

令和6年度 第1回各種協議会（医療保険対策協議会）

日 時：令和6年10月 5日（土）16時～18時

場 所：ホテル日航熊本

出席者：平安副会長、山川

1. 開 会

熊本県医師会の川野理事より開会の挨拶があった。

2. 挨 拶

○熊本県医師会 水足副会長

本日は大変お忙しい中、九州各県からご参集いただき感謝申し上げます。

日本医師会から大変ご多忙の中、長島常任理事、急遽今村常任理事にもご出席いただき感謝申し上げます。各県からの提案議題に対するコメント、アドバイスをいただきたく考えている。よろしくお願ひしたい。

今回は、令和6年度診療報酬改定に関する、ベースアップ評価料や生活習慣病管理料等について、九州各県から8つの議題が提出されている。

限られた時間ではあるが、皆様から忌憚のないご意見をいただき、本協議会に実り多きものとなるよう願っている。

○日本医師会 長島公之常任理事

本日はお招きいただき感謝申し上げます。

診療報酬については、各ブロックより多々叱責をいただいている。初めに、診療報酬の改定率がどのように決まっているか、説明させていただきたい。

まず、中医協で改定率は決められない。昔は中医協が改定率に関与していたが、しばらく前に日本歯科医師会の中医協委員が贈収賄問題を起こしたことで対策が講じられた。現在では、内閣が年末の予算編成過程で決定する。厚労大臣と財務大臣が予算の折衝でかなり細かいところまで決めるようになった。今回の改定では、細部にわたって決められた部分がある。具体的には、0.61%をベアに適用する、0.28%が40歳未満の医師などに適用することである。

最大の問題は、-0.25%の処方箋料や生活習慣病管理料の再編に関わる効率化と適正化が求められたことである。これまでは、このように細かく決められることはなかった。中医協ではその枠内でしか審議ができず、快適さを追求することも難しい状況であり、悔しい思いをしている。

特に重要なことは、2年後の診療報酬改定に向けて政権与党がしっかりと財政を確保しなければ、さらに厳しい状況になると考える。来年に向け、釜薙先生をトップに据え、できるだけ多くの票数で当選させて欲しい。よろしくお願ひしたい。

3. 協 議

慣例により、担当県である熊本県医師会の水足副会長が座長に選出され議事に入った。

また、議題1及び3は関連していることから、一括して協議が行われた。

(1) 外来・在宅ベースアップ評価料（I）の届け出に関する実態調査について

（福岡県）

【提案要旨】

令和6年度診療報酬改定において、看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種について賃上げを実施するために、「ベースアップ評価料」が新設されたが、各医療機関からは同評価料に関する説明が不明瞭且つ、説明から届け出までに十分な期間が確保されなかったこと、算定するための事務負担が大きいこと、同評価料だけでは恒常的に賃上げを実施するための財源を確保できないこと等が指摘されている。

このような状況から、本会では、各医療機関における同評価料の届け出に関する実態を把握し同評価料の課題や要望を抽出することを目的に、「外来・在宅ベースアップ評価料（I）の届け出に関する実態調査」を実施した。

8月21日時点における調査結果（回答数：病院175、有床診療所95、無床診療所776の計1046機関、回答率：約28%）では、全体の約58%が「届け出をしている・今後予定している」という状況であったが、施設区分別に見ると、病院は約95%が「届け出をしている・今後予定している」一方で、有床診療所並びに無床診療所の約半数は「届け出をしていない」との状況が明らかとなった。

また、「届け出をしていない」理由としては、「事務作業の負担が大きい」との回答が多く、次いで「次期改定で削除された場合、その後の財源が確保できない」や「同評価料だけでは財源が確保できない」等の回答であった。

その他各医療機関の管理者からは、今回の賃上げの仕組みに対して、賃上げの必要性は理解しているものの、同評価料の継続性に対する不安や曖昧な表現で説明が不十分であること、また、手続きが煩雑であり職種によって不公平感が生じる等といったことから、各医療機関の裁量で賃上げを実施すべきとの意見も多数見受けられた。

本会としては、本調査結果を踏まえ、診療報酬全体を増額し、各医療機関が主体的に賃上げを実施できる仕組みについて検討いただくよう厚生労働省に対し要望したいと考えているが、各県における同評価料の届け出状況や、適切な賃上げのあり方についてお伺いしたい。

また、日本医師会には、各医療機関からの指摘内容はあらかじめ想定されたかと思われるが、今回の改定で賃上げの仕組みとして同評価料が新設されることとなった国での議論の詳細についてお伺いするとともに、届け出をしている・今後予定している医療機関の負担軽減を目的に手続きや実績報告に対する更なる支援並びに簡素化について厚生労働省へ要望していただきたい。

(3) ベースアップ評価料について（佐賀県）

【提案要旨】

令和6年度診療報酬改定では、医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取り組みの一つとして、「ベースアップ評価料」が新設された。

国や日医は説明会を行うなど、算定をすすめる働きかけが行われているものの、施設基準が複雑であることや、届出書の記入方法、算定方法が分かりにくいいため、届出状況は非常に低調な印象である。佐賀県の7月1日時点での届出数は234件（病院81件、診療所153件）で、保険医療機関全体の約35%に留まっている。

賃上げが進む社会情勢の中、医療従事者への対応と人材確保を目的とする本制度の主旨を果たすべく、より多くの医療機関が届出できるよう、施設基準や届出様式の見直しを求める。

各県の現状及び日医の見解を伺いたい。

【各県の回答】

各県ともに、本評価料の届出について、診療所が低調であることが示されるとともに、その理由として、届出が複雑であり事務負担が大きいことや次期改定以降の継続が不明瞭であること、また、同評価料のみでは、職員に支給するベースアップの額を賄いきれず医療機関の手出しが必要となっている等の意見が示された。

また、医療関係職種より、賃金が高い他職種を多く見かけており、人材の流出を防ぐためにも本評価料のような仕組みではなく、本質的な診療報酬の増額や他の財源（補助金等）を活用する等、本質的な収入の底上げを行い、医療機関が主体的な賃上げに取り組むための仕組みを構築すべきではないか等の意見が示された。

【日医 長島常任理事コメント】

国も賃上げを主張している中で、医療界全体からもそれを主張した。その主張の結果であることはご理解いただきたい。

今回、2つの評価が行われたことは成功である。1つ目はベースアップ評価料で0.61%、もう1つは、40歳未満の医療従事者の賃上げで0.28%を確保したことである。どのように成功したかということ、初再診料、基本診療料にうまく溶け込んだことである。財政審は診療所の初再診料を含む基本的な点数を引き下げ、-1%の減少を想定していたが、結果的に上がったことに対し支払側から猛反発があった。しかし、医療機関それぞれの状況に応じて柔軟に採用し、使えるようにすべきという意見を述べ、これを堅持した。

0.61%の評価は、大臣折衝において完全にベアとして明記された。そのため、ベースアップ評価料という名称は使用せざるを得ない状況であった。また、財務省や支払い側は、医療機関がきちんと賃上げに使うかどうかを信用しておらず、どの職種にどれだけ使用したかを反映しなければ、上げさせないという縛りである。前回改定の看護師の処遇改善に類似した対応が取られた形である。日本医師会としては、患者の増減による要件は、そぐわないという主張をしたが、このような状況になった。0.61%を上げるためには、ある程度の条件を認めなければならなかったと考えている。

本来は、補助金や基金、税制により上げるべきであるということは、日本医師会も同じ考えである。しかし、財務省との交渉は甘くできない。最初は厳しく対応し、後から緩和することが重要であると考えている。

ベースアップ評価料については、日本医師会としても説明を工夫し、メディアを通じてわかりやすく情報を提供してきたが、まだ会員に十分に届いていないことは承知している。また、医療機関の持ち出しが出てしまうという声が上がっているが、これは間違いである。ベースアップ評価料のみで得た費用をその分だけ、対象職員に配分していただければ良い。もちろん、国としてはそれ以上の賃金アップを望んでいるが、必須ではない。そのため、給与規定に関する事等、これまで最もシンプルなプランを提案しているところである。ビデオでの解説等も行っているため、ご確認いただき、ぜひご活用いただきたい。

福井県医師会が診療所の50%以上で取り組んだ実績もある。やり方によっては診療所の届出が50%を超えるのでぜひ、ご協力をお願いしたい。厚労省も届出の簡素化に取り組んでおり、限りなく削ってもらい、さらに削減できる部分を探している。各都道府県医師会とも協力し、最低でも50%以上の診療所での取り組みを目指したい。

2年後、4年後の継続に関しても懸念があるが、診療報酬制度は継続するという国の方針がある。介護報酬における処遇改善加算も継続されているため、医療においても同様の対応が考えられる。今回の取り組みがより使いやすい形で継続されるよう、しっかりと交渉を続けていくが、交渉を有利に進めるためには、届出の数を増やすことが重要である。

(2) 生活習慣病管理料について（鹿児島県）

【提案要旨】

令和6年度改定で、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（Ⅰ）（Ⅱ）が新設された。

従来、脂質異常症、高血圧症、糖尿病を主病とする患者に特定疾患療養管理料を算定していた医療機関では、生活習慣病管理料を算定する際の療養計画書の作成が負担となっている。

日医役員の先生方のご尽力により、今回の改定で療養計画書様式の簡素化や患者への交付頻度が少なくなっているが、改定以前に生活習慣病管理料を算定していた医療機関はごく少数であり、大多数の医療機関ではそのメリットを感じづらい。

療養計画書作成にあたり、初回は身長や体重の測定、患者への説明・署名をもらうことなど、一人医師のクリニックでは負担が大きく、患者の待ち時間も増えていると聞く。また、特定疾患療養管理料は月2回の算定が可能だったが、生活習慣病管理料は月1回しか算定できないため、負担に見合っていないという意見も出ている。

当該管理料に対し、各県医師会における実情や会員からの意見があればお伺いしたい。

日医には、中医協等において次回改定では現場の実情に沿った簡略化がなされるよう主張していただきたい。

【各県の回答】

各県ともに、提案県に同調し、療養計画書の作成や患者のサイン等の業務の負担増、また、人員配置の困難さや患者の待ち時間が長くなりクレームが出ていること、結果として診療報酬が減少した等の意見が会員施設から上がっている旨の意見が示された。

【日医 長島常任理事コメント】

生活習慣病管理料が狙い撃ちされた背景は、大臣折衝によるものである。突然出てきたわけではなく、これまで支払側や財務省から様々な疾患に対する管理料や指導料が重複しているものがあるのではないかと疑問視されていた。中医協の議論では、併算定に指摘するどころか、外来管理加算の廃止が提案された。それに対しては、到底容認できないと強く反発した。これまで指導料や管理料を設置する際には、目的や趣旨が明確にされ、その後も適切に変更が加えられてきたこと、医師が患者の状況に応じて最適なものを選択しており、医療費の効率化につながっている可能性があることを主張した。今回、-0.25という割合を確保する必要があるため、ある程度大きく取れる部分が狙われた。内科が狙い撃ちされたとなっているが、前から狙われていた部分であることと、眼科、耳鼻科、整形外科なども検査療法等の削減が行われているた

め、全体的に削減の影響が出ている。今回の改訂で、生活習慣病の管理再編が行われ、薬剤の管理加算や外来管理加算が取れなくなったとされているが、中に入っただけである。実際は取っている。併算定をなくしたと言える。しかし点数は下がっていない。ある意味で巧みに対応したと考えてよい。生活習慣病管理料Ⅰ、Ⅱは、手間が同じである。適切にぜひⅠを取っていただきたい。

また、特定疾患療養管理料の算定要件を満たしている患者であれば、医師が適切と判断した場合、その管理料を選択することが可能である。4月2日時点で、文書で通知している。

今後は、手間の軽減が図られる可能性が高く、例えば6月の負担は一度作成すれば次回以降は一部変更するだけで済むこと、概ね4ヶ月に一度の更新であるため手間が軽減されると考えられる。

全体的に見れば、医師が詳しく説明することで、患者にとってもメリットがあり、マイナス面だけではないと考えている。

(4) 医療機関と介護保険施設等の連携の推進に係る加算について（宮崎県）

【提案要旨】

今回の診療報酬改定で、介護保険施設等の入所者の病状急変時において、当該介護保険施設等の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関が施設入所者を入院させた場合に「協力対象施設入所者入院加算」が新設され、また、往診を行った場合には「介護保険施設等連携往診加算」が新設された。

施設基準としては、医師がICTを活用して当該患者の診療情報及び病状急変時の対応方針を常に確認可能な体制を有していること、かつ、介護保険施設等と協力医療機関において年3回以上のカンファレンスを実施すること、または月1回以上のカンファレンスを実施すること等が定められている。更に入院加算の場合には、介護保険施設等の入所患者が入院できる病床を常に確保していることも要件となっている。

これは、今後の要介護人口の増加に伴う医療と介護サービス連携の推進を目指したものである。新たな対応の必要性は理解できるものの、これまで以上に密な連携を求められており、算定する医療機関は困難を伴うと思われる。各県における連携の実態と、算定をした医療機関での好事例があればご紹介いただきたい。また、日本医師会の見解もお伺いしたい。

【各県の回答】

各県ともに、届出率が低く、好事例については把握していない旨の意見が示されるとともに、その理由として、算定要件のハードルが高いことや認知度が低いこと等が示された。

一方で福岡県においては、届出率は少ないものの、医師のICT活用としては、地域医療情報連携ネットワーク「とびうめネット」の「多職種連携システム」が利用できると考えており、今後も当該システムを活用した医療機関と介護保険施設の連携推進を図っていきたいとのことであった。

【日医 長島常任理事コメント】

背景として、コロナ禍において介護保険施設系の事業者が感染した際、受け入れ先が見つからず大変苦勞した事例が多くあった。その結果、施設内でクラスターが発生する事態が頻発した。これを踏まえ、今回の改定では、介護報酬の観点から介護保険施設が協力医療機関を定めることが、これまでは努力義務とされていたが、今回は義務化された。

もう一つの背景として、6年に一度の介護報酬と医療報酬の同時改定があることが挙げられる。前回の改定時には介護報酬を担当していた課長が医療・介護連携に強い思いを持っていたことも影響している。今回の改定では、介護施設側から協力医療機関の協力を求められた場合、その協力が「望ましい」とされており、義務では

なく努力義務として正式に盛り込まれている。もし協力医療機関となる場合、医療機関側にもそれなりの負担がかかるため、適切な評価やインセンティブが必要である。

医療と介護の連携を裏付けるものとしては、カンファレンスがあるが、月に1回のカンファレンスは非常に大きな負担である。しかし、ITの進展により、各都道府県では地域医療連携ネットワークが進展している地域もあるため、これらを活用すれば、毎月のカンファレンスではなく、年に3回程度の実施で十分であるとされている。

このように、医療側では義務化が進んでいる一方、介護側は努力規定にとどまっておき、評価やインセンティブの設定が求められている。新しい取り組みがどれほど普及するかは不透明だが、現状では厳しい条件のもとではあまり多く算定されていない。そのため、今後2年後には要件を緩和し、広がりを持たせる必要があるとの意見があり、日医としてもこの方向性に向けて検討していきたいと考えている。

（５）時間外の選定療養費について（沖縄県）

【提案要旨】

ご承知のとおり、厚生労働省が定める「特別の料金」いわゆる選定療養費に関しては、1) 特別の療養環境の提供、2) 予約に基づく診察、3) 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間における診察、4) 病床数が200以上の病院について受けた初診（紹介状がある場合や緊急その他やむを得ない事情がある場合は除く）等、条件を満たせば徴収することが認められている。今回は3) の、いわゆる時間外の選定療養費の取り扱いについて各県の状況を確認したい。

本県は救急告示病院にてほとんどの時間外の外来患者を受け入れており、ER型の救急医療体制の元で、全県を挙げて「断らない救急医療」を堅持してきた経緯がある。しかしコロナ禍での感染症蔓延時の救急医療のひっ迫、一部の診療所で通常診療の受入れが制限されたこと等、複数の要因により救急告示病院での1次救急の需要が増大し、救急医療全体を圧迫する状況となっている。それに加えて季節性インフルエンザの流行や昨今の猛暑による熱中症患者の急増等により、さらに救急医療が逼迫する状況が続いている。このままでは、救急医療が崩壊してしまうのではないかと危惧しており、これまでの救急医療提供体制の見直しと共に、県民の不急な救急外来の受診を抑制するための一つの方策として、選定療養費の徴収について慎重に検討を進めたいと考えている。

時間外選定療養費に関しては、まずもって住民に十分な理解を求めることが重要であるが、軽症の判断の問題を始め様々な課題がある。また、時間外選定療養費の徴収については最終的には医療機関の判断に委ねられるところでもあり、行政や医師会が指示して行うことはできないが、足並みをそろえた対応でないと実効性が乏しくなるのも明らかである。

救急医療の現場からは早急な意見交換や対応を求める声が出ており、今後県医師会としてどのように取り組んでいくか、どこまで介入すべきか思案しているところである。

そこで、九州各県の時間外（救急外来）選定療養費徴収についての現状や課題、また、日本医師会の考えをお伺いしたい。

【各県の回答】

各県ともに、医師の働き方改革や高齢化等の要因により、救急医療の逼迫に対する危惧は、提案県同様に感じていることが示された。また、時間外の選定療養費の導入に前向きな意見が示されると同時に、救急医療への適切な受診については行政の責任で行うべきであることや本来受診すべき患者の受診も抑制されてしまう可能性も否定できず、慎重に検討すべきとの意見が示された。

【日医 長島常任理事コメント】

保険医療機関が表示する診療時間以外の時間における診察として、緊急性はないが患者が自己の都合により時間外受診を希望した場合については、「特別の料金」を徴収することが認められている。このとき、「緊急やむを得ない事情」か否かの判断が難しいと考える。たとえば、患者本人が非常に不安を感じる場合や、軽微な症状であっても出血などが生じたときは、本人は大事と感じ、緊急性を主張することがある。しかし、診断の結果、軽症であったとしても、患者自身はその判断が難しく、緊急でないと感じることが多い。実際、こうした状況は非常に頻繁に見られる。そのため、緊急性の有無を判断するのは医師にとっても非常に困難であり、その結果として、患者が診療費の追加徴収に対して不満を抱くこともありうる。またその際、診断を下した医師に対して悪感情を抱く可能性もある。判断が難しいことから、特定の医療機関だけでこの問題に対応するのは非常に困難であり、一定の基準に基づいた対応が求められる。

三重県松阪市では、既に6月からこの問題に対応するための取り組みが始まっており、茨城県でも12月から徴収方針を発表していると聞いている。松阪市では出動件数が前年度比で22%減少するという結果が出ているが、具体的な内容や効果、トラブルがあったかどうかはまだ詳細に把握できていないため、今後も注視していく必要がある。

こうした取り組みを進める際には、患者の不安や地域住民の要望に対してもきちんと対応することが求められる。医療機関としては、患者への説明や適切な医療の提供を徹底し、トラブルを未然に防ぐことが重要である。地域の救急医療の逼迫は非常に重要な問題であり、慎重に進めるべき課題であるため、引き続き注視していく所存である。

(6) 有床診療所在宅患者支援病床初期加算について (大分県)

【提案要旨】

本加算は介護保険施設等又は自宅で療養を継続している患者が、軽微な疾患で入院医療を要する状態になった際に、有床診療所が速やかに患者を受け入れる体制を有していること、および「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、入院時に治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援（以下 ACP）を行うことにより、自宅や介護保険施設等における療養の継続に係る後方支援を評価するものとして設定された。（150点/日21日、300点/日21日）

しかし令和5年9月頃より、ある保険者が本算定要件の ACP の必要性の部分を指摘して、入院中の主として若年者など ACP が必要な状況ではない患者に関しては本加算の適応外として多数の査定を行った事に端を発している。当県の審査支払基金ではかかる状況について当初は本加算を算定している医療機関に対して、ACP の必要性について詳記を求めるために返戻を行い、詳記がある場合は査定は行わない方針であった。

このため医療機関からの要望が強く、その後発出された疑義解釈でも ACP に関しては（抜粋）「患者の年齢や疾患に関わらず、意思決定に対する支援が必要な患者であって、医師の医学的判断による」とされた。しかし本件に関しては審査機関のみならず、保険者による査定などが未だに鎮静化しておらず、多くの医療機関は本加算の算定を抑制する向きもある。本件のよう加算の本来の趣旨を逸脱し、やや拡大解釈による査定が横行することは憂慮すべきで、医師会として統一かつ毅然とした対応が必要と考える。

各県及び日医のご意見を賜りたい。

【各県の回答】

各県より、提案県と同調し、疑義解釈が発出されているにも関わらず、年齢のみで加算の要件を満たしていないと判断されることへの懸念や在宅医療の需要を支える重要な役割を担う有床診療所に対する安定した算定環境を整えていただきたい旨等の意見が示された。

【日医 長島常任理事コメント】

結論から伝えると、9月26日に新たな解釈が発表され、これにより、状況が大幅に改善することを期待している。

まず、今年の3月28日に疑義解釈が発出されている。最後の「患者の年齢や疾患に関わらず、意思決定に対する支援が必要な患者であって、医師の医学的判断によるもの」という部分のみを解釈していただければ良かったが、その前の例示に引張られる形となっている。「算定要件は、例えば、症状の持続期間が数日から長くても2,3か月と予測される場合や、慢性疾患の急性増悪を繰り返し、予後不良に陥る場合、あるいは脳血管疾患の後遺症や老衰等、数か月から数年かけて死を迎える場合など」とい

う部分が影響している。本来進めたかった対応が最後の部分のみであったが、この文言の影響で、むしろ厳しくなったとの声も上がっている。

この文言については、厚労省と有床診療所連絡協議会が相談し、「これで大丈夫だ」と判断した上で発表されたものである。しかし結果として、上手くいかなかったという経緯がある。これらを踏まえ、9月26日に新しい解釈が発表された次第である。今回の疑義解釈においては、「意思決定に対する支援」について、人生の最終段階における医療ケアの決定に関する支援のみを指すわけではなく、患者の年齢や疾患に応じて医師の医学的判断により、入院時に治療方針に関する意思決定支援が必要な患者に対し算定できるものと示されている。

何かあれば、このQ&Aをお示しいただきたい。

(7) 生活習慣病管理料（Ⅰ）における包括項目はこれでいいのか（長崎県）

【提案要旨】

今回の診療報酬改定の目玉は、生活習慣病3疾患（高血圧、糖尿病、脂質代謝異常症）を特定疾患療養管理料の対象疾患から外して、生活習慣病管理料としたことである。生活習慣病管理料（Ⅱ）は月1回の特定疾患療養管理料に外来管理加算と特定疾患処方管理加算を合算したものであり、生活習慣病管理料（Ⅰ）は検査料と診療情報提供料を包括した点数となった。

月に2回特定疾患管理料を算定していた医療機関においては、減算になる事を考え生活習慣管理料（Ⅰ）を算定しているところもあると考える。

しかるに、包括とされる検査料には、生活習慣病管理と全く関係のない血液検査、内視鏡検査、腹部超音波検査、ウイルス抗原検査等も含まれる。

生活習慣病管理料は、生活習慣の改善を求め、重症化を防ぐことが目的であるとされている。

生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定することで、毎月の窓口支払いが一定となり、患者にとっては受診の際の金銭的な安心につながる。また、異常値のある検査を頻回に行っても負担が増えないので医療機関としても検査をやりやすくなり、目的とする生活習慣病の重症化を防ぐことが可能になると思われる。

しかし、その一方では、多くの高齢者は生活習慣病以外の複数の疾患も併せ持っていることが多い。かかりつけ医として、複数の疾病を治療する医療機関においては、生活習慣病以外の疾病管理を行うことが困難になるのではないかと危惧する。また、その結果、生活習慣病以外を他医療機関で診てもらおうように回すことは医療経済上大きなロスになると思われるし、ましてや、診療情報提供料も算定できない。

生活習慣病管理を包括の診療報酬で行うことに強く反対しないが、果たしてこれが高齢者医療にとって良いことであろうか？政府が進めようとする「かかりつけ医」制度にはむしろ逆行するのではないかと考える。

日医のご意見をお伺いしたい。

【各県の回答】

各県ともに、提案県に同調し、複数の疾病に対する検査について包括されると診療継続に支障が出ることや高齢者においては、多臓器に疾患を抱えていることが普通であり、生活習慣病以外の疾患により体調を崩すことも多く、検査に制限があることによる他専門病院への紹介等、対応に苦慮することになるとともに、医療経済的な無駄が生じかねない等の意見が上がった。

【日医 長島常任理事コメント】

従来の生活習慣管理があまり算定されなかった一つ目の理由は、自己負担が大きくなるため、患者にそれを求めることが難しいということがある。二つ目は、包括的なことがあると考える。疾患の状態によっては包括点数を超えてしまうことがある。あ

る意味、これに対応するために新たに設けられたものが、生活習慣病管理料Ⅱであり検査等は出来高となる。一方で、包括という考え方については、簡単にコントロールでき、一旦上げてその後に下げられるという可能性があるため、要注意である。また、包括の考え方としても、生活習慣病管理料は、生活習慣病のみで評価されるべきであり、全く関係のない要素までフォーカスされるのは理屈としてもおかしいと考えるため、今後厚労省に対して改善を求めている。現時点でも、医学管理等で併算定が可能な例外なものはいくつかあり、そのような観点から拡大が可能かどうかを検討することが求められる。今後の期中で対応可能なことがあるか、あるいは2年後の改正時に取り組むべき課題として、これからしっかりと検討していきたい。

(8) 電子カルテ情報共有サービスについて（熊本県）

【提案要旨】

今回の診療報酬改定において医療DX推進体制整備加算が新設された。その中で令和7年9月30日までに整備すべき項目として、施設基準は「国等が提供する電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制が整備されている」とされているが、国が提供する電子カルテ情報共有サービス（2文書6情報）とされる要件を満たすための導入費用を当院で見積もりを行ったところ導入費用は約940万円であった。

今回のシステムには、国からの補助金が用意されているが、1/2補助であり、上限が健診未実施医療機関の場合は約400万円で医療機関の負担になる金額が高額であった。

加算は令和7年9月30日までの経過措置までに検討することとしているが導入をあきらめ、加算を取り消すべきかと考えており、同様に考える医療機関も複数あるのではないかと。

このような状況であれば、本来の目的である医療DXは遅々として進まないかと危惧している。

また、医療機関が数多の電子カルテベンダーに食い物にされているのではないかと臆測してしまう。

医療DXを推し進めるためには、導入費用を加算で補うのは財源の問題からは難しいと思われるので、安価で導入できる対策を日医主導で行うことはいかがかと考える。

日医の見解と今回の補助率の根拠についてお伺いしたい。

【各県の回答】

各県ともに、提案県に同調し、医療DXの推進による経費負担が医療機関に強いられ、安価に導入できる仕組みを求めるとともに、電子カルテのベンダーが限られていることによる価格競争の少ない現状の是正を求める意見が示された。

また、将来的に電子カルテの導入が避けられない状況になると認識され、これらが困難な医療機関が閉業してしまうことの懸念や紙カルテを使い続けても行える医療DXを示しているが、これがどのようなものなのかを求める意見が上がった。

【日医 長島常任理事コメント】

国の会議で強く主張している内容をここで述べさせていただく。紙カルテを使用する医療機関が今後も事業を継続できることが大前提である。また、紙カルテを使っている医療機関でも、さまざまな情報共有ができるようにすべきである。つまり、医療DXの目的は電子カルテそのものではなく、それは単なる手段に過ぎない。何のための手段かという、さまざまな医療情報を共有しやすくするためのものであり、電子カルテを導入することでそれが容易になるというだけである。したがって、紙カルテでも情報共有が容易になるのであれば良い。実際、ID-LINKやヒューマンブリッジとい

った地域医療連携ネットワークを使い、情報共有が可能になっている。パソコンの画面上で患者の他の医療機関における検査結果や画像を見ることができる。私自身も実際にそのように活用している。他の医療機関の情報をレセプトコンピュータ（レセコン）の機能を少し追加するだけで、紹介状や必要な情報提供が負担なくできるようになっている。

具体的にどう進めるかという点、国が進めている標準型電子カルテがあるが、カルテとして使わなくても、情報を見る機能や情報提供する機能だけを利用することができる。全機能を使わなくても、必要な部分だけを活用できる仕組みが整いつつある。見やすい画面構成で、情報提供や閲覧に特化した機能を持つ電子カルテが導入される方向に進んでいる。

標準型電子カルテの利点は、オンライン資格確認や電子処方箋の機能が統合され、医療機関の負担を減らすだけでなく、安価にこれらの機能を活用できる点である。現在この方向で進んでおり、標準化された電子カルテが導入されれば、対応が容易になると考えている。

しかし、現状では医療DXの本来の目的である「国民患者への安心・安全で質の高い医療の提供」や「医療現場の業務・費用負担の軽減」が十分に達成されていない。これを改善するために、標準型電子カルテの導入やクラウド化が推進されている。現時点では、医療機関が独自にベンダーと契約して対応しなければならない状況が続いており、導入負担が大きい。標準化が進むことで、医療機関の負担も費用も大幅に軽減されると期待されている。

医療DX推進体制整備加算についてである。要件としては、電子処方箋等の項目があるが、現時点では、導入時期も含め、全て記載しなくても大丈夫である。記載すべきことは、電子請求、オンライン資格確認、オンライン資格確認を利用した情報を診察室で確認できるかどうかである。電子カルテである必要は全くない。事務室で印刷し、それを診察室で確認できればそれで良い。体制が整備出来ていれば良い。もう一つは、このような体制を整えていることを院内掲示しなさいとなっているが、これも厚労省と日医で作成したポスターを掲示するだけである。そのため、これらはほぼ全ての医療機関で整うのではないかと考えている。

ただし、10月からマイナ保険証の利用実績が要件に入ってくる。3段階の点数となっており、一番低い点数（8点）を取ろうとしても、5%以上の要件が必要である。7、8月の全国の平均を見ると、全体で12.43%、病院で約20%、診療所でも10%を超えている。おそらく7割くらいの医療機関が5%を既に超えているのではないかと考えている。

一方で、来年3月で電子処方箋に関する経過措置が終了する。そこで導入していなければ、要件を満たしていないことになるが、中医協における付帯意見として、今後の電子処方箋や電子カルテの導入状況を見ながら決めていくことが示されている。その時点で導入率が極めて低ければ、当然経過措置を伸ばすということを要望していきたいと考えている。厚労大臣が公的医療機関に対して強い要請を出しているが、それ

でも達成が難しい現状である。日本医師会としても、もっと現実的な目標を設定し、経過措置の延長を強く求めたい。特に紙カルテを使用している医療機関が事業を継続できなくなることは絶対に避けなければならないと強い決意で最初から取り組んでいる。そのように、会員の先生方にもお伝えいただきたい。

4. 閉 会

以上