

## 2024年診療報酬改定に関するアンケート結果

アンケート実施時期：2024年9月

アンケート送付対象：医科開業医会員（573名）

回答数（回収率）：85名（14.8%）

医療機関種別：

無床診	78	91.8%
有床診	2	2.4%
病院	3	3.5%
未回答	2	2.4%
計	85	100.0%

主たる診療科：

内科	51	60.0%
整形外科	7	8.2%
眼科	5	5.9%
皮膚科	5	5.9%
小児科	4	4.7%
外科	3	3.5%
精神・神経科	3	3.5%
産婦人科	2	2.4%
耳鼻咽喉科	2	2.4%
泌尿器科	1	1.2%
リウマチ科	1	1.2%
未回答	1	1.2%
	85	100.0%

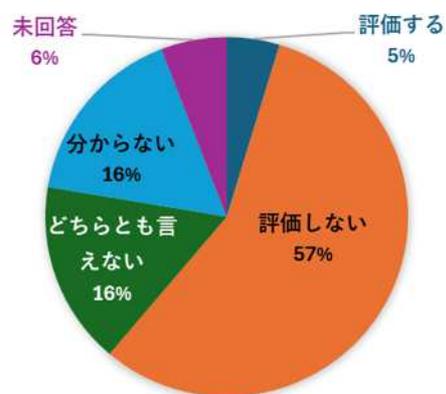
年齢構成：

30代	2	2.4%
40代	14	16.5%
50代	19	22.4%
60代	35	41.2%
70代	12	14.1%
80以上	1	1.2%
未回答	2	2.4%
計	85	100.0%

1 特定疾患療養管理料の対象疾患から「高血圧症」「糖尿病」「脂質異常症」が除外され、生活習慣病管理料（Ⅰ）又は（Ⅱ）がその移行先とされたことについて。

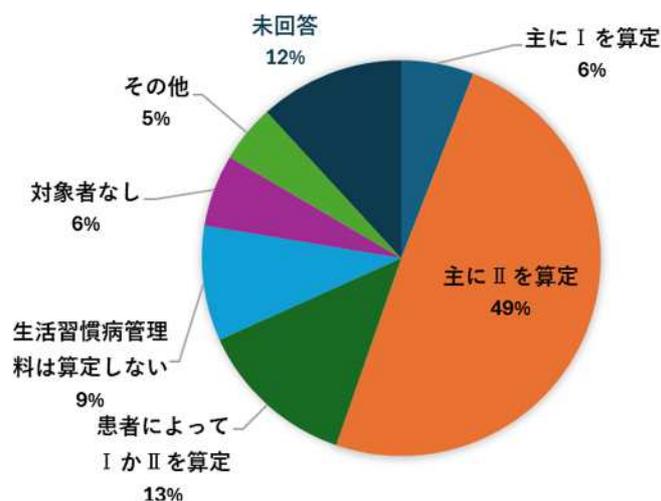
（1）特定疾患療養管理料からの3疾患除外について

評価する	4	4.7%
評価しない	48	56.5%
どちらとも言えない	14	16.5%
分からない	14	16.5%
未回答	5	5.9%
計	85	100.0%



(2) 「高血圧症」「糖尿病」「脂質異常症」を主病とする患者に対して

主に生活習慣病管理料Ⅰを算定	5	5.9%
主に生活習慣病管理料Ⅱを算定	42	49.4%
患者によってⅠかⅡを算定	11	12.9%
生活習慣病管理料は算定しない	8	9.4%
対象患者がいない等	5	5.9%
その他	4	4.7%
未回答	10	11.8%
	85	100.0%



その他

- ・他の主病があれば特定疾患療養管理料等を算定（2名）
- ・高血圧、糖尿病は心不全 StageA なので、可能な限り特定疾患、心不全で算定
- ・自己注射の方は在宅自己注射指導管理料を算定

(3)生活習慣病管理料の算定に当たり困難なこと又は算定しない理由（複数回答）

療養計画書の作成・説明など手間がかかる	58	68.2%
減収になる	30	35.3%
患者自己負担の説明など手間がかかる	20	23.5%
生活習慣病管理料（Ⅰ）と（Ⅱ）の使い分け	11	12.9%
療養計画書の同意・署名による患者トラブル	3	3.5%
患者の同意・署名がもらえない	2	2.4%
その他	16	18.8%

→ その他

- ・並存疾患が多く、主病名を計画書対象のものにするか、特定疾患のものにするかはクリアに決めにくい。この3疾患のみを独立して別扱いするのはあまりに安直。
- ・病名が多い患者はどちらをとるべきか判断するのに困る
- ・生活習慣とは全く関係のない傷病手当金（コロナ感染、外傷、うつなど）の意見書交付料もマルメになっている。
- ・月2回来る人については特管なら2回とれたのに生活習慣病管理料だと1回し

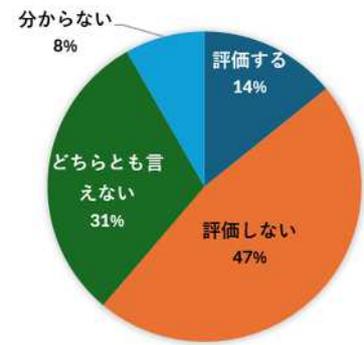
か取れないし、18点の特処加算も取れなくなったので大幅減収です。

- ・薬情確認、血圧測定、詳細な問診など特定疾患のころから詳細な診療は行ってきたにもかかわらず、手間に見合わない減算である。
- ・わざわざこの3疾患だけ生活習慣病管理料とする目的意味が分からない。
- ・紙の書類が増える
- ・目的と手段が反転している。紙の無駄。LDLなど生活と無関係なものなどあり無駄。
- ・在医総管に含まれるため算定ができない
- ・算定患者無し
- ・当科には関係ない

## 2 医療DX推進体制整備加算について

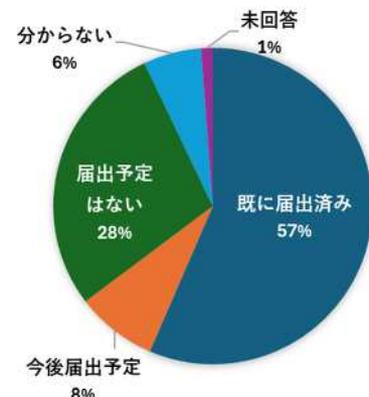
### (1) 医療DX推進体制整備加算について

評価する	12	14.1%
評価しない	40	47.1%
どちらとも言えない	26	30.6%
分からない	7	8.2%
計	85	100.0%



### (2) 医療DX推進体制整備加算の届出状況について。

既に届出済み	48	56.5%
今後届出予定	7	8.2%
届出予定はない	24	28.2%
分からない	5	5.9%
未回答	1	1.2%
計	85	100.0%



### (3) 電子処方箋の導入状況については、

既に導入済み	15	17.6%
導入準備中	27	31.8%
導入を検討中	18	21.2%
導入予定はない	25	29.4%
計	85	100.0%

「導入準備中」(27名)の導入予定時期※未回答あり

2024年9月頃	1	3.7%
2024年10月頃	2	7.4%
2024年12月頃	4	14.8%
半年後	1	3.7%
時期未定	15	55.6%

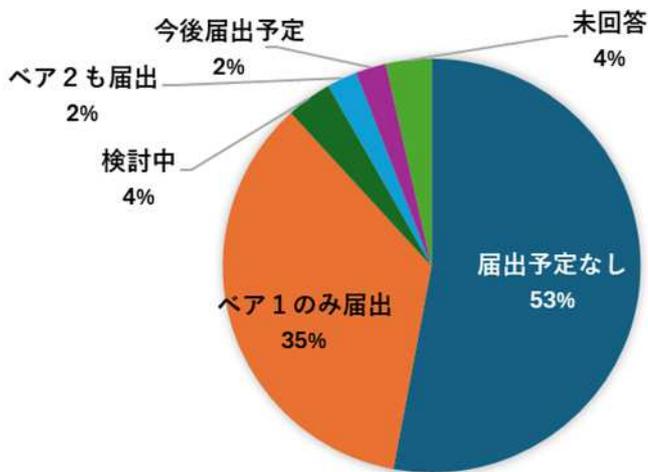
なお、50代以下では約55%が導入済み又は導入準備中。一方、60代以上では約42%が導入予定なしと回答した。

### 3 ベースアップ評価料について

#### (1) ベースアップ評価料の届出状況について

外来・在宅ベースアップ評価料1のみ届け出た	30	35.3%
外来・在宅ベースアップ評価料2*も届け出た	2	2.4%
今後届出を予定	2	2.4%
検討中	3	3.5%
届出予定なし	45	52.9%
未回答	3	3.5%
計	85	100.0%

\*入院ベースアップ評価料も含む



#### (2) 上記(1)で、検討中又は届出予定なしと回答した48名のベースアップ評価料の届出を行わない理由(複数選択可)

届出のための実務が煩雑で対応できない	26	54.2%
患者さんの負担が増える	21	43.8%
明細書にベースアップ評価料と記載されることによる患者対応を懸念	17	35.4%
対象職員が限定されていて使い勝手が悪い	14	29.2%
賃上げのための実施計画・実施報告を提出したくない	13	27.1%
次回以降の改定で継続するか不明	12	25.0%
対象職員がいない	6	12.5%
その他	4	8.3%

→ その他

- ・独自の判断で既にベースアップした
- ・当院は他の医療機関の倍の給料
- ・高点数だと指導を受ける

(3) ベースアップ評価料に対する意見（自由記述）

- 1 ベースアップ評価料の届出が煩雑。ベースアップの原資には不足。
- 2 額が少なすぎる
- 3 算定が大変なので、加算後の来期審査を簡略してほしい。加算額が安すぎるので、しっかり賃上げのベースになるよう、加算額を引き上げてほしい。
- 4 自院に何のプラスにならないのはおかしい。適時調査報告が必要でかつ間違ったら返還も。ふざけてる。会計士に計算頼むと自院はマイナスになる。
- 5 職員たちのためになるならばと、顧問の税理士と相談して導入しました。手続きは煩雑なので、50000 円の手数料を社労士に払って手続きをしてもらいました。今後も報告・提出書類のたびに 50000 円ずつ支払います。院長は診療、雑務に手いっぱい、やむなく委託しております。
- 6 届出は大変煩雑。職員のため仕方なく届出している。
- 7 書類作成かなり難しく面倒であった。
- 8 届け出書類作成が大変苦勞した。今後、長期間継続される制度なのか疑問。
- 9 届出、実施計画、実施報告など、手続きが大変なものはやめてもらいたい
- 10 複雑怪奇
- 11 3か月毎に確認と評価について事務の作業が多い
- 12 これほど忙しいのに手間をかけて診療の質を下げます。
- 13 難しすぎて導入できない
- 14 患者数が多い時期を基準としているので医療機関の負担が増えたと思われる。
- 15 国民の賃金 up に合わせて設定された愚策。本来ベースアップしなければいけないのは街の開業医。開業医は儲けているという政府(メディア)→国民の誤った情報はよろしくない。
- 16 このような形で賃上げを強制するのはおかしい。全ての材料費が値上げされているのだから、診療報酬にそれを反映し、私たち医療人が行っているサービスを適正に評価し賃上げできるようにすべき。ベースアップ評価料など人をばかにしたようなネーミングです。どこのレシートに「賃上げ分」と記載がありますか。
- 17 その場しのぎで本格的な改革の意図が全く感じられません
- 18 一時しのぎ、医院の運営に意味がない
- 19 目先のものだけと感じた。継続した賃上げには診療報酬の大幅な引き上げ(少なくとも一般社会並みの)が前提。
- 20 条件付きでなく基本料を上げること
- 21 そもそも診療報酬を上げるべき
- 22 他の診療報酬を下げておいて、医療機関の経営を悪化=職員の待遇改善困難にして、その一方で患者からカネを巻き上げてそれを職員に配れという減茶苦茶な方策だと思う。最低の一言。どうせ 1-2 年で無くなるであろう加算であり、なくなったときの職員の不満が上がるのは目に見えている。
- 23 基本診療料をとれないようにして、高血圧等の特管→生習にしたり、特処加算を減点したり、特処 1 をなくしたり、明らかに医療機関の減収をはかっているのに、職員のベースアップなど考えるのに、頭を抱える毎日。給料上げろと国が言うのなら、医療機関の収入が上がるように「とれ

る点数を増やすべき。患者にそれを払わせるのは(ベースアップ分を)言語道断。「開業医はつぶしてやる」と言っているようなものです。

- 24 国に管理されることが異状。それより消費税分が十分転嫁されて(反映)いない。
- 25 医療費に賃上げ分を加算するのはおかしい。患者の支払金が届出機関と非届出機関で違うことを患者は理解できるか。
- 26 患者に負担をかけるものではない。診療料そのものを UP すべき。
- 27 患者から徴収がおかしい
- 28 そもそも減収を今はこれでカバーしているため、ベースアップには程遠い
- 29 賛成
- 30 職員の給与を上げるための目的は評価できる。ただし、医療機関の事務作業等増え、それに見合った診療報酬が上がらないことに対しては問題ありと考えます。
- 31 継続してくれるとありがたい
- 32 物価高でありベアは当然と思うが、診療報酬そのものが実質マイナス改定なので、管理者は減収になっている
- 33 医院としてベースアップを行いました。

#### 4 感染対策向上加算（外来・入院含む）等について

- (1) 外来感染対策向上加算又は感染対策向上加算の届出状況について

3月以前から届出している	32	37.6%
4月又は5月に届出した	4	4.7%
6月以降新たに届出した	8	9.4%
3月以前は届出していたが現在は取り下げた	5	5.9%
届出していない	36	42.4%
計	85	100.0%

- (2) 協定指定医療機関について県との協定を締結した医療機関のうち、協定締結時期（協定書を受け取った時期）

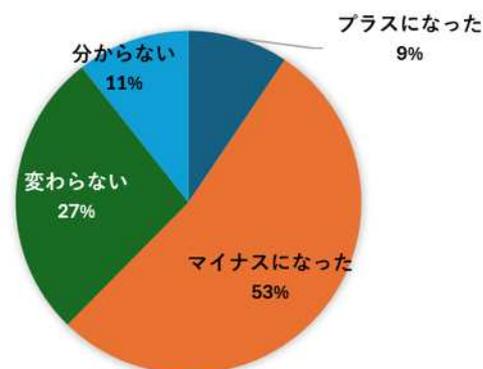
5月	25	53.2%
6月	8	17.0%
7月	5	10.6%
8月	3	6.4%
まだ届いていない	6	12.8%
計	47	100.0%

※当初、県の担当課は9月までに協定書を送るとしていたが、診療報酬改定も考慮して早期の送付を希望する医療機関には一定配慮した形となった。

## 5 今次改定での診療報酬収入への影響について

(1) 2024年6月分の診療報酬収入について、改定前（2024年5月分）との比較で

プラスになった	8	9.4%
マイナスになった	45	52.9%
変わらない	23	27.1%
分からない	9	10.6%
計	85	100.0%



### <プラス幅>

1%	2
5%	1
未回答	5
計	8

### <プラス要因（複数回答あり）>

- ・ベースアップ評価料の算定（2名）
  - ・患者数の増加（5名）
  - ・その他（2名）
- 3カ月処方箋で生活習慣病管理料Iを算定したため  
クリニックをリニューアルしたため

### <マイナス幅>

1～5%	9
5%超 10%以下	13
10%超 20%以下	6
未回答	17
計	45

### マイナス幅（回答）

1%	2
2%	2
1～2%	1
5%	4
7%	1
8%	1
10%	11
15%	3
10～20%	1
20%	2

### <マイナス要因（複数回答あり）>

特定疾患療養管理料からの3疾患外し	34	75.6%
汎用点数の引き下げ	18	40.0%
コロナ特例の廃止	17	37.8%
患者数の減少	8	17.8%
その他	9	20.0%

○マイナス要因のうち「汎用点数の引き下げ」の点数名

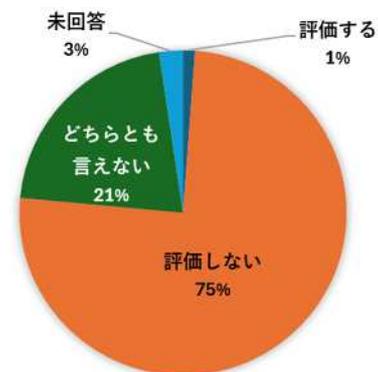
- ・ 特定疾患処方管理加算（1の廃止、2の引下げ）等（4名）
- ・ 処方箋料（3名）
- ・ 特定疾患療養管理料
- ・ 耳垢除去
- ・ 短期滞在手術等基本料

○マイナス要因のうち「その他」の具体的記述

- ・ 検査点数の引き下げ（コロナ検査 300→150 等）
- ・ 特処 18 点の削除、減点
- ・ 在宅関連の引き下げ
- ・ 薬価改定の影響
- ・ 超過死亡の通りで人口減
- ・ 点数が下げられて、明らかに減収になったのに、職員の給料は上げなければならない。届出等余計な仕事が増え、給料の支払い増。ほとんど使っていないマイナンバーの機械のメンテナンス料が毎月 3300 円かかる。

## 6 全体として今次改定の評価

評価する	1	1.2%
評価しない	64	75.3%
どちらとも言えない	18	21.2%
未回答	2	2.4%
計	85	100.0%



## 7 今回の改定について（自由意見）

- 1 10月からの選定療養に消費税を持ち込んでおり、医療は無税の原則を止めている。0税率（戻し税）の導入を阻む理由はなくなったと思う。
- 2 -15%のマイナス改定で非常に困っています。
- 3 プラス改定と言いながら3ヶ月で医療DX推進加算に要件を加し、さらに6ヶ月でハードルを上げて実質マイナス改定としている点が非常に腹立たしいです。
- 4 医療費削減の為の改定である。
- 5 医療費削減のために、医療機関に煩雑な書類作成等を強制して、事務費を増やしている。医師の働き方改革を妨害する、統一性のない、無駄の多い制度である。
- 6 少し上げたように見せかけて、実は少し下げた。
- 7 点数が複雑だが意味不明な改定

8 細かい

9 これから年末にかけてじわじわ影響が出てくる兆しがある。特にマイナス要因に関して。

10 診察に余計な労力を使うようになって診療に集中できない。大変困っている。

11 これ以上、診療の時間を妨げる改定はやめてください。身体が持ちません。過労死します。

12 全体的に厳しい改定だった。手続きが煩雑な上に減収となり大変。

13 ひどい！事務仕事(クリック数、書類)が増えた！

14 内容がどんどん複雑になり、理解するのが大変。事務作業が増えた。文章も分かりづらく、もっと内容・表現ともシンプルにしてほしい。また DX と言いながら書類を紙で提出などチグハグだし、ホームページにすべて記載しろとか無茶苦茶。

電子処方箋も導入したが、仕組みを説明すると患者さんからは逆に面倒だと言われ、一度も発行していません。デジタル化のイメージ「療養計画書を PDF でください」「電子処方箋でスマホに入るんでしょ」と言われました。すでにスマホの利便性を享受している人にとっては便利ではない。

顔写真付きマイナンバーカードなどなくても「マイナンバー」と暗証番号で十分だと感じる(資格確認可能なので)。公務員ほどマイナンバーカードを使っていない。

15 書類と手間が大変

16 医療と効率は必ずしも両輪にはなりません。

17 今改定に当たり多くの手間と時間を職員たちと共に割きました。そして改定前～改定月の全体の残業時間も大幅に伸びました。このレベルの診療体制の変更を強要する改定が今後も複数回あれば、業務を続けるモチベーションが下がりに続き続けてしまいそうです。

18 ・書類の作成が大変でした。

・処方期間が長い場合は、指導料等高くしてくれるとありがたい。

・保医協の方に教えて頂き手探りでやってきました。

・今回の改定を見るにつけ、医師会の力が弱くなっていると思いました。

・電子処方せん、金かかった。

19 全般的に過剰な改定と思われます。

20 診療報酬のベースアップを望む

21 ~加算、条件付きでなく、基本料を上げてほしい。今後、改定しなくて良い。

22 特処 18 点を復活させてほしい。届出、報告など手続きが大変なものはやめてほしい。

23 今までも患者さんには「生活習慣病」の説明をしっかりとやりながら診療していました。療養計画書の作成に係る労力を、実際の診療に向けるべきです。

24 DX に対応困難な医療機関やマイナンバーカードを使えない方たちを一方向的に弱者の立場に追い込んでいると見えます。

25 感染対策加算、診療所含めたベースアップが必要。このまま保険診療は崩壊(すでに始まっていると思ってますが)すると思います。国の作戦通りです。

26 DX を進めるのであればソフトウェア、ハードウェアともに、一定の UI 基準が必要。すべて政府、支払基金、カルテベンダーなど、つぎはぎ、縦割りとなっており、統一した UI がない。また、最低賃金、物価上昇による診療報酬の UP は必要。

- 27 改定の根元が、病んでいる患者さんが安心して医療を受けられるためのものであって欲しい。
- 28 特定疾患療養管理料から3疾患が除外され、対象である患者様への説明に対して納得されず、通院を止めますと言い残した方がいた。医療保険の制度上、納得していただけない方もいるのかもしれないが、そういったことを一診療所が対応せねばならない現状は、どうにかできないものかと考えてしまう。(私は生活習慣病ではないというのが上記、患者様の言い分でした)
- 29 マイナンバーカードを廃止してほしい。電子処方箋の導入はできない。
- 30 実質内科小児科はマイナス改定であり発熱患者対応加算も微々たるもので容認出来ない。コロナ禍では日常的に感染症をしっかりと診ていた医療機関が結局コロナに対しても対応したわけで、これらの医療機関をしっかりと評価すべき。パンデミックはまた起こるし、日常診療にも劇症溶連菌やアデノウィルス等危険な感染症は紛れ込んでいる。  
以前のように発熱している小児と高齢者を同時に診ることはもう不可能になっており、ますます発熱患者を日常的に診療することは困難になっている。  
生活習慣病管理料のDPC化の流れはやむを得ないとしても、一部の管理料を取るレベルにならないクリニックとすべての医療機関を同列に扱うのも乱暴である。せめてロードマップを作成してから行うべきで今回は一気に評価を下げすぎ。療養計画書は厚労省の示した見本は極めて幼稚で患者に渡すレベルにない。ほとんどの医療機関はこんな一律かつ稚拙な指導をしていない。血圧手帳・糖尿病手帳、高脂血症のしおり等の方が数倍まし。署名が必要なためだけに仕方なく大幅に手直しをして渡しているがその場で捨てていく患者さんも多い。療養計画書は即刻廃止すべき。  
発熱患者対応も生活習慣病管理もマイナス改定されたのではベアは出来ても賞与を減らす他なく、実質賃金を増やせるわけが無い。  
生活習慣病管理をDPC化するなら特定疾病に慢性腎臓病を追加いただきたい。  
医療者側からも、たとえばACPを推進し、変性疾患や悪性疾患で自分の意思で経管栄養等が開始となった方をのぞいて、延命に繋がる治療については事前に患者本人の同意を原則として、胃瘻造設や中心静脈栄養及びこれらの管理、経管栄養剤は食事扱いとし全額自己負担とする、高額な新規抗癌剤使用等に関しては混合診療を認めるなど、なんらかの公的医療費負担軽減策をださないと国民の理解を得られない。
- 31 今後も厳しくなっていくと思う。マイナ含めてDX化を進めてそれに対応できない医療機関・高齢医は消えろということ。しかしそのDX化の費用を医療機関に押し付けないでほしいです。
- 32 開業医はさっさとやめろと言われているような感じです(経営成り立たないようにして)。