

# 資料 1

## 1) 令和 6 年度の診療報酬改定内容に関する質問

### [生活習慣病管理料・特定疾患療養管理料]

(前橋)

#### ・「生活習慣病管理料Ⅱについて」

例えば今までどおり糖尿病の患者が来院したとします。

HbA1c、BS 等の検査や指導、投薬したとします。

その場合、具体的にはどのように算定するのか。

生活習慣病 … 点  
再診料 … 点  
検査料 … 点 等

できるだけ類例（ひな形）として明示していただければ有難いと思います。

また、高血圧症、脂質異常症についても、同様にひな形としてお示し下されば有難いです。

(答え)

管理料（Ⅱ）=333、再診料=75、血糖=11（判断料 144）、HbA1c=49（判断料 125）、採血料=40  
⇒777 点 <----> 管理料（Ⅰ）=760 点

<現状>		<R6 年度>	
特定疾患療養管理料	225	生活習慣病管理料Ⅱ	333 (225+52+56=333)
外来管理加算	52		併算定不可
特定疾患処方管理加算 1	18		中止
” 2	(R6) 66→56 (-10 点)		
処方料	42		
薬剤情報提供料	10		4 (-6 点)
手帳記載加算	3		
再診料	73		75 (+2 点)
			(計=-14 点)

#### ・生活習慣病にかかる疾病管理

生活習慣病管理料（Ⅰ）月一回 糖尿病を主病とする場合（760 点）と

管理料（Ⅱ）月一回（333 点）では、

- ・在宅自己注射指導管理料
  - ・血糖自己測定器加算
  - ・注入器用注射針加算
- はどうなりますか。

(答え) 厚生労働省スライド 6 (日医スライド 186)

[算定要件] の (1) に記載…糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号 C 1 0 1 に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。

疑義解釈 (その 1) 別添 1 「問 142」

生活習慣病管理料（Ⅱ）の注 3 に規定する血糖自己測定指導加算を算定した後、1 年以内に生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定する場合、生活習慣病管理料（Ⅰ）の注 3 に規定する血糖自己測定指導加算を算定することは可能か。

(答) 不可。血糖自己測定指導加算を生活習慣病管理料（Ⅰ）及び生活習慣病管理料（Ⅱ）

のいずれかにおいて算定した場合、生活習慣病管理料（Ⅰ）及び生活習慣病管理料（Ⅱ）のいずれにおいても1年以内は算定できない。

・今回の改定内容をみますと、糖尿病、高血圧、脂質異常症において、特定疾患管理料が算定できなくなって、生活習慣病管理料Ⅱ（333点月一回）を算定するようになりました。しかし、対象となる医院の施設基準が生活習慣病の管理に関する総合的な治療管理を有していること.となっています。  
歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施するという内容です。

この連携するとは具体的にどういうことでしょうか？

患者さんに指導後、治療計画書類にサインするような内容ですと  
どのように連携するのか具体的な内容を提示していただきたいです。

（答え）

まず、初回においては療養計画書を記載してサインしていただく必要がありますが、医師が記載したものを印刷（コピー）して、例えば看護職員なり事務職員が身体計測（身長、体重等）等を実施して記入して患者さんにサインしてもらう方法もOKです。

疑義解釈（その1）別添1「問131」「問132」

現実的には歯科医師、薬剤師、管理栄養士を雇うことは難しいです。

となると当医院は施設基準には該当しないので、糖尿病、高血圧、脂質異常症の生活習慣病管理料Ⅱは算定できないこととなります。

（答え）

必ずしも自院のスタッフである必要はありません。連携が大事で、特段具合が悪くなくても歯科受診を診療情報提供で促したり、管理栄養士に関しては栄養士会等にある栄養ステーション（県内6か所）から管理栄養士の派遣を依頼することもできます。

疑義解釈（その1）別添1「問143」

これは大きな収入減少になり、医療経営に関わる問題です。

また、たとえ333点が算定できたとしても月一回であり、外来管理加算52点は算定できないし、処方管理加算の66点も算定できないのですから、診療報酬がアップしたとは思えないような内容です。

是非、この点を再検討していただけるように要望いたします。

（答え）

+0.88% < +0.89% {+0.61%（医療関係職種）+0.28%（若い医師や事務職）}

診療報酬がアップしたのは職員の給与をアップする財源に全て充てられています。

・「生活習慣病管理料について」

1. 生活習慣管理料Ⅰを初めて算定した月から6か月以内に検査が必要になった場合、検査をする月に生活習慣病管理料を算定しなければ出来高で検査料等を請求しても問題ないのでしょうか？

（答え）

管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）を算定した月において、別日に外来管理加算を算定することは、算定要件を満たせばOK。…疑義解釈（その1）別添1「問133」VS「問136」「問137」…別日に生活習慣病のために診療を行った場合は不可。即ち、主病かどうかの問題。

2. 生活習慣管理料Ⅰを算定したが、よく月に特定疾患管理料の対象疾患と診断された場合（例えば気管支喘息など）、翌月から特定疾患管理料を算定することは問題ないのでしょうか？

（答え）

特定疾患療養管理料は、生活習慣病などの厚生労働大臣が定める疾患を「主病」としている患者さんについて、医師が計画的な療養上の管理・指導を行った場合に以下の点数を算定します。尚、

初診料算定時には算定することはできません。算定は初診の日から1ヶ月を経過した日からとなります。算定は可能と考えますが、行ったり来たりする（主病が入れ替わる）ことは避けるべきです。

3. 生活習慣管理料において主病が高血圧症の場合、療養計画書における血液検査の項目については、記載不要と考えて差支えないでしょうか？

（答え）

高血圧症においては、今年度整備される「電子カルテ情報共有サービス」を活用する場合、血液検査項目の記載は不要です。他の疾患であってもオンライン資格確認等システムのネットワーク上で3文書6情報に載って情報共有される予定なので、データ記載等は今後基本的に不要になるかもしれません。

・「生活習慣療養計画書について」

(1) 老人ホーム等の在宅診療の場合、計画書の患者署名は誰が代筆するのか？

（殆どの方が書けません）

計画書は誰に渡すのか？

（答え）

特養では予防接種でも介護認定でもそうですが、通常は施設スタッフが代筆しています。しかし有料老人ホーム等での権限や実情は把握していません。一方、特養では初再診料に始まり管理料等は請求できないので管理料（Ⅰ）も（Ⅱ）もありません。他方、有料老人ホーム等の入所者の場合は管理料ではなく訪問診療料で管理・請求する方が妥当ではないでしょうか。

(2) 継続用の計画書は

電子カルテの場合はカルテ上のチェック項目にチェックを入れれば、用紙を発行しなくてもよいとのことと理解していますが、通常のカルテの場合は、用紙として発行して、手渡ししなくてはならないのですか？

（答え）

今回、必ずしも毎回手渡さなくても良くなりましたが、基本的にはいつでも発行できる体制を準備しておく必要があります。紙カルテの場合も前回の「原本コピー」を保存していると思うので、必要に応じて内容を加筆して手渡すと共に「コピー」を保存しておく方法で良いと考えます。

・「生活習慣病管理料の算定について」

・患者ごとに（Ⅰ）、（Ⅱ）を選択できるか

・一人の患者に対し複数の医療機関を算定できるか

（答え）

疑義解釈（その1）別添1「問134」；同一の保険医療機関において管理料（Ⅰ）を算定する患者と、管理料（Ⅱ）を算定する患者が同時期にそれぞれいても差し支えない。…の通り。

「在宅療養指導管理料」には、(5)2以上の保険医療機関が同一の患者について同一の在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行っている場合には、特に規定する場合を除き、主たる指導管理を行っている保険医療機関において当該在宅療養指導管理料を算定する…とあるが、「医学管理料等」にはこの手の記載がないので、他の医療機関で何を治療しているかを確認して指導管理すれば安心でしょう。主病が違えば問題ないと思います。

・「糖尿病、高血圧症、脂質異常症の特定疾患療養管理料から生活習慣病管理料への移行について」

きめ細かな患者指導の導入については、大きく評価できますが、外来患者さんの待ち時間増加に対する検討が抜けており、日常診療の現場重視の視点が欠けているのではないのでしょうか

（答え）

ご指摘の通り。

- ・「生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）」、「特定疾患療養管理料」管理料を算定する場合の疾患名等

（答え）

厚生労働省資料スライド7.の記載通りで、特定疾患療養管理料の対象疾患は2増（「アナフィラキシー」「ギラン・バレー症候群」）3減（「糖尿病」「高血圧」「脂質異常症」）。

- ・「生活習慣病管理料の算定要件について」

多忙な医療現場への悪影響を顧みないばかりか、医療DX推進とも矛盾するような算定要件を掲げている生活習慣病管理加算は、医療の質を向上する目的ではなく、診療所の点数引き下げを目的としていることは明白であり、このような理不尽な改定は納得できない。

（答え）

ご指摘の通り。財務省と支払側（保険者）の思惑通りの展開となりました。

「特定疾患療養管理料」

今までの特定疾患指導料（例えば慢性胃炎等）はどうなるのですか。具体的に教えて欲しいです。

（答え）

何ら変わりはありませんが、個別指導等ではカルテ記載を厳しく指摘されているところですので。これまで以上に、療養管理に係る指導内容等をカルテ記載しておく必要があると思います。

（高崎）

- ① 特定疾患療養管理料を廃止する3疾患の診療において、生活習慣病管理料への置き換えはなかなか困難である。その3疾患を生活習慣病管理料へと移行させ、療養計画書への同意、署名を求めるよう仕向ける流れは、今後患者に医療機関での診療は登録したかかりつけ医のみでの診療をすすめることにつながる「かかりつけ医機能制度」につながり、複数の主病を持つ患者の複数医療機関での診療を妨げる可能性がある。患者のフリーアクセスを制限する方向へとつながるのではないだろうか。2025年から施行される「かかりつけ医機能」制度の行方が心配である。

（答え）

ご指摘の通り。「かかりつけ医機能」の今後の行方は注視する必要があります。かかりつけ医の役割と共に保険診療上で位置づけられている「地域包括診療料」を検討するのも一考です。

- ② 生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定してから6月以内に（Ⅱ）は算定できないとの新しいルールがあるが、経過のうちには急な病状変化が起こることも考えられ、それに対応する診療報酬が算定できないことが起こる可能性もある。

（答え）

管理料（Ⅰ）と（Ⅱ）の相互移行はルール通りとなるので、どちらでスタートするかは思案どころだと思います。一方、経過中の病態変化に対しては疑義解釈（その1）別添1「問133」の通りで、外来管理加算で算定することができます。しかし、疑義解釈（その1）別添1「問136」と「問137」から察するに主病として扱う生活習慣病に係る診療にあつては算定不可となりそうです。急変時、新たな病態を疑って検査等することは差し支えないと判断して良いと思います。そして、結果的に、新たな管理すべき慢性疾患が発生した場合は、翌月からその新病名を主病として「特定疾患療養管理料」で治療管理することも可能だと判断しますが、安易な移動は避けるべきです。

（中央会説明会資料より）

B001-3-3の注5において、生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定した日の属する月から起算して6月以内の期間においては生活習慣病管理料（Ⅱ）は算定できないと規定されているが、生活習慣病管理料（Ⅰ）から生活習慣病管理料（Ⅱ）への切り替えを行う場合、生活習慣病管理料（Ⅱ）の算定が不可とされている期間中に、生活習慣病管理料に包括される医学管理料（特定疾患療養管理料等）を算定することは可能か。

→算定要件を満たせば可



「区分番号B001-3に掲げる生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定した日の属する月から起算して6月以内の期間においては、生活習慣病管理料（Ⅱ）は、算定できない」とあるが、生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定後、6月経過後に生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定するためには、その間の期間は検査等を行ったとしても当該管理料を算定せず検査等は出来高で算定（要件を満たせば）しなければならないのか。

→告示の通り

③ 生活習慣病管理料と外来管理加算が併算定できないのは不合理である。

（答え）

ご指摘の通り。支払側が“問題視“し続けてきたのがこの「特定疾患療養管理料」と「外来管理加算」の”管理“重なりであったと聞いております。

（桐生）

○A 医院 A. 基本診療）

今回の改定は「医療に金をかけてはいけない」との考えが根底にあり。

政府財政審議会の経済専門家の提案をそのまま中医協が素通りさせ出て来た。

3疾患はずし反対。管理料の改定も反対です。

（答え）

御意！

○B 醫院 （B. 医学管理）

内科開業医は閉院をしなくてはならない措置と思います。

誰がこの患者さんを見ていただけるのでしょうか？

（答え）

このまま放置すると閉院に追い込まれる診療所も出てくると思います。地域医療を守る視点で医師会としてとるべき策を検討しましょう。

○C クリニック

お世話になります。4月4日に取り急ぎ反対の表明を致しましたが、その後少し内容を勉強（吟味？）した結果の意見です。生活習慣病管理料（Ⅱ）算定要件で「患者の状態に応じ、28日以上長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。」と在りますが、国による長期処方への強制的誘導に外ならず非常に腹立たしく思います。また、診療情報提供料も含まれてしまう事も同様です。私の見た動画では管理料Ⅱに於いても療養計画書の作成が必要であり、4か月毎に発行させられる可能性もあるとか・

今回の改定はプラスでありまた医師会側に押しやられたなどとマスメディアでは叩かれ、しかし実は裏で、見えない所で各所に原点策がちりばめられ、誠に悔しいやら悲しいやら…生活習慣病管理料（Ⅱ）には断固反対です。よろしく申し上げます。

（答え）

長期処方やリフィル処方への強制的ともとれる誘導はご指摘の通り国策です。1人の患者が1年間に同一医療機関を受診する回数の平均値が12回を超えている結果から導かれた政策の様です。また、管理料（Ⅱ）であれば診療情報提供料は算定可能です。一方、療養計画書の発行に関しては、疑義解釈（その1）別添1「問131」にある、「初回については、療養計画書に患者の署名を受けることが必要。ただし、2回目以降については患者署名を省略して差し支えない。」より、省略出来るのは患者署名と手渡しです。即ち、発行できる準備はしておく必要があります。その上で4月に1回程度署名、手渡しが必要と判断できます。身体計測や特定健診の結果、その他、栄養指導、歯科及び眼科受診への誘導等を踏まえて変更点を記載した療養計画書の作成を戦略的に組み合わせる必要があると思います。

## OD クリニック (A. 基本診療)

生活習慣病管理料(Ⅱ)の導入で、内科系診療所は減収になることが予想されるのに、従業員の給与を上げることが求められています。収入減になれば従業員の給与面についてもボーナスを中心に減額せざるを得ないのではないのでしょうか？

(答え)

通常の診療報酬とは別に「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)」で従業員の給与アップ額を見込んだ請求をする仕組みが新設されています。更に、職員数に比して患者数が少ない医療機関では「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)」で従業員のアップ分は保管できることになっています。

## OE 医院 (A. 基本診療、B. 医学管理、C. 在宅、F. 投薬)

### 1. 生活習慣病管理料Ⅱについて

作為的データで診療所黒字を理由に医学的管理料の引き下げを行った今回の改定には憤りを感じる。生活習慣病管理料Ⅱは、外来管理加算を計上していない。外来管理加算は特定疾患管理料とは別物であり、本来の意味を強く主張しその分加算すべきである。高血圧、高脂血症、糖尿病の初期や増悪時は4週以上に一度の診療ではしっかりとした管理は不能である。病院はやむを得ず長期処方するが、診療所は地域に密着しきめ細かく診療する場である。生活習慣病管理料Ⅱに外来管理加算を加え、 $333+52=385$ 点とすべきで、初診後3ヶ月或いは増悪時に2回/月で算定可能とすべきである。さらに生活習慣病管理料の患者サインなどは手間ばかり増え、単なる規制でしかない。

(答え)

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 となっており、生活習慣病管理料(Ⅱ)と同点数に設定してあります。よって、最大の相違点は特定疾患療養管理料の方は2回/月算定できるのに対して生活習慣病管理料(Ⅱ)の方は1回/月しか算定できない事です。

### 2. 各種減算について

明確な理由無しに処方料、薬剤情報提供料、特定疾患処方管理加算の減算、2週間処方の特定疾患管理加算18点の廃止を行った。これらは汎用点数でありその影響は甚だ大きい。是非元通り以上の点数とすべきである。

(答え)

薬剤情報提供料(-6点)、特定疾患処方管理料1.(廃止)、特定疾患処方管理料2.(-10点)・・・これらは汎用点数であり、ご指摘の通りで狙い撃ちされた感が否めません。

## OG 医院 (F. 投薬)

「生活習慣病管理料」

収入が減ることが困る・・・職員の給料は上げなくてはならないのに書くべき書類がふえることが困る。(物価上昇で、給料を上げる予定はあるが強制的なのが困る)

(答え)

仮に医師以外に3人のスタッフ(事務職を除く)で診療所を運営していたとして、1日平均45人の再診患者と5人の初診患者がいたとします。20日/月開院したとすると、月の再診患者=900人、初診患者=100人となり、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)より{6点×100=600点} + {2点×900=1800点} = 2400点(24,000円) → 3人で分けると8,000円/月の給与分を評価料として請求できる仕組みです。

## OJ クリニック (B. 医学管理)

生活習慣病管理料の算定要件を緩和してほしい(同意書の取得を不要にする等)

(答え)

ご指摘の通りですが、高点数の個別指導では特定疾患療養管理料におけるカルテ記載の内容的な指摘が厳しくなっています。今後の状況を鑑みると面倒でも定型的な療養計画書を作成して、事務か看護職に署名を取らせる方法を確立した方が安心かもしれません。

OK 医院 (B. 医学管理、D. 検査、G. 注射、J. 処置)

※生活習慣病管理料Ⅱに対しての措置は、多くの先生にとって反対と思いますが、当院と同じく今まで生活習慣管理料(今後は管理料Ⅰ)を頑張っている先生も、同じ意見だと思います。しかし、特定疾患療養、生活習慣病管理料Ⅱだけでなく、生活習慣管理料Ⅰの問題も取り上げて頂きたいです。

当院は、今までずっと生活習慣病で通院している患者全員に療養計画書を記載し、生活習慣管理料をとっています。生活習慣に関する検査が包括され検査料が取れないことは、そのための管理料であり包括されて当たり前だと思っています。

しかしながら、生活習慣病以外のコロナ検査やインフルエンザ検査、肺炎の点滴・注射治療、腎性貧血やMDS、再生不良性貧血、ITPなどへ注射、喘息患者や肺気腫患者への呼吸機能検査、膠原病検査、肝炎ウイルスの検査、血液腫瘍に対する検査料も全て包括される事に対しては、納得していません。しかも今回生活習慣管理1を外すと半年間戻せないとの事。

せめて発熱者の検査や肺炎や蜂窩織炎などの感染症の検査、注射・点滴だけでも包括から外して頂きたいです。もしくは特定疾患療養管理料の継続を希望します。

このままでは血液診療を行っている総合病院から、エリスロポエチン製剤やロミプレート、G-CSF製剤、発熱性好中球減少症の初期対応を引き受ける事ができないばかりか、肺炎や蜂窩織炎などの感染症治療も、点滴で治療が行えないため、総合病院に前例を紹介するか、内服で引っ張って、重症化するか。インフルエンザやコロナの検査は他院でやって頂くかなど考えています。

(答え)

疑義解釈(その1)別添1「問133」より管理料(Ⅰ)でも(Ⅱ)でも別日であれば外来管理加算は算定可能です。しかし、「問136」にあるように生活習慣病に係るものは不可ですが、主病が違えば検査も治療も問題なく行えると判断しています。その点は現状の生活習慣病管理料でも同様の判断で可能と考えますがいかがでしょうか？

OM 医院 (B. 医学管理)

・外来管理加算が算定できなくなる理由が明確でなく、いままで算定できたことと矛盾している。  
3疾患がとれないのなら、全疾患でとれなくなるのではないかと？  
・今回のようなことが実行されるということは、今後医師会もしくは医師会費の必要性に疑問が残る。

(答え)

特定疾患療養管理料と外来管理加算の“管理重なり”が問題視されたところであり、ご指摘の通り3疾患でダメなら今後は全疾患でダメになって行くかもしれません。「医師会は何をやっているんだ！」と叱責されても仕方ありませんが、今後に向けてどのように対策するかを検討しましょう。

(太田)

・「生活習慣病 療養計画書について」  
口頭で素早く患者さんへ説明すればよい。  
こんな計画書を書いている暇はない。  
どんどん診療時間が長引いて、生活習慣病のみをしているクリニックに比べ、他の検査、専門分野をしているクリニックにはかなりの負担である。

(答え)

療養計画書の簡易版を作成しておいて、身体計測値や特定健診結果や栄養指導等に加えて歯科や眼科へ診療情報提供した結果を記載したときに手渡しして署名してもらえば良いと考えますが、面倒になったことは否めません。

・「生活習慣病管理科(Ⅱ)の算定方法」

- ①高血圧症と脳梗塞を同時に診ている場合、生活習慣病管理科(Ⅱ)と特定疾患療養管理科の同時算定は可能か？それともどちらかの算定になるか？
- ②高血圧病、高脂血症、糖尿病等の病名に対して特定疾患処方管理加算は、算定不可という

理解で良いか？

(答え)

現在どちらかを主病として特定疾患療養管理料を算定していると思いますが、主病が高血圧症ならば生活習慣病管理料(Ⅱ)で算定することになります。主病が脳梗塞後遺症なら特定疾患療養管理料で算定することも出来ますが、どちらか1つの算定となり、交互に入れ替わることは避けて下さい。因みに、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(生活習慣病管理料(Ⅱ)と同点数です)

・「高血圧、高脂血症、糖尿病の生活習慣病管理料」  
対象患者数が非常に多くなるので、猶予期間を設けてほしい。

(答え)

国もこの3疾患で特定疾患療養管理料の9割を超えると試算しているようです。こちらも相應の準備が必要となりますが、まずは初回の療養計画書の準備をしましょう。その辺の準備のための講習会を5月15日(水)に企画しています。

(群馬郡)

・「特定疾患療養管理料について」  
今回より糖尿病などが特定疾患から「外れるようになったが、糖尿病性腎症、糖尿病性神経疾患など、糖尿病に関する疾患は全て外れるという解釈でよいのか？

(答え)

特定疾患療養管理料の対象疾患の見直し(厚生労働省スライド7(日医スライド194)にある通りです。曖昧になりがちな慢性腎臓病や神経疾患等も算定対象疾患として載っていません。糖尿病性腎症なら糖尿病として生活習慣病管理料(Ⅱ)で算定して下さい。

・「主に生活習慣病管理料Ⅱ」

1. 総論的に述べますとこの改定には少なくとも医療現場のニーズや変更する合理性が感じられません。  
理由1。国が医療のIT化をすすめているにもかかわらず、紙ベースの療養計画書を作り患者の署名を必須とするのは矛盾していると思われます。

(答え)

ご指摘の通り。毎年複雑化する診療報酬のシステム自体が合理性に欠けるものです。ご指摘のIT化の先には紙ベースの療養計画書に署名をもらう必要はなくなってほしいです。今年度整備される「電子カルテ情報共有サービス」と令和7年度に展開予定の「標準型電子カルテ」の事業に期待するものです。

2. 生活習慣病Ⅱを算定しなければ、糖尿病、高血圧、脂質異常症という国民の20%以上が罹患している疾患を見ている医療機関の収入が減ります。逆に算定しようとしても個々の患者への指導に時間がかかり、これまでよりも減収が見込まれます。これを結果として医療費削減につながることを厚労省や財務省が狙っているとしても、影絵を踏ませるような施策が果たして正しいのか、合理性があるのか疑問です。

(答え)

ご指摘の通り。施策として正しいか？と問えば「国の財政論的には正しい」となるかもしれませんが、合理性があるか？と問えば「合理性は全くない」と言わざるを得ません。

3. 医療従事者の賃金を上げることも国の施策のようですが、この改定で減収となれば医療従事者の賃金アップどころかダウンするところもできるかもしれません。

(答え)

医療機関の収益としては診療所も病院も減収となるように仕組まれています。医療従事者の賃金アップ分は別途算定できる仕掛けを「外来・在宅ベースアップ評価料」として新設しているので見かけ上は医療機関の収入増に見えるかもしれません。



4. さらに国は「働き方改革」を医療現場でも推進されていますが、この制度を導入することで医師、医療スタッフの仕事量が増えて、時代に逆行します。

各論

生活習慣病指導Ⅱをとるかとらないで収益など大きく変わりますが、それぞれに一長一短があります。

とる場合のメリット

1. 生活習慣病の点数があがり一人当たりの保険点数があがる。
2. きめ細かい指導となる(？)

とる場合のデメリット

1. 一人当たりの診察に時間がかかる。
2. 最後に署名を頂くことができないと収益が減る。時間も無駄になる。
3. 初診時に算定できないが、本来初診の時に詳しく問診しますが、ある意味無駄になる。
4. 会計に関して受付、窓口でもめる可能性がある。
5. 多くの患者で行うと診療時間が押して、待ち時間が長くなる。
6. 中期的視野に立てば患者数は減るかもしれない。

とらない場合のメリット

1. 医療者側の負担が減る。
2. 従来通りの診療を行い、患者の窓口負担が減るので患者には喜ばれる。
3. 結果として患者数が増えるかもしれない。

とらない場合のデメリット

1. 収益が減る
2. とっている医療機関からは取り残されるような気持ちになる、かもしれない。

実際どれくらい減るのか試算してみました。

レセプトで生活習慣病は糖尿病，高血圧，高脂血症のうちインスリンなどの在宅注射指導のを行っている患者は除かれます。

500人とする管理料220点がなくなります。概算で月100万円以上の減収です。

やっていけますでしょうか？場合によっては閉院するケースもできる可能性があります。

国は地域を支える医療を崩壊させようとしているのでしょうか。

<試算>

現在；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 66点=343点

今後；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

～上記管理料(−10点)、薬剤情報提供料(−6点)、再診料(+2点)→トータル(−14点)

新規；生活習慣病管理料 333点の場合もトータル(−14点)となる。

～(14点/人)×500人/月=7,000点/月⇒70,000円の減収となるのでは？

勿論，2回/月の受診がなくなるとご指摘の減算が起こると思います。

いくつかの疑義

1. 患者署名はカルテに掲載するのは電子カルテではどのようにしたらよいのか。紙ベースの療養計画書をスキャナーで保存で良いのか？

(答え)

紙ベースの療養計画書を作成して署名してもらうこととなります。それをスキャナーで保存して原本を本人に手渡しすることになると思います。

2. 手が不自由など自署できない場合は代理の署名で良いのか。

(答え)

高齢患者が多いことから代理署名は多くなるかもしれません。

3. 生活習慣病は複数の医療機関にかかっている場合があるが、複数の医療機関で算定してよいのか？例えばⅠをA医療機関、ⅡをB医療機関など、は可能か。

(答え)

「在宅療養指導管理料」には、(5) 2以上の保険医療機関が同一の患者について同一の在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行っている場合には、特に規定する場合を除き、主たる指導管理を行っている保険医療機関において当該在宅療養指導管理料を算定する…とありますが、「医学管理料等」にはこの手の記載がないので、一応、他の医療機関で何を治療しているかを確認してから指導管理すれば安心でしょう。主病が違えば問題ないと思います。

(渋川地区)

・「糖尿病で他院との連携パスをしている方について」

今まで特定疾患療養管理料の算定でしたが、6月以降の医学管理料の算定はどうすればいいでしょうか。

(答え)

この場合は生活習慣病管理料(Ⅱ)が適当だと思います。

(安中)

・「医学管理の併算定、施設基準の届出について」

(1) 主病が複数ある患者に対して、診療内容によっては「特定疾患療養管理料」と「生活習慣病管理料」の算定を月毎に変えても良いのか？

(答え)

主病が複数あっても管理料は重ねて算定(併算定)できません。また、初診からの算定も出来ないで注意が必要です。新たな病態変化により管理すべき主病が変わることで「特定疾患療養管理料」から「生活習慣病管理料」へ移行することもあるでしょうし、逆になる場合も当然起こりえますが、月毎に変えることは避けて下さい。因みに特定疾患処方管理料を算定できるのは管理している主病の治療薬を処方している場合に算定できることになっています。

(2) 同月に別の疾患にて診療した場合、別日なら「特定疾患療養管理料」と「生活習慣病管理料」をそれぞれの日に算定できるか？例) 気管支喘息と高血圧等

(答え)

主病が複数あっても管理料は重ねて算定(併算定)できません。

(3) 地域包括診療加算の届出にあたり、時間外対応加算も同時に届出をしても施設基準の対象となるのか？

(答え)

診療所の施設基準としてはどちらも必要です。地域包括診療加算の対象患者は限られているため、その他の患者さんに対応するには時間外対応加算も届出しておく必要があります。

(4) 生活習慣病管理料(Ⅰ)において画像診断(E000~E401)は包括の対象となるのか？

(答え)

(厚生労働省スライド5(日医スライド186))にも記載されている算定要件通りで「A001」の注8に掲げる医学管理、第2章第1部医学管理等(「B001」の(略)及び同「37」腎臓病透析予防指導管理料を除く。)、第3部 検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は全て所定点数に含まれる。」とありますが「第4部 画像診断」は含まれていないので算定できると判断します。

・「生活習慣病管理料（Ⅱ）」

生活習慣病管理料（Ⅱ）は医学管理Ⅲの在宅医療との併算定はできないと考えてよいのでしょうか？

（答え）

算定要件に「第2部 在宅医療」の記載はないので算定できると判断します。因みに、生活習慣病管理料（Ⅰ）でも同様です。

・「生活習慣病管理料（Ⅱ）」

生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定する場合、主病名が違えば他院で生活習慣病管理料を算定していても当てることは可能でしょうか？

（答え）

現状では他院で何を主病として管理しているかは判断できませんが、同じ患者さんが高血圧症で生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定されている一方で、他の医療機関から糖尿病で生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定されることはあり得ます。因みに、特定疾患療養管理料においては幅広い範囲の診療科に亘るため更に複数の医療機関で算定していると思われる。

・「特定疾患療養管理料」

特定疾患療養管理料について、配合錠を処方する場合において、狭心症と高血圧症の配合錠は狭心症を主病名とすれば特定疾患療養管理料を算定してもよいのでしょうか？

（答え）

治療薬と主病がリンクしており特定疾患療養管理料で算定可能です。生活習慣病管理料における療養計画書の問題や多職種での関わりを持つことの煩雑さを回避する一つの方法だと思います。

（吾妻）

・「生活習慣病の指導管理料について」

今回の生活習慣病の指導管理料の算定方式は、医療機関に大きな負担を掛けるもので、問題が多い。書類の作成に時間が掛かり、外来が滞る

（答え）

ご指摘の通り。

（館林市邑楽郡）

・「生活習慣病管理（Ⅱ）について」

算定要件は、(1)～(4)のみでしょうか。

（答え）

その通り。（厚生労働省スライド6（日医スライド186））

●管理（Ⅰ）では、療養計画が必要とありますが、管理（Ⅱ）では療養計画書について記載がありません。

（答え）

3月5日の通知で生活習慣病管理料（Ⅱ）の算定要件が明示され。（Ⅰ）と同様に生活習慣病の治療に係る情報についての療養計画書を策定、「丁寧な説明」を行い、患者の同意を得た上で署名を受けた場合に算定できることが示された点は（Ⅰ）と（Ⅱ）で変わりありません。療養計画書については同管理料（Ⅱ）を継続して算定する月において、計画書の内容に変更がない場合は交付する必要はないが、患者や家族等から求めがあった場合や「概ね4か月に1回」以上は交付するという取扱いが示されたところです。

●療養計画の簡素版が、まだできていません。いつ頃公表になるのですか。

(答え)

様式 9 は下記の通りです。

(様式 9)  
生活習慣病 療養計画書 初回用 (記入日: 年 月 日)

患者氏名: 様 (男・女)		主病:	
生年月日: 大・昭・平・令 年 月 日生(才)		<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高山血症 <input type="checkbox"/> 高脂血症	
ねらい: 検査結果を解釈できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること			
【検査・問診】	【検査項目】	【前検査項目】(採血日 月 日)	
	<input type="checkbox"/> 身長 ( m ) <input type="checkbox"/> 体重: 現在( kg )→目標( kg ) <input type="checkbox"/> BMI ( ) <input type="checkbox"/> 腹囲: 現在( cm )→目標( cm ) <input type="checkbox"/> 栄養状態 (食米量状態の恐れ 良好 悪調) <input type="checkbox"/> 双瞳孔/瞳孔径( mm) <input type="checkbox"/> 運動負荷心電図 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 血糖(空腹時 随時 食後( )時間) <input type="checkbox"/> HbA1c: 現在 ( % )→目標( % ) <input type="checkbox"/> 総コレステロール ( mg/dl ) <input type="checkbox"/> 中性脂肪 ( mg/dl ) <input type="checkbox"/> HDLコレステロール ( mg/dl ) <input type="checkbox"/> LDLコレステロール ( mg/dl ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	【問診】	<input type="checkbox"/> 食事の状況 <input type="checkbox"/> 運動の状況 <input type="checkbox"/> たばこ <input type="checkbox"/> その他の生活	
	【①達成目標】: 患者と相談した目標		
	【②行動目標】: 患者と相談した目標		
【重点を置く領域と指導項目】	【食事】	<input type="checkbox"/> 食事摂取量を適正にする <input type="checkbox"/> 食塩・調味料を控える <input type="checkbox"/> 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす <input type="checkbox"/> 外食の際の注意事項( ) <input type="checkbox"/> 油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 脂質: (減らす(種類・量: を減 目)) <input type="checkbox"/> 肉食: (減らす(種類・量: を減 目)) <input type="checkbox"/> 食べ方: (ゆっくり食べる・その他( ) 担当者の氏名 ) <input type="checkbox"/> 食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる	
	【運動】	<input type="checkbox"/> 運動処方: 頻度(ウォーキング・ 時間(30分以上・ )、頻度(ほぼ毎日・週 日) <input type="checkbox"/> 強度(心がはずむが会話が可能に強さ or 頻拍 拍/分 or ) <input type="checkbox"/> 日常生活の活動量増加(例: 1日1万歩・ ) 担当者の氏名 ) <input type="checkbox"/> 運動時の注意事項など( )	
	【たばこ】	<input type="checkbox"/> 非喫煙者である <input type="checkbox"/> 禁煙・助煙の有効性 <input type="checkbox"/> 禁煙の実施方法等 担当者の氏名 )	
	【その他】	<input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 余暇 <input type="checkbox"/> 睡眠の確保(質・量) <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 家庭での計画(歩数、体重、血圧、腹囲等) 担当者の氏名 ) <input type="checkbox"/> その他( )	
	【薬物療法】	<input type="checkbox"/> 処方なし <input type="checkbox"/> 薬の調剤 担当者の氏名 )	
【療養を行うにあたっての問題点】			
【他の施設の利用状況について】			
担当者の氏名		医師の氏名	

※実施項目は、□にチェック、( )内には具体的に記入  
※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。

DOR101 療養計画書

●管理(Ⅱ)では、診療情報提供書(紹介状)の算定はできますか。

(答え)

管理料(Ⅰ)では算定できませんが、管理料(Ⅱ)では算定可能です。歯科や眼科との連携に役立つツールとして有効活用して多職種連携しましょう。

●算定した同月に違う症状(風邪等で)診察した場合、外来管理加算は算定できるのでしょうか。

(答え)

疑義解釈(その1)別添1「問133」の通り。管理料(Ⅰ)でも(Ⅱ)でも算定可能です。



●**情報提供料（I）**は、どんな場合でも算定できないのですか。例えば、(a) 転んで来院し骨折しているため、整形外科に紹介した場合や、(b) 居宅介護支援事業者からの依頼の情報提供等。

(答え)

(a) の場合は主病と違う診療に伴うものなので情報提供料（I）を算定しても構わないと考えますが、(b) の場合は主病のまま外来的に管理を続ける状況で主病に関する情報提供になるので算定は不可と考えます。

#### [医療 DX 推進体制整備加算]

(前橋)

・「医療 DX 推進体制整備加算の施設基準について」

・施設基準（3）

当院は受付と診察室が離れており、受付にてマイナンバーを使用した電子資格情報の読み取りをしております。読み込んだ情報を閲覧できる環境は現状受付の意設置された閲覧用の PC のみとなります。

導入している電子カルテシステム事業者（M3 ソリューションズ）に診察室でもオンライン資格確認で取得した情報を閲覧できるようにすることが可能か相談したところ、システム機材の関係上マイナンバーを読みとる端末から離れた場所に閲覧用 PC をつなぐことが出来ないため、受付で取得した診療情報をプリントアウトし、診察室で閲覧する方法以外の解決策が現状難しいとの回答でした。

プリントアウトしたものを診察室で閲覧する場合でも、この施設基準（3）をみたしているといえるのでしょうか。

(答え)

疑義解釈（その1）別添1「問15」の通りです。今のところ多くの場合、取得すべき情報がありませんが、情報がある場合はプリントアウトして確認できれば問題ないと考えます。

・施設基準（4）

現在当院が導入している電子カルテシステム事業者にて電子処方箋のサービスがまだ開始しておらず、体制が整い次第の導入となるのですが、経過措置の令和7年3月31日までの間は未導入でも算定は可能でしょうか。

(答え)

届出添付書類（様式87の3の6）にも【記載上の注意】1.「4」については、令和7年3月31日までの間に限り該当するものとみなす。とあります。

(桐生)

ON クリニック（A. 基本診療）

・「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」の改定について、短期間の改定が繰り返されているため、伴う事務作業が非常に煩雑です。頻回な改定にならないようお願いします。

(答え)

ご指摘の通り。現時点で国の考えているマイルストーンを情報共有しておきたいと考えます。

(館林市邑楽郡)

・「医療 DX 推進体制整備加算について」

●基本的に現時点で院内処方方のクリニックは対象外でしょうか。

(答え)

院内処方、院外処方は問われていません。加算の算定可能です。

- 電子処方箋の設備を整え算定する場合、電子処方箋の発行実績は問われるのでしょうか。まずは整えるだけでよいのでしょうか。

(答え)

電子処方箋による調剤体制を準備する体制を有していれば算定できるもので、現時点での実績は問われません。令和7年3月31日までは該当するものとみなしてOKです。

- 発行実績が問われる場合、具体的なパーセンテージがあれば教えてください。

(答え)

電子処方箋の発行実績に関する条件や情報は出されていません。「マイナ保険証」の利用率の記載は10月1日以降適用となりますが、これさえも令和6年9月までは記載不要です。

「様式87の3の6」「様式1の6」 ・ ・ 疑義解釈(その2)の「問3」「問4」「問5」  
医療DX推進体制整備加算についての届出様式は、保険医療機関が所在する都県を管轄する事務所に提出する必要があります。届出は、令和6年6月3日(月)までに提出する必要がありますが、令和6年5月2日(木)以降に届出の提出を行うことが可能です。郵送による提出をお勧めします。届出書添付書類には、医療DX推進体制整備加算の施設基準に係る様式87の3の6を使用します。令和6年度診療報酬改定に係る届出について、電子申請を行う場合は令和6年5月20日から利用できるようになりますので、ご注意ください。電子申請が可能な届出の一覧や、電子申請の利用開始の手続きに関しては「保険医療機関等電子申請・届出システムについて」をご覧ください。

#### ・「マイナ保険証」

(前橋)

・この秋からマイナ保険証が完全に始まるとのこと。4月になり保険証の変更・更新が度々あり、そのためタイムラグが発生し以前の保険証のままという事例があります。患者さんには多大なご迷惑をかけており、この場合の対処方法、資格照明等の確認ができるのか？  
月初では保険証の確認があります。顔認証の装置が1台だと足りずやはり、2台・3台の購入が必要になるのではないのでしょうか？

(答え)

ご指摘の点は保険証そのものの持つ問題点でもあります。マイナポータルサイトを利用した情報共有の基盤として利用を増やしたいと国は考えているようです。また、顔認証の装置に関しては外来患者数に応じて必要が生じるかもしれません。各医療機関で適正な準備をお願いします。

一方、高齢者や生活弱者にとっての「マイナ保険証」については未だ詳細が見えていませんが、「資格確認書」なる時限的な保険証変わりが無償交付されるという話と、暗証番号の設定が不要なマイナンバーカード「顔認証マイナンバーカード」の交付の話が出ています。

#### ・「マイナ保険証への誘導について」

マイナ保険証の普及率の低さは、もともとの制度設計に問題があったのは明白である。その反省もないまま、普及のインセンティブ目的の加算に、貴重な財源を振り向けるとは、医療従事者を馬鹿にしている。現場の混乱必至の現行保険証の廃止も含めて、一旦立ち止まり、制度設計からやり直すべきである。

(答え)

ご指摘の通り、スタートの仕方がまずかったと思います。しかし、国は医療DXを進めることを本気で考えているようです。令和7年度の稼働にむけた「電子カルテ情報共有サービス」や「標準型電子カルテ」の向かう方向性に関して情報共有しておきたいと思います。

## [ベースアップ評価料]

(前橋)

- ・「ベースアップ評価料について」

コロナ禍、症状に苦しみ不安を抱える患者さんたちに寄り添い、明るく献身的に職務を全うする当院看護職・事務職に対して、2022年、2023年に、各年5~6%の給与総額の引き上げで対応して参りました。

ベースアップ評価料の施設基準においては、この辺の視点が欠けているのではないのでしょうか。

- ・初再診ベースアップ加算  
試算式がよくわからない

(答え)

疑義解釈(その2)別添2「問1」より、「新型コロナウイルス感染症対応を行った場合における手当について、感染状況を踏まえて減額・廃止する場合は、業績等に応じて変動するものとして賃金項目の水準低下には当たらないものと考えてよいか。」(答)差し支えない。・・・とあります。コロナ禍でも頑張った医療機関は既にかかなりの給与アップをしているはずで、その上、今回の厳しい改定の中で更にスタッフの給与だけをアップすることは難しいと思います。

(桐生)

OE 医院 (A. 基本診療、B. 医学管理、C. 在宅、F. 投薬)

### 3. 職員人件費アップについて

診療所は上記減算が著しく物価高騰、経費増大で、初診3点、再診2点増点では人件費アップなどできるはずが無い。外来在宅ベースアップ評価料Ⅱは、借金でやっとの零細企業の様な状況で初めて算定でき、人命を預かる医療として次元の異なるもので、算定可能な状況はもはや良質な医療提供はできない。利益第一の一般企業感覚の評価である。

(答え)

ご指摘の通り。職員給与をアップさせる策として新設された「外来・在宅ベースアップ評価料」はプラスアルファとして考え、診療報酬として得た分を職員給与(法定福利費を含む)に充てていれば、医療機関として損にはなりません。問題は6年度2.5%、7年度2.0%をクリアするかどうかは別問題であるにも関わらず、このパーセントをクリアするか否かで税制控除を受けられなくなることです。少なくとも職員給与として支払った分は収入から控除してもらう必要があると感じます。

OG 医院 (F. 投薬)

- ・ベースアップ評価支援ツール  
めんどろなの困る。

(答え)

ご指摘の通り。面倒でかつ分りづらいです。

## OH 医院

スタッフ賃金増のため診療報酬改定の具体的な事務作業や疑問点について、医師会として説明会などお考えでしょうか？

(答え)

厚生省から下記の情報が発出されています。～ベースアップ評価料等について

「令和6年度診療報酬改定における賃上げ」に係る特設ページです。ここでは主にベースアップ評価料について必要な情報を掲載します。

【令和6年度診療報酬改定の概要(賃上げ)】

[概要説明資料はこちら \[1.3MB\]](#)

[令和6年度診療報酬改定における賃上げについて \(YouTube\) はこちら](#)

[外来・在宅ベースアップ評価料 \(I\) を算定しましょう! \[705KB\]](#)

[歯科外来・在宅ベースアップ評価料 \(I\) を算定しましょう! \[701KB\]](#)

## ON クリニック (A. 基本診療)

「ベースアップ評価料」について、ベースアップに十分な診療報酬増ができるのか疑わしく、診療報酬全体でみると、マイナス改定であり、賃上げに見合った点数とは思えません。また、明細書に「ベースアップ評価料」と載ることから、患者さん側からの印象が悪いと思われます。初・再診療の十分な引き上げによる対応が望ましいのではないかと思います。

(答え)

ご指摘の通り。職員給与をアップさせるためだけに設けた「ベースアップ評価料」は患者さんにも説明が難しい部分です。更に、医療機関側にとっては見せかけ上の収入増となるため税制上の問題も発生することになります。

(太田)

・外来・在宅ベースアップ評価料 (I) の新設 (4) の内容

ベースアップ評価料の試算②

～令和6年2月15日版、令和6年3月5日版 厚生労働省ホームページからプリント～

(答え)

(4)(3)について、当該評価料は、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分に用いること。ただし、ベア等を行った保険医療機関において、患者数等の変動等により当該評価料による収入が上記の支給額を上回り、追加でベア等を行うことが困難な場合であって、賞与等の手当によって賃金の改善を行った場合又は令和6年度及び令和7年度において翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合(令和8年12月までに賃金の改善措置を行う場合に限る。)についてはこの限りではない。いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。なお、当該評価料によって賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目(業績等に応じて変動するものを除く。)の水準を低下させてはならない。…とあります。

法定福利費は社会保険の事業主負担は半分9.5/15.5です。又、その他労働保険3/1000)、子ども・子育て給付金(0.020/1000)とあります。

対象職員1名令和5年7月24日より入社し、算定開始予定日令和6年6月1日の場合、令和5年8月より給与支払いが発生します。そのまま単純に対象職員の給与税額として計算してもよいでしょうか。

(答え)

法定福利費に関しては疑義解釈(その3)別添2「問5」より「法定福利費が必要な対象職員の給与総額に16.5%(事業主負担相当額)を含めて計上してもよいか。」(答)差し支えない。…とあります。また、対象職員の変動に関しては疑義解釈(その1)別添2「問10」より「令和5年度と令和6年度及び令和7年度を比較して対象職員の変動がある場合、計算式中の対象職員の基本給等の総額について、どのように考えたらよいか」(答)令和5年度及び令和6年度又は令和7



年度のいずれの年度においても在籍している対象職員について、計算式に則り算出を行う。…とあります。単純計算するしかなさそうです。

計算式は疑義解釈（その1）別添2「問9」に記載されています。

引き上げ率の確認については、次のいずれかの方法で行うこと。

①給与表等に定める対象職員の基本給等について、令和5年度と比較し、令和6年度に2.5%又は令和7年度に4.5%の引き上げになっているかを確認する。

②以下の計算式により基本給等の改善率を算出する。

当該年度において基本給が引き上げられた後の対象職員の 1月当たりの対象職員の基本給等の総額 — 令和5年度における1月当たりの対象職員の基本給等の総額 — 定期昇給がある場合にあっては1月あたりの対象職員の基本 給等の引き上げ額のうち定期昇給相当額の総額
---

×100 (%)

令和5年度における1月当たりの基本給等の総額

・・・と、記載されています。

法定福利費の範囲は「問17」より①健康保険料、介護保険料、厚生年金保険料、児童手当拠出金、雇用保険料、労災保険料等における、賃金改善に応じた増加分（事業者負担分を含む。）②退職手当共済制度等における掛金等が増加する場合の増加分（事業者負担分を含む。）…とあります。

（館林市邑楽郡）

・「外来・在宅ベースアップ評価料について」

●介護福祉士の資格を有し、来院者の介助は行っていますが、事務として勤務している職員は該当しますか。

（答え）

その他医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）については、厚生局にも確認中ですが、最終的には各医療機関の判断に委ねられると思います。医療スタッフと認定した職員には「外来・在宅ベースアップ評価料」で算出して得た報酬から給与アップ額を支払うことが可能です。

[外来・在宅ベースアップ評価料の対象職種]

ア 薬剤師、イ 保健師、ウ 助産師、エ 看護師、オ 准看護師、カ 看護補助者、キ 理学療法士、ク 作業療法士、ケ 視能訓練士、コ 言語聴覚士、サ 義肢装具士、シ 歯科衛生士、ス 歯科技工士、セ 歯科業務補助者、ソ 診療放射線技師、タ 診療エックス線技師、チ 臨床検査技師、ツ 衛生検査技師、テ 臨床工学技士、ト 管理栄養士、ナ 栄養士、ニ 精神保健福祉士、ヌ 社会福祉士、ネ 介護福祉士、ノ 保育士、ハ 救急救命士、ヒ あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゆう師、フ 柔道整復師、ヘ 公認心理師、ホ 診療情報管理士、マ 医師事務作業補助者、ミ その他医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）

●令和6年6月に入職予定の看護師がいます。その場合は対象職員に含めていいのでしょうか。

（答え）

新規入職者の場合は過去の実績がありません。「問9」の対象職員として算出することができません。それ以上に今後も職員の出入りについては未知数であり、単純にその時点で計算するしかないと思います。もし、職員数が増えればそれほど給与をアップしなくても増額になるし、職員数が減れば給与アップを頑張っても増額にならない場合も出てくると思います。

●上記の看護職員を何らかの計算方法を用いて含める場合、給与の引き上げはどのようにすればよいのでしょうか。

（答え）

何らかの基準（給与表）を設けておくと便利です。今後に向けて、労務管理士さんと相談してみ

てはどうでしょうか？地区の医師会にも顧問労務管理士さんが居ると思います。

●基準をクリアできた場合の質問です。

初年度・次年度に2.5%、2%アップする対象は、対象職員のみでしょうか。

(答え)

主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く）と考えてよさそうです。(5)より令和6年度に対象職員の基本給等を令和5年度と比較して2.5%以上引き上げ、令和7年度に対象職員の基本給等を令和5年度と比較して4.5%以上引き上げた場合については、40歳未満の勤務医及び勤務歯科医並びに事務職員等の当該保険医療機関に勤務する職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実績に含めることができること。…とあります。

●対象職員のベースアップがクリアできた場合、その余剰分は次年度に繰り越してよいとありますが、2年経過した時点で余剰分が出てしまった場合はどうすれば良いでしょうか。

(答え)

疑義解釈（その1）別添2「問2」より、「ベースアップ評価料は、対象職員のペア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）等の増加分に用いること。」…とあります。更に、クリアできた場合は事務職員等の賃金の改善を実績に含めることができる。…とあります。評価料に関しては全て職員給与に充てないと返還させられる可能性があります。

・「外来・在宅ベースアップ評価料の計算方法について」

外来・在宅ベースアップ評価料の対象職員の給与総額の計算方法についてお尋ねします。

基本給・賞与以外に臨時手当（昨年度年1回のみ）が支給された場合は、その支給金額も計算に入れて算出するのでしょうか？

特例的に計算に含めないものがあればお教え願いたいです。

(答え)

コロナ手当等臨時に手当てがハッキリしている場合を考慮できる体制が必要です。疑義解釈（その2）別添2「問1」に具体策が記されています。

#### [在宅時医学総合管理料及び施設入居時等総合管理料]

・「C002 在宅時医学総合管理料の注14及びC002-2 施設入居時等医学総合管理料の注5」

表題の規定について、再考いただきたくお願い申し上げます。

当該規定により、訪問診療回数が3か月で2,100回以上の医療機関は、紹介、看取り、在宅割合、要介護度割合の全ての基準を満たさないと、単一建物診療患者数が10人以上の在宅時医学総合管理料（在医総管）及び施設入居時等総合管理料（施医総管）が60/100に減算となりました。この背景として、令和5年10月4日の中医協総会において、訪問診療料の算定回数が多い医療機関では、施設患者の割合が高いこと、ターミナルケア加算や往診料の算定数が少ないこと、難病患者割合が低いこと、患者1人当たりの診察時間が短いことなどが挙げられ、外来と在宅医療の両方に対応している医療機関と、在宅医療を専門としている医療機関との効率性の差を適正化することが指摘されています。

訪問診療の対象は、疾病や傷病によって自身での通院が困難な者と定められている通り、他者による一定のサポートを要する状態です。そのような人の療養の場として、自宅以外に介護施設という選択肢があることは、昨今の家族構成を踏まえても否定する余地はなく、そのため施設への訪問診療は、医療機関側がこれを断らない限りは必然的に発生します。ところで、機能強化型の在宅療養支援診療所である当院の経験から施設と自宅の患者を比較すると、施設は自宅よりも状態が安定しており、看取り件数も少ない傾向にあります。令和3年8月の保険診療開始から令和5年12月までの2年4ヶ月で、自宅382人、施設800人の訪問診療に関わりました。このうち終了者は自宅262人(69%)、施設362人(45%)と、施設の方が訪問継続者の割合が高くなっています。また、看取り数は自宅154人(40%)、施設116人(15%)で、看取りまでの当院介入期間は、自

宅 56.5±90.9 日(中央値 23 日)、施設 189.3±196.3(同 109 日)でした。つまり、自宅の患者は半数が 3 週間強で終了しているという状況です。なお、自宅看取りの 6 割はがんでした。新規で受け入れる患者の 1/3 は自宅であるのに対し、自宅患者の半数近くが短期間で看取りとなることから、時間の経過と総患者数の増加とともに必然的に施設の割合が高くなっていきます。

また、中医協にて単一建物患者数が増えるほど診察時間が短くなることが示されましたが、直接的な診察時間だけでなく診察に関わる準備などの間接時間は、必ずしもそうはなってはいません。当院の訪問診療には必ず看護師が同行しており、診察予定者全員について、当日までに持参すべき物品の有無や検査、注射指示の有無、定期処方の変更の有無などをチェックします。設備やスタッフのそろった院内ではなく、訪問先という限られた人数、環境での対応となるため、これらの作業は当院に限らず行われているでしょう。当院の場合、医師 1 人 1 日分(20~30 人)の診察予定者のチェックを看護師 1 名が半日がかりで行っています。したがって、自宅、施設に限らず、患者総数が多くなるほどこれらの作業時間も長くなり、結果、職員の増員が必要となり、諸経費の増加を招いています。今改定前に行われた第 24 回医療経済実態調査では、医療法人の在宅療養支援診療所(入院診療収益なし)の給与費比率は 49.2%、損益差額比率は 12.0%でしたが、当院の 2023 年の給与費比率は 59%、損益差額比率は 2%で、本当にギリギリの運営でした。なお、直近 3 ヶ月の患者 1 人 1 回当たりの診療時間は、単一施設患者数 1 人が 6.2 分(38 人)、2-5 人が 4.8 分(72 人)、6-9 人が 4.7 分(46 人)、10-50 人が 4.3 分(42 人)と、いずれも差はありませんでした。

訪問診療を担う医療機関を全体として捉えると、中医協で議論されたような傾向が見られるのかもしれませんが。一方で、訪問診療に特化することが必ずしも効率性を伴うものではないこともあります。特に高齢化が進む地域では、自宅での介護力の確保は非常に困難な課題であり、施設患者の増加は必然です。自宅で最期を向かえることは多くの人の希望ですが、同時に家族の負担が大きな懸念事項にもなっており 1)、また、経済力が自宅か施設かに影響を与えているという調査結果もあります 2)3)。在宅医療には、まだまだ社会的に整備すべき課題があり、その中で医療機関は、地域に偏らず患者が望む医療を受けられるよう、訪問診療の裾野を広げていくことが必要ではないでしょうか。筑波大学の研究では、National Data Base (NDB)を用いた分析結果として、在宅療養支援診療所・病院による在宅医療が入院機会の軽減や在宅看取りの増加に効果を発揮していることが報告されています 4)。すなわち、今日の訪問診療に求められることは、施設への訪問を制限するような誘導ではなく、在宅療養支援診療所・病院として求められる機能を高め、自宅、施設にかかわらず入院機会を減らし、適切な看取りにつなげられるようにすることだと考えます。

地方におけるこのような実態を考慮し、今回の改定で追加された上記規定を再考いただきたく、お願い申し上げます。

#### (参考)

2. 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料を届出している保険医療機関のうち、当該医療機関の直近 3 月の訪問診療の算定回数等が 2,100 回を超える保険医療機関(看取りの件数等に係る一定の基準を満たす場合を除く。)について、単一建物診療患者の数が 10 人以上である患者に対する在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の評価を見直す。

人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会(2018). 人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書。

[https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo\\_a\\_h29.pdf](https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf)

(閲覧日: 2024 年 4 月 10 日)。

一般財団法人高齢者住宅財団(2016). 平成 27 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 医療・介護ニーズがある高齢者等の地域居住のあり方に関する調査研究事業報告書

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisaku-jouhou-12300000-Roukenkyoku/0000136609.pdf>

(閲覧日: 2024 年 4 月 10 日)。

佐方信夫、奥村泰之、白川泰之(2017). 急性期病院における後期高齢者の経済状況と退院先の関連: 退院患者の調査票情報を用いた症例対象研究. 日本公衛誌, 第 64 巻, 第 6 号, 303-310  
国立大学法人筑波大学(2023). 在宅療養支援診療所・病院による在宅医療は効果を上げている～

般診療所より患者の入院が少なく、緊急往診・在宅看取りが多い～。  
<https://www.tsukuba.ac.jp/journal/pdf/p20230217141500.pdf>  
(閲覧日：2024年4月10日)。

・「施設における在宅時医学総合管理料及び施設入居時等総合管理料」

在宅時医学総合管理料及び施設入居時等総合管理料の施設の人数による減算は、施設に入居中の患者さんの重症度や個別性を無視しており、施設入居者への医療の質は下げろと言わんばかりである。医療の平等性という点で大きな問題がある。

(答え)

在宅医療を推進する社会状況は暫く変わらないと思うのですが、なぜ現段階で制限する方向性を出す必要があったのでしょうか？入院（療養病棟）や入所（老健、介護医療院）における費用に比べて、在宅医療の費用が高額になりすぎたことが1つの要因だと思いますが、今後はどうなっていくのか？注視していきたいと思います。



[その他]

・[緊急往診加算、夜間休日診療加算、深夜往診加算]

(前橋)

【別に厚生労働大臣が定める患者】に当医院医師（私一人ですが）が、配置医をしている特養の患者は含まれるのか？

特養の患者に定期的に処方を行っても再診料は算定できない。

また、終末期に配置医として頻回に診察しても、再診料は算定できない。

また、自院の外来を受信出来ない特養患者には上記加算が認められないのか。

⇒ 特養患者には【別に厚生労働大臣が定める患者】に含まれるべきと要望したい。

(答え)

高齢者施設における在宅医療（訪問診療）の評価に比して特養の配置医における診療制限は厳しすぎると思います。今回の改定で多少緩和された部分はあるものの、まだまだです。

・「通院在宅精神療養法点数について」

(前橋)

- ・毎回の診察時間をレセプトの摘要欄に記入するとなっています。診察ごとに分けて時間を記入することは技術的に可能ですが、無駄に時間と労力を使うこととなります。このようにすることで精神科医療の質が上がるというエビデンスがあるのでしょうか。
- ・このデータを統計処理して通院精神療法の保険診療点数の細分化につなげるのではないのでしょうか。
- ・加算という形で従前の点数が算定できるようにしてあるということのようですが、加算を受ける条件が厳しすぎてほとんどの精神科医院では算定できません。算定できるところと出来ないところで格差が拡大し、結果的に精神科医療の後退を招くのではないのでしょうか。
- ・また、記入していない場合は返戻の対象となるのでしょうか。
- ・通院精神療法の点数をもとの水準に復することを希望します。

(答え)

ご指摘の点は（８）通院・在宅精神療法を算定するに当たっては、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に当該診療に要した時間を10分単位で記載すること。/（10）通院・在宅精神療法を行った場合（家族に対して行った場合を含む。）は、その要点を診療録に記載する。…でしょうか？面倒ですが記載は求められます。記入してない場合“返戻”としたいのですが適応欄の記載の有無となると“返戻”で拾いきれない場合があり、翌月保険者から“査定”で上がってきそうです。

・「2種類以上の抗うつ薬及び2種類以上の抗精神病薬を投与した場合の要件について」

(前橋)

- ・投与した薬剤の種類数や患者に説明した内容を診療録及びレセプトの摘要欄に記入することになっています。処方する度に診療録に2種類とか3種類とか記入するのでしょうか。レセプトにも処方毎に分けて種類数や説明内容を毎回記載するのでしょうか。いずれにしても時間と労力を無駄に使うこととなります。このようにすることで精神科医療の質が上がるというエビデンスがあるのでしょうか。
- ・記入していない場合は返戻の対象となるのでしょうか。

(答え)

ご指摘の点は（15）通院・在宅精神療法を行った患者に対して、1回の処方において2種類以上の抗うつ薬又は2種類以上の抗精神病薬を投与した場合は、投与した抗うつ薬又は抗精神病薬の種類数及びその医療上の必要性並びに副作用等について患者に説明し、説明した内容を診療録に記載するとともに、説明を行った旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。…ですね。相当面倒な事ですね。**エビデンス**があるのか確認してみますが、現状だと記載は求められますし、“返戻”“査定”につながります。

・「調剤（院外処方）について」

（前橋）

先発と後発がある場合、差額が発生すると院内処方の場合はその差額は発生するのか？

（答え）

10月1日より、患者が長期収載品を希望する場合は、選定療養の対象とし、保険給付は、長期収載品の薬価と後発医薬品の最高価格帯の価格差の4分の3までとする⇒1/4自費が発生となります。

通知文の「6 院内処方時の留意点について長期収載品を院内処方する場合においても、医療上必要があると認められる場合及び後発医薬品を提供することが困難な場合は引き続き保険給付としつつ、それ以外の場合に患者が長期収載品を希望する場合は選定療養の対象とすること。院内処方の場合においては、保険医療機関において、長期収載品に係る「特別の料金」を徴収することとなるため、「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」の一部改正について」に規定する要件等に留意すること。」より判断して下さい。

・「非がん疾患の緩和ケアについて」

（前橋）

非がん疾患の在宅麻薬等注射指導管理料、注入ポンプ加算、携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算が算定できるようになったことは、今後増え続ける非癌疾患の終末期医療・緩和ケアを在宅、施設で普及させていくために大きな前進といえる。今後も本質的な医療の質の改善に結びつく改訂は積極的に進めてほしい。

（答え）

昨年度の訴えが届いたものと思います。（厚生労働省スライド13（日医スライド395））在宅悪性腫瘍等患者指導管理料等について、名称を変更するとともに、疾患を考慮した評価体系に見直した上で、心不全又は呼吸器疾患の末期の患者に対する注射による麻薬の投与を用いた指導管理についての評価を新設する。～※注入ポンプ加算及び携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算の対象患者についても、同様の見直しを行う。…一矢報いた感がありますね。

・「発熱患者等対応加算」

（高崎）

発熱患者等対応加算が月1回20点の加算であるというのは、法外に低い点数の加算だと思う。まだまだ種々の感染症が収まりきらない状況への対応に苦慮している医療機関にとって、感染症の患者に対応する手間やコストはもう少しきちんとした評価がなされて当然と思われる。

（答え）

ご指摘の通り。少なくとも毎回算定できる必要があると考えますが…残念です。

・「医療情報取得加算」

（安中）

医療情報取得加算の再診に対し、3月に1回に限り算定とありますが、3月に1回とはいつどのように算定するのでしょうか？3月持参なしなら理解できるのですが、例えば、6月持参あり 7月持参なし 8月持参あり などの場合はどのように対応すればよいのでしょうか？

（答え）

疑義解釈（その2）別添1「問9」「問10」「問11」の通りで、1回/月で3月以内は不可。6月、9月、12月、3月と受診行動があればよいのですが、9月再診がなかった場合は次の受診月（例えば10月）に算定可能。10月に算定すると、その後は疑義解釈通りとなります。

・「抗菌薬適正使用体制加算」

（安中）

抗菌薬適正使用体制加算の施設基準にて「ACCESS 抗菌薬に分類される使用比率が60%以上またはサーベイランスに参加する医療機関全体の上位 30%以内であること」とありますが、自院の状

況をどのように確認すればよいのでしょうか？

(答え)

疑義解釈(その1)別添1「問6」より「J-SIPHE」に登録してデータ提出すれば“Access 抗菌薬の割合”及び“参加医療機関全体における%順位”が返却される。…とのことです。それにしても医療機関の負担は大きいですね。

・「その他」

(桐生)

OE 医院 (A. 基本診療、B. 医学管理、C. 在宅、F. 投薬)

#### 4. 配置医について

介護保険に係わる事であるが、介護施設に配置医等との連携強化を義務付け加算をつけた。一方診療報酬評価はわずかばかりで配置医等の負担は増すばかりである。その分は各介護施設との契約で勝手に対応せよとのことだと思うが、施設経営も困難で決して上手く運ぶものではない。特に特養での看護配置基準Ⅱの算定は配置医にとって大きな減算となり周知が必要。Ⅱを算定するのであれば10万円/月以上の契約更新が必要と思う。

(答え)

ご指摘の部分は、看護体制加算(介護老人福祉施設・短期入所生活介護)の「概要」;この加算は、運営基準で定められた職員配置数や入所定員の基準より多く看護職員を配置していることや、24時間の連絡体制で看護師を配置していることにより算定できます。医療体制の弱い介護老人福祉施設や短期入所生活介護において利用者の医療依存度が高まっていることに対し、夜勤をする看護師が少ない施設の医療体制を評価することを目的に設けられた加算です。看護体制加算(Ⅰ)は、常勤の看護師を1人以上配置していることにより算定可能となり、看護体制加算(Ⅱ)は、入所者25人ごとに常勤換算で1人以上看護師を配置し、24時間の連絡体制を整えていることにより算定が可能となります。平成30年4月の改定により、短期入所生活介護において看護体制加算(Ⅲ)、(Ⅳ)が新設されました。これは短期入所生活介護における利用者数のうち29名以下と50名以下の施設において要介護度3以上の占める割合が利用者数に対し70%以上で算定できます。」と考えますが、看護体制が整うことによって配置医に負担がかかる状況だとすれば本末転倒です。情報共有して対応を検討しましょう。

#### 5. まとめ

今回の改定は、診療所を一般零細企業と同感覚で考え、利益率は若干悪いかも知れないが総合力の圧倒的な病院との分断を計ったものである。両者は連携し地域医療を守るべきもので、これでは地域医療は崩壊する。この仕組みを考え実行し、賛同した方々は立場もあろうが平等な国民生命存続に対し猛省すべきと思う。今後外来管理加算のさらなる追い込み、かかりつけ医機能強化と称しての各種規制が広がる可能性が危惧される。マイナンバーカード実施に1.8兆円浪費したので、そのデータと称し今後作為的政策誘導の危険がさらに強まる事が予想される。是非日医には、その事に刮目され、国民に周知を図り、作為的データでの誘導を先に論破し、世論形成を主導する活動をお願いしたい。

(答え)

ご指摘の通り。日医に対する働きかけをどうするか議論を展開しましょう。

OL 医院

・算定要件の文言が解りづらいため、明確・簡潔にしてほしい。

(答え)

ご指摘の通り。毎年、毎回複雑になるばかりで一向に改善しません。

・暴言・風評被害等を受けながらも、新型コロナ疑い患者の診療に奔走し、体力的・精神的に限界に追い込まれながらも努力した結果を開業医の黒字と意味づけられるのは誠に遺憾である。

(答え)

ご指摘の通り。

・机上の空論で医療界の帳尻合わせの様な仕打ちをされるならば、今後の国の要請に協力しない方が良いと言う考えや、医者・看護師を志す人がいなくなる医療崩壊の要因となるのではないか。すでに緊急時の受け入れを断られ、たらい回しになっているのが現状である。

(答え)

ご指摘の通り。

・**外来後発医薬品使用体制加算 1**の算定について

後発医薬品の推進で、使用割合が90%以上という点を見直してほしい。後発品にしたいのは山々だが、現状品不足で先発品しか手に入らない物や、納品時期が不明の物が多い。

(答え)

ご指摘の通り。薬剤流通に起因する場合は医療機関側にとっては不可抗力であるにも関わらず、自らが厚生局に報告する必要があるのも理不尽に感じます。

・デジタル化に推移して円滑にというの解るが、高齢の患者・医師の負担が大きいため、徐々に移行してほしい。マイナンバーも高齢の方は解らないという声が多い。

(答え)

ご指摘の通り。国が躍起になって推し進めようとしているが現場の状況は厳しいと言わざるを得ません。医療機関に誘導の手助けを求める施策が打たれているが、その先に何かあるのか？としたビジョンに欠けるのが残念であります。

・リフィル処方や長期処方では、人命を優先していないと言える。病状が変化する患者が多い中、長期で処方すれば、発見が遅れ重篤な状態に陥る可能性が高くなる。

(答え)

ご指摘の通り。これまで医療においては全て医師が責任を一手に負う形で推進してきたが、財政論的な発想に医師が責任を負うことは困難です。患者側・保険者側にも責任と覚悟をもってもらう責任体制も重要です。

(太田)

・RS ウイルス迅速診断キットの60歳以上の方への使用拡大

今回、RS ウイルスワクチンが60歳以上の方に接種許可されました。それに関してですが、RS ウイルスの迅速診断は保険で1歳未満の者にしか適応できていないのは、おかしいと思います。60歳以上の方にも検査を受けることができれば、感染流行状況の検索や予防にもつながるのではないのでしょうか。また将来、妊婦さんにもRS ウイルスワクチンを接種することになるとしたら、さらに妊婦を対象に検査対象者が拡大されないといけないことになりませんか。

(答え)

現在、RS ウイルス感染症に対する治療薬は乳児において発症を抑えるワクチンがありますが、成人においてはRS ウイルス感染症に対する特定の治療法はありません。そのため基本的には症状を和らげるための対症療法が行われます。一方、米国において、RS ウイルス感染症は「乳幼児が入院する主要な原因の第1位」であることが示されていることが原因だと考えます。



(群馬郡)

・外来感染対策向上加算・発熱患者など加算は、自治体との医療措置協定を締結して、初めて加算が可能ということか？（令和7年1月1日以降）協定締結が施設基準ということになるのか？

(答え)

ポストコロナの（厚生労働省スライド4（日医スライド252））外来感染対策向上加算〔施設基準（抜粋）〕；都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関（発熱外来に係る措置を講ずるものに限る。）であること。…とあります。

(安中)

・「通院精神療法」に関する異議申立て

今回の診療報酬改定に伴い精神科の通院精神療法（30分未満5分越、これが主に行われている）が330点から315点（精神保健指定医の場合）に減額されます。たかが5%の減額といますが、精神科診療所にとっては死活問題です。今でさせ経営を何とか成り立たせているのに、ここで更に困難に追い打ちを掛けることとなります。他の産業においては賃上げが可能なのに私達の分野では更に難しい状況となり、スタッフの保持をはじめとして様々により良い医療を進めることが困難となってしまいます。非精神保健指定医の場合は8%の減額となり2年後には廃院に追い込まれる場合もあるという予測も出ております。どうか日本医師会の力によってこのような暴挙を止めてもらう訳にはいかないでしょうか。よろしく願い致します（50年以上に渡り日本医師会員である老精神科医より）。

(答え)

御意！地域医療の崩壊をもたらしかねない診療報酬改定と考えます。地域医療体制の堅持、社会保障制度の維持に何が必要かを共に考え日医に提言していきましょう。

(吾妻)

・「身体拘束最小化チームについて」

入院料等 通則7の身体拘束について「身体拘束の実施状況を把握し、管理者を含む職員に定期的に周知徹底すること」とありますが、「管理者を含む職員」は具体的にどの職員が該当するのでしょうか。また、「定期的に周知徹底」とは具体的にどのような方法をとればよろしいのでしょうか。

(答え)

介護現場で進行している「身体拘束」とは少し違い「身体的拘束」となっている点に留意が必要です。当院では、認知症回診と同期して身体的拘束最小化チームスタッフにも参加してもらう形でチェックし、毎月の「認知症ケア会議」と並行して「会議」を開催して問題提起しています。会議構成メンバーに院長、看護部長も含まれているため、現場への伝達は各階の担当スタッフから情報伝達してもらっています。

\*\*\*\*\*

## 2) 医師会の体制や取組等に関するご意見

(前橋)

今回、前橋市医師会のお願いに耳を傾けていただき、郡市医師会の意見を日医に届ける役割を果たしていただいたことに心より感謝申し上げます。今後も様々な問題について、このような機会を作っていただけるとありがたいです。今後ともよろしくお願い申し上げます。

(答え)

ご指摘ありがとうございました。現状は医療提供体制や保険医療制度の維持における分岐点にいると思います。まずは、地域の声を日医に届けるシステムを確立しないといけないことを皆で共有して頑張りましょう。

(桐生)

「診療報酬に関する情報共有体制にかかる問題提起について」との質問ですが、前回の臨時総会で問題となった日本医師会→県医師会→都市医師会への情報連絡（下達？）しかなく、逆方向の意思伝達方法がないことに対する意見と考える回答いたします。桐生市医師会では別紙のように緊急アンケートを行い、予想を超えるような反応をいただきました。今回の改定のような、理不尽とも言える改定内容については、一般の医師会員は多くの不満を抱いております。このような意見が中央に十分反映されていない印象を持っており、この状態が続けば日本医師会に対し一般会員が不振を抱き、医師会員であることの意義を失うこととなりかねません。一般会員の声が中央に届きやすい環境を作っていただけるとありがたいと思います。

(答え)

適切な対応ありがとうございました。多くの医師会員の切実な声をどのように整理して中央へ届けられるか？今回の議論を踏まえて皆で検討出来たら幸いです。一つハッキリしている事は、膨大な資料と頻回な会議に忙殺されて、個人としての力量を超えた範囲で議論や検討が進められてきたのが実情と感じます。中医協対応にしても個人ではなく集団（日医総研等）で立ち向かわねばならない時期ではないでしょうか？

(洪川地区)

「日医総研の役割について」

今回の診療報酬改定にあたり、“かかりつけ医”と致しまして高血圧症、糖尿病、脂質異常症の3疾病の管理料に関する改定の影響が大変大きいと思います。日医総研におかれましては、サンプル抽出・事前シミュレーションなど調査を行われていた事と思います。

改定が既に発出された後ですが、改定内示時に、日医のシンクタンクとして、日医に対し出来ればもう少し強めのシグナルを発出して頂いていたならば、今回の意見聴取とは異なった対応も可能であったかと思えます。

6月以降の改定に向けて、日医会員である“かかりつけ医”の負担軽減を計っていただくべく、日医総研におかれましては、“かかりつけ医”が4月5月中にとるべき、然るべき対応をアドバイスしていただければ幸いです。

(答え)

ご指摘の通り。関ブロの提案要旨として意見を出させて頂きました。「群医総研」の活用も含めて今後の議論を展開できると幸いです。

\*\*\*\*\*

### 3) その他

(前橋)

#### ・「医療財源について」

中医協に委ねられた財源のアップはわずか0.18%であり、そもそも医療の質の向上に財源を向けようという国家としての気概が感じられない。

(答え)

御意！

#### ・「中医協の公益性について」

中医協の裁量権が縮小していることに加え、公益委員が支払側委員の意見に加担するなど、その中立性に問題があると言わざるを得ない。

(答え)

ご指摘の通り。中医協で議論を戦わせることの出来るバックボーンが必要かもしれません。

(桐生)

OF 医院

今回の改定の経緯、理由付けを見て、次のパンデミックでは発熱外来は意地でも断固ボイコットする所存です。

(答え)

御意！

OI 医院

電子カルテ共有サービスは、ハッキングやサーバーダウンによる診療、障害の恐れはないのですか？

(答え)

ご指摘ありがとうございます。オンライン資格確認のネットワークを使って FHIR 対応の標準規格で 3 文書 6 情報を手始めに共有することを考えているようですが、その点はしっかりチェックしていかねばなりません。また、責任の分界点も明らかにしておく必要がありますね。

OG 医院

「リフィル処方」

患者の主張が強いとリフィル処方箋を出さざるを得ず困る。患者と顔の見えない関係になってしまう。

(答え)

長期処方と比較するとリフィル処方は患者にとって魅力がないものですが、リフィル処方を推進するなら、リフィル処方することで途中のトラブルや問題発生に関しては患者側と薬局側にも責任の一端を担っていただきたいと思います。

O0 クリニック (B. 医学管理、F. 投薬)

リフィル処方を進めるやり方に疑問。

(答え)

ご指摘の通り。財務省と保険者の考えは患者の通院回数を減らす手段としての策だと思いますが、患者にとってもそれほど魅力的な方法とは考えられません。

OP クリニック (A. 基本診療)

(反対意見に) 同意いたします。コロナ禍、医療従事者は感染の恐怖に身を晒し、それでもウイルスに立ち向かいました。今回の診療報酬改定、5 類感染症移行後の対応に対して、とても残念な気持ちと、本当に命懸けで検査・診療を行った当時を思いおこし、喪失感さえ覚えました。私も患者さんから 2 回感染しました。桐生市医師会からの文章に少し救われた気持ちになりました。経済打撃を業に心を砕かないわけではありませんが、この文章のとおりだと思います。

患者さんも我慢の果てに重症化、悪化する悪循環を招きます。改定内容の見直しを求めます。

また、補助金ビジネスで中抜きを行い、本来医療費で困窮した人々を救うはずだったお金が、全く働かない悪質な業者に渡っていた事実があります。そして本来の用途にもどすべきとも考えます。この点につきましても強く見直します。

(答え)

ご指摘の通り。本来、国のお金の使い方をチェックする機構として「会計検査院」や「税務署」が機能すべきところであって、中医協での些細な意見押収だけでは解決しない点が歯痒いです。

(伊勢崎佐波)

日本の 2023 年 10 月 1 日時点の日本の総人口推計は前年比 59 万 5000 人減の 1 億 2435 万 2000 人で、「自然減」は 17 年連続、減少幅は過去最大の 83 万 7000 人だった。75 歳以上の人口が初めて 2000 万人を超えた一方、15 歳未満は過去最少を更新した。生産年齢人口は 7395 万 2000 人（同 25 万 6000 人減）で、人口に占める割合は過去最低だった前年とほぼ横ばいの 59.5%となっている。2024 年 3 月 28 日、一般会計の総額が 112 兆円余りとなる令和 6 年度予算が参議院本会議で採

決され、可決・成立した。2年連続で110兆円を超え、歳出では社会保障費が全体の3分の1を占め、過去最大の37兆7193億円となった。この中で、医療給付費は12兆2,366億円(+849億円)となっている。

限られた予算と増加する医療費を含めた社会保障費に整合性をつけるため、今回の厳しい診療報酬改定となったことは背景の一要因として推察するが、閉院など今後の医療提供体制に問題を生じる可能性がある。そして、医師数の限られた地方でより顕著となりうる。今後、少子高齢化は進み、生産年齢人口の減少も伴うことから、現行の社会保障制度の維持はより困難になり、より厳しい制度変更が行われることが危惧される。診療報酬改定への対応のみならず、建前論ではなく社会保障制度に対して医師会としてどのように向き合うか再度考えていく必要がある。

大都市圏と比べ、地方の地域医療を取り巻く環境は医師偏在等の影響もあり、刻一刻と悪化し、予断を許さない状況となってきている。医学部における地域枠、診療科におけるシーリングなど政策が行われているが、十分に機能しているとは言えない。日本の医療圏に置いて全ての診療科の治療が受けられる体制を整えることは、医療が社会インフラである上で重要なことであるが、これを継続することは困難な地域が出てきていることは周知の通りである。現状、情報伝達として、様々な医療制度の変更や通知などを各地域へ伝達する意味での医師会の川上から川下までの流れはある程度機能している状況であるが、先にあげた地域医療を取り巻く問題等について吸い上げ、有効な対策を医師会主導で議論し実行するという点には至っていない。

大局的な考えも含め、医療のあり方について様々な意見を現場から吸い上げ集約し対応する体制の構築も必要と思われる。

(答え)

御意！「今後、少子高齢化は進み、生産年齢人口の減少も伴うことから、現行の社会保障制度の維持はより困難になり、より厳しい制度変更が行われることが危惧されます。診療報酬改定への対応のみならず、建前論ではなく社会保障制度に対して医師会としてどのように向き合うか再度考えていく必要がある。」…国民皆保険・フリーアクセスを堅持する上で大きな課題が見えています。医師会は問題の本質から目をそらさず、行政と一体になり国民の健康を守る視点で意見を提言していく必要があると感じます。

(太田)

#### ・「電子カルテ」

情報共有体制を考えるうえで、電子カルテ(以下、電カル)の活用は不可欠なものとなります。私のクリニックでは電カルを使っておりません。当初採用を考えていたわけですが、調べてみると電カルを作るメーカーは乱立していて、様々な形で統一感がなく不安を感じました。先々ずっと同じ会社のものを使用することになってしまうと、いいものが見つかった時に損するような気がしました。そこで、いつかどれを選んでもある程度標準化された電カルができるだろうと期待して待っていましたが、いまだに標準化されたものがないようです。

もはや、国がカルテの電子化を全医療機関に義務づけ、標準化に向けて直接介入していくしかないでしょう。例えば韓国はどうやって変えていったのでしょうか。ORCAはどれだけの位置を占めていますか。標準化は必ずしも一本化とならなくとも、2~3方式に整理するというのでもよいのではないのでしょうか。そうなっても構わないと思います。そうしなければ情報共有体制は永遠に出来ないであろうと思われます。その時は、既存の電カルを使っている医療機関には必要な改良を施し、電カルを新しく導入しようとする医療機関には、導入費用に公的な支援をお願いしたいものです。現状、政府としては診療報酬上の加算は設定しますが、支援することには消極的な印象を持ちます。

(答え)

ご指摘の通り。これまで医療DXに関する国の取組情報が乏しく、日医に対して情報提供を求めて来ましたが回答もなく経過してきました。今回、医療DX推進体制整備加算の施設基準の話から初めて具体的な将来像が「ボンヤリ」とですが見えてきています。「電子カルテ情報共有サービス」と「標準型電子カルテ」に関する情報を共有したいと思います。



(群馬郡)

薬剤の供給体制についての質問：薬価が下がり続け、ジェネリック薬剤メーカーの採算が取れなくなり、安価なジェネリック薬剤が供給されなくなってきている。そのため供給がだぶついている高価な薬剤を、わざわざ治療で使わざるを得なくなり、政府の目論見と正反対に医療費を押し上げつつある。今まで薬価を下げて代わりに医療点数を上げてきた経緯は理解できるが、現在のような安くて良い薬が使えない状態、ペニシリン系やセフェム系が無いから第一選択でニューキノロン系を使わねばならない状況をなんとかして欲しい。ジェネリック医薬品の安定供給を強く望む。

(答え)

ご指摘の通り。医薬品の安定供給に関しては国策でしか対応できません。

(吾妻)

・「院内処方について」

医療費の抑制のためや、患者さんの利便性に大変貢献しているのので、診療報酬を上げるべきである(処方、調剤料)。

薬の1包化の労力に対し評価すべきである。院外薬局との差別は許されない。

(答え)

この点は、かねてより訴えているところですが、残念ながら「院内処方をアップ」する形でなく「院外処方をダウン」する形で少しずつ平準化に向かっています。

・「診療報酬の引き上げについて」

一般診療所にとってはマイナス改訂で、毎回同じことが続いている。職員の給料も上げるのが大変困難である。

(答え)

診療所のみならず病院にとっても厳しいマイナス改定でした。+0.88%のアップとしながら、診療報酬の嵩上げ分は、医療関係職員の給与アップ=+0.61%で、若い医師や事務職員等の給与アップ=+0.28%となっていることから明らかなように、今回の改定は職員給与を底上げするための仕掛けに全てを充てられており医療機関としては  $\{+0.88\% - (0.61\% + 0.28\%)\} = -0.01\%$  となります。

・「電子カルテ」

まず電子カルテ関連の情報を通信で扱うというところにセキュリティー面の心配がある。万一の場合どこが保証・補償するのか。電子カルテ関連のセキュリティー対策についてはどこの施設も行っていると思うが、それでも問題が起きた場合に医療機関に対応をさせるということは認められない。

また、患者にどの程度まで情報共有することになっているのかも明らかになっていない。

電子カルテ記載内容も含まれるとすれば、膨大な情報量になる。サマリー対応としても、個別にすべて作成する手間を考えると、診療報酬はもっと手厚くすべきと考える。

(答え)

ご指摘の通り。その上で「電子カルテ情報共有サービス」と「標準型電子カルテ」に関する現時点での情報共有をしておきたいと考えます。セキュリティー等への懸念は払拭し得ませんが、マイナ保険証のオンライン資格確認のネットワークをインフラに使った“文書管理”と“情報管理”を念頭に準備を進めているようです。

## モデル事業（電子カルテ情報共有サービス、標準型電子カルテ）

厚生労働省 医政局

特定医薬品開発支援・医療情報担当参事官室

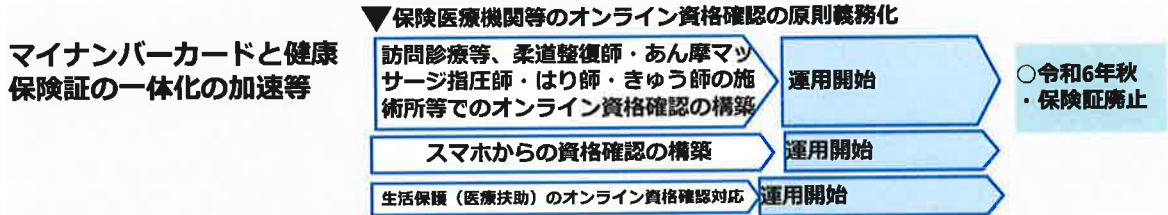
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

# (参考) 医療DXの推進に関する工程表〔全体像〕

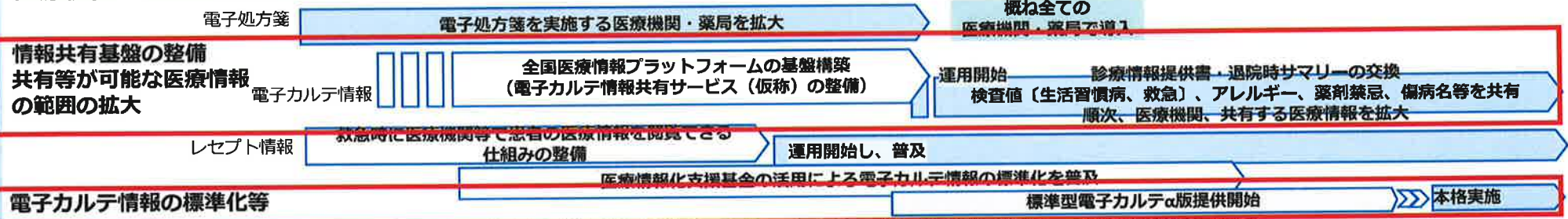
2026年度～  
(令和8年度～)  
第2回医療DX推進本部  
(令和5年6月2日)

	2023年度 (令和5年度)	2024年度 (令和6年度)	2025年度 (令和7年度)	2026年度～ (令和8年度～)
--	-------------------	-------------------	-------------------	---------------------

## マイナンバーカードと健康保険証の一体化の加速等



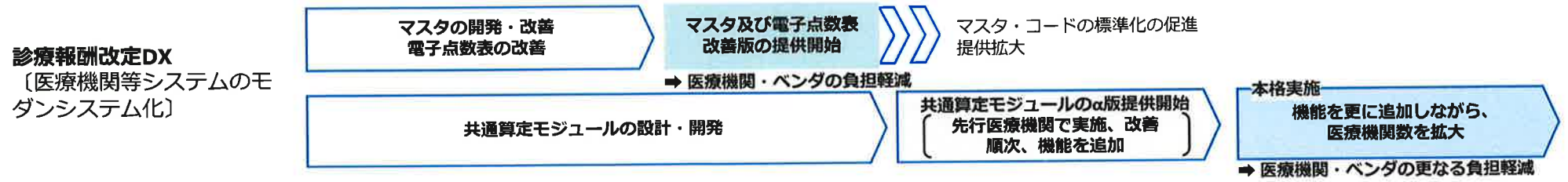
## 医療機関・薬局間での共有・マイナポでの閲覧が可能な医療情報を拡大



## 医療機関・薬局間だけでなく、自治体、介護事業所と情報を共有、マイナポで閲覧に加え、申請情報の入力



## 医療機関等のシステムについて、診療報酬の共通算定モジュールを通し、抜本的にモダンシステム化



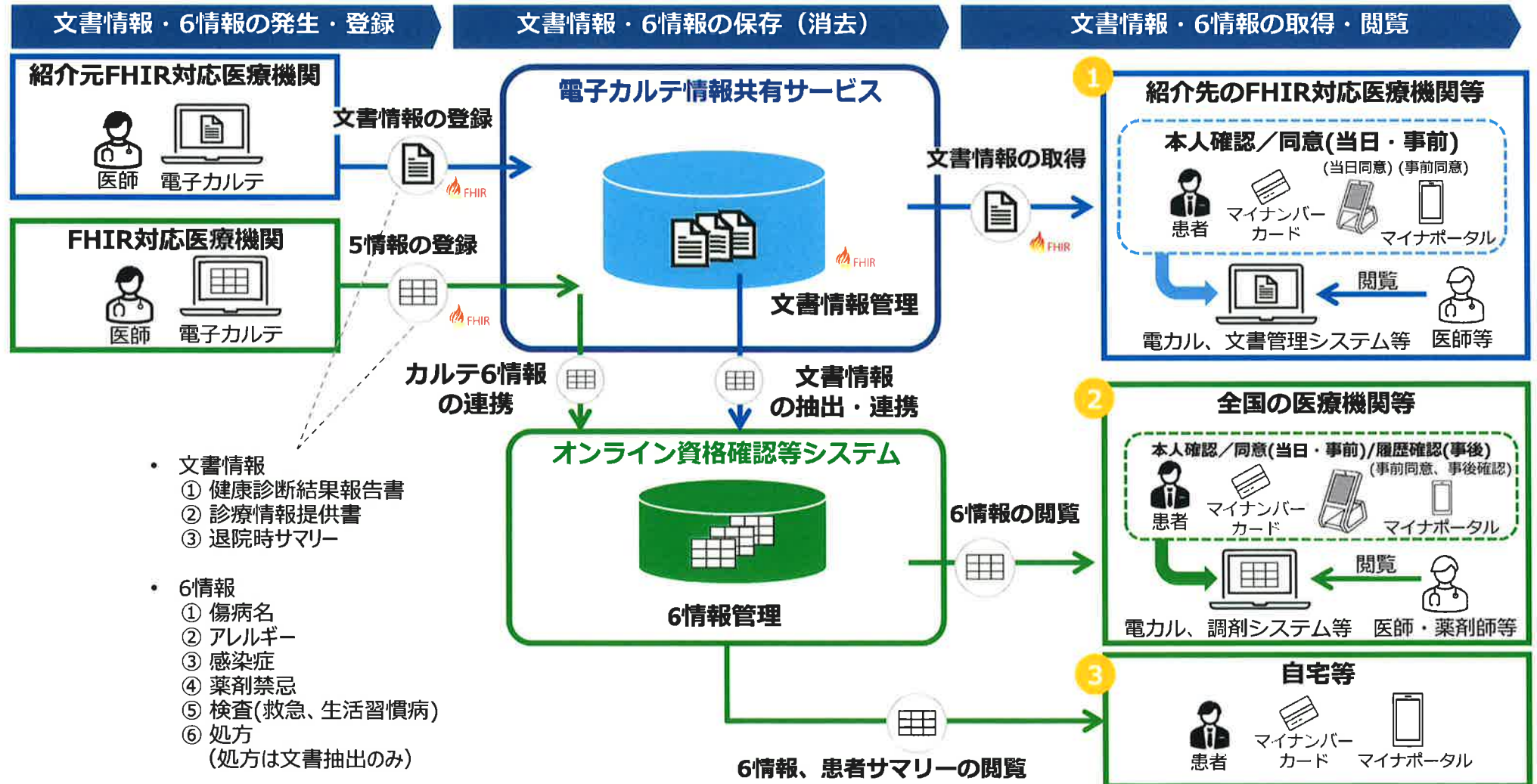
全国医療情報プラットフォームの構築



# 電子カルテ情報共有サービスの概要

本仕組みで提供する  
サービス

- ① 文書情報を医療機関等が電子上で送受信できるサービス
- ② 全国の医療機関等で患者の電子カルテ情報（6情報）を閲覧できるサービス
- ③ 本人等が、自身の電子カルテ情報（6情報）を閲覧・活用できるサービス



- 文書情報
  - ① 健康診断結果報告書
  - ② 診療情報提供書
  - ③ 退院時サマリー
- 6情報
  - ① 傷病名
  - ② アレルギー
  - ③ 感染症
  - ④ 薬剤禁忌
  - ⑤ 検査(救急、生活習慣病)
  - ⑥ 処方 (処方は文書抽出のみ)



# 今後のスケジュール

2024									2025							
4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8

電子カルテ情報共有サービス

連携病院決定



モデル病院での運用テスト

モデル事業  
(2文書6情報)

開発・実装(ベンダ)

モデル事業(健診結果報告書)

改修費用見積

医療機関とベンダの改修契約



α版の調達・システム開発 (デジタル庁)

α版完成

α版に関するヒアリング

α版モデル事業施設への導入支援調査・計画



α版提供開始

モデル病院での運用テスト

モデル事業

標準型電子カルテ

令和6年度 関東甲信越医師会連合会 医療保険部会  
検討テーマ及び提案要旨

医師会名 群馬県医師会

## 【 検討テーマ 】

日医総研の役割について

## 【 提案要旨 】

今回の診療報酬改定に当たり“かかりつけ医”としては高血圧症、糖尿病、脂質異常症の3疾病の管理料に関する改定の影響が大変大きいと思っています。日医総研におかれましては、サンプル抽出・事前シミュレーションなど調査を行われていたことと思います。

出来れば改定の内示の時点でもう少し強めのシグナルを出して頂いたならば、異なった対応も可能であったかと思えますし、少なくとも都道府県医師会から各郡市区医師会を経て末端の“かかりつけ医”が日医との連帯感を意識できたと感じます。

今後は、6月以降の改定に向けて、日医会員である“かかりつけ医”が4月5月中にとるべき、しかるべき対応をアドバイスして頂ければ幸いです。このままだと末端の“かかりつけ医”が日医から離れて行ってしまう危機感を禁じえません。