

## 特定疾患療養管理料における退院後1カ月以内の算定制限に関する全国実態調査 【概要版】

### 【目的】

本年3月に京都府保険医協会が実施した会員調査の結果、医科点数表B000特定疾患療養管理料について「入院患者が自院だけでなく“他院”を退院した場合であっても、退院日から起算して1カ月以内には同管理料を算定できない」とする不合理な審査上の取扱いがされている現状が分かり、当該算定制限に反対する多くの会員の声が寄せられた。

そこで本年7～8月、全国保険医団体連合会(以下、保団連)は、同管理料の算定制限に対する全国の内科系会員の意見を集約し、「当該算定制限が、如何に地域のかかりつけ医療機関(継続的に慢性疾患等を管理している医療機関)に対して不合理を強いているか」という状況を明らかにすることを目的として、各医科保険医協会・保険医会の会員を対象とする全国実態調査を実施し、調査結果をとりまとめた。

### 【方法】

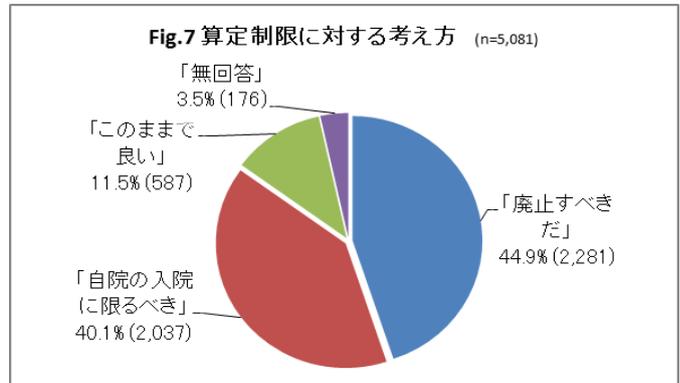
- 対象：保団連の加盟団体である各医科保険医協会・保険医会(以下、協会)の理事会構成役員及び一般会員(医療機関の管理者)。
- 方法：協会毎に、内科系会員に対する全数調査又は有意抽出標本調査のいずれかを選択。
- 期間：2015年7月21日(火)～8月10日(月)
- 回答数：34都県より5,081件  
※先行調査(n=369)を実施した京都協会は除く。

### 【結果】

①2,522医療機関(全体の49.6%)が、患者の他院退院後1カ月を経過していないことを理由に、特定疾患療養管理料の減点査定を経験していた。

②この算定制限に対しては、**Fig.7**の通り2,281医療機関(全体の44.9%)が「廃止すべき」、2,037医療機関(全体の40.1%)が「自院の入院に限るべき」と回答し、全体の85.0%が改善を求める結果となった。

③**Fig.7**で「廃止すべき」、「自院の入院に限るべき」と回答している医療機関(n=4,318)に対して、その理由を質問したところ、「外来での慢性疾患管理は当院が



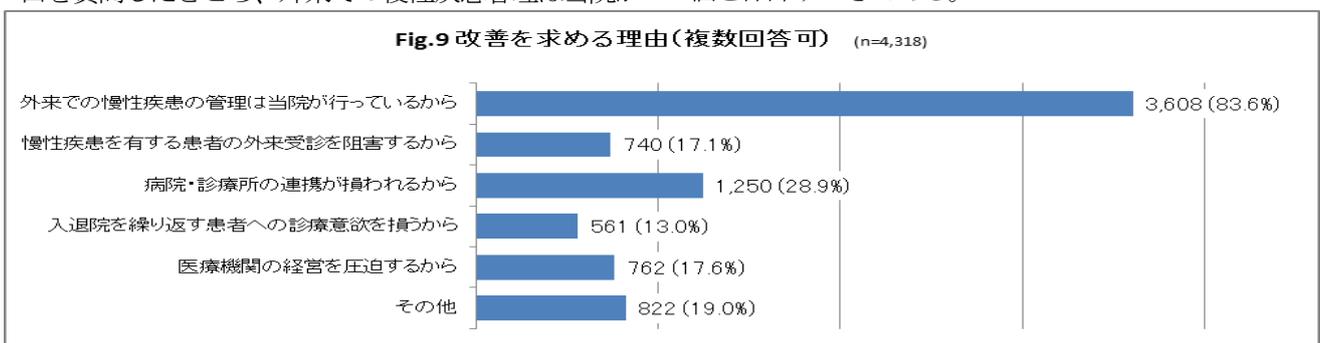
行っている(83.6%)」、「病院・診療所の連携が損われる(28.9%)」、「医療機関経営を圧迫する(17.6%)」、「慢性疾患を有する患者の外来受診を阻害する(17.1%)」——等の結果となった。8割を超える医療機関で「慢性疾患の管理は自院で行っている」との認識であり、患者の入退院に関わらず継続的に管理を実施している状況が分かった。**Fig.9**

### 【まとめ】

本調査によって、特定疾患療養管理料の算定制限が医療現場の実態にそぐわない不合理な取扱いであり、多くの会員が反対している事実が明らかとなった。

外来では継続的に慢性疾患の管理を行い、患者の退院後には治療計画の見直しも含めた対応を実施している。1日検査入院や眼科等の慢性疾患と関連のない入院も含めた一律な算定制限は、到底容認できない。

我が国が今後さらなる超高齢社会を迎えるに当たり、医療機関における高齢患者割合の増加は容易に想定され、必然的に慢性疾患の管理の必要性も高まってくるだろう。当該算定制限が、外来のかかりつけ医療機関に対してマイナスのインセンティブを与えることにならないよう、また地域における病診連携や、患者に対する切れ目のない医療提供を阻害する事の無いよう、国は責任を持って早急に改善を行い、外来でかかりつけ医が行う医学管理等の診療行為について、正当な評価を保障すべきである。



## 特定疾患療養管理料における退院後1カ月以内の 算定制限に関する全国実態調査

全国保険医団体連合会  
医科社保・審査対策部長 武田 浩一

### 1. はじめに

#### ■全国保険医団体連合会の取組み

全国保険医団体連合会（以下、保団連）は、開業保険医・勤務医である医師・歯科医師約10万5千人の会員を擁する医療団体であり、国民医療の向上及び保険医の経営と生活の保障を目的として、国民皆保険制度を守り発展させるための活動を進めている。

そして、保団連の専門部である医科社保・審査対策部会（以下、部会）では、社会保険実務等を主任務として診療報酬の改善運動を進めており、次回2016年度診療報酬改定に向けて、特に医療現場で不合理な取扱いとなっている問題を重点課題に位置付け、改善に向けた取組みを検討してきた。

この流れの中で、2015年3月17日、京都府保険医協会にて内科系の一般会員を対象に実施された「特定疾患療養管理料に関する実態調査」結果が公表された。当該調査の目的は、①「診療報酬点数表の告示・通知は、特に規定する場合を除き、当該医療機関の算定ルールを示したもの」との解釈を前提に、②同点数の「注3 入院中の患者に対して行った管理又は退院した患者に対して退院の日から起算して1カ月以内に行った管理の費用は、入院基本料に含まれる」とは“自院”退院後の取扱いを示したものと考えられるが、③最近、審査の現場において、保険者の再審査請求によって“他院”退院後1月以内の場合に特定疾患療養管理料の減点が行われる事例が増加しており、④慢性疾患を主病とした入院ではない入院、短期滞在手術等基本料を算定する入院や1～2日の検査入院の場合も減点査定がされる実態を踏まえ、⑤当該問題に対する保険医の意見を明らかにした上で、算定制限の廃止を求める——というものであった。

そこで、部会では、この京都協会による先行調査と取組みの結果を踏まえ、「算定制限の廃止に向けた改善運動を推進する上で、まずは当該問題に対する全国的な意見集約の取組みが急務である」との認識に立ち、本年6月27日付で、保団連に加盟している各医科保険医協会・保険医会に対して「特定疾患療養管理料の算定制限に関する会員実態調査（全国版）への協力依頼を行い、7月下旬～8月上旬に調査期間を設定して全国アンケートを実施する運びとなった。

#### ■B000 特定疾患療養管理料の算定要件に関する問題点

診療報酬点数表は、療養の給付に要する費用の額を具体的に定めたものであると同時に、患者・国民に対して提供される保険診療の範囲や水準を定めたものであるが、特に規定される場合を除き、各医療機関がそれぞれ“自院”における算定ルールを示したも

の」として当然解釈すべきものである。したがって、診療報酬の算定に当たっては、当然、患者毎ではなく医療機関（つまり自院）毎に出来高算定できることとなる。

しかし、特定疾患療養管理料については、実際の診療報酬請求に当たり、各都道府県の審査支払機関によって「患者の申告が無ければ自院での把握は困難となる “他院” への入退院後にも、1 カ月以内については外来で同管理料の算定を認めない」とする減点事例が全国から報告されている。点数表告示では「注3」として「入院中の患者に対して行った管理又は退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に行った管理の費用は入院基本料に含まれる」と規定されているが、例えば1～2日の検査入院や眼科・精神科といった単科病院への入院等、外来で管理している慢性疾患が主病ではない場合であっても、“他院に入院した” という事だけで一律に減点査定される事例が数多く寄せられており、医療現場では大変な不合理を感じている問題である。

#### 【告示:医科診療報酬点数表第2章・第1部「医学管理等」より抜粋】

B000 特定疾患療養管理料

- 1 診療所の場合 225 点
- 2 許可病床数が 100 床未満の病院の場合 147 点
- 3 許可病床数が 100 床以上 200 床未満の病院の場合 87 点

注3 入院中の患者に対して行った管理又は退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に行った管理の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。

#### 【通知:平成26年保医発0305第3号「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」より抜粋】

B000 特定疾患療養管理料

- (3) 第1回目の特定疾患療養管理料は、A000 初診料を算定した初診の日又は退院の日からそれぞれ起算して1か月を経過した日以降に算定する。(後略)

## 2. 目的

現在、我が国は世界に類を見ない超高齢社会（2014年10月1日現在の人口推計によれば65歳以上高齢者率は26.0%。総務省報道資料より）を迎えているが、政府は2025年目標として入院ベッドの更なる削減方針を打ち出しており、重症度の低い患者は自宅等で療養する仕組みへの変更が狙われている。外来及び在宅において慢性疾患を有する高齢患者を管理していく必要性は今後さらに増大することが想定される。

しかし、特定疾患療養管理料については、各都道府県の審査支払機関によって「患者の “他院” 退院後1月以内についても外来で同管理料の算定を認めない」とする減点査定が行われている。かかりつけ医療機関で行われる外来での指導管理に係る評価が不当に査定されるだけでなく、地域における病診連携や患者に対する切れ目のない医療提供をも阻害する対応がされているのが現状である。

そこで、本調査は、特定疾患療養管理料に係る他院退院後1月以内の算定制限に対する

現場の医師の意見を集約し、「当該算定制限が、如何に地域のかかりつけ医療機関（継続的に慢性疾患等を管理している医療機関）に対して不合理を強いているか」という実態を明らかにした上で、外来における医学管理を正当に評価した診療報酬に改善するよう国に対して求めていくことを目的として実施した。

### 3. 方法

保団連の加盟団体である各医科保険医協会・保険医会（以下、協会）の理事会構成役員及び一般会員（医療機関の管理者）に対し、「特定疾患療養管理料に関する実態調査」を実施した。ただし、先行的に調査を実施した京都府保険医協会は予め対象外とし、46都道府県の医科協会を対象とした。

方法は、実施可能な協会毎に、対象となる内科系会員医療機関に対する全数調査又は有意抽出による標本調査のいずれかを選択した。調査票は、京都協会の先行調査で用いた調査票を雛形とし、全国版用に一部体裁を改変した物を使用した（別添1資料を参照）。

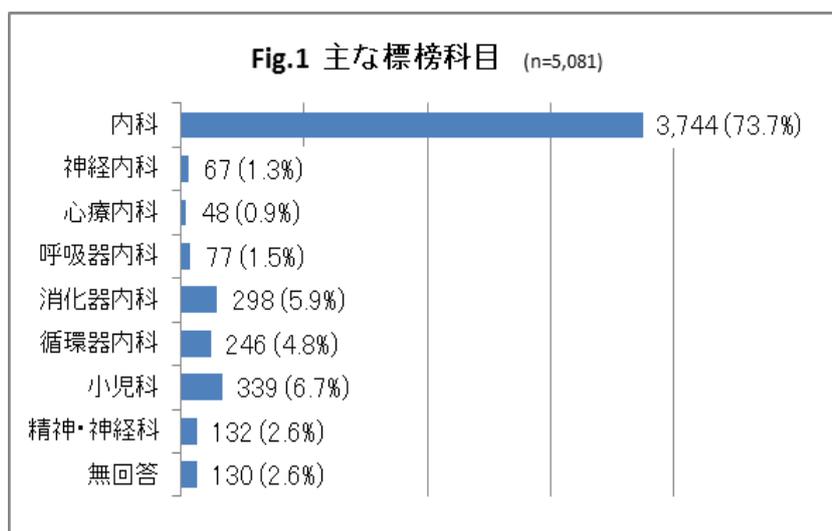
- 対象：内科系医療機関の管理者（役員、会員の先生）
- 調査期間：2015年7月21日（火）～8月10日（月）
- 回収方法：会員から保団連宛への調査票返送に当たっては、原則FAX対応とした
- 回答数：34都県より5,081件（うち都道府県不明分は127件）

| 回答数 |     |    |     |    |     |     |     |    |     |     |       |
|-----|-----|----|-----|----|-----|-----|-----|----|-----|-----|-------|
| 青森  | 92  | 千葉 | 259 | 福井 | 63  | 兵庫  | 545 | 山口 | 61  | 熊本  | 266   |
| 岩手  | 15  | 東京 | 500 | 長野 | 53  | 和歌山 | 42  | 香川 | 32  | 宮崎  | 94    |
| 宮城  | 115 | 山梨 | 8   | 岐阜 | 227 | 鳥取  | 77  | 愛媛 | 38  | 鹿児島 | 103   |
| 山形  | 163 | 新潟 | 150 | 愛知 | 356 | 島根  | 39  | 高知 | 108 | 沖縄  | 56    |
| 栃木  | 89  | 富山 | 123 | 三重 | 99  | 岡山  | 169 | 福岡 | 456 | 未記入 | 127   |
| 群馬  | 87  | 石川 | 103 | 滋賀 | 97  | 広島  | 185 | 佐賀 | 84  | 計   | 5,081 |

### 4. 結果

#### （1）問1. 主に標榜する内科系の診療科の内訳

回答した医療機関の第一標榜科については Fig.1 に整理した通りとなった。全 5,081 件を 100% として、内科は 73.7% (3,744 件)、小児科は 6.7% (339 件)、消化器内科は 5.9% (298 件)、循環器内科は 4.8% (246 件) —— 等であった。

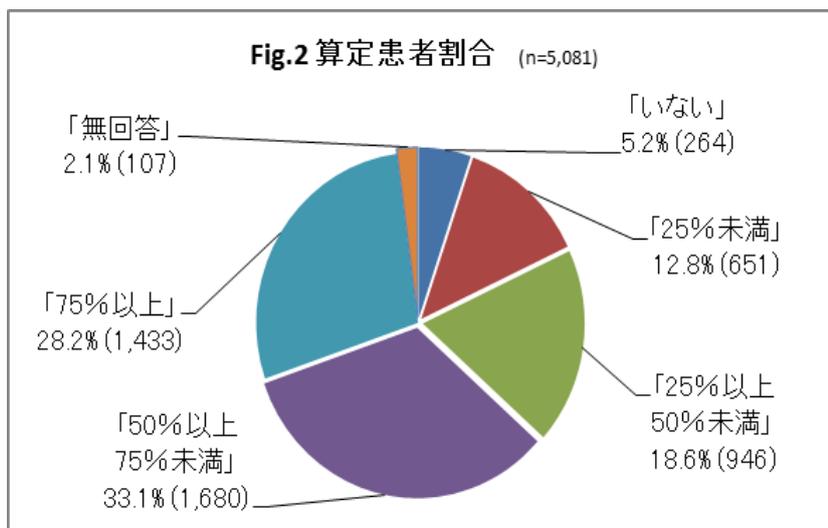


注：本アンケートにおける内科系とは具体的に以下の診療科を指す。

内科系＝内科、神経内科、心療内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、小児科、精神・神経科

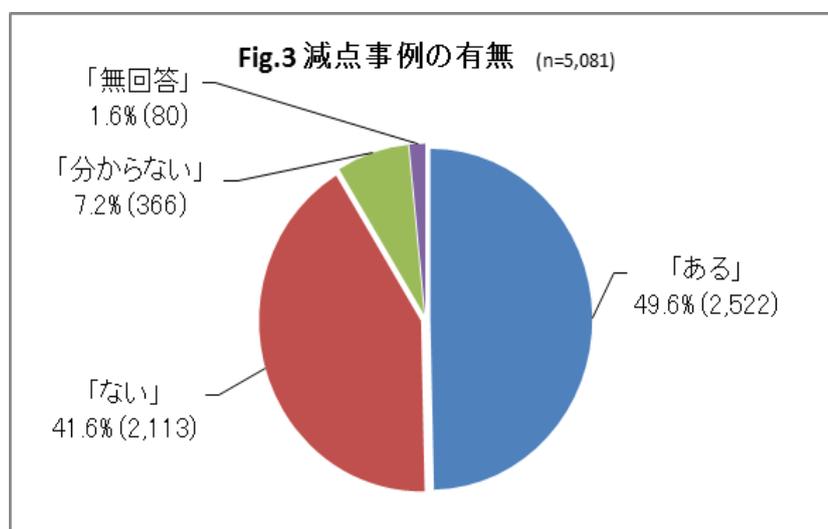
### (2) 問2. 特定疾患療養管理料の算定患者の割合

「特定疾患管理料を算定している患者は、継続して受診している患者の何%程度か」との質問については、Fig.2の通り、「50%以上75%未満」が33.1%、「75%以上」が28.2%という結果であり、受診患者の半分以上について特定疾患療養管理料を算定している医療機関は61.3%にのぼることが分かった。一方、5.2%の医療機関では全く算定されていなかった。



### (3) 問3. 他院退院後1月以内の減点事例の有無

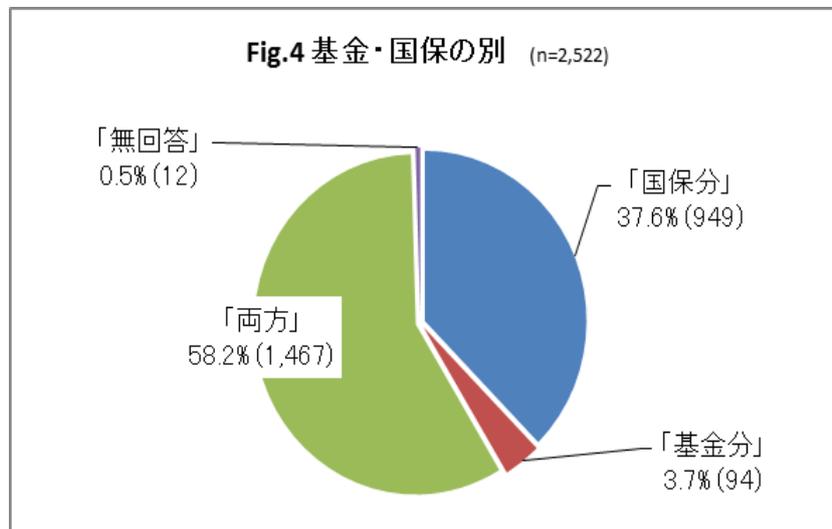
「他院を退院後、1カ月を経過していないことを理由に、特定疾患療養管理料を減点された事例はあるか（それ以外に理由が考えられない事例含む）」との質問に対しては、Fig.3の通り、「ある」が49.6%、「ない」が41.6%となり、約半数の医療機関で当該算定制限に係る減点査定を経験している実態が明らかとなった。



#### (4) 問4. 減点の基金・国保の別

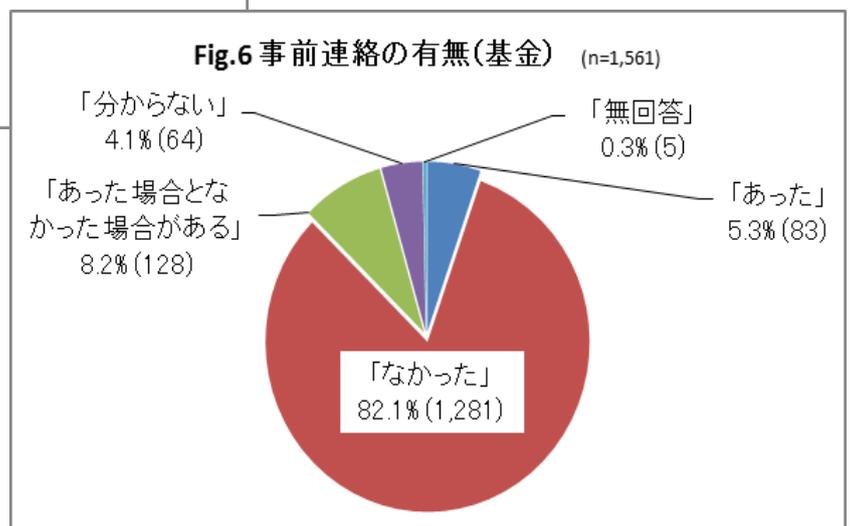
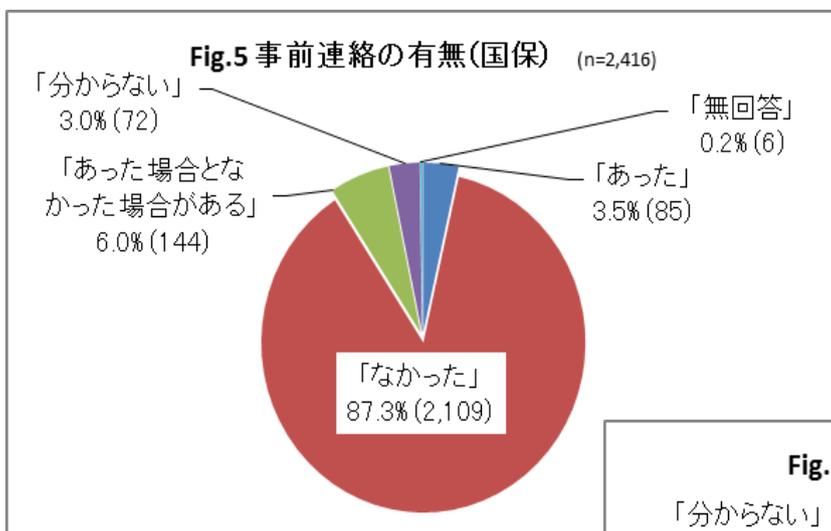
##### ①基金・国保の別

他院退院後1カ月以内の減点事例が「ある」と回答した方に対し、その患者は国保審査か基金審査かを質問したところ、内訳は「国保」は37.6%、「基金」は3.7%、「両方」は58.2%であり、国保での減点事例がより多い傾向にあることが分かった。Fig.4



##### ②審査支払機関からの事前連絡の有無

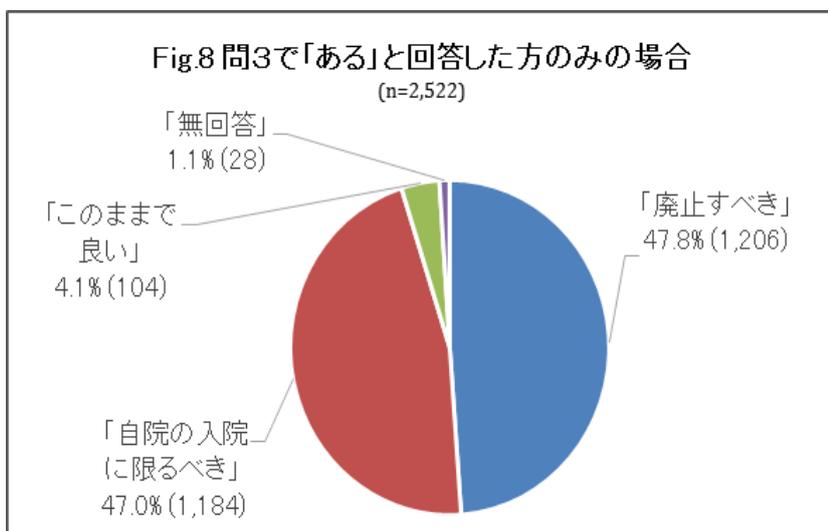
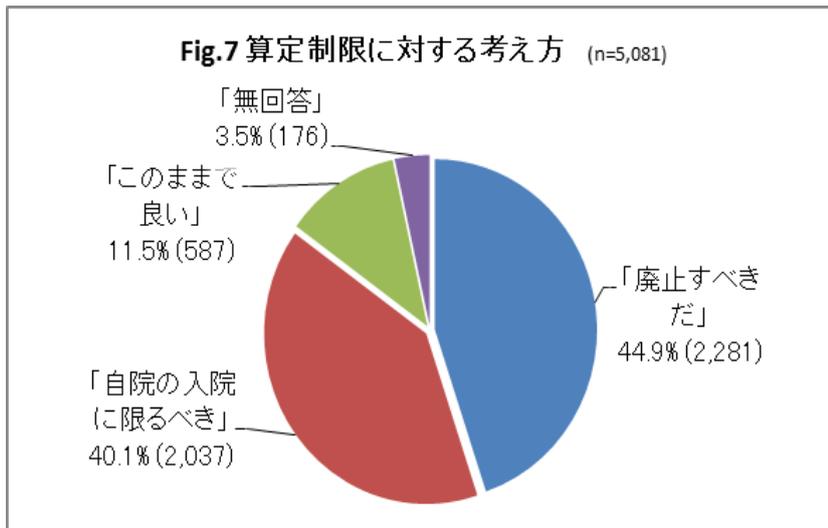
上記①に回答者に対し、「審査支払機関からの事前連絡はあったか」との質問をしたところ、Fig.5の国保では「あった」が3.5%、「なかった」が87.3%。Fig.6の基金では「あった」が5.3%、「なかった」が82.1%となり、ほぼ同様の傾向であった。



### (5) 問5. 退院後1カ月以内の算定制限について

全ての医療機関に対し「特定疾患療養管理料の退院の日から起算して1カ月を経過した日以降に算定する取扱いについてどう考えるか」との質問をしたところ、「廃止すべき」が44.9%、「自院の入院に限るべき」が40.1%となり、改善を求める意見は全体の85.0%にのぼることが分かった。Fig.7

また、Fig.8の通り、問3で「ある」と回答した方に限れば、「廃止すべき」が47.8%、「自院の取扱いに限るべき」が47.0%となり、合計94.8%が改善を求める結果となった。



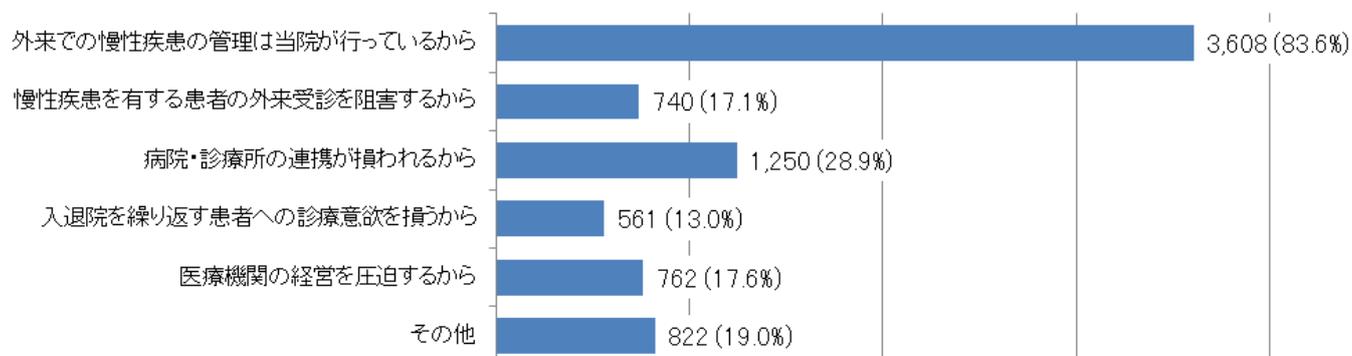
### (6) 問6. 廃止すべき、自院の取扱いに限るべきとした理由（複数回答可）

特定疾患療養管理料の「退院後1月以内の算定制限」について「廃止すべき」又は「自院の入院に限るべき」と回答した方 (n=4,318) に理由を質問したところ、Fig.9の通り「外来での慢性疾患管理は当院が行っている」が83.6%、「病院・診療所の連携が損われる」が28.9%、「医療機関経営を圧迫する」が17.6%、「慢性疾患を有する患者の外来受診を阻害する」が17.1%、「入退院を繰り返す患者への診療意欲を損う」が13.0%となった。

かかりつけ医療機関では、圧倒的に「慢性疾患の管理は自院で行っている」との認識であり、患者の入退院に関わらず継続的に管理を実施している状況が読み取れる。しか

し、現実には外来での慢性疾患管理に対する不当な減点査定が行われており、非常に多くの会員が当該算定制限に対して不合理を感じている実態が明らかとなった。また、実に約 3 割の回答医療機関で「病診連携が阻害される」と感じていることも分かり、当該算定制限が地域連携の推進に対してマイナスに作用している事も明らかになった。

Fig.9 改善を求める理由(複数回答可) (n=4,318)



なお、「その他」として寄せられた意見は、本報告の最後に別添2資料として一覧掲載しているので、参照されたい。

## 5. まとめ

### ■ 特定疾患療養管理料に係る算定制限は廃止すべき—現場から多くの声が集まる

本調査によって、49.6%の医療機関で特定疾患療養管理料の「他院退院後1カ月以内の算定制限」による減点査定を経験している実態が明らかとなった。また、全体の85.0%の医療機関が、当該取扱いは現場の実態に合わず不合理であり、反対であると感じていることも分かった。さらに、実際に減点査定を受けた医療機関については実に94.7%が当該算定制限の廃止・改善を求める結果となった。

特定疾患療養管理料は「生活習慣病棟の厚生労働大臣が別に定める疾患を主病とする患者について、プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が計画的に療養上の管理を行うことを評価したもの」と通知されている。同管理料を算定する診療所の内科系医師は、自院の取扱いを示した点数表告示・通知に則り、それぞれかかりつけ医として慢性疾患の管理、検査・投薬、生活指導等を担っている。他院退院後1カ月以内に外来受診してきた患者であるからといって、慢性疾患に係る療養の管理が必要な場合にそれを実施しない事は有り得ない。

また、そもそも当該患者の入院が慢性疾患に直接関係のない検査入院、短期滞在手術等基本料を算定する入院、眼科疾患や整形外科的疾患等で専門医療機関に入院した場合等では、入院と外来で必要な医学管理の内容が重複するとは考えられず、その点からも外来において医学管理料の算定を制限することは不合理である。

調査結果の中で、当該算定制限の廃止を求める理由として、「そもそも初診日から1カ月以上経過しないと算定できない根拠が不明」、「慢性疾患の管理は外来で実施している」、「外来受診している疾患以外で入院しても外来での指導管理は必要」、「患者からの申告がなければ他院への入院の把握は困難」、「自院で管理していれば入退院は関係なく算定

できるべき」等の多くの意見が寄せられていることから、医学的根拠のない取扱いであることは明白である。「退院後は特に慎重に診察や管理を行っており、時間を掛けて薬剤の調整等を行っているにもかかわらず、評価されないのはおかしい」との意見も、診療現場の第一線で患者のために尽力している医師の実感として、当然ではないだろうか。

#### ■さらなる超高齢社会を見据えて—外来のかかりつけ医に正当な評価を

我が国が今後さらなる超高齢社会を迎えるに当たり、地域差はあっても各医療機関における高齢患者割合の増加は容易に想定され、必然的に慢性疾患の管理の必要性は高まってくるだろう。

このような条件下において、当該算定制限の取扱いの継続は、高齢者を始めとする患者・国民に対する療養の給付を担保する上で、かかりつけ医機能を担う外来の医療機関に対してマイナスのインセンティブを与えることとなり、地域における病診連携や、患者に対する切れ目のない医療提供を阻害する危険性が生じさせる事になりかねない。

国として真に地域医療確保、充実を推進する立場であるならば、責任を持って早急に改善を図った上で、かかりつけ医師が外来で行う医学管理等の診療行為について正当な評価を保障すべきである。

## 6. おわりに

#### ■より良い診療報酬のあり方を目指して

最後に、全国保険医団体連合会は、療養の給付を規定する診療報酬点数表の適切な在り方を追及し、今後も診療報酬改善に向けた運動を継続していく。

京都府保険医協会が先行的に実施した調査結果報告における指摘も十分に勘案しつつ、厚生労働大臣、社会保障審議会・医療保険部会委員、及び中央社会保険医療協議会の各号委員等に対し、本調査で明らかになった特定疾患療養管理料の算定制限に対する全国の医師の意見を伝えて改善を訴えるとともに、引き続き取組みを進めていく所存である。

そして、次回 2016 年診療報酬改定において適正な診療報酬点数表の改定がなされることを切に望むものである。

## 7. リファレンス

京都府保険医協会（2015. 3. 17）「特定疾患療養管理料に関する実態調査」

《当該文書の転載等に当たっては、下記までご連絡下さい。》

全国保険医団体連合会（正式略称：保団連）担当事務局：小林寛  
〒151-0053 東京都渋谷区代々木 2-5-5 新宿農協会館 5 階  
TEL: 03-3375-5121 / FAX: 03-3375-1862

《別添1資料：調査票》

**保団連「特定疾患療養管理料に関する実態調査」**

以下の問の選択肢に「V」を付して下さい（特に記すもの以外、一つだけお選び下さい）。

1. 主に標榜する内科系の診療科（一つだけ）

- |          |           |          |
|----------|-----------|----------|
| 1□ 内科    | 2□ 神経内科   | 3□ 心療内科  |
| 4□ 呼吸器内科 | 5□ 消化器内科  | 6□ 循環器内科 |
| 7□ 小児科   | 8□ 精神・神経科 |          |

2. B000 特定疾患療養管理料（1回225点。月2回まで）について

特定疾患療養管理料を算定している患者は、継続して受診している患者の何%位ですか

- |               |          |               |
|---------------|----------|---------------|
| 1□ いない        | 2□ 25%未満 | 3□ 25%以上50%未満 |
| 4□ 50%以上75%未満 | 5□ 75%以上 |               |

3. 他院を退院後1カ月を経過していないことを理由に、特定疾患療養管理料を減点された事例がありますか（それ以外に理由が考えられない事例を含む）

- |                |       |          |
|----------------|-------|----------|
| 1□ ある（↓問「4.」へ） | 2□ ない | 3□ 分からない |
|----------------|-------|----------|

4. 問「3.」で「1 ある」と回答された方にお尋ねします。

①その患者は国保審査分ですか、基金審査分ですか

- |        |        |       |
|--------|--------|-------|
| 1□ 国保分 | 2□ 基金分 | 3□ 両方 |
|--------|--------|-------|

②審査支払機関からの事前連絡はありましたか

- |          |        |         |                    |          |
|----------|--------|---------|--------------------|----------|
| 1) 国保分 ⇒ | 1□ あった | 2□ なかった | 3□ あった場合となかった場合がある | 4□ 分からない |
| 2) 基金分 ⇒ | 1□ あった | 2□ なかった | 3□ あった場合となかった場合がある | 4□ 分からない |

5. 特定疾患療養管理料の「退院の日から起算して1カ月を経過した日以降に算定する」取扱いについて、どう思いますか

- |                    |                         |                          |
|--------------------|-------------------------|--------------------------|
| 1□ 廃止すべきだ（↓問「6.」へ） | 2□ 自院の入院に限るべきだ（↓問「6.」へ） | 3□ 自院・他院関わらず、この取扱いのままで良い |
|--------------------|-------------------------|--------------------------|

6. 問「5.」で「1 廃止すべきだ」、「2 自院の入院に限るべきだ」と回答された方にお尋ねします。その理由は？（いくつでも）

- |                           |   |
|---------------------------|---|
| 1□ 外来での慢性疾患の管理は当院が行っているから |   |
| 2□ 慢性疾患を有する患者の外来受診を阻害するから |   |
| 3□ 病院・診療所の連携が損なわれるから      |   |
| 4□ 入退院を繰り返す患者への診療意欲を損なうから |   |
| 5□ 医療機関の経営を圧迫するから         |   |
| 6□ その他（                   | ） |

◎お忙しいところ、ご協力ありがとうございました。締切：8月10日（月）  
保団連医科社保・審査対策部担当事務局宛（FAX：03-3375-1862）ご返信をお願い致します。

## 《別添2資料：医療機関から寄せられた意見》

特定疾患療養管理料に係る退院後1カ月以内の算定制限について、問6で「廃止すべき」或いは「自院の入院に限るべき」と回答した医療機関から「その他」として寄せられた理由及び意見を、以下に紹介する。

### 1. 他医療機関の入退院を把握していない、情報提供を受けていない

- いつ入院し退院したかわからない場合がある。
- 外来で管理している疾患に無関係な入院もあり、理不尽である。
- そもそも患者から話が無ければ入院歴を把握出来ない。
- いつの間にか入院されて退院されたのか分からない場合もある。
- 何も知らされず、いきなり減点される。眼科レーザー治療の為の数日の入院を算定不可と言われたが、全く関係のないことで慢性疾患の管理を阻害された気がした。
- 科が違う入院の場合の管理料が削られるのはおかしい。内科でも病気が違う入院場合に削られるのは納得できない。
- 患者からの申告がなかったとして、当院が気付かなくても査定の時は当院のミスのように扱われるのは許せないから。
- 患者から自発的に言われたい限り入院の有無はわからないから。
- 患者から申し出がない限り、自院のことしか分からない。
- 患者が他医院で入院をした事を知らないのに減点される。
- 患者さんが継続して通院中なのに1カ月経過していないと減点された。
- 患者さんより入院の申し出がない。
- 患者様からの報告がなければどこにいつまで入院していたかの把握が困難な為。
- 患者様より申告がないと入院していたかどうか、いつ退院したかを把握することができないため。
- 緊急入院、短期入院の実態は掴みにくい。
- 高齢の患者に本人確認を取っても誤りが出てしまい、苦勞している。
- 他院での入退院日を正確に把握するのは困難。他院との連携が確実に取れるとは限らないから。
- 自己申告がないとわからない。短期入院（白内障など日帰り）など、本人もよくわからない場合もある。
- 短期入院は自己申告しないことが多く、入院していたかどうかわからない。
- 診察での確認が困難である事。患者さんが入院していたことを言われたい。
- 正確な退院の日時が不明なことが多い。
- 全ての患者さんの入退院の把握は難しい。
- 全てを把握するのは困難。日帰り入院や検査入医院なども含む。
- 他の医療機関への入院とその正確な内容を把握出来ない場合がある。
- 他医療機関へ入院されていたことが把握出来ないことがある。特に検査入院されていた場合には通知も本人からの連絡がない。
- 他院での入退院日を正確に把握するのは困難と思う。
- 他院との連携が確実に取れるとは限らないから。
- 特に検査入院は患者さんの自己申告がなく困る。
- 特に高齢者の入院情報がはっきりしないことがあるので全部を把握するのは難しい。
- 入院していたことを知らないことがある。情報提供がなければ把握は困難である。複数の病院へ受診の方が多い。
- 入院している（していた）ことを完全に把握できない症例がたびたびあるため。
- 入院の経過を患者の申し出がなければ把握できない。
- 入院の事実が不明であり、診療科が異なる場合に情報提供ない場合がある。

- 他院での1日入院等は患者自身が入院と認識しておらず、入院の有無を聞いても完全に把握できない。
- 他院との連携困難、眼科・整形など必ずしも入院中慢性疾患の管理をしていると限らないので無意味。日帰り入院など一般の人の理解が困難。
- 白内障の日帰り入院でも減点されたが、先方の医院では指導管理はしていないと思われる（本人は入院の自覚がない）。
- 特定疾患療養管理料の対象疾患でない眼科・整形外科等に入院した場合も減点されているから。
- 当院で治療をしている慢性疾患と同じ病気で入院していたのならば理解できるが、白内障の手術や外科的な手術、しかも2～3日の入院での減点は理解し難い。
- 眼科などの他科に入院したら内科の管理料が取れないのは意味が分からない。
- 当院からの紹介患者でない限り、患者からの申告がなければ入院していたかどうか分からない。
- 受診の際に聞くようにはしているが、他院の入院期間の把握ができない場合がある。
- 患者からの申し出がない限り、入院されていたことが分からないため、算定する医院からの紹介で入院された場合等に限るべきだと思う。
- 患者が入院していたことを（短期の眼科入院）を知らずに算定していた。
- 患者さん本人が入院していたことを話して下さらないことがほとんどで、そのまま算定して請求し、減点后、入院されていたと分かることが多いので、減点されると悩む。患者さん自身、退院後1カ月以内は特定疾患療養管理料が算定できないなどのことは分からないし、入院していたということは内緒にしておきたいご様子。
- 他院での入院の情報を把握するのは難しい場合がある。
- 眼科にて白内障手術で1泊入院したことに対し、入院したという自覚がないため。
- 本人の申し出がなく、査定されて初めて入院されたと判明する場合が多々ある。

## 2. 整形外科、眼科等の内科的慢性疾患以外で入院している

- そもそも病院はDRGのため、入院患者に対して慢性疾患に対する治療薬を処方しない従って入院中であれ、かかりつけ医の診療は継続されていると考えるべき。
- 外来診療での管理料であり、入院と関連づける根拠が不明である。
- 外来入院している疾患以外で入院しても外来での指導が必要。そもそも入院中の指導と外来での指導内容は異なる。
- 管理を行っている慢性疾患とは無関係な疾患による一泊入院などが増えている。相手方病院の経営の観点から一泊入院を選択するケースも多く不合理である。
- 眼科、耳鼻科、泌尿器科入院でも減点されるのがわからない。
- 眼科、肛門科手術等の退院で査定すべきではない。
- 眼科とか整形外科の入院とかで関係が明らかでないケースがある。
- 眼科の入院、内視鏡検査入院などの入院も含まれてしまうことは問題である。
- 眼科の白内障、大腸のポリパクなど1泊入院でも減点される。この場合、患者が入院したことを言わなければ、知らないままに算定して、結果減点される。これは、こちらには非がないと思う。
- 眼科等の入院の場合、慢性疾患を退院後算定できないのはおかしい。眼科等の入院の場合、こちらの知らない入院の場合がある。
- 眼科等関係ないと思われる。
- 眼科等直接慢性疾患と関係ない入院がある。
- 眼科入院やポリプ切除などで1～2日の入院でも減点されるのはおかしい。
- 検査による入院（1～2日間）でも取り消しは不当と思う。
- 検査入院（1日）の場合、本日も不明な事が多い。
- 検査入院、白内障での入院等で減算されるのは理由として成り立たないと思う。

- 検査入院のための短期入院が増えており、報酬の低下に繋がる。
- 治療中の慢性疾患と無関係な眼科、整形、耳鼻科疾患で入院することが多い。
- 主病以外での入院ならば算定可にしてもよいと思う。例えば、高血圧を診ていて、整形で入院された場合など。
- 少なくとも特定治療以外で入院した場合は、眼科疾患などの場合は減点すべきでない。抗癌剤投与などで短期入院を毎月繰り返す患者には、事実上当院の管理料がとれないため、療養指導を行うことが出来ない。
- 高血圧の患者が胃癌で入院した時、高血圧に対する療養管理は一体どうなるのか？
- 骨折で入院しても降圧剤をだしている患者の減点になるのはおかしい。
- 最近白内障の日帰り手術でも管理料が算定できず、摩訶不思議である。
- 全く関係のない骨折の入院中に、当院処方薬剤を内服していたにも関わらず切られることもある。国に「サギ」で報酬をうばわれた気分だ。患者が1カ月以内に入院していても、疾患が異なると関係ないと思って教えてくれない。
- 他院に全く関係のない疾患で入院しても特疾を1カ月間算定不可というのは、全く理解不能である。
- 他院の正確な入院日は把握不可能。患者自身も正確な日時まで記憶していない事もあり。算定ルールとしては不可解であると思う。
- 他院の入院について不明のときもあり、把握できない。
- 他院への入院の把握が必ずしも容易でないから。
- 他院への入退院の情報がないため。
- 他院入院の疾患に関わらず、退院後1カ月算定できないのはおかしい。入院中に、慢性疾患に対する管理を行っていない場合もあると思う。
- 他院退院後の外来の方が管理に手間がかかる。むしろ、その為に管理料が必要と思える。
- 他科（例えば白内障等）入院で、短期（1～2日）でも、管理料がとれないのはおかしい。投薬もされておらず、外来からの処方も持ち込んでいないケースがある。
- 他院が眼科入院でも査定された事がある。理不尽である。
- 肺炎、前立腺肥大症、白内障など管理対象疾患以外の入院は関係ないと思う。
- 白内障の日帰り手術で特定疾患管理料を減点されるのはおかしいと思う。
- 慢性疾患とは全く関係ない疾患や検査入院でも減点されている事が問題。
- 慢性疾患とは無関係の入院（白内障手術など）の場合も減点される。
- 慢性疾患に関係なく他院に入院される方もあり、それで管理料を取れないのはおかしい。
- 例えば眼科に白内障の手術のため、日帰り入院又は1日入院で高血圧・糖尿病・高脂血症の管理をしているとは考えられない。
- 例えば整形外科や眼科での入院の場合、内科的な管理指導が行われているとは思えない。

### **3. 算定制限の根拠が分からない、納得できない**

- 1カ月という期間の理由に理解できない。
- 1カ月を経過しないと算定できない根拠が不明なため。
- 1カ月经過の設定がそぐわない。初診の取り扱いもそぐわない。
- きちんとした指導管理をおこなっているにも関わらず算定できないのは理不尽であると考えから。
- きちんと定期的に慢性疾患管理を行っているのに同じような診療内容なのに管理料が算定できないのは不自然だから。
- ややこしいことは間違いにつながりやすい。
- 月2回算定は外来受診時の診療、検査、投薬と関わる医療に対する評価であり、入院の有意は関係ない筈だ。

- 減点されないように請求の段階でチェックして請求をしないように努力しているが努力、工夫に限界がある。
- 減点する必要もないと思うし、減点する理由が分からない。
- 減点する理由が不明である。
- 算定できないことの合理的な理由がそもそもわからない。
- 合理的理由の明示がない。
- 国保、基金の算定要件解釈が統一されていないところに違和感がある。
- 算定の可・不可がわかりにくい。どの医療機関でも分かり易い点数体系にすべき。
- 算定要件にそった医療行為であり、退院直後であることをもって算定不可となることは理不尽である。
- 時間をかけて患者教育をしているのに相応の点数がとれないのはおかしい。
- 自院の入院でない場合、その合理性がないと思う。
- 自院の入院なら、入院期間中は既に自院において管理されているので、改めて算定するものではない。
- 自院や特別な関係の医療機関での同科の入院なら算定不可は仕方無いとは思いますが、他院、特に他科の場合は指導内容も異なるので、算定不可はおかしい。
- 診療行為の評価である管理料に期間のしほりを置くことは下らない。このような規制が増えると保険診療を忌避する医師が増え、最終的には患者の不利益になると思う。
- 診療内容は変わらないのに入院したため点数を算定出来ないのはおかしい。
- 他院への入院でも管理料(225点)の算定は不可という返答であったが、納得できない。
- 他科の治療は関係ない。他の医療機関への入院とその正確な内容を把握出来ない場合がある為。
- 他科入院では、指導管理は期待できない。内科入院でも、該当疾患の管理がされない場合がある。
- 他疾患での入院とは区別されるべきである。
- 退院したときの変化をしっかり診ているのに減点されるのは如何なものか。
- 退院した日数で改善するわけではなく、その管理をする事が目的の加算であるため、日数関係ないと考える。
- 退院してから通院時にも1人1人指導管理をきちんとしているのに1カ月間算定不可となれば、1カ月後患者様より「あれ」少し高くなったなどと、いつもやっていることは同じなのに1カ月算定不可(免除)というより高くされたという気持ちになり、何度か尋ねられ説明したこともあった。
- 退院してこられた患者様は特に注意して診察をおこなっているから。
- 退院してすぐの外来が一番手がかかるし、患者さんにとっても必要な外来である。
- 退院の日から1カ月以内に行った管理の費用が入院基本料に含まれる意図がいまひとつ理解できない。
- 他の疾患で入院しても算定できないのは理解できない。
- 退院後1カ月以内であっても療養に必要な指導は必ず行うから。
- 退院後1カ月以内に何らかの体調不良が生じて来院する患者の事を考えるべきだ。来院しづらくなる。
- 退院後にこそ、特に厳格な療養管理が必要とするから。
- 退院後の指導の方が時間も手間もかかる。眼科、ポリープ切除の1日入院でもとらせないのはおかしい。
- 退院後の初回の外来は特に時間をかけて療養上の指導を行っているから。
- 退院後は特に慎重に診療、管理を行っており、時間をかけて処方や検査等を行い、調整を行っているにもかかわらず、それが評価されず、算定できないのはおかしい。
- 退院後は、普段以上に病状確認に時間と手間がかかるから。
- 退院後、薬が無くなったということで、殆どの患者さんは1カ月以内に必ず来院される。入院された分、更に管理内容が複雑になることも多く、全く論外である。

- 退院後初の患者の指導は手間がかかるのに評価されないのは不当である。
- 退院直後に慢性疾患の悪化の可能性により管理が必要なため。
- 退院直後の指導はより重要であり、内容は濃い。
- 大変に強引な解釈を根拠にしていると思われる。つまるところ、全ては石川県独自の内規に拠るものだという事。他医療機関退院後、当院への通院という状況で、「情報提供先医療機関名が明記されていたので、連絡して減点することになった」とのこと。入院基本料を同月内に入院先が算定していることも強く主張していた。その根拠は①「主治医は1名とする」②外来における指導管理の実態は定かでないとのこと。①に関しては、診療科が異なる複数主治医がいる場合、誰を唯一の主治医と認定するのか？と確認したところノーコメント。②は論外である。
- 単に診療報酬を削る方便に使っているに違いなく、不当だ。
- 注意していても1泊2日の入院などで患者さんが何もいわないことがある。また大腸ポリープで1泊2日入院したなど、当院の慢性疾患とは全く関係のない無関係の入院で、当院の管理料が算定できないというのは納得できない。
- 通院中の慢性疾患と全く関係のない急性疾患での入院である場合にも、このルールを適用するのは合理性がない。
- 通則上、初診と一連で表記されている。指導料は疾病名に対する管理、指導の評価であるため、通院の通則は外しても良いと考える。
- 当院が管理している疾患とは全く関係ない疾患で念の為に2日間入院したという患者に対して、当院がなぜ管理料請求権を失わなければならないのか。
- 当院が診ている疾患と全く違う入院で、当院の特定疾患管理料が減点されるのは理に合わないと思う。
- 当院と関係のない入院なのに、同じ診療や処方でも点数が変わるのは患者さんにとっても不自然と感じる。後から査定されると患者さんの不信感を持たれ信頼感を失う。
- 当院には内科、循環器、白内障がポリペクで1~2日の入院の場合、管理料が算定できないのは不合理である。
- 同じ診療をしているのに退院後の月の患者さん負担額が少なくなり疑問をもたれるため。
- 特定疾患での入院ではないのにおかしいと思う
- 特定疾患と他院の入院に関係ない場合に管理料を減点される理論的根拠がない。
- 特定疾患と無関係な疾患の入院は、本来はきりはなすべき
- 特定疾患と無関係な病気で検査入院した場合に減点するのは理解できない。入院時に特定疾患の指導をしないと思う。患者が入院したかどうか分からないことも多い。
- 特定疾患以外の疾病で入院した場合に減点されるのは納得がいかない。
- 内科以外の疾患で入院した場合は特定疾患療養管理料が算定出来ないのは不合理である。
- 内科慢性疾患で通院中の方が、他科の検査入院を(一泊入れて)する場合など、入院中の注意事項まで指導し、退院後もフォローアップしているのに管理料がとれないのは不思議である。
- 入院した医療機関からどのような指導が行われたか結果がないと、患者に聞いても患者もわからない。
- 入院した医療機関での管理内容と、本院での管理内容に差があれば算定出来るのが当然。
- 入院した疾患が慢性疾患とは全く別のものの事が多いため。
- 入院するほどの人など管理が大変なのに算定出来ないのは理屈にあわない。
- 入院と在宅の医学管理料は異なるもので重複すると「1カ月経過しないと」という条件自体がおかしい。
- 入院に関係なく管理は継続して行っているから。
- 入院のドクターは入院の原因しかみないため、ENT後の外来受診が遅くなると危険な場

合があるため。

- 入院の前後一貫して外来での管理をしているなら減点は不当と思う。
- 入院の事実に関わらず、慢性疾患の指導管理を行うから。
- 入院の理由がマル特疾患と無関係のことが殆どで入院中に指導管理が行われてはおらず、本来の目的も損われている。
- 入院は入院、通院は通院で管理必要である。特に、入院が必要な患者は不安定で外来でも管理が必要。
- 入院前後は普段以上の指導が必要な事が多い事実と矛盾するため。
- 入院理由が管理料特定疾患でない場合も、一律に算定不可とされる。退院時も指導を行っているから、外来では算定できない理屈であり、同一医療機関を対象としているはずである。入院理由が慢性疾患と関係なければ1カ月にこだわる必要はない。
- 入院理由と無関係の慢性疾患に対する指導が算定に値しないという論理はおかしい。
- 入退院に関わらず特定疾患の管理はかかりつけ医が責任を持ち行うため。
- 病院・診療所と患者を管理する主体が異なれば、それぞれが管理料算定しても合理性があるから。
- 本来退院した時点でこちらの管理となるのが当然の流れである。
- 慢性疾患での入院なら考慮されるが、他科での入院はおかしい
- 慢性疾患で他院に照会した例ならやむを得ないと思うが、全く関係のない白内障手術や整形外科での入院等でも算定出来ないのはおかしい。
- 慢性疾患とは全く違う病気で入院されていた人の管理料が減点されたことは何度もある。おかしいと思う。
- 慢性疾患と関連のない疾患での入院（眼科など）での減点は不当である。
- 慢性疾患の管理のためでなく、急性期の症状、応急のための入院をお願いしたのである。
- 慢性疾患の病名以外で他医に入院しても、減点されるのはおかしい。
- 他院まで含めた解釈自体が不自然で無理がある。「自院での管理料を退院後1カ月は算定しない」との解釈が妥当。他院の入退院を100%把握することは無理で、守れないような運用をすべきではない。
- 退院後の慢性疾患管理の方が細かく指導管理が必要なのに、管理料が算定できないのは合点がいかない。入院中の病院が退院した旨を書類等により明示すべき。
- 疾患が別の病気で他院に入院したのに、当院が長期に管理している疾患にまでその影響があるのはおかしい。同一疾患なら間違っていないと思えるが。管理の実態に合っていないから。
- 検査の1日入院、眼科の1泊入院まで同列の扱いなのはおかしい。
- 退院して1カ月という日数に合理的な理由がないと思うため。
- 外来で行っている診療行為に退院後1カ月以内であろうとそれ以降であろうと違いはないので。
- 他院での入院主治医は慢性疾患の外来管理指導はせず、退院時に病院から診療所へ逆紹介して、プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師へ外来管理を任せるのが本筋だから。
- 入院時に限るなどの改定が必要。
- 少なくとも管理対象疾患と無関係の入院は外してほしい。
- 眼科や整形外科に数日入院されただけでも当院から減点されるのはおかしいと思う。
- 他院との連携困難、眼科・整形など必ずしも入院中慢性疾患の管理をしていると限らないので無意味。日帰り入院など一般の人の理解が困難。
- 白内障の日帰り入院でも減点されたが、先方の医院では指導管理はしていないと思われる（本人は入院の自覚がない）。
- 疾患が別の病気で他院に入院したのに、当院が長期に管理している疾患にまでその影響があるのはおかしい。同一疾患なら間違っていないと思えるが。管理の実態に合っ

ていないから。

- 特定疾患療養管理料の対象疾患でない眼科・整形外科等に入院した場合も減点されているから。
- 当院で治療をしている慢性疾患と同じ病気で入院していたのならば理解できるが、白内障の手術や外科的な手術、しかも2～3日の入院での減点は理解し難い。
- 眼科などの他科に入院したら内科の管理料が取れないのは意味が分からない。
- 整形外科や眼科等、他の疾患で入院の場合、当院での疾患治療と異なる疾患等の場合は、当院での指導が妥当と思うから。
- 入院となった疾患に関わらず適用されるのはおかしいと感じる。
- 眼科や整形外科の短期入院で療養管理されているとは思えないから。
- 入院が検査のための1泊入院であれば、患者の1カ月の管理は実質行えないはず。また、心疾患の投薬は外来で行い、そのまま眼科や整形に入院している場合も実質行えないはずである。
- 入院も、例えば白内障の日帰り入院などもカウントされているし、慢性疾患と何も関係ないところでの入院でも減算されるケースが多くなっている。

#### 4. その他

- 1月後から急に値段が上がったとよく言われる。最初から算定した金額であれば不満はなくなると思う。
- せめて1月でなく2週間にすべし。また、入院期間を1週間以上の入院に限定すべき。
- 医療事務の繁雑化に繋がっている。
- 退院から1カ月は225点を算定出来ないと聞いていた。
- 医療事務作業の負担が増えてしまう。
- 値段が変わるので、受診者に不信感を抱かせる可能性がある。
- 初診から1カ月のルールも同時に廃止すべきと思う。
- 初診の場合、退院した患者かどうか問診でもわからない場合がある。
- 初診時でもきちっと指導しているから、算定は認めるべきである。
- 診療報酬体系をもっとシンプルにしてほしい。
- 数年前は認められていたのに急に認められないのは不合理である。
- 特定疾患療養管理料をとるかとらないかで診療に変更はない。
- 特に眼科手術など、知らぬ間に1～2泊入院して減点される場合はよくある。特定疾患にかかる処方をしている場合、その医療機関が算定すべきだし、そもそも減点の根拠がない。これを支払基金に言うと、「診療点数とは、もともとアバウトなものだ」と言った職員がいた。
- 特定疾患療養管理料は外来診療時のみの労力ではなく、それ以外の時間で療養計画等をたてていく。
- 特定疾患療養管理料は内科の再診料点数の低さを補うものだ。薬の長期投与が進むなか月1回500点くらいにしても…と思う。もしくは長期投与が30日だと200点、60日だと500点の加算が必要。
- 入院の場合、在宅自己注射指導料の算定も非常に困っている。
- 平成26途中までは自院入院と解釈されていたと思う。急な変更は困る。
- 毎回会計額が一定しない事に不信感をもちられる。説明しても理解を得られることはない。
- 患者への説明が難しい。
- 医療事務の再請求等の煩雑さ。
- 何回か減点が続いたため、現在、特定疾患療養管理料は全ての患者において算定していない。

以上