

日時:平成21年4月22日(水) 9:30~11:00(目途)
会場:厚生労働省 専用第18~20会議室 (17階)

中央社会保険医療協議会 診療報酬改定結果検証部会 (第23回)

議事次第

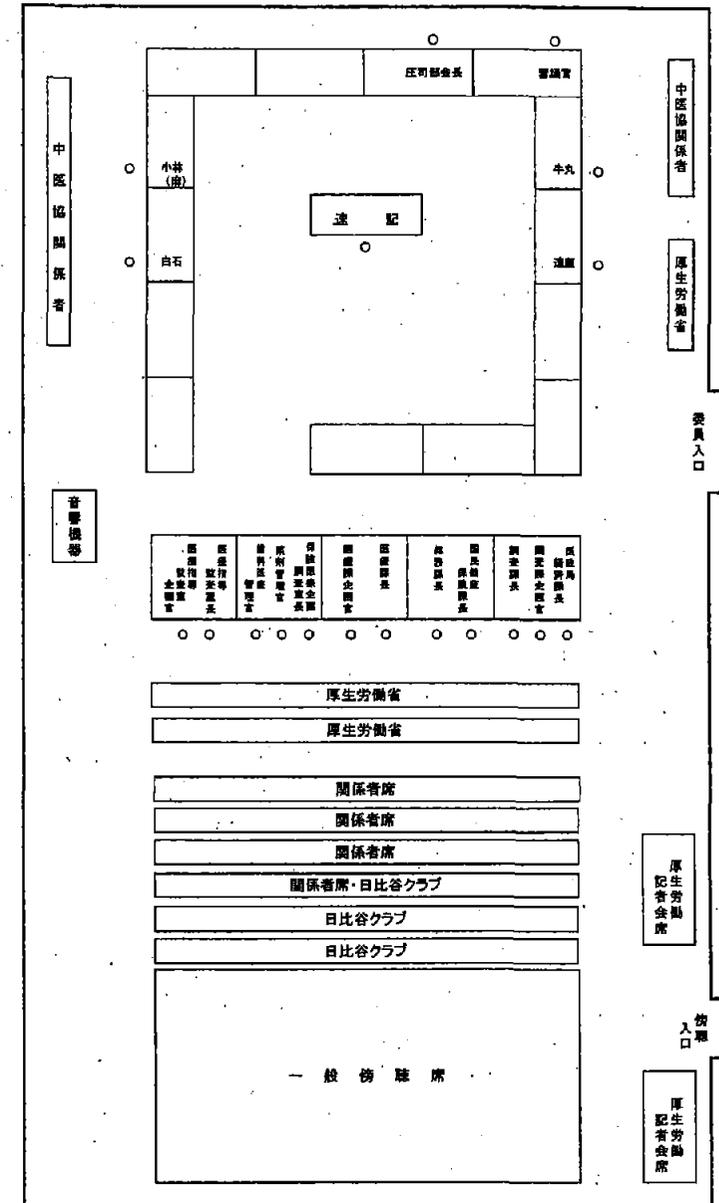
平成21年4月22日(水)

厚生労働省専用第18~20会議室

議題

○ 平成20年度診療報酬改定の結果の検証について

- ・ 平成20年度特別調査について
- ・ 平成21年度特別調査について



平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査
(平成20年度調査)の結果について(たたき台)

平成21年4月22日
中央社会保険医療協議会
診療報酬改定結果検証部会

1 特別調査(平成20年度調査)の実施について

診療報酬改定結果検証部会(以下、「検証部会」という。)では、平成20年5月21日に策定した「平成20年度診療報酬改定結果検証特別調査項目について」に掲げられた特別調査10項目のうち、平成20年度早急に着手する項目として、次の5項目を選定し、調査を行った。

- (1) 病院勤務医の負担軽減の実態調査
- (2) 外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査
- (3) 後発医薬品の使用状況調査
- (4) 後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査1
- (5) 後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査2

この特別調査は外部委託により実施することとし、実施に当たっては調査機関、検証部会委員、関係者等により構成された「調査検討委員会」における具体的な調査設計及び集計、分析方法の検討を経て行った。

調査結果については、調査報告書案として平成21年4月22日に開催した当検証部会に報告を行い、その評価についての検討を行った。

その後、「調査検討委員会」において、当検証部会としての評価を付した結果を取りまとめたので報告する。

2 「病院勤務医の負担軽減の実態調査」の結果について

(1) 調査の目的

病院勤務医の負担軽減策の取組み状況等の把握、および病院勤務医の負担軽減と処遇改善等の把握を目的とした。

(2) 調査方法及び調査の概要

<施設調査>

平成 20 年 7 月 1 日現在で「入院時医学管理加算」、「医師事務作業補助体制加算」、「ハイリスク分娩管理加算」のいずれかの施設基準の届出をしている病院、1,151 施設に対し、平成 20 年 12 月に調査票を発送。

<医師責任者調査・医師調査>

調査対象となった病院における診療科責任者及び医師を調査対象とした。1 施設当たり医師責任者最大 8 名（各診療科につき 1 名×最大 8 診療科）、医師最大 24 名（各診療科につき 3 名×最大 8 診療科）。

(3) 回収の状況

<施設調査>

発送数：1,151 施設 回収数：516 施設（回収率 44.8%）

<医師責任者調査・医師調査>

医師責任者 2,389 件、医師 4,227 件

(4) 主な結果

- 負担軽減策の実施状況については、「医師事務作業補助体制」に 77.1%、「連続当直を行わない勤務シフト」に 71.9%、「医師・看護師等の業務分担」に 56.4%の病院が取り組んでいると回答。
一方、「短時間正規雇用の医師の活用」に取り組んでいる病院は、25.4%、「当直後の通常勤務に係る配慮」に取り組んでいる病院は、45.2%であった。
(34 ページ：図表 37)
- 医師への経済面での処遇改善について 45.0%の病院が「改善した」と回答した一方、53.7%の病院が「変わらない」と回答。(45 ページ：図表 48)

- ・ 手当を増やした特定の診療科については、78.7%が「産科又は産婦人科」と回答。(51 ページ：図表 54)
- ・ 直近 1 週間の平均実勤務時間は、医師責任者で 58.0 時間、医師で 61.3 時間と回答。
 医師の平均勤務時間を科別で見ると、最も長いのが救急科で 74.4 時間、最も短いのが精神科で 51.1 時間であった。(90、91 ページ：図表 105、106)
- ・ 平成 20 年 10 月における 1 か月あたり当直回数は、医師責任者で平均 1.61 回、医師で平均 2.78 回であった。〔平成 19 年 10 月 医師責任者 平均 1.75 回、医師 平均 2.92 回〕
 特に「産科・産婦人科」においては、医師責任者で平均 2.90 回、医師で 4.51 回、〔平成 19 年 10 月 医師責任者 平均 3.25 回、医師 4.75 回〕
 「救急科」においては、医師責任者で平均 2.73 回、医師で 5.48 回であった。
 〔平成 19 年 10 月 医師責任者 平均 3.13 回、医師 5.65 回〕(92、94 ページ：図表 107、109)
- ・ 平成 20 年 10 月における 1 か月あたり連続当直回数は、医師責任者で平均約 0.1 回、医師で平均約 0.1 回、平成 19 年 10 月における平均回数とほぼ同じであったが、「産科・産婦人科」においては、医師責任者で平均 0.29 回、医師で平均 0.40 回（平成 19 年 10 月における平均回数は医師責任者 0.40 回、医師 0.47 回）であった。(96、98 ページ：図表 111、113)
- ・ 各診療科における医師の勤務状況の変化について医師責任者の 16.8%が「改善した」又は「どちらかという改善した」と回答した一方、41.3%が「変わらない」、40.8%が「どちらかという悪化した」又は「悪化した」と回答。(111 ページ：図表 128)
- ・ 日常業務において、医師が負担が最も重いと感じている業務は、医師責任者では病院内の診療外業務 24.0%、外来業務 23.4%であり、医師では当直業務 30.6%、外来業務 20.9%であった。(139、140 ページ：図表 156、157)
- ・ 医師にとって負担が重いと感ずる業務として、医師の 50.8%が「診断書、診療録及び処方せんの記載」、44.2%が「主治医意見書の記載」、29%が「検査の手順や入院の説明、慢性疾患患者への療養生活等の説明」、27.6%が「診察や検査等の予約オーダリングシステム入力や電子カルテの入力」と回答。(142 ページ：図表 160)

- ・ 業務分担が進んだ項目として「診断書、診療録及び処方せんの記載の補助」が約3割、「主治医意見書の記載の補助」が約2割の回答。

また医師について、「効果があった」又は「どちらかといえば効果があった」との回答が6割以上であったのは、①「静脈注射及び留置針によるルート確保」、③「診断書、診療録・処方せんの記載の補助」、④「主治医意見書の記載の補助」であった。(145～150 ページ：図表 163、164、166、168)

(5) 検証部会としての評価

3 「外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査」の結果について

(1) 調査の目的

外来管理加算の意義付けの見直しによる医療機関及び患者への影響を把握することを目的とした。

(2) 調査対象及び調査の概要

<施設調査>

全国の一般病床数が 200 床未満の病院の中から無作為抽出した 1,500 施設及び全国の一般診療所の中から無作為抽出した 2,000 施設に対し、平成 20 年 11 月に調査票を発送。

<患者調査>

施設調査の対象となった施設に、「算定あり」2 名分及び「算定なし」2 名分の計 4 名分の調査票を発送。

(3) 回収の状況

<施設調査>

病院調査 発送数：1,500 施設 回収数：486 施設（回収率 32.4%）

診療所調査 発送数：2,000 施設 回収数：585 施設（回収率 29.3%）

<患者調査>

1,933 件

(4) 主な結果

- ・ 外来管理加算の算定状況は、病院 96.5%、診療所 87.9%であった。（16 ページ：図表 21）
- ・ 外来管理加算算定患者 1 人あたりの平均診察時間は、病院 7.3 分、診療所 7.5 分であった。（20 ページ：図表 27）
- ・ 望ましい「懇切丁寧な説明」の内容について、病院 42.6%、診療所 49.6% が（問診、身体診察、説明、注意や指導等の）「項目毎に異なる頻度で実施すべき」を選択した。（36 ページ：図表 52）
- ・ 診療内容について、（改定前の）3 月以前と変わらないとした患者が、「算定あり」「算定なし」いずれについても約 9 割を占めた。（50～54 ページ：図表 67～71）

- ・ 外来管理加算の時間の目安については、回答のあった患者のうち、33.8%が「時間の目安は必要だ」を選択した一方、55.8%が「時間の目安は必要でない」を選択した。（75 ページ：図表 93）
- ・ 「懇切丁寧な説明」を実施して欲しい項目としては、「通院毎」、「定期的」、「症状に変化があったときのみ」、「自分が求めたとき」のいずれの場合においても「症状・状態についての説明」が最も多かった。一方で、他の場合に比べ、「自分が求めたとき」に「算定あり」の患者で相対的に多くあった項目は「悩みや不安の相談」であった。（79 ページ：図表 97）

（5）検証部会としての評価

4 「後発医薬品の使用状況調査」の結果について

(1) 調査の目的

処方せん様式等の変更による後発医薬品の使用状況や、医療機関・医師、薬局及び患者の後発医薬品使用についての意識等を把握することを目的とした。

(2) 調査方法及び調査の概要

〈施設調査〉

全国の施設の中から無作為抽出した保険薬局 2,000 施設、診療所 2,000 施設、病院 1,000 施設に対し、平成 20 年 11～12 月に調査票を発送。

〈医師調査〉

調査対象となった病院における診療科の異なる 2 名の医師を調査対象とした。

〈患者調査〉

調査対象となった保険薬局に 65 歳以上と 65 歳未満でそれぞれ男女 1 名ずつ、計 4 名分の調査票を発送。

(3) 回収の状況

- | | | |
|-------|--------------------------------------|-----------------------|
| ①保険薬局 | 発送数：2,000 施設 | 回収数：944 施設（回収率 47.2%） |
| | （様式 2 に記載された処方せん枚数 7,076 枚（435 薬局分）） | |
| ②診療所 | 発送数：2,000 施設 | 回収数：733 施設（回収率 36.7%） |
| ③病院 | 発送数：1,000 施設 | 回収数：326 施設（回収率 32.6%） |
| ④医師 | 回収数：431 人 | |
| ⑤患者 | 回収数：1,717 人 | |

(4) 主な結果

○保険薬局調査について

- 平成 20 年 12 月 1 か月間の処方せんにおける、1 品目でも後発医薬品を調剤した処方せんの割合は 44.0%であった。（17 ページ：図表 17）また「後発医薬品への変更不可」欄の処方医の署名は、「署名なし」が 65.6%、「署名あり」が 34.4%であった。（19 ページ：図表 19）
- 「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せん（318,896 枚）のうち、1 品目でも先発医薬品を後発医薬品へ変更して調剤した処方せんの割合は 6.1%であった。（19 ページ：図表 20）先発医薬品から後発医薬品

への変更が出来なかった理由として、「処方せんに記載された全ての銘柄について後発医薬品が薬価収載されていない」が10.2%、「患者が希望しなかった」が8.9%であった。(19ページ：図表20)

- ・ 後発医薬品への変更可能な処方せんを持参した患者のうち、後発医薬品についての説明を行った患者の割合は、「10%未満」と回答した薬局が37.5%と最も多かった。(24ページ：図表27)

また、後発医薬品についての説明を行った患者のうち、後発医薬品の使用を希望しなかった患者の割合が「10%未満」と回答した薬局が24.2%と最も多かった。(25ページ：図表28)

- ・ 後発医薬品についての説明を行ったにもかかわらず、患者が後発医薬品の使用を希望しなかった理由として、37.5%の薬局が「薬剤料等（患者自己負担額）の差額が小さいから」、35.6%の薬局が「後発医薬品に対する不安がある」と回答。(26ページ：図表29)
- ・ 後発医薬品調剤に関する考え方について、33.5%の薬局が「あまり積極的には取り組んでいない」と回答し、その理由として「品質に疑問があるため」、「安定供給体制が不備であるため」、「近隣医療機関が使用に消極的なため」がそれぞれ40.2%と最も多かった。(41ページ：図表46、47)
- ・ 12/8～12/14の1週間に後発医薬品に変更して調剤された処方せん(7,076枚)の薬剤料の変化をみると、記載銘柄で調剤した場合の薬剤料は754.5点であるが、実際に調剤した薬剤料は582.2点であり、記載銘柄で調剤した場合の77.2%となっていた。(43ページ：図表49)

○診療所・病院・医師調査について

- ・ 「後発医薬品への変更不可」欄に署名した処方せんの発行経緯について「ある」と回答した診療所の医師が42.4%、病院勤務医が35.5%であった。(65ページ：図表79) また、これらのうち「変更不可」欄に署名した処方せんの割合が10%未満であった医師の割合は診療所で42.2%、病院で34.0%、90%以上であった医師の割合が診療所で38.8%、病院で31.4%であった。(65ページ：図表80)

また、「後発医薬品への変更不可」欄に署名した理由として、診療所の医師、病院勤務医ともに約5割の医師が「品質が不安だから」、約4割の医師が「先発医薬品を長く使用し信頼」としているが、「患者から強い要望があったから」としたのは、診療所の医師が28.6%であるのに対し、病院勤務医は37.9%、「効果や副作用の違いを経験したから」としたのは、診療所の医師が34.5%

であるのに対し、病院勤務医は 28.1%であった。(66 ページ：図表 81)

- ・ 医師の外来診療における後発医薬品の処方に関する考えは、「患者からの要望がなくても積極的に処方」が 10.2%、「患者からの要望があっても基本的に処方しない」が 14.7%であった。最も回答が多かったのは「特にこだわりがない」で 71.1%であった。(74 ページ：図表 91)
- ・ このうち、患者からの要望があっても後発医薬品は基本的に処方しないと回答した医師に、その理由をたずねたところ、「品質への疑問」(81.3%)、「効果への疑問」(66.7%)、「副作用への不安」(56.1%) 等であった。(75 ページ：図表 92)

○患者調査について

- ・ 患者の 72.3%は、後発医薬品を「知っている」と回答。(92 ページ：図表 104)
- ・ 患者の 61.2%は、医師や薬剤師から後発医薬品の「説明を受けたことがある」と回答。(98 ページ：図表 110)
- ・ 説明を受けた患者のうち、84.0%が説明された内容を「理解できた」と回答。(102 ページ：図表 114)
- ・ 後発医薬品の使用経験については、50.2%が「ある」と回答した一方、「ない」と回答した患者も 46.4%であった。(105 ページ：図表 117)
- ・ 後発医薬品使用に対する考えは、「できれば後発医薬品を使いたい」という患者が 21.0%、「できれば先発医薬品を使いたい」が 19.4%であった。最も回答が多かったのは「後発・先発医薬品にこだわらない」で 40.1%であった。(111 ページ：図表 123) また、「できれば後発医薬品を使いたい」と回答した割合は、後発医薬品の使用経験のある人で 31.4%、後発医薬品の使用経験がない人で 11.2%であった。(113 ページ：図表 125)
- ・ 後発医薬品の使用に必要なことをたずねたところ、「効果があること」(73.5%)、「副作用の不安が少ないこと」(58.0%)、「窓口で支払う薬代が安くなること」(50.5%) 等であった。(116 ページ：図表 128)

(5) 検証部会としての評価

5 「後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査1」の結果について

(1) 調査の目的

「後期高齢者診療料」の算定状況及び改定後の治療内容の変化、後期高齢者診療計画書の作成状況、並びに「後期高齢者診療料」の算定を受けた患者の理解度及び満足度の把握等を目的とした。

(2) 調査方法及び調査の概要

<施設調査>

全国の後期高齢者診療料の届出を行っている医療機関の中から無作為抽出した 3,500 施設に対し平成 20 年 11 月に調査票を発送。

<患者調査>

調査の対象施設に 5 名分の調査票を発送。

(3) 回収の状況

<施設調査>

発送数：3,500 施設 回収数：1,112 施設（回収率 31.8%）

<患者調査>

206 件

(4) 主な結果

- ・ 回答医療機関のうち後期高齢者診療料を算定している医療機関は、10.5%であった。「算定あり」の医療機関は「算定なし」の医療機関と比較して、在宅療養支援診療所の届出割合が多かった。（5ページ：図表 1-6、1-7）
- ・ 通院回数や検査頻度などについて改定前後で「変化なし」と回答した施設が、いずれの主病においても 80%前後を占めたが、「生活機能の検査頻度」及び「身体計測の頻度」は「増加」が 12%から 19%程度あり、ほかの検査と比較するとやや頻度が高かった。（9～11ページ：図表 1-15）
- ・ 後期高齢者診療計画書の平成 20 年 8 月から 10 月の 3 ヶ月間の平均交付回数は、いずれの主病においても 1 回前後であった。また、計画書の記載に要する時間は平均 11.79 分であった。（17～18 ページ 図表 1-24、1-25）
- ・ 後期高齢者診療料を 1 人も算定していない施設の理由として、「患者が後期高齢者診療料を理解することが困難なため」、「他の医療機関との調整が困難なため」、「患者に必要な診療を行う上で現行点数（600 点）では医療提供コス

トをまかなうことが困難なため」が上位を占めた（複数回答）。（22 ページ：図表 1-30）

- ・ 患者調査において、後期高齢者診療料の算定前後の通院回数、検査回数、処方薬数、診療時間のいずれについても、「変わらない」を選択した患者が約8～9割を占めた。（27、29～31 ページ：図表 2-11、2-17、2-20、2-23）
- ・ 後期高齢者診療料の算定後に満足度が「とても満足」又は「満足」というようになったとした患者は約 27%であり、そのうち約6割強が「医師から受ける症状などの説明」や「治療方針など今後のこと」がわかりやすくなったを選択した。（36 ページ：図表 2-33、2-35）

（5）検証部会としての評価

6 「後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査2」の結果について

(1) 調査の目的

「後期高齢者終末期相談支援料」の算定状況、終末期の診療方針等についての話し合いの実施状況、及び終末期の話し合いや「後期高齢者終末期相談支援料」に関する国民の意識の把握等を目的とした。

(2) 調査方法及び調査の概要

<施設調査及び事例調査>

全国の病院の中から無作為抽出した 1,700 施設、全国の在宅療養支援診療所の中から無作為抽出した 850 施設及び全国の内科系の診療科目を標榜する診療所 850 施設の計 3,400 施設を対象に平成 20 年 11 月に施設調査票及び事例調査票を発送。

<意識調査>

年齢層別層化後、人口構成比により無作為抽出を行った 20 歳以上の 2,000 人を対象とした。

(3) 回収の状況

<施設調査>

病院 発送数：1,700 施設 回収数：478 施設（回収率 28.1%）

診療所 発送数：1,700 施設 回収数：471 施設（回収率 27.7%）

<事例調査>

病院 2,213 件（136 施設）

診療所 207 件（70 施設）

<意識調査>

発送数：2,000 件 回収数：1,209 件（回収率 60.5%）

(4) 主な結果

- ・ 終末期の診療方針等の話し合いについては、病院の 43.7%、在宅療養支援診療所の 52.3%及びその他の診療所の 21.8%が「実施している」と回答し、そのうち病院の 32.1%、在宅療養支援診療所の 18.8%及びその他の診療所の 16.0%が、話し合い結果を取りまとめた文書を「一部提供している」又は「全て提供している」を選択した。（6、8ページ：図表 1-8、1-11）

- ・ 平成 20 年 4 月～9 月までに 75 歳以上の患者に文書提供をしたと回答した 61 施設のうち、10 施設が後期高齢者終末期相談支援料を「算定した」を選択した。(10 ページ：図表 1-14)
- ・ 話し合いを実施している施設において、病院の 40.2%、在宅療養支援診療所の 23.2%、その他の診療所の 21.4%が「診療報酬で評価することは妥当である」を選択し、病院の 29.7%、在宅療養支援診療所の 33.0%、その他の診療所の 14.3%が「終末期の話し合いを診療報酬で評価することは妥当だが、話し合いの結果の文書提供を算定要件とすべきではない」を選択する一方、病院の 5.3%、在宅療養支援診療所の 6.3%、その他の診療所の 10.7%は「診療報酬で評価するのは時期尚早である」、病院の 22.0%、在宅療養支援診療所の 38.4%、その他の診療所の 39.3%は「もともと診療報酬によって評価する性質のものではない」を選択した。また病院の 55.5%、在宅療養支援診療所の 40.2%、その他の診療所の 28.6%が「75 歳以上に限定せず実施すべきである」、病院の 49.3%、在宅療養支援診療所の 31.3%、その他の診療所の 17.9%が「終末期に限らず病状の急変や診療方針の変更等の話し合いを評価すべき」を選択し、病院の 23.4%、在宅療養支援診療所の 15.2%、その他の診療所の 7.1%が「後期高齢者終末期相談支援料の点数（200 点）が低すぎる」を選択した（複数回答）。(12 ページ、図表 1-17)
- ・ 事例調査において、平成 20 年 4 月～9 月に行われた話し合いの回数は、42.1%が「1 回」を選択し、話し合い当たりの平均時間（1 回目）は 28.6 分、算定患者では 53.6 分であった。(17 ページ：図表 2-6、2-7)
- ・ 「本人が話し合いに参加しなかった」事例が 7 割超であった。本人が話し合いに参加したうち、話し合い後の本人の様子について、「話し合ってよかった」又は「どちらかといえば、話し合ってよかった」が 5 割程度であった。一方で話し合い後の家族の様子について、78.3%が「話し合ってよかった」又は「どちらかといえば、話し合ってよかった」を選択した。(20 ページ：図表 2-10、2-11)
- ・ 意識調査において、終末期の治療方針等の話し合いについて 84.7%が「話し合いを行いたい」を選択した。そのうち 72.3%が話し合いの内容をとりまとめた文書等の提供を「希望する」を選択した一方で、12.2%が「希望しない」を選択した。(24、26 ページ：図表 3-9、3-13)

- ・ 公的医療保険から医療機関に対して相談料が支払われることへの意識については、「好ましい」が34.1%、「好ましくない」が27.5%、「どちらともいえない」が36.2%であった。(28ページ：図表3-17)
- ・ 「好ましい」を選択したうち、69.2%が「年齢区分は必要ない」を選択した。(29ページ：図表3-19)

(5) 検証部会としての評価

(参考資料)

3月18日(水)、3月25日(水)、4月15日(水)の
診療報酬改定結果検証部会での委員の主な発言(要約)

<病院勤務医の負担軽減の実態調査>

- ・ 「入院時医学管理加算」、「医師事務作業補助体制加算」及び「ハイリスク分娩管理加算」のいずれかを算定している、比較的医療資源が豊富であると思われる施設が調査対象であるが、1年前と比較して医師の勤務状況が「改善した」より「悪化した」という回答が多い。このことは、病院勤務医の負担の深刻さが裏付けられ、引き続き、診療報酬において病院勤務医の負担軽減策を実施することが必要だと考えられる。(111、126ページ:図表128、143)
- ・ 施設における病院勤務医の負担軽減策の取り組みに有無による、医師の業務負担感の変化については、個別の取り組み項目についてはある程度の効果が認められるものの、全体としてはあまり改善が認められないため、更なる改善策の検討が必要だと考えられる。(146～161ページ:図表164～179)
- ・ 「入院時医学管理加算」については、届出数が少ない。病院勤務医の負担軽減に繋がるように、施設基準の要件の見直し等について検討する必要があると考えられる。(5ページ:図表2)
- ・ 経済面の処遇改善について、施設の「改善した」という回答より医師の「改善した」という回答の割合が低いのは、広く浅く手当されているため、実感が低いためではないか。また、経済面よりも業務の軽減の対策がより重要ではないかと考えられる。(45～52、166～167ページ:図表48～55、184、185)

<外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査>

- ・ 病院、診療所への調査では、意義付けの見直しによって、病院、診療所における診療内容等について変化が見られたのは2～3割であった。一方で、「患者一人当たりの診察時間が長くなった」等の選択肢について「あてはまる」旨の回答が比較的多かったことから、医療機関にとっては負担感があったのではないかと伺える。(22～27ページ: 図表30、31、33、37、39)
- ・ 他方、「患者に説明をより分かりやすく、丁寧に行うようになった」等の選択肢について「あてはまる」という回答がやや多く、患者にとっては望ましい方向性が見られる。(22ページ: 図表31)
- ・ 患者への調査では、総じて診療内容に変化があったと感じていないことが伺える。また時間の目安について、3割強が「時間の目安は必要だ」と回答したのに対し、6割弱が「時間の目安は必要でない」と回答した点については、患者は時間よりも内容や質を重視していることの現れであると考えられる。(50～55、75ページ: 図表67～72、93)
- ・ 望ましい「懇切丁寧な説明」の内容について、医療側、患者側ともに、「全項目について、診療の都度、懇切丁寧な説明を毎回実施する」ことを10%台しか希望していないことを踏まえ、検討を行うべきである。(36、77ページ: 図表52、96)
- ・ 患者への調査で「自分が求めたときに実施してほしい」項目のうち「悩みや不安の相談」の割合が特に「算定あり」の患者で比較的高いが、こうした「自分が求めたときに実施してほしい」項目こそ、患者のニーズであると考えられる。(79ページ: 図表97)

＜後発医薬品の使用状況調査＞

- ・ 医師の処方行動について、後発医薬品の使用に消極的であるとの印象は受けないが、その中で医師が「変更不可」欄に署名した理由について考える必要がある。(66ページ: 図表81)
- ・ 処方せんに後発医薬品への変更不可に署名がないにも関わらず、薬局において後発医薬品に変更していない割合が、前回調査と同様にかなり高い。その理由については、在庫がない、あるいは説明しなかった等が推測される。一方で、薬局が後発医薬品の説明・調剤にあまり積極的に取り組まない理由として、「品質に疑問」「安定供給体制が不備」「近隣医療機関が使用に消極的」「効果に疑問」等が挙げられており、こうしたことも踏まえて、薬局において後発品に変更していない原因について考える必要がある。(19、41ページ: 図表20、47)
- ・ 総じて、薬局も医師もまだ後発品に関する不信があり、それを解消させる必要があると考えられる。(41、66ページ: 図表47、81)
- ・ 後発医薬品に関する患者への主たる説明者と、後発品の処方の有無との因果関係に着目する必要がある。(100ページ: 図表112)
- ・ 患者調査において、「使用経験あり」の患者の「できれば後発品を使いたい」という割合が「使用経験なし」より高いことから、患者としても、実際の経験を通じることが後発品の使用につながるのではないかと、また、実際の経済的な負担についても後発医薬品の選択につながるのではないかと考えられる。(113ページ: 図表125)
- ・ 後発医薬品の使用経験のある患者が、次に先発品を使いたいと考える理由も含め、後発品の使用に必要なこととして、「効果があること」、「副作用の不安が少ないこと」、「薬代が安くなること。」といった回答が多い点に着目する必要がある。(116ページ: 図表128)
- ・ 患者における後発医薬品の認知自体をまずは進めていくことが課題ではないかと考えられる。(92ページ: 図表104)

<後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査1>

- ・ 後期高齢者診療料の届出を行っている医療機関の中で約9割が算定していない。理由としては、患者の理解や同意が得られない、他の医療機関との調整が難しい、コスト面での理由が指摘されている。また在宅療養支援診療所での算定割合の比率が高い点については、75歳以上の患者が外来患者で多い、あるいは他の医療機関との連携をしている傾向があるといった理由が推測される。(5、16ページ:図表1-6、1-7、1-21)

- ・ 後期高齢者診療料を算定している場合において、総通院回数や機械を用いた検査回数の減少、生活機能検査や身体計測の増加といった傾向が見られる。減少や増加の理由として「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」、あるいは「必要な検査の見直しを行ったため」が比較的多く挙げられていることを踏まえると、後期高齢者診療料を算定している医療機関はこの点数の要件をうまく活用していると考えられる。(9～14ページ:図表1-15、1-16)

- ・ 患者調査では、算定前後での変化について「変わらない」との回答が多かった。また、算定後の「よかった点」について、「医師から受ける病状などの説明がわかりやすくなった」等だけでなく、「よかったと思うことはない」という割合も高い。

しかしながら、患者は一般的に、変化に関してはネガティブな変化をより意識することが多いことから、患者側にとって積極的に「よかった」という実感は得られていないものの、とりあえず、悪い方向に働いたということとは言えないのではないかと考えられる。(29～31、33ページ:図表2-17、2-20、2-23、2-27)

<後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査2>

- ・ 医療機関調査において、医療機関の種別や、終末期の診療方針等の話し合いの実施の有無により、「妥当である」、あるいは「診療報酬で評価すべきでない」等、さまざまな意見に分かれている。(12ページ:図表1-17)
- ・ 事例調査において、患者本人の参加がさほど高くなかった。また、話し合いが患者や家族にもたらした影響として、「不安が軽減された」「よりよい決定に生かされたようだった」等のプラスの影響が比較的多く見られた。(20ページ:図表2-10、2-12)
- ・ 国民意識調査において、終末期の治療方針等について「話し合いを行いたい」割合が高かった。また、文書の提供を「希望する」割合も高い一方で、施設調査では、「文書は提供していない」割合が高く、医療機関側と国民の意識の違いがあった。また、公的医療保険から医療機関に対して相談料が支払われることについて好ましいと答えた者の69.2%が、「年齢区分は必要ない」と答えていた。(8、24、26、29ページ:図表1-11、3-9、3-13、3-19)

中医協 検 - 2 - 1
2 1 . 4 . 2 2

診療報酬改定結果検証に係る特別調査（平成 20 年度調査）

病院勤務医の負担軽減の実態調査

報告書（案）

◆ ◆ 目 次 ◆ ◆

| | |
|----------------------------|----|
| 1. 目的 | 1 |
| 2. 調査対象 | 1 |
| 3. 調査方法 | 1 |
| 4. 調査項目 | 2 |
| 5. 結果概要 | 4 |
| (1) 回収の状況 | 4 |
| (2) 施設調査の結果概要 | 5 |
| ①施設基準の届出状況 | 5 |
| ②施設の属性 | 7 |
| 1) 開設主体 | 7 |
| 2) 許可病床数 | 8 |
| 3) 病院種別 | 9 |
| 4) 救急医療体制 | 10 |
| 5) DPC対応 | 11 |
| 6) 標榜している診療科 | 12 |
| 7) 24 時間の診療体制等 | 13 |
| 8) 勤務医負担軽減対策計画の策定状況 | 14 |
| 9) 診療録電子カルテの導入状況 | 15 |
| 10) 平均在院日数、紹介率、逆紹介率 | 16 |
| 11) 一般病棟の入院基本料区分 | 18 |
| 12) 精神病棟の入院基本料区分 | 19 |
| 13) 職員数 | 20 |
| 14) 医師事務作業補助者 | 21 |
| 15) MSW（医療ソーシャルワーカー） | 22 |
| 16) 病院ボランティア | 23 |
| ②患者数等 | 24 |
| 1) 1 か月の外来患者数 | 24 |
| 2) 1 か月の入院患者数 | 25 |
| ③病院勤務医の状況について | 26 |
| 1) 常勤医師数 | 26 |
| 2) 当直回数 | 28 |
| 3) 連続当直合計回数 | 30 |

| | |
|----------------------------------|----|
| ④負担軽減策の実施状況 | 34 |
| 1) 負担軽減策の取組み状況 | 34 |
| 2) 医師への経済面での処遇改善について | 45 |
| ⑤入院時医学管理加算について | 53 |
| 1) 入院時医学管理加算の届出状況 | 53 |
| 2) 入院時医学管理加算の届出が受理された時期 | 53 |
| 3) 初診に係る選定療養（実費徴収）の状況 | 54 |
| 4) 平成 20 年 10 月 1 か月間の手術件数 | 55 |
| ⑥医師事務作業補助体制加算について | 56 |
| 1) 医師事務作業補助体制加算の届出状況 | 56 |
| 2) 医師事務作業補助体制加算の届出が受理された時期 | 57 |
| 3) 専従者の配置時期 | 58 |
| 4) 医師事務作業補助体制加算の種類 | 58 |
| 5) 医師事務作業補助者（専従者）の人数と給与総額 | 61 |
| 6) 医師事務作業補助者の配置状況 | 63 |
| 7) 医師事務作業補助者が従事している業務の内容 | 64 |
| 8) 医師事務作業補助者の業務範囲の明確化 | 72 |
| 9) 個人情報保護上の問題発生の有無 | 73 |
| ⑦ハイリスク分娩管理加算について | 74 |
| 1) ハイリスク分娩管理加算の届出状況 | 74 |
| 2) ハイリスク分娩管理加算の届出が受理された時期 | 75 |
| 3) 分娩件数 | 76 |
| 4) ハイリスク分娩管理加算算定回数 | 76 |
| (3) 医師責任者調査・医師調査の結果概要 | 77 |
| ①医師が勤務する施設の属性 | 77 |
| 1) 開設主体 | 77 |
| 2) 許可病床数 | 78 |
| 3) 病院種別 | 79 |
| 4) 救急医療体制 | 80 |
| 5) DPC対応の状況 | 81 |
| 6) 施設基準届出 | 82 |

| | |
|---|-----|
| ②医師の基本属性..... | 83 |
| 1) 医師の性別 | 83 |
| 2) 医師の年齢 | 84 |
| 3) 医師としての経験年数..... | 85 |
| 4) 調査対象病院での勤続年数 | 85 |
| 5) 医師の主たる担当診療科..... | 86 |
| 6) 勤務形態..... | 87 |
| 7) 医師責任者の役職等 | 87 |
| 8) 医師の役職等..... | 88 |
| ③医師の勤務実態等 | 89 |
| 1) 外来診療担当の有無 | 89 |
| 2) 入院診療における担当患者の有無（医師票のみ） | 90 |
| 3) 直近1週間の実勤務時間..... | 90 |
| 4) 1か月あたりの当直回数及び連続当直回数 | 92 |
| 5) 所属病院以外での勤務の有無（医師のみ） | 100 |
| 6) アルバイトの状況（医師のみ） | 101 |
| ④各診療科における業務負担の変化（平成20年10月末現在） | |
| : 医師責任者に自らが管理する診療科の状況として回答していただいた項目 | 102 |
| 1) 各診療科における入院診療に係る業務負担の変化..... | 102 |
| 2) 各診療科における外来診療に係る業務負担の変化..... | 106 |
| 3) 各診療科における夜間・早朝の軽症救急患者数の変化..... | 110 |
| 4) 各診療科における医師の勤務状況の変化 | 111 |
| 5) 各診療科における医師の人数・勤務実績等 | 113 |
| 6) 各診療科における医師の勤務負担軽減策の取組状況等..... | 120 |
| 7) 経済面での処遇の変更（平成20年4月以降） | 124 |
| ⑤医師の業務負担の変化（平成20年10月末現在） | 126 |
| 1) 1年前と比較した勤務状況 | 126 |
| 2) 入院診療に係る業務負担の変化 | 128 |
| 3) 外来診療に係る業務負担の変化 | 130 |
| 4) 病院内の診療外業務に係る業務負担の変化 | 132 |
| 5) 病院内における教育・指導に係る業務負担の変化..... | 134 |
| 6) 管理業務に係る業務負担の変化（医師責任者のみ） | 136 |
| 7) 夜間・早朝の軽症救急患者数の変化 | 138 |

| | |
|--------------------------------|-----|
| ⑥勤務負担軽減策の取組状況..... | 139 |
| 1) 日常業務において負担が最も重いと感じる業務 | 139 |
| 2) 勤務医負担軽減策に関する計画の認知度 | 143 |
| 3) 業務分担の効果 | 145 |
| 4) 残業時間の変化（医師のみ） | 162 |
| 5) 当直後の配慮（医師のみ） | 163 |
| 6) 経済面での処遇の変化..... | 166 |
| 7) 今後の意向について（医師のみ） | 168 |
| 6. まとめ..... | 169 |
| 参考資料 | |

1. 目的

平成 20 年 4 月の診療報酬改定では、病院勤務医の負担軽減に係る評価として、「入院時医学管理加算」及び「医師事務作業補助体制加算」の新設、「ハイリスク分娩管理加算」の改定が行われた。

本調査では、これらの加算を算定している保険医療機関における病院勤務医の負担軽減策の取組み状況や、病院勤務医の負担軽減と処遇改善等の状況を把握し、平成 20 年度診療報酬改定の結果を検証することを目的とした。

2. 調査対象

本調査では、「施設調査」「医師責任者調査」「医師調査」の 3 つの調査を実施した。各調査の対象は、次のとおりである。

- 施設調査：「入院時医学管理加算」、「医師事務作業補助体制加算」、「ハイリスク分娩管理加算」のいずれかの施設基準の届出をしている、すべての病院（1,151 施設）を対象とした。
- 医師責任者調査・医師調査：上記「施設調査」の対象施設に 1 年以上勤務している、診療科医師責任者及び医師を対象とした。ただし、1 施設につき医師責任者最大 8 名（各診療科につき 1 名×最大 8 診療科）、医師最大 24 名（各診療科につき 3 名×最大 8 診療科）とした。

3. 調査方法

本調査では、対象施設・医師が記入する自記式調査票の郵送配布・回収により行った。

施設調査については、施設属性、勤務医の負担軽減策の実施状況、勤務医の勤務状況、入院時医学管理加算に関する調査項目、医師事務作業補助体制加算に関する調査項目、ハイリスク分娩管理加算に関する調査項目等をたずねる調査票（「施設票」）を配布した。

医師責任者調査及び医師調査については、基本属性、勤務状況、業務の負担感、業務分担の実施状況と効果、処遇改善の有無等をたずねる調査票（「医師責任者票」及び「医師票」）を配布した。なお、医師責任者票については、管理する診療科について業務負担の状況や勤務実績等も別にたずねている。

「医師責任者票」及び「医師票」の配付に際しては、上記の「施設調査」の対象施設を通じて行ったが、回収は、医師責任者・医師がそれぞれ専用封筒に同封・封緘した調査票を対象施設の管理者が回収し、調査事務局宛の専用返信封筒に施設票と同封の上、返送する形式とした。

調査実施時期は平成 20 年 12 月～平成 21 年 2 月とした。

4. 調査項目

本調査の主な項目は次のとおりである。

| 調査区分 | 主な内容 |
|------|---|
| 施設調査 | <ul style="list-style-type: none"> ○施設属性等 <ul style="list-style-type: none"> ・開設主体、病床数、種別、DPC 対応状況、診療科、入院基本料区分 ・平均在院日数、紹介率、逆紹介率 ・救急医療体制 ・地域連携室、24 時間の画像・検査体制・調剤体制の有無 ・職員数、医師事務作業補助者数、MSW の人数 ・電子カルテの導入状況 / 等 ○患者数 <ul style="list-style-type: none"> ・外来患者数、救急搬送による緊急入院患者数、新規入院患者数、退院患者数 / 等 ○勤務医の負担軽減策の実施状況 <ul style="list-style-type: none"> ・取り組んでいる勤務医の負担軽減策の内容 / 等 ○勤務医の人数・勤務状況等 <ul style="list-style-type: none"> ・常勤医師・非常勤医師数の推移（診療科別・男女別） ・勤務医の月あたり平均勤務時間の推移（診療科別） ・勤務医の月あたり平均当直回数の推移（診療科別） ・連続当直合計回数の推移（診療科別） / 等 ○入院時医学管理加算における施設の概況 <ul style="list-style-type: none"> ・入院時医学管理加算の届出状況・予定、届出時期 ・選定療養（実費徴収）の状況、金額 ・全身麻酔の件数、手術件数 / 等 ○入院時医学管理加算の効果・課題等 <ul style="list-style-type: none"> ・勤務医の負担軽減策としての効果 ・課題・問題点 / 等 ○医師事務作業補助体制加算における施設の概況 <ul style="list-style-type: none"> ・医師事務作業補助体制加算の届出状況・予定、届出時期 ・医師事務作業補助体制加算の区分 ○医師事務作業補助者の配置状況・業務内容等 <ul style="list-style-type: none"> ・医師事務作業補助者の配置時期・配置状況 ・医師事務作業補助者の人数・給与総額 ・医師事務作業者が担っている業務内容（診断書などの文書作成補助、診療記録への代行入力、診療データ整理など） ○医師事務作業補助体制加算の効果・課題等 <ul style="list-style-type: none"> ・勤務医の負担軽減策としての効果 ・課題・問題点 / 等 ○ハイリスク分娩管理加算における施設の概況 <ul style="list-style-type: none"> ・ハイリスク分娩管理加算の届出状況・予定、届出時期 ・分娩件数 ・ハイリスク分娩管理加算の算定回数 |

| | |
|---------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ・ハイリスク分娩患者の内訳 ○ハイリスク分娩管理加算の効果・課題等 ・勤務医の負担軽減策としての効果 ・課題・問題点 / 等 |
| 医師責任者調査 | <ul style="list-style-type: none"> ○基本属性 <ul style="list-style-type: none"> ・性別、年齢、医師経験年数、診療科、勤務形態、役職 / 等 ○勤務状況 <ul style="list-style-type: none"> ・実勤務時間、外来診療担当の有無、当直回数、連続当直回数 / 等 ○個人としての業務負担の状況等 <ul style="list-style-type: none"> ・負担が重い業務及びその割合、業務負担の変化 / 等 ○診療科における業務負担の状況等 <ul style="list-style-type: none"> ・業務負担の変化、夜間・早朝の軽症救急患者数の変化 / 等 ○勤務医の負担軽減策の取組み状況等 <ul style="list-style-type: none"> ・勤務医負担軽減策の取組み状況及びその効果 ・業務分担の状況及びその効果 ・医師の処遇改善等の有無 / 等 ○課題等 <ul style="list-style-type: none"> ・今後の課題 / 等 |
| 医師調査 | <ul style="list-style-type: none"> ○基本属性 <ul style="list-style-type: none"> ・性別、年齢、医師経験年数、診療科、勤務形態、役職 / 等 ○勤務状況 <ul style="list-style-type: none"> ・実勤務時間、外来診療担当の有無、当直回数、連続当直回数 / 等 ○業務負担の状況等 <ul style="list-style-type: none"> ・負担が重い業務及びその割合、業務負担の変化 / 等 ○勤務医の負担軽減策の取組み状況等 <ul style="list-style-type: none"> ・勤務医負担軽減策の取組み状況及びその効果 ・業務分担の状況及びその効果 ・医師の処遇改善等の有無 / 等 ○課題等 <ul style="list-style-type: none"> ・今後の課題 / 等 |

5. 結果概要

(1) 回収の状況

施設調査の回収数は516件、回収率は44.8%であった。また、医師調査の有効回答人数は、医師責任者が2,389人、医師が4,227人であった。

図表 1 回収の状況

| | 有効回収数 | 有効回収率 |
|---------|-------|-------|
| 施設調査 | 516 | 44.8% |
| 医師責任者調査 | 2,389 | — |
| 医師調査 | 4,227 | — |

※施設調査の回収数は526件であった。いずれの施設基準についても届出がないと回答があった施設票を無効票（10件）とした。

※医師責任者調査の回収数は2,774件、医師調査の5,574件であった。両調査とも対象病院における勤続年数が1年未満もしくは無回答のものについては無効票（医師責任者調査：134件、医師調査：943件）とした。また、この他、施設票の回収がなかったもの及び施設票が無効となったものは無効票（医師責任者調査：251件、医師調査：404件）とした。

(2) 施設調査の結果概要

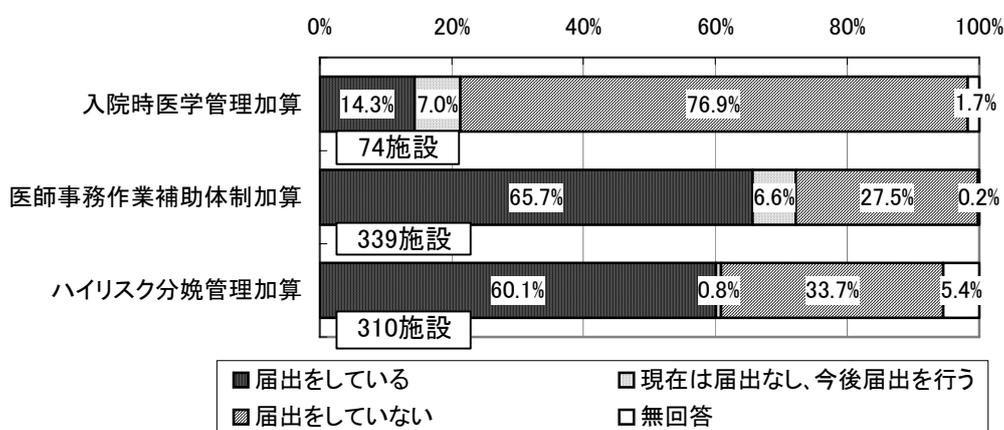
【調査対象等】

調査対象：「入院時医学管理加算」、「医師事務作業補助体制加算」、「ハイリスク分娩管理加算」のいずれかの施設基準の届出をしている、すべて病院（1,151 施設）
 回答数：516 件
 回答者：施設の管理者

①施設基準の届出状況

施設基準の届出状況についてみると、「入院時医学管理加算」の「届出をしている」という施設は 14.3% (74 施設)、「医師事務作業補助体制加算」の「届出をしている」施設は 65.7% (339 施設)、「ハイリスク分娩管理加算」の「届出をしている」施設は 60.1% (310 施設)であった。

図表 2 施設基準の届出状況 (n=516)



施設基準届出状況別施設数についてみると、「入院時医学管理加算」、「医師事務作業補助体制加算」及び「ハイリスク分娩管理加算」の3つの施設基準のいずれも届出をしているという医療機関は9.5%（49施設）であった。

最も多かったのは「医師事務作業補助体制加算のみ届出あり」（37.2%、192施設）であり、次いで「ハイリスク分娩管理加算のみ届出あり」（31.8%、164施設）、「医師事務作業補助体制加算とハイリスク分娩管理加算の届出あり」（16.7%、86施設）となった。「入院時医学管理加算のみ届出あり」は0.4%（2施設）と最も少なかった。

図表 3 施設基準届出状況別施設数

| | 施設数 | 構成割合 |
|--------------------------------|-----|--------|
| すべての施設基準の届出あり | 49 | 9.5% |
| （入院時医学管理加算＋医師事務作業補助体制加算）届出あり | 12 | 2.3% |
| （入院時医学管理加算＋ハイリスク分娩管理加算）届出あり | 11 | 2.1% |
| （医師事務作業補助体制加算＋ハイリスク分娩管理加算）届出あり | 86 | 16.7% |
| 入院時医学管理加算のみ届出あり | 2 | 0.4% |
| 医師事務作業補助体制加算のみ届出あり | 192 | 37.2% |
| ハイリスク分娩管理加算のみ届出あり | 164 | 31.8% |
| 合計 | 516 | 100.0% |

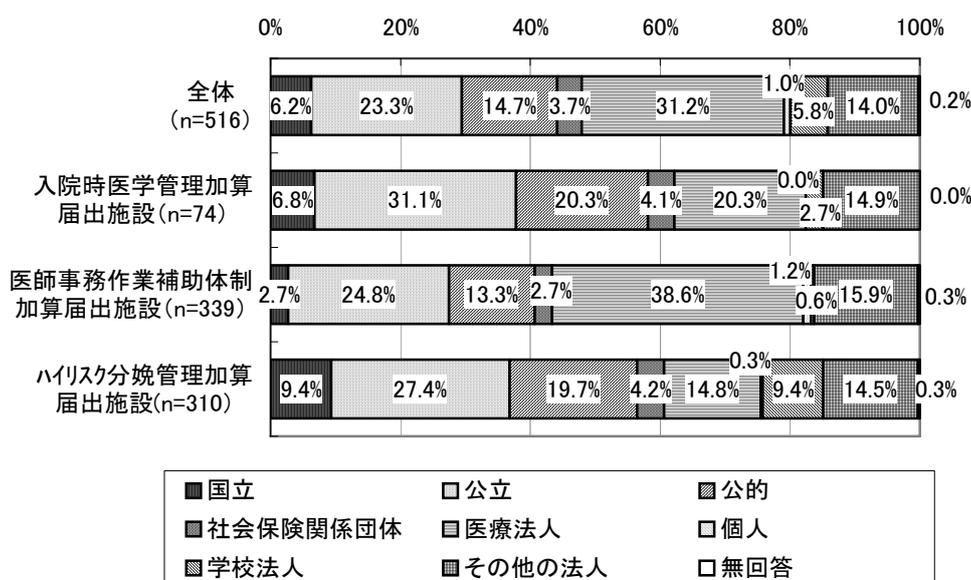
②施設の属性

1) 開設主体

開設主体についてみると、全体では「医療法人」(31.2%)が最も多く、次いで「公立」(23.3%)、「公的」(14.7%)となった。

「入院時医学管理加算」の届出施設では「公立」(31.1%)が最も多く、次いで「公的」と「医療法人」(いずれも20.3%)となった。「医師事務作業補助体制加算」の届出施設では「医療法人」(38.6%)が最も多く、次いで「公立」(24.8%)、「その他の法人」(15.9%)となった。「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設では「公立」(27.4%)が最も多く、次いで「公的」(19.7%)、「医療法人」(14.8%)となった。

図表 4 開設主体



(注) 複数の施設基準の届出を行っている施設があるため、各施設基準のサンプル数の和は全体のサンプル数と一致しない。以下、同様。

※参考：開設主体の内訳

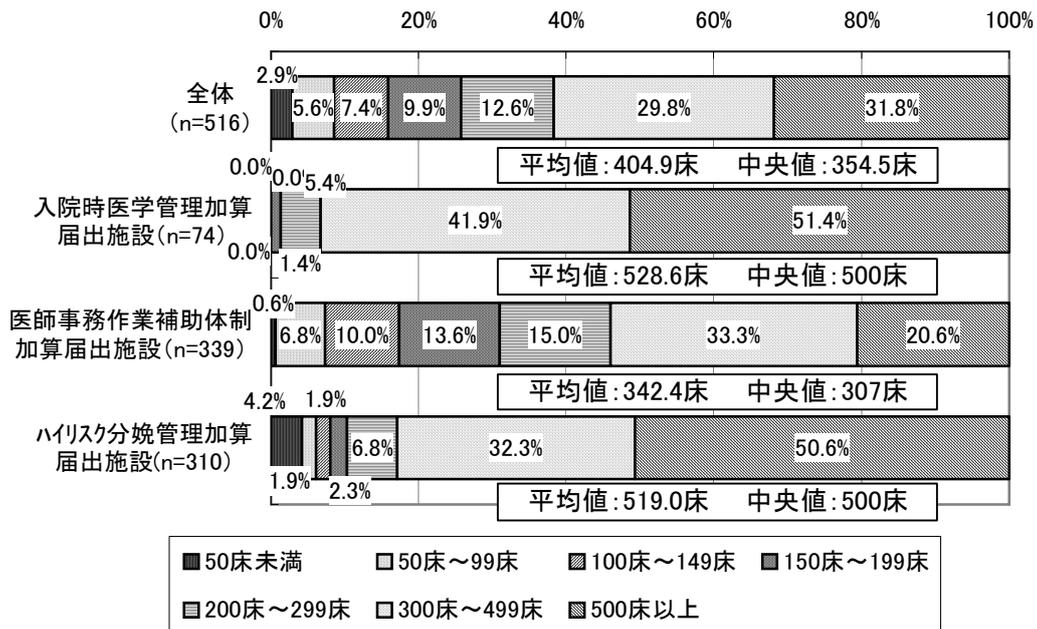
| | |
|----------|--|
| 国立 | 厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康福祉機構、その他(国) |
| 公立 | 都道府県、市町村、地方独立行政法人 |
| 公的 | 日本赤十字社、済生会、北海道社会事業協会、全国厚生農業協同組合連合会、国民健康保険団体連合会 |
| 社会保険関係団体 | 全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合 |
| その他の法人 | 公益法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他の法人 |

2) 許可病床数

許可病床数についてみると、全体では「500床以上」(31.8%)が最も多く、次いで「300床～499床」(29.8%)、「200床～299床」(12.6%)となった。なお、平均は404.9床(中央値354.5)であった。

「入院時医学管理加算」の届出施設では「500床以上」(51.4%)が最も多く、次いで「300床～499床」(41.9%)となっており、許可病床数の平均は528.6床(中央値500)と大規模の病院が多かった。「医師事務作業補助体制加算」の届出施設では「300床～499床」(33.3%)が最も多く、次いで「500床以上」(20.6%)となり、許可病床数の平均は342.4床(中央値307)であった。「入院時医学管理加算」及び「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設と比較すると、大規模病院の割合が低かった。「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設では「500床以上」(50.6%)が最も多く、次いで「300床～499床」(32.3%)となり、許可病床数の平均は519.0床(中央値500)と大規模の病院が多かった。

図表 5 許可病床数

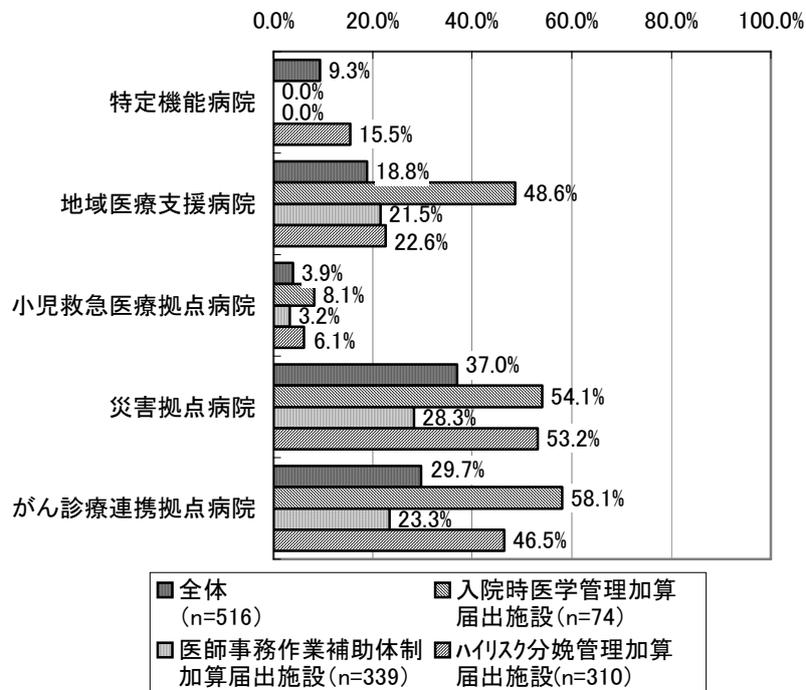


3) 病院種別

病院の種別についてみると、「特定機能病院」が 9.3%、「地域医療支援病院」が 18.8%、「小児救急医療拠点病院」が 3.9%、「災害拠点病院」が 37.0%、「がん診療連携拠点病院」が 29.7%であった。

「入院時医学管理加算」の届出施設では、「地域医療支援病院」が 48.6%、「災害拠点病院」が 54.1%、「がん診療連携期病院」が 58.1%と指定を受けている割合が高かった。また、「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設では、「災害拠点病院」が 53.2%、「がん診療連携拠点病院」が 46.5%と指定を受けている割合が高かった。

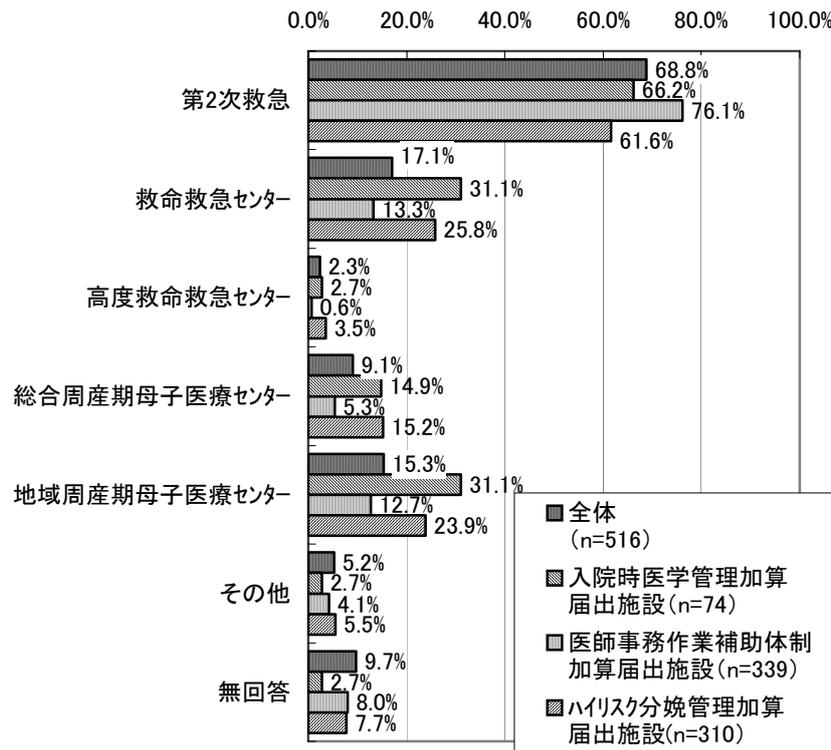
図表 6 病院種別（複数回答）



4) 救急医療体制

救急医療体制についてみると、全体では「第2次救急」(68.8%)が最も多く、次いで「救急救命センター」(17.1%)、「地域周産期母子医療センター」(15.3%)、「総合周産期母子医療センター」(9.1%)、「高度救命救急センター」(2.3%)の順であった。

図表 7 救急医療体制（複数回答）

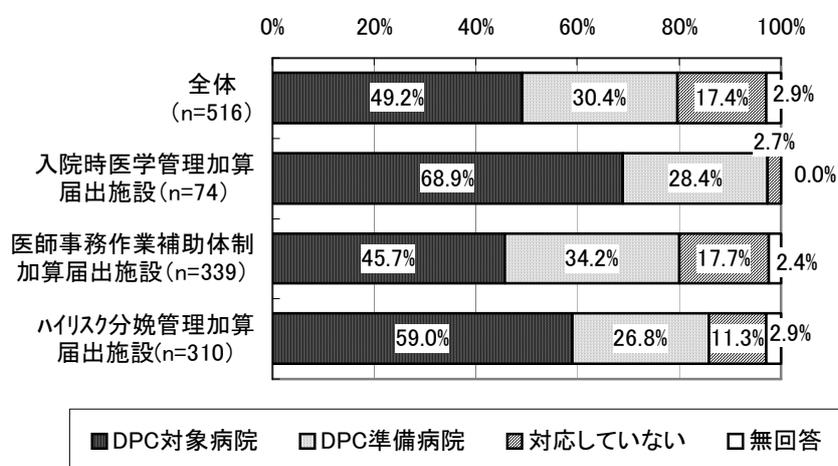


5) DPC 対応

DPC の対応状況についてみると、全体では「DPC 対象病院」が 49.2%、「DPC 準備病院」が 30.4%、「対応していない」が 17.4%であった。

「入院時医学管理加算」の届出施設では「DPC 対象病院」が 68.9%と高かった。また、「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設でも「DPC 対象病院」が 59.0%と高かった。「医師事務作業補助体制加算」の届出施設では、他の 2つの加算届出施設と比較すると、「DPC 対象病院」の割合は 45.7%と低かった。

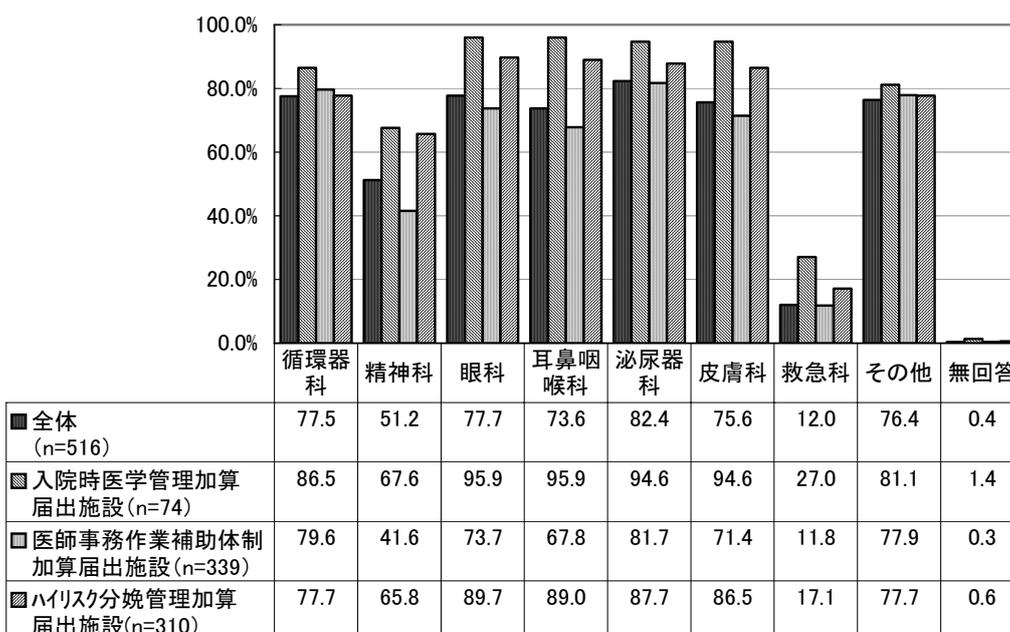
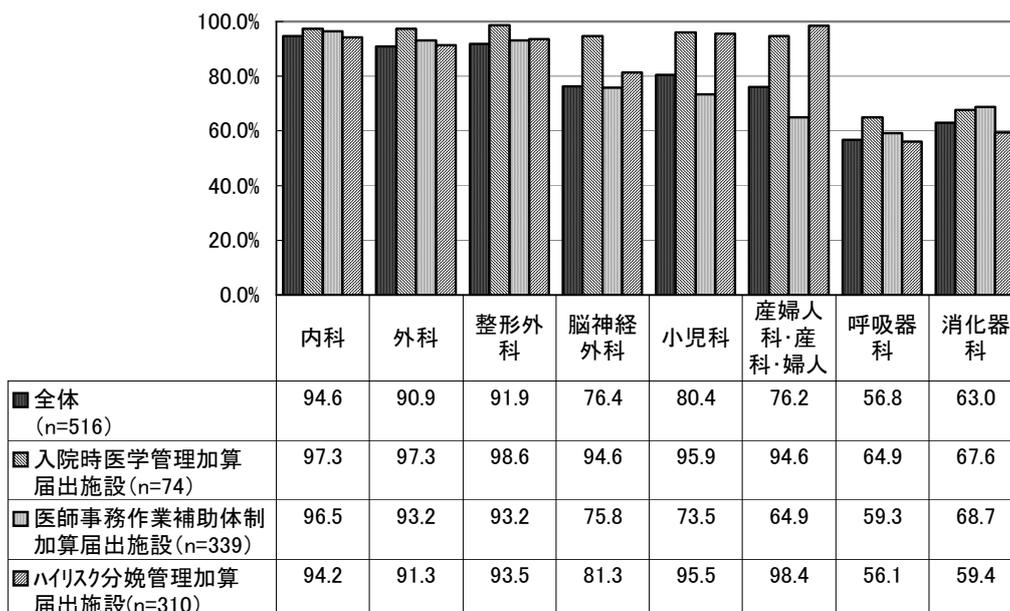
図表 8 DPC 対応



6) 標榜している診療科

標榜している診療科についてみると、全体では「内科」(94.6%)が最も多く、次いで「整形外科」(91.9%)、「外科」(90.9%)、「泌尿器科」(82.4%)、「小児科」(80.4%)となった。

図表 9 標榜している診療科（複数回答）

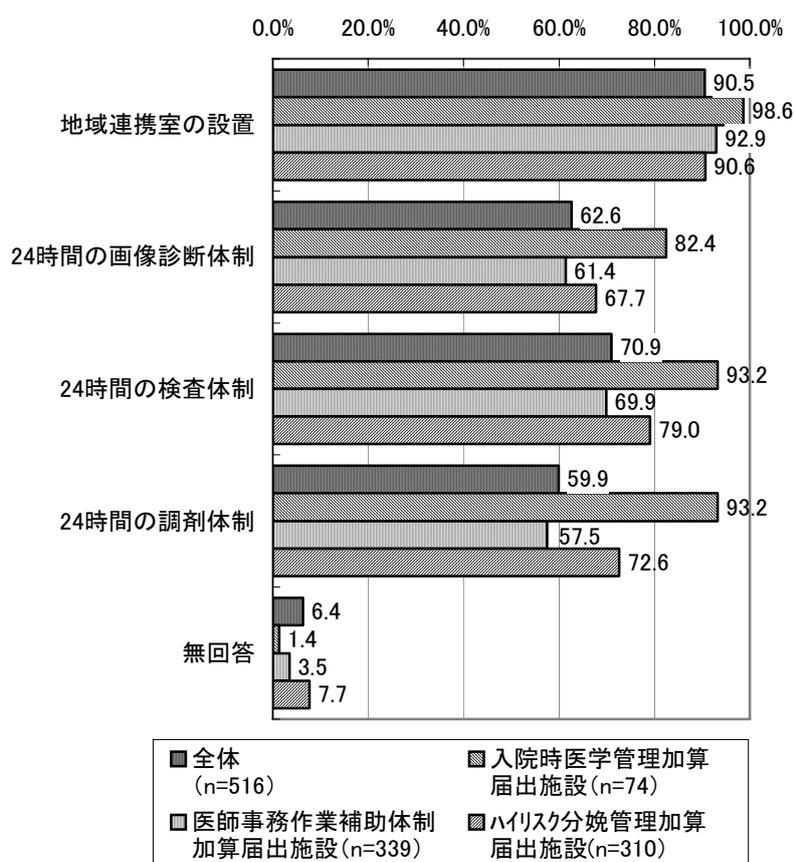


7) 24時間の診療体制等

24時間の診療体制等についてみると、「地域連携室の設置」があるという回答は90.5%であった。この他、「24時間の画像診断体制」があるという回答は62.6%、「24時間の検査体制」は70.9%、「24時間の調剤体制」は59.9%であった。

「入院時医学管理加算」の届出施設では、「全体」や他の2つの施設基準の届出施設と比較して、いずれの診療体制等においても回答割合が高かった。

図表 10 24時間の診療体制等（複数回答）

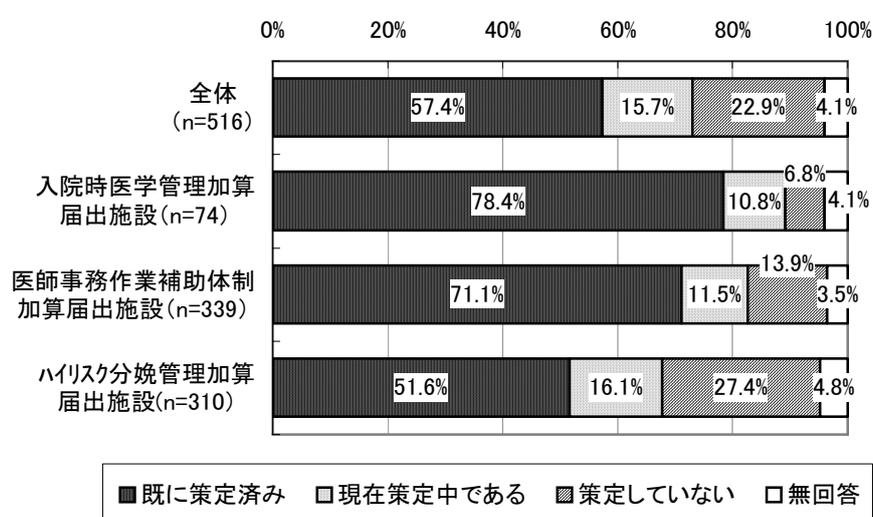


8) 勤務医負担軽減対策計画の策定状況

勤務医負担軽減対策計画の策定状況についてみると、全体では「既に策定済み」が 57.4%、「現在策定中である」が 15.7%、「策定していない」が 22.9%であった。

「入院時医学管理加算」の届出施設では「既に策定済み」が 78.4%であり、「現在策定中である」が 10.8%、「策定していない」が 6.8%となっており、他の 2 つの施設基準の届出施設と比較すると、「既に策定済み」の割合が高かった。

図表 11 勤務医負担軽減対策計画の策定状況

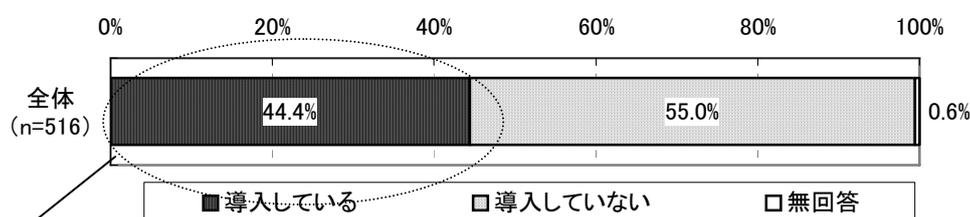


9) 診療録電子カルテの導入状況

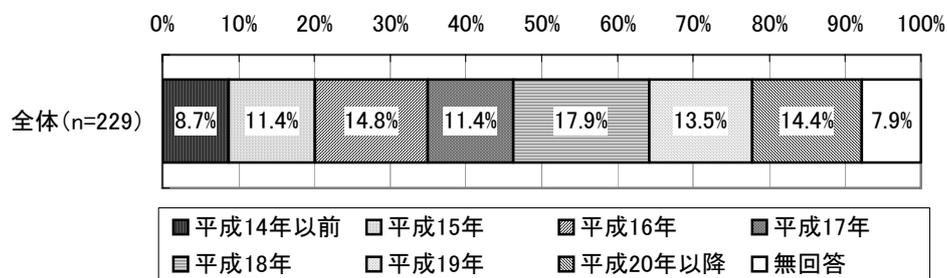
診療録電子カルテの導入状況についてみると、「導入している」が 44.4%、「導入していない」が 55.0%であった。

診療録電子カルテを「導入している」と回答した 229 施設における導入時期についてみると、「平成 18 年」(17.9%) が最も多く、次いで「平成 16 年」(14.8%)、「平成 20 年以降」(14.4%)、「平成 19 年」(13.5%) であり、ばらつきがみられた。

図表 12 診療録電子カルテの導入状況



図表 13 診療録電子カルテの導入時期



10) 平均在院日数、紹介率、逆紹介率

病院全体の平均在院日数についてみると、平成19年10月が平均18.7日、平成20年10月が18.4日と0.3日の短縮であったが、中央値でみると、15.6日から14.9日と0.7日短縮した。

図表 14 病院全体の平均在院日数

(単位：日)

| | | | 平均値 | 標準偏差 | 最大値 | 最小値 | 中央値 |
|------------------|-------|--------|------|------|-------|-----|------|
| 全体 | n=501 | 19年10月 | 18.7 | 23.0 | 402.0 | 4.9 | 15.6 |
| | n=501 | 20年10月 | 18.4 | 23.1 | 402.0 | 4.1 | 14.9 |
| 入院時医学管理加算届出施設 | n=75 | 19年10月 | 15.1 | 3.1 | 23.6 | 8.7 | 14.6 |
| | n=75 | 20年10月 | 14.7 | 3.0 | 26.6 | 8.6 | 14.3 |
| 医師事務作業補助体制加算届出施設 | n=328 | 19年10月 | 20.4 | 28.0 | 402.0 | 6.9 | 15.8 |
| | n=328 | 20年10月 | 20.1 | 28.1 | 402.0 | 6.7 | 15.1 |
| ハイリスク分娩管理加算届出施設 | n=307 | 19年10月 | 16.1 | 17.7 | 313.6 | 4.9 | 14.6 |
| | n=307 | 20年10月 | 15.7 | 17.5 | 308.5 | 4.1 | 14.4 |

(注)平成19年10月及び平成20年10月の両時点について記載があったものを有効回答として集計した。

一般病棟の平均在院日数についてみると、平成19年10月が平均15.7日、平成20年10月が15.3日と0.4日の短縮であったが、中央値でみると、14.9日から14.3日と0.6日短縮した。

図表 15 一般病棟の平均在院日数

(単位：日)

| | | | 平均値 | 標準偏差 | 最大値 | 最小値 | 中央値 |
|------------------|-------|--------|------|------|-------|-----|------|
| 全体 | n=502 | 19年10月 | 15.7 | 13.8 | 313.6 | 4.9 | 14.9 |
| | n=502 | 20年10月 | 15.3 | 13.6 | 308.5 | 4.1 | 14.3 |
| 入院時医学管理加算届出施設 | n=71 | 19年10月 | 14.5 | 2.6 | 23.3 | 8.7 | 14.3 |
| | n=71 | 20年10月 | 14.0 | 2.5 | 22.2 | 8.6 | 13.8 |
| 医師事務作業補助体制加算届出施設 | n=328 | 19年10月 | 16.3 | 16.9 | 313.6 | 6.9 | 15.0 |
| | n=328 | 20年10月 | 15.9 | 16.6 | 308.5 | 6.7 | 14.4 |
| ハイリスク分娩管理加算届出施設 | n=303 | 19年10月 | 15.3 | 17.5 | 313.6 | 4.9 | 14.2 |
| | n=303 | 20年10月 | 14.9 | 17.2 | 308.5 | 4.1 | 14.0 |

(注)・平成19年10月及び平成20年10月の両時点について記載があったものを有効回答として集計した。

・最大値は障害者施設等入院基本料等又は特殊疾患病棟入院料等病棟の特定入院料を算定する病棟を有する施設。

紹介率についてみると、全体では平成 19 年 10 月時点では平均 43.0%であったのが、平成 20 年 10 月時点では 44.5%と上昇している。また、中央値でも、40.8%から 43.0%と上昇している。

平成 20 年 10 月時点の紹介率についてみると、「入院時医学管理加算」の届出施設では、平均 57.2%（標準偏差 18.2、中央値 58.5）、「医師事務作業補助体制加算」の届出施設では平均 42.4%（標準偏差 22.3、中央値 40.9）、「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設では平均 50.0%（標準偏差 20.9、中央値 51.3）となっており、入院時医学管理加算の届出施設において特に紹介率が高い結果となった。

図表 16 紹介率

(単位：%)

| | | | 平均値 | 標準偏差 | 最大値 | 最小値 | 中央値 |
|------------------|-------|--------|------|------|-------|------|------|
| 全体 | n=451 | 19年10月 | 43.0 | 21.7 | 100.0 | 0.0 | 40.8 |
| | n=451 | 20年10月 | 44.5 | 22.4 | 100.0 | 0.0 | 43.0 |
| 入院時医学管理加算届出施設 | n=67 | 19年10月 | 56.0 | 18.1 | 97.5 | 14.5 | 55.1 |
| | n=67 | 20年10月 | 57.2 | 18.2 | 90.1 | 18.8 | 58.5 |
| 医師事務作業補助体制加算届出施設 | n=294 | 19年10月 | 41.1 | 21.9 | 100.0 | 0.0 | 39.2 |
| | n=294 | 20年10月 | 42.4 | 22.3 | 100.0 | 0.0 | 40.9 |
| ハイリスク分娩管理加算届出施設 | n=282 | 19年10月 | 48.1 | 20.3 | 100.0 | 0.0 | 48.2 |
| | n=282 | 20年10月 | 50.0 | 20.9 | 100.0 | 0.0 | 51.3 |

逆紹介率についてみると、全体では平成 19 年 10 月時点では平均 31.1%であったのが、平成 20 年 10 月時点では 34.3%と上昇している。また、中央値でも、26.6%から 29.9%と上昇している。特に、「入院時医学管理加算」の届出施設では、平成 19 年 10 月時点では平均 43.2%（標準偏差 22.1、中央値 44.2）であったのが平成 20 年 10 月時点では、平均 49.3%（標準偏差 24.8、中央値 48.2）と大きく上昇している。「医師事務作業補助体制加算」の届出施設、「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設では、平成 19 年 10 月及び平成 20 年 10 月時点で 30%台であり、「入院時医学管理加算」の届出施設と比較すると、逆紹介率の水準は高くはないものの、平成 19 年 10 月から平成 20 年 10 月にかけての 1 年間で向上している。

図表 17 逆紹介率

(単位：%)

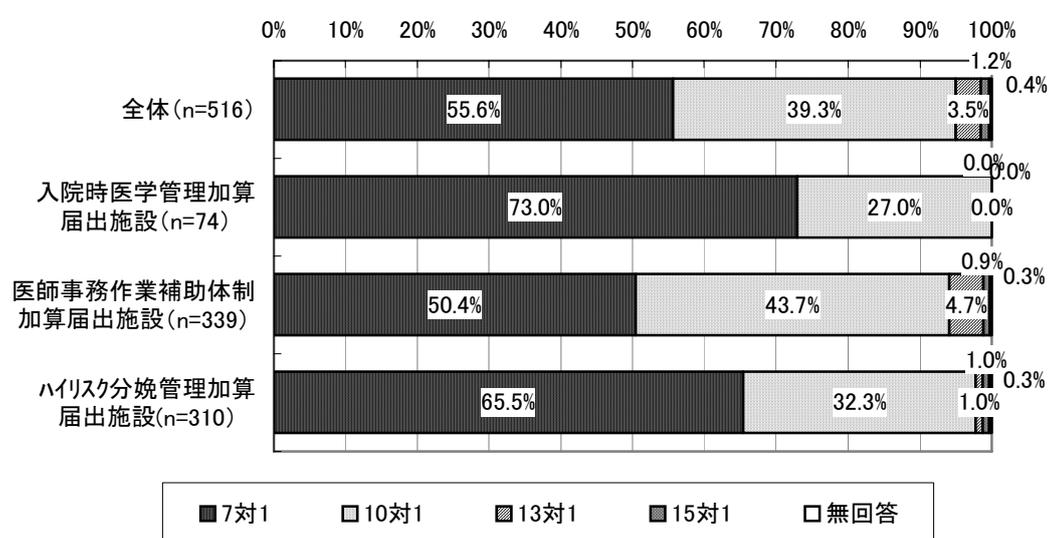
| | | | 平均値 | 標準偏差 | 最大値 | 最小値 | 中央値 |
|------------------|-------|--------|------|------|-------|-----|------|
| 全体 | n=417 | 19年10月 | 31.1 | 22.0 | 140.4 | 0.0 | 26.6 |
| | n=417 | 20年10月 | 34.3 | 23.2 | 117.9 | 0.0 | 29.9 |
| 入院時医学管理加算届出施設 | n=64 | 19年10月 | 43.2 | 22.1 | 100.0 | 5.1 | 44.2 |
| | n=64 | 20年10月 | 49.3 | 24.8 | 117.9 | 4.9 | 48.2 |
| 医師事務作業補助体制加算届出施設 | n=267 | 19年10月 | 31.9 | 23.9 | 140.4 | 0.0 | 26.5 |
| | n=267 | 20年10月 | 35.1 | 24.8 | 117.9 | 0.0 | 29.4 |
| ハイリスク分娩管理加算届出施設 | n=267 | 19年10月 | 32.7 | 19.6 | 100.3 | 0.0 | 30.1 |
| | n=267 | 20年10月 | 37.1 | 22.4 | 117.9 | 0.0 | 34.4 |

11) 一般病棟の入院基本料区分

一般病棟の入院基本料区分についてみると、全体では「7対1」が55.6%、「10対1」が39.3%、「13対1」が3.5%であった。

「入院時医学管理加算」の届出施設では「7対1」が73.0%、「10対1」が27.0%、「医師事務作業補助体制加算」の届出施設では「7対1」が50.4%、「10対1」が43.7%、「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設では「7対1」が65.5%、「10対1」が32.3%であった。

図表 18 一般病棟の入院基本料区分



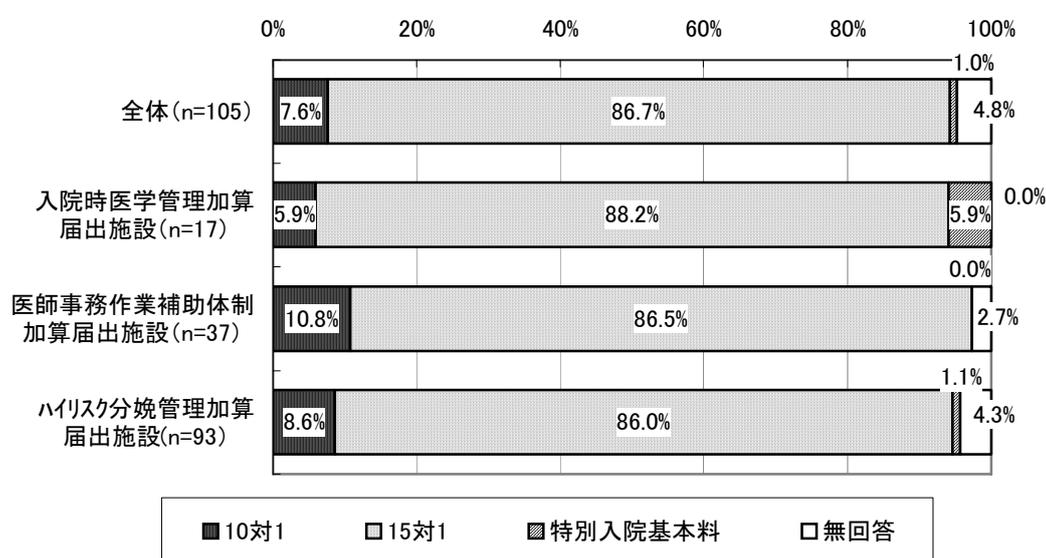
(注) 「特別入院基本料」の施設は該当がなかった。

12) 精神病棟の入院基本料区分

精神病床を有する 105 施設について精神病棟の入院基本料区分についてみると、全体では「10 対 1」が 7.6%、「15 対 1」が 86.7%であった。

「入院時医学管理加算」の届出施設（17 施設）では、「10 対 1」が 5.9%、「15 対 1」が 88.2%、「医師事務作業補助体制加算」の届出施設では「10 対 1」が 10.8%、「15 対 1」が 86.5%、「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設では「10 対 1」が 8.6%、「15 対 1」が 86.0%であった。

図表 19 精神病棟の入院基本料区分



(注) ・精神病床を有する 105 施設を対象とした。
 ・「18 対 1」「20 対 1」は該当がなかった。

13) 職員数

平成20年10月における1施設あたりの職員数（常勤換算）についてみると、「医師」は平均98.5人（標準偏差120.1、中央値56.9）、「歯科医師」は3.3人（標準偏差13.7、中央値0.0）、「看護師・保健師」は平均287.2人（標準偏差223.8、中央値233.5）、「助産師」は平均14.2人（標準偏差16.1、中央値12.0）、「准看護師」の平均は15.9人（標準偏差15.7、中央値11.3）、「薬剤師」は平均16.1人（標準偏差13.2、中央値12.8）、「技師」は平均60.2人（標準偏差52.8、中央値49.1）であった。

医師、看護師・保健師を始め、助産師、薬剤師、技師の人数（常勤換算）については、平均値・中央値ともに平成19年10月時点と比較すると増加となった。

図表 20 職員数（常勤換算）

（単位：人）

| | | 平均値 | 標準偏差 | 最大値 | 最小値 | 中央値 |
|--------------------------|---------|-------|-------|---------|------|-------|
| 平成 19 年 10 月 | 医師 | 95.2 | 115.8 | 806.6 | 3.8 | 55.1 |
| | 歯科医師 | 3.3 | 14.1 | 197.8 | 0.0 | 0.0 |
| | 看護師・保健師 | 277.7 | 214.8 | 1,072.0 | 1.0 | 227.2 |
| | 助産師 | 13.3 | 15.0 | 181.6 | 0.0 | 11.0 |
| | 准看護師 | 16.8 | 16.5 | 99.4 | 0.0 | 12.2 |
| | 薬剤師 | 15.7 | 12.9 | 83.0 | 1.0 | 12.4 |
| | 技師 | 58.0 | 51.4 | 443.0 | 0.0 | 48.0 |
| | その他 | 115.0 | 92.0 | 766.9 | 0.0 | 94.3 |
| | 合計 | 595.0 | 453.6 | 3,048.0 | 44.2 | 482.1 |
| 平成 20 年 10 月 | 医師 | 98.5 | 120.1 | 799.6 | 3.8 | 56.9 |
| | 歯科医師 | 3.3 | 13.7 | 192.8 | 0.0 | 0.0 |
| | 看護師・保健師 | 287.2 | 223.8 | 1,074.1 | 1.0 | 233.5 |
| | 助産師 | 14.2 | 16.1 | 198.6 | 0.0 | 12.0 |
| | 准看護師 | 15.9 | 15.7 | 96.4 | 0.0 | 11.3 |
| | 薬剤師 | 16.1 | 13.2 | 83.4 | 1.0 | 12.8 |
| | 技師 | 60.2 | 52.8 | 438.0 | 0.0 | 49.1 |
| | その他 | 118.4 | 94.4 | 889.1 | 0.0 | 98.5 |
| | 合計 | 613.8 | 470.5 | 3,060.0 | 46.7 | 485.5 |

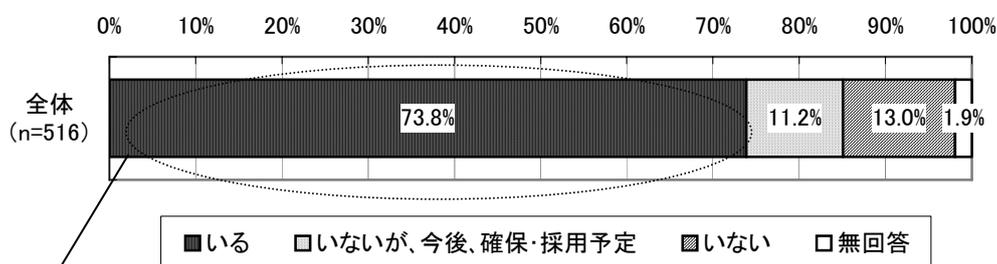
(注)平成19年10月及び平成20年10月の2月について欠損値のない504施設を対象に、集計を行った。

14) 医師事務作業補助者

「医師事務作業補助体制加算」の届出状況の如何にかかわらず、医師事務作業補助者の有無についてたずねたところ、「(医師事務作業補助者が) いる」という回答が 73.8%、「(医師事務作業補助者は) いないが、今後、確保・採用予定」が 11.2%、「(医師事務作業補助者は) いない」が 13.0%であった。

「(医師事務作業補助者が) いる」と回答した施設における医師事務作業補助者数（常勤換算）についてみると、平均は 6.5 人（標準偏差 8.0、中央値 4.0）であった。

図表 21 医師事務作業補助者の有無



図表 22 医師事務作業補助者数（常勤換算）

| | 平均値 | 標準偏差 | 最大値 | 最小値 | 中央値 |
|--------------|-----|------|------|-----|-----|
| 医師事務作業補助者（人） | 6.5 | 8.0 | 82.0 | 0.5 | 4.0 |

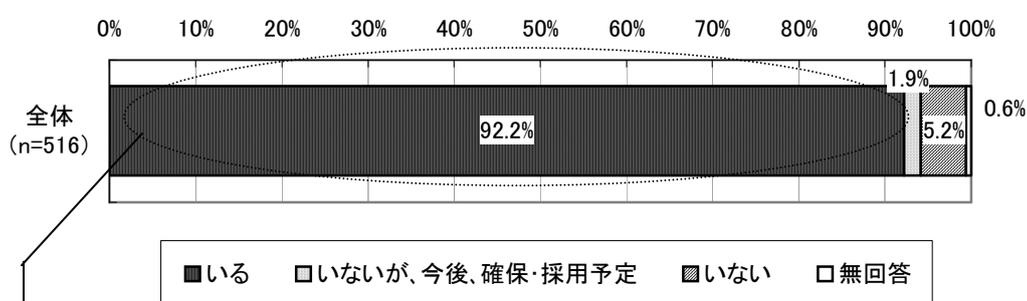
（注）医師事務作業補助者がいるという回答があった 381 件のうち、人数が不明だった 17 件を除く 364 件を対象に集計を行った。

15) MSW（医療ソーシャルワーカー）

MSW（医療ソーシャルワーカー）の有無についてみると、「（MSW（医療ソーシャルワーカー）が）いる」が92.2%、「（MSW（医療ソーシャルワーカー）は）いないが、今後、確保・採用予定」が1.9%、「（MSW（医療ソーシャルワーカー）は）いない」が5.2%であった。

「（MSW（医療ソーシャルワーカー）が）いる」と回答した施設におけるMSW（医療ソーシャルワーカー）の人数（常勤換算）についてみると、平均は3.0人（標準偏差2.0、中央値2.9）であった。

図表 23 MSW（医療ソーシャルワーカー）の有無



図表 24 MSW（医療ソーシャルワーカー）の人数（常勤換算）

| | 平均値 | 標準偏差 | 最大値 | 最小値 | 中央値 |
|--------|-----|------|------|-----|-----|
| MSW（人） | 3.0 | 2.0 | 18.7 | 0.5 | 2.9 |

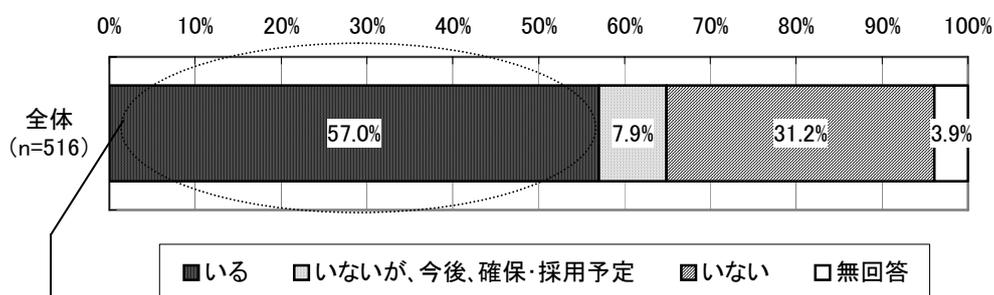
（注）MSWがいるという回答があった476件のうち、人数が不明だった16件を除く460件を対象に集計を行った。

16) 病院ボランティア

病院ボランティアの有無についてみると、「(病院ボランティアが) いる」が 57.0%、「(病院ボランティアは) いないが、今後、確保・採用予定」が 7.9%、「(病院ボランティアは) いない」が 31.2%であった。

「(病院ボランティアが) いる」と回答した施設における病院ボランティアの人数（実人数）についてみると、平均は 39.0 人（標準偏差 51.5、中央値 21.0）であった。

図表 25 病院ボランティアの有無



図表 26 病院ボランティアの人数（実人数）

| | 平均値 | 標準偏差 | 最大値 | 最小値 | 中央値 |
|-------------|------|------|-------|-----|------|
| 病院ボランティア（人） | 39.0 | 51.5 | 370.0 | 0.2 | 21.0 |

（注）病院ボランティアがいるという回答があった 294 件のうち、人数が不明だった 32 件を除く 262 件を対象に集計を行った。

②患者数等

1) 1か月の外来患者数

平成20年10月1か月間の外来患者数についてみると、1施設あたりの「外来患者数（初診）」の平均は2,053.9人（標準偏差1,395.8、中央値1,760.0）、「外来患者延べ人数（再診）」の平均は16,777.9人（標準偏差12,690.3、中央値14,338.0）であり、平成19年10月時点と比較すると、初診・再診ともに外来患者数は減少となった。

また、平成20年10月1か月間の「救急搬送による外来患者延べ人数」は242.2人（標準偏差417.7、中央値110.0）であり、平成19年10月時点と比較すると12.4人減少している。全外来患者数（外来患者数（初診）＋外来患者延べ人数（再診））に占める、この「救急搬送による外来患者延べ人数」の割合（⑤）をみると、平成19年10月及び平成20年10月のいずれも1.3%となり、変化はなかった。

さらに、平成20年10月1か月間の「選定療養の実費徴収を行った患者数」をみると、平均は548.3人（標準偏差576.2、中央値490.5）であり、平成19年10月と比較すると31.1人の減少となった。「外来患者数（初診）」に占める、この「選定療養の実費徴収を行った患者数」の割合（⑥）をみると、平成19年10月では27.1%であったのが、平成20年10月では26.7%とやや低下している。

図表 27 1か月の外来患者数

(単位：人)

| | | | 平均値 | 標準偏差 | 最大値 | 最小値 | 中央値 |
|-------------------|-------|--------|----------|----------|----------|-------|----------|
| ①外来患者数（初診） | n=479 | 19年10月 | 2,139.0 | 1,441.7 | 10,386.0 | 81.0 | 1,854.0 |
| | n=479 | 20年10月 | 2,053.9 | 1,395.8 | 10,861.0 | 82.0 | 1,760.0 |
| ②外来患者延べ人数（再診） | n=479 | 19年10月 | 17,096.0 | 12,814.4 | 92,849.0 | 104.0 | 14,466.0 |
| | n=479 | 20年10月 | 16,777.9 | 12,690.3 | 92,487.0 | 128.0 | 14,338.0 |
| ③救急搬送による外来患者延べ人数 | n=479 | 19年10月 | 254.6 | 448.4 | 4,603.0 | 0.0 | 115.0 |
| | n=479 | 20年10月 | 242.2 | 417.7 | 4,434.0 | 0.0 | 110.0 |
| ④選定療養の実費徴収を行った患者数 | n=450 | 19年10月 | 579.4 | 606.9 | 4,119.0 | 0.0 | 539.0 |
| | n=450 | 20年10月 | 548.3 | 576.2 | 3,648.0 | 0.0 | 490.5 |
| ⑤③／（①＋②） | n=479 | 19年10月 | 1.3% | — | — | — | — |
| | n=479 | 20年10月 | 1.3% | — | — | — | — |
| ⑥④／① | n=450 | 19年10月 | 27.1% | — | — | — | — |
| | n=450 | 20年10月 | 26.7% | — | — | — | — |

(注) 外来患者数（初診）、外来患者延べ人数（再診）、救急搬送による外来患者延べ人数について、平成19年10月及び平成20年10月について回答が得られた479件を対象に集計を行った。

2) 1か月の入院患者数

平成20年10月1か月間の入院患者数についてみると、1施設あたりの「新規入院患者数」は平均634.7人（標準偏差461.0、中央値549.0）であり、「救急搬送により緊急入院した患者数」は平均96.1人（標準偏差90.5、中央値67.0）であった。平成19年10月と比較すると、平均値ベースではいずれも増加となった。

また、平成20年10月1か月間の退院患者数についてみると、1施設あたりの「退院患者数」は平均635.3人（標準偏差459.0、中央値551.0）、「診療情報提供料を算定した退院患者数」は平均137.0人（標準偏差152.2、中央値89.0）、「転帰が治癒であり通院の必要のない退院患者数」は平均57.8人（標準偏差107.2、中央値20.0）であった。平成19年10月と比較すると、いずれも増加となった。特に「転帰が治癒であり通院の必要のない退院患者数」の増加は大きく、退院患者数に占める割合をみても、平成19年10月には7.2%であったのが平成20年10月には9.1%と上昇している。

さらに、平成20年10月1か月間における「月末在院患者数」についてみると、平均313.2人（標準偏差213.7、中央値271.0）となっており、平成19年10月と比較するとやや減少している。

図表 28 1か月の入院患者数等

(単位：人)

| | | | 平均値 | 標準偏差 | 最大値 | 最小値 | 中央値 |
|------------------------|-------|--------|-------|-------|---------|------|-------|
| ①新規入院患者数 | n=488 | 19年10月 | 631.4 | 457.6 | 2,595.0 | 38.0 | 546.0 |
| | n=488 | 20年10月 | 634.7 | 461.0 | 2,619.0 | 38.0 | 549.0 |
| ②救急搬送により緊急入院した患者数 | n=444 | 19年10月 | 95.5 | 89.8 | 609.0 | 0.0 | 68.0 |
| | n=444 | 20年10月 | 96.1 | 90.5 | 580.0 | 0.0 | 67.0 |
| ③退院患者数 | n=488 | 19年10月 | 611.3 | 438.8 | 2,501.0 | 19.2 | 537.0 |
| | n=488 | 20年10月 | 635.3 | 459.0 | 2,592.0 | 42.0 | 551.0 |
| ④診療情報提供料を算定した退院患者数 | n=387 | 19年10月 | 122.2 | 135.6 | 1,014.0 | 0.0 | 79.0 |
| | n=387 | 20年10月 | 137.0 | 152.2 | 1,027.0 | 0.0 | 89.0 |
| ⑤転帰が治癒であり通院の必要のない退院患者数 | n=349 | 19年10月 | 44.2 | 91.4 | 804.0 | 0.0 | 19.0 |
| | n=349 | 20年10月 | 57.8 | 107.2 | 743.0 | 0.0 | 20.0 |
| ⑥月末在院患者数 | n=488 | 19年10月 | 320.2 | 218.8 | 1,183.0 | 8.0 | 271.5 |
| | n=488 | 20年10月 | 313.2 | 213.7 | 1,085.0 | 17.0 | 271.0 |

(注) 新規入院患者数、退院患者数、月末在院患者数について、平成19年10月及び平成20年10月分の回答が得られた488件を対象に集計を行った。

③病院勤務医の状況について

1) 常勤医師数

平成 20 年 10 月における常勤医師の 1 施設あたり平均人数について、診療科別男女別実人数をみると、「病院全体の医師」では「男性」73.6 人、「女性」16.4 人であった。同様に、「内科の医師」では「男性」17.5 人、「女性」3.4 人、「精神科の医師」では「男性」1.7 人、「女性」0.3 人、「小児科の医師」では「男性」4.0 人、「女性」1.5 人、「外科の医師」では「男性」9.4 人、「女性」0.8 人、「脳神経外科の医師」では「男性」2.7 人、「女性」0.2 人、「整形外科の医師」では「男性」5.1 人、「女性」0.2 人、「産科又は産婦人科の医師」では「男性」3.0 人、「女性」1.5 人、「救急科の医師」では「男性」1.8 人、「女性」0.2 人、「その他の医師」では「男性」28.3 人、「女性」8.2 人であった。なお、平成 19 年と比較すると、増加幅は少ないものの増加となった診療科が多く、横這いはあっても減少となった診療科はみられなかった。

図表 29 常勤医師数 1 施設あたり平均人数（診療科別男女別 実人数）

（単位：人）

| | 平成 19 年 10 月 | | 平成 20 年 10 月 | |
|-------------|--------------|------|--------------|------|
| | 男性 | 女性 | 男性 | 女性 |
| 病院全体の医師 | 71.8 | 15.2 | 73.6 | 16.4 |
| 内科の医師 | 17.1 | 3.2 | 17.5 | 3.4 |
| 精神科の医師 | 1.6 | 0.3 | 1.7 | 0.3 |
| 小児科の医師 | 3.9 | 1.4 | 4.0 | 1.5 |
| 外科の医師 | 9.4 | 0.8 | 9.4 | 0.8 |
| 脳神経外科の医師 | 2.7 | 0.1 | 2.7 | 0.2 |
| 整形外科の医師 | 4.9 | 0.2 | 5.1 | 0.2 |
| 産科又は産婦人科の医師 | 2.9 | 1.4 | 3.0 | 1.5 |
| 救急科の医師 | 1.7 | 0.2 | 1.8 | 0.2 |
| その他の医師 | 27.6 | 7.6 | 28.3 | 8.2 |

（注）欠損値のない 444 件を対象に集計を行った。

平成 20 年 10 月における非常勤医師（当該施設に週 24 時間以上勤務する非常勤医師）の 1 施設あたり平均人数について、診療科別男女別実人数をみると、「病院全体の医師」では「男性」16.2 人、「女性」6.6 人であった。同様に、「内科の医師」では「男性」3.9 人、「女性」1.3 人、「精神科の医師」では「男性」0.6 人、「女性」0.3 人、「小児科の医師」では「男性」0.8 人、「女性」0.5 人、「外科の医師」では「男性」2.5 人、「女性」0.4 人、「脳神経外科の医師」では「男性」0.5 人、「女性」0.0 人、「整形外科の医師」では「男性」0.9 人、「女性」0.1 人、「産科又は産婦人科の医師」では「男性」0.5 人、「女性」0.5 人、「救急科の医師」では「男性」0.3 人、「女性」0.1 人、「その他の医師」では「男性」6.2 人、「女性」3.4 人であった。なお、平成 19 年と 20 年の間に急激な増減はみられなかった。

図表 30 非常勤医師数 1 施設あたり平均人数（診療科別男女別 実人数）

（単位：人）

| | 平成 19 年 10 月 | | 平成 20 年 10 月 | |
|-------------|--------------|-----|--------------|-----|
| | 男性 | 女性 | 男性 | 女性 |
| 病院全体の医師 | 16.0 | 6.2 | 16.2 | 6.6 |
| 内科の医師 | 4.0 | 1.3 | 3.9 | 1.3 |
| 精神科の医師 | 0.6 | 0.3 | 0.6 | 0.3 |
| 小児科の医師 | 0.7 | 0.4 | 0.8 | 0.5 |
| 外科の医師 | 2.4 | 0.4 | 2.5 | 0.4 |
| 脳神経外科の医師 | 0.5 | 0.0 | 0.5 | 0.0 |
| 整形外科の医師 | 0.9 | 0.1 | 0.9 | 0.1 |
| 産科又は産婦人科の医師 | 0.4 | 0.4 | 0.5 | 0.5 |
| 救急科の医師 | 0.3 | 0.1 | 0.3 | 0.1 |
| その他の医師 | 6.1 | 3.2 | 6.2 | 3.4 |

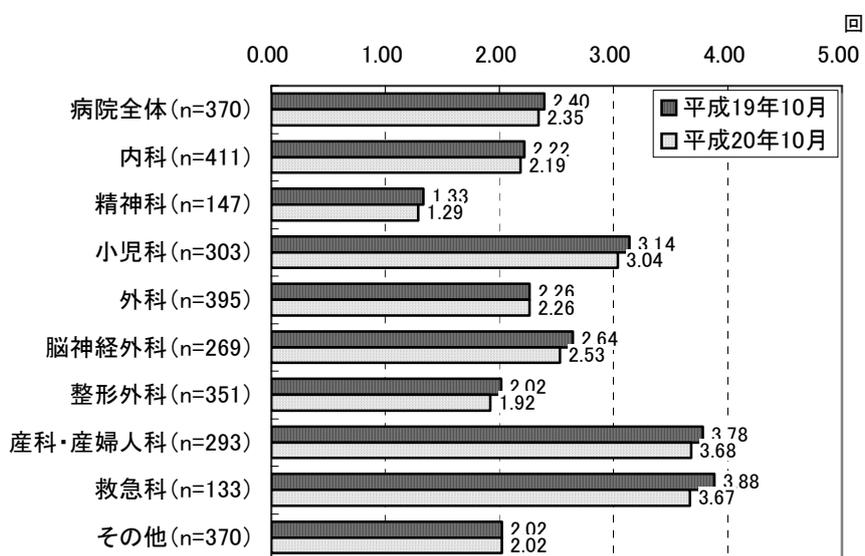
（注）・欠損値のない 288 件を対象に収益を行った。

・本調査では、週 24 時間以上当該施設に勤務する非常勤医師に限定している。

2) 当直回数

平成 20 年 10 月における診療科別常勤医師 1 人あたり月平均当直回数についてみると、「病院全体」では 2.35 回、「内科」では 2.19 回、「精神科」では 1.29 回、「小児科」では 3.04 回、「外科」では 2.26 回、「脳神経外科」では 2.53 回、「整形外科」では 1.92 回、「産科・産婦人科」では 3.68 回、「救急科」では 3.67 回、「その他」では 2.02 回であった。最も多いのが「救急科」で、次いで「産科・産婦人科」、「小児科」となったが、これらでは月平均当直回数が 3 回以上となった。平成 19 年 10 月と比較すると、月平均当直回数が増加となった診療科はなかったが、月平均当直回数はわずかな減少にとどまった。

図表 31 診療科別 常勤医師 1 人あたり月平均当直回数



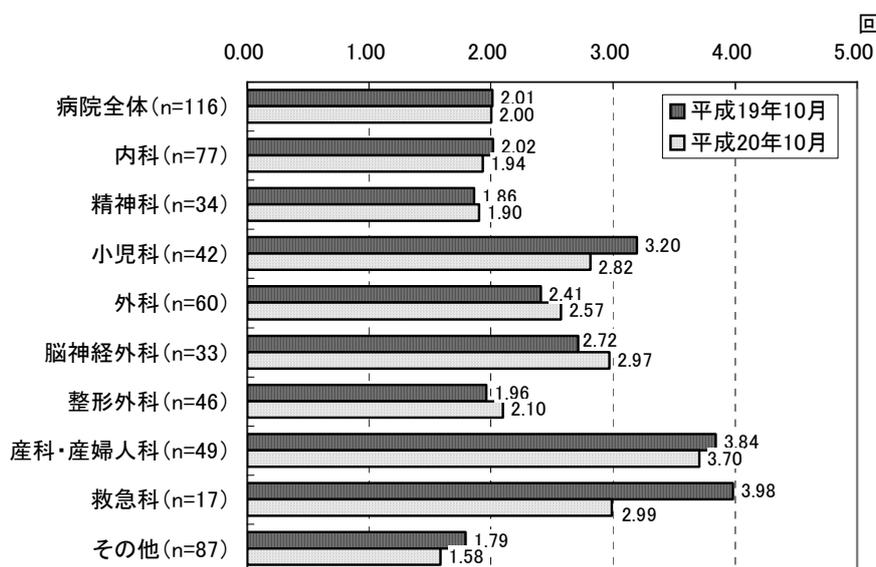
(注) ・平成 19 年 10 月及び平成 20 年 10 月とも記載のあった診療科医師の平均当直回数を対象とした。

・ n は施設数である。

平成 20 年 10 月における診療科別非常勤医師 1 人あたり月平均当直回数についてみると、「病院全体」では 2.00 回、「内科」では 1.94 回、「精神科」では 1.90 回、「小児科」では 2.82 回、「外科」では 2.57 回、「脳神経外科」では 2.97 回、「整形外科」では 2.10 回、「産科・産婦人科」では 3.70 回、「救急科」では 2.99 回、「その他」では 1.58 回であった。

多くの診療科では平成 19 年 10 月と 20 年 10 月の間に急激な増減はみられないが、「救急科」においては平成 19 年と比較して月平均約 1 回の減少となった。この他、「小児科」でも月平均当直回数は減少している。平成 19 年 10 月と比較して増加したのは「脳神経外科」（増加分は 0.25 回）、「外科」（同 0.16 回）、「整形外科」（0.14 回）、「精神科」（0.04 回）であった。

図表 32 診療科別 非常勤医師 1 人あたり月平均当直回数



(注) ・平成 19 年 10 月及び平成 20 年 10 月とも記載のあった診療科医師の平均当直回数を対象とした。

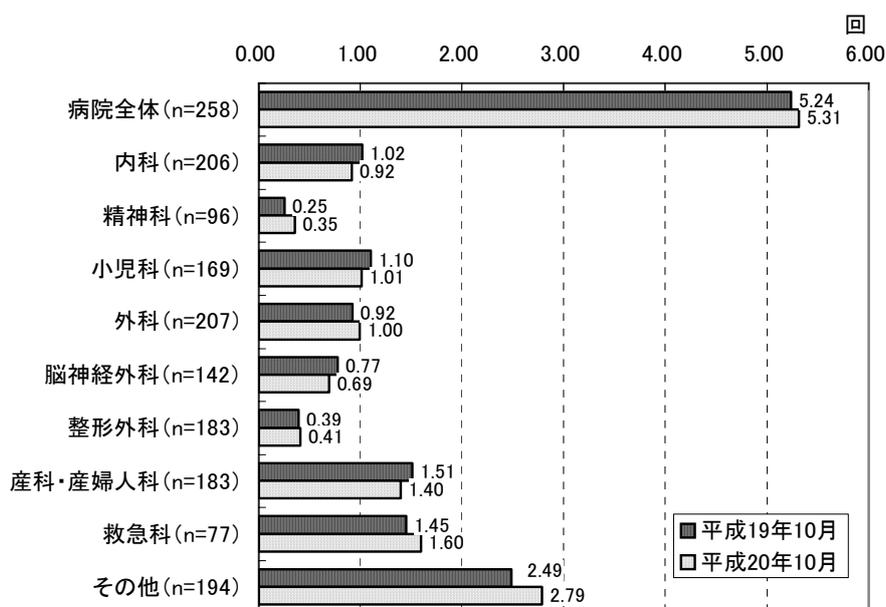
・ n は施設数である。

3) 連続当直合計回数

平成 20 年 10 月における診療科別 1 か月あたり連続当直合計回数（常勤医師）についてみると、「病院全体」では 5.31 回、「内科」では 0.92 回、「精神科」では 0.35 回、「小児科」では 1.01 回、「外科」では 1.00 回、「脳神経外科」では 0.69 回、「整形外科」では 0.41 回、「産科・産婦人科」では 1.40 回、「救急科」では 1.60 回、「その他」では 2.79 回であった。最も多かったのは「救急科」で、次いで「産科・産婦人科」、「小児科」、「外科」となり、これらの診療科では連続当直合計回数の平均は 1 回を超えた。

平成 19 年 10 月と比較して増加となった診療科は「救急科」（増加分 0.25 回）、「精神科」（同 0.1 回）、「外科」（同 0.08 回）、「整形外科」（同 0.02 回）であったが、いずれも微増であった。

図表 33 診療科別 1 か月あたり連続当直合計回数（常勤医師）

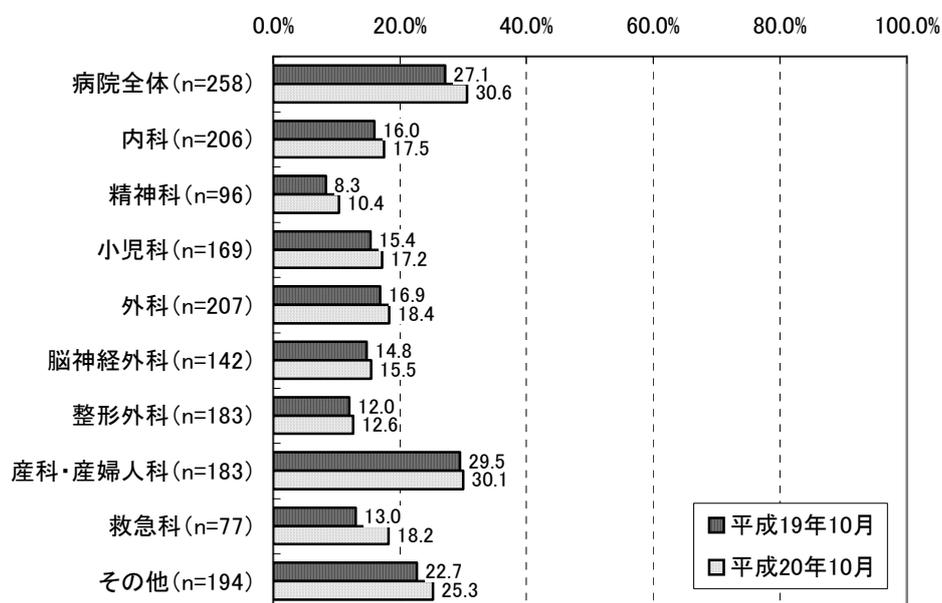


(注) ・平成 19 年 10 月及び平成 20 年 10 月とも記載のあった診療科医師全体の連続当直の合計回数を対象とした。
 ・ n は施設数である。

平成 20 年 10 月における診療科別連続当直実施施設の割合（常勤医師）についてみると、「病院全体」では 30.6%、「内科」では 17.5%、「精神科」では 10.4%、「小児科」では 17.2%、「外科」では 18.4%、「脳神経外科」では 15.5%、「整形外科」では 12.6%、「産科・産婦人科」では 30.1%、「救急科」では 18.2%、「その他」では 25.3%であった。連続当直実施施設の割合が最も高いのは「産科・産婦人科」であり、次は「その他」を除くと、「外科」、「救急科」、「内科」、「小児科」であった。

平成 19 年 10 月と比較すると、すべての診療科で連続当直実施施設の割合が高くなった。特に、「救急科」では平成 19 年と比較して 5 ポイント以上高くなった。

図表 34 診療科別 連続当直実施施設の割合（常勤医師）



(注) ・平成 19 年 10 月及び平成 20 年 10 月とも記載のあった診療科医師の平均当直回数を対象とした。

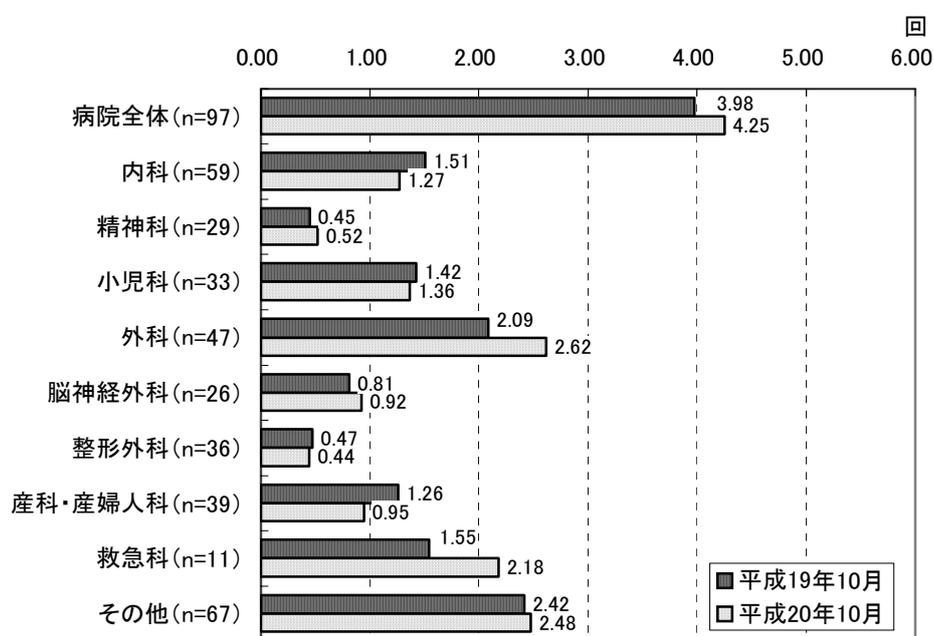
・ n は施設数である。

平成 20 年 10 月における診療科別 1 か月あたり連続当直合計回数（非常勤医師）についてみると、「病院全体」では 4.25 回、「内科」では 1.27 回、「精神科」では 0.52 回、「小児科」では 1.36 回、「外科」では 2.62 回、「脳神経外科」では 0.92 回、「整形外科」では 0.44 回、「産科又は産婦人科」では 0.95 回、「救急科」では 2.18 回、「その他」では 2.48 回であった。

連続当直合計回数が最も多いのは「外科」で、次は「その他」を除くと、「救急科」であり、これらの診療科では連続当直合計回数は 2 回を上回った。

平成 19 年 10 月と比較すると、「救急科」（増加分 0.63 回）、「外科」（同 0.53 回）、「脳神経外科」（同 0.11 回）、「精神科」（同 0.07 回）で増加となった。

図表 35 診療科別 1 か月あたり連続当直合計回数（非常勤医師）



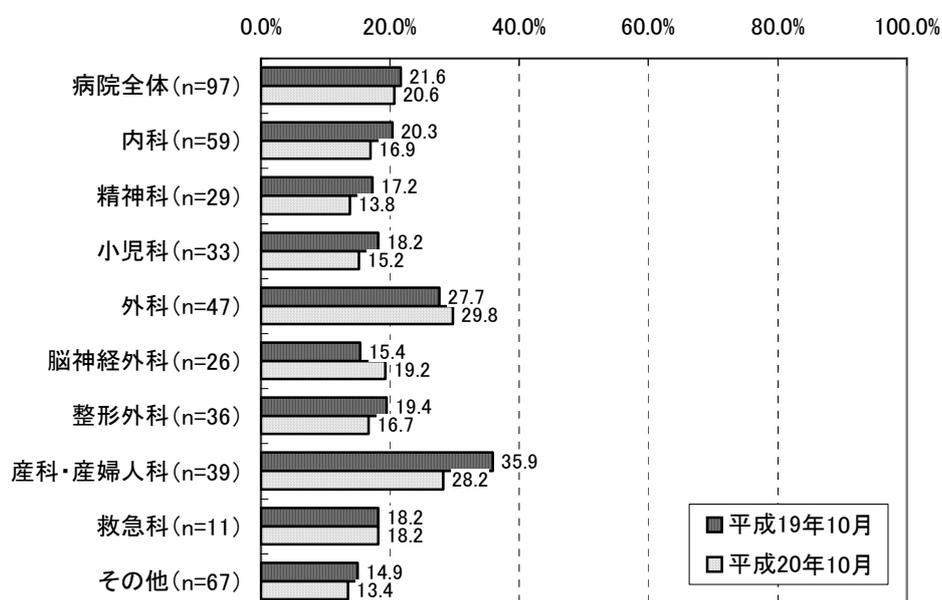
(注) ・平成 19 年 10 月及び平成 20 年 10 月とも記載のあった診療科医師全体の連続当直の合計回数を対象とした。

・ n は施設数である。

平成 20 年 10 月における診療科別連続当直実施施設の割合（非常勤医師）についてみると、「病院全体」では 20.6%、「内科」では 16.9%、「精神科」では 13.8%、「小児科」では 15.2%、「外科」では 29.8%、「脳神経外科」では 19.2%、「整形外科」では 16.7%、「産科・産婦人科」では 28.2%、「救急科」では 18.2%、「その他」では 13.4%であった。連続当直実施施設の割合が最も高いのは「外科」であり、次いで「産科・産婦人科」となった。

平成 19 年 10 月と比較すると、「外科」と「脳神経外科」では実施施設割合が増加したが、他の診療科では減少もしくは横這いとなった。

図表 36 診療科別 連続当直実施施設の割合（非常勤医師）



(注) ・平成 19 年 10 月及び平成 20 年 10 月とも記載のあった診療科医師全体の連続当直の合計回数を対象とした。
 ・ n は施設数である。

④病院勤務医の負担軽減策の実施状況

1) 病院勤務医の負担軽減策の取組み状況

負担軽減策の取組み状況についてみると、「医師・看護師等の業務分担」については、「取り組んでいる」が 56.4%、「計画にあるが、取り組んでいない」が 16.7%、「計画にない」が 16.7%であった。

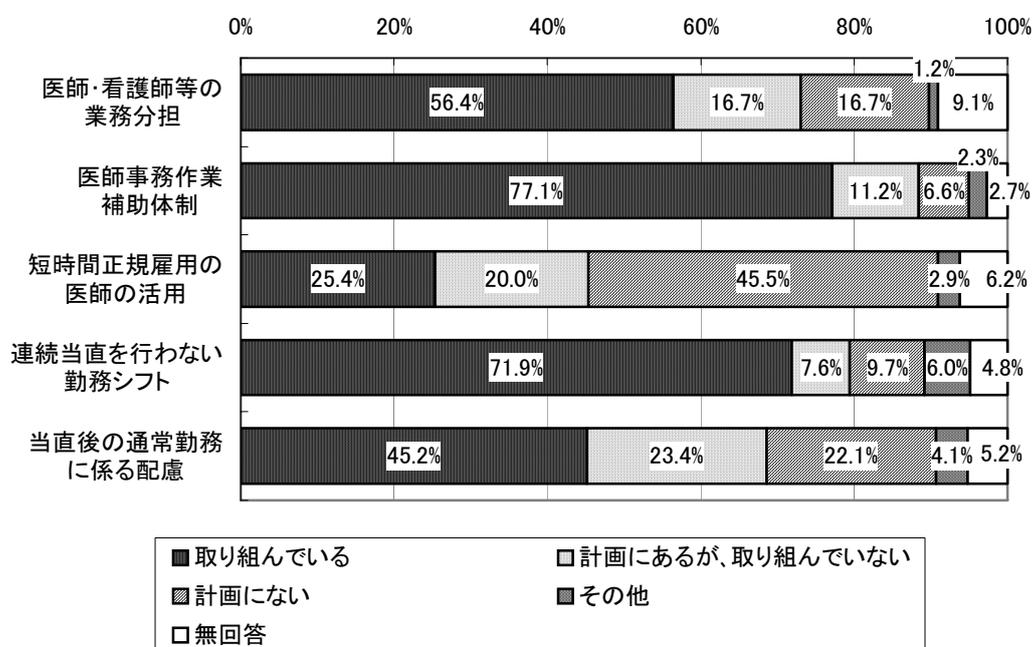
「医師事務作業補助体制」については、「取り組んでいる」が 77.1%、「計画にあるが、取り組んでいない」が 11.2%、「計画にない」が 6.6%であり、「取り組んでいる」という回答割合が高かった。

「短時間正規雇用の医師の活用」については、「取り組んでいる」が 25.4%、「計画にあるが、取り組んでいない」が 20.0%、「計画にない」が 45.5%であり、取り組んでいる施設が他の項目と比べて少なかった。

「連続当直を行わない勤務シフト」については、「取り組んでいる」が 71.9%、「計画にあるが、取り組んでいない」が 7.6%、「計画にない」が 9.7%であった。

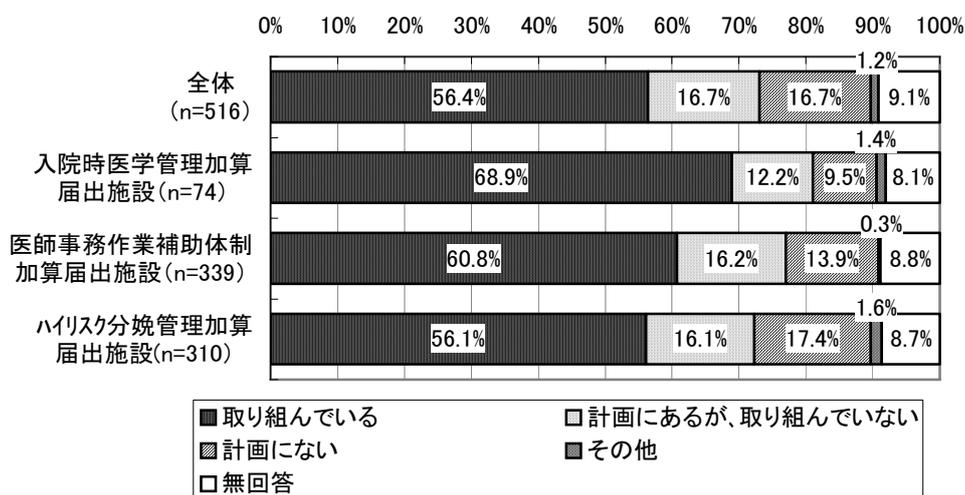
「当直後の通常勤務に係る配慮」については、「取り組んでいる」が 45.2%、「計画にあるが、取り組んでいない」が 23.4%、「計画にない」が 22.1%であった。

図表 37 負担軽減策の取組み状況 (n=516)



医師・看護師等の業務分担の取り組み状況について施設基準届出別にみると、「入院時医学管理加算」の届出施設では、「取り組んでいる」が 68.9%、「計画にあるが、取り組んでいない」が 12.2%、「計画にない」が 9.5%であった。また、「医師事務作業補助体制加算」の届出施設では「取り組んでいる」が 60.8%、「計画にあるが、取り組んでいない」が 16.2%、「計画にない」が 13.9%であった。「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設では「取り組んでいる」が 56.1%、「計画にあるが、取り組んでいない」が 16.1%、「計画にない」が 17.4%であった。医師・看護師等の業務分担について「取り組んでいる」という施設の割合が最も高かった。

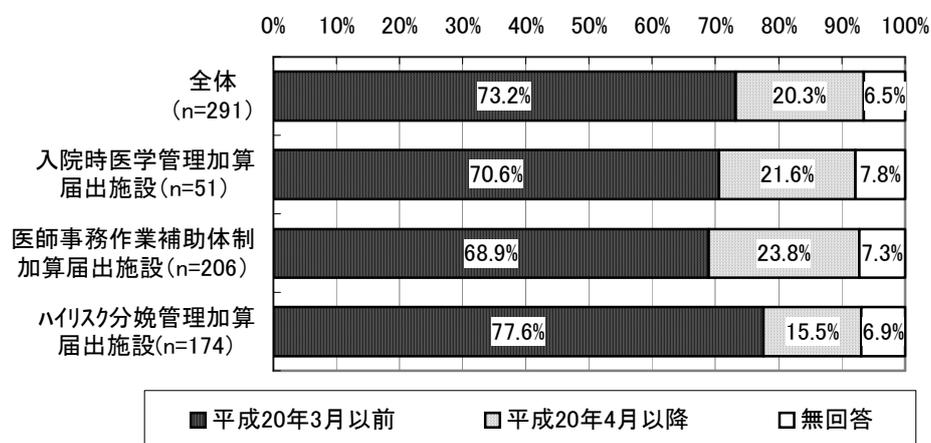
図表 38 負担軽減策の取り組み状況（施設基準別）
～①医師・看護師等の業務分担～



医師・看護師等の業務分担に関する取組みを開始した時期についてみると、全体では「平成20年3月以前」が73.2%、「平成20年4月以降」が20.3%であった。

施設基準別にみると、「入院時医学管理加算」の届出施設では「平成20年3月以前」が70.6%、「平成20年4月以降」が21.6%であり、「医師事務作業補助体制加算」の届出施設では「平成20年3月以前」が68.9%、「平成20年4月以降」が23.8%、「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設では「平成20年3月以前」が77.6%、「平成20年4月以降」が15.5%であった。

図表 39 負担軽減策の取組み開始時期（施設基準別）
～①医師・看護師等の業務分担～

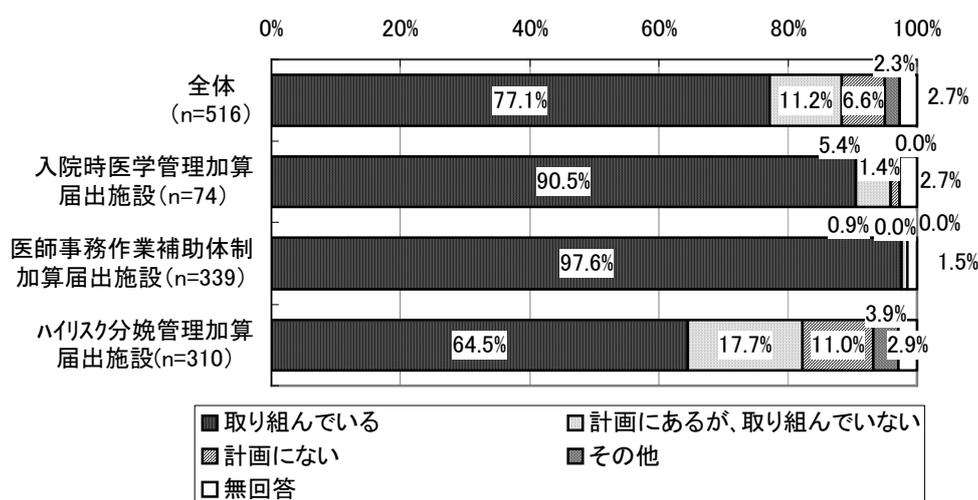


(注) 各項目について「取り組んでいる」と回答のあった施設を対象に集計を行った。

医師事務作業補助体制の取組み状況について施設基準別にみると、「入院時医学管理加算」の届出施設では「取り組んでいる」が90.5%、「計画にあるが、取り組んでいない」が5.4%、「計画にない」が1.4%であった。また、「医師事務作業補助体制加算」の届出施設では「取り組んでいる」が97.6%、「計画にあるが、取り組んでいない」が0.9%であった。「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設では「取り組んでいる」が64.5%、「計画にあるが、取り組んでいない」が17.7%、「計画にない」が11.1%であった。

「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設では、「取り組んでいる」という回答割合が他の施設基準届出施設と比較して低いものの、「計画にあるが、取り組んでいない」という施設が2割近くあった。

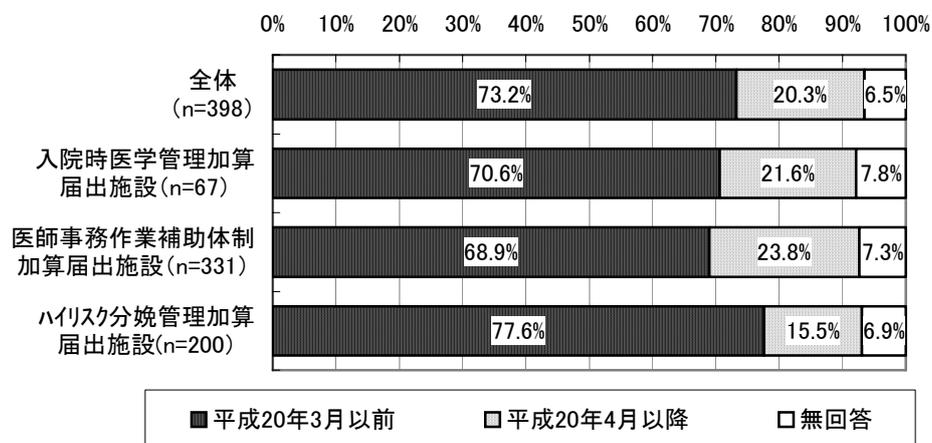
図表 40 負担軽減策の取組み状況（施設基準別）
～②医師事務作業補助体制～



医師事務作業補助体制に関する取組みを開始した時期についてみると、「全体」では「平成20年3月以前」が73.2%、「平成20年4月以降」が20.3%であった。

施設基準別にみると、「入院時医学管理加算」の届出施設では「平成20年3月以前」が70.6%、「平成20年4月以降」が21.6%、「医師事務作業補助体制加算」の届出施設では「平成20年3月以前」が68.9%、「平成20年4月以降」が23.8%、「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設では「平成20年3月以前」が77.6%、「平成20年4月以降」が15.5%であった。

図表 41 負担軽減策の取組み開始時期（施設基準別）
～②医師事務作業補助体制～



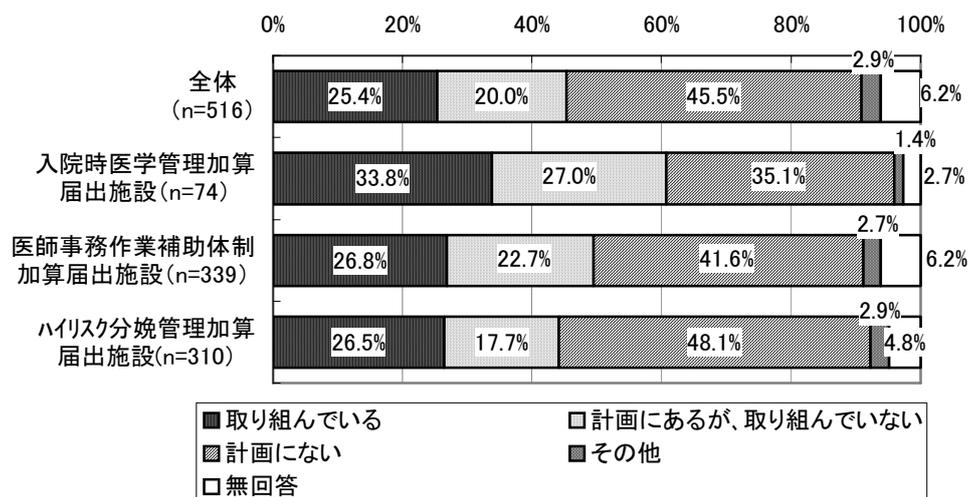
(注) 各項目について「取り組んでいる」と回答のあった施設を対象に集計を行った。

短時間正規雇用の医師の活用といった取り組み状況について施設基準別にみると、「入院時医学管理加算」の届出施設では「取り組んでいる」が33.8%、「計画にあるが、取り組んでいない」が27.0%、「計画にない」が35.1%であった。また、「医師事務作業補助体制加算」の届出施設では「取り組んでいる」が26.8%、「計画にあるが、取り組んでいない」が22.7%、「計画にない」が41.6%であった。「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設では「取り組んでいる」が26.5%、「計画にあるが、取り組んでいない」が17.7%、「計画にない」が48.1%であった。

いずれの施設基準届出施設においても「計画にない」が最も多かったが、「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設では48.1%と高かった。

図表 42 負担軽減策の取り組み状況（施設基準別）

～③短時間正規雇用の医師の活用～

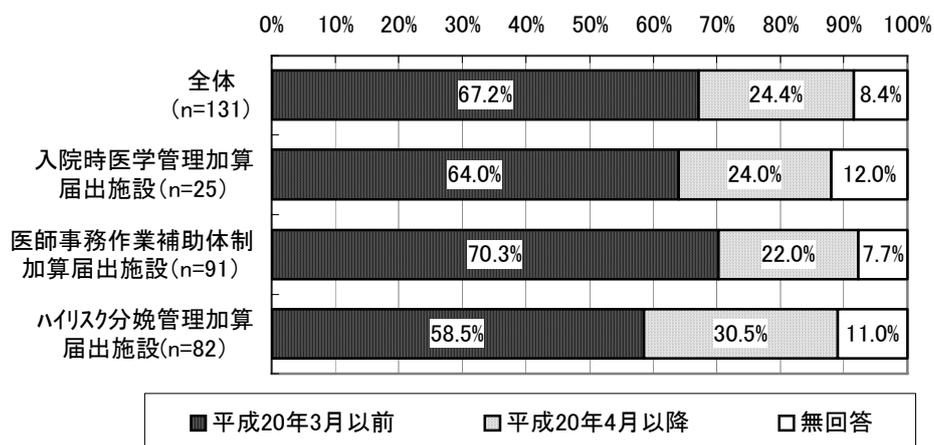


短時間正規雇用の医師の活用に関する取組みを開始した時期についてみると、「全体」では「平成20年3月以前」が67.2%、「平成20年4月以降」が24.4%であった。

施設基準別にみると、「入院時医学管理加算」の届出施設では「平成20年3月以前」が64.0%、「平成20年4月以降」が24.4%、「医師事務作業補助体制加算」の届出施設では「平成20年3月以前」が70.3%、「平成20年4月以降」が22.0%、「ハイリスク分娩管理加算」届出施設では「平成20年3月以前」が58.5%、「平成20年4月以降」が30.5%であった。

「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設では、「平成20年4月以降」の割合が30.5%と、他の施設基準と比較して相対的に高かった。

図表 43 負担軽減策の取組み開始時期（施設基準別）
～③短時間正規雇用の医師の活用～

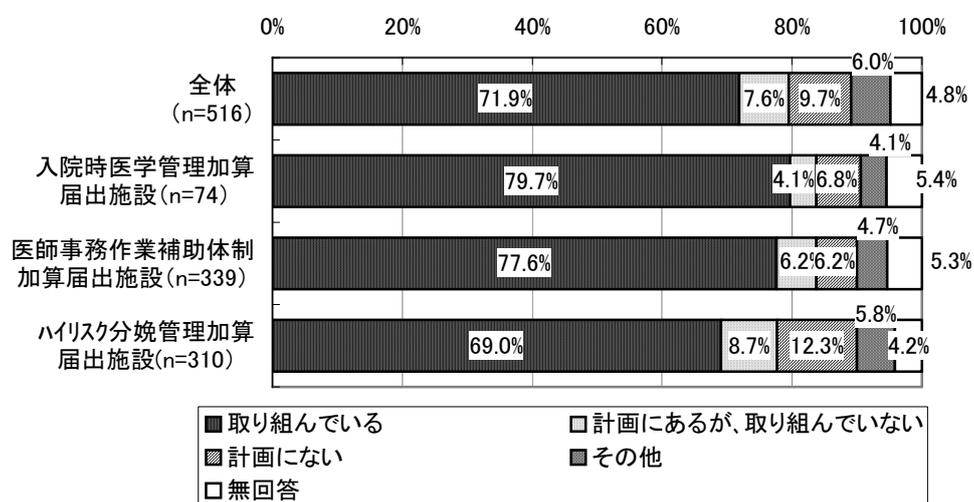


(注) 各項目について「取り組んでいる」と回答のあった施設を対象に集計を行った。

連続当直を行わない勤務シフトといった取組み状況について施設基準別にみると、「入院時医学管理加算」の届出施設では「取り組んでいる」が79.7%、「計画にあるが、取り組んでいない」が4.1%、「計画にない」が6.8%であった。また、「医師事務作業補助体制加算」の届出施設では「取り組んでいる」が77.6%、「計画にあるが、取り組んでいない」が6.2%、「計画にない」が6.2%であった。「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設では「取り組んでいる」が69.0%、「計画にあるが、取り組んでいない」が8.7%、「計画にない」が12.3%であった。

図表 44 負担軽減策の取組み状況（施設基準別）

～④連続当直を行わない勤務シフト～

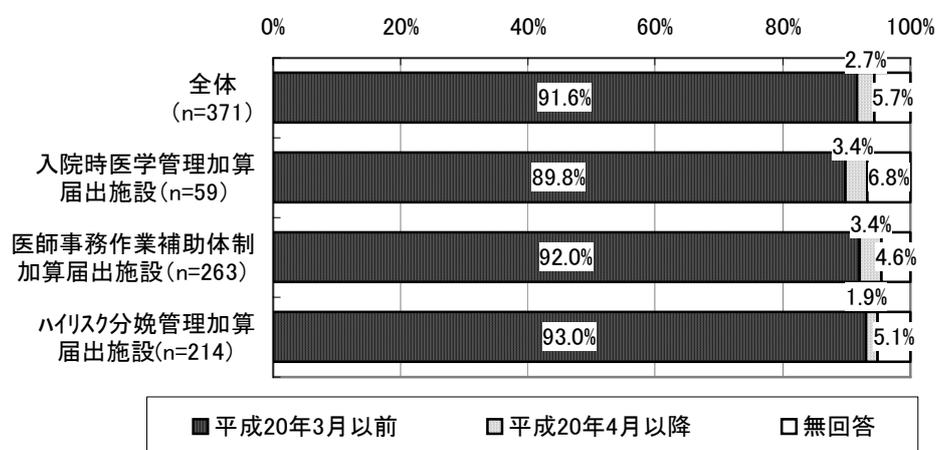


連続当直を行わない勤務シフトといった取組みを開始した時期についてみると、「全体」では「平成20年3月以前」が91.6%、「平成20年4月以降」が2.7%であった。

施設基準別にみると、「入院時医学管理加算」の届出施設では「平成20年3月以前」が89.8%、「平成20年4月以降」が3.4%、「医師事務作業補助体制加算」の届出施設では「平成20年3月以前」が92.0%、「平成20年4月以降」が3.4%、「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設では「平成20年3月以前」が93.0%、「平成20年4月以降」が1.9%であった。

図表 45 負担軽減策の取組み開始時期（施設基準別）

～④連続当直を行わない勤務シフト～

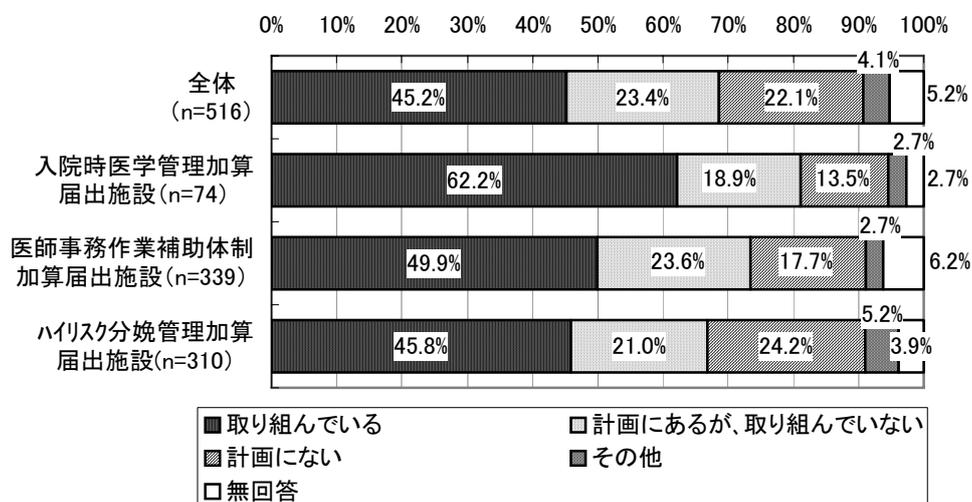


(注) 各項目について「取り組んでいる」と回答のあった施設を対象に集計を行った。

当直後の通常勤務に係る配慮といった取組み状況について施設基準別にみると、「入院時医学管理加算」の届出施設では「取り組んでいる」が62.2%、「計画にあるが、取り組んでいない」が18.9%、「計画がない」が13.5%、「医師事務作業補助体制加算」の届出施設では「取り組んでいる」が49.9%、「計画にあるが、取り組んでいない」が23.6%、「計画がない」が17.7%、「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設では「取り組んでいる」が45.8%、「計画にあるが、取り組んでいない」が21.0%、「計画がない」が24.2%であった。

図表 46 負担軽減策の取組み状況（施設基準別）

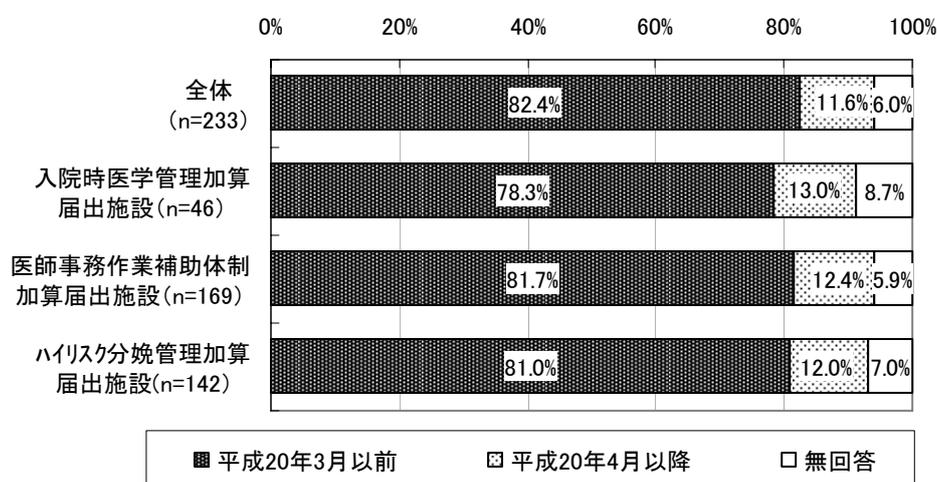
～⑤当直後の通常勤務に係る配慮～



当直後の通常勤務に係る配慮といった取組みを開始した時期についてみると、「全体」では「平成20年3月以前」が82.4%、「平成20年4月以降」が11.6%であった。

施設基準別にみると、「入院時医学管理加算」の届出施設では「平成20年3月以前」が78.3%、「平成20年4月以降」が13.0%、「医師事務作業補助体制加算」の届出施設では「平成20年3月以前」が81.7%、「平成20年4月以降」が12.4%、「ハイリスク分娩管理加算」届出施設では「平成20年3月以前」が81.0%、「平成20年4月以降」が12.0%であった。

図表 47 負担軽減策の取組み開始時期（施設基準別）
～⑤当直後の通常勤務に係る配慮～



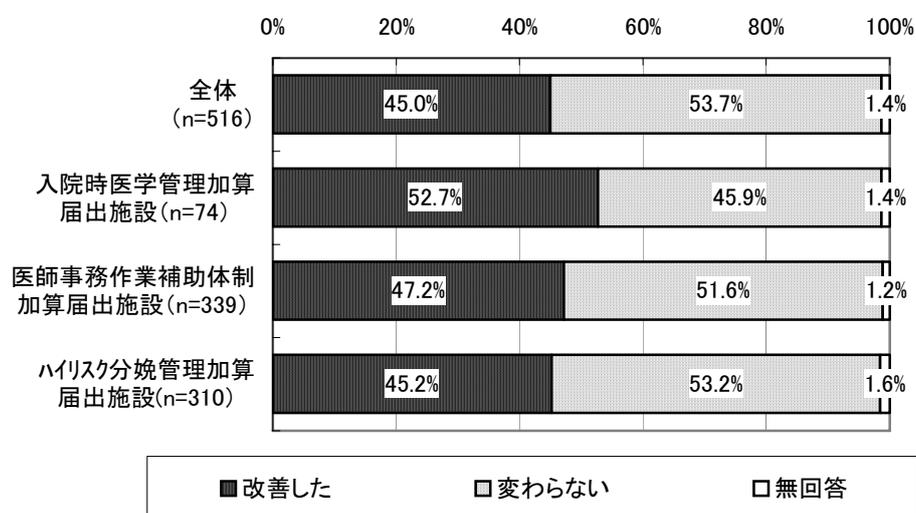
(注) 各項目について「取り組んでいる」と回答のあった施設を対象に集計を行った。

2) 医師への経済面での処遇改善について

医師への経済面での処遇改善についてみると、全体では「改善した」が45.0%、「変わらない」が53.7%であった。

施設基準別にみると、「入院時医学管理加算」の届出施設では「改善した」が52.7%、「変わらない」が45.9%、「医師事務作業補助体制加算」の届出施設では「改善した」が47.2%、「変わらない」が51.6%、「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設では「改善した」が45.2%、「変わらない」が53.2%であった。

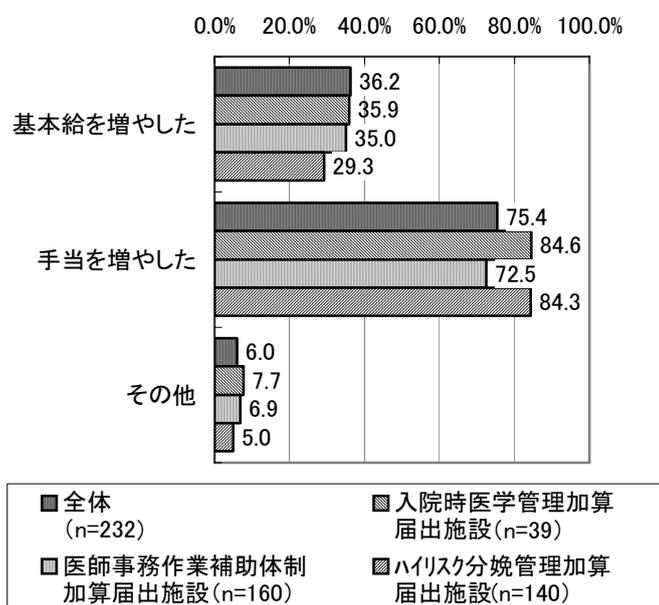
図表 48 医師への経済面での処遇改善状況



医師への経済面での処遇を改善したという 232 施設について、その処遇改善の内容についてみると、全体では「基本給を増やした」が 36.2%、「手当を増やした」が 75.4%であった。

施設基準別にみると、「入院時医学管理加算」の届出施設では、「基本給を増やした」が 36.2%、「手当を増やした」が 84.6%といずれも他の施設基準届出施設よりも高かった。「針椅子区分娩管理加算」の届出施設では、「基本給を増やした」は 29.3%で「全体」よりも低かったが、「手当を増やした」が 84.3%と「全体」よりも高かった。

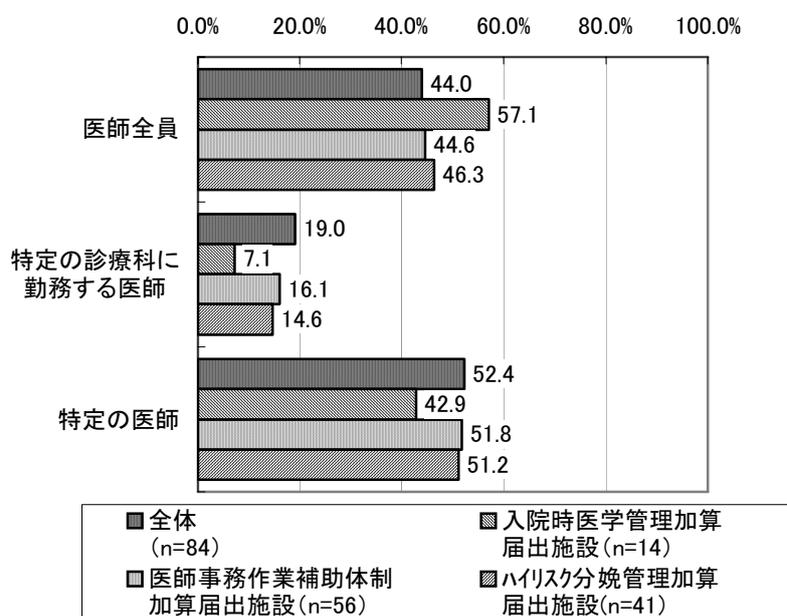
図表 49 処遇改善内容（複数回答）



「基本給を増やした」という施設についてその対象の医師をみると、全体では「医師全員」が 44.0%、「特定の診療科に勤務する医師」が 19.0%、「特定の医師」が 52.4%となった。

施設基準別にみると、「入院時医学管理加算」の届出施設では、他の施設基準届出施設と比較して「医師全員」が 57.1%と高かった。

図表 50 基本給を増やした対象の医師（複数回答）



特定の診療科の医師に基本給を増やしたという 16 施設について、「特定の診療科」の内容をみると、「医師事務作業補助体制加算」の届出施設（9 施設）では「整形外科」（5 施設、55.6%）が最も多く、次いで「内科」（4 施設、44.4%）、「脳神経外科」（3 施設、33.3%）、「外科」（2 施設、22.2%）、「小児科」（1 施設、11.1%）であった。「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設（6 施設）では「産科・産婦人科」（5 施設、83.3%）が最も多く、次いで「小児科」（2 施設、33.3%）であり、「内科」、「精神科」、「外科」、「脳神経外科」及び「整形外科」がそれぞれ 1 施設、16.7%であった。

図表 51 基本給を増やした「特定の診療科」（複数回答）

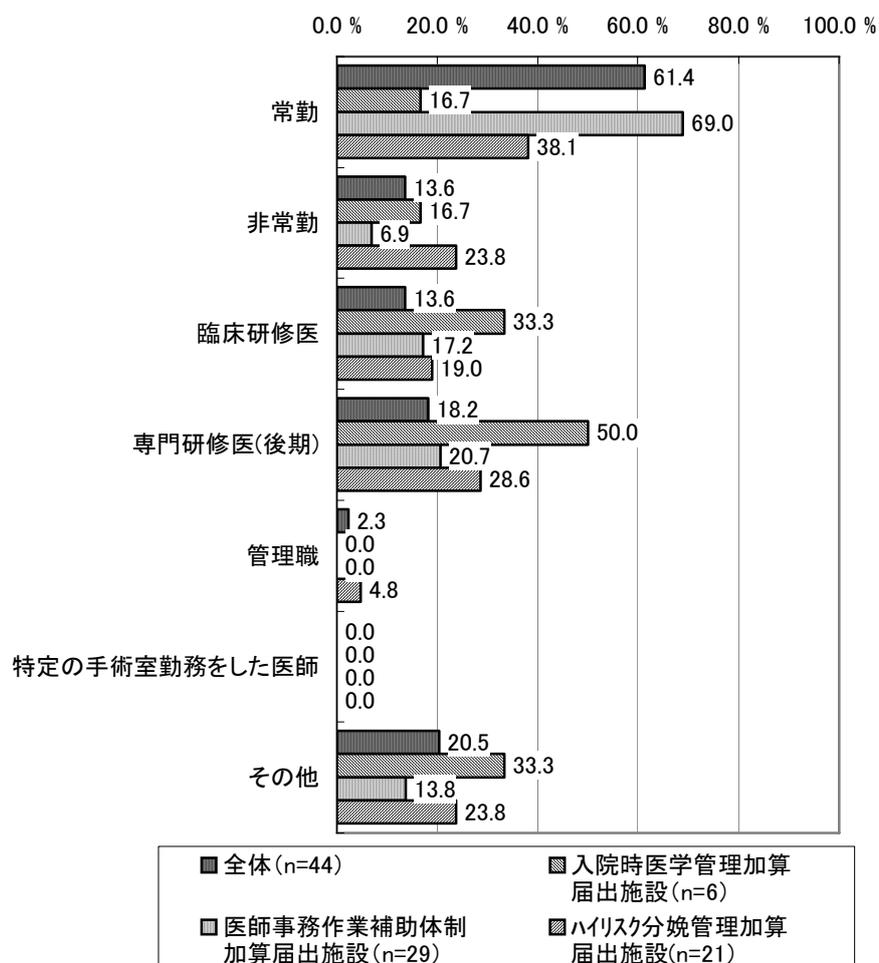
| | 総数 | 内科 | 精神科 | 小児科 | 外科 | 脳神経外科 | 整形外科 | 産科又は産婦人科 | 救急科 | その他 |
|------------------|-------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| 全体 | 16 100.0 | 5 31.3 | 1 6.3 | 3 18.8 | 3 18.8 | 4 25.0 | 6 37.5 | 5 31.3 | 1 6.3 | 4 25.0 |
| 入院時医学管理加算届出施設 | 1 100.0 | 0 0.0 | 1 100.0 |
| 医師事務作業補助体制加算届出施設 | 9 100.0 | 4 44.4 | 0 0.0 | 1 11.1 | 2 22.2 | 3 33.3 | 5 55.6 | 0 0.0 | 1 11.1 | 0 0.0 |
| ハイリスク分娩管理加算届出施設 | 6 100.0 | 1 16.7 | 1 16.7 | 2 33.3 | 1 16.7 | 1 16.7 | 1 16.7 | 5 83.3 | 0 0.0 | 3 50.0 |

（注）マスの中の上段の単位は「件」、下段の単位は「%」である。

特定の医師に基本給を増やしたという44施設についてその対象となった「特定の医師」の内容をみると、全体では「常勤」(61.4%)が最も多く、次いで「専門研修医(後期)」(18.2%)、「非常勤」、「臨床研修医」(ともに13.6%)、「管理職」(2.3%)の順であった。

施設基準別にみると、「入院時医学管理加算」の届出施設では「専門研修医(後期)」が50.0%、「臨床研修医」が33.3%と、他の施設基準届出施設と比較して高かった。「医師事務作業補助体制加算」の届出施設では、「常勤」が69.0%で最も多く、他の施設基準届出施設と比較しても突出していた。「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設では、「常勤」(38.1%)が最も多く、次いで「専門研修医(後期)」(28.6%)、「非常勤」(23.8%)、「臨床研修医」(19.0%)、「管理職」(4.8%)であった。

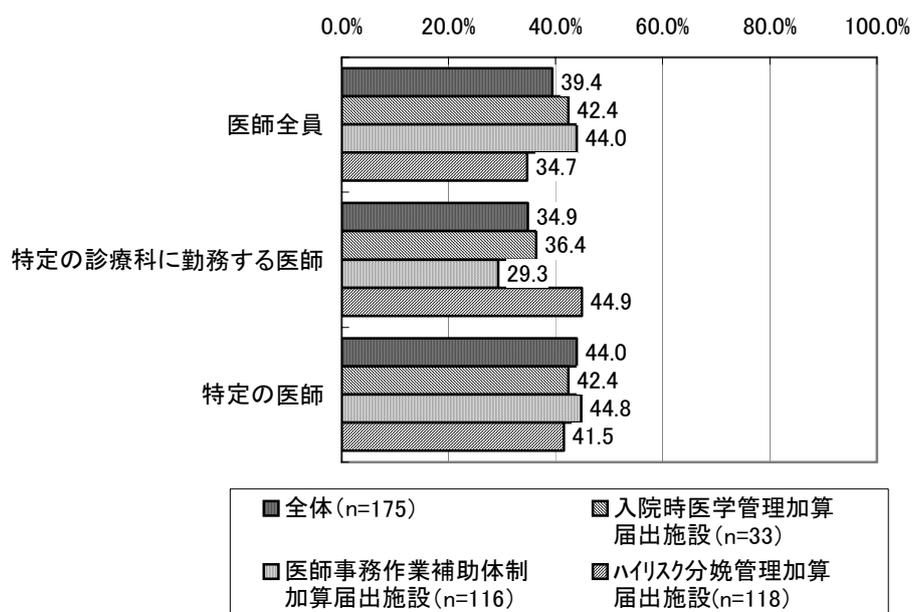
図表 52 基本給を増やした特定の医師（複数回答）



「手当を増やした」という 175 施設に対して、その対象の医師の内容をみると、全体では、「特定の医師」が 44.0%で最も多く、次いで、「医師全員」が 39.4%、「特定の診療科に勤務する医師」が 34.9%となった。

施設基準別にみると、「入院時医学管理加算」の届出施設では、「医師全員」と「特定の医師」(42.4%)で最も多く、次いで「特定の診療科に勤務する医師」(36.4%)であった。また、「医師事務作業補助体制加算」の届出施設では、「特定の医師」(44.8%)が最も多く、次いで、「医師全員」(44.0%)であった。「特定の診療科に勤務する医師」(29.3%)は他の施設基準届出施設と比較すると低い割合となった。「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設では、「特定の診療科に勤務する医師」(44.9%)が最も多く、次いで、「特定の医師」(41.5%)、「医師全員」(34.7%)となった。

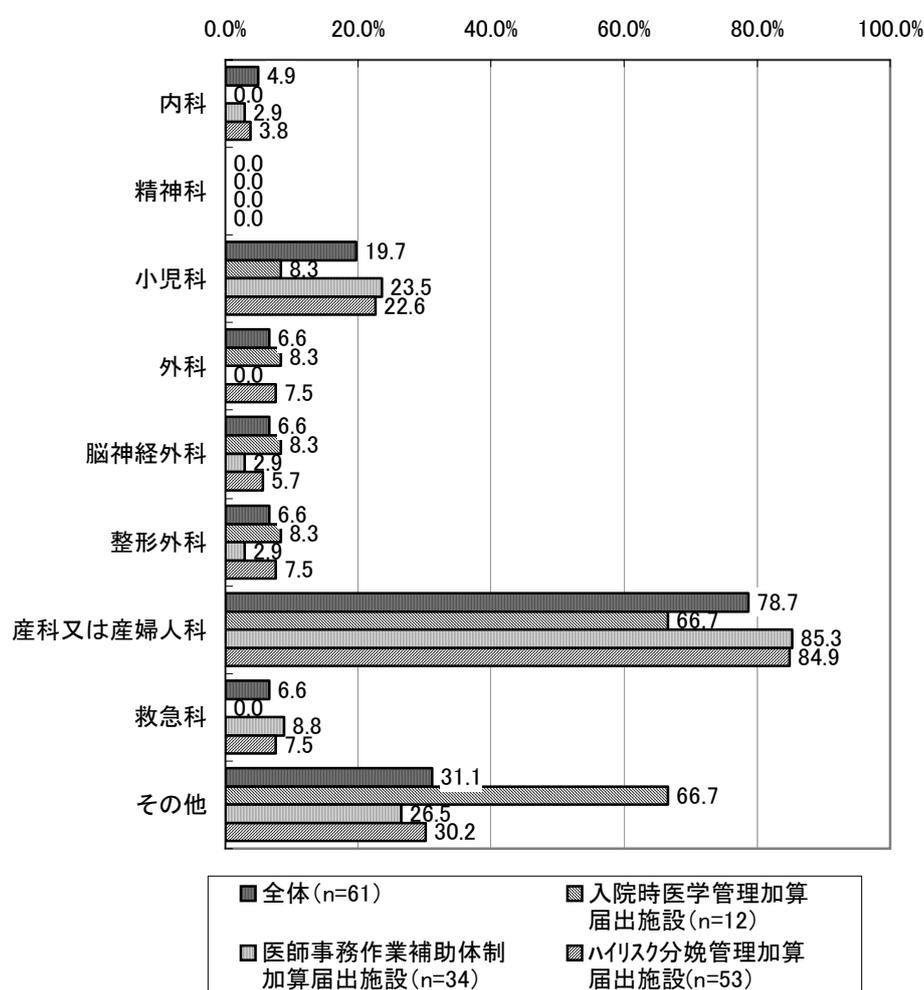
図表 53 手当を増やした対象の医師（複数回答）



特定の診療科に勤務する医師に対して「手当を増やした」という 61 施設について、手当を増やした特定の診療科の内容をみると、全体では「産科又は産婦人科」(78.7%) が最も多く、次いで、「小児科」(19.7%) となった。

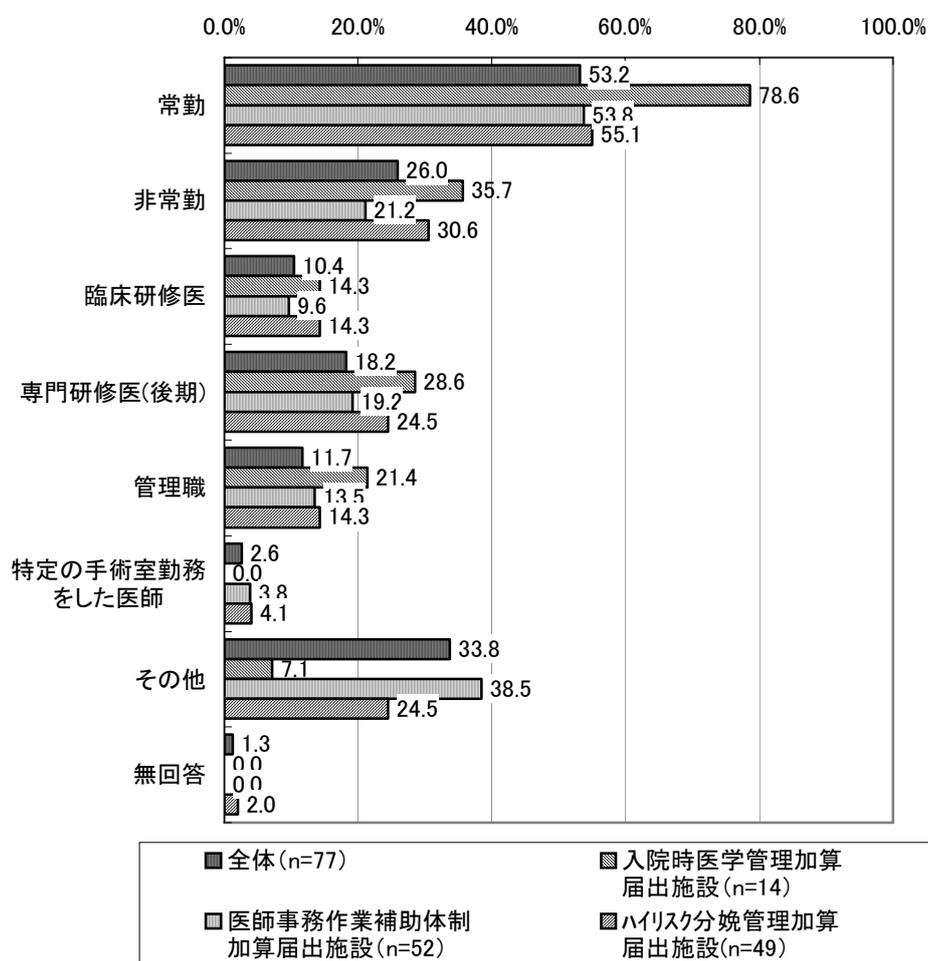
施設基準別にみると、いずれの届出施設においても「産科又は産婦人科」が最も多かった。特に「医師事務作業補助体制加算」の届出施設、「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設では 85% 前後と高かった。

図表 54 手当を増やした特定の診療科（複数回答）



特定の医師に対して「手当を増やした」という77施設について、その対象とした「特定の医師」の内容をみると、全体では「常勤」(53.2%)が最も多く、次いで「非常勤」(26.0%)、「専門研修医(後期)」(18.2%)であった。この傾向はどの届出施設においても同様であり、「入院時医学管理加算」の届出施設では「常勤」が78.6%、「非常勤」が35.7%、「専門研修医(後期)」が28.6%であった。「医師事務作業補助体制加算」の届出施設では「常勤」が53.8%、「非常勤」が21.2%、「専門研修医(後期)」が19.2%であった。「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設では「常勤」が55.1%、「非常勤」が30.6%、「専門研修医(後期)」が24.5%であった。

図表 55 手当を増やした特定の医師（複数回答）

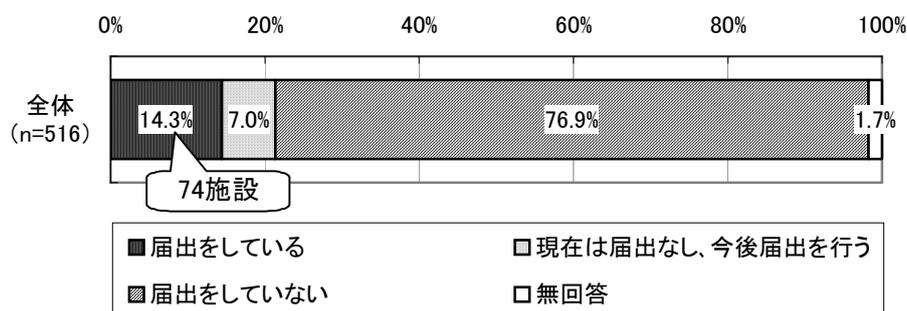


⑤入院時医学管理加算について

1) 入院時医学管理加算の届出状況

入院時医学管理加算の届出状況についてみると、「届出をしている」が14.3% (74施設)、「現在は届出なし、今後届出を行う」が7.0%、「届出をしていない」が76.9%であった。

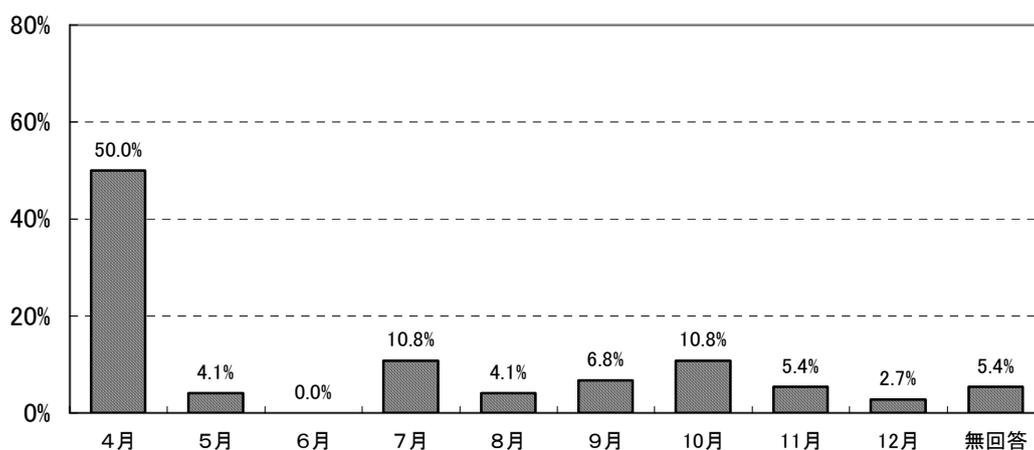
図表 56 入院時医学管理加算の届出状況



2) 入院時医学管理加算の届出が受理された時期

入院時医学管理加算の届出が受理された月についてみると、「4月」(50.0%)が最も多く、次いで「7月」、「10月」(ともに10.8%)、「9月」(6.8%)であった。

図表 57 入院時医学管理加算の届出が受理された月 (n=74)

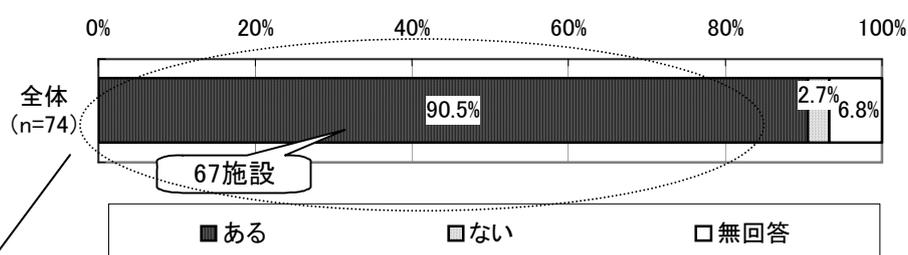


3) 初診に係る選定療養（実費徴収）の状況

初診に係る選定療養（実費徴収）の状況についてみると、「ある」が90.5%（67施設）、「ない」が2.7%であった。

初診に係る選定療養（実費徴収）が「ある」と回答した67施設について、1回あたりの選定療養（実費徴収）の金額をみると、平均は2,234.7円（標準偏差1,354.8、中央値2,000）であった。

図表 58 初診に係る選定療養（実費徴収）の状況

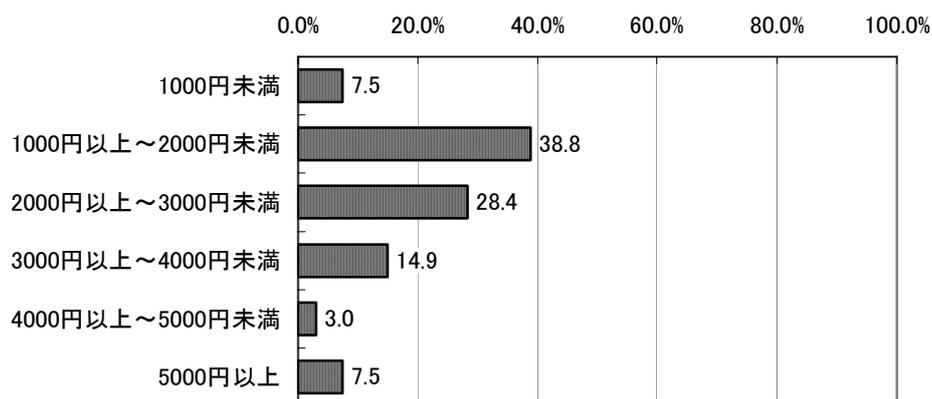


図表 59 初診に係る選定療養（実費徴収）の1回あたりの金額（n=67）

| | 平均値 | 標準偏差 | 最大値 | 最小値 | 中央値 |
|---------------------|---------|---------|-------|-----|-------|
| 初診に係る選定療養（実費徴収）額（円） | 2,234.7 | 1,354.8 | 8,400 | 530 | 2,000 |

初診に係る選定療養（実費徴収）の1回あたりの金額の分布についてみると、「1000円以上～2000円未満」（38.8%）が最も多く、次いで「2000円以上～3000円未満」（28.4%）、「3000円以上～4000円未満」（14.9%）であった。

図表 60 初診に係る選定療養（実費徴収）の1回あたりの金額・分布（n=67）



4) 平成20年10月1か月間の手術件数等

平成20年10月1か月間の手術件数等についてみると、「全身麻酔」は平均206.6件（標準偏差117.2、中央値182）、「人工心肺を用いた手術」は平均4.1件（標準偏差5.4、中央値2）、「悪性腫瘍手術」は平均51.6件（標準偏差39.4、中央値43）、「腹腔鏡下手術」は平均26.8件（標準偏差28.4、中央値17）、「放射線治療（体外照射法）」は平均413.7件（標準偏差425.6、中央値352）、「分娩」は平均47.1件（標準偏差29.2、中央値45）、「緊急帝王切開」は平均7.5件（標準偏差6.0、中央値6）であった。

図表 61 平成20年10月1か月間の手術件数（n=68）

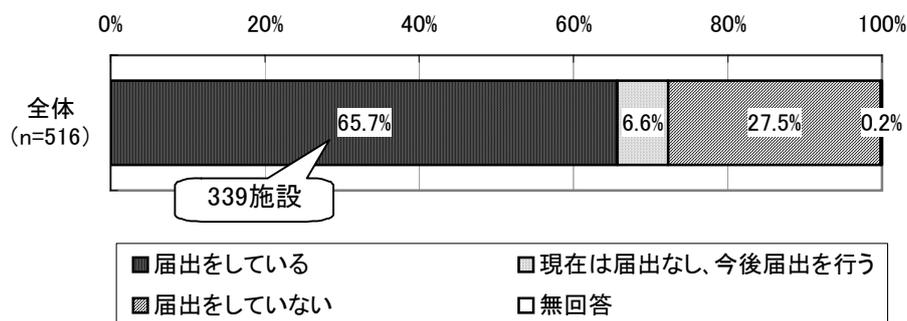
| | | 平均値 | 標準偏差 | 中央値 |
|------------------|------|-------|-------|-----|
| ①全身麻酔（件） | n=68 | 206.6 | 117.2 | 182 |
| ②人工心肺を用いた手術（件） | n=66 | 4.1 | 5.4 | 2 |
| ③悪性腫瘍手術（件） | n=64 | 51.6 | 39.4 | 43 |
| ④腹腔鏡下手術（件） | n=63 | 26.8 | 28.4 | 17 |
| ⑤放射線治療（体外照射法）（件） | n=65 | 413.7 | 425.6 | 352 |
| ⑥分娩（件） | n=68 | 47.1 | 29.2 | 45 |
| ⑦緊急帝王切開（件） | n=68 | 7.5 | 6.0 | 6 |

⑥ 医師事務作業補助体制加算について

1) 医師事務作業補助体制加算の届出状況

医師事務作業補助体制加算の届出状況についてみると、「届出をしている」が 65.7% (339 施設)、「現在は届出なし、今後届けを行う」が 6.6%、「届出をしていない」が 27.5%であった。

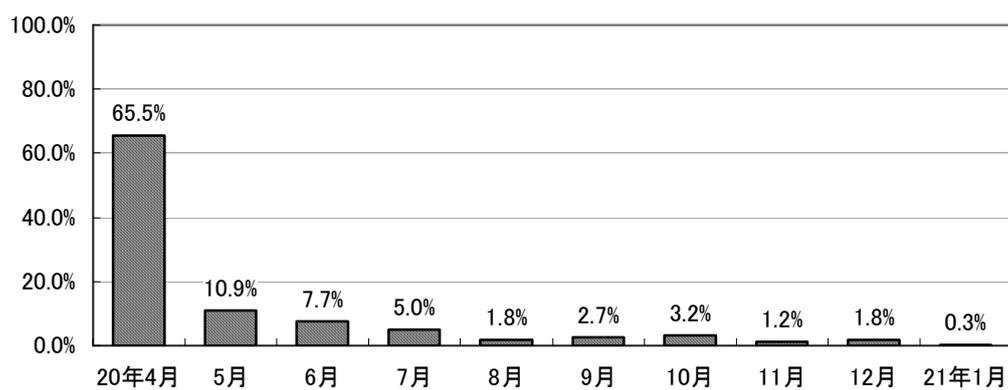
図表 62 医師事務作業補助体制加算の届出状況



2) 医師事務作業補助体制加算の届出が受理された時期

医師事務作業補助体制加算の届出が受理された時期についてみると、「4月」(65.5%)が最も多く、次いで「5月」(10.9%)、「6月」(7.7%)、「7月」(5.0%)であった。

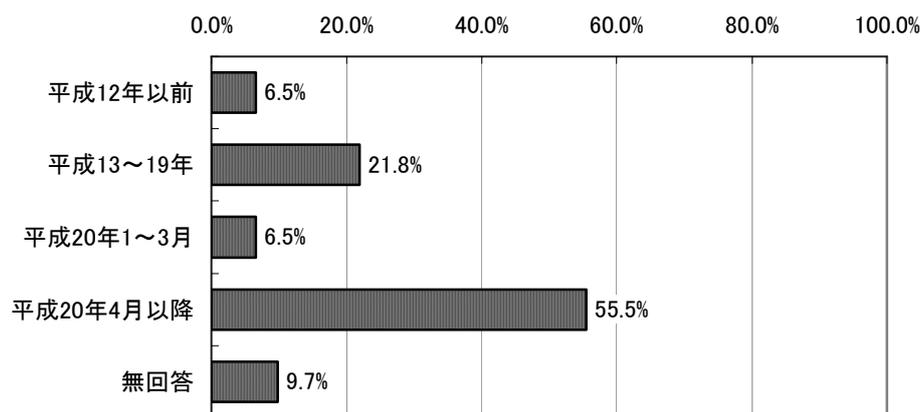
図表 63 医師事務作業補助体制加算の届出が受理された時期 (n=339)



3) 専従者の配置時期

専従者の配置時期についてみると、「平成 20 年 4 月以降」(55.5%) が最も多く、次いで「平成 13～19 年」(21.8%)、「平成 12 年以前」、「平成 20 年 1～3 月」(6.5%) の順であった。

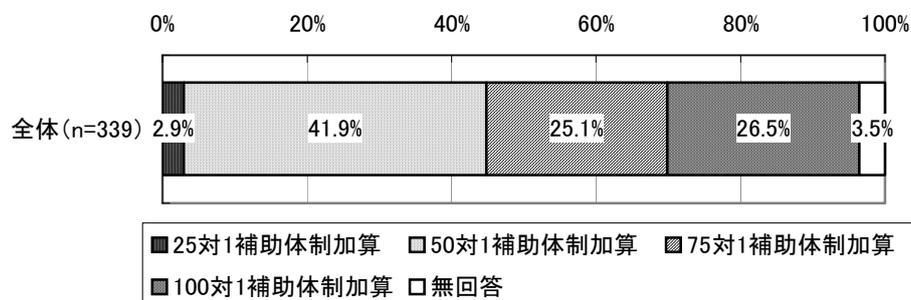
図表 64 専従者の配置時期 (n=339)



4) 医師事務作業補助体制加算の種類

医師事務作業補助体制加算の種類についてみると、「50 対 1 補助体制加算」(41.9%) が最も多く、次いで「100 対 1 補助体制加算」(26.5%)、「75 対 1 補助体制加算」(25.1%)、「25 対 1 補助体制加算」(2.9%) であった。

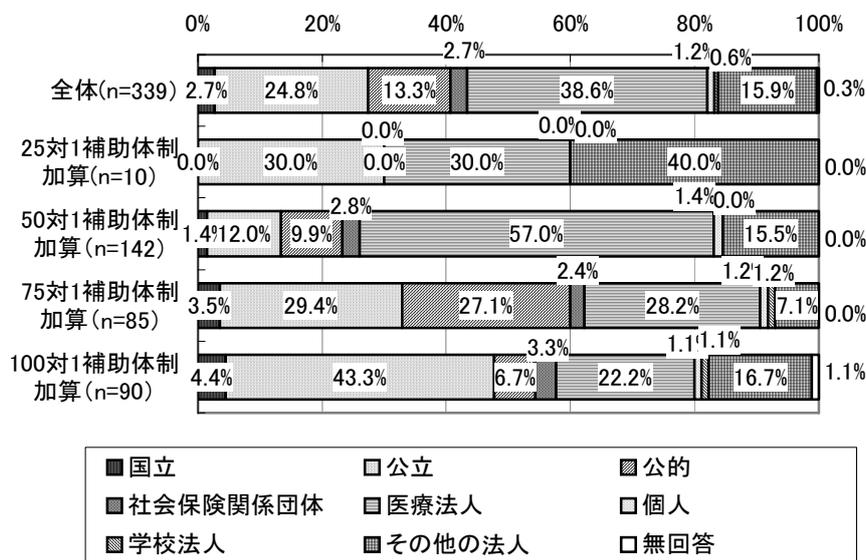
図表 65 医師事務作業補助体制加算の種類



医師事務作業補助体制加算種類別の開設主体についてみると、全体では「医療法人」(38.6%)が最も多く、次いで「公立」(24.8%)、「その他の法人」(15.9%)、「公的」(13.3%)であった。

施設基準別にみると、25対1補助体制加算では「その他の法人」(40.0%)が最も多く、次いで「公立」、「医療法人」(30.0%)となった。50対1補助体制加算では「医療法人」(57.0%)が最も多く、次いで「その他の法人」(15.5%)、「公立」(12.0%)となった。75対1補助体制加算では「公立」(29.4%)が最も多く、次いで「医療法人」(28.2%)、「公的」(27.1%)となった。100対1補助体制加算では「公立」(43.3%)が最も多く、次いで「医療法人」(22.2%)、「その他の法人」(16.7%)であった。

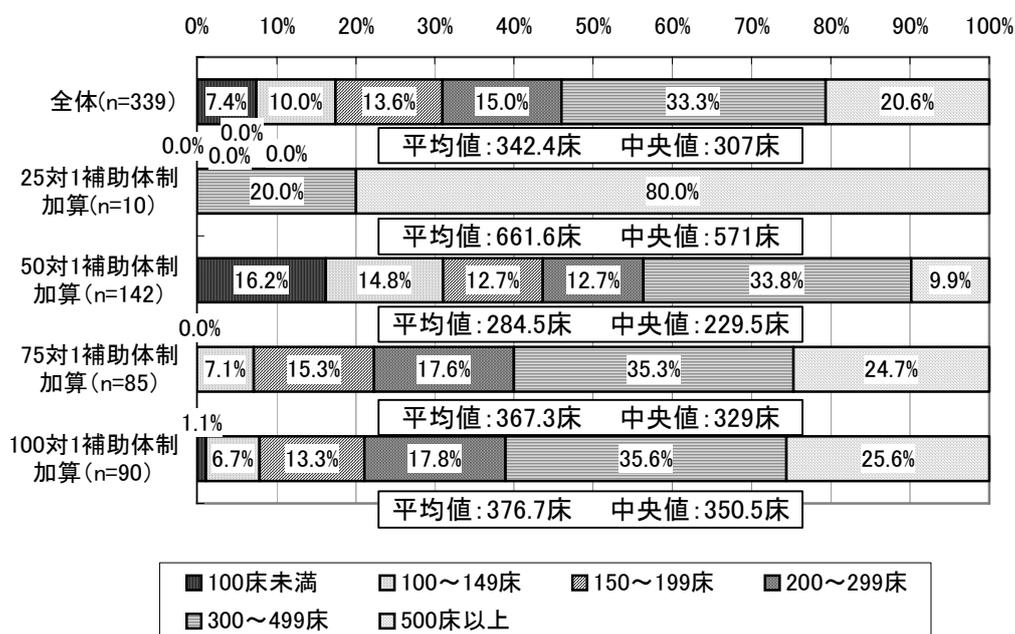
図表 66 医師事務作業補助体制加算種類別 開設主体



医師事務作業補助体制加算種類別病床規模についてみると、全体では「300～499床」(33.3%)が最も多く、次いで「500床以上」(20.6%)、「200～299床」(15.0%)となり、平均は342.4床(中央値307)であった。

施設基準別にみると、25対1補助体制加算では「500床以上」(80.0%)が最も多く、次いで「300～499床」(20.0%)となり、平均は661.6床(中央値571)であった。他と比べて、大規模病院の割合が高い結果となった。また、50対1補助体制加算では「300～499床」(33.8%)が最も多く、次いで「100床未満」(16.2%)、「100～149床」(14.8%)となり、平均は284.5床(中央値229.5)であり、すべての加算の種類の中で最も平均値が低かった。次に、75対1補助体制加算では「300～499床」(35.3%)が最も多く、次いで「500床以上」(24.7%)、「200～299床」(17.6%)となり、平均は367.3床(中央値329)であった。100対1補助体制加算では「300～499床」(35.6%)が最も多く、次いで「500床以上」(25.6%)、「200～299床」(17.8%)、平均は376.7床(中央値350.5)であった。75対1補助体制加算と100対1補助体制加算については、病床規模は似たような分布状況と平均値であった。

図表 67 医師事務作業補助体制加算種類別 病床規模



5) 医師事務作業補助者（専従者）の人数と給与総額

1 施設あたりの医師事務作業補助者数（実人数）と給与総額（常勤）の平均についてみると、全体では「実人数」が 5.0 人、「（うち）医療従事経験者」が 1.0 人、「（うち）医療事務経験者」が 2.9 人、「給与総額」が 119.8 万円であった。なお、1 人あたりの給与額は 24.0 万円であった。

図表 68 1 施設あたりの平均・医師事務作業補助者数（実人数）と給与総額（常勤）

| | 全 体 | 25 対 1 補助体制 加算 | 50 対 1 補助体制 加算 | 75 対 1 補助体制 加算 | 100 対 1 補助体制 加算 | 不 明 |
|-------------------------|-------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|-------|
| 施設数（件） | 235 | 7 | 101 | 63 | 59 | 5 |
| ①実人数（人） | 5.0 | 28.1 | 5.1 | 4.2 | 2.9 | 5.2 |
| ②（うち）医療従事経験者（人） | 1.0 | 0.0 | 1.7 | 0.7 | 0.3 | 2.4 |
| ③（うち）医療事務経験者（人） | 2.9 | 20.0 | 2.6 | 2.3 | 2.2 | 2.0 |
| ④給与総額（万円） | 119.8 | 675.9 | 122.6 | 99.6 | 68.2 | 144.2 |
| ⑤1 人あたり給与額 （④／①）（万円） | 24.0 | 24.0 | 24.1 | 23.9 | 23.3 | 27.7 |

1 施設あたりの医師事務作業補助者数（実人数）と給与総額（非常勤）についてみると、全体では「実人数」が2.6人、「(うち) 医療従事経験者」が0.3人、「(うち) 医療事務経験者」が0.9人、「給与総額」が37.4万円であった。なお、1人あたりの給与額は14.5万円であった。

図表 69 1 施設あたりの平均・医師事務作業補助者数（実人数）と給与総額（非常勤）

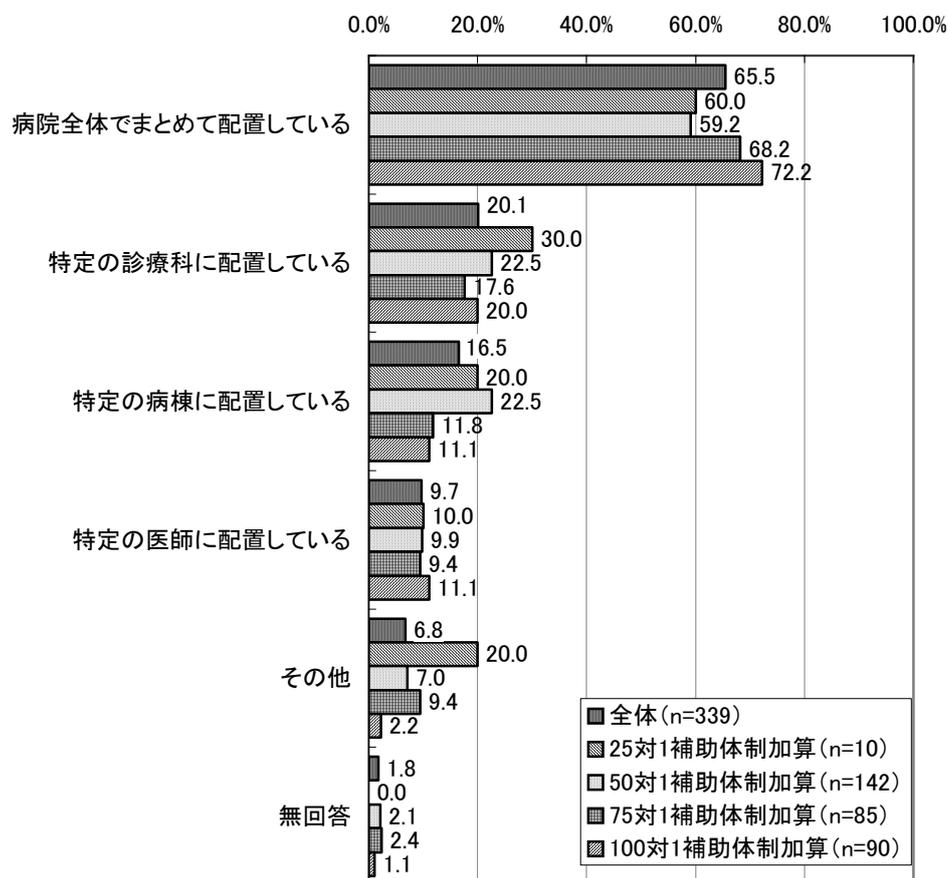
| | 全 体 | 25 対 1 補助体制 加算 | 50 対 1 補助体制 加算 | 75 対 1 補助体制 加算 | 100 対 1 補助体制 加算 | 不 明 |
|------------------------|------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|------|
| 施設数（件） | 148 | 7 | 61 | 33 | 41 | 6 |
| ①実人数（人） | 2.6 | 10.7 | 2.7 | 1.6 | 2.1 | 0.1 |
| ②（うち）医療従事経験者（人） | 0.3 | 0.0 | 0.6 | 0.2 | 0.2 | 0.1 |
| ③（うち）医療事務経験者（人） | 0.9 | 2.0 | 1.2 | 0.4 | 0.9 | 0.0 |
| ④給与総額（万円） | 37.4 | 183.7 | 38.1 | 22.1 | 29.1 | 1.3 |
| ⑤1人あたり給与額 （④／①）（万円） | 14.5 | 17.1 | 13.9 | 13.8 | 14.0 | 11.4 |

6) 医師事務作業補助者の配置状況

医師事務作業補助者の配置状況についてみると、全体では、「病院全体でまとめて配置している」(65.5%)が最も多く、次いで、「特定の診療科に配置している」(20.1%)、「特定の病棟に配置している」(16.5%)、「特定の医師に配置している」(9.7%)となった。

加算種類別にみると、「100対1補助体制加算」と「75対1補助体制加算」では「病院全体でまとめて配置している」という割合が他の加算種類と比較して相対的に高くなっている。一方、「25対1補助体制加算」や「50対1補助体制加算」では「特定の診療科に配置している」や「特定の病棟に配置している」という割合が他の加算種類と比較して相対的に高くなっている。

図表 70 医師事務作業補助者の配置状況（複数回答）

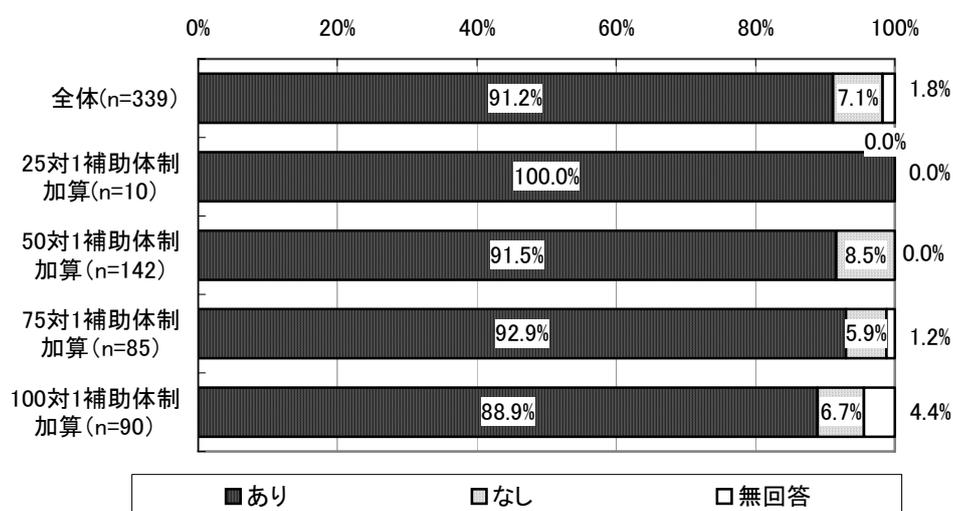


7) 医師事務作業補助者が従事している業務の内容

「診断書などの文書作成補助」について医師事務作業補助者の従事状況を見ると、全体では、医師事務作業補助者の従事が「あり」が91.2%、「なし」が7.1%であった。

加算種類別にみると、25対1補助体制加算では「あり」が100%であった。他の3つの加算種類の施設でも「あり」との回答が9割前後を占めた。

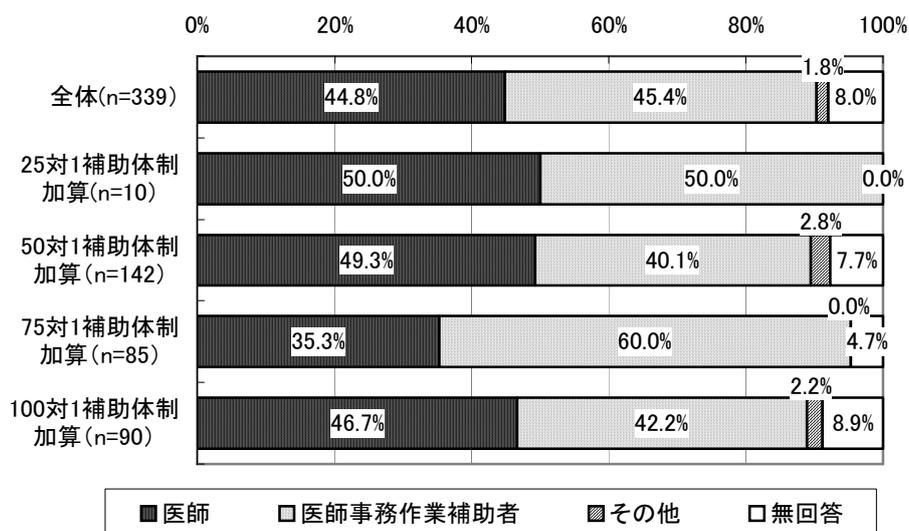
図表 71 医師事務作業補助者の従事状況
～①診断書などの文書作成補助～



「診断書などの文書作成（補助）」における各事務作業の主たる担当者についてみると、全体では「医師」が44.8%、「医師事務作業補助者」が45.4%と同程度となった。

加算種類別にみると、75対1補助体制加算では「医師」が35.3%、「医師事務作業補助者」が60.0%となっており、「医師事務作業補助者」の割合が高い結果となった。

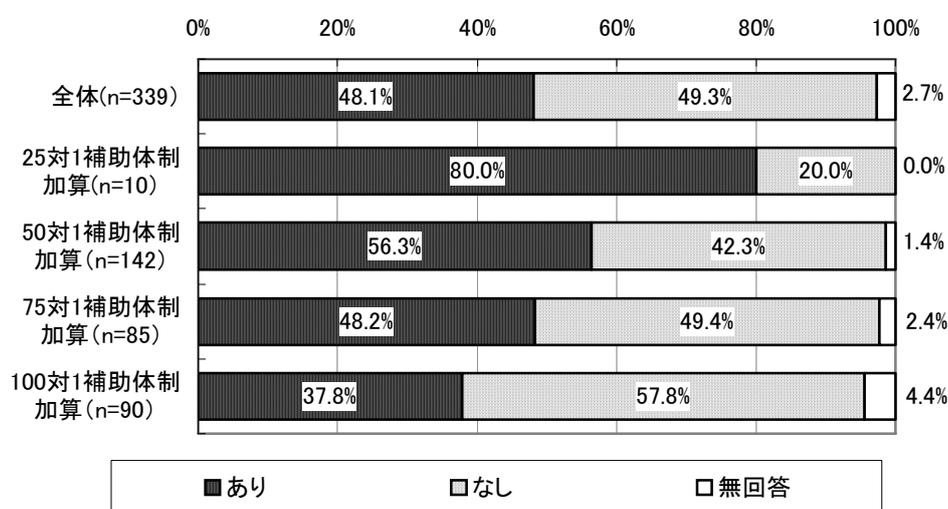
図表 72 各事務作業の主たる担当者
～①診断書などの文書作成（補助）～



「診療記録への代行入力」について医師事務作業補助者の従事状況をみると、全体では医師事務作業補助者の従事が「あり」が48.1%、「なし」が49.3%と同程度となった。

加算種類別にみると、「あり」の割合は、25対1補助体制加算では80.0%であるが、50対1補助体制加算では56.3%、75対1補助体制加算では48.2%、100対1補助体制加算では37.8%と加算種類が低くなるほど、「あり」の割合も低くなるという傾向がみられた。

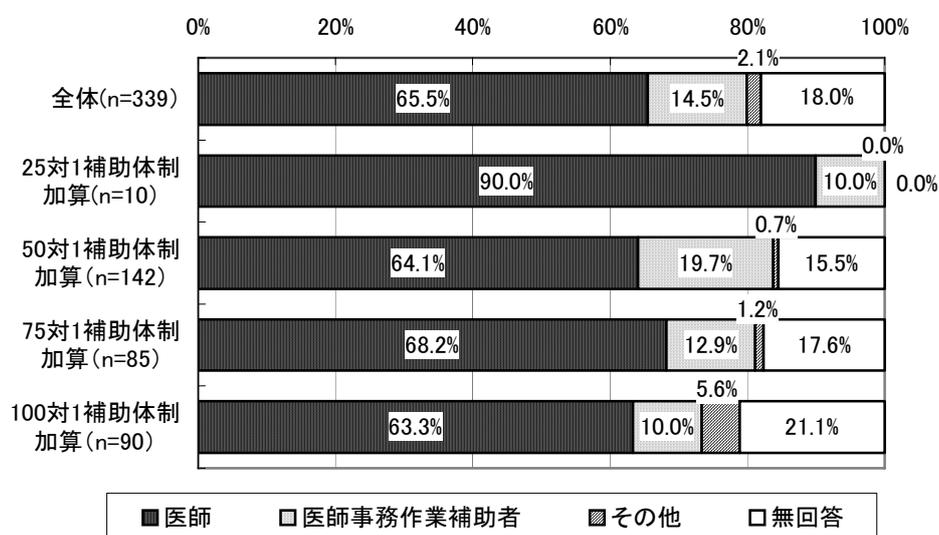
図表 73 医師事務作業補助者の従事状況
～②診療記録への代行入力～



「診療記録への（代行）入力」における各事務作業の主たる担当者についてみると、全体では、「医師」が65.5%、「医師事務作業補助者」が14.5%、「その他」が2.1%であった。

加算種類別にみると、25対1補助体制加算では90.0%が「医師」という回答であった。この他、50対1補助体制加算、75対1補助体制加算、100対1補助体制加算では、「医師」という回答が6割強から7割弱程度となった。

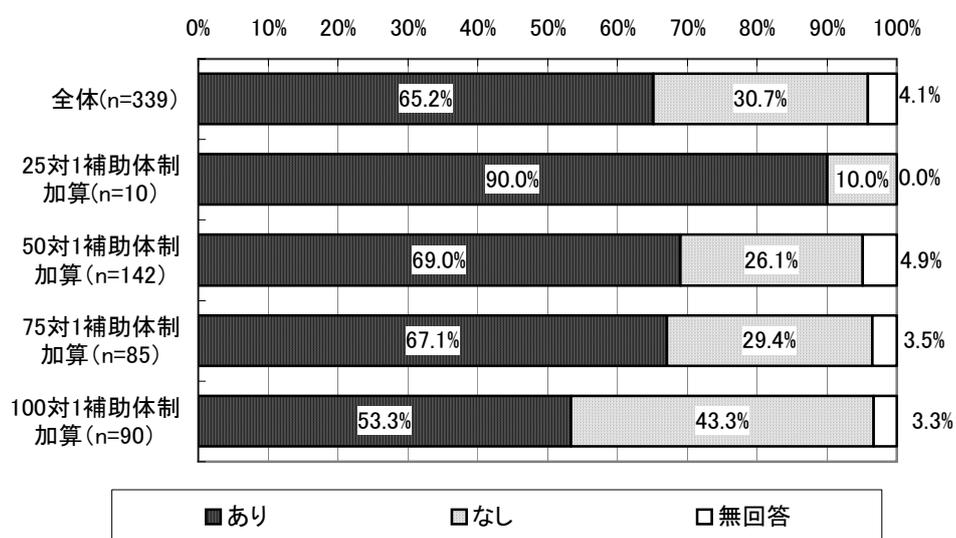
図表 74 各事務作業の主たる担当者
～②診療記録への（代行）入力～



「医療の質の向上に資する事務作業」について医師事務作業補助者の従事状況をみると、全体では医師事務作業補助者の従事が「あり」が65.2%、「なし」が30.7%であった。

加算種類べつにみると、「あり」という割合は、25対1補助体制加算では90.0%、50対1補助体制加算では69.0%、75対1補助体制加算では67.1%、100対1補助体制加算では53.3%と加算種類が低くなるほど、「あり」の割合も低くなるという傾向がみられた。

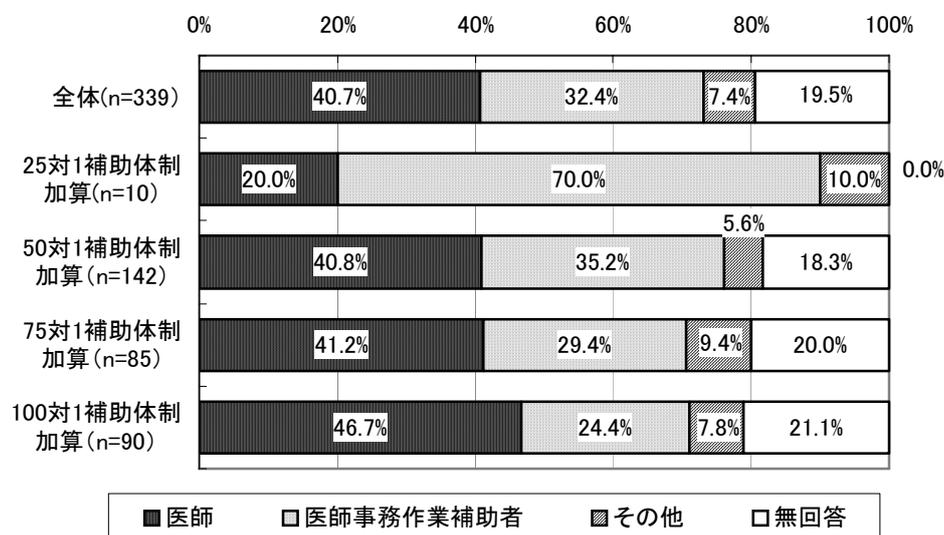
図表 75 医師事務作業補助者の従事状況
～③医療の質の向上に資する事務作業～



「医療の質の向上に資する事務作業」における各事務作業の主たる担当者についてみると、全体では、「医師」が 40.7%、「医師事務作業補助者」が 32.4%、「その他」が 7.4%であった。

加算種類別にみると、25 対 1 補助体制加算では「医師事務作業補助者」(70.0%) が「医師」(20.0%) よりも大幅に上回っているが、50 対 1 補助体制加算、75 対 1 補助体制加算、100 対 1 補助体制加算では「医師」が「医師事務作業補助者」よりも多くなっている。

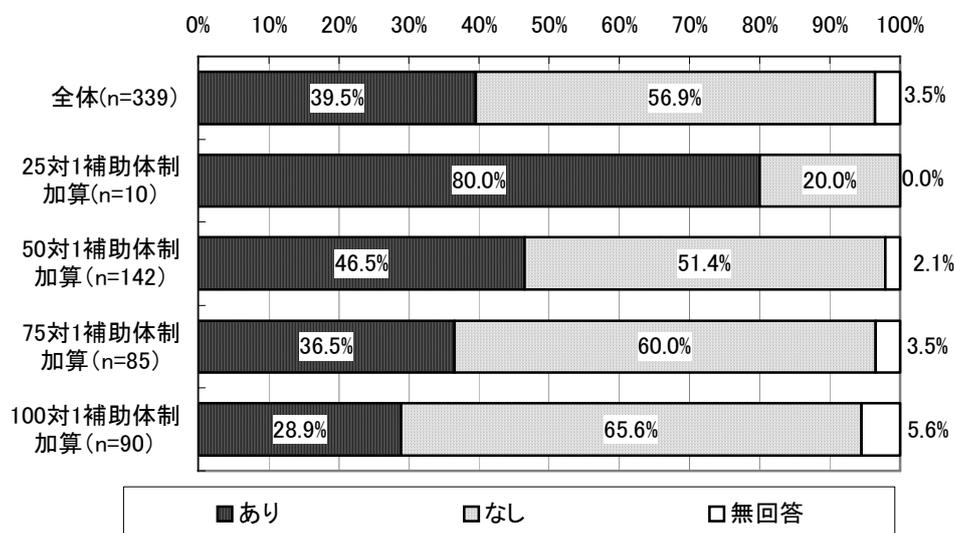
図表 76 各事務作業の主たる担当者
～③医療の質の向上に資する事務作業～



「行政上の業務（救急医療情報システムへの入力等）」について医師事務作業補助者の従事状況をみると、全体では、医師事務作業補助者の従事が「あり」が39.5%、「なし」が56.9%であった。

加算種類別にみると、「あり」という回答割合は、25対1補助体制加算では80.0%、50対1補助体制加算では46.5%、75対1補助体制加算では36.5%、100対1補助体制加算では28.9%と、加算種類が低くなるほど、「あり」の割合も低くなるという傾向がみられた。

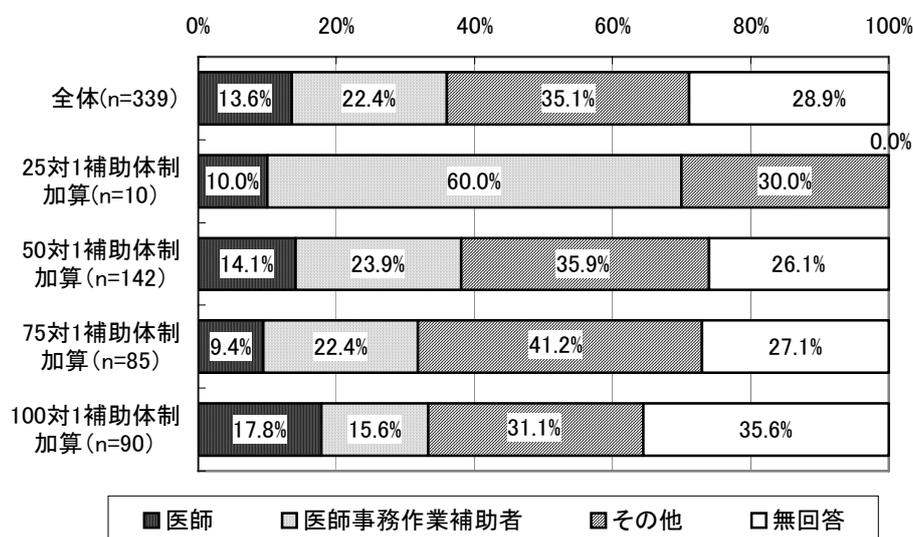
図表 77 医師事務作業補助者の従事状況
～④行政上の業務（救急医療情報システムへの入力等）～



「行政上の業務（救急医療情報システムへの入力等）」における各事務作業の主たる担当者についてみると、全体では「医師」が 13.6%、「医師事務作業補助者」が 22.4%、「その他」が 35.1%であった。

加算種類別にみると、25 対 1 補助体制加算を除くと、いずれの加算種類でも「その他」が最も多いが、25 対 1 補助体制加算では「医師事務作業補助者」が 60.0%と突出して高くなっているのが特徴である。

図表 78 各事務作業の主たる担当者
～④行政上の業務（救急医療情報システムへの入力等）～

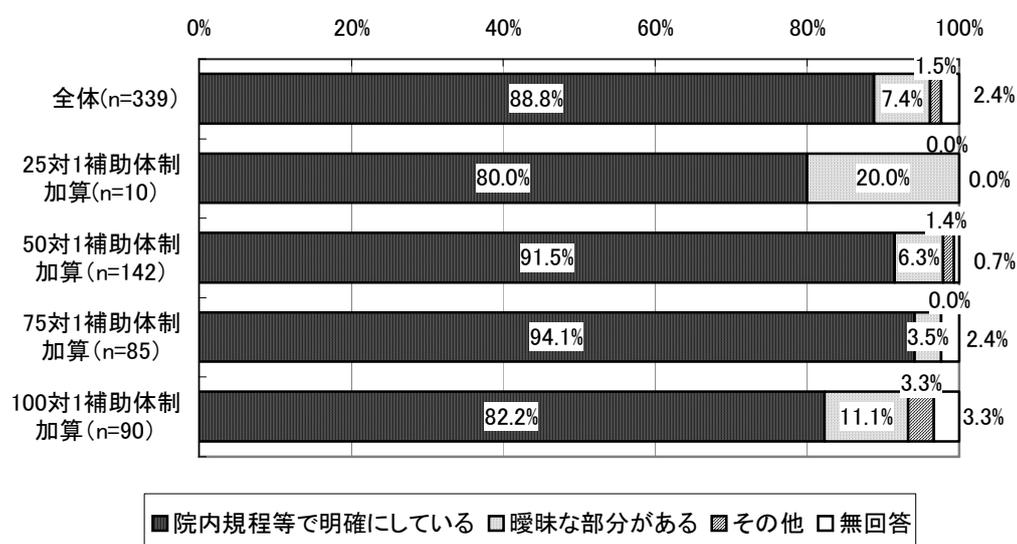


8) 医師事務作業補助者の業務範囲の明確化

医師事務作業補助者の業務範囲の明確化についてみると、全体では「院内規程等で明確にしている」が88.8%、「曖昧な部分がある」が7.4%であった。

加算種類別にみると、25対1補助体制加算、100対1補助体制加算では「院内規程等で明確にしている」が他と比較して若干低く（それぞれ80.0%、82.2%）、「曖昧な部分がある」が他と比較して相対的に高く（それぞれ20.0%、11.1%）なっている。

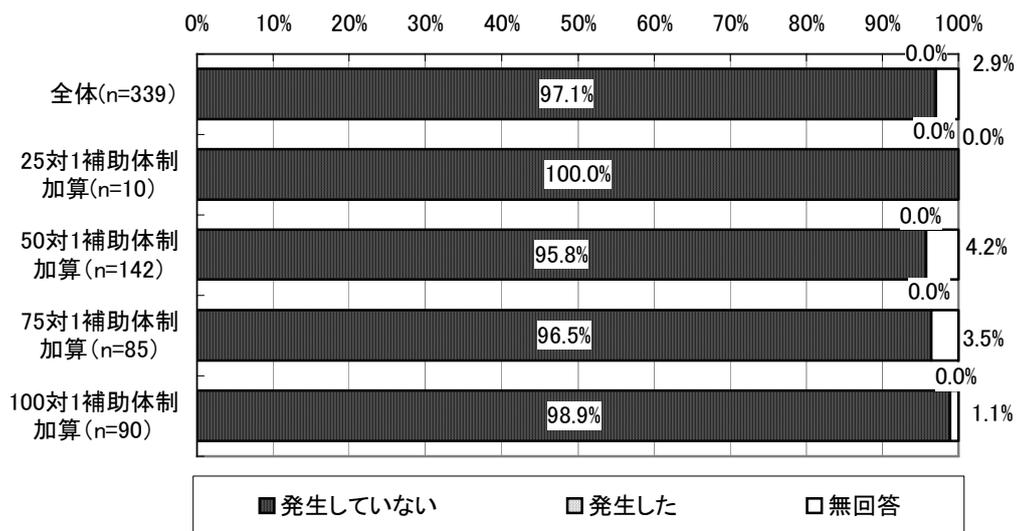
図表 79 医師事務作業補助者の業務範囲の明確化



9) 個人情報保護上の問題発生の有無

個人情報保護上の問題発生の有無についてみると、全体では「発生していない」が97.1%で、「発生している」はなかった。

図表 80 個人情報保護上の問題発生の有無

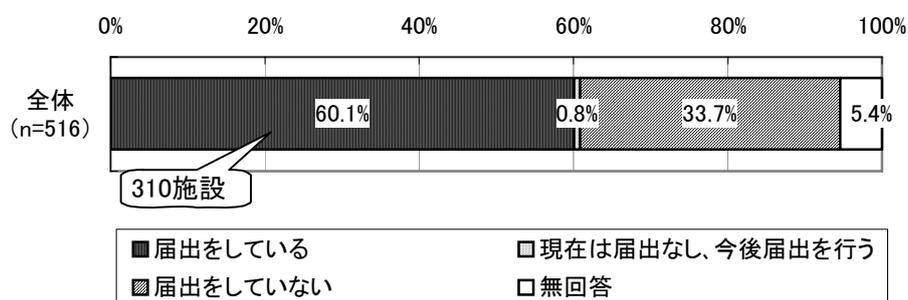


⑦ハイリスク分婉管理加算について

1) ハイリスク分婉管理加算の届出状況

ハイリスク分婉管理加算の届出状況についてみると、「届出をしている」が 60.1% (310施設)、「現在は届出なし、今後届出を行う」が 0.8%、「届出をしていない」が 33.7%であった。

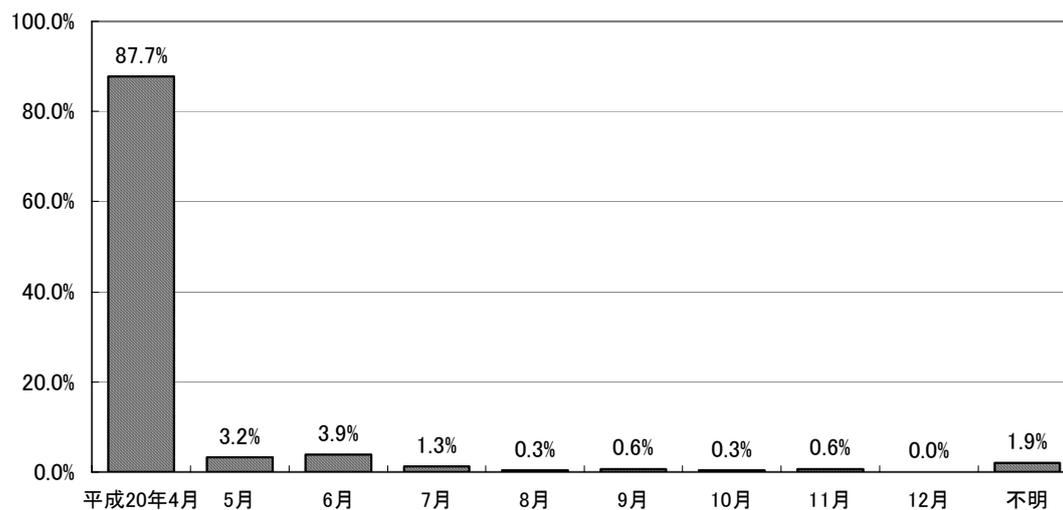
図表 81 ハイリスク分婉管理加算の届出状況



2) ハイリスク分娩管理加算の届出が受理された時期

ハイリスク分娩管理加算の届出が受理された時期についてみると、「平成 20 年 4 月」(87.7%) が最も多く、次いで、「6 月」(3.9%)、「5 月」(3.2%) となった。

図表 82 ハイリスク分娩管理加算の届出が受理された時期 (n=310)



3) 分娩件数

1 施設あたりの分娩件数についてみると、平成 20 年 9 月、10 月では前年同月と比較して、わずかながら増加した。

図表 83 分娩件数 (n=305)

(単位：件)

| | | 平均値 | 標準偏差 | 最大値 | 最小値 | 中央値 |
|---------------|------|------|------|-------|-----|------|
| 平成 19 年 | 8 月 | 52.9 | 44.6 | 615.0 | 0.0 | 45.0 |
| | 9 月 | 51.0 | 40.2 | 517.0 | 0.0 | 44.0 |
| | 10 月 | 52.8 | 44.3 | 618.0 | 0.0 | 45.0 |
| 平成 20 年 | 8 月 | 52.6 | 44.0 | 631.0 | 0.0 | 46.0 |
| | 9 月 | 53.9 | 44.3 | 615.0 | 0.0 | 48.0 |
| | 10 月 | 53.6 | 46.0 | 646.0 | 0.0 | 46.0 |

(注) 分娩件数について欠損値のない 305 件を対象に集計を行った。

4) ハイリスク分娩管理加算算定回数

ハイリスク分娩管理加算算定回数についてみると、平成 20 年 8 月、9 月、10 月は前年同月と比較して 2 倍近い算定回数となっている。

図表 84 ハイリスク分娩管理加算算定回数 (n=269)

(単位：回)

| | | 平均値 | 標準偏差 | 最大値 | 最小値 | 中央値 |
|---------------|------|------|------|-------|-----|------|
| 平成 19 年 | 8 月 | 10.2 | 14.9 | 119.0 | 0.0 | 5.0 |
| | 9 月 | 10.3 | 14.7 | 93.0 | 0.0 | 4.0 |
| | 10 月 | 11.2 | 16.0 | 98.0 | 0.0 | 6.0 |
| 平成 20 年 | 8 月 | 20.4 | 25.1 | 163.0 | 0.0 | 13.0 |
| | 9 月 | 20.8 | 26.5 | 253.0 | 0.0 | 15.0 |
| | 10 月 | 21.3 | 26.8 | 231.0 | 0.0 | 15.0 |

(注) 分娩件数について欠損値のない 269 件を対象に集計を行った。

(3) 医師責任者調査・医師調査の結果概要

【調査対象等】

調査対象：「施設調査」の対象病院に1年以上勤務している診療科責任者及びその他の医師。1施設につき医師責任者最大8名（各診療科につき1名×最大8診療科）、医師最大24名（各診療科につき3名×最大8診療科）。

回答数：医師責任者票 2,389件

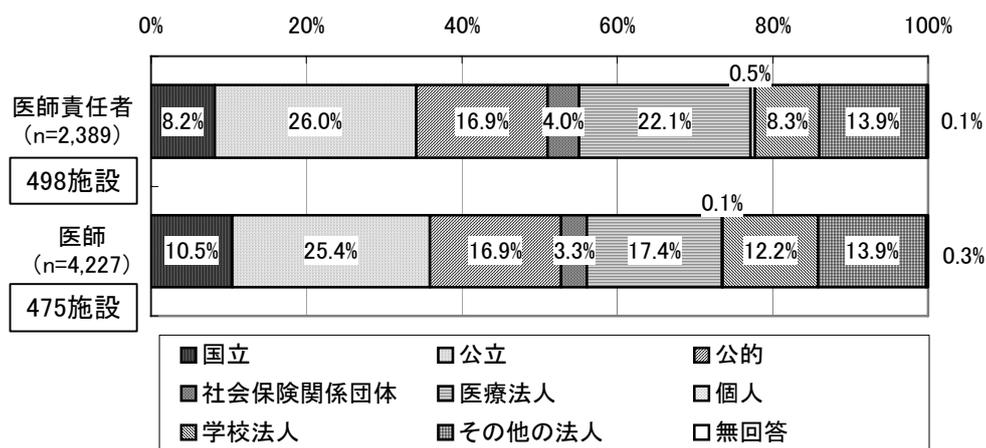
医師票 4,227件

①医師が勤務する施設の属性

1) 開設主体

開設主体についてみると、医師責任者では「公立」(26.0%)が最も多く、次いで「医療法人」(22.1%)、「公的」(16.9%)、「その他の法人」(13.9%)であった。医師も同様に、「公立」(25.4%)が最も多く、次いで「医療法人」(17.4%)、「公的」(16.9%)、「その他の法人」(13.9%)であった。

図表 85 開設主体



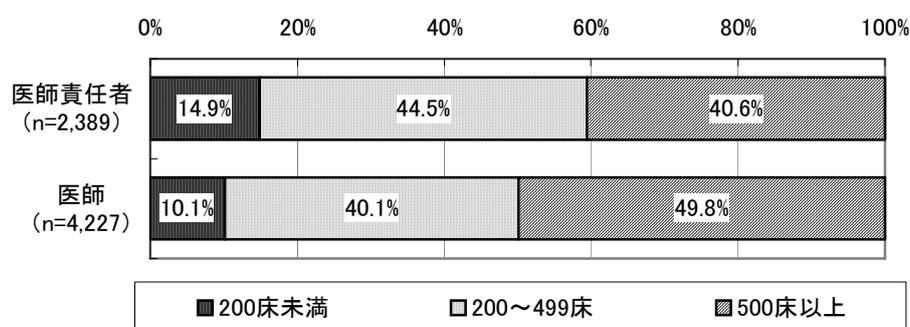
※参考：開設主体の内訳

| | |
|----------|--|
| 国立 | 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（国） |
| 公立 | 都道府県、市町村、地方独立行政法人 |
| 公的 | 日本赤十字社、済生会、北海道社会事業協会、全国厚生農業協同組合連合会、国民健康保険団体連合会 |
| 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、船員保険会、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合 |
| その他の法人 | 公益法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他の法人 |

2) 許可病床数

許可病床数による病床規模についてみると、医師責任者では「200～499床」（44.5%）が最も多く、次いで「500床以上」（40.6%）、「200床未満」（14.9%）の順であった。医師では「500床以上」（49.8%）が最も多く、次いで「200～499床」（40.1%）、「200床未満」（10.1%）の順であった。

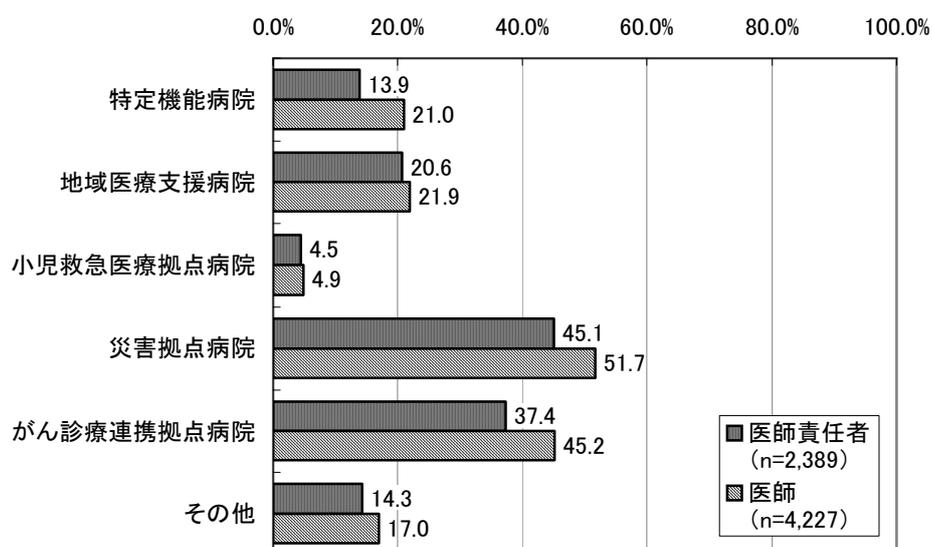
図表 86 許可病床数による病床規模



3) 病院種別

病院種別についてみると、医師責任者、医師ともに「災害拠点病院」(それぞれ 45.1%、51.7%) が最も多く、次いで「がん診療連携拠点病院」(37.4%、45.2%)、「地域医療支援病院」(20.6%、21.9%)、「特定機能病院」(13.9%、21.0%)、「その他」(14.3%、17.0%)、「小児救急医療拠点病院」(4.5%、4.9%) となった。

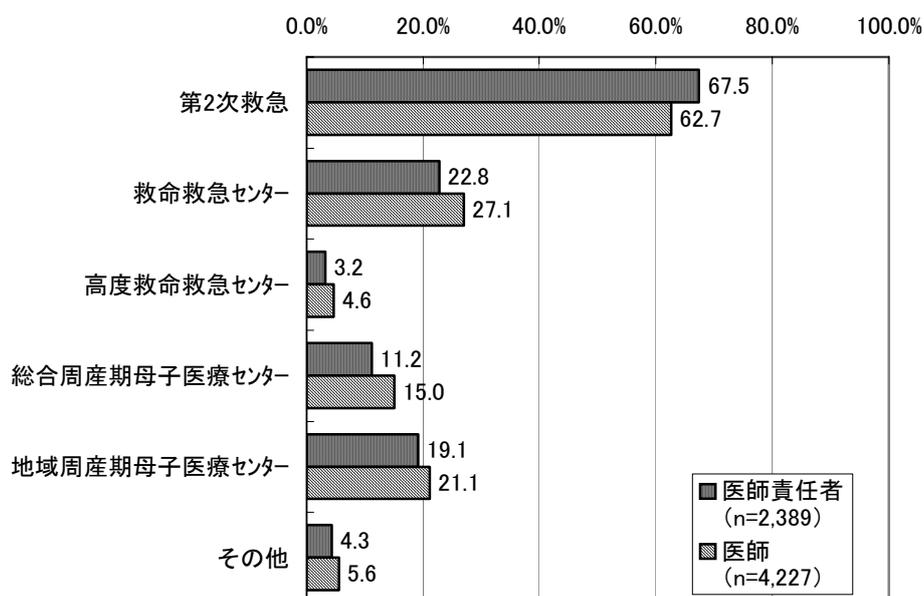
図表 87 病院種別 (複数回答)



4) 救急医療体制

救急医療体制についてみると、医師責任者、医師ともに「第2次救急」(それぞれ67.5%、62.7%)が最も多く、次いで「救命救急センター」(22.8%、27.1%)、「地域周産期母子医療センター」(19.1%、21.1%)、「総合周産期母子医療センター」(11.2%、15.0%)、「高度救命救急センター」(3.2%、4.6%)となった。

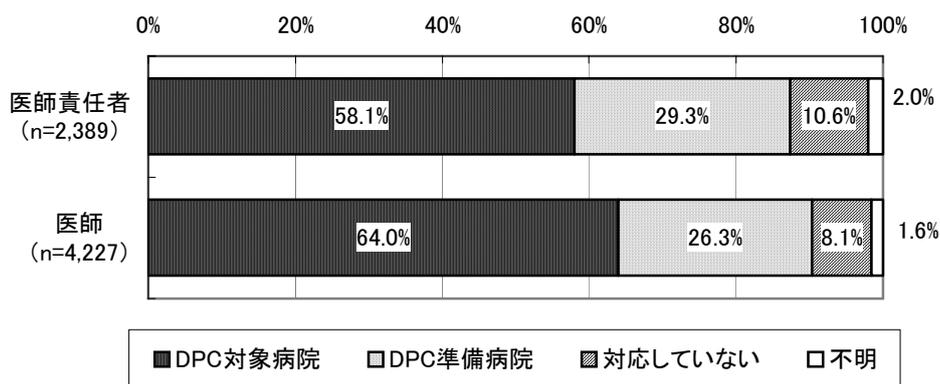
図表 88 救急医療体制（複数回答）



5) DPC 対応の状況

DPC 対応の状況についてみると、医師責任者では「DPC 対象病院」が 58.1%、「DPC 準備病院」が 29.3%、「対応していない」が 10.6%であった。医師では「DPC 対象病院」が 64.0%、「DPC 準備病院」が 26.3%、「対応していない」が 8.1%であった。

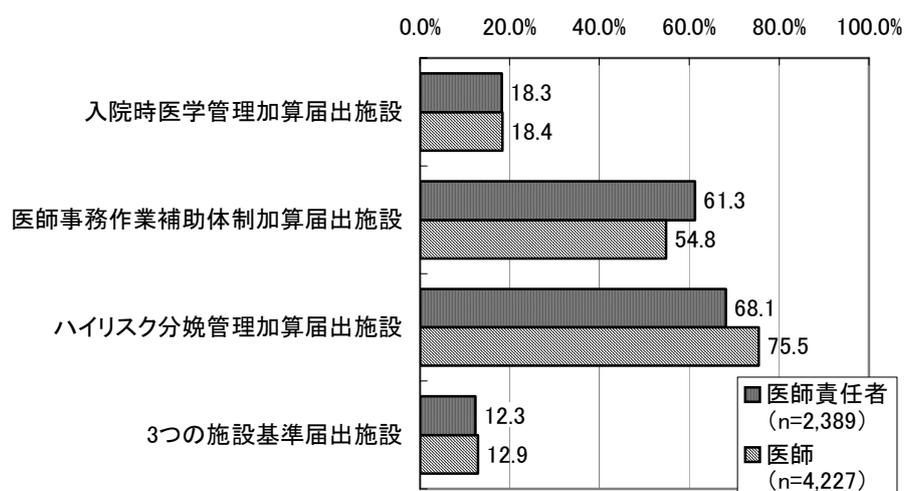
図表 89 DPC 対応の状況



6) 施設基準届出

施設基準届出状況についてみると、医師責任者、医師ともに「ハイリスク分娩管理加算届出施設」(それぞれ 68.1%、75.5%) が最も多く、次いで「医師事務作業補助体制加算届出施設」(61.3%、54.8%)、「入院時医学管理加算届出施設」(18.3%、18.4%) となった。なお、「3つの施設基準届出施設」はそれぞれ 12.3%、12.9%であった。

図表 90 施設基準届出状況 (複数回答)

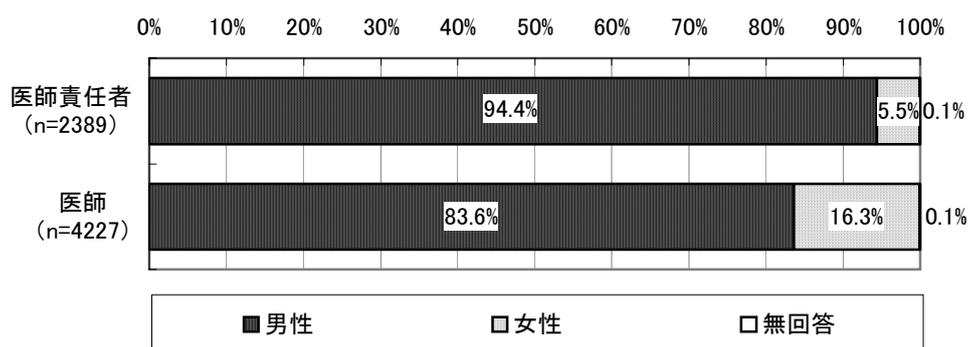


②医師の基本属性

1) 医師の性別

医師の性別についてみると、医師責任者では「男性」が 94.4%、「女性」が 5.5%であった。医師では「男性」が 83.6%、「女性」が 16.3%であった。

図表 91 医師の性別



2) 医師の年齢

医師の年齢についてみると、医師責任者の平均は 51.6 歳（標準偏差 7.0、中央値 52.0）、医師の平均は 40.1 歳（標準偏差 7.8、中央値 40.0）であった。

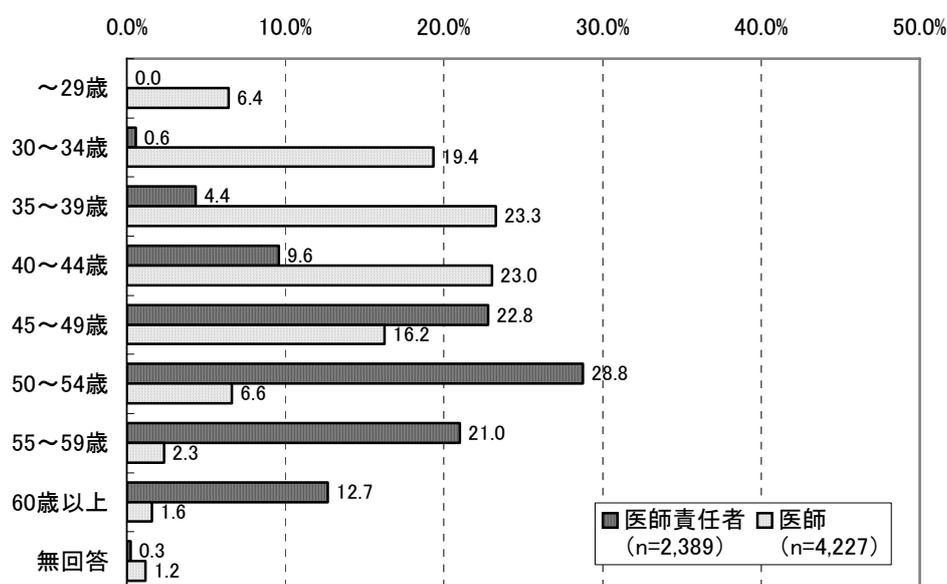
年齢の分布についてみると、医師責任者では「50～54 歳」（28.8%）が最も多く、次いで「45～49 歳」（22.8%）、「55～59 歳」（21.0%）であった。医師では「35～39 歳」（23.3%）が最も多く、次いで「40～44 歳」（23.0%）、「30～34 歳」（19.4%）であった。

図表 92 医師の年齢

| | 平均値 | 標準偏差 | 最大値 | 最小値 | 中央値 |
|----------|------|------|------|------|------|
| 医師責任者（歳） | 51.6 | 7.0 | 87.0 | 32.0 | 52.0 |
| 医師（歳） | 40.1 | 7.8 | 81.0 | 25.0 | 40.0 |

（注）医師責任者 n=2,383、医師 n=4,178

図表 93 医師の年齢



3) 医師としての経験年数

医師としての経験年数についてみると、医師責任者の平均は 26.1 年（標準偏差 7.0、中央値 25.8）、医師の平均は 14.4 年（標準偏差 7.4、中央値 14.0）であった。

図表 94 医師としての経験年数

| | 平均値 | 標準偏差 | 最大値 | 最小値 | 中央値 |
|----------|------|------|------|-----|------|
| 医師責任者（年） | 26.1 | 7.0 | 60.0 | 2.0 | 25.8 |
| 医師（年） | 14.4 | 7.4 | 50.0 | 1.0 | 14.0 |

（注）医師責任者 n=2,376、医師 n=4,098

4) 調査対象病院での勤続年数

調査対象病院での勤続年数についてみると、医師責任者の平均は 11.4 年（標準偏差 8.2、中央値 9.8）、医師の平均は 5.5 年（標準偏差 4.9、中央値 3.8）であった。

図表 95 調査対象病院での勤続年数

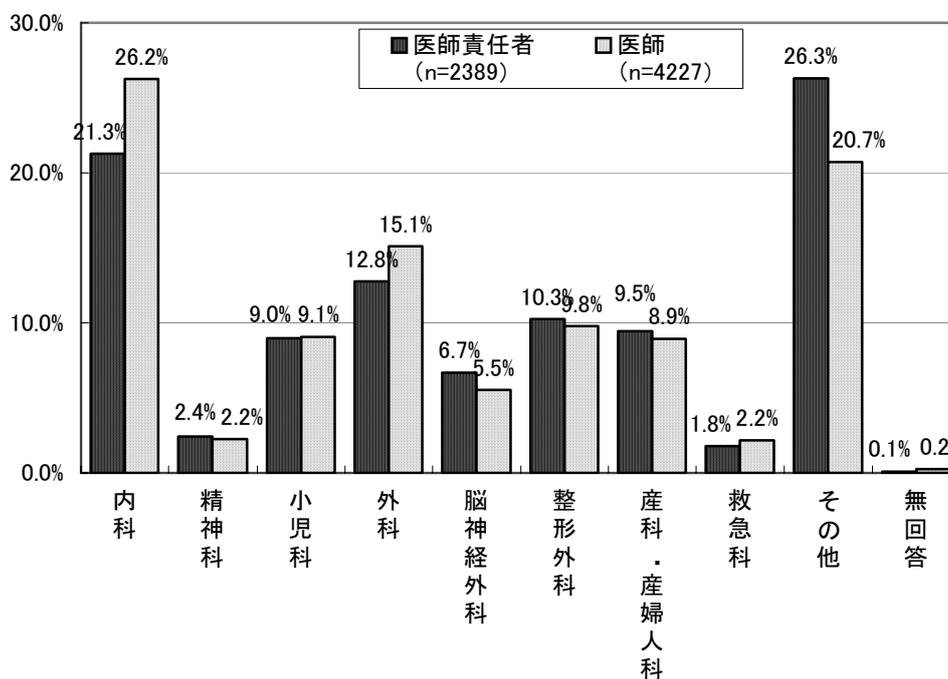
| | 平均値 | 標準偏差 | 最大値 | 最小値 | 中央値 |
|----------|------|------|------|-----|-----|
| 医師責任者（年） | 11.4 | 8.2 | 70.7 | 1.0 | 9.8 |
| 医師（年） | 5.5 | 4.9 | 47.5 | 1.0 | 3.8 |

（注）医師責任者 n=2,389、医師 n=4,227

5) 医師の主たる担当診療科

医師が担当する主たる診療科についてみると、医師責任者、医師ともに「内科」（それぞれ 21.3%、26.2%）が最も多く、次いで「外科」（12.8%、15.1%）、「整形外科」（10.3%、9.8%）、「産科・産婦人科」（9.5%、8.9%）、「小児科」（9.0%、9.1%）、「脳神経外科」（6.7%、5.5%）、「精神科」（2.4%、2.2%）であった。

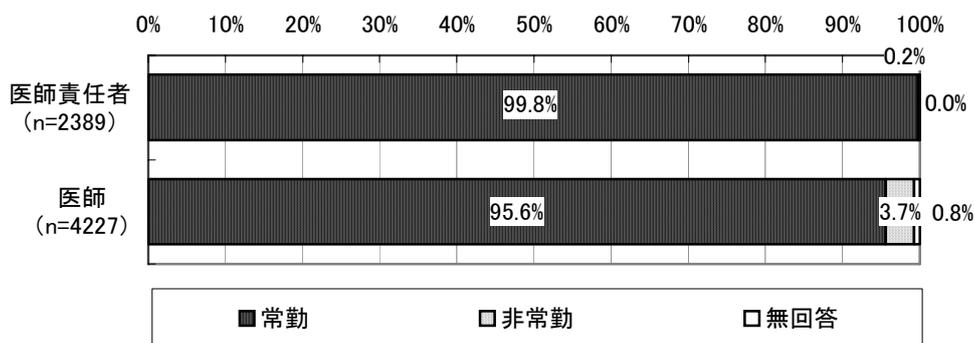
図表 96 医師の主たる担当診療科



6) 勤務形態

勤務形態についてみると、医師責任者、医師ともに9割以上が「常勤」であった。

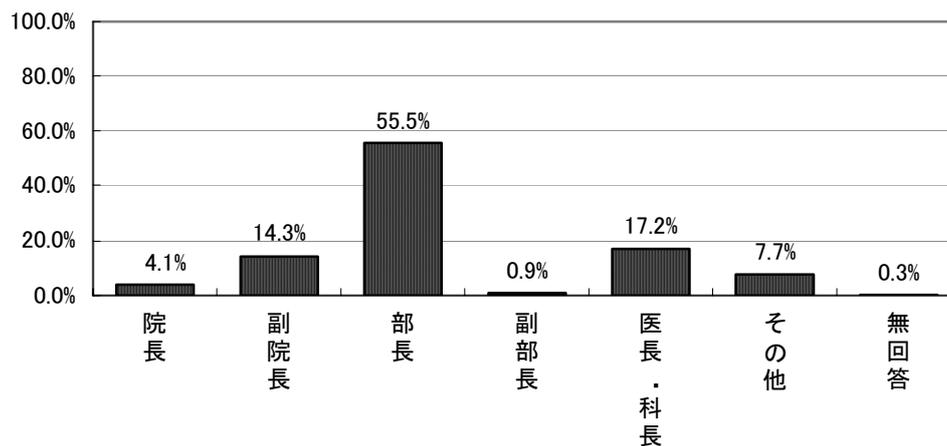
図表 97 勤務形態



7) 医師責任者の役職等

医師責任者における役職についてみると、「部長」(55.5%)が最も多く、次いで「医長・科長」(17.2%)、「副院長」(14.3%)であった。

図表 98 医師責任者の役職 (n=2,389)



医師責任者1人が管理する医師の人数についてみると、男性医師の平均は7.2人（標準偏差9.9、中央値4.0）、女性医師の平均は2.3人（標準偏差3.8、中央値1.0）であった。

図表 99 医師責任者1人が管理する医師の人数

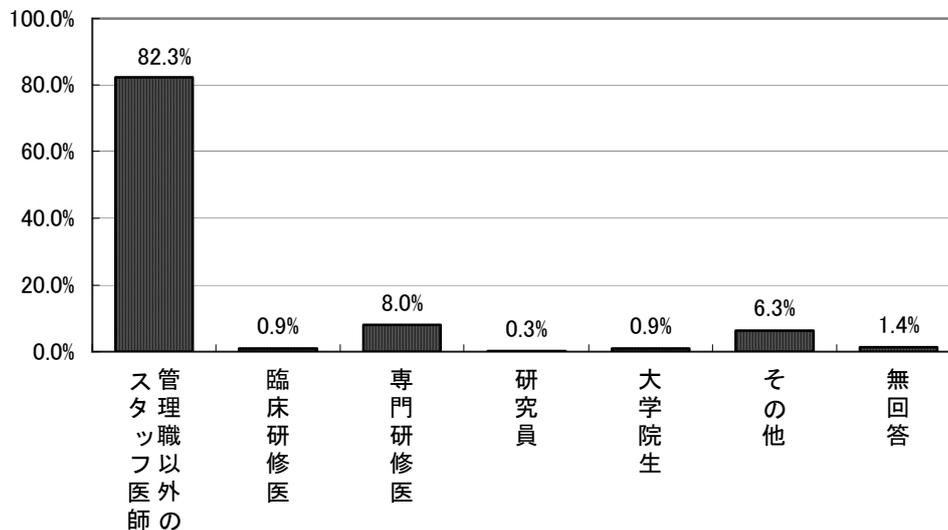
| | 平均値 | 標準偏差 | 最大値 | 最小値 | 中央値 |
|---------|-----|------|-------|-----|-----|
| 男性医師（人） | 7.2 | 9.9 | 120.0 | 0.0 | 4.0 |
| 女性医師（人） | 2.3 | 3.8 | 64.0 | 0.0 | 1.0 |

（注）男性医師人数についての有効回答数は n=2,244、女性医師人数についての有効回答数は n=1,723 であった。

8) 医師の役職等

医師における役職についてみると、「管理職以外のスタッフ医師」（82.3%）が最も多く、次いで「専門研修医」（8.0%）であった。

図表 100 医師の役職（n=4,227）

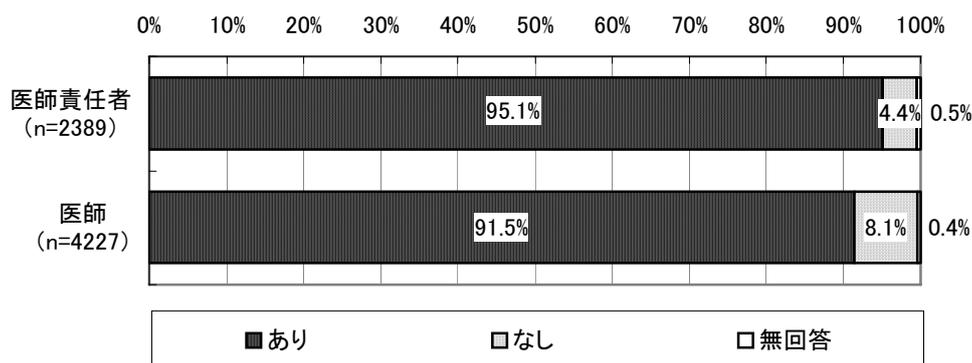


③医師の勤務実態等

1) 外来診療担当の有無

外来診療担当の有無についてみると、医師責任者では外来診療担当が「あり」が95.1%、「なし」が4.4%であった。医師では「あり」が91.5%、「なし」が8.1%であった。

図表 101 外来診療担当の有無



医師1人あたり1日の平均外来診察患者数についてみると、医師責任者は平均32.6人（標準偏差17.2、中央値30.0）、医師は平均28.0人（標準偏差14.9、中央値25.0）であった。

図表 102 医師1人あたり1日の平均外来診察患者数

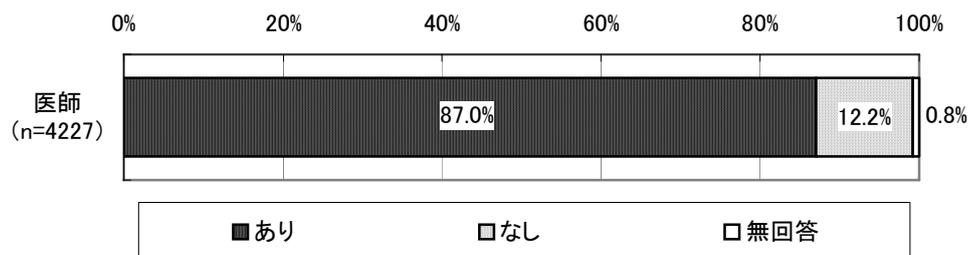
| | 平均値 | 標準偏差 | 最大値 | 最小値 | 中央値 |
|----------|------|------|-------|-----|------|
| 医師責任者（人） | 32.6 | 17.2 | 180.0 | 0.5 | 30.0 |
| 医師（人） | 28.0 | 14.9 | 139.0 | 0.5 | 25.0 |

（注）医師責任者 n=2,170、医師 n=3,683

2) 入院診療における担当患者の有無等（医師票のみ）

医師の入院診療における担当患者の有無についてみると、入院診療における担当患者が「あり」が87.0%、「なし」が12.2%であった。

図表 103 入院診療における担当患者の有無



医師 1 人あたりの担当入院患者数についてみると、平均は 10.9 人（標準偏差 10.4、中央値 10.0）であった。

図表 104 医師 1 人あたりの担当入院患者数（平成 20 年 10 月末現在、n=3,524）

| | 平均値 | 標準偏差 | 最大値 | 最小値 | 中央値 |
|-------|------|------|-------|-----|------|
| 医師（人） | 10.9 | 10.4 | 320.0 | 0.5 | 10.0 |

3) 直近 1 週間の実勤務時間

直近 1 週間の実勤務時間についてみると、医師責任者は平均 58.0 時間（標準偏差 14.9、中央値 57.6）、医師は平均 61.3 時間（標準偏差 18.3、中央値 60.0）であった。

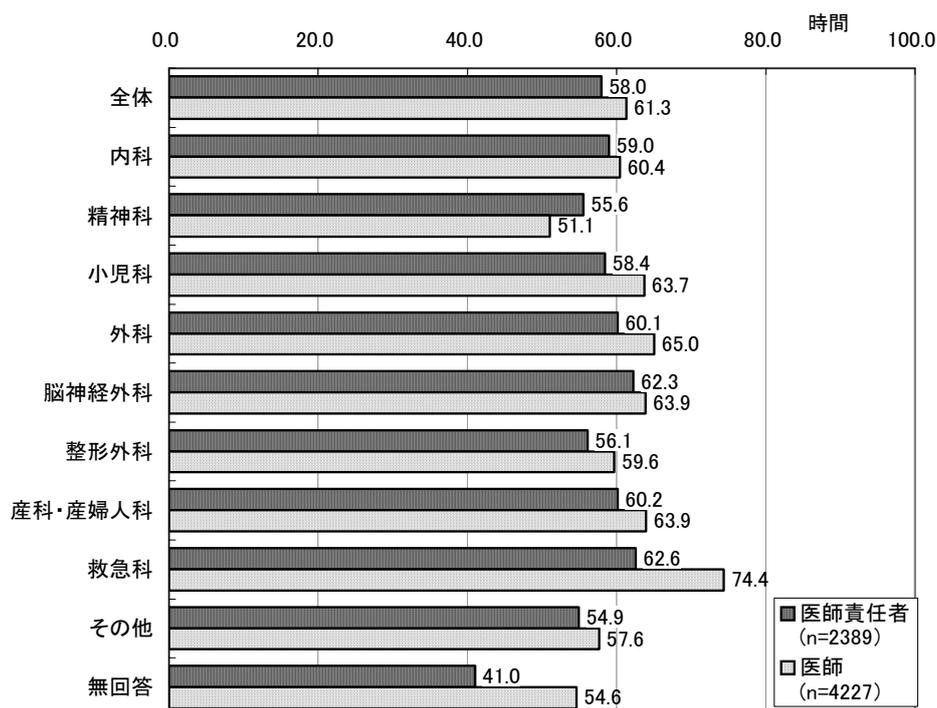
図表 105 直近 1 週間の実勤務時間

| | 平均値 | 標準偏差 | 最大値 | 最小値 | 中央値 |
|-----------|------|------|-------|-----|------|
| 医師責任者（時間） | 58.0 | 14.9 | 120.0 | 0.0 | 57.6 |
| 医師（時間） | 61.3 | 18.3 | 128.0 | 0.3 | 60.0 |

（注）医師責任者 n=2,278、医師 n=3,963

診療科別に直近1週間の実勤務時間をみると、医師責任者では「救急科」(62.6時間)が最も長く、次いで「脳神経外科」(62.3時間)、「産科・産婦人科」(60.2時間)、「外科」(60.1時間)であった。医師では「救急科」(74.4時間)が最も長く、次いで「外科」(65.0時間)、「脳神経外科」と「産科・産婦人科」(ともに63.9時間)、「小児科」(63.7時間)、「脳神経外科」「産科・産婦人科」(62.3時間)、「内科」(60.4時間)であった。

図表 106 診療科別 直近1週間の実勤務時間(平均)



4) 1 か月あたりの当直回数及び連続当直回数

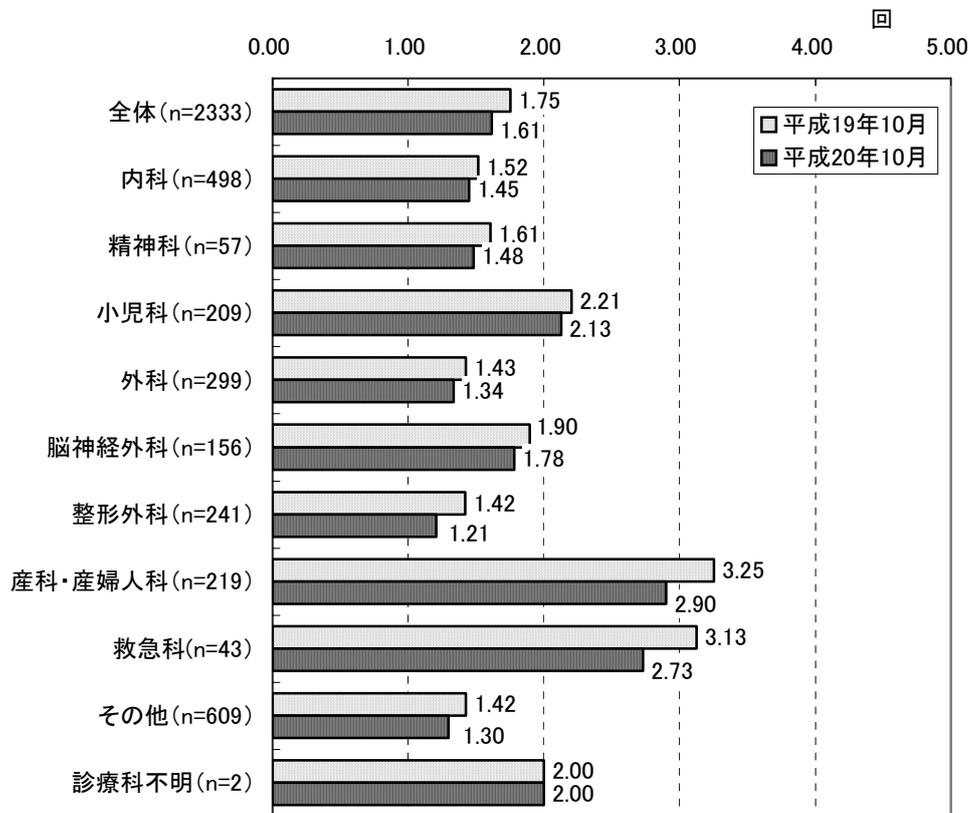
医師責任者における、平成 20 年 10 月 1 か月あたりの当直回数についてみると、「産科・産婦人科」が 2.90 回（標準偏差 3.21、中央値 2.00）と最も多く、次いで「救急科」が 2.73 回（標準偏差 2.95、中央値 2.00）、「小児科」が 2.13 回（標準偏差 2.48、中央値 1.00）、「脳神経外科」が 1.78 回（標準偏差 1.88、中央値 1.00）であった。いずれの診療科においても、平成 19 年 10 月と比較して若干ではあるが少なくなっている。

図表 107 1 か月あたり当直回数（医師責任者）

（単位：回）

| | | 平均値 | 標準偏差 | 最大値 | 最小値 | 中央値 |
|---------|--------------|------|------|-------|------|------|
| 全体 | 平成 19 年 10 月 | 1.75 | 2.20 | 18.00 | 0.00 | 1.00 |
| | 平成 20 年 10 月 | 1.61 | 2.15 | 18.00 | 0.00 | 1.00 |
| 内科 | 平成 19 年 10 月 | 1.52 | 1.71 | 10.00 | 0.00 | 1.00 |
| | 平成 20 年 10 月 | 1.45 | 1.73 | 10.00 | 0.00 | 1.00 |
| 精神科 | 平成 19 年 10 月 | 1.61 | 2.50 | 12.00 | 0.00 | 1.00 |
| | 平成 20 年 10 月 | 1.48 | 2.50 | 13.00 | 0.00 | 0.50 |
| 小児科 | 平成 19 年 10 月 | 2.21 | 2.42 | 10.00 | 0.00 | 2.00 |
| | 平成 20 年 10 月 | 2.13 | 2.48 | 12.00 | 0.00 | 1.00 |
| 外科 | 平成 19 年 10 月 | 1.43 | 1.66 | 10.00 | 0.00 | 1.00 |
| | 平成 20 年 10 月 | 1.34 | 1.63 | 10.00 | 0.00 | 1.00 |
| 脳神経外科 | 平成 19 年 10 月 | 1.90 | 1.95 | 9.00 | 0.00 | 2.00 |
| | 平成 20 年 10 月 | 1.78 | 1.88 | 9.00 | 0.00 | 1.00 |
| 整形外科 | 平成 19 年 10 月 | 1.42 | 1.73 | 12.00 | 0.00 | 1.00 |
| | 平成 20 年 10 月 | 1.21 | 1.70 | 13.00 | 0.00 | 1.00 |
| 産科・産婦人科 | 平成 19 年 10 月 | 3.25 | 3.44 | 13.00 | 0.00 | 2.00 |
| | 平成 20 年 10 月 | 2.90 | 3.21 | 13.00 | 0.00 | 2.00 |
| 救急科 | 平成 19 年 10 月 | 3.13 | 2.98 | 10.00 | 0.00 | 2.00 |
| | 平成 20 年 10 月 | 2.73 | 2.95 | 10.00 | 0.00 | 2.00 |
| その他 | 平成 19 年 10 月 | 1.42 | 1.97 | 18.00 | 0.00 | 1.00 |
| | 平成 20 年 10 月 | 1.30 | 1.99 | 18.00 | 0.00 | 0.00 |
| 診療科不明 | 平成 19 年 10 月 | 2.00 | 2.83 | 4.00 | 0.00 | 4.00 |
| | 平成 20 年 10 月 | 2.00 | 2.83 | 4.00 | 0.00 | 4.00 |

図表 108 1 か月あたり平均当直回数（医師責任者）



(注) 平成 19 年 10 月及び平成 20 年 10 月ともに欠損値のないデータを対象に集計を行った。

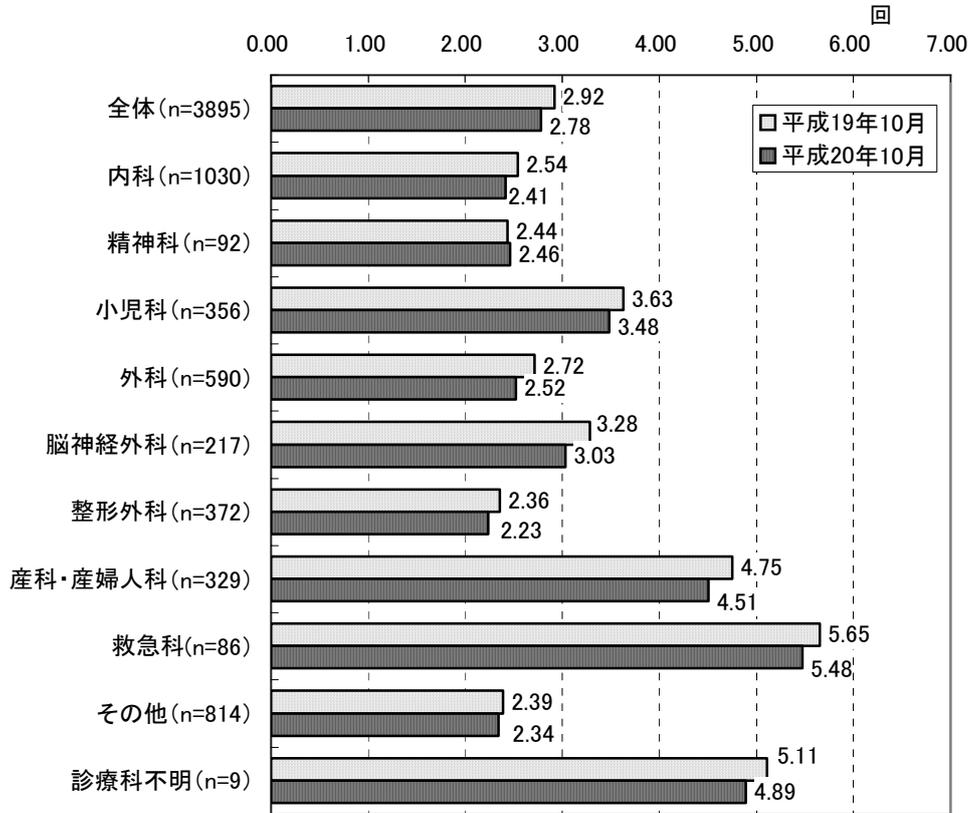
医師における、平成20年10月1か月あたり平均当直回数についてみると、「救急科」が5.48回（標準偏差2.77、中央値6.00）と最も多く、次いで「産科・産婦人科」が4.51回（標準偏差3.26、中央値4.00）、「小児科」が3.48回（標準偏差2.39、中央値3.00）、「脳神経外科」が3.03回（標準偏差2.07回、中央値3.00）であった。「精神科」を除く、いずれの診療科においても、平成19年10月と比較して若干ではあるが少なくなっている。

図表 109 1か月あたり当直回数（医師）

（単位：回）

| | | 平均値 | 標準偏差 | 最大値 | 最小値 | 中央値 |
|---------|----------|------|------|-------|------|------|
| 全体 | 平成19年10月 | 2.92 | 2.32 | 18.00 | 0.00 | 3.00 |
| | 平成20年10月 | 2.78 | 2.24 | 15.00 | 0.00 | 2.00 |
| 内科 | 平成19年10月 | 2.54 | 1.69 | 10.00 | 0.00 | 2.00 |
| | 平成20年10月 | 2.41 | 1.63 | 10.00 | 0.00 | 2.00 |
| 精神科 | 平成19年10月 | 2.44 | 2.14 | 10.00 | 0.00 | 2.00 |
| | 平成20年10月 | 2.46 | 2.41 | 12.00 | 0.00 | 2.00 |
| 小児科 | 平成19年10月 | 3.63 | 2.36 | 11.00 | 0.00 | 4.00 |
| | 平成20年10月 | 3.48 | 2.39 | 11.00 | 0.00 | 3.00 |
| 外科 | 平成19年10月 | 2.72 | 1.81 | 12.00 | 0.00 | 2.00 |
| | 平成20年10月 | 2.52 | 1.77 | 12.00 | 0.00 | 2.00 |
| 脳神経外科 | 平成19年10月 | 3.28 | 2.47 | 18.00 | 0.00 | 3.00 |
| | 平成20年10月 | 3.03 | 2.07 | 10.00 | 0.00 | 3.00 |
| 整形外科 | 平成19年10月 | 2.36 | 1.72 | 15.00 | 0.00 | 2.00 |
| | 平成20年10月 | 2.23 | 1.60 | 8.00 | 0.00 | 2.00 |
| 産科・産婦人科 | 平成19年10月 | 4.75 | 3.40 | 15.00 | 0.00 | 5.00 |
| | 平成20年10月 | 4.51 | 3.26 | 15.00 | 0.00 | 4.00 |
| 救急科 | 平成19年10月 | 5.65 | 2.73 | 13.00 | 0.00 | 6.00 |
| | 平成20年10月 | 5.48 | 2.77 | 13.00 | 0.00 | 6.00 |
| その他 | 平成19年10月 | 2.39 | 2.28 | 15.00 | 0.00 | 2.00 |
| | 平成20年10月 | 2.34 | 2.22 | 13.00 | 0.00 | 2.00 |
| 診療科不明 | 平成19年10月 | 5.11 | 3.89 | 10.00 | 0.00 | 4.00 |
| | 平成20年10月 | 4.89 | 4.01 | 10.00 | 0.00 | 4.00 |

図表 110 1 か月あたり平均当直回数（医師）



(注) 平成 19 年 10 月及び平成 20 年 10 月ともに欠損値のないデータを対象に集計を行った。

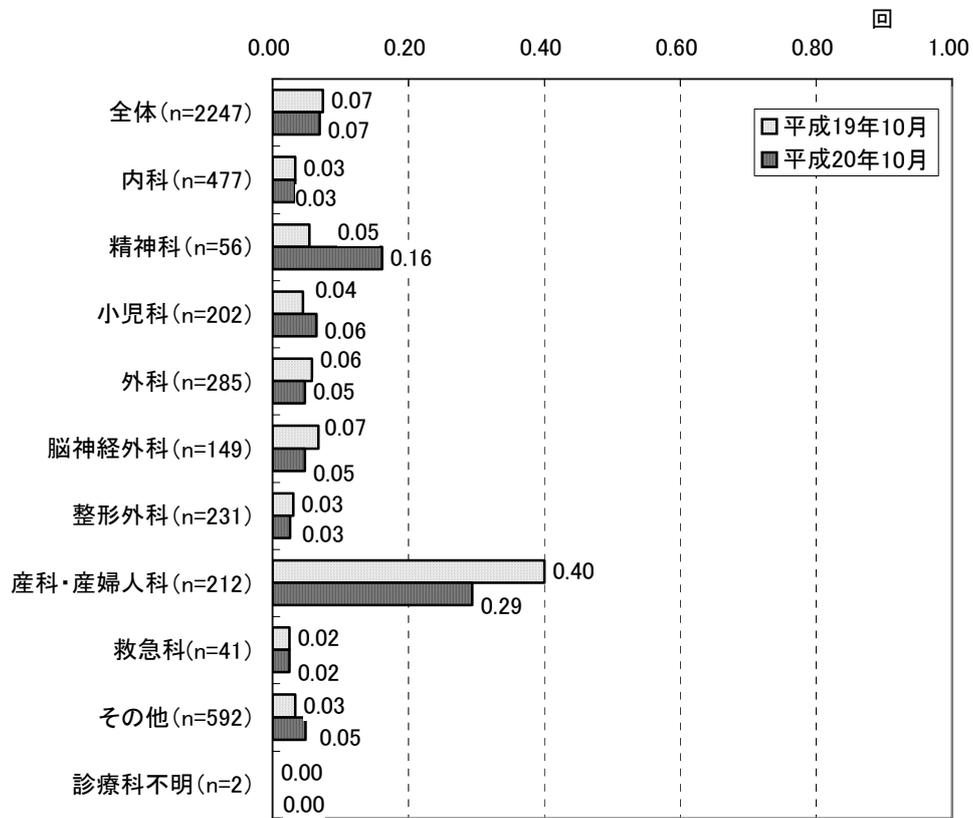
医師責任者における、平成 20 年 10 月 1 か月あたりの連続当直回数の平均についてみると、「産科・産婦人科」が 0.29 回（標準偏差 0.96、中央値 0.00）と最も多く、次いで「精神科」の 0.16 回（標準偏差 0.85、中央値 0.00）であった。

図表 111 1 か月あたり連続当直回数（医師責任者）

（単位：回）

| | | 平均値 | 標準偏差 | 最大値 | 最小値 | 中央値 |
|---------|--------------|------|------|-------|------|------|
| 全体 | 平成 19 年 10 月 | 0.07 | 0.51 | 15.00 | 0.00 | 0.00 |
| | 平成 20 年 10 月 | 0.07 | 0.43 | 10.00 | 0.00 | 0.00 |
| 内科 | 平成 19 年 10 月 | 0.03 | 0.20 | 2.00 | 0.00 | 0.00 |
| | 平成 20 年 10 月 | 0.03 | 0.19 | 2.00 | 0.00 | 0.00 |
| 精神科 | 平成 19 年 10 月 | 0.05 | 0.30 | 2.00 | 0.00 | 0.00 |
| | 平成 20 年 10 月 | 0.16 | 0.85 | 6.00 | 0.00 | 0.00 |
| 小児科 | 平成 19 年 10 月 | 0.04 | 0.44 | 6.00 | 0.00 | 0.00 |
| | 平成 20 年 10 月 | 0.06 | 0.47 | 5.00 | 0.00 | 0.00 |
| 外科 | 平成 19 年 10 月 | 0.06 | 0.28 | 2.00 | 0.00 | 0.00 |
| | 平成 20 年 10 月 | 0.05 | 0.25 | 2.00 | 0.00 | 0.00 |
| 脳神経外科 | 平成 19 年 10 月 | 0.07 | 0.34 | 3.00 | 0.00 | 0.00 |
| | 平成 20 年 10 月 | 0.05 | 0.24 | 2.00 | 0.00 | 0.00 |
| 整形外科 | 平成 19 年 10 月 | 0.03 | 0.20 | 2.00 | 0.00 | 0.00 |
| | 平成 20 年 10 月 | 0.03 | 0.23 | 3.00 | 0.00 | 0.00 |
| 産科・産婦人科 | 平成 19 年 10 月 | 0.40 | 1.40 | 15.00 | 0.00 | 0.00 |
| | 平成 20 年 10 月 | 0.29 | 0.96 | 10.00 | 0.00 | 0.00 |
| 救急科 | 平成 19 年 10 月 | 0.02 | 0.16 | 1.00 | 0.00 | 0.00 |
| | 平成 20 年 10 月 | 0.02 | 0.16 | 1.00 | 0.00 | 0.00 |
| その他 | 平成 19 年 10 月 | 0.03 | 0.23 | 3.00 | 0.00 | 0.00 |
| | 平成 20 年 10 月 | 0.05 | 0.33 | 4.00 | 0.00 | 0.00 |
| 診療科不明 | 平成 19 年 10 月 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| | 平成 20 年 10 月 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |

図表 112 1 か月あたり連続当直回数の平均（医師責任者）



(注) 平成 19 年 10 月及び平成 20 年 10 月ともに欠損値のないデータを対象に集計を行った。

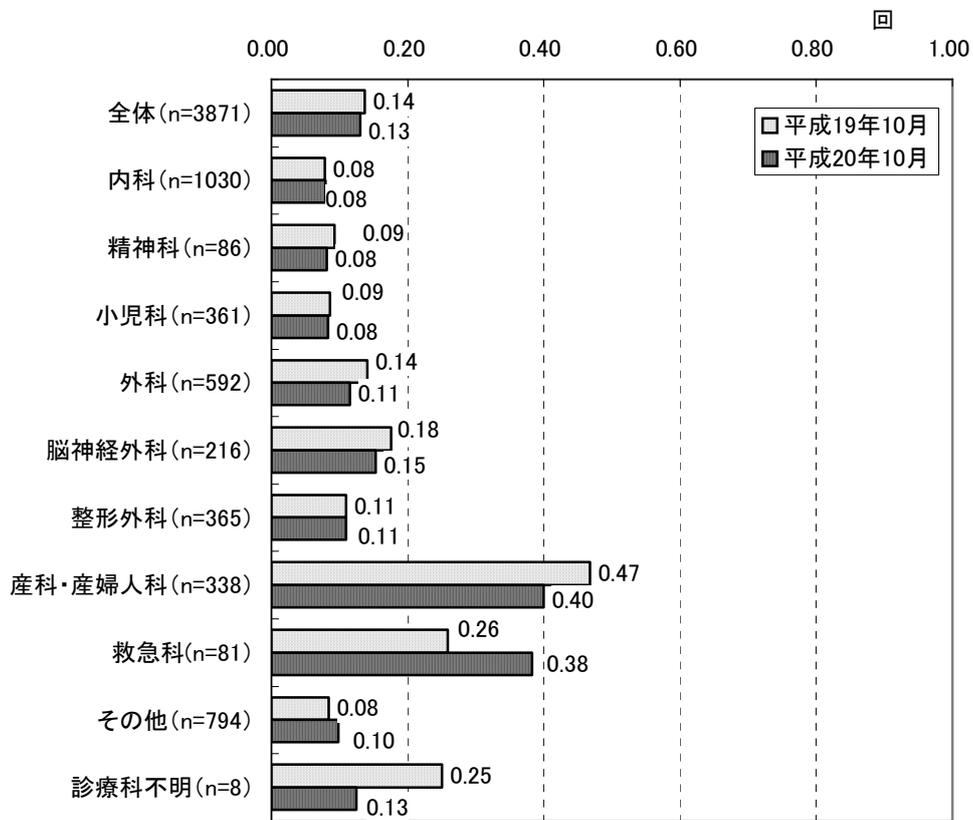
医師における、平成20年10月1か月あたりの連続当直回数の平均についてみると、「産科・産婦人科」が0.40回（標準偏差0.87、中央値0.00）と最も多く、次いで「救急科」の0.38回（標準偏差1.02、中央値0.00）であった。多くの診療科では、平成19年と比較すると少なくなっているが、「救急科」では多くなっている。

図表 113 1か月あたり連続当直回数（医師）

（単位：回）

| | | 平均値 | 標準偏差 | 最大値 | 最小値 | 中央値 |
|---------|----------|------|------|-------|------|------|
| 全体 | 平成19年10月 | 0.14 | 0.60 | 15.00 | 0.00 | 0.00 |
| | 平成20年10月 | 0.13 | 0.53 | 10.00 | 0.00 | 0.00 |
| 内科 | 平成19年10月 | 0.08 | 0.41 | 6.00 | 0.00 | 0.00 |
| | 平成20年10月 | 0.08 | 0.37 | 4.00 | 0.00 | 0.00 |
| 精神科 | 平成19年10月 | 0.09 | 0.36 | 2.00 | 0.00 | 0.00 |
| | 平成20年10月 | 0.08 | 0.38 | 3.00 | 0.00 | 0.00 |
| 小児科 | 平成19年10月 | 0.09 | 0.35 | 3.00 | 0.00 | 0.00 |
| | 平成20年10月 | 0.08 | 0.36 | 3.00 | 0.00 | 0.00 |
| 外科 | 平成19年10月 | 0.14 | 0.58 | 6.00 | 0.00 | 0.00 |
| | 平成20年10月 | 0.11 | 0.45 | 5.00 | 0.00 | 0.00 |
| 脳神経外科 | 平成19年10月 | 0.18 | 0.67 | 6.00 | 0.00 | 0.00 |
| | 平成20年10月 | 0.15 | 0.51 | 3.00 | 0.00 | 0.00 |
| 整形外科 | 平成19年10月 | 0.11 | 0.52 | 6.00 | 0.00 | 0.00 |
| | 平成20年10月 | 0.11 | 0.45 | 4.00 | 0.00 | 0.00 |
| 産科・産婦人科 | 平成19年10月 | 0.47 | 1.22 | 15.00 | 0.00 | 0.00 |
| | 平成20年10月 | 0.40 | 0.87 | 5.00 | 0.00 | 0.00 |
| 救急科 | 平成19年10月 | 0.26 | 0.67 | 3.00 | 0.00 | 0.00 |
| | 平成20年10月 | 0.38 | 1.02 | 5.00 | 0.00 | 0.00 |
| その他 | 平成19年10月 | 0.08 | 0.50 | 8.00 | 0.00 | 0.00 |
| | 平成20年10月 | 0.10 | 0.59 | 10.00 | 0.00 | 0.00 |
| 診療科不明 | 平成19年10月 | 0.25 | 0.71 | 2.00 | 0.00 | 0.00 |
| | 平成20年10月 | 0.13 | 0.35 | 1.00 | 0.00 | 0.00 |

図表 114 1 か月あたり連続当直回数の平均（医師）

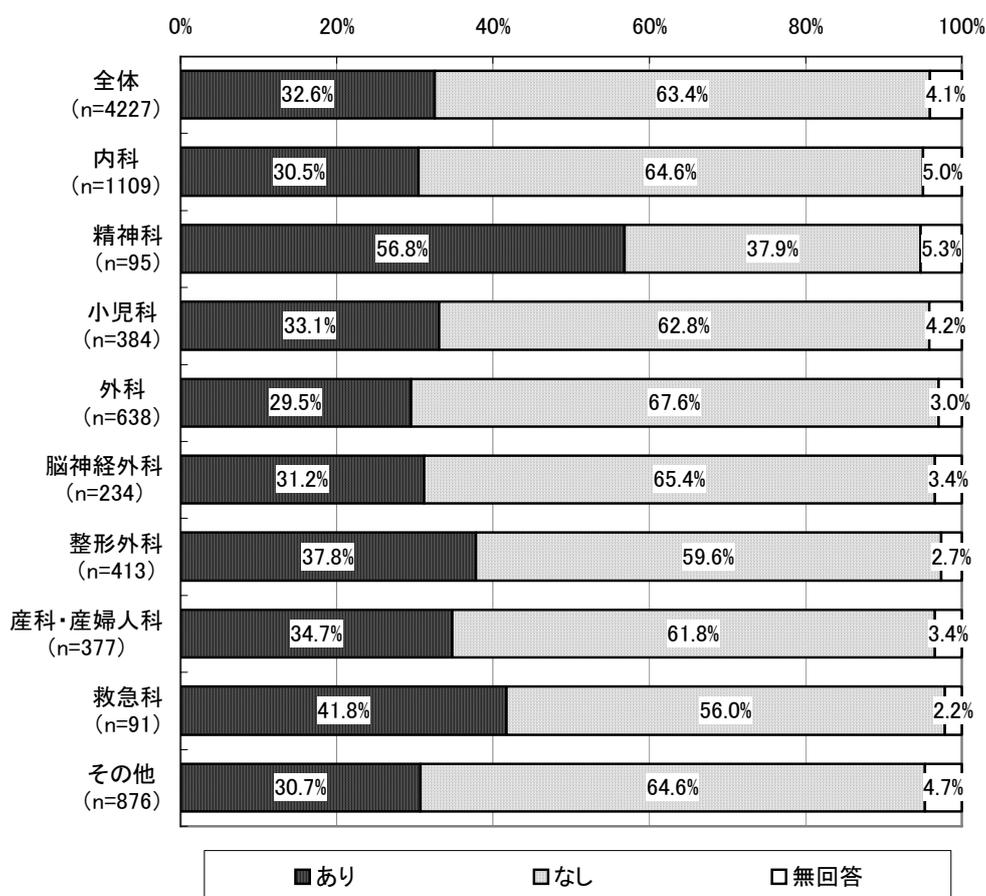


(注) 平成 19 年 10 月及び平成 20 年 10 月ともに欠損値のないデータを対象に集計を行った。

5) 所属病院以外での勤務の有無（医師のみ）

医師における所属病院以外での勤務の有無についてみると、全体では、所属病院以外での勤務が「あり」が32.6%、「なし」が63.4%であった。多くの診療科においてはほぼ同程度の割合であったが、「精神科」および「救急科」では、「あり」（それぞれ56.8%、41.8%）の割合が他の診療科と比較して高い結果となった。

図表 115 所属病院以外での勤務の有無



6) アルバイトの状況（医師のみ）

平成 20 年 10 月の医師におけるアルバイトの状況についてみると、「1 か月あたりの勤務日数」の平均は 2.48 日（標準偏差 2.99、中央値 1.00）、「1 か月の当直回数」の平均は 0.76 回（標準偏差 1.77、中央値 0.00）、「うち連続当直回数」の平均は 0.11 回（標準偏差 0.49、中央値 0.00）、「1 週間の勤務時間」の平均は 8.5 時間（標準偏差 14.3、中央値 4.0）であった。なお、平成 19 年と 20 年で大きな差異はみられなかった。

図表 116 アルバイトの状況

| | | 平均値 | 標準偏差 | 最大値 | 最小値 | 中央値 |
|-----------------|-----------|------|------|-------|------|------|
| 1 か月あたりの勤務日数（日） | 19 年 10 月 | 2.39 | 2.96 | 18.00 | 0.00 | 1.00 |
| | 20 年 10 月 | 2.48 | 2.99 | 18.00 | 0.00 | 1.00 |
| 1 か月の当直回数（回） | 19 年 10 月 | 0.74 | 1.74 | 15.00 | 0.00 | 0.00 |
| | 20 年 10 月 | 0.76 | 1.77 | 15.00 | 0.00 | 0.00 |
| 上記のうち連続当直回数（回） | 19 年 10 月 | 0.11 | 0.50 | 7.00 | 0.00 | 0.00 |
| | 20 年 10 月 | 0.11 | 0.49 | 8.00 | 0.00 | 0.00 |
| 1 週間の勤務時間（時間） | 19 年 10 月 | 8.2 | 14.5 | 113.0 | 0.0 | 3.0 |
| | 20 年 10 月 | 8.5 | 14.3 | 98.0 | 0.0 | 4.0 |

（注）各項目について欠損値のないデータを対象に集計した。「1 か月あたりの勤務日数」は n=2645、「1 か月あたり当直回数」は n=2612、「上記のうち連続当直回数」は n=2595、「1 週間の勤務時間」は n=2557。

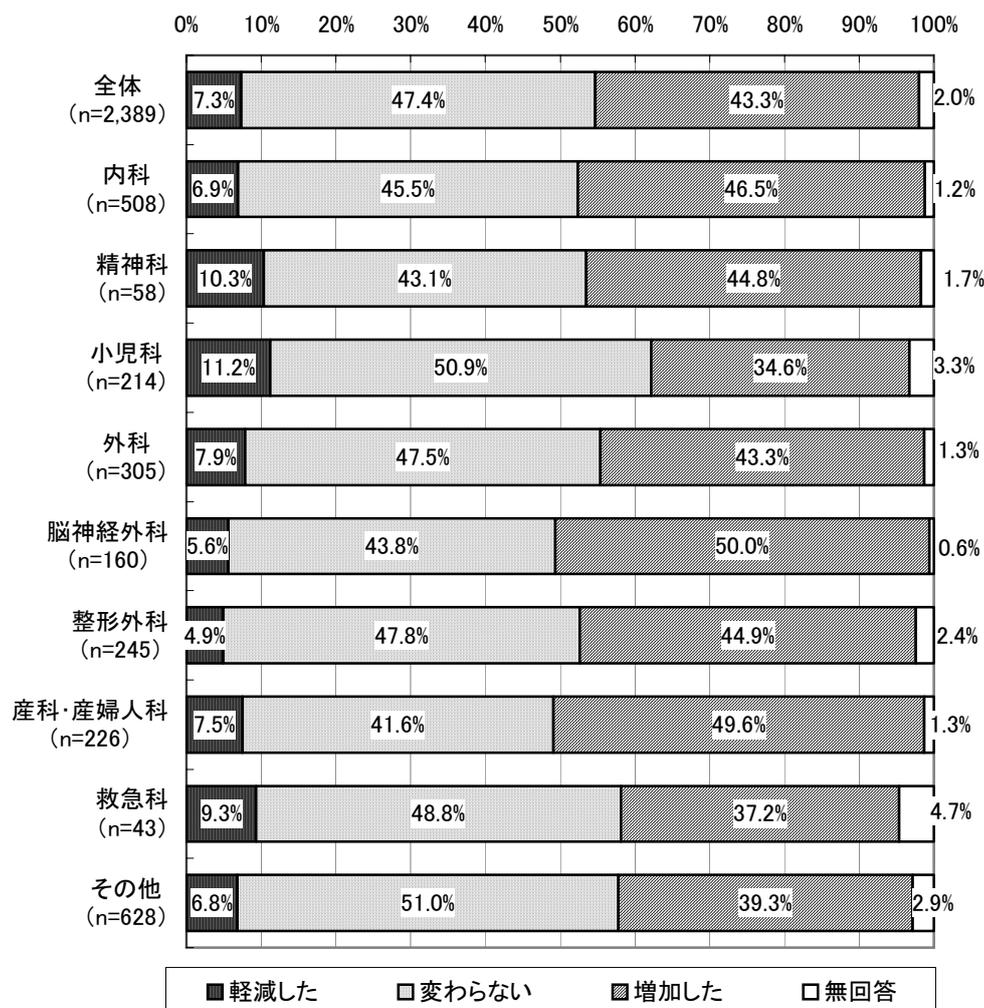
④各診療科における業務負担の変化（平成 20 年 10 月末現在）

：医師責任者に自らが管理する診療科の状況として回答していただいた項目

1) 各診療科における入院診療に係る業務負担の変化

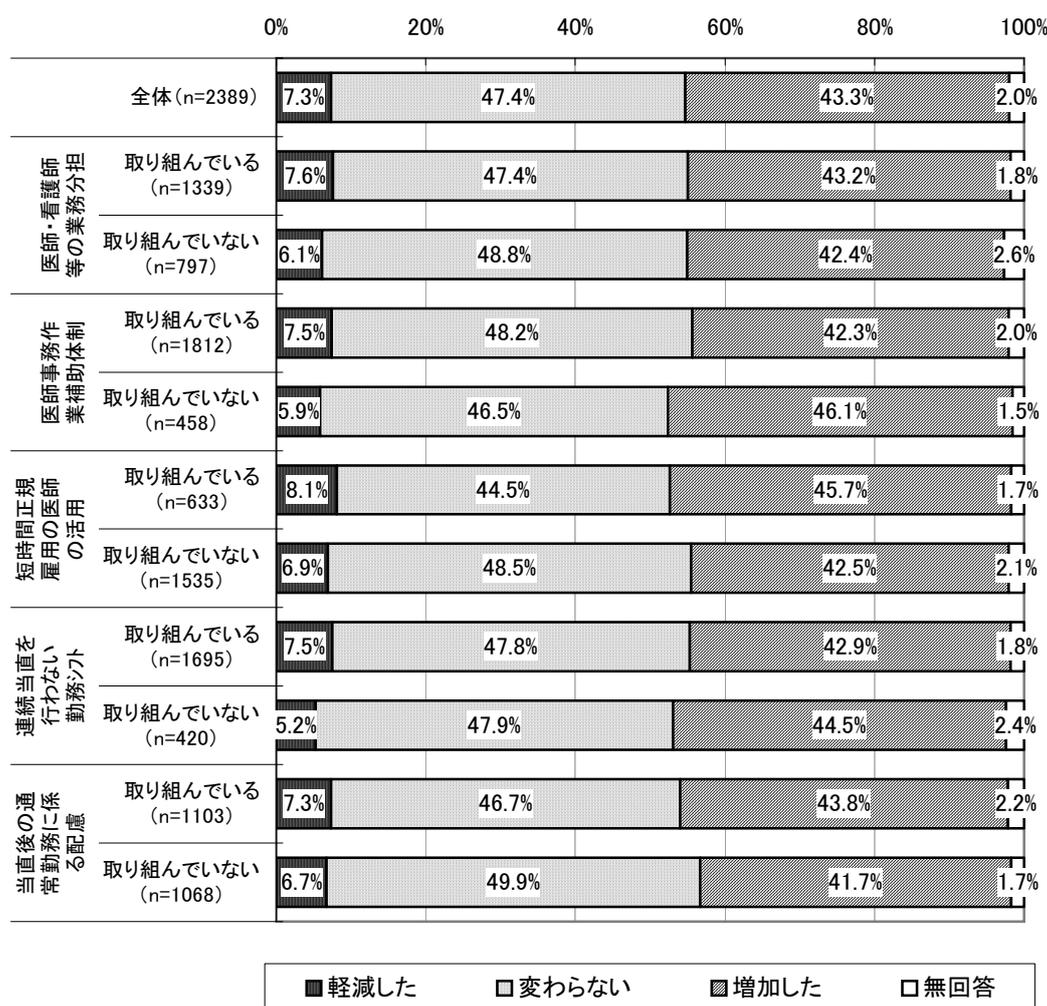
平成 20 年 10 月において、1 年前と比較した、各診療科における入院診療に係る業務負担の変化について医師責任者にたずねたところ、全体では「軽減した」が 7.3%となり、「変わらない」が 47.4%、「増加した」が 43.3%となった。いずれの診療科もほぼ同様の割合であるが、「小児科」、「精神科」、「救急科」では他の診療科と比較して「軽減した」が相対的に若干高く、「増加した」が相対的に低くなっている。

図表 117 各診療科における入院診療に係る業務負担の変化（医師責任者）
1 年前と比較して



平成20年10月において、1年前と比較した、各診療科における入院診療に係る業務負担の変化について、勤務医負担軽減策の取り組み状況別にみると、すべての取り組みで「取り組んでいない」施設よりは「取り組んでいる」施設のほうが「軽減した」の割合がやや高かったものの、大きな差異はみられなかった。いずれも「増加した」が4割強となった。

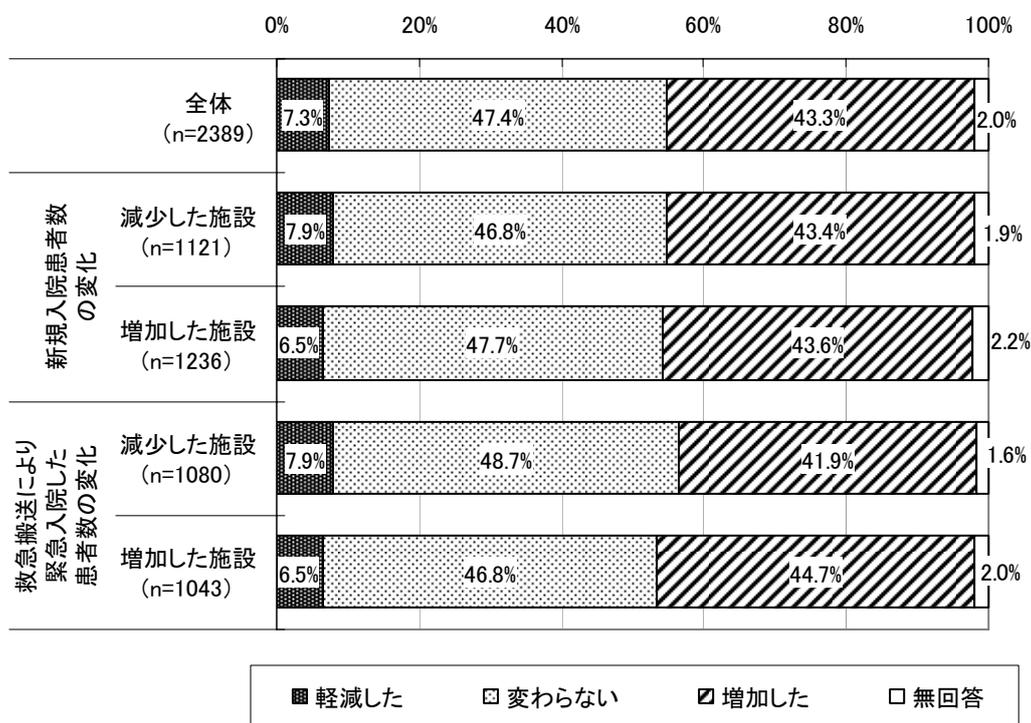
図表 118 各診療科における入院診療に係る業務負担の変化（医師責任者）
1年前と比較して（施設における各勤務医負担軽減策の取り組み状況別）



(注)「取り組んでいない」施設とは、「計画にあるが取り組んでいない」、「計画にない」と回答した施設。

平成 20 年 10 月において、1 年前と比較した各診療科における入院診療に係る業務負担の変化について、入院患者数等の変化別にみると、入院患者数等が減少した施設では増加した施設よりも、「軽減した」が若干高くなっているが、大きな差異はみられなかった。いずれの施設でも「増加した」が 4 割強となった。

図表 119 各診療科における入院診療に係る業務負担の変化（医師責任者）
1 年前と比較して（入院患者数等の変化別）



(注)「減少した施設」「増加した施設」とは、平成 19 年 10 月と比較して平成 20 年 10 月の患者数がそれぞれ減少した、増加した施設。

各診療科における入院診療に係る業務負担が1年前と比較して「増加した」理由としては、医師責任者票の自由記述欄の内容からまとめると、以下のようになった。

図表 120 各診療科における入院診療に係る業務負担が増加した理由（医師責任者）
1年前と比較して（自由記述形式）

| | |
|--|----|
| <ul style="list-style-type: none">・入院患者数の増加・医師数（非常勤・研修医含む）の減少・医師の能力不足・手術・分娩回数の増加・事務作業の増加・重症患者の増加・時間外診療、救急診療の増加・電子化による煩雑化・高齢患者の増加・スタッフ不足 | ／等 |
|--|----|

各診療科における入院診療に係る業務負担が1年前と比較して「軽減した」理由としては、医師責任者票の自由記述欄の内容からまとめると、以下のようになった。

図表 121 各診療科における入院診療に係る業務負担が軽減した理由（医師責任者）
1年前と比較して（自由記述形式）

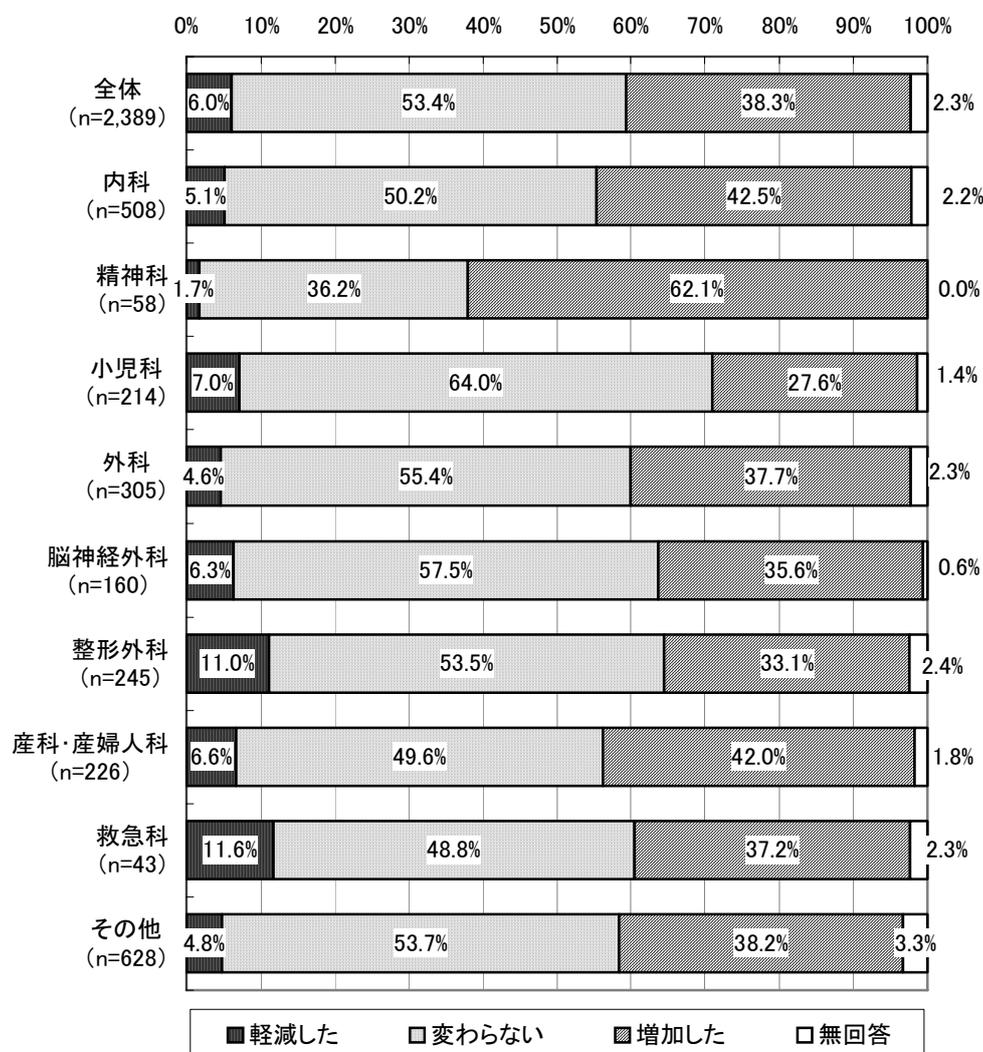
| | |
|---|----|
| <ul style="list-style-type: none">・医師（非常勤・研修医を含む）の増員・入院の縮小・廃止・手術数の減少・スタッフの増員・チーム医療の実施・電子化による業務軽減 | ／等 |
|---|----|

2) 各診療科における外来診療に係る業務負担の変化

平成20年10月において、1年前と比較した、各診療科における外来診療に係る業務負担の変化について、医師責任者にたずねたところ、全体では「軽減した」が6.0%、「変わらない」が53.4%、「増加した」が38.3%であった。

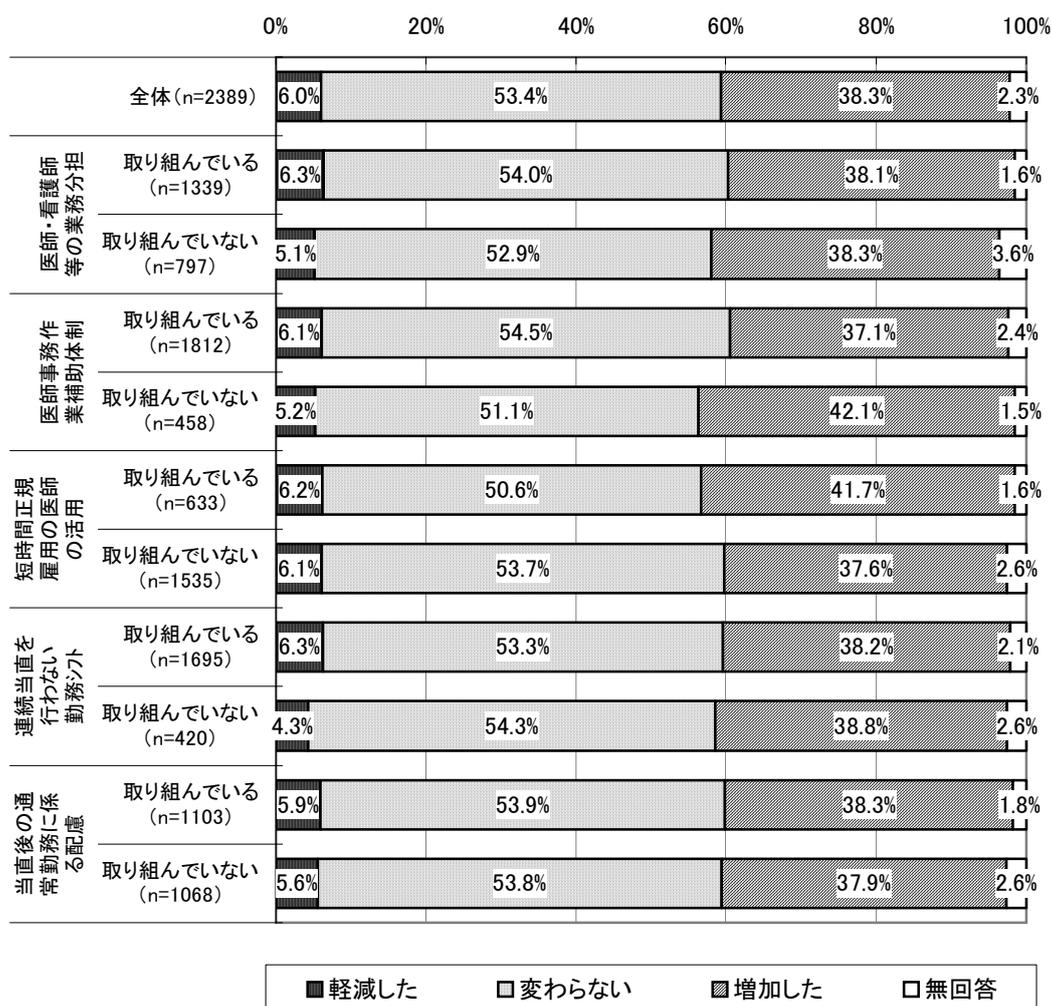
診療科別にみると、「精神科」では「増加した」が62.1%と、他の診療科と比較して突出して高かった。一方、「小児科」、「整形外科」では「増加した」が他の診療科と比較して相対的に低く、「軽減した」が他と比較して相対的に高い結果となった。

図表 122 各診療科における外来診療に係る業務負担の変化（医師責任者）
1年前と比較して



平成20年10月において、1年前と比較した、各診療科における外来診療に係る業務負担の変化について、勤務医負担軽減策の取組み状況別にみると、各項目で「取り組んでいる」施設の方が「取り組んでいない」施設よりも「軽減した」がわずかではあるが高くなっている。しかし、大きな差異はみられず、いずれも「増加した」が4割近くを占めた。

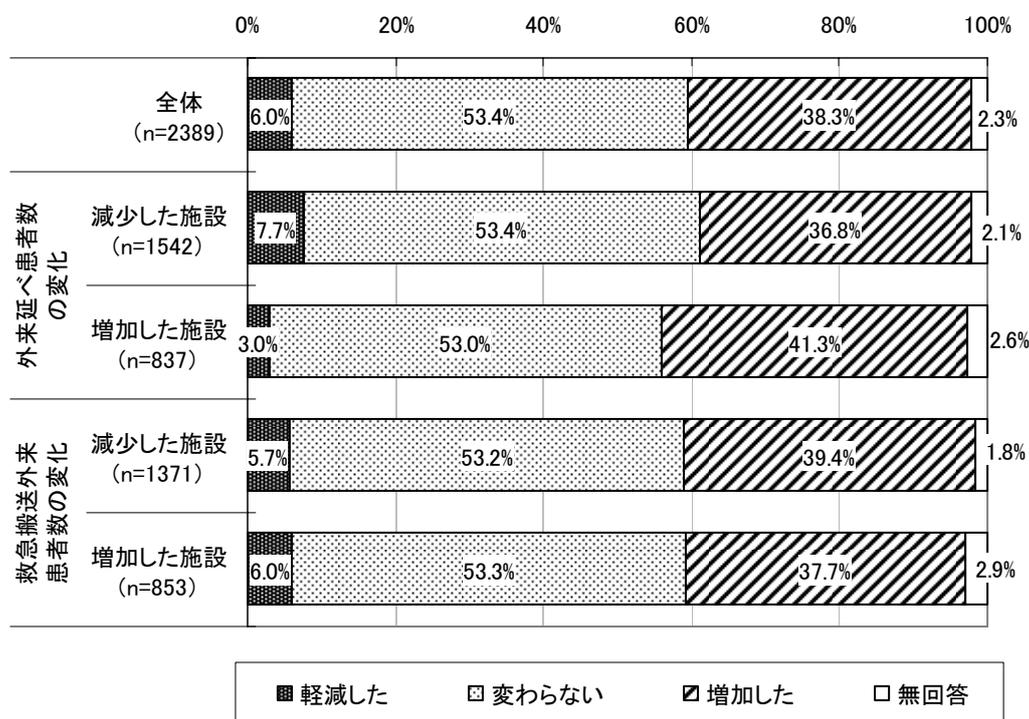
図表 123 各診療科における外来診療に係る業務負担の変化（医師責任者）
1年前と比較して（施設における各勤務医負担軽減策の取組み状況別）



(注) 「取り組んでいない」施設とは、「計画にあるが取り組んでいない」、「計画にない」と回答した施設。

平成 20 年 10 月において、1 年前と比較した、各診療科における外来診療に係る業務負担の変化について、外来患者数等の変化別にみると、外来延べ患者数が減少した施設では、増加した施設と比較して、「軽減した」が高く、「増加した」が低かった。しかしながら、大きな差異はみられず、「変わらない」が 50%を超え、「増加した」が 4 割程度となった。

図表 124 各診療科における外来診療に係る業務負担の変化（医師責任者）
1 年前と比較して（外来患者数等の変化別）



(注) 「減少した施設」「増加した施設」とは、平成 19 年 10 月と比較して平成 20 年 10 月の患者数がそれぞれ減少した、増加した施設。

各診療科における外来診療に係る業務負担が1年前と比較して「増加した」理由としては、医師責任者票の自由記述欄の内容をまとめると、以下のようになった。

図表 125 各診療科における外来診療に係る業務負担が増加した理由（医師責任者）
1年前と比較して（自由記述形式、主なもの）

- ・患者数の増加
 - ・医師数（非常勤・研修医含む）の減少
 - ・医師の能力不足
 - ・電子化による煩雑化
 - ・事務作業の増加
 - ・患者への説明に要する時間の増加
 - ・外来診療内容の広範化・煩雑化
 - ・外来担当回数（日数・時間）の増加
 - ・近隣の病院・診療所の閉鎖・縮小等
 - ・検査件数の増加
 - ・重症患者の増加
 - ・時間外診療、救急診療の増加
 - ・患者からの要求の増加・煩雑化
 - ・スタッフ不足
- ／等

各診療科における外来診療に係る業務負担が1年前と比較して「軽減した」理由としては、医師責任者票の自由記述欄の内容をまとめると、以下のようになった。

図表 126 各診療科における外来診療に係る業務負担が軽減した理由（医師責任者）
1年前と比較して（自由記述形式）

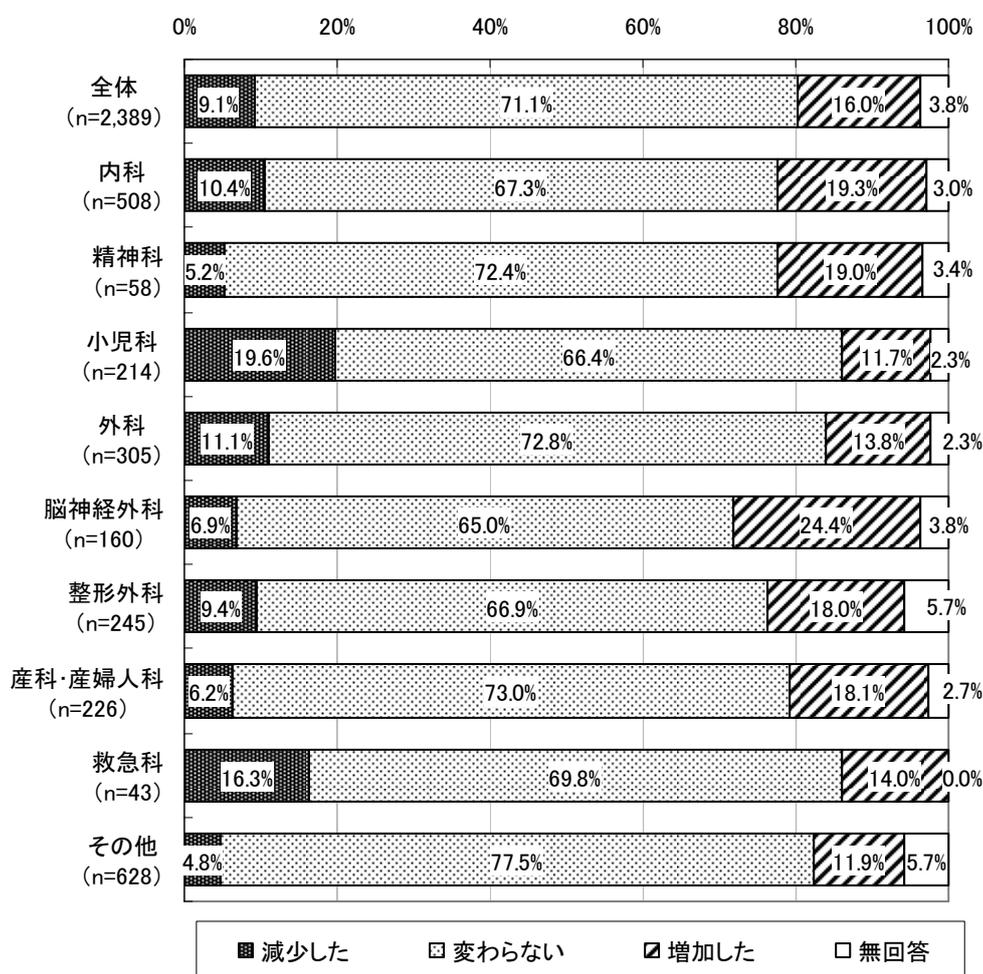
- ・メディカルクラーク等の配置による事務作業の軽減
 - ・救急診療の制限・縮小
 - ・医師（非常勤・研修医を含む）の増員
 - ・休診日の確保、診療時間の短縮
 - ・患者数の減少
 - ・投薬通院の減少
 - ・電子化による業務軽減
 - ・予約制・紹介制の導入
- ／等

3) 各診療科における夜間・早朝の軽症救急患者数の変化

平成20年4月以降における、各診療科における夜間・早朝の軽症救急患者数の変化について医師責任者にたずねたところ、全体では「減少した」が9.1%、「変わらない」が71.1%、「増加した」が16.0%であった。

診療科別にみると、「小児科」では「減少した」が19.6%、「救急科」では「減少した」が16.3%と他の診療科と比較すると「減少した」の割合が相対的に高かった。一方、「脳神経外科」では「増加した」が24.4%と、他の診療科と比較すると高い結果となった。

図表 127 各診療科における夜間・早朝の軽症救急患者数の変化（医師責任者）
平成20年4月以降

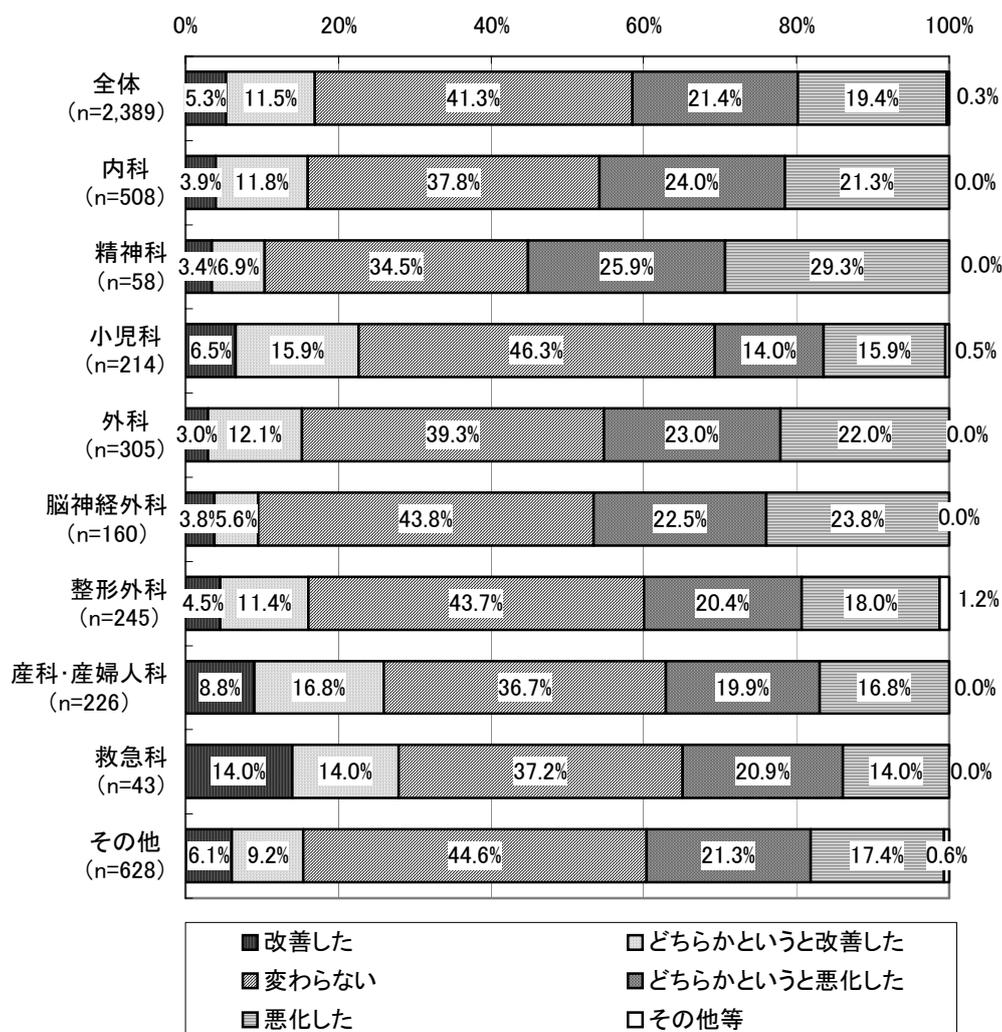


4) 各診療科における医師の勤務状況の変化

平成20年10月において、1年前と比較した、各診療科における医師の勤務状況の変化について医師責任者にたずねたところ、全体では「変わらない」(41.3%)が最も多く、次いで「どちらかという悪化した」(21.4%)、「悪化した」(19.4%)、「どちらかという改善した」(11.5%)、「改善した」(5.3%)の順であった。

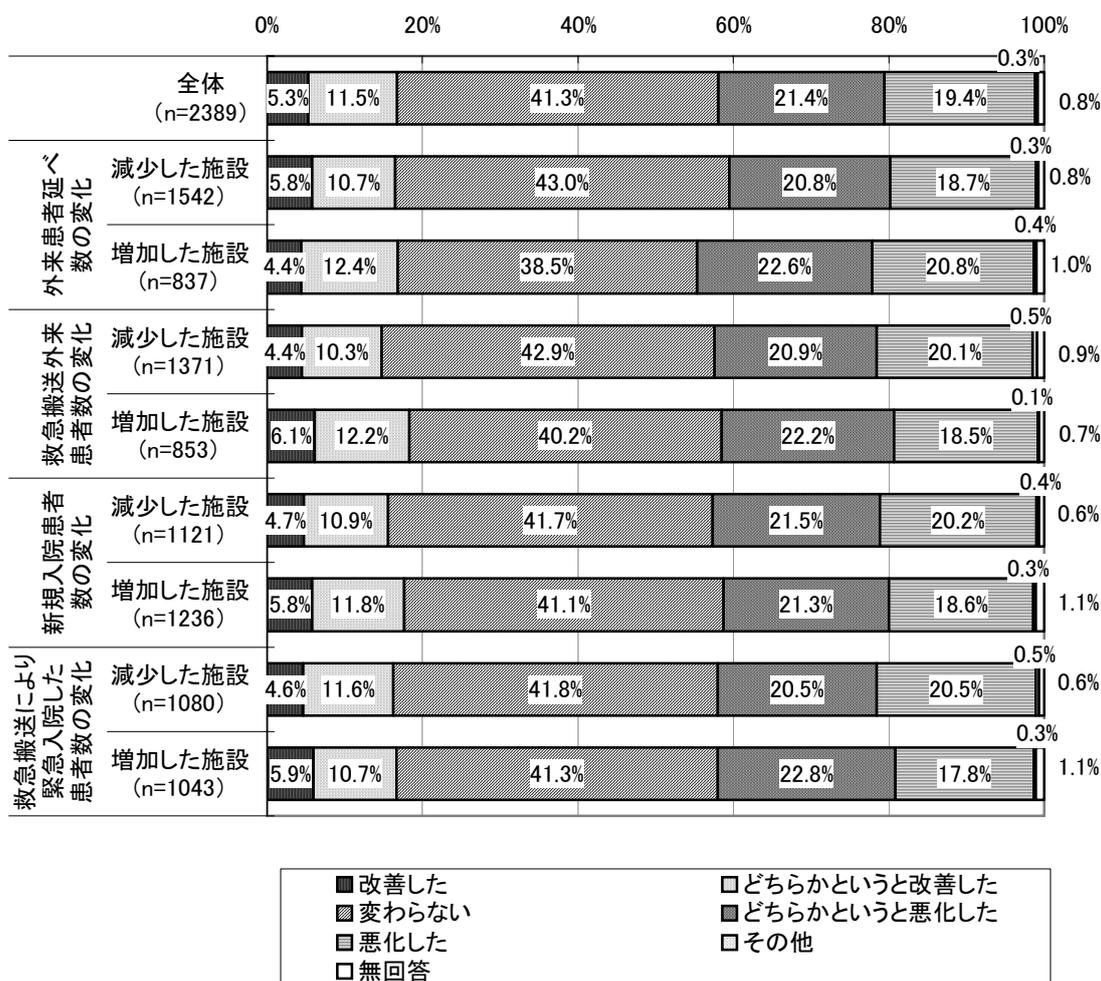
「改善した」「どちらかという改善した」の合計でみると、「救急科」(28.0%)、「産科・産婦人科」(25.6%)、「小児科」(22.4%)が他の診療科と比較して相対的に高い結果となった。一方、「精神科」では「悪化した」(29.3%)、「どちらかという悪化した」(25.9%)を合わせると5割を超えており、他の診療科と比較すると相対的にも高い結果となった。

図表 128 各診療科における医師の勤務状況の変化（医師責任者）
1年前と比較して



平成 20 年 10 月において、1 年前と比較した、各診療科における医師の勤務状況の変化について、患者数の変化別にみると、患者数の変化にかかわらず、「改善した」「どちらかという」と改善した」の合計が約 2 割、「変わらない」が約 4 割、「悪化した」「どちらかという」と悪化した」の合計が約 4 割といった配分であり、大きな差異はみられなかった。

図表 129 各診療科における医師の勤務状況の変化（医師責任者）
1 年前と比較して（患者数の変化別）



(注)「減少した施設」「増加した施設」とは、平成 19 年 10 月と比較して平成 20 年 10 月の患者数がそれぞれ減少した、増加した施設。

5) 各診療科における医師の人数・勤務実績等

各診療科における常勤医師数の変化についてみると、1施設あたりの常勤医師数は、「精神科」では平成19年10月が8.5人であったのが平成20年10月には8.2人とわずかではあるものの減少したが、他の診療科では横這いか微増となった。

常勤医師数が「増加」という割合をみると、「救急科」(34.9%)が最も高く、次いで「産科・産婦人科」(28.1%)、「内科」(26.7%)、「小児科」(26.3%)であった。一方、「減少」という割合をみると、「精神科」(26.3%)が最も高く、次いで、「救急科」(25.6%)、「内科」(25.2%)であった。

図表 130 各診療科における常勤医師数の変化

| | 人数 | 常勤医師数・平均値 | | 常勤医師数の変化 | | |
|---------|-------|--------------|--------------|----------|-------|-------|
| | | 平成19年 10月 | 平成20年 10月 | 増加 | 変動なし | 減少 |
| 全体 | 2,289 | 6.7 | 6.8 | 23.3% | 59.4% | 17.3% |
| 内科 | 464 | 9.6 | 9.7 | 26.7% | 48.1% | 25.2% |
| 精神科 | 57 | 8.5 | 8.2 | 14.0% | 59.6% | 26.3% |
| 小児科 | 205 | 7.2 | 7.4 | 26.3% | 56.1% | 17.6% |
| 外科 | 292 | 7.8 | 7.8 | 24.3% | 53.4% | 22.3% |
| 脳神経外科 | 157 | 4.6 | 4.7 | 14.6% | 72.0% | 13.4% |
| 整形外科 | 237 | 6.1 | 6.3 | 22.8% | 66.2% | 11.0% |
| 産科・産婦人科 | 217 | 6.2 | 6.4 | 28.1% | 56.2% | 15.7% |
| 救急科 | 43 | 9.0 | 9.3 | 34.9% | 39.5% | 25.6% |
| その他 | 615 | 4.2 | 4.4 | 20.0% | 68.5% | 11.5% |
| 不明 | 2 | 12.0 | 11.5 | | | |

(注)・「常勤医師数・平均値」は1施設あたりの平均医師数。単位は「人」。

・「常勤医師の変化」は平成19年10月と比べて平成20年10月の医師数がどのように変化したかの割合。

各診療科における非常勤医師数の変化についてみると、1施設あたりの非常勤医師数は、横這いか微増となった。

非常勤医師数が「増加」という割合をみると、「救急科」と「産科・産婦人科」を除くと「変動なし」が8割から9割程度となった。「救急科」と「産科・産婦人科」では「増加」が2割程度、「減少」が1割程度となった。

図表 131 各診療科における非常勤医師数の変化

| | 人数 | 非常勤医師数・平均値 | | 非常勤医師数の変化 | | |
|---------|-------|-----------------|-----------------|-----------|-------|-------|
| | | 平成 19 年 10 月 | 平成 20 年 10 月 | 増加 | 変動なし | 減少 |
| 全体 | 2,136 | 1.2 | 1.3 | 10.3% | 83.5% | 6.2% |
| 内科 | 428 | 1.9 | 2.1 | 12.6% | 81.8% | 5.6% |
| 精神科 | 51 | 2.5 | 2.6 | 9.8% | 84.3% | 5.9% |
| 小児科 | 192 | 1.3 | 1.4 | 11.5% | 80.2% | 8.3% |
| 外科 | 266 | 1.0 | 1.1 | 8.6% | 84.6% | 6.8% |
| 脳神経外科 | 150 | 0.6 | 0.6 | 5.3% | 89.3% | 5.3% |
| 整形外科 | 221 | 1.2 | 1.3 | 8.6% | 88.2% | 3.2% |
| 産科・産婦人科 | 207 | 1.1 | 1.2 | 18.4% | 71.5% | 10.1% |
| 救急科 | 41 | 1.6 | 1.8 | 22.0% | 65.9% | 12.2% |
| その他 | 578 | 0.8 | 0.8 | 7.4% | 87.5% | 5.0% |
| 不明 | 2 | 3.0 | 2.5 | | | |

(注)・「非常勤医師数・平均値」は1施設あたりの平均医師数。単位は「人」。

- ・「非常勤医師の変化」は平成19年10月と比べて平成20年10月の医師数がどのように変化したかの割合。

各診療科における常勤医師1人あたり月残業時間の変化についてみると、「救急科」以外では月残業時間は増加しているが、「救急科」では平成19年10月の月残業時間が平均47.5時間であったのが平成20年10月の月残業時間は平均43.7時間と短縮している。しかしながら、平成20年10月の残業時間をみると、「救急科」の残業時間は、「脳神経外科」（46.7時間）に次いで2番目に長い状況である。

常勤医師の残業時間が「減少」という割合についてみると、「救急科」（19.4%）が最も高く、次いで「産科・産婦人科」（17.4%）、「整形外科」（17.0%）となった。一方、「増加」という割合は「減少」よりも高く、最も高いのは「外科」（31.2%）で、次いで、「小児科」（29.5%）、「整形外科」（28.9%）となった。「変動なし」が5割強から6割強を占めた。

図表 132 各診療科における常勤医師1人あたり月平均残業時間の変化

| | 人数 | 常勤医師・残業時間・平均値 | | 常勤医師残業時間の変化 | | |
|---------|-------|---------------|----------|-------------|-------|-------|
| | | 平成19年10月 | 平成20年10月 | 減少 | 変動なし | 増加 |
| 全体 | 1,827 | 37.5 | 38.4 | 14.6% | 58.2% | 27.1% |
| 内科 | 359 | 37.6 | 38.6 | 12.5% | 62.4% | 25.1% |
| 精神科 | 45 | 30.2 | 33.0 | 11.1% | 64.4% | 24.4% |
| 小児科 | 146 | 32.9 | 33.9 | 13.7% | 56.8% | 29.5% |
| 外科 | 234 | 41.2 | 43.1 | 12.4% | 56.4% | 31.2% |
| 脳神経外科 | 121 | 44.5 | 46.7 | 13.2% | 59.5% | 27.3% |
| 整形外科 | 194 | 36.4 | 36.8 | 17.0% | 54.1% | 28.9% |
| 産科・産婦人科 | 167 | 40.2 | 40.5 | 17.4% | 55.7% | 26.9% |
| 救急科 | 36 | 47.5 | 43.7 | 19.4% | 58.3% | 22.2% |
| その他 | 523 | 34.9 | 35.5 | 15.9% | 57.9% | 26.2% |
| 不明 | 2 | 65.0 | 65.0 | | | |

(注)・「常勤医師・残業時間・平均値」は1施設あたりの医師1人あたり平均残業時間。単位は「時間」。

・「常勤医師残業時間の変化」は平成19年10月と比べて平成20年10月の残業時間がどのように変化したかの割合。

各診療科における非常勤医師1人あたり月残業時間の変化についてみると、「精神科」、「外科」、「脳神経外科」、「整形外科」、「産科・産婦人科」でわずかではあるが増加した。

非常勤医師の残業時間が「減少」という割合についてみると、「産科・産婦人科」が最も高かったが、それでも9.5%であった。また、「増加」という割合については「外科」が最も高かったが、それでも10.1%であった。8割から9割程度が「変動なし」であった。

図表 133 各診療科における非常勤医師1人あたり月平均残業時間の変化

| | 人数 | 非常勤医師・残業時間・ 平均値 | | 非常勤医師残業時間の変化 | | |
|---------|-------|--------------------|--------------|--------------|-------|-------|
| | | 平成19年 10月 | 平成20年 10月 | 減少 | 変動なし | 増加 |
| 全体 | 1,357 | 9.6 | 9.8 | 4.3% | 87.8% | 7.8% |
| 内科 | 286 | 11.5 | 10.9 | 4.5% | 88.5% | 7.0% |
| 精神科 | 35 | 11.6 | 12.1 | 5.7% | 85.7% | 8.6% |
| 小児科 | 123 | 8.8 | 7.4 | 8.1% | 86.2% | 5.7% |
| 外科 | 168 | 11.0 | 11.1 | 3.6% | 86.3% | 10.1% |
| 脳神経外科 | 89 | 10.9 | 11.3 | 1.1% | 91.0% | 7.9% |
| 整形外科 | 142 | 6.6 | 8.5 | 2.1% | 88.7% | 9.2% |
| 産科・産婦人科 | 116 | 10.1 | 10.3 | 9.5% | 83.6% | 6.9% |
| 救急科 | 28 | 14.5 | 14.3 | 7.1% | 85.7% | 7.1% |
| その他 | 369 | 7.7 | 8.7 | 3.0% | 89.4% | 7.6% |
| 不明 | 1 | 0.0 | 6.0 | | | |

(注)・「非常勤医師・残業時間・平均値」は1施設あたりの医師1人あたり平均残業時間。単位は「時間」。

・「非常勤医師残業時間の変化」は平成19年10月と比べて平成20年10月の残業時間がどのように変化したかの割合。

各診療科における常勤医師 1 人あたり月平均当直回数の変化についてみると、全ての診療科でほぼ横這いであった。診療科別にみると、平成 20 年 10 月の月平均当直回数が最も多いのは「産科・産婦人科」(4.8 回)で、次いで「救急科」(4.2 回)、「小児科」(3.5 回)であった。

常勤医師の当直回数が「減少」という割合が最も高かったのは「救急科」(30.6%)で、次いで、「産科・産婦人科」(22.3%)、「小児科」(21.7%)であった。一方、「増加」という割合が最も高かったのは「精神科」(18.9%)で、次いで、「小児科」(16.8%)、「救急科」(16.7%)、「産科・産婦人科」(16.0%)であった。

図表 134 各診療科における常勤医師 1 人あたり月平均当直回数の変化

| | 人数 | 常勤医師・当直回数・平均値 | | 常勤医師当直回数の変化 | | |
|---------|-------|-----------------|-----------------|-------------|-------|-------|
| | | 平成 19 年 10 月 | 平成 20 年 10 月 | 減少 | 変動なし | 増加 |
| 全体 | 2,042 | 2.9 | 2.9 | 15.0% | 71.0% | 14.0% |
| 内科 | 414 | 2.8 | 2.8 | 12.8% | 72.2% | 15.0% |
| 精神科 | 53 | 2.6 | 2.7 | 11.3% | 69.8% | 18.9% |
| 小児科 | 184 | 3.5 | 3.5 | 21.7% | 61.4% | 16.8% |
| 外科 | 258 | 2.7 | 2.7 | 17.4% | 68.2% | 14.3% |
| 脳神経外科 | 132 | 3.0 | 2.9 | 12.9% | 77.3% | 9.8% |
| 整形外科 | 205 | 2.5 | 2.5 | 12.7% | 72.7% | 14.6% |
| 産科・産婦人科 | 188 | 4.9 | 4.8 | 22.3% | 61.7% | 16.0% |
| 救急科 | 36 | 4.4 | 4.2 | 30.6% | 52.8% | 16.7% |
| その他 | 570 | 2.2 | 2.2 | 11.8% | 76.7% | 11.6% |
| 不明 | 2 | 4.5 | 4.5 | | | |

(注)・「常勤医師・当直回数・平均値」は 1 施設あたりの医師 1 人あたり月平均当直回数。単位は「回」。

・「常勤医師当直回数の変化」は平成 19 年 10 月と比べて平成 20 年 10 月の当直回数がどのように変化したかの割合。

各診療科における連続当直をした医師の延べ人数についてみると、ほぼ横這いであった。また、連続当直をした医師の延べ人数の変化について「変動なし」の割合が 8 割強から 9 割強を占めた。

図表 135 各診療科における連続当直をした医師の延べ人数

| | 人数 | 連続当直医師延べ人数・ 平均値 | | 連続当直医師延べ人数の変化 | | |
|---------|-------|--------------------|-----------------|---------------|-------|------|
| | | 平成 19 年 10 月 | 平成 20 年 10 月 | 減少 | 変動なし | 増加 |
| 全体 | 1,007 | 0.5 | 0.5 | 2.2% | 94.1% | 3.6% |
| 内科 | 134 | 0.3 | 0.4 | 1.7% | 95.6% | 2.7% |
| 精神科 | 21 | 0.4 | 0.5 | 0.0% | 96.2% | 3.8% |
| 小児科 | 52 | 0.3 | 0.3 | 3.3% | 91.8% | 4.9% |
| 外科 | 146 | 0.6 | 0.6 | 2.0% | 94.4% | 3.6% |
| 脳神経外科 | 61 | 0.4 | 0.5 | 2.2% | 93.5% | 4.3% |
| 整形外科 | 73 | 0.4 | 0.4 | 1.5% | 95.5% | 3.0% |
| 産科・産婦人科 | 300 | 1.6 | 1.7 | 6.0% | 85.9% | 8.2% |
| 救急科 | 8 | 0.2 | 0.3 | 0.0% | 94.4% | 5.6% |
| その他 | 210 | 0.4 | 0.4 | 1.8% | 95.9% | 2.3% |
| 不明 | 2 | 1.0 | 1.0 | | | |

(注)・「連続当直医師延べ人数・平均値」は 1 施設あたりの連続当直をした医師の延べ人数の平均値。単位は「人」。

・「連続当直医師延べ人数の変化」は平成 19 年 10 月と比べて平成 20 年 10 月の連続当直石延べ人数がどのように変化したかの割合。

各診療科における医師の退職者数についてみると、男性の常勤医師では退職者数が多いのは「精神科」、「救急科」、「外科」、「内科」であるが、このうち、「救急科」では平成19年と比較して退職者数が減少している。

図表 136 各診療科における医師の退職者数

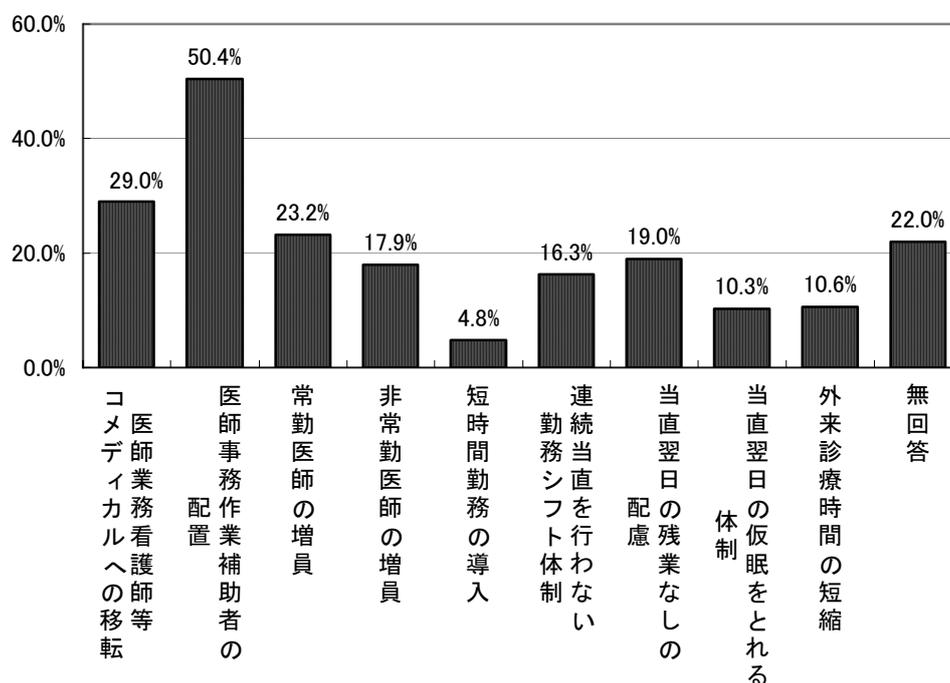
| | 責任者数 | 常勤 | | | | 非常勤 | | | |
|---------|-------|-------|------|------|------|------|------|------|------|
| | | 男性 | | 女性 | | 男性 | | 女性 | |
| | | 19年 | 20年 | 19年 | 20年 | 19年 | 20年 | 19年 | 20年 |
| 全体 | 1,952 | 0.49 | 0.52 | 0.14 | 0.13 | 0.11 | 0.13 | 0.05 | 0.06 |
| 内科 | 399 | 0.75 | 0.77 | 0.17 | 0.16 | 0.22 | 0.21 | 0.08 | 0.08 |
| 精神科 | 48 | 0.90 | 0.94 | 0.52 | 0.35 | 0.09 | 0.00 | 0.02 | 0.00 |
| 小児科 | 187 | 0.40 | 0.43 | 0.27 | 0.24 | 0.08 | 0.05 | 0.05 | 0.05 |
| 外科 | 236 | 0.79 | 0.91 | 0.11 | 0.13 | 0.16 | 0.18 | 0.07 | 0.07 |
| 脳神経外科 | 130 | 0.28 | 0.29 | 0.01 | 0.02 | 0.04 | 0.06 | 0.01 | 0.02 |
| 整形外科 | 179 | 0.49 | 0.50 | 0.02 | 0.04 | 0.20 | 0.25 | 0.01 | 0.02 |
| 産科・産婦人科 | 195 | 0.24 | 0.27 | 0.16 | 0.16 | 0.04 | 0.05 | 0.06 | 0.07 |
| 救急科 | 36 | 0.83 | 0.50 | 0.03 | 0.11 | 0.20 | 0.14 | 0.06 | 0.09 |
| その他 | 540 | 0.26 | 0.28 | 0.13 | 0.09 | 0.03 | 0.07 | 0.05 | 0.06 |
| 不明 | 2 | 10.00 | 9.50 | 1.00 | 0.50 | 2.50 | 2.50 | 0.00 | 0.00 |

(注) 「19年」は平成19年4月～9月の退職者数。「20年」は平成20年4月～9月の退職者数。

6) 各診療科における医師の勤務負担軽減策の取組状況等

各診療科における医師の勤務負担軽減策の取組状況についてみると、取り組んでいるという割合が最も高いのは「医師事務作業補助者（医療クラーク）の配置」（50.4%）で、次いで、「医師業務の看護師等コメディカルへの移転」（29.0%）、「常勤医師の増員」（23.2%）であった。他の項目については、取り組んでいるという割合が20%未満であった。

図表 137 勤務負担軽減策の取組状況<取り組んでいるもの>（複数回答、n=2,389）



各診療科における医師の勤務負担軽減策の取組み状況について、取り組んでいるものを診療科別にみると、「内科」では、「医師業務の看護師等コメディカルへの移転」、「医師事務作業補助者の配置」、「常勤医師の増員」、「非常勤医師の増員」、「短時間勤務の導入」、「当直翌日の残業なしの配慮」といった内容で「全体」と比較して相対的に割合が高かった。一方、「精神科」ではどの取組みも「全体」と比較すると低かった。「救急科」、「産科・産婦人科」、「小児科」では、「連続当直を行わない勤務シフト体制」が他の診療科と比較して相対的に高かった。このほか、「救急科」では、「当直翌日の残業なしの配慮」、「当直翌日の仮眠をとれる体制」の割合が他の診療科と比較して相対的に高かった。

図表 138 勤務負担軽減策の取組状況

| | 総数 | 勤務負担軽減策として取り組んでいる内容 | | | | | | | | | |
|---------|----------------|---------------------|---------------|-------------|-------------|------------|------------------|--------------|---------------|-------------|-------------|
| | | 医師業務看護師等コメディカルへの移転 | 医師事務作業補助者の配置 | 常勤医師の増員 | 非常勤医師の増員 | 短時間勤務の導入 | 連続当直を行わない勤務シフト体制 | 当直翌日の残業なしの配慮 | 当直翌日の仮眠をとれる体制 | 外来診療時間の短縮 | 無回答 |
| 全体 | 2,389 100.0 | 693 29.0 | 1,204 50.4 | 555 23.2 | 428 17.9 | 114 4.8 | 389 16.3 | 453 19.0 | 246 10.3 | 254 10.6 | 526 22.0 |
| 内科 | 508 100.0 | 175 34.4 | 311 61.2 | 143 28.1 | 122 24.0 | 33 6.5 | 86 16.9 | 100 19.7 | 53 10.4 | 68 13.4 | 80 15.7 |
| 精神科 | 58 100.0 | 12 20.7 | 19 32.8 | 7 12.1 | 7 12.1 | 2 3.4 | 7 12.1 | 7 12.1 | 3 5.2 | 3 5.2 | 22 37.9 |
| 小児科 | 214 100.0 | 48 22.4 | 95 44.4 | 57 26.6 | 42 19.6 | 12 5.6 | 46 21.5 | 68 31.8 | 21 9.8 | 14 6.5 | 44 20.6 |
| 外科 | 305 100.0 | 91 29.8 | 177 58.0 | 70 23.0 | 46 15.1 | 5 1.6 | 36 11.8 | 46 15.1 | 35 11.5 | 28 9.2 | 59 19.3 |
| 脳神経外科 | 160 100.0 | 48 30.0 | 85 53.1 | 34 21.3 | 20 12.5 | 6 3.8 | 27 16.9 | 29 18.1 | 14 8.8 | 16 10.0 | 35 21.9 |
| 整形外科 | 245 100.0 | 74 30.2 | 137 55.9 | 48 19.6 | 36 14.7 | 9 3.7 | 38 15.5 | 44 18.0 | 24 9.8 | 43 17.6 | 52 21.2 |
| 産科・産婦人科 | 226 100.0 | 52 23.0 | 107 47.3 | 60 26.5 | 54 23.9 | 17 7.5 | 53 23.5 | 39 17.3 | 25 11.1 | 19 8.4 | 45 19.9 |
| 救急科 | 43 100.0 | 8 18.6 | 16 37.2 | 13 30.2 | 8 18.6 | 2 4.7 | 18 41.9 | 15 34.9 | 13 30.2 | 2 4.7 | 7 16.3 |
| その他 | 628 100.0 | 185 29.5 | 256 40.8 | 123 19.6 | 93 14.8 | 28 4.5 | 78 12.4 | 105 16.7 | 58 9.2 | 60 9.6 | 181 28.8 |

(注) マスの中の上段は「件」、下段は「%」。

各診療科で取り組んでいる、「その他の勤務負担軽減策」について医師責任者票の自由記述欄の内容をとりまとめると、以下のとおりである。

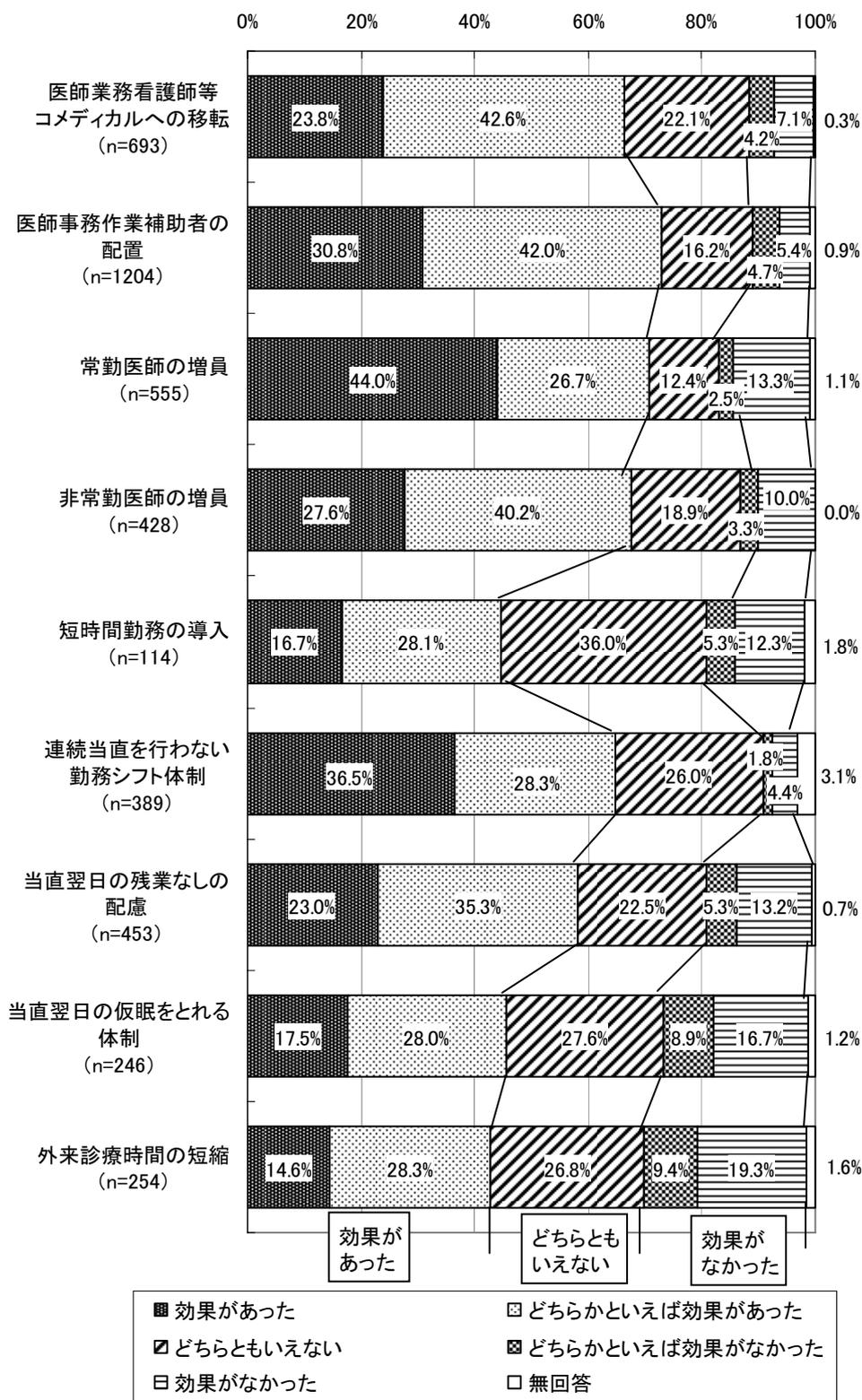
図表 139 各診療科で取り組んでいる、その他の勤務負担軽減策（自由記述形式）

- ・当直後の配慮（翌日勤務時間短縮、翌日休暇、後日の代休取得等）
 - ・外来患者受入れの制限（予約制・紹介生・長期処方等）
 - ・休暇への配慮（長期休暇・有給休暇の取得奨励、土日祝日の交替での休暇取得等）
 - ・チーム担当医制の導入
 - ・他院からの当直医師の応援・非常勤医師による当直
 - ・地域の病院・診療所との連携（診療応援・手術応援・輪番制等）
 - ・IT環境の整備等
 - ・オンコール体制の導入・充実
 - ・シフト勤務制の導入
- ／等

取り組んでいる勤務負担軽減策の効果についてみると、効果があった（「効果があった」＋「どちらかといえば効果があった」）との回答が最も多かったのは「医師事務作業補助者の配置」（72.8％）で、次いで「常勤医師の増員」（70.7％）、「非常勤医師の増員」（67.8％）、「医師業務看護師等コメディカルへの移転」（66.4％）であった。

また、効果がなかった（「効果がなかった」＋「どちらかといえば効果がなかった」）との回答が最も多かったのは「外来診療時間の短縮」（28.7％）で、次いで「当直翌日の仮眠をとれる体制」（25.6％）、「当直翌日の残業なしの配慮」（18.5％）、「短時間勤務の導入」（17.6％）であった。

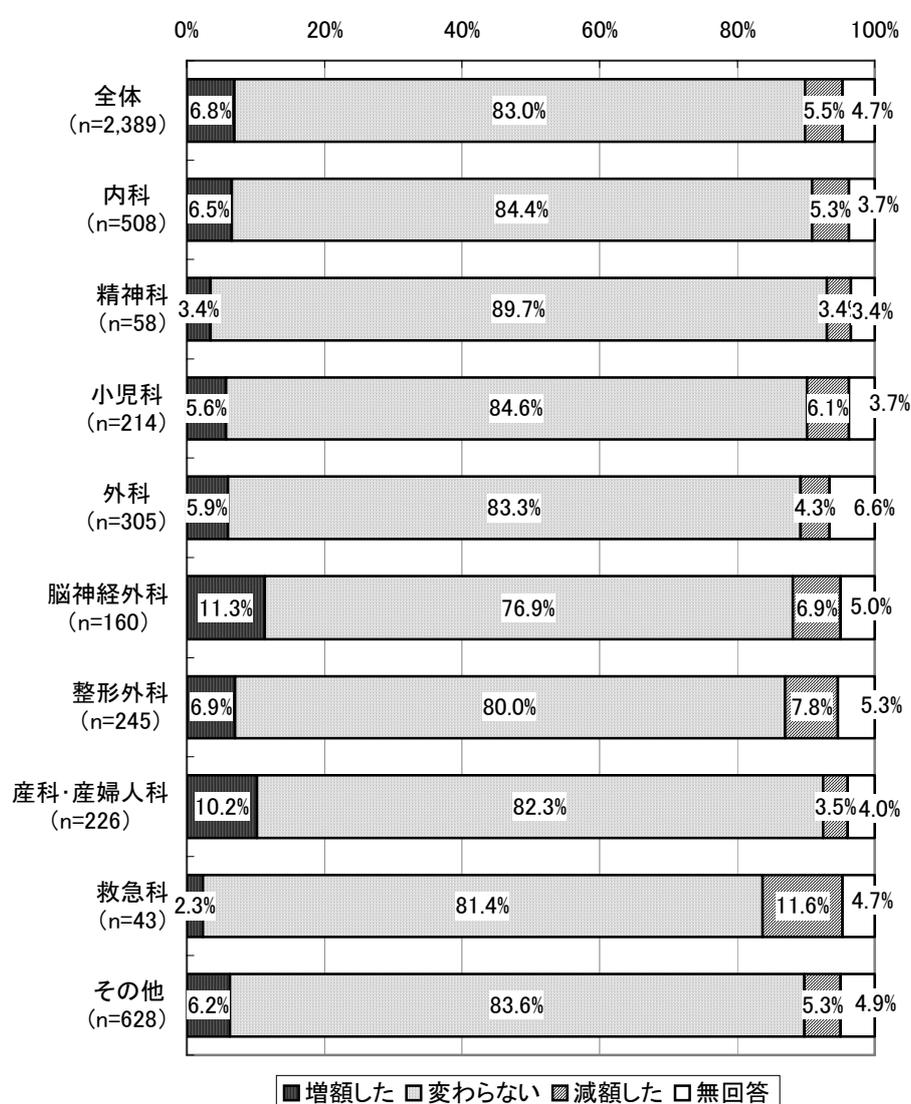
図表 140 取り組んでいる勤務負担軽減策の効果



7) 経済面での処遇の変更（平成 20 年 4 月以降）

平成 20 年 4 月以降の各診療科における基本給（賞与を含む）の変化についてみると、全体では「増額した」が 6.8%、「変わらない」が 83.0%、「減額した」が 5.5%であった。いずれの診療科もほぼ同様の傾向であるが、「脳神経外科」および「産科・産婦人科」では「増額した」との回答が他と比較すると相対的に高かった。一方、「救急科」では「減額した」との回答割合が他と比較すると相対的に高くなっている。

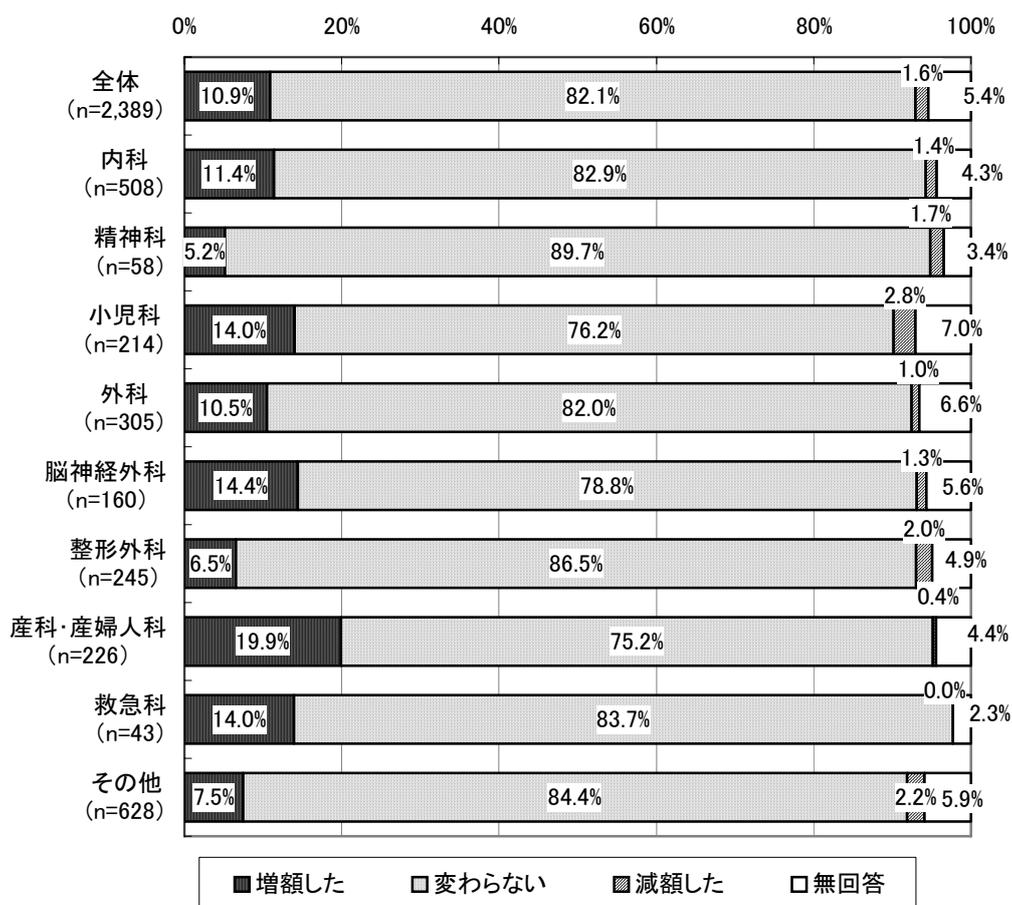
図表 141 各診療科における基本給（賞与を含む）の変化



各診療科における勤務手当の変化についてみると、全体では「増額した」が10.9%、「変わらない」が82.1%、「減額した」が1.6%であった。

「小児科」、「脳神経外科」、「産科・産婦人科」、「救急科」では「増額した」の割合が「全体」と比較すると相対的に高かった。特に、「産科・産婦人科」では「全体」の2倍近くとなった。

図表 142 各診療科における勤務手当の変化

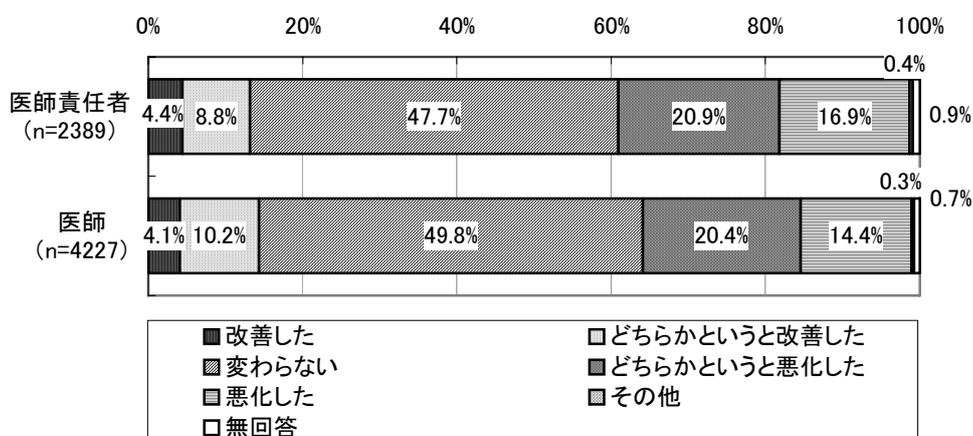


⑤医師の業務負担の変化（平成20年10月末現在）

1) 1年前と比較した勤務状況

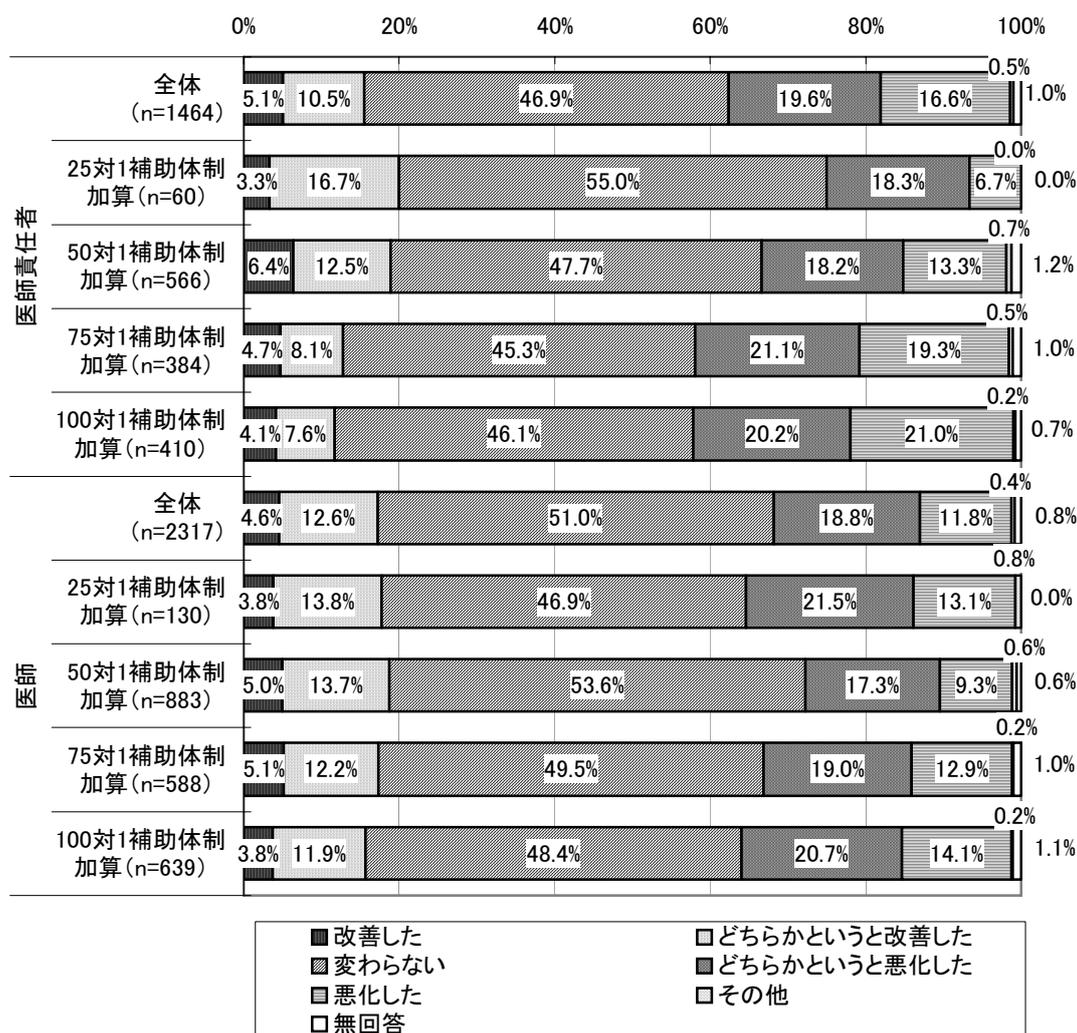
平成20年10月において、1年前と比較した、勤務状況（医師個人）についてみると、医師責任者、医師ともに「変わらない」（それぞれ47.7%、49.8%）が最も多く、悪化した（「悪化した」＋「どちらかといえば悪化した」）がそれぞれ37.8%、34.8%となり、「改善した」（「改善した」＋「どちらかといえば改善した」）がそれぞれ13.2%、14.3%であった。

図表 143 1年前と比較した勤務状況（医師個人）



平成 20 年 10 月において、1 年前と比較した勤務状況（医師事務作業補助体制加算届出施設に勤務する医師、医師事務作業補助体制加算の種類別医師個人）についてみると、医師責任者では、25 対 1 補助体制加算、50 対 1 補助体制加算では他と比較して「改善した」「どちらかという改善した」の合計が相対的に高い結果となった。

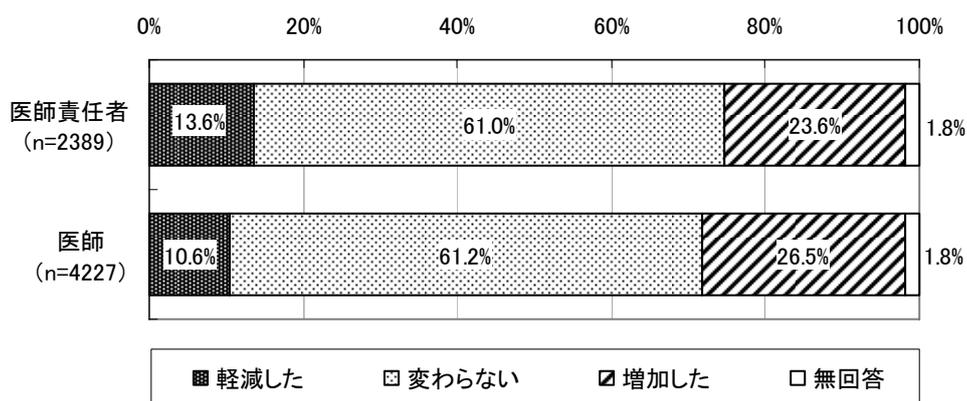
図表 144 1 年前と比較した勤務状況（医師事務作業補助体制加算届出施設に勤務する医師、医師事務作業補助体制加算の種類別）



2) 入院診療に係る業務負担の変化

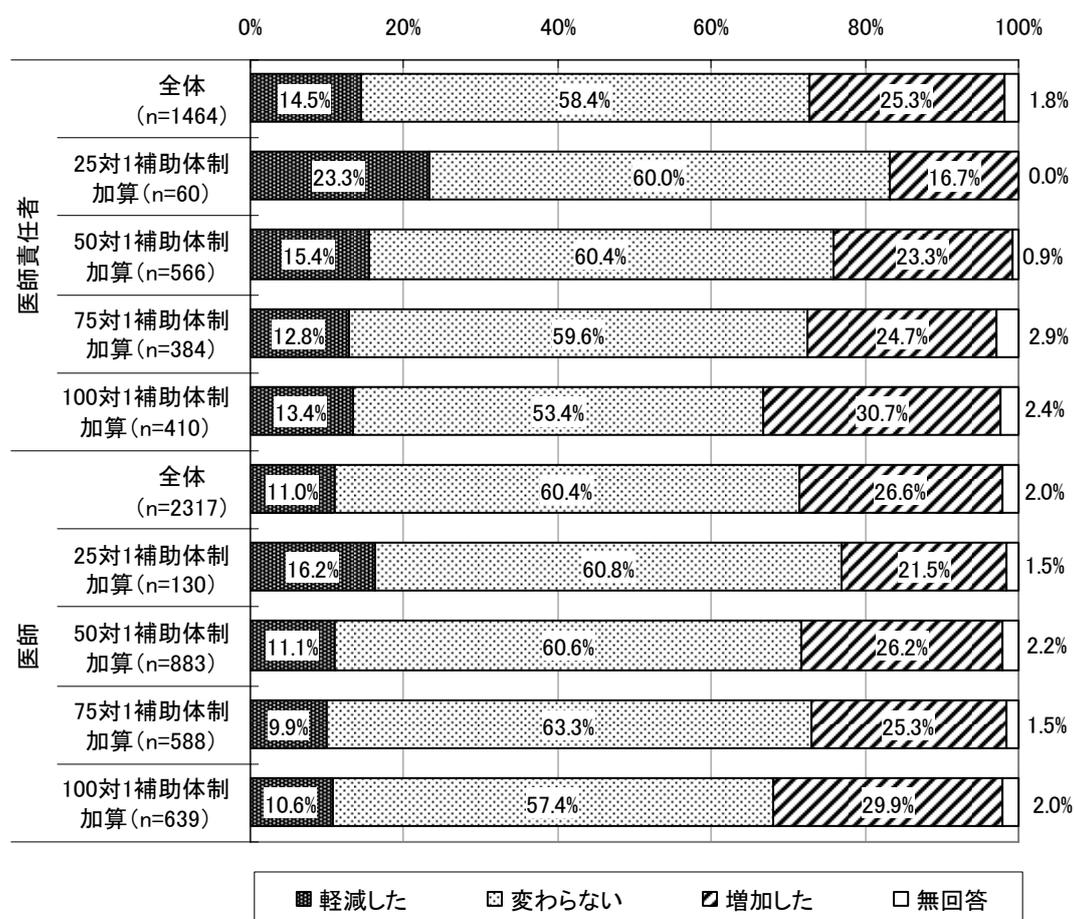
入院診療に係る業務負担の変化（医師個人）についてみると、医師責任者では「軽減した」が 13.6%、「変わらない」が 61.0%、「増加した」が 23.6%であった。医師では「軽減した」が 10.6%、「変わらない」が 61.2%、「増加した」が 26.5%であった。

図表 145 入院診療に係る業務負担の変化（医師個人）



入院診療に係る業務負担の変化（医師事務作業補助体制加算届出施設に勤務する医師、医師事務作業補助体制加算の種類別）についてみると、医師責任者、医師ともに、25 対 1 補助体制加算では他と比較して「軽減した」という割合が相対的に高かった。

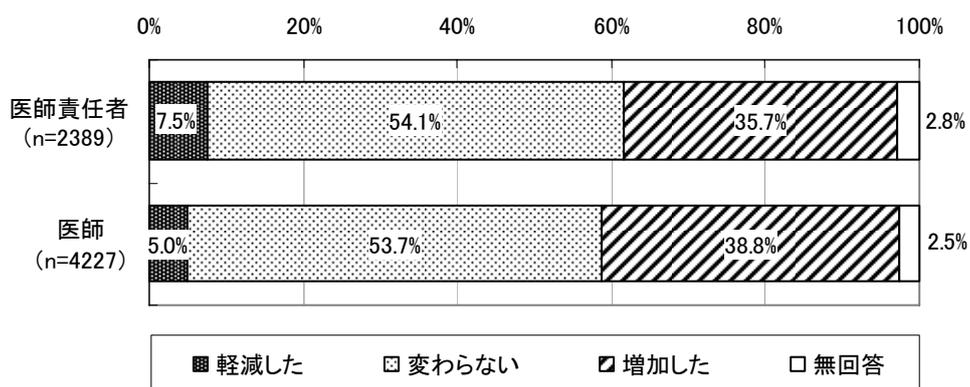
図表 146 入院診療に係る業務負担の変化（医師事務作業補助体制加算届出施設に勤務する医師、医師事務作業補助体制加算の種類別）



3) 外来診療に係る業務負担の変化

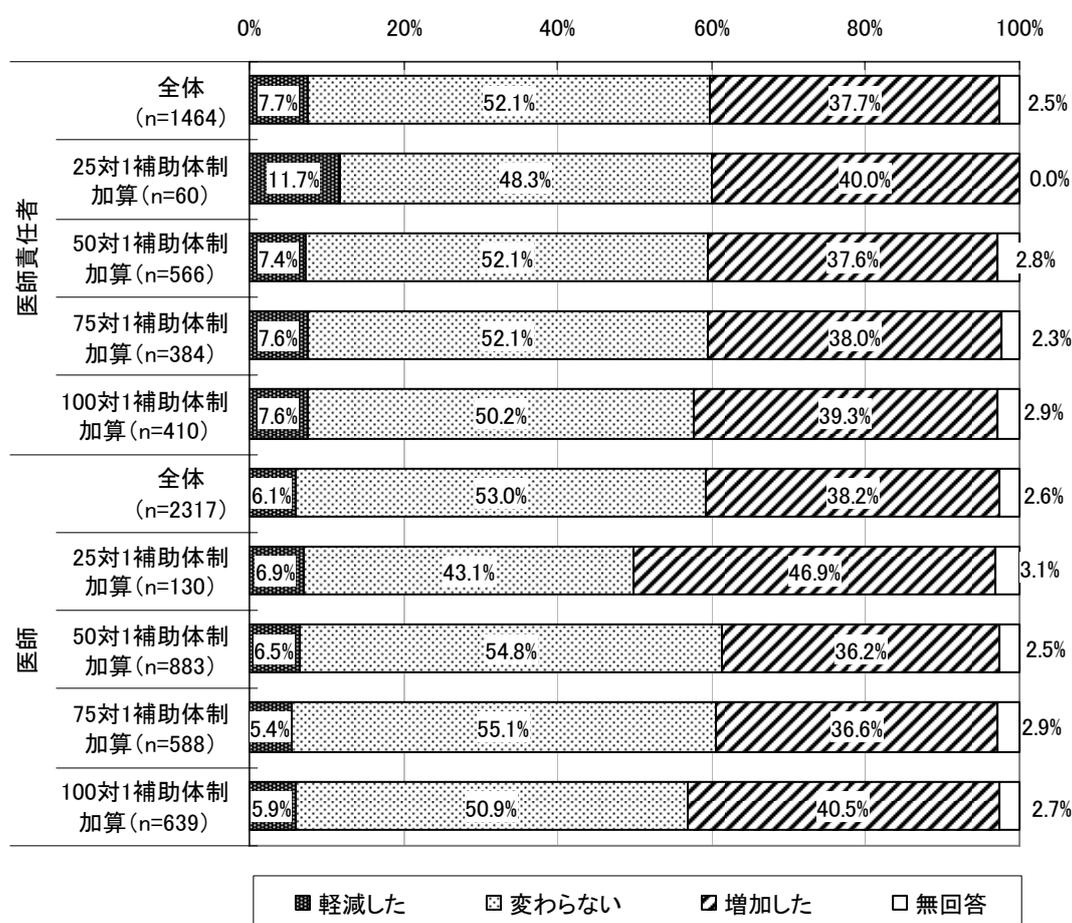
外来診療に係る業務負担の変化についてみると、医師責任者では「軽減した」が 7.5%、「変わらない」が 54.1%、「増加した」が 35.7%であった。医師では「軽減した」が 5.0%、「変わらない」が 53.7%、「増加した」が 38.8%であった。

図表 147 外来診療に係る個人の業務負担の変化



外来診療に係る個人の業務負担の変化（医師事務作業補助体制加算届出施設に勤務する医師、医師事務作業補助体制加算の種類別）についてみると、医師責任者では、25対1補助体制加算で「軽減した」という割合が他と比較して相対的に高い結果となったが、医師では、25対1補助体制加算では「増加した」という割合が他と比較して高い結果となった。

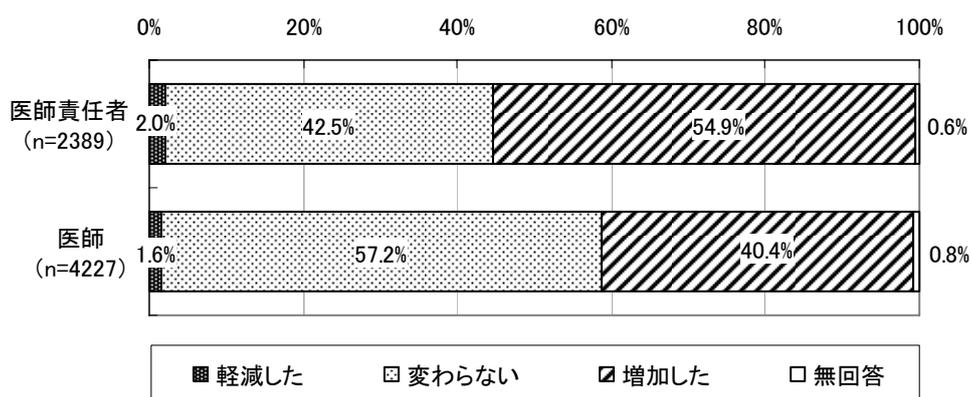
図表 148 外来診療に係る個人の業務負担の変化（医師事務作業補助体制加算届出施設に勤務する医師、医師事務作業補助体制加算の種類別）



4) 病院内の診療外業務に係る業務負担の変化

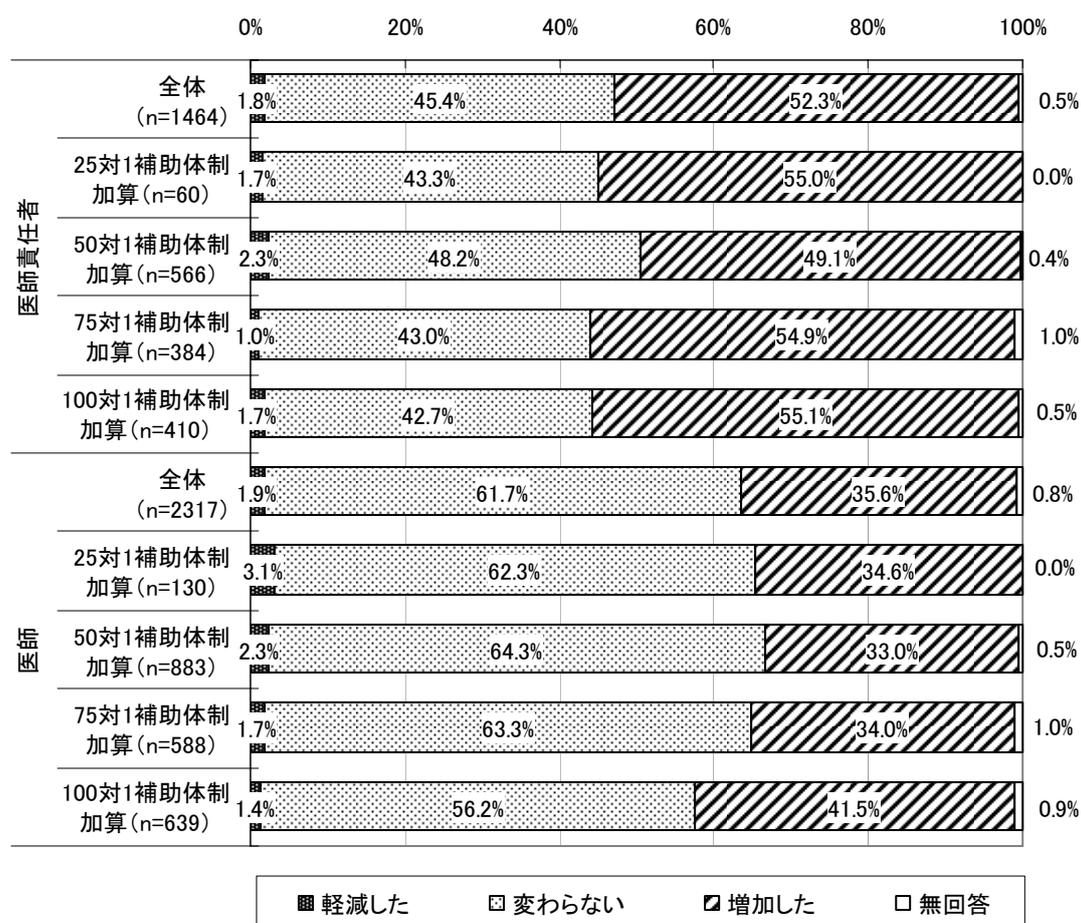
病院内の診療外業務に係る業務負担の変化についてみると、医師責任者では「軽減した」が2.0%、「変わらない」が42.5%、「増加した」が54.9%であった。医師では「軽減した」が1.6%、「変わらない」が57.2%、「増加した」が40.4%であった。

図表 149 病院内の診療外業務に係る業務負担の変化



病院内の診療外業務に係る業務負担の変化（医師事務作業補助体制加算届出施設に勤務する医師、医師事務作業補助体制加算の種類別）についてみると、医師責任者では医師と比較して「増加した」という割合が総じて高い結果となった。

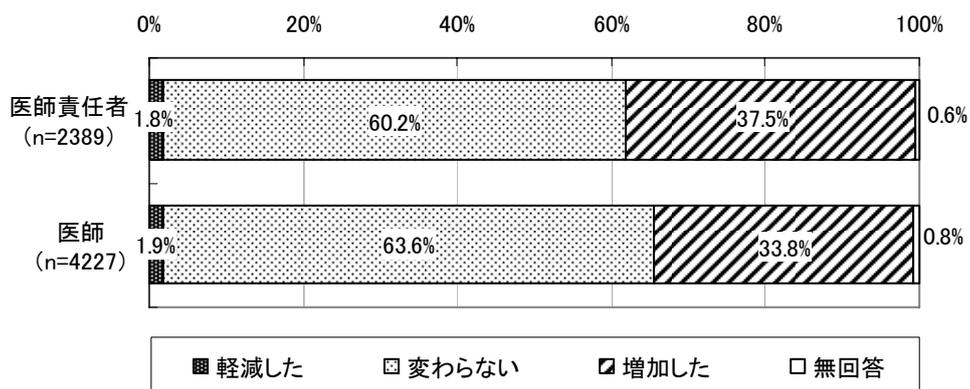
図表 150 病院内の診療外業務に係る業務負担の変化（医師事務作業補助体制加算届出施設に勤務する医師、医師事務作業補助体制加算の種類別）



5) 病院内における教育・指導に係る業務負担の変化

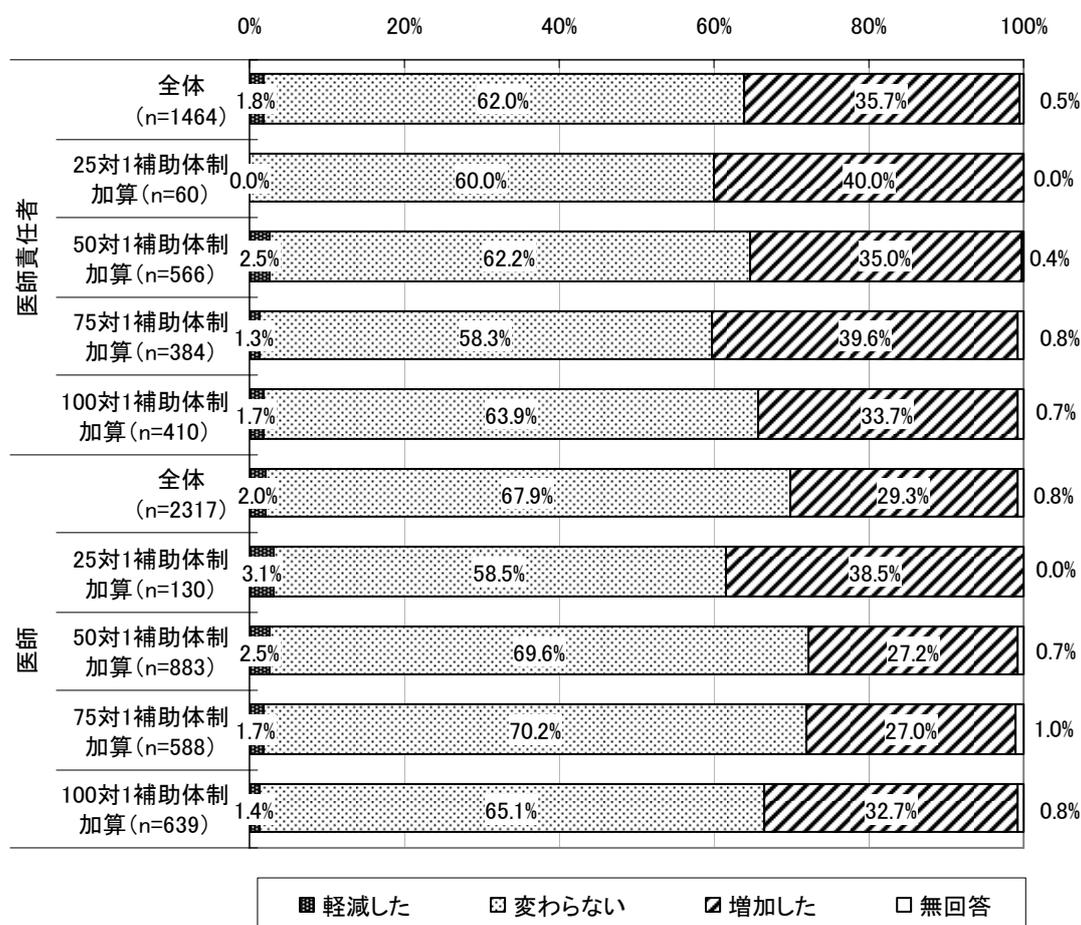
病院内における教育・指導に係る業務負担の変化についてみると、医師責任者では「軽減した」が1.8%、「変わらない」が60.2%、「増加した」が37.5%であった。医師では「軽減した」が1.9%、「変わらない」が63.6%、「増加した」が33.8%であった。

図表 151 病院内における教育・指導に係る業務負担の変化



病院内における教育・指導に係る業務負担の変化（医師事務作業補助体制加算届出施設に勤務する医師、医師事務作業補助体制加算の種類別）についてみると、医師責任者、医師ともに、25対1補助体制加算では他と比較して「増加した」という割合が高い結果となった。

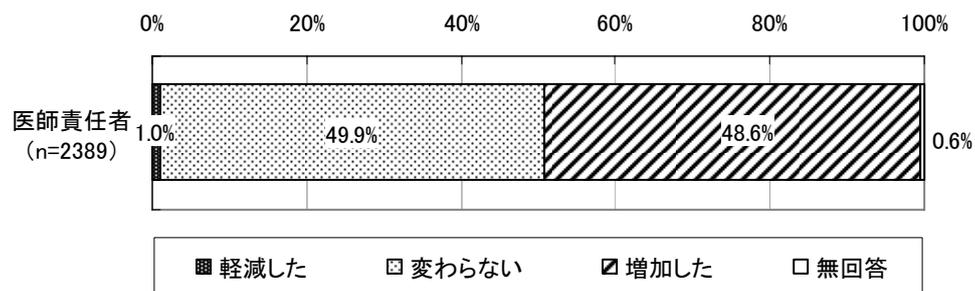
図表 152 病院内における教育・指導に係る業務負担の変化（医師事務作業補助体制加算届出施設に勤務する医師、医師事務作業補助体制加算の種類別）



6) 管理業務に係る業務負担の変化（医師責任者のみ）

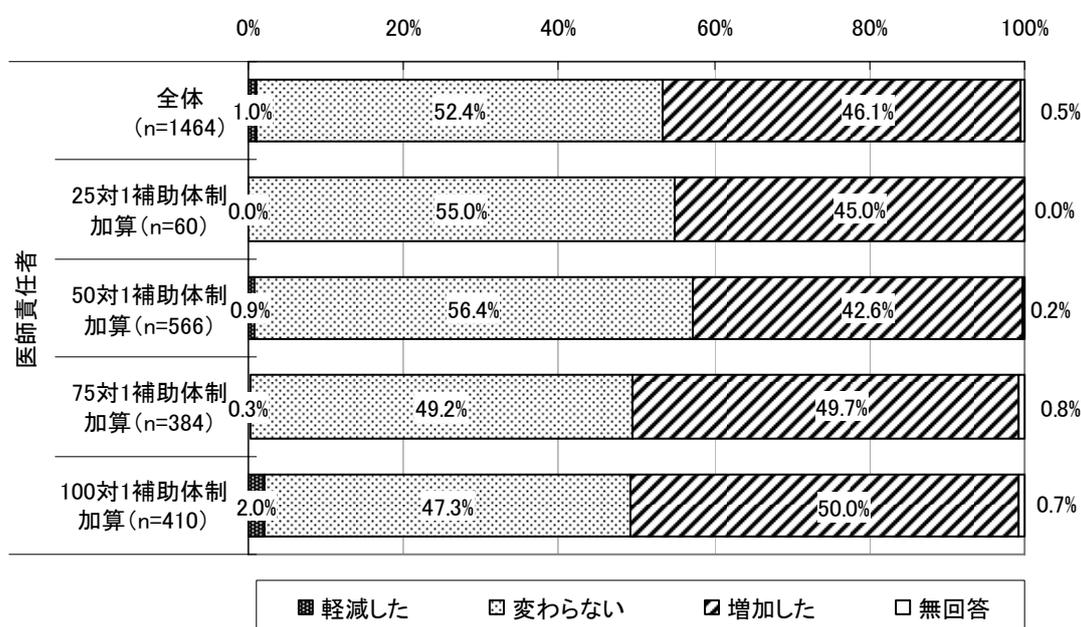
医師責任者における管理業務に係る業務負担の変化についてみると、「軽減した」が1.0%、「変わらない」が49.9%、「増加した」が48.6%であった。

図表 153 管理業務に係る業務負担の変化



医師責任者における管理業務に係る業務負担の変化（医師事務作業補助体制加算届出施設に勤務する医師、医師事務作業補助体制加算の種類別）についてみると、全体では「軽減した」が1.0%、「変わらない」が52.4%、「増加した」が46.1%であった。75対1補助体制加算および100対1補助体制加算では「増加した」が他と比較すると相対的に高い結果となった。

図表 154 管理業務に係る業務負担の変化（医師事務作業補助体制加算届出施設に勤務する医師、医師事務作業補助体制加算の種類別）

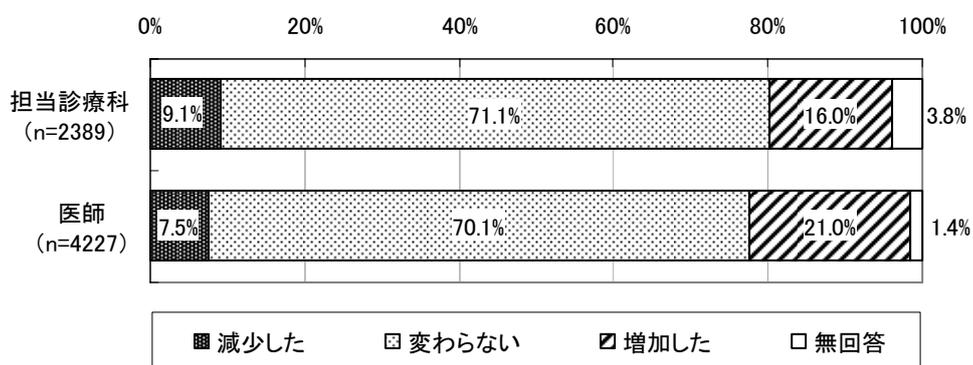


7) 夜間・早朝の軽症救急患者数の変化

夜間・早朝の軽症救急患者数の変化についてみると、医師責任者が回答した担当診療科では「減少した」が9.1%、「変わらない」が71.1%、「増加した」が16.0%であった。

また、医師では「減少した」が7.5%、「変わらない」が70.1%、「増加した」が21.0%であった。

図表 155 夜間・早朝の軽症救急患者数の変化

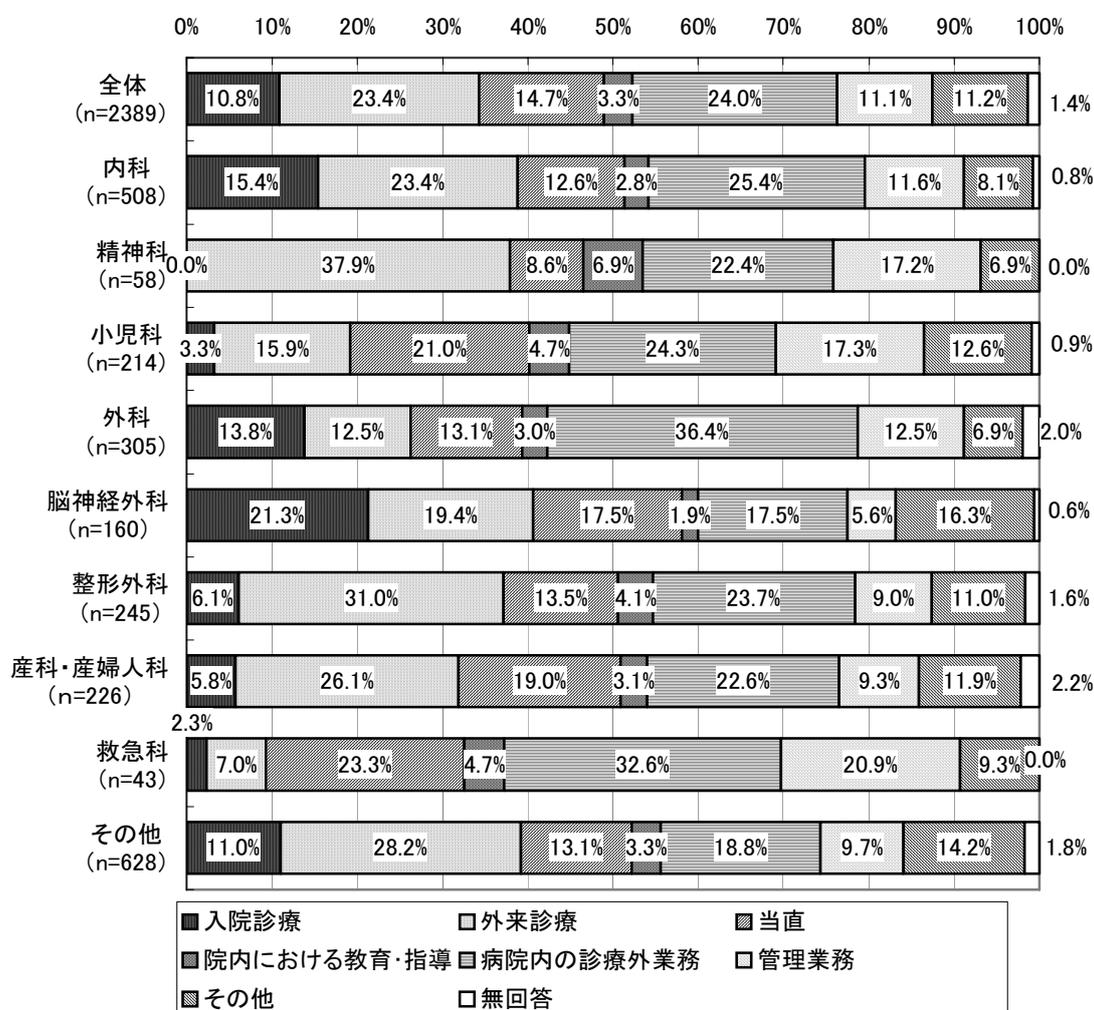


⑥勤務負担軽減策の取組状況

1) 日常業務において負担が最も重いと感じる業務

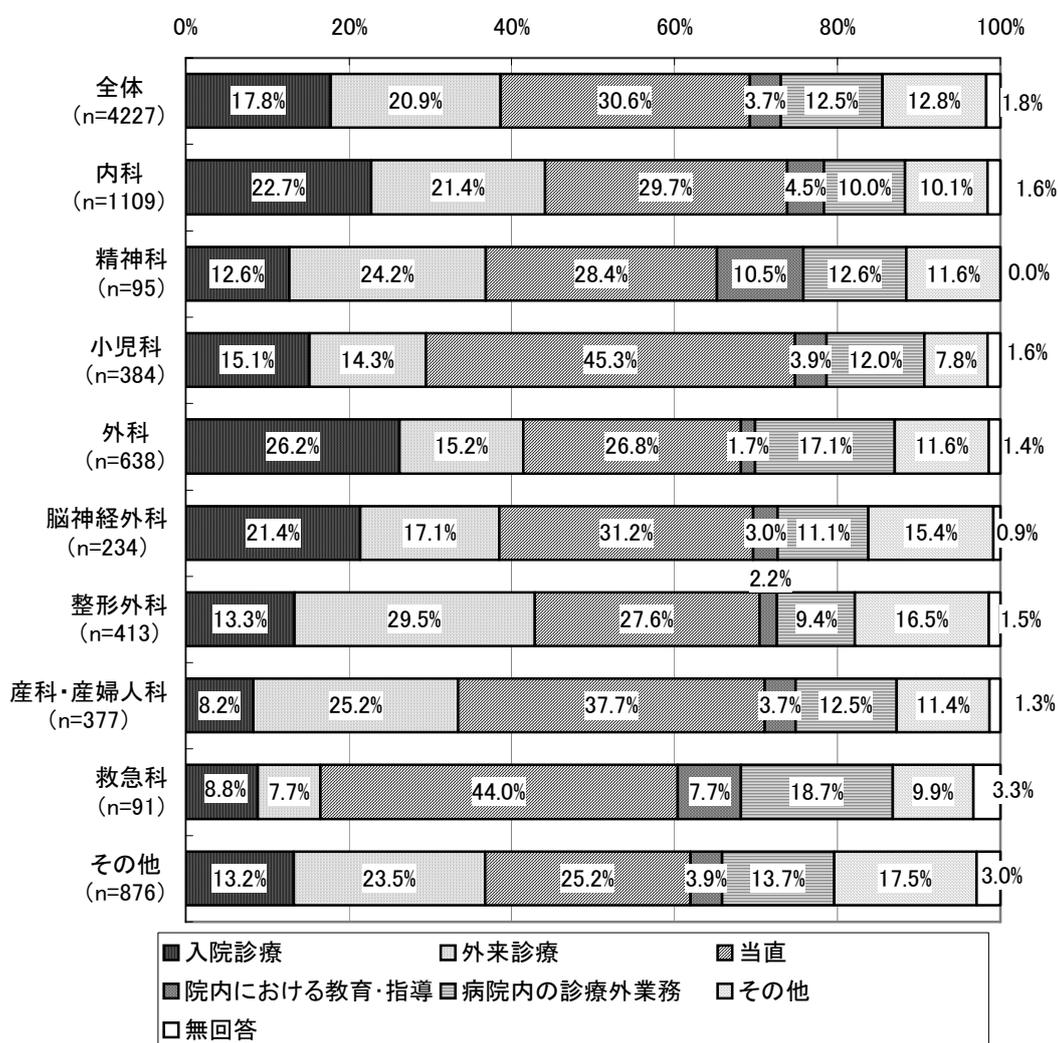
日常業務において負担が最も重いと感じる業務について、診療科別に医師責任者にたずねたところ、最も多かった回答は、内科、小児科、外科、救急科では「病院内の診療外業務」（それぞれ25.4%、24.3%、36.4%、32.6%）、精神科、整形外科、産科・産婦人科では「外来診療」（37.9%、31.0%、26.1%、28.2%）、脳神経外科では「入院診療」（21.3%）であった。

図表 156 日常業務において負担が最も重いと感じる業務
(診療科別、医師責任者)



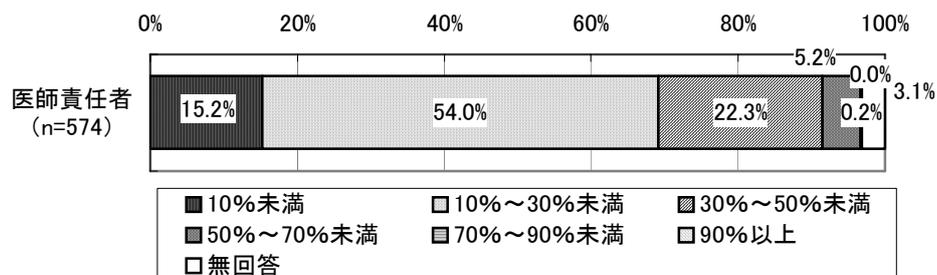
日常業務において負担が最も重いと感じる業務について、診療科別に医師にたずねたところ、整形外科以外のすべての診療科において「当直」が最も多い回答となった。内科では29.7%、精神科では28.4%、小児科では45.3%、外科では26.8%、脳神経外科では31.2%、産科・産婦人科では37.7%、救急科では44.0%であった。なお、整形外科では「外来診療」(29.5%)が最も多く、次いで「当直」(27.6%)であった。

図表 157 日常業務において負担が最も重いと感じる業務
(診療科別、医師)



全ての日常業務に占める病院内の診療外業務の割合について医師責任者にたずねたところ、「10%～30%未満」(54.0%)が最も多く、次いで「30%～50%未満」(22.3%)、「10%未満」(15.2%)であった。

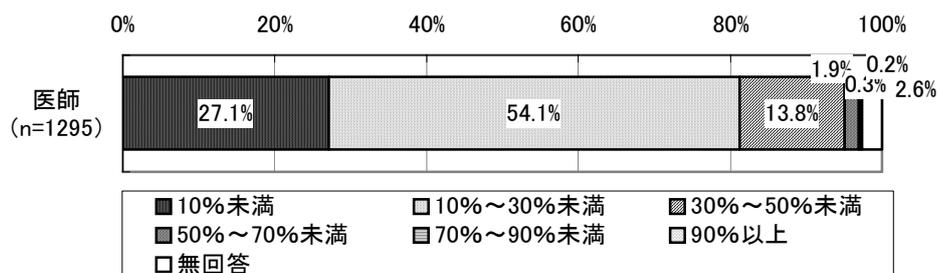
図表 158 全ての日常業務に占める病院内の診療外業務の割合(医師責任者)



(注) 日常業務で「病院内の診療外業務」の負担が最も重いと回答した医師責任者。

全ての日常業務に占める当直の割合について医師にたずねたところ、「10%～30%未満」(54.1%)が最も多く、次いで「10%未満」(27.1%)、「30%～50%未満」(13.8%)であった。

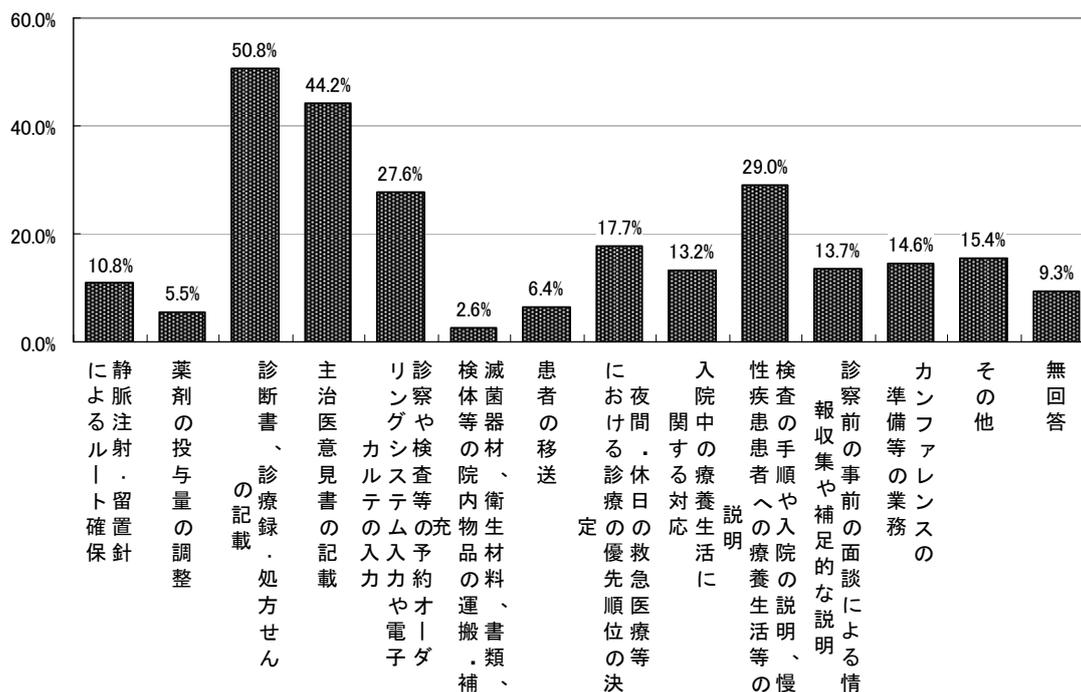
図表 159 全ての日常業務に占める当直の割合(医師)



(注) 日常業務で当直の負担が最も重いと回答した医師。

医師にとって負担が重いと感じる業務について医師にたずねたところ、「診断書、診療録・処方せんの記載」(50.8%)が最も多く、次いで「主治医意見書の記載」(44.2%)、「検査の手順や入院の説明、慢性疾患患者への療養生活等の説明」(29.0%)、「診察や検査等の予約オーダーリングシステム入力や電子カルテの入力」(27.6%)であった。

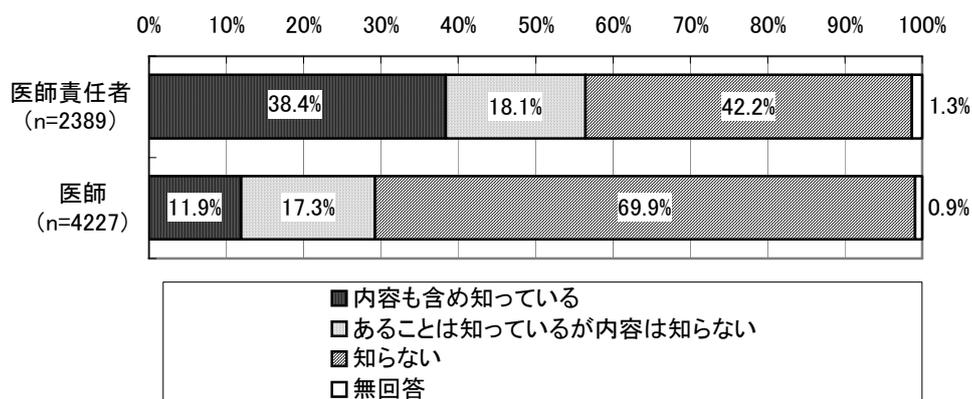
図表 160 医師にとって負担が重いと感じる業務（医師のみ，n=4227）



2) 勤務医負担軽減策に関する計画の認知度

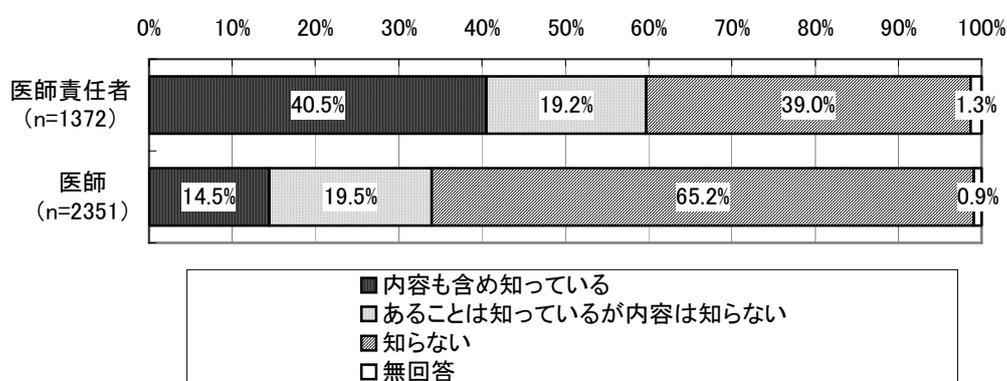
勤務医負担軽減策に関する計画の認知度についてみると、医師責任者では「内容も含め知っている」が38.4%、「あることは知っているが内容は知らない」が18.1%、「知らない」が42.2%であった。医師では「内容も含め知っている」が11.9%、「あることは知っているが内容は知らない」が17.3%、「知らない」が69.9%であった。

図表 161 勤務医負担軽減策に関する計画の認知度



勤務医負担軽減策に関する計画の認知度について、計画策定済みの施設に勤務する医師責任者・医師にたずねたところ、医師責任者では「内容も含め知っている」が40.5%、「あることは知っているが内容は知らない」が19.2%、「知らない」が39.0%であった。医師では「内容も含め知っている」が14.5%、「あることは知っているが内容は知らない」が19.5%、「知らない」が65.2%であった。

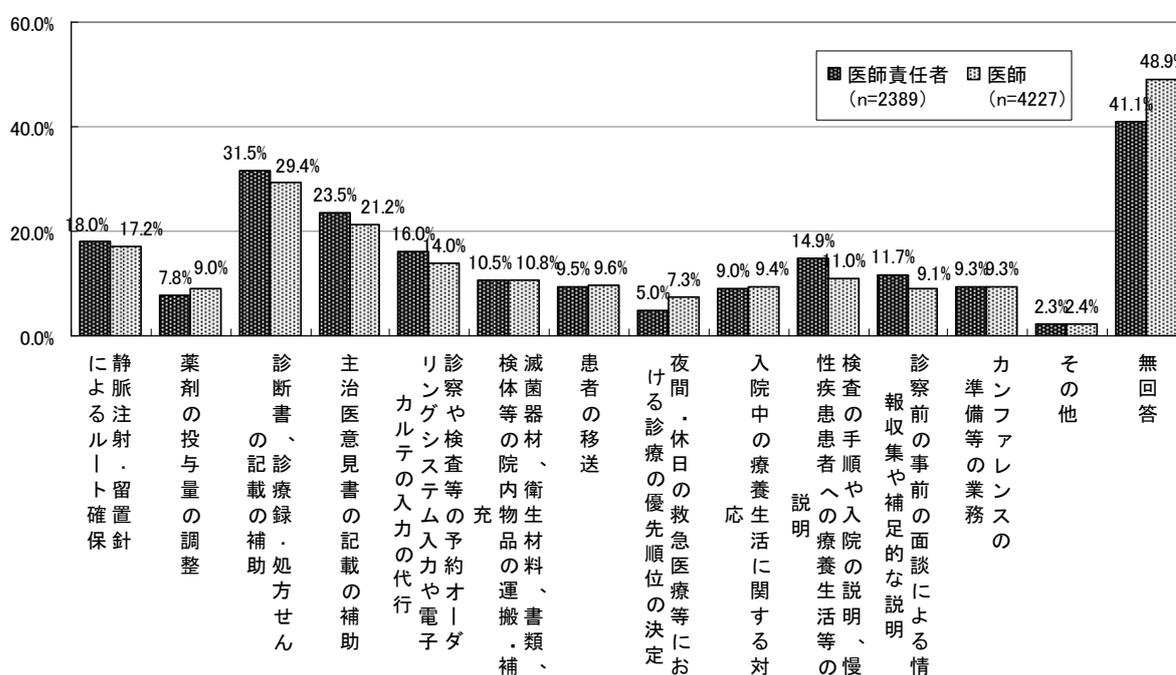
図表 162 勤務医負担軽減策に関する計画の認知度
(計画策定済みの施設に勤務する医師責任者・医師のみ)



3) 業務分担の効果

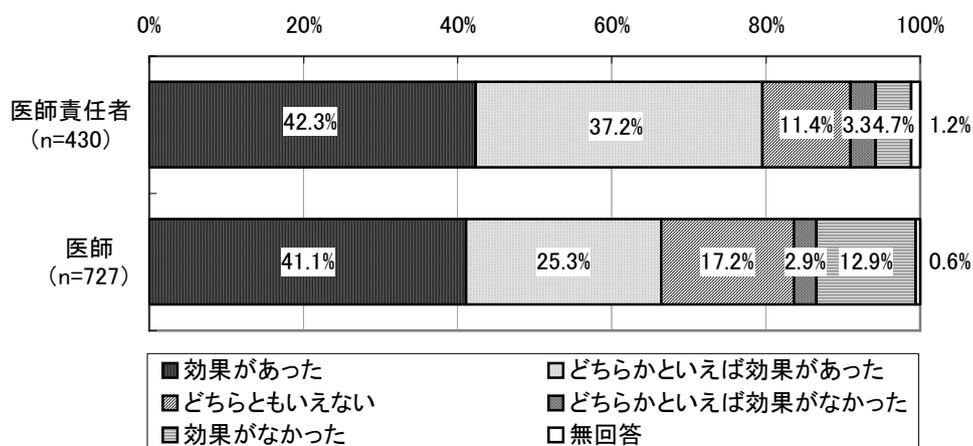
業務分担の進捗状況についてみると、医師責任者、医師ともに「診断書、診療録・処方せんの記載の補助」(それぞれ 31.5%、29.4%) が最も多く、次いで「主治医意見書の記載の補助」(23.5%、21.2%)、「静脈注射・留置針によるルート確保」(18.0%、17.2%)、「オーダーリングシステム入力・電子カルテ入力代行」(16.0%、14.0%)、「入院説明等の療養生活等の説明」(14.9%、11.0%) であった。

図表 163 業務分担の進捗状況



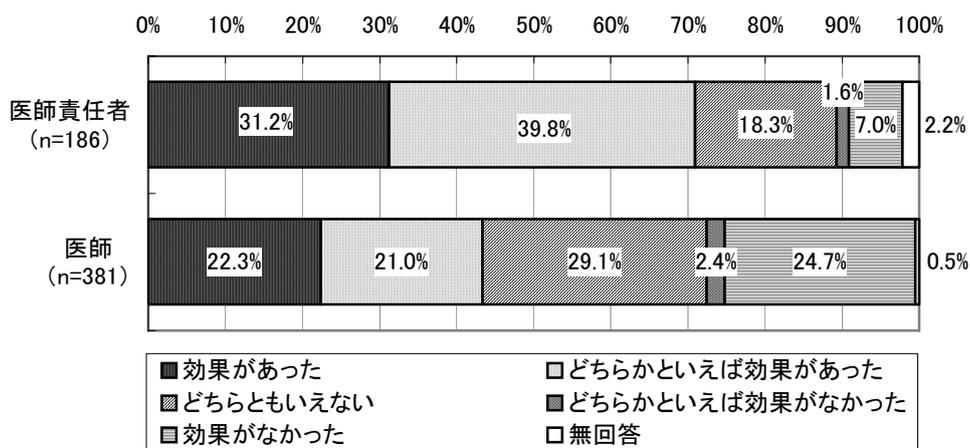
実施している業務分担の効果のうち、静脈注射及び留置針によるルート確保についてみると、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では79.5%、医師では66.4%であった。なお、医師では「効果がなかった」が12.9%と、医師責任者(4.7%)の3倍近くの割合を示している。

図表 164 実施している業務分担の効果
～①静脈注射及び留置針によるルート確保～



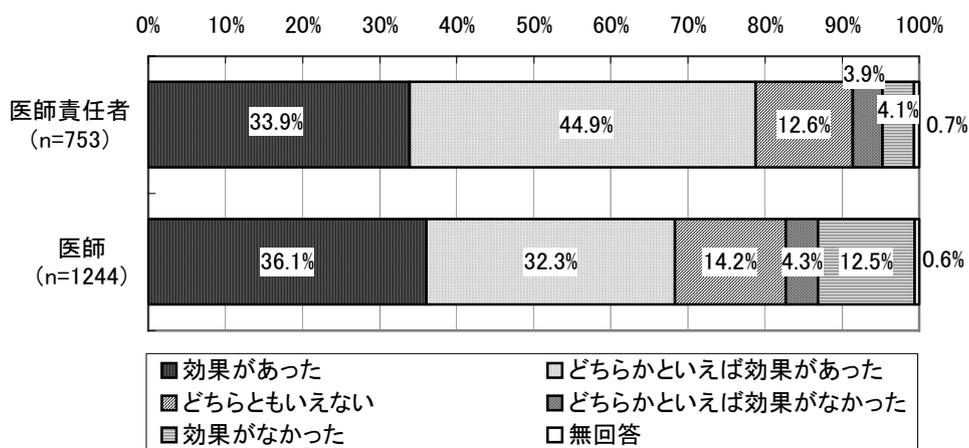
実施している業務分担の効果のうち、薬剤の投与量の調整についてみると、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では 7 割を超えているのに対し、医師では 4 割程度に留まっている。なお、「効果がなかった」「どちらかといえば効果がなかった」の合計が医師では約 3 割と、医師責任者の 3 倍以上の割合を示している。

図表 165 実施している業務分担の効果
～②薬剤の投与量の調整～



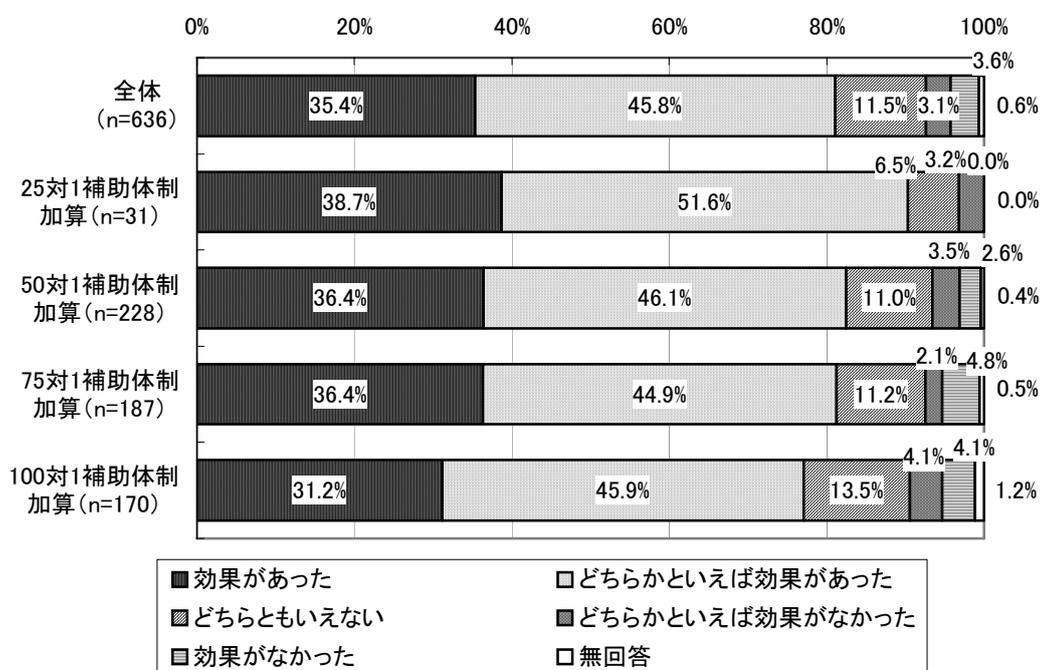
実施している業務分担の効果のうち、診断書、診療録・処方せんの記載の補助についてみると、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では78.8%、医師では68.4%であった。なお、医師では「効果がなかった」が12.5%と、医師責任者(4.1%)の3倍以上の割合を示している。

図表 166 実施している業務分担の効果
 ～③診断書、診療録・処方せんの記載の補助～



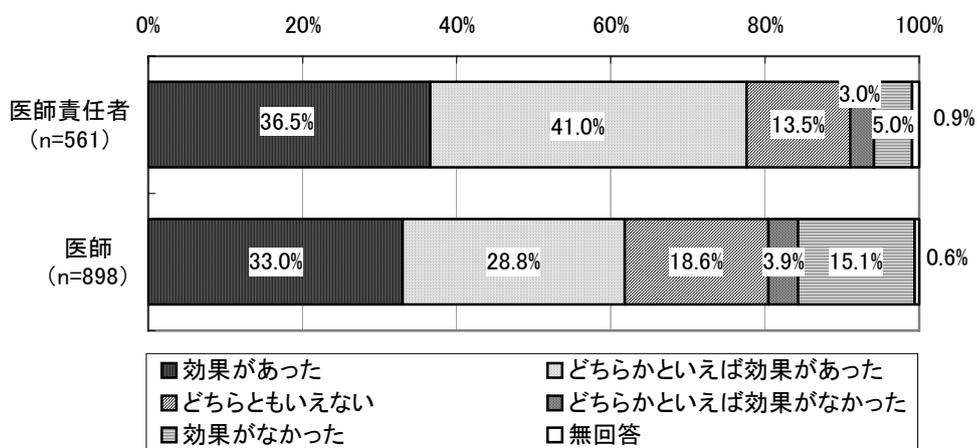
実施している業務分担の効果のうち、診断書、診療録・処方せんの記載の補助について医師事務作業補助体制加算の加算種類別に、届出施設に勤務する医師責任者にたずねたところ、全体では「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が81.2%、「どちらともいえない」が11.5%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計が6.7%であった。加算体制が高くなるほど「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が高くなる傾向がみられた。

図表 167 実施している業務分担の効果
 ～③診断書、診療録・処方せんの記載の補助～
 (医師事務作業補助体制加算届出施設に勤務する医師責任者、加算種別)



実施している業務分担の効果のうち、主治医意見書の記載の補助についてみると、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では 77.5%、医師では 61.8%であった。なお、医師では「効果がなかった」が 15.1%と、医師責任者（5.0%）の 3 倍の割合を示している。

図表 168 実施している業務分担の効果
～④主治医意見書の記載の補助～

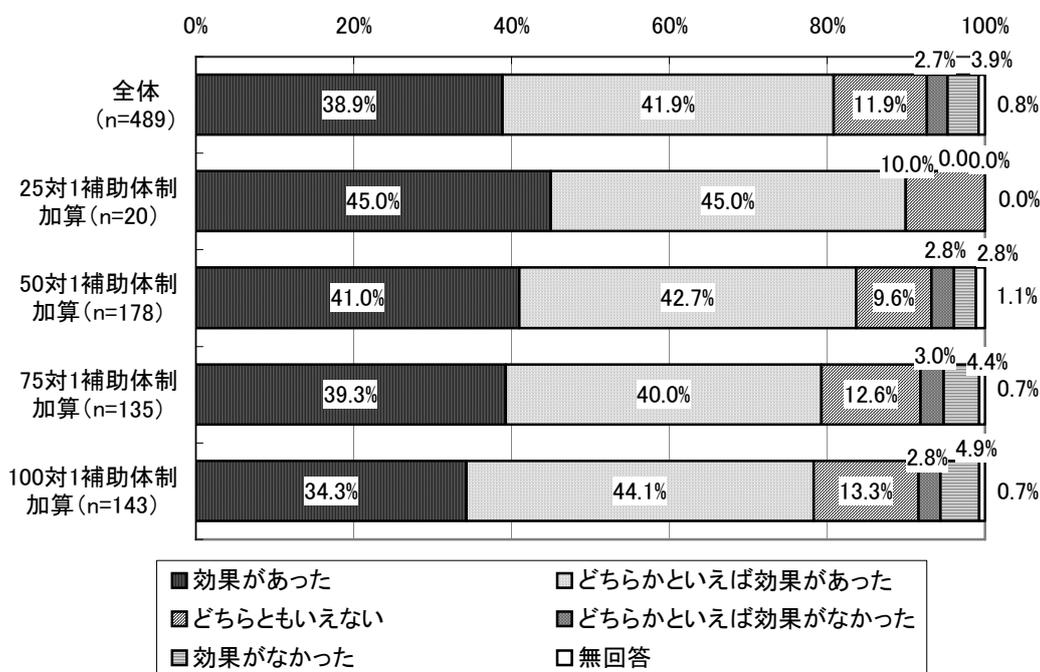


実施している業務分担の効果のうち、主治医意見書の記載の補助について医師事務作業補助体制加算の加算種類別に、届出施設に勤務する医師責任者にたずねたところ、全体では「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が80.8%、「どちらともいえない」が11.9%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計が6.6%であった。加算体制が高いほど「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計割合が高くなる傾向がみられた。

図表 169 実施している業務分担の効果

～④主治医意見書の記載の補助～

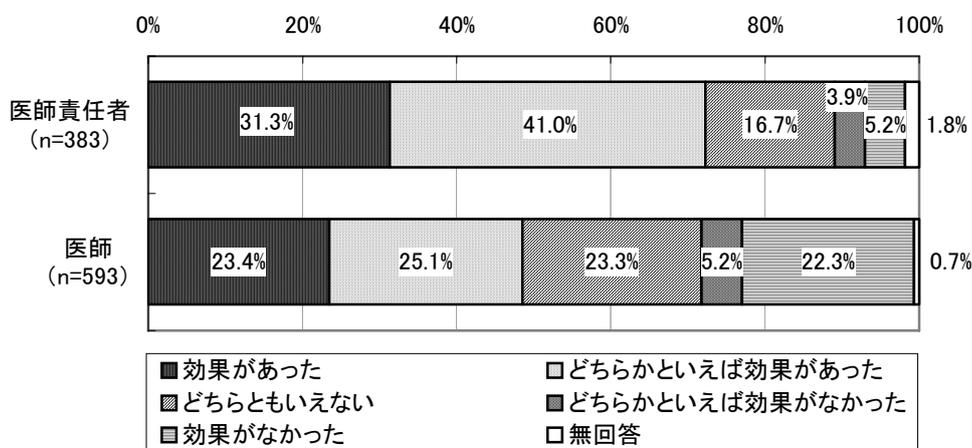
(医師事務作業補助体制加算届出施設に勤務する医師責任者、加算種別)



実施している業務分担の効果のうち、診察や検査等の予約オーダーリングシステム入力や電子カルテの入力の代行についてみると、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では 72.3%、医師では 48.5%であった。なお、医師では「効果がなかった」が 22.3%と、医師責任者（5.2%）の 4 倍以上の割合を示している。

図表 170 実施している業務分担の効果

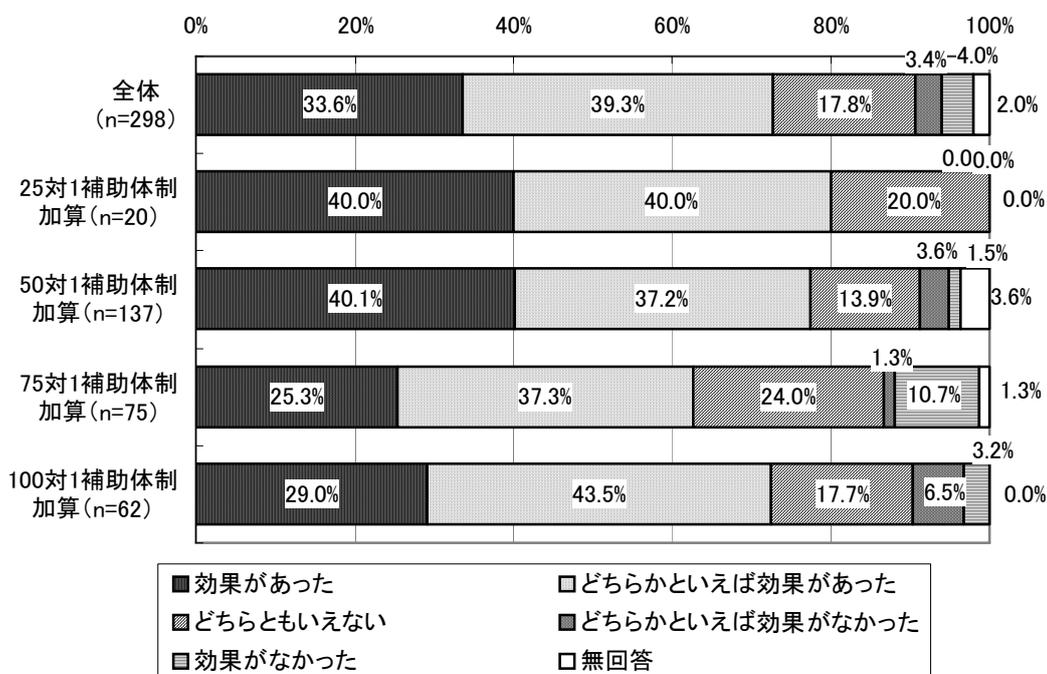
～⑤診察や検査等の予約オーダーリングシステム入力や電子カルテの入力の代行～



実施している業務分担の効果のうち、診察や検査等の予約オーダーリングシステム入力や電子カルテの入力の代行について医師事務作業補助体制加算の加算種類別に、届出施設に勤務する医師責任者にたずねたところ、全体では「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が 72.9%、「どちらともいえない」が 17.8%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計が 7.4%であった。25 対 1 補助体制加算、50 対 1 補助体制加算では他と比較して「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が高かった。

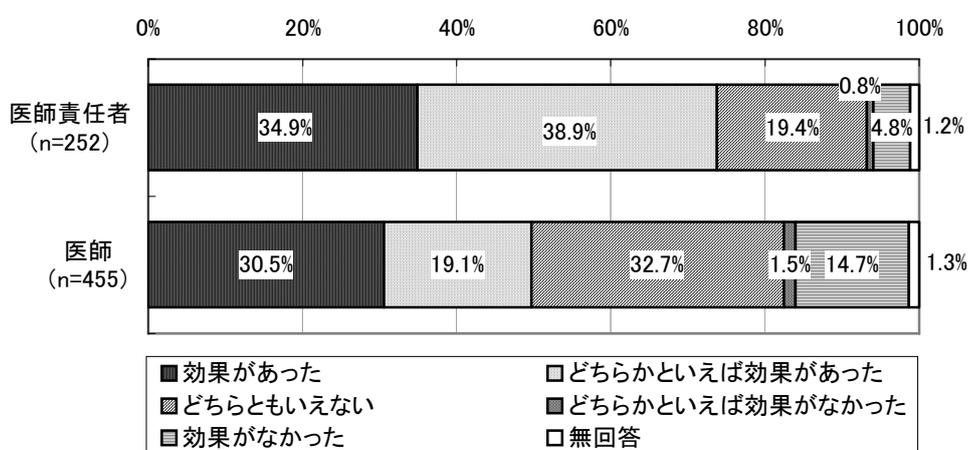
図表 171 実施している業務分担の効果

～⑤診察や検査等の予約オーダーリングシステム入力や電子カルテの入力の代行～
(医師事務作業補助体制加算届出施設に勤務する医師責任者、加算種別)



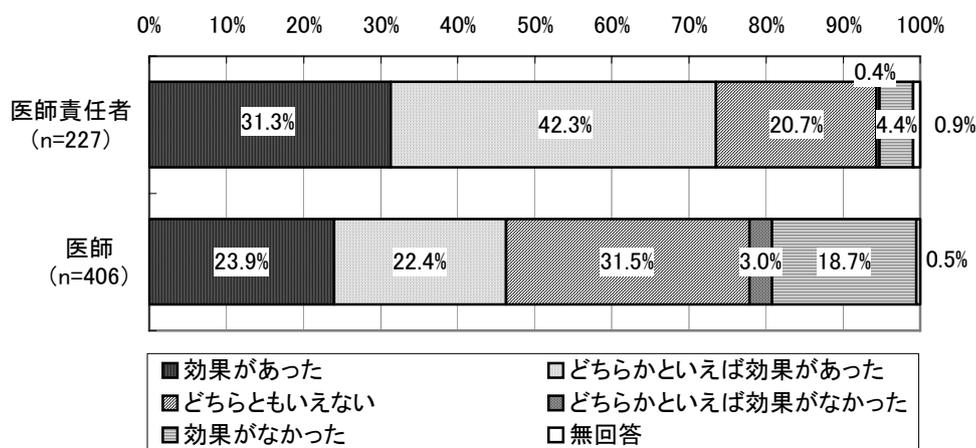
実施している業務分担の効果のうち、滅菌器材、衛生材料、書類、検体等の院内物品の運搬・補充についてみると、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では72.8%、医師では49.6%、「どちらともいえない」がそれぞれ19.4%、32.7%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計がそれぞれ5.6%、16.2%となり、両者の間に大きな差異がみられた。

図表 172 実施している業務分担の効果
 ～⑥滅菌器材、衛生材料、書類、検体等の院内物品の運搬・補充～



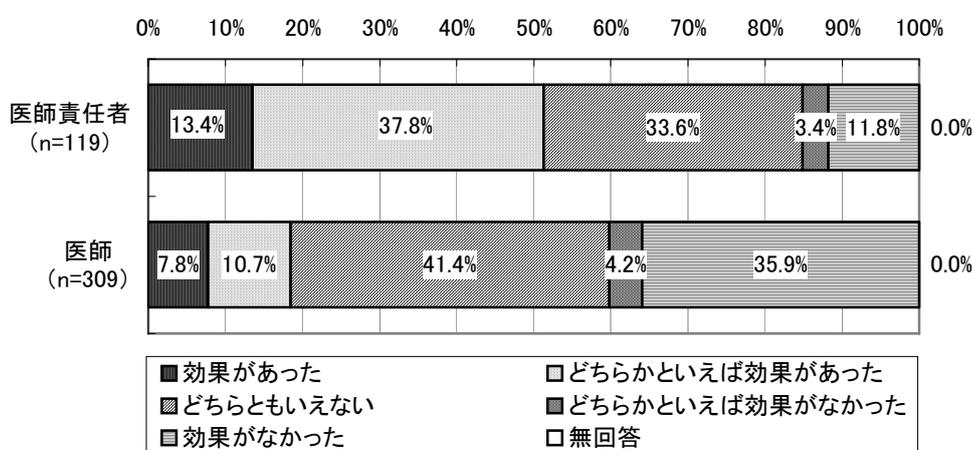
実施している業務分担の効果のうち、患者の移送についてみると、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では73.6%、医師では46.3%、「どちらともいえない」がそれぞれ20.7%、31.5%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計がそれぞれ4.8%、21.7%となり、両者の間に大きな差異がみられた。

図表 173 実施している業務分担の効果
～⑦患者の移送～



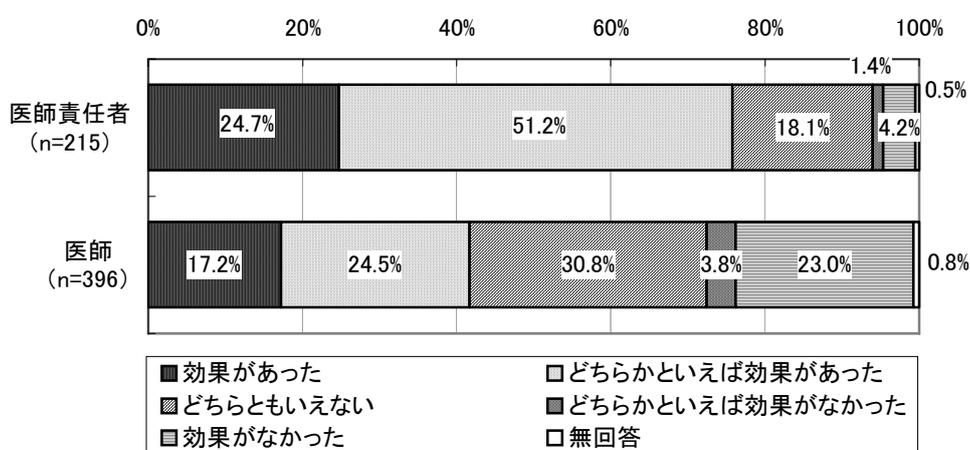
実施している業務分担の効果のうち、夜間・休日の救急医療等における診療の優先順位の決定についてみると、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では51.2%、医師では18.5%、「どちらともいえない」がそれぞれ33.6%、41.4%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計がそれぞれ15.2%、40.1%と両者の間に大きな差異がみられた。

図表 174 実施している業務分担の効果
 ～⑧夜間・休日の救急医療等における診療の優先順位の決定～



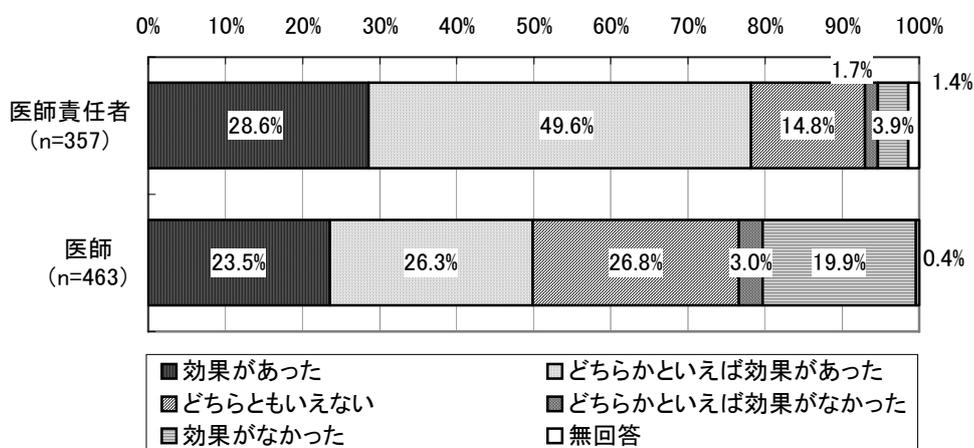
実施している業務分担の効果のうち、入院中の療養生活に関する対応についてみると、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では 75.9%、医師では 41.7%、「どちらともいえない」がそれぞれ 18.1%、30.8%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計がそれぞれ 5.6%、26.8%となり、両者の間に大きな差異がみられた。

図表 175 実施している業務分担の効果
～⑨入院中の療養生活に関する対応～



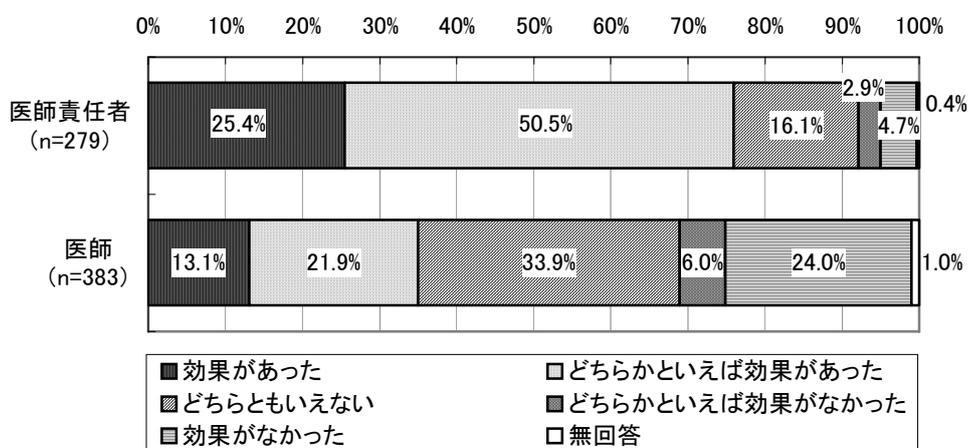
実施している業務分担の効果のうち、検査の手順や入院の説明、慢性疾患患者への療養生活等の説明についてみると、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では 78.2%、医師では 49.8%、「どちらともいえない」がそれぞれ 14.8%、26.8%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計がそれぞれ 5.6%、22.9%となり、両者の間に大きな差異がみられた。

図表 176 実施している業務分担の効果
 ～⑩検査の手順や入院の説明、慢性疾患患者への療養生活等の説明～



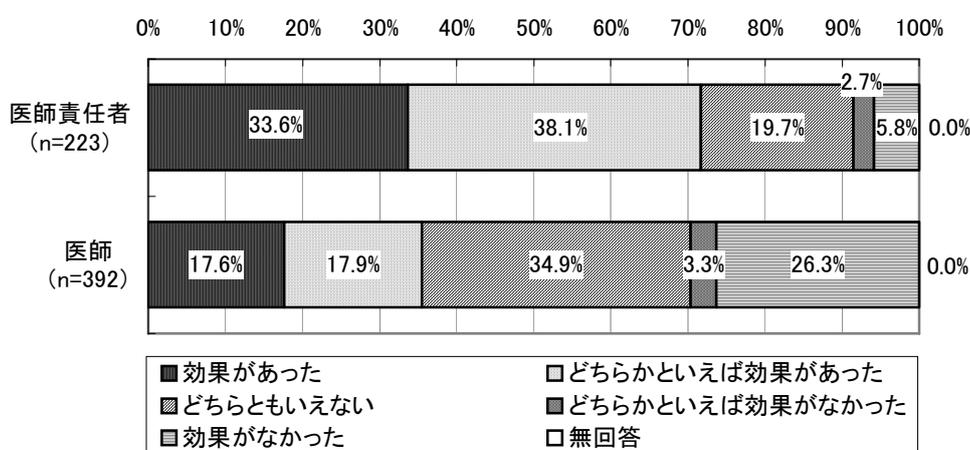
実施している業務分担の効果のうち、診察前の事前面談による情報収集・補足説明についてみると、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では75.9%、医師では35.0%、「どちらともいえない」がそれぞれ16.1%、33.9%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計がそれぞれ7.6%、30.0%となり、両者の間に大きな差異がみられた。

図表 177 実施している業務分担の効果
～⑪診察前の事前面談による情報収集・補足説明～



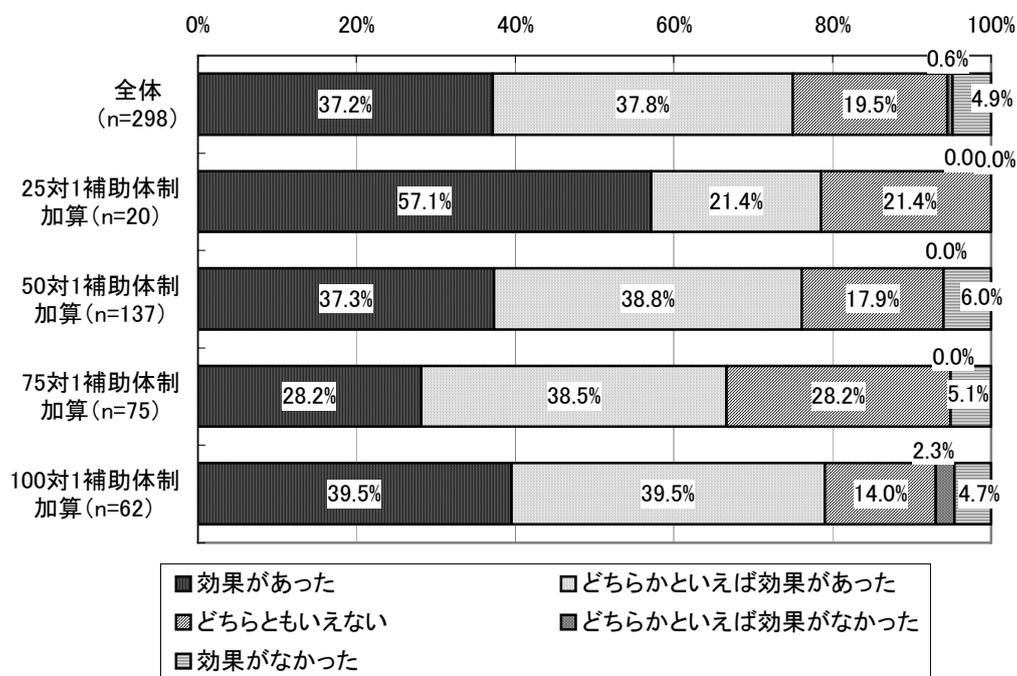
実施している業務分担の効果のうち、カンファレンスの準備等の業務についてみると、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では 71.7%、医師では 35.5%、「どちらともいえない」がそれぞれ 19.7%、34.9%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計がそれぞれ 8.5%、29.6%となり、両者の間に大きな差異がみられた。

図表 178 実施している業務分担の効果
～⑫カンファレンスの準備等の業務～



実施している業務分担の効果のうち、カンファレンスの準備等の業務について医師事務作業補助体制加算の加算種類別に、届出施設に勤務する医師責任者にたずねたところ、全体では「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が75.0%、「どちらともいえない」が19.5%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計が5.5%であった。25対1補助体制加算では他と比較して「効果があった」の割合が高かった。

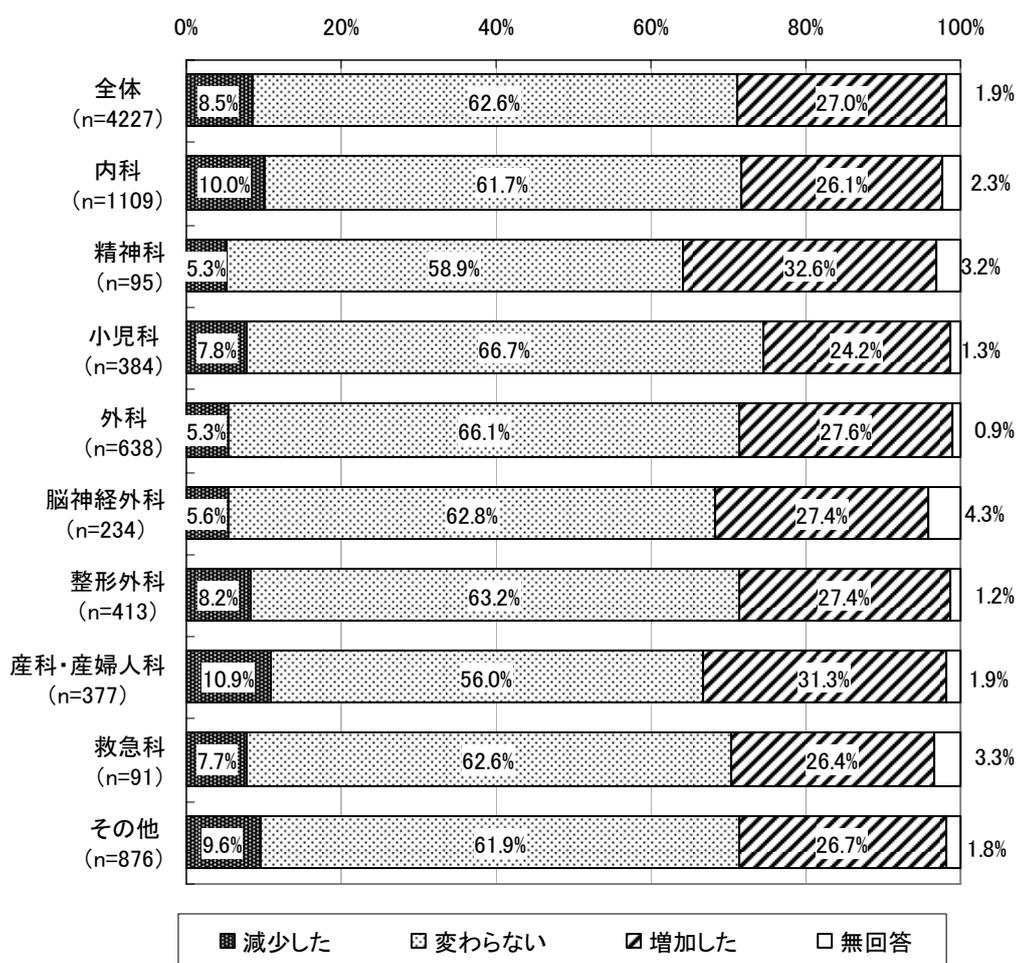
図表 179 実施している業務分担の効果
～⑫カンファレンスの準備等の業務～



4) 残業時間の変化（医師のみ）

医師の残業時間の変化について診療科別にみると、全体では「減少した」が 8.5%、「変わらない」が 62.6%、「増加した」が 27.0%であった。「産科・産婦人科」では他と比較して「減少した」が相対的に高かった。

図表 180 残業時間の変化

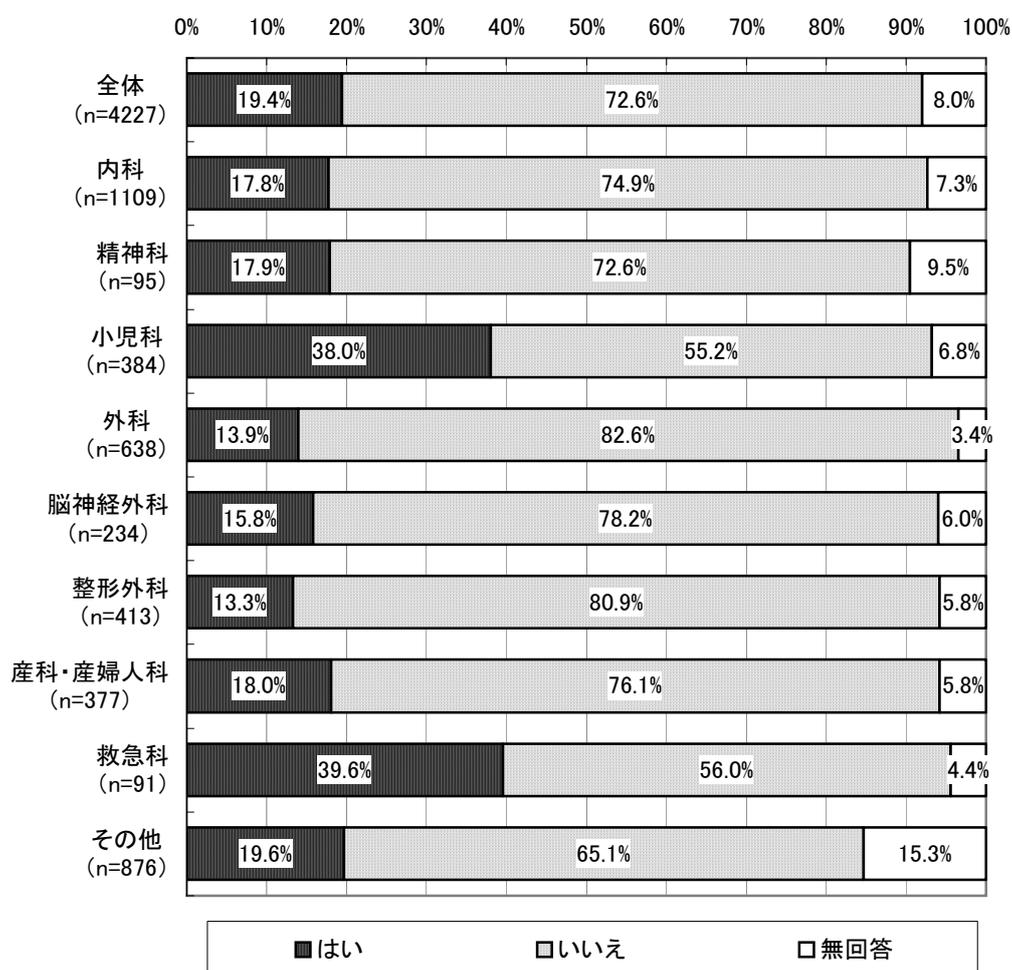


5) 当直後の配慮（医師のみ）

当直後の配慮について早く帰宅できるかを医師にたずねたところ、全体では「はい」が19.4%、「いいえ」が72.6%であった。

診療科別にみると、「救急科」及び「小児科」では「はい」の割合が高く、「全体」の2倍近い割合を示した。

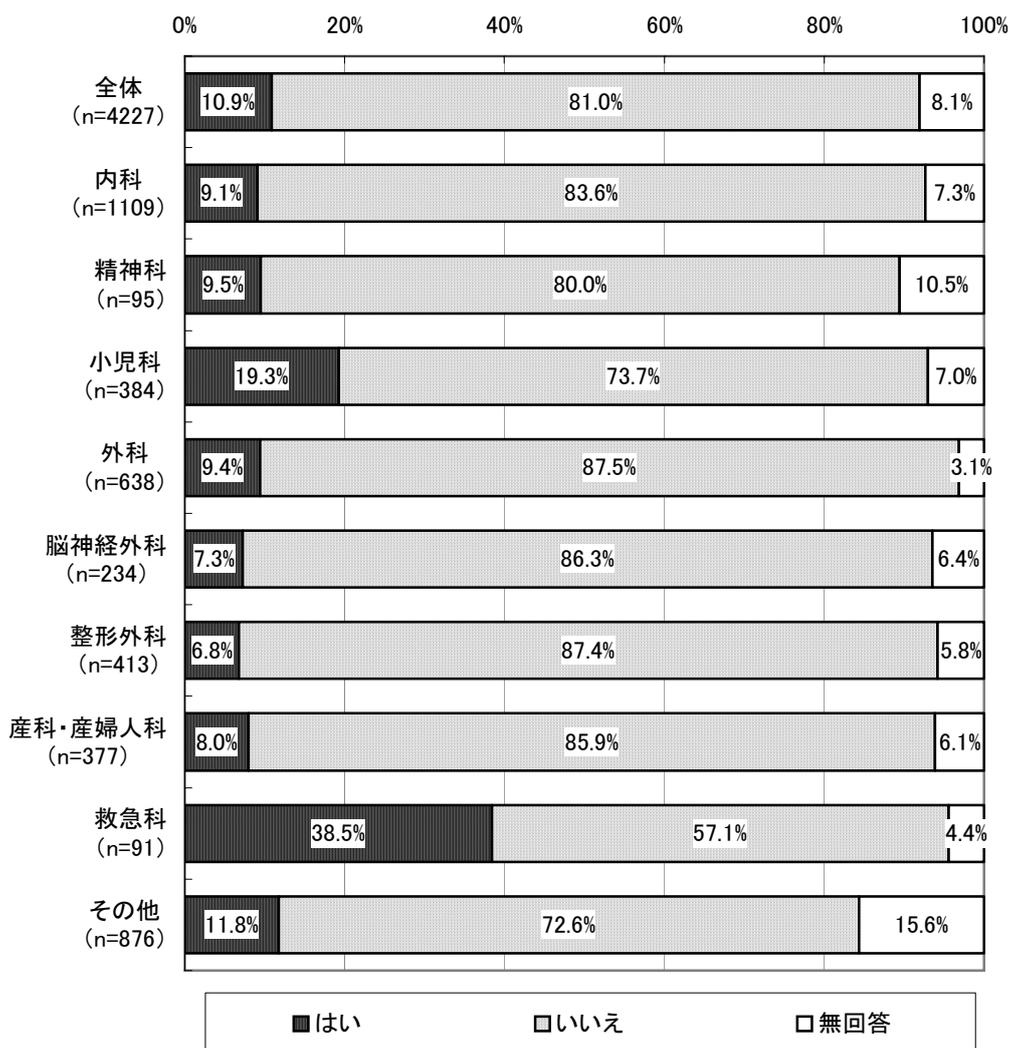
図表 181 当直後の配慮：早く帰宅できるか



当直後の配慮について翌日は仮眠をとれる体制であるかを医師にたずねたところ、全体では「はい」が10.9%、「いいえ」が81.0%であった。

診療科別にみると、「救急科」、「小児科」では「はい」の割合が他と比較して相対的に高かった。

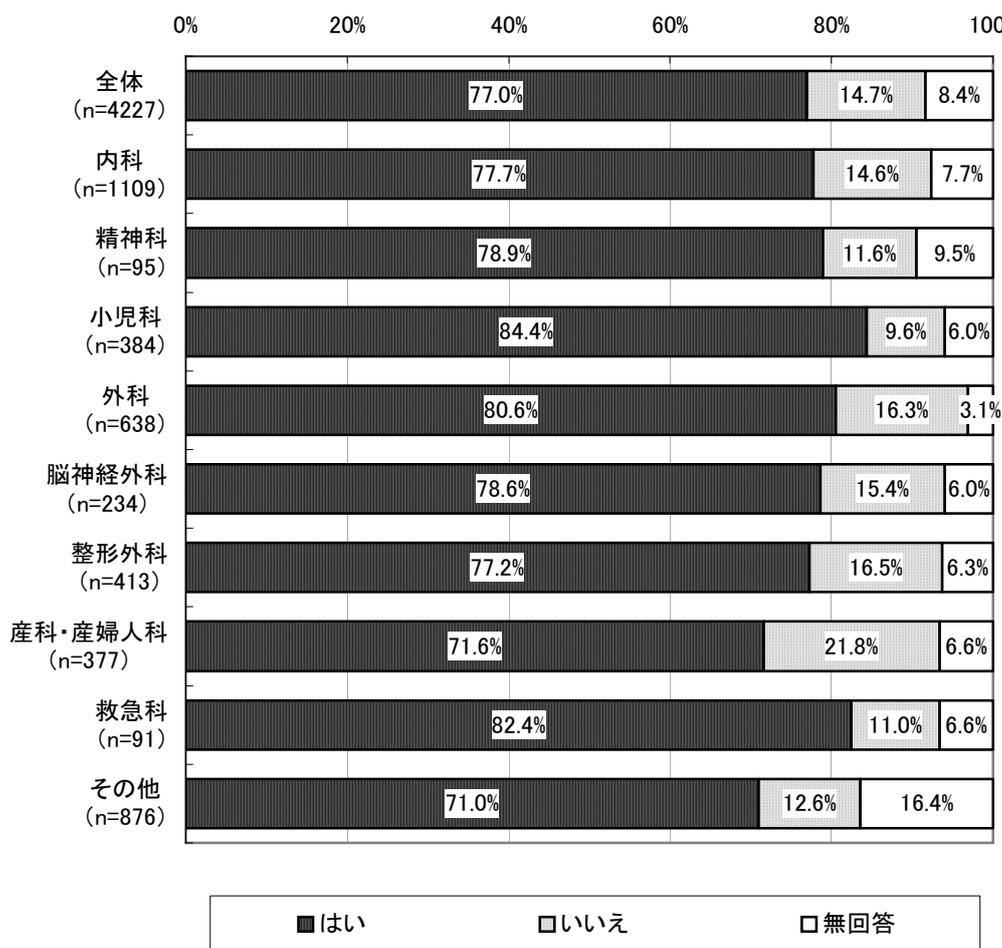
図表 182 当直後の配慮：翌日は仮眠をとれる体制であるか



当直後の配慮について連続当直にならないようなローテーション等の配慮があるかを医師にたずねたところ、全体では「はい」が77.0%、「いいえ」が14.7%であった。他の当直後の配慮と比較すると、「はい」の割合が高いことがわかる。

診療科別にみると、「はい」の割合は、「小児科」(84.4%)が最も高く、次いで、「救急科」(82.4%)となった。

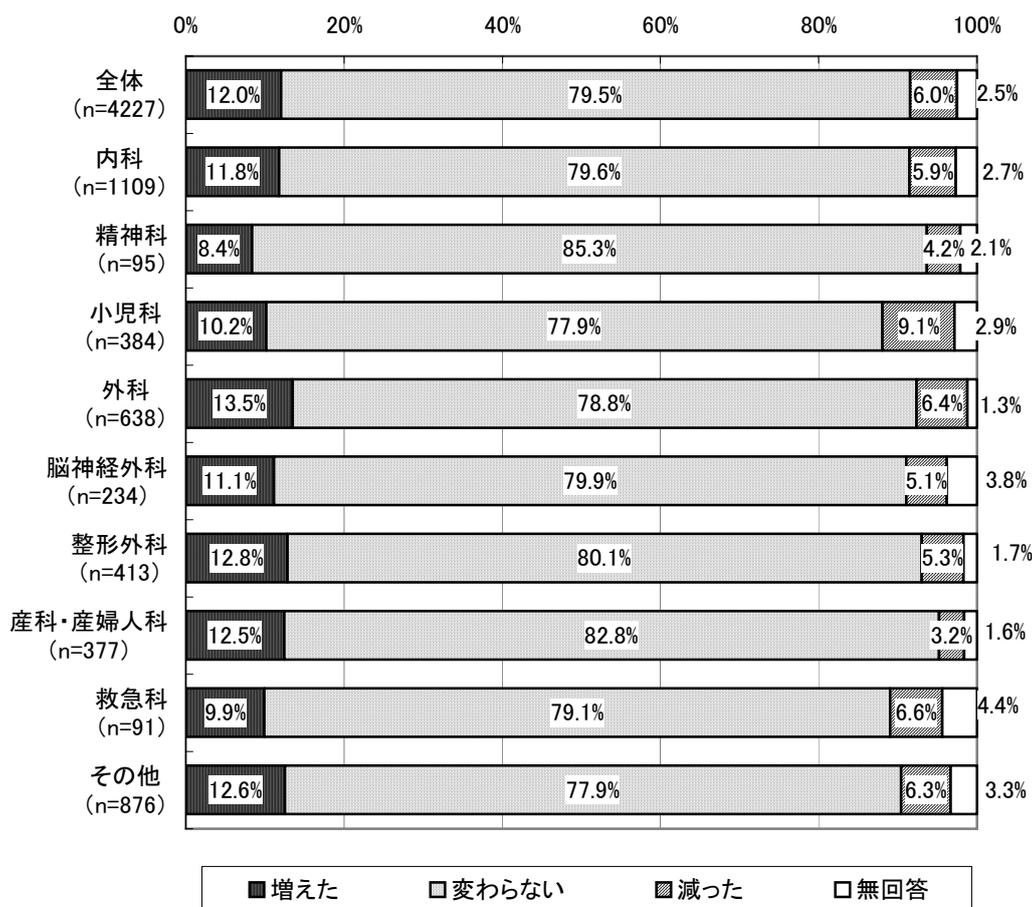
図表 183 当直後の配慮：連続当直にならないようなローテーション等の配慮があるか



6) 経済面での処遇の変化

医師の経済面での処遇の変化として基本給についてみると、全体では「増えた」が12.0%、「変わらない」が79.5%、「減った」が6.0%であった。診療科による大きな差異はみられなかった。

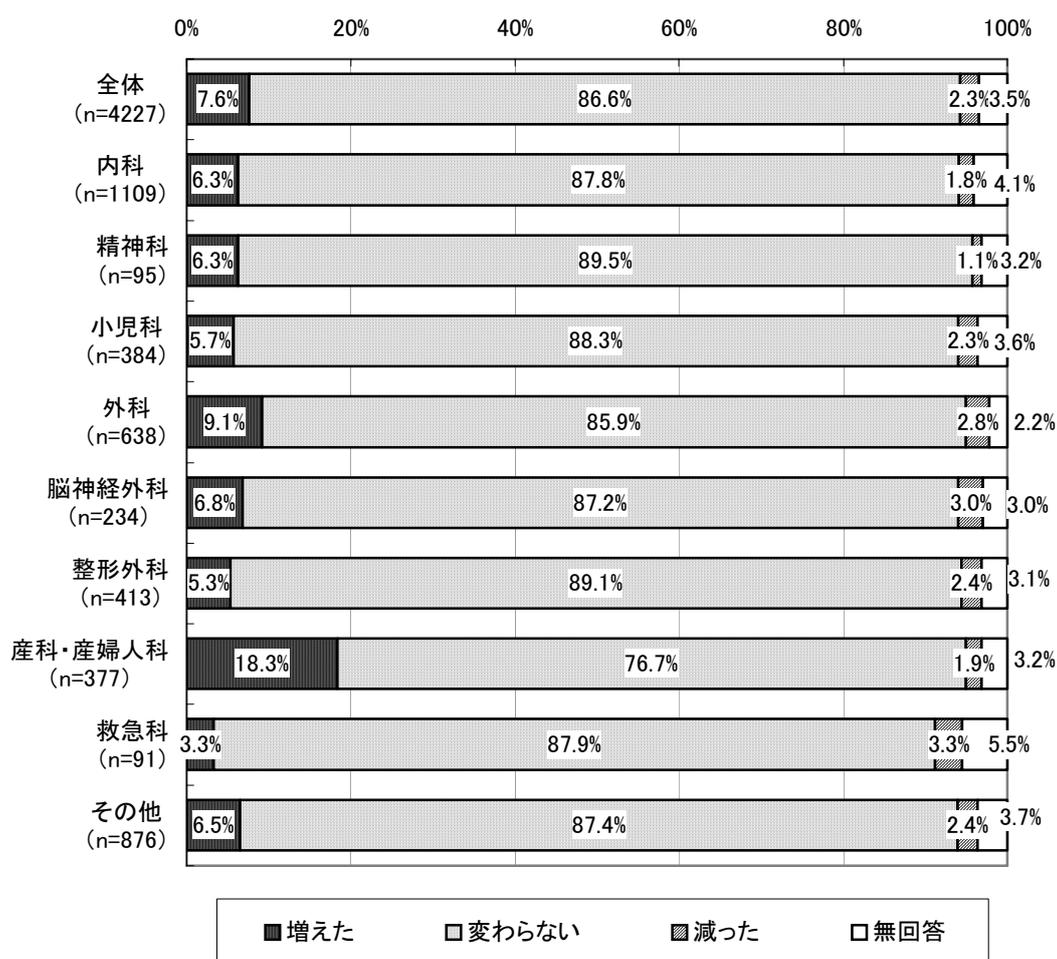
図表 184 経済面での処遇の変化－基本給－（医師）



医師の経済面での処遇の変化として手当についてみると、全体では「増えた」が7.6%、「変わらない」が86.6%、「減った」が2.3%であった。

診療科別にみると、「産科・産婦人科」では「増えた」が18.3%と他と比較して2倍以上の高い割合となった。

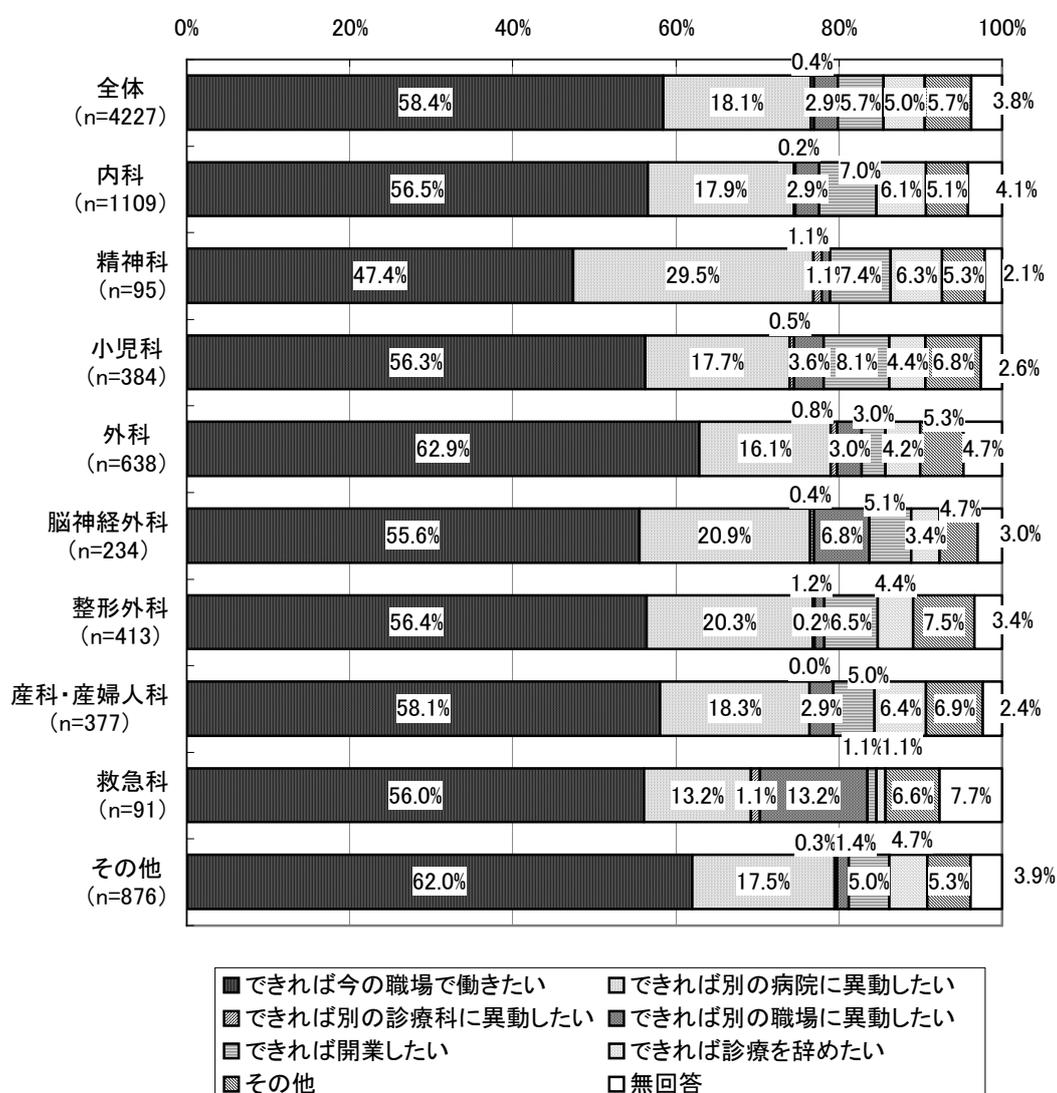
図表 185 経済面での処遇の変化—手当—



7) 今後の意向について（医師のみ）

医師の今後の意向についてみると、全体では「できれば今の職場で働きたい」が58.4%、「できれば別の病院に異動したい」が18.1%、「できれば別の診療科に異動したい」が0.4%、「できれば別の職場に異動したい」が2.9%、「できれば開業したい」が5.7%、「できれば診療を辞めたい」が5.0%であった。この傾向はどの診療科においてもほぼ同様であるが、救急科では「できれば別の職場に異動したい」が13.2%と1割を超えており、他と比較して相対的に高い割合を示した。

図表 186 今後の意向について



6. まとめ

本調査より明らかになった点は、以下のとおりである。

【施設調査】

- ・ 施設基準の届出状況は、「入院時医学管理加算」が 14.3%、「医師事務作業補助体制加算」が 65.7%、「ハイリスク分娩管理加算」が 60.1%であった（図表 2）。
- ・ 施設基準届出状況別開設主体については、「入院時医学管理加算」届出施設では「公立」（31.1%）が、「医師事務作業補助体制加算」届出施設では「医療法人」（38.6%）が、「ハイリスク分娩管理加算」届出施設では「公立」（27.4%）が最も多かった（図表 4）。
- ・ 施設基準届出状況別許可病床数については、「入院時医学管理加算」届出施設が平均 528.6 床（中央値 500 床）、「医師事務作業補助体制加算」届出施設が平均 342.4 床（中央値 307 床）、「ハイリスク分娩管理加算」届出施設が平均 519.0 床（中央値 500 床）であった（図表 5）。
- ・ 勤務医負担軽減対策計画の策定状況は、「既に策定済み」が 57.4%、「現在策定中である」が 15.7%、「策定していない」が 22.9%であった（図表 11）。
- ・ 診療録電子カルテの導入状況は、「導入している」が 44.4%、「導入していない」が 55.0%であった（図表 12）。導入時期では、「平成 18 年」が 17.9%、「平成 16 年」が 14.8%、「平成 20 年以降」が 14.4%、「平成 19 年」が 13.5%となった（図表 13）。
- ・ 平成 20 年 10 月の病院全体の平均在院日数は 18.4 日（図表 14）、一般病棟の平均在院日数は 15.3 日（図表 15）、平均紹介率は 44.5%（図表 16）、平均逆紹介率は 34.3%であった（図表 17）。
- ・ 一般病棟の入院基本料区分は、「7 対 1」が 55.6%、「10 対 1」が 39.3%だった（図表 18）。
- ・ 加算の届出状況に限らず、医師事務作業補助者が「いる」という施設が 73.8%、「いないが、今後、確保・採用予定」が 11.2%、「いない」が 13.0%であった（図表 21）。
- ・ MSW（医療ソーシャルワーカー）が「いる」という施設が 92.2%、「いないが、今後、確保・採用予定」が 1.9%、「いない」が 5.2%であった（図表 23）。
- ・ 病院ボランティアが「いる」が 57.0%、「いないが、今後、確保・採用予定」が 7.9%、「いない」が 31.2%であった（図表 25）。
- ・ 平成 20 年 10 月における 1 施設あたりの常勤医師の平均人数は、「男性」73.6 人、「女性」16.4 人であり、1 年前と比較して若干増加している（図表 29）。

- 平成 20 年 10 月における、常勤医師 1 人あたりの月当直回数については、平成 19 年 10 月と比較してわずかではあるが減少している。しかしながら、「産科・産婦人科」、「救急科」、「小児科」では依然として 3 回を超えている（図表 31）。連続当直回数はについても、「救急科」、「産婦人科」、「小児科」では平均回数は減少したが、依然として高い水準といえる（図表 32）。
- 負担軽減策の取組み状況については、「取り組んでいる」という割合は、「医師・看護師等の業務分担」では 56.4%、「医師事務作業補助体制」では 77.1%、「短時間正規雇用の医師の活用」では 25.4%、「連続当直を行わない勤務シフト」では 71.9%、「当直後の通常勤務に係る配慮」では 45.2%と、ばらつきがみられた（図表 37）。
- 医師への経済面での処遇改善状況については、「改善した」が 45.0%、「変わらない」が 53.7%だった（図表 48）。処遇改善の内容としては、「基本給を増やした」が改善したという施設の 36.2%、「手当を増やした」が 75.4%であった（図表 49）。
- 「基本給を増やした」対象の医師としては、「特定の医師」が基本給を増やした施設の 52.4%、「医師全員」が 44.0%、「特定の診療科に勤務する医師」が 19.0%であった（図表 50）。
- 「手当を増やした」対象の医師としては、「医師全員」が手当を増やした施設の 39.4%、「特定の診療科に勤務する医師」が 34.9%、「特定の医師」が 44.0%であった（図表 53）。このうち、「特定の診療科に勤務する医師」と回答した施設では、その対象として「産科・産婦人科」が 78.7%で最も多く、次いで「小児科」が 19.7%であった（図表 54）。
- 入院時医学管理加算の届出状況については、「届出をしている」が 14.3%（74 施設）、「現在は届出なし、今後届出を行う」が 7.0%、「届出をしていない」が 76.9%であった（図表 56）。また、入院時医学管理加算の届出が受理された月は「平成 20 年 4 月」が 50.0%で最も多く、次いで「7 月」、「10 月」が 10.8%、「9 月」が 6.8%であった（図表 57）。
- 初診に係る選定療養（実費徴収）が「ある」という施設が 90.5%であった（図表 58）。選定療養（実費徴収）の 1 回あたりの平均金額は 2,234.7 円であった（図表 59）。
- 医師事務作業補助体制加算の届出状況は、「届出をしている」が 65.7%、「現在は届出なし、今後届けを行う」が 6.6%、「届出をしていない」が 27.5%であった（図表 62）。届出が受理された時期は、「平成 20 年 4 月」が 65.5%で最も多く、次いで「5 月」が 10.9%、「6 月」が 7.7%、「7 月」が 5.0%であった（図表 63）。
- 医師事務作業補助者（専従者）の配置時期については、「平成 20 年 4 月以降」が 55.5%で最も多く、次いで「平成 13～19 年」が 21.8%、「平成 12 年以前」、「平成 20 年 1～3 月」がともに 6.5%だった（図表 64）。

- ・ 医師事務作業補助体制加算の種類は、「25 対 1 補助体制加算」が 2.9%、「50 対 1 補助体制加算」が 41.9%、「75 対 1 補助体制加算」が 25.1%、「100 対 1 補助体制加算」が 26.5%であった（図表 65）。25 対 1 補助体制加算の届出施設の許可病床数については 500 床以上が 80.0%を占めており、大規模病院が多かった（図表 67）。
- ・ 1 施設あたりの常勤の医師事務作業補助者数（実人数）と給与総額（常勤）の平均は、「実人数」が 5.0 人、「（うち）医療従事経験者」が 1.0 人、「（うち）医療事務経験者」が 2.9 人、「給与総額」が 119.8 万円であった。なお、1 人あたりの給与総額は 24.0 万円であった（図表 68）。1 施設あたりの非常勤の医師事務作業補助者数（実人数）と給与総額（非常勤）の平均は、「実人数」が 2.6 人、「（うち）医療従事経験者」が 0.3 人、「（うち）医療事務経験者」が 0.9 人、「給与総額」が 37.4 万円であった。なお、1 人あたりの給与総額は 14.5 万円であった（図表 69）。
- ・ 医師事務作業補助者の配置状況については、「病院全体でまとめて配置している」が 65.5%で最も多く、次いで「特定の診療科に配置している」が 20.1%、「特定の病棟に配置している」が 16.5%、「特定の医師に配置している」が 9.7%であった（図表 70）。
- ・ 医師事務作業補助者の従事が「あり」という割合をあげると、「診断書などの文書作成補助」では 91.2%（図表 71）、「診療記録への代行入力」では 48.1%（図表 73）、「医療の質の向上に資する事務作業」では 65.2%（図表 75）、「行政上の業務（救急医療情報システムへの入力等）」では 39.5%であった（図表 77）。
- ・ 医師事務作業補助者の業務範囲について、「院内規程等で明確にしている」が 88.8%、「曖昧な部分がある」が 7.4%であった（図表 79）。
- ・ 個人情報保護上の問題の発生の有無については、「発生した」という回答はなかった（図表 80）。
- ・ ハイリスク分娩管理加算の届出状況は、「届出をしている」が 60.1%、「現在は届出なし、今後届出を行う」が 0.8%、「届出をしていない」が 33.7%だった（図表 81）。ハイリスク分娩管理加算の届出が受理された時期は、「平成 20 年 4 月」が 87.7%で最も多かった（図表 82）。
- ・ 平成 19 年と平成 20 年の同月で分娩件数を比較すると、9 月、10 月で前年より若干の増加となった（図表 83）。ハイリスク分娩管理加算の算定回数については、平成 19 年の同月と比較して 2 倍近くに増加した（図表 84）。

【医師責任者調査・医師調査】

- ・ 医師が所属している施設の開設主体は、医師責任者では「公立」が 26.0%と最も多く、次いで「医療法人」が 22.1%、「公的」が 16.9%、「その他の法人」が 13.9%であった。医師も同様に、「公立」が 25.4%と最も多く、次いで「医療法人」が 17.4%、「公的」が 16.9%、「その他の法人」が 13.9%であった（図表 85）。
- ・ 施設基準届出状況は、医師責任者、医師ともに「ハイリスク分娩管理加算届出施設」がそれぞれ 68.1%、75.5%と最も多く、次いで「医師事務作業補助体制加算届出施設」がそれぞれ 61.3%、54.8%、「入院時医学管理加算届出施設」がそれぞれ 18.3%、18.4%であった（図表 90）。
- ・ 回答があった医師の性別は、医師責任者では「男性」が 94.4%、「女性」が 5.5%であった。医師では「男性」が 83.6%、「女性」が 16.3%であった（図表 91）。年齢については、医師責任者は平均 51.6 歳、医師は平均 40.1 歳であった（図表 92）。医師としての経験年数は、医師責任者は平均 26.1 年、医師は平均 14.4 年であった（図表 94）。また、調査対象病院での勤続年数は、医師責任者は平均 11.4 年、医師は 5.5 年であった（図表 95）。
- ・ 外来診療担当の有無は、医師責任者では「あり」が 95.1%、「なし」が 4.4%であった。医師では「あり」が 91.5%、「なし」が 8.1%であった（図表 101）。医師 1 人あたり 1 日の平均外来診察患者数は、医師責任者は平均 32.6 人、医師は平均 28.0 人であった（図表 102）。
- ・ 入院診療における担当患者の有無については、「あり」が 87.0%、「なし」が 12.2%であった（図表 103）。医師 1 人あたりの担当入院患者数は平均 10.9 人であった（図表 104）。
- ・ 直近 1 週間の実勤務時間の平均は、医師責任者は 58.0 時間、医師は 61.3 時間であった（図表 105）。診療科別にみると、医師責任者では「救急科」（62.6 時間）が最も長く、次いで「脳神経外科」（62.3 時間）、「産科・産婦人科」（60.2 時間）、「外科」（60.1 時間）であった。医師では「救急科」（74.4 時間）が最も長く、次いで「外科」（65.0 時間）、「小児科」（63.7 時間）、「脳神経外科」「産科・産婦人科」（62.3 時間）であった（図表 106）。
- ・ 医師責任者の平成 20 年 10 月 1 か月あたりの平均当直回数は、「産科・産婦人科」が 2.90 回で最も多く、次いで「救急科」が 2.73 回、「小児科」が 2.13 回、「脳神経外科」が 1.78 回であった。平成 19 年 10 月と比較すると当直回数は若干の減少となった（図表 107、図表 108）。平均連続当直回数は、「産科・産婦人科」が 0.29 回で最も多く、次いで「精神科」の 0.16 回であった（図表 111、図表 112）。

- ・ 医師の平成 20 年 10 月 1 か月あたり平均当直回数は、「救急科」が 5.48 回と最も多く、次いで「産科・産婦人科」が 4.51 回、「小児科」が 3.48 回、「脳神経外科」が 3.03 回であった。平成 19 年 10 月と比較するとやや減少しているものの、依然として高い水準であった（図表 109、図表 110）。平均連続当直回数は、「産科・産婦人科」が 0.40 回で最も多く、次いで「救急科」の 0.38 回であった（図表 113、図表 114）。
- ・ 各診療科の状況について医師責任者に回答していただいた結果、入院診療での業務負担の変化については「軽減した」が 7.3%、「変わらない」が 47.4%、「増加した」が 43.3%であった。（図表 117）。また、外来診療での業務負担の変化については、「軽減した」が 6.0%、「変わらない」が 53.4%、「増加した」が 38.3%であった（図表 122）。各診療科における夜間・早朝の軽症救急患者数の変化については、「減少した」が 9.1%、「変わらない」が 71.1%、「増加した」が 16.0%であった（図表 127）。
- ・ 医師責任者がみた各診療科の医師の勤務状況の変化については、「変わらない」（41.3%）が最も多く、次いで「どちらかという悪化した」（21.4%）、「悪化した」（19.4%）、「どちらかという改善した」（11.5%）、「改善した」（5.3%）の順であった。診療科別にみると、「改善した」「どちらかという改善した」の合計では「救急科」、「産科・産婦人科」および「小児科」が、また、「悪化した」「どちらかという悪化した」の合計では「精神科」および「脳神経外科」が、いずれも全体平均を上回っている（図表 128）。
- ・ 平成 20 年 10 月における、各診療科の常勤医師数は、平成 19 年 10 月と比較すると大きな変化はみられなかった（図表 130）。
- ・ 平成 20 年 10 月における、各診療科の常勤医師 1 人あたり月平均残業時間の変化については、「救急科」で若干減少したものの、「脳神経外科」（46.7 時間）に次いで 2 番目に長いなど、依然として高水準となっている。「救急科」以外の診療科では、月残業時間の平均は増加している（図表 132）。
- ・ 平成 20 年 10 月における、各診療科の常勤医師 1 人あたり月平均当直回数の変化については、「産科・産婦人科」（4.8 回）、「救急科」（4.2 回）、「小児科」（3.5 回）が依然として他の診療科と比較しても高い水準であった（図表 134）。
- ・ 平成 20 年 10 月における、各診療科の連続当直をした医師の延べ人数については、「産科・産婦人科」（1.7 人）と他の診療科と比較して高い結果となった（図表 135）。
- ・ 各診療科の医師の退職者数は、男性の常勤医師については「精神科」「外科」「救急科」が他と比較して多かった（図表 136）。
- ・ 各診療科が取り組んでいる医師の勤務負担軽減策としては、「医師事務作業補助者（医療クラーク）の配置」（50.4%）が最も多く、次いで「医師業務の看護師等コメディカルへの移転」（29.0%）、「常勤医師の増員」（23.2%）、「当直翌日の残業なしの配慮」（19.0%）であった（図表 137）。

- ・ 取り組んでいる勤務負担軽減策の効果については、効果があった（「効果があった」＋「どちらかといえば効果があった」）の回答割合が最も高かったものは「医師事務作業補助者の配置」（72.8％）で、次いで「常勤医師の増員」（70.7％）、「非常勤医師の増員」（67.8％）、「医師業務看護師等コメディカルへの移転」（66.4％）であった（図表 140）。
- ・ 平成 20 年 4 月以降の経済面での処遇の変化として基本給（賞与を含む）についてみると、「増額した」が 6.8％、「変わらない」が 83.0％、「減額した」が 5.5％であった。診療科別では、脳神経外科および産科・産婦人科で「増額した」との回答割合が他の診療科と比較して若干高かった。一方、救急科では「減額した」との回答が他の診療科と比較して高くなっている（図表 141）。同じく勤務手当についてみると、小児科、脳神経外科、産科・産婦人科、救急科で「増額した」が全体平均を上回った（図表 142）。
- ・ 平成 20 年 10 月における医師個人の勤務状況については、医師責任者、医師ともに、1 年前と比較して「変わらない」（それぞれ 47.7％、49.8％）が最も多く、悪化した（「悪化した」＋「どちらかといえば悪化した」）がそれぞれ 37.8％、34.8％、「改善した（「改善した」＋「どちらかといえば改善した」）がそれぞれ 13.2％、14.3％であった（図表 143）。
- ・ 医師個人の入院診療に係る業務負担については、医師責任者は「軽減した」が 13.6％、「変わらない」が 61.0％、「増加した」が 23.6％であった。医師は「軽減した」が 10.6％、「変わらない」が 61.2％、「増加した」が 26.5％であった（図表 145）。
- ・ 外来診療に係る業務負担については、医師責任者は「軽減した」が 7.5％、「変わらない」が 54.1％、「増加した」が 35.7％であった。医師は「軽減した」が 5.0％、「変わらない」が 53.7％、「増加した」が 38.8％であった（図表 147）。
- ・ 病院内の診療外業務に係る業務負担については、医師責任者は「軽減した」が 2.0％、「変わらない」が 42.5％、「増加した」が 54.9％であった。医師は「軽減した」が 1.6％、「変わらない」が 57.2％、「増加した」が 40.4％であった（図表 149）。
- ・ 病院内における教育・指導に係る業務負担については、医師責任者は「軽減した」が 1.8％、「変わらない」が 60.2％、「増加した」が 37.5％であった。医師は「軽減した」が 1.9％、「変わらない」が 63.6％、「増加した」が 33.8％であった。（図表 151）。
- ・ 医師責任者の管理業務に係る業務負担については、「軽減した」が 1.0％、「変わらない」が 49.9％、「増加した」が 48.6％であった（図表 153）。
- ・ 夜間・早朝の軽症救急患者数については、医師責任者が回答した自らが担当診療科としては「減少した」が 9.1％、「変わらない」が 71.1％、「増加した」が 16.0％であった。医師では「減少した」が 7.5％、「変わらない」が 70.1％、「増加した」が 21.0％であった（図表 155）。

- ・ 医師責任者が日常業務において負担が最も重いと感じる業務として、回答が最も多かったものは、内科、小児科、外科、救急科では「病院内の診療外業務」（それぞれ 25.4%、24.3%、36.4%、32.6%）、精神科、整形外科、産科・産婦人科では「外来診療」（37.9%、31.0%、26.1%、28.2%）、脳神経外科では「入院診療」（21.3%）であった（図表 156）。
- ・ 医師が日常業務において負担が最も重いと感じる業務として、整形外科以外のすべての診療科において「当直」が最も多い回答となった。内科では 29.7%、精神科では 28.4%、小児科では 45.3%、外科では 26.8%、脳神経外科では 31.2%、産科・産婦人科では 37.7%、救急科では 44.0%であった。なお、整形外科では「外来診療」（29.5%）が最も多く、次いで「当直」（27.6%）であった（図表 157）。
- ・ 医師にとって負担が重いと感じる業務は、「診断書、診療録・処方せんの記載」（50.8%）が最も多く、次いで「主治医意見書の記載」（44.2%）、「検査の手順や入院の説明、慢性疾患患者への療養生活等の説明」（29.0%）、「診察や検査等の予約オーダリングシステム入力や電子カルテの入力」（27.6%）であった（図表 160）。
- ・ 勤務医負担軽減策に関する計画の認知度は、医師責任者では「内容も含め知っている」が 38.4%、「あることは知っているが内容は知らない」が 18.1%、「知らない」が 42.2%であった。医師は、「内容も含め知っている」が 11.9%、「あることは知っているが内容は知らない」が 17.3%、「知らない」が 69.9%であった（図表 161）。
- ・ 業務分担の進捗状況についてみると、医師責任者、医師ともに「診断書、診療録・処方せんの記載の補助」（それぞれ 31.5%、29.4%）が最も多く、次いで「主治医意見書の記載の補助」（23.5%、21.2%）、「静脈注射・留置針によるルート確保」（18.0%、17.2%）、「オーダリングシステム入力・電子カルテ入力代行」（16.0%、14.0%）、「入院説明等の療養生活等の説明」（14.9%、11.0%）であった（図表 163）。
- ・ 実施している業務分担の効果については、静脈注射及び留置針によるルート確保では、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では 79.5%、医師では 66.4%であった（図表 164）。
- ・ 薬剤の投与量の調整に関する業務分担の効果については、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では 7 割を超えているのに対し、医師では 4 割程度に留まっている。なお、「効果がなかった」「どちらかといえば効果がなかった」の合計が医師では約 3 割と、医師責任者の 3 倍以上の割合を示している（図表 165）。
- ・ 診断書、診療録・処方せんの記載の補助に関する業務分担の効果については、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では 78.8%、医師では 68.4%であった。なお、医師では「効果がなかった」が 12.5%と、医師責任者（4.1%）の 3 倍以上の割合を示している。（図表 166）。

- ・ 診断書、診療録・処方せんの記載の補助の効果について医師事務作業補助体制加算の加算種類別にみると、全体では「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が 81.2%、「どちらともいえない」が 11.5%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計が 6.7%であった。体制加算が高くなるほど、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が高くなる傾向がみられた（図表 167）。
- ・ 主治医意見書の記載の補助に関する業務分担の効果については、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では 77.5%、医師では 61.8%であった。なお、医師では「効果がなかった」が 15.1%と、医師責任者（5.0%）の 3 倍の割合を示している（図表 168）。
- ・ 主治医意見書の記載の補助の効果について、医師事務作業補助体制加算の加算種類別にみると、全体では「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が 80.8%、「どちらともいえない」が 11.9%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計が 6.6%であった。体制加算が高くなるほど、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が高くなる傾向がみられた（図表 169）。
- ・ 診察や検査等の予約オーダーリングシステム入力や電子カルテの入力の代行に関する業務分担の効果については、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では 72.3%、医師では 48.5%であった。なお、医師では「効果がなかった」が 22.3%と、医師責任者（5.2%）の 4 倍以上の割合を示している（図表 170）。
- ・ 診察や検査等の予約オーダーリングシステム入力や電子カルテの入力の代行の効果について、医師事務作業補助体制加算の加算種類別にみると、全体では「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が 72.9%、「どちらともいえない」が 17.8%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計が 7.4%であった。25 対 1 補助体制加算、50 対 1 補助体制加算の施設では他と比較して「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が高かった（図表 171）。
- ・ 滅菌器材、衛生材料、書類、検体等の院内物品の運搬・補充に関する業務分担の効果については、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では 72.8%、医師では 49.6%、「どちらともいえない」がそれぞれ 19.4%、32.7%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計がそれぞれ 5.6%、16.2%と、両者の間に大きな差異がみられた（図表 172）。
- ・ 患者の移送に関する業務分担の効果については、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では 73.6%、医師では 46.3%、「どちらともいえない」がそれぞれ 20.7%、31.5%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計がそれぞれ 4.8%、21.7%と、両者の間に大きな差異がみられた（図表 173）。

- ・ 夜間・休日の救急医療等における診療の優先順位の決定に関する業務分担の効果については、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では51.2%、医師では18.5%、「どちらともいえない」がそれぞれ33.6%、41.4%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計がそれぞれ15.2%、40.1%と両者の間に大きな差異がみられた（図表174）。
- ・ 入院中の療養生活に関する対応に関する業務分担の効果については、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では75.9%、医師では41.7%、「どちらともいえない」がそれぞれ18.1%、30.8%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計がそれぞれ5.6%、26.8%と、両者の間に大きな差異がみられた（図表175）。
- ・ 検査の手順や入院の説明、慢性疾患患者への療養生活等の説明に関する業務分担の効果については、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では78.2%、医師では49.8%、「どちらともいえない」がそれぞれ14.8%、26.8%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計がそれぞれ5.6%、22.9%と、両者の間に大きな差異がみられた（図表176）。
- ・ 診察前の事前面談による情報収集・補足説明に関する業務分担の効果については、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では75.9%、医師では35.0%、「どちらともいえない」がそれぞれ16.1%、33.9%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計がそれぞれ7.6%、30.0%と、両者の間に大きな差異がみられた（図表177）。
- ・ カンファレンスの準備等に関する業務の業務分担の効果については、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では71.7%、医師では35.5%、「どちらともいえない」がそれぞれ19.7%、34.9%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計がそれぞれ8.5%、29.6%と、両者の間に大きな差異がみられた（図表178）。
- ・ カンファレンスの準備等の業務に関する業務分担の効果について、医師事務作業補助体制加算の加算種類別にみると、全体では「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が75.0%、「どちらともいえない」が19.5%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計が5.5%であった。25対1補助体制加算では他と比較して「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が高かった（図表179）。
- ・ 医師の残業時間の変化は、全体では「減少した」が8.5%、「変わらない」が62.6%、「増加した」が27.0%であった（図表180）。

- 医師が当直後早く帰宅できるかについては、全体では「はい」が 19.4%、「いいえ」が 72.6%であった。救急科、小児科では「はい」の割合が全体平均の約 2 倍と高い割合を示した（図表 181）。
- 医師が当直の翌日に仮眠をとれる体制であるかについては、全体では「はい」が 10.9%、「いいえ」が 81.0%であった。小児科では「はい」が 19.3%、救急科では 38.5%と、他と比較して高い割合を示した（図表 182）。
- 医師が連続当直にならないようなローテーション等の配慮があるかについては、全体では「はい」が 77.0%、「いいえ」が 14.7%であった。この傾向はどの診療科においてもほぼ同様であるが、小児科および救急科では「はい」の割合が全体平均と比較して高かった（図表 183）。
- 医師に自らの経済面での処遇の変化についてたずねたところ、基本給について、全体では「増えた」が 12.0%、「変わらない」が 79.5%、「減った」が 6.0%であった（図表 184）。同様に手当について、全体では「増えた」が 7.6%、「変わらない」が 86.6%、「減った」が 2.3%であった。この傾向はどの診療科においてもほぼ同様であるが、産科・産婦人科では「増えた」が 18.3%と他と比較して 2 倍以上の高い割合となっている（図表 185）。
- 医師の今後の意向については、全体では「できれば今の職場で働きたい」が 58.4%、「できれば別の病院に異動したい」が 18.1%、「できれば別の診療科に異動したい」が 0.4%、「できれば別の職場に異動したい」が 2.9%、「できれば開業したい」が 5.7%、「できれば診療を辞めたい」が 5.0%であった（図表 186）。

参 考 资 料

**厚生労働省保険局医療課委託事業「平成 20 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」
病院勤務医の負担軽減の実態調査 調査票（施設票）**

※ 以下のラベルに、電話番号、ご回答者のお名前をご記入ください。また、施設名、所在地をご確認の上、記載内容に不備がございましたら、赤書きで修正してください。ご記入頂いた電話番号、お名前は、本調査の照会で使用するためのものであり、それ以外の目的のために使用することはございません。また、適切に保管・管理しますので、ご記入くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

| | |
|--------|-----|
| 施設名 | () |
| 施設の所在地 | |
| 電話番号 | |
| ご回答者名 | |

※本調査票は、貴施設の管理者の方と医師の方とでご相談の上、ご記入ください。
 ※ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、() 内には具体的な数値、用語等をご記入ください。() 内に入る数値がない場合には、「0（ゼロ）」をご記入ください。
 ※調査時点は平成 20 年 10 月末あるいは質問に指定されている期間とします。

1. 貴施設の状況についてお伺いします。

| | | | | | | |
|---------------------------------|--|------|------------------|------|----------------|---|
| ①開設主体 | 1. 国立 2. 公立 3. 公的 4. 社会保険関係団体 5. 医療法人 6. 個人 7. 学校法人 8. その他の法人 | | | | | |
| ②許可病床数 (医療法) | 一般病床 | 療養病床 | 精神病床 | 結核病床 | 感染症 病床 | 計 |
| | 床 | 床 | 床 | 床 | 床 | 床 |
| ③病院の種別 ※あてはまる番号すべてに○ | 1. 特定機能病院 | | 2. 地域医療支援病院 | | | |
| | 3. 小児救急医療拠点病院 | | 4. 災害拠点病院 | | | |
| | 5. がん診療連携拠点病院 | | 6. その他（具体的に) | | | |
| ④救急医療体制 ※あてはまる番号すべてに○ | 1. 第2次救急 | | 2. 救命救急センター | | | |
| | 3. 高度救命救急センター | | 4. 総合周産期母子医療センター | | | |
| | 5. 地域周産期母子医療センター | | 6. その他（具体的に) | | | |
| ⑤DPC対応 | 1. DPC対象病院 | | 2. DPC準備病院 | | | |
| | 3. 対応していない | | | | | |
| ⑥標榜している 診療科 ※あてはまる番号すべてに○ | 1. 内科 | | 2. 外科 | | 3. 整形外科 | |
| | 4. 脳神経外科 | | 5. 小児科 | | 6. 産婦人科・産科・婦人科 | |
| | 7. 呼吸器科 | | 8. 消化器科 | | 9. 循環器科 | |
| | 10. 精神科 | | 11. 眼科 | | 12. 耳鼻咽喉科 | |
| | 13. 泌尿器科 | | 14. 皮膚科 | | 15. 救急科 | |
| | 16. その他（具体的に) | | | | | |
| ⑦病院の体制：あるもの ※あてはまる番号すべてに○ | 1. 地域連携室の設置 | | 2. 24時間の画像診断体制 | | | |
| | 3. 24時間の検査体制 | | 4. 24時間の調剤体制 | | | |
| ⑧勤務医負担軽減対策計画の 策定状況 | 1. 既に策定済み | | | | | |
| | 2. 現在策定中である | | | | | |
| | 3. 策定していない | | | | | |
| ⑨診療録電子カルテの導入状況 | 1. 導入している → 導入時期：平成 () 年 () 月 | | | | | |
| | 2. 導入していない | | | | | |

| ⑩平均在院日数、紹介率、逆紹介率についてご記入ください。※小数点以下第1位まで | | | | | | | | | | |
|---|---------------------|----------|------|-------------------------------|-----|----------|-----|----|-----|---|
| | | 平成19年10月 | | | | 平成20年10月 | | | | |
| 1) 病院全体の平均在院日数 | | (.) 日 | | | | (.) 日 | | | | |
| 2) 一般病棟の平均在院日数 | | (.) 日 | | | | (.) 日 | | | | |
| 3) 紹介率 | | (.) % | | | | (.) % | | | | |
| 4) 逆紹介率 | | (.) % | | | | (.) % | | | | |
| ⑪一般病棟の入院基本料区分 | | 1. 7対1 | | 2. 10対1 | | 3. 13対1 | | | | |
| | | 4. 15対1 | | 5. 特別入院基本料 | | | | | | |
| ⑫精神病棟の入院基本料区分 | | 1. 10対1 | | 2. 15対1 | | 3. 18対1 | | | | |
| | | 4. 20対1 | | 5. 特別入院基本料 | | | | | | |
| ⑬職員数 (常勤換算) | | 医師 | 歯科医師 | 看護師・ 保健師 | 助産師 | 准看護師 | 薬剤師 | 技師 | その他 | 計 |
| ※小数点 以下第1 位まで | 平成19年 10月末 現在 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 平成20年 10月末 現在 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| ⑭医師事務作業補助者(医療クランク) | | | | 1. いる → () 人 ※常勤換算(平成20年10月) | | | | | | |
| | | | | 2. いないが、今後、確保・採用予定 | | | | | | |
| | | | | 3. いない(予定もない) | | | | | | |
| ⑮MSW(医療ソーシャルワーカー) | | | | 1. いる → () 人 ※常勤換算(平成20年10月) | | | | | | |
| | | | | 2. いないが、今後、確保・採用予定 | | | | | | |
| | | | | 3. いない(予定もない) | | | | | | |
| ⑯病院ボランティア | | | | 1. いる → () 人 ※実人数(平成20年10月末) | | | | | | |
| | | | | 2. いないが、今後、確保・採用予定 | | | | | | |
| | | | | 3. いない(予定もない) | | | | | | |

2. 患者数等についてお伺いします。

| ①1か月の外来患者数についてご記入ください。 | | |
|----------------------------------|----------|----------|
| | 平成19年10月 | 平成20年10月 |
| 1) 外来患者数(初診) | 人 | 人 |
| 2) 外来患者延べ人数(再診) | 人 | 人 |
| 3) 救急搬送による外来患者延べ人数 | 人 | 人 |
| 4) 上記1)のうち、初診に係る選定療養の実費徴収を行った患者数 | 人 | 人 |
| ②1か月の入院患者数についてご記入ください。 | | |
| | 平成19年10月 | 平成20年10月 |
| 1) 新規入院患者数 | 人 | 人 |
| 2) 救急搬送により緊急入院した患者数 | 人 | 人 |
| 3) 退院患者数 | 人 | 人 |
| 4) 診療情報提供料を算定した退院患者数 | 人 | 人 |
| 5) 転帰が治癒であり通院の必要のない退院患者数 | 人 | 人 |
| 6) 月末在院患者数 | 人 | 人 |

3. 病院勤務医の状況等についてお伺いします。

① 貴院では、常勤医師は何人いらっしゃいますか。平成19年10月ならびに平成20年10月の実人数を診療科別男女別にご記入ください。

| | 平成19年10月 | | 平成20年10月 | |
|-----------------|----------|----|----------|----|
| | 男性 | 女性 | 男性 | 女性 |
| 1) 病院全体の医師 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| (1) 内科の医師 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| (2) 精神科の医師 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| (3) 小児科の医師 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| (4) 外科の医師 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| (5) 脳神経外科の医師 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| (6) 整形外科医師 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| (7) 産科又は産婦人科の医師 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| (8) 救急科の医師 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| (9) その他の医師 | 人 | 人 | 人 | 人 |

② 週24時間以上の勤務をしている非常勤医師の平成19年10月ならびに平成20年10月における実人数を診療科別男女別にご記入ください。

| | 平成19年10月 | | 平成20年10月 | |
|-----------------|----------|----|----------|----|
| | 男性 | 女性 | 男性 | 女性 |
| 1) 病院全体の医師 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| (1) 内科の医師 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| (2) 精神科の医師 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| (3) 小児科の医師 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| (4) 外科の医師 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| (5) 脳神経外科の医師 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| (6) 整形外科医師 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| (7) 産科又は産婦人科の医師 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| (8) 救急科の医師 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| (9) その他の医師 | 人 | 人 | 人 | 人 |

③ 常勤医師ならびに週24時間以上の勤務をしている非常勤医師について、医師1人当たり平均当直回数（小数点以下第1位まで）及び医師全員の連続当直回数の合計値を診療科別にご記入ください。

| | 平成19年10月 | | | | 平成20年10月 | | | |
|-----------------|----------|-----|-----------|-----|----------|-----|-----------|-----|
| | 平均当直回数 | | 連続当直の合計回数 | | 平均当直回数 | | 連続当直の合計回数 | |
| | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 |
| 1) 病院全体の医師 | . 回 | . 回 | 回 | 回 | . 回 | . 回 | 回 | 回 |
| (1) 内科の医師 | . 回 | . 回 | 回 | 回 | . 回 | . 回 | 回 | 回 |
| (2) 精神科の医師 | . 回 | . 回 | 回 | 回 | . 回 | . 回 | 回 | 回 |
| (3) 小児科の医師 | . 回 | . 回 | 回 | 回 | . 回 | . 回 | 回 | 回 |
| (4) 外科の医師 | . 回 | . 回 | 回 | 回 | . 回 | . 回 | 回 | 回 |
| (5) 脳神経外科の医師 | . 回 | . 回 | 回 | 回 | . 回 | . 回 | 回 | 回 |
| (6) 整形外科の医師 | . 回 | . 回 | 回 | 回 | . 回 | . 回 | 回 | 回 |
| (7) 産科又は産婦人科の医師 | . 回 | . 回 | 回 | 回 | . 回 | . 回 | 回 | 回 |
| (8) 救急科の医師 | . 回 | . 回 | 回 | 回 | . 回 | . 回 | 回 | 回 |
| (9) その他の医師 | . 回 | . 回 | 回 | 回 | . 回 | . 回 | 回 | 回 |

4. 病院勤務医の負担軽減策の実施状況等についてお伺いします。

| | |
|---|---|
| <p>①貴院では、次のような医師の負担軽減策を取り組んでいますか。取り組んでいる場合は、a)いつから、取り組んでいますか。また、b)貴院の取組み内容を具体的に記入してください。 ※回答欄の選択肢中にある「計画」とは「勤務医負担の軽減に資する計画」を指します。</p> | |
| 1) 医師・看護師等の業務分担 | <p>1. 取り組んでいる a) いつから→ (1. 平成20年3月以前 2. 平成20年4月以降) b) 取り組んでいる具体的な内容 []</p> <p>2. 計画にあるが、具体的に取り組んでいない 3. 計画がない 4. その他 (具体的に)</p> |
| 2) 医師事務作業補助体制 | <p>1. 取り組んでいる a) いつから→ (1. 平成20年3月以前 2. 平成20年4月以降) b) 取り組んでいる具体的な内容 []</p> <p>2. 計画にあるが、具体的に取り組んでいない 3. 計画がない 4. その他 (具体的に)</p> |
| 3) 短時間正規雇用の医師の活用 | <p>1. 取り組んでいる a) いつから→ (1. 平成20年3月以前 2. 平成20年4月以降) b) 取り組んでいる具体的な内容 []</p> <p>2. 計画にあるが、具体的に取り組んでいない 3. 計画がない 4. その他 (具体的に)</p> |
| 4) 連続当直を行わない勤務シフト | <p>1. 取り組んでいる a) いつから→ (1. 平成20年3月以前 2. 平成20年4月以降) b) 取り組んでいる具体的な内容 []</p> <p>2. 計画にあるが、具体的に取り組んでいない 3. 計画がない 4. その他 (具体的に)</p> |
| 5) 当直後の通常勤務に係る配慮 | <p>1. 取り組んでいる a) いつから→ (1. 平成20年3月以前 2. 平成20年4月以降) b) 取り組んでいる具体的な内容 []</p> <p>2. 計画にあるが、具体的に取り組んでいない 3. 計画がない 4. その他 (具体的に)</p> |
| <p>②上記①の項目1)～5)以外で、貴院で取り組んでいる医師の負担軽減策がある場合、その内容を具体的に記入ください。</p> | |

③ 貴院では、平成 20 年 4 月以降、医師の経済面での処遇を改善しましたか。

1. 改善した → 質問③-1 へ

2. 変わらない → 6 ページの 5. ① へ

③-1 医師の経済面での処遇改善内容としてあてはまるものに〇をつけてください。

※あてはまる番号すべてに〇

1. 基本給（賞与を含む）を増やした → 質問③-2-1 へ

2. 手当を増やした → 質問③-2-2 へ

3. その他 → 質問③-2-3 へ

（具体的に

③-2-1 「1. 基本給（賞与を含む）を増やした」施設の方にお伺いいたします。その対象医師は誰ですか。※あてはまる番号すべてに〇

1. 医師全員

2. 特定の診療科に勤務する医師 ※あてはまる診療科すべてに〇

- | | | | | |
|-------------|-------------|--------|-------|----------|
| 1. 内科 | 2. 精神科 | 3. 小児科 | 4. 外科 | 5. 脳神経外科 |
| 6. 整形外科 | 7. 産科又は産婦人科 | 8. 救急科 | | |
| 9. その他（具体的に | | | | |

3. 特定の医師 ※あてはまるものすべてに〇

- | | | | |
|-------------|------------------|----------|--------------|
| 1. 常勤 | 2. 非常勤 | 3. 臨床研修医 | 4. 専門研修医（後期） |
| 5. 管理職 | 6. 特定の手術室勤務をした医師 | | |
| 7. その他（具体的に | | | |

③-2-2 「2. 手当を増やした」施設の方にお伺いいたします。その対象医師は誰ですか。※あてはまる番号すべてに〇

1. 医師全員

2. 特定の診療科に勤務する医師 ※あてはまる診療科すべてに〇

- | | | | | |
|-------------|-------------|--------|-------|----------|
| 1. 内科 | 2. 精神科 | 3. 小児科 | 4. 外科 | 5. 脳神経外科 |
| 6. 整形外科 | 7. 産科又は産婦人科 | 8. 救急科 | | |
| 9. その他（具体的に | | | | |

3. 特定の医師 ※あてはまるものすべてに〇

- | | | | |
|-------------|------------------|----------|--------------|
| 1. 常勤 | 2. 非常勤 | 3. 臨床研修医 | 4. 専門研修医（後期） |
| 5. 管理職 | 6. 特定の手術室勤務をした医師 | | |
| 7. その他（具体的に | | | |

③-2-3 「3. その他」を選択した施設の方にお伺いいたします。その対象医師は誰ですか。※あてはまる番号すべてに〇

1. 医師全員

2. 特定の診療科に勤務する医師 ※あてはまる診療科すべてに〇

- | | | | | |
|-------------|-------------|--------|-------|----------|
| 1. 内科 | 2. 精神科 | 3. 小児科 | 4. 外科 | 5. 脳神経外科 |
| 6. 整形外科 | 7. 産科又は産婦人科 | 8. 救急科 | | |
| 9. その他（具体的に | | | | |

3. 特定の医師 ※あてはまるものすべてに〇

- | | | | |
|-------------|------------------|----------|--------------|
| 1. 常勤 | 2. 非常勤 | 3. 臨床研修医 | 4. 専門研修医（後期） |
| 5. 管理職 | 6. 特定の手術室勤務をした医師 | | |
| 7. その他（具体的に | | | |

5. 入院時医学管理加算についてお伺いします。

施設基準の届出がない場合も、①の質問は、必ず、ご回答ください。

| | | | |
|--|--|---------------------|---|
| ①貴院では、現行の「入院時医学管理加算」の届出をしていますか。 | 1. 届出をしている→②へお進みください 2. 現在は届出をしていないが、届出を行う予定がある →6. ①へお進みください 3. 届出をしていない →①-1へお進みください | | |
| ①-1 届出をしていない理由をお書きください。 | | | |
| →6. ①へお進みください | | | |
| ②現行の「入院時医学管理加算」の届出が受理されたのはいつですか。 | 平成20年()月 | | |
| ③初診に係る選定療養(実費徴収)の状況 | 1. ある→1回あたりの金額()円 2. ない | | |
| ④平成20年10月1か月分の手術件数等をご記入ください。各項目は重複した数値で結構です。 | | | |
| 1) 全身麻酔 | 件 | 5) 放射線治療 (体外照射法) | 件 |
| 2) 人工心肺を用いた手術 | 件 | 6) 分娩 | 件 |
| 3) 悪性腫瘍手術 | 件 | 7) 緊急帝王切開 | 件 |
| 4) 腹腔鏡下手術 | 件 | | |
| ⑤「入院時医学管理加算」について、具体的な問題・要望等がございましたら、ご記入ください。 | | | |
| | | | |

6. 医師事務作業補助体制加算についてお伺いします。

施設基準の届出がない場合も、①の質問は、必ず、ご回答ください。

| | |
|---------------------------------|--|
| ①貴院では、「医師事務作業補助体制加算」の届出をしていますか。 | 1. 届出をしている→②へお進みください 2. 現在は届出をしていないが、届出を行う予定がある →8ページ7. ①へお進みください 3. 届出をしていない →①-1へお進みください |
| ①-1 届出をしていない理由をお書きください。 | |
| →8ページ7. ①へお進みください | |

| | | |
|---|--|---------------------------------|
| ②「医師事務作業補助体制加算」の届出が受理されたのはいつですか。 | 平成20年（ ）月 | |
| ③当該加算の有無とは別に、医師の事務作業を補助する専従者を配置した時期はいつですか。 | 平成（ ）年（ ）月 | |
| ④医師事務作業補助体制加算の種類 | （ ）対1補助体制加算 | |
| ⑤医師事務作業補助者（専従者）の実人数、給与総額を常勤・非常勤別にご記入ください。 | | |
| | 常勤 | 非常勤 |
| 1) 実人数（平成20年10月） | （ ）人 | （ ）人 |
| a) 上記1)のうち 医療従事経験者 | （ ）人 | （ ）人 |
| b) 上記1)のうち、医療事務経験者 | （ ）人 | （ ）人 |
| 2) 給与総額（平成20年10月1か月） | 約（ ）万円 | 約（ ）万円 |
| ⑥医師事務作業補助者はどのように配置していますか。 ※あてはまる番号すべてに○ | 1. 病院全体でまとめて配置している 2. 特定の診療科に配置している 3. 特定の病棟に配置している 4. 特定の医師に対して配置している 5. その他（具体的に ） | |
| ⑦1) 加算の届出以降、以下の各項目（A～E）について医師事務作業補助者が実際に従事している場合は「1. あり」に、従事していない場合は「2. なし」に○をつけてください。 2) 各項目の業務内容を主に担当しているのは誰ですか。あてはまる番号1つに○をつけてください。 | | |
| | 1) 医師事務作業補助者の 従事 ※○は1つ | 2) 主な担当者 ※○は1つ |
| A. 診断書などの文書作成補助 | 1. あり 2. なし | 1. 医師 2. 医師事務作業補助者 3. その他（ ） |
| B. 診療記録への代行入力 | 1. あり 2. なし | 1. 医師 2. 医師事務作業補助者 3. その他（ ） |
| C. 医療の質の向上に資する事務作業 | 1. あり 2. なし | 1. 医師 2. 医師事務作業補助者 3. その他（ ） |
| D. 行政上の業務 (救急医療情報システムへの入力等) | 1. あり 2. なし | 1. 医師 2. 医師事務作業補助者 3. その他（ ） |
| E. その他（主なもの： ） | 1. あり 2. なし | 1. 医師 2. 医師事務作業補助者 3. その他（ ） |
| ⑧医師事務作業補助者の業務範囲は明確になっていますか。 | 1. 院内規程等で明確にしている 2. 曖昧な部分がある →（具体的に ） 3. その他（具体的に ） | |

| | |
|--|---------------------------------|
| ⑨ 医師事務作業補助者の配置により、個人情報保護上の問題が、今までに発生しましたか。 | 1. 発生していない 2. 発生した → 具体的に |
| ⑩ 「医師事務作業補助体制加算」について、具体的な問題・要望等がございましたら、ご記入ください。 | |
| | |

7. ハイリスク分娩管理加算についてお伺いします。施設基準の届出がない場合も、①の質問は、必ず、ご回答ください。

| ① 貴院では、「ハイリスク分娩管理加算」の届出をしていますか。 | 1. 届出をしている→②へお進みください 2. 現在は届出をしていないが、届出を行う予定がある →9ページ8.へお進みください 3. 届出をしていない →①-1へお進みください | | | | | | | | |
|----------------------------------|---|-------|-------|----|----|----|----|-----|-----|
| ①-1 届出をしていない理由をお書きください。 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| →9ページ8.へお進みください | | | | | | | | | |
| ② 「ハイリスク分娩管理加算」の届出が受理されたのはいつですか。 | 平成20年（ ）月 | | | | | | | | |
| ③ 分娩件数についてご記入ください。 | | | | | | | | | |
| | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">平成19年</th> <th style="width: 50%;">平成20年</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">8月</td> <td style="text-align: center;">8月</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">9月</td> <td style="text-align: center;">9月</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">10月</td> <td style="text-align: center;">10月</td> </tr> </table> | 平成19年 | 平成20年 | 8月 | 8月 | 9月 | 9月 | 10月 | 10月 |
| 平成19年 | 平成20年 | | | | | | | | |
| 8月 | 8月 | | | | | | | | |
| 9月 | 9月 | | | | | | | | |
| 10月 | 10月 | | | | | | | | |
| 8月 | 回 | | | | | | | | |
| 9月 | 回 | | | | | | | | |
| 10月 | 回 | | | | | | | | |
| ④ 「ハイリスク分娩管理加算」の算定回数についてご記入ください。 | | | | | | | | | |
| | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">平成19年</th> <th style="width: 50%;">平成20年</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">8月</td> <td style="text-align: center;">8月</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">9月</td> <td style="text-align: center;">9月</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">10月</td> <td style="text-align: center;">10月</td> </tr> </table> | 平成19年 | 平成20年 | 8月 | 8月 | 9月 | 9月 | 10月 | 10月 |
| 平成19年 | 平成20年 | | | | | | | | |
| 8月 | 8月 | | | | | | | | |
| 9月 | 9月 | | | | | | | | |
| 10月 | 10月 | | | | | | | | |
| 8月 | 回 | | | | | | | | |
| 9月 | 回 | | | | | | | | |
| 10月 | 回 | | | | | | | | |

⑤「ハイリスク分娩管理加算」について、具体的な問題・要望等がございましたら、ご記入ください。

8. 病院勤務医の負担軽減について、今後の課題・ご要望等のご意見がございましたら、ご記入ください。

以上でアンケートは終わりです。ご協力いただきまして、ありがとうございました。

厚生労働省保険局医療課委託事業「平成 20 年度 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」
病院勤務医の負担軽減の実態調査 調査票（医師責任者票）

平成 20 年 4 月の診療報酬改定により、病院勤務医の負担軽減に関する見直しが行われました。この改定による影響を検証するため、病院勤務医の負担軽減の状況の変化等を把握することを主な目的として、本アンケートを実施させていただきます。本調査の結果は、診療報酬改定に係る議論の際の基礎資料として利用させていただき、それ以外の目的には使用いたしません。また調査結果はとりまとめの上、公表いたしますが、とりまとめ及び公表に際しては個人情報等に配慮するとともに、調査実施の趣旨以外の目的では使用いたしません。

お忙しい中大変申し訳ございませんがご協力くださいますようお願いいたします。

※この「医師責任者票」は、病院の各診療科における医師責任者の方（例：部長・医長・科長）を対象に、各診療科の医師の業務負担の状況等についてお伺いするものです。特に断りのない限り、この調査票を受け取った病院における状況等についてご回答ください。

※回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。特に断りのない限り、○は1つだけ囲んでください。

※（ ）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。（ ）内に数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「-」をご記入ください。

※ご回答いただいた調査票は、調査期限までに病院の開設者・管理者に封筒に入れた状態で提出してください。

1. あなたご自身とあなたが管理している診療科の状況（平成 20 年 10 月末現在）についてお伺いします。

| | | | |
|---|--|---|------------|
| ①性別 | 1. 男性 2. 女性 | ②年齢 | () 歳 |
| ③医師経験年数 | () 年 () か月 | | |
| ④主たる担当診療科 ※○は1つだけ | 1. 内科 2. 精神科 3. 小児科 4. 外科 | 5. 脳神経外科 6. 整形外科 7. 産科・産婦人科 8. 救急科 | |
| | 9. その他（具体的に ） | | |
| ⑤勤務形態 | 1. 常勤 2. 非常勤（週 24 時間以上） | | |
| ⑥役職等 | 1. 院長 2. 副院長 3. 部長 4. 副部長 | | |
| | 5. 医長・科長 6. その他（具体的に ） | | |
| ⑦あなたが管理している 医師の人数（非常勤含む） | 男性医師（ ）人 女性医師（ ）人 | | |
| ⑧この病院における勤続年数 | () 年 () か月 | | |
| ⑨直近 1 週間の実勤務時間 | () 時間 () 分 | | |
| ⑩あなたご自身の外来診療の有無 | 1. あり → 1 日当たり平均外来診察患者数 () 人 2. なし | | |
| ⑪この病院における平成 19 年および平成 20 年 10 月のあなたの当直回数と連続当直回数についてお答えください。 | | | |
| | 平成 19 年 10 月 | 平成 20 年 10 月 | |
| 1) 月当直回数 | () 回 | () 回 | |
| 2) 連続当直回数 | () 回 | () 回 | |

2. あなたご自身の業務負担（平成20年10月末現在）についてお伺いします。

| | | |
|---|-----------------------------------|--------------|
| ① 1年前と比較して、あなたの勤務状況はどのように変化しましたか。 ※〇は1つだけ | | |
| 1. 改善した | 2. どちらかという改善した | |
| 3. 変わらない | 4. どちらかという悪化した | |
| 5. 悪化した | 6. その他（具体的に | ） |
| ② 日常業務において、負担が最も重いと感じる業務は何ですか。 ※〇は1つだけ | | |
| 1. 入院診療 | 2. 外来診療 | 3. 当直 |
| 4. 院内における教育・指導 | 5. 病院内の診療外業務（院内委員会活動・会議・カンファレンス等） | |
| 6. 管理業務 | 7. その他（具体的に | |
| ③ 上記②で選択した業務は、全ての日常業務のうち、どのくらいの割合を占めますか。（時間ベース） ※〇は1つだけ | | |
| 1. 10%未満 | 2. 10%～30%未満 | 3. 30%～50%未満 |
| 4. 50%以上～70%未満 | 5. 70%以上～90%未満 | 6. 90%以上 |
| ④ 1年前と比較して、入院診療に係るあなたの業務負担はどうなりましたか。 ※〇は1つだけ | | |
| 1. 増加した | 2. 変わらない→質問⑤へ | |
| 3. 軽減した | | |
| ④-1 上記④で「1. 増加した」または「3. 軽減した」を回答した方は、その主な理由を具体的にご記入ください。 | | |
| →質問⑤へ | | |
| ⑤ 1年前と比較して、外来診療に係るあなたの業務負担はどうなりましたか。 ※〇は1つだけ | | |
| 1. 増加した | 2. 変わらない→質問⑥へ | |
| 3. 軽減した | | |
| ⑤-1 上記⑤で「1. 増加した」または「3. 軽減した」を回答した方は、その主な理由を具体的にご記入ください。 | | |
| →質問⑥へ | | |
| ⑥ 1年前と比較して、 <u>病院内の診療外業務（院内委員会活動・会議・カンファレンス等）</u> に係るあなたの負担はどうなりましたか。 ※〇は1つだけ | | |
| 1. 増加した | 2. 変わらない | 3. 軽減した |
| ⑦ 1年前と比較して、 <u>院内における教育・指導</u> に係るあなたの負担はどうなりましたか。 ※〇は1つだけ | | |
| 1. 増加した | 2. 変わらない | 3. 軽減した |
| ⑧ 1年前と比較して、 <u>管理業務</u> に係るあなたの負担はどうなりましたか。 ※〇は1つだけ | | |
| 1. 増加した | 2. 変わらない | 3. 軽減した |
| ⑨ 貴院での勤務医負担軽減策に関する計画をご存知ですか。 ※〇は1つだけ | | |
| 1. 内容も含め知っている | | |
| 2. あることは知っているが、内容は知らない | | |
| 3. 知らない | | |

3. 貴診療科（あなたが管理している診療科）の業務負担（平成20年10月末現在）についてお伺いします。

①1年前と比較して、貴診療科の医師の勤務状況は、全体としてどのように変化しましたか。※〇は1つだけ

- | | |
|----------|----------------|
| 1. 改善した | 2. どちらかという改善した |
| 3. 変わらない | 4. どちらかという悪化した |
| 5. 悪化した | 6. その他（具体的に） |

②1年前と比較して、入院診療に係る貴診療科の業務負担はどうになりましたか。※〇は1つだけ

- | | |
|---------|---------------|
| 1. 増加した | 2. 変わらない→質問③へ |
| 3. 軽減した | |

②-1 上記②で「1. 増加した」または「3. 軽減した」と回答した方は、その主な理由を具体的にご記入ください。

→質問③へ

③1年前と比較して、外来診療に係る貴診療科の業務負担はどうになりましたか。 ※〇は1つだけ

- | | |
|---------|---------------|
| 1. 増加した | 2. 変わらない→質問④へ |
| 3. 軽減した | |

③-1 上記③で「1. 増加した」または「3. 軽減した」を回答した方は、その主な理由を具体的にご記入ください。

→質問④へ

④貴診療科では、平成20年4月以降、夜間・早朝の軽症救急患者数は変化しましたか。 ※〇は1つだけ

- | | | |
|---------|----------|---------|
| 1. 増加した | 2. 変わらない | 3. 減少した |
|---------|----------|---------|

⑤貴診療科の医師の人数・勤務実績等をご記入ください。

| | 平成19年10月 | 平成20年10月 |
|-----------------------------------|----------|----------|
| 1) 常勤医師数 | 人 | 人 |
| 2) 非常勤（週24時間以上）医師数 | 人 | 人 |
| 3) 常勤医師1人あたり月平均残業時間 | 時間 | 時間 |
| 4) 非常勤（週24時間以上） 医師1人あたり月平均残業時間 | 時間 | 時間 |
| 5) 医師1人あたり月平均当直回数 | 回 | 回 |
| 6) 連続当直をした医師の延べ人数 | 人 | 人 |

⑥貴診療科の医師の退職者数をご記入ください。※通常の人事交替による退職（医師減）は含みません。

| | 平成19年4月～9月 | 平成20年4月～9月 |
|-------------|------------|------------|
| 1) 常勤－男性医師 | 人 | 人 |
| 2) 常勤－女性医師 | 人 | 人 |
| 3) 非常勤－男性医師 | 人 | 人 |
| 4) 非常勤－女性医師 | 人 | 人 |

4. 貴診療科における医師の勤務負担軽減策の取組み状況等(平成20年10月末現在)についてお伺いします。

① 1) 貴診療科では、医師の勤務負担の軽減策として、以下のa)～i)の取組みを行ってはいませんか。取り組んでいる場合、1)の回答欄の該当のアルファベット(a～i)を○で囲んでください。
 2)取り組んでいる場合、医師の勤務負担軽減上の効果についてあてはまる番号を○で囲んでください。
 ※「効果があった」を「5」、「効果がなかった」を「1」として5段階で評価し、該当の番号にそれぞれ1つだけ○をつけてください。

| | 1) 取り組んでいる内容 | ※取り組んでいる場合 | 2) 医師の勤務負担の軽減上の効果 | | | | |
|-------------------------|--------------|------------|-------------------|--------------------|----------------|---------------------|---------|
| | | | 効果があった | 効果があった どちらかといえば | い どちらともいえない | 効果がなかった どちらかといえば | 効果がなかった |
| a) 医師業務の看護師等コメディカルへの移転 | a | → | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| b) 医師事務作業補助者(医療クラーク)の配置 | b | → | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| c) 常勤医師の増員 | c | → | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| d) 非常勤医師の増員 | d | → | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| e) 短時間勤務の導入 | e | → | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| f) 連続当直を行わない勤務シフト体制 | f | → | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| g) 当直翌日の残業なしの配慮 | g | → | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| h) 当直翌日の仮眠をとれる体制 | h | → | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| i) 外来診療時間の短縮 | i | → | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

②上記①以外で、貴診療科で取り組んでいる医師の勤務負担軽減策があれば、その内容をお書きください。

③ 1) 以下の業務内容 (a~m) のうち、平成 20 年 4 月以降、看護職員、看護補助者、医師事務作業補助者 (いわゆる「医療クラーク」) 等に業務 (一部でも) を移転するなど、業務分担が進んだものがあれば、1) の回答欄の該当のアルファベット (a~m) を○で囲んでください。
 2) 業務分担を進めた場合、業務負担の軽減上の効果についてはあてはまる番号を○で囲んでください。
 ※「効果があった」を「5」、「効果がなかった」を「1」として5段階で評価し、該当の番号にそれぞれ1つだけ○をつけてください。

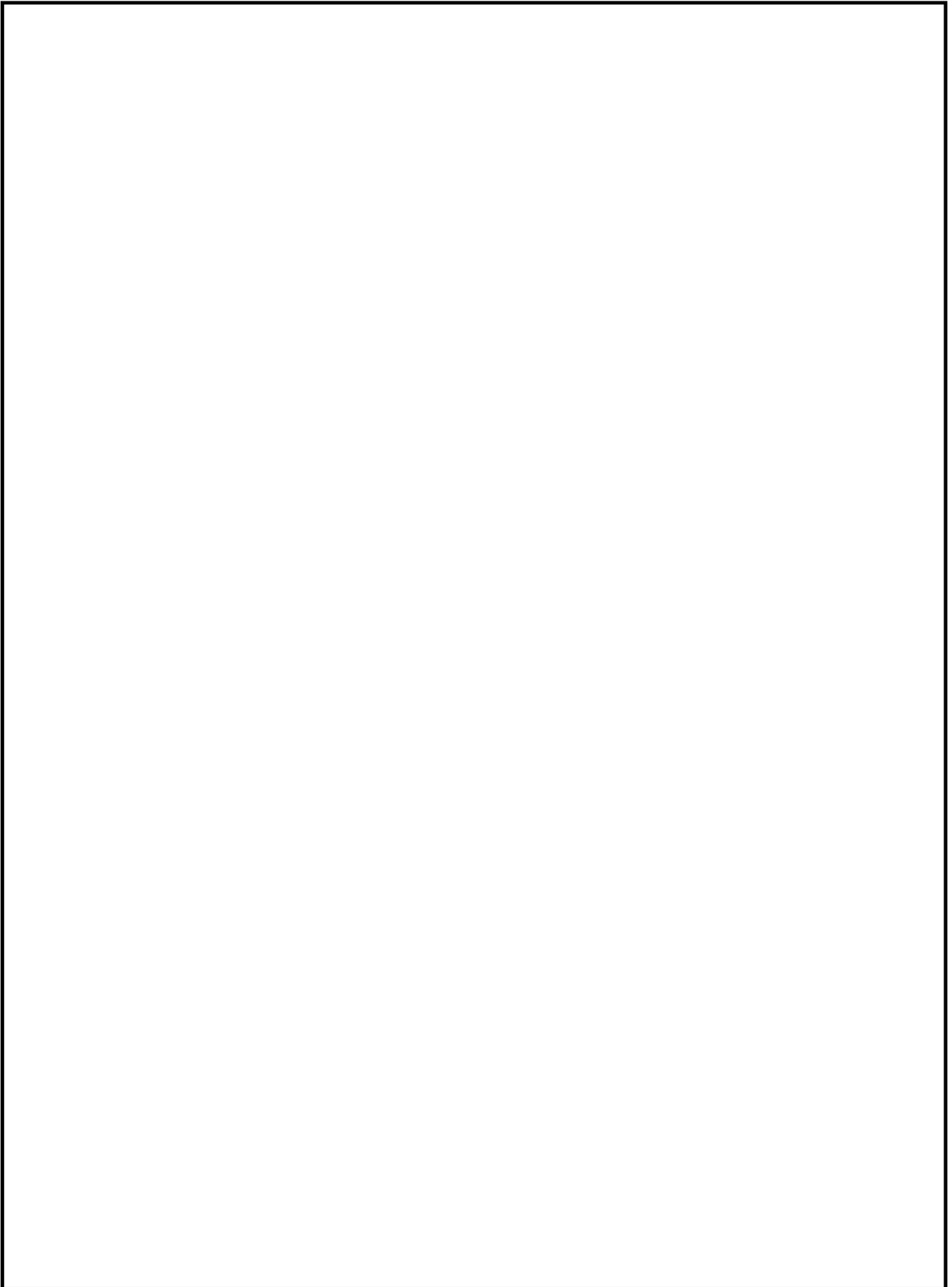
| | 1) 業務分担を進めたもの | ※業務分担を進めた場合 | 2) 業務負担の軽減上の効果 | | | | |
|---|---------------|-------------|----------------|--------------------|-----------|---------------------|---------|
| | | | 効果があった | 効果があった どちらかといえば | どちらともいえない | 効果がなかった どちらかといえば | 効果がなかった |
| a) 静脈注射及び留置針によるルート確保 | a | → | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| b) 薬剤の投与量の調整 | b | → | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| c) 診断書、診療録及び処方せんの記載の補助 | c | → | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| d) 主治医意見書の記載の補助 | d | → | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| e) 診察や検査等の予約オーダーリングシステム入力、電子カルテの入力の代行 | e | → | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| f) 滅菌器材、衛生材料、書類、検体等の院内物品の運搬・補充 | f | → | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| g) 患者の移送 | g | → | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| h) 夜間・休日の救急医療等における診療の優先順位の決定 | h | → | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| i) 入院中の療養生活に関する対応(病棟内の活動に関する安静度、食事の変更等) | i | → | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| j) 検査の手順や入院の説明、慢性疾患患者への療養生活等の説明 | j | → | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| k) 診察前の事前の面談による情報収集や補足的な説明 | k | → | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| l) カンファレンスの準備等の業務 | l | → | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| m) その他 (具体的に :) | m | → | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

④ 貴診療科では、平成 20 年 4 月以降、経済面での処遇について変更がありましたか。

| | |
|---|--|
| 1) 昇格以外の理由で基本給(賞与を含む)に変化がありましたか。変化があった場合、その金額もお答えください。 | 1. 増額した 2. 変わらない 3. 減額した 1か月で変化した平均金額 () 円 |
| 2) 昇格以外の理由で、福利厚生手当ではない、手術や当直等の勤務手当に変化がありましたか。変化があった場合、その金額もお答えください。 | 1. 増額した 2. 変わらない 3. 減額した 1回当たりの変化した平均金額 () 円 |

⑤ 上記④以外で、貴診療科で実施した経済面での処遇改善があれば、その内容をお書きください。

5. 病院勤務医の負担軽減についての課題等、ご意見がございましたら、ご自由にお書きください。



アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。

**厚生労働省保険局医療課委託事業「平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」
病院勤務医の負担軽減の実態調査 調査票（医師票）**

平成20年4月の診療報酬改定により、病院勤務医の負担軽減に関する見直しが行われました。この改定による影響を検証するため、病院勤務医の負担軽減の状況の変化等を把握することを主な目的として、本アンケートを実施させていただきます。本調査の結果は、診療報酬改定に係る議論の際の基礎資料として利用させていただき、それ以外の目的には使用いたしません。また、調査結果はとりまとめの上、公表いたしますが、とりまとめ及び公表に際しては個人情報等に配慮するとともに、調査実施の趣旨以外の目的では使用いたしません。

お忙しい中大変申し訳ございませんがご協力くださいますようお願いいたします。

※この「医師票」は、病院に勤務している医師の方を対象に、業務負担の状況等についてお伺いするものです。

特に断りのない限り、この調査票を受け取った病院における勤務状況等についてご回答ください。

※回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。特に断りのない限り、○は1つだけ囲んでください。

※（ ）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。（ ）内に数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「-」をご記入ください。

※ご回答いただいた調査票は、調査期限までに病院の開設者・管理者に封筒に入れた状態で提出してください。

1. あなたご自身（平成20年10月末現在）についてお伺いします。

| | | | |
|---|---|-----------------|----------------|
| ①性別 | 1. 男性 2. 女性 | ②年齢 | () 歳 |
| ③医師経験年数 | () 年 | | |
| ④主たる担当診療科 ※○は1つだけ | 1. 内科 2. 精神科 3. 小児科 4. 外科 5. 脳神経外科 6. 整形外科 7. 産科・産婦人科 8. 救急科 9. その他（具体的に) | | |
| ⑤勤務形態 | 1. 常勤 2. 非常勤（週24時間以上） | | |
| ⑥役職等 | 1. 管理職以外のスタッフ医師 2. 臨床研修医 3. 専門研修医（後期） 4. 研究員 5. 大学院生 6. その他（具体的に) | | |
| ⑦平成20年4月以降のあなたの昇格の有無 | 1. あり 2. なし | | |
| ⑧この病院での勤続年数 | () 年 () か月 | | |
| ⑨直近1週間の実勤務時間 | () 時間 () 分 | | |
| ⑩外来診療の有無 | 1. あり →1日当たり平均外来診察患者数 () 人 2. なし | | |
| ⑪入院診療におけるあなたの担当患者の有無 | 1. あり →担当患者数 () 人 ※平成20年10月末現在 2. なし | | |
| ⑫この病院における平成19年および平成20年10月のあなたの当直回数と連続当直回数についてお答えください。 | | | |
| | 平成19年10月 | 平成20年10月 | |
| 1) 月当直回数 | () 回 | () 回 | |
| 2) 連続当直回数 | () 回 | () 回 | |
| ⑬この病院以外に勤務している病院の有無 | 1. あり 2. なし | | |
| ⑭この病院以外でのアルバイトの状況について | 平成19年10月 | 平成20年10月 | |
| 1) 1か月当たりの勤務日数 | () 日 | () 日 | |
| 2) 1か月の当直回数 | () 回 | () 回 | |
| 3) 2)のうち連続当直回数 | () 回 | () 回 | |
| 4) 1週間の勤務時間 | () 時間 | () 時間 | |

2. 医師の業務負担（平成20年10月末現在）についてお伺いします。

| | | |
|--|-----------------------------------|--------------|
| ①1年前と比較して、あなたの現在の勤務状況はいかがですか。 ※〇は1つだけ | | |
| 1. 良くなっている | 2. どちらかというと良くなっている | |
| 3. 変わらない | 4. どちらかというと悪くなっている | |
| 5. 悪くなっている | 6. その他（具体的に | ） |
| ②日常業務において、負担が最も重いと感じる業務は何ですか。 ※〇は1つだけ | | |
| 1. 入院診療 | 2. 外来診療 | 3. 当直 |
| 4. 院内における教育・指導 | 5. 病院内の診療外業務（院内委員会活動・会議・カンファレンス等） | |
| 6. その他（具体的に | ） | |
| ③上記②で選択した業務は、全ての日常業務のうち、どのくらいの割合を占めますか。（時間ベース） ※〇は1つだけ | | |
| 1. 10%未満 | 2. 10%～30%未満 | 3. 30%～50%未満 |
| 4. 50%以上～70%未満 | 5. 70%以上～90%未満 | 6. 90%以上 |
| ④1年前と比較して、 <u>入院診療</u> に係るあなたの業務負担はどうなりましたか。 ※〇は1つだけ | | |
| 1. 増加した | 2. 変わらない→質問⑤へ | |
| 3. 軽減した | | |
| ④-1 上記④で「1. 増加した」または「3. 軽減した」を回答した方は、その主な理由を具体的にご記入ください。 | | |
| | | |
| →質問⑤へ | | |
| ⑤1年前と比較して、 <u>外来診療</u> に係るあなたの業務負担はどうなりましたか。 ※〇は1つだけ | | |
| 1. 増加した | 2. 変わらない→質問⑥へ | |
| 3. 軽減した | | |
| ⑤-1 上記⑤で「1. 増加した」または「3. 軽減した」を回答した方は、その主な理由を具体的にご記入ください。 | | |
| | | |
| →質問⑥へ | | |
| ⑥1年前と比較して、 <u>病院内の診療外業務（院内委員会活動・会議・カンファレンス等）</u> に係るあなたの負担はどうなりましたか。 ※〇は1つだけ | | |
| 1. 増加した | 2. 変わらない | 3. 軽減した |
| ⑦1年前と比較して、 <u>院内における教育・指導</u> に係るあなたの負担はどうなりましたか。 ※〇は1つだけ | | |
| 1. 増加した | 2. 変わらない | 3. 減少した |
| ⑧あなたが所属している診療科では、1年前と比較して、夜間・早朝の軽症救急患者数はどうなりましたか。 ※〇は1つだけ | | |
| 1. 増加した | 2. 変わらない | 3. 減少した |
| ⑨貴院での勤務医負担軽減策に関する計画をご存知ですか。 ※〇は1つだけ | | |
| 1. 内容も含め知っている | | |
| 2. あることは知っているが、内容は知らない | | |
| 3. 知らない | | |

⑩以下の業務のうち、あなたにとって負担が重い業務はどれですか。この他に、負担の重い業務があれば、「13. その他」の()内にその業務の内容を具体的に記入してください。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 静脈注射及び留置針によるルート確保
2. 薬剤の投与量の調整
3. 診断書、診療録及び処方せんの記載の補助
4. 主治医意見書の記載の補助
5. 診察や検査等の予約オーダーリングシステム入力や電子カルテの入力の代行
6. 滅菌器材、衛生材料、書類、検体等の院内物品の運搬・補充
7. 患者の移送
8. 夜間・休日の救急医療等における診療の優先順位の決定
9. 入院中の療養生活に関する対応（病棟内の活動に関する安静度、食事の変更等）
10. 検査の手順や入院の説明、慢性疾患患者への療養生活等の説明
11. 診察前の事前の面談による情報収集や補足的な説明
12. カンファレンスの準備等の業務
13. その他（具体的に)

⑪ 1) 以下の業務内容（a～m）のうち、平成20年4月以降、看護職員、看護補助者、医師事務作業補助者（いわゆる「医療クラーク」）等に業務（一部でも）を移転するなど、業務分担が進んだものがあれば、1)の回答欄の該当のアルファベット（a～m）をすべて○で囲んでください。
 2) 業務分担を進めた場合、業務負担の軽減上の効果についてあてはまる番号を○で囲んでください。
 ※「効果があった」を「5」、「効果がなかった」を「1」として5段階で評価し、該当の番号にそれぞれ1つだけ○をつけてください。

| | 1) 業務分担を進めたもの | ※業務分担を進めた場合 | 2) 業務負担の軽減上の効果 | | | | |
|---|---------------|-------------|----------------|--------|----------|-----------|---------|
| | | | 効果があった | 効果があつた | どちらかといえは | どちらともいえない | 効果がなかった |
| a) 静脈注射及び留置針によるルート確保 | a | → | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| b) 薬剤の投与量の調整 | b | → | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| c) 診断書、診療録及び処方せんの記載の補助 | c | → | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| d) 主治医意見書の記載の補助 | d | → | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| e) 診察や検査等の予約オーダーリングシステム入力や電子カルテの入力の代行 | e | → | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| f) 滅菌器材、衛生材料、書類、検体等の院内物品の運搬・補充 | f | → | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| g) 患者の移送 | g | → | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| h) 夜間・休日の救急医療等における診療の優先順位の決定 | h | → | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| i) 入院中の療養生活に関する対応（病棟内の活動に関する安静度、食事の変更等） | i | → | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| j) 検査の手順や入院の説明、慢性疾患患者への療養生活等の説明 | j | → | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| k) 診察前の事前の面談による情報収集や補足的な説明 | k | → | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| l) カンファレンスの準備等の業務 | l | → | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| m) その他（具体的に :) | m | → | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

| | | |
|--|----------------------------------|---------|
| ⑫ 1年前と比較して、あなたの実際の残業時間はどうなりましたか。※○は1つだけ | | |
| 1. 増加した | 2. 変わらない | 3. 減少した |
| ⑬ 当直後の配慮についておうかがいします。※○は1つだけ | | |
| 1) 当直翌日は早く帰宅できる配慮がなされていますか。 | 1. はい | 2. いいえ |
| 2) 当直翌日は仮眠をとれる体制が整っていますか。 | 1. はい | 2. いいえ |
| 3) 連続当直にならないようなローテーション等の配慮がなされていますか。 | 1. はい | 2. いいえ |
| ⑭平成 20 年 4 月以降、経済面での処遇についておうかがいします。 | | |
| 1) 昇格以外の理由で基本給(賞与を含む)に変化がありましたか。変化があった場合、その金額もお答えください。 | 1. 増えた 2. 変わらない 3. 減った | |
| | 1 か月当たりの変化した金額 () 円 | |
| 2) 昇格以外の理由で、福利厚生手当ではない、手術や当直等の勤務手当に変化がありましたか。変化があった場合、その金額もお答えください。 | 1. 増えた 2. 変わらない 3. 減った | |
| | 1 回当たりの変化した金額 () 円 | |
| ⑮病院の中でどのような取組みを実施すれば、あなたの勤務状況は改善すると思いますか。具体的にご記入ください。 | | |
| | | |
| ⑯あなたご自身の希望として、最も近いもの1つをお選びください。※○は1つだけ | | |
| 1. できれば、今の職場(同じ病院・同じ診療科)で働きたい 2. できれば、別の病院(診療科は同じ)に異動したい 3. できれば、別の診療科(病院は同じ)に異動したい 4. できれば、別の職場(別の病院・別の診療科)に異動したい 5. できれば、開業したい 6. できれば、診療を辞めたい 7. その他(具体的に) | | |
| ⑰上記⑯を選択した主な理由をお書きください。 | | |
| | | |

3. 病院勤務医の負担軽減についての課題等、ご意見がございましたら、ご自由にお書きください。

| |
|--------------------------|
| |
|--------------------------|

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。

「検－２－１ 病院勤務医の負担軽減の実態調査」

自由記述欄【抜粋】

◆◆ 目 次 ◆◆

| | |
|--|----|
| 1. 施設票..... | 1 |
| 4-①-1) - 1 「医師・看護師等の業務分担」の具体的な取組み内容 | 1 |
| 4-①-2) - 1 「医師事務作業補助体制」の具体的な取組み内容 | 2 |
| 4-①-3) - 1 「短時間正規雇用の医師の活用」の具体的な取組み内容..... | 3 |
| 4-①-4) - 1 「連続当直を行わない勤務シフト」の具体的な取組み内容..... | 3 |
| 4-①-5) - 1 「当直後の通常勤務に係る配慮」の具体的な取組み内容..... | 4 |
| 4-② その他の医師の負担軽減策..... | 5 |
| 4-③-1 医師の経済面での処遇改善の「その他」 | 6 |
| 5-①-1 入院時医学管理加算の届出をしていない理由 | 6 |
| 5-⑤ 入院時医学管理加算についての課題・問題点等..... | 8 |
| 6-① 医師事務作業補助体制加算の届出をしていない理由..... | 9 |
| 6-⑩ 医師事務作業補助体制加算についての課題・問題点等 | 10 |
| 7-①-1 ハイリスク分娩管理加算の届出をしていない理由..... | 12 |
| 7-⑩ ハイリスク分娩管理加算についての課題・問題点等..... | 13 |
| 8 病院勤務医負担軽減についての今後の課題・ご要望等 | 15 |
| 2. 医師責任者票..... | 31 |
| 2-④-1 入院診療に係るあなたの業務負担が「増加した」理由..... | 31 |
| 2-④-1 入院診療に係るあなたの業務負担が「軽減した」理由..... | 34 |
| 2-⑤-1 外来診療に係るあなたの業務負担が「増加した」理由..... | 35 |
| 2-⑤-1 外来診療に係るあなたの業務負担が「軽減した」理由..... | 36 |
| 4-⑤ 診療科において実施した経済面での処遇改善の内容..... | 36 |
| 5 病院勤務医の負担軽減についての課題・ご意見..... | 39 |
| 3. 医師票..... | 43 |
| 2-④-1 入院診療に係るあなたの業務負担が「増加した」理由..... | 43 |
| 2-④-1 入院診療に係るあなたの業務負担が「軽減した」理由..... | 44 |
| 2-⑤-1 外来診療に係るあなたの業務負担が「増加した」理由..... | 46 |
| 2-⑤-1 外来診療に係るあなたの業務負担が「軽減した」理由..... | 48 |
| 2-⑮ 病院の中でどのような取組みを実施すれば、あなたの勤務状況は改善すると思 うか。 | 49 |
| 2-⑰ 今後の意向の理由 | 51 |

1. 施設票

4-①-1) - 1 「医師・看護師等の業務分担」の具体的な取り組み内容

○静注、採血、点滴ルート確保など

- ・看護師による静脈注射の施行。
- ・静注、採血、問診などを看護師が行っている。混注作業は薬剤部が実施。採血は一部、臨床検査技師が実施している。
- ・がん化学療法室における抗がん剤、点滴ルートの確保をがん化学療法認定看護師が実施。
- ・2回目以降の抗生物質接続を看護師が行うようになった。
- ・看護師が薬剤の投与量の調節、静脈注射を実施している。
- ・早朝の病棟採血検査を臨床検査技師が実施している。

○助産師外来、院内助産の導入など

- ・助産師外来、院内助産の導入。
- ・助産師外来等の導入。
- ・助産師の積極的活用。

○救急医療におけるトリアージ

- ・救急医療等における診療の優先順位の決定。
- ・休日や夜間に診療を求めて救急外来に患者が来院した場合、救急外来マニュアルの下に、看護職員が優先順位の判断を行うことを可能とした。

○患者やその家族への対応

- ・入院の療養生活に関する対応、患者・家族への説明、採血・連鎖についての説明。
- ・内服・検査などの説明。
- ・医師の治療方針の決定や病状の説明等の前後に、看護師等の医療関係職が、情報収集や補足的な説明を行うとともに、患者、家族等の要望を傾聴し、医師と患者、家族等が十分な意思疎通をとれるよう調整を行う。また、医師の治療方針に基づき、看護職員が療養生活の説明を行っている。

○事務作業関係

- ・主治医意見書作成補助、検査指示せん、食事指示せん等の作成補助。
- ・書類作成補助等。

○その他

- ・ベッドメイキング、院内の物品の運搬・補充、患者の検査等への移送。

- ・薬剤の管理、医療器械の管理。

4-①-2) - 1 「医師事務作業補助体制」の具体的な取組み内容

○診断書・診療録・処方せん・主治医意見書等の作成の補助

- ・診断書、診療録、処方せんの作成。診察した医師が最終的に確認することを条件に、医師事務作業補助者が医師の補助者として記載を代行することを可能とした。
- ・介護保険・生活保護要否意見書・生命保険診断書・事故診断書などの文書作成補助。
- ・主治医意見書の作成（介護保険法関係）。主治医が最終的に確認し署名することを条件に、医師事務作業補助者が医師の補助者として主治医意見書の記載を代行することを可能とした。
- ・生活保護要否意見書、訪問介護指示書などの作成補助。
- ・診断書作成補助、紹介状返書作成補助など。
- ・入院診療計画書・退院診療計画書の患者基本情報の記載、入院証明の患者基本情報の記載など。

○オーダー補助

- ・オーダー補助（予約・検査など）。スキャナ、生活保護、介護意見書等作成補助。
- ・診察や検査の予約。医師の正確な判断・指示にもとづいているものであれば、医師との協力・連携の下、医師事務作業補助者が医師の補助者としてオーダーリングシステムの入力を代行することを可能とした。
- ・検査オーダー等の入力をしている。
- ・外来予約業務の代行入力。
- ・外来診療サポート（各種検査伝票記入）。

○診療データ等の入力、管理

- ・入院医療統計などの入力補助。
- ・病棟での検査データの入力業務等。
- ・病院情報システムへの病名代行入力（整形外科・産科・婦人科）。
- ・電子カルテからのコスト入力、処置行為、入退院処理。
- ・医師の指示に関するオーダー入力代行業務。医師の指示による診断書・紹介状等の作成。電子画像を取り込み、電子カルテに保存。診療内容のディクテーション。DPC 入力代行。

○行政上の業務への対応

- ・行政上の業務への対応を医師の指示の下に行う。救急医療情報システムへの入力。感染

- 症のサーベイランス事業など。
- ・院内がん登録等の統計、調査。

○学会・カンファレンス準備等

- ・医師研修の資料づくり。
- ・カンファレンスの資料づくり。
- ・症例検討会や臨床研修医勉強会のためのデータ準備。

4-①-3) - 1 「短時間正規雇用の医師の活用」の具体的な取組み内容

- ・小児科医師2名との短時間雇用契約を締結。
- ・小学校就学前の子を養育するため、短時間（週20～25時間）の勤務形態の選択が可能となった。
- ・1週間の勤務時間が32時間という常勤医制度の導入。
- ・週4日の勤務体制の導入。
- ・週4日勤務、週3日日勤+半日2回など。
- ・ジョブシェアリング制度の制定。
- ・週4日、外来のみを担当する医師の正規雇用。
- ・育児短時間勤務制度の導入。
- ・育児のための短時間勤務（週20時間）の許可（小学校就学前まで）。
- ・従来より週4日以下勤務の医員（非常勤）を雇用。平成20年10月からは、医員、研修医を全て常勤化し、医員については、週32時間以内の勤務が可能となった。
- ・「週4日以下の勤務」、「1日について短時間勤務」の2つのパターンを導入。

4-①-4) - 1 「連続当直を行わない勤務シフト」の具体的な取組み内容

- ・当直表を作成し連続当直にならないシフトを作成。
- ・当直表作成の段階で同一医師が連続しない配慮。
- ・常勤医には基本的には当直をさせていない。しかし、現在常勤医の1人が、本人の希望によって週1回、月に土・日1回の当直を行っている。
- ・多数の科で連続当直にならないよう配慮をしている。診療科によるが、多科による合同当直を行い分担して実施している。
- ・多くの非常勤医師を採用している。
- ・連続当直を行わない勤務シフトとし、当直回数を月4～5回としている。

- ・ローテーション制を実施。
- ・救命救急センター医師は、2 交替制勤務を実施。
- ・当直後は、3～4 日明けるように組んでいる。
- ・当直回数の上限を月 3 回以下と決めている。
- ・土～月の当直勤務の 2 人体制。「土曜日夜～日曜日昼」+「日曜日昼～月曜日朝」。
- ・スポット勤務医の採用。
- ・産科医以外については連続当直なし。
- ・小児科・産婦人科・麻酔科・放射線科は、オンコール体制で当直なし。他科の 50 歳未満の医師は全員当直参加。
- ・毎月、全科分の当直表を作成し、当直回数を調整している。また、産婦人科では月～金までの 5 日間で非常勤医による勤務を 3 回入れ、土、日は待機制とした。
- ・宿直 1 回、日直 1 回を宿日直の許可基準としている。
- ・宿直は週 1 回、日直は月 1 回を限度とする。ICU、NICU、救命救急センターについては、交替制勤務としている。
- ・救急総合診療所にて 3 交替勤務を実施している（H19.4～）。

4-①-5) - 1 「当直後の通常勤務に係る配慮」の具体的な取組み内容

○当直後の勤務時間を短縮

- ・診療状況に合わせて午後勤務を免除している。
- ・当直後は 4 時間勤務としている。
- ・当直後の翌日は午前中のみ勤務とし、午後は勤務を免除している。
- ・当直明けの午前診療を休ませている。

○当直明けは休み

- ・医師当直明け休みの導入。
- ・職務専念義務免除を与えている。
- ・当直後は勤務を免除している。
- ・勤務・当直の組合せにより、翌日の代休を付与している。

○当直明け勤務に対する手当

- ・当直明けに勤務した医師に対し手当を支給している。
- ・科毎に複数いる場合は朝から明けを取るようにし、明けを取れない場合は、超過勤務手当を支給している。

○仮眠をとれるようにしている

- ・仮眠や早期の帰院。
- ・仮眠をとれるよう、仮眠室の整備を行った。
- ・休憩を取る（翌日仮眠をとる）。

4-② その他の医師の負担軽減策

○外来分離・外来縮小

- ・一般外来はサテライトクリニックで実施している。救急患者や検査目的、外来リハビリ訓練者、健康診断（脳ドック）は病院で実施と機能分化をはかっている。
- ・平成20年12月より、土曜日を原則休診とした。
- ・医師会を中心とした小児輪番制により、小児患者の分散を図っている。
- ・外来の縮小。初診における選定療養の実費徴収。
- ・外来縮小の取組み（初診時の保険外併用療養費の導入、逆紹介率の向上等）。
- ・初診における選定療養の実費徴収額の引上げによる外来縮小。

○外来の完全予約制等の導入

- ・完全予約制（一部の診療科）の実施、平日午後（10月23日・記念日）の休診。
- ・紹介予約制を原則とし、診療予約は、担当部門が一括して受付を行っている。

○地域連携の推進

- ・地域医療連携による逆紹介の推進。
- ・医療連携体制の強化（登録医制度の推進、各種セミナーの開催等）。
- ・地域連携室において退院調整を行い、病病連携・病診連携に努めている。地域医療機関との更なる連携強化を図るため、地域連携室にMSW（地域医療連携担当）1名を配置。

○非常勤医師の活用

- ・当直に非常勤医を配置。
- ・当直の一部について17時～23時15分までを常勤医師の担当し、翌日8時までは大学から派遣されている非常勤医師として、長時間勤務を軽減している。
- ・麻酔科については、日当直を非常勤医師で対応している。
- ・常勤医師の負担の軽減を目的として、育児等で離職している女性医師を外來診療限定で募集・採用した。
- ・医師の専門外の疾病に対応し、負担を軽減するため非常勤医師による専門外来を設置した。

○他職種の活用

- ・ 医師事務作業補助者とは別に、医局事務を行う職員（専属）1名を配置。
- ・ 患者の心理的、社会的な問題を援助するため、社会福祉士（MSW）を増員。
- ・ 病歴情報管理のために診療情報管理士を増員。
- ・ 診療情報管理士1名を採用し、DPCレセプトチェック時における医師の負担軽減を図った。
- ・ 産科胎児エコー検査の検査技師による施行。

○その他

- ・ 分娩監視システムを院内LANに接続し、中央監視システムを構築。また、各医師や病棟のパソコンでの監視も可能とした。
- ・ 入院患者の検体検査結果早期報告システムの導入。
- ・ 院内保育所の整備・実施。

4-③-1 医師の経済面での処遇改善の「その他」

- ・ 昇格させて処遇を改善した。
- ・ 通勤時のETCカードを配布した。
- ・ 年棒を増やした。
- ・ 単身赴任手当を設けた。
- ・ 資格維持支援金制度の創設、医師業務支援費の支給。
- ・ 年棒制に移行。
- ・ 地域手当について、上限15%へ向けて、段階的に率を上げている。
- ・ 学会費補助。専門医等更新費用の補助。
- ・ 医員（非常勤医師）を院内助教として常勤雇用する制度の新設（H20.4～）。
- ・ 評価制度に従い、A評価の医師の昇給。
- ・ 勤務時間を15分短縮した。初任給調整手当は、国と同様に約11%の引上げをはかった。一方で、月例給を引下げ、賞与については0.03月分の引下げを行った。

5-①-1 入院時医学管理加算の届出をしていない理由

- 施設基準を満たさない（詳細についての記述がない）
 - ・ 施設基準を満たさない。

- ・施設基準上、体制の整備ができていないため。
- ・施設基準対象外。

○標榜診療科等について要件を満たしていない

- ・精神科を標榜していないことなど体制が整っていないため。
- ・精神科、小児科、婦人科、産科の標榜が困難。
- ・届出要件である「脳神経外科」がないため。
- ・施設基準を満たさないため（脳神経外科が休止中）。
- ・精神科の標榜がなく、24時間の対応が不可能なため。
- ・産科がないため。

○全身麻酔の件数について要件を満たしていない

- ・全身麻酔の手術が基準に満たない。
- ・全身麻酔 800 件以上の基準を満たさない。他も現時点では満たさない項目が数か所あり。

○治癒患者割合について要件を満たしていない

- ・施設基準を満たしていないため（直近 1 か月の総退院者数のうち、退院患者紹介加算を算定する退院患者数および転帰が「治癒」で通院の必要がない患者数が 4 割以上という施設基準）。
- ・退院患者の紹介率と治癒率が 4 割に満たないため。
- ・診療情報提供料（I）の「注 7」の加算を算定する退院患者及び転帰が治癒であり、通院の必要のない患者数が総退院患者数の 4 割以上がクリアできない。

○選定療養の実費徴収について要件を満たしていない

- ・選定療養の届出をしていない。

○複数の要件を満たしていない

- ・精神科、小児科の標榜なし。選定療養の届出なし。
- ・当院の体制上、施設基準を根本的にクリアできないため（診療科、全麻酔件数等）。
- ・全身麻酔の手術件数 60 件／月、薬剤師の当直体制、画像診断および検査の 24 時間実施は経済的に成り立たない。
- ・「24 時間の救急医療提供」に係る部分と「外来縮小への取組み」部分等。
- ・施設基準を満たしていないため。特に施設基準の全身麻酔手術が件数不足。また、選定療養を徴収していない。
- ・標榜診療科、全身麻酔の患者数を満たしていない。
- ・小児科医がいない。精神科の 24 時間対応連携がとれていない。治癒率 40%は現状では困

難。

- ・脳神経外科の標榜、精神科についての 24 時間診療対応、初診に対する選定療養の届出による実費徴収等を行っておらず、施設基準の要件を一部満たせないため。
- ・標榜科目が要件に不足している、全身麻酔が年間 800 件に満たない、薬剤師 24 時間体制など、施設基準に適合していない。

○その他

- ・特定機能病院であるため届出不可能。

5-⑤ 入院時医学管理加算についての課題・問題点等

- ・全国一律の基準でなく、過疎の地域には基準を低くしてほしい。
- ・一般的に入院患者が退院する場合は、退院後の経過観察を行うことから「転帰」の「治癒」は該当しない。現場の実態にそぐわない施設基準である。改善を要望したい。
- ・「転帰が治癒で通院の必要ない患者が 4 割以上」という条件について、もともと腎不全、心不全など慢性かつ重症の患者を診ている場合、入院理由が「肺炎」などでそのものは「治癒」となっても原疾患のため通院になる場合、「治癒」になるのか。「治癒」とならない場合、別の病気で急性期の対応しているため、上記のようなケースは「治癒」にすることはできないか。
- ・小児科医の確保、術後の患者の転院（逆紹介）等地域により、病院の努力だけでは達成が難しいものを基準に入れることについて疑問がある。
- ・医師への補助業務の内容が煩雑であり、本来行ってはならない看護業務の補助、物品運搬などの区別がつきにくい場合がある。
- ・以前は、入外比率がネックになり届出ができなかった。改正により条件が変更となり算定できるようになったが、今後、条件が変更にならないことを望んでいる。
- ・在院日数の短縮化（医療費の縮小）により、早期退院が求められている中、例えば手術後に抜糸まで入院させることなく退院とし、退院後に 1 度だけ通院するケースも多く、このようなケースも「治癒」と準ずる取扱いとしてほしい。また、診療情報提供料についても、200 点加算がないものについても、対象としてほしい。
- ・もう少しハードルを上げてほしい。
- ・地域により紹介医療機関に限界があり、一律 40%はハードルが高すぎる。20%～30%が適当と考える。
- ・以前は取得していたが、改正により取れなくなり減収となった。医師数は十分なのに、産科又は婦人科・小児科・精神科を取り扱っていないため、救急や外科系の過大な労働に対する評価をされず、「産科又は婦人科・小児科・精神科」の勤務医だけの評価では不

合理。

- ・全身麻酔要件を腰推麻酔と合わせて 800 件以上としてほしい。
- ・自治体病院の救済としては良いが、民間でも公的な役割を果たしている病院もある。そもそも機能分化を推進しているのであれば、これこそ地域の事情に合わせるべきである。
- ・診療情報提供料等を算定する割合（4 割以上）のハードルが高い。
- ・施設基準の要件緩和を要望する。
- ・小児科が集約をされてきているのが現状であり、小児科入院医療の提供の要件を改善してほしい。
- ・精神科は 24 時間体制でなくても診療できる体制があればよいのではないか。
- ・施設基準のハードルが高すぎて、基準を満たす医療機関が限定される。
- ・急性期入院＝DPC 病院は医療機能を高度にしているため、病院の機能と医師数などでの評価にしてほしい。
- ・転帰が治癒であり、通院の必要のない退院患者の割合が 4 割以上という要件の緩和。
- ・医師不足の現状で、地方では集約化による地域医療、特に救急医療を守っていることと矛盾している。
- ・現在、外来縮小計画、外部の医療機関との診療分担の推進等の要件を検討中。外来縮小の要件は、現状では不可能である。外来縮小でも病院が成り立つ保険点数でないと無理である。120 点のみでは診療補助要員も雇用は困難である。
- ・施設基準の設定（退院後の再来率）が厳しい。
- ・退院後、1 回程度の通院を認めてほしい。

6-① 医師事務作業補助体制加算の届出をしていない理由

○特定機能病院であるため

- ・特定機能病院であるため。
- ・特定機能病院であるため、届出できない。

○コストが見合わないため

- ・事務員の人員を確保しようとするとう収益に見合わない（コストパフォーマンスが悪い）。
- ・専従としなくてはいけないため。
- ・採算面で難しい。
- ・医師事務作業補助体制加算 3 の算定を前提にシミュレーションを行ったが、当院の病床比率では 3 名必要であり、支出が加算点数を上回ったため断念した。
- ・人件費を賄えるだけの診療報酬を得られず、財政状況も厳しいため。
- ・不採算のため。余剰人員がないため。

○施設基準を満たしていないため

- ・施設基準に合致しない項目がある（年間緊急入院患者数が 200 名以上の実績なし）。

○その他

- ・配置している医師事務作業補助者の実態の雇用形態は、業務委託であり医事専従配置及び限定業務の施設基準に抵触しているため。
- ・勤務医負担軽減検討委員会で討議した結果、医師全体に影響する業務の軽減を図るためには、人的投資より、システムの投資において効率を図ることが最善の方法であると結論が出たため。
- ・届出に必要な規程類、院内体制、研修計画等の未整備。
- ・院内のコンセンサスがまとまらない。
- ・スタッフの確保ができていない。

6-⑩ 医師事務作業補助体制加算についての課題・問題点等

○診療報酬が見合わない

- ・人件費に対する診療報酬のバランスがかけ離れている。業務内容の制限を拡大すべきである（医師が患者の搬送、画像フィルム検査データ等の整理を行う場合がある）。
- ・医師事務作業補助者を雇用するに見合った点数制度にしてほしい。25 対 1 の体制が整っているにもかかわらず、救命救急センター等の病院の種別で区分されるために、より低い基準（50 対 1）でしか届出ができないというのは、医師の負担軽減策としての観点からは合理性に欠けているのではないか。
- ・医師には大変喜ばれているが、人件費と加算点数を比較すると赤字なので、点数の改定を要望する。
- ・現状の診療報酬では、常勤の医師事務作業補助者を雇用することは困難。専門性の高い職種であり、優秀な人材の確保の面からも、具体的な評価に基づいた診療報酬の増加を検討してほしい。

○算定対象を広げてほしい

- ・医師事務作業補助は一般病棟のみだけではなく、外来での業務など限定するものではないため、一般病棟のみを加算で行うと患者負担も含め公平性に欠けると考える。加算方法の再考が必要ではないか。また、1 人の人件費分にもならないため、診療報酬のアップを期待する。
- ・医師の事務作業としては、再入院の患者や外来患者に関する業務もあるのに、算定要件

が新規入院患者に限定されていることが疑問である。また、点数上のメリットもあまりない。算定対象の見直し及び点数アップを希望する。

- ・外来の医師事務作業補助体制加算を新設してほしい。

○他の業務への拡大をして欲しい、専従を外して欲しい

- ・レセプト等の医事業務を行わせたい。
- ・「専従」等の要件は、外してほしい。

○業務範囲が明確でない

- ・具体的な業務内容の判断に困る場合がある（どこまで行ってよいのか）。
- ・事務作業の範囲をもっと明確にしてほしい。

○届出要件が厳しい

- ・点数化される以前より外来や病棟へ配置し取り組んできたが、届出要件が厳しいと思われる。

○その他

- ・当院では、厚生労働省が「医師及び医療関係職と事務員職員等との間等での役割分担の推進について（医政発第 1228001 号 平成 19 年 12 月 28 日）で提案しているような医療従事者の負担軽減策は①電子カルテ及びオーダーリングシステム、自走台車システム導入②医療クラークの配置③メッセージ業務委託④患者給食業務委託⑤病棟助手・ベットメイキング業務委託⑥洗濯業委託等により実施済みである。このように先駆的に施策を実施している医療機関が、報酬の恩恵を受けることのできない制度の施設要件は見直しが必須である。これらの補助施策実態から制度に対する意見・要望としては、①作業補助者の医師専従の施設要件を撤廃してほしい。当院では、これ以上の医師業務の代わりを事務担当者が行うことは難しいが、看護師が医師の業務を負担し、看護師の業務を看護助手が負担することは可能と考える。したがって、医師事務作業補助者を医師事務専従とするのではなく医療従事者の専従（専任）とすれば、補助する可能性はより広がるし、事務作業補助者を配置する病院としても効率的な運営を図ることが可能となる。②作業補助者の限定業務を拡大して欲しい。上記のとおり、効率的で柔軟に医師及び専従者の負担軽減に資すること及び作業補助者の効率的活用を図るため施設要件の限定業務を拡大してほしい。③報酬の見直し（増）及び労働時間、雇用形態の業務委託除外要件を撤廃してほしい。医師事務作業補助体制加算で算定される報酬は、あまりに少ないといわざるを得ない。算定される報酬で業務委託以外の選択といえれば派遣社員の雇用もしくは、アルバイトの雇用となるが派遣社員の雇用には報酬が見合わず医療機関の持ち出しとなり、アルバイトの場合は、スキルを持った人材の安定確保は難しい上、週 4 日

かつ 32 時間勤務の縛りでは、雇用者の扶養家族としての税法上の枠を超えてしまうことにより雇用される者が雇用に難色を示す場合が多い。さらに、人材派遣での医師事務作業補助業務は派遣法の 26 業種の対象とならないことから 3 年後には解雇もしくは直接雇用しなければならない。雇用形態による病院に対する様々な障害・影響を考慮し、より柔軟な雇用体制が選択できるよう制度を改定いただきたい。

- ・病院勤務医の負担軽減を図るため、地域の急性期医療を担う病院において、医師の事務作業を補助する職員を配置している場合には、「医師事務作業補助体制加算」が適用されるが、特定機能病院である大学病院は除外されている。救急や周産期の患者を受け入れるなど、医師の過重労働を少しでも軽減させるため、本加算の適用を要望する。
- ・医師事務作業補助者の作業範囲は広く、専門知識も必要とされることが多いが、補助者を育成する機関が整備されていない。
- ・医療業務（若しくは医療従事）経験者でないと、なかなか困難な事務である（研修期間 6 か月では取得は難しい）。できれば看護師等、国家免許所持者が適任である（実際に患者をみることができる方）。

7-①-1 ハイリスク分娩管理加算の届出をしていない理由

○産科がない

- ・産科を標榜していない。
- ・婦人科は外来診療のみであり、分娩等の入院を受け入れていない。
- ・産科を休止しているため。
- ・産科廃止（H18.11 月）。
- ・循環器専門病院のため。

○要件を満たしていない

- ・要件を満たしていない（常勤産科医師 1 名）。
- ・産科再開に伴い、施設基準を満たしていない。
- ・産科常勤医 3 名の配置がない。
- ・以前（H20.9）までは届出をしていたが、医師の退職により、施設基準（3 名の常勤医師）確保が満たされなくなり、辞退を余儀なくされた。産科医師不足の折、補充医師の見込みもないことから、届出ができない状況となっている。
- ・産科医師数 2 名のため。
- ・常勤医師が 3 名から 2 名となり、施設基準を満たさなくなったため。
- ・24 時間待機するべき医師の数が不足しているため。

7-⑩ ハイリスク分娩管理加算についての課題・問題点等

○診療報酬の引上げを希望

- ・加算点数が実務内容に比べて不足しており、適応拡大、増額が必要。
- ・診療報酬点数の引上げを望む。
- ・施設基準が厳しい割には対象疾患が少なく点数設定が低い。

○適応対象の拡大

- ・既往帝王切開後経膈分娩 (vaginal birth after cesarean: VBAC) を適応に加えて欲しい。VBAC は子宮破裂の危険もあり、大変なハイリスク分娩にもかかわらず、算定項目にない。前1回帝王切開の妊婦が VBAC に成功すれば、その次も VBAC ができる可能性が高まる。VBAC を増やすことは患者の利益になるとともに、帝王切開を減らし、医療費削減にもつながるため、是非、検討してほしい。
- ・算定対象となる疾患の拡大をお願いしたい。現在は保険対象となる合併症を有する疾患のみとなっているが、双胎妊娠の経膈分娩、既往帝王切開後の経膈分娩 (いわゆる VBAC) は、分娩の安全管理のため医師、助産師の負担は通常の出産に比べ大きいいため、対象としてほしい。さらに出生前診断された胎児先天異常 (先天性心疾患、先天性横隔膜ヘルニアや腹壁破裂など外科的疾患、染色体異常など) は出生直後より小児科医や小児科医の集中管理が必要となるため分娩立会いを行う必要があり、分娩に関わる医療者の数は多くなるため加算が必要と思われる。
- ・8日間の算定しかできないが、状態によりもっと長時間管理が必要で入院治療を行っている場合もあるため、算定期間の延長を希望する。
- ・多胎妊娠も適用範囲にしてほしい。
- ・他院よりの搬送症例や早産症例は妊娠週数に関係なくハイリスク分娩管理加算の対象としてほしい。子宮内胎児発育不全、多胎妊娠、胎盤機能不全、羊水異常も対象としてほしい。
- ・①前回帝王切開の分娩管理も加える。②投薬を受けている精神科疾患妊婦も加えてほしい。③「糖尿病 (治療中)」は、食事療法を行っている妊娠糖尿病を含めて明記してほしい。④「心疾患 (治療中)」は、治療中の内容があいまいで、たとえば、投薬を受けていなくても分娩時には厳重な管理を要するので、治療中でなくても NYHA II 度以上とか、内科でフォロー中の場合なども含めてほしい。⑤40歳以上で合併症がなく元気な妊婦は、自費入院としているので分娩管理加算をとっていない。⑥慢性高血圧合併症妊婦も加えてほしい。

○算定要件の緩和

- ・算定要件が非常に厳しく、帝王切開の適応の患者に対しては医師、助産師は分娩管理に大変となっている。特に予定の帝王切開患者はまだ予測がつきやすいが、緊急で行う帝王切開については、常位胎盤剥離、前置胎盤（出血等がある場合）となっているが、24時間体制で観察した結果に緊急手術となっているので、規程の緩和をお願いしたい。
- ・対象患者で病名があるにもかかわらず、査定されない場合があり、算定要件が厳しい（例：前置胎盤）。
- ・他医療機関から緊急搬送された分娩であっても、加算が算定できない場合があり、適用範囲を拡大してほしい（膠原病の患者、胎児に問題のある場合など）。ハイリスク分娩管理加算が認められても、医師には全く還元されていない。本加算分は、原則的に産婦人科医、新生児科医に配分されるべきとする通達が必要と考える。

○正常分娩時の算定

- ・実際には、ハイリスク分娩である妊婦も結果的に正常分娩であれば、そもそも入院自体が健康保険の対象外である。ハイリスクの妊婦・分娩の保険適用範囲の拡大が必要であると考ええる。
- ・ハイリスク分娩管理加算の対象患者であるが、自然分娩に対しては加算の保険請求ができない。
- ・ハイリスク分娩管理加算については、保険適用時のみが算定可能であるが、正常分娩の場合は、自費診療であり算定できないため、医師への適正評価とは言えないと考えられる。
- ・ハイリスク分娩管理加算の算定対象患者が管理目的で入院していたが、普通分娩（経膈分娩）に至った場合、分娩日から自費扱いとなるため算定不可能となる。普通分娩に至った場合でも合併症によりリスクの高い分娩となり、分娩後も患者の継続的な管理を必要とされるが評価されない。

○医師の処遇改善に結びついていない

- ・本加算が産婦人科医の負担軽減を目的にしていることが知られているが、現在のところ、施設の規定で産婦人科のみに特定して優遇することができない。したがって、当局よりの指導を強化し、各医療施設へ通達するか、こうした実態を広報し、実効性のあるものとする必要がある。病院収入にはなっても、産婦人科医への配慮が乏しいのが現状である。
- ・管理加算については医師の収入増加につながるよう要望する。
- ・「ハイリスク分娩管理加算」は病院にとっては増収になるが、当事者の産科医の処遇改善につながっていないのが現状である。
- ・現に診療に従事した医師に対して、個別のインセンティブ付与のための加算があること

を明示し、その内容（処置改善の内容及び還元の割合等）を公表するよう病院に指導するべき。現状では、各病院がこの増収分をどのように活用すべきか示されておらず、現場の士気をかえって低下させる結果を招いている。

○その他

- ・これまでの日本の医療の進歩によって、出生時死亡は減少し、未熟児についても NICU 等の医療により、多くの新生児を救ってきたため、国民全体が分娩について非常に安易に考えているのではないかと考える。もう少し若い頃にきちんとした教育を行い、分娩に伴うリスクも知らせるべきである。あまりにも自分勝手（自己中心的）な妊婦・家族が多い。
- ・十分な医師を確保できるだけの診療報酬の増額が一番に必要である。
- ・ハイリスク分娩管理加算算定の条件に、産科医療補償制度への加入を含めることはおかしい。産科補償制度は、単なる民間の保険であると厚生労働省も認めている。

8 病院勤務医負担軽減についての今後の課題・ご要望等

- ・医師事務作業補助体制加算の医師事務作業補助者の業務範囲について検討してほしい。診療報酬業務等の兼務を認めてほしい。専従としての配置では採算性に欠ける（人件費）。
- ・当院のような中小の病院では、常勤医の勤務を楽にしなければ医師の確保ができない。そのため、当直も常勤医が希望しなければ、全てアルバイト医師を雇用して行うこととしている。都心中心部にあるため、アルバイト医は比較的に見つけやすいと考える。しかし、質の確保の点では問題がある。また、大学の人事異動等により、当直医が来られなくなった場合、院長他、常勤外科医がカバーすることになっている。それでも、常勤医は外来診療、病棟診療（看護師への指示、処方せん作成）、手術、検査、患者・患者家族への説明、依頼された診断書作成等と忙しい。当院では、事務補助として、主治医意見書は介護保険が始まった時より、入力業務は全て事務が行い、医師の事務作業を軽減してきている。外来、病棟の薬の処方せんも、薬剤師や医事課職員により、医師が手書きした処方せんを入力し、次からは医師がチェックするだけになるようにしている。病棟クラークも 88 床の病床に 3 名おり、カルテ整理、検査データの貼付け等を行っている。MSW も 2 名体制で、医師から退院間近の指示があれば、退院・転院調整は全て行っている。診療情報提供書も、可能な限り記載し、医師はチェックを行うのみにしている。今回の改正で医師事務作業補助者が、保険会社からの診断書についても記載できるようになったが、これまでも忙しい中で医師が行っていた業務であるため、事務作業員への移行は慎重にする必要があり、なかなか進まない。今回の質問のように 1 年前から何らか、医師の事務が少なくなったかという質問であれば、もう既に、補助作業は行っていたた

め、大半の医師は、変化がないと答えるであろう。平成13年の調査によると日本の病院の40%が99床以下、29%が100～199床で、70%が199床以下の病院という構成になっている。今回の調査は、研修医、後期研修医のいるような病院を想定して考えられているようだが、当院のような体制で専従を要件とされるのは難しい。現在医師事務作業補助者の専従者は、診断書作成をどのように移行するか模索中であり、クリティカルパスの作成、統計資料の作成、医局会の準備、議事録作成、症例検討会準備、主治医意見書作成を行っている。将来的には、電子カルテを採用し、診察室に1人ずつ配置し、医師と患者のやりとり、検査のオーダー入力も医師事務補助作業者の仕事として確立させたい。病棟においても回診に同行し、診療録の入力業務はできるだけ医師事務作業補助者が行っていくようにし、手術記録の作成も、医師の口述を録音できるようにしていきたい。そのためにはカルテの電子化が必要であるが、現在の診療報酬では取りかかれぬ。当院は、医療機能評価の認定も15年前からとり、2次救急医療機関であり、病床稼働率も100%近くを維持している。しかし、病院自体の収支は赤字になることもある。法人内の訪問看護ステーションやデイサービスの黒字を補填して法人としてやっと黒字計上ができている状況が続いている。平成18年の中小病院の勤務実態を無視した看護配置基準の改定があり、経営の厳しさに追い討ちをかけられている。地域医療を守っている医療機関としての責任から当院は持分ゼロの特定医療法人にもなっている。質の向上、経営努力をしていない、患者から選ばれない病院は消えていくことも仕方がないと思うが、当院のような病院には、電子カルテや質の向上のための補助を厚労省には考えてもらいたい。

- ・患者が求める「安心・安全・納得」の医療を実践するためには、それにふさわしい診療報酬上の配慮をお願いしたい。急性期病院が存続するための必要条件であることをご理解ください。
- ・生命保険会社、損害保険会社などの診断書、照明書類が多すぎる。商品ごとに診断書が異なり、それぞれに記入しなければならないことが業務負担を大きくしている。生保・損保の診断書の種類の多さは、生保各社等の都合であり、医師の事務作業軽減を図るなら、これらの様式を可能な限り統一するよう厚生労働省から業界へ指導すべきである。また、介護保険等の主治医意見書も一度申請すると更新や変更申請が数か月ごとにくるため、記入すべき書類が増える一方である（患者が介護を必要としなくなるまで、継続されるので新規患者分だけ増加していく）。記入書類の整理と統合が必要。新しい制度ができるたびに医師が記入する書類が増えるばかりで、一向に減ることがない。
- ・院内体制の客観的な基準を整備。
- ・「医師事務作業」について言えば、20年度診療報酬改定で新設された、「医師事務作業補助体制加算」は、入院初日のみの加算にしかならないが、勤務医の負担を軽減するきっかけになったと思う。事務作業によっては専門的な知識が必要とされ作業内容によっては点数配置が必要ではないか。今後、病院勤務医の募集では、必須の事項となるかもしれ

れない。

- ・勤務医の負担軽減策を実施するには、それに伴うコスト増を医療収入で補う必要があるが、現在の当院にはそれだけの余力がない。行政の支援が不可欠であり、補助金制度の充実策を検討してほしい。
- ・「一次救急」などは原則として、開業医などの輪番もしくは病院への出張診察など何らかの制度を作ってほしい。このままでは金銭面はともかく、夜間等の負担（ただでさえ入院患者に対する緊急呼出しがある）増加のため、どんどん病院から開業へと医師が移動してしまう。実際、開業医は増加しており、何らかの歯止めが必要である。上記のような夜間対応、手当金制度はあってもよい。開業医地域定員制の導入。
- ・厚生労働省が示した見解のように、医師不足が勤務医の負担増の原因と思われる。医師の増員を図る手段を強めてほしい。また、今から医学部定員増を行っても、その世代が現場で活躍するには10年近くも時間がかかる。それまでの期間の対策が急務と考える。
- ・当院は、医師負担軽減のため、①助産師増員・活用、②クラーク採用等を行ってきた。しかし、①については、助産師、看護師の配置が実際には7対1の水準に達しているが「産科」であるというだけで認められず、10対1の算定となっている。産科・小児科の危機が叫ばれているにもかかわらず、健保の診療報酬は、産科・小児科に対して報いようとしているとは思えない。②についてはいわずもがなである。産科医療に手厚いというふれこみの改定（マスコミでは）だが、実態との乖離を感じざるを得ない。なお、③産科医療補償制度も、現在の事務負担のあまりの重さに一考いただきたい。
- ・病院の安易な利用が勤務医負担増加につながっている。病院の利用方法等を国で啓蒙することをお願いしたい。
- ・医師の負担軽減よりも医師確保が優先である。常勤医師を確保することは大変である。
- ・産科医師が今まで行っていた分娩登録（PCへの入力）を、病院事務職が代行するようになり、この点は大きな負担軽減となっている。ハイリスク分娩加算は、現場産科医の士気を高める上で大きな効果を発揮していると感じている。病院勤務医の場合、他診療科医師との兼ね合いもあり、この加算を直ちに給与面に反映させるのが困難な面がある。本来、この加算は、医師の負担軽減が導入の大きな目的であるから、当院では、産科医師の定員増加へ加算部分を使用するよう、病院当局と交渉中である。しかし、産科医が足りないこと自体が、この加算導入を必要とした原因でもあり、定員を増加させても、その席が埋まるかどうかについては、一抹の危惧が残る。本加算によって、産科医自身が社会からリスペクトを受けていることの証を実感でき、彼ら・彼女らの士気を高めるという効果をもたらしたが、大きな負担軽減までには至っていない。それは、本質的には「医師が足りない」からであり、即効的負担軽減は困難である。1、2年単位ではなく、長いスパンで見れば、必ず産科医は増加して、この加算がさらに有効な負担軽減に作動するものと信じている。逆に、「短時間効果少なし」としてこの加算が切られれば、好転しかけている産科医療は最悪の状況に突き落とされると危惧される。

- ・増員あるのみである。やっとなら医学部の定員を増やすが、遅きに失する。これまでの医療行政をきちっと検証する必要がある（必要医師数カウントの根拠等）。偏在を解消してほしい。
- ・患者の病名について、これも各病院内の取り決めにより事務作業補助者が記載・入力と行ってよいものか疑問がある。
- ・病院勤務医の負担軽減については、病院で積極的に取り組むのは勿論のこと、勤務医の減少が原因となっている。その要因として臨床研修医制度における研修医が中央の有名病院に集中する傾向があり、地方の病院や大学では減少している。臨床研修医制度の見直しを要望したい。
- ・当センターの産科医は県内の母体搬送のコーディネーターも兼ねている。当センターへ母体搬送依頼があり、NICUが満床などの理由で当センターでの受け入れができない場合は、産科医が県内、場合により県外の受け入れ先の病院を電話連絡により探している。受け入れ先病院が見つからない場合は、1時間以上も電話のそばからはなれられない場合もある。さらに夜間の場合は当直医1名であるので、他の業務に支障が生じることがある。そのため母体搬送、新生児搬送に関して医師以外のコーディネーターの設置が望まれる。
- ・①病院勤務医の多くは、主治医であれば受け持ち患者の急変時はいつでもどこにいても駆けつけるのが当然とされ、24時間365日拘束されているため、開業医に比べ、目に見えない負担は非常に大きい。開業医が24時間拘束されると診療報酬がつき評価されるが、勤務医に関しては何も評価されず放置されている。②現在行なわれている勤務医対策のうち、新たな赴任に対し、研修費などの名目で奨学金を貸与し、年季が明ければ返却無用の制度は、渡り鳥のような医師には恩恵となっても、今まで地域に根差して頑張ってきた医師のモチベーションを却って減らし、止めを刺す政策で評価できない。③勤務医対策としての予算は病院には入るものの勤務医までは届かない。開業せず地域医療を担う勤務医として生涯を終えることが経済的にもメリットがあるような制度にしなければ本当の対策にはならない。
- ・病院勤務医の事務負担軽減についてはよいと思うが、人件費の増大になるようなことは望ましくない。
- ・入院基本料をはじめ、入院治療に関わる診療報酬の増額（現状の1.5倍）を望む
- ・医師、看護師数の増。診療報酬の点数アップ。
- ・人材育成及び費用（人・システム等）。
- ・少なくとも、大学病院においては、これまで医師は基本的に報酬や自己の健康を度外視して診療を行ってきた。近年の医療の高度化、複雑化により、医師（勿論、他の医療スタッフも）の仕事が著しく増えても、黙々とそれを受け入れるのが美德と曲解されて、最近の勤務医の過負担に至ったと考える。もう1つは、女性医師の増加である。女性には子供を産み育てるという大切な使命があり、それを両立させ得ないと勤務不可能なこ

とは当然である。現在の医療体制の中では、その点への配慮が全く欠落している。以上を踏まえた体制を作ることが是非必要である。

- ・ 病院勤務医の負担軽減に一番効果があるのは、医師不足を改善することであり、へき地でも医師が増加することが一番である。医師の仕事の一部を、他の職種に移す（法的に可能にする）。
- ・ 開業医との待遇格差を縮めなければ、医師の病院離れは止まらないと思われる。いざという時に患者を送り込む病院がなくなることは、開業医にとっても問題であり、医師会の協力が必要と考える。
- ・ 医療ミス等のやや過剰にもなりがちな社会的関心により、多くの文書・記録が必要になっている。医師事務補助の制度として導入され、診療報酬化されたことで一般的事務についてやや業務負担は軽減されることにつながることになる。医師が行わなければならないもの、また補助者への指示・指導という新たな「業務」の発生によりすぐに目に見える効果は出づらい点はあると思う。医師事務作業補助者個々のレベルアップも課題になると思うため、考慮してほしい。看護関係の文書が繁雑で多すぎることで、看護力の低下につながりかねない。具体的には、看護必要度を全入院患者に毎日記入すること等である。
- ・ 外来縮小化に向けた特定療養費（病院初診加算）の改定を検討。
- ・ 入院治療、計画書、その他細かな同意書等、また、電子カルテ記載など事務的書類が多く、制度の見直しを検討してほしい。また、専任スタッフの養成をしてほしい。
- ・ 周囲の病院および診療所が医師の引揚げ等により、当院の外来患者数は必然的に増加している。この問題は、当院の体制（受皿）に関係なく、物理的なものである。その中で病院単位での勤務医の負担軽減策にはマンパワーに伴うコスト面からも現状以上は困難となっている。併行して、医師の充足策、診療報酬評価の向上を検討してほしい。
- ・ 地域連携の拡大による返信、情報提供書の記載並びに各種生命保険証明書の記載など書類記載の負担が、かなり重くなっている。保険関係などは見本が同封されているが、内容が詳細になってきており、煩雑な業務負担となっている。これらのことから、書類の記載種類を整理し、種類を減少させることが必要と考える。
- ・ 診療所の開業医より、労働がハードで収入が少なければ、いつまでも勤務医の増加は見込めない。医師の交代勤務、実施にも医師が不足不可能であり、思い切った病院収入増が必要であることから診療報酬上の配慮を要する。
- ・ 医師絶対数の増加、診療に従事している医師の正確な把握（特に勤務医の増加にあたっては、計画的開業医の数の制限が必要）。負担軽減に対しては必ず費用発生を伴う。病院の収入増となる施策は不可欠である。社会（患者）教育が必要である。医療事故のバッシングが続くようであれば、医師になる人も減少する。以上に対する対応を早急に考える必要がある。
- ・ 医師の全体の数を増やす。開業医と勤務医の数を調整し、開業医を減らす。開業医と勤

務医の役割を分担し、勤務内容に応じた診療報酬体制とする。

- ・特定機能病院に対しても、診療報酬上の評価を検討して欲しい（事務作業補助に対して、診療各科から医療クラーク等の設置要望などがあるが、これらの要望に応えるのは困難な状況である）。
- ・オーダーリング、電子カルテの導入といったように IT 化を進めており、勤務医に対する負担は増すばかりであり、勤務医の負担軽減は必要不可欠のことと考えているが、そのための財源確保に苦慮しているのが現状である。現状の点数のままでは、負担軽減のための人材確保、育成、設備等の負担増を賄いきれない。更なる人材育成の助成、IT 各メーカーのデータ共有を可能にすることに合せて、点数のアップをお願いしたい。
- ・地域住民（潜在的患者）の医療に対する理解を得ることである。日中と夜間・休日では病院診療能力に大きな違いがある。医療資源（特に、医師・看護師などのマンパワー）には限りがあることを、皆が理解する必要がある。医師の偏在の更正、医師不足の解消が必要である。医療の疲弊は、小児科、救急だけでなく、内科、外科、脳神経外科でも深刻である。
- ・医師の定数確保に苦慮している。大学医局からの派遣に頼っていたため、人員の確保が十分でなくなり、負担が増える傾向にある。
- ・医師だけでなく、他の医療職に権限を与える必要がある。
- ・クラークや他の職種導入による医師の負担軽減による一定の限界もあり、やはり医師確保対策が第一である。国立大学病院においては、毎年人員の削減を要求される一方で、医師の負担軽減策として病棟クラークを配置し、医師の補助業務を行っている。しかしながら、限られた定員枠で正規雇用による医療クラークを配置することは困難な状況にあり、本院では現在、業務委託による人員の配置を行っているが、医師にとって満足なものとなっていない。医療クラークは、一定以上の知識や経験があり、また、自ら知識を習得しようとする意欲がなければ勤まらない業務でありながら、安定して雇用が約束されていないことが最大の原因と考えられる。医療に関するさまざまな問題に関して、厚生労働省、文部科学省、学会、医師会、マスコミ等の各方面から調査やアンケート（本調査も含め）の作成依頼（ほぼ強制）がある。これらに対して、まじめに回答する病院ほど、更に忙しくなっている。
- ・病院勤務医の負担増大は、新医師臨床研修医制度の発足により、大学から医師を引き揚げられ、勤務医が減少したことも原因の一端にある。当院も大学から脳神経外科・循環器科の医師が引き揚げられ、残った勤務医への負担が益々増大している。新医師臨床研修医制度による弊害を改善することにより、勤務医の負担軽減がはかれると考えるため、対策をしてほしい。
- ・病院毎の特性や規模により、医師の負担を比較することはできないと思うが、当院は恵まれている。医療法上の定員の 3 倍以上の医師がいる。医師の補助を行う事務の人件費の補助を点数化するのもよいが、実際は医師の人数が大事である。病床数、外来数等の

数字に対する医師の人数で点数化されるとよい。

- ・勤務医の負担軽減を推進するにあたり、医療クラーク等の増員といった策を講じることも一案である。そのためには、臨床・研究・教育といった多くの役割を担っている特定機能病院の診療報酬を上げる必要がある。
- ・医師事務作業補助者の業務範囲を拡大してほしい。
- ・地域的問題もあるが、人員増を行いたい、医師不足で増員できない。
- ・①病院勤務医の不足問題については、単に医師の事務作業が多いという点のみでなく、勤務医に比べて、開業医の方が業務内容も簡便で重症症例がないにもかかわらず、勤務医よりも高額な収入を得ているという点で勤務医に不満が生まれ、結果的に病院勤務医が不足している。②医師事務作業補助者は専従者となっているが、現行の加算点数では人材の配置によって人件費として病院経営を圧迫することになるため、今後、医師事務作業補助者の浸透を図るためには、点数の大幅な引上げが必要である。③専従者以外の、医療クラークや医療事務職員などを、専任配置とするならば、さらに効果的な医師事務作業負担の軽減策の設定が可能となる。④ほぼ全てのインフォームドコンセントや治療計画等について、規定された書面で規定された項目全ての内容を記録として残すこととする現行を改め、簡便で瑣末な内容、多くの場合常に同じ内容を記載することになるような書類、治療上必ずしも必要でない書類等については、記録の規定を廃し、真に必要な記録のみを充実させるようにすることで、さらに医師の事務作業が軽減される。
- ・医療機関にとっては、医師確保が永続的に必要であり、病院勤務医の負担軽減につながる課題である。国としてもっと力を入れてもらいたい。また、医療費削減を廃止、もしくは、軽減見直しを早急にすべきである。診療科に偏りを発生させる新医師臨床研修医制度の見直しをしてほしい。人気がある診療科のみでなく、全体のバランスを考えることが必要な時期にあると思う。
- ・医師のハード勤務について、当院の医師においては、一時的なハード勤務はあるが、常時的なハード勤務はみられない。
- ・医師事務作業補助者は、委託職員は直接指揮命令をしないため、該当しないということだが、委託職員が医師事務作業補助体制加算の定められた業務範囲をするものであれば認めてもらいたい。
- ・産婦人科医が増加することを希望している。
- ・病院勤務医の負担を軽減するためには、医師不足を解消しなければならない。地方の医師不足解消には、地方の特に大学病院における研修医の確保が重要である。平成 19 年 5 月に政府・与党が臨床研修制度における病院の総定員を削減するとともに、研修医が集中している大都市圏の定員を減らすことで研修医を地方へ誘導することを検討している旨報道された。本院が従来から要望している都会における研修医受入枠を拡大するとともに、臨床研修病院を評価して指導能力のある病院を厳選するなどの方策の検討が必要と考える。また、医学部医学科の学生定員増のみでは医師不足の解消には程遠いものが

あり、医師の掘り起しが急務である。その方策としては、女性医師の確保、とりわけ辞職した女性医師を復帰させるための方策を講じる必要がある。

- ・平成 20 年度の改正で、新たに点数化されたが、点数が低いので、経営的に負担が軽減できる点数算定できるようにしてほしい。
- ・①過剰労働の緩和が必要である。新卒後研修医システム導入以来、地方の大学病院における現場の勤務医不足は決定的である。それが勤務医減少にさらに拍車をかけている。当然残った勤務医はこれまで以上に過剰労働を強いられている。政府も医師不足、偏在に気がつき、医学部定員数の増加および地域枠を容認した。しかし一人前の勤務医として育つには 10 年待たねばならない。何故勤務医不足が生ずるかについて、国民に情報を与え、ともに解決策を検討すべきである。②ON-OFF がハッキリした生活の確保が必要である。少ない勤務医の数で ON-OFF がハッキリした生活を実現するのは難しい。この結果、研修医は時間に余裕のある科、あるいはそれが可能と思われる病院を選択するようになる。このため勤務医の仕事を軽減するために他の業種に医師の仕事の分業をさせようと試みがなされている。看護師の注射業務、メディカルクラークの導入がそれに当たる。しかし米国ではすでに国家資格として PA（医師アシスタント）の制度が確立している。彼らは予診、カルテ記載、簡単な説明、手術助手などで医師を全面的にサポートしている。米国に医療制度を学ぶのであれば同時に PA 制度を導入すべきである。また大学病院から勤務医を奪った新臨床研修医制度は見直す時期に来ている。これらは勤務医の根本的負担軽減に結びつく。③賃金の是正が必要である。大学病院勤務医の賃金は基本的には教育職に対して払われており、専門医に対しての技術料が加味されていない。技術、超過勤務に対しても正当な賃金が払われることがなければもはやモチベーションを保てない状況にある。すなわち勤務医の自己犠牲を強いて医療を担い続けるのは無理があると思われる。④医療事故に対する法的環境の整備が必要である。勤務医は高度先進医療と同時に医療安全が要求されている。そのためハイリスク症例を扱う分野が勤務医から、ハイリスク、低収入として敬遠される風潮にある。かかる症例の医療行為においても患者の保障とともに勤務医の医療行為を守るための法的環境の整備が急務である。勤務医の精神的負担を除くためにも、また現場より立ち去る勤務医を少なくするためにも重要である。
- ・診療報酬の技術料の見直しをしなければ医師の増員ははかれない。業務量にあった人員確保には、それに対応する医療点数が必要である。
- ・開業が容易であること、開業すると一般的に仕事量は半分・収入は 2 倍になると言われている現状では、開業医への流れは止められない。新制度での研修医が職業選択の自由のもとで地方から去っていくことも医師不足（病院勤務医不足）の大きな要因となっている。また、仕事上の制限が多い女性医師が増えたことも要因の一つである。ただし、いずれの問題も改善することは難しい。つまるところは、医師を増員するしか手がないのではないか。

- ・医師の負担軽減に関しては、問題が多面的であるため、短期的対応と長期的対応に分けて行う必要がある。まず喫緊の問題としては「夜間・休日の一次救急患者の削減」である。現在各地で活動している夜間・休日診療所について地域全体をカバーするトリアージ機能を持った診療所に拡大・拡充するとともに、住民の啓蒙活動が大切と考える。医師の偏在が言われているが、その背景としては医師数の絶対的不足とともに、3Kを避ける専門医傾向と厳しい勤務医から短時間高収入の開業医へのシフトがある。対策としては、医師養成数の増加と今の専門医制度を見直し、専門医と総合医を一緒に取り込んだ専門医制度を作り、その制度を統括し、医療の質を管理し、かつ地域の医療必要度を考慮した行政的事業も行う管理専門組織が必要と考える。このシステムを医療界全体で支え、国民の医療を提供する姿勢がなければ国民との「ミゾ」は深まらない。
- ・病院経営が悪化し、専門業務に特化させるための人員増加ができない。医師の負担軽減と併せて、経営改善、安定経営に係る施策が必要である。
- ・医師事務作業補助者に診療記録の代行入力をさせたいが、電子カルテの導入が自己資金では困難である。ぜひ、中小病院にも電子カルテ導入の補助金を検討してほしい。現在の状況では、どの医療機関でも体力的に（ランニングコストを含め）実現は困難である。
- ・コメディカルなどに医師の仕事を分担すべきである。例えば、ルート確保のみ行うナース、患者の移送のみ行うナース、検査の説明のみ行うナース、診断書（主治医意見書）の記載の補助のみを行うスタッフなどのように、それぞれの専門家を育成することにより、医師の負担を軽減させるばかりでなく、コメディカルに資格を与えることができる。医師は医療行為において全ての責任を取らされるが、医師が個々の仕事を行うことで、患者全体（受け持ちは患者1人ではない）を管理することが困難になる。責任を取る立場であるならば、個々の仕事は専門家に行ってもらい、全体を監督する必要がある。
- ・産科、小児科のみへの配慮では不合理であり。重症を取り扱う外科系各科、救急領域に同様の配慮をしなければ、産科、小児科と同じこととなる。後手に回った小手先の対策しか取られていない。病院全体の収入が増加しなければ全く意味はない。入院基本料の増強が必要である。
- ・院内他職種との負担の相互分担による負担軽減策をさらに検討すべきである。
- ・病院勤務医の負担が増えた要因をきちんと捉える必要がある。要因としては、①新医師臨床研修制度の稚拙さによる大学医局員の大幅な減少。特に地方で地域医療を担っている病院は大きな影響を受けた。②地域の責任を担っているからこそ病院勤務医は昼夜を問わず診療にあたっている。一方で開業医は勤務医に比べ、収入も時間も確保できるという構図になっている。疲弊した医師が後者を選択することは当然の流れである。③勤務医が減少すると病院勤務医はさらに大変な状況になり、悪循環が生じる。この悪循環は一旦始まると加速的に増加し、病院本来の機能が果たせなくなる。④住民にも「自分さえ良ければ」的な発想が浸透してしまっている。クレームや公訴リスクが増える一方であり、本来の医療を提供する手間が大幅に増えてしまっている。上記のみならず、い

ろいろな条件が重なり今日の状況になっている。国は、上記のような原因について当然理解していると思われる。特に地域医療はすでに破壊が始まっている。早急で適正な施策を実行しないと、世界に誇れる日本の医療は一部の人のものになってしまう。

- ・ 医師不足解消の政策をお願いしたい。
- ・ 退院後、翌日までに診療所へ逆紹介する場合、逆紹介をする診療所を決定する場面にクラークが立ち会っていないければ、書類作成補助はうまく行えない。
- ・ 病棟クラークの配置は、勤務医、看護師の負担軽減には不可欠であり、DPC 導入面からも必要性を感じてはいるが、病院全体の人件費が高騰しており配置が困難である。
- ・ 休職している女医の復帰をうながす制度を行政が作るべきである。各々の病院に負担がかからないようにしてほしい。医療にお金がかかることを行政が認識し、国民に知らせるべきである。
- ・ 当院では、施設基準上はクリアしていて問題はないが、これから当院が目指す施設になるためには負担は否めない。
- ・ 地域の急性期を担う病院で、勤務医の負担軽減を目的に新設された医師事務作業補助体制加算について、当該職員を雇用するための人件費や教育研修費が診療報酬点数だけで補助できるものなのか。DPC コーディング作業や診療報酬の請求作業、受付業務等が全く除外される現行の専従内容での導入は、増加する人件費比率に拍車がかかるものであることから困難である。また、当該補助職員が結果的に医局の便利使用的要素を持つこととならないよう留意することが必要である。
- ・ 病院勤務の不足を、他職種でカバーしようとすることは根本的解決とはなりえない。病院勤務医の増員が不可欠である。
- ・ 保険点数で補おうとすることに無理がある。国立・大学系病院に厚く、民間の努力が報われない方向に進んでいるように感じる。現在の医師の負担の大きい病院へこそ、大きな公的資金や点数を与えるべきであり、業務量の少ない病院が点数の恩恵を受けてしまい、患者を断われない病院ほど厳しい診療報酬となっており、実績評価がされていない。「一生懸命」とか「忙しい」が現在の診療報酬の制度では駄目と評価されているように感じる。
- ・ 常勤医師の絶対数が足りない状況が根本的問題であり、医師確保も困難を極めている。特に大学医局より派遣が縮小されていることがダメージとなっている。
- ・ 離島の民間医療機関の為、医師の確保が非常に困難な状況である。行政レベルでの対応にも力を入れてほしい。
- ・ 文書作成事務をしっかりと確実にこなしていくようにしたい。
- ・ 医療圏内に留まる医師の絶対数は、いかんともしがたく、医師の業務を看護師、コメディカル職員、事務職員へ分担させることも限界に近づきつつある。医療圏内の病院の再編による医師の確保が喫緊の課題である。
- ・ 必要診療人員枠の増加、医師の確保策が必要である。超過勤務軽減策として、①人員の

増加による 2 交替制勤務など、②業務の効率化、③事務（診療アシスタント制度）の積極的推進、④人員確保のためのフレキシブルな勤務形態の導入、⑤必要な諸手当の導入などがある。医療費抑制政策の見直しとして、必要な診療に従事した医師に対して、上限を設けずに時間外勤務手当が支給可能な制度に改正してほしい。医師不足が著しい診療領域には、病院がどれだけ努力したとしても患者が集中し、過重労働とならざるを得ないのが地域医師現場の実態である。病院として、患者のために尽くしてくれている医師を適正に処遇しようとしても、法令を逸脱して時間外手当を支給すれば、過重な勤務を強いているものとして労働基準監督署の指導を受けることになる。医師には応召義務があり、それを課していることが、結果として「サービス残業となっている」実態は、極めて不合理だと言わざるを得ない。病院が過重な業務命令として勤務に強いることは論外だと思うが、少なくとも、実際に必要な医療行為を行った医師に対しては、適正に処遇することを許容する制度であるべきであり、それが可能な財源が（時間外加算の大幅増額等により）病院が確保できる制度としてほしい。また、①病院の機能に応じた勤務医の配置数を適正に見直ししてほしい。②勤務医の配置数に応じた診療報酬上のドクターフィの見直しをしてほしい。③女性医師マンパワー活用を促進するため育児、子育ての短時間就業を正職員という位置づけで継続できるような雇用形態を法制化してほしい。また、短時間労働の女性医師の正規雇用、また、健康保険の加入条件枠（一週 30 時間以上の労働時間）の緩和をしてほしい。④医師の専有業務を正看護師、助産師、保健師、薬剤師などに広げられるよう関係職種の法制度見直しをしてほしい。また、コメディカルの対応業務拡大を法制化するとともに、それに応じた看護、コメディカルの病院機能に応じた配置数の見直しをしてほしい。処方せんの発行、検査のオーダー、医師の処方なしで薬剤師が調剤できる保険薬品を拡大してほしい。⑤医師の復職を支援する公的な研修プログラム施設の設立と、研修を受ける医師への資金援助体制を制度化してほしい。⑥外来診療における診療秘書業務を診療報酬で正当に評価し、外来担当医師の煩瑣な事務業務軽減化を図ってほしい。⑦専門医資格制度と絡めた診療報酬、人事院勧告での給与評価、学会認定の専門医、指導医といった資格があるが、それらの特殊資格を医師の報酬として確保できるようなシステムが必要である。特に人材が不足している医学領域の専門医を高く評価してほしい。また、病院の医師の給与は、人事院勧告の基準を準用しているところが多いが、医師の給与を一律にするのではなく、専門によって格差をつけることも今後、検討してほしい。例として、産科医、麻酔医、小児科医、放射線医、救命救急医などである。⑧診療報酬上の医師の手技料に文書主義を持ち込むことはやめてほしい。これまでの厚生労働省の役人的な考え方から、医師の診療報酬をつける際に必ずといっていいほど、記録や手続き文書を残すことを義務付けている。そのことにより、現場では、新たな点数が設定されると点数の高い低いに限らず新たな帳票や記録が増加している。記録には、携わった医師のサイン印鑑、場合によっては患者や家族のサイン、承認印などが求められる場合もあり、新たな点数設定と新たな文書作成業務が拡

大していく。こういった役人の証拠主義的な発想を変えてほしい。診療記録も診療本来に必要な内容と診療報酬上で記載が必要なものがあり、診療報酬の改正の都度、後者は増加していく。こういった記録は、医師の業務を確実に増加させる一方で本来の診療に必要なものだけに現場の医師の賛同が受けにくく、記載漏れの原因となっている。医療監視や共同指導などで返還を求められるものの多くがこれらの類である。医師が診察室内で行う業務は患者の診療にとって必要なものだけにすることが、医師は診療するに当たっては保険医でなければならないと主張する国の側にも大きな意識改革が求められている。

⑨高度医療を担う専門医に対する診療報酬を設定。「〇〇センター」と呼ばれるような高度医療は、診療科の壁を越えた専門医、専門看護師の集団で成り立つことが多い。そういった機能や施設を保持することだけで診療報酬上の評価することも、地域にあって特殊な施設を維持する上で重要である。いままでは、そういった特殊な施設は入院料か医師の手技としての評価が主であった。しかし、それらでは、専門医としての稀少医師に対する給与を担保するうえで十分ではない。専門医や専門看護師の給与に反映できるような診療報酬の設定をお願いしたい。学会専門医を一律に評価するのではなく、地域に稀少な機能、施設に絡めて、専門医を評価する考え方が求められる。

⑩医師の業務軽減とオーダーシステムなどのコンピューターシステムでの支援は重要であり、これらの費用は、病院の中での負担となっている。医師の業務を支援するためのコンピューターシステム導入、維持する費用として診療報酬の中で毎年、年間診療報酬額の2%を確保してほしい。

⑪特定機能病院を中心とする急性期かつ高度医療に対応する医療機関に対して治療機器、診断機導入は、医師の業務軽減を図りながら質を上げることもつながることから、診断機器、治療器を用いた診療報酬上の評価をもっと上げてほしい。しかしながら、医療機関一律にそれらの点数を引き上げることは高額医療機器の重点配備が図れないことから、高度、急性期医療を担当する医療機関について認めるような対策としてほしい。

⑫医師の時間外業務や当直で行われる夜間業務に対する診療報酬上の評価をしてほしい。勤務医師の時間外業務が国の調査によると一人平均、月間90時間にも及んでいる。勤務医は、平均で1.5人分の業務を行っていることになる。時間外換算した場合の手当てを病院が負担すると、病院の経営が成り立たなくなってしまうということが常態化していることを改善するためである。現状人員体制で行うのであれば月間90時間を時間外業務として人件費を診療報酬の中で評価するような変更を行ってほしい。

⑬医療の安全対策に診療報酬を厚くしてほしい。医師の業務軽減とともに医療の安全性を確保することにも目を向けた業務の診療報酬上の評価をしてほしい。医療安全にかかるDPC上の評価点数はあるが、もっと高く引き上げてほしい。医療安全対策が万全ではない医療機関で、医師はよい医療を行うことはできない。そして結果的に医療の安全が確保されない医療機関に医師は集まらないという悪循環が起きてくる。医療機関側で安全対策にかかる資金を用意することができるような診療報酬上の評価が求められる。

⑭保険請求業務の合理化、単純化によって事務職員の業務を診療補助に向ける仕組みを検

討してほしい。いわゆる保険請求業務は、直接医療の質を担保するものではないが、病院の中では多くの事務職員がその業務にあっており、そのための人件費負担は常識となっている。入院の診療報酬が包括請求になってもなお、出来高と包括した内容を同時に作成して請求することは、なんら医療の内容を担保することとは関係のないことである。オンライン請求がスタートし、被保険者証の電子化が行われようとしているが、保険請求にかかる業務の単純化、レセプトチェックソフトの無料提供により審査にかかる機関費用の削減などをはかりながら、請求から支払までの業務の機械化、単純化をすすめて、事務職員のマンパワーを診療支援に向けられるような体制を国策として整備して欲しい。

- ・ ①急性期病院においては交替制勤務が可能な人員配置をすることができる診療報酬としてほしい。②新設された「医師事務作業補助体制加算」をさらに充実させ、運用しやすいように増点してほしい。
- ・ 医師の業務を分担し、看護師等の専門職へ権限を与えるシステムの構築。診療報酬をアップすることにより、医師の雇用の増加が可能。医師をサポートする立場である看護師も不足しているので、更なる看護師の育成に力を入れてほしい。
- ・ 勤務医の負担軽減は病院にとって医師の確保面で重要であると認識している。しかし、軽減するための人員整備に経費がかかりすぎ、すぐには難しい。
- ・ 負担軽減＝医師の増員というのが最も容易な発想ではあるが、それを実現させるために直ちに医学部の定員を増やすというのは安直な対策と思われる。単純な医学部定員の増加は医師の質の低下、医師の給与の低下を招き、さらなる医療の破壊を招く危険もある。まずやるべきことは、ベッド数の適正化、入院期間の適正化である。地域では病院の統廃合はまだ可能であり、ベッド数を減少させ、医師を集約させることで1ベッドあたりの医師数、看護師数を増加させることができる。また、民間病院と自治体病院が競合している地域も多く、本来の自治体病院の存在意義が薄れ、民間と同様のことを行っている例も少なくない。民間と自治体の役割を明確に分けることで、ベッドの集約と意思の集約化も可能となるのではないか。また、研修医の偏在についても、改善すべきであり、地方への研修医の配属を定員化し、必ず全国に満遍なく配属されるように検討すべきである。負担軽減のためには、病床数、病院数、在院日数、医師数、研修医、医局制度、医学部のあり方をトータル的に検討する必要がある。
- ・ 勤務医の負担軽減については、開業医の休日・夜間診療を推進する等、実態とはかけ離れた政策が取られようとしているが、根本的な問題解決には程遠いと考える。これまでフリーアクセスで医療機関を受診しても良い状況から、最終的には看取りを在宅で行わなければ到底ベッド数が足りないことから、患者を在宅又は介護にシフトさせる考え方は、最近の開業件数が増えているとは言え、現在平均年齢が高齢化している（開業医の平均年齢は60歳）ことを考えれば、病院勤務者が疲弊しているからといって開業医側にシフトする考え方は安易すぎである。更にこれまで女性医師に対する処遇、対応の遅れ

も、病院から医師を去らせる要因となっている。また、現行の健康保険法では、多数の診療料を受診する場合、開業医であればすべて初再診料がかかるが、総合病院で受診すると例外はあるが、1再診料のみで良い。経済的な面で開業医へシフトする障害になることも問題と考える。

- ・人件費等で病院経営が窮迫にならないように、診療報酬の見直し検討が必要である。また、医師事務作業補助体制加算のさらなる細分化も必要である。
- ・必要医師数の確保がなくては何も先に進むことはできない。採用のための条件として、ここにあげられた条件が最優先であるとは思えない。まず、定員をはるかに上回る医師の確保が必要であり、それが可能になれば、クラークなどの問題は大きな問題とはならない。
- ・病院における夜間帯・休日の軽症患者の抑制が必要である。基本的に医療は労働集約的な側面があり、医師以外の介入のための資本（点数の加算）が必要である。
- ・施設基準の届出はしてないが、業務分担などはできる限り行っており、それに対する評価を求める。
- ・医師の充足。地域格差の問題。予算確保。
- ・医療クラークを配置するという姿勢が医師事務作業補助体制加算であり、その加算が多忙な医師の負担軽減になるようにするためには、クラークへ投資が必要である。それを踏まえた加算をぜひお願いしたい。
- ・医師事務作業補助者の増員が必要である。それを可能とする医療費総額の増額を望む。また、女性医師の活用や短時間正規雇用の条件の緩和してほしい。
- ・医師の負担軽減については、医師の充足が必須であるが、医師不足の中、確保はままならず、他職種の応援協力に頼らざるを得ないが、これらスタッフにかかる人件費経費の適正な評価が必須である。本来、医療と経営を両立させなければ安定供給が成り立たないことから、適正な診療報酬を決定してほしい。そうなれば財政の好転に伴う医師の処遇改善につながり、医師の確保が可能となる。現在の全国的な勤務医不足は、開業医への転向によるものが大半であるため、これらにブレーキをかけるためには、診療報酬上の差別化が必要である。日本医師会に負けず、過去の甲・乙表以上の格差が求められる。ドクターフィで差をつけることができなければ、投資等に見合うホスピタルフィを大きく引き上げることが必要である。さらには、勤務麻酔医の開業による大幅不足と開業による荒稼ぎには目を覆う程の醜態がある。このままでは外科系の中小病院の存続が危ぶまれる。病院が潰れたら診療部では現在の医療水準を保つことができなくなる。医療の崩壊は病院倒産でピリオドを迎えることは絶対に避けなければならない。
- ・産婦人科医師の待遇改善のため、分娩手当等の支給について検討を行っている。また、医師事務作業補助者の増員についても検討を行っている。
- ・病院勤務医の負担を軽減するためには、医師増員等体制の整備が必要と考えるが、現在の診療報酬の体系は、勤務医への評価が開業医に比べて低いのではないかと考える。特

に、三次救急を担う病院に対しては根本的な改善を望む。

- ベッド数 200～300 の地域公的病院では医師不足のため診療科の縮小・閉鎖が続いており、それが拠点病院に大きな負担を与えている。従ってこの規模の病院の医療体力が持続するような財政措置が必要と考える。真面目に医療を提供している病院が報われる政策が緊急課題である。「医師の地域偏在」が大問題と言われるが、例えば千葉県では医療過疎で病院医療の破壊が深刻な A 医療圏は人口当たり医師数が県内で最も多く、次いで B 医療圏が 2 番目に多いという事実は「医師の地域偏在」が正しい表現ではないことを意味している。この地域では、C 病院、D 病院以外の病院はすでに崩壊状態にあるが、医療圏人口当たり医師数は県内で 1 位と 2 位であるという。根本的には、医療費抑制策を医療費増加策に転じるとともに、医療費を病院にもっと配分する仕組みが緊急課題と考える。さらに言えば、医療崩壊で一身に過大な負担に耐えて地域医療を支えている拠点病院に応分の財政支援を要望する。
- 搬送先探しの軽減。
- 医師の偏在に対し、少ない科・地域に対して保険点数の上乗せをしてほしい。また、開業医との経済的格差を縮めるべく、入院の保険点数を上げる。療養型・社会的入院ができる場を多くし、後方病院への転院を促進する。医師の文書記入に対しての経済的メリットが全くない。記入医師への還元と同時に、文書等書類の合理化を図ってほしい。
- 医師確保。
- ①診療報酬の中に医師事務作業補助体制加算が設けられたことにより医師事務作業補助員を採用することが可能となった。いわゆるメディカルクラークの配置により医師業務の過剰負担が少しばかり軽減されると考える。しかしながら 25 対 1 基準であっても医師の負担は強く、さらなる改善が望まれる。②今回の医師事務作業補助体制のさらなる拡充が必要であるが、もし、この加算制度が消滅すれば、一大パニックになりうる。
- 控訴等の医療トラブルに対する医師負担の軽減が必要である。また、病院へのコンビニ受診化を防ぐための患者教育も必要である。病診の役割分担の更なる推進や医師の診療科のかたよりを是正する対策も必要である。
- 医師事務作業補助者に的確な教育とトレーニングを行う機関を充実してほしい。自院の医師にそれを全部まかせることは、更に負担を増大させる。
- 病院の保険点数と開業医の点数は分けるべきである。少なくとも外来診療をせずに病院経営が成り立つ保険制度であるべきである。
- 医師（特に勤務医）が増える施策が必要である。病院が研修医確保のため、研修できる医療機関の縛り（例えば、中国ブロックに限る）が必要である。病院と診療所（かかりつけ医）との役割を啓発し、いわゆるコンビニ受診を減らすなど勤務医の負担軽減のための施策が必要である。診療報酬の増やしてほしい。
- 課題としては、専門知識や技術が不足している。要望としては、補助ではあるが、専門的な知識や技術が必要であり、それに見合った処遇を行うための点数の引上げをしてほ

しい。

- 連続 30 時間を超える勤務が月に何回もあるような、病院勤務医の実態を改善するためには、医師の増員と、それに見合った診療報酬の見直しが必要である。小手先の手法では問題解決にならない。つまり、医師の絶対的不足を解消するために OECD 諸国並みに医師数を増やし、社会保障にかかる国家負担を引き上げる必要がある。
- 市民病院として手当の引上げ、非常勤職員の活用、院内保育所の医師への利用拡大、育児短時間勤務制度の活用などに取り組んでいるところである。病院勤務医の負担軽減に対して、診療報酬上の評価がなされたが、低い点数のため、メリットは少ない。点数の引上げや医師数による評価、当直体制の評価、開業医との格差是正などについて配慮してほしい。
- DPC の様式 1 作成業務を含めないという見解は整合性がとれない。この業務（事務作業）に関わる医師の労力は大きい。事務職員を配置できる点数になっていない。医師の増員（医学部定員の大幅増員が決定的です）。
- 診療報酬が増加すれば、非常勤医師や事務補助者を増員して勤務医の負担軽減をすることができる。また、医師の給与を引き上げることができる。

2. 医師責任者票

2-④-1 入院診療に係るあなたの業務負担が「増加した」理由

- 患者数が増加したため
 - ・患者数の増加（分娩数、手術数）。
 - ・入院患者数が増加したため。
 - ・受け持ち数が増えたため。
 - ・近隣の心臓外科手術可能施設が減少し、1年365日対応できる当院への負担が増している。
 - ・入院患者数が増加したため（近隣の病院の呼吸器科が撤退した為、紹介が増加）。

- 重症の患者が増加したため
 - ・手術、がん診療の増加。院外の業務が増加しているため、当直はなくとも時間外労働は重い。
 - ・高齢者、重症者、終末期の患者が多いため。
 - ・手術件数及び集中治療での症例数が増加したため。
 - ・在院日数短期化と稼働率向上、専門分野の手術症例の増加。
 - ・分娩数、手術件数、入院患者数がトータルで1.5～2倍に増えた。
 - ・高齢者肺炎患者の増加および繰り返し発生する病棟担当医の不足。
 - ・人工呼吸管理など重症化が進んだ。

- 救急患者が増えたため、手術が増加したため
 - ・救急が増えた。
 - ・救急患者、手術数の増加。
 - ・周辺医療機関の手術停止（麻酔医）により、当院への手術負担増加。患者の大病院志向による手術・救急患者数の増加。
 - ・救急・緊急入院となった患者の診断のための画像検査の増加、時間外対応の増加。
 - ・心臓カテーテル検査・治療の対象患者（件数）の増加。
 - ・手術件数の増加。ほぼ毎日手術で残業するようになった。

- 患者への対応に時間がかかるようになったため
 - ・患者との対応に時間がかかるようになった。
 - ・患者からの説明要求が増えている。
 - ・患者への説明時間の延長（より詳しい説明を求められる）。
 - ・患者・家族に対する説明・面談に多く時間を要する（要求されることが多い）。

○医師が減ったため

- ・科内の人員減少のため。
- ・研修医がいなくなり、仕事をみんなで分担するようになったため。
- ・医師数減のため。
- ・医師数の減少に伴い、業務分担が新たに加わったため。
- ・常勤医が1名退職したため。
- ・医師数の減少。上司が退職し、管理職も兼ねるようになったため。
- ・自分以外に内科の入院患者をみる医師がいないため。
- ・常勤医が4人から2人に減ったため。

○部下の能力不足のため

- ・部下医師の能力低下。
- ・下が仕事をしないため。
- ・部下に若手が増えたため。
- ・若手医師は数年（2～3年）で交替していくので、新しいスタッフ（医師）が業務に慣れるまでは、自分の仕事が増えるため。
- ・管理する医師の能力低下のため監督業務が増加。

○管理業務が増加したため

- ・病棟における管理・指導（基本的なことから看護師に指導する必要がある）。
- ・管理業務や会議が増えたため。
- ・教育的指導の増加。

○事務作業が増えたため

- ・事務作業量（書類）が増加したため。
- ・書くべき書類が増えているため。
- ・DPC導入に伴う事務作業が増加。
- ・入院診療時に要する事務的な仕事が増えたため。
- ・症例数増加及び入院に関わる文書（同意書等）等増加による。
- ・インフォームドコンセント関係の書類が増加し、電子カルテの稼動開始で、ムンテラ（患者やその家族への病状説明）などに非常に時間がとられてしまう。
- ・救急センター、がん救急病院を維持するため、主として統計業務が増えたため。

○電子化による業務が増加したため

- ・電子化による負担の増加。
- ・電子カルテ化による業務の増加。

- ・電子カルテシステム導入による業務増加。
- ・電子カルテ導入による操作が増え回診時間が減った。
- ・電子カルテ導入などとともに手続きも増えた。

○会議が増加したため

- ・会議が増加した。
- ・委員会活動に力を入れた。
- ・各種会議の増加。

○その他

- ・新たに分娩の取扱いが始まり、新生児治療がスタートしたため。
- ・分娩数の増加による新生児医療の増加（産科の集約化）。
- ・近隣病院の泌尿器科の閉鎖や減員のため。
- ・クラークを雇うように病院側に言っても雇ってもらえないため。
- ・患者への医療に関する情報提供が推進され、書類作成が増加したが、医療クラークの教育がまだ不十分なため、負担軽減に至っていない。
- ・病棟医長になったため。
- ・整形外科診療部長として、入院患者の在院日数・稼働率などの対応が重要になってきている。また、副院長として病院全体の在院日数、稼働率などにも気を遣っている。また、医療事故の注意点をいつも配慮している。
- ・脳神経外科、泌尿器科、神経科等の特殊科の常勤医が不在となり、その分の患者入院を診るようになったため。
- ・24時間365日、当直以外でも on-call では無給で拘束されており、救急入院患者の入院治療を行う。

2-④-1 入院診療に係るあなたの業務負担が「軽減した」理由

○医師数が増加したため

- ・医師数が増加したため。
- ・診療チームの医師が1名増員したため。
- ・後期研修医が増えたため。
- ・非常勤医師が増えたため。
- ・新しく産科部長がきてくれたため。
- ・NICUを新設し、小児科人員が2人から4人へ増えたため。

○部下が成長したため

- ・若い医師が育ったので、執刀する手間が減じたため。
- ・若手医師の分担を増やしたため。
- ・部下に受け持たせることが多くなったため。
- ・仕事を部下に委譲したため。

○担当患者が少なくなったため

- ・受け持ち患者が減少したため。
- ・直接病棟で主治医としての役割をはずした（忙しすぎて患者のところに回診に毎日行けないため）ため。
- ・時間外呼び出し当番からはずされたため。
- ・診療形態を2交替制にして、原則週40時間勤務とした。原則、主治医とならないようにしたため。

○管理業務など、他の業務に投入しているため

- ・他の業務増加のため入院診療に使う時間がとれなくなった。その分、他の医師の負担が増加したため。
- ・診療から少しずつ離れ、管理業務をしているため。
- ・病院内の診療外業務（院内委員会活動・会議・カンファレンス等）、管理業務が増加し、入院診療にほとんど関与できなくなったため。

○医師事務作業補助者など、医師以外のスタッフを活用するようになったため

- ・秘書が保険の書類を作成してくれるようになったため。
- ・代行入力で処理できるようになり、書類作成の時間が軽減したため。
- ・メディカルクラークに業務代行を依頼しているため。
- ・医療事務作業補助者が増員され、事務的な仕事が軽減したため。

- ・医師の仕事が減るよう院長が他の職員の仕事の分担を進めているため。
- ・医師事務作業補助員の導入ため。

○その他

- ・電子カルテの導入など。
- ・重症患者が少ない、産科が安定して病的新生児が少ない。
- ・重症の受け入れを制限した。

2-⑤-1 外来診療に係るあなたの業務負担が「増加した」理由

- 1件当たりの診療時間の増加
- 医師・スタッフの教育にかかる時間の増加
- 医師の減少
- 医師の能力不足
- 外来診療内容の広範化・複雑化
- 外来担当日（回数）の増加
- スタッフ（看護師を含む）不足
- 患者からの要求の増加・複雑化
- 患者の病院指向
- 患者への説明に要する時間の増加
- 近隣病院（診療所）の閉鎖・縮小等
- 検査件数の増加
- 時間外受診・救急診療の増加
- 事務作業の増加
- 重症患者の増加
- 昇進のため
- 新規設備の導入
- 電子化による煩雑化
- 患者数の増加
- その他

2-⑤-1 外来診療に係るあなたの業務負担が「軽減した」理由〈分類済み〉

- 医師（非常勤医師を含む）の増員
- 医師の能力向上
- 外来診療の廃止・他科への移行等
- 外来担当日（回数）の減少
- 患者数の減少
- 休診日の確保、診療時間の短縮
- 近隣に開業医が増えた
- 研修医の増員
- 昇進のため
- 診療体制の効率化（分担化）
- スタッフの増員
- 他院への紹介
- 病院・部署の異動
- 医師事務作業補助者等の配置による事務作業の軽減
- 予約制、紹介制とした
- その他

4-⑤ 診療科において実施した経済面での処遇改善の内容

- 基本給の増額など
 - ・ハイリスク妊娠、分娩点数を主治医に全額配分（均等）にしている。基本給は平均で 24,800 円増えた。
 - ・年棒制をとっているが、月額約 5～6 万円（手当を含め）の増額があった。
- 時間外手当の創設、オンコール手当の創設
 - ・外来診療時間の延長による手当を増額した。
 - ・休日・夜間透析の手当、手術・緊急呼出しの手当の増額があった。
 - ・時間外手当及び夜間休日呼出し手当が、平成 20 年 11 月より増額となった。また、医長以上の時間外手当が手術後管理手当として 1 日に 5,000 円となった。
 - ・時間外診療について手当がついた。
 - ・日直に時間外手当が支給されるようになった。
 - ・今までなかった超勤手当が導入された。この結果、大体、月 5～15 万円の増額となっている。

- ・時間外病棟業務や書類作成に従事した、いわゆる「時間外勤務」の申請要件を緩和し、申請時間数が増加した。
- ・時間外の（夜間・休日）呼び出し手当が、わずかであるが増額となっている。
- ・金曜日夜～日曜日昼間、祝日前夜、祝日昼間の自宅待機料がつくようになった。
- ・オンコール時の手当がつくようになった。
- ・当直以外で呼び出しされた場合に手当がつくようになった。

○分娩手当（時間外含む）の創設

- ・時間外の分娩1件につき1万円の手当が創設された（1晩2件まで）。
- ・時間外分娩手当。
- ・時間外の緊急手術は1件当たり7,000円、夜間の分娩は1件当たり5,000円の手当が支給されるようになった。
- ・分娩手当料が加算された。
- ・時間外分娩の手当が出るようになった。
- ・時間外（21:00～8:30）の分娩・緊急手術に対し、報酬が支払われることになった。1件あたり5,000～7,000円（報酬が出るのは1回の時間外当たり1件まで）。
- ・分娩件数による手当。
- ・分娩手当金の増設。緊急手術（夜間）時の応援者へ補助料金。救急母体搬送受入れ時の援助金。

○当直手当の創設

- ・1回あたりではないが、夜間当直以外や呼び出された場合に、分娩、手術加算、月4回を超える当直での加算。
- ・当直料の増額や救急当直における増額。
- ・NICUを新設し、オンコール体制であったが、当直（夜勤）手当が出るようになった。

○診断書作成料の支給

- ・診断書等の文書作成料（1部500円）が支給されるようになった。
- ・書類等の作成費として、わずか（1割）ではあるが、手当がついた。
- ・診断書類整理時間外手当ができたこと。

○その他の手当

- ・入院受入医師手当、救急患者対応手当。
- ・救急母体搬送受入の際、初診療医1名に1回約10,000円の手当。
- ・手術による緊急夜間の麻酔管理としての手当
- ・救急搬送来院患者診察を受けた時、またその患者を入院に結びつけた時に、それぞれ1,000

円を算定する。

- ・マンモグラフィー2次読影料が増額された。
- ・残業手当が1時間1,500円と増額されたことにより、月15,000円前後の増額となった。
- ・読影加算手当が支給されるようになったことにより、月60,000円前後の増額となった。

○学会活動等の支援

- ・外部資金導入による国内外学会等への出張支援。
- ・学会旅費の補助。
- ・学会活動等の支援があることにより、治験、臨床試験に積極的に参加し、学会出張用やパソコン等の高額OA機器購入に使用している。
- ・学会参加費・旅費等、可能な限り、研究費から補助している。
- ・診療実績を評価し、図書、学会出張、医療機器を優先的に考慮している。自治体病院として、予算枠があり、枠内での処遇しかできない。
- ・海外出張に対する費用の一部サポート。
- ・学会出張費の補助拡大、学会の年会費負担、コピー代、文献取り寄せ料負担、医師賠償保険費用負担。
- ・学会出席や論文作成・投稿の補助。

○育児支援当

- ・育児休暇中の女性医師の臨床復帰を促進する目的で、医局員が私的に運営管理している医局費から1人月額50,000円まで、保育園の費用を補助している。病院の制度ではないが、育児負担のある女性医師については当直の免除等の勤務軽減を行っている。

○その他

- ・ETCカードの配布

5 病院勤務医の負担軽減についての課題・ご意見

- ・待遇の改善。時間外勤務に対する正当な評価が必要である。病院当直と時間外診療の区別を明確にする。研修医に対し、勤務を魅力あるものにするため、最低賃金を上げる必要がある。
- ・医師の診療内容が複雑化しているため、20年前と比べると業務は2倍にはなっている。同じ科の中でも専門性が増しているため同一人数では診療できないようになってきている。20年前と比べると医師数は2倍くらい必要ではないかと思う。病院勤務医が減少しないようにするためには待遇の改善は急務である。そのためには診療報酬の根本的見直しが必要である（現在は開業医が有能なため、勤務医から開業医への流れがある）。開業するより勤務医のほうが有能であり、勤務医の中でも専門性を持った専門医の待遇を改善すべきである。
- ・医師不足対策としての「フィジカル・アシスタント（PA）」の導入について検討してはどうか。米国の医療も多くの問題を抱えているが、医療の分業化では学ぶべきものはある。その一つがフィジカル・アシスタント（PA）という制度だ。主に外科系医師の助手をする役割であり、60年代半ばに制度化が進んだ。大学卒業後に2～3年の専門コースを履修する。現在、全米の外科医（一般外科、胸部外科）総数の2倍近い約8万人が、PAとして医療に貢献している。PAは医師の監督責任下でかなりの権限を与えられ、手術の助手や処置、患者への説明、処方、各種書類の作成などを行う。これにより医師が本来の業務に専念し、専門性を高めることができる。最近、英国やオランダ、台湾、南アフリカなどもこの制度を導入し始めた。専門化した医療スタッフが分業することで、医療の質の向上が可能となる。医学部定員増だけでなく日本の医療に適したPA制度の導入が重要であると確信している。
- ・基本的に開業医との賃金格差が大きすぎる。また、拘束時間が長すぎる。つまり、時間当りの給与が少なすぎる。
- ・当科は、かなり以前より秘書を雇って医師が独自にしてきた診療外業務を代行してもらい、かなりの時間を削減できた。特に当科では月100枚以上の各種文書の代筆を秘書が行うようになってから、時間的負担はかなり軽減している。また、外来や入院業務でも委託可能な範囲の殆どを委託しているが、勤務時間はなかなか短縮しない。当院では、救命救急センターを有しているため、急患は24時間来院する。日勤帯に急患が入ると病棟担当医はそれに忙殺され、入院患者の回診が遅くなりがちである。それを回避するため早期より回診をして始業時間に救急病棟に入院した患者に対応するようにしている。入院患者家族に対する説明時間は年々長くなり（患者の意識が向上したためと、在院日数短縮による患者増）、1日のかなりの時間をさくようになった。同意書や入院診療計画書など説明に費やす時間は年々長くなり、かつ、電子カルテへの記載時間はそれに伴い長くなっている。救急をかかえているので（原則として断わらない）、当直のときはほぼ

眠れない。重症患者の急変や、PCIが必要になると1人当直では対応できないため、待機医師を招集している。待機医師は招集されても翌日は休みではないため負担業務になる。当直明けに仕事がないよう配置しても、いつもできる訳ではなく、多くの場合、帰宅は5時（午後）を過ぎる。人員の増加が特効薬だが、診療報酬は抑制されているので、病院側はこちらの予定通りに人員を増やすことはない。結局、どんなに我慢して頑張っても、過重労働に耐えても、殆どの病院が赤字経営を余儀なくされている根幹がある限り、医師の過重労働は減ることはない。少人数で多数の患者に対応しない限り、黒字化は夢物語にしかすぎない。患者1人1人にかかる診療時間が確実に長くなっているため、結局、超過勤務はなくなる。当院はかなり恵まれていると思うが、それでもこの現状である。私のような年齢になって疲れてくると、地方病院の惨状を知るにつけ、そこに飛びこむことに躊躇し、開業に向いてしまい、結局医師不足に拍車をかける。診療報酬の増と、経営努力をしっかりと行っている病院に対する負担減の方法の導入を検討してほしい。医療は人も手間もかかる。合理化のみで全てをまかなうと血も涙もない医療になるが、それに近いことをしなければ経営が難しい状況になっている。

- 国が医療費抑制の政策を推し進める限りにおいて、包括医療の体制をとる当院のような病院は、経費削減をせざるを得ない。医療に「効率」が求められることになり、効率を上げるために職員の労働力が必須の状態である。効率追求の医療は、リスクと背中合わせであり、常にこれが不安である。
- 大学医局から医師派遣で医師数は確保されていたが、研修医制度で大学医局は破壊され、医師派遣が不能となった。
- 責任者の年齢は高く、当直回数は減っている。平均で当直回数を算出したら、実際には当直回数は多かった。若い医師の実態がみえてこないため、平均値ではなく、実数（0～8回）など、きちんと調査してほしい。連続当直など非現実的な数字を調べても、実態はみえてこない。
- メディカルクラーク導入は、事前の予想とは異なり負担軽減に役立った。看護他部門には平成19年12月28日付通知が周知されておらず、一部通知を理解していても自己の負担増加を望まず導入することができないため、実効があがらない状態である。また、地域住人の大病院志向、専門医志向は根強く、深夜の軽症救急受診でも専門医診療を望む。住民の意識啓発を行ってはいるが、病院単独で行うには限界があり、投書も増加することが危惧される現実がある。
- 私たちの分野では、美容にシフトする人、開業にシフトする人が微増している。入院をきちんと入れる、手術をしているなどの評価がなく、朝から夜まで仕事をしていても虚しさを感じる。
- 給与が低すぎる。医者は、お金儲けのために仕事をしているわけではないが、諸外国と比較しても、あまりにも給与が低い。忙しくてもやりがいのあるサポートがなければ、若い人は集まって来ないだろう。女性医師の再就職。時間制で働ける環境づくりなどが

必要である。これはナースにも言えることである。また、医師、ナース以外の専門職をつくるべきである。

- 本調査で病院での超過勤務、当直等の評価は可能だが、「待機」については何の考慮も評価もされていない。例えば、時間通りに勤務が終わり帰宅したとしても、当番（待機）であれば、酒を飲んでゆっくりすることもできず、風呂に入っている家族に PHS の番をしてもらい、夜中の眠りも浅い。夜中に呼ばれて処置をしたとしても、病院での処理、診療の時間が1時間なら、超過勤務としては「1時間」であり、5時に終るところを6時まで仕事し、あとは待機もなくフリーな人と同じ扱いである。救急にちよくちよく呼ばれる科としては、これを「1時間の超過勤務」と同様に扱われることにとっても反発する。このような点も理解した上で、もっと十分吟味された調査票で統計処理してもらうことを希望する。
- 絵に描いた餅のような意味のない電子化や DPC により、事務的な作業にますます時間がかかり、医師の負担を増やしている。産婦人科は、保険上加算が付加した科であるにもかかわらず、「すべての科は平等」的な扱いで、負担軽減を優先してもらえない。このような政策ではあまり意味がない。むしろ、科を重点的に配慮した誘導が必要と思う。
- 産婦人科は24時間体制である。4人では当直体制はできない。ポケベル待機、オンコール呼び出しの業務負担について、アンケート調査にないことが不満である。
- 他科ローテーションをしていない世代の眼科医は、全身疾患への診療に疎く当直時における対応時に、大きなストレスを感じている。他科医師を呼ぶか否か、トリアージについても全く自信がない。迷惑をかけているだけではないかという想いと、もし自分が当直していることで患者に不利益が及ぶのではないかという想いが常にある。
- 患者や一般住民の啓蒙が非常に重要である。
- 書類が多い。
- 病院勤務医が勤務している病院の中で、公立病院はほとんどが赤字である。特に地方の公立病院は赤字でなければやっていけないのが現状である。そのような状況の中では、医師の数を増やすことは、（たとえ医師の全体数が増えたとしても）難しい。医師を増やすことと、公立病院に対する赤字の対策をしないとやっていくことはできない。医師の仕事を他のコメディカルが負担するとしても、そこでも人をやとわなければいけず、結局は病院経営を圧迫することになる。少ない金で、できるだけ質の良い医療を提供できる時代は終わったのであって、質の良い医療を受けるためには金が必要である。
- 診療行為が自己完結できると考えられる専門医の養成に時間がかかり、実診療は養成課程の医師（専門研修医）にも負担をかけている。病院からは完全交替制導入を強く要求されているが、専門医の確保、治療の継続性、質の確保など、人員数の問題だけではないところが残っている。
- 患者が安心できる診療所の質的向上。何でも大病院という患者の意識を変える（医療機

関の働きかけも必要だが、患者自身の勉強・努力もポイントである)。病院に対する何らかのサポートが必要。この3点が大きく変化しない限り、根本的な改善はない。

3. 医師票

2-④-1 入院診療に係るあなたの業務負担が「増加した」理由

- 入院患者数が増加したため
 - ・患者数が年々増えているため。
 - ・近くの病院がなくなり、患者数が増加した。
 - ・1回の当直で4~5人の入院患者が入ることもあり、救急外来だけでなく、入院業務も一気に増える。また、入退院の入れかわりが早く、退院サマリ等を書く暇がない。
 - ・緩和ケアチーム関連の仕事が増加してきている。がん診療連携拠点病院でもあり、がん診療関連の仕事も増加している。

- 重症患者が増加したため
 - ・重症患者が増えたため。
 - ・ICU入室患者数が非常に多い。
 - ・入院患者の重症度が増した。一方で、病棟スタッフの能力が低下している。
 - ・救急患者の入院・治療、重症患者（妊婦）に対する治療対応が急激に増加している。
 - ・患者数が増大するとともに、重症化している。

- 手術・分娩回数が増加したため
 - ・手術件数が増加した。
 - ・参加しなければならない手術が増えた（メンバーが変わったため）。
 - ・分娩の増加、手術の増加による。
 - ・スタッフの変更による手術の負担が大きくなった。当院ではソーシャルワーカーがいないため、医師が入院患者に対するソーシャルワーカーの仕事をしている。
 - ・分娩回数の増加（周辺の産科施設が分娩を取り扱わなくなった）。

- 時間外診療や救急診療が増加したため
 - ・周辺病院の業務縮小に伴う急患受入れの増加。
 - ・救急患者が増えたが、医師は2人のまま変わらないため。
 - ・夜間オンコールでの救急患者数および緊急手術の増加。
 - ・救急車を受け入れなければならない機会が増えた。

- 医師数が減少したため
 - ・内科系勤務医の退職と人員減により、残った医師の業務が増えた。
 - ・医師（内科）数の減少。内科入院担当が6人から4人に減少した。

- ・産婦人科医師の退職。

- 医師の能力不足があるため

- ・研修医の能力の問題。
- ・マンパワー減少のため、負担が増加した。
- ・診療料スタッフの若返りに伴い、診療・検査・手術における補助が増加した。

- 事務作業が増加したため

- ・通常のカルテ以外の書類が増加した。事務的仕事がどんどん増えている。
- ・オーダーリングシステムなどに係る事務作業が増加した。
- ・主治医意見書、診断書、退院療養計画書など書類が増加した。また、カンファレンスの開催数が増加した。
- ・DPC 化のため、事務作業が大幅に増えた。入退院のサイクルが短縮したため、書類仕事が膨大になっている。

- 電子化により負担が増加したため

- ・電子カルテの導入により、外来・入院指示に時間を要するようになり、操作を覚えるのも大変。
- ・DPC 入力や各種入院時業務の増加。インフォームドコンセントに費やす時間の増加。
- ・病名登録（DPC 入力及び通常病名入力）病状詳記、入院退院サマリ等の診療報酬業務等が全てオーダーリングシステムでの PC 入力に切り替わり、入力業務に非常に時間がかかるようになった。

- 患者や家族への対応などの負担が増加したため

- ・病状説明の頻度や時間が増加したため。
- ・患者への説明や同意書に関する手続きの大幅な増加。クレーム対応など。
- ・患者説明の時間が増えた。
- ・入院する患者数が増えた。患者を放置しておきながら、要求だけは多大な家族やクレーマーに近い人が増えた。

2-④-1 入院診療に係るあなたの業務負担が「軽減した」理由

- 医師が増えたため

- ・後輩医師が増えたため。
- ・自分より若い医師が就職してくれたため。

- ・常勤医が増えたから。
- ・若手医師の増加により軽減した。
- ・頼りになる医師の補充、及び医療クラークの補充があった。

○入院の縮小・廃止等があったため

- ・入院で行っていた検査を外来で行うようになり、入院数が減ったため。
- ・入院をとらなくなったため。
- ・DPC 導入に伴い、早期退院する患者が増えたが、入院患者数は増えなかったため。
- ・医師減少に伴い、手術症例が減少したため。
- ・医師数が減少したため、対応できなくなった分野（当院の場合は透析）の診療を中止・制限したため。

○スタッフの増員があったため

- ・病棟クラークにより保険の書類等に関する業務が軽減した。
- ・医療クラークが、入院時書類・退院時サマリ作成の補助をしてくれるようになったため。
- ・メディカルクラークの充実による。

○電子化による業務軽減

- ・電子カルテ導入に伴い、記事入力などルーチン作業が簡略化された。ただし、ルーチン以外だと他職種との連携が困難である。
- ・電子カルテ化でサマリ作成が楽になった。実診療に係る部分は変化がない。
- ・写真がフィルムレスとなり整理しなくてよくなった。

○その他

- ・産休・育休後のため、仕事内容の軽減を配慮してもらっているため。
- ・転院に関することを地域医療担当ナースが全てしてくれるようになったため。雑用が減った。
- ・当直回数が減った（歳をとったので減らしてくれた。その代わり若い医師の当直は増えた）。
- ・点滴のルート接続をナースがしてくれるようになった。

2-⑤-1 外来診療に係るあなたの業務負担が「増加した」理由

○患者数が増加したため

- ・患者数が年々増えているため。
- ・外来患者数の増加。
- ・紹介患者（新患）が、（従来、紹介先の病院で対応していた程度の方でも）増加している。
- ・紹介患者の増加。手術後通院患者の増加。

○外来の業務内容が増えたため

- ・入院で行うことを外来で処理するようになったため、外来で行うべき仕事が増えた。時間は限られているが、やらなくてはいけない事が多い。
- ・DPC 導入や、入院日数短縮の影響で外来の負担が増加した。
- ・外来化学療法患者の増加。

○近隣の病院が閉鎖・縮小したため

- ・近くの病院がなくなり、患者数が増加した。
- ・近くの病院の眼科閉鎖により、患者が急増した。救急疾患も増え、緊急オペも増え、負担が増した。
- ・患者がかなり増えたため（周辺病院の産科が閉鎖したことによる）。

○重症患者が増加したため

- ・特に手術が必要な患者が増加したため、対応に苦慮している。
- ・紹介患者（難治症例）が増加した。
- ・一人一人の患者が重症化・高齢化し、丁寧な診察が必要となっている。

○検査件数・手術件数が増加したため

- ・検査件数が増加した。
- ・手術件数の増加、セカンドオピニオン患者の増加。
- ・担当検査数が増加した。
- ・手術紹介の増加、手術後化学療法の増加。

○医師数が減少したため

- ・医師数の減少。
- ・スタッフの退職により専門領域患者が増加した。
- ・中堅医師が1名減ったため、負担が大きくなった。
- ・マンパワー減少により、外来診療での担当患者延べ人数が増えた。

- ・常勤医師数が減少し、1人当たりの担当数が増加した。

○電子化により負担が増加したため

- ・電子カルテになって診療時間が増加した。検査の予約もすべて医師の負担になっている。
- ・電子カルテ導入により、外来・入院指示に時間を要するようになり、操作を覚えるのも大変である。
- ・電子カルテ導入で、医師の仕事が増えている。

○事務作業が増加したため

- ・頻回な制度改正等による、書類等の事務作業の増加。
- ・事務処理などの負担が増えた。
- ・書類（診断書、保険会社や警察の調査文書、介護保険、各種面談調査）が増えた。
- ・主治医意見書、診断書、入院療養計画書など書類の増加。

○患者への説明に要する時間が増加したため

- ・病状説明の頻度・時間が増加した。
- ・高度医療のため、治療説明に要する時間が増加した。
- ・術前診察において説明しなければならない事項が増えた。また、それに伴い取得しなければならない同意書、書類が増加した。

○外来担当回数の増加

- ・外来診療担当日が増えた。
- ・自分の診察日以外での診察が増えたため。
- ・外来の日数が増えた。
- ・一般診療の当番回数の増加、受け持ち患者数の増加。
- ・専門外来などの分が増加したため。
- ・外来を担当する医師が減少したため、1人当たりの負担が増加となった。

○その他

- ・夜間救急室に来る患者が増えた。
- ・昨年は臨床研修医であったため、担当医として責任は少なかったが、今は主治医として業務を行っているから負担は増加している。

2-⑤-1 外来診療に係るあなたの業務負担が「軽減した」理由

- メディカルクラーク等の配置により事務作業が軽減したため
 - ・メディカルクラークがつくようになり、書類書きに関する業務が軽減された。
 - ・メディカルクラーク導入により書類業務の負担が減った。
 - ・書類作成が多く負担であったが、メディカルクラークがほぼ作成してくれるため、量が減った。
 - ・メディカルクラーク配置により書類記載に要する時間が軽減した。
 - ・医療クラークが、診断書など書類作成の補助をしてくれるようになったため。

- 医師が増えたため
 - ・医師が増加したため。
 - ・常勤医の増加。
 - ・医師の数が増えたため。
 - ・去年は2名だった小児科が3名に増えたため。
 - ・ベテラン医師が増えたため。

- 休診日の確保、診療時間の短縮、外来回数の減少があったため
 - ・医師が減少したことにより、病院として健診業務を中止したため。
 - ・外来の担当回数を減らした。
 - ・外来日数が週に3日であったのが2日減った。
 - ・外来診療日が5日から4日に減少した。
 - ・診療時間の短縮。

- 患者数が減少したため
 - ・患者数が減っている。
 - ・来院患者数が減少した。
 - ・新規の患者が減っている。

- 地域連携を推進したため
 - ・近隣のクリニックへ出来るだけ外来患者管理を依頼するようにしたため。
 - ・「逆紹介」を推進し、診療患者数が減少した。
 - ・逆紹介を増やした。
 - ・入院患者の負担増のため、外来は可能な限り、地域の開業医へ紹介している。

- 電子化による業務軽減を進めたため

- ・問診票を電子カルテに入力する業務が軽減された。
- ・文章作成がコンピュータ上でできるようになり、容易になった。

○予約制・紹介制を導入したため

- ・紹介外の患者受診日の制限を新たに設けたため。
- ・外来を予約制にしたため。
- ・外来を完全予約制にした。

2-⑮ 病院の中でどのような取組みを実施すれば、あなたの勤務状況は改善すると思うか。

○救急の受入れについて

- ・救急を1次～3次までのすべて受け入れるのではなく、1次は地域の夜間診療所へ行ってもらうことを徹底していただきたい。
- ・深夜帯の救急受診患者に対する適切なトリアージ。
- ・救急医療の階層化（一次、二次の切り離し）。

○当直後の勤務について

- ・当直翌日の休みは義務化してほしい。
- ・当直・残業手当の増額と時間制限の廃止。
- ・「当直翌日を休みにしないと、その当直医にペナルティを課す（例えば減給）」というルールを作れば改善すると思う。
- ・当直翌日は、「午後早退OK」などといったルールをつくってもらいたい。
- ・当直翌日は帰宅できる環境。残業手当をつける。
- ・当直翌日の代休がとれる診療体制（科によっては実現出来ている）。
- ・勤務時間外の強制労働をなくすか、手当を考慮するか、当日翌日は休みにするか、など休息や報酬を考慮する。
- ・連続当直をなくす配慮。現時点では、当直のローテーションは、ある法則をもとに、庶務課が決めている様子。その法則によると、連続当直が生じ得る。当直表の発表前に、修正するなどの配慮をすべき。

○経済的処遇について

- ・当直代大幅増、最低1回当たり50,000円とすべき。他のバイトより安いのは明らかにおかしい。
- ・他院でアルバイトをしなくてもすむ給与にすべき。

○医師数について

- ・麻酔科医師数の増加。救急科専門医の確保。総合内科医の増加。
- ・医師のスタッフが増員されること。
- ・医師数の増加。
- ・人員が増えないことには、当直明けの休暇も無理で、外来（消化器科の他に内科の応援もあり）の状況も改善しない。

○外来診療について

- ・外来新患予約制の導入と医療クラークによる書類作成の補助。
- ・患者を受け入れる絶対数を決める。

○業務分担について

- ・医師免許保有者でなくてはできぬことに業務を集約する。すなわち、外来・手術のみ等へ人員の集約。単に医師数を増やすのは全く意味がない。
- ・看護師の分担の増加（やらないことが多すぎる）。
- ・検査のための静脈ルート確保は看護師にやってもらいたい。
- ・予約センターがあり、検査や次回再診の予約をとってもらおう。できたら検査内容の説明もしてもらいたい。
- ・点滴業務の移行。
- ・看護師を増員し、一部は専門看護師（エキスパートナース）として育成する。
- ・患者の入室・退室などを看護師がやってくれれば、入退室の時間の削減につながる。
- ・点滴の確保や食事変更、病室の変更などの仕事を他の部署が行うようにする。
- ・コメディカルへの業務の分担（現状では、点滴など、看護師が法律上認められている行為も、医師が夜間に呼ばれて行っている）。
- ・診断書・意見書などの書類作成業務の完全分担化と、全薬剤投与の完全分担化。
- ・麻酔器など ME 機器（術中検査も含めて）の管理・保守を、ME や検査技師に担当してもらいたい。
- ・麻薬の事務処理を薬剤師が担当する。
- ・主治医意見書、MRI 検査同意書をコメディカルが対応するようにする。
- ・採血点滴、検査部や他部署への電話連絡、患者の移送・運搬、処方せんの変更入力、サマリの訂正入力など、看護師でも可能な業務や医師の口頭指示で他職種がオーダー入力可能になれば医師の業務は大幅に改善する。

○医療クラークの活用

- ・医療クラーク業務が全科に広まること。
- ・事務員を増やさず、一部を病棟や外来に配置し、各科専門医療クラークとして養成する。
- ・カルテ入力（検査・処方・注射等）については代行してほしい。
- ・医療事務による診断書等作成の代行。
- ・書類作成の補助を進めてほしい。
- ・事務書類作成、DPC入力など医療行為以外について、他職種に代行してもらおう。

○その他

- ・保険会社や介護保険書類の完全電子カルテ化し、同じことを手書きで何度も記載しなくてもよいようにする。1人の患者が4つ以上の保険会社の診断書を持参する場合がある。
- ・手術を計画的に行う。整形外科医が好き勝手に手術を予定するのをやめる。
- ・夜間の入院患者の急変に対し、当直医が対応する体制の強化。
- ・意味のない会議の削減。
- ・3交替制の導入。

2-⑰ 今後の意向の理由

【「できれば診療を辞めたい」とする理由】

○疲れた、負担が大きい

- ・自分の健康が大切。
- ・疲れ果てた。
- ・他院よりは労働条件は良いが、当直後の勤務は（ほとんど一睡もできないことが多く）過酷であるため。
- ・毎日が多忙で心身ともに疲れている。
- ・仕事の負担が大きく体力的にも精神的にも限界。上司や院長に話しても状況は改善しない。仕事での労災事故にあっても適切な対応をしてもらえない。自分の健康を害し、生命を縮めてまで医師としての業務をしなければならないのか。
- ・今後の妊娠・出産を考えると負担が大きすぎるため。
- ・夜間救急に対する体力的限界。

○リスクが大きい

- ・高いリスクに相当する見返りが無い。例えば、残業代には上限が設けられている。
- ・最近ではクレマーが多く、訴訟のリスクも高い。仕事の忙しさの割に給料が安い。
- ・医療訴訟のリスクを考えると、現在の待遇では全く割に合わないため。
- ・治療困難な症例に対する訴訟の増加等。

○報われない、不公平である

- ・仕事は増加する一方で、自分の体力は落ちてくる。病院内でも働かない医師と、働く医師の評価が同じなのは、不平等と感じる。
- ・希望が持てない。
- ・報われない。
- ・身を削って診療にあたっても報われず、やりがいのなさを感じる。
- ・苦勞しても患者から文句を言われ、憎まれるのがしんどい。

○充実感がない

- ・労働内容に比して、精神的な充足感がない（10年前は充分にあった）。
- ・成功報酬が低い（困難な手術であっても成功は当然という患者・家族の認識）。

○生活の困難さ

- ・生活の不規則さ。
- ・育児との両立が困難。
- ・精神的・体力的に辛すぎる。すでに体調もおかしく、このままだと病気になる。また、人間らしい生活が送れず、生きている意味がない。
- ・疲労が多い。いつも呼び出されるかわからないので、人と約束できない。

○その他

- ・夢の実現のため。

以上

中医協 検 - 2 - 2
2 1 . 4 . 2 2

診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 20 年度調査）

外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査

報告書（案）

◆◆ 目 次 ◆◆

| | |
|---|----|
| 1. 目的 | 1 |
| 2. 調査対象 | 1 |
| (1) 病院調査 | 1 |
| (2) 診療所調査 | 1 |
| (3) 患者調査 | 1 |
| 3. 調査方法 | 2 |
| (1) 病院調査・診療所調査 | 2 |
| (2) 患者調査 | 2 |
| 4. 調査項目 | 3 |
| 5. 結果概要 | 4 |
| (1) 回収の状況 | 4 |
| (2) 病院調査・診療所調査の結果概要 | 5 |
| 1) 施設属性 | 5 |
| ①病院の施設属性 | 5 |
| ②診療所の施設属性 | 7 |
| 2) 外来診療の状況 | 9 |
| ①外来診療を行っている診療科（病院・診療所） | 9 |
| ②外来診療を行っている主たる診療科（病院・診療所） | 10 |
| ③主たる診療科における表示診療時間（病院・診療所） | 11 |
| ④診療所における外来診療実日数（平成 20 年 10 月 1 か月間） | 12 |
| ⑤診療所における医師全員の合計診療時間（平成 20 年 10 月 1 か月間） | 12 |
| ⑥病院・診療所における外来担当医師数（常勤換算） | 12 |
| 3) 外来患者数及び外来管理加算算定回数（平成 20 年 10 月 1 か月間） | 13 |
| ①病院における外来患者数及び外来管理加算算定回数（平成 20 年 10 月 1 か月間） | 13 |
| ②診療所における外来患者数及び外来管理加算算定回数（平成 20 年 10 月 1 か月間） | 14 |
| 4) 外来管理加算の算定状況（平成 20 年 10 月末現在） | 16 |
| ①外来管理加算の算定状況（平成 20 年 10 月末現在） | 16 |
| ②平成 20 年 4 月以降に外来管理加算の算定を開始した施設の主たる診療科別内訳 | 17 |
| ③外来管理加算の算定をしていない施設の主たる診療科別内訳 | 17 |
| ④外来管理加算算定患者に対して必ず行っている診療内容 | 19 |
| ⑤外来管理加算算定患者 1 人あたりの平均診察時間 | 20 |
| ⑥診療科別の外来管理加算算定患者の 1 人あたり平均診察時間 | 21 |
| 5) 外来管理加算の意義付けの見直しによる影響 | 22 |
| 6) 外来管理加算の意義付けの見直しによる経営上の影響（自由記述式） | 34 |
| 7) 望ましい「懇切丁寧な説明」 | 35 |
| ①望ましい「懇切丁寧な説明」の内容（病院・診療所） | 35 |

| | |
|--------------------------------------|----|
| (3) 患者調査の結果概要 | 37 |
| ①患者の基本属性 | 37 |
| ②患者の通院状況 | 41 |
| ③診察内容等の変化（同じ医療機関に1年以上通院している患者） | 49 |
| ④診察を受けた時の状況 | 57 |
| ⑤外来管理加算の時間の目安についての考え | 74 |
| 6. まとめ | 89 |
| (1) 病院調査・診療所調査 | 89 |
| (2) 患者調査 | 90 |

参考資料

1. 目的

平成 20 年 4 月の診療報酬改定では、「外来管理加算を見直し、外来で継続的な治療管理を要する患者に対し、医師が患者の療養上の疑問に答え、疾病・病状や療養上の注意等に係る説明を懇切丁寧に行うなどの、療養継続に向けた医師の取組への評価とする」として、外来管理加算の意義付けの見直しが行われた。また、外来管理加算について懇切丁寧な説明を行うこととして 5 分の目安が要件とされた。

本調査は、外来管理加算の意義付けの見直しによる医療機関への影響及び患者への影響を把握することによって、診療報酬改定の効果を検証することを目的とする。

2. 調査対象

本調査では、「病院調査」、「診療所調査」、「患者調査」の 3 つの調査を実施した。

(1) 病院調査

本調査では、全国の、一般病床数が 200 床未満の病院を調査対象とし、このうち、無作為抽出した病院 1,500 施設を「病院調査」の客体とした。

(2) 診療所調査

同様に、全国の一般診療所を調査対象とし、このうち、無作為抽出した一般診療所 2,000 施設を「診療所調査」の客体とした。

(3) 患者調査

上記 (1)「病院調査」及び (2)「診療所調査」の対象施設に調査日（平成 20 年 12 月 8 日または 12 月 9 日）に受診した「再診の患者」を本調査の調査対象とした。

患者客体数は、1 施設につき最大 4 名とした 1。内訳は、「外来管理加算を算定した患者」2 名、「外来管理加算を算定しなかった患者」（検査、リハビリテーション、精神科専門療法、処置、手術、麻酔、放射線治療を行っていない再診患者）2 名である。

図表 1 患者調査の客体数（1 施設ごとに以下の 4 名）

| | 午前診療 | 午後診療 |
|------------------|------|------|
| 外来管理加算を算定した患者 | 1 名 | 1 名 |
| 外来管理加算を算定しなかった患者 | 1 名 | 1 名 |

※午後診療（午前診療）を行っていない場合は、午前診療（午後診療）の患者から各 2 名とした。

1 該当者がいない場合もあるため、「最大 4 名」となる。

3. 調査方法

(1) 病院調査・診療所調査

本調査では、「病院調査」及び「診療所調査」の対象施設の開設者・管理者宛に、施設の概要や外来診療の状況、外来管理加算の算定状況、外来管理加算の意義付けの見直しによる影響、課題等を尋ねる自記式調査票（「病院票」「診療所票」）を郵送により配布した。

また、回答いただいた調査票は、本調査事務局宛の専用返信用封筒を用いて郵送により回収した。

調査は、平成20年12月～平成21年1月に実施した。

(2) 患者調査

患者調査については、患者の基本属性や通院状況、診察内容に対する満足度、外来管理加算に関する認知度や考え等を尋ねる自記式調査票（「患者票」）を、上記（1）病院調査・診療所調査の調査票と同封の上、郵送により、対象施設の開設者・管理者宛に郵送した。

患者への調査票配付は、対象施設を通じて行った。正確な実態把握のため、患者からの質問等については対象施設では回答せず、本調査事務局までに連絡するように依頼した。

また、患者票の回収は、本調査事務局宛の専用返信用封筒を用いて、患者から直接、郵送により行った。

調査は、平成20年12月～平成21年1月に実施した。

4. 調査項目

本調査の主な項目は次のとおりである。

図表 2 調査項目

| 調査区分 | 主な内容 |
|-------|---|
| 病院調査 | <ul style="list-style-type: none">・施設の概要（開設者、許可病床数、職員数、外来担当医師数等）・外来診療の状況（外来診療を行っている診療科、主たる診療科、表示している診療時間、外来患者延べ人数、初診患者数、再診患者延べ人数、外来管理算定回数等）・外来管理加算の算定状況（算定状況、診療内容、平均診察時間等）・外来管理加算の意義付けの見直しによる影響・「懇切丁寧な説明」に対する考え・外来管理加算についての課題等 |
| 診療所調査 | <ul style="list-style-type: none">・施設の概要（開設者、種別、職員数、外来担当医師数等）・外来診療の状況（外来診療を行っている診療科、主たる診療科、表示している診療時間、外来診療実日数、実際診療時間、外来患者延べ人数、初診患者数、再診患者延べ人数、外来管理算定回数等）・外来管理加算の算定状況（算定状況、診療内容、平均診察時間等）・外来管理加算の意義付けの見直しによる影響・「懇切丁寧な説明」に対する考え・外来管理加算についての課題等 |
| 患者調査 | <ul style="list-style-type: none">・基本属性（性別、年齢、傷病）・通院状況（受診した診療科、通院頻度、通院期間）・診療内容等の変化の有無・診察状況等（診察時間、診察内容、診察内容に対する満足度・評価、診察時間に対する評価、医師の説明内容についての理解度等）・外来管理加算についての考え等（時間要件についての考え、「懇切丁寧な説明」についての要望、外来管理加算の認知度、要望等） |

5. 結果概要

(1) 回収の状況

病院調査の有効回収数は 486 件、有効回収率は 32.4%であった。診療所調査の有効回収数は 585 件、有効回収率は 29.3%であった。

また、患者調査の有効回収人数は 1,933 件であった。

図表 3 回収の状況

| | 有効回収数 | 有効回収率 |
|-------|-------|-------|
| 病院調査 | 486 | 32.4% |
| 診療所調査 | 585 | 29.3% |
| 患者調査 | 1,933 | — |

※病院調査・診療所調査については、外来診療を行っていない医療機関を無効票として除き、有効回収数とした。

※患者調査については、リハビリテーション・処置などを実施した再診患者を無効票として除き、有効回収数とした。

(2) 病院調査・診療所調査の結果概要

【調査対象等】

○病院調査

調査対象：全国の病院の中から無作為に抽出した病院。ただし、一般病床数が 200 床未満の病院とした。

回答数：486 施設

回答者：開設者・管理者

○診療所調査

調査対象：全国の一般診療所の中から無作為に抽出した一般診療所

回答数：585 施設

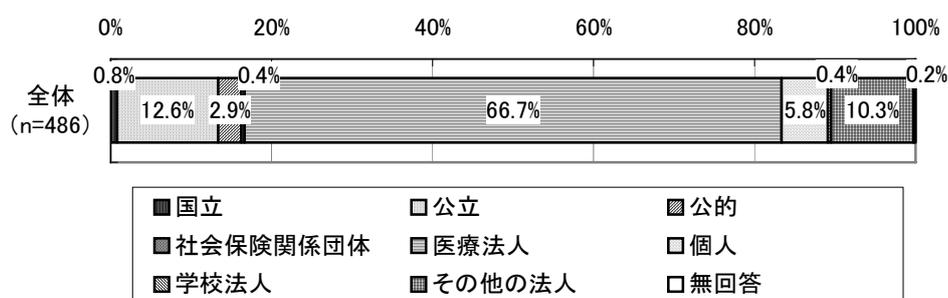
回答者：開設者・管理者

1) 施設属性

①病院の施設属性

病院の開設主体についてみると、「医療法人」(66.7%)が最も多く、次いで「公立」(12.6%)、「その他の法人」(10.3%)、「個人」(5.8%)、「公的」(2.9%)、「国立」(0.8%)と続いた。

図表 4 病院の開設主体

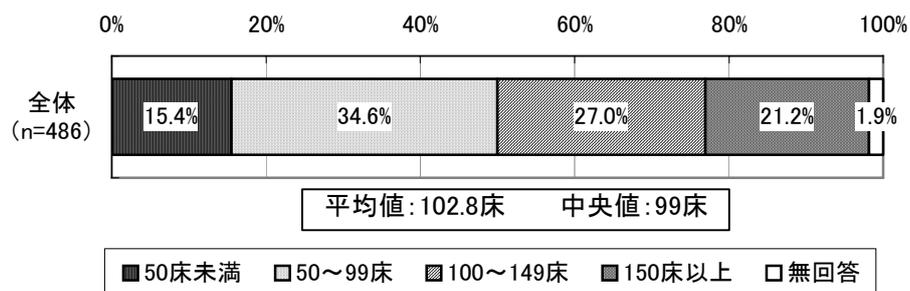


※参考：開設主体の内訳

| | |
|----------|--|
| 国立 | 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（国） |
| 公立 | 都道府県、市町村、地方独立行政法人 |
| 公的 | 日本赤十字社、済生会、北海道社会事業協会、全国厚生農業協同組合連合会、国民健康保険団体連合会 |
| 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、船員保険会、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合 |
| その他の法人 | 公益法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他の法人 |

病院の許可病床数についてみると、「50～99床」（34.6%）が最も多く、次いで「100～149床」（27.0%）、「150床以上」（21.2%）、「50床未満」（15.4%）と続いた。許可病床数の平均は、102.8床、中央値は99床であった。

図表 5 病院の病床規模



病院の職種別職員数(常勤換算)についてみると、1施設あたりのそれぞれの平均人数は、「医師」が7.6人、「歯科医師」が1.6人、「薬剤師」が2.4人、「看護職員」が45.0人であった。

図表 6 病院の職種別職員数(常勤換算)(n=461)

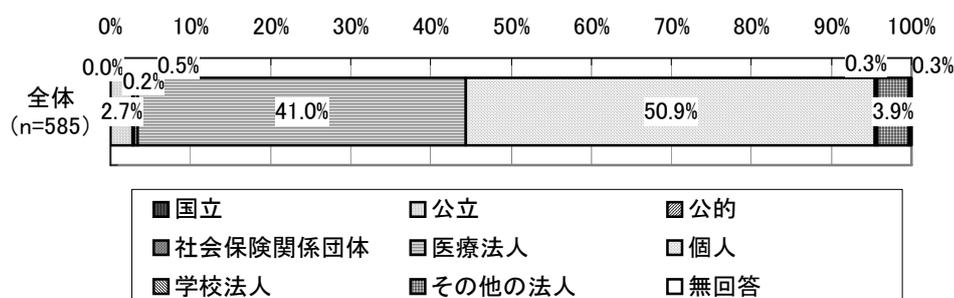
| | 平均値 | 標準偏差 | 最大値 | 最小値 | 中央値 |
|---------|------|------|-------|-----|------|
| 医師(人) | 7.6 | 4.8 | 32.5 | 1.0 | 6.4 |
| 歯科医師(人) | 1.6 | 22.9 | 428.8 | 0.0 | 0.0 |
| 薬剤師(人) | 2.4 | 1.6 | 12.5 | 0.0 | 2.0 |
| 看護職員(人) | 45.0 | 30.8 | 150.4 | 0.0 | 39.6 |
| その他(人) | 42.4 | 32.8 | 146.4 | 0.0 | 37.3 |
| 合計(人) | 99.0 | 65.7 | 574.2 | 2.0 | 89.0 |

(注) 歯科医師の人数最大値は歯科大学附属病院の数値。

②診療所の施設属性

診療所の開設主体についてみると、「個人」(50.9%)が最も多く、次いで「医療法人」(41.0%)、「その他の法人」(3.9%)、「公立」(2.7%)と続いた。

図表 7 診療所の開設主体

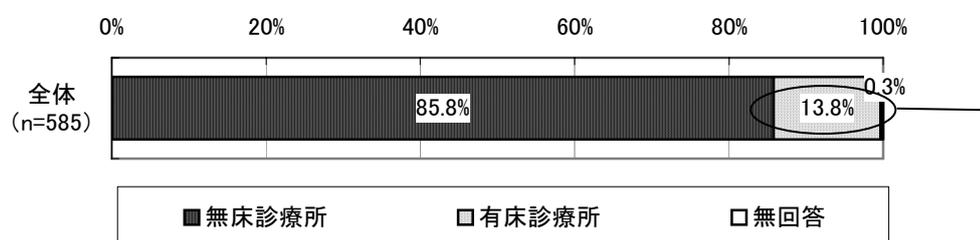


※参考：開設主体の内訳

| | |
|----------|--|
| 国立 | 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（国） |
| 公立 | 都道府県、市町村、地方独立行政法人 |
| 公的 | 日本赤十字社、済生会、北海道社会事業協会、全国厚生農業協同組合連合会、国民健康保険団体連合会 |
| 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、船員保険会、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合 |
| その他の法人 | 公益法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他の法人 |

診療所の種別についてみると、「無床診療所」が 85.8%、「有床診療所」が 13.8%であった。有床診療所の許可病床数の平均は 13.3 床（標準偏差 6.4、中央値 15.0）であった。

図表 8 診療所の種別



図表 9 有床診療所の許可病床数 (n=80)

| | 平均値 | 標準偏差 | 最大値 | 最小値 | 中央値 |
|----------|------|------|------|-----|------|
| 許可病床数(床) | 13.3 | 6.4 | 19.0 | 1.0 | 15.0 |

(注) 許可病床数が不明の施設が 1 施設あったため、これを除いた数で集計した。

診療所の職種別職員数（常勤換算）についてみると、1施設あたりのそれぞれの平均人数は、「医師」が1.3人、「歯科医師」が0.0人、「薬剤師」が0.1人、「看護職員」が2.7人であった。

図表 10 診療所の職種別職員数（常勤換算）（n=579）

| | 平均値 | 標準偏差 | 最大値 | 最小値 | 中央値 |
|---------|-----|------|------|-----|-----|
| 医師(人) | 1.3 | 1.1 | 18.1 | 0.1 | 1.0 |
| 歯科医師(人) | 0.0 | 0.1 | 1.0 | 0.0 | 0.0 |
| 薬剤師(人) | 0.1 | 0.2 | 2.0 | 0.0 | 0.0 |
| 看護職員(人) | 2.7 | 3.2 | 27.0 | 0.0 | 2.0 |
| その他(人) | 3.6 | 5.0 | 68.0 | 0.0 | 2.5 |
| 合計(人) | 7.6 | 8.2 | 91.0 | 0.1 | 6.0 |

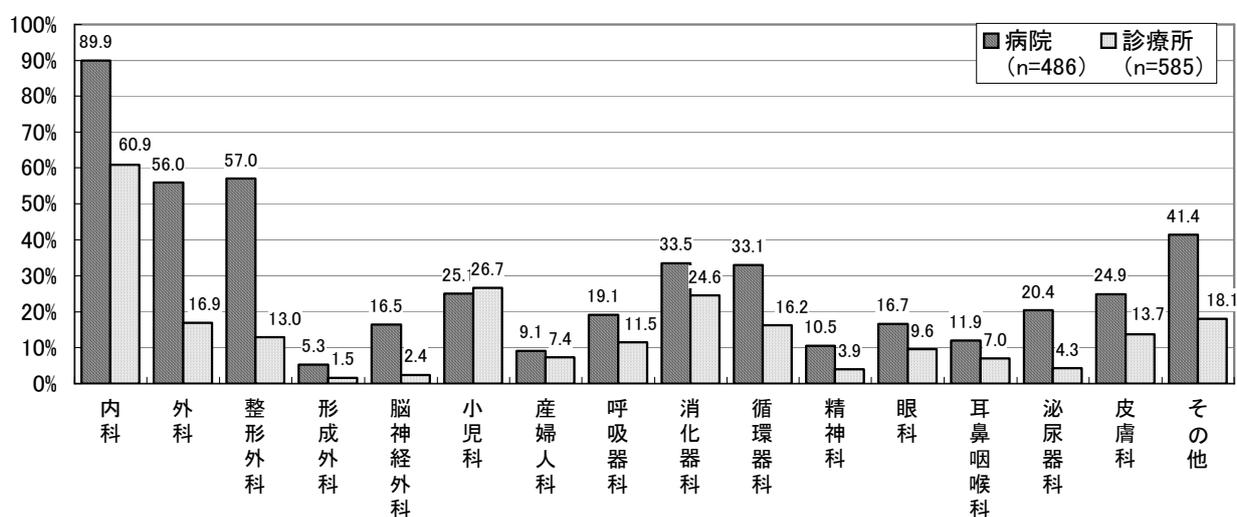
（注）職員数について無回答の施設が6施設あったため、これを除いた数で集計した。

2) 外来診療の状況

①外来診療を行っている診療科（病院・診療所）

外来診療を行っている診療科をみると、病院、診療所ともに「内科」（それぞれ 89.9%、60.9%）が最も多かった。次いで、病院では「整形外科」（57.0%）、「外科」（56.0%）、「消化器科」（33.5%）、「循環器科」（33.1%）となった。診療所では「小児科」（26.7%）、「消化器科」（24.6%）、「外科」（16.9%）、「循環器科」（16.2%）であった。

図表 11 外来診療を行っている診療科（複数回答）

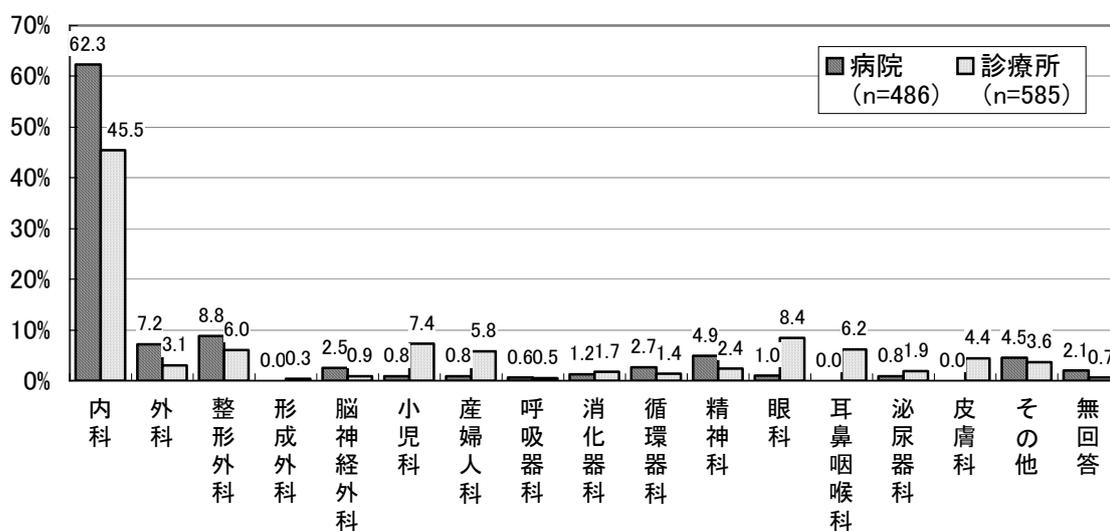


(注) 「その他」の内容として、「リハビリテーション科」、「リウマチ科」、「放射線科」、「神経内科」、「心療内科」、「胃腸科」、「肛門科」等があげられた。

②外来診療を行っている主たる診療科（病院・診療所）

外来診療を行っている主たる診療科についてみると、病院、診療所ともに「内科」（それぞれ 62.3%、45.5%）が最も多かった。次いで、病院では「整形外科」（8.8%）、「外科」（7.2%）、「精神科」（4.9%）となった。診療所では「眼科」（8.4%）、「小児科」（7.4%）、「耳鼻咽喉科」（6.2%）であった。

図表 12 外来診療を行っている主たる診療科（単数回答）

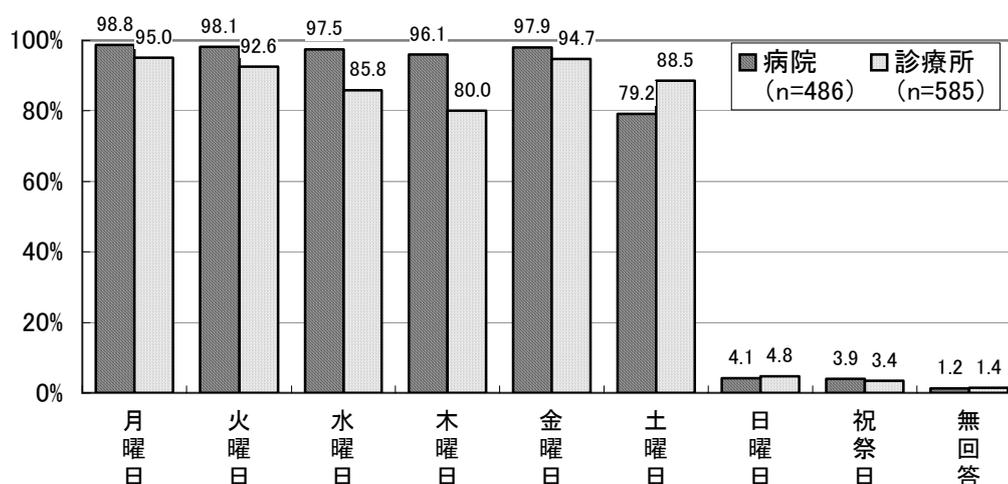


(注) 「その他」の内容として、「リハビリテーション科」、「神経内科」、「肛門科」、「麻酔科」等があげられた。

③主たる診療科における表示診療時間（病院・診療所）

主たる診療科における表示診療曜日を見ると、病院では月曜日から金曜日（それぞれ98.8%、98.1%、97.5%、96.1%、97.9%）が9割以上となり、「土曜日」は79.2%、「日曜日」は4.1%、「祝祭日」は3.9%であった。診療所では、「月曜日」（95.0%）、「火曜日」（92.6%）、「金曜日」（94.7%）が9割以上、「水曜日」（85.8%）、「木曜日」（80.0%）、「土曜日」（88.5%）が8割以上、「日曜日」は4.8%、「祝祭日」は3.4%であった。

図表 13 主たる診療科における表示診療曜日



主たる診療科における1施設あたりの表示診療時間（1週間合計）の平均は、「病院」が36.8時間（標準偏差10.5、中央値38.0）、「診療所」が32.6時間（標準偏差10.4、中央値33.5）であった。

図表 14 主たる診療科における表示診療時間（1週間合計）

| | 平均値 | 標準偏差 | 最大値 | 最小値 | 中央値 |
|-------------|------|------|------|-----|------|
| 病院 (n=480) | 36.8 | 10.5 | 66.5 | 8.0 | 38.0 |
| 診療所 (n=577) | 32.6 | 10.4 | 66.0 | 0.8 | 33.5 |

（注）表示診療時間について無回答の施設が、病院では6施設、診療所では8施設あったため、これを除いた数で集計した。

④診療所における外来診療実日数（平成 20 年 10 月 1 か月間）

診療所における外来診療実日数（平成 20 年 10 月 1 か月間）の平均は、19.5 日（標準偏差 6.1、中央値 21.5）であった。

図表 15 診療所における外来診療実日数（平成 20 年 10 月 1 か月間）（n=562）

| | 平均値 | 標準偏差 | 最大値 | 最小値 | 中央値 |
|------------|------|------|------|-----|------|
| 外来診療実日数(日) | 19.5 | 6.1 | 27.0 | 0.3 | 21.5 |

（注）外来診療実日数について無回答の施設が、23 施設あったため、これを除いた数で集計した。

⑤診療所における医師全員の合計診療時間（平成 20 年 10 月 1 か月間）

診療所における医師全員の合計診療時間（平成 20 年 10 月 1 か月間）の平均は、162.7 時間（標準偏差 162.9、中央値 150.5）であった。

図表 16 診療所における医師全員の合計診療時間（平成 20 年 10 月 1 か月間）（n=544）

| | 平均値 | 標準偏差 | 最大値 | 最小値 | 中央値 |
|-------------------|-------|-------|---------|-----|-------|
| 医師全員の外来診療時間合計(時間) | 162.7 | 162.9 | 3,182.5 | 3.5 | 150.5 |

（注）・医師全員の合計診療時間であるため、1 か月の合計時間（24 時間×31 日=744 時間）を超えるものがある。

・医師全員の合計診療時間について無回答の施設が 41 施設あったため、これを除いた数で集計した。

⑥病院・診療所における外来担当医師数（常勤換算）

病院・診療所における外来担当医師数（常勤換算）の平均は、病院が 5.9 人（標準偏差 4.9、中央値 4.4）、診療所が 1.3 人（標準偏差 0.9、中央値 1.0）であった。

図表 17 病院・診療所における外来担当医師数（常勤換算）

| | 平均値 | 標準偏差 | 最大値 | 最小値 | 中央値 |
|------------|-----|------|------|-----|-----|
| 病院(n=408) | 5.9 | 4.9 | 32.5 | 0.4 | 4.4 |
| 診療所(n=572) | 1.3 | 0.9 | 18.1 | 0.1 | 1.0 |

（注）外来担当医師数について無回答の施設が、病院では 78 施設、診療所では 13 施設あったため、これを除いた数で集計した。

3) 外来患者数及び外来管理加算算定回数（平成 20 年 10 月 1 か月間）

①病院における外来患者数及び外来管理加算算定回数（平成 20 年 10 月 1 か月間）

病院における外来患者数についてみると、全診療科におけるすべての外来診療患者延べ人数は、平均 3,027.7 人で、そのうち初診患者数の平均は 347.1 人、再診患者延べ人数の平均は 2,680.6 人、外来管理加算の算定回数の平均は 1,101.6 回であった。この結果、再診患者延べ人数に占める、外来管理加算の算定回数割合は、平均 41.1%であった。

診療科別に外来管理加算算定割合についてみると、最も加算算定割合の高い診療科は、呼吸器科（75.8%）であり、次いで循環器科（61.6%）、消化器科（59.0%）、皮膚科（56.7%）、内科（55.3%）、小児科（53.0%）、脳神経外科（52.1%）であった。一方、最も加算算定割合の低い診療科は眼科（2.1%）であり、次いで、精神科（6.2%）、耳鼻咽喉科（15.0%）であった。

図表 18 病院における外来患者数及び外来管理加算算定回数（平成 20 年 10 月 1 か月間）
平均値（n=313）

| | ①すべての 外来診療患 者延べ人数 (人) | ②初診患者 数(人) | ③再診患者 延べ人数 (人) | ④外来管理 加算算定回 数(回) | ⑤加算算定 割合 (④/③) |
|-------|--------------------------------|---------------|----------------------|------------------------|----------------------|
| 全体 | 3,027.7 | 347.1 | 2,680.6 | 1,101.6 | 41.1% |
| 内科 | 1,124.2 | 96.7 | 1,027.5 | 568.0 | 55.3% |
| 外科 | 235.0 | 30.6 | 204.4 | 78.6 | 38.5% |
| 整形外科 | 622.2 | 64.4 | 557.8 | 175.9 | 31.5% |
| 形成外科 | 2.1 | 0.5 | 1.6 | 0.5 | 30.9% |
| 脳神経外科 | 91.1 | 13.4 | 77.7 | 40.5 | 52.1% |
| 小児科 | 118.7 | 52.7 | 66.0 | 35.0 | 53.0% |
| 産婦人科 | 43.6 | 7.6 | 36.0 | 12.3 | 34.2% |
| 呼吸器科 | 26.8 | 2.5 | 24.3 | 18.4 | 75.8% |
| 消化器科 | 59.0 | 6.8 | 52.2 | 30.8 | 59.0% |
| 循環器科 | 99.3 | 7.3 | 91.9 | 56.6 | 61.6% |
| 精神科 | 85.5 | 1.8 | 83.7 | 5.2 | 6.2% |
| 眼科 | 131.8 | 21.7 | 110.1 | 2.3 | 2.1% |
| 耳鼻咽喉科 | 49.7 | 9.9 | 39.8 | 6.0 | 15.0% |
| 泌尿器科 | 74.9 | 8.1 | 66.8 | 31.3 | 46.9% |
| 皮膚科 | 43.3 | 8.6 | 34.7 | 19.7 | 56.7% |

(注) すべての項目について欠損値のないサンプルで集計を行った。

②診療所における外来患者数及び外来管理加算算定回数（平成 20 年 10 月 1 か月間）

診療所における外来患者数は、平均 1,227.8 人（標準偏差 1,115.8、中央値 1,015.5）であった。すべての外来患者延べ人数のうち、初診患者数の平均は 201.6 人（標準偏差 242.8、中央値 109.0）、再診患者延べ人数の平均は 1,026.3 人（標準偏差 1,012.0、中央値 826.5）であった。外来管理加算の算定回数についてみると、平均 420.4 回（標準偏差 507.3、中央値 262.0）であった。この結果、再診患者延べ人数に占める、外来管理加算算定割合は、平均 41.0%であった。

図表 19 診療所における外来患者数及び外来管理加算算定回数（平成 20 年 10 月 1 か月間）
(n=512)

| | 平均値 | 標準偏差 | 最大値 | 最小値 | 中央値 |
|------------------|---------|---------|----------|-----|---------|
| ①すべての外来患者延べ人数(人) | 1,227.8 | 1,115.8 | 10,979.0 | 6.0 | 1,015.5 |
| ②初診患者数(人) | 201.6 | 242.8 | 1,683.0 | 0.0 | 109.0 |
| ③再診患者延べ人数(人) | 1,026.3 | 1,012.0 | 9,296.0 | 0.0 | 826.5 |
| ④外来管理加算の算定回数(回) | 420.4 | 507.3 | 6,052.0 | 0.0 | 262.0 |
| ⑤加算算定割合(④／③) | 41.0% | - | - | - | - |

(注) 外来患者数及び外来管理加算算定回数について無回答の施設が 73 施設あったため、これを除いた数で集計した。

施設数が 20 施設を超えた診療科に限定して、診療所における主たる診療科別の外来管理加算算定回数・割合についてみると、「内科」の外来管理加算算定割合は 65.3%で最も高かった。次いで、「小児科」が 50.8%、「皮膚科」が 40.4%、「産婦人科」が 33.0%となった。一方、外来管理加算算定割合が低い診療科としては、「耳鼻咽喉科」(2.1%)、「眼科」(2.7%)、「整形外科」(12.9%)となった。

図表 20 診療所における主たる診療科別の外来管理加算算定回数・割合 (n=512)

| | 施設数 | ①すべての外来患者延べ人数(人) | ②初診患者数(人) | ③再診患者延べ人数(人) | ④外来管理加算の算定回数(回) | ⑤加算算定割合(④/③) |
|-------|-----|------------------|-----------|--------------|-----------------|--------------|
| 全体 | 512 | 1,227.8 | 201.6 | 1,026.3 | 420.4 | 41.0% |
| 内科 | 228 | 1,007.7 | 127.8 | 880.0 | 574.6 | 65.3% |
| 外科 | 16 | 1,384.6 | 131.4 | 1,253.3 | 512.6 | 40.9% |
| 整形外科 | 27 | 2,811.1 | 214.0 | 2,597.1 | 335.2 | 12.9% |
| 形成外科 | 2 | 415.5 | 188.5 | 227.0 | 132.0 | 58.1% |
| 脳神経外科 | 5 | 1,549.0 | 316.8 | 1,232.2 | 1,063.6 | 86.3% |
| 小児科 | 38 | 959.7 | 444.5 | 515.2 | 261.5 | 50.8% |
| 産婦人科 | 31 | 948.1 | 138.9 | 809.2 | 267.2 | 33.0% |
| 呼吸器科 | 2 | 1,157.5 | 197.5 | 960.0 | 786.5 | 81.9% |
| 消化器科 | 9 | 1,830.8 | 190.0 | 1,640.8 | 982.1 | 59.9% |
| 循環器科 | 8 | 870.1 | 79.9 | 790.3 | 677.0 | 85.7% |
| 精神科 | 10 | 971.5 | 35.4 | 936.1 | 142.3 | 15.2% |
| 眼科 | 46 | 1,338.5 | 229.5 | 1,109.1 | 30.3 | 2.7% |
| 耳鼻咽喉科 | 35 | 1,567.1 | 409.0 | 1,158.0 | 23.9 | 2.1% |
| 泌尿器科 | 11 | 760.5 | 114.5 | 645.9 | 424.6 | 65.7% |
| 皮膚科 | 23 | 1,687.8 | 476.4 | 1,211.3 | 489.9 | 40.4% |
| その他 | 17 | 1,390.4 | 143.3 | 1,247.1 | 353.9 | 28.4% |
| 不明 | 4 | 922.5 | 103.5 | 819.0 | 431.8 | 52.7% |

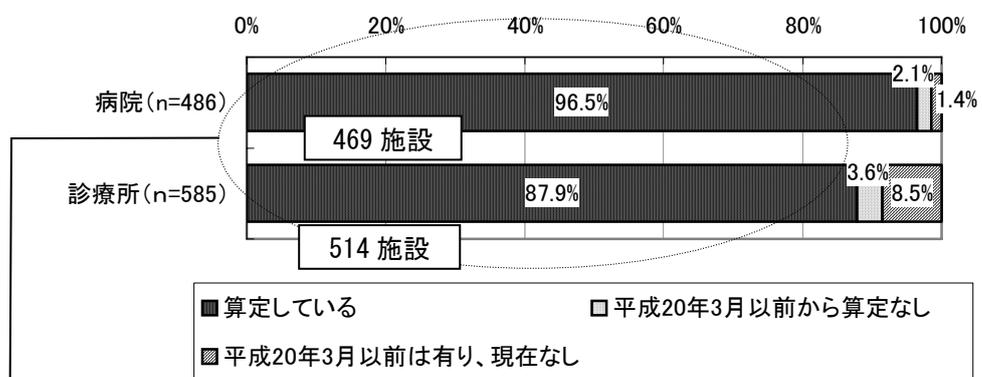
4) 外来管理加算の算定状況（平成 20 年 10 月末現在）

①外来管理加算の算定状況（平成 20 年 10 月末現在）

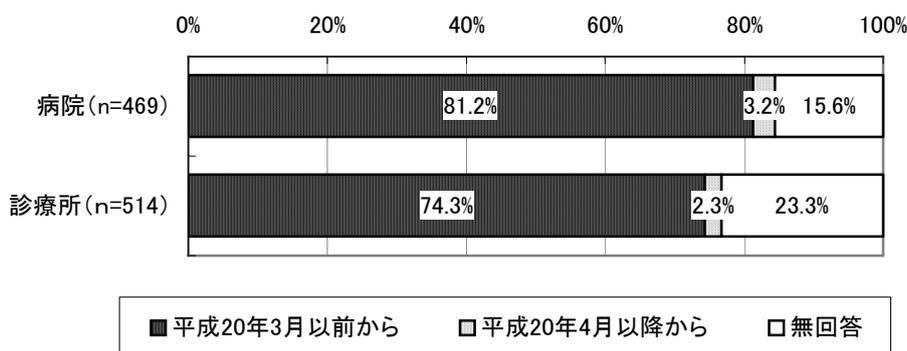
外来管理加算の算定状況についてみると、「算定している」と回答した病院は 96.5%、診療所は 87.9%であり、「平成 20 年 3 月以前から算定していない」と回答した病院は 2.1%、診療所は 3.6%であった。また、「平成 20 年 3 月以前はあったが、現在はない」と回答した病院は 1.4%、診療所は 8.5%で、診療所の割合がやや高くなった。

次に、平成 20 年 10 月末現在で外来管理加算を算定している病院と診療所における算定開始時期についてみると、「平成 20 年 3 月以前から」の病院が 81.2%、診療所が 74.3%であった。一方、「平成 20 年 4 月以降から」の病院は 3.2%、診療所は 2.3%であった。

図表 21 外来管理加算の算定状況等（平成 20 年 10 月末現在）



図表 22 外来管理加算の算定開始時期（平成 20 年 10 月末現在）



②平成 20 年 4 月以降に外来管理加算の算定を開始した施設の主たる診療科別内訳

平成 20 年 4 月以降に外来管理加算の算定を開始した施設の主たる診療科別内訳をみると、病院、診療所ともに「内科」がそれぞれ 11 施設（73.3%）、7 施設（63.6%）で最も多かった。「外科」、「眼科」「耳鼻咽喉科」、「皮膚科」については、病院、診療所ともに該当がなかった。

図表 23 平成 20 年 4 月以降に外来管理加算の算定を開始した施設の
主たる診療科別内訳

| 主たる診療科 | 病院 | | 診療所 | |
|--------|-----|--------|-----|--------|
| | 施設数 | 割合 | 施設数 | 割合 |
| 全体 | 15 | 100.0% | 11 | 100.0% |
| 内科 | 11 | 73.3% | 7 | 63.6% |
| 外科 | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |
| 整形外科 | 2 | 13.3% | 1 | 9.1% |
| 脳神経外科 | 1 | 6.7% | 0 | 0.0% |
| 小児科 | 0 | 0.0% | 1 | 9.1% |
| 産婦人科 | 0 | 0.0% | 1 | 9.1% |
| 精神科 | 1 | 6.7% | 0 | 0.0% |
| 眼科 | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |
| 耳鼻咽喉科 | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |
| 皮膚科 | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |
| 不明 | 0 | 0.0% | 1 | 9.1% |

③外来管理加算の算定をしていない施設の主たる診療科別内訳

「平成 20 年 3 月以前から外来管理加算の算定をしたことがない施設」の主たる診療科別内訳をみると、病院では、「精神科」の 5 施設（50.0%）が最も多く、次いで「内科」が 3 施設（30.0%）、「産婦人科」が 1 施設（10.0%）であった。診療所では、「眼科」が 6 施設（28.6%）で最も多く、「耳鼻咽喉科」が 5 施設（23.8%）、「内科」が 4 施設（19.0%）、「小児科」が 2 施設（9.5%）となった。

図表 24 平成 20 年 3 月以前から外来管理加算を算定したことがない施設の
主たる診療科内訳

| 主たる診療科 | 病院 | | 診療所 | |
|--------|-----|--------|-----|--------|
| | 施設数 | 割合 | 施設数 | 割合 |
| 全体 | 10 | 100.0% | 21 | 100.0% |
| 内科 | 3 | 30.0% | 4 | 19.0% |
| 整形外科 | 0 | 0.0% | 1 | 4.8% |
| 小児科 | 0 | 0.0% | 2 | 9.5% |
| 産婦人科 | 1 | 10.0% | 1 | 4.8% |
| 精神科 | 5 | 50.0% | 1 | 4.8% |
| 眼科 | 0 | 0.0% | 6 | 28.6% |
| 耳鼻咽喉科 | 0 | 0.0% | 5 | 23.8% |
| その他 | 1 | 10.0% | 1 | 4.8% |

「平成 20 年 3 月以前は外来管理加算を算定していたが、現在は算定していない施設」の主たる診療科別内訳をみると、病院では、「眼科」が 2 施設（28.6%）で最も多かった。診療所でも同様に、「眼科」が 29 施設（58.0%）で最も多く、次いで、「耳鼻咽喉科」が 11 施設（22.0%）となった。

図表 25 平成 20 年 3 月以前は外来管理加算を算定していたが、現在は算定していない施設の主たる診療科別内訳

| 主たる診療科 | 病院 | | 診療所 | |
|--------|-----|--------|-----|--------|
| | 施設数 | 割合 | 施設数 | 割合 |
| 全体 | 7 | 100.0% | 50 | 100.0% |
| 内科 | 1 | 14.3% | 1 | 2.0% |
| 外科 | 0 | 0.0% | 1 | 2.0% |
| 整形外科 | 0 | 0.0% | 2 | 4.0% |
| 脳神経外科 | 1 | 14.3% | 0 | 0.0% |
| 小児科 | 0 | 0.0% | 3 | 6.0% |
| 産婦人科 | 0 | 0.0% | 1 | 2.0% |
| 精神科 | 0 | 0.0% | 1 | 2.0% |
| 眼科 | 2 | 28.6% | 29 | 58.0% |
| 耳鼻咽喉科 | 0 | 0.0% | 11 | 22.0% |
| 皮膚科 | 0 | 0.0% | 1 | 2.0% |
| その他 | 3 | 42.9% | 0 | 0.0% |

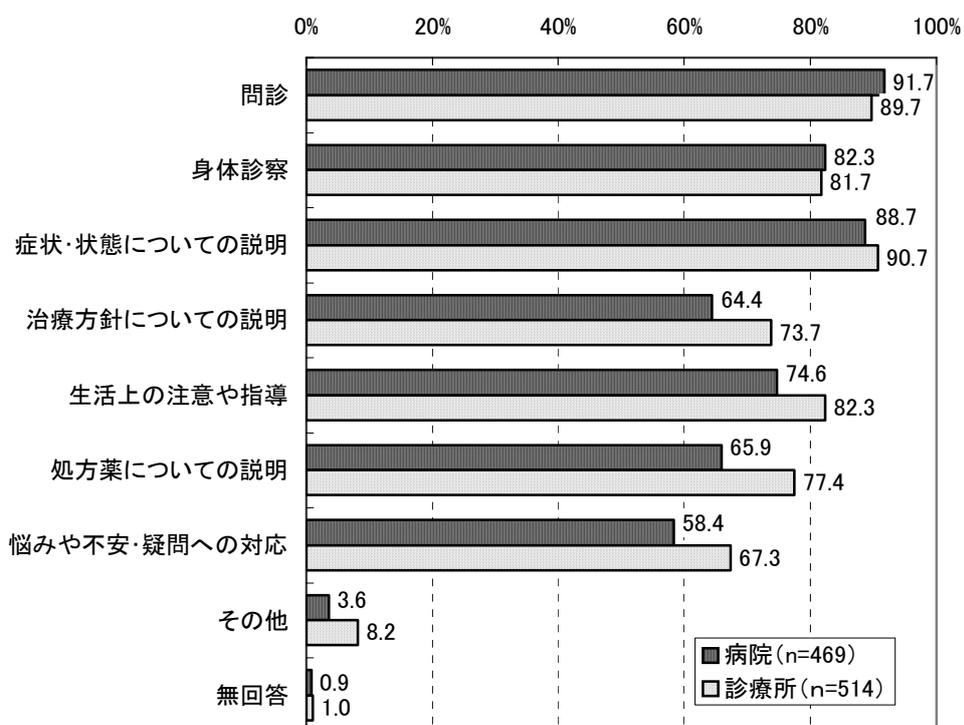
④外来管理加算算定患者に対して必ず行っている診療内容

外来管理加算算定患者に対して必ず行っている診療内容についてみると、病院では「問診」(91.7%)が最も多く、次いで「症状・状態についての説明」(88.7%)、「身体診察」(82.3%)、「生活上の注意や指導」(74.6%)、「処方薬についての説明」(65.9%)となった。

診療所では、「症状・状態についての説明」(90.7%)が最も多く、次いで「問診」(89.7%)、「生活上の注意や指導」(82.3%)、「身体診察」(81.7%)、「処方薬についての説明」(77.4%)、「治療方針についての説明」(73.7%)となった。

「症状・状態についての説明」、「治療方針についての説明」、「生活上の注意や指導」、「処方薬についての説明」、「悩みや不安・疑問への対応」については、いずれも病院よりも診療所における回答割合が高い結果となった。

図表 26 外来管理加算算定患者に対して必ず行っている診療内容（複数回答）



(注) 「その他」の内容として、「検査内容や検査結果についての説明」、「血圧測定」、「患者からの質問への対応」等があげられた。

⑤外来管理加算算定患者 1 人あたりの平均診察時間

外来管理加算算定患者 1 人あたりの平均診察時間についてみると、病院においては、平均 7.3 分（標準偏差 3.1、中央値 6.0）であった。診療所においては、平均 7.5 分（標準偏差 3.8、中央値 6.0）であった。

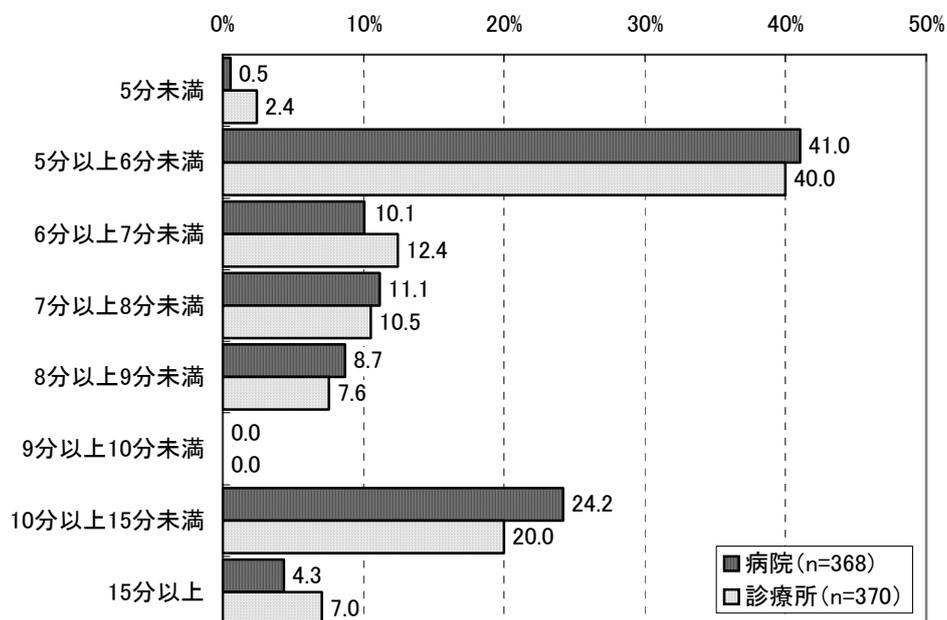
外来管理加算算定患者 1 人あたりの平均診察時間の分布についてみると、病院、診療所ともに「5 分以上 6 分未満」（それぞれ 41.0%、40.0%）が最も多く、次いで「10 分以上 15 分未満」（それぞれ 24.2%、20.0%）であった。また、「15 分以上」についてみると、病院（4.3%）に比べて診療所（7.0%）の割合がやや高かった。

図表 27 外来管理加算算定患者 1 人あたりの平均診察時間（分）

| | 平均値 | 標準偏差 | 最大値 | 最小値 | 中央値 |
|------------|-----|------|------|-----|-----|
| 病院（n=368） | 7.3 | 3.1 | 30.0 | 1.5 | 6.0 |
| 診療所（n=370） | 7.5 | 3.8 | 45.0 | 1.5 | 6.0 |

（注）有効回答のみで集計を行った。

図表 28 外来管理加算算定患者 1 人あたりの平均診察時間・分布



⑥診療科別の外来管理加算算定患者の1人あたり平均診察時間

主たる診療科別における外来管理加算算定患者の1人あたりの平均診察時間について診療科別にみると、20施設以上の回答が得られた診療科について、病院では、「内科」（299施設）が平均7.1分、「外科」（35施設）が平均6.3分、「整形外科」（43施設）が平均7.6分となった。

同様に診療所についてみると、「内科」（261施設）が平均7.3分、「整形外科」（32施設）が平均6.2分、「小児科」（38施設）が平均7.4分、「産婦人科」（32施設）が平均8.0分、「耳鼻咽喉科」（20施設）が平均7.2分、「皮膚科」（25施設）が平均6.3分であった。

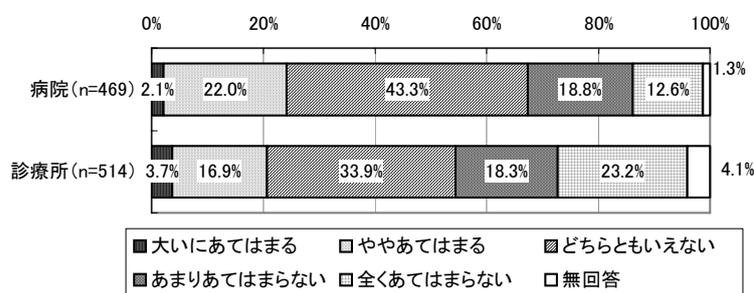
図表 29 主たる診療科別 外来管理加算算定患者の1人あたりの平均診察時間

| | 病院 | | 診療所 | |
|-------|-----|-----------|-----|-----------|
| | 施設数 | 平均診察時間(分) | 施設数 | 平均診察時間(分) |
| 全体 | 469 | 7.3 | 514 | 7.5 |
| 内科 | 299 | 7.1 | 261 | 7.3 |
| 外科 | 35 | 6.3 | 17 | 5.9 |
| 整形外科 | 43 | 7.6 | 32 | 6.2 |
| 形成外科 | 0 | — | 2 | 6.0 |
| 脳神経外科 | 11 | 7.7 | 5 | 11.8 |
| 小児科 | 4 | 8.7 | 38 | 7.4 |
| 産婦人科 | 3 | 15.0 | 32 | 8.0 |
| 呼吸器科 | 3 | 10.7 | 3 | 7.7 |
| 消化器科 | 6 | 7.4 | 10 | 6.1 |
| 循環器科 | 13 | 8.2 | 8 | 8.2 |
| 精神科 | 19 | 7.3 | 12 | 9.1 |
| 眼科 | 3 | 9.0 | 14 | 8.6 |
| 耳鼻咽喉科 | 0 | — | 20 | 7.2 |
| 泌尿器科 | 4 | 8.3 | 11 | 6.5 |
| 皮膚科 | 0 | — | 25 | 6.3 |
| その他 | 18 | 9.9 | 20 | 11.6 |
| 不明 | 8 | 6.8 | 4 | 9.3 |

5) 外来管理加算の意義付けの見直しによる影響

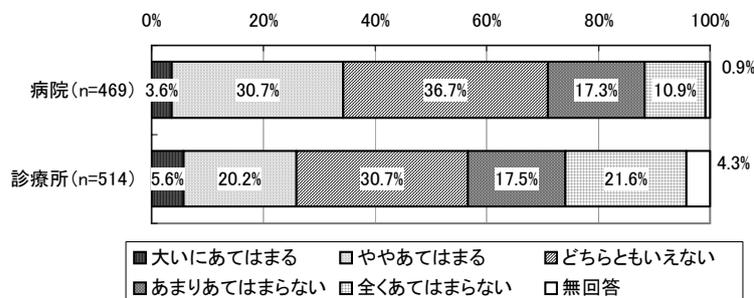
外来管理加算の意義付けの見直しによる影響についてみると、「(1) より詳細に身体診察等を行うようになった」については、病院、診療所ともに「どちらともいえない」（それぞれ 43.3%、33.9%）が最も多かった。「大いにあてはまる」と「ややあてはまる」を合わせると、病院では 24.1%、診療所では 20.6%となった。一方、「あまりあてはまらない」と「全くあてはまらない」を合わせると、病院では 31.4%、診療所では 41.5%となり、診療所の方が病院よりも 10.1 ポイント高い結果となった。

図表 30 外来管理加算の意義付けの見直しによる影響
「(1) より詳細に身体診察等を行うようになった」



「(2) 患者に説明をよりわかりやすく、丁寧に行うようになった」については、「大いにあてはまる」と「ややあてはまる」を合わせると、病院では 34.3%、診療所では 25.8%となり、病院の方が診療所よりも 8.5 ポイント高い結果となった。一方、「あまりあてはまらない」と「全くあてはまらない」を合わせると、病院では 28.2%、診療所では 39.1%となり、診療所の方が病院よりも 10.9 ポイント高い結果となった。「どちらともいえない」は、病院では 36.7%、診療所では 30.7%であった。

図表 31 外来管理加算の意義付けの見直しによる影響
「(2) 患者に説明をよりわかりやすく、丁寧に行うようになった」



「(2) 患者に説明をわかりやすく、丁寧に行うようになったか」という質問に対する回答別の患者1人あたり平均診察時間をみると、病院では、「大いにあてはまる」と回答した施設では平均7.69分、また、「ややあてはまる」と回答した施設では平均6.88分となった。

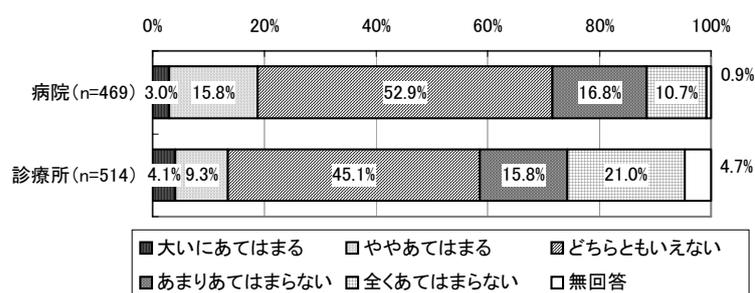
また、診療所では、「大いにあてはまる」と回答したでは平均7.33分、また「ややあてはまる」と回答した施設では平均7.37分となった。

図表 32 「(2) 患者に説明をわかりやすく、丁寧に行うようになったか」別
患者1人あたり平均診察時間

| | 病院 | | 診療所 | |
|------------|-----|-----------|-----|-----------|
| | 施設数 | 平均診察時間(分) | 施設数 | 平均診察時間(分) |
| 全体 | 469 | 7.33 | 514 | 7.46 |
| 大いにあてはまる | 17 | 7.69 | 29 | 7.33 |
| ややあてはまる | 144 | 6.88 | 104 | 7.37 |
| どちらともいえない | 172 | 7.03 | 158 | 6.84 |
| あまりあてはまらない | 81 | 8.06 | 90 | 7.21 |
| 全くあてはまらない | 51 | 8.40 | 111 | 8.63 |
| 無回答 | 4 | 5.00 | 22 | 7.62 |

「(3) 症状や説明内容に対する患者の理解度が高まった」については、病院と診療所ともに「どちらともいえない」がそれぞれ 52.9%、45.1%で、最も多かった。「大いにあてはまる」と「ややあてはまる」を合わせると、病院では 18.8%、診療所では 13.4%となった。一方、「あまりあてはまらない」と「全くあてはまらない」を合わせると、病院では 27.5%、診療所では 36.8%となり、診療所の方が病院よりも 11.3 ポイント高い結果となった。

図表 33 外来管理加算の意義付けの見直しによる影響
「(3) 症状や説明内容に対する患者の理解度が高まった」



「(3) 症状や説明内容に対する患者の理解度が高まったか」という質問に対する回答別に患者 1 人あたりの平均診察時間をみると、病院では、「大いにあてはまる」と回答した施設では平均 7.90 分、また、「ややあてはまる」と回答した施設では平均 7.05 分となった。一方、「あまりあてはまらない」と回答した施設では平均 8.37 分、「全くあてはまらない」と回答した施設では平均 8.30 分であった。

診療所では、「大いにあてはまる」と回答した施設では平均 7.92 分、また「ややあてはまる」と回答した施設では平均 7.00 分となった。一方、「あまりあてはまらない」と回答した施設では平均 6.60 分、「全くあてはまらない」と回答した施設では平均 8.69 分であった。

図表 34 「(3) 症状や説明内容に対する患者の理解度が高まった」別
患者 1 人あたり平均診察時間

| | 病院 | | 診療所 | |
|------------|-----|-----------|-----|-----------|
| | 施設数 | 平均診察時間(分) | 施設数 | 平均診察時間(分) |
| 全体 | 469 | 7.33 | 514 | 7.46 |
| 大いにあてはまる | 14 | 7.90 | 21 | 7.92 |
| ややあてはまる | 74 | 7.05 | 48 | 7.00 |
| どちらともいえない | 248 | 6.90 | 232 | 7.22 |
| あまりあてはまらない | 79 | 8.37 | 81 | 6.60 |
| 全くあてはまらない | 50 | 8.30 | 108 | 8.69 |
| 無回答 | 4 | 5.00 | 24 | 7.80 |

図表 35 「(2) 患者に説明をわかりやすく、丁寧に行うようになった」別
「(3) 症状や説明内容に対する患者の理解度が高まった」(病院)

| | (3)症状や説明内容に対する患者の理解度が高まった | | | | | | |
|------------|---------------------------|------------------|-----------------|-------------------|--------------------|-------------------|-----------|
| | 総数 | 大いに あては まる | ややあ てはま る | どちらと もいえ ない | あまり あては まらない | 全くあて はまら ない | 無回答 |
| 全体 | 469 100.0% | 14 3.0% | 74 15.8% | 248 52.9% | 79 16.8% | 50 10.7% | 4 0.9% |
| 大いにあてはまる | 17 100.0% | 8 47.1% | 7 41.2% | 2 11.8% | 0 0.0% | 0 0.0% | 0 0.0% |
| ややあてはまる | 144 100.0% | 4 2.8% | 57 39.6% | 78 54.2% | 5 3.5% | 0 0.0% | 0 0.0% |
| どちらともいえない | 172 100.0% | 2 1.2% | 9 5.2% | 146 84.9% | 14 8.1% | 1 0.6% | 0 0.0% |
| あまりあてはまらない | 81 100.0% | 0 0.0% | 1 1.2% | 18 22.2% | 58 71.6% | 4 4.9% | 0 0.0% |
| 全くあてはまらない | 51 100.0% | 0 0.0% | 0 0.0% | 4 7.8% | 2 3.9% | 45 88.2% | 0 0.0% |

(注) 全体には無回答だった 4 施設が含まれる。

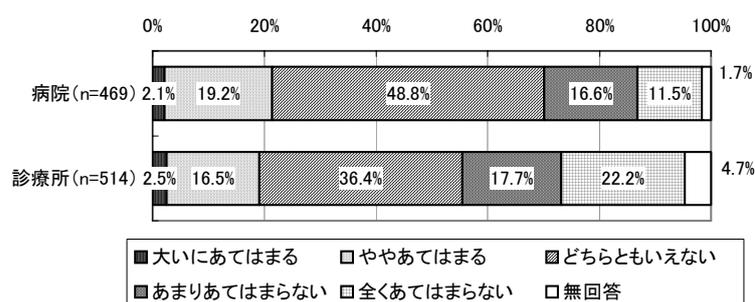
図表 36 「(2) 患者に説明をわかりやすく、丁寧に行うようになった」別
「(3) 症状や説明内容に対する患者の理解度が高まった」(診療所)

| | (3)症状や説明内容に対する患者の理解度が高まった | | | | | | |
|------------|---------------------------|------------------|-----------------|-------------------|--------------------|-------------------|------------|
| | 総数 | 大いに あては まる | ややあ てはま る | どちらと もいえ ない | あまり あては まらない | 全くあて はまら ない | 無回答 |
| 全体 | 514 100.0% | 21 4.1% | 48 9.3% | 232 45.1% | 81 15.8% | 108 21.0% | 24 4.7% |
| 大いにあてはまる | 29 100.0% | 15 51.7% | 7 24.1% | 7 24.1% | 0 0.0% | 0 0.0% | 0 0.0% |
| ややあてはまる | 104 100.0% | 5 4.8% | 35 33.7% | 57 54.8% | 6 5.8% | 0 0.0% | 1 1.0% |
| どちらともいえない | 158 100.0% | 1 0.6% | 6 3.8% | 137 86.7% | 9 5.7% | 5 3.2% | 0 0.0% |
| あまりあてはまらない | 90 100.0% | 0 0.0% | 0 0.0% | 23 25.6% | 60 66.7% | 6 6.7% | 1 1.1% |
| 全くあてはまらない | 111 100.0% | 0 0.0% | 0 0.0% | 8 7.2% | 6 5.4% | 97 87.4% | 0 0.0% |

(注) 全体には無回答だった 22 施設が含まれる。

「(4) 患者の疑問や不安を汲み取るようになった」については、病院と診療所ともに「どちらともいえない」がそれぞれ 48.8%、36.4%で最も多かった。「大いにあてはまる」と「ややあてはまる」を合わせると、病院では 21.3%、診療所では 19.0%となった。一方、「あまりあてはまらない」と「全くあてはまらない」を合わせると、病院では 28.1%、診療所では 39.9%となり、診療所の方が病院よりも 11.8 ポイント高い結果となった。

図表 37 外来管理加算の意義付けの見直しによる影響
「(4) 患者の疑問や不安を汲み取るようになった」



「(4) 患者の疑問や不安を汲み取るようになったか」という質問に対する回答別に、患者 1 人あたりの平均診察時間についてみると、病院においては、「大いにあてはまる」と回答した施設では平均 8.63 分、また、「ややあてはまる」と回答した施設では平均 6.90 分となった。一方、「あまりあてはまらない」と回答した施設では平均 7.72 分、「全くあてはまらない」と回答した施設では平均 8.74 分となった。

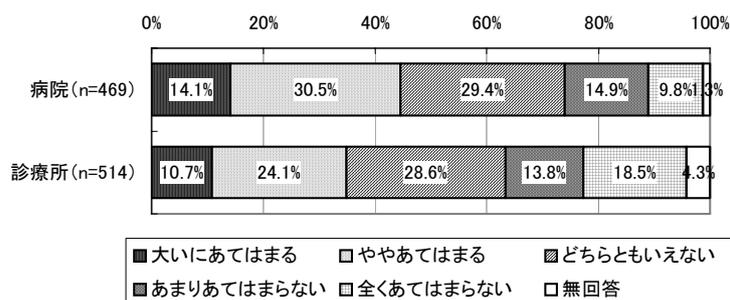
診療所においては、「大いにあてはまる」と回答した施設では平均 5.75 分、また「ややあてはまる」と回答した施設では平均 7.52 分となった。一方、「あまりあてはまらない」と回答した施設では平均 6.95 分、「全くあてはまらない」と回答した施設では平均 8.68 分となった。

図表 38 「(4) 患者の疑問や不安を汲み取るようになった」別
患者 1 人あたり平均診察時間

| | 病院 | | 診療所 | |
|------------|-----|-----------|-----|-----------|
| | 施設数 | 平均診察時間(分) | 施設数 | 平均診察時間(分) |
| 全体 | 469 | 7.33 | 514 | 7.46 |
| 大いにあてはまる | 10 | 8.63 | 13 | 5.75 |
| ややあてはまる | 90 | 6.90 | 85 | 7.52 |
| どちらともいえない | 229 | 6.97 | 187 | 7.05 |
| あまりあてはまらない | 78 | 7.72 | 91 | 6.95 |
| 全くあてはまらない | 54 | 8.74 | 114 | 8.68 |
| 無回答 | 8 | 6.80 | 24 | 7.43 |

「(5) 患者1人あたりの診察時間が長くなったか」については、「大いにあてはまる」と「ややあてはまる」を合わせると、病院では44.6%、診療所では34.8%となり、病院の方が診療所よりも9.8ポイント高い結果となった。一方、「あまりあてはまらない」と「全くあてはまらない」を合わせると、病院では24.7%、診療所では32.3%となった。

図表 39 外来管理加算の意義付けの見直しによる影響
「(5) 患者1人あたりの診察時間が長くなった」



「(5) 患者1人あたりの診察時間が長くなったか」という質問に対する回答別に、患者1人あたりの平均診察時間についてみると、病院においては、「大いにあてはまる」と回答した施設では平均6.53分、また、「ややあてはまる」と回答した施設では平均6.87分となった。一方、「あまりあてはまらない」と回答した施設では平均8.37分、「全くあてはまらない」と回答した施設では平均9.17分となった。

診療所においては、「大いにあてはまる」と回答した施設では平均6.99分、また「ややあてはまる」と回答した施設では平均6.33分となった。一方、「あまりあてはまらない」と回答した施設では平均7.55分、「全くあてはまらない」と回答した施設では平均8.80分となった。

図表 40 「(5) 患者1人あたり診察時間が長くなった」別
患者1人あたり平均診察時間

| | 病院 | | 診療所 | |
|------------|-----|-----------|-----|-----------|
| | 施設数 | 平均診察時間(分) | 施設数 | 平均診察時間(分) |
| 全体 | 469 | 7.33 | 514 | 7.46 |
| 大いにあてはまる | 66 | 6.53 | 55 | 6.99 |
| ややあてはまる | 143 | 6.87 | 124 | 6.33 |
| どちらともいえない | 138 | 7.07 | 147 | 7.71 |
| あまりあてはまらない | 70 | 8.37 | 71 | 7.55 |
| 全くあてはまらない | 46 | 9.17 | 95 | 8.80 |
| 無回答 | 6 | 6.33 | 22 | 7.79 |

図表 41 「(2)患者に説明をわかりやすく、丁寧に行うようになったか」別
「(5)患者1人あたりの診察時間が長くなったか」(病院)

| | (5)患者1人あたりの診察時間が長くなった | | | | | | |
|------------|-----------------------|------------------|-----------------|-------------------|--------------------|-------------------|-----------|
| | 総数 | 大いに あては まる | ややあ てはま る | どちら ともい えない | あまり あては まらない | 全くあ てはま らない | 無回答 |
| 全体 | 469 100.0% | 66 14.1% | 143 30.5% | 138 29.4% | 70 14.9% | 46 9.8% | 6 1.3% |
| 大いにあてはまる | 17 100.0% | 8 47.1% | 7 41.2% | 1 5.9% | 1 5.9% | 0 0.0% | 0 0.0% |
| ややあてはまる | 144 100.0% | 35 24.3% | 70 48.6% | 28 19.4% | 8 5.6% | 1 0.7% | 2 1.4% |
| どちらともいえない | 172 100.0% | 15 8.7% | 52 30.2% | 87 50.6% | 13 7.6% | 5 2.9% | 0 0.0% |
| あまりあてはまらない | 81 100.0% | 4 4.9% | 10 12.3% | 16 19.8% | 43 53.1% | 7 8.6% | 1 1.2% |
| 全くあてはまらない | 51 100.0% | 3 5.9% | 4 7.8% | 6 11.8% | 5 9.8% | 33 64.7% | 0 0.0% |

(注) 全体には無回答だった4施設が含まれる。

図表 42 「(2)患者に説明をわかりやすく、丁寧に行うようになったか」別
「(5)患者1人あたりの診察時間が長くなった」(診療所)

| | (5)患者1人あたりの診察時間が長くなった | | | | | | |
|------------|-----------------------|------------------|-----------------|-------------------|--------------------|-------------------|------------|
| | 総数 | 大いに あては まる | ややあ てはま る | どちら ともい えない | あまり あては まらない | 全くあ てはま らない | 無回答 |
| 全体 | 514 100.0% | 55 10.7% | 124 24.1% | 147 28.6% | 71 13.8% | 95 18.5% | 22 4.3% |
| 大いにあてはまる | 29 100.0% | 22 75.9% | 6 20.7% | 1 3.4% | 0 0.0% | 0 0.0% | 0 0.0% |
| ややあてはまる | 104 100.0% | 13 12.5% | 58 55.8% | 32 30.8% | 1 1.0% | 0 0.0% | 0 0.0% |
| どちらともいえない | 158 100.0% | 9 5.7% | 43 27.2% | 90 57.0% | 10 6.3% | 6 3.8% | 0 0.0% |
| あまりあてはまらない | 90 100.0% | 5 5.6% | 13 14.4% | 17 18.9% | 45 50.0% | 9 10.0% | 1 1.1% |
| 全くあてはまらない | 111 100.0% | 6 5.4% | 4 3.6% | 6 5.4% | 15 13.5% | 80 72.1% | 0 0.0% |
| 無回答 | 22 | | | 1 | | | 21 |

(注) 全体には無回答だった4施設が含まれる。

図表 43 「(3) 症状や説明内容に対する患者の理解度が高まった」別
「(5) 患者 1 人あたり診察時間が長くなった」(病院)

| | (5)患者 1 人あたりの診察時間が長くなった | | | | | | |
|------------|-------------------------|------------------|--------------|-------------------|--------------------|-------------------|-----------|
| | 総数 | 大いに あては まる | ややあ てはまる | どちらと もいえ ない | あまりあ てはまら ない | 全くあて はまらな い | 無回答 |
| 全体 | 469 100.0% | 66 14.1% | 143 30.5% | 138 29.4% | 70 14.9% | 46 9.8% | 6 1.3% |
| 大いにあてはまる | 14 100.0% | 7 50.0% | 6 42.9% | 1 7.1% | 0 0.0% | 0 0.0% | 0 0.0% |
| ややあてはまる | 74 100.0% | 21 28.4% | 31 41.9% | 17 23.0% | 4 5.4% | 0 0.0% | 1 1.4% |
| どちらともいえない | 248 100.0% | 32 12.9% | 89 35.9% | 96 38.7% | 19 7.7% | 10 4.0% | 2 0.8% |
| あまりあてはまらない | 79 100.0% | 2 2.5% | 14 17.7% | 16 20.3% | 41 51.9% | 6 7.6% | 0 0.0% |
| 全くあてはまらない | 50 100.0% | 3 6.0% | 3 6.0% | 8 16.0% | 6 12.0% | 30 60.0% | 0 0.0% |

(注) 全体には無回答だった 4 施設が含まれる。

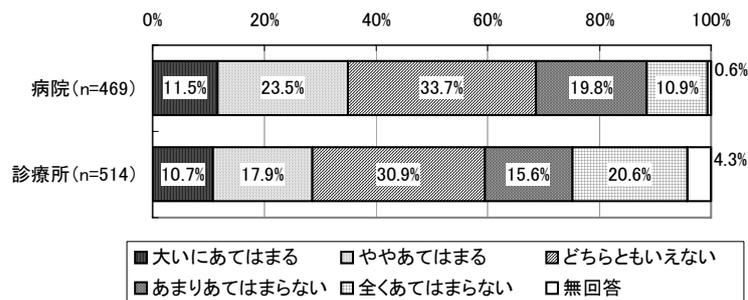
図表 44 「(3) 症状や説明内容に対する患者の理解度が高まった」別
「(5) 患者 1 人あたり診察時間が長くなった」(診療所)

| | (5)患者 1 人あたりの診察時間が長くなった | | | | | | |
|------------|-------------------------|------------------|--------------|-------------------|--------------------|-------------------|------------|
| | 総数 | 大いに あては まる | ややあ てはまる | どちらと もいえ ない | あまりあ てはまら ない | 全くあて はまらな い | 無回答 |
| 全体 | 514 100.0% | 55 10.7% | 124 24.1% | 147 28.6% | 71 13.8% | 95 18.5% | 22 4.3% |
| 大いにあてはまる | 21 100.0% | 15 71.4% | 5 23.8% | 1 4.8% | 0 0.0% | 0 0.0% | 0 0.0% |
| ややあてはまる | 48 100.0% | 12 25.0% | 25 52.1% | 9 18.8% | 2 4.2% | 0 0.0% | 0 0.0% |
| どちらともいえない | 232 100.0% | 19 8.2% | 71 30.6% | 117 50.4% | 16 6.9% | 9 3.9% | 0 0.0% |
| あまりあてはまらない | 81 100.0% | 4 4.9% | 18 22.2% | 11 13.6% | 42 51.9% | 6 7.4% | 0 0.0% |
| 全くあてはまらない | 108 100.0% | 5 4.6% | 5 4.6% | 7 6.5% | 11 10.2% | 79 73.1% | 1 0.9% |

(注) 全体には無回答だった 24 施設が含まれる。

「(6) 診療時間の延長が多くなった」については、「大いにあてはまる」と「ややあてはまる」を合わせると、病院では35.0%、診療所では28.6%となった。一方、「あまりあてはまらない」と「全くあてはまらない」を合わせると、病院では30.7%、診療所では36.2%となった。

図表 45 外来管理加算の意義付けの見直しによる影響
「(6) 診療時間の延長が多くなった」



図表 46 「(5) 患者 1 人あたり診察時間が長くなった」別
「(6) 診療時間の延長が多くなった」(病院)

| | (6)診療時間の延長が多くなった | | | | | | |
|------------|------------------|-------------|--------------|--------------|-------------|-------------|-----------|
| | 総数 | 大いにあてはまる | ややあてはまる | どちらともいえない | あまりあてはまらない | 全くあてはまらない | 無回答 |
| 全体 | 469 100.0% | 54 11.5% | 110 23.5% | 158 33.7% | 93 19.8% | 51 10.9% | 3 0.6% |
| 大いにあてはまる | 66 100.0% | 41 62.1% | 16 24.2% | 4 6.1% | 3 4.5% | 2 3.0% | 0 0.0% |
| ややあてはまる | 143 100.0% | 8 5.6% | 72 50.3% | 46 32.2% | 17 11.9% | 0 0.0% | 0 0.0% |
| どちらともいえない | 138 100.0% | 4 2.9% | 16 11.6% | 100 72.5% | 15 10.9% | 3 2.2% | 0 0.0% |
| あまりあてはまらない | 70 100.0% | 1 1.4% | 4 5.7% | 5 7.1% | 55 78.6% | 5 7.1% | 0 0.0% |
| 全くあてはまらない | 46 100.0% | 0 0.0% | 0 0.0% | 3 6.5% | 3 6.5% | 40 87.0% | 0 0.0% |

(注) 全体には無回答だった 6 施設が含まれる。

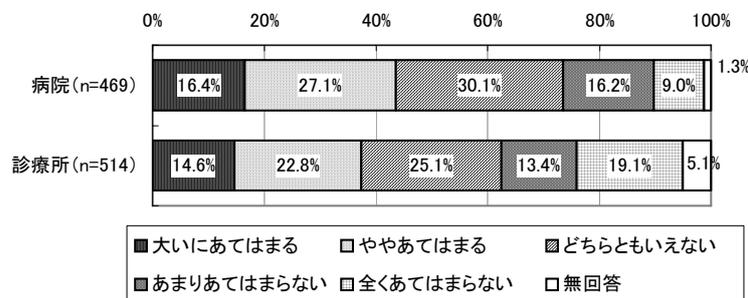
図表 47 「(5) 患者 1 人あたり診察時間が長くなった」別
「(6) 診療時間の延長が多くなった」(診療所)

| | (6)診療時間の延長が多くなった | | | | | | |
|------------|------------------|-------------|-------------|--------------|-------------|--------------|------------|
| | 総数 | 大いにあてはまる | ややあてはまる | どちらともいえない | あまりあてはまらない | 全くあてはまらない | 無回答 |
| 全体 | 514 100.0% | 55 10.7% | 92 17.9% | 159 30.9% | 80 15.6% | 106 20.6% | 22 4.3% |
| 大いにあてはまる | 55 100.0% | 39 70.9% | 11 20.0% | 3 5.5% | 2 3.6% | 0 0.0% | 0 0.0% |
| ややあてはまる | 124 100.0% | 13 10.5% | 62 50.0% | 37 29.8% | 8 6.5% | 4 3.2% | 0 0.0% |
| どちらともいえない | 147 100.0% | 2 1.4% | 17 11.6% | 104 70.7% | 20 13.6% | 3 2.0% | 1 0.7% |
| あまりあてはまらない | 71 100.0% | 1 1.4% | 0 0.0% | 13 18.3% | 48 67.6% | 9 12.7% | 0 0.0% |
| 全くあてはまらない | 95 100.0% | 0 0.0% | 1 1.1% | 2 2.1% | 2 2.1% | 90 94.7% | 0 0.0% |

(注) 全体には無回答だった 22 施設が含まれる。

「(7) 患者の待ち時間が長くなった」については、「大いにあてはまる」と「ややあてはまる」を合わせると、病院では 43.5%、診療所では 37.4%となり、病院と診療所ともに高い割合となった。「あまりあてはまらない」と「全くあてはまらない」を合わせると、病院では 25.2%、診療所では 32.5%となり、病院より診療所で割合が高くなった。

図表 48 外来管理加算の意義付けの見直しによる影響
「(7) 患者の待ち時間が長くなった」



図表 49 「(5) 患者 1 人あたり診察時間が長くなった」別
「(7) 患者の待ち時間が長くなった」(病院)

| | (7)患者の待ち時間が長くなった | | | | | | |
|------------|------------------|------------------|-----------------|-------------------|------------------------|-----------------------|-----------|
| | 総数 | 大いに あては まる | ややあ てはま る | どちら ともい えない | あまり あては まらな い | 全くあ てはま らな い | 無回答 |
| 全体 | 469 100.0% | 77 16.4% | 127 27.1% | 141 30.1% | 76 16.2% | 42 9.0% | 6 1.3% |
| 大いにあてはまる | 66 100.0% | 48 72.7% | 12 18.2% | 2 3.0% | 1 1.5% | 1 1.5% | 2 3.0% |
| ややあてはまる | 143 100.0% | 21 14.7% | 80 55.9% | 31 21.7% | 8 5.6% | 2 1.4% | 1 0.7% |
| どちらともいえない | 138 100.0% | 5 3.6% | 26 18.8% | 88 63.8% | 15 10.9% | 4 2.9% | 0 0.0% |
| あまりあてはまらない | 70 100.0% | 1 1.4% | 5 7.1% | 13 18.6% | 49 70.0% | 2 2.9% | 0 0.0% |
| 全くあてはまらない | 46 100.0% | 0 0.0% | 3 6.5% | 7 15.2% | 3 6.5% | 33 71.7% | 0 0.0% |

(注) 全体には無回答だった 6 施設が含まれる。

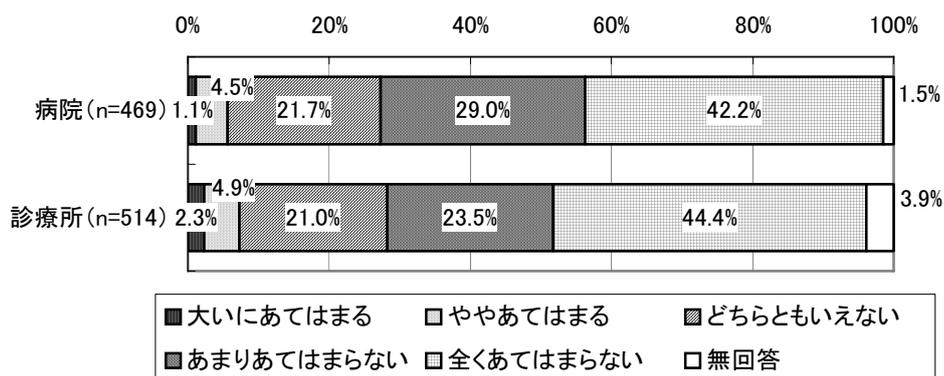
図表 50 「(5) 患者 1 人あたり診察時間が長くなった」別
「(7) 患者の待ち時間が長くなった」(診療所)

| | (7)患者の待ち時間が長くなった | | | | | | |
|------------|------------------|------------------|-----------------|-------------------|------------------------|-----------------------|------------|
| | 総数 | 大いに あては まる | ややあ てはま る | どちら ともい えない | あまり あては まらな い | 全くあ てはま らな い | 無回答 |
| 全体 | 514 100.0% | 75 14.6% | 117 22.8% | 129 25.1% | 69 13.4% | 98 19.1% | 26 5.1% |
| 大いにあてはまる | 55 100.0% | 39 70.9% | 10 18.2% | 2 3.6% | 1 1.8% | 1 1.8% | 2 3.6% |
| ややあてはまる | 124 100.0% | 25 20.2% | 63 50.8% | 24 19.4% | 7 5.6% | 3 2.4% | 2 1.6% |
| どちらともいえない | 147 100.0% | 7 4.8% | 36 24.5% | 79 53.7% | 20 13.6% | 5 3.4% | 0 0.0% |
| あまりあてはまらない | 71 100.0% | 2 2.8% | 6 8.5% | 17 23.9% | 37 52.1% | 7 9.9% | 2 2.8% |
| 全くあてはまらない | 95 100.0% | 1 1.1% | 1 1.1% | 7 7.4% | 4 4.2% | 82 86.3% | 0 0.0% |

(注) 全体には無回答だった 22 施設が含まれる。

「(8) 自己負担が高くなるため、5分以内の診療を求める患者が増えた」については、病院、診療所ともに「全くあてはまらない」が最も多く、それぞれ 42.2%、44.4%であった。一方、「大いにあてはまる」と「ややあてはまる」を合わせると、病院では 5.6%、診療所では 7.2%で、病院、診療所ともに低かった。

図表 51 外来管理加算の意義付けの見直しによる影響
「(8) 自己負担が高くなるため、5分以内の診療を求める患者が増えた」



6) 外来管理加算の意義付けの見直しによる経営上の影響（自由記述式）

主な意見は次のとおりであった。

- 外来管理加算を算定できなくなった患者が増えたため、大幅な減収となった。
- 薬だけですむ患者との短時間の問診では加算ができなくなり収入が減少した。
- 5分以内の診療を求める患者が増えた。
- 減収により医療機器の更新ができなくなった。
- 懇切丁寧な説明と5分以上に拘ったため、患者の待ち時間が増え、延べ患者数が減った。
／患者からのクレームが増えた。
- 診療時間の延長により、外来部門の残業代が増加した。
- 診療内容は今までと変わらないが、カルテへの記載内容が増えた分、診療時間が長くなり、患者を待たせてしまう結果となっている。
- 従来から診療時間は十分時間をかけているので、特に影響はない。
- 小児のみが対象のため、患者・保護者に納得してもらうよう診療をするため、診療時間はもともと長い。今回の改正による影響はない。

など

7) 望ましい「懇切丁寧な説明」

①望ましい「懇切丁寧な説明」の内容（病院・診療所）

望ましい「懇切丁寧な説明」の内容については、病院、診療所ともに「項目毎に異なる頻度で実施するべき」（それぞれ 42.6%、49.6%）が最も高い割合であった。次いで、病院では、「定期的を実施するべき」（18.3%）、「患者が求めた時に実施するべき」（18.3%）、「毎回実施するべき」（15.4%）となり、診療所では、「毎回実施するべき」（15.4%）、「患者が求めた時に実施するべき」（15.0%）、「定期的を実施するべき」（14.2%）であった。

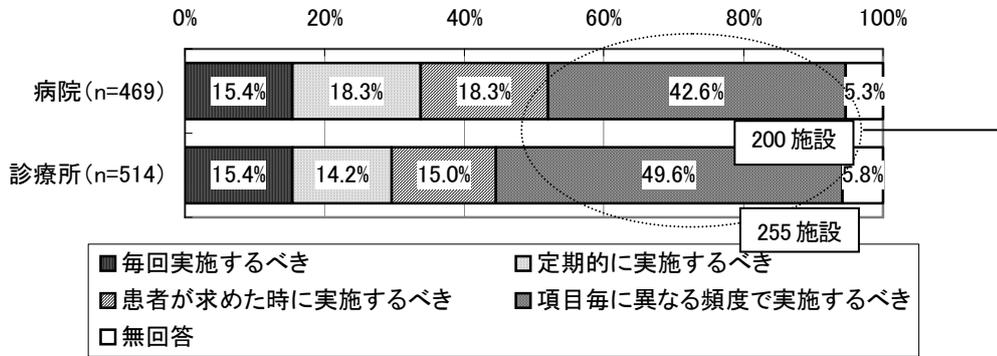
次に、「項目毎に異なる頻度で実施するべき」と回答した病院（200 施設）と診療所（255 施設）における頻度別にみた「懇切丁寧な説明」の実施項目についてみると、「毎回実施すべき項目」は、病院、診療所ともに「問診」（それぞれ 86.0%、84.3%）が最も多くなった。次いで、「身体診察」（それぞれ 71.5%、70.6%）、「症状・状態についての説明」（それぞれ 47.5%、52.5%）であった。

「定期的を実施するべき項目」についてみると、病院では、「生活上の注意や指導」（41.0%）が最も多く、次いで「治療方針についての説明」（34.5%）、「処方薬についての説明」（24.5%）、「症状・状態についての説明」（23.5%）であった。診療所では、「治療方針についての説明」（33.3%）が最も多く、次いで「生活上の注意や指導」（30.6%）、「処方薬についての説明」（22.0%）であった。

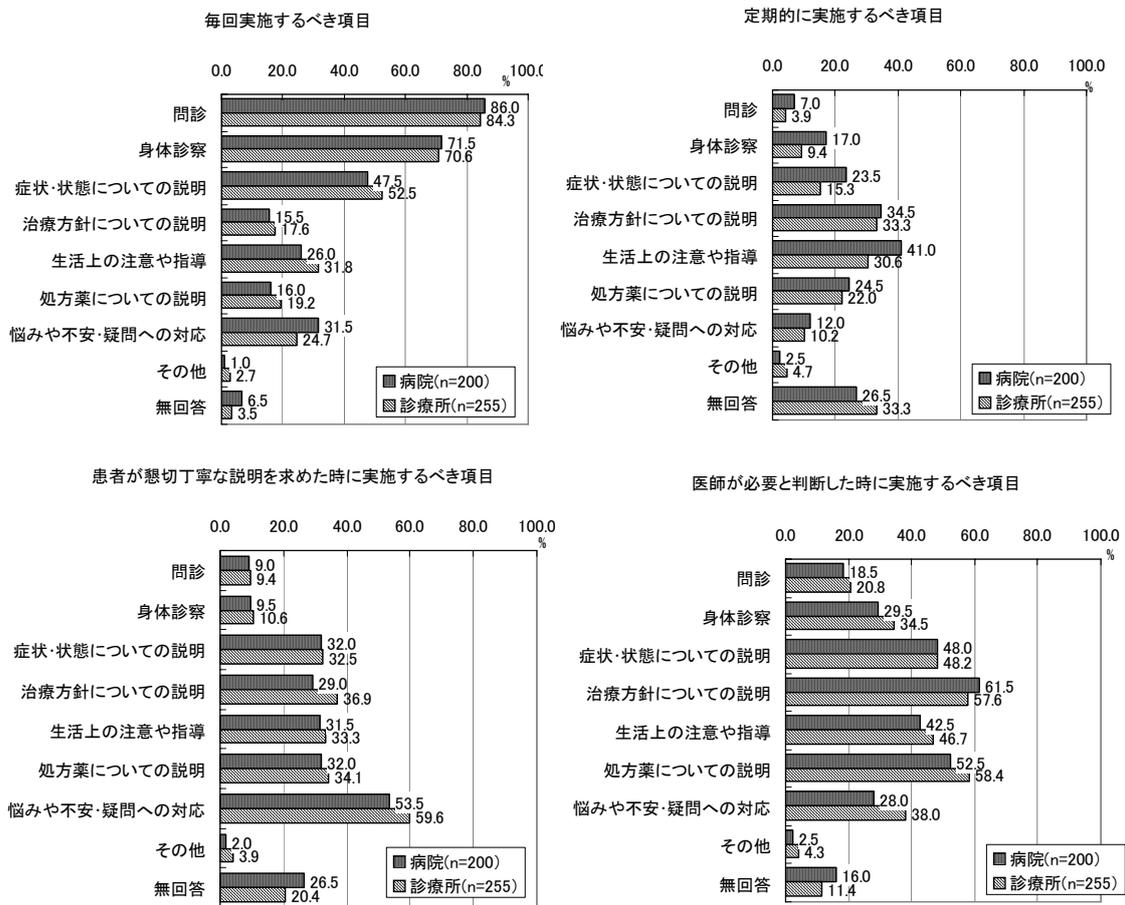
「患者が懇切丁寧な説明を求めた時に実施するべき項目」についてみると、病院、診療所ともに「悩みや不安・疑問への対応」（それぞれ 53.5%、59.6%）が最も多かった。次いで、病院では、「症状・状態についての説明」（32.0%）、「処方薬についての説明」（32.0%）、「生活上の注意や指導」（31.5%）となり、診療所では、「治療方針についての説明」（36.9%）、「処方薬についての説明」（34.1%）、「生活上の注意や指導」（33.3%）であった。

「医師が必要と判断した時に実施するべき項目」についてみると、病院では、「治療方針についての説明」（61.5%）が最も多く、次いで「処方薬についての説明」（52.5%）、「症状・状態についての説明」（48.0%）、「生活上の注意や指導」（42.5%）であった。診療所では、「処方薬についての説明」（58.4%）が最も多く、「治療方針についての説明」（57.6%）、「症状・状態についての説明」（48.2%）、「生活上の注意や指導」（46.7%）であった。

図表 52 望ましい「懇切丁寧な説明」の内容（病院・診療所）



図表 53 頻度別にみた「懇切丁寧な説明」の実施項目



(3) 患者調査の結果概要

【調査対象等】

○患者調査

調査対象：「病院調査」及び「診療所調査」の対象施設に調査日に来院した患者。

ただし、1施設につき最大4名の患者とした。4名の内訳は、外来管理加算を算定した患者2名、外来管理加算を算定しなかった再診の患者*2名とした。

*「外来管理加算を算定しなかった患者」とは、検査、リハビリテーション、精神科専門療法、処置、手術、麻酔、放射線治療を行っていない再診患者とした。

回答数：1933人

回答者：患者本人または家族

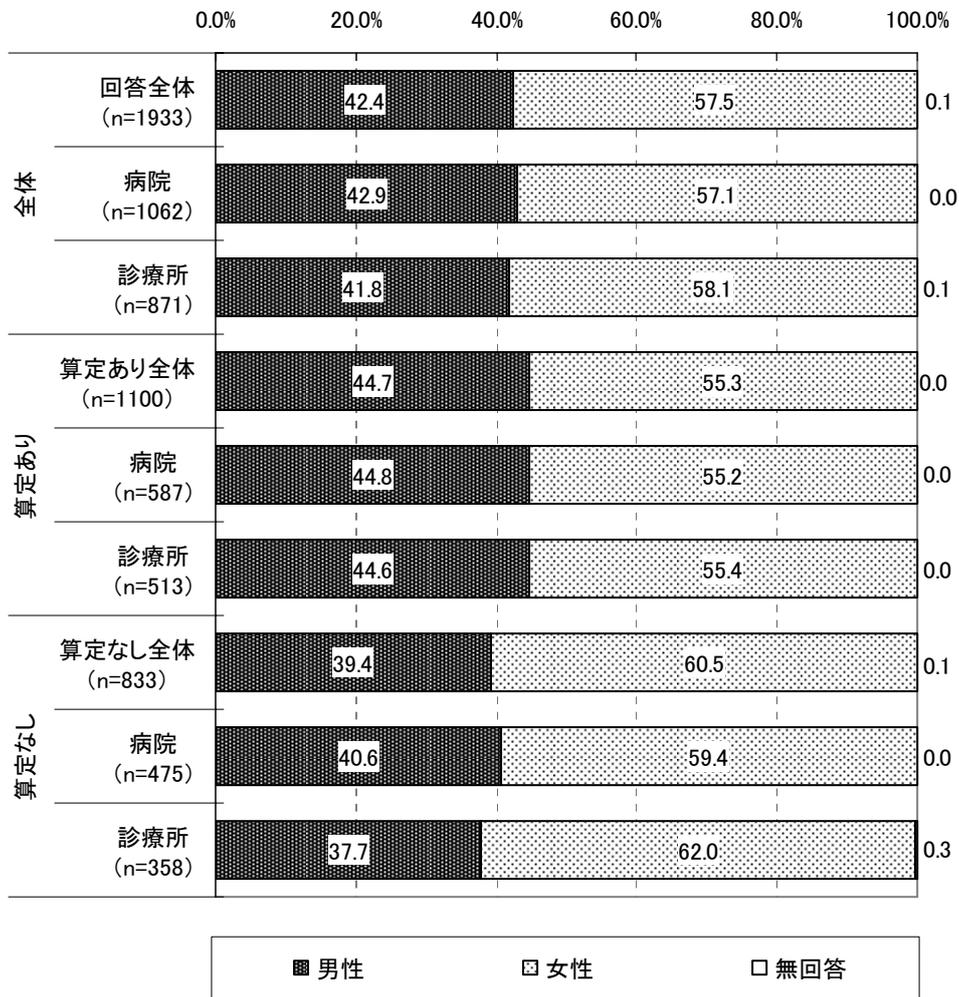
調査方法：調査対象施設を通じて配布。回収は各患者から調査事務局宛の返信用封筒にて直接回収。

①患者の基本属性

患者の性別についてみると、全体では、男性が42.4%、女性が57.5%であった。

外来管理加算の算定の有無別にみると、「算定あり」の患者では、男性が44.7%、女性が55.3%となり、「算定なし」の患者では、男性が39.4%、女性が60.5%となり、「算定なし」の患者では、「算定あり」の患者と比べて女性の割合がやや高かった。

図表 54 患者の性別



(注) ・全体には無回答だった 22 施設が含まれる。
 ・「算定あり」は外来管理加算を算定した患者、「算定なし」は外来管理加算を算定しなかった患者を表す。以下、同様。

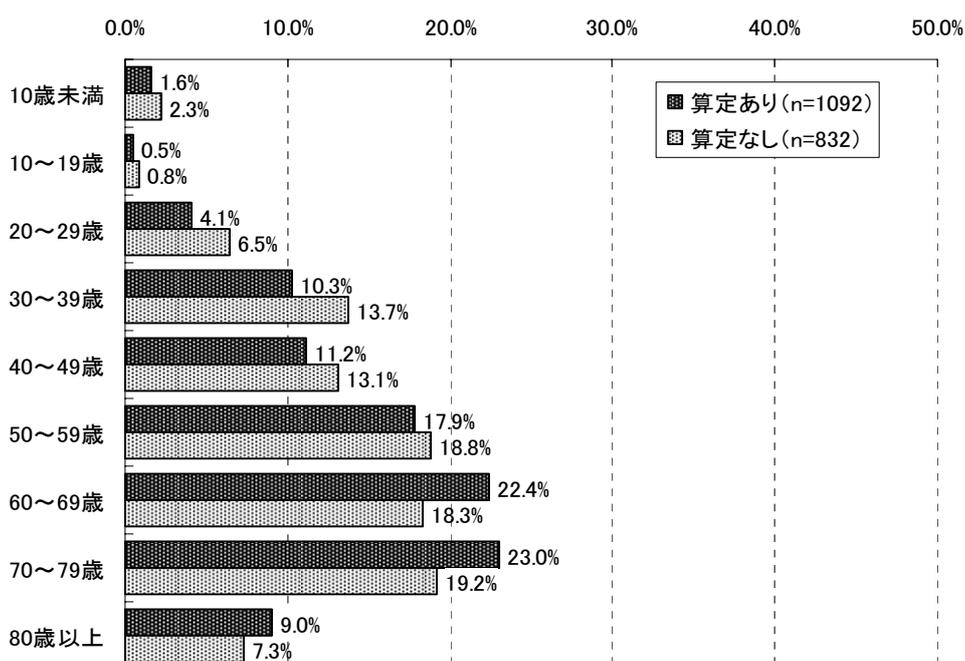
患者の年齢についてみると、全体では、平均 57.0 歳（標準偏差 18.4、中央値 60.0）であった。外来管理加算の算定の有無別にみると、「算定あり」の患者では、平均 58.5 歳（標準偏差 17.9、中央値 61.0）、「算定なし」の患者では、平均 54.9 歳（標準偏差 18.9、中央値 57.0）となり、「算定あり」の患者の平均年齢の方がやや高かった。

患者の年齢を分布でみると、「算定あり」では、「70～79 歳」（23.0%）が最も多く、次いで「60～69 歳」（22.4%）、「50～59 歳」（17.9%）、「40～49 歳」（11.2%）となった。「算定なし」の患者では、「70～79 歳」（19.2%）が最も多く、次いで「50～59 歳」（18.8%）、「60～69 歳」（18.3%）、「30～39 歳」（13.7%）であった。

図表 55 患者の年齢（歳）

| | 平均値 | 標準偏差 | 最大値 | 最小値 | 中央値 |
|---------------|------|------|-------|-----|------|
| 全体 (n=1924) | 57.0 | 18.4 | 103.0 | 0.0 | 60.0 |
| 病院 | 56.2 | 17.5 | 96.0 | 2.0 | 58.0 |
| 診療所 | 57.8 | 19.5 | 103.0 | 0.0 | 62.0 |
| 算定あり (n=1092) | 58.5 | 17.9 | 103.0 | 2.0 | 61.0 |
| 病院 | 57.8 | 17.2 | 96.0 | 2.0 | 60.0 |
| 診療所 | 59.4 | 18.7 | 103.0 | 3.0 | 65.0 |
| 算定なし (n=832) | 54.9 | 18.9 | 99.0 | 0.0 | 57.0 |
| 病院 | 54.3 | 17.8 | 95.0 | 3.0 | 55.0 |
| 診療所 | 55.6 | 20.4 | 99.0 | 0.0 | 60.0 |

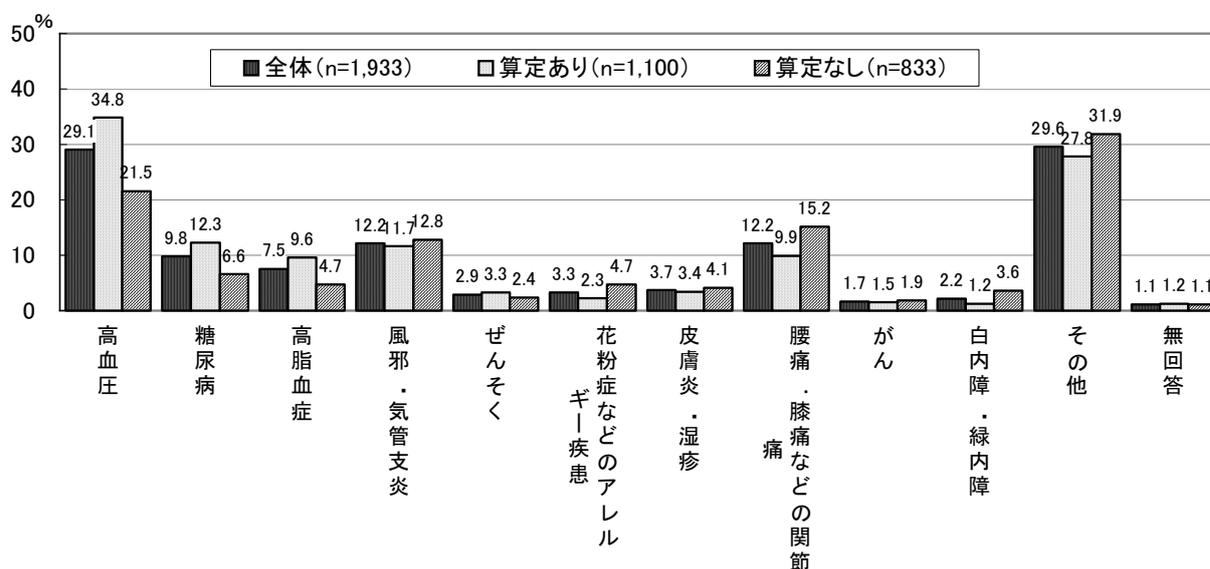
図表 56 患者の年齢の分布



患者の傷病についてみると、全体では「高血圧」(29.1%)が最も多く、次いで「風邪・気管支炎」(12.2%)、「腰痛・膝痛などの関節痛」(12.2%)、「糖尿病」(9.8%)、「高脂血症」(7.5%)であった。

外来管理加算の算定の有無別にみると、「算定あり」の患者、「算定なし」の患者ともに、「高血圧」(それぞれ 34.8%、21.5%)が最も多かった。次いで、「算定あり」の患者では、「糖尿病」(12.3%)、「風邪・気管支炎」(11.7%)、「腰痛・膝痛などの関節痛」(9.9%)となり、「算定なし」の患者では、「腰痛・膝痛などの関節痛」(15.2%)、「風邪・気管支炎」(12.8%)、「糖尿病」(6.6%)となった。

図表 57 患者の傷病



②患者の通院状況

患者が受診した診療科についてみると、全体では、「内科」(59.1%)が最も多く、次いで「整形外科」(9.5%)、「外科」(4.5%)と続いた。

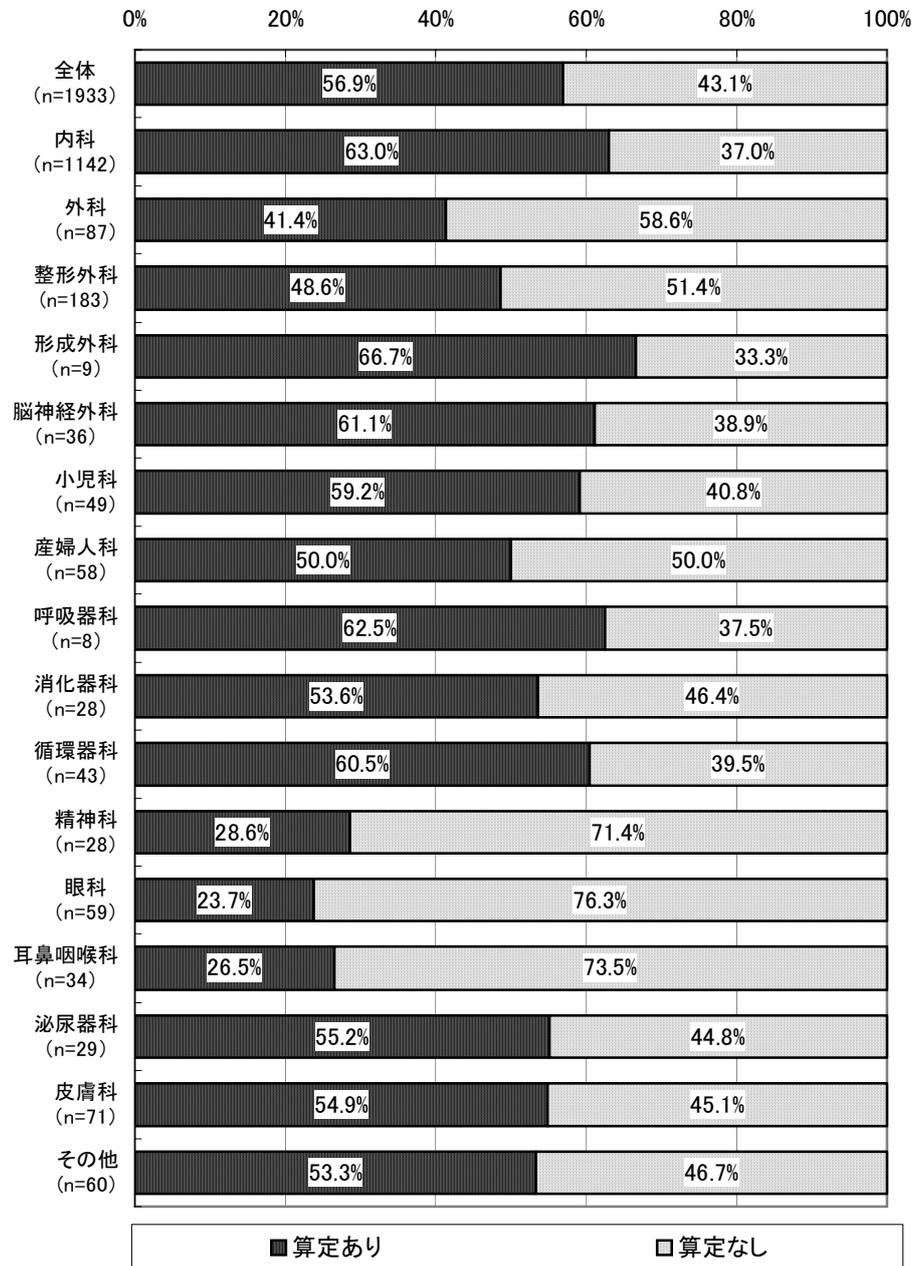
外来管理加算の算定の有無別にみると、「算定あり」の患者、「算定なし」の患者ともに「内科」(それぞれ65.5%、50.7%)が最も多く、次いで「整形外科」(それぞれ8.1%、11.3%)であった。

図表 58 受診した診療科

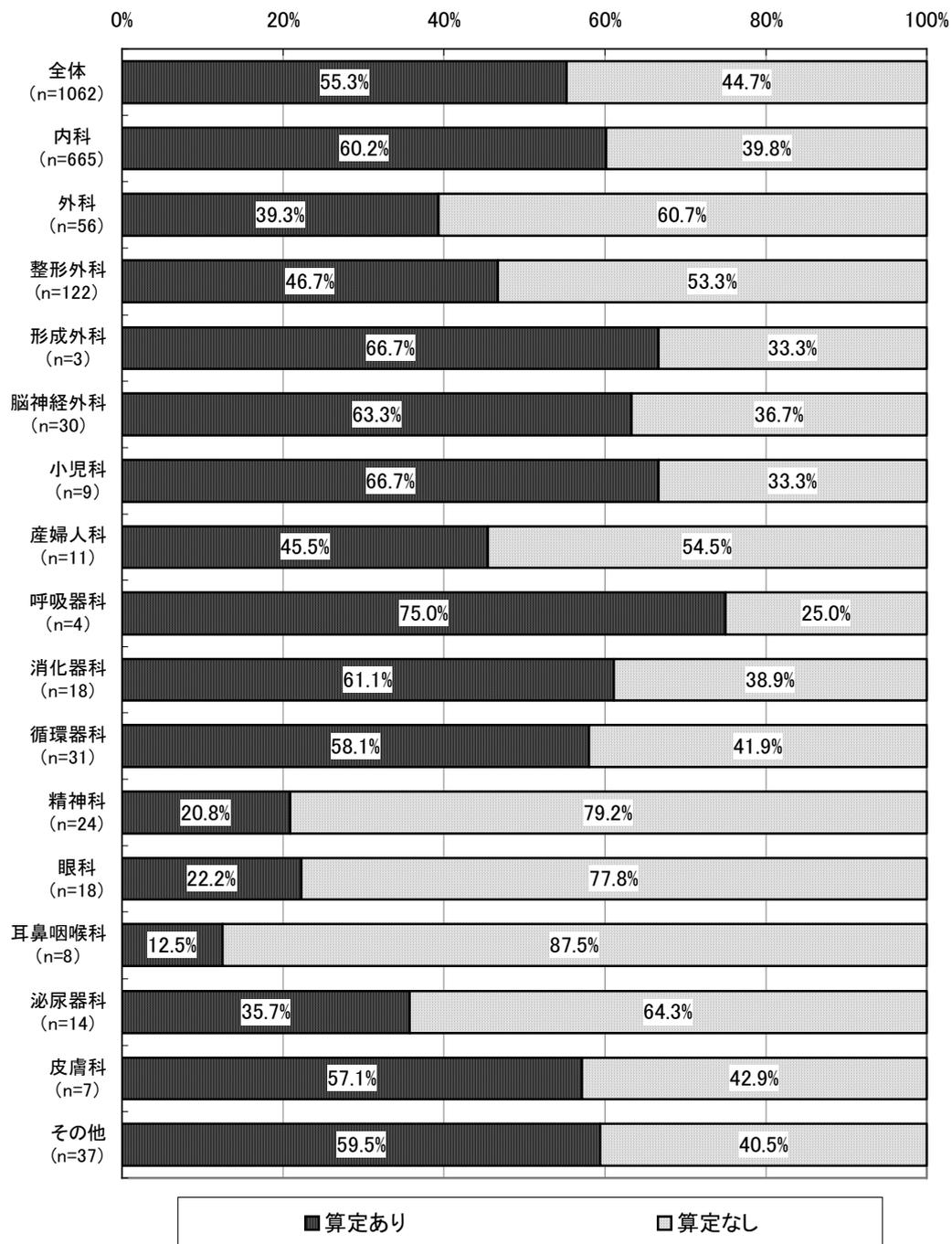
| | 全体 | | 算定あり | | 算定なし | |
|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------|
| | | % | | % | | % |
| 全体 | 1,933 | 100.0 | 1,100 | 100.0 | 833 | 100.0 |
| 内科 | 1,142 | 59.1 | 720 | 65.5 | 422 | 50.7 |
| 外科 | 87 | 4.5 | 36 | 3.3 | 51 | 6.1 |
| 整形外科 | 183 | 9.5 | 89 | 8.1 | 94 | 11.3 |
| 形成外科 | 9 | 0.5 | 6 | 0.5 | 3 | 0.4 |
| 脳神経外科 | 36 | 1.9 | 22 | 2.0 | 14 | 1.7 |
| 小児科 | 49 | 2.5 | 29 | 2.6 | 20 | 2.4 |
| 産婦人科 | 58 | 3.0 | 29 | 2.6 | 29 | 3.5 |
| 呼吸器科 | 8 | 0.4 | 5 | 0.5 | 3 | 0.4 |
| 消化器科 | 28 | 1.4 | 15 | 1.4 | 13 | 1.6 |
| 循環器科 | 43 | 2.2 | 26 | 2.4 | 17 | 2.0 |
| 精神科 | 28 | 1.4 | 8 | 0.7 | 20 | 2.4 |
| 眼科 | 59 | 3.1 | 14 | 1.3 | 45 | 5.4 |
| 耳鼻咽喉科 | 34 | 1.8 | 9 | 0.8 | 25 | 3.0 |
| 泌尿器科 | 29 | 1.5 | 16 | 1.5 | 13 | 1.6 |
| 皮膚科 | 71 | 3.7 | 39 | 3.5 | 32 | 3.8 |
| その他 | 60 | 3.1 | 32 | 2.9 | 28 | 3.4 |
| 無回答 | 9 | 0.5 | 5 | 0.5 | 4 | 0.5 |

(注)「その他」の内容として、「リハビリテーション科」、「心療内科」、「神経内科」、「肛門科」等があげられた。

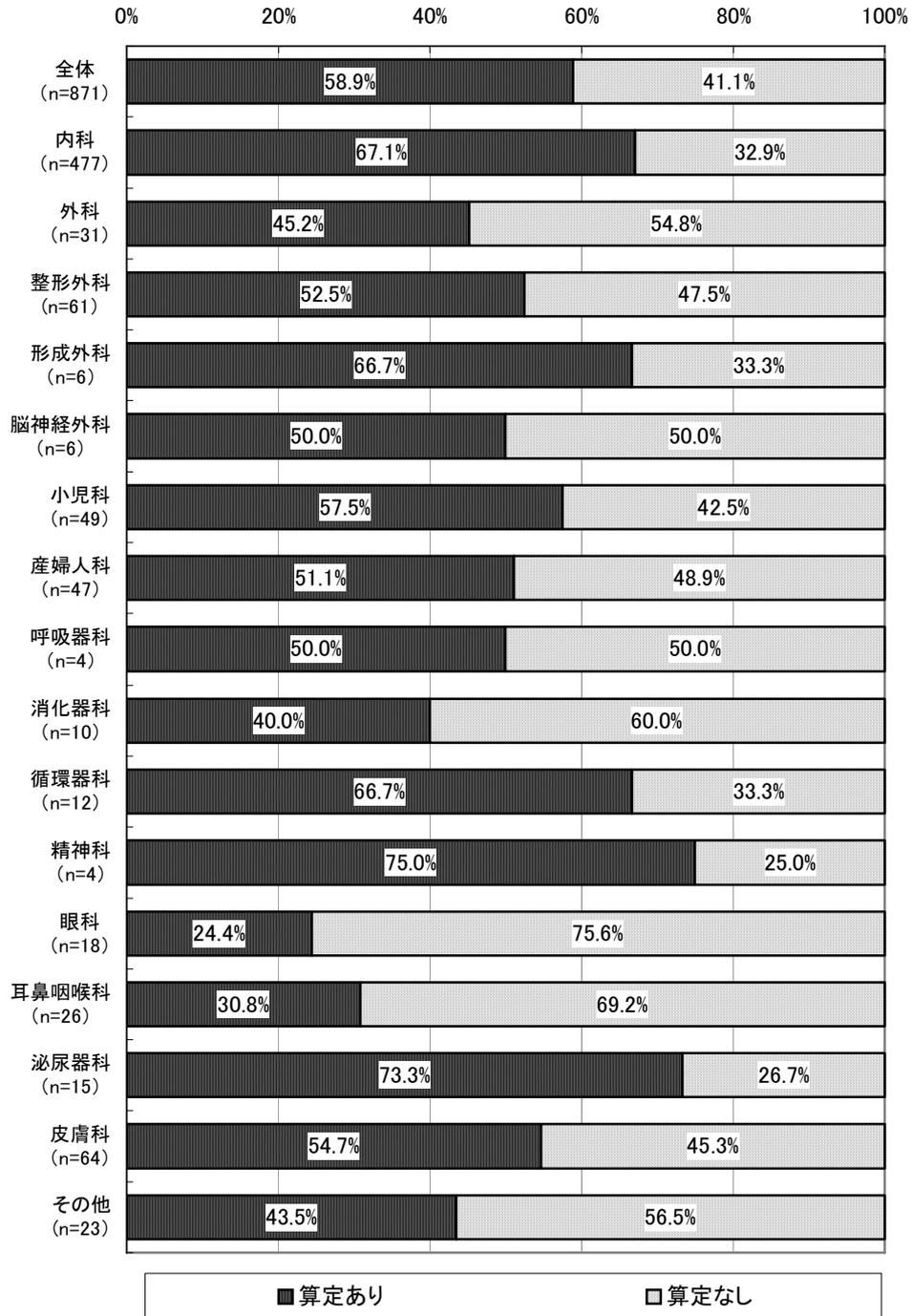
図表 59 受診した診療科別の算定あり・なしの割合（全体）



図表 60 受診した診療科別の算定あり・なしの割合（病院）



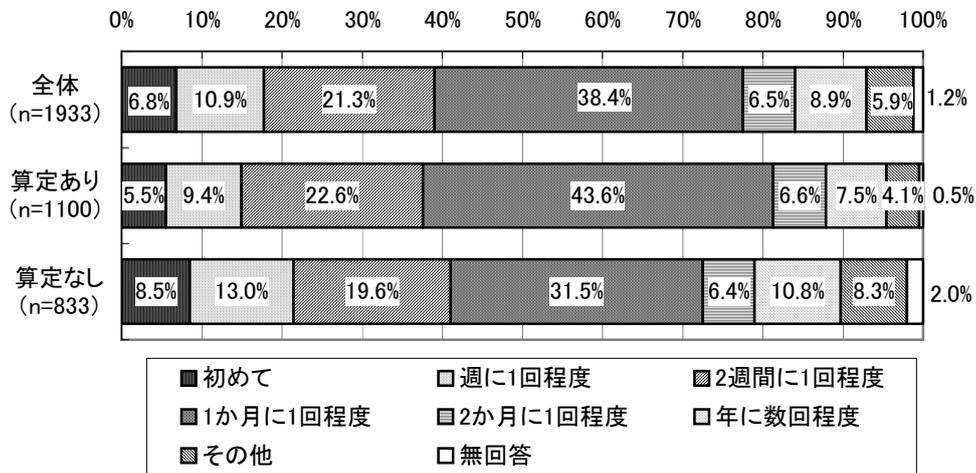
図表 61 受診した診療科別の算定あり・なしの割合（診療所）



通院頻度についてみると、全体では、「1か月に1回程度」(38.4%)が最も多く、次いで「2週間に1回程度」(21.3%)、「週に1回程度」(10.9%)、「年に数回程度」(8.9%)であった。外来管理加算の算定の有無別にみると、「算定あり」の患者、「算定なし」の患者でも同様の傾向であった。

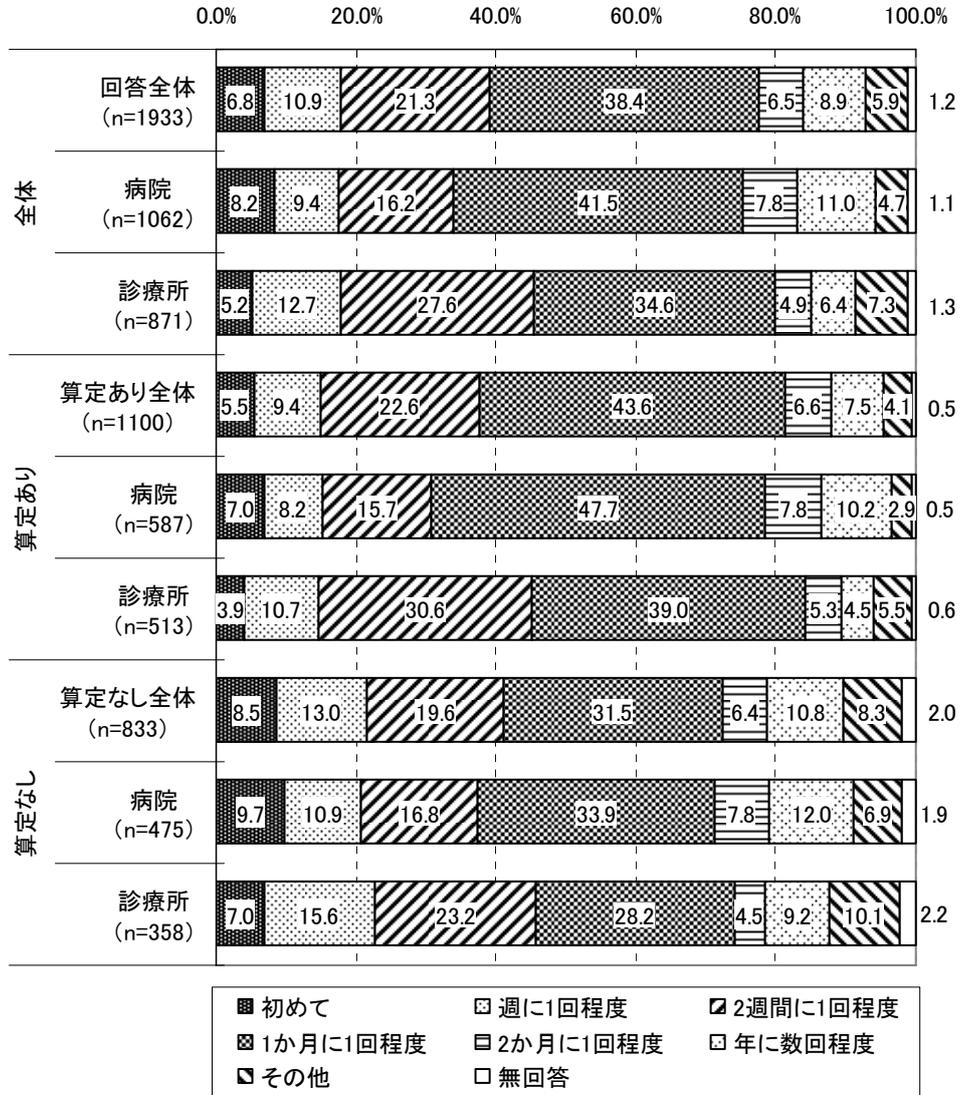
「算定あり」の患者と「算定なし」の患者を比較すると、「算定あり」の患者では「2週間に1回程度」(22.6%)、「1か月に1回程度」(43.6%)、「2か月に1回程度」(6.6%)の割合が「算定なし」の患者よりも高く、「算定なし」の患者では「初めて」(8.5%)、「週に1回程度」(13.0%)、「年に数回程度」(10.8%)の割合が「算定あり」の患者よりも高かった。

図表 62 通院頻度



(注)「その他」の内容としては、「週に2回」、「週に3回」、「3週間に1回」、「10日に1回」等があげられた。

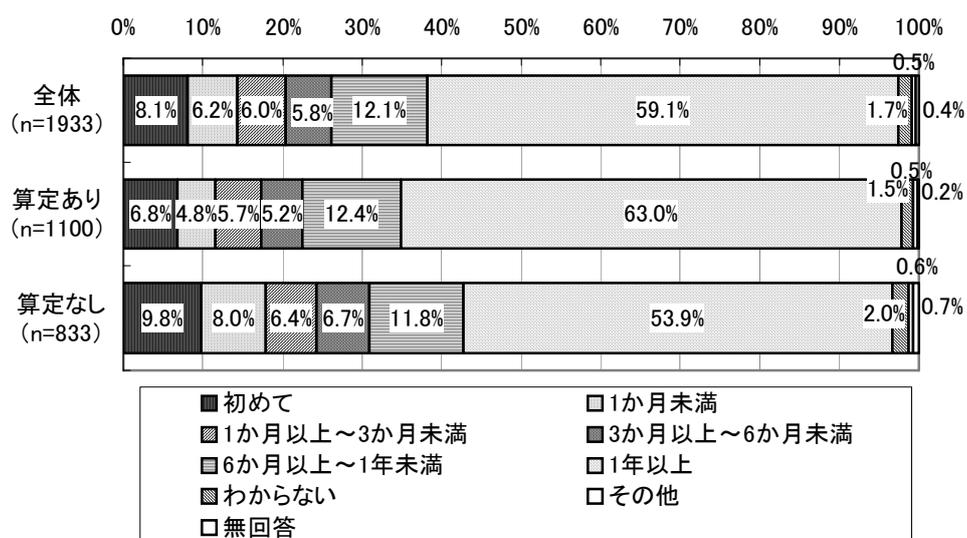
図表 63 通院頻度（病院・診療所別）



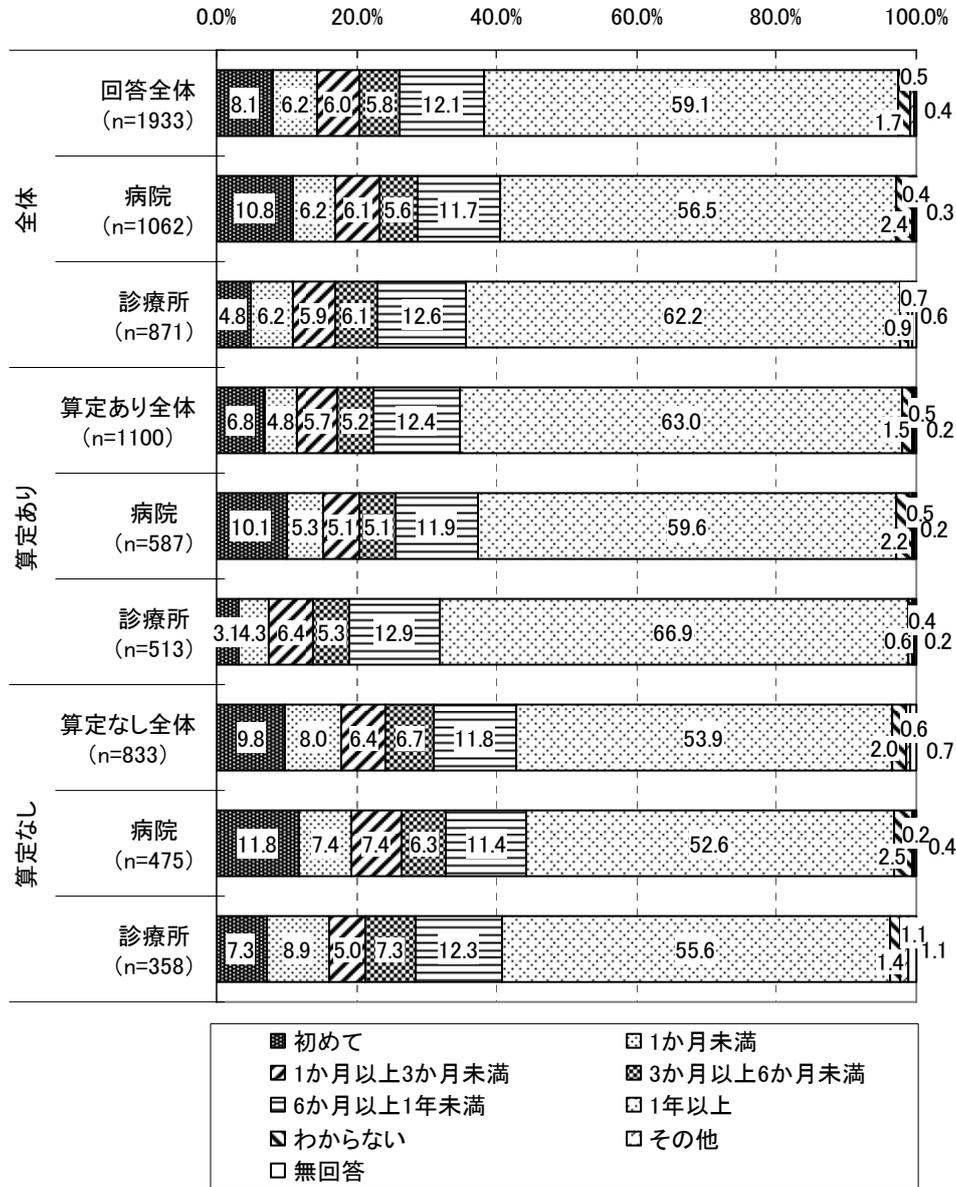
通院期間についてみると、全体では、「1年以上」(59.1%)が最も多く、次いで「6か月以上～1年未満」(12.1%)、「初めて」(8.1%)となった。

外来管理加算の算定の有無別にみると、「算定あり」の患者、「算定なし」の患者ともに「1年以上」(それぞれ63.0%、53.9%)が最も多かった。「算定あり」の患者の割合が「算定なし」の患者と比較して、9.1ポイント高かった。

図表 64 通院期間



図表 65 通院期間（病院・診療所別）

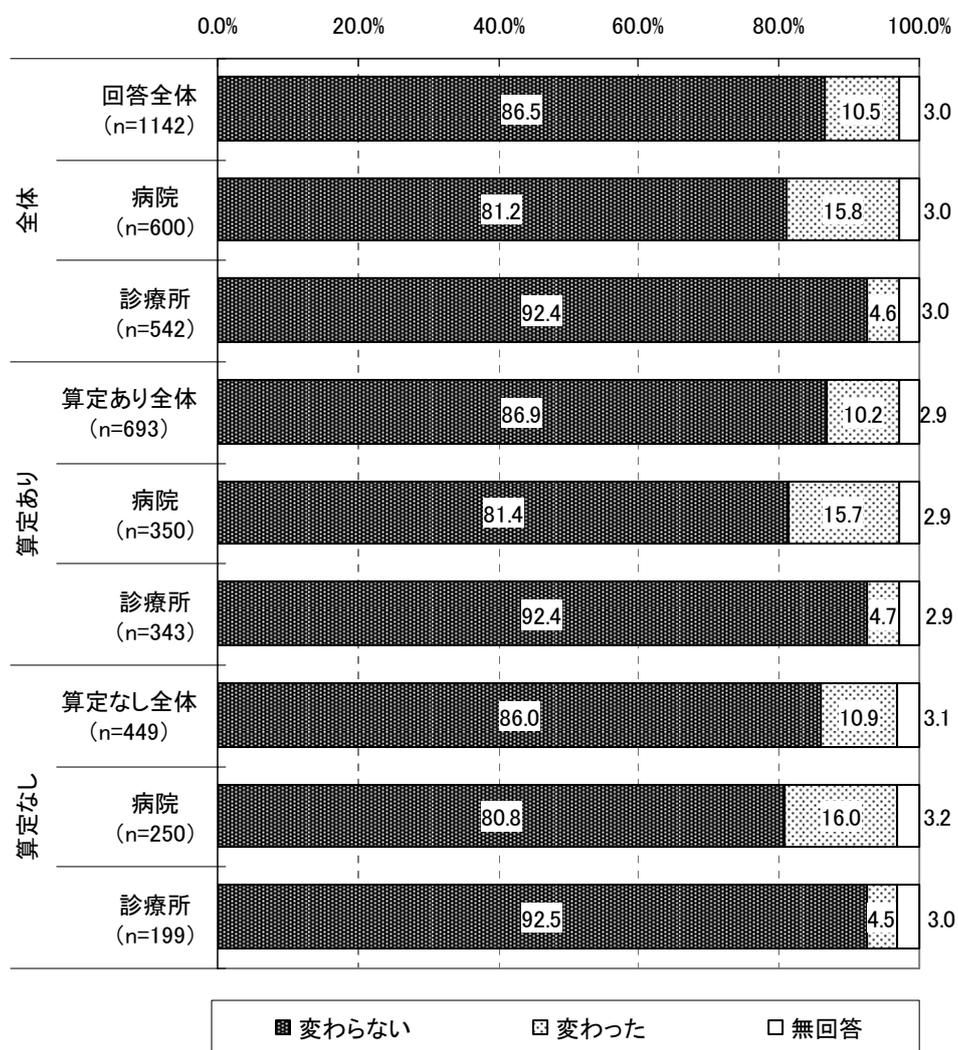


③診察内容等の変化（同じ医療機関に1年以上通院している患者）

同じ医療機関に1年以上通院している患者のうち、担当医師が1年前と変わったかどうかについてみると、全体では、担当医師は「変わらない」（86.5%）が大多数を占め、担当医師は「変わった」は10.5%であった。「算定あり」の患者、「算定なし」の患者ともに同様の傾向がみられた。

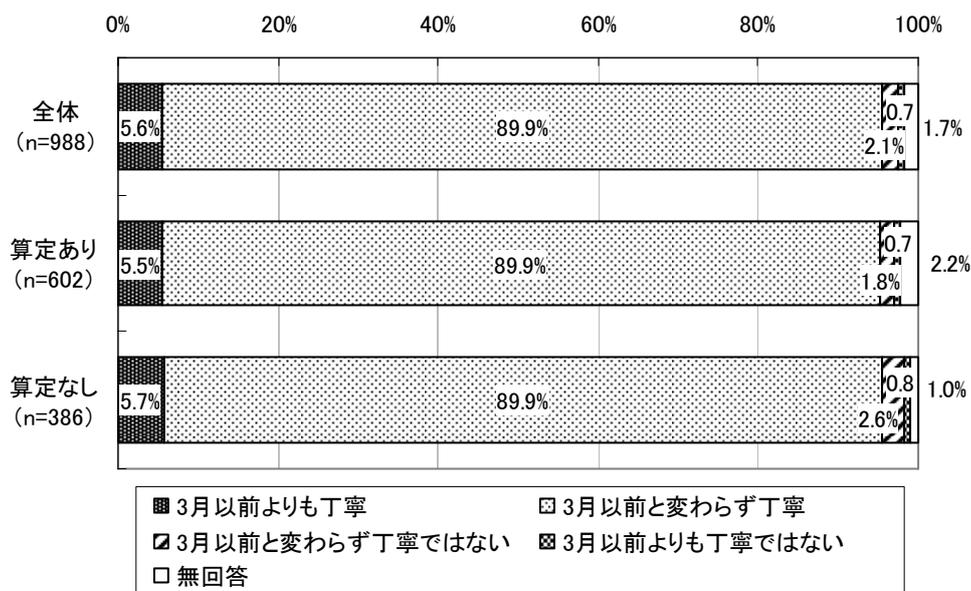
病院・診療所別に担当医師の変更をみると、病院では担当医師が「変わらない」という患者が81.2%、診療所では92.4%となり、診療所の方が高い結果となった。

図表 66 担当医師の変更（同じ医療機関に1年以上通院している患者）



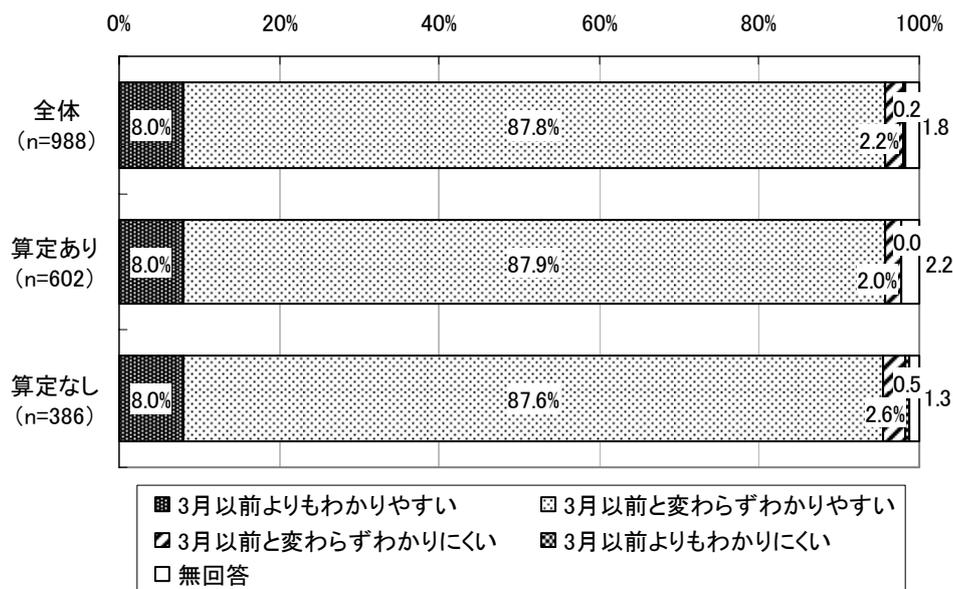
平成20年4月以降の「問診・身体診察」の状況についてみると、全体では、「3月以前と変わらず丁寧」(89.9%)が最も多かった。「3月以前よりも丁寧」は5.6%であった。この傾向は、「算定あり」の患者、「算定なし」の患者においても同様であった。

図表 67 平成20年4月以降の診察内容の変化（問診・身体診察）



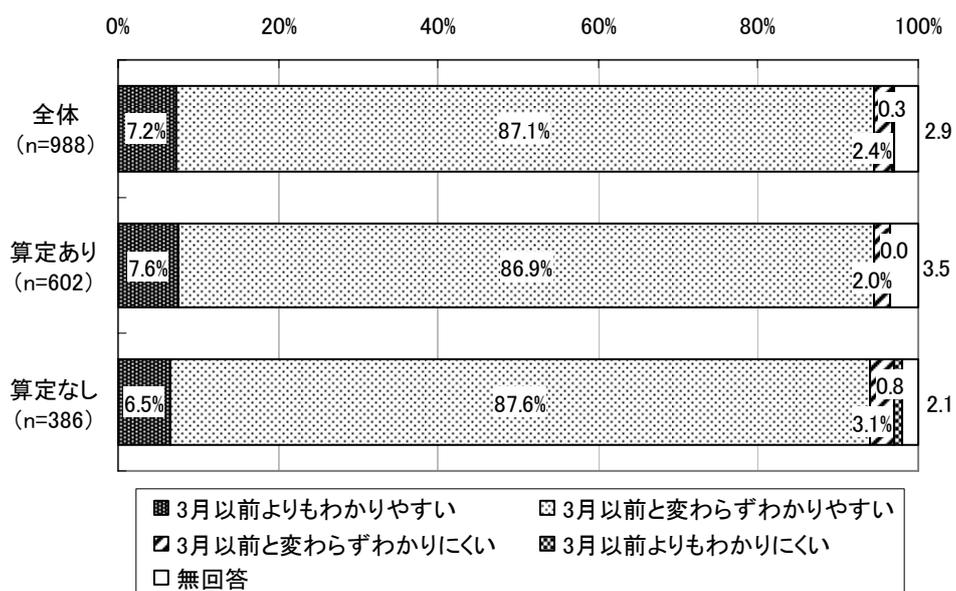
平成 20 年 4 月以降の「症状・状態についての医師からの説明」の状況についてみると、全体では、「3 月以前と変わらずわかりやすい」(87.8%) が最も多く、「3 月以前よりもわかりやすい」は 8.0%であった。この傾向は、「算定あり」の患者、「算定なし」の患者においても同様であった。

図表 68 平成 20 年 4 月以降の診察内容の変化（症状・状態についての医師からの説明）



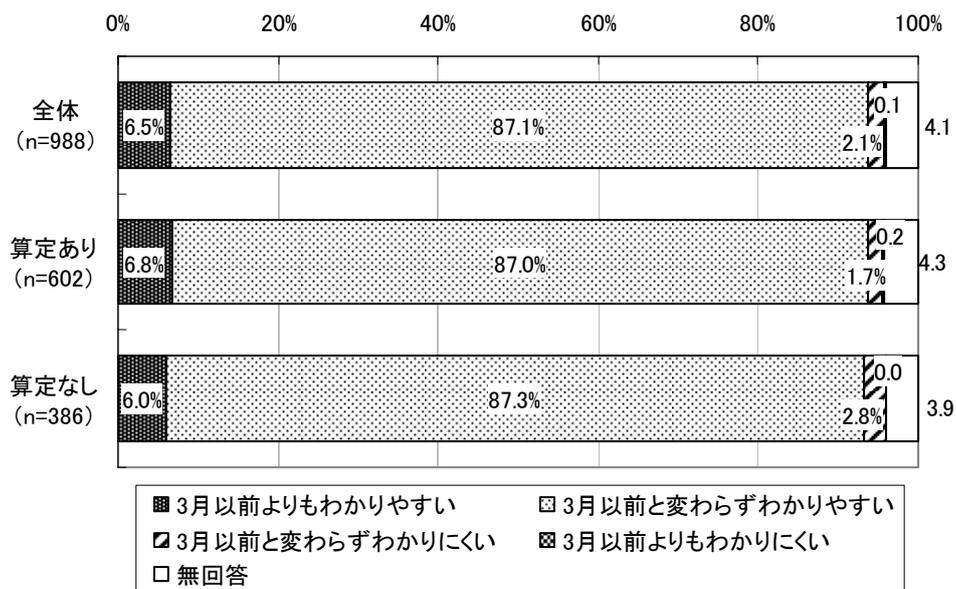
平成20年4月以降の「今後の治療方針・生活上の注意や指導についての医師からの説明」の状況についてみると、全体では、「3月以前と変わらずわかりやすい」(87.1%)が最も多く、「3月以前よりもわかりやすい」は7.2%であった。「算定あり」の患者では「3月以前よりもわかりやすい」の割合が、「算定なし」の患者よりも1.1ポイント高くなった。

図表 69 平成20年4月以降の診察内容の変化
(今後の治療方針・生活上の注意や指導についての医師からの説明)



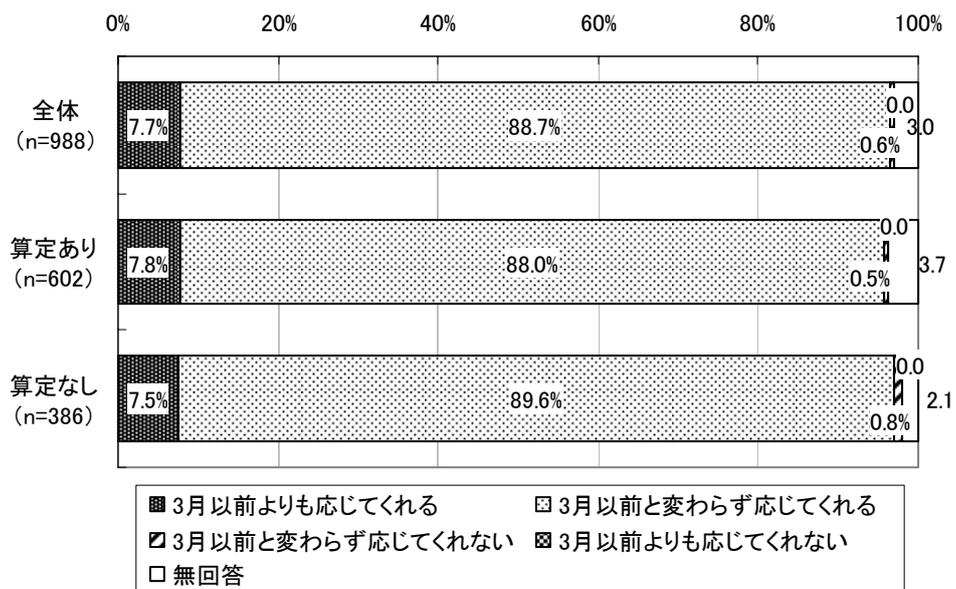
平成20年4月以降の「処方された薬についての説明」の状況についてみると、全体では、「3月以前と変わらずわかりやすい」(87.1%)が最も多く、「3月以前よりもわかりやすい」は6.5%であった。この傾向は、「算定あり」の患者、「算定なし」の患者においても同様であった。

図表 70 平成20年4月以降の診察内容の変化（処方された薬についての説明）



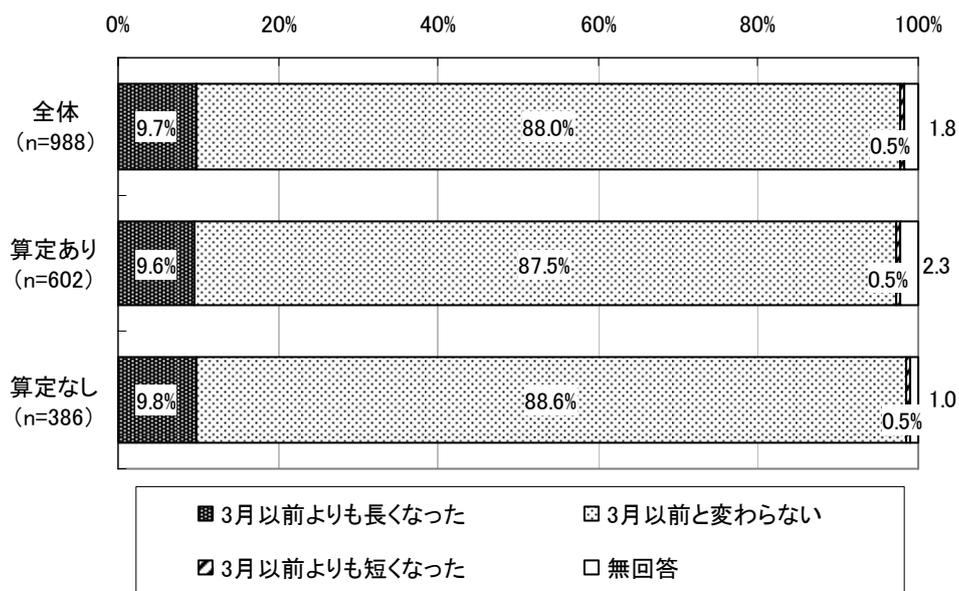
平成 20 年 4 月以降の「悩みや不安についての相談」の状況についてみると、全体では、「3 月以前と変わらずわかりやすい」(88.7%) が最も多く、「3 月以前よりもわかりやすい」は 7.7% であった。この傾向は、「算定あり」の患者、「算定なし」の患者においても同様であった。

図表 71 平成 20 年 4 月以降の診察内容の変化（悩みや不安についての相談）



平成20年4月以降の「医師が直接診察してくれる時間」の状況についてみると、全体では、「3月以前と変わらない」（88.0%）が最も多く、「3月以前よりも長くなった」は9.7%であった。この傾向は、「算定あり」の患者、「算定なし」の患者においても同様であった。

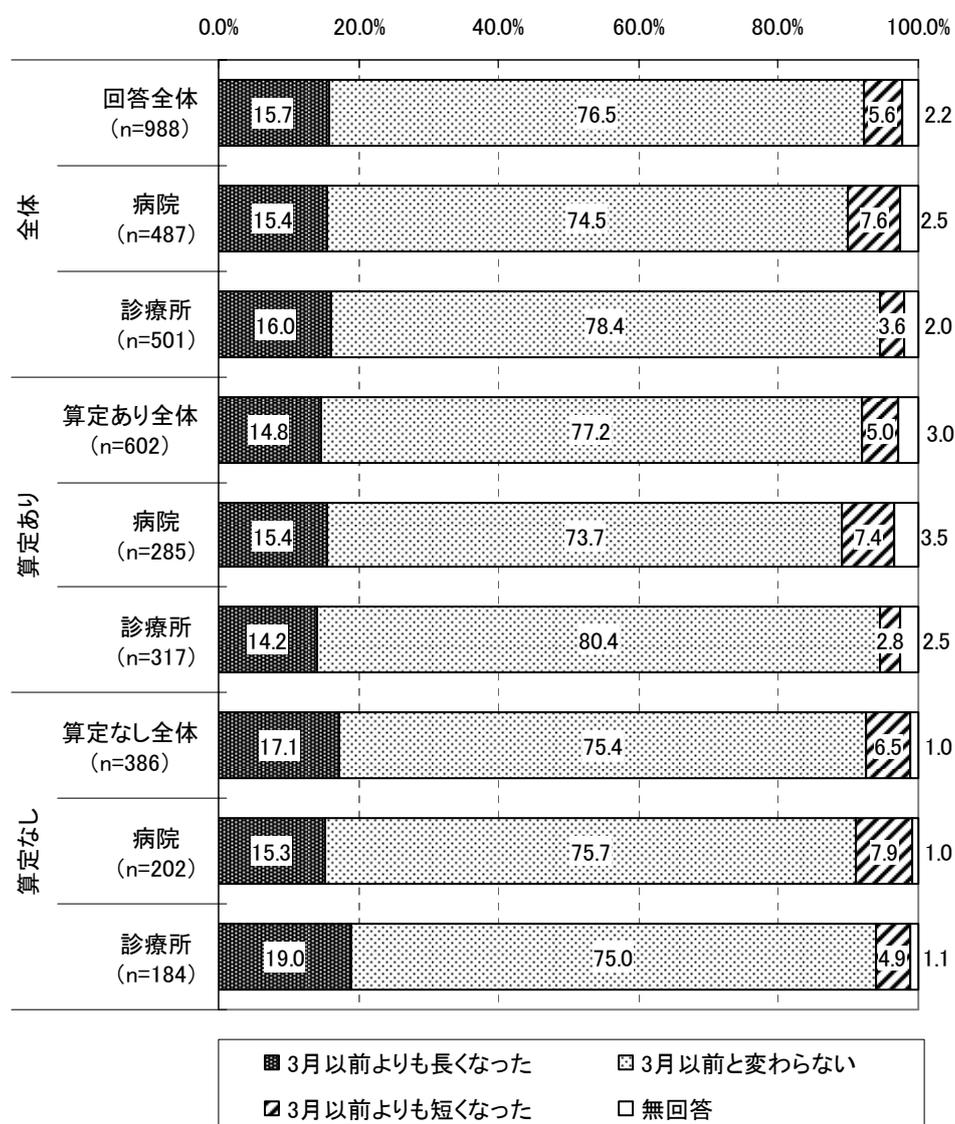
図表 72 平成20年4月以降の診察時間（医師が直接診察してくれる時間）の変化



平成 20 年 4 月以降の「診察までの待ち時間」の状況についてみると、全体では、「3 月以前と変わらない」(76.5%) が最も多く、「3 月以前よりも長くなった」は 15.7%、「3 月以前よりも短くなった」は 5.6%であった。

「算定あり」の患者と「算定なし」の患者とを比較すると、「算定なし」の患者では、「3 月以前よりも長くなった」と「3 月以前よりも短くなった」割合が「算定あり」の患者よりも高い結果となった。

図表 73 診察までの待ち時間の変化



④診察を受けた時の状況

診察を受けた時間についてみると、全体では平均 9.9 分（標準偏差 8.6、中央値 10.0）であった。外来管理加算の算定の有無別にみると、「算定あり」の患者では、平均 10.5 分（標準偏差 9.5、中央値 10.0）、「算定なし」では、平均 8.8 分（標準偏差 6.9、中央値 6.0）であった。

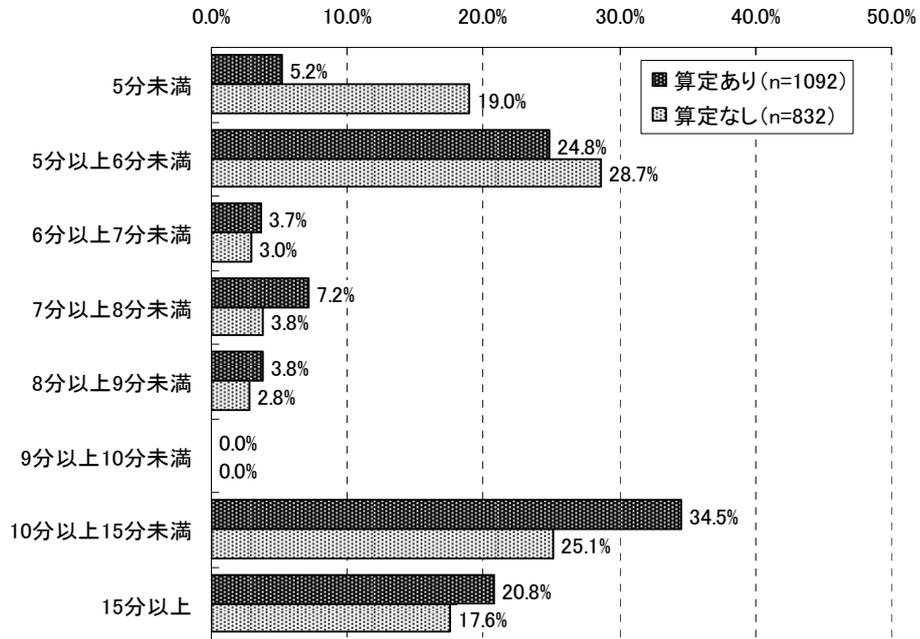
診察を受けた時間の分布を外来管理加算算定の有無別にみると、「算定あり」の患者では、「10 分以上 15 分未満」（34.5%）が最も多く、次いで「5 分以上 6 分未満」（24.8%）、「15 分以上」（20.8%）であった。一方、「算定なし」の患者では、「5 分以上 6 分未満」（28.7%）が最も多く、次いで「10 分以上 15 分未満」（25.1%）、「5 分未満」（19.0%）、「15 分以上」（17.6%）であり、「算定あり」の患者に比べて時間が短い。

図表 74 診察を受けた時間（分）

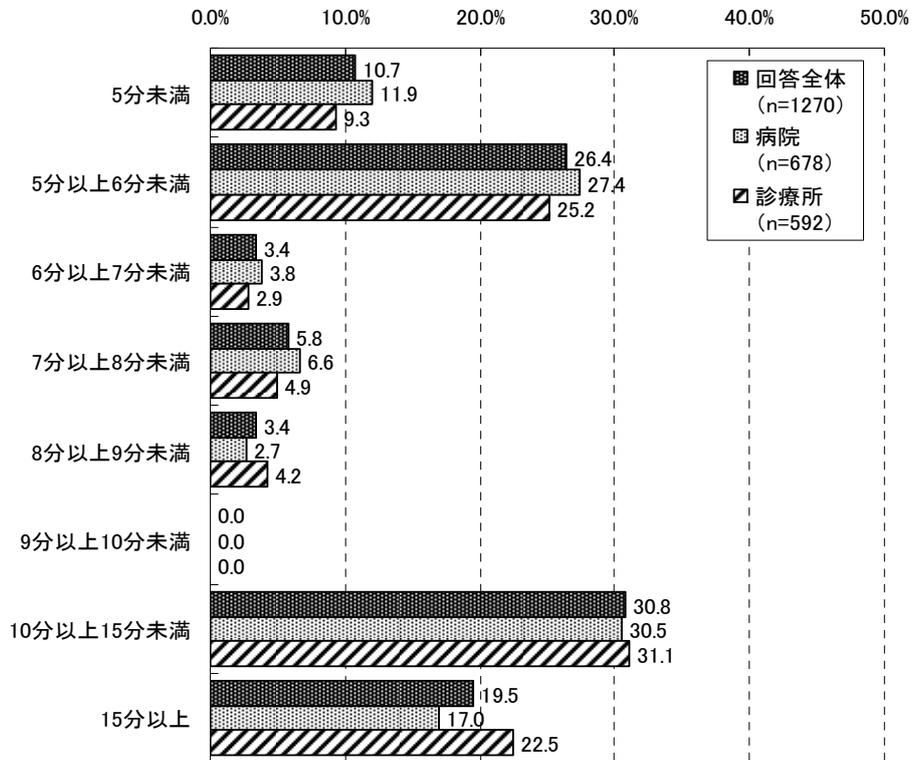
| | 平均値 | 標準偏差 | 最大値 | 最小値 | 中央値 |
|--------------|------|------|-------|-----|------|
| 全体 (n=1,270) | 9.9 | 8.6 | 120.0 | 1.0 | 10.0 |
| 病院 | 9.7 | 9.7 | 120.0 | 2.0 | 8.0 |
| 診療所 | 10.1 | 7.2 | 60.0 | 1.0 | 10.0 |
| 算定あり (n=765) | 10.5 | 9.5 | 120.0 | 2.0 | 10.0 |
| 病院 | 10.6 | 11.3 | 120.0 | 2.0 | 10.0 |
| 診療所 | 10.4 | 7.0 | 60.0 | 2.0 | 10.0 |
| 算定なし (n=505) | 8.8 | 6.9 | 60.0 | 1.0 | 6.0 |
| 病院 | 8.2 | 6.5 | 60.0 | 2.0 | 6.0 |
| 診療所 | 9.5 | 7.4 | 40.0 | 1.0 | 8.0 |

(注)・「診察時間」とは、診察室に入り、医師から直接、問診や身体診察を受けたり、医師へ質問したり、医師から説明を聞いたりした後、診察室を出るまでの時間を指す。
 ・「わからない」という回答、無回答を除き、集計した。

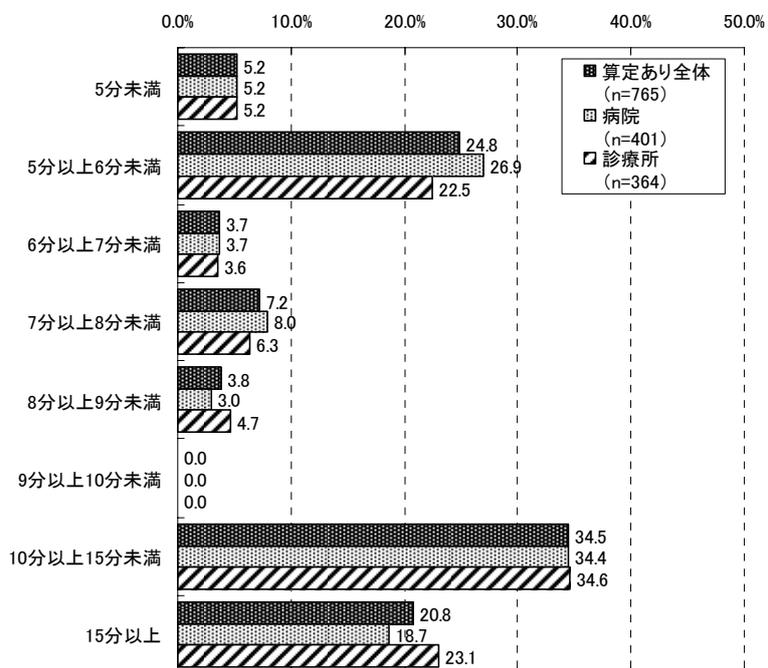
図表 75 診察を受けた時間の分布



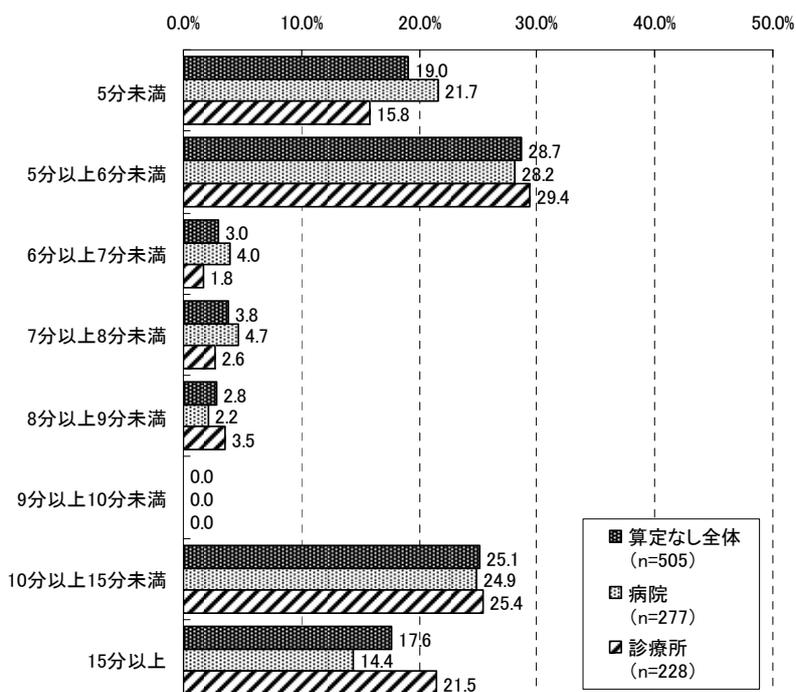
図表 76 診察を受けた時間の分布（全体、病院・診療所別）



図表 77 診察を受けた時間の分布（算定あり、病院・診療所別）

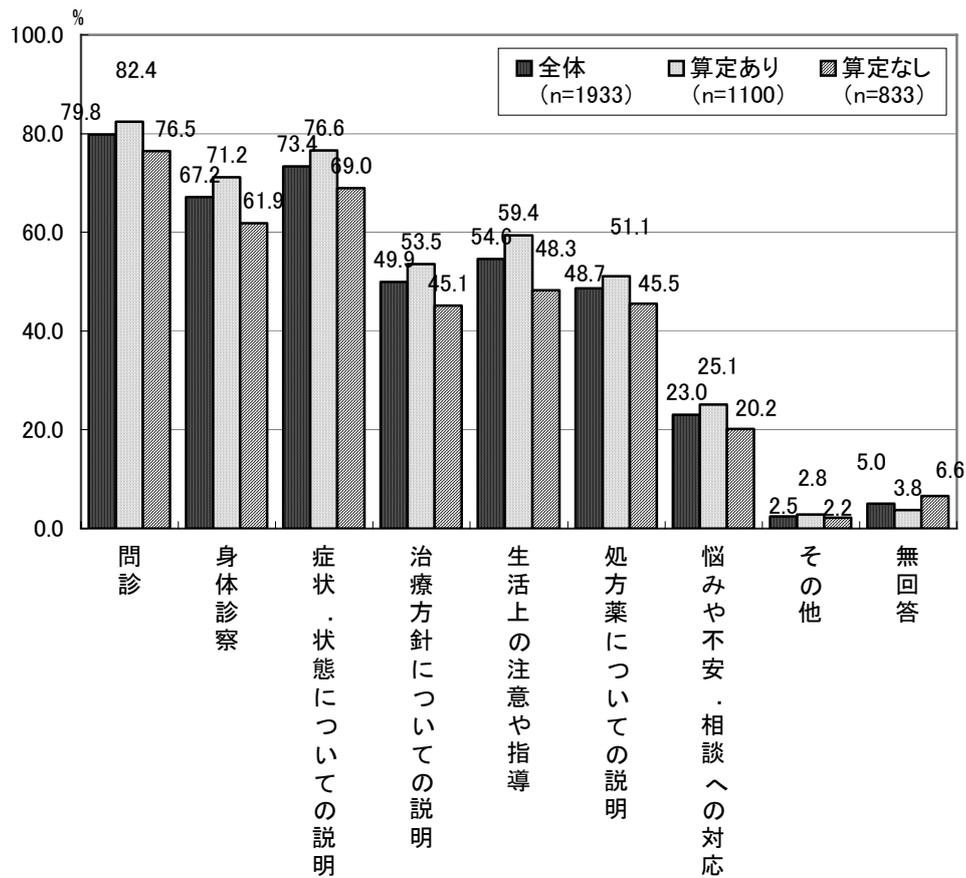


図表 78 診察を受けた時間の分布（算定なし、病院・診療所別）



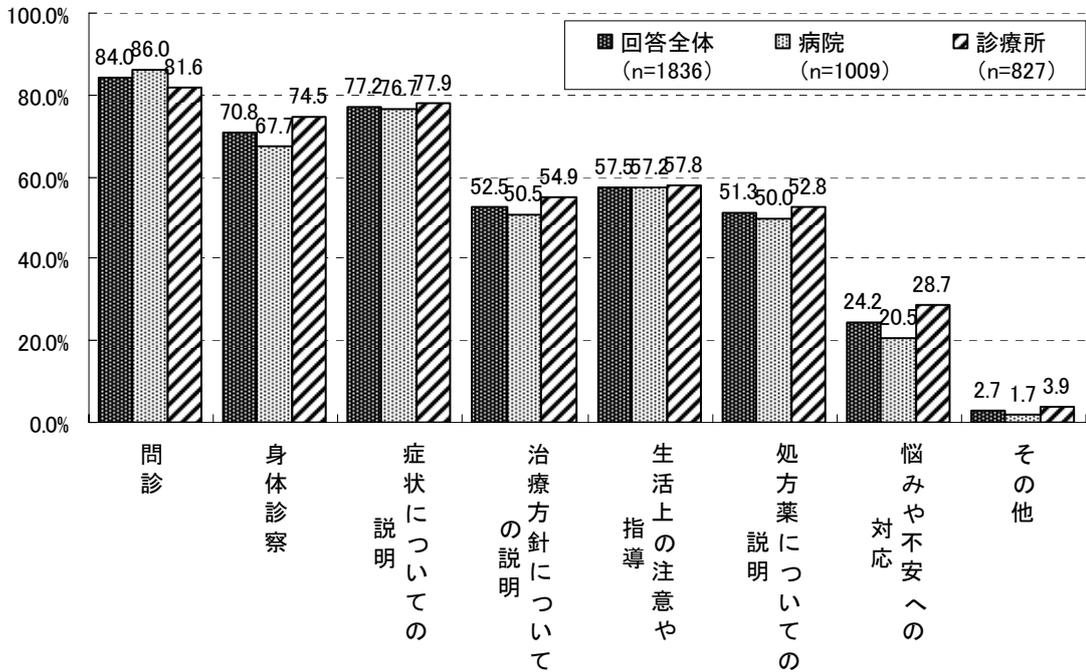
医師から受けた診察の内容についてみると、外来管理加算の「算定あり」の患者、「算定なし」の患者ともに、「問診」(それぞれ 82.4%、76.5%) が最も多く、次いで「症状・状態についての説明」(それぞれ 76.6%、69.0%)、「身体診察」(それぞれ 71.2%、61.9%)、「生活上の注意や指導」(それぞれ 59.4%、48.3%) であった。

図表 79 医師から受けた診察の内容

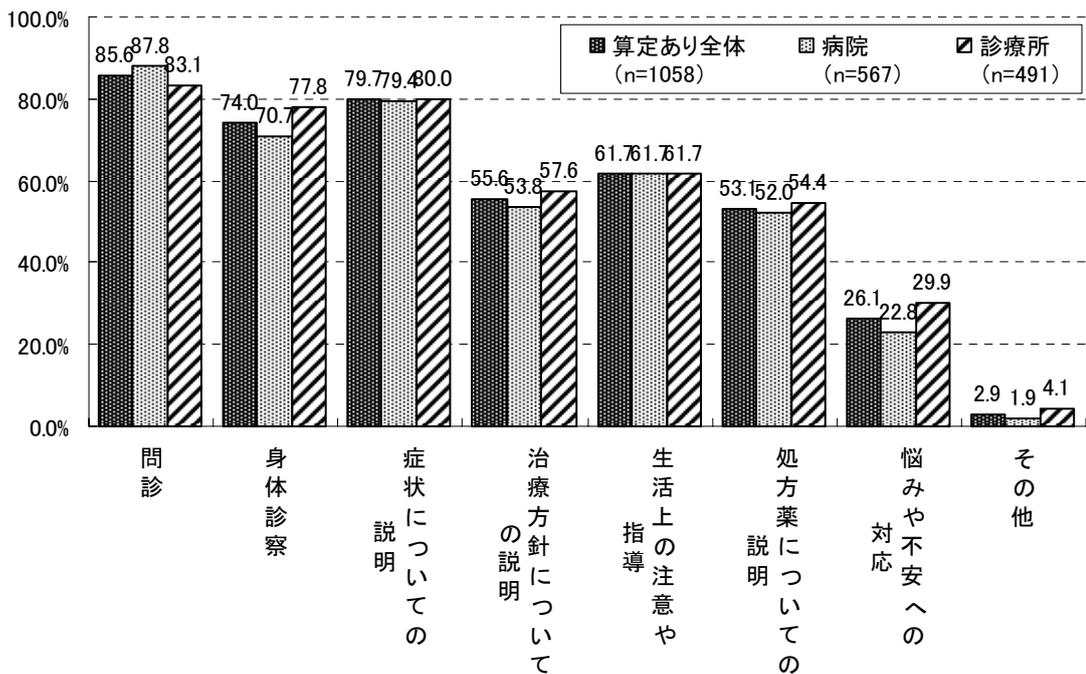


(注) 「その他」の内容として、「検査や検査結果に対する説明」、「家族に関する悩みや相談」等の回答があげられた。

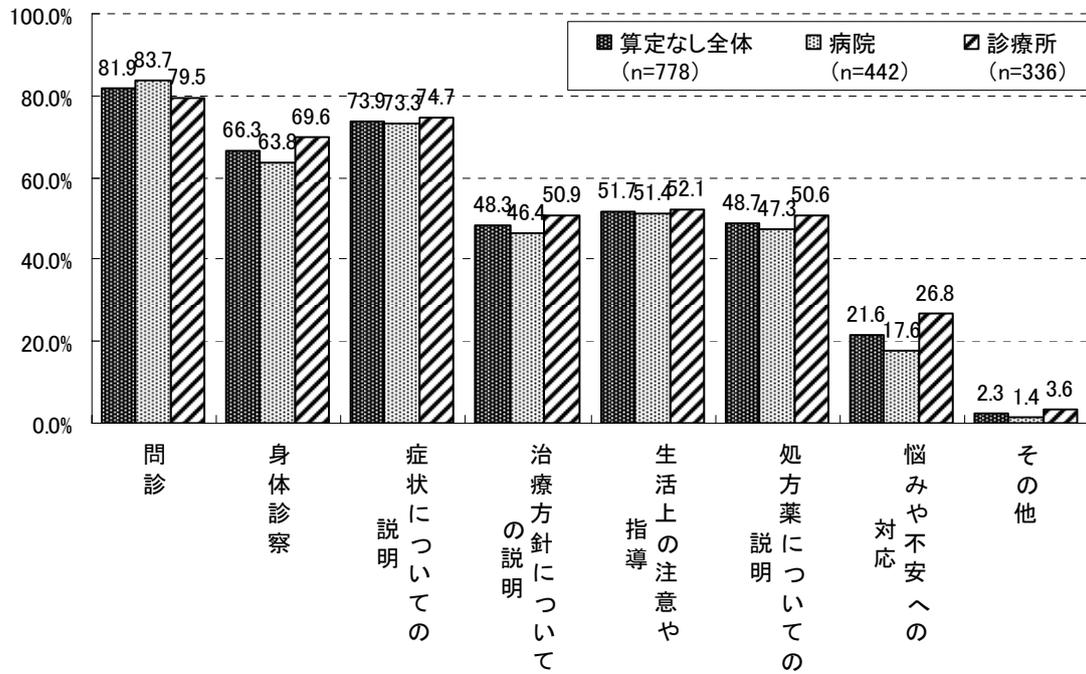
図表 80 医師から受けた診察の内容（全体、病院・診療所別）



図表 81 医師から受けた診察の内容（算定あり、病院・診療所別）

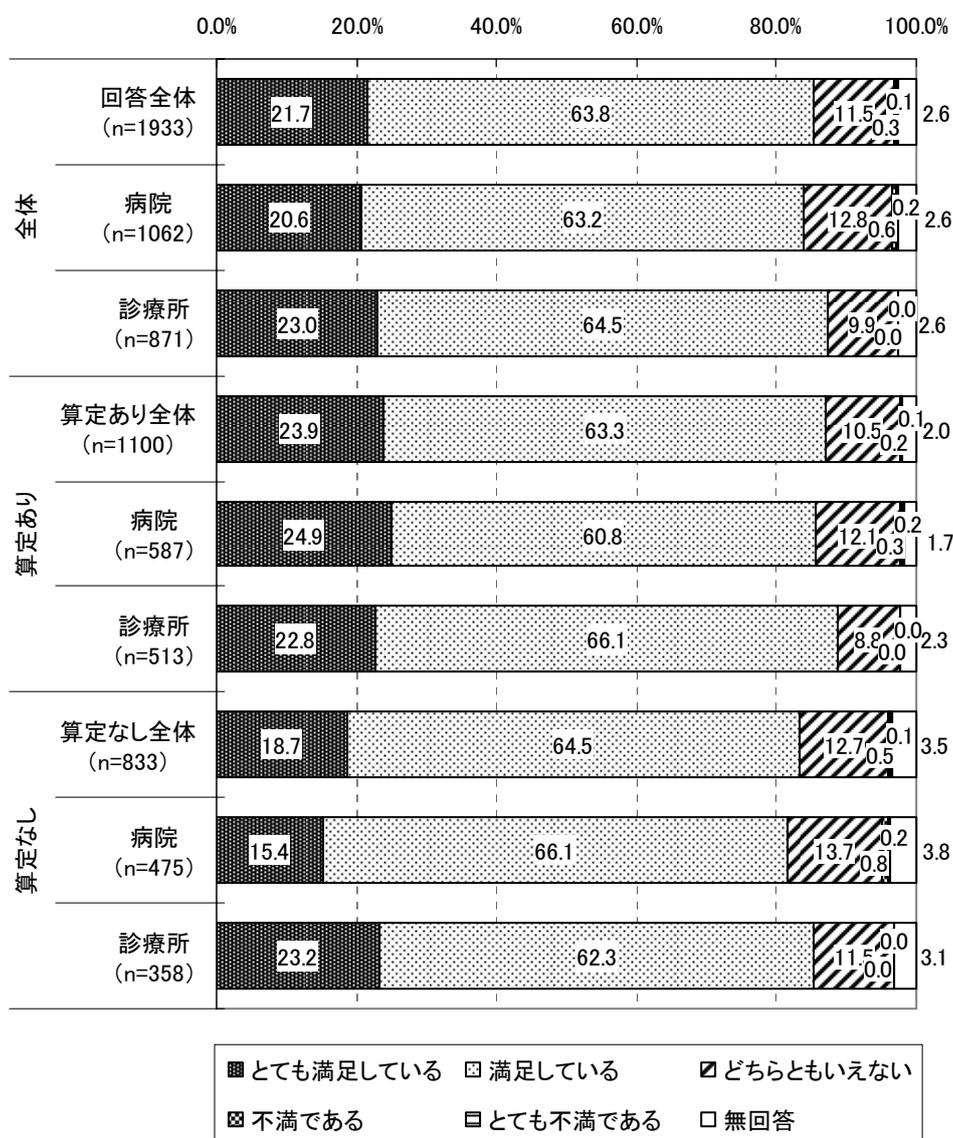


図表 82 医師から受けた診察の内容（算定なし、病院・診療所別）



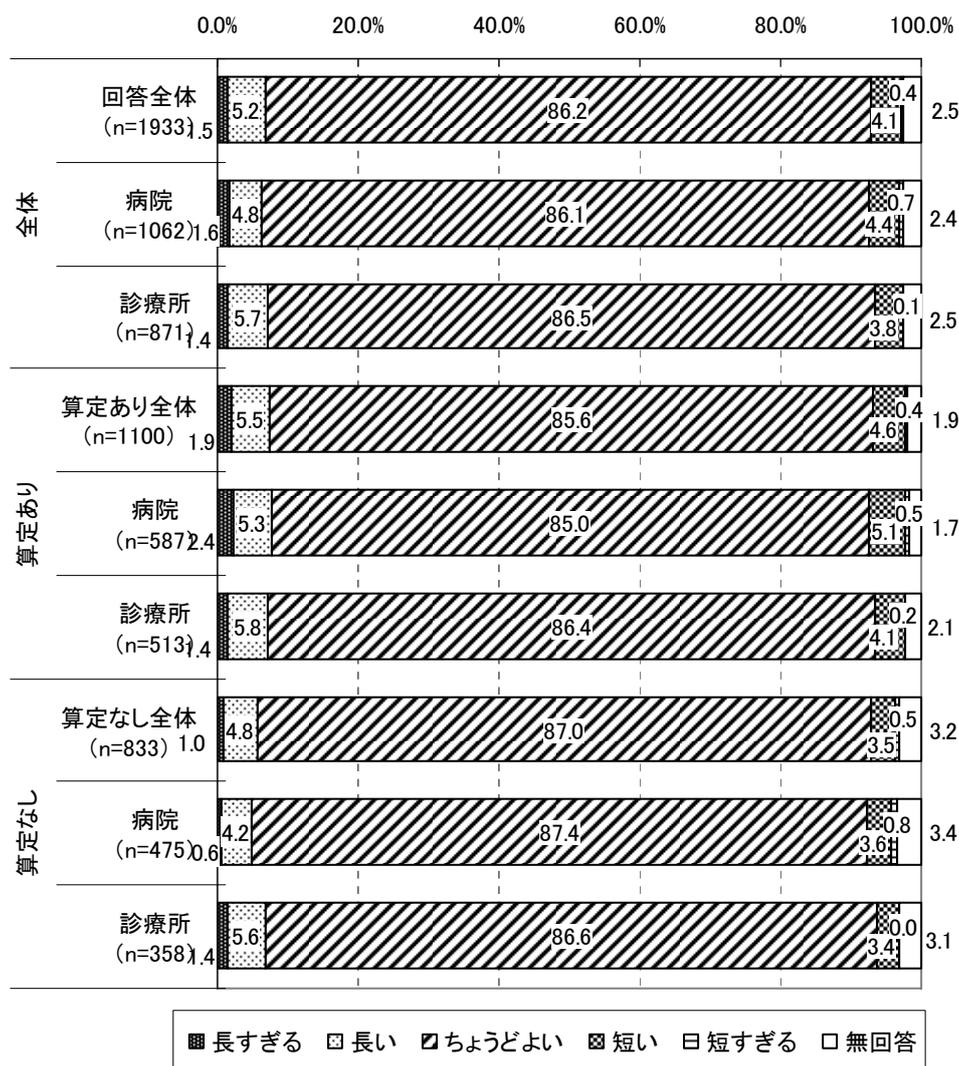
診察内容に対する満足度についてみると、「算定あり」の患者では、「とても満足している」(23.9%)と「満足している」(63.3%)を合わせると87.2%、「算定なし」の患者では、「とても満足している」(18.7%)と「満足している」(64.5%)を合わせると83.2%で、「算定あり」の患者の方がやや高い結果となった。一方、「算定あり」の患者、「算定なし」の患者ともに「どちらともいえない」(それぞれ10.5%、12.7%)が1割を占めた。

図表 83 診察内容に対する満足度



診察時間の長さに対する評価についてみると、全体では「ちょうどよい」(86.2%)が大多数を占めた。一方で、「長すぎる」(1.5%)と「長い」(5.2%)を合わせると6.7%、「短すぎる」(4.1%)と「短い」(0.4%)を合わせると4.5%であった。この傾向は、「算定あり」の患者と「算定なし」の患者でも同様であった。

図表 84 診察時間の長さに対する評価



「診療時間の長さに対する評価別平均診察時間」についてみると、全体では、「長すぎる、長い」とした患者の平均診察時間は 12.42 分、「ちょうどよい」とした患者の平均は 9.86 分、「短い、短すぎる」とした患者の平均は 5.52 分であった。外来管理加算の算定別にみると、「算定あり」では、「長すぎる、長い」とした患者の平均は 12.95 分、「ちょうどよい」とした患者の平均は 10.59 分、「短い、短すぎる」とした患者の平均は 5.44 分であった。「算定なし」では、「長すぎる、長い」とした患者の平均は 11.41 分、「ちょうどよい」とした患者の平均は 8.79 分、「短い、短すぎる」とした患者の平均は 5.67 分であった。

「ちょうどよい」と回答した「算定あり」の患者の平均診察時間は、「算定なし」の患者より平均 1.8 分長い結果であった。

図表 85 「診察時間の長さに対する評価」別平均診察時間

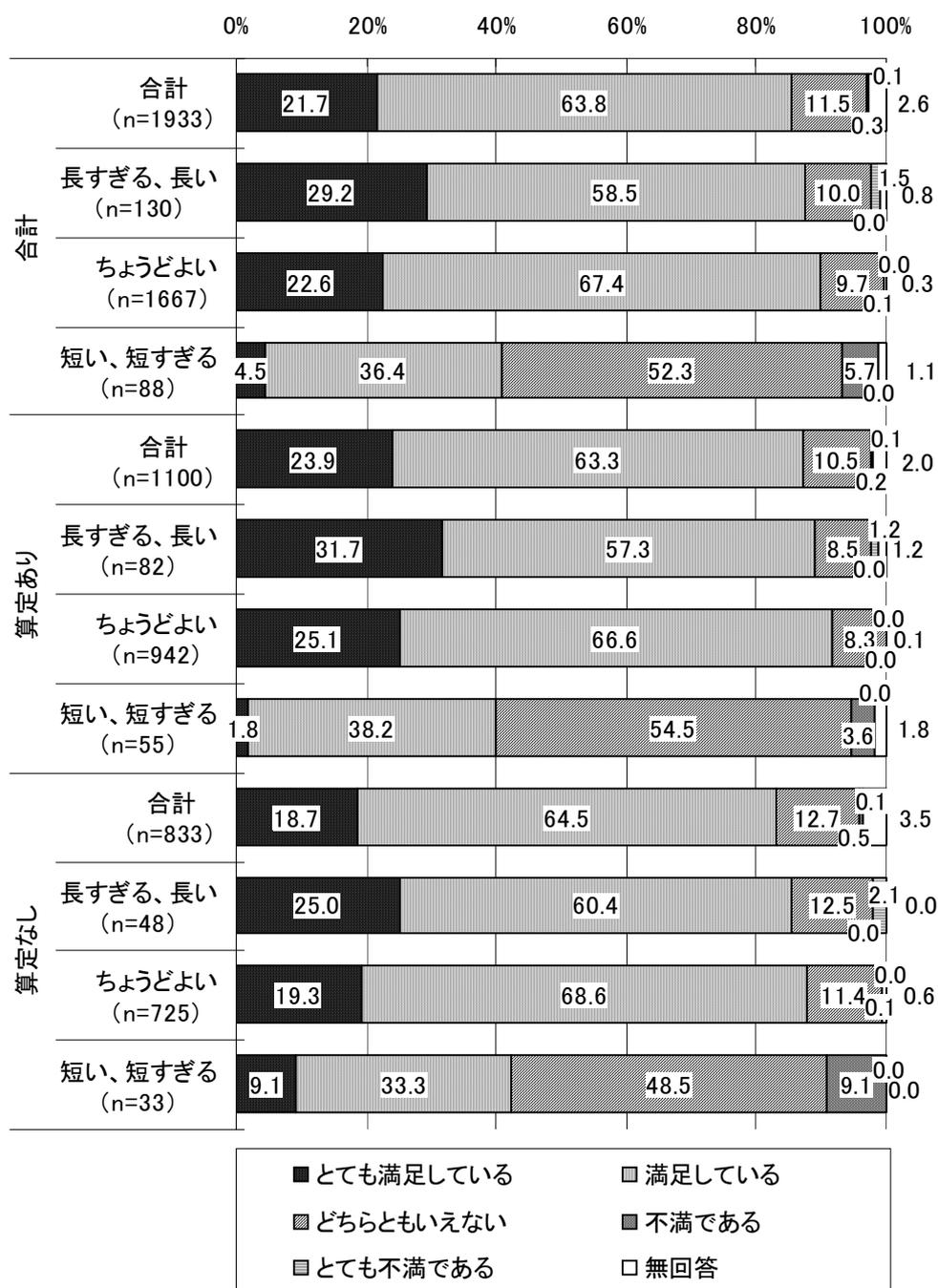
| | 全体 | | 算定あり | | 算定なし | |
|---------|------|-----------|------|-----------|------|-----------|
| | 患者数 | 平均診察時間(分) | 患者数 | 平均診察時間(分) | 患者数 | 平均診察時間(分) |
| 全体 | 1270 | 9.86 | 765 | 10.55 | 505 | 8.82 |
| 長すぎる、長い | 84 | 12.42 | 55 | 12.95 | 29 | 11.41 |
| ちょうどよい | 1130 | 9.86 | 673 | 10.59 | 457 | 8.79 |
| 短い、短すぎる | 52 | 5.52 | 34 | 5.44 | 18 | 5.67 |
| 無回答 | 4 | 12.50 | 3 | 15.00 | 1 | 5.00 |

「診察時間の長さに対する評価」別に「診察内容に対する満足度」についてみると、外来管理加算の「算定あり」の患者では、「長すぎる、長い」と回答した患者のうち「とても満足している」は 31.7%、「満足している」は 57.3%であり、「とても満足している」と「満足している」を合わせると 89.0%であった。「ちょうどよい」と回答した患者では、「とても満足している」は 25.1%、「満足している」は 66.6%であり、「とても満足している」と「満足している」を合わせると 91.7%であった。一方、「短い、短すぎる」と回答した患者では、「どちらともいえない」(54.5%)が最も多くなった。

外来管理加算の「算定なし」の患者では、「長すぎる、長い」と回答した患者のうち「とても満足している」は 25.0%、「満足している」は 60.4%であり、「とても満足している」と「満足している」を合わせると 85.4%であった。「ちょうどよい」と回答した患者では、「とても満足している」は 19.3%、「満足している」は 68.6%であり、「とても満足している」と「満足している」を合わせると 87.9%であった。一方、「短い、短すぎる」と回答した患者は、「どちらともいえない」(48.5%)が最も多くなった。

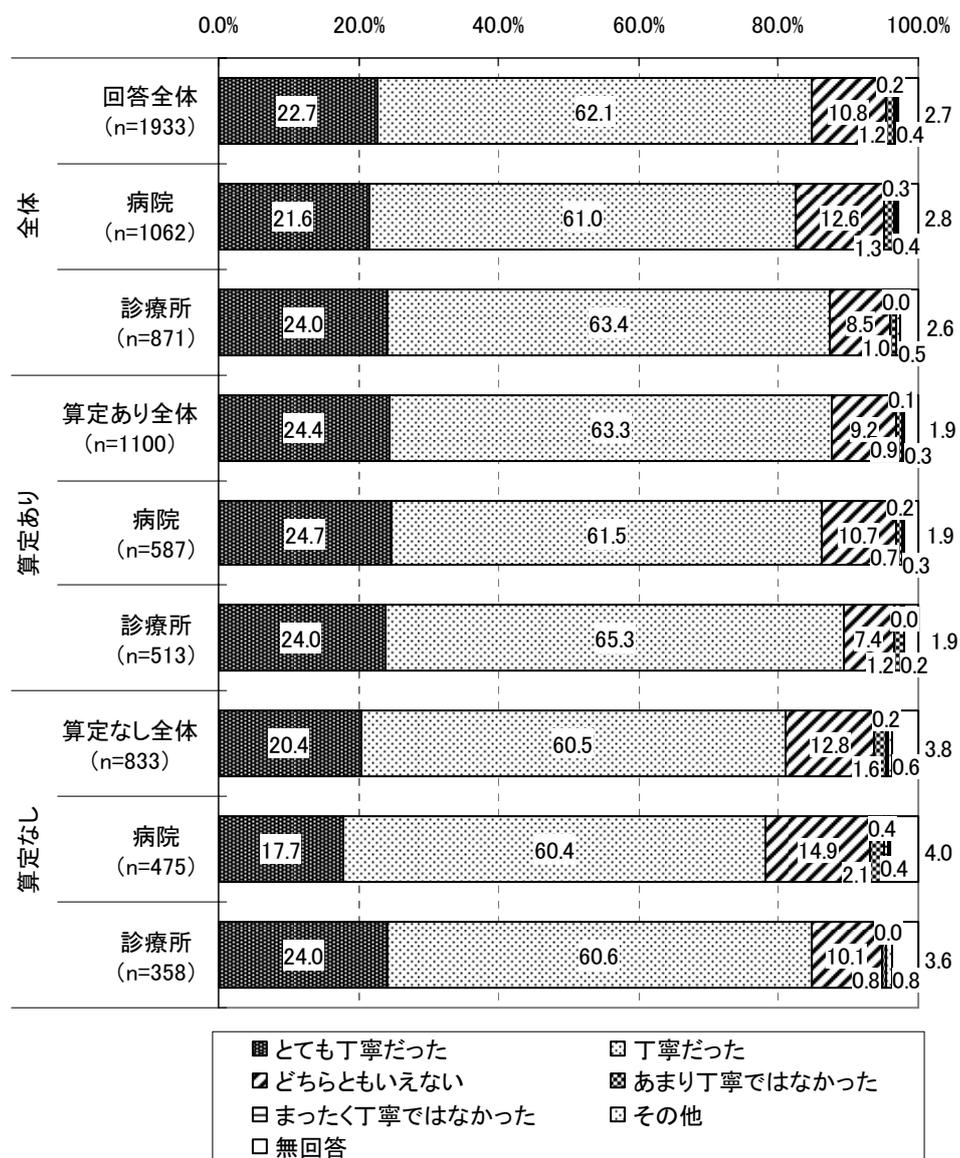
外来管理加算の算定別に「長すぎる、長い」と「ちょうどよい」と回答した患者の満足度を比較すると、「とても満足している」と「満足している」を合わせた割合は、「算定あり」の患者の方が、「算定なし」の患者よりもそれぞれ 3.6 ポイント、3.8 ポイント高くなった。同様に「短い、短すぎる」と回答した患者の満足度は、「算定あり」と「算定なし」の患者ともに「どちらともいえない」(それぞれ 54.5%、48.5%)が最も多くなった。

図表 86 「診察時間の長さに対する評価」別「診察内容に対する満足度」



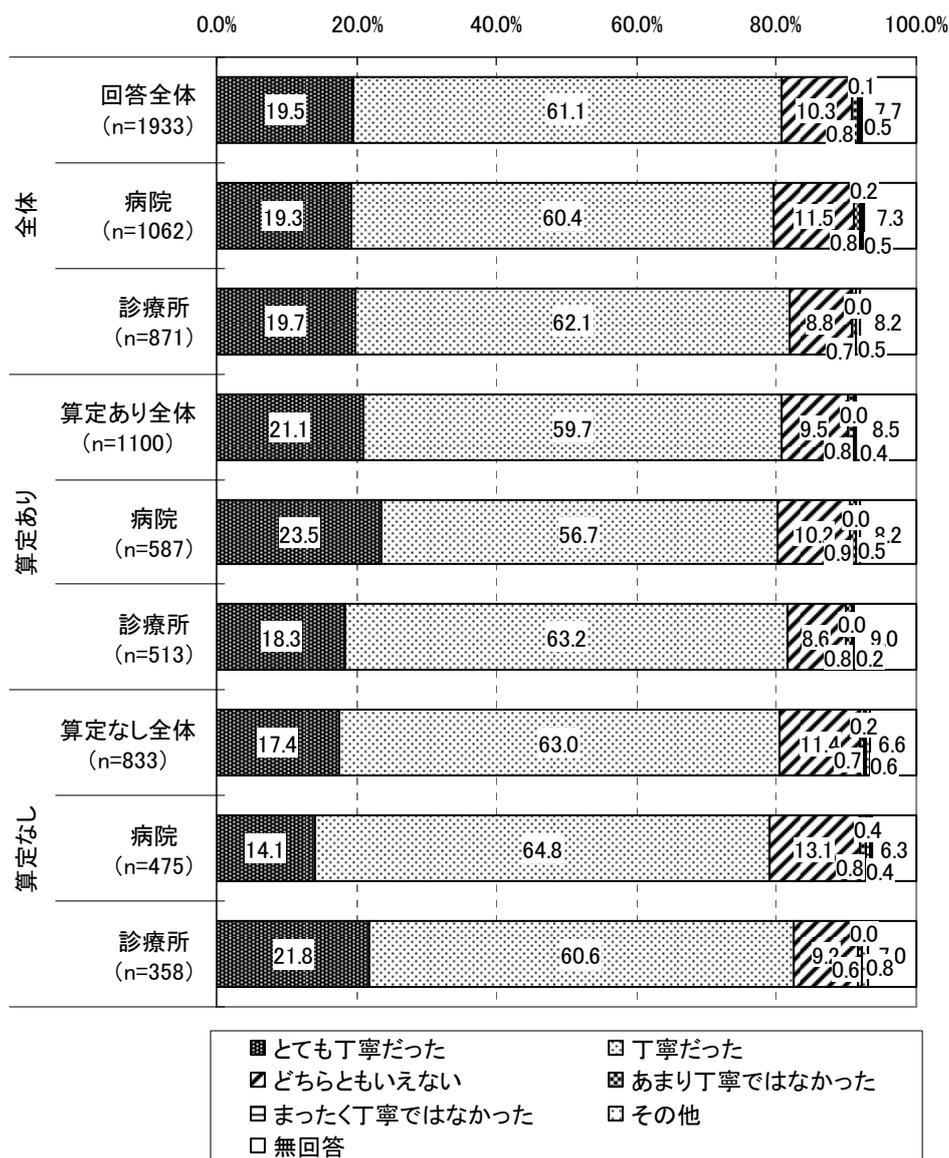
医師の問診や身体診察の丁寧さについての評価についてみると、「算定あり」の患者では、「丁寧だった」(63.3%)が最も多く、「とても丁寧だった」(24.4%)を合わせると87.7%であった。一方、「算定なし」の患者では、「丁寧だった」(60.5%)が最も多く、「とても丁寧だった」(20.4%)を合わせると80.9%であり、「算定あり」の患者方がやや高い割合となった。

図表 87 医師の問診や身体診察の丁寧さについての評価

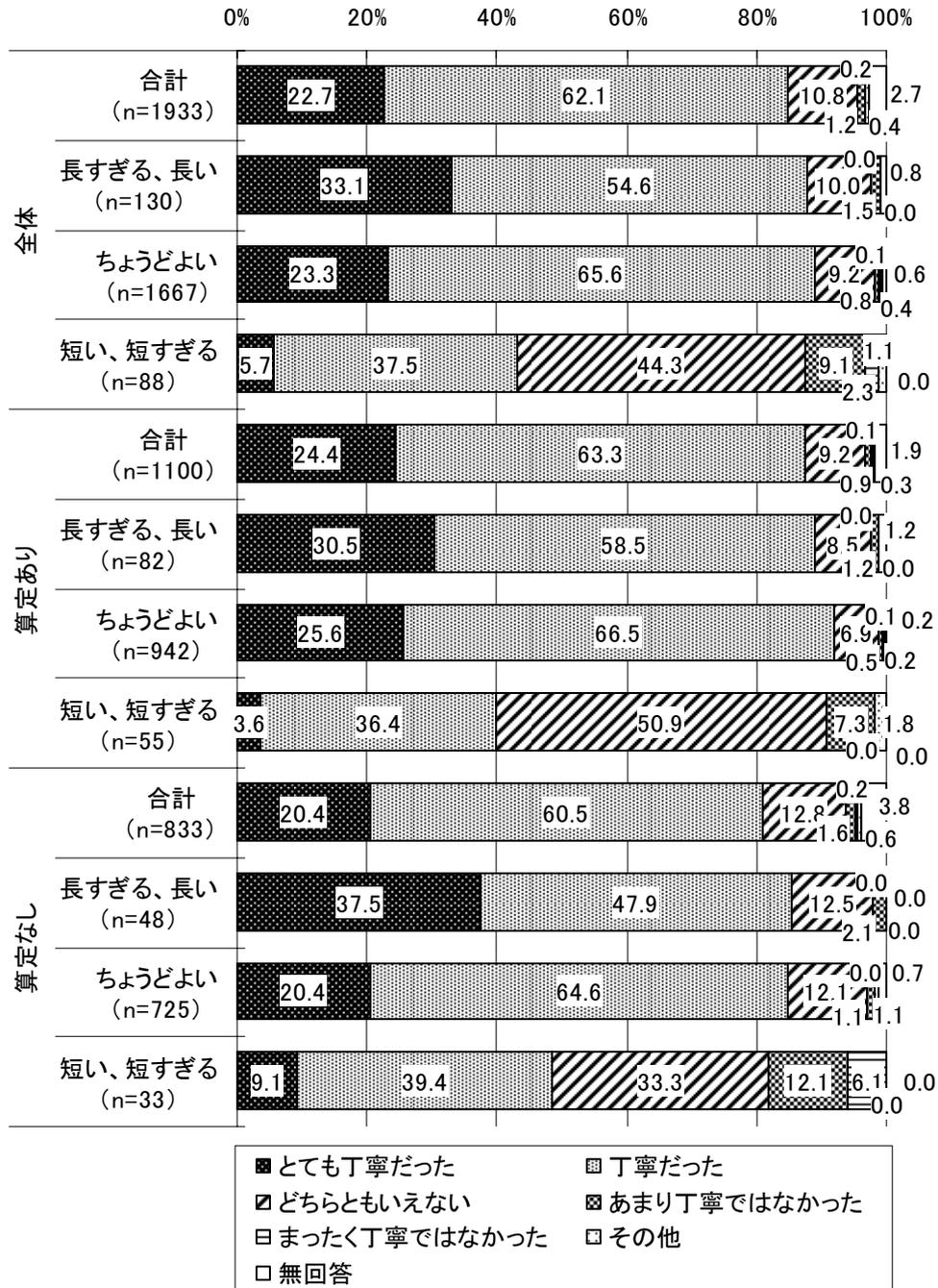


医師の説明内容の丁寧さについての評価についてみると、全体では、「丁寧だった」(61.1%)が最も多く、「とても丁寧だった」(19.5%)とあわせると80.6%となった。

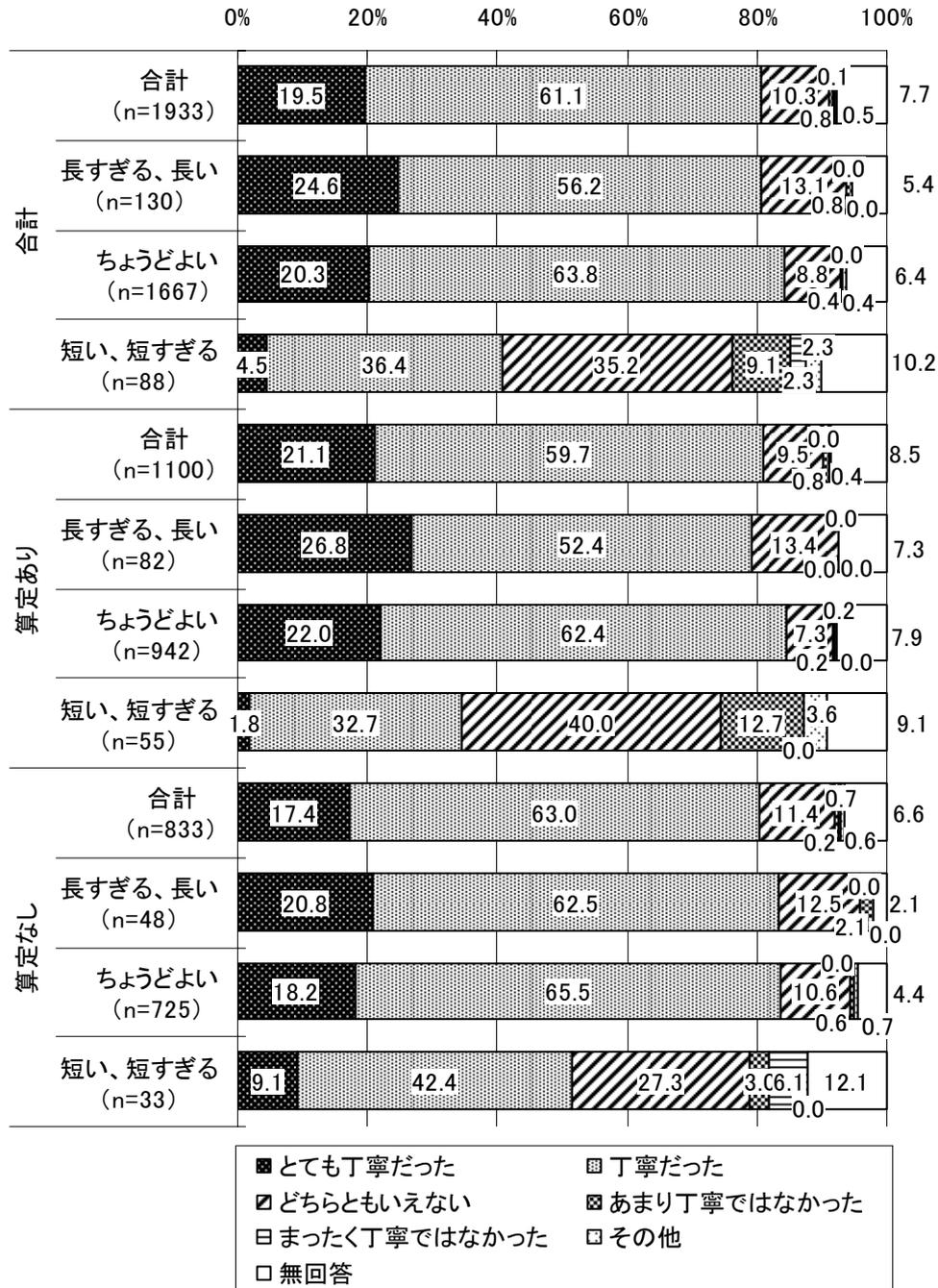
図表 88 医師の説明内容の丁寧さについての評価



図表 89 「診察時間の長さに対する評価」別「医師の問診や身体診察の丁寧さの評価」

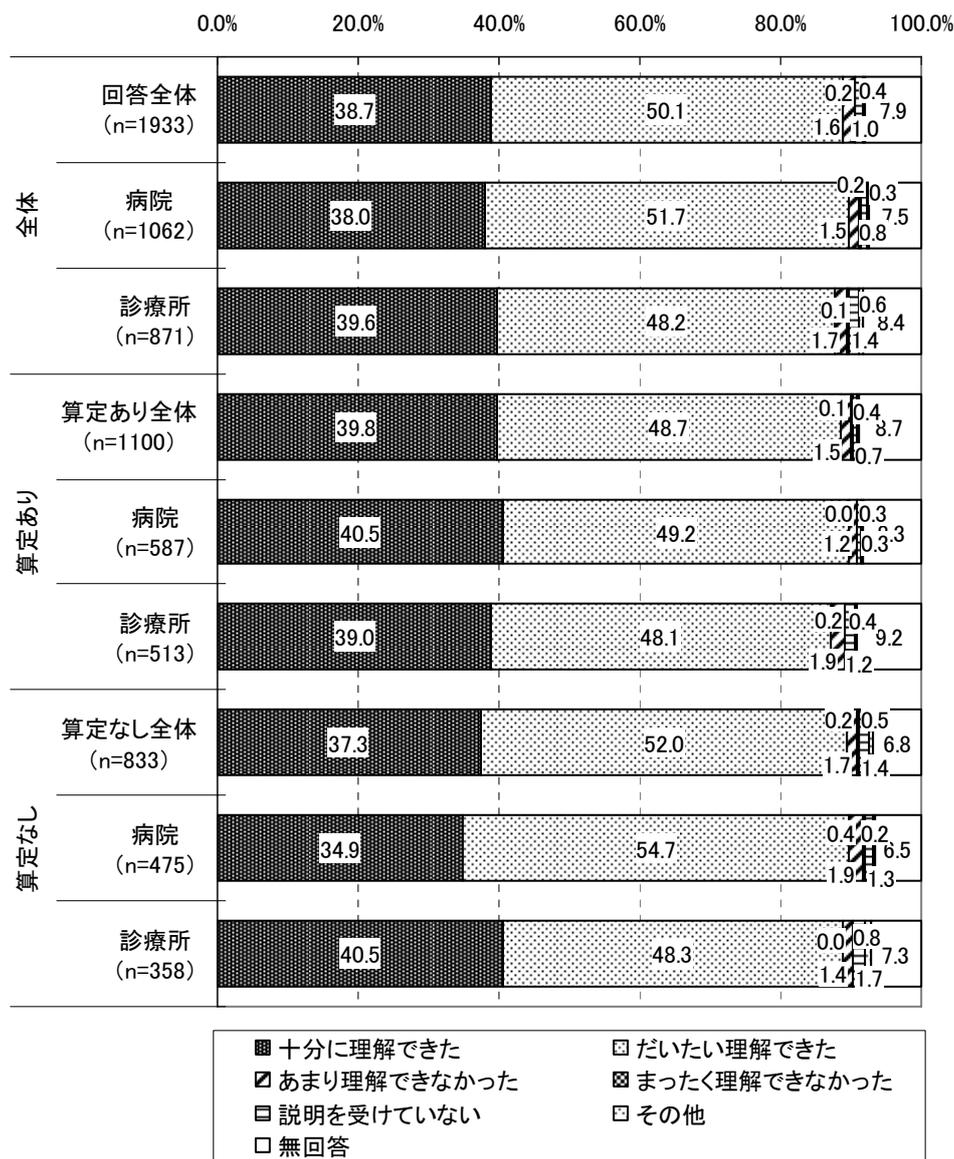


図表 90 「診察時間の長さに対する評価」別「医師の説明内容の丁寧さの評価」



医師の説明内容についての理解度についてみると、全体では、「だいたい理解できた」(50.1%)が最も多く、「十分に理解できた」(38.7%)と合わせると88.8%で大多数を占めた。外来管理加算の「算定あり」の患者と「算定なし」の患者でも同様の傾向であった。

図表 91 医師の説明内容についての理解度

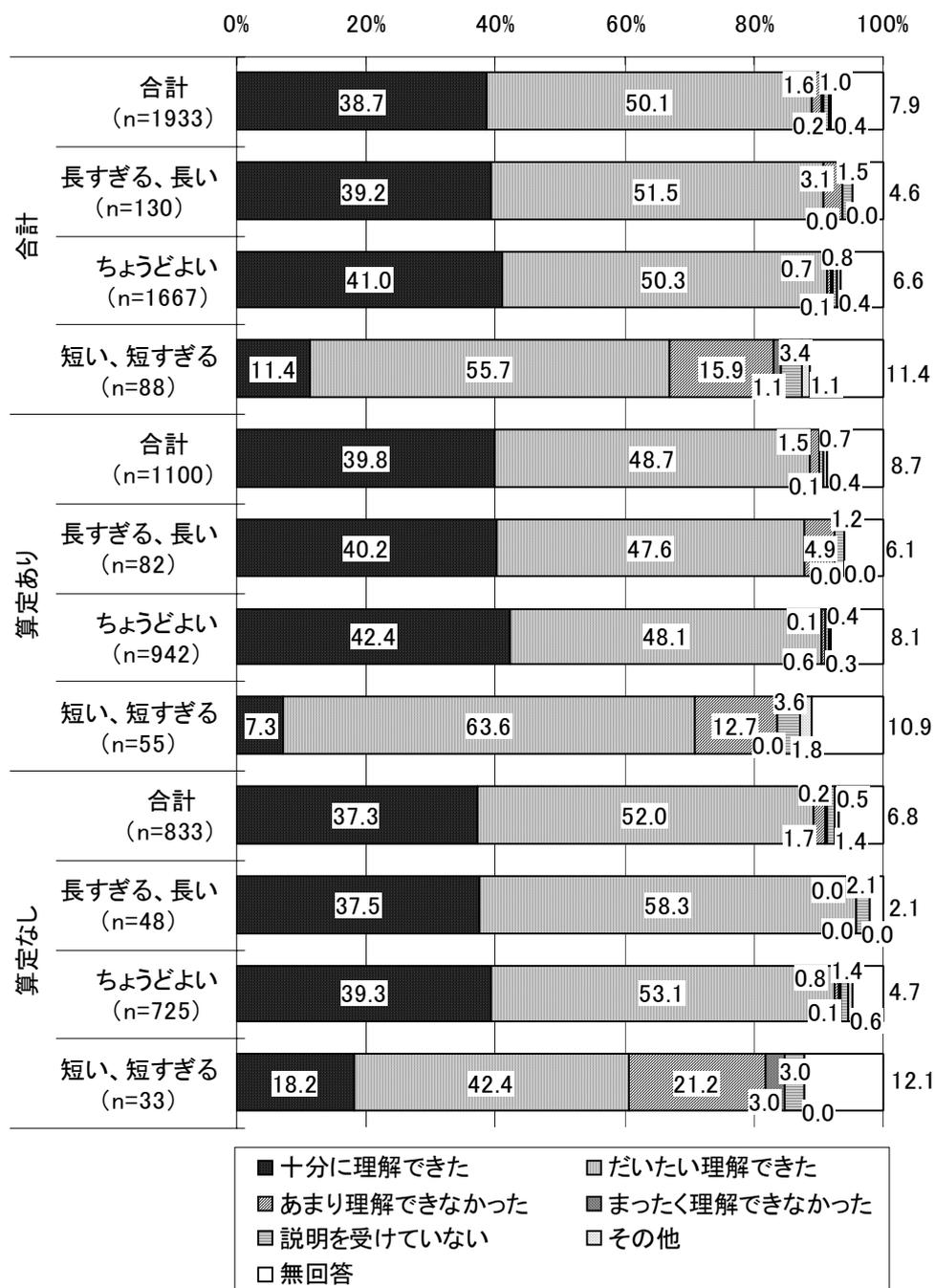


「診察時間の長さに対する評価」別に「医師の説明内容についての理解度」についてみると、外来管理加算の「算定あり」の患者では、「長すぎる、長い」と回答した患者のうち「十分に理解できた」(40.2%)と「だいたい理解できた」(47.6%)を合わせると87.8%、「ちょうどよい」と回答した患者では90.5%、「短い、短すぎる」と回答した患者では70.9%であった。「短い、短すぎる」と回答した患者のうち12.7%が「あまり理解できなかった」と回答した。

外来管理加算の「算定なし」の患者では、「長すぎる、長い」と回答した患者のうち「十分に理解できた」(37.5%)と「だいたい理解できた」(58.3%)を合わせると95.8%、「ちょうどよい」と回答した患者では92.4%、「短い、短すぎる」と回答した患者では60.6%であった。「短い、短すぎる」と回答した患者のうち21.2%が「あまり理解できなかった」と回答した。

外来管理加算の算定別に「長すぎる、長い」と「ちょうどよい」と回答した患者の理解度を比較すると、「十分に理解できた」と「だいたい理解できた」を合わせた割合は、「算定あり」の患者より「算定なし」の患者の方が、それぞれ8.0ポイント、1.9ポイント高くなった。同様に「短い、短すぎる」と回答した患者の「あまり理解できなかった」割合についてみると、「算定なし」の患者の方が「算定あり」の患者より8.5ポイント高くなった。

図表 92 「診察時間の長さに対する評価」別「医師の説明内容についての理解度」

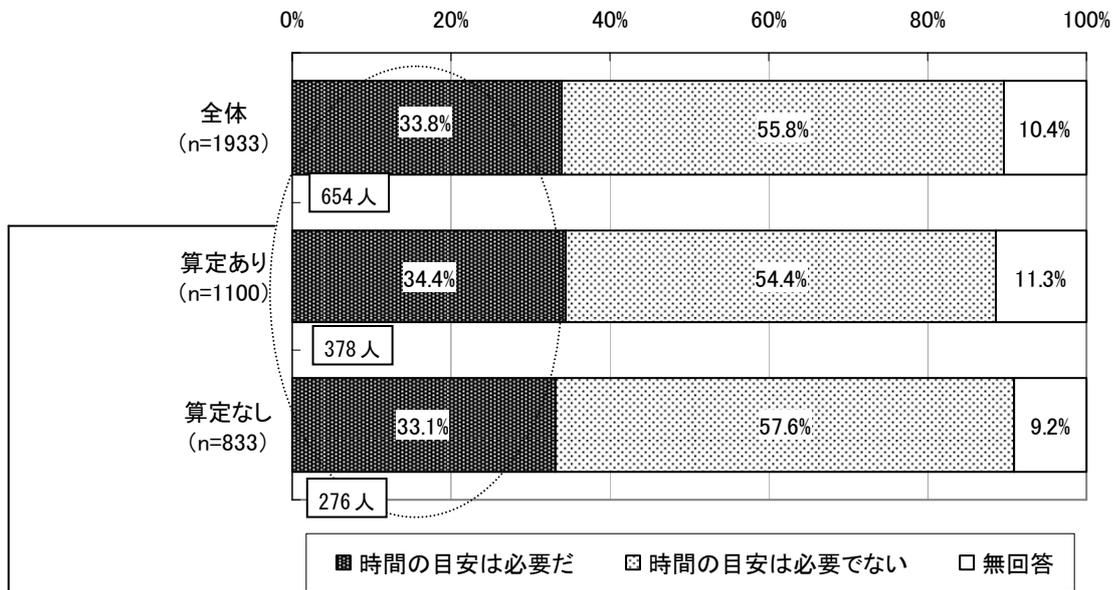


⑤外来管理加算の時間の目安についての考え

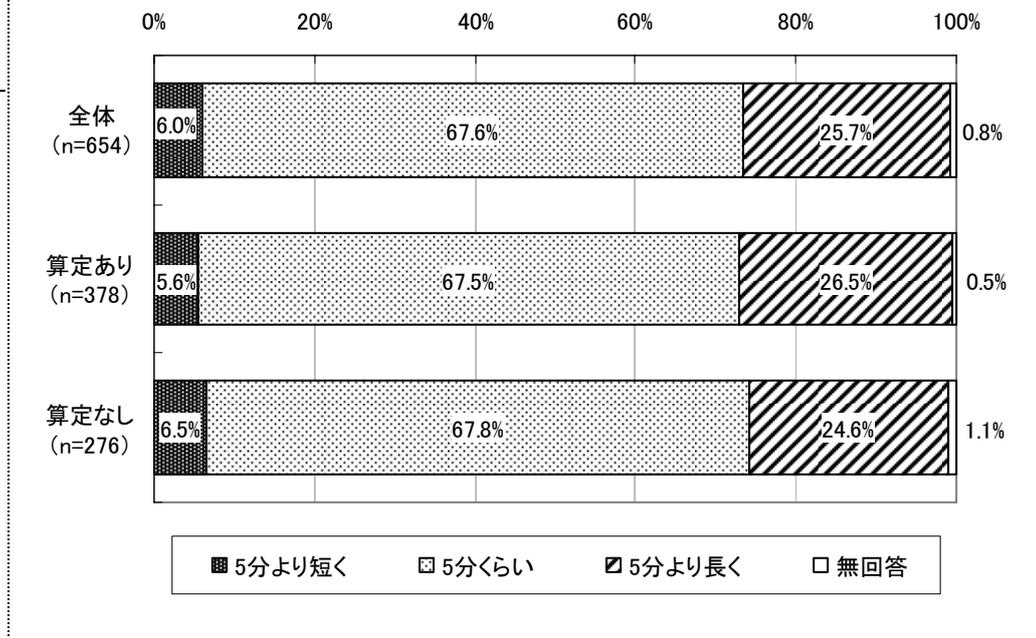
外来管理加算の時間の目安についての考えをみると、全体では、「時間の目安は必要でない」が55.8%で半数以上を占めた。一方、「時間の目安は必要だ」という回答は、33.8%であった。この傾向は、「算定あり」の患者と「算定なし」の患者も同様であった。

次に、「時間の目安は必要だ」と回答した人における「時間の目安」についてみると、全体では「5分くらい」(67.6%)が最も多く、次いで「5分より長く」(25.7%)、「5分より短く」(6.0%)であった。この傾向は、「算定あり」の患者と「算定なし」の患者でも同様であった。

図表 93 外来管理加算の時間の目安についての考え



図表 94 時間の目安



「外来管理加算の時間の目安についての考え」別に平均診察時間をみると、「目安は必要だ」と回答した外来管理加算「算定あり」の患者の平均は 11.08 分、「算定なし」の患者の平均は 8.68 分であった。「目安は必要ではない」と回答した外来管理加算「算定あり」の患者の平均は 10.04 分、「算定なし」の患者の平均は 8.47 分であった。「算定あり」、「算定なし」の患者ともに「目安は必要ではない」と回答した患者よりも「目安は必要だ」と回答した患者の平均診察時間の方がそれぞれ 1.04 分、0.21 分長かった。

図表 95 「外来管理加算の時間の目安についての考え」別平均診察時間

| | 全体 | | 算定あり | | 算定なし | |
|-----------|------|-----------|------|-----------|------|-----------|
| | 患者数 | 平均診察時間(分) | 患者数 | 平均診察時間(分) | 患者数 | 平均診察時間(分) |
| 合計 | 1270 | 9.86 | 765 | 10.55 | 505 | 8.82 |
| 目安は必要だ | 472 | 10.16 | 291 | 11.08 | 181 | 8.68 |
| 目安は必要ではない | 671 | 9.38 | 389 | 10.04 | 282 | 8.47 |
| 無回答 | 127 | 11.27 | 85 | 11.01 | 42 | 11.79 |

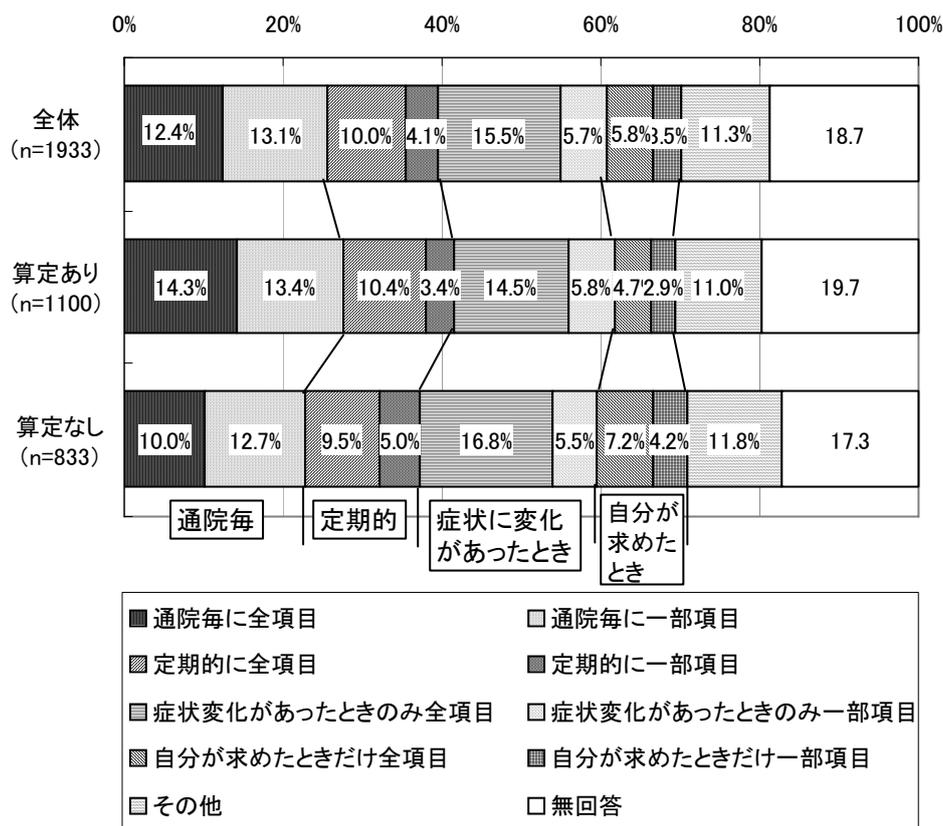
「懇切丁寧な説明」についての要望をみると、全体では、「症状に変化があったときのみ全項目」(15.5%)が最も多く、次いで「通院毎に一部項目」(13.1%)、「通院毎に全項目」(12.4%)、「定期的に全項目」(10.0%)となった。

外来管理加算の算定別にみると、「算定あり」の患者では、「症状に変化があったときのみ全項目」(14.5%)が最も多く、次いで「通院毎に全項目」(14.3%)、「通院毎に一部項目」(13.4%)であった。

「算定なし」の患者では、「症状に変化があったときのみ全項目」(16.8%)が最も多く、次いで「通院毎に一部項目」(12.7%)、「通院毎に全項目」(10.0%)であった。

全項目と一部項目を合わせた「懇切丁寧な説明」についての要望を外来管理加算の算定別に比べると、「算定あり」の患者では「通院毎」の割合が「算定なし」の患者より高くなり、「算定なし」の患者では「症状に変化があったとき」と「自分が求めたとき」の割合が「算定あり」の患者より高くなった。

図表 96 「懇切丁寧な説明」についての要望



(注)「その他」の内容として、「医師の判断に任せている」等の回答があげられた。

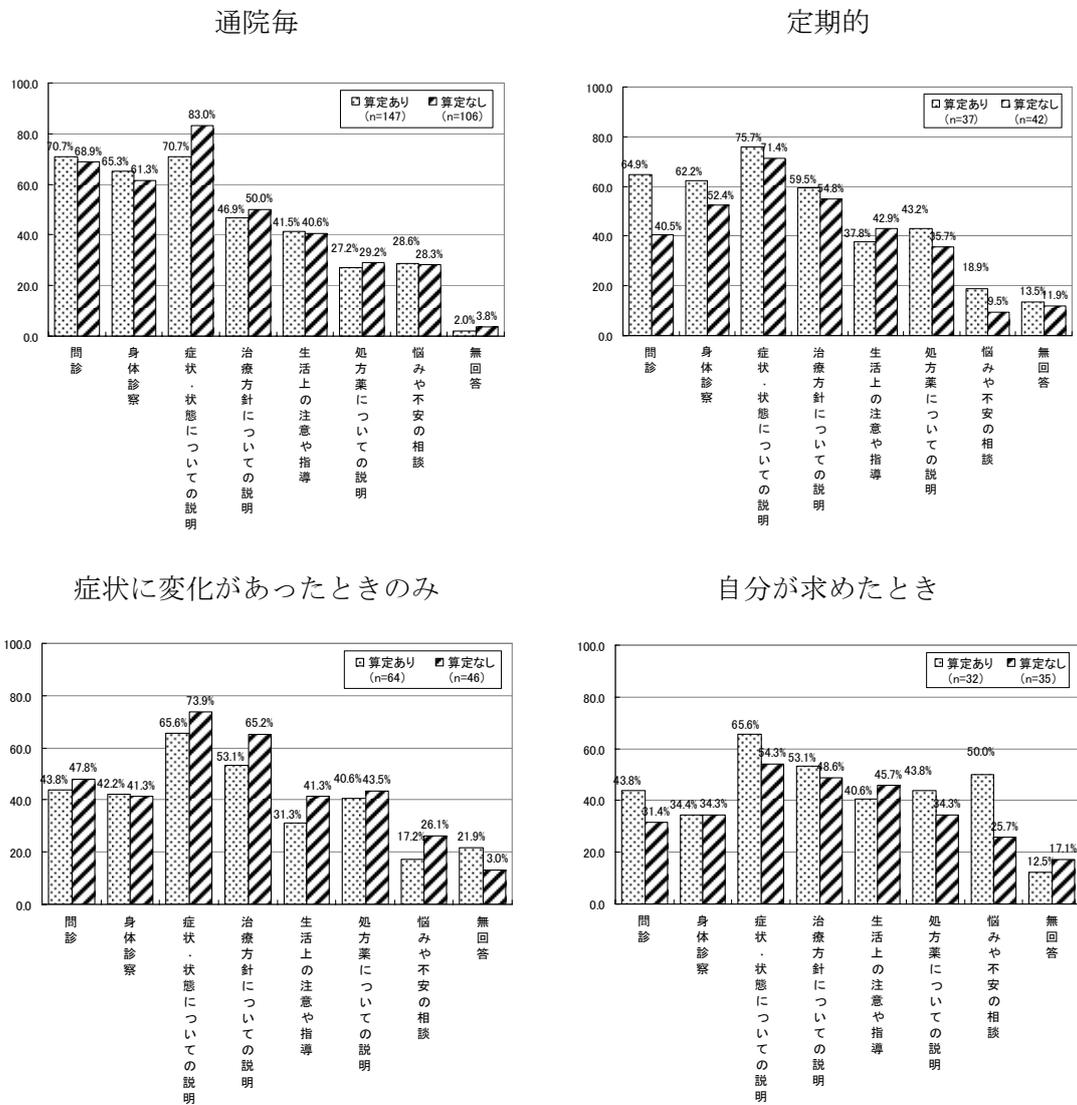
「実施してほしい一部項目の内容」について外来管理加算の算定の有無別にみると、「通院毎」では、「症状・状態についての説明」（それぞれ 70.7%、83.0%）が最も多く、「算定あり」の患者と比較して「算定なし」の患者の方が高い割合であった。

「定期的」についてみると、「算定あり」の患者、「算定なし」の患者ともに「症状・状態についての説明」（それぞれ 75.7%、71.4%）が最も多かった。次いで、「算定あり」の患者では「問診」（64.9%）、「身体診察」（62.2%）と続き、「算定なし」の患者では「治療方針についての説明」（54.8%）、「身体診察」（52.4%）、「生活上の注意や指導」（42.9%）であった。

「病状に変化があったときのみ」についてみると、「算定あり」の患者、「算定なし」の患者ともに「症状・状態についての説明」（それぞれ 65.6%、73.9%）が最も多く、次いで「治療方針についての説明」（それぞれ 53.1%、65.2%）であり、「算定あり」の患者と「算定なし」の患者を比較すると、「算定なし」の患者の方が高い割合であった。

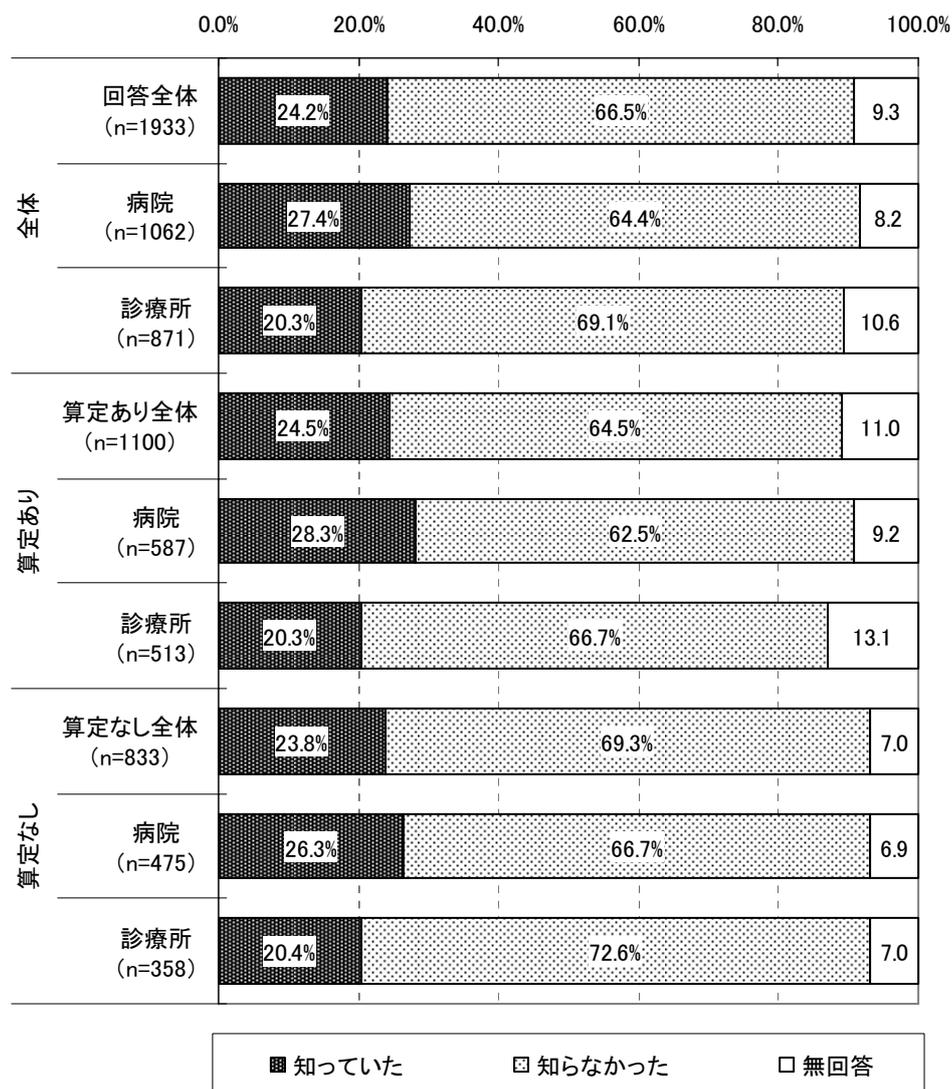
「自分が求めたとき」についてみると、「算定あり」の患者では、「症状・状態についての説明」（65.6%）が最も多く、次いで「治療方針についての説明」（53.1%）、「悩みや不安の相談」（50.0%）であった。「算定なし」の患者では、「症状・状態についての説明」（54.3%）が最も多く、次いで「治療方針についての説明」（48.6%）、「生活上の注意や指導」（45.7%）であった。

図表 97 実施してほしい一部項目の内容



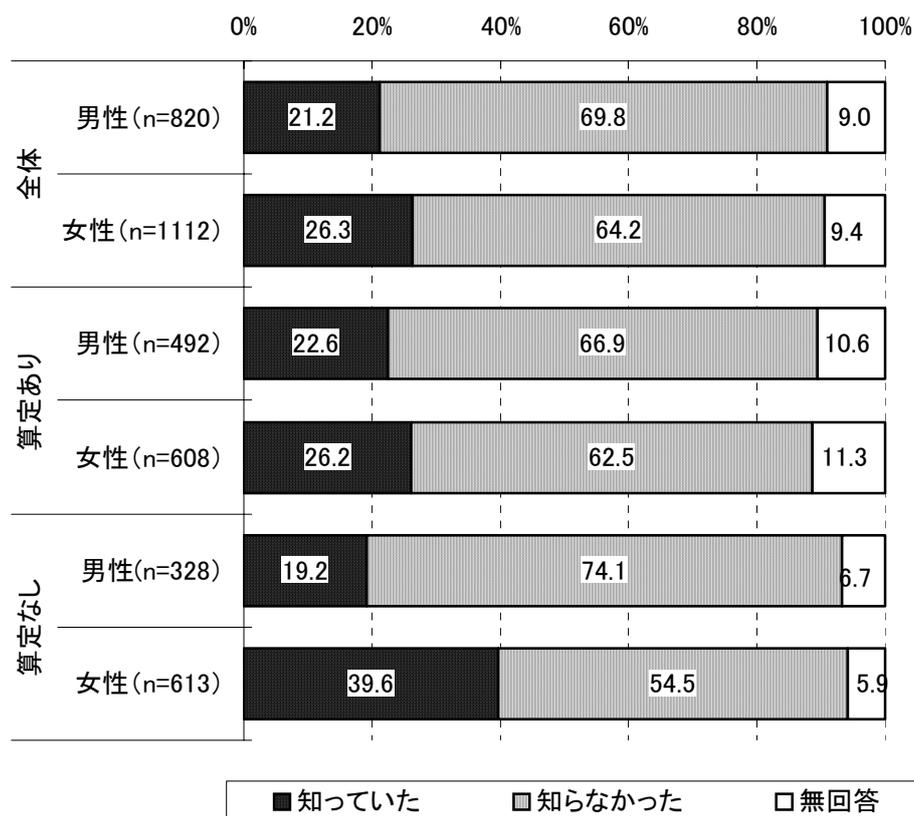
外来管理加算の認知度についてみると、全体では、「知っていた」が 24.2%、「知らなかった」が 66.5%であり、6 割以上の方が「知らなかった」と回答した。これは、外来管理加算の「算定あり」の患者と「算定なし」の患者でも同様の傾向であった。

図表 98 外来管理加算の認知度



外来管理加算の認知度を男女別にみると、「知っていた」と回答した患者は、全体の男性では21.2%、女性では26.3%であった。同様に、「算定あり」、「算定なし」の患者ともに女の方が男性より認知度が高く、「算定なし」の女性の認知度が最も高かった。

図表 99 算定別・男女別における外来管理加算の認知度

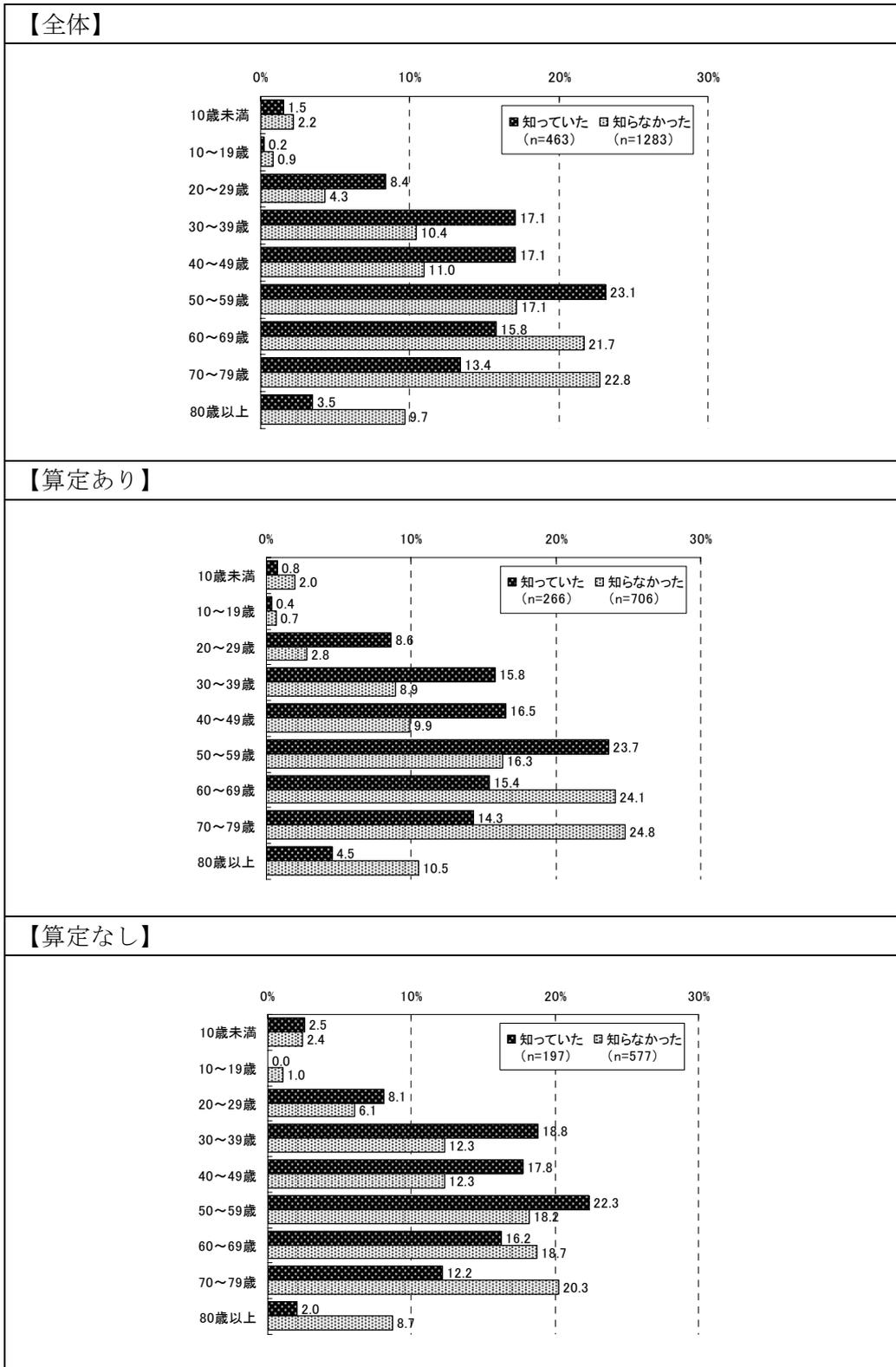


外来管理加算の算定別における認知度の年齢分布についてみると、「算定あり」で外来管理加算を「知っていた」と回答した患者は、「50～59歳」(23.7%)が最も多く、次いで「40～49歳」(16.5%)、「30～39歳」(15.8%)であった。「知らなかった」と回答した患者は、「70～79歳」(24.8%)が最も多く、次いで「60～69歳」(24.1%)、「50～59歳」(16.3%)であった。

「算定なし」で外来管理加算を「知っていた」と回答した患者は、「50～59歳」(22.3%)が最も多く、次いで「30～39歳」(18.8%)、「40～49歳」(17.8%)であった。「知らなかった」と回答した患者は、「70～79歳」(20.3%)が最も多く、次いで、「60～69歳」(18.7%)、「50～59歳」(18.2%)であった。

「算定あり」、「算定なし」の患者ともに年齢層が高いほど外来管理加算の認知度が低くなり、30代、40代、50代では認知度が高くなった。

図表 100 外来管理加算の算定別における認知度の年齢分布

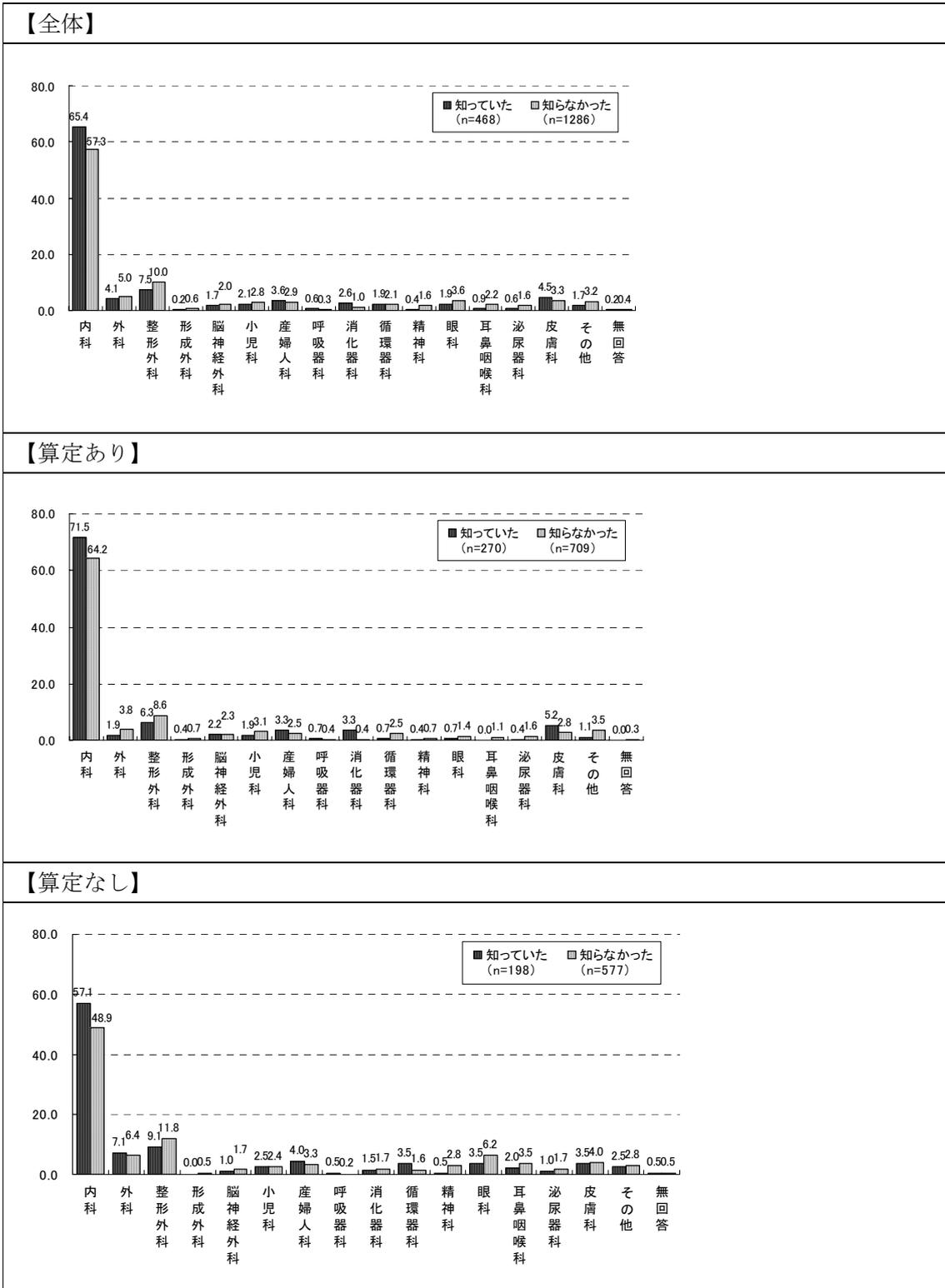


外来管理加算の認知度別に受診した診療科をみると、全体では、外来管理加算を「知っていた」患者においては、「内科」(65.4%)が最も多く、次いで「整形外科」(7.5%)、「皮膚科」(4.5%)、「外科」(4.1%)であった。外来管理加算を「知らなかった」患者においては、「内科」(57.3%)が最も多く、次いで「整形外科」(10.0%)、「外科」(5.0%)であった。

外来管理加算の算定があり、外来管理加算を「知っていた」患者では、「内科」(71.5%)が最も多く、次いで「整形外科」(6.3%)、「皮膚科」(5.2%)、「消化器科」(3.3%)、「産婦人科」(3.3%)であった。同様に外来管理加算を「知らなかった」患者では、「内科」(64.2%)が最も多く、次いで「整形外科」(8.6%)、「外科」(3.8%)であった。

外来管理加算の算定がなく、外来管理加算を「知っていた」患者では、「内科」(57.1%)が最も多く、次いで「整形外科」(9.1%)、「外科」(7.1%)、「産婦人科」(4.0%)であった。同様に外来管理加算を「知らなかった」患者では、「内科」(48.9%)が最も多く、次いで「整形外科」(11.8%)、「外科」(6.4%)、「眼科」(6.2%)であった。

図表 101 外来管理加算の認知度別受診した診療科



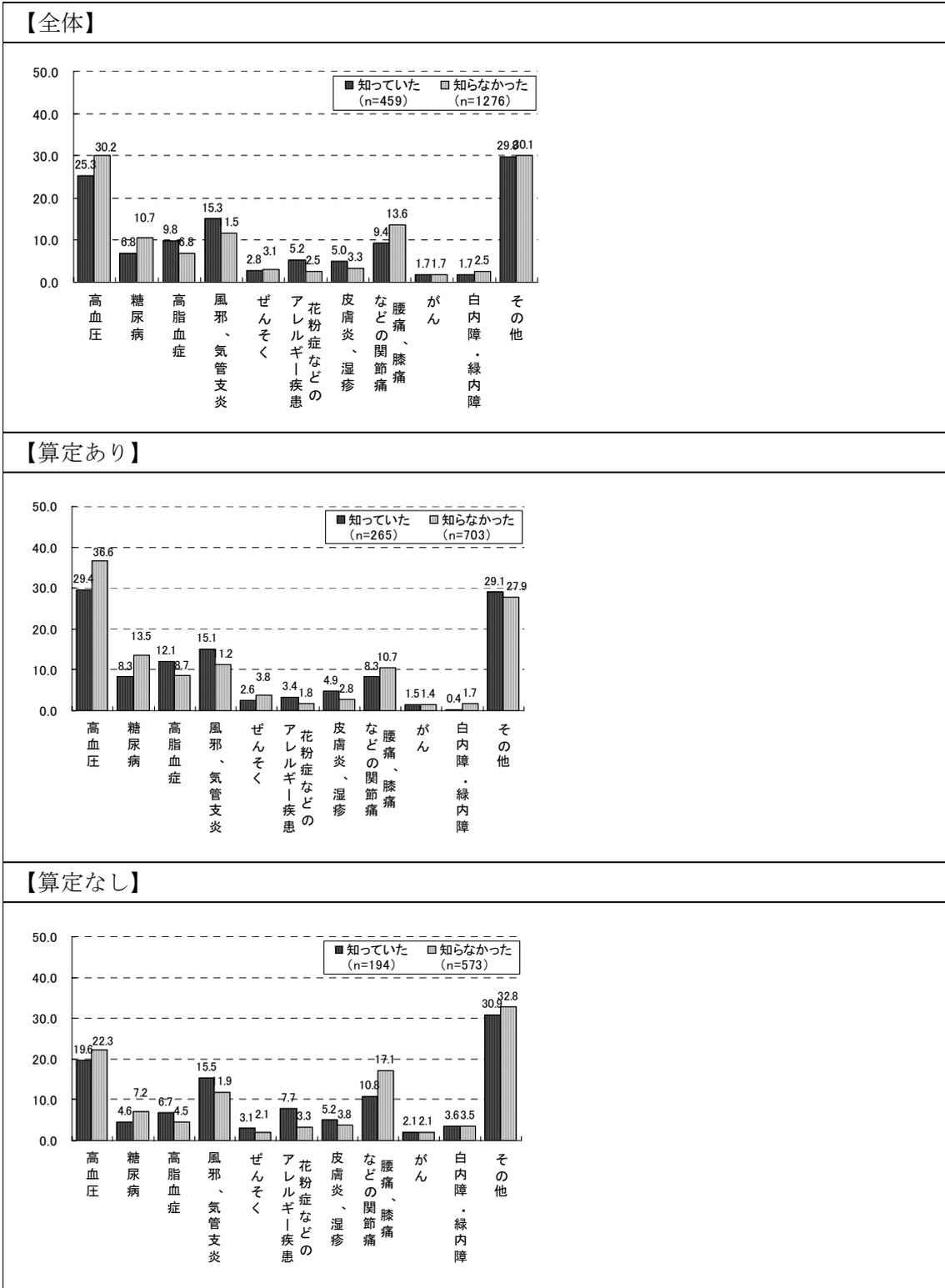
外来管理加算の認知度別に受診した傷病についてみると全体では、外来管理加算を「知っていた」患者においては、「高血圧」(25.3%)が最も多く、次いで「風邪、気管支炎」(15.3%)、「高脂血症」(9.8%)、「腰痛、膝痛などの関節痛」(9.4%)、「糖尿病」(6.8%)であった。

外来管理加算を「知らなかった」患者においては、「高血圧」(30.2%)が最も多く、「腰痛、膝痛などの関節痛」(13.6%)、「風邪・気管支炎」(11.5%)、「糖尿病」(10.7%)であった。

外来管理加算の算定があり、外来管理加算を「知っていた」患者においては、「高血圧」(29.4%)が最も多く、次いで「風邪、気管支炎」(15.1%)、「高脂血症」(12.1%)であった。外来管理加算を「知らなかった」患者においては、「高血圧」(36.6%)が最も多く、次いで「糖尿病」(13.5%)、「風邪、気管支炎」(11.2%)であった。

外来管理加算の算定がなく、外来管理加算を「知っていた」患者においては、「高血圧」(19.6%)が最も多く、次いで「風邪、気管支炎」(15.5%)、「腰痛、膝痛などの関節痛」(10.8%)、「花粉症などのアレルギー疾患」(7.7%)であった。外来管理加算を「知らなかった」患者においては、「高血圧」(22.3%)が最も多く、次いで「腰痛、膝痛などの関節痛」(17.1%)、「風邪・気管支炎」(11.9%)、「糖尿病」(7.2%)であった。

図表 102 外来管理加算の認知度別受診した病名



⑥外来管理加算についての意見<自由記述式>

外来管理加算についての患者からの主な意見は次のとおりであった。

- 生活上の健康管理面での注意、指導面のきめ細かい話は非常に役立っている。
- パソコンを使用して、体調面の変化や薬の副作用等に関しても丁寧に説明を受け、安心が保てる。
- 病気によっては、説明に時間をかけてほしい。
- 外来管理加算＝医師の懇切丁寧な説明、であれば患者として求めている大切なことなので必要だが、わざわざ位置づけないと行われたいのはおかしい。
- 時間も大切かもしれないが、ただ長いよりも短くてもてきぱきとしてくれる方が助かる。
／要点だけを手短かに説明してほしい。
- 待ち時間が短い方がよい。／待ち時間が長すぎる。
- 5分は長いと思う。症状が安定して変わらなければ2～3分ですむところ、毎回5分かけては長い。
- 時間で決めるのは無理がある。／時間よりも質や内容が大事。／時間を目安にするのはあまりに機械的で納得できない。

など

6. まとめ

本調査より明らかとなった点は、以下のとおりである。

(1) 病院調査・診療所調査

- ・平成20年10月1か月間における外来管理加算算定割合（再診患者延べ人数に占める外来管理加算を算定した患者の割合）の平均値は、病院が41.1%、一般診療所が41.0%であった。
- ・病院における外来管理加算算定割合の高い診療科は、呼吸器科（75.8%）、循環器科（61.6%）、消化器科（59.0%）、内科（55.3%）、小児科（53.0%）、脳神経外科（52.1%）であった。一方、外来管理加算算定割合の低い診療科は、眼科（2.1%）、精神科（6.2%）、耳鼻咽喉科（15.0%）であった。
- ・一般診療所については、「主たる診療科」別に外来管理加算算定割合を算出したが、施設数が20を超えた診療科に限定してみると、外来管理加算算定割合が高かった診療科は、内科（65.3%）、小児科（50.8%）であった。一方、外来管理加算算定割合の低い診療科は、耳鼻咽喉科（2.1%）、眼科（2.7%）であった。
- ・平成20年10月末現在、外来管理加算を算定している医療機関は、病院が96.5%、一般診療所が87.9%であった。平成20年4月の「外来管理加算の意義付けの見直し」以降に外来管理加算の算定をやめた医療機関は、病院では1.4%（7施設）、一般診療所では8.5%（50施設）で、一般診療所における割合が病院よりもやや高い結果となった。平成20年4月以降に外来管理加算の算定をやめた一般診療所の主たる診療科別内訳で多いものを挙げると、眼科（58.0%）、耳鼻咽喉科（22.0%）であった。
- ・外来管理加算を算定した患者に対して必ず行っている診療内容としては、問診（病院の91.7%、一般診療所の89.7%）、症状・状態についての説明（病院の88.7%、一般診療所の90.7%）、身体診察（病院の82.3%、一般診療所の81.7%）といった項目で回答割合が8割を超えた。この他、一般診療所では生活上の注意や指導（一般診療所の82.3%）が8割を超えた。悩みや不安・疑問への対応、治療方針についての説明、処方薬についての説明といった項目を挙げた割合は病院では7割を、一般診療所では8割を割った。
- ・外来管理加算を算定した患者1人あたりの平均診察時間は、病院では7.3分（標準偏差3.1、中央値6.0）、一般診療所では7.5分（標準偏差3.8、中央値6.0）であった。
- ・外来管理加算の意義付けの見直しによる影響として、「より詳細に身体診察等を行うようになった」、「患者に説明をよりわかりやすく、丁寧に行うようになった」、「症状や説明内容に対する患者の理解度が高まった」、「患者1人あたりの診察時間が長くなった」、「診療時間の延長が多くなった」、「患者の待ち時間が長くなった」といった内容について、「大いにあてはまる」と「あてはまる」を合わせた回答割合は、一般診療所よりも病院で高い結果となった。
- ・望ましい「懇切丁寧な説明」については、病院・一般診療所ともに「毎回実施するべき」という回答は15.4%であった。最も回答が多かったのは「項目毎に異なる頻度で

実施すべき」という回答（病院の 42.6%、一般診療所の 49.6%）であった。その内訳については、「毎回実施すべき項目」としては、「問診」、「身体診察」が、「患者が懇切丁寧な説明を求めた時に実施すべき項目」としては、「悩みや不安・疑問への対応」が、また「医師が必要と判断した時に実施すべき項目」としては、「症状・状態についての説明」、「治療方針についての説明」、「生活上の注意や指導」、「処方薬についての説明」といった項目の回答割合が高い結果となった。

（2）患者調査

- ・ 外来管理加算を算定した患者（以下、「算定あり」とする）1,100 人の性別は、男性が 44.7%、女性が 55.3%であった。また、外来管理加算を算定しなかった患者（以下、「算定なし」とする）833 人の内訳は、男性が 39.4%、女性が 60.5%であった。
- ・ 「算定あり」の患者の平均年齢は 58.5 歳（標準偏差 17.9、中央値 61.0）、「算定なし」の患者の平均年齢は 54.9 歳（標準偏差 18.9、中央値 57.0）であった。
- ・ 「算定あり」の患者の傷病は、高血圧（34.8%）が最も多く、次いで、糖尿病（12.3%）、風邪・気管支炎（11.7%）、腰痛・膝痛などの関節痛（9.9%）となった。「算定なし」の患者の傷病は、「算定あり」と同様に、高血圧（21.5%）が最も多かった。次いで、腰痛・膝痛などの関節痛（15.2%）、風邪・気管支炎（12.8%）、糖尿病（6.6%）となった。
- ・ 患者が受診した診療科については、「算定あり」の患者では、内科（65.5%）が最も多く、次いで、整形外科（8.1%）となった。「算定なし」の患者では、内科（50.7%）が最も多く、次いで整形外科（11.3%）、外科（6.1%）、眼科（5.4%）となった。
- ・ 通院頻度については、「算定あり」の患者、「算定なし」の患者ともに「1 か月に 1 回程度」（「算定あり」43.6%、「算定なし」31.5%）が最も多く、次いで、「2 週間に 1 回程度」（「算定あり」22.6%、「算定なし」19.6%）となった。
- ・ 通院期間については、「算定あり」の患者、「算定なし」の患者ともに「1 年以上」（「算定あり」63.0%、「算定なし」53.9%）が最も多く、次いで「6 か月以上 1 年未満」（「算定あり」12.4%、「算定なし」11.8%）となった。
- ・ 調査日に診察を受けた時間については、「算定あり」の患者では平均 10.5 分（標準偏差 9.5、中央値 10.0）、「算定なし」の患者では平均 8.8 分（標準偏差 6.9、中央値 6.0）であった。
- ・ 医師から受けた診察の内容としては、問診（「算定あり」82.4%、「算定なし」76.5%）、症状・状態についての説明（「算定あり」76.6%、「算定なし」69.0%）、身体診察（「算定あり」71.2%、「算定なし」61.9%）の割合が高かった。一方、治療方針についての説明、生活上の注意や指導、処方薬についての説明などは、「算定あり」、「算定なし」とともに 4 割強から 6 割弱となった。また、悩みや不安・相談への対応は、「算定あり」が 25.1%、「算定なし」が 20.2%で最も低かった。いずれの項目も、「算定あり」の患者の方が「算定なし」の患者に比べて、「受けた」という回答割合が高かった。
- ・ 診察に対する満足度について「とても満足している」という回答割合をみると、「算

定あり」の患者では 23.9%、「算定なし」の患者では 18.7%となっており、「算定あり」の患者で 5.2 ポイント高い結果となった。特に病院を受診した患者で比較すると、「算定あり」が 24.9%、「算定なし」が 15.4%となり、9.5 ポイントの差があった。

- ・ 診察時間の長さについては、「算定あり」の患者、「算定なし」の患者ともに、「ちょうどよい」が大半を占めた（「算定あり」85.6%、「算定なし」87.0%）。
- ・ 診察時間の長さについて「長すぎる」「長い」あるいは「ちょうどよい」と回答した患者では、「短い」「短すぎる」と回答した患者と比べて、外来管理加算の算定の有無にかかわらず、診察内容について「とても満足している」「満足している」と回答した割合が高かった。
- ・ 医師の問診や身体診察の丁寧さについて、「とても丁寧だった」という回答割合は、「算定あり」の患者では 24.4%、「算定なし」の患者では 20.4%であり、「算定あり」の患者で 4 ポイント高い結果となった。
- ・ 医師の説明内容の丁寧さについて、「とても丁寧だった」という回答割合は、「算定あり」の患者では 21.1%、「算定なし」の患者では 17.4%であった。
- ・ 医師の説明内容についての理解度について、「十分に理解できた」という回答割合は、「算定あり」の患者では 39.8%、「算定なし」の患者では 37.3%であった。
- ・ 外来管理加算の時間の目安について、「時間の目安が必要だ」という回答割合は、「算定あり」の患者では 34.4%、「算定なし」の患者では 33.1%であった。一方、「時間の目安は必要でない」という回答割合は、「算定あり」の患者では 54.4%、「算定なし」の患者では 57.6%であり、いずれの場合も「時間の目安は必要でない」という回答の方が多かった。
- ・ 外来管理加算の「時間の目安が必要だ」と回答した患者に、その目安を尋ねた結果、最も多かったのは「5分くらい」（「算定あり」67.5%、「算定なし」67.8%）であった。次に多かったのは「5分より長く」（「算定あり」26.5%、「算定なし」24.6%）であり、「5分より短く」（「算定あり」5.6%、「算定なし」6.5%）は1割に満たなかった。

參考資料

| |
|--|
| 厚生労働省保険局医療課委託事業「平成 20 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」 外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査 施設票 |
|--|

※以下のラベルに、電話番号、ご回答者のお名前をご記入ください。また、施設名、所在地をご確認の上、記載内容に不備がございましたら、赤書きで修正してください。ご記入頂いた電話番号、お名前は、本調査の照会で使用するためのものであり、それ以外の目的のために使用することはありません。また、適切に保管・管理・処理いたしますので、ご記入くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

| | |
|--------|--|
| 施設名 | |
| 施設の所在地 | |
| 電話番号 | |
| ご回答者名 | |

※本調査票は、施設の管理者の方と医師の方とでご相談の上、ご記入ください。ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。

※（ ）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。（ ）内に入る数値がない場合には「0（ゼロ）」を、算出できないまたは不明の場合は「－」をご記入ください。

※調査時点は平成 20 年 10 月末あるいは質問に指定されている期間とします。

1. 貴施設の状況（平成 20 年 10 月末現在）についてお伺いします。

| | | | | | | |
|----------------|--|------|------|------|-------|-----|
| ①開設者 | 1. 国立 2. 公立 3. 公的 4. 社会保険関係団体 5. 医療法人 6. 個人 7. 学校法人 8. その他の法人 | | | | | |
| ②許可病床数 | 一般病床 | 療養病床 | 精神病床 | 結核病床 | 感染症病床 | 計 |
| | 床 | 床 | 床 | 床 | 床 | 床 |
| ③職員数（常勤換算） | 医師 | 歯科医師 | 薬剤師 | 看護職員 | その他 | 計 |
| | . 人 | . 人 | . 人 | . 人 | . 人 | . 人 |
| ④外来担当医師数（常勤換算） | (.) 人 | | | | | |

常勤換算については、以下の方法で算出してください。また、常勤換算後の職員数は小数点以下第 1 位までお答えください。

- 1 週間に数回勤務の場合：(非常勤職員の 1 週間の勤務時間) ÷ (貴施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間)
- 1 か月に数回勤務の場合：(非常勤職員の 1 か月の勤務時間) ÷ (貴施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間×4)

2. 外来診療の状況（平成 20 年 10 月末現在）についてお伺いします。

| | |
|---------------------------------|--|
| ①外来診療を行っている診療科 ※あてはまるものすべてに○ | 1. 内科 2. 外科 3. 整形外科 4. 形成外科 5. 脳神経外科 6. 小児科 7. 産婦人科 8. 呼吸器科 9. 消化器科 10. 循環器科 11. 精神科 12. 眼科 13. 耳鼻咽喉科 14. 泌尿器科 15. 皮膚科 16. その他（具体的に) |
| ②上記①のうち主たる診療科 ※○は 1 つだけ | 1. 内科 2. 外科 3. 整形外科 4. 形成外科 5. 脳神経外科 6. 小児科 7. 産婦人科 8. 呼吸器科 9. 消化器科 10. 循環器科 11. 精神科 12. 眼科 13. 耳鼻咽喉科 14. 泌尿器科 15. 皮膚科 16. その他（具体的に) |

| ③ 上記②で選んだ診療科(主たる診療科)の表示している診療時間を24時間表記(例.午後3時は「15:00」)でご記入ください。 | | |
|---|---------------------------|---|
| 月曜日 | 1. 診療している → 2. 診療していない | ():()~():() ():()~():() ():()~():() |
| 火曜日 | 1. 診療している → 2. 診療していない | ():()~():() ():()~():() ():()~():() |
| 水曜日 | 1. 診療している → 2. 診療していない | ():()~():() ():()~():() ():()~():() |
| 木曜日 | 1. 診療している → 2. 診療していない | ():()~():() ():()~():() ():()~():() |
| 金曜日 | 1. 診療している → 2. 診療していない | ():()~():() ():()~():() ():()~():() |
| 土曜日 | 1. 診療している → 2. 診療していない | ():()~():() ():()~():() ():()~():() |
| 日曜日 | 1. 診療している → 2. 診療していない | ():()~():() ():()~():() ():()~():() |
| 祝祭日 | 1. 診療している → 2. 診療していない | ():()~():() ():()~():() ():()~():() |

④ 平成20年10月の1か月間における「外来診療患者延べ人数」、「外来管理加算算定回数」等について、それぞれ（ ）内に数値をご記入ください。

| | (1)すべての外来 診療患者延べ 人数(2)+(3) | | | (4)外来管理加算 算定回数 |
|----------------|----------------------------------|-----------------|------|-------------------|
| | (2)初診患者数 | (3)再診患者 延べ人数 | | |
| 1)合計 | ()人 | ()人 | ()人 | ()回 |
| 2)内科 | ()人 | ()人 | ()人 | ()回 |
| 3)外科 | ()人 | ()人 | ()人 | ()回 |
| 4)整形外科 | ()人 | ()人 | ()人 | ()回 |
| 5)形成外科 | ()人 | ()人 | ()人 | ()回 |
| 6)脳神経外科 | ()人 | ()人 | ()人 | ()回 |
| 7)小児科 | ()人 | ()人 | ()人 | ()回 |
| 8)産婦人科 | ()人 | ()人 | ()人 | ()回 |
| 9)呼吸器科 | ()人 | ()人 | ()人 | ()回 |
| 10)消化器科 | ()人 | ()人 | ()人 | ()回 |
| 11)循環器科 | ()人 | ()人 | ()人 | ()回 |
| 12)精神科 | ()人 | ()人 | ()人 | ()回 |
| 13)眼科 | ()人 | ()人 | ()人 | ()回 |
| 14)耳鼻咽喉科 | ()人 | ()人 | ()人 | ()回 |
| 15)泌尿器科 | ()人 | ()人 | ()人 | ()回 |
| 16)皮膚科 | ()人 | ()人 | ()人 | ()回 |
| 17)その他 ()科 | ()人 | ()人 | ()人 | ()回 |
| ()科 | ()人 | ()人 | ()人 | ()回 |
| ()科 | ()人 | ()人 | ()人 | ()回 |
| ()科 | ()人 | ()人 | ()人 | ()回 |

3. 外来管理加算の算定状況等（平成20年10月末現在）についてお伺いします。

①「外来管理加算」の算定をしていますか。
 ※○は1つだけ。「2. 現在は算定していない」場合は、算定をやめた理由をご記入ください。「3. 算定している」場合は、算定開始時期をお選びください。

- 1. 平成20年3月以前から算定したことがない → 7ページ4.④へお進みください
- 2. 平成20年3月以前は算定していたが、現在は算定していない
 → 算定をやめた理由 []
 → 7ページ4.④へお進みください
- 3. 算定している → (1. 平成20年3月以前から 2. 平成20年4月以降から)
 → 次の質問②へお進みください

②外来管理加算を算定した患者全員に対して必ず行っている診療内容にあてはまるのは、次のうちどれですか。※あてはまる番号すべてに○

- | | |
|--------------------|------------------------|
| 1. 問診 | 2. 身体診察（視診、聴診、打診及び触診等） |
| 3. 症状・状態についての説明 | 4. 今後の治療方針についての説明 |
| 5. 生活上の注意や指導 | 6. 処方する薬についての説明 |
| 7. 患者の悩みや不安・疑問への対応 | 8. その他 [具体的に] |

③外来管理加算を算定している患者1人当たりの診察を行っている時間*はどのくらいですか。
 ※おおよその時間で結構です。具体的に数字を記入してください。

約 () 分

*「診察を行っている時間」とは
 患者が診察室に入室した時点を診察開始時間、退室した時点を診察終了時間とし、その間一貫して医師が患者に対して問診、身体診察、療養上の指導を行っている場合の時間を指します。

4. 平成20年4月の診療報酬改定では、以下のように、外来管理加算の意義付けの見直しが行われました。

■ 外来管理加算の意義付けの見直しの内容 ■
 平成20年4月の診療報酬改定では、「外来管理加算を見直し、外来で継続的な治療管理を要する患者に対し、医師が患者の療養上の疑問に答え、疾病・病状や療養上の注意等に係る説明を懇切丁寧に行うなどの、療養継続に向けた医師の取組への評価とする」として、外来管理加算の意義付けの見直しが行われました。また、外来管理加算について懇切丁寧な説明を行うこととして概ね5分とする目安が要件とされました。

以下では、この外来管理加算の意義付けの見直しによる影響についてお伺いします。

① 外来管理加算の意義付けの見直しによって、貴院ではどのような変化がありましたか。
 ※「大いにあてはまる」を「5」、「全くあてはまらない」を「1」として5段階で評価し、該当の番号にそれぞれ○をつけてください。

| | 大いにあてはまる | ややあてはまる | どちらともいえない | あまりあてはまらない | 全くあてはまらない |
|----------------------------------|----------|---------|-----------|------------|-----------|
| 1) より詳細に身体診察等を行うようになった | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2) 患者に説明をよりわかりやすく、丁寧に行うようになった | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3) 症状や説明内容に対する患者の理解度が高まった | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4) 患者の疑問や不安を汲み取るようになった | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5) 患者1人当たりの診察時間が長くなった | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6) 診療時間の延長が多くなった | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7) 患者の待ち時間が長くなった | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8) 自己負担が高くなるため、5分以内の診療を求める患者が増えた | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9) その他 (具体的に) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

② 上記①以外に、外来管理加算の意義付けの見直しによる経営上（収入面等）の変化があれば、具体的にお書きください。

③ 外来管理加算の意義付けの見直しにより、外来管理加算を算定するためには、患者に対して「懇切丁寧な説明」を行うこと、それは概ね5分を超えることが算定要件となりましたが、「懇切丁寧な説明」としてどうあるのがよいと思いますか。※貴方のお考えに最も近いものを1つだけ○をつけてください。

<懇切丁寧な説明の項目>

- | | |
|--------------------|------------------------|
| a. 問診 | b. 身体診察（視診、聴診、打診及び触診等） |
| c. 症状・状態についての説明 | d. 今後の治療方針についての説明 |
| e. 生活上の注意や指導 | f. 処方する薬についての説明 |
| g. 患者の悩みや不安・疑問への対応 | |

- すべての項目について、診療の都度、毎回実施するべきである →質問④へお進みください
- すべての項目について、診療の都度ではなく数か月に1回など、定期的実施するべきである →質問④へお進みください
- 患者が懇切丁寧な説明を求めた時に、すべての項目について実施するべきである →質問④へお進みください
- 項目毎に異なる頻度で実施するべきである →質問③-1へお進みください

③-1 上記③で選択肢「4.項目毎に異なる頻度で実施するべきである」を選択した方にお伺いします。下記1)～4)について、実施するべき項目にあてはまるもの全てのアルファベット(a～g)に○をつけてください。また、「その他」として実施するべき内容があれば、具体的に記入してください。

| | 問診 | 身体診察（視診、聴診、打診及び触診等） | 症状・状態についての説明 | 今後の治療方針についての説明 | 生活上の注意や指導 | 処方する薬についての説明 | 患者の悩みや不安・疑問への対応 | その他（具体的に書きください） |
|--|----|---------------------|--------------|----------------|-----------|--------------|-----------------|-----------------|
| 1) 毎回実施するべき項目 | a | b | c | d | e | f | g | |
| 2) 数か月に1回など、定期的 に実施するべき項目 | a | b | c | d | e | f | g | |
| 3) 患者が懇切丁寧な説明を 求めた時に実施するべき 項目 | a | b | c | d | e | f | g | |
| 4) 患者の状態の変化等により、 医師が必要と判断した時に 実施するべき項目 | a | b | c | d | e | f | g | |

→質問④へお進みください

④「外来管理加算」について課題等がございましたら、自由にお書きください。

以上でアンケートは終わります。ご協力いただきまして、ありがとうございました。

厚生労働省保険局医療課委託事業「平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」
外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査 施設票

※ 以下のラベルに、電話番号、ご回答者のお名前をご記入ください。また、施設名、所在地をご確認の上、記載内容に不備がございましたら、赤書きで修正してください。ご記入頂いた電話番号、お名前は、本調査の照会を使用するためのものであり、それ以外の目的のために使用することはございません。また、適切に保管・管理・処理いたしますので、ご記入くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

| | |
|--------|-----|
| 施設名 | |
| 施設の所在地 | |
| 電話番号 | () |
| ご回答者名 | () |

※本調査票は、施設の管理者の方と医師の方とでご相談の上、ご記入ください。ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。

※（ ）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。（ ）内に入る数値がない場合には「0（ゼロ）」を、算出できないまたは不明の場合は「-」をご記入ください。

※調査時点は平成20年10月末あるいは質問に指定されている期間とします。

1. 貴施設の状況（平成20年10月末現在）についてお伺いします。

| | | | | | | |
|----------------|------------------------|-------|---------|-------------|-----|-----|
| ①開設者 | 1. 国立 | 2. 公立 | 3. 公的 | 4. 社会保険関係団体 | | |
| | 5. 医療法人 | 6. 個人 | 7. 学校法人 | 8. その他の法人 | | |
| ②種別 ※○は1つだけ | 1. 無床診療所 | | | | | |
| | 2. 有床診療所 → 許可病床数 () 床 | | | | | |
| ③職員数（常勤換算） | 医師 | 歯科医師 | 薬剤師 | 看護職員 | その他 | 計 |
| | . 人 | . 人 | . 人 | . 人 | . 人 | . 人 |

常勤換算については、以下の方法で算出してください。また、常勤換算後の職員数は小数点以下第1位までお答えください。

■ 1週間に数回勤務の場合：（非常勤職員の1週間の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間）

■ 1か月に数回勤務の場合：（非常勤職員の1か月の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4）

2. 外来診療の状況（平成20年10月末現在）についてお伺いします。

| | | | | | | |
|---------------------------------|----------------|----------|---------|---------|--|--|
| ①外来診療を行っている診療科 ※あてはまるものすべてに○ | 1. 内科 | 2. 外科 | 3. 整形外科 | 4. 形成外科 | | |
| | 5. 脳神経外科 | 6. 小児科 | 7. 産婦人科 | 8. 呼吸器科 | | |
| | 9. 消化器科 | 10. 循環器科 | 11. 精神科 | 12. 眼科 | | |
| | 13. 耳鼻咽喉科 | 14. 泌尿器科 | 15. 皮膚科 | | | |
| | 16. その他（具体的に) | | | | | |
| ②①のうち 主たる診療科 ※○は1つだけ | 1. 内科 | 2. 外科 | 3. 整形外科 | 4. 形成外科 | | |
| | 5. 脳神経外科 | 6. 小児科 | 7. 産婦人科 | 8. 呼吸器科 | | |
| | 9. 消化器科 | 10. 循環器科 | 11. 精神科 | 12. 眼科 | | |
| | 13. 耳鼻咽喉科 | 14. 泌尿器科 | 15. 皮膚科 | | | |
| | 16. その他（具体的に) | | | | | |

③ 上記②で選んだ診療科（主たる診療科）の表示している診療時間を24時間表記（例. 午後3時は「15:00」）でご記入ください。

| | | |
|-----|------------|---------------------|
| 月曜日 | 1. 診療している | → ():() ~ ():() |
| | 2. 診療していない | ():() ~ ():() |
| | | ():() ~ ():() |
| 火曜日 | 1. 診療している | → ():() ~ ():() |
| | 2. 診療していない | ():() ~ ():() |
| | | ():() ~ ():() |
| 水曜日 | 1. 診療している | → ():() ~ ():() |
| | 2. 診療していない | ():() ~ ():() |
| | | ():() ~ ():() |
| 木曜日 | 1. 診療している | → ():() ~ ():() |
| | 2. 診療していない | ():() ~ ():() |
| | | ():() ~ ():() |
| 金曜日 | 1. 診療している | → ():() ~ ():() |
| | 2. 診療していない | ():() ~ ():() |
| | | ():() ~ ():() |
| 土曜日 | 1. 診療している | → ():() ~ ():() |
| | 2. 診療していない | ():() ~ ():() |
| | | ():() ~ ():() |
| 日曜日 | 1. 診療している | → ():() ~ ():() |
| | 2. 診療していない | ():() ~ ():() |
| | | ():() ~ ():() |
| 祝祭日 | 1. 診療している | → ():() ~ ():() |
| | 2. 診療していない | ():() ~ ():() |
| | | ():() ~ ():() |

④平成20年10月1か月間における各項目の実績についてご記入ください。

| | |
|---|----------|
| 1) 外来担当医師数（常勤換算） ※小数点以下第1位まで | (.) 人 |
| 2) 外来診療実日数（例. 半日診療の場合は「0.5」） ※小数点以下第1位まで | (.) 日 |
| 3) 医師全員の合計診療時間 ※小数点以下第2位まで | (.) 時間 |
| 4) すべての外来患者延べ人数（下記5)+6)) | () 人 |
| 5) 4)のうち初診患者数 | () 人 |
| 6) 4)のうち再診患者延べ人数 | () 人 |
| 7) 外来管理加算の算定回数 | () 回 |

3. 外来管理加算の算定状況等（平成 20 年 10 月末現在）についてお伺いします。

①「外来管理加算」の算定をしていますか。

※○は 1 つだけ。「2. 現在は算定していない」場合は、算定をやめた理由をご記入ください。「3. 算定している」場合は、算定開始時期をお選びください。

1. 平成 20 年 3 月以前から算定したことがない → 6 ページ 4. ④へお進みください

2. 平成 20 年 3 月以前は算定していたが、現在は算定していない

→ 算定をやめた理由 ()

→ 6 ページ 4. ④へお進みください

3. 算定している → (1. 平成 20 年 3 月以前から 2. 平成 20 年 4 月以降から)

→ 次の質問②へお進みください

②外来管理加算を算定した患者全員に対して必ず行っている診療内容にあてはまるのは、次のうちどれですか。

※あてはまる番号すべてに○

- 1. 問診
- 2. 身体診察（視診、聴診、打診及び触診等）
- 3. 症状・状態についての説明
- 4. 今後の治療方針についての説明
- 5. 生活上の注意や指導
- 6. 処方する薬についての説明
- 7. 患者の悩みや不安・疑問への対応
- 8. その他 (具体的に)

③外来管理加算を算定している患者 1 人当たりの診察を行っている時間*はどのくらいですか。

※おおよその時間で結構です。具体的に数字を記入してください。

約 () 分

*「診察を行っている時間」とは

患者が診察室に入室した時点から診察開始時間、退室した時点までを診察終了時間とし、その間一貫して医師が患者に対して問診、身体診察、療養上の指導を行っている場合の時間を指します。

4. 平成 20 年 4 月の診療報酬改定では、以下のように、外来管理加算の意義付けの見直しが行われました。

■外来管理加算の意義付けの見直しの内容■

平成 20 年 4 月の診療報酬改定では、「外来管理加算を見直し、外来で継続的な治療管理を要する患者に対し、医師が患者の療養上の疑問に答え、疾病・病状や療養上の注意等に係る説明を懇切丁寧に行うなどの、療養継続に向けた医師の取組への評価とする」として、外来管理加算の意義付けの見直しが行われました。また、外来管理加算について懇切丁寧な説明を行うこととして概ね 5 分とする目安が要件とされました。

以下では、この外来管理加算の意義付けの見直しによる影響についてお伺いします。

① **外来管理加算の意義付けの見直し**によって、貴院ではどのような変化がありましたか。

※「大いにあてはまる」を「5」、「全くあてはまらない」を「1」として5段階で評価し、該当の番号にそれぞれ○を1つだけつけてください。

| | 大いにあてはまる | ややあてはまる | どちらともいえない | あまりあてはまらない | 全くあてはまらない |
|----------------------------------|----------|---------|-----------|------------|-----------|
| 1) より詳細に身体診察等を行うようになった | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2) 患者に説明をよりわかりやすく、丁寧に行うようになった | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3) 症状や説明内容に対する患者の理解度が高まった | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4) 患者の疑問や不安を以前より汲み取るようになった | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5) 患者1人当たりの診察時間が長くなった | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6) 診療時間の延長が多くなった | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7) 患者の待ち時間が長くなった | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8) 自己負担が高くなるため、5分以内の診療を求める患者が増えた | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9) その他 （具体的に） | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

② 上記①以外に、**外来管理加算の意義付けの見直し**による経営上（収入面等）の変化があれば、具体的にお書きください。

③ 外来管理加算の意義付けの見直しにより、外来管理加算を算定するためには、患者に対して「懇切丁寧な説明」を行うこと、それは概ね 5 分を超えることが算定要件となりましたが、「懇切丁寧な説明」としてどうあるのがよいと思いますか。※貴方のお考えに最も近いものに1つだけ○をつけてください。

<懇切丁寧な説明の項目>

- | | |
|--------------------|------------------------|
| a. 問診 | b. 身体診察（視診、聴診、打診及び触診等） |
| c. 症状・状態についての説明 | d. 今後の治療方針についての説明 |
| e. 生活上の注意や指導 | f. 処方する薬についての説明 |
| g. 患者の悩みや不安・疑問への対応 | |

- すべての項目について、診療の都度、毎回実施するべきである →質問④へお進みください
- すべての項目について、診療の都度ではなく数か月に1回など、定期的実施するべきである →質問④へお進みください
- 患者が懇切丁寧な説明を求めた時に、すべての項目について実施するべきである →質問④へお進みください
- 項目毎に異なる頻度で実施するべきである →質問③-1へお進みください

③-1 上記③で選択肢「4. 項目毎に異なる頻度で実施するべきである」を選択した方にお伺いします。下記1)～4)について、実施するべき項目にあてはまるもの全てのアルファベット(a～g)に○をつけてください。また、「その他」として実施するべき内容があれば、具体的に記入してください。

| | 問診 | 身体診察（視診、聴診、打診及び触診等） | 症状・状態についての説明 | 今後の治療方針についての説明 | 生活上の注意や指導 | 説明 処方する薬についての | 患者の悩みや不安・疑問への対応 | その他（具体的に書きください） |
|--|----|---------------------|--------------|----------------|-----------|---------------|-----------------|-----------------|
| 1) 毎回実施するべき項目 | a | b | c | d | e | f | g | |
| 2) 数か月に1回など、定期的 に実施するべき項目 | a | b | c | d | e | f | g | |
| 3) 患者が懇切丁寧な説明を 求めた時に実施するべき 項目 | a | b | c | d | e | f | g | |
| 4) 患者の状態の変化等により、 医師が必要と判断した時に 実施するべき項目 | a | b | c | d | e | f | g | |

→質問④へお進みください

④ 「外来管理加算」について課題等がございましたら、自由にお書きください。

以上でアンケートは終わります。ご協力いただきまして、ありがとうございました。

厚生労働省保険局医療課委託事業「平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」
外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査 患者票

1. あなたご自身についておうかがいします。

| | | |
|------|-------|-------|
| ① 性別 | 1. 男性 | 2. 女性 |
|------|-------|-------|

| | |
|------|------|
| ② 年齢 | ()歳 |
|------|------|

| | | | |
|---|----------------|----------|---------|
| ③ 本日診察を受けた診療科 ※○は1つだけ ※この用紙を受け取った診療科に○をつけてください。 | 1. 内科 | 2. 外科 | 3. 整形外科 |
| | 4. 形成外科 | 5. 脳神経外科 | 6. 小児科 |
| | 7. 産婦人科 | 8. 呼吸器科 | 9. 消化器科 |
| | 10. 循環器科 | 11. 精神科 | 12. 眼科 |
| | 13. 耳鼻咽喉科 | 14. 泌尿器科 | 15. 皮膚科 |
| | 16. その他（具体的に) | | |

| | | |
|-------------------------------------|-----------|------------------|
| ④ ③の診療科には、どのようなご病気で診察を受けましたか。（主な病名） | 1. 高血圧 | 2. 糖尿病 |
| | 3. 高脂血症 | 4. 風邪・気管支炎 |
| | 5. ぜんそく | 6. 花粉症などのアレルギー疾患 |
| | 7. 皮膚炎・湿疹 | 8. 腰痛・膝痛などの関節痛 |
| | 9. がん | 10. 白内障・緑内障 |
| | 11. その他 | |

| | | |
|--|---------------|-------------|
| ⑤ 現在のご病気（④の回答）で本日診察を受けた診療科（③の回答）に通院している頻度 ※○は1つだけ | 1. 初めて | 2. 週に1回程度 |
| | 3. 2週間に1回程度 | 4. 1か月に1回程度 |
| | 5. 2か月に1回程度 | 6. 年に数回程度 |
| | 7. その他（具体的に) | |

| | |
|--|--------------------|
| ⑥ 現在のご病気（④のご回答）で、本日診察を受けた診療科（③のご回答）に通院するようになって、どのくらいですか。 ※○は1つだけ | |
| 1. 初めて | 2. 1か月未満 |
| 3. 1か月以上～3か月未満 | 4. 3か月以上～6か月未満 |
| 5. 6か月以上～1年未満 | 6. 1年以上→（およそ 年くらい） |
| 7. わからない | 8. その他（具体的に) |

＜このページは1年以上、同じ医療機関の同じ診療科に通院した方（質問⑥で「6.1年以上」に○がついた方）におうかがいします。それ以外の方は3ページの2. 質問①にお進みください。＞

⑦ 担当医師は、1年前と変わりましたか。あてはまるもの1つだけ○をつけてください。

1. 担当医師は変わらない → 質問⑧にお進みください。
2. 担当医師は変わった → 3ページの2. 質問①にお進みください。

⑧ 3月以前と比べて今年4月以降の診療についてどう思いますか。それぞれの質問について、あてはまるものを1つだけ○をつけてください。

(1) 症状・状態についての医師からの質問（問診）や聴診器で聴いたり、点眼するなどの医師の診察（身体診察）

- | | |
|--------------------|------------------|
| 1. 3月以前よりも丁寧（ていねい） | 2. 3月以前と変わらず丁寧 |
| 3. 3月以前と変わらず丁寧ではない | 4. 3月以前よりも丁寧ではない |

(2) 症状・状態についての医師からの説明

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1. 3月以前よりもわかりやすい | 2. 3月以前と変わらずわかりやすい |
| 3. 3月以前と変わらずわかりにくい | 4. 3月以前よりもわかりにくい |

(3) 今後の治療方針・生活上の注意や指導についての医師からの説明

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1. 3月以前よりもわかりやすい | 2. 3月以前と変わらずわかりやすい |
| 3. 3月以前と変わらずわかりにくい | 4. 3月以前よりもわかりにくい |

(4) 処方された薬についての医師からの説明

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1. 3月以前よりもわかりやすい | 2. 3月以前と変わらずわかりやすい |
| 3. 3月以前と変わらずわかりにくい | 4. 3月以前よりもわかりにくい |

(5) あなたの悩みや不安についての相談

- | | |
|------------------------|-----------------------|
| 1. 3月以前よりも相談に応じてくれる | 2. 3月以前と変わらず相談に応じてくれる |
| 3. 3月以前と変わらず相談に応じてくれない | 4. 3月以前よりも相談に応じてくれない |

(6) 診察時間（医師が直接診察してくれる時間）

- | | |
|-----------------|---------------|
| 1. 3月以前よりも長くなった | 2. 3月以前と変わらない |
| 3. 3月以前よりも短くなった | |

(7) 待ち時間（診察までの待ち時間、会計の待ち時間は含みません）

- | | |
|-----------------|---------------|
| 1. 3月以前よりも長くなった | 2. 3月以前と変わらない |
| 3. 3月以前よりも短くなった | |

<すべての方におうかがいします。>

2. 本日の診察の状況等についておうかがいします。

- ① 本日の診察時間*はおよそ何分でしたか。
※時間がわからない場合は「1. わからない」に○をつけてください。

() 分

→1. わからない

*診察時間とは・・・診察室に入り、医師から直接、問診や身体診察を受けたり、医師へ質問したり、医師から説明を聞いたりした後、診察室を出るまでの時間です。待ち時間や会計の時間などは含まれません。

- ② 本日の診察(①の回答)で、医師から受けた診察内容について、あてはまるものすべてに○をつけてください。

- | | | |
|---|---|-------------|
| 1. 問診 (あなたの症状・状態などについての医師からの質問) | } | 問診・ 身体診察 |
| 2. 身体診察 (聴診器で聴く、さわって腫れ(はれ)や痛みの程度を確かめるなど、医師が患者の身体に、直接または間接的にふれながら診察する) | | |
| 3. 症状・状態についての医師からの説明 | } | 説明内容 |
| 4. 今後の治療方針についての医師からの説明 | | |
| 5. 生活上の注意や指導 (食事や睡眠、運動などについての医師からの説明) | | |
| 6. 処方された薬についての医師からの説明 | | |
| 7. 悩みや不安・相談への医師の対応 | | |
| 8. その他 (具体的に) | | |

- ③ 本日の診察内容に満足していますか。 ※○は1つだけ

- | | |
|--------------|-----------|
| 1. とても満足している | 2. 満足している |
| 3. どちらともいえない | 4. 不満である |
| 5. とても不満である | |

- ④ 本日の診察時間の長さはどうですか。 ※○は1つだけ

- | | | |
|---------|---------|-----------|
| 1. 長すぎる | 2. 長い | 3. ちょうどよい |
| 4. 短い | 5. 短すぎる | |

- ⑤ 本日の診察で、医師の問診や身体診察は丁寧(ていねい)でしたか。 ※○は1つだけ

- | | |
|-----------------|----------------|
| 1. とても丁寧だった | 2. 丁寧だった |
| 3. どちらともいえない | 4. あまり丁寧ではなかった |
| 5. まったく丁寧ではなかった | 6. その他 (具体的に) |

⑥ 本日の診察で、医師の説明内容は丁寧でしたか。 ※○は1つだけ

- | | |
|-----------------|----------------|
| 1. とても丁寧だった | 2. 丁寧だった |
| 3. どちらともいえない | 4. あまり丁寧ではなかった |
| 5. まったく丁寧ではなかった | 6. その他（具体的に) |

⑦ 本日の診察で、医師の説明内容が理解できましたか。 ※○は1つだけ

- | | |
|----------------|-----------------|
| 1. 十分に理解できた | 2. だいたい理解できた |
| 3. あまり理解できなかつた | 4. まったく理解できなかつた |
| 5. 説明を受けていない | |
| 6. その他（具体的に) | |

3. 「外来管理加算」についておうかがいします。

外来管理加算とは・・・

2回目以降の診察（「再診」といいます）のときに、医師が問診・身体診察などから計画的な医学管理を行った場合、「外来管理加算」（520円、自己負担はこのうち例えば3割負担の患者の場合、156円となります）が患者に請求できるようになっています。今までは、その提供される医療サービスの内容が患者にとって実感しにくいといった指摘等がありました。そこで、平成20年4月から、この「外来管理加算」の意義付けを見直し、

「医師が問診、身体診察、症状・病状についての説明、今後の治療方針、生活上の注意や指導、処方された薬の説明、悩みや不安への相談等について懇切丁寧（こんせつていねい）に説明を行った場合」に、患者に請求できるものと変更されました。この懇切丁寧な説明に係る時間としておおむね5分といった時間の目安が設けられました。

① こうした懇切丁寧な説明のおおむね5分という時間の目安について、あなたのお考えに最も近いもの1つに○をつけてください。

- | | |
|----------------|------------------|
| 1. 時間の目安は必要だ | → 質問①-1にお進みください。 |
| 2. 時間の目安は必要でない | → 質問②にお進みください。 |

①-1 上記①で「1. 時間の目安は必要だ」を選択した方におうかがいします。懇切丁寧な説明を行う時間として、あなたのお考えに最も近いもの1つに○をつけてください。

- | | | |
|-----------|----------|-----------|
| 1. 5分より短く | 2. 5分くらい | 3. 5分より長く |
|-----------|----------|-----------|

→ 質問②にお進みください。

② 外来管理加算について、回答欄の番号 1. ～ 9. の中から、あなたのお考えに最も近いもの 1 つに○をつけてください。

また、2.、4.、6.、8. を選んだ方は、実施してほしい内容を以下の＜懇切丁寧な説明の項目＞の四角囲みの中から選び、回答欄の（ ）内のあてはまる文字（ア.～キ.）に○をつけてください（○はいくつでも）。

＜懇切丁寧な説明の項目＞

- ア. 問診（あなたの症状・状態などについての医師からの質問）
- イ. 身体診察（聴診器で聴く、さわって腫れ（はれ）や痛みの程度を確かめるなど、医師が患者の身体に、直接または間接的にふれながら診察する）
- ウ. 症状・状態についての医師からの説明
- エ. 今後の治療方針についての医師からの説明
- オ. 医師からの生活上の注意や指導
- カ. 処方された薬についての医師からの説明
- キ. 悩みや不安の医師への相談

1. 通院毎にすべての項目を実施してほしい
2. 通院毎に一部の項目を実施してほしい
→実施してほしい項目すべてに○（ア.、イ.、ウ.、エ.、オ.、カ.、キ.）
3. 数か月に 1 回など、定期的にすべての項目を実施してほしい
4. 数か月に 1 回など、定期的に一部の項目を実施してほしい
→実施してほしい項目すべてに○（ア.、イ.、ウ.、エ.、オ.、カ.、キ.）
5. 症状の変化があったときのみ、すべての項目を実施してほしい
6. 症状の変化があったときのみ、一部の項目を実施してほしい
→実施してほしい項目すべてに○（ア.、イ.、ウ.、エ.、オ.、カ.、キ.）
7. 自分が求めたときだけ、すべての項目を実施してほしい
8. 自分が求めたときだけ、一部の項目を実施してほしい
→実施してほしい項目すべてに○（ア.、イ.、ウ.、エ.、オ.、カ.、キ.）
9. その他（具体的に _____ ）

③ このような「外来管理加算」（医師の懇切丁寧な説明、診察時間等）という仕組みがあるのをご存知でしたか。

1. 知っていた
2. 知らなかった

④ その他、外来管理加算（医師の懇切丁寧な説明、診察時間等）について、ご意見がございましたら、ご記入ください。

以上でアンケートは終わりです。ご協力いただきまして、ありがとうございました。

調査専用の返信用封筒（切手は不要です）にアンケートを入れ、お近くのポストに12月18日（木）までに投函してください。

診療報酬改定結果検証に係る特別調査（平成 20 年度調査）

後発医薬品の使用状況調査

報告書（案）

◆ ◇ 目 次 ◇ ◆

| | |
|--------------------------------------|-----|
| 1. 目的 | 1 |
| 2. 調査対象 | 1 |
| 3. 調査方法 | 2 |
| 4. 調査項目 | 3 |
| 5. 結果概要 | 6 |
| (1) 回収の状況 | 6 |
| (2) 保険薬局調査の概要 | 7 |
| ①薬局の属性 | 7 |
| ②取り扱い処方せんの状況等（平成20年12月1か月分） | 15 |
| ③後発医薬品への対応状況（平成20年4月以降） | 24 |
| ④医薬品の備蓄状況 | 32 |
| ⑤後発医薬品への変更を進めるための要件 | 35 |
| ⑥医療機関との連携 | 37 |
| ⑦後発医薬品の使用に関する考え方 | 40 |
| ⑧後発医薬品に変更して調剤した処方せんに係る薬剤料の状況 | 43 |
| ⑨後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等 | 44 |
| (3) 診療所・病院・医師調査の結果概要 | 48 |
| ①診療所の施設属性 | 48 |
| ②病院の施設属性 | 49 |
| ③医師の属性 | 52 |
| ④診療所・病院の診療体制 | 54 |
| ⑤診療所・病院における医薬品の備蓄状況 | 54 |
| ⑥病院で使用している後発医薬品リストの提供状況 | 55 |
| ⑦入院患者に対する後発医薬品の使用状況等 | 56 |
| ⑧外来診療における後発医薬品の使用状況 | 60 |
| ⑨医師における後発医薬品使用に関する意識等 | 73 |
| ⑩診療所における後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等 | 77 |
| ⑪病院における後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等 | 80 |
| ⑫病院医師における後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等 | 82 |
| (4) 患者調査の結果概要 | 85 |
| ①回答者の属性 | 85 |
| ②後発医薬品の使用状況 | 92 |
| 6. まとめ | 121 |

1. 目的

後発医薬品の使用促進のため、種々の取組が行われてきており、平成 18 年 4 月の診療報酬改定においては、処方せんに「後発医薬品への変更可」のチェック欄を設け、処方医が、処方せんに記載した先発医薬品を後発医薬品に変更して差し支えない旨の意思表示を行いやすくしたところである。しかし、平成 18 年度及び平成 19 年度に実施した診療報酬改定結果検証に係る特別調査の結果では、後発医薬品に変更された処方せんの割合は依然として低い状況であった。

このため、平成 20 年 4 月の診療報酬改定では、後発医薬品の更なる使用促進のために、処方せん様式の変更、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則等の改正等が行われた。具体的には、処方医が、後発医薬品に変更することに差し支えがあると判断した場合に、その意思表示として、所定の「後発医薬品への変更不可」チェック欄に、署名又は記名・押印することとなり、当該欄に処方医の署名等がない場合は、処方せんを受け付けた薬局において、患者の選択に基づき、後発医薬品への変更が可能となった。また、保険薬剤師は、医師が後発医薬品への変更を認めている場合には、患者に対して後発医薬品の説明を適切に行うことが義務づけられるとともに、後発医薬品を調剤するよう努めることとされ、また、保険医についても、投薬、注射、処方せんの交付を行うに当たって、後発医薬品の使用を考慮するよう努めることとされた。

本調査では、処方せん様式等の変更による後発医薬品の使用状況や、後発医薬品の使用に関する医療機関・医師、薬局及び患者の意識、後発医薬品の使用が進まない理由等を把握し、平成 20 年度診療報酬改定の結果を検証することを目的とした。

2. 調査対象

本調査では、「保険薬局調査」「診療所調査」「病院調査」「医師調査」「患者調査」の 5 つの調査を実施した。各調査の対象は、次のとおりである。

- 保険薬局調査：全国の保険薬局の中から無作為に抽出した 2,000 施設。
- 診療所調査：全国の一般診療所の中から無作為に抽出した 2,000 施設。
- 病院調査：全国の病院の中から無作為に抽出した 1,000 施設。
- 医師調査：上記「病院調査」の対象施設において外来診療を担当している医師。1 施設につき、診療科の異なる医師 2 名を対象とした。
- 患者調査：上記「保険薬局調査」の対象施設に調査日に処方せんを持って来局した患者。ただし、1 施設につき最大 4 名の患者を対象とした（4 名の内訳は 65 歳以上の男性・女性 各 1 名、65 歳未満の男性・女性 各 1 名）。

3. 調査方法

本調査は、対象施設・医師・患者が記入する自記式調査票の郵送配布・回収により行った。

「保険薬局調査」については、施設属性、処方せん枚数、後発医薬品の調剤状況等をたずねる「様式1」と、実際に調剤した薬剤料をたずねる「様式2」の2種類の調査票を配布した。

「診療所調査」については、施設の概況や院外処方せんの発行状況、後発医薬品の使用状況と使用に関する意識、後発医薬品を使用する上での課題等をたずねる「診療所票」を配布した。

「病院調査」については、施設の概況や院外処方せんの発行状況、入院患者に対する後発医薬品の使用状況、後発医薬品を使用する上での課題等をたずねる「病院票」を配布した。

「医師調査」については、医師に後発医薬品の使用状況と使用に関する意識等をたずねる「医師票」を配布した。配布に際しては、上記の「病院調査」の対象施設を通じて行ったが、回収は、各医師から本調査事務局宛の専用の返信用封筒（切手不要）にて直接回収した。

「患者調査」については、上記の「保険薬局調査」の対象施設を通じて「患者票」を配布した。調査日に来局した患者の中から、来局順に性別・年齢カテゴリごとに該当する患者で同意を得た患者に調査票を配布していただいた。記載された調査票は、各患者から本調査事務局宛の専用の返信用封筒（切手不要）にて直接回収した。

調査実施時期は平成20年11月～平成21年2月とした。

4. 調査項目

本調査の主な項目は次のとおりである。

| 調査区分 | 種類 | 主な内容 |
|--------|------|---|
| 保険薬局調査 | 様式 1 | <ul style="list-style-type: none"> ○薬局の概要 <ul style="list-style-type: none"> ・組織形態、職員数 ・調剤基本料の種類、基準調剤加算の有無、後発医薬品調剤体制加算の有無、後発医薬品調剤率 ○処方せんの受付状況等 <ul style="list-style-type: none"> ・処方せん発行医療機関数、後発医薬品への変更不可欄に処方医の署名等がある機関数、先発医薬品・後発医薬品を銘柄指定している機関数、処方せん枚数等 ○取り扱い処方せん枚数の内訳等 <ul style="list-style-type: none"> ・取り扱い処方せん枚数、1品目でも後発医薬品を調剤した処方せん枚数、後発医薬品への変更不可欄に処方医の署名等がない処方せん枚数等（1か月／1週間） ・後発医薬品への変更不可欄に処方医の署名等がある処方せん枚数、処方せん内容の一部について変更不可としている処方せん枚数等（1か月／1週間） ○後発医薬品への対応状況等 <ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品の説明を行った患者の割合、後発医薬品説明と一般的服薬指導の合計説明時間等 ・医薬品・後発医薬品の備蓄状況の変化、薬局で取り扱っている後発医薬品の採用理由等 ○医療機関との連携状況等 <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関への情報提供の頻度・タイミング等 ○後発医薬品の使用に関する考え <ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品の使用に関する考え ・後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等 / 等 |
| | 様式 2 | <ul style="list-style-type: none"> ・処方せんの記載銘柄に基づき調剤した場合の薬剤料および実際に調剤した薬剤料等 |
| 病院調査 | | <ul style="list-style-type: none"> ○施設の概要 <ul style="list-style-type: none"> ・開設者、病院種別、DPC 対応の状況、特定入院料の状況、許可病床数、医師数、薬剤師数、医薬品備蓄品目数、後発医薬品の備蓄品目数等 ・1 か月間の延べ外来患者数、1 か月間の外来診療実日数等 ○院外処方せん発行状況等 <ul style="list-style-type: none"> ・院外処方せんを発行している診療科 ・外来における院外処方せん発行枚数、後発医薬品を銘柄指定した処方せん枚数等 ○入院患者に対する後発医薬品の使用状況等 <ul style="list-style-type: none"> ・平均在院患者数 ・入院患者に対する後発医薬品の使用状況 ・後発医薬品を使用して生じた問題点 ・1 年前と比較した後発医薬品の供給体制の変化 ○後発医薬品使用についての課題 <ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品使用についての課題等 / 等 |

| | |
|--------------|---|
| <p>医師調査</p> | <ul style="list-style-type: none"> ○属性等 <ul style="list-style-type: none"> ・性別、年齢、担当診療科、1日あたり外来診察患者数 ○院外処方せん発行時の状況や処方に関する考え <ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品の処方に関する意識、処方しない場合の理由 ・1年前と比較した後発医薬品の処方状況 ・後発医薬品への変更不可欄に署名した処方せんの発行経験の有無、割合、その理由等 ・一部の医薬品についてのみ後発医薬品への変更不可と記載した処方せんの発行経験の有無、割合、その理由 ・後発医薬品に関心のある患者の割合、1年前との比較 ・後発医薬品を銘柄指定した院外処方せん枚数の割合 ・保険薬局で後発医薬品に変更した場合の情報提供の有無、望ましい情報提供について ○後発医薬品使用についての考え <ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品の承認に関する認知度 ・処方せん様式の変更によって良くなった点、問題点 ・後発医薬品の処方を進める上で望まれる対応 ・後発医薬品の使用上の課題等 / 等 |
| <p>診療所調査</p> | <ul style="list-style-type: none"> ○回答者の属性等 <ul style="list-style-type: none"> ・性別、年齢、担当診療科 ○施設属性等 <ul style="list-style-type: none"> ・所在地、開設者、種別、主たる診療科、医師数、薬剤師数、医薬品の備蓄状況等 ○入院患者に対する後発医薬品の使用状況等 <ul style="list-style-type: none"> ・平均在院患者数 ・入院患者に対する後発医薬品の使用状況 ・後発医薬品を使用して生じた問題点 ・1年前と比較した後発医薬品の供給体制の変化 ○院外処方せん発行状況等 <ul style="list-style-type: none"> ・院外処方せんの発行の有無 ・院外処方せん発行枚数、1か月間の外来診療実日数・外来延べ患者数 ○院外処方せん発行時の状況や考え <ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品の処方に関する意識、処方しない場合の理由 ・1年前と比較した後発医薬品の処方状況 ・後発医薬品への変更不可欄に署名した処方せんの発行経験の有無、割合、その理由 ・一部の医薬品についてのみ後発医薬品への変更不可と記載した処方せんの発行経験の有無、ケース、割合、その理由 ・後発医薬品に関心のある患者の割合、1年前との比較 ・後発医薬品を銘柄指定した院外処方せん枚数割合 ・保険薬局で後発医薬品に変更した場合の情報提供の有無、望ましい情報提供について ○外来診療における院内投薬の状況や後発医薬品の使用についての考え <ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品の処方に関する意識、処方しない場合の理由 ○後発医薬品の使用についての考え <ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品の承認に関する認知度 |

| | |
|------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ・処方せん様式の変更によって良くなった点、問題点 ・後発医薬品の処方を進める上で望まれる対応 ・後発医薬品の使用上の課題 / 等 |
| 患者調査 | <ul style="list-style-type: none"> ○属性等 <ul style="list-style-type: none"> ・性別、年齢、受診している診療科、薬局への来局頻度、かかりつけ薬局の有無、お薬手帳使用の有無 ○後発医薬品の使用に対する意識等 <ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品の認知度 ・医師や薬剤師からの後発医薬品についての説明の有無 ・後発医薬品使用経験の有無、ある場合はその満足度、薬代の負担感 ・後発医薬品の使用に対する考え、必要なこと ・後発医薬品を使用する上での意見・要望等 / 等 |

5. 結果概要

(1) 回収の状況

保険薬局調査の様式1の有効回収数(施設数)は944件、有効回収率は47.2%であった。
また、様式2に記載された有効処方せん枚数は435薬局分の7,076枚であった。

診療所調査の有効回収数(施設数)は733件、有効回収率は36.7%であった。

病院調査の有効回収数(施設数)は326件、有効回収率は32.6%であった。また、医師調査の有効回答人数は431人であった。

患者調査の有効回答人数は1,717人であった。

図表 1 回収の状況

| 調査区分 | 有効回収数 | 有効回収率 |
|-------------------------|-------|-------|
| ①保険薬局調査 | | |
| 保険薬局数(様式1) | 944 | 47.2% |
| 様式2に記載された処方せん枚数(435薬局分) | 7,076 | — |
| ②診療所調査 | | |
| 一般診療所数 | 733 | 36.7% |
| ③病院調査 | | |
| 病院数 | 326 | 32.6% |
| ④医師調査 | | |
| 医師数 | 431 | — |
| ⑤患者調査 | | |
| 患者数 | 1,717 | — |

(2) 保険薬局調査の概要

【調査対象等】

○調査票 様式1

調査対象：全国の保険薬局の中から無作為に抽出した保険薬局

回答数：944 施設

回答者：管理者

○調査票 様式2

処方せん枚数：7,076 枚（435 薬局分）

回答者：管理者

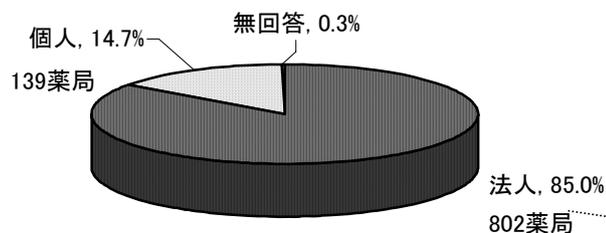
①薬局の属性

1) 組織形態

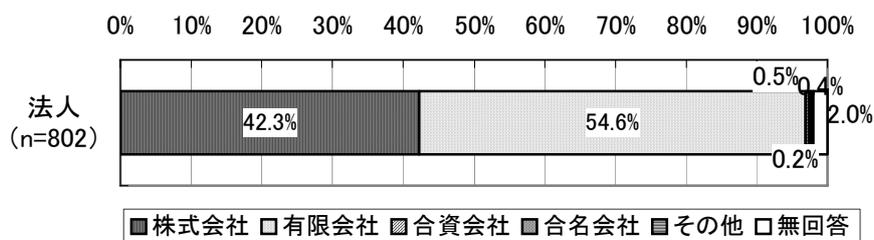
薬局の組織形態（法人・個人別）についてみると、「法人」が 85.0%、「個人」が 14.7%であった。

法人の種類は、「有限会社」（法人薬局の 54.6%）が最も多く、次いで「株式会社」（同 42.3%）であった。

図表 2 組織形態（法人・個人別）（n=944）



図表 3 法人薬局の内訳（n=802）



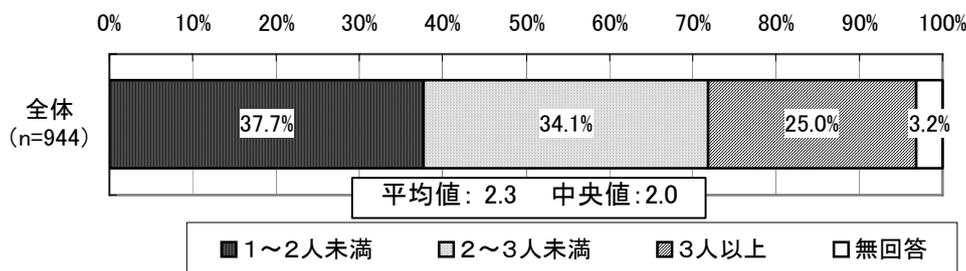
2) 職員数

i) 薬剤師

薬剤師の職員数（常勤換算）についてみると、「1～2 人未満」（37.7%）が最も多く、次いで「2～3 人未満」（34.1%）、「3 人以上」（25.0%）であった。

1 薬局あたりの職員数（常勤換算）についてみると、薬剤師の平均人数は 2.3 人（中央値 2.0）であった。

図表 4 薬剤師の職員数(常勤換算)



(注) 常勤換算は、次の計算式で算出した。また、常勤換算後の職員数は整数（小数点以下四捨五入）とした。

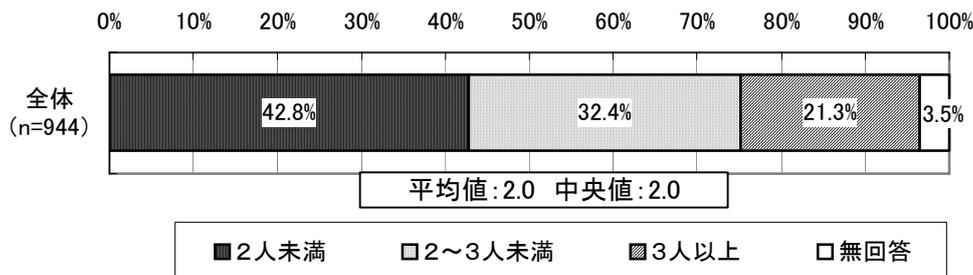
- ・ 1 週間に数回勤務の場合：(非常勤職員の 1 週間の勤務時間) ÷ (貴薬局が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間)
- ・ 1 か月に数回勤務の場合：(非常勤職員の 1 か月の勤務時間) ÷ (貴薬局が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間×4)

ii) その他（事務職員等）

薬剤師以外のその他（事務職員等）の職員数（常勤換算）についてみると、「2 人未満」（42.8%）が最も多く、次いで「2～3 人未満」（32.4%）、「3 人以上」（21.3%）であった。

1 薬局あたりの職員数（常勤換算）についてみると、その他（事務職員等）の平均人数は 2.0 人（中央値 2.0）であった。

図表 5 その他（事務職員等）の職員数（常勤換算）

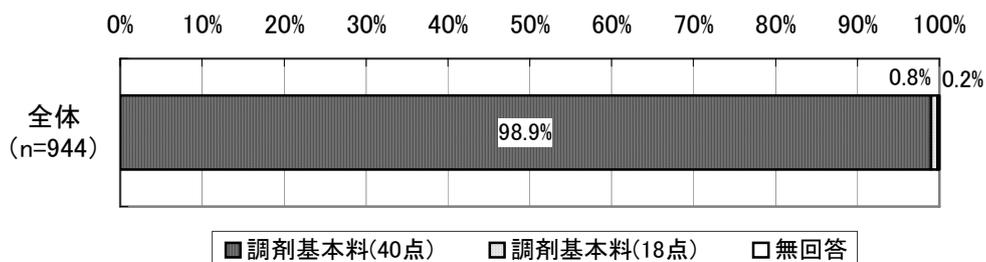


3) 調剤の状況等

i) 調剤基本料

調剤基本料についてみると、「調剤基本料（40点）」が98.9%、「調剤基本料（18点）」が0.8%であった。

図表 6 調剤基本料

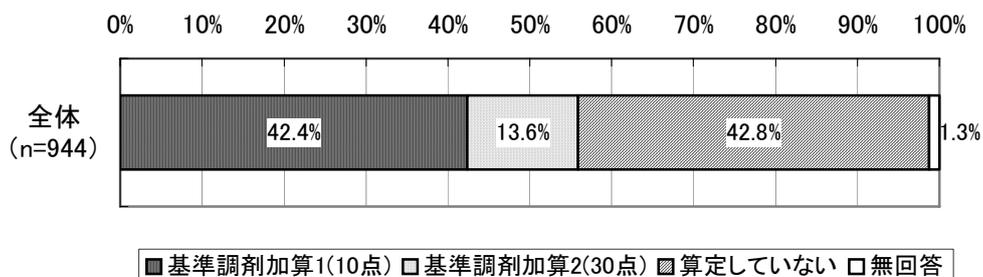


ii) 基準調剤加算

基準調剤加算についてみると、「基準調剤加算1（10点）」が42.4%、「基準調剤加算2（30点）」が13.6%であった。

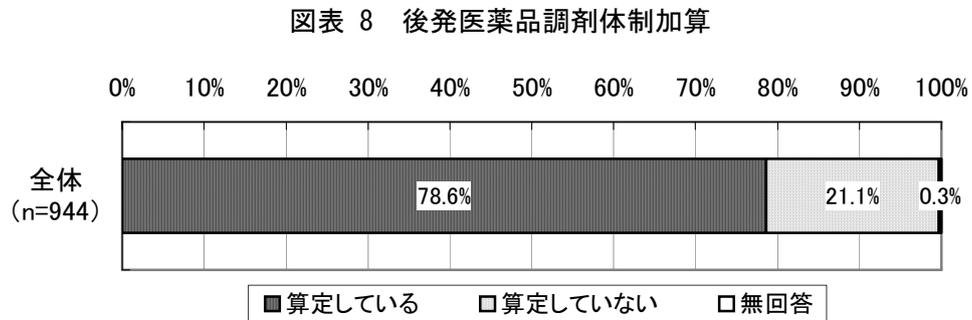
基準調剤加算を「算定していない」は42.8%であった。

図表 7 基準調剤加算



iii) 後発医薬品調剤体制加算

後発医薬品調剤体制加算についてみると、「算定している」が78.6%、「算定していない」が21.1%であった。



iv) 後発医薬品調剤率（平成 20 年）

平成 20 年 1 月から 12 月までの各月の後発医薬品調剤率をみると、わずかながらも増加傾向がみられ、「1 月」は平均値では 40.2%、中央値では 38.0%であったのが、「12 月」には平均値では 43.9%、中央値では 41.7%となった。

図表 9 後発医薬品調剤率（平成 20 年、n=843）

（単位：％）

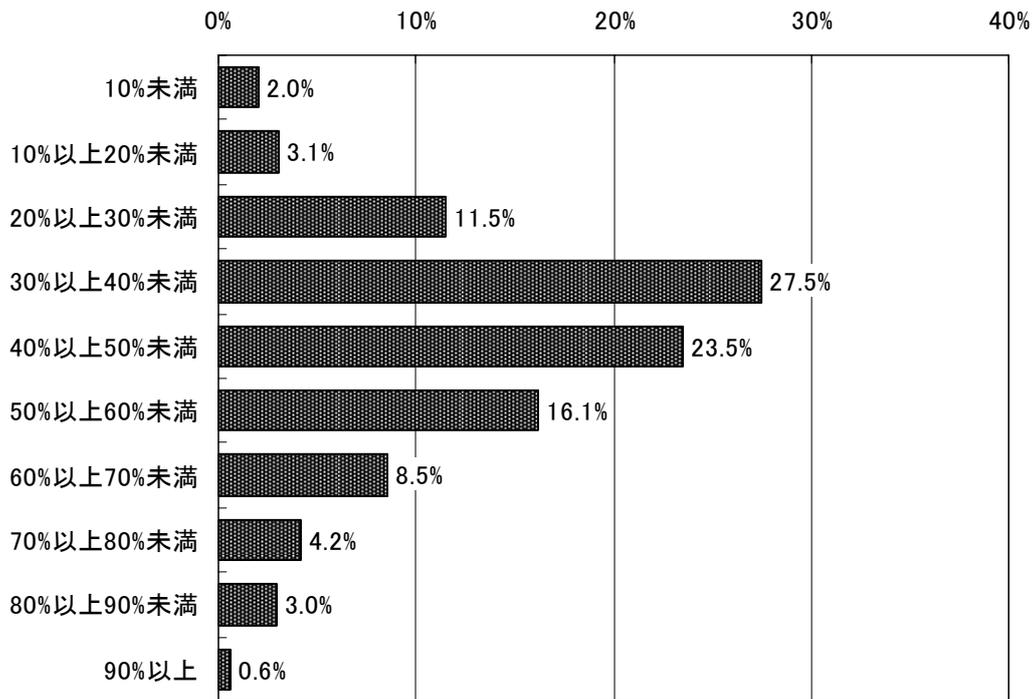
| | 平均値 | 標準偏差 | 中央値 |
|------|------|------|------|
| 1 月 | 40.2 | 17.8 | 38.0 |
| 2 月 | 40.7 | 17.7 | 38.0 |
| 3 月 | 40.4 | 17.4 | 38.0 |
| 4 月 | 41.7 | 16.9 | 39.3 |
| 5 月 | 42.1 | 16.7 | 39.9 |
| 6 月 | 41.7 | 16.5 | 39.2 |
| 7 月 | 41.8 | 16.5 | 38.9 |
| 8 月 | 41.7 | 16.5 | 38.8 |
| 9 月 | 42.2 | 16.8 | 39.2 |
| 10 月 | 43.1 | 16.9 | 41.0 |
| 11 月 | 43.5 | 17.0 | 41.3 |
| 12 月 | 43.9 | 16.9 | 41.7 |

（注）各月全てに回答があった施設を対象に集計した。

v) 後発医薬品調剤率別にみた薬局数の分布 (平成 20 年 12 月)

平成 20 年 12 月における後発医薬品調剤率別にみた薬局数の分布をみると、「30%以上 40%未満」(27.5%) が最も多く、次いで「40%以上 50%未満」(23.5%)、「50%以上 60%未満」(16.1%) となった。

図表 10 後発医薬品調剤率別にみた薬局数の分布 (平成 20 年 12 月、n=843)



4) 処方せん発行医療機関（平成 20 年 12 月）

i) 処方せん発行医療機関数

平成 20 年 12 月に薬局で受け付けた処方せんの発行医療機関数についてみると、1 薬局あたりの平均は 29.2 件であった。このうち「変更不可」欄に処方医の署名等が 9 割以上ある医療機関数は 7.0 件で、処方せん発行医療機関全体に占める割合は 24.0%であった。

図表 11 処方せん発行医療機関数

| | 医療機関種別 | | | | | | | | | 合計 |
|--|--------|-------|-------|-------|------|-------|------|-------|-------|---------|
| | 病院 | 診療所 | | | | | | | 歯科診療所 | |
| | | 内科 | 小児科 | 外科 | 眼科 | 耳鼻咽喉科 | 精神科 | その他 | | |
| 処方せん発行医療機関数(施設)(A) | 9.6 | 8.8 | 0.8 | 1.5 | 1.7 | 1.3 | 1.2 | 3.0 | 1.4 | 29.2 |
| (うち)「変更不可」欄に処方医の署名等が 9 割以上ある医療機関数(施設)(B) | 2.3 | 2.1 | 0.2 | 0.4 | 0.5 | 0.3 | 0.3 | 0.8 | 0.1 | 7.0 |
| (うち)主として先発医薬品を銘柄指定している医療機関数(施設) | 2.1 | 1.9 | 0.2 | 0.3 | 0.4 | 0.2 | 0.3 | 0.7 | 0.1 | 6.1 |
| (うち)主として後発医薬品を銘柄指定している医療機関数(施設) | 0.2 | 0.2 | 0.0 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.0 | 0.1 | 0.0 | 0.9 |
| 処方せん枚数(枚) | 389.3 | 457.2 | 130.0 | 102.3 | 65.3 | 98.8 | 36.2 | 129.8 | 10.5 | 1,419.4 |
| 「変更不可」欄に処方医の署名等が 9 割以上ある医療機関数の割合(B/A)(%) | 23.8 | 23.5 | 29.9 | 24.5 | 28.4 | 23.6 | 25.6 | 27.5 | 10.7 | 24.0 |
| 薬局数 | 588 | | | | | | | | | |

(注) すべての項目に回答のあった施設を対象に集計した。

ii) 処方せん枚数が最も多い 1 医療機関の取り扱い処方せん枚数

処方せん枚数が最も多い 1 医療機関の取り扱い処方せん枚数についてみると、1 医療機関あたりの平均処方せん枚数は 1,122.9 枚（標準偏差 919.6、中央値 999.0）であった。

図表 12 処方せん枚数が最も多い 1 医療機関の取り扱い処方せん枚数 (n=578)

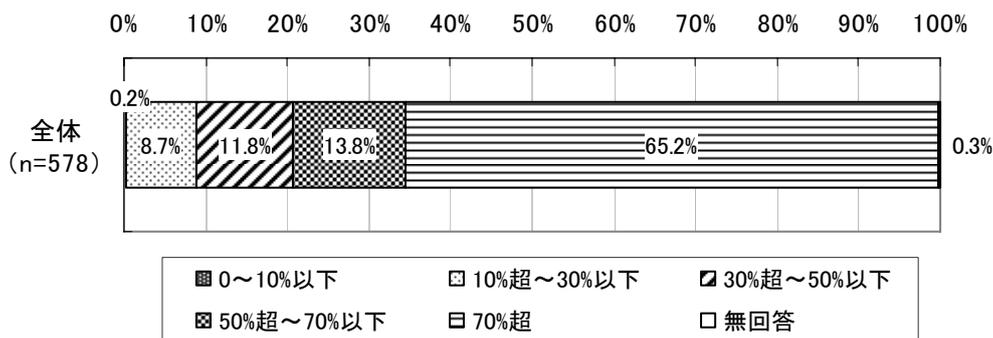
| | 平均値 | 標準偏差 | 中央値 |
|-----------|---------|-------|-------|
| 処方せん枚数(枚) | 1,122.9 | 919.6 | 999.0 |

(注) 処方せん枚数について回答のあった施設を対象に集計した。

iii) 特定の保険医療機関に係る処方せん割合（最も多いもの）

特定の保険医療機関に係る処方せんの割合（最も多いもの）についてみると、「70%超」（65.2%）が最も多く、次いで「50%超～70%以下」（13.8%）、「30%超～50%以下」（11.8%）、「10%超～30%以下」（8.7%）であった。平均は75.4%（標準偏差26.1、中央値88.5）であった。

図表 13 特定の保険医療機関に係る処方せん割合（最も多いもの）



(注) 特定の保険医療機関に係る処方せん割合は、次の計算式による。

$$\frac{\text{（当該薬局で受付枚数が最も多い医療機関が発行した処方せんの受付枚数）}}{\text{（当該薬局での受付処方せん枚数の総数）}}$$

iv) 半径 200m 以内にある医療機関数

半径 200m 以内にある医療機関数についてみると、1 薬局あたりの平均医療機関数は 3.4 件（標準偏差 3.7、中央値 2.0）であった。

図表 14 半径 200m 以内にある医療機関数 (n=911)

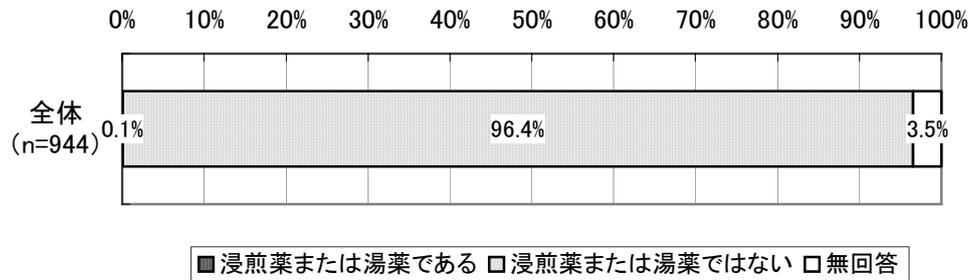
| | 平均値 | 標準偏差 | 中央値 |
|-----------------------|-----|------|-----|
| 半径 200m 以内にある医療機関数(件) | 3.4 | 3.7 | 2.0 |

(注) 回答のあった施設を対象に集計した。

v) 算定する調剤料の過半数が浸煎薬または湯薬

算定する調剤料の過半数が浸煎薬または湯薬であるか否かについてみると、「浸煎薬または湯薬ではない」が96.4%と大半を占め、「浸煎薬または湯薬である」は0.1%であった。

図表 15 算定する調剤料の過半数が浸煎薬または湯薬



②取り扱い処方せん状況等（平成20年12月1か月分）

1) 取り扱い処方せん枚数

取り扱い処方せん枚数について、平成20年12月の1か月全体の取り扱い処方せん総計（486,352枚）の内訳と、平成20年12月の1か月のうち、12月8日から12月14日の1週間分の取り扱い処方せん総計（120,200枚）の内訳をまとめた。

図表 16 取り扱い処方せん枚数

| | 平成 20 年 12 月 | | | |
|--|-----------------------|--------|-------------------------------|--------|
| | (ア) 1 か月全体の取り扱い処方せん枚数 | | (イ) うち、12/8～12/14 の取り扱い処方せん枚数 | |
| | (薬局数 n=371) | | (薬局数 n=392) | |
| | 枚数(枚) | 割合 | 枚数(枚) | 割合 |
| ① すべての取り扱い処方せん | 486,352 | 100.0% | 120,200 | 100.0% |
| ② ①のうち、1品目でも後発医薬品を調剤した処方せん | 213,996 | 44.0% | 51,613 | 42.9% |
| ③ ①のうち、「後発医薬品への変更がすべて不可」欄に処方医の署名等がない処方せん | 318,896 | 65.6% | 77,240 | 64.3% |
| ④ ③のうち、1品目でも先発医薬品を後発医薬品に変更した処方せん(以前に一度変更し、今回も同様に変更した場合も含む) | 19,497 | 4.0% | 4,509 | 3.8% |
| ⑤ ④のうち、後発医薬品情報提供料を算定した処方せん | 4,727 | 1.0% | 1,141 | 0.9% |
| ⑥ ④のうち、後発医薬品分割調剤加算を算定した処方せん | 1,226 | 0.3% | 273 | 0.2% |
| ⑦ ③のうち、1品目でも後発医薬品を他の後発医薬品に変更した処方せん | 1,624 | 0.3% | 370 | 0.3% |
| ⑧ ③のうち、処方せんに記載されたすべての銘柄について後発医薬品が薬価収載されていないために、後発医薬品に変更できなかった処方せん(後発医薬品のみが記載された処方せんを含む) | 32,494 | 6.7% | 7,206 | 6.0% |
| ⑨ ③のうち、「後発医薬品についての説明」を行ったにもかかわらず、患者が希望しなかったために、すべて後発医薬品に変更できなかった処方せん(過去に説明した際に、患者が希望しない意思を明確にしており、今回も後発品への変更をしなかった場合を含む) | 28,328 | 5.8% | 6,550 | 5.4% |
| ③のうち、以下の理由により、後発医薬品に変更できなかった先発医薬品が1品目でもある処方せん | | | | |
| ⑩ 先発医薬品の含量規格に対応した後発医薬品がなかったため | 44,366 | 9.1% | 6,795 | 5.7% |
| ⑪ ⑩のうち、薬価収載されていなかったため | 29,406 | 6.0% | 3,892 | 3.2% |
| ⑫ ⑩のうち、在庫として備蓄していなかったため | 21,355 | 4.4% | 2,885 | 2.4% |
| ⑬ 先発医薬品の剤形(ただし、OD錠除く)に対応した後発医薬品がなかったため | 8,138 | 1.7% | 1,936 | 1.6% |
| ⑭ ⑬のうち、薬価収載されていなかったため | 5,618 | 1.2% | 1,346 | 1.1% |
| ⑮ ⑬のうち、在庫として備蓄していなかったため | 3,084 | 0.6% | 577 | 0.5% |
| ⑯ 先発医薬品の剤形がOD錠であり、それに対応した後発医薬品がなかったため | 2,169 | 0.4% | 323 | 0.3% |
| ⑰ ⑯のうち、薬価収載されていなかったため | 1,446 | 0.3% | 229 | 0.2% |
| ⑱ ⑯のうち、在庫として備蓄していなかったため | 1,206 | 0.2% | 89 | 0.1% |
| ⑲ ①のうち、「後発医薬品への変更がすべて不可」欄に処方医の署名等がある処方せん | 167,456 | 34.4% | 42,960 | 35.7% |
| ⑳ ⑲のうち、後発医薬品を銘柄指定している処方せん | 69,629 | 14.3% | 18,152 | 15.1% |
| ㉑ ①のうち、処方せん内容の一部について変更不可としている処方せん | 6,585 | 1.4% | 1,017 | 0.8% |
| ㉒ ㉑のうち、一部先発医薬品について変更不可としている処方せん | 5,793 | 1.2% | 912 | 0.8% |
| ㉓ ㉑のうち、一部後発医薬品について変更不可としている処方せん | 663 | 0.1% | 28 | 0.0% |

(注) 「1 か月分」は平成 20 年 12 月 1 か月分の取り扱い処方せん、「1 週間分」は「1 か月分」のうち、12/8～12/14 の 1 週間の取り扱い処方せんの枚数。

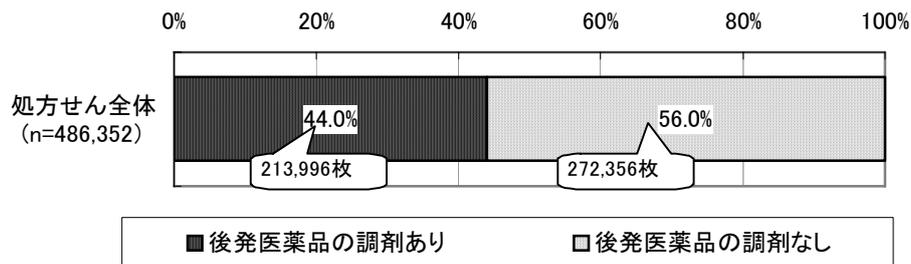
* 「後発医薬品についての説明」とは

後発医薬品と先発医薬品とが同等であること(例えば、品質、安定性、生物学的同等性試験結果など)の説明に加え、患者の処方せんにおける変更前の薬剤料と変更後の薬剤料の差額等についての説明などを指す。

2) 1品目でも後発医薬品を調剤した処方せん割合

すべての処方せんにおける、1品目でも後発医薬品を調剤した処方せんの割合についてみると、「後発医薬品の調剤あり」が44.0%（213,996枚）、「後発医薬品の調剤なし」が56.0%（272,356枚）であった。

図表 17 すべての処方せんにおける、1品目でも後発医薬品を調剤した処方せんの割合
（平成20年12月1か月分の処方せんベース）



3) 後発医薬品への変更割合（処方せん枚数ベース）

「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せん（318,896枚）における、後発医薬品への変更状況等の内訳をまとめた。

図表 18 「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せん
（n=318,896）における、後発医薬品への変更状況等
（平成20年12月1か月分の処方せんベース）

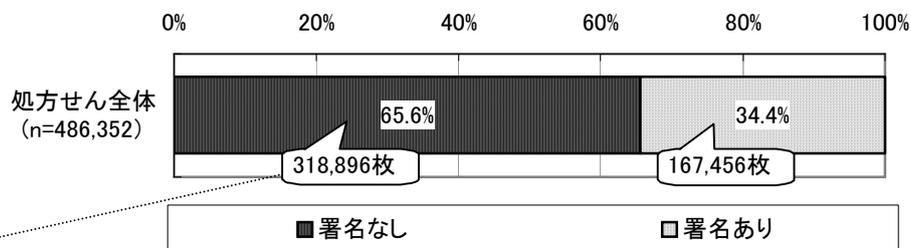
| | 枚数 | 割合 |
|--|---------|--------|
| 「変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せん | 318,896 | 100.0% |
| 1品目でも先発医薬品を後発医薬品に変更した処方せん | 19,497 | 6.1% |
| (うち)後発医薬品情報提供料を算定した処方せん | 4,727 | 1.5% |
| (うち)後発医薬品分割調剤加算を算定した処方せん | 1,226 | 0.4% |
| 1品目でも後発医薬品を他の後発医薬品に変更した処方せん | 1,624 | 0.5% |
| 処方せんに記載されたすべての銘柄について、後発医薬品が薬価収載されていないために、後発医薬品に変更しなかった処方せん | 32,494 | 10.2% |
| 患者が希望しなかったために、すべて後発医薬品に変更しなかった処方せん | 28,328 | 8.9% |
| 以下の理由により、後発医薬品に変更できなかった先発医薬品が1品目でもある処方せん | | |
| 先発医薬品の含量規格に対応した後発医薬品がなかったため | 44,366 | 13.9% |
| 採用している後発医薬品に、先発医薬品の含量規格に対応した製剤が薬価収載されていないため | 29,406 | 9.2% |
| 先発医薬品の含量規格に対応した後発医薬品を採用していなかったため | 21,355 | 6.7% |
| 先発医薬品の剤形(ただし、OD錠除く)に対応した後発医薬品がなかったため | 8,138 | 2.6% |
| 採用している後発医薬品に、先発医薬品の剤形に対応した製剤が薬価収載されていないため | 5,618 | 1.8% |
| 先発医薬品の剤形に対応した後発医薬品を採用していなかったため | 3,084 | 1.0% |
| 先発医薬品の剤形がOD錠であり、それに対応した後発医薬品がなかったため | 2,169 | 0.7% |
| 採用している後発医薬品に、OD錠が薬価収載されていないため | 1,446 | 0.5% |
| OD錠の後発医薬品を採用していなかったため | 1,206 | 0.4% |

平成 20 年 12 月 1 か月分のすべての取り扱い処方せん 486,352 枚における「後発医薬品への変更不可」欄への処方医の署名等の有無についてみると、「署名等なし」が 65.6% (318,896 枚)、「署名等あり」が 34.4% (167,456 枚) であった。

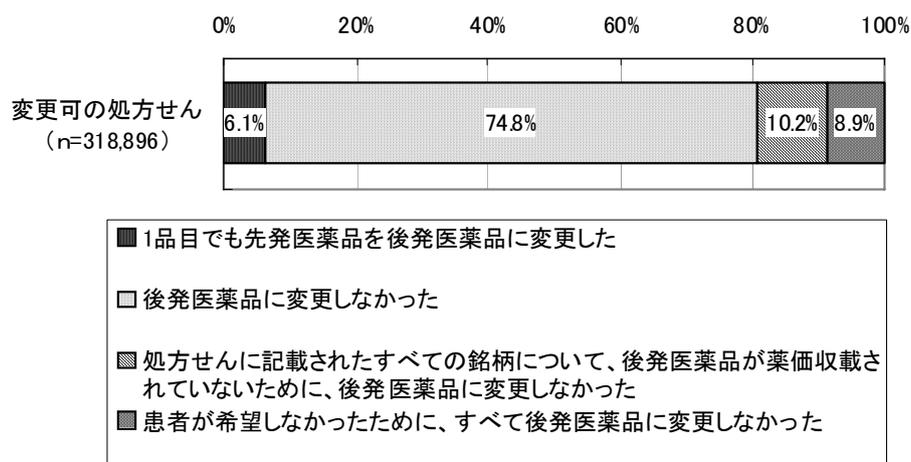
「署名等なし」の 318,896 枚のうち、実際に「1 品目でも先発医薬品を後発医薬品に変更した」処方せんは 6.1% であった。

「処方せんに記載されたすべての銘柄について、後発医薬品が薬価収載されていないために、後発医薬品に変更しなかった」処方せんは 10.2%、「患者が希望しなかったために、すべて後発医薬品に変更しなかった」処方せんは 8.9%、それ以外の理由で「後発医薬品に変更しなかった」処方せんは 74.8% であった。

図表 19 すべての処方せんにおける、「後発医薬品への変更不可」欄の処方医の署名等の有無（平成 20 年 12 月 1 か月分の処方せんベース）



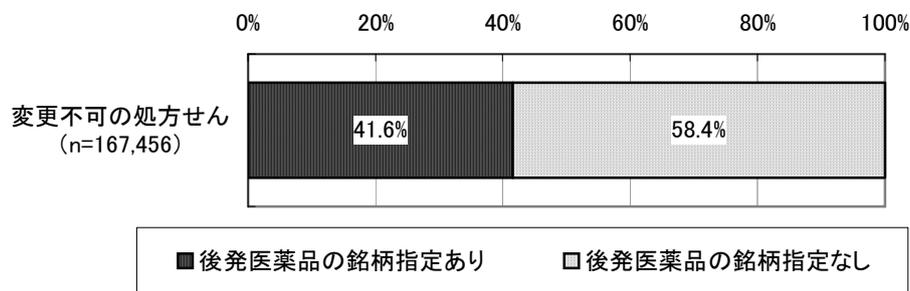
図表 20 「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せん (n=318,896) における、後発医薬品への変更状況（平成 20 年 12 月 1 か月分の処方せんベース）



4) 「変更不可」欄に処方医の署名等がある処方せんのうち、後発医薬品を銘柄指定している処方せんの割合

平成 20 年 12 月 1 か月分で、「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がある処方せん 167,456 枚のうち、「後発医薬品の銘柄指定あり」は 41.6%、「後発医薬品の銘柄指定なし」は 58.4%であった。

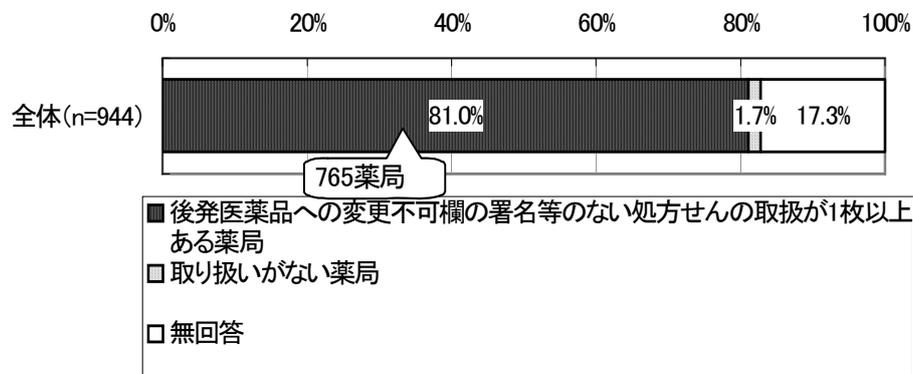
図表 21 「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がある処方せん (n=167,456) における、後発医薬品の銘柄指定している処方せんの割合 (平成 20 年 12 月 1 か月分の処方せんベース)



5) 後発医薬品への変更割合 (薬局ベース)

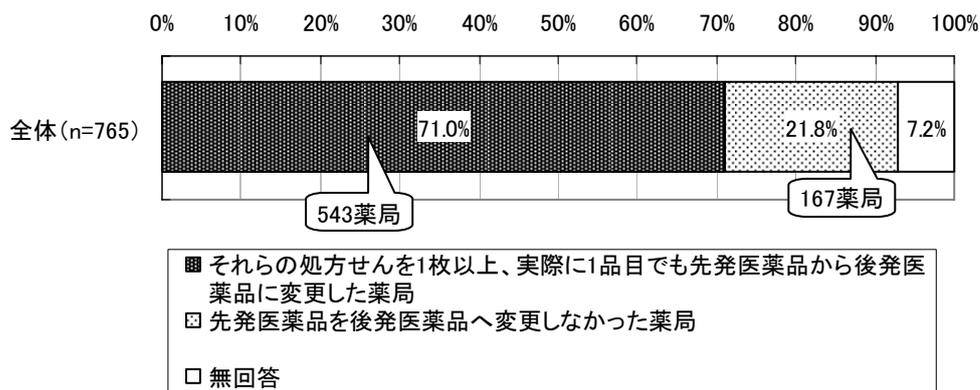
平成 20 年 12 月 1 か月間で、「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せんを 1 枚以上取り扱った薬局は、81.0% (765 薬局) であった。

図表 22 1 か月間の取り扱い処方せんのうち、「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せんを取り扱った薬局数の割合 (薬局ベース)



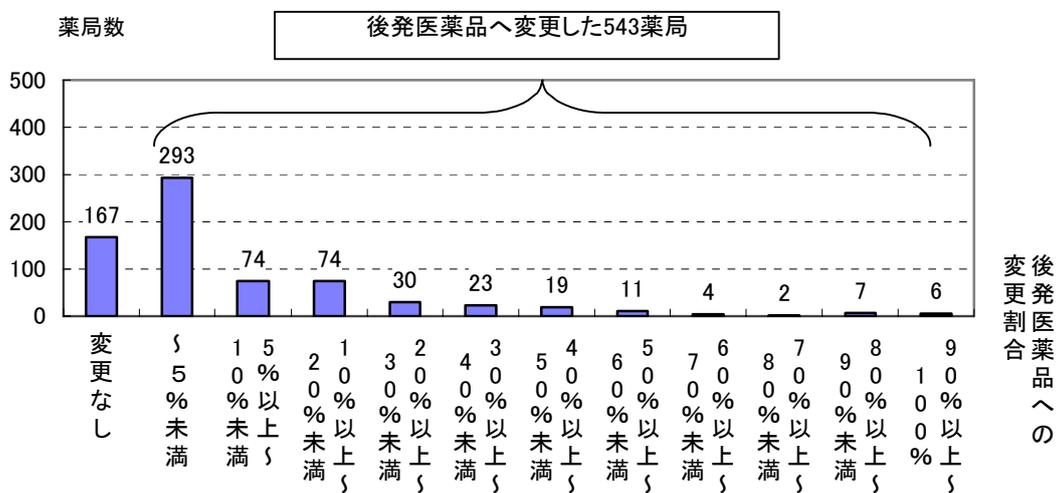
「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せんを1枚以上取り扱った765薬局のうち、「それらの処方せんを1枚以上、実際に1品目でも先発医薬品から後発医薬品に変更した薬局」は71.0% (543薬局)、「先発医薬品を後発医薬品へ変更しなかった薬局」は21.8% (167薬局)であった。

図表 23 「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せんを取り扱った薬局 (765 薬局) のうち、実際に1品目でも先発医薬品を後発医薬品に変更した薬局数の割合 (薬局ベース)



「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せんを取り扱った 765 薬局における、後発医薬品への変更可能な処方せんに占める、実際に後発医薬品に変更した処方せんの割合（変更割合）についてみると、変更割合が「5%未満」が 293 薬局、「5%以上～10%未満」「10%以上～20%未満」がそれぞれ 74 薬局であり、後発医薬品への変更割合は低いとみられる。

図表 24 「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せんを取り扱った薬局（765 薬局）における、後発医薬品への変更可能な処方せんに占める、後発医薬品への変更割合別の度数分布（薬局ベース）

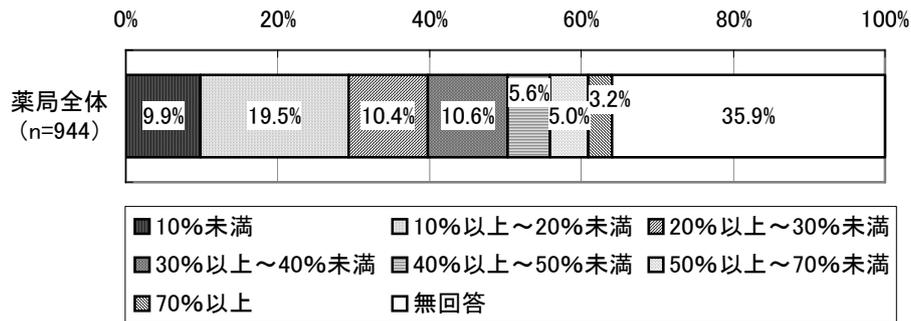


（注）765 薬局の中には、後発医薬品への変更割合が不明の 55 薬局がある。

6) 1 か月間に調剤したすべての医薬品に占める後発医薬品の割合

平成 20 年 12 月 1 か月間に調剤したすべての医薬品に占める後発医薬品（数量ベース）についてみると、「10%以上～20%未満」（19.5%）が最も多く、次いで「30%以上～40%未満」（10.6%）、「20%以上～30%未満」（10.4%）であった。

図表 25 1 か月間に調剤したすべての医薬品に占める後発医薬品（数量ベース）の割合
（平成 20 年 12 月 1 か月間、薬局ベース）



（注）数量ベースとは、薬価基準の規格単位ベースで、例えば錠剤の場合、単純に1 か月間に調剤した全錠数を数えて計算することを意味する。

平成 20 年 12 月 1 か月間に調剤したすべての医薬品に占める後発医薬品の割合についてみると、1 薬局あたりの平均は 27.0%（標準偏差 19.2、中央値 22.0）であった。

図表 26 1 か月間に調剤したすべての医薬品に占める後発医薬品（数量ベース）の割合
（平成 20 年 12 月 1 か月間、薬局ベース、n=605）

| | 平均値 | 標準偏差 | 中央値 |
|-------------------------|------|------|------|
| すべての医薬品に占める後発医薬品の割合 (%) | 27.0 | 19.2 | 22.0 |

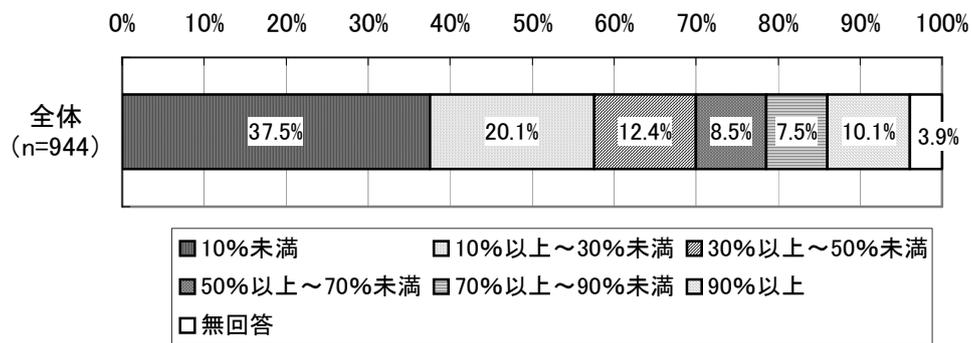
（注）回答のあった施設を対象に集計した。

③後発医薬品への対応状況（平成20年4月以降）

1) 後発医薬品についての説明を行った患者の割合

後発医薬品への変更可能な処方せんを持参した患者のうち、後発医薬品についての説明を行った患者の割合についてみると、「10%未満」（37.5%）が最も多く、次いで「10%以上～30%未満」（20.1%）、「30%以上～50%未満」（12.4%）であった。

図表 27 後発医薬品への変更可能な処方せんを持参した患者のうち、
後発医薬品についての説明を行った患者の割合（薬局ベース）

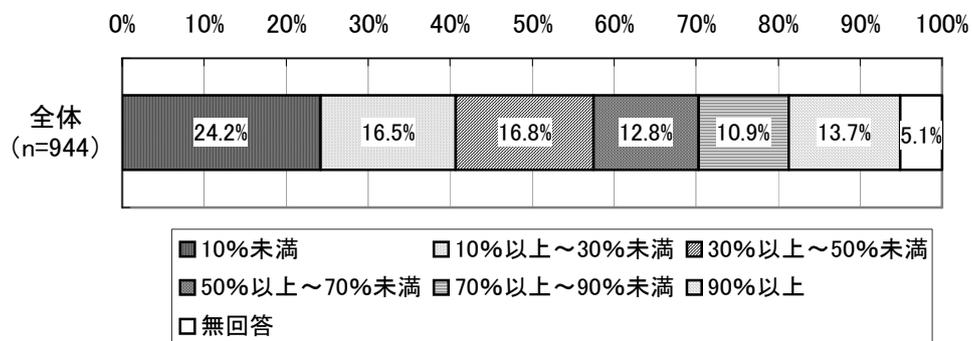


(注)「後発医薬品についての説明」とは、後発医薬品と先発医薬品とが同等であること（例えば、品質、安定性、生物学的同等性試験結果など）の説明に加え、患者の処方せんにおける変更前の薬剤料と変更後の薬剤料の差額等についての説明などを指す。

2) 後発医薬品についての説明を行った患者のうち、後発医薬品の使用を希望しなかった患者の割合

後発医薬品への変更可能な処方せんを持参し、薬局において後発医薬品についての説明を行った患者のうち、後発医薬品の使用を希望しなかった患者の割合についてみると、「10%未満」(24.2%)の薬局が最も多いが、他のいずれのカテゴリも10%程度から17%程度の間の回答割合があり、ばらつきがみられた。

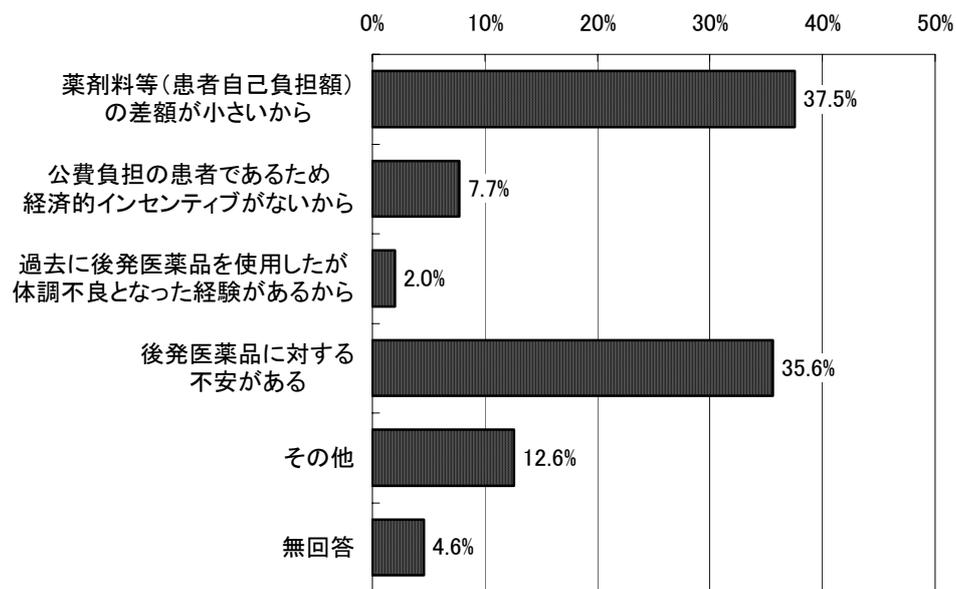
図表 28 後発医薬品への変更可能な処方せんを持参し、
後発医薬品についての説明を行った患者のうち、後発医薬品の使用を
希望しなかった患者の割合 (薬局ベース)



3) 後発医薬品についての説明を行ったにもかかわらず、患者が後発医薬品の使用を希望しなかった理由

薬局において後発医薬品についての説明を行ったにもかかわらず、患者が後発医薬品の使用を希望しなかった理由についてみると、「薬剤料等（患者自己負担額）の差額が小さいから」（37.5%）が最も多く、次いで「後発医薬品に対する不安がある」（35.6%）であった。

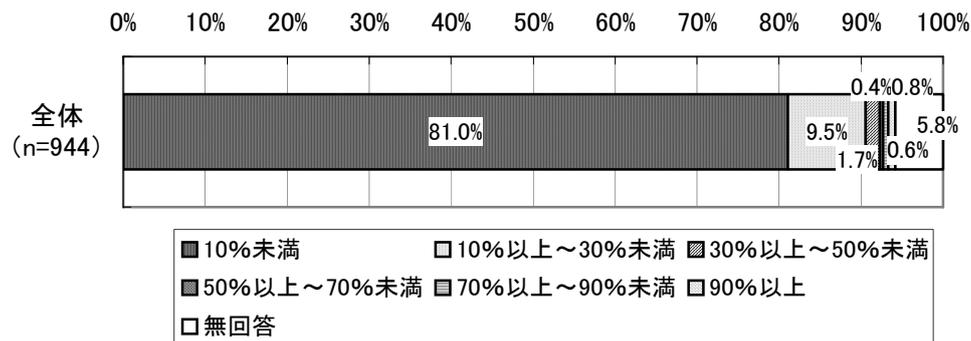
図表 29 後発医薬品についての説明を行ったにもかかわらず、患者が後発医薬品の使用を希望しなかった理由（薬局ベース、単数回答、n=944）



4) 後発医薬品への変更調剤を行った患者のうち、2回目以降に後発医薬品の使用を希望しなかった患者の割合

後発医薬品への変更調剤を行った患者のうち、2回目以降に後発医薬品の使用を希望しなかった患者の割合についてみると、「10%未満」(81.0%)が最も多かった。

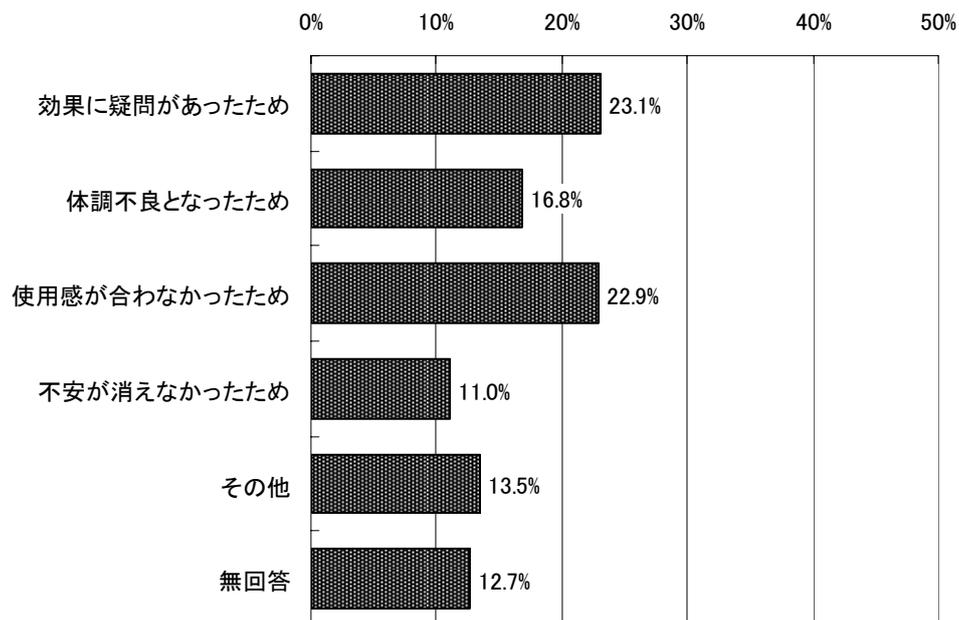
図表 30 後発医薬品への変更調剤を行った患者のうち2回目以降に後発医薬品の使用を希望しなかった患者の割合 (薬局ベース)



5) 後発医薬品への変更調剤を行ったが、患者が2回目以降に後発医薬品の使用を希望しなかった理由

後発医薬品への変更調剤を行ったが、患者が2回目以降に後発医薬品の使用を希望しなかった理由についてみると、「効果に疑問があったため」(23.1%)が最も多く、次いで「使用感が合わなかったため」(22.9%)、「体調不良となったため」(16.8%)となった。

図表 31 2回目以降に後発医薬品の使用を希望しなかった理由
(薬局ベース、単数回答、n=944)

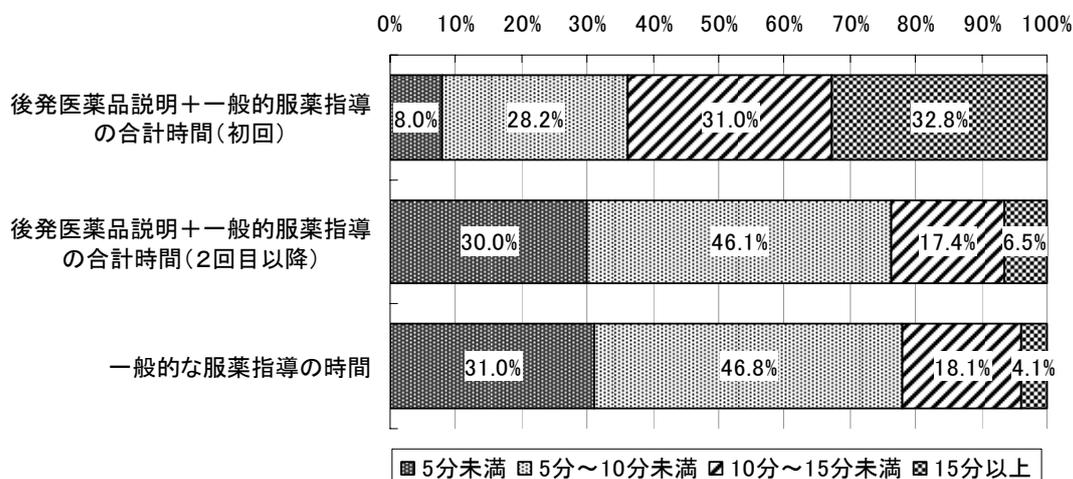


6) 患者 1 人に要する後発医薬品についての平均説明時間

患者 1 人に要する後発医薬品についての平均説明時間について、初回の患者における「後発医薬品説明＋服薬指導時間」をみると、平均は 10.9 分（標準偏差 6.0、中央値 10.0）であった。

2 回目以降の患者における「後発医薬品説明＋服薬指導時間」をみると、平均は 6.0 分（標準偏差 3.8、中央値 5.0）であった。「一般的な服薬指導時間」の平均が 5.8 分（標準偏差 3.2、中央値 5.0）であることから、2 回目以降の患者の場合、一般的な服薬指導と大きな差異はみられなかった。

図表 32 患者 1 人に要する平均説明時間の分布 (n=713)



(注) 「後発医薬品説明」：後発医薬品と先発医薬品とが同等であること（例えば、品質、安定性、生物学的同等性試験結果など）の説明に加え、患者の処方せんにおける変更前の薬剤料と変更後の薬剤料の差額等についての説明などを指す。

図表 33 患者 1 人に要する平均説明時間 (n=713)

| | 平均値 | 標準偏差 | 中央値 |
|--------------------------|------|------|------|
| 後発医薬品説明＋服薬指導時間(初回)(分) | 10.9 | 6.0 | 10.0 |
| 後発医薬品説明＋服薬指導時間(2回目以降)(分) | 6.0 | 3.8 | 5.0 |
| 一般的な服薬指導時間(分) | 5.8 | 3.2 | 5.0 |

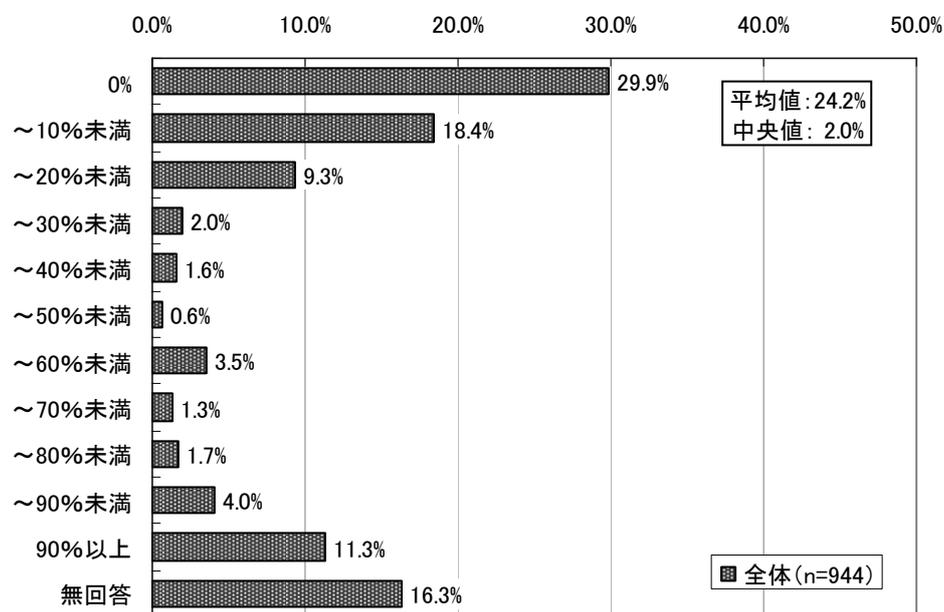
(注) ・すべての項目について回答があった施設を対象に集計した。

・「後発医薬品説明」：後発医薬品と先発医薬品とが同等であること（例えば、品質、安定性、生物学的同等性試験結果など）の説明に加え、患者の処方せんにおける変更前の薬剤料と変更後の薬剤料の差額等についての説明などを指す。

7) 平成 20 年 12 月以前に後発医薬品への変更調剤を行った患者のうち、医療機関が、薬局で変更した当該後発医薬品の銘柄処方に切り替えた患者数の割合（薬局ベース）

平成 20 年 12 月以前に後発医薬品への変更調剤を行った患者のうち、医療機関が、薬局で変更した当該後発医薬品の銘柄処方に切り替えた患者数の割合についてみると、「0%」（29.9%）が最も多く、次いで「10%未満」（18.4%）、「90%以上」（11.3%）であり、平均は 24.2%（中央値 2.0）であった。

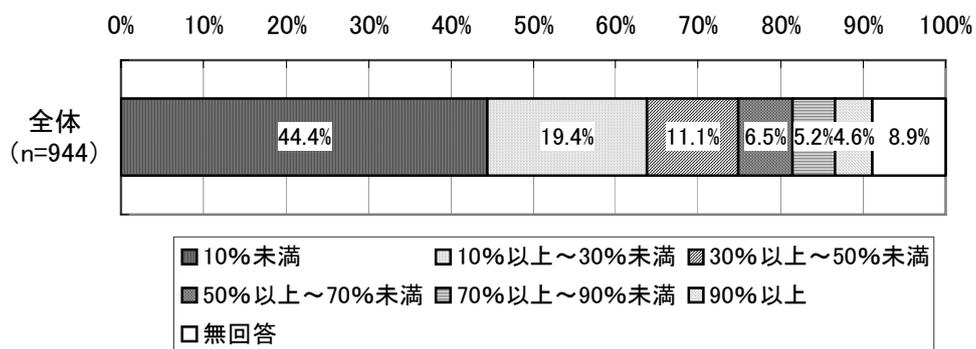
図表 34 平成 20 年 12 月以前に後発医薬品への変更調剤を行った患者のうち、医療機関が、薬局で変更した当該後発医薬品の銘柄処方に切り替えた患者数の割合（薬局ベース）



8) 在庫がなくて後発医薬品に変更できなかった患者の割合

後発医薬品への変更が可能な処方せんを持参した患者のうち、当該後発医薬品の在庫がなくて後発医薬品に変更できなかった患者の割合についてみると、「10%未満」(44.4%)が最も多かった。一方、「50%以上」という薬局を合計すると16.3%であった。

図表 35 後発医薬品への変更が可能な処方せんを持参した患者のうち、当該後発医薬品の在庫がなくて後発医薬品に変更できなかった患者の割合 (薬局ベース)



④医薬品の備蓄状況

1) 医薬品の備蓄品目数

備蓄医薬品の全品目数についてみると、平成19年12月時点では平均758.5品目であったが、平成20年12月時点では平均818.5品目となり、7.9%の増加率となった。中央値でも715.5品目から776.0品目となり、8.5%の増加率となった。

次に後発医薬品の備蓄品目数についてみると、平成19年12月時点では平均97.3品目であったが、平成20年12月時点では平均125.5品目となり、29.0%の増加率となった。中央値でも68.5品目から100.0品目となり、46.0%の増加率となった。

したがって、後発医薬品の備蓄品目数は、医薬品全品目の備蓄品目数よりも増加率としては高いものの、平成20年12月時点における全品目に占める後発医薬品のシェア（図表35（B）／（A））は、平均値15.3%、中央値12.9%となっており、依然として低い結果となっている。

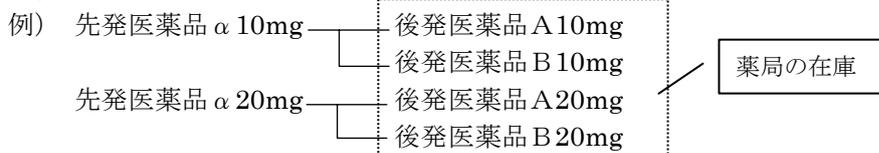
当該薬局において1つの銘柄の先発医薬品について複数銘柄の後発医薬品を備えている場合に、その先発医薬品の銘柄数に換算した場合の品目数は、平均11.0品目（標準偏差17.1、中央値5.0）となった。つまり、先発医薬品11.0品目については、保険薬局において複数銘柄の中から調剤する後発医薬品を選択することができるということになる。

図表 36 備蓄医薬品品目数の変化 (n=600)

| | | 平成 19 年 12 月 | 平成 20 年 12 月 | 増加率 |
|------------------------------|------|--------------|--------------|-------|
| 医薬品全品目数(A) | 平均値 | 758.5 | 818.5 | 7.9% |
| | 標準偏差 | 385.7 | 397.7 | |
| | 中央値 | 715.5 | 776.0 | 8.5% |
| うち、後発医薬品の品目数(B) | 平均値 | 97.3 | 125.5 | 29.0% |
| | 標準偏差 | 113.6 | 99.0 | |
| | 中央値 | 68.5 | 100.0 | 46.0% |
| うち、複数銘柄の後発医薬品を備えている先発医薬品の品目数 | 平均値 | | 11.0 | |
| | 標準偏差 | | 17.1 | |
| | 中央値 | | 5.0 | |
| (B)/(A) | 平均値 | 12.8% | 15.3% | |
| | 中央値 | 9.6% | 12.9% | |

(注)・すべての項目について回答があった施設を対象に集計した。

・「うち、複数銘柄の後発医薬品を備えている先発医薬品の品目数」とは、薬局で1つの銘柄の先発医薬品について複数銘柄の後発医薬品を備えている場合（薬局で後発医薬品を選択できる場合）に、それを先発医薬品の銘柄数に換算した場合の品目数を意味する。



→この場合、薬局において先発医薬品 α 10mg、 α 20mg の在庫の有無にかかわらず、後発医薬品 A 10mg、後発医薬品 B 10mg、後発医薬品 A 20mg、後発医薬品 B 20mg の在庫があれば、先発医薬品の品目数は「2品目」となる。

2) 同じ剤形の後発医薬品が薬価収載されていない先発医薬品の備蓄品目数

同じ剤形の後発医薬品が薬価収載されていない先発医薬品の備蓄品目数についてみると、「先発医薬品が OD 錠」の場合の平均は 3.9 品目（標準偏差 6.2、中央値 2.0）、「OD 錠以外」の場合の平均は 87.5 品目（標準偏差 168.8、中央値 3.0）であった。

図表 37 同じ剤形の後発医薬品が薬価収載されていない
先発医薬品の備蓄品目数

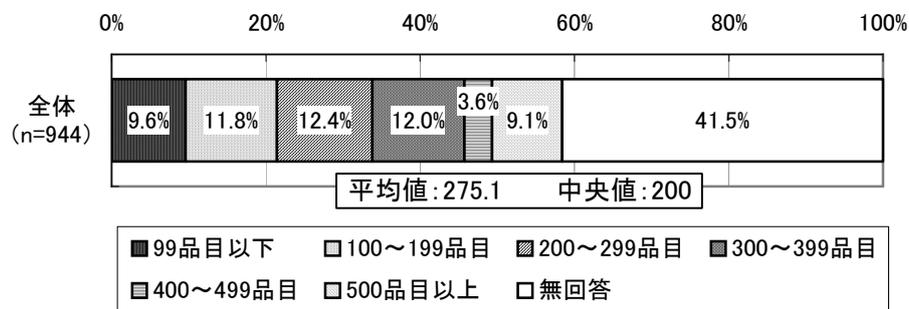
| | 平均値 | 標準偏差 | 中央値 |
|---------------------|------|-------|-----|
| 先発医薬品が OD 錠 (n=613) | 3.9 | 6.2 | 2.0 |
| OD 錠以外 (n=488) | 87.5 | 168.8 | 3.0 |

3) 在庫がなく後発医薬品に変更できないケースがないようにするために必要な後発医薬品の備蓄品目数

在庫がなく後発医薬品に変更できないケースがないようにするために必要な後発医薬品の備蓄品目数についてみると、「200～299品目」(12.4%)が最も多く、次いで「300～399品目」(12.0%)、「100～199品目」(11.8%)で、平均値は275.1品目(中央値200.0)であった。

なお、ここでは「無回答」が41.5%と多かったことに留意する必要がある。

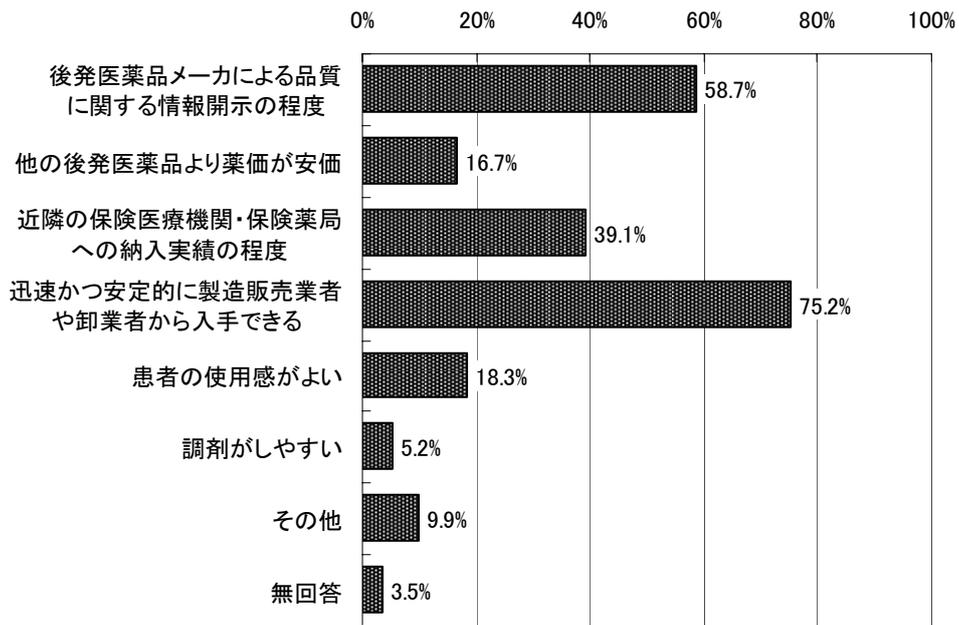
図表 38 在庫がなく後発医薬品に変更できないケースがないようにするために必要な後発医薬品の備蓄品目数



⑤後発医薬品への変更を進めるための要件

採用している後発医薬品を選択した理由についてみると、「迅速かつ安定的に製造販売業者や卸業者から入手できる」(75.2%)が最も多く、次いで「後発医薬品メーカーによる品質に関する情報開示の程度」(58.7%)、「近隣の保険医療機関・保険薬局への納入実績の程度」(39.1%)であった。

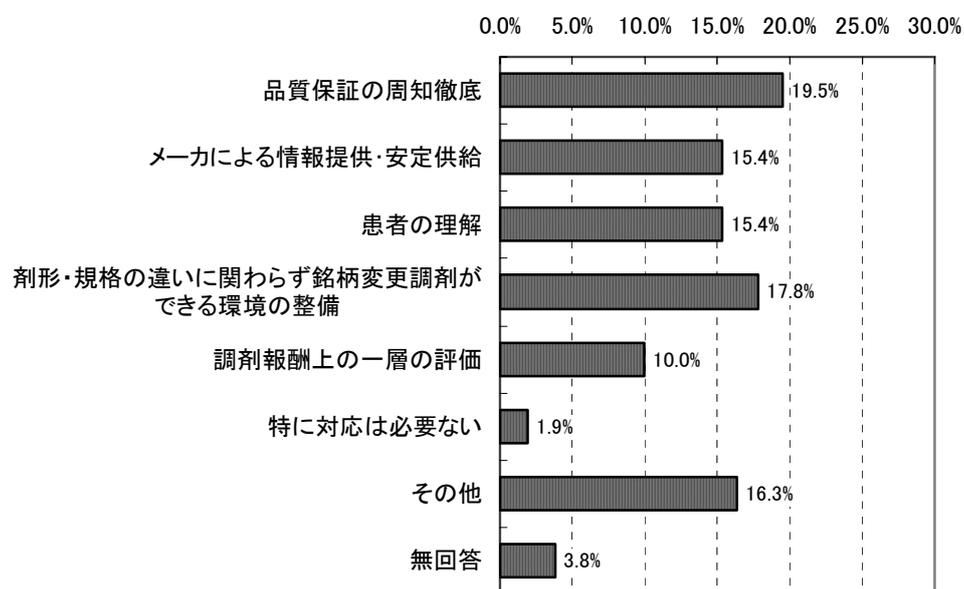
図表 39 採用している後発医薬品を選択した理由（複数回答、n=944）



処方せんの「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がなかったが、後発医薬品に変更しなかったケースについて、今後薬局の立場として後発医薬品への変更を進めるための最大の要件をたずねた。

この結果、「品質保証の周知徹底」(19.5%)が最も多く、次いで「剤形・規格の違いに関わらず銘柄変更調剤ができる環境の整備」(17.8%)、「メーカーによる情報提供・安定供給」、「患者の理解」(15.4%)であった。

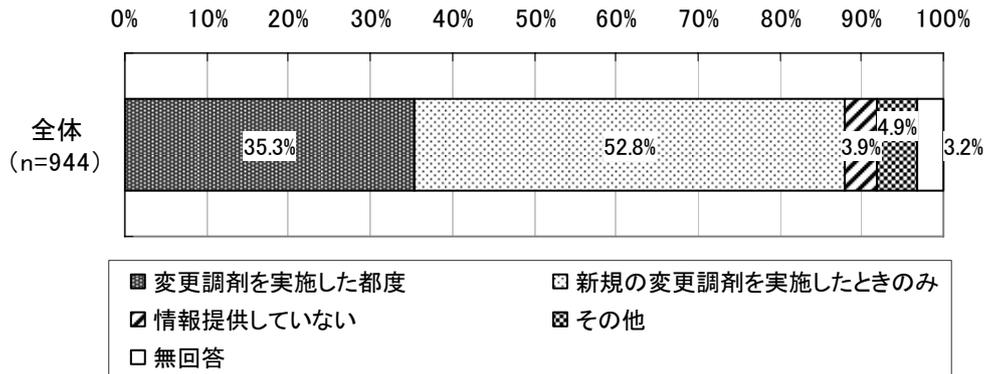
図表 40 処方せんの「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がなかったが、変更しなかった場合について、薬局の立場として後発医薬品への変更を進めるための最大の要件（単数回答、n=944）



⑥医療機関との連携

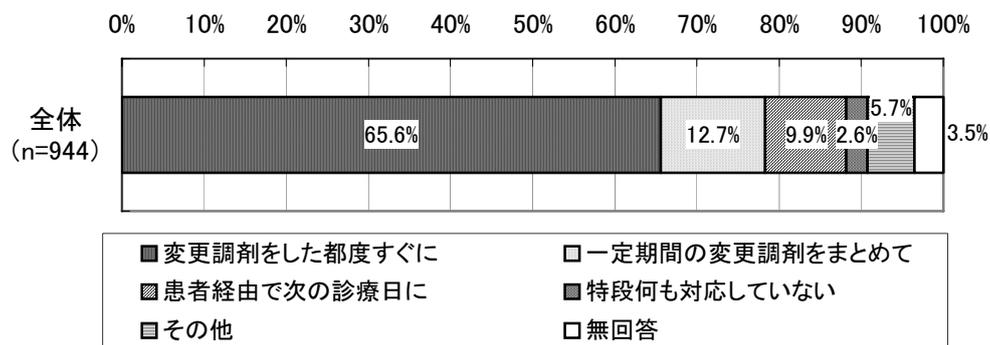
後発医薬品への変更調剤に係る医療機関（医師）への情報提供の頻度についてみると、「新規の変更調剤を実施した時のみ」（52.8%）が最も多く、次いで「変更調剤を実施した都度」（35.3%）であった。

図表 41 後発医薬品への変更調剤に係る医療機関（医師）への情報提供の頻度



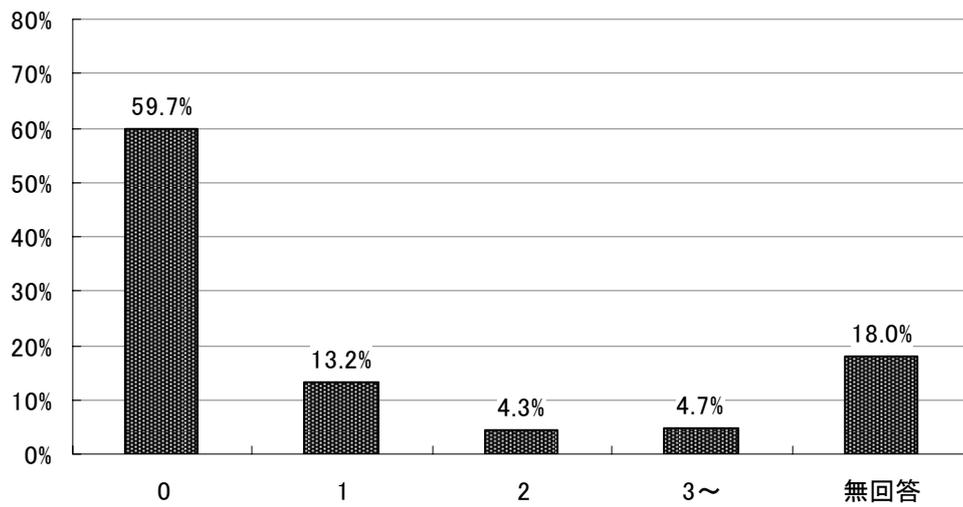
後発医薬品への変更調剤に係る医療機関（医師）への情報提供のタイミングについてみると、「変更調剤をした都度すぐに」（65.6%）が最も多く、次いで「一定期間の変更調剤をまとめて」（12.7%）、「患者経由で次の診療日に」（9.9%）であった。

図表 42 後発医薬品への変更調剤に係る医療機関（医師）への情報提供のタイミング



後発医薬品への変更調剤について情報提供不要の取り決めを行っている医療機関数についてみると、情報提供不要の取り決めを行っている医療機関数が「0」（まったくない）という薬局が59.7%であった。

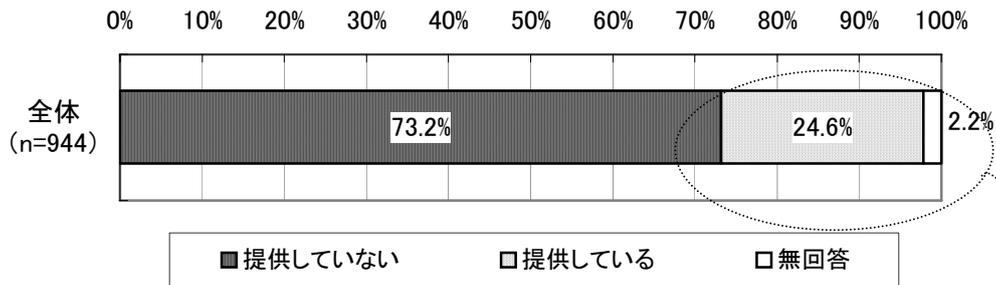
図表 43 後発医薬品への変更調剤について情報提供不要の取り決めを行っている医療機関数（n=944）



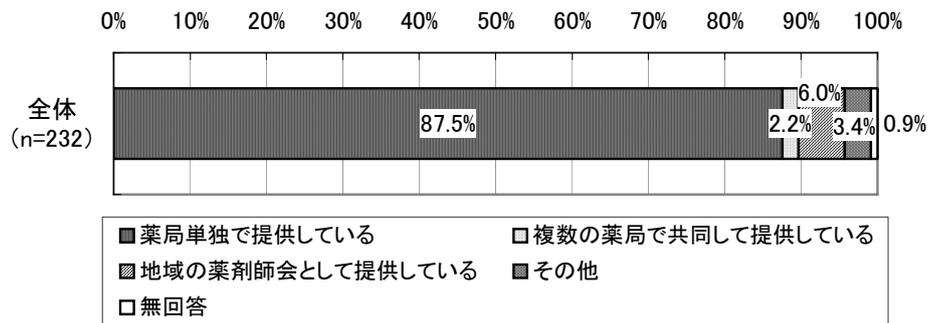
各薬局で採用している後発医薬品のリストの近隣医療機関（医師）への提供状況についてみると、「提供していない」が73.2%、「提供している」が24.6%であった。

「提供している」と回答した232薬局について、その提供方法をたずねたところ、「薬局単独で提供している」が87.5%で最も多かった。この他、「地域の薬剤師会として提供している」が6.0%、「複数の薬局で共同して提供している」が2.2%であった。

図表 44 後発医薬品のリストの近隣医療機関（医師）への提供状況



図表 45 後発医薬品のリストの近隣医療機関（医師）への提供方法

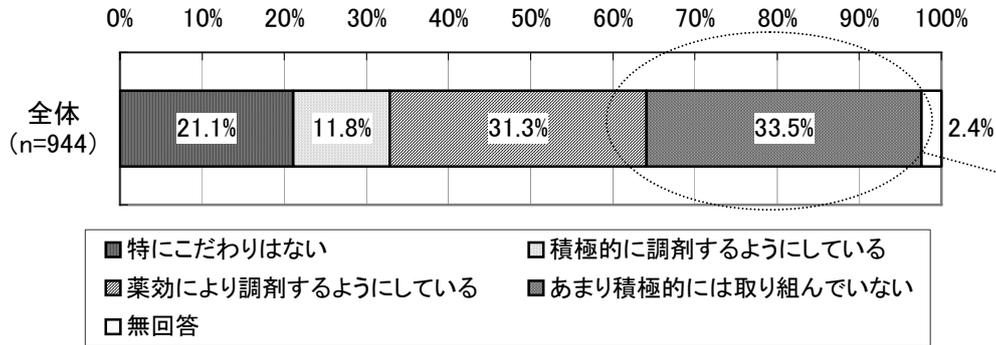


⑦後発医薬品の使用に関する考え方

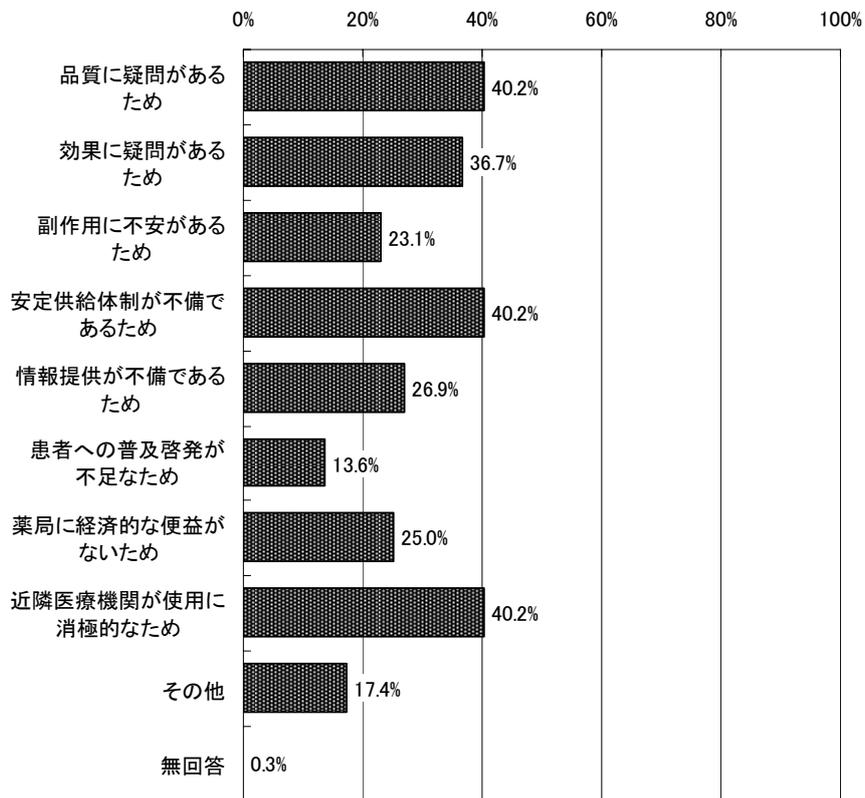
後発医薬品の調剤に関する考え方についてみると、「説明・調剤にはあまり積極的には取り組んでいない」(33.5%)が最も多く、次いで「薬効によっては患者に説明して、調剤するようにしている」(31.3%)、「特にこだわりはない」(21.1%)であった。

「説明・調剤にはあまり積極的には取り組んでいない」と回答した 316 薬局に対して取り組まない理由をたずねたところ、「品質に疑問があるため」、「安定供給体制が不備であるため」、「近隣医療機関が使用に消極的なため」(いずれも 40.2%)が最も多く、次いで「効果に疑問があるため」(36.7%)、「情報提供が不備であるため」(26.9%)、「薬局に経済的な便益がないため」(25.0%)であった。

図表 46 後発医薬品調剤に関する考え方

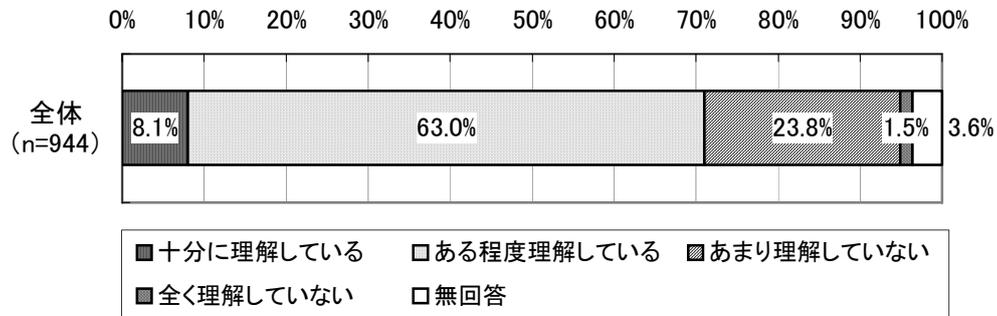


図表 47 後発医薬品の説明・調剤にあまり積極的に取り組まない理由
(複数回答、n=316)



後発医薬品の品質保証の方法についての理解状況をみると、「十分に理解している」が8.1%、「ある程度理解している」が63.0%、「あまり理解していない」が23.8%であった。

図表 48 後発医薬品の品質保証の方法についての理解状況



⑧後発医薬品に変更して調剤した処方せんに係る薬剤料の状況

ここでは、調査票の「様式2」に記載のあった処方せん7,076枚の薬剤料を分析の対象とした。

平成20年12月8日から12月14日の1週間に、「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がなく、かつ実際に後発医薬品に変更して調剤された処方せん(7,076枚)についてみると、記載銘柄により調剤した場合の薬剤料は、平均754.5点(標準偏差1071.9、中央値392.0)であった。一方、実際に調剤した薬剤料は、平均582.2点(標準偏差878.3、中央値280.0)であった。

この結果、記載銘柄により調剤した場合の薬剤料に占める、実際に調剤した薬剤料の割合は、平均77.2%(中央値71.4)であった。

図表 49 12/8～14に後発医薬品に変更して調剤された処方せん(7,076枚)の状況

| | 平均値 | 標準偏差 | 中央値 |
|---|-------|--------|-------|
| 記載銘柄により調剤した場合の薬剤料(A)(点) | 754.5 | 1071.9 | 392.0 |
| 実際に調剤した場合の薬剤料(B)(点) | 582.2 | 878.3 | 280.0 |
| 記載銘柄により調剤した場合の薬剤料に占める、実際に調剤した薬剤料の割合(B/A)(%) | 77.2 | | 71.4 |

次に、患者一部負担金割合別にみると、後発医薬品に変更して調剤された処方せんの平均薬剤料は、「記載銘柄により調剤した場合の薬剤料」が、1割負担で941.7点、3割負担で700.0点であった。一方、「実際に調剤した薬剤料」は、1割負担で752.4点、3割負担で522.8点であった。

この結果、記載銘柄により調剤した場合の薬剤料に占める、実際に調剤した薬剤料の割合は、1割負担で79.9%、3割負担で74.7%であった。

図表 50 患者一部負担金割合別にみた、12/8～12/14に後発医薬品に変更して調剤された処方せん(7,076枚)の状況

| | 患者一部負担金割合 | | | | | |
|---|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 全体 | 0割 | 1割 | 2割 | 3割 | 10割 |
| 処方せん枚数(枚) | 7,076 | 404 | 1,944 | 206 | 4,506 | 10 |
| 記載銘柄により調剤した場合の薬剤料(A)(点) | 754.5 | 740.0 | 941.7 | 241.1 | 700.0 | 176.1 |
| 実際に調剤した場合の薬剤料(B)(点) | 582.2 | 637.6 | 752.4 | 191.2 | 522.8 | 119.8 |
| 記載銘柄により調剤した場合の薬剤料に占める、実際に調剤した薬剤料の割合(B/A)(%) | 77.2 | 86.2 | 79.9 | 79.3 | 74.7 | 68.0 |

(注) 患者一部負担金割合の「全体」には、患者一部負担金割合が不明だった処方せん6枚が含まれる。

⑨後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等

ここでは、自由記述形式により、後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等について意見・要望を記載していただいた内容のとりまとめを行った。

1) 後発医薬品の供給体制

薬局の在庫・供給体制

- ・ 後発医薬品が1社しかないものは、採用したくても安定供給が可能かどうか不安なので採用できない。
- ・ 当薬局では、処方される薬の集中率が低いため、後発品を採用すると、在庫の回転率が悪化させてしまう傾向がある。そのため処方される薬が集中していて採用薬品の数の少ない薬局に比べ、積極的に後発品に変更するのが難しい状況である。
- ・ それぞれの病院、医師の考えにより、後発品の使用法が違い、また、患者サイドでも薬局により商品が変わることは納得していただけない。とくに汎用医薬品は、一成分で数種類の商品を在庫として置く必要がある。一刻も早く商品名ではなく成分名での処方せん記載を望む。

後発医薬品メーカーの供給体制

- ・ 先発医薬品メーカーが後発医薬品を販売することが増え、メーカーの説明や対応もしっかりしているため信頼できる。だが情報提供がきっちりとできる後発医薬品メーカーはほとんどない。
- ・ 後発医薬品を調剤していて、錠剤の破損に気づき、メーカーに問い合わせたことがある。このロットは、メーカーの回収品だったようだが、一切その情報がなく、クレームのあった薬局・医院等のみに対処しているようだった。もし回収品が出たら、どこのメーカーでも情報発信をし、納入先には知らせる体制を整えてほしい。

2) 後発医薬品の品質と表示

- ・ 包装の表面はともかく、錠剤、カプセルを出す時に手を切ったりすることがあり、薬だけでなく包装にも気をつけてほしい。
- ・ 欧米のジェネリックのように有効成分、添加物が全て同一のものを後発品として認めるべきだ。
- ・ 現状のデータは、客観的・中立的ではないため扱いづらい。信用できかねる。後発品の副作用、効果等は、できるかぎり薬局でもやっているが、これだけの詳しい調査は、特別スタッフを用意していただかないととても無理だ。海外のように第三者機関による後発品と先発品とのデータの比較(海外でいうところのオレンジブック)をお願いしたい。

- ・ 先発品よりも後発品の方が、溶解性、添加物などが優れていると思われる医薬品も多く、もしそのような後発品が増えると、自然と、後発品を積極的に勧めるようになると思う。

3) 後発医薬品処方における薬局と医師

処方箋を通じた意思疎通

- ・ 処方変更不可のところ署名等が入っているもので、それが、すべて後発品のものなどは、医師の処方意図がわかりづらいことがある。
- ・ 変更不可印を押す理由の1つに、変更情報を受け取ることのわずらわしさがあると聞いている（医師側に）。後発品の品質が先発と同等であるならば変更報告は不要とすれば良い。
- ・ 溶出試験等による生物学的同等性について、医師はある程度理解されているが、実際の効果についてわからないため変更不可の処方せんが多いと感じる。
- ・ 剤形相異の変更を基本可にして欲しい。ダメな時にのみ変更不可印を押して欲しい。

薬局の裁量

- ・ 後発品に変更後も先発品のままで処方される医療機関が多く、違う薬局へ行かれた時など患者から情報提供がなければ、先発に房るか、別のメーカーのものになってしまい、問題がある。
- ・ 薬剤師にとって、後発品への変更可の処方せんは魅力もある。患者と一緒に複数の後発品の中から自由に薬を選べるというのはやりがいを感じるので、薬局でも患者に後発品を薦め、手書きのポスターを作って薬局に貼るなどの努力をしている。しかしながら医師から明らかに不快感を示されたこともあり、現在、受け付けている処方せんの95%以上が、後発品への変更不可に印鑑が押してある。
- ・ 医師のサインの無い処方せんだったので、患者と相談し、後発品の希望があり変更し、その内容を病院にフィードバックしたら、「後発に変更する前に必ず電話でこちらの了解を取ってから変更してください」と言われた。まだ医師サイド主導での後発品変更のため、もっと薬局サイド主導での変更にしていただきたい。

4) 後発医薬品についての広報と説明

- ・ 「あなたのお薬代が安くなる」という説明では、「良い物は高くても良い」と思っている人が多いので、広報を通じて、「今の医療保険制度が崩壊するんですよ」という全体的な説明をして欲しい。
- ・ 1割負担の患者は、変更後の負担金の差が小さく、後発への変更を希望されないことが多いが、残りの9割が税金や他の人の保険金で賄われていることをご理解されている方

は、後発品を希望されることがある。医療保険の仕組みについて国民に知っていただき、医療保険のお金を皆が大切に使うという啓発も大切だと感じている。

- ・ 先発品と効果が違ったり、後発品に変更後副作用や体調に変化があった事例が公になかなか出て来ない。CM などの影響で「同等」＝「同じ」「同じ薬」で安い薬というイメージが出来過ぎている。
- ・ 患者の待ち時間をいかに短くして、迅速に正確に投薬するかという課題において、ジェネリック医薬品への変更に向けて窓口で説明する時間は大変なネックになっている。

5) 後発医薬品を使用する際の責任所在

- ・ 後発医薬品は自信を持って薦められない。何かあった時の責任が今の所はっきりしていないこと、自分にかかってくると思うと心配になってくる。より安心なジェネリックを選択できるように、薬剤師のスキルを上げることが一番に取り込むべき課題だと思う。
- ・ 厚労省において同等性が確認されていると説明しても添加物等の違いがあり、副作用が起きたときの責任が難しい。

6) 後発医薬品を使用するメリット

- ・ 後発を薦めているのは医療費削減以外のメリットはない。ということは、先発品と後発品の値段の差がありすぎる。同じにすればよい。
- ・ 30%に達しないと、後発品に切りかえた時のメリットが薬局にほとんどない。薬価差をもらった方が利益が高い。患者に（後発医薬品を）希望する人の割合が低い。医者が処方する時に、後発品の割合にメリット制を入れるべきだ。
- ・ 後発品が 80%以上なので、そこは評価してもらえないのですか。後発医薬品の新発売時は、医師に言って使用してもらっているのだから、その辺のことも考えてもらいたい。
- ・ 経済的インセンティブといっても薬価が安ければよいというものでもなく、例えば局方品の低薬価品（散剤のヒートシール）などでは逆ザヤとなる。バラ品を分包しても経費を考えれば同様に逆ザヤとなる。調剤すればする程赤字。このようなことはないように切にお願いしたい。

7) 後発医薬品を促進するための理念と実態

- ・ 小児への後発品の使用には、問題があると思う。後発品メーカーからデータを取り寄せてもらっても、成人のみ使用歴があり、小児に対する臨床データがないものが多いと思う。医薬品全般にこの制度を適応するのではなく、例外品目、例外となる診療科目等があっても良いのではないか。
- ・ 「保険医療への協力」という話をして理解が得られるのは、比較的若年齢層の患者に限

られる。高齢者の方では窓口での負担が1割ということもあり、経済的インセンティブも働きにくいので、ジェネリックに対する理解に乏しい（説明しても）。あるいは理解されてもブランド志向が強いために変更しないことが多い。

- 先発品のみを患者が選択する場合は、何か負担をするという形にしないと、すべての患者へ広めることは難しいと思う。
- 当薬局は主に高齢者を対象としているため、後発品への変更を行うと、介護者が理解していても、本人は混乱が生じる。そこで当薬局では、病院と協力して後発医薬品の選定を行っている。

(3) 診療所・病院・医師調査の結果概要

【調査対象等】

○診療所調査

調査対象：全国の一般診療所の中から無作為に抽出した一般診療所

回答数：733 施設

回答者：開設者・管理者

○病院調査

調査対象：全国の病院の中から無作為に抽出した病院

回答数：326 施設

回答者：開設者・管理者

○医師調査

調査対象：上記、「病院調査」の対象施設で外来診療を担当する医師

1 施設につき、診療科の異なる医師 2 名

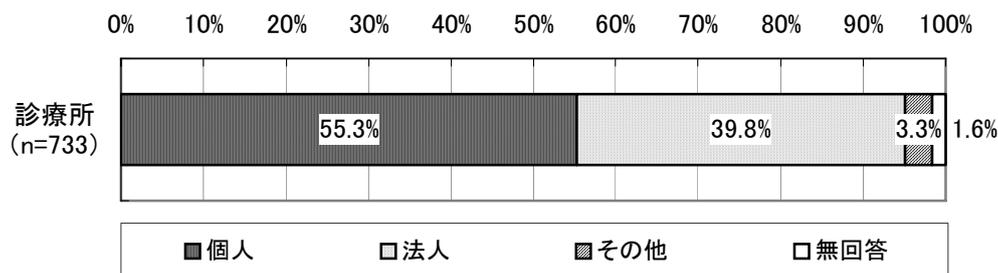
回答数：431 人

①診療所の施設属性

1) 診療所の開設者

「診療所調査」において有効回答が得られた診療所 733 施設の開設者についてみると、「個人」が 55.3%、「法人」が 39.8%であった。

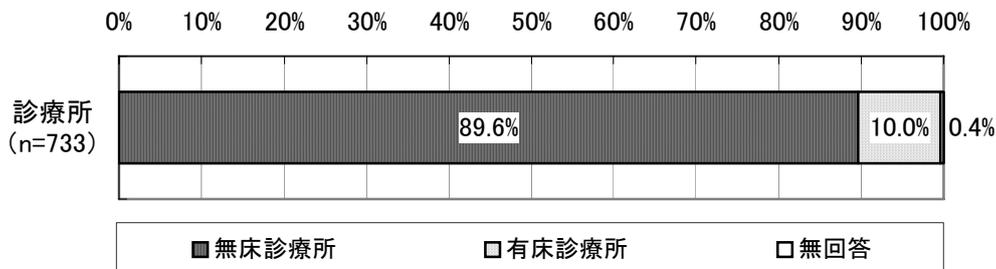
図表 51 診療所の開設者



2) 診療所の種別

診療所の種別についてみると、「無床診療所」が 89.6%、「有床診療所」が 10.0%であった。

図表 52 診療所の種別

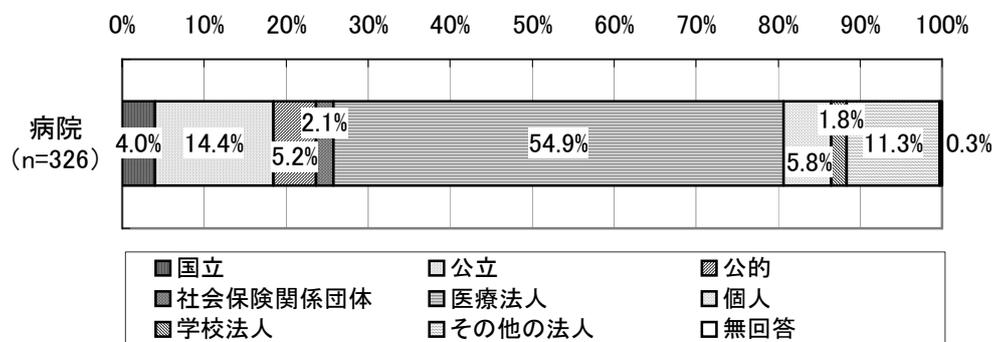


②病院の施設属性

1) 病院の開設者

「病院調査」において有効回答が得られた病院 326 施設の開設者についてみると、「医療法人」(54.9%) が最も多く、次いで「公立」(54.9%)、「その他の法人」(11.3%) であった。

図表 53 病院の開設者

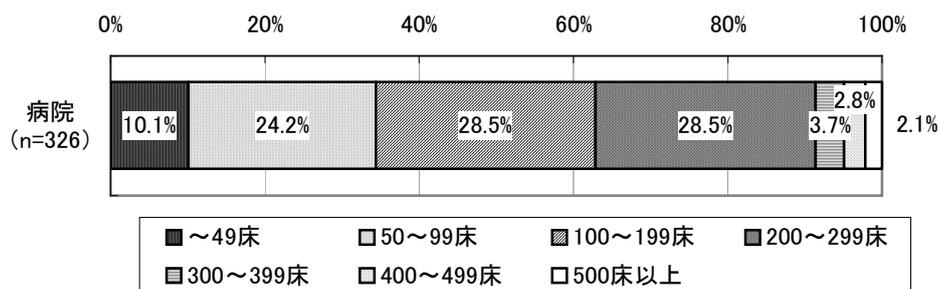


2) 病院の病床規模

病院の許可病床数についてみると、「100～199床」および「200～299床」（ともに28.5%）が最も多く、次いで「50～99床」（24.2%）であった。

許可病床数の平均は181.5床（標準偏差136.9、中央値152.0）となった。

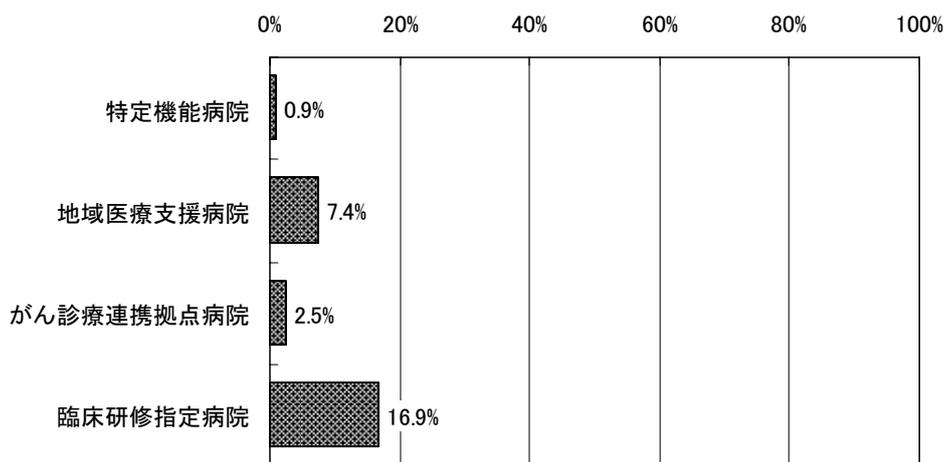
図表 54 病床規模



3) 病院の種別

病院の種別についてみると、「特定機能病院」である病院が0.9%、「地域医療支援病院」が7.4%、「がん診療連携拠点病院」が2.5%、「臨床研修指定病院」が16.9%であった。

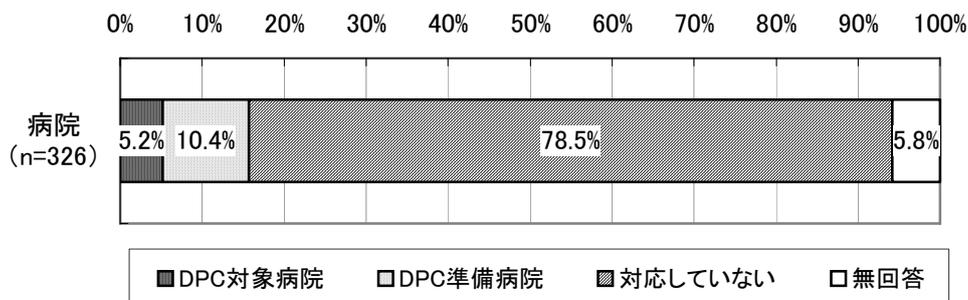
図表 55 病院の種別（複数回答、n=326）



4) D P Cの対応状況

DPC の対応状況についてみると、「DPC 対象病院」が 5.2%、「DPC 準備病院」が 10.4%であった。また、DPC に「対応していない」病院は 78.5%であった。

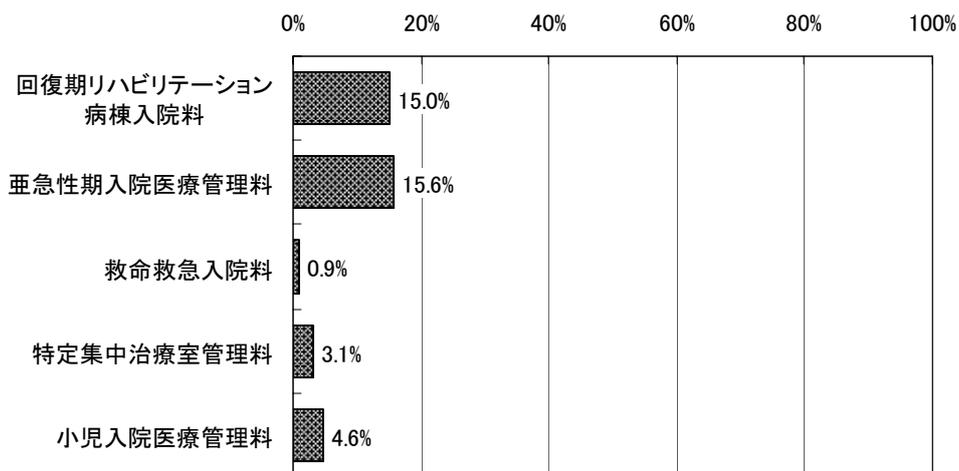
図表 56 D P C対応状況



5) 特定入院料の状況

特定入院料の状況についてみると、「回復期リハビリテーション病棟入院料」を算定している病院は 15.0%であった。同様にみていくと、「亜急性期入院医療管理料」は 15.6%、「救命救急入院料」が 0.9%、「特定集中治療室管理料」が 3.1%、「小児入院医療管理料」が 4.6%であった。

図表 57 特定入院料の状況（複数回答、n=326）

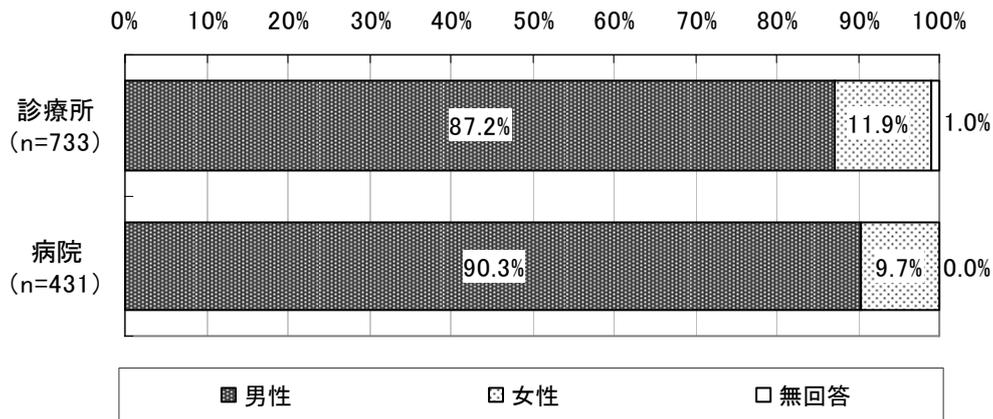


③医師の属性

1) 医師の性別

医師の性別についてみると、診療所の医師では「男性」が87.2%、「女性」が11.9%であった。また、病院の医師では、「男性」が90.3%、「女性」が9.7%であった。

図表 58 医師の性別

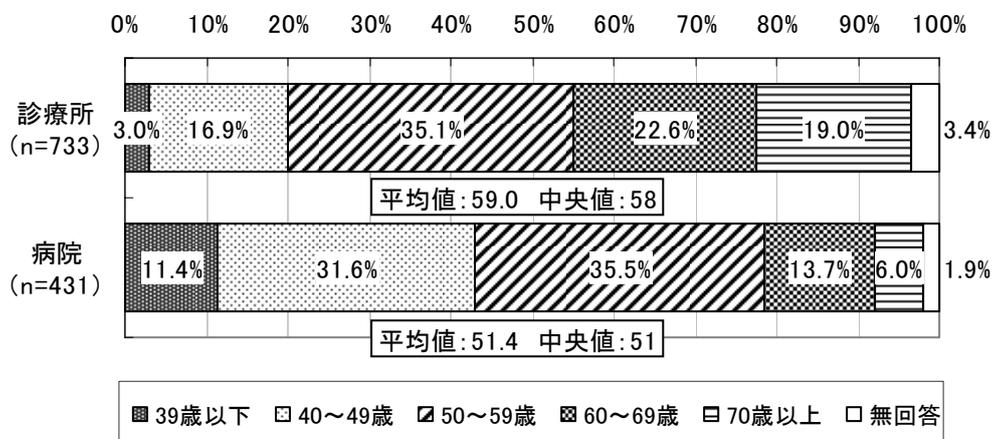


2) 医師の年齢

医師の年齢についてみると、診療所では「50～59歳」(35.1%)が最も多く、次いで「60～69歳」(22.6%)、「70歳以上」(19.0%)、「40～49歳」(16.9%)であった。平均は59.0歳(中央値58.0)であった。

病院では「50～59歳」(35.5%)が最も多く、次いで「40～49歳」(31.6%)、「60～69歳」(13.7%)、「39歳以下」(11.4%)であった。平均は51.4歳(中央値51.0)であった。

図表 59 医師の年齢

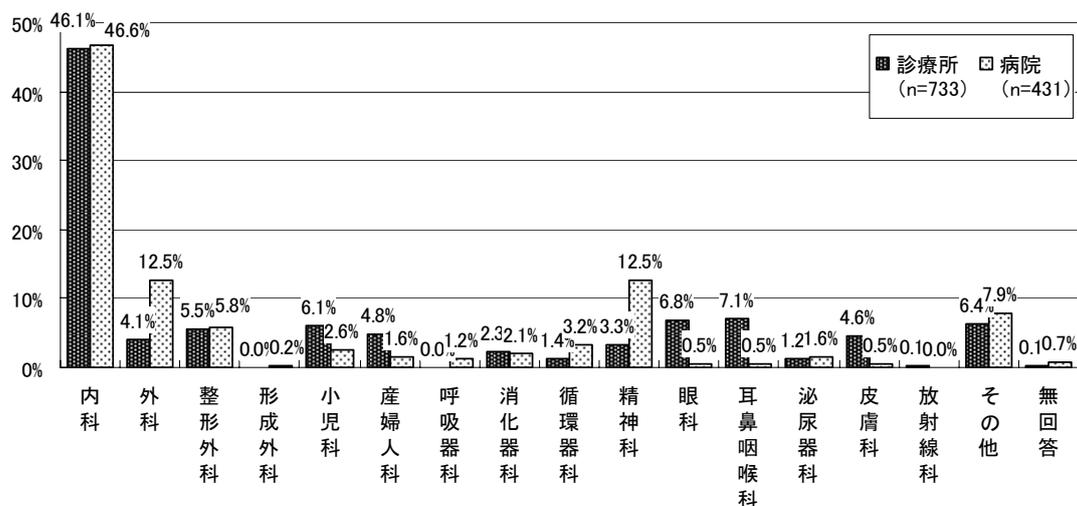


3) 医師の主たる担当診療科

医師の主たる担当診療科についてみると、診療所、病院ともに「内科」（診療所 46.1%、病院 46.6%）が最も多かった。次いで診療所では「耳鼻咽喉科」（7.1%）、「眼科」（6.8%）、「小児科」（6.1%）であった。

病院では「外科」「精神科」（12.5%）、「整形外科」（5.8%）、「循環器科」（3.2%）であった。

図表 60 医師の主たる担当診療科



④診療所・病院の診療体制

診療所・病院における常勤の医師数と薬剤師数についてみると、診療所における常勤医師の人数は平均 1.2 人（標準偏差 0.7、中央値 1.0）であり、常勤の薬剤師数は平均 0.1 人（標準偏差 0.4、中央値 0.0）であった。

病院における常勤の医師数は平均 16.3 人（標準偏差 36.9、中央値 8.1）であり、常勤の薬剤師数は平均 4.4 人（標準偏差 5.7、中央値 3.0）であった。

図表 61 常勤の医師数・薬剤師数

| | | 平均値 | 標準偏差 | 中央値 |
|----------------|---------|------|------|-----|
| 診療所 (n=708) | 医師数(人) | 1.2 | 0.7 | 1.0 |
| | 薬剤師数(人) | 0.1 | 0.4 | 0.0 |
| 病院 (n=318) | 医師数(人) | 16.3 | 36.9 | 8.1 |
| | 薬剤師数(人) | 4.4 | 5.7 | 3.0 |

⑤診療所・病院における医薬品の備蓄状況

診療所・病院における医薬品の備蓄状況についてみると、診療所における医薬品の備蓄品目数は、平均 123.4 品目（標準偏差 136.5、中央値 74.5）であった。このうち、後発医薬品の備蓄品目数は、平均 25.3 品目（標準偏差 52.5、中央値 7.0）であった。備蓄医薬品全品目数に占める、後発医薬品の備蓄品目数の割合は、平均 20.5%（中央値 9.4）であった。

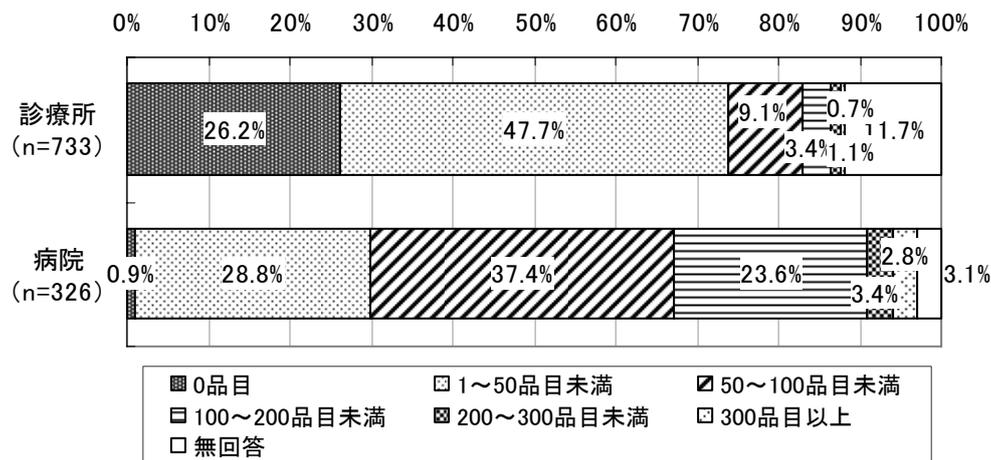
病院における医薬品の備蓄品目数は、平均 711.9 品目（標準偏差 384.3、中央値 618.0）であった。このうち、後発医薬品の備蓄品目数は、平均 86.0 品目（標準偏差 73.2、中央値 70.0）であった。備蓄医薬品全品目数に占める、後発医薬品の備蓄品目数の割合は、平均 12.1%（中央値 11.3）であった。

図表 62 医薬品の備蓄状況

| | 診療所(n=733) | | | 病院(n=326) | | |
|-------------------------|------------|-------|------|-----------|-------|-------|
| | 平均値 | 標準偏差 | 中央値 | 平均値 | 標準偏差 | 中央値 |
| ①医薬品備蓄品目数 (品目) | 123.4 | 136.5 | 74.5 | 711.9 | 384.3 | 618.0 |
| ②うち、後発医薬品の 備蓄品目数(品目) | 25.3 | 52.5 | 7.0 | 86.0 | 73.2 | 70.0 |
| ③ ②/① | 20.5% | | 9.4% | 12.1% | | 11.3% |

診療所・病院における後発医薬品の備蓄状況についてみると、診療所では「1～50品目未満」(47.7%)が最も多く、次いで「0品目」(26.2%)、「50～100品目未満」(9.1%)であった。一方、病院においては、「50～100品目未満」(37.4%)が最も多く、次いで「1～50品目未満」(28.8%)、「100～200品目未満」(23.6%)であった。

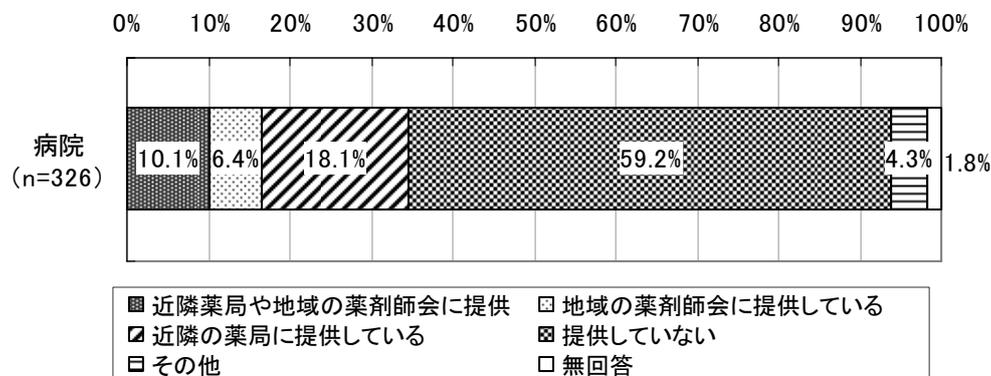
図表 63 後発医薬品の備蓄状況



⑥病院で使用している後発医薬品リストの提供状況

病院で使用している後発医薬品リストの提供状況についてみると、「提供していない」(59.2%)が最も多く、次いで「近隣の薬局に提供している」(18.1%)、「近隣薬局や地域の薬剤師会に提供」(10.1%)、「地域の薬剤師会に提供している」(6.4%)であった。

図表 64 病院で使用している後発医薬品リストの提供



⑦入院患者に対する後発医薬品の使用状況等

1) 1 か月間の平均在院患者数

平成 20 年 12 月 1 か月間の平均在院患者数についてみると、有床診療所では平均 5.0 人（標準偏差 6.1、中央値 1.5）、病院では平均 137.5 人（標準偏差 122.1、中央値 109.8）であった。

図表 65 平均在院患者数（平成 20 年 12 月 1 か月間）

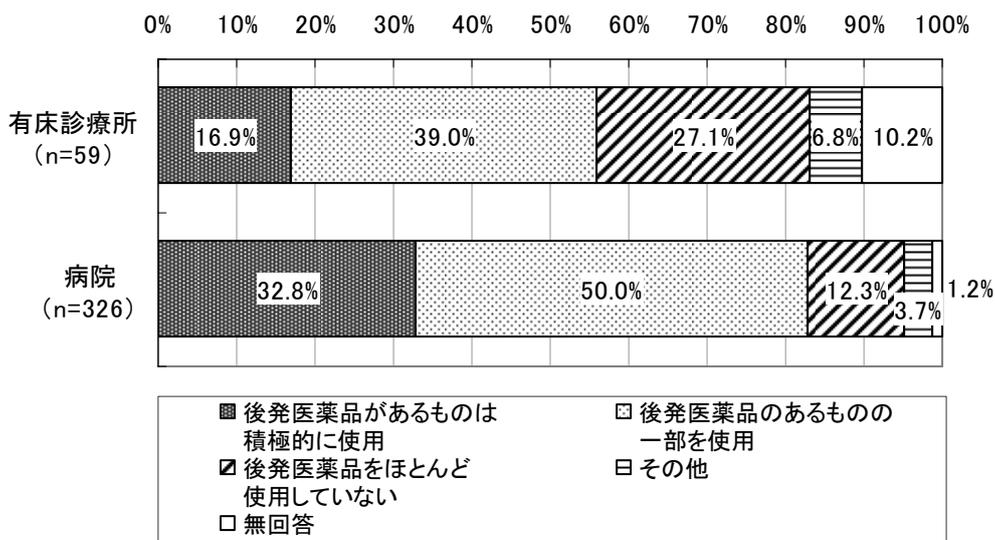
| | 有床診療所 (n=66) | | | 病院 (n=296) | | |
|------------------|--------------|------|-----|------------|-------|-------|
| | 平均値 | 標準偏差 | 中央値 | 平均値 | 標準偏差 | 中央値 |
| 1 か月間の平均在院患者数(人) | 5.0 | 6.1 | 1.5 | 137.5 | 122.1 | 109.8 |

(注) 有床診療所 73 施設のうち平成 20 年 12 月 1 か月間の平均在院患者数 0 人という施設 7 施設と病院 326 施設のうち平成 20 年 12 月 1 か月間の平均在院患者数 0 人という施設 30 施設を除いて集計した。

2) 入院患者に対する後発医薬品の使用状況

入院患者に対する後発医薬品の使用状況についてみると、有床診療所、病院ともに「後発医薬品のあるものの一部を使用」（有床診療所 39.0%、病院 50.0%）が最も多い点で共通しているが、続く順位は、有床診療所では「後発医薬品をほとんど使用していない」（27.1%）、「後発医薬品があるものは積極的に使用」（16.9%）という順であったが、病院では「後発医薬品があるものは積極的に使用」（32.8%）、「後発医薬品をほとんど使用していない」（12.3%）という順であった。

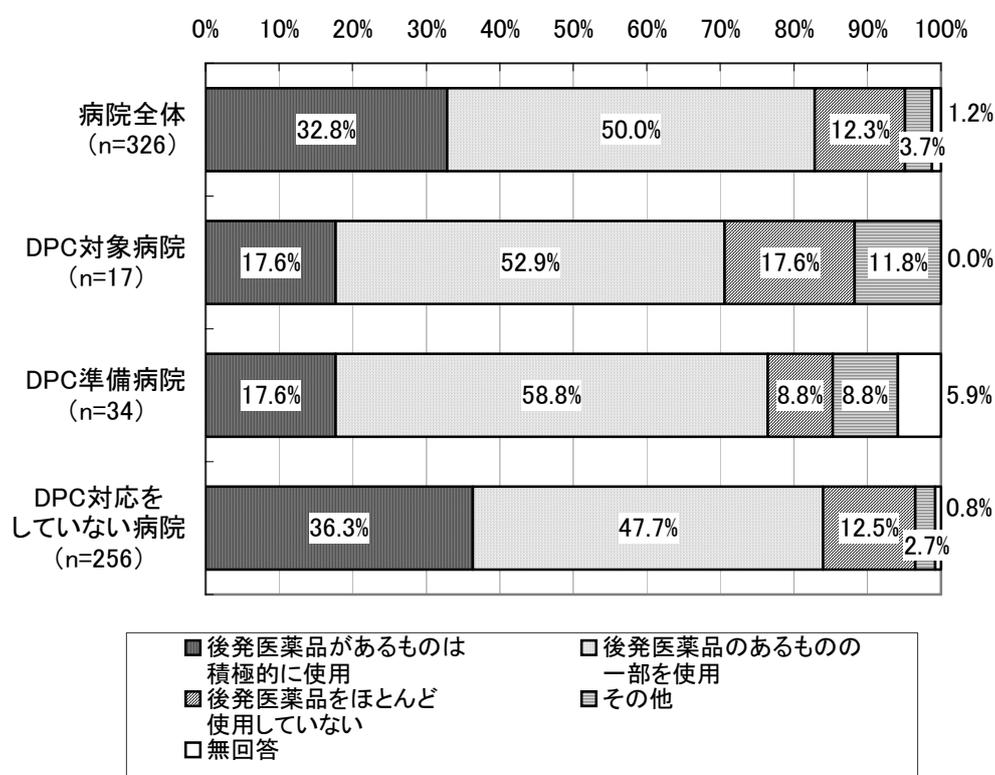
図表 66 入院患者に対する後発医薬品の使用状況



(注) 有床診療所については、平成 20 年 12 月 1 か月間の平均在院患者数が「0」であった施設を除いて集計した。

DPC 対応状況別にみた、病院における入院患者に対する後発医薬品の使用状況についてみると、DPC 対象病院では「後発医薬品のあるものの一部を使用」(52.9%) が最も多く、「後発医薬品があるものは積極的に使用」(17.6%) を合わせると 70.5% となったが、「後発医薬品をほとんど使用していない」という回答が 17.6% であり、比較的高い割合を示した。これは、DPC 準備病院と DPC に対応していない病院における割合 (それぞれ 8.8%、12.5%) と比較しても高い数字となった。

図表 67 病院における入院患者に対する後発医薬品の使用状況 (DPC 対応状況別)



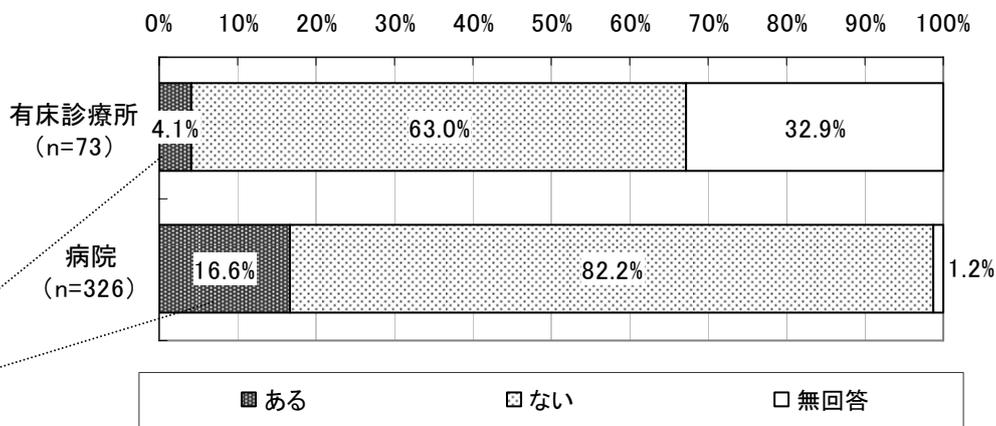
(注) 「病院全体」には、「DPC 対応状況」について無回答であった 19 施設が含まれる。

3) 入院患者に対して後発医薬品を使用して問題が生じた経験の有無

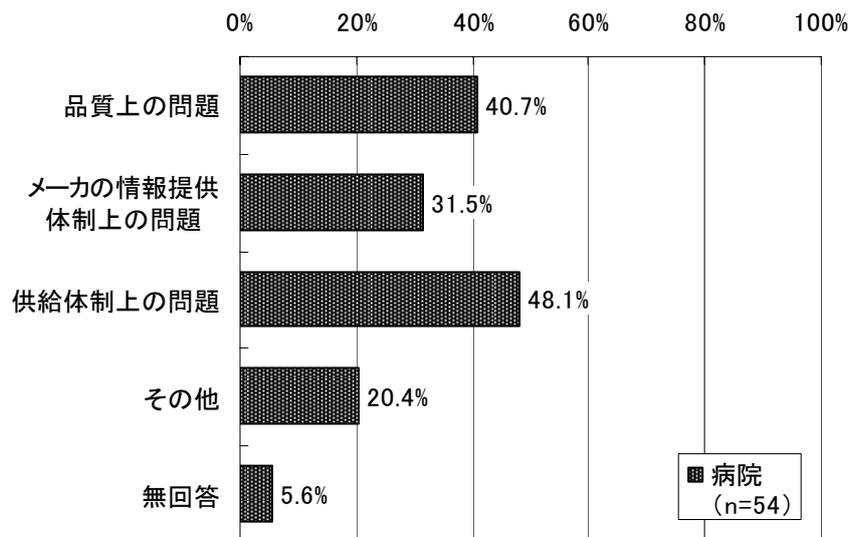
入院患者に対して後発医薬品を使用して問題が生じた経験の有無についてみると、有床診療所、病院ともに「ない」（有床診療所 63.0%、病院 82.2%）という回答が大半を占めた。一方で、「ある」と回答した有床診療所は 4.1%（3 施設）、病院は 16.6%（54 施設）であった。

「ある」と回答した病院における、後発医薬品を使用した際に生じた問題の内容についてみると、「供給体制上の問題」（「ある」と回答した病院の 48.1%）が最も多く、次いで「品質上の問題」（同 40.7%）、「メーカーの情報提供体制上の問題」（同 31.5%）であった。

図表 68 入院患者に対して後発医薬品を使用して問題が生じた経験の有無



図表 69 「入院患者に対して後発医薬品を使用して問題が生じた経験がある」と回答した施設における、後発医薬品使用で生じた問題（複数回答）

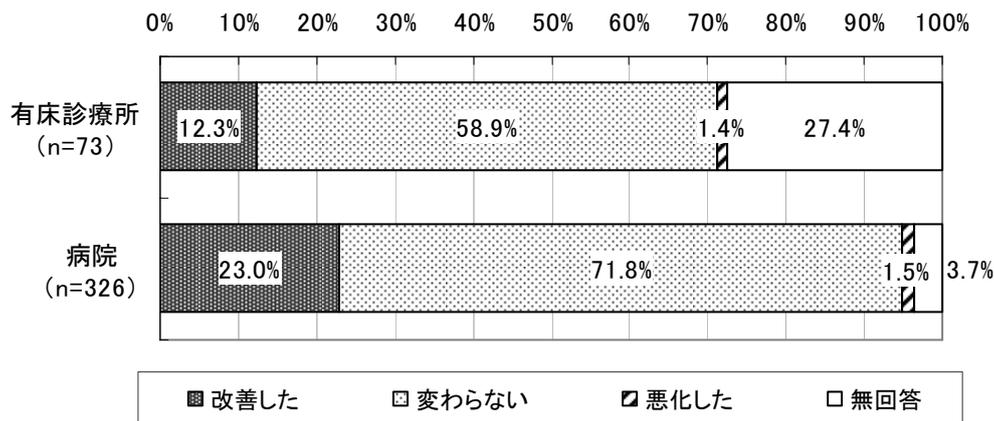


(注) 有床診療所 3 件の回答内訳は、「品質上の問題」が 1 件、「供給体制上の問題」が 2 件であった。

4) 1年前と比較した入院患者に対する後発医薬品の供給体制

1年前と比較した入院患者に対する後発医薬品の供給体制についてみると、有床診療所、病院ともに、「変わらない」（有床診療所 58.9%、病院 71.8%）が最も多く、「改善した」は有床診療所が 12.3%、病院が 23.0%であった。また、「悪化した」は有床診療所が 1.4%、病院が 1.5%であった。

図表 70 1年前と比較した入院患者に対する後発医薬品の供給体制

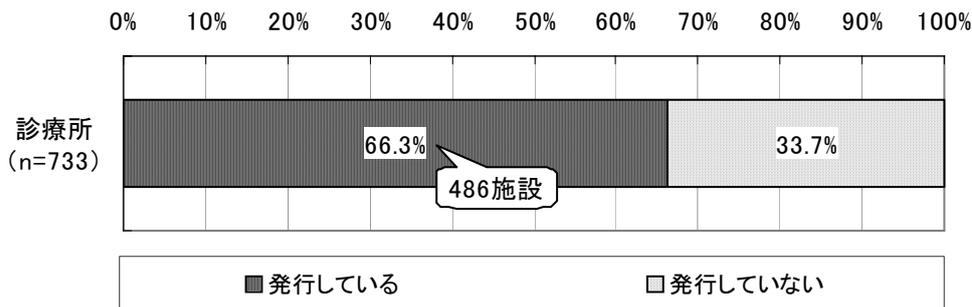


⑧外来診療における後発医薬品の使用状況

1) 診療所における院外処方せん発行状況

診療所 733 施設における院外処方せんの発行状況についてみると、院外処方せんを「発行している」診療所は 66.3% (486 施設)、「発行していない」診療所は 33.7%であった。

図表 71 診療所における院外処方せん発行状況



2) 外来診療の状況

診療所・病院における外来診療の状況について、1 か月間の外来診療実日数をみると、診療所は平均 19.8 日 (標準偏差 3.9、中央値 20.0)、病院は平均 21.3 日 (標準偏差 3.8、中央値 22.0) であった。

続いて、1 か月間の外来延べ患者数をみると、診療所は平均 1,380.5 人 (標準偏差 1,201.6、中央値 1,069.0)、病院は平均 4,307.4 人 (標準偏差 5,766.3、中央値 2,561.0) であった。

また、1 か月間の院外処方せん発行枚数をみると、診療所は平均 802.9 枚 (標準偏差 860.4、中央値 645.0)、病院は平均 2,134.7 枚 (標準偏差 3,079.1、中央値 1,152.5) であった。

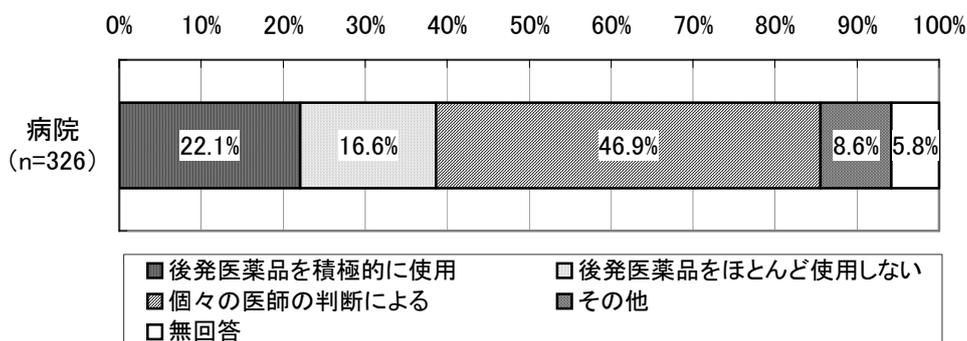
図表 72 診療所・病院における外来診療の状況

| | 診療所 (n=733) | | | 病院 (n=326) | | |
|----------------------|-------------|---------|---------|------------|---------|---------|
| | 平均値 | 標準偏差 | 中央値 | 平均値 | 標準偏差 | 中央値 |
| ①1 か月間の外来診療実日数(日) | 19.8 | 3.9 | 20.0 | 21.3 | 3.8 | 22.0 |
| ②1 か月間の外来延べ患者数(人) | 1,380.5 | 1,201.6 | 1,069.0 | 4,307.4 | 5,766.3 | 2,561.0 |
| ③1 か月間の院外処方せん発行枚数(枚) | 802.9 | 860.4 | 645.0 | 2,134.7 | 3,079.1 | 1,152.5 |

3) 病院における外来患者への院内投薬に際しての後発医薬品使用に関する施設としての対応方針

病院における外来患者への院内投薬に際しての、後発医薬品使用に関する施設としての対応方針についてみると、「個々の医師の判断による」(46.9%)が最も多く、次いで「後発医薬品を積極的に使用」(22.1%)、「後発医薬品をほとんど使用しない」(16.6%)であった。

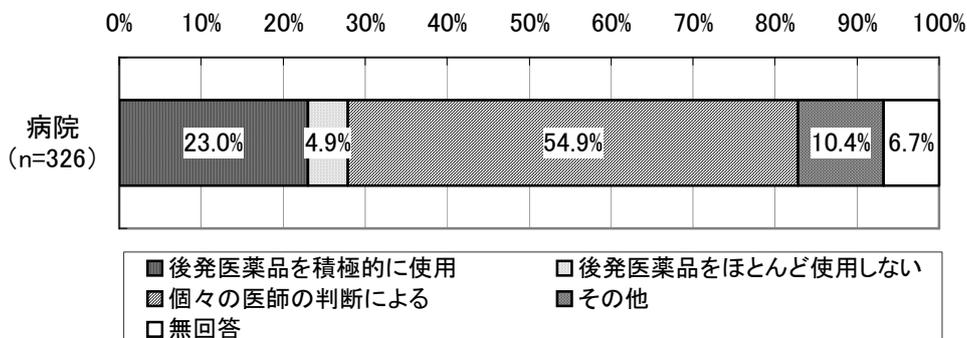
図表 73 病院における外来患者への院内投薬に際しての後発医薬品使用についての施設としての対応



4) 病院における外来患者に院外処方せんを発行する際の後発医薬品使用に関する施設としての対応方針

病院における外来患者に院外処方せんを発行する際の、後発医薬品使用に関する施設としての対応方針についてみると、「個々の医師の判断による」(54.9%)が最も多く、次いで「後発医薬品を積極的に使用」(23.0%)、「後発医薬品をほとんど使用しない」(4.9%)であった。

図表 74 病院における外来患者に院外処方せんを発行する際の後発医薬品使用についての施設としての対応

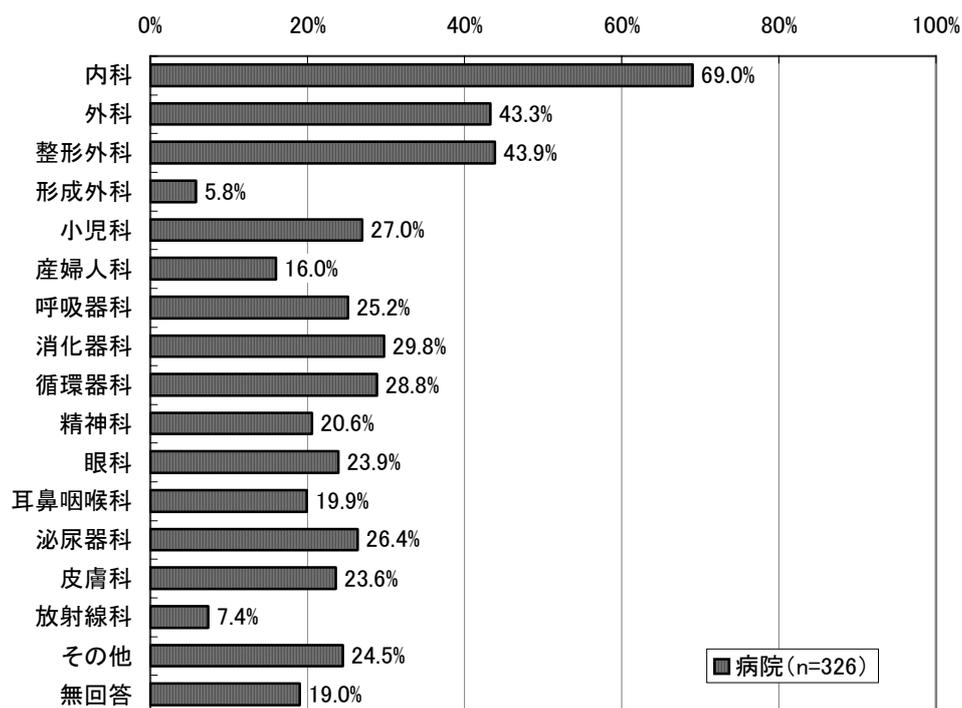


(注)「後発医薬品を積極的に使用」とは、後発医薬品の銘柄処方のほか、院外処方せんの「後発医薬品への変更不可」欄に署名等を行わない場合を含む。

5) 病院における院外処方せんを発行している診療科

病院における院外処方せんを発行している診療科についてみると、「内科」(69.0%)が最も多く、次いで「整形外科」(43.9%)、「外科」(43.3%)の順となっている。

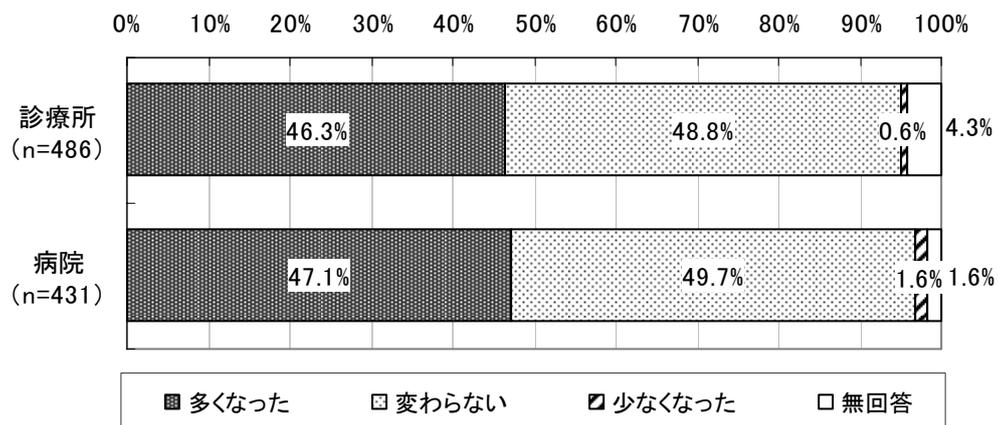
図表 75 病院における院外処方せんを発行している診療科（複数回答）



6) 外来診療における後発医薬品の処方の変化（1年前と比較して）

1年前と比較した、外来診療における後発医薬品の処方の変化について診療所および病院の医師にたずねたところ、診療所、病院ともに、「変わらない」（診療所 48.8%、病院 49.7%）と「多くなった」（診療所 46.3%、病院 47.1%）が、ほぼ同じ割合となった。

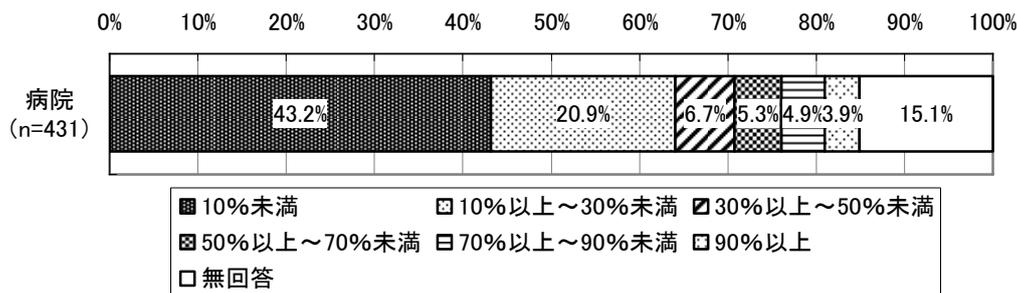
図表 76 外来診療における後発医薬品の処方の変化（1年前と比較して）（医師ベース）



7) 院外処方せんのうち、後発医薬品を銘柄指定した処方せんの発行状況

病院において、平成 20 年 12 月 1 か月間に発行した院外処方せんのうち、後発医薬品を銘柄指定した処方せんの割合についてみると、「10%未満」(43.2%) が最も多く、次いで、「10%以上～30%未満」(20.9%) となった。

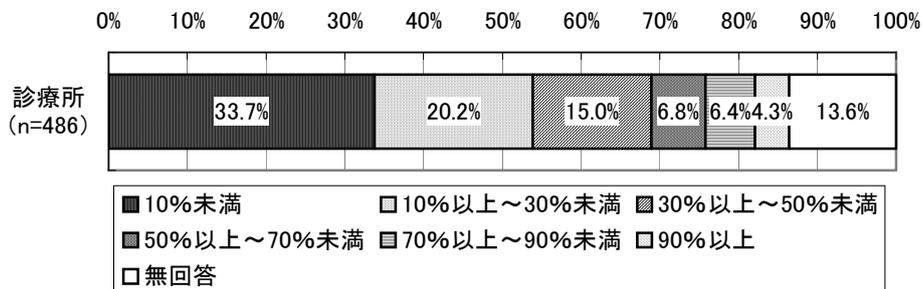
図表 77 病院における、院外処方せんのうち後発医薬品を銘柄指定した処方せんの割合
(医師ベース、平成 20 年 12 月 1 か月間)



(注) 無回答が多いのは、院外処方せんを発行していない医療機関が含まれているため。

同様に、診療所についてみると、平成 20 年 12 月 1 か月間に発行した院外処方せんのうち、後発医薬品を銘柄指定した処方せんの割合についてみると、「10%未満」(33.7%) が最も多く、次いで「10%以上～30%未満」(20.2%)、「30%以上～50%未満」(15.0%) であった。

図表 78 診療所における、院外処方せんのうち後発医薬品を銘柄指定した処方せんの割合
(医師ベース、平成 20 年 12 月 1 か月間)

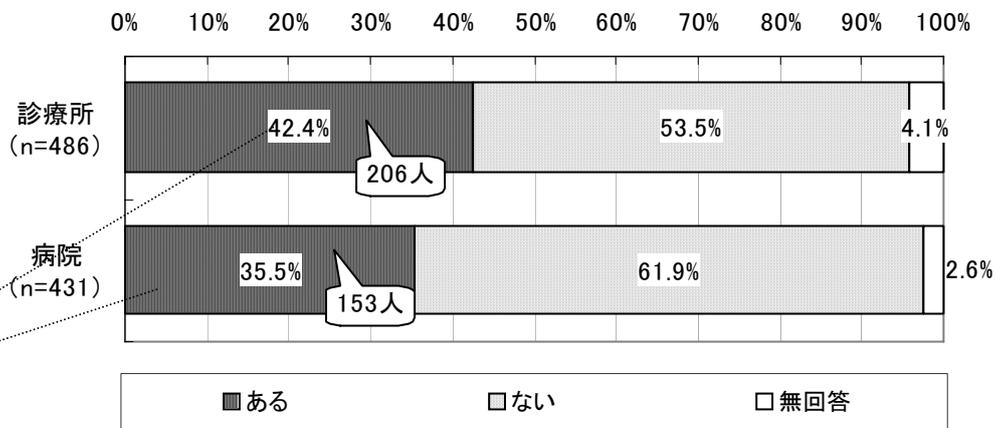


8) 「後発医薬品への変更不可」欄に署名した処方せんの発行経験（平成20年4月以降）

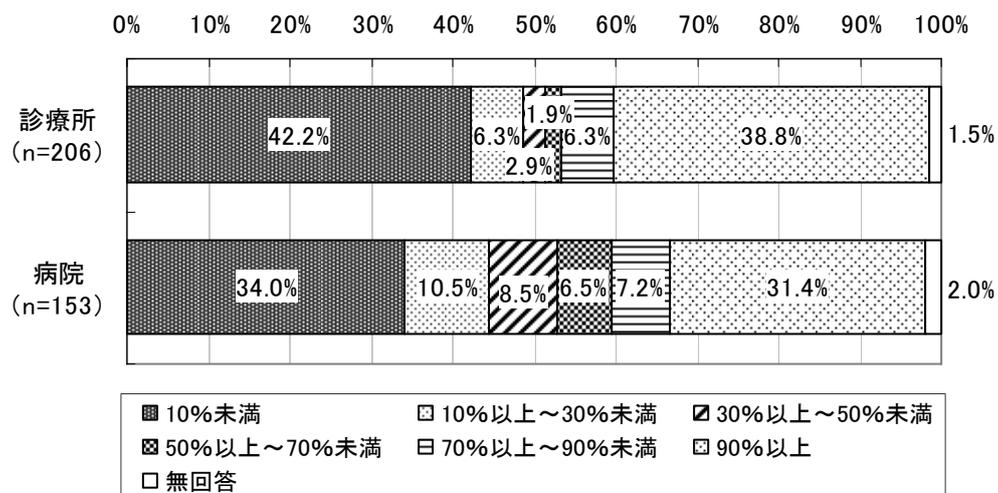
「後発医薬品への変更不可」欄に署名した処方せんの発行経験の有無について診療所および病院の医師にたずねたところ、「ある」と回答した医師は、診療所が42.4%（206人）、病院が35.5%（153人）であった。

また、「後発医薬品への変更不可」欄に署名した処方せんが、院外処方せん枚数全体に占める割合についてみると、診療所・病院ともに「10%未満」（それぞれ42.2%、34.0%）と「90%以上」（それぞれ38.8%、31.4%）が、ほぼ同じ割合となっている。

図表 79 「後発医薬品への変更不可」欄に署名した処方せんの発行経験の有無（医師ベース）



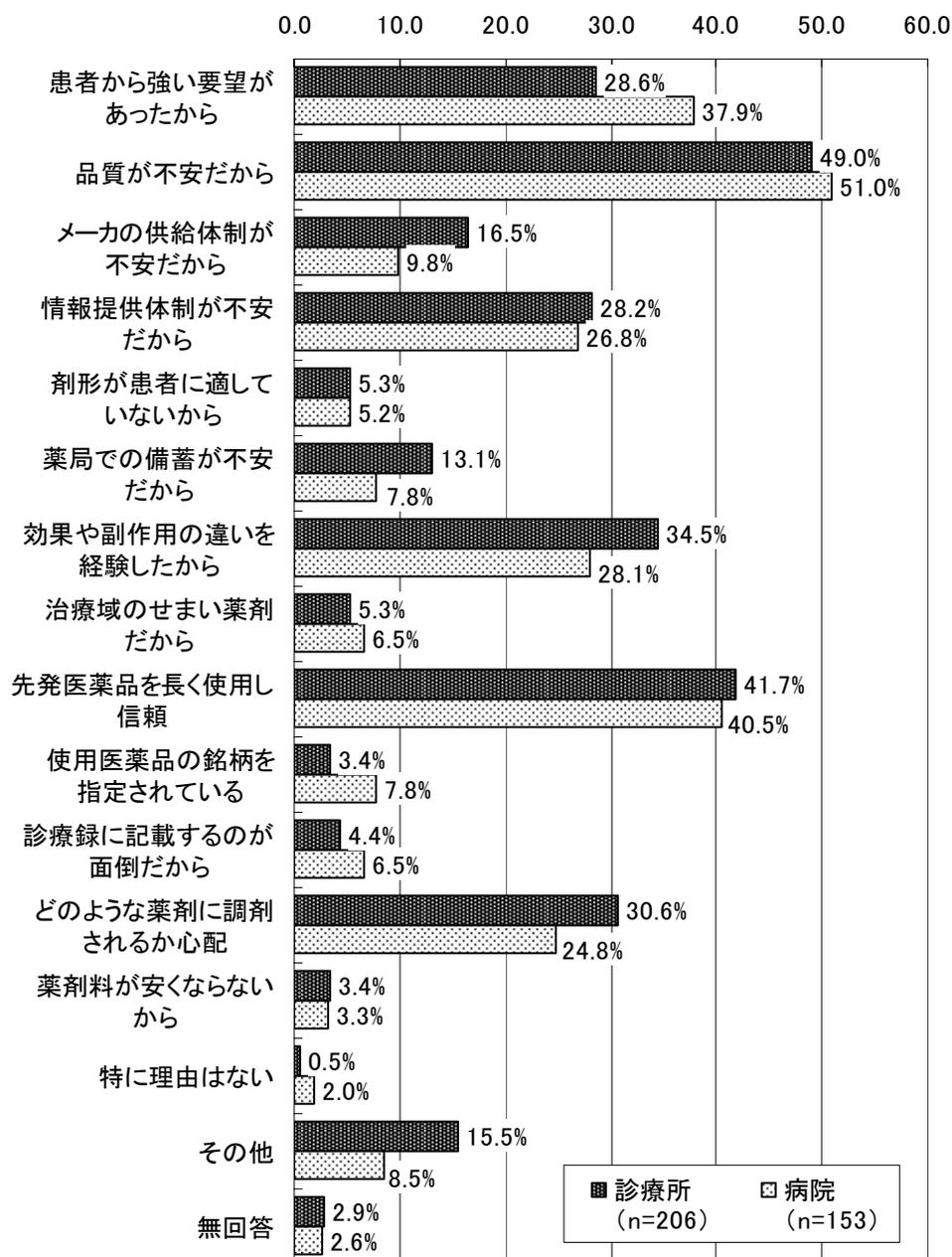
図表 80 院外処方せん枚数全体に占める、「変更不可」欄に署名した処方せんの割合（医師ベース）



9) 「後発医薬品への変更不可」欄に署名した理由

「後発医薬品への変更不可」欄に署名した理由について診療所および病院の医師にたずねたところ、診療所、病院ともに「品質が不安だから」（診療所 49.0%、病院 51.0%）が最も多かった。次いで、診療所では「先発医薬品を長く使用し信頼しているから」（41.7%）、「効果や副作用の違いを経験したから」（34.5%）、病院では「先発医薬品を長く使用し信頼しているから」（40.5%）、「患者から強い要望があったから」（37.9%）の順となった。

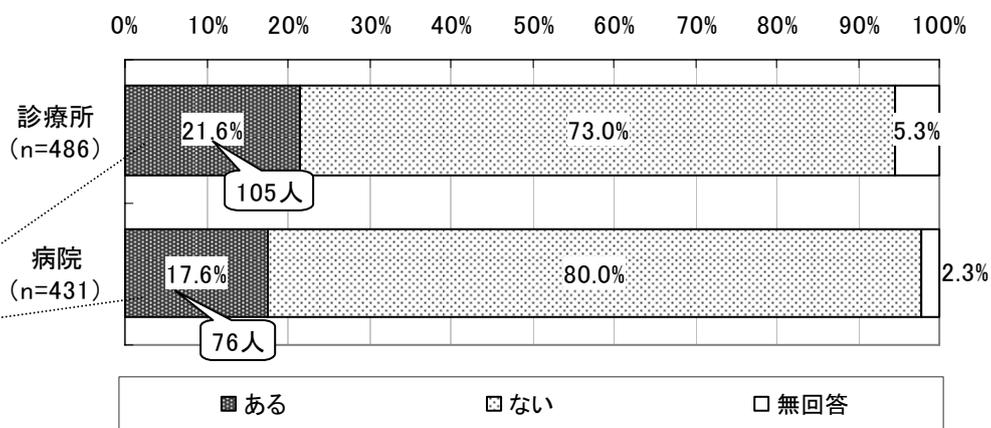
図表 81 「後発医薬品への変更不可」欄に署名した理由
(医師ベース、複数回答)



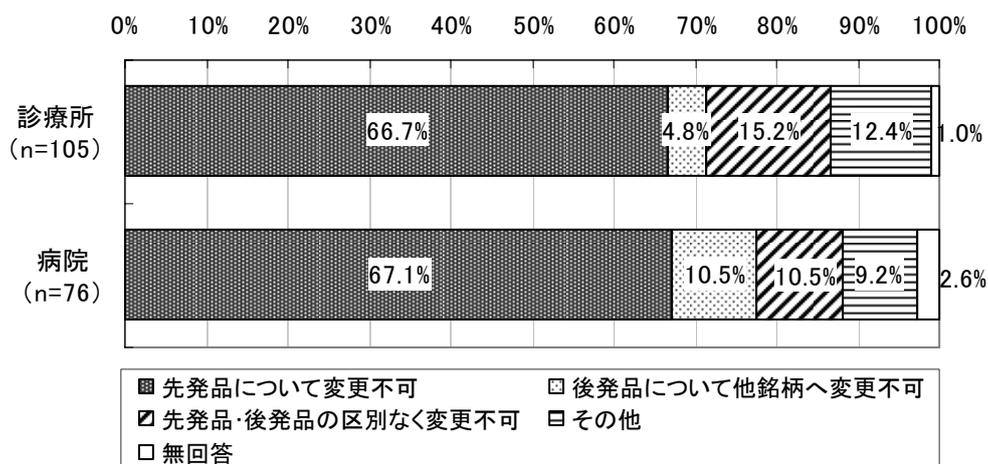
10) 一部の医薬品についてのみ後発医薬品への「変更不可」と記載した処方せんの発行経験
 一部の医薬品についてのみ、後発医薬品への「変更不可」と記載した処方せんの発行経験の有無について診療所および病院の医師にたずねたところ、「ある」と回答した医師は、診療所が 21.6%（105 人）、病院が 17.6%（76 人）であった。

さらに、一部の医薬品について後発医薬品への「変更不可」とするケースで最も多いものについてみると、診療所、病院ともに「先発品について変更不可」という回答が 7 割弱となった。

図表 82 一部の医薬品についてのみ後発医薬品への「変更不可」と記載した処方せんの発行の有無（医師ベース）

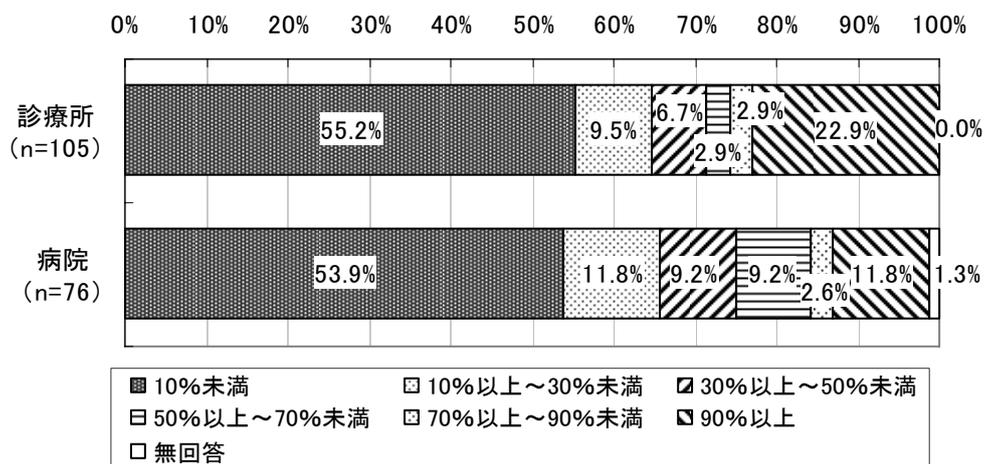


図表 83 一部の医薬品について後発医薬品への「変更不可」とするケースで最も多いもの（医師ベース）



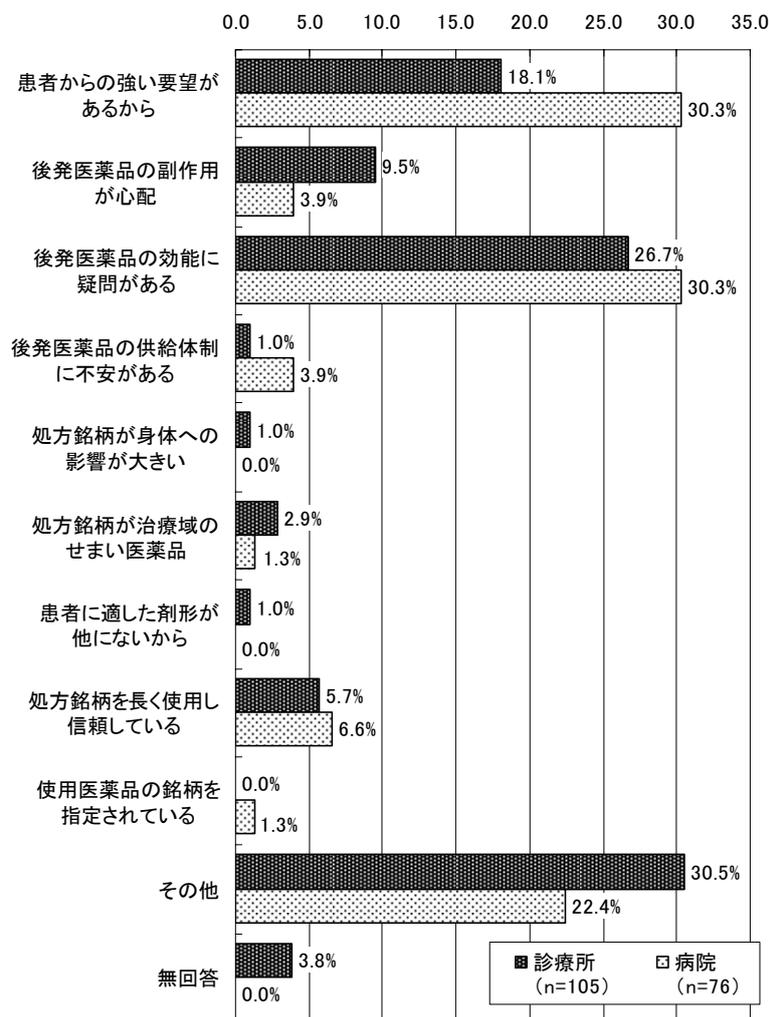
一部の医薬品について「変更不可」と記載した処方せん枚数の割合について診療所および病院の医師にたずねたところ、診療所・病院ともに「10%未満」（それぞれ 55.2%、53.9%）が最も多かった。一方、「90%以上」（それぞれ 22.9%、11.8%）も比較的高い割合となった。

図表 84 一部の医薬品について「変更不可」と記載した処方せん枚数の割合
(医師ベース)



一部の医薬品について「変更不可」とする理由について診療所及び病院の医師にたずねたところ、診療所・病院ともに「後発医薬品の効能に疑問がある」（それぞれ 26.7%、30.3%）、「患者からの強い要望があるから」（それぞれ 18.1%、30.3%）が多かった。

図表 85 一部の医薬品について「変更不可」とする理由（医師ベース、単数回答）



(注) 「その他」には、複数の選択肢に○がついている回答が含まれる。その内訳は、以下のとおりである。

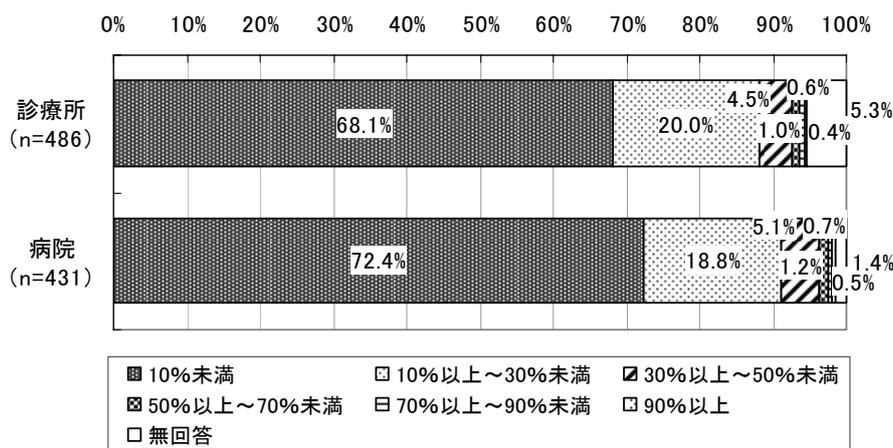
その他の記載内容の内訳

| | 診療所 | 病院 |
|------------------|------|------|
| 「その他」を選択した回答数 | 32 件 | 17 件 |
| 患者からの強い要望があるから | 7 件 | 4 件 |
| 後発医薬品の副作用が心配 | 8 件 | 3 件 |
| 後発医薬品の効能に疑問がある | 10 件 | 8 件 |
| 後発医薬品の供給体制に不安がある | 4 件 | 3 件 |
| 処方銘柄が身体への影響が大きい | 1 件 | 2 件 |
| 処方銘柄が治療域のせまい医薬品 | 1 件 | 1 件 |
| 患者に適した剤形が他にないから | 1 件 | 2 件 |
| 処方銘柄を長く使用し信頼している | 5 件 | 9 件 |
| 使用医薬品の銘柄を指定されている | 0 件 | 2 件 |
| その他 | 5 件 | 5 件 |
| 未記入 | 5 件 | 2 件 |

11) 後発医薬品について関心がある患者の割合

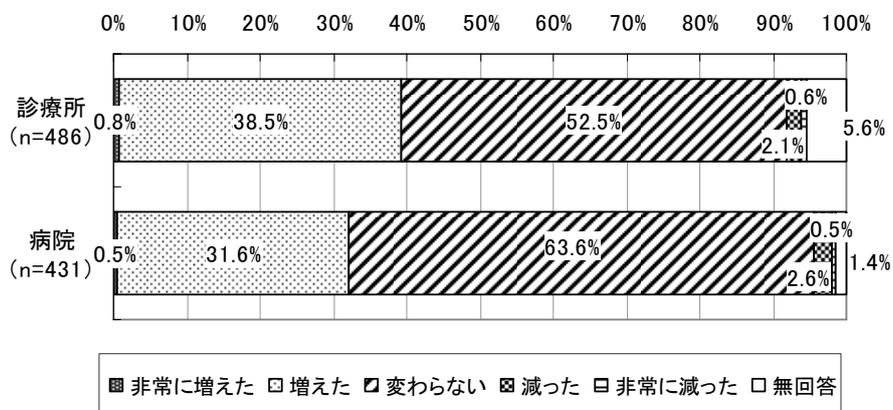
外来患者のうち後発医薬品について関心がある（医師に質問する、使用を希望する）患者の割合について診療所および病院の医師にたずねたところ、診療所・病院ともに「10%未満」（それぞれ 68.1%、72.4%）との回答が最も多く、次いで「10%以上～30%未満」（それぞれ 20.0%、18.8%）となった。

図表 86 外来患者のうち、後発医薬品について関心がある（医師に質問する、使用を希望する）患者の割合（医師ベース）



1年前と比較して、後発医薬品について関心がある患者数の変化について診療所および病院の医師にたずねたところ、診療所・病院ともに「変わらない」（それぞれ 52.5%、63.6%）が最も多く、次いで「増えた」（それぞれ 38.5%、31.6%）となった。

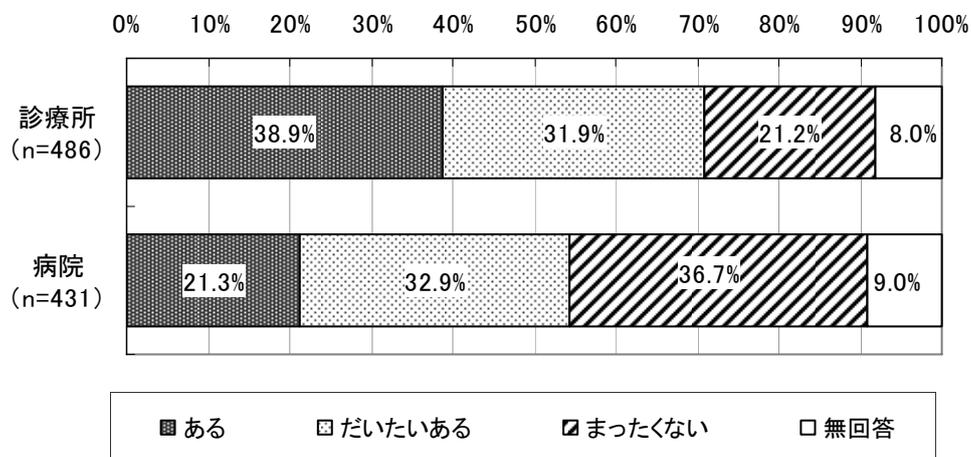
図表 87 後発医薬品について関心がある患者数の変化（1年前と比較して、医師ベース）



12) 保険薬局からの情報提供についての意向

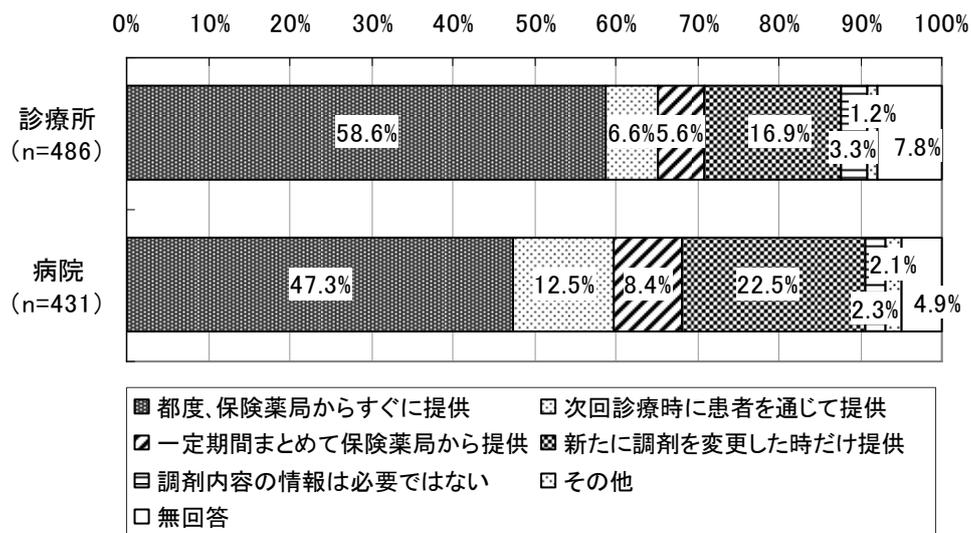
保険薬局で後発医薬品に変更した場合、変更された銘柄等についての情報提供の有無を診療所および病院の医師にたずねたところ、診療所では、「ある」が38.9%、「だいたいある」が31.9%となり、両者を合わせると70.8%となった。また、病院では、「ある」が21.3%、「だいたいある」が32.9%となり、両者を合わせると54.2%となり、診療所と比較すると低い割合となった。病院では、「まったくない」が36.7%で最も多く、診療所の21.2%と比較しても高い割合となった。

図表 88 保険薬局で後発医薬品に変更した場合、変更された銘柄等についての情報提供の有無（医師ベース）



保険薬局で後発医薬品に変更した場合の望ましい情報提供のあり方について診療所および病院の医師にたずねたところ、診療所・病院ともに「都度、保険薬局からすぐに提供」（それぞれ 58.6%、47.3%）が最も多く、次いで「新たに調剤を変更した時だけ提供」（それぞれ 16.9%、22.5%）となった。

図表 89 保険薬局で後発医薬品に変更した場合の望ましい情報提供のあり方
(医師ベース)

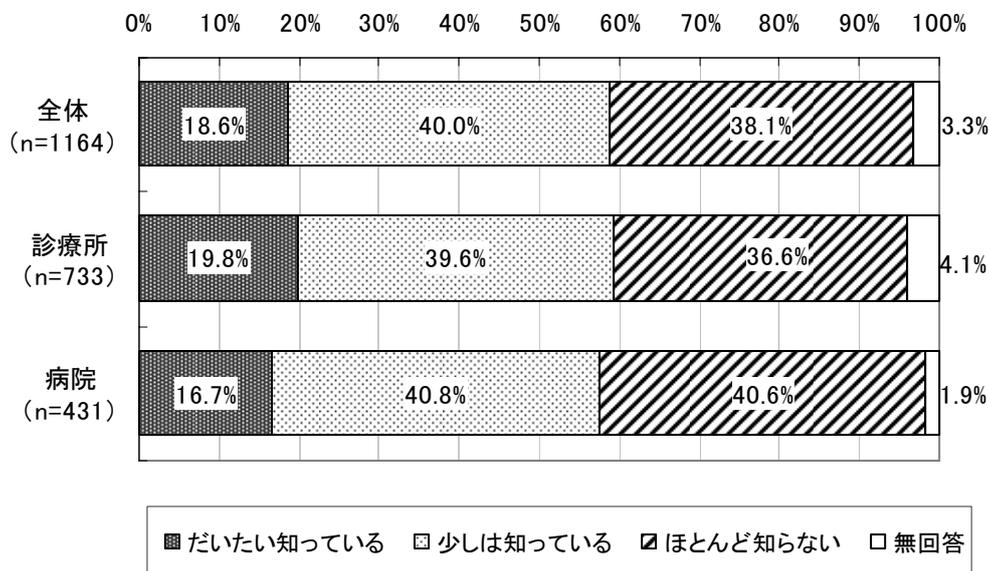


⑨医師における後発医薬品使用に関する意識等

1) 医師における、後発医薬品の薬事承認に必要なデータの内容に関する認知状況
(医師ベース)

後発医薬品の薬事承認に必要なデータの内容に関する認知状況について診療所および病院の医師にたずねたところ、医師全体では「少しは知っている」(40.0%)が最も多く、次いで「ほとんど知らない」(38.1%)、「だいたい知っている」(18.6%)であり、この傾向は、診療所と病院でも同様であった。

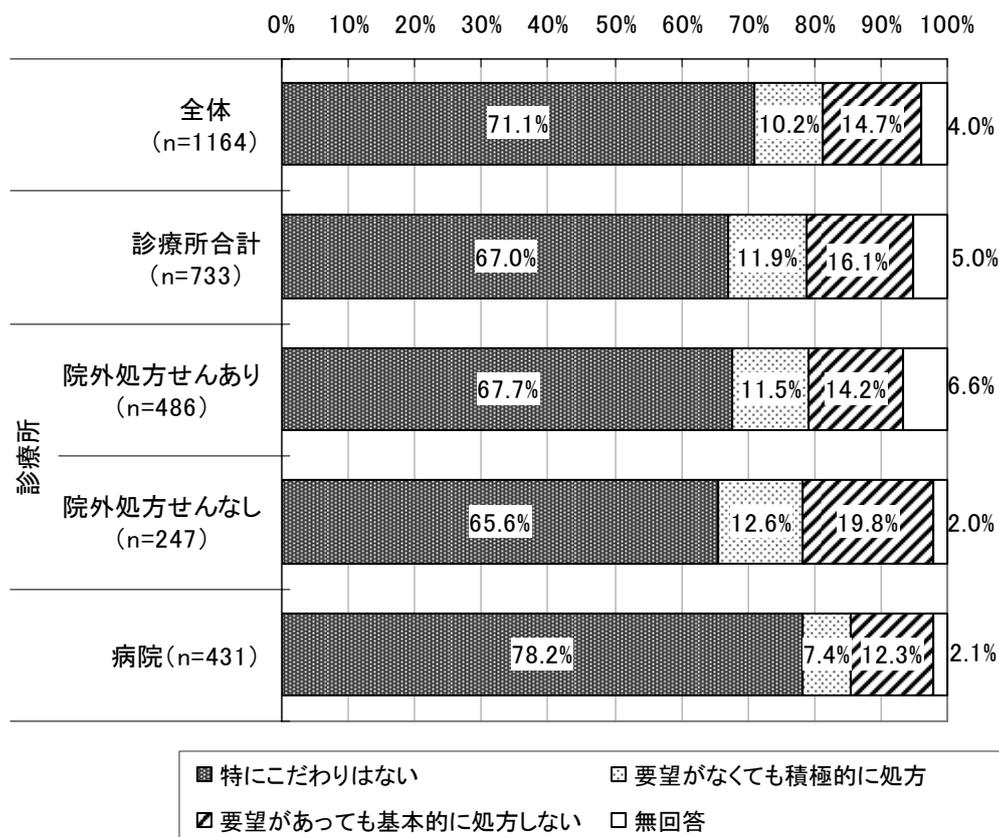
図表 90 後発医薬品の薬事承認に必要なデータの内容に関する認知状況
(医師ベース)



2) 医師における、外来診療時の後発医薬品の処方に関する考え

外来診療時の後発医薬品の処方に関する考えについて診療所および病院の医師にたずねたところ、医師全体では「特にこだわりはない」という回答が71.1%と最も多かった。また、「要望があっても基本的に処方しない」が14.7%、「要望がなくても積極的に処方」が10.2%であった。病院の医師では、診療所合計の医師と比較して「特にこだわりはない」という回答割合が11.2ポイント高い結果となった。

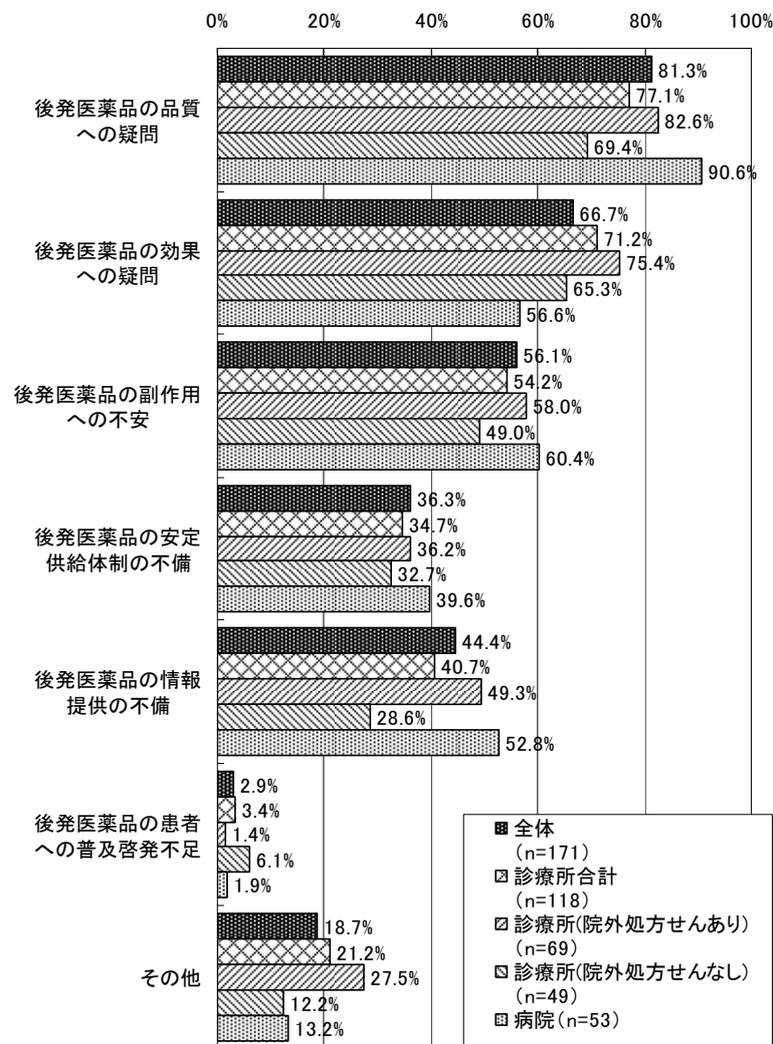
図表 91 外来診療における後発医薬品の処方に関する考え方（医師ベース）



外来診療において、「患者からの要望があっても後発医薬品を基本的には処方しない」と回答した診療所及び病院の医師（診療所 118 人、病院 53 人）にその理由をたずねたところ、医師全体（171 人）では「後発医薬品の品質への疑問」（「患者からの要望があっても後発医薬品を基本的には処方しない」と回答した医師の 81.3%）が最も多く、次いで「後発医薬品の効果への疑問」（同 66.7%）、「後発医薬品の副作用への不安」（同 56.1%）となった。

この傾向は、病院の医師において「後発医薬品の効果への疑問」と「後発医薬品の副作用への不安」の割合が逆転していることを除くと、診療所および病院の医師ともに同様であった。

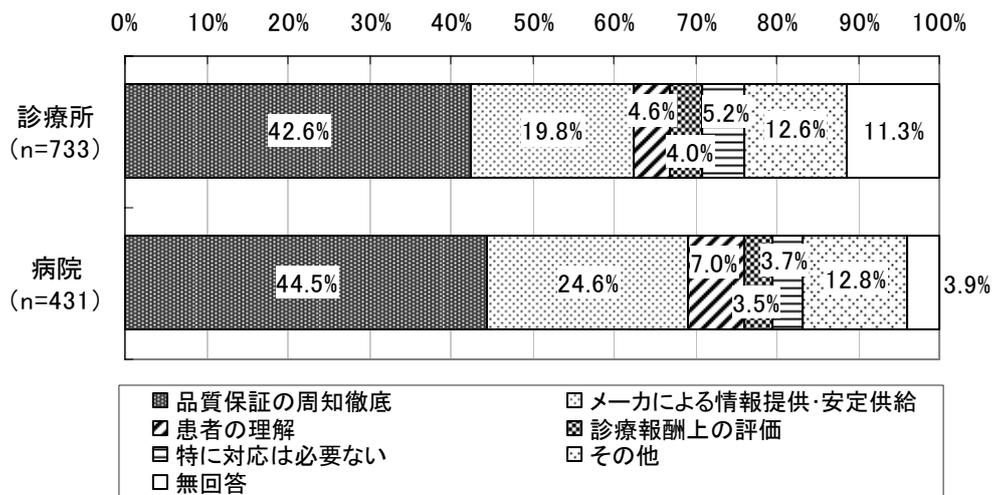
図表 92 外来診療において患者からの要望があっても後発医薬品を基本的には処方しない理由（医師ベース、複数回答）



3) 後発医薬品の処方を進めるための環境

後発医薬品の処方を進めるための環境について診療所および病院の医師にたずねたところ、診療所・病院ともに「医師や薬剤師に対する品質保証の周知徹底」（それぞれ 42.6%、44.5%）が最も多く、次いで「メーカーによる情報提供・安定供給」（それぞれ 19.8%、24.6%）となった。

図表 93 後発医薬品の処方を進めるための環境（医師ベース）



⑩診療所における後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等

ここでは、自由記述形式により、後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等について、診療所に記載していただいた内容のとりまとめを行った。

1) 後発医薬品の供給体制

後発医薬品メーカーのMRの問題

- ・ 後発のメーカーは購入の際はMRが来院するが、それ以外の時は売ったらそれきりのところも多い。情報は全然持ってきてくれない。
- ・ 後発品の品質とメーカーの責任体制が明らかに向上・確立されること。一度先発品を患者希望により後発品へ変更したが、強い副作用のため対応に苦勞した。報告連絡すべきMRがいないことが問題。
- ・ プロパーが各医師に説明できるようにする。後発品メーカーのプロパーの教育がなされていない。営業マンではだめだ。
- ・ 後発医薬品を使用して皮膚のかぶれが目立ったときなど、メーカーの担当者に連絡しても、データがないとの答えがある。おそらく、販売までに多く試験がなされていないと推測した。

薬局の供給体制

- ・ 「先発品しか置いていないので、それに変更したい」という連絡をくれる薬局がある。「本人が同意すればOK」と答えているが、高血圧、高脂血症、糖尿病などの薬は、せめて一種類の後発品を用意するか、すぐ取り寄せる方策を、各薬局に用意しておいてほしいものだ。

2) 後発医薬品の品質と表示

- ・ 気管支拡張剤などの貼付剤で、後発医薬品が有効でない場合がある。
- ・ 特に循環器の後発医薬品は危ないように思う。
- ・ 人数は少ないが、後発品変更後、アレルギー症状が出た患者がいた。薬品の基剤、コーティング等も明らかにする必要あり。
- ・ 皮膚科で使用する外用剤は基剤が違えば全く別のものである。主成分が同じだからと言って同薬剤とは認められない。
- ・ 小児用のドライシロップ、散薬などでは、先発品と味がまったく異なる。味が落ちる場合には後発品を使いたくても使えない場合が多い（多くの場合先発品の方が味が良い）。また成分は同じでも、顆粒のざらつきや香りが先発と異なったものがある。
- ・ 使用上の注意、相互作用、薬物動態、副作用などの記載について、先発メーカーと同様に細かく書くことが望ましい。「お分かりでしょう、お使いください」という感じを受

ける。

3) 後発医薬品の検査と保証

- ・ 欧米並みの臨床検査（主作用、副作用、成分安定性、血中・吸収に関するもの、品質の安定性、一定性）を導入してほしい。処方が増えているが、今のままでは不安だ。
- ・ 薬剤の原料は、中国・インド製かを明記し、安心、安全性など品質保証を徹底してほしい。
- ・ 血中濃度、排泄経路、代謝経路のデータ提出がないのは問題。先発品と同じかどうかだけでもデータ提出は必要だ。
- ・ 安全性の確保のため、すべてオレンジブック（オンライン）で確認している。ところがジェネリックには、主成分のみが先発品と一致しているもの、主成分も副成分も先発品と一致しているもの、2種類がある。これをはっきりしてほしい。
- ・ 主成分は効果があるとしても、そのコーティングのため、血中濃度の上昇などのデータが先発品と比較してきわめて少ない（例えば症例数）ように思われる。
- ・ ジェネリック剤が厚労省で認可されるには、2種類の試験、生物学的同等性（血中濃度）と溶解度試験をパスすればよいが、ほとんどの薬でデータ数がせいぜい20～30である。統計の常識としては30以上が確保できなければ有意差が出ないのに、これでどうして、ブランドとジェネリックが同じ品質だと保証できるのか。

4) 後発医薬品処方における薬局と医師

- ・ 薬局で処方せんに変更可とした場合、薬剤名の連絡を受け、またカルテを出して記載する手間が大変で問題だと思われる。
- ・ 商品名では名前がいろいろで覚えられない。成分名にするか、統一品名+A=先発、統一品名+B=後発 にするなど、工夫していただきたい。
- ・ 院内処方で後発医薬品を処方していた患者を、院外処方に変更したら調剤薬局で先発医薬品に変更になった。後発医薬品は、医薬品メーカーが多すぎて、調剤薬局が変わるたび（患者の都合で）処方される薬が変わってしまう。

5) 後発医薬品についての広報と説明

- ・ ほとんどの患者はすべての薬に後発医薬品があると思っている。新しい薬には後発医薬品がまだ出ていないことから説明を始めなければならず、後発品について正しく判断してもらうためにとっても手間がかかる。
- ・ 後発品の使用が期待されたほど進んでいないのは、先発品とは必ずしも同じ素材でないことが、国民に知らされなかったためではないか。価格とひきかえのデメリット（副作用の対応、品質、供給における不安点）などももっとはっきり知らせ、患者が正しい選

択をできるようにするべき。

- ・ 後発医薬品の品質保証、メーカー情報の信頼性などを一つ一つ話してゆくと、かなり手間と時間がかかる。したがって、現在行っているような啓蒙活動がさらに必要だ。是非継続し、ジェネリックのイメージアップを図ってほしい。
- ・ いくら安くても内容の情報が不十分であれば、自分の体に入るものであるから選択は慎重になる。メーカーも後発医薬品を売りたいのであれば、もっと商業活動や啓蒙活動を行い、消費者に魅力ある製品をアピールして社会的認知を得なければ、この状況は変えられないと思う。

6) 後発医薬品を使用する際の責任所在

- ・ 医師が先発医薬品を処方し、薬局で勝手に後発品に変えられ、もし患者に副作用等が顕著に出現した場合、誰が責任を負うのか。国か、医師か、薬剤師か、患者本人か。
- ・ 健康保険組合が「安い方に切り変えろ」という提示をしているが、点眼等の外用薬を30年以上使用し、副作用が生じた場合、その責任を誰がとるのか。30年先までの科学は信用できない。信用できないということを、きちんと認めるべき。
- ・ 後発品が先発品と同じと言うのはミスリードだ。添加物等で、大きな違いがある。それを知った前提で、低価格等で患者がリスクをとって選択されるのは問題ないと考える。
- ・ 後発品メーカーは比較的小さな会社であることが多く、もし予期しない大規模な副作用が発生した場合、患者が十分な補償を受けられるか心配である。
- ・ 以前、当院において後発品を使用した際、肝機能の悪化を来し、先発品に変えたところ治った。そのことを報告し、問いただすと、「分からない」の一点張り。数か月後、吸光度の測定方法の違いにより内容物が足りないという厚生省からの文章を得た。再度問いただしても返答はなかった。このような無責任なメーカーがあるため、人の命を預かる人間として後発品は使用できない。

7) その他

- ・ 基本的に先発品メーカーが苦勞して先発品を作り上げて、はじめて後発品が存続し得るわけであるから、先発品の評価も忘れてはならない。このままだと、素晴らしい新薬が出てこなくなるのではないかと危惧している。
- ・ 薬価差による医師のメリットが存在しない。使用促進に国家予算をつけるのなら診療報酬上にメリットをつけるべきである。
- ・ 公費負担にて、自己負担ゼロの患者には、後発品に限定すべきであり、先発品希望の場合は、1～3割の自己負担とすべきである。
- ・ 後発医薬品の使用を促すのは良いが、金で釣る施策はとるべきではない。医療界から善意と奉仕の精神が消失してしまう。
- ・ 患者の経済的理由で患者自ら後発医薬品を望まれるのは問題ないが、安価であることのみを全面に出して患者を誘導するのは好ましくない。価格より、安心や性能を評価して、

先発品を好む人も多いはずだ。

⑪病院における後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等

ここでは、自由記述形式により、後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等について、病院に記載していただいた内容のとりまとめを行った。

1) 後発医薬品の供給体制

後発医薬品メーカー

- ・ 供給体制が悪く、発注を掛けても納品までに相当時間がかかる。
- ・ 商品名の変更に伴い、混乱することがある。
- ・ 先発品が供給不安定であった際、後発品メーカーはチャンスであると思うが積極的な動きはみられず、むしろどこも供給不安定となってしまった。
- ・ 後発品の抗生物質を発注していたが、近県では当院以外は2病院しか購入していないため卸に在庫がなく、メーカーからの輸送をはらはらした状態で待ったことも2度同じ薬品である。保管代替品がないか尋ねても、県によってはあまり流通していないようだ。
- ・ 各医療施設が後発医薬品の導入促進のため、せっかく後発を検討していても導入が遅くなったり、品質やDIなどから病院として良いと思う後発品を選べなかったりするため、増産体制のある後発品しか導入できなくなる状況である。国としても、後発品の増産を後押しして欲しい。
- ・ 回収品が出ても、卸のMSからの情報提供のみで、MRからの情報提供がない。回収ロットがなくても、情報提供はMRが行うべきである。先発品メーカーは行っている。
- ・ 製品の情報提供を依頼したとき「何で資料提供しなければならないのか」と本社のDI室に言われたとMRに言われた。後発品メーカーは、情報提供が免除されている訳ではないと思う。
- ・ 後発医薬品の医薬品情報の供給不足に関して、以前と比べ、情報提供は行われるようになったが、まだまだ先発メーカーと比較すると質・量ともに少ない。患者へのパンフレット等、指導上必要な資材も不十分である。

2) 後発医薬品の品質と表示

- ・ 先発品と後発に適応症の違いがあること。情報提供の充実化が必要。
- ・ 入院患者に対しては、後発品で問題ない。積極的に導入し、患者の負担軽減に努めたい。
- ・ 薬品の飲み方や、使用方法など、患者向けの冊子などの提供が少ない。作成されていない。
- ・ 医薬品によってはカタカナでカプセル本体に薬品を印字しているものがあり、これに関

しては、誰が見てもわかるのでいいと思う。

- ・ 後発医薬品の銘柄が、多種多様で、薬の判別が複雑化。後発医薬品の銘柄は、成分名・会社名などの統一化を希望。

3) 後発医薬品の検査と保証

- ・ 後発品上市後の市販後調査のようなモニタリング機構をメーカーがつくるのではなく、厚労省が責任をもって作る必要がある。
- ・ 当院は、がん専門病院であり、抗がん剤の後発品導入を検討している。しかし、現状の抗がん剤後発医薬品の薬価収載品目が少なく、また、有効性・安全性等が担保された臨床試験等による評価がなされていないため、導入が難しい状況となっている。医薬品費の節減に大きな影響が考えられる抗がん剤後発医薬品の導入の方向性を示していただきたい。
- ・ 先発品との同等性試験の AUC、Cmax、Tmax、t1/2 のデータについて一部しか公表していないメーカーがあるので、全てを公開して欲しい。また、先発品は過酷試験まで行っているが、後発品においても徹底して欲しい。以上二項目については少なくともホームページで調べられるようにして欲しい。現状では、上述二項目のデータが揃っていないと安心して後発品を選択できない。
- ・ 当院では、抗菌薬注射剤をかなりの割合で後発医薬品に変更している。導入にあたって今まで苦労したことは、先発品と比較した抗菌活性データがないことであった。含有量が同じでも許容範囲でかなりの幅が出る。下限と上限では差が出るかもしれないし、効力が同等という証拠にはならないということが問題だった。抗菌薬後発医薬品の申請許可にあたって、この点のデータを要望する。

4) 後発医薬品処方における薬局と医師

- ・ 勤務医と開業医との間には、後発医薬品に対する考え方に（地方に行けば行く程）、温度差がある。病院の場合、管理職がトップダウン的な方策を取らない限り、後発医薬品に対する処方促進は望めない。
- ・ 周囲に影響力のある医師が、先発品に対する信仰が強く、後発品導入が難しい。
- ・ 調剤薬局での変更後の剤型（大きさ等）が把握しにくく、患者の訴えをうまく主治医が把握できない。情報提供が問題だが、そのあたりを全て理解している医師が少ない。

5) 後発医薬品を使用する際の責任所在

- ・ 医師側に後発医薬品使用に対する抵抗感が非常に強く、導入が進まない。後発品を患者に使用したが想定通りの効能が発揮されなかった場合、先発品を使用しなかったことに

対して責任を問われる場合がありうる、との懸念からだと考えられる。

- ・ 使用するのに多くの医師がためらいを感じている。患者の責任で服用するのであればよいが、そもそも後発医薬品の薬効（薬剤の効果）と副作用は先発医薬品と同じとは言えないため、後発医薬品に変更した場合、その薬剤で副作用や効力の低下がみられれば、責任をとらなければならないため、進んで後発品に変更するのは危険と考えている。

6) 後発医薬品を促進するための理念と実態

- ・ 後発医薬品メーカーは先発メーカーから自由に医薬品データを引き出せるようにならないといつまでたっても普及しないと思う。体制作りを望む。
- ・ 度々の薬価改正で後発品の薬価は引き下げられ、最低薬価へ一直線。おかげで先発品より後発品の方が利ざやが低い(少ない)ものが増えたり、後発品のメリットが減少した。後発品は市場価を調べて先発品同様に薬価を下げたのでは、後発品メーカーが成り立たなくなるのではと心配でならない。十分安いのだから、薬価改正時に下げるとき、一定の係数でもかけて少な目に下げて欲しい薬剤も多いと思われる。
- ・ 市場の約7割の医薬品について小児の適応がないのに、あえて後発品に変更する必要性を疑問視する。小児医療の場合、後発医薬品を使用しても患者のメリットがない。どちらを使用しても支払いが発生しない。

⑫病院医師における後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等

ここでは、自由記述形式により、後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等について、病院の医師に記載していただいた内容のとりまとめを行った。

1) 後発医薬品の品質と表示

効果・効能の問題

- ・ 化学的には同効でも、剤型、純度、不純物、保存剤、吸収性などに差がある。抗生剤、向精神薬などで、しばしば薬効不足を感じる。
- ・ 先発品との賦形剤も同様にするようにしていけば後発品の信頼性も高まると思う。
- ・ 軟膏は後発品であると効果が弱いなどといったことがあり困っている。内服薬も同様ではと危惧する。
- ・ DPC、回復期病棟、老人保健施設、介護施設など包括医療になり、その度にいろいろな後発品がバラバラに患者に処方され、患者がかわいそうである。

商品名の問題

- ・ 高齢の患者には薬の名前を覚えることが不可能だ。
- ・ 後発品薬品の名前が覚えきれない。その都度、医薬品集を見なければならず大変だ。
- ・ 患者が持参した他院処方の後発品の一般名が判らず、診療上トラブルとなることがあった。勘違い処方のような事件が再発する危惧がある。
- ・ 後発品の商品名が氾濫していて、医療事故が心配だ。後発品の商品名は「先発品名－後発品メーカー名」に統一すればどうか。商品名の特許の問題は、例えば売上の1%を後発品メーカーが先発品メーカーに支払うのではダメだろうか。

2) 後発医薬品の検査と保証

- ・ 後発医薬品がどこで（海外も含めて）どのように製造されているのか。中国の食品問題と同じようなことが生じないだろうかと、常に不安がある。それらに関する情報提供が必要。
- ・ 日本における後発医薬品は、主成分が同じであれば製法や添加物が異なっても良い。従って同等性に対する保証が今一つないように思う。
- ・ 先発医薬品と同等の効果があるのか、品質は安全なのかという心配が常にあり、積極的に使用する気持ちになれない。国家レベルの治験、効果測定などは是非やってもらいたい。
- ・ 後発医薬品のデータにいい加減なものがある。同じ薬物が同量含まれているからと言って体内で同様に吸収されるかは疑問。後発品を推進するならもっと症例数を増やした治験を行い、生物学的に同等である証明をして頂きたい。

3) 後発医薬品処方における医師と薬局

- ・ 後発品と一括りにすると、信頼できるメーカーの品も、弱小メーカーの品も、同じ扱いである点が不満だ。例えば、「アロプリノール剤ならザイロリック・サロベール・アロシトール・リボールのどれかなら可」と複数を指定できればよいが、非現実的である。
- ・ 後発品を処方したところ、調剤薬局より先発品に変更して欲しいという連絡がある。薬局への指導はどうなっているのだろうか。

4) 後発医薬品の広報と説明

- ・ 後発品は先発品と同じとのTVコマーシャルがあるが、「完全に同じもの」ではないと、もっと患者や一般市民に説明して欲しい。DPC導入も含め、後発品の導入によるメリットと特にデメリットも、国などが中心に説明して欲しい。現場の「医師」に説明させるのはあまりに酷であると考える。
- ・ 適応症や添加物が先行品等と同等かどうかといった点で、先行品と差がないことが明示

され、周知される必要がある。

- ・ 明らかに薬効が劣る後発品があるのも事実。こういったネガティブな情報も公にする必要がある。
- ・ 後発医薬品は安価であることが強調されているが、安全性の検証は先発品と同等ではないことを周知すべきだと考える。その上で、患者が自己決定するのであれば何も問題はない。

5) 後発医薬品を使用する際の責任所在

- ・ 先発薬よりも効果の劣る後発品のために疾病が悪化した場合、あるいはジェネリック薬メーカー独自の問題（原料、製造上、保管など）で薬害が生じた場合、その責任は誰が負うのか。そのメーカーの責任だけでいいのか。現在のような後発品使用推進政策の下では、医師は個別の後発品の処方までは責任が持てない。その薬品を採用した薬局やそれを了承した患者本人の責任か。
- ・ 医薬品にも偽装は起こり得るということを考慮しておかなければいけない。にもかかわらず、この領域では実際の被害と罰則のバランスが悪すぎる。

6) 後発医薬品を促進するための理念と実態

- ・ 後発品と先発品と区別があってはならず、突き詰めて言えば値段に差がつくこともおかしいと考えられる。先発品の値段を下げて一本化すべきであると思う。
- ・ 後発医薬品を作ることが全ていいことなのではないと思う。高齢の患者には薬の名前も覚えることが不可能で、医師の方も同じようなものだ。資金を費やして再度治験をして、また副作用のことも確認していくより、先発の薬を安価で売るようにした方が、患者・医療側も安全で安心のように思えるが、どうか。
- ・ 後発医薬品を積極的に使用することとすると製薬会社で新薬を開発する積極的姿勢が失われるのが心配である。つまり、新薬を開発するよりも、利益の上がった後発品の方向へ行ってしまふ、ということがないようにしてほしい。
- ・ 「財政中立的に、ジェネリック薬使用により削減された医療費を、革新的新薬の開発・利用に振り向ける」という方針には期待するが、実際にどれほど実行されているのかが伝わってくれば良いと思う。

(4) 患者調査の結果概要

【調査対象等】

○患者調査

調査対象：「保険薬局調査」の対象施設に調査日に処方せんを持って来局した患者。
ただし、1施設につき最大4名の患者を対象とした。(4名の内訳は、65歳以上の男性・女性 各1名、65歳未満の男性・女性 各1名)

回答数：1717人

回答者：患者本人または家族

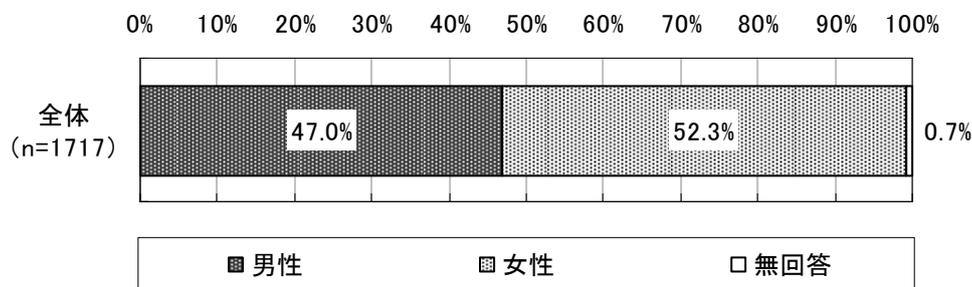
調査方法：調査対象薬局を通じて配布。回収は各患者から調査事務局宛の返信用封筒にて直接回収。

①回答者の属性

1) 性別

回答者の性別についてみると、「男性」が47.0%、「女性」が52.3%であった。

図表 94 性別

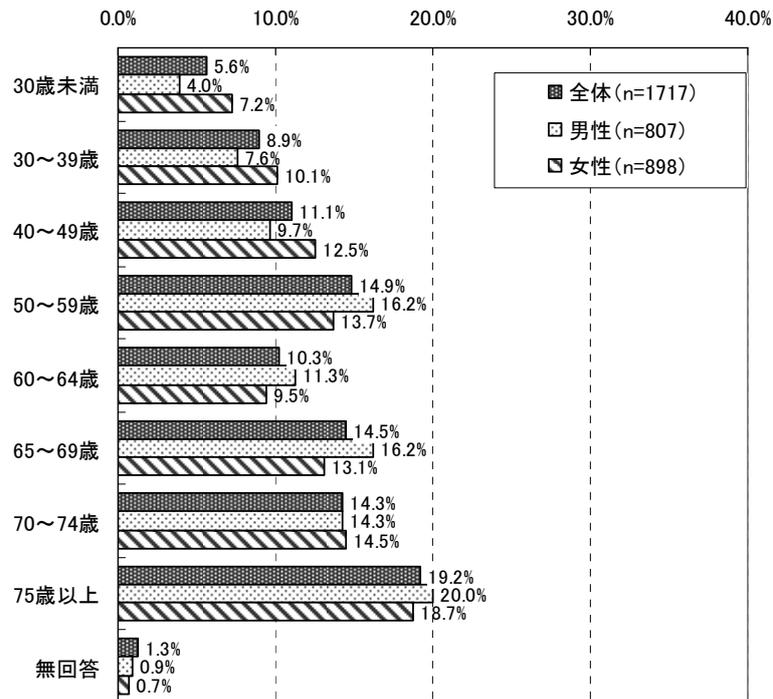


2) 年齢

回答者の年齢についてみると、全体では「75歳以上」（19.2%）が最も多く、次いで「50～59歳」（14.9%）、「65～69歳」（14.5%）となった。

年齢の平均は59.8歳（標準偏差16.9、中央値64.0）であった。

図表 95 男女別 年齢分布



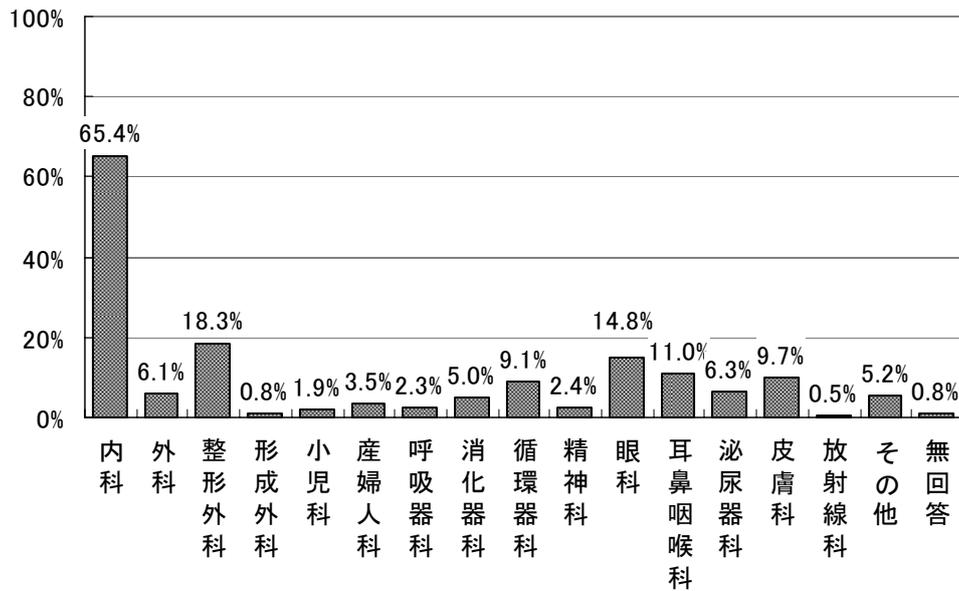
図表 96 平均年齢

| | 平均値 | 標準偏差 | 最大値 | 最小値 | 中央値 |
|-------|------|------|------|-----|------|
| 年齢（歳） | 59.8 | 16.9 | 97.0 | 0.0 | 64.0 |

3) 受診した診療科

受診した診療科についてみると、「内科」(65.4%)が最も多く、次いで「整形外科」(18.3%)、「眼科」(14.8%)、「耳鼻咽喉科」(11.0%)であった。

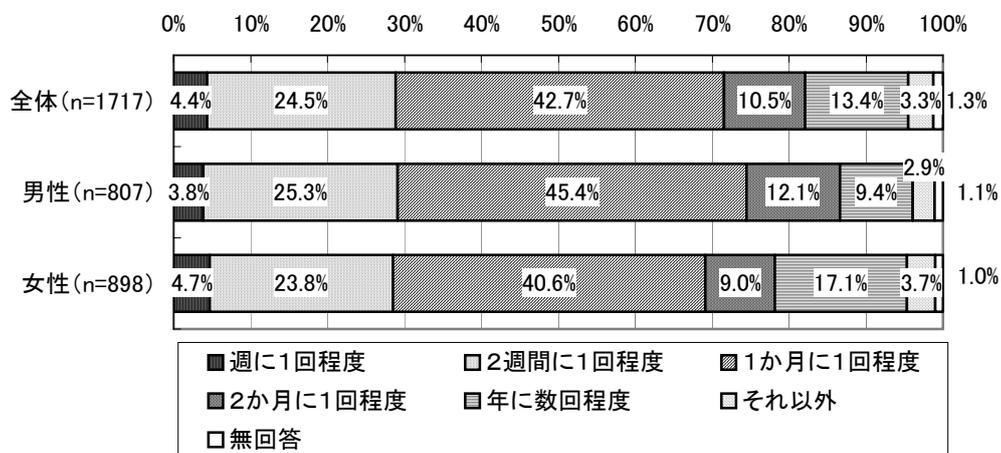
図表 97 受診した診療科（複数回答、n=1717）



4) 薬局への来局頻度

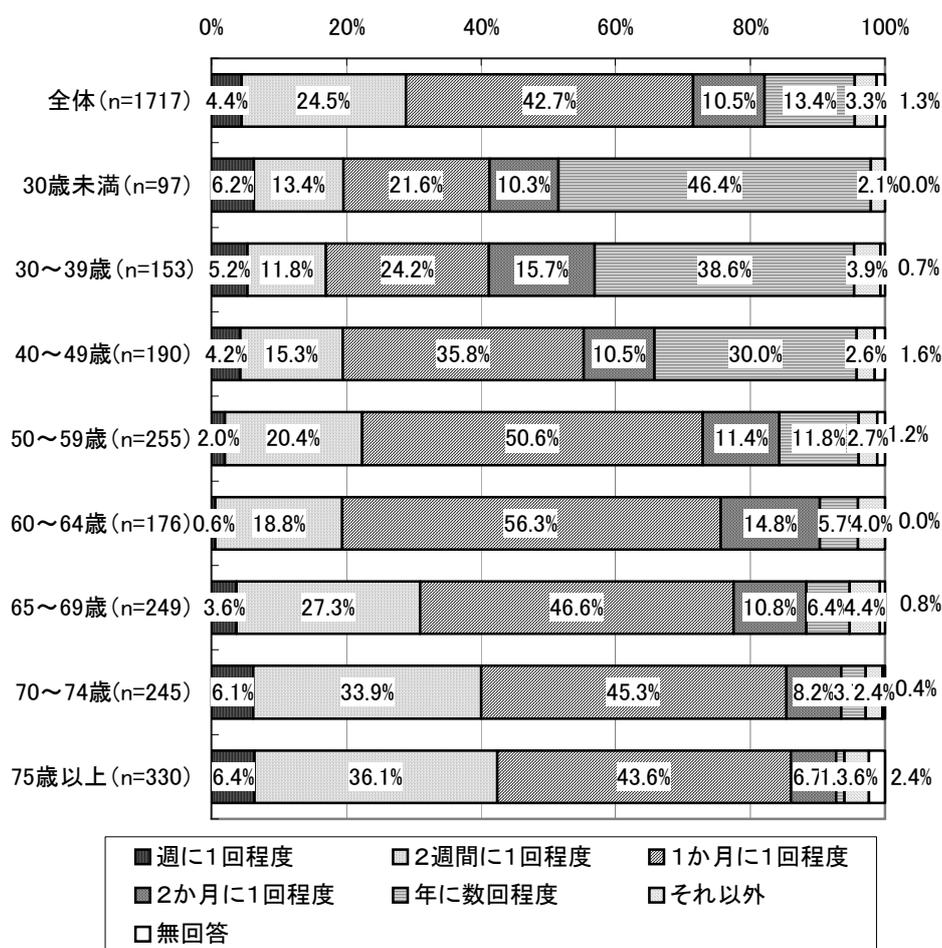
薬局への来局頻度についてみると、全体では「1か月に1回程度」(42.7%)が最も多く、次いで「2週間に1回程度」(24.5%)、「年に数回程度」(13.4%)であった。男性と比べて、女性では「年に数回程度」という回答割合が8.3ポイント高かった。

図表 98 薬局への来局頻度（男女別）



薬局への来局頻度について年齢階層別にみると、40歳以上ではどの年齢階層においても「1か月に1回程度」が最も多かった。また、65歳以上では「2週間に1回程度」の回答割合も高くなる傾向がみられた。「週に1回程度」、「2週間に1回程度」及び「1か月に1回程度」を合わせた割合は、「65～69歳」では77.5%、「70～74歳」では85.3%、「75歳以上」では86.1%となった。

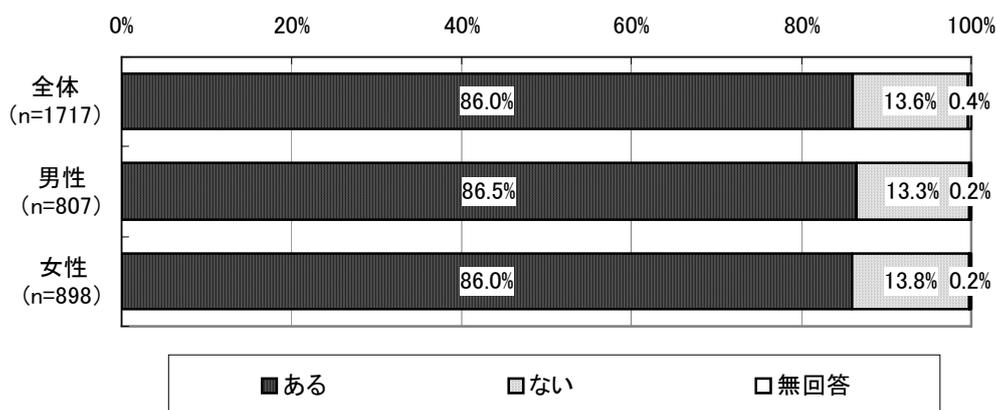
図表 99 薬局への来局頻度（年齢階層別）



5) かかりつけ薬局の有無

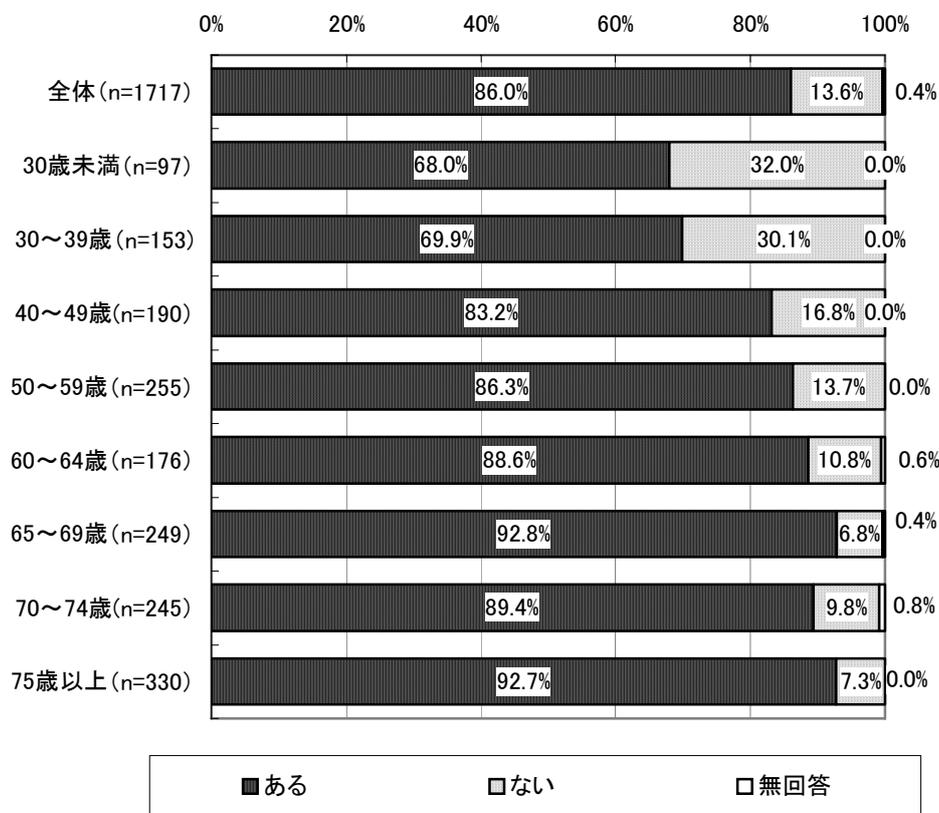
かかりつけ薬局の有無について男女別にみると、男女ともに「ある」という回答が 9 割近くとなった。

図表 100 かかりつけ薬局の有無（男女別）



かかりつけ薬局の有無について年齢階層別にみると、40 歳未満では「ある」という回答は 7 割に達していないが、40 歳以上の各年齢層においては、「ある」という回答が 8 割を超えた。特に「65～69 歳」と「75 歳以上」では、「ある」という回答は、それぞれ 92.8%、92.7%と 9 割を超える結果となった。

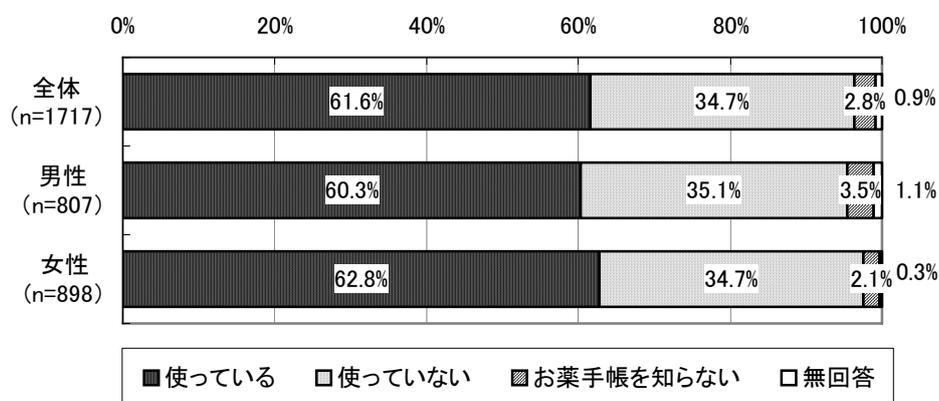
図表 101 かかりつけ薬局の有無（年齢階層別）



6) お薬手帳の使用状況

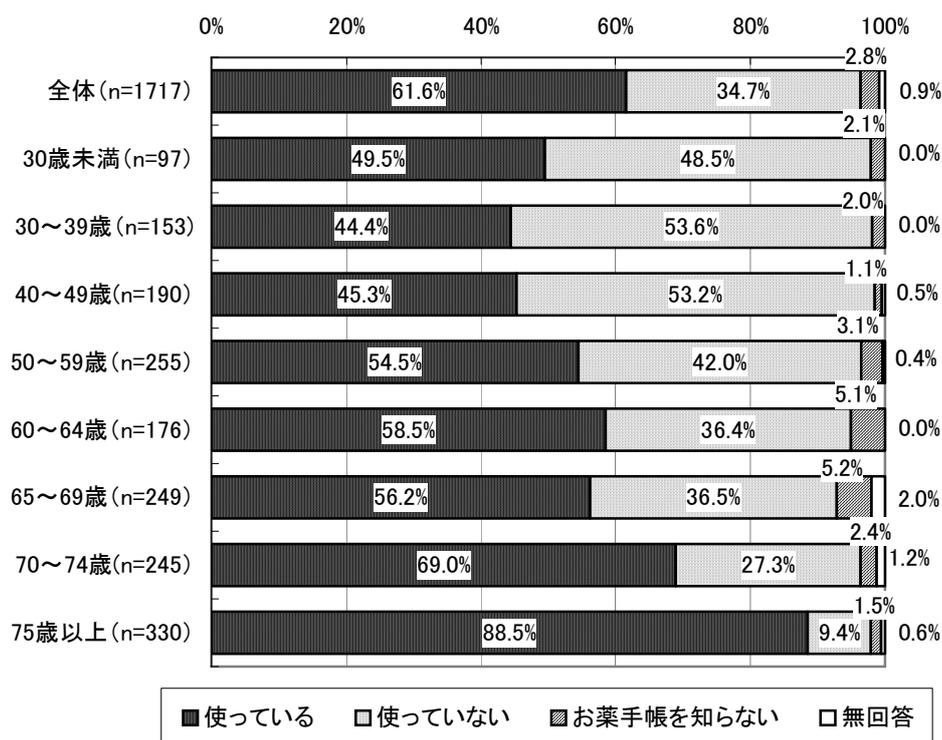
お薬手帳の使用状況について男女別にみると、男女ともに「使っている」という回答がおよそ6割を占めた。

図表 102 お薬手帳の使用状況（男女別）



お薬手帳の使用状況について年齢階層別にみると、50歳以上の各年齢層においては、「使っている」という回答が5割を超えており、年齢が高くなるにしたがってお薬手帳を使用する割合が高くなる傾向がみられた。特に75歳以上ではお薬手帳を「使っている」という割合が88.5%となっており、すべての年齢層の中で最も高い割合となった。

図表 103 お薬手帳の使用状況（年齢階層別）



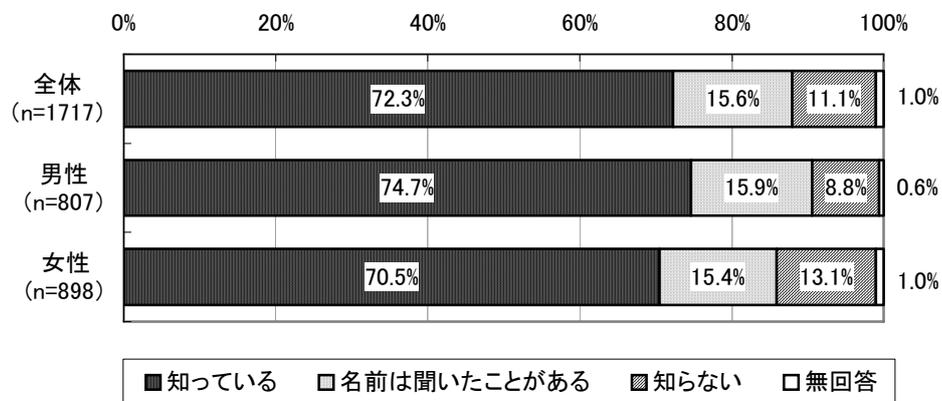
②後発医薬品の使用状況

1) 後発医薬品の認知度

後発医薬品の認知状況についてみると、全体では、「知っている」が 72.3%、「名前は聞いたことがある」が 15.6%、「知らない」が 11.1%であった。

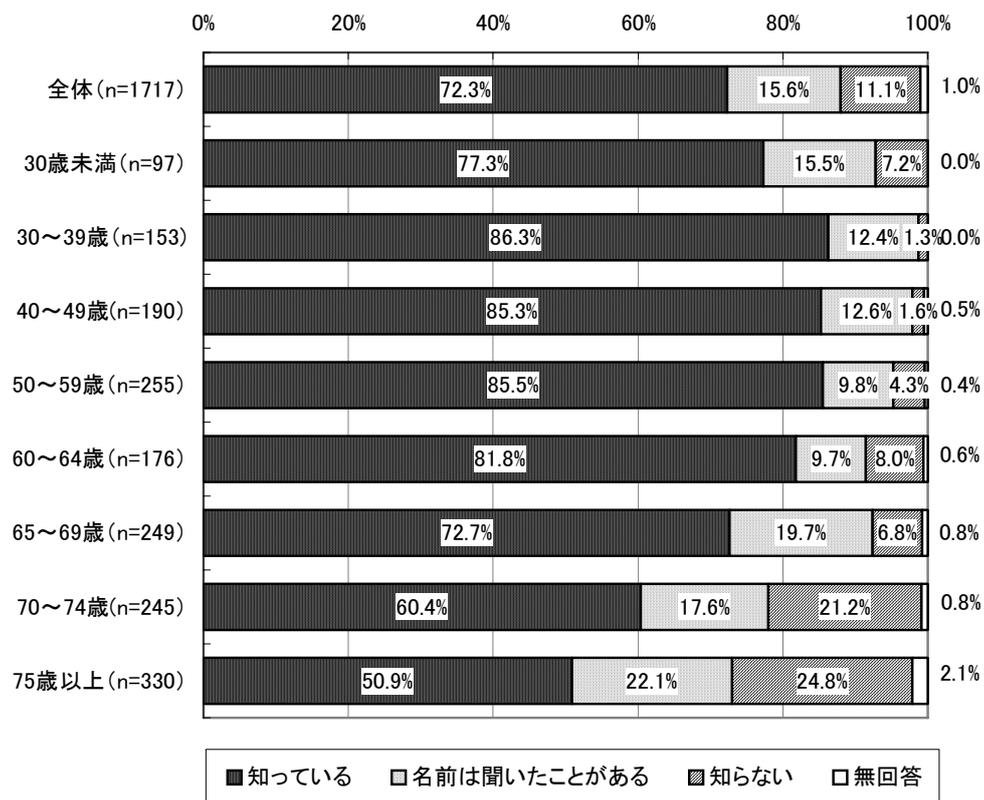
後発医薬品の認知状況について男女別にみると、後発医薬品を「知っている」という回答は、男性では 74.7%、女性では 70.5%となり、男性の方が女性よりも 4.2 ポイント高い結果となった。

図表 104 後発医薬品の認知状況（男女別）



後発医薬品の認知状況について年齢階層別にみると、年齢が高くなるにしたがって認知度が低くなる傾向がみられた。75歳以上では、後発医薬品を「知らない」という回答が24.8%と、4人に1人が後発医薬品を「知らない」という結果となった。

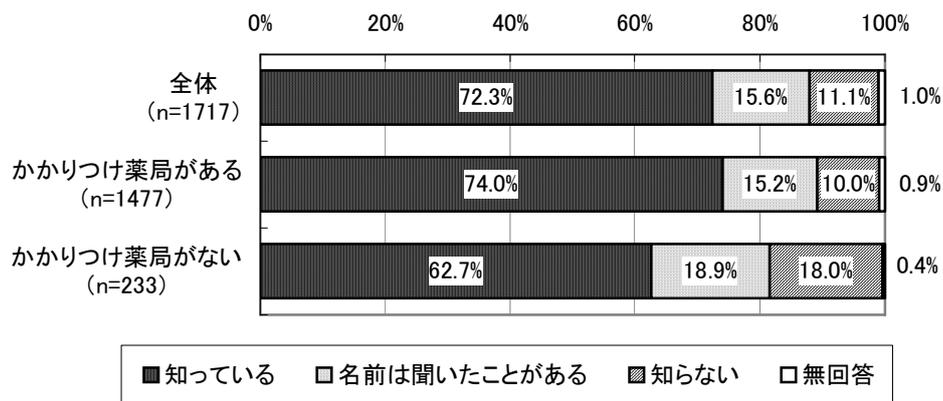
図表 105 後発医薬品の認知状況（年齢階層別）



後発医薬品の認知状況についてかかりつけ薬局の有無別にみると、後発医薬品を「知っている」という回答は、「かかりつけ薬局がある」患者では 74.0%、「かかりつけ薬局がない」患者では 62.7%となり、11.3 ポイントの格差があった。

一方、後発医薬品を「知らない」という回答割合をみると、「かかりつけ薬局がある」患者では 10.0%となったが、「かかりつけ薬局がない」患者では 18.0%と「かかりつけ薬局がある」患者と比較して 8 ポイント高い結果となった。

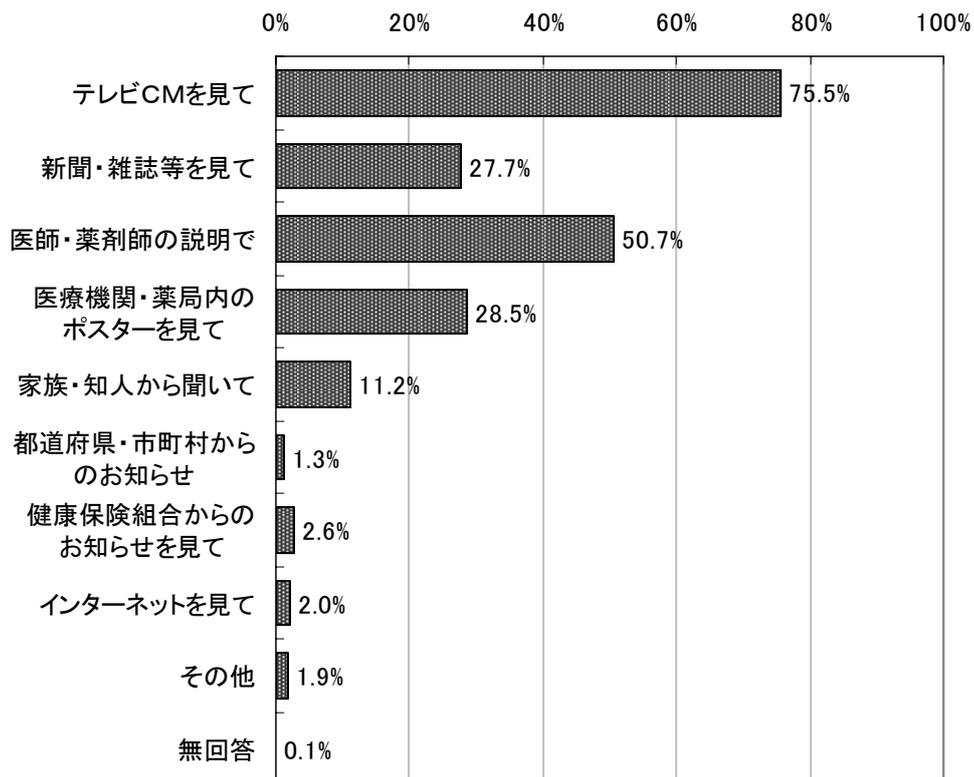
図表 106 後発医薬品の認知状況（かかりつけ薬局の有無別）



2) 後発医薬品の認知方法

後発医薬品の認知方法について、後発医薬品を知っている人にたずねたところ、「テレビCMを見て」(75.5%)が最も多く、次いで「医師・薬剤師の説明で」(50.7%)、「医療機関・薬局内のポスターを見て」(28.5%)、「新聞・雑誌等を見て」(27.7%)の順となった。

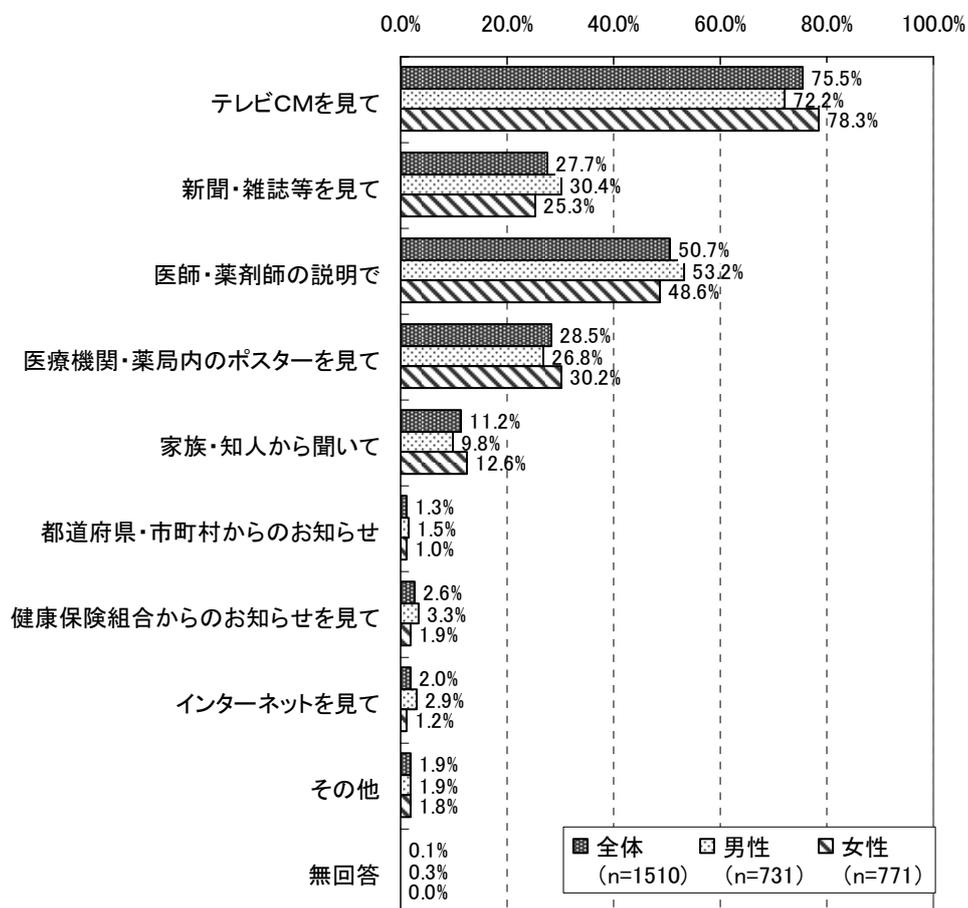
図表 107 後発医薬品の認知方法（後発医薬品を知っている人、n=1510）



後発医薬品の認知方法について男女別にみると、女性と比較して男性での回答割合が相対的に高かったのは、「新聞・雑誌等を見て」（男性が女性より 5.1 ポイント高い）、「医師・薬剤師の説明で」（男性が女性より 4.6 ポイント高い）であった。

一方、男性と比較して女性での回答割合が相対的に高かったのは、「テレビCMを見て」（女性が男性より 6.1 ポイント高い）、「医療機関・薬局内のポスターを見て」（女性が男性より 3.4 ポイント高い）、「家族・知人から聞いて」（女性が男性より 2.8 ポイント高い）であった。

図表 108 後発医薬品の認知方法（後発医薬品を知っている人、男女別、n=1510）



後発医薬品の認知方法について年齢階層別にみると、「テレビCMを見て」という回答割合がどの年齢層においても最も高かったが、65歳以上ではその割合が他の年齢層と比較して低くなる傾向がみられた。75歳以上では、「テレビCMを見て」が最も高いという点では他の年齢層と同じであるが、「医師・薬剤師の説明で」という回答割合が52.7%と高い結果となった。

図表 109 後発医薬品の認知方法（後発医薬品を知っている人、年齢階層別）

（単位：上段「人」、下段「%」）

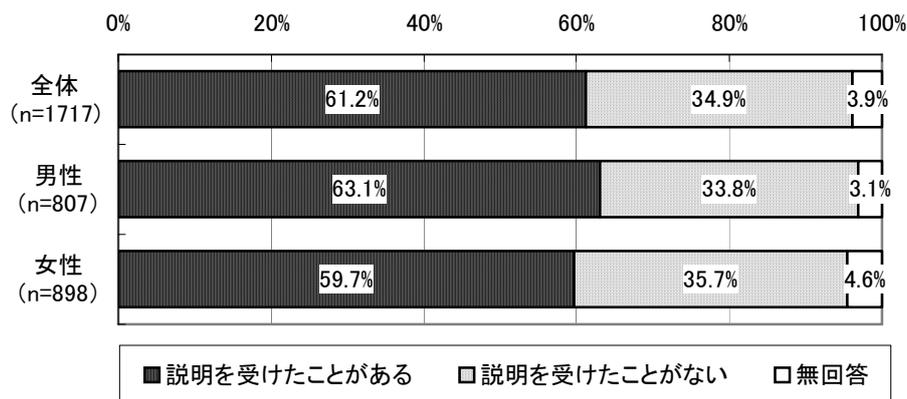
| | 総数 | 後発医薬品の認知方法 | | | | | | | | | |
|--------|---------------|--------------|-------------|-------------|------------------|-------------|-----------------|------------------|------------|-----------|----------|
| | | テレビCMを見て | 新聞・雑誌等を見て | 医師・薬剤師の説明で | 医療機関・薬局内のポスターを見て | 家族・知人から聞いて | 都道府県・市町村からのお知らせ | 健康保険組合からのお知らせを見て | インターネットを見て | その他 | 無回答 |
| 全体 | 1510 100.0 | 1140 75.5 | 418 27.7 | 766 50.7 | 430 28.5 | 169 11.2 | 19 1.3 | 39 2.6 | 30 2.0 | 28 1.9 | 2 0.1 |
| 30歳未満 | 90 100.0 | 64 71.1 | 14 15.6 | 42 46.7 | 25 27.8 | 14 15.6 | 0 0.0 | 0 0.0 | 2 2.2 | 5 5.6 | 0 0.0 |
| 30～39歳 | 151 100.0 | 126 83.4 | 37 24.5 | 69 45.7 | 49 32.5 | 9 6.0 | 2 1.3 | 3 2.0 | 9 6.0 | 6 4.0 | 0 0.0 |
| 40～49歳 | 186 100.0 | 154 82.8 | 66 35.5 | 106 57.0 | 60 32.3 | 12 6.5 | 4 2.2 | 7 3.8 | 9 4.8 | 5 2.7 | 0 0.0 |
| 50～59歳 | 243 100.0 | 206 84.8 | 86 35.4 | 112 46.1 | 80 32.9 | 35 14.4 | 7 2.9 | 12 4.9 | 1 0.4 | 5 2.1 | 0 0.0 |
| 60～64歳 | 161 100.0 | 119 73.9 | 44 27.3 | 86 53.4 | 45 28.0 | 20 12.4 | 0 0.0 | 4 2.5 | 1 0.6 | 1 0.6 | 0 0.0 |
| 65～69歳 | 230 100.0 | 174 75.7 | 56 24.3 | 122 53.0 | 68 29.6 | 25 10.9 | 1 0.4 | 3 1.3 | 5 2.2 | 1 0.4 | 0 0.0 |
| 70～74歳 | 191 100.0 | 136 71.2 | 59 30.9 | 96 50.3 | 52 27.2 | 24 12.6 | 0 0.0 | 5 2.6 | 1 0.5 | 3 1.6 | 0 0.0 |
| 75歳以上 | 241 100.0 | 147 61.0 | 54 22.4 | 127 52.7 | 49 20.3 | 30 12.4 | 5 2.1 | 4 1.7 | 1 0.4 | 2 0.8 | 2 0.8 |

3) 医師や薬剤師からの後発医薬品の説明の有無

医師や薬剤師からの後発医薬品の説明の有無について男女別にみると、全体では「説明を受けたことがある」が 61.2%、「説明を受けたことがない」が 34.9%であった。

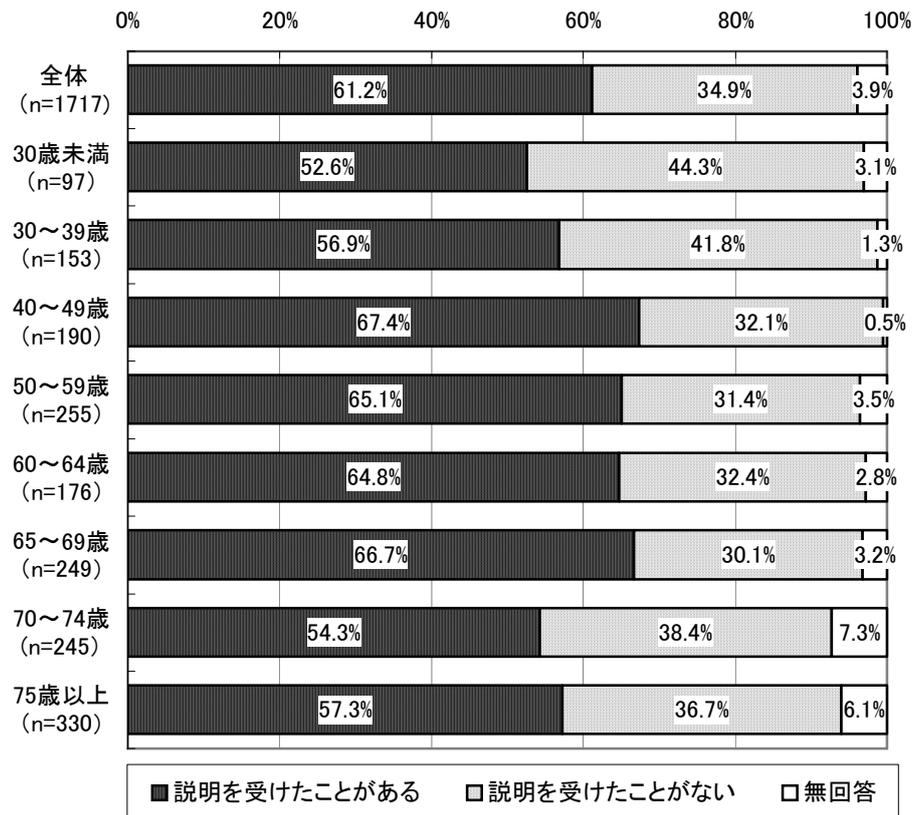
男女別にみると、女性は男性と比べて、「説明を受けたことがある」が 3.4 ポイント低かった。

図表 110 医師や薬剤師からの後発医薬品の説明の有無（男女別）



医師や薬剤師からの後発医薬品の説明の有無について年齢階層別にみると、40歳以上70歳未満では「説明を受けたことがある」が65%前後であるのに対し、40歳未満と70歳以上の各年齢層ではいずれも60%未満とやや低い数値となった。

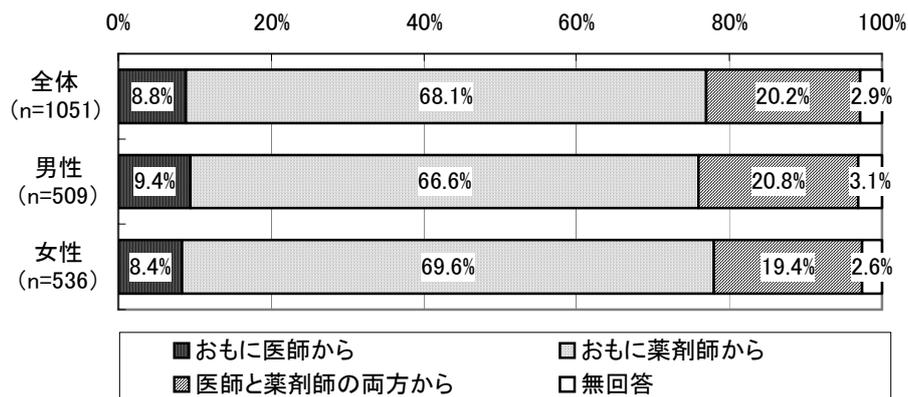
図表 111 医師や薬剤師からの後発医薬品の説明の有無（年齢階層別）



4) 後発医薬品の主な説明者

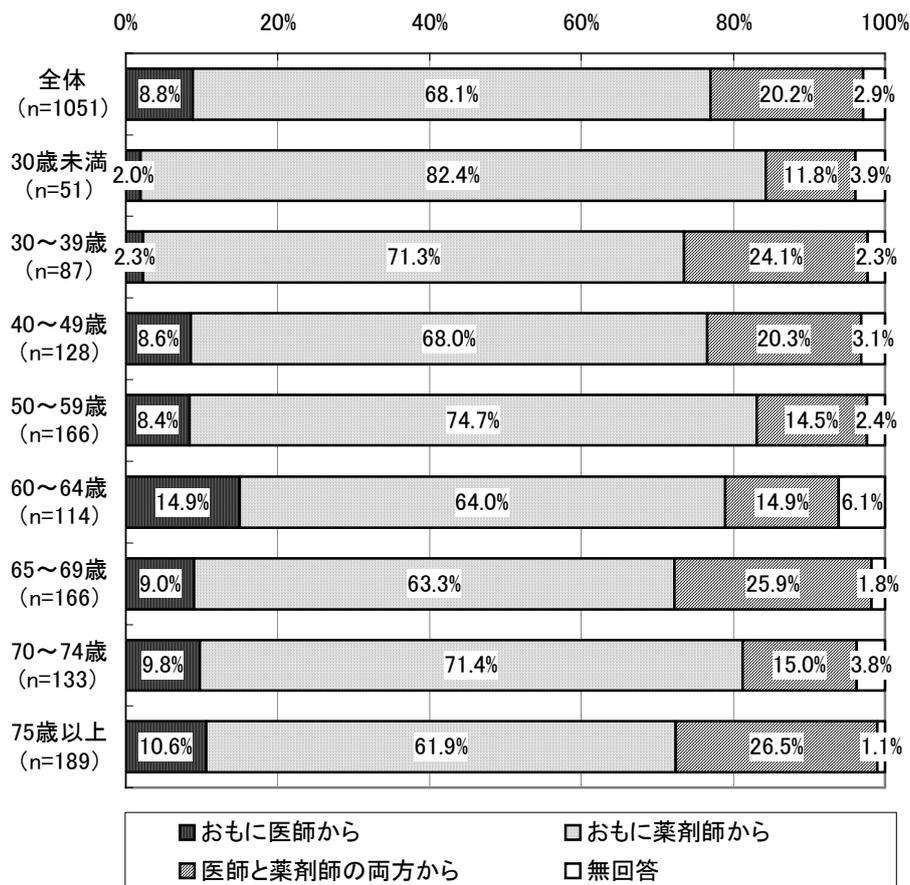
後発医薬品の主な説明者についてみると、「主に薬剤師から」が 68.1%で最も多かった。次いで、「医師と薬剤師の両方から」が 20.2%、「主に医師から」が 8.8%であった。男女による大きな差異はみられなかった。

図表 112 主な説明者（説明を受けたことがある人、男女別）



後発医薬品の主な説明者について年齢階層別にみると、どの年齢層においても「おもに薬剤師から」が6割を超え、最も多かった。「30～39歳」、「65～69歳」、「75歳以上」では、「医師と薬剤師の両方から」が「全体」や他の年齢層と比較して相対的に高い結果となった。

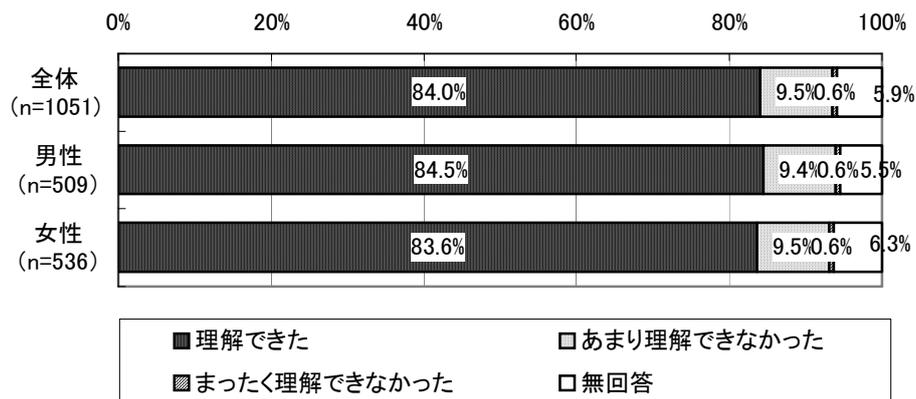
図表 113 主な説明者（説明を受けたことがある人、年齢階層別）



5) 後発医薬品についての説明内容の理解度

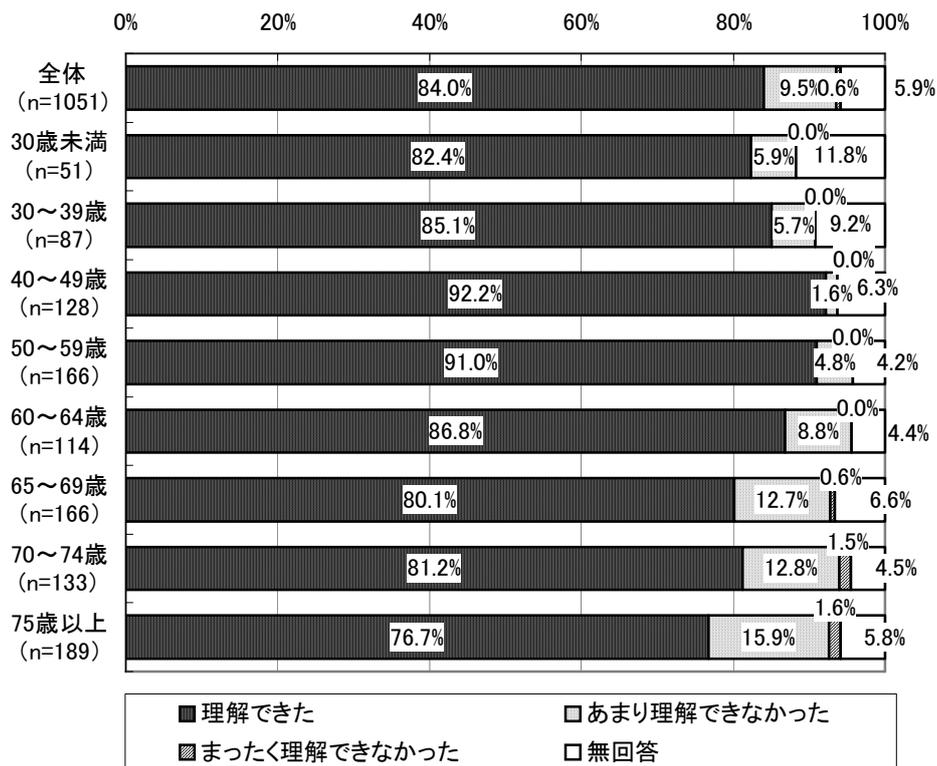
後発医薬品についての説明内容の理解度についてみると、「理解できた」が 84.0%、「あまり理解できなかった」が 9.5%、「まったく理解できなかった」が 0.6%であった。男女別にみても、大きな差異はみられなかった。

図表 114 説明された内容の理解度（説明を受けたことがある人、男女別）



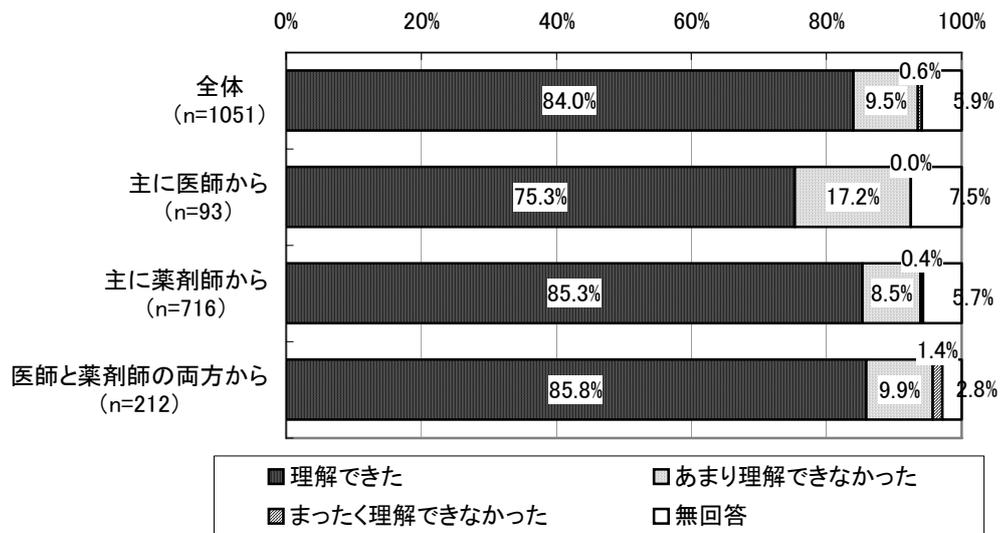
後発医薬品についての説明内容の理解度について年齢階層別にみると、どの年齢層も「理解できた」が最も多いが、その割合は、「65～69歳」では80.1%、「70～74歳」では81.2%、「75歳以上」では76.7%となっており、「全体」や他の年齢層と比較して低い結果となった。60歳以上についてみると、年齢層が高くなるにしたがって、「あまり理解できなかった」「まったく理解できなかった」の割合が高くなる傾向がみられた。

図表 115 説明された内容の理解度（説明を受けたことがある人、年齢階層別）



後発医薬品についての説明内容の理解度について「主な説明者」別にみると、「おもに医師から」と回答した患者では「理解できた」が75.3%、「あまり理解できなかった」が17.2%であった。「おもに薬剤師から」と回答した患者では「理解できた」が85.3%、「あまり理解できなかった」が8.5%であった。また、「医師と薬剤師の両方から」と回答した患者では「理解できた」が85.8%、「あまり理解できなかった」が9.9%となった。

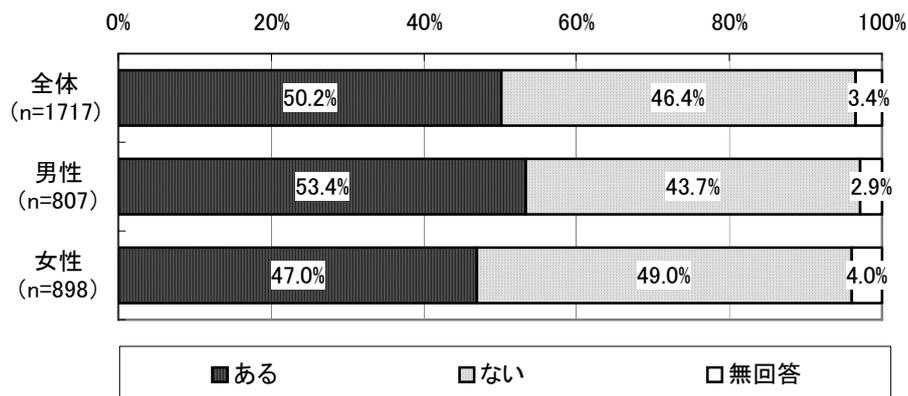
図表 116 説明された内容の理解度（説明を受けたことがある人、主な説明者別）



6) 後発医薬品の使用経験の有無

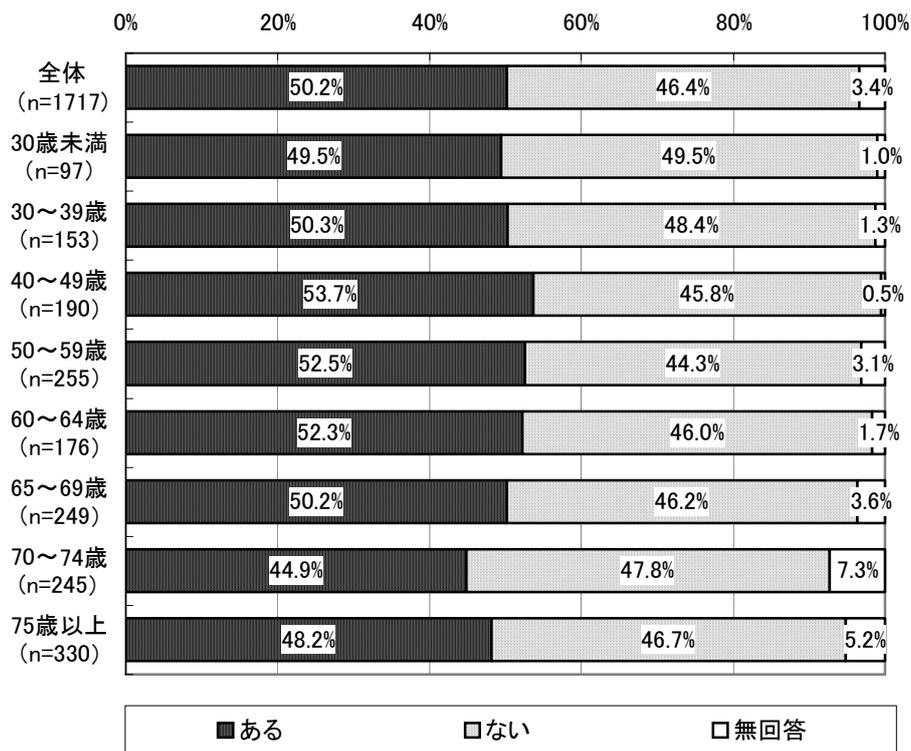
後発医薬品の使用経験の有無についてみると、全体では、後発医薬品の使用経験が「ある」が50.2%、「ない」が46.4%であった。男女別にみると、男性は女性と比較して「ある」という回答が6.4ポイント高い結果となった。

図表 117 後発医薬品の使用経験の有無（男女別）



後発医薬品の使用経験の有無について年齢階層別にみると、「40～49歳」では使用経験が「ある」という回答が53.7%で、すべての年齢層で最も高い割合となった。一方、「70～74歳」では「ある」が44.9%で最も低い結果となった。

図表 118 後発医薬品の使用経験の有無（年齢階層別）

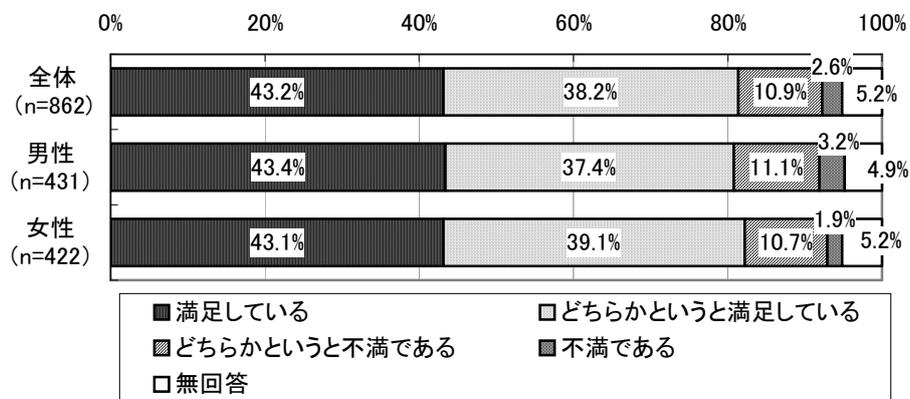


7) 後発医薬品を使用した満足度

後発医薬品を使用した満足度についてみると、「満足している」が 43.2%、「どちらかという満足している」が 38.2%、「どちらかという不満である」が 10.9%、「不満である」が 2.6%であった。

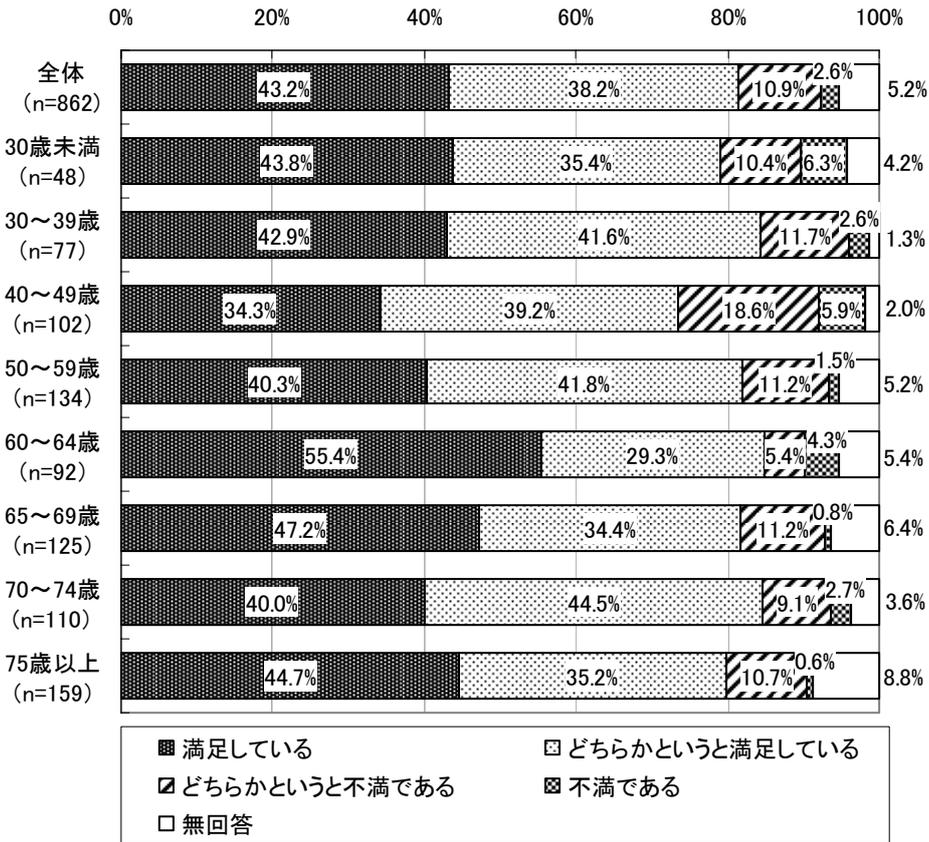
男女別にみると、満足とする回答（「満足している」と「どちらかという満足している」を合計した割合）は男女ともに 8 割を超え、不満とする回答（「どちらかという不満である」と「不満である」を合計した割合）は 1 割程度となった。

図表 119 後発医薬品の使用の満足度（使用経験ある人、男女別）



後発医薬品を使用した満足度について年齢階層別にみると、満足しているという回答（「満足している」と「どちらかという満足している」を合計した割合）は、「40～49歳」では73.5%とやや低くなっているものの、他の年齢層ではおよそ8割前後となった。

図表 120 後発医薬品の使用の満足度（使用経験のある人、年齢階層別）

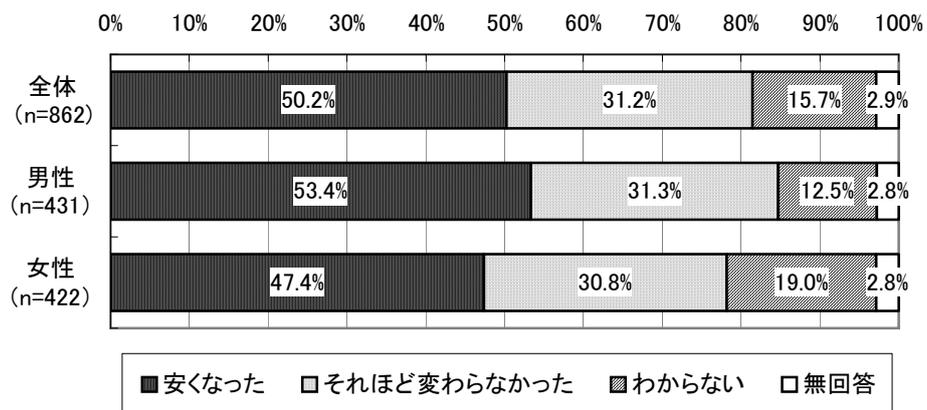


7) 窓口での薬代の負担感

窓口での薬代の負担感について、後発医薬品の使用経験のある人にたずねたところ、「全体」では「安くなった」が 50.2%、「それほど変わらなかった」が 31.2%、「わからない」が 15.7%であった。

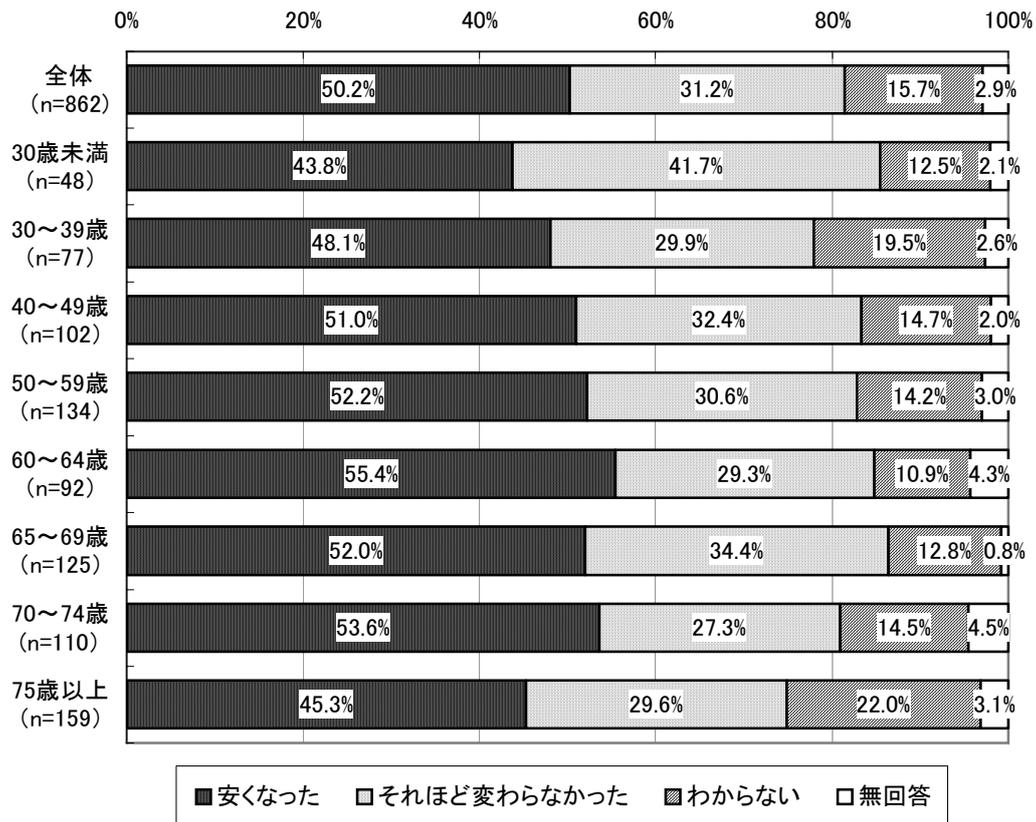
男女別にみると、男性では「安くなった」が 53.4%となり、女性と比較して「安くなった」という回答が 6 ポイント高い結果となった。

図表 121 窓口での薬代の負担感（使用経験のある人、男女別）



窓口での薬代の負担感について年齢階層別にみると、30歳未満と75歳以上では「安くなった」という回答が「全体」や他の年齢層と比較して低かった。「30～39歳」と「75歳以上」では「わからない」という回答がおよそ2割を占めており、他の年齢層と比較して相対的に高い結果となった。

図表 122 窓口での薬代の負担感（使用経験のある人、年齢階層別）

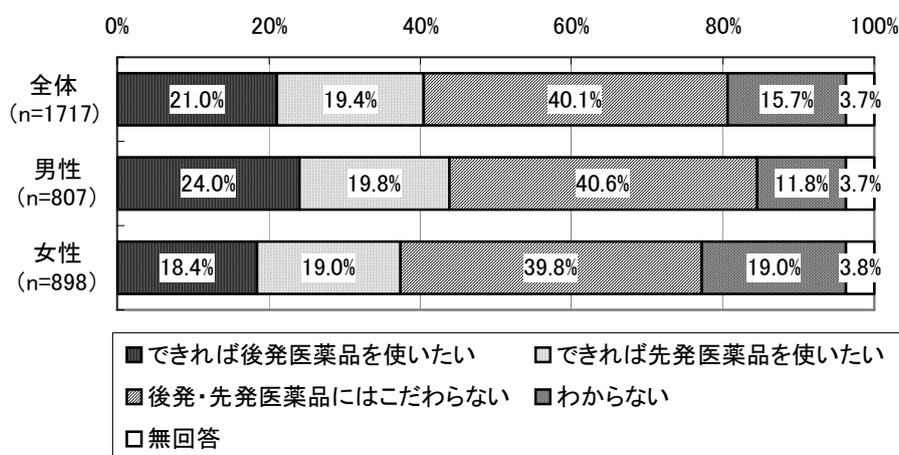


8) 今後の後発医薬品使用に対する考え方

今後の後発医薬品使用に対する考え方についてみると、全体では、「後発医薬品・先発医薬品にこだわらない」が 40.1%で最も多く、次いで「できれば後発医薬品を使いたい」が 21.0%、「できれば先発医薬品を使いたい」が 19.4%、「わからない」が 15.7%であった。

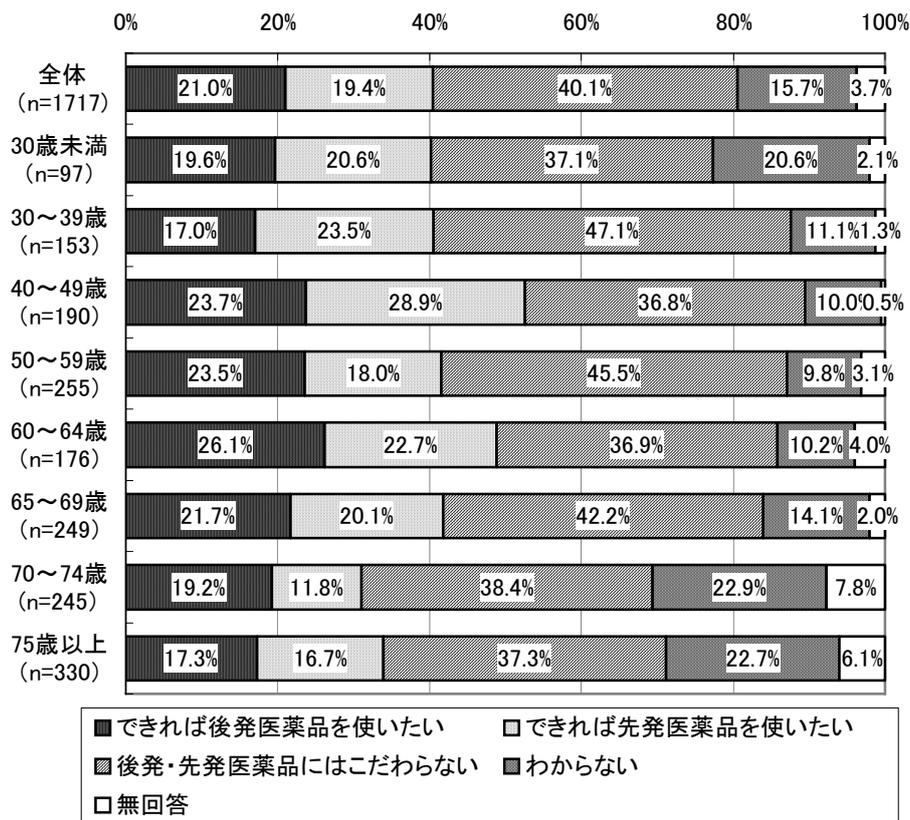
男女別にみると、男性では「できれば後発医薬品を使いたい」が 24.0%となっており、女性（18.4%）と比較して、5.6 ポイント高い結果となった。

図表 123 後発医薬品使用に対する考え方（男女別）



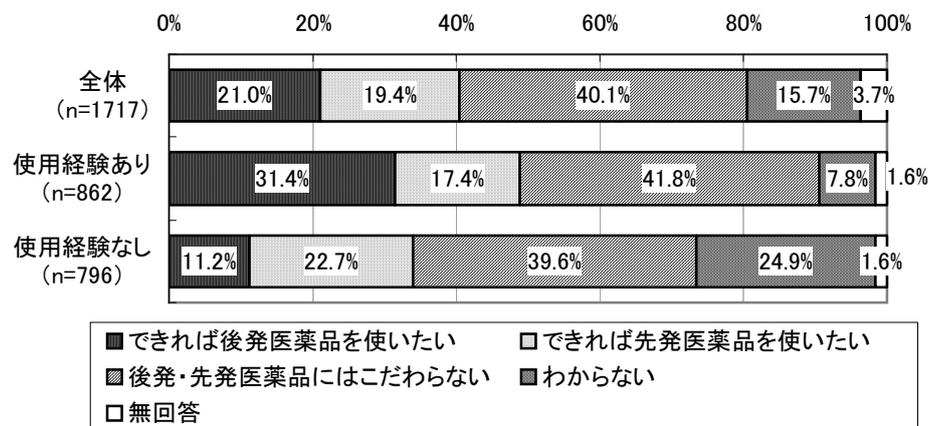
後発医薬品使用に対する考え方について年齢階層別にみると、50歳未満までの年齢階層では「できれば後発医薬品を使いたい」に比べ「できれば先発医薬品を使いたい」の割合が高いが、50歳以降では逆転しており、「できれば後発医薬品を使いたい」が「できれば先発医薬品を使いたい」を上回る数値となった。

図表 124 後発医薬品使用に対する考え方（年齢階層別）



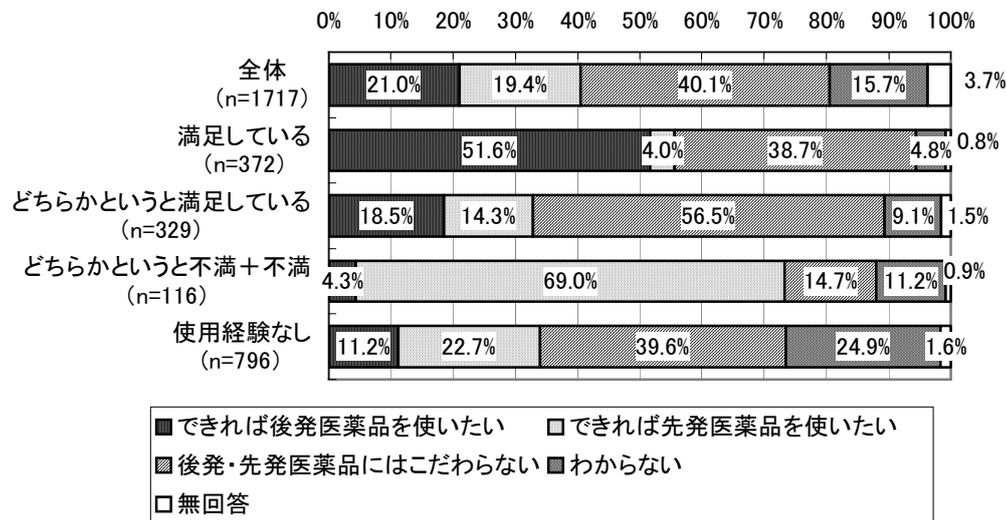
後発医薬品使用に対する考え方について後発医薬品の使用経験別にみると、「使用経験あり」の患者では「できれば後発医薬品を使いたい」が31.4%となり、「使用経験なし」の患者の回答（11.2%）と比較して20.2ポイント高い結果となった。「使用経験なし」の患者では「わからない」が24.9%となっており、「使用経験あり」の患者と比較して17.1ポイント高かった。

図表 125 後発医薬品使用に対する考え方（後発医薬品の使用経験別）



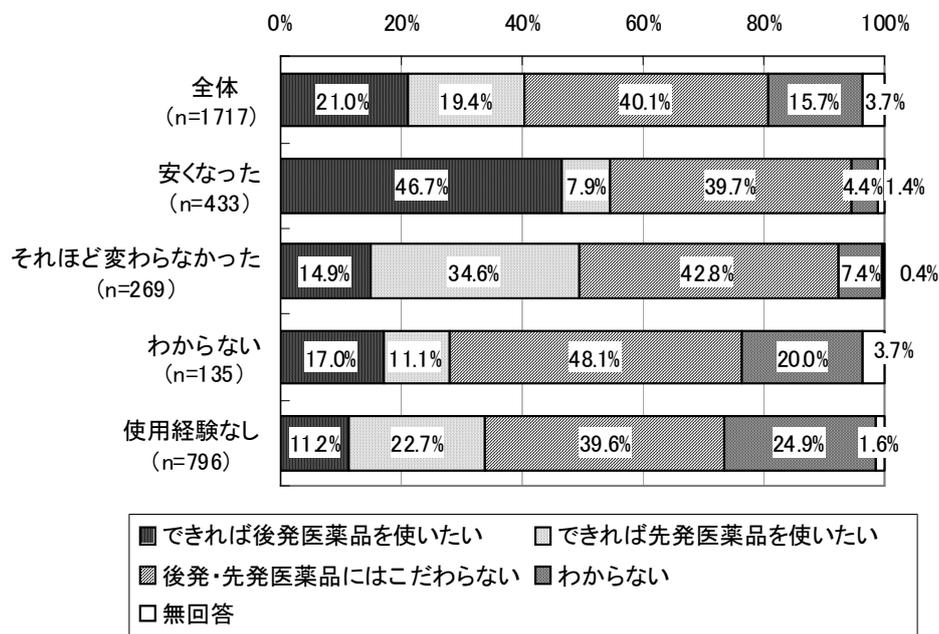
後発医薬品使用に対する考え方について後発医薬品に対する満足度別にみると、「後発医薬品に満足している」という患者では「できれば後発医薬品を使いたい」(51.6%)が最も多く、次いで「後発・先発医薬品にはこだわらない」(38.7%)、「できれば先発医薬品を使いたい」(4.0%)の順となった。また、「どちらかという満足している」という患者では「後発・先発医薬品にはこだわらない」(56.5%)が最も多く、次いで「できれば後発医薬品を使いたい」(18.5%)、「できれば先発医薬品を使いたい」(14.3%)の順となった。「どちらかという不満+不満」の患者では「できれば先発医薬品を使いたい」(69.0%)が最も多く、次いで「後発・先発医薬品にはこだわらない」(14.7%)、「できれば後発医薬品を使いたい」(4.3%)の順となった。

図表 126 後発医薬品使用に対する考え方（後発医薬品に対する満足度別）



後発医薬品使用に対する考え方について窓口での薬代の負担感別にみると、「安くなった」という患者では「できれば後発医薬品を使いたい」(46.7%)が最も多く、次いで「後発・先発医薬品にはこだわらない」(39.7%)、「できれば先発医薬品を使いたい」(7.9%)の順となった。また、窓口の負担が「それほど変わらなかった」という患者では「後発・先発医薬品にはこだわらない」(42.8%)が最も多く、次いで「できれば先発医薬品を使いたい」(34.6%)、「できれば後発医薬品を使いたい」(14.9%)の順となった。

図表 127 後発医薬品使用に対する考え方（窓口の薬代の負担感別）

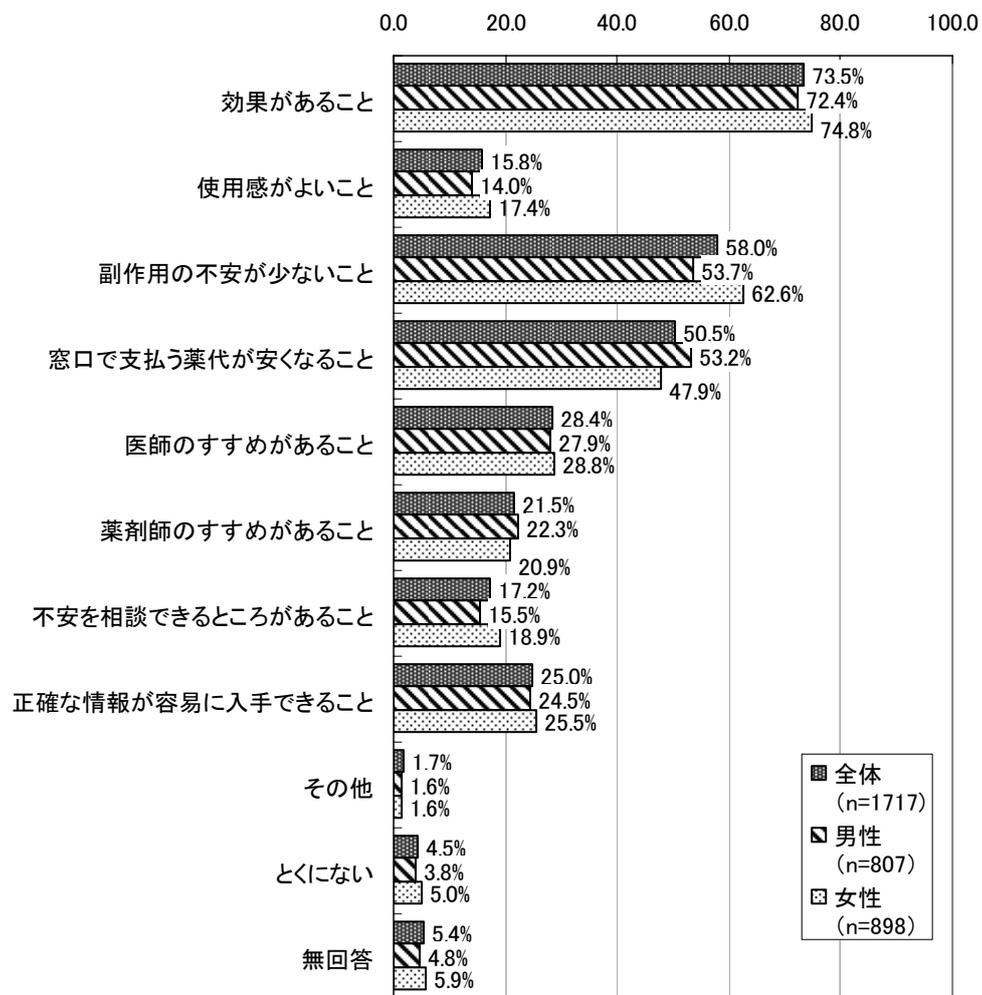


9) 後発医薬品を使用するにあたって必要なこと

後発医薬品を使用するにあたって必要なことについてみると、「全体」では、「効果があること」(73.5%)が最も高く、次いで「副作用の不安が少ないこと」(58.0%)、「窓口で支払う薬代が安くなること」(50.5%)となった。

男女別にみると、男女ともに「効果があること」(男性72.4%、女性74.8%)が最も高く、次いで「副作用の不安が少ないこと」(男性53.7%、女性62.6%)、「窓口で支払う薬代が安くなること」(男性53.2%、女性47.9%)の順となった。女性では男性と比較して「副作用の不安が少ないこと」の回答割合が8.9ポイント高い結果となった。一方、男性では女性と比較して「窓口で支払う薬代が安くなること」の回答割合が5.3ポイント高い結果となった。

図表 128 後発医薬品を使用するにあたって必要なこと（複数回答、男女別）



(注)「全体」には性別について無回答だった12人が含まれている。

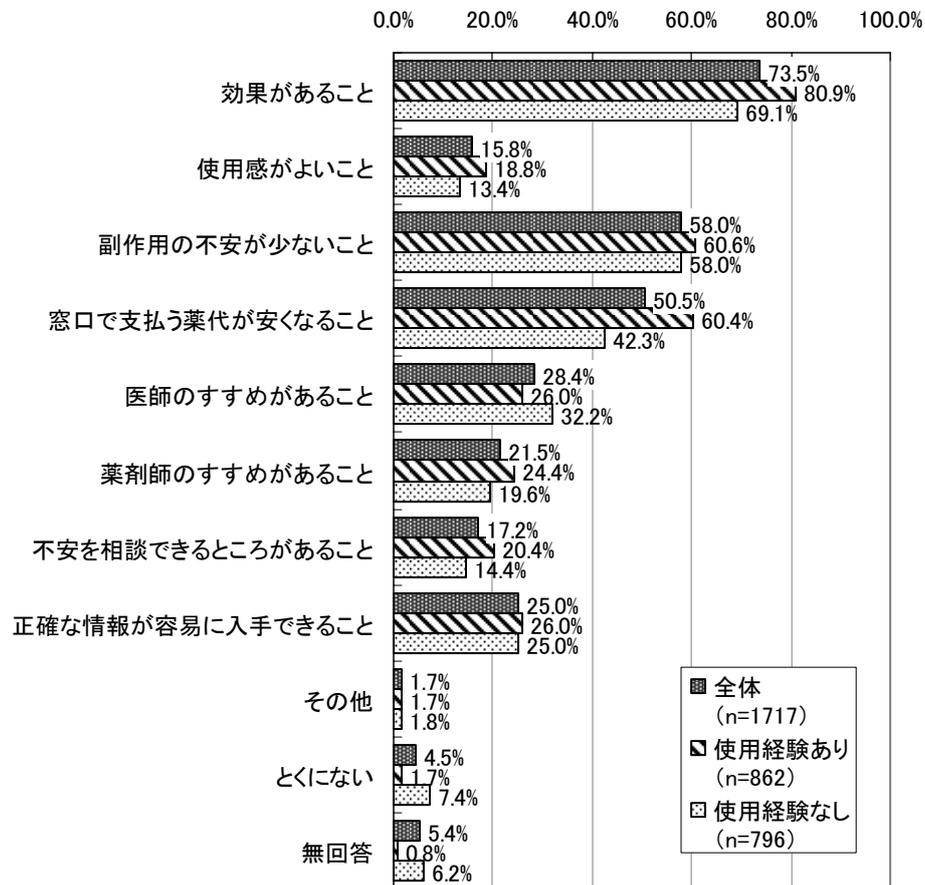
後発医薬品を使用するにあたって必要なことについて年齢階層別にみると、どの年齢層においても「効果があること」、「副作用の不安が少ないこと」、「窓口で支払う薬代が安くなること」が上位を占めている。また、年齢層が高くなるにしたがって、「医師のすすめがあること」、「薬剤師のすすめがあること」が高くなる傾向がみられた。

図表 129 後発医薬品の使用に必要なこと（複数回答、年齢階層別）

| | 総数 | 効果があること | 使用感がよいこと | 副作用の不安が少ないこと | 窓口で支払う薬代が安くなること | 医師のすすめがあること | 薬剤師のすすめがあること | 不安を相談できるところがあること | 正確な情報が容易に入手できること | その他 | とくにない | 無回答 |
|--------|---------------|--------------|-------------|--------------|-----------------|-------------|--------------|------------------|------------------|-----------|-----------|------------|
| 全体 | 1717 100.0 | 1262 73.5 | 271 15.8 | 996 58.0 | 867 50.5 | 488 28.4 | 369 21.5 | 295 17.2 | 429 25.0 | 29 1.7 | 77 4.5 | 92 5.4 |
| 30歳未満 | 97 100.0 | 82 84.5 | 23 23.7 | 62 63.9 | 51 52.6 | 24 24.7 | 18 18.6 | 17 17.5 | 24 24.7 | 6 6.2 | 3 3.1 | 0 0.0 |
| 30～39歳 | 153 100.0 | 127 83.0 | 36 23.5 | 96 62.7 | 89 58.2 | 33 21.6 | 24 15.7 | 22 14.4 | 30 19.6 | 5 3.3 | 7 4.6 | 3 2.0 |
| 40～49歳 | 190 100.0 | 154 81.1 | 40 21.1 | 131 68.9 | 103 54.2 | 47 24.7 | 39 20.5 | 36 18.9 | 51 26.8 | 5 2.6 | 6 3.2 | 3 1.6 |
| 50～59歳 | 255 100.0 | 207 81.2 | 37 14.5 | 169 66.3 | 146 57.3 | 67 26.3 | 55 21.6 | 45 17.6 | 87 34.1 | 4 1.6 | 10 3.9 | 5 2.0 |
| 60～64歳 | 176 100.0 | 133 75.6 | 21 11.9 | 98 55.7 | 93 52.8 | 55 31.3 | 41 23.3 | 34 19.3 | 49 27.8 | 1 0.6 | 4 2.3 | 6 3.4 |
| 65～69歳 | 249 100.0 | 178 71.5 | 36 14.5 | 153 61.4 | 131 52.6 | 67 26.9 | 51 20.5 | 46 18.5 | 66 26.5 | 2 0.8 | 7 2.8 | 13 5.2 |
| 70～74歳 | 245 100.0 | 160 65.3 | 29 11.8 | 121 49.4 | 105 42.9 | 71 29.0 | 58 23.7 | 47 19.2 | 61 24.9 | 3 1.2 | 18 7.3 | 28 11.4 |
| 75歳以上 | 330 100.0 | 205 62.1 | 46 13.9 | 158 47.9 | 134 40.6 | 115 34.8 | 78 23.6 | 46 13.9 | 55 16.7 | 2 0.6 | 21 6.4 | 33 10.0 |

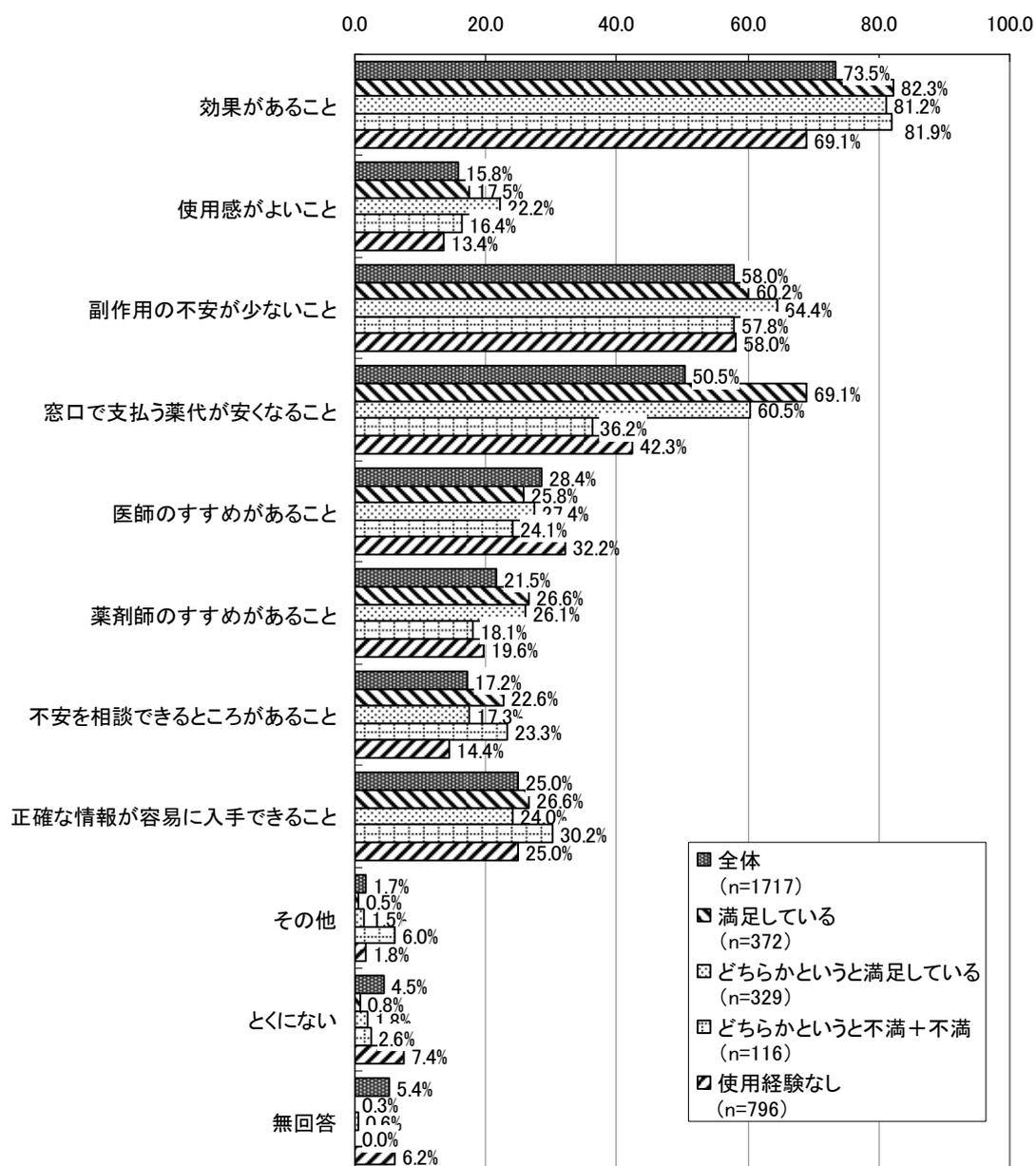
後発医薬品を使用するにあたって必要なことについて後発医薬品の使用経験の有無別にみると、使用経験の有無にかかわらず「効果があること」（あり 80.9%、なし 69.1%）が最も高く、次いで「副作用の不安が少ないこと」（同 60.6%、58.0%）、「窓口で支払う薬代が安くなること」（同 60.4%、42.3%）の順となった。後発医薬品の使用経験の有無による差異がみられたのは「窓口で支払う薬代が安くなること」であり、使用経験がある患者では使用経験がない患者と比較して 18.1 ポイント高かった。また、「効果があること」でも同様に 11.8 ポイント高い結果となった。

図表 130 後発医薬品を使用するにあたって必要なこと
（複数回答、後発医薬品の使用経験の有無別）



後発医薬品を使用するにあたって必要なことについて後発医薬品に対する満足度別にみると、後発医薬品に「満足している」という患者では、「効果があること」(82.3%)、「窓口で支払う薬代が安くなること」(69.1%)、「副作用の不安が少ないこと」(60.2%)の順であった。「どちらかという満足している」という患者では、「効果があること」(81.2%)、「副作用の不安が少ないこと」(64.4%)、「窓口で支払う薬代が安くなること」(60.5%)の順であった。「どちらかという不満+不満」という患者では、「効果があること」(81.9%)、「副作用の不安が少ないこと」(57.8%)、「窓口で支払う薬代が安くなること」(36.2%)の順であった。

図表 131 後発医薬品を使用するにあたって必要なこと（複数回答、満足度別）



6. まとめ

本調査より明らかになった点は、以下のとおりである。

【保険薬局調査】

- ・ 薬局の組織形態は、85.0%が「法人」であった（図表 2）。また、法人の種類は、「有限会社」が法人薬局の 54.6%、「株式会社」が 42.3%であった（図表 3）。
- ・ 算定している調剤基本料は、「調剤基本料（40 点）」が 98.9%であった（図表 6）。また、基準調剤加算は、「基準調剤加算 1（10 点）」が 42.4%、「基準調剤加算 2（30 点）」が 13.6%、「算定していない」が 42.8%であった（図表 7）。
- ・ 後発医薬品調剤体制加算を「算定している」が 78.6%、「算定していない」が 21.1%であった（図表 8）。
- ・ 平成 20 年 1 月から 12 月までの毎月の後発医薬品調剤率については、1 月の平均値は 40.2%、中央値が 38.0%であったが、毎月わずかながらも増加傾向がみられ、12 月の平均値は 43.9%、中央値は 41.7%となった（図表 9）。
- ・ 薬局で受け付けている処方せんの発行医療機関数の、1 薬局あたりの平均は 29.2 件であった。このうち「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等が 9 割以上ある処方せん発行医療機関数は平均 7.0 件であり、処方せん発行医療機関全体に占める割合は 24.0%となった（図表 11）。
- ・ 特定の保険医療機関に係る処方せん割合（最も多いもの）が「70%超」と回答した薬局が 65.2%で最も多かった（図表 13）。
- ・ 平成 20 年 12 月 1 か月分のすべての取り扱い処方せん 486,352 枚における「後発医薬品への変更不可」欄への処方医の署名等の有無は、「署名なし」が 65.6%（318,896 枚）、「署名あり」が 34.4%（167,456 枚）であった（図表 19）。また、「署名なし」の処方せん 318,896 枚のうち、実際に「1 品目でも先発医薬品を後発医薬品に変更した」処方せんは 6.1%であった（図表 20）。
- ・ 「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がある処方せん 167,456 枚のうち、「後発医薬品の銘柄指定あり」が 41.6%、「後発医薬品の銘柄指定なし」が 58.4%であった（図表 21）。
- ・ 平成 20 年 12 月 1 か月分で、「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せんの取り扱いが 1 枚以上あった薬局は 81.0%（765 薬局）であった（図表 22）。また、そのうち「それらの処方せんで 1 枚以上、実際に 1 品目でも先発医薬品から後発医薬品へ変更した薬局」は 71.0%（543 薬局）であった（図表 23）。
- ・ 平成 20 年 12 月 1 か月間に調剤したすべての医薬品に占める後発医薬品の割合（数量ベース）は、「10%以上 20%未満」が 19.5%で最も多く、次いで「30%以上 40%未満」が 10.6%、「20%以上 30%未満」が 10.4%、「10%未満」が 9.9%となった（図表 25）。また、平均値は 27.0%、中央値は 22.0%であった（図表 26）。

- ・ 後発医薬品への変更可能な処方せんを持参した患者のうち、後発医薬品についての説明を行った患者の割合は、「10%未満」の薬局が 37.5%で最も多かった。次いで「10%以上 30%未満」が 20.1%となった。一方で、「90%以上」の薬局が 10.1%あり、ばらつきがみられた（図表 27）。
- ・ 薬局において後発医薬品についての説明を行った患者のうち、後発医薬品の使用を希望しなかった患者の割合についても、「10%未満」の薬局が 24.2%で最も多かった。一方で、「90%以上」の薬局も 13.7%あり、ばらつきがみられた（図表 28）。
- ・ 薬局において後発医薬品についての説明を行ったにもかかわらず、患者が後発医薬品の使用を希望しなかった最大の理由は、「薬剤料等（患者自己負担額）の差額が小さいから」（37.5%）、「後発医薬品に対する不安があるから」（35.6%）であった（図表 29）。
- ・ 患者 1 人に要する「後発医薬品説明＋一般的服薬指導の合計時間（後発医薬品についての説明と一般的な服薬指導の両方を行う場合）」の平均は、初回が 10.9 分、2 回目以降が 6.0 分であった。「一般的な服薬指導時間」の平均が 5.8 分であることから、2 回目以降の患者の場合、一般的な服薬指導時間と大きくは変わらなかった（図表 33）。
- ・ 平成 20 年 12 月以前に後発医薬品への変更調剤を行った患者のうち、医療機関が、薬局で変更した当該後発医薬品の銘柄処方しに切り替えた患者数の割合については「0%」が 29.9%で最も多く、次いで「10%未満」が 18.4%となった。一方で「90%以上」と回答した薬局が 11.3%となった（図表 34）。
- ・ 後発医薬品への変更可能な処方せんを持参した患者のうち、当該後発医薬品の在庫がなくて後発医薬品に変更できなかった患者の割合が、「10%未満」という薬局が 44.4%で最も多かった。一方で、50%以上という薬局は合計 16.3%となった（図表 35）。
- ・ 後発医薬品の備蓄品目数は、平成 19 年 12 月時点では平均 97.3 品目であったのが平成 20 年 12 月時点では 125.5 品目となり、増加率は 29.0%となった。また、備蓄医薬品全品目に占める後発医薬品の備蓄品目数の割合は、平成 19 年 12 月時点では 12.8%であったが、平成 20 年 12 月時点では 15.3%とシェアが増加した（図表 36）。
- ・ 先発医薬品と同じ剤形の後発医薬品が薬価収載されていない先発医薬品の備蓄品目数は、先発医薬品が OD 錠のものについては平均 3.9 品目、OD 錠以外のものについては平均 87.5 品目となった（図表 37）。
- ・ 在庫がなくて後発医薬品に変更できないケースをないようにするために必要な後発医薬品の備蓄品目数は、平均値が 275.1 品目、中央値が 200 品目であった（図表 38）。
- ・ 採用している後発医薬品を選択した理由としては、「迅速かつ安定的に製造販売業者や卸業者から入手できる」が 75.2%で最も多く、次いで、「後発医薬品メーカーによる品質に関する情報開示の程度」が 58.7%、「近隣の保険医療機関・保険薬局への納入実績の程度」が 39.1%となった（図表 39）。
- ・ 後発医薬品への変更が可能な処方せんを受け付けたが、後発医薬品に変更しなかった場合について、今後、薬局の立場で後発医薬品への変更を進めてもよいと思う場合（1 つだけ）として、「医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知

徹底」が 19.5%で最も多く、次いで、「剤形・規格の違いにかかわらず銘柄変更調剤ができる環境の整備」が 17.8%、「後発医薬品メーカーによる情報提供や安定供給体制の確保」と「後発医薬品に対する患者の理解」がそれぞれ 15.4%となった（図表 40）。

- ・ 後発医薬品への変更調剤に係る医療機関（医師）への情報提供の頻度としては、「新規の変更調剤を実施したときのみ」が 52.8%で最も多く、次いで「変更調剤（2回目以降を含む）を実施した都度」が 35.3%となった（図表 41）。
- ・ 近隣医療機関（医師）に対して後発医薬品リストを「提供していない」という薬局が 73.2%、「提供している」が 24.6%であった（図表 44）。また、医療機関へのリストの提供方法としては「薬局単独で提供している」が 87.5%で最も多かった（図表 45）。
- ・ 後発医薬品調剤についての考え方としては、「あまり積極的には取り組んでいない」が 33.5%で最も多かった（図表 46）。その理由としては、「品質に疑問があるため」、「安定供給体制が不備であるため」、「近隣医療機関が使用に消極的なため」がいずれも 40.2%で最も多かった（図表 47）。
- ・ 後発医薬品の品質保証の方法について、「理解している」が 8.1%、「ある程度理解している」が 63.0%、「あまり理解していない」が 23.8%であった（図表 48）。
- ・ 調査票の様式 2 に記載のあった薬剤料の状況についてみると、記載銘柄により調剤した場合の薬剤料は平均 754.5 点であった。一方、実際に調剤した薬剤料は、平均 582.2 点で、記載銘柄により調剤した場合の薬剤料に対する、実際に調剤した薬剤料の割合は、平均 77.2%であった（図表 49）。
- ・ 患者一部負担金割合別に薬剤料の変化をみると、記載銘柄により調剤した場合の薬剤料に対する、実際に調剤した薬剤料の割合は、0 割負担（自己負担なし）では 86.2%、1 割負担では 79.9%、3 割負担では 74.7%であった（図表 50）。

【診療所・病院・医師調査】

- ・ 診療所と病院における「医薬品備蓄品目数」（それぞれ平均値は 123.4 品目、711.9 品目）のうち、「後発医薬品の備蓄品目数」（同 25.3 品目、86.0 品目）の占める割合は、診療所が 20.5%、病院が 12.1%であった（図表 62）。
- ・ 後発医薬品の備蓄状況は、診療所では「1 品目～50 品目未満」が 47.7%、「0 品目」が 26.2%であり、50 品目未満が 7 割を超えた。病院では、「50 品目～100 品目未満」が 37.4%で最も多く、次いで「1 品目～50 品目未満」が 28.8%となった（図表 63）。
- ・ 病院で使用している後発医薬品リストの薬局等への提供状況については、「提供していない」が 59.2%で最も多かった。「近隣薬局や地域の薬剤師会に提供している」が 10.1%、「地域の薬剤師会に提供している」が 6.4%、「近隣の薬局に提供している」が 18.1%であった（図表 64）。
- ・ 入院患者に対する後発医薬品の使用状況についてみると、有床診療所、病院ともに「後発医薬品のあるものの一部を使用」（それぞれ 39.0%、50.0%）が最も多かった。「後発医薬品があるものは積極的に使用」という割合は有床診療所が 16.9%、病院が 32.8%で

あった（図表 66）。

- DPC 対応状況別にみた、病院における入院患者に対する後発医薬品の使用状況については、DPC 対象病院では「後発医薬品のあるものの一部を使用」が 52.9%で最も多く、「後発医薬品があるものは積極的に使用」（17.6%）を合わせると 70.5%であった。他の病院と比較すると、「後発医薬品をほとんど使用していない」という回答割合が高かった（図表 67）。
- 入院患者に対して後発医薬品を使用して問題が生じたという経験の有無についてみると、有床診療所、病院ともに「ない」（それぞれ 63.0%、82.2%）が大半を占めた（図表 68）。一方で、「ある」と回答した 54 病院における、生じた問題の内容をみると、「供給体制上の問題」（「ある」と回答した病院の 48.1%）、「品質上の問題」（同 40.7%）、「メーカーの情報提供体制上の問題」（同 31.5%）であった（図表 69）。
- 1 年前と比較した入院患者に対する後発医薬品の供給体制については、有床診療所の 12.3%、病院の 23.0%が「改善した」と回答した。また、「変わらない」が最も多く、有床診療所の 58.9%、病院の 71.8%となった（図表 70）。
- 診療所 733 施設における院外処方せんの発行状況は、「発行している」施設が 66.3%（486 施設）であった（図表 71）。
- 病院における、外来患者への院内投薬に際しての後発医薬品使用についての施設としての対応方針は、「個々の医師の判断による」が 46.9%で最も多く、次いで、「後発医薬品を積極的に使用」が 22.1%であった。「後発医薬品をほとんど使用しない」が 16.6%であった（図表 73）。
- 病院における、外来患者に院外処方せんを発行する際の後発医薬品使用についての施設としての対応方針は、「個々の医師の判断による」が 54.9%で最も多く、次いで、「後発医薬品を積極的に使用」が 23.0%であった。「後発医薬品をほとんど使用しない」が 4.9%であった（図表 74）。
- 外来診療における後発医薬品の処方の変化については、1 年前と比較して「多くなった」という回答が診療所医師では 46.3%、病院医師では 47.1%であった。また、「変わらない」が診療所医師では 48.8%、病院医師では 49.7%であった（図表 76）。
- 院外処方せんのうち、後発医薬品を銘柄指定した処方せんの割合については、病院では「10%未満」が 43.2%で最も多く、次いで「10%以上～30%未満」が 20.9%であった（図表 77）。また、診療所では、「10%未満」が 33.7%で最も多く、次いで、「10%以上～30%未満」が 20.2%であった（図表 78）。
- 「後発医薬品への変更不可」欄に署名した処方せんの発行経験の有無は、「ある」と回答した医師が診療所では 42.4%、病院では 35.5%であった（図表 79）。院外処方せん枚数全体に占める、「変更不可」欄に署名した処方せんの割合は、診療所・病院ともに「10%未満」（それぞれ 42.2%、34.0%）が最も多かった。一方、「90%以上」が診療所では 38.8%、病院では 31.4%と次に多かった（図表 80）。
- 「後発医薬品への変更不可」欄に署名した理由としては、「品質が不安だから」（診療所

49.0%、病院 51.0%)、「先発医薬品を長く使用し信頼しているから」(診療所 41.7%、病院 40.5%)が多かった(図表 81)。

- 一部の医薬品についてのみ後発医薬品への「変更不可」と記載した処方せんの発行経験の有無については、「ある」と回答した医師が診療所では 21.6%、病院では 17.6%であった(図表 82)。その内容として最も多いパターンは、診療所・病院ともに「先発医薬品について変更不可」(それぞれ 66.7%、67.1%)であった(図表 83)。
- 全処方せん枚数に占める、一部の医薬品について「変更不可」と記載した処方せん枚数の割合としては、診療所・病院ともに「10%未満」(それぞれ 55.2%、病院が 53.9%)が最も多かった。一方、診療所では「90%以上」が 22.9%となり、病院(11.8%)と比較すると 2 倍近い数値となった(図表 84)。
- 一部の医薬品について「変更不可」とする理由としては、「後発医薬品の効能に疑問があるから」(診療所 26.7%、病院 30.3%)、「患者からの強い要望があるから」(診療所 18.1%、病院 30.3%)といった理由が多かった(図表 85)。
- 外来患者のうち、後発医薬品について関心がある(医師に質問する、使用を希望する)患者の割合は、診療所・病院ともに、「10%未満」(それぞれ 68.1%、72.4%)とする医師が最も多かった(図表 86)。この後発医薬品について関心がある患者数は、1 年前と比較して「変わらない」(診療所 52.5%、病院 63.6%)という回答が最も多かった。一方で、患者数が「増えた」という回答も診療所では 38.5%、病院では 31.6%あった(図表 87)。
- 保険薬局で後発医薬品に変更した場合、変更された銘柄等に関する情報提供については、診療所では「ある」が 38.9%で、病院(21.3%)と比較して高かった。一方、病院では、「まったくない」という回答が 36.7%で、診療所(21.2%)と比較して高かった(図表 88)。
- 保険薬局で後発医薬品に変更した場合の望ましい情報提供のあり方としては、診療所・病院ともに「都度、保険薬局からすぐに提供」(それぞれ 58.6%、47.3%)が最も多かった(図表 89)。
- 後発医薬品の薬事承認に必要なデータの内容に関する認知状況としては、「だいたい知っている」が 18.6%、「少しは知っている」が 40.0%、「ほとんど知らない」が 38.1%であった(図表 90)。
- 外来診療における後発医薬品の処方に関する考え方としては、「特にこだわりがない」という回答が最も多く、診療所医師では 67.0%、病院医師では 78.2%となった。また、「要望がなくても積極的に処方」は診療所医師では 11.9%、病院医師では 7.4%であった。さらに、「要望があっても基本的には処方しない」は診療所医師では 16.1%、病院医師では 12.3%であった(図表 91)が、その理由としては、「後発医薬品の品質への疑問」(診療所 77.1%、病院 90.6%)、「後発医薬品の効果への疑問」(診療所 71.2%、病院 56.6%)、「後発医薬品の副作用への不安」(診療所 54.2%、病院 60.4%)が多かった(図表 92)。

- ・ 後発医薬品の処方を進めるための環境として、診療所医師・病院医師ともに、「医師や薬剤師に対する品質保証の周知徹底」（それぞれ 42.6%、44.5%）が最も多く、次いで、「メーカーによる情報提供・安定供給」（19.8%、24.6%）であった（図表 93）。

【患者調査】

- ・ 患者の性別は「男性」が 47.0%、「女性」が 52.3%であった（図表 94）。また、平均年齢は 59.8 歳であった（図表 96）。
- ・ 受診した診療科は「内科」が 65.4%で最も多く、次いで「整形外科」が 18.3%、「眼科」が 14.8%、「耳鼻咽喉科」が 11.0%、「皮膚科」が 9.7%、「循環器科」が 9.1%であった（図表 97）。
- ・ 薬局への来局頻度は「1 か月に 1 回程度」が 42.7%で最も多く、次いで、「2 週間に 1 回程度」が 24.5%であった（図表 98）。
- ・ かかりつけ薬局が「ある」が 86.0%、「ない」が 13.6%であった（図表 100）。
- ・ お薬手帳を「使っている」が 61.6%、「使っていない」が 34.7%、「お薬手帳を知らない」が 2.8%であった（図表 102）。年齢が高くなるほど、お薬手帳を「使っている」という割合が高くなる傾向がみられた（図表 103）。
- ・ 後発医薬品の認知状況については、「知っている」が 72.3%、「名前は聞いたことがある」が 15.6%、「知らない」が 11.1%であった（図表 104）。30 歳以上では年齢が高くなるほど、「知っている」の割合が低くなる傾向がみられた（図表 105）。後発医薬品を知ったきっかけとしては、「テレビ CM を見て」が 75.5%で最も多く、次いで、「医師・薬剤師の説明で」（50.7%）となった（図表 107）。
- ・ 医師や薬剤師から後発医薬品の説明を受けた経験については、「説明を受けたことがある」が 61.2%、「説明を受けたことがない」が 34.9%であった（図表 110）。説明を受けた相手としては、「おもに薬剤師から」が 68.1%で最も多かった。「医師と薬剤師の両方から」が 20.2%、「おもに医師から」が 8.8%であった（図表 112）。
- ・ 後発医薬品についての説明内容に対する理解状況については、「理解できた」が 84.0%、「あまり理解できなかった」が 9.5%であった（図表 114）。
- ・ 後発医薬品の使用経験の有無については、使用したことが「ある」が 50.2%、「ない」が 46.4%であった。男性では「ある」が 53.4%であり、女性の「ある」（47.0%）と比較すると、6.4 ポイント高かった（図表 117）。
- ・ 後発医薬品を使用したことがある人に満足度をたずねた結果、「満足している」が 43.2%、「どちらかという満足している」が 38.2%であり、両者を合わせると 81.4%となった（図表 119）。
- ・ 後発医薬品を使用した際に窓口での薬代の負担感がどうなったかたずねたところ、「安くなった」が 50.2%、「それほど変わらなかった」が 31.2%、「わからない」が 15.7%となった（図表 121）。
- ・ 後発医薬品使用に対する今後の意向をたずねたところ、「後発医薬品・先発医薬品にこ

だわらない」が 40.1%で最も多く、「できれば後発医薬品を使いたい」が 21.0%、「できれば先発医薬品を使いたい」が 19.4%、「わからない」が 15.7%であった（図表 123）。また、後発医薬品の使用経験がある患者では「できれば後発医薬品を使いたい」が 31.4%と使用経験がない患者の回答割合（11.2%）と比較して 20.2 ポイント高かった（図表 125）。この他、後発医薬品仕様についての満足度が高い患者、窓口負担が「安くなった」という患者では、「できれば後発医薬品を使いたい」という回答割合がそうでない患者と比較して高い結果となった（図表 126、図表 127）。

- 後発医薬品を使用するにあたって必要なこととしては、「効果があること」が 73.5%で最も多く、次いで「副作用の不安が少ないこと」（58.0%）、「窓口で支払う薬代が安くなること」（50.5%）となった（図表 128）。

参考資料

2. 貴薬局の処方せん受付状況(平成 20 年 12 月 1 日～31 日の期間)についてお伺いします。

| ①上記期間中に受け付けた処方せんの発行医療機関数、また処方せん枚数を()内にご記入ください。 | | | | | |
|---|----------------|------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------|
| 医療機関種別 | 1) 処方せん発行医療機関数 | 2) 1)のうち、「変更不可」欄に処方医の署名等が9割以上ある機関数 | 3) 2)のうち、主として先発医薬品を銘柄指定している機関数 | 4) 2)のうち、主として後発医薬品を銘柄指定している機関数 | 5) 処方せん枚数 |
| 病院 | () 施設 | () 施設 | () 施設 | () 施設 | () 枚 |
| 一般診療所 | 内科を主体 | () 施設 | () 施設 | () 施設 | () 枚 |
| | 小児科を主体 | () 施設 | () 施設 | () 施設 | () 枚 |
| | 外科を主体 | () 施設 | () 施設 | () 施設 | () 枚 |
| | 眼科を主体 | () 施設 | () 施設 | () 施設 | () 枚 |
| | 耳鼻咽喉科を主体 | () 施設 | () 施設 | () 施設 | () 枚 |
| | 精神科を主体 | () 施設 | () 施設 | () 施設 | () 枚 |
| | その他の診療科を主体 | () 施設 | () 施設 | () 施設 | () 枚 |
| 歯科診療所 | () 施設 | () 施設 | () 施設 | () 施設 | () 枚 |
| 合計 | () 施設 | () 施設 | () 施設 | () 施設 | () 枚 |
| ② 上記①の医療機関のうち、上記期間中の処方せん枚数の最も多い1医療機関の処方せん枚数 | | | | | () 枚 |
| ③ 貴薬局の半径 200m 以内に医療機関は何施設程度ありますか。 | | | | | () 施設程度 |
| ④ 算定する調剤料の過半数が、浸煎薬(190点)または湯薬(190点)ですか。 | | | | 1. はい 2. いいえ | |

3. 貴薬局の取り扱い処方せん枚数についてお伺いします。

| | 平成 20 年 12 月 | |
|--|---------------------|-----------------------------|
| | (ア)1か月全体の取り扱い処方せん枚数 | (イ)うち、12/8～12/14の取り扱い処方せん枚数 |
| (1)平成 20 年 12 月における、「(ア)1か月全体の取り扱い処方せん枚数」および「(イ)うち、12月8日(月)～12月14日(日)の取り扱い処方せん枚数」について、それぞれ()内に枚数をご記入ください。 | | |
| ① すべての取り扱い処方せん ※③と⑯の合計数になります。ご確認ください。 | () 枚 | () 枚 |
| ② ①のうち、1品目でも後発医薬品を調剤した処方せん | () 枚 | () 枚 |
| ③ ①のうち、「後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更がすべて不可」欄に処方医の署名等がない処方せん | () 枚 | () 枚 |
| ④ ③のうち、1品目でも先発医薬品を後発医薬品に変更した処方せん (初めての変更に限らず、以前に一度変更し、今回も同様に変更した場合も含む) | () 枚 | () 枚 |
| ⑤ ④のうち、後発医薬品情報提供料を算定した処方せん | () 枚 | () 枚 |
| ⑥ ④のうち、後発医薬品分割調剤加算を算定した処方せん | () 枚 | () 枚 |
| ⑦ ③のうち、1品目でも後発医薬品を他の後発医薬品に変更した処方せん | () 枚 | () 枚 |
| ⑧ ③のうち、処方せんに記載されたすべての銘柄について後発医薬品が薬価収載されていないために、後発医薬品に変更できなかった処方せん(後発医薬品のみが記載された処方せんを含む) | () 枚 | () 枚 |
| ⑨ ③のうち、「後発医薬品についての説明」※1を行ったにもかかわらず、患者が希望しなかったために、すべて後発医薬品に変更できなかった処方せん(過去に説明した際に、患者が希望しない意思を明確にしており、今回も後発医薬品への変更をしなかった場合を含む) | () 枚 | () 枚 |
| ③のうち、以下の理由により、後発医薬品に変更できなかった先発医薬品が1品目でもある処方せん | | |
| ⑩ 先発医薬品の含量規格に対応した後発医薬品がなかったため | () 枚 | () 枚 |
| ⑪ ⑩のうち、薬価収載されていなかったため | () 枚 | () 枚 |
| ⑫ ⑩のうち、在庫として備蓄していなかったため | () 枚 | () 枚 |
| ⑬ 先発医薬品の剤形(ただし、OD錠除く)に対応した後発医薬品がなかったため | () 枚 | () 枚 |
| ⑭ ⑬のうち、薬価収載されていなかったため | () 枚 | () 枚 |
| ⑮ ⑬のうち、在庫として備蓄していなかったため | () 枚 | () 枚 |
| ⑯ 先発医薬品の剤形がOD錠であり、それに対応した後発医薬品がなかったため | () 枚 | () 枚 |
| ⑰ ⑯のうち、薬価収載されていなかったため | () 枚 | () 枚 |
| ⑱ ⑯のうち、在庫として備蓄していなかったため | () 枚 | () 枚 |
| ⑲ ①のうち、「後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更がすべて不可」欄に処方医の署名等がある処方せん | () 枚 | () 枚 |
| ⑳ ⑲のうち、後発医薬品を銘柄指定している処方せん | () 枚 | () 枚 |
| ㉑ ①のうち、処方せん内容の一部について変更不可としている処方せん | () 枚 | () 枚 |
| ㉒ ㉑のうち、一部先発医薬品について変更不可としている処方せん | () 枚 | () 枚 |
| ㉓ ㉑のうち、一部後発医薬品について変更不可としている処方せん | () 枚 | () 枚 |
| (2)平成 20 年 12 月1か月間に調剤したすべての医薬品の数量(薬価基準の規格単位ベース)のうち、後発医薬品の割合 | () % | |

(注) ③+⑯=㉑となります。「ご確認ください。」

注) 規格単位ベースの数量：例えば錠剤の場合、単純に1か月間に調剤した全錠数を数えて計算することを意味します。

※1 「後発医薬品についての説明」とは

後発医薬品と先発医薬品とが同等であること（例えば、品質、安定性、生物学的同等性試験結果など）の説明に加え、患者の処方せんにおける変更前の薬剤料と変更後の薬剤料の差額等についての説明などを指します。以下の設問についても同じです。

4. 後発医薬品への対応状況についてお伺いします。(平成 20 年 4 月以降)

| | | |
|--|----------------|----------------|
| (1) 後発医薬品への変更が可能な処方せん※2を持参した患者のうち、後発医薬品についての説明※1を行った患者は、平成 20 年 4 月以降、現在までにどの程度いましたか。 ※〇は1つだけ | | |
| 1. 10%未満 | 2. 10%以上～30%未満 | 3. 30%以上～50%未満 |
| 4. 50%以上～70%未満 | 5. 70%以上～90%未満 | 6. 90%以上 |
| (2) 上記(1)の後発医薬品についての説明を行った患者のうち、後発医薬品の使用を希望しなかった患者は、どの程度いましたか。 ※〇は1つだけ | | |
| 1. 10%未満 | 2. 10%以上～30%未満 | 3. 30%以上～50%未満 |
| 4. 50%以上～70%未満 | 5. 70%以上～90%未満 | 6. 90%以上 |
| (3) 上記(2)で、患者が後発医薬品の使用を希望しなかった理由として、最も多いものは、次のうちのいずれでしょうか。 ※〇は1つだけ | | |
| 1. 薬剤料等（患者自己負担額）の差額が小さいから 2. 公費負担の患者であるため、経済的インセンティブがないから 3. 過去に後発医薬品を使用したか、体調不良となった経験があるから 4. 後発医薬品に対する不安があるから 5. その他（具体的に _____) | | |
| (4) 後発医薬品への変更調剤を行った患者のうち、2回目以降に後発医薬品の使用を希望しなかった患者は、平成 20 年 4 月以降、現在までにどの程度いましたか。 ※〇は1つだけ | | |
| 1. 10%未満 | 2. 10%以上～30%未満 | 3. 30%以上～50%未満 |
| 4. 50%以上～70%未満 | 5. 70%以上～90%未満 | 6. 90%以上 |
| (5) 上記(4)で、患者が2回目以降に後発医薬品の使用を希望しなかった理由として、最も多いものは、次のうちのいずれでしょうか。 ※〇は1つだけ | | |
| 1. 使用した後発医薬品の効果に疑問があったため 2. 使用した後発医薬品により体調不良となったため 3. 使用した後発医薬品の使用感が合わなかったため 4. 後発医薬品に対する不安が消えなかったため 5. その他（具体的に _____) | | |
| (6) ①後発医薬品への変更が可能な処方せんに基づき、先発医薬品から後発医薬品に変更して調剤する場合、後発医薬品についての説明と、一般的な服薬指導の両方を行うのに、患者1人当たりどの程度時間(後発医薬品説明＋一般的な服薬指導の合計時間)がかかりますか。 ※おおよその時間で結構です。具体的に数字をご記入下さい | | |
| | 【初回の患者の場合】 | 約(_____)分 |
| | 【2回目以降の患者の場合】 | 約(_____)分 |
| ②一般的な服薬指導を行う場合、患者1人当たりどの程度時間がかかりますか。 | | 約(_____)分 |

※2 「後発医薬品への変更が可能な処方せん」とは

「後発医薬品が薬価収載されている先発医薬品」を含む処方せんのうち、「後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更がすべて不可」欄に処方医の署名等がなく、かつ、処方内容の一部に変更不可の指示があるとしても、処方医が変更不可の指示をしていない「後発医薬品が薬価収載されている先発医薬品」が1品目でもあるものを指します。以下の設問についても同じです。

| | | | |
|---|--|--|--------------|
| (7) 平成20年12月以前に後発医薬品への変更調剤を行った患者のうち、医療機関が、薬局で変更した当該後発医薬品の銘柄処方に取り替えた患者数の割合 | | 約 () % | |
| (8) 後発医薬品への変更が可能な処方せんを持参した患者のうち、当該後発医薬品を直に取り揃えることができずに後発医薬品に変更できなかった患者は、どの程度いましたか。 ※○は1つだけ | | | |
| 1. 10%未満 | | 2. 10%以上～30%未満 | |
| 4. 50%以上～70%未満 | | 3. 30%以上～50%未満 | |
| | | 5. 70%以上～90%未満 | |
| | | 6. 90%以上 | |
| (9) 医薬品の備蓄状況等 | | (ア) 全品目 | (イ) うち、後発医薬品 |
| | ①平成19年12月 | 約 () 品目 | 約 () 品目 |
| | ②平成20年12月 | 約 () 品目 | 約 () 品目 |
| | ③上記②のうち、複数銘柄の後発医薬品を備えている先発医薬品の備蓄品目数 | 約 () 品目 例) (先発医薬品 α 10mg 後発医薬品 A 10mg 先発医薬品 α 20mg 後発医薬品 B 10mg 後発医薬品 A 20mg 後発医薬品 B 20mg) →複数銘柄の後発医薬品を備えている先発医薬品が2品目なので、「2品目」と数えます。 | |
| | ④先発医薬品と同じ剤形の後発医薬品が薬価収載されていない、先発医薬品の備蓄品目数 | 1) 先発医薬品がOD錠 → () 品目 2) 上記1) 以外 → () 品目 | |
| ⑤上記質問(8)のようなケースがないようにするためには、合計でどの程度の後発医薬品の品目数の備蓄が必要だと思いますか。 | 約 () 品目 | | |
| (10) 貴薬局で採用している後発医薬品を選択した理由は何ですか。 ※該当するもの全てに○ | | | |
| 1. 後発医薬品メーカーによる品質に関する情報開示の程度 2. 他の後発医薬品よりも薬価が安価 3. 近隣の保険医療機関・保険薬局への納入実績の程度 4. 迅速かつ安定的に製造販売業者や卸業者から入手できる 5. 患者の使用感がよい (例；味がよい、臭いが気にならない、貼付感がよい) 6. 調剤がしやすい (例；容易に半割ができる、一包化調剤がしやすい) 7. その他 (具体的に) | | | |
| (11) 後発医薬品への変更が可能な処方せんを受け付けたが、変更しなかった場合について、今後、どのような対応が進めば、薬局の立場として後発医薬品への変更を進めてもよいと思いますか。 ※○は1つだけ | | | |
| 1. 医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底 2. 後発医薬品メーカーによる情報提供や安定供給体制の確保 3. 後発医薬品に対する患者の理解 4. 剤形・規格の違いに関わらずに銘柄変更調剤ができる環境の整備 5. 後発医薬品の調剤に関する調剤報酬上の一層の評価 6. 特に対応は必要ない 7. その他 (具体的に) | | | |

5. 後発医薬品の使用にあたっての医療機関との連携状況についてお伺いします。

| | |
|---|----------------------|
| (1) 多くの場合行っている後発医薬品への変更調剤に係る医療機関(医師)への情報提供の頻度 ※○は1つだけ | |
| 1. 変更調剤(2回目以降を含む)を実施した都度 | 2. 新規の変更調剤を実施したときのみ |
| 3. 情報提供していない | 4. その他(具体的に) |
| (2) 後発医薬品への変更調剤に係る医療機関(医師)への情報提供のタイミング ※○は1つだけ | |
| 1. 変更調剤をした都度すぐに | 2. 一定期間に行った変更調剤をまとめて |
| 3. 薬情・お薬手帳等により患者経由で次の診療日に | 4. 特段何も対応していない |
| 5. その他(具体的に) | |
| (3) 後発医薬品への変更調剤に係る医療機関(医師)への情報提供について、情報提供不要との取り決めを行っている医療機関数 | () 施設 |
| (4) 貴薬局で採用している後発医薬品のリストを近隣の医療機関(医師)へ提供していますか。 ※○は1つだけ | |
| 1. 提供していない | |
| 2. 提供している → どのような方法で提供していますか。 ※○は1つだけ | |
| <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> 1. 貴薬局単独で提供している 2. 複数の薬局で共同して提供している 3. 地域の薬剤師会として提供している 4. その他(具体的に) </div> | |

6. 後発医薬品の使用に関するお考えについてお伺いします。

| | |
|--|---------------|
| (1) 後発医薬品の調剤に関するお考えとして、最も近いものはどれですか。 ※○は1つだけ | |
| 1. 特にこだわりはない | |
| 2. 後発医薬品を積極的に患者に説明して、調剤するように取り組んでいる | |
| 3. 薬効によっては後発医薬品を患者に説明して、調剤するように取り組んでいる | |
| 4. 後発医薬品の説明・調剤にはあまり積極的には取り組んでいない | |
| → どのような理由によるものでしょうか。 ※該当するもの全てに○を記入 | |
| <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> 1. 後発医薬品の品質に疑問があるため 2. 後発医薬品の効果に疑問があるため 3. 後発医薬品の副作用に不安があるため 4. 後発医薬品の安定供給体制が不備であるため 5. 後発医薬品の情報提供が不備であるため 6. 後発医薬品に関する患者への普及啓発が不足なため 7. 薬局にとって経済的な便益がないため 8. 近隣の医療機関が後発医薬品の使用に消極的なため 9. その他(具体的に) </div> | |
| (2) 後発医薬品の品質保証について、どのような方法で行われているのかご存知ですか。 ※○は1つだけ | |
| 1. 十分に理解している | 2. ある程度理解している |
| 3. あまり理解していない | 4. 全く理解していない |

7. 後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等について、ご意見・ご要望などがありましたらご記入ください。

質問は以上です。ご協力いただきまして、ありがとうございました。

※引き続き、様式2のご記入もよろしくお願いいたします。

厚生労働省保険局医療課委託事業「平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」
後発医薬品の使用状況調査 調査票

※この「診療所票」は医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設における後発医薬品の使用状況やお考えについてお伺いするものです。

※ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（ ）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。（ ）内に数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「-」をご記入ください。

※特に断りのない場合は、平成20年12月末現在の状況についてご記入ください。

ご回答者についてご記入ください。

| | | | | |
|----------------------|----------------|---------|----------|-----------|
| ①性別 | 1. 男性 | 2. 女性 | ②年齢 | () 歳 |
| ③主たる担当診療科 ※○は1つだけ | 1. 内科 | 2. 外科 | 3. 整形外科 | 4. 形成外科 |
| | 5. 小児科 | 6. 産婦人科 | 7. 呼吸器科 | 8. 消化器科 |
| | 9. 循環器科 | 10. 精神科 | 11. 眼科 | 12. 耳鼻咽喉科 |
| | 13. 泌尿器科 | 14. 皮膚科 | 15. 放射線科 | |
| | 16. その他（具体的に) | | | |

1. 貴施設の状況（平成20年12月末現在）についてお伺いします。

| | |
|-----------------------|---|
| ①医療機関名 | () |
| ②所在地 | () 都・道・府・県 |
| ③開設者 | 1. 個人 2. 法人 3. その他 |
| ④種別 ※○は1つだけ | 1. 無床診療所 2. 有床診療所 → 許可病床数 () 床 |
| ⑤主たる診療科 ※○は1つだけ | 1. 内科 2. 外科 3. 整形外科 4. 形成外科 5. 小児科 6. 産婦人科 7. 呼吸器科 8. 消化器科 9. 循環器科 10. 精神科 11. 眼科 12. 耳鼻咽喉科 13. 泌尿器科 14. 皮膚科 15. 放射線科 16. その他（具体的に) |
| ⑥医師数（常勤のみ） | () 人 |
| ⑦薬剤師数（常勤のみ） | () 人 ※ゼロの場合は「0」とご記入ください。 |
| ⑧医薬品の備蓄状況 | |
| 1) 医薬品備蓄品目数 | 約 () 品目 |
| 2) 上記1)のうち後発医薬品の備蓄品目数 | 約 () 品目 |

2. 入院患者に対する後発医薬品の使用状況等(平成20年12月末現在または平成20年12月1か月間の状況)についてお伺いします。ここでは、造影剤などの検査に用いる医薬品を含め、内服薬、注射薬及び外用薬の全てを対象とします。(無床診療所の方は、3.へお進みください。)

| | |
|---|---|
| ①平均在院患者数 ※小数点以下第1位まで | (.) 人 ※平成20年12月1か月間 |
| ②入院患者に対する後発医薬品の使用状況は、いかがでしょうか。 ※最も近いものを1つだけ選択してください。 | 1. 後発医薬品があるものは積極的に使用 2. 後発医薬品のあるものの一部を使用 3. 後発医薬品をほとんど使用していない 4. その他 (具体的に) |
| ③平成20年4月以降、入院患者に後発医薬品を使用して問題が生じたことはありますか。 ※1つだけ選択し、「ある」場合は、③-1の質問についてあてはまるものすべてに○をつけてください。 | 1. ない 2. ある →③-1「ある」場合、その内容はどのようなものでしたか。次の中からあてはまるものをすべてお選びください。 1. 後発医薬品の品質上の問題 2. 後発医薬品メーカーの情報提供体制上の問題 3. 後発医薬品の供給体制上の問題 4. その他 (具体的に) |
| ④後発医薬品の供給体制は、1年前と比較して、どうなりましたか。※○は1つだけ | 1. 改善した 2. 変わらない 3. 悪化した |

3. 貴施設における院外処方せん発行状況等(平成20年12月1か月間)についてお伺いします。

| | |
|--|-------------------------|
| ①貴施設では、平成20年4月以降、院外処方せんを発行していますか。※○は1つだけ | 1. 発行している 2. 発行していない |
|--|-------------------------|

→ 院外処方せんを発行していない場合は、5ページの「5. 外来診療時における院内投薬の状況や後発医薬品の使用に関するお考えについてお伺いします」へお進みください。

| | |
|--|---------|
| ②外来診療の状況についてお伺いします。 | |
| 1) 1か月間の外来診療実日数(平成20年12月1か月間) ※半日診療は「0.5日」としてごください。小数点以下第1位まで | (.) 日 |
| 2) 1か月間の外来延べ患者数(平成20年12月1か月間) | () 人 |
| ③外来における院外処方せん発行枚数(平成20年12月1か月間) | () 枚 |

4. 外来診療における処方せん発行時の状況や後発医薬品の処方に関するお考え(平成20年12月末現在)をお伺いします。<院外処方せんを発行している施設の方にお伺いします>

| |
|---|
| ①後発医薬品の処方に関するお考えとして、最も近いものはどれですか。 ※○は1つだけ |
| 1. 特にこだわりはない ……………▶ 質問②へ 2. 患者からの要望がなくても後発医薬品を積極的に処方*……………▶ 質問②へ 3. 患者からの要望があっても後発医薬品は基本的には処方しない……………▶ 質問①-1の後、質問②へ *後発医薬品の銘柄処方のほか、「後発医薬品への変更不可」欄に署名等を行わない場合を含みます。 |

<上記質問①で「3.」を回答された方にお伺いします>

①-1「後発医薬品は基本的には処方しない」のはどのような理由によるものでしょうか。
 ※あてはまる番号のすべてに○。また、「5.後発医薬品の情報提供の不備」を選択された場合、必要な情報を（ ）に記入してください。

- | | |
|------------------|--------------------|
| 1. 後発医薬品の品質への疑問 | 2. 後発医薬品の効果への疑問 |
| 3. 後発医薬品の副作用への不安 | 4. 後発医薬品の安定供給体制の不備 |
| 5. 後発医薬品の情報提供の不備 | |

→①-1-1 どのような情報が必要ですか。

例：先発医薬品との同等性に関するデータ、種々の副作用の症例報告

6. 後発医薬品に関する患者への普及啓発不足

7. その他（具体的に

.....▶ 質問②へお進みください

②1 年前と比較して、後発医薬品の処方（後発医薬品への変更不可としない処方せんも含みます）は、どうなりましたか。※○は1つだけ

- | | | |
|----------|----------|-----------|
| 1. 多くなった | 2. 変わらない | 3. 少なくなった |
|----------|----------|-----------|

③平成20年4月以降、「後発医薬品への変更不可」欄に署名した処方せんを発行したことはありますか。

※○は1つだけ

- | | |
|-------|--------------|
| 1. ある | 2. ない → 質問④へ |
|-------|--------------|

③-1 院外処方せん枚数全体に占める、「変更不可」欄に署名した（すべての医薬品について後発医薬品への変更不可とした）処方せん枚数の割合は、どの程度ありますか。※○は1つだけ

- | | | |
|------------------|------------------|------------------|
| 1. 10%未満 | 2. 10%以上 ~ 30%未満 | 3. 30%以上 ~ 50%未満 |
| 4. 50%以上 ~ 70%未満 | 5. 70%以上 ~ 90%未満 | 6. 90%以上 |

③-2「後発医薬品への変更不可」欄に署名したのは、どのような理由からですか。 ※あてはまる番号すべてに○

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------|
| 1. 患者からの強い要望があったから | 2. 後発医薬品の品質が不安だから |
| 3. 後発医薬品メーカーの供給体制が不安だから | 4. 後発医薬品の情報提供体制が不安だから |
| 5. 後発医薬品の剤形が患者に適していないから | 6. 薬局での後発医薬品の備蓄が不安だから |
| 7. 後発医薬品の効果や副作用の違いを経験したから | |
| 8. 治療域のせまい薬剤だから | |
| 9. 先発医薬品を長く使用し信頼しているから | |
| 10. 診療所として使用する医薬品の銘柄を指定されているから | |
| 11. 薬局で実際に調剤された後発医薬品名を診療録に記載するのが面倒だから | |
| 12. 薬局でどのような薬剤に調剤されるか心配だから | |
| 13. 薬剤料が安くないから | |
| 14. 特に理由はない（処方方針として） | |
| 15. その他（具体的に | ） |

.....▶ 質問④へお進みください

| | | |
|--|-----------|-----------|
| ⑧保険薬局で後発医薬品に変更した場合に、変更された銘柄等についての情報提供はありますか。※○は1つだけ | | |
| 1. ある | 2. だいたいある | 3. まったくない |
| ⑨保険薬局で後発医薬品へ変更した場合に、どのような情報提供が望ましいと思いますか。 お考えに最も近いものの番号に○をつけてください。※○は1つだけ | | |
| 1. 変更調剤が行われた都度、保険薬局からすぐに情報が提供できればよい 2. 次の診療時に、患者を通じて情報が提供できればよい 3. 一定期間分をまとめて、保険薬局から情報が提供できればよい 4. 新たに調剤を変更した時だけ、保険薬局から情報提供がされればよい 5. 調剤内容についての情報は必要ではない 6. その他（具体的に _____） | | |

……………▶ 「6. 後発医薬品の使用についてお伺いします」へお進みください。

5. 外来診療時における院内投薬の状況や後発医薬品の使用に関するお考えについてお伺いします。＜院外処方せんを発行していない施設の方にお伺いします＞

| | |
|---|-----------------|
| ①後発医薬品の処方に関するお考えとして、最も近いものはどれですか。 ※○は1つだけ | |
| 1. 特にこだわりはない | ……………▶ 6. の質問①へ |
| 2. 患者からの要望がなくても後発医薬品を積極的に処方 | ……………▶ 6. の質問①へ |
| 3. 患者からの要望があっても後発医薬品は基本的には処方しない | ……………▶ 質問①-1へ |

＜上記質問①で「3.」を回答された方にお伺いします＞

①-1「後発医薬品は基本的には処方しない」のはどのような理由によるものでしょうか。

※あてはまる番号のすべてに○。また、「5. 後発医薬品の情報提供の不備」を選択された場合、必要な情報を（ ）に記入してください。

- | | |
|------------------|--------------------|
| 1. 後発医薬品の品質への疑問 | 2. 後発医薬品の効果への疑問 |
| 3. 後発医薬品の副作用への不安 | 4. 後発医薬品の安定供給体制の不備 |
| 5. 後発医薬品の情報提供の不備 | |

→①-1-1 どのような情報が必要ですか。

例：先発医薬品との同等性に関するデータ、種々の副作用の症例報告

6. 後発医薬品に関する患者への普及啓発不足

7. その他 { 具体的に _____ }

……………▶ 6. の質問①へ

6. 後発医薬品の使用についてお伺いします。＜全施設の方にお伺いします＞

| | | |
|---|-------------|-------------|
| ①後発医薬品について、薬事法に基づく厚生労働大臣の承認を得るためには、どのようなデータ（例えば、人での血中濃度を測定する臨床試験データなど）が必要か、ご存知ですか。※○は1つだけ | | |
| 1. だいたい知っている | 2. 少しは知っている | 3. ほとんど知らない |

| |
|--|
| ②平成 20 年 4 月の処方せん様式の変更で、良くなった点があればご記入ください。 |
| |
| ③平成 20 年 4 月の処方せん様式の変更で、問題があればご記入ください。 |
| |
| ④今後、どのような対応が進めば、医師の立場として後発医薬品の処方を進めても良いと思いますか。※〇は1つだけ |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底 2. 後発医薬品メーカーによる情報提供や安定供給体制の確保 3. 後発医薬品に対する患者の理解 4. 後発医薬品を処方する際の診療報酬上の評価 5. 特に対応は必要ない 6. その他（具体的に _____) |

7. 後発医薬品の使用上の課題等、ご意見がございましたら、ご自由にお書きください。

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。

| | |
|---|--|
| ⑪後発医薬品の使用について、 <u>外来患者に院外処方せんを発行する場合、施設としてどのように対応していますか。</u> ※最も近いものを1つだけ選択してください。 | 1. 後発医薬品を積極的に使用* 2. 後発医薬品をほとんど使用しない 3. 個々の医師の判断による 4. その他（具体的に _____） |
|---|--|

*後発医薬品の銘柄処方のほか、院外処方せんの「後発医薬品への変更不可」欄に署名等を行わない場合を含みます。

| | |
|--|--|
| ⑫医薬品備蓄品目数 | 約（ _____ ）品目 ※平成20年12月末現在 |
| ⑬上記⑫のうち後発医薬品の備蓄品目数 | 約（ _____ ）品目 ※平成20年12月末現在 |
| ⑭貴施設で使用している後発医薬品リストを近隣の薬局や地域の薬剤師会等に提供していますか。 | 1. 近隣薬局や地域の薬剤師会に提供している 2. 地域の薬剤師会に提供している 3. 近隣の薬局に提供している 4. 提供していない 5. その他（具体的に _____） |

2. 貴施設における院外処方せん発行状況（平成20年12月1か月間）についてお伺いします。

| | |
|---|---|
| ①院外処方せんを発行している診療科 ※あてはまるものすべてに○ | 1. 内科 2. 外科 3. 整形外科 4. 形成外科 5. 小児科 6. 産婦人科 7. 呼吸器科 8. 消化器科 9. 循環器科 10. 精神科 11. 眼科 12. 耳鼻咽喉科 13. 泌尿器科 14. 皮膚科 15. 放射線科 16. その他（具体的に _____） |
| ②外来における院外処方せん発行枚数 | （ _____ ）枚 ※平成20年12月1か月間 |
| ③上記②のうち、後発医薬品を銘柄指定した処方せん又は「後発医薬品への変更不可」欄に署名等をしなかった処方せんの割合 ※平成20年12月1か月間 | 1. 10%未満 2. 10%以上 ～ 30%未満 3. 30%以上 ～ 50%未満 4. 50%以上 ～ 70%未満 5. 70%以上 ～ 90%未満 6. 90%以上 |

3. 入院患者に対する後発医薬品の使用状況等（平成20年12月末現在または平成20年12月1か月間の状況）についてお伺いします。ここでは、造影剤などの検査に用いる医薬品を含め、内服薬、注射薬及び外用薬の全てを対象とします。

| | |
|---|---|
| ①平均在院患者数 ※小数点以下第1位まで | （ _____ . _____ ）人 ※平成20年12月1か月間 |
| ②入院患者に対する後発医薬品の使用状況は、いかがでしょうか。 ※最も近いものを1つだけ選択してください。 | 1. 後発医薬品があるものは積極的に使用 2. 後発医薬品のあるものの一部を使用 3. 後発医薬品をほとんど使用していない 4. その他（具体的に _____） |
| ③平成20年4月以降、入院患者に後発医薬品を使用して問題が生じたことはありますか。 ※1つだけ選択し、「ある」場合は、③-1の質問についてあてはまるものすべてに○をつけてください。 | 1. ない 2. ある →③-1「ある」場合、その内容はどのようなものでしたか。次の中からあてはまるものをすべてお選びください。 1. 後発医薬品の品質上の問題 2. 後発医薬品メーカーの情報提供体制上の問題 3. 後発医薬品の供給体制上の問題 4. その他（具体的に _____） |

④後発医薬品の供給体制は、1年前と比較して、どうなりましたか。

1. 改善した 2. 変化はない 3. 悪化した

4. 後発医薬品の使用についての課題等、ご意見がございましたら、ご自由にお書きください。

「病院票」の質問はこれで終わりです。ご協力いただきまして、ありがとうございました。

厚生労働省保険局医療課委託事業「平成 20 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」
後発医薬品の使用状況調査 調査票

※この医師票は、貴施設において、院外処方せんを発行している外来診療を担当する医師の方に、後発医薬品の使用状況やお考えについてお伺いするものです。

※ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、() 内には具体的な数値、用語等をご記入ください。() 内に数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「-」をご記入ください。

※ご回答頂いた調査票は、専用の返信用封筒（切手不要）にて、直接事務局までご返送いただけますよう、お願い申し上げます。

※特に断りのない場合は、平成 20 年 12 月末現在の状況についてご記入ください。

1. あなたご自身についてお伺いします。

| | | | | |
|-----------------------|----------------|---------|----------|---------------------|
| ①性別 | 1. 男性 | 2. 女性 | ②年齢 | () 歳 |
| ③主たる担当診療科 ※○は1つだけ | 1. 内科 | 2. 外科 | 3. 整形外科 | 4. 形成外科 |
| | 5. 小児科 | 6. 産婦人科 | 7. 呼吸器科 | 8. 消化器科 |
| | 9. 循環器科 | 10. 精神科 | 11. 眼科 | 12. 耳鼻咽喉科 |
| | 13. 泌尿器科 | 14. 皮膚科 | 15. 放射線科 | |
| | 16. その他（具体的に) | | | |
| ④（ご自身の）1日当たり平均外来診察患者数 | | | () 人程度 | ※平成 20 年 12 月 1 か月間 |

2. 外来診療における院外処方せん発行時の状況や後発医薬品の処方に関するお考え（平成 20 年 12 月末現在）についてお伺いします。

①後発医薬品の処方に関するお考えとして、最も近いものはどれですか。 ※○は1つだけ

1. 特にこだわりはない▶ 質問②へ
2. 患者からの要望がなくても後発医薬品を積極的に処方*.....▶ 質問②へ
3. 患者からの要望があっても後発医薬品は基本的には処方しない.....▶ 質問①-1 の後、質問②へ

*後発医薬品の銘柄処方のほか、「後発医薬品への変更不可」欄に署名等を行わない場合を含みます。

<上記質問①で「3.」と回答された方にお伺いします>

①-1「後発医薬品は基本的には処方しない」のはどのような理由によるものでしょうか。
 ※あてはまる番号のすべてに○。また、「5. 後発医薬品の情報提供の不備」を選択された場合、必要な情報を () に記入してください。

| | |
|---|--------------------|
| 1. 後発医薬品の品質への疑問 | 2. 後発医薬品の効果への疑問 |
| 3. 後発医薬品の副作用への不安 | 4. 後発医薬品の安定供給体制の不備 |
| 5. 後発医薬品の情報提供の不備 →①-1-1 どのような情報が必要ですか。 | |
| { 例：先発医薬品との同等性に関するデータ、種々の副作用の症例報告 } | |
| 6. 後発医薬品に関する患者への普及啓発不足 | |
| 7. その他 {具体的に | |

.....▶ 質問②へお進みください

④-3 一部の医薬品について「変更不可」とする理由は何ですか。最も多いもの1つに○をつけてください。
※○は1つだけ

1. 処方銘柄について患者からの強い要望があるから
2. 処方銘柄に対応する後発医薬品の副作用が心配であるから
3. 処方銘柄に対応する後発医薬品の効能に疑問があるから
4. 後発医薬品の供給体制に不安があるから
5. 処方銘柄が身体への影響が大きい（生命のリスクがある）医薬品であるから
6. 処方銘柄が治療域のせまい医薬品であるから
7. 患者に適した剤形が他にないから
8. 処方銘柄を長く使用し信頼しているから
9. 病院として使用する医薬品の銘柄を指定されているから
10. その他（具体的に _____ ）

.....▶ 質問⑤へお進みください。

⑤平成20年4月以降、後発医薬品について関心がある（質問する、使用を希望する）患者は、外来患者のうち、どの程度いらっしゃいますか。※○は1つだけ

| | | |
|------------------|------------------|------------------|
| 1. 10%未満 | 2. 10%以上 ～ 30%未満 | 3. 30%以上 ～ 50%未満 |
| 4. 50%以上 ～ 70%未満 | 5. 70%以上 ～ 90%未満 | 6. 90%以上 |

⑥上記⑤の後発医薬品について関心がある（質問する、使用を希望する）患者数は、1年前と比較して、どうですか。
※○は1つだけ

| | | |
|-----------|-----------|----------|
| 1. 非常に増えた | 2. 増えた | 3. 変わらない |
| 4. 減った | 5. 非常に減った | |

⑦院外処方せん枚数全体に占める、後発医薬品を銘柄指定した院外処方せん枚数の割合は、どの程度ありますか。
（平成20年12月1か月間）

（ ）%程度

⑧保険薬局で後発医薬品に変更した場合に、変更された銘柄等についての情報提供はありますか。※○は1つだけ

| | | |
|-------|-----------|-----------|
| 1. ある | 2. だいたいある | 3. まったくない |
|-------|-----------|-----------|

⑨保険薬局で後発医薬品へ変更した場合に、どのような情報提供が望ましいと思いますか。考え方の最も近いものを1つだけ選んでください。

1. 変更調剤が行われた都度、保険薬局からすぐに情報が提供されればよい
2. 次の診療時に、患者を通じて情報が提供されればよい
3. 一定期間分をまとめて、保険薬局から情報が提供されればよい
4. 新たに調剤を変更した時だけ、保険薬局から情報提供がされればよい
5. 調剤内容についての情報は必要ではない
6. その他（具体的に _____ ）

3. 後発医薬品の使用についてお伺いします。

| |
|--|
| ①後発医薬品について、薬事法に基づく厚生労働大臣の承認を得るためには、どのようなデータ（例えば、人での血中濃度を測定する臨床試験データなど）が必要か、ご存知ですか。※〇は1つだけ |
| 1. だいたい知っている 2. 少しは知っている 3. ほとんど知らない |
| ②平成 20 年 4 月の処方せん様式の変更で、良くなった点があればご記入ください。 |
| |
| ③平成 20 年 4 月の処方せん様式の変更で、問題があればご記入ください。 |
| |
| ④今後、どのような対応が進めば、医師の立場として後発医薬品の処方を進めても良いと思いますか。※〇は1つだけ |
| 1. 医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底 2. 後発医薬品メーカーによる情報提供や安定供給体制の確保 3. 後発医薬品に対する患者の理解 4. 後発医薬品を処方する際の診療報酬上の評価 5. 特に対応は必要ない 6. その他（具体的に _____) |

4. 後発医薬品の使用上の課題等、ご意見がございましたら、ご自由にお書きください。

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。

厚生労働省保険局医療課委託事業「平成 20 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」
後発医薬品の使用状況調査 調査票

※この「患者票」は、患者の方に、後発医薬品の使用状況やお考えについてお伺いするものです。

※回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（ ）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。

1. あなたご自身についておうかがいします。

| | | | |
|------------------------------|---|-----|----------------------------|
| ① 性別 | 1. 男性 2. 女性 | ②年齢 | () 歳 |
| ③ 診療を受けた診療科 ※あてはまる番号すべてに○ | 1. 内科 2. 外科 3. 整形外科 4. 形成外科 5. 小児科 6. 産婦人科 7. 呼吸器科 8. 消化器科 9. 循環器科 10. 精神科 11. 眼科 12. 耳鼻咽喉科 13. 泌尿器科 14. 皮膚科 15. 放射線科 16. その他 () | | |
| ④ 薬局への来局頻度 ※○は1つだけ | 1. 週に1回程度 2. 2週間に1回程度 3. 1か月に1回程度 4. 2か月に1回程度 5. 年に数回程度 6. ()に1回程度 | | |
| ⑤ かかりつけの薬局がありますか。※○は1つだけ | 1. ある 2. ない | | |
| ⑥ お薬手帳を使っていますか。※○は1つだけ | 1. 使っている 2. 使っていない 3. お薬手帳を知らない | | |

2. 後発医薬品の使用に関するお考えについておうかがいします。

| |
|--|
| ① 後発医薬品（ジェネリック医薬品）を知っていますか。 ※○は1つだけ |
| 1. 知っている 2. 名前は聞いたことがある 3. 知らない →質問②へ |
| <上記①で「1. 知っている」「2. 名前は聞いたことがある」と回答された方におうかがいします。> |
| ①-1 どこで後発医薬品（ジェネリック医薬品）を知りました（名前を聞きました）か。 ※あてはまる番号すべてに○ |
| 1. テレビCMを見て 2. 新聞・雑誌等を見て 3. 医師・薬剤師の説明で 4. 医療機関・薬局内のポスターを見て 5. 家族・知人から聞いて 6. 都道府県・市町村からのお知らせを見て 7. 健康保険組合からのお知らせを見て 8. インターネットを見て 9. その他 () |

後発医薬品（ジェネリック医薬品）とは

先発医薬品（新薬）の特許が切れた後に販売される医薬品で、先発医薬品と同等であること（例えば、品質、安定性、服用後の血中濃度の推移など）を厚生労働省が認めたものですが、価格は安くなっています。

② 医師や薬剤師から後発医薬品についての説明を受けたことがありますか。※〇は1つだけ

1. 医師や薬剤師から後発医薬品について説明を受けたことがある
 2. 医師や薬剤師から後発医薬品について説明を受けたことがない →質問③へ

<上記②で「1. 説明を受けたことがある」と回答された方におうかがいします。>

②-1 おもに説明してくれたのは誰ですか。※〇は1つだけ

1. おもに医師から 2. おもに薬剤師から 3. 医師と薬剤師の両方から

②-2 説明された内容は理解できましたか。※〇は1つだけ

1. 理解できた 2. あまり理解できなかった 3. まったく理解できなかった

③ 後発医薬品を使用したことがありますか。※〇は1つだけ

1. ある 2. ない →質問④へ

<上記③で後発医薬品を使用したことが「1. ある」と回答された方におうかがいします。>

③-1 後発医薬品の効果（効き目）に満足していますか。※〇は1つだけ

1. 満足している 2. どちらかという満足している
 3. どちらかという不満である 4. 不満である

③-2 窓口での薬代の負担感をお聞かせください。※〇は1つだけ

1. 安くなった 2. それほど変わらなかった 3. わからない

④ 後発医薬品の使用に関するお考えとして、最も近いものはどれですか。※〇は1つだけ

1. できれば後発医薬品を使いたい 2. できれば先発医薬品を使いたい
 3. 後発医薬品や先発医薬品にはこだわらない 4. わからない

⑤ あなたが後発医薬品を使用するにあたって必要なことは何ですか。※あてはまる番号すべてに〇

1. 効果（効き目）があること 2. 使用感がよいこと
 3. 副作用の不安が少ないこと 4. 窓口で支払う薬代が安くなること
 5. 医師のすすめがあること 6. 薬剤師のすすめがあること
 7. 後発医薬品についての不安を相談できる場所があること
 8. 後発医薬品についての正確な情報が容易に入手できること
 9. その他（具体的に)
 10. とくにない

3. 後発医薬品を使用する上でのご意見・ご要望等がございましたら、ご自由にお書きください。

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。

平成20年度診療報酬改定結果検証に係る調査
後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査1
－ 後期高齢者診療料の算定状況に係る調査 －
報 告 書 (案)

目 次

| | |
|-------------------------------|----|
| 1. 調査目的..... | 1 |
| 2. 調査対象..... | 1 |
| 3. 調査方法..... | 1 |
| 1) 施設調査..... | 1 |
| 2) 患者調査..... | 1 |
| 4. 調査項目..... | 2 |
| 1) 施設調査..... | 2 |
| 2) 患者調査..... | 2 |
| 5. 調査結果..... | 3 |
| 5.1 施設調査..... | 3 |
| 1) 回収の状況..... | 3 |
| 2) 回答施設の属性..... | 3 |
| 3) 後期高齢者診療料の算定状況..... | 8 |
| 4) 後期高齢者診療計画書の作成状況..... | 17 |
| 5) 後期高齢者診療料に係る患者の理解度・満足度..... | 20 |
| 6) 後期高齢者診療料を1人も算定していない理由..... | 22 |
| 5.2 患者調査..... | 23 |
| 1) 回収の状況..... | 23 |
| 2) 患者の属性..... | 23 |
| 3) 患者の受診状況..... | 26 |
| 6. まとめ..... | 38 |
| | |
| 資料1 施設調査における自由回答意見..... | 40 |
| 調査票..... | 60 |

1. 調査目的

本調査は、新設された後期高齢者診療料による、治療の内容や患者の受診行動の変化を把握するために、後期高齢者診療料の届出を行っている医療機関、および当該医療機関において後期高齢者診療料の算定を受けた患者に対して調査し、その状況について検証を行うことを目的とした。

2. 調査対象

本調査は、全国の後期高齢者診療料の届出を行っている医療機関を対象とした「施設調査」と後期高齢者診療料の算定を受けている患者を対象とした「患者調査」から構成される。

施設調査は、全国の後期高齢者診療料の届出を行っている医療機関から無作為に抽出した 3,500 施設を対象とした。

患者調査は、施設調査対象医療機関にて後期高齢者診療料の算定を受けている患者で、施設調査の開始日より遡って、直近（1ヶ月以内）に来院された患者を対象とした。

3. 調査方法

本調査は、平成 20 年 11 月に実施した。

1) 施設調査

施設調査は、後期高齢者診療料の届出を行っている医療機関 3,500 施設を対象に自記式調査票を郵送発送・郵送回収とした。

2) 患者調査

患者調査票は、施設調査の調査対象施設に 5 部ずつ同封し、調査開始日より遡って、直近（1ヶ月以内）に来院された後期高齢者診療料の算定を受けている患者に医療機関から手渡して配布し、患者または家族が自記した調査票を、返信用封筒で郵送する方式で回収をした。

4. 調査項目

施設調査及び患者調査における調査項目の詳細は以下の通りである。

1) 施設調査

| 区 分 | 内 容 |
|--------|--|
| 施設属性項目 | <ul style="list-style-type: none"> ・施設種別、病床数、開設者、診療科目 ・在宅療養支援診療所（病院）の届出状況 ・後期高齢者診療料の算定状況 |
| 調査項目 | <ul style="list-style-type: none"> ・外来患者総数及び75歳以上外来患者数（H19.10&H20.10） ・主病別の後期高齢者診療料算定患者数（H20.10） ・通院回数や検査頻度など主病別の前年・今年の実数変化とその理由 ・後期高齢者診療料の算定に係る今後の意向 ・後期高齢者診療料の算定に係る効果について ・後期高齢者診療料を算定できない患者がいる場合の理由について ・後期高齢者診療料の算定を途中で止めた場合の理由について ・後期高齢者診療料の主病別算定患者数（H20.8～H20.10） ・後期高齢者診療計画書の主病別交付総回数（H20.8～H20.10） ・後期高齢者診療計画書の作成に要する平均時間 ・後期高齢者診療計画書の記載に要する患者への平均説明時間 ・後期高齢者診療計画書の記載されている緊急時入院先病院数 ・後期高齢者診療計画書及び本日の診療内容の要点に対する意見 ・後期高齢者診療料の活用に向けた姿勢について ・75歳以上外来患者にみる後期高齢者診療料への理解度 ・後期高齢者診療料に係る外来患者からの問合せ内容 ・後期高齢者診療料を1人も算定していない場合の理由 |

2) 患者調査

| 区 分 | 内 容 |
|------|--|
| 属性項目 | <ul style="list-style-type: none"> ・年齢、性別 ・通院期間、1ヶ月当り通院回数 ・後期高齢者診療計画書に記載の病名数及び主病名 ・調査票の記入者 |
| 調査項目 | <ul style="list-style-type: none"> ・後期高齢者診療計画書をもらった月について ・後期高齢者診療料の算定前後の通院回数の変化 ・通院している医療機関数 ・後期高齢者診療料の算定前後の通院施設数の変化 ・後期高齢者診療料の算定前後の検査回数・処方薬数・診療時間の変化 ・他医療機関からの対応状況 ・後期高齢者診療料の算定後のよかった点 ・後期高齢者診療料の算定後の気になった点・疑問点 ・後期高齢者診療料の算定前後の診療等に対する満足度の変化 |

5. 調査結果

5.1 施設調査

1) 回収の状況

全国の後期高齢者診療料の届出を行っている医療機関から無作為に抽出した 3,500 施設を調査対象とし、有効回収数は 1,112 件であり、回収率は 31.8%であった。

図表 1-1 回収の状況

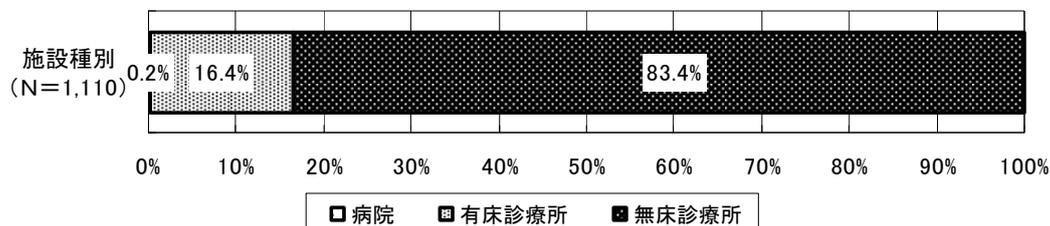
| 施設種類 | 発送数 | 有効回収数 | 回収率 |
|-----------------------|---------|---------|-------|
| 後期高齢者診療料の届出を行っている医療機関 | 3,500 件 | 1,112 件 | 31.8% |

2) 回答施設の属性

(1) 施設種別

施設種別についてみると、回答施設では「無床診療所」(83.4%) が最も多く、次いで「有床診療所」(16.4%) である。診療所が 99.8%を占めている。

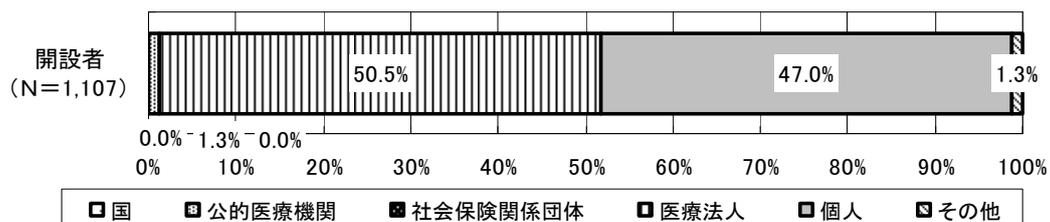
図表 1-2 施設種別



(2) 開設者

回答施設を診療所に限定して、開設者についてみると、「医療法人」(50.5%) が最も多く、次いで「個人」(47.0%) である。

図表 1-3 開設者



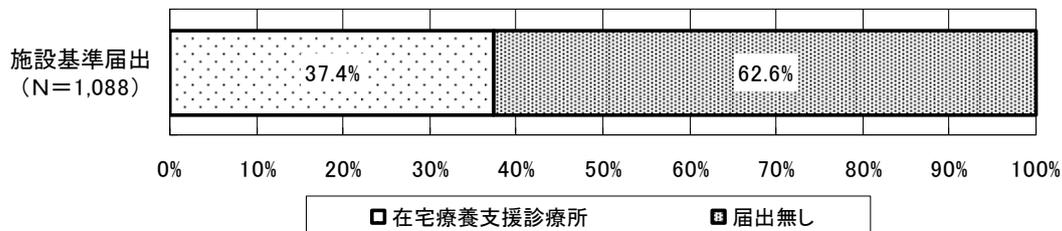
なお、主たる診療科目の状況をみると、最も多いのは「内科」(68.4%)であり、次いで「消化器科」(6.2%)、「外科」(6.1%)である。

| | | | | | |
|----------|---|-----|------|-------|---------|
| ・主たる診療科目 | … | 第1位 | 内科 | 559施設 | (68.4%) |
| | | 第2位 | 消化器科 | 51施設 | (6.2%) |
| | | 第3位 | 外科 | 50施設 | (6.1%) |
| | | 第4位 | 整形外科 | 49施設 | (6.0%) |

(3) 在宅療養支援診療所の届出状況

回答施設の診療所のうち、在宅療養支援診療所の届出状況をみると、「届出無し」(62.6%)が多く、「在宅療養支援診療所」は37.4%である。

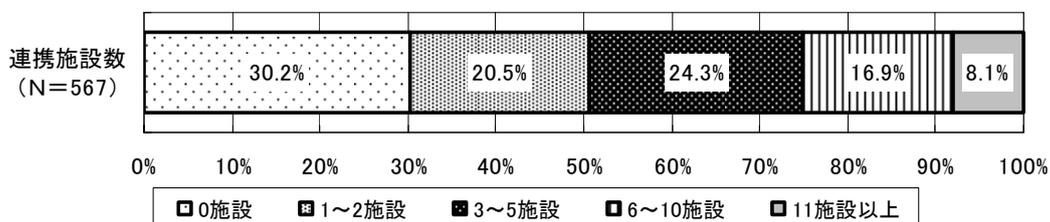
図表 1-4 在宅療養支援診療所の届出状況



(4) 連携している保健・医療・福祉サービス関連施設数

回答施設の診療所が連携している保健・医療・福祉サービス関連施設の状況をみると、施設数は「0施設」(30.2%)が最も多く、次いで「3~5施設」(24.3%)、「1~2施設」(20.5%)、「6~10施設」(16.9%)、「11施設以上」(8.1%)である。

図表 1-5 連携している保健・医療・福祉サービス関連施設数



(5) 後期高齢者診療料の算定状況

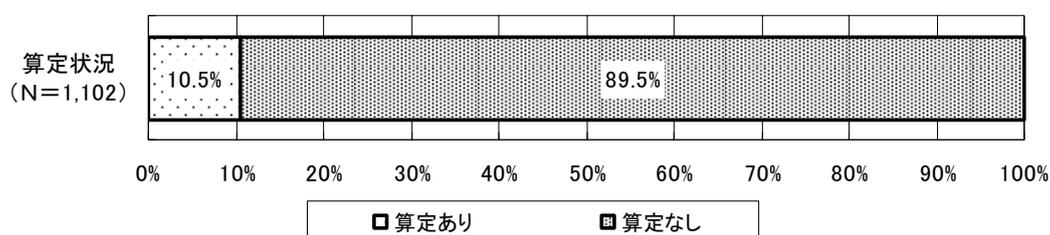
後期高齢者診療料の算定状況は、「算定あり」と回答している施設は10.5%である。

後期高齢者診療料の算定の有無により、在宅療養支援診療所の届出状況を見ると、算定している施設の54.0%が在宅療養支援診療所であり、算定していない施設の35.7%に比べると大きい。また、開設者については、算定している施設の医療法人割合は55.2%であり、算定していない施設の50.0%に比べて大きい。

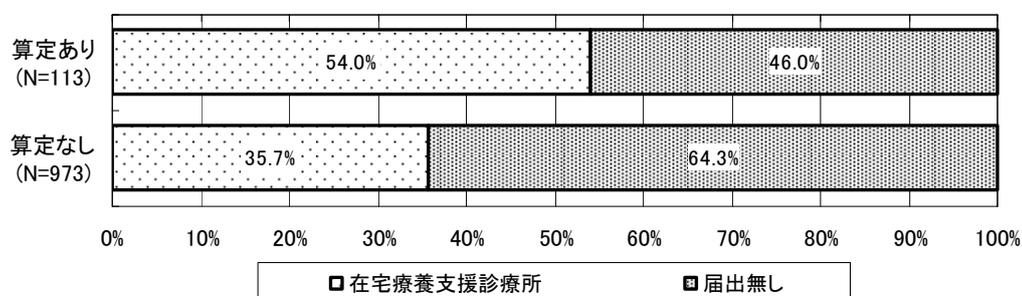
連携施設数(図表1-9)については、算定している施設では「3~5施設」(34.2%)が多く、算定していない施設では「0施設」(32.4%)が多い。

地域別の算定状況(図表1-10)を見ると、最も多いのは「千葉県」(35.7%)、次いで「岩手県」(27.8%)、「新潟県」(24.0%)である。

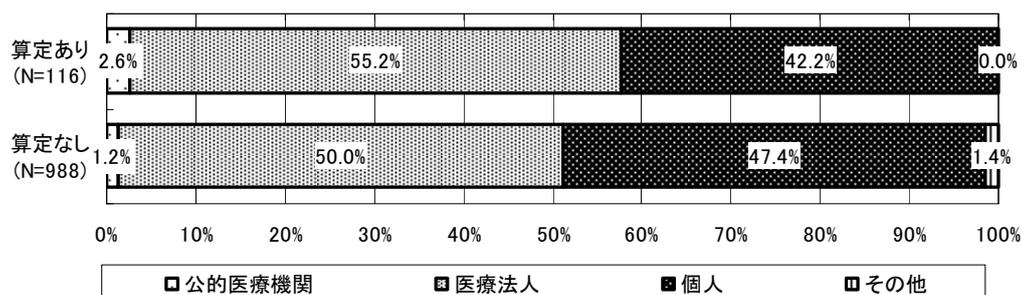
図表 1-6 後期高齢者診療料の算定状況



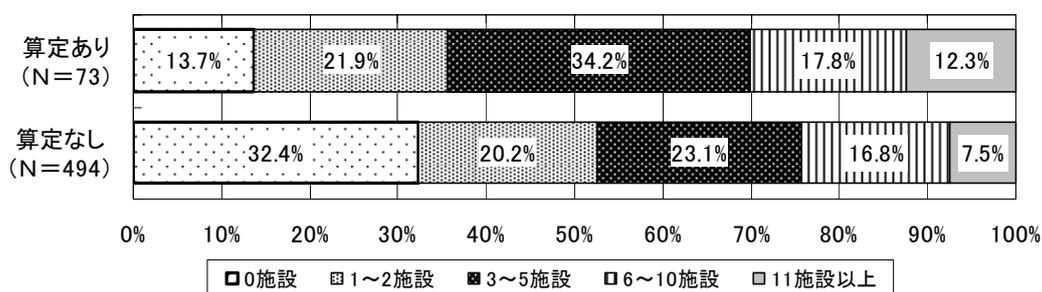
図表 1-7 算定有無別 在宅療養支援診療所の届出状況



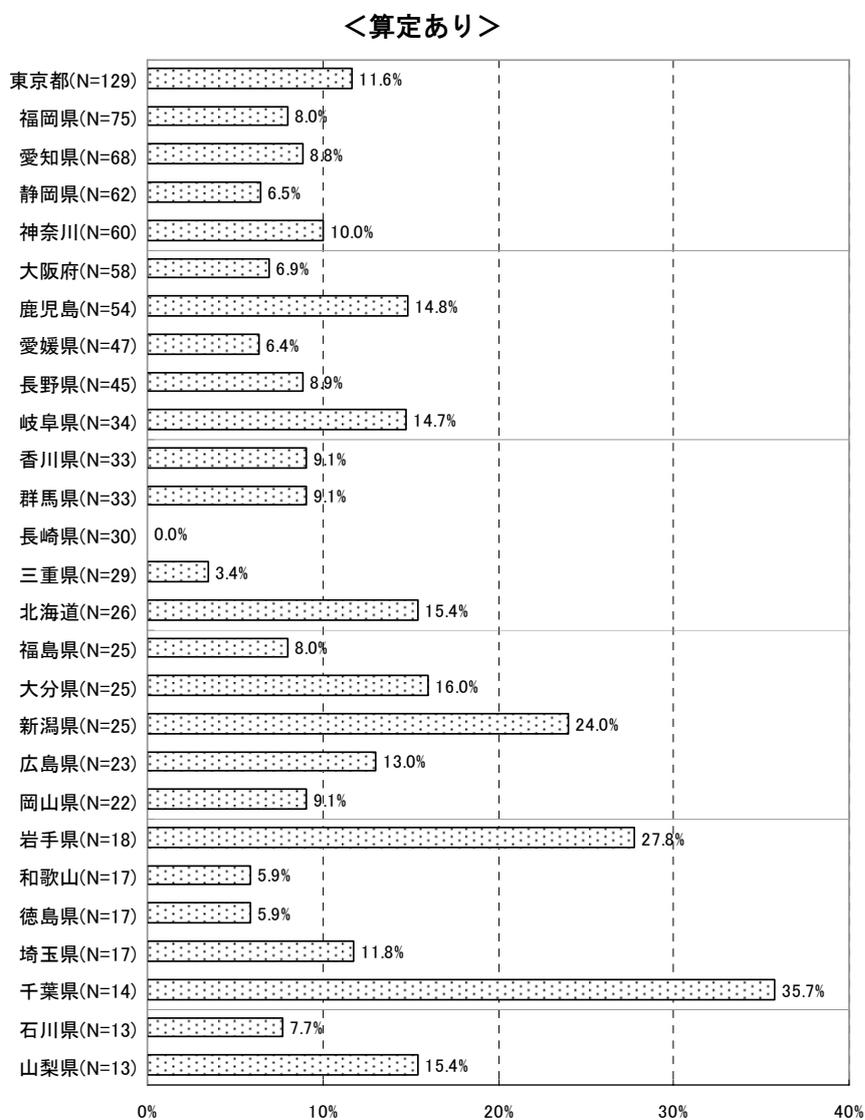
図表 1-8 算定有無別 開設者



図表 1-9 算定有無別 連携施設数



図表 1-10 算定有無別 地域別状況



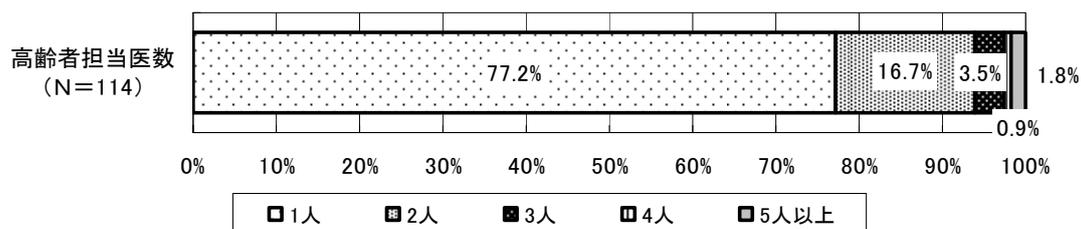
注) n 数 10 以下は表記していない。

(6) 高齢者担当医の状況

後期高齢者診療料を算定している施設の高齢者担当医の医師数は、平均が 1.39 人である。また、高齢者担当医医師数が「1 人」の施設は 77.2%、「2 人」の施設は 16.7% である。

・ 高齢者担当医 医師数…平均 1.39 人

図表 1-11 高齢者担当医 医師数



3) 後期高齢者診療料の算定状況

以下は、後期高齢者診療料を算定している施設の状況である。

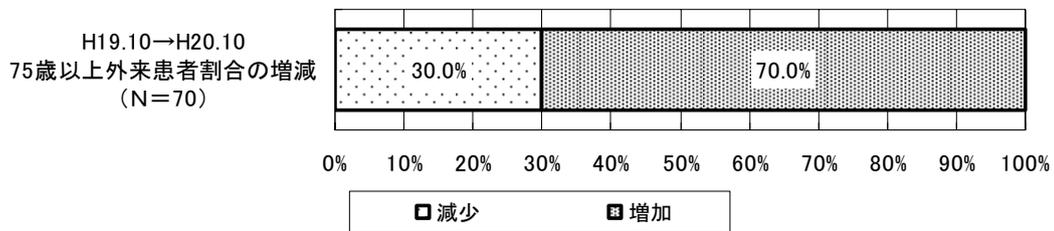
(1) 外来患者総数に占める 75 歳以上患者の割合

後期高齢者診療料を算定している施設では、外来患者総数に占める 75 歳以上患者割合の平均が、平成 19 年 10 月時点では 34.7%、平成 20 年 10 月時点では 34.5%である。また、施設別に同割合の変化状況をみると、「増加」している施設が 70.0%と多い。

・ 外来患者総数に占める 75 歳以上外来患者比率

- H19 年 10 月 : 34.7%
- H20 年 10 月 : 34.5%

図表 1-12 外来患者総数に占める 75 歳以上患者割合の変化

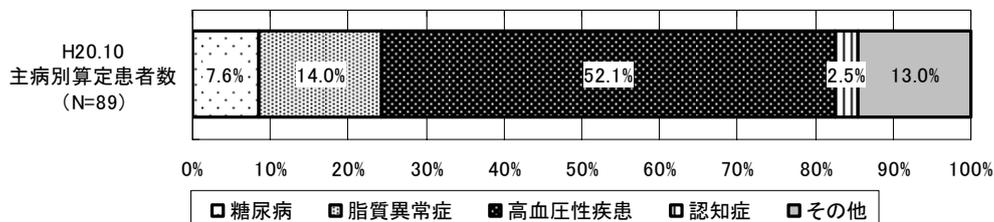


(2) 主病別の算定患者数の状況

平成 20 年 10 月時点の後期高齢者診療料算定患者について、主病別にその構成比をみると、「高血圧性疾患」(52.1%) が最も多く、次いで「脂質異常症」(14.0%) である。

また、主病別に 75 歳以上外来患者に占める算定患者割合の平均をみると、「脂質異常症」(47.2%) が最も高く、次いで「高血圧性疾患」(46.7%) である。

図表 1-13 主病別算定患者数の状況 (H20.10)



| | | |
|-----------|----------|---------|
| 算定患者割合平均値 | □ 糖尿病 | : 37.8% |
| | □ 脂質異常症 | : 47.2% |
| | □ 高血圧性疾患 | : 46.7% |
| | □ 認知症 | : 36.4% |
| | □ その他 | : 41.2% |

(3) 主病別の患者1人当たり1ヶ月平均来院回数

平成20年10月時点における主病別の75歳以上外来患者及び後期高齢者診療料算定患者の1人当たり1ヶ月平均来院回数をみると、「糖尿病」は75歳以上外来患者が0.73回、後期高齢者診療料算定患者が0.64回であり、「脂質異常症」は75歳以上外来患者が0.54回、後期高齢者診療料算定患者が0.45回、「高血圧性疾患」は75歳以上外来患者が0.64回、後期高齢者診療料算定患者が0.52回である。

図表 1-14 主病別 患者1人当たり1ヶ月平均来院回数 (H20.10)

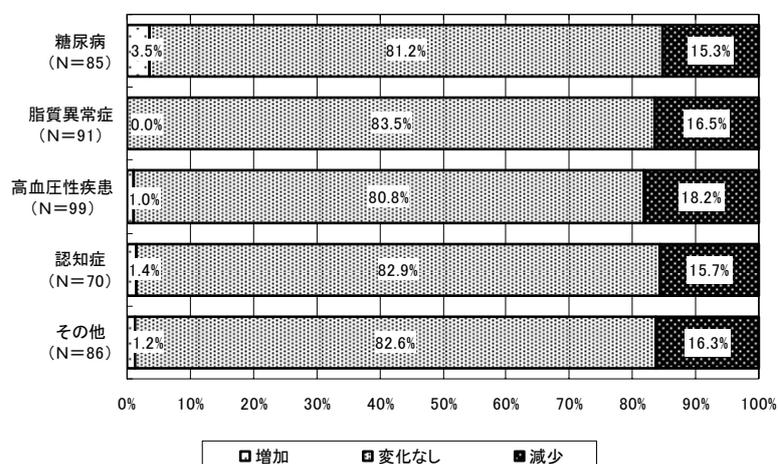
| | 75歳以上外来患者 | 診療料算定患者 |
|--------|-----------|---------|
| 糖尿病 | 0.73回 | 0.64回 |
| 脂質異常症 | 0.54回 | 0.45回 |
| 高血圧性疾患 | 0.64回 | 0.52回 |
| 認知症 | 0.64回 | 0.61回 |
| その他 | 0.63回 | 0.60回 |

(4) 算定患者の通院回数や検査頻度など主病別の回数変化

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月においても診療にあっていた患者について、通院回数や検査頻度などの回数の変化をみると、いずれの主病においても「変化なし」が75%前後から85%前後を占める。なお、「生活機能の検査頻度」及び「身体計測の頻度」は「増加」が12%から19%程度であり、他の検査頻度に比べるとやや大きい。

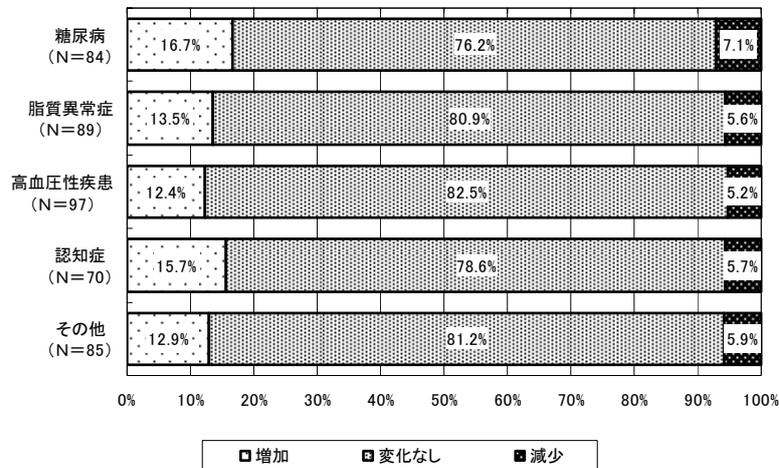
図表 1-15 通院回数や検査頻度など主病別の前年・今年の数変化

<3ヶ月間の総通院回数>

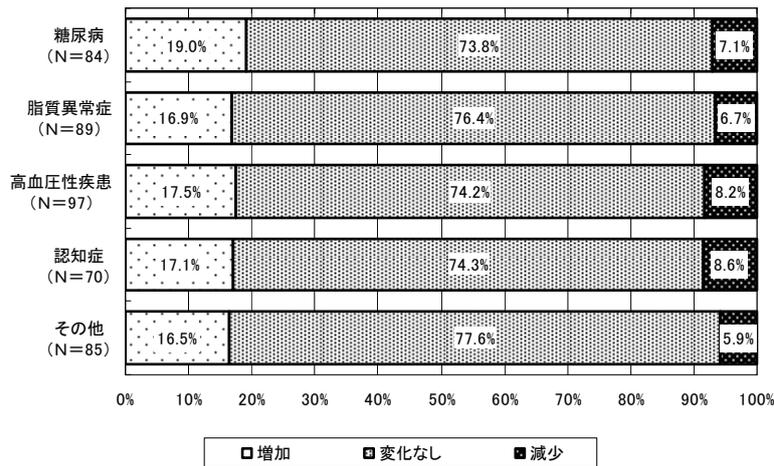


図表 1-15 通院回数や検査頻度など主病別の前年・今年の数値変化（つづき）

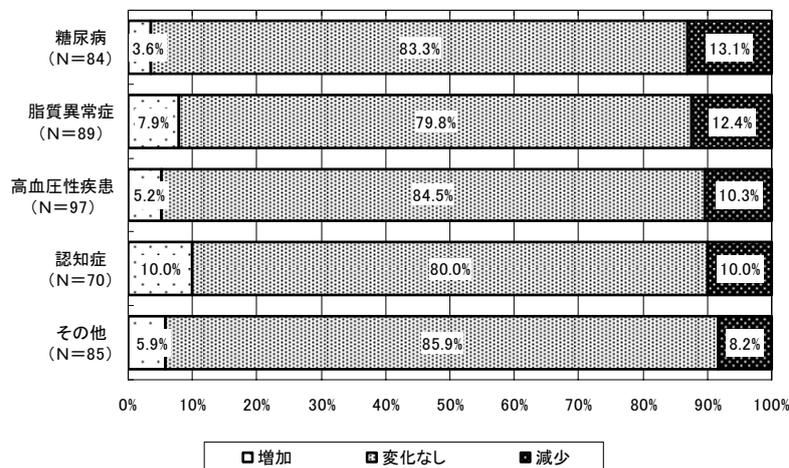
＜生活機能の検査頻度＞



＜身体計測の頻度＞

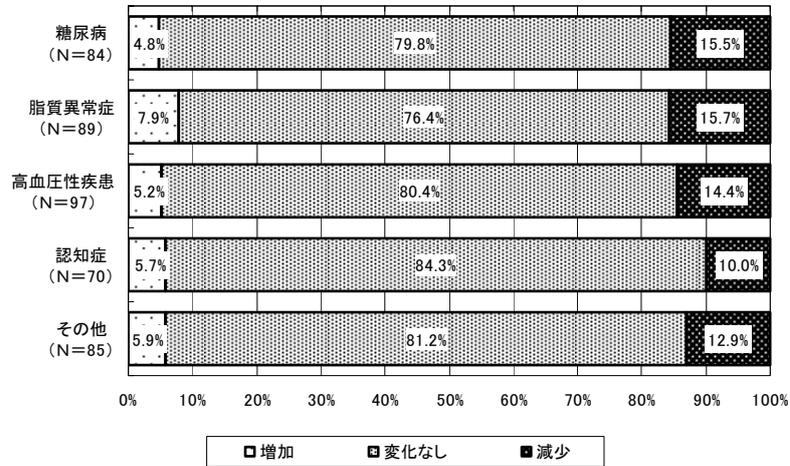


＜検尿の頻度＞

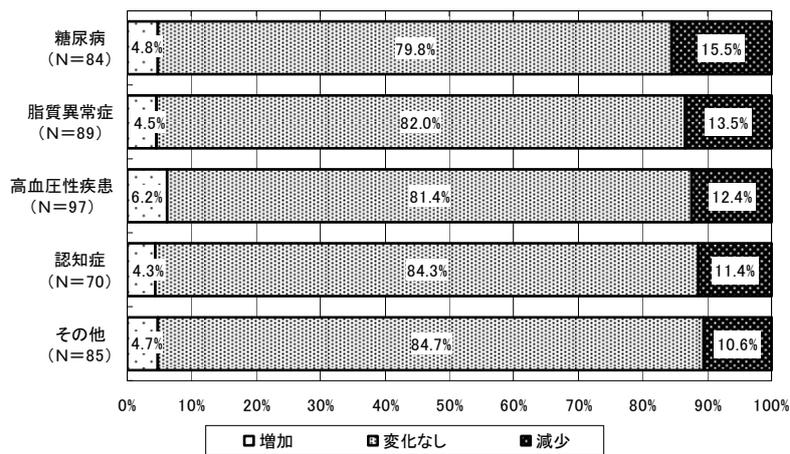


図表 1-15 通院回数や検査頻度など主病別の前年・今年の数値変化（つづき）

<血液検査の頻度>



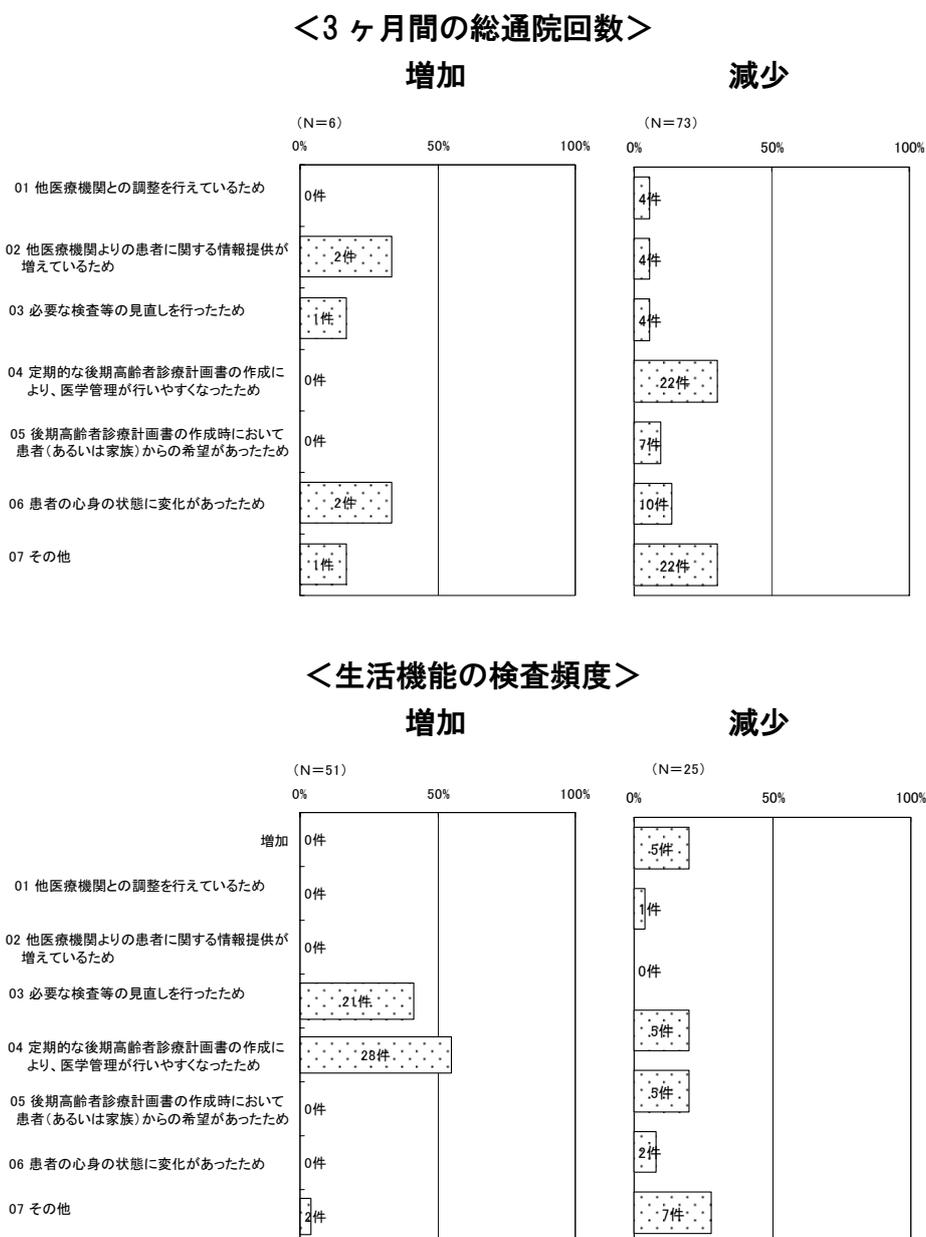
<心電図検査の頻度>



(5) 算定患者の通院回数や検査頻度などの変化とその理由

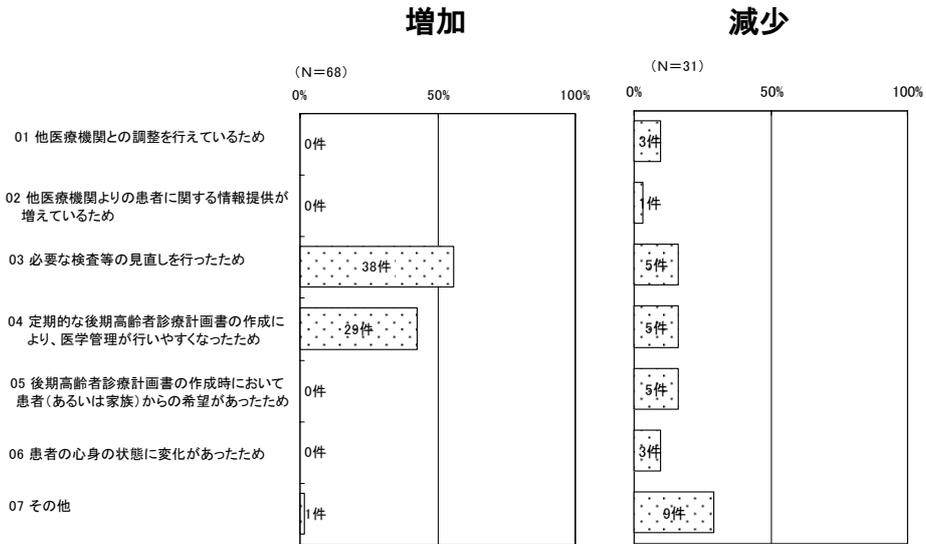
算定患者の通院回数や検査頻度など前年・今年の数値変化の理由をみると、「生活機能の検査頻度」や「身体計測の頻度」「検尿の頻度」など検査頻度は、その増加の理由として「必要な検査等の見直しを行ったため」あるいは「定期的な後期高齢者診療計画書の作成により、医学管理が行いやすくなったため」が多い。また、「検尿の頻度」「血液検査の頻度」「心電図検査の頻度」については、当該回数減少理由としても「必要な検査等の見直しを行ったため」が多い。

図表 1-16 通院回数や検査頻度などの前年・今年の数値変化とその理由

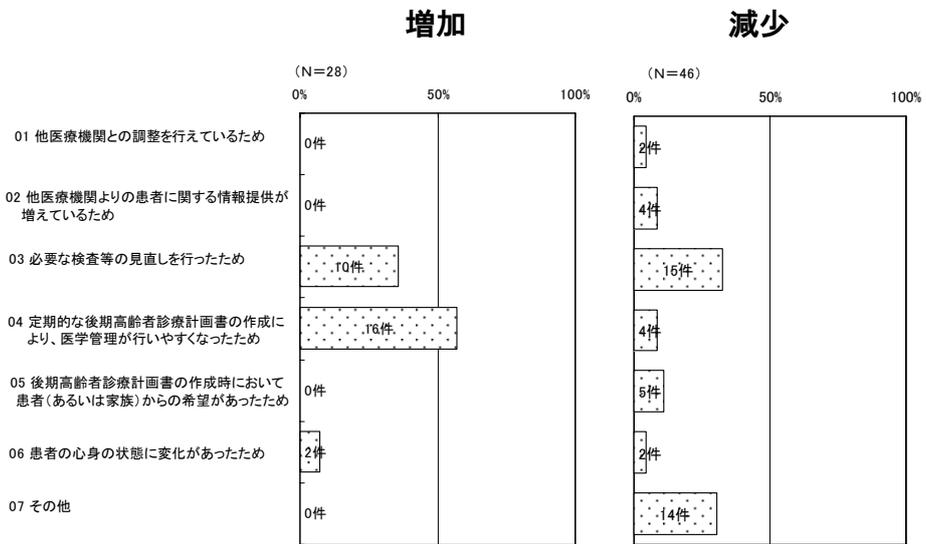


図表 1-16 通院回数や検査頻度などの前年・今年の回数変化とその理由（つづき）

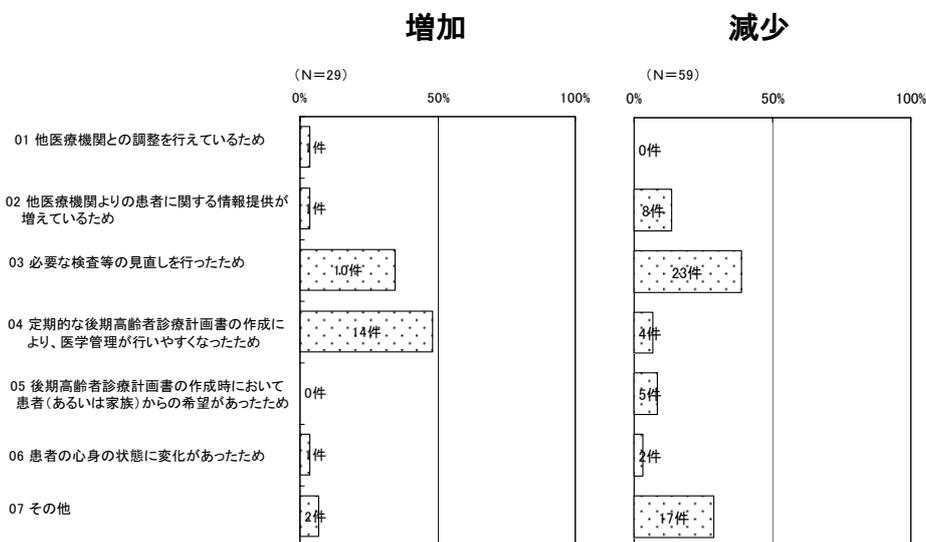
＜身体計測の頻度＞



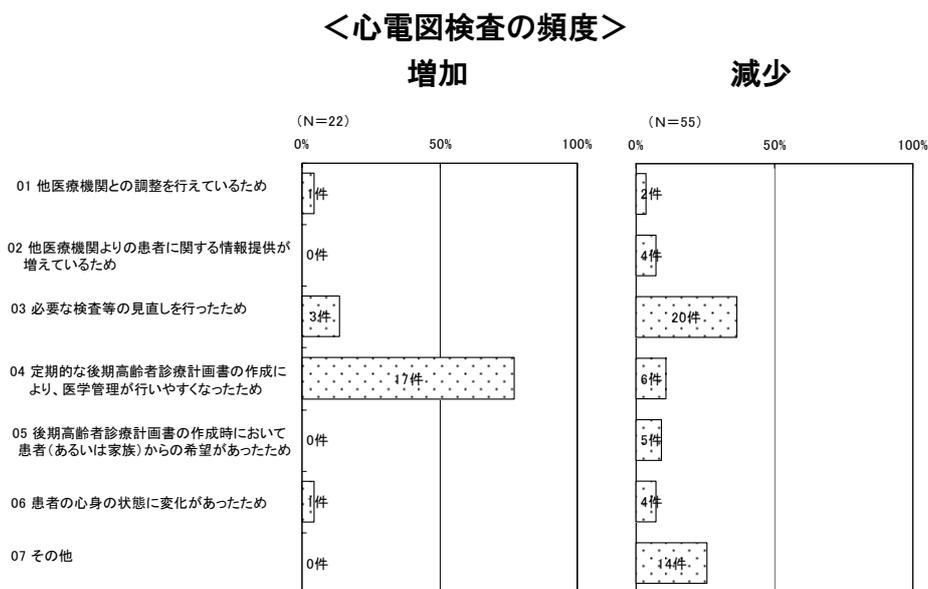
＜検尿の頻度＞



＜血液検査の頻度＞



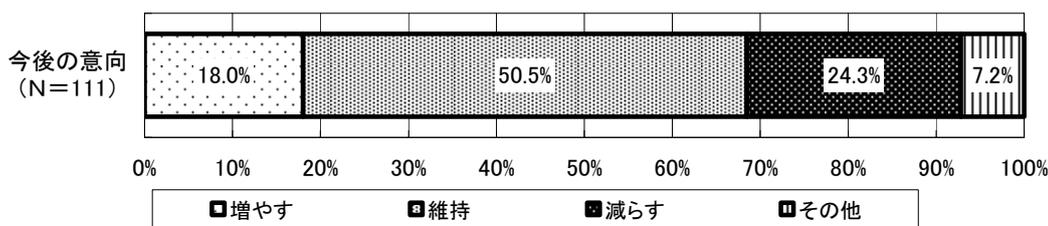
図表 1-16 通院回数や検査頻度などの前年・今年の実数変化とその理由（つづき）



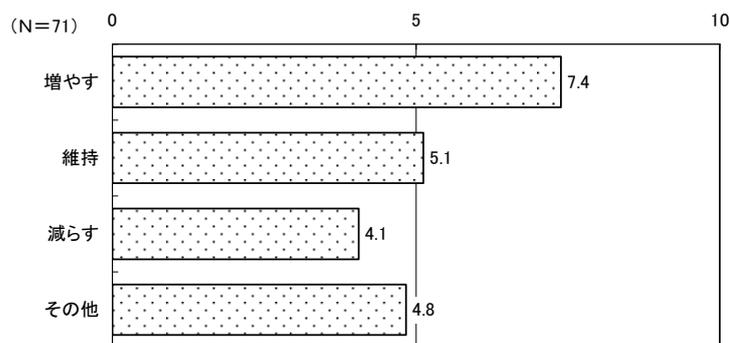
(6) 後期高齢者診療料の算定に係る今後の意向

後期高齢者診療料の算定についての意向は、「維持」(50.5%)が最も多く、次いで「減らす」(24.3%)である。また、算定に係る今後の意向別に連携施設数の平均をみると、増やす意向のある施設は平均連携施設数が7.4、維持の意向のある施設は5.1、減らす意向のある施設は4.1である。

図表 1-17 後期高齢者診療料の算定に係る今後の意向



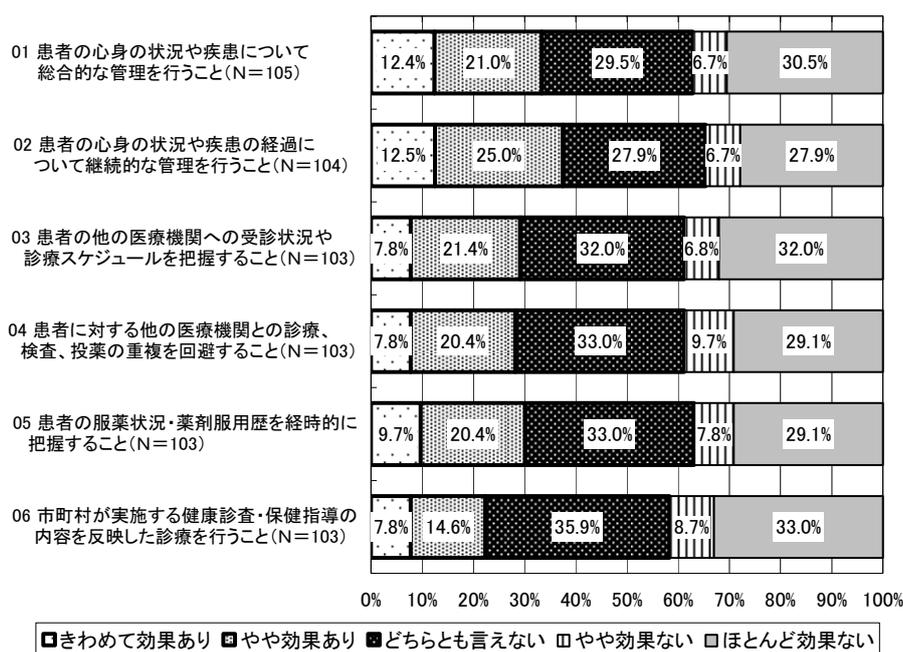
図表 1-18 後期高齢者診療料の算定に係る今後の意向別 平均連携施設数



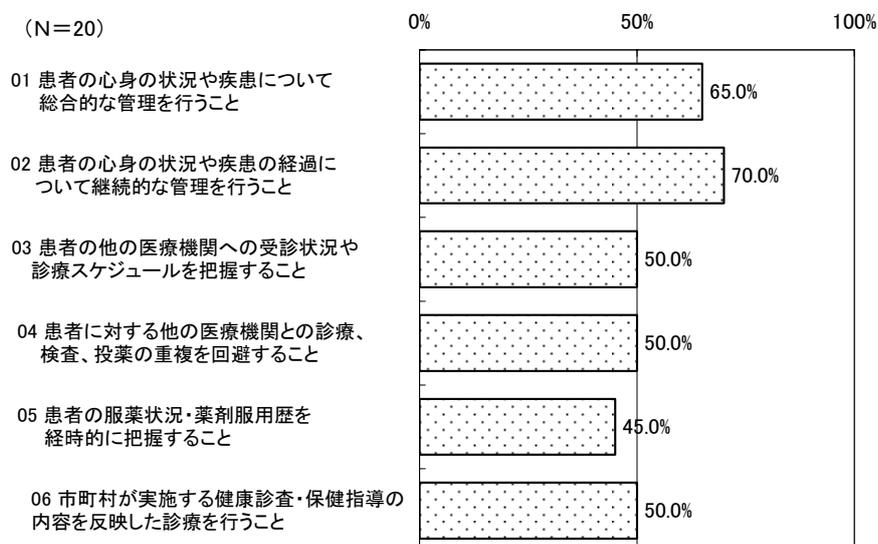
(7) 後期高齢者診療料の算定に係る効果

後期高齢者診療料の算定をはじめからこれまでに感じた効果については、「ほとんど効果はない」と回答した施設が3割前後あるが、「患者の心身の状況や疾患について総合的な管理を行うこと」や「患者の心身の状況や疾患の経過について継続的な管理を行うこと」については効果がある（「きわめて効果がある」+「やや効果がある」）とした施設がそれぞれ33.4%、37.5%あった。この2つの項目については、算定患者を今後増やす予定の施設においても効果があるとしている割合が大きい。

図表 1-19 後期高齢者診療料の算定に係る効果



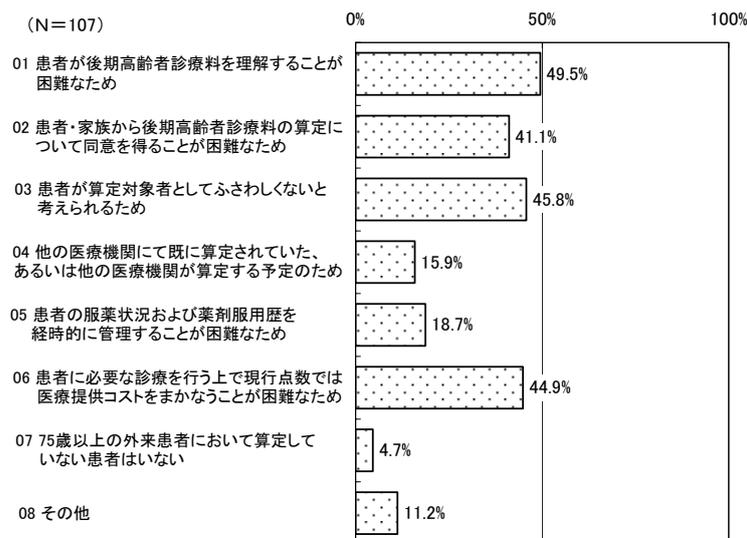
図表 1-20 算定患者を今後増やす予定の施設における項目別効果有割合



(8) 後期高齢者診療料を算定できない患者がいる場合の理由

75歳以上の外来患者に対して、後期高齢者診療料を算定できない場合の理由についてみると、「患者が後期高齢者診療料を理解することが困難なため」(49.5%)が最も多く、次いで「患者が算定対象者としてふさわしくないと考えられるため」(45.8%)、「患者に必要な診療を行う上で現行点数では医療提供コストをまかなうことが困難なため」(44.9%)である。

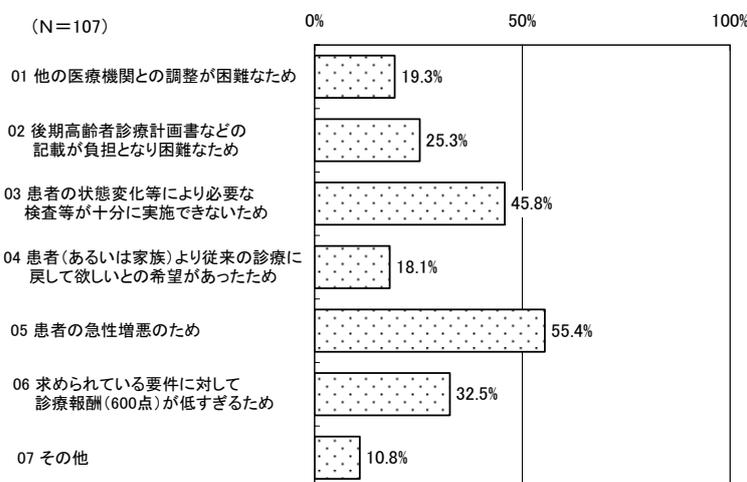
図表 1-21 後期高齢者診療料を算定できない患者がいる場合の理由



(9) 後期高齢者診療料の算定を途中で止めた場合の理由

後期高齢者診療料の算定を途中で止めた患者がいる場合の理由をみると、「患者の急性増悪のため」(55.4%)が最も多く、次いで「患者の状態変化等により必要な検査等が十分に実施できないため」(45.8%)である。

図表 1-22 後期高齢者診療料の算定を途中で止めた場合の理由

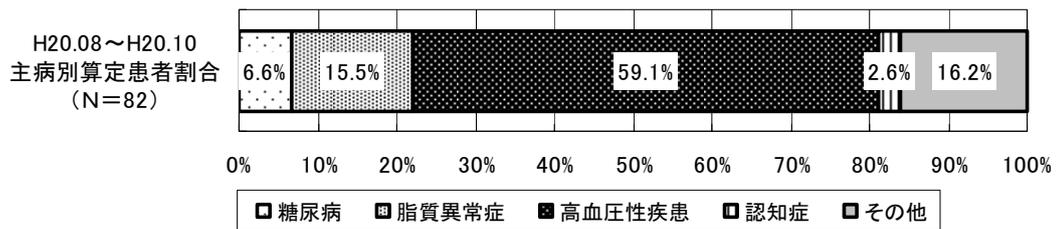


4) 後期高齢者診療計画書の作成状況

(1) 後期高齢者診療料の算定患者数

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いる患者数を主病別にみると、「高血圧性疾患」が 59.1%、「脂質異常症」が 15.5%、「糖尿病」が 6.6%を占めている。

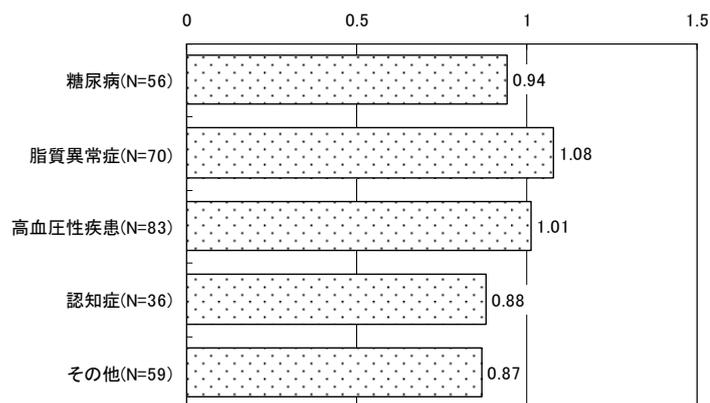
図表 1-23 主病別 後期高齢者診療料の算定患者数割合 (H20.8~H20.10)



(2) 後期高齢者診療計画書の平均交付回数

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いる患者数と計画書の交付総回数をもとに、主病別の平均交付回数をみると、「脂質異常症」は 1.08 回と最も多く、次いで「高血圧性疾患」の 1.01 回、「糖尿病」は 0.94 回である。

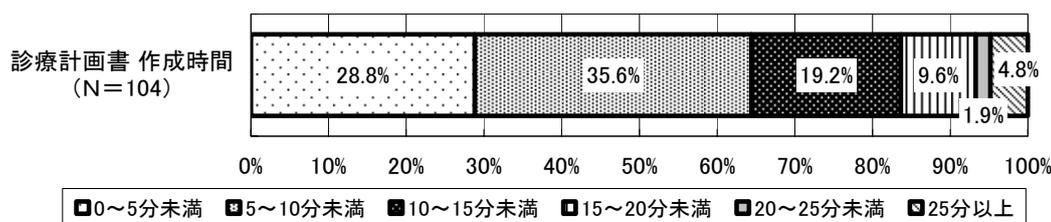
図表 1-24 主病別 後期高齢者診療計画書の平均交付回数 (H20.8~H20.10)



(3) 後期高齢者診療計画書の作成に要する時間

後期高齢者診療計画書の作成に要する時間は、「5～10分未満」(35.6%)が最も多く、次いで「0～5分未満」(28.8%)である。また、作成に要する平均時間は11.79分である。

図表 1-25 後期高齢者診療計画書の作成に要する時間

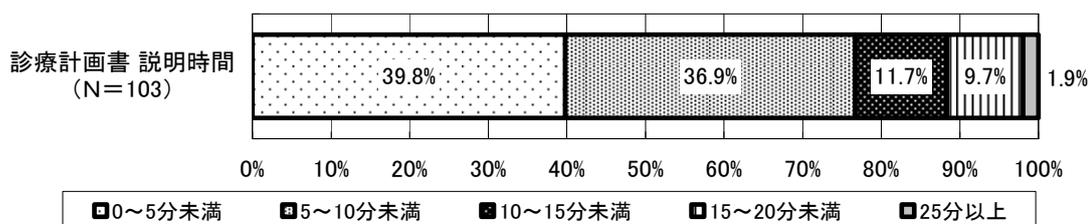


・ 後期高齢者診療計画書の作成に要する平均時間…平均 11.79分

(4) 後期高齢者診療計画書の記載に要する説明時間

後期高齢者診療計画書を記載する際に要する患者への説明時間は、「0～5分未満」(39.8%)が最も多く、次いで「5～10分未満」(36.9%)である。また、記載に要する平均説明時間は9.49分である。

図表 1-26 後期高齢者診療計画書の記載に要する説明時間



・ 後期高齢者診療計画書の記載に要する平均説明時間…平均 9.49分

(5) 後期高齢者診療計画書に記載の緊急時入院先病院数

後期高齢者診療計画書を記載されている緊急時の入院先病院については、平均で2.13施設である。

・ 後期高齢者診療計画書に記載の緊急時入院先病院数…平均 2.13施設

(6) 後期高齢者診療計画書及び本日の診療内容の要点に対する意見

□後期高齢者診療計画書について (総件数：32)

- ・項目が多すぎる (75歳以上の高齢者には理解しづらいのもっと簡易に) (7件)
- ・計画書作成は医療行為ではないのではないか (6件)
- ・途中で計画変更した場合の訂正が容易にできたり、イラスト等が活用できると良い (2件)
- ・要介護度の情報の活用方法が不明 (1件)
- ・連携医療機関の記入が必須であると患者に誤解されている (1件)
- ・血液検査、心電図などは必ずとるべきなのか (1件)
- ・スケジュールのチェックは手間がかかる (1件)

□本日の診療内容の要点について (総件数：26)

- ・診療の度に書類発行するのは煩雑である (二度手間であり事務処理のみ増える) (4件)
- ・話して説明する方が理解をされるし、発行したとしても読んでもらえていない (2件)
- ・項目が多すぎる (75歳以上の高齢者には理解しづらいのもっと簡易に) (2件)
- ・カルテ記載で足りるはず (2件)
- ・体温、投薬内容は不要ではないか (2件)
- ・「毎日の生活での留意事項」欄が小さい (1件)
- ・薬剤に関しては変更点・注意点を書くようにした方が有意義ではないか (1件)
- ・慢性疾患の場合は指導内容が固定化されるので口頭での説明のみで十分であり、持ち帰らない患者も多い (1件)
- ・次受診日時を事前に決めるのは難しい (1件)

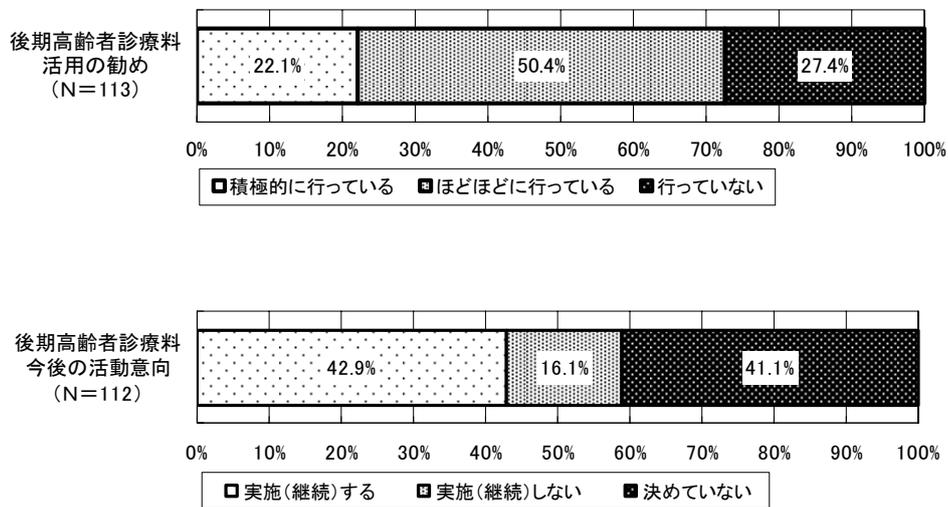
5) 後期高齢者診療料に係る患者の理解度・満足度

(1) 後期高齢者診療料の活用に向けた姿勢について

後期高齢者診療（料）の活用を75歳以上外来患者に対して積極的に勧めていると回答した施設は22.1%、ほどほどに勧めている施設は50.4%、勧めていない施設は27.4%である。

また、患者に対する後期高齢者診療（料）の活用の勧めを今後も実施（継続）すると回答した施設は42.9%、実施（継続）しない施設は16.1%、決めていないと回答した施設は41.1%である。

図表 1-27 後期高齢者診療料の活用に向けた姿勢について

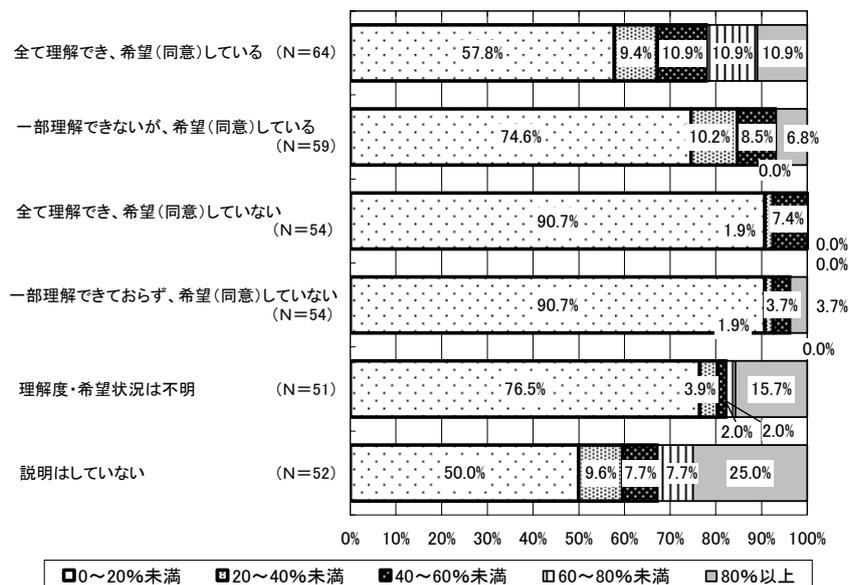


(2) 後期高齢者診療料への理解度や希望の状況

75歳以上外来患者にみる後期高齢者診療料への理解度や希望の状況については、「説明していない」を除けば、後期高齢者診療料について「全て理解でき、希望（同意）している」患者の割合（28.8%）が最も多く、次いで「患者の理解度や希望の状況は不明」（20.6%）である。

- ・ 後期高齢者診療料を理解でき、希望（同意）している …… 平均 28.8%
- ・ 後期高齢者診療料を一部理解できていないが、希望（同意）している …… 平均 15.9%
- ・ 後期高齢者診療料を理解でき、希望（同意）していない …… 平均 5.3%
- ・ 後期高齢者診療料を一部理解できておらず、希望（同意）していない …… 平均 7.1%
- ・ 患者の理解度や希望の状況は不明 …… 平均 20.6%
- ・ 後期高齢者診療料に係る説明はしていない …… 平均 35.9%

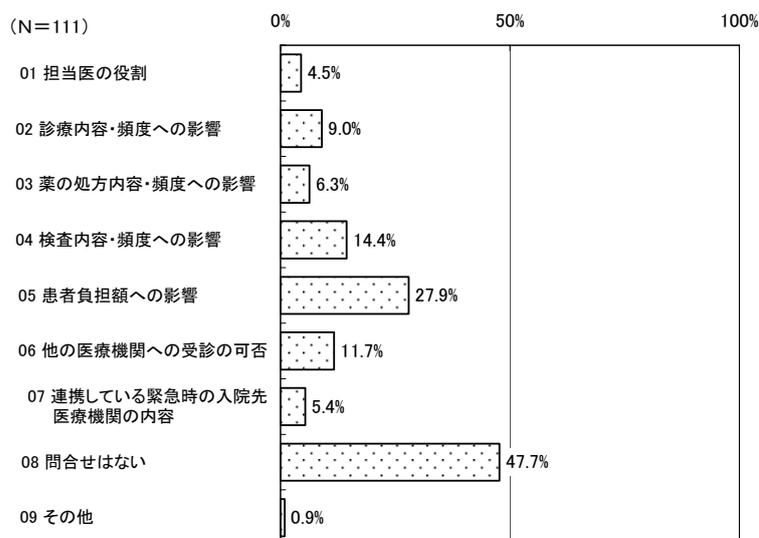
図表 1-28 後期高齢者診療料への理解度別 75歳以上外来患者割合分布



(3) 後期高齢者診療料に係る外来患者からの問い合わせ内容

後期高齢者診療料に係る外来患者からの問い合わせについては、「問合せはない」(47.7%)が最も多いが、問い合わせがあった場合の内容では「患者負担額への影響」(27.9%)が多く、次いで「検査内容・頻度への影響」(14.4%)、「他の医療機関への受診の可否」(11.7%)が多い。

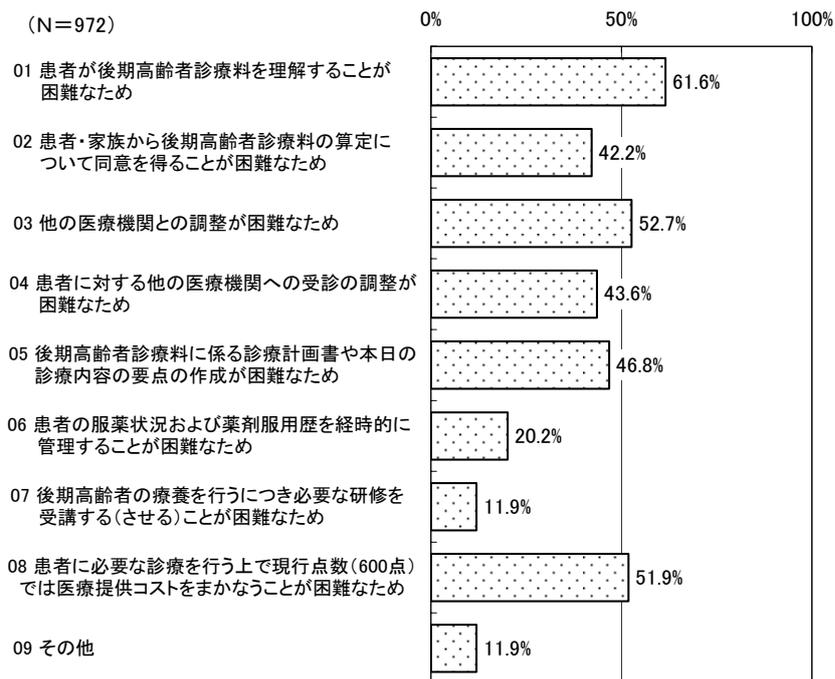
図表 1-29 後期高齢者診療料に係る外来患者からの問い合わせ内容



6) 後期高齢者診療料を1人も算定していない理由

後期高齢者診療料の算定をしていない施設が、算定を行っていない理由としては「患者が後期高齢者診療料を理解することが困難なため」(61.6%)が最も多く、次いで「他の医療機関との調整が困難なため」(52.7%)、「患者に必要な診療を行う上で現行点数(600点)では医療提供コストをまかなうことが困難なため」(51.9%)である。

図表 1-30 後期高齢者診療料を1人も算定していない理由



5.2 患者調査

1) 回収の状況

患者調査票は、施設調査の調査対象施設に5部ずつ同封し、調査開始日より遡って、直近(1ヶ月以内)に来院された後期高齢者診療料の算定を受けている患者に医療機関から手渡しで配布している。患者調査票は有効回収数が206件であった。

図表 2-1 回収の状況

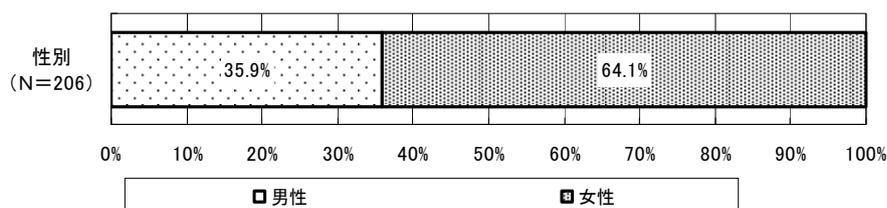
| | 有効回収数 |
|-------|-------|
| 患者調査票 | 206件 |

2) 患者の属性

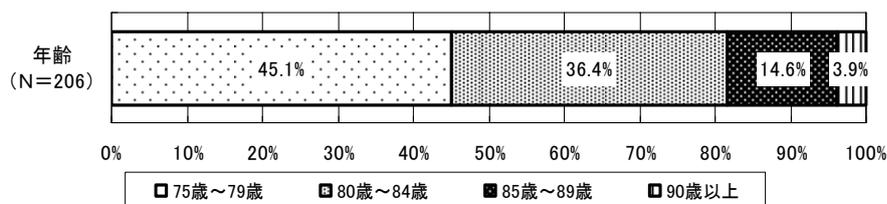
(1) 性別・年齢

回収された患者調査票における患者の性別をみると、男性は35.9%、女性は64.1%である。また、年齢は「75歳～79歳」(45.1%)が最も多く、次いで「80歳～84歳」(36.4%)である。

図表 2-2 性別



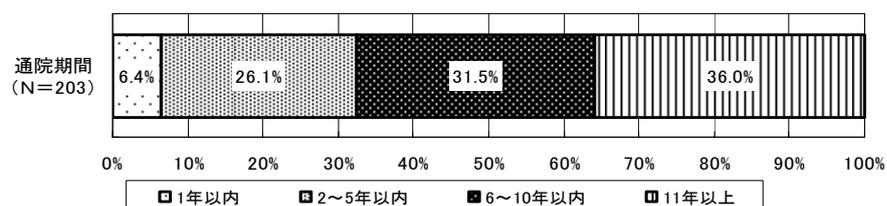
図表 2-3 年齢構成



(2) 調査票を受け取った医療機関への通院期間

患者が患者調査票を受け取った病院・診療所に通院している期間は、「11年以上」(36.0%)が最も多く、次いで「6～10年以内」(31.5%)である。

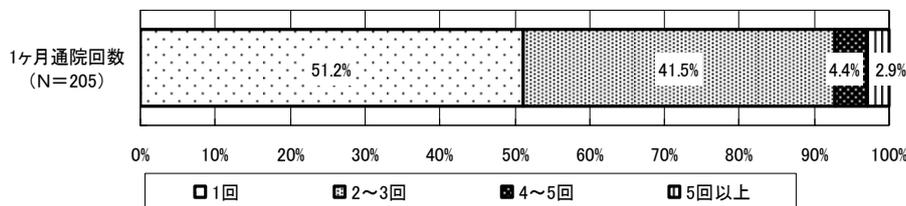
図表 2-4 調査票を受け取った医療機関への通院期間



(3) 調査票を受け取った医療機関への1ヶ月当り通院回数

患者が患者調査票を受け取った病院・診療所に通院する回数は、1ヶ月当りで「1回」(51.2%)が最も多く、次いで「2~3回」(41.5%)である。

図表 2-5 調査票を受け取った医療機関への1ヶ月当り通院回数

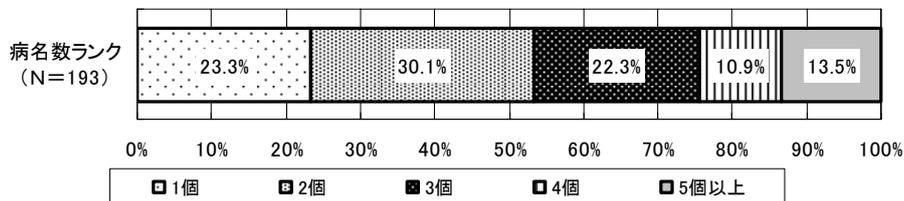


(4) 後期高齢者診療計画書に書かれている病名数

後期高齢者診療計画書に書かれている病名数は、平均で2.75個である。また、「2個」書かれている場合が30.1%と多く、次いで「1個」(23.3%)、「3個」(22.3%)である。

・後期高齢者診療計画書に記載の病名数(図表 2-6) …平均 2.75 個

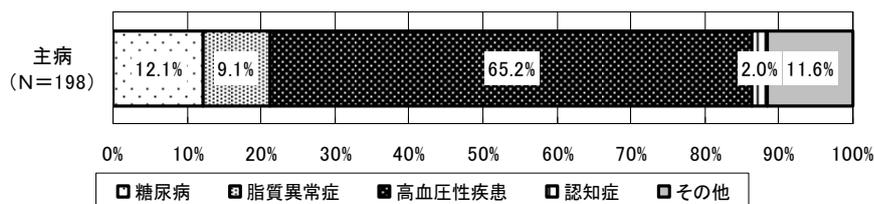
図表 2-6 後期高齢者診療計画書に書かれている病名数



(5) 後期高齢者診療計画書に書かれている主病

後期高齢者診療計画書に書かれている主病は、「高血圧性疾患」(65.2%)が最も多く、次いで「糖尿病」(12.1%)である。

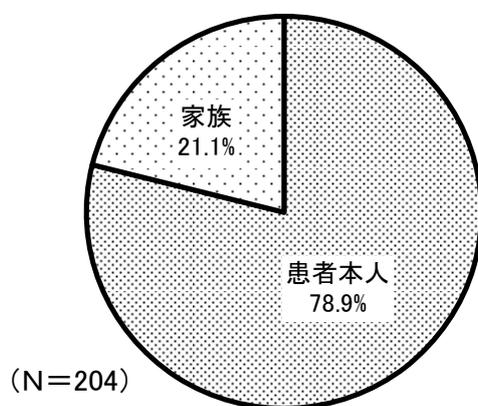
図表 2-7 後期高齢者診療計画書に書かれている主病数



(6) 患者調査票の記入者

患者調査票の記入者は、「患者本人」が78.9%を占め、「家族」は21.1%である。

図表 2-8 患者調査票の記入者



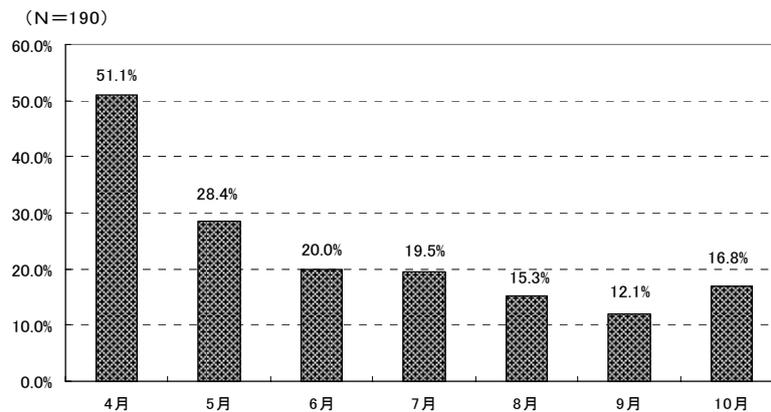
3) 患者の受診状況

(1) 後期高齢者診療計画書を渡された月

医師から後期高齢者診療計画書を渡された時期は、平成20年「4月」が51.1%と最も多く、次いで「5月」(28.4%)である。

また、後期高齢者診療計画書を渡された月が「4月」のみである割合は34.7%と最も大きく、次いで「5月」のみ(19.5%)、「6月」のみ(10.5%)となっているが、「4月～10月まで毎月」の割合も6.8%ある。

図表 2-9 後期高齢者診療計画書を渡された月



図表 2-10 後期高齢者診療計画書を渡された月のパターン

(N=190)

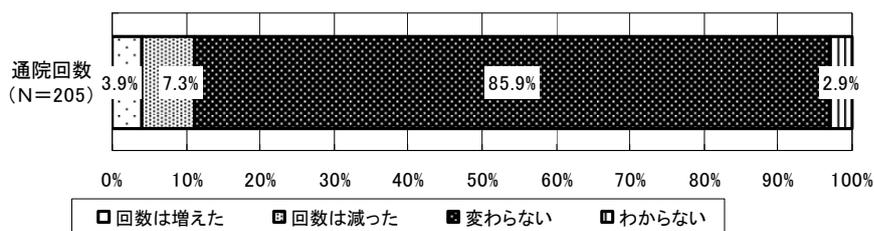
| | 計画書を渡された月 | 割合 |
|----|-----------------------|-------|
| 1 | 4月 | 34.7% |
| 2 | 5月 | 19.5% |
| 3 | 6月 | 10.5% |
| 4 | 4月・5月・6月・7月・8月・9月・10月 | 6.8% |
| 5 | 7月 | 5.8% |
| 6 | 4月・7月・10月 | 4.2% |
| 7 | 8月 | 3.7% |
| 8 | 9月 | 2.6% |
| 9 | 10月 | 1.6% |
| 10 | 4月・7月 | 1.6% |

(2) 後期高齢者診療料の算定前後の変化

後期高齢者診療計画書を渡されるようになった前と後で、計画書を渡される病院・診療所への通院回数の変化をみると、「変わらない」(85.9%)が最も多く、次いで「回数は減った」(7.3%)である。

また、通院回数が変わった理由については、増えた理由として「疾病が増えたため」等があり、減った理由としては「待ち時間が長くなるから」等がある。

図表 2-11 後期高齢者診療料の算定前後の通院回数の変化

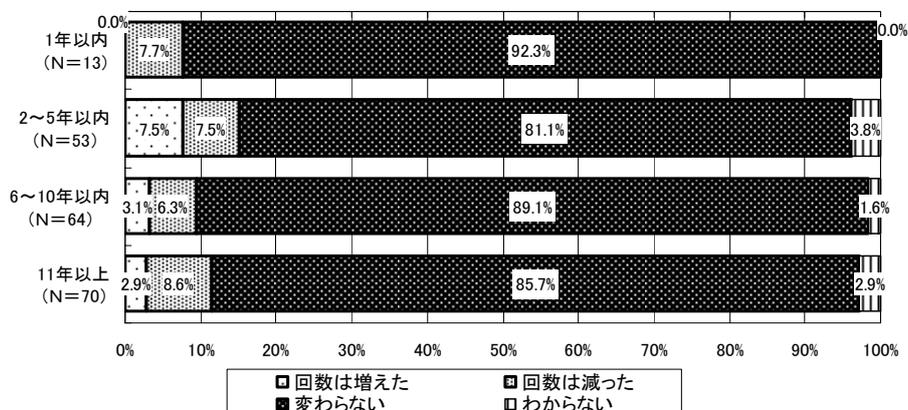


通院回数が変わった理由 (総件数：17)

- 増えた理由：疾病が増えたため (2件) / 診療を受けず処方せんのみを受け取っていたから (1件)
- 減った理由：待ち時間が長くなるから (3件) / 料金が高くなったから (2件) / 長期間の処方せんを出してくれたから (2件) / 症状が安定したから (2件)

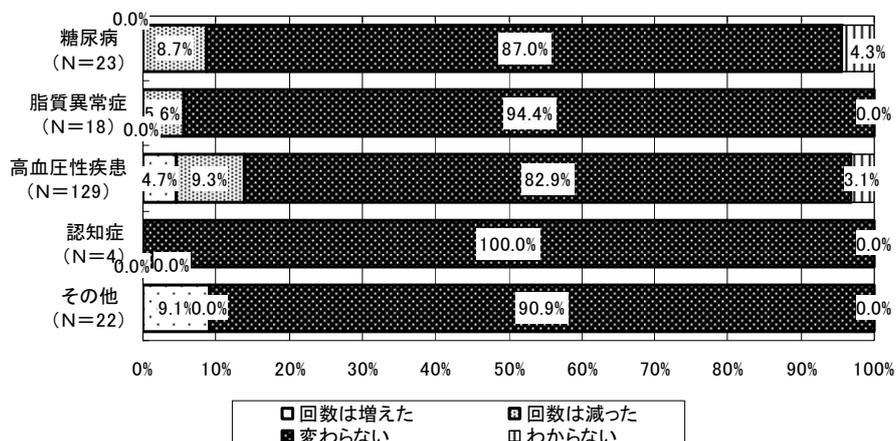
計画書を渡される病院・診療所への通院回数の変化を通院期間別にみると、他の期間に比較して「2～5年以内」は「回数は増えた」が7.5%と大きい。

図表 2-12 通院期間別 算定前後の通院回数の変化



計画書を渡される病院・診療所への通院回数の変化を患者の主病別にみると、「糖尿病」及び「高血圧性疾患」は「回数は減った」が9%程あり、他の主病に比べると大きい。

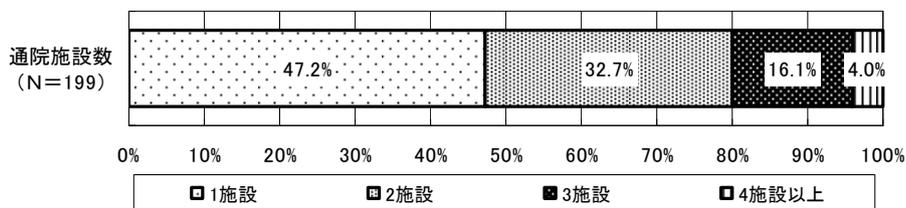
図表 2-13 主病別 算定前後の通院回数の変化



(3) 通院施設数

現在、通院している病院・診療所の施設は、「1施設」(47.2%)が最も多く、次いで「2施設」(32.7%)である。また、通院施設数の平均は1.78施設である。

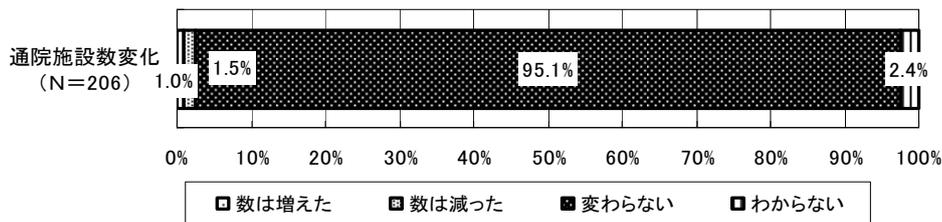
図表 2-14 通院施設数



・ 通院施設数 …… 平均 1.78 施設

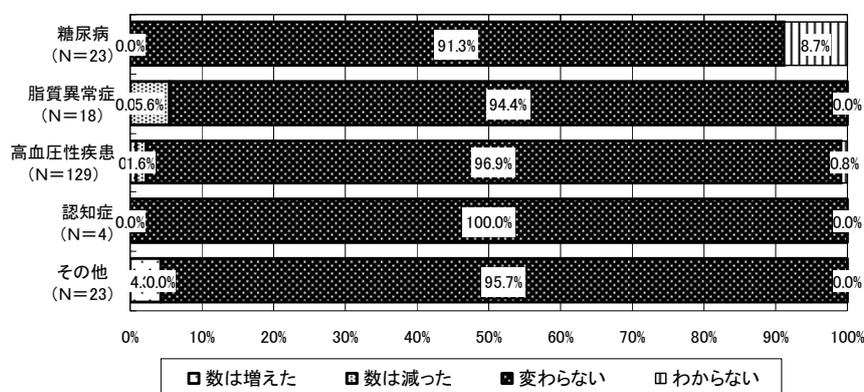
後期高齢者診療計画書を渡されるようになった前と後で、通院している病院・診療所の数の変化をみると、「変わらない」が95.1%である。

図表 2-15 後期高齢者診療料の算定前後の通院施設数の変化



通院している病院・診療所の数の変化を患者の主病別にみても、「変わらない」が9割を超えている。

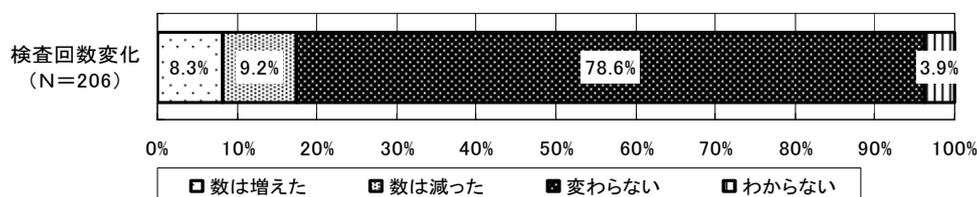
図表 2-16 主病別 通院施設数の変化



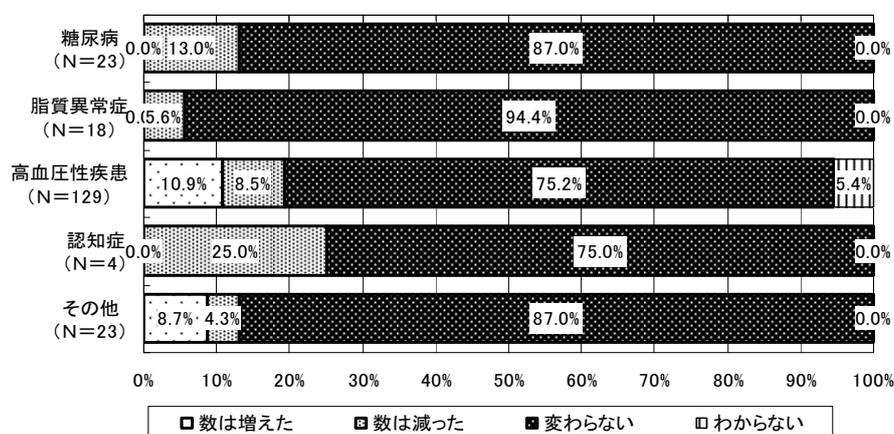
(4) 後期高齢者診療料の算定前後の検査回数の変化

後期高齢者診療計画書を渡されるようになった前と後で、検査回数の変化をみると、「変わらない」(78.6%)が最も多く、次いで「数は減った」(9.2%)である。主病別では「高血圧性疾患」患者の10.9%が「数は増えた」としている。

図表 2-17 後期高齢者診療料の算定前後の検査回数の変化

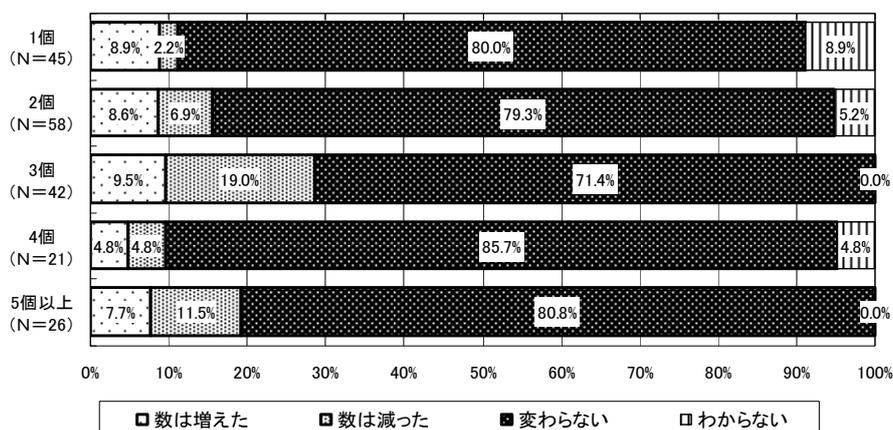


図表 2-18 主病別 算定前後の検査回数の変化



後期高齢者診療計画書に書かれている病名数ランク別に検査回数の変化をみると、「数は減った」が病名数「3個」の患者は19.0%、「5個以上」の患者は11.5%と他に比べて大きい。

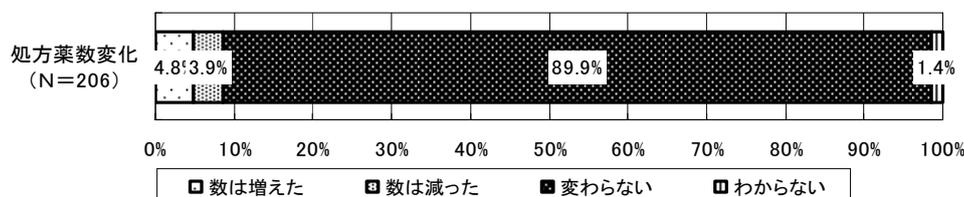
図表 2-19 記載病名数ランク別 算定前後の検査回数の変化



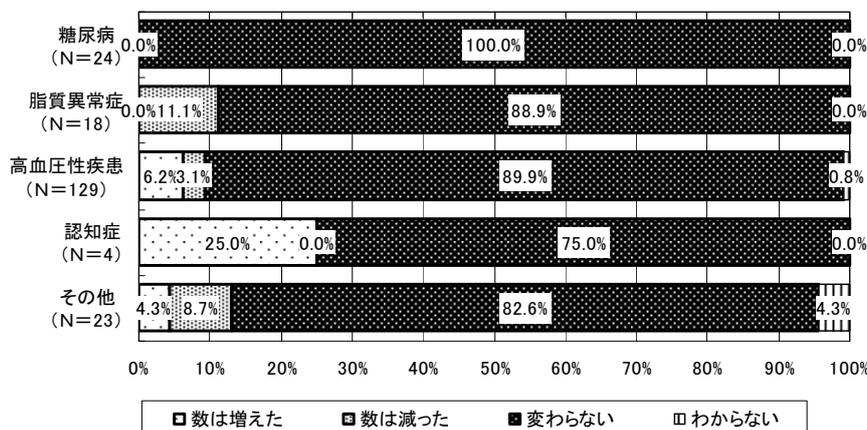
(5) 後期高齢者診療料の算定前後の処方薬数の変化

後期高齢者診療計画書を渡されるようになった前と後で、処方される薬の数の変化をみると、「変わらない」(89.9%)が最も多く、次いで「数は増えた」(4.8%)である。

図表 2-20 後期高齢者診療料の算定前後の処方薬数の変化

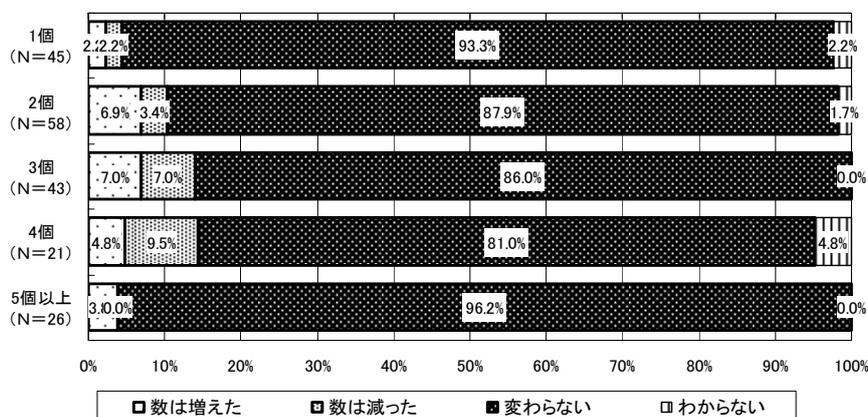


図表 2-21 主病別 算定前後の処方薬数の変化



後期高齢者診療計画書に書かれている病名数ランク別に処方される薬の数の変化をみると、いずれも8割以上が「変わらない」であるが、「数は減った」は病名数「4個」の患者では9.5%、「3個」の患者では7.0%、また、「数は増えた」は病名数「3個」及び「2個」の患者では7%程あり、他に比べるとやや大きい。

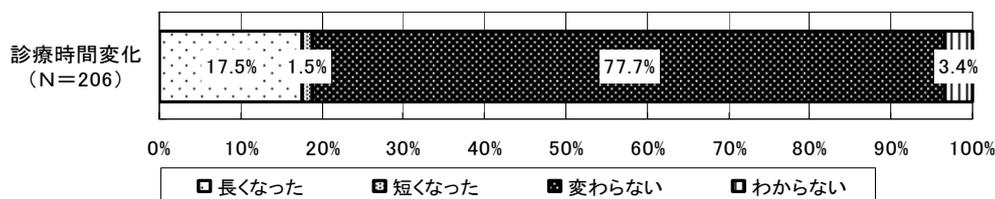
図表 2-22 記載病名数ランク別 算定前後の処方薬数の変化



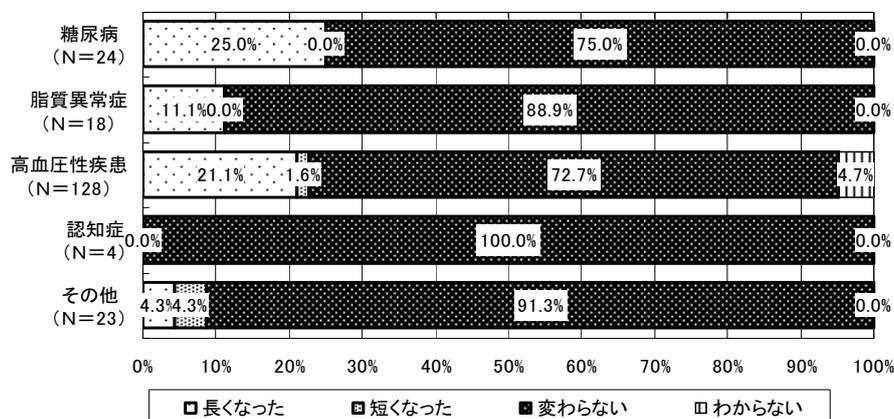
(6) 後期高齢者診療料の算定前後の診療時間変化

後期高齢者診療計画書を渡されるようになった前と後で、診療にかかる時間の変化をみると、「変わらない」(77.7%)が最も多く、次いで「長くなった」(17.5%)である。主病別では「高血圧性疾患」患者の21.1%が「長くなった」としている。

図表 2-23 後期高齢者診療料の算定前後の診療時間変化

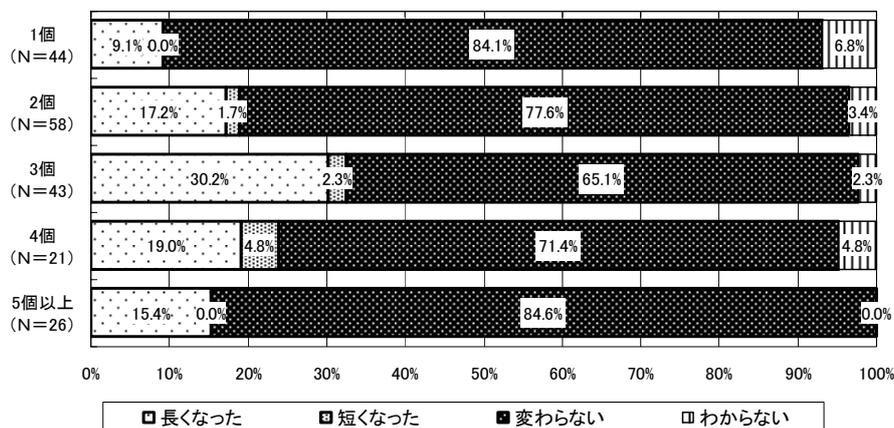


図表 2-24 主病別 算定前後の診療時間の変化



後期高齢者診療計画書に書かれている病名数ランク別に診療時間の変化をみると、いずれも6割から8割が「変わらない」であるが、「長くなった」は病名数「3個」の患者では30.2%を占めている。

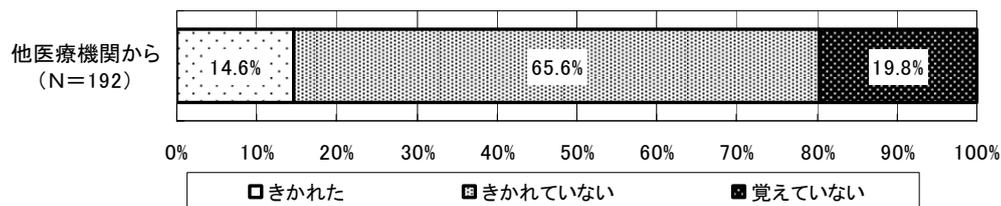
図表 2-25 記載病名数ランク別 算定前後の診療時間の変化



(7) 他医療機関の対応状況

後期高齢者診療計画書を渡されるようになってから、計画書を渡されている所の他に通院している他の病院・診療所で、「後期高齢者診療計画書」や「本日の診療内容の要点」の内容について「きかれていない」患者が65.6%を占める。「きかれた」患者は14.6%である。

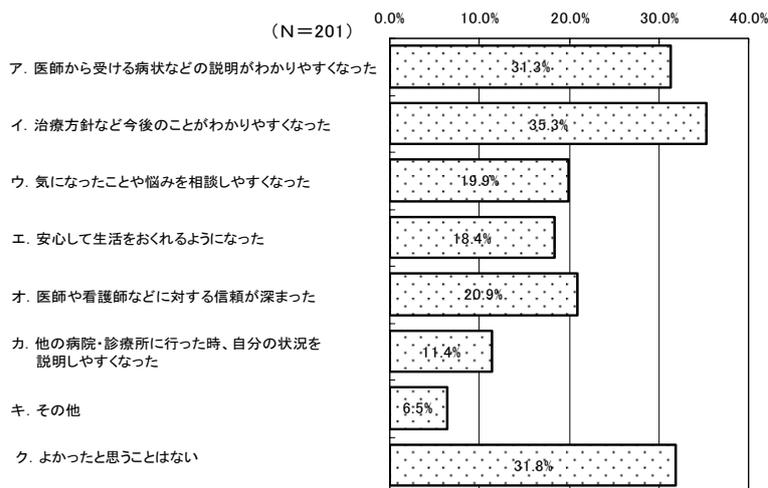
図表 2-26 他医療機関からの対応状況



(8) 後期高齢者診療料の算定後のよかった点

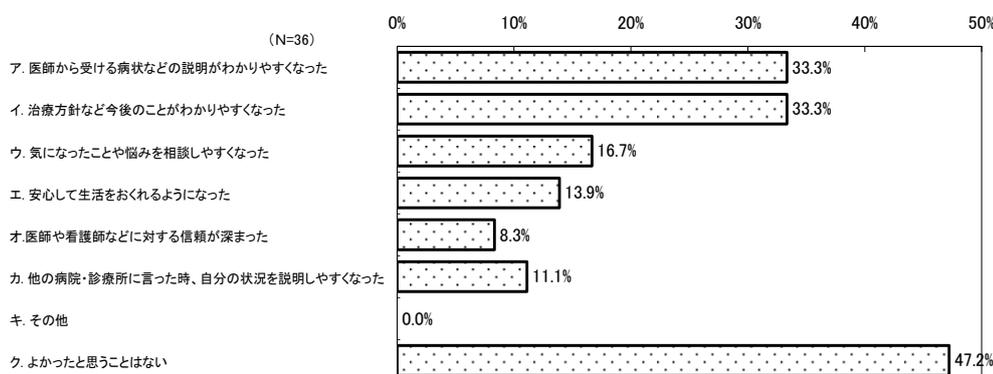
後期高齢者診療計画書を渡されるようになってから、よかったと思うことは「治療方針など今後のことがわかりやすくなった」(35.3%)が最も多く、次いで「よかったと思うことはない」(31.8%)、「医師から受ける病状などの説明がわかりやすくなった」(31.3%)である。

図表 2-27 後期高齢者診療料の算定後のよかった点



後期高齢者診療計画書を渡されるようになってから、診療時間が「長くなった」と答えた患者が感じる算定後のよかった点は、「よかったと思うことはない」(47.2%)が最も多く、次いで「医師から受ける病状などの説明がわかりやすくなった」(33.3%)、「治療方針など今後のことがわかりやすくなった」(33.3%)である。

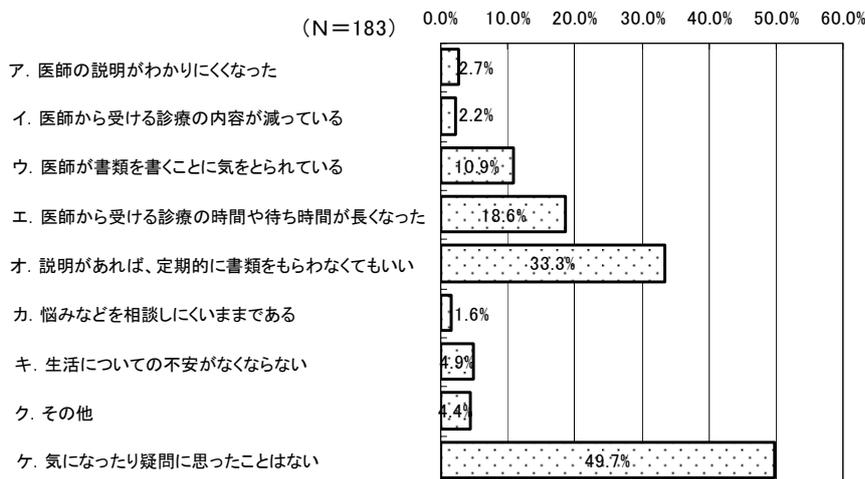
図表 2-28 診療時間が「長くなった」患者の算定後よかった点



(9) 後期高齢者診療料の算定後の気になった点・疑問点

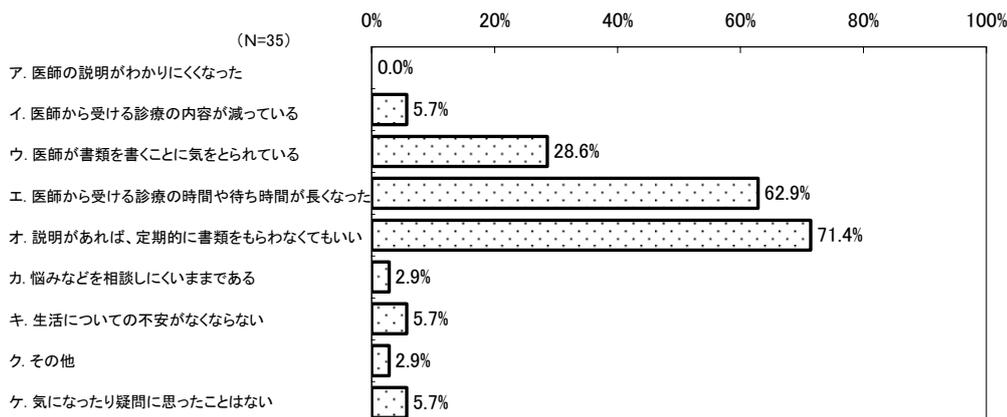
後期高齢者診療計画書を渡されるようになってから、気になったり疑問に思ったことは、「気になったり疑問に思ったことはない」(49.7%)が最も多く、次いで「説明があれば、定期的に書類をもらわなくてもいい」(33.3%)である。

図表 2-29 後期高齢者診療料の算定後の気になった点・疑問点



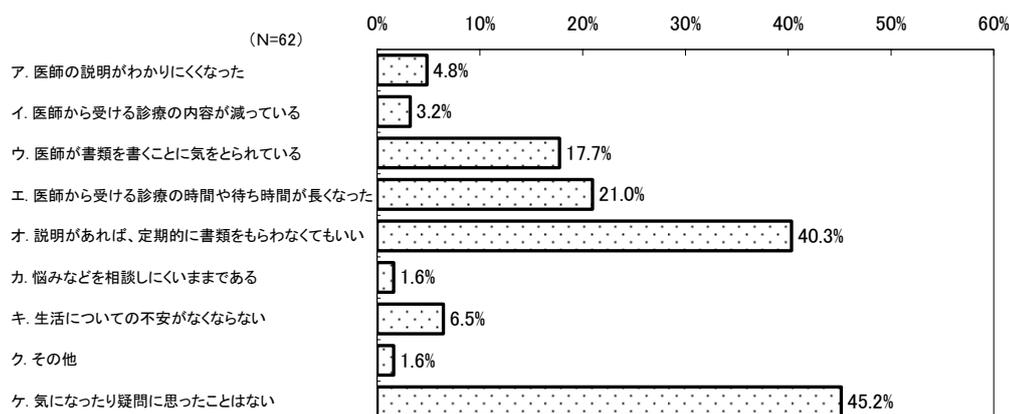
後期高齢者診療計画書を渡されるようになってから、診療時間が「長くなった」と答えた患者が感じる算定後の気になった点・疑問点は、「説明があれば、定期的に書類をもらわなくてもいい」(71.4%)が最も多く、次いで「医師から受ける診療の時間や待ち時間が長くなった」(62.9%)である。

図表 2-30 診療時間が「長くなった」患者の算定後 気になった点・疑問点



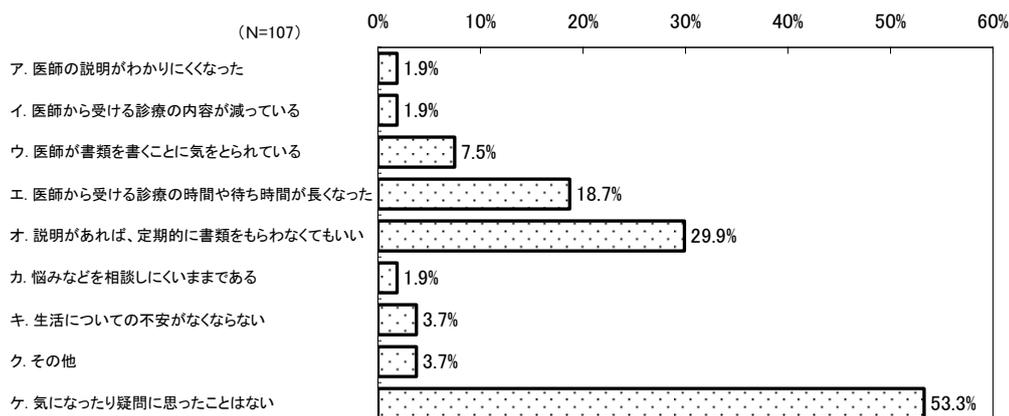
後期高齢者診療計画書を渡されるようになってから、「よかったと思うことはない」と答えた患者を感じる算定後の気になった点・疑問点は、「気になったり疑問に思ったことはない」(45.2%)が最も多く、次いで「説明があれば、定期的に書類をもらわなくてもいい」(40.3%)である。

図表 2-31 「よかったと思うことはない」患者の算定後 気になった点・疑問点



後期高齢者診療計画書を渡されるようになってから、「よかったと思うことはない」と答えた患者以外の患者を感じる算定後の気になった点・疑問点は、「気になったり疑問に思ったことはない」(53.3%)が最も多く、次いで「説明があれば、定期的に書類をもらわなくてもいい」(29.9%)である。

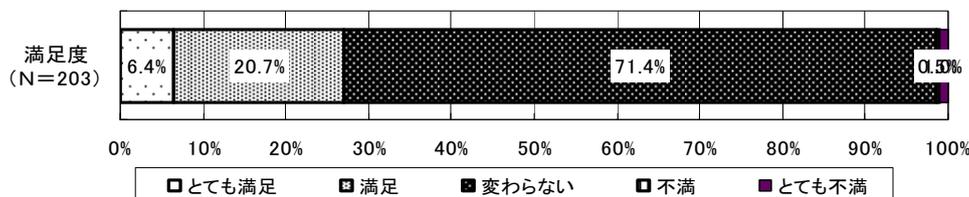
図表 2-32 「よかったと思うことはない」患者以外の算定後 気になった点・疑問点



(10) 後期高齢者診療料の算定前後の診療等に対する満足度の変化

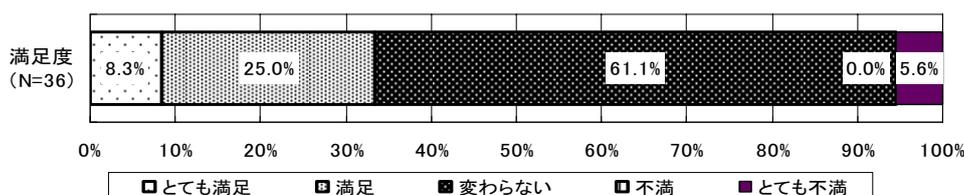
後期高齢者診療計画書を渡されるようになった前と後で、計画書を渡される医師から受けた診療などについて満足度の変化をみると、「変わらない」(71.4%)が最も多く、次いで「満足に思うようになった」(20.7%)である。

図表 2-33 後期高齢者診療料の算定前後の診療等に対する満足度の変化



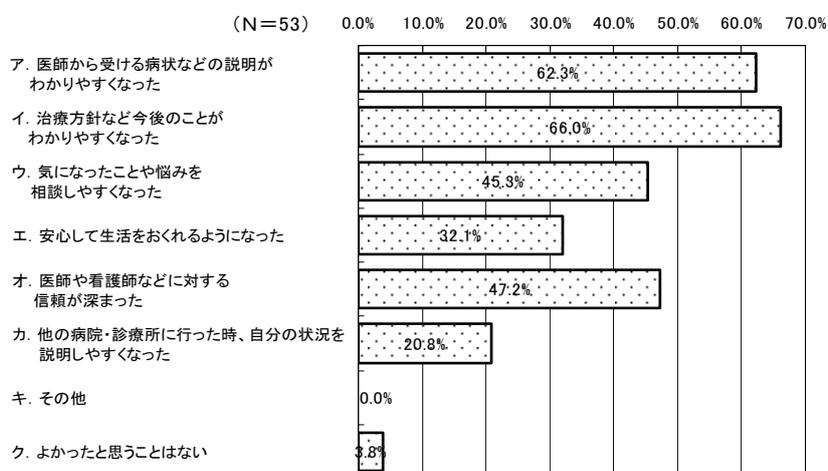
後期高齢者診療計画書を渡されるようになってから、診療時間が「長くなった」と答えた患者が感じる満足度の変化は、「変わらない」(61.1%)が最も多く、次いで「満足に思うようになった」(25.0%)である。

図表 2-34 診療時間が「長くなった」患者の満足度の変化



医師の診療などに満足している患者が感じるよかったと思うことは「治療方針など今後のことがわかりやすくなった」(66.0%)が最も多く、次いで「医師から受ける病状などの説明がわかりやすくなった」(62.3%)である。

図表 2-35 満足している患者の感じるよかったと思うこと



(11) 「後期高齢者診療計画書」及び「本日の診療内容の要点」についての希望や意見

後期高齢者診療計画書について (総件数：34)

- ・ 毎月は不要 (9件)
- ・ 今後のスケジュールが分かって良い (1件)
- ・ 治療方針や履歴がわかってよい (1件)
- ・ 口頭で説明があれば良い (1件)
- ・ 内容が具体的でない (1件)

本日の診療内容の要点について (総件数：34)

- ・ 毎月は不要 (6件)
- ・ 本人が検査結果を覚えていないので都合が良い (2件)
- ・ いつも同じことしか書いてない (2件)

6. まとめ

本調査では、新設された後期高齢者診療料による、治療の内容や患者の受診行動の変化を把握するために、後期高齢者診療料の届出を行っている医療機関、および当該医療機関において後期高齢者診療料の算定を受けた患者に対して調査し、その状況を把握した。

施設調査では、回答施設の 10.5%が後期高齢者診療料を算定しており、そのうちの 54.0%が在宅療養支援診療所であった（図表 1-6、1-7）。

後期高齢者診療料を算定している施設は、連携している関連施設が 3～5 施設であるところが多く、また、高齢者担当医の医師数は平均が 1.39 人であった（図表 1-9、1-11）。

後期高齢者診療料を算定している施設では、外来患者総数に占める 75 歳以上患者数割合が前年度に比較して増加しているところが多い（図表 1-12）。

後期高齢者診療料を算定している患者数を主病別にみると、「高血圧性疾患」が 59.1%、「脂質異常症」が 15.5%、「糖尿病」が 6.6%を占めている（図表 1-23）。

算定患者の通院回数や検査頻度などの回数変化をみると、いずれの主病においても「変化なし」が 75%前後から 85%前後を占めるが、「生活機能の検査頻度」及び「身体計測の頻度」は「増加」が 12%から 19%程度あり、他の検査頻度に比べるとやや大きい（図表 1-15）。その変化の理由は、「必要な検査等の見直しを行ったため」あるいは「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」があげられるが、いくつかの検査では回数の減少理由としても「必要な検査等の見直しを行ったため」があげられていた（図表 1-16）。

後期高齢者診療料の算定による効果については、「ほとんど効果はない」と回答した施設が 3 割前後あるが、「患者の心身の状況や疾患について総合的な管理を行うこと」や「患者の心身の状況や疾患の経過について継続的な管理を行うこと」については効果があるとした施設がそれぞれ 3 割を超えている（図表 1-19）。

後期高齢者診療料の算定を行っていない施設は、その理由として「患者が後期高齢者診療料を理解することが困難なため」が最も多く、次いで「他の医療機関との調整が困難なため」、「患者に必要な診療を行う上で現行点数（600 点）では医療提供コストをまかなうことが困難なため」などであった（図表 1-30）。

患者調査では、後期高齢者診療料の算定患者の約 8 割が 75 歳～84 歳であり、通院している期間は 6 年以上が多かった（図表 2-3、2-4）。また、後期高齢者診療計画書に書かれている病名数は平均で 2.75 個であり、主病は「高血圧性疾患」が最も多く、次いで「糖尿病」が多かった（図表 2-6、2-7）。

後期高齢者診療計画書を渡されるようになった前と後で、通院回数や検査回数、処方される薬の数、診療にかかる時間を比較すると、多くの患者は変わっていないと回答しているが、診療にかかる時間は長くなったと回答した患者が 17%程いた（図表 2-11～2-25）。

後期高齢者診療計画書を渡されるようになってから、よかったと思うことは「治療方

針など今後のことがわかりやすくなった」「医師から受ける病状などの説明がわかりやすくなった」であった（図表 2-27）。また、後期高齢者診療計画書を渡されるようになってから「よかったと思うことはない」と答えた患者を感じる算定後の気になった点・疑問点は、「気になったり疑問に思ったことはない」「説明があれば定期的に書類をもらわなくてもよい」等である（図表 2-31）。

後期高齢者診療計画書を渡されるようになった前と後で、計画書を渡される医師から受けた診療などについて満足度の変化をみると、「変わらない」が最も多く、次いで「満足に思うようになった」であった（図表 2-33）。満足している患者を感じるよかったと思うことは「治療方針など今後のことがわかりやすくなった」「医師から受ける病状などの説明がわかりやすくなった」である（図表 2-35）。

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良い。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（届出をしていてなんですが・・・）。 |
| 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（範囲内で）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、繁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。高齢者は殆どの方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 | <p>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。</p> <p>フリーアクセスの問題ももちろんあると思います。</p> |
| 111 | <p>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。</p> |
| 112 | <p>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。</p> |
| 113 | <ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・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。 ・「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。 |
| 114 | <p>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。</p> |
| 115 | <p>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。</p> |
| 116 | <p>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。</p> |
| 117 | <p>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。</p> |
| 118 | <p>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。</p> |
| 119 | <p>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。</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。 | |
|-------------------------------------|---|
| 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、連携病院はあっても、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回の診療でしぼろう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います。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、高齢者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お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っ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 | 高齢化が進む今、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、患者さんも最近は検査（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、みんなで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、待たせる時間のみに増加した。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※1 | | 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※1 | | 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※1 | | 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、「前年と今年のリ数の変化」欄に各項目のリ数（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

| | 前年と今年のリ数の変化 | | 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

| | 前年と今年のリ数の変化 | | 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

| | 前年と今年のリ数の変化 | | 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

| 8-4 主病 認知症の患者について | | | |
|-------------------|---------------------|---|----------------------------------|
| | 前年と今年の数の変化 | | 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 |

| 8-5 主病 その他（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）の患者について | | | |
|--|---------------------|---|----------------------------------|
| | 前年と今年の数の変化 | | 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 |

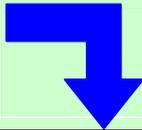
問9 貴院では、今後、後期高齢者診療料の算定についてどのような意向をお持ちですか。今後の意向として該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。該当する選択肢がない場合はその他のカッコ内に自由にご記入ください。（○は1つ）

01 算定患者を増やしていく 02 算定患者はこれまでどおりを維持する 03 算定患者を減らしていく
04 その他（ ）

問10 貴院にて後期高齢者診療料の算定をはじめられてからこれまでに、下記項目のそれぞれについての効果はどの程度ありますか。効果の程度に該当する選択肢を下記「■効果について」□内より選び、「効果の程度」欄における当該番号に○を1つお付け下さい。（○は1つ）

■効果について

01 きわめて効果がある
02 やや効果がある
03 どちらも言えない
04 やや効果はない
05 ほとんど効果はない



| | 効果の程度 |
|-------------------------------------|------------------------|
| 01 患者の心身の状況や疾患について総合的な管理を行うこと | 01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 |
| 02 患者の心身の状況や疾患の経過について継続的な管理を行うこと | 01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 |
| 03 患者の他の医療機関への受診状況や診療スケジュールを把握すること | 01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 |
| 04 患者に対する他の医療機関との診療、検査、投薬の重複を回避すること | 01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 |
| 05 患者の服薬状況・薬剤服用歴を経時的に把握すること | 01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 |
| 06 市町村が実施する健康診査・保健指導の内容を反映した診療を行うこと | 01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 |

問 11 貴院の 75 歳以上の外来患者に対して、後期高齢者診療料を算定できない患者がいる場合、その理由に該当する選択肢の番号すべてに○をお付け下さい。該当する選択肢がない場合はその他のカッコ内に自由にご記入ください。(○はいくつでも)

- 01 患者が後期高齢者診療料を理解することが困難なため
- 02 患者・家族から後期高齢者診療料の算定について同意を得ることが困難なため
- 03 患者が算定対象者としてふさわしくないと考えられるため
- 04 他の医療機関にて既に算定されていた、あるいは他の医療機関が算定する予定のため
- 05 患者の服薬状況および薬剤服用歴を経時的に管理することが困難なため
- 06 患者に必要な診療を行う上で現行点数では医療提供コストをまかなうことが困難なため
- 07 75 歳以上の外来患者において算定していない患者はいない
- 08 その他 ()

問 12 貴院にて後期高齢者診療料の算定を途中で止められた患者がいる場合、その理由に該当する選択肢の番号すべてに○をお付け下さい。該当する選択肢がない場合はその他のカッコ内に自由にご記入ください。(○はいくつでも)

- 01 他の医療機関との調整が困難なため
- 02 後期高齢者診療計画書などの記載が負担となり困難なため
- 03 患者の状態変化等により必要な検査等が十分に実施できないため
- 04 患者（あるいは家族）より従来の診療に戻して欲しいとの希望があったため
- 05 患者の急性増悪のため
- 06 求められている要件に対して診療報酬（600 点）が低すぎるため
- 07 その他 ()

■後期高齢者診療計画書等の作成状況についてお伺いします。

問 13 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いる患者の主病別患者数（実人数）と、同期間における後期高齢者診療計画書の交付総回数（3 ヶ月間の交付回数の合計）についてご記入ください。

| 後期高齢者診療計画書の作成について | 患者数 | | 交付総回数 | |
|----------------------------|-----|---|-------|---|
| (1) [再掲] 糖尿病 | | 人 | | 回 |
| (2) [再掲] 脂質異常症 | | 人 | | 回 |
| (3) [再掲] 高血圧性疾患 | | 人 | | 回 |
| (4) [再掲] 認知症 | | 人 | | 回 |
| (5) [再掲] その他の後期高齢者診療料の対象疾患 | | 人 | | 回 |

問 14 後期高齢者診療計画書の作成にかかる時間はどのくらいですか。平均的な（作成 1 回当りの）所要時間（分）をご記入下さい。

| | | |
|-------------------------------------|---|---|
| 後期高齢者診療計画書の作成に係る平均的な（作成 1 回当たり）所要時間 | 約 | 分 |
|-------------------------------------|---|---|

問 15 後期高齢者診療計画書を記載する際に要する患者への説明（医師に限らず看護師等も含む）時間は、どのくらいですか。平均的な（患者 1 人当りの）説明時間（分）をご記入下さい。

| | | |
|------------------------------|---|---|
| 後期高齢者診療計画書の記載に関連する患者への平均説明時間 | 約 | 分 |
|------------------------------|---|---|

問 16 後期高齢者診療計画書に記載されている緊急時の入院先病院について、その平均施設数をご記入下さい。

| | | |
|--------------------------------|--|----|
| 後期高齢者診療計画書に記載の緊急時入院先病院数（平均施設数） | | 施設 |
|--------------------------------|--|----|

問 17 「後期高齢者診療計画書」及び「本日の診療内容の要点」について、項目の過不足や追加すべき項目など、記載に関するご意見等がございましたら具体的にご記入ください。

後期高齢者診療計画書について

本日の診療内容の要点について

■後期高齢者診療料に係る患者の理解度・満足度などについてお伺いします。

問 18 貴院では、後期高齢者診療（料）の活用を 75 歳以上外来患者に対して積極的に勧めておられますか。その活動の状況と今後の意向について該当する選択肢の番号に○を1つお付け下さい。（○は1つ）

| | |
|--------------|--|
| (1) 活用の勧め | 01 積極的に行っている 02 ほどほどに行っている 03 行っていない |
| (2) 今後の活動の意向 | 01 実施（継続）する 02 実施（継続）しない 03 決めていない |

問 19 平成 20 年 10 月における貴院の 75 歳以上外来患者にみる後期高齢者診療料への理解度や希望の状況について、以下の項目別に該当する患者数をご記入下さい。

| | 平成 20 年 10 月 | |
|--|--------------|---|
| (1) 75 歳以上の外来患者の実人数 | | 人 |
| (2) [再掲] 後期高齢者診療料を理解でき、希望（同意）している | | 人 |
| (3) [再掲] 後期高齢者診療料を一部理解できていないが、希望（同意）している | | 人 |
| (4) [再掲] 後期高齢者診療料を理解でき、希望（同意）していない | | 人 |
| (5) [再掲] 後期高齢者診療料を一部理解できておらず、希望（同意）していない | | 人 |
| (6) [再掲] 患者の理解度や希望の状況は不明 | | 人 |
| (7) [再掲] 後期高齢者診療料に係る説明はしていない | | 人 |

問 20 貴院において後期高齢者診療料に係る外来患者からの問い合わせの内容として、該当する選択肢の中から多いもの 2 つに○をお付け下さい。該当する選択肢がない場合はその他のカッコ内に自由にご記入ください。（○は 2 つまで）

| | | |
|-------------------------|----------------|------------------|
| 01 担当医の役割 | 02 診療内容・頻度への影響 | 03 薬の処方内容・頻度への影響 |
| 04 検査内容・頻度への影響 | 05 患者負担額への影響 | 06 他の医療機関への受診の可否 |
| 07 連携している緊急時の入院先医療機関の内容 | 08 問合せはない | |
| 09 その他（ | | ） |

問 21 問6で後期高齢者診療料について「02 算定なし」に○をされた方にお伺いします。

貴院が後期高齢者診療料を 1 人も算定されていない理由として該当する選択肢のすべての番号に○をお付け下さい。該当する選択肢がない場合はその他のカッコ内に自由にご記入ください。(○はいくつでも)

- 01 患者が後期高齢者診療料を理解することが困難なため
- 02 患者・家族から後期高齢者診療料の算定について同意を得ることが困難なため
- 03 他の医療機関との調整が困難なため
- 04 患者に対する他の医療機関への受診の調整が困難なため
- 05 後期高齢者診療料に係る診療計画書や本日の診療内容の要点の作成が困難なため
- 06 患者の服薬状況および薬剤服用歴を経時的に管理することが困難なため
- 07 後期高齢者の療養を行うにつき必要な研修を受講する(させる)ことが困難なため
- 08 患者に必要な診療を行う上で現行点数(600点)では医療提供コストをまかなうことが困難なため
- 09 その他()

■最後に、後期高齢者診療料に関してご意見等がございましたら、下欄に自由にお書き下さい。

設問は以上です。ご協力まことに有り難うございました。

記入漏れがないかをご確認の上、12月19日(金)までに、同封の返信用封筒に入れてご投函下さい。

後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査 1

後期高齢者診療料に係る調査 患者調査票

[ご記入に際してのお願い]

- 1) 各設問の回答方法をご確認の上、ご本人またはご家族がご回答ください。
- 2) 分からないもの、回答できないものについては、空欄のままでも結構です。
可能な範囲でご協力ください。
- 3) 選択肢の間については、あてはまる回答の番号を○で囲んでご回答ください。
「その他」を選んだ場合は、() に具体的な内容を記述してください。
- 4) 回答が終わりましたら、調査票を指定の封筒に入れ、封をしてからそのままポストに投函ください。
- 5) 調査に関してご不明な点がある場合は、下記の「コールセンター」までお問い合わせください。

《コールセンター》

TEL: 0120-556-919 (月~金 9:30~17:00)

◀ 「後期高齢者診療料」とは ▶

- 「後期高齢者診療料」は、75歳以上の方に対して、心と身体の状態に詳しいかかりつけの「担当医」（医師）が患者様の慢性的な病気を総合的、継続的にみるための制度で平成20年4月から導入されました。
- 「担当医」は、「後期高齢者診療料」の対象となった方に対して、「後期高齢者診療計画書」をわたし、病状や検査のスケジュールなどについて説明することになっています。
- また、診療を行った日には、その日の検査や次回の予定などが書かれた「本日の診療内容の要点」をおわたしすることになっています。

問1. 医師から「後期高齢者診療計画書」をもらったのはどの月でしたか。
(○はいくつでも)

| | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| ア. 4月 | イ. 5月 | ウ. 6月 | エ. 7月 | オ. 8月 | カ. 9月 | キ. 10月 |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|

問2. 「後期高齢者診療計画書」をもらうようになった前と後で、計画書をわたされる病院・診療所への通院の回数は変わりましたか（○は1つ）。
変わっている場合は、その理由もお答えください。

| | | |
|--|---|---------|
| ア. 回数は増えた イ. 回数は減った ウ. 変わらない エ. わからない | → | 変わった理由) |
|--|---|---------|

問3. あなたが今、通院されている病院・診療所は全部でおよそいくつ（何施設）ありますか。

| | | |
|------------------|-----|----|
| 通院されている病院・診療所の全数 | : 約 | 施設 |
|------------------|-----|----|

問4. 「後期高齢者診療計画書」をもらうようになった前と後で、通院されている病院・診療所の数は変わりましたか（○は1つ）。

| | | | |
|----------|----------|----------|----------|
| ア. 数は増えた | イ. 数は減った | ウ. 変わらない | エ. わからない |
|----------|----------|----------|----------|

問10. 「後期高齢者診療計画書」をもらうようになってから、気になったり疑問に思ったことはありましたか。あてはまるものすべてに○を付けてください（○はいくつでも）。

- ア. 医師の説明がわかりにくくなった
- イ. 医師から受ける診療の内容が減っている
- ウ. 医師が書類*を書くことに気をとられている
- エ. 医師から受ける診療の時間や待ち時間が長くなった
- オ. 説明があれば、定期的に書類*をもらわなくてもいい
- カ. 悩みなどを相談しにくいままである
- キ. 生活についての不安がなくなる
- ク. その他（具体的に _____ ）
- ケ. 気になったり疑問に思ったことはない

*書類とは・・・医師からわたされる「後期高齢者診療計画書」や「本日の診療内容の要点」のことです。

問11. 後期高齢者診療計画書をもらうようになった前と後で、計画書をわたされる医師から受けた診療などについて満足度が変わりましたか（○は1つ）。

- ア. とても満足に思うようになった
- イ. 満足に思うようになった
- ウ. 変わらない
- エ. 不満に思うようになった
- オ. とても不満に思うようになった

問12. 「後期高齢者診療計画書」及び「本日の診療内容の要点」について希望やご意見がありましたら、下欄に自由にお書き下さい。

後期高齢者診療計画書について

本日の診療内容の要点について

問13. あなた（患者様）自身のことについて、お伺いします。

(1) 性別（○は1つ）

| | |
|-------|-------|
| ア. 男性 | イ. 女性 |
|-------|-------|

(2) 年齢（○は1つ）

| | |
|------------|------------|
| ア. 75歳～79歳 | イ. 80歳～84歳 |
| ウ. 85歳～89歳 | エ. 90歳以上 |

(3) この調査票を受け取られた病院・診療所に通院するようになってどのくらいですか（○は1つ）。

| | |
|----------|----------|
| ア. 1年以内 | イ. 2～5年 |
| ウ. 6～10年 | エ. 11年以上 |

(4) この調査票を受け取られた病院・診療所に通院する回数は1ヶ月にどのくらいですか（○は1つ）。

| | |
|---------|---------|
| ア. 1回 | イ. 2～3回 |
| ウ. 4～5回 | エ. 5回以上 |

(5) あなた（患者様）の後期高齢者診療計画書に書かれている病名はいくつありますか。

| | |
|------|-------|
| 病名の数 | () 個 |
|------|-------|

(6) あなた（患者様）の後期高齢者診療計画書に書かれている主病はなんですか（○は1つ）。

| | |
|-----------|----------|
| ア. 糖尿病 | イ. 脂質異常症 |
| ウ. 高血圧性疾患 | エ. 認知症 |
| オ. その他 | |

(7) 本アンケートの記入者（○は1つ）

| | |
|-----------|--------|
| ア. 患者様ご本人 | イ. ご家族 |
|-----------|--------|

設問は以上です。ご協力まことに有難うございました。
記入漏れがないかをご確認の上、12月19日（金）までに
指定の封筒に入れご返送ください。

平成20年度診療報酬改定結果検証に係る調査
後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査2
－ 後期高齢者終末期相談支援料に係る調査 －
報 告 書 (案)

目 次

| | |
|---|----|
| I 調査の概要 | 1 |
| 1. 調査目的 | 1 |
| 2. 調査対象 | 1 |
| 3. 調査方法 | 1 |
| (1) 施設調査 | 1 |
| (2) 事例調査 | 1 |
| (3) 意識調査 | 1 |
| 4. 調査項目 | 2 |
| (1) 施設調査 | 2 |
| (2) 事例調査 | 2 |
| (3) 意識調査 | 3 |
| II 調査結果の概要 | 4 |
| 1. 施設調査 | 4 |
| (1) 回収の状況 | 4 |
| (2) 回答施設の属性 | 4 |
| (3) 終末期の診療方針等の話し合いの実施状況 | 6 |
| (4) 終末期の診療方針等の話し合い結果をとりまとめた文書の提供状況 | 8 |
| (5) 後期高齢者終末期相談支援料の算定状況 | 10 |
| (6) 後期高齢者終末期相談支援料について | 12 |
| 2. 事例調査 | 15 |
| (1) 回収の状況 | 15 |
| (2) 回答事例の属性 | 15 |
| (3) 話し合いの状況 | 17 |
| (4) 話し合い後の患者・家族の状況 | 20 |
| 3. 意識調査 | 21 |
| (1) 回収の状況 | 21 |
| (2) 回答者の属性 | 21 |
| (3) 終末期の診療方針等についての話し合いに関する意識 | 24 |
| (4) 終末期の診療方針等についての話し合い等に対する費用の支払いに関する意識 | 28 |
| 4. まとめ | 31 |

| | | |
|-----|---------------------|-----|
| 資料1 | 施設調査における自由回答意見..... | 33 |
| 資料2 | 意識調査における自由回答意見..... | 50 |
| 調査票 | | 129 |

I 調査の概要

1. 調査目的

本調査は、医療機関における終末期の診療方針等に関する話し合いの実施状況や話し合いの結果をとりまとめた文書の提供状況、後期高齢者終末期相談支援料の算定状況を把握するとともに、終末期の診療方針等に関する話し合いの実施、話し合いの結果をとりまとめた文書の提供、後期高齢者終末期相談支援料等に関する一般国民の意識の調査を行うことを目的とした。

2. 調査対象

本調査は、全国の保険医療機関を対象とした「施設調査」及び「事例調査」と、一般国民を対象とした「意識調査」から構成される。

施設調査及び事例調査は、全国の病院から無作為に抽出した 1,700 施設と、全国の在宅療養支援診療所から無作為に抽出した 850 施設、その他に内科系の診療科目（内科・呼吸器科・消化器科・循環器科・気管食道科）を標榜する一般診療所 850 施設の計 3,400 施設を対象とした。

意識調査は、民間調査会社に登録するパネル 2,000 名（年齢による層化無作為抽出）を対象とした。

3. 調査方法

(1) 施設調査

- ・ 自記式調査票の郵送発送、郵送回収
- ・ 調査実施時期は 11 月

(2) 事例調査

- ・ 施設調査の対象施設に対して、平成 20 年 4 月 1 日から 9 月 30 日に終末期の診療方針等の話し合いを実施した事例それぞれについて、担当職種に回答を求めた。
- ・ 調査実施時期は 11 月（施設調査と同時）

(3) 意識調査

- ・ 自記式調査票の郵送発送、郵送回収
- ・ 調査実施時期は 11 月

4. 調査項目

本調査では、施設調査で医療機関における終末期の診療方針等に関する話し合いの実施状況や、その話し合いの結果をとりまとめた文書の提供状況、後期高齢者終末期相談支援料の算定状況に関連する項目を、事例調査で医療機関における終末期の診療方針等に関する話し合いの具体的な実施状況に関連する項目を、意識調査において終末期の診療方針等に関する話し合いの実施、話し合いの結果をとりまとめた文書の提供、後期高齢者終末期相談支援料等に関する意識に関連する項目を調査した。

詳細は以下の通りである。

(1) 施設調査

| 区 分 | 内 容 |
|---------|---|
| 施設属性項目 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 施設種別、病床数、開設者、診療科目 ・ 在宅療養支援診療所（病院）の届出状況 ・ 終末期医療の職員研修の実施状況 |
| 調 査 項 目 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 終末期の診療方針等に関する話し合いの実施状況 ・ 話し合いを実施していない理由 ・ 話し合いを実施した患者数（75歳以上・75歳未満） ・ 話し合いを実施するうえでの困難 ・ 話し合いの結果をとりまとめた文書の提供状況 ・ 文書を提供していない理由 ・ 文書を提供した患者数（75歳以上・75歳未満） ・ 文書を提供するうえでの困難 ・ 後期高齢者終末期相談支援料の算定状況 ・ 後期高齢者終末期相談支援料の算定患者数 ・ 話し合いの結果、診療方針等が「不明」「未定」であった患者数 ・ 退院時に算定した患者の退院先 ・ 初回の話し合い時から死亡時までの期間 ・ 文書の変更回数 ・ 後期高齢者終末期相談支援料に関する考え方 ・ 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」の認知状況 ・ 後期高齢者終末期相談支援料の点数・算定要件の改善すべき点 |

(2) 事例調査

| 区 分 | 内 容 |
|---------|--|
| 事例属性項目 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 記入者の職種 ・ 患者の年齢、性別、主傷病 ・ 話し合い時の療養状況 ・ 後期高齢者終末期相談支援料の算定状況 |
| 調 査 項 目 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 話し合いを実施した日付 ・ 話し合いに参加した職種等 ・ 話し合いの内容 ・ 話し合い後の患者、家族の様子 ・ 話し合いが患者、家族にもたらした影響 |

(3) 意識調査

| 区 分 | 内 容 |
|---------|---|
| 属 性 項 目 | <ul style="list-style-type: none">・ 年齢、性別・ 医療、介護関係の仕事への就業経験の有無・ 病気やけがによる入院経験の有無・ 大切な人を亡くした経験の有無・ 終末期の話し合いへの参加経験の有無 |
| 調 査 項 目 | <ul style="list-style-type: none">・ 医療従事者と終末期の診療方針等に関する話し合いを実施意向・ 話し合いを行いたい内容・ 話し合いの結果をとりまとめた文書の提供希望・ 話し合いを行いたくない理由・ 文書の提供を希望する理由・ 文書の提供を希望しない理由・ 話し合いの実施、文書の提供等に対して、公的医療保険から報酬が支払われることへの考え・ 報酬が支払われることが好ましいと考える理由・ 報酬が支払われることが好ましくない理由・ 後期高齢者終末期相談支援料における75歳以上という年齢区分に対する考え・ 後期高齢者終末期相談支援料に対する考え |

II 調査結果の概要

1. 施設調査

(1) 回収の状況

図表 1-1 回収状況

| 施設種類 | 発送数 | 有効回収数 | 回収率 |
|-------|--------|-------|-------|
| 病院 | 1,700件 | 478件 | 28.1% |
| 一般診療所 | 1,700件 | 471件 | 27.7% |

(2) 回答施設の属性

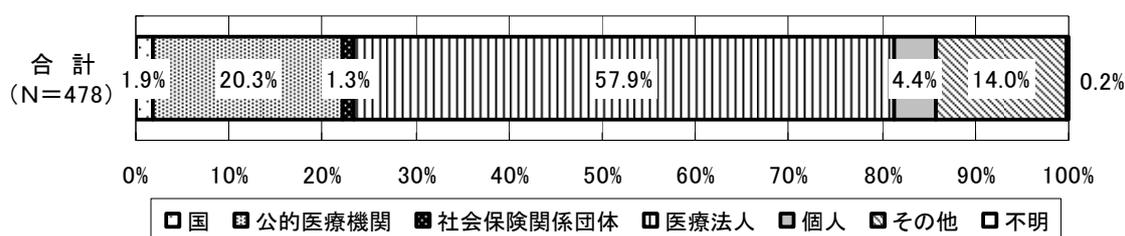
① 病院

病院の開設者は「医療法人」57.9%が最も多く、次いで「公的医療機関」20.3%となっていた。病床数は1施設当たり平均181.7床であった。病床規模の構成をみると「100～199床」36.4%が最も多く、次いで「50～99床」25.7%であった。

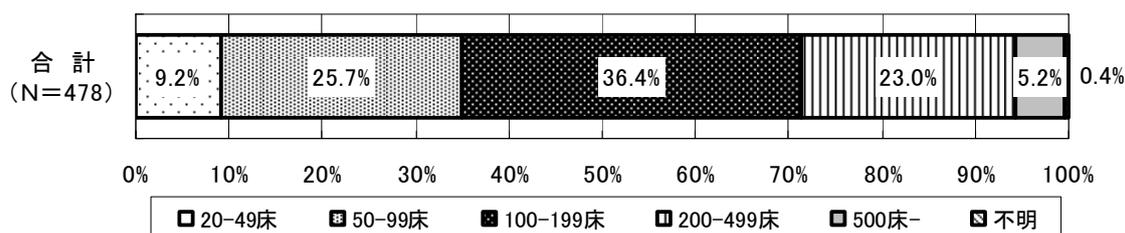
終末期に関する研修の実施状況をみると、「実施していない」90.0%であった。

なお、在宅療養支援病院は7施設（病院の1.5%）であった。

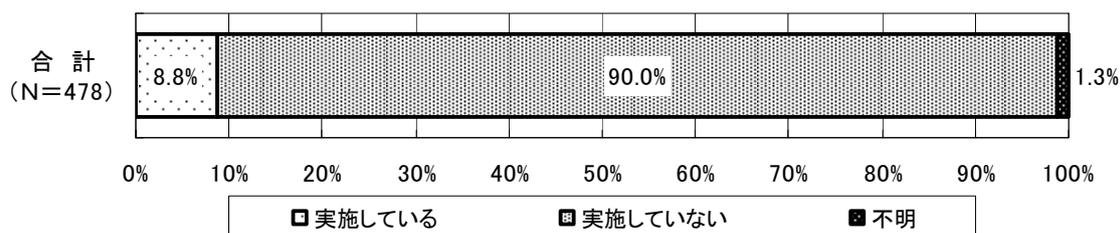
図表 1-2 開設者



図表 1-3 病床規模



図表 1-4 終末期に関する研修の実施状況



② 一般診療所

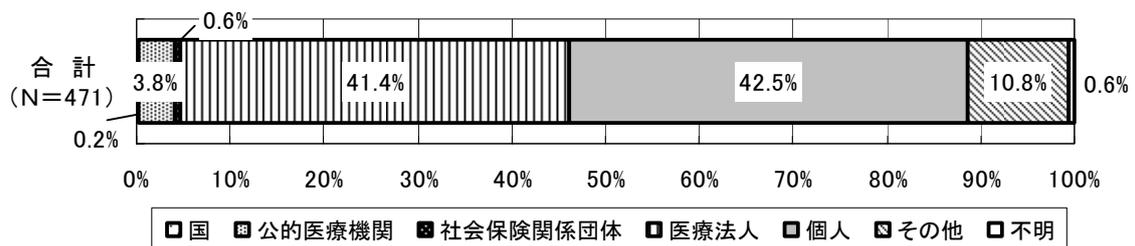
一般診療所の開設者は「個人」42.5%が最も多く、次いで「医療法人」41.4%となっていた。施設種別をみると、「無床診療所」86.0%、「有床診療所」13.4%であった。有床診療所の病床数は1施設当たり平均13.3床であった。

主たる診療科目は「内科」57.7%が最も多く、次いで「消化器科」3.0%、「外科」「整形外科」2.3%であった。

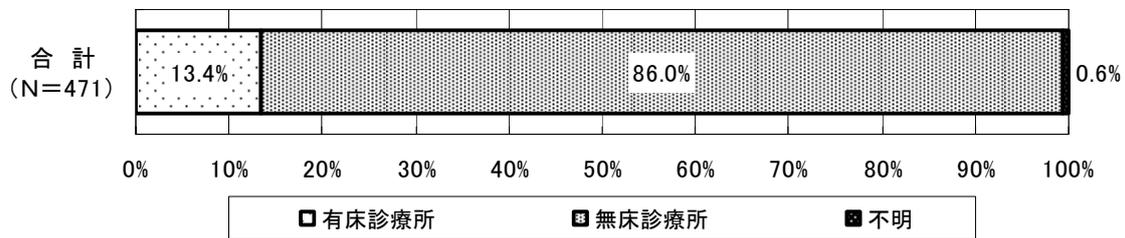
また、在宅療養支援病院は214施設（一般診療所の45.4%）であった。

終末期に関する研修の実施状況をみると、在宅療養支援診療所、その他の診療所で「実施していない」がそれぞれ88.3%、95.7%であった。

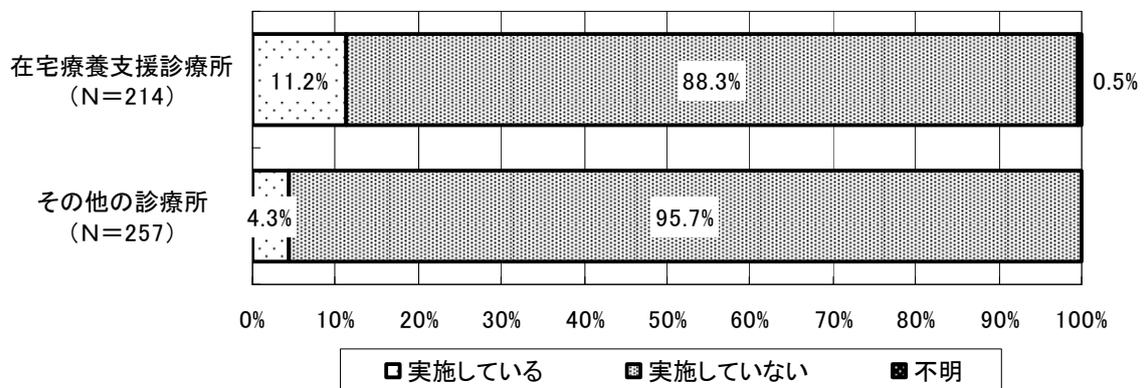
図表 1-5 開設者



図表 1-6 施設種別



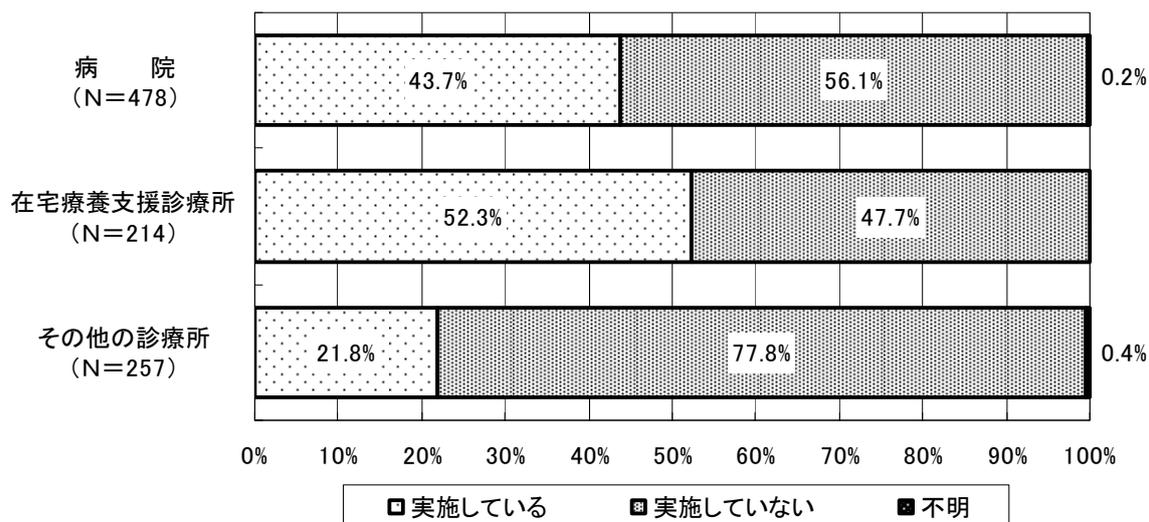
図表 1-7 終末期に関する研修の実施状況



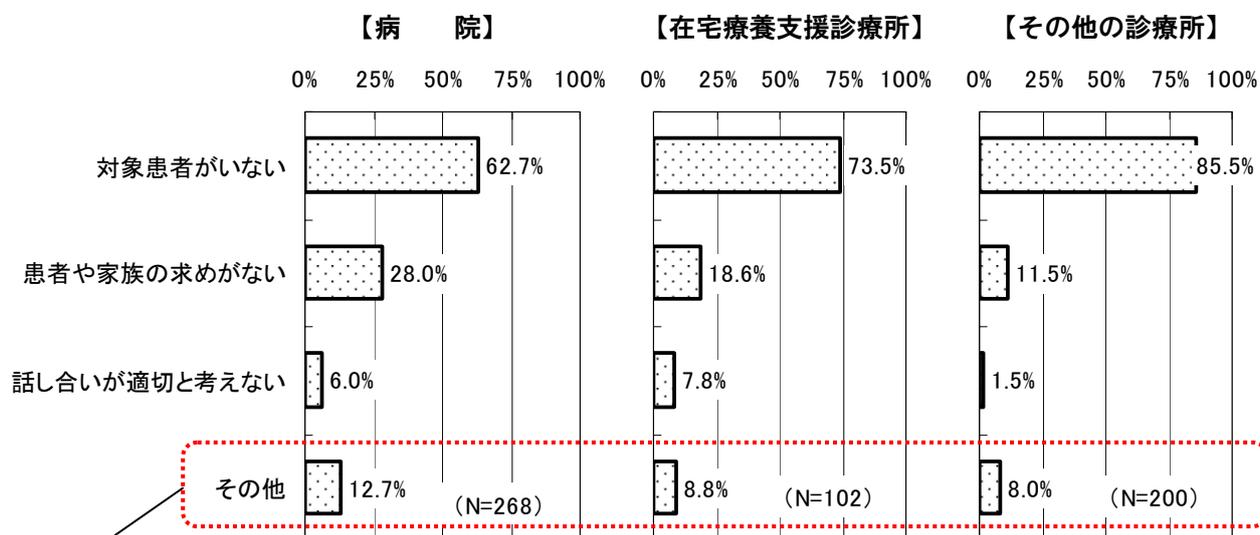
(3) 終末期の診療方針等の話し合いの実施状況

終末期の診療方針等の話し合いの実施状況をみると、「実施している」が病院、在宅療養支援診療所、その他の診療所でそれぞれ 43.7%、52.3%、21.8%であった。なお、「実施していない」施設の実施していない理由についてみると、「対象患者がない」との回答が病院、在宅療養支援診療所、その他の診療所でそれぞれ 62.7%、73.5%、85.5%であった。

図表 1-8 終末期の診療方針等の話し合いの実施状況



図表 1-9 終末期の診療方針等の話し合いを実施しない理由<複数回答>



<その他>

- ・ 終末期には他院へ転院してもらっている (10 件)
- ・ ケースバイケースで対応している (8 件)
- ・ 診察の途中に話しており、あえて話す場を設定していない (4 件)
- ・ 医療機関としての方針が既にある／検討中 (3 件)
- ・ 話し合いを行う体制がとれない (3 件)
- ・ 医師が多忙のため時間調整ができない (1 件) 等

終末期の診療方針等の話し合いを「実施している」施設が平成 20 年 4 月～9 月までの 6 カ月間に話し合いを実施した 1 施設当たり平均患者数（75 歳未満・75 歳以上）をみると、病院（8.1 人・15.2 人）、在宅療養支援診療所（1.2 人・4.0 人）、その他の診療所（0.2 人・1.9 人）であった。

図表 1-10 平成 20 年 4 月～9 月までに話し合いを実施した患者数

【75 歳以上】

| 施設種類 | 施設数 | 平均値 | 最大値 | 最小値 | 標準偏差 |
|-----------|-------|--------|-------|-----|------|
| 病 院 | 170 件 | 15.2 人 | 164 人 | 0 人 | 20.5 |
| 在宅療養支援診療所 | 109 件 | 4.0 人 | 52 人 | 0 人 | 7.5 |
| その他の診療所 | 52 件 | 1.9 人 | 12 人 | 0 人 | 2.5 |

【75 歳未満】

| 施設種類 | 施設数 | 平均値 | 最大値 | 最小値 | 標準偏差 |
|-----------|-------|-------|-------|-----|------|
| 病 院 | 170 件 | 8.1 人 | 180 人 | 0 人 | 21.8 |
| 在宅療養支援診療所 | 109 件 | 1.2 人 | 54 人 | 0 人 | 5.3 |
| その他の診療所 | 52 件 | 0.2 人 | 1 人 | 0 人 | 0.4 |

なお、話し合いをするうえで困難に感じていることとしては「家族の意見にばらつきがある」「本人の意思確認ができないケースが多い」「本人や家族に医療側の意見が理解されているか不明な場合がある」などであった。

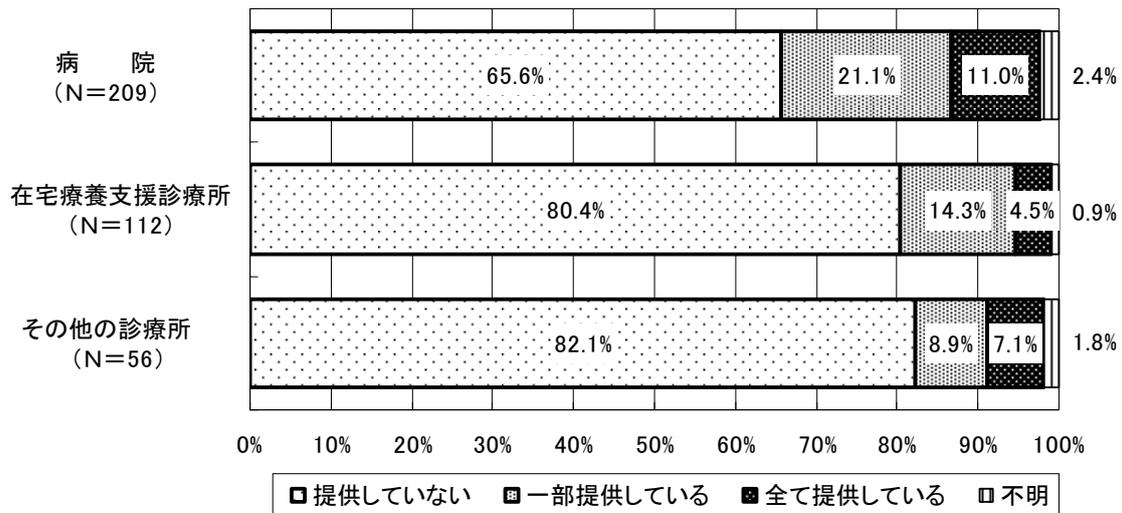
- ・ 家族の意見にばらつきがある（46 件）
- ・ 本人の意思確認ができないケースが多い（25 件）
- ・ 本人や家族に医療側の意見が理解されているか不明な場合がある（24 件）
- ・ 家族の希望と本人の状態像にギャップがある場合の対応（10 件）
- ・ 医療側と患者の家族との間が疎遠な場合の対応（6 件）
- ・ 回復の見込みがないことを納得してもらうこと（6 件）
- ・ 家族が告知を拒否する場合の対応（4 件）
- ・ どの時期を終末期とするかは医師によって異なること（4 件）
- ・ 患者によっては精神的なダメージが大きいこと（3 件） 等

(4) 終末期の診療方針等の話し合い結果をとりまとめた文書の提供状況

終末期の診療方針等の話し合いを「実施している」施設による話し合い結果をとりまとめた文書の提供状況を見ると、「提供していない」との回答が病院、在宅療養支援診療所、その他の診療所でそれぞれ65.6%、80.4%、82.1%であった。

また、提供していない理由としては、「これまで患者・家族から文書提供の要望がなかったから」が最も多く、病院、在宅療養支援診療所、その他の診療所でそれぞれ60.6%、61.1%、50.0%であった。

図表 1-11 話し合い結果をとりまとめた文書の提供状況



図表 1-12 話し合い結果をとりまとめた文書を提供しない理由<複数回答>

| | 病院 (N=137) | 在宅療養 支援診療所 (N=90) | その他の 診療所 (N=46) |
|--------------------------------|---------------|-------------------------|-----------------------|
| これまで患者・家族から文書提供の要望がなかったから | 60.6% | 61.1% | 50.0% |
| 話し合いの際の言葉のニュアンスを文書で伝えることは難しいから | 43.1% | 47.8% | 43.5% |
| 文書化を意識することで効果的な話し合いができなくなるから | 7.3% | 21.1% | 8.7% |
| その他 | 16.8% | 16.7% | 30.4% |

終末期の診療方針等の話し合い結果をとりまとめた文書を「提供している」施設が平成20年4月～9月までの6カ月間に文書を提供した1施設当たり平均患者数（75歳未満・75歳以上）をみると、病院（6.1人・11.8人）、在宅療養支援診療所（0.8人・4.8人）、その他の診療所（0.2人・3.4人）であった。

図表 1-13 平成20年4月～9月までに文書を提供した患者数

【75歳以上】

| 施設種類 | 施設数 | 平均値 | 最大値 | 最小値 | 標準偏差 |
|-----------|-----|-------|-----|-----|------|
| 病 院 | 53件 | 11.8人 | 87人 | 0人 | 16.8 |
| 在宅療養支援診療所 | 21件 | 4.8人 | 52人 | 0人 | 12.0 |
| その他の診療所 | 9件 | 3.4人 | 12人 | 0人 | 4.1 |

【75歳未満】

| 施設種類 | 施設数 | 平均値 | 最大値 | 最小値 | 標準偏差 |
|-----------|-----|------|-----|-----|------|
| 病 院 | 53件 | 6.1人 | 50人 | 0人 | 10.8 |
| 在宅療養支援診療所 | 21件 | 0.8人 | 9人 | 0人 | 2.0 |
| その他の診療所 | 9件 | 0.2人 | 2人 | 0人 | 0.7 |

また、文書を提供するうえで困難に感じていることとしては「患者や家族が医療用語を理解することが困難であり、共有できていない」「家族の意見に不一致がある場合の対応」などであった。

- ・患者や家族が医療用語を理解することが困難であり、共有できていない（10件）
- ・家族の意見に不一致がある場合の対応（6件）
- ・全て患者に伝えるべきか迷う（5件）
- ・文書を作成する時間的余裕がない（4件）
- ・話し合いの際に同意した内容と、文章提供時の希望が異なる場合があり、頻回の変更が必要になること（3件）
- ・全ての内容を文章化するのは難しい／どこまで詳細に記述するべきか迷う（3件） 等

(5) 後期高齢者終末期相談支援料の算定状況

平成20年4月～9月までの6カ月間に75歳以上の患者1名以上に文書を提供した施設は、病院44施設（病院の9.2%）、在宅療養支援診療所10施設（在宅療養支援診療所の4.7%）、その他の診療所7施設（その他の診療所の2.7%）であった。

これらの施設のうち、平成20年4月～9月までに後期高齢者終末期相談支援料を算定した施設は病院9施設、在宅療養支援診療所1施設、その他の診療所0施設であった。

図表 1-14 平成20年4月～9月までの後期高齢者終末期相談支援料の算定状況等

| | 病 院 (N=44) | 在宅療養 支援診療所 (N=10) | その他の 診療所 (N=7) |
|--------------------------------|---------------|-------------------------|----------------------|
| 9月までも算定しておらず、10月以降も算定の可能性はない | 31件 (70.5%) | 8件 (80.0%) | 6件 (85.7%) |
| 9月までは算定していないが、10月以降に算定する可能性がある | 2件 (4.5%) | 1件 (10.0%) | 0件 (0.0%) |
| 算定した | 9件 (20.5%) | 1件 (10.0%) | 0件 (0.0%) |
| 無回答 | 2件 (4.5%) | 0件 (0.0%) | 1件 (14.3%) |

【病 院】

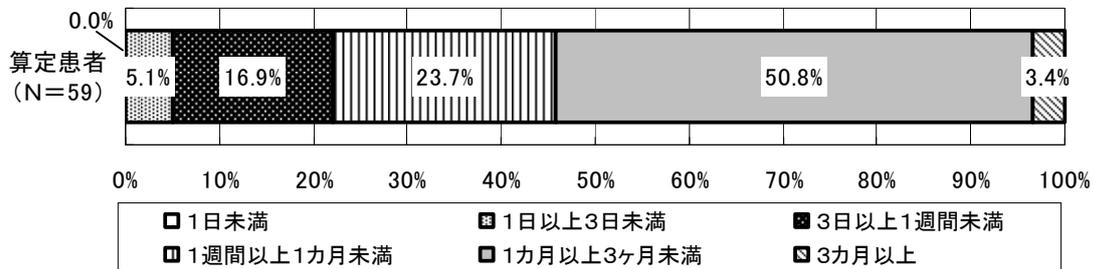
| | | | 4～6月 | 7～9月 |
|---------------|-------|-------|-------|-------|
| 入院中の患者 | 退 院 時 | 合 計 値 | 6人 | 0人 |
| | | 平 均 値 | 0.67人 | 0.00人 |
| | | 最 大 値 | 2人 | 0人 |
| | | 最 小 値 | 0人 | 0人 |
| | 死 亡 時 | 合 計 値 | 49人 | 4人 |
| | | 平 均 値 | 5.44人 | 0.44人 |
| | | 最 大 値 | 21人 | 2人 |
| | | 最 小 値 | 0人 | 0人 |
| 入院中以外の患者（死亡時） | 合 計 値 | 3人 | 0人 | |
| | 平 均 値 | 0.33人 | 0.00人 | |
| | 最 大 値 | 2人 | 0人 | |
| | 最 小 値 | 0人 | 0人 | |

【在宅療養支援診療所】

| | | 4～6月 | 7～9月 |
|---------------|-------|------|------|
| 入院中の患者 | 退 院 時 | 0人 | 0人 |
| | 死 亡 時 | 0人 | 0人 |
| 入院中以外の患者（死亡時） | | 2人 | 1人 |

なお、死亡時に算定した患者について初回話し合いから死亡までの期間をみると「1カ月以上3カ月未満」50.8%が最も多く、次いで「1週間以上1カ月未満」23.7%であった。

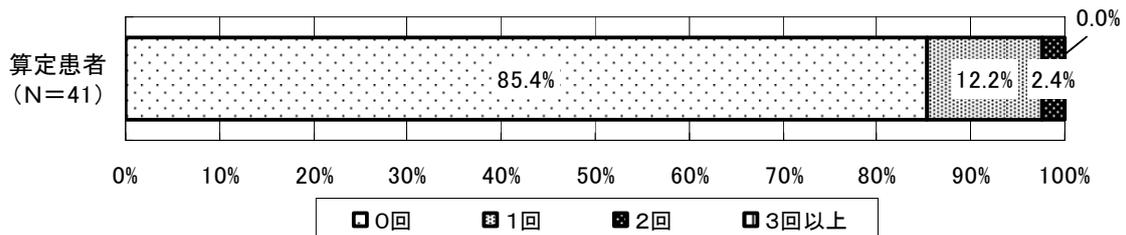
図表 1-15 死亡時に算定した患者の初回話し合いから死亡までの期間



※回答のあった算定患者 59 人（病院・一般診療所 8 施設）についての集計

また、算定した患者に提供した文書等の変更回数をみると「0回」85.4%が最も多くなっていた。

図表 1-16 算定患者の文書等の変更回数



※回答のあった算定患者 41 人（病院・一般診療所 8 施設）についての集計

(6) 後期高齢者終末期相談支援料について

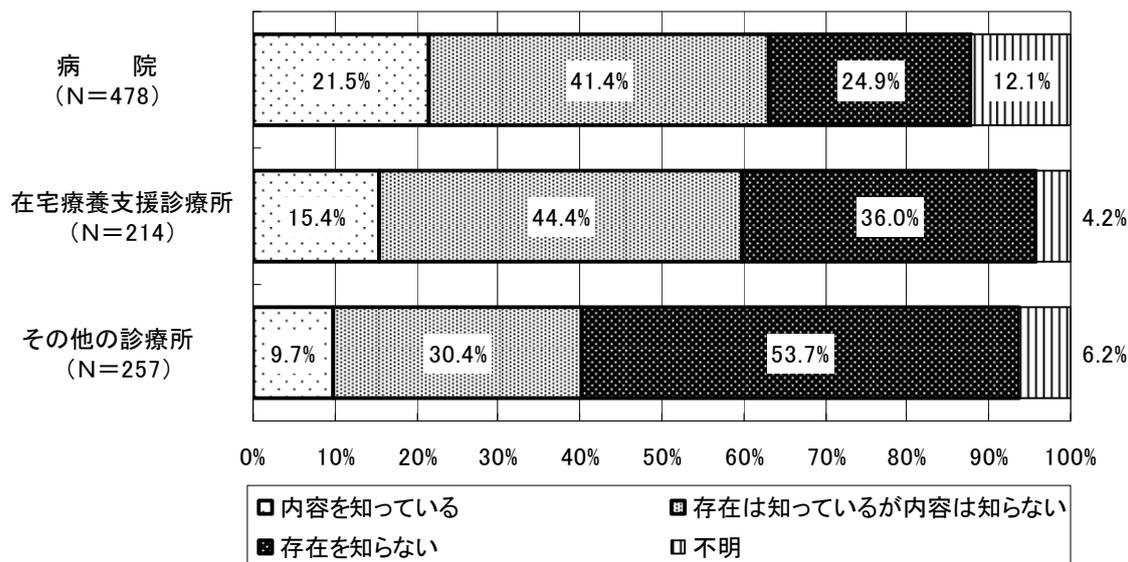
後期高齢者終末期相談支援料についての意見としては、話し合いを実施している病院では「75歳以上に限定せず実施すべきである」55.5%が最も多く、次いで「終末期に限らず病状の急変や診療方針の変更等の話し合いを評価すべき」49.3%であった。また、話し合いを実施している在宅療養支援診療所では「75歳以上に限定せず実施すべきである」40.2%が最も多く、次いで「もともと診療報酬によって評価する性質のものではない」38.4%であった。話し合いを実施しているその他の診療所では「もともと診療報酬によって評価する性質のものではない」39.3%が最も多く、次いで「75歳以上に限定せず実施すべきである」28.6%であった。

図表 1-17 後期高齢者終末期相談支援料に関する考え<複数回答>；話し合いの実施の有無別

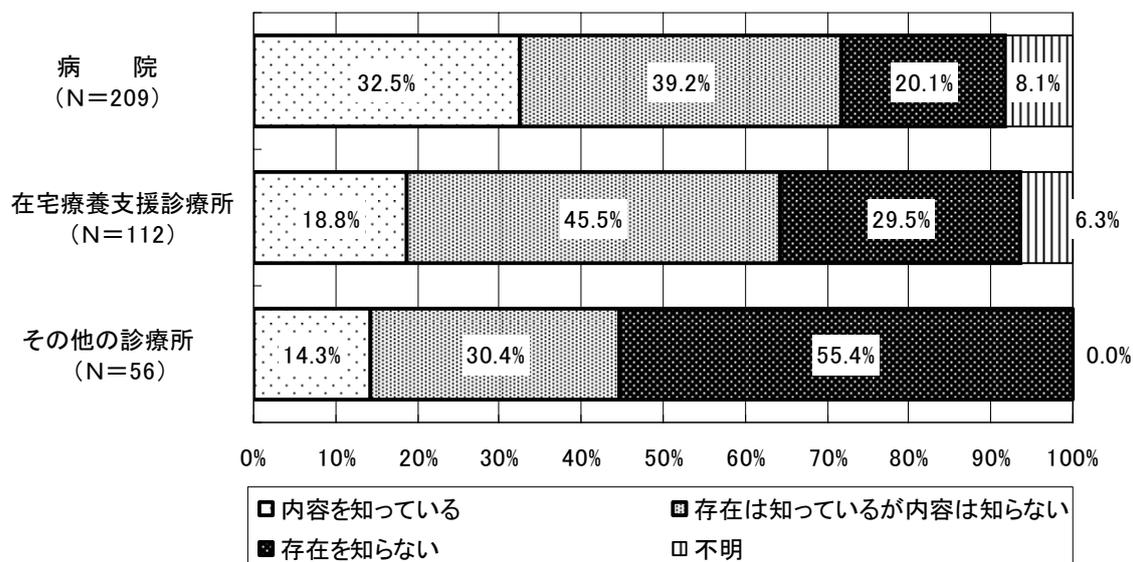
| | 病 院 | | 在 宅 療 養 支 援 診 療 所 | | そ の 他 の 診 療 所 | |
|--|--------------|--------------|----------------------|--------------|------------------|--------------|
| | 実 施 N=209 | 非実施 N=268 | 実 施 N=112 | 非実施 N=102 | 実 施 N=56 | 非実施 N=102 |
| 診療報酬で評価することは妥当である | 40.2% | 25.7% | 23.2% | 27.5% | 21.4% | 31.5% |
| 終末期の話し合いを診療報酬で評価することは妥当だが、話し合いの結果の文書提供を算定要件とすべきでない | 29.7% | 17.5% | 33.0% | 25.5% | 14.3% | 16.5% |
| 75歳以上に限定せず実施すべきである | 55.5% | 37.3% | 40.2% | 36.3% | 28.6% | 35.5% |
| 終末期に限らず病状の急変や診療方針の変更等の話し合いを評価すべき | 49.3% | 26.1% | 31.3% | 25.5% | 17.9% | 22.0% |
| 後期高齢者終末期相談支援料の点数（200点）が高すぎる | 0.0% | 0.0% | 1.8% | 0.0% | 0.0% | 0.5% |
| 後期高齢者終末期相談支援料の点数（200点）が低すぎる | 23.4% | 16.4% | 15.2% | 26.5% | 7.1% | 14.0% |
| 診療報酬で評価するのは時期尚早である | 5.3% | 7.1% | 6.3% | 8.8% | 10.7% | 8.0% |
| もともと診療報酬によって評価する性質のものではない | 22.0% | 21.6% | 38.4% | 33.3% | 39.3% | 21.5% |
| 後期高齢者終末期相談支援料を知らない | 1.9% | 10.8% | 8.0% | 14.7% | 25.0% | 21.5% |
| その他 | 11.0% | 5.2% | 8.0% | 3.9% | 12.5% | 5.0% |

さらに、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（平成19年5月21日医政局発第0521011号）の認知度についてみると、「内容を知っている」との回答は、病院、在宅療養支援診療所、その他の診療所でそれぞれ21.5%、15.4%、9.7%であった。また、話し合いを実施している施設のみでみると、「内容を知っている」との回答は、それぞれ32.5%、18.8%、14.3%であった。

図表 1-18 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」の認知度



図表 1-19 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」の認知度
；話し合いを実施している施設のみ



後期高齢者終末期相談支援料の点数・算定要件に関して改善すべきところとしては、「あえて報酬化する必要はないのではないか」「国民のコンセンサスを十分得る必要がある」「話し合いは何回も行うのに、1回だけの点数算定しかできないのはおかしい」「退院時、死亡時の算定ではなく、話し合いを実施した時に算定すべき」「点数設定が低すぎる」などであった。

- ・ あえて報酬化する必要はないのではないか（24件）
- ・ 国民のコンセンサスを十分得る必要がある（12件）
- ・ 話し合いは何回も行うのに、1回だけの点数算定しかできないのはおかしい（10件）
- ・ 退院時、死亡時の算定ではなく、話し合いを実施した時に算定すべき（10件）
- ・ 点数設定が低すぎる（8件）
- ・ 文書化することで契約のようになってしまう（6件）
- ・ 変更が多いため、一律に文書化する必要はないのではないか（6件）
- ・ 後期高齢者に限定する必要はない（5件）
- ・ 患者の認知症の程度によっては、同意を得ることが困難である（5件）
- ・ 通常の診察の際に話し合いを行っており、「連続1時間以上」の要件は不要ではないか（3件）
- ・ 終末期の定義自体が不十分である（2件）
- ・ 家族の範囲を明確にすべき（1件） 等

2. 事例調査

(1) 回収の状況

図表 2-1 回収の状況

| 施設種類 | 事例票 |
|-------|-------------------|
| 病院 | 2,213 件 (136 施設分) |
| 一般診療所 | 207 件 (70 施設分) |
| 合計 | 2,420 件 (206 施設分) |

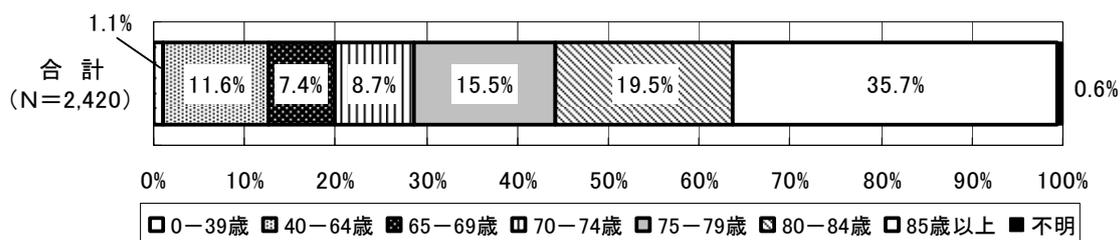
(2) 回答事例の属性

事例調査の回答者は、看護師 64.8%、医師 9.3%、その他 25.5%であった。

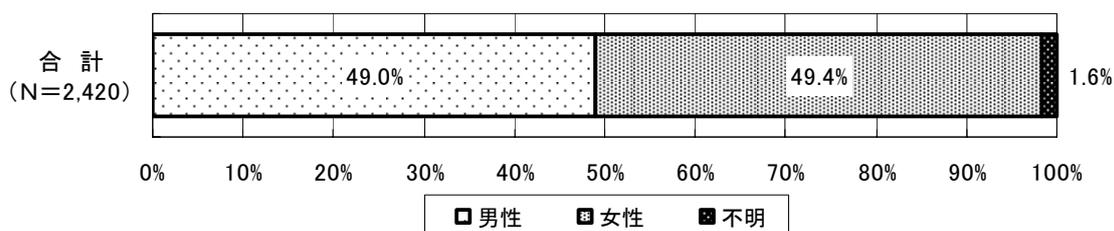
話し合いを行った患者の平均年齢は 78.9 歳であり、「85 歳以上」が 35.7%と最も多くなっていた。また、75 歳以上は 70.7%であった。

また、性別については「男性」49.0%、「女性」49.4%であった。

図表 2-2 年齢



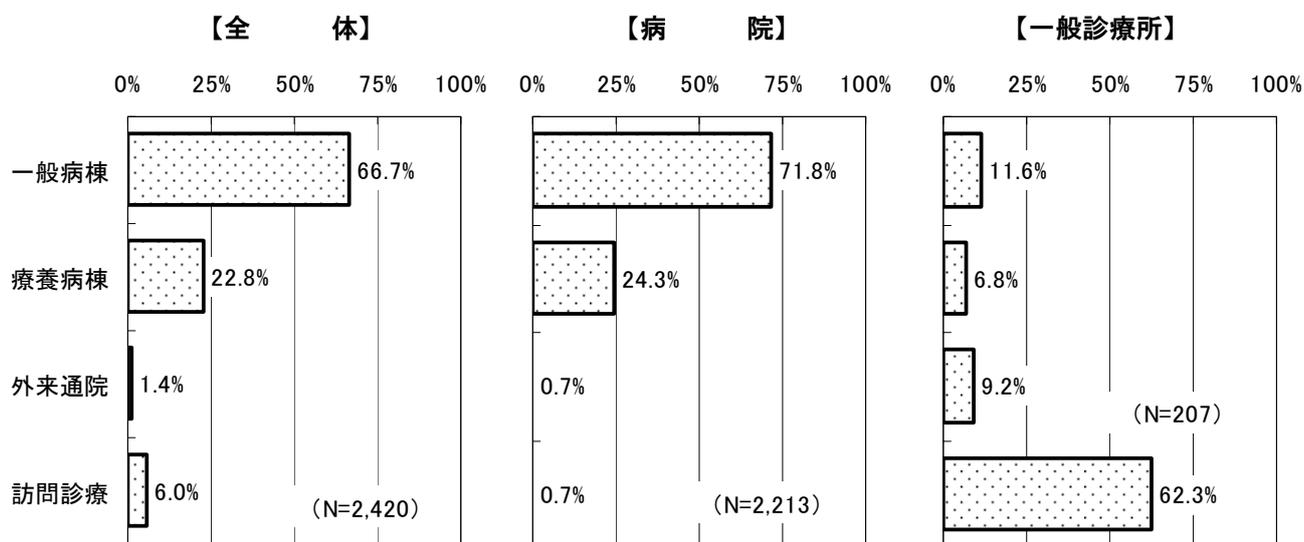
図表 2-3 性別



話し合い時の療養状況についてみると、病院では「一般病棟」71.8%が最も多く、次いで「療養病棟」24.3%であった。一般診療所では「訪問診療」62.3%が最も多く、「一般病棟」11.6%であった。

なお、後期高齢者終末期相談支援料の算定患者57人は75歳以上の患者全体の3.3%であった。

図表 2-4 話し合い時の療養状況<複数回答>



患者の主傷病をみると、「その他の悪性新生物」11.2%が最も多く、次いで「肺炎」9.5%、「気管、気管支及び肺の悪性新生物」7.9%であった。

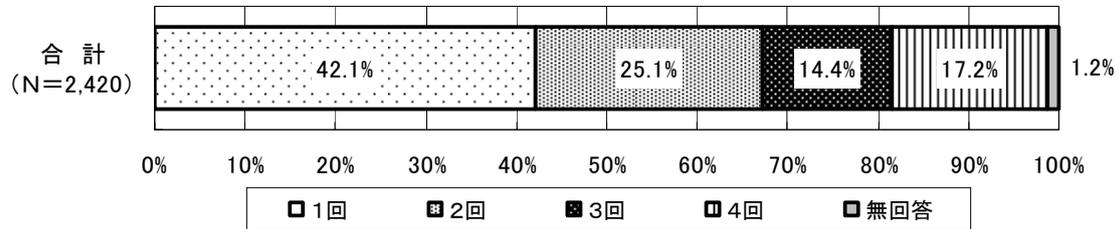
図表 2-5 主傷病

| 疾 病 名 | 事 例 数 | 割 合 | 累 積 割 合 |
|---------------------|---------|--------|---------|
| その他の悪性新生物 | 272 件 | 11.2% | 11.2% |
| 肺炎 | 230 件 | 9.5% | 20.7% |
| 気管、気管支及び肺の悪性新生物 | 190 件 | 7.9% | 28.6% |
| 脳梗塞 | 168 件 | 6.9% | 35.5% |
| 胃の悪性新生物 | 155 件 | 6.4% | 41.9% |
| 肝及び肝内胆管の悪性新生物 | 131 件 | 5.4% | 47.4% |
| その他の心疾患 | 104 件 | 4.3% | 51.7% |
| 腎不全 | 72 件 | 3.0% | 54.6% |
| 脳内出血 | 65 件 | 2.7% | 57.3% |
| 直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物 | 63 件 | 2.6% | 59.9% |
| その他 | 797 件 | 32.9% | 92.9% |
| 無回答 | 173 件 | 7.1% | 100.0% |
| 合 計 | 2,420 件 | 100.0% | |

(3) 話し合いの状況

平成 20 年 4 月から 9 月までの 6 カ月間の話し合いの回数をみると、「1 回」42.1% が最も多く、次いで「2 回」25.1%であった。

図表 2-6 平成 20 年 4 月～9 月の話し合いの回数



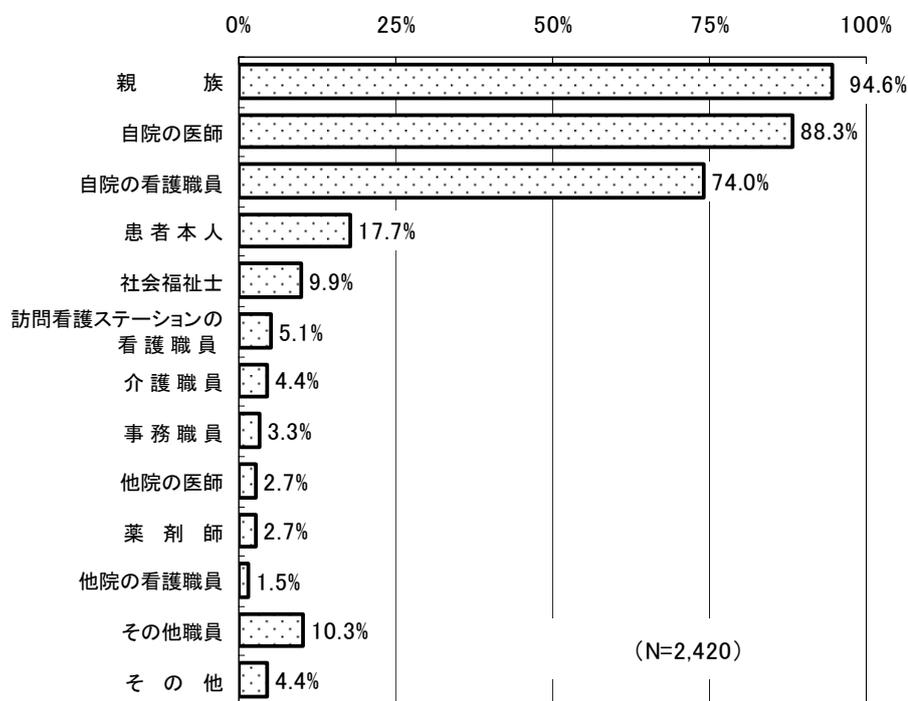
話し合い 1 回当たりの平均時間をみると、1 回目 28.6 分、2 回目 22.7 分、3 回目 21.1 分、4 回目 21.8 分であった。また、後期高齢者終末期相談診療料の算定患者のみでみると、1 回目 53.6 分、2 回目 31.5 分、3 回目 30.8 分、4 回目 18.3 分であった。

図表 2-7 1 回当たりの話し合いの時間

| | | 事例数 | 平均値 |
|--------|-------|---------|--------|
| 全 体 | 1 回 目 | 2,052 件 | 28.6 分 |
| | 2 回 目 | 1,164 件 | 22.7 分 |
| | 3 回 目 | 643 件 | 21.1 分 |
| | 4 回 目 | 347 件 | 21.8 分 |
| 算定患者のみ | 1 回 目 | 57 件 | 53.6 分 |
| | 2 回 目 | 10 件 | 31.5 分 |
| | 3 回 目 | 6 件 | 30.8 分 |
| | 4 回 目 | 3 件 | 18.3 分 |

話し合いに参加した職種をみると、「親族」94.6%が最も多く、次いで「自院の医師」88.3%、「自院の看護職員」74.0%、「患者本人」17.7%であった。

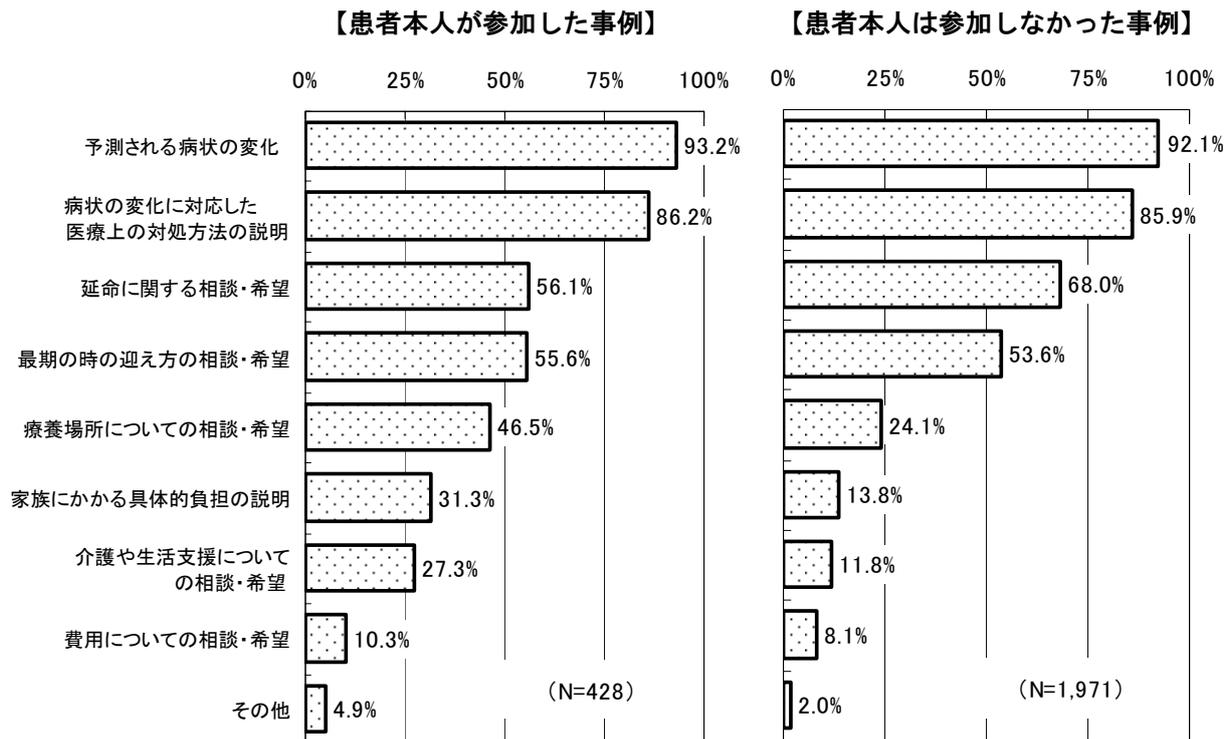
図表 2-8 話し合いに参加した職種<複数回答>



話し合いの内容についてみると、患者本人が参加した事例では「予測される病状の変化」93.2%が最も多く、次いで「病状変化に対応した医療上の対処方法の説明」86.2%、「延命に関する相談・希望」56.1%であった。

患者本人が参加しなかった事例でも同様の傾向にあり、「予測される病状の変化」92.1%が最も多く、次いで「病状変化に対応した医療上の対処方法の説明」85.9%、「延命に関する相談・希望」68.0%であった。

図表 2-9 話し合いの内容<複数回答>；患者本人の参加の有無別

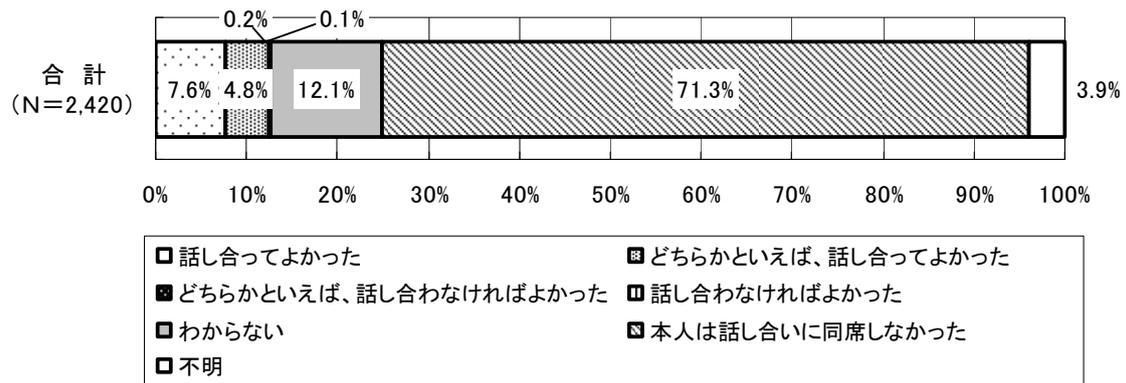


(4) 話し合い後の患者・家族の状況

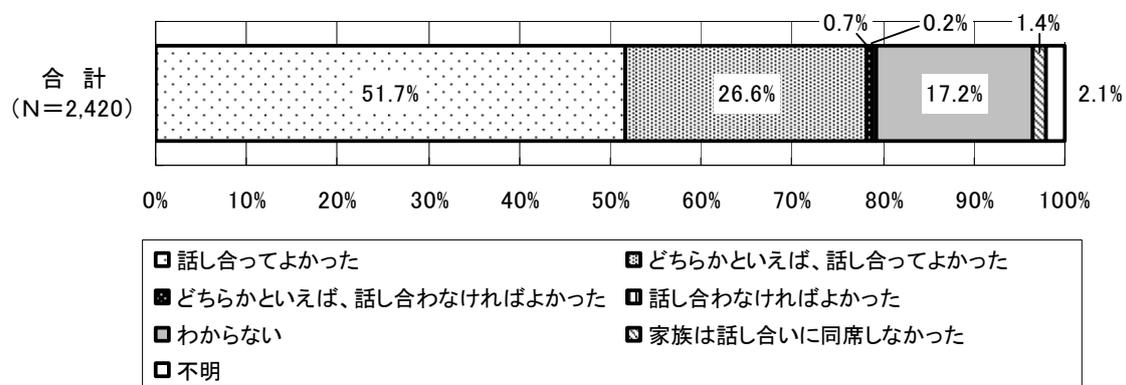
話し合い後の患者・家族の状況をみると、患者本人は「本人は話し合いに同席しなかった」71.3%と最も多かった。また、家族は「話し合ってよかった」51.7%が最も多く、次いで「どちらかといえば、話し合ってよかった」26.6%であった。

また、話し合いが患者・家族に与えた影響は、「不安が軽減されたようだった」46.3%が最も多く、次いで「患者にとってよりよい（自分らしい）決定に生かされたようだった」30.9%、「医療提供者への信頼が深まったようだった」24.5%であった。

図表 2-10 話し合い後の患者本人の様子



図表 2-11 話し合い後の家族の様子



図表 2-12 話し合いが患者・家族へもたらした影響<複数回答>

| | 事例数 | 割合 |
|--------------------------------|---------|--------|
| 不安が軽減されたようだった | 1,121 件 | 46.3% |
| 患者にとってよりよい（自分らしい）決定に生かされたようだった | 748 件 | 30.9% |
| 医療提供者への信頼が深まったようだった | 594 件 | 24.5% |
| 患者と家族の間で思いが共有されたようだった | 366 件 | 15.1% |
| 家族の悲しみが深まったようだった | 169 件 | 7.0% |
| 迷いや混乱が生じたようだった | 116 件 | 4.8% |
| 医療提供者への不信感をもったようだった | 26 件 | 1.1% |
| 患者の元気がなくなったようだった | 18 件 | 0.7% |
| その他 | 132 件 | 5.5% |
| 特になし | 473 件 | 19.5% |
| 総 数 | 2,420 件 | 100.0% |

3. 意識調査

(1) 回収の状況

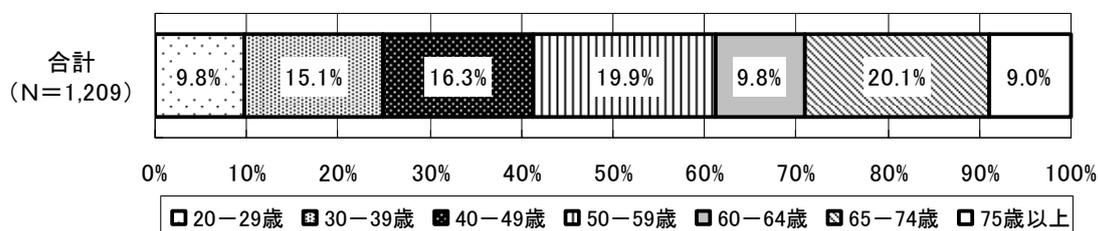
図表 3-1 回収の状況

| 発 送 数 | 有効回収数 | 回 収 率 |
|---------|---------|-------|
| 2,000 件 | 1,209 件 | 60.5% |

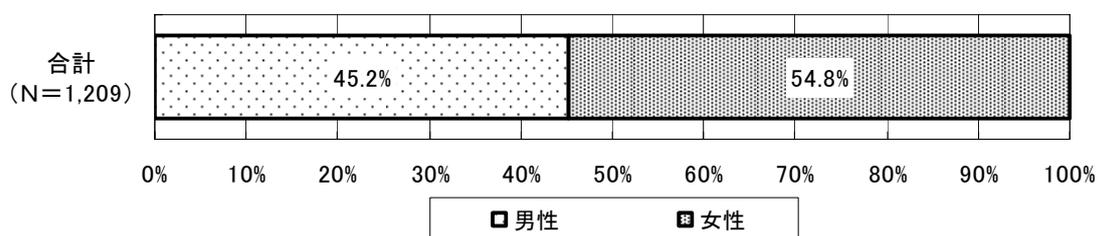
(2) 回答者の属性

回答者の平均年齢は 52.9 歳であり、「65 歳以上」が 29.1%であった。
また、性別については「男性」45.2%、「女性」54.8%であった。

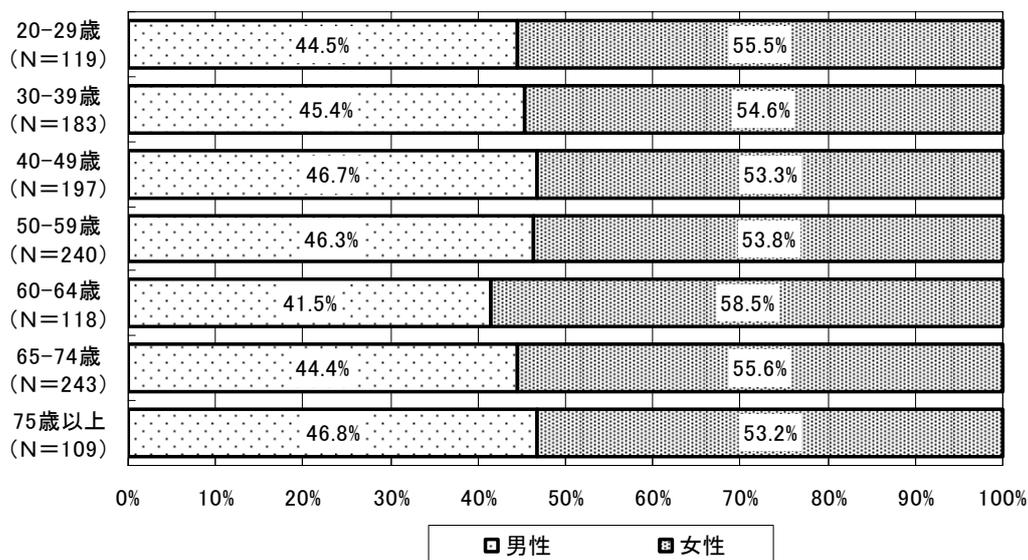
図表 3-2 年齢



図表 3-3 性別

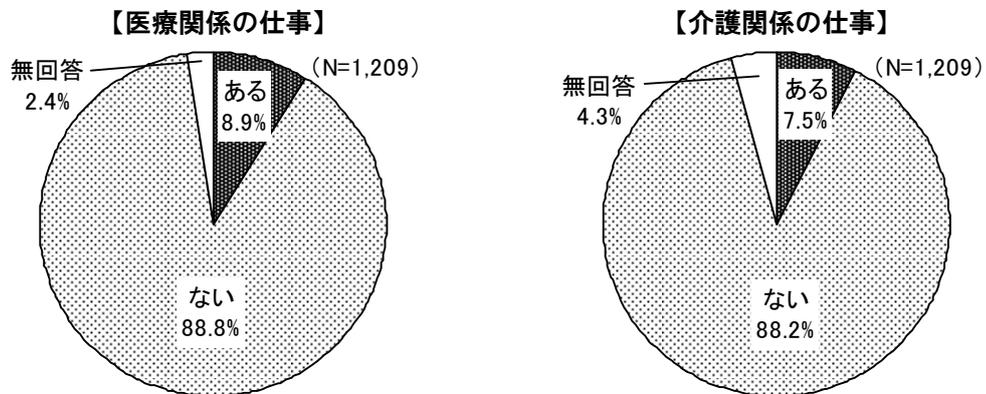


図表 3-4 年齢階層別にみた性別の状況



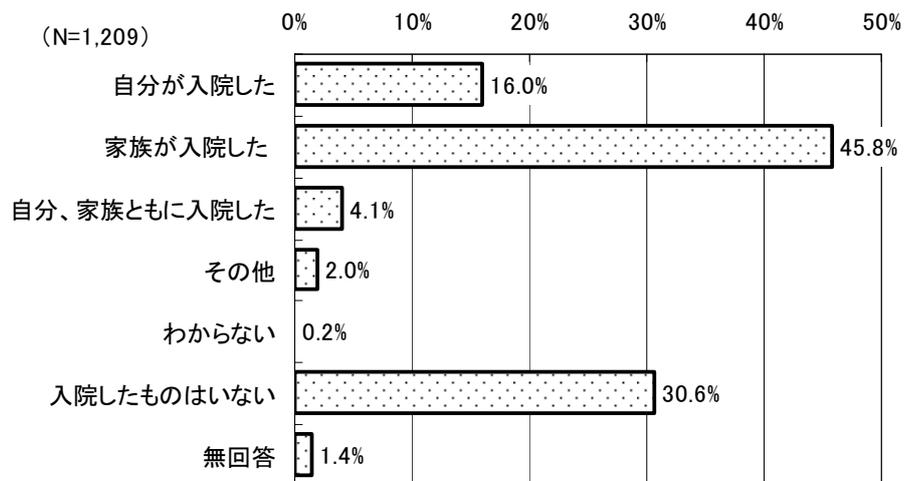
医療関係の仕事の就業経験については「ある」8.9%、介護関係の仕事の就業経験については「ある」7.5%であった。

図表 3-5 医療及び介護関係の仕事の就業経験



過去5年間の本人又は家族の入院経験については、「家族が入院した」45.8%が最も多く、次いで「入院したものはいない」30.6%であった。

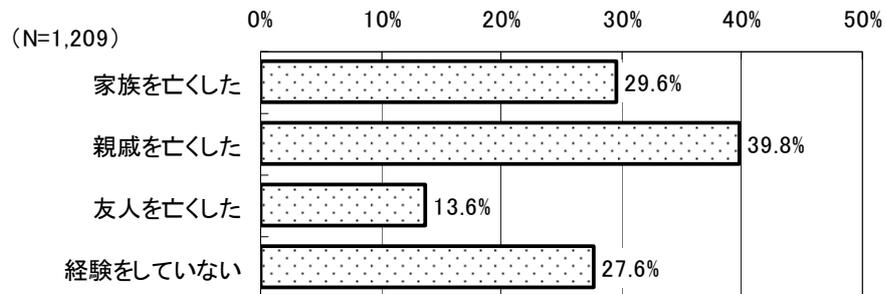
図表 3-6 過去5年間で本人又は家族の入院経験



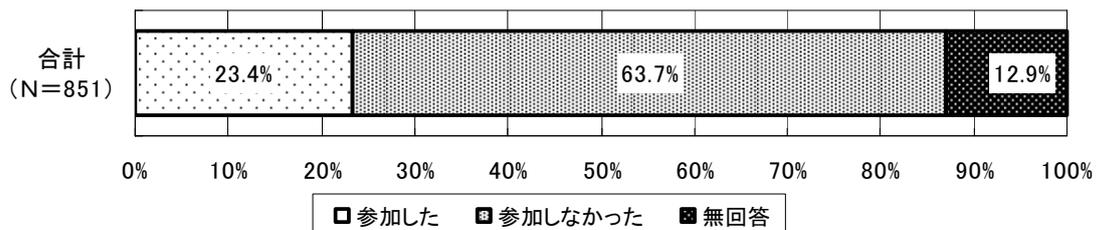
過去5年間で身近な大切な人を亡くした経験については、「親戚を亡くした」39.8%が最も多く、次いで「家族を亡くした」29.6%であった。

さらに、「家族を亡くした」「親戚を亡くした」「友人を亡くした」のいずれかに回答した者に終末期の話し合いの参加状況を尋ねたところ、「参加しなかった」63.7%、「参加した」23.4%であった。

図表 3-7 過去5年間で身近な大切な人を亡くした経験



図表 3-8 終末期の話し合いの参加状況

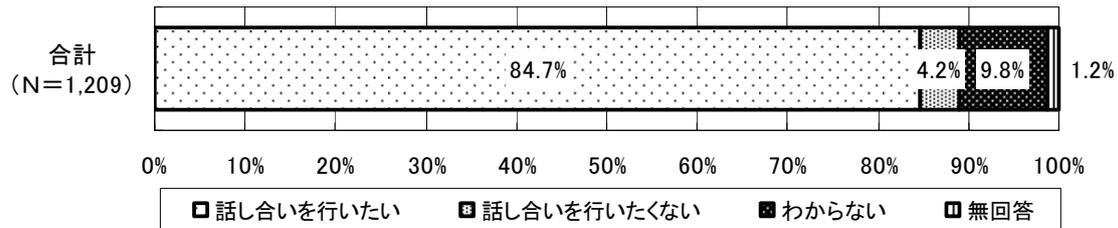


(3) 終末期の治療方針等についての話し合いに関する意識

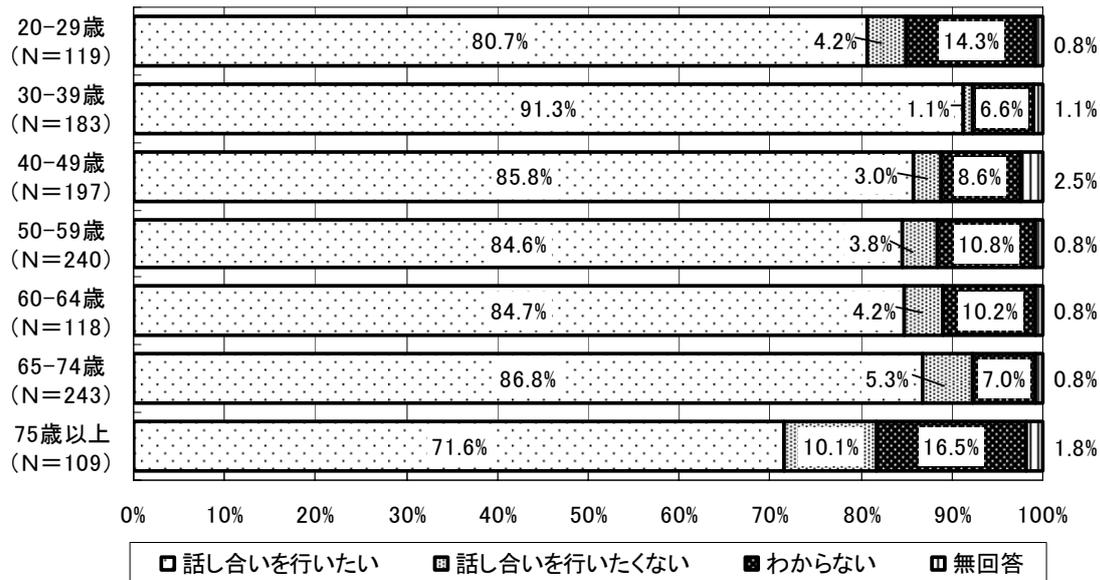
終末期の治療方針等についての話し合いの実施意向については、「話し合いを行いたい」84.7%となっていた。

年齢階層別に実施意向をみると、「話し合いを行いたい」との回答が、20～29歳80.7%、30～39歳91.3%、40～49歳85.8%、50～59歳84.6%、60～64歳84.7%、65～74歳86.8%、75歳以上71.6%であった。

図表 3-9 終末期の治療方針等の話し合いの実施意向

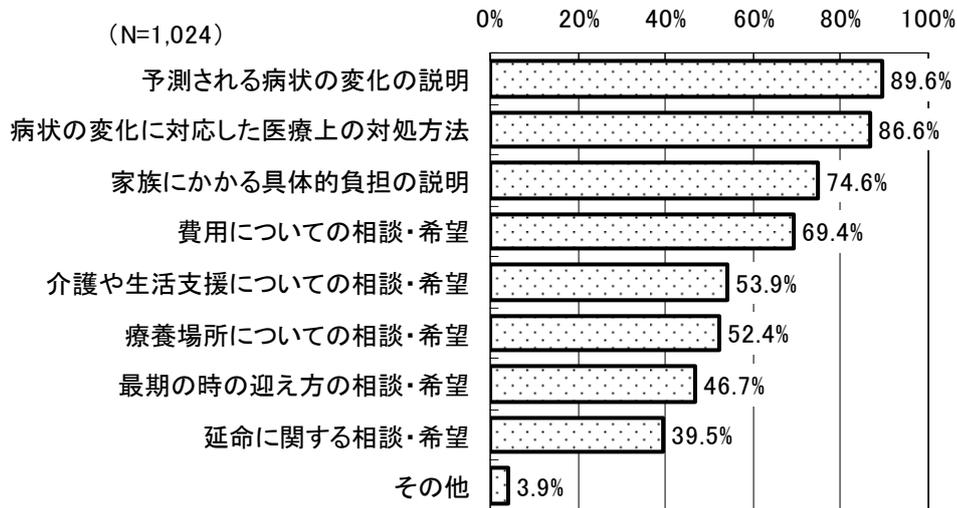


図表 3-10 年齢階層別にみた終末期の治療方針等の話し合いの実施意向



さらに、話し合いたい内容をみると、「予測される病状の変化の説明」89.6%が最も多く、次いで「病状の変化に対応した医療上の対処方法」86.6%、「家族にかかる具体的負担の説明」74.6%であった。年齢階層別にみると、「予測される病状の変化の説明」との回答が65歳未満では89.7%～95.8%であるのに対して、65～74歳82.9%、75歳以上78.2%となっていた。

図表 3-11 話し合いたい内容＜複数回答＞



図表 3-12 年齢階層別にみた話し合いたい内容＜複数回答＞

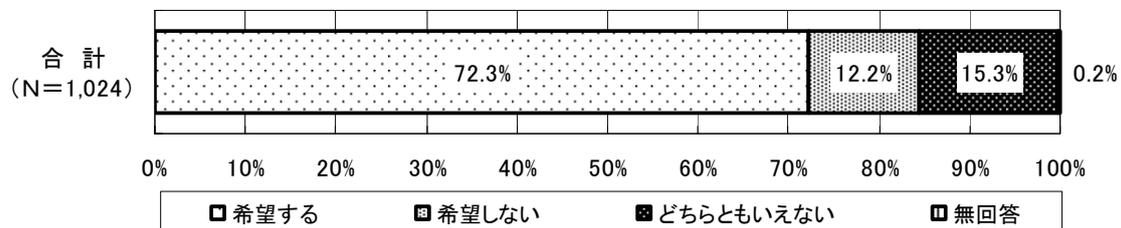
| | 20-29歳 | 30-39歳 | 40-49歳 | 50-59歳 | 60-64歳 | 65-74歳 | 75歳- |
|--------------------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|
| | (N=96) | (N=167) | (N=169) | (N=203) | (N=100) | (N=211) | (N=78) |
| 予測される病状の変化の説明 | 95.8% | 95.8% | 92.9% | 89.7% | 90.0% | 82.9% | 78.2% |
| 病状の変化に対応した医療上の対処方法 | 86.5% | 87.4% | 87.6% | 89.7% | 88.0% | 83.4% | 82.1% |
| 家族にかかる具体的負担の説明 | 77.1% | 79.6% | 79.3% | 75.9% | 68.0% | 72.0% | 62.8% |
| 費用についての相談・希望 | 79.2% | 77.8% | 75.7% | 71.4% | 68.0% | 58.8% | 51.3% |
| 介護や生活支援についての相談・希望 | 45.8% | 49.7% | 50.3% | 55.7% | 63.0% | 56.9% | 56.4% |
| 療養場所についての相談・希望 | 44.8% | 49.7% | 52.1% | 51.7% | 56.0% | 51.2% | 69.2% |
| 最期の時の迎え方の相談・希望 | 55.2% | 49.7% | 51.5% | 49.8% | 46.0% | 35.5% | 42.3% |
| 延命に関する相談・希望 | 52.1% | 44.3% | 45.6% | 42.9% | 36.0% | 25.1% | 34.6% |
| その他 | 3.1% | 3.6% | 3.0% | 4.4% | 1.0% | 6.6% | 2.6% |

終末期の治療方針等について「話し合いを行いたい」と回答した者に、話し合いの内容をとりまとめた文書等の提供の希望を尋ねたところ、「希望する」72.3%、「希望しない」12.2%であった。

希望する理由については、「説明を受けたことについて、後で確認したいから」68.9%が最も多く、次いで「参加できない家族も含めて、家族全員で、話し合いの内容を共有したいから」66.2%であった。

また、希望しない理由については、「文書等の作成を前提とすると、十分な話し合いが行われなくなる恐れがあるから」36.0%が最も多く、次いで「文書等に残すと、気持ちや状況がかわった場合に、変更できないような気がするから」「文書等には、通り一遍のことが書かれるばかりではないかと考えるから」28.8%であった。

図表 3-13 話し合いの内容をとりまとめた文書等の提供の希望



図表 3-14 文書等の提供を希望する理由<複数回答>

| | 件数 | 割合 |
|------------------------------------|-----|--------|
| 説明を受けたことについて、後で確認したいから | 510 | 68.9% |
| 参加できない家族も含めて、家族全員で、話し合いの内容を共有したいから | 490 | 66.2% |
| 話し合った方針を、後で確認したいから | 415 | 56.1% |
| 医療側にも、合意した内容を共有してほしいから | 382 | 51.6% |
| その他 | 28 | 3.8% |
| 総数 | 740 | 100.0% |

図表 3-15 文書等の提供を希望しない理由<複数回答>

| | 件数 | 割合 |
|--|-----|--------|
| 文書等の作成を前提とすると、十分な話し合いが行われなくなる恐れがあるから | 45 | 36.0% |
| 文書等に残すと、気持ちや状況がかわった場合に、変更できないような気がするから | 36 | 28.8% |
| 文書等には、通り一遍のことが書かれるばかりではないかと考えるから | 36 | 28.8% |
| 文書等に残すと、病状や今後のことなどが不安になりそうだから | 34 | 27.2% |
| 医師、看護師、その他の医療従事者との関係がギクシャクするかもしれないから | 18 | 14.4% |
| 文書等の作成は、延命措置の中止などの意思決定を迫られるような気がするから | 8 | 6.4% |
| その他 | 29 | 23.2% |
| 総数 | 125 | 100.0% |

<その他>

・医師を信頼したいから (3件) / 話し合いだけで十分だから (3件) 等

また、終末期の治療方針等について「話し合いを行いたくない」と回答した者に、その理由を尋ねたところ、「病状や今後のことを知るのがこわいから」「家族に心配をかけるから」39.2%が最も多く、次いで「話し合う必要性を感じないから」29.4%であった。

図表 3-16 話し合いを希望しない理由<複数回答>

| | 件数 | 割合 |
|------------------------------------|----|-------|
| 病状や今後のことを知るのがこわいから | 20 | 39.2% |
| 家族に心配をかけるから | 20 | 39.2% |
| 話し合う必要性を感じないから | 15 | 29.4% |
| 意思や希望を聞かれても、自分では決められないと思うから | 14 | 27.5% |
| 話し合いの結果、自分が望まない方針に決まってしまうかもしれないから | 12 | 23.5% |
| 自分の意見がうまく伝えられないと思うから | 9 | 17.6% |
| 医師や看護師、その他の医療従事者の説明を十分に理解できないと思うから | 6 | 11.8% |
| 治療方針を相談できる人、相談したい人が他にいないから | 4 | 7.8% |
| その他 | 10 | 19.6% |
| 総数 | 51 | 39.2% |

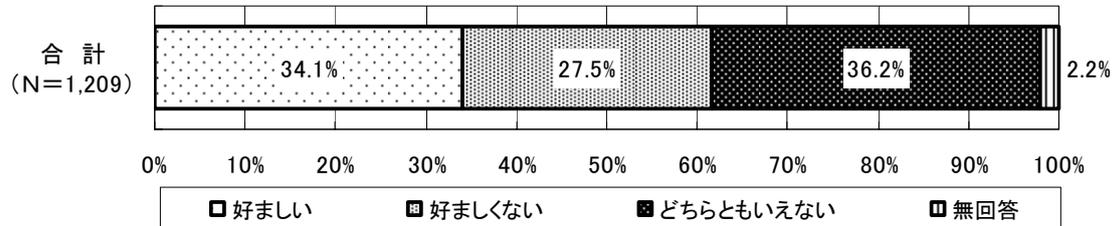
<その他>

- ・自然に任せたいから（2件）
- ・自分のことは自分で決めたいから（2件） 等

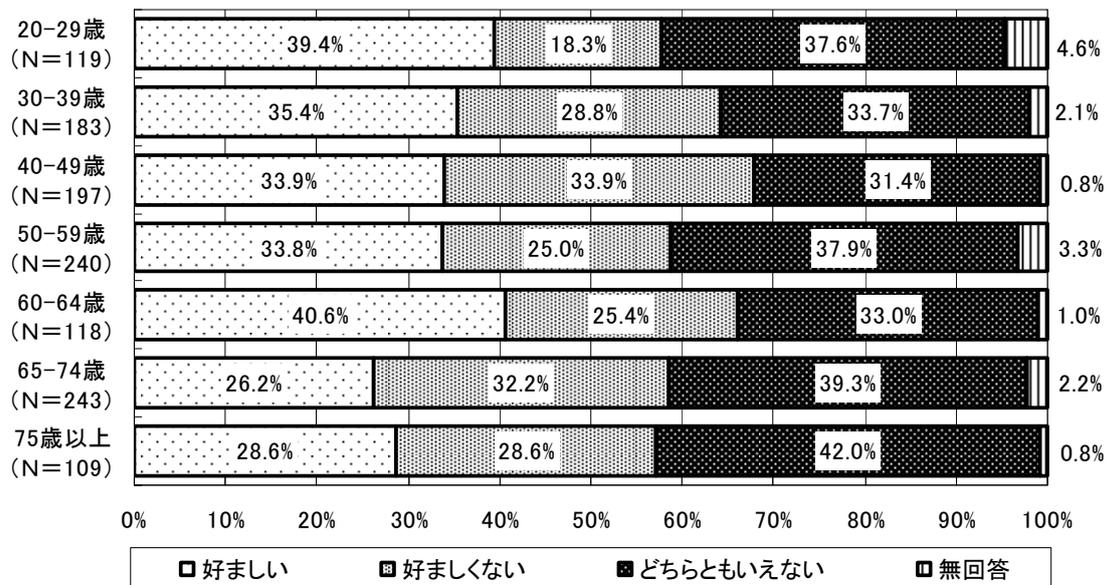
(4) 終末期の治療方針等についての話し合い等に対する費用の支払いに関する意識

終末期の治療方針等についての話し合い等に対する公的医療保険から医療機関への費用の支払についての意識をみると、「どちらともいえない」36.2%、「好ましい」34.1%、「好ましくない」27.5%であった。

図表 3-17 公的医療保険から医療機関に対して相談料が支払われることへの意識



図表 3-18 年齢階層別にみた公的医療保険から医療機関に対して相談料が支払われることへの意識



「好ましい」と回答した者について、後期高齢者終末期相談支援料の年齢区分についての意識を尋ねたところ、「年齢区分は必要ない」69.2%が最も多く、次いで「75歳以上という年齢区分が妥当」17.2%であった。実施意向については、「話し合いを行いたい」84.7%となっていた。

図表 3-19 後期高齢者終末期相談支援料における年齢区分に関する意識

| | 全 体 | | | | | | | |
|-----------------|---------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|----------------|
| | (N=412) | 20-29歳 (N=34) | 30-39歳 (N=48) | 40-49歳 (N=80) | 50-59歳 (N=81) | 60-64歳 (N=40) | 65-74歳 (N=86) | 75歳- (N=43) |
| 年齢区分は必要ない | 69.2% | 76.5% | 79.2% | 65.0% | 71.6% | 70.0% | 72.1% | 48.8% |
| 75歳以上という年齢区分が妥当 | 17.2% | 2.9% | 12.5% | 21.3% | 13.6% | 15.0% | 18.6% | 32.6% |
| 別の年齢区分を設けるべき | 3.9% | 8.8% | 4.2% | 6.3% | 2.5% | 5.0% | 1.2% | 2.3% |
| わからない | 5.1% | 8.8% | 2.1% | 2.5% | 7.4% | 7.5% | 3.5% | 7.0% |

「好ましい」と考える理由については、「医療行為（医師の仕事）であり当然のことだと思ふから」、「医療機関に時間や労力の負担がかかるため、報酬がなければ成り立たないから」、「医療機関が責任をもって仕事をしてくれると思うから」などが挙げられた。

- ・ 医療行為（医師の仕事）であり当然のことだと思ふから（165件）
- ・ 医療機関に時間や労力の負担がかかるため、報酬がなければ成り立たないから（75件）
- ・ 医療機関が責任をもって仕事をしてくれると思うから（70件）
- ・ 患者側が遠慮せずに十分な質問や話し合いができると思うから（16件） 等

一方で「好ましくない」と考える理由については、「相談は診療に含まれていると思うから」、「高齢者の経済的負担を軽くしたい」、「相談で費用が発生することが納得できない」などが挙げられた。

- ・ 相談は診療に含まれていると思うから（129件）
- ・ 高齢者の経済的負担を軽くしたい（50件）
- ・ 相談で費用が発生することが納得できない（21件）
- ・ 相談は医療行為ではないと思うから（21件） 等

また、後期高齢者終末期相談支援料に関する考えとしては、肯定的意見として「終末期の相談支援料は良い制度だから、普及させていくべきだ」、「納得できる結果が出るなら良い制度である」、「十分な相談ができる体制を整えてほしい（医療従事者の育成など）」などが挙げられた。また、否定的な意見としては「終末期の相談支援料は不要な制度だ」、「相談は通常の診療に含まれているはずだ」、「今以上に医療費の支出を増やしたくない」などが挙げられた。

<肯定的意見>

- ・ 終末期の相談支援料は良い制度だから、普及させていくべきだ（153件）
- ・ 納得できる結果が出るなら良い制度である（37件）
- ・ 十分な相談ができる体制を整えてほしい（医療従事者の育成など）（17件）
- ・ 医療機関や医師で差がないようにしてほしい（17件）
- ・ 患者側が安心感を持って過ごすために必要である（8件） 等

<否定的意見>

- ・ 終末期の相談支援料は不要な制度だ（83件）
- ・ 相談は通常の診療に含まれているはずだ（83件）
- ・ 今以上に医療費の支出を増やしたくない（45件）
- ・ 医療機関の営利目的に悪用される（16件）
- ・ 医療機関への優遇措置としか思えない（5件） 等

<その他意見>

- ・ 年齢区分は不要である（259件）
- ・ 費用の額によって賛否が分かれる（52件）
- ・ 医師不足や医療従事者の忙しさのため十分な相談ができるのか疑問だ（22件）
- ・ 親身に相談に乗ってもらえるのか不安がある（22件）
- ・ 形式的な相談に終わらないか心配（22件）
- ・ お金のある人となない人との間に差が生まれそうだ（14件）
- ・ 「後期高齢者」という名称に不満だ（7件）
- ・ 国民への説明が不十分である（5件） 等

4. まとめ

本調査では、施設調査及び事例調査において、医療機関における終末期の診療方針等に関する話し合いの実施状況や話し合いの結果をとりまとめた文書の提供状況、後期高齢者終末期相談支援料の算定状況を把握した。また、意識調査において、終末期の診療方針等に関する話し合いの実施、話し合いの結果をとりまとめた文書の提供、後期高齢者終末期相談支援料等に関する一般国民の意識を調査した。

病院の 43.7%、在宅療養支援診療所の 52.3%、その他の診療所の 21.8%が終末期の診療方針等に関する患者／家族との話し合いを行っていた（図表 1-8）。話し合いを実施するうえで困難なこととしては、「家族の意見にばらつきがある」「本人の意思確認ができないケースが多い」などが挙げられた。話し合いには、家族 94.6%、自院の医師 88.3%、自院の看護職員 74.0%などが参加していたが、本人の参加は 17.7%であった（図表 2-8）。

話し合いの内容は、「予測される病状の変化」「病状の変化に対応した医療上の対処方法の説明」「延命に関する希望」などが多かった。話し合い後の患者・家族の様子については、患者本人は話し合いに参加していない場合が多いものの、家族は「話し合っただけよかった」との回答が 51.7%であった（図表 2-10、2-11）。話し合いが患者・家族へもたらした影響についても「不安が軽減されたようだった」「患者にとってよりよい（自分らしい）決定に生かされたようだった」「医療提供者への信頼が深まったようだった」といった肯定的な内容が多くみられた。

話し合いを行っている施設のうち、全ての話し合いについてその結果をとりまとめた文書等を提供している施設は、病院 11.0%、在宅療養支援診療所 4.5%、その他の診療所 7.1%にすぎなかった（図表 1-11）。文書等を提供しない理由としては、「これまで患者・家族から文書提供の要望がなかったから」「話し合いの際の言葉のニュアンスを文書で伝えることは難しいから」というものが多く挙げられた（図表 1-12）。また、文書等を提供するうえで困難なこととしては、「患者や家族が医療用語を理解することが困難であり、共有できていない」「家族の意見に不一致がある場合の対応」「全て患者に伝えるべきか迷う」などが挙げられた。

なお、後期高齢者終末期相談支援料を算定していた施設は、病院 9 施設、在宅療養支援診療所 1 施設のみであった。また、後期高齢者終末期相談支援料については、「75 歳以上に限定せず実施すべきである」「終末期に限らず病状の急変や診療方針の変更等の話し合いを評価すべき」「もともと診療報酬によって評価する性質のものではない」などの回答が多かった（図表 1-17）。また、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（平成 19 年 5 月 21 日医政局発第 0521011 号）の認知度は低く、話し合いを実施している施設で「内容を知っている」との回答は、病院、在宅療養支援診療所、その他の診療所でそれぞれ 32.5%、18.8%、14.3%であった（図表 1-19）。

一般国民の意識では、終末期の診療方針等の話し合いの実施希望は高く（図表 3-9）、話し合いの内容をとりまとめた文書等の提供希望も高かった（図表 3-13）。話し合いの内容としては、「予測される病状の変化の説明」「病状の変化に対応した医療上の対処

方法」「家族にかかる具体的負担の説明」などが多かった（図表 3-11）。また、文書等の提供を希望する理由としては、「説明を受けたことについて、後で確認したいから」「参加できない家族も含めて、家族全員で、話し合いの内容を共有したいから」などが多くみられた（図表 3-14）。

終末期の診療方針等の話し合い等に対する公的医療保険から医療機関への費用の支払いについての意識としては、「好ましい」「好ましくない」「どちらともいえない」との回答がそれぞれ 34.1%、27.5%、36.2%と拮抗していた（図表 3-17）。なお、「好ましい」と回答した者の 69.2%は後期高齢者終末期相談支援料の年齢区分について「必要ない」との意向を示していた（図表 3-19）。

資料1 施設調査における主な自由回答意見

| 問9 終末期の診療方針等に関する話し合いを実施する上で困難と感じていること | |
|---------------------------------------|---|
| 1 | 患者や家族の個々の希望に合わせて、丁寧に話し合いを進めていくことは大切だが難しい。また時間もかかる。 |
| 2 | 本人の意思確認ができないケースがほとんどである限り、推測するしかないこと。家族がどういう選択肢があるかわからず、説明するのが大変であること。 |
| 3 | 24時間体制で対応などができない。 |
| 4 | 患者の思い、家族の考えなどの調整。 |
| 5 | 家族の意見がバラバラ。 |
| 6 | <ul style="list-style-type: none"> ・在宅での看取りが、家庭の都合で困難。 ・理解が全体に伝わらない。 |
| 7 | 急変時の対策が困難。 |
| 8 | 理解力の不足。 |
| 9 | <ul style="list-style-type: none"> ・家族間での統一見解が得られない場合。 ・病状の変化や経済的に家族の対応が変化する。 ・医療側の説明が十分に理解されているか不明であることが多い。 |
| 10 | 高齢者の場合、臨死状態とは言いがたい時（ゆっくり終末期をむかえる）時に必要ない。又、（急変もありうるので）認知症もあることも多い。理解力も低い。 |
| 11 | 家族が告知を強く拒否する場合、本人が不信感を持ち、関わりが困難になるケース。 |
| 12 | 介護者の理解職が貧しく、くり返し説明が必要。（主な介護者以外の）家族全員の治療方針が統一しておらず、状態悪化する度に家族会議がひらかれるなど、治療が中断してしまう。 |
| 13 | 回復の見込みがないことを納得していただくこと。 |
| 14 | 家人（患者の）の考えが一致しない時。 |
| 15 | 1. 具体的な日付までは不明な為、経過をみているうちに変更になることがあること。2. 身近な親族と話し合いができて、遠い親族がきて、話し合いの内容が変更となることがある。 |
| 16 | 本人（患者）の理解を得られることが難しい。認知症、難聴などの合併を有する人が多く、又がん末期の場合、本人に告知することはありません。 |
| 17 | 当院は、重症心身障害児施設であり、患者自身に対する話し合いは困難である（言語の理解が困難）。話し合いは専ら保護者・家族に対するものとなる。保護者等は一般的に話し合いに理解を示している（数は全く少ないが）。 |
| 18 | 家族の理解力が乏しい場合（今回2人は問題なし）。 |
| 19 | 本人が認知症のため、意思確認が困難。 |
| 20 | 疾患や状態に対する理解が家族、本人では困難な事が多い。何時間、何回説明しても困難な方も非常に多い。 |
| 21 | 本人の意思の確認はほとんどの例で不可能であり、家族も、同居している人と、遠方に住み、終末期のみ帰ってくる人では意見が異なる事が多い。話し合いを誰と行い、誰の意向を尊重するべきか。 |

| 問9 終末期の診療方針等に関する話し合いを実施する上で困難と感じていること | |
|---------------------------------------|---|
| 22 | しいてあげれば時間の調整。 |
| 23 | 家族の来院が困難の場合、延命の有無等の確認が難しい。 |
| 24 | <ul style="list-style-type: none"> ・家族の中で意見が違う場合（ペインコントロールや、最後の看取り方など）。 ・定期的にメンバーがまとまって時間をとるのが難しい（特に医師）。 |
| 25 | 精神的に弱い患者さんに説明すると体調が悪くなることが多いので、患者さんによってある程度わけて行っている。 |
| 26 | 終末期の方向性は本人の意向より家族の事情に左右されることが多く、両者の意見を合わせるのが困難である。 |
| 27 | 当院は本人の意思確認が困難なものが大半。基準では家族の意思での代用は不可と解釈される・・・？ |
| 28 | 家族全員の意見の統一。 |
| 29 | もし急変した場合に、どのような処置をどこまで行うのかということが患者さんの家族全員に伝えるのが難しい（家族によって意見が違う場合があるため）。 |
| 30 | 患者の責任者（家族、親族）内で意見がくい違う事があり、対応が困難な場合がある⇒延命措置を希望しないといたり、転院を希望したりで、意見が統一されていない事がある。 |
| 31 | 患者本人の意見をしっかり把握する事。 |
| 32 | 終末期であることを本人に話すのは、本人の精神的ダメージが大きいので主として家族とのみ話し合いをしている。 |
| 33 | 医師・看護師間での感覚のギャップを充足しながら連携につなげるのに労力を費やすことがある。 |
| 34 | <ul style="list-style-type: none"> ・病状に対する理解が難しい場合において今後の生活の場所を検討していくにあたって、繰り返しの説明が必要である点。 ・本人の意向は自宅退院であるが、看護・介護の問題で病院で最後を迎えられることとなる状況。 |
| 35 | 当院では終末期に限らず入院時に、当院で対応できない場合の緊急搬送先の希望の有無や、急変時の対応の確認、終末期になった場合、当院でどの程度まで対応できるかの話をして入院患者に対して実施していますが、たいていの場合、終末期の治療法等の話をする、怒り出すことがほとんどです。我々、医療従事者が、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと判断したとしても、患者様や家族等が、そのことに対して、心の準備という現実を受け止められないケースがほとんどです。終末期の診療方針の話し合いを実施するうえで、終末期という現実を受け入れる心の準備が、本人や家族にできていない場合が一番困難であり、話し合いにならないケースが多いことです。また、キーパーソンになる家族と話し合う機会は多いのですが、日ごろ病院に訪れない、身内・親族が多く、死期が切迫している状態になって、初めて病院を訪れ、これまでの話し合いの経過を無視し、合意内容を一から構築し直すことが多く、そういった切迫した状況では、時間が足りないのが現実で、困難を極めています。 |

| 問9 終末期の診療方針等に関する話し合いを実施する上で困難と感じていること | |
|---------------------------------------|--|
| 36 | 入院のとき、当院の医療の程度（治療可能な範囲）を説明しているが、家族の理解要求の変化や、家族間での対立などにより、転院となる時、困難な事がある。 |
| 37 | 家族の希望する治療と患者の状態との落差。 |
| 38 | 家族の統一した意見が得られない。 |
| 39 | 終末期の定義が不明確。特に癌再発患者に関しては常時終末期をも想定して診療を行っている。 |
| 40 | 本人、配偶者、家族との終末期に対する考えが異なることが多い。訪問看護士と医師との死生観の相違も、多々存在することもあり、方針決定が定まらないことがある。 |
| 41 | 本人の死後の事（遺言、財産分与）まで持ち込まれた場合、話し合いがスムーズに行かず進行に困った。 |
| 42 | <ul style="list-style-type: none"> ・患者に告知を希望しない家族が多いため、対応に苦慮する。 ・終末期を在宅で迎えることが、まだ少ないために、患者本人との思いのくい違いが見られることがある（外泊の場合も同じような状況がある）。 |
| 43 | <ul style="list-style-type: none"> ・家族の間で意見がわかる。 ・家族、医療者間で日時の設定。 ・理解力が不十分な場合のフォロー。 ・希望にあった治療が、自病院でできないとき。 |
| 44 | 10月以降現在まで患者様本人の同席は2例あったが、なかなか同席が難しい。 |
| 45 | <ul style="list-style-type: none"> ・入院時に終末期を迎えることになった場合を想定し、お話をしているが、突然なことでご家族様はキョートーンとされ、考えが伴わないことがある。 ・度々の話し合いで家族間で考えがくい違う場合は困ります。 |
| 46 | <ul style="list-style-type: none"> ・化学療法の効果が期待できない場合、治療中止等、家族の納得が得られない。 |
| 47 | <ul style="list-style-type: none"> ・患者の意志が十分わからない場合（せん妄等）に本当は何を望んでいるのかわからない。 ・患者本人と家族の意向がくい違っている ・患者・家族・医療スタッフとも死生観をきちんと持っていない。 ・医療スタッフと患者・家族との状態把握について認識に差がある。 ・本人や家族がまだ決意できない時は何度も話し合いを行わなければならない。動揺も大きく不安を助長させてしまう可能性も大きいことから早い時期からの説明が必要。 |
| 48 | 当院は高齢者の認知症専門病院であり、入院時に家族と終末期の対応や診療について説明し、一応方針を話し合っている。この時はまだ終末期ではないので具体的な方針は決めかねないという問題がある。もちろん、終末期になった場合には改めて話し合い方針を決定している。 |
| 49 | <ul style="list-style-type: none"> ・経口摂取ができなくなり、栄養補給の方法として、胃瘻増設をした場合の療養の場が制限され、選択肢が限定される（家庭でも特養でも受け入れなくなる傾向）。 ・核家族・家長制の崩壊で、在宅で療養できない。 |
| 50 | 重度の意識障害等の症状により、患者本人が終末期の話し合いに参加が困難な場合がほとんどであり、家族の意向を反映せざるをえない状況である。 |

| 問9 終末期の診療方針等に関する話し合いを実施する上で困難と感じていること | |
|---------------------------------------|--|
| 51 | ターミナル期として他院より紹介転入の場合に病状理解の相違があり、紹介状との違い、患者様・御家族それぞれに精神的面を考慮しつつ受け止め方を知る時。 |
| 52 | 患者本人に延命等に関する意志がある場合には、家族、本人との話し合いは容易に行うことができるが、本人に意志がない場合には（不明、またはまだ考えていない場合）、本人を外して家族とだけの話し合いになること。 |
| 53 | 普段から患者と家族の関係が疎遠の場合、全く身寄りがいない患者の場合に話し合いの場を設けることすら困難を感じることもある。 |
| 54 | 最後の時、どこで病院又は自宅で迎えるのか、親族も大変迷う場合がある。状態急変時も、自宅で処置を行うと決定していても、いざその場合、病院へ搬送を希望する。 |
| 55 | 延命処置を施行するかどうか等。家人（本人）に、どこまでの医療を希望されるかどうかなどです。 |
| 56 | 時間が足りない。 |
| 57 | 家族間の意見の統一がむずかしい。 |
| 58 | ろくにつきあいのない遠い親戚が、病状や治療経過もしらないくせに口をはさむこと。 |
| 59 | その保険点数まで言い出しにくい。今までどおり、ふつうに「こうしましょうか」と提案しているだけ。了承は得ながら。カルテには記入する。 |
| 60 | 家族との話し合いができていたのにたまに来る遠方の親戚が騒ぎ出すこと（この様な状況で何故病院に入院させないのか？）。 |
| 61 | 安楽死、尊厳死、自然死の区別がついていない家族に対し説明が必要な時。 |
| 62 | 家人、親類で各々意見が異なる。 |
| 63 | 文書に表現することは難しい面がある。 |
| 64 | 老々介護や家族の介護が乏しい場合では終末期を自宅では困難なことが多い。 |
| 65 | 本人と家族の意見、思い、考え方が違う時。 |
| 66 | 患者は在宅を希望するが、家族の受入れが困難。 ・老々介護 ・医療的処置がある（気管内吸引・IVHポート管理等） ・夜間の負担増 |
| 67 | 急変時に家族が動揺されるのは当然である。診療（往診）毎に治療方針を説明し、信頼感を築くことが大事。 |
| 68 | 家族全員の意見が、同一ではない。 |
| 69 | 患者の家族間の意見の相違や、終末期医療に対する認識のズレなど調整や説明の困難な場合。 |
| 70 | 在宅で行うか、病院に入院するかについて、家族の介護力のある高齢者では在宅を望まれるが、老々介護の場合など在宅で終末期医療を行うことが難しい。 |
| 71 | 1. 終末期とする判断基準が明確でない事 1. 医療者側を法的に守る確かな物がない。 |

| 問9 終末期の診療方針等に関する話し合いを実施する上で困難と感じていること | |
|---------------------------------------|--|
| 72 | 入院時、家族は最後の迎え方を畳の上でと希望する 경우가多いが、入院が長くなるにつれ、自宅での最後が不安になって、帰ることを思いとどまってしまう（自宅でのサービス等の説明をしても）。 |
| 73 | 家族が死に対して慣れていないので、最後の終末時にパニックになることがあり、そのあたりを前もって話し合っても理解することが困難に思えます。 |
| 74 | 往診にての終末期医療（いわゆる看取り）は、本人にも家族にも主治医にも、又、私の診療所に通院されている他の患者様にも大きく影響し、負担が大き過ぎるように思います（家族や我々が体をこわしたり、他の患者様をお待たせしたりと）。 |
| 75 | 家族の理解が得られない場合がある。特に家族内で意見の一致が無い時は難しい。 |
| 76 | 家族の思いが十分引き出せない様な医師のインフォームドコンセントのしかた（患者や家族が選択出来る選択時間が少なすぎる。結局、先生にお任せします、の言葉になってしまう）。 |
| 77 | 抽象的な表現で希望を伝えてこられるケースが多い。 ①先生に判断をお任せする。 ②何もしないで苦しまないようにして欲しい。 |
| 78 | 家族に偏った考えの人が居ると説明に困難を感じる事がある（医療者、宗教など）。 |
| 79 | 家族間の意見の一致をみない時、理解を得られない時。 |
| 80 | 本人へ告知されていない。 身寄りが無い、家族が非協力的である。 独居である等。 |
| 81 | 家族に連絡すると工作中や多忙であり、連絡がとりにくい事が多い。 親族が遠縁であったりして、決定権が乏しく、最終的には色々な思いがある様子でした（キーパーソンが決定していない場合）。 |
| 82 | ご家族が認知症で、ご理解が難しい場合。 家族が多く、家族間で意見の相違がある場合など。 |
| 83 | 身体的状況から、余命を日単位と判断するケースにおいて、ご家族が気管内挿管、人口呼吸装着を希望された場合に、医学的視点・QOL・倫理的に困難と感じる。 |
| 84 | ①家族によって考え方が異なるため、それをまとめていく事が難しい場合がある。 ②急激な病変の悪化の場合、意見の統一が難しい。 |
| 85 | 入所施設により、終末期に対する対応が異なり、家族の希望通りにいかない場合がある。 |
| 86 | 家族にいろいろと今後の治療方針を相談しても、どうしてほしいとも意見も無く、感心がない場合。 |
| 87 | 家庭内で意見がまとまらないこと。 患者家族の医療行政や環境、病気に対する無知。 |
| 88 | 診療時間内に実施困難。 施設基準施設でない場合、保険点数算定できない。 |
| 89 | 医療を提供する側と患者家族の間で終末期医療に対する考え方にギャップを感じる。 そして、理解してもらうことが困難な場合が多い。 在宅へと促しても、患者家族の状況、例えば、年齢・仕事等が障害となり、スムーズにいかない場合が多い。 |
| 90 | 直接一緒に住んで生活している身内の方と遠方の親戚の方とで考えが異なり、診療方針がまとまらないことがある。 |

| 問9 終末期の診療方針等に関する話し合いを実施する上で困難と感じていること | |
|---------------------------------------|---|
| 91 | 終末期ケアに対して十分な対応が出来ていない。Dr、Nsのみの対応で病院として組織的に出来ているとはいえない。そんな中で、このような話し合いをするのは気がひける、申し訳ないと思っているので、積極的に話をもっていけない。まずは、終末期ケアが十分出来る体制を作らなければならない(対応出来る職員の確保システム化等)。 |
| 92 | 人が死ぬということのイメージをご家族と共有できないことが時々あること。 |
| 93 | 本人同意を得ることとなっているが、病状や認知症などの理由で困難となる事例が多い。 |
| 94 | 1) 家族の介護力が乏しい。 2) 住環境不良 |
| 95 | 一般的病状説明の中で、終末期の説明を同時に行っている。 |
| 96 | 高齢者で自分の終末期を冷静に見つめ、方針をあらかじめ定められる人は少ない。当院では、独自にアドバンス・ディレクティブを作成し、適当な患者さんに勧めてみるが、実際にそれを作成する人は殆どいない。 |
| 97 | 個別にそれぞれ方針が異なるので、事前の話し合いはその都度必要。 |
| 98 | 当院は医師の一人のみで経営している僻地診療所である。看護師etcはいません。この地区で看取るPtは非常に多いのが現実ですが、算定又は、24hr体制にも関わらず、国の定めた人数とも足りないため、請求できていない。 |
| 99 | 入院先の問題、医療崩壊、DPCのため病院への入院は困難。介護力不足の家族(核家族化、仕事の問題など)と話し合いをしても困りはてることも多い。 |
| 100 | 治療が奏功しない旨を伝えることが、治療放棄ととられる可能性があり、話し合いに非常に気をつかいます。 |
| 101 | 話を出来る方がいない場合がある(身内がいない、老々介護時)。 |
| 102 | 患者・家族への告知が行われていなく、更に生活の妨げとなる症状が既に出現している場合。患者・家族が症状・病気に対する認識が甘い場合。 家族が患者の望まない延命を希望する場合。 家族が患者の介護を放棄している場合。 |
| 103 | 家族間での意見の相違がある。 家族のキーパーソンの方が高齢のため、理解しにくい。 家族がいないため、後見人の場合困難。 現在元気な方に話し合いをする事に難しさを感じた。 |
| 104 | 地方には低所得者が多く、払えない人も多い。 |
| 105 | 自己決定不能例の家族間意志統一、代表医師表示者選定に関しては、死後相続など民事上の問題もあり、気を使う。 |
| 106 | 現在は、ご家族・主治医・看護師で話し合う事が多いです。今後は多職種にて話し合う方向に、ルール化を推進していきたいと思っています。多職種の時間調整が難しいと感じています。 |
| 107 | 相手に話しても、寝たきりに近い状況の場合、(見た目)重症でないとはやはり「全て(気管挿管、人口呼吸、心臓マッサージ)してください」「病院に運んでください」と言われる。その後で胃ろう、気切、人口呼吸器(意識が戻らない時)にう～んということになってしまう→後方病院(老人病院)に3ヶ月以内に転院。 |

| 問9 終末期の診療方針等に関する話し合いを実施する上で困難と感じていること | |
|---------------------------------------|---|
| 108 | 後期高齢者の家族においては、積極的治療を望む人は少なく、自然のままが良いといわれると、一度に一時間に渡る話し合いを続けることは非常に困難と感じた。また、本人を交えての話し合いは、高齢者の場合は難しい。 |
| 109 | 患者の同意を得ることは難しい。患者及び家族・看護師が終末期における診療方針を十分に話し合うことが難しい。連続して1時間以上に渡り、話し合いを行うことは難しい。 |
| 110 | 当院に入院してくる時には、患者本人の意思の確認がとれないものが殆どである。また、意志表示ができるとしても、終末期医療の内容を理解できないと思われるものばかりであり、終末期医療（看取り）で殆どの場合、ご家族と話すものが殆どである。また、家族間での看取りの方法にかなりの差があり、後日問題となることも多い。 |
| 111 | 家族の介護に対する協力の有無。 |
| 112 | 病院での看取りを希望される患者の場合、転送（入院）の見極めが困難（早めのタイミングでないといけない）。 |
| 113 | 医療に対する知識が少ないため、理解できているか迷うことがある（本人、家族を含め）。末期状態の時（帰省者により、治療の変更を求められ、家族間のコミュニケーションがとりにくくなる）方針のぶれ。 |
| 114 | 同居している親族との話し合いで在宅でこのまま悪化しても看取ると決めていても、いざ状態が悪くなり、いつか分からなくなってから、他に住んでいる親族から入院させてはとのクレームがつき、同居の親族に迷いが生じる場合が多々ある。 |
| 115 | 家族との話し合いがスムーズ（理解）にできない場合が多い。 |
| 116 | ご家族間の意志の統一がはかられていないので、こちらの考えが押し付けにとられる事もある。 |
| 117 | 患者さん本人、家族が高齢でなかなか理解を得にくいケースがある。 |
| 118 | 24時間（休日・夜間・深夜・日常診療中）対応が困難。 |
| 119 | 遠くに住む縁者を称する人だが、後から現れ、話がひっくり返る事がある。 |
| 120 | 突然に見舞いに来るお客の親と話し合いの意見が違ってしまい、家族が困ってしまう場合もある。 |
| 121 | 高齢者であり、ご家族は出来るだけ苦しまないで最後を迎えてほしいとの思いの方が多く、特に困難と感じるケースはありません。ご家族もおまかせします、という方が多いです。もっと早い時期に本人の意思確認が必要と思います。 |
| 122 | 終末期においては、患者の意思というよりは家族の介護に対する取組み方とその姿勢並びにその協力体制を構築することができるかという点に困難さを感じている。 |
| 123 | 治療方針に対する患者及び家族間の相違。 |
| 124 | 患者本人と家族での希望の相違。また、家族間でも希望がまとまらない。頭での理解に精神面がついていかない内に、病態が進行するというケースあり。 |
| 125 | 医師会病院等と連携で実施しております。 |
| 126 | 時間の都合がつきにくい。 |

| 問9 終末期の診療方針等に関する話し合いを実施する上で困難と感じていること | |
|---------------------------------------|---|
| 127 | 家族の方に患者が終末期にある事を理解してもらうのが、困難である。いつまでも元気だと思っている。治療をすれば必ず助かる、と死を受け入れられない家族がいらっしゃる。 |
| 128 | 話し合い時点と実際の終末期時点で意見（家族の）が変わる時。 |
| 129 | 本人への告知について、老人ホームにある為、認知症の方へどう伝えるかが思慮深く、検討しなくてはならないと思います。認知症における治療の拒否もあるので、ご家族への同意・承諾は絶対的な効力があるものとして対応しても、本人の意志（認知症患者の尊厳）はどうしたらいいのでしょうか。 |
| 130 | 意志疎通のできる患者が少ないため、本人からの意志を聴取することがほとんど不可である。 |
| 131 | 本人には話し合いが出来ない（認知症を伴うため）し、理解してもらえない。 |
| 132 | 患者・家族、又、患者家族共に認知症である場合、また、年齢による認識力の低下がある場合。 |
| 133 | 告知に関して本人と家族間で意見が違う場合に対応に困ることがある。 |
| 134 | ①患者は本当は在宅で思っている、介護が家族に負担がかかるのでと本音を言わない。②患者・家族の思いに「ずれ」がある時。③二人暮らしである時、家族も無関心な時があり、話し合い実施が困難。 |
| 135 | 医師・看護師の話し合いにおけるコミュニケーション能力により、患者・家族の説明内容の理解、受け入れなどに違いがあること。また、在宅もしくはホスピス、その他施設に転院する時期を考え、適切なタイミングで話し合いを実施することが難しいこと。 |
| 136 | 医師の説明を患者と家族が良く理解できない場合が多い。 |
| 137 | 家族間で意見が合わない。 |
| 138 | 24時間の医療行為を希望された時には、管理が出来ないため、困難と思う。 |
| 139 | 患者自身に正直にどこまで話をするか、医療サイドと家族サイドでの隔りがある。 |
| 140 | 時間的な余裕がない。家族の返答がなかなか得られない（方針が決定できない）。 |
| 141 | ①家族内での診療方針に対する意見の相違があり、個々に話し合いを要求されること。②終末期にあることを理解できず、治療継続を希望するとき、時間を要する。 |
| 142 | 人さまざま。考え方は時により変化する。経済的問題が関連してくるなど。 |
| 143 | 医療者に対する家族のストレスや不満（説明が不十分だったり、対応への不満）、誤解（治療に対しての理解不足）等、適切に対応しなければならない点。 |

| 問 12 終末期の診療方針等に関する話し合いに関する文書等提供を行う上で困難と感じていること | |
|--|--|
| 1 | 「何もしない」場合の中味にズレが生じる場合があり、ニュアンスを話し合いの場に参加していない人に伝えるのは難しい。文章にしても、受け取り方の差が生じることもある。 |
| 2 | 患者さんとの話し合いが冷たい人間関係になるから。 |
| 3 | 内容の説明に充分時間をかけているが、理解が不十分と思われる場合がある。 |
| 4 | 全てを完全に記す時間的余裕がない。 |
| 5 | 文書まで提供しても、理解していない家族がほとんどであり、説明は本当に困難。 |
| 6 | 話し合いの時間を作るのが、やっとで文書を渡した時には家族等が内容を把握していないケースもある。 |
| 7 | 患者本人に病気のことが言えない場合がある。 |
| 8 | 医療についての情報の共有化。 |
| 9 | 文書提供はDr.により違いがある。倫理委員会等での規定にそって今後実施する必要がある。 |
| 10 | こちらが伝えようとする内容を基礎知識のない方々に文書化して伝えるのは困難。長い話し合いの中で信頼関係を構築することの方が在宅看取りには有効で、交付する文書は確認メモ程度としている。そろそろ文書に点数を与えるような手法から脱却してほしい。 |
| 11 | 家族間の意思統一が崩れたりした場合 |
| 12 | 本人への精神的負担を考慮し、なるべく話の中で伝えている。文章では伝わりにくい部分があり、かえって見放していると捉えられかねない。 |
| 13 | 患者の急変時や医師が忙しい場合は、書面で渡す余裕がなく口頭だけになることがある。それを後から記入することは困難である。 |
| 14 | 結果について、訂正も求められる事。 |
| 15 | 患者に死期をあえて意識させる必要が、医療者の側にありうるのか疑問。 |
| 16 | 具体的内容を全て記載することが難しい。要点のみになる傾向。医療用語の理解ができず、共有できないと感じる。 |
| 17 | 話し合いのときには、家族も納得され、同意をいただいているが、方針を決定していく時期・タイミングが困難なこともある。又、その後に同意された内容と異なった希望があり、頻回に方針を変更したり、病状説明をしたりしている。 |
| 18 | 一度説明が済んだ内容について、御家族様が十分理解できないとき、又、書面では本人にいけない部分は書けない。 |
| 19 | 本人、家人を含め、コンセンサスが与えられなかったり、家人の中での意見がまとまらないとか、その時での考え方、意見が変わることです。 |
| 20 | 余りこまごま書くと混乱する。どこまで書いたらいいのか迷う。 |
| 21 | 時間の制約。 |
| 22 | 「お金をいただきますよ」という意思表示になるのが、大病院では納得してもらえらるだろうが、田舎の個人診療所では、金もうけしているように誤解されるのが嫌です。 |
| 23 | 症状の急激な変化があった時、その家族や周辺での意見の不一致がある。 |
| 24 | 全てについて御本人に伝えるのが良いのかが判断が難しい。 |
| 25 | 終末期の医療ニーズが話し合いの結論と文書提供時の説明に対する反応が異なる場合がある。 |

| 問 12 終末期の診療方針等に関する話し合いに関する文書等提供を行う上で困難と感じていること | |
|--|---|
| 26 | 本人へ告知されていない場合。 身寄りがない、家族が非協力的である等。 |
| 27 | 話し合いに参加していない家族が文書を見て、その内容を話し合いに参加した方と同じように理解するのは困難と思う（全ての内容を文書化するのは難しい）。 |
| 28 | 告知等で、患者本人とご家族の間で意見の相違がある場合。 |
| 29 | 話し合いの内容を記載してお渡ししているが、内容の全てを記載できているわけではない為、詳細が伝わっているかが心配である。 |
| 30 | プライバシー |
| 31 | 時間的に説明ある上で、診療時間内は無理。時間をとって説明するも、家族の都合もあり、極めて収入もなく、振り回されることがある（家族が忙しいので、日曜日にしてくれと要求することも）。 |
| 32 | 患者様家族に理解して頂ける言葉使い、説明の詳細を理解頂いているか。 |
| 33 | 変化ある病状に家族が理解できない場合。 |
| 34 | 本人の意志と家族の意志の尊重の兼ね合いが難しい。 |
| 35 | 患者・家族、又、患者家族共に認知症である場合、また、年齢による認識力の低下がある場合。 |
| 36 | 病状についての説明が違う場合、一家族が病状を「本人に言わないで下さい」と言われる時、家族に再度説明されることがある。 |
| 37 | 全ての話し合いについての記入は困難。 主要な方針のみ記入。 |

| 問 22 後期高齢者終末期相談支援料の点数・算定要件等について改善すべき点 | |
|---------------------------------------|--|
| 1 | 必要に応じて対応したこと全てに対してそれ相応の対価があつてしかるべきと考える（それは家族に対しても同様と考える）。 |
| 2 | 特に後期高齢者に限って算定する必要はないと思う。 |
| 3 | 診療報酬算定の凍結は無くすべき。 |
| 4 | 広く国民の理解を得る事が大切であると考え。 |
| 5 | 終末期相談は臨床医にとって当然の業務行為であり、手法は医師患者関係それぞれにおいて様々であるので、これを文書化することで報酬を与えるという発想自体がいやしいと思う。5分ルールといい、ゲーム感覚のルールはもうやめましょう。なんだか悲しいです。当院は文書交付なくとも在宅死 100%です。 |
| 6 | 誰であろうと終末期にあたり今後をどう考えるか家族と医療スタッフが真剣に話し合いをする事は当然で、それに点数を付ける事も問題ないでしょう。但し、75歳以上に限定する事は国民に誤解を招くことになっていますので、改善が必要であり、国としてももっと丁寧な説明が求められます。 |

問 22 後期高齢者終末期相談支援料の点数・算定要件等について改善すべき点

当院は精神科で、施設では対応できなくなった重度の認知症患者の入院が多いのですが、患者の意志の確認が不可能な状況で、意志表示も無く、患者様の意志が推定出来ないケースがほとんどです。そこで、家族等の判断が必要となってきますが、核家族化し、親子・兄弟でも、日頃の付き合いが薄くなりがちな社会では、家族間で「患者様の意志」についての判断がバラバラであり、調整の作業が困難を極めます。また、「終末期医療に関するガイドライン」によると、「家族等」とは、放的な意味での親族ではなく、患者様が信頼を寄せている人も含まれておりますが、単身高齢で認知機能が低下した方に、そういう存在の方を確認する方法が問題となっています。仮に自己申告してきた方が本当に本人にとって、そういう存在だったのかを確認する方法がないのが実際のところ。日頃より、親族・身内で、話し合っておいて頂ければ、と思いますが、現実には「死」についての話は、「縁起でも無い・まだ元気なのに不謹慎」等、タブー視される傾向が強いのが実情で、苦慮するところです。社会全体で終末期について、当たり前のように話ができるように、啓発を行っていく必要を感じます。

また、「終末期」と言う言葉のとらえ方が、患者様や家族等にバラツキがあるのも問題です。ガイドラインによる「広義の終末期」と病院側が判断し話を始めると、ほとんどの家族が「狭義の終末期」と受け取り、問題が発生してしまいます。高齢化が急速に進んでいるわが国において、終末期医療に関する問題は、回避することの出来ない重要な問題であり、我々、医療従事者が、学生時代から考察を深めることも大事ですが、国民全体が、誰にでも我が身に降りかかる事実として、日常的に話し合えるようになるべきだと思われま。

7

今回の「後期高齢者終末期相談支援料」では75歳以上の患者様が対象ですが、確かに高齢者は「終末期」と呼ばれる状態になる確率が高く、その事実を現実のものとして受け入れ、準備をしておくべきなのでしょうが、年齢で区分するには個人差がありすぎると思われます。年齢に関係なく、否応なしに、その時は、誰にでも平等に訪れることですから、線引きせずに、国民全員が、どのような疾患であれ、安心した療養生活を送ることができるように、医師・医療関係職種から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて話し合いを行い、十分に理解するための相談・支援を評価する方が、よりよいものになると思われま。

我々医療従事者が、回復の見込みがなく、死期が迫っており「延命治療が目立つ・そのような過剰な医療は無意味・患者のQOLをより重視し、延命治療の差し控えや中止を考慮すべき」と感じたとしても、人の価値観は千差万別・十人十色であり、患者様や家族等がそう感じるとは限りません。たしかに、それらの治療の中止は患者様の死につながるものであるだけに、当然、慎重に対応すべきですが、その前に患者様や家族等が「死期が迫っている・回復の見込みが無い」という事実を受け入れるための心のケアも重要視してほしいところです。準備のできていない状態で、終末期の治療法の話など、できないのではないかと考えられま。いくら話し合っても合意事項も見えてこないと思われま。そういった事実を受け入れるには、時間も必要ですし、サポートが必要。終末期にさしかかり、「死」が身近になると、本人もそうですが、家族も不安や焦燥感といった精神的に不安定な状態となり、「心のケア」が必要となってきます。そうした精神科領域で日常的に行われている取り組みも含めた総合的な評価にして頂きたいと思われま。

| 問 22 後期高齢者終末期相談支援料の点数・算定要件等について改善すべき点 | |
|---------------------------------------|---|
| 8 | 家族とのカンファレンスや、ケアマネとの調整会議等、エネルギーを使う事になるので、点数での評価は必要。 |
| 9 | 国民的・臨床的合意が十分に形成されているとはいいい難い現状での実施はすべきでない。 |
| 10 | 定型的な文面を強制すべきでない。 |
| 11 | 後期高齢者というよりは、癌の末期の方々について、どこで、どのように最後をむかえるかということには、なじむ方法だと思いますが、後期高齢者をひとくくりにしてしまうと、それぞれ人によって死生観が違いますし、世代よっても、その人の生まれ育った環境によっても死生観が多種多様であるので、難しいのではないかと思います。 |
| 12 | 日本においては、診療報酬の算定に不適と考えます。 |
| 13 | 点数化されることにより更なる体制の充実が必要となったり、“医師が看護師と共同して連続1時間以上の話し合いをする”という算定の原則を考えると、200点という診療報酬は低すぎます。せめて1000点の点数設定をしていただきたいところです。また、算定日についても、話し合いをもった病院以外で死亡するケースも考えられる為、実施日の算定が望ましいと考えます。 |
| 14 | <ul style="list-style-type: none"> ・終末期を含めムンテラにて緊急時の対応を話し合う為、1人に1回となんてことは出来ないと思います。 ・連続して1時間以上話し合うより、必要に応じ日々時間を取り内容や受入れなど家族への理解と同意をしていただくことが大切と考えます。 |
| 15 | 評価があるなしにかかわらず、常に家族との話し合いが行われてコミュニケーションがとれていることが大切だと思うので点数化には反対です。むしろ包括病棟での看取り加算のようなものは考えられないでしょうか。 |
| 16 | 医師の裁量内の事であるので、点数化するのはおかしい。 |
| 17 | 重度の意識障害等の病状により、患者本人が話し合いに参加できない場合もある。その場合においても、本人の病前の意志を十分に尊重できる親族との話し合いでも算定を可能にしてはどうか。 |
| 18 | 病状説明については見舞いに来たついでのように話を聞きたいとナース室に申し出る家族、それぞれ個別に別の方が来る、又は2~3日して様子はどうかと頻繁に対応を申し出る等あり、看護師の方である程度調整しないと、医師は病状説明、同じ内容を何度も話すことになってしまふ。患者、家族の権利が大きくなりすぎる傾向がみられる。又、病気を知らない人に理解するまで説明することは、とても大変。いろいろな労力を考慮し、入院中、何回かの算定はみとめて頂きたいと考える。 |
| 19 | より議論を深めて、世間から受け入れられることが重要である。 |
| 20 | 末期ではどのような形でも、家族との話し合いは必ず存在する。あたりまえのことでもっと全体の点数で評価すべきこと。 |
| 21 | 特に連続して、1時間以上に渡り、話し合いを行ったうえで患者の十分な理解を得て文書提供した場合、患者1人につき1回算定となっていますが、日常の診療において話し合いを行って終末期医療及びケアの方針決定がなされ、文書の提要を行った場合も相談支援料を算定可とすべきである。 |

| 問 22 後期高齢者終末期相談支援料の点数・算定要件等について改善すべき点 | |
|---------------------------------------|---|
| 22 | 200 点は低すぎると思います。その行為には Dr.、Ns.、SW 等、相当な時間と労力を使うことから、その点を考慮して頂きたい（連続して 1 時間以上は無理）。ただでさえ医師は不足していて時間がとれない。 |
| 23 | もともと診療報酬によるものでもなく、支援料として算定するのであれば、点数は低すぎる。 |
| 24 | 算定等に当たり、一定の共通書式等を配布してほしいです。 |
| 25 | 余りに現場を知らない人の教えることに思われる。 |
| 26 | 身寄りがなく、特養に入所中の方、特に、認知症が進んでいて自分で意思表示ができない方への対応が難しい。 |
| 27 | 本質的に後期高齢者という呼称に疑問を感じています。後期とは何ぞや。 |
| 28 | 医師を中心とした複数の専門職種から構成され医療ケアチームによって行うこととしては、あまりにも点数が低すぎる。又同じ時間を要して対応しているのに年齢（75 歳）で制限するのはおかしい。 |
| 29 | 算定しようとは思わない。 |
| 30 | 1. 終末期相談について正しく伝え社会的に理解してもらう活動が必要（医療費削減と誤解されたままである）。 |
| 31 | 後期の制度自体無理があります。とりあえず以前の保険に戻して再度 10 年ほどかけて考え直すべき。 |
| 32 | 支援料の点数算定などは必要なし。相談支援は医師として当然の事だと思う。 |
| 33 | 高齢化社会における医療費の増大を避けるためにも、後期高齢者終末期の不必要な延命治療行為は避けるべきであると思います。このことにおいて事前の家族との話し合いは不可欠であり、支援料として評価されることは納得できるが、話し合いの事実がなかったり、家族が満足する内容ではないのに全て支援料として請求されることがあってはいけないと思います。よって必ず話し合い結果の文書提出は今後も算定要件として扱うべきだと思います。 |
| 34 | 現状では算定しないので、特になし。 |
| 35 | 医業をサービス業とするのなら、その評価の判断の元になる点数がその内容からみて低すぎる（全ての医療行為において）。 医療スタッフの善意に頼りすぎている。 |
| 36 | 算定が退院時、死亡時というのは納得ができない。相談支援相談を行う度に算定できるべきである。患者の自発的な意思の尊重をし理解が得られない場合、意思が確認できない場合は、算定対象とならないとあるが、その判断は非常に困難である。 |
| 37 | カルテへの記入方法、書類等の書き方（どこまで書けば良いのか）等をもっと具体的にして欲しい。 |
| 38 | 後期高齢者に限定する理由が分かりません。終末期相談は、若い人ほど回数を重ね、医師も看護師も時間をかけ、手をかけて行っていますから・・・。 |
| 39 | 文書での交付が必要であれば、規格用紙があると良い。 |
| 40 | 終末期の診療方針についての話し合い（ご本人・ご家族・医療者）は、当然なされるべきだが、それ自体が点数化される事にはなじまないと考えます。 |
| 41 | この点数はいらない。 その分、初診料、再診料にまわすべきだ。 |

| 問 22 後期高齢者終末期相談支援料の点数・算定要件等について改善すべき点 | |
|---------------------------------------|--|
| 42 | 文書提供をしない（算定要件としない）。話し合いの時間制限を受けない（1時間）。 |
| 43 | 終末期の定義自体が不十分であり、それを評価することは不適切。しかも病状は変化するものであり、1度だけの相談というのは実際問題としてあり得ない。患者の意思と家族の希望は一致しないことが多いため、文書化自体無意味のような気がする。 |
| 44 | 元来行われていた事を規制（届出等を要す）すべきではない。また、カルテ記載されているものはコピーでもよく、文書化すべき必要はない。 |
| 45 | 国民のコンセンサスを十分得る必要があります。 |
| 46 | このような話し合いは、病状の悪化に応じて何度も繰り返すものです。一度の点数評価で「とりました」という●●●的書類をつくることは、感情の面で納得できません。診療報酬の細かくした項目ではなく、全体の値上げで評価すべきです。 |
| 47 | Dr サイドが、診療報酬を得るためだけの行為にならないように、患者にとって無駄な延命治療が行われないことが、救いとなるようにお願いします。 |
| 48 | 今まで普通に医者と患者との信頼関係がこの算定にて崩壊される気がする。今後も算定しない。 |
| 49 | 早急に廃止すべし！！ |
| 50 | 地方の開業医も疲弊している。こんな点数なら、終末期医療に関わりたくない。 |
| 51 | 終末期支援に関する議論が不十分と感じます。 |
| 52 | 相談支援料、廃止すべし。 |
| 53 | 何を根拠に点数を決めたかを明示すべき。内容か、時間か、思いつきのみで決めたとしか思えない。どれだけ時間がかかるのか、全く理解されていないのでは。 |
| 54 | やめるべきである。 |
| 55 | 当方は、養護老人ホーム内に設置している医務室であるが、後期高齢者医療制度に係わる説明会が実施されておらず、詳細が不明である。 |
| 56 | 患者の人間性を否定している。しない方がよい。 |
| 57 | 終末期に限らず、医師又は、スタッフと患者・家族との面談については、正当に評価すべきである。休日や時間外も含めて、入れ替わり立ち替わり家族が病状説明を求めてきて、何度も同じことのために時間をとられることも稀ではない。 |
| 58 | 特にない。よく、考えられた制度とは思いますが、実情にそぐわない点が多々ある。 |
| 59 | 話し合いという時間や手間を考えると診療報酬で評価するのは当然と思えるが、その分を患者にも請求することを考えると、他の診療行為とは違う違和感を覚える。 |
| 60 | まずは廃止すべき。ドクターフィーも含めて、医師に対しての報酬を増やすべき。時間要件などの現場の状況を分からずに決定することや、診療報酬に誘導して、はしごをはずす、これまでのやり方はいい加減にしてほしい。アンケートにかかる時間もきちんと評価してほしい。普通は謝礼ぐらいあるべきと考える。 |
| 61 | 看護師主体で、看護記録に添付する等、一般診療所的では無いと考える。 |

| 問 22 後期高齢者終末期相談支援料の点数・算定要件等について改善すべき点 | |
|---------------------------------------|--|
| 62 | この点数は、後期高齢者の方のみに必要なものではなく、むしろ一般の方に対してもあるべき点数です。また、退院時・死亡時の算定ではなく、相談・支援をした時に算定すべきであるし、また、何回も支援する必要があるにも関わらず、1回のみ200点はとて低すぎる点数だと思います。 |
| 63 | 単なる文書化より、患者および家族とのコミュニケーションをとる方が、治療上有益で医事紛争なども避けられると思いますが・・・。 |
| 64 | 結構手間がかかるうえ点数が低く（この支援料に限らず全般的に）、意思に余計な負担がかかるだけでメリットは少ない。 |
| 65 | 終末期における話し合いは、後期高齢者に限らず、全ての患者（特に入院患者）を対象に行うべきだと思う。そして終末期に限定せず、どのような治療、どのような医療を受けたいかを考え、話し合う一連の流れの中に終末期を取り入れるべきだと思う。また、算定する時期も、死亡時、退院時一回のみでなく、数回に分けて話し合いをした時点で、それぞれ算定できるようにしてほしい。その為、一回の算定点数を低くしても良いと思う。 私達の病院では、終末期相談支援料について真剣に取り組み話し合い、考え・意見をぶつけあって一つのマニュアルを作り上げました。夜間の緊急時や家族がすぐに駆けつけられない時等に、家族が終末をどのように受け止めているかが、よく分かり、迷うことなく対処が出来るようになったと好評で算定出来なくなった今でも、続けて活しております。 |
| 66 | ①意識障害・認知病等の患者が多いと思われるので、ご家族の方針、了解でも良いかと思えます。 ②1時間以上の設定は、内容や疾病の有無によるものと思えます。又は、理解力。 |
| 67 | 本人の確認をとれない場合にどうするか。 家族の範囲をどこまでとするか（キーパーソンや息子さんに話してもその要求、内容が他の家族によって変更されることも多い）。 終末期医療についての相談は、家族の看取りの気持ちの変化により、要求も変わってくるので、一律文書にして確認することに無理はないか。 |
| 68 | 現在の混乱、問題点は上記の問題ではなく、制度の決定過程の不始末、社会的・国民的な議論の不足、何よりも丁寧な広報活動の不足にあると思えます。 |
| 69 | 全般的にですが、医療裁判では、「説明不足」の罪となります。報酬においても理解がえられない説明であれば「説明不足」であり、そういう意味では、後期高齢者医療制度全体を説明すべき立場の人は「有罪」と思います。したがって、支援料も算定困難です。 |
| 70 | 医療は患者・家族との信頼のもとに行われるべきであり、点数で算定すべきでないと考えています。まして200点は低すぎであり、無い方が治療している側からすれば、満足感が得られます。 |
| 71 | 死亡時以外でも算定すべき。 |
| 72 | 後期高齢者のみに条件設定する事なく、小児または一般にも算定要件を拡大すべきであり、また、1時間以上の話し合の条件は、チーム医療の中で各種スタッフの人件費を考慮すると、点数として評価が低すぎる。 |
| 73 | 当該支援料を知らないなので、よくわかりません。 |

| 問 22 後期高齢者終末期相談支援料の点数・算定要件等について改善すべき点 | |
|---------------------------------------|--|
| 74 | 終末期では、必ず話し合が持たれるべきであり、それに関して診療報酬が発生するのはおかしい。 |
| 75 | 終末期において、患者及び家族に対し、その方針を話さない医師はまず存在しないと思われま す。文書として提供すると契約のようになり、人としての関わりが薄くなると感じます。自分 の死に方を文書にして提供され、納得できる患者は少ないと思います。 |
| 76 | ”相談支援料”なるものは、算定要件が困難であり、もともと管理料に含まれていて当然のも のではないのでしょうか。 |
| 77 | 実際に点数の算定は難しい。 |
| 78 | 相談支援料として特別に設ける必要があるのでしょうか。診療報酬に含むものではないでしょ うか（治療を行う上で、説明するのは当然のことと思いますが）。看・介護のケアの評価を取り 入れてほしいと思います。 |
| 79 | 算定要件が患者の同意及び看護師同席である点。 |
| 80 | 終末期についての話し合いは必要であるが、国民の理解が低い。今回の点数化は、医療費削減 と悪く取られた。 |
| 81 | 廃止でもいいのではないかと（これによって、病院側には”都合の良い患者追い出し”として患 者家族に思われかねないから）。 |
| 82 | 患者が認知症や脳血管障害の場合、同意を得られているのか理解の程度が確認しづらい為、算 定がしにくいのではないかと。 |
| 83 | 算定要件について時間の決まりについて、様々なケースがありうるため、もう少し自由度が高 くてもいいのではないのでしょうか。 |
| 84 | 文書は直接面談している場合、不要である。こんなことは点数があってもなくても当然してい る。馬鹿にされているような気がする。 |
| 85 | <ul style="list-style-type: none"> ・相族時間や参加人数、又年齢にしばられるものではなく、医師と家族の2者であっても内容 記載があればその都度評価してほしい。 ・状態によっては何回も話し合いをしているので、1回に限らず、算定できるように ・話し合いの場を設定する労力も大きいので、そう考えると、算定点数は低すぎる。たとえば 3000点なら～ |
| 86 | 後期高齢者に限定しない。 |
| 87 | 当院から退院される方の1/4は死亡退院です。医師をはじめ医療従事者と患者・家族の関係は 大概良好とみております。終末期に限らず、病状説明の時は殆ど文書で確認し、常態化してお ります。相談支援料は不要ですので、入院料を上げて下さい。 |
| 88 | 終末期相談支援は毎日毎日が該当する訳で、特定の時に限って設定するのでは、一回より治療 費が高額となる訳で請求しがたい。 |

資料2 意識調査における主な自由回答意見

| 問8 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して、診療費が支払われることが好ましいと考える理由 | |
|--|--|
| 1 | 相談・文書作成は十分であり、また、これまであまり行われていないこと、普及のためには必要では。 |
| 2 | 本人が費用がかからないから。 |
| 3 | 医療介護等について、高度な知識、医療行為等について報酬を支払う事は必然の事と思うから（但し、あまり高額な範囲でないように）。 |
| 4 | 医療に（心的医療）対して費用が発生するのは当然だと思います。また、費用の発生により、患者の強い要望をかなえることができると思います。ボランティアの仕事ではないので、正当と考えます。 |
| 5 | 保険料を支払っているから。 |
| 6 | 医療の1つとして、全ての人（患者）に行うべきだから。また、その行為に対しては、診療費が支払われるべきだから。 |
| 7 | 相談に費やした時間に対して当然です。 |
| 8 | 当然の報酬と思われ、また金銭を得ている以上責任を持って仕事をしてくれると信ずるからです。逆に何もしないのに費用が発生したとする医療機関がないことを祈ります。 |
| 9 | 個人的に治療方針を受けるのだから、当然だと思う。 |
| 10 | 普段、内科などで医者にかかって薬がない時でも、料金が発生するので同じ考え方だと思う。 |
| 11 | 患者側から遠慮なく十分な質問、話し合いができると思うから。 |
| 12 | 話し合いに応じてくれたから。 |
| 13 | 医療機関側は、その患者に対して費やした時間、労働力、提供した医学的見解などに対して、診療報酬とみなして受け取る権利があると思うため。また、そうしたシステムにすることによって、医療機関側のモチベーションも変わると思うため。 |
| 14 | 今の病院の経営状況は悪化の一途をたどっているため。医療はボランティアではないし、診療費が支払われた方が医療従事者側も責任を持って取り組むと思う。 |
| 15 | 医者によって悪用されるかもしれない点については不安ですが、今まで頑張ってきた方々に十分な最後を迎えてもらうのは、今までお世話になってきた私たちにとってあたり前だと思います。私たち自身、義母の最後を知らされず、もっと色々したかった心残りがあり、もっと前に経過説明されていれば良かったと思うから。 |
| 16 | 労力に対する対価は当然。 |
| 17 | 診療費が支払われない場合、時間的な負担もあり、病院の経営は大丈夫？とってしまいます。 |
| 18 | 相談の内容、親身になってくれるか、事務的すぎないかにもよるが、責任が明確になるのでは。 |
| 19 | 患者のメンタルケアを行っていると思われるし、それに対する費用が支払われることは当然だと思われるから。 |
| 20 | それなりの時間と労力が発生すると思うので、相談料の支払いがないと手を抜かれそうだから。真剣に取り組んでいただきたいです。 |

| 問8 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して、診療費が支払われることが好ましいと考える理由 | |
|--|--|
| 21 | 医師や看護師は専門職であり、患者が相談する時は相手がプロであるという認識のもとに行っている。それに対して報酬があるのは当然だと考えます。 |
| 22 | 医療＋ボランティア的に行うことも否定はしないが、診療の一部としてきちんと話し合いが合った方が良く、遠慮がなく明確にした方が後々後悔がないと思うから。 |
| 23 | きちんと相談に応じていただければ、支払われるのは当然だと思います。 |
| 24 | 医療機関でもそれだけ時間がかかっているから、やむを得ない。 |
| 25 | 医療機関にも経費がかかることと、相談には患者の立場に立って考えて、共に良き人生を過ごすためへの費用（相談料）です。 |
| 26 | 全責任を持って最後まで見届けてもらいたいから。 |
| 27 | 医師、看護師等、大人数の医療従事者の意見を知りたい。 |
| 28 | 専門の知識や多くの患者と接した貴重な体験にもとづいての治療方針ですので、当然診療費は支払うべきだと思いますし、患者としても信頼し、心おだやかに過ごせた感謝の気持ちも含め、支払いは当然だと思います。 |
| 29 | 終末期の医療行為として、国に援助があってもいいと思うから。 |
| 30 | 診療費の金額にもよるが、その時点での責任がお互い明確になるから。 |
| 31 | 相談することが義務になるので、医者に遠慮しないですむ。 |
| 32 | 患者にとってそれが有意義なものなら、診療費を払わない理由はないと思う。 |
| 33 | 療養型病床削減、理由に収入減あります。現状として行き場のない末期癌患者・家族は大変な心労を余儀なくされています。最後まで本人、家族が「生命の自立」するには、医療者側へ相応の報酬がなければ、安心、安全のセレモニーはないと思います。 |
| 34 | 重要なことを相談するのに対価が支払われるのは当然。 |
| 35 | 治る見込みがない状況になった患者自身も、その家族もパニックに陥り、その後の対応など全てにおいてどうして良いかわからないと思います。その相談に応じてくださる医師や看護師の方が忙しいなか、話を聞いてくださりアドバイスを下さるのはありがたいことだと思うからです。 |
| 36 | 相談も診療の一環だと思うから。 |
| 37 | 貴重な時間を使って話し合いをするのですから、時給のつもりで支払うべきだと思う。 |
| 38 | 医療行為上当然の情報開示であり、顧客である患者とのサービスの提供、ニーズのヒアリングは医療行為のうちに含まれるべき。 |
| 39 | 医師も仕事だからしょうがないと思います。 |
| 40 | 相談料が支払われることによって、納得いく話し合いがしやすくなると思うから。 |
| 41 | 治療方針等、文書で提供することは治療の一環だと思うので、診療費を支払うことは当然ではないかと思う。 |
| 42 | 患者の今後について説明することや、治療方針について話し合うことも、治療を行う医師に必要だと思うし、それも仕事の一部だと思う。 |

| 問8 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して、 診療費が支払われることが好ましいと考える理由 | |
|--|--|
| 43 | 今の世の中、無料ですってことはありません。そうすると他に負担がかかりますから、有料化することは仕方ありません。 |
| 44 | 健康管理の（本人）アドバイス料として。 |
| 45 | 外（その他）の医療機関に紹介状を書いてもらっても有料の時代です。患者のために時間を割き、相談したり、色々な方法を考えたり大変だと思います。報酬があった方がお互いいいと思います。サービスでやってしまうとおそろかになってしまいそうです。 |
| 46 | 診療費が支払われていると、相談するのもしやすいと思うし、支払いがなければ相談しようと思っても、わざわざ時間を作ってもらいにくいから。 |
| 47 | 診療費が支払われれば、それなりにより良い相談が受けられると思うから。十分な話し合いと文書等の提供を受けたいため。 |
| 48 | 自分の病状を性格に説明を受けることにより、自分で納得し判断できれば、それは診療の一環と考えてよいのではないかと思う。 |
| 49 | 自分のためにどうしたら一番いいのか、と話し合ってくださいることはありがたいです。時間もかかることです。支払われてありがたいと思います。 |
| 50 | 話し合いをすることによって、医師や看護師、その他の医療従事者のそれに関わる時間や文書作成等の費用が大きいと思うので。 |
| 51 | 報酬として。 |
| 52 | 診療費が支払われないよりは、診療費が支払われた方がいいと思います。このアンケートで知りましたが、少しでも救われた感があると思うので…。 |
| 53 | 医療活動の一部と思う。対価は必要。 |
| 54 | 相談をしたのですから、その分の診療費は払うべき仕事としてきちんとやって欲しい。 |
| 55 | 終末期の治療方針を決めた以上、診療費を支払うことは当然である。 |
| 56 | 終末期の認定看護師や医師と十分に話し合い、文書作成があれば相談料が支払われてもおかしくないと思います。診察してお金を支払うのと同じだと思います。 |
| 57 | 話をして診療時間を使っていないので、あたり前だと思う。 |
| 58 | 診療の一環で診療費を支払うのは当然と思う。 |
| 59 | 診療と、費やされる時間の当然の報酬と思うから。 |
| 60 | 治す治療と同じレベルと考えているから。 |
| 61 | その方が責任を持って親身でしっかりした相談とか得ることができるから。 |
| 62 | 一部負担金がどの程度になるかにもよるが、「十分な話し合い」と「信頼できる文書の作成」を行った医療機関がそれに対する報酬を受け取ることは当然だと思うので。 |
| 63 | 話し合いの時の時間、及び知識、助言に対する対価として診療費が払われている方が遠慮せず患者が色々な不安や相談ができると思うからと、医師、看護師の方達もこの話し合いはボランティアではなく、きちんと診療費を頂いている仕事なのだと位置付けできた方が責任が生まれて、より仕事がしやすいからです。 |
| 64 | 少しでも金銭面が楽になるのがいいと思う。 |

| 問8 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して、診療費が支払われることが好ましいと考える理由 | |
|--|--|
| 65 | 1人でも多くの方が医療に関心を持つようになるから…。 |
| 66 | こちらが負担しないですむから。 |
| 67 | 無料でと言うわけにはいかないから。 |
| 68 | ないがしろにされないと思うから。 |
| 69 | 働いたことの、働いていただいた結果のものと思います。 |
| 70 | 時間を使って親身に説明、話し合い等をしてもらったことに対しての診療費は当然と思われる。 |
| 71 | 文書を作成する費用。医師等に文書内容に記された制限を課すから。 |
| 72 | あまりにも高額は困るが、ある程度真剣な取り組みを期待するので。 |
| 73 | 終末期という重いときを冷静に考えるには相当エネルギーを使わなければならないから、その謝礼。 |
| 74 | それが職務の一部であれば、当然のことと思います。 |
| 75 | 支払われれば、医療者も責任を持ってくれるから。 |
| 76 | 無料での相談は時間を掛けての話し合いをもちにくいのでは。また、医師や看護師の精神的等の負担は多大なものだと思うので、そのことに対等な相談料が発生するのは当然だと考える。 |
| 77 | 時間をきにすることなく、十分な相談が気兼ねなくできる。 |
| 78 | 相談料がいくらかかるのかわからないので何ともいえないが、医療機関にとって「利益にならない」相談より、実際に料金が支払われた方が相談に対する受け入れ体制がしっかりすると思うから。 |
| 79 | 患者自身のための話し合いなので、受ける者負担でやるのが妥当だと思います。 |
| 80 | 当人が特別なことをしてもらったわけだから。 |
| 81 | 相談する時間をひとりじめするのだから、他の患者さんを待たせることになり、この時間は診断と同じだと思う。 |
| 82 | 患者、並びにその家族と話し合い合意を得るということは、医療従事者にとって大変精神的負担が大きいと思う。その苦勞に報いるのは当然と思っています。 |
| 83 | 相談したのだから支払は当然だと思う…が所得の低い人には大変かもしれない。 |
| 84 | 私の両親を二人入院させた時にいろいろと相談したので、それなりの料金は支払いたいと思ったからです。 |
| 85 | 医療機関に対して時間と労力をかけるため。 |
| 86 | 医療従事者が貴重な時間を費やす場合は、金銭的な報酬を支払うのは当然のことと思う。そして受け取る側はそれに対応した十分な時間（患者や家族が望む話し合い）を持つべきだと思う。 |
| 87 | 必要である。 |
| 88 | 話し合いも相談料も本人にとっては治療と同一と考えられる。 |
| 89 | 社会人として当たり前だと思うから。相談料が無料になるのはうれしいが、支払える間はできるだけのことはしたいです。 |
| 90 | 相談も医療の内に含まれると考えるから。 |

| 問8 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して、診療費が支払われることが好ましいと考える理由 | |
|--|--|
| 91 | 診断書でもお金がかかるし、医師も仕事の一つとして費用がかかるのは致し方ないかと思いません。 |
| 92 | なんとなく |
| 93 | 介護保険は生きているみんなが必要なのであったほうが良いと思う。私は自分の体に気をつけていますが、今のところ人の迷惑をかけていません。診療費は支払われて当然。でもあまり高かったら国から面倒見てもらうかもしれないと考えています。 |
| 94 | 費用＝責任と思うから。 |
| 95 | 人様に迷惑をかけたらお金を払うのは当然。 |
| 96 | 余命（病態生理的に限界）を自覚したいから。 |
| 97 | 相談に要する時間に対して、それなりの報酬が支払われるのか当然であると思う。 |
| 98 | 家族の負担を少しでも減らせるのなら、診療費を少しでも支払ってもらえるのは好ましいです。 |
| 99 | 大事な医療行為だから。 |
| 100 | 話し合いも文書提供も診療の一環と考えるから。 |
| 101 | 個々に異なった病状に熱心に対応して下さることに対して、相応の診療費を支払うのは当然と考えます。 |
| 102 | 文書作成、相談等に費やす時間も当然労働時間にあたると思うし、報酬がなければ内容も親身になった答えが出てこないのではないのでしょうか。 |
| 103 | 十分に時をかけて病人のためにしっかり何度も説明相談していただくのだから、支払するのは当たり前。 |
| 104 | この話し合いに医療機関の方々が真剣に向かい合っただけのことを強く希望します。そのためにも医療機関がこの話し合いに割かれる時間、エネルギーに対し相当の相談料を支払われることは当然のことと思う。 |
| 105 | 診断書の一部と考えられるので、診療費として支払うのは当然。 |
| 106 | 診療の一部と考えられるから。 |
| 107 | 治療費用の一部として。 |
| 108 | 話し合いも大事な診療だと思います。大切な時間を使ってきちんと話しをするために費用はかかると思う。患者も自分の意志を言うことができる。ただし年収の少ない人は？ |
| 109 | 家族の負担を減らしたいので、ぜひ公的医療保険より支払うようにしていただきたい。年齢を限定しないで欲しい。 |
| 110 | 文書という書類を必要とするから。 |
| 111 | 相談料を支払うのは仕方がないと思う。治療費の一部と思う。 |
| 112 | 医療行為の一環として当然。 |
| 113 | 診療費（相談料）がどれだけの金額になるかわからないが、公的医療保険での補助があれば個人負担が軽減されるため。 |

| 問8 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して、診療費が支払われることが好ましいと考える理由 | |
|--|---|
| 114 | 終末期患者と医療側との間で十分な話し合いをすることは当たり前のことであり、本来は費用がかかることに反対であるが、その方が双方にとってより詳しい十分な話し合いを持てるのであれば賛成である。 |
| 115 | その話し合い、文書作成には準備・時間がかかる重要な仕事であり、その料金は当然発生するものだから。 |
| 116 | 相談料をもらうことからプロとしての自覚が必要と考える。 |
| 117 | 意志や看護師等にとっては仕事の一環なので。 |
| 118 | 十分な話し合い等して納得できたなら、していただいたことに対して相談料を支払うことになるのは当然だと思う。 |
| 119 | 家族にかかる経済的負担を軽減。 |
| 120 | 加算が取れない業務に関してしっかりやってもらえるとは思えないので、費用がついた方が良いと思います。 |
| 121 | 10年前に夫をガンで亡くした時に受けた説明は通り一遍でした。十分な話し合いが持てることは本人にしても家族にしてもとても大切なことです。診療費が支払われることにより十分に納得のできる話し合いができるのなら、是非そうしたいと思います。 |
| 122 | 医療の一環なのだから公的医療保険から支払われるのは当然である。 |
| 123 | 親身の相談を期待するから。 |
| 124 | 医療機関が真剣に取り組むと思うから。 |
| 125 | 報酬が発生するのであれば医療行為と同様に保険が通用されるべきだと思うから。 |
| 126 | 正当な医療行為の一つだと思うから。 |
| 127 | 医師や看護師の労力に対して支払われるのは当然だと思う。患者も文書等の提供を求めるのだから一部負担はやむを得ないことだと思う。 |
| 128 | 業務の一つとして意識してもらう方が良い。 |
| 129 | 何でもお金がいるから。 |
| 130 | 診療と同じように時間も必要ですので。 |
| 131 | 診療費は当然かかるのですから支払するのは当然です。 |
| 132 | 今現在そのような制度になっているなら受け入れるということと「自分が」と考えた場合、診療費を支払うことでより積極的に医師・看護師に質問できる、文書の提供を求めることができるかもしれないと考えます。 |
| 133 | 相談をするということは、医療機関にとってエネルギーを要することであるので、本来なら当事者が負担すべき性格である相談料を、公の機関が支払ってくれるというのはありがたいと思う。 |
| 134 | 話し合い、文書提供に報酬が支払われるべきである。 |
| 135 | 必要な行為に必要な費用が支払われるから。 |
| 136 | 保険が効くのでかまわない。 |

| 問8 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して、診療費が支払われることが好ましいと考える理由 | |
|--|---|
| 137 | 直接的医療行為でなくても医療関係者の時間を拘束することや、将来の方針決定の一貫と考えれば費用の支払いは合理的。ただし、ただらと毎日のように行うなら支払は好ましくない。 |
| 138 | 医療行為の一環であるから。でもそんなに多くの金を払うほどではないと思う。 |
| 139 | 患者の病状の説明、医療上の対処法方法について話し合ったり、その結果をまとめて患者および家族に提供することは診療（医療）の一部として考えられるから。 |
| 140 | なぜ支払が発生されるのか理由がわからない。あくまでも選択肢の1つであるのにそれがなぜ有料となるのか？ |
| 141 | 治療方針に関わる話し合いであれ、金額は別としても治療費を支払うことは当然だと思います。 |
| 142 | 無料というのが患者にとって一番いいと思うが、具体的な説明や文書にすることは時間もかかると思いますので、支払われて当然だと思います。金額は多額だと困りますが。 |
| 143 | 医療機関も仕事としての義務感を持った方が、責任もはっきりすると思われるから。 |
| 144 | 説明にかける時間・人員を病院側かきちんと確保するようになると思うから。混む病院では診察さえ5分程度で終わってしまうことが多いのに、無報酬となればきちんとした説明を受けられるかどうかかわからない。ただし一般にあまり周知されていないので患者の当然の権利であることをきちんと知らしめて欲しい。 |
| 145 | 医療の信頼を取り戻すためにも、正しい文書を残すことは将来の医療の進歩に大きく貢献する。文書の作成には労力と日数が必要であり相談料は必須。 |
| 146 | 話し合いの時間・労力など使用させてもらっているから。 |
| 147 | 終末期の話し合いも治療の一貫であると思うから。 |
| 148 | 相談（話し合い）にかかる時間に対する報酬は当然のこと。治療と同じ扱いで良い。相談料なしにすると真剣に話し合いに臨んでももらえない気がするし、医師・看護師にも専門知識を教えてもらうためには、ただ働きではいけないと思う。 |
| 149 | 医療行為の一部である。 |
| 150 | 重大な内容を相手に伝える場合、責任を持って方向性、具体性をしっかり伝えるための準備を要するから。 |
| 151 | 現在も電話にて病院などに相談すると保険点数として加算されているので、同じく加算しても良いのではないのでしょうか（同じことだと思っていました）。 |
| 152 | 自分の負担が軽減されるので。 |
| 153 | いろいろ相談にのってもらえると思うから。 |
| 154 | 医療従事者の貴重な時間を費やすのだから当然支払うべきと思う。 |
| 155 | 話し合いにはそれ相当のスキルを持った人が、それ相当の時間を使うのだから費用が発生するのは当然で、それに対する支払も当然行われるべき。 |
| 156 | 相談料という形で報酬があった方が、医療機関側も手が抜けないという意識が働くと思うから。病気を知らされた人の立場になり、その人のためにどうしてあげるのが満足できるのか、一緒に考えるということは想像以上に大変だと思われるから。 |
| 157 | 客観的な見地から、医療従事者にとって正当な医療にあたる報酬であるから。 |

| 問8 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して、診療費が支払われることが好ましいと考える理由 | |
|--|--|
| 158 | 支払いがある以上責任を感じられる。 |
| 159 | 相談料、文書代は当然診療費の一部とし支払うべきと考えます。医療機関も相互の時間と費用がかかっているから。 |
| 160 | 終末期の治療は当然医療行為と考えられるので報酬が支払われるのは自然だと思う。 |
| 161 | 医療行為の一環であると思う。 |
| 162 | 相談料が払えない人もいると思う。またいくら治らないからといってもその後の話し合いにより家族を含め本人の気持ちが違うと思う。また支払われないことで医療格差が起こると思う。そもそも支払われないのだったら最初から導入すべきでない。 |
| 163 | 診療として医療従事者が受け止めて欲しいから。 |
| 164 | 自分にとって大切なテーマを責任ある医療者に（中立立場の方）自分の思い（希望）を相談できありがたいです。お願いするのですから当然のことと思っています（1回限りの制限は少ない。1回僅か2000円は安くて申し訳ない）。 |
| 165 | 医師、看護師は患者のために時間を使っているから。 |
| 166 | 時間報酬は当たり前です。 |
| 167 | 終末期、死を目の前にしてお金のことを考えたくない。医療に格差を付けて欲しくない。 |
| 168 | 相談に時間などもかかるため。文書作成も大変だと思う。 |
| 169 | 保険から支払われるとなればお互いにゆっくり話し合えるから。 |
| 170 | 医療行為の一部と考えるから。 |
| 171 | 金銭を支払うことによりよりきちんとした対応をしてもらいたいから。 |
| 172 | 多数の人に手数をかけているからお支払いするのが当然です。 |
| 173 | 治療の一環だから支払うのは当たり前。 |
| 174 | 相互援助（助け合い） |
| 175 | 金額にもよりますが自分が納得できる説明には時間が必要かと思います。そのためには無料はいけません。 |
| 176 | 当然経費を払うべき。 |
| 177 | 少しでも診療費の負担を家族に負わせたくないため。 |
| 178 | それ相応の相談と文書の提供があれば支払われても構わないと思います。仕事ですから。 |
| 179 | 費用が発生するのは当然だ。 |
| 180 | 当然のことで理由など必要ないと思います。 |
| 181 | 仕事には当然報酬があるものです。ましてこのような重い意味のあることが無料でしてもらえとは思えません。 |
| 182 | 相談した場合の報酬として当然だと思う。 |
| 183 | 今現在介護保険料などの税金を支払っているのです。 |
| 184 | 診療費の負担ができない人でも話し合いができるようにしてあげたいため。 |

| 問8 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して、 診療費が支払われることが好ましいと考える理由 | |
|--|---|
| 185 | 医師や看護師も決められた範囲で行動しています。患者との会話も相手が納得するように話をすればそれなりの時間を費やします。また会話も医療行為の一環と考えていますのでそれに対する支払いも当然だと思います。 |
| 186 | 医療機関への一つの報酬と思うから。ただし文書などの質と報酬のレベルは考慮要。 |
| 187 | 専門的な相談だから。 |
| 188 | 家族などに金の負担が少なくなるから。 |
| 189 | 医療の一部と考えている。 |
| 190 | 終末期の治療方針についての文書などは医師や看護師さんとの連絡で続くのですから書類だと思います。相談料は当然だと思います。 |
| 191 | 時間をかけて責任を持って話し合いに参加して欲しいと思う。そのためには相談料が支払われても良いのではないかと思う。 |
| 192 | 診断書などと同様の書類だと思うから。相談や書類作成の時間給として必要だと思うから。 |
| 193 | 業務と責任と考えるとこの方法しかないかなあと思うので。 |
| 194 | 医師、看護師の多忙の中に設ける相談であるが故に患者あるいは家族との話し合いには相当な時間が必要と思う。 |
| 195 | 医療者側に時間的な負担をかけるのですから相応する診療費が支払われるのは当然だと思う。 |
| 196 | プロとしての相談なので報酬は当然あるべき。 |
| 197 | 相談を文書に残すことはとても良いことだと思うから。 |
| 198 | 医者の仕事は大変だからそれぐらいあっても良いと思う。そんな問題より政治家の無駄遣いを何とかするべきだと思う。 |
| 199 | 相談には時間がかかります。また文書作成にも人件費がかかりますから。 |
| 200 | 説明、話し合い共に時間を要する。これも治療の一部であると思います。これを自費でするとなると相談できない方が増すのではないかと。そのようなことになってはいけないので公的保険で支払うべき。 |
| 201 | 本心ではすべてがお金という事態になるようで好ましくはないのですが、医師がそのことで時間を取るし診療費なしでは親身になって相談に乗らないのでは…との懸念があるため。 |
| 202 | 医師や看護師さんが相談料を支払うことによって良いアドバイスがもらえる。支払わないと流れ作業的に終わってしまうのではないかなと思います。 |
| 203 | 手間がかかるから。 |
| 204 | お礼として。 |
| 205 | 時間を費やしているので支払われるべきであると思う（忙しいのに時間を費やしてくれているから）。 |
| 206 | そうした話し合い、文書の作成は時間もかかるし負担もかかる。診療費が支払われるのは当然と思う。そのことでこうした対応は十分に慎重に患者に理解できる仕方で行って欲しい。カウンセリング同様技術を磨いて欲しい。 |

| 問8 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して、診療費が支払われることが好ましいと考える理由 | |
|--|--|
| 207 | 何回も繰り返し相談した結果の文章、意旨が変化した時などの取りやめなど時間をかけた相談ならそれだけの報酬は支払うべきだと思う。 |
| 208 | 相談に応じることや臨終に関することは医師の本分に当たると思う。当然支払われるべき。 |
| 209 | 健康診断などをした場合の診断書の代金と同じなのではないかと考えるので。 |
| 210 | 医療行為の範囲内と考える。 |
| 211 | 内容がその支払いに対価価値があればいいと思う。バラツキはダメ！ |
| 212 | よりよい治療方針を相談するのが好ましいと思います。時間がかかるとしますので支払いは当然です。 |
| 213 | 自分の考え方や治療方針の方法、尊厳死などについて話し合いができるのであれば、診療費が支払われることと患者も一部負担も妥当と思うが相談料があまり高い設定にしないで欲しい。 |
| 214 | 適切な診断とし患者、医師双方の了知した内容があることを期待する。 |
| 215 | 患者の経済の負担が少しでも軽くなればと思うから…。 |
| 216 | 作成するために費用がかかるから。 |
| 217 | 診療費の支払いが助かります。 |
| 218 | そのような行為は当然だと思っていたから。 |
| 219 | 責任とプライドを持って接して頂きたいためです。また患者として当然のマナーだと考えます。 |
| 220 | 病院の経費資金不足と言われている中、親身になって治療方法などの話し合いが行われることは病院側の時間と手数がかかり負担になると思われる。よって患者の負担も当然と思われる。 |
| 221 | 診療としての話し合いは大切であると思うので、それに対応した相談料としての支出は当然だと考える。 |
| 222 | 医療側に相当の対価を支払うことは妥当と考える。 |
| 223 | そのために教育を受けてきた専門家であり一番いい道を作ってくれると思うので。 |
| 224 | 生きている間は患者であるから相談すれば一部負担金を支払うのは当然だと思う。 |
| 225 | 時間を使って話をするのだから。 |
| 226 | 医療者のボランティア的精神に任せて医療機関によって差があつてはいけなからきちんと仕事の一環として定め、十分な時間を費やして欲しい。 |
| 227 | 今後医療機関の発展のため協力します。 |
| 228 | 相談も医療行為の1つだと思うから。特に終末期の場合は十分な時間をかけてじっくり話し合いたいと思うので。 |
| 229 | 意思の専門的な説明、解明などに経費として支払われることは当然と考える。 |
| 230 | 医療機関が話し合い、文書などの提供を行うことに対価が発生することは通常の考えだと思えます。その時患者が支払うことは可能だとも思いますが、公的医療から支払うことの方がなお好ましいと考えます。 |
| 231 | 医師側も診療費をもらった方が真剣に取り組める。 |
| 232 | 話し合う時間は仕事とはいってもその時間を作るために他の仕事を調整して（残業したりして）いると思われるから。 |

| 問8 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して、診療費が支払われることが好ましいと考える理由 | |
|--|--|
| 233 | 現在は高齢者時代と言われ医療充実のために医療スタッフ確保のために支払われることはやむを得ないと思います。 |
| 234 | プロからの適切なアドバイスに対してそれに見合った報酬は支払われるべきだと思います。弁護士も相談料をもらい受けるのと同じかと思います。 |
| 235 | 医療行為の範囲内で両方に責任感を持たせるため。 |
| 236 | そこまでが治療だと思うので相談料を払うのは妥当である。高額なら支払うのはどうかと思うが…。 |
| 237 | 支払われることによって医師側は丁寧な対応をしてくれそうだから。 |
| 238 | 治る希望のある患者よりも気遣いや精神的負担がありそうなので。 |
| 239 | 医療の一環とみて相談料は支払われるのが妥当と思う。 |
| 240 | 診療費を支払ったことのお互いの責任を果たすため。 |
| 241 | 総合治療の一環であると考えられる。 |
| 242 | 終末期医療に貢献すると思います。 |
| 243 | タダ（無料）というわけにはいかないだろう。仕事なのだから仕方がない。金額が問題。安いにこしたことはないが。 |
| 244 | 軽い病気ならともかく、重病の場合は、患者自身の負担も相当な額が必要と予想されるので、相談料がいくらか支払われることは好ましいことである。 |
| 245 | 医療を受ける患者やその家族にとって心理的、社会的支援を診療費の中でみることは本来の医療にもともと含まれているものと考えから。生物学的、医学的な診断・治療だけでは、治る見込みのない患者、終末期を迎える患者とその家族については何の助けにもならないから。 |
| 246 | きちんと報酬が支払われることで、いくら治らなくても自分の最期に責任を持って対処してもらえるから。十分な話し合い等には医師にとっても仕事として時間を多く費やすからそれに見合った報酬はもらえないといけない。 |
| 247 | 自分ではどうしようもないので、相談が必要と思います。家族の為にも…。 |
| 248 | 診療相談も医療費の一部である。医師・看護師にも真剣に考えてもらいたいから。 |
| 249 | 責任を持って話し合い、治療を受けられる為には、相談料を支払うべきであると思います。十分納得のいく話し合いであれば当然支払っていかねばならないと思います。 |
| 250 | 時間をかけて話し合いをし、文書等を作成して頂くのに、時間と労力が必要です。それに対する診療費は支払いたい。 |
| 251 | 治療の一部と考えています。 |
| 252 | 医療側の仕事だから、説明に時間かかるし、仕事に対する（報酬？）請求は当然だと思う。 |
| 253 | カウンセリングであり、仕事の一環である以上報酬は支払われるべき。報酬がないと、相談をする医師の方がぞんざいになる可能性もあるから。無料で行うのは多忙な医師の更なる負担になってしまう。 |
| 254 | 病気によっては費用がかかるとしますので、必要だと思います。 |
| 255 | ボランティアではできることではないと思います。 |

| 問8 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して、診療費が支払われることが好ましいと考える理由 | |
|--|---|
| 256 | 重い病気には皆めったにかからないとは思いますが、かかる可能性は誰にでもあるので、支払われる金はもらい、安心したい（重い病気は費用が高いため、出費が多くなるので）。誰でも重い病気になりたくてなるのではないから。 |
| 257 | 医療関係者の職務であり、充実した保障された内容を受ける為にも当然です。 |
| 258 | 患者が診断書を求める時、経費を負担する。患者が病状の変化等を医師等と話し合い、その後にその内容等を取りまとめ、文書等の提供を受ける場合は、経費を負担するのはやむを得ないと思う。但し、文書等の提供を受けない話し合いの場合は、経費の負担を求めるべきではない。 |
| 259 | 請求される金額を払えるか不安。また、家族の負担を考えるとお願いしたい。 |
| 260 | 受け取ることによって責任を任せられる。 |
| 261 | 仕事としてキチンとした対応なり、システムを作って欲しいから。 |
| 262 | 文章に残すことは時間と労力を要するから対価を得るのは当然だと思う。 |
| 263 | 医療行為の一貫として当然医療費は発生すると考える。 |
| 264 | その時間を診療に当てられるので、経費とみなしても良いのでは？ |
| 265 | それも医療従事者の仕事の一つであり、それに対する報酬は当然であるべき。 |
| 266 | 医療に携わる方々に受ける側が赤ひげ先生的なことばかりを望むのは良くないと思います。衣料は高度な専門職です。死を安らかに迎えさせる為の相談に対しては支払われるのが好ましいと思います。 |
| 267 | 診療の一部であると考え。 |
| 268 | 治療方針について話し合い、更に文書等の提供を希望するということは、診察内容というか、意志や看護師達の内容に入るから、治療費の一部に入るように思えます。 |
| 269 | 有料の方がより責任感のある具体的な相談ができると思われるから。 |
| 270 | 相談に対して、時間を取られる。相談料を支払うことによってきちんと医療者側にも統一した責任、義務、配慮を望むから。 |
| 271 | 相談も治療の一つだから当然だと思う。 |
| 272 | 現在の医療機関は、人手不足等で、無償で話し合いや相談をするのは困難と思われる。また、医療関係者により、内容にも大きな違いがありそうなので、医療機関側に報酬があることにより患者自身が納得できる話し合い等ができるのであれば相談料が発生しても仕方ないと思う。 |
| 273 | 医師や看護師等に責任を感じてないから。 |
| 274 | 自己負担の金額を抑えられる。 |
| 275 | <ul style="list-style-type: none"> ・先生から記載していただくから。 ・真剣に病気に取り組んでいただけることと信じられるから。 |
| 276 | 治療方針の相談も治療の一環と考えられるから。 |
| 277 | 支払われないとちゃんと話し合いをしてくれないと思う。 |
| 278 | 相談も診療の一部として考えられるので。 |
| 279 | 診療費は医師に対する正当な報酬だと考えます。 |
| 280 | 生活が苦しい。 |

| 問8 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して、診療費が支払われることが好ましいと考える理由 | |
|--|--|
| 281 | 専門家（医師・看護師）より責任を持った納得いく回答に受けることに対して、当然それなりの診療費の支払いは好ましいと思う。 |
| 282 | 話し合い、文書等の提供で仕事金を支払うのは当然です。 |
| 283 | 今はよくわかりませんが、何となく必要と感じる。 |
| 284 | 治療方針を検討し、患者に示すことも医師の業務の一つではないかと思われる。 |
| 285 | 自分のことで一生懸命にして頂いた方には、その費用は支払うべきです。きっと死を前にして医者は最善を尽くすと思われるので（と信じて）。 |
| 286 | 終末期はその人の最期の生きざままで、もっとも大切な時であり、それを処方される医療関係も真剣そのものですので、相談料の支払いは当然と思います。 |
| 287 | 労力が発生しているので、当然と思います。 |
| 288 | 診療費を支払った方が医師も時間を取りやすく親身になって話を聞いてくれそうだから。 |
| 289 | 医療側も患者側も話し合いを行うことが当たり前のこととして実施されるようになる。 |
| 290 | 終わりが見えてるとはいえ、命に関わってくることなので、仕方ないと思います。 |
| 291 | 医師と看護師、医療従事者が、患者との間で、十分な話し合いと文書等の提供を行った為、次官と労力、病院内の業務効率上、負担になっている為、診療費の（採算上は）支払いは必要だろうと思います。 |
| 292 | 医療機関と患者双方にそれぞれ責任を感じることができる。 |
| 293 | 見込みがないからと見捨てていいとは思えないから。 |
| 294 | 自身の為の支援であり、一部負担は当然と考える（現行保険制度の一部負担と同じ…と考えている）。 |
| 295 | 支払うのは当然だと思う。文書等の提供をお願いしたのだから、相談料として一部支払うのは当然だと思う。 |
| 296 | 話し合いをすることも大切な診療だから。 |
| 297 | 時間と労力がかかると思われるので。 |
| 298 | 費用を気にせず十分な相談を受けることができると知っていると、少しでも安心し、気持ちの負担も少なくなる。何度でも納得のいくまで利用することができる。 |
| 299 | 親身になって考えて頂き、より良い方法が発見できることはありがたいことで、それに対する診療費は当然だと思います。 |
| 300 | 最近核家族化が進み、夫婦二人の生活が増えている。頼れるのは治療してくれる医師や看護師だけとなると、その方達との“絆”を信頼関係をベストのものにしていきたいと思う。その為には、潤滑油としての診療費は必要だと思う。子供がいても、迷惑をかけず一生をまっとうしたいと考えるのは親の切ない願望だと思う。 |
| 301 | 医師や看護師、医療従事者も相談を受ければそれなりに時間を費やして資料を探したりするでしょうから、それなりの相談料は支払うべきだと思います。 |
| 302 | 自分は低い年金なので家族に負担をかけたくない。 |
| 303 | 労働時間内の報酬と思うから。 |

| 問8 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して、診療費が支払われることが好ましいと考える理由 | |
|--|--|
| 304 | 本人の希望通りの意志を認めてもらった感謝の印としていいと思う。 |
| 305 | 今後のこのようなことを国全体として進めていく為に、このような行為を医療機関の好意に頼るのではなく業務の一部とする為、仕事に対して報酬が支払われるのは当然だから。 |
| 306 | 相談も診療の一部と考えられるから。 |
| 307 | 患者と医者、当然だと思う。 |
| 308 | 最良の方法での治療を選択できる為には、診療費は当然だと思います。 |
| 309 | 精神的にも金銭的にも大変な時だと思うので、負担してくれたら、助かると思う。 |
| 310 | もし、公的医療保険から医療機関に対して相談料が支払われないなら、医療機関は金銭面から考えて、重大な決定を正しくやれない場合もあるのでは、と、心配する。 |
| 311 | 医療従事者に対する当然の報酬だと思うから。 |
| 312 | 患者も一部負担するのも当然だと思うから。 |
| 313 | 保険から出るのであれば、そんなに高くはないだろうし、何よりも相談がしやすいのではないのでしょうか。 |
| 314 | 費用なしで相談が行われることは考えられない。 |
| 315 | のちに残る家族に少しでも負担を軽くしたい。 |
| 316 | 専門家のお話は医療と同じと考えるから。 |
| 317 | 診療報酬、仕事として当然のことと思う。 |
| 318 | 手をわずらわせるので、当然と思う。 |
| 319 | 治療方針について十分な話し合いが必要だと思うから。 |
| 320 | 相手に気兼ねなく話ができる。例えば時間を気にせず等。 |
| 321 | 病状の変化に伴う医療上の処置法の確立と責任をとってもらう為。治療の一環とする。 |
| 322 | 年金生活者にとって大変ありがたい。 |
| 323 | 問2で答えた事項を心おきなく詳細に話し合いたいので、相談料を負担しても良い。 |
| 324 | 少しは自分で払ってもいいと思う（81才）。 |
| 325 | 適切な相談に対し、報酬はあるべき。 |
| 326 | 診療の一つと考える。 |
| 327 | プロとしての意識を持って欲しい。 |
| 328 | 対等でありたい。 |
| 329 | 医療のサービスが十分に行うことができると思う。親身になった返答が返ってくる。 |
| 330 | 医療行為の一つであると思うから。 |
| 331 | 医師の役務に対する正当な支払いは必要だと思うので。 |
| 332 | 医者には家族同様最後まで見ていて欲しいから。 |
| 333 | 一部負担を支払うことによって安心して相談できる。 |
| 334 | 通常、文書等の提供は診療対象外のものであり、したがって相談料として事前に取り決めておく必要がある。 |

| 問8 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して、診療費が支払われることが好ましいと考える理由 | |
|--|---|
| 335 | 患者本人も大変だけど、医療従事者達も働いてもらわないといけないのだから支払いは当然だと思います。 |
| 336 | 自分もいつ重い病になるかわからない為、家族に負担をかけたくない。 |
| 337 | 自分が納得できる説明を受けられるのであれば、支払いに値すると思う。 |
| 338 | 一割負担くらいならそんなに金額も高くないと思うし、十分な相談・話し合いができれば良いと思う。 |
| 339 | 相談自体が医療自体と考える為、診療費は支払われるのが当然。 |
| 340 | 患者に対しての医療の一部だと思うので、診療費が支払われるのは当たり前のことである。 |
| 341 | 診療費を支払うのは義務だと思うから…。 |
| 342 | 医療機関の担当者に多忙の中、時間を割いて専門的知識から患者の立場にたって相談してもらったことに対して、当然ではないかと思います。 |
| 343 | 専門的立場からの話であり、それは当然費用がかかるから。 |
| 344 | 高い保険料を支払っているのだから、当たり前のことだと思う。 |
| 345 | 診断の場合は、問診と同じだと思います。患者が納得いく話を聞ければ、医師を信頼して病気に対しての不安感が薄れるように思います。 |
| 346 | 医師と大事な話、納得できるまで説明していただくのに時間を作ってもらうので、診療費を支払うのは当たり前だと思います。 |
| 347 | 医療機関にも負担をかける。支払われた方がより相談にのってもらえそう。 |
| 348 | 一般の診療に比べ、文書の回答の方が、医師に負担がかかると思いますし、患者も文書の内容を大切に考えられると思います。 |
| 349 | 医師・看護師の方々も時間を作り、仕事で話し合っていることだから。 |
| 350 | 診療費が支払われることは、終末期医療にかかわる医療従事者の責任ある仕事として当然であると思います。 |
| 351 | 治る見込みがないのに家族に負担をかける。その上にまた費用がかかるのは辛いです。 |
| 352 | 「無料サービス」ではなく、費用負担は必要でも納得できる話し合いをしたいから。 |
| 353 | 仕事の対価として当然だから。 |
| 354 | 医療機関にとってもメリットとなり、十分なケアを受けられることになるから。 |
| 355 | 診療費が支払われることによって、信用できると思うから。 |
| 356 | 診療の一部として十分な話し合いと文書等の提供を受けたいから。 |
| 357 | 診療費により、より内容を充実したものにできる為。 |
| 358 | 相談料を支払うことで、より良い医療行為が受けやすくなるので、高齢化が進む日本では公的な支援が行われることが望ましい。 |
| 359 | 文書にするならば、医師や看護師の仕事がとて増える（負担）ので、当然の支払いと思う。 |
| 360 | 患者が真に必要な情報を的確かつ文章にすることは、医療従事者の責任であり義務と思う。医療従事者は患者に満足する説明ができたのならそれは正当な代価が払われるべきだと思う。 |
| 361 | 診療費を払うことにより十分な話し合いができるのなら、その方が良いと思うから。 |

| 問8 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して、診療費が支払われることが好ましいと考える理由 | |
|--|---|
| 362 | 色々な専門家の方々の意見等を聞く為には、診察費が支払われるのがいいと思う。 |
| 363 | 納得した説明をしてくれれば良いと思う。 |
| 364 | 何事についても時間対費用というものがあると思う。タダで話し合いが行われるようなことがあれば、どこかにそのしわ寄せが行くと思う。 |
| 365 | 時間を割く以上、費用が発生するのは当然だと思う。 |
| 366 | 手間もヒマもかかることに対して支払いが発生するのは当然であるとする。 |
| 367 | 治療・診療と同様だと思うので。 |
| 368 | 治る見込みがないとしても終末期をどのように過ごすのか指針になると思うから。 |
| 369 | 医師の仕事であるから。 |
| 370 | 何事においても無料ということは、責任が薄れると思う。 |
| 371 | 当然のことだと思うから。 |
| 372 | 良くも悪くも“必要なことだから”ではないかと思う。 |
| 373 | 相当な時間を要するから。 |
| 374 | 支払われることは、当たり前です。 |
| 375 | 明確に治療方針等納得するまで聞くのも医療の中の診療になると思う。 |
| 376 | 診療してもらったら払うのが当然だと思います。 |
| 377 | 医療機関にとって相談や文書作成に時間を費やす＝他の患者の診療ができないということになるので、相談料をもらえないと時間をかけてもらえなくなるかもしれません。病院もボランティアではなく、経営していかなければいけません。過大な料金を取られるのは困りますが、それなりの金額でしたら、妥当なものだと思います。 |
| 378 | 現在の医療はフィーがないと個別のサービスとなり差が拡大する。医療はサービスであるが、業務として規定して最低補償して必要を考えるから。 |
| 379 | 相談にかかる時間を拘束するのだから支払うのは当然です。 |
| 380 | 相談料はただのサービスではない。 |
| 381 | 診療の一部だと考えられる為、当然の医療行為と思う。 |
| 382 | 相談料が支払われることで安心して話し合いに望めるから。 |

| 問10 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して 診療費が支払われることが好ましくないとする理由 | |
|---|---|
| 1 | 保険料に含まれているのではないかと。 |
| 2 | あらゆる診療費が高すぎる。 |
| 3 | 相談はお金の支払いの有無で行われるものではないと思うので、相互の心と心の通い合いがあ って行われるものと希望したいから…。 |
| 4 | 相談料まで支払いすることはないと思うからです。 |
| 5 | 医療従事者が相談を受け、患者や家族に安心を与えるのは当然と考える。医療費の上昇に繋がる 相談料は認めたくない。 |
| 6 | 高い治療費も払うのに相談料も払うなんて、2重取りのような気がする。 |
| 7 | 治療の一環と考える。 |
| 8 | 病気や怪我で入院した際に、説明を受けるのは当然だと思う。いくら後期高齢者終末期相談だ としても同じだと思う。何でも診療費がかかるのはおかしいと思う。 |
| 9 | 説明を受けたり、話し合うことはあたり前のことであるし、それと文書に現したことについて 支援料が支払われるということは、どのように表現してよいかわからないが、感覚的に不可思 議としか思えない。 |
| 10 | 支払い能力がない。 |
| 11 | あくまでも相談であって、診療ではないし、自分の身体が話し合いの通りに変化するとは限ら ないから。 |
| 12 | 医者が患者に病状等を伝えるのは当然のことで義務であり、特別なことではない。それに対し ての支払いは不当である。 |
| 13 | 患者と医療従事者が色々と話し合うのは当然のことだからです。 |
| 14 | 文書の提供を受け、相談料として負担金をとられるのは少しおかしい気がします。相談のみは 無料で良いと思う。文書の提供は今でも有料なので仕方ないが、もう少し安くても良いのでは？ |
| 15 | 全ての治療において、患者が希望しない治療はするべきではない。医師は方針を患者とするの はあたり前。終末期の相談だけ相談料が支払われるのはおかしい。日本の医師は患者の希望を 聞かなすぎ。 |
| 16 | 医療機関が患者の相談に応じ、話し合うのは当然だと思う。 |
| 17 | 医師と患者の間の相談や話し合いに対してお金が支払われることは、お互い信頼関係等の上不 要と思われる。かつ必要以上の医療保険金の支出が必要となり、医療全般に影響を与えると思 われる。 |
| 18 | 診療行為の一部だと思うから。 |
| 19 | 治療の一部として、相談料を改めて支払いたくない。 |
| 20 | 患者の負担が多くなると、医者としては相談されてあたり前だと思う。 |
| 21 | 病気で入院して退院する時、治療費の明細書を見たとき、これは何にかかった費用？と思われ るお金がついている。これ以上負担できない。 |
| 22 | 治療＝相談だと思う（相談なしでは治療もできないと思う）。 |

| 問 10 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して 診療費が支払われることが好ましくないとする理由 | |
|--|--|
| 23 | 医師と患者本人が話し合いを持つことは大変重要であるとは思いますが、しかしながら、その行為に対し、診療費を支払えと言うことについては疑問を感じます。人間の生死の最後まで金で済ませるといふことに対し、私は納得できません。 |
| 24 | 医は仁術、人助けの分野だから、俗物にならないで欲しい。 |
| 25 | 医師によっては必要以上にその処置をすることで、費用請求しかねないのではないかと不安である。 |
| 26 | 相談であり、診療ではないから。 |
| 27 | 治る見込みのないことでの話し合いで、診療費が発生することが納得いかない。 |
| 28 | 医療費、入院に伴う家族的負担は大きい。医療従事者が患者、家族から相談を受け、解決していくことは「医療の本質」でもあるから、一部負担をすることは好ましくない。 |
| 29 | 診療費だけでも家計に大きな負担を与えるのに加え、この不景気の時期にはなおさらのことである。治る見込みのない病気ならば、尚一層診療費がかさむのだから、少しでも負担を軽減したいと思うのは当然である。 |
| 30 | 相談と言うか、治療を行う上でのステップなので、治療ではないという考えで診療費は発生しない。 |
| 31 | お金が全て絡むのは、好ましくない（それまでに治療費をとっているから）。 |
| 32 | 患者のためにはならない医療関係者の金儲けだけ。全て現在は病院など金儲け主義ばかりと思います。 |
| 33 | 相談ぐらいで診療費を支払うのは好ましくないと思う。診療しながらの相談なら別だが。 |
| 34 | 診療の一環なので、無料（サービス）とすべき。元々が高額なお金を払っているから。 |
| 35 | 通院に交通費等が必要な為、タクシー。 |
| 36 | 生きる見込みのないのに、必要はない。 |
| 37 | 払いたくない。 |
| 38 | 人の病気を発見し、それに伴った判断をし治療するのが医師の務めであり、診療費が払われるのはおかしいと思う。また、支払いするとなれば、患者の負担も多少なりとも変わってくると思う。 |
| 39 | 医療機関は当然のこととして文書を提出していると思うので、相談料の負担とか支払いたくない。 |
| 40 | 治療方針について話し合ったり、家族と話し合う為に文書の提供をお願いして、どうして診療費が必要か、その制度は廃止して欲しい。 |
| 41 | 相談に費用が発生するのに理解できない。 |
| 42 | 相談料とは医療費とは違う項目だと思うから。「診断書」などと同じ扱いになると思う。 |
| 43 | 相談料は診療費には含まれないと思うから。 |
| 44 | 仕事だから。 |

| 問10 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して 診療費が支払われることが好ましくないとする理由 | |
|---|--|
| 45 | 本人の終末期を決めるのは本人であると思う。そのために必要な医療的な情報等提供すべきことは当然のことだと思うので、そのために診療費を支払うのはおかしいと思う。また、情報を提示しなかった場合に支払われないのもおかしいと思う。 |
| 46 | 実際治療をしない者が、書類を書いていただくだけで料金を取られるのはおかしいから。 |
| 47 | なんで相談で金を支払わなきゃいけないのか理解できない。 |
| 48 | 医師が説明や相談をすることは当然なことだと思います。 |
| 49 | 支払われることを事前に知らせてから進めて欲しい。 |
| 50 | 患者として知る権利があると思うと共に、基本業務として説明があるべきと思う。 |
| 51 | 相談料として特別に支払われることは好ましくない。こういったこと全て含めて終末期医療とすべきだと思う。 |
| 52 | 患者が医師に相談するのは当然。 |
| 53 | 医療機関として当たり前だと思うから（相談が）。 |
| 54 | 経済的負担が増すのは好ましくないと思う。 |
| 55 | 入院中のことなので診療の一部だと思うので。 |
| 56 | これまで支払われた診療費の総まとめの段階にきていることであり、家族にもボチボチ負担をかけたくない時期だから。 |
| 57 | お年寄りが多くなるのだから診療費が増え、行き詰るように思う。病院や医師がもうけすぎではないかと思う。 |
| 58 | 話し合いなどどのような場合でもきっちりするべきことなので、病気の度合いに限らず無償ですべき。 |
| 59 | 相談内容を書面にしただけで、診療費がかかる根拠がまったくわからない。 |
| 60 | 治療方針等についての話し合いは、診療・治療の一環であって別途支払われるべきものでないと思う。 |
| 61 | 人生最後の過ごし方を決定するのにお金がいるのは嫌な気がするから。 |
| 62 | 病気に対しての「医療費」の中に今回の診療費は含めるべき。 |
| 63 | 医療機関としては医療内容等記録として文書化することが当然であり、医療の一部である。したがって相談料が加算されることが納得できない。 |
| 64 | 説明することに診療費が別に発生するのでは相談することもままならない。医師との信頼も揺らぐと思う。 |
| 65 | 普通のことに報酬が生まれるのは不思議。 |
| 66 | 診療費の負担を軽くしたいので。 |
| 67 | 治療そのものとは関係ないと思うから。 |
| 68 | 相談は医療行為でないため。 |
| 69 | 支払う保険料が上がりそう（現役世代の負担が増えそう）。 |
| 70 | 仕事の一つとしてとらえたいから。 |
| 71 | 現在診療費が三割負担で、病院に行く今も1ヶ月3万位かかる。 |

| 問10 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して 診療費が支払われることが好ましくないとする理由 | |
|---|--|
| 72 | 後期高齢者保険、介護保険料、月2回の通院費用、薬代等で高額になる。 |
| 73 | 医療行為とは考えられないから。 |
| 74 | 私は高校教師、後に大学教員であったが、教員は問題ある生徒やその保護者といくら時間外に相談、面談しても何も支払われない。そのくらいのサービスは給料のうちである。医療関係だって同じことではないか。 |
| 75 | 医療に関しての相談や話し合いなのだから診療後の相談であるがゆえに、診療の時の支払で十分だと思われるから。 |
| 76 | 重い病気の際は治療費がかかるのに、その上にまた負担が大変だと思う。 |
| 77 | 話し合い後に文書等の提供を受けることは医療行為の一つなので、別に相談料として診療費と支払う必要はない。 |
| 78 | 相談料として別に診療費が発生するものか疑問です。今までは含まれていませんでしたか？治療費とは別と考えられるのですか？ |
| 79 | 終末期の病状の人に対して負担を課すのはどうかと・・・。 |
| 80 | 医療相談も医療行為と同じであると考えられるので、特別に費用が発生するのはおかしいように思います（医療行為に伴うもので、何かの診療項目に含まれるもの）。 |
| 81 | 診療費を支払うことで、医療機関及び関係者に正常な医療行為が失われるような気がします。 |
| 82 | 医療費の支出で大変なのに、教えていただくことくらい国が支払って下さってもいいのではないかと。親切という気持はないのでしょうか。何でも金で支払えというのでしょうか。国はもっと真剣に底辺まで考えるべきだ。 |
| 83 | 相談料はおかしい。治療方針や今後の生活の話し合いで料金を請求するのはおかしくはないだろうか。 |
| 84 | 自分の終末期の医療方針について話し合いし、文書に提供を行うことは当然のことと考え、その分として診療費が支払われるのはおかしい。 |
| 85 | 診療の一部で区別する必要はないと思います。 |
| 86 | 治療費と相談料は別もの！！医師の義務（相談）そこに診療費がかかるのは営利目的の他ならない。 |
| 87 | 医師はきちんと説明する義務があると思う。 |
| 88 | 診療費がかかるのでは、やめようかと思ったりするかもしれない。死と直面しなければならないのに、相談するためにお金がかかるのかと思うと悲しい。 |
| 89 | 自分のことは最後まで自分で決めたいため。家族に負担をかけたくない。 |
| 90 | 医者としての義務として、診療費の払えない方にも相談にのることが望ましいと考える。医療保険は相談以外の治療に使って欲しい。 |
| 91 | 病気で一番大変な時に相談するだけで診療費なんて。そうでなくてもいろいろと費用が大変なので無料にすべきだと思います。 |
| 92 | 治る見込みがないのだから国が負担すべき。 |
| 93 | 経済的負担が大きい。 |

| 問10 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して 診療費が支払われることが好ましくないとする理由 | |
|---|--|
| 94 | 相談料がかかってしまったら、相談しようという気持ちが薄れそうなので。 |
| 95 | 今の時代、生活が苦しい老人がたくさんいる中で、相談するのにお金がかかると、したくてもできない人も出てくる気がします。 |
| 96 | ただでさえ点滴・注射・おむつ・検査・差額ベッド・回診等に経費がかかるのになかなか。 |
| 97 | 負担を少しでも少なくしたいから。 |
| 98 | 家族に負担をかけたくないから。 |
| 99 | 治療の経過やその後のことの話し合いは医療の一部であるが、そのことと書面にしたからとしても相談支援料を支払うのはいかなものか。 |
| 100 | 診療費も高くその他の費用もかかる中、それ以上の出費はしたくない。一般診療費の中で補われるべきと考えます。一番つらい時期にお金のかかることに反対です。もっと安心できる医療になって欲しいと常に思っています。 |
| 101 | 医療側の当然の義務であり、患者側の当然の権利と考えます。 |
| 102 | 相談料だけ取られるのはちょっとおかしいかなと思う。 |
| 103 | ケース by ケースと考えますが・・・治る見込みがないとなると・・・。 |
| 104 | 収入の少ない年齢者がこのようなことに診療費を支払うのは無理。 |
| 105 | 相談に料金が発生するのがわからない。 |
| 106 | 患者の負担が増え、保険料の値上げになると思う。 |
| 107 | 公費が使えるのでしたらサービスしたらいいんじゃないかと思います。 |
| 108 | 通常の医療・業務の一端として施されるべきことだから。 |
| 109 | 今までの利用の続きであって、改めて後期高齢者終末期相談支援料を科すのはおかしいと考える。 |
| 110 | 話し合い、文書提供で相談料を取られることも知らなかった。 |
| 111 | 今年の4月に母が亡くなりましたが、2年に渡っての入院でたまたま自営業の母だったので金銭的なものには苦勞しませんでした。自分に置き換えた時、医療費・生活費・その他に・・・などと考えると相談したくても我慢するようなことになるだろうなと思います。 |
| 112 | 何でも金しだい。相談するのも金で解決。金がすべての世の中。 |
| 113 | 医療機関に支払われることは好ましくない。高い医療費を支払った上にまた支払う。経済的に楽な人ばかりではないと思う。若い時一生懸命に働いてきて年を取ってからは国ももう少し考えて欲しい。高齢者のために。 |
| 114 | 毎回の治療代や診療代はもちろん仕方ないと思うし本来は文章の提供代なども仕方ないのかもしれないが、気持ち的にはあまりいい気はしなないです。 |
| 115 | 病気になった時にそのような相談は医療機関の義務である。 |
| 116 | 治療の見通しや死ぬ場所の選択についての相談は医師の当然の仕事であり、診療報酬がなくともなされることだと考えるから。 |
| 117 | そこまで通常の医師として（医療行為）説明なのでは。 |
| 118 | 医療費がまたかかるから。 |

| 問 10 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して 診療費が支払われることが好ましくないとする理由 | |
|--|--|
| 119 | 命の相談が料金によって行われることに抵抗がある。料金の支払いができない人はどうしたら良いのでしょうか。医者の人間性はどうなるのでしょうか。 |
| 120 | 診療内でのことなので別料金を支払うのはおかしいと思う。すべて当たり前のこととして行って欲しいから。 |
| 121 | なぜ今になって診療費として支払わなければならないのか納得がいかない。医師、看護師の方々は患者の病気に対しての説明、治療などの説明は当たり前のことであると思う。それとも診療費を支払うことで今以上に良い提案をしてくれるのか？気持ち良く対応してくれるのか？ |
| 122 | 十分な理解をえるために必要な話し合いが費用別途になると支払いのことを考えて話し合いを持ってないケースも出てくるのでは？ |
| 123 | 勤務中の仕事と思います。大事な相談のため個人の問題と思いますが、心配することもありえるので二重の支払いのような気持ちになると思います。この件は公にはできませんが。 |
| 124 | 治療の一つではないかと思うから。 |
| 125 | 医療機関として文書作成及び相談は当然のことだと思うので。 |
| 126 | そんなことで支払われるのはおかしい。医療機関として当然と思うので。 |
| 127 | 入院時には毎日一度は主治医と話してます（私の経験から）。それで良いのではないか。 |
| 128 | 高齢者からの医療費の負担は切ないです。 |
| 129 | その後のことについて話し合うことは大事だと思うし、支払料が支払われればきちんとその時間が作られると思うのですが、今現在医者が診察の最後にどうでもいいことを言って指導料を取っていることを考えると（もちろんそうでない方もいるんですが）形式だけになりそうだから。 |
| 130 | 最後の時を迎えるまで病院へ通院するとなると医療費なども多額に支払うことになる。その医療費で十分だただでさえ高い医療費だと思っているから。 |
| 131 | あくまで相談であり治療ではないから。 |
| 132 | 病状の報告だから別に支払われる必要などいらない。 |
| 133 | 相談も治療の1つだと思うから。 |
| 134 | 相談に乗るのも医療のうちだから。 |
| 135 | 診療費は払っているのでまた別に相談費として払う必要がないと思う。 |
| 136 | 診療の一つに考え特に診療費が別に支払う必要はないと思う。 |
| 137 | 診療費には当たらないと思うため。 |
| 138 | 治療の一部として考えているから。 |
| 139 | 相談をすることに費用がかかること、書面に残すことに日ヨガかかることは人との信頼が薄れてしまうし、すべてにお金が絡むことは終末期を迎えた人間の尊厳を失う。 |
| 140 | 相談料として支払われることには違和感がある。本来医療行為そのものに話し合いも含まれるものと思う。 |
| 141 | 保険料を払っているので支払う必要なし。 |

| 問10 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して 診療費が支払われることが好ましくないとする理由 | |
|---|---|
| 142 | 自分の病気について医師などと相談またそれを形に残すことは患者として当然の権利だと思うのでそこに相談料が発生することは好ましくないと思う。 |
| 143 | 病人が自分の状況を詳しく知りたいのは当然のことで、担当医が病人に詳しく説明をしたからといって別途料金を取ることはもってのほかである。終末期の病人からそうまでして金を取るようなことを考えているのか。 |
| 144 | 費用などが重なるため。 |
| 145 | 相談料としての診療費は必要がない。医療機関の説明、相談は義務と思う。 |
| 146 | 別に支払いでなし治療費に入れると良い。 |
| 147 | 診療し先が見えるようになってきたら今後のことを家族に説明するのは当たり前でお金を取るのをおかしいと思います。 |
| 148 | 生活費などがあるのであっていけないです。 |
| 149 | 診察での相談と思うので特別に名目を作って出す必要はないと思う。 |
| 150 | 自身のことで後々確認したいことなど出て来るので大半の人間は同じだと思うので、それについて相談料を取るというのは良心的ではないと思うから。 |
| 151 | 診療報酬に含まれていると思う。余分な支払いになる。 |
| 152 | 医療従事者に相談し文書を提供してもらうことは患者に対しての義務であると思う。当たり前のことなので診療費を支払うということは好ましくないと思う！ |
| 153 | 別枠でいくら支払われるのか知りませんが、それも治療費の内だと思うのですが。 |
| 154 | 商品を買ったり何かのサービスを受ける時説明を聞くのは当然のことで、医療に関してのみ話し合いが相談料としてお金に結び付くのは好ましくないと思うから。 |
| 155 | 単純に支払いたくない。お金がない。 |
| 156 | 相談をしたことが文書になって相談料を取るのは変。サービスで良いのではないか。 |
| 157 | 患者が一部を負担するのがおかしい。医療費だけでもお金がかかるのに、そこにまた上乗せするのが嫌ですね。患者に負担がなければ診療費が支払われることは好ましい。 |
| 158 | 医師、看護師は患者の相談を聞くことは当然である。 |
| 159 | なぜ説明をただけでお金が払われるのか意味がわからない。医師には説明義務があると思うから義務を果たしただけで支払うのはおかしいのでは？ |
| 160 | 全額公的医療保険が出るというのは公的費用を使いすぎるのではないかと思います。 |
| 161 | 病気に関する相談は診療という中の流れの一部であると考えてるので、相談料としての診療費が支払われるのはどうかと思う。 |
| 162 | 治療費、その他の費を考えますと最後までお金というのは心がむなしくなります。先生方のお時間をすべてお金を出さないと温かい最後が迎えられない時代はあまりにも切ないです。心温かい方達にという思いの中に反対にお金のない人はどうなのかという感情もまた嫌に思います。 |
| 163 | ただでさえ負担になる医療費に加えてさらに重い負担になると思うから。 |
| 164 | 公的という税金というイメージがある。税金なら他に必要なことで使用して欲しい。 |

| 問10 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して 診療費が支払われることが好ましくないとする理由 | |
|---|---|
| 165 | 「相談料」と別にとるのではなく、その時の診療費として、治療とまとめて欲しい。「相談料」をとられるなら相談しない人もいるのでは？ |
| 166 | 相談をしたことでどうして診療費を払わないといけないのか、相談をただで払わないといけないのですか。相談するだけなのに医者は患者のことを考えてくれるなら払う必要はないでしょう。 |
| 167 | 1. 終末指導相談を求めるかどうか当人の意思次第。2. 年齢差別は妥当ではない。 |
| 168 | 直感で思った。 |
| 169 | 医者の仕事に含まれると思うから。 |
| 170 | “話し合い”だけで何も治療を受けたわけではない。医師らの“時間”を拘束したというのは、全くの時間給で、医師の威厳がないように感じる。“先生様”だから、信頼し、相談するんじゃないんですか！！それにお金をとられたら、何だかありがたみが減り、相談の内容についても利己的に進めたんじゃないかと疑ってしまう。 |
| 171 | 親身になって患者のことを考えるのではなく、ただ、金儲けの為に行うような気がする。 |
| 172 | 不適切な処理が多く行われそうだから。架空の書類が多く作成されそう。 |
| 173 | 医療費に含まれるべきである。 |
| 174 | 重い病気にかかっている、それだけで心の重荷であるのに、そこにプラス診療費とは、更に心の重荷になる。もっと思いやりといたわりを。 |
| 175 | 全て保険料の範囲以内での支払いにして欲しい。高齢者がお金の心配をしなくてもよい制度であって欲しい。 |
| 176 | 診療の範囲だと思う。 |
| 177 | これ以上出費は出たくない。 |
| 178 | 当然の義務だと思うから。支払がないから、そのような内容について話せないというのは変！！ |
| 179 | 終末期であっても常に医師と相談しながら治療をしていくべきで、文章にまとめたにしても、相談料を支払う必要はないと思います。 |
| 180 | 私は文書は必要としないので、料金を払うことは嫌ですね。文書が必要であるならば、手間がかかるわけですから文書費は当たり前ですね。 |
| 181 | 診療費を支払うということは年金生活者にとってとても負担だと思います。 |
| 182 | 相談は一般的治療の内のはず。特別に枠を設けるのはおかしい。 |
| 183 | 医療診療の一貫だと思うから。 |
| 184 | 医療費を支払っているのだから、それとは別に請求されるのはとっても事務的で変です。患者の気持ちを考えていない。何で見込みがないのにお金を払うのか？ |
| 185 | 医療関係に診療費を支払うのはいいが、患者の一部負担はやめて欲しい。 |
| 186 | 患者との話し合いというのは、診療費が支払われるから行うものではなく、行われるのが当り前のことだと思うからです。 |
| 187 | 賃金の2重取りになる。 |
| 188 | 治療費やその他いろいろと費用がかかるのに、これ以上の負担は好ましいとは思えません。 |

| 問10 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して 診療費が支払われることが好ましくないとする理由 | |
|---|---|
| 189 | 診察の結果、詳しく説明をして下さい。それに対して料金を払わなければならないのはどうかと思います。 |
| 190 | 診療もしていないのに説明を聞いただけなのにお金を払うのはおかしい。 |
| 191 | 出費があるから。 |
| 192 | 幾ら支払するかわからないけれど、病気の延長だと思います。その都度支払が大変です。年金生活者には…。 |
| 193 | 何故医療費が医者に支払われるのか？医師としての仕事だと思いますので、支払いは好ましくない。 |
| 194 | 相談、話し合い、が難しくなる。 |
| 195 | 入院その他でお金がかかるのに相談だけでまたお金が必要なのは困ります。 |
| 196 | 治る見込みがないのに相談料を取るのをおかしい。 |
| 197 | そのようなことは当然なことであり、「診療費が支払われる」のは必要だと思います。 |
| 198 | 相談料をとることは、医師としておかしい。 |
| 199 | 診療費は、治療全てについて支払われるべきである。※どちらとも言えない。 |
| 200 | 重い病気になりしかも治る見込みがないとなると本人はとても不安になります。色々相談してアドバイスを受けたいと思うのはみんな同じだと思います。医療従事者はそこまでも仕事かと思えます。診療費が支払われるのはいかがなものでしょう。 |
| 201 | 治療方針の話し合いは通常の診療の中でおこなわれることであって、別に相談料を支払う必要はない。 |
| 202 | 相談は医療行為の一部であり、医療保険に含まれている。 |
| 203 | 業務の一環であり、相談料が特別に払われるのをおかしい。 |
| 204 | とにかく、診療費を取ることをばかり考えています。私達後期高齢者は子供の扶養者であるにもかかわらず、医療保険を支払うようになりました。このような診療費を取ることをばかり考えていることに腹が立ちます。 |
| 205 | 相談料として診療費の一部負担はおかしい。 |
| 206 | 医療機関（医師、医療従事者）は、患者の終末治療について本人および家族等と相談することは義務だと思います。そのことについて、医療費が払われることは言語道断だと思う。 |
| 207 | 費用が払えない（高額の場合）場合があると困るから。 |
| 208 | 本当は十分に話し合いをしたいと思っていてもこの先のことを考えると、やめておこうと思う人も居ると思う。みんな平等に最期の過ごし方を考えることができたらいと思う。 |
| 209 | 相談だけでは支払いたくないと思う。 |
| 210 | 相談の内容や、結果により、診療費に差が出るかもしれない。 |
| 211 | 終末期に於いて何故話し合い、文書作成にて金額が必要かわからない。終末期に於いて、話し合いするのは普通では！医療費は別の部分に使用した方が良い。 |
| 212 | 何故お金がいるのですか？相談が診療費必要？ |
| 213 | 病気になれば治療方法やその後のことは医者の当り前の行為であると思うし、文書の提供を受けた時、何故診療費がいるのかわからない。 |

| 問10 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して 診療費が支払われることが好ましくないとする理由 | |
|---|---|
| 214 | それも含め、治療（医療）だと思うから。 |
| 215 | 診療を受けた以上は説明と文書は付き物ですから。 |
| 216 | 必要ない人（患者）も居るのに、医者はお真似になると思ってどうでも良いことを文書にする。全く税金のムダ。 |
| 217 | 診療治療の範囲と考えます。 |
| 218 | 確かに話し合いにも時間が必要ですが、これも治療の一環であってそもそも話し合わなければ治療の方針も立てられないし、方法も選択できないはず。相談だけに項目を立てるのは理解できない。 |
| 219 | 負担が多くなるのは不安。 |
| 220 | そこまでするのが医師や看護師の役割と考えるから。 |
| 221 | 話し合いや文書等の提供等は、治療、医療の一環だと考えます。 |
| 222 | 年金暮らしでいて、少しでもお金の負担は大変だから。 |
| 223 | こういう相談は無料で、ボランティア精神で行うべきだと思います。 |
| 224 | アドバイスは診療の範囲ではないと考えられる。 |
| 225 | 病院等の治療費に含まれているのではないかと思う。 |
| 226 | 相談も患者にとっては自分の病状を把握するのにとても重要。診察の一部ともかながえているから、診察代と別に徴収するのは好ましくない。医師もその義務があると思う（相談内容によるが…）。 |
| 227 | 病気の治療の上での相談とか話し合いだと思うので、診療費として支払うのはどうかと思います。 |
| 228 | お金がないから。 |
| 229 | 十分な説明や理解を得ることは重要で、その為には文書にすることもわかりやすく良いことと考えます。 |
| 230 | このようなことは無料で処理されるべき。 |
| 231 | 金額はどのくらいかかるのかわかりませんが、皆平等に誰でも相談した方が良いと思います。それには支払われることは好ましくない。 |
| 232 | 相談も含め、診療費に含めて良いと思うので、わざわざ相談料は取る必要はない。 |
| 233 | それも仕事の一つなのに、別途相談料が取られるのはおかしい。 |
| 234 | 内容やボリュームなどがわからないと判断できない。ただし医療機関の“なすべき責任”と考えたい。 |
| 235 | それも治療の一環と考えます。あえて費用がかかるのはおかしいのでは。 |
| 236 | 診療費等の報酬がなくても、医師や看護師側は患者の為に親身に相談をし、結果文章が必要なら作成してくれても良いことだと思う。医師や医療機関の当然あるべき姿だと思う。 |
| 237 | 結局死んでしまうのに、お金を払う意味がわからない。治療でお金を払うのはわかるが、相談でお金を払う必要があるのか。 |
| 238 | 今後の治療方針など話し合うことは当たり前のことで、それも含めて診療費を支払っていると思っているから。 |

| 問10 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して 診療費が支払われることが好ましくないとする理由 | |
|---|---|
| 239 | 書面にするだけで診療費を払う必要はないと思う。病気治療でないから。 |
| 240 | そこまでが治療の一環だと言えるから。 |
| 241 | 相談なんだからお金は取らないで欲しい。 |
| 242 | 相談料としてとらなくても良いと思う。 |
| 243 | 診療費が支払われると、人員等の増し方が多くなると思われるから。 |
| 244 | 国民年金しかなく、ほとんど収入ない家庭で治る見込みもない者にとって、治療費が支払えない、そして相談もしたくないです。 |
| 245 | 病状説明や治療方針は話し合っただけで当然のこと。文書作成などの必要経費は仕方がないが、相談料を別にとられるのは疑問です。 |
| 246 | 相談で診療費がとられるのはおかしいのでは。 |
| 247 | 医師の説明の格差がある為。 |
| 248 | 従事者の負担が多く、相談で金額を取られるのは少し変。思いやりの医療を。 |
| 249 | ムンテラ的一种じゃないんですか？いちいちお金をとられていたら、おちおち相談にもいけなくなりそうです。 |
| 250 | 家族と話し合うだけで十分だと考えています。 |
| 251 | 説明・話し合いは医師と患者が人として向き合い、その記録が渡される。これを診療費とするのは、医師は患者を病気をかかえる物体とみているかのように思われる。 |
| 252 | 末期の患者に何から何まで金次第との思いを持たれるから。 |
| 253 | すでに高額な診療費を使っているのに、相談料がどれくらいの値段によるがあまり高いのはどうかと思う。 |
| 254 | 人生の終わりに相談料まで支払うことはない。 |
| 255 | 医療保険は患者に使用されるべき。 |
| 256 | なるべく負担のかからない制度にされないか、住みやすい社会に。 |
| 257 | 相談料を支払う事への具体的な理由がわからないから。 |
| 258 | 利用しない人もいるので使いたい人が負担するべき。 |
| 259 | 医師・看護師として相談にのることは当たり前だと思う。お金がかかるから相談にのるのは人間としてどうかと思う。 |
| 260 | 相談して文書にしてもらおうということが余計なことのように感じてしまう。治療費や医療費を払っているのに、話し合いにお金を払うとなると医療機関の冷たさを感じ、悲しくなってしまう。 |
| 261 | 診療費請求に重心がかかりそう。 |
| 262 | ①話し合い自体が医療行為ではないのか特に終末として区別する理由がわからない。 |
| 263 | ②文書料は納得できる。 |
| 264 | 重い病気で診療費を払っているのにその一貫について扱ってほしいと思います。 |
| 265 | 末期の患者さんへの負担がこれ以上重くなるのは好ましくないと思う。高齢者に自分を置き換えると悲しいです。 |

| 問10 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して 診療費が支払われることが好ましくないとする理由 | |
|---|---|
| 266 | 診察費が発生することで相談を必要と思っていない人まで終末期へ向けての話し合いを行う医療機関も出てくるのではないかとと思われる。 |
| 267 | 患者の相談にのるのは医師の義務だから。それに対しての報酬を支払うのはおかしい。 |
| 268 | 診察料の中に含まれていると思うから。 |
| 269 | 高齢者のため。 |
| 270 | 医師として話を説明するのは当然のことだと思います。 |
| 271 | サービスとしてやって欲しいから。 |
| 272 | 患者の負担が大きくなるから。 |
| 273 | 相談で金銭が発生することに納得がいかない。 |
| 274 | 相談料は医療機関の診察費に含和しているのではないですか…。税金の無駄使いだと思います。 |
| 275 | 少ない国民年金の中で医療費や相談料を支払うことに？ |
| 276 | 医療行為のみに支払うべき。 |
| 277 | 医療従事者がそういった相談にのることは立場として当然だと思うし、どこまでが診療費を支払うべきなのか、という範囲が決めにくい。個人レベルで異なるように思う。たいした相談にのっていない人が支払いを受けるケースが多そう。 |
| 278 | 医師等の時間を割いてもらうことに対しては、ありがたいと思うが、命の問題等に関して、説明でお金が絡むことはやや不謹慎のように感じるから。 |
| 279 | 話し合いをするのに、お金を取られるのはおかしいと思ったから。 |
| 280 | 税金の負担が増える。 |
| 281 | 相談料は患者の負担が大きいと思うから。 |
| 282 | 終末期治療の話し合いは当り前のことだと考えていたので、それに対して相談料が医療機関に支払われるというのは、違うような気がしました。 |
| 283 | 別で相談料がかかるより、治療費の中に含む方がいいと思います。 |
| 284 | 治る人にもっと負担してあげたい。治らない人には「心の安らぎと痛みの和らぐ治療を」←そういう施設を作るのにお金を使って欲しい。 |
| 285 | 意志や看護師が患者と話し合うことは当り前で、それに対して診療費を支払う必要はないと思います。 |
| 286 | 終末期を安心して迎える為には年齢は関係なく無料で相談できることは当然だと思います。誰でも体験することです。優しさが必要だと思います。 |
| 287 | 医師は大変な仕事ですが、診療費をもらいすぎている感じがします。話し合いは0円、文章の作成には支払っても良いと思います。 |
| 288 | 説明（口頭）内容を文書にするのも、仕事の一部であり、別途診療費がかかるのは納得がいかない。文書が手間ならば文書でなくテープなど工夫する方法もある。 |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|---|
| 1 | 賛成です。末期の相談をしっかりと普及させていくために、支援料は必要と思います。 |
| 2 | 賛成します。 |
| 3 | 医療介護等について、高度な知識、医療行為等について報酬を支払う事は必然の事と思うから（但し、あまり高額な範囲でないように）。 |
| 4 | 高齢者相談は、安心という意味から必要あると思います。 |
| 5 | ・全ての人への（年齢区分なく）相談費用をもらうべきだと思います。・相談が幸せに時をすごすため、最も重要な医療だと思えるからです。 |
| 6 | たしかに存続意義はある。 |
| 7 | 後期高齢者保険を 75 才以上に限定すること自体に反対。 |
| 8 | 75 才以上の区分は不必要。すべての重病、治る見込みのない患者に適用すべき。 |
| 9 | 医師や看護師、医療従事者、患者、患者家族に話し合うだけの時間があるとは思えない。 |
| 10 | 相談支援料は支払うべきです。 |
| 11 | 必要経費と思います。 |
| 12 | その時の状況にならなければなんとも言えないが、少ない金額なら仕方ないと思う（1 万円以内）。但しできることなら、それぞれの状況に応じて支援料を支払うのも方法かも？ |
| 13 | 健康保険、医療費の負担は年金生活者にとっては大変なものだと思うので、75 才以上の方の重荷にならなければと願う。 |
| 14 | 75 才以上でも不幸にも重い病気や治る見込みがない状況におちいる場合があるので、あえて 75 才以上と年齢制限をつける意味がわからない。 |
| 15 | 相談支援料（200 点）は妥当な線であると思う。 |
| 16 | 相談はお金の支払いの有無で行われるものではないと思うので、相互の心と心の通い合いがあって行われるものと希望したいから…。心の通いあった診療は、お金で行われるものではないと思う。 |
| 17 | 高齢者末期相談支援料について読ませていただいたのですが、多額の医療費がかかった場合、相談料まで支払うことができるのでしょうか。 |
| 18 | 末期となった患者本人が、その後の治療や過ごし方について自分の意思で選択すべきであるが、それについて相談料は必要でないと思う。医療従事者が相談を受け、患者や家族に安心を与えるのは当然と考える。医療費の上昇に繋がる相談料は認めたくない。 |
| 19 | 75 歳以上を限定にしているのは良くないと思う。やるなら全員を対象とすべきだと思う。 |
| 20 | 考えたことがないから、本当のところよくわからない。難しい。 |
| 21 | 後期高齢者終末期相談支援料、この相談支援料については知らなかった。この紙面で知って良かったと思います。終末期医療であれば、年齢区分をする必要はないと思うし、200 点の報酬も妥当と思う。ただ、高齢者が多くなる現未来に保険制度の運営が成り立つのかとも思います。 |
| 22 | 医療従事者が患者や家族に対し、話し合いを行い治療していくことは当然の仕事だと思います。その内容を文書等に記録していくことも当然であると考えます。従って、相談料を徴収するのは疑問が残ります。 |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|--|
| 23 | 200 点がどの程度の金額になるのかわからないですが、高齢者の方にとってわずかの金額であっても大変と思う人もいるだろう。金のある人とない人での差が生じるのは、考慮する必要がある。 |
| 24 | 算定されるべきだと思う。患者も医療機関側も文書にすることによって、誤解を後々生じさせることも最少にできるし、算定することによってより正当な話し合い、文書作成を行う、という意識を高めることに繋がると思う。 |
| 25 | 自分や家族が終末期と診断されたなら、残された時間を有意義に使うために利用してみたいと思う。しかし、75 歳以上と限定するのはどうかと思う。同じ終末期の 75 歳と 74 歳で受ける対応が違うのは遺憾である。もっと柔軟性が欲しい。 |
| 26 | 医者によって悪用されるかもしれない点については不安ですが、今まで頑張ってきた方々に十分な最後を迎えてもらうのは、今までお世話になってきた私たちにとってあたり前だと思います。私たち自身、義母の最後を知らされず、もっと色々したかった心残りがあり、もっと前に経過説明されていれば良かったと思うから。 |
| 27 | どのように生活、すごすのかを理解することにより、家族も本人も安心するところがあるので、有料でもみんなにとって必要かとも思います。医師、看護師の方もやりやすくなると思うし。 |
| 28 | 重い病等で終末をむかえることにあるのは高齢は多いとは思いますが、若い人にもあると思うので、特に年齢で決めるべきではないと思う。相談にはそれなりの手間暇が要るだろうと思うので、支援料を導入するのはやぶさかではないが、200 点は多すぎると考える。 |
| 29 | ・真面目な話し合い（主旨通りの）に対価必要。・ただし、200 点とはいくら（¥）。・75 才以下でも必要ではないか。 |
| 30 | 診療報酬の点数 200 点はいくらになるかわかりませんが、病人に負担になりすぎないように、また、医療機関の経営が苦しくならないようにお願いします。また、年齢は 75 才以上でなく、若くとも必要だと思います。 |
| 31 | 何らかの区別は必要。国民への説明に気をつけるべきでした。 |
| 32 | 何も後期高齢者に限定することはないと思う。また、いまだに「後期～」という名称を用いるのも疑問に思う。 |
| 33 | 病気の内容等は専門知識が必要ですが、一般的に私たちは解りません。知る権利があると思います。そのことに支援料が支払われるのは納得いかない!!高い保険料等を支払っているにもかかわらず、更に請求されるのはやはり納得いかない!! |
| 34 | 75 歳以上の理由が知りたい。終末期について、相談できるのはよい制度だと思う。 |
| 35 | 医療費の負担があるため、無料（個人負担）でやるべきです。高齢者は年金以外の収入はほとんどない。 |
| 36 | 年令で終末期を決めるのはおかしいと思う。90 歳でも元気な人はいるし、50 歳で亡くなる人もいます。差別ではないだろうか。 |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|--|
| 37 | 人間は年をとっていてもいなくても、必ず死に直面する時がきます。それが突然の場合は、本人も周囲も冷静になることが難しくどうしたいのか、どうすれば一番本人の生き方に沿ったやり方なのか決定するのが難しいと思います。終末期を迎える前に話し合いを充分に行い、それに対して正しい評価がされることを望みます。 |
| 38 | 医師が判断した場合、医師や看護師、その他の医療従事者が共同し、患者とその家族と共に診察内容を含む終末期における療養について、十分な理解を得る為十分に話し合いたい。 |
| 39 | 終末期に75歳以上という年齢が切られていることに疑問を感じます。若くてもきちんと相談できるのであれば、支援料が発生しても良いと思うし、またそうあるべきなのではないでしょうか？ |
| 40 | 支援料の金額や、相談内容等、当事者となってみないとわからないことが多すぎて、アンケートに答えようがない。 |
| 41 | 相談支援料が一回限りで200点と言うことは、どのくらいの金額かもわからないし、治る見込みのない患者は見放されている感じもします。 |
| 42 | すべての年齢において、終末期相談ということが診察、治療の一部分という位置づけになって（当然となること）、特別に相談料を支払わなくても良い形になればいいと思います。 |
| 43 | 全く意味のないものである。 |
| 44 | 私は3年前に母を87才で、そして今年2月に父を92才で亡くしました。2人共延命治療をしませんでした。弟と相談してそう決めたのですが、あれで良かったのだろうかという長い間悩みました。私自身は自分の延命治療を望みませんが、75才以上の人の延命治療を国が望んでいないように受け取れるので心が寒くなりました。高齢者の数が多くなったとはいえ、今さら何で…という感じです。 |
| 45 | 200点がいくらになるか知らないけれど、相談したい人がいれば、ある程度お金は払うのも仕方がないと思う。 |
| 46 | ある程度の支援料を支払ってでも、専門の医療従事者と十分に話し合いを行いたいと思う。 |
| 47 | 病気についてやはり医師や看護師に相談するからには、医療費の一部と考えて支払われなければ医者なんかやってられないことに繋がりがねないと思います。 |
| 48 | 75歳以上とした理由がわからない。また結局医師に決定を迫られるのではないか。 |
| 49 | この8月に母が末期ガンで亡くなりました。自宅で最後を迎え、静かに息を引き取りました。最後まで本人は癌と知らせず逝きました。本人を交えてというのは、その人その人によろしいと思います。難しいことはわかりませんが、お金をもらうというのも何かよくわかりませんが、治療によっては高額なお金がかかるので、ケース by ケースだと思います。 |
| 50 | 年齢区分は必要ないと思います。 |
| 51 | 若い人でも終末をむかえるひと、治らない病気の人などたくさんの方が終末をむかえます。日本中全ての人に向けた制度ではないからやめたほうがいい。説明不足です。 |
| 52 | その時と場合によって違うかもしれないので確実なことは言えませんが、その本人であった場合、聞きたくないこともあると思います。 |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|--|
| 53 | 1つの医療機関だけではなく、セカンドオピニオンの様に別の医療機関も支援料の算定を可にして欲しい。 |
| 54 | 終末期ではないが、重い病気の人にも適用されたら良いと思う。75歳以上に限らず、終末期の病気の人にも適用される制度も必要だと思う。 |
| 55 | 終末期相談に関する主旨については全面的に賛成である。話し合いを持つこと、自分の病気や治療法を理解すること、家族もそれを知ること。それを文書にまとめることも必要なことだと思うし、しっかり自分の行く末を見つめることができる大切なことだとは思いますが、それになぜ公的支援料が払われるかわからない。とてもあたり前なことなので、支援料は不要だと思われる。 |
| 56 | 全く不要な制度だと思う。そこまで含めての医療だと思う。 |
| 57 | 自分がそういう状況になったら、やはり全てのことを知りたいと思います。なので、支援料は必要なのかもしれない。 |
| 58 | 年齢は75歳以上と限らなくても良いと思う。 |
| 59 | 治る見込みがなくなった時は家で静かに過ごしたい。全て本当のことを言ってもらいたい。少しでも子供達に負担をかけたくないので、相談料とか取らないで欲しいと思います。 |
| 60 | わかりません。 |
| 61 | 末期患者と医師や看護師との縁は最後まで切れるものでないと思いますので、文書等の提供がある、ないにかかわらず、支援料は支払われるべきだと思います。 |
| 62 | このような支援があることを知らなかったのので、高齢者がいる家庭としては参考にさせてもらいたいと思う。 |
| 63 | 収入は年金だけで、年令を重ねていくほど生活にかかる費用は増えてきます。年金が上がれば支援料もお支払いできるのではないのでしょうか。 |
| 64 | 相談そのものは、医療行為の1つだから料金がかかるのは当然だと思う。しかし、平均寿命アップのため(?)と思われても仕方がない今の延命措置はかえって問題だと思う。本人の意識がなくなった状態の時にどうするかを前もって決めておくことが大事ではないか。このことのアンケート調査をしてはどうか。 |
| 65 | 支援料は一回のみと書いてあるが、転院した場合はどうなのか。 |
| 66 | どうして対象者を決めてするのでしょうか。あまりにも寂しすぎます。年令関係なく、精一杯の治療を願います。 |
| 67 | 説明文を読み理解できましたが、何故凍結されたのでしょうか。お互いに負担はあっても、それは仕方がないことだと思うし、それによって救われる人も多いと思えるのですが。 |
| 68 | 医師と患者本人が話し合いを持つことは大変重要であるとは思いますが、しかしながら、その行為に対し、診療費を支払えと言うことについては疑問を感じます。人間の生死の最後まで金で済ませるということに対し、私は納得できません。一回限りとはいえ、設定については反対します。 |
| 69 | どのくらいの金額が掛かるのかわからないのですが、高額な相談料になるようなら、支援はありがたいと思う。 |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|--|
| 70 | 相談支援を家族・スタッフと共に行ったから「次へ進んでください」という公的証明書のような内容だと思います。「次」が整備されていないのに、報酬、支払いをあらわにするのはおかしいと思います。 |
| 71 | 高齢者でない者の場合は相談できないのか…。相談料としてお金の問題が生じるのはどうなのか…。事務的な話し合いで、気持ちがこもっていないような気がするのではないかと不満や不安を感じる気がする。 |
| 72 | 75才以上という年齢に限定することはおかしいと思う。高齢者でも元気な方もいれば、若年令の方でも病弱な方もいますので、後期高齢者だけが全て終末期をむかえるとも思えません。ケースバイケースで患者が希望した場合には、医師や看護師は親身に相談にのってくれるのが本当の医療ではないのでしょうか。 |
| 73 | この程度の金額ならどちらでも。 |
| 74 | 問 10 で理想を書いたが（医は仁術、人助けの分野だから、俗物にならないで欲しい）、相談支援料はやむを得ないでしょう。 |
| 75 | 相談、話し合いは、あくまでも治療の延長上にあるべきものだと思うので、改めてそのための費用が生じるのは納得できない。 |
| 76 | どうして高齢者だけなのか？終末期の患者にとっては必要なことだと思う。200点=2000円？安すぎでは？ |
| 77 | 相談支援料の支払いはやむを得ないと思うが、なぜ75才以上を対象とするのか不明。 |
| 78 | 末期を迎えるにあたり、医療関係者と相談をし、苦痛を軽減し、自己を受け入れられる覚悟をできるのはとても良いことだと思う。 |
| 79 | まだ実際のところ難しく、そうすぐ結論が出る問題ではない気がいたします。本人が少しでもためになる様なことであればいいと思います。 |
| 80 | よくわかりません。 |
| 81 | 医者として相談されたことに対しては、答えるのは当然だと思う。何でも料金を払わなければならない社会に不満を感じます。 |
| 82 | お年寄りからお金取りすぎでは。 |
| 83 | 年齢的にも妥当だし、診察をうける際も先生等に病状を説明するのも、言葉をかえして話すのも初診料として支払っている状態なので、問題も意義もありません。 |
| 84 | 高齢者の金銭負担を増やすべきではないと思う。 |
| 85 | 金額が負担にならなそうなので仕方ないのでは…。ただ、他の医療費もかかった上なので、なるべく少額!! |
| 86 | 治る見込みのない状況は、今まで医師から家族または本人に伝えていたように思います。それでいいと思います。75才以上の方から何故料金などとののでしょうか…？ |
| 87 | 地方自治体が支払うぶんには特に問題ないが、個人的負担は好ましくない。 |
| 88 | 病状の変化、過ごし方等についての話し合いは、重要なことだと思う（生きている限り）。相談支援料も必要なのであれば仕方ないと思う。 |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|---|
| 89 | 医師が患者に対し、治療方針を説明するのはあたり前のことなのだから、わざわざ「後期高齢者終末期相談支援料」を設ける必要がないと思う。そんなことを設けなくても治療方針や見込まれる変化、過ごし方等の相談には病院が対応すべき。年齢も決めるべきではないと思う。支援料を負担しなければならないとするならば、公的保険の適用をさせるべきで、患者負担額はできるだけ安くすべき。「そんなに高い負担額なら、文書は結構です」と患者がいうことのないような負担額にしてください。 |
| 90 | 後期高齢者だけを対象にするのは、おかしいと思う。文書にしてあれば話し合いに参加できなかった家族も理解できていいと思う。 |
| 91 | 私は年齢はあまり関係ないと思う。健康管理をよく考えて実行している高齢者は元気だから。 |
| 92 | 家族との打合せであって、患者との希望になれば支払いは必要はないと思います。医者への強い希望が患者を支援してくらば良いと思う。 |
| 93 | 支援料について、支払うことについて反対です。 |
| 94 | 医療行為上当然の情報開示であり、顧客である患者とのサービスの提供、ニーズのヒアリングは医療行為のうちに含まれるべき。 |
| 95 | たとえ重い病気、治る見込みがないとしても、死に至るまでの間どのように過ごし、少しでも長い時間家族と共にいたいと思うは自然です。私も病気の経験者ですので、文書にしておかないと本人も体調がよくないので忘れて、記憶違いが生じてくることを知っています。なるべく痛みの少ない治療法など、手をつくしてあたってほしいと思います。 |
| 96 | より良い治療を…とも思ったけど、上記と同じ理由で制度自体いらなと思う。料金が発生すると、そこからまた差別とか出てくると思うし、また新しい問題がでてくると思うから。 |
| 97 | 支援料が一回限りであれば、話し合いは何度行っても良いとのことなので、よろしいのではないのでしょうか。 |
| 98 | 2年前に父を亡くし、先生に詳しい説明を受けて死に対する覚悟ができました。目前にそのような話があるということは良いことだと思います。相談支援料を払っても良いと思うし、払わなくても良いと思うところもあり、ハッキリいってわかりません。 |
| 99 | 年寄りを抱えていたから、目に見えないお金が出ました（中元、歳暮、看護婦への差し入れなど）。大半の人がそうだと思います。もういい加減にしてくれという気がする。 |
| 100 | 後期高齢者医療保険料を日々支払っているの、できればそこから患者側から支払う診療料をまかなってほしいです、といいながらも病院で診察や治療を受けた場合、すべて請求されるままに全額払ってきているので、そういう取り決めになれば払わざるを得ない。 |
| 101 | 患者と家族が医師のアドバイスを受け、納得のいく治療を受けやすくなると思う。医師に遠慮なく言いたいこと、聞きたいことが話し合えるとと思う。 |
| 102 | 大変良いことと思う。 |
| 103 | 患者に対して、医師は数も少なく忙しい為、話し合うのは大変だと思う。なので、基本はアンケートや文通のような物でやり取りした方がいいと思う。もし話し合いの必要がある患者があれば、行うといった形がいいと思う。 |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|---|
| 104 | 後期高齢者になって死を待っている人には必要がない上に、同じく関係者の金儲けのみとと思います。無駄。 |
| 105 | 相談支援料が必要なのは仕方ないと思います。もっと元気な診療に掛からなくてもいい老人を…。 |
| 106 | 健康管理するのに良いと思う。 |
| 107 | 子供と後期高齢者にはどんな時でも医療費負担はない方向で対策してほしいので、望ましくありません。 |
| 108 | よくわかりません（十分に理解できません）。 |
| 109 | 支援するのはいいと思うが、年齢を 75 歳以上と決めず、定年をむかえこれから仕事がない方もいつ病気になるかわからないので、末期の方で家族も収入がない方には支援するべきだと思う。 |
| 110 | 終末期相談とは、後期高齢者だけのことではないと思います。年齢が若くても病によっては当然終末期をむかえることだってありえる訳ですから、年齢にこだわらなかつた方が良かったように思います。 |
| 111 | 高齢者の負担になるのはどうかと思う。 |
| 112 | 後期高齢者終末期という呼び方に納得がいかない。相談支援料支払いをするのはいいが、75 歳になっていなくても終末期の人はたくさんいるはずで、年齢を決め付けるのはどうかと思う。 |
| 113 | こういう制度が新設されたことをしりませんでした。でも治療の希望などを話し合いで決定して文書にしたら、支援料が発生するというのはどうかと思います。あと、とるにしても点数 200 点の設定は高いような気がします。 |
| 114 | “後期高齢者” という名称は賛成しかねるが、病気になり医療を受ける場合は国民すべて平等でいいと思う。老人になったからといって、医療費を下げる必要はないと思う。相談を受けた場合、その間は治療時間と同じだから支払われてもいいのではないだろうか。 |
| 115 | 自分のことで、この先のことをなかなか考えられません。医師や看護師、その他の医療従事者の方が自分の意志や家族と共に話し合いがなされ、急変した場合の希望等、大切なことだと思います。私は 75 歳は妥当だと思っています。 |
| 116 | 患者にとっても家族にとっても、これからの対処方を知っておくべきだと思う。 |
| 117 | 病院存続の為に相談料を支払うのも仕方ないと思う反面、末期の患者に十分な理解を得られるのかという疑問も残り、ケースバイケースだと思う。 |
| 118 | 75 歳以上が対象とあるが、年齢区分は不要で、75 歳以下にもこの制度はあるのか不明。全年齢に終末期がある。 |
| 119 | 患者が病気で死亡するのは、これまでもあったことで、そのことについては医師から説明があった。何も文書にして残す必要があるのかは疑問だ。難しいことを書かれても、言われても、素人（患者と家族）には理解できないだろう。患者は医師に全てを委ねるべきで、委ねられないなら信じられる医師を選べば良い。結果に対して苦情を持ち出すのは無責任すぎる。 |
| 120 | 75 歳というピンときませんが、おばあちゃんや、おじいちゃんのことを考えてみたら、この年くらいなので相談できることはとてもいいと思っています。とても不安が多くあると思うので、相談ができるという、1 つの言葉でもあると違うと思います。 |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|--|
| 121 | しっかりした制度をつくり、確実に実行された方が周囲、本人にとってもよいと思う。 |
| 122 | 後期高齢者（75 才以上）に限定するべきではないと思います。年齢に関係なく、いつそのような状況になるかわからないのに…。そのような状況になった場合、みんなが制度を利用できると良いと思います。 |
| 123 | 相談は何度でもしたいが、支援料が必要である理由が納得できない。 |
| 124 | 75 才以上という年齢に限定されることに違和感を持った。年齢区分にこだわることなく、末期患者のケアを十分行って欲しい。その結果の支援料は良いと思う。 |
| 125 | 後期高齢者に限る必要はないと思います。なぜ後期高齢者だけなのか疑問です。 |
| 126 | 何のためかわからない。 |
| 127 | 後期高齢者 75 才以上の方を区分するのはおかしいと思う。年齢に関係ないと思う。 |
| 128 | 悪用されることはないか。経済的に苦しい人に影響が出ないか少し心配です。費用は必要だと思いますが…。 |
| 129 | 相談支援料が支払われなければいけないこと自体がわからない。 |
| 130 | 相談料は医療費の一部だと思います。特別に支払うのはどうかな？75 才以上という区切りも必要ないと思います。 |
| 131 | 収入があまりない方には支援してあげた方がいいと思います。 |
| 132 | いらないと思う。 |
| 133 | このような制度を初めて知りました。文書等に記録してもらうことは良いことだと思う。200 点くらいでしたら良いと思います。 |
| 134 | とても良い制度だと思います。話し合うことにより理解もできるし、それを文書に残しておくことは重要で、保障をしてくれるのは望ましいからです。 |
| 135 | 人の病気を発見し、それに伴った判断をし治療するのが医師の務めであり、診療費が払われるのはおかしいと思う。また、支払いするとなれば、患者の負担も多少なりとも変わってくると思う。そんな支払いがなければ、医師は適切な指導ができないのかと逆に何のために支払われているのか疑問です。 |
| 136 | 厚生省の説明が不十分、国民に不安を与えることは避けて欲しい。 |
| 137 | 後期高齢者だけに、なぜこの様な制度ができたのか私には理解できません。75 才以上、以下と区分すること自体おかしいのではないのでしょうか。 |
| 138 | 支援料の 200 点がいくらの料金になるのかわからない？年齢区分は必要ないと思う。 |
| 139 | 実際に相談したことがなく、その時にならないとわからないのですが、高齢になった親の介護のことを考えると話し合うのはいいことだと思います。どんだけ金額がかかるかわからないのは不安ですが、無理な延命はさけたいと思うので。 |
| 140 | 支援料の支払い有無とかよりも、本人に対して正しい相談をきちんと受けることができるようにして欲しい。75 歳以上とか後期高齢者とか区分はしない方が良いと思う。 |
| 141 | 医師の患者や家族に対する態度や対応によって違ってくると思う。説明を聞いて腹が立ったり悔しい思いをしたことが多々あったので。 |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|---|
| 142 | 医療機関が提供したことに対する報酬を受け取れることも、後期高齢者が過度な金銭的負担を負わないようにすることも大事だと思うので、双方が満たされる支援料が支払われるべきである。 |
| 143 | 後期高齢者の部分にのみ反対です。後期でなくても、前期でも良いと思います。さらに年齢による区分は必要ないと思います。病に対する専門家の医師や看護師から情報が欲しいと思う。今私は 88 歳で、夫や子供達のことを考えると、この制度はあっても良いと思います。 |
| 144 | 若い世代にも重病な人はいるのに、年齢制限をかけてしまうのはどうなのか？と思います。 |
| 145 | 75 才以上に区切るのは好ましくない（なぜ 75 才以上を後期高齢者としたのか、理解できない、高齢者といっても個人差がおおきい）。医師不足の現状では、無理。何度でも内容を変更したりすることは無理。 |
| 146 | 高齢になると体の痛いところが増えて、幾人もの医者にかかります。医療費が払っていけないからです。 |
| 147 | よくわかりませんが、支援するだけでなぜお金が発生するのか…。助かる見込みがないのに、お金を支払うなんて馬鹿馬鹿しい。 |
| 148 | 凍結措置のままで良いと思います。 |
| 149 | 75 才以上になった高齢者が、自分で判断できる状態だといいいのですが、認知症等の疾患のある方だと自分の判断しにくい状態の方は家族や親族がするのでしょうか？相談支援料の負担がどのくらいなのか、年金生活者にとっては負担が大きいのは厳しいと思われます。 |
| 150 | 老人の行き場がない状態。入院しても状態が良い方向になっていなくて、入院期間が長くなれば退院しなくてはならない。国の方針。家では介護無理な場合多く、話し合ってもなかなか難しい。これからの高齢社会が続くと思うので心配です。 |
| 151 | 十分な話し合いを行い、それを文章で提供することで、より日常の生活を少しでも過ごしやすくできると思うので、良いと思います。ただ、支援料が発生することで、患者の負担も増えるので、全て良いとは言い切れないと思います。 |
| 152 | 相談料を払った後の相談を親身になってくれるか心配。回数を重ねる度に嫌がられたり、面倒くさいと対応されるかなと思う。 |
| 153 | 不勉強にて、しらなかった。 |
| 154 | 終末期であっても診療内容を家族、及び介護者がよく理解し、少しでも安らかに過ごすことができるためにも必要なこと、医師看護師とのコミュニケーションが大切だと思う。 |
| 155 | 今まで特に考えたことがなかったし、内容もよく知らなかった。参考の部分を読んだだけですが、あってもいいと思います。 |
| 156 | 私の時代にもこの制度があるとしたら、話し合いや文書にして欲しい気持ちはあるものの、相談料の負担が大きいと考えるかもしれません。 |
| 157 | 文章は美しく感じられますが、その中にあるもの、奥深いものが感じられます。生を受けて生きてきた方々は皆美しく、楽しく生きぬき、旅立ちたいと思います。この制度はなにか不安を感じます。 |
| 158 | 年齢区分は必要ないと思うし、低所得の方を優先する形が好ましい。 |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|---|
| 159 | 若年で治る見込みのない病を患い、かつ延命するくらいしか医療方法がない者は相談できないのか。患者に身寄りがなく、事前に弁護士等を通じて自らの終末に関する文書を用意していた場合、患者の意識はないとして、この話し合いなし文書は効果ありか？ |
| 160 | 全ての人に無料が望ましいと思う。 |
| 161 | 高齢者＝親ということは、その家族は同居、別居、いろいろな形の家族があるが、どのあたりまでを家族というのか。それによって相続、財産などの問題も発生しかねない。また、だれの意味をもって「患者・家族」の「くくり」をするのか。結構プライベートな問題を公的医療を使うのは無理があると思う。 |
| 162 | 前向きで良いと思います。 |
| 163 | 相談料は診療費には含まれないと思うから。 |
| 164 | 医師や看護師が十分な治療をしてくれたことに対するものだから、支払うのは当然だと思う。 |
| 165 | 病人の気持ちと医師などが十分話し合えれば支援料をだしても良いと思います。 |
| 166 | 医師と患者との信頼関係が、「金」の関係になるような気がします。終末期は「運命」と割り切って全て医師への信頼にゆだねて終わりたい。相談もお金でなく、信頼によりなされるものであって欲しい。 |
| 167 | 人生長年生きていけば、どのようになって行くのか先生及び患者及び家族もわかっていることだし、誠意をもってお互いが話し合いをし文書等にまとめて提供することは、希望者に限り提出して頂いて、支援料の件も一言患者やその家族にいう必要はあると思います。文書頂かなくても請求される可能性あり。 |
| 168 | 重い病気など、治る見込みがない状況となった患者とか、年齢に差別つけることなく、医者が患者の相談にのることは、それが仕事であってあたり前のことだと思います。 |
| 169 | 年齢で区別するのはおかしいと思う。74歳以下の方でも、ターミナルの方もいる。74歳11ヶ月だった場合、生年月日で区別するのはおかしいと思う。年齢で区別するのではなく、あくまでも自分の意思であると思う。自分の最期は自分で決めたいと思う（認知症でない場合は。認知症の場合は仕方がないが…）。 |
| 170 | 治る見込みがない病気になっていて、ただでさえ金がかかるのに、なんでまた相談や文書で金を取るのかわからない。 |
| 171 | 医師や看護師が説明や相談をすることは当然なことだし、治療費や検査費など支払うのだから、支援料を支払うことはおかしいと思います。いろいろな面で高齢者の方々の負担が多く、何のために政治家がいるのでしょうか。先のことを考えると寒気がします。 |
| 172 | 後期高齢者の方だけでなく、終末期相談支援料を必要とする方は大勢いると思うので、限定するのはおかしいのでは…。 |
| 173 | 治る見込みのない病気は高齢者だけとは決して限らないので、年齢制限をする時点でおかしいと思います。しかも患者が亡くなるまでに莫大なお金を必要とするのは看護するほうなのに、相談料と称して医療機関にお金が支払われるのはどう考えてもおかしいです。 |
| 174 | 後期高齢者終末期相談支援料の導入は良いことだと思うが、年齢区分は必要ないと思います。 |
| 175 | 年齢は関係しない方が良いと思う。 |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|--|
| 176 | 病気の治療と同じと考えてよろしいのではないのでしょうか？ |
| 177 | 後期高齢者の場合は、支援料はとる必要はないと思います。無料でいいです。 |
| 178 | 医師等の医療従事者が、終末期診療方針等について患者本人や家族等に説明し、とりまとめの文書を残すのはあたり前のこと。診療報酬は不必要と思う。 |
| 179 | ややこしくてさっぱりわからない。 |
| 180 | 老後に関しては、様々な不安が積みまとうものであり、実のある相談が必要である。それに対して医療機関が充分に対応できるようにするためには、必要な制度だと思う。ただ料金を具体的に示せると良い。 |
| 181 | わからない。 |
| 182 | 医学的根拠に基づいているから、1回でも充分だと思う。常々家族と話し合っていれば患者さんも納得の上だと思う。延命治療のみのやり方は良くないと思う。人間である以上、植物人間にはなりたくないと思います。 |
| 183 | 相談料として特別に支払われることは好ましくない。こういったこと全て含めて終末期医療とすべきだと思う。相談支援はすべきだが、それに料金がかかってくるのは反対。なぜ特別にこういう項目を設けるのかわからない。 |
| 184 | 75才以上でなくても良いと思う。 |
| 185 | 当然支払われるべき。 |
| 186 | 後期高齢者終末期相談が実施されること自体は良いことだとおもいますが、現在でも高齢者医療の負担は大きくなるばかりです。ここで新たに支援料という名目で医療費が使われることには反対です。従来の医療行為の一環として相談は実施されるべきだと思います。 |
| 187 | 逆に支援料を決定することによって高齢者の生活を圧迫することにならないか心配です。何とか70歳以上からお金を取っていかようとしているように思えてならないのですが…。 |
| 188 | 相談し、文章化されて書類として提供をうければ、料金が発生するのは理解できないことはないが、料金が発生することによって相談したくてもできなくなる人が出てくるのでは？そういう人たちほど、相談が必要な人たちだと思います。 |
| 189 | 終末期の治療方法、延命についての意思を患者の意識があるうちに確認しておくことは大切です。一方、後日“言った？言わなかった？”ということで裁判になる事例もあるでしょう。その点からみると、医師側にも文書化しておく必要性があるのではないかと思います。このことを考えると（文書化）相談支援料として、患者側（保険）に一方的な負担となくことに若干の疑問があります。 |
| 190 | 対高齢者に“後期”などと区別することが気に食わない。人間の終末は年齢に関係なくやってくる。その時の終末期ケアがきちんとできる医療従事者の育成と、体制準備をして欲しい。また、それに対する対価は当然あって良いと思う。 |
| 191 | 少ない年金生活者だから。 |
| 192 | 話し合った内容など確認しながら日常生活への支障など考えるので、文書などは希望します。診療報酬改定とか言われても保険料を支払っているんで、たとえ一部負担でも払いたくないです。医療機関になぜ？相談料を支払わせるのか。 |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|---|
| 193 | 業務的に適当に行われては困るが、回数を制限し一通りの文書を作成することは医療の一環として行うべきだ。ただいろいろな人間がいるので「何度行っても良い」とすると支援料が出て患者によっては担当する医師が参ってしまうケースもあるかと思う。 |
| 194 | まだまだ身近に感じられない。 |
| 195 | ・重い病気、治る見込みがない状況となった場合、年令で線引きするのはなぜなのか理解できない。命の重さは若年でも高齢でも変わりはない。年令で線引きすることにより“切捨て”の感が否めない。・0～74歳までの診療では治療方針の説明・相談を行ってもらっても相談料は請求していないのに、後期高齢者保険になるとコスト請求するのは納得いかない。“老人いじめ”ではないか。ほとんどの老人は年金生活であると思うので経済負担は大きくすべきではない。 |
| 196 | 支援料の額が問題なのだと思う。 |
| 197 | 仕方ないと思う。財源を考えると何でも無料というわけにはいかないから。 |
| 198 | 家族の病状によっては医師や看護師に世話になりたいので、相談料など支払っても良いと思う。父 87 才、母 67 才で亡くしているののでいろいろ説明を聞いた方が自分が安心できるような気がする。 |
| 199 | 難しい質問です。その時になってみないと具体的な気持ちはわかりかねると思います。 |
| 200 | 75 歳以上という年齢区分ではなく、年齢制限は(例えば 60 歳以上とか)決めない方が良いかな？ |
| 201 | 良い制度だと思う。年齢制限をしなくても良いと思う。 |
| 202 | 病院に入院していればそれだけでいいと思います。 |
| 203 | 終末期は医療機関はともかく、本人と家族には神聖な時期と思われる。支援料は本人のこれまでの介護保険料、本人負担料の総決算と考えるべき。主旨は結構だ。 |
| 204 | これからますます高齢者が多くなり、若い人の保険料負担が大きくなり大変になると思う。このような相談は必要なんだけど、それがお金が払われないとできないとは悲しいことです。 |
| 205 | 金額にもよると思うのですが、あまりにも高額な場合はどうかと思う。 |
| 206 | 相談内容を書面にしただけで、診療費がかかる根拠がまったくわからない。 |
| 207 | よくわかりません |
| 208 | 患者の十分な理解がなくても相談料を支払うのはおかしいと思う。 |
| 209 | 定年(60歳)まで引き下げべきだと思う。 |
| 210 | 7月1日より凍結となっていますが廃案とすべきです。 |
| 211 | 医者や看護師の義務として教えたり相談にのるのは当たり前と思う。金を取るのはおかしい。文書や相談をして相手患者や家族は納得しなかったら…。医者によってレベルや知識も違うと思うので金を取るのはヘン、おかしい、嫌だ、当然。 |
| 212 | 患者側はよけいな出費は避けたいと思うが、医療の立場では相談料を受け取ることで患者や家族に時間を設けることができると思う。 |
| 213 | 末期を向かえている人達を相談料が支払われることで、特別な対応による診療となれば家族も納得して支援できるが、医療はお医者さんに頼るしかないので、生活の格差で対応が変わることになるような気がします。 |
| 214 | 後々残る遺族も納得できるものと思う。 |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|---|
| 215 | 現在重視されている問診等も医療行為の一部であると思うとともに、医療相談にあたると思うので相談料として別当算定するのは納得できない。 |
| 216 | よくわからない |
| 217 | 医師等の負担を考慮すれば、ある程度の費用を負担するのはやむを得ないと思うが、料金の妥当性（高すぎる）が問題と思う。 |
| 218 | 終末期の対応としては考えなくてはならないことだが、本人に医師が確認できない場合、結局周りの人の意見でその人の死に方が決まってしまうと思う。特に文書にまでしてしまうと。ただ、医療ミスだとかで裁判にされるリスクも多い医療関係者を守る意味でも必要かと思う。ただ点数や年齢など見直す点も多いと思う。 |
| 219 | 75歳と限定することに疑問があるが、すべてに適用するかとしても難しい問題である。 |
| 220 | 良いことだと思う。 |
| 221 | 終末期相談支援料の案はいいことだと思いますが、年令で終末と考えるのは好ましくないと思います。人間である以上終末はあるので、その時々で良いと思う。 |
| 222 | 75歳以上という年齢制限の意味がわからない。個人によって状況は実に様々であると思う。 |
| 223 | 十分な説明・相談は本来医師のやるべき仕事の範囲だと思います。文書にする必要はないと考えます。予算を使えるのであれば医師や医療従事者に必要な「教育」を行って、どこの病院にかかっても一定の説明相談が行える体制作りをしていただきたい。様々な治療法の院がもっと連携して患者にあたることも必要と思います。 |
| 224 | 医療保険からは相談料など払わずに、もっと医療費を安くした方がいいと思う。 |
| 225 | 医師と患者と家族が終末期について話し合い、それを文書にすることはとてもいいことだと思います。ただそれは後期高齢者だけではなく若年者にも当てはまる人がいると思います。本人が希望する治療（痛みの緩和など）を希望する病院で診てもらえるといいと思います。 |
| 226 | 終末期相談支援料がなぜ後期高齢者にのみ設けられたのか納得いかない。 |
| 227 | 別にいいと思う。 |
| 228 | 私の兄姉は75歳以上です。医療相談料はいらないと思います。紙一枚でもお金がかかります。家族みんな泣いています。私はまだ5年あります。その後75才になります。相談料はなくしてください。 |
| 229 | 高齢者だけでなく、すべての終末期の患者さんに適用すべきではないでしょうか。 |
| 230 | 重い病気で治る見込みがない、すべての人間に対して平等に接して欲しい。 |
| 231 | 200点がどのくらいの金額になるのかわかりませんが、できるだけ負担を軽くしていただきたいです。 |
| 232 | その時に一部負担ができるかどうか不安です。医師や看護師、その他の医療従事者に対して公的医療保険から支払われることに関しては、当たり前のことだと思います。 |
| 233 | 年令に関係なく人として尊厳を守って欲しい。何でも枠組みを作ることに納得できない（支援料も）。 |
| 234 | 治療にあたっては当然の事柄であると思う。 |
| 235 | 一応は評価できる制度だと思う。 |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|---|
| 236 | 無料で良いと思います。 |
| 237 | 話し合いを文書に残すことはとても良いことだと思う。その場合、後期高齢者終末期相談支援料も良いが、自己負担（患者負担）も増やすべきだと思う。 |
| 238 | 年齢でくくるのは良くないと思う（例えば74才ですと上記対象にはならないということです）。重い病気、治る見込みのない状況は0才でも起こることだと思いますし、今も0才の子がそういう重い病気で苦しい思いをしている親もいると思うので、年齢でくくらず0才～対象にしたほうが良いと思います。 |
| 239 | 終末期相談は大変重要な医療行為であるために、年齢を問わずに丁寧に行って欲しい。相談料の支払いは必要だと思う。 |
| 240 | やはり年齢区分は必要ないと思う。 |
| 241 | 治る見込みがない患者さんの不安は年齢には関係ないと思いますが、すべての患者というのは不可能と思いますので、高齢者といわれる65歳位の人からにすればある程度納得もいくかと思われれます。患った時は本当に人様のアドバイス、いたわりが最良の薬ともなり感謝の気持ちと気力が湧いてくるものと思います。それは病を経験した人にしかわからないことでもあるので難しい問題だと思います。相談料を支払うことにより、より良い充実したものにして欲しいと思います。 |
| 242 | 本人及び家族が賛成される場合、支援の必要ありと思います。 |
| 243 | おかしいと思う。特に75才以上の高齢の人から。なぜという思いしかない。医者はどこまでも名目をつけてお金をむしり取りたいのかと思う。残される家族からも取るべきでない。仕事の一環として相談料なんて取るべきではないと思う。ひどすぎる。 |
| 244 | いろいろな人の死に出会ってきましたが、このような制度ができたことを初めて知りました。今まではすべて口頭だったように思いますが、お医者様に負担をかける以上費用はかかっても仕方ないと思います。ただその説明があまりに理解できにくい専門的なことであればやっかいで面倒なことだなあーと思いました。 |
| 245 | 若く働ける時代に中小企業だったため給料が少なく、それにより苦労を重ね、少しの不動産収入により診療費が三割になり、後期高齢者医療費も高く大変困っております。 |
| 246 | 4月に夫を亡くした者として、私自身、終末期はこうして欲しいという希望は元気な時に身内の者に伝えておいて、いざその時には知らない方が幸せなのではないか？と思えるようになりました。ですから文書等にする必要はないのではないかと思います。 |
| 247 | 支援料支払はすべきだと思う。患者のことを一番知っていらっしゃる医師、看護師にきちんと相談させていただき、自分の考え（願い）も話して納得して終わりたいため。 |
| 248 | 本アンケートでこの制度があることを初めて知りました。まさに画期的なすばらしい制度であると思う。それが現在凍結措置が講じられている由、なぜですか。ぜひ実現を強く望みます。 |
| 249 | 診断書としての内容のものであるから、料金の支払はすべきと考えます。 |
| 250 | 本人または家族が相談を求めるのであれば、相談料を支払うことに問題ないと思う。ただし金額はできるだけ安い方がいい。 |
| 251 | 終末期の相談は当然のことであり相談料は納得いかない。 |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|--|
| 252 | 患者と医師が相談し合うことは大切なので支援料は必要である。しかも何回も話し合えることが良い。 |
| 253 | 相談を十分にしたいので支援料を支払っても良いと思う。 |
| 254 | 医者に相談すると、すべてが費用として支払わなければいけないような状態になりつつあると思う。 |
| 255 | 話し合いを行い、その内容を文書等にまとめて提供することを診療報酬として別に扱うのはおかしい。 |
| 256 | 75 才以上とは・・・どうなのでしょう。年齢で区切るのは？病気になって・・・年収の少ない人とかのことも考えていただきたい。 |
| 257 | あまり良い制度とは思わない。 |
| 258 | 75 才になれば自分で判断がつかなくなるし、見てくれる子どもに負担がかかるなら話し合いなんていらなと思います。 |
| 259 | 相談支援料の内容についてはよくわかりませんが、現在凍結されているとのことですが解除された方が良いのではないのでしょうか。なぜ凍結されているのですか？ |
| 260 | 支援料は無料とすべきと思います。高齢者にとって暖かい心遣いと思います。 |
| 261 | 75 才以上（終末期）のお年寄りに対してでも、延命等の説明するのは医者としても義務だと思いますがどうでしょうか？ |
| 262 | むずかしいですね。 |
| 263 | 文面のみ解釈ならばいいと思うが、支援料だけを見ると側面的な、すべての病院が同じレベルでやるかは不明瞭な感じがする。お金が絡むと良くない気がする。 |
| 264 | 年齢区分は必要ないと思う。相談をする人の年齢は 75 才以上とは限らない。 |
| 265 | 料金がかかることに驚きましたが、どのくらいの料金を負担することになるのか具体的な金額がわからないので何とも・・・。高額でなければいいなと希望します。 |
| 266 | 同制度について知識がなかったので、現段階ではっきりとは答えにくいのですが、廃止できるのが望ましいと思います。 |
| 267 | 終末期相談支援は医療行為の中に含まれるもので、相談のみで支援料を支払うのはどうかと思います。 |
| 268 | 後期高齢者の終末期の話し合いはとても必要なことだと思います。本人の意思を尊重することがとても大切だと思います。そこに料金を請求するのは問題があると思います。 |
| 269 | 病状の変化や過ごし方にまで相談料を払うというのは納得いかない。治療費の一環としてとらえて欲しい。 |
| 270 | 患者一人につき一回限りであれば良いと思うが、75 才以上を対象にするということについては疑問が残るが・・・。 |
| 271 | 話し合いが 1 回 1 時間程度で終了するものか？複数回日を変えて数時間かけて作成されることもあると思う。ケースにより違うと思うので適正な料金はどのように算出されるのかわからない。すでに広報されているのですが、私事と実感がなかったので覚えていません。デリケートな事柄にかかる料金なので丁寧な対応・説明を行って欲しいものです。 |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|---|
| 272 | 本人の意思が反映された医療を望みます。夫の時はすべてが妻である私が決めることになり家族とも話し合いましたが、本人に聞くことはできませんでした。 |
| 273 | 問題点があるかもしれないけど、最後は専門の方にいろいろ教えていただきたいので、お互いに良い気持で迎えられるのであれば料金が発生するのやむを得ないと思う。 |
| 274 | 十分な相談にのってくれるか不安です。200点は高額とは思いませんが。 |
| 275 | この支援料が新設されたこと自体を知りませんでした。我々の世代が年金受給される頃、さらにこの支援料の対象となる頃、年金での生活では不安を感じているので少しでも支援料が出ることに期待します。 |
| 276 | 相談料はムダ。何でもお金にするな。 |
| 277 | おかしい…。なんで75歳なのか。終末期患者やその家族は何歳であってもたくさんの悩みを抱えているのだから75歳の線引きは大反対。全終末期患者を対象とするならば良い。 |
| 278 | 私の不勉強で今まで知りませんでした。が、相談支援料は1回のみ支払い、その後の話し合いは何度でも行えるというのなら、より一層妥当な案ではないでしょうか。 |
| 279 | 相談支援料が発生することに対して疑問。 |
| 280 | よく理解できません |
| 281 | 年齢制限の必要はない。成人していれば自分の意志と責任を持って終末期のあり方を病院に伝え相談していい。 |
| 282 | 全面的に賛成です。 |
| 283 | 75才以上でなくても死期はやってくるので、年齢で区別するのは好ましくない。 |
| 284 | 十分な話し合い等して納得できたなら、していただいたことに対して相談料を支払うことになるのは当然だと思う。ただし十分な話し合いが行われ納得ができたということが最低条件。 |
| 285 | 本人・家族・医師等の間で病状の変化、過ごし方がお互いに納得できるようなものであれば相談支援料に支払は納得できる。 |
| 286 | 過度的にはこれでも仕方ないが、将来的には年齢区分をなくして行って欲しい。 |
| 287 | 人生の終末期に医師と病状とか生活支援の話し合いが十分にできるのなら、支援料を払っても良いと思う。 |
| 288 | 相談支援料がどのくらいの費用になるのかわかりませんが、その料金にもよります。 |
| 289 | 支払は適切と思う。 |
| 290 | 収入も限られた高齢者の多い中で、終末期を知らされた患者にもっとやさしい国であって欲しい。無料にすべきと思います。 |
| 291 | 本当は支援料はなしの方がいいと思うが、なんでも金があるので仕方ないがお金で書かせるのはいかがかな？国が支払うべきです。 |
| 292 | 75才以上ではなく、定年を迎えた60才以上の方がいい。 |
| 293 | 「治る見込みがない」と悲観的になっている時に、相談できるのは少しでも心の救いになるので良いことだと思います。凍結せず進めていくべきでは？医師不足といわれる中で、親身に相談にのってもらえるかは疑問です。専門のカウンセラーのような人がいればいいのでは？そういう人の養成支援料も必要だと思います。 |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|--|
| 294 | 健康な方は結構だが、病気になられている方を思えば本当にお気の毒です。早く良くなられて人生と楽しんでいただきたいと祈るばかりです。 |
| 295 | 年齢区分75才以上が対象者とか限定されない方が！75歳以下はどうなるのか？詳しくわからない？ |
| 296 | 自己負担額がどの程度のものになるのか等、気になることもありますが、終末期相談は必要なものと考えています。支援料が支払われることにより、適正な終末相談を受けることができるのであれば必要なのかなとも思います。ただ高額な負担は避けて欲しいです。 |
| 297 | 年齢を限定するのは好ましくない。1人1回というのも手抜きを誘うことになる。主旨そのものは良い。 |
| 298 | 現在75歳未満の人が同じケースの場合は、料金など支払うことがあるのかということと、200点の報酬料が具体的にいくらなのかがわからないので判断に困る。ただ後期高齢者医療保険の導入で「生活費がまた減って困った」と言う人が多いのにまた高齢者の負担が増すのはどうかと思う。 |
| 299 | 年を取ってからの方が何かと医療費もかかるが、75才以上で区切ってしまうのはいかなものかと思います。日本を支えてきて下さった方々が多いと思いますので、何かと余計な費用を払わせないように国で何とかして欲しいと思います。 |
| 300 | 治る見込みのない状況というのは年齢に関係なく、誰にでも起こりうることだと思うので年齢設定をもうけるのはおかしいと思う。また診療報酬だけを考え医師が内容重視ではなく、形式的に（形だけの）話し合いを行う可能性も否定できなくもないので、まず患者とその家族の希望を重視して実施すべきであると思う。 |
| 301 | 労働の対価、文書に対する責任を明確にするために支払うべきである。 |
| 302 | 年齢区分は必要ないと思う。 |
| 303 | 医師が病状に関し、相談や説明をするということは当たり前のことで、患者に対し信頼を持たせることも仕事だと思う。まして75才以上となれば収入的にも少ない方も少なからず、そういう方々からの支援料負担は福祉的な意味で反してると思う。 |
| 304 | 患者の家族及び本人に対して適切な相談をするのは当たり前のことであり、それ以上に経済的負担を本人と家族に強いるのは好ましくない。 |
| 305 | 75才以上を対象とするのはどうでしょう。 |
| 306 | 重い病気で治らないなら、自分の意志を書面にて提供されるための支援ならいいと思います。延命の意志もはっきり記入したいです。 |
| 307 | ちょっとわかりづらいと思う。 |
| 308 | この書類を見て初めてこのような制度があったことを知りました。高齢者に限らず自分が重い病気にかかった時には、医師や医療従事者にたくさんの相談をしたい、受けてもらいたいということは当然のことだと思いますし、そこに費用がかかってしまうということに疑問を感じます。 |
| 309 | 合理的である。ただし「200点」の重み（妥当性）については不明。政活課題ではなく官僚による合理的な制度づくり（運用）を希望する。 |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|---|
| 310 | 相談等は医者として当然のことなので、高額な支援料でなければいいと思います。 |
| 311 | 良い制度であるが、そんなに高く設定する必要はない。 |
| 312 | 相談料の支払は良いと思うが、後期高齢者のみが対象というのはおかしい。年齢制限はなくすべき→ダメなら誰にも払わない方が良い。 |
| 313 | あまり死に際にバタバタしたくないのでたぶん相談しない。 |
| 314 | 導入されることにより格差が生まれぬよう、注意していかねばならないと思います。 |
| 315 | 自分自身はその立場になった場合、医療機関は相談料収入をビジネスと考えると、患者の意志とは別の方向に動かされることもあるかもしれない。 |
| 316 | 治る見込みのない病気が患者の意志を奪ってしまうもの（例えば痴呆症）の場合に、ほんとに患者と医療従事者が話し合いを行ったかどうかを区別することが難しいと思うが、相談支援料を支払うのは基本的には賛成。 |
| 317 | ケースによって違うと思うので、すべてにとというのはどうかと思います。 |
| 318 | 医師・病院がお金が欲しいから料金を取る。医療費が増えて国民保険料も上がり、国民は困る。 |
| 319 | まだよくわからないので今は何とも言えません。 |
| 320 | いまいち後期高齢者終末期相談支援料の意味がわからない。年寄りだけがこの制度を使うのはおかしいなあと思う。 |
| 321 | 内容がまだ理解できてないので、何を書いて良いのか迷っています。 |
| 322 | 高齢者の終末期を利用した、医師・医療機関への優遇処置としか思えません。凍結措置が講じられて当然です。一般的なサラリーマンの退職後の生活と医療関係者の生活を見ればいかに医療関係者の所得が高額かわかります…なのにまだ…。医師を志した人が人を助けることは当たり前のことです。 |
| 323 | 治療の経過やその後のことの話し合いは医療の一部であるが、そのことと書面にしたからとしても相談支援料を支払うのはいかなものか。 |
| 324 | 診療の一部で特に相談料として新設される意味が理解できない。 |
| 325 | 双方が今後の方針について話し合いを持つという基本は良いと思うが、反面支援料目的で画一的に行うようにならないか心配な面を感じる。 |
| 326 | 現在では医は仁術という考えは通用しなくなり、後期高齢者も増えて対応しにくくなると思うし、患者側の権利意識も高まってきていると思うので、専門の医療従事者を必要とするのではないかと思われるから。 |
| 327 | 治る見込みのない病気になるのは高齢者に限ったことではないのに、年齢（制度）で区切るのはおかしい。終末期医療がまだそれほど設備も整っていないのに病院をたらい回しにされたり、家族が重い負担を負わなければならない現状を変えずに、高齢の方に医療を遠慮させるような風潮を作ってしまう厚労省のあり方には疑問を感じます。 |
| 328 | 病院は儲かることには積極的になるものです。今の厳しい状況で高齢者に支払ったりさせないで下さい。いずれ自分たちの番が来ます。必要なものには気持良く払うつもりですが、お金持ちばかりではない今の世の中の現状を考えて欲しいと思います。 |
| 329 | 患者中心の医療と、患者さんからの意見を十分に把握して実施することが望ましい。 |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|---|
| 330 | それだけの時間を使っていたのなら、支援料が導入されてもいいと思います（患者のために十分話し合うことができるようにして欲しい）。 |
| 331 | 最後まで納得のいく治療を受けることができるので、高齢者にとってもその家族にとっても良い制度であると思う。 |
| 332 | 年を決めたり、治る見込みがないと決め付けるのは家族側としてはどうかと思う。 |
| 333 | 医師が認めるなら 75 歳以下であっても相談が必要な時は支援料を出して、患者・家族が納得できるようにしたら良い。 |
| 334 | 年齢区分なく相談支援料は支払われるべきです。 |
| 335 | 後期高齢者の場合、認知症などの他の疾患の罹患も考えられ、他に関与する医療の増大も考えられるため、終末期と限定しづらいと考えられるから。 |
| 336 | 何でもお金を取ればいいという問題じゃないと思う。 |
| 337 | 後期高齢者保険料制度そのものが理解できません。個人の年金からとはまったくおかしなことだと思う。 |
| 338 | まだ先の話なのでわからない。 |
| 339 | 高齢者の終末期相談には当然支援すべきである。 |
| 340 | 人間の尊厳に関わる問題を制度化することの難しさがわかっていない。反対である。 |
| 341 | 重い病気の患者の今後の治療方針等を、関係者で話し合うことは重要なことと思う。これに適切な額の相談料を支払うことは当たり前のことと思う。この相談料支援に年齢制限を設けない方が良いと考える。 |
| 342 | 良い制度だと思う。 |
| 343 | 75 才以上、終末期の人間から金を取る。金のない人は相談すらできないのか。仮に金を払えば医師は親身になってくれるのか？私はそうは思わない。中には事務的に終わらせようとする医師も出てくるはず。そんな時に金を払うのは納得いかない。 |
| 344 | 患者の負担が増え、保険料の値上げになると思う。 |
| 345 | 病気が長くなった場合はお世話になり、迷惑もかける支援料はお礼の代わりにとも思います。 |
| 346 | 初めて聞いたことなのでよくわかりません。 |
| 347 | 特別な項目を設けるような事柄ではないと考えるから。そのような状況に対して「説明する」「説明を受ける」というのは当然の医療行為である。 |
| 348 | 何才で亡くなるか（治る見込みがない）どうかは判断することができず、年齢による対象内・対象外が合理的であるかどうか疑問が残るところです。しかし制度上の先発的な法律として理解しています。今後に期待します。 |
| 349 | 改めて年齢区分はいらぬし、今までの治療の流れで対応できないのか。 |
| 350 | 今までは十分な話し合いができていなかったために、できたものなのか？患者や家族と、もめないために病院を助けるためのものなのか？よくわからないが不要なものに思える。 |
| 351 | よくわからない。今まで考えたこともなかった。 |
| 352 | なぜ 75 才なのでしょう？若くても逆に子どもが小さく、生活費も大変・・・という人はいっぱいいると思いますが・・・？ |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|--|
| 353 | 医師は金をもらわないと相談に応じないのか。 |
| 354 | 終末期医療については、75才以前から考えることも必要になってくると思います。75才で区切るのはいかがでしょうか。また支援料も重複して取ったりすることのないようにしていただきたいし、内容もあまり深くなくても取る場合もあるし、基準がはっきりしません。医療費は患者ではわからない相談料・指導料などいろいろかかる時もあります。はっきりしない支援料を取った方が良いか判断しかねます。もう少し点数が低くても良いかと思います。 |
| 355 | 自分の最後は話し合って納得したいと思うので良いと思う。 |
| 356 | なぜ対象が75才以上に限られているのかわかりません。 |
| 357 | どれくらいのお金を負担しなければいけないのか、わからないので何とも言えないですが、自分の病気や最後についてきちんと説明をしてもらうのはとても大事なことだと思います。 |
| 358 | 終末期の相談については、病状に対する極めて高い見識と人生観を要求される仕事だと思う。見合った報酬を与えるのは当然であり、そのような医療従事者のレベルを高めることこそが、高齢化の進む我が国の互助ネットを深化させる一つの手段だと思う。 |
| 359 | 初めて知りました。200点というのがいくらなのかは知りませんが、何でもお金に換算するのがイヤです。話し合いはごく普通のことですから。 |
| 360 | 相談することに対しての料金がかかるということに対しては、お医者様にしてもそのための時間を割いて話し合いをされるのだから納得がいくのですが、後期高齢者だけに限るということに賛成できません。いったい何時からこの国は老人を差別するようになってしまったのでしょうか？誰でも年を取ります。これではお金のない老人はやすらかに死ぬこともできないのですか。 |
| 361 | 必要な仕事については対価が支払われるべきである。 |
| 362 | 75歳の十分な生活力のある方はいいですが、生活が苦しい方などは大変だと思う。 |
| 363 | 現在のところはあまり考えていません。 |
| 364 | 後期高齢者をあまりいじめないで欲しい。安心した生活を送れるよう行政の方をお願いします。 |
| 365 | 医師や看護師が相談を受ける時間を作って話し合うのだから支援料が支払われるのはいいと思う。 |
| 366 | 医療機関では医師の診察をたとえ1分受けたとしても健康保険より多額のお金が支払っている。これはおかしいことである。今回の質問も同様な考えから支援料を払おうとしている。従って支払うべきでない。 |
| 367 | 文書などにまとめる必要性を感じません。 |
| 368 | 最後だからこそ医師の意見を聞きたい。それなのに支援料としてお金を負担する。死を直面した人にやっぱり金次第なのかと…。 |
| 369 | 後期高齢者になって後は余分な診療などせず、できるだけやすらかにしたいと家族とも話している。 |
| 370 | 患者の意志やその家族の考えや意志によってはいろいろな考えはあると思う。例えば病状が悪化し、意志疎通がなくなった場合はその後療養しないで楽に死を迎えたいと思う患者の考えを尊重することもあると思う。 |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|--|
| 371 | 患者及び家族は終末期のことは不安であり心配です。医療機関より説明を受け、文書を受ければ本人、家族とも安心です。終末期相談支援料金がどのくらいなのか分からないので不安です。 |
| 372 | 支援料の発生によって医師達一人一人が真剣に取り組んでくれると良いです。 |
| 373 | 自分のことを納得いくまで話し合え、説明を受けられるのはとても良いことだと思いますが、文書にするのに自己負担があるとかお金が絡んでくるのはちょっとおかしいような気がします。 |
| 374 | 文書でもらえるのは良いと思うが、相談支援料があまり高いようだ困る。 |
| 375 | 不正請求の可能性を含んでいるように感じる（たった一度でも複数の相談も同じならば）。医療関係者と患者だけでなく第三者的なチェック機関があってもいいのではないかと（支援料を支払うのならば）。例えば弁護士や司法書士など。 |
| 376 | このアンケートをするまで支援料のことは知りませんでした。説明を読み、病気になっている本人は不安、聞き間違いなどが起こるため文書にしてもらい心を落ち着かせて読むことができると思いました。文書にするためには料金が発生するのは仕方がないと思います。ただ遠慮することなく医療従事者に何度も相談できる体制を整えて下さい。 |
| 377 | 我々年寄りにはお医者様！と言えども何度も相談できて自分のことを教えてもらうのに治療以外はお金につながるように一度も思ったことがないので診療証明とか、他医療所への紹介状などは有料と思いますが元々見て頂いているお医者さんに相談料などの支払いをするのには？ |
| 378 | 相談支援料の詳しい説明を読んで支払うことにより親身に相談して頂けるのであれば仕方ないのかなと思いました。しかし支払いができない人のために何か良いプランができることを望む。 |
| 379 | 自分がもし治る見込みがない状況になったら話し合いを行いたいと思うから。家族に余計な負担はかけたくないし、無駄な延命治療は望まない。 |
| 380 | 必要なものだと思うが対象が75歳以上でなくてももっと幅広くしてもらえるといい。 |
| 381 | 年齢を限定することはおかしい。個人差の病気なので年齢に関係なく支援料を使えるようにした方がよい。 |
| 382 | 医師、看護師側にも精神的にも時間的にも負担があるので報酬は必要だと思う。 |
| 383 | なぜ75歳以上なんですか？病気は年齢に関係ないものですし、公的医療保険はすべての年齢に対応していると思います。 |
| 384 | 回答になっていないかも知れませんが私の考えを申し上げます。1、支援料についてはよくわかりません。2、75歳以上とした年齢設定そのものが不明確です。終末医療については尊厳死を希望していますが、具体的に注射、点滴などの使用も文書にして欲しいと思っています。 |
| 385 | 治る見込みがないと言えども若い人でもそうなる可能性は多い。高齢者のみに限らず全員を対象にして欲しい。医療機関に1回だけ支払われるとその後再度と持ちかけても医療機関によっては「一度話し合ったから！」と応じない所が出てくるのではないかと？医療従事者の増員、質の向上に税金は使われて欲しい。まず安心して相談できる所、誰でも平等に算定してくれる所に任せられる所を作って欲しい。 |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|---|
| 386 | 医師と患者という間柄ならいろいろ相談に乗るのも当たり前でも、今お医者様も忙しいので手を煩わすということで支援料もありかな?と考えます。 |
| 387 | 後期高齢者に限ることなく終末期相談支援料についてはあつてしかるべき内容だと思います。介護保険が導入されてから医療がすすんでいっているように思えてなりません。人生の最後は医療機関に関わるのもっと充実した医療を実施して欲しいと思います。 |
| 388 | 後期高齢者終末期相談支援料を支払い行うことをします。 |
| 389 | 後期高齢者の名称は外した方が良いでしょう。 |
| 390 | 後期高齢者終末期相談支援料は必要がないと思う。 |
| 391 | 後期高齢者終末期相談支援料には賛成。但し年齢制限はしない方がいい。若い人だって重い病気にはかかる人だっている。 |
| 392 | 終末期は年齢に関係なく訪れるものであり、年齢で区別されるのはおかしいと思う。 |
| 393 | 自分がどう死を迎えたいのか。周りの人（家族）に気兼ねすることなく自分の思いを示す絶好のチャンスだと考えています。人生最後の自己主張です。死後その思い（願い）を遺族がどう理解して実行してくれるかはわかりませんが（様々な思い入れがあつて）遺族の迷いを取り除くためにも必要と思っています。意見など違いはあるでしょうが親族間とのトラブルをなくすためにも（気まずさ）。 |
| 394 | 今のところ何ともわかりません。支援料が必要とも思いますし、また勤務中の仕事とも思います。大事な相談のため個人の問題とも思いますが、心配することもありえるので二重の支払いのような気持ちになるのと、勤務中の仕事の範囲内なら必要なし。 |
| 395 | 後期高齢者終末期相談支援料があるから医療従事者は相談に取り組めるのではと思うし、患者や家族にとっても有意義なものであると思う。 |
| 396 | 反対です。75歳という基準もわかりません。 |
| 397 | 後期高齢者そのものが反対ですし、その終末期の相談に文書を書いたところでどうなるでしょう。自然に終末を静かに送ればいいのではないのでしょうか。 |
| 398 | 私が重い病気で治る見込みもないなら親しい人、友人、家族に囲まれて最後を送りたいと考えています。相談支援料はどちらでもいいと思いますが。 |
| 399 | 患者としてならばお医者様と十分な話し合いをすることは「当然そうあるべきこと」と思えますし、逆にもし医療を行う側だとしたら時間的負担などを考えると料金が発生するものでなければ業務として成立しないと思うことも致し方ないと思います。ただ「診療費を支払う」のであればその話し合い、提供される文書は料金に見合う（実際どれくらいの金額なのかはわかりませんが…）クオリティのものであつて欲しいと考えます。 |
| 400 | 内容によりませんが納得です。 |
| 401 | 社会保障削減の折、病院で最後を迎えづらくなっていると聞いております。このような相談支援は必要だと思います。またある程度死を納得できる後期高齢者より若い方（20～60代）にもというより若いからこそこういった支援が必要だと思います。 |
| 402 | 何度も話し合いや文書の変更ができるのはいいと思う。 |
| 403 | 相談してもらうのは有料でいくらかかるかを明確に患者へ伝えてから相談にのれば良い。 |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|--|
| 404 | 説明を参考にしたがあまりよく理解できない。自分がその立場になってみなければ。 |
| 405 | 十分な話し合いや説明、相談をして頂けるなら支払ってもいいと思う。 |
| 406 | 医療機関として文書作成及び相談は当然のことだと思うので。 |
| 407 | 相談料などいらない。 |
| 408 | 治る見込みがない状況となった患者のことについて医師とゆっくり話し合えることは心強いですが、75歳以上とか年齢を決めるべきでないと思います。 |
| 409 | 話し合っていれば文書は不要。転院の場合は先生が説明を添えて下さいました。申し送りなどもありました。 |
| 410 | すべての終末期の方を対象にすべき。 |
| 411 | 本人の望む形で最後を迎えさせてあげたいと家族なら誰でも思うこと。ただこの件に関しては今まで知りませんでした。 |
| 412 | よくわからない。 |
| 413 | 後期高齢者支援料またその年齢になっていないのであまり考えたこともないし、75歳前後になりましたら深く考えようと思います。 |
| 414 | 高齢者になりお金がある人はいいがない人は益々生活が苦しくなり生きていくのが大変だと思った。 |
| 415 | 200点と言われても実際払う金額がどれくらいなのかわからない。本人の負担がない方がありがたい。 |
| 416 | 75歳以上の全員が金に困っているとは思いません。負担のできる方は払う、できない方は無料と思います。 |
| 417 | 治る見込みがない状況において、年齢で区別するのはおかしいと思う。75歳という区別を設けず再度検討が必要ではないか？ |
| 418 | 終末期を迎えることが明らかな状態でその後のことについて相互に納得できればいいと思う。ただ形式的だけの可能性とか年齢的に制限ということが今いち中途半端な制度だと思う。 |
| 419 | 治る見込みがない状況になっている時点でたくさんの負担がかかっているのに少しでも金額を抑えたい。しかし相談などで時間を割いている医師などが相談料がないのも変。どちらとも言えず難しい問題だと思う。 |
| 420 | 重い病気になってしまう年齢は75歳以上とは限らないので高齢者が対象というのはどうかと思います。相談料をもらう以上医療従事者は責任を持って対応して頂きたいです。人生最後まで全うするという意味で相談などができる手段があるのは悪いことではないと思います。 |
| 421 | 自分の終末をどうするか方針や希望を聞くのは良いとは思いますが、相談料が絡んでくると強制でもなくすることは難しいのではないのでしょうか。私自身ははっきりさせたいとは思いつつ、それを受け入れるのはまだ難しいと思います。 |
| 422 | 医師を守るためのものなのか疑問に思う。残された家族の心の負担を減らすものか？必要だろうと思うが終末期を迎えた患者に冷静にできるだろうか。 |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|--|
| 423 | 確定率 100%の来るべき自体に突入している私どもではありますが、料金については考え方が多種あるものと思ひ決定づけることでないように思われますが。一つの目標でもあるような気がします。心の支えとも思われますが。 |
| 424 | 現在 53 歳のため特に考えたことはありません。今後ネットなどでもっと調べて見解を自分なりに出したいと思ひます。 |
| 425 | 医師からの説明を受ける時素人には理解できない言葉が多く、その場だけでは説明されたことがよく理解できません。文書としてあれば後でいろいろ調べることもできるし、家族に説明しやすいはずで。 |
| 426 | 自分自身まだ 30 代なのでピンとこないが自分が 75 歳になった時の経済状態にもよる。相談支援料…何でもお金がかかる現在どちらとも言えない。 |
| 427 | 料金を支払うことには少し抵抗感があります。保険料も支払っているのだから無料にするのが良いのでは？保険料を払わないのであれば実費でも仕方ないと思ひます。死に対する不安は誰にもあります。 |
| 428 | 75 歳以上の方のみ限定するのではなく、終末期相談をした方すべてを対象にしても良いと思ひます。 |
| 429 | 妥当と思ひます。 |
| 430 | 医療行為の範囲と考えます。 |
| 431 | 75 歳未満は所得に応じて負担額を変えた方が良いと思ひます。 |
| 432 | 支援料そのものに賛成です。ただし年齢制限とか後期などの名称には大反対。 |
| 433 | 算定して文書などにまとめる意義がよくわからない。 |
| 434 | 一番は患者がどうして終末期を過ごすかであって医師や看護師が決めることではない。 |
| 435 | 決まったことなので支払うことはやぶさかでないが、終末期相談支援料としてはあまりにも名が悪い。何か別の名にするか（話しあい手数料とか）。 |
| 436 | 後期高齢者こそ話が大事で家族など医療従事者と密に話し合うべきでそれにお金がかかるのはどうかと思ひます。それが保険からだとしても！ |
| 437 | それよりも前に高齢者の医療費の負担を少なくするとかに公的なお金を使って欲しい。 |
| 438 | 今まで長い期間保険料を支払って来ましたが、現在の緊迫した状況を考えるとやむを得ないと思ひます。 |
| 439 | 75 歳以上と区切らないで全年齢を対象にした方が良い。終末期の治療を望んでいるものは全年齢にいると思ひます。 |
| 440 | 制限そのものがよくわからないので何とも言えない。 |
| 441 | 年齢区分は必要ないと思ひます。メディアでこのことを取り上げてみては。 |
| 442 | このような支援料という支払い方ではなく、もっと医療機関に援助（国から）があるべきだと思ひます。 |
| 443 | 若くしてガン、不治の病気など 30 代、40 代でも終末期を余儀なくされる人はこれから多くなることと思ひます。高齢者だけではないと思ひます。1 人ぼっちでも家族がいても病気によって終末期が来るのです。もっと広く考えた方が良いと思ひます。 |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|--|
| 444 | 医師は支援料を受け取るべきではない。看護師、その他は業務の域を超えているため受け取っても良い。 |
| 445 | 支援料が導入されるということ、されていたという事実も知らなかった。なぜ年齢区分をするのか？年齢区分は必要ないと思う。 |
| 446 | 話し合い、文書作成を行うたびに相談料を支払って良いと思う。何度行っても 200 点では医師らの時間と業務の負担が多すぎて割りに合わないのでは。医療機関側は元を取れないような診療は行いたくないので結局この制度は使用されなくなりそう。 |
| 447 | 何かにつけてこれからはこういう制度はやむを得ないと思う。まして命に関わることであれば変えられないので当然かなとも思います。初めて耳にしたのでよくわかりませんが。 |
| 448 | 自分の病状を詳しく知っておきたいと思うので、何度も話し合いができるのは良いと思います。 |
| 449 | 家族と医師との相談は必要であり本人と家族と医師の話し合いも治療の一つと思う。 |
| 450 | 妥当だと思います。 |
| 451 | 特別に 75 歳以上ということで取り上げて言うのは差別のような気がします。 |
| 452 | 年齢区分がおかしい。全ての国民に対して差別していると思う。 |
| 453 | 終末期の医療は年齢に関係なく必要。ただ相談支援としてわけなのか、今現在の医療報酬の中でやるべきかわかりません。治る見込みがない状況となった時に相談できる場所があるというのは心強いと思います。 |
| 454 | 75 歳以上とせずすべての人に実施して欲しいです。参考資料はこれでいいと思います。支援料が 200 点は高いのか安いのかあまり病院を利用していないのでわかりません。1 点がいくらなのか…？ |
| 455 | 患者は終末期を迎えると精神的に不安定になるので、終末期の相談はとても良いことだと思います。 |
| 456 | 支払う必要はないと思う。 |
| 457 | 相談料が支払われることでお金目当てで相談を受ける印象が少しあるが、それでもきっかけとなり親身に相談を受ける人が増えるなら良いと思う。ただ重い病気の人は 75 歳より若い人もいたのでその人達の立場がどうなるのか不安（若いという理由で相談が適当になるなど…）。 |
| 458 | これは後期高齢者だけに支援される制度のように感じられます。こんな制度が決まったなんてことは周知されていません。いつ決まったのですか？死ぬ人は 75 歳以上であると思っているのでしょうか？終末期は病気の人なら誰でも迎える可能性があります。病院にすら告知説明書がない制度は絶対に反対です。 |
| 459 | 良いと思う。決して無駄なお金ではないと思うから。 |
| 460 | 主人が●●●に通院していました時説明は 30 分以上かかり予約時間は 1 時間以上遅れるのは当たり前でしたので、後の方が気になりなかなか質問はできませんでした。主人は●●●の緩和ケアの先生が自宅に来て下さり、こちらの方が気が楽になりました。相談支援料があればこちらも気が楽です。 |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|--|
| 461 | ニュースなどを見ていると介護保険が本当に困っている人々にはあまり役立っていないように思われます。終末期相談費支援料この相談も余裕のある人は療養の内容もいろいろ選択できるが余裕のない人々はない。ただ本人の意思と家族の温かい見守りだけだと思いますので特別に設ける制度とも思えませんし。 |
| 462 | 自分の希望を家族にもわかってもらうためにも終末期について話し合い、医師にも伝えることは良いことだと思う。料金を支払うことも仕方がないかと思う。 |
| 463 | 病院で診断書などの種類を請求する場合も料金を取られているのですから相談支援料についても仕方がないと思います。算定が1回のみで話し合いは何度でも行えるという点は良いと思います。 |
| 464 | すごい良いことだと思います。 |
| 465 | 年齢区分を設けること自体がおかしい。 |
| 466 | 患者の家族の相談が時間と金額などで差が出てしまう。後期高齢者の患者が自発的な意見を述べる状況はまれなことで、医師や看護師に温かく見守ってもらい判断にお任せした方が家族にとって悔いが残らないと思う。 |
| 467 | 後期高齢者から相談料を取るのはいかがいそう！家族が支払いのできる人は良いと思うが、一人暮らしの人などは生活がきついと思う。 |
| 468 | 1回に限り200点なら文書として残すことは確実にされるなら(その後は取られないことも必ず)しっかり話し合っってしっかり道を選ぶことのできる機会が与えられるのが希望です。 |
| 469 | このような話し合い、文書作成に相談料という名目で支払わなければならないのは心情的にむなし。理想と現実は違うということか…。 |
| 470 | 率直に言ってよくわかりません。 |
| 471 | 自分の病気について医師などと相談またそれを形に残すことは患者として当然の権利だと思うのでそこに相談料が発生することは好ましくないと思う。75歳以上という年齢で線引きをする意味はないと思う。 |
| 472 | 細かい点はよくわからないが大筋で賛成できる。形式的にならず人間全体を見る医療であって欲しい。 |
| 473 | 本人と家族の気持ちは違うと思う。自分自身は覚悟を決めて身の回りの整理をしたい。家族は患者に関わる経費や最後の希望をできるだけかなえて段取りをしておきたいと思うだろう。 |
| 474 | 近頃では医師不足で問題の多い時代に本アンケートのように書面で各人に適した対処方法を書く医療機関があるとは思えない。病名でありきたりの印刷物を配るのが関の山であると思う。その程度で治療費以外に料金を取るな。人の顔が皆異なるように各人の終末も異なると思うが、それぞれに対処できるとは思わない。 |
| 475 | お金を支払わなくては十分な相談や治療を受けられないからやはり家族としてはやむを得ない。無料でやるなら内容の不十分さや医師達の負担にもなる。やっぱり仕方がないことだと思う。 |
| 476 | 費用などが重なるため。 |
| 477 | 75歳以上の区分が限定されていることの正当な理由がわからない。すべての人に死は訪れるものなので平等かつ公平な法であって欲しい。 |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|---|
| 478 | 制度として妥当なものと思われる。 |
| 479 | 後期高齢者の方は収入の面でも厳しいと思います。少しでも安く治療相談が受けられるのが好ましいと思います。 |
| 480 | 重病で治る見込みのない状況となった場合、年齢に関係なくして欲しい。例えば植物人間になってしまったりした場合、本人の意思では生きているとは思えないので殺人罪になることがないよう延命装置を外すことができるようお願いしたい。 |
| 481 | 男女一律の年齢区分である点を考慮すると適当な時期での（相談料の）決め方と思う。 |
| 482 | 相談支援料を医療保険から支払われるのは75歳以上でなく、80才以上とかにすれば良い。但し現在保険料から支払うのは反対だ。 |
| 483 | それで良いと思う。 |
| 484 | 年齢に関係なく相談に乗るべきだと思う。 |
| 485 | 終末を迎えた患者、世話をした家族に苦痛の感謝をして頂くといいです。 |
| 486 | 診察料と同じように料金が発生するのは特に問題はないと思うが、それが高齢者のみという理由がよくわからない。 |
| 487 | 告知は必要ですが負担にならないような金額であれば支払いは可能だとは思いますが。高すぎたり経済的、生活的に困難な場合もあるので必ず支払いができるかは難しいと思う。 |
| 488 | ケースバイケースでもっとしなやかであって欲しいです。自然の流れでありたい！自分の力で食事が取れなかったりしたら私はそのままを選びます。 |
| 489 | 病気で死亡される方は年齢に関係ないと思われまます。よって重い病気と認められた患者さんにも全員相談料を取って治療方法などを決めた方が良くと思われる。 |
| 490 | 75歳前であっても治る見込みのない病気の人でも大勢おられますし、病人に関係ある人達が十分に話し合うことが大切であり文書に書いても人それぞれで病状がどう変わるかもわかりませんのにその都度話し合っ相談料はいらんないと思います。 |
| 491 | 年齢は必要ではなく若い人でも終末期を相談してもらうことが大事であり、特にまだ十分働ける世代であれば残る家族の生活もありどう対応していくかを相談する上で支援料を支給して十分な話し合いへの補助として欲しい。だから年齢が75歳以上に対してはおかしい。 |
| 492 | 年齢で区切らず必要とする患者をすべて対象とする。文書化することによって人生の区切りがはっきりする。患者の考えを優先することを明文化する。 |
| 493 | 相談は患者本人だけでなく医療関係者のためにも必要なことだと思います。なのでそこで相談料というものを取るのは違うんじゃないかなと思います。 |
| 494 | 考えはいろいろありますが、すでに決まっていることなので何を言っても変わらず。 |
| 495 | 年齢に関係なく必要な人にはすべきだと思う。 |
| 496 | 自分の寿命は80才くらいだと思うので望む人は支援料を払い、望まない人は払う必要がないと思うので自分の意思でどちらか選ぶようにすればいいと思う。治る見込みがないし、若い時みたいに治らないので無駄な治療はやめるべきだと思っている。10年もしたら高齢者が増えるので年齢区分は必要だと思う。 |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|---|
| 497 | 話し合いが行われその内容を文書にしてくれるのはいいと思うが、相談料が発生するのは少し納得できない部分もある。 |
| 498 | あまりいいとは思わない。 |
| 499 | 終末期の患者の家族にとっては助かる（治療費）でしょうが、もしそのため保険料の支払いが多くなっても困るのですが「後期高齢者支援料」が75歳以上の方の全体でどれだけ利用されているのかその点も気になります。 |
| 500 | 患者と医療関係者が良い方向に向かって話し合うにあたって金額が発生するのが何とも不思議な気がします。本当に親身になって考えて下さる方もあれば、報酬のための病院も起こるはず。患者のためのミーティングに時間をかけている所には当然必要だと思うし、何で？という病院に支援料が払われるのは我慢ができない。 |
| 501 | 私が患者だとしたら相談に乗って欲しいと思うから。 |
| 502 | 介護などの必要性を家族全員（親族）が理解できる。 |
| 503 | 弱者に対してまたお年寄り、年金生活のやりくりの中のお金を請求することは好ましくないと思うので年齢制限は良くない！ |
| 504 | 治る見込みのない病気にどんどんお金を使うのは自分としてはちょっと考えてしまいます。それによってお金が足りないというのであれば、自分としては延命は望みませんが、それを確認すると医師にお金が支払われるというのはちょっと違和感があります。 |
| 505 | 終末期を迎える際に医師と十分な話し合いの場を持ち、文書として互いの確認を取れることは好ましいと思う。現場にあたる医師などには当然ながら文書作成の事務的作業に専念してしまわないように気を付けてもらいたい。 |
| 506 | 大変良いと思います。高齢者が病気になると大勢の方に迷惑をかけます。 |
| 507 | 型にはめて機械的に進めていかれそうな気がする。相談するにしても信頼できる医師や看護師でないと自分の意思を伝えることは難しいと思う（確認のために文書を作るのはいいと思うが）。形だけの料金表として文書を作り、支援料を払うのは患者にとって好ましくないと思う。相談の内容は1つだけではないと思うので一律に200点とするのも大雑把すぎると思う。 |
| 508 | 支援料の制度は当然と思われるが文書などで提供した場合のみ支払われ、文書の提供がない場合は支払われないのが不可解。75歳未満でもこの制度は必要かと思います。 |
| 509 | 妥当な考え方だと思います。 |
| 510 | 今の75歳というのは昔と違いとても苦しいです。80才以上で良いのでは。相談支援料というものがいくらなのか知りたい。もし高額ならおかしい。金額が不透明。これからの日本は高齢者の国になっていく。支援料なるものどこから持って来るのか。 |
| 511 | 話し合っただけで文書にするというのは医師などの仕事の一つではないかなと思う。75歳以上の方はお金が少なくと世間で言われているのにこれ以上取るのか…と残念に思う。 |
| 512 | 高齢者の場合家族を支えて再度話し合いとなった時、相談支援料がある程度かかるのは仕方ないと思う。でも基本的には治療上においての説明、話し合いにお金がかかるのは好ましくない。 |
| 513 | 相談はある程度必要だとは思いますがその時の病状や気持ちの持ち方で変わることもあると思うし、「文書提供を行った場合」と限るのは何となくスッキリしないものを感じる。 |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|---|
| 514 | 必要ない。 |
| 515 | 家族も本人も安心して相談できるようになると思う。料金が払われているなら詳しく相談できる。医師も力を入れて取り組むようになっていいと思う。 |
| 516 | 現在の医療、介護現場はとても忙しくて人手不足だと聞いております。その割には報酬が少ないので辞めていく人も多いとも聞いております。安心、安定した老後を過ごすためには多くのスタッフがいる方が安心です。報酬が増えればスタッフも辞めていかないと思うからです。 |
| 517 | 意識のあるうちに延命治療の要、不要など話し合いの上…良い制度だと思います。それに伴う費用を支援するのは当然良いことと思います。 |
| 518 | 後期高齢者より 50 代 60 代の人に必要なのではないでしょうか。75 歳以上の方の症状進行は遅いでしょうし。 |
| 519 | お年寄りからお金を取るのは良くない。 |
| 520 | 相談支援料はサービスにすべき。 |
| 521 | 終末期延命治療を必要としないのではっきりと責任を持つため。 |
| 522 | 話し合いは良いと思いますが、算定も 1 回のみでなくもう少し回数を増やしてもいいのではと思います。 |
| 523 | 後期高齢者は最後まで生活支援、病状など納得のいくよう話し合いをして欲しい。 |
| 524 | 治る見込みのない人達については無料でも良いのでは？ |
| 525 | 病院で終末期を迎えることより自分の好きな所で自由に最後を迎えたい人が多いのでいいと思います。そのために必要な知識も家族の心得もできるし。支援料があればいいと思います。 |
| 526 | 高齢になるにつれて、頼る身内がないなどの問題や金銭的な問題が多くなるのはわかるけど、若い世代がこれから高齢になった時にはもっと様々な支援が受けにくくなるだろうと思うと、下の世代も支援してあげるようにして欲しい。 |
| 527 | 金を取ることでもちゃんと話してくれるならそれもありがたと思います。 |
| 528 | 医師の説明に対してお金が出るというのがまずおかしい。この制度はない方が良い。制度が始まったら不正受け取りとかがまた増加するだろうし、医師への不信感がより高まるきっかけになりかねない。 |
| 529 | 強制ではないことと一回のみの算定ということで患者の負担は大きくないと思う。病院を移った場合の内容の変更は容易なことを確保して欲しい。75 歳以上のみというのはなぜ？ |
| 530 | 賛成します。しかし費用については賛成とは言えない部分が出てくる（公的医療保険料）。 |
| 531 | 厳密な統計はよく知りませんが友人、知人が平均的にこの年齢（75 歳）に「相談支援料」が必要のように思います。人生のラストコースにこれらに支援料が出されてしかるべきと思います。それがための保険料だと思います。家族にとってもいいことでしょう。 |
| 532 | 75 歳以上の人だけが対象になるのはおかしいと思う。重い病気、治る見込みがない病気になる人は子供でも若い人でもたくさんいると思うので、皆同じにすることが当たり前だと思う。 |
| 533 | 支援料の支払いで最後まで命の尊厳を守りたい。 |
| 534 | 逆に 75 歳以上については優遇策として無料にしてもいいのでは？ |
| 535 | 家族や親類の相談に乗ってくれそう。 |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|--|
| 536 | 考慮するも難しく、死ぬのも大変だと感じた。 |
| 537 | 治る見込みがない状況となった患者さんに対し終末期の相談を行うことはとても大切なことだと思います。患者さんや家族にとって支援料が支払われるのは必要なことだと思いますが、病院からの不正請求などには十分気を付けて欲しいと思います。 |
| 538 | 後期高齢にこだわらず終末期の相談支援が公的に行われたらいいと思う。 |
| 539 | 75歳でもまだまだ若い人も多い時代に線引きをするのは自分がその年になった時に生きる意欲をなくしてしまいそうでやめて頂きたいです。取るのであれば全員から取って頂きたいです。 |
| 540 | 話し合い、文書の取りまとめに料金がかかってくるのがいまいち理解できません。 |
| 541 | 年金も不安定なこれからの時代に収入もなく75歳という高齢で終末期を財政状況で左右されてしまうのはいかがと思う。 |
| 542 | 本当に患者の家族のためになる制度なのか…理解しにくいところがある。ただ医療従事者への支援だけにもなってしまわないようにすべき。 |
| 543 | 年齢限定、以外、参考説明の内容を支持する。終末期は年齢に関係なく訪れる。支援料の「200点」は高いのか、安いのか、その根拠は？判断不能。凍結措置の理由は？不明。 |
| 544 | 支援料導入により、保険料が高くなったり、75才以下の人達に負担がかかれば不満である。 |
| 545 | できれば家族だけで話し合いたいので、「支援料」は元々必要ないと思う。 |
| 546 | 対象年齢からして、本人に判断できないケースもありえる。延命としての治療にかかるものかどうかと思う。 |
| 547 | お金をとるのであれば患者、家族が納得するまで十分に話し合えるようにして欲しい。 |
| 548 | 後期と分ける理由は？他の年齢ではそういったものがあるのかないかわからない。もしあれば、「後期…」と区別して他の年齢のそういったものに比べ、安いのなら（リスクが高いいかとは思いますが。ただ、話し合いや文章等事務的に受け入れられるのかは不明。心の準備だけで一杯では…。 |
| 549 | 凍結措置はとてもいいことです。 |
| 550 | 年齢差別は好ましくない。 |
| 551 | あることさえ知らなかった。 |
| 552 | このアンケートで初めて知りました。知らない人の方が、多いと思います。何で75歳以上の人限定なのか、わかりません。若くても終末期を迎える人はいるのに。 |
| 553 | どのような内容かわからないけど、しっかりした書類ならばそれなりの料金を払う必要があるかもしれないが、治療費の一部として含まれても良いと思う。 |
| 554 | 必要ないと思う。 |
| 555 | 年齢区分を設定することに問題があると思う。特に高齢者は個人の生活や仕事、家族関係などで同じ年齢であっても虚弱であったり10年以上若いような生活、身体、精神を維持できたりする人がいて、個人差が若年層より広がるように思えます。よって、一律に75歳以上で線引きすることは難しく、意味をあまり持たないように思います。50代からも将来に不安を持つ弱い者が助けを求めるケースもあると思います。 |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|---|
| 556 | 相談を治療として考えることはおかしいこととは思いませんが、それに対する支援料の発生は納得いくものではないように思います。 |
| 557 | 国が全額支払うべきだ。 |
| 558 | 患者に対して話し合いを行い、アドバイスをすることは賛成です。問題は支援料の内容だと考えます。国民に対して細かな支援料内容を発表し、毎年月ごとにどれ程の支援料、経費が使われたか、明確にし、対象者以外にも全国民に発表する必要があるかと思ってます。医師不足の現状は、自分でも深刻だと思いますが、不正に悪用されないよう管理体制を徹底して欲しいと考えます。 |
| 559 | 本来あるべき医師の仕事が失われ、患者へのいたわりや人格の尊厳がなくなってしまうように思われる。最後の時を迎えるに当たり、国の為に頑張った人達のことを役人の考えで行うべきではないと考える。 |
| 560 | 終末期相談支援料については全く知りませんでした。必要だと思うが、それが何故後期高齢者と言われる人限定なのか、理解できません。また、報酬は払うべきと思うが、高額であってはならないと思います。 |
| 561 | 良いと思います（相談の仕方がちょっとわかりづらいです）。 |
| 562 | 主人も私も自然体を望んでいますので、病状の変化も説明も必要ない（75歳に近い年齢に近い為）。 |
| 563 | 相談や話し合いだけならその場で終わるので、支払うことはないと思うが、文書等にまとめるのには医師も時間を割かないといけないので、支払った方がいいと思います。年齢により、対象者を決めるのではなく、支払い能力があるなしとか家族とか人それぞれなどで年は関係ないと思う。また、医療費はもう少し安くして。初診料が高い。医師のレベルによって医療費も変えるべきだと思う。 |
| 564 | 75歳以上で線引く理由がよくわからない。相談支援自体は必要かと思う。 |
| 565 | 相談にのって下さる医師や看護師の方の時間を頂くことに対して医師不足が言われる中、相応の料金を払うことによって医師不足が解消されるのなら、素晴らしいことですが、基準の甘さから、不正処理が横行する気がしてなりません。 |
| 566 | 医療介護関係者としての意識、責任感の造成になると思う。 |
| 567 | 年齢制限ではなく、所得に応じて相談料を決めるべきだと思う。但し、無料ではなく、有料で互いに理解できるようになるといいと思います。 |
| 568 | 何故75歳という年齢制限ができたのか疑問である。人によっては75歳に達してなくても希望する人もいるであろう。私はまだその対象年齢に達していないが、もし治る見込みがない病気になれば、相談したいと思うし、このアンケートを記入して初めてこのようなものがあることを知った。もっと広く情報開示して欲しい。 |
| 569 | 治療を受ける患者は平等であって、年齢によって区別するべきではないと考えます。 |
| 570 | 後期終末期相談支援料という言葉は初めて知りましたので、よくわかりません。 |
| 571 | 丁寧に真剣に取り組んでくれるのならば支援料も仕方がないかとも思う。 |
| 572 | 75才と年齢を区切ってしまうのは、おかしいと思う。 |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|--|
| 573 | 実際の医療の現場ではこのような話し合いは行われていないのでしょうか？このような支援料がなければ話し合いの場を持ってもらえない現状であるとしたら悲しいですね！このような支援料があるなしに関わらずそのような話し合いは必要ではないでしょうか。 |
| 574 | どうして相談支援料を75才以上にしぼるのか理解できない。全ての患者に適用すべき。医療者は忙しい中説明に時間をかける訳で、仕事の一部だから。 |
| 575 | ・後期高齢者のみと対照するのはどうかと思う。終末期は年齢に関係なくあるもので、むしろ若年者や壮年～初老期の方々の方がインフォームドコンセント等の話し合いは必要であると思う。相談支援料を導入するのなら、対象者は全ての人にするべきだと思う。・治療方針や、病状説明は必ず行うものである為、わざわざ点数を付けなくてもいいのではないかと思うが、医師不足、赤字経営で病院存続が難しくなる今後には必要とされるかもしれないが、導入するのなら全ての人が対象の方がいいと思う。 |
| 576 | 年齢ではなく、全ての末期患者にあるべきだと思う。 |
| 577 | 家族の為に良いと思う。 |
| 578 | 遺族年金生活者ですので、必要だと思います。 |
| 579 | 「後期…」のことを聞くのは初めてであったということが、まず反省です。新聞を読んだりしなければいけないなと思いました。何故75才以上なのか、疑問です。さっぱりわからない。年齢は関係ないのではないか？この制度がないと、終末期の相談をしてもらえないのか。そこも疑問。 |
| 580 | 終末期相談支援料があるということをこの調査表を読み、初めて知りました。相談料として支払うのは当然だと思います。高齢者とは限らず。 |
| 581 | 年が経つにつれて高齢者の数が増えていくと思う。75才にもなると、年金暮らしで経済的にも肉体的にも精神的にも苦しくなっていくだろう。昔ほど子供の数も多くなかなくて子供は1～3人であろう。あてになるのは年をとったらお金になると思う。75才にもなると、アルバイトもない。 |
| 582 | 支援料についてそれに見合った話し合いが十分に行われることを望みます。今後、こういった制度を悪用したり、不正に利用したりすることがあった場合、対応策は十分なのでしょうか。 |
| 583 | 自分自身が少しでも病状がわかると思いますので「貴方はもう生きる望みがない」と決定されたら、病気と“たたかう”ことができない気がします。料金を支払うと強制的に期限を決められ、決定しなければならず、耐えられるか心配です。 |
| 584 | 何の為に支払うのかわからない。何故年齢制限を設けてまでお金を取る必要があるのか。当然の医療行為ではないのか？尋ねたい事はたくさんあるが、相談料がいるのならやめておこうということになるのか。文書料（現診断書等も含め）にしても何故お金がいるのかわからない。 |
| 585 | 治る見込みがない患者と医師との終末期医療についての話し合いは十分な話し合いは必要と思いますが、相談料は要らないと思います。 |
| 586 | 残された家族に負担にならないように希望する。 |
| 587 | 相談料として支払わなければ医師や看護師は動かないのか。と思う。患者という時点で、話し合いや入院中のケアをするのは当たり前のことではないのかと思う。 |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|--|
| 588 | 受け取ることによって責任が重くなり、偽装を言った場合詐欺になる。 |
| 589 | 文書で表してもらえるのは良いことだと思うが、金額によると思う。 |
| 590 | 具体的な内容はよく知りませんが、医師・看護師、その他の医療従事者と誰と話し合っても、どんな形でも、同じ報酬がもらえるとしたら、手抜きみたいなことが起きないか少し心配です。 |
| 591 | 後期高齢者医療費も収入が少ない者にとってひどいと思います。ので、終末期相談料についても同じく反対です。収入の少ない者にとってもう少し温かい医療であって欲しいと思います。 |
| 592 | 医師と患者が話し合いをして、その後の療養について患者の理解を得る為に是非行ってもらいたい支援だと思う。患者も家族も今後の病状の変化に対処するよりどころになり、安心できると思うので、支援料は支払われるべきである。 |
| 593 | 当然だと思う。 |
| 594 | 必ず最期は来ることで、その時の相談話し合いに対して別料金がかかるということは反対ですね。おかしいと思います。文書にまとめて医療訴訟の対策の為に残す為ではと考えられるので問題をなくす意味では必要かなとも思います。 |
| 595 | 200点が幾らかもわからず、上手に回答できず申し訳ありません。今回初めてこのような中身を知りました。行政に頼らず、自分自身でも多くのことを理解して、深めていかねばと感じました。 |
| 596 | ケースバイケースで必ずしも最善の結果が得られるか疑問が残るが、気持ちの面で多少でも楽になればと思う。 |
| 597 | 相談は一般的治療の内のはず。特別に枠を設けるのはおかしい。 |
| 598 | 先にも書いたが、仕事として当然の報酬である。 |
| 599 | 終末期相談支援料は妥当ですが、後期高齢者という年齢区分には反対です。 |
| 600 | 治る見込みがない状況の時、本人はもちろん、家族も不安を抱えると思いますので、医師や看護師の親切な対応、説明はとても必要なことだと思います。末期のガン患者を受け入れるホスピスを増やして頂けるように要望します。支援料はできるだけ安価に抑えて頂けるといいと思います。 |
| 601 | 病気に年齢は関係ないと思う。 |
| 602 | 75才になって頭脳明晰ならばそれも必要かな？医者が忙しすぎて患者とゆっくり話す時間がないので、相談支援料なるもので患者との接点が多くなって良いかな？ |
| 603 | ・治る見込みがないのであれば、病院ではなく田舎の自宅で療養したい等の意見（希望）もあると考えます。 ・患者の意志を尊重することは良いことだと考えます。但し、文章に残す、記録に伸すことは必要なのか疑問です。医師の信頼関係の中で話し合いの範囲で良いのでは？ ・また、年齢の設定は75歳は高すぎだとも考えます。70歳とか、65歳以上でよいのでは？ |
| 604 | 1. 話し合いの内容を取りまとめ文書化する必要があるのか。お互いの信頼関係の問題なのか。 2. 文書化すると相談支援料がいるのは致し方ないと思う。 |
| 605 | 私自身がその立場になってみないとわかりませんが、誰もなりたくてそうなったわけではないのですから、家族も共に相談することも治療等十分な理解が得られるかもしれないし、年齢の制限は別としてあった方が言いように思います。 |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|--|
| 606 | 国民年金等での支払が可能な範囲なら良いと思う。 |
| 607 | 4月～支援料が導入されたことは知りませんでした。治療を受けているのに支援料を支払わなければ、何も教えられないということですか？相談しないと治療もおろそかにされそう。勝手に死ぬのを待てということ？ |
| 608 | 相談の為に医師や看護師に時間を空けて頂くのですから、相談料は支払われるべきですが、200点は変かな？ |
| 609 | 医師と患者の間に十分な信頼としっかりした親密な関係があれば大変良いと思いますが、事務的だったらどんなものかと思います。 |
| 610 | 年齢を75才以上と区分することは変な気がします。 |
| 611 | 75歳以上ではなく、全ての人を対象にした方が良いと思う。若い人ほど家庭のことや金銭面等、今後のことで不安が多いと思う。 |
| 612 | むやみに延命するよりは良いと思う。 |
| 613 | 75歳以下でも思い病気の人はいるので、75歳以上に限定するのはちょっとおかしいと思います。患者の病状についての話し合いは医師がする当り前の仕事だと思うので、改めて支援料を支払う必要はないと思います。 |
| 614 | 何故75歳以上対象なのかがわからない。重い病気、治る見込みがない状況の話し合いを対象とするなら、尊厳死も認めた上での後期高齢者末期相談支援料なら納得できます。 |
| 615 | 最近は一人暮らしの老人が増加し、子供も近くに住んでいないケースが多く、末期の患者にとっては心のケアを含めて、相談支援は不可欠であると思う。 |
| 616 | 終末期支援は年齢に関わらず、同じだと思う。年齢によって支援料の差が生じるのは納得できない。 |
| 617 | 終末期にその後の方針等を、本人、家族、医療関係者等が話し合うことを希望する人がいたら話し合えばいいのではないのでしょうか。ただ、話し合いの場がもたれることで、自分が終末期だと知ってしまうのは怖いような。でも、知りたいような気がする。本当に大事なことを丁寧に話し合ったのなら相談料が発生するのは仕方のないことかもしれない。ただ、医療機関は終末期の人全てに機械的に行いそうな気がする。 |
| 618 | 専門的な情報を有料で提供することはまだ日本文化には馴染まないかもしれないが、時間と労力がかかることなので、仕方がない。 |
| 619 | あることは知らなかったです。まだその年(年齢)になっていないので、深く考えたことがなく、先生とそのようなことはよく話し合うのはお互いの為にも良いことだと思います。 |
| 620 | 医学が全くわからない私達にとって後期高齢者終末期相談といっても患者も家族も医師、医療従事者に従うしかないと思うし、本当にその家族と患者の気持ちになってできるかと思います。この制度がただの制度で終わって欲しくないです(文章に残すだけでは意味がないのでは…)。 |
| 621 | 75歳以上に限り、自己負担がないということなのではないでしょうか？だとしたら、対象者の数が年齢的に見て、かなり少ないと思われるので年齢に関係なく自己負担をなくして欲しいです。75歳以上に限定する意味がわかりません。 |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|--|
| 622 | これから、ますます老人社会となり、入院、入所できるところが少なく自分たちだけでは（家族）決められない。専門の人に相談できるとすごく良い。 |
| 623 | その時になってみないと今の時点では自分になってないのでわからない。 |
| 624 | 悪くないものと考えます。70才、65才の時にこの制度を利用できないので、不平感が生まれてくると思います。よて、75才以上の枠がない方が良いと思います。 |
| 625 | 支援料はとても良いことですが、75歳以上に限定してしまうのは良くない。生活が苦しいのはみんな一緒です。 |
| 626 | 病状を家族が理解することにより、対策を考えやすい。 |
| 627 | 治る見込みのない重い病状は生まれて死ぬまで若かろうと訪れるので、このことに関しては後期高齢者に限ってとするのはおかしいと考えます。 |
| 628 | 終末期相談となるともう先もないのだから相談支援料を払う必要はないように思う。 |
| 629 | 話し合いを持つことは良いと思う。それに対して相談料が診療費の一部として支払うことが悪いとは思わないが、その支払いの年齢を75歳以上と年齢区分を決めるのは妥当だとは思わない。それなら何歳が妥当なのかと問われたところで、妥当の年齢がすぐには思い浮かびませんが。 |
| 630 | 入院その他でお金がかかるのに相談しただけでまたお金が必要なのは困ります。 |
| 631 | 本来であるならば治る見込みがなくてもその後の病状や変化等は知る権利があり、当然のことと思いますが、その内容を文書にまとめた場合、料金が発生しても致し方ないことなのかなと思います。 |
| 632 | 病状説明や支援は治療の一貫と考える。 |
| 633 | 終末期相談は誰にでも起こることなので、後期高齢者を区別するのはおかしい。 |
| 634 | 若くして末期を迎える方のケアも考えるべき。 |
| 635 | 年齢を区切った上での相談支援料がどうして設定されるのか、わからない。後期高齢者といわれる人のみというのはどうしてか。 |
| 636 | 75歳以上に限定すべきではないと思います。とは言うものの、年齢区分を設けないといけないと思います。私としては60歳以上であれば終末期を迎えている患者を対象としても良いのではと考えます。 |
| 637 | 75歳以上なら尚更本人と家族、介護者にそれらを行うことは当たり前と考えます。そこに支援料と名の付いた料金が発生するのは、とても不思議なことと考えます。 |
| 638 | 医師と患者が話し合いを行うことは、当たり前のこと。相談料が支払われるのは、おかしい。 |
| 639 | その時点にならないとわからない。 |
| 640 | 後期高齢者終末期相談支援料について知らなかった。 |
| 641 | 一定の時間、点数等を医療従事者に割いてもらう為、その費用を払うのは問題ないと思う。但し、年齢に関わらず、終末期となる患者はいる訳で、そのような人の立場に立つと同様の支援を望むだろうと思う。 |
| 642 | 医療保険から支払われるということはどうかと思います。まして、患者さんが一部負担等もつての他です。医療ミス等が起こる時代、色々相談して文書にしておくことは良いことだと思うが、それに対しての料金は別に支払わなくて良いのではないですか。 |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|--|
| 643 | 年齢なことについては再考を思いますが、支援料は当然だと思っています。 |
| 644 | 支援料を支払うことで患者が相談しやすくなるのではと思います。 |
| 645 | 金額によりますが、多少なら支援料を支払ってもいいかも？ |
| 646 | 話し合いはカルテに基づいて意志と患者の話し合いであるから、医療行為の一部である。従って診療報酬に含めるべき。 |
| 647 | 支援料という表現は好ましくない。「後期高齢者終末期医療相談料」では！ |
| 648 | 自分が高齢者になったときの医療費が今よりもあがるんじゃないかと不安になる。 |
| 649 | 相談に対する知識の提供力、時間を割いているので、そこに費用が発生するのは仕方ないと思う。必要がない人は相談しないと思うので、必要と思う人がお金を払ってでも文書を残したい等を希望すると思うので、当たり前と思う。 |
| 650 | 75歳で区切ることがおかしい。相談支援料そのものも上記の通り（業務の一環）おかしい。 |
| 651 | 認識がなかった為改めて勉強をしてみたいです。 |
| 652 | 重い病気などで治る見込みがない状況となった時、十分に家族、医者や看護師が一生懸命話し合いされた人にはやはり時間を割いて相談された方々なので、支援料は支払って欲しい。 |
| 653 | 上にも書きましたように、何故この期になってお金を取ることばかり考えるのですか。私はこんな制度にガッカリです。医療保険からやめさせてもらいたいです。 |
| 654 | もうすぐ（あと2年で）75才になります。“後期高齢者終末期相談支援料”は取られたくない。 |
| 655 | 相談料を払うのは何だか経済的に負担があつて嫌だが（治療費にお金がかかる為）、1回限りで何度も相談できるのなら良いのでは…とも思う。しかし、負担金額による。 |
| 656 | 後期高齢者医療制度そのものに反対である。何故75歳以上とするのか？制度そのものを見直していただき安心して人生の花道が飾れるようにして欲しい。死んでいく人間に対して、終末期相談支援料を取るなんてことはもつてのほかだと思う。 |
| 657 | 相談料はあつてもいいと思うが、金額にもよる。 |
| 658 | 終末期はその人の最期の生きざままで、もっとも大切な時であり、それを処方される医療関係も真剣そのものですので、相談料の支払いは当然だと思います。 |
| 659 | 重い病気や治る見込みがない状況になって、その後の過ごし方を心配するのは高齢者よりも若年者の方だと思うので、年齢区分は必要ないと思います。しかし、全ての相談者対象でも、予算的なこともあると思うので、難しいことだと思うが…。 |
| 660 | 今後更に高齢化が進む中、医療機関との相談は必須であり、こうした制度は必要と思う。 |
| 661 | 仕方がないですね、残念だけど。 |
| 662 | 支援するのはいいが、保険料が上がるのではないかと心配です。 |
| 663 | カウンセラーの類と同じようなものだと思うが、薬や施術ではないことへの報酬は必要だと考える（特に回復の見込みがない場合はこちらの方がより大事！）。 |
| 664 | どの年代でも起こりうることだと思うので、年齢を区切らなくてもいいのでは…と思いますが。 |
| 665 | 終末期を迎えるのに相談は必要だけれど、相談料を取るのはやはりどうかと思います。 |
| 666 | ・年齢区分が問題ではないか。 ・後期高齢者を75歳と決めるのが良くないのでは。 |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|--|
| 667 | 各病院の付加サービスとしてしっかり、料金設定して行く方向で進めていけば良いのでは?? と思います。しっかりと知識、覚悟をお持ちの後期高齢者には、不要なのでは? ないでしょうか? |
| 668 | 75 歳以上で末期だといわれた人に負担をしろというのは、どうなのでしょう。 死を直前にして「お金」と言うのは、家族の気持ちを考えると心が痛む思いです。 |
| 669 | 労働に対して料金が発生するのは、仕方がないことだと思うが、相談料という別料金のような感じがして、医療の一環として含まれるものであって欲しい。 |
| 670 | 後期高齢者という言葉も問題だし、まして終末期という言葉もショックです。年齢に関係なく相談支援を行い支援料を支払えばいいと思います。 |
| 671 | 今まで一生懸命の勤めてきた人にとっては、支援料とかの料金まで考えさせられるのは酷だと思います。 |
| 672 | 終末期の患者が診療に対して医師と話し合いを持ち、それを文書としてまとめていることにはおおむね同意できます。しかし、万人がその機会を得ているわけではない以上、公的機関より出費が妥当であるのかは、大きな疑問であると考えます。 |
| 673 | 高齢者に限るべきではないと思います。 |
| 674 | 200 点とは、具体的に料金としての実感がない。一部負担（対象者）はどのくらいになるのか、…不明であり、アンケートに答えにくい面があると思います。 |
| 675 | 私自身がまだ 30 代なので、今一ピンときません。75 才以上の方なら、尚更わかりづらいような気がします。また導入されることすら知らない方もいるのでは? |
| 676 | 支払うのは当然だと思う。文書等の提供をお願いしたのだから、相談料として一部支払うのは当然だと思う。 |
| 677 | 治る見込みがない場合、心のケアが一番大切になってくると思います。医師や看護師との話し合いの中で、気持ちが救われる部分が大きいです。それに対して、診療報酬が発生するのは、当然のことと思います。 |
| 678 | 納得のいく話し合いができるなら、払っても良いと思う。 |
| 679 | 情報に感謝します。認識不足故に差し当たり意見は思いつきません。しかし、いつか親族に起こり得ることと思いますので、自分の考えを考慮したいと思います。 |
| 680 | 治療しても無意味だから、死を選べという方向へ考えを家族や患者本人に植え付けるのは良くない。 |
| 681 | 退職をした後の生活が一変した後、少しでも負担を減らすことができ、安心して最後まで相談をすることができるのは望ましい。75 才という点では、70 才が望ましい。 |
| 682 | 算定は 1 回のみ、話し合いは何度でも変更可能ということだし、急変の対応にも応じてくれるということなので、賛成です。 |
| 683 | 高齢者が増加している現在、後期高齢者末期相談支援料は当然行われるべき 1 つだと思います。 |
| 684 | 支援料を支払わなくては相談できないのは、どうかとも思うが、自分が利用するかはその時点にならないとわからない。 |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|--|
| 685 | 現在、医師不足がテレビの画面をにぎわしている。嫌な言葉だが、患者のたらい廻し等、平和に一生を終わりたいと願っている者にとって次々と不安な情報が耳に飛び込み、精神的な圧力を感じている。生まれてくる新しい生命にとっても消えていく後期高齢者にとっても平等に不安のない社会になって欲しいと切に念じている。 |
| 686 | 病院側の一方的な押し付けでなく、患者、家族側としては相談、話し合いができることは良いことです。 |
| 687 | 終末期相談支援料というのが何故 75 才以上の後期高齢者のみに必要かわからない。 |
| 688 | いらん！！おかしい |
| 689 | 国に負担して頂きたいです。家族や子供に負担をかけたくないです。 |
| 690 | どうして後期高齢者のみを対象とするのでしょうか？治る見込みがないと宣告される人は後期の方ばかりではありません。むしろ若い人の方が深刻な悩みや不安を抱えているのではないのでしょうか。また、相談支援料の算定は必要なしと思います。算定の項目を増やす必要があるのでしょうか。診療内に日々少しずつ説明指導を行うようにすればいいと思います。 |
| 691 | 終末期に関する話し合いも医療であると考えられるのなら、支援料が支払われても良いと思う。 |
| 692 | 医師は患者の病状を見て家族に話しをするのは当たり前のことだと思います。その為の料金を支払うのは妥当ではないと思います。 |
| 693 | 相談（話し合い）は充分にしていいると思うが、お金の負担はなくてもいいと思う。 |
| 694 | 生活や病状に応じて多少はやむを得ない。 |
| 695 | 高齢者より若いうちにガンなどで終末期を迎える人の方がもっと相談の必要があるような気がします。 |
| 696 | お金がない人は、この後期高齢者末期相談支援料が受けられないということになるが、その辺の差別が出ると思う。病院のベッド数や医師の人数や病院維持の問題があるが、もっと増やして欲しい。この先病人も家族も不安がある。 |
| 697 | 医師等も業として行うので、支援料が支払われるのは、当然と思う。患者等の立場とすれば無償の相談程しづらいものはないと思う。医師は報酬を受け取るのだから、気の済むまで相談ができるようになると思う。 |
| 698 | 治る見込みがない状況であっても本人が希望する限り命ある限り延命措置をした方がいいと思う。 |
| 699 | 話し合いは絶対に必要なのになんでお金が絡むのか？その相談を受けるのも形にするのも医者の義務。何でもお金とくっつけるから不平等が増える。病院に勤めていたから知っている。 |
| 700 | 終末期の迎え方を家族と本人、医療提供者が共有することは有意義で、ムダな延命治療が減ると思われる。しかし、年齢区分の必要はないと思う。 |
| 701 | 現代のニーズに合わせた考え方なのでしょうか。自分の行動を他人のせいにする等、人間性が問われる近頃、必要なのかな～？ |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|--|
| 702 | 生物は必ず死を迎えますが、何故日本の後期高齢者の終末期にだけ相談支援料を支払うのか、この画期的な考えに変な意図を感じます。そもそも重い病気にかかった場合、治療について相談したり説明したりするのは患者の年齢によって区別すべきものではない筈です。支払うなら一律に何度でも。 |
| 703 | 患者、家族に良い結果になれば賛成。 |
| 704 | 今は充分とは言えない年金だけで、過ごしているので、そんなにお金も払えない。子供達も苦しい生活の中お金を出すのは大変だと思う。国が相談支援料を出してもらったと思う。 |
| 705 | 治療行為は患者と医師等との共同作業であり、それについて話し合いを行うのは当然のことである。これは、子本的に病気の重さ及び患者の年齢に関わることではないと考えるので、支援料は必要なものである。但し、その点数に検討の余地あり。 |
| 706 | 診療費用一部負担→負担率次第と考える。 |
| 707 | 一番問題なのは、医師、看護師、医療従事者がどれ程の人間であるのか。人生経験、他人を思いやれる心、様々なものを十分理解できる人が理想であって、学歴、社会的立場が上の人間ということは全く関係ないのであって、本当に患者の身になって相談できる人であることが望まれると思います。医療従事者に関係なく選ばれた人との相談であるなら相談支援料を支払うことについては賛成します。ただし、患者本人が相談を希望すればですが。内容が求めている方向からずれてしまったかもしれません、すいません。 |
| 708 | 相談支援料は報酬としてはまずい、200点は廃止すべき。 |
| 709 | 話し合いや文書等の提供等は、治療、医療の一環だと考えます。なので、相談料を支払うという考え方がわからない。 |
| 710 | 医師や看護師、その他の医療従事者が患者及びその家族と共に理解を得る為に話し合いを行うことは、文書等にまとめて提供するとしても何もかも金というのは淋しい心だと思います。 |
| 711 | 年齢区分しない末期相談支援料が良い。人は75才以上生きられるとは限らない。 |
| 712 | 実際にその時になってみないとよくわからないが、十分な相談をした上で、適切な答が出せるならば、もちろん費用を支払っても良いと思う。現実には難しいとは思いますが。 |
| 713 | お金のある人はいいけれど、重い病気で治る見込みがない状況なら私なら後者終末期相談支援料なんていない。 |
| 714 | 初めて聞く言葉でした。年齢に関係なく重たい病気になる人達、子供等も居るので、限定しなくても良いのかと思います。 |
| 715 | 支援料が支払うことのできる後期高齢者はいいいけれども、支払う能力のない高齢者と家族は希望していてもどうなるのかと考えます。 |
| 716 | かけがえのない一人一人を大切にすることで、相談する方にも相談される方にも、後期終末期相談支援料は必要だと思う。そして、問9にあるように年齢により対象者を定めるべきでないと思う。 |
| 717 | 後期高齢者終末期相談支援料があるなんて初めて知りました。75歳以上になると、お金がないと生きていくのが難しくなるのですね。 |
| 718 | 後期高齢者と限定しない方がいいと思います。 |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|---|
| 719 | 内容としては良いことであると思うが、医療費の一部負担については低所得者への配慮が必要ではないかと思う。 |
| 720 | 失礼ではないだろうか。 |
| 721 | 年齢区分が設けられていることの意味が見出せない。なぜこのようになったのか経緯を知りたい。 |
| 722 | 終末期相談支援料としての考え方や内容については賛成できるが、凍結されている現在政治家レベルでの議論ではなく、国民レベルでの議論が必要だと思う（議論すべきである）。 |
| 723 | 実際に診療したのではなく相談というのはあいまいであるが、医師によって質がかわってしまうと支援料の基準公平性がなくなると思われる。相談内容をきちんと国に報告するシステムを作るといいのでは。 |
| 724 | 医療関係者の方々の時間を割いていただくので、当たり前のことです。 |
| 725 | 75 才の年にこだわらず自分の病気のことは知っておきたい。自分のことは自分の体の動けるうちに知っていたいし身近の整理もしたいしそれとなく皆にお別れもしたい。 |
| 726 | 当然のことと思います。 |
| 727 | ・後期高齢者と謳ってありますが、現在 75 才以下の方も治る見込みのない重い病気にかかっている方が多いのではないのでしょうか。 |
| 728 | ・年齢制限があるのも今一つ考えもの。話し合いの度合いもあると思いますが、医師や看護婦がそれだけ対応してくれるかも問題があるのでは…。 |
| 729 | 金額にしていくぐらいなのでしょうかね？ |
| 730 | 後期高齢終末期相談支援料は、希望者のみにして欲しい。 |
| 731 | 患者家族に負担がかかるのがやむをえない。 |
| 732 | 特に後期高齢者に限定するのはなく、癌で終末期を迎えた人に必要であると考えます。 |
| 733 | 年齢を設定するのに異論を考へる。 |
| 734 | 終末期は年齢を問わず、同じように安心して相談していただけるように希望します。 |
| 735 | 医師・看護師にも十分な勉強とその家族に対する親切・優しさの対応を求めます。 |
| 736 | 良いことだと思います。末期相談は遠慮がちな人と積極的な人と差ができるので、皆に相談してくれるのは良いことだと思います。 |
| 737 | 後期高齢者の為になるのであれば、いいと思う。 |
| 738 | 前期・後期という区分こそが不信のもとである。この言葉が格差に結びつくように思う。年齢区分はする必要はないと思う。 |
| 739 | 75 歳以上の方を対象とする根拠がわかりません。 |
| 740 | 患者や患者の家族の立場になったことを考えると文書で残してもらえることは良いことだと思うし、その際お金がかかったり動いたりすることは仕方ないことだと思う。 |
| 741 | なんとも言えないが、支援料があるからやるみたいで、冷たい気がしてあまり賛成ができません。 |
| 742 | 年金のみや年金のない高齢者より、お金を払うことはかなりムリがあると思いますが、75 歳という年齢にはかなり不満があります。 |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|---|
| 743 | 後期高齢者終末期相談支援料が導入されたことは知りませんでした。導入される前でも話し合いとか相談とかはあったと思いますが、逆に支援料が導入されると今まで話し合いや相談がされたことでもお金を払わないということではなくなるのでは…と思います。 |
| 744 | じっくり話し合い納得できれば相談料としていいのではないかと。 |
| 745 | なぜ高齢者に限定なのか、全く理解できない。重い病気にかかった時に困るのはむしろ今現在子育て中の親世代。 |
| 746 | 終末期医療の問題は、75 才以上という区切りではなく年齢に関係なく誰でも相談対応するものである。意識のしっかりした末期患者は希望すれば全員対象とすべきである。 |
| 747 | 無駄な治療は本人も苦しむだろうから、納得できる説明で良いと思う。 |
| 748 | あまりよくわからない。 |
| 749 | なぜ後期高齢者に限るのですか？若くして終末期になられた方々にはどのような対応をするのか、そしてそれは相談支援料をとるようになっているのですか？とるなら（医師の時間をとるのだから）料金を払っても良いと思うが、これは年齢には全く関係ないと思う。 |
| 750 | 終末期といって 75 歳以上の年齢区分をするのではなく、重い病気や治る見込みがない患者は年齢関係ない、終末期（余命 6 ヶ月）などと判断するのも難しいのでは。 |
| 751 | このようなことは無料で処理されるべき。 |
| 752 | 金額はどのくらいかかるのかわかりませんが、皆平等に誰でも相談した方が良いと思います。それには支払われることは好ましくない。 |
| 753 | 家族が十分と思える説明をしていただけるのか不安です。医師・看護師すべて医療に関わる方は忙しいです。そんな中時間を作っていただけるのか不安です。 |
| 754 | なぜ 75 歳なのかわからない。 |
| 755 | 相談料というのが不明。なぜ金がかかるのか。それも仕事の一つなのに。 |
| 756 | その場にならないとわからない。 |
| 757 | それを専門とする人が存在するのであれば、支援料についてはある程度はやむをえないと思う。 |
| 758 | 年齢区分が妥当かは疑問である。 |
| 759 | 医療に係わる人を増やす為には良いと思う。 |
| 760 | この仕事をやれば、医療従事者には実際に負担が増えるのだから、その分の補償は必要である。医者の仕事の一環と決め付けるのは酷である。 |
| 761 | 名前しか聞いたことがなかった。初めて内容を知った。自分は終末期ではないが普段治療を受けていると、今の状態、これからなる状況・治療法など自分が理解して説明をしっかり受けて、というのはありがたいし必要だと思う。 |
| 762 | 病弱で妻子がなく、一人暮らしをしている 60 代後半の弟がいる。終末期は私が健在であれば面倒をみるつもりだし、私が先に逝った時は子供たちに託すつもりでいる。「延命治療は望まない」ということ以外は聞いていない。他聞いておきたいことはあるが姉弟でも遠慮がある。第三者（医療関係者）を介して聞いてもらえれば明解が得られると思う。従って相談料は当然だと思う。 |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|--|
| 763 | 話し合いは大事だと思いますが、そこに料金が発生することには納得できません。治療の一環であり、その人を知る（尊重）上で大切なことだと考えます。 |
| 764 | 相談支援料は必要ではないと思います。 |
| 765 | なぜ 75 才以上を対象にするのか。 |
| 766 | 金額にもよると思いますが、自分が病気や終末期をきちんと受け入れられ、その終末期の過ごし方を自分で決めたいと思った時に、利用できるなら良いと思います。 |
| 767 | 長年、社会に貢献してこられた高齢者に対しては、手厚い支援。当然料金は無料が良いと思います。 |
| 768 | 老齢になり十分な判断ができない終末期になり、生きる見込みのない人を色々な管をつないで生かされるのはいやです。見込みのない人は早く終末を迎えた方が皆（家族）の為にも良いと思う。話し合う必要はない。 |
| 769 | 相談支援料などの報酬制度がなければ、親身な終末期医療を受けられないのかと日本人の心に対し淋しさを感じます。しかしそうせざるを得ないなら、とりあえずその制度の話し合いを進め、すみやかに実行して欲しいと思います。 |
| 770 | 医師の判断に任せる。 |
| 771 | 文章を読んでも内容がよくわからない。「今までは自費だったが、この制度で援助されるようになった」という意味なのか「こういう話し合い+文書にまとめる」こと自体が初めて行われるということなのか全然わからない。 |
| 772 | 患者本人に終末期についての十分な話し合いの機会が得られることとなり好ましい。 |
| 773 | 医療従事者が話し合いをした際に、相談料を払うことはいいと思うけれど、これを利用してお金を稼ごうとする医者がたくさん出てくるだろうから、チェックする機関が必要だと思う。同時に患者の家族などのクレームや要求が増すことがあると思う。この2つを解決できるなら支援料を払うことはいいと思う。 |
| 774 | 診療費の負担が増えるから（年金額は少なくよけいな出費は無理）。 |
| 775 | 相談した事柄の文書を希望しても有料なら諦めざるを得ない人は多いはずだ。弱者切捨てのような制度には断固反対するものである。 |
| 776 | 初めて聞いたことであれなんです、あまりいるようなことではないかなと思いました。 |
| 777 | 終末期というのは若い方でもあることなのにどうして後期高齢者と決めているのか、理解できない。その上、相談したらお金がかかるなんて信じられない。それでもお金がかかるのに…かえって相談することをためらってしまいそうです。 |
| 778 | 実際にはピンとこない。 |
| 779 | 何を相談しても費用がかかる時代なので仕方がないとも言えないが、患者はそれまでに診察料等を支払っているのにそれ以上は医療機関に支払う必要はないと思う。ましてや高齢者からなんておかしいと思う。公的といってもめぐって負担しなければならなくなるはず。 |
| 780 | 医師の仕事に対する報酬なので支払われるべきだと思いますが、それに対する個人的負担はできるだけ安くして欲しいと思います。 |
| 781 | 後期高齢者にあまり負担をかけない方が良いと思います。 |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|---|
| 782 | 金額によります。200 点は金額にしていくらですか？ |
| 783 | 後期高齢者という名前は付けない方が良い。 |
| 784 | 患者の十分な理解を得る為に話し合いを行い、医師や看護師に今後予想される病状の変化に加え、病状に基づいた介護を含めた生活支援して下さい。 |
| 785 | 後期高齢者終末期相談支援料、患者 1 人つき 1 回の算定だから良いと思うが、これが話し合いを行うたびに算定されるのではダメです。 |
| 786 | 病気になる人は関係ない。子供でも大人でも色々な病気になる。そんなこともわからんか！ |
| 787 | 支援料を支払うことによって、公平な立場で相談できるように思います。今までの考え方（私なりの）ですと、お時間をとらせて申し訳ない気持ちでいっぱいになると思います。 |
| 788 | 「後期高齢者終末期相談支援料」（200 点）～はどれくらいの金額ですか？ |
| 789 | 診療費が支払われることは、好ましいことなのか好ましくないことなのか判断は難しいと思います。 |
| 790 | 不必要 |
| 791 | 終末期相談支援料の支払いは、後期高齢者のみに限定すべきではなく、全て高齢者を対象とし、年齢によって線引きすべきではない。 |
| 792 | 親も 75 才になるまではまだ 15 年も先だし、自分の場合はもっと先の話ですので、その頃にはこの制度も変わって思うので今は何とも言えません。あまり興味が無いといった方が近い感情かもしれません。 |
| 793 | 今はまだよくわかりません。 |
| 794 | 後期高齢者は終末期相談支援料は支払う必要はない。 |
| 795 | 75 才以上と区分して支払う必要はない。 |
| 796 | 対象を「75 歳以上」とする合理的理由が知りたい。75 歳以上に制限する必要はないと思う。 |
| 797 | なぜ 75 歳以上が対象なのかかわからない。重い病気、病気の度合いに年齢は関係ないのではないかと思う。またその心配度、悲しみ度、不安度など心は年齢ではないと思う。まず年齢について支援料は…病気度やもろもろによって差をつけるべき。 |
| 798 | 例えば、ガンなど治る見込みがない病気の場合には「できるだけ長く生きていたい」とか「短くても充実した自分なりの時間を過ごしていたい」など患者によって考え方はさまざまであり、またその本人の意思は尊重されなければならないはずで、という意味で希望する人には終末期相談は欠かすことができない医療行為の一部と考えます。医師等医療従事者が行う医療行為であれば、そこに費用負担が発生するのは当然です。となればその費用負担について公的保険が適用されることは自然であり、また当然と考えます。 |
| 799 | お世話されれば年金に関係なく、介護料とか手数料というものは当然だと私は思います。 |
| 800 | 大変良いことと思います。高齢になると働くこともできない、収入も少ない、体力がない。 |
| 801 | 医療機関が相談にとられる時間や手間（下調べや準備）を考えると、無料というのは医療機関だけに負担を強いるのでは。（適正な価格であれば）あっても良いのではないかと。 |
| 802 | 75 歳以上でなく全ての重い患者に支払われるべき。 |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|---|
| 803 | 現在、自分が仕事もほとんどなく国民保険料を支払うのも大変です。支援料に対する年齢も先のこと、今の考えは色々なことがあれば、また私達がお金が苦しくなるから支援料は必要ないと思います。 |
| 804 | 当然のことと思います。 |
| 805 | 75歳以下であっても重い病気で亡くなる可能性は十分にあるので、年齢で区分するのはどうかと思う。 |
| 806 | 支援料を支払って十分な話し合い・相談ができれば良いと思う。 |
| 807 | 年齢で区別するのは問題。 |
| 808 | 重い病気などで医師から過ごし方や病状の変化を伝えられるのは当たり前なのかと思いましたが、実際は違うんですね。私自身その立場（患者）になっていないのでわかりませんが、後期高齢者終末期相談支援料はおかしいのかなと思います。 |
| 809 | なくてもよい。 |
| 810 | 話し合いの内容が患者にとって、ある程度理解ができ、また患者本人の心の支えになるものであれば…等、かなり難しい要素があるようにも思うし、相談支援料についてはもう少しあらゆる角度から検討されるべきものではないかと考えている。 |
| 811 | 高齢での支払いは、経済的にもきついで支援していただけることはありがたいと思います。 |
| 812 | 余命が決められているなら、金はとらない方がよい。ただでさえ医療金など高額なのに。…少し相談等の内容を変え、患者の負担金を少なくできるようにして欲しい。 |
| 813 | 家族に世話になっている高齢者がいたとして家族に負担をかけられないしとか、家族側がそんなことにお金を払うなんて…と思った結果、十分な相談ができなくて間違った方向にその後進んでいったら…と思うと、金額が発生するのはあまり好ましくないと思います。 |
| 814 | 相談するのは良いことだが、情報提供については医療者としての義務である為、そこで料金をとるのはおかしい。 |
| 815 | 文書にまとめたものを希望しないので、現時点では必要性を感じない。文書にまとめないと支援料が支払われないのであれば文書を希望しない者に対しても文書の提供をすすめられるのではないかと不安である。 |
| 816 | 人間最期は、いろいろの人にお世話になると思います。後期高齢者終末期相談支援料は必要だと思います。 |
| 817 | 医療機関の担当者に多忙の中、時間を割いて専門的知識から患者の立場にたって相談してもらったことに対して、当然ではないかと思えます。文書化により内容が確認でき、医療機関とも合意の内容が共有できることは制度的にも大きな前進と思えます。従って相談支援料は当然の報酬と考えるべきではないだろうか！ |
| 818 | 料金をとるということはそれなりに詳しい説明が受けられると思う。無料の場合、その期待ができない。 |
| 819 | 医療保険全体を見直す時期だと思う。医師不足・患者のタライ回し等についても国の制度が不満である。 |
| 820 | 終末期相談支援料は年齢は分けせず国が負担すればよい。 |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|---|
| 821 | 病気への治療とアフター（相談）を別のものとするのは是か否か。考えは様々だと思います。病気になった時は保険会社へ提出する診断書は有料ですが、考え方はこれと同じなのでしょうか。 |
| 822 | 本当に医師が親身になって相談にのってくれるならいいと思うが…。 |
| 823 | 後期高齢者終末期相談ということ自体、おかしいと思う。 |
| 824 | 心配や不安がたくさんある思いで、患者本人が納得できるまで相談して欲しいです。ただ 75 才前だったらどうなるのでしょうか。 |
| 825 | 患者と医師との信頼感がなくなるのではないかと？義務で話しているように聞こえる。 |
| 826 | 75 才以上という年齢を限定することは違うと思います。年齢で病気なるわけではありませんから。 |
| 827 | 後期高齢者と限定するのではなく、すべての終末期患者に対して終末期医療が必要ではないかと思っています。 |
| 828 | 相談料が支払われることで相談しやすくなるように思います（特に家族は）。 |
| 829 | 終末期相談だけでなく、生きる為の相談にも支援料は支払われるべきだと思います。 |
| 830 | 今厳しい家計の中で医療費もかかるので、それ以上の負担は本人にとっても苦しいし、その為に保険料を支払っているのにおかしい。 |
| 831 | 治る見込みがない病気について、家族と医師が治療や生活のことで話し合うことは、有料であっても必要なことだと思う。 |
| 832 | 75 才以下でも治る見込みのない重い病気の人もその対象に入れるべきだと思う。 |
| 833 | 相談支援料を支払われることは当然だと思います。色々関係者の方に親切に指導していただくことで自分も安心して医療に専念できると思うから。 |
| 834 | 終末期であると医師が判断した場合、患者の十分な理解を得る為に話し合いを行い、その内容を文書等にまとめて提供する場に相談料が発生するのは当たり前で、また病院に行くとならぬ%かの負担で治療が受けられると同じで、末期相談支援料も必要と考えます。 |
| 835 | 話し合いをすることは重要だとは考えますが、患者本人に対してそれを行うことは疑問を感じます。患者全員が自分の病気を受け入れられるとは考えられないことです。ですから、相談支援料にしては全ての患者に対してあてはまるか疑問なので、賛成とも反対とも言えません。 |
| 836 | 終末期相談支援料は、75 才以上の年齢の線引きは？ |
| 837 | 終末期相談支援料は、所得の高い・低いの関係はどうか？ |
| 838 | 一回は限り支払いならいいし、何回も話し合いを行っていただければいいと思います。 |
| 839 | 高額でなければ支払っても良いと思います。 |
| 840 | わざわざ支援料として表明しなくても、希望するしないにかかわらず診療費に含んだらいいかと思う。 |
| 841 | 必要な制度であり、一早く凍結解除されるべきだと考える。 |
| 842 | 最終ページの参照説明文を読んだ結果、相談支援料を払っても良いとの判断に達しました。 |
| 843 | 自分がその立場になってみないとわからない。 |
| 844 | 支援するとなると無駄に使う人がいそうなので、自己負担が好ましい。 |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|---|
| 845 | 文書にしてくれるのはありがたい。無知識で医師の説明がおそらく理解できないので。 |
| 846 | 後期高齢者終末期相談支援料は導入すべきでない。 |
| 847 | 本来医師は患者の終末期まで患者や家族と話し合いをするのが当然であって、相談料を得ようとするのは間違っていると思う。 |
| 848 | その時になれば支援料は仕方ないと思います。家族（息子）に教えておきます。 |
| 849 | 相談支援料があるのはおかしいと思います。医師がすべき仕事なのではないのでしょうか!!今までどおりお金がもらえない方が良いと思います。 |
| 850 | 自分の最期の過ごし方を相談できるのは医師や看護師だけで、でも相談することによってお金の支払いが発生するとは何とも冷たい感じを受けるものです。制度となった今は仕方がないと諦めるしかないとは思いますが、終末ケアのできる施設等を増やして欲しいです。 |
| 851 | 医療機関がビジネスとして相談料稼ぎに走らないか、患者・家族と十分医師の確認ができるか、必ず法の抜け穴をつかれると思います。しっかりとした法整備と公平な監視・監督機関を設けるべきだと思います。 |
| 852 | 私の家族で主人の兄が後期高齢者保険を払っていますし、兄自身は年金も少ないのに保険料が高くてかわいそうです。 |
| 853 | 今後終末医療の増加によって、医師等の負担が増えるというのであれば、医師の増加をはかるとか別の方法を考えるべきではないか。 |
| 854 | 終末を含めた話し合い、医療の根本ではないか。 |
| 855 | 75 才まで日本を支えてきた高齢者に負担をかけるのはどうかと思う。 |
| 856 | なぜ後期高齢者のみそのような制度を作ったのか疑問である。特定の年齢層を対象にした制度は反対である。 |
| 857 | 支援料が支払われるから適当に説明するような制度になりそうで心配である。 |
| 858 | 診療方針の話し合いが患者が納得のいくまで話し合ってもらえるのなら一回限りの算定は良いと思います。これからも患者の気持ちを一番に尊重してもらえることを願っています。 |
| 859 | よく理解できてないので具体的なことはわかりません。年齢にかかわらず医師などには相談料を支払うことがあってもいいような気もします。個人が負担するものでなければ。 |
| 860 | 高齢者への負担はできるものならば、ない方が良いという考えです。健康面・経済面で不安な高齢者には負担がない方が良いです。 |
| 861 | 患者の担当医になった時、その患者の肉体面・精神面を最期まで診察するのが、医師の仕事だと思います。それに対して相談料を支払うのはおかしいと思います。 |
| 862 | 良いことだと思います。自分の末期について本人で決めたい、また家族や他の人に負担をかけたくないこともある。 |
| 863 | 必要であると思うが、今の自分では何と表現していいのか思い浮かばない。50～60 歳くらいになれば、今とは違う意見が思い浮かぶと思う。 |
| 864 | 何とも言えない。私の場合は必要ありません。 |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|---|
| 865 | 知り合いにホスピスに行って患者さんと一緒に話をしたり相談を受けたりとボランティア活動をされている方の話を聞いているので、もし自分がその立場になったら、相談にのってもらって専門家の意見を聞きたい。 |
| 866 | 色々考えたがわからない。 |
| 867 | 75歳以下に終末期の人もいるのではないだろうか？その人達の相談支援料みたいなものは年齢制限はなくても良いのでは。 |
| 868 | 年老いた方に最期まで料金を払わせるのは良くない。 |
| 869 | 相談料がかかるのはやむをえないことだと思う。若くても重い病気にかかることもあります。年齢区分は必要ないと思います。 |
| 870 | 話し合いは必要だと思うし、時間を割いてもらう以上、費用がかかるのは当然だからあるべきとは思う。 |
| 871 | 高齢者のみがそうなる可能性があるわけではないのに、年齢制限があるのは間違っていると思う。 |
| 872 | 自分自身または家族が「その時」を迎えた時に、冷静でいられるはずがない。第三者である医療のプロを交えあらゆる角度から現実を踏まえ、ベストな方法をさぐりそれぞれが幸せに生きる為の手段を整理する。生かされているのではなく、各々が生きる為にも必要な制度だと考えます。 |
| 873 | 後期高齢者に限定しなくても良いのでは？ |
| 874 | 何でもお金がかかるのはあまり納得いかないが、終末期の相談等、確実に話す時間・機会を与えてもらえるのは安心感がある。 |
| 875 | 医師としては当然のことにように思われますが、相談料として払うのは商品を買うに当たって、色々相談して購入するのですが、それにお金を別に取りられるのと同じように思います。 |
| 876 | 難しくてよくわからない。何とも言えない。 |
| 877 | 必要性についてよくわからない。ないとどう困るのがはっきりしていない気がする。 |
| 878 | 治る見込みがない状況になることは75歳以下でも同じ状況で、なぜ75歳以上に限定するのかよくわからない。75歳以下でも同様な制度があるのですか？ |
| 879 | 医療従事者からアドバイスをもらった方がより専門的な意見を得られそうだし、相談をしてもらったら対価を払うものだと思います。 |
| 880 | 75才以上を目安にしている理由はわかりません。 |
| 881 | 診察内の中で説明していただきたい。 |
| 882 | 賛成はできない。 |
| 883 | 金銭が発生することで相談をためらう人が出てくるかもしれないことを考えると、相談支援料という考え方がおかしいと思う。 |
| 884 | 75才以上にかかわらず、60代でも重い病気などで治る見込みのない状態の人もいるのと思いますので、なんとも複雑な気持ちです。 |
| 885 | できれば65才以上（思い病気の人に限り特例があればよいかと思います）。 |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|--|
| 886 | あなたは終末期ですよと言われると、個々の考え方が違うと思います。私は家族と話し合い自然にまかせたいと思います。 |
| 887 | 患者本人が病状を十分理解し得る状態か？ |
| 888 | まず「後期高齢者終末期相談支援料」という言葉を初めて知りました。内容についても今まで深く考えたこともありませんでした。ただ、高齢者に限らず終末期の治療等は全国民が平等におこなわなければならないと思います。 |
| 889 | 人間は誰でも重い病気の場合、終末期を迎えねばならないので、医療従事者によって患者が安心して穏やかに一日一日を終えることができるならば、相談支援料は必要だと思います。 |
| 890 | 自分が病気になった場合、病気の重い軽いにかかわらず、医師や看護師から詳しく内容について説明をお聞きしたいと考えております。ですから、相談料をとることや終末期と年齢 75 才以上と限定する理由がよくわかりません。医師や看護師との話し合いの時間に対する報酬ということなののでしょうか。人間が人間らしく最期を迎える為に、医療機関に支援料を支払うということに違和感を持ちます。 |
| 891 | 話し合いをした方としない方との差別など生ずることはないでしょうか。確かに病気の方全員に話し合いをすると医療機関の負担が大きくなることは理解できます。 |
| 892 | 治療の一環とすれば、お金を支払うのは仕方がないかもしれないが、75 歳以上という年齢が支払いの基準になっているのはおかしいと思う。 |
| 893 | 医師等は仕事の一部として働いている（話し合い）のだから仕方がない。 |
| 894 | 私の場合は、現在夫と共に健康に恵まれ、あまり終末期に対する不安も今は特にありません（明日はわからないことは考えることもありますが）。60 才-65 才くらいの年利でもかなり病弱な人を見かけることもあり、相談・支援も必要性があるように受け取れる方もいるのではないのでしょうか。 |
| 895 | その人ごとに体力気力などが異なり、75 才と区切って決められるものではないと思います。75 才にならず若くても必要となることがあるのではないかと思います。そのようになると 75 才の後期高齢者終末期相談支援料と決めてしまうのは私としてはちょっと考えさせられます。 |
| 896 | 単純に患者への支援をもっと増やして欲しいと思う。 |
| 897 | ただでさえ年金で苦しんでいる高齢者から…という気持ちもあるが、最期の時を色々話し合えることで精神的に落ち着くことが効果としてあるとするならいいかもと思います。 |
| 898 | 「後期高齢者終末期相談支援料」…聞いたことはありましたが知りませんでした。私自身も両親の年齢が共に 70 歳を超えているので、とても身近な問題になってきていると思います。相談支援料は 1 回限りの算定とのことですが、制度そのものは家族にとってはありがたいものだと思います。 |
| 899 | 医療者と患者家族の考えが必ず一致するとは限らないので、十分な話し合いとそれを文章化することは、後々の問題が起きた時、必要だと考えます。 |
| 900 | 利用する人はすれば良いと思う。必要なれば文書を受け取ることもないが、年齢制限（75 才以上）を守るべき。 |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|---|
| 901 | 支援料が公的医療保険から全額支払われるのか、患者側にもある程度の負担がかかるのか、もう一つ内容がつかめないが、もしかかるとしたら、経済的な配慮を考えて欲しい。 |
| 902 | 医療経験のない素人には、医療機関等へお願いするしかないので、仕方のないことかなと思う。 |
| 903 | 後期高齢者終末期相談支援料のことは、初めて聞く言葉で、あまりよくわかりません。話し合いをすることは本人、家族にとって良いことだと思いますが、そのことに料金がかかるのはどうかと思います。 |
| 904 | 良いと思う。 |
| 905 | 後期高齢者の年齢（75才）に線を引くこと事態がわからない。 |
| 906 | 料金が不明だが、あっても良いと思う。 |
| 907 | まずは、この制度の周知を徹底し、利用するかどうかを含めた国民の理解を深める為の努力をもっとすべきだと思います。 |
| 908 | 相談料が必要となると、相談したくてもできない方も居られるのではないかと考えます。 |
| 909 | 主人の父（姑）が91才、実母が84才で私の家で最後をみとりました。患者本人は、75才以上には十分な理解を得る話し合いは必要ないと思います。家族には文書等の提供して欲しいと思いますので、支援料は必要であると思います。 |
| 910 | 自分自身（75才以上の患者）が自分の最期について意思決定をできるので、悪くはないと思いますが、中には、本当は延命療養をしたいと思っても、この年齢の患者の場合、介護をする自分の子供やその配偶者に気を遣い（もしくは強要され）自分の意思を出せない場合があると思います。ですので、年齢区分を外し、皆一律の制度にすれば患者さんもその家族も「そういう制度だからしょうがない」ともっと気を楽にして相談に望めるのではないのか？と思います。 |
| 911 | 制度的にはいい制度とは思いますが、本当に必要とされる方が受けられるのか？医師によって基準が曖昧になっていないか不安もあります。 |
| 912 | 話し合い、文書にまとめて内容の提供を行うことは良いことだと思う。しかし、すべての医療機関で同じレベルの提供ができるのか不安。また、全ての後期高齢者を対象とするとなると、医療機関へ大きな負担がかかるのではないかと。年齢制限は設けず実費とすれば負担も減り支援料も不要になると思う。 |
| 913 | 事前に死を自覚したら気持ちの持ち方が重要だと思う。その時専門的な方との話し合いは大切なことです。 |
| 914 | 患者やその家族が納得した上で治療を行うことも医療の一つだと思う。支援料が何の目的でどのように使われるのかよくわからない。また、75才以上と年齢制限は必要なのか。 |
| 915 | 75歳以上ではなく、65歳からでもいいぐらいだと思う。 |
| 916 | 支援料については、終末期治療の話し合いは当り前のことだと考えていたので、それに対して相談料が医療機関に支払われるというのは、違うような気がしました。また、人の終末期に年齢は関係ないと思います（勉強不足で導入されたこの制度そのものを知りませんでした）。 |
| 917 | 診療費の金額がわからないが、その金額に担った内容なら、支払うことはできると思う。病院側の点数稼ぎの可能性も考えてしまう。 |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|---|
| 918 | 実際どのくらいの費用がかかるのかわかりませんが、それが払えないが為に本人の希望が通らなかつたり思うような生活が送れなかつたりするのでしたら、支払い困難な人に限り支援料があれば良いと思います。 |
| 919 | 75 歳以上の高齢者に限定しない方がよいと思います。 |
| 920 | よく理解できていないので、意見が言えません。 |
| 921 | 終末期を迎えた方について、その病状や治療方法、過ごし方について十分話し合うことは良いことだと思う。しかし、その相談や文書の取りまとめが有料になると言うのはどうかと思う。文書にまとめないことにより問題が起こったり、それを有料にしないと医療機関に負担が生じたり、十分な相談が行えないということであれば仕方がないと思うが、それならば年齢は制限するべきではないと思う。 |
| 922 | 自分の考えや家族の考えを相談できることはいいことだと思います。みんながストレスをためない為にも医師や看護師さんとのつながりの為にもいいと思います。 |
| 923 | 現在の老人の方は今までたくさん保険などで国から補助がきていたので、これからの人達の為に負担してもらいたい。私達は（40 代）守ってくれる子世代が少ないので、相当な負担になってくるから。今から国で考えていて欲しいです。 |
| 924 | 75 才以上と年齢を限定すること事態納得できません。何故 75 歳以上なのか？ |
| 925 | このように制度化しなければ今まで医師達は十分な話し合いや文章の提供を行っていなかったのか…？と疑問を抱いた。支援料がなくとも、医療機関側は当然成すべきことだと思う。 |
| 926 | 終末期相談支援料は初めて目にすることです。私は延命は希望していません。できれば家で終りを迎えたいと考えております。 |
| 927 | このような取組を行うに当たり、拘束する時間と手間を考えると設定する金額が少なすぎると思うし、制限が多すぎて何の為に導入した制度なのか、理解に苦しみます。 |
| 928 | 義父と実母を続けて亡くしていろいろと考えることが多くありました。嫁と娘と二つの立場に立った時、話し合いの難しさ、自分の立場の難しさ、話し合いなど役に立たなかったと思った辛い日々。今回のアンケートに冷静に判断し答えられない今の私を情けなく申し訳なく思っております。死の旅に出る患者、送る家族、現実にブチ当たった時、理屈ではない何かがあり、送る方、介護する方の私が精神的に参り病院通いの日々でした。返信が遅れ申し訳ございませんでした。 |
| 929 | 自分は今健康なので、現実味はないのですが、いつ病気になるかわからないので、75 才というラインは引かずに何歳でも対応できるようにした方がよいと思います。 |
| 930 | 日本における老人の割合が増えたので、仕方がないと思う。 |
| 931 | 良いと思う。 |
| 932 | 相談支援料は必要だと思います。家族もなく一人暮らしの多い高齢者は多く、年金だけの生活は大変です。 |
| 933 | 先々を見すえて出したお国の行動は私は理解できますが、今の時期悪い。 |

| 問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見 | |
|---------------------------|---|
| 934 | ・高齢者に対してお金（税金）を使いすぎていると思います。・もっと今から生まれてくる赤ちゃんの為に、産婦人科の支援をして欲しいと思います。もし不運にも死産した場合に、医師が高額の賠償金支払うケースがあると思いますが、そこに税金を使って医師のリスクを減らせばもっと産婦人科の医師が増えると思います。 |
| 935 | 終末期をどう過ごすか、本人はもちろん家族もとても不安なので、相談でき、更に支援料が導入されるのはありがたいことだと思う。 |
| 936 | 年齢区分は関係なく、死を迎える前までの話し合いは専門的知識を交えて必要と思う。 |
| 937 | 75 才の基準について、例えば病状によって 75 才以下でも文書で取りまとめる必要があるようであれば、実施するべきだと考える。また、75 才以下に支援料がかかるのかどうか、知りたい。もしもかからないならば、75 才以上に算定されるのはおかしいと思う。 |
| 938 | 75 歳以上ではなく、身寄りのない方や相談料支払いの困難な方を対象にしたらいと思う。 |

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）

後期高齢者終末期相談支援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ください。
- 数値を記入する設問で、該当する方等が無い場合は「0」（ゼロ）をご記入ください。

■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 | |

■貴院の概況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、許可病床数を病床種類別にご記入ください。

| | | | | | | |
|----------|---|------|------|------|-------|------|
| 01 病院 | | 一般病床 | 療養病床 | 精神病床 | 感染症病床 | 結核病床 |
| 02 有床診療所 | → | 床 | 床 | 床 | 床 | 床 |
| 03 無床診療所 | | | | | | |

問2. 貴院の開設者について該当するものをお選びください。（○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,船員保険会,健康保険組合,共済組合,国民健康保険組合） |
| 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,その他の法人） |

問3. 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。(○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4. 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5. 貴院では終末期医療に関する職員研修を実施していますか。(○は1つ)
 なお、「01 実施している」の場合は、研修の具体的内容をご記入ください。

| | |
|-----------|------------|
| 01 実施している | 02 実施していない |
|-----------|------------|

[研修の具体的内容]

■終末期の診療方針等の話し合いの実施状況についてお伺いします。

問6. 貴院では、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと判断した患者やその家族との間で、終末期の診療方針等に関する話し合いを実施していますか。(○は1つ)

| |
|----------------------------|
| 01 実施していない (⇒ 問7 にご回答ください) |
| 02 実施している (⇒ 問8 にお進みください) |

【問6で、話し合いを「01 実施していない」と回答された施設のみご記入ください。】

問7. 終末期の診療方針等に関する話し合いを実施していない理由をお選びください。(○はいくつでも)

| | |
|----------------|-------------------------|
| 01 対象患者がない | 03 話し合いを行うことが適切とは考えていない |
| 02 患者や家族の求めがない | 04 その他 →下欄に具体的に記入してください |

[「04 その他」の具体的内容]

⇒ 問20(最終頁)へお進みください

【問6で、話し合いを「02 実施している」と回答された施設のみご記入ください。】

問8. 平成20年4月1日～9月30日までに、終末期の診療方針等に関する話し合いを実施した患者数(実人数)を、患者の年齢区分(75歳未満、75歳以上)別にご記入ください。

| | | | |
|---------|------------------------|---------|------------------------|
| ① 75歳未満 | <input type="text"/> 人 | ② 75歳以上 | <input type="text"/> 人 |
|---------|------------------------|---------|------------------------|

問9. 終末期の診療方針等に関する話し合いを実施するうえで、困難と感じていることがありましたら具体的にご記入ください。

| |
|--|
| |
|--|

■ 終末期の診療方針等の話し合い結果をとりまとめた文書の提供状況についてお伺いします。

【問6で、話し合いを「02 実施している」と回答された施設のみご記入ください。】

問10. 終末期の診療方針等の話し合いの結果を**文書等にとりまとめ**、患者や家族に**提供**していますか。
(○は1つ)

- 01 提供していない (⇒問11にご回答ください)
- 02 一部の話し合い結果について提供している (⇒問12へお進みください)
- 03 全ての話し合い結果について提供している (⇒問12へお進みください)

【問10で「01 提供していない」と回答された施設のみご記入ください。】

問11. 終末期の診療方針等に結果についての文書等の提供を行っていない理由として該当するものをお選びください。「04 その他」を選択した場合、具体的な内容を記入してください。(○はいくつでも)

- 01 これまで患者や家族から文書提供の要望が出されなかったから
- 02 文書化を意識することで、効果的な話し合いが行えなくなるから
- 03 話し合いでは、患者や家族の反応をみながら言葉を選び慎重に伝えるが、同じようなニュアンスを文書で伝えることは難しいから
- 04 その他→下欄に具体的に記入してください

〔「04 その他」の具体的内容〕

⇒ 問20(最終頁)へお進みください

い

【問10で、「02 一部の話し合い結果について提供している」または「03 全ての話し合い結果について提供している」と回答された施設のみご記入ください。】

問12. 終末期の診療方針等に関する話し合いに関する文書等提供を行う上で、困難と感じていることがありましたら、具体的にご記入ください。

| |
|--|
| |
|--|

| | | | |
|--|---|---------|---|
| 問13. 平成20年4月1日～9月30日までに、終末期の診療方針等に関する話し合いを実施し、その結果をとりまとめた 文書等を提供した患者数(実人数) を、患者の年齢区分(75歳未満、75歳以上)別にご記入ください。 | | | |
| ① 75歳未満 | 人 | ② 75歳以上 | 人 |

問13②75歳以上で文書提供した患者が0人と回答された施設は 問20(最終頁)へお進みください。

■ 後期高齢者終末期相談支援料の算定状況等についてお伺いします。

【問13 ②で、文書提供を行った75歳以上の患者の数が1人以上と回答された施設のみご記入ください。】

| | |
|---|--|
| 問14. 平成20年4月から9月までの間に、後期高齢者終末期相談支援料の算定を行いましたか。また、10月以降*に算定の可能性はありますか。(○は一つ) | |
| 01 | 9月までに算定しておらず、10月以降も算定の可能性はない(⇒問20へお進みください) |
| 02 | 9月までに算定していないが、6月までに文書提供した患者について、10月以降算定する可能性がある。(⇒問20へお進みください) |
| 03 | 算定した(⇒問15～19をご回答ください) |

※ 後期高齢者終末期相談支援料は、平成20年7月1日より凍結措置が講じられていますが、平成20年6月30日までに、後期高齢者終末期相談支援料に係る文書等の提供を行った場合については、当該文書等の提供を行った患者に限って、平成20年7月1日以降も、診療報酬を算定することができます。

【問14で、「03 算定した」と回答された施設のみご記入ください】

| | | | |
|--|-------|------|------|
| 問15. 平成20年4月から6月までおよび7月から9月までの後期高齢者終末期相談支援料の算定患者数を、終末期の診療方針等に関する話し合いを実施した時点での区別(入院中の患者・入院中以外の患者)、及び入院患者については算定時の区別(退院時・死亡時)ごとにご記入ください。 | | | |
| | | 4～6月 | 7～9月 |
| (1) 入院中の患者 | ① 退院時 | 人 | 人 |
| | ② 死亡時 | 人 | 人 |
| (2) 入院中以外の患者(死亡時) | | 人 | 人 |

| | |
|--|---|
| 問16. 平成20年9月までに後期高齢者終末期相談支援料を算定した患者のうち、終末期の診療方針等の話し合い時に、病状が急変した場合の治療方針や急変時の搬送の希望等が「不明」または「未定」であった者の人数をご記入ください。 | 人 |
|--|---|

| | | | |
|---|---|--------------------|---|
| 問17. 後期高齢者終末期相談支援料を退院時に算定した患者(問15(1)①で記入した患者)の 退院先 について、区分別の実人数をご記入ください。 | | | |
| (1) 一般病床 | 人 | (5) その他介護施設又はケア付住宅 | 人 |
| (2) 療養病床 [医療] [介護] | 人 | (6) 自宅 | 人 |
| (3) 老人保健施設 | 人 | (7) その他 | 人 |
| (4) 特別養護老人ホーム | 人 | | |

| | | |
|--|--------------|---|
| 問18. 後期高齢者終末期相談支援料を死亡時に算定した患者（問 15(1)②又は(2)で記入した患者）について、終末期の診療方針等に関する話し合い（初回）を実施した時点から死亡した時点までの 期間別の実人数 をご記入ください。 | | |
| 終末期の診療方針等に関する話し合いを実施した時点から死亡した時点までの期間 | ① 1日未満 | 人 |
| | ② 1日以上3日未満 | 人 |
| | ③ 3日以上1週間未満 | 人 |
| | ④ 1週間以上1カ月未満 | 人 |
| | ⑤ 1カ月以上3カ月未満 | 人 |
| | ⑥ 3カ月以上 | 人 |

| | | |
|--|--------|---|
| 問19. 後期高齢者終末期相談支援料の算定患者について、終末期の診療方針等に関する話し合いの結果をとりまとめた文書等を 変更した回数別 の実人数をご記入ください。 | | |
| 終末期の診療方針等に関する話し合いの結果をとりまとめた文書等を変更した回数 | ① 0回 | 人 |
| | ② 1回 | 人 |
| | ③ 2回 | 人 |
| | ④ 3回以上 | 人 |

■ 後期高齢者終末期相談支援料についてお伺いします。

【すべての施設でご回答ください。】

| | |
|---|---|
| 問20. 後期高齢者終末期相談支援料に関するお考えで、該当するものを全てお選びください。（○はいくつでも） | |
| 01 診療報酬で評価することは妥当である | |
| 02 終末期の話し合いを診療報酬で評価することは妥当だが、話し合いの結果の文書提供を算定要件とすべきでない | |
| 03 75歳以上に限定せず実施すべきである | |
| 04 終末期に限らず病状の急変や診療方針の変更等の話し合いを評価すべき | |
| 05 後期高齢者終末期相談支援料の点数（200点）が高すぎる | |
| 06 後期高齢者終末期相談支援料の点数（200点）が低すぎる | |
| 07 診療報酬で評価するのは時期尚早である | |
| 08 もともと診療報酬によって評価する性質のものではない | |
| 09 後期高齢者終末期相談支援料を知らない | |
| 10 その他 | |
| （ 具体的に | ） |

| | |
|---|--|
| 問21. 後期高齢者終末期相談支援料の算定の際、参考にすることとしている「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（平成19年5月21日医政局発第0521011号）について知っていますか。 | |
| 01 内容を知っている | |
| 02 存在は知っているが、内容は知らない | |
| 03 存在を知らない | |

問22. 後期高齢者終末期相談支援料の点数・算定要件等について改善すべき点がありましたら、具体的にご記入ください。

設問は以上です。ご協力まことにありがとうございました。
記入漏れがないかをご確認の上、12月19日（金）までに同封の返信用封筒に入れてご投函ください。

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）
終末期の診療方針等の話し合いに関する調査
事例調査票

■平成20年4月1日～9月30日までに、貴院において、終末期の診療方針等に関する話し合いを実施した患者様、1人につき1票ずつ、担当の看護師（担当看護師が話し合いに同席していない場合は医師）の方がご記入ください。

■患者様の年齢や、後期高齢者終末期相談支援料の算定の有無にかかわらず、調査対象期間に終末期の診療方針等に関する話し合いを行った患者様全てが対象となります。

■本票は、患者様やご家族には、決してお渡しにならないようお願いいたします。

| | |
|---------------------------------------|-------------------------------|
| (1) 貴院の施設コード ※施設票の表紙のコードを転記してください。 | |
| (2) 本票の記入者 | 01 看護師 02 医師 03 その他 |

問1 当該患者様の属性・状態等についてお伺いします。

| | |
|-------------------------------------|---|
| (1) 患者様の年齢と性別 | () 歳 男 ・ 女 |
| (2) 話し合い時の療養状況 | 01 一般病棟 02 療養病床 03 外来通院 04 訪問診療 |
| (3) 主傷病（番号） ※別添の疾患コード表を参照してください。 | |
| (4) 後期高齢者終末期相談支援料の算定 | 01 算定した 02 算定していない |

問2 話し合いの状況についてお伺いします。診療記録等に基づいて記入してください。

| | | | | |
|---------------------------------|--|--------------------|------------|------------|
| (1) 話し合いの日付・時間 (すべての日付) | / | / | / | / |
| | 時間（約 ）分 | 時間（約 ）分 | 時間（約 ）分 | 時間（約 ）分 |
| (2) 話し合いに参加したことがある職種 (すべてに○) | 01 患者様本人 | 05 自院の看護職員 | 08 薬剤師 | 12 その他職員 |
| | 02 親族 | 06 他院の看護職員 | 09 社会福祉士 | 13 その他 |
| | 03 自院の医師 | 07 訪問看護ステーションの看護職員 | 10 介護職員 | |
| | 04 他院の医師 | 11 事務職員 | | |
| (3) 話し合いの内容 ※（○はいくつでも） | 01 予測される病状の変化 02 病状の変化に対応した医療上の対処方法の説明 03 ご家族にかかる具体的負担の説明 04 療養場所についての相談・希望 05 介護や生活支援についての相談・希望 06 延命に関する相談・希望 07 費用についての相談・希望 08 最期の時の迎え方の相談・希望 09 その他 (具体的に) | | | |

（裏面へ続きます）

問3 話し合いの後の患者やご家族の様子についてお伺いします。

- (1) 話し合いについて、患者様およびご家族は、それぞれどのように受け止めていたようでしたか。話し合い直後のことを思い出して回答してください。話し合いを何度か行った場合には、最後の話し合い後の様子についてお答えください。話し合いを担当された方が院内にいないなどの理由で、話し合い直後の様子がわからない場合「わからない」を選んでください。(○は一つ)

①患者様本人の様子

- 01 話し合ってよかったと感じているようだった
- 02 どちらかといえば、話し合ってよかったと感じているようだった
- 03 どちらかといえば、話し合わなければよかったと感じているようだった
- 04 話し合わなければよかったと感じているようだった
- 05 わからない
- 06 本人は話し合いに同席しなかった

②ご家族の様子

- 01 話し合ってよかったと感じているようだった
- 02 どちらかといえば、話し合ってよかったと感じているようだった
- 03 どちらかといえば、話し合わなければよかったと感じているようだった
- 04 話し合わなければよかったと感じているようだった
- 05 わからない
- 06 家族は話し合いに同席しなかった

- (2) 話し合いが、患者様・家族へもたらした影響について、当てはまるものを全てお選びください。及ぼした影響が思い出されない場合は、「10. 特になし」を選択してください。

- 01 不安が軽減されたようだった
- 02 患者様にとってよりよい（自分らしい）決定に生かされたようだった
- 03 患者様と家族の間で思いが共有されたようだった
- 04 医療提供者への信頼が深まったようだった
- 05 医療提供者への不信感をもったようだった
- 06 患者様の元気がなくなったようだった
- 07 家族の悲しみが深まったようだった
- 08 迷いや混乱が生じたようだった
- 09 その他

具体的に

[]

- 10 特になし

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）

終末期の治療方針等についての話し合いや 文書等の提供についての意識調査

問1 あなたは、ご自身が重い病気などで、治る見込みがない状況になったとき、その後の病状の変化や過ごし方について、医師や看護師、その他の医療従事者と話し合いを行いたいですか。話し合い時点で、あなたの意識は、はっきりしていると想定してください。（○は1つ）

- | | |
|----------------|--------------|
| 01 話し合いを行いたい | ⇒問2へ進んでください。 |
| 02 話し合いを行いたくない | ⇒問6へ進んでください。 |
| 03 わからない | ⇒問7へ進んでください。 |

問2 【問1で「01 話し合いを行いたい」と回答された方にお伺いします】医師や看護師、その他の医療従事者との話し合いの内容として、具体的にどのようなことを希望しますか。「09 その他」の場合には、具体的な理由についてご記入ください。（○はいくつでも）

- | |
|--|
| 01 予測される病状の変化（病気の経過とともに起こりうる諸症状や身体機能の変化、日常生活への支障など）の説明 |
| 02 病状の変化に対応した医療上の対処方法（症状の緩和、苦痛の除去などの医療的処置）の説明 |
| 03 家族にかかる具体的負担の説明 |
| 04 療養場所についての相談・希望 |
| 05 介護や生活支援についての相談・希望 |
| 06 延命に関する相談・希望 |
| 07 費用についての相談・希望 |
| 08 最期の時の迎え方の相談・希望 |
| 09 その他 |
| 具体的に |

[]

問3 あなたは、医師や看護師、その他の医療従事者と話し合いを行った場合、話し合いの内容をとりまとめた文書等の提供を希望しますか。（○は1つ）

- | | |
|-----------------|--------------|
| 01 文書等の提供を希望する | ⇒問4へ進んでください。 |
| 02 文書等の提供を希望しない | ⇒問5へ進んでください。 |
| 03 どちらともいえない | ⇒問7へ進んでください。 |

問4 【問3で「01 文書等の提供を希望する」と回答された方にうかがいます】文書等の提供を希望する理由をお選びください。「05 その他」の場合には、具体的な理由についてご記入ください。(〇はいくつでも)

- 01 説明を受けたことについて、後で確認したいから
 - 02 話し合った方針を、後で確認したいから
 - 03 参加できない家族も含め、家族で全員で、話し合いの内容を共有したいから
 - 04 医療側にも、合意した内容を共有してほしいから
 - 05 その他
- 具体的に

[]

⇒問7へお進みください。

問5 【問3で「02 文書等の提供を希望しない」と回答された方にうかがいます】。文書等の提供を希望しない理由をお選びください。「07 その他」の場合には、具体的な理由についてご記入ください。(〇はいくつでも)

- 01 文書等の作成を前提とすると、十分な話し合いが行われなくなる恐れがあるから
 - 02 文書等に残すと、病状や今後のことなどが不安になりそうだから
 - 03 文書等の作成は、延命措置の中止などの意思決定を迫られるような気がするから
 - 04 文書等に残すと、気持ちや状況が変わった場合に、変更できないような気がするから
 - 05 文書等には、通り一遍のことが書かれるばかりではないかと考えるから
 - 06 医師、看護師、その他の医療従事者との関係がギクシャクするかもしれないから
 - 07 その他
- 具体的に

[]

⇒問7へお進みください。

問6 【問1で、その後の病状の変化や過ごし方について、医師や看護師、その他の医療従事者と「02 話し合いを行いたくない」と回答された方にお伺いします】話し合いを行いたくない理由をお選びください。「09 その他」の場合には、具体的な理由についてご記入ください。(〇はいくつでも)

- 01 治療方針を相談できる人、相談したい人が他にいるから
- 02 医師や看護師、その他の医療従事者の説明を十分に理解できないと思うから
- 03 自分の意見がうまく伝えられないと思うから
- 04 意思や希望を聞かれても、自分では決められないと思うから
- 05 話し合いの結果、自分が望まない方針に決まってしまうかもしれないから
- 06 話し合う必要性を感じないから
- 07 病状や今後のことを知るのがこわいから
- 08 家族に心配をかけるから
- 09 その他

〔 具体的に 〕

問7 【全ての方にお伺いします】医師や看護師、その他の医療従事者が、重い病気などで治る見込みのない患者との間で終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供を行った場合に、**公的医療保険から医療機関に対して相談料が支払われることを**、あなたは、どのようにお考えですか。話し合い後に文書等の提供を受けた患者は、相談料として診療費の一部負担を支払うこととなります。(〇は1つ)

- 01 診療費が支払われることは好ましい ⇒問8へお進みください
- 02 診療費が支払われることは好ましくない ⇒問10へお進みください。
- 03 どちらともいえない ⇒問11へお進みください。

問8 【問7で「01 診療費が支払われることは好ましい」と回答された方に伺います】なぜそのようにお考えですか。理由をご記入ください。

問9 平成20年4月に、**後期高齢者終末期相談支援料***が導入されました。これは、重い病気で、治る見込みがない患者に対して、その後の病状の変化や過ごし方について、医師や看護師、その他の医療従事者が患者及びその家族とともに患者の十分な理解を得るために話し合いを行い、その内容を文書等にまとめて提供を行った場合に、公的医療保険から医療機関に支払われる相談料で、75歳以上の方を対象とするものです。相談料の設定を、**75歳以上という年齢に限定すること**について、あなたはどのようにお考えになりますか。(○は1つ)

※後期高齢者終末期相談支援料についての詳しい説明は、最終ページをご参照ください。

- | | |
|----|-----------------------------------|
| 01 | 75歳以上という年齢区分が妥当だと思う |
| 02 | 年齢区分は必要であるが、別の年齢区分を設けるべき ⇒具体的に() |
| 03 | 年齢区分は必要ないと思う(年齢により対象者を決めるべきでない) |
| 04 | わからない |

⇒問11へお進みください。

問10 【問7で「02 診療費が支払われることは好ましくない」と回答された方に伺います】なぜそのようにお考えですか。理由をご記入ください。

問11 【すべての方に伺います。】平成20年4月に、**後期高齢者終末期相談支援料***が導入されました。これは、重い病気などで、治る見込みがない状況となった患者に対して、その後の病状の変化や過ごし方について、医師や看護師、その他の医療従事者が患者及びその家族とともに患者の十分な理解を得るために話し合いを行い、その内容を文書等にまとめて提供を行った場合に、公的医療保険から医療機関に支払われる相談料で、75歳以上の方を対象とするものです。あなたは**後期高齢者終末期相談支援料**について、どのようにお考えですか。ご意見を自由にお書きください。

※後期高齢者終末期相談支援料についての詳しい説明は、最終ページをご参照ください。

■あなたご自身のことについてお伺いします。

問12 あなたの**性別**はどちらですか。

- | | |
|-------|-------|
| 01 男性 | 02 女性 |
|-------|-------|

問13 あなたの**年齢**をご記入ください。

満 歳 (平成20年10月1日現在)

問14 あなたは、医療・介護関係で、患者さんやそのご家族と直接対応する仕事に就いたことがありますか。現在、過去含めてお答えください。

①医療関係の仕事（○は1つ）

| | |
|-------|-------|
| 01 ある | 02 ない |
|-------|-------|

②介護関係の仕事（○は1つ）

| | |
|-------|-------|
| 01 ある | 02 ない |
|-------|-------|

問15 あなたやご家族の方で、**過去5年くらいの間に、病気やけがで入院したことがある方**はいらっしゃいますか。（○は1つ）

| | |
|-----------------|---------------|
| 01 自分が入院した | 04 その他（ ） |
| 02 家族が入院した | 05 わからない |
| 03 自分、家族ともに入院した | 06 入院したものはいない |

問16 あなたは、**過去5年くらいの間に、身近で、大切な方を亡くした経験**がありますか。（○はいくつでも）

| | |
|------------|-------------|
| 01 家族を亡くした | 03 友人を亡くした |
| 02 親戚を亡くした | 04 経験をしていない |

問17 問16で「01 家族を亡くした」～「03 友人を亡くした」と回答された方に伺います。そのとき、終末期の話し合いに参加されましたか

| | |
|---------|------------|
| 01 参加した | 02 参加しなかった |
|---------|------------|

「後期高齢者終末期相談支援料について」（参考）

- 平成20年4月の診療報酬改定により、「後期高齢者終末期相談支援料」（200点）として、患者本人と医師等の医療従事者が終末期の診療方針等について話し合いを行い文書を取りまとめた場合の評価が新設されました。
- これは、一般的に認められている医学的知見に基づいて終末期であると医師が判断した患者について、医師や看護師、その他の医療従事者が共同し、患者とその家族等とともに、診療内容を含む終末期における療養について、患者の十分な理解を得るために話し合いを行い、その内容を文書等にまとめて提供した場合に患者1人につき1回に限り算定するものです。
- 算定するのは1回のみですが、話し合いは何度行ってもよく、話し合いの内容を取りまとめた文書等についても何度でも変更することができます。
- 話し合いの内容は、現在の病状、今後予想される病状の変化に加え、病状に基づく介護を含めた生活支援、病状が急変した場合の治療等の希望、そして急変時の搬送の希望などです。また、患者の自発的な意思を尊重し、終末期と判断した患者であっても、医師は患者に意思の決定を迫ってはならないとされています。
- なお、この後期高齢者終末期相談支援料は、平成20年7月1日より凍結措置が講じられています。

ご協力ありがとうございました。

平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査
(平成21年度調査)の実施について(変更案)

1 目的

平成20年5月21日に中央社会保険医療協議会診療報酬改定結果検証部会(以下「検証部会」という。)において策定された「平成20年度診療報酬改定結果検証特別調査項目について」に基づき、特別調査(平成21年度調査)を実施し、検証部会における平成20年度診療報酬改定の結果検証のための資料を得ることを目的とする。

2 調査の実施方法

特別調査は、外部委託により実施することとし、実施に当たっては、調査機関、検証部会委員、関係学会等により構成された「調査検討委員会」により、具体的な調査設計及び集計、分析方法の検討を行う。

3 調査項目

以下に掲げる6項目の調査について、平成21年度当初より着手することとする。

- ・ 明細書発行の一部義務化の実施状況調査(別紙1)
- ・ 医療機関における医療機能の分化・連携に与えた影響調査(別紙2)
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料において導入された「質の評価」の効果の実態調査(別紙3)
- ・ 歯科外来診療環境体制加算の実施状況調査(別紙4)
- ・ ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査(別紙5)
- ・ 後発医薬品の使用状況調査(別紙6)

後発医薬品の使用状況調査（案）

<調査概要>

保険医療機関に対し、「後発医薬品への変更不可」と処方せんに記す状況や入院患者に対する後発医薬品の使用状況等を調査するとともに、保険薬局に対し、「後発医薬品への変更不可」とされた処方せんの受付状況、実際に先発医薬品を後発医薬品に変更して調剤した処方せんの割合及び薬剤料等の状況の調査等を行う。

<主な調査項目>

- ・ 処方せんに「変更不可」と記す件数とその理由
- ・ 処方せん受付枚数、処方せんに「変更不可」と記された割合及び後発医薬品への変更枚数
- ・ 後発医薬品に変更することによる薬剤料の変化
- ・ 後発医薬品の使用に係る患者の意思表示の状況（「ジェネリック医薬品希望カード」の提示など）と医療機関・薬局の対応
- ・ 入院患者に対する後発医薬品の使用状況と使用促進のための課題等

<調査客体>

保険薬局・保険医療機関の中から抽出した薬局、保険医療機関及び患者（抽出方法及び客体数は調査検討委員会で決定）

<調査スケジュール>

| | | |
|---------|---------|--------------------------------------|
| 平成 21 年 | 5 月 | 調査機関の選定 |
| | 6 月 | 「調査検討委員会」における調査設計、調査票等の検討 調査客体の選定 |
| | 7～8 月 | 調査実施 |
| | 9 月 | 調査票回収、集計 |
| | 10～11 月 | 調査結果報告 |