

特集

令和6年7月度 郡市区等医師会長協議会 特別講演

# 最近の医療情勢と 診療報酬改定の ポイント

日本医師会長 松本 吉郎



この記事は、令和6年7月18日(木)に開催された「令和6年7月度 郡市区等医師会長協議会 特別講演」の様をまとめたものです。



松本吉郎・日本医師会長

日本医師会長の松本でございます。本日は、大阪府医師会の役員の方や先生方ならびに郡市区等医師会長の先生方、お招きをいただきましてありがとうございます。

本日は「最近の医療情勢と診療報酬改定のポイント」ということでお話しさせていただきます。

### 医療財源を巡って

残念ながら、例えば国債を発行して社会保障費に回すとか、税と社会保障の一体化によってもう少し税を創出して、社会保障をきちんとやろうという考えの国会議員の先生は実は少数派です。逆に、社会保障費を増やすことに関してかなり慎重派の先生が多いです。どちらが正しいとか間違いとは言いませんが、私達にとっては条件的になかなか厳しいです。

今回の診療報酬改定において、日医としては診療報酬を3%、4%上げてもらいたいと主張しましたが、社会保障費を伸ばせば国民負担が増えますので、それに対して非常に抑制的な考えを持っている国会議員の先生が多

い中、非常に厳しい闘いでした。結果的に、社会保障費より防衛や子ども・子育て政策が優先された感があるのは残念だと言いたくありません。岸田総理が、これ以上国民負担は求めない方向で予算立てするように明言したので、財務省もそれに沿った形で動いて、これ以上はとにかく出せないの一点張りでした。マイナス1%の改定から始まったということです。

私達は、物価高騰や賃上げのインフレ下では、税収も保険料収入も増加するので、高齢化の伸びというシーリングに制約された「歳出の目安」の考え方は改めなければならないということ、声を大きくして主張してきました。この10年間ずっとこの闘いがあり、骨太の方針の注釈にあった「日本経済が新しいステージに入りつつある中で、経済・物価動向等に配慮しながら、各年度の予算編成過程において検討する。」という文言を、今回本文に入れることができたのは半歩前進かと思っています。

財務省は、後期高齢者の伸びの分だけに収めるという基本的な考えをまだ崩していませんので、半歩前進というのはそういった意味です。したがって、7年度の骨太の方針が8年度の診療報酬改定の議論に向けて大切な位置付けになりますので、新しいステージに入りつつある経済・物価動向等については、もっともっと強く発言していかなければならないと思っています。

骨太の方針の本文に記載されるまでに本当にたくさんの時間がかかりました。30人、40人といった我々に同調してくれる国会議員の先生に「本文に入れるよう発言してほしい」と何度もお話をし、自民党の政調全体会議の前日あるいは当日に再度念押しして、その

結果、かなりの先生がそれを言うてくださったことで実現したものです。政調全体会議には100人ぐらいの先生が出席します。社会保障費を抑制する考えの先生がたくさんいらっしゃる中で、これを本文に入れていくというのはなかなか大変な話です。

財務省は、患者さんの自己負担のみをどんどん増やしていく考えで攻めてきています。私達は、税金をもっと入れる、保険料を少し増やす、自己負担増も少しはいいだろうという3つのバランスが取れた考え方が必要になるのではないかと考えています。物価高騰や賃金上昇への対応を巡っては、診療報酬だけではなく、補助金や税制措置など、あらゆる選択肢も含めてしっかりと医療政策を提言して実行しなければなりません。

### 医師偏在対策

日医は、医師偏在対策について、医療費財源と同様に、あらゆる手段を駆使して複合的に対応するべきだと主張しています。

あちらこちらで、日本だけが医師の地域偏在をしているように恣意的に言われていますが、医師の地域偏在は世界中どこでも起こっています。住む人に偏在があるわけですから、医師の偏在が皆無などあり得ないことです。文化や教育などを考えるとどうしても偏在は生じますが、日本が諸外国に比べて特別なことは決してありません。フランスやドイツでも医師の配置計画を行っていますが、やはり地域格差や医師不足があり、偏在が地域ごとの医師割り当てですべて解決するわけではないことが分かります。ドイツでは、保険医の制限だけではなく、地方での開業支援も行っていますが、やはり地方で活動する医師

は不足していて、都会でパート勤務をする医師が増えているのが実情です。

また、各国との制度の違いがあります。例えば、イギリスの総合診療医（GP：General Practitioner）はほとんど公務員ですし、開業医とGPとは全く異なる性質のものです。ドイツでは、日本のように子どもが医院を継ぐことは99%ありません。そういった違いを考えると、日本で簡単に医師割り当てをやってしまったら本当にハレーションを起こすだけです。

ですから、まずは地域ごとの状況として、どの科が不足しているのか、どういった医療が不足しているのかを、都道府県と医師会と大学、あるいは基幹病院、医療団体がしっかりと協議して、構想を練ることが大事かと思えます。それに対して国や行政がいろいろな支援を行って、新潟のような好事例がありますので、その横展開を図ることをぜひ考えなければいけません。

財務省は、都市部の診療報酬単価を下げる主張をしておりますが、本当に言語道断です。当然のことながら、東京や大阪で報酬単価を1点9円にするなど論外です。患者さんは絶対安いほうに流れますし、その患者さんの流れが医療従事者の流れなどすべてに影響を及ぼします。そういった意味で、地方を11点、中間のところを10点、都会を9点にするなんていうのは机上の空論です。患者さんは、11点から10点のところの流れ、10点から9点のところの流れということは自然なので、点数を下げたからといって、集中が弱まることは絶対あり得ない話だと思います。特に最近の財務省は、地方はそのまま都会だけ下げるなんていう話をしています。これは、医師偏在対策に名を借りた財政的な診療

報酬の抑制しか考えていないということの現れだと思います。

都会での開業について、例えば、大阪府の何々区においてこれ以上内科を開業してはいけないといった考え方をしている国会議員もすごく多いです。しかし、5年後にそれをやろうとすると、むしろ駆け込み開業も出てくるでしょうし、病院の先生方もそこに流出するので病院側も困るでしょうし、絶対に変な形にしかありません。また、当分20年ぐらいそこで開業できないとなると、20歳ぐらいの世代間で欠落が起きるので、将来本当に困ります。無理やり開業制限をするものではないと私は思っていますので、ここは声を大にして主張したいと思います。

日医は、かかりつけ医を登録制にする案には反対していますが、総合診療専門医のような先生をかかりつけ医として登録制にして、それ以外の先生は非かかりつけ医にするといった流れも絶対に防いでいかないといけないと思います。もちろん総合診療専門医の先生が悪いとは言いません。例えば循環器で開業しても、それ以外の分野にも対応していくように努めて頑張っているわけですから、総合診療専門医だけがすばらしい医者理想像みたいに書かれるのは非常に心外です。どちらの方法もありだと思しますので、プライマリ・ケアや総合診療専門医のような形で幅広くやって開業される先生も、専門医から入って手を広げていく先生も、結局最後は一緒ではないかと思えます。

医師養成課程においては、医学部の地域枠がどんどん増えてきて、地域枠による増加がかなり起きています。一方で、病院の先生方はまだまだ足りないと言う方が多いです。もちろん、局所的にどこかで不足は当然起きて

いると思います。しかし、40年後には日本の人口が9千万人を割り込んで、今の人口の7割程度になります。その中で、毎年医者が9千人ほど誕生し、リタイアする方や亡くなる方を差し引いても、医者が1年に6千人ぐらいずつ増えているわけですから、どこかで拮抗して、医者が多過ぎて困るような時代が来ると思います。局地的にどうしても医師偏在とか医師不足のところに対しては、喫緊の課題として不足をカバーするように努めていかなければなりません、長期的な視点に立って医師養成の考え方もしていかなければならないと思います。

規制改革会議では、医師・看護師のタスクシェアの推進ということが相当言われています。中でも、この1年ぐらい議論が止まっていますが、いわゆるナース・プラクティショナー（NP：Nurse Practitioner）の制度を導入することを猛烈に主張しております。病院内で、ある程度医師を助けるような存在というのは当然いいかと思いますが、彼らの言うNPというのは、結局、病院の外に出た形のもので、つまり、医師と非常に紛らわしい形の資格を与えて、外で診療報酬も取れる形にしたいというのが規制改革会議の究極の考えです。これには、日医、全日本病院協会、日本医療法人協会も去年2月の規制改革会議に出席して、ヒヤリングで反対を表明しております。

日医としては、特定行為研修を適切に進めていくことを主張しています。新たな資格創設は意味がないですし、創設しなくても解決できます。例えば、オンライン診療であればD to P with Nを活用し、特定行為研修によって対応できるのではないかと考えています。

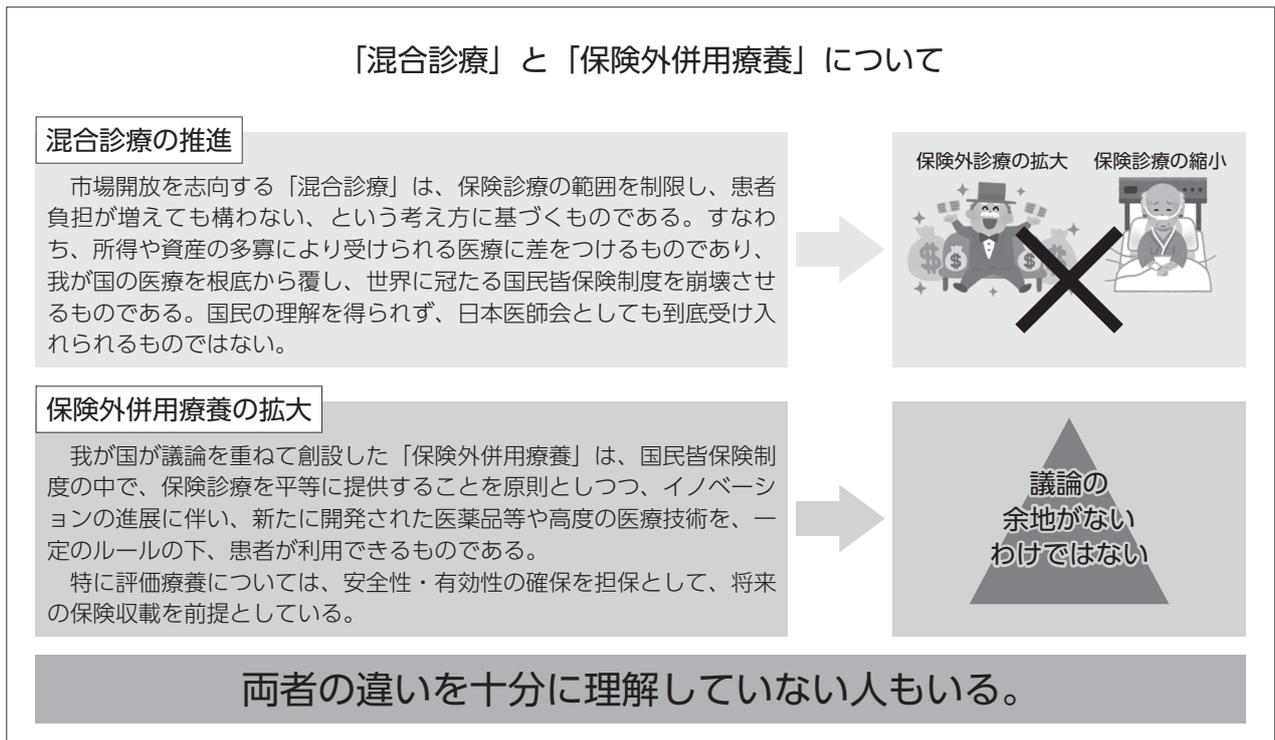
フランスでは、地域偏在や医師不足を背景に、2023年1月にNPダイレクト・アクセス法が成立しました。フランスは、自由開業制とタスクシフトのどちらを採るかを迫られて、自由開業制は守り、NPを受け入れて、患者が望めば医師の受診を経ずに、看護師や薬剤師などにダイレクトに受診することが可能になってしまいました。軽症疾患であれば薬剤師が処方できますし、肩こり、腰痛、ねんざであれば理学療法士が、視力検査や眼鏡の処方では眼鏡士が、あるいは助産師もある程度のことできます。制限はあるものの初回処方も可能で、医療費も保険でカバーされています。後に何千人もの医師がデモを行っていましたが、法律が通ってからでは遅いというのが事実だろうと思います。これからは、きちんとした医療安全を行いながら医師のみに与えられている治療するという役割と、特に処方権というのは大きな問題になるのでは

ないかと思います。

### 「混合診療」と「保険外併用療養」

保険外併用療養については、今回の診療報酬改定で一部拡大しました。混合診療は保険外診療を全面的に認めることになるので、断固反対をしています。これは先生方も同じだろうと思います。ただ、将来の保険収載を前提とした保険外併用療養費制度は、混合診療とは全く異なるものであることは強く主張しています。ですから、混合診療は完全に反対ですが、保険外併用療養の一部が患者さんにとって必要なことであれば、それは少し考えていくという柔軟な運用が必要だということは考えています。一方で、保険外併用療養と混合診療が全く同じだと思っている方々が、国会議員の先生方やメディアにも多いことは非常に危ういところです。バイオシミラーや

(図1)



がん遺伝子パネル検査であれば、ある程度保険外併用療養を認めることによって患者さんにも利するので、これについてはいいのかなとは思いますが、保険外併用療養費制度と混合診療は全く異なるということを今しっかりと主張しております。(図1)

セルフメディケーションは、健康保険料を払っているのにもかかわらず、保険にある薬が除外されて、薬局に行って自分でお金を出して薬を買いなさいということですから、自分で判断して治療しなさい、しかもお金も自分で出しなさいというのが根本的な考えです。もちろんヘルスリテラシーを高めた上でセルフケアであればまだしも、セルフメディケーションということになると、私は絶対にあるべき姿ではないと思っています。軽症の方でも、最初からきちんと診ていかないと重症化するというのは当たり前のことなので、軽症だからといって、ドラッグストアに行って自分の判断で薬を買いなさいというのは本当に言語道断ではないかと思っています。

医薬品の供給不足については、武見厚労相もいろいろ発言されていますので、これから少しずつ改善されると思いますが、やはり2、3年かかるのではないのでしょうか。国際情勢や国内情勢などいろいろな問題があろうかと思いますが、医薬品はいつでも手に入り、安く買えて当たり前という医薬品入手の常識が揺らいでおります。国も後発医薬品をただただ進めるだけで来ましたが、もう置き換え率も8割に達していますし、後発医薬品に換えろという一点張りの政策ではなく、きちんとした後発医薬品をしっかりと安定供給するという考え方に基づかないと、薬価の引き下げだけが繰り返されるとするのはちょっと変ではないかと思っています。特に、医療機関

からは薬価差がなくなりましたが、一部のチェーン薬局などで薬価差がかなり得られているというのは、非常に大きな問題ではないかと思っています。

### 面としてのかかりつけ医機能

「かかりつけ医」と「非かかりつけ医」に分けたいというのが財務省の根本的な考えです。2つに分けるためのいろいろなシナリオを持っていて、ずっと攻めてきています。1年前の医療法改正においてもこの問題が出て、皆さんと一緒に本当に頑張りまして、何とか一度は抑えましたが、今回また政省令の改正で攻めてきました。

日医は、割当制や登録制には反対です。かかりつけ医機能を発揮する医療機関は、診療科や病院・診療所の別を問うものではありません。中小病院や診療所はかかりつけ医機能をしっかり持って、医師1人で患者さんを診るのではなく、複数の医師が手分けをして面としてかかりつけ医機能を果たすべきであり、かかりつけ医と非かかりつけ医を区別してはなりません。

医療機能情報提供制度とかかりつけ医機能報告については概ね決着しました。財務省の案としては、特に総合診療医的な先生方の報告だけを基に、そういった先生方だけをかかりつけ医として認めるようなことを計画していました。私達としては、多くの先生方に手を挙げてもらい、報告をしてもらって、足りない機能を考えていくということを提案して、何とか今回は守り切れたのではないかと思います。しかし、これで財務省が諦めたわけではないので、また何年もかけて、かかりつけ医をある程度制約した形に持っていき、

そこのみに点数を与え、さらにそこを全部マ  
ルメにして、将来的なコントロールをたやす  
くするというのが彼らの描く最終的なゴール  
だと思います。こういったことでフリーアク  
セスが制限されないようにしなければいけま  
せん。

かかりつけ医機能は、これからもずっと議  
論になります。我々もかかりつけ医機能研修  
制度を創設して、機能を高めています。かか  
りつけ医機能研修制度はどんどん受講してい  
ただきたいですが、これも財務省にうまく利  
用されてしまうと、受講した医師だけをかか  
りつけ医とするというようにされてしまい、  
これを受講したからかかりつけ医だとする考  
え方は非常に危ういと私は思っています。

(図2)

(図2)

### かかりつけ医機能が発揮される 制度の円滑な施行

令和7年4月の施行に向けて、制度の施行に必要な  
以下のような取り組みを進める。

- かかりつけ医機能の確保に向けた医  
師の研修の詳細についての整理
- 「かかりつけ医機能の確保に関する  
ガイドライン(仮称)」の作成
- 地域の協議に資するデータブックの  
作成
- 地域の好事例集の作成
- 都道府県・市町村等に対する研修・  
説明会の実施
- 制度の普及・推進のための動画、ポ  
スター等の作成

## 6年度診療報酬改定と医療界の賃上げ

今回の診療報酬改定では、患者負担を増や  
さない形で閣議決定されたので、非常に制限  
を受けた厳しい改定になりました。マイナス  
0.25という、私達にとっては本当に厳しい改  
定になりましたが、もともと財務省は去年の  
秋からマイナス1%を主張していて、改定率  
プラス0.88を発表する前日にも、マイナス改  
定の旗印を下ろしませんでした。本当に厳し  
い改定で、びくともしませんでした。マイナ  
ス1%というのは4,800億円に相当します。  
診療所でのマイナス5.5%が全体でいうと1  
%になりますので、診療所から5.5%をマイ  
ナスして、それを適正化と称して医療費を下  
げるということです。財務省の主計局が国会  
議員の先生方数百人全員を回り、これにかな  
りの先生方が乗られました。しかし、私達が  
かなり激しく抵抗し、巻き返しを図り、マイ  
ナス1%からマイナス0.25%、財務省の当初  
目標の4分の1で何とか押し止めることがで  
きました。

ただ、それだけではマイナス改定になっ  
てしまうので、左手ではマイナス1%からマイ  
ナス0.25%にしつつ、右手ではプラスになる  
方向を考えることになりましたが、何か旗印が  
ないとプラスが取れません。一番旗印になっ  
たのは賃金を上げることです。看護職員など  
医療従事者の賃金を上げることに對しては、  
総理も全業種に求めたことですから、この錦  
の御旗を味方にして攻め寄りました。財政を  
緊縮させようとする国会議員の先生方も、こ  
こだけはうんと言わざるを得なかったのだ  
です。賃上げ等に対する引き上げ分の1.13%  
に、マイナス0.25%をもってプラス0.88%に

なったというのが全体の内容です。

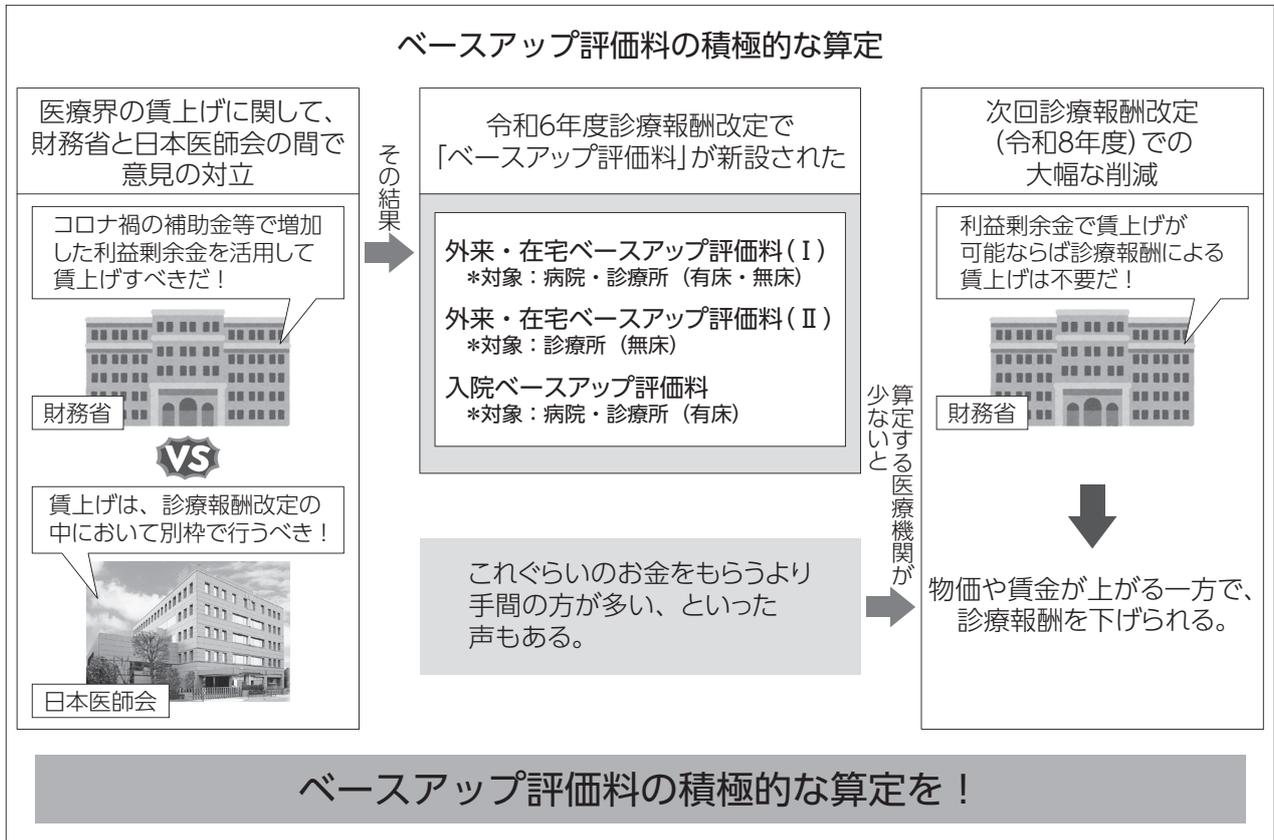
新設された評価料については、ベースアップ評価料は大変だと思いますが、積極的に算定しないと、財務省にあなたの科は裕福だから算定しないのだと認識されてしまう可能性があります。次の展開が見えなくなります。一旦上げたものを下げるわけにはいきませんので、絶対2年、4年、6年と続く加算になります。これを取らないと何年もかかってずっと大損になります。1カ月は僅かな金額だということも重々承知しておりますが、長く積み重ねれば大きな金額になりますので、大変でも算定していただきたいと思います。また、賃上げ促進税制については、しっかりと取っていただかないと、2年後、4年後を考えると非常に不安材料になります。不安材料をうまく利用されて、点数や医療費が下げられる

方向に向かいますので、ぜひこれはしっかりと取るようお願いしたいと思います。(図3)

生活習慣病管理料について、内科の先生にとって非常に厳しい改定になったことは私もそのとおりだと思います。(Ⅱ)の333点については、特定疾患療養管理料225点と外来管理加算52点と特定疾患処方管理加算56点が入っています。通常、処置などの点数を取ると外来管理加算は取れませんが、(Ⅱ)には外来管理加算が含まれているものの、別途処置などが全部取れますので、その点では相当プラスだと思います。

また、併算定できる医学管理等も図4の下線で示したところが取れます。診療情報提供料は(Ⅰ)も(Ⅱ)も取れます。それから、同月の他の診察日の外来管理加算も取れま

(図3)



す。結構大きいのが血糖自己測定指導加算で、これは年に1回500点が取れます。外来データ提出加算も月に1回50点取れます。

(図4、5)

今回、この333点だけを見るとマイナス16点とおっしゃる方もいますが、いろいろなど

ころで点数が取れるようになっていていますので、例えば、一般名処方加算でプラス3点、地域包括診療加算でもプラス3点になっていますし、再診料そのものも2点上がっていますので、実質的にはマイナス10点ぐらいの感じではないでしょうか。ほかにも、注射や採

(図4)

**生活習慣病管理料の主な見直し**

令和6年4月2日 日医発第45号(保険)  
日本医師会常任理事 長島 公之

**生活習慣病管理料(Ⅱ)**

◇今回改定で、特定疾患療養管理料の対象疾患から、「脂質異常症」、「高血圧症」、「糖尿病」が除外され、その受け皿として、生活習慣病管理料(Ⅱ)が新設された。

〔点数設定・包括範囲〕

- ◇点数設定：333点/月1回  
(特定疾患療養管理料225点+外来管理加算52点+特定疾患処方管理加算56点=333点)  
※情報通信機器を用いて行った場合：290点
- ◇本点数を算定する場合、一部の医学管理等が含まれるが、別途、検査、注射、処置など算定できる。  
▶(Ⅱ)は(Ⅰ)より出来高算定できる項目が多い。
- ◇併算定できる医学管理等  
外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、糖尿病合併症管理料、がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料、糖尿病透析予防指導管理料、慢性腎臓病透析予防指導管理料、ニコチン依存症管理料、療養・就労両立支援指導料、プログラム医療機器等指導管理料、診療情報提供料(Ⅰ)、電子的診療情報評価料、診療情報提供料(Ⅱ)、診療情報連携共有料、連携強化診療情報提供料、薬剤情報提供料
- ◇同月の他の診療日に外来管理加算は算定できる。
- ◇血糖自己測定指導加算：500点(年1回)
- ◇外来データ提出加算：50点(月1回)

(図5)

**生活習慣病管理料の主な見直し**

令和6年4月2日 日医発第45号(保険)  
日本医師会常任理事 長島 公之

**生活習慣病管理料(Ⅰ)**

◇従来の生活習慣病管理料が生活習慣病管理料(Ⅰ)に再編された。  
◇生活習慣病管理料そのものの要件であった「少なくとも月に1回以上の総合的な治療管理」は廃止された。

〔点数設定・包括範囲〕(月1回)

- 1 脂質異常症を主病とする場合：570点→610点
- 2 高血圧症を主病とする場合：620点→660点
- 3 糖尿病を主病とする場合：720点→760点

- ◇外来管理加算、医学管理等(糖尿病合併症管理料、がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料、糖尿病透析予防指導管理料、慢性腎臓病透析予防指導管理料を除く)、検査、注射、病理診断の費用は含まれる。
- ◇同月の他の診療日に外来管理加算は算定できる。
- ◇血糖自己測定指導加算：500点(年1回)
- ◇外来データ提出加算：50点(月1回)

血の点数も上がっていますので、そういったことを総合的に考えると、実際にはそこまでの点数減少にはなっていないのではないかと思います。そのあたりはぜひご理解を賜ればと思います。

生活習慣病管理料は（Ⅰ）と（Ⅱ）があって、（Ⅰ）は検査が包括されるのでなかなか取りにくいということはそのとおりかと思いますが、ただ、点数自体が高いので、実は生活習慣病管理料（Ⅰ）で全部通している先生もいらっしゃいます。（Ⅱ）のほうが多いと思いますが、（Ⅰ）も結構いいと思っていらっしゃる先生もいます。

療養計画書については、2回目から4カ月に1回の交付になりました。1回目の6月が非常に大変だったと思います。しかし、それを乗り切ると、次は4カ月に1回になりサインは不要で紙の交付のみですから、次からはかなり楽になるのではないかと思います。概ね4カ月ですので、6月に来た患者さんに対する交付を9月、10月、11月にうまく分散すれば、だんだんなだらかになっていきます。

また、特定疾患療養管理料の対象疾患も残っていますので、ここをうまく考えていただくこともいいのかなと思います。

現場では、生活習慣病管理料（Ⅱ）を取るか、あるいは（Ⅰ）を取るか、あるいは特定疾患療養管理料のほうに残すかということは、恐らく患者さんによって使い分けているのではないかと思いますので、ぜひよろしくお願ひしたいと思います。

それから、初再診料が約20年ぶりに上がりました。初診が3点、再診が2点上がり、外来・在宅ベースアップ評価料は初診で6点、再診で2点ついて、医療情報取得加算もそれぞれ少し変わっております。特に医療DX推

進体制整備加算が、月1回ですが初診で8点取れたのも大きいと思います。再診時の地域包括診療加算も3点アップしています。

### これからの医師会運営

かかりつけ医機能を発揮できるようにしっかりとしていくことと、医師会のいろいろな活動、地域に根差した医師の活動があるということを広く多くの方々に知らせる、特に国民に知らせていくということが重要だと思います。決して医療機関の中だけの話ではなく、初期救急や学校医、産業医、警察医、いろいろな審査会や、予防接種、がん検診、コロナに対する発熱外来やワクチン接種も、みんな医師会が中心となってやっているということを、諦めずにずっと言い続けることが大事かと思っています。

そして、顔の見える関係をきちんと継続していくためにはコミュニケーションが大事です。日医だけの力ではなく、医療界は一体・一丸となることが絶対に必要です。

政府与党とのコミュニケーションも特に大切で、ここにしっかりと力を入れていきたいと思いますし、医療費の財源の問題もしっかりと考えていきたいと思います。

若手医師の方々にも頑張っていただくようなシンポジウム、働き方改革や医療DXも推進してまいります。

ご清聴賜りありがとうございました。またお呼びいただければ、私、あるいはほかの役員を含めていつでもまいりますので、ぜひ一体となって闘っていくことを先生方にお願ひしたいと思います。

（文責：広報委員会）