまで存在しなかった。したがって、急性期の入院期間を超えてしまった患者は、15 対 1 以下の精神科病棟入院基本料や精神療養病棟入院料などの低廉な入院料の病棟で対応せざるを得ない状況となっていた。しかし、患者の高齢化や合併症対応、軽症の入院患者の減少によって、病棟での業務量が増えていたため、現場はこの課題に対応することを願ってきており、今回の改定で漸く具現化されることとなった。

当該病棟は、急性期治療で退院できなかったポストアキュートの患者、急性期ではあるが高度の医療の提供までは必要のないサブアキュートの患者を引き受ける病棟であり、これらの患者の退院後の地域定着支援も求められる。多職種で 13 対 1 の人員配置であることや、入院料を通算して 180 日まで算定可能であり、この日数以内であれば短期間で再入院となってしまった患者も算定対象となるなど、既存の特定入院料にはない特徴を持った病棟である。

ただし、現状としては、求められている規格や機能に比して入院料の保険点数が不十分であることや、看護補助者の配置への評価がないこと、自宅等移行率の要件が厳しいこと、算定対象とならない患者の入院は特別入院基本料に転落してしまうことなど、使い勝手の悪い部分が多く、当該病棟を届出している医療機関は極めて少ない。今後届出件数が増加するよう、施設基準等の検証と見直しは必須である。

（２）精神科入退院支援加算の新設

当該加算は、「入退院支援加算」として他診療科ではすでに算定されているものを精神科版に焼き直したものである。退院困難な要因を有する患者について、入院早期から患者および家族との話し合いと関係職種の共同カンファレンスを行い、退院支援を円滑に実施するためのものであるが、これ

については、これまでも精神科病院では当然のこととして実施してきていることであり、他診療科よりもむしろ習熟している分野といえる。退院支援部門の設置と、専従の精神保健福祉士または看護師、各病棟に入退院支援及び地域連携業務に専従する精神保健福祉士または看護師を配置させるという人員配置の基準等の対応は必要であるが、長期間入院していた者も含めて、入院患者が退院する毎に算定対象となりうるので、ぜひ算定していただきたいと考える。

3. 医学管理等

令和6年度改定では、新型コロナウイルス検査の取扱いの変更や処方等に係る評価体系の見直し等を踏まえ、「小児科外来診療料」は、院内処方・院外処方の別に関わらず、初診時において5点の増点、再診時は4点の増点となった。一方で、小児感染症の増加に伴う高額な迅速診断キットによる診断の増加、使用薬剤の高額化、さらには物価や人件費の高騰により、出来高算定に比べて損失が大きくなることを懸念する医療機関においては、医療の萎縮を招く可能性があると考えられる。これらを踏まえ、各種ウイルス迅速診断検査等を包括から除外し、出来高で算定可とするか、これに見合う「小児科外来診療料」の大幅な点数の引き上げが望まれる。

また、生活習慣病を中心とした管理料等が適正化の名目で0.25%引き下げられた。「特定疾患療養管理料」の対象疾患から「高血圧症」「脂質異常症」「糖尿病」が除外され、その移行先として検査等を包括しない「生活習慣病管理料（Ⅱ）」が創設された。算定にあたっては、「療養計画書」を作成し、患者に説明のうえ同意・署名・交付が要件となったことから、時間と手間を要する。また、主病は原則一つと定められているが、生活習慣病と特定疾患を複数合わせ持つ患者は多く、どちらを主病と判断し、どちらの管理料を算定するかは医師の裁量に委ねられており、診療報酬の算定や管理方法も複雑かつ煩雑化し、医療機関においては大きな負担となった。

なお、改定前は特定疾患療養管理料（225点）で月2回算定可であったが、生活習慣病管理料Ⅱ（333点）に移行後は、月1回算定可となったことや、検査等を包括する「生活習慣病管理料（Ⅰ）」を算定した場合は、算定起算日から6か月以内は同管理料（Ⅱ）に変更できないこと、さらには胃炎等の別疾患で検査を行った場合も同管理料に包括されること等から、主に内科開業医にとって大きな打撃となった。

これらを踏まえ、医療現場に多大な影響を及ぼしている現行制度の見直しにより医療現場の負担軽減を図るべく、「概ね4か月に1回」交付とされている療養計画書の作成負担の軽減、ならびに併算定項目の拡大や点数の引き上げが望まれる。

国はリフィル処方箋やセルフメディケーション等の様々な方向から外来受診回数を減ずる方針を示しているが、外来受診の回数減は疾病の早期発見の機会を失うなど診療の劣化を招くものであり、患者にとっても大きな不利益を被る可能性を否定できない。そのリスクの責任をすべて主治医へ転嫁するのは不合理であり看過できない。今後は適正な外来受診回数を確保できるように診療報酬を設定すべきと思われる。

4. 在宅医療

(1) 在宅医療の現状

福岡県による在宅医療実態調査によると、在宅医療は自宅での療養を支えているばかりでなく、施設での高齢者の生活を支えている実態が明らかとなった。しかし、現実的には在宅医療を担っている医師の高齢化や医療・介護分野におけるマンパワー不足により、今後の需要を満たすほどの医療・介護資源は十分ではない。また、その隙間を埋めるように、いわゆる営利目的の「メガ在宅」と呼ばれる、全国にサテライト医療機関を展開する医療機関の存在が知られるようになってきている。

2040年には、生活に介護を必要とする85歳以上の高齢者人口が急増し、施設からの救急搬送数が大幅に増加すると予想されている。つまり、安易な救急搬送を抑止できる質の高い在宅医療の存在が、救急医療や入院医療の効率的な運用に不可欠である。

(2) 令和6年度改定の評価

- 1) 令和6年度改定において、直近3か月間の訪問診療回数を合算した回数が2,100回以上で特定の要件を満たさない場合、所定点数の6割に相当する点数を算定することになるなど、頻回の訪問診療を行う医療機関に対して抑制的な縛りが設けられた。これらの縛りの中で診療を行うためには、数を追うだけでなく、ある程度の診療の質を担保する必要がある。営利中心の大規模医療機関にとっては打撃であろう。

しかし、抑制的な報酬の枠組みは、地道に診療を行っている医療機関にもマイナスの影響を及ぼすことになる。在宅医療を行う医療機関の数を確保するためにも、評価されるべき医療行為は正当に評価すべきであり、報酬単価の増額は不可欠である。

- 2) ICT技術を活用した医療・介護の連携が初めて評価されたものの、ICTの導入コストやセキュリティ面の課題から、導入へのハードルが高い状況である。さらに、運用・維持費も継続的に発生するため、ICTの推進にあたっては、診療報酬や補助金等による補填が不可欠である。
- 3) また、少ないマンパワーで地域の在宅医療を支えるためにはチーム医療が不可欠である。しかし、主治医以外が看取りを行ってもターミナルケア加算の算定ができないなどチーム医療の実態を反映しない報酬体系となっている。現場の声をくみ上げ、実態に即した報酬体系を

作る努力をしなければ、2040 年までに地域を支える在宅医療の仕組みを作り上げることはできないと断言する。

最後に、本県においては、本会が長年取り組んできた診療情報ネットワーク「とびうめネット」が、高いセキュリティレベルを有し、施設基準も満たすとされたことから、在宅医療における ICT 導入に対応することができた。今後は、在宅医療における ICT 活用の一環として、同システムを活用した多職種連携体制の構築を推進していきたいと考える。

5. 検査

今回の改定の検査に関する主なポイントを以下のとおりまとめる。

(1) 増点された項目

点数が引き上げられたのは、24 項目である。生化学検査（Ⅱ）、血液学検査が 7 項目、微生物学的検査が 9 項目、診断穿刺・検体採取料が 8 項目。

(2) 減点された項目

「検体検査実施料」は 179 項目、「生体検査」は 2 項目。

(3) 新設された項目

「検体検査」が 36 項目、「生体検査」が 2 項目、「診断穿刺・検体採取料」が 1 項目であり、計 39 項目。

(4) 新型コロナウイルス検出検査

新型コロナウイルス関連検査は、令和 6 年度改定では、SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）抗原（定性）が 300 点から 150 点に、SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原・同時検出（定性）が 420 点から 225 点にそれぞれ減点された。

今回の改定で微生物学的検査項目や血液採取などの増点が認められたものの、前回の令和 4 年度と同様、検体検査実施料の多くが減点された厳しい内容であった。検査領域全体としては、今回もマイナスであり、検体検査実施料をはじめ検査の適正な評価に対する課題は多いと考える。また、ここ数年の物価上昇に伴い、内視鏡等の検査機器の価格も上昇しており、具体的には約 1.4 倍に高騰している。一方で、診療報酬は据え置かれており、こうした価格高騰に見合った点数設定が望まれる。

また、高血圧、糖尿病、脂質異常症の診療において、生活習慣病管理料（Ⅰ）を選択した場合、血液検査や内視鏡検査の算定ができない。このことにより、各医療機関の減収はもとより、患者のデータ管理が不十分になることも懸念される。

今後は、これらの実態に見合った合理的な増点を要望する。

6. 画像診断

(1) 画像診断領域における改定のポイント

1) 画像診断管理加算の枠組み変更

旧画像診断管理加算 3 が画像診断管理加算 4 へ名称変更となり、新たに画像診断管理加算 3 (235 点) が新設された。また、画像診断管理加算 2 では 180 点から 175 点に減点となった。

2) ポジトロン断層撮影、複合撮影等における新規技術の保険導入

¹⁸F 標識フルシクロビンやアミロイド PET イメージング剤等を用いて撮影した場合の評価が新設された。

3) 乳房撮影における乳房トモシンセシス加算の追加

乳房撮影（一連につき）について、乳房トモシンセシス撮影を行った場合、100 点を所定点数に加算となった。

4) 冠動脈 CT 撮影及び血流予備量比コンピュータ断層撮影の施設基準変更

画像診断管理加算の枠組み変更により施設基準が変更となった。加えて、「いずれかの要件を満たすこと」の文言が加わり、画像診断管理加算 1 であっても所定の要件により施設基準が満たされることとなった。

(2) 各ポイントの評価と課題

1) 画像診断管理加算の枠組み変更について

令和 6 年度改定前の画像診断管理加算 3 が画像診断管理加算 4 へ名称変更された。併せて画像診断管理加算 3 が新設され、人工知能技術が活用された画像診断補助ソフトウェアの安全管理の基準が盛り込まれた。これにより、令和 6 年度改定前には画像診断管理加算 2 で評価されていた救命救急センターを有する病院が、適切に評価される体制となった。

一方、急速に進化を遂げている人工知能技術の活用について、画像診断管理加算 3 及び 4 のみにその基準提示が限定されていることが問題点である。人工知能関連技術は急速な普及が見込まれており、全ての区分においてその安全管理に関する基準を設定すべきである。

2) ポジトロン断層撮影、複合撮影等における新規技術の保険導入について

¹⁸F 標識フルシクロビンやアミロイド PET イメージング剤を用いることで、脳内アミロイドベータプラークを可視化し、レカネマブ（遺伝

子組換え) 製剤の投与の要否の判断が可能となった。これにより、剖検による病理組織で行っていた認知症又は軽度認知症の病因を非侵襲的に検査可能となった。

今後も難病や薬学的治療が不可能であった疾病に対して新薬の登場が予測される。侵襲を低減しつつ新薬を導入するためには、非侵襲的に検査可能な新技術の積極的導入及びその対象患者の厳密な設定が必要である。

3) 乳房撮影における乳房トモシンセシス加算の追加について

乳房トモシンセシスは乳腺濃度に関係なく乳腺の重なりが少ない画像が得られ、感度・特異度が高く偽陽性率が少ない。令和4年度版の乳がん診療ガイドラインでも乳房トモシンセシスの追加が推奨されており、令和6年度改定で乳房トモシンセシス撮影が診療報酬上評価されたことは、機器の導入が進み、当該検査を受ける機会の向上に寄与するであろう。

一方、乳房トモシンセシスを撮影可能な機器は一般的な乳房撮影装置と比べ高価であり、さらに撮影時間が長く撮影画像枚数も多いため、人件費や管理コストも増加する。令和6年度改定で一連の撮影に加えて診療報酬100点とされたが、この程度の診療報酬増では装置の導入に結びつくとは思えない。次期改定では乳房トモシンセシス撮影機器の導入が促進される戦略的な点数設定が必要である。

4) 冠動脈 CT 撮影及び血流予備量比コンピュータ断層撮影の施設基準変更について

画像診断管理加算の枠組みの変更に対応したことに加え、画像診断管理加算1で所定の要件を満たす場合も施設基準として認められるように変更された。両検査のさらなる普及につながる改定である。

ただし、血流予備量比コンピュータ断層撮影の実施には冠動脈 CT 撮影の検査データと、その解析が必要であるが、すでに紹介元医療機関で冠動脈 CT 撮影を行い適切なデータがある場合でも、診療報酬上は再度紹介先医療機関で冠動脈 CT 検査を実施する必要がある。不要な検査や被曝を減らすためにも、冠動脈 CT 撮影と血流予備量比コンピュータ断層撮影の加算に対し、重複する不要な検査を防ぐ仕組みの構築が必要である。

(3) まとめ

画像診断領域では、機器及び薬剤等において新たな技術の導入が進んでいる。しかし、令和6年度改定では、必ずしも診療報酬上の評価や施設基

準が最適とは言えず、これらの課題について再評価と改善を進める必要がある。

また、人工知能技術という新たな概念を取り入れる流れも加速している。令和 6 年度改定においても、画像診断管理加算 3 に人工知能技術が活用された画像診断補助ソフトウェアの安全管理の基準が盛り込まれ、一部ではあるが当該技術の運用に対するルール整備が進みつつある。

しかし、人工知能技術の進歩は目覚ましく、すでに多くの人工知能技術を活用した画像診断補助ソフトウェア等が登場している。これらは放射線科医の負担軽減につながり、多くの医療機関で活用すべき画期的技術であるが、その運用や管理を厳密に定めなければ画像診断において不測の事態を招くこともあり得る。画像診断を行う医療機関が人工知能技術を安心して使用できるよう、ガイドラインの整備と診療報酬上の明確な評価が求められる。

7. 投薬・注射

令和6年度改正のポイントは、いわゆる特定疾患療養管理料の見直しに伴う特定処方加算の変更と、後発医薬品の使用促進を目的とした新たな選定療養の導入であり、これらに伴い処方箋の変更が必要となる場合がある。

(1) 処方料・処方箋料共通

特定疾患処方管理加算1は廃止され、特定疾患処方管理加算2は「特定疾患処方管理加算」として再編され、点数が引き下げられた。対象疾患から「糖尿病」「高血圧」及び「脂質異常症（家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患は除く）」が除外され、新たに「アナフィラキシー」「ギラン・バレー症候群」が追加された。

(2) 処方箋料

- 1) 処方箋料1・2・3がそれぞれ引き下げられた。
- 2) 一般名処方加算の施設基準が明確化され、加算1・加算2ともに点数が引き上げられた。
- 3) 直近3か月の処方箋交付回数が多い医療機関が、特別な関係にある薬局に処方した場合の処方箋料が通常よりも引き下げられた。
- 4) 令和6年10月1日より使用される処方箋様式に、患者の希望を踏まえて先発医薬品を処方した場合のチェック欄が新たに設けられた。
- 5) 保険薬局による訪問薬剤管理指導を週2回かつ月8回まで依頼可能な対象患者が追加された。

(3) 処方料

- 1) 外来後発医薬品使用体制加算1・2・3が各々引き上げられた。
- 2) 外来後発医薬品使用体制加算について、新たに施設基準が設けられた。

(4) その他

- 1) 貼付剤のうち、麻薬または抗精神病薬及び各種がんに対して鎮痛を目的とするものは、63枚を超えて処方する場合でも理由の記載が不要となった。
- 2) 患者希望によって先発医薬品を処方する際の選定療養が、令和6年10月1日より開始された。

3) 投薬時に薬剤の容器を交付する場合、患者の希望に関わらず、その容器の実費を徴収できるようになった。

(5) 注射料、点滴注射料、乳幼児加算等が引き上げられた。

(6) バイオ後発品導入初期加算の対象患者が拡大され、「生物学的製剤注射加算」および「外来化学療法加算」の対象が追加された。

(7) 訪問診療料算定日に在宅患者の各種注射手技料、薬剤料及び材料料等が算定出来なかった在宅療養指導管理料に新たに算定可能となる項目が追加された。

(8) 後発医薬品のある先発医薬品（長期収載品）について、選定療養としての取扱いが令和6年10月1日より開始された。

次期改定への主な要望は以下のとおりである。

- ・減点された処方箋料について、元の点数に戻してほしい。
- ・多剤処方による減点措置を廃止してほしい。
- ・HIF-PH 阻害剤やエムラクリームなどの内服薬が院内処方である点が、業務上煩雑であるため、院外処方可としてほしい。

8. リハビリテーション

令和 6 年度改定の要点は以下の如くである。

(1) 急性期リハビリテーション

- 1) A233 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（1 日につき 120 点）新設。

リハビリや口腔管理の積極的实施を推進。入院後 48 時間以内に ADL や栄養、口腔状態の評価が必要。

(2) 回復期リハビリテーション

- 1) リハビリ実績指数の基準が強化され、FIM 測定の義務化（2 週に 1 回）。
- 2) 体制強化加算 1 及び 2 の廃止。

(3) 療養病棟のリハビリテーション

- 1) A101 11 経腸栄養管理加算（1 日 300 点、7 日間・1 回）新設。
- 2) 疾患別リハビリテーション料の算定上限が 1 日 2 単位までに設定された。

(4) その他のリハビリテーション

- 1) H004 摂食嚥下機能回復体制加算 1～3（イ：210 点、ロ：190 点、ハ：120 点）
- 2) H007-4 リンパ浮腫複合的治療料（1. 重症：200 点、2. 1 以外の場合：100 点）

現在のリハビリテーションに関する診療報酬は、多岐に渡り、かつ細かく報酬体系が列記されているが、患者一人あたりに要する治療時間、設備、計画書や評価の記録量と時間をみると評価が十分ではない。書面の発行や記録の簡素化についても、人材不足の現状を踏まえた検討が望まれる。

今後、リハビリ治療提供体制の維持が困難になることが予想される。また、以前から要望のあるリハビリ開始の起算日の設定についても、実用性のある制度設計がなされなければ、患者の不利益に繋がることもあり得る。

さらに、各疾患別リハビリの制限日数や点数の差についても、是正を求める要望があがっている。

9. 精神科専門療法

近年、厚生労働省では「精神障害にも対応した地域包括ケアの構築」の推進について活発に議論されており、今回の改定の具体的方向性の中でも「地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価」と掲げられた。入院外医療においてもそれは大きく反映され、主に既存の通院・在宅精神療法に加算を追加することとなった。

(1) 早期診療体制充実加算の新設

通院・在宅精神療法については、令和4年度改定において、精神保健指定医が診察する場合と、それ以外に区分されたが、今回の改定では、前回よりも点数の差が拡大したほか、30分未満の精神療法に対する評価が引き下げられた。さらに当該加算を新設し、初診から3年を区切りとしてさらに点数に差を設け、かかりつけ精神科医として機能している医療機関であれば、切り下げた点数分をある程度取り戻せる仕組みとしている。しかしながら、時間外対応や精神保健指定医の業務遂行、初診患者を一定数引き受けるなどといった厳しい要件があるため、多くの医療機関でこの加算が算定できない状況となっており、課題である。

(2) 情報通信機器を用いた通院精神療法の新設

他診療科ではすでに情報通信機器を用いた診療が推進されているが、精神科においては精神科専門療法、とりわけ通院精神療法の算定が認められておらず、普及が制限されていた。しかし、精神科でも情報通信機器を推進すべきとの声があり、当該療法が新設された。今回の改定では、算定可となる医師が精神保健指定医に限定されているほか、対面診療の実績などいくつかの条件が組み込まれており、現時点でもすでに散見される不適切な診療の温床にならないような工夫がみられる。しかし、令和6年6月に閣議決定された規制改革実施計画では、現行の要件が普及の弊害となっていると指摘されており、今後はさらに普及促進に向けた見直しが予測される。

(3) 児童思春期支援指導加算の新設

児童・思春期の患者に対する診療では、専門医師の数が少ないことや、労力に見合った報酬になっていないことなどから、受け入れ可能な医療機関が増えず、新患の待機期間が長いことが課題となり続けている。過去の診療報酬改定においても複数回にわたり対応されたが、十分ではなかった。

今回の改定では、20 歳未満の患者に対し多職種で対応する点が評価された。適切な研修を修了した精神科医の下、専任の多職種が支援計画を作成し、30 分以上の指導管理を行えば算定可となる。しかし、初診の 20 歳未満の患者数が月平均 8 人以上という要件が厳しいために算定可能な医療機関は少ない。もともと専門性のない医療機関に対しての評価でないとの裾野は広がらないので、見直しが必要である。

(4) 心理支援加算の新設

平成 29 年に公認心理師の国家資格が施行されて以降、診療報酬でも徐々に公認心理師への評価は拡大してきたものの、カウンセリングについては、小児科医と心療内科医の指示で行う小児特定疾患カウンセリング料しか項目がなく、最も需要が高いはずの精神科ではこれまで保険適用がなかった。今回の改定では、心的外傷に起因する症状を有する患者に対し、精神科医の指示を受けた公認心理師が 30 分以上の心理支援を実施した場合に算定可能となった。これまでカウンセリングを無償で行わざるを得なかった精神科で勤務する公認心理師にとっては朗報である。対象は心的外傷を有する患者に限定されるが、告示以降に発出された疑義解釈において、要件の緩和が示されており、算定につなげていただきたいと考える。

(5) 療養生活継続支援加算等の見直し

既存項目である療養生活継続支援加算と療養生活環境整備指導加算が統合された。令和 2 年度改定で新設され、退院時共同指導料 1 を算定した患者のみ算定可能であった療養生活環境整備指導加算と、令和 4 年度改定で新設された療養生活継続支援加算については、いずれも通院中患者の地域生活継続のための支援を評価するものである。今回の改定では、対象者の整理と点数の調整が行われ、合理的であると考えられる。

(6) 精神科在宅支援管理料の見直し

精神科の在宅医療に対する評価の要である当該療養は、基準が厳格であるため算定件数が伸びない項目である。患者の地域生活を支援するにあたって重要な項目であることから、算定件数が増加する方向で見直されることが期待されていたが、今回の改定では対象患者の拡大が図られた。しかし、算定期間が 2 年以内と限定された点は見直しがなされなかった。精神疾患を持つ患者は長期療養を要することが多いため、算定期間の制限は撤廃あるいは緩和すべきである。

(7) 専門性の高い医療

経頭蓋磁気刺激療法 (rTMS) について、1 回あたりの治療が増点となり、初回の治療から起算して 6 週までの算定が 8 週までに延長された。当該治療は機器や使い捨ての付属部品の料金が高額であり、治療単独では不採算であった。今回の改定により、十分ではないものの、一定の採算性を見込めることになった点は評価できる。

10. 処置

令和6年度改定では、ストーマ処置と人工呼吸の2項目が追加された。

ストーマ処置ではストーマ合併症加算として1日につき65点、人工呼吸では腹臥位療法加算として1回につき900点の加算が認められた。しかし、いずれも特定の診療科における特殊な処置に対する加算であり、前回の改定と同様に一般の医療機関や他診療科では算定不可であり、医療機関全体に及ぼす効果は限定的である。

処置料の点数の見直しにおいては、増点が一般処置で14項目、救急処置で6項目、皮膚科処置で1項目、泌尿器科処置で2項目、産婦人科処置で2項目、耳鼻咽喉科処置で2項目、整形外科的処置で2項目の全29項目が行われた。これらは今まで長年にわたり点数が低く抑えられていたものである。

また、マッサージ等の手技による療法（消炎鎮痛等処置）の診療報酬は35点と非常に低く、40年間据え置かれており診療報酬の引き上げを要望する。

処置には高度な技術を要する項目もあり、これまでも要望が続けられてきたが、今後は医師の技術料を十分に評価した増点が、全般的な項目に対して必要であると考えられる。

令和6年度改定について、各専門医会から挙げられた処置に関して要望の多かった項目を以下に示す。

- ①創傷処置は外科処置の基本であり、増点の要望。
- ②創傷処置において、部位や範囲・深度などの分類による加算の追加を要望。
- ③爪甲除去において、処置した指・趾数に応じた算定設定を要望。
- ④消炎鎮痛処置の増点や、複数部位での算定を要望。
- ⑤留置カテーテル設置の増点を要望。

一方、減点対象となったのは、一般処置の人工腎臓と耳鼻咽喉科処置の耳垢栓塞除去である。耳垢栓塞除去は算定件数が多いことが減点の要因とされているが、処置が複雑な場合もあり、点数の復活が望まれる。

人工腎臓は、平成12年度から令和6年度まで連続でマイナス改定が続いている。人工腎臓施設では、医療の質と安全性の確保のみならず、働き方改革に対応した人的確保、医療材料費の高騰、さらに光熱費・水道料、加えて消耗品の相次ぐ値上げなどにより、実質的に大幅な減収となっており、次回改定では点数の再評価が必要である。

11. 手術

令和6年度改定は、診療報酬改定・介護報酬改定・障害福祉サービス報酬改定のいわゆるトリプル改定であり、各分野の連携を強化し、医療・介護・福祉サービスの総合的な質の向上を主題とするものである。したがって、今回の改定においては外科分野において大きな期待が持てる内容は乏しいと考えられる。

医療技術評価分科会や外保連などの関係団体により、700件以上の課題が検討されたと聞き及んでいるが、最終的に中医協において議論されたのは170件ほどであった。内訳としては、新規技術の保険導入が18件、保険医療材料等専門組織で検討された技術料への対応が1件、既存技術の見直しが18件、施設基準の見直しが2件、新規保険材料に係る技術料の新設が3件、人工腎臓導入期加算が1件、モニタリング加算が1件、評価の見直し（減算）が3件であり、外科に関連するものは合計47件ほどが見受けられる。

毎回報告しているとおり、今回も鏡視下手術に関するものや、手術支援機器（ロボット）の使用に伴う施設基準の見直し等が中心であり、いずれも高度先進医療の領域に属するものである。市中の一般的な外科医が関与できる内容は少ないと思われ、手術等の「既存技術」の評価見直しに関して、日常診療に即した基本的な技術の見直しも一部はなされているが、増点は微々たるものである。

見直しがなされた「既存技術」としては、各種採血（D400）、検体採取（D410）、各種穿刺（D419）、注射（G001, 004）などに対する見直し、さらには皮膚切開術（K001-3）、腹腔鏡下臍ヘルニア（K633-2-4）に対する見直し、局所陰圧閉鎖処置（入院：J003-3）などの増点が挙げられる。しかし、皮膚切開術は長径20cm以上、局所陰圧処置は200cm²以上との適応条件があり、その対象は極めて限定的である。

「新規技術」の保険導入については18件が認められているが、その内容は腹腔鏡下骨盤内蔵全摘術（K645-2）、腹腔鏡下臍中央切除術（K700-4）、腹腔鏡下膀胱尿管逆流手術（K809-4）や、気管支形成を伴う胸腔鏡下肺切除術（悪性：K514-2-4）など、特殊でかつ先進的医療技術のみを対象とした内容である。

また、ラジオ波焼灼療法に関しては、これまでの肝悪性腫瘍に対する適応（K697-3）に加え、乳腺悪性腫瘍（K476-5）、肺悪性腫瘍および胸腔内腫瘍（K514-7）、骨盤内悪性腫瘍（K645-3）、腎悪性腫瘍（K773-7）にも適応が拡大された。実施条件に一定の制限はあるものの、治療の選択肢が広がった点においては評価に値する。人工腎臓に関しては、例年通り今回も慢性維持透析の評価点数がわずかながら減算された。諸物価の高騰が続くなかで、そろそろ下げ止まり、あるいは増点に転ずるべきではないかと考える。

今回の改定では、前述のように医療全体のシステムに対する診療報酬上のバックアップが一部見られたものの、日々一般外科医が従事する業務に関連する評価が増して欲しい部門「既存の技術」については、実質的に手つかず、あるいは放置されているとの印象を否めない。新技術への評価が医療技術の発展に不可欠であることは理解しているが、同時に「既存の技術」の評価についても、その価値を時代に応じた経済的評価へと見直す必要があると強く望む。

12. 麻酔

神経ブロック併施加算の対象について、「手術後の疼痛管理を目的とした硬膜外麻酔が適応となる手術を受ける患者」（特掲診療料の施設基準等：第十二の二 麻酔）とされているが、対象患者が不明瞭であり、「別に厚生大臣が定める患者に対して行う場合」との関連性が難解である。

この場合の 450 点および 45 点の加算点数の解釈を明瞭にすることを要望する。

13. 病理診断

今回の改定では、病理標本作製料の N005-4 ミスマッチ修復タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製および N005-5 BRAF V600E 変異タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製が追加された。悪性腫瘍の診断および治療の進歩に伴い新設されたものであり、評価できる。

ただし、同組織診断料が月 1 回しか算定できない点については、病理組織診断専門医になるまでには長年の経験が必要であり、高度な専門性を有する病理組織診断専門医に対する評価としてはあまりにも低い。

したがって、前回と同様に、病理診断料の大幅な増点と共に、月 1 回の算定ではなく、第 3 部第 4 節（診断穿刺・検体採取料）により得られた検体に対して、第 13 部第 1 節（病理標本作成料）で作製されたそれぞれの病理組織切片に応じて病理診断料を算定可とすべきである。

また、N007 病理判断料についても月 1 回の算定となっており、病理組織診断専門医に対する評価は低い。前述と同様の対応（増点および病理組織切片に応じた病理判断料の算定可）とすべきである。

14. 医療 DX に関する診療報酬

令和 6 年度改定では、医療 DX（デジタルトランスフォーメーション）の推進に関する以下の評価が診療報酬に組み込まれた。

1. 医療情報取得加算
2. 医療 DX 推進体制整備加算
3. 在宅医療 DX 情報活用加算

（1）評価

医療 DX を推進は世界的潮流であり、そのために診療報酬上の加算を認めるという方向性については評価できる。しかしながら、医療 DX の社会浸透が非常に遅い現実を見てもわかるように、医療現場の意識と制度設計とが乖離している。地域医療を支えている開業医（特に高齢の開業医）にとって、医療 DX は日々の診療に必須ではないにもかかわらず、以下に挙げるような種々の問題を孕んでおり、たとえ参入する意思があっても容易ならぬ状況であるといえる。

医療を取り巻く社会全体のインフラ整備が必要であると同時に、少なくとも初期導入費用および管理維持費に見合うだけの診療報酬設定は必須である。

しかしながら、電子処方箋の導入率一つを取ってみても、令和 7 年 3 月現在、病院は 9.3%、診療所は 16.0%と導入率は非常に低く、いかにインセンティブが低いかがわかる。

（2）問題点

1）導入コスト

医療機関が電子カルテやオンライン資格確認システムを導入するための初期費用は高額であり、特に中小規模の医療機関にとっては大きな負担となっている。

2）システム運用

オンライン資格確認システムの運用に関するトラブルや、電子カルテの相互運用性の問題が存在する。また、システムの保守管理費用やコンピューター関連機器の定期的な更新も経営を圧迫している。

3）高齢医師の廃業

我が国の人口構成の変化に伴い、医師の高齢化も顕著である。特に無床診療所の医師の平均年齢は 60 歳を超えてきており、高齢医師が中心となって医療を担っている地域が全国に多数存在する。高齢医師は

しばしばDX弱者であるため、急激な制度改革についていけず、廃業するケースも増加している。医師を地域が保有する社会資源と見るならば、高齢医師が1年でも長く地域医療に貢献できるような医療DX制度設計が必要である。

Ⅲ. 次回改定の課題（要望事項）

令和 6 年度改定の評価並びに次期改定に対する要望について、各郡市区医師会、各病院団体、各専門医会及び本委員会委員から提出された意見をもとに令和 6 年 12 月 11 日開催の本委員会で協議検討した。その結果、下記 10 項目を選定し、令和 7 年 1 月 23 日開催の福岡県医師会第 31 回全理事会の承認を得、日本医師会社会保険診療報酬検討委員会の九州ブロック委員である大分県医師会へ提出した。

	項 目	具体的内容
1	総論 (重点項目)	・物価や人件費の上昇率を考慮した診療報酬全体の増加が望まれる。 ・医療DXを推進するにあたっては、導入に係る費用の補助の増加を要望する。 ・生活習慣病管理料や外来・在宅ベースアップ評価料の新設等、新たな診療報酬の仕組みの導入にあたっては、医療現場の意見を反映させるべきである。
2	初・再診料 (重点項目)	・初・再診料は医療機関の運営に不可欠であることから、物価や人件費の上昇率に見合った増点が必要。 ・煩雑な加算項目を減らし、医師の技術料として基本料診療料の引き上げを要望する。
3	入院医療 (重点項目)	・急性期医療や精神病棟における入院基本料の増点を要望する。施設基準の緩和や職員配置に見合った加算、特に材料費や人件費の増加に対応した増点が必要である。 ・有床診療所は、外来だけでなく入院患者の病状悪化時の搬送も行っており、人手不足や人件費など医療機関の負担が大きい中で評価が低くなっている。今後の地域医療提供体制の維持のためにも、有床診療所入院基本料等の評価の見直しを要望する。
4	医学管理	・感染症の増加や少子化、ワクチン統合等を踏まえ、基本となる小児科外来診療料の増点を要望する。 ・生活習慣病管理料の算定に関して、計画書作成の煩雑さを踏まえ、現行制度の見直しにより医療現場の負担軽減を図るべきである。特に、療養計画

		書作成の負担軽減、対象病名の拡大、並びに点数の引き上げを要望する。
5	検査	・内視鏡検査や超音波検査の増点を要望する。また、生活習慣病とは関連のない検査については、包括するのではなく個別評価を求める。 ・適正な診療を維持するため、新たな機器や技術に応じた点数の見直しが必要である。
6	投薬	・処方箋料については、減点されたため増点を要望する。
7	リハビリテーション	・回復期リハビリテーションを要する状態の拡大や、点数の増点を要望する。
8	精神科専門療法	・入院外における精神科専門療法における患者の支援体制や報酬についての見直しが必要である。特に、通院・在宅精神療法については医療機関の診療体制や対象患者などによって点数に差が付くことは評価するが、既存の精神療法の評価を不当に下げたり、算定困難なほど厳格な要件を求めている項目があるため、見直すべきである。 ・また、精神科における在宅医療の評価となる精神科在宅患者支援管理料の対象期間の緩和や、不適切な精神科訪問看護が行われないような要件の見直しも併せて要望する。
9	処置	・全体的に評価が低く、特に創傷処置やカテーテル留置等の処置に伴う労力や材料費に見合った点数の設定を要望する。
10	その他	・在宅医療や訪問診療に関する点数評価の低さが問題とされている。365日24時間体制で関係機関との連携を行うことによる負担や、ガソリン代の高騰等、移動に係る費用並びに材料費等の負担を踏まえ、在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料等の増点を要望する。

IV. おわりに

現在、2040 年頃の地域医療全体の将来ビジョンを定めるため、新たな地域医療構想の策定作業が進められている。この構想が策定された場合、地域ごとの医療計画はこの構想に基づいて立てられることになる。新たな地域医療構想においては、地域の実情に応じて「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担が明確化されることになる。

今後、地域医療における在宅医療の役割は今まで以上に大きくなるため、その実態を把握し対策につなげる努力、生活に介助を必要とする高齢者が増加することから医療と介護の連携をさらに深める努力、救急医療の現場はすでにひっ迫しているものの、今後も高齢者の救急搬送はさらに増加することが予想されることから、救急体制を維持する努力など、将来に備える政府の方針に対し、我々はその実現に向けて現場で必死の努力を重ね、協力を惜しんでいない。

しかし、それらの努力に報いるべき昨年の診療報酬改定後に「収入は増えず、物価や賃金の上昇が大きすぎて経営が成り立たない」と訴える医療機関の声が日に日に大きくなっており、「医療崩壊」という言葉は現実味を帯びるようになっている。

さらに、医療・介護業界の苦境は人を遠ざけ、少子高齢化社会の中でも医療や介護の人材不足は深刻で、手術をしようにも麻酔科医がいない、看護師がいない、高齢者のケアを自宅で行いたくてもヘルパーがいないといった状況にあり、人材確保にかかるコストも増加している。

このような状況でさらに現場を苦しめているのが、療養担当規則の複雑化や、必要書類（同意書や計画書の類）の増加、院内掲示事項に関する内容や方法の複雑化、医療 DX 政策に対応する為の ICT コストの増加である。診療報酬改定のたびに算定に必要な手続きが増えており、あまりに診療の手間ひまが増えれば、集中して診療を行うことができない。

今一度、政策の目的を再考し、現在の医療・介護費抑制政策をすぐに改めるべきである。

こうした状況を踏まえ、福岡県医師会としても、県行政や県議会に対し、様々な機会を通じて医療機関経営の窮状を訴え、支援を求めてきた。しかしながら、経営環境は一層厳しさを増しており、より迅速かつ実効性のある対応が求められている。

日本医師会においては、ぜひ会員の声を中医協での議論や施策に反映させていただき、現場の実情を踏まえた診療報酬体系のあり方について、強くご尽力いただきたい。

また、社保・国保間における審査基準の差異はいまだ解消されておらず、査定の有無に差があることから、医療現場に混乱を生じさせている例もある。今後、診療報酬改定に対する理解や対応が保険者間でも統一されるよう、医師会が調整役を担う等、審査基準の統一に向けた取組みが求められる。

我々はすでに人口減少社会に突入している。つまり、かつての人口増加に伴い医療費が拡大し続けた時代はすでに終焉を迎えたということである。今後は発想を変え、財政的な観点だけにこだわらない姿勢が求められる。将来にツケを残さないということは、単に借金を残さないという意味だけではない。「受けたい医療を安心して受けられる」医療体制を、将来の世代に遺すこともまた、私たちの責務である。