

診療報酬改定6月実施を受けてのアンケート 結果速報

2024年6月26日現在 292件回答

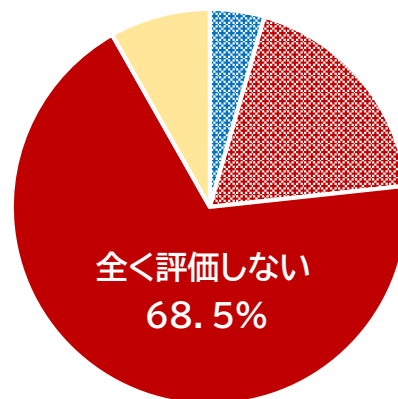
主な診療科	内科205 整外16 精神12 耳鼻11 外科9 小児9 泌尿4 眼科4皮膚4 病院4 脳外3 産婦3 神内1 *不明7
-------	---

■今次改定についてどう思いますか。

評価する 0 一定評価する 13
あまり評価しない 55 全く評価しない 200
どちらでもない 6 *未回答 18

【主な意見】

- ・処方せん料の引下げは合理的な説明もなく納得できない。
- ・開業医潰しの不当改定と感じています。
- ・医療・福祉関係は現在の賃上げ、ベースアップの流れから見捨てられている。
- ・マイナ保険証で受付業務が負担になり、その上に業務を増やされ点数を下げられ、やってられません。
- ・財務省の言いなりでとても残念。

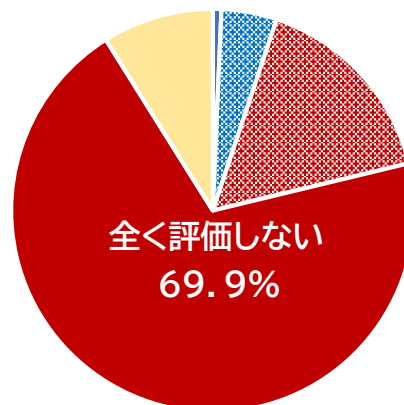


■高血圧症・糖尿病・脂質異常症が特定疾患療養管理料から除外され、生活習慣病管理料へ誘導されたことについてどう思いますか。

評価する 2 一定評価する 13
あまり評価しない 47 全く評価しない 204
どちらでもない 14 *未回答 12

【主な意見】

- ・臨床の実際を考慮せず、このような強引な改定は暴挙としかいいようがない
- ・3疾患が特定疾患から外された理由、生活ⅠとⅡの違いの整合性が見えない。
- ・生活習慣病を丁寧に診るということは賛成だが、診療報酬がみあってない。
- ・生活習慣病管理料は条件にリフィル処方対応を要するため、どちらも算定していない。

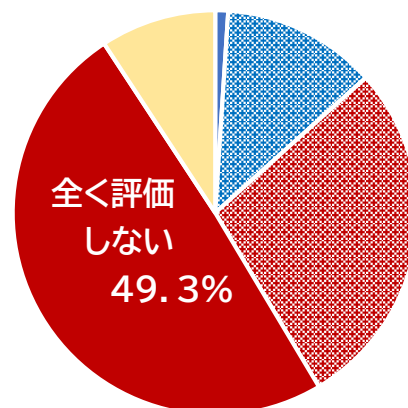


■生活習慣病管理料の療養計画書についてどう思いますか。

評価する 3 一定評価する 36
あまり評価しない 82 全く評価しない 144
どちらでもない 11 *未回答 16

【主な意見】

- ・療養計画書はペーパーレス時代に逆行している。
- ・療養計画書はアナログそのもので、デジタル化を推奨している政府方針と全く逆の方針ではないか。
- ・療養計画書の対応がかなり負担。夜間や休日に作成する努力をしています。近畿厚生局に電話をして陳情しましたが、担当の方が療養計画書自体ご存知なし…。
- ・唯一良い点は改めて生活習慣を聞きなおし、知らなかった情報を得ることであるが、明らかに診療時間がかかる。



■生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)の算定比は。 (Ⅰ)算定 : (Ⅱ)算定

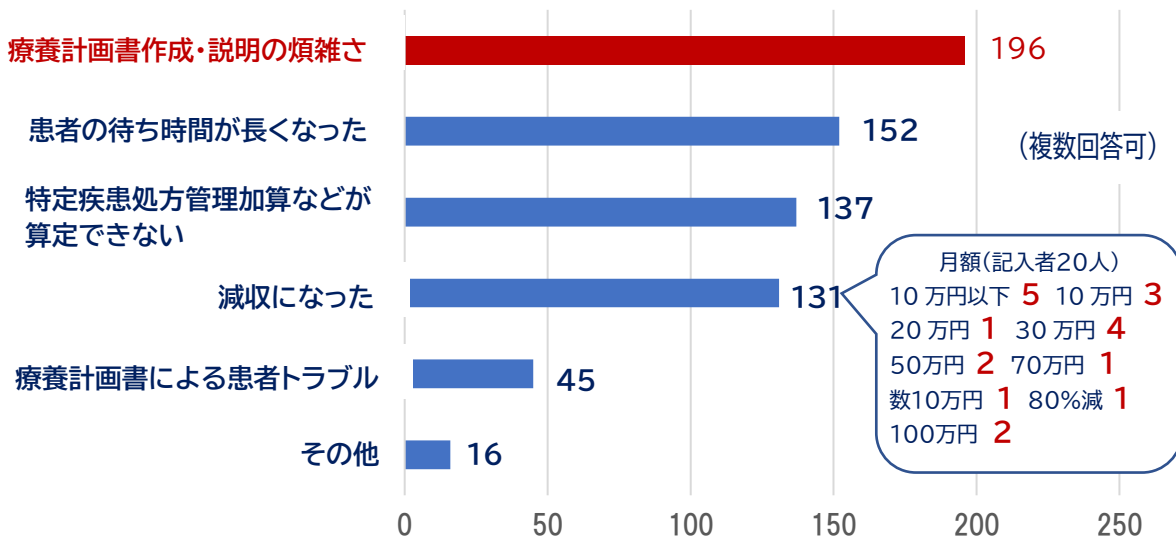
0:10 162 1:9以下 32 2:8~5:5以下 6 6:4~9:1以下 11 10:0 11 *未回答・不明70

(Ⅰ)	(Ⅱ)	
0	10	162
1以下	9	32
2:8~5:5		6
6:4~9:1		11
10	0	11

【主な意見】

- ・生活(Ⅰ)はなかなか取れるものではないと思う。
- ・生活(Ⅰ)と(Ⅱ)の違いの整合性が見えず、患者への説明がやりづらい。
- ・生活(Ⅱ)のみ算定しているが減収になっていると思う。
- ・患者さんの為と思い生活(Ⅱ)を算定しています。

■高血圧症・糖尿病・脂質異常症が生活習慣病管理料へ移行され困っていることは。



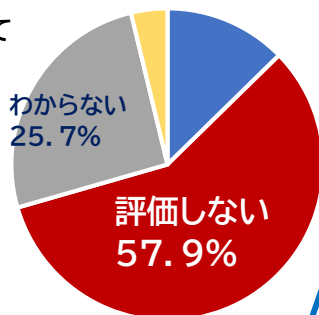
【主な意見】

- ・生活習慣病管理料のため患者の説明がムダに長くなった。待ち時間が増えた患者からリフィル処方箋をお願いしますと言わせるのが目的だと思われる。
- ・療養計画書について煩雑すぎる。内科外来をやったことがない人が作ったとしか思えない。
- ・療養計画書の作成や説明に時間がかかるため診療終了時間が大幅にずれ込む。

■ベースアップ評価料について。

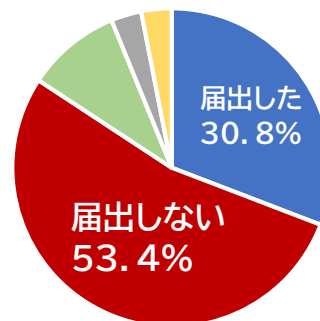
*点数の趣旨について

評価する 37
 評価しない 169
 わからない 75
 *未回答 11



*届出について

する(した) 90
 しない 156
 様子を見ている 28
 わからない 9
 *未回答 9



【主な意見】

- ・全体的に患者負担がほとんどの人が減少しているので、ベア料の2点を気にしていない様子。患者負担が増えていれば文句言う人が多くなったと思う。

*届出する(した)方→この点数で見込まれる賃上げ率は *46人回答
 ⇒ 1%以下 4 1.2%~1.5% 5 2% 13 2.1%~2.9% 15
 3% 6 4% 1 5% 2
 *明細書に「ベースアップ」と印字されることで患者からのクレーム
 ⇒ あった 5 ない 85

■医療DX推進体制整備加算の届出について。

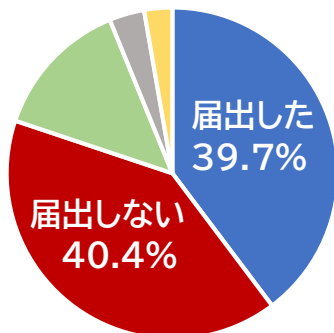
届出する(した) 116

届出しない 118

様子を見ている 40

わからない 10

*未回答 8



【主な意見】

- ・DX加算・・・電子処方箋に対応できるよう電カルを設定してもらおうと40～50万円かかると言われており、申請する気がうすれてしまった。
- ・DX加算は体制整備の目処もたっていないのに、加算とはバカにもほどがある。
- ・紙カルテの年配開業医は閉院せざるを得なくなるのでは。

■短期滞在手術1(日帰り)の算定について。

算定している 6 算定していない 198 *未回答 88

【主な意見】

- ・大幅な減収になっていることが新聞などで報道されない。

*点数の引下げについて

⇒仕方がない 0 納得できない 5 わからない 1

*点数引下げで月どのくらいの減収か

⇒月額 5万、12万円、30万円、40万円 *未記入 2

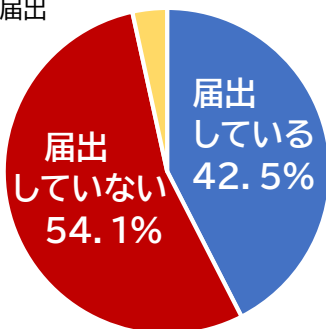
■発熱患者等対応加算について。

*外来感染対策向上加算の届出

届出している 124

届出していない 158

*未回答 10



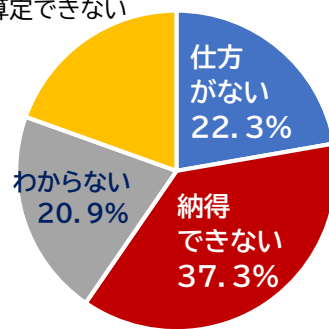
*左記の届出がないと算定できない

仕方がない 65

納得できない 109

わからない 61

*未回答 57



【主な意見】

- ・発熱患者加算について、元々発熱外来をしていたが、他にやる事が多くて届出していなかった。届出、申請が多くて院長業務が多忙すぎる。発熱外来として認めてもらった時点で、自動的に加算を算定できるようにならないものか？
- ・発熱加算について、算定できないが、発熱患者の診療は拒否せずしています。
- ・外来感染対策向上加算について算定要件が厳しすぎる。連携する病院に左右されたり、講演会が少なく参加できなかったり、当初は届出していたが、逆に辞退した。それでも感染症患者は変わらず診ています。
- ・発熱外来、生活習慣病管理への理解が低い(決めた方)。すぐにでも変更を希望する。
- ・外来感染対策向上加算はハードルが高く(カンファレンスに出席等)、届出できず。

■改定項目や今次改定で納得できない項目などご意見をご記入下さい。

今次改定について
開業医潰しの不当改定と感じています。
保険医をやめたい。
物価高騰、人件費アップの中、今回の改定は全く理解できない。廃業も考える。

<p>今回の改定で大幅な減収となっている。</p>
<p>今回内科の開業医にとっては大きなマイナス改悪である。これでは従業員の賃上げどころか診療所への存続も心配である。</p>
<p>大幅な減収になっていることが新聞などで報道されない。</p>
<p>今次改定は医療機関の減収を目的にしたひどい内容であり、到底許すことができない。再改定をするべき。</p>
<p>処方せん料の引き下げは合理的な説明もなく納得できない。物価が上がる時代に診療報酬が値下げされるなんて信じられない。大企業(=政府)による下請け(=医療機関)イジメと全く同じで構図である。</p>
<p>処方箋料の大幅引き下げも実は影響が大きいと思います。今回の改定内容に同意した日医も論外ですが、反論の声をあげていない自分もまた我ながら情けないです。</p>
<p>院外処方の処方箋料の引き下げは大きい。</p>
<p>世間の給与アップの波に乗れるような内容ではない、</p>
<p>毎回ややこしく煩雑になり、患者説明に苦慮しトラブルに繋がる。特に10月以降の選定療養費は如何なものかと思う。</p>
<p>諸経費が著しく寝拳がっているのに、点数が下げられるのは全く納得がいかない。訪問診療の点数はなぜ毎回ちょっとずつ下がっていくのか？全く分からない。</p>
<p>国民や医療に貢献している医療者の生活を考えて欲しい。</p>
<p>仕事量が増えて体がもちません。減収でもいいから、仕事を増やすなど言いたい。生産性が下がるばかりだと思ふ。</p>
<p>医療・福祉関係は現在の賃上げ、ベースアップの流れから見捨てられている。</p>
<p>改定は全て認められず。開業医潰しであり、この改定を日本医師会と厚生労働省の役人が推し進め、結果医療費削減した分を軍事費に充てるというのは言語道断であり、憲法違反です。</p>
<p>要件などが点数に比して、はるかに複雑かつ手間がかかり、たぶん全ての医療機関が疲弊して、本来の患者さんに良い医療を行う余力を奪っている。</p>
<p>当院は患者さんは少なく、医療従事者は院長のみで、受付が1人のみですからほとんど変わりはありません。書類ばかりが増えるのは何にしろ好みません。</p>
<p>全て納得できません。今後事業としていつまで成り立つのか不安に思う毎日です。</p>
<p>それぞれの点数を算定するために事務作業が増大するため、事務作業の経費を考えると、算定しようとするだけで実質のマイナスになるのではと考えます。</p>
<p>今回の診療報酬改定でへこんでめげている Dr は多いと思う！今回の疾患以外への拡張を心配する。大いに懸念する！</p>

<p>改定は点数を下げるためだけの方針でスタッフのためにならない改悪である。</p>
<p>マイナ保険証で受付業務が負担になり、その上に業務を増やされ点数を下げられやっつけられません。</p>
<p>診療報酬があまりにも複雑になって手間と時間ばかりかかる。プラス改定といって実質マイナス改定というのはいかがなものか。厚労省も都合のいいものばかりマスコミに流すのはやめて欲しい。ペースアップせよと言われても収入減ではできない。</p>
<p>非常に煩雑になった上にメリットが少ない改定。</p>
<p>診察は時間がかかり、点数は変わらないか、下がっているのに、何も良いことはない。</p>
<p>年々診療に集中できなくなっている印象。書類作成など愚の骨頂！手間ばかり！とにかくコスト削減？国の思惑が気にくわない。私はコミュニケーション(対話)を重んじた診療をしたい。それだけです。</p>
<p>新しい加算点数が、電子カルテにしていないと算定不可のものが多く。紙カルテの年配開業医は閉院せざるを得ない。</p>
<p>薬価がすごく下がり、技術料では補えない状態。診療所として大損である。</p>
<p>必要な人員配置、システム導入等に見合う評価とは考え難いです。</p>
<p>国は働き方改革や時給増を唱えています。私どもには色々な仕事を押しつけ負担を増やし、減収となることばかりしてきます。診療報酬については、点数の趣旨はともかく、それで医療体制の運営が成り立っているのに、大きな変更を行うときは、もっと丁寧な議論と決定を行う必要があります。</p>
<p>5月準備6月請求と現場は大混乱です。分からないことを各方面に問い合わせても確実な回答は近畿厚生局からもない。マイナカードの強制に続く、「国民皆保険制度」「地域医療」の解体を狙い、戦時医療への大転換。医療者、患者の団結で「いのちを守り戦争とめる」闘いを広げましょう！</p>
<p>最賃を上げてても経営者がまともな暮らしできるように、診療報酬を上げて欲しい。死ねと言うのか？と思う。しかも薬剤師や看護師より医師の方が弱者でかつ責任だけ取らされる。薬剤師も看護師も平等なら、責任も取らしてほしい。</p>
<p>算定要件が多すぎる。医療費を抑制することがありきの変更であり、誰のためのものか患者も医療従事者も共に困惑している。本来の医療を提供に支障がある。</p>
<p>点数減らし以外の何ものでもない。財政的な目的をあたかも医療の改良と言い換え、あたかも現場が良くなると言い続けている。マイナンバー保険証も含めて、何か医療が変わったと思う、変な方向へ！！</p>
<p>財務省を何とかしないとこの先は暗黒。</p>
<p>財務省の言いなりでとても残念。</p>
<p>全く財務省の思い通りの改定であった。日医、中医協の茂松、長島の無能と我々に対する背信行為、裏切りである。松本日医会長続投を決めた日医代議員はポンコツ揃いである。</p>

生活習慣病管理料について

高血圧脂質異常症で生活習慣病管理料を取ると●●等の血中濃度の測定ができない。特定薬剤治療管理料を取らないと●●等の血中濃度測定ができない。具体策があれば教えてください。

生活Ⅰはなかなか取れるものではないと思う。療養計画書についても説明に時間がかかり、ペーパーレス時代に逆行している。減収になる為、事務員のベースアップがなかなかできない。皆の給料を上げるには、そもそも診療報酬を上げていかないとクリニックはどんどん苦しくなっていくと思う。

高血圧、糖尿病、脂質異常症を一律に「生活習慣病」とひとくくりにするのは同意できない。臨床の実際を考慮せず、このような強引な改定は暴挙としかいいようがないが、そのまま受けざるを得ず、やるせない気持ちでいっぱいです。

療養計画書作成についての対価がないのはいかなるものか。患者さんから「大変ですね」と労いの言葉をいただいています。患者さんも「国はめんどくさいことするんやな」といわれます。

治療内容に対して十分な説明へ納得のうえ、治療計画を共有し治療内容も今までと何ら変わらない状況で通院している方へ、何故今更署名が必要なのか納得できない。きっちり診察するよりも書類を作成することが重要になっている気がする(書類さえ作成していれば算定可と解釈できなくもない)。ベースアップ評価の計算が面倒すぎる。

今迄のままの方が良かった。仕事量が増えただけ。患者さんのメリットはほとんどなく、署名の煩わしさが増え、待ち時間も増える。

療養計画書になぜサインが必要なのか。全く理解ができない。

生活習慣病管理料のため患者の説明がムダに長くなった。待ち時間が増えた患者からリフィル処方箋をお願いしますと言わせるのが目的だと思われる。これは患者のことを考えているとは思えない愚策です。

3疾患が特定疾患から外された理由、生活ⅠとⅡの違いの整合性が見えず、患者への説明がやりづらい。計算が煩雑なベースアップ評価料ではなく、根本的な診療報酬の引き上げが必要。

療養計画書につて煩雑すぎる。内科外来をやったことがない人が作ったとしか思えない。外来感染対策向上加算について算定要件が厳しすぎる。連携する病院に左右されたり、講演会が少なくて参加できなかったり、当初は届出していたが、逆に辞退した。それでも感染症患者は変わらず診ています。

条件が面倒。結局減収になる。

全てにおいて大きく矛盾した管理料や加算、リフィル処方は無診察処方と同じで生活習慣病を算定する要件に入っているのが謎。

生活Ⅱのみ算定しているが減収になっていると思う。

同じ説明なら逆に生保やひとり親ら負担が増えないところは、生活Ⅰの算定が増えるのでは？うちでは算定あまりないですが、悪性腫瘍管理料や特定薬剤管理料が併算定できないのに、在宅持続陽圧管理料が算定できるのはおかしい。、同じ手間をかけても減収というのは理解できない、

生活Ⅱ、処方30日分としているが、月2回目の来院が少なからずいる。(病状の変化のため)一定の手間がかかる。その場合の受け皿となる点数が想定されていない。病状が悪化するほど、点数が下がる。

<p>糖尿病が主病でインスリン治療中の患者に対して、特定疾患処方管理加算が算定できないこと</p>
<p>従来の特定疾患管理でも－3点で、生活Ⅱでも－3点。1000枚レセプトがあると－3万円。全国で考えるとかなり医療費抑制。まんまと財務省と厚労省の官僚にやられた。日医の中医協委員はとても無能。箕面市の医師会報にも副会長として最後の巻頭言に書いた。</p>
<p>意味のない文書を作成させることは、ますます日本がダメになると思います。</p>
<p>受診時に指導していることを文書でもらうことがペーパーレスの時代に必要なのか。</p>
<p>生活習慣病管理料を算定するにあたって療養計画書の作成や説明に時間がかかるため診療終了時間が大幅にずれ込む。「働き方改革」や「時短」を謳っている厚労省が、真逆のことを強要しており怒りを覚える。</p>
<p>生活習慣病計画書はそもそも糖尿病など、管理に手間がかかるので管理料を上げるべき。DM専門医の管理料を上げて欲しい。計画書は作成の手間と紙の無駄でしかない。DX加算は体制整備の目処もたっていないのに、加算とはバカにもほどがある。全て価値のない点数ばかり、本体で管理料、再診料を上げるべきです。</p>
<p>生活習慣病管理料ですが、薬のみ処方の方が3～4カ月に1度受診するにはよいのではと思っています。</p>
<p>生活習慣病を丁寧に診るということは賛成だが、診療報酬がみあってない。状態が安定している患者に対して同じような時間がかかってしまう。</p>
<p>生活Ⅱをプリントして渡しているが、当初より項目が減って結局内容も全くたいしたことはなく、渡す意味が全くない。煩雑になっただけ。</p>
<p>患者さんの為と思い生活Ⅱを算定しています。こんなクソ改定はやめて欲しい。正直怒っています。</p>
<p>生活習慣病管理料は廃止を希望。</p>
<p>既に独自の文書を作成し十分な説明を行っていたので二度手間になり迷惑している。</p>
<p>療養計画書の対応がかなり負担。夜間や休日に作成する努力をしていますが、患者さんは誰も喜ばれない状況。近畿厚生局に電話をして陳情しましたが、担当の方が療養計画書自体ご存知なし。中央で決まったこととの返事には残念でしかありませんでした。</p>
<p>生活習慣病への移行で唯一良い点は改めて生活習慣を聞きなおし、知らなかった情報を得ることであるが、そのために明らかに診療時間がかかり、患者の待ち時間が長くなる。今まで以上に長期処方希望が増加し、見逃しが増え、そのつけがこちらに回ってくるリスク有り。その為には充実した定期検査を増やすしかないであろう。</p>
<p>生活習慣病に対して生活習慣を指導する目的には賛同する。同時にこれをさぼって管理料を算定していたことを恥ずかしく思う。ということは指導を理解できない高齢者には算定できない。認知症患者で家族に指導したが結局算定は諦めた。どのくらいの理解までなら療養計画書を作成してよいか線引きに難渋している。</p>
<p>事務処理のみ行為が増えて、患者さんのためと説明してもなかなか納得されず、トラブルが認められます。</p>
<p>一人一人の診察時間がどうしても長くなるので、待ち時間の文句が増えました。患者さんからサインもらう必要性も感じません。サインはしてくれるが何のため？と思います。</p>

<p>医師、スタッフの時間的作業的負担が増えているのに、診察料が減っているのは訳が分からない。療養計画書に作成費がないのもおかしい。今回の改定はすべて反対。大半の医師が事前に反対していたのに強行された。今の政府には不安しかない。</p>
<p>生活習慣病管理料は条件にリフィル処方対応を要するため、どちらも算定していない。今回の改定は中医協で十分協議されたのか。日本医師会は断固反対を主張しなかったのか。改定に至る経緯を知りたい。</p>
<p>生活習慣病管理料Ⅱでは内科開業医は減収で、減収を補填しようと各種加算を算定するよう誘導する厚労省のやり方は詐欺まがいの行為ではないでしょうか。リフィル処方の推進は無診投薬を禁止してきた厚労省のこれまでの方針から真っ向から反するものでダブルスタンダードは許せない。</p>
<p>新聞等で初再診料の増点、プラスの診療報酬改定と政府等では説明しているようだが、内容は処方箋料や長期処方加算等の算定不可(生活習慣病)で、実働ではマイナス改定である。特に内科診療における9割は高血圧、糖尿病、脂質代謝異常の患者である。</p>
<p>今回の3疾病が全ての患者で生活習慣病としてとらえられることに疑問。80歳の後期高齢者に生活指導が必要なのか？</p>
<p>生活Ⅱを算定しているが、先生のところでも時間がかかるし、待ち時間に影響が出ています。次回の4カ月のタイミングを見るなど、様々な仕事があり、煩雑にならないか今から心配しています。職員は少ないので、現場は必死になって作業を進めていますが、手間ばかりかかっています。</p>
<p>療養計画書作成の手間が増えたのに以前より報われなくなったのは納得できない。</p>
<p>患者様にお待ちいただく時間が、30分～1時間になり、診療に支障をきたしています。</p>
<p>生活習慣病の療養計画書はアナログそのもので、デジタル化を推奨している政府方針と全く逆の方針ではないか。療養計画書を作成するのに非常に手間がかかるのに大幅な減収では全く報われない。今後の経営の見通しがたかない。</p>
<p>外来の時間が長くなった。計画書作成に時間がかかりすぎる。</p>
<p>高血圧、糖尿病、脂質異常症が特定疾患から除外されたことは本当に未だ納得できません。</p>
<p>DMなど説明、指導(患者によって異なる)が大変なのに点数が下がる。DMなど、1～3カ月に1回の受診だと管理できない。</p>
<p>療養計画書について説明していると、本来必要なことを説明する時間がなくなってしまいます。療養計画書に気をとられて重要な事項が抜けてしまわないか心配です。</p>
<p>生活習慣病管理料の点数、月に1回などの算定は特定疾患と較べ減収になっている。しかし他の加算も併せるとプラスになっている。</p>
<p>療養計画書について厚労省が出しているものに関しては、糖尿病、高血圧、脂質異常症の3疾病で見るとずれていると思います。臨床をされている方が作製しているとは思えません。</p>
<p>2カ月処方→2カ月分医学管理料を、3カ月処方→3カ月分管理料を取れるようにすべき。</p>

<p>療養計画書作成・説明に多くの時間を費やし、患者の待ち時間が長くなり、それを(苦情)回避するための説明も大変です。一斉に6月から開始するのではなく、数カ月間に分散して療養計画書作成できるようにしていたら開業医の負担は軽減します。</p>
<p>生活習慣病管理料の療養計画書について、患者さんからは否定的な意見はないが、作成の手間で外来待ち時間が長くなったことへの不満は強く訴えられる。患者さんへの紙での発行は、紙に資料が増えて負担が大きいので、電子カルテ内への保存(記載)だけにしてほしい。</p>
<p>生活習慣病計画書作成に時間を費やし、①待ち時間が延びる、②言葉で丁寧に説明していたことが時間が無くできない、③減収と手間が増えて、減収して、患者とのコミュニケーションの時間を減らされていいことも何もない。このシステムを考えた人の名前が知りたい。また保険医もストすべきと思います。</p>
<p>生活習慣病の療養計画書に関して、現在投薬で落ち着いている患者さんに、達成目標、行動目標を決める意味が分からない。ナンセンスである。4カ月ごとに計画書を作成することも全く意味がないことである。</p>
<p>昔特定疾患指導料は確か380点ぐらいあったか？それが特定疾患療養管理料225点に下げられて、月2回算定できることとなったが、その時同時に長期処方解禁されて、事実上月1回算定となった(約半額)。生活Ⅱは月1回しか取れないので、2週間ごとに来ている患者では、大きく減収となる。</p>
<p>療養計画書は事務・看護師・管理栄養士が分担して、ようやく作成記入できている。説明と署名してもらうため、診察時間が2〜3分延びてしまう。ベースアップ評価料による収入増は、職員の賃上げの半分以下にしかない。</p>
<p>療養計画を作成することで生活習慣病の改善につながるとは考えにく。</p>
<p>日医の中医協委員が保険者の言いなりで生活習慣病管理料通してしまったことに問題を感じる。</p>
<p style="text-align: center;">ベースアップ評価料について</p>
<p>給与アップを保険点数で、ありえない。</p>
<p>ベースアップ評価を新設しないといけなくらい診療報酬がアップしていないことが問題。</p>
<p>ベア料が点数の割に手続き(事後含めて)にコストがかかるので、届出しなかった。人材不足で外注するとコストがかかる。電気代や清掃の費用が値上がりしている。他の業種は10%以上上がっているのが当たり前なのに、医業が0.88%と話にならないと思う。</p>
<p>ベースアップにしるDX加算にしる煩雑で義務事項が多く、とても算定できない。</p>
<p>ベースアップ評価料について、当院担当の税理士さんに聞くと40件中1けんしか申請していないと。従業員の給与を上げるために患者さんの生活費を削って下さいと言える訳がない。設計のミス。</p>
<p>ベア料で診療報酬アップも高血圧症、糖尿病、脂質異常症が特定疾患から削除されたことで相殺されている。またベースアップ評価料がR6、7年度のみであれば、R8年度以降は減収となることを懸念している。</p>
<p>ベースアップは計算したが手間と患者さんの説明の負担を考えると少なすぎる。</p>

ベースアップ評価料の提起提出書類が多すぎる。
ベア料は算定していない、財務省の策略である。
ベースアップ評価料を患者さんの負担にするのはいかがなものか。
ベースアップ評価料を口実に給与データを収集する意図も感じる。何の目的かは分からないが、違和感がひどいので、届出せずに院内のデータを元にベースアップをします。
ベースアップ評価料では全く足りない。内科はコロナの時に国民に対して、尋常ではない自己犠牲を払って対応されてきたと思う。このような大幅な減点を行うことが納得できない。
ベースアップ評価料、税金や公的な社会福祉の概念はどこへ行った?!と思うような項目。そして届出してマイナスになる点数。
ベースアップについて患者さんに求めるのは違うと思う。以後の報告の煩雑さなど、これ以上の業務を開業医に求めるのは無理。設定自体全くセンスがない。納得できない。
ベア料について、全体的に患者負担がほとんどの人が減少しているので、ベア料の2点を気にしていない様子。患者負担が増えていけば文句言う人が多くなったと思う。 発熱患者加算について、元々発熱外来をしていたが、他にやるが多くて届出していなかった。届出、申請が多くて院長業務が多忙すぎる。発熱外来として認めてもらった時点で、自動的に加算をさんていできるようにならないものか?
ベースアップ評価料が複雑すぎて、届出しても書類の提出とか雑務が増えるだけなので、届出を断念した。クリニックの利益にならないし、患者側からすればなぜスタッフの賃金の一部を負担しないといけないのかと思うだろう。「NO」と言われたら評価料取れないと思います。細かく聞く人もおられるから。だったら、初再診料をもっと上げてもらった方が分かりやすいし、クレームも来ないと思うのだが。
ベースアップを患者から徴収するのはおかしい話。診療報酬でアップすべき。
ベア料の対象になぜ医療事務が入らないのか、納得いかない。
届出や試算報告などの労力とベースアップが見合わない。扶養範囲内でしか働けないパートに対しては全く意味がない。職員内でベースアップできない者もいるのであれば、不平等感を生むだけなので、ベースアップ評価料は算定していない。プラスになっている項目はその場しのぎの改定で、根本的には何も解決になっていないと思います。
ベア料については医師が対象外になっていて差別である。
ベア加算に事務が対象になっていないのはおかしい、やはり頑張っている医療機関には手厚くしてほしい。
ベア料について、本院通院中の患者はクレームは必ずあると思います。発熱加算について、算定できないが、発熱患者の診療は拒否せずしています。
事務スタッフの仕事量が増大し大変困っている。結果(ベースアップ評価)算定しないのがベストと判断した。
ベースアップの書き方が全く分からない。

外来感染対策向上加算、発熱外来について

外来感染対策向上加算を届出しない場合、発熱患者は診察できないのか？今後パンデミック発生時、診察する必要はないのか？

外来感染対策向上加算の点数が低い。動線分離、時間的空間的分離が要件であり、多数の患者に対応できない分、PPE装備分診療報酬に反映されていない。

外来感染対策向上加算について「かかりつけ患者のみ対応する」といった届出医療機関であっても、「初診、初めての患者」を断るわけではないため、相応の評価があったもよいと感じる。せめて「初診、初めての患者」を診療した月には算定できるように検討を願いたい。

発熱患者対応加算が算定できないことについて、次のパンデミックに協力する気になれません。パンデミックで患者が増える→もうけすぎ→保険点数下げる→意味が分かりません。

コロナ感染者数が増えてきているが、検査料がほぼ半分にまで減点されていてやる気が失せる。到底かかりつけ患者以外を診察する気は起こらない。

外来感染対策向上加算はハードルが高く(カンファレンスに出席等)、届出できず。

発熱外来をやめることを考えています。手間がかかる。

発熱外来、生活習慣病管理料への理解が低い(決めた方)。すぐにでも変更を希望する。

医療 DX について

DX加算・・・電子処方箋に対応できるよう電カルを設定してもらおうと 40～50 万円かかると言われており、かさしんせいする気がうすれてしまった。

電子処方箋のアプリ導入に電子カルテ会社(パナソニック)に6月なら39万円、7月以降は52万円といわれ、さらに保守料が毎月2200円かかるといわれ、加算を取っても医院にとってはマイナスでしかない。

方針では電子処方箋及び電子カルテ共有サービスを勧めているが、問題点は準備費用が重なるうえ、診療報酬点数が低い。全額補助するなど、外来患者の少ない医療機関での導入は難しいと思われる。

各科の意見

通院精神療法の引き下げは厳しいと思います。30分以上での引き上げは実際の医療に即しておりません。

精神療法や処方箋料が下がりすぎ。

今回の改定で大幅な減収となっている。通院精神療法、処方箋料など。

向精神薬の抗うつ剤、抗精神病薬の2剤の記載。点数が同じなのに30分未満の精神療法に時間区分の記載。

通院精神療法を算定している方に、生活習慣病管理料が算定できないのは納得できない。

CPAP減点、納入価は下げてもらえないうえでの減点、物価上昇は何も反映されないこと。

耳鼻科ではよく算定する耳垢除去で点数の引き下げがあった。物価も人件費も上がっていく中で、上げることはあっても下げるとは納得できない。本来であれば、初再診料を大きく引き上げればどの科でも等しく納得できただろう。

診療所への診療で外傷の縫合はするが、腫瘍等の手術は病院へ紹介しています。

あいかわらず透析施設を標的にしている。送迎費用等や機器維持費、光熱費の高騰、慢性維持透析患者管理料包括による経営の圧迫経営が大変厳しくなっています。

療養病棟の医療区分 IVH 区分を3⇒2に変更となり大きく減収となった。この部分の見直しが行われないのに疑問を感じる。重症なのに医療区分が1の患者が多い。

医療情報取得加算が3カ月に1度が、今後毎回カルテを見返して算定あったかなかったか、チェックに時間がかかること、毎月保険証やマイナンバーやら、違うものを持ってくる患者への対応等。