

2024 年度診療報酬改定に係る 医科会員アンケート調査結果

2024 年 10 月 31 日

愛媛県保険医協会

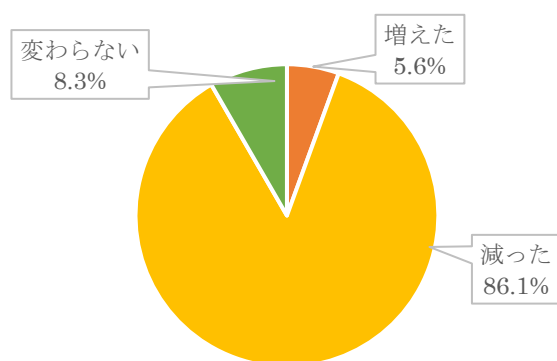
本年度の診療報酬改定では、医療従事者の賃上げに係わる評価として「ベースアップ評価料」が新たに創設されました。しかし、物価高騰による他業種での賃上げには及ばず、安心して医療従事するためには基本料の値上げが必要です。10月に実施しました会員アンケートの結果をご紹介します。

アンケート期間 2024 年 10 月 21 日～10 月 31 日

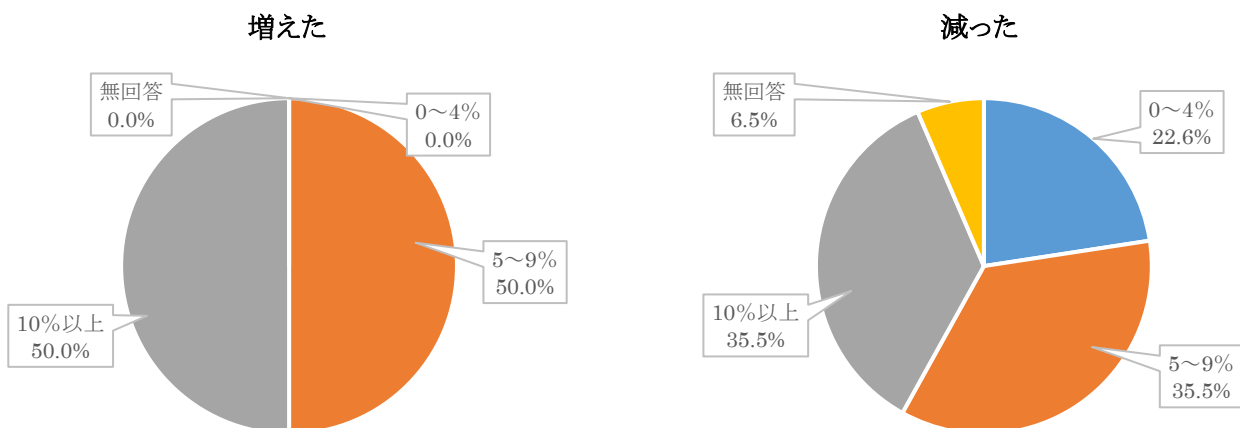
アンケート方法 FAX

アンケート回答 35 件

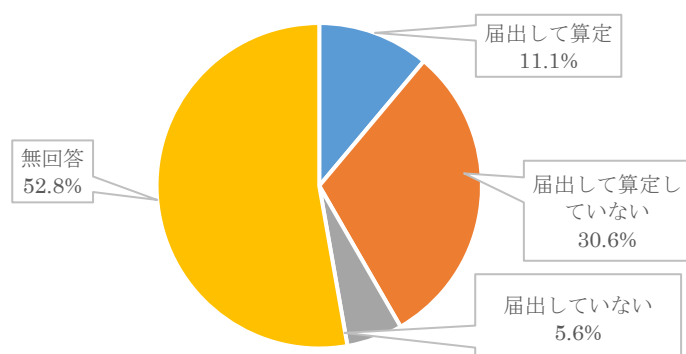
1. 本年 6 月(6～8 月の合計)の医療収入の昨年同月比は



2. 問1で「増えた」あるいは「減った」変化の割合は



3. ベースアップ評価料届出について

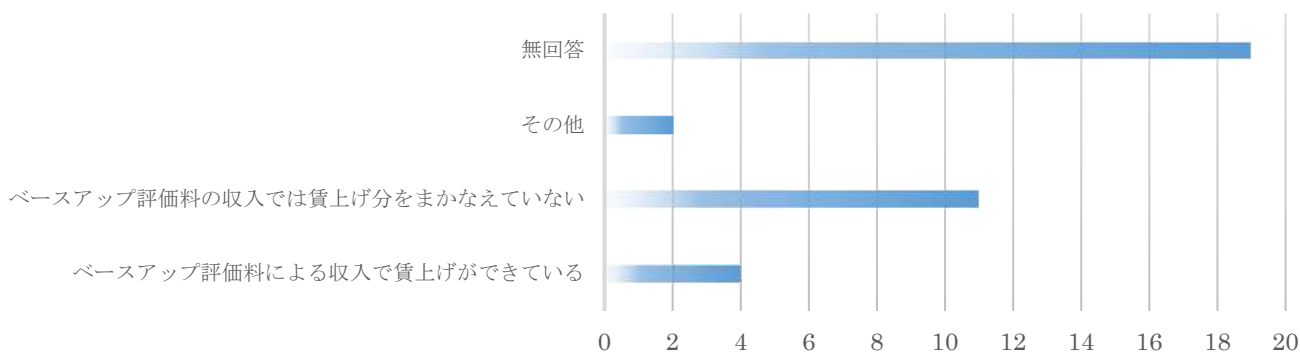


自由記載

院長の給与減で！

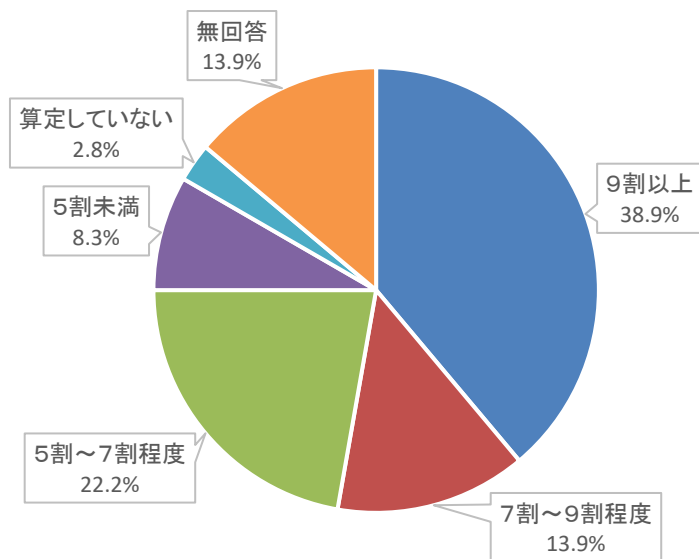
職員の入れ替わりがあり評価できない

4. 問3で「届出して算定している」と回答された方にお聞きします。
 ベースアップ評価料による収入は、賃上げ分に見合っているか

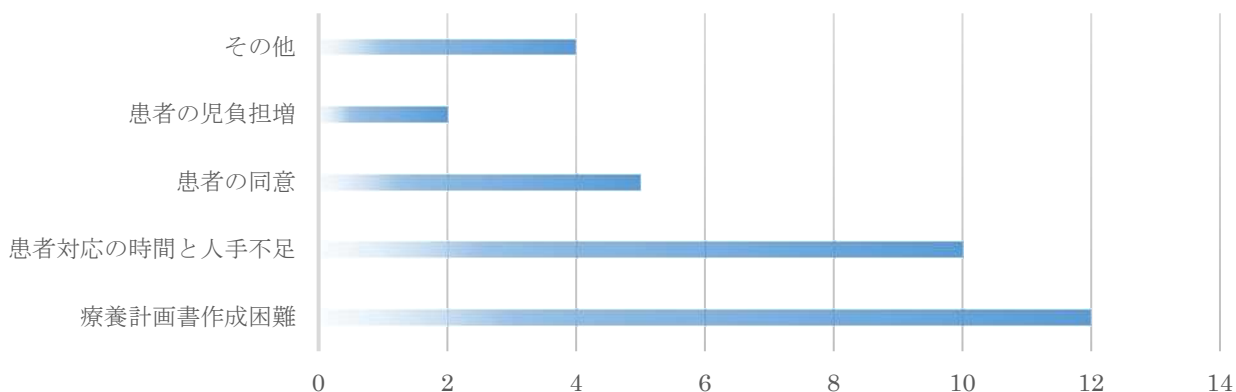


5. 「生活習慣病管理料」を算定している患者さんがいる医療機関が回答

本年5月まで「高血圧」「糖尿病」「脂質異常症」が主病で「特定疾患療養管理料」を算定していた患者で、6月以降「特定疾患療養管理料」を算定していた患者さんのうち「生活習慣病管理料」が算定できている割合ですか？



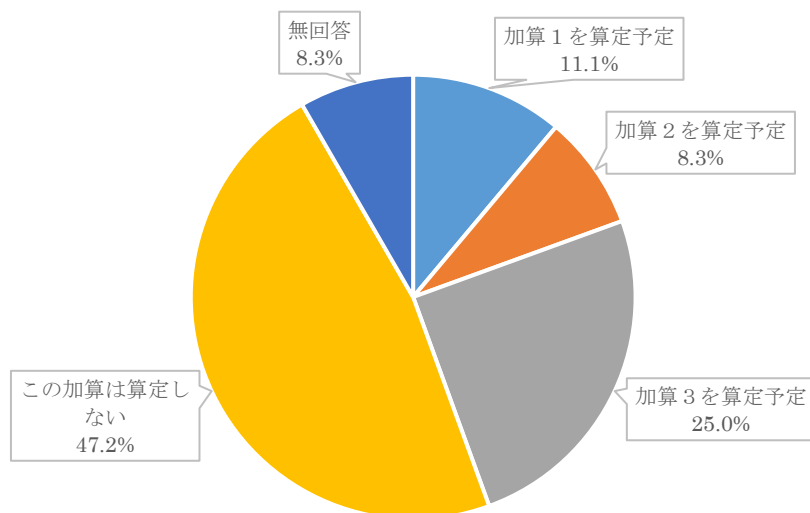
6. 「生活習慣病管理料」が算定しづらい、算定できない理由は(複数回答)



ご意見

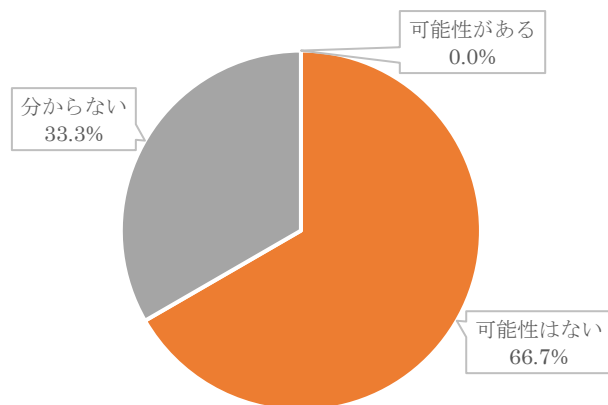
- ① 認知症の人の算定ができない
- ② 月2回受診が必要な患者は、生活習慣病Ⅱでは収支的に割に合わない。また、生活習慣病Ⅰでは、生活習慣病以外の検査等でも包括されてしまうため、材料費等がクリニックの持ち出しになります。
- ③ 耳鼻科なので診察していません

7. 「医療 DX 推進体制加算」の施設基準の1つである、本年 10 月以降のマイナ保険証の利用率による加算の算定は

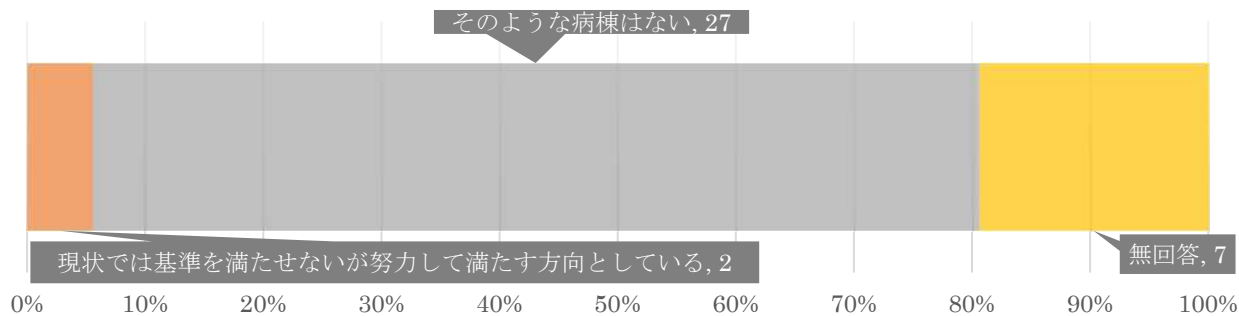


8. 在宅時医学総合管理料(施設入居時等医学総合管理料)を算定している医療機関が回答

10 月以降、「直近 3 月間の訪問診療回数の合計が 2,100 回未満」との基準が満たせず、当該管理料の算定が所定点数の 100 分の 60 となる可能性がありますか



9. 平均在院日数の短縮や「重症度、医療・看護必要度」の評価の見直し・該当患者割合の変更等で、現行の入院基本料等の基準が満たせなくなることが予想される病棟があるか



10. 軽症から中等症(尿路感染症や軽症肺炎)などの高齢者で困ったケースはあるか

- ① 入院先の手配がうまくいかないことが度々。
- ② 認知症があると、点滴を抜いたり動き回ったりして人手が多くかかり、入院の料金が足りない

11. その他今次改定で「不合理だ」と思われること

- ① 訪問診療が月 5 回以上だと 5 回目以降減産となりますが、独居の方など、週 1 回は訪問したい方も多くあります。週 1 回行くだけで 5 回以上になる月もあるし、調子不良時は週 2 回となる期間もあります。減産する理由が分かりません。

- ② 値上げラッシュに苦しんでおります。医療費のみ値下げでは納得いきません。
- ③ マイナ保険証は必要ない。不自由。療養計画書などというバカなものはやめて欲しい。
- ④ 医療 DX 推進体制加算の算定要件に来年 4 月から電子処方箋発行対応があるが、医師資格証が Ictip 不足のため発行未定(来春なるべく早く)なので、HPKI カードがないので電子証明できず、発行できない。
- ⑤ 特定療養費はおかしい。
- ⑥ 消費税分を何とかして欲しい。ベースアップ加算ではベースアップの原資とならない。
- ⑦ マイナカードの対応が遅れている組合等がまだあるので、マイナカードを勧めるなら、先にそれらの対応をして欲しい。小児科なので子ども医療費の受給者証がマイナカードに対応していないので、マイナカードだけで受信できないので利便性がない。マイナカード用のオンラインシステムが短時間で自動的にログアウトしてしまうので困る。
- ⑧ 生活習慣管理料やベースアップ評価料など算定するためにクリアしないといけない要件が多すぎて診療現場が大変。
- ⑨ 過去数十年に渡る医療政策を見ればわかる通り、「お前ら医者は、国民の奴隷だ！ 生かさず殺さずだ！」が根底にある。S44 年、武見日本医師会会長が1日だけの保険医総辞退して当時の佐藤栄作総理に大恥をかかせたことへの報復が未だに続いているのだろう。
- ⑩ デジタル化を進めるのに、紙ベースの保存を強要すること。
- ⑪ 生活習慣病 I に、高血圧、糖尿病、高脂血症以外の疾患の検査等が(特に緊急時は計画的に検査できないため)包括されてしまうのは不合理です。生活習慣病 I を算定すると6ヶ月は生活習慣病 II に移行できないため、生活習慣病 I を算定中に何度も生活習慣病以外の疾患で受診されるとコスト面から検査をためらってしまう時がある。
- ⑫ 処方箋料の減点(68→60 点 一般処方加算は3点増だが結果として 5 点マイナス)。また、特定疾患療養管理料は生活習慣病管理料 II に移行すれば、特定疾患処方管理加算や外来管理加算が算定できないにしても、それなりに同じくらいの点数になるが、例えば糖尿病患者で在宅自己注射指導管理料を算定している人の場合、単純に特定疾患商法管理料がなくなる分、在宅自己注射の算定が多い糖尿病内科は大きな減収になる。
- ⑬ ベースアップ評価料の仕組みが分かり難い。どう考えても赤字になる。マイナンバーカードの維持費がかかる。業者に連絡してもなかなか対応してくれない。
- ⑭ 10 月からの選定療養は不合理な点が多い。特に患者が自賠責、労災の場合は問題が多い。
- ⑮ 日本の医療は、他産業に比べても大人しすぎるので、国から国民からも大層なめられている。このような集団では、診療報酬など上がる訳はない。国の公定価格である報酬は、圧力をかけて役人を追い詰めなければ上がる訳がない。韓国の医師達を見習うべきである。本来、学問を教育すれば必要十分の大学医学部において、近年精神修養的なものが増えていると聞く。技術職である医者をもインドコントロールしようとしている意図が見え隠れし、本来の理系学部教育に戻すべき。韓国の医者とは受けてきた教育自体が根本的に違うように思う。
- ⑯ 島の医療機関は当院のみで、院内処方なので最初に院内処方でも島に調剤薬局無しとか言われれば楽なのだが、一つの薬剤ごとに院内活用等に後発品採用なしと入れる手間がとても大変なっている。
- ⑰ 月に 2 回来院した場合、1 回歯科生活習慣病管理料が取れない。糖尿病など月に2回来院していた場合 2 回目は非常に安くなっている。
- ⑱ 今年度の改定は例年と違い 6 月実施であったが、4 月実施との差があまり感じれないほど、矢継ぎ早に疑義・解釈が出され 6 月実施にしたことのメリットが分からない。また、プラス改定であったことは喜ばしいが、診療材料等の値上げを十分カバーできておらず、実質プラス改定とは思えないのが実情である。
- ⑲ 生活習慣管理料の算定は、医院にとって余計な負担になります。(人手不足)コロナもインフルエンザの接種もあり、本当に大変です。