

## 資料 1 施設調査票における自由記回答意見

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
1	・書類を作成する事により患者さんの診療料が高くなることに対し、患者・家族が理解しにくいと思います。・当院は予約診療ではなく検査の計画書が書きにくい。・後期高齢者診療料はかかりつけ医の認知症指導を評価した点では、今後も継続していただきたいと思います。
2	後期高齢者の場合は、問題点が非常に多岐にわたるため、簡単に 1 枚の書面で表し、家族に渡せない。薬剤の量的問題もあり、少量ずつに多種にわたる事あり。又、多科にわたる疾患の合併症が多いため、統括する診療科が（例えば内科など）必要であるが、他科の詳細な治療内容が不明なため、自分の所だけの方針は簡単に決められない。又、書類が今後とも何種類にもわたる可能性があり、この様な方針には、賛成出来ない。カルテ記載だけでも大変な状態なのに、机上だけで考える方針には反対です。より親身な診療には時間が絶対に必要である。
3	これがあろうとなかろうと、しっかり診療していれば患者さんにとって良い医療は提供できるので、くだらない指導管理料はやめた方がよい。慢性疾患でも風邪でも同じように診療の手間はかかるのであり、診療料を主体にして全般的に管理料は減らすべきであろう。
4	診療料の規則が難しい。
5	・医師の医療へのモチベーションが下がる。・何もしない程、利益が出るような仕組みは、医師の心を荒廃させる。・高齢者の受ける医療レベルは確実に低下し、不幸である。
6	年齢で区切る後期高齢者保険は制度上おかしい。
7	複数の診療所に通院している高齢者が多く、「先にとった者勝ち」の現行制度には違和感が大きい。また、周辺の医療機関でも殆どとっておらず、他院との調整が困難と思われる。
8	医師に対して、いろいろな書類を作らせるシステムができることは不満がある。勤務医も開業医も、医業半分、事務仕事半分になりつつあり、それが、患者との時間が作れない原因となっている。書類を減らして、患者にかける時間が作れるようにしてほしい。
9	現時点での点数はそこそこにあると思いますが、それに関する書類を作成、継続するための手間が多く面倒である。点数に関しても「いずれ梯子をはずされそう」という不信感がある。
10	後期高齢者医療制度の内容がよくわからない。整形外科診療と後期高齢者診療とが関係ない。
11	後期高齢者診療料のような制度は廃止すべし。
12	全く必要のない制度と考えます。かかりつけ医が何人いても、みんな、同じ様に患者に接するので、全員同じ点数が得られなければ、不公平が生じます。指導料だけで充分。他院との関係も、連帯も悪くなってしまいます。
13	かかりつけ医とは云え、一人一人の患者さんのすべてをみることは困難です。まして 24 時間ずっと責任をもって診ていくことなど又約束はとてできません。患者さんは、病院で診療を受けることができれば一番幸せです。在宅療養より入院加療が出来る態勢を作るべきです。
14	十分な検査等行えないと考える。詳細に診療条件等が明らかでなく、査定が多くなる時がある。月によって、選択していいとのことだったが、詳細がわからない。
15	患者にも医師にもメリットを感じません。
16	・年齢だけで区別する制度そのものが、説得力に欠ける。・廃止が望ましい。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
17	個人の無床診療所では後期高齢者だけ別枠で診療することは困難である。
18	この制度は利用することが困難である。
19	届出はしているが、算定したことなし。
20	届出のみで全く算定していない。
21	当方としては、1人のPtを2人以上の専門医で診ていることが多く、1人が後期高齢者の算定をすると他ができなくなり、不都合。全体で算定しないこととした。当方9Fのビルで36名が開業しており、内、内科が16名重なり合って診ている。
22	前期・後期等高齢者を分類することに反対します。
23	・高齢者も、疾患の少ない方とたくさんの方の合併症のある方と様々です。そのため診療料自体も、大きく異なります。また、患者様方御本人も、それぞれの疾患を専門医にしっかりと診てほしいとやはり複数の医療機関を受診されますので、どこの施設が主治医になるか調整は困難です。・診療の内容も、計画書を渡すだけで、本来安く済む医療費が逆に高くなってしまいうこともあり、無駄が多いと思います。当院では、年金生活の患者様になるべく負担が少なくなるように、診療費は低く抑える努力をしており、後期高齢者診療料は算定しておりません。・後期高齢者診療料に限らず、外来管理加算などをはじめ様々な管理料・加算のすべてで言えることですが、診療報酬算定要件に書類記載の義務などを入れると結局は、十分な診療（説明や医療安全に使う時間）が妨げられ、不利益を被るのは患者様です。書類記載などの無駄な時間は、待ち時間の増加、医療の非効率となり、一医療機関での診療可能な患者数の減少、医師・スタッフの不足に直結します。患者様と直接接する十分な時間が取れ、日本の安心できる医療を確立するためには、ソフト面の診療料の引き上げと、法外な薬価、材料費（医療機器、特に外資系企業）の厳格な引き下げが必要と思われまます。
24	病状の特に安定している人を選んで、算定しています。この制度ができたので算定してみただけで診療面において何ら変化ありません。今後算定する人数をふやす予定はありません。
25	すぐに「やめるべき」と考えます。
26	労多くして益（お金のみでなく、診療における患者、医療機関にとっての医療上の実利）少し。
27	患者さんの負担も大きく、自由な受診を妨げ、制度自体問題ありと考えます。今後も算定しません（届出をされていてなんですが・・・）。
28	即廃止を望む。
29	なぜ、この様な制度が出来たのか理解できません。現状、外来業務がこれ以上複雑になると、とても対応できません。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
30	内容がわかればわかるほど、いつでも算定医療機関届を取り下げる準備はある。何しろ突然メ切ありで申請許可内容があまりにも雑で、試しに医師会で介護保険主治医意見書の書き方講習会を行ったが、それを書いて出したら許可された。いずれはみんな死んでいく。死に方を選ばせてもいいのでは？と思う。私自身延命はいらないし、臓器移植に関しては死亡した時点で使えるものは使ってもらっていいと子供に伝えている。カードは書いてない。但し自分は他人のものをもらってまで行き続ける気持ちは全くない。もし病院に入っても死亡三日前（この判断が困難？）には家に連れ帰り、ベッドでなくタタミの上で臨終を迎えさせるように子供（医師）に伝えてある（最後の医療費がバカにならないから）。
31	事前の説明不十分（制度の具体像、点数など具体的に明示すべきである）。国民の求めている医療サービスとはかけはなれていると思う。
32	・患者が高齢であるため、多くの疾病を有し、病態の把握が検査所見を参考にしないと難しい。・定期的な診療計画を立て、医学管理することが難しい。
33	後期高齢者は一般に一人の患者さんが多数の病気をもっているのです。診療項目が多岐に渡り、コストがかさみます。どうしてもやるのなら、せめて1000点以上の点数に引き上げて欲しいと思います。
34	・我が国の保険制度に、年齢による差別を取り入れる事には反対します。・主病疾患を中心に、医師を選定する事には、臨床医学上非常に問題が多い。・他医療機関との関係を良好に保つ事が、現制度上では困難になる。
35	早く廃止して欲しい。以前の制度に戻して欲しい。
36	整形外科ではなじまないと思います。
37	高齢者は全般に耳が遠く（難聴）、説明をしても若い人の2～3倍のエネルギーが必要です。これだけでも疲れますので、後期高齢者診療料に係る説明にエネルギーを費やすと他の患者さんへの診療に支障をきたします。外来管理加算等も同様で、”机上の空論”です。
38	医療の現状（現場）を熟知してほしい。
39	同診療料を廃止してほしい。
40	患者負担額が安価になれば、可能と考えます（3割、2割⇒1割、負担なし、などに）。負担額増える時に説明しづらい。
41	特に他の医療機関との調整が困難な為、当院では施設申請はしていますが、算定は行っていません。
42	県医師会、市医師会共に今回の後期高齢者診療料の実施については全面的に反対の意向であり、その要点は上記の様なものと思われ、我々もこれに同意同調した。後期高齢者診療と前期高齢者診療とわけても、やっていること自体が同じである以上、保険上の区別はあっても75歳で突然身体が変化するわけではなく、各人の健康態度によって診療内容も違うので一律にするわけにはいかないとされる。特に画一的にまるめ診療になるのは反対である。
43	自分が75歳を超えている患者の立場にたった場合、同診療料のメリットを理解しがたい。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
44	・高齢者は精神身体能力の個人差が非常に大きく75歳で線を引くエビデンスは乏しいと思われる。・今回の方法では患者個々の社会的背景など日常の診療時に付度している所謂「匙加減」が加味できず、町医者としては面白くないのでこれが一般化するなら医者をやめようかと思う。
45	保健診療を円滑に行う為、この様なシステムは廃止してシンプルな体系にすべきと思う。
46	忙しい外来診療において、煩雑な手続きが多く、困難です。他の患者様の待ち時間が増え、日常診療に悪影響が出ます。個人の診療所としては十分に対応できず、実施は難しいです。
47	・患者様への理解を浸透させる事が困難である事を痛感する次第です。・もう少し、わかりやすい算定のやり方を再考慮する必要があると考えます。
48	嘗て老人の医療費負担は0だった。医療費がふえるからと介護保険ができ、国民保険料と別に新しく介護保険料が徴収され、今回また、後期高齢者保険料が徴収されるようになった。後期高齢者診療料は明らかに受診抑制のためのものです。
49	老人は複数の疾患を有しており、一人の医師での管理は不可能である。後期高齢者診療料は廃止すべきものとする。
50	後期高齢者診療料をはじめ特定検診の煩雑さなど年々医療を施すに際する手間が複雑になっています。もっと医療現場を十分理解した方による政策を心からお願いしたく存じます。
51	一つの診療所がメインで診ていくことが困難である。
52	診療に時間がかかる人や、検査（範囲内）をした人も、症状や病気が安定して単純な人とコストに差がないのは説得力がなく、お金を（一部負担金）いただくのは、如何なものかと思えます。当院の場合、現行点数だと患者負担が増加します。ただ今回の中で、「本日の診療内容の要点」は患者にとってメリットがあり、当院では、慢性疾患に関して手渡しています。家へ帰って次回の診療迄の間に読まれているようで、症状の改善に効果が出てきています。ある程度診療内容、時間に見合う点数が合理的かと思えますが、難しい問題です。現在は検査をしないと点数が増加しないため、必要でない血液検査を3ヶ月に1回している医療機関が多いと患者さんが言われています。同感ですが、検査が必要時しかしないと点数は低く、収入は少なくて悩んでいるこの頃です。
53	・現在の後期高齢者の診療料については、一度患者さんに説明してみましたが、なかなか理解が得られず、逆に現在の医療の後期高齢者の診療及び検診システムについてかなりの不満を言われていた。・患者さんからは、この制度の目的は診療抑制ではないかととらえられている方もおられた。
54	特定疾患療養管理料などと、重複することが多い。又、75歳以上の人の大多数が、理解できるであろうか。高齢者の医療費を下げる為の、見せかけの診療点数としか思えない。
55	医療機関へのフリーアクセスを妨げるものであり、問題がある。
56	実効性のない小手先の制度ばかり作らないでほしい。
57	算定する際に、点数の割にもものすごく大変な作業を要するものであり、普及はしない制度なのではないでしょうか。
58	・後期高齢者健診に対して反対（今まで通りで良い）。・何も分ける必要はない。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
59	後期高齢者に対し診療料を説明し、計画書を作成し「本日の診療内容の要点」など文書で説明して理解していただくことは、時間や労作の上からも日常診療の中で行うことは実際にはかなり困難と感じる。
60	全く無意味だと思います。早く廃止すべきだと思います。
61	仕事をしない程に利益になる制度では話にならない。診療制限を受ける様では、医療制度上、問題がある。介護点数と医療の点数の合計での制限は受け入れられる。介護医療合計点数制度（元気で家暮らしなら、払戻しあり）ならやれる。これはすばらしい意見です。
62	基本的な理念としては理解できる内容ですが、実際問題として、これだけの制約と手間をかけての診療報酬に見合うものとは思えません。一個人としては普通の診療上、常に気を配っている中で、このような程度の指導はしているつもりです。我々は公的な部分にかかわる仕事もしていますが、公務員でもなければ国の機関でもありません。一個人企業です。収益をある程度は考慮する必要もあります。過剰な利益を得ようとは思っていませんが、現場の理解を得られないような規制、やり方を決めても無駄金を使うだけではないでしょうか。実際に医療を行う現場の意見をもっと吸い上げて下さい。又、実際に診療（医療）をうける人々の気持ちもわかるようにして欲しいと思います。
63	患者は薬剤投与を長期間希望する（再診療節約のため）等、医療費の軽減希望が強い為、算定しにくい。
64	ほとんど意味のないものである。直ちに廃止すべきと考えます。
65	説明に時間をかけたが、スタッフより理解されたかされないかわからないので、どうすれば良いかと上申されることが増加した。主介護者に説明しても十分理解できず、自己負担金が減るものとのみ思い込んでいる方がいらした。
66	病名の絞込み（原則一病名）は高齢者では無理。有事の連携規則などが厳しい。診療計画書の義務化が煩わしい。点数（600点）が低い。
67	後期高齢者診療料は差別医療となり、高齢者医療の質の低下をきたす可能性が大であり反対である。
68	いつも来られている患者さんに紙一枚渡して、「はい、600円頂きます。」とは言えない。
69	・高齢者の方は、特に刻々と病態が変わります。型にはめて治療するよりは、オーダーメイド治療と考え、すぐに対処すべきでは、と考えます。・又、よけいな医療費が逆にでてしまう。
70	医療を画一的に評価することは反対である。
71	書類の作成や定期的な交付等、意味が無く手間がかかるだけのものではないか。薬剤料等が、診療料を上回る場合は、勿論算定しない。又、診療料が上回る場合は患者さんにとって負担増となるので、算定しない。いずれにしても算定しない事になる。また、複数の医療機関を受診されている方もあり、実質的に管理できるのかを把握するのは難しい。
72	医療に沢山予算を組んでほしい。きめ細やかな治療ができない。急変時の対応ができない。求められている要件に対して、診療料報酬が低すぎる。誰も理解されていない為、廃止してほしい。
73	廃止すべきである。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
74	同制度は日本人を年齢によって差別するものであり、絶対に廃止すべきである。
75	準備不足の一言だと思います。もう少しよく協議して、地方の関係各公的機関の意思統一（基本方針の周知徹底）を図り、マスコミを通じて広く国民の理解を求める努力をすべきだと思います。一応算定の届出だけはしましたが、現状ではとても算定できる状況ではないと思います。今後も算定するつもりはありません。患者さんの様子を見ていますと、とにかく「後期高齢者」という言葉だけで皆さんとても御立腹の御様子です。感情的になってしまいとても制度の内容まで御理解頂くのは困難かと思えます。
76	廃止が良いと考える。
77	・特定疾患療養管理料で対応の方が簡便である。・フリーアクセスの状況であり、医療機関への受診調整が困難な時もある。・現行点数は低く感じる。
78	早期の廃止を望みます。意味がありません。
79	後期高齢者は、他科受診が多く、どの科が主体となるか判断が難しい。
80	メディアにて（テレビなど）話題にされており、患者様お一人一人がよく理解しているようです。
81	後期高齢者診療料では、説明と計画書通りに診療出来たかで時に問題が生ずる可能性がある。
82	中止を希望。
83	使った時間や人件費、その間に他の患者に充てられる診療時間等々を考慮すると対費用効果が悪いと考えられるため算定は難しいと理解している現状です。
84	算定をする前に約1～2週ほど試用しました。病状安定している方には計画書や診療内容の要点を毎回記入する必要を感じません。変化のある人には、とても有価です。お話をもっと聴いて診察をし、文書に書いて説明することは、とてもよいことですが、時間がかかりすぎて大変です。全員にはできませんので、算定を改めました。他の医療機関との診療上のトラブルの可能性もあり、算定しませんでした。
85	直ちに廃止すべき。
86	不必要な制度だと思う。
87	高齢者の慢性疾患に関し、マルメの保険点数を使用できることに期待感を持っておりました。何しろ私達に診療以外で求められることが余りに多く、せめて保険点数の包括化でもと思っておりました。しかし、後期高齢者診療計画書の提出を求められ、時間的に対応できず止めることにしました。私自身皮膚の慢性疾患の対象患者さんには自分なりのシートを作成しております。高齢社会がどんなものか、全く理解していない人々が、保険や介護、病院にあれこれと注文をだしてくることに怒りさえ感じます。
88	後期高齢者ほど医療ニーズが高く、少なくとも現行の2倍の点数が必要である。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
89	高齢者に対する医療供給体制として、「主治医制」や「包括医療制度」は賛成です。現状では高齢者医療にはかなりの無駄や過剰診療があると思います。医療資源を合理的に配分する観点からも、「主治医」「包括」は基本的に望ましい制度と思います。但し、その財源を保険費として後期高齢者を独立させたことに対しては、保険制度の主旨からして受け入れ難いと考えます。又、開業医には高齢者診療での急変時に応需（特に入院の場合）してくれる病院がないことも問題です。
90	当院では、まだ電子化されていませんので、後期高齢者診療料は算定ありで提出はしておりますが、今現在では一度も算定はいたしておりません。今後、診断計画書を作成し、算定出来る状況にもっていくつもりです。
91	廃止すべきものと考えます。
92	600点は低すぎます。書類も大変です。
93	後期高齢者医療制度について廃止を前提に検討されたい。
94	胃潰瘍と高血圧で別々のクリニックで診てもらっていた場合、どちらかがとるべきか、はっきりしない。
95	後期高齢者診療計画書などの記載に手間がかかり、診療の妨げになる。
96	受診のフリーアクセスの確保と診療費に関しては、必要なものは認める方向が望ましい。
97	新しい制度の導入時は、国としてあらかじめしっかりした説明が必要であるのではないか。今回は説明不足であり、届出をした後に医師会の反対もあり、大変とまどった。外来管理の5分制度も無意味であり、複雑な業務ばかり増加している。点数は下がり、医療機関は疲弊の一端を辿る。このような調査は制度導入前にも行うべきであったと考える。今年で当院は後期高齢者診療料を廃止する予定である。
98	廃止すべきである。
99	後期高齢者診療料の考え方については非常によい考えだと思います。後期高齢者医療制度自体が改善されれば、当院で算定したいと思います。
100	机上論ではなく、現場の状況に見合った制度の導入を期待します。当クリニックに通院される75才以上の方（比較的元気な方が多い。もちろん、DH、HT等あり）で、この制度に賛同される方はいません。自分で判断し、それぞれの専門医を受診しています。75才以上の方にメリットがあり、ローコスト）賛同されるような（ネーミングも含め）制度への変更をお願いします。
101	地方と首都圏では医療が違うのに、同一の制度は困難であります。高齢者は日々困惑しています。
102	後期高齢者保健制度自体の問題が指摘されており、この先制度が継続されるのか、後期高齢者診療料の扱いがどうなるのか、このまま続けられるか不安である。保険点数が限定改定される中、やむなく後期高齢者診療料を算定しているのが現状である。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。

103	<p>当院は内科・外科・小児科・小児外科を標榜しております。いわゆる”家庭医”を目指して地域医療を行っています。他診療所、および病院との連携が不可欠であり、後期高齢者診療料施設の指定はいただきましたが、実際算定はしておりません。在宅療養支援診療所の設定の認定もいただいております、実質24時間対応ではありますが、患者さんの経済状況を考えると算定できません。田舎の特に農家の状況、高齢者世帯の経済、介護の状況を実際に現場でお手伝いしていると、とても在宅療養支援診療所の基準で算定は困難です。在宅医療で、中には”来月年金が入ってから医療費を払わせていただきたい”というような方も多いのです。いわゆる”あかひげ先生”のようなことは今の医療状況ではなかなか困難です。せいぜい、初診を再診にすることぐらいです（違法ではないと考えるので）。今後、医師もスタッフももう少し余裕のある仕事ができないと、”良い医療”はますます難しくなります。今後の医療、介護を良くするため、よろしくご検討ください。</p>
104	<p>保険医療制度の堅持のために、高齢者医療費ののびをある程度抑制する必要があることは理解できる。そのために後期高齢者診療料の導入を行い、疾病の軽重にかかわらず無く高齢患者一人当たりの医療費をほぼ一定とすることで、医療費の推移の予測を容易とするのが本制度の根幹と思われる。後期高齢者診療料の算定は、現行点数では高血圧や高脂血症のみといった比較的軽い疾病しか持たない患者には負担の増える制度をお願いすることになる。逆に心疾患や糖尿病など複数の疾患を持ち、一定レベルの診療を行うのに検査が不可欠な場合には、現行点数では医療提供コストをまかなえない。高齢者は殆どの人が種々の持病をもっており、これを「高齢者担当医」として一人の医師が全て管理することは事実上不可能である。また、後期高齢者診療料の算定を行っている人が他の医療施設を受診する際、後期高齢者診療料の算定を受けているかどうかの確認は全て現場の医療機関で行う必要がある。本人が申告しないあるいはよく理解できていない場合でも全ての咎は医療機関側に帰することとなり、その場合のコストは全て個々の医療機関が負うこととなる。医療機関の間での調整が困難であり、患者の医療機関受診の自由も制限されると考えられる。</p>
105	<p>当施設では、後期高齢者診療料の届出は行っておりますが、現在の所これを利用している患者さんはありません。これからもこの制度を使う意志もありません。</p>
106	<p>不要と思われます。</p>
107	<p>現場を知らない人が、机上で財政の事のみ考えて、いろんな施策をしていては、日本の医療はダメになる一方と思われる。</p>
108	<p>人により後期高齢者診療の方がコスト高つくこともあり、なかなか御理解いただけません。</p>
109	<p>趣旨は理解できるが、現実的に制度としては全く無用なものである。</p>



■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
110	他医療機関での投薬内容については、変化がある程度に報告してもらったり、患者さんの理解がある場合には、もともとやっております。しかし、独居老人の方や認知症の方は、きちんと把握しているつもりでも情報が得られなかったりします。病状も変化しやすい高齢な患者さんに、把握をしたり計画をたてるには限界があると思いますし、薬剤情報1つとってもそういう状態なのに、指導料や後期高齢者診療料についての算定情報や管理についても、現実問題無理に思います。 フリーアクセスの問題ももちろんあると思います。
111	現在の当院での診療内容であれば、出来高払いの方が説明しやすく、負担も軽くなる（医療費が安くなる）。約2年前より長期処方をしているが、殆ど対象疾患で1ヶ月に1回の受診では管理料225→後期高齢者治療600。収入も大台減りました！！出来れば管理料を1ヶ月に1回にして、もう少し増やして頂きたい。
112	患者数が多く、時間がかかり面倒なのと、2本立てにすることはよくないと思います。
113	<ul style="list-style-type: none"> <li>・従来の診療体系では減収するので、後期高齢者医療を患者さんに勧めて採用したが、検査頻度は全く同じにしている。患者さんからのクレームは全くないが、自己負担は増していて、たぶん不満があると思う。</li> <li>・診療中の書類書きは大変である。（あらためて計画書を説明する意味は大いにある）年に1回以上の計画書の発行は患者さんもうんざりする気がしている。日ごろの診療での会話と説明の方が大切であろう。</li> <li>・「患者サイン」は字がふるえる方、手や目が不自由な方にとっては大きなプレッシャーになっていることは忘れないでほしい。認知症の方にサインをもらうことはできない。「認知症」という病名を示すこともできない。</li> </ul>
114	後期高齢者診療料の患者様の必要な診療を実施するのに600点の点数は低すぎると考える。
115	医療側からも、患者側からもなかなか受け入れ難い制度と思われる。
116	制約や必要条件が多すぎる。医療の現場からかけはなれている、他の医療機関とのトラブルの元。理解し難い。
117	後期高齢者診療料をひとくくりにした世の中の流れに対する世間の批判も個人診療所程度の規模では怖い。
118	後期高齢者診療料の考え方については非常によい考えだと思います。後期高齢者医療制度自体が改善されれば、当院で算定したいと思います。承認を得ましたが、事務量が多く複雑です。多忙な外来診療の中では当座実施不可能です。
119	後期高齢者診療料制度は、現在の内科診療の上に屋上屋を架けるようなもの。煩雑な書類、手続きなど本当の患者の健康管理というより、わざと複雑にして医療費を抑制しようとする魂胆からのものではないか。基本的には廃止すべきものと思う。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
120	・療養計画書の期限に関して、「病状が安定している場合は最長で1年分の計画書でよい」を継続していただきたい。・診療報酬に関して、現状では出来高にて算定した場合とほぼ同じ保健点数になると考える。必要要件及びその為に必要な時間を考えると、現行点数では本制度が普及拡大するとは考えにくい。・将来像に関して、患者さんにとっては経済的負担が増える事も無く、「かかりつけ医」と意識できる良い制度と考える。しかし、「人头払い制導入」、「フリーアクセスの阻害」へ展開していく事が無い様にしていきたい。
121	経済的なことのみでの理由で（医療費を下げるためだけの理由で）国民の医療制度を変更すると患者と医療者が疲弊してしまいますので止めて下さい。
122	・他の医療機関で算定しているか否かを確認する方法がありません。（以前は老人保険証に記入する欄があり、そこに色々な管理科名を記載することで確認できた。）・出来高の方が医療機関としては収入が高い場合が多い。診療のたびに文書を発行する手間も相当なもの。たくさん書類を渡される患者様が、ご自分の健康管理のために記録を活用されるのはむしろかしいのではないのでしょうか（そもそも対象者が後期高齢者なのですから）。
123	今回、後期高齢者健診も設定されたが、患者の病態が様々であるため、後期高齢者診療料で一律に管理するのはコスト的にも医療的にも不合理性が強いと考えられる。また、逆に診療連携面でも複数の医療機関での診療が難しくなり、患者のアクセスを阻害すると考えられる。患者サイド、医療サイド両方からみても特にメリットはない。また後期高齢者の名称のイメージが悪くなったため、説明が困難になってしまった。わかり易い診療制度（年齢制限のない）でないと医療サイド、患者サイドの双方共指示は得られないであろう。
124	統括主治医をひとりの患者に対して決める事と医療費を削ることをうまく組み合わせようとした意図が強く感じられます。現場を見ていない非現実的システムと、後になって気付きました。
125	良い制度だと思いますが、もうすこし点数が高くないと継続するのは難しいと思います。
126	対象疾患名が少ない。
127	とても良い制度だと思います（医者にも、患者にも）。元々内科の慢性疾患の患者は月1回来院、必要な検査のみしか実施していなかったため、後期高齢者診療料を算定しても診療内容は変化していません。今後もこの制限は残して欲しいと思います。
128	・診療計画書の作成に時間がかかり、負担が大きい。・計画書あるいは診療の要点などの説明に時間がかかり、診療が大幅におくれ、待たされた患者からの苦情が絶えない。・問10の04、05の項目について、やや有効としたが、これは後期高齢者診療料算定の効果というよりも、お薬手帳記載による効果である。・計画書に同意の署名を求める時、多くの患者に緊張感が走り、一部は拒否的になることがある。同意はするが署名はしたくないという者もある。更に一部の患者は、循環器、胃腸科、神経内科と専門の診療所に通院する者があり、同意することでそれらへの通院が制限されることをおそれ拒否する場合もある。・現在は後期高齢者診療料算定の条件を満たさない診療所が大部分なので診療所間の調整は問題ないが、該当する診療所がふえると重複の問題が増加すると思われる。・この制度は実収入においても、計画書作成、説明に要する手間と時間においても、患者の診療内容の向上においてもメリットは殆どない。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
129	年齢の特性からも医療費負担がより多くかかってくる年代でもあり、その年代を切り離して保険が成り立つかどうかとも疑問である。社会保障制度の中の、年代にかかわらない相互の扶助の制度である医療保険という観点からも差別的である。年代別の受益者負担の考え方が濃厚に伺える。社会保障の中の医療保険を考え実行している立場から肯定し難い。社会保障の原資を、福祉税、消費税に求めるべきと考える。
130	医療給付をおさえるつもりならば自己負担の増加、特に終末期等の治療を自由診療とすべきでしょう。社会的入院を切り捨て、病院を高度機能のみに再編するつもりが本当にあるならば、入院での特に高齢者の看取りを完全自由診療化、在宅での看取りを公費負担にでもすれば良いのでは。
131	ゲートキーパーの必要性を認められない。ドクターショッピングがどれくらいあるのか？ 不必要検査・処方などがどれくらいあるのか？ 高額とならざるを得ない人もいます。医療秘書をとなりにおいていて、1日20人診れば生計のなりたつ欧米とは根本的に異なります。いきなり、ゴールへとんでいってしまっています。
132	現行点数に画像診断も含めるのはよくない。又、600点では全体的に不足している。
133	・主病は1つだけではない。・「かかりつけ医」は一人ではない。疾患により「かかりつけ医」は変わる。・フリーアクセスが制限される。・包括化により、患者が望む医療が提供出来なくなる。
134	カルテ記載以外の書類記入は中止すべき。行う場合は後期高齢者診療料に関しての説明及び同意書を作成し署名をもらった者を対象者にするならまだましである。医者にも患者にも判りにくい年齢の葉には老人医療として定年後の年齢65歳からとすべきではないだろうか。
135	後期高齢者になればなる程、必要な検査がふえてまいります。特に当院では、糖尿病を主として診療を行っており、毎月の血液検査は必須ですし、その説明・今後の指針について説明を行っておりますので、現行のままでは、検査（必要な）もしてはならないということになります。上記理由にて算定していません。
136	・患者の求めるものは多様であり、各人の病状、病態に応じて従来通の医療を行いたい。・以前の在総診が有耶無耶のうちに消滅しており、その総括も成されずに、同様の仕組みを点数だけ下げているみたいで、安易に受け入れ難い。・形式的な書類作成ばかりが求められて、医療の質が問われる訳でも無く、目的も実効性も不明瞭。
137	高血圧症＋骨粗鬆症であれば、特定指導の225点×2＋ビスフォス薬（3800円～5700円か、3200～4800円）であっさり赤字になってしまう。そうすると“ビスフォス系は投与しないでα-D3のみにする。”というような安価な方セレクトしてしまい、良い治療とはほど遠いものになってしまう。立派な先生でも、ある程度の算術はするだろうし、600点を考えれば医療の後輩へ急落するのは当然の道である。よって登録はしたものの、算定は拒否しています。（算定していません。3月当初に支払い基金から登録するよう強く勧められたので、県（市）で登録したDr.は多いはずです・・・）。
138	2ヵ月毎の診察、3ヶ月毎の診察にも対応できるものとしてほしい（3ヶ月で600円では現実的でない）。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
139	・制度が患者・家族に理解できるように、簡単にしてほしい。・認知症、軽度の認知障害がある人に対して、説明・同意をとることは困難である。
140	この点数は混乱をまねく、実施に困難性が大きい、などにより廃止すべきである。
141	後期高齢者診療料として包括してしまうと患者さん個人に適した検査や治療が難しくなると思います。医療はあくまで個人を対象にしているのであって、「まるめ」は断固避けるべきです。
142	・特定疾患指導との違いを理解させるのが難しい。後期高齢者診療料では検査が増えると考えられる人がいる。・書類作成に同意及び署名等は賛同が得にくい。・何処の医療機関でこの診療料を算定しているのか判断がつかない。外総診の時と同じ。
143	・患者・診療者の経済的負担のバランスがとれているのか検証して欲しい。・月の途中で骨折等の突発的疾患や障害を負った時、本制度を適用している場合診療所の相当の負担になることが考えられるが、どのように考えられているのか。・新たな制度の全てが、如何に国の負担を減らし、個人や診療所に負担させようかという視点からのみ制度設計がなされている。弱者に対してこそ競争原理のない、国民を守るという根本に立ち返った理念が必要ではないか。
144	院内処方の場合、薬剤数が7種類以上となると×0.9となり、後期高齢者医療制度で600点をとると、医療提供コストをまかなうことが全く困難となります（現場では高齢者は1つの診療所で全てをすませようとする傾向があります）。高齢者の薬剤数による原産制度はすぐにも廃止すべきと考えます。また、連携病院があっても、入院等に制限（ベッド数）があり、現場では非常に困っております。予算的に、もっと余裕をもたせていただきたいと考えます（現場に、もっと、裁量権を与えていただきたいと思います。一人の老人を診察する場合、一般の人の2～3倍、時間がかかります）。
145	この制度に従うつもりはない。来られた患者さまを診療させていただき、それに合った診療をさせていただくのみ。
146	市中の診療所では多科の専門医を受診されている患者も多く、算定は困難である。
147	・高齢者は複数の医療機関に通院している方が多いので、自分が主治医と主張するのはむずかしい面がある。・高齢者に検査もしないのに毎月従来より多い自己負担を理解してもらうのが困難である。・いずれにしても、長期処方を希望する方が多くなり、収入が激減し、医院の維持に不安をもっている。
148	高齢者大多数が老々又は独居であり、家人が居ないため書類の記入などは無理であり、近所の人に助けってもらうこともできない。ヘルパーは、大多数は家事ヘルパーであって、定められた介護しかしない（規則上できない）。後期高齢者医療制度は人民の実情がわかっていない。国は、人民＝東京都民だと思っているが、東京都民と地方住民とは違う。
149	診療報酬のあまりの低さのため、実施する気になれない。
150	後期高齢者だから、月に2～3回の診療でしばらくとする医療の合理化プランは、実地診療にそぐわないので、改正すべきである。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
151	当院では患者さんとの対話も充分に行い、個々の患者さんに当院オリジナルの診療手帳（通院手帳）をお渡しし、来院ごとの記録を記入し、第二のカルテとして患者さんに携帯してもらっています。他医療機関受診時にはその手帳も持参するよう指導し、重複した検査、投薬などがないようにしています。状態が安定している患者さんは基本的に月1回の来院として、処方薬物の副作用も考慮し、必要最小限の検査を年2回行うようにしています。特に年齢にて高齢者を分離する必要性もなく、従来の方法で問題はなく、医療費の増大にもつながらないものと考えています。
152	今のままでは算定するつもりになれない。
153	後期高齢者診療料を取ると、他の検査などの算定が出来なくなるから、取っていない。78才で高血圧のみの方が発熱、苦しいから何が原因ですか、診て下さい！！と行って来てもタダで検査は出来ません。老人は早く死ネということか？いずれなくなる制度でしょう。
154	75才以上の人是一般的には仕事はしていないので収入はないはず。年金か預金をおろして生活しているのだから、後期高齢者診療料は廃止すべきだし、医療費も無料化にして欲しい。
155	とにかく他院に迷惑がかかる。調整が困難。以前の高齢者まるめの際も他院へ電話する時、又かかってきた時、非常に気まずい事になった。こんなことに時間と頭を使わせないでほしい。患者の取り合いになった時に問題なため算定資格だけはとっておいたが、算定する事はあまりない。
156	実証されていない新しいシステムについて、行政側の考え方のみで実施が進められていますが、あまりに実地に則しておらず、少なくともパイロットスタディ的な実施例を重ねて、コスト-ベネフィット的な面も十分考慮しながら、10年単位の改革をすすめていくべきだったと考えます。早晚廃止され、再び、再検討がなされると思わざるを得ず、貴重な予算、労働が無駄にされたと思います。
157	内科だけで、眼科・耳鼻科・泌尿器科・整形外科等の疾患を適切に管理する事は不可能と思われます。
158	整形外科としては、非常に不利な制度である（算定できないケースが多いため）。
159	長い間働き、それなりに財産を作り老後を豊かに過ごしたい人から、30%を取るのをおかしい（それまでに十分とは言えないが、税金を払い、現在も払っているはずだから）。70~74才まで1割の患者はなぜ1割になるのか、これもおかしいのではないか。その他、生活保護、子供には医療はかからないと思っている。きちんとした教育をするべきである。受診時にお金を払い、後で返金するようなシステムを作れば、余裕のある人は取りに来ず、多少でも保険の出費が少なくなるのでは。
160	もともと後期高齢者医療制度は、高齢者医療の削減を目的に創設されたものであり、入院においては後期高齢者入院基本料であり、外来においては後期高齢者診療料であり、それぞれ入院の抑制と外来受診の抑制を目的としている。後期高齢者診療料を算定することは、出来高を否定し、患者のフリーアクセスを阻害し、人頭割などの管理医療につながる可能性が強く、皆保険制度の崩壊につながる。又、主病は1つの考え方も無理がある。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
161	・公的な服薬状況記録ノートが無い状態でこの診療料を算定するのは困難。・いたずらに地域医療に混乱を招くだけと思われる。
162	特定健診で75才以上の場合、内科疾患で通院中だと受けられず、制度からするとかかりつけ医になって年に1~2回採血をすることで、代用するようにと理解しています。すべての75才以上の人にコストが取れるようにして欲しい。こちらでは毎日採血のある人には、説明をしていません。一人暮らしで来院を楽しみにしている方や、計画に理解のある方を選んでいきます。休診日もあり、休日診てもらえる所にかかることもあります。かかりつけ医を1ヶ所とするよりは、優先順位を決める位で良いのではないかと思います。また、書類業務が増えないようにして欲しいとも考えます。最後に、わかりやすい説明をメディアを通して一定期間流すなど、国から国民への説明を十分にしたいです。
163	患者さんが求めているものとかげはなれていると思います。後期高齢者であっても、各々専門医に診てもらいたいことを望んでいます。
164	75才以上と74才までの人で年齢は区分できるのが、疾病診断、治療で区別つけるべきものではないので、この制度の意味の理解に苦しむ。差別につながる！早く見直しすべし！
165	高齢者はいつ急変するかわかりません。現行のシステムでは一旦後期高齢者診療料を算定したら、その同じ月には通常の保険診療はかなり高額でないと算定できません。算定を取り消すことも可能でしょうが、そうしたら、本人への返金等もややこしくなってしまう。現行のシステムでは、非常に不便で使いにくい制度だと思います。急なかせ、胃腸炎等の疾患に対しては通常通りの請求ができれば、もう少し使いやすくなると思います。
166	・医療を経済の面だけで見ることに違和感があります。例えば、救急医療に関しては、挿管する人、下顎を支える人、心臓マッサージをする人、血管確保をする人、得られた検体を検査する人、レントゲン技師、看護師など、人権費を考えただけでもスムーズには出来ません。特に後期高齢者はこの可能性が高く、現在行われている医療スタッフの献身だけではとても無理です。 ・最近の日本人は以前の日本人と変わり、氷魚に厳しく自分にやさしくなりました。謙虚でなくなり、対応が難しくなりました。
167	高齢者の方は、外来受診の日数が多いし、5分間診療という風に5分間で終わらない。又、高齢の為理解するのに時間等がかかり、1人に対し人員をとられてしまうので、600点では良い診療が出来ないのが現実の為、届出は出しているが算定していないのが現状です。
168	後期高齢者診療料を算定しなくても、高齢者の全てを考えて診療していることに変わりはありません（昔からもこれから）。年に関係はなく、病態によって大変時間と手間、その他が必要な患者さんと、簡単にすませても大丈夫な時とがあります。病態に合わせて的確な診療を日本全国の医療者はやっています（やってくださいと頼まなくても、その医療に対して十分な適格な費用が払われることを希望します。）
169	現実的に診療料を患者が理解しておらず、理解を得ることは困難である。また、患者が診察を受けると料金が高くなり、窓から処方箋だけをもらおうとする行為が目立つ。
170	一番の問題は他院との算定の整合性がないことと考えられます。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
171	定期的を受診されず、ご自身で服薬調節を行っている方が多いので、説明しても診療計画書は不要といわれることが殆どです。
172	廃止すべきと考えます。
173	介護意見書やカルテの記載などのほかに計画書を記載するのは、日常診療の中でとても負担になります。
174	・診療所等に沿う合意の役割、予防医学をさせたいならば年度内で期間を決めて、特定検診と同様の検診を同じ自己負担でさせれば良い。・75歳以上⇒高齢者は安心・年度初めに被保険者に一枚送付（健診チケット）⇒重複できない・5月～8月等3ヶ月の間に一回だけ施行可⇒この期間のみ審査を重点的にできる。加えて、各保険者により異なる検診内容を統一してください！
175	後期高齢者医療制度そのものをやめた方がいい。
176	早く廃止して下さい。
177	・制度が発足したので開始した。一番使い勝手が悪いのは月の途中で変化等があつて検査を行う事である。・従来の特定疾患指導管理料での対応でよいような印象を持っている。
178	現行の制度でよい。後期高齢者診療料では、適切な医療、必要な検査・治療が行いにくい。
179	手続、書類作成が多すぎる！！現在の医療費抑制の中で事務職員を雇えない！！
180	この診療料を辞退するつもりは今のところありませんが、私自身が後期高齢者で、昨年末体調を崩してモチベーションが低下しています。今後、適当な事例があれば挑戦したいと思っています。それにしても、現行の点数（600点）は低いと思います。
181	こんなにめんどうなものとは当初分からなかった。
182	財源確保の為に、より豊かで安心して暮らせる老後を謳い、後期高齢者保険制度は始まりましたが、実際の現場では医療サービスのレベルは財源不足からのコスト削減（診療報酬↓）もあり、良くて横ばい、ほとんど低下（悪化）している様に感じます。今後、猛スピードで高齢者は増加します。後期・前期などの区別は、さらに不均衡が予測され、大きな弊害は必発と考えます。
183	後期高齢者診療料は届出したが、全くメリットがないので1件も行っていない。
184	高齢者一人一人ニーズが異なっており、計画書を渡しても理解していなかったりそのままごみ箱にすてられていたりする。独自の資料もつけているが、600点とるなら225×2その他の点数をとった方が患者さんにとってきめこまかい医療ができる。手間隙かけて600点なんか少ない点をとる意味があるのか。
185	年齢で枠組み作りをすることは現場では困難と考えます。必要な方に必要な医療を十分に提供することが大切です。
186	算定は今後も困難です。
187	当院は後期高齢者診療料の届出を行いました。実際にこれと適用して算定した患者は1人もいません。
188	廃止せよ。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
189	高齢化の進む今、後期高齢者診療料は望ましい点数であると考え、4月1日に届出をした。しかし、事前の周知不足、マスコミによる先導などから「後期高齢者医療制度」バッシングともいえる状況となったため、当クリニックでは後期高齢者診療料を今年度は算定していない。今後、後期高齢者診療料についての理解が深まっていったら、医療費削減にもつながるので、算定したいと考えている。
190	年齢で差別するのはよくない。
191	高齢者は体調不良時に頻回の診察や検査が必要になることが多く、包括した医療点数ではコストをまかなえないと考えます。
192	当院ではかかりつけ医として患者さんを診させていただいているので、多岐にわたる科を診療しており、検査もそれなりに多く、現行ではコストに追いつきません。
193	後期高齢者医療制度には賛成です。一人の老人を全人的に診た医療並びにケアをする事の主旨にも賛同し、そうあるべきと思います。しかし、その為に文書を依頼して、それを患者さんに渡す等の細やかな制度が現場の医療との違和感を作っています。患者さんに主旨を説明し、実施していく為には、もっと現場の医療に合致した方法を取り入れていただきたい。それには、現場の変更を十分に取り入れた方策に改善していただきたいと思います。
194	届出行い、4・5月該当者に施行しましたが、当方も患者さんもこの制度を理解出来ず、継続実施出来ずにあります。現在算定しておりません。
195	・後期高齢者診療料は、患者個人の慢性的な疾病を総合的にみるためのものと考えます。自分は耳鼻咽喉科が専門で、後期高齢者診療料を算定する立場としては不適切と考えます。・現在、高齢者の疾病は多岐にわたり、又、医師自身もそれに合わせるように多数の専門分野に分かれています。医師たちの連携がなければ、十分な医療は困難かもしれません。・かかりつけの「担当医」という立場の教育もないまま、一人の医師を「担当医」と決めても、高齢者患者への責任は果たせるのでしょうか。
196	・後期高齢者に限り1主病、1主治医という制度の撤廃を！なかなか主治医同士でも難しいし、患者さんも理解できず、面倒くさくて来院しなかったが、診療科を算定しなかったら以前と変わらないのを知りホッとして、来院を再開した患者が何人か来る（来院しなかった間に症状が悪化していた！）・受診控えでこうして重症になり、医療費がかかってしまうことがある。・十分に治療すると600点では難しい。
197	現在の高齢者医療には不要な制度です。早期廃止を切望します。
198	・計画書を苦勞して作成し、それを本人に渡すが本人は何のことか理解できない。計画書にもとづき検査しても、なんとも考えていない人が多い。医療側はかなりのエネルギーを使っている。・糖尿病などは毎月血液検査が必要な人がいる。又、血糖値をみるだけでなく、脳血管や眼圧検査等も必要である。600点と決められると積極的に管理する気持ちがうすれていく。・市の一般健診（75歳以下はメタボ健診）で対象外と検査をしてもらえない人は、どんな形でどこで健診するのかははっきりしない。市も国から言われたとおりにしているだけという。困っているのは75歳以上の人である。病名をつけて検査してやると、レセプト病名はいけないと査定される。どうすればよいのか国の回答がほしい。



■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
199	止めた方が良いでしょう。
200	保険はなるべく単純に願っています。
201	手間がかかりすぎて算定できない。もっと簡略にして算定しやすくしてほしい。高齢者に数ヶ月先までの検査の予定など、文章にしても意味はないのではないかと。後期高齢者といっても寝たきり、認知症の進んだ人から、元気に暮らしている人まで様々なので、一律な形はとりにくいのではないかと思う。
202	後期高齢者診療料等で地域医療が保てる医療・介護保険制度の見直しを求める。後期高齢者診療料の急な廃止はやめてほしい。
203	この制度は、無理があると思います。一度白紙に戻し、再度考える必要があると思います。
204	机上のプラン、絵に書いたモチである。
205	後期高齢者診療料の算定を始めて特に診療内容が変わることはありません。ただ全患者数の増加に加え、患者の一回に支払う自己負担額が検査時以外は増額になったので、処方回数を増やして年間の受診数を少し減らしています（安定した患者に限り）。それで理解していただいている部分があると思います。連携医療機関数等が少ないので、把握がとりやすい面は、後期高齢者診療料を算定しやすい診療所かと思っています。
206	全く不合理な制度だと思います。
207	必要なし。
208	・今後とも、「後期高齢者診療料」は残してもらいたい。・適応患者を増やして欲しい（骨粗鬆症など）。
209	時間がかかり過ぎの為（書類作成等）必要な診療が雑になる傾向がある。今度は取らない予定である。
210	計画書通りの診療が出来る患者は殆どなく、書類作成複雑なため、今年限りで届出取り下げの予定です。
211	事務的な仕事が増え、必要な検査はできず、不満の多い制度。
212	廃止してはどうですか。
213	後期高齢者診療料の内容を十分理解せず、とりあえず届け出をしましたが、私も患者さんも今まで通りの方法で特に不満はみられません。医師の意見としては600点で必要な診療を行うことは、診療する立場および診療される方からみて両者ともに不幸になるものと考えられます。（医療は医師1人では行う事はできません。多くのメディカルの協力を必要とするものです）。
214	・「計画書の作成」は、計画的な検査が続き回数は少なく、年2～3回は全て症例で行っている。・「本日の診療内容」は、本人に役に立つ事は少ないと思われる。読み直している人は少ない。「家族の連絡用」としては、役にたつと思われない。・「まるめ」の診療科としては、加算（診療計画加算）する点数として、計画的診療を促すには役立つと思われる。
215	20年前より患者に対して、治療計画をつくりそれぞれに検査Dataをもたせ、説明しているので、いまさらと考えている。但し、600点は安すぎ、倍にしてもよいと思う。その仕事は十分にしていると思う。これはよい制度です。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
216	本日の診療内容の要点は再考の必要があるようです。来院時毎回出しても同じ内容になることあり、患者さんも最近検査（定期）時のものはよく注意し持ち帰りますので、定期検査等に発行し、それ以外のときは十分時間をかけて口頭の説明でよいのではないのでしょうか。
217	元々、頻繁に検査を行わず、正直に適切な間隔で検査、治療をしてきたので、この制度はとてもよいです。僻地であるため、月に1回の受診の方が殆どの上、他の医療機関とかぶっている人が少ないので、導入には殆ど問題なかったです。患者さんも計画書をもらって喜んでいました。介護の面での状況も計画書に記載し、コピーをカルテに保存しているので、診療をする上でも患者さんの状況を把握しやすくなりました。
218	当初は、原則的に後期高齢者診療料を取らないといけないのではないかと考えていたので、H20. 4. 1 から多くの患者さんに説明して4月は30人程度の後期高齢者診療料をとったと思います。しかし、内科にかかっている後期高齢者は、多数の病気を持っている方が多数おられ、1ヶ月600点では十分な検査・治療ができません。例えば、糖尿病の人は月に1回血糖とHDAICを測定したら他の事は殆どできない状況でした。また主治医以外（その患者さんに対して後期高齢者診療料を算定していない医療機関）では検査等が今まで通りにできるのに、主治医では検査が十分にできないという矛盾が生じます。これではもはや主治医とは言えないと思います。検査をせずに問診や理学的所見のみで投薬もある程度はできるかも知れませんが、それは数十年前の医療レベルでの話であって、各種検査等による、診断・治療方針に対する裏付けが無いと、高齢者といえども納得されません。以上のことより、後期高齢者診療料を勧めなくなり、患者さんからの問い合わせも全くありませんでした。また、算定していた人も今までの通りに戻してほしいとの希望が多く、結局現在は1人も算定していません。他の医療機関・施設との調整や、介護サービスの相談・検査等の大まかな計画は今までも行っており（文書にして本人に渡していませんでしたが）、後期高齢者診療料の算定をしなくても、今までの治療の仕方でも十分主治医としての働きをしてきました。後期高齢者診療料は患者さんにとっても全くメリットは無いものと思われます。この制度は、やめた方がよいと思います。
219	現行の後期高齢者診療制度の廃止を希望します。
220	後期高齢者の医療を抑制することは大切ですし、急を要する問題です。しかし、制度と一般市民の病気に対する取り組み方に大きな開きがあります。まず市民教育、市民の理解を得るような努力が必要です。超高齢者に対する過剰とも思える医療が横行していますが、これも市民教育がとても大切です。私たちの周囲でも超高齢者が救急車を利用して病院へ無理やり入院させてもらおうとします。何が何でも命を救うということよりも、寿命を認める。そこそこまではあきらめてもらって、限りある資源を子孫に残すという考え方を広めるべきだと思います。日本の将来を考えれば、老人負担3割、妊婦検診の全てを無料化することが望ましい。
221	採血をしない時は600点以下（診察1日）で診させていただいているので、患者様によっては負担が増す人もいます。採血をしたときに金額が増す方が患者様もお金を払いやすいと思われます（明細が良くわかる）。また、後期高齢者診療料を算定するには、スタッフを増員しないとイケないと思われますが、その分のお金の余裕がありません。
222	この制度は患者無視の制度と考える。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
223	後期高齢者として分けて診療することに反対。患者にこのシステムを理解してもらうことが不可能。書類作成の手間が大変。
224	制限ある診療は国難。
225	整形外科は、高齢者の患者が多く、老人世帯や独居老人の方が増えており、認知症を合併している方がかなりいる。変形関節症や変形性髄捷症、骨粗鬆症が含まれていないため、算定できません。例えば、主病が変形性膝関節症、合併症が骨粗鬆症という場合は、高齢者の慢性病であるにもかかわらず、後期高齢者診療が算定できないわけです。なぜ、慢性病の有病者が多くいるのに、含めていただけないのでしょうか？
226	後期高齢者診療料についてはっきりと理解していない
227	後期高齢者診療料は現場に即した制度とは言えず、又、地域性等の配慮にも欠ける制度と言える。
228	システムだけを見ると良さそうに見えるが、実際的には機能させるのは困難。机上の空論。現場をもっと知るべき。
229	この制度自体への反発が非常に強いです (p t s i d e)。届出はしましたが、算定なしです。
230	忙しい時には診療計画書の作成は大変です。又、落ち着いている患者さんには、検査は年3回くらいなので、コスト面ではむしろ収入は上がると思います。しかし、もし私が患者だったら、検査をした時には余計にお金を払うのは当然だと思いますが、検査をしていない時にも同一料金を、それも以前より多く払うのは納得がいかないと思います。3割負担の人は、特に負担がかなり多くなります。それを考えると、算定する気持ちになれません。算定しなくても、文書にしなくても、言葉で説明し、コミュニケーションはとれると思います。
231	高齢者診療科を算定して経緯をみたが、主治医にとっても患者にとってもあまりメリットが無いように思う。
232	全年齢層に良い所を簡略化して行うのなら賛成であるが、高齢者に手間をかけても理解できないし、信用できない。
233	600点では、やはり安いなという感じです。LABO、XPまで含んでいるので、せめて、1000点は、頂きたいと思います。
234	重度障害者（65才以上で後期高齢者該当）に対し、自立支援法より1割負担となった精神障害者に対し、600点でも負担はかけにくい。又、高齢者の収入も極度に悪化しており、一般的に日常生活は困難なため、これ以上の負担は難しい。もう限界である。いずれ困るのは国民です。全ての老人に後期高齢者診療料の算定をしたいです。しかし、目の前の困る住民をみると算定できません。
235	国はこれを導入すると医療費が200～300億減るといっている。減収になるのにペーパーばかり増えて協力する医者が増えるとは考えにくい。今開業医で問題なのは簡単な検査を頻回にくり返して、また月に必ず2回以上来院するように2週間投薬をして制度上合法的に、最大限収入があがるようにしている医者が多数いることである。定額医療、月1回診療料をしっかり支払うという考え方は合理的で良い方法だと思うが、ペーパーワークでこれ以上雑用を増やさないとほしい。医者は医療をしたいので紙に文字を書くことは増やしたくないのです。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
236	年々医師の増加（40年前、30年前、10年前の医師数の統計をみればかなりのスピードで医師数は増加）、それに伴って高度の医療、高価な医薬品を含む医用材料・高度の検査、今後もまだまだ医療費・医療に要する費用はウナギのぼりで増大すると思います。後期高齢者診療料、要は70才、80才それ以上の老人にまで負担を求める制度だけはさけたいと長年思っていたが（医療制度がパンクする寸前であるからとの理由で）、保険制度は単純化、1本に絞って支費の増大をどう対処していくかなど、全国的な形で国民意識を高めつつ、抜本的な形で解決しなければならない時期にきていると私は考えます。
237	他医療機関への受診の調整が困難な為、原則として後期高齢者診療料を算定していない。何があってもまず当院への受診や連絡が優先されることが確実な患者さんにのみ説明し、納得された場合に算定することになっている。計画書の作成・交付にかかる手間ヒマは大したものではないと思っているが、症状の安定している慢性疾患の患者さんの病像を分析して診療計画を立てるという作業にどれ程の臨床的意義があるのか疑問。単に点数計算上得か損かの観点でしかとらえようのない指導管理料を設置する側も、みんなて反対しようと扇動する側も、臨床の現場とか医師患者関係とかの実態をわかっていないのではないか。こんな小細工で不要な検査を減らしたり、ドクターショッピングを抑制したり、患者の受診動向を統制できる（医療費削減に少しでも寄与できる）などと考えるなら、そういう人達ととともに議論する気になれない。人頭割を本気で考えるなら、それを骨子とする政策を明確にしないと、議論は空回りするだけである。
238	かかりつけ医に拘束されたくないと思う患者は1~2割います。しかし医師と信頼関係を得るためには行った方がいい。24時間対応してもらえると勘違いしている患者が多いので少し困っている。検査スケジュールに納得しない患者もいます。
239	料金がやや安すぎる。
240	書類負担が増え、見合う加点が無い。患者指導内容が同じなのに、待たせる時間のみ増加した。他の医療機関との「取り合い」が生じ、むしろ病院、診療連携に支障をきたす。なぜ、月1回の診療算定の日の負担が増えるのか理解できた患者は皆無。急変時、どう算定するか迷い、健康被害が発生する危険があると感じる。意味のない、むしろ有害な制度と思うので、廃止希望。
241	後期高齢者診療料を算定している患者としていない患者に対して診療上何ら差異はないのに点数及び自己負担額に差があることに何となく心苦しい思いをしている。申請した事に対し幾分後悔している所があります。
242	お薬手帳を持っていただくことは必須と考えます。又、お薬手帳を持って来なかった方については、この診療料の5割増しが請求できるようにしていただけたらと考えます（制度上の患者様側への促しがないと、ご本人・ご家族の協力が得られません）。制度そのものは良いと考えるものの、患者様が主体的に参加できるような制度廃止の配慮が必要と考えます。75才以上の方については、特にこのような事が行われるべきと考えます。

**平成 20 年度診療報酬改定結果検証に係る調査（厚生労働省委託事業）**  
**後期高齢者診療料の算定状況に係る調査 調査票**

- 特に指示がある場合を除いて、平成20年10月1日現在の状況についてお答え下さい。
- 数値を記入する設問で、該当する者・施設等が無い場合は、「0」(ゼロ)をご記入下さい。

■本調査票のご記入日・ご記入者について下表にご記入下さい。

調査票ご記入日	平成 20 年 (        ) 月 (        ) 日
ご記入担当者名	
連絡先電話番号	
連絡先 FAX 番号	

■貴院の概要についてお伺いします。

問 1 貴院の施設種別について該当するものをお選びください。(○は1つ) なお、「01 病院」又は「02 有床診療所」の場合は、許可病床数もご記入ください。 また、貴院の連携している保健・医療・福祉サービス関連施設数をご記入下さい。			
(1) 施設種別	01 病院	02 有床診療所	03 無床診療所
(2) 許可病床数	(        ) 床 <うち一般病床 (        ) 床>		
(3) 連携している保健・医療・福祉サービス関連施設数			施設
(4) [再掲] 病院			施設
(5) [再掲] 診療所			施設
(6) [再掲] 介護関連施設			施設
(7) [再掲] その他			施設

問 2 貴院において施設基準の届出をしているものとして該当するものをお選びください。(○は1つ)		
01 在宅療養支援診療所	02 在宅療養支援病院	03 01・02の届出無し

問 3 貴院の開設者として該当する選択肢番号に○をお付け下さい。(○は1つ)	
01 国 (厚生労働省,独立行政法人国立病院機構,国立大学法人,独立行政法人労働者健康福祉機構,その他)	
02 公的医療機関 (都道府県,市町村,日赤,済生会,北海道社会事業協会,厚生連,国民健康保険団体連合会)	
03 社会保険関係団体 (全国社会保険協会連合会,厚生年金事業振興団,健康保険組合,共済組合,国民健康保険組合等)	
04 医療法人	
05 個人	
06 その他 (公益法人,学校法人,社会福祉法人,医療生協,会社,社,その他法人)	

問4 貴院の診療科目について該当するものを全てお選びください。(〇はいくつでも)  
 なお、貴院が一般診療所で複数の科目を選ばれた場合、主たる診療科目の番号をご記入ください。

01 内科	10 アレルギー科	19 小児外科	28 性病科
02 呼吸器科	11 リウマチ科	20 産婦人科	29 こう門科
03 消化器科(胃腸科)	12 外科	21 産科	30 リハビリテーション科
04 循環器科	13 整形外科	22 婦人科	31 放射線科
05 小児科	14 形成外科	23 眼科	32 麻酔科
06 精神科	15 美容外科	24 耳鼻いんこう科	33 歯科
07 神経科	16 脳神経外科	25 気管食道科	34 矯正歯科
08 神経内科	17 呼吸器外科	26 皮膚科	35 小児歯科
09 心療内科	18 心臓血管外科	27 泌尿器科	36 歯科口腔外科

(複数の診療科目を選ばれた一般診療所のみ) 主たる診療科目の番号をご記入ください。→

問5 貴院の外来患者数について、平成19年10月1ヶ月、平成20年10月1ヶ月における実人数をご記入下さい。

	平成19年10月1ヶ月		平成20年10月1ヶ月	
(1) 外来患者数		人		人

問6 貴院は後期高齢者診療料の算定をされていますか。該当する選択肢番号に〇をお付け下さい。算定をされている場合は、算定は開始された時期もご記入下さい。また、届出の際に記載された医師数(高齢者担当医)についてもご記入ください。

	01 算定あり	02 算定なし
(1) 後期高齢者診療料	時期：平成( )年( )月	
(2) 高齢者担当医 医師数		人

上記 問6で後期高齢者診療料について「02 算定なし」に○をされた方は、8頁の問21にお進み下さい。  
 「01 算定あり」に○をされた方は、以下の問7から問20の設問にお答えください。

■後期高齢者診療料の算定状況についてお伺いします。

問7 平成20年10月における75歳以上外来患者数及び後期高齢者診療料の算定患者数についてご記入ください。なお、内訳としてそれぞれ主病（重複疾患の場合、最も主な病気）別患者数・来院回数総数についてもご記入ください。  
 また、昨年の平成19年10月時点における75歳以上外来患者についても同様にご記入ください。  
 ※1 「その他の後期高齢者診療料に規定されている慢性疾患」には、結核、甲状腺障害、不整脈、心不全、脳血管疾患、ぜんそく、気管支拡張症、胃潰瘍、アルコール性慢性膵炎を主病とする患者が該当します。

(1) 75歳以上外来患者数（平成20年10月）				人
[再掲] 主病別患者について（平成20年10月）		患者数	来院回数総数	
(2) [再掲] 糖尿病		人		回
(3) [再掲] 脂質異常症		人		回
(4) [再掲] 高血圧性疾患		人		回
(5) [再掲] 認知症		人		回
(6) [再掲] その他の後期高齢者診療料に規定されている慢性疾患※ <sup>1</sup>		人		回
(7) 後期高齢者診療料 算定患者数（平成20年10月）				人
[再掲] 主病別患者について（平成20年10月）		患者数	来院回数総数	
(8) [再掲] 糖尿病		人		回
(9) [再掲] 脂質異常症		人		回
(10) [再掲] 高血圧性疾患		人		回
(11) [再掲] 認知症		人		回
(12) [再掲] その他の後期高齢者診療料に規定されている慢性疾患※ <sup>1</sup>		人		回
(13) 75歳以上外来患者数（平成19年10月）				人
[再掲] 主病別患者について（平成19年10月）		患者数	来院回数総数	
(14) [再掲] 糖尿病		人		回
(15) [再掲] 脂質異常症		人		回
(16) [再掲] 高血圧性疾患		人		回
(17) [再掲] 認知症		人		回
(18) [再掲] その他の後期高齢者診療料に規定されている慢性疾患※ <sup>1</sup>		人		回

問8 平成20年8月から10月の期間において後期高齢者診療料を算定しており、かつ前年の平成19年8月から10月の期間においても診療にあたった患者について、直近で診られた患者（ただし、急性病変併発の患者を除きます）を主病別に5名特定いただき、「前年と今年の実数の変化」欄に各項目の実数（頻度）の変動状況として該当する選択肢番号1つに○をお付けください。（○は1つ）併せて、回数（頻度）に変動がある項目については、その理由に該当する選択肢を下記「■変化の理由」□内より選び、「回数に変化がある場合の理由」欄における当該番号に○をお付け下さい。該当する選択肢がない場合は、「07 その他」のカッコ内に自由にご記入の上、当該番号に○をお付け下さい。（○はいくつでも）

■変化の理由

01	他医療機関との調整を行えているため
02	他医療機関よりの患者に関する情報提供が増えているため
03	必要な検査等の見直しを行ったため
04	定期的な後期高齢者診療計画書の作成により、医学管理が行いやすくなったため
05	後期高齢者診療計画書の作成時において患者（あるいは家族）からの希望があったため
06	患者の心身の状態に変化があったため
07	その他（ ）

8-1 主病 糖尿病の患者について

	前年と今年の実数の変化		回数に変化がある場合の理由
(1) 3ヶ月間の総通院回数	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ・ 07
(2) 生活機能の検査頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ・ 07
(3) 身体計測の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ・ 07
(4) 検尿の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ・ 07
(5) 血液検査の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ・ 07
(6) 心電図検査の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ・ 07

8-2 主病 脂質異常症の患者について

	前年と今年の実数の変化		回数に変化がある場合の理由
(1) 3ヶ月間の総通院回数	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ・ 07
(2) 生活機能の検査頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ・ 07
(3) 身体計測の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ・ 07
(4) 検尿の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ・ 07
(5) 血液検査の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ・ 07
(6) 心電図検査の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ・ 07

8-3 主病 高血圧性疾患の患者について

	前年と今年の実数の変化		回数に変化がある場合の理由
(1) 3ヶ月間の総通院回数	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ・ 07
(2) 生活機能の検査頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ・ 07
(3) 身体計測の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ・ 07
(4) 検尿の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ・ 07
(5) 血液検査の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ・ 07
(6) 心電図検査の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ・ 07

次頁につづく



