

九州医師会連合会委員・九州各県医師会役員合同協議会（報告書）

日 時：令和 6 年 11 月 16 日（土）10：00～12：00

場 所：ホテル日航熊本

出席者：田名会長、稲田副会長、大屋常任理事、涌波常任理事、
玉城常任理事、稲富理事
事務局（上原局長、崎原次長、徳村課長、大田、
田畑、赤嶺）

1. 開 会

2. 九州医師会連合会長挨拶

福田稠（熊本県医師会会長）

九州医学会や九州医師会連合が発足した当時の歴史に触れると、東京帝国大学の教授や熊本医科大学学長を務めた産婦人科医の山崎正董先生がいらっしやった。

山崎先生が逝去した昭和 25 年当時の講演原稿の中で、明治から大正にかけての開業医は大変勉強熱心で海外留学する人もいたとの話や、当時は開業医と大学・病院が協力して地域医療を行っていたとの記述があった。さらに、医師会加入時には「解剖承諾書」を提出しなければならなかったとのエピソードも紹介されていた。

山崎先生は、開業医が地域医療や医療・医学の向上のために頑張らなければいけないとのメッセージを残している。

この後、松本吉郎会長による中央情勢の報告と 4 県の医師会からの質問への回答がある。また、特別講演にもぜひご参加いただきたい。

3. 座長選出

慣例により九州医師会連合会長の福田稠会長が座長に選出され講演に入った。

4. 講演

「中央情勢報告」 日本医師会会長 松本吉郎 先生

松本吉郎 日本医師会長より、中央情勢報告があった。

1. 国民医療を守るための総決起大会

- 財務省が国民の健康や命を守るための社会保障を軽視する動きがある。この状況に対して医療業界は引き続き強く訴える必要があり、11 月 22 日（金）に総決起大会を行い、賃上げや物価高騰への

要望を行う。

- コロナ禍以降、外来患者が減り、病床稼働率も減っており、医療機関の経営状況が悪化している。医療機関の経営改善に係る支援を要望するとともに、特に産科・小児科等への支援を要望していく。また、賃上げや物価高騰への対応も急務であり、診療所の施設整備や医師のリカレント教育などについても、医療サービスの維持向上に向け予算要望を進めている。

2. 組織強化

- 昨年から医師会の会員数が増加し、昨年の時点で17万7,000人を突破した。1年間で2,000人以上の増加を達成したのは20年ぶりである。さらに会員数を増やし、医師会として声を上げ、特に国会や政府にその声を届けるためには、国会議員に協力いただくことが必要不可欠である。選挙で医師の立場を支持する議員を応援することが重要であり、また、参議院比例区での得票数も大事になってくる。
- MAMIS（医師会会員情報システム）は10月3日に公開され、徐々に広がりつつある。これにより、入退会だけではなく、認定産業医や健康スポーツ医の研修にいかされ、医師年金や生涯教育の管理も進めていく予定としている。
- 医療界の一体感が重要であり、財務省が医療界を分断しようとする中で、医師会は一丸となって責務を果たせるように取り組むことが大事である。また、医療提供体制の見直しに当たっては、地域の実情を考慮しつつ、既にある現状を発展させる必要がある。
- また、国会議員に対する働きかけを強化し、医師の立場を訴えていく。総理大臣や官房長官、大臣や政務官、幹事長等との連携を深めており、今後は野党との接点も持ちながら意見を伝えていく。

3. 診療報酬改定

（1）改定率

- 財務省の財政制度等審議会は、医療費削減を目的に診療報酬の削減を主張してきた。特に初診料や再診料、外来管理加算や特定疾患療養管理料、処方箋料中心に削減を狙っていた。
- これに対し日本医師会は初診料、再診料、外来管理加算の引き下げは阻止できたが、特定疾患療養管理料と処方箋料の引き下げは完全に阻止することはできなかった。

- 対象となる患者のうち、6割程度が生活習慣病管理料Ⅰ・Ⅱへ移り、残りの4割が特定疾患療養管理料のまま残ったが、月に2回から月に1回の算定となったため、経営に影響しているのではと推測する。
- 国民負担を増やさないという政策が足かせとなり、令和6年度の診療報酬改定の議論は非常に厳しい戦いを強いられた。改定結果は、診療報酬の増加が0.88%となり、生活習慣病関連の管理料や処方箋料が引き下げられたことが影響している。日医として一貫して初診料・再診料の引き上げや入院基本料の引き上げを主張し続けており、これは一定程度実現できたと評価している

（2）令和6年度改定のポイント（外来）

- 初診料や再診料が上がった部分もあるが、特に初診料は平成18年から下がったままで、その後あまり変動していない。
- 今回の改定で、新設された「生活習慣病管理料Ⅱ」では、外来管理加算が包括される形で333点算定でき、別途、検査、注射、処置などが算定できる。また、それほど検査が必要ない患者については「生活習慣病管理料Ⅰ」にて算定ができ、少しずつこちらに移る医療機関が増えてきている印象である。
- 診療の中で、患者の状態や必要な管理に応じて点数を適切に選ぶことが重要であり、これを戦略的に行うことが求められる。
- 療養計画書は開始当初は苦勞されたと思うが、概ね4ヶ月に1回の交付とされているため適宜対応いただき、また簡素化もされているため、引き続き患者の状態に応じて柔軟に対応をお願いしたい。

（3）令和6年度改定のポイント（入院）

- 高齢者の急性期医療においては、急性期病棟で治療が完了した後に機能が低下することが多く、これに対応するためにリハビリテーションが必要となるが、急性期病棟では、リハビリを十分に行えないという指摘がされている。
- 地域包括ケア病棟の増加に伴い、令和4年の改定の際に、在宅復帰率や自院からの転棟割合等を見直す必要性が示唆され要件が厳しくなった。令和6年度改定でも引き続き、当該病棟に求められる3つの役割（ポストアキュート、サブアキュート、在宅復帰支援）に変更はない。

- 病院が DPC を使用している場合、入院日数が長くなると点数が減少する。今回、地域包括ケア病棟入院料も 41 日以降になると点数が下がることとなったため、患者さんの入院先の管理を戦略的に考えていくことが相当求められている。今後も、在宅復帰や退院に向かいやすくするよう、時間が経てば点数を下げていく方法が常套手段になっていくと考える。また、在宅復帰率のわずかな差で入院料・管理料の区分が変わってくることから、在宅復帰率が病棟の死命を制することになる。
- 今回の改定で、地域において高齢者を中心とした救急患者等を受け入れる体制を有し、かつ、入院中のリハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に提供できる病棟「地域包括医療病棟入院料」が新設されたが、なかなか要件が厳しい。早期にリハビリを開始し、できるだけ早く在宅復帰を促すような内容となっている。
- それぞれの医療機関の状況に合わせて、急性期一般病棟入院料や地域包括ケア病棟から一部またはすべてを地域包括医療病棟へ転換していくことが想定されている。

(4) 賃上げに向けた評価

- 賃上げについては初再診料で適切に評価すべきだが、支払い側や財務省の要求により評価料の形式が採用されている。
- 国の掲げる目標+2.5%のベースアップは協力願いであり算定要件ではない。医療機関の持ち出しは必要ない。
- この仕組みがあまり良くないことは理解しているが、次回改定に向けて、できるだけ多くの医療機関で届出と算定のご協力をお願いしたい。

(5) 医療 DX

- 医療 DX について鹿児島県医師会より質問があるが、これに対し日本医師会は、関連する費用は全額国が負担すべきであると主張してきた。今後もそのように要望を続けていく。
- 医療 DX は患者に寄り添った医療現場の変革を目指しており、誰一人、日本の皆保険制度から取り残されることなく医療制度が変革されるべきである。予算の確保や人材育成が重要である。
- また、長崎県医師会より質問があった件についても、紙カルテの使用を続けても問題はないと考えている。特に地域の高齢医師が診

療所を閉じることがないよう、紙カルテを使いながら医療 DX のメリットを享受できる仕組み作りが重要である。

- マイナンバーカードを使った健康保険証の利用は必須ではない。今後も資格通知書での保険診療が可能であることが広報され始めている。しかしながら、会員施設においては、ぜひマイナ保険証利用率を上げ、医療 DX 関連の点数を加算できるようお願いしたい。

(6) 長期収載品の処方等に係る選定療養費

- 財務省は医療費削減のために、薬剤の自己負担を増加させることを提案している。今回の改定では、長期収載品に関しては、後発薬品との差額のうち4分の1相当を患者が負担することとなった。
- また、財務省は医療費削減を目的に OTC 医薬品を活用しようとしているが、これは日本医師会として強く反対している。軽症の段階から医療にアクセスし、適切な医療を提供することで、重症化を防ぐことが大事である。
- 日本医師会としてセルフメディケーションの考え方自体には賛成だが、医療費削減を目的にこれを推進することには反対している。
- 日本の製薬業界には弱小メーカーが多く、また海外情勢や原薬の供給問題も絡んでおり、これが医療用医薬品不足に大きな影響を及ぼしている。サプライチェーンの問題は国の責任として解決すべき課題である。

4.3 つの報告制度

(1) 病床機能報告

- 病床機能報告制度は、病院が地域医療構想に基づき、自施設の病床の機能（急性期、回復期、在宅支援など）を報告する制度である。これにより、医療資源が効率的に分配されることを目指している。
- 病院の集約化（病床数の削減）や統合が進められる中で、医療機関はその機能を明確にし、適切に運営していく必要がある。
- 新たに始まった外来機能報告では、紹介受診重点医療機関の概念が追加された。これは患者が専門的な治療を受けるために、紹介状を持って他の医療機関を受診する仕組みである。これにより、病院の外来機能やどの医療機関がどの機能を持つかが明確にされ、効率的な医療提供を期待している。
- かかりつけ医機能報告制度は、診療所や中小病院が対象で、在宅医療や地域での基盤的な医療提供を担う施設の機能報告を行うもの

である。これは、地域完結型の医療提供を推進する一環で、地域医療と介護の連携が強化されることを目指している。

- 地域医療構想は、病院だけではなく、かかりつけ医機能や在宅医療を含めた総合的な医療体制の構築を目指している。病床の集約化と分散化のバランスが問題となっており、集約化を強調する意見に対しては反対の立場である。医療機関は地域の実情に応じて自らの役割を考え、柔軟に運営すべきである。
- 医療機関の機能が明確に報告されることによって、急性期や回復期、地域包括ケア病床など、各施設の役割が把握しやすくなる。しかし、単純な数字だけで議論することに対しては疑問であり、病床数だけではなくその機能に注目すべきである。
- 地域によって医療資源の分布や必要性が異なるため、それぞれの地域特性に応じた医療体制を構築することが重要である。大都市と地方では必要とされる医療の規模や種類が異なるため、地域ごとの適切な医療資源の配置を進めるべきである。
- かかりつけ医機能報告などは、医療機関に規制をかけるものではなく、医療機関自身が適切に報告し、その後の医療体制を調整するための基盤となるべきである。
- 日本医師会は、回復期病床や地域包括ケア病床を含む医療・介護の連携を重視しており、特に介護老人保健施設は医療と介護の両方を持つ施設として重要な役割を果たしている。
- 大学病院などは、より高度な医療機能を持ち、複数の医療機能を担うことが多く、とても重要である。

（２）外来機能報告

- 外来機能報告は、特定機能病院や地域医療支援病院など、大規模な医療機関が外来で行う機能について報告する制度である。特に患者がかかりつけ医から紹介状を持って受診することを奨励し、紹介受診がスムーズに行われるようにすることが目的である。
- 紹介受診重点医療機関は、外来で高度な治療（例：化学療法や重症患者の治療）を行う医療機関のことを指し、かかりつけ医からの紹介と逆紹介による横の連携を強化することが目的である。これにより、地域の基幹病院や診療所との役割分担が進み、効率的な医療提供が期待される。
- 当初、外来機能報告がすべての病院（200床以上）に広がる方針があったが、その範囲は200床以上の病院にとどめることが決まっ

た。この決定は当時の担当者が反対した結果として 200 床以上の病院に限定された。

- 地域医療支援病院と紹介受診重点医療機関は似たような機能を持っているが、完全には一致しない。例えば、地域医療支援病院が紹介受診重点医療機関に該当しないこともあり、両者は重なりあいながらも異なる役割を持っている。そのため、紹介受診重点医療機関としての役割を持つ病院には、紹介状を持参した患者の受け入れに対する報酬が別途設定されており、800 点がつけられる一方で、地域医療支援病院には入院初日に 1,000 点がつくという違いがある。
- 現在、全国で 1,000 を超える紹介受診重点医療機関が存在しており、九州にも一定数の医療機関が登録されている。これにより、外来医療の機能が大きく転換しており、今後は更に連携が重要になってくる。
- 外来機能報告の取り組みは、医療機関間での「横のつながり」を強化し、患者の紹介受診や逆紹介を促進することで、効率的な医療の提供を進めるための重要な制度である。この連携は今後ますます重要となる。

(3) かかりつけ医機能報告

- フリーアクセス（自由に医師や医療機関を選択できること）を守ることが、日本の医療制度の大きな利点であり、これを維持することが最も重要である。ただし、地域医療支援病院や大学病院など、特定の医療機関には紹介状が求められることがあり、これはフリーアクセスの一部が制限されている状況とされている。しかし、全体としては、患者がどこでも自由に選べるというシステムを守る必要がある。
- 患者が自分で判断して医療機関を選ぶ権利を守るために、かかりつけ医と非かかりつけ医を分けるようなシステムには反対している。このような区別を設けると、医師を選ぶ権利が制限され、医療のアクセスが不平等になる可能性がある。
- かかりつけ医が提供する機能を拡充することが大切であり、医師が自分の能力を高めること（例：内科の医師でもできることを増やす、総合的な診療能力を高める）を推奨している。日本医師会が提供するかかりつけ医機能研修制度を利用して、自らの機能を磨くことを提案している。これにより、医療機関として地域全体でのか

かかりつけ医機能を強化していくことが重要である。

- 登録制（医療機関医登録された患者だけが受診できる）や、人頭払い（患者数に応じた支払い）の導入には強く反対している。これらは、患者の自由な選択やアクセスを制限するものであり、医療の質や公平性に悪影響を及ぼす可能性があるため、避けるべきである。
- かかりつけ医機能報告制度は、各医療機関がどのような機能を持っているかを報告する制度であり、これは強制ではなく、医療機関が自ら報告することが大切である。報告を通じて、地域医療の機能を把握し、足りない部分を補うことが目的であるため、報告だけを行い、その後の具体的な制度変更や強制は避けるべきである。
- かかりつけ医と他の医療機関が連携し、地域での「面」としてのかかりつけ医機能を作り上げていくことが重要である。この連携は、平時だけでなく、感染症や災害時などにも有効であり、地域全体の医療の質を向上させるために、かかりつけ医の機能強化と医療機関間の連携が求められる。

5. 医師偏在対策

- 医師養成課程において地域枠を活用する方針は進めるべきだと認識しており、特に地域枠で学生にいくつかの診療科を選ばせる制度の導入が進められている。例えば、3～4科の選択肢を持たせることで、地域における医師のニーズに柔軟に対応できるようにしている。
- 地域医療を支えるためには、大学病院からの医師派遣や、中堅・シニア医師の技術向上を図るリカレント教育が必要である。これにより、地域医療の質を保ち、医師不足を補完することを目指している。
- 財務省が提案する地域別診療報酬の導入には反対し、医師多数区域に対してのディスインセンティブ施策（報酬減少）は不適切だと考えている。医師の地域偏在問題に対しては、経済的なインセンティブを提供し、地域医療の需要に応える体制を構築する必要がある。
- 医師少数区域に対しては、強制的な措置ではなく、さまざまな方法を組み合わせて対応すべきだという立場である。具体的には、医師派遣や勤務経験を積んだ後に医師が地域医療に貢献する仕組みを設けることが重要である。
- 医師の地域偏在解消を目的とした規制（例えば開業規制の強化）に

は反対で、医師が地域に強制的に赴任するような方法は非現実的である。医師不足の解消には、政策の総合的なアプローチが必要である。

- 具体的な支援として、地域医療に貢献するための若手医師の派遣や、シニア医師を対象とした教育プログラムが重要である。これにより、医師が地域に定着し、持続可能な医療体制を支えることができる。
- 現在、地域医療に必要な医師が不足している状況だが、将来的には医師の数が増加することが予想されており、それに伴い医師養成数を調整していくことが基本的な方針である。

6. これからの課題の例：在宅救急医療

- 外来患者はすでに減少しており、今後さらに増加すると予想されるのは在宅患者である。特に 2025 年から 2040 年にかけて入院患者が減少し、ピークは 2040 年になるだろうと予想されている。これにより、在宅医療の重要性が増すことが予想されている。
- 救急搬送件数が増えており、時間がかかるケースが増加しているため、対応が求められている。特に軽症の患者が多く、外来診療で済む場合が多いことが課題である。これに対して、救急車の有料化を検討する自治体もあるが、実施には様々な問題があるため、具体的な解決策はまだ見つかっていない。
- ある自治体では、軽症患者に対して選定療養費を導入し、救急車の出動回数を減少させる試みが行われている。例えば、茨城県や三重県の松阪市では、救急車の利用者に 7,700 円の選定療養費を課した結果、出動回数が減ったという報告がある。ただし、現場では、患者が必要だと思って呼んだ救急車に対して料金を請求されることに対する不満があり、運営には課題が残っている。
- 救急車の有料化や選定療養費については、現場での運用に問題が生じており、例えば、受付が大変で、患者や医療従事者に混乱を招く事ことが考えられる。さらに、病院や地域によって料金設定が異なるため、対応にはばらつきが生じることも懸念されている。

7. 医師の働き方改革と地域医療への影響に関する日本医師会調査（制度開始後調査）

- 働き方改革に関しては、大きな悪化が起きていないものの、いくつかの問題が生じていることを認識している。特に外来診療体制や

宿日直体制が縮小し、救急医療が減少している地域が出てきている。

- これらの問題が生じている場合、地域の病院や医師会、基幹病院などが協力し、問題点を洗い出し、改善策を検討することが重要である。
- 業務負担の増加や、管理者の負担が増えていること、さらに教育指導体制の問題、周産期医療や小児医療における課題が指摘されている。これらの問題を解決するために、支援や改善が必要である。

8. 事前にいただいた質問への回答

(1) 医師会立看護学校の存続問題

- サテライト構想（地域に分散した校舎の設置）について、佐賀県医師会から問題提起があり、秋田県でも取り組みが始まったものの、上手く進んでいない現状がある。
- サテライト校に対する補助金が減額されることを懸念しており、自治体からの全額支援が必要されている。補助金が減ると、サテライト構想が意味を持たなくなるため、大きな課題である。
- この問題については、連絡協議会で意見交換をし、情報共有しながら進めているが、課題は依然として大きい。

(2) アレルギー疾患に関わる学校生活管理指導表

- 主治医と学校医が同じだと点数が使えないという問題について、沖縄県医師会から問題提起があり、これについては、以前から要望が出されているものの、まだ国の対応が進んでいない。一方で、自費診療では、点数が高くなるという意見があり、現行の保険制度ではそのギャップが解消できないという問題がある。自費診療の方が結果的に費用が高くなるため、この矛盾が解決できていない。
- 学校長に提出する方法についても提案されているが、保険制度の仕組み上、実現が難しい。

9. その他

- 釜范先生の役割として、医療保険や地域医療の現場の意見を正しく伝えることが重要な役割である。地域医療の保護や、患者の権利の保護、治療提供の維持など、現場の声を反映させることを強調し、その役割をしっかりと果たしてほしい。
- 福岡先生、加藤大臣とも親しくさせていただいている。石破総理に

も地域医療の厳しい状況を伝えている。引き続き九医連の更なるご支援、叱咤激励をお願いしたい。

5. 閉会

以上