

## 基本診療料に係るコスト調査・分析の実行可能性に関する報告書

平成 23 年 5 月 18 日  
診療報酬調査専門組織  
医療機関のコスト調査分科会

平成 22 年 9 月 29 日、中医協総会より診療報酬調査専門組織・医療機関のコスト調査分科会に対し、基本診療料に係るコスト構造の把握について、技術的な問題に関する意見をまとめるよう指示がありました。

これを受けて当分科会は、各診療科に共通する基本診療料の課題を考察するにあたり、入院基本料に焦点を絞って検討を行うと決めました。その上で当分科会は、コスト調査の実行可能性、コスト調査を行う上での技術的課題、及び医療分野におけるコスト調査の視点・手法等について深く分析するため、会計学の専門家からなるワーキンググループを設置しました。同ワーキンググループは、平成 23 年 2 月 3 日、24 日、3 月 8 日の計 3 回に渡り、入院基本料に係るコスト調査・分析の実行可能性等に関しての意見交換を行い、当分科会に議論のまとめ案を提示しました。その案を元に、4 月 7 日の分科会において、以下のとおり検討結果を整理しましたので報告します。

なお、客観的で有効なコスト調査・分析の実施検討の前提として、医療サービスが診察・検査・処置・手術といった行為から構成される一連の流れの中で提供される性質を有することを踏まえてはなりません。そのためには、基本診療料と特掲診療料に分けてコスト調査・分析を実施することに対して、どのように意義付けを行うのか整理する必要があると考えます。

また、コスト調査・分析結果の活用の際に、以下の 3 点をどう扱うかを整理する必要があると考えます。

医療に対するニーズへの対応などの政策的課題、保険制度を分かりやすくするため診療報酬点数の設定・改定の際に透明化を強化する課題、および一連の医療サービスの提供に着目した包括化を検証する課題等に関連したコスト調査・分析結果の活用方法

診療報酬点数と実際原価との乖離が生じている場合に、診療報酬点数の改定により対応するのか、又は保険医療機関等の経営努力により対応するのかを検討する際のコスト調査・分析結果の活用方法

経営管理技法の浸透による医療の効率化の推進に関連したコスト調査・分析結果の活用方法

## 1. 入院基本料に関するコスト調査の実行可能性

### (1) 入院基本料が想定するサービス内容の定義付け（原価計算対象の明確化）の必要性

原価計算とは、サービスや製品を生み出すためにどれほどの原価・費用を費やしたかを、原価要素別・原価部門別・原価負担者別に、分類・測定・集計・分析するための手続きならびに手法である。

現在、我が国の医療分野において行われているコストすなわち原価の調査は、診療科目や入院・外来機能に着目した部門別計算、DPCを活用した患者別・診断群分類別計算などであり、いずれも診療収益に対応する原価・費用を対比する方法により行われている。

今回のテーマである基本診療料のコスト把握とは、「診療報酬点数に定められている基本診療料が想定する医療サービス（原価計算対象）の提供のために投入された財・サービス（原価要素）の原価（コスト）を把握する作業」と考えられる。

コスト調査は、サービス内容の定義を前提として、原価要素としてのコスト（材料費・給与費・委託費・設備関係費・研究研修費・経費等）の測定・把握を行い、これを直課・配賦することにより実施される。そのため、具体的検討項目とされた入院基本料に含まれる医学的管理部分、看護部分、室料（入院環境）部分などのサービス内容（以下は単に「サービス内容」という）を明確にすることが不可欠となる。

そこで、入院基本料に関する原価（コスト）調査を行おうとする場合には、入院基本料に含まれるサービス内容の具体的定義付けが必要となる。

その理由は以下の通りである。

- ・ 原価を算定しようとするサービス内容が明確に設定され、それに対応する原価要素が識別されないとコストの把握が正確にできない。
- ・ サービス内容に相對する形で入院基本料収益と対応コストを定めない場合、収益により回収される費用の説明が定まらない。
- ・ 定義がないサービス内容に対して間接費を配賦しようとする場合、配賦基準が曖昧となり計算結果の客観性が確保できない。

ところが入院基本料については、個々のサービス内容の評価ではなく、病院の機能や体制等の評価をめぐる医療上の必要性、あるいは保険財政の状況や保険医療機関の経営状況を踏まえ、これまでの診療報酬改定において分割・統合され、設定・改定が行われてきたと考えられる。

したがって、入院基本料のサービス内容に関して、誰にでも納得できる明解な表現により具体的に定義することは困難な状況にある。このため、現時点において、入院基本料に関してただちに適切かつ有効なコスト調査を実施することはきわめて難しい。

なお、医療における原価計算は、限られた医療財源を適正に配分する観点からも充実していく努力が必要である。しかし、我が国において病院原価計算は未発達であり、原価データを基にした経営管理等が十分浸透していない現状を考慮すると、長期的視点に立って調査研究する体制の構築が望まれる。

\* 我が国における医療原価計算の現状：

一般財については、製品・サービスの販売価格が市場において可変的に決定される。このため、製造業をはじめとする民間企業は、価格決定および市場価格に応じたコスト戦略策定等を目的として、相当の費用を投じ、目的意識を持って原価計算に取り組んでいる。

また、諸外国の医療制度でも、医療機関の開設主体の特性や実費用償還制度の採用等に応じ、原価計算の取組みが行われている例が見られる。

一方、我が国の医療分野では、診療報酬が公定価格であることや、原価計算を中心とした費用償還の仕組みを採用していないこと等から、原価計算は一部の医療機関を除き未発達であると思われる。

## (2) 入院基本料に関するコスト計算実施上の検討課題

入院基本料が想定するサービス内容が明確に定義されたとしても、コスト計算を実施する場合には、たとえば以下の事項を検討する必要がある。

- ・ 入院環境に関する費用が、入院基本料の対象となる費用だけではなく、他の収益も入院環境に相対していることをどのように評価するのか。
- ・ 入院環境に要する費用、具体的には病室の減価償却費や清掃費等を、診療報酬によって手当されている入院基本料、個室病室等において徴収されている室料差額、あるいは（自治体病院の場合）資本費にかかわる自治体からの補助金収入等にどのように対応させるのか。
- ・ 診療上の理由で室料差額を徴収できない場合の個室費用をどのように取り扱うのか。

以上のように、実際にコスト把握及び配賦を行う際に生ずる問題点を想定し考え方を整理する工夫が、コスト計算を実施する際には大切である。

## (3) 所要期間・経費

原価計算の考え方を踏まえて、モデル的に10医療機関程度の財務諸表を共同して精査し、その正確性を確認することから始め、個別に業務量データ・財務諸表のデータ調査を行い、方法論を確立していく手法を想定すると、これに必要な期間・経費は概ね以下のとおりと想定される。

### 所要期間

部門別収支調査を例にとると、方法論が確立するまで5年を要しており、原価計算方法論の確立まで、不確定であるが同じく5年程度を要すると思われる。

### 所要経費

部門別収支調査を例にとると、当初の基本設計は年5百万円程度、調査実施は年3千万円程度の費用が必要であった。原価計算についても、当初の基本設計は同程度と考えられるが、モデル実施に移行する場合は、タイムスタディに係る人件費などの作業量が欠かせないため、部門別収支調査以上の経費投入が不可欠となる。

## 2. コスト把握手法の整理

### (1) 部門別収支調査（既存調査データ）の活用

入院基本料が想定するサービス内容の定義付けができたと仮定しても、対応するコストを切り出すためには、新たな調査実施に相当する追加調査が必要である。既存調査により入手しうる財務データや業務量データなどの活用のみによって対応することは難しい。

### (2) 標準原価による原価把握

標準原価の設定に際して支払い側と診療側をはじめ診療報酬関係者が納得できる客観的根拠が求められるが、現実的には計算結果の客観性の確保が困難であるという問題点がある。

例えば、入院基本料を構成するとされる室料（入院環境）部分の標準原価について、どのような建築コストを採用した設定が適切で納得のいくものであるのか、その際採用されるべき耐用年数は何年とすべきであるのかなどの事項に関して、関係者から合意を得なければならない。現実には合意獲得はたやすくないと想定される。

### (3) 実際原価（財務諸表ベース）による原価把握

#### 残渣方式

残渣方式とは、基本診療料及び特掲診療料のサービス内容の定義を行わず、財務諸表に記載されている費用項目から、特掲診療料に対応するコストを減算した結果を基本診療料のコストとする方式である。

具体的には、特掲診療料のコストを中央診療部門や補助・管理部門において発生しているものと仮定し、コスト配賦を行わずに算定する方法である。

この場合、特掲診療料のサービス内容の定義付けにかかわる仮定の妥当性に関する検証が必要である。とともに、入院基本料の医学的管理部分、看護部分、室料（入院環境）部分などの区分及びそれぞれの部分のサービス提供に必要な要素コスト（材料費・給与費・委託費・設備関係費・研究研修費・経費等）が客観的に把握できないという問題が生じる。

#### 積上げ方式（コスト配賦方式）

積上げ方式とは、個々の基本診療料や特掲診療料のサービス内容の定義を行い、直接対応する原価を測定するとともに、補助・管理部門などの原価を各サービスに一定の合理的な基準で配賦する手法であり、コスト調査・分析の手法として一般的に活用されている。

なお、実際原価による手法においては、その正確性を以下により確保することが必要となる。

#### ・財務諸表の正確性

調査のベース・データは財務諸表である以上、その正確性が求められる。

#### ・病院会計準則に沿った財務諸表の作成

使用される財務諸表は、病院の財政状態および運営状況を体系的・統一的に捉えて比較可能とするため、開設主体横断的に適用される病院会計準則によって作成されることが条件となる。

### 3. 新規に調査設計を行う場合の技術的課題

#### (1) コスト把握を行う際の視点

一般的に病棟内で発生する原価の中で、入院基本料に対応するものとして計上・配賦されるコストと、計上・配賦されないコストを明確に区分しなくてはならない。また、病棟外で発生する原価でも入院基本料に対応するコストを把握する必要がある。

積上げ方式による原価計算を実施するためには、個別診療料（特掲診療料）により評価されない基本的な診察や処置等、その他基本的な医療の提供に必要な人・物等の定義（入院基本料が想定するサービス内容の定義）を確定する必要がある。定義がなされた結果として、はじめてコスト計上及び配賦の基準が作成でき、コスト調査・分析が行えるからである。

#### (2) コスト計上・配賦基準に関する課題

上記サービス内容が定義された場合、

##### 材料費

材料費について、個々に使用状況を調査するのか、各サービス内容に配賦するのか、また、配賦するとした場合の基準等をどのように設定するのか。

##### 給与費

医師、看護師等の従事者については、タイムスタディの実施により作業量を測定・把握の上、コストを配賦することとなる。その際、医療サービス提供に要する時間以外の時間（研究・研修・会議等）に係るコストについて、どのような基準で各サービス内容に配賦するのか等を検討しなくてはならない。

##### 委託費等

委託費・設備関係費・研究研修費・経費・控除対象外消費税等の負担額・本部費配賦額について、どのような基準で各サービス内容に配賦するのかに関する検討も欠かせない。

## 医療機器の保険適用について（平成23年7月収載予定）

### 区分C1（新機能）

	販売名	企業名	保険償還価格	算定方式	補正加算等	外国平均価格との比
①	コンサルタ CRT-P	日本メドトロニック株式会社	1,600,000 円	類似機能区分 比較方式	有用性加算 (ハ)5%	1.46

### 区分C2（新機能・新技術）

	販売名	企業名	保険償還価格	算定方式	補正加算等	外国平均価格との比
②	冷凍手術器 CryoHit	株式会社日立メディコ	特定保険医療材料としての価格は設定しない			

## 医療機器に係る保険適用決定区分及び価格（案）

販売名                      コンサルタ CRT - P  
 保険適用希望企業      日本メドトロニック株式会社

決定区分	主な使用目的
C 1 (新機能)	本品は、左右それぞれの心室を電氣的に刺激する機能を持つ、トリプルチャンバの植込み型のペースメーカーである。 本品は、既存のペースメーカーに加え、心房細動などを治療する機能及び胸郭の電気抵抗を調べることにより、心不全の状態を評価する機能をもつ。

### 保険償還価格

償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比	暫定価格
1,600,000 円	112 ペースメーカー (7) トリプルチャンバ 1,540,000 円 有用性加算 (八) 5%	1.46	1,540,000 円

### [ 参考 ]

#### 企業希望価格

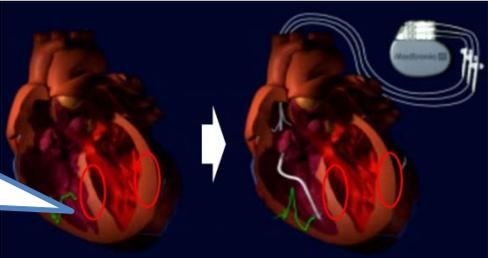
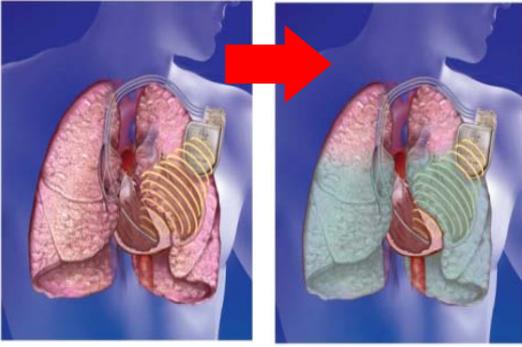
償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比	暫定価格
1,601,600 円	112 ペースメーカー (7) トリプルチャンバ 1,540,000 円 有用性加算 5%	1.46	1,540,000 円

#### 諸外国におけるリストプライス

アメリカ合衆国	連合王国	ドイツ	フランス	外国平均価格
1,232,000 円 (14,000.00 ドル)	1,435,212 円 (10,476.00 ポンド)	1,249,974 円 (10,593.00 ユーロ)	471,999 円 (3,999.99 ユーロ)	1,097,296 円

1 ドル = 88 円  
 1 ポンド = 137 円  
 1 ユーロ = 118 円  
 (平成 22 年 2 月 ~ 平成 23 年 1 月の  
 日銀による為替レートの平均)

## 製品概要

1 販売名	コンサルタCRT-P
2 希望業者	日本メドトロニック株式会社
3 使用目的	<p>本品は、左右それぞれの心室を電氣的に刺激する機能を持つ、トリプルチャンバの植込み型のペースメーカーである。</p> <p>本品は、既存のペースメーカーに加え、心房細動などを治療する抗頻拍ペーシング治療を行う機能、及び胸郭の電気抵抗を調べることにより、心不全の状態を評価する機能をもつ。</p>
4 構造・原理	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>本品写真</b></p>  <p><b>トリプルチャンバのペースメーカーの特徴</b></p>  <p>左右の心室を刺激することにより、心臓のリズムを補正し、血行動態の改善を目指す。</p>  <p><b>抗頻拍ペーシング治療</b></p> <p>心房性不整脈の検出 → 治療 → 停止</p>  <p>心房性の不整脈を自動的に検知し、少し早いレートでペーシングを行うことで心房性不整脈を停止させる</p> <p><b>胸郭の電気抵抗測定機能</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ペースメーカー本体と、リードの間の電気抵抗値を測定することにより、肺水腫等の胸郭内の水分をモニタリングする機能。</li> <li>本機能により、肺水腫を早期に発見し、心不全増悪等の症状の変化を予測できる可能性がある。</li> </ul>  <p>通常の状態      心不全が悪化すると、肺の水分量が増加するため、電気抵抗が変化する。</p> </div>

## 医療機器に係る保険適用決定区分及び価格（案）

販売名 冷凍手術器 CryoHit

保険適用希望企業 株式会社日立メディコ

決定区分	主な使用目的
C2 (新機能・新技術)	本品は、小径腎悪性腫瘍に対し、高圧ガスをニードルに供給することにより、ニードルに低温を発生させ、ニードル周囲の生体組織を凍結・壊死させる手術器の本体と、ニードルである。

### 保険償還価格

	償還価格	外国平均価格との比	暫定価格
本体	特定保険医療材料としての価格は設定せず、 新規技術料において評価 (次期改定までは既存技術の準用で対応)		なし
ニードル			なし

### [ 参考 ]

#### 企業希望価格

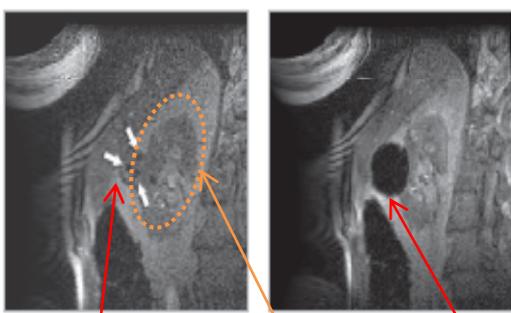
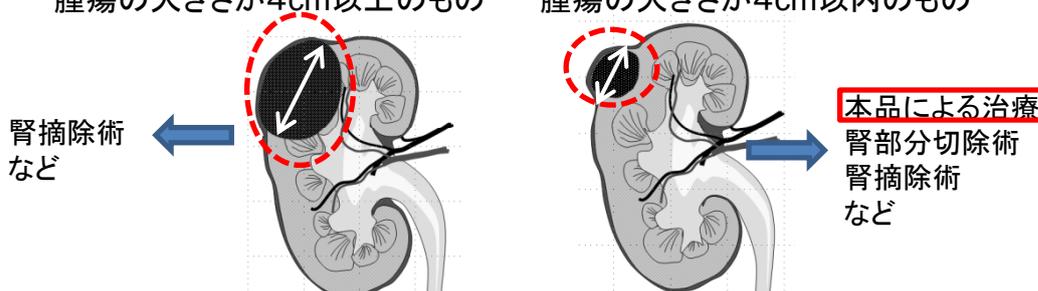
	償還価格	外国平均価格との比
本体	特定保険医療材料としての価格は設定せず、新規技術料において評価 (次期改定までは既存技術の準用で対応)	
ニードル	180,313 円 (原価計算方式)	1.07

#### 諸外国におけるリストプライス

	アメリカ合衆国	連合王国	ドイツ	フランス	外国平均価格
本体	17,160,000 円 (195,000 ドル)	26,100,000 円 (224,000 1-円)	26,100,000 円 (225,000 1-円)	26,100,000 円 (225,000 1-円)	23,865,000 円
ニードル	149,600 円 (1,700 ドル)	174,000 円 (1,500 1-円)	174,000 円 (1,500 1-円)	174,000 円 (1,500 1-円)	167,900 円

1 ドル = 88 円  
1 ポンド = 136 円  
1 ユーロ = 116 円  
(平成 22 年 3 月 ~ 平成 23 年 2 月の  
日銀による為替レートの前平均)

## 製品概要

1 販売名	冷凍手術器 CryoHit
2 希望業者	株式会社日立メディコ
3 使用目的	本品は、小径腎悪性腫瘍に対し、高圧ガスをニードルに供給することにより、ニードルに低温を発生させ、ニードル周囲の生体組織を凍結・壊死させる手術器の本体と、ニードルである。
4 構造・原理	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><b>本品写真</b></p>  <p>分配パネル</p> <p>本体</p> <p>ニードル</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p><b>使用方法</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 局所麻酔等の前処置を行い、ニードルを穿刺し、病変を凍結する。</li> <li>② 解凍後にニードルを抜去し、適切な止血処置を行う。</li> </ol> </div> </div> <div style="margin-top: 20px;"> <p><b>MRI下で行う場合のイメージ</b></p>  <p>経皮的又は回復、腹腔鏡下等により手術を行うことができる。</p> </div> <div style="margin-top: 20px;"> <p><b>MRI画像の例</b></p>  <p>凍結前の腫瘍      腎臓      凍結後</p> </div> <div style="margin-top: 20px;"> <p>腫瘍の大きさが4cm以上のもの      腫瘍の大きさが4cm以内のもの</p>  <p>腎摘除術 など      <b>本品による治療</b>      腎部分切除術      腎摘除術 など</p> </div>

# 保険医療材料の評価区分

## A1(包括)

いずれかの診療報酬項目において包括的に評価されているもの  
(例:縫合糸、静脈採血の注射針)

## A2(特定包括)

特定の診療報酬項目において包括的に評価されているもの  
(例:眼内レンズと水晶体再建術、超音波検査装置と超音波検査)

## B(個別評価) = 特定保険医療材料

材料価格が機能別分類に従って設定され、技術料とは別に評価されているもの  
例:PTCAカテーテル、冠動脈ステント、ペースメーカー

## C1(新機能)

新たな機能区分が必要で、それをを用いる技術は既に評価(医科点数表にある)されているもの  
(例:特殊加工の施してある人工関節)

## C2(新機能・新技術)

新たな機能区分が必要で、それをを用いる技術が評価されていないもの  
(例:カプセル内視鏡)

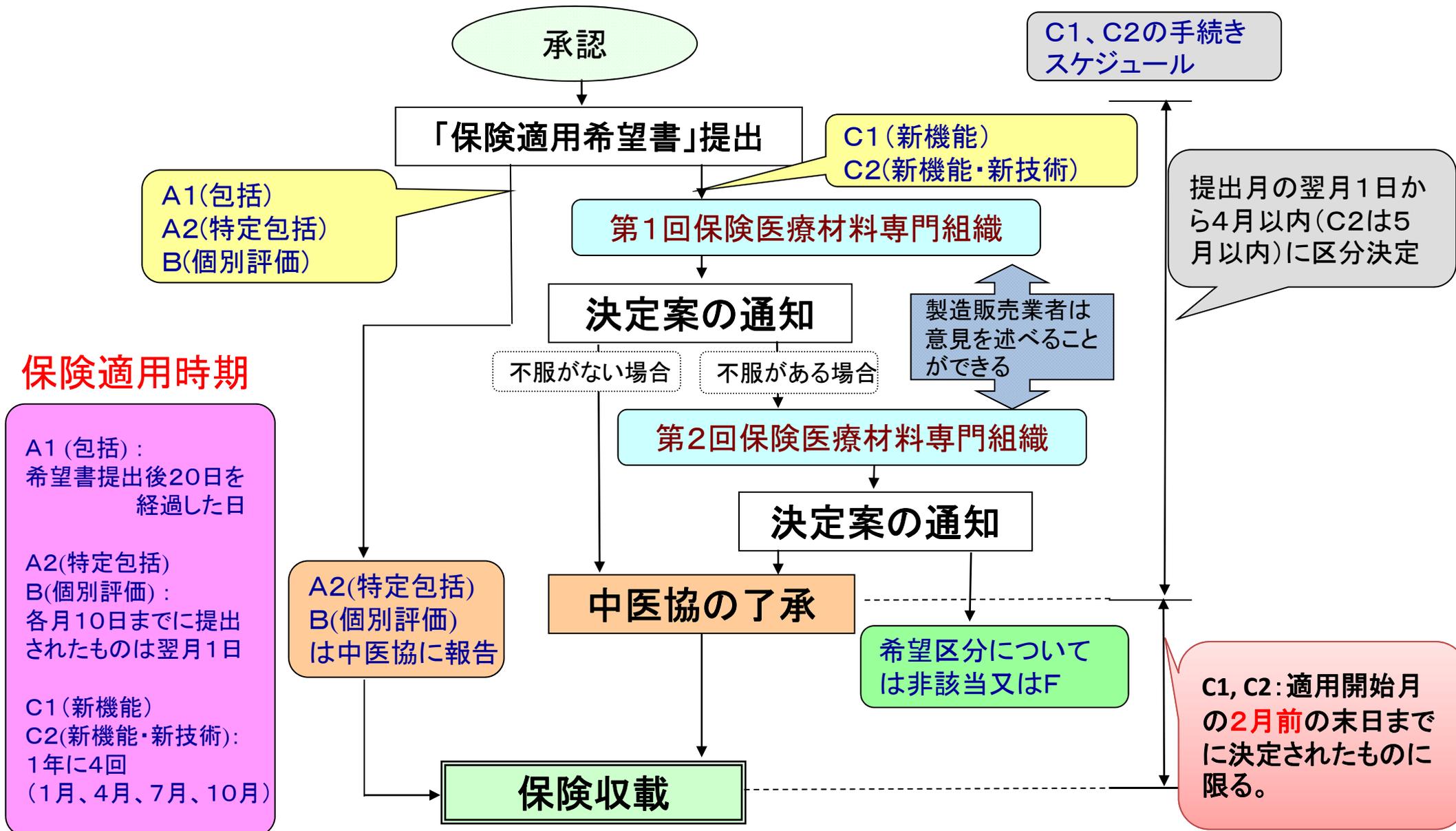
## F 保険適用に馴染まないもの

# 特定保険医療材料の範囲

## ○保険医療材料の評価の原則(平成5年中医協建議より)

1. 技術料の加算として評価すべき保険医療材料(A2)
  - ① 使用される技術が限られているもの :例)超音波凝固切開装置
  - ② 医療機関からの貸し出しの形態をとるもの :例)在宅の酸素ボンベ
2. 特定の技術料に一体として包括して評価すべき保険医療材料 (A2)  
技術と一体化している材料:例)腹腔鏡のポート、脳波計
3. 技術料に平均的に包括して評価すべき保険医療材料 (A1)  
廉価な材料:例)静脈採血の注射針、チューブ
4. (1.から3.以外で)価格設定をすべき保険医療材料 (B,C1,C2)
  - ① 関連技術料と比較して相対的に高いもの:例)人工心臓弁
  - ② 市場規模の大きいもの:例)PTCAカテーテル、ペースメーカー

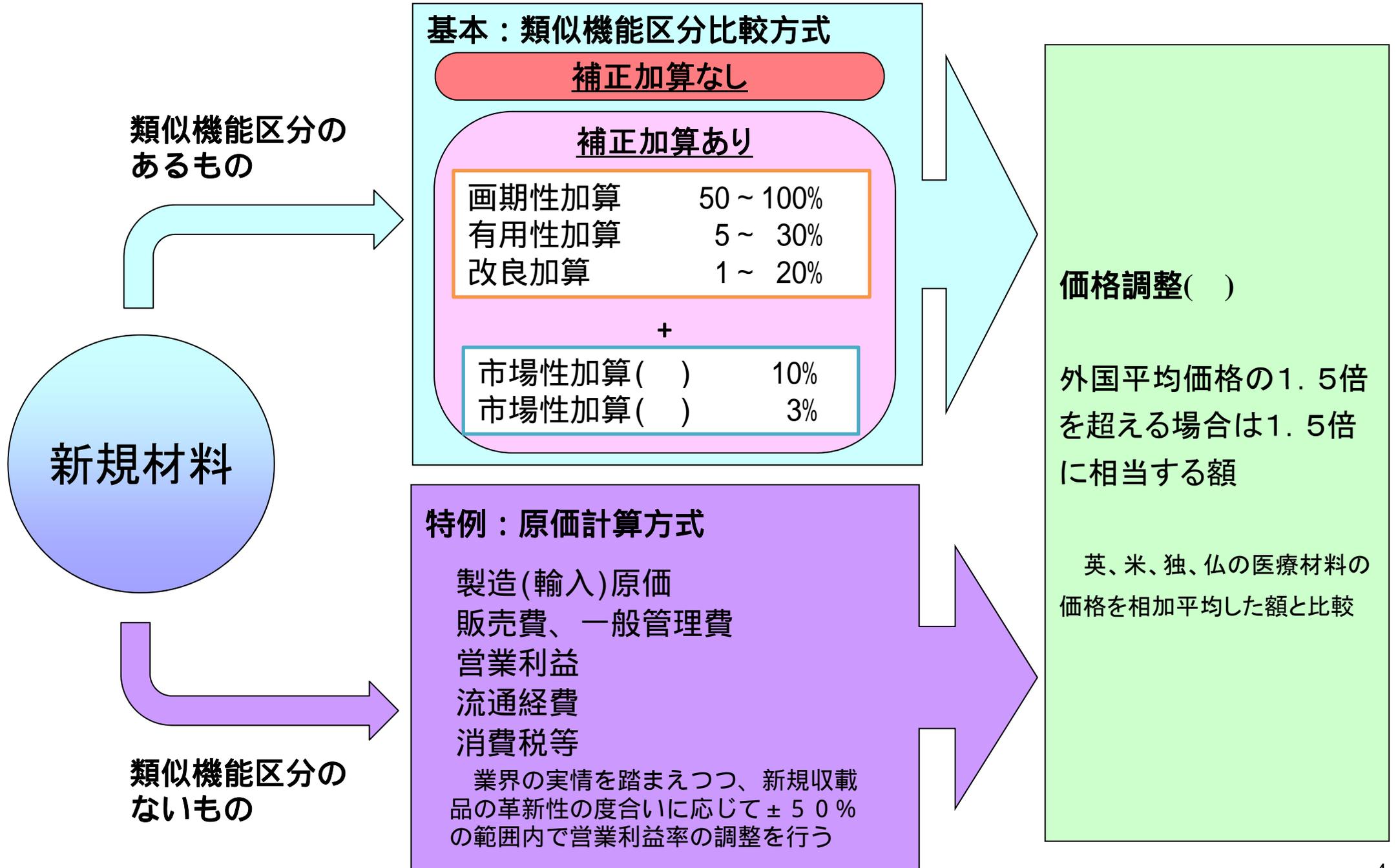
# 医療機器・材料価格算定のプロセス



## 保険適用時期

- A1(包括): 希望書提出後20日を経過した日
- A2(特定包括)  
B(個別評価): 各月10日までに提出されたものは翌月1日
- C1(新機能)  
C2(新機能・新技術): 1年に4回(1月、4月、7月、10月)

# 新規材料の価格算定ルール



# 新規材料のルール

## 基本的なルール: 補正加算について

### ○画期性加算 (50~100%)

次の要件を全て満たす新規収載品の属する新規機能区分

- イ 臨床上有用な新規の機序を有する医療機器であること
- ロ 類似機能区分に属する既収載品に比して、高い有効性又は安全性を有することが、客観的に示されていること
- ハ 当該新規収載品により、当該新規収載品の対象となる疾病又は負傷の治療方法の改善が客観的に示されていること

### ○有用性加算 (5~30%)

画期性加算の3つの要件のうちいずれか1つを満たす新規収載品の属する新規機能区分

### ○改良加算 (1~20%)

次のいずれかの要件を満たす新規収載品の属する新規機能区分

- イ 構造等における工夫により、類似機能区分に属する既収載品に比して、医療従事者への高い安全性を有することが、客観的に示されていること。
- ロ 類似機能区分に属する既収載品に比して、当該新規収載品の使用後における廃棄処分等が環境に及ぼす影響が小さいことが、客観的に示されていること。
- ハ 構造等の工夫により、類似機能区分に属する既収載品に比して、患者にとって低侵襲な治療をできることが、客観的に示されていること。
- ニ 小型化、軽量化等の工夫により、それまで類似機能区分に属する既収載品に比して、小児等への適用の拡大が、客観的に示されていること。
- ホ 構造等の工夫により、類似機能区分に属する既収載品に比して、より安全かつ簡易な手段が可能となること等が、客観的に示されていること。

### ○市場性加算(Ⅰ) (10%)

薬事法第77条の2の規定に基づき、希少疾病用医療機器として指定された新規収載品の属する新規機能区分

### ○市場性加算(Ⅱ) (3%)

類似機能区分に属する既収載品に比して、当該新規収載品の推計対象患者数が少ないと認められる新規収載品の属する新規機能区分

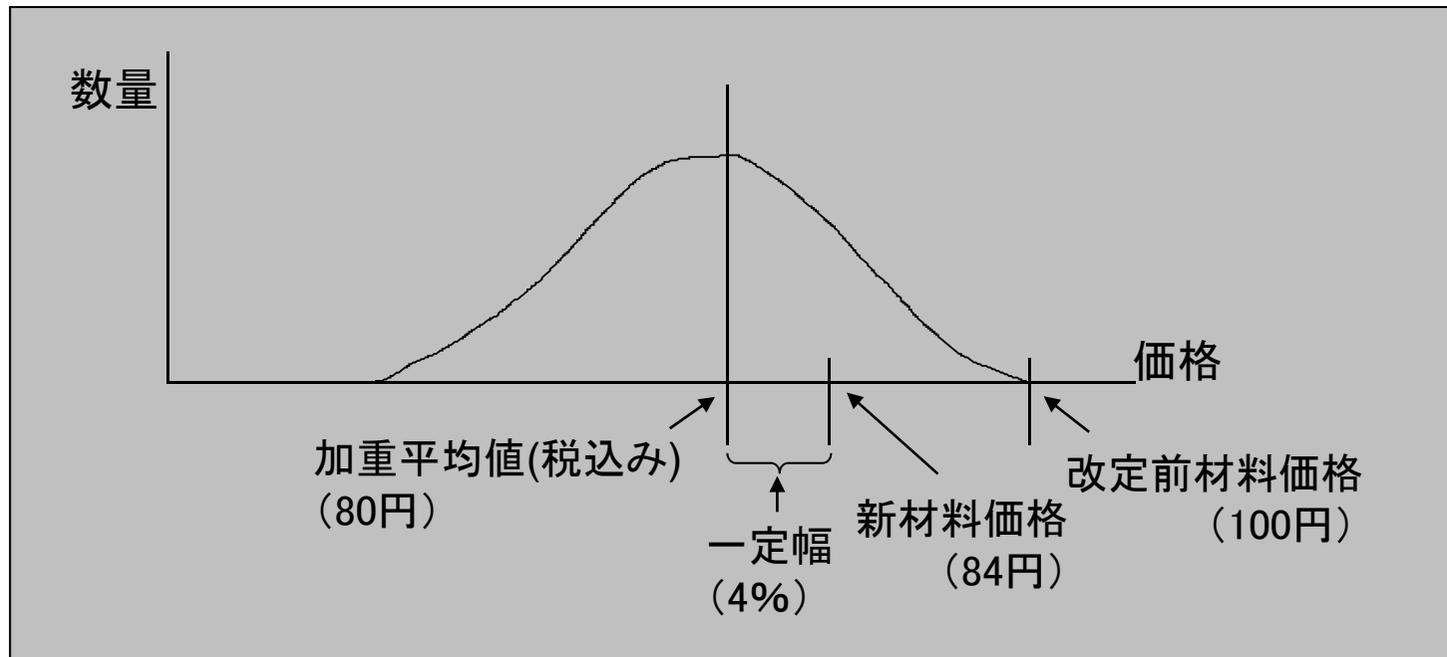
+

# 既収載品のルール

## 基本的なルール：一定幅方式

### 市場実勢価格加重平均値一定幅方式

材料価格調査において得た各機能区分に属する全ての既収載品の市場実勢価格の加重平均値に消費税を加えた算定値に一定幅（平成22年度においては4%）を加算した額とする。



$$\text{新材料価格} = \left[ \text{医療機関における購入価格の加重平均値(税抜の市場実勢価格)} \right] \times \left[ 1 + \text{消費税率(地方消費税分含む)} \right] + \text{一定幅}$$

# 既収載品のルール

## 特例的なルール:再算定

### ○ 再算定

国内価格と外国平均価格（英・米・独・仏）を比較し、市場実勢価格が外国平均価格の1.5倍を上回る場合は、下記の算式を適用し、倍率に応じて価格を引き下げる（最大25%まで）

（ただし、供給が著しく困難な特定保険医療材料における機能区分の見直しに係わる場合を除く）

平成22年度材料価格制度改革において、再算定において使用する為替レートは「調査時期から直近2年間」と設定された。

$$\text{算定値} = \text{改定前材料価格} \times \frac{\text{既存品外国平均価格} \times 1.5}{\text{当該機能区分の属する分野の各銘柄の市場実勢価格の加重平均値}}$$

**1. 医科**

**新たな保険適用 区分A2(特定包括)(特定の診療報酬項目において包括的に評価されているもの) 保険適用開始年月日:平成23年5月1日**

薬事法承認番号	販売名	保険適用希望者	特定診療報酬算定医療機器の区分
220ACBZX00001000	トロフィー・パンブラス	株式会社エム・ディ・インストルメンツ	CT撮影装置
22200BZX00687000	カンガルー Joeyポンプ	コヴィディエン ジャパン株式会社	注入ポンプ(Ⅲ)
222ACBZX00035000	Optima CT580 シリーズ	GE ヘルスケア・ジャパン株式会社	CT撮影装置
222ACBZX00083000	東芝スキャナ Aquilion PRIME TSX-302A	東芝メディカルシステムズ株式会社	CT撮影装置
22300BZX00157000	CARESCAPE™ ベッドサイドモニター B650	GE ヘルスケア・ジャパン株式会社	モニター
22300BZX00180000	マルチカラーレーザ光凝固装置ビズラス TRION II	カールツァイスメディテック株式会社	眼科用光凝固装置
223AABZX00014000	超音波診断装置 Nemio MX SSA-590A	東芝メディカルシステムズ株式会社	超音波検査装置(Ⅱ)
223AABZX00032000	超音波計測・診断システム UD-8000AB	株式会社トーマコーポレーション	超音波検査装置(Ⅰ)
223ABBZX00020000	デジタル式乳房用X線診断装置 FDR MS-2500	富士フイルム株式会社	診断用X線装置
223ABBZX00020000			デジタル撮影装置
223ABBZX00021000	デジタル式乳房用X線診断装置 FDR MS-2000	富士フイルム株式会社	診断用X線装置
223ABBZX00021000			デジタル撮影装置
223ABBZX00030000	耳鼻咽喉ビデオスコープ OLYMPUS ENF-V3	オリンパスメディカルシステムズ株式会社	内視鏡
223ABBZX00031000	ENDO EYE FLEX 先端湾曲ビデオスコープ OLYMPUS LTF-S190-5	オリンパスメディカルシステムズ株式会社	内視鏡
223ABBZX00033000	胆道ビデオスコープ OLYMPUS CHF TYPE Y0004	オリンパスメディカルシステムズ株式会社	内視鏡
223ABBZX00037000	移動型X線装置 Sirius Ubiquitas2	株式会社日立メディコ	診断用X線装置
223ABBZX00037000			デジタル撮影装置
223ACBZX00010000	Ingenuity CT シリーズ	株式会社フィリップスエレクトロニクスジャパン	CT撮影装置
223AGBZX00058000	EDAN H100B パルスオキシメータ	紫明半導体株式会社	パルスオキシメータ
223AGBZX00078000	コンフォライフ SL-3	株式会社医器研	酸素供給装置(Ⅰ)

新たな保険適用 区分B(個別評価)(材料価格が個別に設定され評価されているもの) 保険適用開始年月日:平成23年5月1日

薬事法承認番号	販売名	保険適用希望者	決定機能区分	償還価格 (円)
20600BZZ00233000	トッパ栄養カテーテル	株式会社トッパ	006 在宅寝たきり患者処置用栄養用デイスホーザフルカテーテル(1)経鼻用①一般用	¥175
20600BZZ00233000			006 在宅寝たきり患者処置用栄養用デイスホーザフルカテーテル(1)経鼻用②乳幼児用イ非DEHP型	¥140
21200BZY00587000	ATW ガイドワイヤー	ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社	012 血管造影用ガイドワイヤー(3)微細血管用	¥17,600
21200BZZ00352A02	CKAアウターヘッド	日本メディカルマテリアル株式会社	057 人工股関節用材料(2)大腿骨側材料④人工骨頭用イハイボラップ	¥134,000
21400BZZ00180000	ユニテック CHS システム	株式会社日本ユニテック	060 固定用内副子(スクリュー)(1)一般スクリュー(生体用合金I)	¥6,790
21400BZZ00180000			060 固定用内副子(スクリュー)(4)中空スクリュー(生体用合金I・S)	¥20,000
21400BZZ00180000			060 固定用内副子(スクリュー)(5)中空スクリュー(生体用合金I・L)	¥31,400
21400BZZ00180000			060 固定用内副子(スクリュー)(8)その他のスクリュー②特殊型イ圧迫調整固定用・両端ねじ型 i 大腿骨頭部用	¥114,000
21400BZZ00180000			062 大腿骨外側固定用内副子(1)つばなしプレート(生体用合金I)	¥74,300
21400BZZ00180000			062 大腿骨外側固定用内副子(3)つばつきプレート(生体用合金I)	¥109,000
21400BZZ00180000			062 大腿骨外側固定用内副子(5)ラグスクリュー(生体用合金I)	¥40,100
21400BZZ00180000			062 大腿骨外側固定用内副子(7)スライディングラグスクリュー(生体用合金I)	¥87,200
21400BZZ00180000			062 大腿骨外側固定用内副子(8)圧迫固定スクリュー(生体用合金I)	¥9,180
21400BZZ00180000			063 固定用内副子用ワッシャー、ナット類(1)ワッシャー(I)	¥3,030
21500BZZ00616000	MDM コンプレッション ヒップ スクリュー システム	株式会社日本エム・ディ・エム	060 固定用内副子(スクリュー)(5)中空スクリュー(生体用合金I・L)	¥31,400
22000BZX01363000	マイクロカテーテル1	株式会社ハイレックスコーポレーション	010 血管造影用マイクロカテーテル(1)オーバーザワイヤー②造影能強化型	¥36,000
22200BZX00567000	アパセラム-B2	HOYA株式会社	078 人工骨(2)専用型⑥骨盤用ア腸骨稜用	¥75,100
22200BZX00568000	アパセラム-B5	HOYA株式会社	078 人工骨(2)専用型⑥骨盤用ア腸骨稜用	¥75,100
22200BZX00568000			078 人工骨(2)専用型⑥骨盤用イその他	¥197,000
22200BZX00936000	アンセム ACC	セント・ジュード・メディカル株式会社	112 ベースメーカー(8)トリプルチャンバ(II型)	¥1,600,000
22200BZX00938000	アンセムRF ACC	セント・ジュード・メディカル株式会社	112 ベースメーカー(8)トリプルチャンバ(II型)	¥1,600,000
22200BZX00957000	トラベキュラーメタルモノブロックCR	ジンマー株式会社	058 人工膝関節用材料(2)脛骨側材料①全置換用材料(I)イ特殊型	¥201,000
222AABZX00103000	ヘモネティクス ウーンドレナージチューブ	ヘモネティクスジャパン合同会社	029 吸引留置カテーテル(1)電動吸引型④創部用イ硬質型	¥3,880
222AABZX00202000	フォーリー カテーテル	コヴィディエン ジャパン株式会社	039 膀胱留置用デイスホーザフルカテーテル(1)2管一般(I)	¥241
222AABZX00202000			039 膀胱留置用デイスホーザフルカテーテル(4)特定(I)	¥772
222AABZX00203000	ヘマチュリア バルーン カテーテル	コヴィディエン ジャパン株式会社	039 膀胱留置用デイスホーザフルカテーテル(6)圧迫止血	¥4,530
222AABZX00219000	ジェイフィード栄養カテーテル	株式会社ジェイ・エム・エス	005 在宅寝たきり患者処置用栄養用デイスホーザフルカテーテル(1)経鼻用①一般用	¥175
222AABZX00219000			005 在宅寝たきり患者処置用栄養用デイスホーザフルカテーテル(1)経鼻用②乳幼児用イ非DEHP型	¥140
222AABZX00219000			026 栄養カテーテル(1)経鼻用①一般用	¥175
222AABZX00219000			026 栄養カテーテル(1)経鼻用②乳幼児用イ非DEHP型	¥140
22300BZI00005000	Situs 2 OTW リード	日本ライフライン株式会社	113 埋込式心臓ペースメーカー用リード(1)リード①経静脈リードア標準型	¥155,000
22300BZI00005000			113 埋込式心臓ペースメーカー用リード(3)アクセサリー	¥6,610
22300BZX00132000	K-NOW 人工肘関節(Ti-M)	ナカシマメディカル株式会社	060 固定用内副子(スクリュー)(1)一般スクリュー(生体用合金I)	¥6,790
22300BZX00132000			066 人工肘関節用材料(1)上腕骨側材料	¥340,000
22300BZX00132000			066 人工肘関節用材料(2)尺骨側材料	¥294,000
22300BZX00145000	ロッキングXプレート/2ホールプレート(滅菌)	シンセス株式会社	061 固定用内副子(プレート)(7)骨端用プレート(生体用合金I)	¥89,200
22300BZX00146000	カネカPTAカテーテル PE-W1	株式会社カネカ	133 血管内手術用カテーテル(3)PTAバルーンカテーテル①一般型イ特殊型	¥108,000
22300BZX00147000	COOK Zenith TX2 TAA エンドバスキュラグラフト	Cook Japan株式会社	146 大動脈用ステントグラフト(3)胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)	¥1,620,000
22300BZX00147000			146 大動脈用ステントグラフト(4)胸部大動脈用ステントグラフト(補助部分)	¥286,000
22300BZX00150000	デュオプロ	USCI ジャパン株式会社	133 血管内手術用カテーテル(3)PTAバルーンカテーテル①一般型ア標準型	¥58,100
22300BZX00150000			133 血管内手術用カテーテル(3)PTAバルーンカテーテル①一般型イ特殊型	¥108,000
22300BZX00152000	CBH セメントレス システム	株式会社マティス	057 人工股関節用材料(2)大腿骨側材料①大腿骨ステム(I)ア標準型	¥557,000
22300BZX00155000	stellaris セメントレス システム	株式会社マティス	057 人工股関節用材料(2)大腿骨側材料①大腿骨ステム(I)ア標準型	¥557,000
22300BZX00156000	トグルロック システム	バイオメット・ジャパン株式会社	077 人工靭帯(2)固定器具つき	¥143,000
22300BZX00161000	MaxFire MarXmen 半月板縫合デバイス	バイオメット・ジャパン株式会社	060 固定用内副子(スクリュー)(8)その他のスクリュー②特殊型ア軟骨及び軟部組織用イスチーアソナー型	¥34,300
22300BZX00163000	CS EZ STEER カテーテル	ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社	114 体外式ペースメーカー用カテーテル電極(2)心臓電気生理学的検査機能付加型②冠状静脈洞型	¥111,000
22300BZX00176000	ZNN ティビオネイルシステム	ジンマー株式会社	073 髄内釘(1)髄内釘②横止め型	¥191,000

新たな保険適用 区分B(個別評価)(材料価格が個別に設定され評価されているもの) 保険適用開始年月日:平成23年5月1日

薬事法承認番号	販売名	保険適用希望者	決定機能区分	償還価格 (円)
22300BZX00176000	ZNN ティビアネイルシステム	ジンマー株式会社	073 髄内釘(2) 横止めスクリュー ① 標準型	¥22,500
22300BZX00177000	ZNN アンテグレートフェモラルネイルシステム	ジンマー株式会社	073 髄内釘(1) 髄内釘 ② 横止め型	¥191,000
22300BZX00177000			073 髄内釘(2) 横止めスクリュー ① 標準型	¥22,500
22300BZX00177000			073 髄内釘(2) 横止めスクリュー ② 大腿骨頸部型	¥56,800
22300BZX00178000	Sapphire2 パルーンカテーテル	オーバスネイチメディカル株式会社	130 心臓手術用カテーテル(1) 経皮的冠動脈形成術用カテーテル ① 一般型	¥100,000
22300BZX00179000	セルシウス サーマコール SF	ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社	123 経皮的カテーテル心筋焼灼術用カテーテル(2) イリケーション型	¥184,000
22300BZX00186000	Penta リード	セント・ジュード・メディカル株式会社	086 脊髄刺激装置用リード(1) リードセット ② 16極以上	¥357,000
22300BZX00191000	910YU HIPシステム	日本メディカルマテリアル株式会社	057 人工股関節用材料(2) 大腿骨側材料 ② 大腿骨ステム(Ⅱ)	¥398,000
22300BZX00197000	JuggerKnot ソフト アンカー システム	バイオメット・ジャパン株式会社	060 固定用内副子(スクリュー)(8) その他のスクリュー ② 特殊型 A 軟骨及び軟部組織用 i スーチャーアンカー型	¥34,300
22300BZX00200000	SJMエピック生体弁	セント・ジュード・メディカル株式会社	120 生体弁(1) 異種大動脈弁	¥820,000
223ABBZX00017000	DIB胃瘻カテーテル	株式会社塚田メディカル・リサーチ	037 交換用胃瘻カテーテル(1) 胃留置型 ② ハルーン型	¥8,440
223ABBZX00018000	エクストラクター PRO リトリバーバル バルーン	ボストン・サイエンティフィック ジャパン株式会社	136 胆道結石除去用カテーテルセット(2) 経内視鏡バルーンカテーテル ② トリアルルメン	¥47,900

2. 歯科

新たな保険適用 区分A2(特定包括)(特定の診療報酬項目において包括的に評価されているもの) 保険適用開始年月日:平成23年5月1日

薬事法承認番号	販売名	保険適用希望者	特定診療報酬算定医療機器の区分
223ACBZX00017000	オーピー300	株式会社エム・ディ・インストルメンツ	歯科パノラマ断層撮影デジタル映像化処理装置
223ACBZX00017000			パノラマ断層撮影装置
223ALBZX00001000	バックスプリモ	株式会社パテック ジャパン	歯科パノラマ断層撮影デジタル映像化処理装置
223ALBZX00001A01	プレビスタプリモ	株式会社パテック ジャパン	歯科パノラマ断層撮影デジタル映像化処理装置

新たな保険適用 区分B(個別評価)(材料価格が個別に設定され評価されているもの) 保険適用開始年月日:平成23年5月1日

薬事法承認番号	販売名	保険適用希望者	決定機能区分	償還価格(円)
20600BZZ00233000	トップ栄養カテーテル	株式会社トップ	014 栄養カテーテル(1) 経鼻用 ① 一般用	¥175
20600BZZ00233000			014 栄養カテーテル(1) 経鼻用 ② 乳幼児用 イ 非DEHP型	¥140
222AKBZX00108000	ビューティシーラント	株式会社松風	049 歯科充填用材料 I	1g¥704
223AFBZX00008000	エスディーアール	デンツプライ三金株式会社	049 歯科充填用材料 I	1g¥704
223AKBZX00020000	プレフォームワイヤー	株式会社歯愛メディカル	016 矯正用線(丸型)	1本¥380
223AKBZX00020000			017 矯正用線(角型)	1本¥261
223AKBZX00021000	ラボワイヤー	株式会社歯愛メディカル	016 矯正用線(丸型)	1本¥380
223AKBZX00022000	ストレートワイヤー	株式会社歯愛メディカル	016 矯正用線(丸型)	1本¥380
223AKBZX00022000			017 矯正用線(角型)	1本¥261
223AKBZX00023000	スムーズワイヤー	株式会社歯愛メディカル	020 超弾性矯正用線(丸型及び角型)	1本¥527
223AKBZX00024000	サーモスワイヤー	株式会社歯愛メディカル	020 超弾性矯正用線(丸型及び角型)	1本¥527
223AKBZX00025000	センターデンプルワイヤー	株式会社歯愛メディカル	020 超弾性矯正用線(丸型及び角型)	1本¥527
223AKBZX00027000	ウルトラシールXTプラスJ	ULTRADENT JAPAN株式会社	049 歯科充填用材料 I	1g¥704

## 医療保険における革新的な医療技術の取扱いに関する考え方について(案)

### (先進医療制度の手続、評価、運用の見直し)

我が国における、いわゆるドラッグラグ、デバイスラグや、我が国発の新医薬品の開発及び実用化の促進等といった課題については、研究開発の支援や、薬事承認の迅速化等が直接のアプローチとなるが、これに加えて、医療保険制度における先進医療制度についても、こうした課題に資するよう、その運用の見直しを以下のとおり行うこととする。

#### 1. 医療上の必要性の高い抗がん剤に関する先進医療の実施について

「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」(以下「未承認薬等検討会議」という)において医療上の必要性が高いとされた医薬品については、開発要請を受けた企業又は開発の意思を申し出た企業により治験が着手され、又は薬事承認に係る公知申請がされることが原則であるが、これに加え、海外の実績等から一定の安全性等が確認されている抗がん剤については、開発企業の公募中等、長期間治験が見込まれない場合に、これに係る技術を先進医療の対象とすることとする。

未承認薬等検討会議における開発要望の募集の際に、海外における標準的使用状況(米国の承認状況等)の記載欄を設けることとしているが、医療上の必要性が高いとされた抗がん剤については、この海外における標準的使用状況の情報を活用し、先進医療としての適格性等を先進医療会議(仮称)において確認することにより、先進医療の対象技術として告示することとする。(中医協へ報告)

また、先進医療会議(仮称)において、当該抗がん剤を用いた先進医療を実施可能な医療機関の属性をあらかじめ特定し(医療機関群)、これに該当する医療機関については、実施計画書を審査することにより、実施可能とする。(中医協へ報告)

- ・ 医療機関の施設属性・・・臨床研究中核病院(ICH-GCP水準の臨床研究を実施)都道府県がん診療連携拠点病院、特定機能病院等
- ・ 医療機関の施設要件・・・治験が適切に実施できる体制が整備されていること等
- ・ 当該実施計画書の審査については、先進医療会議(仮称)が適当と認めた場合には、一定の要件を満たす機関(がん治療に高度の知見を有し、実施機関の申請及び実施段階での監査を行う機能を有する機関)に委託できるとし、当該審査の結果を踏まえて先進医療会議(仮称)において適否を判断することができることとする。

実施医療機関において、当該先進医療のデータの質を確保することにより、薬事承認の一定の効率化を図ることとする。

なお、データの質の確保のためには、一定の要件を満たすような臨床試験が実施される必要があり、具体的な要件については、今後関係部局と調整することとする。

次回の未承認薬等検討会議における要望募集が夏に行われる予定であるため、医療上の必要性の議論の結果や、企業による開発状況等に応じて適宜実施する。

## 2．先進医療の申請に必要な国内での数例の実績の効率化について

現在、先進医療の対象技術の申請においては、国内において数例の実績があることが求められているが、これを満たさない場合であっても、申請された個々の技術や医療機関の特性に応じて、先進医療の実施を認めることとする。

この場合には、申請書における実績の記載に替えて、当該技術を有効かつ安全に実施することができる旨の記載を行うこととし、先進医療会議（仮称）において、この適否を判断する。

- ・安全性等の確認において必要な項目の例・・・臨床研究中核病院等であること、  
治験が適切に実施できる体制が整備されていること等

この申請方法により先進医療を実施することができる医療機関としては、特に臨床研究中核病院等の高度な臨床研究を、安全かつ有効に行うことができる機関とするよう適切に審査を行う。

当該スキームを認めるに当たっては、分野ごとに以下の取扱いとする。

- ・適応外薬、未承認薬

新薬の創出、実用化等の促進の観点を踏まえて、審査を行うこと。また、1の未承認薬等検討会議において医療上の必要性が高いとされた先進医療に係るものについても個別にこの取扱いの適用を検討すること。

- ・上記以外の医療技術

対象となる医療技術の医療上の必要性や、実施機関が、臨床研究中核病院等の安全かつ有効に当該技術を実施することができる医療機関であること等について慎重な審査を行うこと。なお、医療機器については、製品の改良・改善が継続される特性を踏まえ、医療上のニーズが高い分野が特定され、医療上の必要性の高い機器が選定される仕組みを整備した上で、この取扱いを適用する。

### 3．現行の先進医療専門家会議及び高度医療評価会議における審査の整理について

現行の先進医療専門家会議及び高度医療評価会議における審査の効率化、重点化を図ること、上記1の取扱いを迅速に行うことを目的として、両会議における審査を一つの会議において行うこととする。

新たな会議体（「先進医療会議（仮称）」）においては、以下の項目について審査を行う

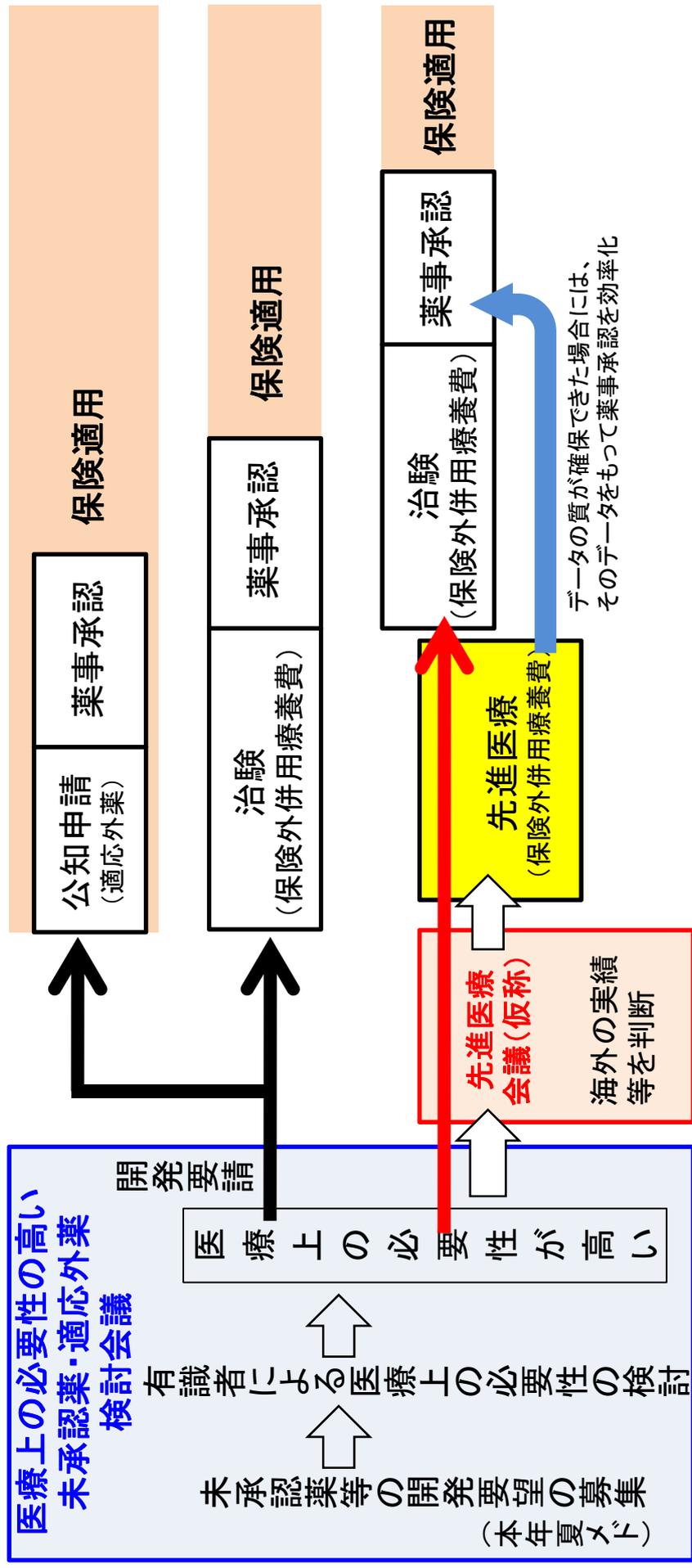
- ・ 個別の医療機関から申請のあった技術（未承認の医薬品、医療機器等を用いたものを含む。）について、倫理性、安全性、有効性、効率性、社会的妥当性、将来の保険導入の必要性等を審査【従来の先進医療専門家会議及び高度医療評価会議において行っていたもの】
- ・ 当該技術を実施する医療機関について、実施機関の施設要件の設定又は個別の医療機関の実施の可否を審査。【従来の先進医療専門家会議及び高度医療評価会議において行っていたもの】
- ・ 上記1のスキームにおいて、未承認薬等検討会議において医療上の必要性が高いとされた抗がん剤について、海外の実績等に鑑み、先進医療の対象とすることの可否の審査。実施可能な医療機関群の設定。また、当該技術を実施する医療機関の申請による実施計画書の審査。

当該会議は、医療技術に関し専門的学識を有する者、保険診療に精通した者、臨床試験、生物統計に精通した者、医療経済学的な評価に精通した者、法律学の専門家等により構成する。

現行の評価療養の枠組みを変更するものではない。

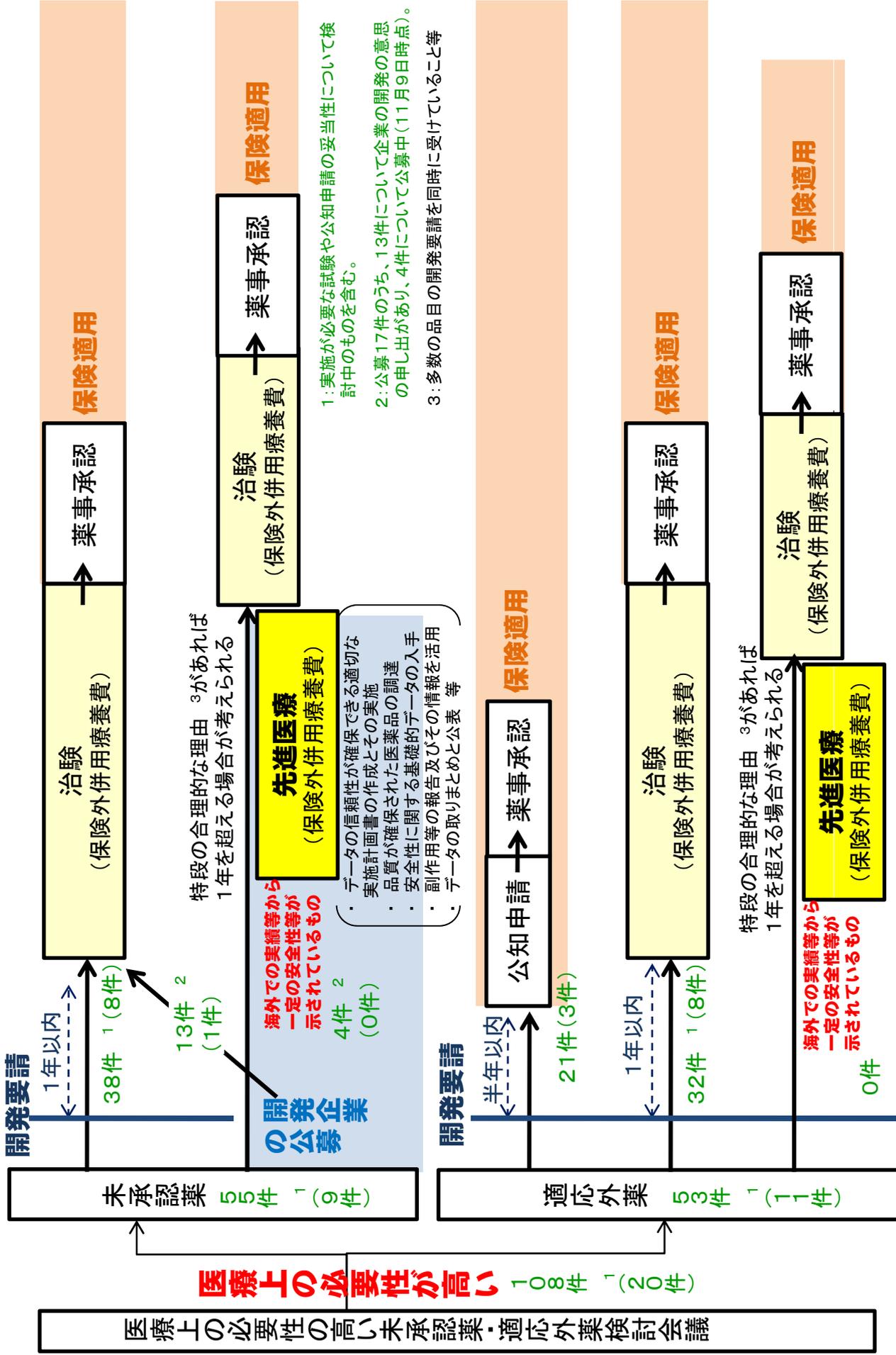
# 医療保険における革新的な医療技術の取扱いに関する考え方について (先進医療制度の手続、評価、運用の見直し)

## 1. 医療上の必要性の高い抗がん剤に係る先進医療の実施について



- ① 医療上の必要性が高いとされた抗がん剤について、海外の実績等を判断した上で、あらかじめ先進医療の対象として告示
  - ② 実施可能な医療機関の属性(医療機関群)をあらかじめ特定
  - ③ 医療機関は、実施計画書(プロトコル)審査のみで実施可能(外部機関の審査を活用可能)
- 【①～③は先進医療会議(仮称)で審査し、中医協に報告】

# 未承認薬等検討会議において医療上の必要性が高いとされたものに係る先進医療の活用のイメージ



数字は、検討会議に要望として集まったものうち医療上の必要性が高いとされたものとして第1弾として5月に開発要請等したものの。( )内は抗がん剤。年内を目標に第2弾として74件(うち、抗がん剤は22件)を開発要請等予定。

H22.11.26中医協総会資料より

## 現行の第3項先進医療の手続

未承認薬等検討会議において医療上の必要性が高いとされたものに係る先進医療の手続（案）

医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議  
○医療上の必要性が高い

先進医療会議（仮称）  
○海外の実績等から技術の安全性等を確認  
○実施可能な機関群を設定

## 医療機関の申請

高度医療評価会議  
○実施技術の適否  
○実施機関の適否  
○実施計画書の適否  
安全性、有効性等の観点

先進医療専門家会議  
○実施技術の適否  
将来の保険導入の必要性等の観点

先進医療として実施可能

## 設定された機関群に該当する医療機関の申請

先進医療会議（仮称）  
○実施計画書の適否

外部機関

当該会議が適切と認めた場合には  
審査を外部機関に委託可能

先進医療として実施可能

まずは、抗がん剤から当該運用を適用  
外部機関は、当該分野について高度な知見等を有する機関とする。

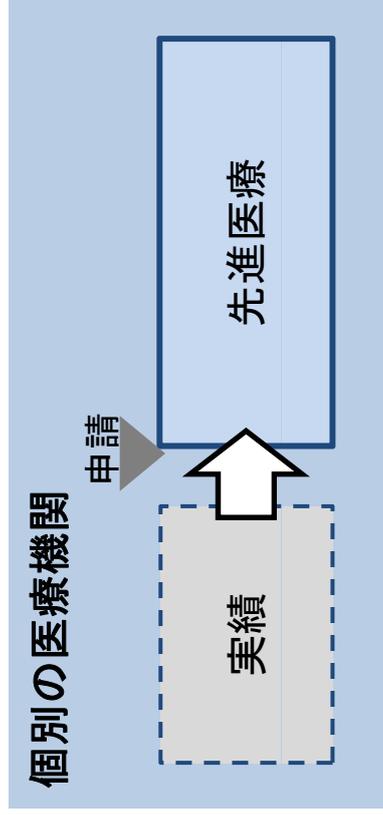
## 2. 先進医療の申請に必要な国内での数例の実績の効率化について

- 先進医療の対象技術の申請においては、数例の実績があることが求められているが、これを満たさない場合であっても、申請された個々の技術や医療機関の特性に応じて、先進医療の実施を認めることとする。
- 申請書における実績の記載に替えて、当該技術を有効かつ安全に実施することができる旨の記載を行うこととする。

【先進医療会議(仮称)で審査し、中医協に報告】

### 【通常の先進医療】

申請に当たっては、国内における実績が必要



### (例) 臨床研究中核病院

申請

実績

先進医療

### ① 未承認薬、適応外薬

新薬の創出、実用化等の促進の観点を踏まえて、審査を行うこと。また、1の未承認薬等検討会議において医療上の必要性が高いとされた先進医療に係るものについても個別に当該スキームの適用を検討すること。

### ② 上記以外の技術

対象となる医療技術の医療上の必要性や、実施機関が、臨床研究中核病院等の安全かつ有効に当該技術を実施することができる医療機関であること等について慎重な審査を行うこと。

なお、医療機器については、製品の改良・改善が継続される特性を踏まえ医療上のニーズが高い分野が特定され、医療上の必要性の高い機器が選定される仕組みを整備した上で、この取扱いを適用する。

### 3. 先進医療会議（仮称）の審査体制等について

#### 従来の審査体制

#### 新たな審査体制

① 通常の先進医療に係る審査

② 医療上の必要性の高い抗がん剤に係る先進医療の審査

個別の医療機関からの申請  
未承認薬、適応外薬等の使用を伴わない技術  
(高度医療)  
(第2項先進医療)

#### 高度医療評価会議

- ① 技術の審査  
安全性、有効性等を審査
- ② 実施機関の審査  
個別の実施機関の適否を審査

#### 先進医療専門家会議

- ① 技術の審査  
効率性、社会的妥当性、将来の保険導入の必要性等を審査
- ② 実施機関の審査  
実施機関の要件を設定

個別の医療機関からの申請

- ・未承認薬、適応外薬等の使用を伴う技術
- ・未承認薬、適応外薬等の使用を伴わない技術

#### 先進医療会議（仮称）

- ① 技術の審査  
倫理性、安全性、有効性、効率性、社会的妥当性、将来の保険導入の必要性等を審査
- ② 実施機関の審査  
・実施機関の要件を設定  
・実施機関の適否を個別に審査

未承認薬等検討会議  
(医療上の必要性が高いとされた抗がん剤)

#### 先進医療会議（仮称）

- ① 技術の審査  
海外等の実績から適否を審査
- ② 実施機関の審査  
実施可能な医療機関の属性  
(医療機関群)を設定

設定された医療機関群に該当する  
個別の医療機関からの申請

#### 先進医療会議（仮称）

実施計画書（プロトコール）審査

当該会議が適切と認めた場合には  
審査を外部機関に委託可能

新たな会議は、医療技術に関し専門的学識を有する者、保険診療に精通した者、臨床試験、生物統計に精通した者、医療経済学的な評価に精通した者、法律学の専門家の等により構成する。

## 高度医療評価会議 構成員名簿

氏 名	役 職
いとう すみのぶ 伊藤 澄信	国立病院機構本部 総合研究センター臨床研究統括部長
かねこ つよし 金子 剛	国立成育医療研究センター 形成外科医長
かわかみ こうじ 川上 浩司	京都大学大学院医学研究科 薬剤疫学 教授
さとう ゆういちろう 佐藤 雄一郎	東京学芸大学教育学部 准教授
さるた たかお 猿田 享男	慶應義塾大学 名誉教授
しばた たろう 柴田 大朗	国立がん研究センター がん対策情報センター 臨床試験支援部 薬事安全管理室長
せきはら たけお 関原 健夫	CDI メディカル 顧問
たけうち まさひろ 竹内 正弘	北里大学薬学部臨床医学（臨床統計学・医薬開発学）教授
たじま ゆうこ 田島 優子	さわやか法律事務所 弁護士
ながい りょうぞう 永井 良三	東京大学大学院医学系研究科循環器内科学 教授
はなし ゆきとし 葉梨 之紀	日本医師会 常任理事
はやし くにひこ 林 邦彦	群馬大学 医学部保健学科医療基礎学 教授
ふじわら やすひろ 藤原 康弘	国立がん研究センター中央病院 副院長
ほった ともみつ 堀田 知光	国立病院機構名古屋医療センター 院長
むらかみ まさよし 村上 雅義	先端医療振興財団 専務理事
やまぐち としはる 山口 俊晴	癌研究会有明病院 副院長
やまなか たけはる 山中 竹春	国立病院機構九州がんセンター 臨床研究センター 臨床研究部 腫瘍統計学研究 室長
やまもと はるこ 山本 晴子	国立循環器病研究センター 先進医療・治験推進部長

座長

座長代理

## 先進医療専門家会議構成員

氏 名	役 職	分 野
赤川 安正	広島大学大学院医歯薬学総合研究科教授	歯科
天野 史郎	東京大学教授	眼科
新井 一	順天堂大学医学部附属順天堂医院長	脳神経外科
飯島 正文	昭和大学教授	皮膚科
加藤 達夫	国立成育医療研究センター総長	小児科
金子 剛	国立成育医療研究センター医長	形成外科
北村 惣一郎	国立循環器病研究センター名誉総長	心臓血管外科
笹子 三津留	兵庫医科大学教授	消化器科
◎ 猿田 享男	慶應義塾大学名誉教授	内科（内分泌）
竹中 洋	大阪医科大学長	耳鼻咽喉科
田中 憲一	新潟大学教授	産婦人科
田中 良明	日本大学客員教授	放射線科
辻 省次	東京大学大学院医学系研究科教授	神経内科
戸山 芳昭	慶應義塾大学教授	整形外科
中川 俊男	新さっぽろ脳神経外科病院理事長・院長	治験
永井 良三	東京大学教授	循環器内科
樋口 輝彦	国立精神・神経研究センター総長	精神科
福井 次矢	聖路加国際病院長	医療経済
松原 和夫	旭川医科大学医学部教授	薬学
○ 吉田 英機	昭和大学名誉教授	泌尿器科
渡邊 清明	国際医療福祉大学教授	臨床検査

◎ 座長

○ 座長代理

## 精神科医療について

### 1. 現状・課題

(基本的な考え方)

平成22年診療報酬改定の結果検証項目として、病院勤務医の負担の軽減の状況調査、精神入院医療における重症度評価導入後の影響調査、在宅歯科医療及び障害者歯科医療の実施状況調査、リハビリテーション見直しの影響調査、在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況調査、後発医薬品の使用状況調査の6項目について、平成23年度調査として着手することとしている。

このうち、平成23年4月20日中央社会保険医療協議会総会までに、病院勤務医の負担軽減、リハビリテーション、在宅医療等について検討を行った。これらに加え、結果検証項目として議論されていない精神科医療の取組みについて、検証・検討を進める。

また、精神入院医療に関連する精神科医療の診療報酬上の主な課題としては、身体疾患を合併する精神疾患患者の救急医療、認知症対策、精神療養病床、地域移行などがあり、今回、これらについても議論を進める。

#### 精神保健医療改革への取組状況

精神保健医療福祉の改革については、平成16年9月に、概ね10年間の精神保健医療福祉改革の具体的方向性を明らかにする「精神保健医療福祉の改革ビジョン」がとりまとめられた。「改革ビジョン」においては「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念が掲げられ、これまで、医療法の改正や累次の診療報酬改定など、その基本理念の実現に向けた具体的な施策が展開されてきた。

平成21年、改革ビジョンの中間点において、その後期5か年の重点施策群の策定に向けて、精神保健医療福祉の更なる改革の具体像を提示することを目的として、平成21年9月24日に今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会により「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」が取りまとめられ、「入院医療中心から地域医療中心へ」という基本理念の推進、精神疾患にかかった場合でも質の高い医療、症状・希望等に応じた適切な医療・福祉サービスを受け、地域で安心して自立した生活を継続できる社会、精神保健医療福祉の改革を更に加速することとされた。

さらに、平成22年6月17日に新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チームにより、第1ラウンドでは、精神障害者アウトリーチ（訪問支援）の充実についてとりまとめ、第2ラウンドでは、認知症と精神科医療について、認知症患者に対する精神科医療の役割を議論し、地域での生活を支

えるための精神科医療、地域全体の支援機能、BPSDを有する患者への精神科医療、身体疾患を合併している認知症患者への入院医療であり、これを更に推進することについてとりまとめ、今後さらに、これを具体化するための検討を行う予定としている。

#### 身体合併症を有する精神疾患患者の救急医療について

- 精神科救急医療施設の利用状況として、精神科救急医療施設数は微減しているが、精神科救急情報センターへの夜間・休日の電話相談件数や、精神科医療機関への夜間・休日の受診/入院件数は増加している。
- 精神病床入院患者の約14%が、入院治療が適当な程度の身体合併症を有しており、また、救急救命センターに入院した精神科医療の必要性がある患者のうち、18.5%が身体・精神共に入院治療が必要等の報告がある。
- 緊急な医療を必要とする精神障害者等のための精神科救急医療体制を確保することを目的として、精神科救急医療体制整備事業を進めており、47都道府県で整備を行っているが、都道府県による地域差が存在している。
- 「精神科救急入院料」の届出施設は、2010年8月1日時点で80施設となっている。
- 精神科救急に係る診療報酬上の評価は、平成22年度診療報酬改定において、身体合併症に対応する精神病棟の評価として「精神科身体合併症管理加算」の引き上げを行い、また、精神科急性期の特定入院料の引き上げとして、「精神科救急入院料」「精神科救急・合併症入院料」「精神科急性期治療病棟入院料」の評価を行った。
- 一方、身体疾患を有する精神疾患患者の入院については、精神・身体合併症への診療機能等の総合的な機能を有する総合病院精神科等が担っているが、施設数、病床数ともに依然として減少している。このため、身体疾患を有する精神疾患患者の診療体制及び受け入れ先の確保が課題となっている。
- これらの課題への今後の方向性として、身体・精神共に要救急対応の患者を受け入れている医療機関や、後方病床として一般救急や精神科救急との連携を行っている医療機関について、連携や受け入れの現状を把握することが必要ではないか。

#### 認知症対策について

- 我が国では、高齢者の増加に伴い、認知症の患者数は増加し続けており、平成20年度の患者調査では、医療機関を受療する認知症患者数は約38万人となっている。一方で、介護領域による推計値では、2015年には約250万人が、認知症高齢者の日常生活自立度 以上となっている。

- 認知症の症状には、物忘れや判断力の低下等の、脳機能の低下を直接示す症状である「中核症状」と、徘徊や大声等の、中核症状に伴って現れる精神・行動面の症状である BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (認知症の行動・心理症状)がある。
- 認知症に対する医療としては、早期の鑑別診断や、急性期の BPSD、合併症への対応等があり、それらに対する精神科医療及び一般医療の提供が重要となる。
- 認知症は、その原因疾患により、症状の進行が不可逆的なものと可逆的なものに分けられ、それにより治療方針がことなることから、その診断には専門医療機関における早期の鑑別診断等が重要である。また、認知症の BPSD と介護負担度には相関関係が見られ、BPSD への医療的な対応を短期集中的に行うことも重要である。
- これらに対応するため、平成 20 年度から、認知症疾患医療センター運営事業の中で、早期診断や合併症等に対応するセンターの整備等が進められており、平成 23 年度 5 月 1 日現在で認知症疾患医療センターは 112 カ所設置されている。
- 診療報酬上では、平成 22 年度診療報酬改定において、認知症の専門医療機関における認知症の鑑別診断及び療養方針の決定を行うことを評価するために「認知症専門診断管理料」を新設し、また、BPSD や身体合併症等への手厚い対応が特に必要な入院早期について、「認知症病棟入院料」の見直しを行い、入院早期の評価の引き上げを行ったが、これらにより認知症に必要な医療が適切に提供されているか実態把握が必要ではないか。

### 慢性期医療について

#### 精神療養病棟

- 精神疾患により医療機関にかかっている患者数は、平成 17 年に 302.8 万人（外来：267.5 万人、入院 35.3 万人）であったものが、平成 20 年では 323.3 万人（外来：290 万人、入院 33.3 万人）となり、近年、入院患者数は減少しているものの、外来を含めた総数は増加している。また、精神病床の平均在院日数は短縮しており、平成 21 年には 307 日となっている。
- 精神療養病棟については、平成 22 年度診療報酬改定において患者の状態像によらず一律の評価となっていることを見直し、重症度に応じた加算として、精神療養病棟入院料における「重症度加算」を新設している。
- 平成 22 年度診療報酬改定の結果検証について、「精神入院医療における重症度評価導入後の影響調査」を行うこととされていることから、これらについて現状等の調査を行う。

## 地域移行

- 地域移行について、できる限り速やかに退院し地域で生活できるよう支援することや、退院後の再入院を防ぎ、地域での生活を定着させるための支援等が課題となっている。
- 診療報酬上では、平成 22 年度診療報酬改定において、地域移行を推進するために、「精神科デイ・ケア等の見直し」「精神科地域移行実施加算の引き上げ」等の評価を行っているが、地域移行の実績や、再入院の減少効果等は把握されていない。
- また、精神科デイ・ケア等の利用実人員及び新規利用者数は、年々増加しており、精神障害者の地域への復帰を支援するため、社会生活機能の回復を目的として、質の高いデイ・ケア等を行うために、疾患別や年代別等の患者に合わせた多様なプログラムを実施している医療機関がある。
- 精神疾患患者に対する訪問看護については、精神科医療機関及び訪問看護ステーションのいずれにおいても訪問看護の実施割合が増加している。また、「精神及び行動の障害（疾病分類）」の者に対する訪問看護の利用者数も増加している。
- 訪問看護の効果については、訪問看護を開始する前後 2 年間の総入院日数を比較した場合、訪問看護開始前 2 年間では平均 279.3 日から訪問看護開始後 2 年間では平均 73.9 日へと 4 分の 1 近く減少している。また、退院時に訪問看護を開始した場合については、訪問看護開始前 2 年間では平均 419.1 日から訪問看護開始後 2 年間では 97.5 日へと 4 分の 1 近く減少しており、さらに、退院時に訪問看護を開始した場合（訪問看護の開始前に必ず、入院していた場合）だけでなく、通院中に訪問看護を開始した場合についても、訪問看護開始前 2 年間では平均 67.9 日から訪問看護開始後 2 年間では平均 41.6 日へと総入院日数は減少している。
- また、精神疾患患者の訪問看護利用者では、一般人口と比較すると糖尿病を有する割合が多く、インスリンや服薬などの医療処置を含めた身体ケアの必要性が高い。
- さらに、身体ケアだけでなく、こころのケアや力づける支援など訪問看護において様々なケアが提供され、地域で療養する精神疾患患者を支えている。
- しかしながら、患者の状態によっては訪問看護内容が変化するため、その実態が十分に把握されていないことや、医療機関からと訪問看護ステーションからのサービス内容の相違点等について十分把握できていないことから、利用者の状態や実施されている訪問看護の内容等の現状を把握することが必要ではないか。

## 2. 論点

### (身体合併症を有する精神疾患患者の救急医療)

- 精神科患者の救急搬送の受入体制について、身体疾患を合併する精神疾患患者の診療体制及び受け入れ先の確保が課題となっているが、身体・精神共に要救急対応の患者を受け入れている医療機関や、後方病床として一般救急や精神科救急との連携を行っている医療機関について、連携や受け入れの現状を把握することが必要ではないか。

### (認知症)

- 認知症への医療の対応として、早期の鑑別診断や入院早期の対応等が重要であり、認知症の専門医療機関において、認知症の鑑別診断及び療養方針の決定を行うことへの評価や、BPSD や身体合併症等への手厚い対応が特に必要な入院早期の評価等を行っているが、これらにより認知症に必要な医療が適切に提供されているか実態把握が必要ではないか。

### (精神療養病床)

- 平成 22 年度診療報酬改定の結果検証について「精神入院医療における重症度評価導入後の影響調査」を行うこととされていることから、これらについて現状等の調査を行う。

### (地域移行)

- 地域における精神障害者の支援について、精神科デイ・ケア等において、精神障害者の地域への復帰を支援するため、社会生活機能の回復を目的として疾患別や年代別等の複数のプログラムを有している医療機関の体制や、その実施状況等について把握することが必要ではないか
- 精神疾患患者の訪問看護については、患者の状態に合った訪問看護の提供を推進するために、利用者の状態や実施されている訪問看護の内容等の現状を把握することが必要ではないか。

中医協 総-4-2

23.5.18

# 精神科医療について

# 平成22年診療報酬改定の結果検証に係る 特別調査(平成23年度調査)の実施について

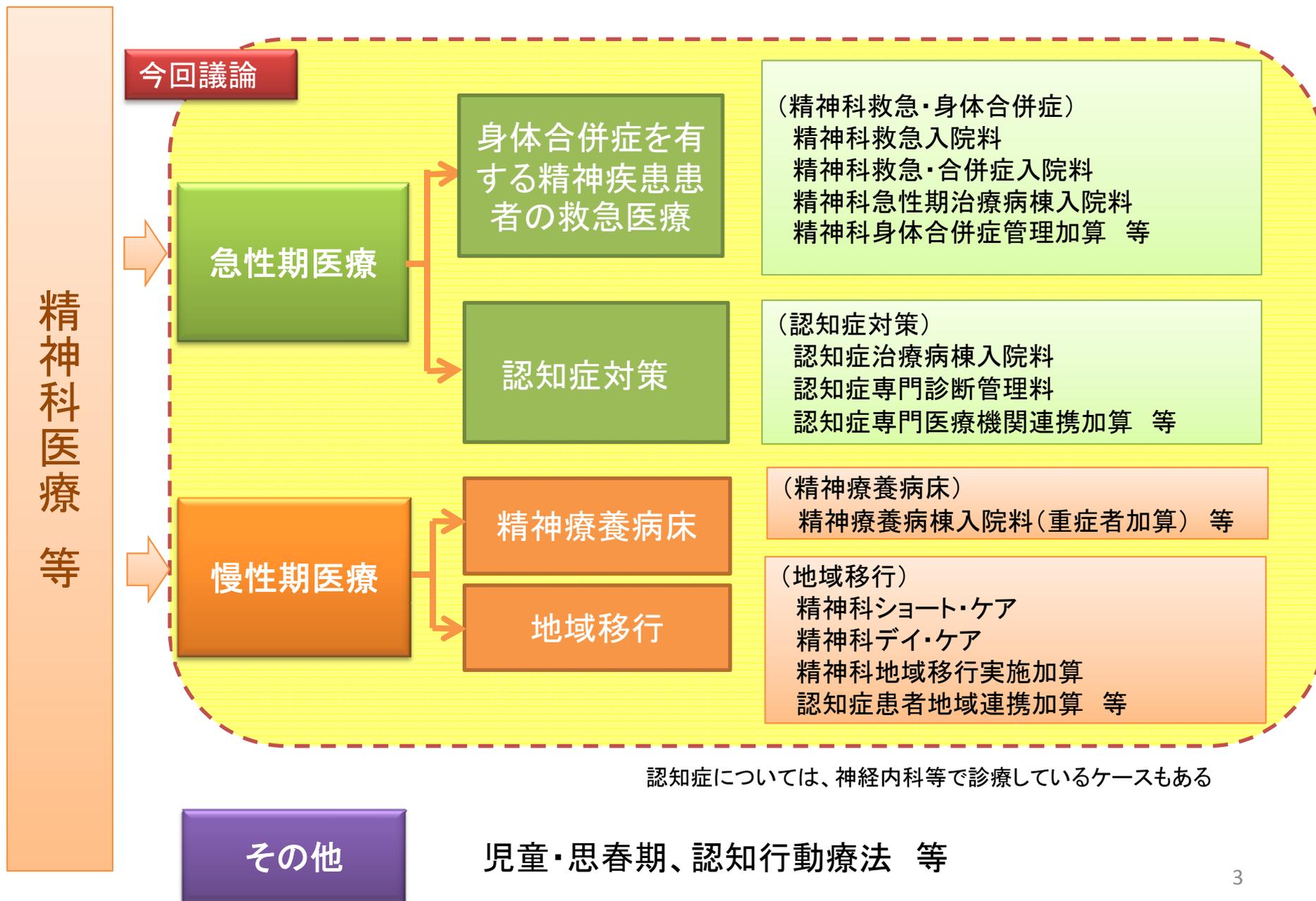
## 調査項目

- ( 1 ) 病院勤務医の負担の軽減の状況調査
  - ・病院勤務医の負担の軽減及び処遇改善に係る措置の影響調査
  - ・チーム医療に関する評価創設後の役割分担の状況や医療内容の変化の状況調査
- ( 2 ) 精神入院医療における重症度評価導入後の影響調査 → 
- ( 3 ) 在宅歯科医療及び障害者歯科医療の実施状況調査
- ( 4 ) 回復期リハビリテーションにおける質の評価、がん患者リハビリテーションの創設など、リハビリテーション見直しの影響調査
- ( 5 ) 在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況調査
- ( 6 ) 後発医薬品の使用状況調査



平成22年度診療報酬改定の結果検証項目について、優先的に議論

# 精神科医療に係る診療報酬上の主な課題

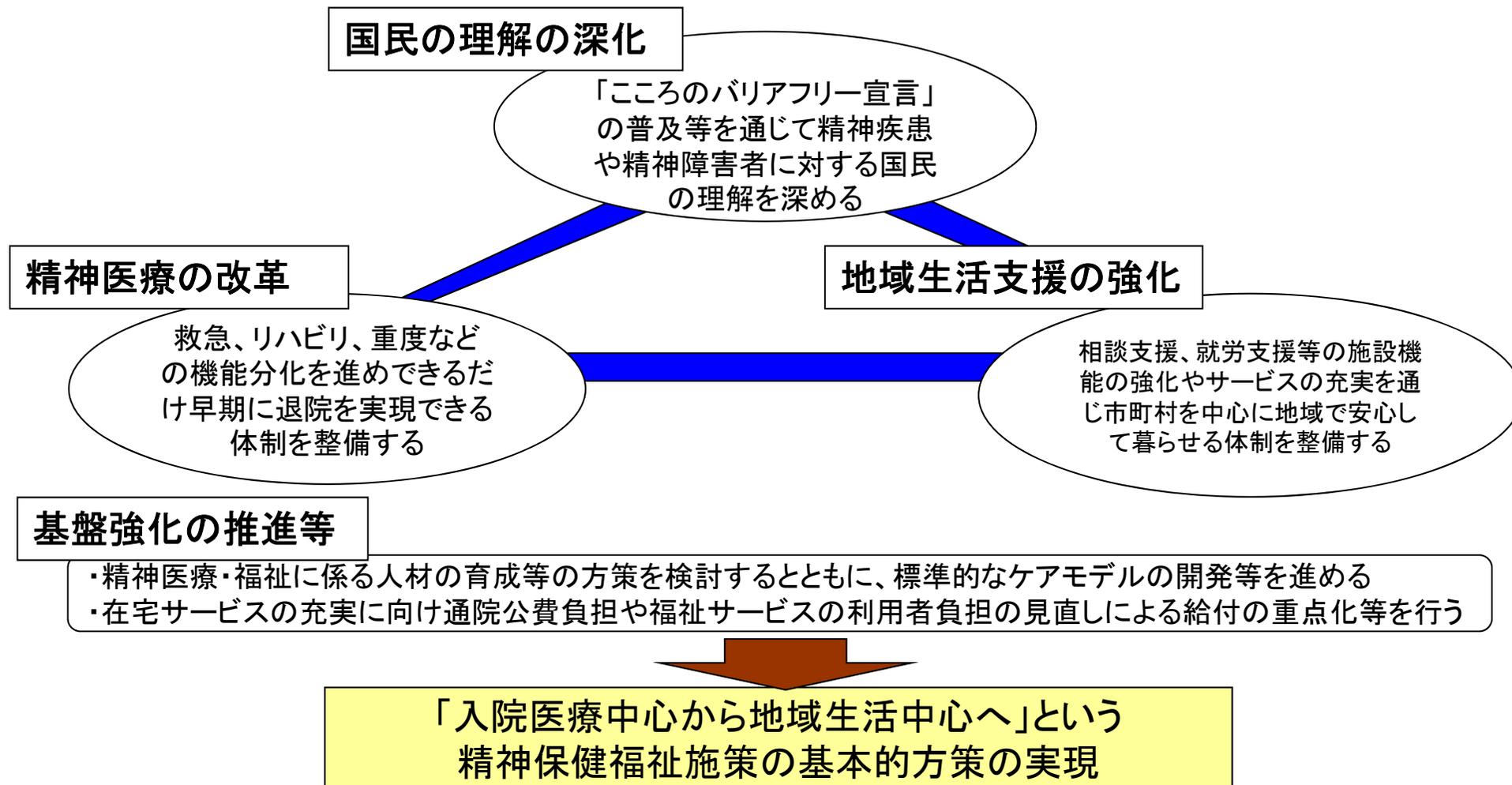


# 精神保健医療改革への取組状況

# 精神保健福祉施策の改革ビジョンの枠組み

※平成16年9月 精神保健福祉対策本部（本部長：厚生労働大臣）決定

精神保健福祉施策について、「入院医療中心から地域生活中心へ」改革を進めるため、国民の理解の深化、精神医療の改革、地域生活支援の強化を今後10年間で進める。



上記により、今後10年間で、受入条件が整えば退院可能な者約7万人について、解消を図る。

# 「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」概要

～「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」報告書（座長：樋口輝彦 国立精神・神経センター）～  
「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（平成16年9月から概ね10年間）の中間点において、  
後期5か年の重点施策群の策定に向け、有識者による検討をとりまとめ【平成21年9月】

- ◎ 精神疾患による、生活の質の低下や社会経済的損失は甚大。
- ◎ 精神障害者の地域生活を支える医療・福祉等の支援体制が不十分。
- ◎ 依然として多くの統合失調症による長期入院患者が存在。これは、入院医療中心の施策の結果であることを、行政を含め関係者が反省。



- 「改革ビジョン」の「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念の推進
- 精神疾患にかかった場合でも
  - ・質の高い医療
  - ・症状・希望等に応じた、適切な医療・福祉サービスを受け、地域で安心して自立した生活を継続できる社会
- 精神保健医療福祉の改革を更に加速

## 精神保健医療体系の再構築

- 地域医療の拡充、入院医療の急性期への重点化など医療体制の再編・拡充
- 人員の充実等による医療の質の向上

## 精神医療の質の向上

- 薬物療法、心理社会的療法など、個々の患者に提供される医療の質の向上

## 目標値

- 統合失調症入院患者数を15万人に減少<H26>
- 入院患者の退院率等に関する目標を継続し、精神病床約7万床の減少を促進。

- 地域生活を支える障害福祉サービス、ケアマネジメント、救急・在宅医療等の充実、住まいの場の確保

## 地域生活支援体制の強化

- 患者が早期に支援を受けられ、精神障害者が地域の住民として暮らしていけるような、精神障害に関する正しい理解の推進

## 普及啓発の重点的实施

- 施策推進への精神障害者・家族の参画

地域を拠点とする共生社会の実現

# 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム

平成21年9月の省内の有識者検討会の報告書などを踏まえ、今後の精神保健医療施策としての具体化を目指し、当事者・家族、医療関係者、地域での実践者、有識者の方々からご意見を伺うため、昨年5月に、「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」を設置。(主担当:厚生労働大臣政務官)

## ○第1R:平成22年5月～6月 アウトリーチ支援

→平成23年度予算編成での具体化を目指し、アウトリーチ体制の具体化など地域精神保健医療体制の整備に関する検討を実施(4回議論)

## ○第2R:平成22年9月～ 認知症と精神医療

→平成22年12月に中間とりまとめ

→今春(5月)より、診療報酬改定を見据え、中間とりまとめの内容を具体化等するため、夏までをめぐりに検討を再開する。

## ○第3R:平成22年10月～ 保護者制度と入院制度

→平成23年1月より、「作業チーム」を設置し、具体的な論点整理に着手。

→2月の「検討チーム」で、現行の保護者に課せられる義務規定は原則存置しないとの方向性について確認、今後は、義務規定削除後の代替措置について検討を進める予定。

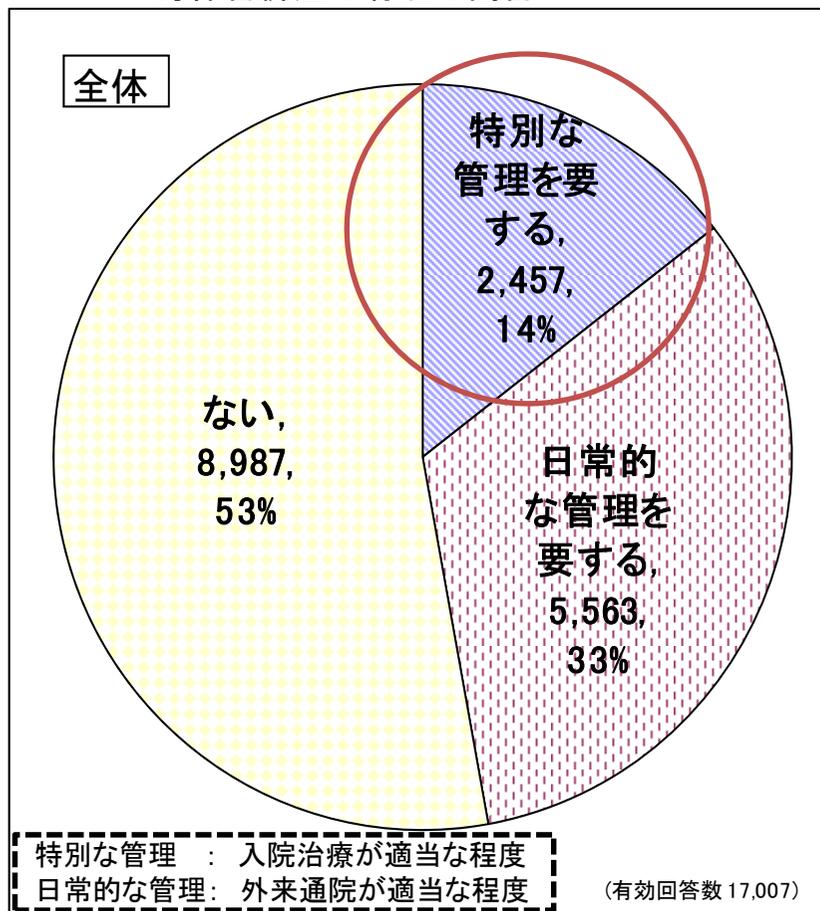
# 身体合併症を有する 精神疾患患者の救急医療について

## 精神科救急医療施設の利用状況

	平成17年度	平成21年度
精神科救急医療圏域数	145	147
精神科救急医療施設数	1,084	1,075
精神科救急情報センターへの夜間・休日の電話相談件数	81,122	129,513
夜間・休日の受診件数	30,243	42,624
夜間・休日の入院件数	12,096	15,535

# 精神科医療における身体合併症について

## ① 精神病床に入院中の患者における身体合併症の有無の割合



## ② 救命救急センター入院患者における精神疾患患者及び身体・精神共に入院治療が必要な者の割合

救命救急センター入院患者の12.3%に精神医療の必要性があり、そのうち18.5% (全体の2.2%)が身体・精神共に入院治療が必要

※ H18.11.1-H19.1.31における調査、東京都内及び近郊の救命救急センター8箇所で実施、全入院件数3,089件

## ③ 有床精神科総合病院における身体・精神共に入院治療が必要な者の割合

身体疾患、精神疾患共に入院水準の患者の発生(年間): 人口10万対25

※東京都の有床精神科総合病院における2ヶ月の調査より推定

### 【出典】

①「精神病床の利用状況に関する調査」より平成19年度厚労科研「精神医療の質の実態把握と最適化に関する総合研究」分担研究

②平成18年度厚生労働科学研究「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究」主任研究者;保坂隆 分担研究者;本間正人

③平成19年度厚生労働科学研究「精神科救急医療、特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究」主任研究者;黒澤尚 分担研究者;八田耕太郎

# 精神科救急医療体制整備事業

【目的】 緊急な医療を必要とする精神障害者等のための精神科救急医療体制を確保する

【実施主体】 都道府県・指定都市

【補助率】 1/2

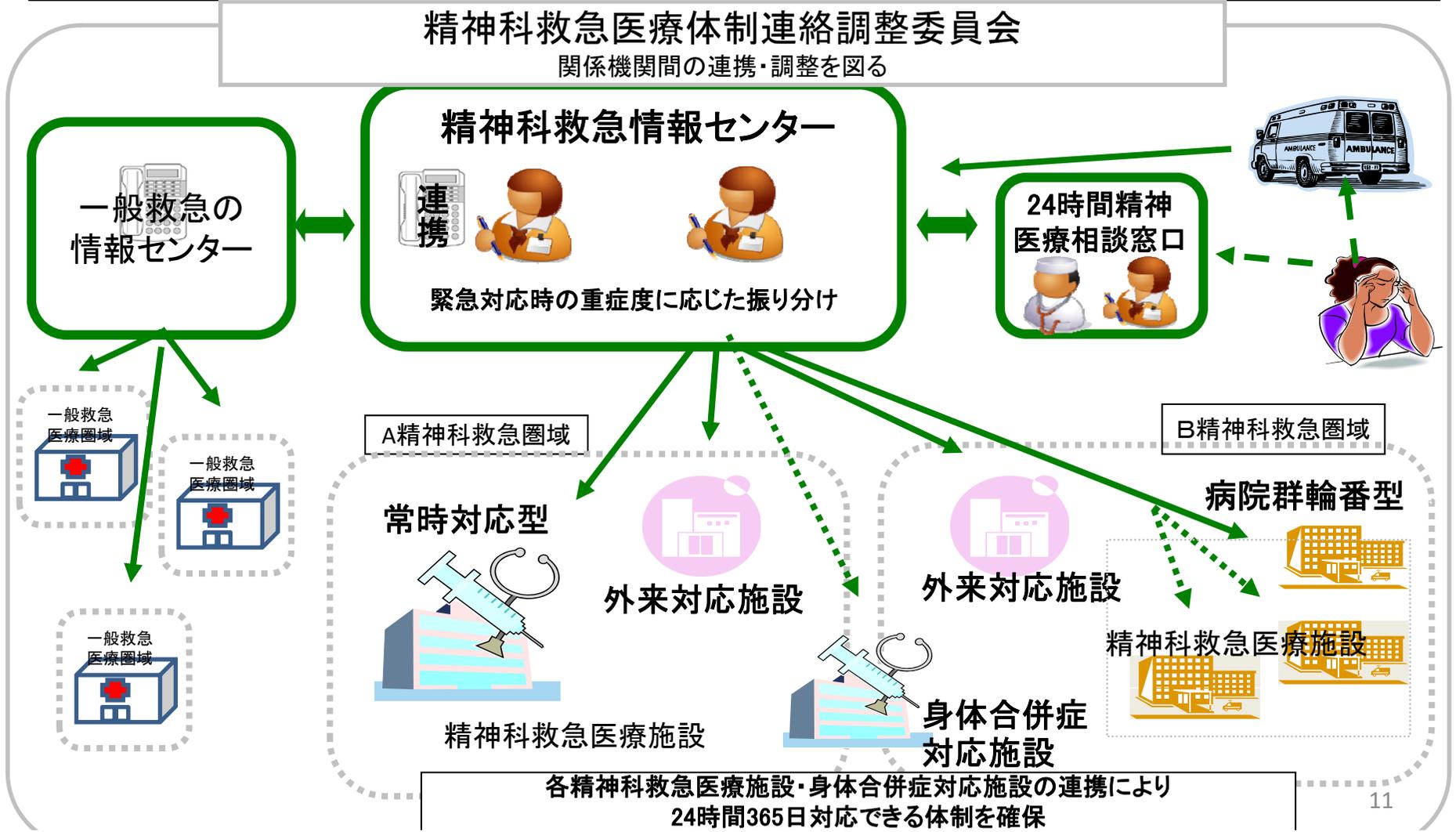
【事業内容】

- 精神科救急医療体制連絡調整委員会
- 精神科救急情報センターの設置、24時間精神医療相談
- 精神科救急医療確保事業、身体合併症救急医療確保事業

平成23年度予算 18億円

- 身体合併症対応施設について、対応する精神科医師の「常勤」という条件を削除。
- 身体合併症等後方搬送事業について、これまで「精神疾患の初期治療後の患者について転送を行う場合」と規定していたものを、精神疾患又は身体合併症等のいずれの治療後でも転送を行う場合に補助対象を拡大した。

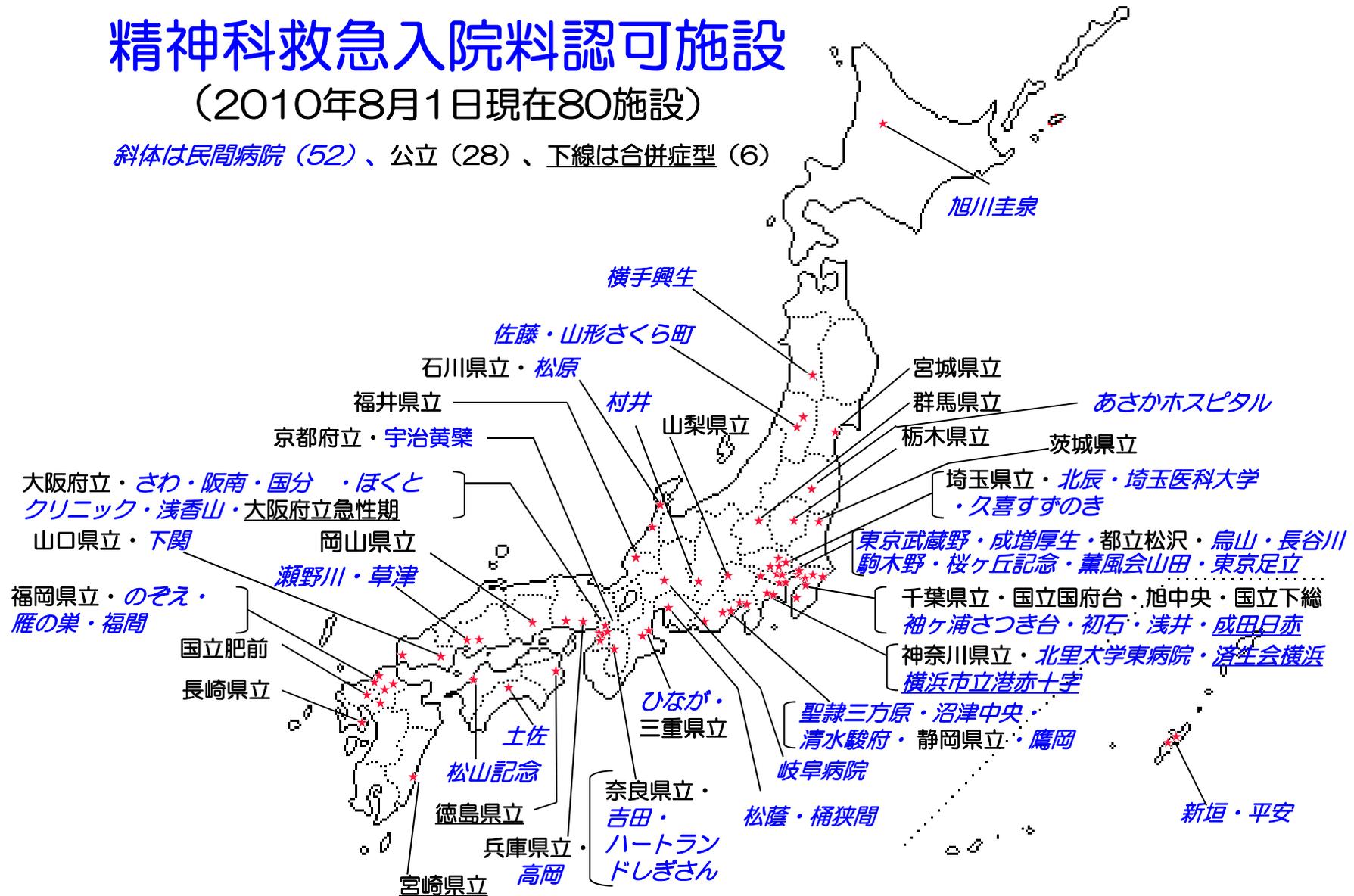
→救急搬送、身体合併症患者への対応強化



# 精神科救急入院料認可施設

(2010年8月1日現在80施設)

斜体は民間病院 (52)、公立 (28)、下線は合併症型 (6)



# 精神科救急に係る診療報酬と主な要件（平成22年度～）

	医師の配置	看護職員等の配置	構造設備等	その他の主な要件	算定の対象となる患者	診療報酬点数
精神科救急入院料1	指定医 病棟常勤1人 病院常勤5人 医師 16:1	看護 10:1 PSW 病棟常勤2人	・隔離室・個室が半数以上 ・CT等の検査が速やかに実施できる体制	・時間外診療の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の6割以上が3月以内に在宅移行	・措置・緊急措置入院患者 ・3か月以内に医療観察法入院を除き、精神病棟に入院したことがない患者	3,451点 (～30日) 3,031点 (31日～)
精神科救急入院料2				・時間外診療の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の4割以上が3月以内に在宅移行		3,251点 (～30日) 2,831点 (31日～)
精神科救急・合併症入院料	指定医 病棟常勤3人 精神科医 病院常勤5人 医師 16:1	看護 10:1 PSW 病棟常勤2人	・合併症ユニットが2割以上 ・隔離室・個室又は合併症ユニットが半数以上 ・救急蘇生装置、呼吸循環監視装置等 ・CT等の検査が速やかに実施できる体制	・時間外診療の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の4割以上が3月以内に在宅移行	・措置・緊急措置入院患者 ・3か月以内に医療観察法入院を除き、精神病棟に入院したことがない患者 ・身体疾患の治療のため一般病棟に入院した患者	3,451点 (～30日) 3,031点 (31日～)
精神科急性期治療病棟入院料1	指定医 病棟常勤1人 病院常勤2人	看護 13:1 看護補助者 30:1 PSW又は臨床心理技術者 病棟常勤1人	・隔離室を有する	・当該病棟は全病床の2割以下(300床以下の場合60床以下) ・新規入院患者の4割以上が3月以内に在宅移行	・3か月以内に医療観察法入院を除き、精神病棟に入院したことがない患者 ・他病棟入院患者の急性増悪例	1,920点 (～30日) 1,600点 (31日～)
精神科急性期治療病棟入院料2		看護 15:1 看護補助者 30:1 PSW又は臨床心理技術者 病棟常勤1人				1,820点 (～30日) 1,500点 (31日～)
精神科身体合併症管理加算 (7日間を限度に加算)	・精神科を標榜 ・病棟に専任の内科又は外科の医師が1名以上配置されている		精神科救急入院料(10:1、13:1及び15:1) 特定機能病院入院基本料(精神病棟) 精神科急性期治療病棟入院料 及び 認知症病棟入院料 のいずれかを算定する患者		350点	

# 精神科急性期医療の評価の充実について①

## 精神科急性期の特定入院料の引き上げ① (平成22年度診療報酬改定)

- 精神科救急入院料及び精神科救急・合併症入院料について、入院早期の評価を引き上げる。

### 精神科救急入院料1

イ 30日以内の期間 3,431点

ロ 31日以上期間 3,031点

### 精神科救急入院料2

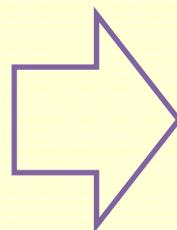
イ 30日以内の期間 3,231点

ロ 31日以上期間 2,831点

### 精神科救急・合併症入院料

イ 30日以内の期間 3,431点

ロ 31日以上期間 3,031点



### 精神科救急入院料1

イ 30日以内の期間 3,451点

ロ 31日以上期間 3,031点

### 精神科救急入院料2

イ 30日以内の期間 3,251点

ロ 31日以上期間 2,831点

### 精神科救急・合併症入院料

イ 30日以内の期間 3,451点

ロ 31日以上期間 3,031点

## 精神入院医療の充実

身体合併症に対応する精神病棟の評価

精神科身体合併症管理加算 300点 / 200点 → 350点

## 精神科急性期医療の評価の充実について②

### 精神科急性期の特定入院料の引き上げ② (平成22年度診療報酬改定)

- 精神科急性期治療病棟入院料についても、評価の引き上げと施設基準の緩和を行う。

#### 精神科急性期治療病棟入院料1

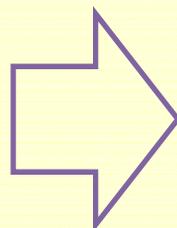
イ 30日以内の期間 1,900点

ロ 31日以上期間 1,600点

#### 精神科急性期治療病棟入院料2

イ 30日以内の期間 1,800点

ロ 31日以上期間 1,500点



#### 精神科急性期治療病棟入院料1

イ 30日以内の期間 1,920点

ロ 31日以上期間 1,600点

#### 精神科急性期治療病棟入院料2

イ 30日以内の期間 1,820点

ロ 31日以上期間 1,500点

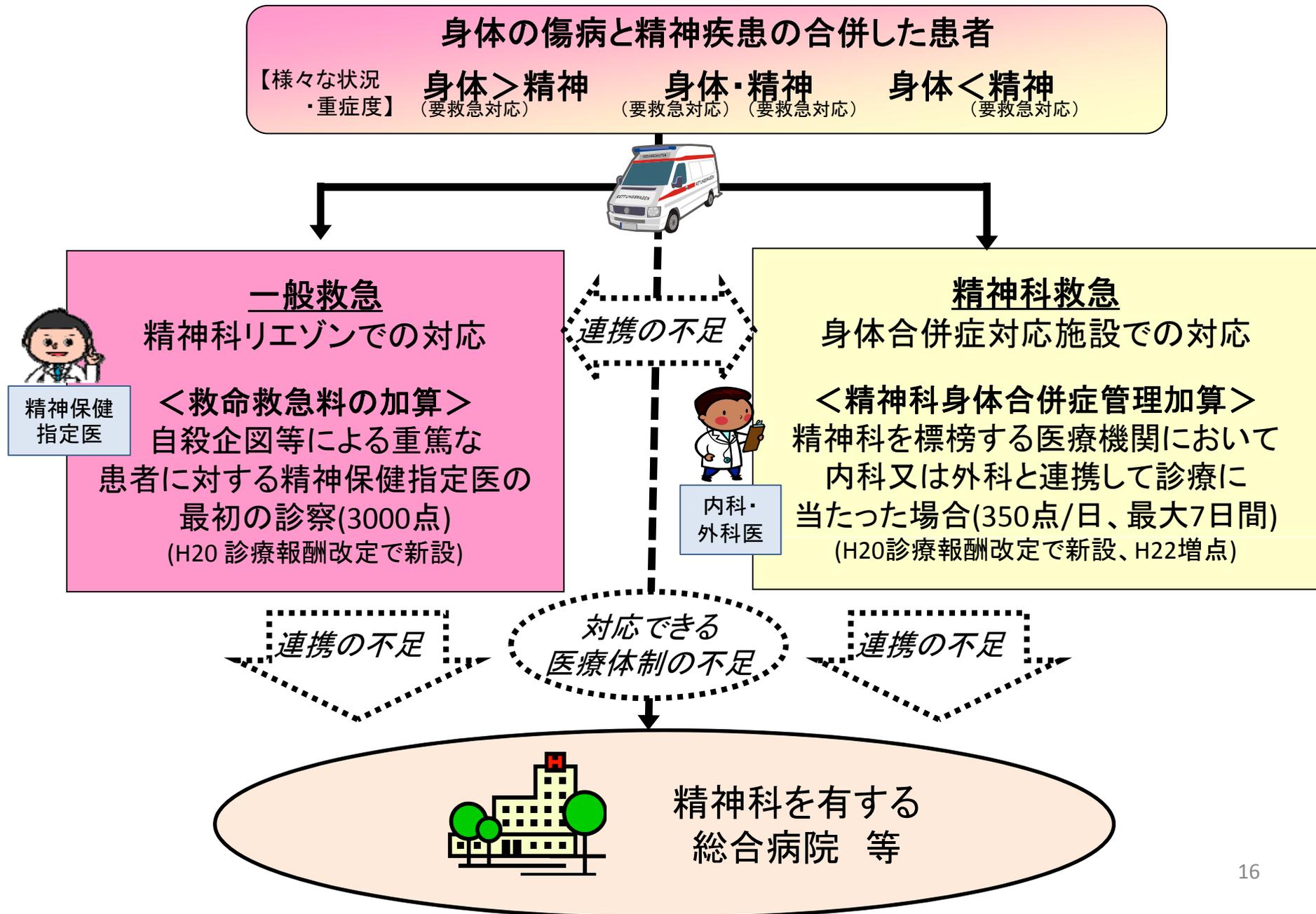
〔算定要件等〕

当該病院の全病床数の7割以上  
又は200床以上が精神病床である  
若しくは特定機能病院である。

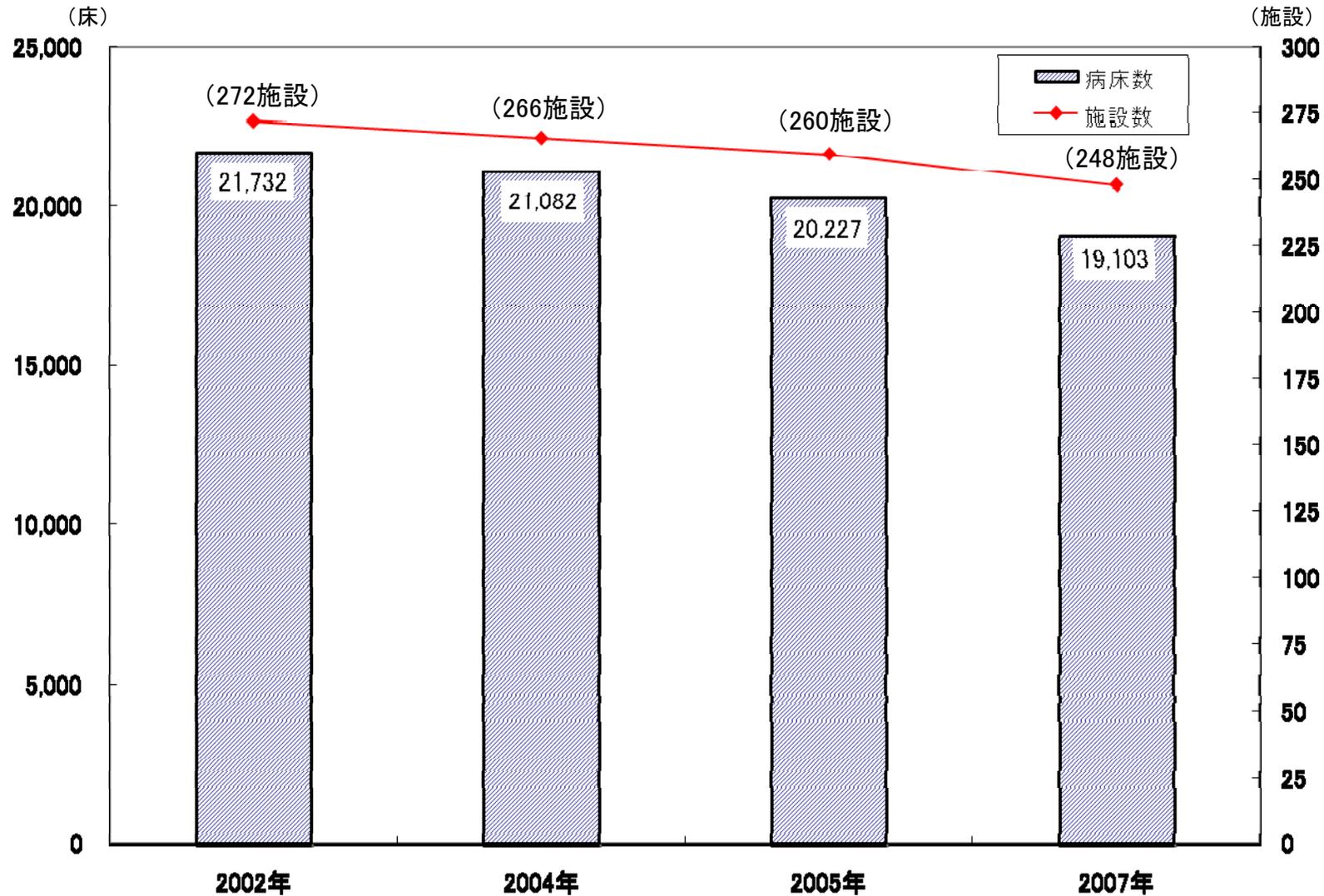
〔算定要件等〕

(削除)

# 一般救急と精神科救急の連携における主な課題



# 総合病院精神科病床の減少



2007年の病床数は2002年の92.1%に減少  
2007年の施設数は2002年の91.2%に減少

(総合病院基礎調査などから算出)

## 身体合併症を有する精神疾患患者の救急医療の 課題と今後の方向性

精神疾患患者の救急搬送の受入体制について、身体疾患を合併する精神疾患患者の診療体制及び受け入れ先の確保が課題となっている



### 【今後の方向性】

- 身体・精神共に要救急対応の患者を受け入れている医療機関や、後方病床として一般救急や精神科救急との連携を行っている医療機関について、連携や受け入れの現状を把握することが必要ではないか

# 認知症対策

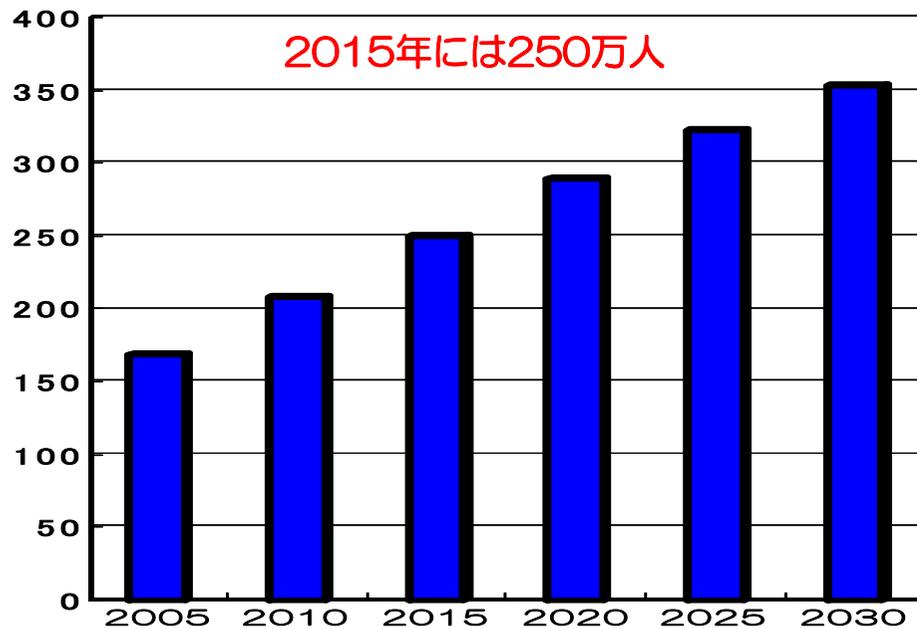
認知症に必要な医療の提供について

# 高齢者の増加と認知症疾患患者

## 介護領域からの推計

### 自立度 以上の認知症患者数の推計

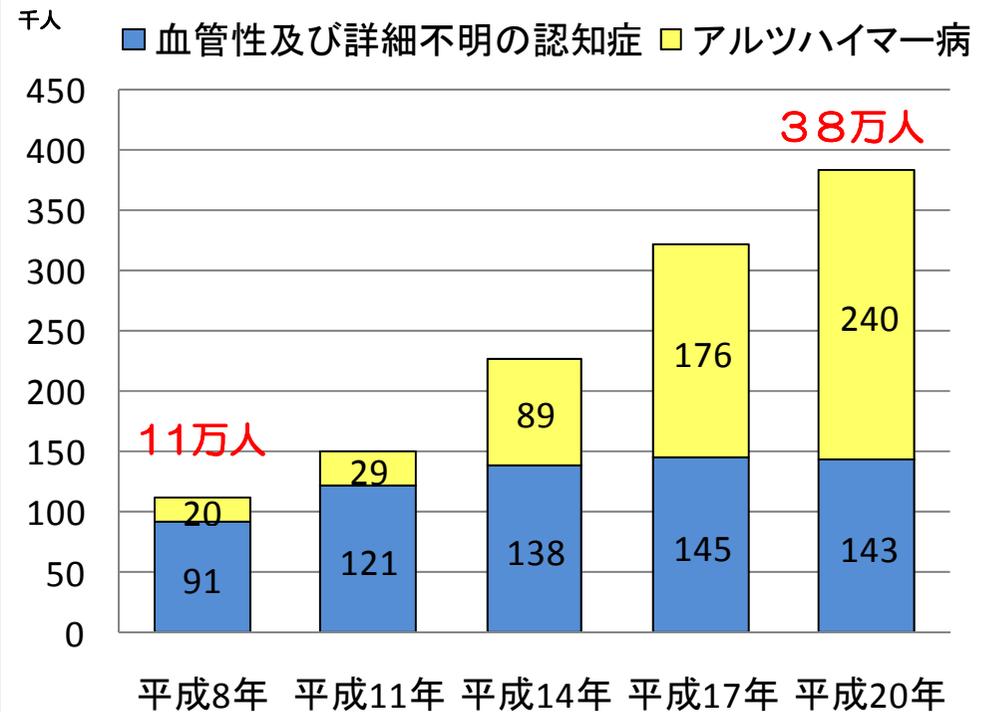
万人 認知症高齢者の日常生活自立度



## 医療領域での推移

### 認知症疾患患者数の年次推移

(血管性及び詳細不明の認知症及びアルツハイマー病)



# 認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
<b>a</b>	家庭外で上記 の状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理 などそれまでできたことにミスが目立つ等
<b>b</b>	家庭内でも上記 の状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
<b>a</b>	日中を中心として上記 の状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
<b>b</b>	夜間を中心として上記 の状態が見られる。	ランク aに同じ
	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランク に同じ
<b>M</b>	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

# 認知症の中核症状と周辺症状

## BPSD\* (周辺症状)

行動障害 徘徊 失禁 自傷・他害	精神症状 幻覚 妄想 作話
感情障害 うつ 不安 焦燥	意欲の障害 意欲低下 意欲亢進

## 中核症状

記憶障害  
見当識障害  
判断の障害  
実行機能の障害

## 特徴

- ・一部の患者に、経過中にみられることがある
- ・出現する症状やその重症度は様々

\*BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia  
(認知症の行動・心理症状)

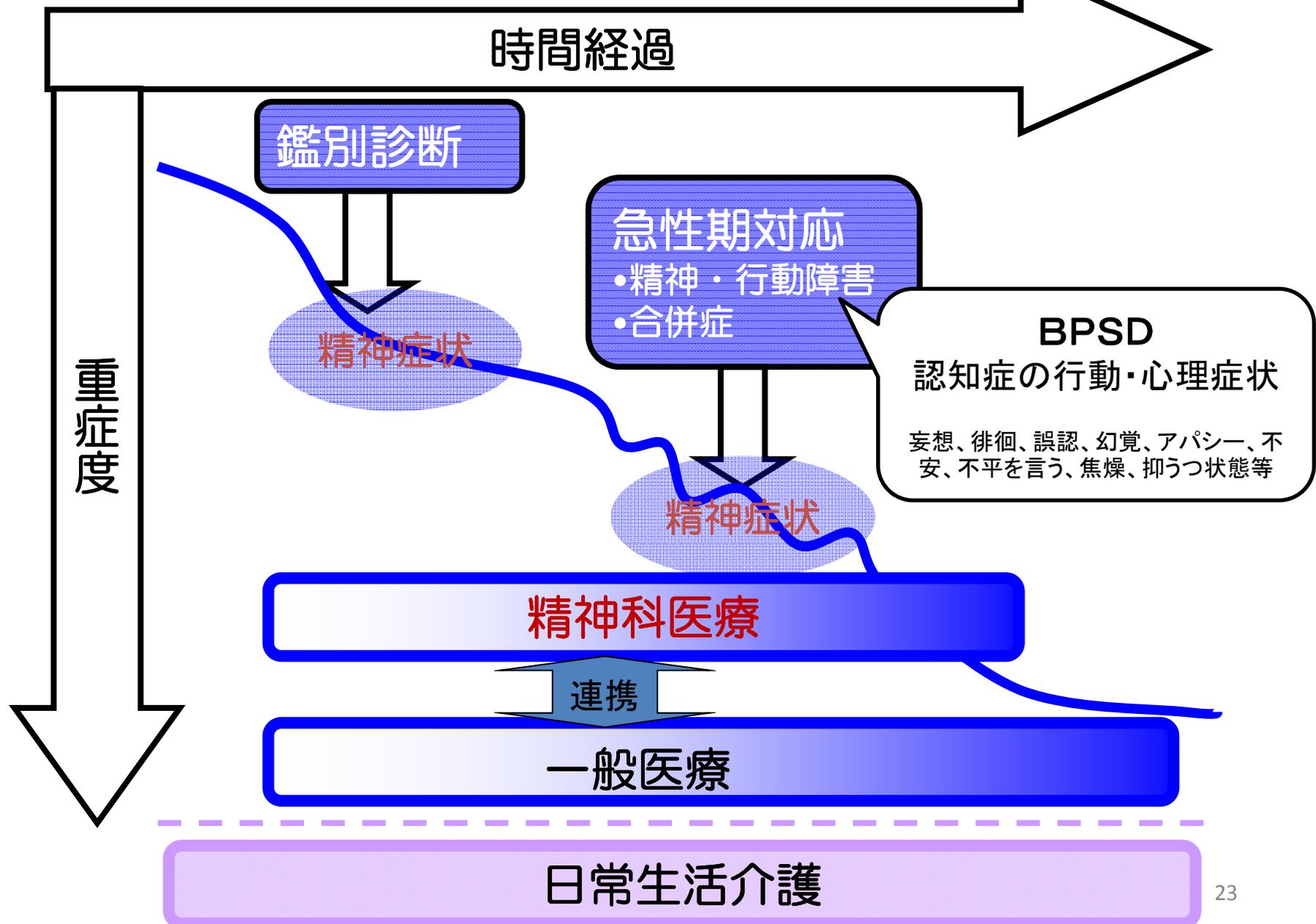
## 対応

- ・薬物投与等の精神科治療技術や、手厚いマンパワーを要する
- ・適切な治療により、多くは1~3ヶ月で改善可能

- ・すべての患者で病期を通じてみられる
- ・徐々に進行し、改善は見込めない

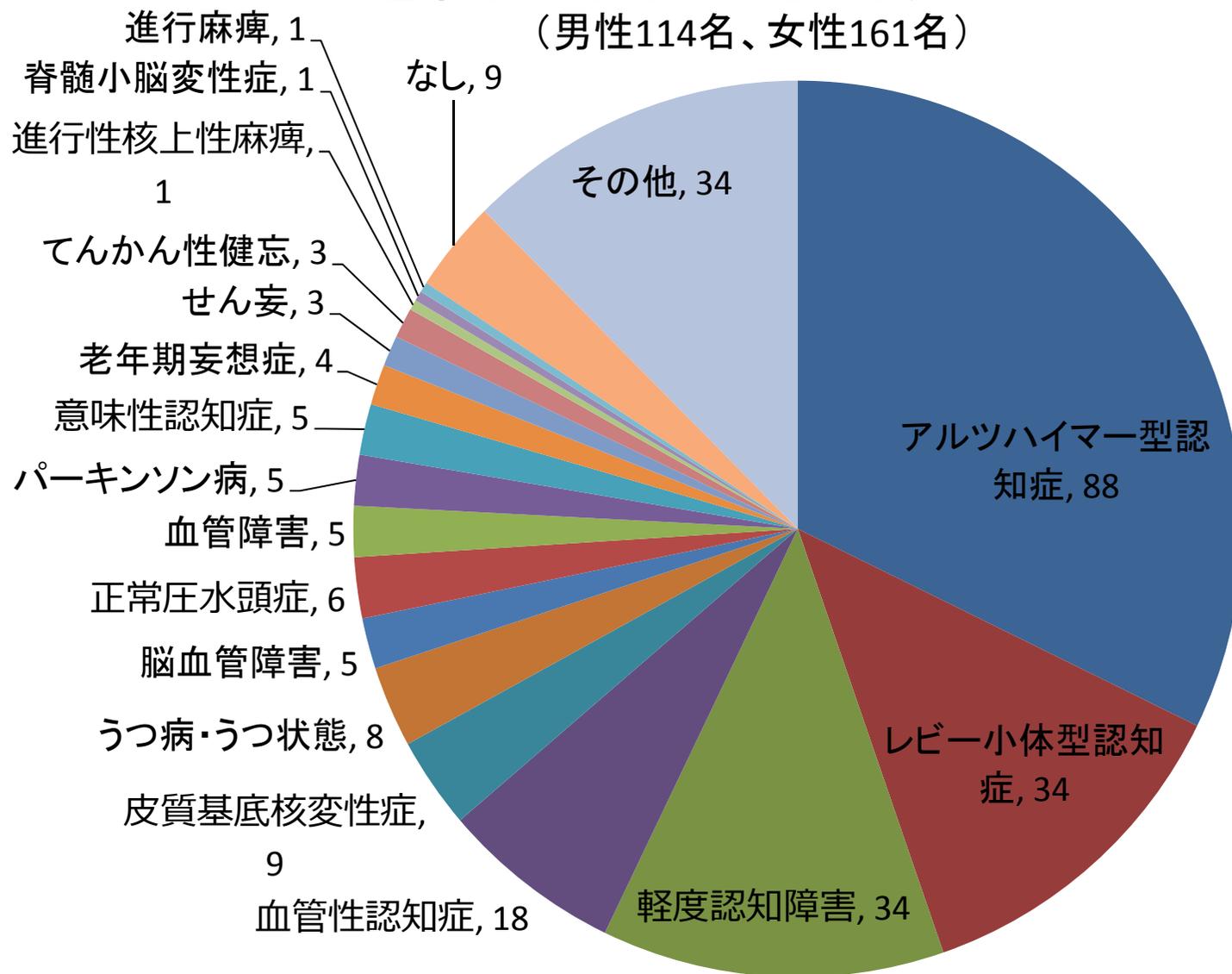
- ・ドネペジル(アリセプト)投与により、進行の遅延が図られる

# 認知症の経過と医療の必要性



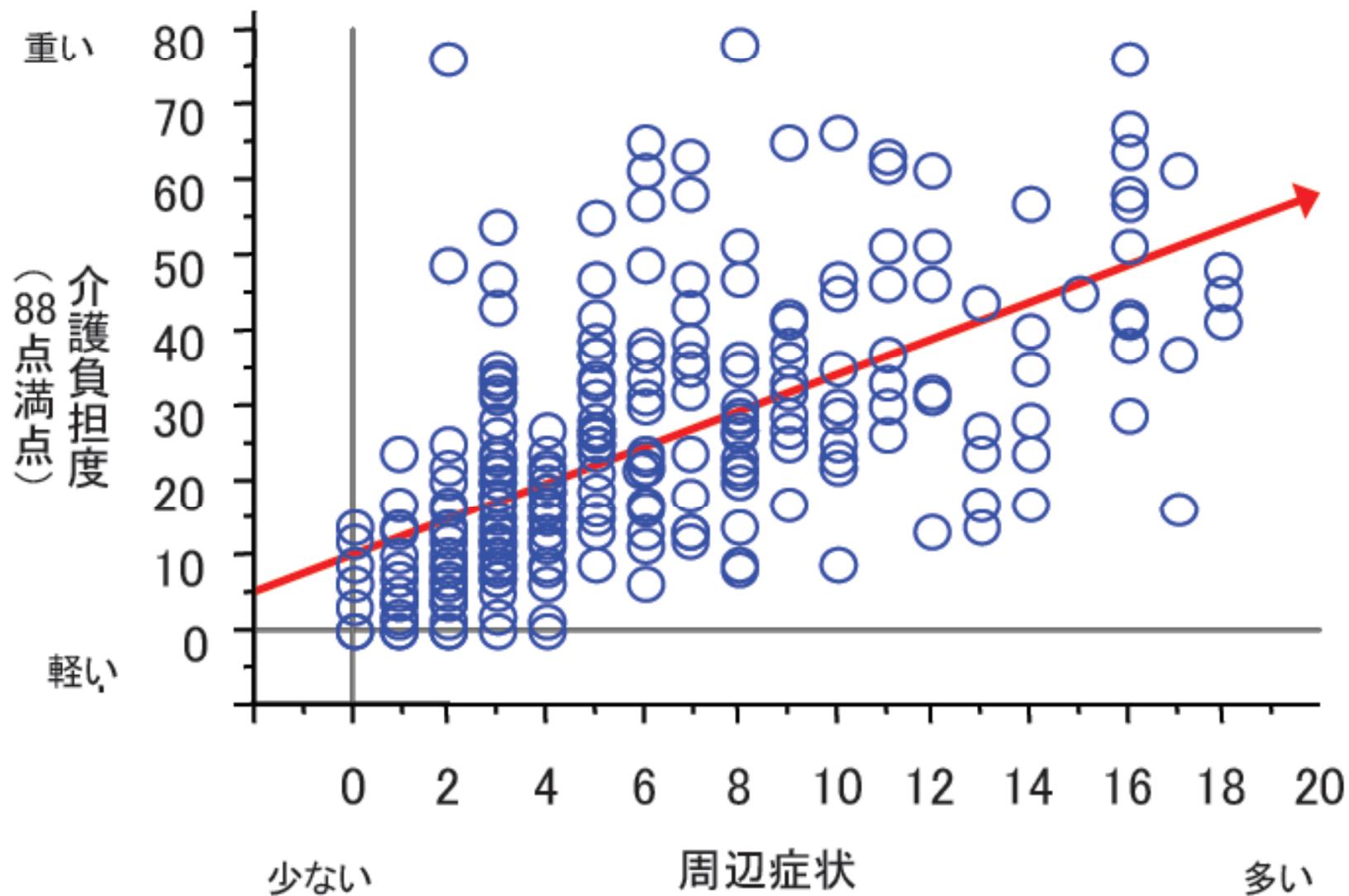
# 認知症の早期鑑別の重要性について

認知症専門外来を受診した患者総数 275名の診断  
(男性114名、女性161名)



# 認知症のBPSD(行動・心理症状)と介護負担度について

## 介護負担度と周辺症状



# 認知症対策事業について

## 認知症疾患医療センター運営事業

平成22年度予算額

577,671千円

### 認知症疾患医療センター

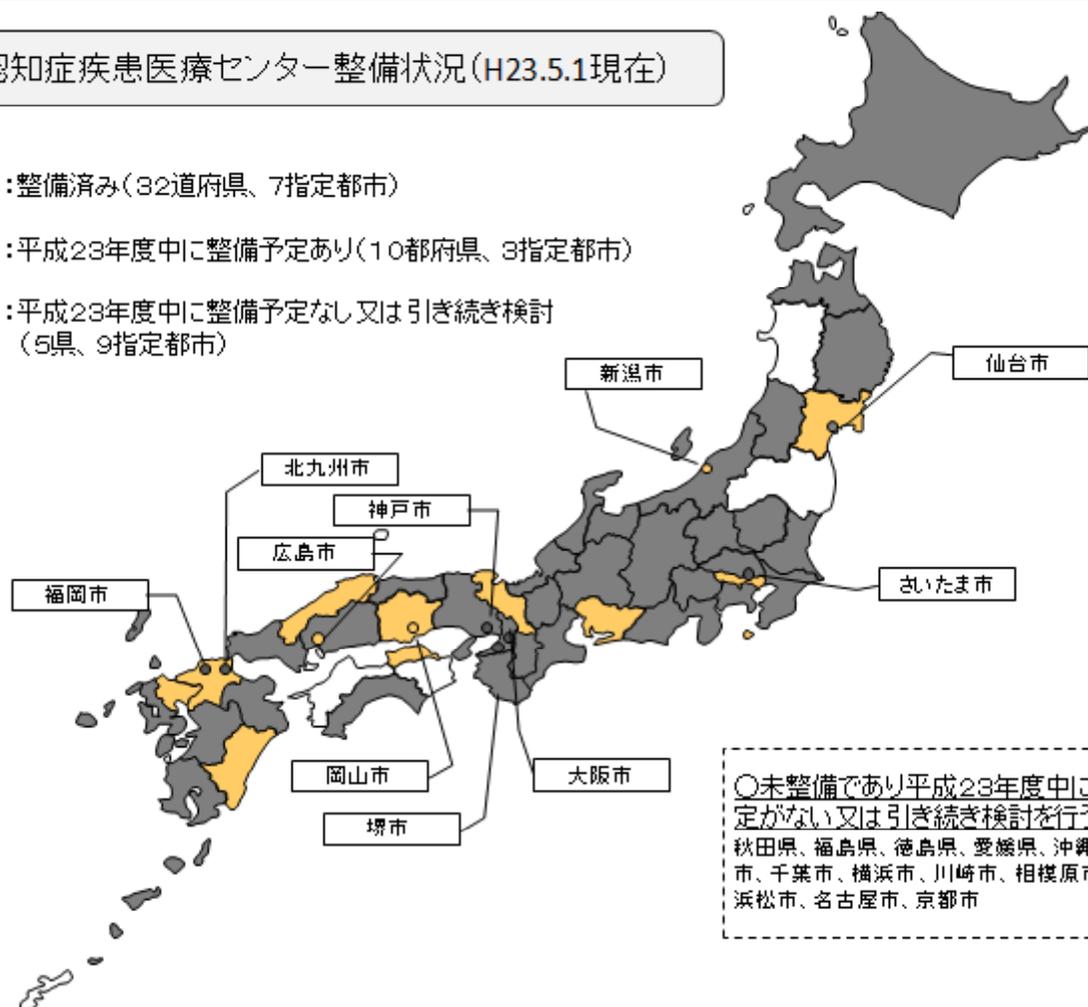
**設置場所**；身体的検査、画像診断、神経心理学的検査等の総合的評価が可能な病院に設置

**設置数**；全国（都道府県・指定都市）に約150ヶ所設置予定

**人員**；専門医療を行える医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等

### 認知症疾患医療センター整備状況(H23.5.1現在)

- :整備済み(32道府県、7指定都市)
- :平成23年度中に整備予定あり(10都府県、3指定都市)
- :平成23年度中に整備予定なし又は引き続き検討(5県、9指定都市)



### 認知症疾患医療センター運営事業実施状況

平成23年5月1日現在  
112ヶ所  
(32道府県 7指定都市)

(参考)

平成21年度:66ヶ所

平成20年度:14ヶ所

# 認知症医療の評価について

## 認知症医療の評価

(平成22年度診療報酬改定)

- 認知症の専門医療機関において、認知症の鑑別診断及び療養方針の決定を行うことを評価

① **認知症専門診断管理料** **500点(1人につき1回)**

- 認知症の専門医療機関と連携した地域の医療機関における認知症患者の診療の評価

② **認知症患者地域連携加算** **50点(1月につき)**

## 認知症病棟入院料の見直し

(平成22年度診療報酬改定)

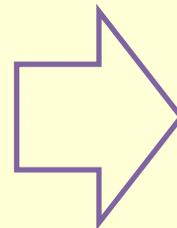
- 認知症に対する入院医療については、**認知症の行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等への手厚い対応**が特に必要な入院早期の評価を引き上げるとともに、名称を「**認知症治療病棟入院料**」に改める。

### 認知症病棟入院料1

イ	90日以内の期間	1,330点
ロ	91日以上	1,180点

### 認知症病棟入院料2

イ	90日以内の期間	1,070点
ロ	91日以上	1,020点



### 認知症治療病棟入院料1

イ	60日以内の期間	1,450点
ロ	61日以上	1,180点

### 認知症治療病棟入院料2

イ	60日以内の期間	1,070点
ロ	61日以上	970点

## 認知症対策の課題と今後の方向性

- 認知症の診断には専門医療機関における早期の鑑別診断等が重要である
- また、認知症患者が入院する原因としては、徘徊や大声等のBPSDなどが指摘されており、入院早期の対応も重要である



### 【今後の方向性】

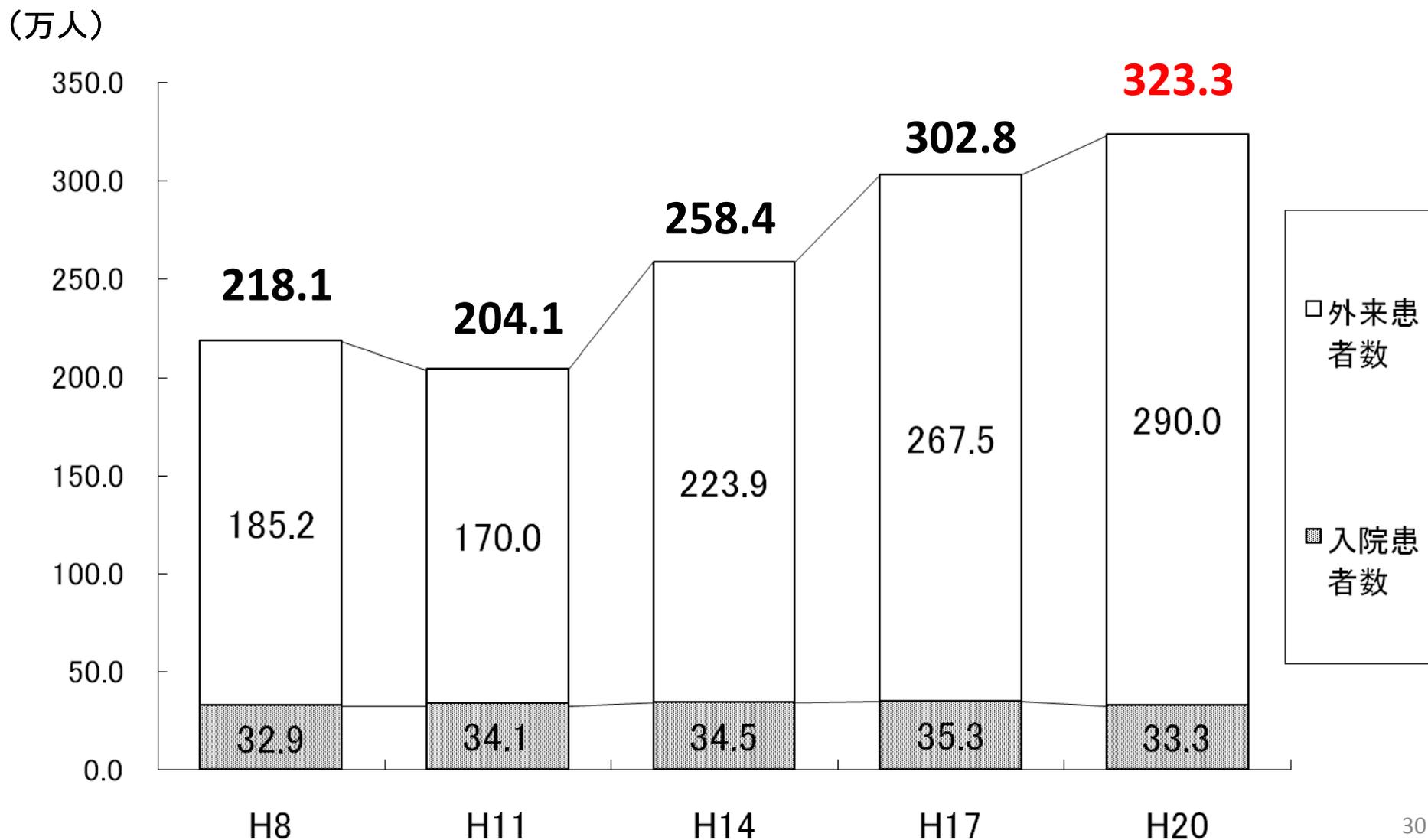
- 認知症への医療の対応として、認知症の専門医療機関において、認知症の鑑別診断及び療養方針の決定を行うことへの評価や、BPSDや身体合併症等への手厚い対応が特に必要な入院早期の評価等を行っているが、これらにより認知症に必要な医療が適切に提供されているか実態把握が必要ではないか

# 慢性期医療

## ① 精神療養病床

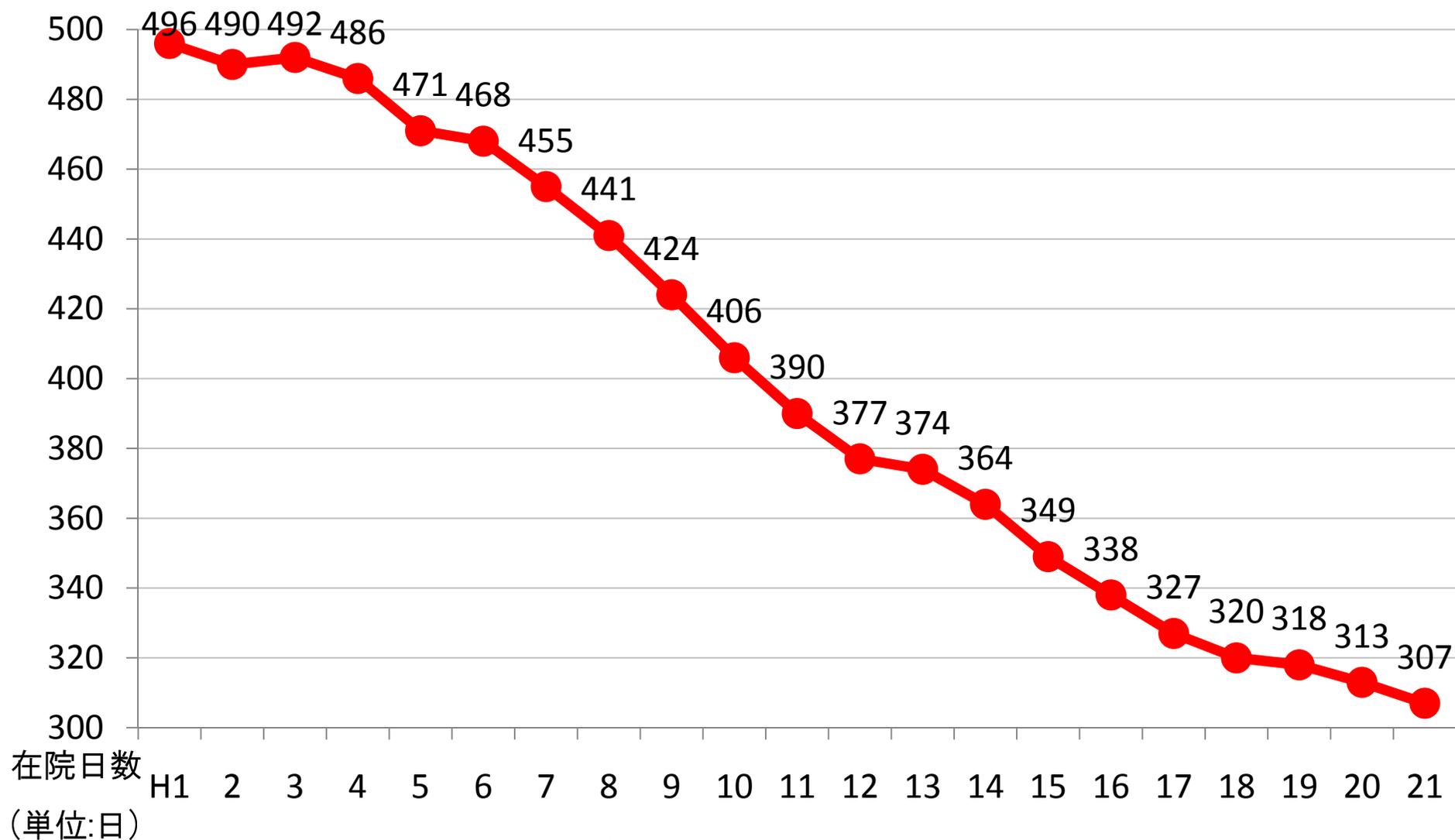
# 精神疾患の患者数

(医療機関にかかっている患者)



資料：患者調査

# 精神病床の平均在院日数の推移



平均在院日数 = 
$$\frac{\text{年間在院患者延数}}{\frac{1}{2} \times (\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数})}$$

資料：病院報告

# 主な精神病床の現状

平成21年7月1日現在の届出状況より

## 特定入院料 (150,828床)

精神科救急入院料 10:1 (64医療機関 3,347床)
精神科救急・合併症入院料 10:1 (3医療機関 124床)
精神科急性期治療病棟入院料 ①13:1 + 看護補助者 30:1 ②15:1 + 看護補助者 30:1 (262医療機関 13,042床)
認知症病棟入院料 30:1 (450医療機関 31,290床) <H22から認知症治療病棟に名称変更>
精神療養病棟入院料 看護職員と看護補助者 15:1 (5割以上が看護職員) (827医療機関 103,025床)

## 精神病棟入院基本料 (184,873床)

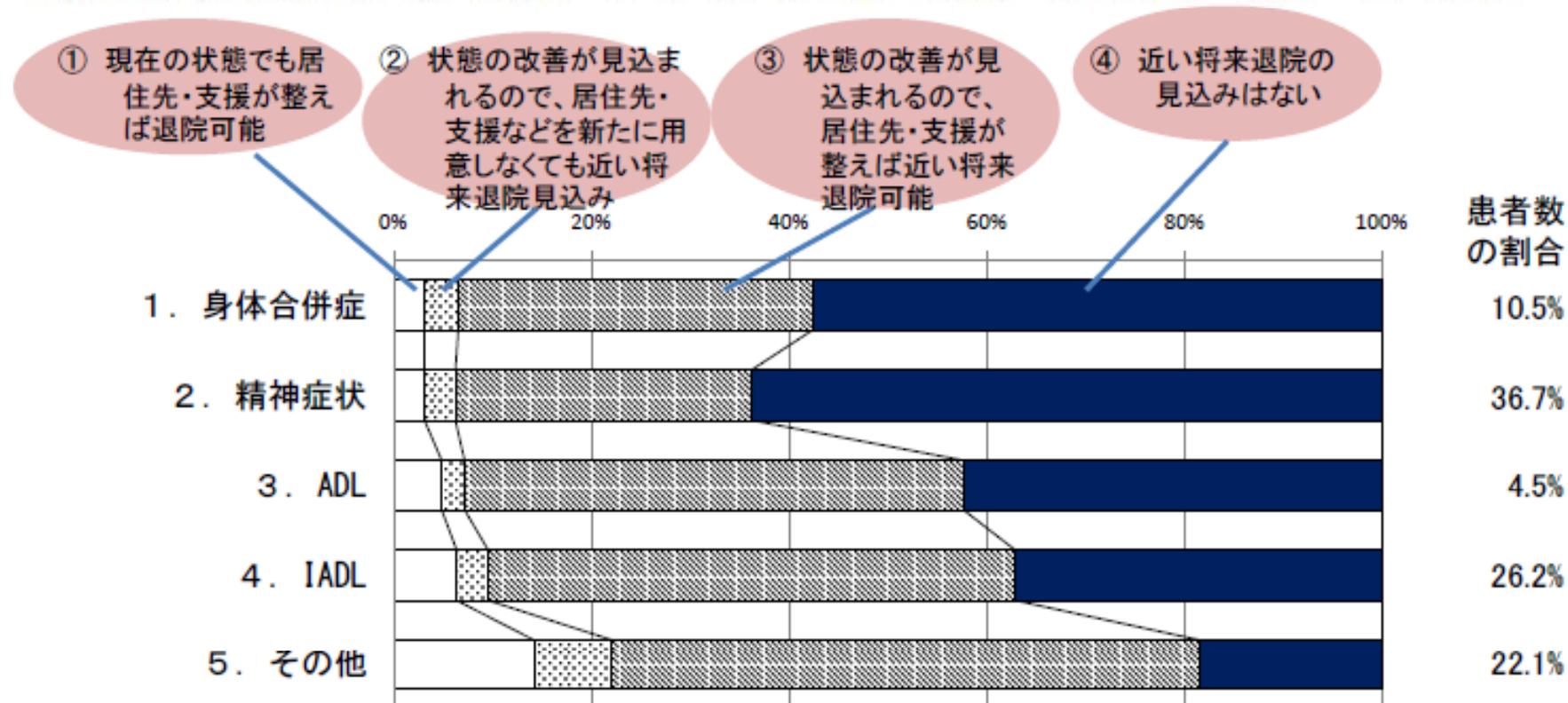
10:1 (12医療機関 381床※)
<H22より、13:1を新設>
15:1 (1078医療機関 141,800床※)
18:1 (126医療機関 22,242床※)
20:1 (69医療機関 9,741床※)
特別入院基本料 (50医療機関 7,763床※)

## 特定機能病院 入院基本料 (3,398床)

7:1 (4医療機関 98床※)
10:1 (4医療機関 153床※)
<H22より、13:1を新設>
15:1 (65医療機関 2,938床※)

※ 入院基本料の医療機関数・病床数は平成20年7月1日現在(合計とは一致しない)  
 ※※ 介護サービス施設・事業所調査(H20年10月)

# 統合失調症患者の状態と退院可能性(まとめ)



## 分類の定義

- |  |   |
|--|---|
| 1: 特別な管理(入院治療)を要する身体合併症  | 3: ベッド上の可動性、移乗、食事、トイレの使用の4項目のうちいずれかでボディタッチを含む援助を要する者、但し1・2を除く   |
| 2: 次の項目のうちいずれかを満たす者、但し1を除く<br>・自傷他害の可能性 中程度以上<br>・奇妙な姿勢 毎日<br>・幻覚 高度以上<br>・罪業感 高度以上<br>・緊張 やや高度以上<br>・抑うつ気分 高度以上<br>・薬物療法の必要性の認識 不十分で服薬しない | 4: 食事の用意、家事一般、金銭管理、薬の管理、電話の利用、買い物、交通手段の利用のいずれかが非常に困難な者、但し1~3を除く |
|  | 5: 1~4以外の者  |

# 精神科入院に係る診療報酬と主な要件 (平成22年度～)

	医師の配置	看護職員等の配置	構造設備等	その他の主な要件	算定の対象となる患者	診療報酬点数	
精神病棟入院基本料	医師 48:1	看護 7:1 (特定機能病院のみ)	・特記なし	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病棟の平均在院日数40日以内</li> <li>・新規入院患者の5割以上がGAF30以下</li> </ul>	・精神疾患を有する患者	1,311点	初期加算 465点 (～14日)
		看護 10:1				1,240点	250点 (15～30日)
		看護 13:1				920点	125点 (31～90日)
		看護 15:1				800点	10点 (91～180日)
		看護 18:1					3点 (181日～1年)
		看護 20:1					712点
		看護 25:1					658点
							550点
認知症治療病棟入院料1	医師 病棟常勤1 48:1	看護 20:1 看護補助者 25:1 専従作業療法士1人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病棟18㎡/床以上を標準</li> <li>・デイルーム等</li> <li>・生活機能回復訓練室</li> </ul>	・病院にPSWまたは臨床心理技術者常勤	・集中的な治療を有する認知症患者	1,450点 (～60日)	1,180点 (61日～)
認知症治療病棟入院料2		看護 30:1 看護補助者 25:1 OT又は経験看護師 1人				<ul style="list-style-type: none"> <li>・病棟18㎡/床以上を標準</li> <li>・生活機能回復訓練室</li> </ul>	1,070点 (～60日)
精神療養病棟入院料	指定医 病棟常勤1 (病院に2以上) 医師 48:1	看護 30:1 看護・看護補助者を合わせて15:1 OT又は経験看護師 1人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病室5.8㎡以上</li> <li>・1看護単位60床以下</li> <li>・1病室6床以下</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院にPSWまたは臨床心理技術者常勤</li> <li>・病院にOT室または生活技能訓練室</li> </ul>	・長期の入院を要する精神疾患を有する患者	1,050点 (GAFスコア41以上)	1,090点 (GAFスコア40以下)

# 精神療養病棟の評価について

## 精神療養病棟入院料への重症度評価の導入

(平成22年度診療報酬改定)

- 精神療養病床について、患者の状態像によらず一律の評価となっていることを見直し、重症度に応じた加算を新設する。

精神療養病棟入院料(1日につき)
------------------

1,090点
--------



精神療養病棟入院料(1日につき)
------------------

1,050点
--------

⑨

重症者加算(1日につき)
--------------

40点
-----

〔算定要件〕

重症者加算：当該患者のGAFスコアを毎日評価し、そのスコアが40以下であること

## 精神療養病棟の課題と今後の方向性

- 平成22年診療報酬改定の結果検証について「精神入院医療における重症度評価導入後の影響調査」を行うこととされている



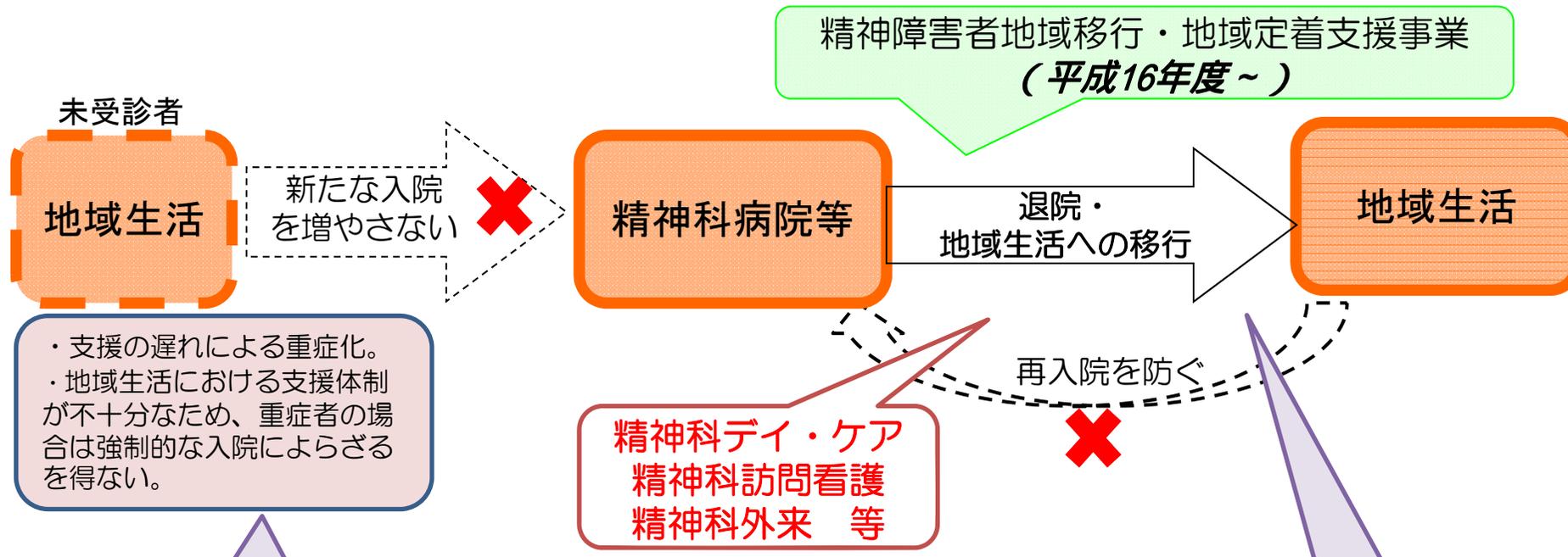
### 【今後の方向性】

- 精神療養病棟について、重症度評価導入後の影響について、現状等を調査を行う

## ② 地域移行

## 地域移行の課題と対応について

これまで、退院促進事業を行ってきたが、退院後いかに再入院を防ぎ、地域に定着するか、また、入院していない者であっても、いかに入院につながらないようにするかが課題となっている。



### 精神障害者アウトリーチ推進事業 (平成23年度～)

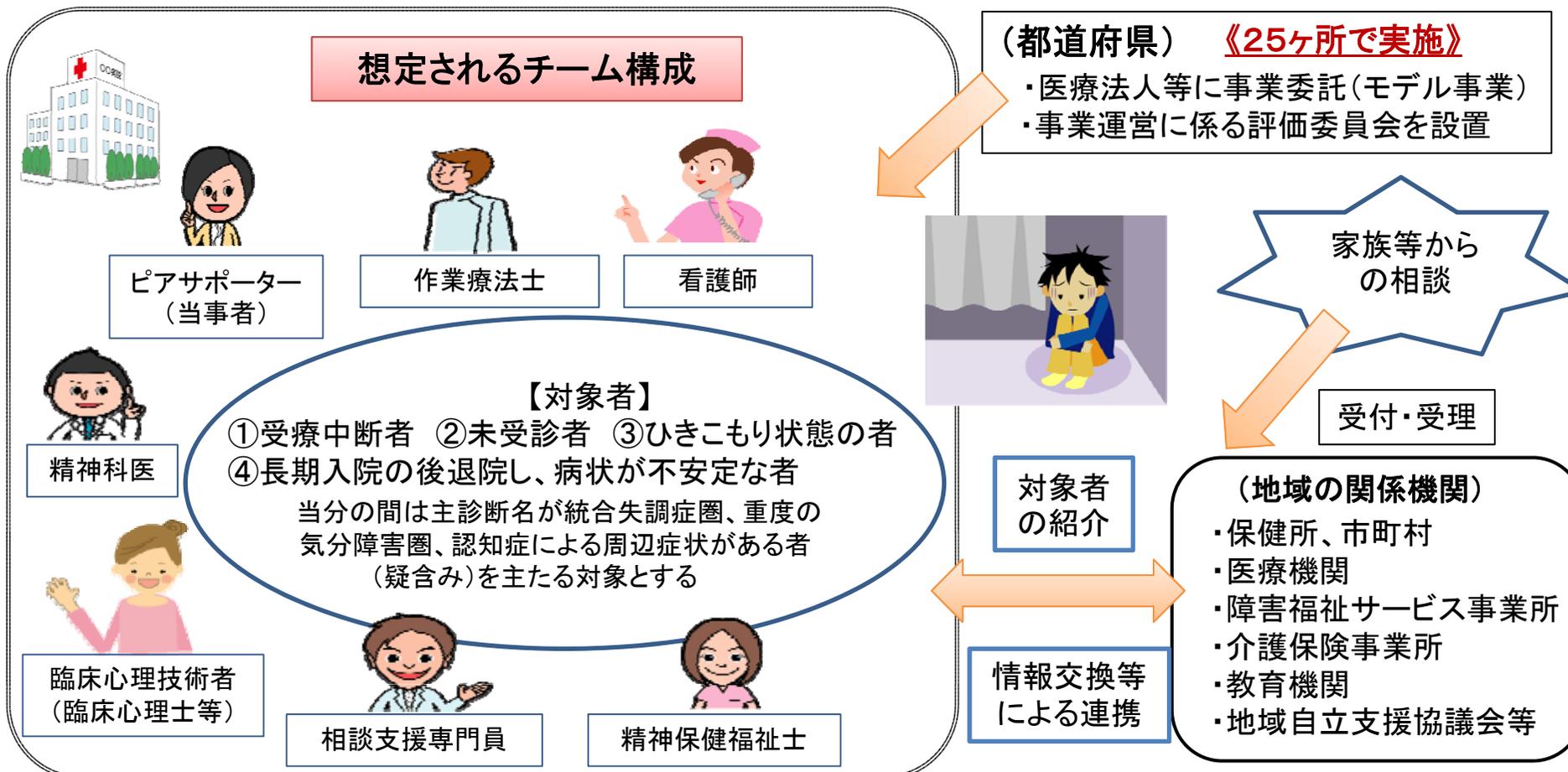
未治療の者や治療中断している者等（治療契約等が交わされていない者）に対し、専門職がチームを組んで、必要に応じて訪問支援を行う「アウトリーチ」により、保健・医療・福祉サービスを包括的に提供し、丁寧な支援を実施することにより、在宅生活の継続を可能にする。

いわゆるACT(Assertive Community Treatment)とは、本来なら入院が必要となるような重症者を対象に、原則的には利用者と治療契約等が交わされ、医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士等の多職種による訪問形態であり、わが国においては診療報酬等の対象サービスを活用して実践されている。

# 精神障害者アウトリーチ推進事業のイメージ

平成23年度予算  
7億円(特別枠)

★ 在宅精神障害者の生活を、医療を含む多職種チームによる訪問等で支える。



**【特徴】**・医療や福祉サービスにつながない(中断している)段階からアウトリーチ(訪問)を実施  
 ・精神科病院等に多職種チーム(他業務との兼務可)を設置し、対象者及びその家族に対し支援  
 ・アウトリーチチームの支援により、診療報酬による支援(訪問看護等)や自立支援給付のサービスへつなげ、在宅生活の継続や病状安定をはかる

# 精神障害者の地域移行の評価について

## 精神科デイ・ケア等の見直し

- 精神科デイ・ケアについて、精神障害者の地域移行を推進するために、早期の地域移行について評価

### 精神科ショート・ケア(1日につき)

1 小規模なもの	275点
2 大規模なもの	330点



### 精神科ショート・ケア(1日につき)

1 小規模なもの	275点
2 大規模なもの	330点

①

〔算定要件〕

当該療法の算定を開始した日から起算して1年以内の期間に行われる場合、所定点数に20点を加算する。

### 精神科デイ・ケア(1日につき)

1 小規模なもの	550点
2 大規模なもの	660点



### 精神科デイ・ケア(1日につき)

1 小規模なもの	590点
2 大規模なもの	700点

②

〔算定要件〕

当該療法の算定を開始した日から起算して1年以内の期間に行われる場合、所定点数に50点を加算する。

〔算定要件〕

食事を提供した場合、48点を加算する。

## 精神科地域移行実施加算の引き上げ

- 入院期間が5年を超える長期入院患者を、直近1年間で5%以上減少させた実績のある医療機関に対する評価を引き上げる。

精神科地域移行実施加算 5点 → 10点(1日につき)

## 精神科デイ・ケア等の利用実人員及び新規利用者数の状況

### 利用実人員

(単位:人)

	平成13年	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年
精神科デイ・ケア	49,642	52,534	54,544	58,799	62,461	58,552	67,344
新規利用者数	—	—	2,663	2,566	2,507	2,629	2,233
精神科ナイト・ケア	2,299	2,477	2,536	2,684	2,367	2,391	2,640
新規利用者数	—	—	93	94	87	92	70
精神科デイ・ナイト・ケア	7,193	8,169	7,668	8,890	9,869	9,991	12,467
新規利用者数	—	—	266	227	274	303	312
精神科ショート・ケア	—	—	—	—	—	4,590	7,772
新規利用者数	—	—	—	—	—	598	566
合計	59,134	63,180	64,748	70,373	74,697	75,524	90,223
新規利用者数	—	—	3,022	2,887	2,868	3,622	3,181

資料:精神・障害保健課調(各年6月1か月間の数)

# デイ・ケア等の実施プログラム (あると答えた医療機関の割合(%))

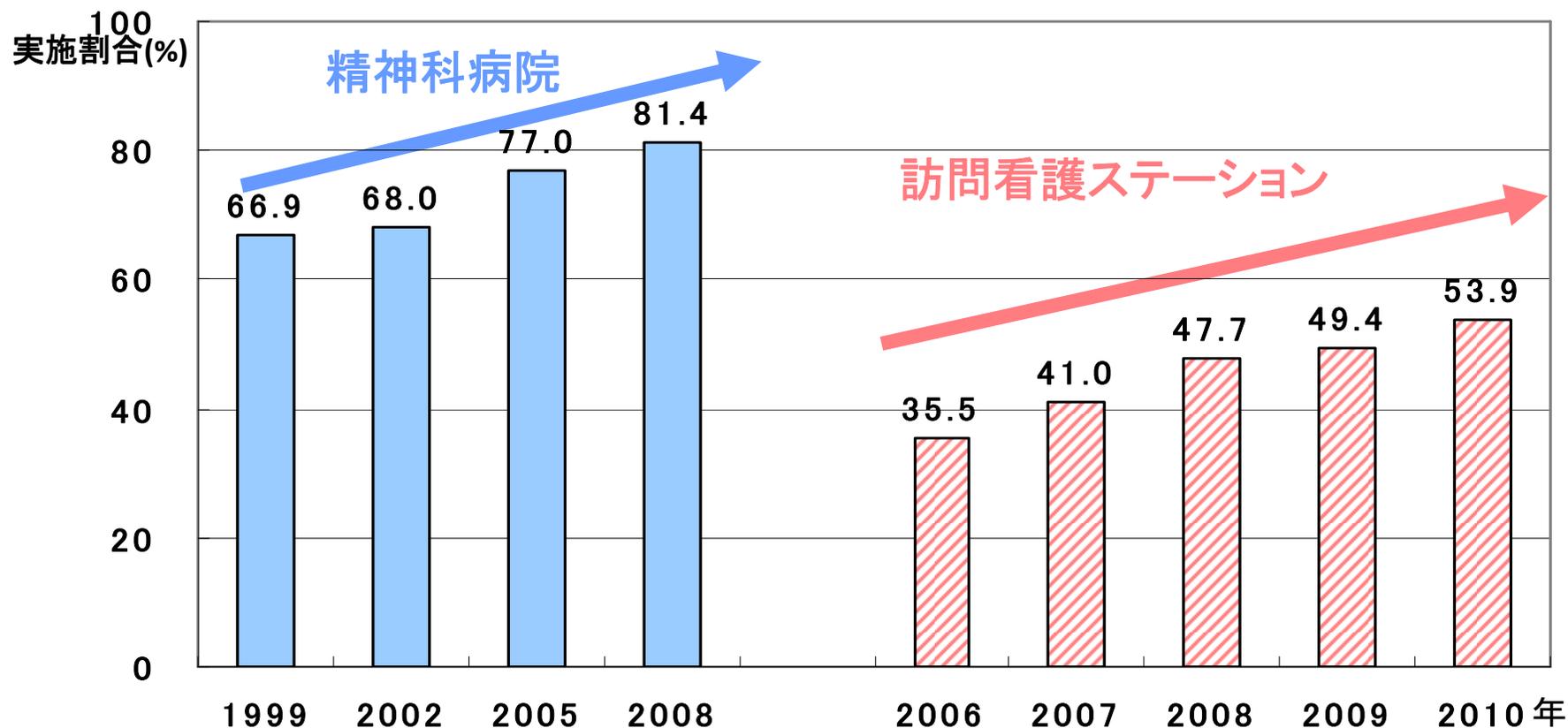
「疾患別プログラム」(複数回答)	病院 (N=411)	診療所 (N=110)	「病期別プログラム」(複数回答)	病院 (N=411)	診療所 (N=110)
統合失調症患者を対象とする	41.1	45.5	慢性期(残遺状態)の患者を対象とする	34.3	33.6
うつ病患者を対象とする	20.2	28.2	急性期退院直後の患者を対象とする	17.0	12.7
アルコール依存症患者を対象とする	13.6	15.5	その他病期を区切ったもの	0.5	3.6
双極性障害の患者を対象とする	13.1	18.2			
不安障害の患者を対象とする	10.5	19.1	「目的別プログラム」(複数回答)	病院 (N=411)	診療所 (N=110)
発達障害の患者を対象とする	7.8	14.5	家事等、日常生活技能の習得	66.7	55.5
強迫性障害の患者を対象とする	6.8	10.0	症状や再発サインへの対処スキルの獲得	45.7	46.4
摂食障害の患者を対象とする	3.6	9.1	疾病と治療についての理解	44.8	44.5
薬物依存の患者を対象とする	1.9	4.5	復職支援	36.5	46.4
その他特定の患者を対象とする	3.6	5.5	服薬アドヒアランスの向上	36.0	32.7
			その他の特定の目的	19.0	22.7
「年代別プログラム」(複数回答)	病院 (N=411)	診療所 (N=110)	「利用期間別プログラム」(複数回答)	病院 (N=411)	診療所 (N=110)
高齢者を対象とする	21.2	20.0	中期間(1年～2年)	13.9	19.1
青年期の患者を対象とする	17.5	28.2	短期間(1年未満)	7.5	16.4
思春期の患者を対象とする	6.1	16.4	その他期間限定のもの	6.8	8.2
児童期の患者を対象とする	0.2	6.4			
その他対象とする年代を区切ったもの	6.3	4.5			

(単位: %)



社会生活機能の回復を目的として疾患別や年代別等の複数のプログラムを有している医療機関があるが、それらの効果等については十分には把握されていない

## 精神疾患患者に訪問看護を提供している 精神科医療機関および訪問看護ステーション数の推移



●精神疾患患者に訪問看護を実施している機関は、精神科病院の約8割、訪問看護ステーションの約半数であり、増加傾向である。

・医療施設調査

・2006年度 社団法人全国訪問看護事業協会：H18年度厚生労働省老人保険事業推進費等補助金 新たな訪問看護ステーションの事業展開の検討.平成18年度報告書 委員長：上野桂子

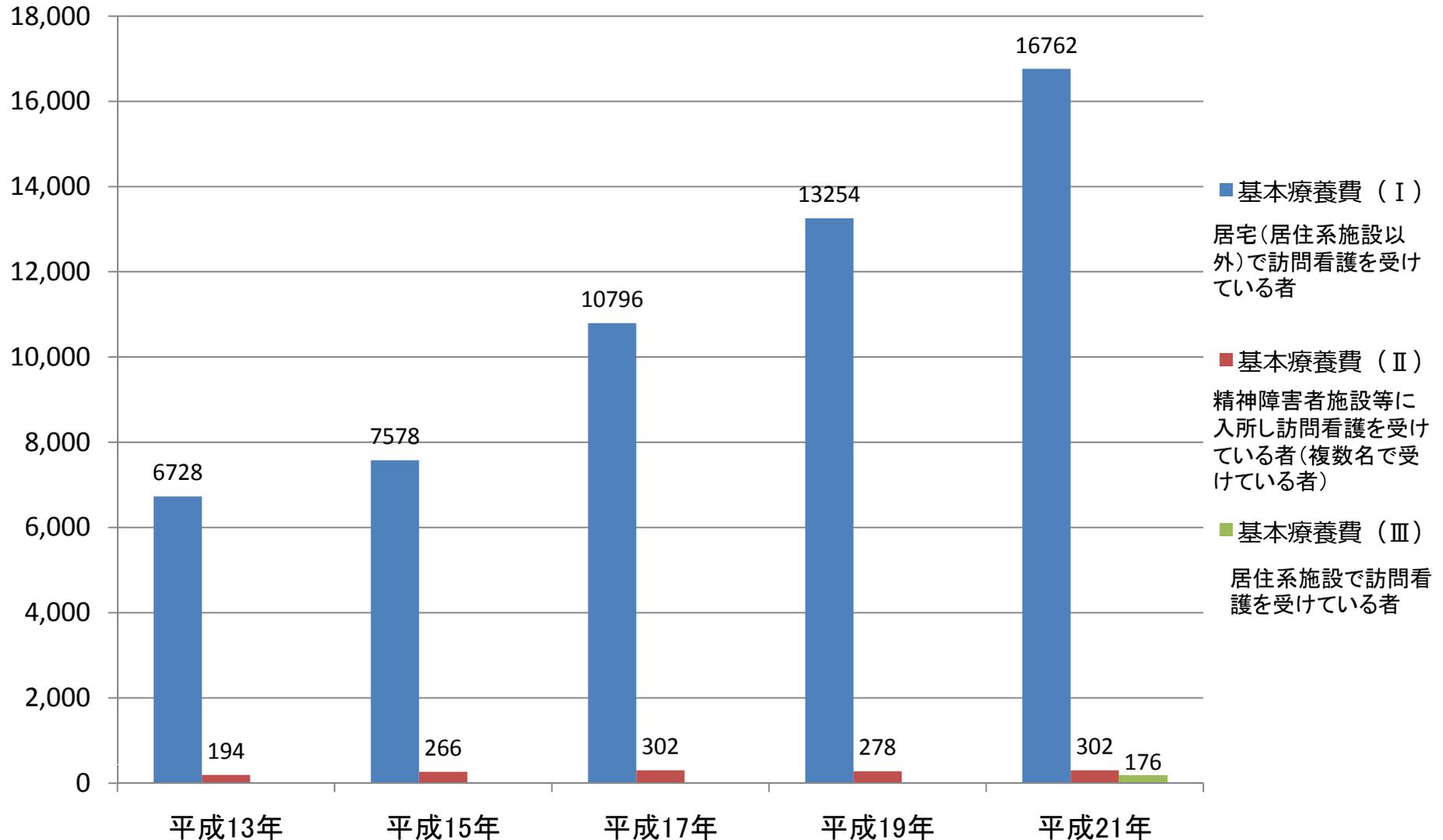
・2007年度 社団法人全国訪問看護事業協会：H19年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業「精神障害者の地域生活支援を推進するための精神科訪問看護ケア技術の標準化と教育およびサービス提供体制のあり方の検討」, 主任研究者：萱間真美.

・2008年度 萱間真美：「精神障害者の訪問看護におけるマンパワー等に関する調査研究」, 厚生労働科学特別研究事業、研究代表者：萱間真美

・2009年度 社団法人全国訪問看護事業協会：H21年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業「精神科医療の機能強化に関する調査研究事業～訪問看護の充実に関する調査研究～」, 主任研究者：萱間真美.

・2010年度 萱間真美：「精神医療の現状把握と精神科訪問看護からの医療政策」(分担研究者 萱間真美), 厚生労働科学研究費補助金「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」研究代表者：安西信雄

## 傷病分類「精神及び行動の障害」の 訪問看護基本療養費別利用者数の推移



基本療養費( )のみ平成21年から調査

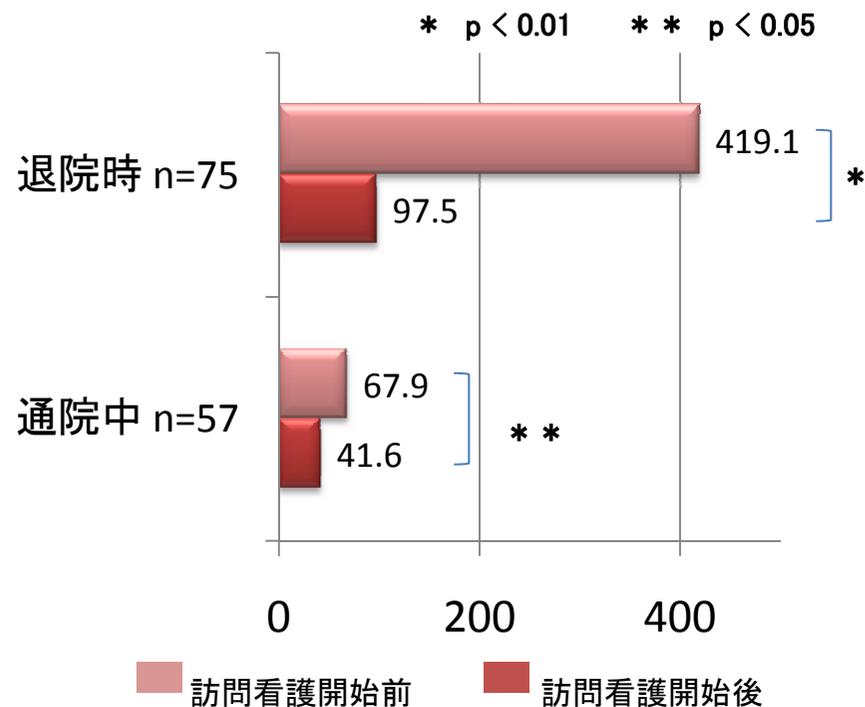
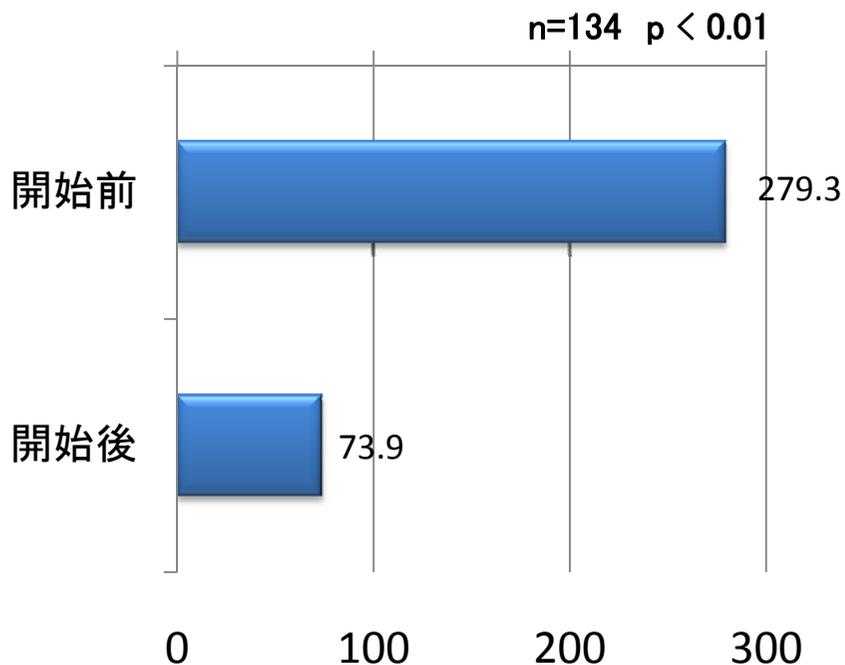
# 精神疾患患者への訪問看護の効果

## 訪問看護開始前後2年間の精神科総入院日数

訪問看護の利用により精神科病棟への総入院日数が減少

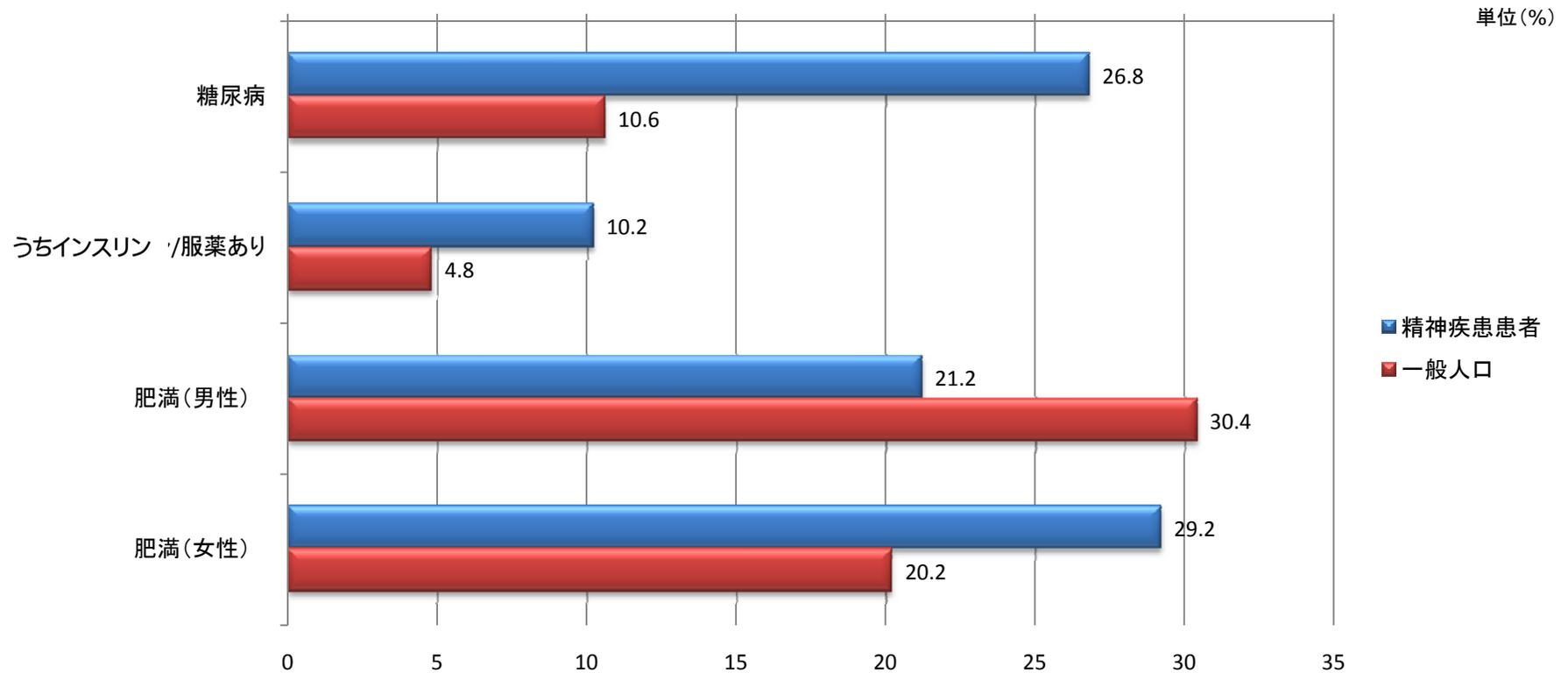
訪問看護開始前2年間の平均279.3日から訪問看護開始後2年間では、74.9日へと約4分の1に短縮し、約200日在宅療養期間が延長した(左図)。

また退院を契機に訪問看護を開始した退院時群と通院中に訪問看護を開始した通院中群それぞれの訪問看護開始前後2年間の平均在院日数は、両群とも有意に減少していた(右図)。



# 精神疾患患者の身体合併症を有する割合 —訪問看護利用者の調査より—

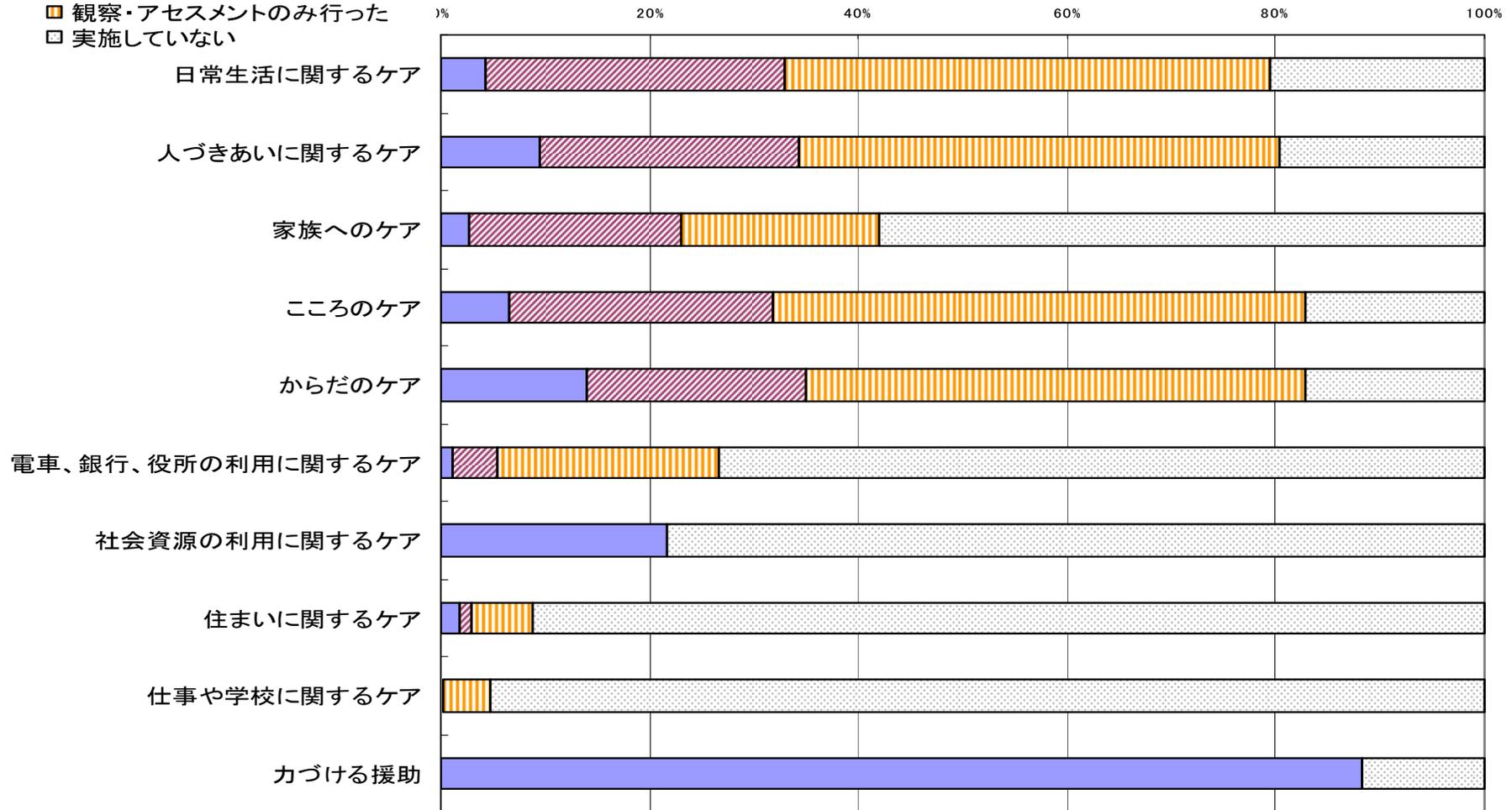
一般人口10.6%と比べ、訪問看護を利用する精神疾患患者では26.8% と、糖尿病を有する割合が約2.5倍であった。そのうち、インスリンや服薬治療を受けている人の割合は10.2% と一般人口の約2倍であり、身体ケアの必要性が高いことが示唆された。



・精神疾患患者データ:2010年度 萱間真美:「精神医療の現状把握と精神科訪問看護からの医療政策」(分担研究者 萱間真美),  
「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」(研究代表者 安西信雄)厚生労働科学特別研究事業(速報値)  
・一般人口データ:平成19年 国民健康・栄養調査結果の概要,厚生労働省

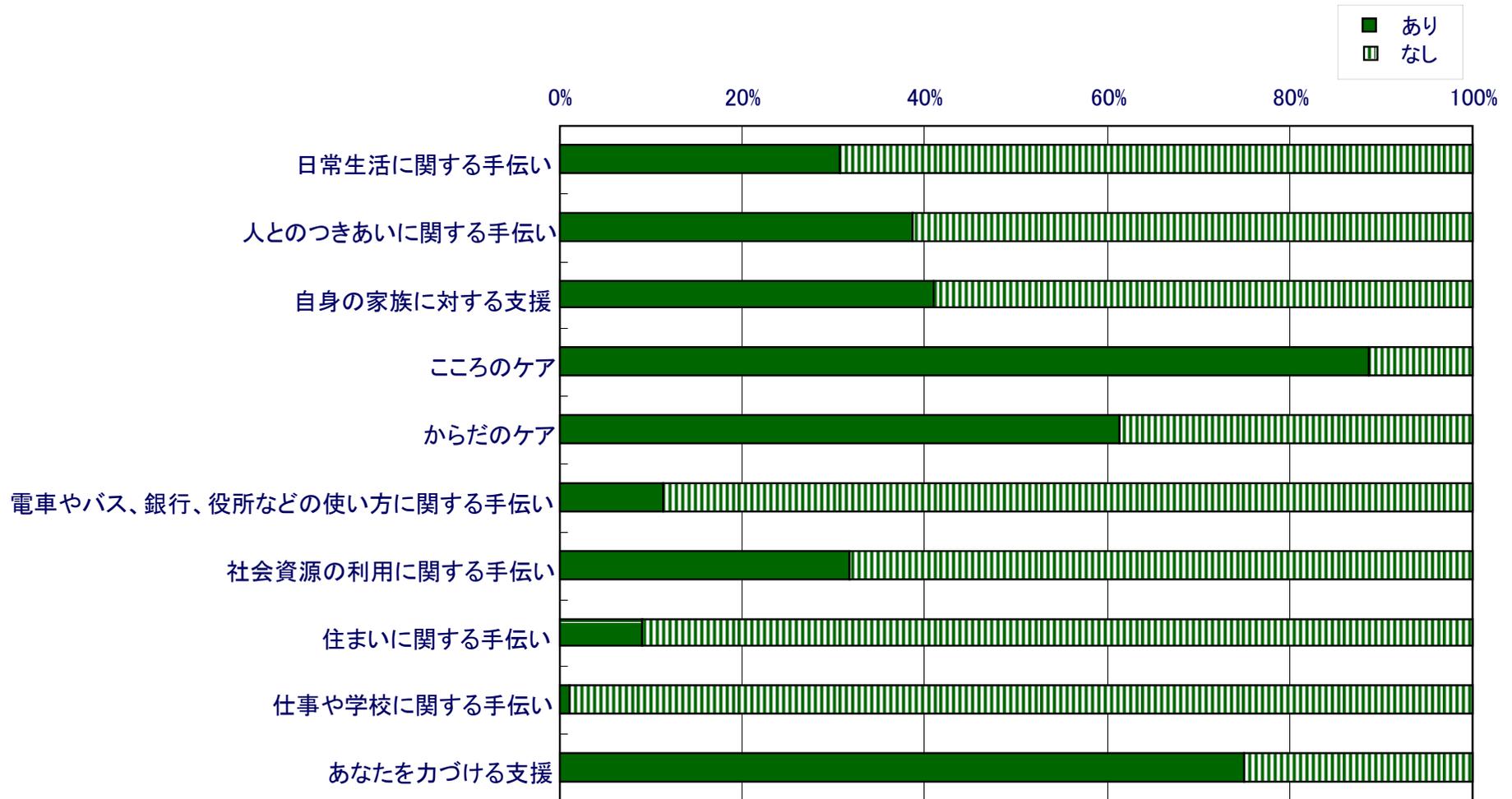
# 精神疾患患者への訪問看護において 提供しているケア(訪問看護師回答)

- 具体的援助を行った
- ▨ 相談・助言・情報提供を行った
- ▤ 観察・アセスメントのみ行った
- 実施していない



2008年1-10月に退院し、訪問看護を開始・再開した統合失調症患者 132名を対象  
平成21年度厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業(伊藤班)より

# 訪問看護で受けているケア (利用者本人アンケート)



## 地域移行の課題と今後の方向性

- 地域移行については、退院後いかに再入院を防ぎ、地域に定着するか、また、入院していない者であっても、いかに入院につながらないようにするかが課題とされている
- 精神科疾患の訪問看護について、精神疾患の患者の状態に合った訪問看護を行っているかどうか現状を把握されていない



### 【今後の方向性】

- 地域における精神障害者の支援について、精神科デイ・ケア等において、精神障害者の地域への復帰を支援するため、社会生活機能の回復を目的として疾患別や年代別等の複数のプログラムを有している医療機関の体制や、その実施状況等について把握することが必要ではないか
- 精神疾患患者の訪問看護について、患者の状態に合った訪問看護の提供を推進するために、利用者の状態や実施されている訪問看護の内容等の現状を把握することが必要ではないか（訪問看護療養費実態調査、老人保健健康増進等事業（平成22年度））

# 精神科医療に関する 「平成22年度診療報酬改定の結果検証」について(案)

## 身体合併症を有する精神疾患患者の救急医療

- 身体・精神共に要救急対応の患者を受け入れている医療機関や、後方病床として一般救急や精神科救急との連携を行っている医療機関について、連携や受け入れの現状について調査を行う

## 認知症対策

- 平成22年度診療報酬改定で行った認知症の専門医療機関において認知症の鑑別診断及び療養方針の決定を行うことへの評価や、入院早期の評価に関する影響について調査を行う

## 精神療養病棟

- 精神療養病棟について、重症度評価導入後の影響について、現状等について調査を行う

## 地域移行

- 精神科デイ・ケア等において、精神障害者の地域への復帰を支援するため、社会生活機能の回復を目的として疾患別や年代別等の複数のプログラムを有している医療機関の体制について調査を行う
- 精神疾患患者の訪問看護について、患者の状態に合った訪問看護の提供を推進するために、利用者の状態や実施されている訪問看護の内容等について調査を行う

中医協委員各位

## 平成23年度検証調査の進め方に関して

検証部会長 牛丸聡

調査検証にご協力くださいますようお願いいたします。

すでに、3月2日の検証部会・総会において、平成23年度調査項目を決定していただきました。次回改定に向けてできる限り早く検証調査の実行に着手しなければならない制約の中で、これまでにいただきましたご意見を尊重しながら、今後の進め方を決めさせていただきますので、ご報告いたします。

次ページ以降にありますような進め方を考えました。この進め方に関しては、すでに検証部会委員（公益委員）の了承は得ております。前記しましたように、できる限り早く着手したいという制約の中で、これまでのご意見を反映させたものとして、昨年とは異なるいくつかの変更を行っております。

調査検討委員会の構成

検証部会長の委員としての出席

調査検討委員会委員の人選に関して

調査検討委員会にこれまでとは異なり、調査票の作成前にもご意見を頂戴する。

できる限り中医協委員の方々のご意見が反映されるように、これまでのように調査票が出来上がってからご意見を頂戴するのではなく、もっと早い段階でご意見を頂戴する。

以上のような変更を行いました。その上で、次ページ以降にありますような「平成23年度検証調査の進め方について」を考えました。

よろしくお願いいたします。

# 平成23年度検証調査の進め方について

## 1. 調査の進め方について

平成23年度の検証調査については、検証部会委員において検討の上、下記の流れの通り進めることとする。

- 調査設計等素案作成、調査検討委員会人選（医療課）
- 受託業者打ち合わせ（決定後直ちに。作業趣旨確認・迅速化徹底）
- 調査の進め方及び調査設計のあり方について中医協検証部会委員に意見照会
- 調査設計原案作成（受託業者）
- 調査設計について、調査検討委員会委員より意見を求め、適宜修正（受託業者）
- 中医協委員からの調査票（案）に対する意見聴取
- 調査票案作成、第1回調査検討委員会日程調整（受託業者）
- ・CS等専門家意見反映
- 作業状況を検証部会長より中医協委員に情報提供
- 調査票原案を中医協委員に意見照会し、調査票案に反映
- ・検証部会長名で情報提供
- 第1回調査検討委員会開催
- ・調査票案（中医協委員からの意見を反映したもの）の審議
- 調査票（案）について、中医協検証部会委員の事前承認を得て、総会に報告
- 総会報告後、必要な修正を取り込んだ調査票により調査開始

## 2. 現在までの実施状況及び今後のスケジュール（案）

調査の実施スケジュールについては、下記の日程を想定している。なお、5月9日までの実施内容については、前記1の進め方に沿って実際に実施したものである。

3月2日（水）

- ・検証部会・総会
- 平成23年度調査についての調査項目決定

4月25日（月）～5月9日（月）

- ・委託業者決定（みずほ情報総研株式会社・三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社）
- ・平成23年度調査の進め方及び調査設計について、検証部会委員に意見聴取
- ・委託業者による調査設計の作成

5月9日(月)～

- ・平成23年度調査の調査設計について、調査検討委員に意見聴取
- ・委託業者による調査設計の修正
- ・委託業者による調査票(案)の作成
- ・第1回調査検討委員会の日程調整

5月18日(水)

- ・総会  
平成23年度調査の進め方について報告  
総会開催時点における平成23年度調査の状況について報告  
平成23年度調査に対して、部会長より1号、2号各委員への協力依頼

5月18日(水)以降の日程で1週間程度

- ・中医協委員からの調査票(案)に対する意見聴取

5月下旬～6月上旬

- ・第1回調査検討委員会

6月8日(水)・22日(水)

- ・総会  
平成23年度調査の調査票(案)の報告

7月～

- ・調査実施

8月下旬～9月上旬

- ・第2回調査検討委員会

8月下旬～9月上旬

- ・検証部会  
平成23年度調査の報告書(速報版)の承認  
(日程等に応じ、メールによる事前確認等の方法を工夫する。)

9月～10月

- ・総会  
平成23年度調査の報告書(速報版)について報告

## 平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査 (平成23年度調査)の実施について(案)

### 1. 目的

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22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23年度調査)を実施し、検証部会における平成22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項目について、平成23年度調査として着手することとする。

- (1) 病院勤務医の負担の軽減の状況調査(別紙1)
  - ・病院勤務医の負担の軽減及び処遇改善に係る措置の影響調査
  - ・チーム医療に関する評価創設後の役割分担の状況や医療内容の変化の状況調査
- (2) 精神入院医療における重症度評価導入後の影響調査(別紙2)
- (3) 在宅歯科医療及び障害者歯科医療の実施状況調査(別紙3)
- (4) 回復期リハビリテーションにおける質の評価、がん患者リハビリテーションの創設など、リハビリテーション見直しの影響調査(別紙4)
- (5) 在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況調査(別紙5)
- (6) 後発医薬品の使用状況調査(別紙6)

### 4. 調査スケジュール

平成23年

- 4月 調査機関の選定
- 4～5月 調査検討委員会における調査設計、調査票等の検討
- 6月 総会での調査票の承認
- 7～8月 調査実施・調査票回収、集計
- 8月 調査検討委員会による調査票(速報版)の検討
- 9月 調査結果(速報)の総会への報告

## 病院勤務医の負担の軽減の状況調査(案)

### 1. 調査の目的

平成22年度改定において実施された、勤務医の負担を軽減するための取組への評価、また、その一環として実施されたチームによる医療への取組に対する評価が、実際に勤務医の負担軽減や医療の質の向上にどのような影響を与えたかを調査するために、これらに関連した加算等を算定している保険医療機関における診療体制や診療内容、勤務医の状況、チーム医療の実施状況などについて調査を行う。

### 2. 調査客体

次の加算等の算定に関する届出を行っている保険医療機関

総合入院体制加算、急性期看護補助体制加算、医師事務作業補助体制加算、救命救急入院料、小児入院医療管理料等、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする項目、及び栄養サポートチーム加算、呼吸ケアチーム加算等チーム医療に関する項目

(具体的な抽出方法及び客体数は調査検討委員会で決定)

### 3. 主な調査項目

- ・勤務医の負担軽減及び処遇の改善を要件とする項目の算定状況
- ・施設及び病棟における勤務職員(医師、看護師等)の勤務状況  
(施設(病床数等)の状況、勤務職員(医師・看護師等)人数、各種職員の勤務時間および夜間の勤務状況、勤務人数や勤務時間の診療科別の比較、改定前後における勤務職員  
の人数・勤務時間の変化等)
- ・勤務医の負担軽減のための施設としての取組内容やその達成状況  
(取組内容、取組の開始時期、取組による勤務時間の変化等)
- ・チーム医療の実施状況やその効果、導入する上での問題点  
(実施しているチーム医療の内容、チーム医療に参加する勤務職員の数・内訳、チ  
ーム医療を実施したことによる勤務時間等の変化、チーム医療を実施している上での問  
題点等)
- ・勤務医の勤務に関する負担に対する意識  
(勤務時間、負担の大きい業務内容、医療機関における負担軽減策に対する考え等)
- ・看護補助者導入による看護職員の勤務状況(勤務時間、業務内容、人員配置)の変化  
等

## 精神入院医療における重症度評価等導入後の影響調査(案)

### 1. 調査の目的

平成22年度改定において、精神科における急性期を担う病院に対する評価の見直しを行うとともに、精神科救急患者等の救急搬送による受入の困難さを考慮した評価を実施した。また、精神療養病床においては、患者の重症度に応じた加算を創設した。

これらの評価の見直しや加算の創設による精神科病棟における職員の配置の変化や、精神科救急患者等の受入状況、診療状況の変化等について調査を行う。

### 2. 調査客体

精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(精神病棟)、精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科身体合併症管理加算、精神科地域移行実施加算、精神療養病棟入院料等を算定している保険医療機関  
(具体的な抽出方法及び客体数は調査検討委員会で決定)

### 3. 主な調査項目

- ・精神医療に関連する各種項目の算定状況
- ・精神科病棟における入院患者の状況  
(患者数、平均在院日数等)
- ・精神科病棟における医師や看護師の配置状況  
(職員人数、病棟ごとの配置状況等)
- ・精神科救急入院の受入状況や精神科入院患者の退院調整の状況
- ・重症度の評価を導入した事による精神科患者の診療状況の変化  
(重症度を導入した事による精神科患者数の変化、職員体制の状況等)

等

## 在宅歯科医療及び障害者歯科医療の実施状況調査(案)

### 1. 調査の目的

平成22年度診療報酬改定においては、在宅歯科医療の推進を図る観点から、歯科衛生士による訪問歯科衛生指導の評価の見直しや在宅歯科医療が必要な患者に対する歯科疾患等の管理の評価の新設等を行ったほか、在宅歯科医療に係る連携を促進するための評価の新設等を行ったところである。

また、障害者歯科医療については、障害者の身心の特性に応じた歯科衛生実地指導の評価の見直しや、障害者歯科における医療機関間の連携を促進する観点から、病院が歯科診療所と連携し、歯科診療所において対応が困難な患者を受入れた場合の評価の新設等を行った。

そこで、本調査では、こうした診療報酬上の対応による在宅歯科医療及び障害者歯科医療の実施や体制整備の状況等への影響や患者の意識等について調査を行う。

### 2. 調査客体

- (1) 在宅歯科医療については、在宅療養支援歯科診療所の届出を行っている保険医療機関(1,000施設)及び当該届出を行っていない保険医療機関(1,000施設)
- (2) 障害者歯科医療については、障害者歯科医療連携体制加算の届出を行っている保険医療機関(1,000施設)及び当該届出を行っていない保険医療機関(1,000施設)
- (3) 上記(1)又は(2)の調査対象施設を受診した患者  
(具体的な抽出方法及び客体数は調査検討委員会で決定)

### 3. 主な調査項目

- ・在宅歯科医療及び障害者歯科医療の実施状況及び課題  
(在宅歯科医療又は障害者歯科医療の実施患者数、医療機関における対応(対応職員、対応時間)、在宅歯科医療又は障害者歯科医療の推進を図る上での課題等)
- ・在宅歯科医療及び障害者歯科医療の体制整備の状況  
(在宅歯科医療又は障害者歯科医療の開始時期、在宅歯科医療又は障害者歯科医療を実施する上で新たに整備した内容等)
- ・歯科と医科、歯科と介護関連職種(在宅歯科医療の場合)、歯科診療所と病院歯科等の連携状況  
(各種医療機関等の連携状況、実際の連携事例、連携の推進を図る上での課題等)
- ・在宅歯科医療を受けている患者の介護サービスの利用状況  
(利用している介護サービスの内容等)
- ・在宅歯科医療又は障害者歯科医療に関する患者の意識  
(在宅歯科医療又は障害者歯科医療に対する患者の意識、要望等)

等

## 回復期リハビリテーションにおける質の評価、がん患者リハビリテーションの創設など、 リハビリテーション見直しの影響調査(案)

### 1. 調査の目的

平成22年度診療報酬改定においては、回復期リハビリテーションにおける「質の評価」の一層の充実に加え、発症早期から、また急性期から連続したリハビリテーションの実施について、評価を行った。また、がん患者や難病患者に対しても個別のリハビリテーションを実施することについての評価を行った。

これらの各種リハビリテーション実施に対しての評価の充実による保険医療機関の提供体制の状況や、生活期(維持期)リハビリテーションの提供状況、患者の状態の改善の状況がどのように変化しているのかについて調査等を行う。

### 2. 調査客体

各種リハビリテーション料や加算等を算定している保険医療機関  
(具体的な抽出方法及び客体数は調査検討委員会で決定)

### 3. 主な調査項目

- ・各種リハビリテーション料の算定状況(入院・入院外)  
(各施設基準の算定開始時期、算定人数、算定回数、患者の状況等)
- ・各種リハビリテーション料を算定している保険医療機関におけるリハビリテーションの提供体制  
(対応職員人数、平日・休日別の業務に係る職員数、実施患者数、施設にいる間のリハビリテーションの提供状況等)
- ・亜急性期病棟における回復期リハビリテーションの提供状況  
(対応職員人数、対応病床・病棟数、実施患者数等)
- ・生活期(維持期)リハビリテーションの提供状況  
(対応職員人数、実施患者数、発症後の日数等患者の状況等)
- ・介護保険による通所リハビリテーションの提供状況  
(対応職員人数、実施患者数、リハビリテーションの提供内容、患者の状況等)
- ・リハビリテーションを提供している施設ごとの入退院時の患者の状況  
(入退院前後の患者の所在、退院支援の実施状況、医療機関との連携状況、退院時の患者の回復状況等)

等

## 在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況(案)

### 1. 調査の目的

平成22年度診療報酬改定においては、個々の患者に対して適切な場所での医療を提供する観点から、退院後における医療機関同士や介護サービス事業者等との連携における各種取組における評価を行うとともに、在宅医療の提供を行う医療機関や訪問看護の実施についての評価も行った。

これらを踏まえ、各種医療機関間の連携状況や介護との連携状況、在宅医療の実施状況、患者の意識等についての調査等を行う。

### 2. 調査客体

慢性期病棟等退院調整加算、急性期病棟等退院調整加算、地域連携診療計画退院時指導料等を算定している保険医療機関、訪問看護ステーション及び患者  
(具体的な抽出方法及び客体数は調査検討委員会で決定)

### 3. 主な調査項目

- ・在宅医療の実施状況  
(在宅医療実施患者数、医療機関における対応(対応職員、対応時間)等)
- ・在宅医療を実施する上での各医療機関間の連携状況  
(連携医療機関及び訪問看護ステーション数、実際の連携事例、問題点等)
- ・夜間や緊急時の対応状況  
(対応時間、対応体制、実際の対応事例、対応を行う上での問題点等)
- ・在宅医療を受けている患者の介護サービスの利用状況  
(在宅医療実施患者数、利用介護サービスの内容、介護支援専門員の関わり等)
- ・在宅医療を実施している医療機関と居宅介護支援事業所等との連携状況  
(連携事業所数、実際の連携事例、問題点等)
- ・保険医療機関や患者の在宅医療に関する意識  
(医療機関においての在宅医療に対する考え、患者の在宅医療に対する要望等)

等

## 後発医薬品の使用状況調査(案)

### 1. 調査の目的

平成22年度診療報酬改定で実施された後発医薬品の使用促進策により、保険薬局における後発医薬品の調剤状況や備蓄状況、保険医療機関における後発医薬品の使用状況や医師の処方などがどのように変化したかを調査するとともに、医師、薬剤師及び患者の後発医薬品に対する意識の調査等を行う。

### 2. 調査客体

保険薬局、保険医療機関及び患者

(具体的な抽出方法及び客体数は調査検討委員会で決定)

(参考)

平成22年度調査における客体数(括弧内は回収状況)

保険薬局：1,500施設(58.0%)

保険医療機関：病院1,500施設(38.3%)、診療所2,000施設(33.1%)

医師：保険医療機関調査の対象となった病院に勤務する外来担当の医師、1施設につき診療科の異なる2人(708人)

患者：調査日に保険薬局に来局した患者、1施設最大4人(1,788人)

### 3. 主な調査項目

- ・保険薬局で受け付けた処方せんについて、「後発医薬品への変更不可」欄への処方医の署名の状況
- ・保険薬局における後発医薬品への変更調剤(含量違い又は類似する別剤形の後発医薬品への変更調剤を含む。)の状況  
(変更調剤数、変更不可の理由、変更における問題点等)
- ・医薬品の備蓄及び廃棄の状況  
(先発品・後発品のそれぞれの備蓄状況の変化、後発医薬品導入による備蓄・廃棄数の変化等)
- ・後発医薬品についての患者への説明状況  
(説明内容、説明に対する患者の反応、説明による変更調剤の状況等)
- ・後発医薬品に変更することによる薬剤料の変化
- ・保険医療機関(入院・外来)における後発医薬品の使用状況(後発医薬品使用体制加算の算定状況を含む。)
- ・後発医薬品の使用に関する医師、薬剤師及び患者の意識  
(医師の後発医薬品に関する考え方、医師の薬局による変更調剤に対する考え、患者の変更調剤に関する考え等)

等

診療報酬改定結果検証に係る調査（平成22年度調査）  
救急医療等の充実・強化のための見直しの影響調査

## 1. 目的

- ・本調査「救急医療等の充実・強化のための見直しの影響調査」は、中央社会保険医療協議会における重点課題の一つである「新生児集中治療や小児救急医療の評価、急性期後の受け皿としての後方病床機能の評価など、救急医療の充実・強化のための見直しの影響」を調査し、もって診療報酬改定の議論の際の基礎資料として活用することを目的とするものである。

## 2. 調査対象・方法

### (1) 調査対象

#### ① 救急病院調査

- ・救急病院票は、診療報酬における救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、小児入院医療管理料、救急搬送患者地域連携紹介加算、地域連携小児夜間・休日診療料、地域連携夜間・休日診療料のいずれかについて届出をしている全国の全ての医療機関施設1,274施設を対象とした。
- ・退室患者調査は、上記の対象施設において、新生児特定集中治療室、または新生児集中治療室（総合周産期特定集中治療室）、あるいは新生児治療回復室に入室した患者のうち、平成22年11月1カ月間に退室した全ての患者を対象とした。
- ・院内トリアージの評価に関する調査は、上記の対象施設のうち、院内トリアージ加算の届出をしている全国の全ての医療機関施設66施設において、平成22年12月15日（水）～12月21日（火）の間に時間外の救急外来を受診し、院内トリアージ加算を算定した6歳未満の小児患者および保護者を対象とした。

#### ② 連携病院調査

- ・連携病院票は、施設調査の対象施設において、療養病棟入院基本料、救急搬送患者地域連携受入加算の届け出をしている全国の病院692施設を対象とした。

#### ③ 有床診療所調査

- ・有床診療所票は、診療報酬における救急・在宅等支援療養病床初期加算、救急搬送患者地域連携受入加算のいずれかについて届出をしている全国の全ての有床診療所495施設、及び有床診療所一般病床初期加算の届出をしている全国の有床診療所から無作為に抽出した300施設の計795施設を対象とした。

(2) 調査方法

- ・ 郵送発送、郵送回収

(3) 調査項目

① 救急病院調査

図表 2-1 救急病院票の調査項目

記入者	調査内容
管理者 又は 事務責任者	<p><u>1. 施設の概況</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 開設者</li><li><input type="checkbox"/> 承認等の状況</li><li><input type="checkbox"/> 一般病棟入院基本料</li></ul> <p><u>2. 救急医療体制、関連診療報酬の施設基準の届出、算定状況</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 救急告示の有無、救急医療体制</li><li><input type="checkbox"/> 夜間（深夜含む）の救急対応の可否</li><li><input type="checkbox"/> 救急関連の診療報酬の施設基準の届出、算定状況</li></ul> <p><u>3. 施設の病床種別ごとの稼動状況</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 許可病床数、病床利用率、平均在院日数</li></ul> <p><u>4. 救急医療に従事する人員体制</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 救急医療に従事する医師数、看護師数</li><li><input type="checkbox"/> 救急医療に従事する医師、看護師の平成 23 年度採用予定</li><li><input type="checkbox"/> 平日・土曜日・日曜日の時間帯別の救急医療に従事する医師数、看護師数</li></ul> <p><u>5. 救急医療の実施状況</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 外来患者延べ数、時間外・休日・夜間加算の算定件数、緊急自動車で搬送された延べ患者数</li><li><input type="checkbox"/> 緊急入院した患者数、患者の重症度、主たる状態像等</li></ul> <p><u>6. 院内トリアージの実施状況</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 院内トリアージの実施の有無、実施人数、導入時期</li><li><input type="checkbox"/> 院内トリアージの担当職種</li><li><input type="checkbox"/> 院内トリアージの対象年齢</li><li><input type="checkbox"/> 院内トリアージの周知方法</li></ul> <p><u>7. NICUにおける入退室・転院・退院等の状況</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 新生児特定集中治療室に入室した患者数</li><li><input type="checkbox"/> 新生児特定集中治療室から転棟・転院・退院した患者数</li></ul> <p><u>8. GCUにおける退室・転院・退院等の状況</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 新生児治療回復室から転棟・転院・退院した患者数</li></ul> <p><u>9. 救急搬送患者地域連携紹介加算の届出状況等</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 施設基準の届出の有無</li><li><input type="checkbox"/> 連携医療機関の状況</li><li><input type="checkbox"/> 他の病院・優勝診療所への転院患者数、算定患者数</li></ul> <p><u>10. 急性期病棟等退院調整加算等の算定状況</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 退院・転院先の種類別の退院・転院患者数</li></ul> <p><u>11. 退院支援担当部署の状況</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 担当部署の設置の有無、従事職員数</li></ul> <p><u>12. 救急医療の充実についての意見</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 平成 22 年度診療報酬改定による救急医療の充実状況</li></ul>

図表 2-2 退室患者票の調査項目

記入者	調査内容
担当の看護師 又は 医療事務の 職員	<p><u>1. 患者の基本的事項</u></p> <input type="checkbox"/> 性別 <input type="checkbox"/> 入院時の年齢 <input type="checkbox"/> 入院日 <input type="checkbox"/> 入院前の居場所 <input type="checkbox"/> 来院方法
	<p><u>2. 患者の状態等</u></p> <input type="checkbox"/> 新生児特定集中治療室または新生児治療回復室等に最初に入室時の状態 <input type="checkbox"/> 手術の実施状況 <input type="checkbox"/> 主傷病・副傷病
	<p><u>3. 入院してから患者が入室した治療室・病棟等の順番</u></p> <input type="checkbox"/> 患者が入室した治療室の順番
	<p><u>4. 新生児特定集中治療室、新生児集中治療室（総合周産期特定集中治療室）、新生児治療回復室に在室した際の通算の在室日数等</u></p> <input type="checkbox"/> 新生児特定集中治療室での通算の在室日数、転棟・転院・退院までの待機日数 <input type="checkbox"/> 総合周産期特定集中治療室での通算の在室日数、転棟・転院・退院までの待機日数 <input type="checkbox"/> 新生児治療回復室での通算の在室日数、転棟・転院・退院までの待機日数
	<p><u>5. 退室時の状況</u></p> <input type="checkbox"/> 退室決定の状況 <input type="checkbox"/> 退室後の居場所 <input type="checkbox"/> 退院支援計画書の策定状況 <input type="checkbox"/> 退院時のカンファレンスの開催状況

図表 2-3 院内トリアージの評価に関する調査の調査項目

記入者	調査内容
担当の看護師 又は 医療事務の 職員 および 患者の保護者	<p><u>1. 院内トリアージの実施状況（医療機関側で記入）</u></p> <input type="checkbox"/> 受診日 <input type="checkbox"/> トリアージ区分 <input type="checkbox"/> トリアージ実施者 <input type="checkbox"/> トリアージの趣旨の説明者
	<p><u>2. 患者・保護者の基本的事項および受診状況（保護者側で記入）</u></p> <input type="checkbox"/> 患者本人の年齢 <input type="checkbox"/> 保護者の性別・年齢 <input type="checkbox"/> 救急の来院方法 <input type="checkbox"/> 待ち時間
	<p><u>3. トリアージの仕組みの認知状況（保護者側で記入）</u></p> <input type="checkbox"/> トリアージの仕組みの認知の有無 <input type="checkbox"/> これまでのトリアージを受けた経験の有無
	<p><u>4. トリアージの趣旨の説明に対する理解状況（保護者側で記入）</u></p> <input type="checkbox"/> トリアージを受けた際の趣旨についての説明に対する理解度
	<p><u>5. トリアージに対する賛否（保護者側で記入）</u></p> <input type="checkbox"/> トリアージに対する賛成・反対 <input type="checkbox"/> 「賛成」を選択した理由 <input type="checkbox"/> 「どちらともいえない」「反対」を選択した理由

記入者	調査内容
	<p><u>6. 時間外の救急外来の受診に係る意見（保護者側で記入）</u></p> <p><input type="checkbox"/>今回受診した時間帯に近隣であいている医療機関の有無 ・時間外の救急外来を受診した医療機関を選んだ理由</p> <p><input type="checkbox"/>今回の時間外の救急外来を受診した医療機関以外で休日・夜間にあいている診療所があった場合の受診意向</p> <p><input type="checkbox"/>小児救急電話相談（#8000）の認知の有無</p> <p><u>7. トリアージに対する意見等（保護者側で記入）</u></p> <p><input type="checkbox"/>トリアージに対する意見、医療機関の受診に当たって意識していること</p>

## ② 連携病院調査

図表 2-4 連携病院票の調査項目

記入者	調査内容
管理者 又は 事務責任者	<p><u>1. 施設の概況</u></p> <p><input type="checkbox"/>開設者</p> <p><input type="checkbox"/>病床種別ごとの許可病床数、病床利用率、平均在院日数</p> <p><u>2. 救急病院との連携状況</u></p> <p><input type="checkbox"/>他院から転院してきた患者（他院で緊急入院していた者に限る）の人数 ・受け入れた病棟等別の転院してきた患者数 ・入院基本料等加算別の転院してきた患者数</p> <p><input type="checkbox"/>療養病棟に入院又は転院してきた患者数 ・直前の居場所別の転院してきた患者数 ・救急・在宅等支援療養病床初期加算の算定患者数</p> <p><u>3. 救急搬送患者地域連携受入加算の届出状況等</u></p> <p><input type="checkbox"/>施設基準の届出の有無</p> <p><input type="checkbox"/>連携医療機関の状況</p> <p><u>4. 慢性期病棟等退院調整加算の算定状況等</u></p> <p><input type="checkbox"/>退院・転院先の種類別の退院・転院患者数 ・退院調整加算を算定した患者数 ・慢性期病棟等退院調整加算1又は2を算定した患者数</p> <p><u>5. 救急医療に関連した事項に係る意見</u></p> <p><input type="checkbox"/>救急医療に関連した事項に係る意見</p>

## ③ 有床診療所調査

図表 2-5 有床診療所票の調査項目

記入者	調査内容
管理者 又は 事務責任者	<p><u>1. 施設の概況</u></p> <p><input type="checkbox"/>開設者、病床数、入院基本料の種別等</p> <p><u>2. 救急病院との連携状況</u></p> <p><input type="checkbox"/>他院から転院してきた患者（他院で緊急入院していた者に限る）の人数 ・入院基本料等加算別の転院してきた患者数</p> <p><input type="checkbox"/>一般病床に入院又は転院してきた患者数 ・直前の居場所別の転院してきた患者数 ・有床診療所一般病床初期加算の算定患者数</p>

記入者	調査内容
	<input type="checkbox"/> 療養病床に入院又は転院してきた患者数 <ul style="list-style-type: none"> <li>・直前の居場所別の転院してきた患者数</li> <li>・救急・在宅等支援療養病床初期加算の算定患者数</li> </ul> <u>3. 救急搬送患者地域連携受入加算の届出状況等</u> <input type="checkbox"/> 施設基準の届出の有無 <input type="checkbox"/> 連携医療機関の状況 <u>4. 救急医療に関連した事項に係る意見</u> <input type="checkbox"/> 救急医療に関連した事項に係る意見

### 3. 回収状況

図表 3-1 回収状況

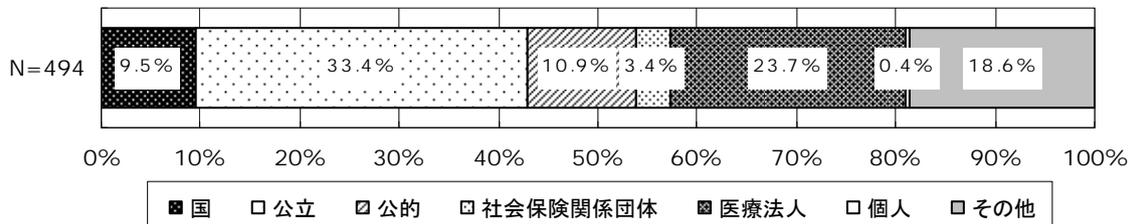
調査種別	発送数	有効回収数	回収率
救急病院票	1274 件	494 件	38.8%
退室患者票		2,074 件	
院内トリアージ票		341 件	
連携病院票	692 件	166 件	24.0%
有床診療所票	795 件	261 件	32.8%

## 4. 救急病院調査の結果概要

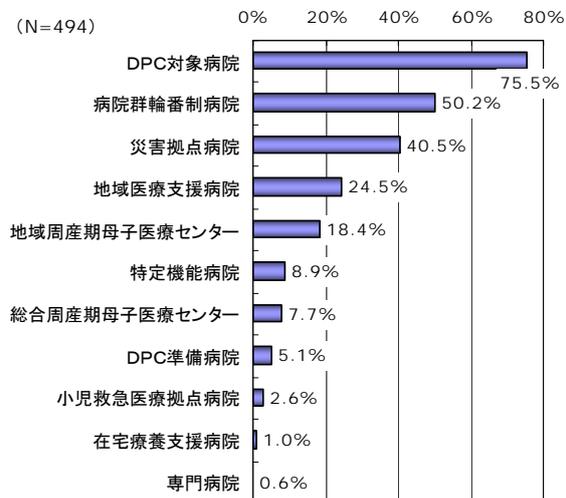
### (1) 回答病院の概況

#### ① 回答病院の概況

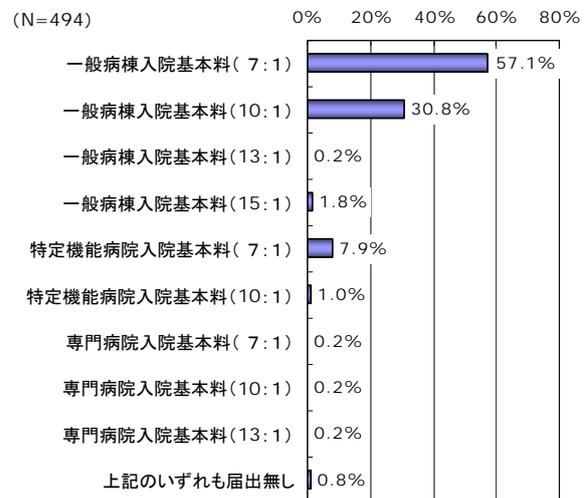
図表 4-1 設置主体



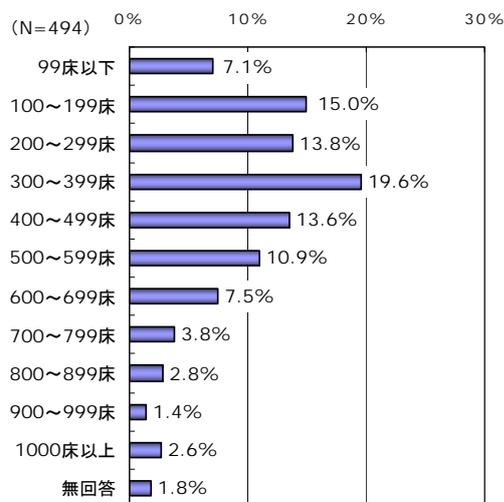
図表 4-2 承認等の状況 [複数回答]



図表 4-3 一般病棟の入院基本料



図表 4-4 病床規模



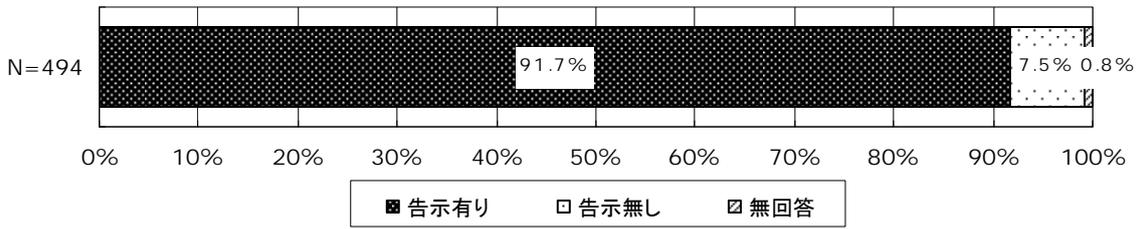
図表 4-5 1施設当たり病床数

	病床数	割合
一般病床	373.1床	93.4%
療養病床	6.8床	1.7%
精神病床	14.8床	3.7%
結核病床	3.4床	0.9%
感染症病床	1.1床	0.3%
合計	399.3床	100.0%

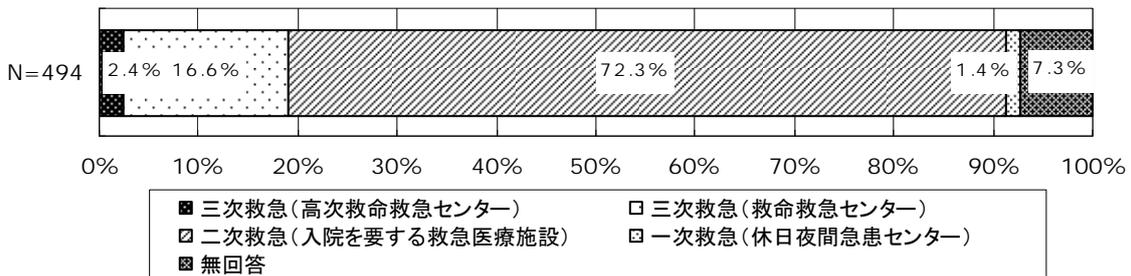
※有効回答 485 施設での集計

## ② 救急医療体制

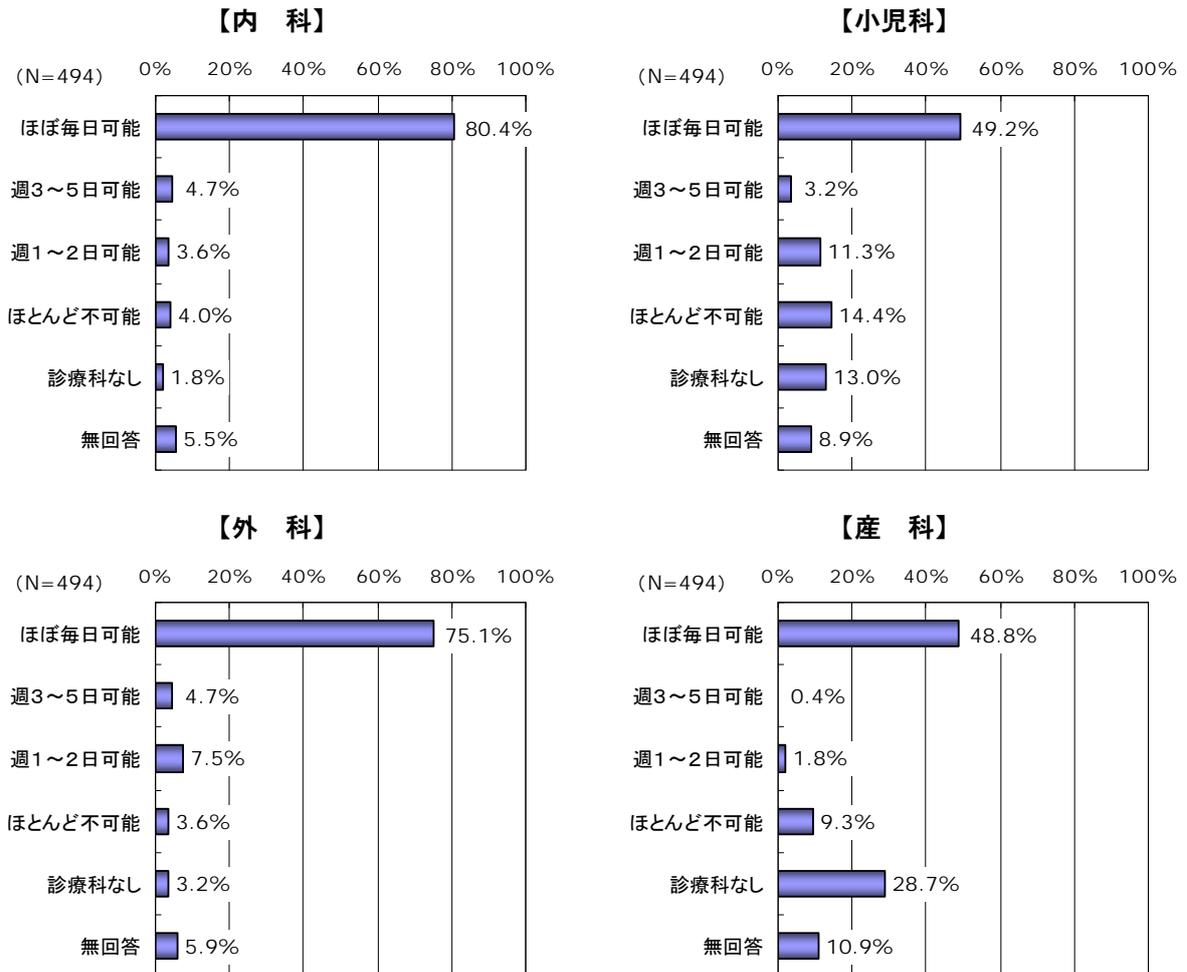
図表 4-6 救急告示の有無



図表 4-7 救急医療体制



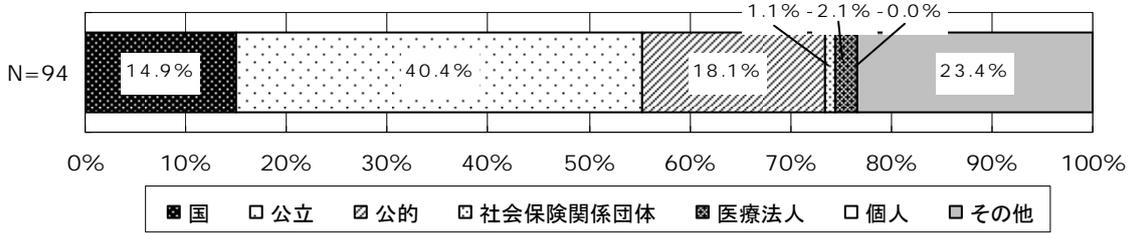
図表 4-8 夜間(深夜含む)の救急対応の可否



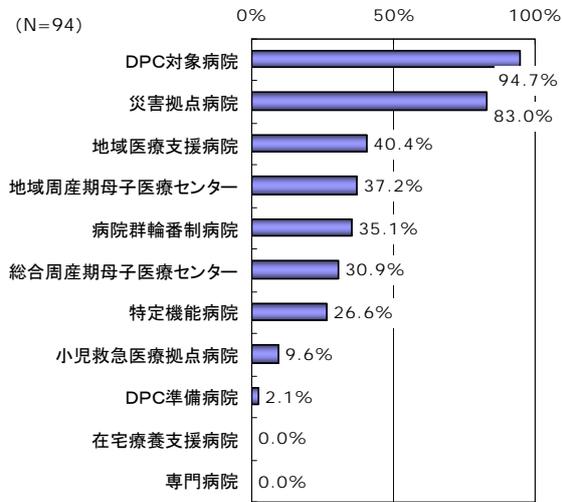
### ③ 救急医療体制別にみた回答病院の概況

#### 《三次救急医療機関》

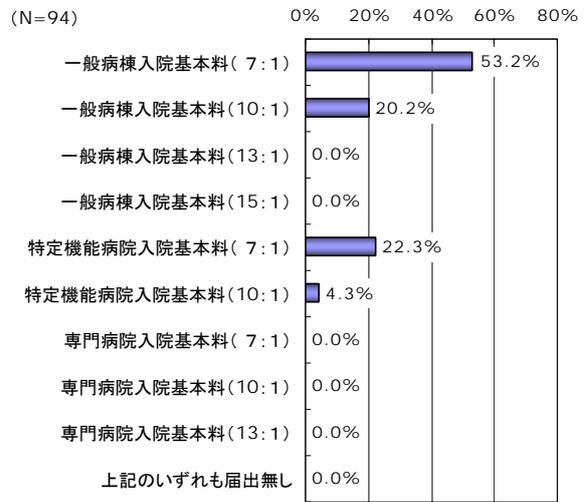
図表 4-9 設置主体



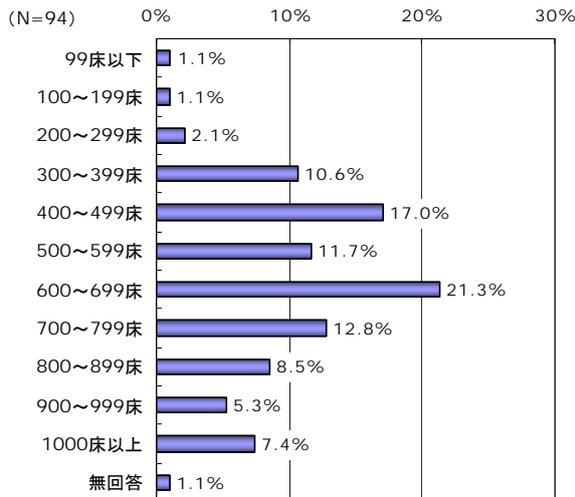
図表 4-10 承認等の状況 [複数回答]



図表 4-11 一般病棟の入院基本料



図表 4-12 病床規模



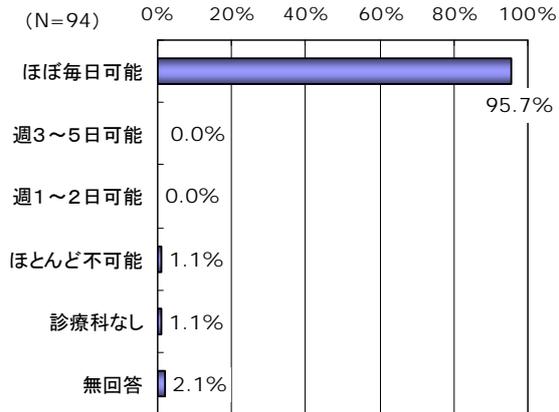
図表 4-13 1施設当たり病床数

	病床数	割合
一般病床	587.0床	93.5%
療養病床	1.5床	0.2%
精神病床	31.8床	5.1%
結核病床	4.7床	0.7%
感染症病床	2.6床	0.4%
合計	627.5床	100.0%

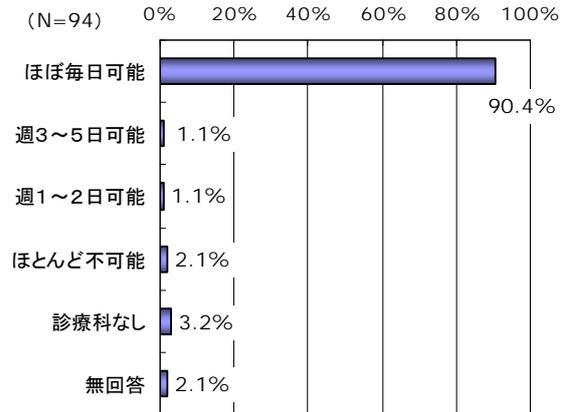
※有効回答 93 施設での集計

図表 4-14 夜間（深夜含む）の救急対応の可否

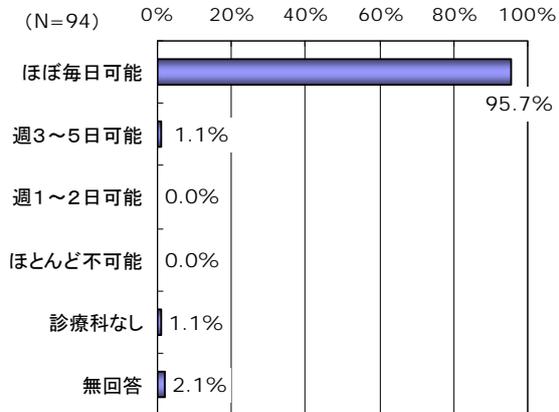
【内科】



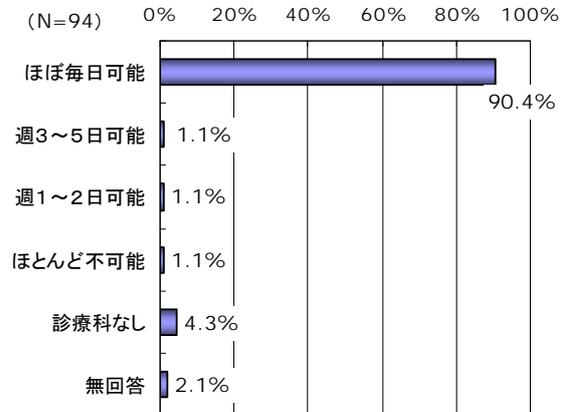
【小児科】



【外科】

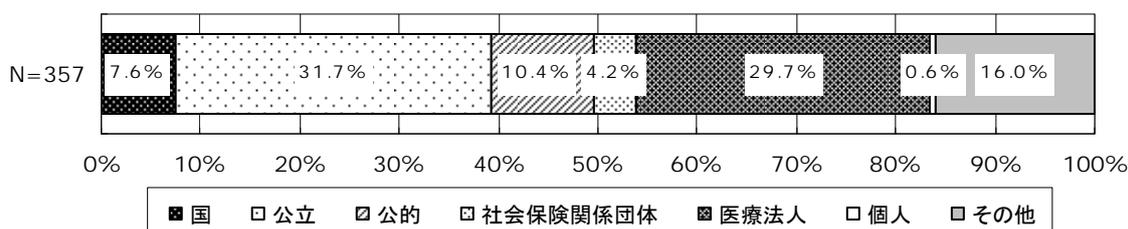


【産科】

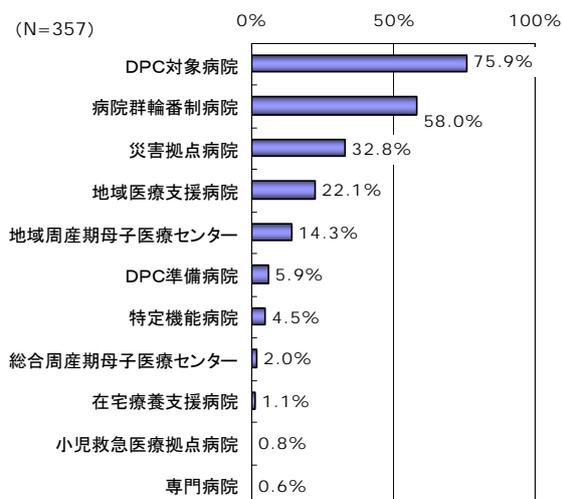


## 《二次救急医療機関》

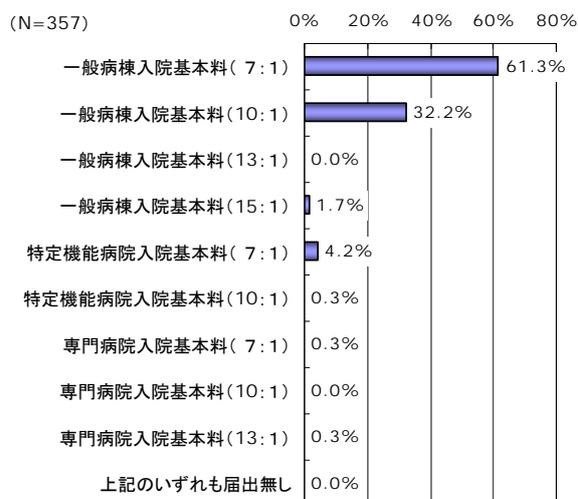
図表 4-15 設置主体



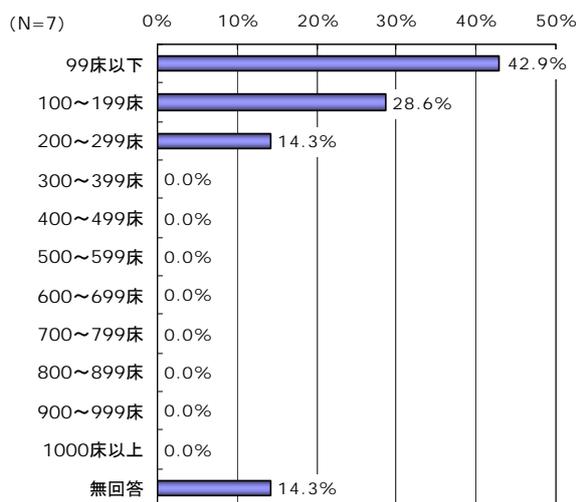
図表 4-16 承認等の状況 [複数回答]



図表 4-17 一般病棟の入院基本料



図表 4-18 病床規模



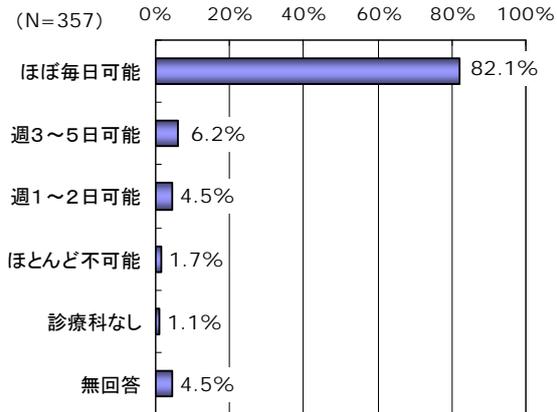
図表 4-19 1施設当たり病床数

	病床数	割合
一般病床	337.3床	93.9%
療養病床	7.9床	2.2%
精神病床	10.2床	2.8%
結核病床	2.8床	0.8%
感染症病床	0.9床	0.2%
合計	359.0床	100.0%

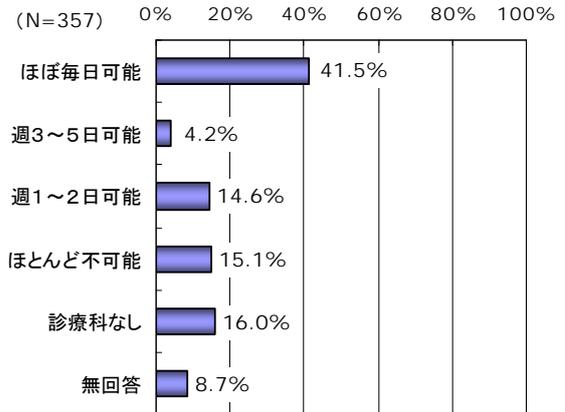
※有効回答 349 施設での集計

図表 4-20 夜間（深夜含む）の救急対応の可否

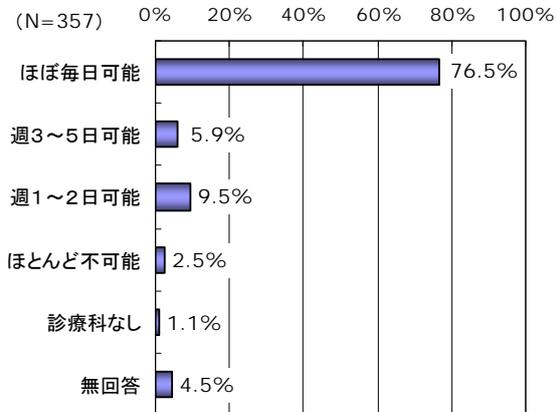
【内科】



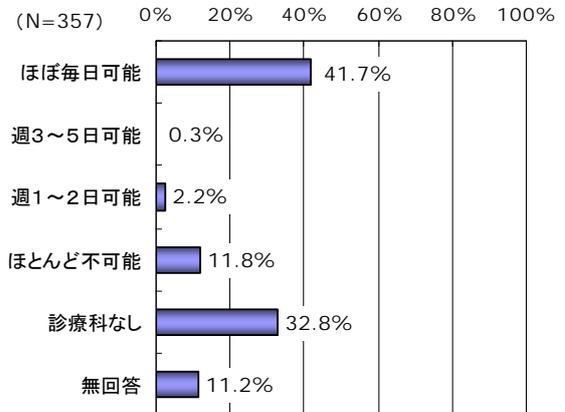
【小児科】



【外科】

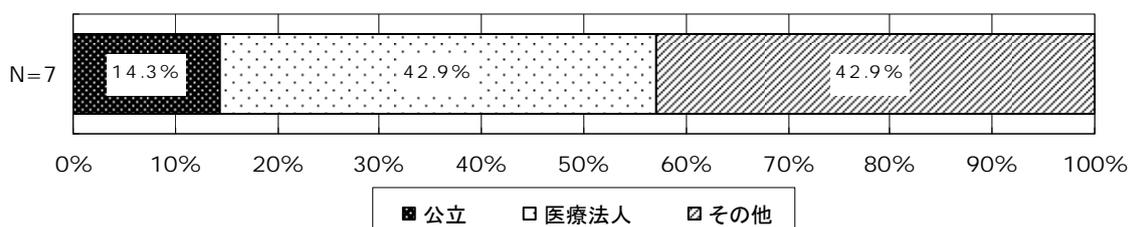


【産科】

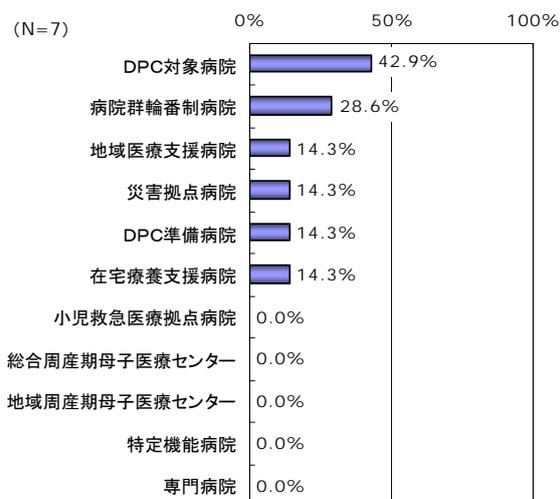


## 《一次救急医療機関》

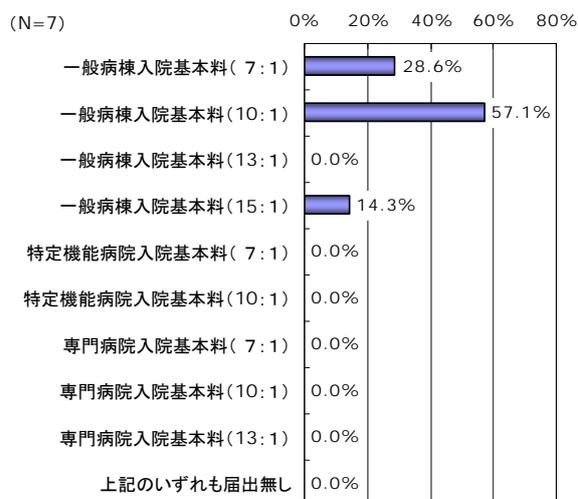
図表 4-21 設置主体



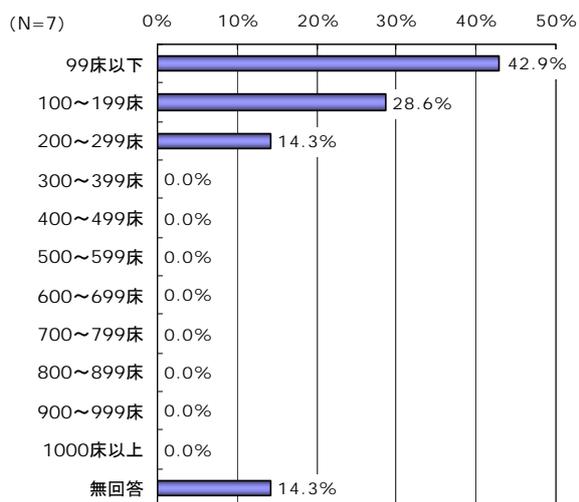
図表 4-22 承認等の状況 [複数回答]



図表 4-23 一般病棟の入院基本料



図表 4-24 病床規模



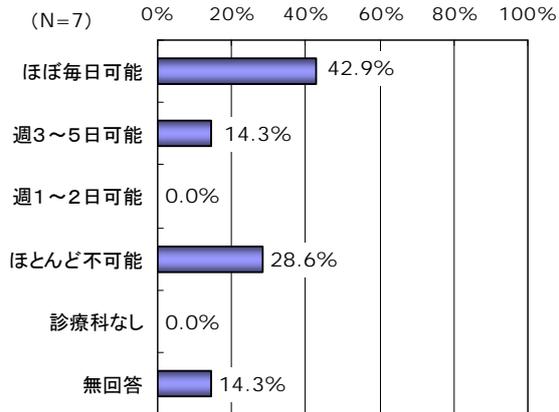
図表 4-25 1施設当たり病床数

	病床数	割合
一般病床	111.7床	82.9%
療養病床	23.0床	17.1%
精神病床	0.0床	0.0%
結核病床	0.0床	0.0%
感染症病床	0.0床	0.0%
合計	134.7床	100.0%

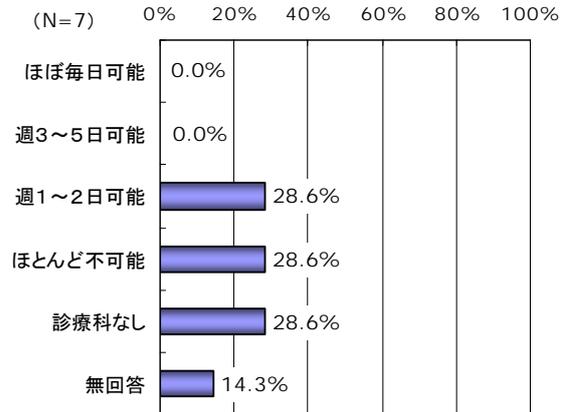
※有効回答6施設での集計

図表 4-26 夜間（深夜含む）の救急対応の可否

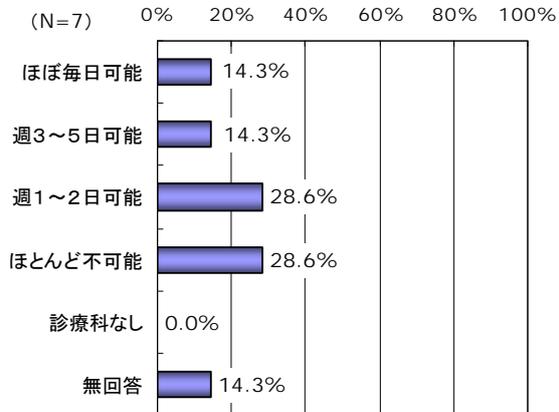
【内科】



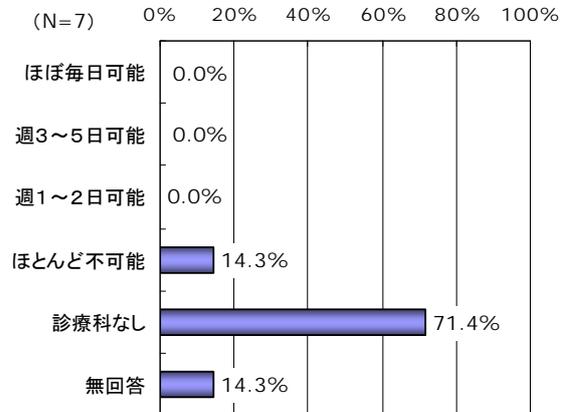
【小児科】



【外科】



【産科】



## (2) 救急医療の実施状況

### ① 救急医療に関連する特定入院基本料別にみた病床利用率、平均在院日数等の変化

図表 4-27 許可病床数、病床利用率、平均在院日数の変化

	施設数	平成 21 年 10 月			平成 22 年 10 月		
		許可 病床数	病床 利用率	平均 在院日数	許可 病床数	病床 利用率	平均 在院日数
救命救急入院料	62 件	29.0 床	72.5%	6.8 日	28.8 床	73.5%	6.7 日
特定集中治療室管理料	190 件	9.7 床	74.9%	11.2 日	9.8 床	76.8%	11.4 日
ハイケアユニット入院医療管理料	23 件	10.9 床	82.8%	12.6 日	10.7 床	84.1%	11.9 日
新生児特定集中治療室管理料	54 件	7.1 床	88.4%	27.3 日	7.6 床	84.6%	25.8 日
母体・胎児集中治療室管理料	21 件	8.5 床	79.6%	16.6 日	8.5 床	80.3%	14.2 日
新生児集中治療室管理料	14 件	18.6 床	86.7%	37.3 日	18.3 床	87.7%	37.2 日
新生児治療回復室入院医療管理料	13 件	13.7 床	77.2%	26.8 日	15.8 床	70.0%	26.1 日

※各特定入院料ごとに、平成 21 年 10 月、平成 22 年 10 月のいずれの時期においても施設基準の届出をしている施設のうち、有効回答のあった施設について集計

※平成 21 年 10 月の平日は 21 日間、平成 22 年 10 月の平日は 20 日間である。

### ② 施設基準の届出状況、算定件数の変化

#### ■ 初診料、再診料・外来診療料の乳幼児加算

図表 4-28 救急医療体制別にみた乳幼児加算の 1 施設当たり算定件数・割合

#### 【初診料の乳幼児加算】

		平成 21 年 10 月		平成 22 年 10 月	
		算定件数	割合	算定件数	割合
全体	初診料	2,102.3 件	100.0%	1,827.6 件	100.0%
	乳幼児加算	162.7 件	7.7%	148.9 件	8.1%
三次	初診料	2,997.7 件	100.0%	2,603.1 件	100.0%
	乳幼児加算	262.4 件	8.8%	232.0 件	8.9%
二次	初診料	1,863.0 件	100.0%	1,623.1 件	100.0%
	乳幼児加算	135.0 件	7.2%	126.3 件	7.8%
一次	初診料	1,284.6 件	100.0%	997.6 件	100.0%
	乳幼児加算	115.3 件	9.0%	92.0 件	9.2%

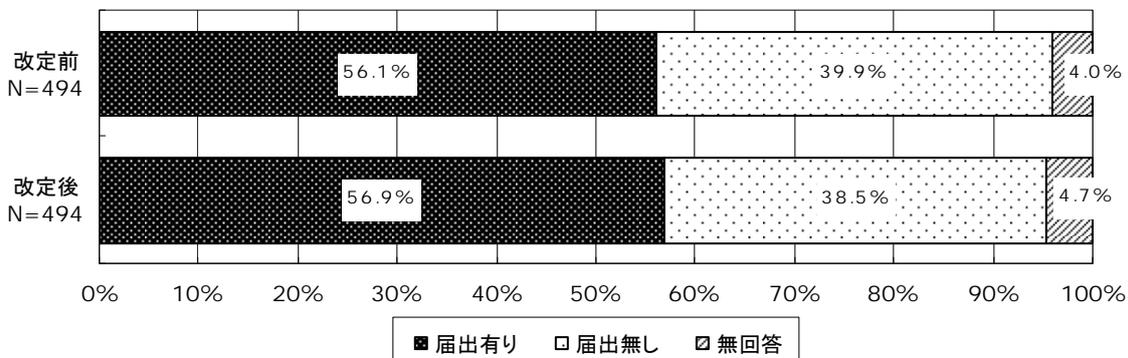
#### 【再診料・外来診療料の乳幼児加算】

		平成 21 年 10 月		平成 22 年 10 月	
		算定件数	割合	算定件数	割合
全体	再診料・外来診療料	14,267.0 件	100.0%	14,042.6 件	100.0%
	乳幼児加算	479.3 件	3.4%	481.9 件	3.4%
三次	再診料・外来診療料	23,134.6 件	100.0%	22,966.5 件	100.0%
	乳幼児加算	851.4 件	3.7%	829.4 件	3.6%
二次	再診料・外来診療料	11,865.8 件	100.0%	11,628.8 件	100.0%
	乳幼児加算	378.5 件	3.2%	388.0 件	3.3%
一次	再診料・外来診療料	7,518.4 件	100.0%	7,129.6 件	100.0%
	乳幼児加算	18.4 件	2.6%	204.4 件	2.9%

※いずれも有効回答 405 施設（三次救急 89 施設、二次救急 309 施設、一次救急 7 施設）での集計

## ■ 妊産婦緊急搬送入院加算

図表 4-29 妊産婦緊急搬送入院加算  
【届出の有無】



- ・ 改定前の届出施設のうち、改定後に届出をしていない施設 5 施設（全体の 1.0%）
- ・ 改定後の届出施設のうち、改定前に届出をしていない施設 8 施設（全体の 1.6%）

【救急医療体制別にみた 1 施設当たり算定件数】

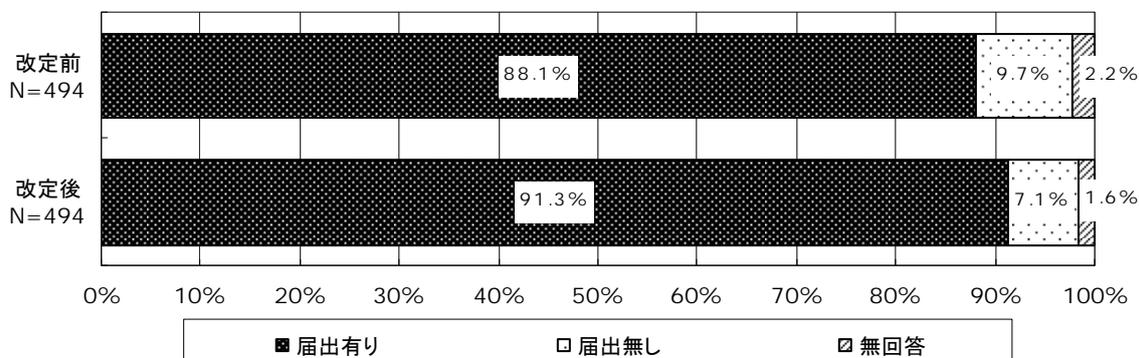
	平成 21 年 10 月	平成 22 年 10 月
全体	2.8 件	3.0 件
三次救急医療機関	4.3 件	4.9 件
二次救急医療機関	2.1 件	2.2 件
一次救急医療機関	0.0 件	0.0 件

※平成 21 年 10 月、平成 22 年 10 月のいずれの時期においても施設基準の届出をしていた有効回答 252 施設（三次救急 84 施設、二次救急 167 施設、一次救急 1 施設）での集計

## ■ 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算

図表 4-30 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算

【届出の有無】



- ・ 改定前の届出施設のうち、改定後に届出をしていない施設 3 施設 (全体の 0.6%)
- ・ 改定後の届出施設のうち、改定前に届出をしていない施設 16 施設 (全体の 3.2%)

【救急医療体制別にみた 1 施設当たり算定件数】

－救急医療管理加算－

	平成 21 年 10 月	平成 22 年 10 月
全体	746.6 件	819.8 件
三次救急	1,008.2 件	1,061.1 件
二次救急	682.2 件	762.8 件
一次救急	221.5 件	150.8 件

※平成 21 年 10 月、平成 22 年 10 月のいずれの時期においても施設基準の届出をしていた有効回答 412 施設 (三次救急 87 施設、二次救急 321 施設、一次救急 4 施設) での集計

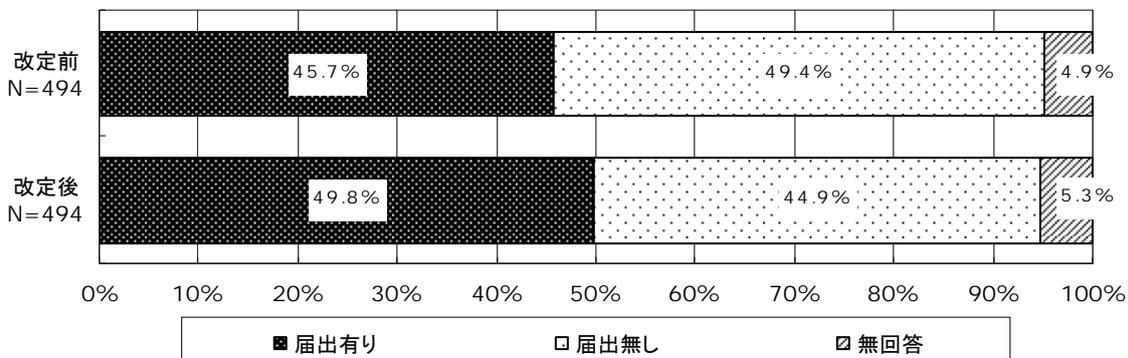
－乳幼児救急医療管理加算－

	平成 21 年 10 月	平成 22 年 10 月
全体	20.8 件	19.3 件
三次救急	28.5 件	19.6 件
二次救急	19.0 件	19.4 件
一次救急	0.3 件	0.0 件

※平成 21 年 10 月、平成 22 年 10 月のいずれの時期においても施設基準の届出をしていた有効回答 412 施設 (三次救急 87 施設、二次救急 321 施設、一次救急 4 施設) での集計

## ■ ハイリスク分娩管理加算

図表 4-31 ハイリスク分娩管理加算  
【届出の有無】



- ・改定前の届出施設のうち、改定後に届出をしていない施設 5 施設 (全体の 1.0%)
- ・改定後の届出施設のうち、改定前に届出をしていない施設 26 施設 (全体の 5.3%)

【救急医療体制別にみた 1 施設当たり算定件数】

	平成 21 年 10 月	平成 22 年 10 月
全体	21.9 件	34.3 件
三次救急医療機関	30.2 件	46.3 件
二次救急医療機関	17.1 件	27.6 件
一次救急医療機関	2.0 件	0.0 件

※平成 21 年 10 月、平成 22 年 10 月のいずれの時期においても施設基準の届出をしていた有効回答 204 施設 (三次救急 75 施設、二次救急 128 施設、一次救急 1 施設) での集計

■ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算

図表 4-32 救急医療体制別にみた超重症児（者）入院診療加算等の1施設当たり算定件数・割合

【超重症児（者）入院診療加算】

		平成 21 年 10 月	平成 22 年 10 月
全体	超重症児（者）入院診療加算	47.7 件	62.8 件
	在宅重症児（者）受入加算		0.6 件
三次	超重症児（者）入院診療加算	60.0 件	83.3 件
	在宅重症児（者）受入加算		0.9 件
二次	超重症児（者）入院診療加算	44.1 件	56.5 件
	在宅重症児（者）受入加算		0.5 件
一次	超重症児（者）入院診療加算	15.5 件	25.8 件
	在宅重症児（者）受入加算		0.0 件

※有効回答 293 施設（三次救急 76 施設、二次救急 211 施設、一次救急 6 施設）での集計

・改定前の算定施設 102 施設 ⇒ 改定後の算定施設 135 施設

【準超重症児（者）入院診療加算】

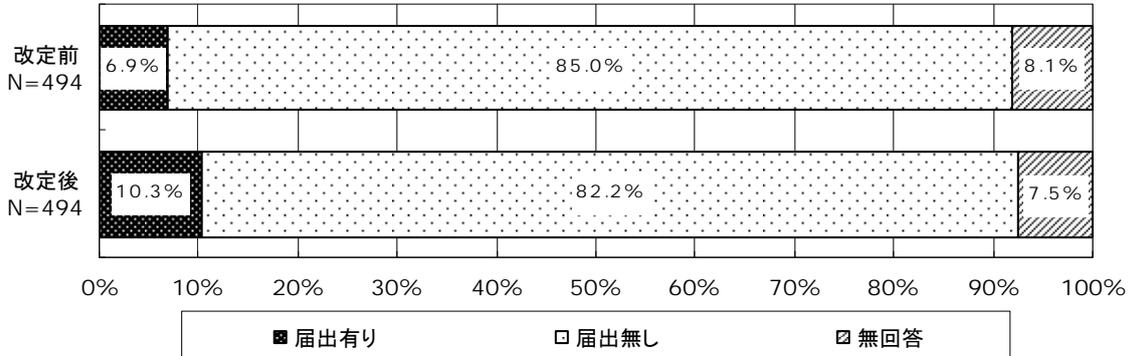
		平成 21 年 10 月	平成 22 年 10 月
全体	超重症児（者）入院診療加算	52.0 件	72.9 件
	在宅重症児（者）受入加算		0.9 件
三次	超重症児（者）入院診療加算	40.9 件	54.7 件
	在宅重症児（者）受入加算		0.7 件
二次	超重症児（者）入院診療加算	56.2 件	80.5 件
	在宅重症児（者）受入加算		1.0 件
一次	超重症児（者）入院診療加算	45.7 件	32.3 件
	在宅重症児（者）受入加算		0.0 件

※有効回答 293 施設（三次救急 76 施設、二次救急 211 施設、一次救急 6 施設）での集計

・改定前の算定施設 84 施設 ⇒ 改定後の算定施設 127 施設

■ 新生児入院医療管理加算・新生児治療回復室入院医療管理料

図表 4-33 新生児入院医療管理加算・新生児治療回復室入院医療管理料  
【届出の有無】



※改定前は新生児入院医療管理加算の施設基準の届出の有無、改定後は新生児治療回復室入院医療管理料の届出の有無である。

- ・改定前の届出施設のうち、改定後に届出をしていない施設 13 施設 (全体の 2.6%)
- ・改定後の届出施設のうち、改定前に届出をしていない施設 26 施設 (全体の 5.3%)

【救急医療体制別にみた 1 施設当たり算定件数】

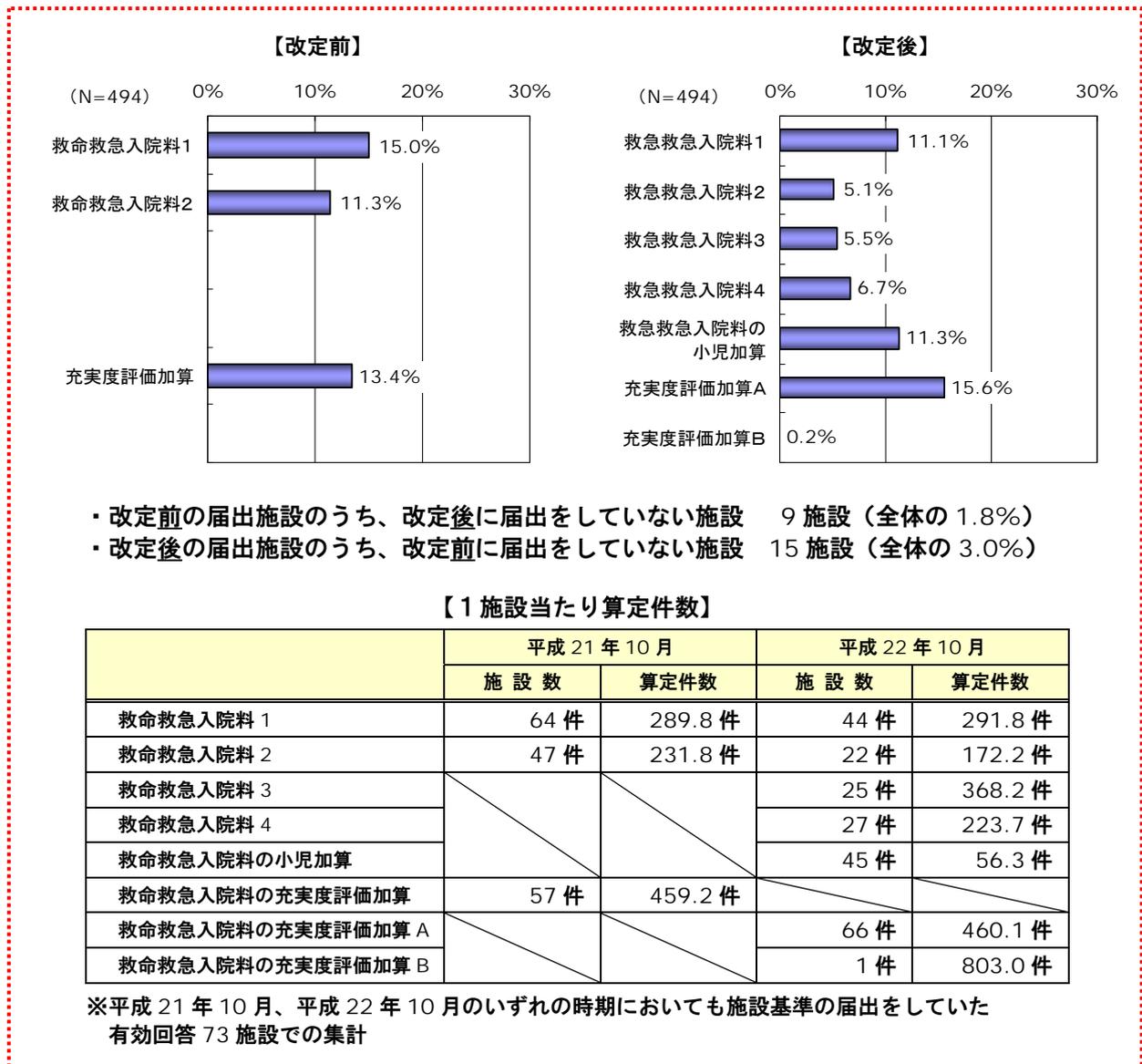
	平成 21 年 10 月	平成 22 年 10 月
全体	171.3 件	241.0 件
三次救急医療機関	151.7 件	233.8 件
二次救急医療機関	210.7 件	255.3 件
一次救急医療機関	—	—

※平成 21 年 10 月、平成 22 年 10 月のいずれの時期においても施設基準の届出をしていた有効回答 18 施設 (三次救急 12 施設、二次救急 6 施設、一次救急 0 施設) での集計

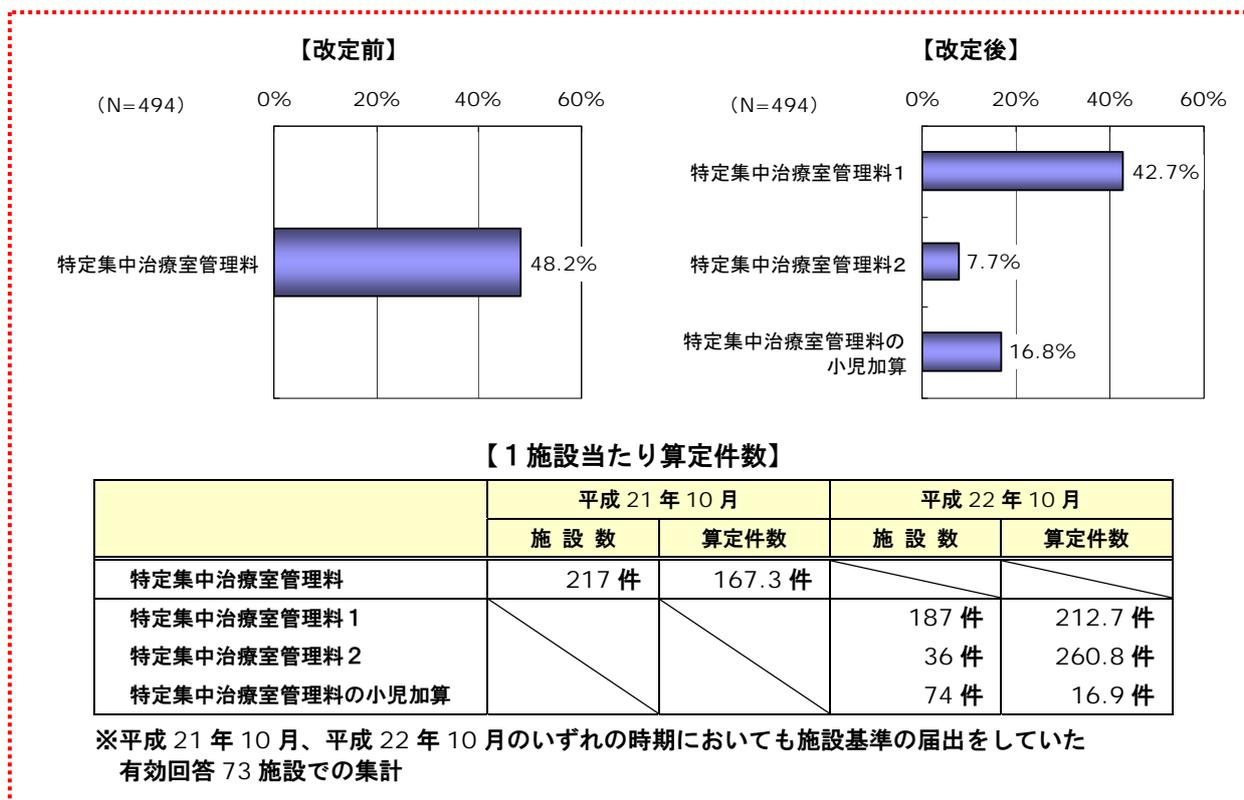
※平成 21 年 10 月は新生児入院医療管理加算の施設基準の算定件数、平成 22 年 10 月は新生児治療回復室入院医療管理料の算定件数である。

■ 救命救急入院料・特定集中治療室管理料・広範囲熱傷特定集中治療室管理料

図表 4-34 救命救急入院料の届出状況

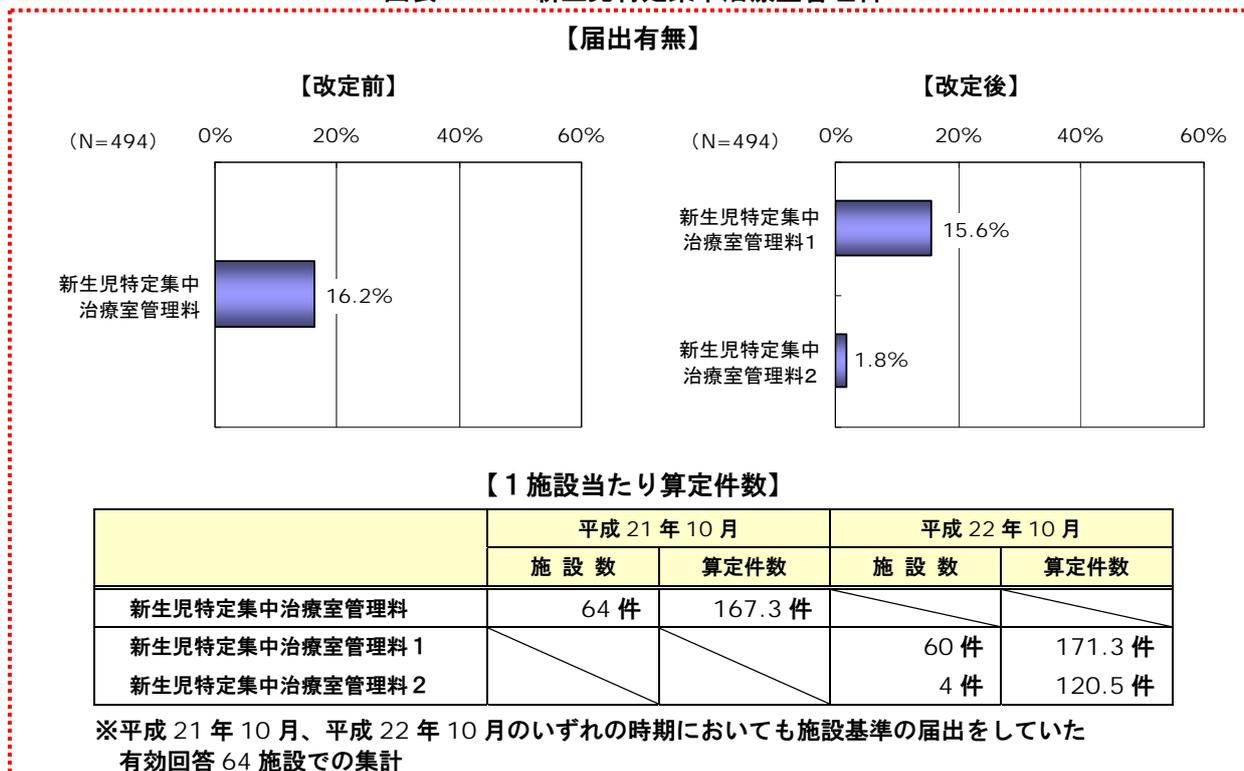


図表 4-35 特定集中治療室管理料の届出状況



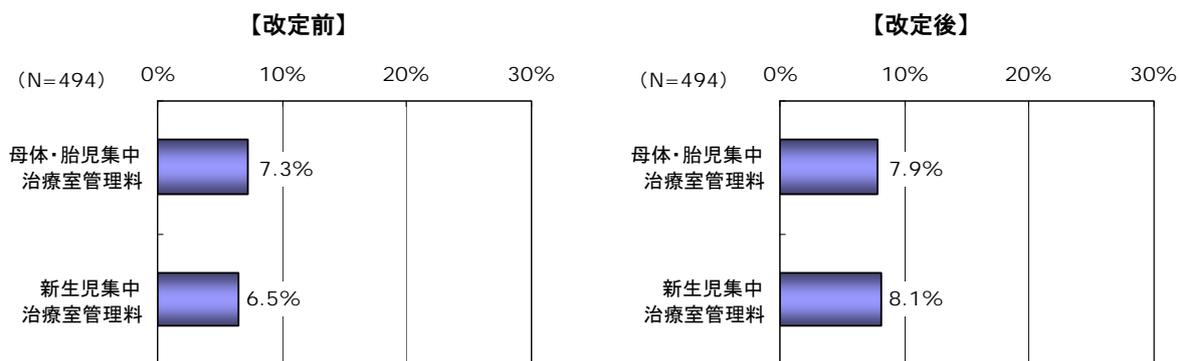
■ 新生児特定集中治療室管理料・総合周産期特定集中治療室管理料

図表 4-36 新生児特定集中治療室管理料



図表 4-37 総合周産期特定集中治療室管理料

【届出有無】



【1施設当たり算定件数】

	平成 21 年 10 月	平成 22 年 10 月
母体・胎児集中治療室管理料	120.5 件	147.3 件

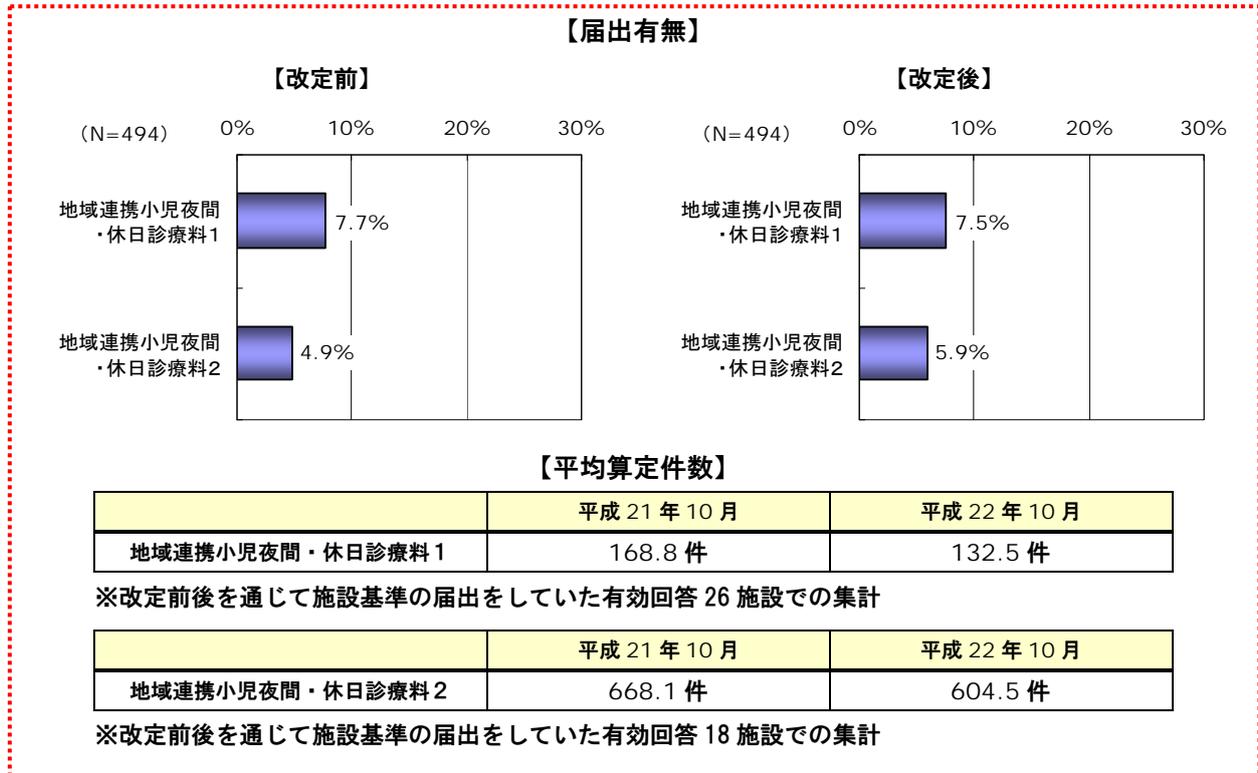
※改定前後を通じて施設基準の届出をしていた有効回答 25 施設での集計

	平成 21 年 10 月	平成 22 年 10 月
新生児集中治療室管理料	329.6 件	301.0 件

※平成 21 年 10 月、平成 22 年 10 月のいずれの時期においても施設基準の届出をしていた有効回答 21 施設での集計

## ■ 地域連携小児夜間・休日診療料

図表 4-38 地域連携小児夜間・休日診療料



## ■ 救急搬送診療料

図表 4-39 救急搬送診療料の平均算定件数の変化

	平成 21 年 10 月	平成 22 年 10 月
救急搬送診療料	2.3 件	2.3 件
新生児加算		0.3 件
乳幼児加算	0.3 件	0.1 件

※有効回答 310 施設での集計

### ③ 救急医療に従事する医師数・看護職員数の変化

図表 4-40 平成 22 年 6 月の施設基準の届出別にみた救急医療に従事する 1 施設当たり医師数

#### 【救命救急センター外来】

	施設数	平成 21 年 10 月 (改定前)		平成 22 年 10 月 (改定後)	
		専 従	専 任	専 従	専 任
救命救急入院料 1	45 件	3.1 人	29.4 人	3.4 人	31.1 人
救命救急入院料 2	22 件	4.0 人	33.4 人	4.2 人	35.8 人
救命救急入院料 3	23 件	3.6 人	10.5 人	3.7 人	11.8 人
救命救急入院料 4	25 件	4.1 人	26.7 人	4.5 人	31.2 人
充実度評価加算 A	67 件	2.9 人	28.1 人	3.1 人	31.1 人
充実度評価加算 B	0 件	—	—	—	—
充実度評価加算無し	4 件	4.8 人	19.5 人	5.0 人	20.3 人

#### 【救命救急センター入院】

	施設数	平成 21 年 10 月 (改定前)		平成 22 年 10 月 (改定後)	
		専 従	専 任	専 従	専 任
救命救急入院料 1	40 件	2.9 人	26.6 人	3.1 人	28.0 人
救命救急入院料 2	22 件	2.5 人	25.0 人	2.5 人	25.7 人
救命救急入院料 3	24 件	2.8 人	17.3 人	2.8 人	18.9 人
救命救急入院料 4	24 件	4.2 人	23.5 人	4.6 人	25.1 人
充実度評価加算 A	63 件	2.6 人	24.2 人	2.7 人	25.7 人
充実度評価加算 B	0 件	—	—	—	—
充実度評価加算無し	3 件	8.0 人	6.7 人	8.3 人	7.0 人

#### 【特定集中治療室】

	施設数	平成 21 年 10 月 (改定前)		平成 22 年 10 月 (改定後)	
		専 従	専 任	専 従	専 任
特定集中治療室管理料 1	179 件	2.6 人	9.7 人	2.6 人	10.4 人
特定集中治療室管理料 2	30 件	7.9 人	16.3 人	7.8 人	20.0 人

#### 【ハイケアユニット】

	施設数	平成 21 年 10 月 (改定前)		平成 22 年 10 月 (改定後)	
		専 従	専 任	専 従	専 任
ハイケアユニット入院医療管理料	25 件	1.4 人	14.6 人	1.6 人	15.7 人

#### 【新生児特定集中治療室】

	施設数	平成 21 年 10 月 (改定前)		平成 22 年 10 月 (改定後)	
		専 従	専 任	専 従	専 任
新生児特定集中治療室管理料 1	66 件	2.0 人	6.0 人	2.1 人	6.2 人
新生児特定集中治療室管理料 2	7 件	0.6	7.0	0.1	8.0

【総合周産期特定集中治療室】

	施設数	平成 21 年 10 月 (改定前)		平成 22 年 10 月 (改定後)	
		専 従	専 任	専 従	専 任
母体・胎児集中治療室管理料	30 件	3.5 人	9.2 人	3.4 人	8.4 人
新生児集中治療室管理料	29 件	3.1 人	8.9 人	3.4 人	8.2 人

【新生児治療回復室入院医療管理料】

	施設数	平成 21 年 10 月 (改定前)		平成 22 年 10 月 (改定後)	
		専 従	専 任	専 従	専 任
新生児治療回復室入院医療管理料	22 件	1.9 人	7.5 人	2.0 人	9.6 人

図表 4-41 平成 22 年 6 月の施設基準の届出別にみた救急医療に従事する 1 施設当たり看護師数

【救命救急センター外来】

	施設数	平成 21 年 10 月 (改定前)		平成 22 年 10 月 (改定後)	
		専 従	専 任	専 従	専 任
救命救急入院料 1	43 件	10.9 人	11.2 人	11.3 人	11.5 人
救命救急入院料 2	19 件	8.0 人	21.1 人	8.6 人	21.6 人
救命救急入院料 3	21 件	7.9 人	9.0 人	8.2 人	9.1 人
救命救急入院料 4	24 件	13.3 人	6.2 人	13.6 人	6.5 人
充実度評価加算 A	64 件	10.4 人	11.7 人	10.6 人	12.0 人
充実度評価加算 B	0 件	—	—	—	—
充実度評価加算無し	3 件	10.0 人	12.9 人	10.7 人	13.7 人

【救命救急センター入院】

	施設数	平成 21 年 10 月 (改定前)		平成 22 年 10 月 (改定後)	
		専 従	専 任	専 従	専 任
救命救急入院料 1	39 件	33.2 人	11.7 人	34.8 人	12.3 人
救命救急入院料 2	18 件	28.1 人	18.6 人	28.3 人	18.7 人
救命救急入院料 3	20 件	33.3 人	9.9 人	33.5 人	10.1 人
救命救急入院料 4	21 件	41.5 人	4.0 人	42.2 人	4.1 人
充実度評価加算 A	58 件	33.5 人	12.1 人	34.7 人	12.6 人
充実度評価加算 B	0 件	—	—	—	—
充実度評価加算無し	3 件	36.0 人	6.3 人	37.0 人	6.3 人

【特定集中治療室】

	施設数	平成 21 年 10 月 (改定前)		平成 22 年 10 月 (改定後)	
		専 従	専 任	専 従	専 任
特定集中治療室管理料 1	189 件	24.2 人	2.8 人	24.9 人	2.8 人
特定集中治療室管理料 2	34 件	34.3 人	4.3 人	35.7 人	4.8 人

**【ハイケアユニット】**

	施設数	平成 21 年 10 月 (改定前)		平成 22 年 10 月 (改定後)	
		専 従	専 任	専 従	専 任
ハイケアユニット入院医療管理料	27 件	17.5 人	3.5 人	18.0 人	3.7 人

**【新生児特定集中治療室】**

	施設数	平成 21 年 10 月 (改定前)		平成 22 年 10 月 (改定後)	
		専 従	専 任	専 従	専 任
新生児特定集中治療室管理料 1	59 件	16.9 人	1.1 人	16.8 人	1.1 人
新生児特定集中治療室管理料 2	4 件	15.5 人	0.8 人	15.5 人	0.8 人

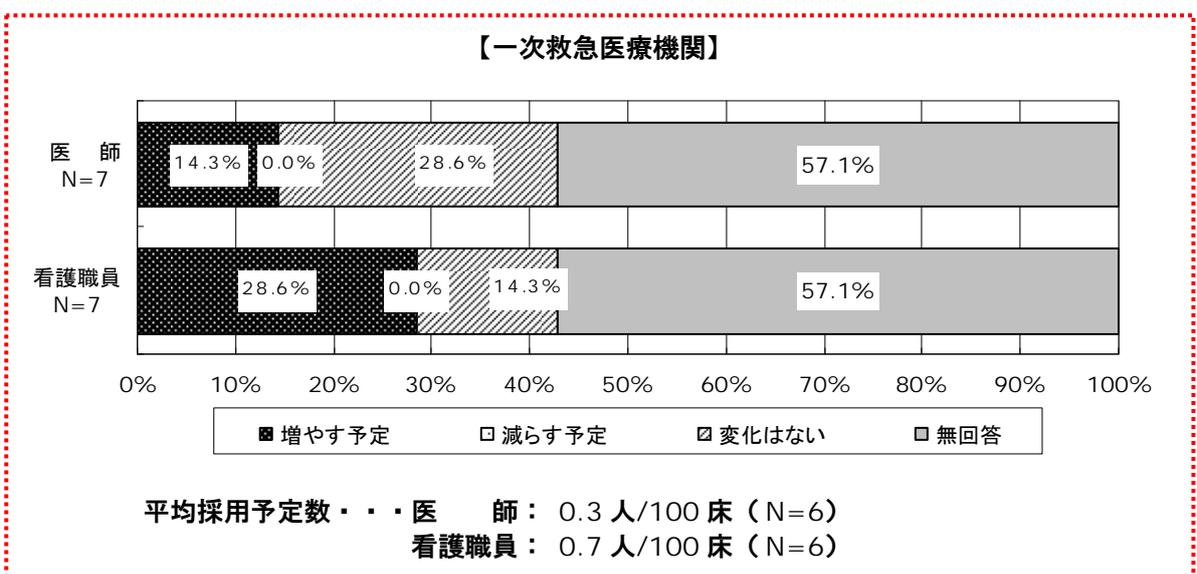
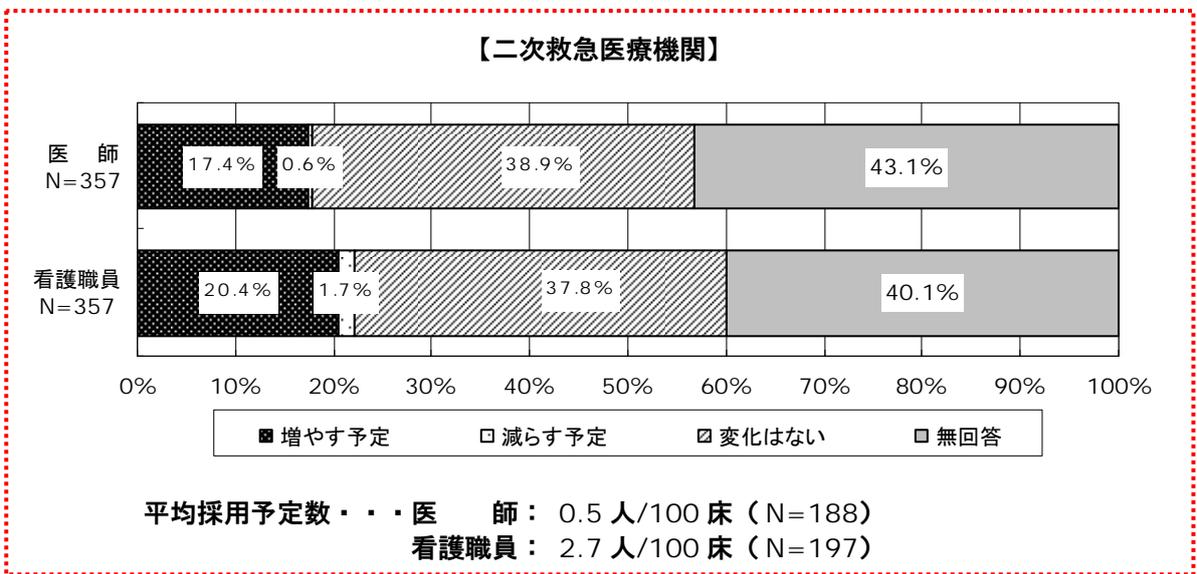
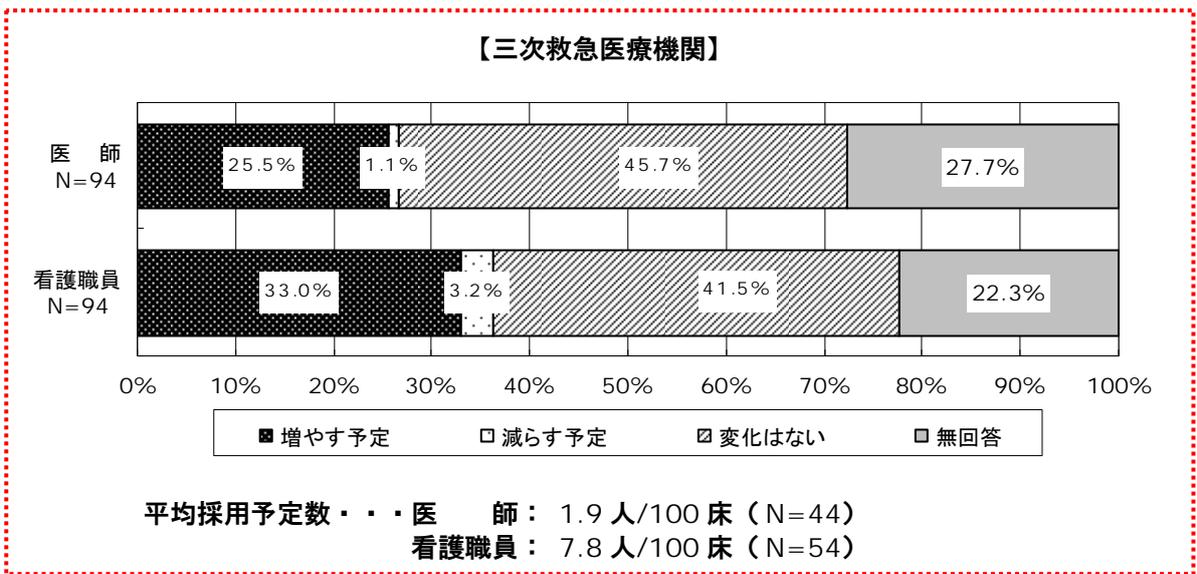
**【総合周産期特定集中治療室】**

	施設数	平成 21 年 10 月 (改定前)		平成 22 年 10 月 (改定後)	
		専 従	専 任	専 従	専 任
母体・胎児集中治療室管理料	25 件	19.2 人	4.0 人	19.5 人	3.0 人
新生児集中治療室管理料	24 件	19.9 人	3.8 人	20.2 人	2.7 人

**【新生児治療回復室入院医療管理料】**

	施設数	平成 21 年 10 月 (改定前)		平成 22 年 10 月 (改定後)	
		専 従	専 任	専 従	専 任
新生児治療回復室入院医療管理料	23 件	12.1 人	6.1 人	13.1 人	6.7 人

図表 4-42 救急医療に従事する医師・看護職員の平成 23 年度の採用予定・採用予定数



④ 救急医療に従事する医師数・看護職員数（平日・土曜日・日曜日）

図表 4-43 医師の平日・土曜日・日曜日の従事状況

【救命救急室】

－救命救急入院料 1－

	施設数	午 前			午 後		
		9時	10時	11時	4時	5時	6時
平 日	48 件	5.0 人	5.0 人	5.2 人	4.9 人	5.3 人	5.1 人
土 曜 日		4.9 人	4.7 人	4.7 人	4.1 人	4.1 人	3.9 人
日 曜 日		4.7 人	4.5 人	4.4 人	4.1 人	4.0 人	3.8 人
平 日	48 件	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
土 曜 日		98.3%	93.4%	91.5%	85.4%	78.6%	75.2%
日 曜 日		93.4%	90.0%	84.7%	83.7%	76.2%	74.4%

－救命救急入院料 2－

	施設数	午 前			午 後		
		9時	10時	11時	4時	5時	6時
平 日	22 件	4.1 人	4.4 人	4.9 人	4.4 人	4.8 人	4.9 人
土 曜 日		4.4 人	4.2 人	4.5 人	3.9 人	3.7 人	3.5 人
日 曜 日		4.0 人	4.0 人	3.9 人	3.6 人	3.9 人	3.8 人
平 日	22 件	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
土 曜 日		106.7%	95.9%	92.6%	88.5%	76.4%	70.4%
日 曜 日		97.8%	91.8%	78.7%	83.3%	80.2%	76.9%

－救命救急入院料 3－

	施設数	午 前			午 後		
		9時	10時	11時	4時	5時	6時
平 日	23 件	6.3 人	6.0 人	6.0 人	5.7 人	5.8 人	4.5 人
土 曜 日		4.6 人	4.3 人	3.9 人	3.9 人	4.3 人	3.7 人
日 曜 日		4.0 人	3.9 人	3.8 人	3.5 人	4.2 人	3.7 人
平 日	23 件	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
土 曜 日		71.9%	72.5%	65.0%	68.5%	73.7%	80.8%
日 曜 日		63.0%	64.5%	63.5%	62.3%	72.2%	81.7%

－救命救急入院料 4－

	施設数	午 前			午 後		
		9時	10時	11時	4時	5時	6時
平 日	30 件	7.4 人	6.8 人	6.8 人	6.5 人	6.5 人	5.4 人
土 曜 日		5.8 人	5.4 人	5.0 人	4.8 人	5.3 人	4.3 人
日 曜 日		5.1 人	4.8 人	4.6 人	4.2 人	4.7 人	4.1 人
平 日	30 件	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
土 曜 日		78.8%	80.3%	73.9%	74.7%	81.0%	79.5%
日 曜 日		68.9%	70.4%	67.5%	64.4%	72.3%	75.8%

【特定集中治療室】

－特定集中治療室管理料1－

	施設数	午 前			午 後		
		9時	10時	11時	4時	5時	6時
平 日	182 件	3.5 人	3.0 人	2.7 人	2.9 人	2.8 人	2.1 人
土 曜 日		2.5 人	2.3 人	2.0 人	1.8 人	1.8 人	1.5 人
日 曜 日		2.0 人	2.1 人	1.9 人	1.7 人	1.7 人	1.4 人
平 日	182 件	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
土 曜 日		71.9%	79.1%	74.5%	62.9%	63.9%	72.8%
日 曜 日		58.5%	69.6%	68.1%	58.7%	59.9%	66.5%

－特定集中治療室管理料2－

	施設数	午 前			午 後		
		9時	10時	11時	4時	5時	6時
平 日	29 件	4.1 人	3.7 人	3.7 人	3.6 人	3.4 人	2.3 人
土 曜 日		3.2 人	3.3 人	2.9 人	2.5 人	2.3 人	2.2 人
日 曜 日		2.7 人	2.8 人	2.4 人	2.1 人	2.1 人	2.0 人
平 日	29 件	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
土 曜 日		77.5%	91.5%	79.4%	70.2%	66.7%	92.6%
日 曜 日		65.0%	76.4%	64.5%	58.7%	61.6%	85.3%

【ハイケアユニット】

－ハイケアユニット入院医療管理料－

	施設数	午 前			午 後		
		9時	10時	11時	4時	5時	6時
平 日	58 件	2.5 人	2.2 人	2.1 人	2.2 人	2.3 人	1.5 人
土 曜 日		2.2 人	2.0 人	1.8 人	1.7 人	1.7 人	1.1 人
日 曜 日		1.9 人	1.7 人	1.6 人	1.6 人	1.8 人	1.0 人
平 日	58 件	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
土 曜 日		86.2%	90.6%	87.7%	78.7%	76.5%	73.6%
日 曜 日		75.9%	78.1%	77.0%	73.2%	77.3%	66.7%

【新生児特定集中治療室】

－新生児特定集中治療室管理料1－

	施設数	午 前			午 後		
		9時	10時	11時	4時	5時	6時
平 日	60件	3.5人	3.5人	3.3人	3.1人	3.0人	1.7人
土 曜 日		1.7人	1.6人	1.5人	1.2人	1.3人	1.1人
日 曜 日		1.4人	1.4人	1.3人	1.1人	1.1人	1.1人
平 日	60件	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
土 曜 日		46.9%	46.2%	44.5%	39.6%	42.9%	67.3%
日 曜 日		40.3%	39.9%	39.0%	36.4%	37.4%	67.3%

－新生児特定集中治療室管理料2－

	施設数	午 前			午 後		
		9時	10時	11時	4時	5時	6時
平 日	4件	2.3人	2.0人	1.0人	1.0人	2.8人	1.0人
土 曜 日		1.5人	1.3人	1.0人	0.8人	0.8人	1.0人
日 曜 日		1.5人	0.8人	0.8人	0.8人	0.8人	0.8人
平 日	4件	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
土 曜 日		66.7%	62.5%	100.0%	75.0%	27.3%	100.0%
日 曜 日		66.7%	37.5%	75.0%	75.0%	27.3%	75.0%

【母体・胎児集中治療室】

－母体・胎児集中治療室管理料1－

	施設数	午 前			午 後		
		9時	10時	11時	4時	5時	6時
平 日	21件	4.0人	3.4人	3.8人	3.5人	3.6人	3.1人
土 曜 日		2.5人	2.4人	2.3人	1.9人	1.9人	1.8人
日 曜 日		1.6人	1.5人	1.4人	1.4人	1.3人	1.4人
平 日	21件	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
土 曜 日		63.9%	70.4%	62.0%	52.7%	52.6%	56.9%
日 曜 日		41.0%	45.1%	36.7%	39.2%	36.8%	44.6%

【新生児治療回復室】

－新生児治療回復室入院医療管理料1－

	施設数	午 前			午 後		
		9時	10時	11時	4時	5時	6時
平 日	26件	3.9人	3.8人	3.8人	3.5人	3.3人	1.7人
土 曜 日		1.2人	1.2人	1.3人	0.8人	0.8人	0.9人
日 曜 日		1.3人	1.3人	1.1人	0.8人	0.8人	0.8人
平 日	26件	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
土 曜 日		29.4%	32.3%	35.7%	23.3%	25.3%	52.3%
日 曜 日		32.4%	33.3%	28.6%	22.2%	24.1%	47.7%

図表 4-44 看護職員の平日・土曜日・日曜日の従事状況

【救命救急室】

－救命救急入院料 1－

	施設数	午 前	午 後	
		10時	6時	10時
平 日	49 件	12.7 人	7.1 人	6.4 人
土 曜 日		10.4 人	7.3 人	6.4 人
日 曜 日		10.0 人	7.1 人	6.3 人
平 日	49 件	100.0%	100.0%	100.0%
土 曜 日		81.5%	102.0%	99.7%
日 曜 日		78.7%	98.9%	98.4%

－救命救急入院料 2－

	施設数	午 前	午 後	
		10時	6時	10時
平 日	23 件	14.1 人	8.3 人	7.0 人
土 曜 日		10.5 人	7.9 人	6.9 人
日 曜 日		10.1 人	7.5 人	6.7 人
平 日	23 件	100.0%	100.0%	100.0%
土 曜 日		74.4%	95.3%	98.8%
日 曜 日		71.9%	90.5%	96.3%

－救命救急入院料 3－

	施設数	午 前	午 後	
		10時	6時	10時
平 日	25 件	15.1 人	8.6 人	8.0 人
土 曜 日		12.0 人	8.4 人	7.9 人
日 曜 日		12.4 人	8.7 人	8.1 人
平 日	25 件	100.0%	100.0%	100.0%
土 曜 日		79.8%	97.2%	99.5%
日 曜 日		82.2%	101.4%	102.0%

－救命救急入院料 4－

	施設数	午 前	午 後	
		10時	6時	10時
平 日	31 件	14.5 人	8.8 人	8.0 人
土 曜 日		12.4 人	8.5 人	7.8 人
日 曜 日		11.7 人	8.6 人	8.0 人
平 日	31 件	100.0%	100.0%	100.0%
土 曜 日		85.7%	96.7%	97.6%
日 曜 日		81.3%	97.4%	100.0%

【特定集中治療室】

－特定集中治療室管理料1－

	施設数	午 前	午 後	
		10時	6時	10時
平 日	200 件	8.7 人	4.9 人	4.5 人
土 曜 日		6.9 人	4.6 人	4.3 人
日 曜 日		6.1 人	4.5 人	4.2 人
平 日	200 件	100.0%	100.0%	100.0%
土 曜 日		79.4%	94.1%	96.3%
日 曜 日		70.1%	90.4%	93.2%

－特定集中治療室管理料2－

	施設数	午 前	午 後	
		10時	6時	10時
平 日	33 件	13.8 人	7.2 人	6.5 人
土 曜 日		11.4 人	7.0 人	6.6 人
日 曜 日		10.1 人	6.6 人	6.3 人
平 日	33 件	100.0%	100.0%	100.0%
土 曜 日		82.7%	96.6%	100.9%
日 曜 日		72.8%	91.6%	96.3%

【ハイケアユニット】

－ハイケアユニット入院医療管理料－

	施設数	午 前	午 後	
		10時	6時	10時
平 日	64 件	4.9 人	2.6 人	2.3 人
土 曜 日		4.2 人	2.5 人	2.3 人
日 曜 日		3.7 人	2.5 人	2.2 人
平 日	64 件	100.0%	100.0%	100.0%
土 曜 日		85.7%	96.4%	96.7%
日 曜 日		74.9%	96.4%	95.3%

【新生児特定集中治療室】

－新生児特定集中治療室管理料1－

	施設数	午 前	午 後	
		10時	6時	10時
平 日	67 件	5.6 人	2.8 人	2.7 人
土 曜 日		4.4 人	2.9 人	2.7 人
日 曜 日		4.4 人	2.8 人	2.6 人
平 日	67 件	100.0%	100.0%	100.0%
土 曜 日		79.7%	101.1%	100.6%
日 曜 日		78.3%	100.0%	97.2%

－新生児特定集中治療室管理料2－

	施設数	午 前	午 後	
		10時	6時	10時
平 日	4 件	5.0 人	1.8 人	1.8 人
土 曜 日		3.8 人	1.8 人	1.8 人
日 曜 日		3.8 人	2.0 人	2.0 人
平 日	4 件	100.0%	100.0%	100.0%
土 曜 日		75.0%	100.0%	100.0%
日 曜 日		75.0%	114.3%	114.3%

【母体・胎児集中治療室】

－母体・胎児集中治療室管理料1－

	施設数	午 前	午 後	
		10時	6時	10時
平 日	27 件	5.6 人	3.4 人	2.8 人
土 曜 日		4.9 人	3.1 人	3.0 人
日 曜 日		4.1 人	3.1 人	2.8 人
平 日	27 件	100.0%	100.0%	100.0%
土 曜 日		87.3%	91.3%	109.3%
日 曜 日		73.3%	91.3%	100.0%

【新生児治療回復室】

－新生児治療回復室入院医療管理料1－

	施設数	午 後	午 前	
		10時	6時	10時
平 日	14 件	5.4	2.5	2.3
土 曜 日		4.9	2.9	2.4
日 曜 日		4.6	2.8	2.5
平 日	14 件	100.0%	100.0%	100.0%
土 曜 日		90.7%	117.1%	103.1%
日 曜 日		85.3%	111.4%	109.4%

⑤ 救急医療の実施状況

図表 4-45 時間外・休日・深夜加算の算定件数、緊急搬送された延べ患者数

【三次救急医療機関】

	平成 21 年 10 月 (改定前)		平成 22 年 10 月 (改定後)	
	人 数	割 合	人 数	割 合
外来延べ患者数	27,953.7 人	100.0%	26,813.3 人	100.0%
時間外・休日・深夜加算の算定件数	1,305.0 件	4.7%	1,049.4 件	3.9%
緊急自動車等により搬送された延べ患者数	357.8 人	1.3%	344.0 人	1.3%

※有効回答 89 施設での集計

【二次救急医療機関】

	平成 21 年 10 月 (改定前)		平成 22 年 10 月 (改定後)	
	人 数	割 合	人 数	割 合
外来延べ患者数	14,822.0 人	100.0%	14,216.0 人	100.0%
時間外・休日・深夜加算の算定件数	715.7 件	4.8%	575.9 件	4.1%
緊急自動車等により搬送された延べ患者数	172.5 人	1.2%	177.5 人	1.2%

※有効回答 337 施設での集計

図表 4-46 緊急入院した全ての患者の重症度等

【三次救急医療機関】

	平成 21 年 10 月 (改定前)		平成 22 年 10 月 (改定後)	
	人 数	割 合	人 数	割 合
緊急入院した患者数	370.3 人	100.0%	361.0 人	100.0%
軽 症	44.7 人	12.1%	38.2 人	10.6%
中 等 症	207.3 人	56.0%	201.6 人	55.8%
重 症	76.8 人	20.7%	78.7 人	21.8%
重 篤	34.6 人	9.3%	35.3 人	9.8%
死 亡	6.9 人	1.9%	7.1 人	2.0%
緊急自動車等により搬送された患者数	162.5 人	43.9%	159.7 人	44.2%

※有効回答 59 施設での集計

【二次救急医療機関】

	平成 21 年 10 月 (改定前)		平成 22 年 10 月 (改定後)	
	人 数	割 合	人 数	割 合
緊急入院した患者数	194.4 人	100.0%	191.5 人	100.0%
軽 症	11.2 人	5.8%	11.1 人	5.8%
中 等 症	138.0 人	71.0%	136.8 人	71.4%
重 症	32.4 人	16.7%	30.9 人	16.1%
重 篤	10.6 人	5.5%	10.6 人	5.5%
死 亡	2.1 人	1.1%	2.1 人	1.1%
緊急自動車等により搬送された患者数	75.6 人	38.9%	77.0 人	40.2%

※有効回答 178 施設での集計

## ■ 妊産婦の患者の状況

図表 4-47 緊急入院した妊産婦の患者の重症度等

### 【三次救急医療機関】

	平成 21 年 10 月（改定前）		平成 22 年 10 月（改定後）	
	人 数	割 合	人 数	割 合
緊急入院した患者数	28.5 人	100.0%	26.8 人	100.0%
軽 症	0.3 人	1.1%	0.2 人	0.8%
中 等 症	23.5 人	82.7%	22.0 人	82.0%
重 症	3.8 人	13.4%	3.8 人	14.0%
重 篤	0.8 人	2.7%	0.9 人	3.2%
死 亡	0.0 人	0.0%	0.0 人	0.0%
合併症妊娠	1.2 人	4.3%	1.2 人	4.6%
妊娠高血圧症候群	1.5 人	5.1%	1.2 人	4.4%
多胎妊娠	0.4 人	1.5%	0.3 人	1.1%
胎盤位置異常	0.6 人	2.3%	0.7 人	2.6%
切迫流早産	5.1 人	18.0%	5.2 人	19.3%
胎児発育遅延や胎児奇形などの胎児異常を伴うもの	1.5 人	5.2%	1.3 人	4.9%
上記以外の状態	18.1 人	63.6%	16.9 人	63.1%
緊急自動車等により搬送された患者数	4.8 人	17.0%	5.3 人	19.6%
受診歴のある患者数	23.3 人	81.8%	21.0 人	78.3%

※有効回答 59 施設での集計

### 【二次救急医療機関】

	平成 21 年 10 月（改定前）		平成 22 年 10 月（改定後）	
	人 数	割 合	人 数	割 合
緊急入院した患者数	18.7 人	100.0%	19.3 人	100.0%
軽 症	0.7 人	3.9%	0.6 人	3.2%
中 等 症	15.5 人	82.9%	16.4 人	84.8%
重 症	1.9 人	10.2%	2.0 人	10.2%
重 篤	0.6 人	3.0%	0.4 人	1.8%
死 亡	0.0 人	0.0%	0.0 人	0.0%
合併症妊娠	0.8 人	4.2%	0.8 人	4.2%
妊娠高血圧症候群	0.7 人	3.6%	0.6 人	3.0%
多胎妊娠	0.2 人	0.9%	0.2 人	1.1%
胎盤位置異常	0.4 人	2.0%	0.4 人	2.0%
切迫流早産	3.7 人	19.8%	4.2 人	21.7%
胎児発育遅延や胎児奇形などの胎児異常を伴うもの	0.5 人	2.7%	0.5 人	2.8%
上記以外の状態	11.9 人	64.0%	12.2 人	63.1%
緊急自動車等により搬送された患者数	2.3 人	12.1%	2.3 人	11.7%
受診歴のある患者数	15.2 人	81.5%	16.3 人	84.1%

※有効回答 87 施設での集計

■ 新生児（生後28日未満）の患者の状況

図表 4-48 緊急入院した新生児の患者の重症度等

【三次救急医療機関】

	平成21年10月（改定前）		平成22年10月（改定後）	
	人数	割合	人数	割合
緊急入院した患者数	16.1人	100.0%	19.7人	100.0%
救命救急室	0.0人	0.1%	0.0人	0.2%
特定集中治療室	0.0人	0.1%	0.0人	0.2%
新生児特定集中治療室	8.6人	53.2%	9.8人	49.5%
新生児治療回復室	1.5人	9.4%	2.7人	13.5%
上記以外の一般病棟	4.6人	28.7%	5.9人	29.7%
上記以外の病棟	1.4人	8.4%	1.3人	6.8%
軽 症	0.4人	2.6%	0.5人	2.6%
中 等 症	8.6人	53.3%	9.8人	49.5%
重 症	5.0人	30.9%	5.8人	29.2%
重 篤	2.1人	13.0%	3.6人	18.4%
死 亡	0.0人	0.1%	0.0人	0.2%
高度の先天奇形	0.5人	3.2%	0.5人	2.7%
低体温	0.1人	0.4%	0.1人	0.5%
重症黄疸	1.5人	9.1%	1.8人	9.2%
未熟児	6.2人	38.5%	6.7人	33.8%
意識障害又は昏睡	0.1人	0.5%	0.0人	0.2%
急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪	1.8人	11.4%	3.1人	15.7%
急性心不全（心筋梗塞を含む）	0.1人	0.9%	0.2人	0.8%
急性薬物中毒	0.0人	0.0%	0.0人	0.1%
ショック	0.0人	0.0%	0.0人	0.0%
重篤な代謝障害	0.0人	0.2%	0.1人	0.3%
広範囲熱傷	0.0人	0.0%	0.0人	0.0%
大手術を必要とする状態	0.1人	0.9%	0.1人	0.4%
大手術後	0.0人	0.1%	0.0人	0.2%
救急蘇生後	0.2人	1.5%	0.3人	1.5%
その他外傷、破傷風等で重篤な状態	0.0人	0.1%	0.0人	0.1%
上記以外の状態	5.3人	33.0%	6.6人	33.4%
緊急自動車等により母体搬送された患者数	2.2人	13.4%	2.7人	13.8%
緊急自動車等により新生児搬送された患者数	2.8人	17.5%	3.3人	16.8%

※有効回答 50 施設での集計

【二次救急医療機関】

	平成 21 年 10 月（改定前）		平成 22 年 10 月（改定後）	
	人 数	割 合	人 数	割 合
緊急入院した患者数	11.8 人	100.0%	12.5 人	100.0%
救命救急室	0.0 人	0.0%	0.0 人	0.0%
特定集中治療室	0.0 人	0.3%	0.0 人	0.1%
新生児特定集中治療室	4.2 人	35.9%	4.3 人	34.3%
新生児治療回復室	0.5 人	4.2%	0.4 人	3.5%
上記以外の一般病棟	6.6 人	56.0%	7.3 人	58.0%
上記以外の病棟	0.4 人	3.6%	0.5 人	4.1%
軽 症	0.0 人	0.0%	0.0 人	0.0%
中 等 症	6.8 人	57.7%	7.6 人	60.8%
重 症	3.1 人	26.3%	3.2 人	25.8%
重 篤	1.9 人	15.9%	1.7 人	13.4%
死 亡	0.0 人	0.1%	0.0 人	0.1%
高度の先天奇形	0.3 人	2.4%	0.5 人	3.9%
低体温	0.2 人	1.9%	0.2 人	1.6%
重症黄疸	1.2 人	10.1%	1.2 人	9.5%
未熟児	2.3 人	19.6%	2.6 人	20.6%
意識障害又は昏睡	0.1 人	0.7%	0.0 人	0.3%
急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪	1.9 人	16.3%	2.0 人	15.6%
急性心不全（心筋梗塞を含む）	0.0 人	0.4%	0.1 人	0.5%
急性薬物中毒	0.0 人	0.1%	0.0 人	0.0%
ショック	0.0 人	0.1%	0.0 人	0.1%
重篤な代謝障害	0.1 人	0.5%	0.0 人	0.3%
広範囲熱傷	0.0 人	0.0%	0.0 人	0.0%
大手術を必要とする状態	0.3 人	2.3%	0.3 人	2.6%
大手術後	0.0 人	0.0%	0.0 人	0.0%
救急蘇生後	0.3 人	2.4%	0.1 人	0.6%
その他外傷、破傷風等で重篤な状態	0.3 人	2.7%	0.3 人	2.3%
上記以外の状態	3.8 人	31.8%	4.3 人	34.8%
緊急自動車等により母体搬送された患者数	1.1 人	9.0%	1.3 人	10.1%
緊急自動車等により新生児搬送された患者数	1.1 人	9.4%	1.4 人	11.1%

※有効回答 64 施設での集計

■ 新生児を除く15歳未満の患者の状況

図表 4-49 緊急入院した新生児を除く15歳未満の患者の重症度等

【三次救急医療機関】

	平成 21 年 10 月 (改定前)		平成 22 年 10 月 (改定後)	
	人 数	割 合	人 数	割 合
緊急入院した患者数	56.7 人	100.0%	48.3 人	100.0%
軽 症	4.8 人	8.5%	3.0 人	6.2%
中 等 症	41.5 人	73.2%	35.2 人	72.9%
重 症	8.2 人	14.5%	7.8 人	16.0%
重 篤	2.0 人	3.6%	2.2 人	4.5%
死 亡	0.1 人	0.2%	0.2 人	0.4%
緊急自動車等により搬送された患者数	10.7 人	18.9%	8.4 人	17.3%

※有効回答 53 施設での集計

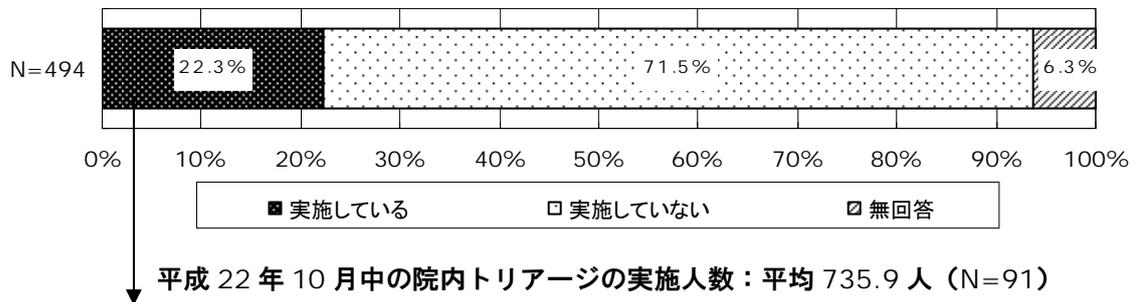
【二次救急医療機関】

	平成 21 年 10 月 (改定前)		平成 22 年 10 月 (改定後)	
	人 数	割 合	人 数	割 合
緊急入院した患者数	23.5 人	100.0%	23.5 人	100.0%
軽 症	0.3 人	1.4%	0.2 人	1.0%
中 等 症	21.8 人	92.4%	21.4 人	91.3%
重 症	1.4 人	6.0%	1.5 人	6.2%
重 篤	0.1 人	0.2%	0.4 人	1.5%
死 亡	0.0 人	0.0%	0.0 人	0.0%
緊急自動車等により搬送された患者数	2.4 人	10.4%	2.3 人	9.8%

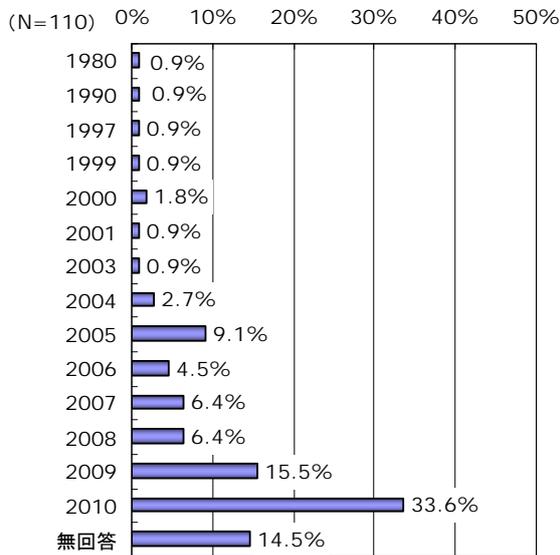
※有効回答 125 施設での集計

### (3) 院内トリアージの実施状況

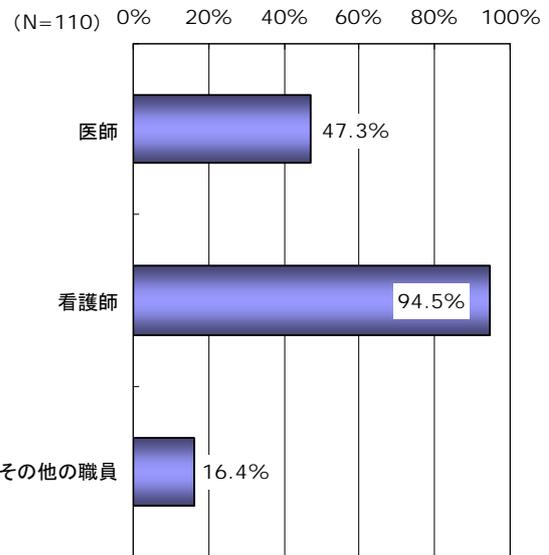
図表 4-50 院内トリアージの実施状況



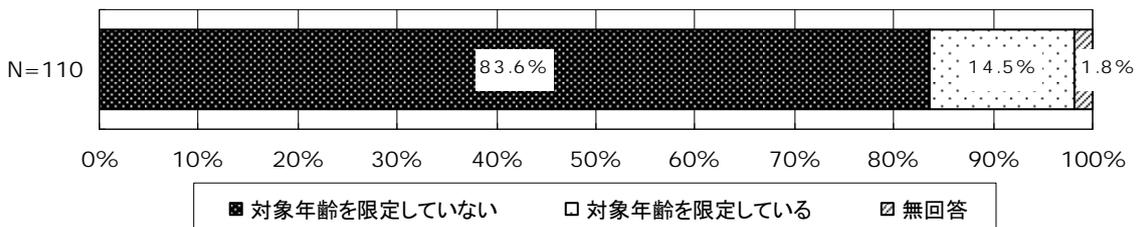
図表 4-51 院内トリアージの導入時期



図表 4-52 院内トリアージの担当職種 [複数回答]



図表 4-53 院内トリアージの対象年齢の設定状況



※対象年齢を限定している場合：平均 0.0～9.5 歳 (N=13)

図表 4-54 院内トリアージの周知方法 [複数回答]

周知方法	件数	割合
院内の見やすい場所への掲示	59 件	53.6%
受付の際に患者へ説明する	55 件	50.0%
診療の際に患者へ説明する	26 件	23.6%
広報等への掲載	15 件	13.6%
その他	11 件	10.0%
無回答	8 件	7.3%
総数	110 件	100.0%

## ■ 院内トリアージの効果

### ・重症患者への早期対応が可能になった

- ・緊急患者の早期対応が迅速になった。
- ・緊急性のある患者への迅速な対応ができる。
- ・より重篤な患者を優先的に診ることができる。
- ・重症患者の早期対応がスムーズとなった。
- ・重症患者の早期発見に寄与できた。
- ・重症患者への対応（症状に応じた）が早くなった。
- ・重症度の高い患者から優先的に診察できる。
- ・重傷度の高い救急患者の診断治療が優先される傾向にあります。
- ・当救命センター外来では、一次から三次までの患者が、多数来院するため、緊急重症を見逃さず診療につながることに役立っている。
- ・緊急性の高い疾患を早期に対応できるようになり、さらに看護師のフィジカルアセスメントに対する知識の向上につながった。
- ・優先的に診察・治療を開始しなければいけない患者を早く診察できるようになった。

### ・患者の状態像を適切に評価できるようになった

- ・小児、成人別の定形の間診票を使ってトリアージすることにより、事務、看護師、医師が統一した患者情報を得ることができるようになった。
- ・患者の状態が明確化できてよくなった。
- ・救急外来スタッフ（Dr、Ns）でのトリアージの検証会を行うことで、トリアージ時のフィジカルアセスメントの知識を深めることができた。
- ・救急と総合内科の診療を行うなかで、患者の重症度を見分ける判断力、知識が備わったと思う。ただ問診を行うのではなく、短時間で患者を見極めるため、診察の優先順位を考えながらトリアージを行うなど、質の向上につながった。
- ・トリアージを実施するようになって、看護師の（トリアージに対しての）意識が高まり、ウオークイン患者を含め、来院される患者すべてに目が向けられるようになった。また、重症の患者に対して、よりスピーディーな治療につなげることが可能となった。
- ・受診患者さんの状態を把握し、具合の悪い人を待たせないように配慮している。
- ・新患の受付時には看護師が症状などを聞き取り、適切な診療科を案内している。
- ・生命を脅かす病態にある患者さんを迅速に見分けることができ、病態悪化の危険性が減少する。適切な医療区域へ誘導することにより、救急診療の流れを合理化することができる。

### ・診療科の振り分けが円滑になった

- ・トリアージから診察までの時間がデータから5分短縮していることがわかった。
- ・専門医までのアクセス時間が短縮した。
- ・内科系・外科系・小児系…医師への振分けスムーズ。

#### (4) NICUにおける入退室等の状況

図表 4-55 NICUに入室した患者数・再入室した患者数（1施設当たり）

	平成 21 年 10 月	平成 22 年 10 月
新生児特定集中治療室に入室した患者数	16.2 人	16.4 人
新生児特定集中治療室に再入室した患者数		0.3 人

※有効回答 62 施設での集計

図表 4-56 NICUから退室した患者の退院先別患者数（1施設当たり）

	平成 21 年 10 月		平成 22 年 10 月	
	人数	割合	人数	割合
新生児特定集中治療室から退室した患者数	4.5 人	100.0%	4.3 人	100.0%
1年以上新生児特定集中治療室に入室した患者数	0.0 人	0.3%	0.0 人	0.0%
新生児集中治療室退院調整加算を算定した患者数	-	-	0.4 人	10.1%
自宅	1.0 人	21.4%	1.0 人	24.3%
自院の他の病棟等	3.2 人	72.6%	2.9 人	67.3%
新生児治療回復室	1.2 人	27.4%	1.2 人	28.1%
障害者施設	0.0 人	0.3%	0.0 人	0.0%
その他の一般病棟	1.3 人	29.8%	1.2 人	28.1%
その他の病棟	0.7 人	15.8%	0.5 人	12.3%
他の病院	0.1 人	1.8%	0.2 人	4.9%
新生児特定集中治療室	0.1 人	1.6%	0.2 人	4.1%
新生児治療回復室	0.0 人	0.0%	0.0 人	0.0%
障害者施設	0.0 人	0.0%	0.0 人	0.0%
有床診療所	0.1 人	2.4%	0.1 人	1.4%
上記以外の施設	0.0 人	0.0%	0.0 人	0.3%
死亡	0.1 人	1.8%	0.1 人	1.9%

※有効回答 85 施設での集計

#### (5) GCUにおける退室の状況

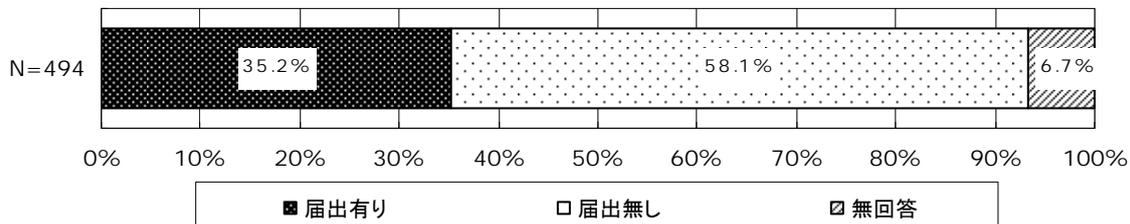
図表 4-57 GCUから退室した患者の退院先別患者数（1施設当たり）

	平成 21 年 10 月		平成 22 年 10 月	
新生児治療回復室から退室した患者数	3.3 人	100.0%	3.5 人	100.0%
1年以上新生児治療回復室に入室した患者数	0.0 人	0.4%	0.0 人	0.8%
自宅	2.6 人	79.5%	2.5 人	70.7%
自院の他の病棟等	0.6 人	18.9%	0.9 人	26.6%
新生児特定集中治療室	0.1 人	2.9%	0.3 人	9.3%
障害者施設	0.0 人	0.0%	0.0 人	0.0%
その他の一般病棟	0.5 人	14.3%	0.5 人	15.4%
その他の病棟	0.1 人	1.6%	0.1 人	1.9%
他の病院	0.0 人	1.2%	0.0 人	0.4%
新生児特定集中治療室	0.0 人	0.4%	0.0 人	0.4%
新生児治療回復室	0.0 人	0.0%	0.0 人	0.0%
障害者施設	0.0 人	0.0%	0.0 人	0.0%
有床診療所	0.0 人	0.0%	0.0 人	0.8%
上記以外の施設	0.0 人	0.0%	0.0 人	1.2%
死亡	0.0 人	0.4%	0.0 人	0.4%

※有効回答 74 施設での集計

(6) 救急搬送患者地域連携紹介加算の届出状況

図表 4-58 救急搬送患者地域連携紹介加算の届出状況



図表 4-59 1施設当たり連携医療機関数

	件数	割合
<b>病院</b>	10.0件	93.2%
7対1入院基本料（一般病棟）の届出施設	1.9件	17.6%
10対1入院基本料（一般病棟）の届出施設	4.3件	40.1%
13対1入院基本料（一般病棟）の届出施設	1.4件	12.8%
15対1入院基本料（一般病棟）の届出施設	1.8件	16.8%
療養病棟入院基本料の届出施設	2.7件	25.0%
障害者施設等入院基本料の届出施設	0.7件	6.6%
<b>有床診療所</b>	0.7件	6.8%
有床診療所一般病床初期加算の届出施設	0.5件	4.4%
救急・在宅支援療養病床初期加算の届出施設	0.1件	0.6%
合計	10.7件	100.0%

※有効回答 66 施設での集計

図表 4-60 1施設当たり算定患者数

	平成21年10月	平成22年10月
<b>他の病院への転院患者</b>	8.7人	8.4人
救急搬送患者地域連携紹介加算の算定患者		0.2人
<b>有床診療所への転院患者</b>	0.3人	0.4人
救急搬送患者地域連携紹介加算の算定患者		0.0人

※有効回答 272 施設での集計

## (7) 急性期病棟等退院調整加算等の算定状況

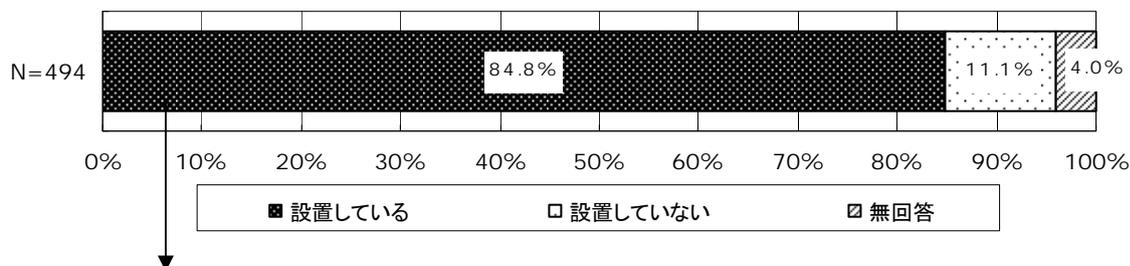
図表 4-61 急性期病棟等退院調整加算等の算定状況（1施設当たり）

	平成 21 年 10 月	平成 22 年 10 月
在宅への退院患者	403.9 人	414.5 人
後期高齢者退院調整加算の算定患者	4.1 人	
急性期病棟等退院調整加算 1 又は 2 の算定患者		9.5 人
急性期病棟等退院調整加算 1 又は 2 の算定患者のうち 75 歳以上の患者		6.3 人
他の病院への転院患者	34.2 人	35.3 人
後期高齢者退院調整加算の算定患者	3.1 人	
急性期病棟等退院調整加算 1 又は 2 の算定患者		5.6 人
急性期病棟等退院調整加算 1 又は 2 の算定患者のうち 75 歳以上の患者		4.0 人
有床診療所への転院患者	3.3 人	3.4 人
後期高齢者退院調整加算の算定患者	0.1 人	
急性期病棟等退院調整加算 1 又は 2 の算定患者		0.3 人
急性期病棟等退院調整加算 1 又は 2 の算定患者のうち 75 歳以上の患者		0.3 人
介護施設等の転院患者	8.5 人	8.4 人
後期高齢者退院調整加算の算定患者	1.3 人	
急性期病棟等退院調整加算 1 又は 2 の算定患者		1.4 人
急性期病棟等退院調整加算 1 又は 2 の算定患者のうち 75 歳以上の患者		1.3 人

※有効回答 208 施設での集計

## (8) 退院支援の担当部署

図表 4-62 退院支援をもつぱら担当する部署の設置状況



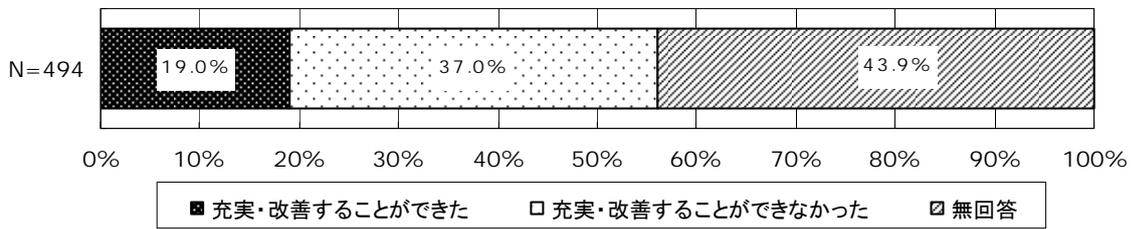
図表 4-63 退院支援をもつぱら担当する部署に従事する職員数（実人数）

	平成 21 年 10 月		平成 22 年 10 月	
	専従	専任	専従	専任
医師	0.1 人	0.4 人	0.1 人	0.4 人
看護師	0.9 人	0.5 人	1.2 人	0.6 人
准看護師	0.1 人	0.0 人	0.1 人	0.0 人
ソーシャルワーカー	2.2 人	0.6 人	2.4 人	0.6 人
社会福祉士の資格保有者	1.9 人	0.5 人	2.0 人	0.5 人
その他	0.7 人	0.2 人	0.8 人	0.2 人
合計	4.0 人	1.7 人	4.5 人	1.8 人

※有効回答 156 施設での集計

(9) 平成22年度診療報酬改定による救急医療の充実状況

図表 4-64 平成22年度診療報酬改定による救急医療の充実状況



■ 充実・改善することができた理由

・ 診療報酬の新設、評価の引き上げ

- ・ 特定集中治療室管理料の点数引き上げ（重症者割合 90%以上の加算として算定可能だった点数分の引き上げ）。
- ・ 救急医療に係る点数（ハイケアユニット入院医療管理料、新生児特定集中治療室管理料、妊産婦緊急搬送入院加算など）が引き上げられたこと。
- ・ ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準を取得できたことにより、重症患者の受け入れを充実させることができた。
- ・ 救急医療・手術への配慮が加算されたことから、二次救急の当院においても診療報酬請求点数が微増ではあるが増加となった。
- ・ 退院調整、地域連携診療計画、介護支援指導料の拡充によって、後方病床、在宅医療との連携が促進され、急性期患者の受入拡大につながった。
- ・ 救急医療管理加算の増点とハイケアユニットの要件緩和があり、診療報酬改定の内容は一定の評価ができるものであった。
- ・ 救急医療管理加算の点数増などにより、収益への一定の貢献があったと考える。
- ・ 救急搬送患者地域連携紹介、受入加算が新設されたことにより、従来から救急患者の転院先として協力を得ていた医療機関との間で転院のルールについて改めて協議を行い、再確認することで早期に連携できるようになった。
- ・ 救急搬送患者地域連携紹介加算の新設に伴い、一定状態の安定した患者の転院がスムーズに行えることになった。
- ・ 救命救急入院料充実度加算や新生児集中治療室管理料などの改定が増収をもたらしており、今後とも救命救急の充実に取り組んでいただきたい。
- ・ 救命救急入院料の充実度評価加算および小児入院医療管理料、新生児特定集中治療室管理料などの点数の引き上げがあげられます。
- ・ 今回の診療報酬改定に伴って、救命救急入院料1・4、同小児加算、充実度A、救急医療管理加算などの点数がアップされたことは当院にとって追い風となっております。

## ■ 充実・改善することができなかつた理由

### ・医療スタッフの不足

- ・救急医療の充実については、診療報酬はもちろんです、医師数が充実していなくては実現できないものと考えています。現状において、救急医療を充実させるだけの医師を確保することは、なかなか困難な状況です。
- ・専任医師の確保・配置ができない。
- ・医療関係の中でのもっとも大きな課題としての、看護師などの人材不足の解消には至っていないのが現状である。
- ・救急医療の専任医師の確保が困難。
- ・医師、看護師の補充ができていない。
- ・今年度の診療報酬はプラス改定の影響もあり、前年度比5%以上の増加が見込めている。しかし、これが医師、看護師不足の改善には直接繋がっておらず、今回の改定により救急医療の充実・改善が図れたとは言いがたい。
- ・医師、看護師不足による。
- ・救急担当医師の招聘が困難（医師不足）。

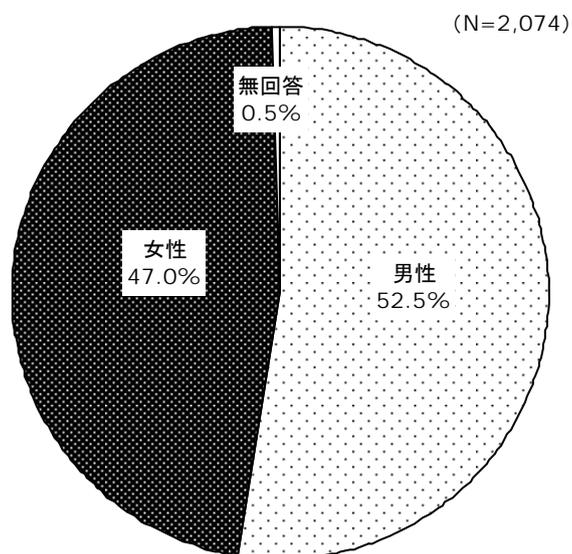
### ・診療報酬の評価の不足

- ・今回の改定で救急医療分野は、一定の評価を頂いたところでありますが、充実・改善が図れるほどのものではないのが現状です。
- ・改定幅が不十分。医師、看護師の充足に繋がらない。
- ・時間外、深夜加算などの点数が低い。
- ・救命救急医療センターでなくても救急専門医は数名配備されているのであるから、それなりの評価すべき点数を設けるべきである。
- ・診療報酬改定により、新設などされた点数（救急入院料その他）を取得できる施設体制がとれなかったため。
- ・診察報酬改定により、救急部門が経済的に潤ったとは全くいえない。
- ・一次・二次救急の区別なく様々な患者が来院し、又救急車で搬送されてくる。いつ急患が発生するか分からない状況で、それに見合うスタッフを常備するということは、中小病院にとって無理であり、それに見合う点数を設定しなければならないのでは。
- ・救急医療管理加算などの点数が上がったが、救急に関わるマンパワー不足により充実・改善するところまでいかなかった。

## 5. 退室患者調査

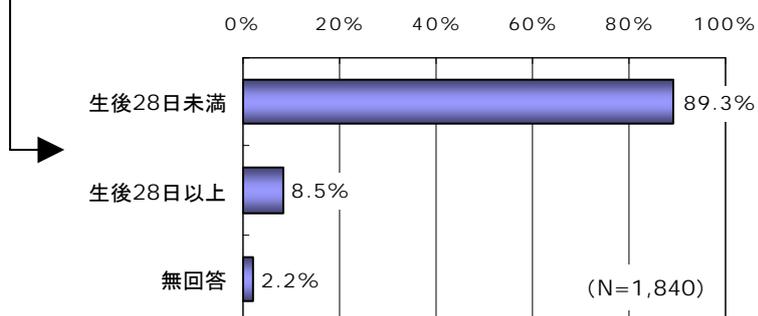
### (1) 患者の概況

図表 5-1 患者の性別

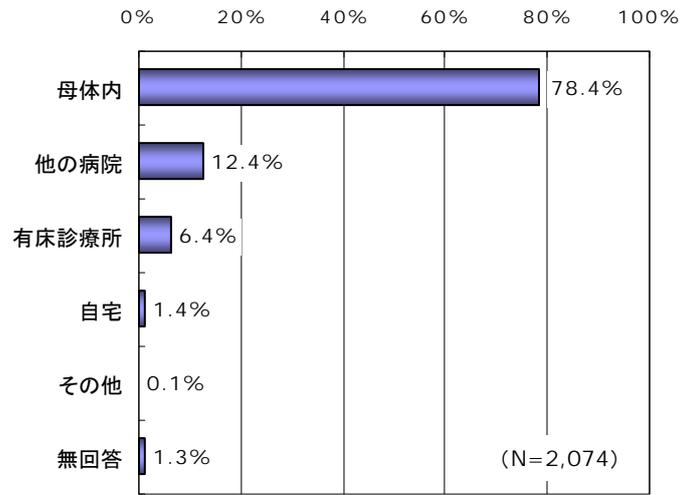


図表 5-2 患者の入院時の年齢

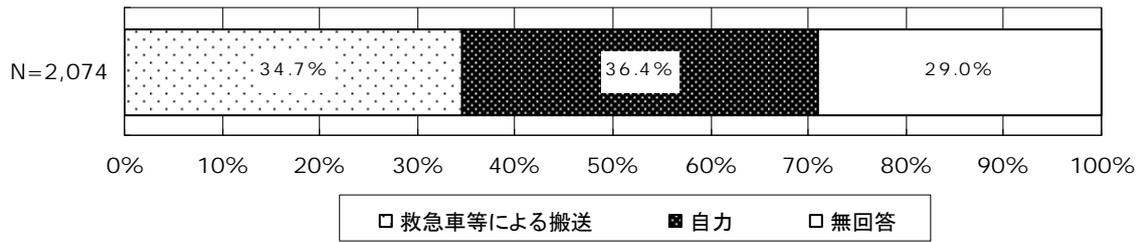
	人数	割合
0歳	1,840人	88.7%
無回答	234人	11.3%
合計	2,074人	100.0%



図表 5-3 患者の入院前の居場所

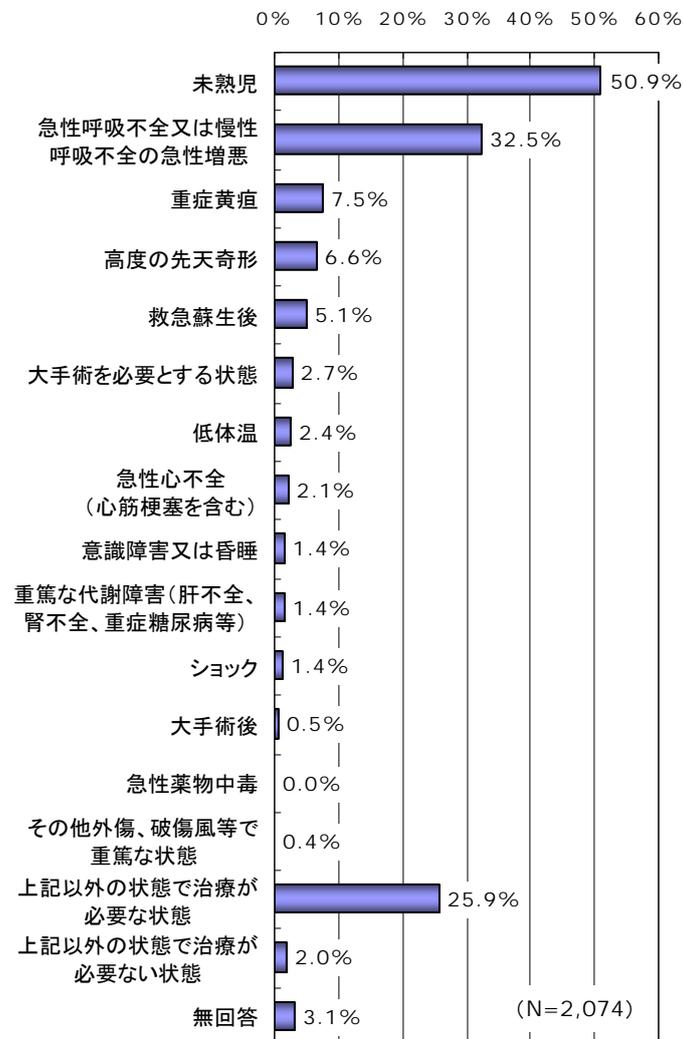


図表 5-4 患者の来院方法



(2) 患者の状態等

図表 5-5 新生児特定集中治療室または新生児治療回復室等に  
最初入室時の患者の状態 [複数回答]



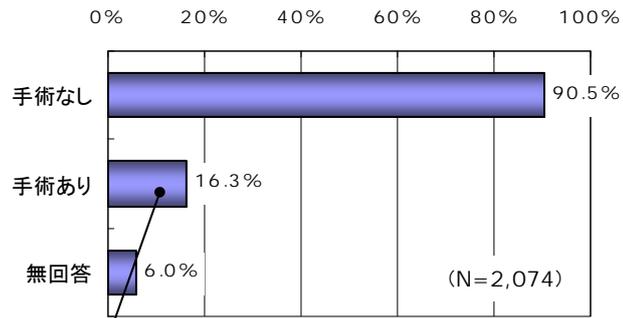
図表 5-6 患者の主傷病（上位 20 位）

	人 数	割 合
妊娠期間短縮および低出産体重に関連する障害、他に分類されないもの	911 人	43.9%
新生児一過性多呼吸	150 人	7.2%
新生児黄疸、詳細不明	83 人	4.0%
新生児の呼吸窮〈促〉迫	70 人	3.4%
周産期に発生したその他の呼吸器病態	35 人	1.7%
帝切児症候群	34 人	1.6%
胎便吸引症候群	29 人	1.4%
新生児特発性呼吸窮迫症候群	28 人	1.4%
重症新生児仮死	25 人	1.2%
新生児溢乳	19 人	0.9%
出生時仮死	18 人	0.9%
母体の妊娠合併症により影響を受けた胎児および新生児	17 人	0.8%
新生児無呼吸発作	17 人	0.8%
新生児一過性低血糖症	17 人	0.8%
周産期に特異的なその他の感染症	16 人	0.8%
新生児仮死	14 人	0.7%
新生児敗血症	12 人	0.6%
心室中隔欠損（症）	11 人	0.5%
大動脈縮窄（症）	10 人	0.5%
新生児の細菌性敗血症	9 人	0.4%
新生児メレナ	9 人	0.4%
新生児の哺乳上の問題	9 人	0.4%
動脈管開存（症）	9 人	0.4%
無回答	110 人	5.3%
合 計	2,074 人	100.0%

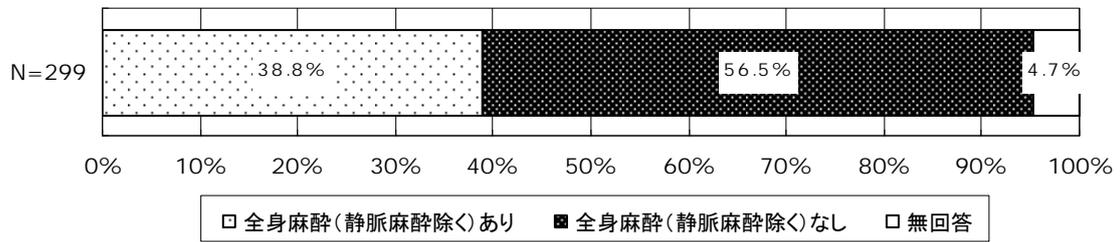
図表 5-7 患者の副傷病（上位 20 位）[3 つまで]

	人 数	割 合
妊娠期間短縮および低出産体重に関連する障害、他に分類されないもの	409 人	19.7%
新生児一過性多呼吸	191 人	9.2%
新生児特発性呼吸窮迫症候群	153 人	7.4%
新生児黄疸、詳細不明	146 人	7.0%
早産に関連する新生児黄疸	110 人	5.3%
新生児一過性低血糖症	99 人	4.8%
新生児の呼吸窮〈促〉迫	97 人	4.7%
母体の妊娠合併症により影響を受けた胎児および新生児	90 人	4.3%
新生児無呼吸発作	76 人	3.7%
動脈管開存（症）	70 人	3.4%
軽度新生児仮死	64 人	3.1%
未熟児貧血	60 人	2.9%
周産期に発生したその他の呼吸器病態	58 人	2.8%
出生時仮死	56 人	2.7%
新生児仮死	42 人	2.0%
未熟児網膜症	34 人	1.6%
重症新生児仮死	26 人	1.3%
心室中隔欠損（症）	26 人	1.3%
胎児および新生児に特異的な一過性糖質代謝障害	25 人	1.2%
新生児呼吸不全	22 人	1.1%
合 計	2,074 人	100.0%

図表 5-8 手術の実施状況

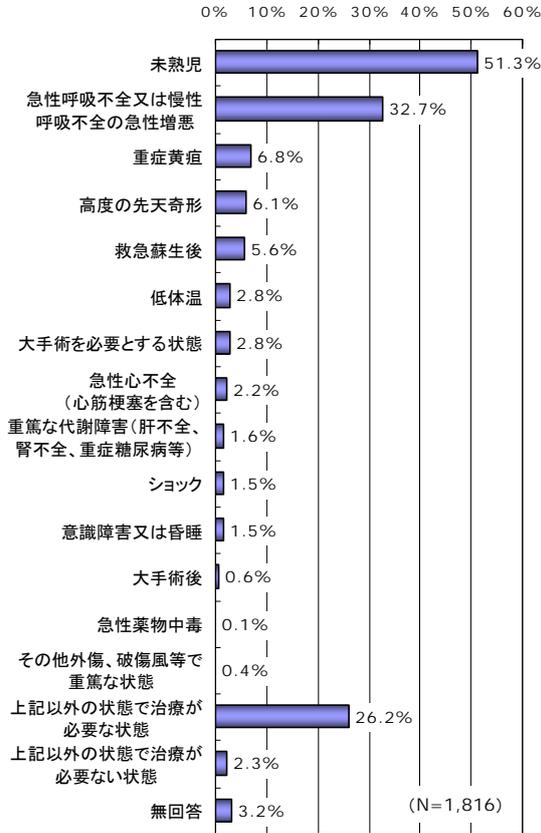


図表 5-9 全身麻酔（静脈麻酔を除く）の有無

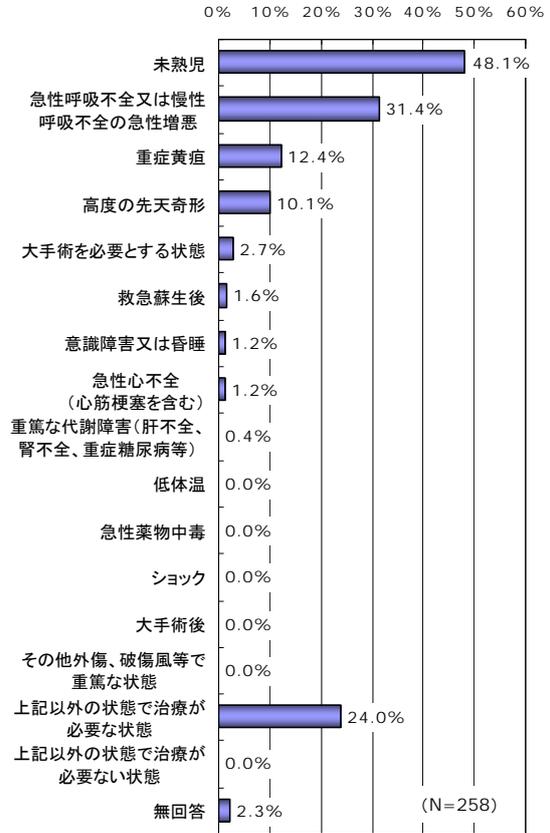


図表 5-10 入院先の病院における「救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算」算定件数の有無別の新生児特定集中治療室または新生児治療回復室等に最初に入室時の患者の状態  
 [複数回答]

【加算算定件数有りの病院の入院患者】

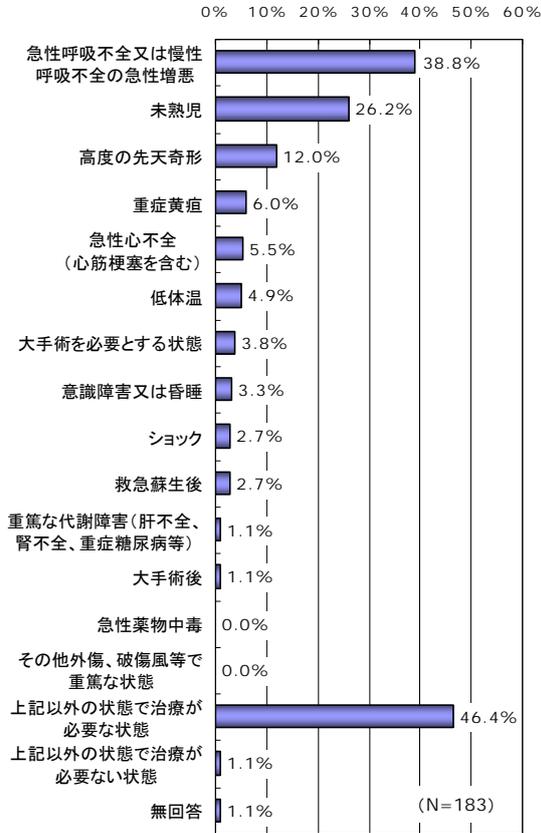


【加算算定件数無しの病院の入院患者】

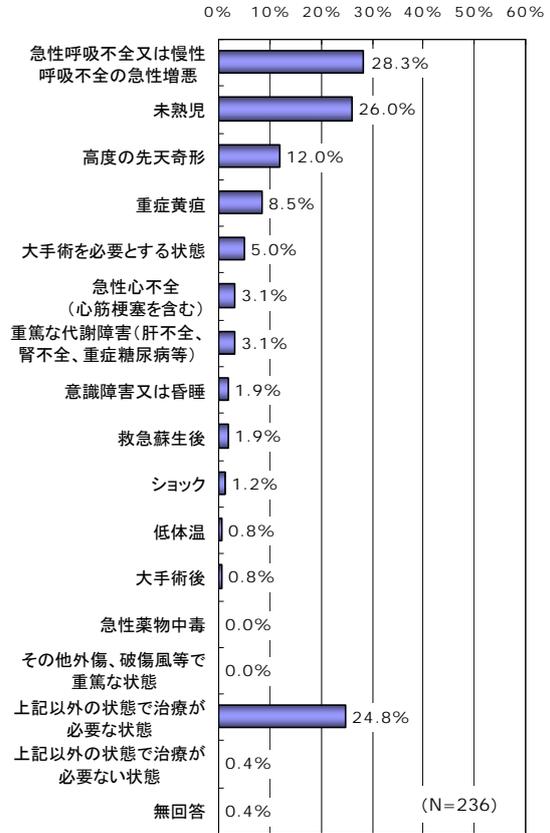


図表 5-11 入院先の病院における「乳幼児救急医療管理加算」算定件数の有無別の  
 新生児特定集中治療室または新生児治療回復室等に最初入室時の患者の状態  
 [複数回答]

【加算算定件数有りの病院の入院患者】



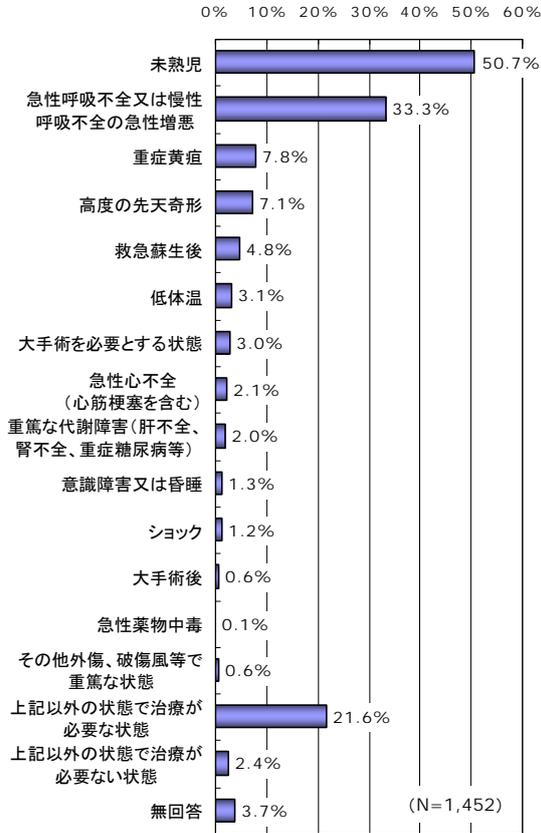
【加算算定件数無しの病院の入院患者】



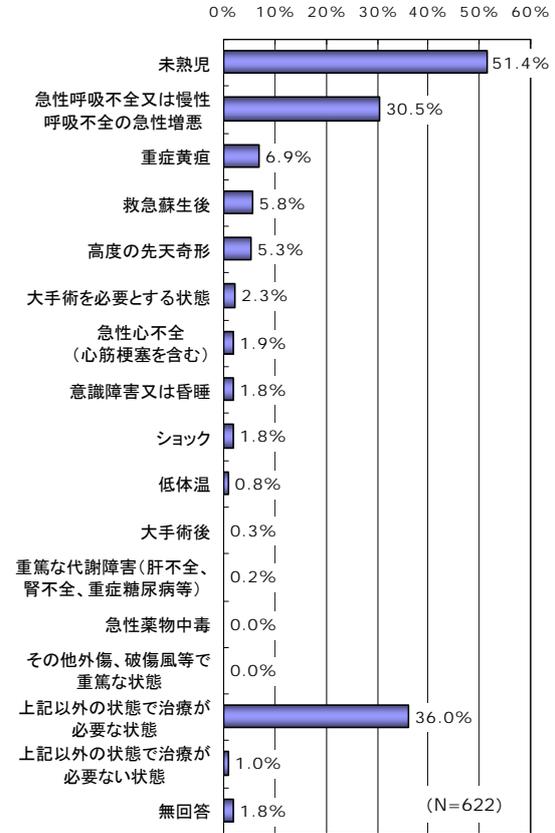
※患者の入院前の居場所が「自宅」、「他の病院」、「有床診療所」の患者のみで集計。

図表 5-12 入院先の病院における「超重症児（者）入院診療加算」又は「準超重症児（者）入院診療加算」算定件数の有無別の新生児特定集中治療室または新生児治療回復室等に最初に入室時の患者の状態〔複数回答〕

【加算算定件数有りの病院の入院患者】

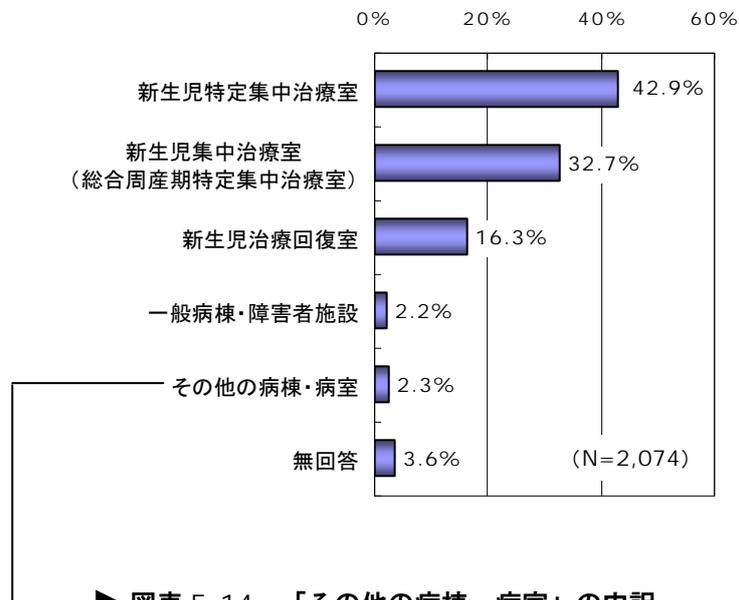


【加算算定件数無しの病院の入院患者】



(3) 患者の新生児特定集中治療室等を退室するまでの経緯

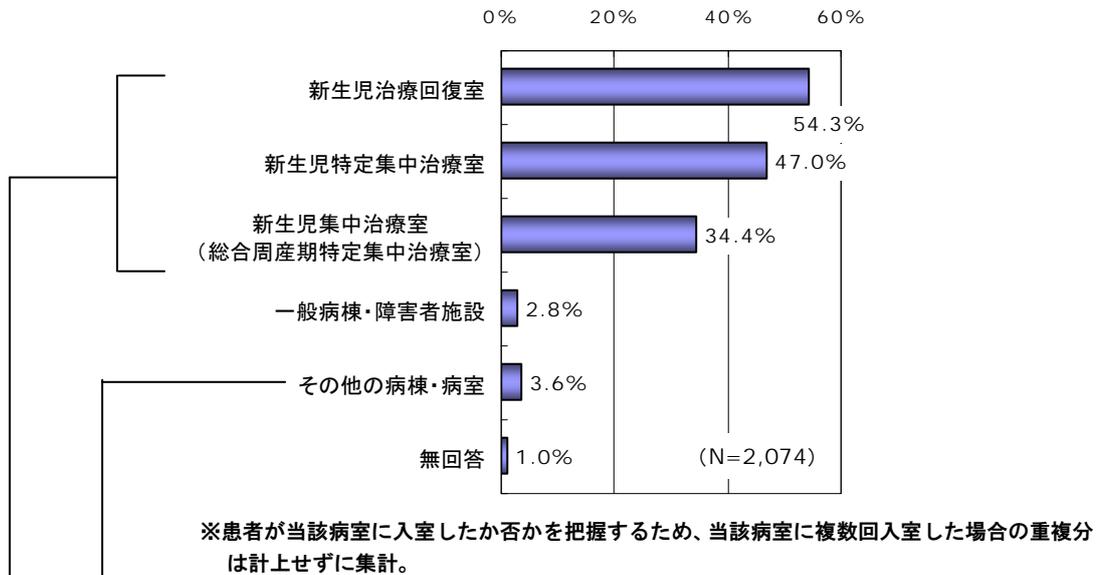
図表 5-13 患者が最初に入室した治療室



図表 5-14 「その他の病棟・病室」の内訳

	人 数
新生児室	30人
産科病棟	9人
特定集中治療室 (ICU)	3人
小児入院医療管理料算定病棟	1人
新生児治療回復室 (届出なし)	1人
周産期病棟	1人
その他	3人
無回答	0人

図表 5-15 患者が最後に退室するまでに入室した治療室 [複数回答]

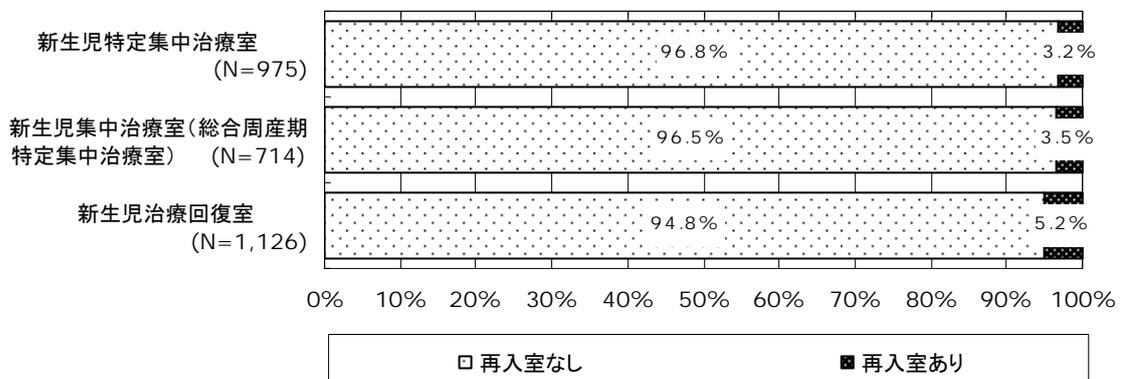


図表 5-16 「その他の病棟・病室」の内訳 [複数回答]

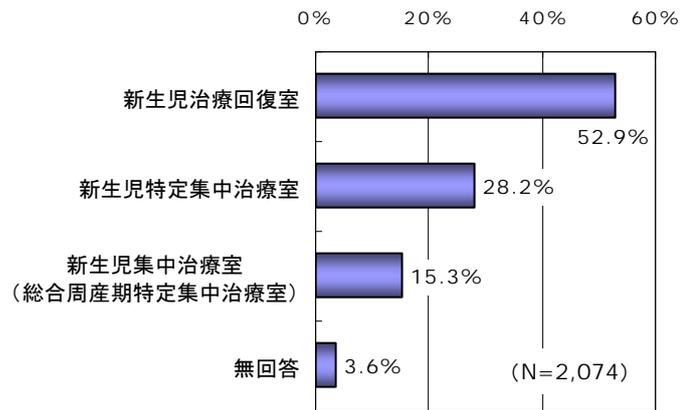
	人数
新生儿室	31人
特定集中治療室 (ICU)	14人
小児入院医療管理料算定病棟	14人
新生儿治療回復室 (届出なし)	5人
産科病棟	4人
新生儿特定集中治療室 (届出なし)	3人
小児科病棟	2人
周産期病棟	1人
その他	5人
無回答	2人

※患者が当該病室に入室したか否かを把握するため、当該病室に複数回入室した場合の重複分は計上せずに集計。

図表 5-17 患者の退室後の再入室の有無



図表 5-18 患者が最後に退室した治療室



図表 5-19 患者が入室した治療室の順番

1 回目の入室先	2 回目の入室先	3 回目の入室先	4 回目の入室先	5 回目の入室先	人 数	割 合		
新生児特定集中治療室	その他の入室なし				507 人	24.4%		
	新生児集中治療室	その他の入室なし				10 人	0.5%	
		新生児治療回復室	その他の入室なし				338 人	16.3%
	新生児特定集中治療室		その他の入室なし			3 人	0.1%	
			新生児治療回復室	その他の入室なし		12 人	0.6%	
			新生児特定集中治療室	新生児治療回復室		3 人	0.1%	
	その他、一般病棟等		その他、一般病棟等	新生児特定集中治療室	新生児治療回復室		1 人	0.0%
		新生児治療回復室		その他の入室なし		2 人	0.1%	
	その他、一般病棟等	新生児特定集中治療室	その他の入室なし			9 人	0.4%	
			その他、一般病棟等	新生児特定集中治療室		1 人	0.0%	
新生児治療回復室		その他の入室なし			2 人	0.1%		
		新生児特定集中治療室	その他の入室なし		1 人	0.0%		
新生児集中治療室	その他の入室なし				275 人	13.3%		
	新生児特定集中治療室	その他の入室なし			2 人	0.1%		
		新生児集中治療室	その他の入室なし			1 人	0.0%	
	新生児治療回復室	その他の入室なし				371 人	17.9%	
		新生児集中治療室	その他の入室なし			4 人	0.2%	
			新生児治療回復室	その他の入室なし		7 人	0.3%	
			その他、一般病棟等	新生児集中治療室		1 人	0.0%	
		その他、一般病棟等	その他、一般病棟等	新生児集中治療室	その他の入室なし		2 人	0.1%
	新生児治療回復室			その他の入室なし		4 人	0.2%	
			新生児集中治療室	新生児集中治療室		1 人	0.0%	
その他、一般病棟等	新生児集中治療室	その他の入室なし			7 人	0.3%		
		新生児治療回復室	その他の入室なし		2 人	0.1%		
	新生児治療回復室	その他の入室なし			1 人	0.0%		
新生児治療回復室	その他の入室なし				300 人	14.5%		
	新生児特定集中治療室	その他の入室なし			13 人	0.6%		
		新生児治療回復室	その他の入室なし		19 人	0.9%		
			新生児特定集中治療室	新生児治療回復室		1 人	0.0%	
	新生児集中治療室	新生児治療回復室	その他の入室なし			4 人	0.2%	
その他、一般病棟等	新生児治療回復室	その他の入室なし			1 人	0.0%		
合 計					2,074 人	100.0%		

※ 図表中の「新生児集中治療室」は「新生児集中治療室（総合周産期特定集中治療室）」を指す。

図表 5-20 患者が入室した治療室の順番（つづき）

1 回目の入室先	2 回目の入室先	3 回目の入室先	4 回目の入室先	5 回目の入室先	人 数	割 合
その他、 一般病棟等	新生児特定 集中治療室	その他の入室なし			45 人	2.2%
		新生児治療 回復室	その他の入室なし		3 人	0.1%
	新生児集中 治療室	その他の入室なし			16 人	0.8%
		新生児治療 回復室	その他の入室なし		4 人	0.2%
		その他、 一般病棟等	新生児治療 回復室	その他の入室なし	1 人	0.0%
	新生児治療 回復室	その他の入室なし			22 人	1.1%
		新生児特定 集中治療室	新生児治療 回復室	その他の入室なし	2 人	0.1%
新生児集中 治療室		新生児治療 回復室	その他の入室なし	1 人	0.0%	
無回答					75 人	3.6%
合 計					2,074 人	100.0%

※ 図表中の「新生児集中治療室」は「新生児集中治療室（総合周産期特定集中治療室）」を指す。

図表 5-21 最初に新生児特定集中治療室に入室した患者の主傷病（上位 20 位）

	人 数	割 合
妊娠期間短縮および低出産体重に関連する障害、他に分類されないもの	415 人	46.7%
新生児一過性多呼吸	74 人	8.3%
新生児の呼吸窮（促）迫	32 人	3.6%
新生児特異性呼吸窮迫症候群	17 人	1.9%
胎便吸引症候群	14 人	1.6%
新生児一過性低血糖症	13 人	1.5%
重症新生児仮死	11 人	1.2%
新生児仮死	10 人	1.1%
新生児敗血症	10 人	1.1%
出生時仮死	9 人	1.0%
新生児溢乳	9 人	1.0%
周産期に発生したその他の呼吸器病態	7 人	0.8%
軽度新生児仮死	6 人	0.7%
周産期に特異的なその他の感染症	6 人	0.7%
心室中隔欠損（症）	6 人	0.7%
母体の妊娠合併症により影響を受けた胎児および新生児	5 人	0.6%
新生児黄疸、詳細不明	5 人	0.6%
帝王切開症候群	4 人	0.4%
新生児無呼吸発作	4 人	0.4%
新生児の細菌性敗血症	4 人	0.4%
胎児の羊水感染症	4 人	0.4%
新生児メレナ	4 人	0.4%
両大血管右室起始（症）	4 人	0.4%
無回答	43 人	4.8%
合 計	889 人	100.0%

図表 5-22 最初に新生児特定集中治療室に入室した患者の副傷病（上位 20 位）[3 つまで]

	人 数	割 合
妊娠期間短縮および低出産体重に関連する障害、他に分類されないもの	218 人	24.5%
新生児一過性多呼吸	95 人	10.7%
新生児特異性呼吸窮迫症候群	64 人	7.2%
新生児の呼吸窮（促）迫	52 人	5.8%
母体の妊娠合併症により影響を受けた胎児および新生児	51 人	5.7%
新生児黄疸、詳細不明	47 人	5.3%
新生児一過性低血糖症	46 人	5.2%
早産に関連する新生児黄疸	38 人	4.3%
動脈管開存（症）	38 人	4.3%
新生児無呼吸発作	33 人	3.7%
未熟児貧血	33 人	3.7%
出生時仮死	28 人	3.1%
軽度新生児仮死	23 人	2.6%
新生児仮死	23 人	2.6%
未熟児網膜症	22 人	2.5%
周産期に発生したその他の呼吸器病態	22 人	2.5%
新生児呼吸不全	20 人	2.2%
重症新生児仮死	16 人	1.8%
新生児ビタミンK欠乏症	13 人	1.5%
心房中隔欠損（症）	13 人	1.5%
合 計	889 人	100.0%

図表 5-23 最初に新生児集中治療室（総合周産期特定集中治療室）に入室した患者の主傷病  
（上位 20 位）

	人 数	割 合
妊娠期間短縮および低出産体重に関連する障害、他に分類されないもの	336 人	49.6%
新生児一過性多呼吸	46 人	6.8%
周産期に発生したその他の呼吸器病態	20 人	2.9%
新生児の呼吸窮（促）迫	18 人	2.7%
重症新生児仮死	12 人	1.8%
新生児黄疸、詳細不明	12 人	1.8%
新生児特発性呼吸窮迫症候群	10 人	1.5%
胎便吸引症候群	9 人	1.3%
新生児無呼吸発作	7 人	1.0%
出生時仮死	6 人	0.9%
動脈管開存（症）	6 人	0.9%
母体の妊娠合併症により影響を受けた胎児および新生児	5 人	0.7%
妊娠 28 週未満で出生した児	4 人	0.6%
新生児気胸	4 人	0.6%
新生児の哺乳上の問題	4 人	0.6%
ファロー四徴（症）	4 人	0.6%
大動脈縮窄（症）	4 人	0.6%
先天性横隔膜ヘルニア	4 人	0.6%
糖尿病母体児	3 人	0.4%
新生児溢乳	3 人	0.4%
無回答	53 人	7.8%
合 計	678 人	100.0%

図表 5-24 最初に新生児集中治療室（総合周産期特定集中治療室）に入室した患者の副傷病  
（上位 20 位）[3 つまで]

	人 数	割 合
妊娠期間短縮および低出産体重に関連する障害、他に分類されないもの	126 人	18.6%
新生児特発性呼吸窮迫症候群	77 人	11.4%
新生児一過性多呼吸	69 人	10.2%
新生児黄疸、詳細不明	64 人	9.4%
早産に関連する新生児黄疸	61 人	9.0%
新生児一過性低血糖症	33 人	4.9%
新生児無呼吸発作	32 人	4.7%
周産期に発生したその他の呼吸器病態	31 人	4.6%
母体の妊娠合併症により影響を受けた胎児および新生児	28 人	4.1%
新生児の呼吸窮（促）迫	27 人	4.0%
動脈管開存（症）	27 人	4.0%
未熟児貧血	24 人	3.5%
軽度新生児仮死	23 人	3.4%
新生児仮死	16 人	2.4%
新生児一過性高血糖症	16 人	2.4%
未熟児網膜症	11 人	1.6%
周産期に発生したその他の病態	11 人	1.6%
重症新生児仮死	10 人	1.5%
妊娠期間に比較して低体重・低身長	8 人	1.2%
出生時仮死	8 人	1.2%
周産期慢性呼吸器疾患	8 人	1.2%
新生児敗血症	8 人	1.2%
胎児および新生児に特異的な一過性糖質代謝障害	8 人	1.2%
新生児脳室周囲白質軟化	8 人	1.2%
合 計	678 人	100.0%

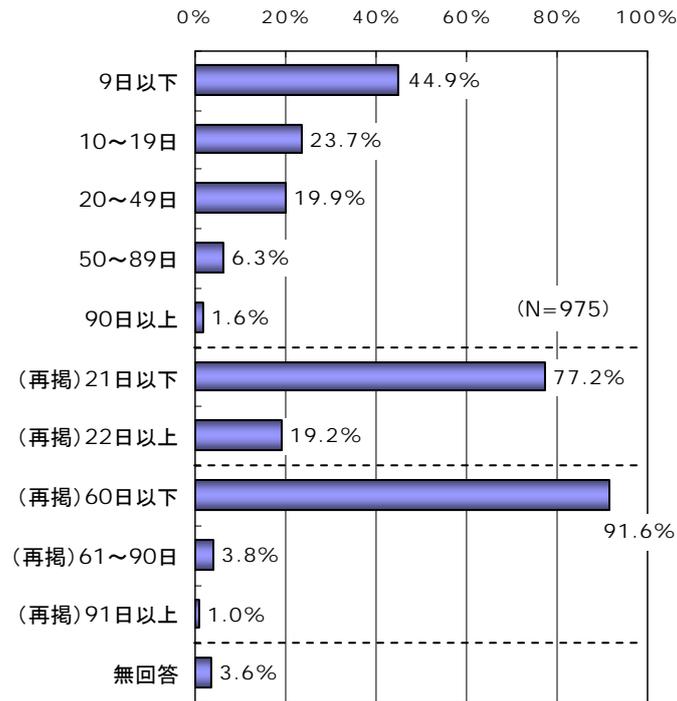
図表 5-25 最初に新生児治療回復室に入室した患者の主傷病（上位 20 位）

	人 数	割 合
妊娠期間短縮および低出産体重に関連する障害、他に分類されないもの	101 人	29.9%
新生児黄疸、詳細不明	43 人	12.7%
帝王切開症候群	28 人	8.3%
新生児一過性多呼吸	19 人	5.6%
新生児の呼吸窮（促）迫	18 人	5.3%
母体の妊娠合併症により影響を受けた胎児および新生児	6 人	1.8%
その他の明示された原因による新生児黄疸	6 人	1.8%
胎便吸引症候群	5 人	1.5%
周産期に特異的なその他の感染症	5 人	1.5%
胎児および新生児に特異的な一過性糖質代謝障害	5 人	1.5%
新生児溢乳	5 人	1.5%
心室中隔欠損（症）	4 人	1.2%
胎児発育遅延（成長遅滞）および胎児栄養失調（症）	3 人	0.9%
周産期に発生したその他の呼吸器病態	3 人	0.9%
新生児無呼吸発作	3 人	0.9%
大動脈縮窄（症）	3 人	0.9%
ダウン症候群	3 人	0.9%
その他の分娩合併症により影響を受けた胎児および新生児	2 人	0.6%
出生時仮死	2 人	0.6%
新生児仮死	2 人	0.6%
先天性肺炎	2 人	0.6%
新生児の細菌性敗血症	2 人	0.6%
胎児の羊水感染症	2 人	0.6%
新生児メレナ	2 人	0.6%
糖尿病母体児	2 人	0.6%
新生児一過性低血糖症	2 人	0.6%
胎児および新生児に特異的な外皮のその他の病態	2 人	0.6%
新生児の哺乳上の問題	2 人	0.6%
大腸の先天（性）欠損、閉鎖および狭窄	2 人	0.6%
ダウン（Down）症候群	2 人	0.6%
アセトン血症	2 人	0.6%
無回答	10 人	3.0%
合 計	338 人	100.0%

図表 5-26 最初に新生児治療回復室に入室した患者の副傷病（上位 20 位）〔3 つまで〕

	人 数	割 合
妊娠期間短縮および低出産体重に関連する障害、他に分類されないもの	38 人	11.2%
出生時仮死	19 人	5.6%
新生児黄疸、詳細不明	18 人	5.3%
新生児の呼吸窮（促）迫	16 人	4.7%
新生児一過性多呼吸	16 人	4.7%
早産に関連する新生児黄疸	11 人	3.3%
母体の妊娠合併症により影響を受けた胎児および新生児	9 人	2.7%
新生児一過性低血糖症	7 人	2.1%
新生児特発性呼吸窮迫症候群	6 人	1.8%
新生児無呼吸発作	6 人	1.8%
心室中隔欠損（症）	6 人	1.8%
胎児の羊水感染症	5 人	1.5%
胎児および新生児に特異的な一過性糖質代謝障害	5 人	1.5%
カルシウムおよびマグネシウム代謝の一過性新生児障害	5 人	1.5%
胎児発育遅延（成長遅滞）および胎児栄養失調（症）	4 人	1.2%
動脈管開存（症）	4 人	1.2%
妊娠期間に比較して低体重・低身長	3 人	0.9%
新生児仮死	3 人	0.9%
周産期に特異的なその他の感染症	3 人	0.9%
糖尿病母体児	3 人	0.9%
周産期に発生したその他の病態	3 人	0.9%
ダウン（Down）症候群	3 人	0.9%
合 計	338 人	100.0%

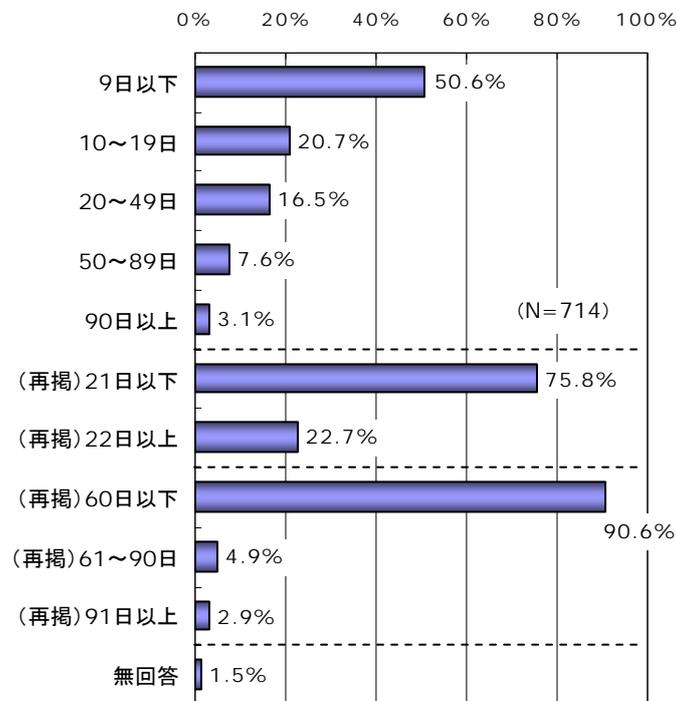
図表 5-27 新生児特定集中治療室における通算の在室日数



※ 平均の通算在室日数：17.9日

※ 平均の転棟・転院・退院までの待機日数：0.6日

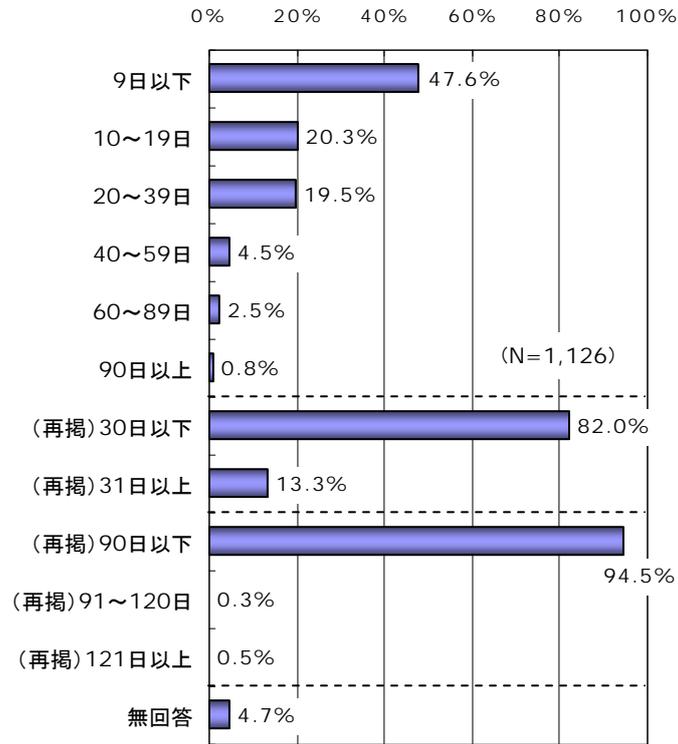
図表 5-28 新生児集中治療室（総合周産期特定集中治療室）における通算の在室日数



※ 平均の通算在室日数：19.3日

※ 平均の転棟・転院・退院までの待機日数：0.1日

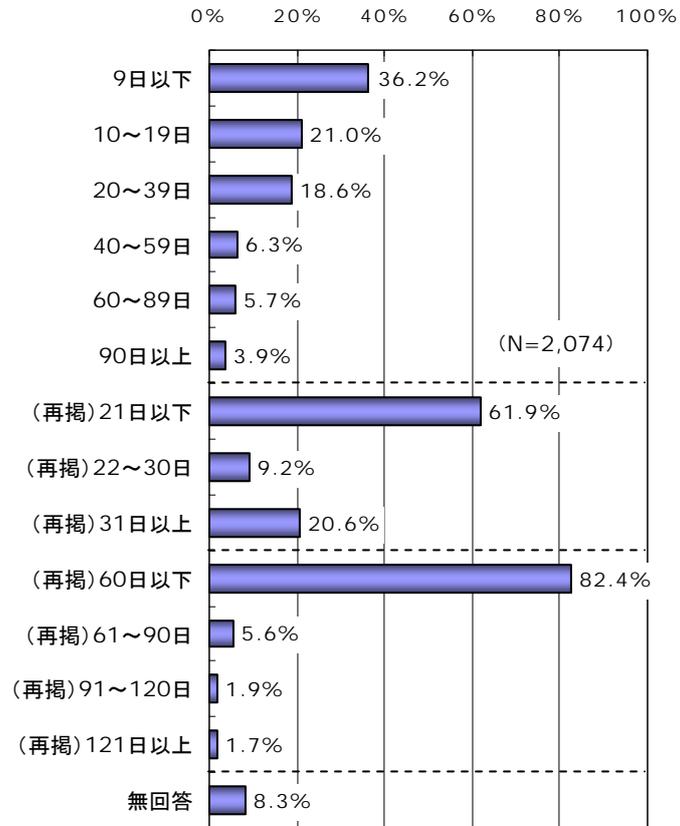
図表 5-29 新生児治療回復室における通算の在室日数



※ 平均の通算在室日数：16.2日

※ 平均の転棟・転院・退院までの待機日数：0.3日

図表 5-30 新生児特定集中治療室、新生児集中治療室（総合周産期特定集中治療室）、  
新生児治療回復室における通算の在室日数

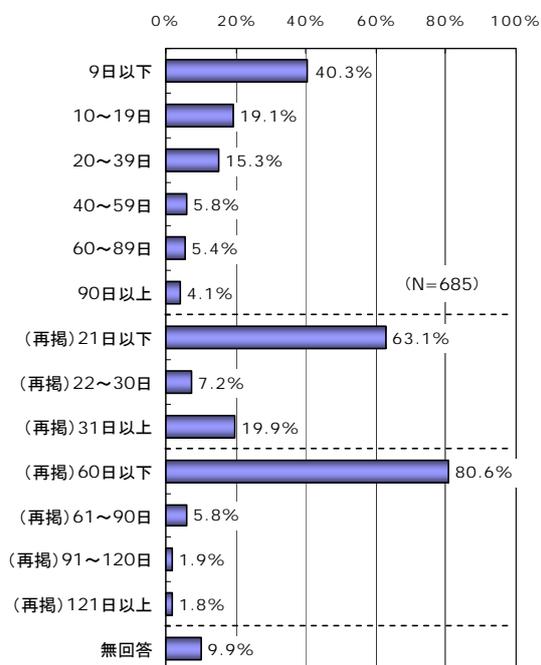


※ 平均の通算在室日数：24.3 日

※ 平均の転棟・転院・退院までの待機日数：0.5 日

図表 5-31 入院先の病院における「新生児特定集中治療室退院調整加算」算定件数の有無別の  
 新生児特定集中治療室、新生児集中治療室（総合周産期特定集中治療室）、新生児治療回復室  
 における通算の在室日数

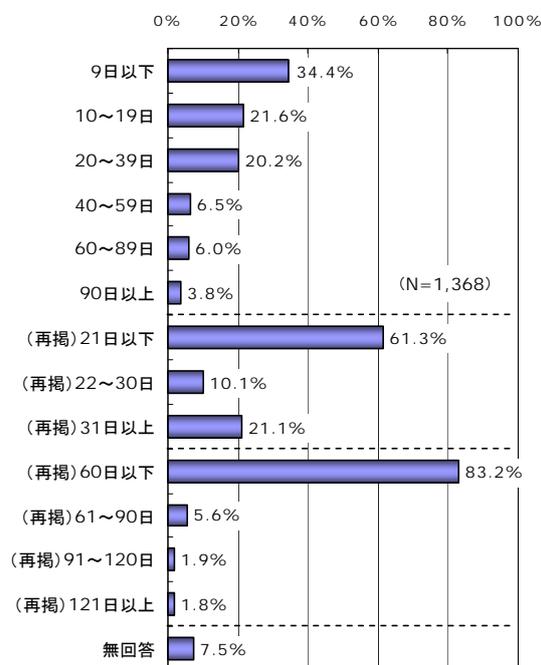
【加算算定件数有りの病院の入院患者】



※平均の通算在室日数：23.9日

※平均の転棟・転院・退院までの待機日数：0.4日

【加算算定件数無しの病院の入院患者】

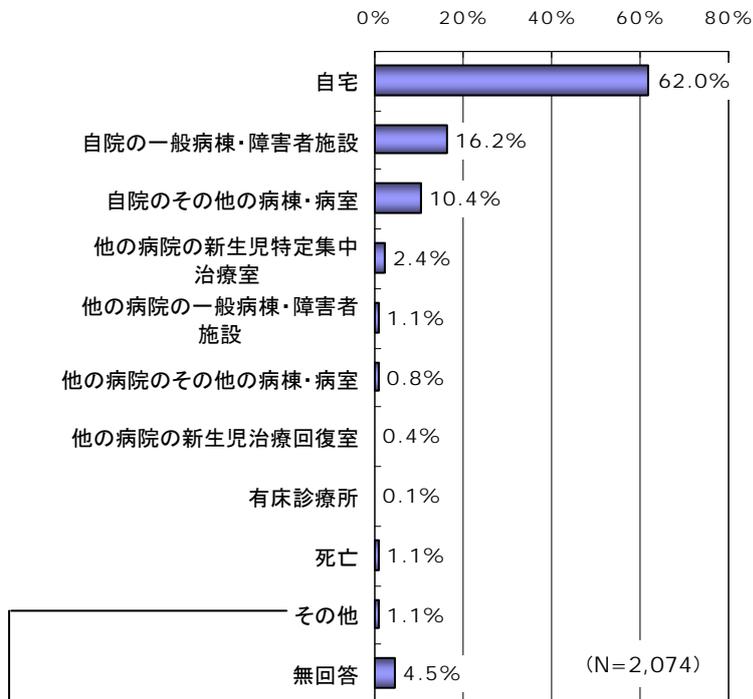


※平均の通算在室日数：24.6日

※平均の転棟・転院・退院までの待機日数：0.6日

#### (4) 退室時の状況

図表 5-32 退室後の居場所



図表 5-33 退室後の居場所「その他」の内訳 [複数回答]

	人数	割合
自院（病棟種別は不明）	11人	0.5%
乳児院	6人	0.3%
他院（病棟種別は不明）	3人	0.1%
無回答	2人	0.1%
全 体	2,074人	100.0%

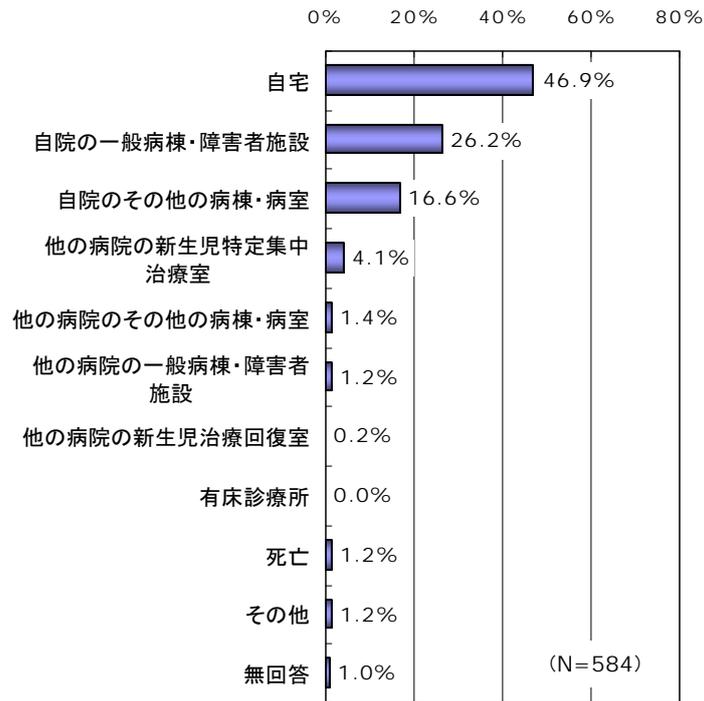
図表 5-34 退室決定の状況

	人 数	割 合
特に問題なく、予定通りに退室できた	1,494 人	72.0%
病状悪化等の理由により、退室が延びていた	134 人	6.5%
予定よりも早く退室できた	76 人	3.7%
在宅に戻る予定だったが、家族の受け入れ態勢が整わず、退室が延びていた	21 人	1.0%
入院・入所する施設の都合で、退室が延びていた	12 人	0.6%
在宅に戻る予定だったが、在宅サービスの利用開始待ちのため、退室が延びていた	1 人	0.0%
その他	115 人	5.5%
無回答	221 人	10.7%
全 体	2,074 人	

▶ 図表 5-35 退室決定の状況「その他」の内訳

	人 数	割 合
他の医療機関での治療のため、転院となった	28 人	1.4%
治療のため、転棟となった	23 人	1.1%
死亡	11 人	0.5%
体重増加待ちのため、転棟となった	9 人	0.4%
母親の病態が悪く、退室が延びていた	4 人	0.2%
無回答	40 人	1.9%
全 体	2,074 人	

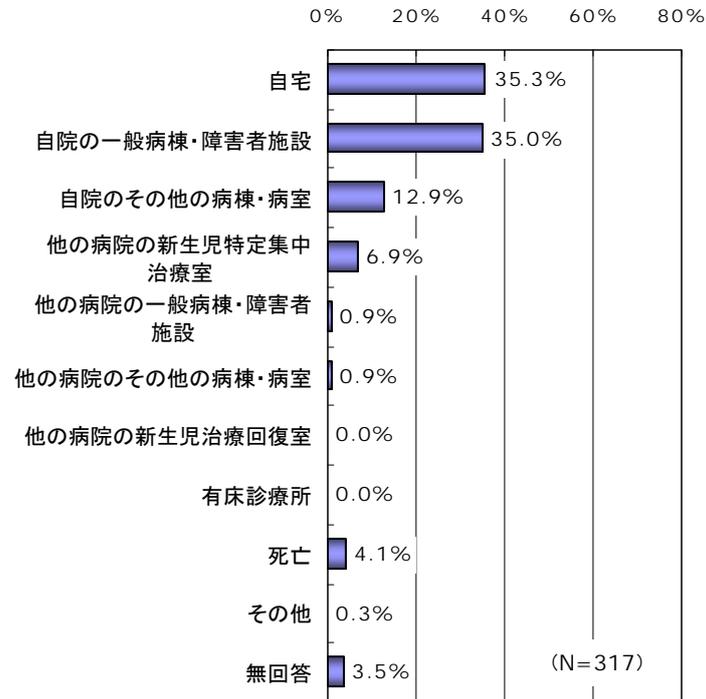
図表 5-36 最後に新生児特定集中治療室から退室した患者の退室後の居場所



図表 5-37 最後に新生児特定集中治療室から退室した患者の退室決定の状況

	人 数	割 合
特に問題なく、予定通りに退室できた	432 人	74.0%
病状悪化等の理由により、退室が延びていた	29 人	5.0%
予定よりも早く退室できた	25 人	4.3%
入院・入所する施設の都合で、退室が延びていた	6 人	1.0%
在宅に戻る予定だったが、家族の受け入れ態勢が整わず、退室が延びていた	2 人	0.3%
在宅に戻る予定だったが、在宅サービスの利用開始待ちのため、退室が延びていた	0 人	0.0%
その他	34 人	5.8%
無回答	56 人	9.6%
全 体	584 人	

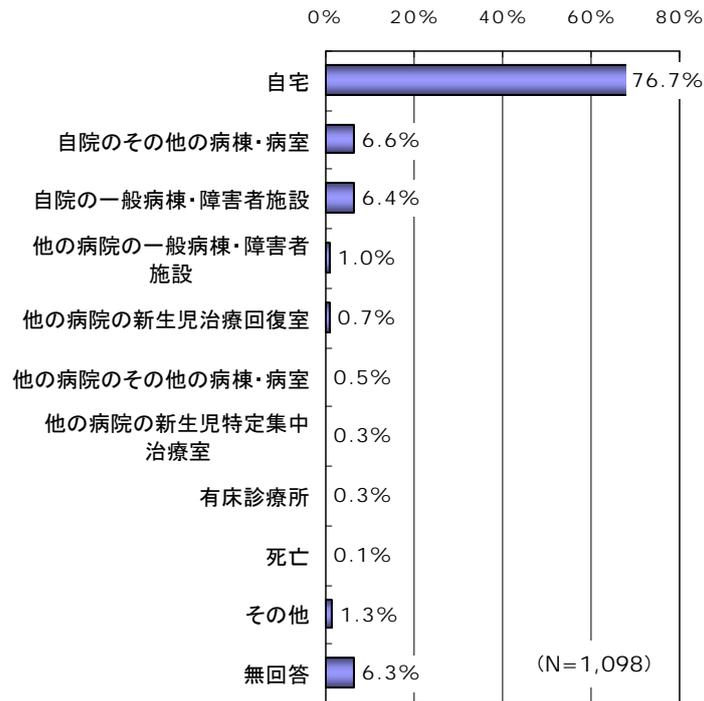
図表 5-38 最後に新生児集中治療室（総合周産期特定集中治療室）から退室した患者の退室後の居場所



図表 5-39 最後に新生児集中治療室（総合周産期特定集中治療室）から退室した患者の退室決定の状況

	人数	割合
特に問題なく、予定通りに退室できた	199人	62.8%
病状悪化等の理由により、退室が遅れていた	44人	13.9%
予定よりも早く退室できた	8人	2.5%
在宅に戻る予定だったが、家族の受け入れ態勢が整わず、退室が遅れていた	3人	0.9%
入院・入所する施設の都合で、退室が遅れていた	1人	0.3%
在宅に戻る予定だったが、在宅サービスの利用開始待ちのため、退室が遅れていた	0人	0.0%
その他	41人	12.9%
無回答	21人	6.6%
全 体	317人	

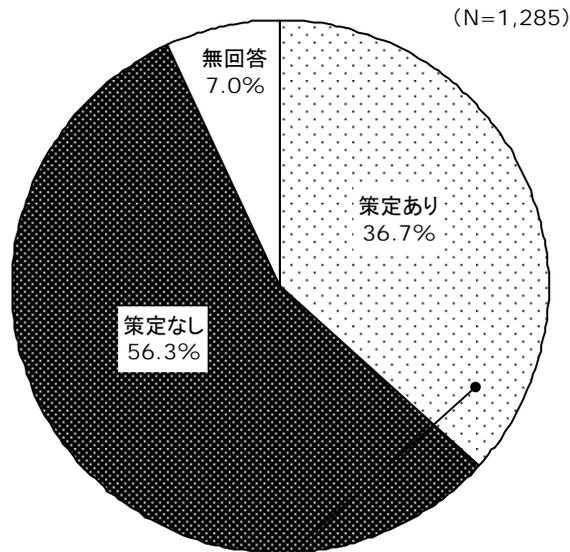
図表 5-40 最後に新生児治療回復室から退室した患者の退室後の居場所



図表 5-41 最後に新生児治療回復室から退室した患者の退室決定の状況

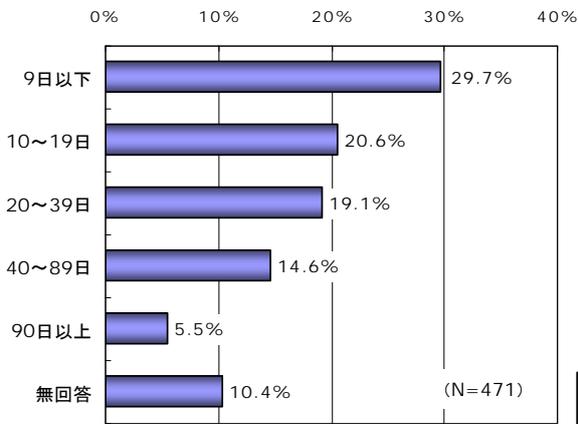
	人 数	割 合
特に問題なく、予定通りに退室できた	813 人	74.0%
病状悪化等の理由により、退室が延びていた	57 人	5.2%
予定よりも早く退室できた	39 人	3.6%
在宅に戻る予定だったが、家族の受け入れ態勢が整わず、退室が延びていた	16 人	1.5%
入院・入所する施設の都合で、退室が延びていた	4 人	0.4%
在宅に戻る予定だったが、在宅サービスの利用開始待ちのため、退室が延びていた	1 人	0.1%
その他	38 人	3.5%
無回答	130 人	11.8%
全 体	1,098 人	

図表 5-42 退室後の居場所が自宅だった場合の退院支援計画書の策定の有無



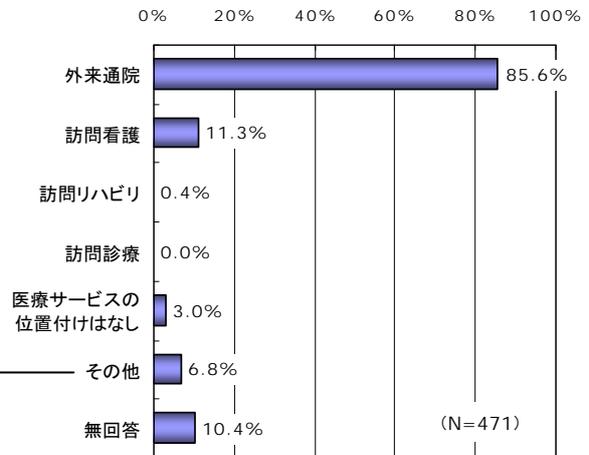
図表 5-43 退院支援計画書の策定状況

【退院支援計画書の策定までの期間】



※ 平均の策定日数：29.0 日目

【退院支援計画書における医療サービスの位置付けの有無】



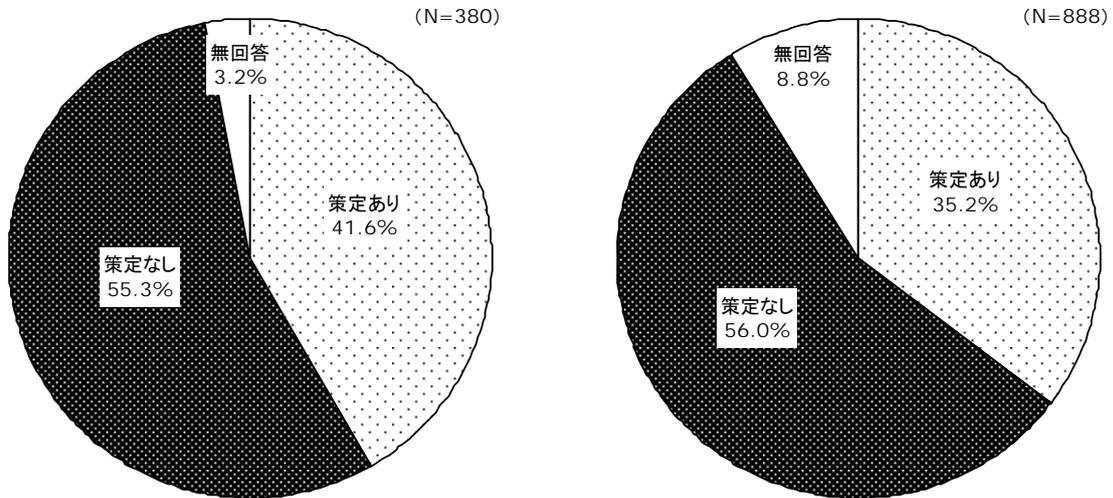
図表 5-44 「その他」の内訳【複数回答】

	人数	割合
保健師の関与	26人	5.5%
他の医療機関への紹介	3人	0.6%
看護師による電話相談	2人	0.4%
地域のサービスへの紹介	2人	0.4%
無回答	0人	0.0%
全 体	471人	100.0%

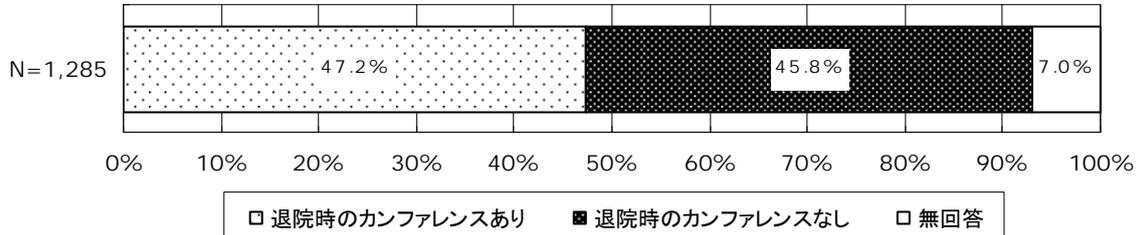
図表 5-45 入院先の病院における「新生児特定集中治療室退院調整加算」算定件数の有無別の退室後の居場所が自宅だった場合の退院支援計画書の策定の有無

【加算算定件数有りの病院の入院患者】

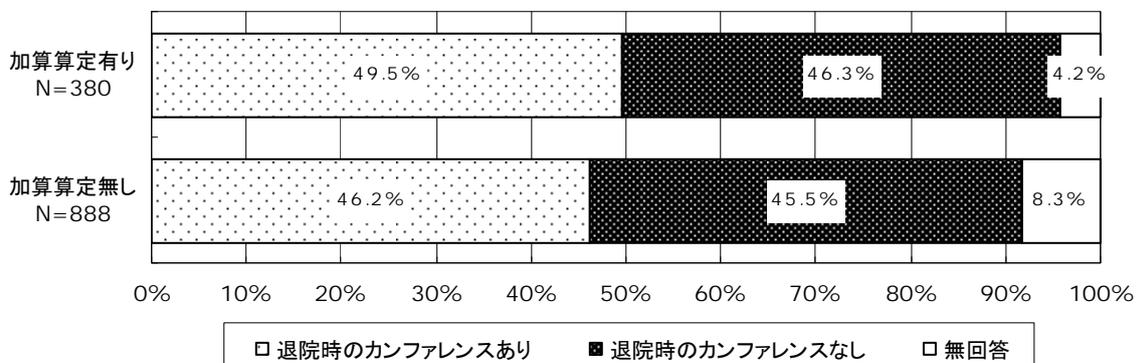
【加算算定件数無しの病院の入院患者】



図表 5-46 退室後の居場所が自宅だった場合の退院時のカンファレンスの開催の有無



図表 5-47 入院先の病院における「新生児特定集中治療室退院調整加算」算定件数の有無別の退室後の居場所が自宅だった場合の退院時のカンファレンスの開催の有無

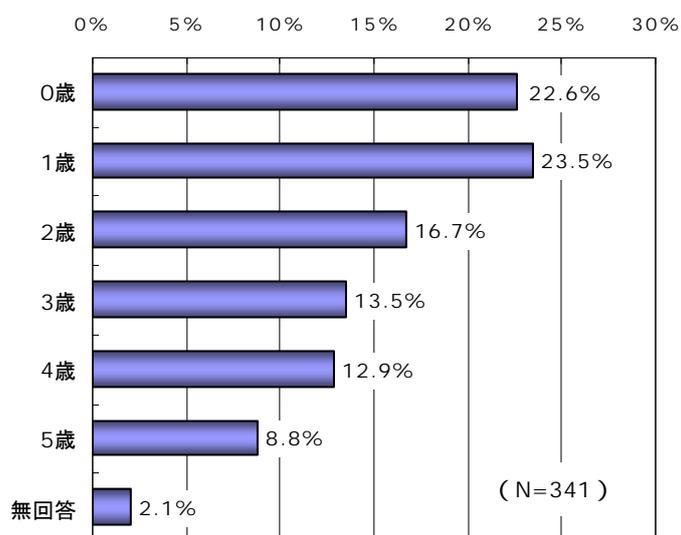


## 6 院内トリアージの評価に関する調査

### (1) 患者本人・保護者の概況

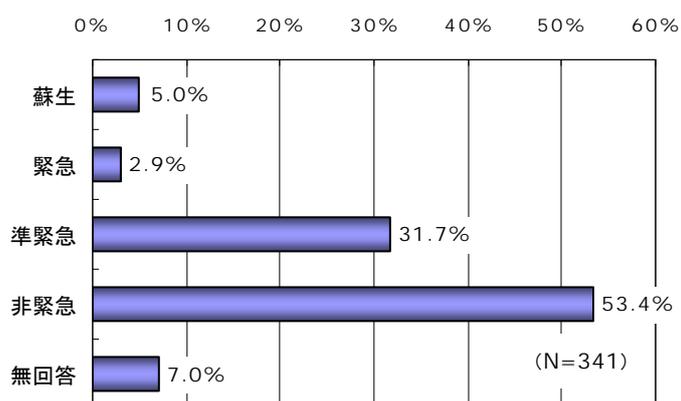
#### ① 患者本人の概況

図表 6-1 患者本人の年齢  
[記入者 保護者]



※ 平均年齢：2.0 歳

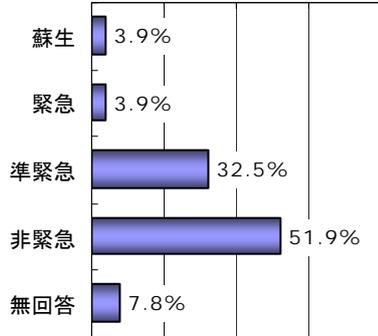
図表 6-2 患者本人のトリアージ区分  
[記入者 医療機関]



図表 6-3 患者本人の年齢階級別のトリアージ区分  
 [記入者 患者本人の年齢：保護者、トリアージ区分：医療機関]

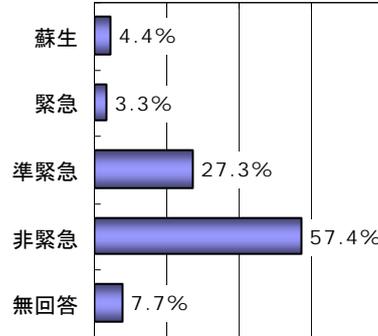
【0歳】

(N=77) 0% 20% 40% 60% 80%



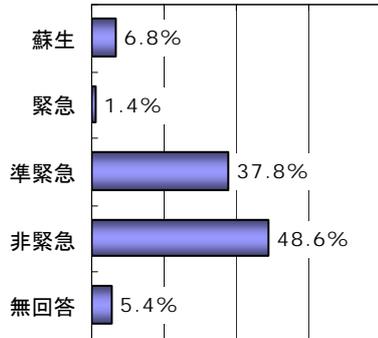
【1～3歳】

(N=183) 0% 20% 40% 60% 80%



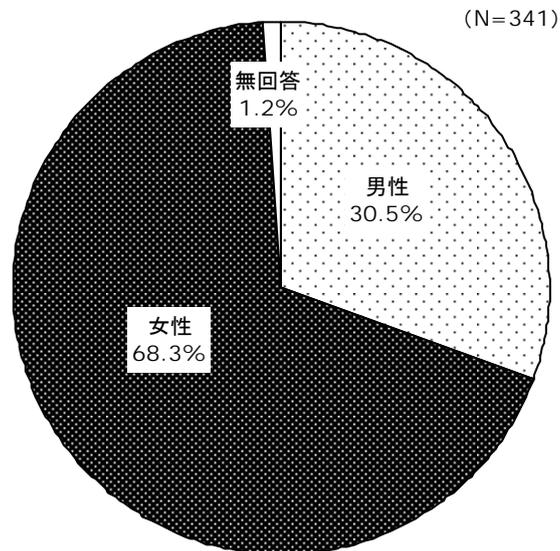
【4～5歳】

(N=74) 0% 20% 40% 60% 80%

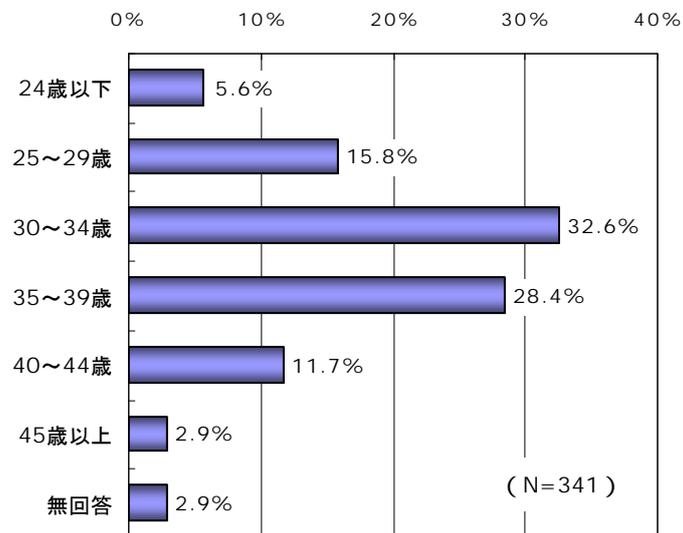


## ② 保護者の概況

図表 6-4 患者本人の性別  
[記入者 保護者]



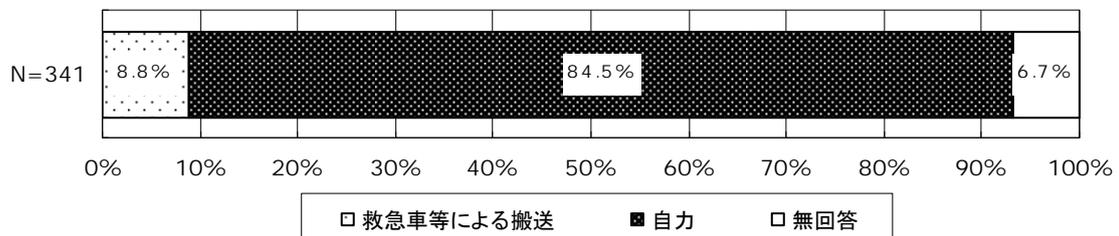
図表 6-5 保護者の年齢  
[記入者 保護者]



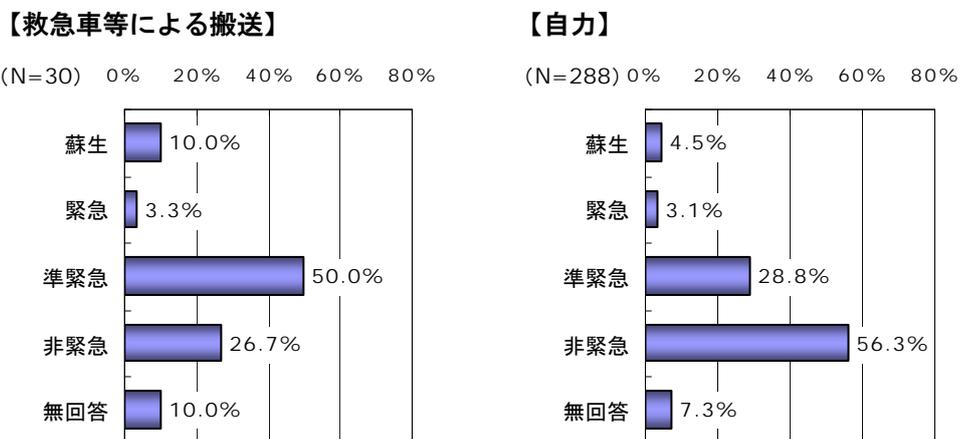
※ 平均年齢：33.7 歳

(2) 時間外の救急外来の受診状況

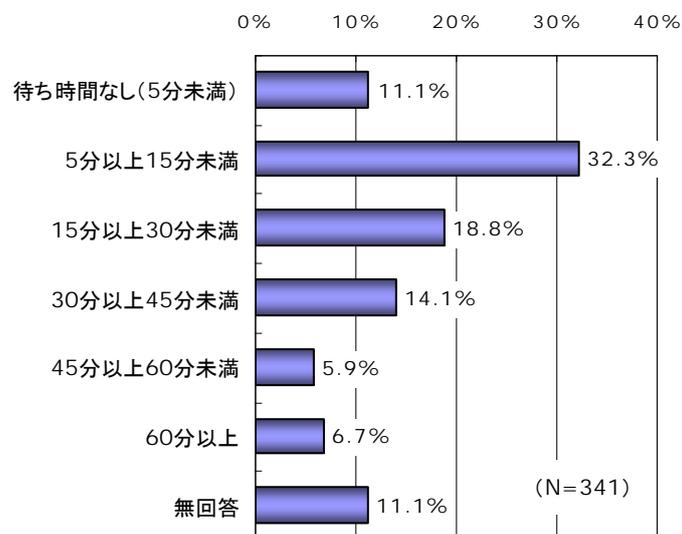
図表 6-6 保護者の救急の来院方法  
[記入者 保護者]



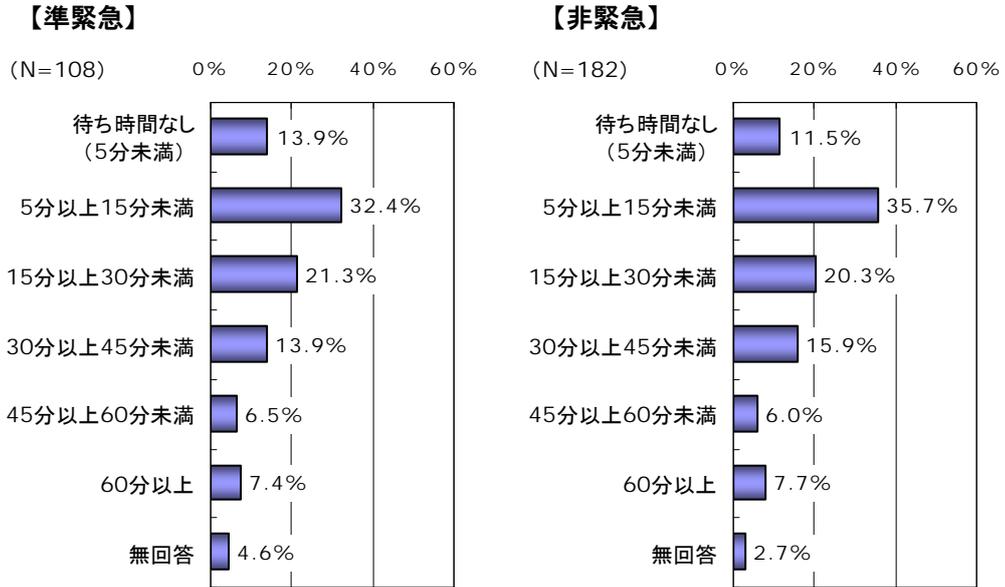
図表 6-7 保護者の救急の来院方法別の患者本人のトリアージ区分  
[記入者 保護者の救急の来院方法：保護者、トリアージ区分：医療機関]



図表 6-8 救急外来における待ち時間  
[記入者 保護者]



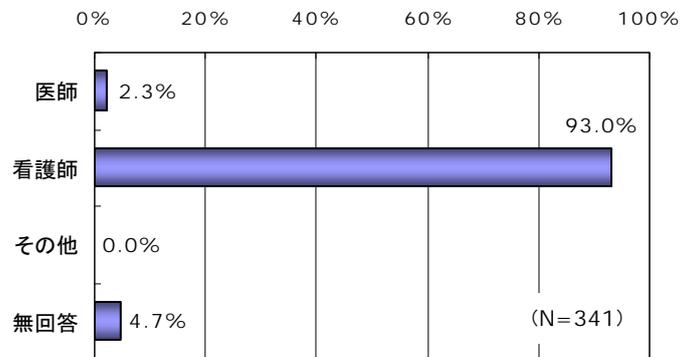
図表 6-9 患者本人のトリアージ区分が「準緊急」、「非緊急」の場合の待ち時間  
 [記入者 患者本人のトリアージ区分：医療機関、待ち時間：保護者]



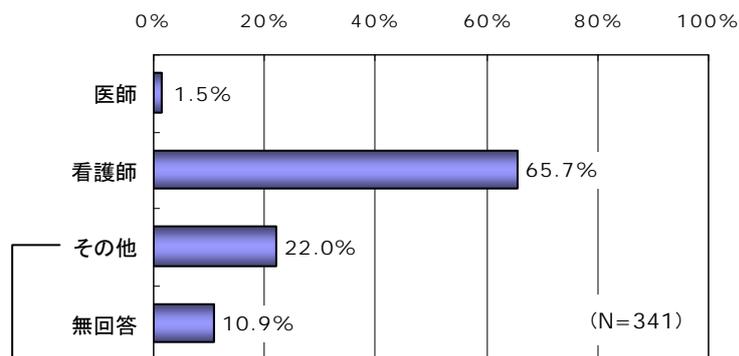
### (3) 院内トリアージの実施状況

#### ① 院内トリアージの実施状況

図表 6-10 トリアージの実施者  
[記入者 医療機関]



図表 6-11 トリアージの趣旨の説明者  
[記入者 医療機関]

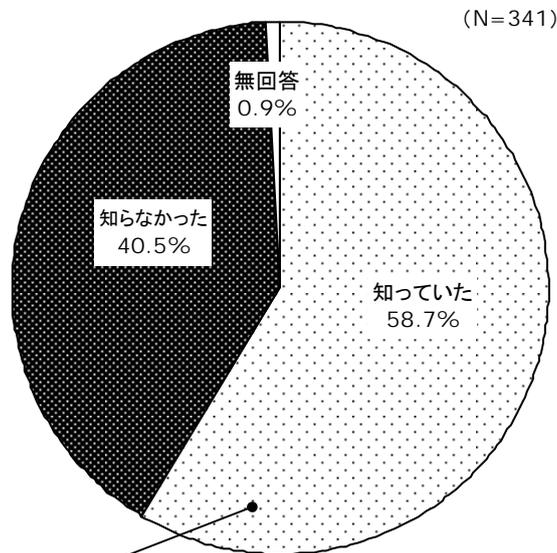


図表 6-12 トリアージの趣旨の説明者「その他」の内訳

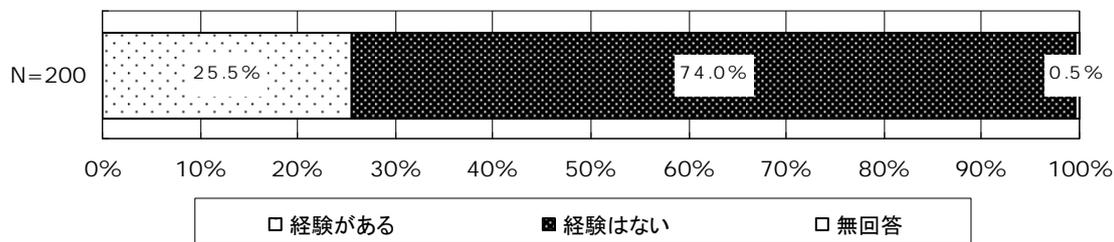
	人数	割合
院内掲示・配布資料	29人	8.5%
事務職	11人	3.2%
無回答	35人	10.3%
全体	341人	

② トリアージの仕組みの認知状況

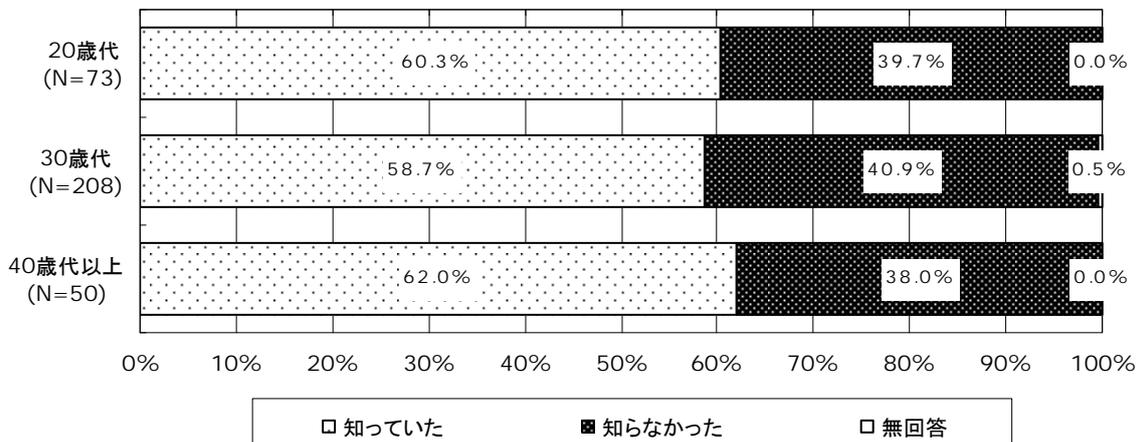
図表 6-13 トリアージの仕組みの認知の有無  
[記入者 保護者]



図表 6-14 患者本人・保護者等におけるトリアージを受けた経験の有無  
[記入者 保護者]

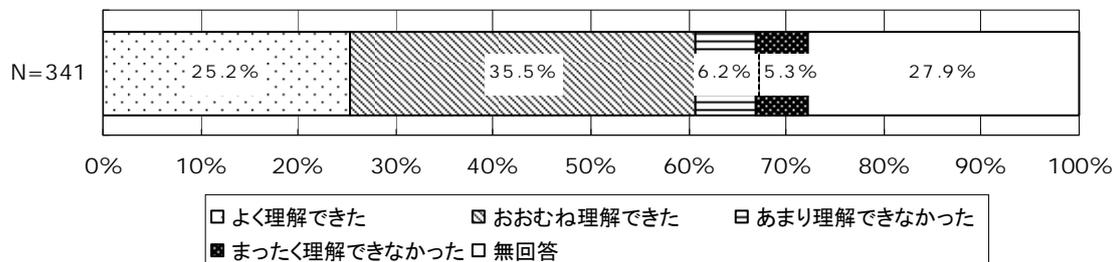


図表 6-15 保護者の年齢階級別のトリアージの仕組みの認知の有無  
[記入者 保護者の年齢：保護者、トリアージの仕組みの認知：保護者]

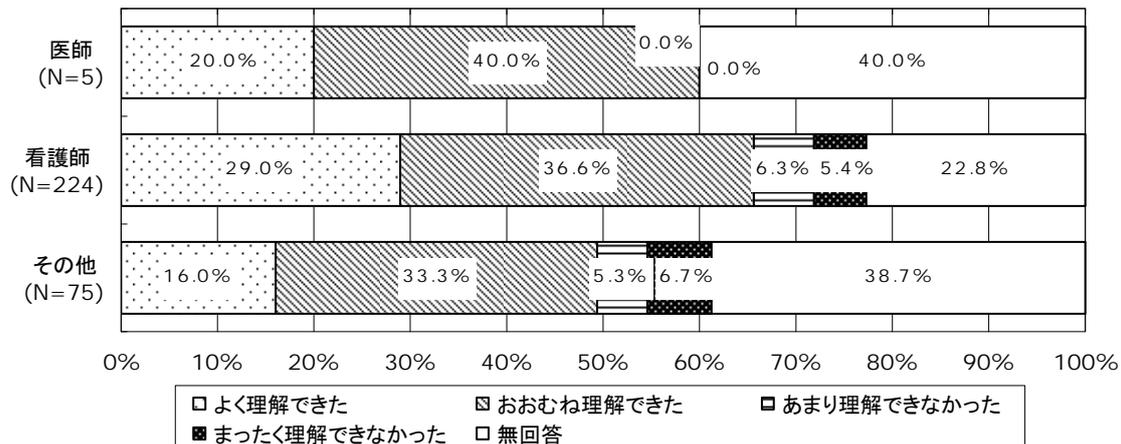


③ トリアージの趣旨の説明に対する理解状況

図表 6-16 トリアージを受けた際の趣旨についての説明に対する理解度  
[記入者 保護者]

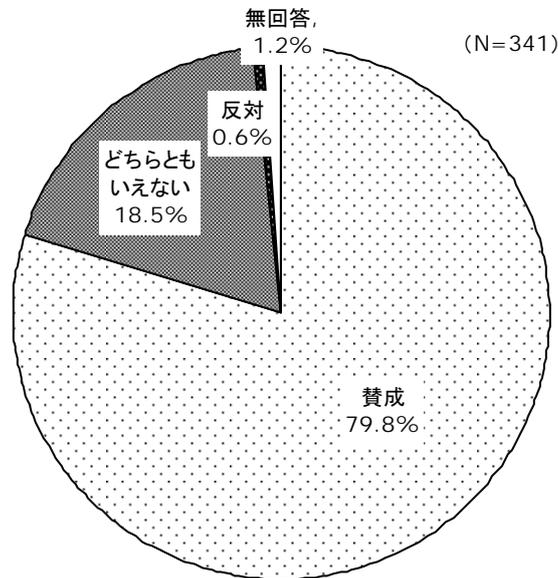


図表 6-17 トリアージの趣旨の説明者別の理解度  
[記入者 トリアージの趣旨の説明者：医療機関、説明に対する理解度：保護者]



④ トリアージに対する賛否

図表 6-18 トリアージに対する賛否  
[記入者 保護者]



図表 6-19 トリアージに賛成する理由 [複数回答]  
[記入者 保護者]

	人数	割合
緊急度が高い場合にすぐに診療してもらえるため	252人	92.6%
診療前に医師・看護師と話せることで安心感があるため	120人	44.1%
患者の病状を判断する上で、保護者・同行者の知識・教育に役立つため	53人	19.5%
その他	7人	2.6%
無回答	1人	0.4%
全 体	272人	

図表 6-20 トリアージに賛成する理由「その他」の内訳

<p>《緊急度が高い場合に優先してもらえる安心感があるため》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・自分の子どもが緊急だったら、是非してもらいたいと思うから。</li> <li>・緊急度が高い患者を医師や看護師の判断で先に診療するのは良い仕組みであるため。</li> <li>・緊急度の高い方を優先するのは当たり前だと思うため。</li> <li>・緊急の電話をした時の状況が現場に伝わっていないため。普通に待たされるが、その後看護師が気づいて、すぐ診てもらえた。その時入院したので、本当に助かったと思った。</li> </ul> <p>《緊急度が低い患者の救急利用が減少するため》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急度の低い患者の救急利用が減るかもしれないと思うため。</li> </ul> <p>《その他》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・しかし、緊急度が低いとされた時、どれくらい待ち時間が発生するのか不安になる。</li> </ul>
---

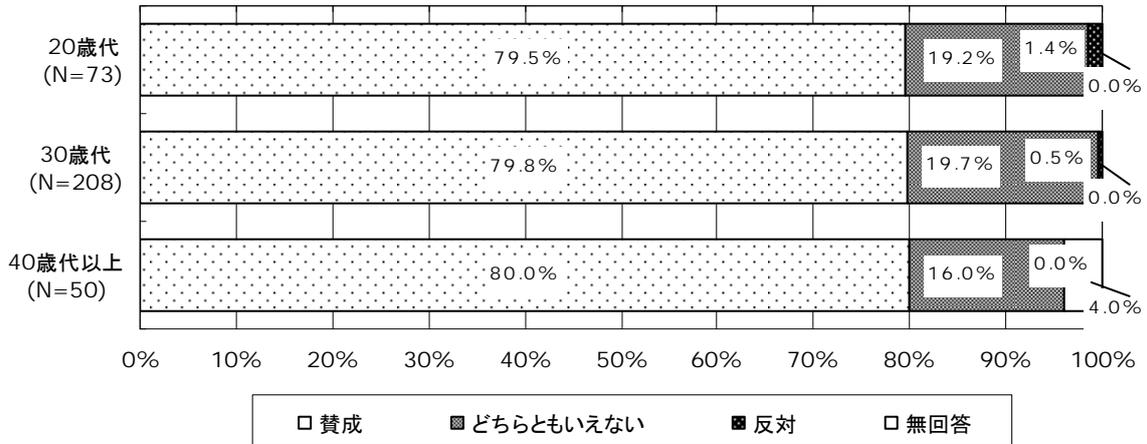
図表 6-21 トリアージにどちらともいえない、あるいは反対する理由 [複数回答]  
[記入者 保護者]

	人 数	割 合
トリアージの判断が適切になされるのか不安であるため	41 人	63.1%
患者の緊急度以外にも患者・同行者の事情を考慮する必要があるため	23 人	35.4%
緊急度が低い場合に順番を抜かされると不快であるため	17 人	26.2%
その他	10 人	15.4%
無回答	0 人	0.0%
全 体	65 人	

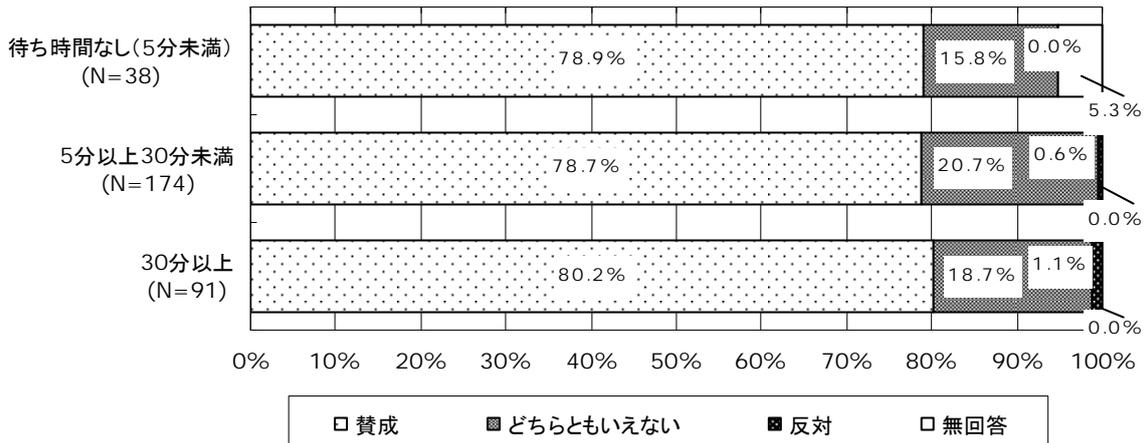
▶ 図表 6-22 トリアージにどちらともいえない、あるいは反対する理由「その他」の内訳

<p>《トリアージを受ける側の理解が必要である》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 待っている人にちゃんと説明できるのか。どうして順番が変わるのかということについて、周囲の理解は必要だと思う。</li> <li>・ 緊急度に応じて対応してもらえるのは患者にとって良いことだと思うが、同時にトリアージを受ける側もある程度知識が必要だと感じたため。</li> <li>・ 事前に説明があれば良い。</li> <li>・ 救急車を呼ぶほどのものでもなくても呼んで救急車で来た者が優先されることがあった場合、重症であって自力で来た者にとっては不快である。</li> </ul> <p>《待ち時間の対応に不安を感じる》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 待っている時に急変したらどうするのか。しかし、緊急度が高いと思われる人がすぐ診てもらえるのは良いことだと思う。</li> <li>・ 緊急度が低いと判断された後、急変した場合に不安を感じる。</li> <li>・ 緊急度の高い患者が集中した場合、いつになったら診療してもらえるのか。そうした場合のルールはどうなっているのか疑問である。</li> <li>・ 高熱でぐったりしている子どもを2時間 30分も抱き続けて親も体調を崩した。トリアージを設けてもせめて2時間で診てもらいたい。</li> <li>・ 待ち時間に不安が生じるため。</li> </ul> <p>《その他》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 流行性のものの場合、周りにうつしてしまうのではないかと、またはうつされてしまうのではないかと心配になる。</li> </ul>
--

図表 6-23 保護者の年齢階級別のトリアージに対する賛否  
 [記入者 保護者の年齢：保護者、トリアージに対する賛否：保護者]

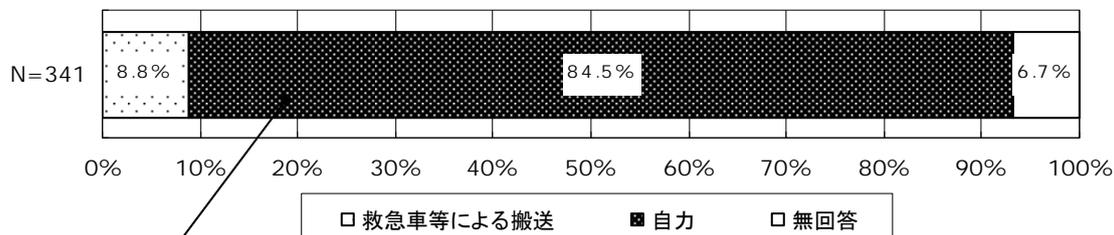


図表 6-24 待ち時間別のトリアージに対する賛否  
 [記入者 待ち時間：保護者、トリアージに対する賛否：保護者]

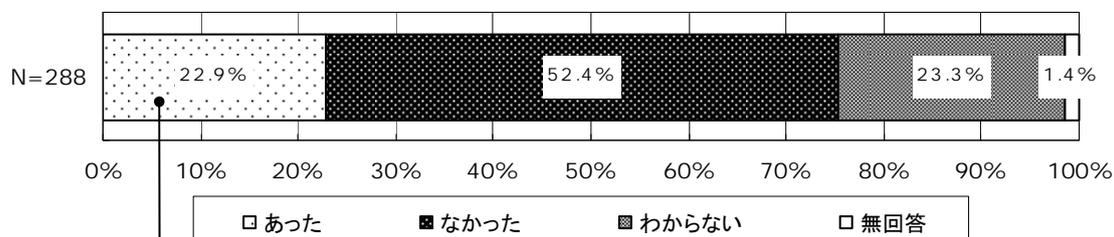


(4) 時間外の救急外来の受診に係る意見

図表 6-25 救急の来院方法[再掲]  
[記入者 保護者]



図表 6-26 自力で受診した場合の今回受診した時間帯に近隣にあり医療機関の有無  
[記入者 保護者]



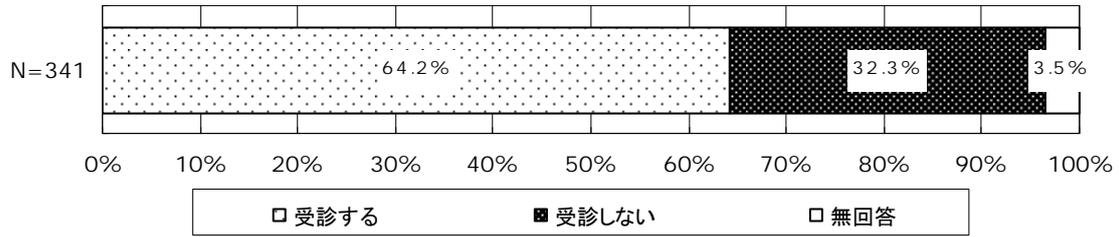
図表 6-27 時間外の救急外来を受診した医療機関を選んだ理由 [複数回答]  
[記入者 保護者]

	人数	割合
休日または夜間診療をしていたから	29人	43.9%
大病院だから	18人	27.3%
最も近かったから	14人	21.2%
日ごろ診てもらっている先生がいるから	14人	21.2%
診てもらいたい診療科があったから	13人	19.7%
診てもらいたい時間にあいていたから	8人	12.1%
自分の病状に合う医療機関が他になかったから	4人	6.1%
その他	18人	27.3%
無回答	0人	0.0%
全 体	66人	

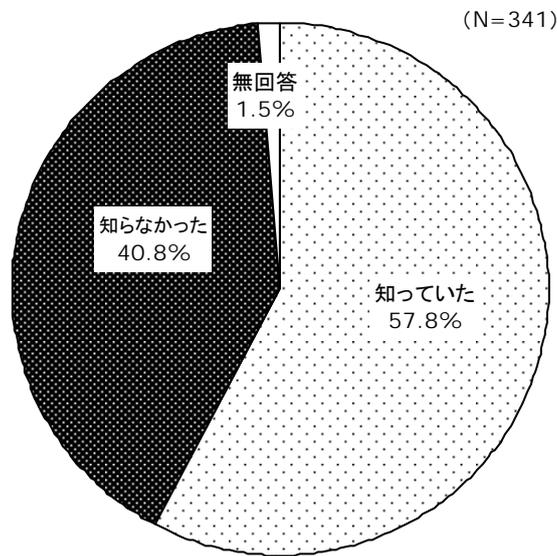
図表 6-28 時間外の救急外来を受診した医療機関を選んだ理由「その他」の内訳

	人数	割合
他の医療機関からの紹介・指示があったため	5人	7.6%
近隣の医療機関で受け入れてもらえなかったから	3人	4.5%
以前に受診したことがあったから	3人	4.5%
近隣の医療機関の待ち時間が長いから	1人	1.5%
検査ができるから	1人	1.5%
安心できる病院だから	1人	1.5%
ホームページで見つけたから	1人	1.5%
無回答	3人	4.5%
全 体	66人	

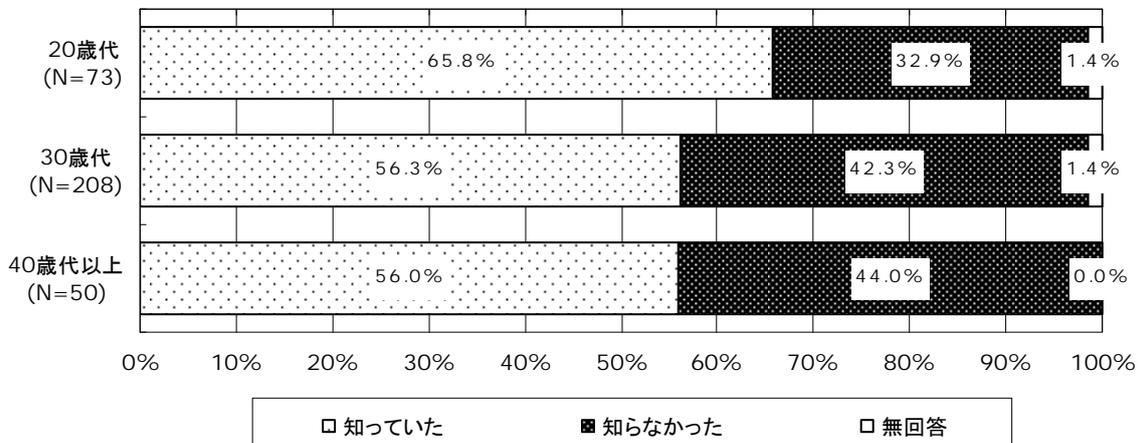
図表 6-29 今回の時間外の救急外来を受診した医療機関以外で休日・夜間にあいている診療所があった場合の受診意向  
 [記入者 保護者]



図表 6-30 小児救急電話相談（#8000）の認知の有無  
 [記入者 保護者]



図表 6-31 保護者の年齢階級別の小児救急電話相談（#8000）の認知の有無  
 [記入者 保護者の年齢：保護者、小児救急電話相談（#8000）の認知：保護者]



図表 6-32 トリアージに対する意見、医療機関を受診するに当たって意識していること  
 [複数回答]

[記入者 保護者]

	人 数	割 合
緊急度に応じて診療を優先してもらえるトリアージは良い仕組みである。	49 人	45.8%
トリアージを実施する上で丁寧な説明が必要である。	16 人	15.0%
トリアージで順序が後回しになった患者への配慮が必要である（待ち時間や、待っている間の症状に対する対処法の説明など）	13 人	12.1%
近隣で夜間・休日に空いている医療機関がなく困っている。	13 人	12.1%
トリアージの仕組みに関する周知が必要である。	9 人	8.4%
トリアージがうまくなされているのか、不安を感じる。	9 人	8.4%
電話相談の活用・充実（利用時間の拡大等）が必要である。	9 人	8.4%
近隣で小児科が少なく困っている。	8 人	7.5%
待ち時間の早い段階で医療スタッフと話すことができるため、安心感が得られる。	7 人	6.5%
緊急度が高くなくとも子どもの病状が不安で救急外来を受診してしまうため、順番を後回しにされても納得できる。	5 人	4.7%
子供は急変しやすかったり、泣いたりするため、大人よりも優先して診療してもらいたい。	4 人	3.7%
トリアージは混雑時のみでもよいのではないか。	3 人	2.8%
トリアージ後の急変時の対応に不安がある。	2 人	1.9%
その他	8 人	7.5%
全 体	107 人	

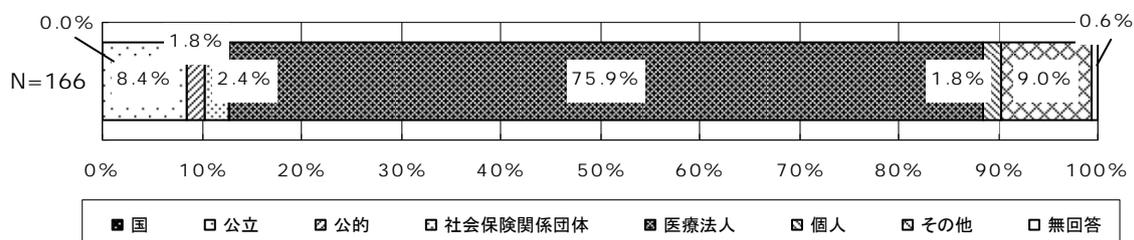
※トリアージに対する意見、医療機関を受診するに当たって意識していることについて回答のあった 107 人の自由回答をカテゴリ化した上での集計

## 7. 連携病院票の結果概要

### (1) 回答病院の概況

#### ① 開設者

図表 7-1 開設者



#### ② 病床の状況

図表 7-2 1施設当たりの病床の状況

	施設数	平成 21 年 10 月			平成 22 年 10 月		
		許可病床数	病床利用率	平均在院日数	許可病床数	病床利用率	平均在院日数
一般病床	149 件	79.6 床	81.7%	45.9	79.5 床	82.2%	35.7
医療療養病床	154 件	58.7 床	88.5%	333.7	59.7 床	89.5%	296.0
介護療養病床	44 件	41.9 床	93.1%	461.1	41.0 床	89.4%	491.5
その他	30 件	80.7 床			79.4 床		

※有効回答のあった施設について集計

## (2) 救急病院との連携状況

### ① 他院から転院してきた患者の受け入れ先、加算算定の状況

図表 7-3 他院から転院してきた患者の受け入れ先、加算算定の状況

		平成 21 年 10 月		平成 22 年 10 月	
		人数	割合	人数	割合
転院してきた患者数（他院で緊急入院していた者に限る）		1098 人	100.0%	1160 人	100.0%
受け入れた病棟等	① 新生児特定集中治療室	0 人	0.0%	0 人	0.0%
	② 新生児治療回復室 <sup>注</sup>	0 人	0.0%	0 人	0.0%
	③ 障害児施設	1 人	0.1%	5 人	0.4%
	④ ハイケアユニット	0 人	0.0%	0 人	0.0%
	⑤ ①～④以外の一般病棟	825 人	75.1%	865 人	74.6%
	⑥ 療養病棟	107 人	9.7%	138 人	11.9%
	⑦ ①～⑥以外の病棟	165 人	15.0%	152 人	13.1%
加算	① 超重症児（者）入院診療加算	11 人	1.0%	12 人	1.0%
	② 準超重症児（者）入院診療加算	3 人	0.3%	7 人	0.6%
	③ 重症児（者）受入連携加算			3 人	0.3%
	④ 救急・在宅等支援療養病床初期加算			103 人	8.9%

※有効回答のあった 129 施設について集計

### ② 療養病棟に入院又は転院してきた患者の直前の居場所

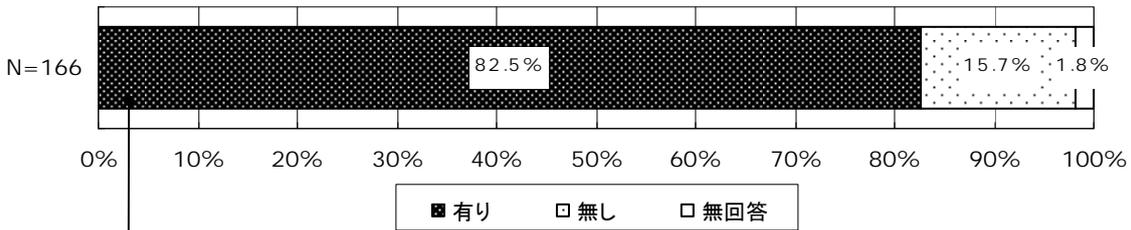
図表 7-4 療養病棟に入院又は転院してきた患者の直前の居場所

		平成 21 年 10 月		平成 22 年 10 月	
		人数	割合	人数	割合
入院・転院してきた患者数		766 人	100.0%	802 人	100.0%
直前の居場所	① 自宅	360 人	47.0%	352 人	43.9%
	② 他の医療機関の新生児特定集中治療室	11 人	1.4%	0 人	0.0%
	③ 他の医療機関の新生児治療回復室	0 人	0.0%	0 人	0.0%
	④ 他の医療機関のその他の一般病棟	250 人	32.6%	296 人	36.9%
	⑤ 他の医療機関の療養病棟	10 人	1.3%	14 人	1.7%
	⑥ 他の医療機関のその他の病棟	3 人	0.4%	7 人	0.9%
	⑦ 特別養護老人ホーム	33 人	4.3%	30 人	3.7%
	⑧ 老人保健施設	73 人	9.5%	55 人	6.9%
	⑨ その他の施設	26 人	3.4%	48 人	6.0%
うち、救急・在宅等支援療養病床初期加算の算定患者数				131 人	16.3%

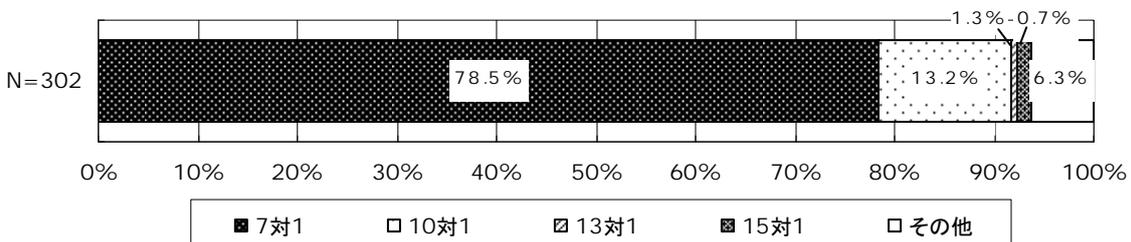
※有効回答のあった 88 施設について集計

### (3) 救急搬送患者地域連携受入加算の届け出状況

図表 7-5 施設基準の届け出の有無



図表 7-6 連携医療機関の入院基本料の状況



※施設基準の届け出をしている施設 137 施設のうち有効回答のあった 130 施設（連携先医療機関数 302 施設）について集計

### (4) 慢性期病棟等退院調整加算の算定状況

図表 7-7 慢性期病棟等退院調整加算の算定状況

	平成 21 年 10 月		平成 22 年 10 月	
	人数	割合	人数	割合
① 在宅への退院患者	2512 人	100.0%	2591 人	100.0%
【再掲】退院調整加算の算定患者	158 人	6.3%		
【再掲】慢性期病棟等退院調整加算 1 の算定患者			34 人	1.3%
【再掲】慢性期病棟等退院調整加算 2 の算定患者			16 人	0.6%

※有効回答のあった 115 施設について集計

	平成 21 年 10 月		平成 22 年 10 月	
	人数	割合	人数	割合
② 他の病院への転院患者	300 人	100.0%	312 人	100.0%
【再掲】退院調整加算の算定患者	17 人	5.7%		
【再掲】慢性期病棟等退院調整加算 1 の算定患者			5 人	1.6%
【再掲】慢性期病棟等退院調整加算 2 の算定患者			8 人	2.6%

※有効回答のあった 105 施設について集計

	平成 21 年 10 月		平成 22 年 10 月	
	人数	割合	人数	割合
③ 有床診療所への転院患者	52 人	100.0%	55 人	100.0%
【再掲】退院調整加算の算定患者	11 人	21.2%		
【再掲】慢性期病棟等退院調整加算 1 の算定患者			1 人	1.8%
【再掲】慢性期病棟等退院調整加算 2 の算定患者			0 人	0.0%

※有効回答のあった 98 施設について集計

	平成 21 年 10 月		平成 22 年 10 月	
	人数	割合	人数	割合
④ 介護施設等の転院患者	417 人	100.0%	396 人	100.0%
【再掲】退院調整加算の算定患者	78 人	18.7%		
【再掲】慢性期病棟等退院調整加算 1 の算定患者			27 人	6.8%
【再掲】慢性期病棟等退院調整加算 2 の算定患者			12 人	3.0%

※有効回答のあった 115 施設について集計

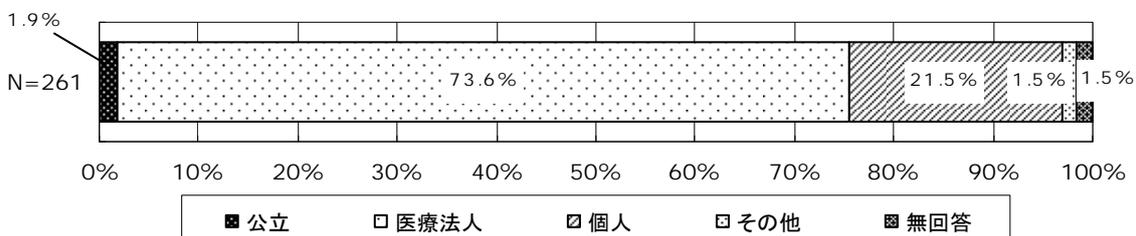
(5) その他

自由回答	
1.	当院は一般病棟と療養病棟があり、他の急性期、救急医療機関からの受け入れよりも近隣の診療所との連携による受け入れや外来から入院するケースが多い状況です。救急医療機関の実態はわかりませんが、問5の加算の7日間での転院という要件を満たすのは困難ではないでしょうか。高齢者はこの点数の対象ではないのだと感じられます。救急の点数を作り救急分野を手厚くしたという建前上の点数であり、実際に算定する(できる)医療機関は少ないと思います。
2.	夜間の救急指定病院(一次救急)の患者受け入れを積極的に行ってほしい。
3.	当院は出来る限りの救急車の受け入れに対応しておりますが、無保険および未収金の関係で大変苦勞しております。行政の方で何とか対応をしていただきたいものです。(保険者、徴収等)
4.	医師不足により、十分な救急医療の構築ができず苦慮している。
5.	超急性期病院から在宅へ帰ることが可能な患者はあまり紹介されてこない。病状の改善が期待できない患者が多いため、ベッド回転率が低くなってしまふ。連携といっても保険点数に影響される現状がある。
6.	当病院は、平成20年度にDPC対象病院となり、二次救急医療機関として年間約3,000件の救急車を受け入れている救急告示病院です。平成20年度診療報酬改定で新設された「救急医療管理加算」は、算定基準(特に重症度)を明確にすることが望ましいと考えます。また、平成22年度診療報酬改定では、DPC機能評価係数が新設され「救急医療係数」が付加されたことは、救急医療を担う医療機関として今後も継続して頂きたい項目の一つです。救急医療の評価のあり方については、DPC制度上、入院後、一定期間の出来高算定方式を導入するなど、医師確保等の諸問題を抱える医療現場を充実させる意味でも、更なる評価について再考をお願いしたいと思います。現医療制度において、大病院が多く存在する大都市の病院と、存続の危機に陥っている地方の病院が同じ条件で評価されていることも課題の一つです。今後、本国の救急医療現場が更に活性化し発展を遂げていくことを切に願っております。
7.	救急搬送患者地域受け入れ患者が未だに0人です。現在の基準(日数等)が厳しすぎる。実際に運用できる基準に変更ほしい。
8.	救急医療は基幹病院のみで行われているわけではなく、そのサテライト病院が重要なポイントと考えております。基幹病院のたらい回しをなくすための、民間病院への規制緩和なくして救急は続けていくことは困難です。既に、救急指定をやめる民間病院が減り、40以下になりつつあります。ご考慮のほどお願いします。
9.	救急患者に対して療養病棟でも出来高算定ができるようにしてもらわないと十分な対応ができない。

## 8. 有床診療所票の結果概要

### (1) 回答診療所の概況

図表 8-1 開設者



### (2) 救急病院との連携状況

#### ① 他院から転院してきた患者の受け入れ先、加算算定の状況

図表 8-2 他院から転院してきた患者の受け入れ先、加算算定の状況

	平成 21 年 10 月		平成 22 年 10 月	
	人数	割合	人数	割合
転院してきた患者数（他院で緊急入院していた者に限る）	34 人		59 人	100.0%
加算	① 超重症児（者）入院診療加算		0 人	0.0%
	② 準超重症児（者）入院診療加算		0 人	0.0%
	③ 重症児（者）受入連携加算		29 人	49.2%
	④ 救急・在宅等支援療養病床初期加算		2 人	3.4%

※有効回答 191 施設での集計

#### ② 一般病床に入院又は転院してきた患者の直前の居場所

図表 8-3 一般病床に入院又は転院してきた患者の直前の居場所

	平成 21 年 10 月		平成 22 年 10 月		
	人数	割合	人数	割合	
入院・転院してきた患者数	2,579 人	100.0%	2,594 人	100.0%	
直前の居場所	① 自宅	2,222 人	86.2%	2,237 人	86.2%
	② 他の医療機関の新生児特定集中治療室	0 人	0.0%	0 人	0.0%
	③ 他の医療機関の新生児治療回復室 <sup>注</sup>	1 人	0.0%	0 人	0.0%
	④ 他の医療機関のその他の一般病棟	143 人	5.5%	161 人	6.2%
	⑤ 他の医療機関の療養病棟	19 人	0.7%	11 人	0.4%
	⑥ 他の医療機関のその他の病棟	27 人	1.0%	24 人	0.9%
	⑦ 特別養護老人ホーム	36 人	1.4%	45 人	1.7%
	⑧ 老人保健施設	52 人	2.0%	41 人	1.6%
	⑨ その他の施設	49 人	1.9%	59 人	2.3%
うち、有床診療所一般病床初期加算の算定患者数			1,324 人	51.0%	

※有効回答 231 施設での集計

### ③療養病床に入院又は転院してきた患者の直前の居場所

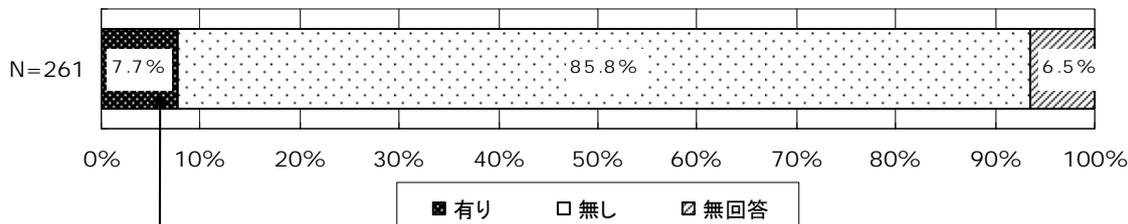
図表 8-4 療養病床に入院又は転院してきた患者の直前の居場所

		平成 21 年 10 月		平成 22 年 10 月	
		人数	割合	人数	割合
入院・転院してきた患者数		125 人	100.0%	140 人	100.0%
直前の居場所	① 自宅	58 人	46.4%	67 人	47.9%
	② 他の医療機関の新生児特定集中治療室	0 人	0.0%	0 人	0.0%
	③ 他の医療機関の新生児治療回復室 <sup>注</sup>	0 人	0.0%	0 人	0.0%
	④ 他の医療機関のその他の一般病棟	28 人	22.4%	36 人	25.7%
	⑤ 他の医療機関の療養病棟	16 人	12.8%	17 人	12.1%
	⑥ 他の医療機関のその他の病棟	4 人	3.2%	5 人	3.6%
	⑦ 特別養護老人ホーム	0 人	0.0%	0 人	0.0%
	⑧ 老人保健施設	9 人	7.2%	6 人	4.3%
	⑨ その他の施設	5 人	4.0%	2 人	1.4%
うち、救急・在宅等支援療養病床初期加算の算定患者数				33 人	23.6%

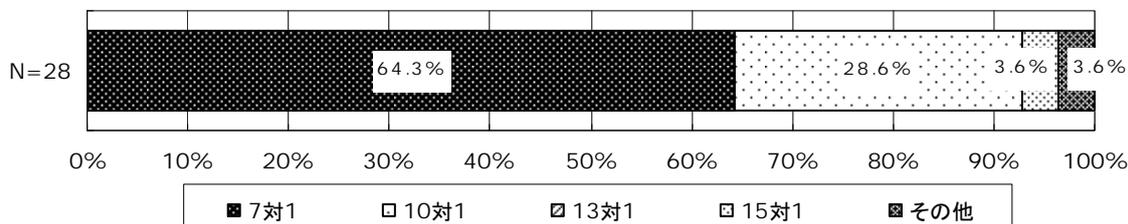
※有効回答 188 施設での集計

### (3) 救急搬送患者地域連携受入加算の届け出状況

図表 8-5 施設基準の届け出の有無



図表 8-6 連携医療機関の入院基本料の状況



施設基準の届け出をしている施設 20 施設のうち有効回答のあった 15 施設（連携先医療機関数 28 施設）について集計

#### (4) 救急医療に関する意見

- ・近隣に小児科医が少なく救急搬送ができない状態です。三次医療機関まで2時間半かかるため、緊急な搬送が困難です。
- ・有床診療所の診療報酬の更なる改善、増額を求めます。現行では、医師・看護師等の適正な人件費を供することも不完全です。休日・夜間、不眠の場合もかなり多いのが現状です。
- ・看護師不足で、救急医療は不可能です。
- ・有床医療所の特徴を活かして救急の患者を受け入れたいと思うが、現在の入院基本料では、厚労省の要求する施設基準を満たすことは無理である。
- ・時間内外ともに一次救急程度は対応しているが、職員数に限りがあり対応不可のこともある。
- ・自院で行う場合は職員の問題があり、応救急診療所に出向いて行う場合は、その体制づくりは自治体でやらなければいけないという問題がある。看護師、レントゲン技師、検査技師等をどう確保するのかという問題も出てくる。・また後方支援病院の確保の問題もある。
- ・全科備えた24時間体制の一次救急施設を設置し、トリアージを行うと良い。
- ・当院は循環器疾患を24時間救急対応していますが、有床診療所のため病床数に限りがあります。直接の自宅退院が無理な場合や循環器科以外の合併症のある場合に転院先を探すのが困難なことがあり、受け皿となっただけの医療機関との連携が非常に重要であると考えます。

平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成22年度調査）  
外来管理加算の要件見直し及び地域医療貢献加算創設の影響調査

## 1. 目的

- ・外来管理加算及び地域医療貢献加算について、保険医療機関の診療体制・診療内容の現状、患者の意識等を把握する。

### 〈調査のねらい〉

#### （1）施設調査

- 外来診療の状況はどうか。
  - ・1か月間の診療件数等はどのくらいか。
  - ・外来診療に対する加算の算定状況はどうか。
  - ・外来管理加算の算定患者に対する診療状況はどうか。
- 外来管理加算の算定要件見直しについてどう考えるか。
  - ・外来管理加算の見直しによる影響はどうか。
  - ・外来管理加算の見直しに対する考えはどうか。
- 地域医療貢献加算の算定状況はどうか。
  - ・地域医療貢献加算の算定状況はどうか。
  - ・地域医療貢献加算についてどう考えるか。
- 時間外診療の状況はどうか。
  - ・診療時間外の対応状況及び対応体制はどうか。
  - ・診療時間外の対応は、どの程度の件数で、またどのような対応をしたか。

#### （2）患者調査

- 患者の診療内容に対する考え方はどうか。
  - ・診療内容はどのようなものであったか。
  - ・診療の際、どのような説明が必要と考えるか。
- 患者の時間外診療に対する考え方はどうか。
  - ・時間外診療体制に対する認知度はどのようなものか。
  - ・診療所における時間外診療に対する考え方はどのようなものか。
  - ・診療所での時間外診療を受けたことがあるか。

## 2. 調査対象・方法

### ■ 調査対象

#### 〈施設調査〉

- ・施設調査として、①病院調査、②一般診療所調査（地域医療貢献加算有り）、③一般診療所調査（地域医療貢献加算無し）を実施する。
- ・全国の病院のうち、外来管理加算の算定対象となりうる200床未満の病院を調査対象とする。
- ・診療所については、全国の一般診療所のうち、地域医療貢献加算の有り、無しを判別し、それぞれを調査対象とする。
- ・調査客体数は、病院1200施設、一般診療所（地域医療貢献加算有り）1200施設、一般診療所（地域医療貢献加算無し）1200施設を調査対象とする。

### <患者調査>

- ・上記施設調査の対象施設を調査日に受診・利用した患者を調査対象とする。
- ・病院については、外来管理加算の算定患者 4 名、未算定患者 4 名を、診療所は 1 施設につき外来管理加算の算定患者 2 名、未算定患者 2 名を本調査の対象とする。

### ■ 調査方法

- ・施設調査は、自記式調査票の郵送配布・回収とする。
- ・患者調査は、自記式調査票とする。配布は施設調査の対象施設を通すが、回収は事務局宛の返信用封筒を用いた直接回収（施設を経由しない）とする。

## 3. 調査項目

### (1) 施設調査

#### ① 病院調査

区 分	内 容
施設属性項目	<ul style="list-style-type: none"><li>・開設者、許可病床数、職員数の状況</li><li>・外来担当医師数、外来診療を行っている診療科</li></ul>
調 査 項 目	<ul style="list-style-type: none"><li>・診療科別の外来患者延べ人数、時間外加算・深夜加算・休日加算等件数、外来管理加算算定回数（平成 22 年 10 月）</li><li>・外来患者延べ人数、時間外加算・深夜加算・休日加算等件数、外来管理加算算定回数（平成 21 年 10 月、平成 19 年 10 月）</li><li>・地域連携小児夜間・休日診療料 1、地域連携小児夜間・休日診療料 2、地域連携小児夜間・休日診療料院内トリアージ加算、地域連携夜間・休日診療料の届出状況と算定回数（平成 22 年 10 月、平成 21 年 10 月、平成 19 年 10 月）</li><li>・外来管理加算の算定状況</li><li>・外来管理加算を算定している患者に対して概ね行っている診療内容</li><li>・処置やリハビリテーション等を行わず計画的な医学管理を行っているものの、外来管理加算を算定していない患者の有無</li><li>・外来管理換算を算定しない患者について、算定を行っていない理由</li><li>・外来管理加算算定患者についての 1 人当り直接診療時間</li><li>・外来管理加算の算定要件の見直しによる変化について</li><li>・外来管理加算の算定要件見直しに係る認知状況</li><li>・外来管理加算の算定要件の各見直し事項に対する評価・意見</li><li>・休日・夜間における患者からの問合せや受診の変化について</li></ul>

② 一般診療所調査

区 分	内 容
属 性 項 目	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 開設者、病床数の有無</li> <li>・ 在宅療養支援診療所の届出状況</li> <li>・ 職員数、外来担当医師数</li> <li>・ 外来診療を行っている診療科、主たる診療科</li> </ul>
調 査 項 目	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 主たる診療科の各曜日の診療の有無、表示診療時間</li> <li>・ 主たる診療科の外来患者延べ人数、時間外加算・深夜加算・休日加算等件数、外来管理加算算定回数（平成 22 年 10 月、平成 21 年 10 月、平成 19 年 10 月）</li> <li>・ 地域連携小児夜間・休日診療料 1、地域連携小児夜間・休日診療料 2、地域連携小児夜間・休日診療料院内トリアージ加算、地域連携夜間・休日診療料の届出状況と算定回数（平成 22 年 10 月、平成 21 年 10 月、平成 19 年 10 月）</li> <li>・ 外来管理加算の算定状況</li> <li>・ 外来管理加算を算定している患者に対して概ね行っている診療内容</li> <li>・ 処置やリハビリテーション等を行わず計画的な医学管理を行っているものの、外来管理加算を算定していない患者の有無</li> <li>・ 外来管理換算を算定しない患者について、算定を行っていない理由</li> <li>・ 外来管理加算算定患者についての 1 人当り直接診療時間</li> <li>・ 外来管理加算の算定要件の見直しによる変化について</li> <li>・ 外来管理加算の算定要件見直しに係る認知状況</li> <li>・ 外来管理加算の算定要件の各見直し事項に対する評価・意見</li> <li>・ 地域医療貢献加算に関する施設基準の届出状況</li> <li>・ 届出にあたり時間外対応等について変更を加えた点、診療時間外の対応件数の変化</li> <li>・ 届出を行わない理由、今後の予定</li> <li>・ 診療時間外における電話による問合せを受ける体制について</li> <li>・ 診療時間外における問合せの連絡手段について</li> <li>・ 診療時間外における問合せへの対応内容について</li> <li>・ 診療時間外における問合せへの直ぐの対応が難しい場合の方法</li> <li>・ 診療時間外における問合せへの対応に係る人員体制</li> <li>・ 診療時間外における問合せの連絡先・対応可能時間等の周知方法</li> <li>・ 地域医療貢献加算の創設に関する意見</li> <li>・ 診療時間外の対応に係る具体的な内容（診療総件数、問合せ受付件数、診療件数、問合せ内容など）</li> <li>・ 外来管理加算、地域医療貢献加算についての課題について</li> </ul>

## (2) 患者調査

### ① 病院

区 分	内 容
属 性 項 目	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 性別、年齢</li> <li>・ 受診した診療科、病気</li> <li>・ 医療機関への通院頻度、通院するようになってからの期間</li> </ul>
調 査 項 目	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 調査対象：平成 22 年 3 月以前から通院している患者               <ul style="list-style-type: none"> <li>－ 担当医と病状の変化について</li> <li>－ 問診や身体診察は丁寧になったか</li> <li>－ 医師からの（症状、治療方針、処方薬についての）説明はわかりやすくなったか</li> <li>－ 相談に応じてくれるか</li> <li>－ 診察時間や診察までの待ち時間の変化について</li> </ul> </li> <li>・ 調査対象：全員               <ul style="list-style-type: none"> <li>－ 来院の目的、医師から受けた診察内容</li> <li>－ 診察内容に対する満足度</li> <li>－ 診療時間の長さについて</li> <li>－ 問診や身体診察、医師からの説明内容は丁寧になったか</li> <li>－ 医師からの説明内容に関する理解度</li> <li>－ 外来管理加算についての認知状況</li> <li>－ 懇切丁寧な説明として行ってほしいこと</li> </ul> </li> </ul>

### ② 一般診療所（地域医療貢献加算届出あり）

区 分	内 容
属 性 項 目	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 性別、年齢</li> <li>・ 受診した診療科、病気</li> <li>・ 医療機関への通院頻度、通院するようになってからの期間</li> </ul>
調 査 項 目	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 調査対象：平成 22 年 3 月以前から通院している患者               <ul style="list-style-type: none"> <li>－ 担当医、病状の変化について</li> <li>－ 問診や身体診察は丁寧になったか</li> <li>－ 医師からの（症状、治療方針、処方薬についての）説明はわかりやすくなったか</li> <li>－ 相談に応じてくれるか</li> <li>－ 診察時間や診察までの待ち時間の変化について</li> </ul> </li> <li>・ 調査対象：全員               <ul style="list-style-type: none"> <li>－ 来院の目的、医師から受けた診察内容</li> <li>－ 診察内容に対する満足度</li> <li>－ 診療時間の長さについて</li> <li>－ 問診や身体診察、医師からの説明内容は丁寧になったか</li> <li>－ 医師からの説明内容に関する理解度</li> <li>－ 外来管理加算についての認知状況</li> <li>－ 懇切丁寧な説明として行ってほしいこと</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>－ 時間外対応体制による支払額が異なること、当該対応に係る認知状況</li> <li>－ 時間外の電話対応に係る情報を知ったきっかけ</li> <li>－ 時間外の電話対応に対する評価</li> <li>－ 時間外に診察を受けた経験とその時の医師・職員の対応状況</li> <li>－ 身近な医療機関が時間外に急病時の電話対応をすることについて</li> </ul>
--	--

③一般診療所（地域医療貢献加算届出なし）

区 分	内 容
属 性 項 目	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 性別、年齢</li> <li>・ 受診した診療科、病気</li> <li>・ 医療機関への通院頻度、通院するようになってからの期間</li> </ul>
調 査 項 目	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 調査対象：平成 22 年 3 月以前から通院している患者 <ul style="list-style-type: none"> <li>－ 担当医、病状の変化について</li> <li>－ 問診や身体診察は丁寧になったか</li> <li>－ 医師からの（症状、治療方針、処方薬についての）説明はわかりやすくなったか</li> <li>－ 相談に応じてくれるか</li> <li>－ 診察時間や診察までの待ち時間の变化について</li> </ul> </li> <li>・ 調査対象：全員 <ul style="list-style-type: none"> <li>－ 来院の目的、医師から受けた診察内容</li> <li>－ 診察内容に対する満足度</li> <li>－ 診療時間の長さについて</li> <li>－ 問診や身体診察、医師からの説明内容は丁寧になったか</li> <li>－ 医師からの説明内容に関する理解度</li> <li>－ 外来管理加算についての認知状況</li> <li>－ 懇切丁寧な説明として行ってほしいこと</li> <li>－ 時間外の電話対応に係る認知状況</li> <li>－ 時間外の電話対応に係る情報を知ったきっかけ</li> <li>－ 時間外の電話対応に対する評価</li> <li>－ 時間外に診察を受けた経験とその時の医師・職員の対応状況</li> <li>－ 身近な医療機関が時間外に急病時の電話対応をすることについて</li> </ul> </li> </ul>

## 4. 結果概要

### (1) 回収状況

図表 1-1 回収状況

調査種別	発送数	有効回収数	回収率
施設調査 病院調査票	1,200 件	423 件	35.3%
一般診療所調査票（届出あり）	1,200 件	389 件	32.4%
一般診療所調査票（届出なし）	1,200 件	339 件	28.3%
患者調査 病院		1,498 件	
一般診療所（届出あり）		706 件	
一般診療所（届出なし）		526 件	

※ 平成 23 年 2 月 8 日現在

※ 患者調査票は、病院には 8 部、一般診療所には 4 部を同封・送付した。同封・送付した調査票件数を発送数とした場合は、患者調査票の回収率は病院は 15.6%、一般診療所（届出あり）は 14.7%、一般診療所（届出なし）は 11.0%となる。

## (2) 施設調査

### ■ 回答医療機関の概況

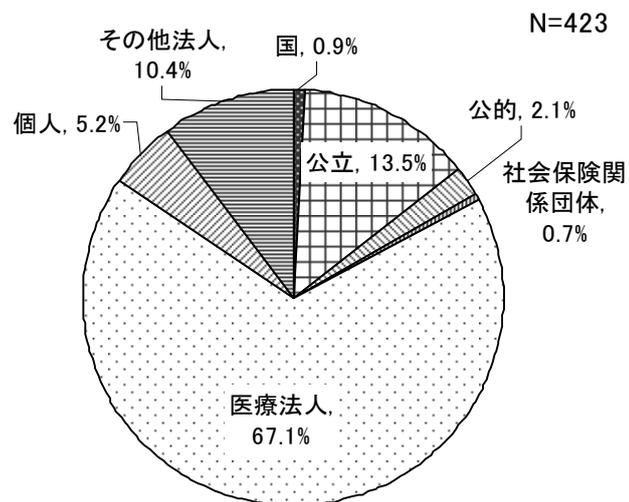
#### ① 設置主体

##### ◆ 病院

図表 2-1 病院の設置主体

設置主体	病院数	構成比	全国値※	構成比
1 国	4	0.9%	38	0.6%
2 公立	57	13.5%	551	9.1%
3 公的	9	2.1%	91	1.5%
4 社会保険関係団体	3	0.7%	36	0.6%
5 医療法人	284	67.1%	4,420	73.1%
6 個人	22	5.2%	407	6.7%
7 その他法人	44	10.4%	504	8.3%
<b>合計</b>	<b>423</b>	<b>100.0%</b>	<b>6,047</b>	<b>100.0%</b>

※病床数が200床未満のもの。平成21年医療施設調査による。

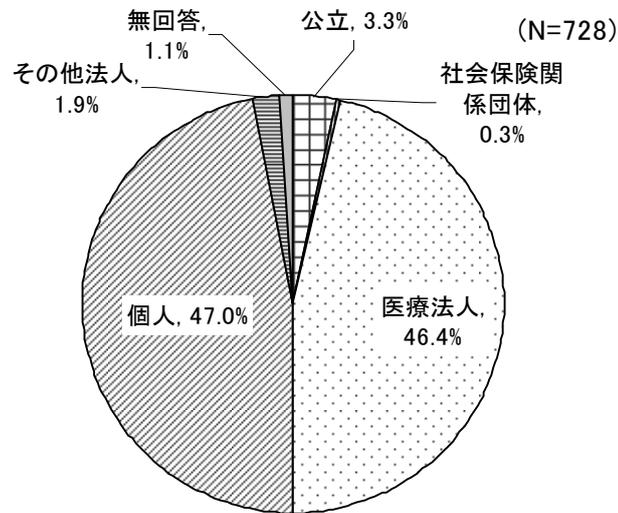


◆一般診療所

図表 2-2 一般診療所の設置主体

	診療所数	構成比	全国値※	構成比
1 国	0	0.0%	600	0.6%
2 公立	24	3.3%	3,387	3.4%
3 公的	0	0.0%	320	0.3%
4 社会保険関係団体	2	0.3%	644	0.6%
5 医療法人	338	46.4%	35,341	35.5%
6 個人	342	47.0%	48,023	48.2%
7 その他法人	14	1.9%	11,320	11.4%
無回答	8	1.1%	—	—
<b>合計</b>	<b>728</b>	<b>100.0%</b>	<b>99,635</b>	<b>100.0%</b>

※平成21年医療施設調査による。

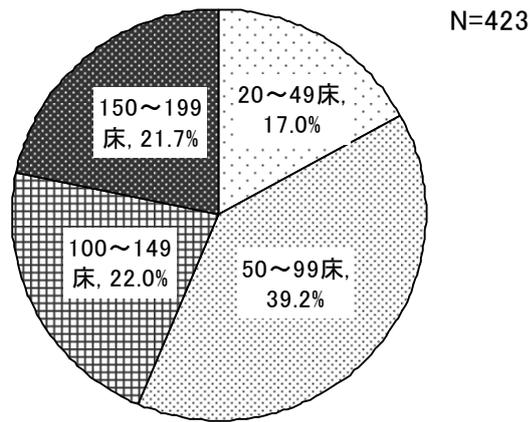


② 病床の状況

◆ 病院

図表 2-3 病院の病床数

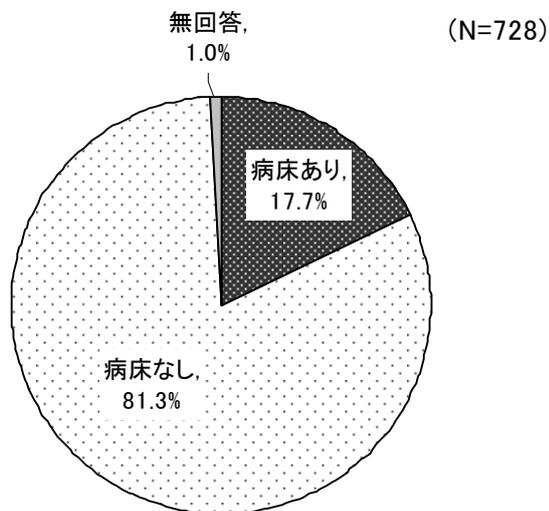
病床数	病院数	構成比	全国値※	構成比
20～49床	72	17.0%	1,026	17.0%
50～99床	166	39.2%	2,270	37.5%
100～149床	93	22.0%	1,432	23.7%
150～199床	92	21.7%	1,319	21.8%
合計	423	100.0%	6,047	100.0%
平均病床数		99.4床		—



◆ 一般診療所

図表 2-4 一般診療所の病床の有無

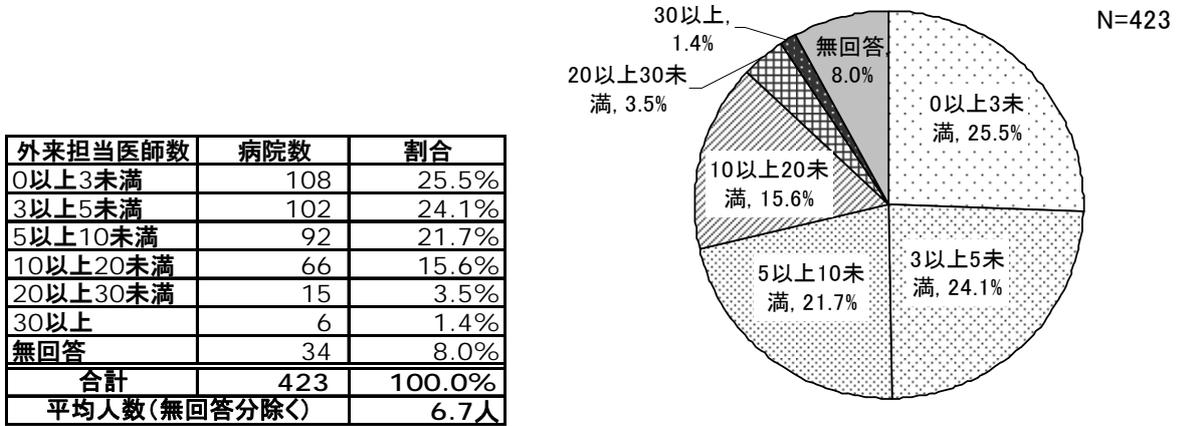
診療所数	実数	構成比
1 病床あり	129	17.7%
2 病床なし	592	81.3%
無回答	7	1.0%
合計	728	100.0%



③ 外来担当医師数

◆病院

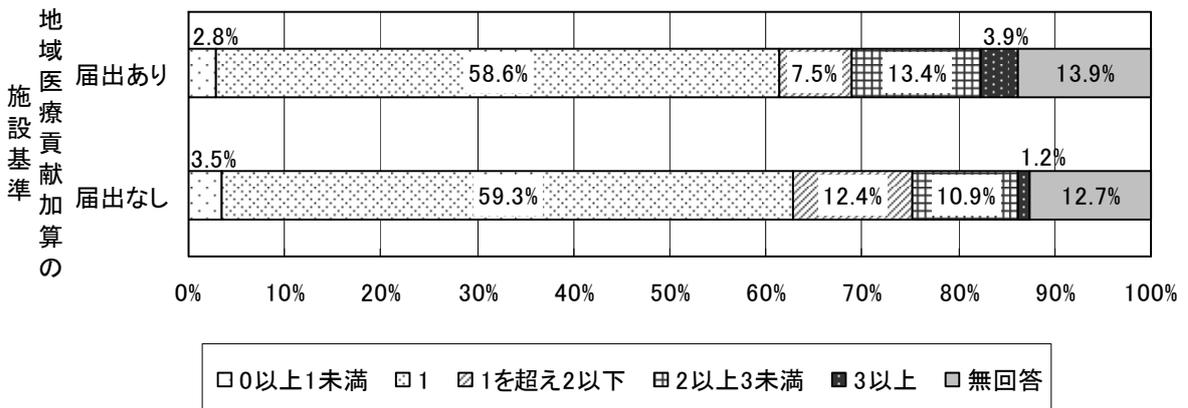
図表 2-5 病院の外来担当医師数（常勤換算）



◆一般診療所

図表 2-6 一般診療所の外来担当医師数（常勤換算）

外来担当医師数	診療所数	構成比	診療所数	構成比
0以上1未満	11	2.8%	12	3.5%
1	228	58.6%	201	59.3%
1を超え2以下	29	7.5%	42	12.4%
2以上3未満	52	13.4%	37	10.9%
3以上	15	3.9%	4	1.2%
無回答	54	13.9%	43	12.7%
合計	389	100.0%	339	100.0%
平均人数 (無回答分除く)	1.3人		1.2人	



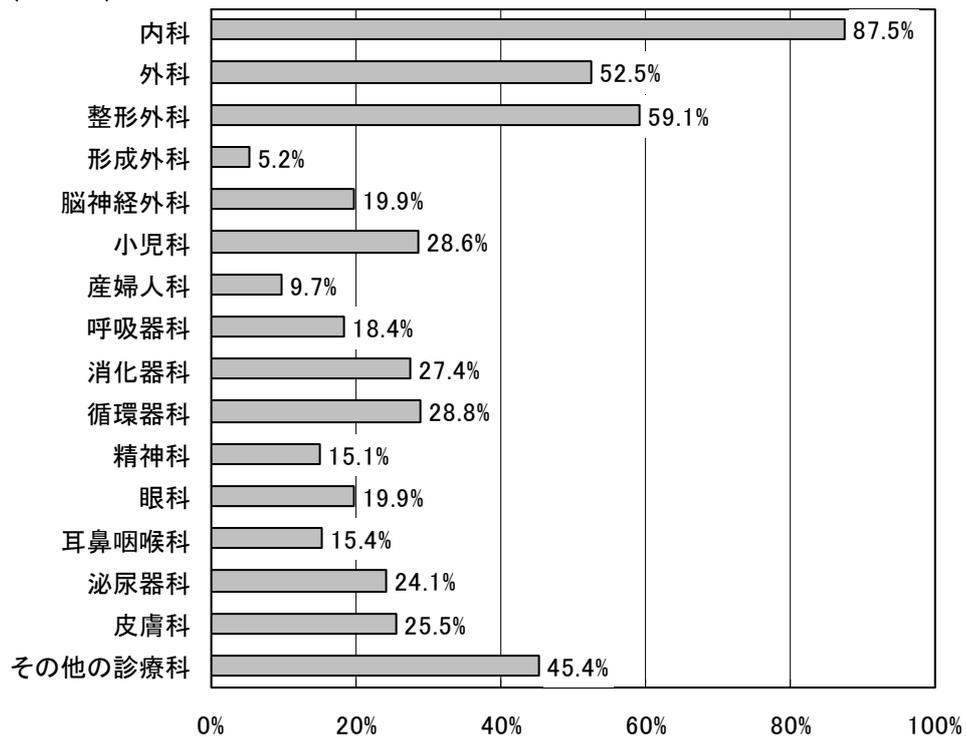
④ 診療科

◆ 病院

図表 2-7 外来を実施する診療科（病院）

診療科	病院数	割合
1 内科	370	87.5%
2 外科	222	52.5%
3 整形外科	250	59.1%
4 形成外科	22	5.2%
5 脳神経外科	84	19.9%
6 小児科	121	28.6%
7 産婦人科	41	9.7%
8 呼吸器科	78	18.4%
9 消化器科	116	27.4%
10 循環器科	122	28.8%
11 精神科	64	15.1%
12 眼科	84	19.9%
13 耳鼻咽喉科	65	15.4%
14 泌尿器科	102	24.1%
15 皮膚科	108	25.5%
16 その他の診療科	192	45.4%
<b>回収数</b>	<b>423</b>	<b>100.0%</b>

(N=423)



◆一般診療所

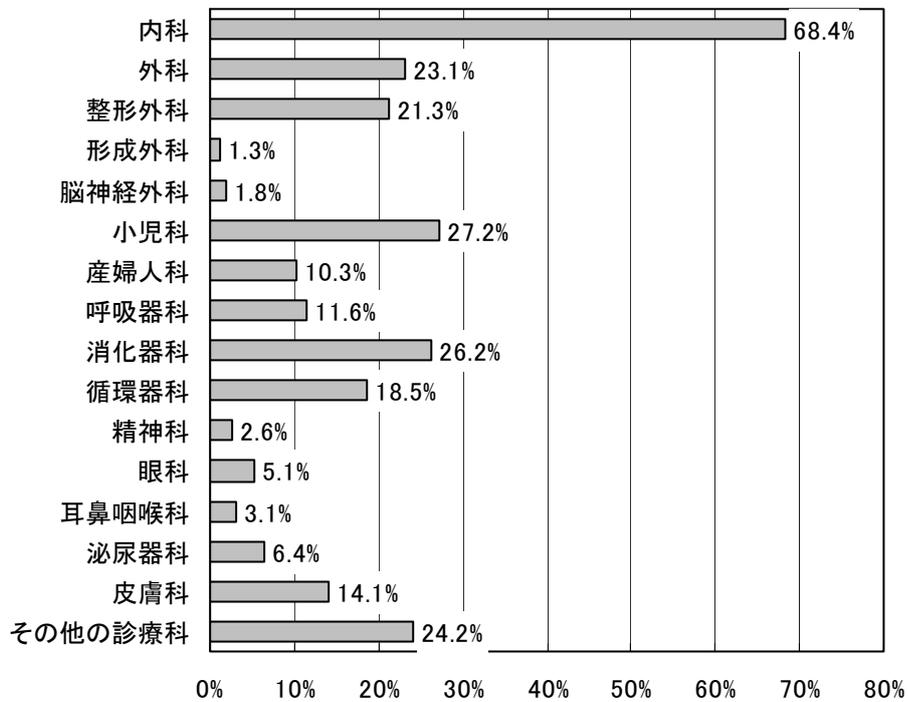
・外来を実施する診療科

図表 2-8 外来を実施する診療科（一般診療所）

診療科	地域医療貢献加算 (発送ベース)				合計 (届出に係る 無回答分含む)	
	届出あり		届出なし		診療所数	割合
	診療所数	割合	診療所数	割合		
1 内科	266	68.4%	196	57.8%	462	63.5%
2 外科	90	23.1%	47	13.9%	137	18.8%
3 整形外科	83	21.3%	45	13.3%	128	17.6%
4 形成外科	5	1.3%	4	1.2%	9	1.2%
5 脳神経外科	7	1.8%	6	1.8%	13	1.8%
6 小児科	106	27.2%	84	24.8%	190	26.1%
7 産婦人科	40	10.3%	12	3.5%	52	7.1%
8 呼吸器科	45	11.6%	18	5.3%	63	8.7%
9 消化器科	102	26.2%	60	17.7%	162	22.3%
10 循環器科	72	18.5%	36	10.6%	108	14.8%
11 精神科	10	2.6%	22	6.5%	32	4.4%
12 眼科	20	5.1%	38	11.2%	58	8.0%
13 耳鼻咽喉科	12	3.1%	24	7.1%	36	4.9%
14 泌尿器科	25	6.4%	11	3.2%	36	4.9%
15 皮膚科	55	14.1%	38	11.2%	93	12.8%
16 その他の診療科	94	24.2%	69	20.4%	163	22.4%
<b>有効回答数</b>	<b>389</b>	<b>100.0%</b>	<b>339</b>	<b>100.0%</b>	<b>728</b>	<b>100.0%</b>

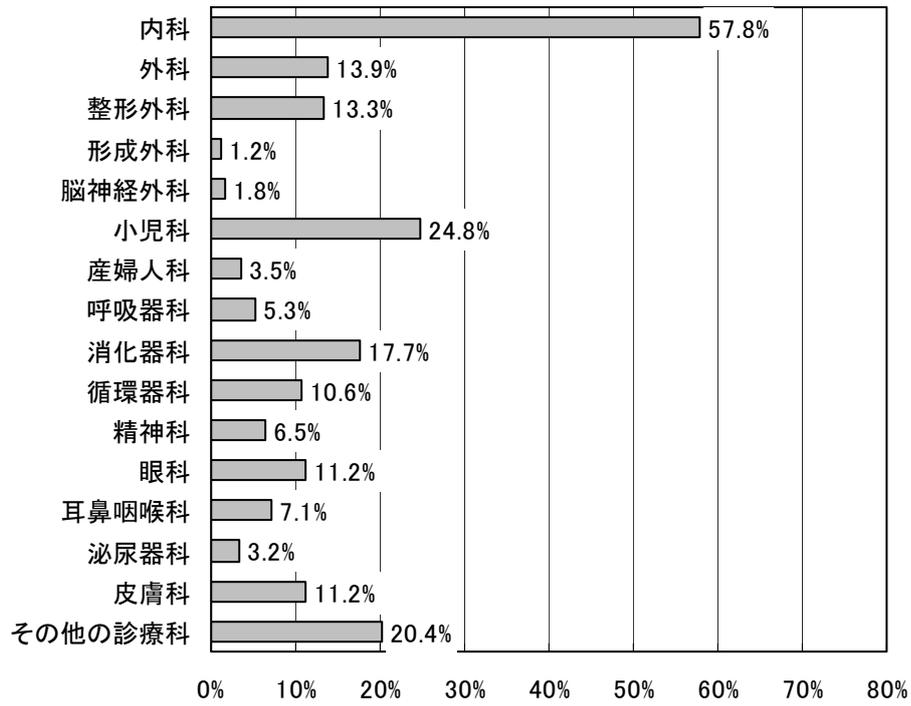
(N=389)

外来を行う診療科  
(地域医療貢献加算の施設届出のある一般診療所)



(N=339)

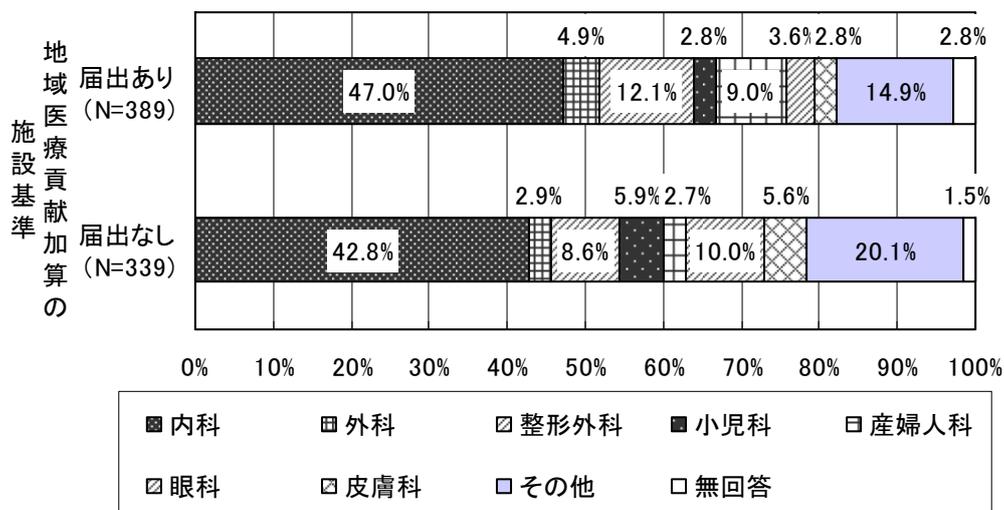
外来を行う診療科  
(地域医療貢献加算の施設届出のない一般診療所)



・主たる診療科

図表 2-9 主たる診療科（一般診療所）

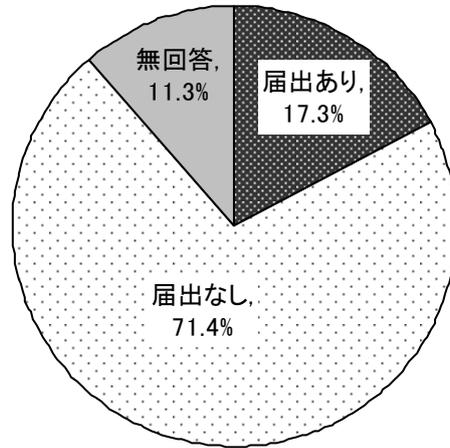
診療科	地域医療貢献加算 (発送ベース)				合計	
	届出あり		届出なし		診療所数 割合	
	診療所数	割合	診療所数	割合		
1 内科	183	47.0%	145	42.8%	328	45.1%
2 外科	19	4.9%	10	2.9%	29	4.0%
3 整形外科	47	12.1%	29	8.6%	76	10.4%
4 形成外科	2	0.5%	0	0.0%	2	0.3%
5 脳神経外科	3	0.8%	4	1.2%	7	1.0%
6 小児科	11	2.8%	20	5.9%	31	4.3%
7 産婦人科	35	9.0%	9	2.7%	44	6.0%
8 呼吸器科	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
9 消化器科	7	1.8%	8	2.4%	15	2.1%
10 循環器科	12	3.1%	3	0.9%	15	2.1%
11 精神科	5	1.3%	16	4.7%	21	2.9%
12 眼科	14	3.6%	34	10.0%	48	6.6%
13 耳鼻咽喉科	4	1.0%	19	5.6%	23	3.2%
14 泌尿器科	10	2.6%	5	1.5%	15	2.1%
15 皮膚科	11	2.8%	19	5.6%	30	4.1%
16 その他の診療科	15	3.9%	13	3.8%	28	3.8%
無回答	11	2.8%	5	1.5%	16	2.2%
合計	389	100.0%	339	100.0%	728	100.0%



⑤ 在宅療養支援診療所の届出状況（調査対象は一般診療所のみ）

図表 2-10 在宅療養支援診療所の届出状況

(N=728)



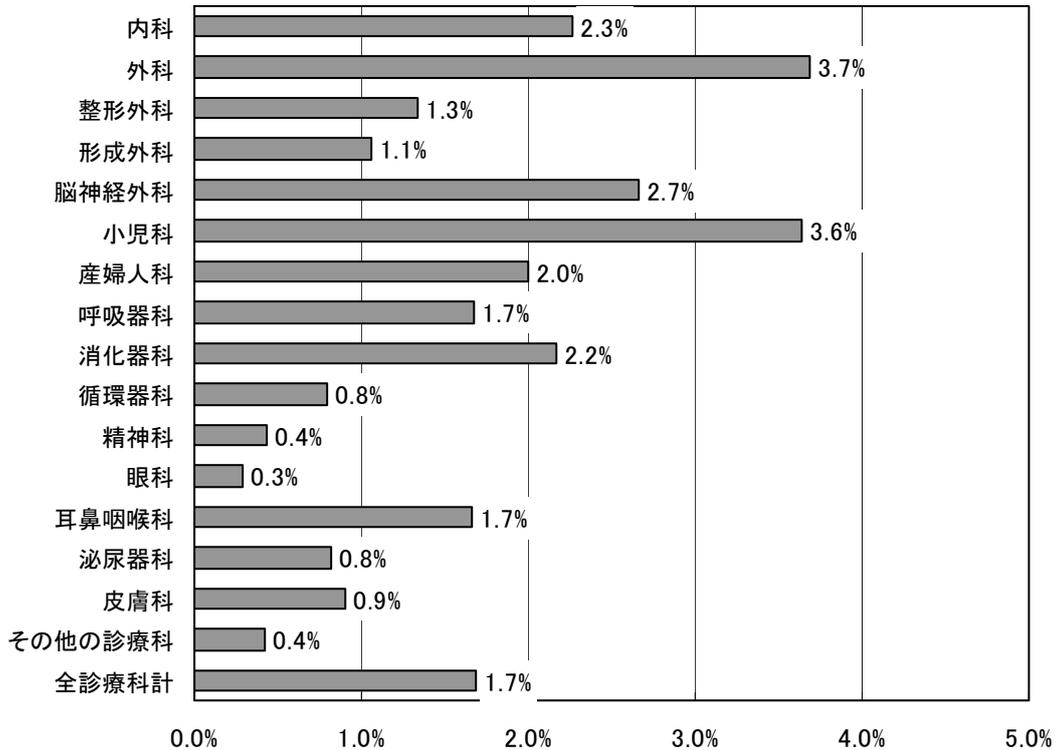
⑥ 時間外・深夜・休日加算等の算定状況

◎診療科別（平成 22 年 10 月）

◆病院

図表 2-11 診療科別 時間外・深夜・休日加算等の算定状況（病院）

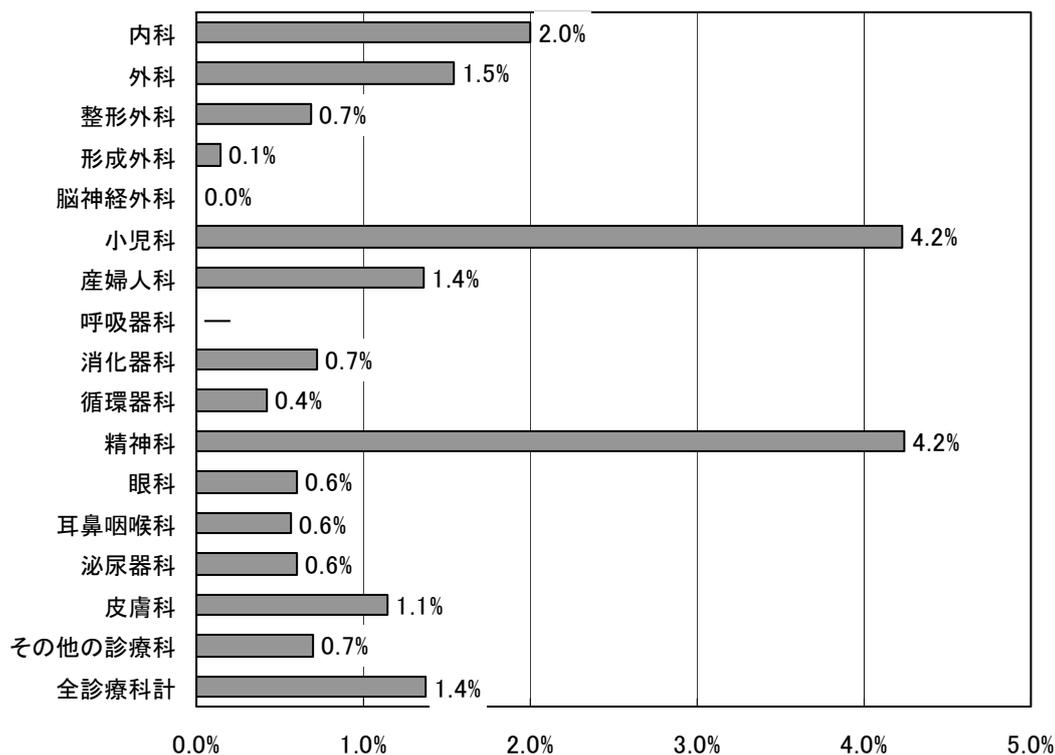
診療科	有効回答 施設数 (s)	外来診療 延べ患者数 (a) + (b)	うち初診 (a)	うち再診 (b)	時間外・深夜・休日加算 等件数 (c)	1施設 あたり (c) / (s)	算定率 (c) / ((a)+(b))
1 内科	265	345,803	32,700	313,103	7,824	29.5	2.3%
2 外科	157	75,544	9,588	65,956	2,781	17.7	3.7%
3 整形外科	158	186,949	21,952	164,997	2,493	15.8	1.3%
4 形成外科	11	2,170	392	1,778	23	2.1	1.1%
5 脳神経外科	54	24,383	4,539	19,844	650	12.0	2.7%
6 小児科	75	37,188	13,947	23,241	1,355	18.1	3.6%
7 産婦人科	29	24,081	4,592	19,489	482	16.6	2.0%
8 呼吸器科	22	4,296	516	3,780	72	3.3	1.7%
9 消化器科	31	18,909	1,838	17,071	411	13.3	2.2%
10 循環器科	41	17,831	1,047	16,784	141	3.4	0.8%
11 精神科	41	36,185	872	35,313	159	3.9	0.4%
12 眼科	54	50,106	8,006	42,100	145	2.7	0.3%
13 耳鼻咽喉科	38	11,451	2,122	9,329	190	5.0	1.7%
14 泌尿器科	66	33,256	3,089	30,167	273	4.1	0.8%
15 皮膚科	50	12,449	2,568	9,881	112	2.2	0.9%
16 その他の診療科	106	58,338	4,001	54,337	247	2.3	0.4%
<b>全診療科計 (診療科無回答分含む)</b>	<b>368</b>	<b>1,127,410</b>	<b>128,278</b>	<b>999,132</b>	<b>18,967</b>	<b>51.5</b>	<b>1.7%</b>



◆一般診療所

図表 2-12 主たる診療科別 時間外・深夜・休日加算等の算定状況（一般診療所）

主たる診療科	有効回答 施設数 (s)	外来診療 延べ患者数 (a) + (b)	うち初診 (a)	うち再診 (b)	時間外・深夜・休日加算 等件数 (c)	1施設 あたり (c) / (s)	算定率 (c) / ((a)+(b))
1 内科	234	225,633	30,765	194,868	4,500	19.2	2.0%
2 外科	20	20,091	1,001	19,090	310	15.5	1.5%
3 整形外科	54	167,955	14,061	153,894	1,144	21.2	0.7%
4 形成外科	2	1,376	314	1,062	2	1.0	0.1%
5 脳神経外科	4	5,758	467	5,291	0	0.0	0.0%
6 小児科	20	28,373	10,969	17,404	1,199	60.0	4.2%
7 産婦人科	25	24,322	3,372	20,950	330	13.2	1.4%
8 呼吸器科	0	—	—	—	—	—	—
9 消化器科	12	16,172	3,119	13,053	116	9.7	0.7%
10 循環器科	11	12,312	878	11,434	52	4.7	0.4%
11 精神科	16	13,000	600	12,400	551	34.4	4.2%
12 眼科	42	71,031	11,908	59,123	429	10.2	0.6%
13 耳鼻咽喉科	16	24,753	5,038	19,715	139	8.7	0.6%
14 泌尿器科	10	10,080	1,487	8,593	61	6.1	0.6%
15 皮膚科	22	31,100	11,048	20,052	355	16.1	1.1%
16 その他の診療科	22	27,879	2,223	25,656	195	8.9	0.7%
<b>全診療科計 (診療科無回答分含む)</b>	<b>519</b>	<b>690,195</b>	<b>98,523</b>	<b>591,672</b>	<b>9,439</b>	<b>18.2</b>	<b>1.4%</b>

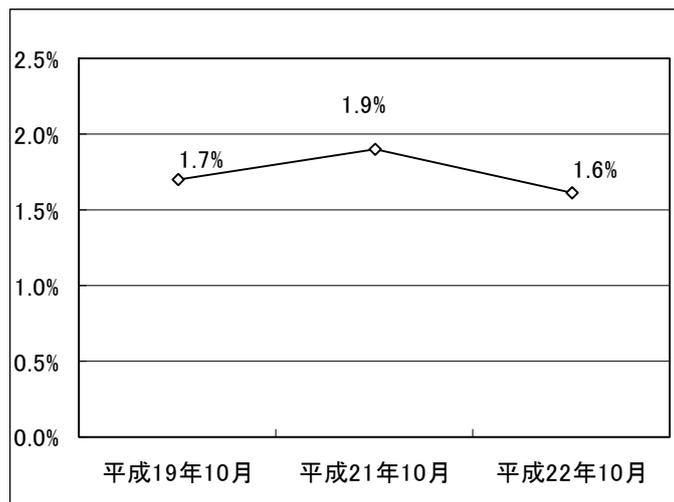


◎算定状況の推移

◆病院

図表 2-13 主たる診療科別 時間外・深夜・休日加算等の算定の推移（病院）

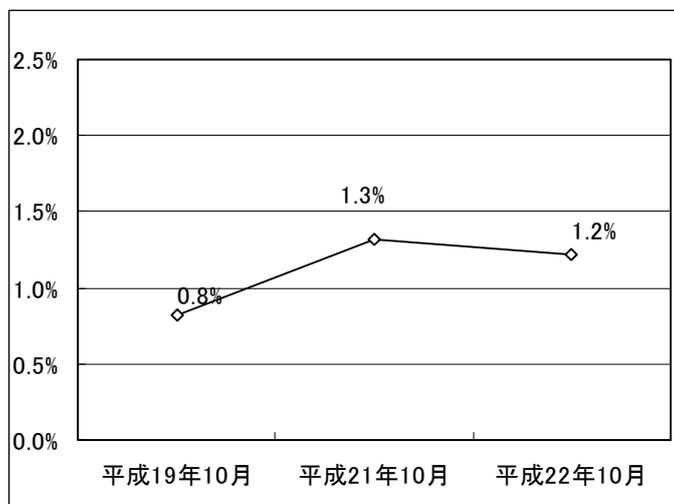
年次	有効回答 施設数	外来診療 延べ患者数	うち初診	うち再診	時間外・深夜・休日加算 等件数	1施設 あたり	算定率
	(s)	(a) + (b)	(a)	(b)	(c)	(c) / (s)	(c) / ((a)+(b))
平成19年10月	299	962,238	111,496	850,742	16,337	54.6	1.7%
平成21年10月		1,080,971	135,250	945,721	20,604	68.9	1.9%
平成22年10月		1,147,022	136,449	1,010,573	18,565	62.1	1.6%



◆一般診療所

図表 2-14 主たる診療科別 時間外・深夜・休日加算等の算定の推移（一般診療所）

年次	有効回答 施設数	外来診療 延べ患者数	うち初診	うち再診	時間外・深夜・休日加算 等件数	1施設 あたり	算定率
	(s)	(a) + (b)	(a)	(b)	(c)	(c) / (s)	(c) / ((a)+(b))
平成19年10月	372	496,330	69,029	427,301	4,085	13.6	0.8%
平成21年10月		493,348	71,052	422,296	6,486	21.6	1.3%
平成22年10月		477,035	64,826	412,209	5,813	19.4	1.2%



⑦ 地域連携小児夜間・休日診療料等の算定状況（調査対象は一般診療所のみ）

図表 2-15 地域連携小児夜間・休日診療料、院内トリアージ加算、地域連携夜間・休日診療料の算定状況の推移（主たる診療科分）

算定項目	年次	届出あり	届出なし	無回答	総数	算定回数
地域連携小児夜間・休日診療料 1	平成19年10月	9 (1.2%)	522 (71.7%)	197 (27.1%)	728 (100.0%)	188
	平成21年10月	8 (1.1%)	521 (71.6%)	199 (27.3%)	728 (100.0%)	342
	平成22年10月	10 (1.4%)	537 (73.8%)	181 (24.9%)	728 (100.0%)	430
地域連携小児夜間・休日診療料 2	平成19年10月	4 (0.5%)	522 (71.7%)	202 (27.7%)	728 (100.0%)	0
	平成21年10月	4 (0.5%)	528 (72.5%)	196 (26.9%)	728 (100.0%)	1
	平成22年10月	4 (0.5%)	545 (74.9%)	179 (24.6%)	728 (100.0%)	0
地域連携小児夜間・休日診療料トリアージ加算	平成22年10月	2 (0.3%)	531 (72.9%)	195 (26.8%)	728 (100.0%)	1
地域連携夜間・休日診療料	平成22年10月	18 (2.5%)	515 (70.7%)	195 (26.8%)	728 (100.0%)	83

■ 外来管理加算の状況

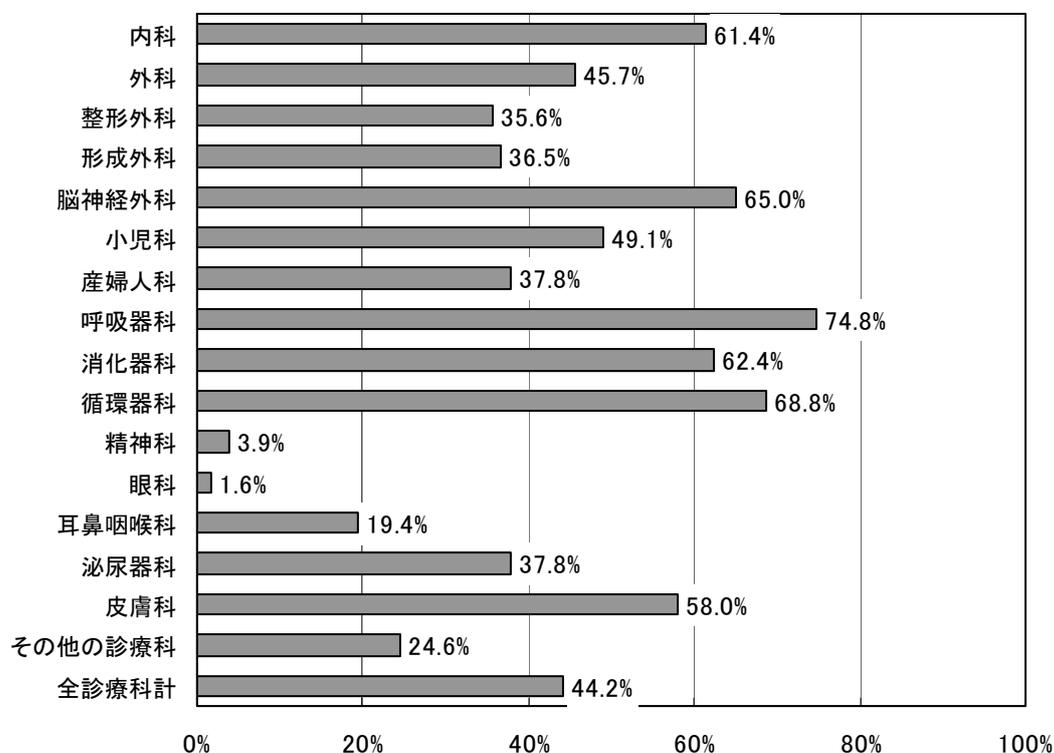
① 外来管理加算の算定状況

◎診療科別（平成 22 年 10 月）

◆病院

図表 2-16 診療科別 外来管理加算の算定状況（病院）

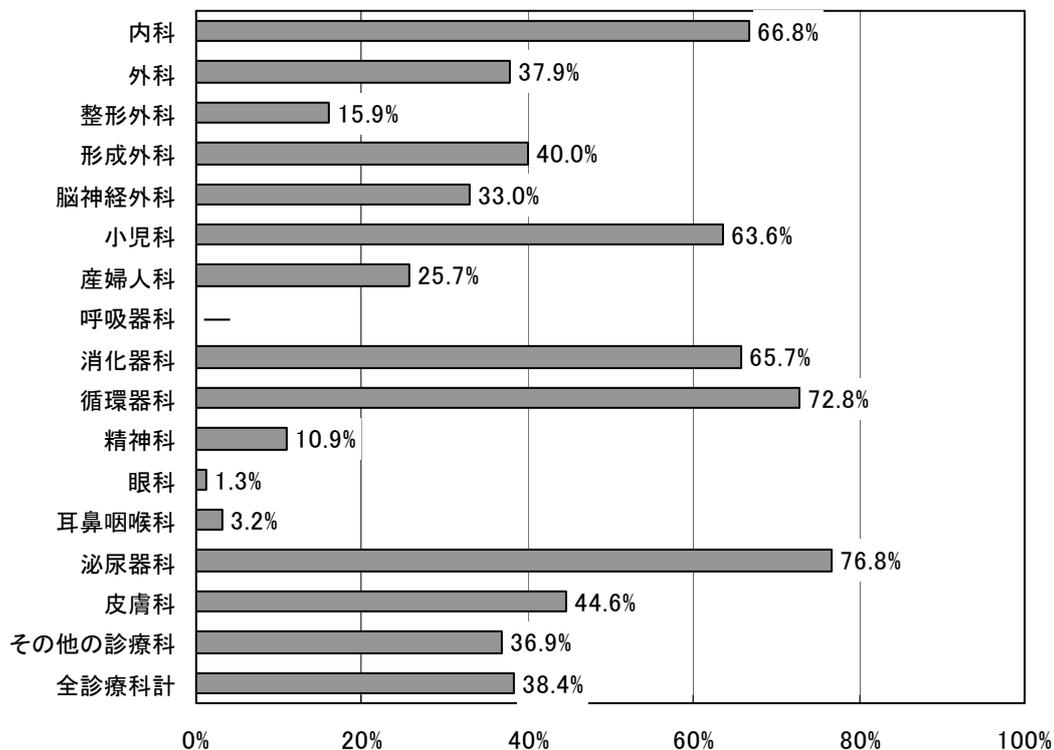
診療科	有効回答 施設数 (s)	外来診療 延べ患者数 (a) + (b)	うち再診 (b)	外来管理加算 算定回数 (d)	1施設 あたり (d) / (s)	算定率 (d) / (b)
1 内科	289	360,071	326,548	200,422	693.5	61.4%
2 外科	167	74,458	64,977	29,724	178.0	45.7%
3 整形外科	193	204,347	181,555	64,679	335.1	35.6%
4 形成外科	15	3,116	2,616	956	63.7	36.5%
5 脳神経外科	64	23,338	20,043	13,023	203.5	65.0%
6 小児科	86	39,086	24,503	12,019	139.8	49.1%
7 産婦人科	35	24,875	20,155	7,619	217.7	37.8%
8 呼吸器科	31	4,637	4,098	3,065	98.9	74.8%
9 消化器科	47	20,587	18,629	11,623	247.3	62.4%
10 循環器科	53	19,674	18,601	12,793	241.4	68.8%
11 精神科	48	37,769	36,863	1,451	30.2	3.9%
12 眼科	69	56,139	47,289	779	11.3	1.6%
13 耳鼻咽喉科	55	14,678	11,472	2,220	40.4	19.4%
14 泌尿器科	81	34,804	31,423	11,886	146.7	37.8%
15 皮膚科	82	17,479	13,916	8,066	98.4	58.0%
16 その他の診療科	142	81,771	76,998	18,911	133.2	24.6%
<b>全診療科計 (診療科無回答分含む)</b>	<b>395</b>	<b>1,187,795</b>	<b>1,055,399</b>	<b>466,874</b>	<b>1182.0</b>	<b>44.2%</b>



◆一般診療所

図表 2-17 主たる診療科別 外来管理加算の算定状況（一般診療所）

主たる診療科	有効回答 施設数 (s)	外来診療 延べ患者数 (a) + (b)	うち再診 (b)	外来管理加算 算定回数 (d)	1施設 あたり (d) / (s)	算定率 (d) / (b)
1 内科	233	225,255	196,218	131,071	562.5	66.8%
2 外科	19	18,369	17,289	6,559	345.2	37.9%
3 整形外科	55	171,080	156,942	25,009	454.7	15.9%
4 形成外科	2	1,376	1,062	425	212.5	40.0%
5 脳神経外科	4	5,758	5,291	1,746	436.5	33.0%
6 小児科	18	26,672	16,670	10,595	588.6	63.6%
7 産婦人科	26	27,311	23,778	6,106	234.8	25.7%
8 呼吸器科	0	—	—	—	—	—
9 消化器科	13	18,159	14,921	9,800	753.8	65.7%
10 循環器科	11	12,312	11,434	8,325	756.8	72.8%
11 精神科	17	13,310	12,696	1,388	81.6	10.9%
12 眼科	43	73,156	61,071	781	18.2	1.3%
13 耳鼻咽喉科	18	26,099	20,327	657	36.5	3.2%
14 泌尿器科	11	10,232	8,700	6,682	607.5	76.8%
15 皮膚科	20	29,125	18,912	8,432	421.6	44.6%
16 その他の診療科	25	31,205	28,666	10,583	423.3	36.9%
<b>全診療科計 (診療科無回答分含む)</b>	<b>524</b>	<b>699,779</b>	<b>603,064</b>	<b>231,527</b>	<b>441.8</b>	<b>38.4%</b>

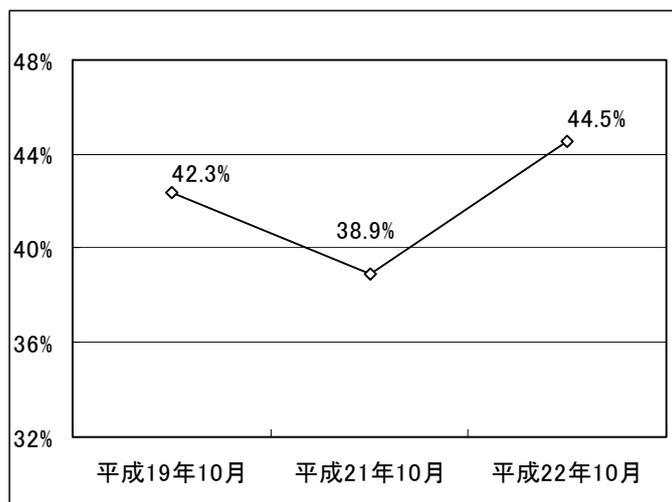


◎算定状況の推移

◆病院

図表 2-18 診療科別 外来管理加算の算定の推移（病院）

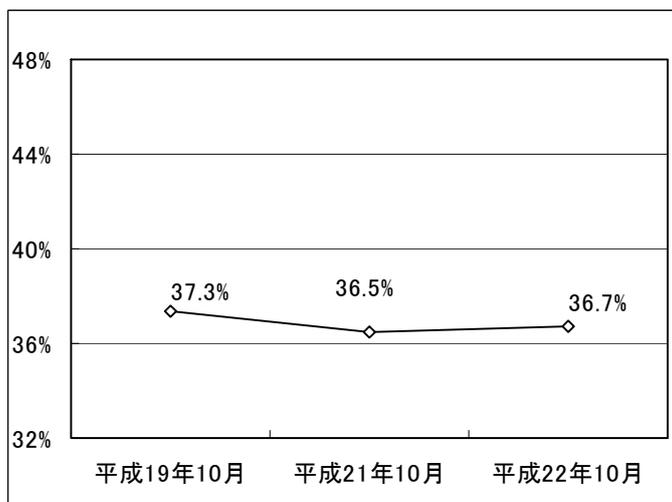
	年次	有効回答 施設数 (s)	外来診療 延べ患者数 (a) + (b)	うち再診 (b)	外来管理加算 算定回数 (d)	1施設 あたり (d) / (s)	算定率
							(d) / (b)
全診 療科 計	平成19年10月	300	1,130,727	998,470	422,828	1409.4	42.3%
	平成21年10月		1,062,332	933,194	363,021	1210.1	38.9%
	平成22年10月		949,161	842,498	375,285	1251.0	44.5%



◆一般診療所

図表 2-19 主たる診療科別 外来管理加算の算定の推移（一般診療所）

	年次	有効回答 施設数 (s)	外来診療 延べ患者数 (a) + (b)	うち再診 (b)	外来管理加算 算定回数 (d)	1施設 あたり (d) / (s)	算定率
							(d) / (b)
全診 療科 計	平成19年10月	366	491,358	421,580	157,367	524.6	37.3%
	平成21年10月		487,918	416,237	151,930	506.4	36.5%
	平成22年10月		471,979	406,596	149,369	497.9	36.7%



◎外来管理加算の算定の有無

◆病院

図表 2-20 外来管理加算の算定の有無（病院）

	平成22年 3月以前	平成22年 10月31日現在	回答数	割合
1	算定あり	算定あり	402	95.0%
2	算定なし	算定あり	4	0.9%
3	算定あり	算定なし	4	0.9%
4	算定なし	算定なし	13	3.1%
	無回答		0	0.0%
有効回答数			423	100.0%

◆一般診療所

図表 2-21 外来管理加算の算定の有無（一般診療所）

	平成22年 3月以前	平成22年 10月31日現在	回答数	割合
1	算定あり	算定あり	625	85.9%
2	算定なし	算定あり	25	3.4%
3	算定あり	算定なし	13	1.8%
4	算定なし	算定なし	41	5.6%
	無回答		24	3.3%
有効回答数			728	100.0%

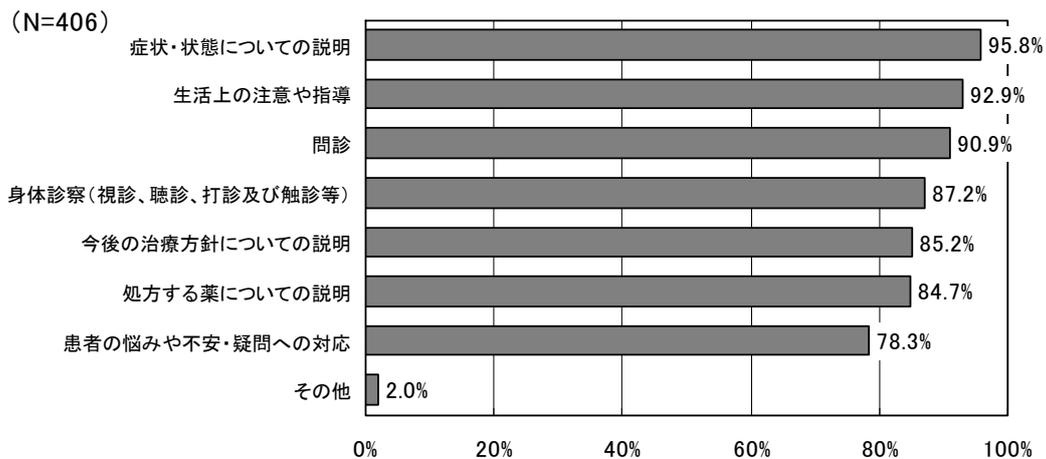
## ② 外来管理加算に係る診療の状況

### ◎外来管理加算算定患者への診療内容

#### ◆病院

※ 平成 22 年 10 月 31 日現在で外来管理加算の算定を行っている病院が対象。

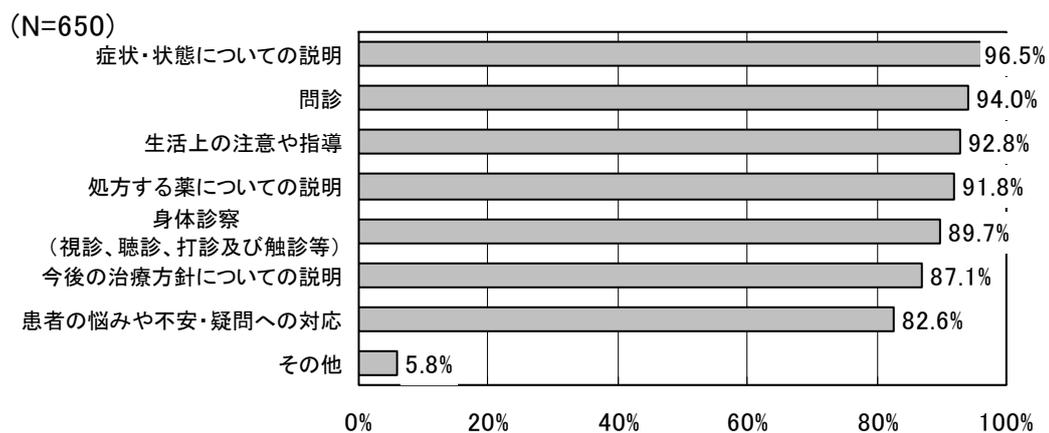
図表 2-22 外来管理加算を算定している患者に対しておおむね行っている診療内容（病院）



#### ◆一般診療所

※ 平成 22 年 10 月 31 日現在で外来管理加算の算定を行っている一般診療所が対象。

図表 2-23 外来管理加算を算定している患者に対しておおむね行っている診療内容（一般診療所）

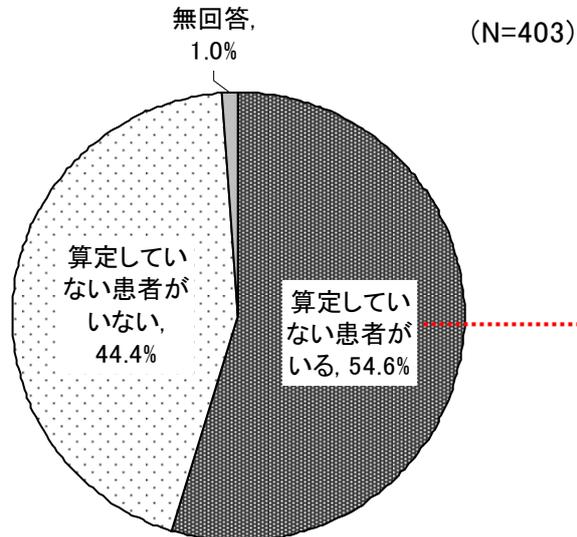


◎外来管理加算を算定していない患者の有無と算定しない理由

◆病院

・外来管理加算を算定していない患者の有無

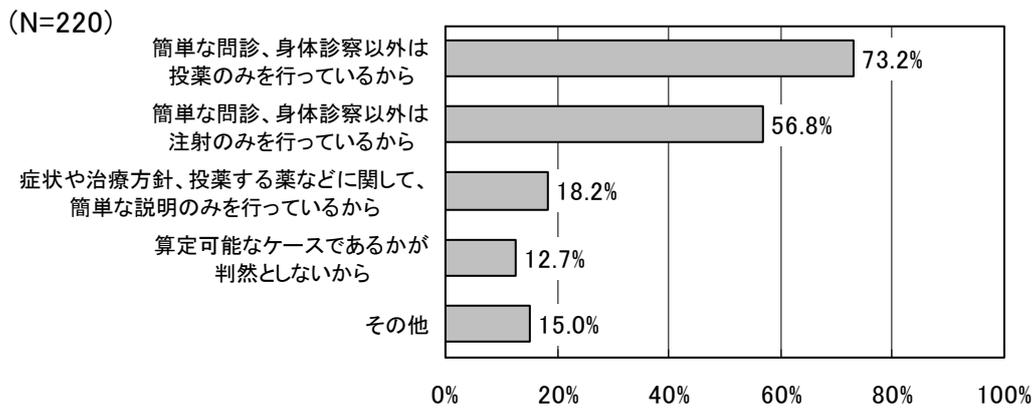
図表 2-24 処置やリハビリテーションを行わず、計画的な医学管理を行っているものの、外来管理加算を算定していない患者



注：「算定していない患者がいる」「算定していない患者がいない」の両方に「〇」を付した回答（3 回答）は無効回答とし、グラフからは除外した。

・算定を行わない理由

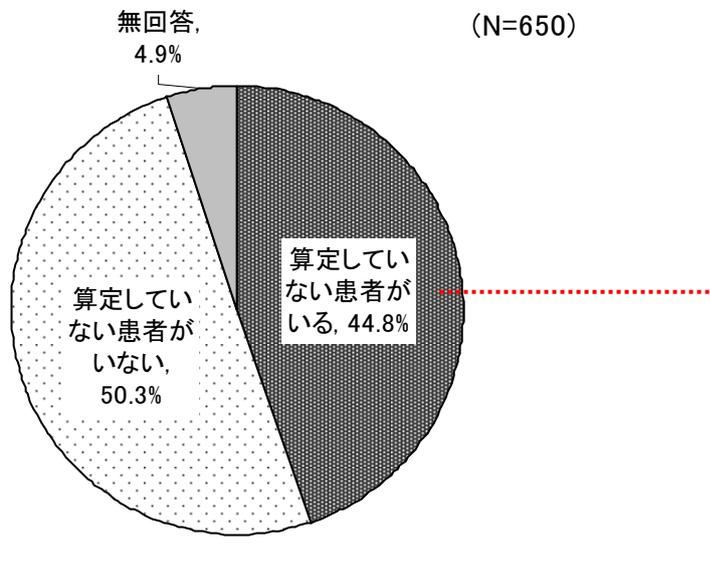
図表 2-25 5分要件廃止にもかかわらず算定を行わない理由



◆一般診療所

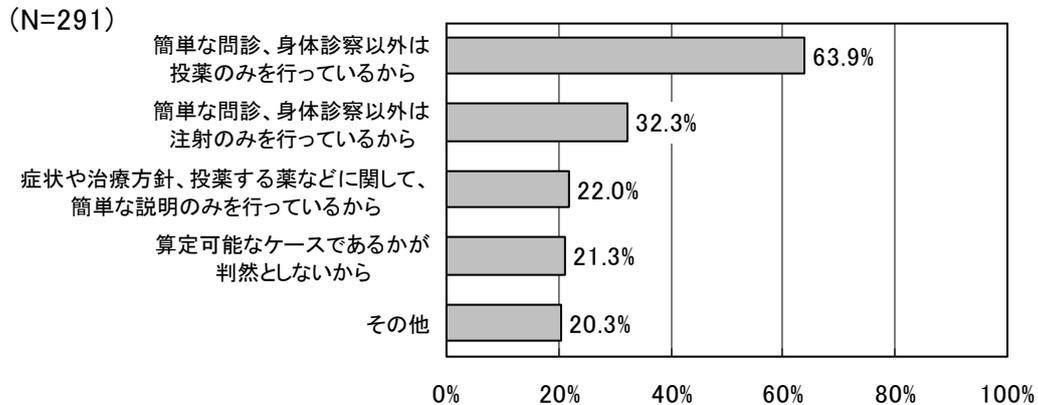
・外来管理加算を算定していない患者の有無

図表 2-26 処置やリハビリテーションを行わず、計画的な医学管理を行っているものの、外来管理加算を算定していない患者



・算定を行わない理由

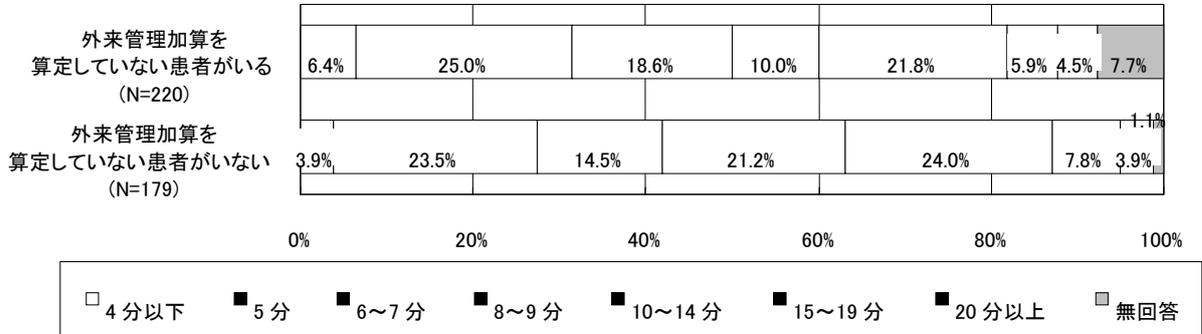
図表 2-27 5分要件廃止にもかかわらず算定を行わない理由



◎外来管理加算算定患者に対する診察時間

◆病院

図表 2-28 外来管理加算算定患者に対する直接診察の時間



直接診察時間の平均(\*)および中央値(無回答分除く)

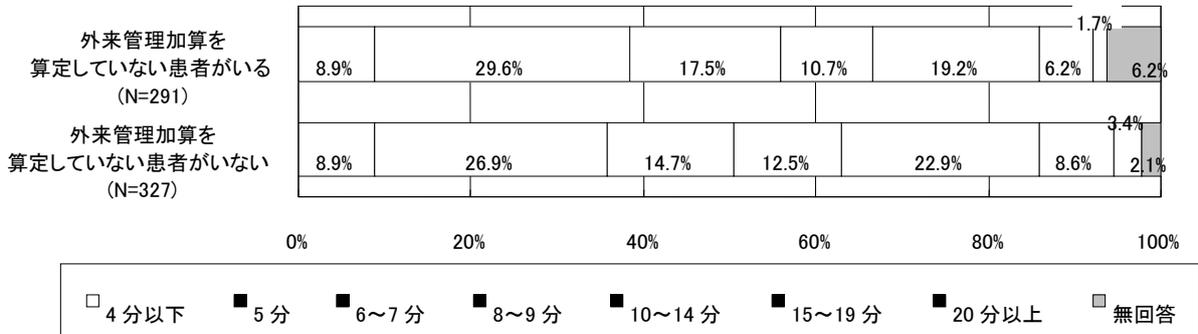
外来管理加算を算定していない患者がいる： 平均 7.7 分、中央値 7 分

外来管理加算を算定していない患者がいない： 平均 8.2 分、中央値 8 分

(\*)…上位 5%、下位 5%を除いて算出。

◆一般診療所

図表 2-29 外来管理加算算定患者に対する直接診察の時間



直接診察時間の平均(\*)および中央値(無回答分除く)

外来管理加算を算定していない患者がいる： 平均 7.3 分、中央値 7 分

外来管理加算を算定していない患者がいない： 平均 7.8 分、中央値 7 分

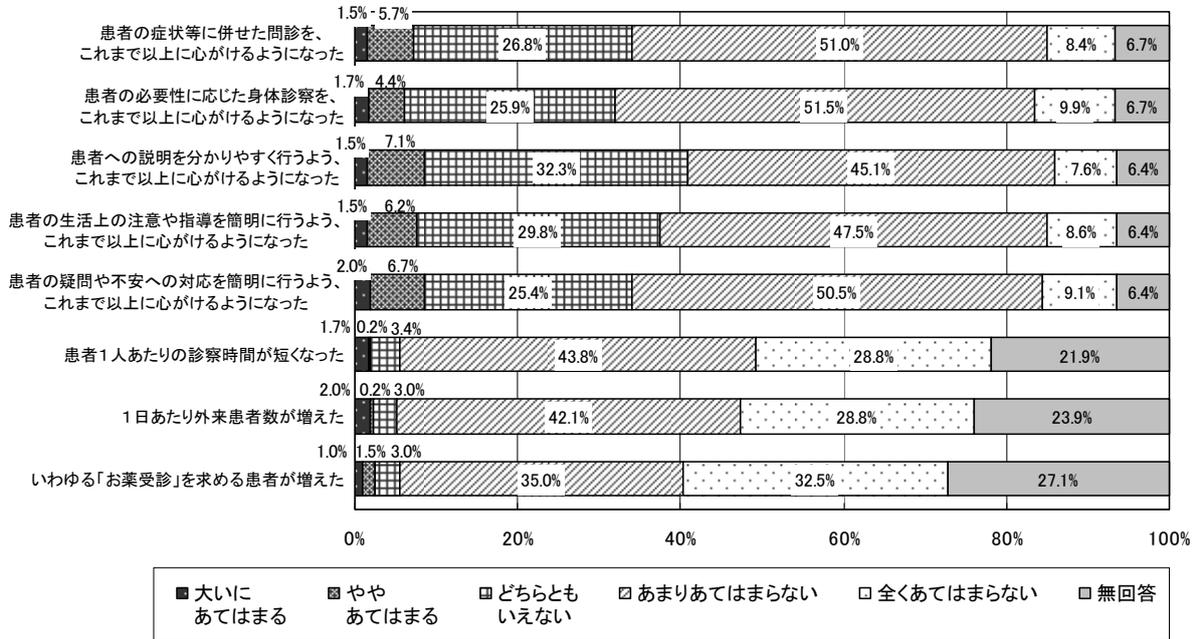
(\*)…上位 5%、下位 5%を除いて算出。

◎外来管理加算の算定要件見直しによる影響

◆病院

図表 2-30 外来管理加算の算定要件見直しによる影響

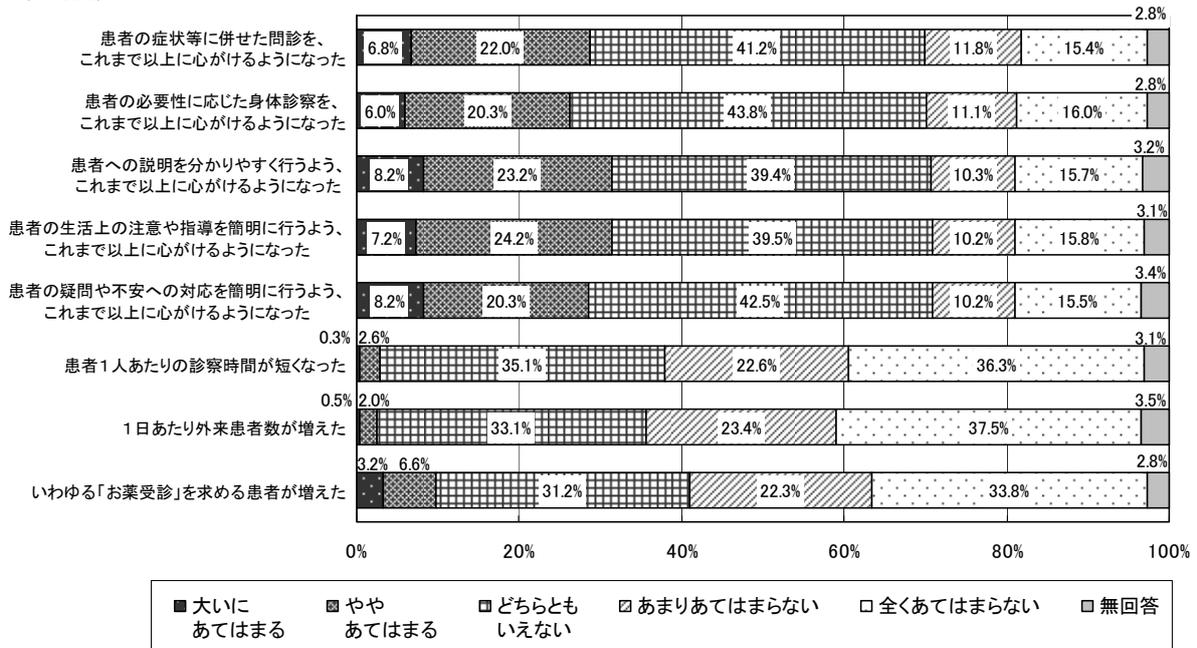
(N=406)



◆一般診療所

図表 2-31 外来管理加算の算定要件見直しによる影響

(N=650)



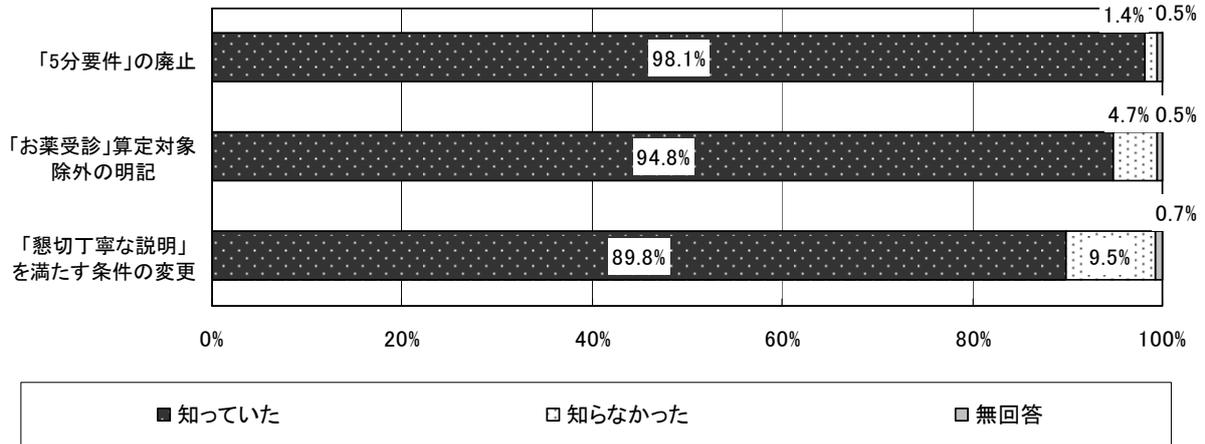
### ③ 外来管理加算の算定要件見直しに対する認知、考え

#### ◎認知状況

##### ◆病院

図表 2-32 外来管理加算の算定要件の見直し点に対する認知（病院）

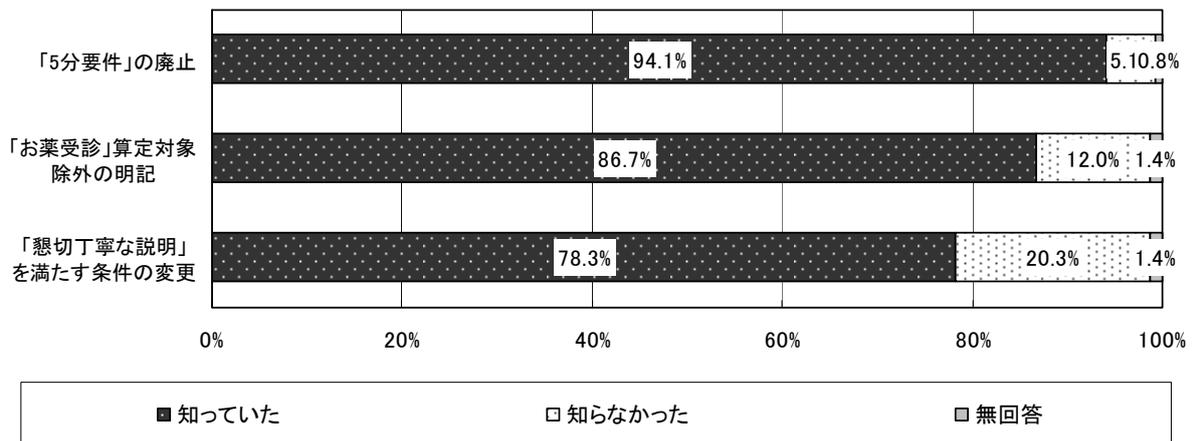
(N=423)



##### ◆一般診療所

図表 2-33 外来管理加算の算定要件の見直し点に対する認知（一般診療所）

(N=728)

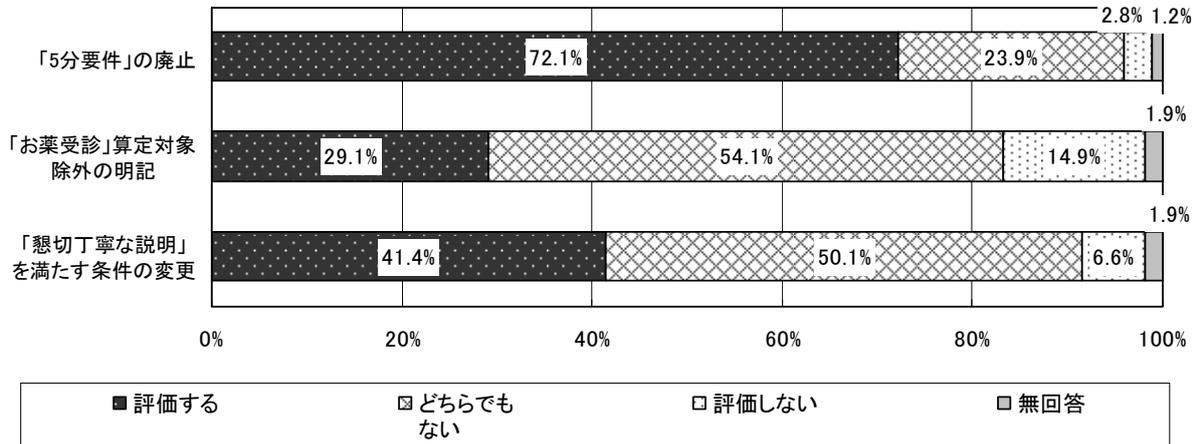


◎考え

◆病院

図表 2-34 外来管理加算の算定要件見直しに対する考え（病院）

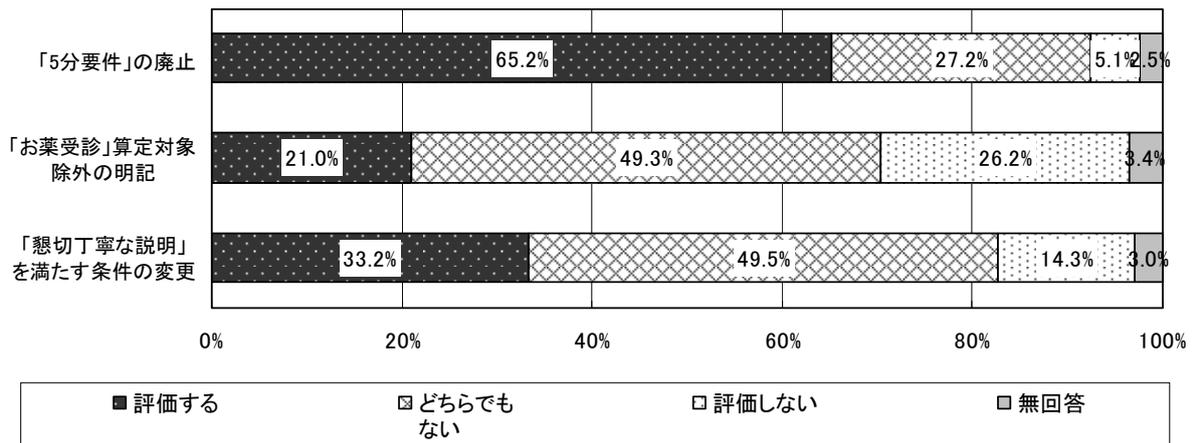
(N=423)



◆一般診療所

図表 2-35 外来管理加算の算定要件見直しに対する考え（一般診療所）

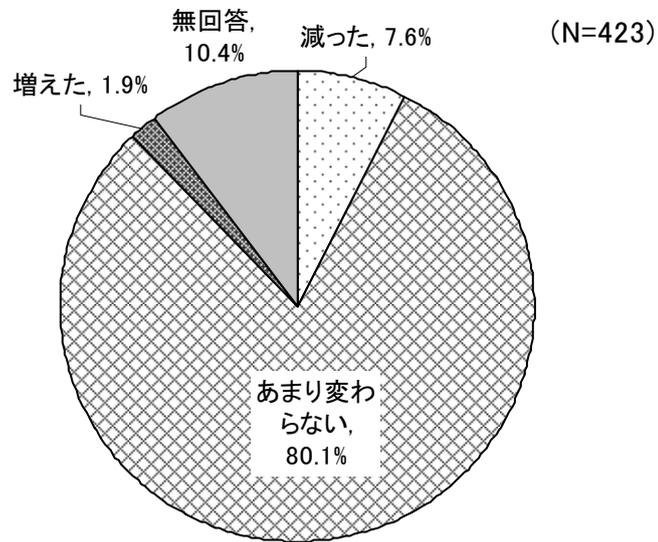
(N=728)



■ 地域医療貢献加算等の状況（病院に対する調査）

① 地域医療貢献加算に伴う影響

図表 2-36 地域医療貢献加算の創設（平成 22 年 4 月）以降、休日・夜間における患者からの問い合わせや受診が減ったと感じるか



■ 地域医療貢献加算等の状況（一般診療所に対する調査）

① 地域医療貢献加算の施設基準の届出状況

図表 2-37 地域医療貢献加算の施設基準の届出状況（発送ベースと回答ベースの比較）

		回答ベース			合計
		届出あり	届出なし	無回答	
発送ベース	届出あり	375 (96.4%)	12 (3.1%)	2 (0.5%)	389 (100.0%)
	届出なし	5 (1.5%)	326 (96.2%)	8 (2.4%)	339 (100.0%)
合計		380 (52.2%)	338 (46.4%)	10 (1.4%)	728 (100.0%)

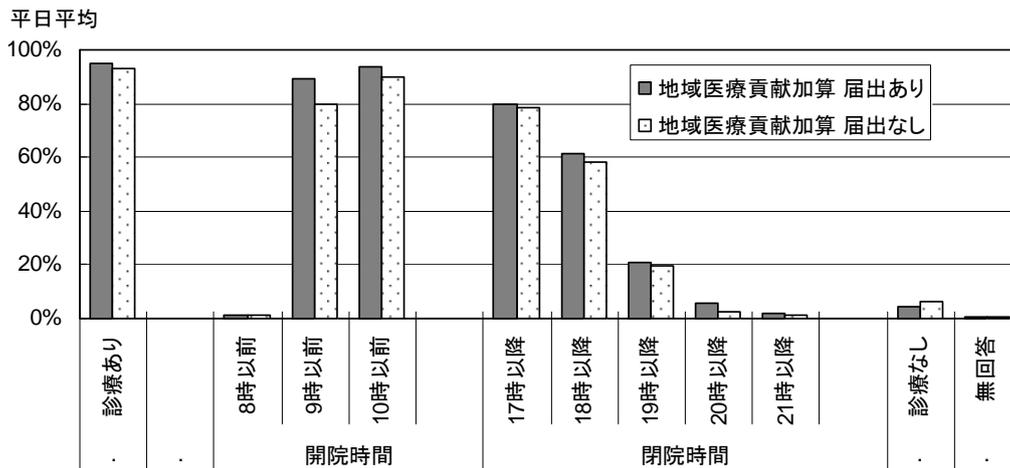
② 診療日・診療時間の状況

※ 本調査にて、発送時点における届出情報において地域医療貢献加算の届出があり、かつ「平成22年10月31日現在、地域医療貢献加算の届出を行っている」と回答した一般診療所(N=375)と、発送時点における届出情報において地域医療貢献加算の届出がなく、かつ「平成22年10月31日現在、地域医療貢献加算の届出を行っていない」と回答した一般診療所(N=326)とを比較。

図表 2-38 診療の有無、開院時間の状況（平日）

地域医療貢献加算 届出あり	月曜日		火曜日		水曜日		木曜日		金曜日		平日平均	
	診療所数	割合										
診療あり	365	(97.3%)	365	(97.3%)	352	(93.9%)	329	(87.7%)	366	(97.6%)	355	(94.8%)
うち8時以前に開院	6	(1.6%)	5	(1.3%)	6	(1.6%)	6	(1.6%)	6	(1.6%)	6	(1.5%)
うち9時以前に開院	343	(91.5%)	344	(91.7%)	327	(87.2%)	312	(83.2%)	344	(91.7%)	334	(89.1%)
うち10時以前に開院	362	(96.5%)	361	(96.3%)	345	(92.0%)	324	(86.4%)	362	(96.5%)	351	(93.5%)
うち17時以降に閉院	346	(92.3%)	328	(87.5%)	262	(69.9%)	216	(57.6%)	348	(92.8%)	300	(80.0%)
うち18時以降に閉院	270	(72.0%)	252	(67.2%)	210	(56.0%)	154	(41.1%)	271	(72.3%)	231	(61.7%)
うち19時以降に閉院	95	(25.3%)	80	(21.3%)	76	(20.3%)	45	(12.0%)	92	(24.5%)	78	(20.7%)
うち20時以降に閉院	25	(6.7%)	19	(5.1%)	19	(5.1%)	17	(4.5%)	23	(6.1%)	21	(5.5%)
うち21時以降に閉院	9	(2.4%)	6	(1.6%)	9	(2.4%)	7	(1.9%)	9	(2.4%)	8	(2.1%)
診療なし	8	(2.1%)	8	(2.1%)	21	(5.6%)	43	(11.5%)	7	(1.9%)	17	(4.6%)
無回答	2	(0.5%)	2	(0.5%)	2	(0.5%)	3	(0.8%)	2	(0.5%)	2	(0.6%)
合計	375	(100.0%)	375	(100.0%)	375	(100.0%)	375	(100.0%)	375	(100.0%)	375	(100.0%)

地域医療貢献加算 届出なし	月曜日		火曜日		水曜日		木曜日		金曜日		平日平均	
	診療所数	割合										
診療あり	315	(96.6%)	319	(97.9%)	289	(88.7%)	276	(84.7%)	318	(97.5%)	303	(93.1%)
うち8時以前に開院	5	(1.5%)	5	(1.5%)	5	(1.5%)	3	(0.9%)	5	(1.5%)	5	(1.4%)
うち9時以前に開院	271	(83.1%)	272	(83.4%)	248	(76.1%)	237	(72.7%)	270	(82.8%)	260	(79.6%)
うち10時以前に開院	307	(94.2%)	308	(94.5%)	276	(84.7%)	264	(81.0%)	308	(94.5%)	293	(89.8%)
うち17時以降に閉院	297	(91.1%)	288	(88.3%)	213	(65.3%)	183	(56.1%)	299	(91.7%)	256	(78.5%)
うち18時以降に閉院	221	(67.8%)	216	(66.3%)	154	(47.2%)	136	(41.7%)	223	(68.4%)	190	(58.3%)
うち19時以降に閉院	72	(22.1%)	70	(21.5%)	50	(15.3%)	50	(15.3%)	73	(22.4%)	63	(19.3%)
うち20時以降に閉院	7	(2.1%)	9	(2.8%)	8	(2.5%)	8	(2.5%)	8	(2.5%)	8	(2.5%)
うち21時以降に閉院	4	(1.2%)	5	(1.5%)	4	(1.2%)	3	(0.9%)	5	(1.5%)	4	(1.3%)
診療なし	10	(3.1%)	6	(1.8%)	35	(10.7%)	49	(15.0%)	7	(2.1%)	21	(6.6%)
無回答	1	(0.3%)	1	(0.3%)	2	(0.6%)	1	(0.3%)	1	(0.3%)	1	(0.4%)
合計	326	(100.0%)	326	(100.0%)	326	(100.0%)	326	(100.0%)	326	(100.0%)	326	(100.0%)



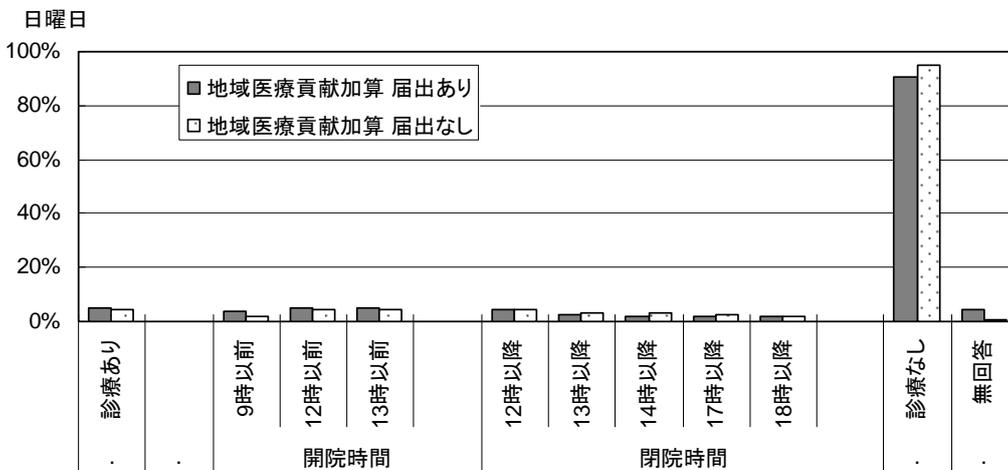
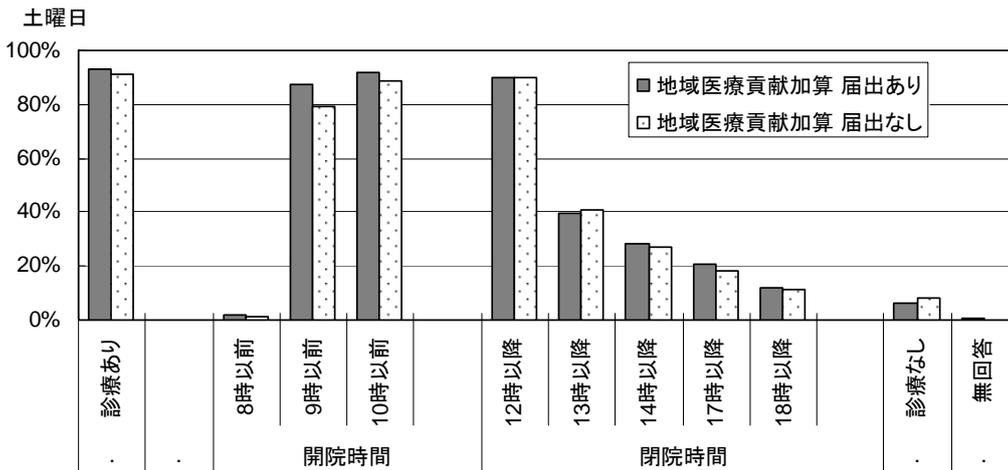
図表 2-39 診療の有無、開院時間の状況（土休日）

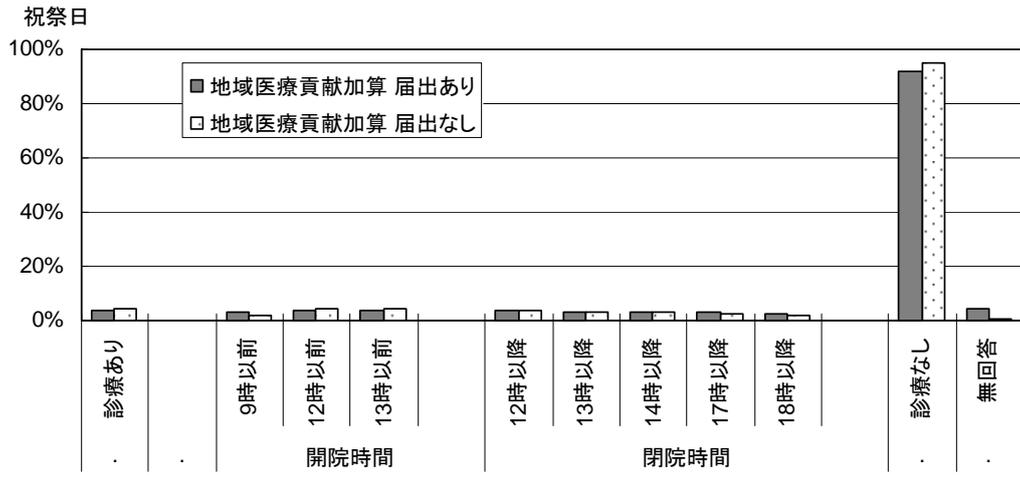
地域医療貢献加算 届出あり	土曜日	
	診療所数	割合
診療あり	348	(92.8%)
うち8時以前に開院	6	(1.6%)
うち9時以前に開院	328	(87.5%)
うち10時以前に開院	344	(91.7%)
うち12時以降に閉院	337	(89.9%)
うち13時以降に閉院	149	(39.7%)
うち14時以降に閉院	105	(28.0%)
うち17時以降に閉院	79	(21.1%)
うち18時以降に閉院	44	(11.7%)
診療なし	24	(6.4%)
無回答	3	(0.8%)
合計	375	(100.0%)

地域医療貢献加算 届出あり	日曜日		祝祭日	
	診療所数	割合	診療所数	割合
診療あり	19	(5.1%)	15	(4.0%)
うち9時以前に開院	13	(3.5%)	11	(2.9%)
うち12時以前に開院	18	(4.8%)	13	(3.5%)
うち13時以前に開院	18	(4.8%)	13	(3.5%)
うち12時以降に閉院	16	(4.3%)	13	(3.5%)
うち13時以降に閉院	10	(2.7%)	12	(3.2%)
うち14時以降に閉院	8	(2.1%)	12	(3.2%)
うち17時以降に閉院	8	(2.1%)	11	(2.9%)
うち18時以降に閉院	6	(1.6%)	9	(2.4%)
診療なし	340	(90.7%)	344	(91.7%)
無回答	16	(4.3%)	16	(4.3%)
合計	375	(100.0%)	375	(100.0%)

地域医療貢献加算 届出なし	土曜日	
	診療所数	割合
診療あり	298	(91.4%)
うち8時以前に開院	4	(1.2%)
うち9時以前に開院	259	(79.4%)
うち10時以前に開院	290	(89.0%)
うち12時以降に閉院	294	(90.2%)
うち13時以降に閉院	134	(41.1%)
うち14時以降に閉院	88	(27.0%)
うち17時以降に閉院	59	(18.1%)
うち18時以降に閉院	36	(11.0%)
診療なし	27	(8.3%)
無回答	1	(0.3%)
合計	326	(100.0%)

地域医療貢献加算 届出なし	日曜日		祝祭日	
	診療所数	割合	診療所数	割合
診療あり	15	(4.6%)	14	(4.3%)
うち9時以前に開院	7	(2.1%)	7	(2.1%)
うち12時以前に開院	14	(4.3%)	14	(4.3%)
うち13時以前に開院	15	(4.6%)	14	(4.3%)
うち12時以降に閉院	14	(4.3%)	13	(4.0%)
うち13時以降に閉院	11	(3.4%)	11	(3.4%)
うち14時以降に閉院	11	(3.4%)	11	(3.4%)
うち17時以降に閉院	9	(2.8%)	9	(2.8%)
うち18時以降に閉院	7	(2.1%)	6	(1.8%)
診療なし	309	(94.8%)	310	(95.1%)
無回答	2	(0.6%)	2	(0.6%)
合計	326	(100.0%)	326	(100.0%)





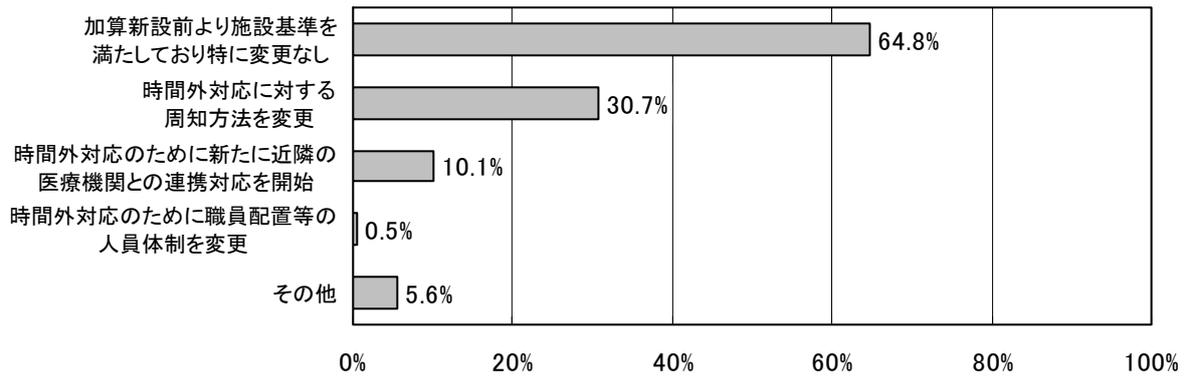
② 地域医療貢献加算の届出のある診療所の状況

※ 本調査にて、発送時点における届出情報において地域医療貢献加算の届出があり、かつ「平成22年10月31日現在、地域医療貢献加算の届出を行っている」と回答した一般診療所(N=375)が対象。

・届出にあたっての変更点

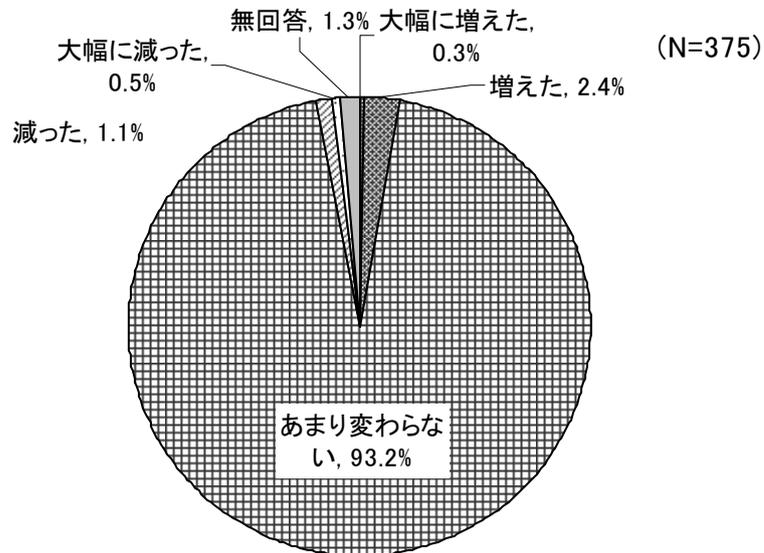
図表 2-40 施設基準の届出にあたり変更を加えた点

(N=375)



・届出後の時間外対応件数の変化

図表 2-41 施設基準届出後の時間外対応の増加/減少



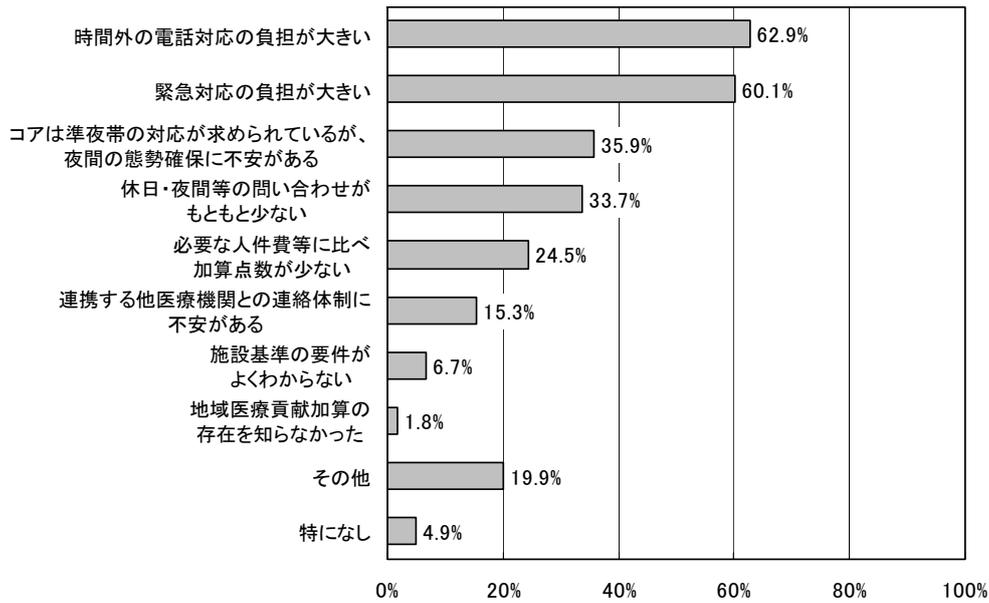
### ③ 地域医療貢献加算の届出のない診療所の状況

※ 本調査にて、「平成 22 年 10 月 31 日現在、地域医療貢献加算に関する施設基準の届出を行っていない」と回答した一般診療所（N=326）が対象。

#### ・届出を行わない理由

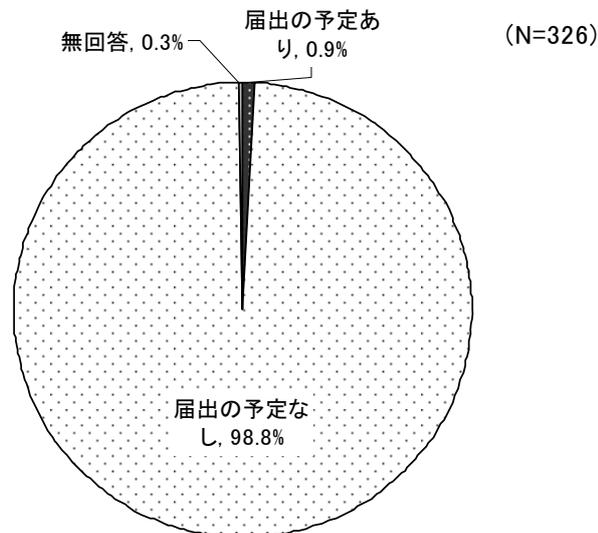
図表 2-42 施設基準の届出を行わない理由

(N=326)



#### ・届出予定

図表 2-43 施設基準の届出予定の有無

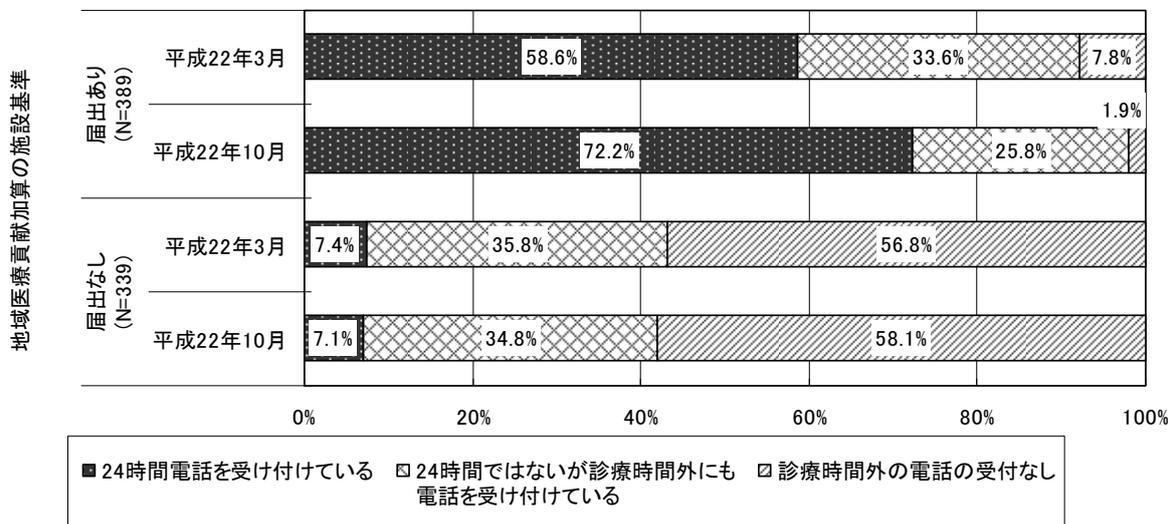


④ 診療時間外の問い合わせ対応の状況

・ 電話による問い合わせの受付状況

図表 2-44 診療時間外の電話による問い合わせの受付状況

		平成22年3月当時			平成22年10月現在			有効回答数
		24時間電話を受け付けている	24時間ではないが診療時間外にも電話受け付けている	診療時間外の電話の受付なし	24時間電話を受け付けている	24時間ではないが診療時間外にも電話受け付けている	診療時間外の電話の受付なし	
地域医療貢献加算	届出あり	211 (58.6%)	121 (33.6%)	28 (7.8%)	260 (72.2%)	93 (25.8%)	7 (1.9%)	360 (100.0%)
	届出なし	23 (7.4%)	111 (35.8%)	176 (56.8%)	22 (7.1%)	108 (34.8%)	180 (58.1%)	310 (100.0%)
合計		234 (34.9%)	232 (34.6%)	204 (30.4%)	282 (42.1%)	201 (30.0%)	187 (27.9%)	670 (100.0%)

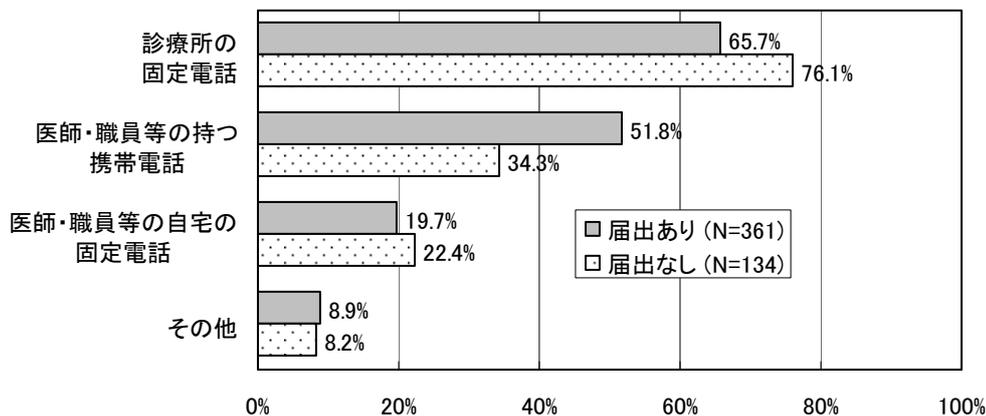


※平成 22 年 3 月当時、平成 22 年 10 月現在のうちいずれか、もしくは両方無回答のものを除く。

※以下、図表 2-44 から図表 2-48 までは平成 22 年 10 月現在で「24 時間電話を受け付けている」もしくは「24 時間ではないが診療時間外にも電話受け付けている」と回答した診療所が集計対象。

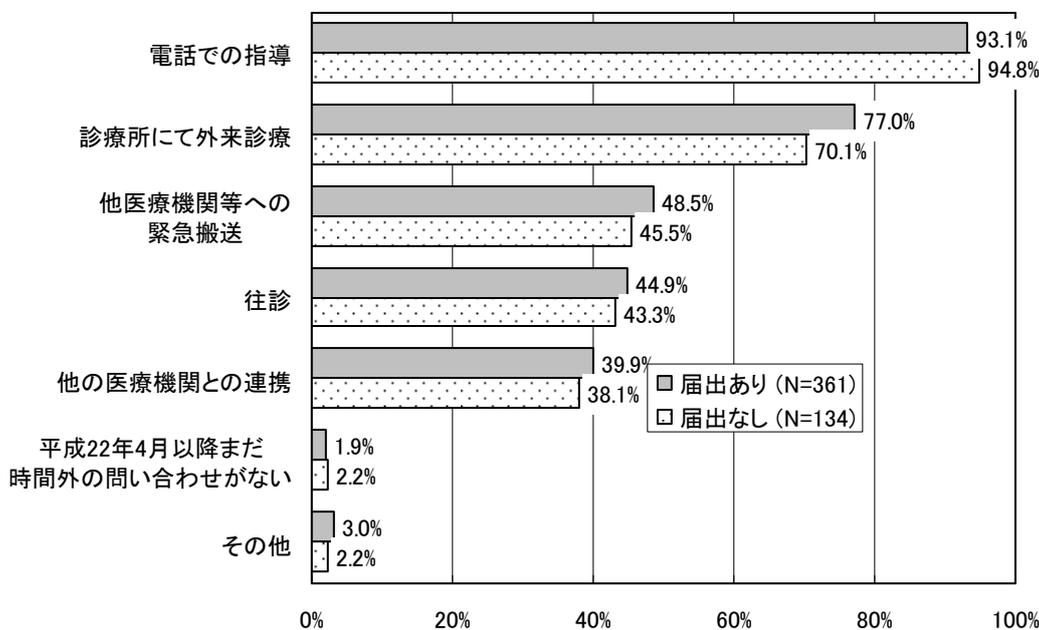
・電話による問い合わせの受付手段

図表 2-45 診療時間外の電話による問い合わせの受付手段



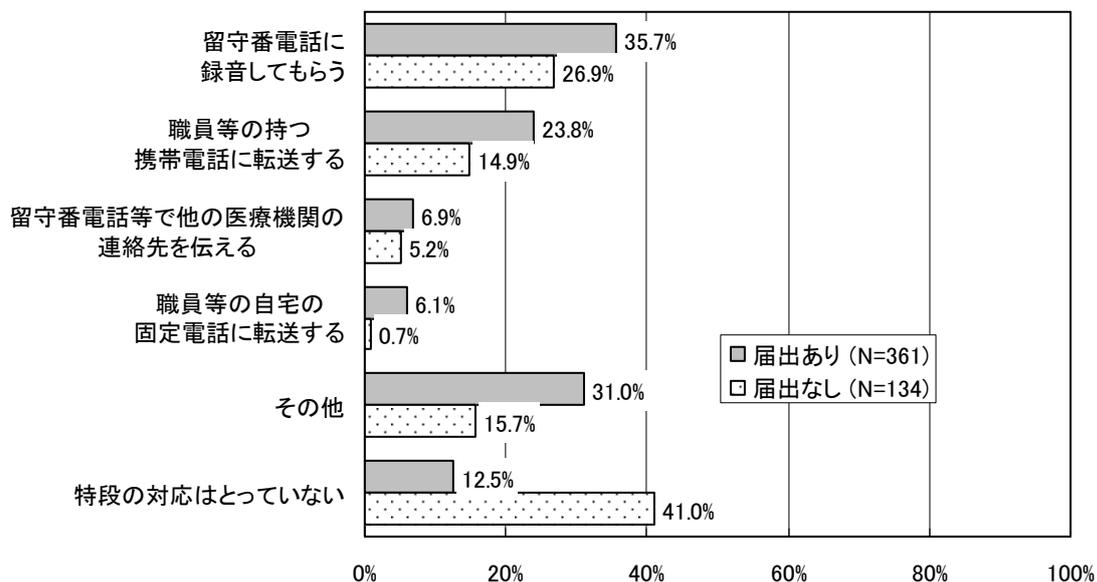
・問い合わせ対応の内容

図表 2-46 診療時間外の電話による問い合わせへの問い合わせ対応として行ったこと



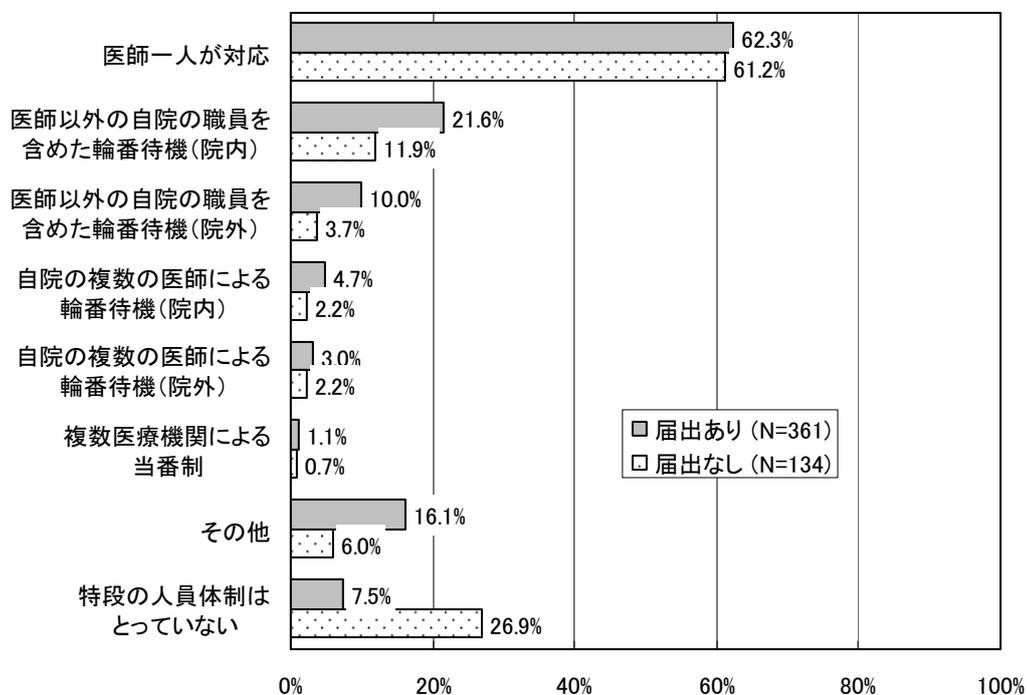
・問い合わせに出られない場合の対応

図表 2-47 患者からの問い合わせにすぐ出られない場合に行っている対応方法



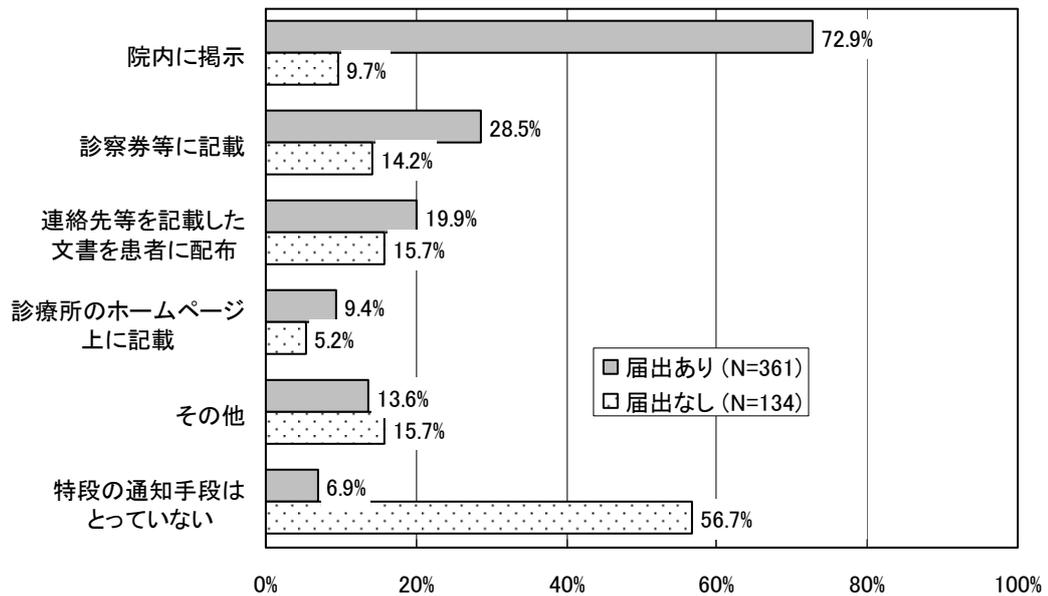
・問い合わせ対応のための人員体制

図表 2-48 診療時間外の患者からの問い合わせ対応のための人員体制



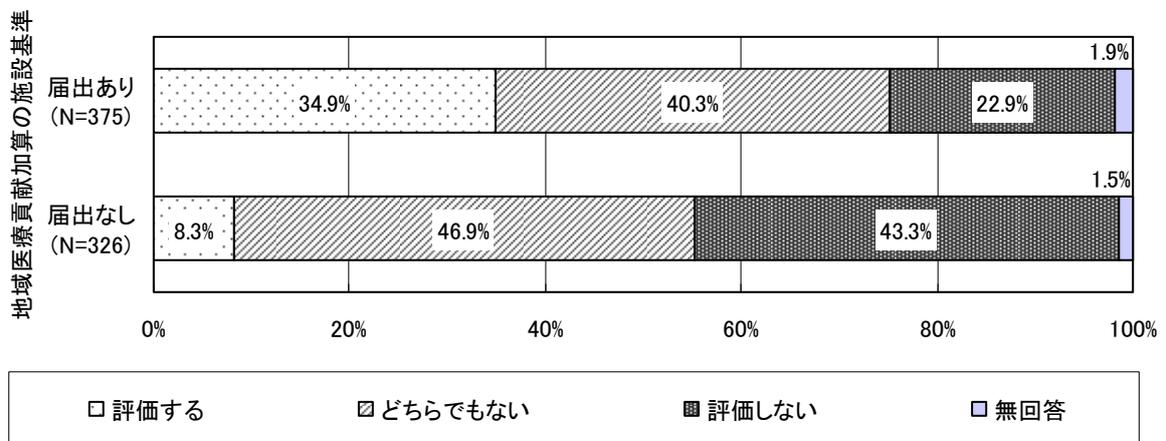
・連絡先・対応時間等の患者への周知方法

図表 2-49 連絡先・対応時間等の患者への周知方法



③ 地域医療貢献加算に対する意見

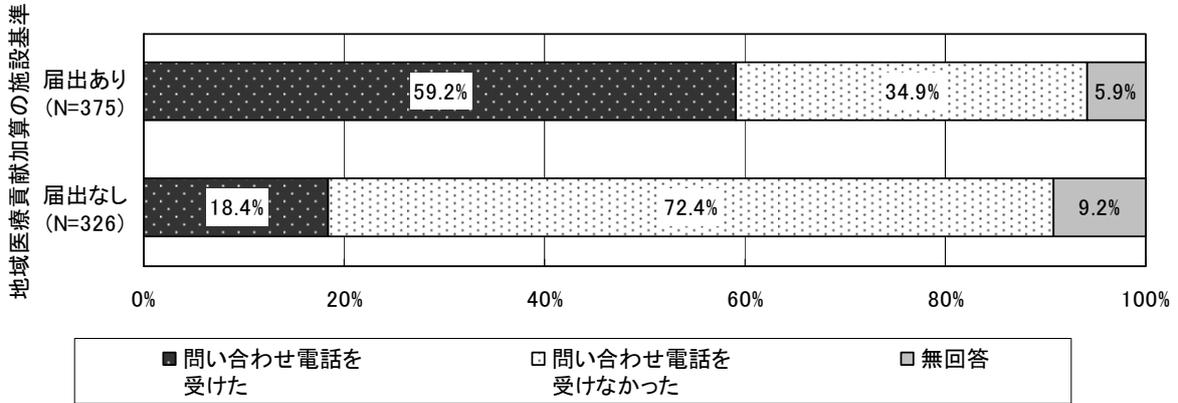
図表 2-50 地域医療貢献加算の創設に関する考え



④ 診療時間外の電話による問い合わせの状況（１）（施設単位での集計）

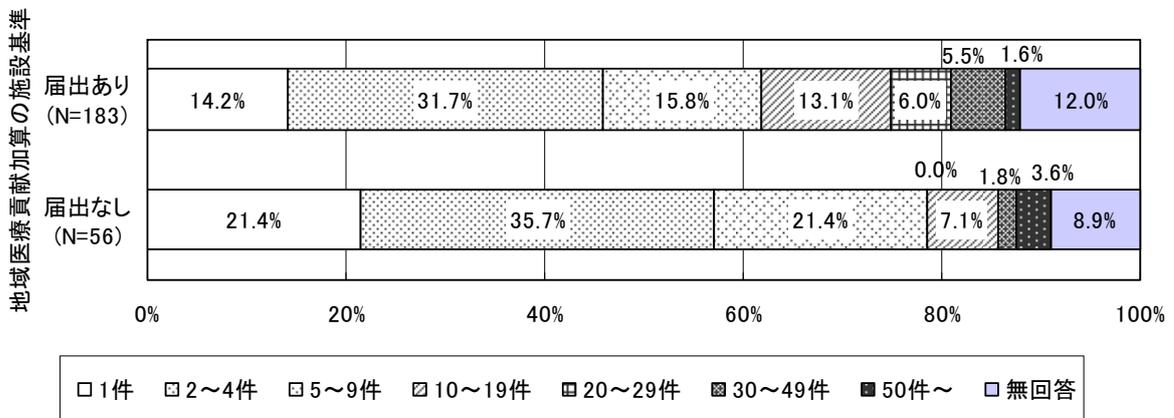
・問い合わせ電話の有無

図表 2-51 問い合わせ電話の有無（平成 22 年 12 月 14 日午後～12 月 28 日午前の 14 日間）



・問い合わせ電話の受付件数

図表 2-52 診療時間外の問い合わせ電話の受付件数  
（平成 22 年 12 月 14 日午後～12 月 28 日午前の 14 日間）



※ 調査期間中に問い合わせ電話を「受けた」回答のみ対象。  
 ※ うち、調査期間中に【問い合わせ受付件数 < うち診察件数】となっている時間帯があるものを無効回答として除外。

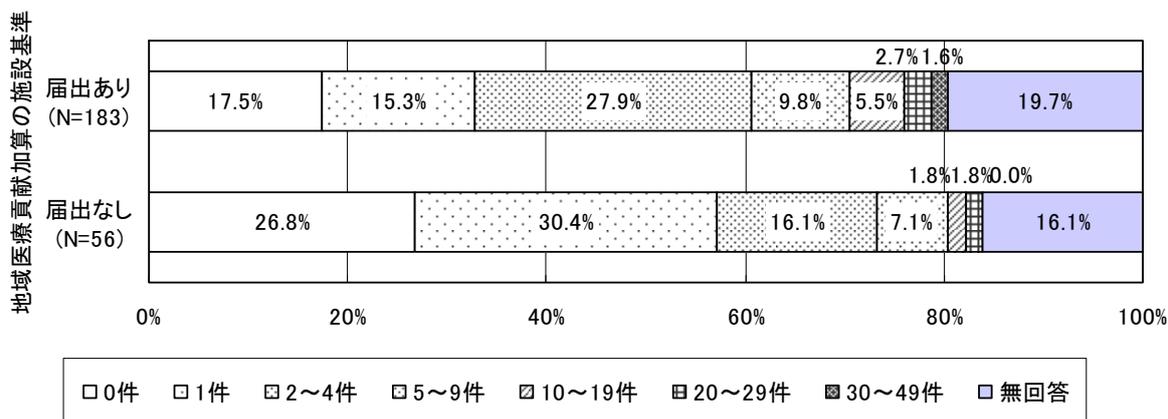
図表 2-53 診療時間外の問い合わせ電話の受付件数  
(平成 22 年 12 月 14 日午後～12 月 28 日午前の 14 日間)

	地域医療貢献加算 (発送ベース)	
	届出あり (N=314)	届出なし (N=317)
総件数	1,812 件	390 件
1 診療所あたり 件数	5.4 件	1.2 件

※ 調査期間中に【問い合わせ受付件数 < うち診察件数】となっている時間帯があるものを無効回答として除外。

・ 問い合わせ電話の受付件数

図表 2-54 診療時間外の問い合わせ電話に対して行った診察の件数  
(平成 22 年 12 月 14 日午後～12 月 28 日午前の 14 日間)



※ 調査期間中に問い合わせ電話を「受けた」回答のみ対象。

※ うち、調査期間中に【問い合わせ受付件数 < うち診察件数】となっている時間帯があるものを無効回答として除外。

図表 2-55 診療時間外の問い合わせ電話に対して行った診察の件数  
(平成 22 年 12 月 14 日午後～12 月 28 日午前の 14 日間)

	地域医療貢献加算 (発送ベース)	
	届出あり (N=300)	届出なし (N=313)
総件数	664 件	134 件
1 診療所あたり 件数	2.0 件	0.4 件

※ 調査期間中に【問い合わせ受付件数 < うち診察件数】となっている時間帯があるものを無効回答として除外。

⑤ 診療時間外の電話による問い合わせの状況（2）（電話対応記録単位での集計）

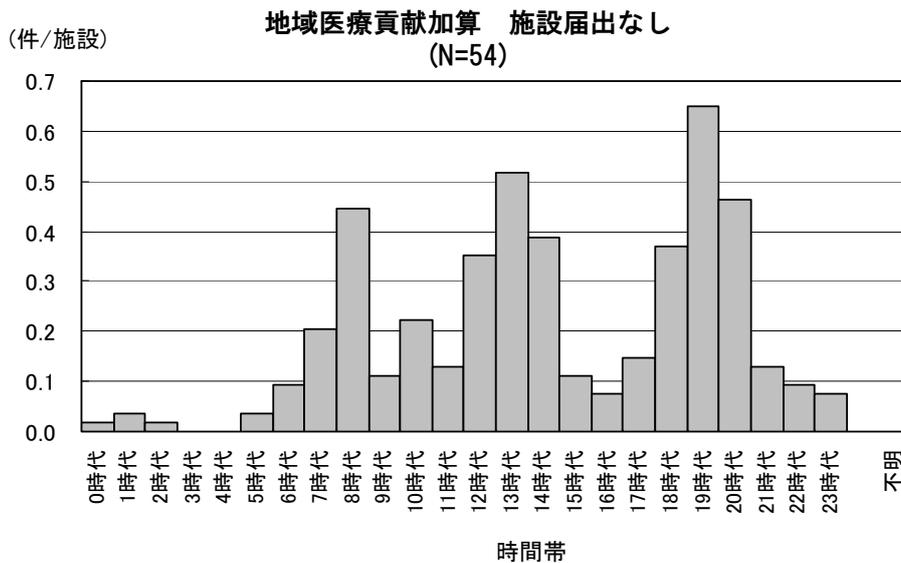
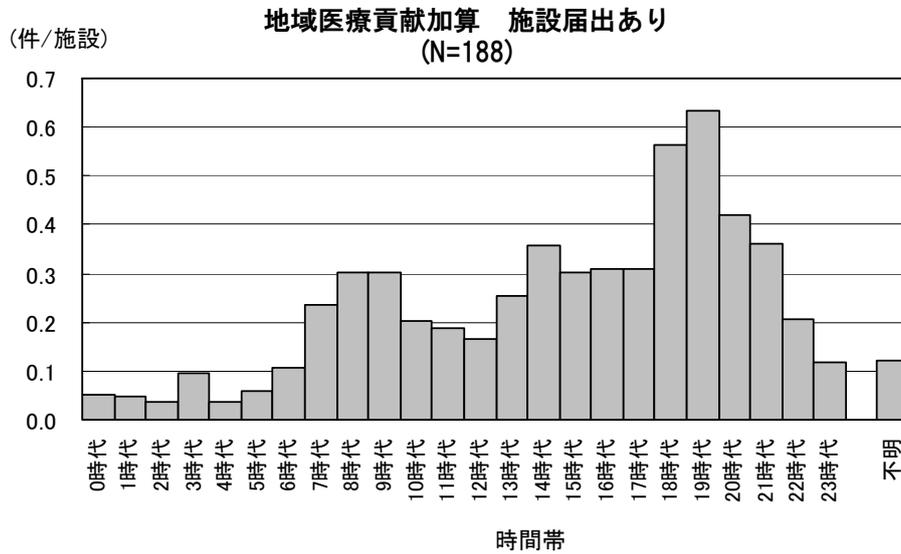
・回答状況

図表 2-56 時間帯別 診療時間外の問い合わせに関する回答状況

	地域医療貢献加算	
	届出あり	届出なし
全回答数	375	326
うち問い合わせ電話への 対応記録あり	188	54

・問い合わせ電話の時刻

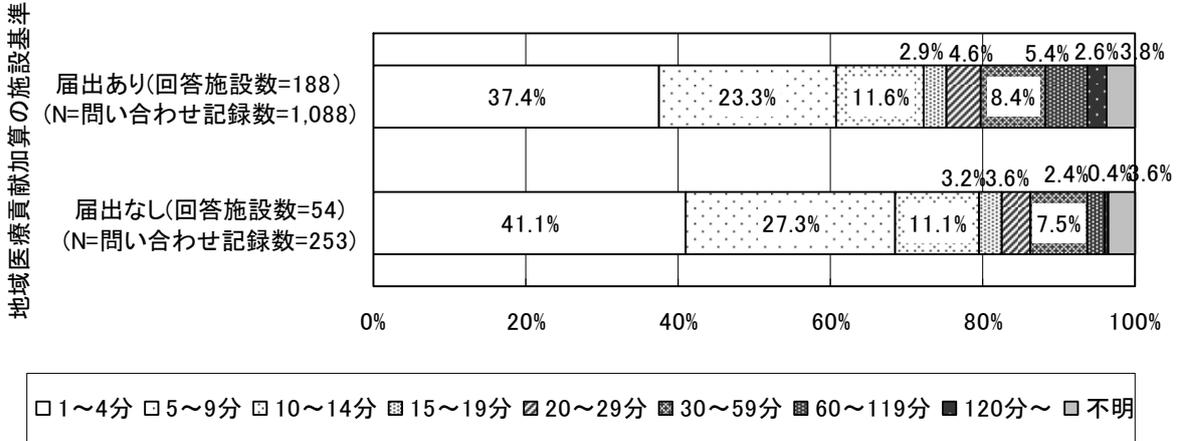
図表 2-57 時間帯別 診療時間外の問い合わせ電話件数（回答診療所 1 施設あたり）  
（平成 22 年 12 月 14 日午後～12 月 28 日午前の 14 日間）



注：データには、平日分と土休日分の両方が含まれる。

・問い合わせ電話への対応時間

図表 2-55 診療時間外の問い合わせへの対応時間  
(平成 22 年 12 月 14 日午後～12 月 28 日午前の 14 日間)

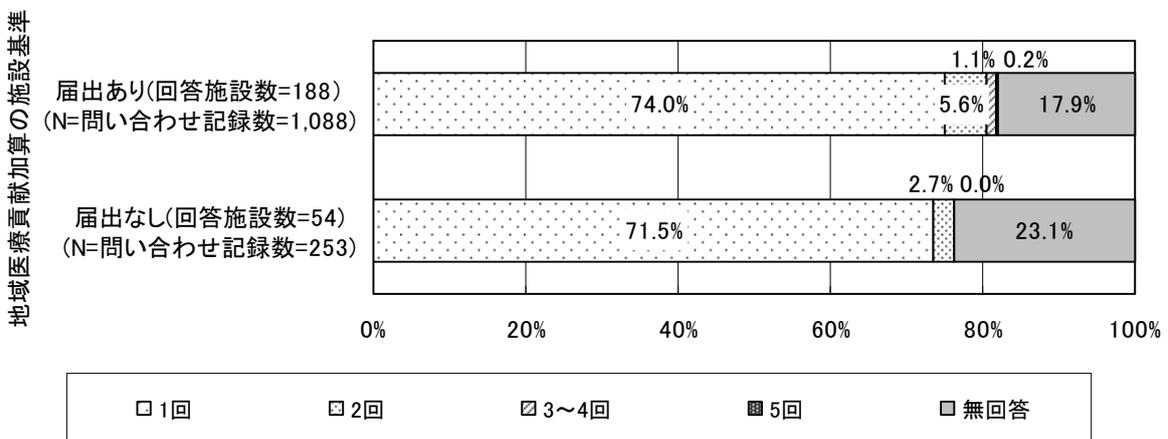


	地域医療貢献加算	
	届出あり (N=188)	届出なし (N=54)
総件数	1,088 件	253 件
平均対応時間 (*)	10.9 分	7.3 分
対応時間の 中央値	5 分	5 分

(\*)…上位 5%、下位 5%を除いて算出。

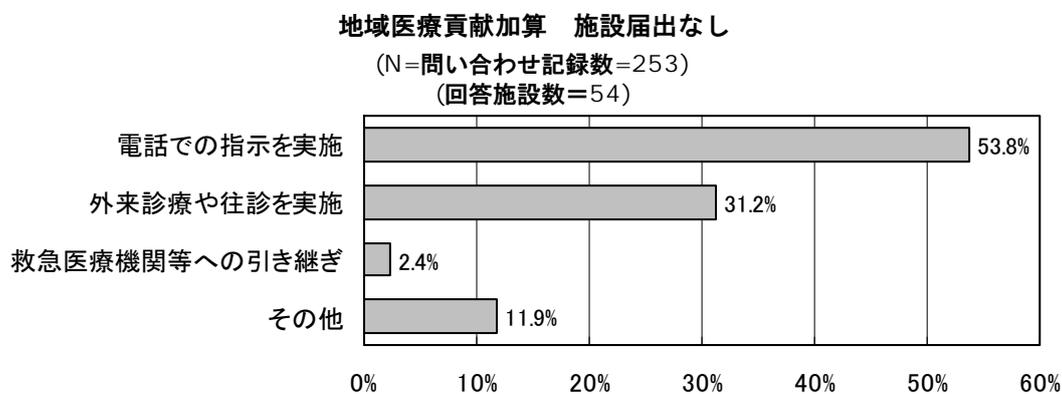
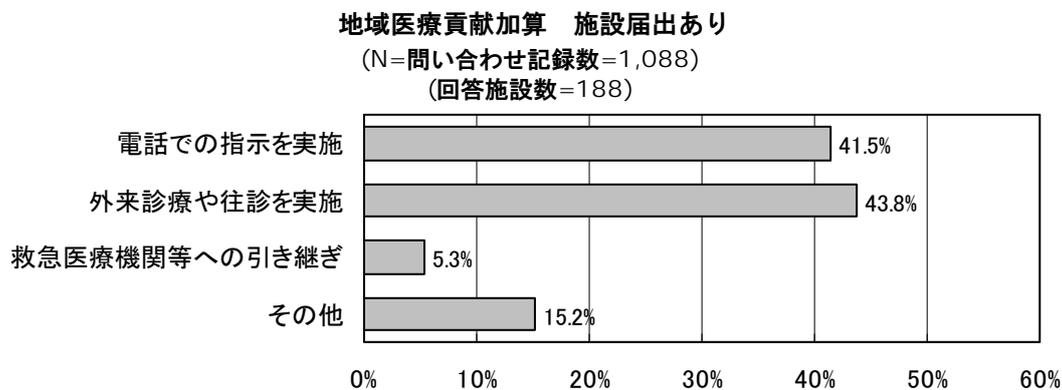
・問い合わせ電話に対する対応回数

図表 2-56 診療時間外の問い合わせへの対応回数  
(平成 22 年 12 月 14 日午後～12 月 28 日午前の 14 日間)



・問い合わせ電話への対応方法

図表 2-57 診療時間外の問い合わせ電話に対する対応方法  
 (平成 22 年 12 月 14 日午後～12 月 28 日午前の 14 日間)



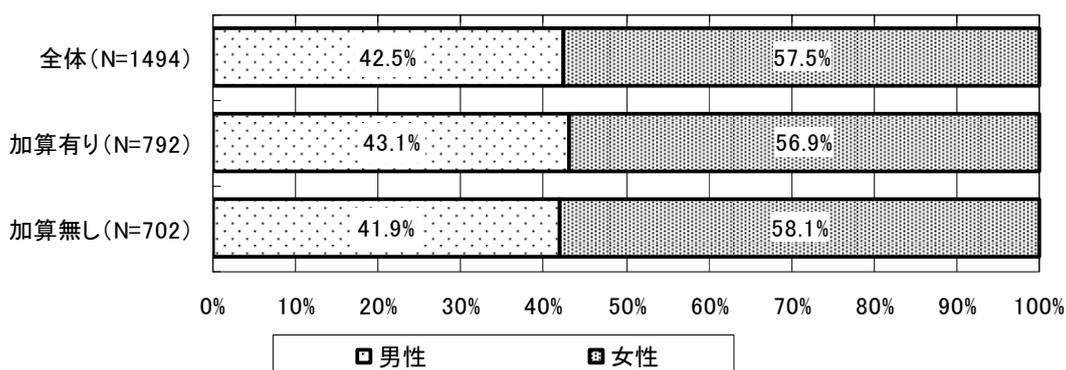
### (3) 患者調査

注) 以下のグラフでは、「外来管理加算の算定の有る患者」を「加算有り」、「外来管理加算の算定の無い患者」を「加算無し」と表記した。

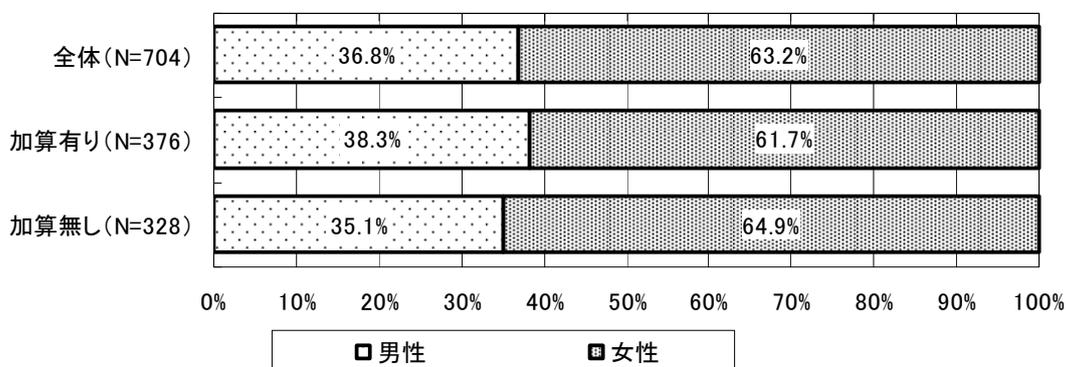
#### □ 患者属性

図表 3-1 性別

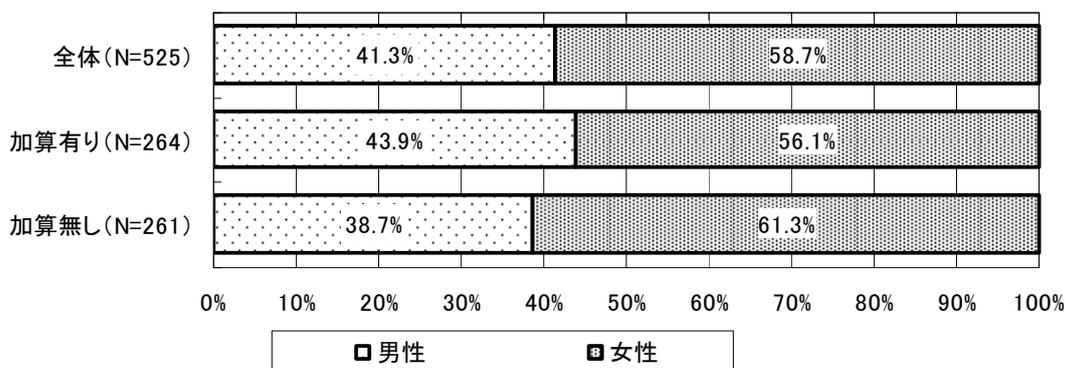
##### [病院]



##### [診療所 (地域医療貢献加算届出有り)]

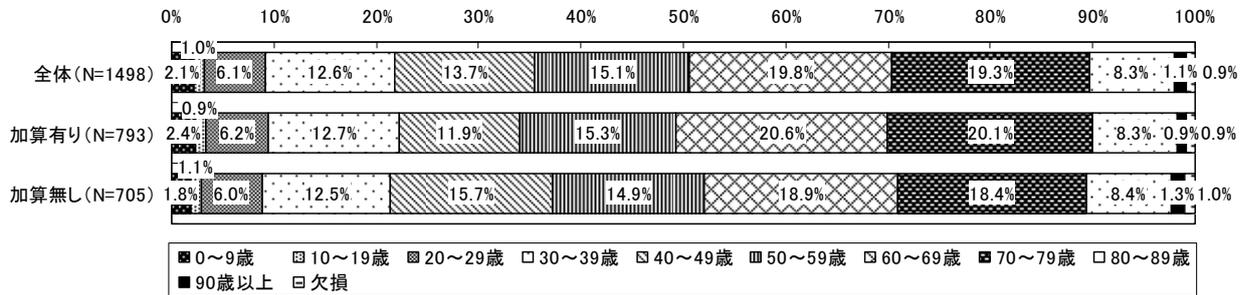


##### [診療所 (地域医療貢献加算届出無し)]

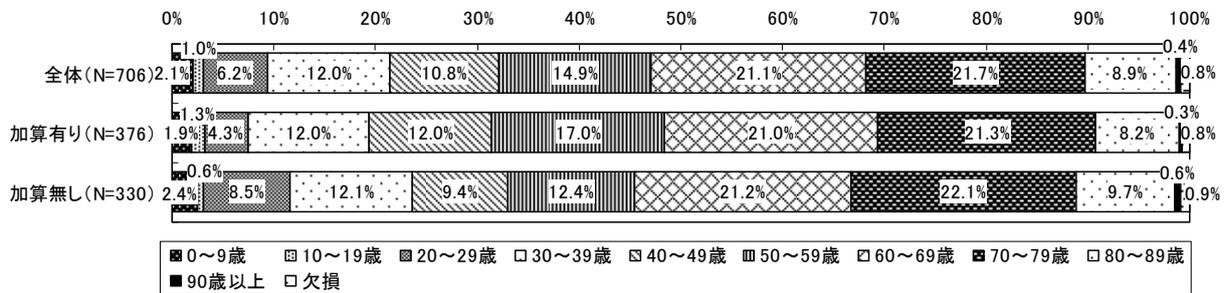


図表 3-2 年齢

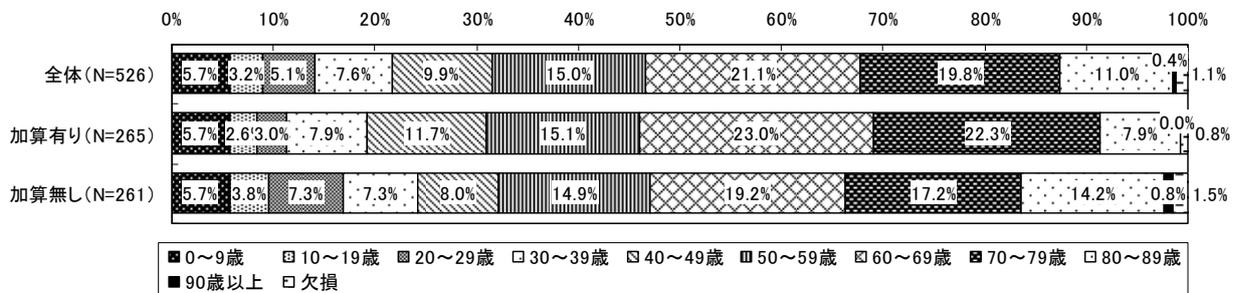
〔病院〕



〔診療所（地域医療貢献加算届出有り）〕

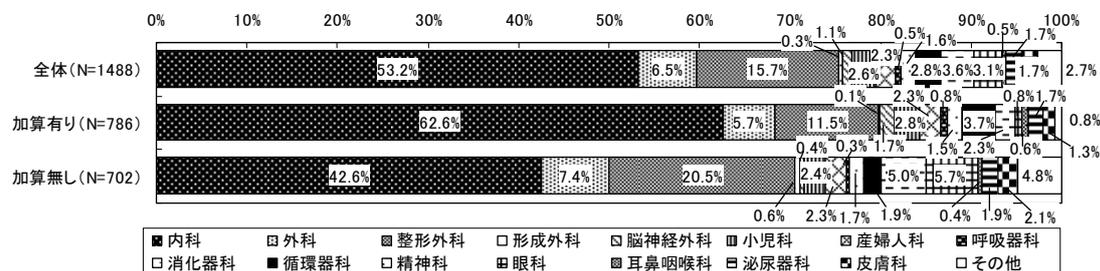


〔診療所（地域医療貢献加算届出無し）〕

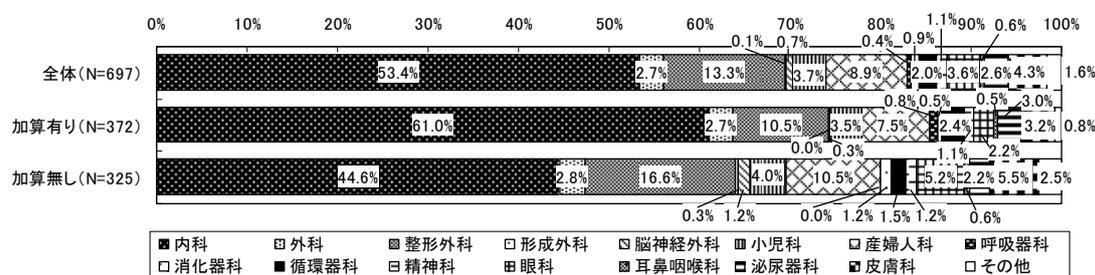


図表 3-3 当該医療機関で調査日に受診した診療科

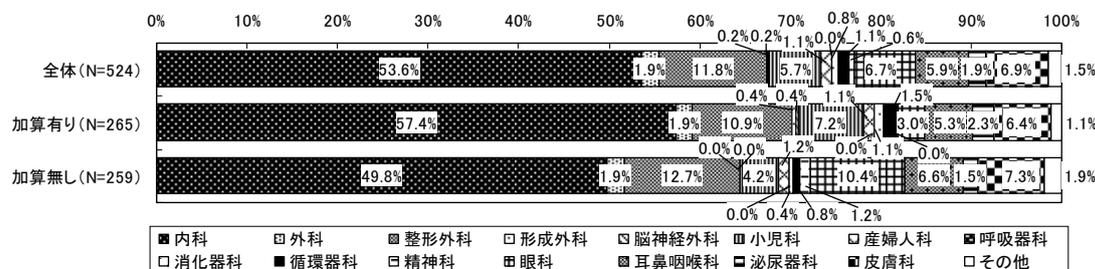
[病院]



[診療所 (地域医療貢献加算届出有り)]

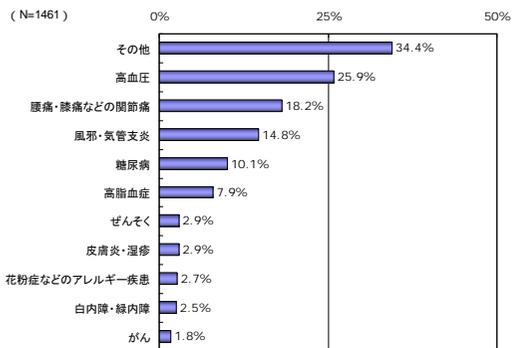


[診療所 (地域医療貢献加算届出無し)]

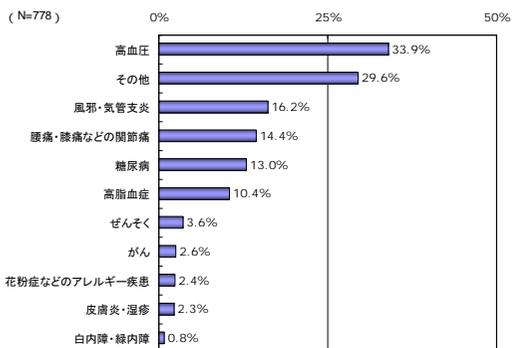


図表 3-4 当該医療機関で調査日に診察を受けた病気

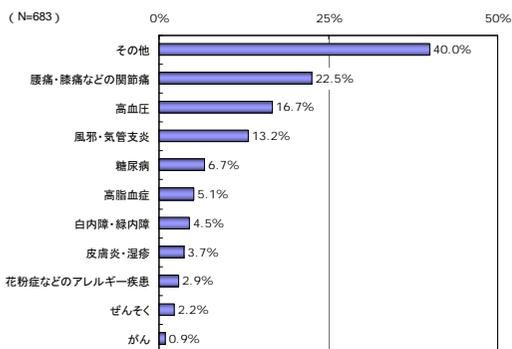
[病院]  
＜全体＞



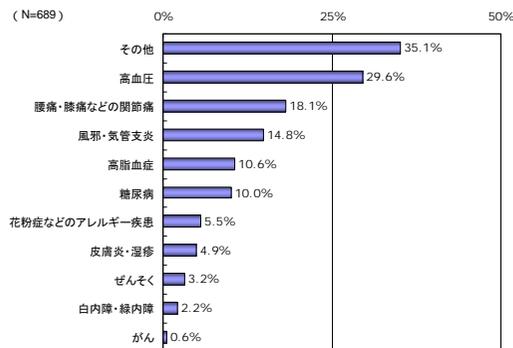
＜加算有＞



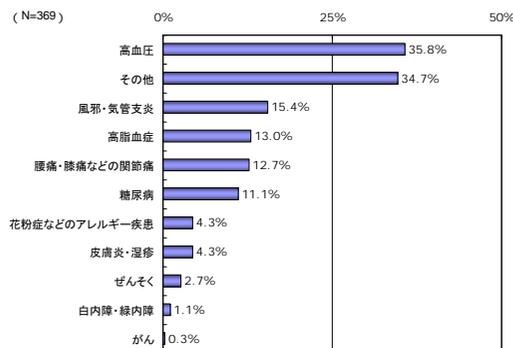
＜加算無＞



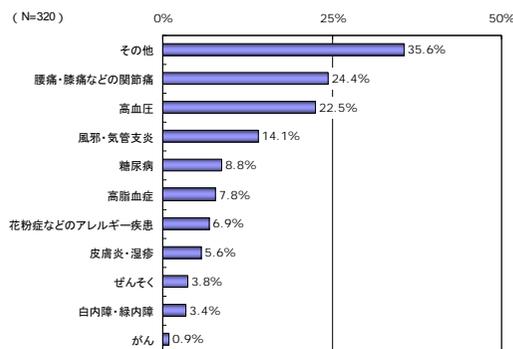
[診療所（地域医療貢献加算届出有り）]  
＜全体＞



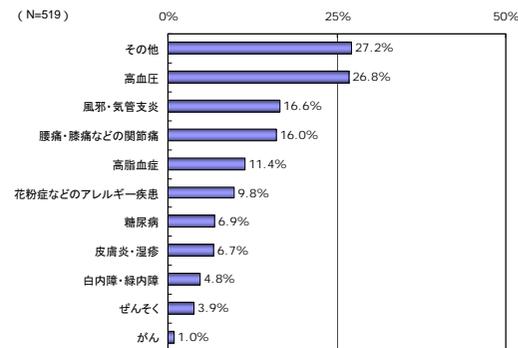
＜加算有＞



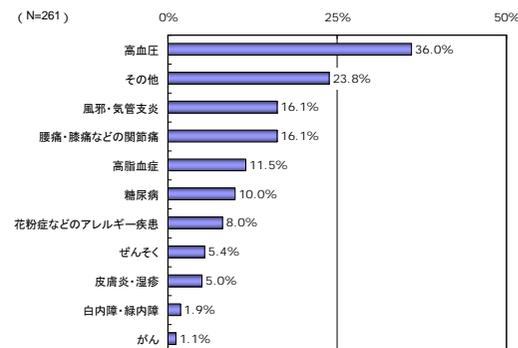
＜加算無＞



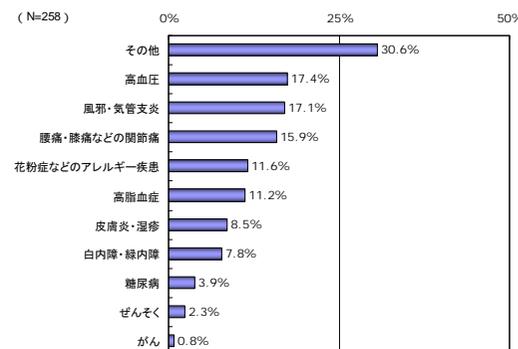
[診療所（地域医療貢献加算届出無し）]  
＜全体＞



＜加算有＞

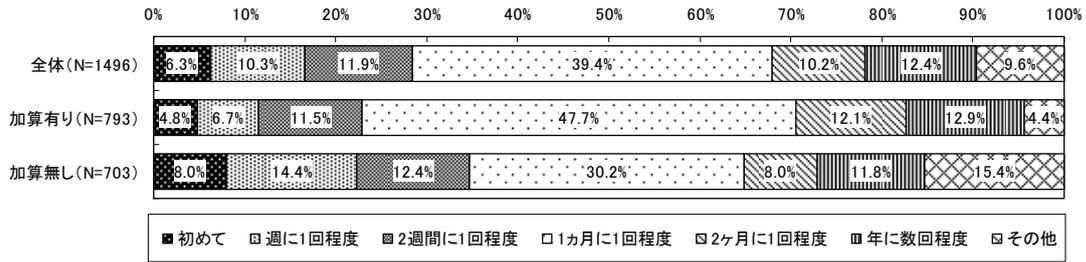


＜加算無＞

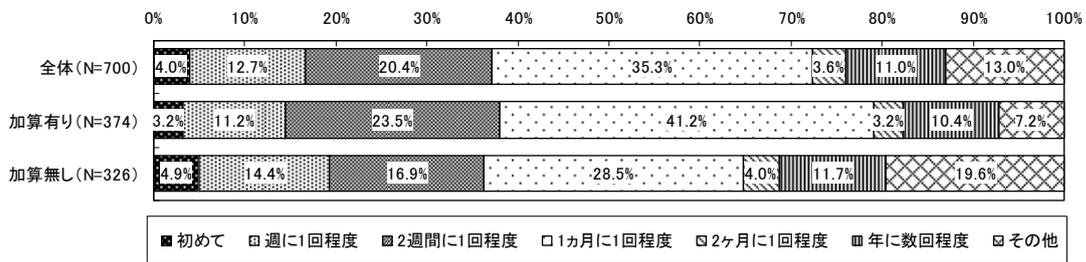


図表 3-5 現在の病気で当該医療機関に通院している頻度

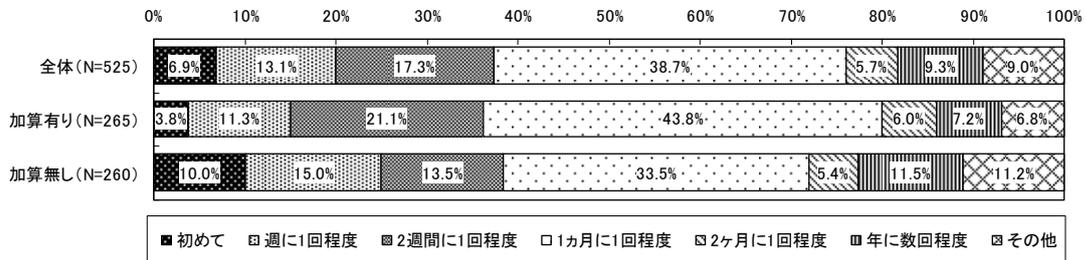
[病院]



[診療所（地域医療貢献加算届出有り）]

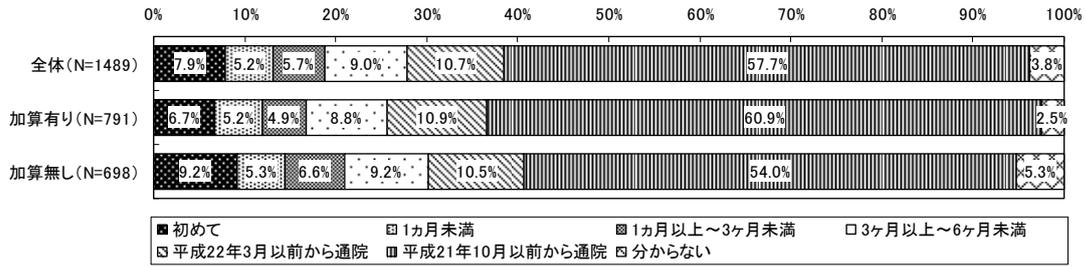


[診療所（地域医療貢献加算届出無し）]

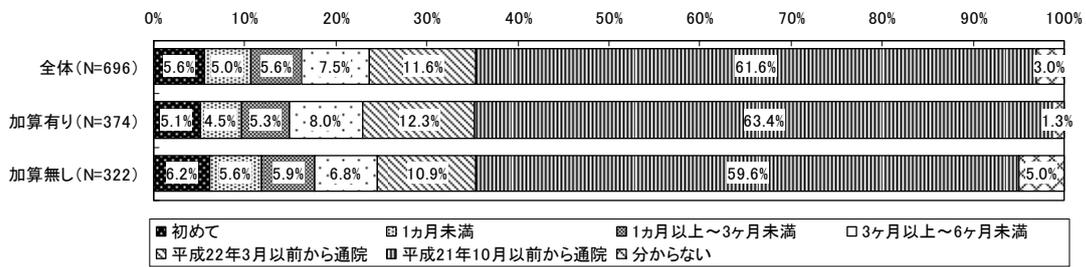


図表 3-6 現在の病気で当該医療機関に通院している期間

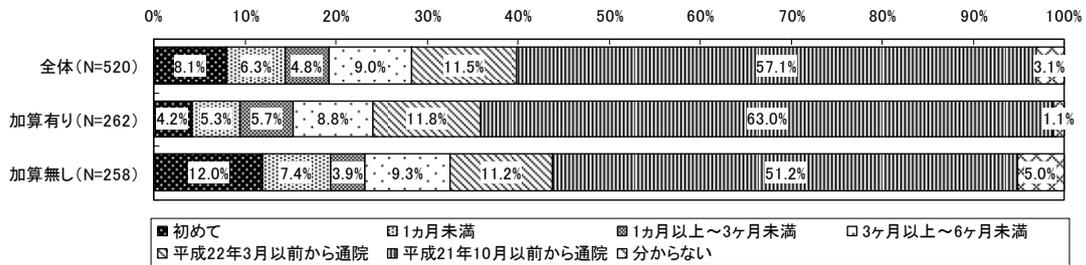
[病院]



[診療所（地域医療貢献加算届出有り）]



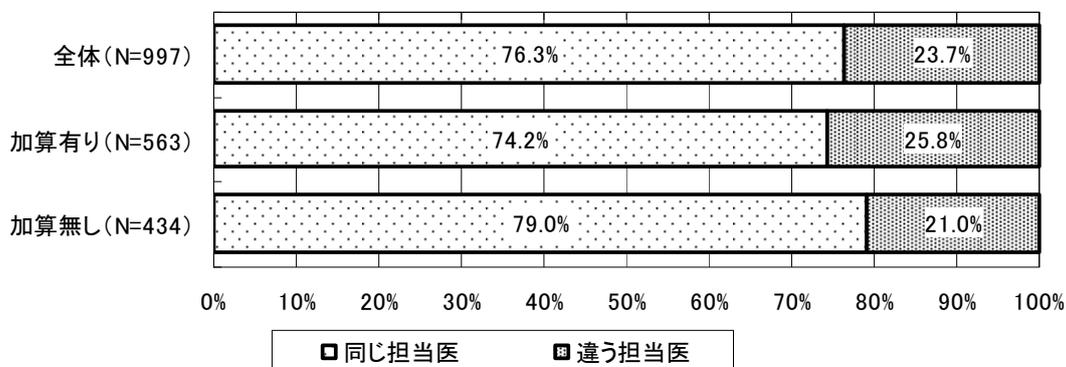
[診療所（地域医療貢献加算届出無し）]



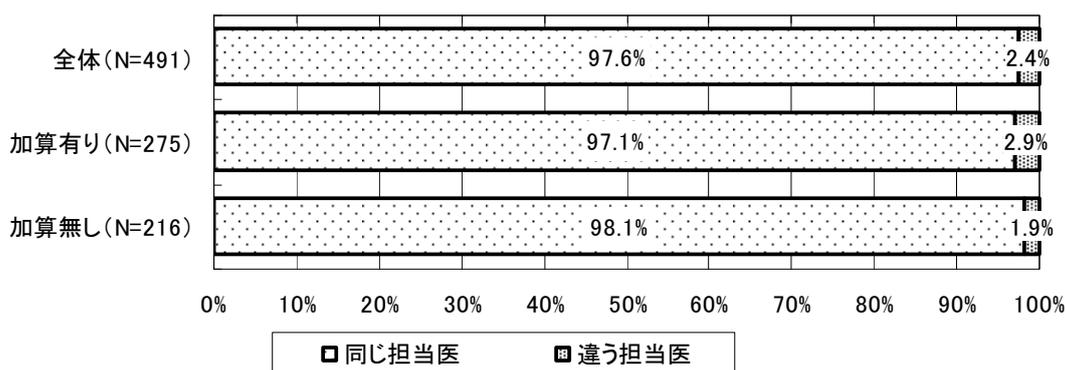
□ 平成 22 年 3 月以前から通院している患者について

図表 3-7 現在と平成 22 年 3 月以前の担当医について

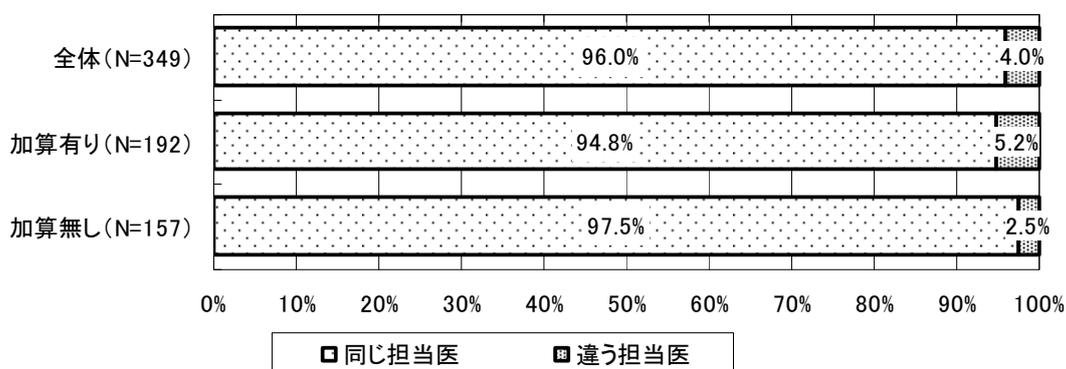
【病院】



【診療所（地域医療貢献加算届出有り）】

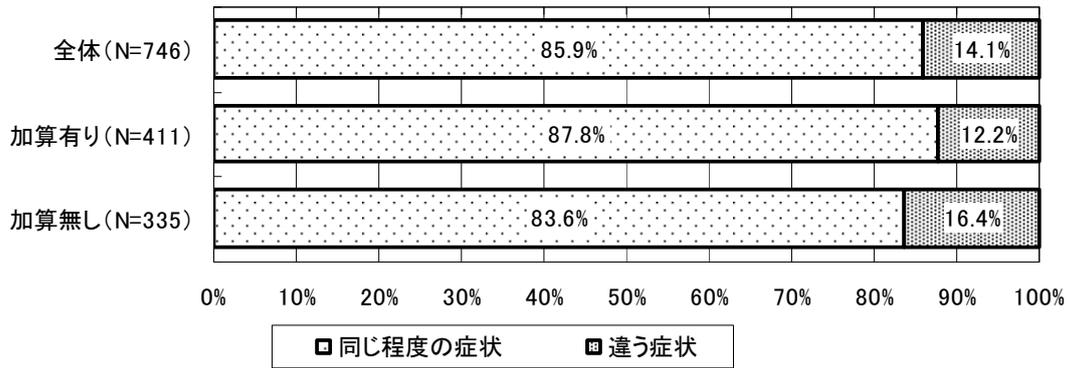


【診療所（地域医療貢献加算届出無し）】

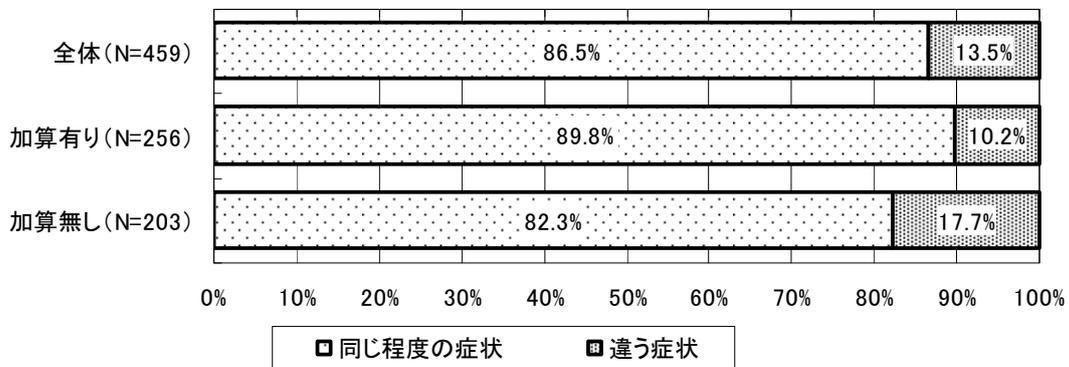


図表 3-8 現在と平成 22 年 3 月以前の病状について

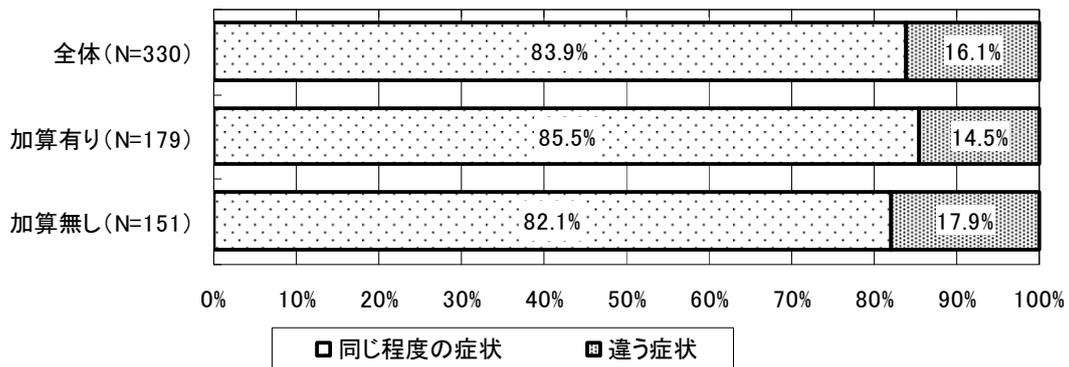
[病院]



[診療所（地域医療貢献加算届出有り）]



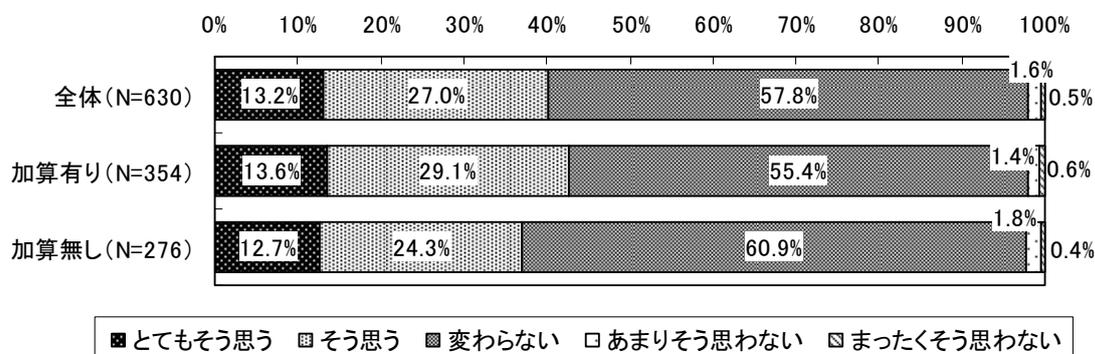
[診療所（地域医療貢献加算届出無し）]



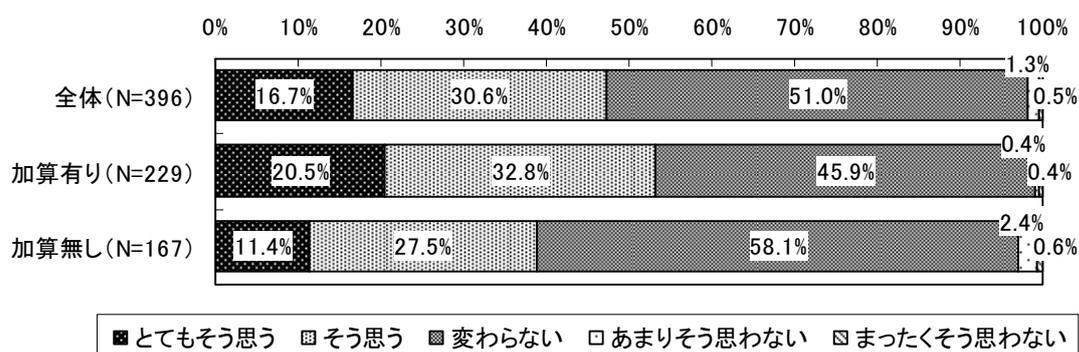
図表 3-9 平成 22 年 3 月以前と平成 22 年 4 月以降の診察について

a) 症状・状態についての問診や、医師の身体診察は丁寧になった

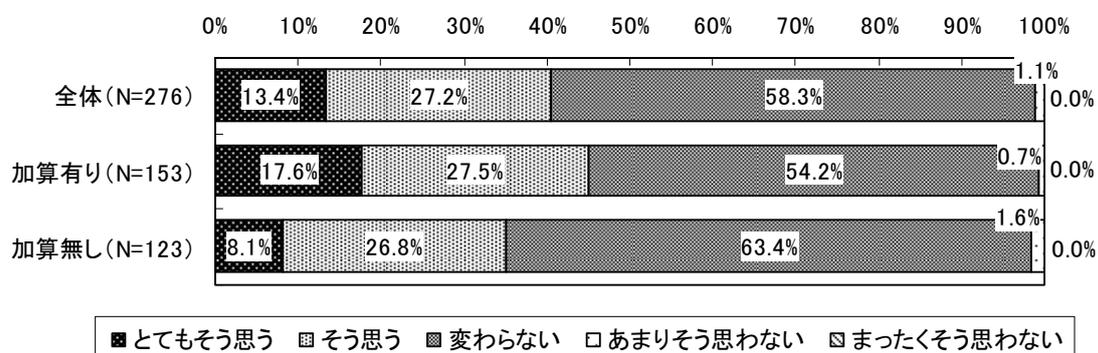
[病院]



[診療所（地域医療貢献加算届出有り）]

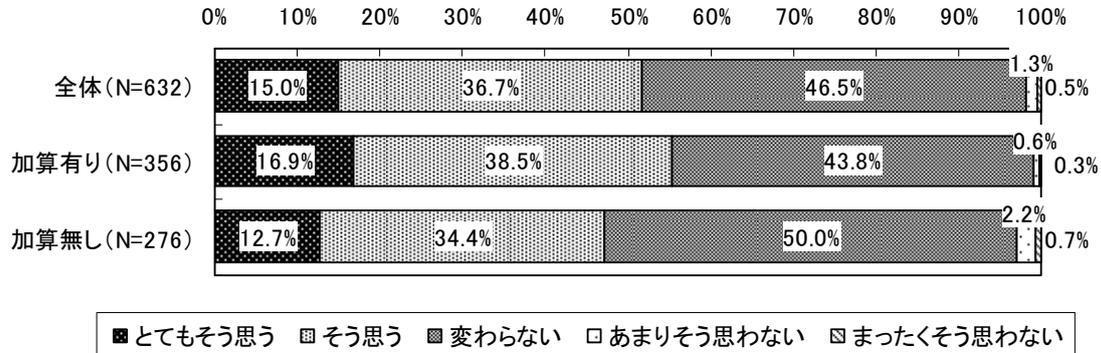


[診療所（地域医療貢献加算届出無し）]

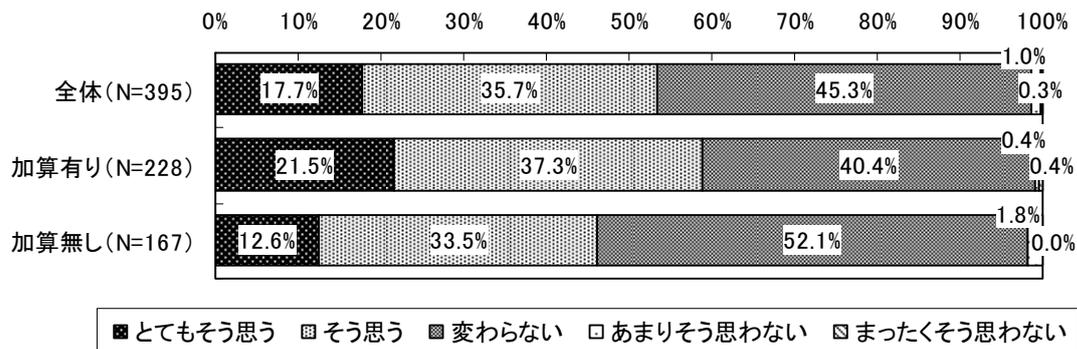


b) 症状・状態についての医師からの説明はわかりやすくなった

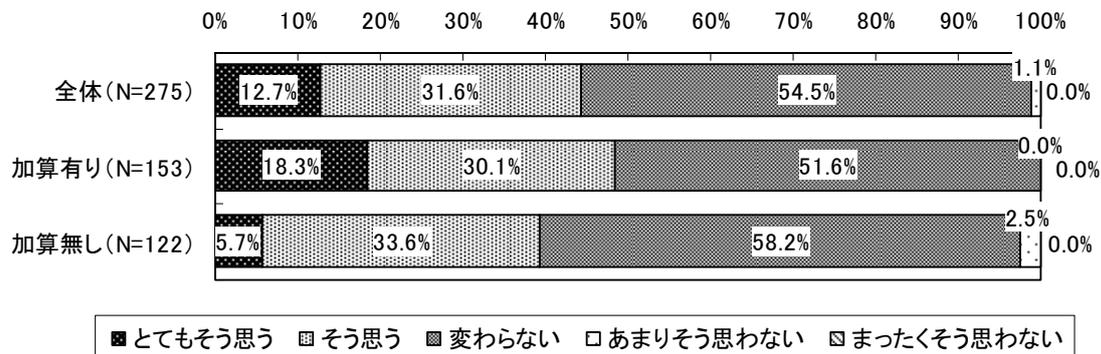
[病院]



[診療所（地域医療貢献加算届出有り）]

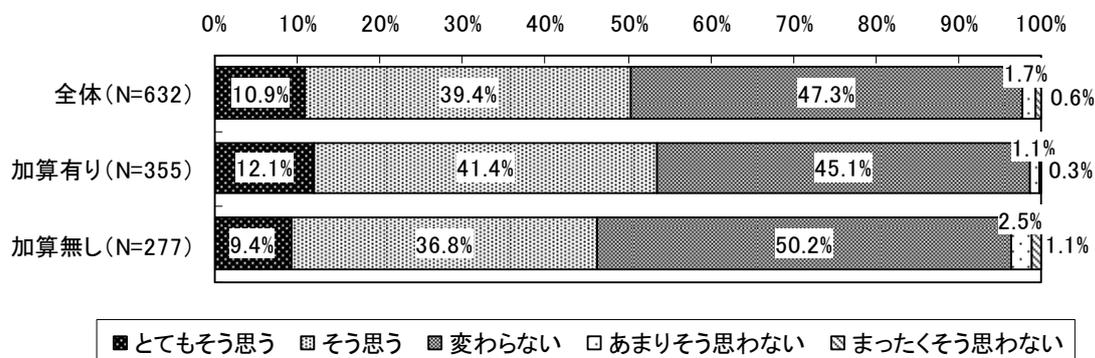


[診療所（地域医療貢献加算届出無し）]

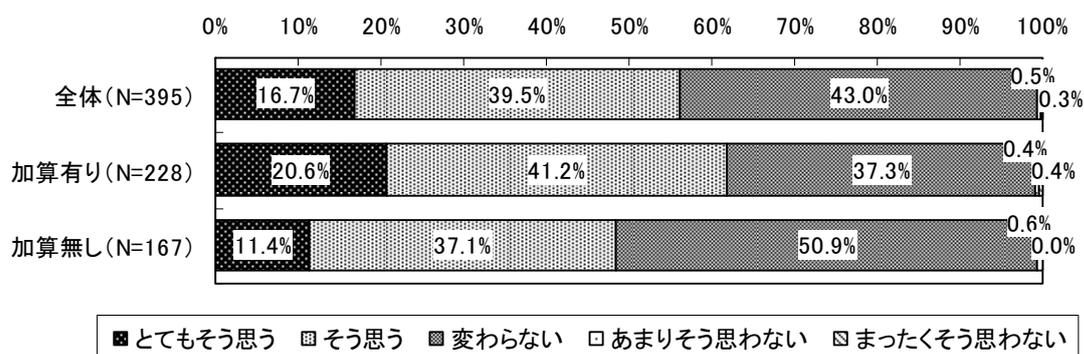


c) 今後の治療方針・生活上の注意や指導についての医師からの説明はわかりやすくなった

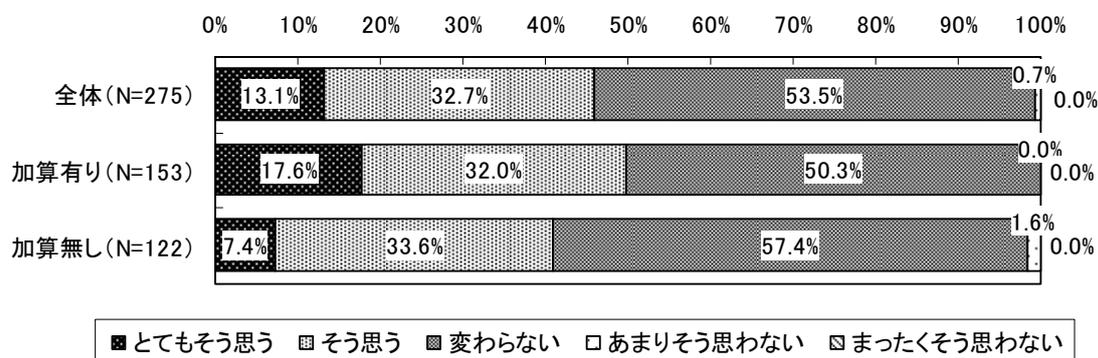
[病院]



[診療所（地域医療貢献加算届出有り）]

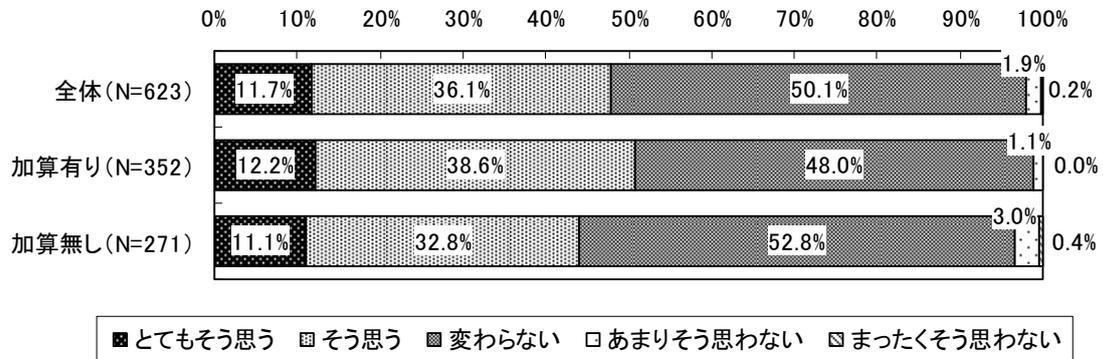


[診療所（地域医療貢献加算届出無し）]

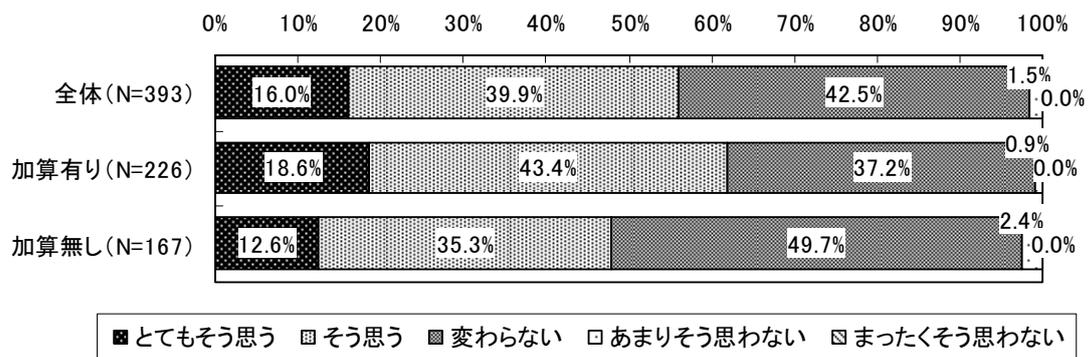


d) 処方された薬についての医師からの説明はわかりやすくなった

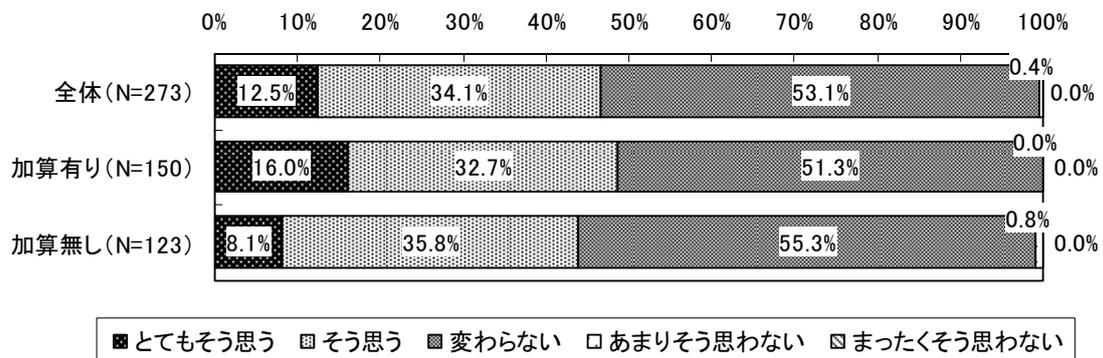
[病院]



[診療所（地域医療貢献加算届出有り）]

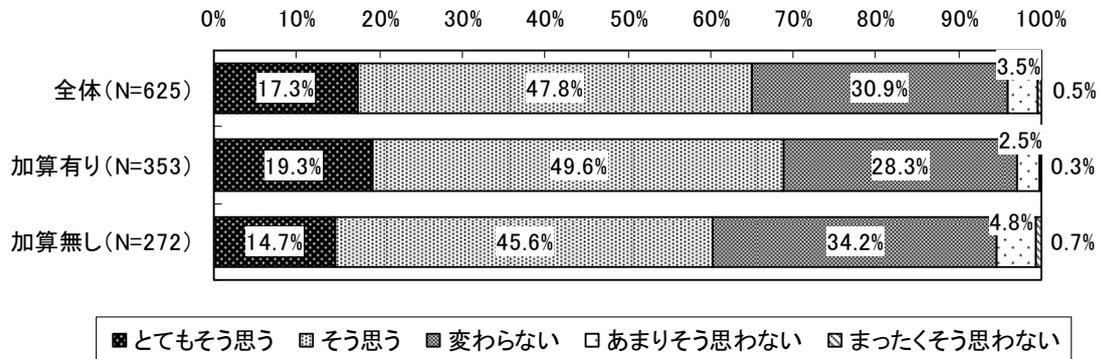


[診療所（地域医療貢献加算届出無し）]

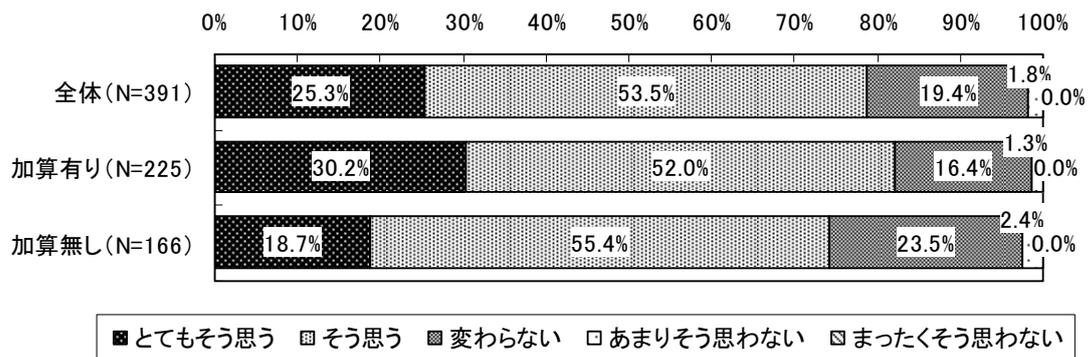


e) あなたの悩みや不安についての相談に十分応じてくれる

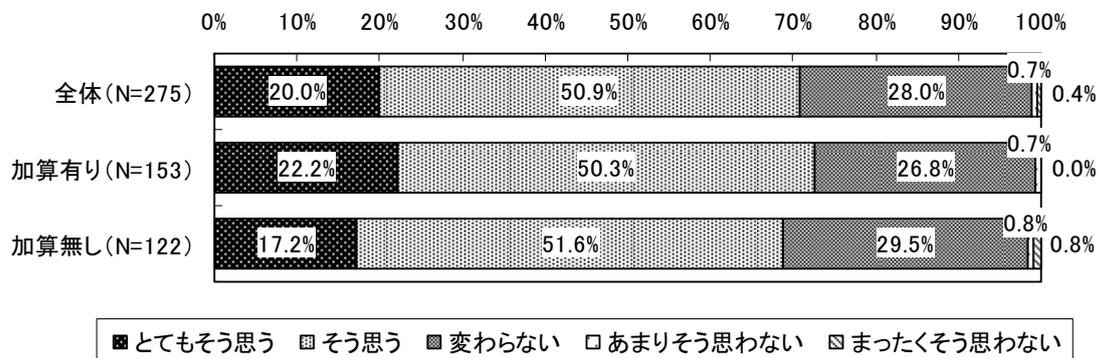
[病院]



[診療所（地域医療貢献加算届出有り）]

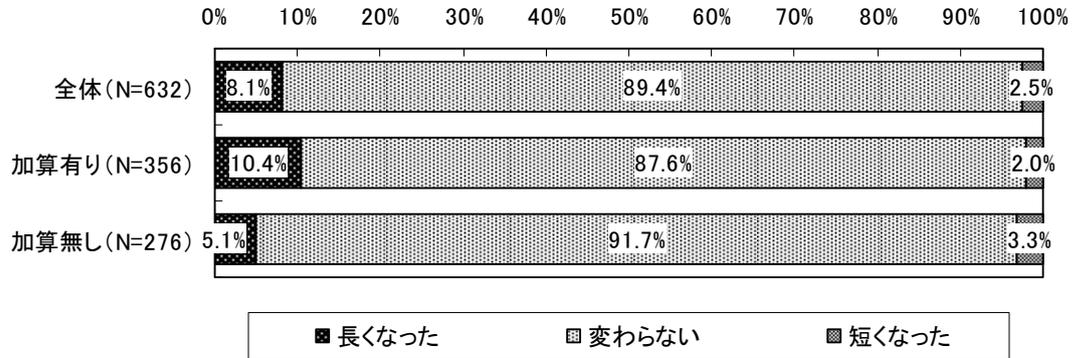


[診療所（地域医療貢献加算届出無し）]

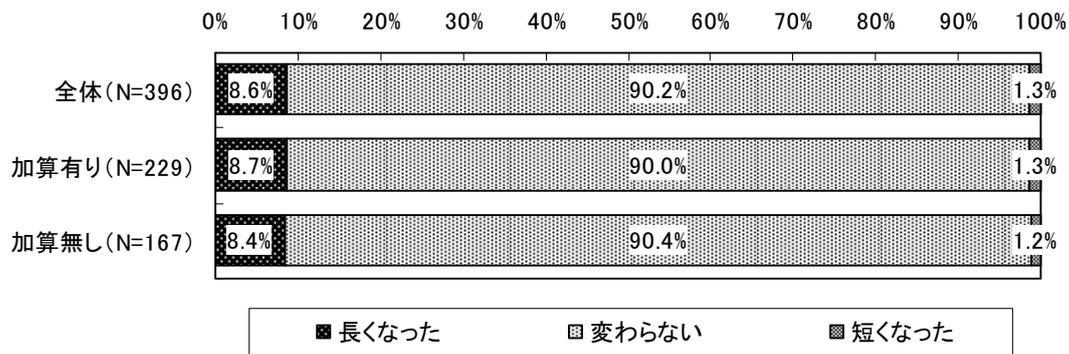


f) 診察時間（医師が直接診察してくれる時間）

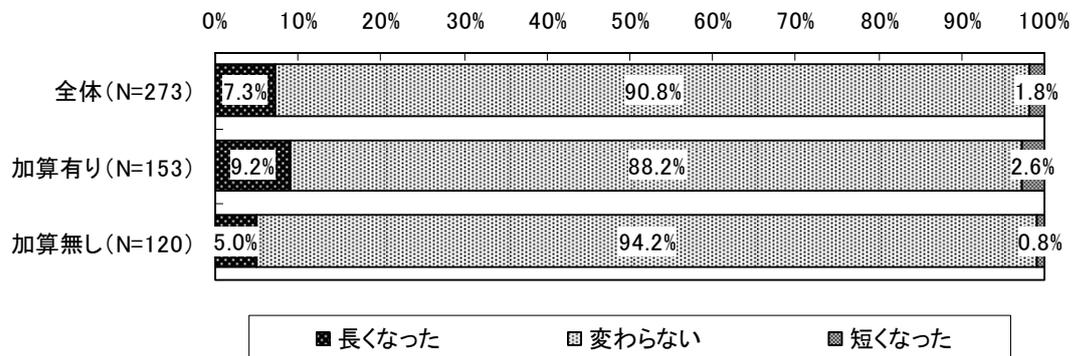
[病院]



[診療所（地域医療貢献加算届出有り）]

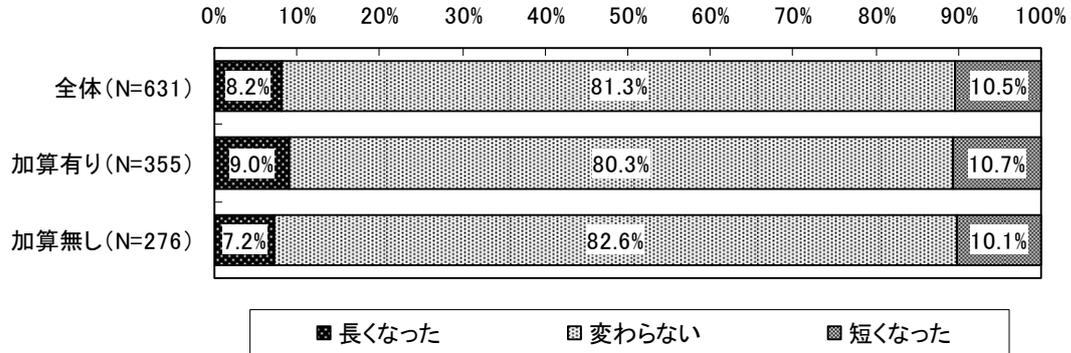


[診療所（地域医療貢献加算届出無し）]

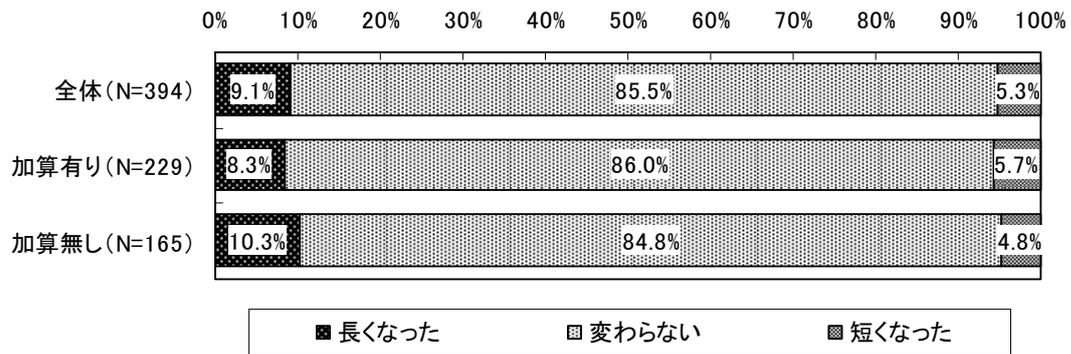


g) 診察までの待ち時間（会計の待ち時間を含まず）

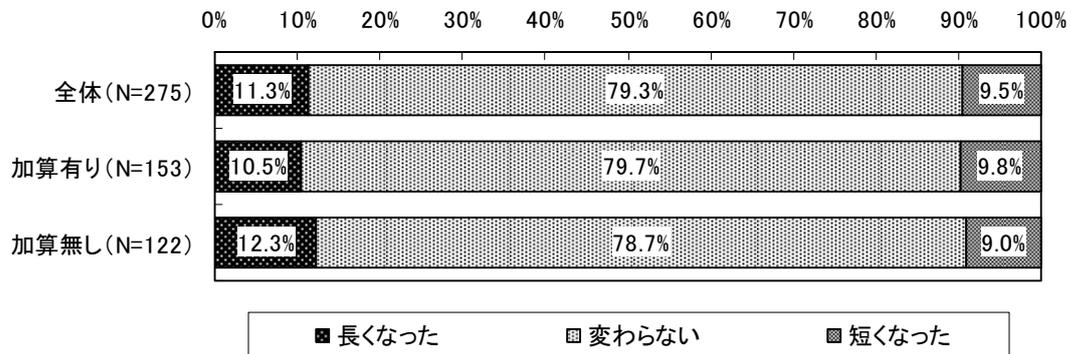
[病院]



[診療所（地域医療貢献加算届出有り）]



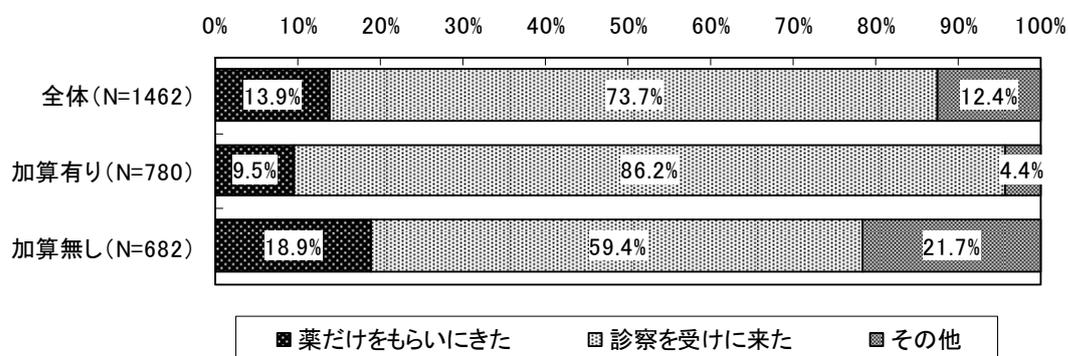
[診療所（地域医療貢献加算届出無し）]



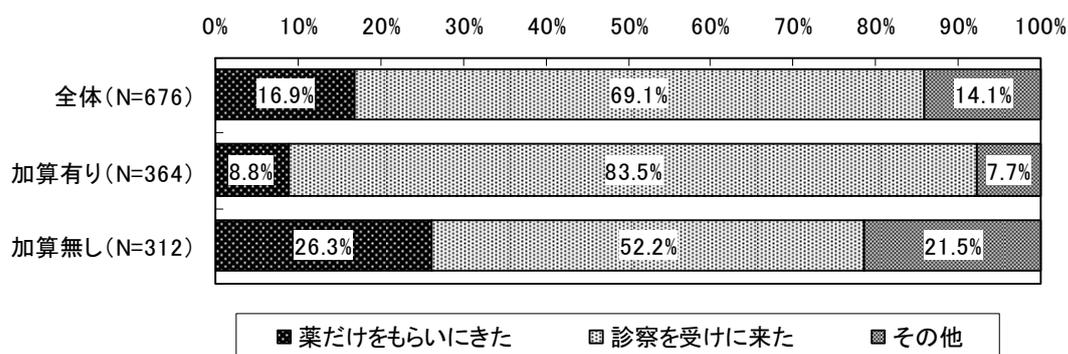
□ 調査票を受け取った日の診察状況（対象：全患者）

図表 3-10 受診目的

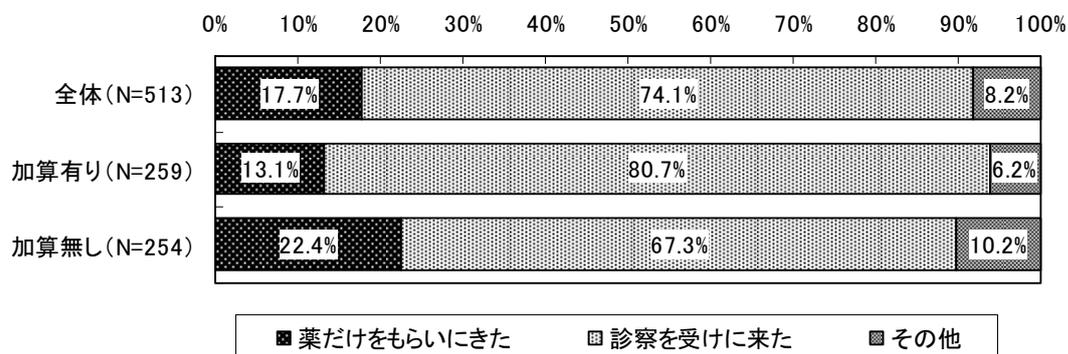
【病院】



【診療所（地域医療貢献加算届出有り）】

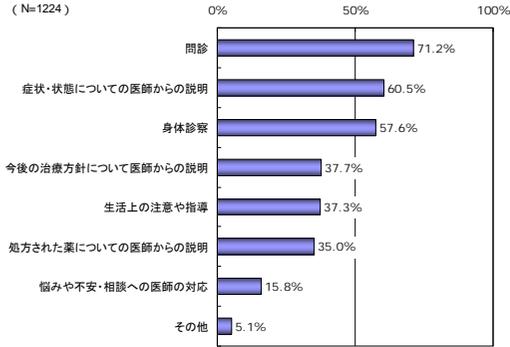


【診療所（地域医療貢献加算届出無し）】

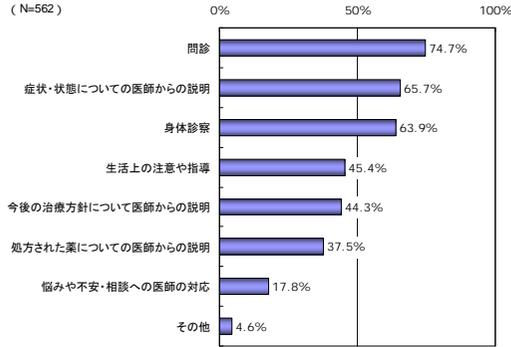


図表 3-11 医師から受けた診察内容（対象患者：「薬だけもらいにきた」以外の患者）

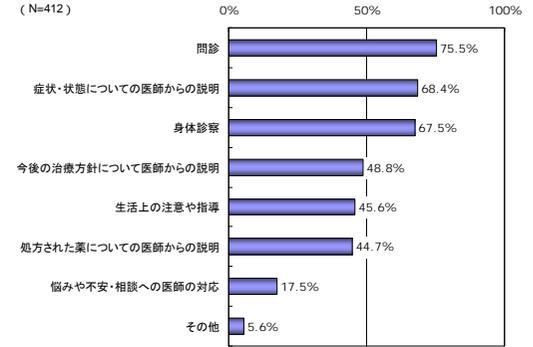
【病院】  
＜全体＞



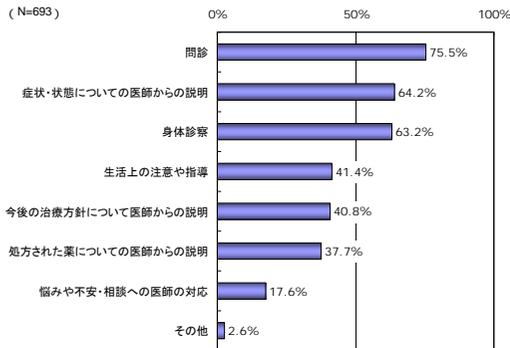
【診療所（地域医療貢献加算届出有り）】  
＜全体＞



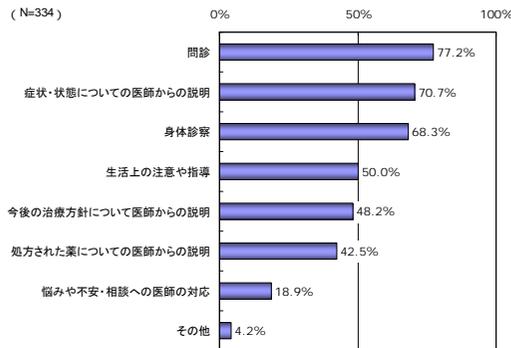
【診療所（地域医療貢献加算届出無し）】  
＜全体＞



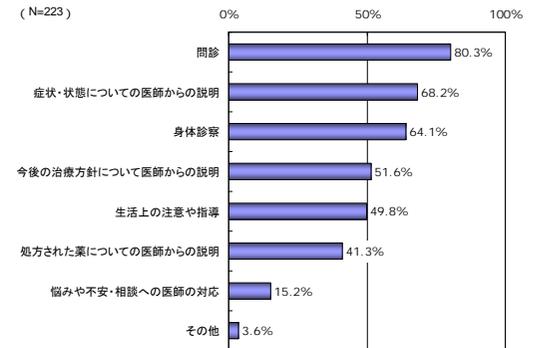
＜加算有＞



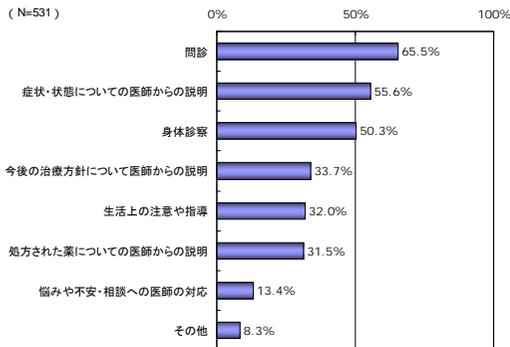
＜加算有＞



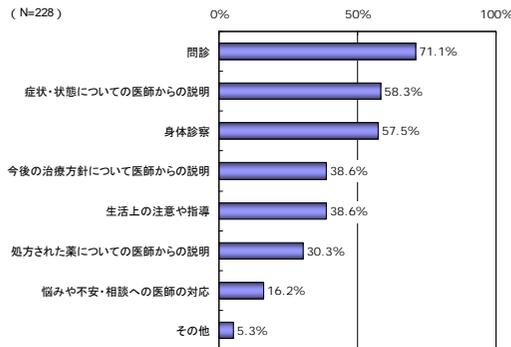
＜加算有＞



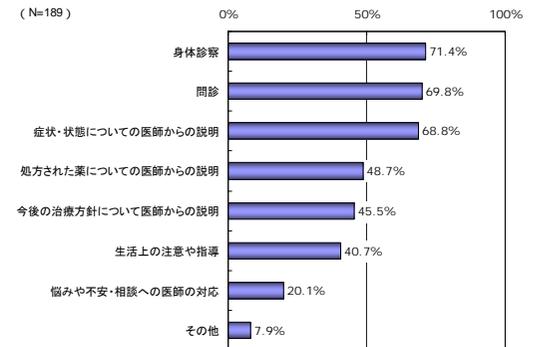
＜加算無＞



＜加算無＞

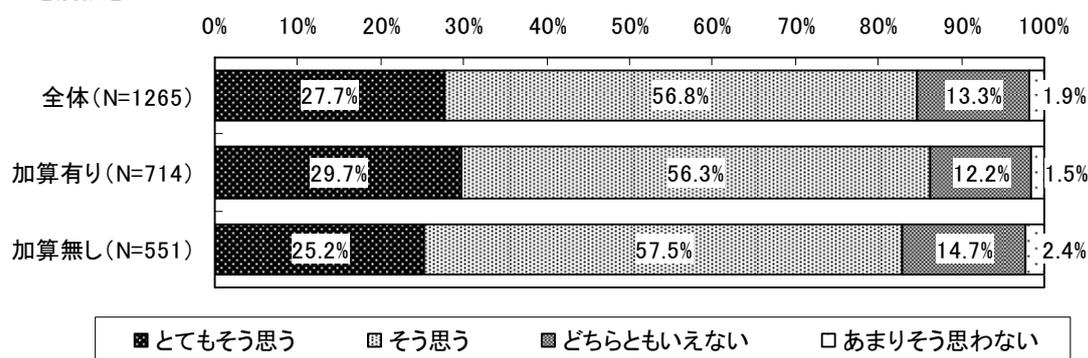


＜加算無＞

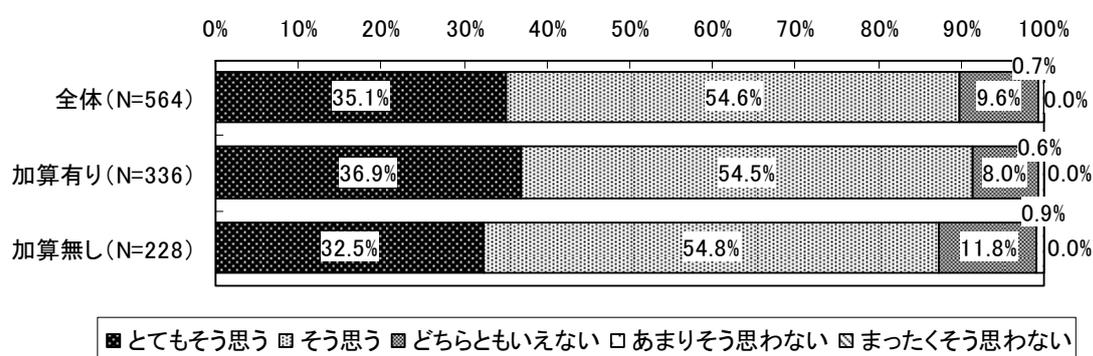


図表 3-12 診察内容への満足度  
(対象患者:「薬だけもらいにきた」以外の患者)

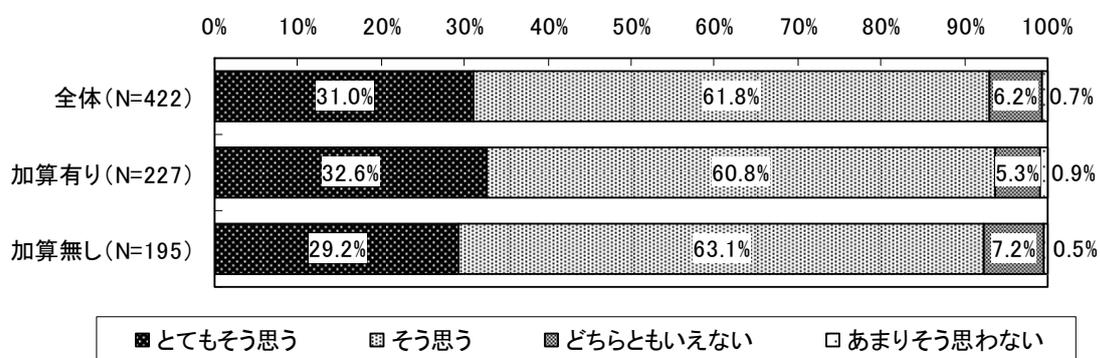
[病院]



[診療所 (地域医療貢献加算届出有り)]



[診療所 (地域医療貢献加算届出無し)]

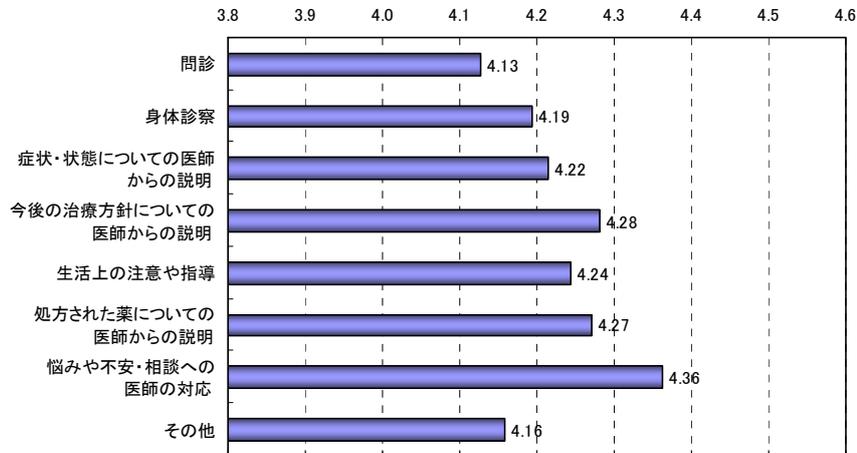


図表 3-13 診察内容と満足度（指標値）

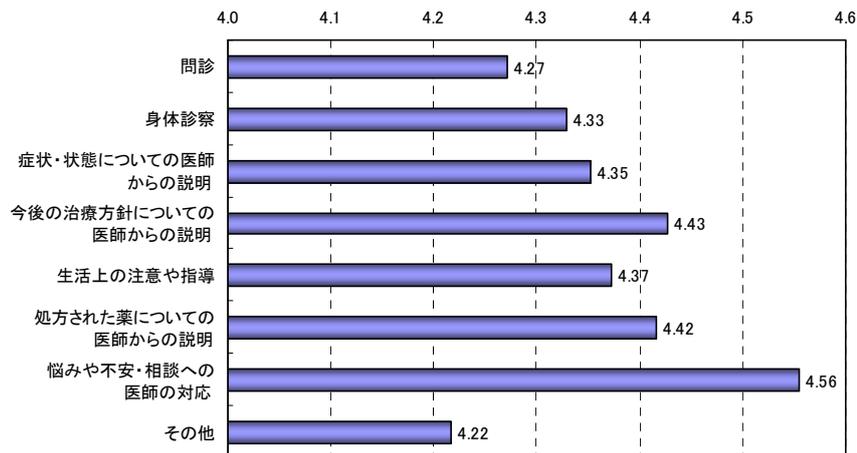
注）満足度について各項目に以下の点数を与え、診察内容ごとに加重平均を求め、指標値とした。

5：「とてもそう思う」 4：「そう思う」 3：「どちらともいえない」  
2：「あまりそう思わない」 1：「まったくそう思わない」

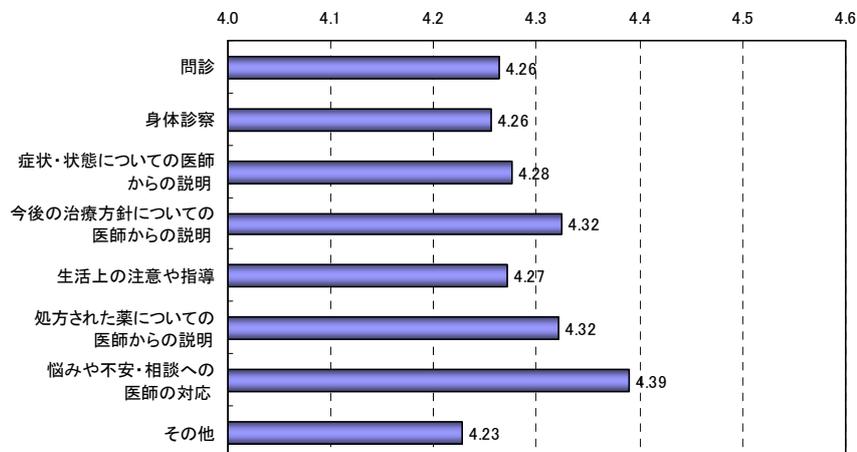
【病院】



【診療所（地域医療貢献加算届出有り）】



【診療所（地域医療貢献加算届出無し）】



図表 3-14 医師の診察時間（対象患者：「薬だけもらいにきた」以外の患者）

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、医師から直接説明を聞いたりした後、  
診察室を出るまでの時間

※注）平均値は、外れ値を除外するため両端 5%を除いて求めた値とした。

	N 数	平均値※	標準偏差	中央値
病院	939 件	8.92 分	10.224	10.0 分
診療所（地域医療貢献加算届出有り）	428 件	10.03 分	15.326	10.0 分
診療所（地域医療貢献加算届出無し）	319 件	8.96 分	8.648	10.0 分

図表 3-15 診察内容と医師の診察時間

※注）平均値は、外れ値を除外するため両端 5%を除いて求めた値とした。

【病院】

		N 数	平均値※	中央値
診察内容	問診	672 件	8.70 分	10.0 分
	身体診察	530 件	9.32 分	10.0 分
	症状・状態についての医師からの説明	554 件	9.37 分	10.0 分
	今後の治療方針について医師からの説明	366 件	9.68 分	10.0 分
	生活上の注意や指導	356 件	10.27 分	10.0 分
	処方された薬についての医師からの説明	335 件	9.53 分	10.0 分
	悩みや不安・相談への医師の対応	159 件	11.55 分	10.0 分
	その他	37 件	16.11 分	15.0 分

【診療所（地域医療貢献加算届出有り）】

		N 数	平均値※	中央値
診察内容	問診	318 件	9.99 分	10.0 分
	身体診察	275 件	10.16 分	10.0 分
	症状・状態についての医師からの説明	286 件	10.13 分	10.0 分
	今後の治療方針について医師からの説明	189 件	11.57 分	10.0 分
	生活上の注意や指導	197 件	11.09 分	10.0 分
	処方された薬についての医師からの説明	162 件	10.69 分	10.0 分
	悩みや不安・相談への医師の対応	74 件	12.33 分	10.0 分
	その他	15 件	11.22 分	10.0 分

【診療所（地域医療貢献加算届出無し）】

		N 数	平均値※	中央値
診察内容	問診	240 件	9.12 分	10.0 分
	身体診察	213 件	8.98 分	10.0 分
	症状・状態についての医師からの説明	215 件	9.05 分	10.0 分
	今後の治療方針について医師からの説明	158 件	9.44 分	10.0 分
	生活上の注意や指導	141 件	9.05 分	10.0 分
	処方された薬についての医師からの説明	133 件	9.77 分	10.0 分
	悩みや不安・相談への医師の対応	52 件	12.01 分	10.0 分
	その他	18 件	10.01 分	5.0 分

図表 3-16 診察を受けた病名と医師の診察時間

※注) 平均値は、外れ値を除外するため両端 5%を除いて求めた値とした。

[病院]

診察を受けた病名	N 数	平均値※	中央値	
	高血圧	231 件	8.76 分	8.0 分
	糖尿病	104 件	9.41 分	10.0 分
	高脂血症	72 件	7.70 分	8.0 分
	風邪・気管支炎	137 件	7.63 分	6.0 分
	ぜんそく	27 件	9.01 分	10.0 分
	花粉症などのアレルギー疾患	18 件	8.01 分	6.0 分
	皮膚炎・湿疹	25 件	6.97 分	5.0 分
	腰痛・膝痛などの関節痛	158 件	10.33 分	10.0 分
	がん	18 件	10.64 分	10.0 分
	白内障・緑内障	23 件	9.74 分	10.0 分
	その他	336 件	9.47 分	10.0 分

[診療所（地域医療貢献加算届出有り）]

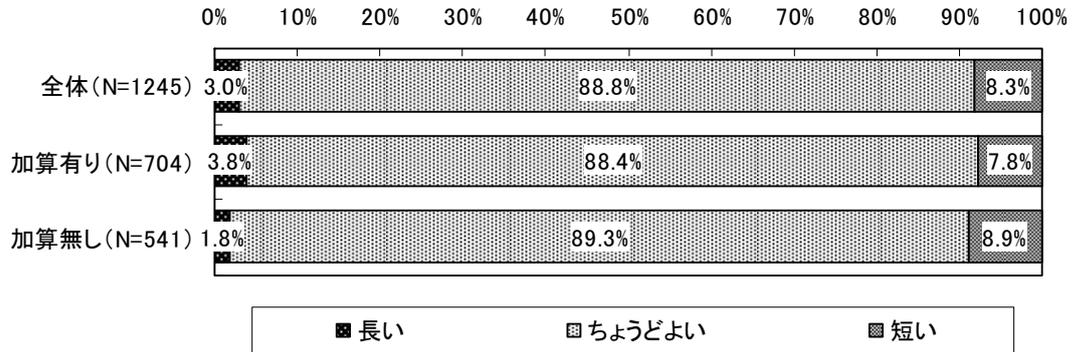
診察を受けた病名	N 数	平均値※	中央値	
	高血圧	122 件	11.23 分	10.0 分
	糖尿病	49 件	10.87 分	10.0 分
	高脂血症	39 件	14.04 分	10.0 分
	風邪・気管支炎	73 件	9.29 分	10.0 分
	ぜんそく	10 件	9.94 分	10.0 分
	花粉症などのアレルギー疾患	18 件	7.89 分	7.0 分
	皮膚炎・湿疹	19 件	9.94 分	10.0 分
	腰痛・膝痛などの関節痛	77 件	10.92 分	10.0 分
	がん	4 件	30.94 分	6.5 分
	白内障・緑内障	8 件	6.61 分	5.0 分
	その他	160 件	10.19 分	10.0 分

[診療所（地域医療貢献加算届出無し）]

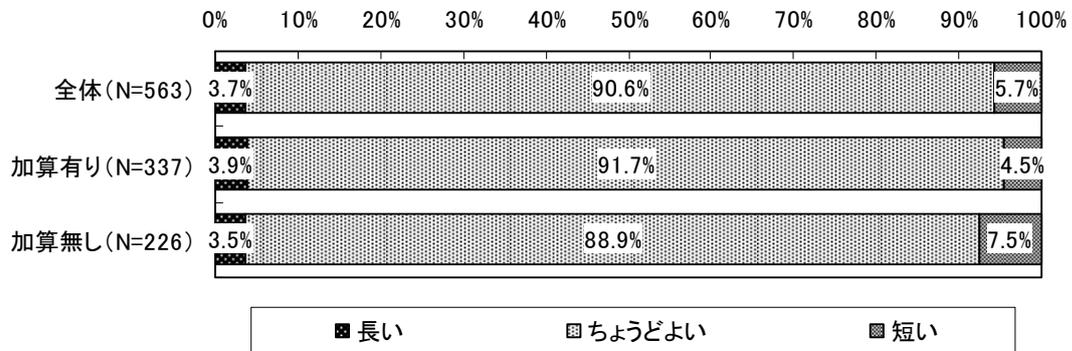
診察を受けた病名	N 数	平均値※	中央値	
	高血圧	88 件	10.00 分	10.0 分
	糖尿病	22 件	8.74 分	10.0 分
	高脂血症	28 件	9.40 分	10.0 分
	風邪・気管支炎	58 件	7.14 分	6.0 分
	ぜんそく	10 件	7.67 分	5.0 分
	花粉症などのアレルギー疾患	28 件	6.95 分	5.0 分
	皮膚炎・湿疹	21 件	8.99 分	8.0 分
	腰痛・膝痛などの関節痛	46 件	8.73 分	7.5 分
	がん	3 件	—	—
	白内障・緑内障	12 件	12.63 分	10.0 分
	その他	89 件	10.57 分	10.0 分

図表 3-17 診察時間の長さ  
(対象患者:「薬だけもらいにきた」以外の患者)

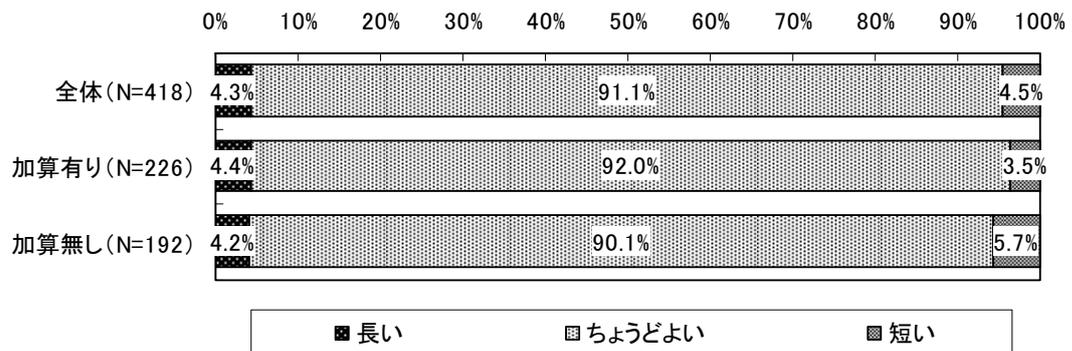
[病院]



[診療所 (地域医療貢献加算届出有り)]



[診療所 (地域医療貢献加算届出無し)]



図表 3-18 診療内容の満足度と診察時間の長さ

[病院]

		診察時間の長さ			
		長い	ちょうどよい	短い	合計
診療内容に満足	とてもそう思う	10	328	9	347
		2.9%	94.5%	2.6%	100.0%
	そう思う	18	654	34	706
		2.5%	92.6%	4.8%	100.0%
	どちらともいえない	8	113	40	161
		5.0%	70.2%	24.8%	100.0%
あまりそう思わない	1	7	15	23	
	4.3%	30.4%	65.2%	100.0%	
まったくそう思わない	0	0	3	3	
	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%	

[診療所（地域医療貢献加算届出有り）]

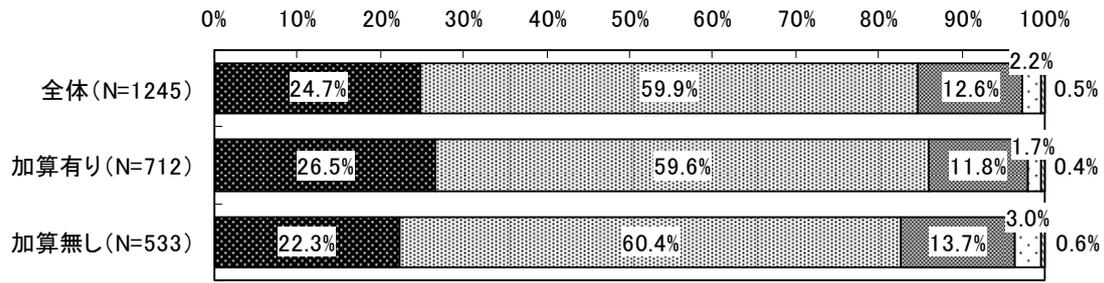
		診察時間の長さ			
		長い	ちょうどよい	短い	合計
診療内容に満足	とてもそう思う	9	186	2	197
		4.6%	94.4%	1.0%	100.0%
	そう思う	9	272	22	303
		3.0%	89.8%	7.3%	100.0%
	どちらともいえない	3	44	7	54
		5.6%	81.5%	13.0%	100.0%
あまりそう思わない	0	4	0	4	
	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%	
まったくそう思わない	0	0	0	0	
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	

[診療所（地域医療貢献加算届出無し）]

		診察時間の長さ			
		長い	ちょうどよい	短い	合計
診療内容に満足	とてもそう思う	6	119	4	129
		4.7%	92.2%	3.1%	100.0%
	そう思う	8	242	9	259
		3.1%	93.4%	3.5%	100.0%
	どちらともいえない	4	19	3	26
		15.4%	73.1%	11.5%	100.0%
あまりそう思わない	0	0	3	3	
	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%	
まったくそう思わない	0	1	0	1	
	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%	

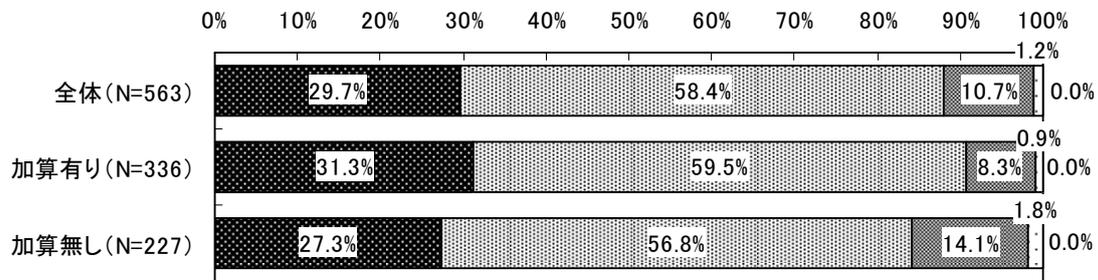
図表 3-19 医師の間診や身体診察の丁寧さ  
 (対象患者:「薬だけもらいにきた」以外の患者)

[病院]



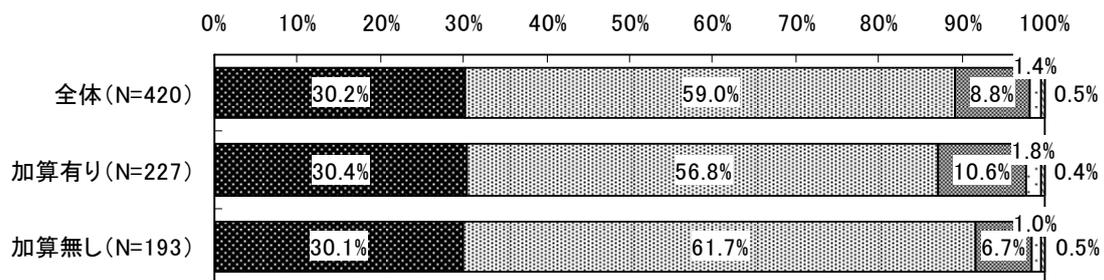
■ とてもそう思う □ そう思う ■ どちらともいえない □ あまりそう思わない ■ まったくそう思わない

[診療所 (地域医療貢献加算届出有り)]



■ とてもそう思う □ そう思う ■ どちらともいえない □ あまりそう思わない ■ まったくそう思わない

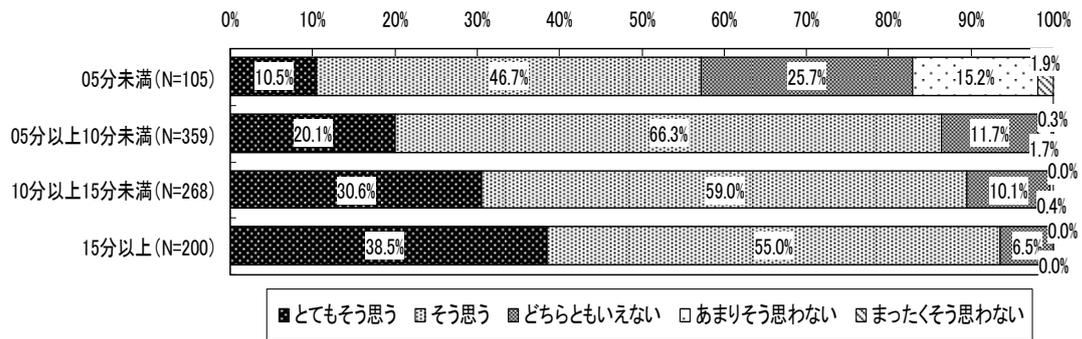
[診療所 (地域医療貢献加算届出無し)]



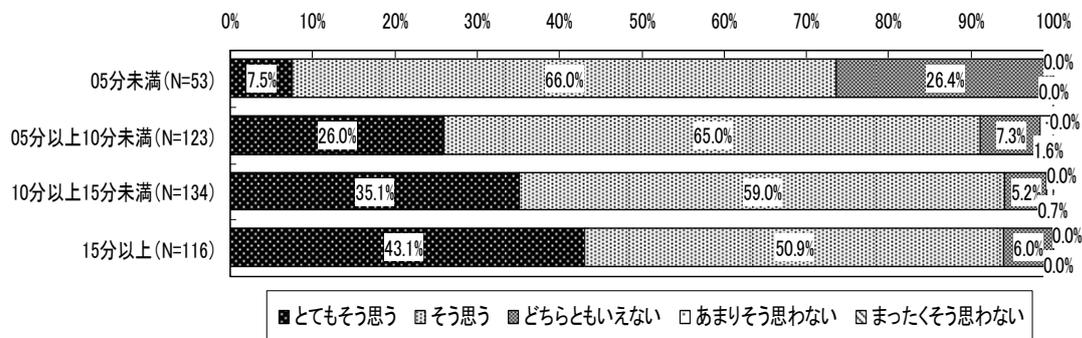
■ とてもそう思う □ そう思う ■ どちらともいえない □ あまりそう思わない ■ まったくそう思わない

図表 3-20 診察時間と医師の間診や身体診察の丁寧さ

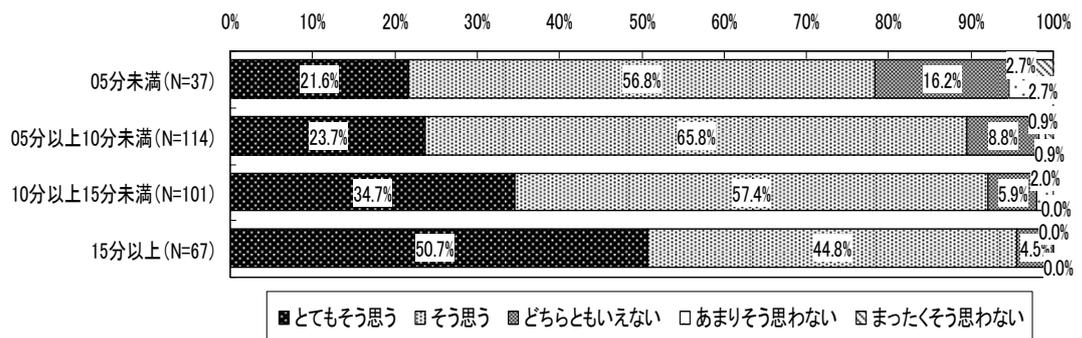
【病院】



【診療所（地域医療貢献加算届出有り）】



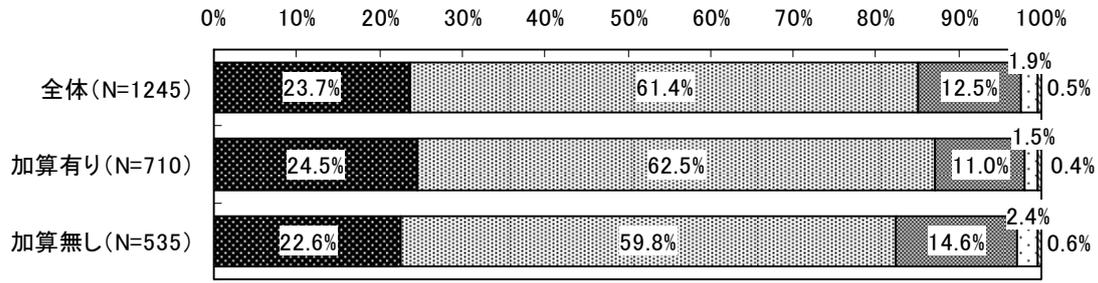
【診療所（地域医療貢献加算届出無し）】



注) N 数が小さいことに留意する必要がある

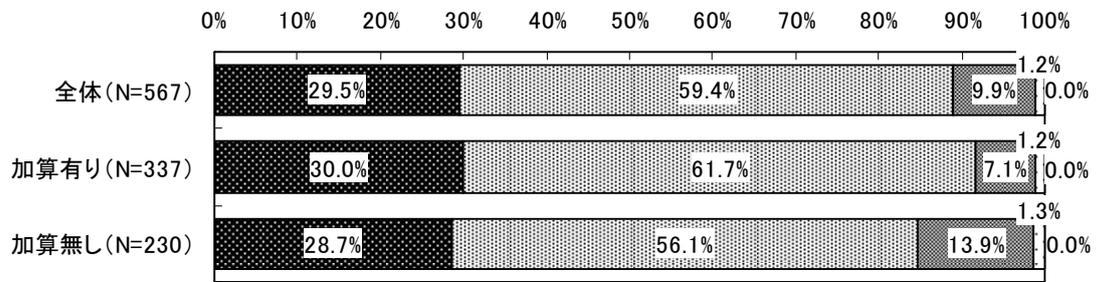
図表 3-21 医師の説明内容の丁寧さ  
(対象患者：「薬だけもらいにきた」以外の患者)

[病院]



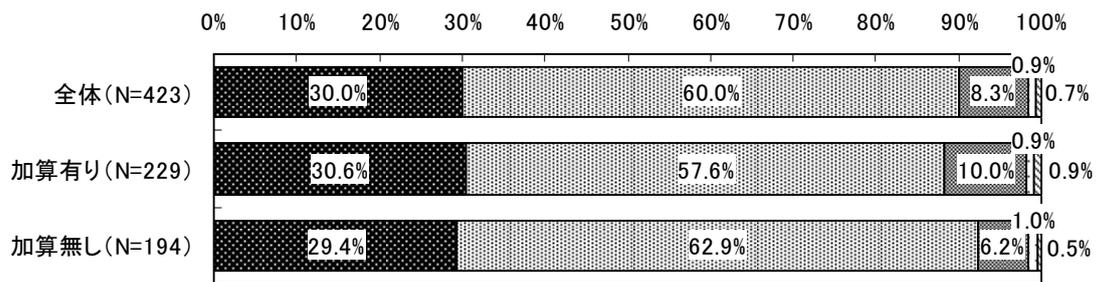
■ とてもそう思う ■ そう思う ■ どちらともいえない □ あまりそう思わない ▨ まったくそう思わない

[診療所 (地域医療貢献加算届出有り)]



■ とてもそう思う ■ そう思う ■ どちらともいえない □ あまりそう思わない ▨ まったくそう思わない

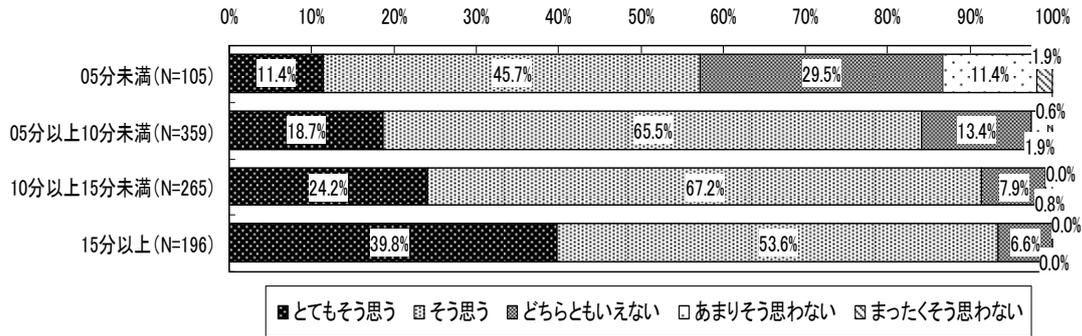
[診療所 (地域医療貢献加算届出無し)]



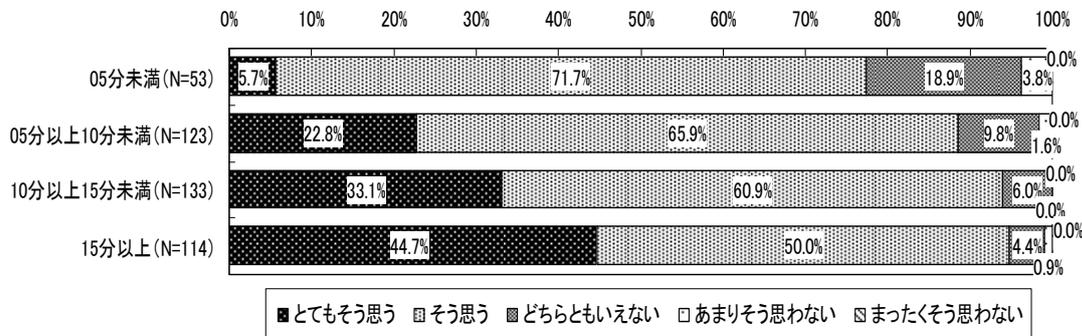
■ とてもそう思う ■ そう思う ■ どちらともいえない □ あまりそう思わない ▨ まったくそう思わない

図表 3-22 診察時間と医師の説明内容の丁寧さ

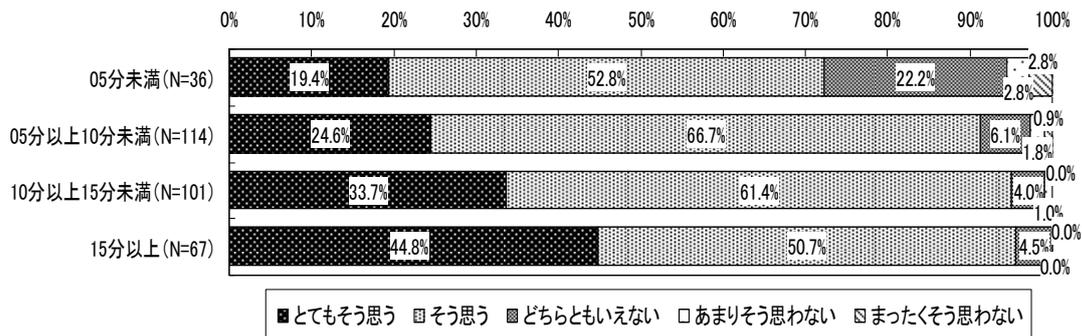
【病院】



【診療所（地域医療貢献加算届出有り）】



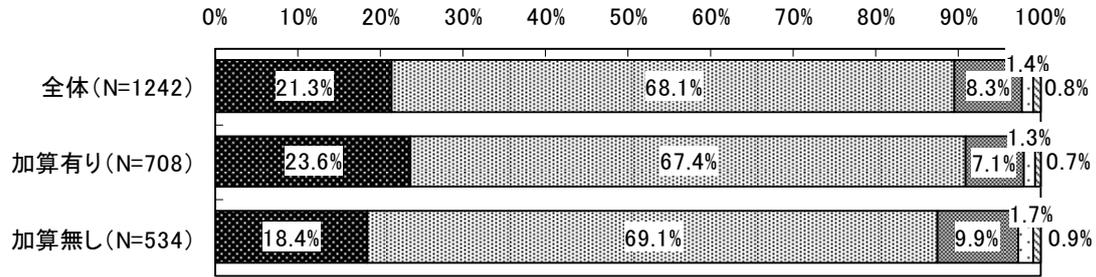
【診療所（地域医療貢献加算届出無し）】



注) N 数が小さいことに留意する必要がある

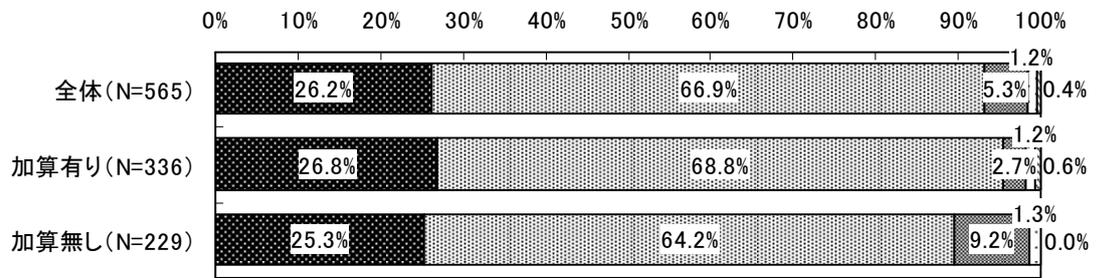
図表 3-23 医師の説明内容についての理解  
 (対象患者:「薬だけもらいにきた」以外の患者)

[病院]



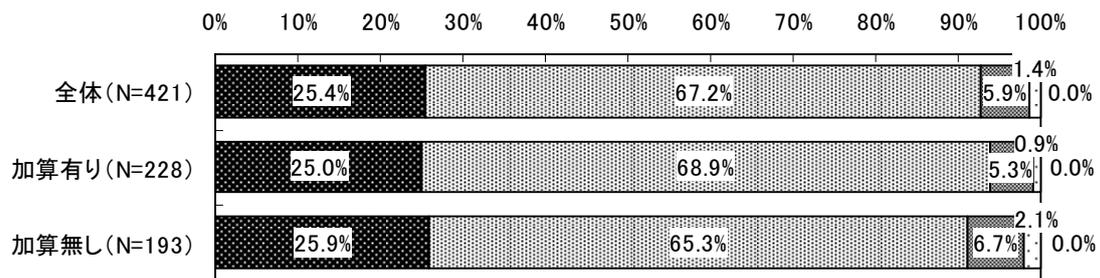
■ とてもそう思う ■ そう思う ■ どちらともいえない □ あまりそう思わない □ まったくそう思わない

[診療所 (地域医療貢献加算届出有り)]



■ とてもそう思う ■ そう思う ■ どちらともいえない □ あまりそう思わない □ まったくそう思わない

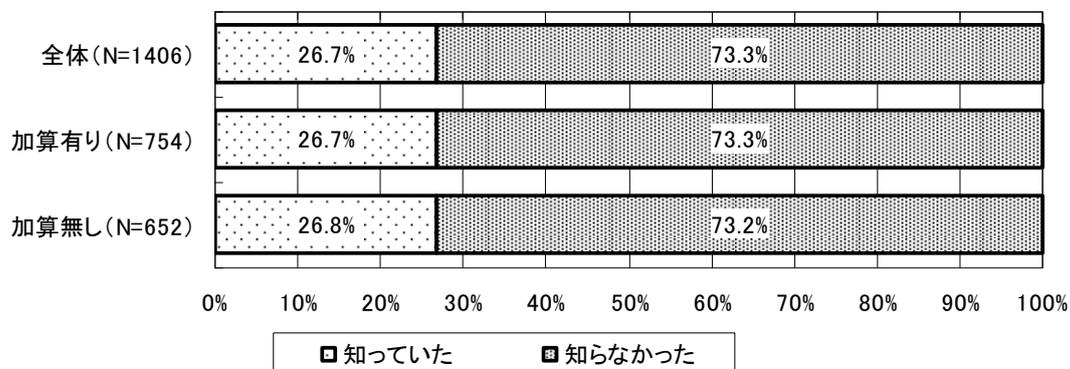
[診療所 (地域医療貢献加算届出無し)]



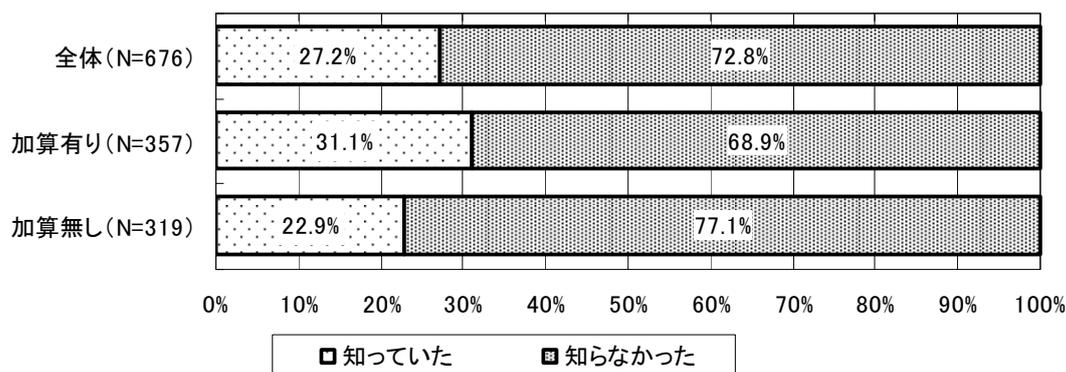
■ とてもそう思う ■ そう思う ■ どちらともいえない □ あまりそう思わない □ まったくそう思わない

□ 外来管理加算について（対象：全患者）

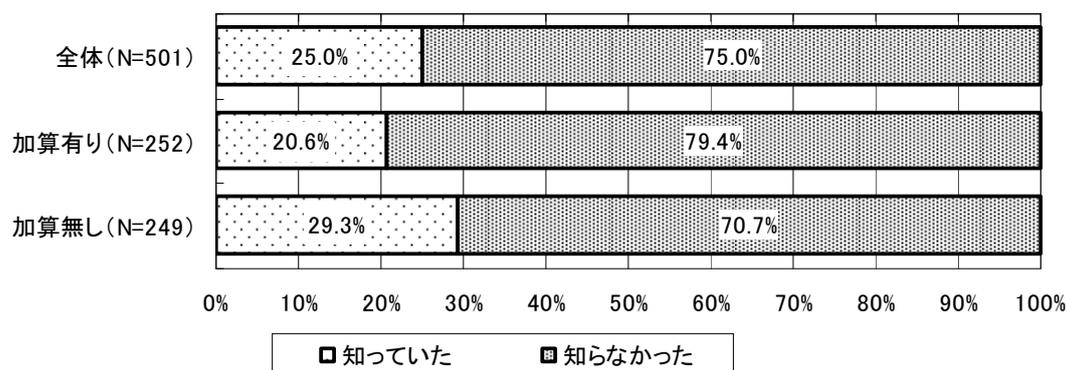
図表 3-24 「懇切丁寧な説明」の有無により支払額が異なることについて（対象患者：全患者）  
【病院】



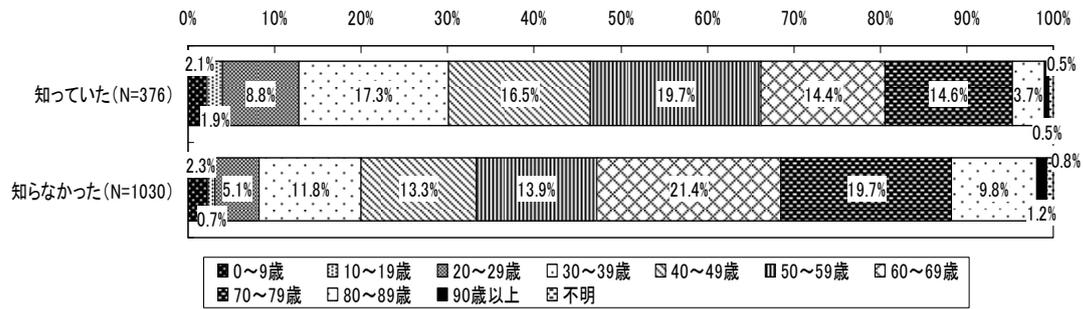
【診療所（地域医療貢献加算届出有り）】



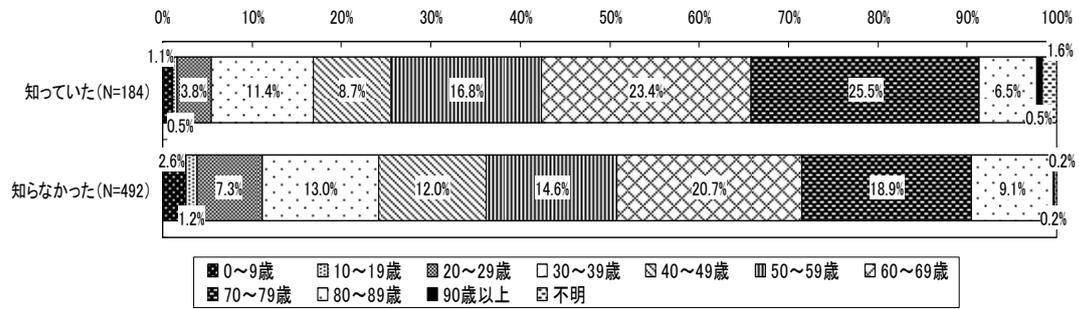
【診療所（地域医療貢献加算届出無し）】



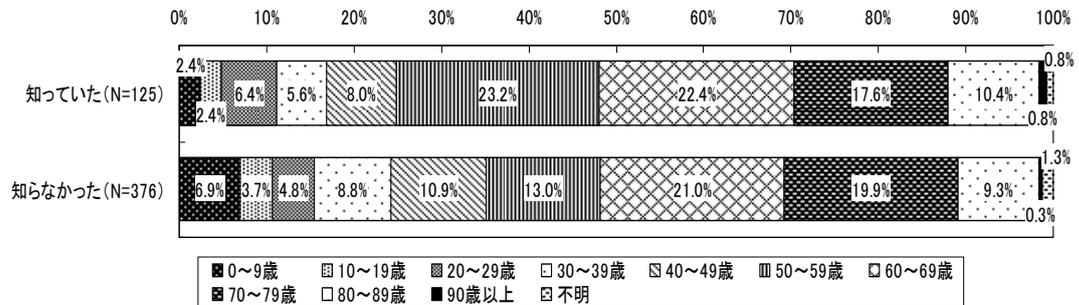
図表 3-25 「懇切丁寧な説明」の有無により支払額が異なること認知状況と患者年齢  
 [病院]



[診療所 (地域医療貢献加算届出有り)]

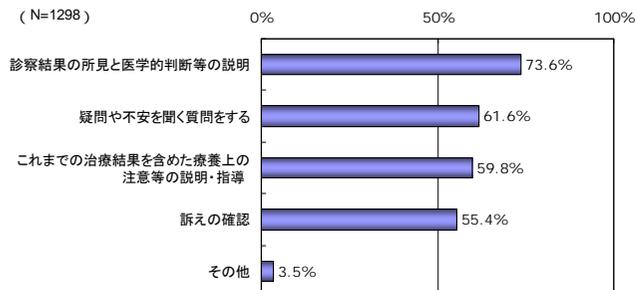


[診療所 (地域医療貢献加算届出無し)]

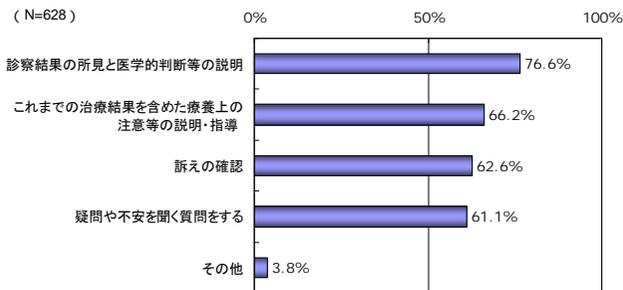


図表 3-26 「懇切丁寧な説明」として必ず行ってほしいこと（対象患者：全患者）

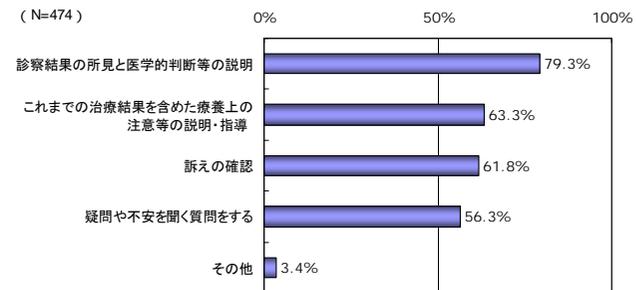
**[病院]**  
**<全体>**



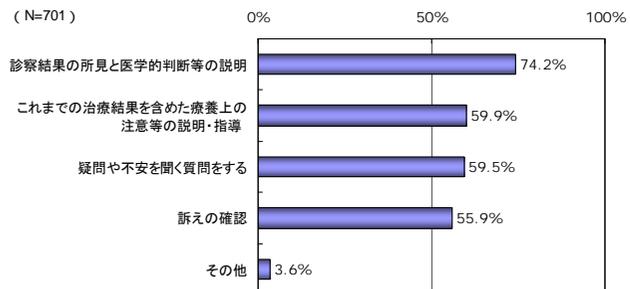
**[診療所（地域医療貢献加算届出有り）]**  
**<全体>**



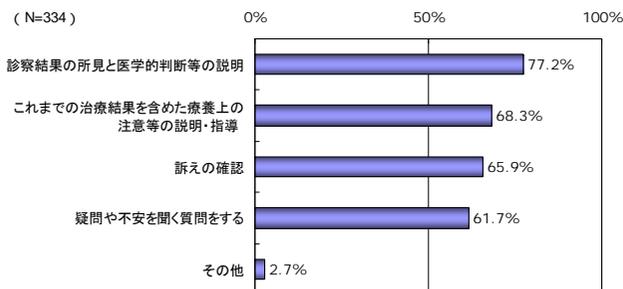
**[診療所（地域医療貢献加算届出無し）]**  
**<全体>**



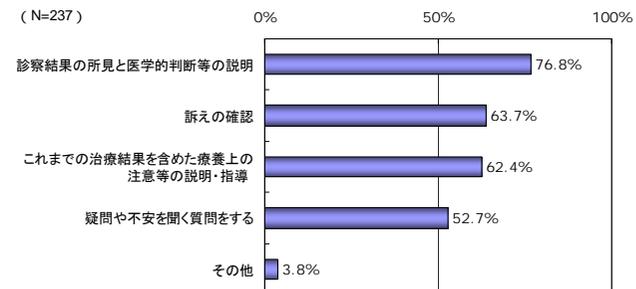
**<加算有>**



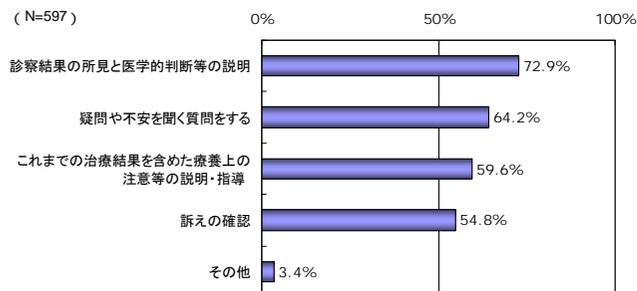
**<加算有>**



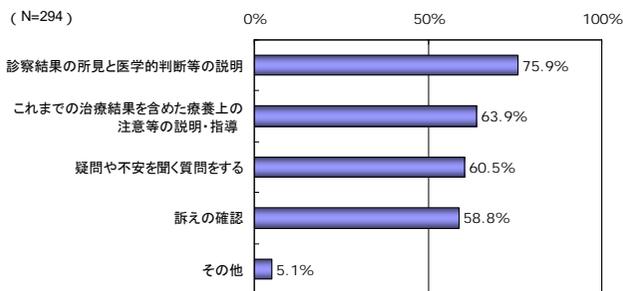
**<加算有>**



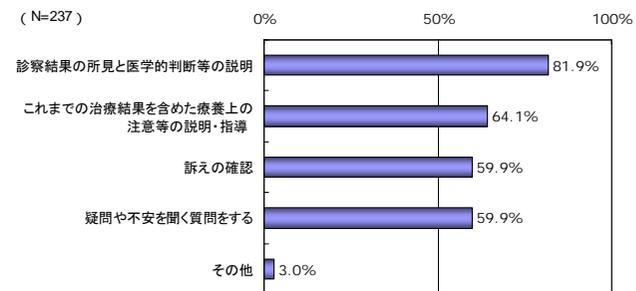
**<加算無>**



**<加算無>**

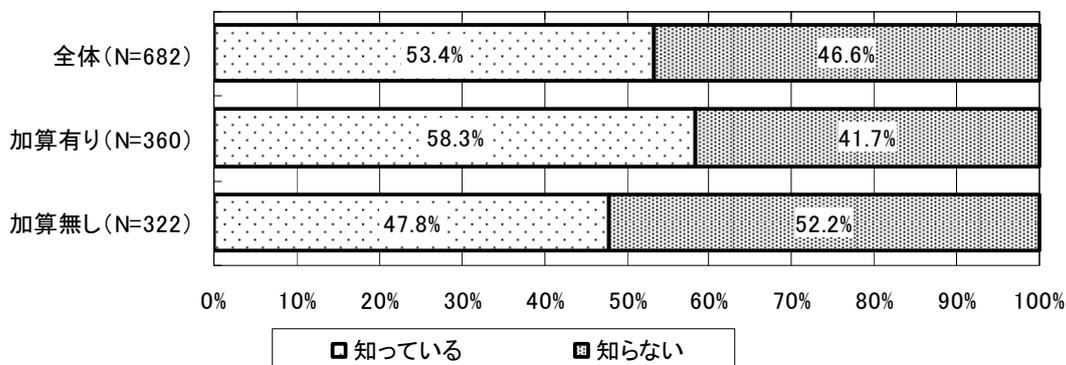


**<加算無>**

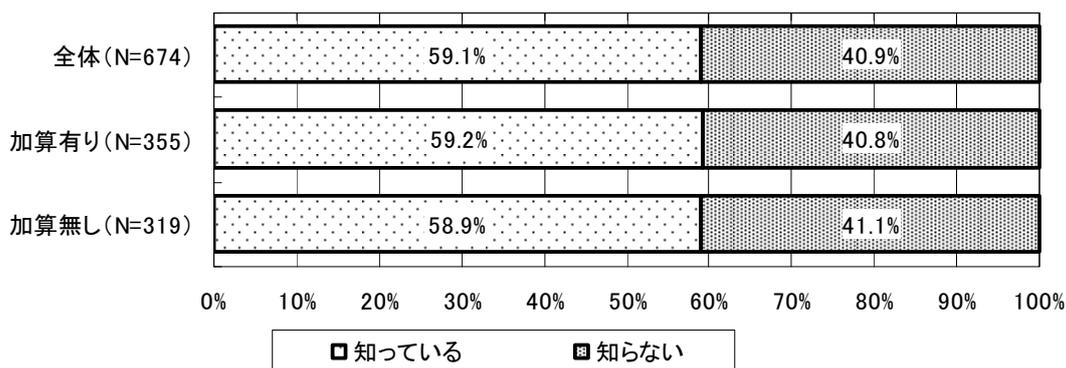


□ 時間外対応体制について（対象：全患者）

図表 3-27 時間外対応体制の整備により支払額が異なることについて（対象患者：全患者）  
 [診療所（地域医療貢献加算届出有り）]

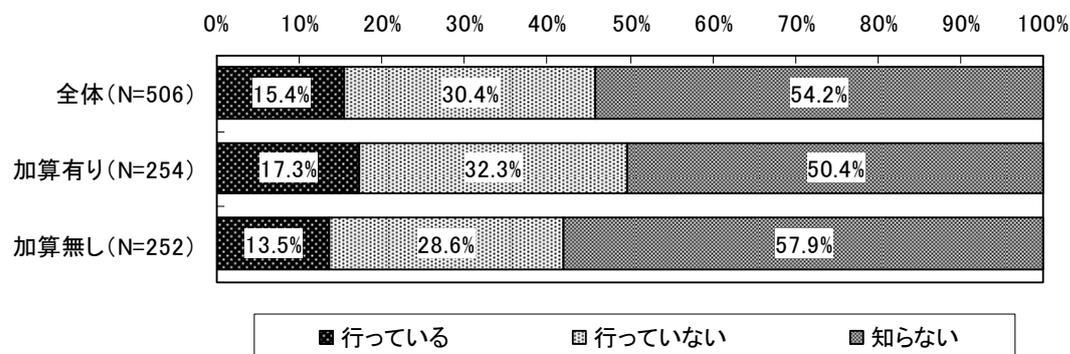


図表 3-28 当該医療機関が時間外の電話対応を行っていることの認知状況（対象患者：全患者）  
 [診療所（地域医療貢献加算届出有り）]



図表 3-29 当該医療機関における時間外の電話対応について  
 （対象患者：全患者）

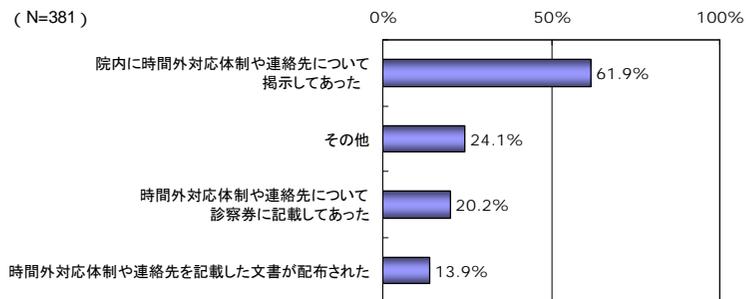
[診療所（地域医療貢献加算届出無し）]



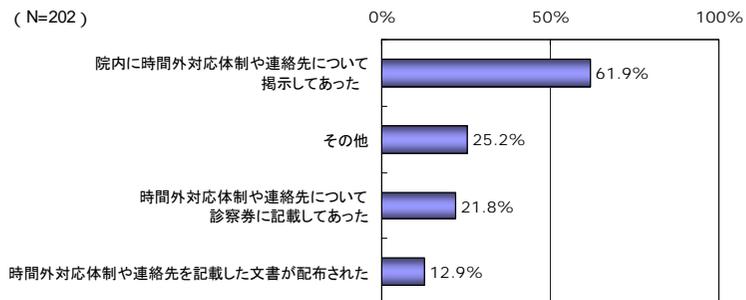
図表 3-30 当該医療機関が電話での対応を行っていること及び時間外の連絡先の認知手段  
 (対象患者：当該医療機関が標榜時間外の電話での対応を行っていることを知っている患者)

[診療所（地域医療貢献加算届出有り）]

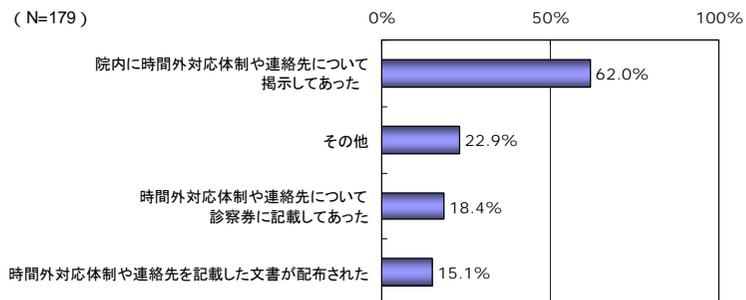
<全体>



<加算有>

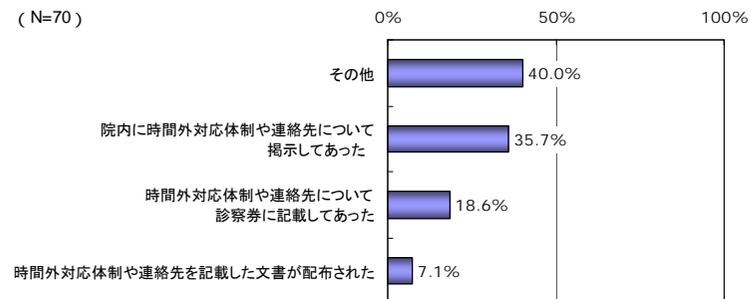


<加算無>

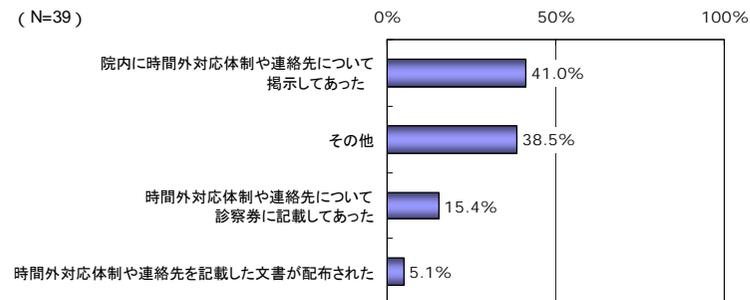


[診療所（地域医療貢献加算届出無し）]

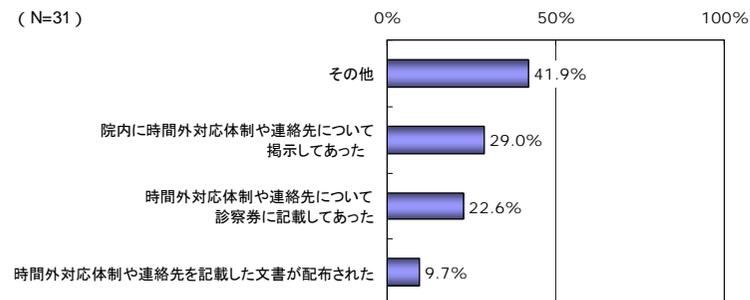
<全体>



<加算有>



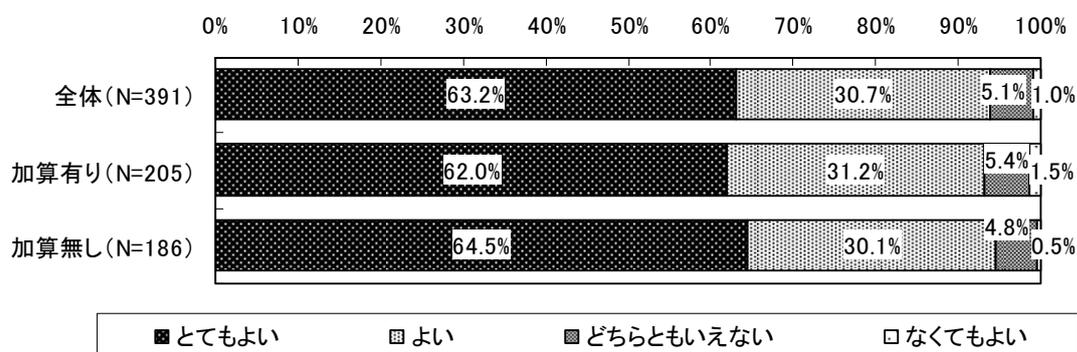
<加算無>



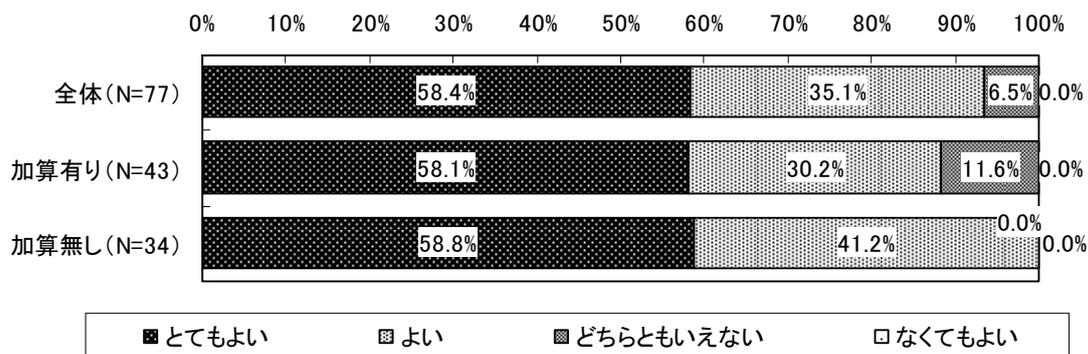
注) N数が小さいことに留意する必要がある

図表 3-31 時間外の電話対応がなされていることについて  
 (対象患者：当該医療機関が標榜時間外の電話での対応を行っていることを知っている患者)

[診療所（地域医療貢献加算届出有り）]



[診療所（地域医療貢献加算届出無し）]

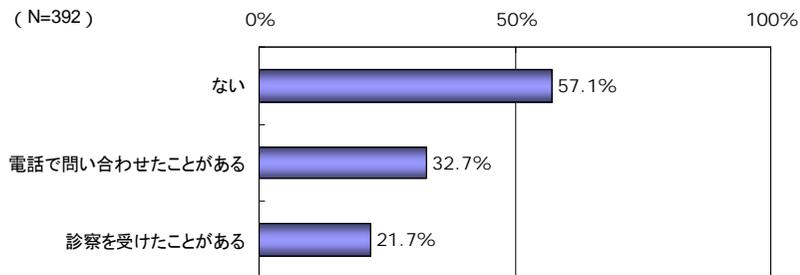


注) N数が小さいことに留意する必要がある

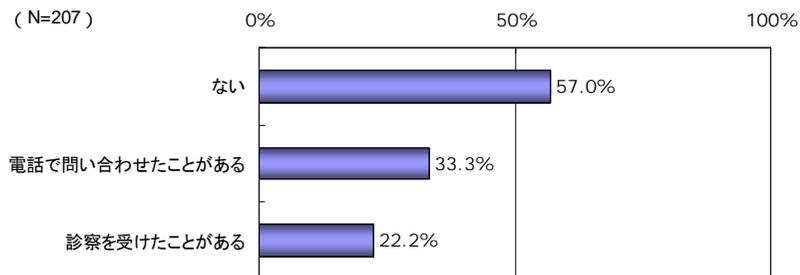
図表 3-32 当該医療機関に標榜時間外に電話で問い合わせあるいは診察を受けた経験について  
 (対象患者：当該医療機関が標榜時間外の電話での対応を行っていることを知っている患者)

[診療所（地域医療貢献加算届出有り）]

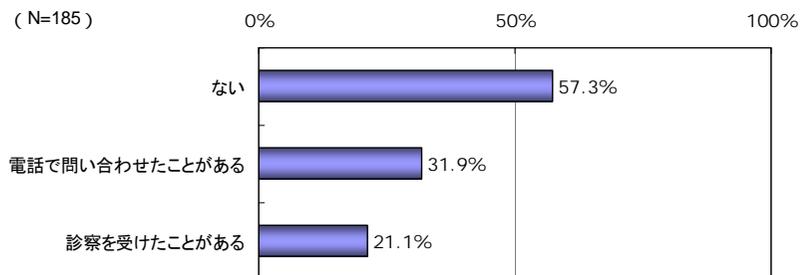
<全体>



<加算有>

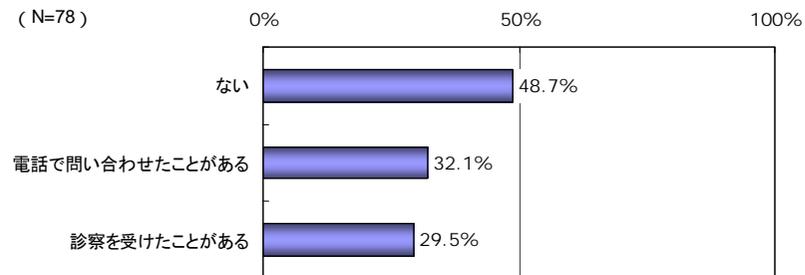


<加算無>

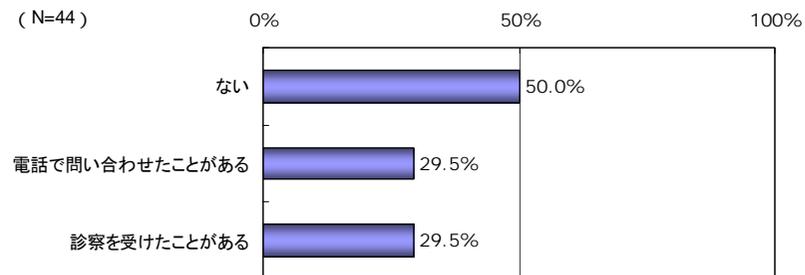


[診療所（地域医療貢献加算届出無し）]

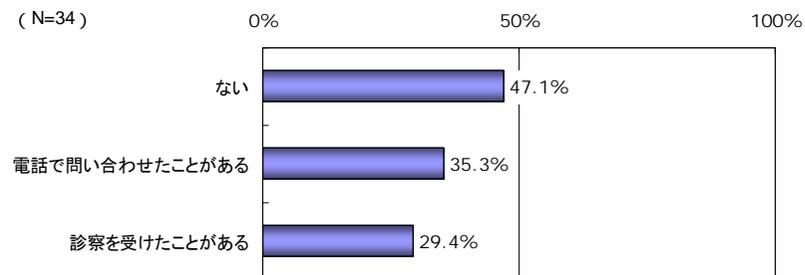
<全体>



<加算有>

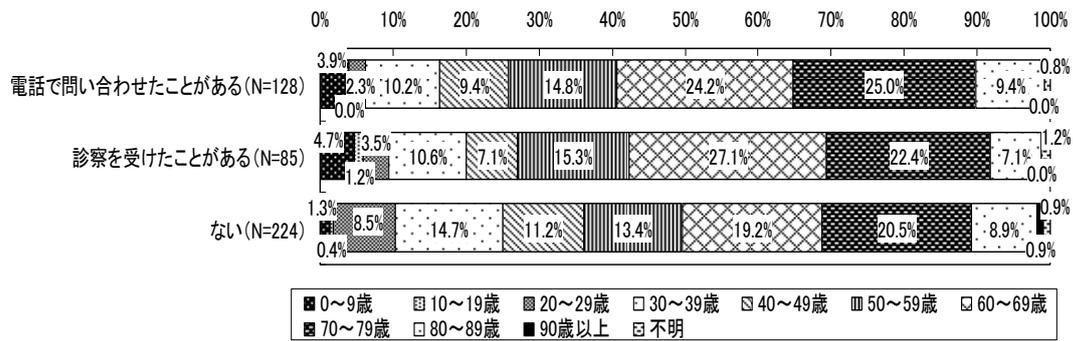


<加算無>

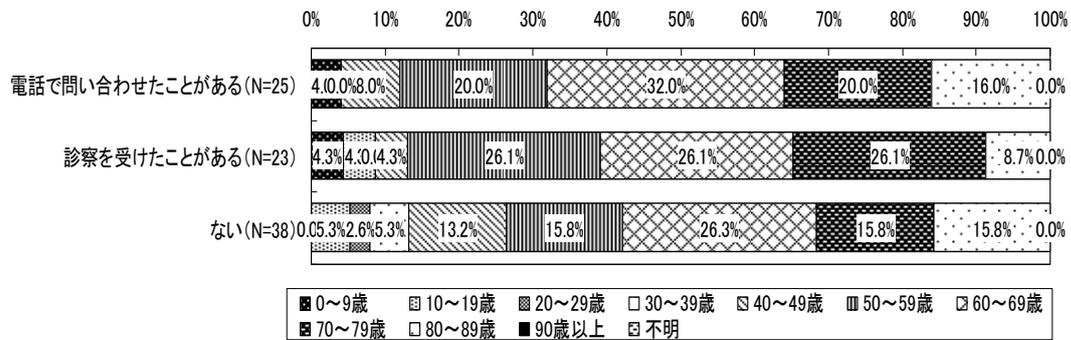


注) N数が小さいことに留意する必要がある

図表 3-33 標榜時間外に電話で問い合わせあるいは診察を受けた経験と患者年齢  
 [診療所（地域医療貢献加算届出有り）]



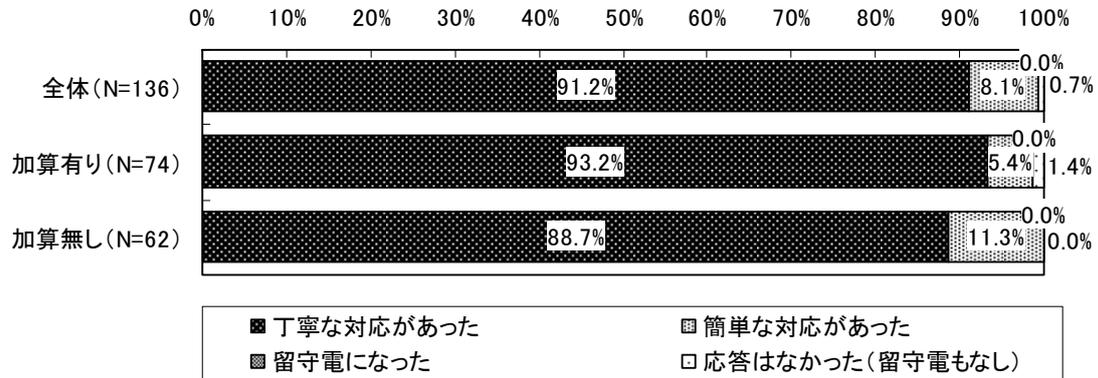
[診療所（地域医療貢献加算届出無し）]



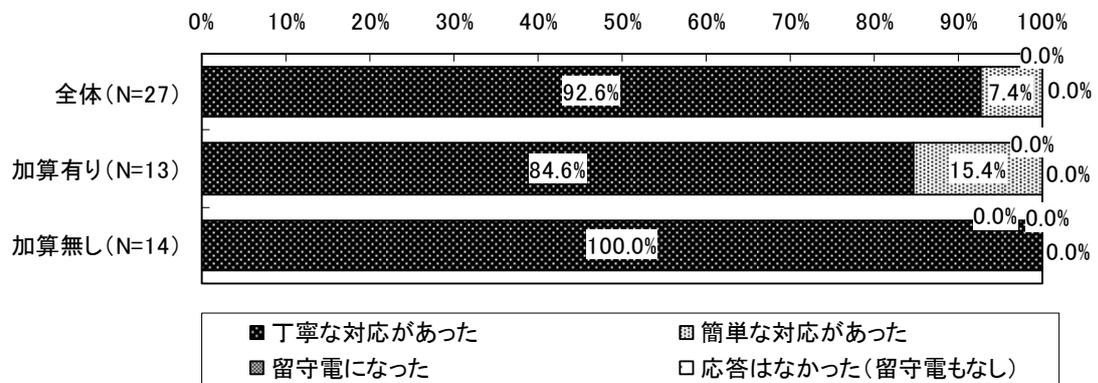
注) N 数が小さいことに留意する必要がある

図表 3-34 電話での医師・職員の対応状況  
 (対象患者：標榜時間外に電話で問い合わせたことがある患者)

[診療所 (地域医療貢献加算届出有り)]



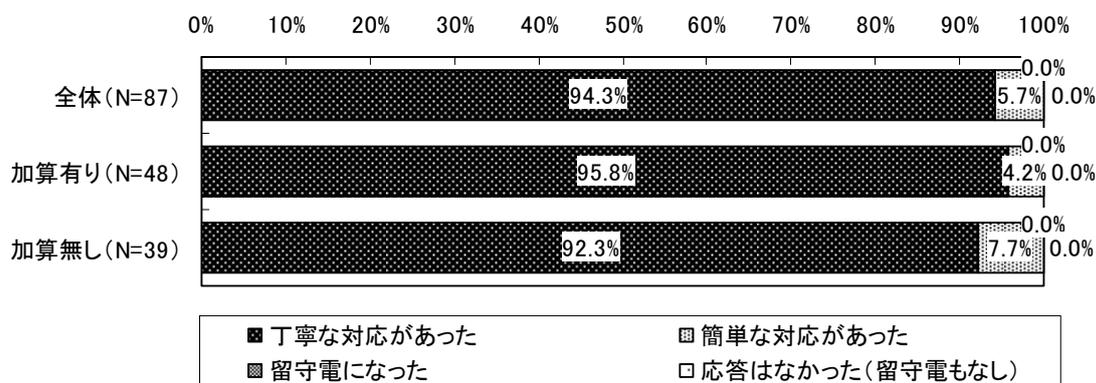
[診療所 (地域医療貢献加算届出無し)]



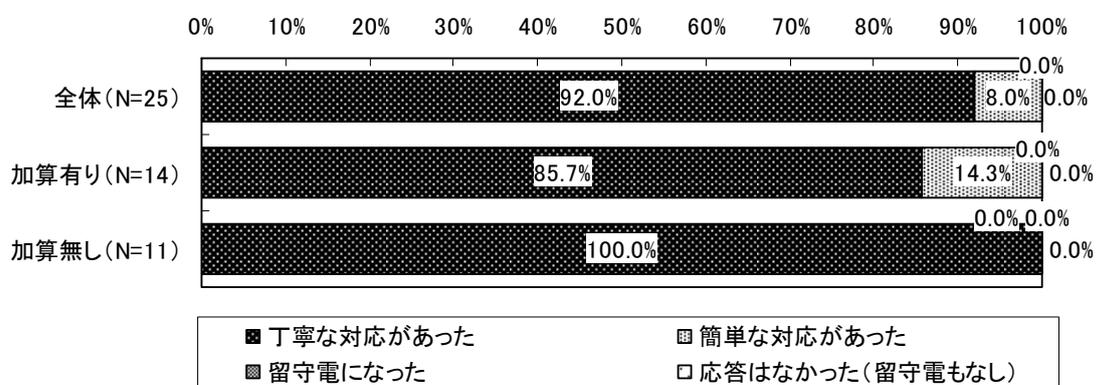
注) N数が小さいことに留意する必要がある

図表 3-35 診察を受けた際の医師・職員の対応状況  
 (対象患者：標榜時間外に診察を受けたことがある患者)

[診療所 (地域医療貢献加算届出有り)]



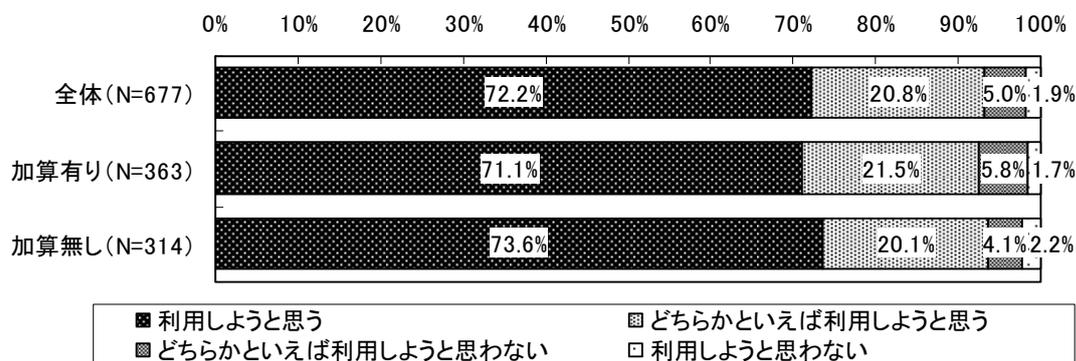
[診療所 (地域医療貢献加算届出無し)]



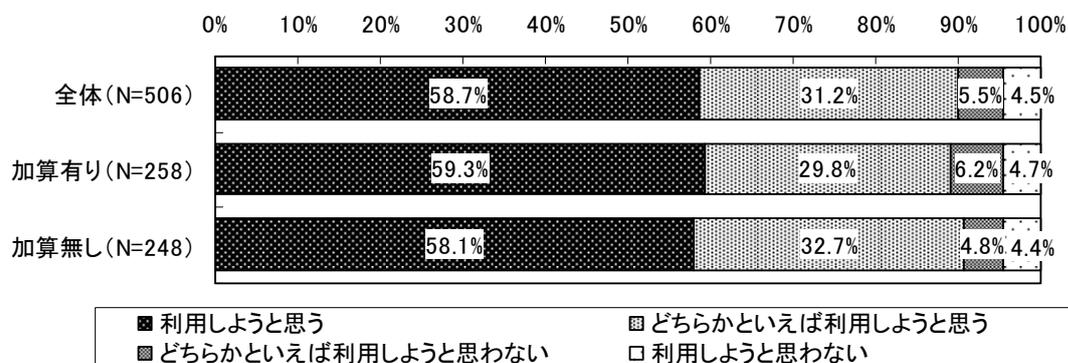
注) N 数が小さいことに留意する必要がある

図表 3-36 時間外の急病時の電話利用意向（対象患者：全患者）

〔診療所（地域医療貢献加算届出有り）〕

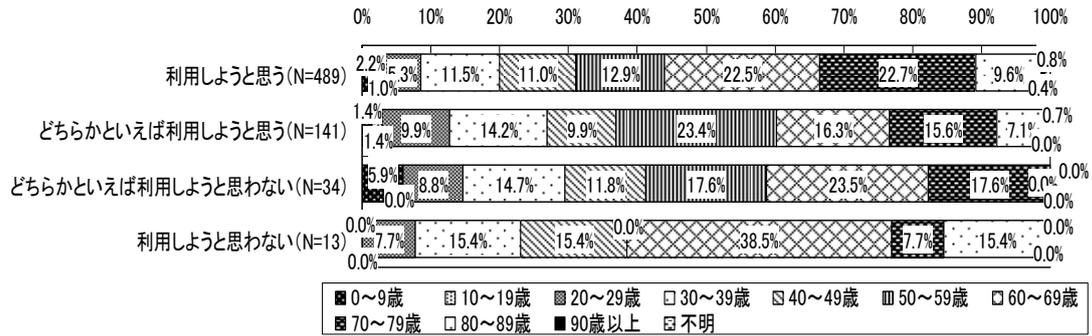


〔診療所（地域医療貢献加算届出無し）〕

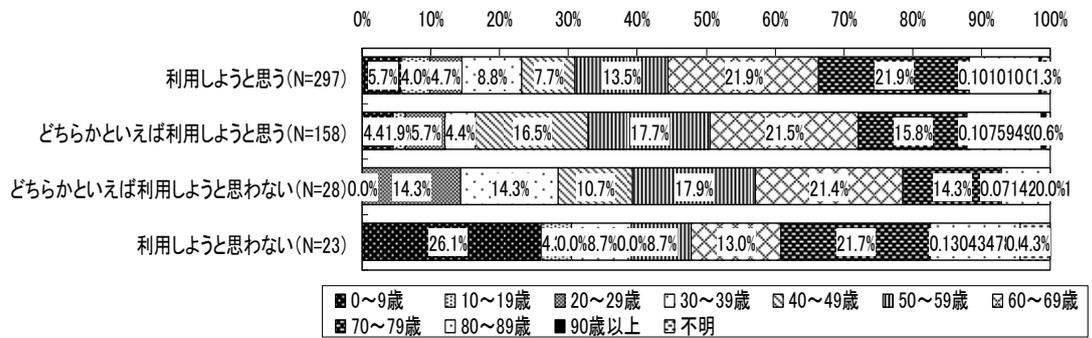


図表 3-37 時間外の救急時の電話利用意向と患者年齢

[診療所（地域医療貢献加算届出有り）]



[診療所（地域医療貢献加算届出無し）]

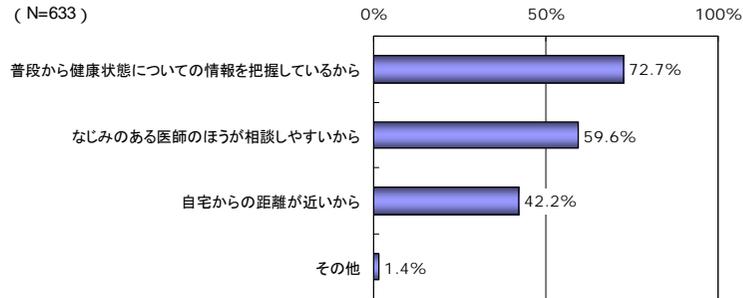


注) N 数が小さいことに留意する必要がある

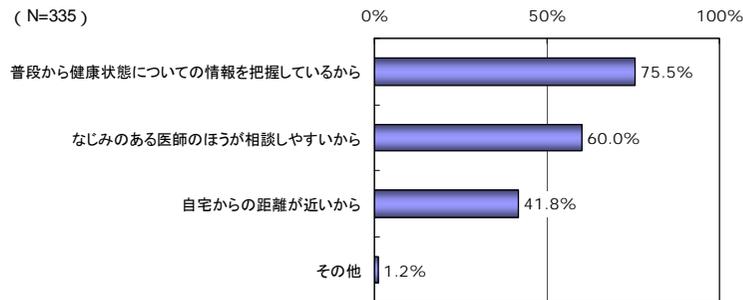
図表 3-38 急病時の電話対応を「利用しようと思う」、「どちらかといえば利用しようと思う」理由

[診療所（地域医療貢献加算届出有り）]

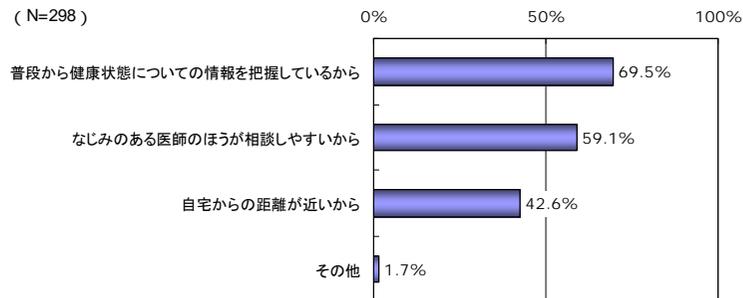
<全体>



<加算有>

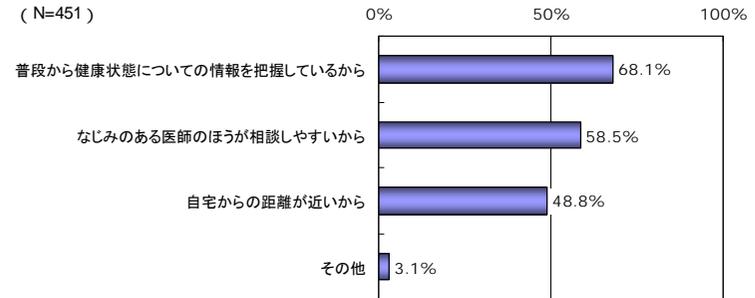


<加算無>

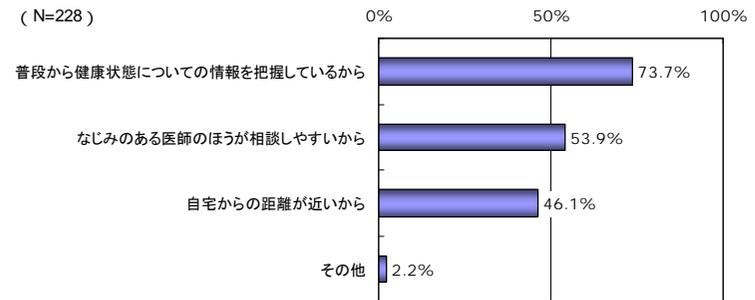


[診療所（地域医療貢献加算届出無し）]

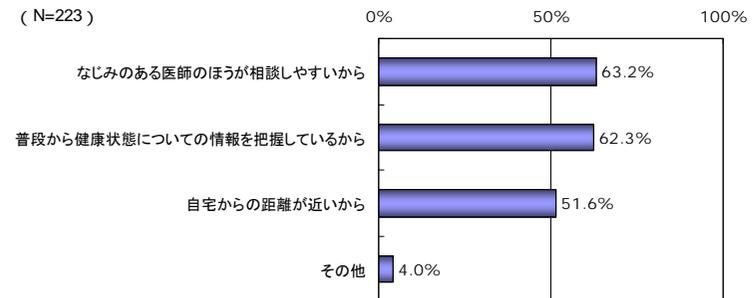
<全体>



<加算有>



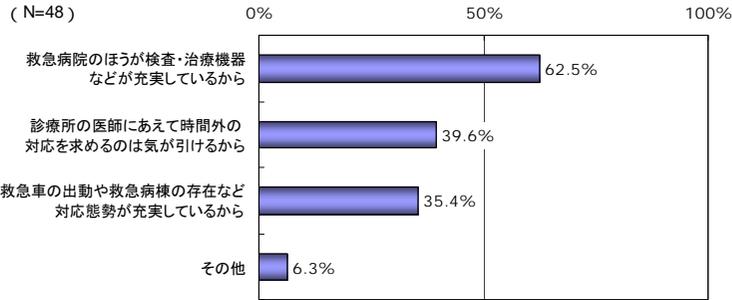
<加算無>



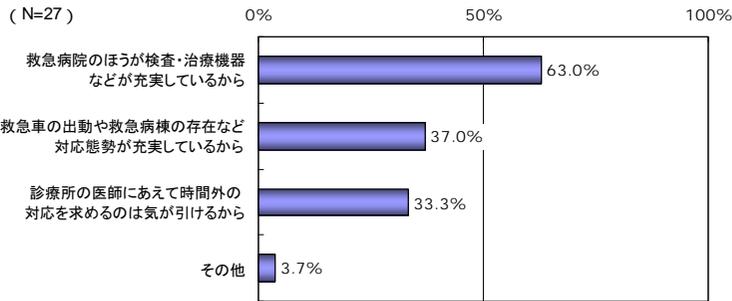
図表 3-39 急病時の電話対応を「どちらかといえば利用しようと思わない」「利用しようと思わない」理由

[診療所（地域医療貢献加算届出有り）]

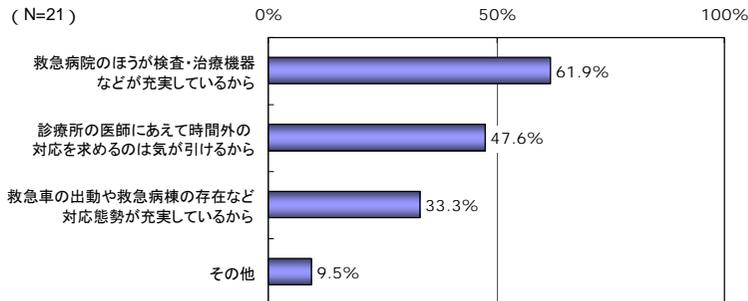
<全体>



<加算有>

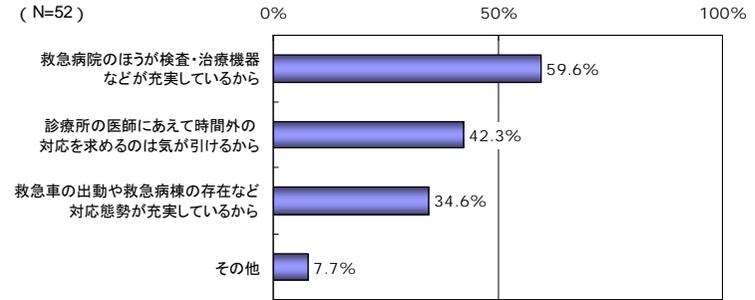


<加算無>

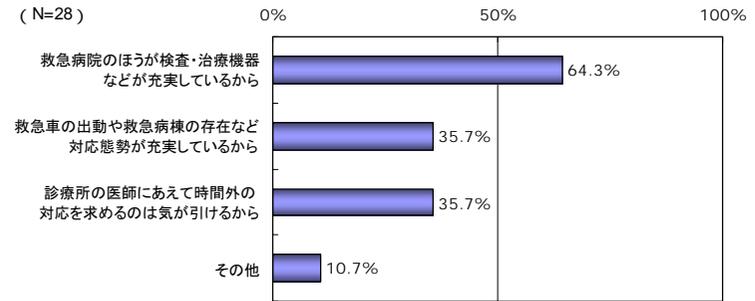


[診療所（地域医療貢献加算届出無し）]

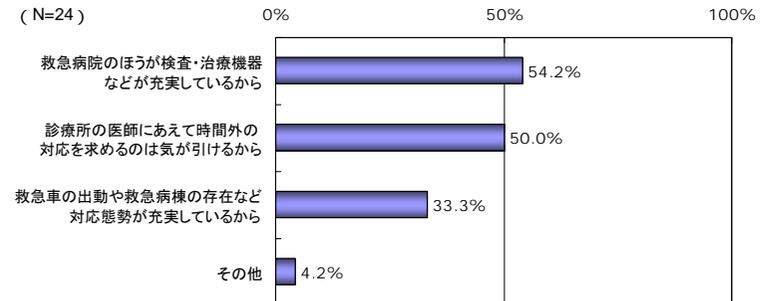
<全体>



<加算有>



<加算無>



注) N数が小さいことに留意する必要がある

## 施設調査票＜自由回答一覧＞

### ①病院

#### ＜外来管理加算について＞

IV 自由記述欄	
1	外来管理加算より低い点数の処置などがあること。
2	外来管理加算にいろいろ条件をつけることは受診する患者さんの不便を生むと思われます。
3	これについては、現在の再診料に上乘せすべきことである。
4	以前から外来管理加算の算定に必要な条件は満たしている。外来管理加算算定するためにカルテに「NQ5」や「時間 OK」などを記載することが問題であった。
5	一般的医業経営を圧迫している。たとえ簡単な注射でも細心の注意を払って施行しているのは当然のことであり、算術のみを考えて算定条件を変えないでほしい。
6	出来高払いのみでは今後持たないのでは？
7	消炎鎮痛処置、創処置をした場合、管理加算の算定不可となりますが、管理加算(52点)より消炎鎮痛処置(35点)、創処置(45点)のほうが点数が低く設定されているのは理解不能です。処置をしないときのほうが会計が高い理由を患者にも説明しがたいです。
8	外来管理加算の名称を受診者に理解しやすいものに変更したほうが良いと考えます。患者側に内容を説明しても理解が得られにくいため。
9	単価の低い処置など(耳鼻科処置など)を施行すると、いくら受診時に懇切丁寧な説明をしても外来管理加算が算定できなくなります。今後検討していただけたらと感じます。
10	処置、手術、リハビリテーション、特別な検査の場合、外来管理加算が算定できない。医師の診察が長くても診察料が安くなる場合もあり、患者の理解は得にくい。再診料は外来管理加算を加味した点数で統一していく方向で検討をしてほしい。
11	外来管理より処置点数が低いのはどうしてでしょうか。
12	患者さまへの説明に困るときがある。再診料と加算の違いに納得できないと訴えられます。
13	創傷処置算定時(42点時)に外来管理加算は算定不足で、診療のみの場合算定可になると、会計を処置時より負担金ならびに点数が高くなるのはおかしいのではないのでしょうか。
14	外来管理加算の算定要件にリハビリ、処置、厚生労働大臣が定める指導検査があるが、上記診療実施において算定不可について疑問がある。通常診察であれば要件項目について概ね実施しているので、あえて“外来管理加算”としての評価が必要か再診料に含めていくなどの対策が必要と考えます。
15	診療が医療行為の有無により診療報酬が異なるのはおかしい。診察は個々患者の必要に応じて行うもので、時間、医療行為などで決まるものではない。
16	外来管理加算はとれない要件が多くあり煩雑である。もう少し簡素にしてほしい。
17	加算点数なので算定するしないで混乱すると思う。始めから再診料に含めるべきと思われる。そうすれば処置、検査などに関係なく算定できる。
18	生体検査(超音波、内視鏡など)で医師が携わる時間が長時間になるのに外来管理加算が算定できないのは矛盾するのではないか。
19	算定要件が煩雑であり、現場の実状に即していない。要件の緩和を求めたい。
20	・外来管理加算を撤廃し、再診料の底上げを行うべき。・処置などを行った場合に外来管理加算を算定できないのも理屈に合わない。・逆に多大な時間を要した場合は別加算を設定すべし。
21	再診料に全て含めてしまわなくてしまったらどうか。難しい問題であるが今後の課題でもある。
22	患者に「外来管理加算は？」と聞かれたときの説明に困る。
23	患者およびその家族の話を聞いて診察することは大事なことです。ただ、そのことにより受付から受診まで長い時間待たされる面もあります。患者さんもそれぞれ百様ですから、なかなか難しい点だと思います。
24	当院ではお薬受診の際は外来管理加算は算定しておりませんが、他の病院では算定しているようで

	す。病院により算定の基準が統一されていないようです。
25	医療削減の標的にされやすいことが問題。
26	投薬するということ自体が管理しているという意識でいたのですが、今回の改定には開業している私にとって驚きの改定でした。それにより問題なのは、薬だけの診療になると外来管理加算が安くなるのがわかると、患者さんが診察を受けなくなり、あるいは診察の回数を減らすようになり、外来通院治療の根幹が揺れているように思えます。病気というものを理解されていない今回の改定については多くの問題があるように思います。
27	当院のような医師不足の深刻な病院では、一人の医師が診る患者数が多く、外来管理加算の算定要件が厳しくなれば算定できなくなります。「地域医療貢献加算」が新設されても、近隣の診療所では夜間に対応するところが非常に少なく、結局は病院を受診します。外来診療、病棟回診、当直業務、在宅訪問診療、書類作成などの一人の医師がいくつもの業務をこなさなければならない激務の中、丁寧な対応を心がけて診療に従事しているのが実状です。
28	H20年4月以前に戻していただきたい。
29	・転数として非常にわかりづらく、患者に説明が難しいです。・診察をいつも通りに行ったのに処置などで外来管理加算を算定できないなど、算定不可の条件が納得できません。・いっそのこと廃止し、その分を再診料に上乗せしてほしいです。
30	形のないサービスに対して患者さんは理解できないのでわかりやすくしてほしい。
31	患者に説明しづらく、曖昧な加算なので、廃止にして再診料を上げてもらったほうがわかりやすい。点数の低い処置(消炎鎮痛など処置など)を行っている患者の場合、処置しないときのほうが高くなるので困る(外来管理加算のほうが処置の点数より高い場合、処置をしたほうが安くなる)。
32	後から理由付けするような加算は不要である。全て再診料に付加させるようにしてほしい。再診料は診察時間に応じて算定できるようにならないか。5分と30分以上の診察料が違っているほうが理解を得られやすい。
33	処置などを行った場合には算定できないという条件については見直しを行っていただきたい。
34	患者にとって非常にわかりにくい。
35	「懇切丁寧な」診察を5分ほどした場合と比較して、「懇切丁寧な」診察を30分した後に物理療法を行うと患者さんの負担金が安くなる？「懇切丁寧な」診察を30分ほどした後にみてほしいと言われた「かすり傷」の処置をちょっとしたらまたまた患者さんの負担金が安くなる？外来管理加算は「懇切丁寧な」診察したこととは無関係になりますね！「懇切丁寧な」診察を受けてしまうと患者負担が増えることだけを患者さんが知ったならば、当然「安い」ほうを選択しますから、「診察は結構です」と経過を話してもらえなくなり、適切な治療の妨げになる可能性があり、「5分ルール」など時間を設定すれば「4分59秒」で患者さんが出て行く可能性がありました。また「懇切丁寧な」診察をしろ！と長時間の説明を求めたり、長時間説明したとしても「懇切丁寧な」診察と思えないから金は払わないとなる可能性もあります。実際に膝痛にて整形外科で治療中の患者さんが、特に病状が悪化したわけでもなく、症状に変化がないからと休日に整形外科でない当外来を受診され、湿布による経過観察では満足しないと支払いを拒否した事例もあります。もっとも先進諸外国のように「今日は20人も外来患者を診た。クレイジーだよ！」と言えるような環境になれば別でしょうけれど。
36	病院と診療所(患者さまに応じた医師の必要数の違い)、また、各診療科での外来管理の方法が違うのに“外来管理加算”としてひとくくりしている点。
37	外来管理加算の算定要件(5分超)については現場は混乱したと思います。医療機関は診療内容やカルテの記載などに時間を費やされたと思います。外来管理加算については、お薬受診は外来管理加算の算定はできないが、“お薬受診”という形態もありえる、という見解が示されたようにあります。受診せずお薬だけいただいて金額も安く済むなら患者さまは歓迎すると思います。お薬希望で、ごくごく簡単な聞き取りのみでの投薬は期間の限定の記述もありませんでした。きちんとした診察をした上で投薬をし、その後のお薬受診はどの程度までOKなのか？現場での対応のため、判断基準の記述もお願いしたいと思います。いずれにしても、外来管理加算は数年前までは曖昧な部分もあったと思いますが、20年度の改定でその位置づけが多少されたと思います。また外来診療料(70点)との兼ね合いもあって、外来管理加算のあり方を検討されているのかもしれない。外来管理加算にかかわらず、医療現場で点数表通りの算定が行われているか、全ての医療機関に調査が入ることもないので

	課題は多いと常々感じています。
38	5分要件は無診療投薬改善にはなる。外来患者数と医師数とがどう考えても合わない医療機関がある。正直者が得をする医療制度であってほしい。
39	算定不可項目を実施した場合でも算定要件に沿った診察をすれば算定可能としてほしい。
40	外来管理加算の算定に該当しない要件に一定の検査実施した場合がある。検査を実施した日に結果を説明したり指導したりすることが多い。その際には多くの時間をつぶしている場合がある。それでも「加算」を算定できないことに疑問を感じている。
41	経営上から考えると算定できることが望ましい。しかし患者からすればお薬受診で安価な受診を希望されるだろう。しかしこれは医療的には診察を受け外来加算を算定することが患者の安全になると思われる。医療現場としては継続して算定でき、かつ患者負担もあまり増えない程度にははいかがか。
42	外来管理加算よりも点数の低い「処置」を行ったときに算定できないのは疑問。
43	処置、リハビリテーションなど＋医師の丁寧な診察をした際の「医師の丁寧な診察」に対する評価があってもいいのではないかと思います。
44	外来管理加算を算定できない処置、検査などで特に外来管理加算より点数の低いものは、処置などを行ったために点数が低くなってしまっているので矛盾を感じます。
45	事務の複雑化がひどくなってきている。込々として簡素化に努めるべきである。
46	外来管理加算の点数より点数の低い処置があること。処置を行う患者に手間をかけて点数が低くなるのはおかしいと思います。そもそも外来管理加算の位置づけや内容が不明確であり、以前から疑問がありました。
47	当院は外来数が非常に少なく、1日平均2人以下です。このため患者1名にかける時間は十分にあり、実施しています。
48	内容が抽象的で解釈に差が出やすい規定となっているように感じる。算定する際にわかりやすい、明確で簡潔な条件を算定していただきたいと思います。
49	まだこの加算については不明な点がある。多くの患者さまへの説明も難しい。当然診察時には説明や質問を行うので再診料との統合であっていいのではないのでしょうか。
50	お薬外来でも医師が継続処方するのだから、外来管理加算を全て算定できるようにしていただきたい。
51	診察をしてその後の処方や電気療法などを行った場合は点数が下がるという矛盾がある。診察すれば取れるし、なければ取れないとわかりやすいほうがいいと思う。
52	吸入や処置を算定すると「診察のみ」の場合より点数が安くなる。全く理解に苦しむところ。また明確な外来管理加算の定義がないように思う。患者さんにも納得できる理由がほしいと思う。そもそもどういう目的で作られたものなのかを知りたい。
53	外来管理加算という言葉に「何も管理されていない」と反発する患者さまもあり、説明に苦慮することもある。診療報酬全般にわたり、一般の患者さまやご家族にとって理解しがたいものとなっている。昔のように診察料に含めるほうが患者さまにも分かりやすいと思う。
54	診療明細の説明の際に再診料との違いに理解していただけない場合がある。
55	特定の行為をしなければ算定可という成り立ちが理解(説明)しづらいと思います。
56	医療従事者の意識と知識が重要であるが、最も大切になるのは患者さまの診療に対する意識である。今後は患者さまの意識改革を行っていく必要があると考えます。そのために事務(受付担当)だけでなく、担当医から説明を行うなど、院内で協力体制をとっていく必要があります。
57	「外来管理加算は、処置、リハビリテーションなどを行わずに計画的な医学管理を行った場合に算定できる」とあるため、計画的な医学管理を行っているにもかかわらず、処置などを行うと外来管理加算の算定ができない。毎回、診察と処置を行うと、外来管理加算 52 点が算定できず所治療の 42 点の算定となり△10 点、耳鼻咽喉科では耳の遠い患者さんに対して懇切丁寧に診察を行い、処置を行うと△40～27 点も診療報酬は低くなってしまふ。労災保険のように、外来管理加算よりも低い点数の処置の場合の算定方法について見直しを行うことはできないのでしょうか。

## ②一般診療所（地域医療貢献加算届出あり）

### <外来管理加算について>

IV 自由記述欄	
1	このような加算を設定しなければならないことは、現代の医師の資質に問題があるからなのであろう。
2	わざと代理人が薬剤を取りに来ることが多い。
3	時間的制約は必要ないと思われます。
4	外来管理加算の点数以下の処置や、検査を実施して病状について説明しても、算定不足とは納得できない。
5	この加算は本来、外来医療が円滑に行われる為の設備投資に資する目的で設定されたと思います。当然、時間的要件にはそもそもなじまないものでしたし、厳しい条件は認めがたいものがあります。
6	薬の希望の方のみでも加算してほしい。
7	専門医加算の方が分かりやすい。
8	処置・検査を施行した場合は算定不可とした事が理解できない。
9	「お薬受診」の算定対象からの除外について、患者の都合でやむを得ない場合だけであり、できる限り直接診察するようにしており、又患者の状態を問合せし、把握しており、算定しても良いと考える。
10	緊急で検査処置をして、数時間診察を行った場合の加算について検討してほしい。外来管理加算の対象となったとしても、あまりにも点数が低すぎると感じます。
11	丁寧な診察がたてまえになっていますが、患者さんの方が拒否される場合もあり、薬だけ欲しいといひます。今回の措置も、現場に混乱を引き起こすだけではないかと思ひます。特定疾患指導管理料が2回に分けられた時と同様、医療費を減ずる方便ではないでしょうか。内科受診加算にして欲しいと思ひます。
12	外来管理加算は、現在内科的診療のみで加算され、処置料(例えば膿洗浄等)が発生した場合は、加算不可となっていますが、外来診察したのであれば、すべての診療に対しても加算しても良いのでは・・・と思ひています。“管理”は全ての患者に行っていますので。
13	薬のみの時も、前に記したようにチェックし、継続投与について考え、必要に応じて患者さんと呼んだりしている。従って、外来管理加算をつけないのは不当である。少なくとも内科系疾患には、全てに加算すべきである。
14	意味の分かりにくい加算であり、処置等(当然の診察をした上で行う)で点数を取れなくするなど、不合理が多い。これを廃止して初再診を上げて、もっとシンプルにすべきと考える。
15	今回の改定で、「5分間要件」の見直しがされたことについては当然の結果といえる半面、「お薬受診」に対する考え方がより明確になってきた。これにより、安心安全な医療、また医療機関のあり方についても、今後検討がいるのではないか。
16	例えば、処置(医師の技術料)よりも外来管理加算の点数が高い場合があるので、考えたほうがよいのではないかと思ひます。
17	様々な指導は看護師も行っており、1人あたり10～30分になることもある。この評価をしてほしい。
18	外来管理加算より低価格の処置があった場合、処置をすると減額になるのは、おかしいと考えます。
19	リハビリ(処置)を行った場合、算定できないため改善してほしいです。
20	外来管理加算は、本来内科診療所の報酬の底上げを補完する意味で創設された点数であるはず。ここに来て、その定義を変えてしまうことはおかしい。また、患者さんが少しでも支払いを安くする為、診察を控えていることは問題であると思ひう。
21	高齢者に関しては様々な理由(移動手段の確保・体調・入院・入所・他の病気等々)で本人の来院が難しく、看護や介護している家族の来院により、聞き取り・相談・投薬等を行う事が多いが、その為かえって説明時間が長くなっても、患者本人でない為に外来管理加算は請求できない事からも、外来管理加算の問題が良く分からない。本人であっても、投薬はジェネリック薬が増えて間違えない様に注意しないとイケないし、説明も時間がかかる事もあるが、加算対象にならない。20年4月に投薬のみでの算定不可の改定や、その他算定基準も厳しいと感じていた。

22	丁寧な診察は当たり前の事である。
23	内科の慢性疾患については妥当であるが、急性疾患を診ることが多い科で、外来管理加算を算定するのは疑問がある。特に耳鼻科・皮膚科・眼科などの専門科は処置や検査が多く、必要ないと考えます。
24	何故、ある種の検査を施行すると外来管理加算を算定できないのか。理由が解らない。
25	外来管理加算を算定するにあたって、定められていることは基本的なことで、医師としては当たり前のことではないか。又、患者様の個々の受け取り方で違いがあるのも否めない。
26	診察内容により費用が違うことについて、患者には理解できず、病院に対し不信感を持つのではないのでしょうか？
27	懇切丁寧な診療は一連で、大部分の検査や処置を行うと外管を算定できないのは矛盾している。しかも、検査内容で可否が決まる理由も分からない。あらゆる医療機関が沢山の人手間をかけて医療を行っている現実で、診療時間の長短や、診察の有無で加算の可否が決まるのはおかしい。実際、電子カルテ入力で患者の顔を見ない医者之苦情を耳にする。懇切丁寧な医療とはほど遠く、外管の主旨とも明らかに異なるが算定でき、やはり矛盾している。日常診療では、介護保険の話・家族の相談・最先端医療の話などを患者の要求に応じ、答えることが丁寧な診察と心得るが、これらは患者の疾患と関係なければ外管の算定はできない筈である。現場の医療を知らない役人が机上で論じているからだ。
28	外来管理加算に対しての患者様が受ける印象が、あまり良くない様に感じる。外来管理加算のかわりに再診料の引き上げというのは、可能なのでしょうか。
29	処方のみでも、家族と話し説明をしていれば、加算を認めて欲しい。
30	算定にしばりは必要ない。現在医療機関が増え、患者が減ってきていて収入が減っている。当クリニックでも従業員の労働時間の見直し等で、対応しているが、これ以上の減収は雇用を減らすしかない。よって、より良い患者への対応も困難になり、矛盾してはいないだろうか。医療を受ける患者が増えてくる中、自然に医療費が増えてくるので、現場に対して厳しい対応(算定基準の見直し)をしても、病院・診療所ともに十分な医療提供が出来なくなるのではないのか？
31	再診時には診察料を含めて欲しい。全ての対応に医師(従業員も含め)は全職員で対応している。
32	全ての患者において算定できれば良いのだが。。。
33	待合室には開業 30 年以降からご意見箱を設置しており、来院されている患者さんから特別な不平・不満・悪い診療が無ければいいのではないのか。22年に外来管理加算要件に対する記載はしても、口頭でいつも満たされているように思う。
34	この加算設立の当初の目的・理由が明白でなかったため、加算点数の取得条件などあいまいな所があるため、我々末端開業医は困惑しています。規制を緩和するか、いっそのことこの制度を廃止した方が良いと思います。一方、外来時管理加算がとられないとわかると、薬だけ(薬受診)の患者が増え、本来の治療から逸脱してしまっているようです。又、抗生剤を投薬することで、耐性菌の原因になりかねないため、それらを管理するため外来管理加算がぜひ必要とされます。
35	リハビリ処置をしない患者の方が点数が高くなる為、患者への説明に苦慮しています。
36	算定要件が見直されたからということで、診療の姿勢は変わるものではない。
37	薬のみを希望の患者が増え、待合室に受診の方、薬の方が混在しており、座る場をとっている。病院・診療所は、診察が基準であることをもって周知させるべきだ。
38	外来管理加算は廃止して、再診料に含まれる形にするべき。加算よりも、シンプルな計算にするべきです。
39	当院は「薬のみ」、「電話処方依頼」は禁止にし、対応していません。大病院等で「薬のみ」が多いと思われます。病院への通院が困難な患者は、他院のかかりつけ医にかかるべきです。
40	当然のこととして対応している。
41	外来管理加算及び、地域医療貢献加算についても、本来再診料として包括されるべきものであり、診療費抑制以外の何物でもない。
42	外来患者は、数分で診療を終る患者と、30分以上の診療時間を要する患者と様々である。5分間要件の廃止は好ましいことであるが、長時間の診察に対する加算を設定すべきである。
43	国民医療費の増大で、なかなか財政が厳しく財源不足であることはよく分かりますが、その財源調整

	のために加算項目が作られているように思われ、又加算要件の設定、変更がなされているように感じられます。診療側からは、複雑な診療報酬ではなく、なるべく分かり易い設定をお願いしたいと思います。
44	診察料を安くするために薬だけを希望するPT(患者)が多くなった。本末転倒と思われる。
45	通常の診療をしている場合は外来管理加算は全て算定していいとすべきである。いわゆる家人によるお薬受診は禁示されるべきで、外来管理加算とは別問題である。
46	処置が入ると算定できないが、おかしい。
47	加算とする考えはいかがなものか。患者への思いやり、正確な判断と正しい治療、そして患者との信頼関係がきちんとなされていれば外来管理はできていると考えるべきだと思う。患者を診ないで薬を処方するいい加減さと、どの患者さんが薬を必要としているのに診ないからと言って薬を処方しないいい加減さと、どちらがベターと考えた場合、私は前者と考える。
48	必要ない。
49	外科的検査をした場合算定できないのは納得できない。検査の後にその結果について患者さんと話をする必要があるのは他の内科などと変わりない。検査点数が治療点数に反映されるから外来管理加算は不要との考えはおかしい。
50	安すぎる。また、10秒でも丁寧にやればいいと思っている。
51	当然、説明をしているので加算は必要と思う。
52	現在まで算定していない。
53	全ての臨床医に医の倫理の再確認を促したものと思われませんが、釈迦に説法の感が無きにも非ずです。逆に今まできちんとやってきた方々に対しては、神経を逆なですることになったかもしれません。
54	患者さんの病状把握、管理、軽快治療に導くための指導が必要。
55	当院では外来患者のほとんどが透析治療であり、外来加算は取れないが、医師の回診など十分な治療を行っている。保存期の患者にはときに30分～1時間の診療の必要な時もある。長時間の診療にはさらなる加算が望ましい。
56	当院は整形外科で処置点数が外来管理加算より低いのは問題がある。また、消炎鎮痛処置も低い。患者さんは問診に対して評価をしない政府として国民教育をしてほしい。
57	最初に同種の加算ができたのは、内科外来加算でした。内科薬は外科薬に比べて再診数が少ないからとの理由だったと思います。それがいつからか外来管理加算となり、管理が入ったため時間を5分にしろ、懇切丁寧な説明をするようになったものである。現に、内科外来加算時も外来管理加算になっても処置、超音波、精神科指導等算定できない場合はほとんど同じなことから。慢性疾患で通院中、新たな疾患が発症しその診察をしても初診料は算定できないわけでこの根底には全身管理をすべきとの考えによるものと思う。常に全身管理をしているのだから。外来管理の管理に拘るのはおかしい。
58	婦人科の処置料で膣洗浄(47点)を行った場合、診察時間等は明らかに長くなるにもかかわらず、外来管理加算(52点)の方が高い点数になっている。
59	高齢者中心の診療を行っています。患者さんの理解力にも個人差が大きく、継続的な加算条件を設定されても、私どもには適応・対応できない場合が多く、いつも悩んでいます。
60	外来処置をしながら薬の説明や生活指導を行い処置として長い診療時間となることもあるが、処置料より外来管理加算が点数が高く診療内容にあっていない場合がある。
61	薬のみの受診者の増加が予想され見直しが必要。
62	本人不在または理解できない患者は家族の話でよいと思う。
63	国のすること。
64	家族の代理受診の場合において、状況をきちんと伺い状況を把握して適切な指示、処方を行った場合も外来管理加算を算定できるようにすべきと考えます。診療の手間は本人を診察する時と同等かそれ以上と考えます。もちろん、家族の代理が薬のみ(処方のみ)を目的に来院したときには算定すべきでないと考えます。
65	受診したら話をするわけだから、全員からもらうべきだ。患者さんの都合で薬だけというものもあるし、薬の内容も話をするので。

66	処置、リハビリテーションを行った場合、算定できないのは不自然。(処置、リハビリテーションを行っても医学管理を行える算定できてしかるべき)
67	知らなかった事項もありましたが、変更は評価できると考えています。
68	現在は外来管理加算と呼んでいるが、その前は内科診療加算でしたか。外来における再診療だけでは安価すぎます。再診量に何らかの加算があつてはじめて外来患者再診が料金的に成立なのではないでしょうか。外来点数を過去 20 年ぐらい検討してみる必要があります。そして、再診時の診察料は 1,000 円以上にすべきではないでしょうか。
69	お薬受診の方が安価にすむということで、患者さんの受診行動を抑制する可能性がある。これまで外来管理加算が問題なく請求して成り立っていた医院経営が困難になっている。まず、再診料を底上げして、一定の処置を行った上で、届出を外来管理加算の案件に請求すべきであった。外来管理加算の請求基準が高くなることで、開業医の損益がどれだけ危機的になっているかを行政は知る事です。
70	初診、再診料があまりに低いので改善が望ましい。
71	5分間要件の廃止は評価できる。
72	①処置やリハビリをすると算定されないため、指導診察のみの患者さんより、慢性疼痛でリハビリを受けたの方が点数が低い。(ウォーターベッドなど理学療法を受けると支払いが安くなるから。矛盾あり)②出来るだけ会話を避け電話対応ですませて、薬のみの処方希望が増加。診療に支障をきたしている。
73	特に内科医にとっての本来の報酬として評価されるのは診察であると思います。外来管理加算は処置やリハビリ等がなく頻回に受診の必要がなく、診察の代替として再診料はあまりに低すぎることの穴埋めの印象です。再診料と合わせても、採血の判断料より低く、これでは、あまり診察せず検査ばかりする医療機関の方が利益が上がり、診察を丁寧にするモチベーションが下がります。もう少し上げる必要があると思います。内科医にとって診察代が全てです。またエコーをしてそのまま診察は多々あります。取れないことは納得できません。
74	創傷処置等で医療材料、衛生材料をつかい時間も増えているのに処置を算定すると、外来管理加算が算定できず点数が低くなってしまいますのはおかしい。
75	わけもわからないことにお金と時間をかけないで診療報酬をあげてほしい。
76	重症度の高い、憎悪性の疾患については説明指導が長時間におよぶため、月に2回の外来加算があればと希望します。
77	患者が満足いただける質の高い診療をするためには診療時間をかける他にありません。検査を行わなければ点数が伸びない方策から改めるべきです。
78	外来管理加算をとらないことにより、患者によって薬だけくださいという要求例が増加する傾向にあり、診療上問題点が増加する。
79	外来管理加算算定の変更などで診療の方法や内容は特に変わらないが、受診者から「お薬受診」の希望が増えてしまうのは問題ではないかを感じる。
80	外来管理加算コストが午前と午後(6:00~8:00)で異なることは私にとっても患者さんにとっても理解しにくいことと考えます。
81	がん、認知症などで家族が再診を求められる場合、普通診察よりも時間もかかるのに加算がもらえないのはなぜなのかと思う。

③一般診療所（地域医療貢献加算届出なし）

<外来管理加算について>

IV 自由記述欄	
1	この制度には矛盾がある。時間をかけて慢性疾患患者に懇切丁寧な説明をして診察をしても、この患者に処置を施すと、より点数の低い方で算定しなければならない。診察には問診から触視診検査、診断、説明、治療、説明の流れがある。外管はこの治療前までに対する評価であるはずで処置等は治療に入り、全く別個の行為として考えるべきと思う。処置との併用または同点数にすることを望む。これは施術する者に対する不当な低評価と言わざるを得ない。
2	「5分要件」という馬鹿馬鹿しい基準になり正直ホッとしている。精神科というかの性質上、10分以上診察にかかる方もいるし、5分未満で済ませる(安定しているのも)方もいる。それを一律5分以上ということにする意味がわからなかった。お役人はもっと現場を見てほしいと切に願います。
3	外科的処置や手術について、どうして外来加算が認められていないのか大いに不満である。処置したのに処置をしていない方が点数が高いのはおかしいと思うが。
4	時間で区切るのは変だが、加算が特別収入のようになってしましそうで、やはり何か明確な基準が必要。当院は小児科のため乳幼児の検査結果など保護者のみの時算定できない。話は長くなるが本人(話してわからない年齢)がいないと算定できないのはおかしいと思う。
5	外来管理加算に算定条件をいろいろ付けて算定させないのは間違いである。経済的な理由で点数を下げるならば他の方法で平等に下げる方法を考えるべきである。
6	医療における加算という考え方は全て再検討。請求事務をスッキリしてください。
7	精神科の診療所の場合、主の収入は通院精神療法で他にはほとんどありません。週に2回来院されたりすることがあります。この場合も時間をかけて精神療法をすることも多いのですが、外来管理加算のみの請求しかありません。
8	今回の算定要件の見直しは評価しております。
9	診断・検査・治療・説明等を各患者さんに行っているが、最近特に病気の説明治療の説明に要する時間が長くなったり、外来管理加算料はもっと多くてもよいと考える。患者さんもインターネットで病気を調べてきていたり、一人の診察時間が長く他の患者への影響も大きい。机上で計算している人たちには日頃の開業医の苦労は全く感じていないと思う。教育と命(医療)を疎かにしていく国は必ず滅亡します。もっと国のあり方を考えてほしい。政治家・官僚の人たちは自分たちは何を国にすべきかと真剣に考えてほしい。
10	医療の保険の計算は非常に複雑です。これには医療機関のコストが発生します。複雑であれば複雑になるほどコストが増えますが、保険診療で価格は減っているのに、医療機関がコストを払うことになり、社会全体で複雑なシステムを運用すると結局のところ社会全体に負担が増えることになると思います。出来るだけわかりやすい単純なシステムが必要かと思えます。(公平である必要があるのが難しいところですが、5分以上と記載するだけでコストが増加します)
11	薬受診での外来管理加算がなくなると受診(実際の診察)が行われなくなる可能性が高い。(これは患者が安い方が得であると考えたため)したがって、本来の治療ということからかけ離れたことにつながる危険性を持っている。薬受診であろうが実際に診察を受けようと同じ金額となるとやはり受診した方がよいと考えるのが筋である。また、診療時間によって管理加算を算定するしないという違いが生じることは、同一疾患で支払いが違う診療所が存在することとなり治療の平等性が崩壊する。
12	処置、リハビリしたときに算定できない理由がよくわからない。
13	5分要件は診療費を少しでも削ろうとする素人的感覚で根拠が皆無でナンセンス。症例によっては5分以内で診療可能な患者もいますし、検査等で15~30分以上要する患者もいます。これが診療の実情です。医療関係者以外が決定するものではないと思います。
14	算定に縛り、条件があるのはおかしい。各科で算定できるようにすべき。(内科で算定すべきものなのか)
15	外来加算という診療項目ができたころと趣旨が変わってきたように思う。
16	医療費削減のため、要件の見直しは把握が難しい。
17	患者さんに説明しにくい。

18	皮膚科は熟練していれば一目で判別できる。それが悪性のものであったり、内臓の重大なサインであったり。疾患の重大性と診察時間の長さとは関係がない科なのだ。逆に内科などでは長い時間を要することも多いだろう。皮膚科のような短時間で済む科は、再診料、管理加算を取り過ぎているという議論を内科医から聞くことがあるが、それは誤りであると強調したい。
19	5分ルールは患者によって説明等の時間が違うので撤廃されて良かったと思う。
20	患者さんに説明して外来管理算定 52 点、説明と同時に創傷処理も加えて実施すると 45 点、創傷処理説明の後リハビリ、理学療法を実施すると 35 点、消炎鎮痛処置の手間と材料と機械代とスタッフ人件費が発生したのに治療費が下がってしまう矛盾が納得できない。
21	耳鼻咽喉科処置等を行った場合、十分な説明を行ったにもかかわらず、外来管理加算がとれないが点数が低く問題ではありませんか？
22	加算については科によっての不均衡を解消するために認定されたと理解しているが、何か違う方向に向かっているように思われるが。
23	診察室で問診触診投薬について説明をして外来管理加算を算定する場合と簡単な問診後、消炎鎮痛処置を数部位受ける場合で、外来より消炎で何もしない方が窓口支払いが高くなるのが疑問である。
24	以前のような投薬だけのときにも算定できるようにしてほしい。内科は投薬だけの患者も多く収入が減った。
25	内科系診察の技術料と考えているので従来(H20.3 以前)の算定でよいと思っている。
26	当方は外科のため処方等をするので外来管理加算が外れてしまうことにより、マイナスとなります。不公平です。あまりにも細かくし過ぎていると思っています。
27	平成 20 年3月までの状態に戻すべきである。時間で診療濃度を測定することはできないし、患者側がお薬受診ばかりすることでの弊害の方が大きくなることを政府役人は知るべきである。
28	時間で説明の内容と効果については評価できないと思う。
29	3分で終わる患者もいれば30分必要な患者もいる。「患者と対面する」ことだけを必要条件にほしい。
30	算定要件のあいまいな外来管理加算は廃止すべき。
31	再診料の一部を考えるべきもの。
32	診療内容の充実を図るようにしております。
33	ドクターへの外来管理加算要件の撤廃。請求事務に携われない。ドクター(勤務医)意識が低いと思う。
34	本元この点数は外科系(耳鼻科、眼科も含め)の通院回数が多く処置を要する科と内科系の月に1日だけ通院している科との収入のアンバランスを平均化するために内科系に付加した愚的な点数で無用の長物である。
35	いわゆるマルチ的な加算では患者によるコスト負担とマッチしていないと考えます。
36	加算点数の見直しが必要です。(点数が低い)
37	算定要件を緩和してほしい。
38	整形外科の場合≠消炎鎮痛処置をした場合の外来管理加算が算定できないことである。つまり何もしない方が高点数となることである。
39	保険診療所患者を診察したうえでの処置投薬等が原則と思いますが、待ち時間が長かったり、患者サイドの問題でお薬受診を希望される方が多いのが現状です。診察を促すも断る患者に対しての対応に困ることがあります。もちろんこのようなケースには外来管理加算は算定していませんが、もう少し具体的に名分代としていただけたらと感じます。
40	診療の質を時間の長短と関連させた浅はかな考えだと思います。
41	診療科によって、また、医療機関によって加算困難な状況がある。(例えば、患者数が多い。医師が少なく担当患者数が多いなど。)
42	加算を取らなければ診療所の経営も困難となるので取らせていただいているが、本当は管理という言葉はいかにも医師が患者を管理しているのだというような上から目線で実際の診療のあり方としてはなじまない。再診料等をアップして他の加算はなくす。などシンプルに医療を行う側も加算点数に見合った加算をしたいと思っていますが、特定疾患療養加算、心理療法、精神医療加算等、何がどうな

	のかわかりにくい点数になっているものも多く、大変疑問に感じながら診療しています。研究も患者のためにつながる事が第一であることを考えると、多くの医師が感じる疑問点を自由に公用できる場、大学の研究者と実際の臨床医の間での双方からのディスカッションを自由にできる環境も必要なのだと思います。
43	時間外は病院不在です。自宅にあっても処方できません。
44	外来診療は、来院時のその瞬間を診るのではなく、入院と同様に現在と将来を予測、生活指導を必要とするもので、外来管理加算は必要と考えます。
45	制度の流れに沿って仕事をします。
46	お薬受診は本来あってはならないもの。金銭的な面で患者にお薬受診の方が安くつく。結果的にお薬受診を増やしてしまうやり方は納得できない。当院はほとんどすべての患者に一ヶ月処方しているので、お薬受診が続けば年に数回しか顔を見ない。
47	家族から詳しい症状を聞き、処方しても算定できない。
48	専門医の資格を持っている医師と非専門医が同じ病気を診ても同じ点数であるのが不自然。
49	受診する方も投薬のみの方も待ち時間が長くなる。
50	外来管理加算はやめて再診料を上げるべきだと思う。
51	時間ではなく、その患者さんにあった診察をすることが必要。
52	電子カルテに変わってきているのに外来管理加算の要件を満たす診療を心がけておられるが、逆と逆の方向になっているような気がする。
53	処置をして処置料を算定した時よりも、無処置(外来管理加算)の場合の方が窓口負担が多額になることが患者にとっては不合理のように思われる。(理解しにくい)
54	手のかかる処置(耳処置、鼻処置)よりも何もしないで話をしているだけの治療効果のない行為が外来管理加算として点数が高いのは不当。
55	わざわざ算定要件を規定しなければならないこと自体に疑問を感じています。再診療に上乘せとして廃止するというのも一法かと思います。
56	外来管理加算の意味が不明。処置をしても外来管理加算の方が点数が高い。むしろ再診料を増やし外来管理加算は廃止すべきだと思います。
57	外来管理加算の算定要件があやふやで本当に必要なのか。
58	廃止して初診再診料を上げた方がよい。
59	小児科の場合、再診料と分ける必要もあまりない。
60	お薬受診の廃止。その都度、窓口負担が増えると、患者の不信を生じさせ正確な医療もできなくなる。
61	情報が今届き医学的な知識も高まっています。ほぼ、全て診察時に外来加算以上の説明がなされていると思います。特別に加算ではなく再診等基本診療そのものの加算が必要だと思います。
62	特別な期間のない限り、薬だけの人は今はほとんどいません。充分話して指導するだけのことは指導し処置等のない限り外来加算は算定させていただいています。一方、心療内科の方は指導料、家族にも来ていただき家族の話でも指導料が算定できますが、ほとんど外来加算例はありません。
63	診療時間 10 分他院で料金をアップさせるような診療報酬体制は検討して頂けないでしょうか。5分診療と 15 分診療が同じ報酬は納得できません。
64	診療時間は、患者ごとに必要な時間が異なるものであり、適切な判断を素早く下せる有能な医師ほど短くできるものである。時間をかけるべき患者には時間をかけるべきなのは当然だが、時間をかけなくてもよい患者には時間をかけずに必要十分な診療ができるのが医師の腕である。腕の悪い医者がいくら時間をかけたところでいい結果は得られないのが医療なのだ。最初に外来管理加算が定められた歴史的な経緯を無視し、医療現場の声を聞くことなく、医療費削減のために設けた印象の強い5分ルールを廃止したのは評価する。だが、いわゆるお薬受診での算定を不可にしたため、医療費を少しでも減らしたいためにお薬受診を希望する患者が増えた印象がある。これは懇切丁寧な診療が必要とする外来管理加算の理念と相反するものではないか。同じ金額を払うのであればきちんと見てもらった方がよいと患者が考える方向に誘導するべきではないか。
65	机上の論理でした。
66	眼科では点が取れないので意味がない。

67	お薬受診でも懇切丁寧な説明を行った場合は(充分な病態・病状の確認をした場合について)算定できるようにしていただきたいです。
68	算定の基準は示されているが、全ての医療機関で守られているか定かではない。
69	お薬受診が公認されたようなものである。家族は本人を連れてくるよう説得している現状では不満が残る。また、お薬受診の患者の中には治療方針を自分で勝手に決め、こちらの意見には耳を貸さないものもいて疲れる。うるさく言うと薬だけでいいからと診察を拒否する者もいる。
70	丁寧な問診、詳細な身体診察、その結果を踏まえた病状や療養上の注意点等を懇切丁寧に説明するとしています。さらに5分間以上を目安とされこの点でこだわり、議論されておりましたが、他に疑問に思っていることはいかがでしょうか。①上記の診療行為の中では、カルテ記載時間、指示箋(検査指示、処方箋)作成時間などは含まれていません。これらを合わせた一人当たりの診療時間を考えると一人の医師が1時間/1日で診ることができる患者数は何人が適正となっているのでしょうか。②5分間以上で30分間、60分間でも診察時間を費やした場合での評価と報酬はいただけないのでしょうか。現在の報酬は52点(520円)です。タクシーに30分間・60分間乗車(渋滞でも、遠回りでも)するといくらになるのでしょうか。③上記とは逆ですが、救急患者では病状により超迅速の対応をします。5分間以内のものであります。それが生命に関わりうるからです。例:喘息の重積発作、てんかん発作、アナフィラキシー発作、いずれも迅速な対応ができれば大事にならないことしばしばです。その場合の報酬(医師の技術料)はあまりに低いです。
71	内科的診察の場合、30分以上の診察でも再診料でしか算定できない。外来管理加算でも安過ぎると思う。きちんとした理学的診察、内診、相談に乗ることが本来の診察見えるが、今の日本の診療制度には検査を入れないと、医療側はやっていけないような制度である。もっと、外来管理加算は高くしないと良心的な医療は出来ないのではないか。
72	今回の改正で略宜しいと思います。
73	お薬受診だけ続けることはない。お薬受診は出来るだけ以前よりしないようにしている。都合により薬だけのときも状況は聞くようにしている。必要があれば無償で30分以上かけることもしばしばである。
74	この算定項目は、慢性・急性疾患に拘らず、医師が責任を持って経過を見ていくことは当然の算定であり、算定要件を設定すること自体がおかしい。
75	加算についてもですが、医師の裁量権が著しく侵害されていると感じます。原因は現場を知らない人たちが決定権を握っている現状を改善し医師であり、実際に治療を行っているメンバーを大幅に増やせば医療そのものも改善するはずです。
76	5分間とかの時間ではなく、説明指導等内容が重要である。
77	お薬受診と算定外というのは当然だが、これを明記したことでお薬受診が認められるということになります。診察なしに薬を出すのはやむを得ない場合のみと思いますが、お薬受診を勧めて、医療費を減らそうという計画ですか。
78	医師の裁量に任せるべき。規定が細かすぎる。
79	内科眼科ともに処置や検査をすると管理加算は取れない制度になっている。医師が診察行為を行った場合は全て外来管理加算を算定できるようにすべきである。
80	眼科にとって外来管理加算に意味がない。
81	患者教育をすべき。受診しないと薬を出さないと言ったら、「二度と来るか」と怒って帰る患者が多い。従って当院は患者が激減している。薬だけがもらえない医院もいらないということで患者が減っている。(診察してほしいと薬がもらえない。医院と疑われているため。近所の医院では薬だけもらえる)
82	医療行為について〇〇加算等と細かく分類することは好ましくないことだと思います。どのように決めても必ず、これを悪用するものが出てくるのは世の常と考えます。また、これらを罰するためには、都合のよいようにのみ考える人、さらに、これを盾に取り真のみ考える人が出てまいります。細部にわたる加算条件を決めないことが望まれ、充分な立派な診療ができるように望みます。
83	診察を受けるべき患者がお薬受診を繰り返すことも考えられ、医師として責任が持てない場合があるのではと考えられる。

#### ④一般診療所（地域医療貢献加算届出あり）

##### <地域医療貢献加算について>

IV 自由記述欄	
1	日頃から他院や病院等とのコミュニケーションを取っているかどうかが大切で、その努力なしにこのような機能はうまくいかない。
2	医療費削減目的の為にだけに設定された印象があります。
3	今回の加算がされる以前より、時間外の問い合わせに対してはやっていたので、新たに意味が少ない。
4	点数を上げてほしい。
5	医師として当然なすべき事柄であり、又今迄も行ってきたことを取り立てて地域医療貢献と名付けていることに納得がいかない。
6	救急医療における地域貢献をしているという実感があまりない(診療時間の問い合わせや、予約についての問い合わせが多いため)。
7	ナンセンス
8	大きい病院の先生に負担をかけない為も含め出来たと思うが、診療所での対応は、わざわざ看護師・事務が家から出向いて来て診察するのは困難であり、大きい病院との連携しかないと思う。
9	自院で治療中の患者さんに何が起こるか不確定であり、連絡が常に行える様にすることは、当然の事と考える。問 31 及び問 32 の問題は、再診料を一括して考えることにより解決すると考えます。
10	診療時間外の患者からの電話等による問合せは、緊急の場合対応するのが医師として当然のことであり、加算点数をもっと高く評価すべきと考える。
11	カルテが手元にない場合、処置・投薬の詳細が不明(特に担当医が違う場合)で、的確な指示ができない場合が発生すると思います。
12	とにかく、点数が低いのではないのでしょうか。医師や看護師が電話で相談にのる場合(一方的に切れませんので)、長く時間を要する事もあるし、診察の時でも、時間に関係なく診察を行っても3点というのは、ネーミングと少しずれている様に感じたりします。
13	処置のための通院ではない継続投与でも内科系疾患には、全てに加算すべきである。あまりにも医師の裁量権を無視しているのは、医療というものになじまない。患者さんに責任を持った主治医として、いつも対応しているのであり、表面的な無機能的な判断を加えるのは、医療ではない。
14	以前から電話対応は行っていた。どこの医療機関でも出来る範囲の事は行っており、わざわざ加算など行う必要はないと思う。
15	地域にある医療機関の連携をより強めていく必要があり、どこまで対応すればいいのかをもっとはっきりさせるべき。
16	体力的に年を取ってくると、疲れが出てくる。
17	24 時間体制でやっているわりには、評価が低いと思います。患者さん方は、24 時間の対応が当たり前と思っている部分があるので、全体の意識改革が必要だと思います。
18	たった3点！バカにしている！開業医は早く死ぬというのか。現場の医師が考えている事ではない！政治主導なんてちゃんちゃらおかしい。そんなに医療費が増えるのが恐ろしいなら、開業医の治療規制をしろ！
19	全く無意味と考えます。
20	小規模なクリニックでは、対応に限界があると思います。
21	本気で考えるならば、もっと高い点数にすべきかもしれない。但し、この内容は良識ある診療所の多くが以前から日常的にやって来ていたことであり、点数が欲しいとは思わないし、逆に強制されてやるようなものでもないと思う。しかし、制度があるからといって安易に時間外受診することが日常化すると、日本の医療は、医療費及び、医療者の過労働の為に破綻する。
22	複数の医師がいて、当直体制のある医療機関は対応出来ると思うが、医師一人の診療所では、示される対応に責任を負い切れるか不安があり、無理が多いと感じる。これまでも緊急連絡先(医師携帯・自宅電話)で対応し、時間外での診療・相談を受けてきたが、その事を普通に評価するものでなく(実績は考慮しないとの事)、紹介先の医師の動向の把握を義務付けられる等、厳し過ぎる対応基準

	で、患者当人のみならず受診患者から一律に算定できるだけの責任を負いきれないと感じる。当院では、これまでの方法で届出して認められたものの、5月以降は算定を止め、現在に至っている。
23	当院では、平成10年6月開院以来、夜間・日祝祭日の診療依頼があった場合、全て対応してきているので、認められた点は良かったと感じている。
24	患者が常に連絡とれる状況は必要である。
25	医療とは、地域に貢献することだと職に就いた時より認識しています。それを評価していただけるのはありがたい事ではありますが、今更という感もあります。点数がないと、これらの価値は現在認識されていないということなのでしょうか。それが問題だと思います。
26	地域医療を本当に崩壊させたくないのであれば、ちゃんと現場の状態を把握していただきたい。
27	当診療所医師は、開業時より時間外問合せ等の対応をとっておりますが、この度の加算処置は、従来の対応が評価されたものと思っています。加算を申請する施設、しない施設がありますが、本来時間外の間合せであっても「かかりつけ医」として対応する事は当然であり、申請しないことでその責を逃れることは出来ないと思います。ただ、24時間なかば拘束され、1人職場で頑張っている医師には敬服するとともに、この「拘束」を少しでも緩和される方法をも検討すべきと医師の健康面から思う次第です。
28	貢献度に応じた加算が必要なのでは？
29	現時点で可能なかぎり対応はとっているが、常に電話に応じるということは、無理ではないかと考える。
30	当院は有床診療所なのでマンパワーがあるが、無床診では算定する意欲につながらないであろう。24時間連絡の取れる体制を取ることに對し、点数が低すぎる。
31	平成22年4月から届出を提出しましたが、3点だけでは医師の負担が大きい。神経質になっているうえ、老齢の医師のため近々閉院する予定であります。
32	一部の医療機関を除き、地域に貢献している。本来患者から算定するものではないと考える。したがって、再診料を減額して帳尻を合せる理由も分からない。
33	私は、職住が同一ですので殆ど問題ありませんが、周囲のドクターは住宅が遠い方も多く、現実には対応できていない様です。
34	ほぼ24時間体制に近いので、個人で行っているクリニックなどでは、対応に限界があると思います。
35	以前(25年以上前)より24時間対応してきましたので、加算を継続してほしいと考えます。
36	点数が少ない。今まで以上に勤務時間外労働が増える。
37	算定点数が低すぎる。医療もサービスを求められて来ているため、従事者への負担が増えてきている。
38	いわゆる僻地、で50年間診療所と廊下で結んだ住宅ですんでいる(自宅は車で7分くらいのところにあるが)。会議・研修会等以外は殆ど在宅している。この50年間で、夫婦で旅行したのは数回のみ。子供の救急のように地域によって、「加算」でなく、減税等の対応が欲しい。
39	点数設定が低いのではないかと？
40	30年以上前から、このことは第一次開業医の使命と思って、今でも時間外に応じている。ただ、行年会合の時の対応に一部困難な時間がある。
41	24時間体制をとっているものとしては、加算点数が少ないと思います。
42	先に述べたように我々は、もともと地域医療貢献するために働いています。医者がまだ数少ない時代、毎日が宿直状態でした。小生は耳鼻科医ですが、冬の夜中に30分も車を走らせ、往診へ行ったことがあります。耳鼻科医でも、小児科医でもあった訳です。最近問題なのは、通勤診療医が増えていること(診療所と自宅が車でしか来られない程離れている)です。貢献とは、時間外・夜間でも対応出来ることを意味にしていると思います。政府として、もっともって考慮して適切な対応をしていただきたい。
43	1週間前には、2人自宅で亡くなった患者さんがいて、深夜の診察を行った。19:00電話で薬の相談うけ、患者が薬を取りに来た。体力がなくなれば終わりです。休みたいです。
44	とにかく患者サイドへの「利用モラル向上への教育」に公からの取り組みを行ってほしい。届出時に色々と注文をつけられたと聞き、二の足を踏んでそのままとなっていました。お役所はこの加算に関して、積極的なのでしょうか？

45	殆どの医師は地域医療に貢献していると思う。届出しない医師は地域医療の貢献していないのか。地域医療貢献加算は撤廃し、時間外・休日診療点数をアップすれば良い。
46	制度が変わる度に現場は混乱している。このようなアンケートを含め、雑用を増やすばかりである。無駄な予算を増やしている。
47	携帯電話への転送は、医師1人での診療所でも十分に可能。負担はごく小さい。初診料・再診料を下げて、地域医療貢献加算を増大すべき。
48	大病院が「薬のみ」を行っているので、自分で自分の首をしめているのです。大病院は紹介患者と入院のみに、特化させるべきでしょう。
49	当然と思い対応している。
50	もっと高い評価がほしい。24時間仕事をさせるなら。
51	患者への周知徹底できればよい。
52	職員を24時間連絡可能の体制を整備するために必要とする経費と、加算点数の差が大きすぎる。実際に対応して仕事をしている施設への加算を考慮すべきである。
53	国民医療費の増大で、なかなか財政が厳しく財源不足であることはよく分かりますが、その財源調整のために加算項目が作られているように思われ、又加算要件の設定、変更がなされているように感じられます。診療側からは、複雑な診療報酬ではなく、なるべく分かり易い設定をお願いしたいと思います。
54	・留守番電話は患者さんが名前のみ録音し、後でこちらから連絡できないことが多くあったため、現在は中止しています。・不在時は家族が対応していますが、子どもが電話対応した場合、患者さんの伝言が十分に伝わらないことがあります。・昨年の4月ですが、木曜日の休診日、大学の外来勤務のため不在でしたが、家内が対応し、帰宅後往診したところ完全房室ブロックを発症しており緊急搬送したことがありました。事なきを得ましたが、危険な状態でした。・開業医が365日24時間1人で対応することは不可能かと思えます。できる限りは今後も対応していきたいとは考えています。地域医療貢献加算の有無は関係ないかと思えます。・今年のお正月も、1月2日夜、嚥下性肺炎を往診に診察、救急車にて病院搬送。1月3日には髄膜炎を大学紹介しました。1月3日夜は飲酒後でしたが来院できたため対応できました。1月2日は飲酒直前であったため往診できました。あまり飲酒はしないように控えていますが、365日飲酒しないのはなかなか難しいです。・連絡がつかなければ、むしろ患者さんも救急車を呼ぶなり次の方法を検討するかと思うので、地域医療加算はないほうがむしろ良いのではないのでしょうか。
55	今まで個人医院の誠意で行っていることが算定されることは評価するが、再診料は下げられ、上記を義務化していると思われ、逆に今後、地域医療の崩壊に繋がると思われます。
56	地域医療貢献加算は、算定している医療機関としていない医療機関で、どちらが地域医療貢献をしているのか不明であり、即廃止すべきである。来院中ではない患者より、時間外に問い合わせ、病状の説明をした場合、その費用は誰に請求したらいいのか困っています。22年10月の加算額は1169件、計35,070円、時間外が約500時間とすると、時間にすると約70円である。
57	安すぎる。もっと評価し、点数を上げるべき。
58	患者さんの状態により対応が変わる重篤なときはいつでも連絡するように指示しているし、自分も多くの場合対応できるようにしている。しかし、それができないことも多くあるので算定していない。そんなことは何も地域医療の貢献ではない。
59	地域医療貢献加算の創設以前から時間外および休日は個人の携帯電話へ転送して対処していますが、実際怪我などにより診察になるのは月に1～2回程度です。その他は診療をしているかの問い合わせや予約などのキャンセルの内容がほとんどで、緊急性を要する病態、症状の問い合わせは非常に少ないように思われます。
60	他の島内の診療所が時間外診療を受けてもらえないため、当院への受診が増え、負担が大きくなっています。もう少し他の診療所も受けてもらえればと思います。
61	一応対応できていると思う。
62	土曜日午後、日曜休日に診療する人に地域貢献加算をすべきである。現在の点数では休日加算は算定できない。以前に日曜診療を行ったら医師会より圧力がかかって止めざるを得なかった(日曜休日は安息日なので、他の医師も休日診療を患者さんから迫られるようになっては困るとの変な疑問の

	ため)。働いている人、特に零細企業では日曜しか休めないところもある。医療はサービス業の範囲に入るのに、他のサービス業(スーパー、百貨店など)では日曜日に休むようなことはない。
63	安すぎる。これではやりたがる人が出てこないと思う。
64	24時間は開業医では無理。電話での問い合わせはあまりない。
65	産婦人科は先々、時間外は算定しないよう指導されている(社保)。産科を一般診療所と同じ調査に入れるのはいかがなものかと思います。
66	夜間診療がクリニックの標準である。実施しているクリニックに全て加算すべき。
67	特に名案が思いつきません。
68	地域医療に貢献することが我が使命。よりよい医療を目指して皆の幸福のために(コミュニケーションが密にとれるように、医療側も努力を積み重ねていく)
69	受診患者以外の問い合わせがほとんど。診療時間等の問い合わせ電話が休日深夜にあり、緊急性がなく、着信があればコールバックする。
70	当院のような小さなクリニックで、24時間体制をとるのは大変である。(加算されるとはいえ)
71	加算してもらうことはありがたいが、もっとすることがあると考える。時間外、休日の点数の大幅アップ。このような細かいことを問題にするのではなく日本の医療の今後のビジョンを検討すべきと考える。このままでは日本は沈没します。
72	在宅患者が多いので、ほとんど24時間対応となっています。
73	地域医療には時間外対応以外でも貢献しており、算定基準は見直す必要あり。
74	今までと当院は変わりなし。意味不明。
75	国のすること。
76	時間外診療に係る経費として、利用していない人からルーチンにいただくのは理不尽と考えます。再診患者を相手にするのなら、電話再診で算定するべきかと思えます。また、現在の目的で貢献加算を算定するのであれば初診者からも算定すべきと考えます。
77	まだ理解不足です。
78	常識の範囲内でのことが大事であって、24時間365日というのはおかしい。
79	①当診療所は開業以来24時間体制で患者相談に応じています。大変ストレスがたまります。しかし医師の使命と考え頑張ってきました。しかし最近少しずつでもない患者が増加してきました。24時間診てもらえる都合のよい診療所に考えているようです。②厚生労働省はこの点に関してもっと国民の意識改革に乗り出すべきです。救急車のタクシー代わりの件も同様です。もっと国民に節度を求めるべきです。広告が少なすぎです。③地域貢献加算は都会と田舎では実情が大きく異なります。田舎では比較的節度があり無茶な時間にはよっぽどのことがないと電話をしません。都会では節度なしだそうです。従って都会では加算をあえて取らない診療所が多いと聞いています。(面倒くさいそうです)
80	時間外及び休日祭日に軽度の外傷(打撲、捻挫等)に対して電話で指示、指導ができ、翌日8時30分以降に来院するように言っています。応急処置(アイシング等)を患者さんが行うことで、治療期間が短くなると思います。
81	今からの医療には必要な項目と考えます。
82	本当に貢献している医療機関に加算すべきである。
83	今のシステムでよいと思います。
84	電話で話を聞いてもらうだけで落ち着く患者さんも多いので。時間外でも電話対応をする医院が増加してくれるとありがたいと思いますので、加算を継続されることを望みます。
85	安い再診料を下げたさらに複雑化してこのような加算をつけるのはナンセンス。外来において外来管理加算を取りにくくし、こんなものを作るのはおかしい。外来管理加算をもとに(数年前の状態)に戻してもらいたい。
86	これを設けることで、開業医間に格差が生じる可能性がある。地域の医師会によつての加算に対する対応が異なっており、医師の間でも意識が大きく異なっている。地域医療貢献というあいまいな規定を設けることが混乱の原因と思われる。より具体的な目安を設けることである。
87	通院中の患者に対し、出来るだけ対応することは重要なことと思います。しかし、24時間義務化するのはいかがかかと思えます。信頼関係の出来ていない、不特定多数の人からの電話問い合わせもあり

	<p>うることなら、その場合の思わぬ誤解もありうる。また、長く電話対応しても受診されない場合。(受診不要の場合)算定は出来ない点は不合理でリスクだけあるように思われます。</p>
88	<p>時間外に何らかのアクセス対応ができる場合は全てのケースに加算してよいのでは。</p>
89	<p>このような加算は不要。既に患者さんへの対応として行っていました。法で規定されると必ず折り返し電話しなくては行けないので、医師や医療スタッフに必要な以上の労力と精神的負担をかけている。加算の点数よりも電話のかけなおしによる電話代の経費の方が高額の出費になっています。加算する過程も悩みました。個々の医療機関に法で強制するのは無理です。医師会を中心とした地域で協力して医療を24時間提供しており、医師会を中心とした組織として取り組むべきです。医療行為を法で規定すること(診察は5分以上とか、どういう内容での問合せや、必ず電話に出るようにしかも24時間、いつ眠れば良いのか)など大きなお世話です。現場の医師や医療スタッフは患者さんの診療に誠心誠意心から一生懸命、日夜頑張っていますが、医師も医療スタッフも人間であり、プライベートの生活もあることを充分考えてください。不眠不休では働けません。</p>
90	<p>来院した患者については、24時間責任を持つとの考えで診療しており、その点の評価になったのかと考える。</p>
91	<p>代替が安すぎます。外来が延べ1,000人いて1万円で、24時間365日電話に出るといのはいかなもののでしょうか。私は元々携帯電話の番号を領収書や診察に書いていたので、少しでも貰えるなら届出しましたが、この報酬では新たに手を上げる方は少ないのではないのでしょうか。また、100人の患者さんを月20回診察している医療機関(延べ2,000)の方が、1,000人の患者さんを月一回(延べ1,000)診察している医療機関より、利益があるのでしょうか。どう考えても1,000人の患者さんを診ている方が地域に貢献していると思います。しかし、月一回100点取れるとかなれば、もっと多くの医療機関が参加するのではないのでしょうか。この診療所以外、自分の診療所があり、そちらでも地域医療貢献加算を取っています。このページの意見はその点も踏まえてです。</p>
92	<p>わけもわからないことにお金と時間をかけないで診療報酬をあげてほしい。</p>
93	<p>乳児医療証を持っている親(即ち支払いがない)からの時間外診療、電話問診が比較的多くあります。生保の場合も同様でしょう。身障者一級もです。経済的に恵まれない世帯でも医療費をタダにするのはよくないと思います。5分負担でかまいませんから自己負担負担分を作るべきです。そうすればこのような加算を作らなくても、一律に初診、再診料を上げられると思います。記入完了させるのに多大な労力を要しました。集計結果を政策に十分反映させていただきたいと思います。</p>
94	<p>施設基準の届出は行っているが、緊急時の対応に自分自身不安があるため、平成22年9月以降は全ての患者で算定を行わないこととしている。やはり個人の診療所で行うことは困難と思われ、算定基準をもう少し具体的に示していただきたい。</p>
95	<p>私医療機関は24時間体制をとり半年以上になりますが、時間外に問い合わせや診療依頼を受けることはほとんどありません。患者さんが急に症状が変化したときは救急医療を利用され、その後経過報告を連絡してこられるケースがほとんどのように思われます。多数の患者さんが時間外は救急と考えられると感じています。ただ、医師の責務として診療している患者に対してはいつでも患者さんと連絡をとることができるシステムを持っていることは当然のことと考えています。</p>
96	<p>あまり知られていないので意味がないと思う。</p>
97	<p>電話にて初診患者から相談を受けた場合、その後、来院されなかったりするケースも多く、徒労感が残る。(電話に出てしまうと、初診に該当しても断れない)</p>

⑤一般診療所（地域医療貢献加算届出なし）

<地域医療貢献加算について>

IV 自由記述欄	
1	この制度は評価において全く医療者を馬鹿にしていると言わざるを得ない。医師の倫理や使命感を破壊する制度と思われる。反対からみると、この制度を取らなければ時間外に全く対処する必要や市名はないという理由を与えることになるし、患者側、行政側からすると、この制度をとることで、医師の人間的な社会家庭生活を壊すことは考慮しなくてよいという理由を与えることになる。医師の使命感や倫理観に点数金額をつけずに感謝だけをつけていただくと非常にうれしく思う。
2	医師一人では 24 時間 365 日対応することは實際上無理である。加算の有無に関わらず自宅にいるときは対応するようにしている。
3	個人の医院で対応できている施設はあるのでしょうか。以前勤務していた大病院で当直の際、電話対応をしていたが、救急搬送された患者さんの対応は別として電話での問合せは多かった。特定の患者さんが毎晩のように電話をしてくることが多かったと思う。病院では当番制で対応できるが、個人医院の場合こういうことが恒常的にできるとは思えない。日中の診療に影響が及んでしまうことを与えると対応届出することは考えられない。
4	真剣に考えれば 365 日 24 時間医師一名の医療法人で対応を強いられることに不可能であることは自明と思います。
5	地域医療貢献は、一医療機関ではなく市や大病院が中心となりイニシアティブをとるべき。
6	時間外の電話対応に電話のない人に対しても3点を再診毎に加算するのは何かご褒美的なものを感じる。
7	入院等のできる救急システムの整備が必要。
8	診療所の地域医療貢献度のデータを知らないのわからない。
9	一個人が 24 時間電話でも対応することは不可能と思います。精神科の場合は特に自殺等の問題が関係するので救急医療機関に受診が必要と思います。（幸い本県はシステムがあり助かっています）
10	有床診療所で医師が一人なので加算を算定するのは困難である。責任が持てない。
11	患者全員に対応するシステムは現実性が全くない。状態の不安定な患者に限定するのなら現実性あり。あとは地域緊急システム（例えば夜間救急センターの充実）を充実させる方が現実的にはよいと思われる。
12	これこそが現場を知らない人たちの考える姑息的方法。すなわち再診料の下げに対する辻褃合わせである。現場の医師はこんなことを言われる前に毎日患者さんの様態を考え互いに連絡を取り合っている。夜間も昼もなく連絡を取ったり、連絡をしてきた理をして毎日患者さんとやり取りを行っている。本当に加算をするのであれば3点はないでしょう。この点数から考えても机の上で数を計算している人の考えそうなことで全くさびしい限りである。あなた方も現場で開業し毎日開業医がどう苦慮しているかを経験してはいかがでしょうか。本当に国民のことを考えるのであれば、教育・医療について真剣に考えてほしい。政治家・官僚の卑しさが表れている。残念。
13	パソコンでも機械類でも平日のみのサポートと24時間365日サポートでは価格が倍以上かかることが多いと思うが、労働基準法の範囲内の労働で24時間体制を組もうと思うと相当のコストがかかることも考え合わせると、なぜこのような安価な加算を作ったのか疑問に感じます。が限られた予算内で多方面へ配慮してこうなったのかもしれないが、現場には全くプラスにならず、もう少し現場（救急等）の意見をくみ取らないと更に悪化すると思います。
14	一医療機関が受け持つ地域貢献には制限が（限度が）ある。よく考えるべき問題であり。24 時間 365 日医療を提供することが目的ならば、診療所センターを作って対応すべきである。救急病院と診療所センターの二本立てで地域貢献を考えるべきである。
15	一人の開業医に365日24時間対応は無理。近くの開業医に連携は求めにくい。やはり、病院での対応が適正と思います。
16	名ばかりであり実のない加算で病院の救急外来の負担軽減は期待できないと思う。
17	もちろん急患、通院患者の急変の場合は対応しておりますが、医師一人の開業医では常時 24 時間診察をカバーすることは体力的にも精神的にも不可能と思います。昼の診療時間外も健診、予防接

	種、往診等で忙しいのです。
18	24時間の拘束は認めがたい。
19	よくわからない。
20	医師一人体制だとわかるが難しい。
21	24時間365日電話に縛られているというのは大変です。
22	われわれ医師の間でもしっかりしたネットワークと基幹病院との関係構築が必要である。また、24時間体制を医療機関側にとらせるとしたら、患者様にも負担の出る可能性(電話再診料など)の広報も周知していかなければならないと思います。
23	地域医療として必要なものだと思うが実際は医師・看護師等診療所側の負担が大きく、同加算程度では実施できない。
24	たった30円くらいで24時間オンコールで拘束されるのは同意できませんので算定しておりません。
25	点数が小さく法律に縛られるより、算定しないで自由の方が楽である。私は特養の嘱託医なので転送電話で休日も外出中も電話を受けられるようにしている。警察からの電話にも応じています。加算できる条件を簡単にし、「時間外・休日でも電話してみてください」と診察券が薬袋に記載できれば算定できるなら算定します。
26	廃止すべき。大体名前がおこがましい。
27	時間外でも出来る限り治療するのが当然だと思います。そのため、住居と一緒にしてありますが、昨今の状況では難しいと思います。また、これは家族の犠牲を必要とします。患者さんの方もモニターペアレントにならないように求めています。(年末年始数人予約されました)
28	政治的な診療報酬アップの手段として誠に姑息としかいいようのない制度である。こんな加算ならばない方がましである。
29	加算の基準がややわかりにくいと思います。電話対応できなかった時のトラブルを考えるととも算定する気になれません。
30	電話対応について、当院のように紙カルテ使用医療機関では、毎月継続受診している患者以外には対応不可能。当月と前月に通院歴のある患者に限定してもよければ算定しない。
31	全ての医療機関は地域医療に貢献しています。加算点数の有無ではないと思います。
32	現在、地域医療貢献加算を行っていないのでわかりません。今後とも勉強してまいります。
33	廃止が望ましいと思われる。
34	無くした方がよい。
35	時間外や休日に電話相談を受けると、たとえ正しい指導をしても相談者(患者)は、必ず苦情を訴えます。この意見は「診てもらえると思った。電話に出られるのにあの医者は診てくれない。明日でよいですよ。」と言ったと言われて、電話を取らない方が恨まれることもない。
36	現場のコストやストレスの増大に見合う理解をお願いしたい。
37	時間内診療患者数が多い病院、特に一人医師の医院では、時間外にかかってくる電話や受診者数も多く、全てに対応するのは困難。できる限り対応をしているが、全てには対応できないので地域医療貢献加算の届出はできない。実際には、患者数の少ない医院よりは数多く時間外患者を診ていても全てに対応できないこの理由から届出できず、再診料で低い点数となるのは納得できない。後々に時間外を診なくなる傾向にある。
38	算定するメリットが感じられない。きちんと対応しようと思えば思うほど、負担が大きい。
39	廃止した方がわかりやすい。再診の料金(点数に)加えれば済むことです。再診料の点数を下げたための数字合わせの気がします。
40	時間外対応に対する十分な加算が必要。(看護師の実験費、人員の増加などで)
41	もともと時間外の問い合わせが比較的多い診療科とそうでない診療科を同一に地域貢献加算を申請できる制度には明らかに問題があると思います。診療所と自宅が離れている場合は特に電話相談を受けても、どのような病気での様子状況なのか手元にカルテがなければ適切な処置を行うのが困難です。結局、救急病院を受診するよう指導することしかないと思います。
42	お金で釣って医師を働かせるような感じのする嫌な制度だと思います。
43	加算が小さい。実際。精神的・経済的な負担は大きい。
44	年配の医師には健康条無理です。

45	地域医療貢献加算の意味がわからない。時間外に患者から電話があれば私がいれば必ず診察するのが当然だから。
46	「コンクリートから人へ」の言葉に添った医療改革であってほしい。要件を満たせば加算といった欧米合理主義的な発想ではなく、個々の患者家族地域に応じた対応をしているのか。どのような考えで気持ちで患者対応に当たったのかを医師は表現し国民の側からも評価する医療環境が必要なのだと思います。国は医療費をかけずに最大限の国民の QOL 改善がどのようにしたら可能かを考えています。多くの医師も同様な考えで診療内容を工夫されていますが評価されていません。地域利用貢献とは時間外に 24 時間対応することではなくて、患者の自己管理に自信を持ってもらうように普段から不安を解消していくことにあると思っています。以前当院に時間外にかかってきた電話の多くは不安・パニックの方でしたが、心理用法を用いた対応を心がけることで減っていますし、患者症状も改善しました。限られた人口(地域)で人口は年々減少していく地域の中で、地域貢献のあり方としては、都会に出ている家族に患者の状況を伝えることにあるのではないかと思います。無縁社会に向かわせないために患者疾患医療という中でだけで考えるのではなく、患者と家族を結ぶ政策を考えてください。
47	まじめに払うとコストが合わない。
48	あいまいな加算はないか。
49	制度としてよいと思うが実際夜間に電話がかかっても今から診察することにはならない。警備面の心配もあれば診察の補助もない。(女性患者の場合)院外処方なので適切な薬を投与できないかもしれないし、また検査ができないので、危険に気付けないかもしれない。以上のように考えると、ほとんどの場合、急患センターへ行ってくださいになります。急患センターが大変なのは、当番で出るので熟知していますが、急性の病気で心配されて来院される方は苦にはなりません。それよりも、いつでも昼に受診できたはずなのに夜の方が都合がよいからというコンビニ受診の方がストレスになります。これは夜間の救急対応というより、夜も普通に開いている病院でないといけません。全国で体制を作ることは不可能でしょうが、開業医の負担を増やす方向ばかりには疑問があります。改行する前は病院勤めしていて、救急などで燃え尽きてしまったので開業した方々も多いと思います。(私もそうです)
50	ほとんど時間外や休日診療の要望がない耳鼻科・眼科・皮膚科などは算定しやすいが、内科や特に小児科では算定しにくい。共働きなどではなくても自己都合で時間外に診療を希望する小児の保護者が非常に多い。本加算を算定するための条件として、救急医療や地域保健事業や医療救護訓練に参加しているなどを考慮すべき。
51	24 時間対応は一人では無理。病院などの連携の仕方(連絡が取れない時や不在時等に病院等の受診を伝えてもよいことにする)を確立してほしい。
52	個人医院での夜間の対応は困難ではないかと思われる。
53	3点医療機関を 24 時間拘束する。
54	診察時間中も規則で制限を作る(届出をしないと減益になる)ような施策は、医療者の生活の質を厳しくするもので、何らかの反動が来るものと思われます。時間外対応した際の報酬を源の方が効果ありそうに思います。
55	この加算が本当に必要なのか。
56	開業医(診療所)として 24 時間 365 日の対応は無理です。
57	廃止して時間外加算を上げた方がよい。
58	診療科ごとの負担が違いすぎるし、実際、負担が大きい科はとでも加算をとれない。十分に地域異様には地域で開業しているということで貢献しているつもりではあるが、加算はしていないが時間外の対応はやはり必要となる。
59	将来の医療には不可欠だと思います。
60	点数を上げること。専門性の高い施設は処置が伴い、このままでは対応できない。
61	病院等での救急受け入れが少ないため、診療所の役割が多くなり、また高齢者の自宅生活を勧めている関係上地域医療が非常に大切だと思います。加算条件が厳しいと参加医が減ると思います。考える必要があると思います。
62	人口が減少し子供の数がほとんどなくなり、老人ばかりでは往診していた人たちは老人も多く老人施

	<p>設となり、留守宅が増加している昨今です。子どもはほとんど市部の小児科に決め込んでいます。お互いに連携も遠いため、あまり取れず結局急患が出る就救急車で市内に救急搬送に運ばれる次第です。従って病院と自宅が離れている分、どうしても無理ができます。(外来管理加算中の重症例は当方より無償で連絡を取りながら処置しています)</p>
63	<p>元々医師は地域に貢献しており、今更このような評価はナンセンスである。僻地に勤務する医師に考慮すべき対応ではないでしょうか。</p>
64	<p>地域医療貢献加算を1日40人から算定可能として、一ヶ月に20日の診療日だとすると、一ヶ月当たり24,000円で得られることになる。これで、電話対応が基本とはいえ24時間休みなく1年365日の対応をせよとは、医師・看護師その他の医療従事者の労働について厚生労働省はまともに考えているとは思えない。ここでモデルを考える。休日・深夜の対応であることから、職員がシフトを組んだ対応するとして、その平均賃金が1時間当たり2,000円とする。通常の診療が1日8時間労働で、1月に平均20日勤務しているとすると1年の労働時間は1,920時間。1年の残りの時間を対応しなければならぬので、電話対応すべき時間は6840時間。したがって、必要な賃金は1368万円。つまり、加算を現在の47.5倍、142.5点にする必要があるが、実際に、それだけの医療費を捻出するのは無理なのは明らか。さらに、実際の診療の立場からいえば、電話での対応にどれだけの意味があるのか疑問である。診療所と医師の住宅が同一の建物であればまだしも、職住分離していればカルテが手元にない状態で、電話の話だけの状態確認には限界がある。まして新患だと情報が全くない。患者に来院してもらって実際に診察したとしても院外処方であれば、処方せんを出しても朝になって薬局が開くまで待たなければならない。それならば、救急外来がある病院の体制を強化して、夜中に対応が必要な救急患者にもらう方が現実的かつ効果的である。具体的には、夜間に救急対応をする病院に、大学病院の派遣医師や救急医療の協力してくれる開業医を配置して医師の数を増やし、準夜勤と深夜勤の交代制にする。開業医には1カ月に一回程度、19時から24時までの準夜勤を交代で担当してもらう。これならば、高齢者が多い開業医でも肉体的負担が少なく、翌日の開業医自身の診療に大きな影響はないだろう。開業医は個人事業者で、その身体に何かあれば即診療不可能になり、開業医の収入がなくなるどころか、診療所の職員も失業するのだから無理をさせてはいけぬ。したがって、一病院当たり最低でも30人の開業医もしくは派遣医師を確保する必要がある。救急対応をする病院には診療報酬を上げて、大学病院から派遣される医師や救急医療の協力してくれる開業医への報酬、救急病院等に必要のパラメディカルスタッフの充実に充てさせる。この救急医療に参加・協力してくれる開業医には救急病院からの報酬の他に地域医療貢献加算を認めるようにする。ただ、前述のように現在の地域医療管理加算はあまり低いので、最低でも5倍に増額する必要があるが、それでも救急体制を維持するのに十分な医師数、つまり一病院当たり30人の開業医もしくは派遣医師を確保するのは難しいかもしれない。最も効果的なのは参加する医師の所得税を免除もしくは減免することで、これならば必要な医師数を十分確保できるだろう。さらに、救急対応をする病院の勤務医の所得税も免除する。貢献を求めるとすれば、それに見合った対価を支払うべきなのだ。</p>
65	<p>施設基準の案件として24時間休日夜間全ての時間に電話対応をする負担が大きいのではないかと思う反面、ただ、問合せの電話を受け付ける体制だけならば、一般の開業医ではなくて、救急病院に電話をすれば同じことになるので、この加算は意味がないように思える。本来、電話を受け患者さんの病態において救急的な処置、急変が起きた時に適切なアドバイスにより、病院への搬送が行われたなどの行為があったときに、別に算定されるべき点数と思う。すでに電話再診という点数で十分カバーできているように思える。</p>
66	<p>医院と住居が離れているので、携帯電話に転送することにはしているが、手元にカルテ等がないので対応が完璧にはいかない。(加算は算定はしていません)22時までの電話対応でも算定できるようですが、上記のような理由で算定はしていません。これも個々の医療機関の良識の間われるポイントと考えます。</p>
67	<p>無理なことを求められている感じがある。</p>
68	<p>当院では加算を算定していません。①指示された標榜時間外でも様々な社会的な医療・保健活動があり指定された要件では算定できません。例：人手不足の近隣市民病院の救急外来夜間応援診療、休日診療所当番勤務、警察の検視、校医・園医活動、介護・障害認定審査、集団予防接種、乳幼児健診などいずれも中断を許さない長時間の拘束を伴うものです。②医療供給体制が十分でない地域</p>

	<p>です。とても連携など不可能です。当町は人口 23,000 人、医療機関は5診療所(町内居住医師は3人)です。この地区でこの加算の要件に準ずる体制を整えるとなると病院の勤務医どころかこちらも疲弊しきってしまいます。医療課事務連絡で示された対応でも応じられるものではありません。それでも、地域医療を守る気持ちから出来る範囲の対応をしてみたい。しかし、今回この調査は自らのことを見直すよい機会でした。それは、i) 自ら行っている時間外・夜間対応は、加算措置に比べ評価・報酬がない・低くされている。ii) この制度は、実際に行っていることは全く評価されないことを気付かせるものでした。このような加算の導入は地域医療格差を助長するだけのものではないかと思われました。</p>
69	<p>この加算を取ると、時間外の相談をしている人にも点数を取ることになる。また、医者も病を抱えて診察している以上、24 時間の診察体制はとれない。また元気な医師なら、24 時間の対応も在宅支援もできるが、健康に不安ができ、病院勤務をやめて開業した医師にとっては責任が持てない。私は医師の一生において世の中に尽くすことは年齢によっても変わっていくと思っています。20 から 40 代のフルにできる時期と違い、50 代から 70 代にとっては、人によって変わっていますが、自分ができる最大限のことを社会に還元しているつもりです。50 歳を過ぎるまで、勤務医として第一線にいましたが、体を壊しました。さらに今、勤務医を手伝えと言われても無理です。今の医師不足は女性医師の増加と途中脱落と同時に質の悪い若い医者が増えているのも大きな要因と思えます。</p>
70	<p>休日夜中でもいつでも電話を受け診察をしていたら 365 日休まることがない。病院の当直医よりはるかに大変である。これを読んでいるあなたが、休日や夜中でも電話があり、相談に乗らなければならないとしたらできるでしょうか。制度を決める場合は現場を知っている人の意見を取り入れるべきです。</p>
71	<p>時間外の急変に対応できる公的機関を作るべきと考える。</p>
72	<p>病院・診療所を開設していること自体が、地域貢献であり、それ以上を求めることは医師をロボットと見てるように感じます。崩壊した医療の立て直しは、国が責任を持ってやることであり、いたずらに個人過度、過重に働かせることには大いに疑問を感じます。医療・福祉と教育には、もっと国の予算を使うべきだと思います。</p>
73	<p>地域医療に一番密着しそのために時間外も治療以外にも仕事をしているのが開業医です。現場を知っている医師を保険点数を決定する会のメンバーに入れられない限り、現在の開業医を始め勤務医の皆さんの不満も解消できないでしょう。無知な学識経験者はいません。</p>
74	<p>全てに対応が困難なことがあると思われる。</p>
75	<p>私個人のことですみませんが、高齢であり歩行困難と呼吸困難と体調不良のため動作が遅くて皆様のご期待に添えないと思われ、却ってご迷惑をおかけするのではないかと心配です。地域医療貢献加算に関する施設基準の届出に躊躇せざるをえません。</p>
76	<p>電話は携帯できてカルテは持ち出すことはできません。カルテなしにはかかりつけなのかどうかの判断もできませんので、院外での 24 時間対応はポリプ切除後など特殊な場合以外は不可能です。地域医療に貢献とのことですが、市急患センターに休日・夜間に出勤したり、市のがん検診をしたり、ポリオを飲ませに出かけたりしても地域医療に貢献したことになりませんか。ならないようなら来年度から上記のような仕事はやめさせていただきます。</p>
77	<p>加算する必要な条例を満たすための負担の割に安価である。</p>
78	<p>直ちに撤廃すべきものである。全く評価できない。</p>
79	<p>加算点数の付け方が別にありそう。</p>
80	<p>出来もしないことを決めるな。加算してもらわずして、できる貢献をしている。時間外でも電話対応はしている。(これが当たり前だと思っている患者が多い)ただし、お金をもらっていない。(保険請求はしていない)</p>
81	<p>この加算条件も厳しすぎると考える。私自身、受け持った患者さんには自身で可能な最大の診療を行っている。加算条件を決めて医療を決められた方向に無理に引き向かわせるのは、私には苦しくしんどいことです。</p>
82	<p>加算点数をもっと増やすべきと思われる。</p>

## 患者調査票〈自由回答一覧〉

### ①病院

IV 自由記述欄	
1	療育・訓練のために子どもと通い、診察・リハビリを受けています。訓練施設は県内でも少ないらしく、今の施設が一番通いやすいので通っているが、リハビリを受けるための診察の時間が決まっていると、とても不便である。1時間かけて通っているの、そういう点でもっと改善してもらいたい。
2	本調査票を受け取った日、何だかいつもよりゆっくり診察されているように感じました。妙な感じでした。
3	先生とのお付き合いも長いので「懇切丁寧」とまでいなくても十分満足です。
4	私の通っている病院はとてもよい病院です。旧舎がなくなるのが残念。
5	もう少し施設が整い、機械もあり、手術など、どんな病気も治療できる病院にしてほしいです。遠くの病院へ行き手術を受けたり病気を治すのではなく、ここで治せる病院にしてほしい。老人には遠くは困ります。
6	外来管理加算についての説明をもう少し現場で行ったほうが良いと思います。患者はわからないまま精算している。「外来にかかるつくんだ…」などの思いでいると思います。
7	懇切丁寧は医者として当たり前だと思う。丁寧かどうかは人により受け取り方も違うと思う。そんなところで支払いが違っても困る。丁寧でない医者へは次から行かない。それだけ。
8	外来管理加算の説明の丁寧な問診と～の部分がわかりにくい。医師として当然では？
9	加算などについては私たち患者にはよくわかりません。
10	受けた先生によって再診の際の説明の丁寧さが違う。納得のいく説明をしてくれる先生には少ない診療報酬なのかもしれない。
11	患者側の希望によって外来管理加算の請求が変わるものではないと思います。「今日はしっかり診察してほしいから外来管理加算を請求してください」「今日は時間がないので請求しないでください」なんて言えませんし、言うのもおかしいと思います。懇切丁寧な説明をしてくれる医師を選択して患者は受診をするので、むしろ病院でも診療所でも同じ初診料、同じ再診料に同じ管理加算にしてくれたほうがわかりやすくいいと思います。何か今のままで病院がかわいそうな気がします。
12	私の受診している病院(整形外科、内科)はDrがひとりひとり丁寧な診察をしているように思います(患者の訴えをきちんと聞いてくれる)。リハビリも日常の指導も親切に教えていただけるし、毎回受診してとても気持ちがいいです。ただ、外来管理加算が何のためにあるといわれると、患者としてはあまり理解できません(理由はあっても)。ただでさえ高い医療費、もう少しわかりやすい方法で計算できないでしょうか？説明は明細書をもらってもわかりづらいというのが感想です。
13	現在の主治医の態度には非常に不満があるが、他医と比べると技術や能力が高いように思われるので受診を続けている。Ⅲに書いてあるように外来加算が懇切丁寧な説明…云々で加算がかかっているのなら納得できない。一時期、診察時間をカルテに記録しなくては行けないといって看護師がよく時間を気にしていたが、患者は時間よりも何よりも、よく話を聞いてくれ、丁寧に説明してくれる医者を求めていると思うが、年齢の高い医者ほど尊大な態度であり好ましくない。
14	別の病気も持っているの、ときどき、このまま治療していいか不安になるときがある。内科の先生は安心して診察できる(何でも聞きやすい)。
15	患者の意見を聞き、それを政策の参考にされることは大変有意義であります。今後とも患者の声に耳を傾けていただけるような病院として発展されることを希望します。いつもお世話になります。感謝しています。
16	いつも丁寧に診察してもらっています。しかし、他の病院では長い時間待たせて「変わらないですね」と最初から言われ、「はい、いいですよ」ぐらいで終わる病院もあります。いろいろ聞いたりできない雰囲気です。病院によってすごく差があると思います。
17	リハビリの時間をもう少し長くしてほしいと思いました。朝は混むため、夜だと患者さんが少ないので夜行くため。
18	具合が悪くなり、市販の薬では治らないときに病院で受診します。従って「懇切丁寧な説明」の有無

	は気にしていませんでした。もう少しわかりやすい判断基準があるといいと思います。
19	山深い小さな町です。かつては開業医が5～6医院もあり、大変いい町でした。そこに昭和 27、8 年ころ県立病院ができ、医療関係も充実していましたが、昭和 40 年以降、若い人口が都会へ流出し、人口も減り、開業医の後継もなく、社会全体が弱体化。第一は若者の働く場所が確保できなかったこと。若い医師の補充も一大学に頼りきりだったことへの医師不足。高齢社会に休むことなく突進中。これ以上の医療の弱体化は困ります。
20	・送り迎えのある病院があったらよい。・外来管理加算というものを取られているとは思わなかった。
21	医師からの丁寧な説明がないとわからないことが多いので、外来管理加算があったとしても説明していただけたほうがいいと思います。そのためにわざわざ病院に行くのですから。
22	他の病院なのですが、会計にいつも 20～30 分待つところがあります。どうにかならないのでしょうか。
24	診てもらっている医者は優秀な人です。そのため予約患者が多く、診察に時間をかけていると時間内には到底終わらないようです。超多忙な医者と暇な医者の差がありすぎるような気がする。医者の教育からやり直せと思う場面もある。
25	先生の顔を拝見して注射をしていただいたら元気が出ます。いつも話を聞いていただき感謝しております。
26	以前と何ら変わらない受診なのに請求金額だけが上がったという印象が強い。
27	現代は医療も機械が複雑になって、それを判断のもとにされており、そのことで助かった人、見落とされた方もおられるので、医師不足と言われる現在の先生方のご苦労も大変かと思います。患者側は先生を頼りにしています。先生方がわずらわしいことにあまり関わらず、医師としての本分が十分に発揮できるようにしてあげることが大事だと思います。先生頑張ってください。よろしく。
28	リハビリのため毎日通院していますが、外来加算は当方には必要なしと考えます。
29	①私のように8年も毎月通院して、症状も当初より改善している患者で、薬も種々試した結果、今の薬に落ち着いている者にはくどくど長い説明は不要。②それより薬局で患者への指導料というか管理料を取られるのは納得いかない。窓口で「お身体変わりないですか」「いつものお薬ですね」ぐらいで管理料はおかしい。
30	主治医はいつも丁寧に診察に対応して下さいます。
31	慢性特定疾患は知っていたが、外来管理加算は知らなかった。他院、今の主治医は 10 分ほどで結果の説明だけで聴診もしてくれないが、前の主治医は丁寧に診察してくれて、ときには1時間近く説明してくれて大変満足であった。私は説明、聴診などしてほしい。あと女性に適用されて男性には保険外の注射をしていて医療費が1ヶ月 24,000 円もかかって困っている。
32	いつ会っても声を掛けてくださるやさしい先生で安心しています。
33	年金生活者です。医療費が長い期間必要とするときは生活が大変だと思う。今回の病院は自宅から歩いて通院しているが、遠方へ行かなくてはならない場合、交通費およびそれに要する時間がかかり負担となる。とにかく医療にかかる費用はできるだけ上げてほしくない。最後に、高齢者社会に現在の国、政府の策が全然なっていない。弱者にしわ寄せは姥捨て山と同じだと思う。これでいいのでしょうか？
34	医療費を抑えることが医療内容の低下になることが心配です。
35	医師のシフトの都合で度々先生が違うので仕方ないと思っています。
36	診療の明細書をよく見てみると、再診、初診料は取られても医師の説明、診察があるので仕方ないと思いますが、病気の種類によっては特定疾患療養管理料、処方せん料、長期投薬加算など医者が儲かる項目をつけて患者からお金を取っているとしか思えません。病院になると処方日数や不必要な湿布などは出しますが、開業医などはジェネリックを出して、年配者の患者だと、腰が痛いと言えば「まだ湿布はあります」と言っても、自分のところで薬を出す医者だと不必要な湿布まで多めに出して料金が高くなります。開業して数年で儲けを出している医者は薬を多めに出して儲けているとしか思えません。特に後期高齢者は1割なので窓口の支払いが少なくても、実際に医者には10倍の料金が入っていると思うと、私たちサラリーマンにしてみたら1ヶ月のお給料を1日で取って、何でこんなに診察費が高いのかと思います。名目をつけて〇〇料などと加算させていく診療費はやめてもらいたいと思います。診療報酬はもっと下げてもいいと思います。特に病院でなく開業医を下げてください。
37	医師と患者の信頼関係が大事です。私は今の主治医に満足しています。

38	本で行った病院ではありませんが、市内の整形外科に行ったときに、左肩がいつからどのように痛むかお話ししたところ、別室に行くように言われ、数分後、何の説明もなく注射を打たれそうになりました。全く説明もなく注射を打つ医師がいるとは許しがたいことです。厚生労働省はこのような医師の免許を取り消すようにしてください。
39	外来管理加算を取り入れたことで何か大きく変わったのでしょうか。医師の態度や説明に著しい変化があったとは思えません。
40	医療制度はよく変わるのでわかりにくい。
41	非常によくしてもらっています。わかりやすい説明をしてもらっています。入院中もいろいろ気づかいしていただきました。
42	病院での待ち時間の問題は以前からあったのであまり気にしていなかった。待つてでもお医者さんに診てもらえるので特に不便はないです。
43	外来管理加算の要件には直接関係あるかわからないが、診療時間が短い。聴診器を使わない。検査の結果説明が不十分(どうもありませんだけでは納得できない)。自己負担4万ほどする検査をしてもどこも悪くなくても、こういう状態と思ったからこの検査をしたとか説明がほしい。血液検査結果も、他の数値が高くて今この病気に関するところだけ見て高いと言う。他の項目も高くなっていたら、これが高いのはこういう病気に関係しているとかの説明がない。毎月の検査結果で説明のないまま、高低が続くのが不安。
44	通院している科に連絡時間内に TEL してもすでにいない場合が多々あるので不満に思う。同じ科の内に複数の先生がいらっしやるので、1人の先生ではなく、他の先生のお話も聞きたいのですが、担当は〇〇先生ですと言われてしまう。その後なかなかうまく切り出せない。
45	何でも話ができて、とても頼れる先生だと思います。このような先生が1人でも多くいることを望みます。
46	院外処方せんについて。処方せん薬局が近くにないとき、薬局を探しまわったことがありました(歯科で抜歯をしたあと)。雨の日は辛いです。受診した病院などでお薬をもらえたら便利だと思いました。処方せん薬局での薬の明細書にはいろいろな加算があり、医療費が高いのではないかと考えています。
47	先生は以前から変わらず、いつも丁寧に説明をしてくれます。処置をしていただいたときに手間と時間がかかるのに支払いが少ないのはなぜでしょうか。項目を多くせず、わかりやすいようにしていただきたいと思います。
48	・広い部屋にリハビリのための医療器具がおいてあります。もったいないと思うほどに遊んでいます。・請求書をもらおうと…。という費用が書かれています。ただただ毎回同じようにリハビリをしているのに(医師とは全く関係ない)、何でこんなに請求項目が多いのだろうと思います。・何ヶ所かの病院ですが、医師は患者の目をみて話しません。忙しく指を動かしてパソコンを叩きながら患者と話します。このような対応はやめるべきです。そして患者の話をよく聞くべきです。
49	懇切丁寧な説明の有無は病院側が判断するのでなく、患者側が判断できるシステムを作ってほしいと思います。
50	待ち時間が長いので困っている。1人の診察の時間が長すぎるのと、何かもたもたとしているように見える。こんなに待たせる病院はないと思う。
51	父母、兄の介護で疲れてしまいました。はじめは民間の神経科で診察を受けました。今は県立病院に長く行っています。ずっと同じ先生で、私の生活をよく知ってくださいますので、毎月お話をし薬をいただいて、1ヶ月元気でいられたと安心します。全職員の方々がとても優しく穏やかで、この病院に通院できることを感謝しています。
52	この病院では他科も受診した。また、家族が意識混濁時に本人の代わりに医師に話を聞いたりした。どの医師にも医学的用語も努めてわかりやすく話をしてもらった。そういう医師の意図、意識が感じられた。説明責任はしっかりと果たされていると考える。
53	とてもわかりやすく親切。感謝しています。
54	病院全体的に、説明時には医学用語でなく、わかりやすい表現が望ましいと思います。
55	患者の意見をもう少し聞いていただきたい。一方的な早口で、何かかもストレスですねと言われてしまう。少し残念です。とてもいい先生なのに。
56	診察時間が長く、7時間病院内で待った。手術時に局部麻酔を強く勧められた(5回中4回)。ウイル

	ス外来を普通診察とわけてほしい。
57	一部の医師、一部の看護師で言葉づかいの悪い者がいる。
58	〇〇病院の院長ほど丁寧な診察をしてくれる病院はあまりないと思います。また、〇〇病院は診察料を取らないことで皆さん喜んでいきます。
59	現在受診している4科についてはとても優しく親切に話していただいているし、安心して受診することができております。ひとつ思いますのは、1科の医師について不親切で嫌な思いをしています。
60	Ⅲや精神科3割がドクターの意思により1割になるなど、窓口(病院、テレビのCM、ニュース)などで説明がないため損をしている人が多いです。遺憾です。もっとも思うことは、国保または社保を払っているのに、負担(病院にて)があること自体理解できません。ましてや1割だったのが3割になっています。病気で苦しんでいる人が健康で楽な人より金銭面で苦しむのは全く持って変です!!!
61	医療関係の仕事なので、保険点数などに対してある程度理解することはできますが、一般市民、また自分が患者として利用し、算定が加算されるとするならば、病院側でも指示などでわかりやすく教えてほしいです。
62	親切で感謝しています。
63	診察や説明が丁寧なのはいいが、結果として待ち時間が長くなるのはハテナです。病状変化がない場合、スピーディーな診察がいいと思います。
64	7年間ぐらいは大きな大学病院の循環器科を受診していたのですが、高齢のため自宅近くの病院に変えて3年になります。薬、診察内容などは変わりなく…加齢による身体症状はありますが、ほぼ満点ですが…。「歳だからねえ…」とドクターが軽く言うのは介護する娘(本分を書いている)にはそんなに気になりませんが…。老母にはちょっときついときがあるかもしれません。親身というあたりで…。
65	医師が懇切丁寧な説明ができなくなってしまうのは、医療機関が赤字で、ギリギリのスタッフで必死になっているからだと思います。患者によっては凶々しくたくさん時間をとってもらえる人もいますが、私は病院の職員の必死な姿を見てかわいそうに思います。また、あれでは医療事故がおきるのも無理ないなと思います。時間をとらせるのが申し訳ないくらいです。医師の負担を減らし、懇切丁寧な説明をしてもらえる時間をとるためにも、医療機関が充実した体制で仕事をできるような環境づくりをしたほうが良いと思います。
66	初めての病院でしたが、親切丁寧にいただいたのでとても喜んでいきます。
67	一回の診察で再診だけの金額なら毎回520円の外来管理加算はあってもいいと思います。特に丁寧な診察を医師に求めなくても、嫌なら行かないだけです。
68	毎月、胃ろうチューブの交換に77歳の父が病院に行っております。特に付き添いは診察・処置室に入ることはなく、医師との会話や説明は特にありません。この件に関して不便はありません。胃ろうチューブ交換は別として…最近受診したどの病院も医師も看護師も丁寧だと思いますし、待ち時間を使って薬剤師から薬のHow toなどの絵などを使っての説明もあり、年輩の方たちにもわかりやすく行っていたのは感心しました。医療現場のスタッフさんたちは本当に大変だと思います。患者へのサービス向上だけでなく、スタッフさんたちが働きやすい環境やお給料などが良くなれば、自ずと患者への対応はよくなると思います。子どもの医療費無料がある年齢まであるようですが、なんでも無料にするから特に何でもない程度でも受診しに行くと待ちが混み、逆に風邪をもらって別の具合が悪くなる…なんてことにもなると思います。何でも無料にすればサービスというものでもないのでは？
69	診察時間などが短く、事務的な面が見られるのが気になります(患者が多いことによることもありますが)。患者の立場でもっと懇切丁寧な説明や疑問や不安についてもよく聞き、答えてもらえたらと思います(開業医と比較してみても)。全部の医師がそう(不親切)だとは言えませんが…。
70	今までは市民病院でした。経営が民間病院になり、受付から最後の会計、投薬までの対応が丁寧になり、説明も十分にいただける病院に変化しました。今では民間経営が変わって良かったと思っています。
71	医療従事者としての発言(言葉の使い方)には十分配慮してほしい。
72	内科医の大変さはよく理解しているつもりですが、特に患者の訴えを十分把握いただく必要性を感じます。体験1. インフルエンザを一般の風邪と決めつける。自分の体調や病状の継続でインフルエンザを疑って検査を依頼したが、予防接種をしていることから「必要ない」という指導。結局インフルエンザに罹患していた。体験2. 高熱が続いたが曜日によって担当医が変わり、解熱剤と風邪薬の処方

	<p>続き、病名処置が手遅れとなり長期入院となる。自分から風邪ではないと言い張り、具体的病名を要求して居座る。結局、胆石→胆嚢炎→胆嚢摘除となり開腹手術も大掛かりとなる。以後、風邪という病名にはこだわらなくなった。</p>
73	<p>精神科に通院していて、受付の女の人がつっけんどんなしゃべり方だったりすると、何のために通院しているのか、治るものも治らない気がする。精神的な病気は結局辛いのは本人にしかわからない。医師にうまく伝えられない(伝わらない)結果、満足な治療も納得のいく説明やアドバイスも受けたことがない(5年近くうつ病で)。精神的な病気で仕事に行けなくなったとき、通院費が払えなくて何度も通院を途中でやめてしまった。目に見えない病気は失業保険ももらえないし、生活保護も受けられない。</p>
74	<p>当加算により待ち時間が長くなるのはやめていただきたい。患者負担も少なくしてほしいので、安くなるような施策を練ってほしい。</p>
75	<p>診察で待たされ、診察後に検査を受けるので待たされ、検査の結果が出るのに待たされることがある。かかりつけ医であれば、病院によっては時間外でも適切に電話での対応をして取り次いでもらい、診察を受けたような状況になることもある。</p>
76	<p>病院の人は皆さん親切で、不安があっても質問することもあります。納得のいくまで説明してくださるので安心です。</p>
77	<p>腰痛、肩こりなどの症状にて何年も前から通院しております。もちろん、毎回良くなるはなっており、満足して帰りますが、なにしろ8時間の立ち仕事のせいが無理もありますが、毎回リハビリ(マッサージ)により今の仕事が続けられるのもそのおかげだと思っております。先生とのコミュニケーションも良く、ここが痛いとか告げると和らげてくださり、毎回気持ちよく通院させていただいております。</p>
78	<p>この1年、行く度に同じ症状を言っても、検査の結果異常なしとのことで仕方がないのかなと思ひ、あきらめて目薬に頼っています。</p>
79	<p>誰でも安心して病院へかかれるような給付を願う。命と健康を守るための病気治療や快適な医療環境が必要。現在医師が不足気味のため、通院の予約がなかなかとれず、科によっては2ヶ月3ヶ月後にて少々不安がある。現在の医師は皆信用おける先生方にて、その点は皆喜んでいますが、田舎にて患者は高齢者が多く、そのせいもあると思ひますが私もその一人で91歳の独者です。しかし現在にはありがたく思っています。医師は親切、丁寧に診察し、納得のいく説明をしてくれます。</p>
80	<p>政府はもっと医療を大切に考えてほしい。医療を大切にしない国は滅びる。</p>
81	<p>懇切丁寧な説明をしたことで報酬があがるというのはどうでしょうか。生命の根源の保持に努めるのが医師ではないかと思ひます。人間性あふれた医師に出会うと病気も治ります。</p>
82	<p>今回は整形外科でしたが、他の診療科はよく利用します。が、予約でも数時間待たされることが多いので、何とかしてほしい。体調の悪いときなどは特に辛い。</p>
83	<p>私は娘で医療機関に勤務しておりますが、医師によって指導が丁寧な先生もいらつしやいます。外来管理加算もそうですが、特定疾患指導管理料など高いなど(点数)私自身が受診してそう思ひます。再診、外来管理加算、特定疾患指導管理料がセットになっているようにも思ひます。患者としては何とかならないものかなと思ひます。</p>
84	<p>どこの病院(医院)も診療時間が同じで、働く人には時間をずらしてもらえると助かります。(例)9:00~12:00、14:00~16:00が多い。それを朝 10:00~19:00、または 12:00~21:00 までとか、もう少し時間のバラエティ化をしてもらいたい。</p>
85	<p>ご年輩の方たちは特別な病気でない限り、系列病院に紹介するのはいかがでしょうか?いつも混みあっている病院が少しスムーズになると思ひます。そうすれば看護師さんの対応も良くなるのではないのでしょうか…。とても良い看護師さんもいて気持ちいい帰宅となるときもあります。</p>
86	<p>加算云々ではなく、もとの医師の性格や姿勢、やる気によるところが大きいように思われます。加算のためであれば向いている方向が違うと思う。人としての教育、医師というもののあり方の教育ではなかるうか。この経済状況で、医師が儲ける意味、必要性に整合性が見当たらない。</p>
87	<p>長い間先生に診察してもらっているので信用しきっています。</p>
88	<p>予約制となり、待ち時間が極めて少なくなり、いらいらするのが減ったことは大変喜ばしい。コンピュータ処理で手間も省けているようだが、あくまでも人間。あたたかみのある言動をいただきたい。医師がコンピュータに振り回されないように。</p>

89	医師の中で外来患者を受け入れる数があまりにも差がありすぎると日々感じております。もっとコミュニケーションをとってほしいです。
90	点数制の意味がわからず先生を信じるしかない。足や目の医療の場合、毎月同じことをし、同じ薬なのに点数が違うのはわからない。
91	医師、担当者には感謝の気持ちで接しています。感謝しています。
92	私は3回担当医が変わりました。担当医ごとに診察、説明、内容について、先生の考えもあるのですが、対応が違ったので少し不安なこともありました。例えばA先生の場合ですと、年に一度受診する市の受診結果を持参せよとのことであったが、B先生、C先生の場合は高血圧の診察だけです。B先生、C先生の場合、身体診察後、「安定していますね、薬を今までどおり出しましょう」だけの説明でした。
93	保険の計算の仕方はよくわかりません。
94	医師の定着をお願いしたい。
95	もう少しこちらの疑問などをよく聞いてほしいです。
96	・診察時間は短い(2、3分くらい)。待ち時間が長い(薬待ち、会計待ち、検査待ち、次回診察日設定待ち)。 ・質問すれば医師が答えてくれる。
97	最近聴診器を当てる先生がいなくなったと思う。小さいころはよく当てられた記憶があるが。体に触るのは女性に失礼だと思っている先生がいるようだ。私はきちんと診察してほしいと思うが！
98	後期高齢者になると急に年老いた気がいたします。総合病院がもう少し多々あれば(近いところ)と思います。
99	いつもよくしていただいております。
100	リハビリのみでの受診で支払う金額が異なるのは？
101	現在診ていただいている担当医は信頼できる方なので、安心して通院させていただいております。
102	ゆっくり話を聞いてくれるいい病院です。先生に言いにくいことも看護師、事務に言ってもうまく先生に伝えてくれます。
103	30年近く前に甲状腺の手術を2度行って、それを現在も引き摺っています。現在ではあまり大きい病気をしていないので、病院の状況がよくわかりません。主治医がよく変わるので少し不安があります。
104	毎回同じ内容の診察なのに、ときたま金額が違うので不思議でしたが、今思えばこのせいだったのかと思いました。これは先生、患者、また会計される方それぞれの受け取り方で違いが出る大変曖昧なものではないでしょうか。できればこちら側としたら毎回同じ診察なので、毎回同じ一定した金額のほうが安心します。こういう曖昧な加算はもう少しお考えになったほうがいいかと思います(加算をとる病院はとる！とらないところはとらない！など)。
105	医療費の点数は1点何円？記入してほしい。合計ではいくらかわからない。
106	定期的に診てもらっている先生がいなくて十分な説明や問診を行わない先生にあたる時があります。夜間時もバイトの大学病院の先生にあたることも多く、説明不十分な医師や治療法が異なる医師がいます。外来管理加算はとられてもいいですが、どの医師にあたってもしっかり治療を行ってほしいものです。
107	長くお世話になっており、急な発作などすぐに対応してくださるので安心です。
108	診療の待ち時間や会計、処方待ち時間の利用時間(現在はテレビのみ)ですが、ほかに何かをやる。例えばリハビリ体操やリラクゼーションなど。2～3分ほど、その職員が体を動かすか、一口講師みたいなことをしたらどうでしょうか？
109	漠然と「何か聞きたいことはありますか？」と問われても、そのときはとっさに思いつかないし説明しにくいので、病院側から「よく同じ症状(病気・怪我)の患者さんは～といったことを質問されるんですけど、その点は疑問などないですか？」など、経験の上で患者側の気持ちも察して聞いてほしい。
110	・待ち時間が長い。 ・計算に時間がかかる。でもなくなると困る。
111	薬の説明書があればよい。
112	毎回同じ説明書は無駄づかいと思う。
113	担当医が変わりすぎると思います。きちんと自分の病気が次の先生に申し送りできているかどうか不安です。現に、あまり今の先生を信頼できかねます。
114	薬代をもっと安くしてほしい。検査代が高い(MRI、CTなど)。

115	外の薬局になり医療費があがったと思う。外の薬局でないほうが患者とするとありがたい。
116	病状が安定しているため診察時間が短い、もう少し時間を長くしてほしいと思うときがある。
117	身体の不調があるので病院に行くが、検査の結果などで特別に異常がなければ、それ以上に不調の原因を追究することなく診察が終わってしまったり、診察なしで薬だけの処方の際にも再診療の加算をされるのは納得できないこともある。
118	今回の病院はDrも看護師さんも親切かつよく相談に答えてくれます。安心して通院できます。ただ設備(レントゲンや脳波の機械など)に老朽化の不安があります。また、薬品の種類が少ないように感じました。でも問題は感じませんでした。あと患者さんが増えて対応の変化が出ないようにしていただきたいと思いました。
119	救命センターのあるような病院なら地域医療に貢献することを使命とするのは当然のことと思う。救急車は1秒を争うので、軽度の病気などは控えるようによく言われるが、患者にとって命は1つしかない。私は子どもたちに車で連れて行ってもらうが、救急車優先の医療のように見えるが偏見だろうか！
120	最近では予約になり、待ち時間が短く、腰が悪いのでとても助かります。
121	3分診療でお金をとられるのは納得いかない。特に聞いてもらいたいことがないときは3分診療で構わないので料金を安くしてほしい。
122	金額や医師の指導の仕方をいろいろ言うよりも、病院に行っても担当医がいなくて他の病院に回されたり、時間外は救急車でないと受け付けないなどのほうが困ります。休日の当番になっているのに医師がいない、救急病院なのに電話したら先生がいない(休み)、先生が来るまで待ってくださいなど。休日の救急当番は何のためにあるのか？子どもやお年寄りには特に何が起こるかわからないので、それを考えてほしいと思います。病院の数を増やすより、同じ病院内で担当医を増やしてほしい。待っている間に病状が悪化することが多いので考えてください。私が住んでいる近くの病院は救急病院ですが、休日や時間外はほとんど受け付けてくれません。新しい病棟を建設したり、医師の復帰や報酬のことばかりが真剣で、本当に患者のことを考えているのか不思議でたまりません。
123	医療の制度が複雑である。
124	・同じことを聞いても嫌な顔せず説明してほしいです。・同じ薬ばかりでなく、新薬が出たら説明してもらいたいです。
125	診察はほとんど問診のみにて、あまり患部に触れない。もう少し触って「どうですか？」とか言ってもらったほうが安心感を持てるような気がします。
126	いつも丁寧な説明で助かります。
127	難しい事柄かもしれませんが、担当医師以外の場合、院内での連絡や患者に接するときにやや不機嫌な態度に疑問がある。感謝しているだけに残念です。
128	受付の対応がとてもよかった。
129	医療費は問題ないが、薬代が高い(院外薬局)。
130	外来加算があるということで病院がよくなったような気がします。ということでもっとよくなるような加算はどんどん追加してほしいです。
131	診察内容は言っていたらキリがない。あれだけの患者をさばくのに懇切丁寧にしていたら時間が足りない。国からの予算をアップしないと根本は解決しない。主治医は昼飯も食べずに頑張っている。外来管理加算なんて誰が考えたのか？現場と矛盾している。
132	再診料と一緒にだめなのですか？
133	再診料と外来管理加算は合わせてひとつにしたほうがわかりやすいと思います。
134	とても親切に診察していただきますので、こちらの不安も軽くなり喜んでおります。
135	厚生労働省保険局医療課他関係の方は病院や患者家族の心と気持ちのわかる人間が受け持つようお願いしたいものです。
136	2年前までは自宅から遠いところの病院にしていたのですが、歳をとってきたので近くにといい、〇〇病院へ変えました。とても懇切丁寧にさせていただいて感謝しております。これからの老後、不安なことがいっぱいありますが、安心してお世話になろうと思っています。
137	中待合室にいるとき、診察されている人の声、先生の声が聞こえているので以前からとても嫌でした。自分の病気のこと他人さまに全部わかってしまう不安があります。
138	老年になるといろいろな病気になるので、併発の予測のために各診療科に回るのではなく、老人病

	の総合診察、検査などがあればと思います。術後のケア、転移なども含めて統一すれば重複、検査などの費用も少なくなるし、時間も少なくなるのではと思います。総合的科目とし、費用も別項目にすればと思います。
139	私に通っている脳神経外科の先生は患者さんの言うこと何ひとつとして聞いてくださいません。どきどきしながら入っていきます。皆さまがもう少し優しい気持ちがあったら患者さんも多いと思います。
140	親切でいい先生に診療していただき感謝しております。
141	他の薬を飲んでいたので、気をつけて後の薬を出してくれた。
142	診察していただき薬をもらってくると安心して仕事に励むことができます。本当にありがたいと思っています。
143	今回この用紙をいただいた病院は低身長などで行っています。いつも親切にさせていただいて、息子も安心して通っています。風邪などは他の小児科に行くのですが、小児科によって血液検査をするところとしないところがあります。あまりにも熱が高いときは詳しい血液検査をしてもらう小児科へ行くのですが、時間も短時間で、耳から少し血をとって検査をしてくれる小児科がもっと増えてくれると助かります。高熱が続くと親は心配します。小児科医が少ない今は難しいのでしょうか？とても親切に「何日くらいで熱が下がってくるでしょう」や「このようなときはこうしてください」などアドバイスをいただくと助かります。低身長で通っている先生は、前の病院で小児科でお世話になったことが何度かあったのですが、いつも親切に説明して下さった、こんな先生が病院を作ってくださればと思います。
144	ずっとこの病院でお世話になっており、外来の先生方にもとてもよくしてもらっています。せっかく新しい建物もできて嬉しいのですけれど寂しい気もしております。一日も早く、全部の科が診察を再開し、にぎやかな、人の多い病院に戻ってほしいと思います。
145	主人の定年でこちらへ帰ってまいりました。勤めの関係で病院の遠いところ、少ないところさまざまでしたが、ここ坊津に帰ってきて、田舎にしては病院が近くにあり、親切なお医者さまに恵まれ良かったと喜んでおります。この病院が長く長く地域のために存続することを願っております。
146	予約しても待ち時間が長くて困ります。
147	余談になりますが、患者さんもいろいろと思います。医師もいろいろと思います。身の回りで医師にクレームが多い人がいて、病院の中のことをあれこれ言われて困っています。指示があつてのレントゲンなのに拒否したり。仕事の方は本当に困るのではないのでしょうか。その方は懇切丁寧が合わないところが不満。
148	受診している医師は丁寧な対応をしてくれている。路間では推し量れない医師と患者のコミュニケーションをもっと評価すべきだと思います。画一的な点数設定は無理があると思います。
149	昔からとても丁寧に診察してくれるので(9)は全て「3. 変わらない」になりました。「3」ですがマイナスイメージではないのでよろしく願います。
150	診療報酬はいろいろと難しいと思います。もっとわかりやすくなればいいと思います。
151	最近の病院はコンピュータが入っていて、患者さんの目を見て話をする先生が少なくなりました。目を見て話をする先生に診察してもらいたいです。
152	この質問の内容がどのように反映されるのか全くわかりません。患者の立場はこんな簡単な質問で、現状で良いのではと考えてほしくはないです。長時間待ち、診察は短時間で終わり。質問をしたいけれど、まだ待っている他の方はさらに待ってしまう。医師も一人で休憩もせず長時間働きかわいそう…。患者はいろいろ考えています。決して一人よがりの意見を出していません。医師や患者ばかり責めるのではなく、再度“しくみ”を考え直してください。医療費を無料にすればいいばかりではありません。
153	特別な検査をするときには一言伝えてほしい。
154	元来とても丁寧でわかりやすく説明して下さっているドクターなので、22年4月から特に丁寧になったという印象は受けませんが、もともとドクターの働きを見ているので、報酬はもっとあってもいいと感じていました。自分に合うドクターにめぐり合えるのはとても大変ですが、私の息子はとても合っていて幸せだと思っています。
155	・近ごろは曜日と時間帯を選ぶことで待ち時間が短くなったような気がします。・ここ5年間、医師の対応は変わりません。丁寧だと思います。

156	<p>受付の方々、看護師、先生、リハビリの先生にはとっても親切にしてもらっています。大きい病院と違って、科も少ないこともあります。全体身内のように思って安心して通院できます。病院内において昼の食事も行ってもらっていますのでおいしくいただけます。また、自分で作って食べるのにも参考になり、これまで4年あまり続けさせてもらっています。栄養指導も月一回行っています。費用も一回380円でカロリーなどなど安心しております。おかげさまで19年5月初回HbA1c7.4が現在22年11月4.9になりました。いつまでも続けてもらえると嬉しいです。初回身長150.6cm 体重49.9kg、現在150.6cm 体重48.5kg 前後で少し減りました。</p>
157	<p>診察時の内容はほとんど変わらないのに、ときどき診察代が変わるため説明を求めても納得できず、釈然としません。</p>
158	<p>症状について変化がないと思うが、「加齢のため様子を見よう」の繰り返しで進歩がなくて戸惑っています。</p>
159	<p>同じ先生に診察していただいていますので安心してしています。検査をしていただいております、その結果を聞き、安心できます。</p>

②一般診療所（地域医療貢献加算届出有り）

V 自由記述欄	
1	これまで皮膚のトラブルは度々あり、市販薬等で対処していましたが、円形脱毛という生まれて初めての症状に大変ショックを受け、不安を感じておりました。先生に診ていただいた今は本当に受診してよかったですと思っております。とても丁寧に診ていただき、原因や治療方法についても詳しく説明して下さるので、不明な点は何一つありません。お薬についてもご説明いただいたので、安心して使用することができます。また何かあった際には、こちらを受診しようと思えます。
2	医師の先生の負担が多く、少々お気の毒な感じがしますが、心強く助かっています。
3	おかげさまで仕事をしてしていますが、薬が切れないように受診して2回に一回診察を受けて話を聞いてもらっています。
4	地元の医院で地域に根付いて活動をされている医院です。大切にしていきたいと思えます。
5	一般の会社と違い労働時間も長く大変と思う医師、職員の対応もですが患者の対応も考えるべきと思う。対価に対しては必要だと思う。
6	開院時より通院しているが、担当医が変わらず気心が知れていてよい。担当医が変わると病状を再度説明したり、また、治療経過を把握してもらえていないなどの不安が生じる。転居して遠方になったが、そんな理由で週に一回通院している。
7	時間外対応体制が整えられていることをわかりやすく掲示してほしい。
8	先生を信頼しきっておりますので、まずここへきてお世話になります。
9	私のお世話になっている先生はとても親切で丁寧で、循環器でなく他の科でもお世話になって薬をもらっていると、全部丁寧にみてください。とても信頼のできる素晴らしい先生です。そして、その院内で働いているスタッフもとても感じがよく病気が治るような暖かい病院です。一ヶ月に一回楽しみに通っています。
10	20年来同じ内科医に診察を受けておりますが、漢方薬を主とした処方箋を頂いて、健康維持ができています。場合によっては新薬を処方して頂きますので、安心して医師の指示に従っております。
11	現在、婦人科が不足していると思えます。もっと、婦人科を増やしてほしいです。（子宮がん検診）とかあるためです。
12	薬のみをもらいに受診し1時間以上待たされ、他の病気が伝染したり、勤務時間に影響が出るため薬を切らしたりする。リスクを回避するために、痛風や高血圧等の定期購入薬は電話予約で購入可能にしてほしい。
13	なぜこのようなアンケートが必要なのか疑問に思う。医療費の高騰については、色々なメディア等を通じて十分に認識させられている。この事態に対応するためには、患者負担増に応分の必要性ありとのことだが、医者や看護師に生活困窮者がいるだろうか。先端医療を受けられるものは、ほんの一握りのものしかない。延命措置等不要なものが多すぎる。薬の出し過ぎ等。問題は山積みでいる中、政治家・役人の考える対策のお粗末なことに愕然としている。おそらく根底にあるのは、医師会の圧力に屈し、本来、業務の一環であるべきものまで金を取ろうという貧弱な発想の上での施策であろう。（物を売るとき、必要な説明に金が必要だろうが）いわゆる合理的に金を取るための知恵（役人・政治家）でしかない。自分の娘は医者に嫁いでいるが、実に裕福である。正しい現実をしっかりと見極め、何が必要であるか何をすべきかを厚労省、政府は考え実行してほしい。このアンケートを書きながら虚しさを感じます。
14	身近な医療機関イコール開業医のよさが十分に活かせるような制度改革をお願いします。
16	現在かかっているクリニックが時間外対応体制を整えられているかどうか不明です。現在のクリニックは大きなビルの一室でドクターも看護師さんも職員も通勤です。その点、不明なのが残念です。万一の場合は、救急車の出勤もお願いすることになります。このアンケートは有効に利用して頂ければ幸いです。
17	先生が一人ですが、内科、外科、整形外科と全体を診察してくれるので安心です。眼科、耳鼻科などは紹介状を書いてくださる点でも安心です。家族全員が通院しております。
18	15年前の初診からずっと診察、説明、時間外など対応は変わらず丁寧なので、今後もこのまま維持し

	てほしいと思います。
19	一般論ですが総合病院の検査料が高すぎる。それに比べて医院でエコー心電図等を受けても安い。全般に医師の診察料金が総合病院の検査料と比較するとただ同然で安い。医者の技術料を相応のものとして検査料を安くしてほしいです。検査機器の償却のためとは思いますが、異常な高さです。
20	たぶん病気の一部は患者の性格、生活パターン、趣味などが関係していると思われるので、問診は幅広い会話をした方がよいと思う。特に会社のストレス、妻(夫)の関係は大切に思われる。
21	年金生活で医療費は安い方がよい。そういう政策をしてほしい。
22	先生が夜寝ているのが心配。
23	医師や看護師にしかわからない専門的な言葉を使われてもわからない時があるので、何も知らないというのを前提に説明してほしい。明確な病名を伝えてほしい。例えばありきたりの風邪で受診したつもりでも風邪ですねとも言われず風邪薬だけ処方されると本当に風邪だったのか不安になる。先生が一方向的に話すとも患者側が聞きたいこと(不安など)を聞いてもらえず、すごく不安になった経験があります。今日受診した病院に限らずそうです。
24	診察・相談に対する正しい評価(報酬)があるべきだと思います。(医薬品に対する支払いに比べて、医師の活動への支払いが少ないように感じています)
25	町内に病院はありますが、心筋梗塞の大病をして市民病院で手術、その担当医が現在開業され、ずっと通っています。40分かかりますので少々不安もあります。かかりつけの先生が近くにとの思いもありますが、やはり現在通っている先生はとでも優しくよく診ていただくので、安心して通院しています。
27	いつも丁寧に診察して頂いています。信頼できる医師が身近にいてくれるのは安心して生活できる要因となります。
28	内科診察を受けた時と傷などを受けた時の再診料に違いができるのが理解できない。診察と治療を両方受けた方が安い。なぜ。
29	今回は小児科受診なので自己負担がないため医療費自体どのくらいかかっているのかが全く分からない。だから、外来管理加算等の医療費の内訳についても全くわからないし、気にもとめていなかった。今年の4月頃か、医療費の領収書と治療費等の詳しい内訳を渡してくれるようになったので、それはよいと感じていた。
30	ホームドクターに何でも相談できるのでよい。何かあれば必要な時はすぐ大きな病院に紹介してもらえます。
31	医療費が増えて患者負担が多くなるのはわかるが費用が気になり、来院の際には重症化してさらに医療費がかかる傾向にあると思う。なるべく増額(患者負担)になる改定は避けてほしい。また、改定をもっと一般に公示すべき。何が変わったのか全く理解できていないので、気軽に時間外に電話したり、診察を受けていたりするのだと思う。加算があることがわかっているならば、患者も余計な負担をしたくないので、極力時間内に行動するようになると思う。医療費軽減、医療従事者の負担軽減。
32	前から細かい診察であったとのこと。
33	平成7年以来お世話になっている先生です。私自身腰に関する痛みで長い付き合い。私の身体に関しては全て周知されているから安心して受診できます。今回は腰ではなく、肋骨の骨折、今までとは違う病状でしたが、親切な説明と治療に感謝しています。時間外について、一般企業では時間が定まっています。従業員には時間外加算(残業手当)があります。医療に関しては周知されているのでしょうか。この辺の議論が必要かと思えます。患者と医療の論理、私は医療側があまり受け入れられる状況にないと感じます。
34	外来管理加算も時間外対応体制も全くとられる意味がないと思います。なぜ、という疑問しか残りません。医療関係者にしかわからないことばかりで説明不足です。今回のアンケートで内容が理解できた気がします。
35	医療費の自己負担が少しでも安くなってくれたら。貧乏人は負担金が高くなかなか病院にかかれないので不安です。もう少し何とか安くしてほしいです。お願いいたします。
36	私が住んでいる地域の他の医療機関では月に一度診察を受け、1ヶ月分の薬を出してもらえるそうです。しかし、私が通院している医院では、2週ごとに診察を受けないと薬がもらえません。私とたぶん同程度の高血圧症の友人は月に一度の通院でよいのだそうです。(薬は1ヶ月分もらっているそうで

	す) 医院によってこうした患者への対応の仕方に違いがあるのはなぜなのでしょう。こうしたことが患者に理解できるようにしていただきたいです。
37	急病の場合、診察してもらえるので大変感謝しています。
38	私が制度についてきちんと知っていないことも問題だと思いますが、もっと公にお知らせ等を積極的にし、例えばテレビのCM等、誰もが目にするであろうもので行っていただければと思います。24時間体制で受け入れをしてくれる病院が私の住む地域では少なく、むしろ市民病院が規模を縮小する等、より十分な医療を受けづらい環境になってしまっていると感じております。たくさんの患者さんがいる中で、私の通っている病院は一人当たりには十分な時間を割いて診てくださっていますが、先日市民病院に他の病でかかったときに、3時間以上待たされて、実際に診てもらったのは10分ほどでした。この2つの病院の違いは予約をしないで来院する患者の数にあるのではないかと思います。時間外対応体制の加算のように多少お金がかかったとしても十分な治療を受けるために多少の負担があってもいいのではないかと思います。(病院の規模拡大や設備充実のために) 高齢社会の今、私が求めるのは充実した医療とその制度であり、その制度の不透明な点を一つ一つ明確にしていきたいと思っております。
39	ある地区には小児科は数えられるほどしかありません。その中で子供・親対先生の相性の良い病院を見つけることはとても困難なことなのですが、今通院しているクリニックは入院こそできないものの、大学病院との連携もとってくださいし、時間外でもとても丁寧な対応をしてくださるので安心して親子ともども生活できています。このような病院が病院不足の地域にもっともっと増えることを願います。
40	以前よりはなくなりましたが、同じ薬を同じだけもらっても処方箋の支払う金額が毎回違う理由がわかりませんでした。病院での支払いについては、あまりにもわからないことが多いです。特に歯科は基準がよくわかりません。
41	医師並びに看護師、受け付けは大変親切で感じがよい。リハビリは一回8分であるが10分以上になればありがたい。
42	以前からずっとかかりつけ病院として子供を出産後から診て頂いております。夜、突然に熱が出たり、些細な病状の変化ではあっても、相談に乗っていただいたり、時間外で診察していただいたり、とても小さな子供を持つ母親として信頼できる病院であります。総合病院とは違い子供の成長を身近で支えて頂いているようで、診察時には診察を受けている子以外の兄妹のことも気にかけてくださったりと、とても安心して家族で通院できる病院として、これからも利用したいと思っております。
43	本調査票を受け取った医療機関は初診より丁寧かつ迅速な対処を行って(平成22年3月以前または平成22年4月以降)いて何ら心配はしておりません。質問(8)救急車を呼ぶほどでない場合、身近な医療機関を利用するということがありますが、病状によって異なる場合、自己判断することができないと思います。私の場合は119番して救急隊の指示(内容を話し)を受けています。
44	ここ数年医療費が高くなっている。国はもっと補助金を出し、本人負担を軽減してもらいたい。高齢者医療制度はやめるべきだと思う。
45	患者は不安でいっぱいの中で病院を訪れているので先生は出来る限りの範囲で患者の不安を開いてほしい。先生が大変なのはわかっていますが、先生の一声で元気になったり、落ち込んだりするのです。今、私が通院している病院の先生はとても信頼できると思っています。
46	ゆっくり診察したいときもあるが、薬だけもらえればいいと思うときもある。いつも診察をしないといけないのは面倒です。
47	産婦人科の定期検診で通っていたので調査の質問に答えにくいところがありました。病気などに対して不安な気持ちや通院しようかどうか迷う時、時間外でも気軽に電話できて親切に対応して下さると心強いと思います。普段からアットホームで信頼関係を築いている診療所で急病対応して下されば、患者情報など登録されているので、問診に初めから答えたり、個人情報等伝える手間が省けるし、とても魅力的に思います。
48	政府内で次々と変更があり、保険料の件等が変わったことなど診療機関より説明があるが、年齢が変わるが性格は変わらないので面倒くさくてしょうがない。社会保険費等も給与所得で差があるし、今後年齢を重ねていくのに病院へ行かず死を待つ方が多くなるのではないかと。
49	私は色々病院へ行っているため、その他、1日おきに点滴をするため毎日といっていいほど病院へ行っています。慢性肝炎、これが一番大変です。

50	救急車を呼ぶほどであるか呼ばないほどなのかの判断は、大変難しいと思います。
51	高齢者が多くなり、先生をすごく頼りにしています。気軽に相談に乗ってくださって島の人たちは喜んでます。土曜日の夜に急に電話をしたのに、対応して下さり助かりました。
52	加算が変わったからといって医師の態度が変わったということもなく、性別年齢に関わらずわかりやすい説明をしてもらっているので、現在の医療機関に通っている。
53	懇切丁寧な説明と誰が判断するのでしょうか。非常に曖昧なもので明確な基準がありません。点数を算定するのは病院側ですし、患者サイドはそれに口を挟む余地はありません。もう少し患者参加型の算定処理もあってよいのではないのでしょうか。点数の名目よりも診察説明などの行動化につながればと思います。別件ですが、一般診療所(整形外科)を受診のとき、受付から直接リハビリ室へ行き、最後、会計を済ませるだけで、医師のお顔も見ることなく再診料の70点を支払うことに疑問を感じています。
54	地区内に医療機関があれば高齢者で一人暮らしの人たちは安心して暮らしていくと思います。これからは地域によってはますます医療機関は総合廃止の傾向にあります。細々ながらも充実すべきだと思います。
55	今後の患者の負担がどうなるのか心配、不安。今、3割だが、後期高齢者75歳以上となったとき、そのまま1割にならず、所得関係など3割になったら厳しい。
56	治療費が高い。もう少し安くないのか。3割負担はきつい。
57	救急時に診療所へは行きたくない。大きい病院の方が安心するし、何かあったときに対応できると思うから。
58	病院と診療所の2箇所にかかっているもので、どちらでも行ける。
59	小生50代の頃、右肩を50肩で通院し50日間で治癒していますが、このたびの左肩の改善がよくありません。年が重なっていることからでしょうか。ドクターの明解な説明が少し足りなく、心配しております。それにスローダウンの年齢だからと処理したくありません。
60	近所同士皆のかかりつけの先生で、なんでも相談に乗ってもらえるし満足している。診療報酬は小手先のことではなく、根本的などころで考えた方がよい。
61	年末で患者さんが多く薬だけにしてもらいました。いつも良く診て頂いて頼りにしています。説明がわかりやすいです。
62	夕張で住み続けたいと願うと安心して診てくださる病院があることは大変必要です。年齢も高くなると体の不自由も出てくるかと思うのでますます必要になると思います。
63	いつも親切にしてください安心して通院させてもらっています。
64	何でも気軽に質問できる環境状況であってほしい。
65	親切であることがうれしい。丁寧な対応があって、よく説明もしてくれる。同じことを何回聞いても丁寧に答えてくれる。
66	病院の循環器科を受診していますがかかりつけ医であり、色々相談をして通っています。

③一般診療所（地域医療貢献加算届出無し）

	V 自由記述欄
1	「急病時電話対応」について。我々患者側は、電話による対応だけでは殆ど期待はずれになります。より心配になり、是非先生のところで今すぐ診てください、ということになります。以前に子供が急に目が赤くなった時、救急センターに行ったのですが、結局眼科のお医者さんには診て貰えず、小児科の先生が診てくれたのですが、診察の結果「結膜炎と思いますが、心配なら明日眼科で診察を受けてください」と言われました。心配で電話相談すると、「いろいろなケースがあり、診察しないとはっきりした診断はできないのですが、〇〇病（一番考えられる病名）とお思います。救急に行くほどではないと思いますが、心配なら、救急センターに行ってください」と、もともと当たり障りのない返事なのです。結局電話相談は、本当は診てもらいたいがどこで診てもらおうか、近くで診てくれるところがあれば幸いだが、診てもらえるなら車で30分でも1時間でも駆けつけるのです。話によると、電話で心配ないといわれた子供がその後2時間くらいで急死して、電話で相談した医者が訴えられている、という話を聞いたことがあります。
2	私がお世話になっている先生はいつも、自分の力、体力を大切にして病気を治すようにと、おっしゃっています。悩みも聞いてもらい、助かっています。
3	現在の医療機関の福祉には満足しているが、高齢者・低所得者・障害者の方々には、より一層のサービスの展開が望ましいと思う。
4	同一病名でのかかりつけの医院へ通院している場合、医者が慣れからか、対応が一辺倒であったりしていた。『丁寧な対応』という言葉が、このレベルでいいんだという思いこみをしてしまう程に！本当なら、『アレっ、いつもとちょっとちがう』を感じてほしい。
5	私の市では、休日・夜間診療所が医師会の協力により実施されているので、安心して生活できる。又、受診した状況については、かかりつけ医に連絡等してくれるので、次にかかる時は、とても安心です。
6	「もう年だから」、「これはもう治りません」、「困ったな・・・」という様な医師の対応に不安を感じる事が多々あります。患者の気持ち（気力）を引き立てる様な病院（医師）に診てもらいたいものです。
7	受診する医院や病院は、とても親切で丁寧です。地域に密着して患者に親切に対応して頂いており、とても信頼しています。近くにある救急病院や、大きな病院の外来とは対応が違います。そのような病院は、第三者評価などを行っているようだが、その成果を受けての対応とは感じられません。「外来管理加算」、「地域医療貢献加算」などは、正直聞き慣れない言葉です。このアンケートで少し理解しました。このようなことを院内に掲示したり、配布して頂けると周知しやすく、認知度も上がると思います。医療サービスが充実されることはとてもうれしいことです。しかし、「医療サービスって何があるの？」と思うのが実態ではないでしょうか。「できるサービス」を開示することで、それに対する診療報酬ということを知ってもらう・・・そんな対策を講じてほしいものです。本アンケートに協力できたことは、まことにありがたいことでした。
8	院外薬局になり、病院と薬局の両方に行かなければならないのがたいへん。足の不自由な父母を病院に連れて行き、全てそこで終れば付添いも楽になる。具合が悪くて病院に行くので、待ち時間を少なくするようにしてほしい。
9	長い間、ホームドクターとして一家がお世話になっています。どんな事でも一応この先生に相談をして、しかるべき医療機関を紹介して頂くという方法をとっているのが、知人から羨ましがられる次第で幸せだと思っています。
10	高齢の両親を始め、家族全員で約40年間先生のお世話になっています。家族が毎日を健やかに過ごせる事は、先生のお陰と大変感謝して居ります。
11	総合病院は、待ち時間が長く遠いので、77才だと通うのが大変です。出血したり、ケガで大変。身体が異常の場合は別として、少々の事なら、通いなれた先生（病院）が安心です。けれども、時間以外はべ切で、住居は他にあります。そのような病院が最近が多いので、自宅で病院を開業して下さる方がある事をお願いしたいです。家賃が高いので、ほとんどの先生が通いです。子供や年寄りには、不安なことです。
12	高血圧症で40日分の薬をもらい、ずっと通院しています。忙しく、状態もあまり変わらないので3回に

	1度位診察してもらい、又、年に1度の健康診断と併せ、その時いろいろ話をし、説明を受けています。今の3回到1度位の診察はベストで、今後も続けていきたいと思っています。
13	私は、循環器科に今年で11年お世話になっている患者です。近くの整形外科の当時の先生から紹介され、今のクリニックに訪れ現在に至っております。医療の現場、しかも循環器の症状を持った患者、特に老人の多い事に驚きますが、朝から夕遅くまで常に患者の為に一人で奮闘されている先生に感謝を申し上げたいと常々思っている一人です。先生は勿論の事、看護師2名、事務方1名、奥様の患者に対する言葉使い等々、医療に対する説明は厳しい中でも患者の為に思っの対応は素晴らしく、それを支えるスタッフ。皆安心して身体を任せられるクリニックだと思います。何かの節は、ご来院下さい。
14	6年前に舌癌を見つけていただき、専門医を紹介していただき、手術をしていただき現在元気に動いております。専門医に早期発見で良かったと言われ、以後、同医師を尊敬しています。
15	町医者というのは、専門外の事まで診療されるので、とても不安です。県立病院・市民病院は県内に存在しておりますが、手近な病院に紹介をお願いしなければならない(診療必要)し、二度手間です。直接大病院に行きますと、待ち時間が大変長く、年齢の高い者は待つだけでとても疲れます。救急受付は、患者の門を広くて頂きたいと思います。個人病院で頂く薬ですが、大病院で頂いていた薬が無い場合、融通がきかなく、外での薬がもらえなく大変です。
16	医院の先生が50年程お世話になっている主治医です。身も心も先生のお陰で、86才の今日まで生きて居られると言っても過言ではありません。昼夜を問わず親身になって、診察・往診・電話での相談をして下さいます。近隣の人々も先生のお陰と口々に感謝しています。異常があれば、病状に合う大きな病院を紹介して下さい、いつまでも元気でみんなの身体を診てほしいと思っています。私にとって先生は、日本一の主治医です。地域には、先生のような医師が必要だとつくづく感じています。
17	以前に娘が部活動中にケガをして帰ってきました。木曜日の夕方だったので、かかりつけは閉まっています、電話してもダメでした。家から一番近い救急病院に電話をしたら、その日はたまたま当直の先生が外科の先生で、「助かった」と思って症状を話したら、「レントゲン医師がいないから治療できない」と断られ、その日の外科救急外来の当直をしているのが他にあるので紹介してもらいその病院に電話したら、何十分も症状を聞いて待たされた結果「レントゲン医師がいない」と言って断られた。頭にきて仕方ないから、その夜は親が寝ずにはれている足を冷やすために起きていて、次の日かかりつけの病院に朝一で連れて行くと、骨折していました。あまりにも腹が立って、泣いてしまいました。何の為の外科救急外来ですか？救急車に乗らないと診てもらえないのですか？完治までに1ヶ月半かかりました。娘は痛かったはずなのに、一言も泣き言を言いませんでした。もっとわかりやすく時間外外科外来をつくってほしいです。
18	人間ドッグで要精検項目があり、かかりつけの医師に相談に行きました。それ以来、種々の健康面についてアドバイスを受けました。患者サイドに立っての親身な姿勢での対応に深く感謝しています。また、胃検診で初期段階の異常をみつけてくださり、セカンドオピニオンとして適切な医療機関に紹介してくれました。現在良好。医は仁術なりを改めて思い至っております。感謝あるのみです。頼りにしている主治医の方です。
19	他の病気の人は分からないが、私のかかっている薬代の中で調剤明細書を見るに、薬剤料に対する調剤技術料が25～55%も取っているのは、技術料が高すぎると思う。薬は一般買い物とは違い必要不可欠なもので、約束された支払いである。従って薬局は約束収入である。
20	長い期間診て頂いているので安心しております。
21	娘のお世話になっている小児科の先生は、急に具合が悪くなると病院の休診日でも「今から診てあげますよ」とイヤな声ひとつせず丁寧に診察して下さいます。初めての子で育児・病気には不安がいっぱいでしたが、先生が詳しく分かるまで話して下さいるので安心できました。逆に「先生は休んでいるのか・・・？」と心配になるほどです。本当に本当に、先生には感謝の気持ちでいっぱいです。
22	健康であたりまえの生活が出来ていることとても幸せを感じて生きております。定年後、現在の会社でパッカー車の運転手(市委託、家庭可燃ごみ袋収集搬送作業)を12年やってまいりました。毎年、会社の健康診断でコレステロールが高いと言われ続けているうちに、70才を過ぎた頃から手と足に皮膚病が出来、血圧も少し高めです。それまで治まっていたのが一時200と言われ、近くの内科の先生のところへ通う様になりました。まだお若い先生ですが、とても立派な出来た先生に縁あって、血圧と

	コレステロールと、年のせいかわれまで糖の吸収は良かったのですが(健康診断票で)、血糖値の不安定があるようでその点で週に1回通院して薬をのんでいます。良くも悪くも(体が)この先生なら・・・と思いながらズーッと続いています。この道52年、運転しかとりえのない人間ですが、こんな形で地域社会に少しでも役に立っていることに誇りを感じています。いい先生に支えられながら、まだまだ頑張ります。
23	医療は色々な面で進歩しています。でも、前の様な心の持ち方の方が少なくなった様な気がします。在宅医療とは別に、町中のお医者さんがもう少し気軽に一寸往診して下さればよいと思っています。私の主治医さんは、電話応対も往診もして下さいます。
24	過疎地の地域医療に携わっていただける医師がおられ、大変安心して感謝しています。
25	私は、家から近い医院様には日頃御世話になり、よろこんでおります。医院が身近の信頼できるお医者様です。診察時間が終わってから急に体調をくずしますと、遠方まで行く様になるので、困っています。年を取りますと、なお不安です。診療所が近くにあってほしいです。
26	70歳になり負担が少なくなり、助かります。だからといって必要もないのに掛かるようなことは自重しようと思っている。税金の無駄使いはいけない。
27	いつも私の健康管理をしてもらって、非常に有難いと思っています。毎年人間ドックの結果も先生に診てもらい、ホームドクターとして信頼しています。病院の先生とは長い付き合いです。
28	外来管理制度で、眼科・皮膚科などの継続診療で同じ内容なら、患者と相談の上省略することはどうか、目薬の場合もムダなやり方が多い感じ。一考ありたい。

## 東日本大震災の発生に係る第 18 回医療経済実態調査(医療機関等調査) 実施における対応(案)

### 1. 基本方針

東日本大震災の発生という事態を考慮し、調査対象となる保険医療機関等のうち、被災等した保険医療機関等への措置を講ずる。

(参考 1) 第 17 回医療経済実態調査(医療機関等調査)の実施状況からみた被災区域(岩手県、宮城県及び福島県)の占める割合(発送件数ベース)

- ・ 病院(特定機能病院等を除く) 78/1626 = 4.8%
- ・ 一般診療所 110/2414 = 4.6%
- ・ 歯科診療所 45/1113 = 4.0%
- ・ 保険薬局 79/1544 = 5.1%

(参考 2) 厚生労働省関係の各種統計調査の対応状況

- ・ 提出期限の猶予等(人口動態調査)
- ・ 被災地域(岩手、宮城、福島 3 県)のうち、一部を調査対象から除外(毎月勤労統計調査)

### 2. 具体的措置

抽出された保険医療機関等のうち、下記の区域等に所在する保険医療機関等に対しては、調査票の発送は行わない。

- ・ (社)日本損害保険協会が津波や火災によって甚大な被害(流失や焼失)のあった街区として認定した全損地域
- ・ 郵便事業(株)によって郵便物等の配達困難地域となっている区域
- ・ 原子力災害対策特別措置法(平成 11 年法律第 156 号)第 15 条第 3 項の規定による避難のための立退き又は屋内への退避に係る内閣総理大臣の指示の対象地域となった区域
- ・ 同法第 20 条第 3 項の規定による計画的避難区域及び緊急時避難準備区域の設定に係る原子力災害対策本部長の指示の対象となっている区域

抽出された保険医療機関等のうち、東日本大震災に対処するための特別の財政援助及び助成に関する法律(平成 23 年法律第 40 号)第 2 条第 3 項に規定する特定被災区域に所在する保険医療機関等に対しては、事前に個別連絡を行い、調査協力の了承を得た上で、調査票の発送を行う。

### 3. 調査実施後の対応

有効回答の集計・分析の際に、被災区域に所在する保険医療機関等のデータを除いた集計を別途行うなどの措置を講ずる。

## 公知申請とされた適応外薬の保険適用について

- 1 . 適応外薬の保険適用を迅速に行う観点から、薬事・食品衛生審議会の事前評価が終了した適応外薬については、当該評価が終了した段階で、薬事承認を待たずに保険適用することとしているところ(別添)。
- 2 . 今般、以下の適応外薬の適応については、事前評価が終了し、公知申請して差し支えないとされたところ、各々の保険適用について以下のとおり。

( 1 ) 4月27日開催の薬食審医薬品第一部会における事前評価が終了し、同日付で保険適用されたもの

一般的名称	販売名【会社名】	新たに保険適用が認められた適応等
シクロホスファミド水和物	エンドキサン錠 50mg 【塩野義製薬(株)】	< 適応の追加 > ネフローゼ症候群(副腎皮質ホルモン剤による適切な治療を行っても十分な効果がみられない場合に限る。)
ミコフェノール酸モフェチル	セルセプトカプセル 250 【中外製薬(株)】	< 小児適応の追加 > 腎移植における拒絶反応の抑制
メチラポン	メトピロンカプセル 250mg 【ノバルティスファーマ(株)】	< 適応の追加 > クッシング症候群

(2) 4月28日開催の薬食審医薬品第二部会における事前評価が終了し、同日付で保険適用されたもの

一般的名称	販売名【会社名】	新たに保険適用が認められた適応等
イマチニブ メシル酸塩	グリベック錠 100mg 【ノバルティス ファーマ(株)】	< 適応の追加 > FIP1L1-PDGFR 陽性の下記疾患 好酸球増多症候群、慢性好酸球性白血病
オクトレオ チド酢酸塩	サンドスタチン LAR 筋注 用 10 mg サンドスタチン LAR 筋注 用 20 mg サンドスタチン LAR 筋注 用 30 mg 【ノバルティス ファーマ(株)】	< 適応の追加 > 消化管神経内分泌腫瘍
カルボプラチン	パラプラチン注射液 50mg パラプラチン注射液 150mg パラプラチン注射液 450mg 【ブリストル・マイヤーズ(株)】	< 適応の追加 > 乳癌 トラスツズマブ(遺伝子組換え)及びタキサン系抗悪性腫瘍剤との併用において投与することとされている。
トラスツズマブ(遺伝子組換え)	ハーセプチン注射用 60 ハーセプチン注射用 150 【中外製薬(株)】	< 適応の追加 > HER2 過剰発現が確認された乳癌における術前補助化学療法  < 用法・用量の変更 > (下線部追加部分) (HER2 過剰発現が確認された転移性乳癌について) HER2 過剰発現が確認された転移性乳癌には A 法又は B 法を使用する。 A 法: 通常、成人に対して 1 日 1 回、トラスツズマブとして初回投与時には 4 mg/kg(体重)を、2 回目以降は 2 mg/kg を 90 分以上かけて 1 週間間隔で点滴静注する。 B 法: 通常、成人に対して 1 日 1 回、トラスツズマブとして初回投与時には 8 mg/kg(体重)を、2 回目以降は 6 mg/kg を 90 分以上かけて 3 週間間隔で点滴静注する。 なお、初回投与の忍容性が良好であれば、2 回目以降の投与時間は 30 分間まで短縮できる。

フルコナゾール	ジフルカンカプセル 50 mg ジフルカンカプセル 100 mg ジフルカン静注液 50 mg ジフルカン静注液 100 mg ジフルカン静注液 200mg 【ファイザー（株）】	< 小児適応の追加 > カンジダ属及びクリプトコッカス属による下記感染症 真菌血症、呼吸器真菌症、消化管真菌症、 尿路真菌症、真菌髄膜炎  < 適応の追加 > 造血幹細胞移植患者における深在性真菌症の予防 （適応菌種） カンジダ属及びクリプトコッカス属
---------	--	--

（参考）

適応外薬の「公知申請への該当性に係る報告書」等については、厚生労働省及び医薬品医療機器総合機構（PMDA）のホームページに公表されている。

[http://www.info.pmda.go.jp/kouchishinsei/kouchishinsei\\_index.html](http://www.info.pmda.go.jp/kouchishinsei/kouchishinsei_index.html)  
 上記資料に基づいて各患者の症状に応じ適切に使用されることが必要。

(別添)

## 公知申請とされた適応外薬の保険上の取扱いについて

〔平成22年8月25日〕  
中 医 協 了 承

適応外薬のうち、以下の医学薬学的評価のプロセスを経たものについては、薬事・食品衛生審議会の事前評価が終了した時点で、適応外薬に係る有効性・安全性について公知であることが確認されたといえる。

検討会議<sup>1)</sup>において、医療上の必要性が高いと判断

検討会議のワーキンググループが、有効性や安全性が医学薬学上公知であるかどうかを検討し、報告書を作成

検討会議は報告書に基づき公知申請の該当性を検討・判断

検討会議で公知申請が可能と判断された医薬品について、薬食審医薬品部会が事前評価を実施

<sup>1)</sup>「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」

このため、適応外薬の保険適用を迅速に行う観点から、上記スキームを経た適応外薬については、事前評価が終了した段階で、薬事承認を待たずに保険適用とする。

## 専門作業班（WG）の検討状況の概要等について

## 1. 第2回開発要請等時点での状況

平成22年4月27日に開催された第3回会議までに医療上の必要性が高いとされたものについては、平成22年5月21日に企業に開発要請又は開発企業の募集を行った（第1回開発要請等）。その後、平成22年11月10日に開催された第6回会議までに医療上の必要性が高いとされたものについては、平成22年12月13日に企業に開発要請し、又は、速やかに開発企業の募集を行った（第2回開発要請等）。この第2回開発要請等時点での医療上の必要性に係る評価の進捗状況は、下表のとおりであった。

各WGの検討状況		代謝・その他	循環器	精神・神経	抗菌・抗炎症	抗がん	生物	小児	合計		
検討済み	必要性高い	未承認薬	8	9	10	5	11	3	11	57	182
		適応外薬	12	20	19	23	31	2	18	125	
	必要性高くない	未承認薬	4	1	2	0	1	1	1	10	
		適応外薬	7	4	26	7	15	3	0	62	
医療上の必要性について検討中	未承認薬	0	0	0	0	0	0	0	0	12	
	適応外薬	2	2	3	2	3	0	0	12		
海外承認等なし	未承認薬	3	2	3	5	4	0	1	18	104	
	適応外薬	12	14	30	9	13	0	8	86		
承認済み	未承認薬	0	0	0	0	1	0	0	1	4	
	適応外薬	0	0	2	0	1	0	0	3		
合計			48	52	95	51	80	9	39	374	

## 2. 第2回開発要請時点で検討中であった12件に係る評価

第2回開発要請等時点で医療上の必要性について検討中であったもの12件について、平成23年3月までにWGで行われた医療上の必要性に係る評価は、下表のとおりである。医療上の必要性が高いとされた4件については、企業からの特段の意見を確認した上で、企業への開発要請又は開発企業の募集を行う予定である。

各WGの検討状況		代謝・その他	循環器	精神・神経	抗菌・抗炎症	抗がん	生物	小児	合計		
検討済み	必要性高い	未承認薬	0	0	0	0	0	0	0	0	4
		適応外薬	0	2	2	0	0	0	0	4	
	必要性高くない	未承認薬	0	0	0	0	0	0	0	0	
		適応外薬	2	0	1	2	3	0	0	8	
合計			2	2	3	2	3	0	0	12	

今回新たに検討済みとしたものについて、WGの評価を資料3-1~3-5に取りまとめた。

また、現在検討中であるものについて資料7-1、海外承認又は公的保険適用がないものについて資料7-2、開発要請・開発企業の公募を行う前に承認されたものについて資料7-3にまとめた。

3. 医療上の必要性が高いとされた品目の現状について

医療上の必要性が高いとされ、開発要請等を行ったものについては、承認申請のために実施が必要な試験の妥当性や公知申請への該当性の確認などを行うこととしている。

(1) 第1回開発要請等したものの検討状況

平成22年4月27日に開催された第3回会議までに医療上の必要性が高いとされた108件については、平成22年5月21日に企業に開発要請（92件）又は開発企業の募集（16件）を行った\*。前回（第6回）会議時点で実施が必要な試験や公知申請の妥当性について検討中であった13件について、検討状況の一覧を資料6-1に掲載した。平成23年3月までの検討状況は下表のとおりである。

\* 平成22年5月21日に開発企業の募集を開始したデキサメタゾン（要望番号：176）は、当該医薬品製剤について別の適応で承認を取得した企業が現れたことを踏まえ、開発要請を行った。

各WGの検討状況		合計		(参考)	
企業に開発要請したもの		92		11/10開催 第6回会議時点 91	
公知申請が妥当であるもの	未承認薬	0	22	0	21
	適応外薬	22		21	
既に関済に着手しているもの (承認申請済みのものを含む)	未承認薬	27	43	28	43
	適応外薬	16		15	
治験の実施等が必要と考えられるもの	未承認薬	10	18	9	14
	適応外薬	8		5	
実施が必要な試験や公知申請の妥当性について 検討中のもの	未承認薬	0	9	1	13
	適応外薬	9		12	
開発企業を公募したもの		16		17	
合計		108		108	

(2) 第2回開発要請等したものの検討状況

第1回開発要請等以降、第6回会議までに医療上の必要性が高いとされた74件については、企業に開発要請（72件）又は開発企業の募集（2件）を行った。これについて、企業から提出された見解に対する検討状況の一覧を資料6-2に掲載した。平成23年3月までの検討状況は下表のとおりである。

各WGの検討状況		合計	
企業に開発要請したもの		72	
公知申請が妥当であるもの	未承認薬	0	9
	適応外薬	9	
既に関済に着手しているもの (承認申請済みのものを含む)	未承認薬	3	11
	適応外薬	8	
治験の実施等が必要と考えられるもの	未承認薬	5	30
	適応外薬	25	
実施が必要な試験や公知申請の妥当性について 検討中のもの	未承認薬	0	22
	適応外薬	22	
開発企業を公募したもの		2	
合計		74	

## 企業から提出された開発工程表について

## 開発工程表の提出状況について

- 開発要請先の企業より、2010年10月27日および12月13日に行われた開発要請73件に対して、開発工程表82件が提出された。未提出の企業はなかった。
- また、これまで提出されていた開発工程表104件についても、企業より2011年1月現在の状況を踏まえた更新版が提出された。未提出の企業はなかった。
- 提出された開発工程表の現状については資料8-2「企業から提出された開発工程表の概要等」参照。

## (参考) 開発工程表の評価基準について

- 開発要請を受けた企業が適切な開発計画を立てているか評価を行う。
- 承認済みの医薬品については、その旨報告を行い、以降の評価を行わない。
- 「新薬創出・適応外薬解消等促進加算」の条件として、開発要請を受けた品目について「半年以内の公知申請」または「一年以内の治験の着手」を求めていることから、以下の基準に基づいて各開発計画の評価を行う。

## 開発工程表の評価基準

- ①. 既に承認申請済みのもの、治験届提出済みのものについては、企業が開発要請を受けた未承認薬・適応外薬の開発を適切に行ったものと評価する。
- ②. 公知申請予定のもので、開発要請から半年以内（2010年11月まで）に申請を予定しており、WGの結論により公知申請が可能とされたものについては、企業が開発要請を受けた未承認薬・適応外薬の開発について適切に開発計画をたてたものと評価する※。
- ③. 治験を予定しているもので、開発要請から1年以内（2011年5月まで）に治験届提出予定としたものについては、企業が開発要請を受けた未承認薬・適応外薬の開発について、適切に開発計画をたてたものと評価する。
- ④. その他については、開発計画ごとの個別の事情や、行政側持ち時間を考慮して個別に評価を行う。

- ※ 公知申請予定のもので、開発要請から半年以内（2010年11月まで）に申請を予定しているが、公知申請の該当性についてWGの結論が出ていないものについては、今回は評価を行わない。

## 企業から提出された開発工程表の概要等

## 資料 8-2

## 1. 企業から提出された開発工程表に基づく情報

（単位：件）

	第1回開発要請分 (2010年5月)	第2回開発要請分 (2010年10月～12月)	計
承認済み	17	0	17
承認申請済み	28	4	32
治験届提出済み	29	4	33
公知申請予定	11	46	57
治験届提出予定	11	17	28
その他	8	11	19
合計	104	82	186

## 2. 開発工程表の詳細な分類

（単位：件）

### a. 承認済みのもの、承認申請済みのもの、治験届提出済みのもの

	第1回開発要請分 (2010年5月)	第2回開発要請分 (2010年10月～12月)	計
承認済み	17	0	17
承認申請済み	28	4	32
治験届提出済み	29	4	33

### b. 開発要請後半年以内に公知申請を予定しており、WGより公知申請が可能とされたもの

第1回開発要請分 (2010年5月)	第2回開発要請分 (2010年10月～12月)	計
0	9	9

c. 公知申請を計画していたが、WGの結論により臨床試験の実施が必要とされたもの

第1回開発要請分 (2010年5月)	第2回開発要請分 (2010年10月～12月)	計
0	10	10

d. 開発要請後半年以内に公知申請を予定しているが、WGが検討中であるもの

第1回開発要請分 (2010年5月)	第2回開発要請分 (2010年10月～12月)	計
0	23	23

e. 開発要請後半年以降に公知申請を予定するもの。

第1回開発要請分 (2010年5月)	第2回開発要請分 (2010年10月～12月)	計
11	4	15

f. 開発要請後一年以内に治験届を提出するもの

第1回開発要請分 (2010年5月)	第2回開発要請分 (2010年10月～12月)	計
11	17	28

g. その他

第1回開発要請分 (2010年5月)	第2回開発要請分 (2010年10月～12月)	計
8	11	19

## 3. 各医薬品の開発工程表の概要

## a-0. 承認済みのもの（17件）

＜第1回開発要請分（17件）＞

要望番号	企業名	成分名	販売名	承認内容	承認済み（承認月）
350	セルジーン	レナリドミド	レブラミドカプセル	5番染色体長腕部欠失を伴う骨髄異形成症候群	2010年8月
27	サノフィ・アベンティス	アミオダロン	アンカロン錠100	心不全（低心機能）又は肥大型心筋症に伴う心房細動	2010年9月
202	大塚製薬	トルバプタン	サムスカ錠	ループ利尿薬等の他の利尿薬で効果不十分な心不全における体液貯留	2010年10月
269	ファイザー	プレガバリン	リリカカプセル	末梢性神経障害性疼痛	2010年10月
190	サノフィ・アベンティス	ドセタキセル	タキソテール点滴静注用	頭頸部癌、乳癌、非小細胞肺癌、胃癌、卵巣癌、食道癌、子宮体癌の用法用量の1回最高用量を75mg/m <sup>2</sup> へ増大	2010年11月
15	日本新薬	アザシチジン	ビダーザ注射用	骨髄異形成症候群	2011年1月
96	ヤンセンファーマ	臭化水素酸ガランタミン	レミニール錠	軽度から中等度のアルツハイマー型認知症	2011年1月

要望番号	企業名	成分名	販売名	承認内容	承認済み(承認月)
319	第一三共	メマンチン	メモリー錠	中等度及び高度アルツハイマー型認知症における認知症症状の進行抑制	2011年1月
95	中外製薬	カペシタビン	ゼローダ錠300	治癒切除不能な進行・再発の胃癌	2011年2月
122	日本イーライリリー	ゲムシタビン塩酸塩	ジェムザール注射用	がん化学療法後に増悪した卵巣癌	2011年2月
137	塩野義製薬	シクロホスファミド経口剤・静注剤	エンドキサン錠、注射用エンドキサン	全身性血管炎	2011年2月
138	塩野義製薬	シクロホスファミド経口剤・静注剤	エンドキサン錠、注射用エンドキサン	全身性エリテマトーデス	2011年2月
140	塩野義製薬	シクロホスファミド静注剤	エンドキサン錠、注射用エンドキサン	全身性血管炎(顕微鏡的多発血管炎, ヴェゲナ肉芽腫症)	2011年2月
212	日本化薬	ノギテカン	ハイカムチン注射用	がん化学療法後に増悪した卵巣癌	2011年2月
357	エーザイ	ワルファリンカリウム	ワーファリン錠0.5mg、1mg、5mg	小児適応の追加	2011年2月
77 a	大塚製薬	レボカルニチン塩化物	エルカルチン錠	下記疾患におけるレボカルニチン欠乏の改善 (1) プロピオン酸血症 (2) メチルマロン酸血症	2011年3月
255	日本化薬	ビンブラスチン硫酸塩	エクザール注射用10mg	ランゲルハンス細胞組織球症	2011年3月

## <第2回開発要請分(0件)>

## a-1. 承認申請済みのもの（32件）

<第1回開発要請分(28件)>

要望番号	企業名	成分名	販売名	開発内容
2	富士フイルムRIファーマ	3-ヨードベンジルグアニジン(123I)注射液	ミオMIBG-I 123注射液	褐色細胞腫の診断
11	日本メジフィジックス	Ca-DTPA	Ditripentat-Heyl(独) pentetate calcium trisodium injection(米)	放射性金属(アメリシウム、プルトニウム、キュリウム、カリホルニウム、バークリウム)中毒の長期治療 プルトニウム、アメリシウム、キュリウム体内汚染が判明した、またはその疑いのある患者の汚染物質の排泄の促進
13	日本メジフィジックス	Zn-DTPA	Zink-trinatrium-pentetat(独) Pentetate Zinc Trisodium Iniection(米)	放射性金属(アメリシウム、プルトニウム、キュリウム、カリホルニウム、バークリウム)中毒の長期治療 プルトニウム、アメリシウム、キュリウム体内汚染が判明した、またはその疑いのある患者の汚染物質の排泄の促進
16	グラクソ・スミスクライン	アザチオプリン	イムラン	ステロイド治療抵抗性全身性エリテマトーデス
16	田辺三菱製薬	アザチオプリン	アザニン	ステロイド治療抵抗性全身性エリテマトーデス(成人、小児)
17	グラクソ・スミスクライン	アザチオプリン	イムラン	顕微鏡的多発血管炎及びWegener肉芽腫症
17	田辺三菱製薬	アザチオプリン	アザニン	顕微鏡的多発血管炎及びWegener肉芽腫症

第7回医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議（平成23年4月18日）配付資料

要望番号	企業名	成分名	販売名	開発内容
20	グラクソ・スミスクライン	アトバコン	Mepron	ニューモシスチス肺炎の治療、予防
60	サンド	エタンブトール塩酸塩	エサンブトール	効能・効果：非結核性抗酸菌症 用法・用量：エタンブトール塩酸塩として0.5～0.75gを1日1回経口投与
60	科研製薬	エタンブトール塩酸塩	エブトール錠	抗結核性抗酸菌症
69	ノボ ノルディスク ファーマ	エプタコグ アルファ(活性型)(遺伝子組換え)	注射用ノボセブン ノボセブンHI静注用	GP IIb-IIIa及び/又はHLAに対する抗体を保有し、血小板輸血不応状態が過去又は現在に見られるگرانツマン血小板無力症患者の出血傾向抑制
76	中外製薬	エルロチニブ	タルセバ錠	治癒・切除不能な膵癌
87	ノバルティス ファーマ	カナキヌマブ	Iraris 150 mg/ml powder for solution for injection	2歳以上の次のクリオピリン関連周期性症候群(CAPS) ・家族性寒冷自己炎症症候群(FCAS) ・Muckle-Wells 症候群(MWS) ・新生児期発症多臓器系炎症性疾患(NOMID) (要望を含むCAPSの3つのフェノタイプすべてについて申請予定)
89	ファイザー	ガバペンチン	ガバペン錠	てんかん部分発作の小児適応の追加
231	協和発酵キリン	バルプロ酸ナトリウム	デパケン錠、デパケン R錠、デパケン細粒、デパケンシロップ	片頭痛

第7回医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議（平成23年4月18日）配付資料

要望番号	企業名	成分名	販売名	開発内容
238	アボット製薬	パンクレアチン	Creon	「嚢胞線維症 (cystic fibrosis, CF) 患者の脂肪吸収および栄養状態の改善」を適応症とした製剤の開発
244	田辺三菱製薬	ビソプロロールフマル酸塩	メインテート	慢性心不全
266	アストラゼネカ	フルベストラント	フェソロデックス筋注用	内分泌療法後に進行または再発したエストロゲン受容体陽性の閉経後乳癌
278	中外製薬	ペバシズマブ	アバスチン点滴静注用	手術不能又は再発乳癌
282	エーザイ	ベラパミル塩酸塩	ワソラン 静注5mg ワソラン錠40mg	上室性の頻脈性不整脈の小児適応の追加
286	ノーベルファーマ	ホスフェニトイン水和物	CereByx、Pro-Epanutin、Prodilantin	てんかん重積状態、脳外科手術前・術中・術後及び頭部外傷後にけいれん発作の出現が濃厚に疑われる場合、並びに経口フェニトイン製剤の投与が不可能又は不適切な場合の代替
291	MSD	ポリノスタット	ゾリンザカプセル	皮膚T細胞リンパ腫
304	ファイザー	メチルプレドニゾロンコハク酸エステルナトリウム	ソル・メドロール静注用	ネフローゼ症候群
341	ノバルティス ファーマ	リバスチグミン	Exeloln	軽度及び中等度のアルツハイマー型認知症の治療

要望番号	企業名	成分名	販売名	開発内容
342	サンド	リファンピシン	リマクタン	効能・効果：非結核性抗酸菌症 用法・用量：リファンピシンとして1回300mg～600mg（力価）を1日1回毎日経口投与（最大600mg（力価））
342	第一三共	リファンピシン	リファジン	非結核性抗酸菌および非結核性抗酸菌症
343	武田薬品工業	リュープロレリン酢酸塩	リュープリン注射用1.88、リュープリン注射用3.75	中枢性思春期早発症、最大投与量を90 $\mu$ g/kg/4週から180 $\mu$ g/kg/4週に変更する（皮下投与）
363	ベネシス 日本製薬	乾燥抗D(Rho)人免疫グロブリン	抗D人免疫グロブリン筋注用1000倍「ベネシス」 抗Dグロブリン筋注用1000倍「ニチャク」	妊娠28週、検査・処置後（羊水検査、臍帯血検査、児頭外回転の実施）、流産後、子宮外妊娠後、子宮内胎児死亡後

## <第2回開発要請分(4件)>

要望番号	企業名	成分名	販売名	開発内容
126	ジェンザイム・ジャパン	抗ヒト胸腺細胞ウサギ免疫グロブリン	サイモグロブリン点滴静注用25mg	腎移植後の急性拒絶反応の治療
250	ベネシス	ヒト免疫グロブリン	献血ヴェノグロブリンIH5%静注	重症筋無力症急性増悪に対する免疫グロブリン大量療法
285	アストラゼネカ	ホスカルネットナトリウム	点滴静注用ホスカビル注	造血幹細胞移植患者におけるサイトメガロウィルス（CMV）血症及びCMV感染症
376	化学及血清療法研究所	乾燥組織培養不活化A型肝炎ワクチン	エイムゲン	A型肝炎の予防（16歳未満）

## a-2. 治験届提出済みのもの(33件)

<第1回開発要請分(29件)>

要望番号	企業名	成分名	販売名	要請内容
5	ノーベルファーマ	5-アミノレブリン酸塩酸塩	Gliolan	悪性神経膠腫(WHOグレードⅢ及びⅣ)に対する手術における悪性組織の視覚化
6	日本新薬	アカンプロセート	未定	アルコール依存症患者における抗酒療法
9	グラクソ・スミスクライン	A型ボツリヌス毒素	ボトックス注	腋窩多汗症
12	日本メジフィジックス	Ioflupane I123 Injection	DaTSCAN	PS患者及び当該疾患を疑う患者におけるドパミントランスポーターシンチグラフィ。レビー小体型認知症患者及び当該疾患を疑う患者におけるドパミントランスポーターシンチグラフィ
23	日本イーライリリー	アトモキセチン	ストラテラカプセル	成人期(18歳以上)における注意欠陥／多動性障害(AD/HD)
26	シャイアー	アナグレリド	未定	本態性血小板血症(ET)の治療
50	バイエル薬品	イロプロスト	Ventavis	成人における肺動脈性肺高血圧症(NYHA機能分類Ⅲ又はⅣ)
51	コヴィディエン ジャパン	インジウム(111In)ペンテトレオチド	OctreoScan (オクトレオスキャン)	シンチグラフィによるソマトスタチン受容体を有する原発性及び転移性の神経内分泌腫瘍の診断
70	ファイザー	エプレレノン	セララ錠 25mg・50mg・100mg	心筋梗塞後の心不全

第7回医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議（平成23年4月18日）配付資料

要望番号	企業名	成分名	販売名	要請内容
81	ノバルティス ファーマ	オクスカルバゼピン	Trileptal	他の抗てんかん薬で十分な効果が認められない小児の部分発作の併用療法
104	ノーベルファーマ	カルムスチン脳内留置用製剤	Gliadel Wafer Gliadel Implant	悪性神経膠腫
105	テバ・ファーマスーティカル	グラチラマー酢酸塩	Copaxone	多発性硬化症の再発予防
156	明治製菓	ステリペントール	Diacomit®	乳児重症ミオクロニーてんかん治療薬としての承認
159 a	メルクセローノ	セツキシマブ	アービタックス注射液	頭頸部扁平上皮癌 (局所進行頭頸部扁平上皮癌に対する放射線療法との併用)
159 b	メルクセローノ	セツキシマブ	アービタックス注射液	頭頸部扁平上皮癌 (再発・転移性頭頸部扁平上皮癌に対する白金製剤を含む化学療法との併用)
171	ノーベルファーマ	タルク	STERITALC	悪性胸水の再貯留抑制
180	フェリング・ファーマ	デスマプレシン酢酸塩経口剤	Minirin Melt DDAVP Tablets	中枢性尿崩症、経口剤の追加
193	協和発酵キリン	トピラマート	トピナ錠	2-16歳の小児における部分発作に対する併用療法
199	日本新薬	トラマドール経口剤	トラマールカプセル	慢性非がん性疼痛
200	日本臓器製薬	トラマドール塩酸塩	未定	経口徐放剤の剤形追加 慢性疼痛の効能追加

要望番号	企業名	成分名	販売名	要請内容
203	持田製薬	トレプロスチニル	Remodulin	肺動脈性肺高血圧
205	バイオジェン・アイデック	ナタリズマブ	Tysabri	再発寛解型多発性硬化症患者の再発抑制
292	ヤンセンファーマ	ボルテゾミブ	ベルケイド	マントル細胞リンパ腫
293	a アクテリオンファーマシュー ティカルズジャパン	ミグルスタット	Zavesca	ニーマン・ピック病C型
348	a ゼリア新薬工業	経口リン酸塩製剤	未定	原発性低リン血症性くる病患者を対象とした、第Ⅲ相試験と継続 投与試験
349	エーザイ	ルフィナマイド	Inovelon（欧州）、Banzel （米国）	レノックス・ガストー症候群（4歳以上）に伴う発作に対する併用 療法
352	a ユーシービージャパン	レベチラセタム	イーケプラ錠	4歳児以上の小児てんかん患者における部分発作に対する併用 療法等
352	b ユーシービージャパン	レベチラセタム	イーケプラ錠	4歳以上の特発性全般てんかん患者における強直間代発作に 対する併用療法
372	CSLベーリング	人免疫グロブリンG	ヴィヴァグロビン	原発性免疫不全症候群（PID）の成人及び小児患者における抗 体補充療法

＜第2回開発要請分（4件）＞

要望番号	企業名	成分名	販売名	要請内容
112 a	サノフィ・アベンティス	クロピドグレル	プラビックス錠	末梢動脈疾患のアテローム血栓症イベントの抑制
178	ヤンセン ファーマ	デシタビン	DACOGEN	骨髄異形成症候群
283 c	シンバイオ製薬	ベンダムスチン	トレアキシン静注用	多発性骨髄腫
328	グラクソ・スミスクライン	ラパチニブ	タイケルブ錠	乳癌に対するトラスツズマブ併用療法及びホルモン剤併用療法

## b. 開発要請後半年以内に公知申請を予定しており、WGより公知申請が可能とされたもの（9件）

＜第1回開発要請分（0件）＞＜第2回開発要請分（9件）＞

要望番号	企業名	成分名	販売名	開発内容	公知申請予定 （予定月）
47	ノバルティス ファーマ	イマチニブメシル酸	グリベック錠	FIP1L1-PDGFR $\alpha$ 融合遺伝子陽性の慢性好酸球性白血病及び特発性好酸球増多症候群	2011年6月
82	ノバルティス ファーマ	オクトレオチド酢酸塩	サンドスタチンLAR筋注用	カルチノイド腫瘍のうち、無症候性かつ切除不能な転移性腫瘍	2011年6月
100	ブリistol・マイヤーズ	カルボプラチン	パラプラチン注射液	乳癌	2011年6月
139	塩野義製薬	シクロホスファミド	エンドキサン錠	ネフローゼ症候群	2011年6月
196	中外製薬	トラスツズマブ（遺伝子組換え）	ハーセプチン注射用	HER2過剰発現が確認された乳癌における術前補助化学療法	2011年6月
197	中外製薬	トラスツズマブ（遺伝子組換え）	ハーセプチン注射用	HER2過剰発現が確認された転移性乳癌について、3週間1回投与の用法・用量の追加	2011年6月

要望番号	企業名	成分名	販売名	開発内容	公知申請予定 (予定月)
264.1	ファイザー	フルコナゾール	ジフルカン静注液、ジフルカンカプセル	造血幹細胞移植を施行する患者の真菌感染症予防	2011年6月
295	中外製薬	ミコフェノール酸モフェチル	セルセプトカプセル250	腎移植における拒絶反応の抑制に対する小児用法・用量の追加	2011年6月
301	ノバルティス ファーマ	メチラポン	メトピロンカプセル250mg	成人及び小児におけるクッシング症候群	2011年6月

c. 公知申請を計画していたが、WGの結論により臨床試験の実施等が必要とされたもの（10件）

＜第1回開発要請分（0件）＞

＜第2回開発要請分（10件）＞

要望番号	企業名	成分名	販売名	開発内容	公知申請予定 (予定月)
35	大鵬薬品工業	パクリタキセル注射剤(アルブミン懸濁型)	アブラキサン	乳癌に対する4週間1サイクル投与(3週間隔週投与、1週間休薬)の用法・用量の追加	2011年5月
56	田辺三菱製薬	インフリキシマブ	レミケード	大量ガンマグロブリン治療に抵抗を示す重症川崎病	2011年6月
57	田辺三菱製薬	インフリキシマブ	レミケード	ベーチェット病の特殊型(腸管型、神経型、血管型)	2011年6月
78	ヤクルト本社	オキサリプラチン	エルプラット	切除不能進行・再発胃癌	2011年6月
168	大鵬薬品工業	タゾバクタムナトリウム・ピペラシリンナトリウム配合剤	ゾシン静注用	発熱性好中球減少症	2011年5月
213	日本化薬	ノギテカン	ハイカムチン	進行・再発子宮頸癌	2011年6月
228	グラクソ・スミスクライン	バラシクロビル	バルトレックス錠500、 バルトレックス顆粒 50%	単純疱疹、造血幹細胞移植における単純ヘルペスウイルス感染症(単純疱疹)の発症抑制、帯状疱疹、性器ヘルペスの再発抑制の小児適応	2011年6月

277	中外製薬	ベバシズマブ	アバスチン点滴静注用	卵巣癌	2011年6月
297	ファイザー	ミトキサントロン	ノバントロン注	多発性硬化症	2011年6月
314.2	ガルデルマ	メトロニダゾール	未定	外用剤の剤型追加、がん性悪臭の軽減	2011年6月

d. 開発要請後半年以内に公知申請を予定しているが、WGが検討中であるもの（23件）

＜第1回開発要請分（0件）＞

＜第2回開発要請分（23件）＞

要望番号	企業名	成分名	販売名	開発内容	公知申請予定 （予定月）
158	塩野義製薬	スルファメトキサゾール・トリメプリーム配合剤	バクタ配合錠、バクタ配合顆粒	ニューモシスティス肺炎の予防及び治療	2011年5月
34	アステラス製薬	アモキシシリン	サワシリン細粒	ペニシリン耐性肺炎球菌による小児感染症に対する最大投与量の変更	2011年6月
34	協和発酵キリン	アモキシシリン	パセトシン細粒	ペニシリン耐性肺炎球菌による小児感染症に対する最大投与量の変更	2011年6月
43	明治製菓	アンピシリンナトリウム	注射用ビクシリン	小児用法・用量の追加	2011年6月
46	塩野義製薬	イホスファミド	注射用イホマイド	治療抵抗性の悪性リンパ腫	2011年6月
62	日本化薬	エトポシド	ラステットS	卵巣癌	2011年6月
62	ブリストル・マイヤーズ	エトポシド	ベプシド	卵巣癌	2011年6月

第7回医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議（平成23年4月18日）配付資料

要望番号	企業名	成分名	販売名	開発内容	公知申請予定 (予定月)
107	中外製薬	グラニセトロン	カイトリル錠 カイトリル細粒 カイトリル注 カイトリル点滴静注用	放射線照射に伴う消化器症状(悪心、嘔吐)	2011年6月
143	日本化薬	シスプラチン	ランダ注	胆道癌	2011年6月
143	ブリistol・マイヤーズ	シスプラチン	ブリプラチン注	胆道癌	2011年6月
151	バイエル薬品	シプロフロキサシン	シプロキサン注	小児に対するβラクタム系薬無効の尿路感染症(複雑性膀胱炎、腎盂腎炎)及び嚢胞性線維症	2011年6月
152	バイエル薬品	シプロフロキサシン	シプロキサン注	最大投与量の変更	2011年6月
158	中外製薬	スルファメトキサゾール・トリメプリム配合剤	バクトラミン錠・顆粒	ニューモシスティス肺炎、免疫抑制薬使用下の肺炎の予防	2011年6月
161	サノフィ・アベンティス	セフォタキシムナトリウム	クラフォラン注射用	化膿性髄膜炎の最大投与量の変更	2011年6月
218	ブリistol・マイヤーズ	パクリタキセル	タキソール注射液	血管肉腫	2011年6月
219	ブリistol・マイヤーズ	パクリタキセル	タキソール注射液	食道癌	2011年6月
220	ブリistol・マイヤーズ	パクリタキセル	タキソール注射液	頭頸部癌	2011年6月
221	ブリistol・マイヤーズ	パクリタキセル	タキソール注射液	子宮頸癌	2011年6月
222	ブリistol・マイヤーズ	パクリタキセル	タキソール注射液	卵巣癌の週1回投与の用法・用量の追加	2011年6月

要望番号	企業名	成分名	販売名	開発内容	公知申請予定 (予定月)
239	塩野義製薬	バンコマイシン	塩酸バンコマイシン点滴静注用	<適応菌種>メチシリン耐性コアグラージェ陰性ブドウ球菌、ペニシリン耐性腸球菌 <適応症>グラム陽性球菌による血流感染(中心静脈カテーテル感染を含む)、好中球減少時の発熱、ペニシリンアレルギーの代替薬	2011年6月
276	明治製菓	ベンジルペニシリンカリウム	注射用ペニシリンGカリウム	<適応微生物>梅毒トレポネーマ <適応症>梅毒 感染性心膜炎及び化膿性髄膜炎に対する最大投与量の変更	2011年6月
340	ファイザー	リネゾリド	ザイボックス錠・注射液	小児の用法・用量の追加	2011年6月
353	第一三共	レボフロキサシン水和物	クラビット錠、クラビット細粒	多剤耐性結核	2011年6月

## e. 開発要請半年後以降に公知申請を予定するもの（15件）

## ＜第1回開発要請分（11件）＞

要望番号	企業名	成分名	販売名	開発内容	公知申請予定 (予定月)	個別事情	WGの検討状況
264.2	ファイザー	フルコナゾール	ジフルカンカプセル、ジフルカン静注液	小児用法用量の設定 小児用懸濁剤の開発	2011年6月	使用実態調査実施済み	公知申請に該当する。
315	塩野義製薬	メロニダゾール内服剤、経腔剤	フラジール内服錠、同腔錠	流産・早産，産褥子宮内膜炎，帝王切開後感染症の原因となる細菌性腔症の治療	2011年6月	使用実態調査実施済み	使用実態調査の結果を踏まえて公知申請の該当性を検討中
55	第一三共	インドシアニングリーン	ジアグノグリーン注射用	脳主幹動脈の血流状態観察(赤外線照射時の蛍光測定による)	2011年7月	使用実態調査実施中	使用実態調査の結果を踏まえて公知申請の該当性を検討予定
273	大日本住友製薬	プロプラノロール塩酸塩	インデラル錠	片頭痛における頭痛発作の予防	2011年11月	使用実態調査実施中	使用実態調査の結果を踏まえて公知申請の該当性を検討予定
33	ファイザー	アムロジピン ベシル酸	ノルバスク錠 ノルバスクOD錠	高血圧症に対する小児用法用量の設定	2011年12月	使用実態調査実施中	使用実態調査の結果を踏まえて公知申請の該当性を検討予定
33	大日本住友製薬	アムロジピン ベシル酸塩	アムロジン錠、アムロジンOD錠	小児高血圧症	2011年12月	使用実態調査実施中	使用実態調査の結果を踏まえて公知申請の該当性を検討予定
64	MSD	エナラプリル マレイン酸塩	レニベース錠	小児高血圧	2011年12月	使用実態調査実施中	使用実態調査の結果を踏まえて公知申請の該当性を検討予定

要望番号	企業名	成分名	販売名	開発内容	公知申請予定 (予定月)	個別事情	WGの検討状況
313 (その1)	塩野義製薬	メロニダゾール内服剤	フラジール内服錠 250mg	○バクテロイデス属, プレボテラ属, ポルフィオモナス属, フソバクテリウム属, ペプトストレプトコッカス属による下記疾患 表在性皮膚感染症, 深在性皮膚感染症, 骨髄炎, 腹膜炎, 腹腔内膿瘍, 肝膿瘍, バルトリン腺炎, 子宮内感染, 子宮付属器炎, 脳膿瘍 ○アメーバ赤痢 ○ランブル鞭毛虫感染症	2011年12月	使用実態調査実施中	使用実態調査の結果を踏まえて公知申請の該当性を検討予定
331	アストラゼネカ	リシノプリル	ゼストリル錠	6歳以上且つ20kg以上の幼児、20kg以上の小児に対する投与についての用法・用量の一部変更	2011年12月	使用実態調査実施中	使用実態調査の結果を踏まえて公知申請の該当性を検討予定
331	塩野義製薬	リシノプリル	ロンゲス	高血圧症の6-16歳の小児の適応追加	2011年12月	使用実態調査実施中	使用実態調査の結果を踏まえて公知申請の該当性を検討予定
318	サンノーバ	メナテトレノン	ケイツー・シロップ 0.2%	新生児・乳児ビタミンK欠乏性出血症に対する予防	未定	WGで検討中	使用実態を踏まえて公知申請の該当性を検討中

<第2回開発要請分(4件)>

要望番号	企業名	成分名	販売名	開発内容	公知申請予定 (予定月)	個別事情	WGの検討状況
112 b	サノフィ・アベンティス	クロピドグレル	プラビックス錠	経皮的冠動脈インターベンションが適用されるST上昇型心筋梗塞のアテローム血栓症イベントの抑制	2011年12月	使用実態調査実施予定	使用実態調査の結果を踏まえて公知申請の該当性を検討予定
114	アルフレッサファーマ	クロミプラミン	アナフラニール錠	ナルコレプシーに伴う情動脱力発作	2011年12月	使用実態調査実施中	使用実態調査の結果を踏まえて公知申請の該当性を検討予定
313 (その2)	塩野義製薬	メロニダゾール	フラジール内服錠 250mg	クロストリディウム・ディフィシル関連腸炎	2011年12月	使用実態調査実施中	使用実態調査の結果を踏まえて公知申請の該当性を検討予定
305	ファイザー	メチルプレドニゾロンコハク酸エステルナトリウム	ソル・メドロール静注用	多発性硬化症の急性増悪時の治療	2012年2月	使用実態調査実施予定	使用実態調査の結果を踏まえて公知申請の該当性を検討予定

## f. 開発要請後一年以内に治験届を提出するもの(28件)

## ＜第1回開発要請分(11件)＞

要望番号	企業名	成分名	販売名	開発内容	開発要請時期	治験計画届提出予定 (予定月)
182	TSD Japan	デニロイキン ディフテイトツクス	ONTAK	悪性細胞がインターロイキン2(IL-2)受容体の構成要素CD25を発現している(CD25+)、持続性もしくは再発性の皮膚T細胞リンパ腫(CTCL)の治療	2010年5月	2011年4月
289	ファイザー	ポリコナゾール	ブイフェンド静注用、ブイフェンド錠	小児用法用量の設定	2010年5月	2011年4月
189	ヤンセンファーマ	ドキシソルビシン塩酸塩リポソーム注射剤	ドキシル	多発性骨髄腫	2010年5月	2011年4月
53	MSD(旧シエリング・ブラウ)	インターフェロン $\alpha$ -2b	イントロンA注射液	悪性黒色腫	2010年5月	2011年5月
77	b 大塚製薬	レボカルニチン塩化物	未定	乳幼児のための液剤の開発	2010年5月	2011年5月
77	c 大塚製薬	レボカルニチン塩化物	未定	急性期の患者及び経口摂取ができない患者に対して静注用製剤の開発	2010年5月	2011年5月
94	ベーリンガー・インゲルハイム	カフェインクエン酸塩	CAFCIT Injection、CAFCIT Oral solution	早産児無呼吸発作(在胎28~33週)の短期治療	2010年5月	2011年5月
142	マイラン製薬	システアミン	Cystagon Capsule	シスチノーシス(シスチン蓄積症)	2010年5月	2011年5月

要望番号	企業名	成分名	販売名	開発内容	開発要請時期	治験計画届提出予定 (予定月)
157	ノーベルファーマ	ストレプトゾシン	Zanozar	転移を有する悪性膵内分泌腫瘍・神経内分泌腫瘍・カルチノイド腫瘍(転移性膵・消化管神経内分泌腫瘍)	2010年5月	2011年5月
173	サノフィ・アベンティス	チフス菌Vi多糖体抗原ワクチン	Typhim Vi	成人及び2歳以上の小児の腸チフスの感染予防	2010年5月	2011年5月
374	サノフィ・アベンティス	髄膜炎菌(グループA、C、Y and W-135)多糖体ジフテリアトキソイド結合体	Menactra	Neisseria meningitides serogroup A, C, Y and W-135による侵襲性の髄膜炎菌感染症の予防(2歳から55歳)	2010年5月	2011年5月

<第2回開発要請分(17件)>

要望番号	企業名	成分名	販売名	開発内容	開発要請時期	治験計画届提出予定 (予定月)
19.1	テルモ	アセトアミノフェン	アセトアミノフェン点滴静注用	1. 軽度から中等度の疼痛、2. 中等度から重度の疼痛(オピオイドと併用)、3. 解熱。 ただし、疼痛または高熱に迅速に対応する必要がある場合、および/または他の投与経路が適切でない場合等、静脈内投与経路による投与が臨床的に適切な場合に限る。 (PMDAと調整予定)	2010年12月	2011年4月
308	大日本住友製薬	メトホルミン塩酸塩	メトグルコ錠	2型糖尿病に対する小児用法・用量の追加	2010年12月	2011年4月

第7回医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議（平成23年4月18日）配付資料

要望番号	企業名	成分名	販売名	開発内容	開発要請時期	治験計画届提出予定 (予定月)
329	グラクソ・スミスクライン	ラモトリギン	ラミクタール錠	成人における部分発作(二次性全般化発作を含む)に対する単剤療法、成人における強直間代発作に対する単剤療法、小児における定型欠伸に対する単剤療法	2010年12月	2011年5月
12	日本メジフィジックス	Ioflupane I123 Injection	DaTSCAN	レビー小体型認知症と推定される病態とアルツハイマー型認知症の識別診断	2010年12月	2011年7月
229	アボット・ジャパン	パリビズマブ	シナジス筋注用	24ヶ月齢以下の免疫不全児(臓器移植後、骨髄移植後、化学療法施行中)におけるRSウイルス感染症の発症抑制	2010年12月	2011年7月
75	大原薬品工業	エルウィニア L-アスパラギナーゼ	Erwinase	急性リンパ性白血病、悪性リンパ腫	2010年12月	2011年8月
148	協和発酵キリン	シナカルセット塩酸塩	レグパラ錠	副甲状腺癌に伴う高カルシウム血症	2010年12月	2011年8月
251	富山化学工業	ピペラシリンナトリウム	ペントシリン注射用	最大投与量の変更	2010年12月	2011年9月
260	アストラゼネカ	ブデソニド	未定	経口剤の剤形追加、回腸又は上行結腸に病変を有する軽度から中等度の活動期クローン病	2010年12月	2011年9月
336	全薬工業	リツキシマブ(遺伝子組換え)	リツキシサン注10mg/mL	ABO血液型不適合の腎移植における液性拒絶反応の抑制	2010年12月	2011年9月
124	MSD	ゲンタマイシン硫酸塩	ゲンタシン注	最大投与量の変更	2010年12月	2011年10月

要望番号	企業名	成分名	販売名	開発内容	開発要請時期	治験計画届提出予定 (予定月)
8	グラクソ・スミスクライン	A型ボツリヌス毒素	ボトックス注	斜視	2010年12月	2011年11月
243	サノフィ・アベンティス	ビガバトリン	SaBril	點頭てんかん(West症候群)に対する 単独療法(1箇月齢から2歳齢まで)	2010年12月	2011年11月
250.2	サノフィ・アベンティス	ヒドロキシクロロキン	Plaquenil	皮膚エリテマトーデス、全身性エリテ マトーデス	2010年12月	2011年11月
262	アステラス製薬	クエチアピンフマル酸塩	セロクエル錠、セロクエル 徐放化錠	双極性障害におけるうつ状態	2010年12月	2011年11月
80	塩野義製薬	オキシコドン塩酸塩	オキシコンチン錠、オキノ ム散0.5%	中等度から高度の慢性疼痛における 鎮痛	2010年12月	2011年12月
186	塩野義製薬	デュロキセチン	サインバルタカプセル	線維筋痛症	2010年12月	2011年12月

## g. その他（19件）

## ＜第1回開発要請分（8件）＞

要望番号	企業名	成分名	販売名	開発内容	治験計画届提出予定 （予定月）	個別事情
132	藤本製薬	サリドマイド	サレドカプセル	らい性結節性紅斑の効能追加	-	既存データにより2011年5月頃承認申請予定
201	中外製薬	ドルナーゼ アルファ	プルモザイル	嚢胞性線維症患者の肺機能の改善	-	2011年2月に導入契約締結。既存データにより2011年7月承認申請予定
246	佐藤製薬	ヒトチロトロピンアルファ（遺伝子組換え）	タイロゲン筋注用 0.9mg	アブレーションの補助	-	使用実態調査の結果を踏まえ、2011年7月頃承認申請予定
195	ノバルティス ファーマ	トブラマイシン	TOBI	吸入用製剤の剤形追加 腭嚢胞線維症患者の緑膿菌気道感染症の治療	-	使用実態調査及び品質試験の結果を踏まえ、2011年9月頃承認申請予定
230	ノバルティス ファーマ	バルサルタン	ディオバン錠	6～16歳の小児高血圧症	-	使用実態調査の結果を踏まえて治験実施予定
293	b アクテリオンファーマ シューティカルズジャパン	ミグルスタット	Zavesca	ゴーシェ病Ⅰ型	-	同成分にて開発要請がされている効能の試験結果等を踏まえ、今後治験の実施を検討する

要望番号	企業名	成分名	販売名	開発内容	治験計画届提出予定 (予定月)	個別事情
348 b	ゼリア新薬工業	経ロリン酸塩製剤	未定	ファンconi症候群を適応とする経ロリン酸製剤の開発 但し原発性低リン血症性くる病患者での試験結果が出た時点で当該結果も合わせて公知申請を検討する。	-	同成分にて開発要請がされている効能の試験結果等を踏まえ、今後治験の実施を検討する
348 c	ゼリア新薬工業	経ロリン酸塩製剤	未定	低リン血症を適応とする経ロリン酸製剤の開発 但し原発性低リン血症性くる病患者での試験結果が出た時点で当該結果も合わせて公知申請を検討する。	-	同成分にて開発要請がされている効能の試験結果等を踏まえ、今後治験の実施を検討する

<第2回開発要請分(11件)>

要望番号	企業名	成分名	販売名	開発内容	治験計画届提出予定 (予定月)	個別事情
176	日医工	デキサメタゾン	未定	4 mg剤の剤形追加、抗悪性腫瘍剤(シスプラチンなど)投与に伴う消化器症状(悪心、嘔吐)	-	2011年1月 製剤開発着手
176	セルジーン	デキサメタゾン	レナデックス錠4mg	抗悪性腫瘍剤(シスプラチンなど)投与に伴う消化器症状(悪心、嘔吐)	-	ライセンス保有者と交渉中
355	ファイザー	ロラゼパム	ativan	静注剤の剤形追加、てんかん重積状態	2012年9月	2010年3月 品質試験着手
217	ムンディファーマ	ハイドロモルフォン	Palladone, Dilaudid, Dilaudid-HP	癌性疼痛の軽減	2014年3月	2011年12月 品質試験着手予定

第7回医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議（平成23年4月18日）配付資料

要望番号	企業名	成分名	販売名	開発内容	治験計画届提出予定 (予定月)	個別事情
237	ファイザー	パロモマイシン	Humatin	腸管アメーバ症	-	既存データにより2011年11月承認申請予定
265	日本メジフィジックス	ヘキサシアノ鉄(Ⅱ)酸鉄(Ⅲ)水和物	ラジオガルダーゼ	タリウム中毒の治療	-	既存データにより2011年12月承認申請予定
283	b シンバイオ製薬	ベンダムスチン	トレアキシン静注用(予定)	慢性リンパ性白血病	-	本剤の製造販売後調査の結果を踏まえて2012年12月承認申請予定(PMDAの治験相談にて確認予定)
22	グラクソ・スミスクライン	アトバコン・塩酸プログアニル配合剤	Malarone	薬剤耐性熱帯熱マラリアを含むマラリアの治療及び予防	-	使用実態調査の結果を踏まえ、2012年3月承認申請予定
250	化学及血清療法研究所	ヒト免疫グロブリン	献血ベニロン-I静注用	重症筋無力症急性増悪に対する免疫グロブリン大量療法	-	要望内容の変更があったため、開発要請を取り下げた
250	日本製薬	ヒト免疫グロブリン	献血グロベニン-I静注用	重症筋無力症急性増悪に対する免疫グロブリン大量療法	-	要望内容の変更があったため、開発要請を取り下げた
332	ヤンセン ファーマ	リスペリドン	リスパダール錠、OD錠、細粒、内用液	小児における自閉症・Disruptive Behavior Disorders(破壊的行動障害) 学会における合意に基づく適応症にて開発予定	2012年3月	学会における合意に基づく適応症にて開発予定

医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議での検討結果を受けて  
開発企業の募集を行った医薬品のリスト(平成23年3月31日時点)

- 下表の医薬品については、医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議で医療上の必要性が高いという評価を得て、開発企業の募集を行った医薬品のリストです。
- 開発企業の募集又は開発要請の取扱いについては、「開発要請先の指定の考え方について」(参考資料4-3)に基づいて決定しています。
- 平成23年3月31日までに、全ての医薬品について企業から開発の意思の申し出がありました。

No.	医薬品名	対象疾病	開発の意思の申し出があった企業
1	コリスチンメタンサルホン酸ナトリウム塩	注射剤の剤形追加 <適応菌種> 多剤耐性緑膿菌(MDRP)、多剤耐性アシネトバクター属、その他の多剤耐性グラム陰性菌 <適応症> 多剤耐性グラム陰性菌による各種感染症	あり(グラクソ・スミスクライン(株))
2	フェニル酪酸ナトリウム	尿素サイクル異常症	あり(シミック(株))
3	プロゲステロン	経腔剤の剤形追加、体外受精-胚移植(IVF-ET)の際の黄体補充	あり(富士製薬工業(株))
4	プロゲステロン	経口剤の剤形追加、子宮非摘出閉経女性におけるホルモン補充療法(HRT)の補助	あり(富士製薬工業(株))
5	ベタイン	ホモシスチン尿症	あり(企業名未公表)
6	アルデスロイキン	悪性黒色腫	あり(企業名未公表)
7	メチレンブルー	薬剤性のメトヘモグロビン血症	あり(企業名未公表)
8	カルグルミック酸	N-アセチルグルタミン酸合成酵素欠損症	あり(企業名未公表)
9	ニチシノン	チロシン血症 I 型	あり(企業名未公表)
10	デクスラゾキサソ	アントラサイクリン系薬剤静脈内投与による血管外漏出	あり(企業名未公表)
11	ホメピゾール	エチレングリコール中毒、及びメタノール中毒の治療	あり(企業名未公表)
12	安息香酸ナトリウム・フェニル酢酸ナトリウム配合剤	尿素サイクル異常症患者における急性発作時の血中アンモニア濃度の低下	あり(企業名未公表)
13	メロニダゾール	静注剤の剤形追加、嫌気性菌感染症、アメーバ赤痢	あり(ファイザー(株))
14	3,4-ジアミノピリジン	Lambert-Eaton筋無力症候群による筋力低下の改善	あり(企業名未公表)
15	リロナセプト	12歳以上のクリオピリン関連周期熱症候群(cryopyrin-associated periodic syndrome, CAPS)の中の、家族性寒冷蕁麻疹症(familial cold autoinflammatory syndrome, FCAS)およびMuckle-Wells 症候群(MWS)における炎症症状の軽減	あり(企業名未公表)
16	亜セレン酸ナトリウム	セレン欠乏症により生じる重篤な視力障害、神経障害、心筋障害、毛髪変化の改善	あり(企業名未公表)
17	コリスチンメタンサルホン酸ナトリウム塩	吸入用製剤の剤形追加、腭嚢胞線維症の気道感染症	あり(企業名未公表)
18	ナフシリン	ペニシリナーゼ産生ブドウ球菌による感染症	あり(企業名未公表)

# わが国の医療についての基本資料

平成23年5月18日

中央社会保険医療協議会

〔二号委員〕

安達秀樹 嘉山孝正 鈴木邦彦

西澤寛俊 邊見公雄 堀 憲郎 三浦洋嗣

〔専門委員〕

坂本すが 北村善明

**今後の中医協は、1号側／2号側、診療所／病院、  
医師／看護師といった立場の違いを乗り越え、**

**「国民のための医療をいかによくなるか」**

**という視点から、エビデンスに基づいた議論を  
構築することが重要。**



**そのために、日本の医療の現状について  
基本認識の共有を図る必要がある。  
まずは上記二号・専門委員により本資料を提示する。**

# ポイント①

- 日本では、国民皆保険制度のもと、**低水準の医療費**のなかで**世界一の医療レベル**を達成してきた。
- しかし**質の高さとコストの低さ**という**矛盾**がもたらす「ひずみ」は現場に押しつけられ、今日の**医療崩壊**（医療従事者の疲弊や医療機関の閉鎖・縮小）を招いた。
- 国民に対して現在の医療レベルの提供を維持し、さらに発展させていくためには、**相応のコストが不可欠**。
- 日本の場合、患者負担は重い**が、税や保険料は低く引き上げの余地がある**。

## ポイント②

- もちろん、医療提供体制の見直しも必要。
- 介護施設や在宅医療をめぐる環境も含め**各地域の特性を踏まえた柔軟な医療提供体制の整備が必要**。
  - 在宅医療の充実・推進は必要だが、**過度に病床を削減し在宅医療を推進できる環境は整っていない**。
  - 介護施設やケア付き住宅の整備も遅れている。
  - 医療機関の**機能分化や集約化は必要だが限界もある**。画一的に集約化を進めるのは**適当ではない**。
- 勤務医等の労働環境を把握し**負担軽減と処遇改善を図ることが必要**。診療所の医師も、**地域の医療と健康を支えるために数々の役割を果たしている**。

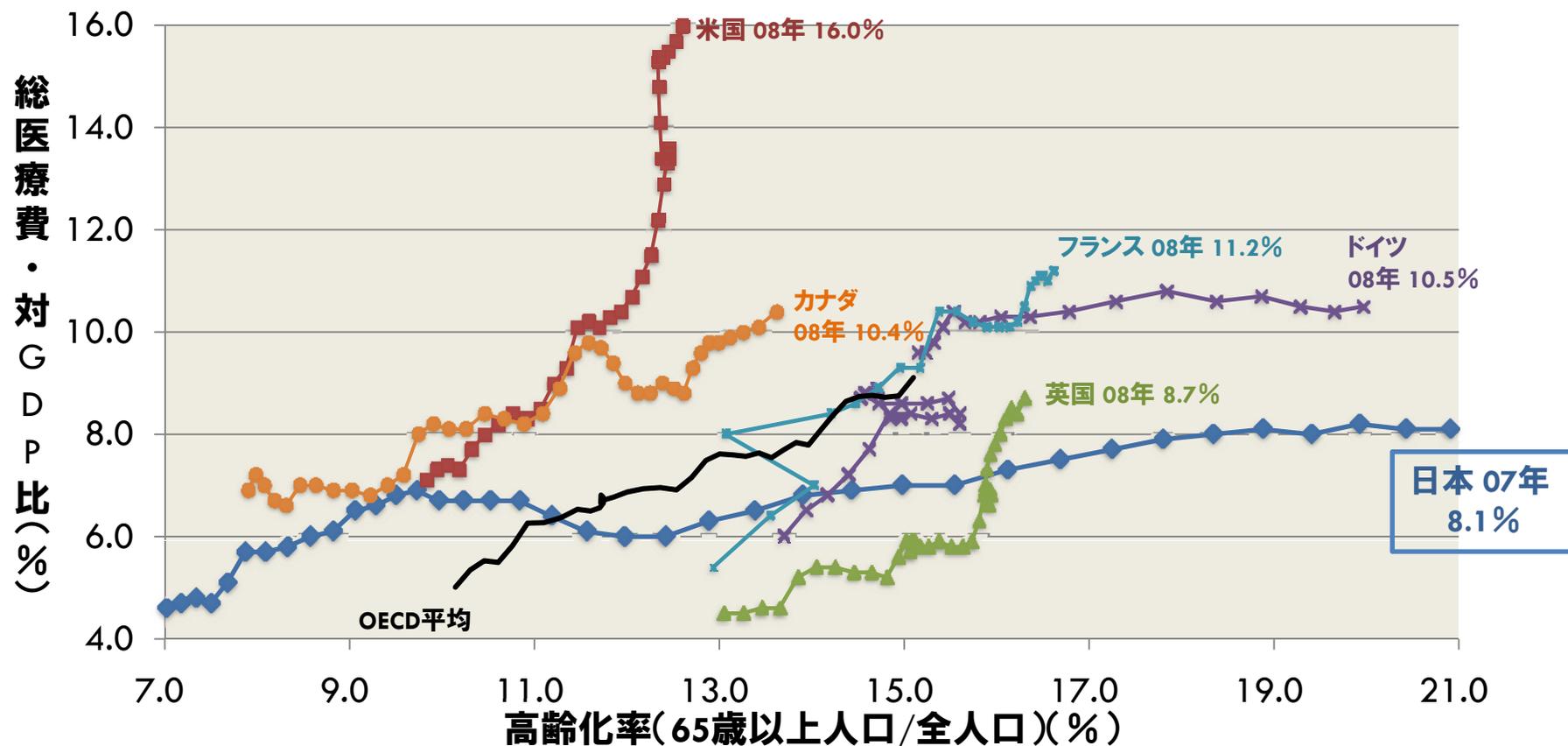
わが国の医療のあり方についての基本資料

# 医療費

# 高齢化にもかかわらず低水準の日本の総医療費

高齢化によって医療需要は高まり、必然的に医療費も増大する。しかしながら、国際的に見て、日本は高齢化が最も進んでいるにもかかわらず、これまでの医療費の水準は低く、医療への財源投入が過少である。医療費の伸びが低く抑えられたままでは、医療の質や国民の医療へのアクセスに対する悪影響が懸念される。

総医療費と高齢化率(1970年～最新年)

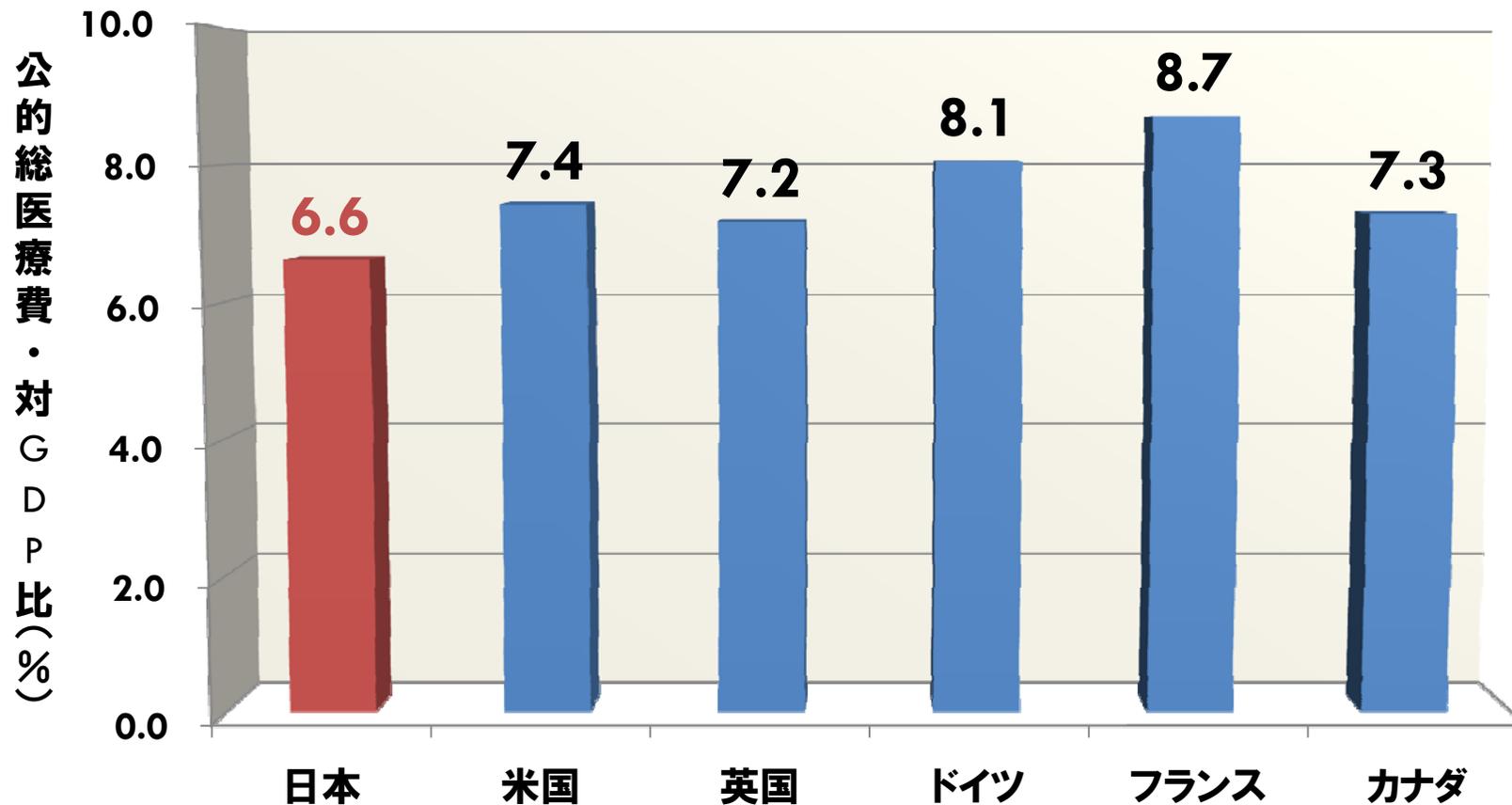


「総医療費」とは、国民医療費には含まれない非処方薬、公衆衛生費、施設管理運営費、研究開発費等を含むOECD独自のデータ。

(出所)OECD Health Data 2010, Ver. Jun 2010  
The World Bank, WDI Online

# 公的総医療費も低水準

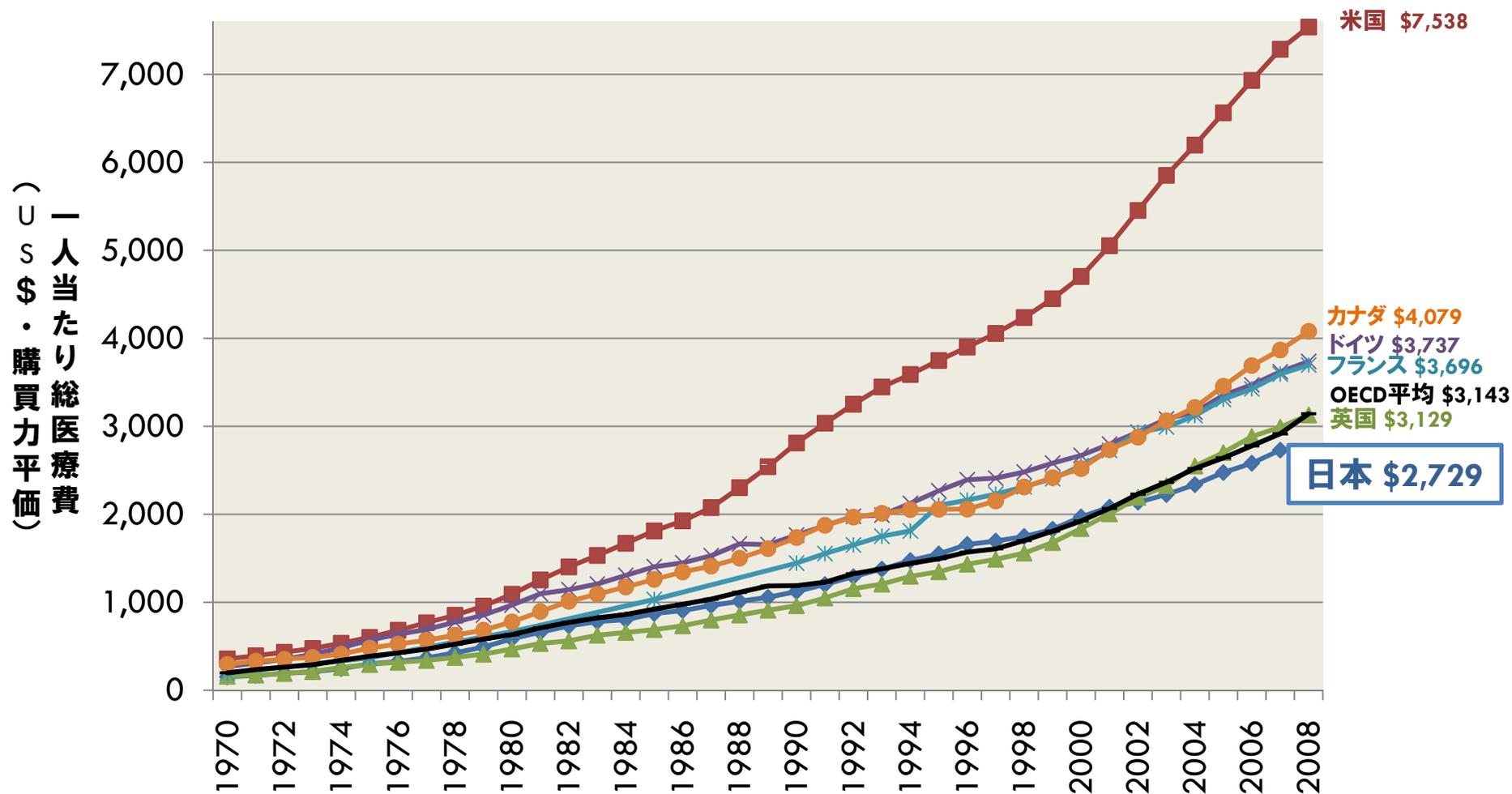
総医療費のうち社会保険料と税金で賄われる公的総医療費を見ると、日本の公的総医療費は、日本と近い医療保険制度をとるドイツ、フランスと比べて低い水準にあり、さらに、公的保障対象が高齢者・障害者と低所得者に限られている米国と比較しても低い。



2008年データ(日本は2007年)

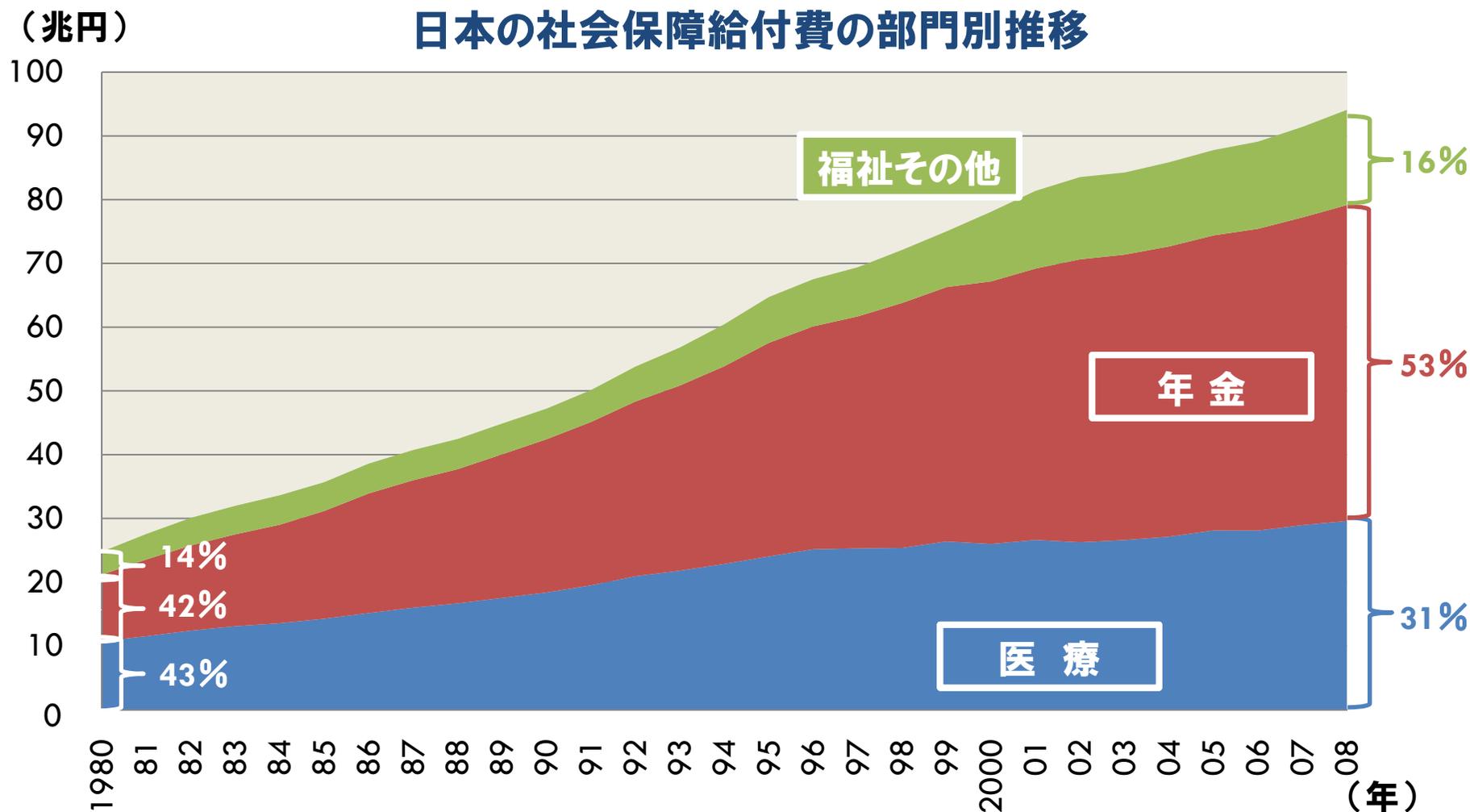
# 一人当たり総医療費も低い

一人当たりの総医療費の水準も、日本は国際的に見て低い。



# 社会保障給付費増加の主因は医療費ではない

社会保障給付費の内訳を見てみると、これまでは、最も伸びている年金に比べ医療の伸びは低く抑えられてきたといえる。



# 低い医療費水準のなかでも、世界一の日本の医療

WHO Health Report 2000 で総合1位となった日本の保健医療は、低い医療費水準が続くなかで、OECD Health Data 2009に基づく国際評価でも1位を獲得している。

REPORT CARD		
Health		
1	Japan	A
2	Switzerland	A
3	Italy	A
4	Norway	A
5	Sweden	B
6	France	B
7	Finland	B
8	Germany	B
9	Australia	B
10	Canada	B
11	Netherlands	C
12	Austria	C
13	Ireland	C
14	U.K.	D
15	Denmark	D
16	U.S.	D

▲総合評価

REPORT CARD											
Health Indicators											
	Life expectancy	Self-reported health status	Premature mortality	Mortality due to cancer	Mortality due to circulatory diseases	Mortality due to respiratory diseases	Mortality due to diabetes	Mortality due to musculo-skeletal system diseases	Mortality due to mental disorders	Infant mortality	Mortality due to medical mis-adventures
Australia	B	A	A	A	B	B	B	C	B	C	D
Austria	C	A	A	B	D	A	D	A	A	A	D
Belgium	C	A	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	B	n.a.
Canada	B	A	B	B	B	B	C	C	B	C	B
Denmark	D	A	B	D	C	C	B	D	D	B	A
Finland	C	B	B	A	D	A	A	B	D	A	A
France	B	A	B	B	A	A	A	B	B	B	C
Germany	C	B	A	B	D	A	B	A	B	B	C
Ireland	C	A	A	C	C	D	B	D	B	B	C
Italy	B	B	A	B	B	A	C	B	A	B	A
Japan	A	D	A	A	A	C	A	A	A	A	A
Netherlands	C	A	A	C	B	C	B	B	C	B	A
Norway	B	A	A	B	B	B	A	B	C	A	A
Sweden	B	A	A	A	C	A	B	B	C	A	C
Switzerland	A	A	A	A	B	A	A	C	C	B	n.a.
U.K.	C	A	B	C	C	D	A	D	C	C	B
U.S.	D	A	D	B	D	C	C	C	B	D	C

▲個別指標の評価

OECD, Health Data 2009 に基づく  
Conference board of Canada の国際評価

# OECD国際医療統計最新データ(死亡率)

多くの疾患で日本が最も死亡率が低い

(人)

	カナダ	フランス	ドイツ	イタリア	日本	英国	米国
妊娠、出産 (/女性100000人)	0.1	0.2	0.1	<u>0.0</u>	0.1	0.2	0.5
乳児 (/出生1000人)	5.1	3.8	3.5	3.7	<u>2.6</u>	4.7	6.7
がん (/人口100000人)	169.0	158.2	156.6	156.6	<u>137.2</u>	170.7	157.9
内分泌代謝疾患 (/人口100000人)	24.0	16.2	17.6	20.1	<u>7.8</u>	8.8	27.4
精神障害 (/人口100000人)	13.7	14.0	9.7	6.5	<u>2.0</u>	16.2	14.8
神経系疾患 (/人口100000人)	22.5	23.7	13.7	16.9	<u>6.6</u>	18.5	27.2
循環器系疾患 (/人口100000人)	160.6	118.3	224.2	166.4	<u>112.6</u>	178.7	205.4
呼吸器系疾患 (/人口100000人)	43.3	<u>25.9</u>	35.4	28.0	53.6	69.7	59.8
消化器系疾患 (/人口100000人)	20.4	22.6	30.6	20.3	<u>16.6</u>	30.8	23.1
筋骨格系疾患 (/人口100000人)	3.2	2.8	<u>1.6</u>	2.6	2.0	4.3	3.7
泌尿生殖器系疾患 (/人口100000人)	10.4	<u>6.7</u>	9.3	7.3	9.4	10.7	15.0

※最も低い国の値を赤で示す。

# OECD国際医療統計最新データ (損失生存可能年数)

(年)

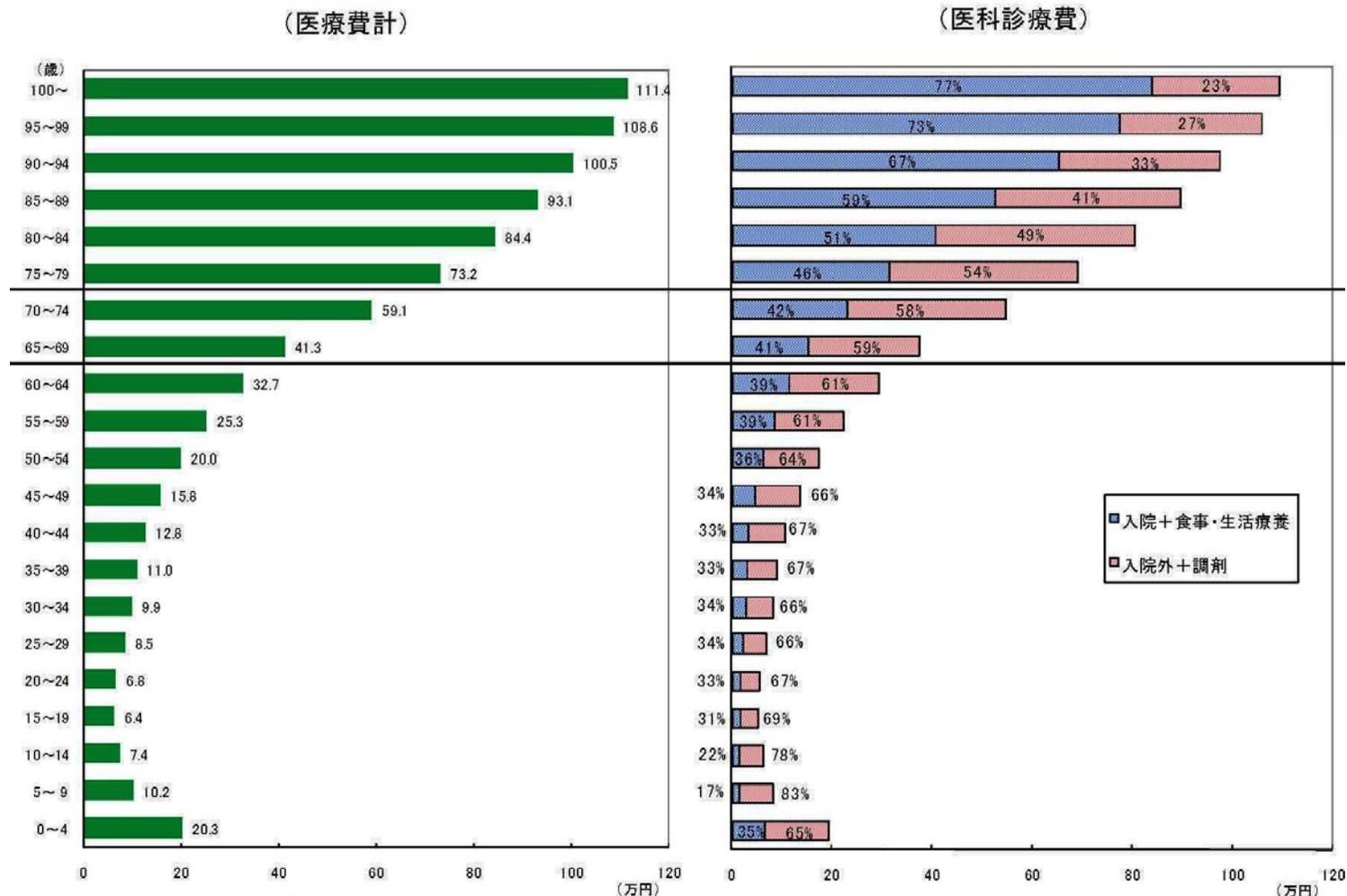
多くの疾患で日本が最も損失生存可能年数 = 社会的損失が少ない

	カナダ	フランス	ドイツ	イタリア	日本	英国	米国
妊娠、出産 (/女性100000人)	5	8	4	<u>2</u>	<u>2</u>	7	21
がん (/人口100000人)	823	942	833	801	<u>670</u>	828	841
内分泌代謝疾患 (/人口100000人)	104	75	71	69	<u>40</u>	76	163
精神障害 (/人口100000人)	36	88	87	25	<u>10</u>	90	67
神経系疾患 (/人口100000人)	106	119	107	86	<u>57</u>	147	122
循環器系疾患 (/人口100000人)	422	<u>335</u>	519	360	410	515	773
呼吸器系疾患 (/人口100000人)	86	71	86	<u>58</u>	107	164	188
消化器系疾患 (/人口100000人)	104	152	193	102	<u>99</u>	230	187
筋骨格系疾患 (/人口100000人)	13	9	<u>7</u>	8	11	13	25
泌尿生殖器系疾患 (/人口100000人)	20	<u>12</u>	15	14	17	20	53

※ある疾患によって基準年齢(本データは70歳)より若く亡くなった人について、  
基準年齢と死亡年齢の差を積算することで、社会的損失を測定。

# 年齢階級別1人当たり医療費(平成20年度)

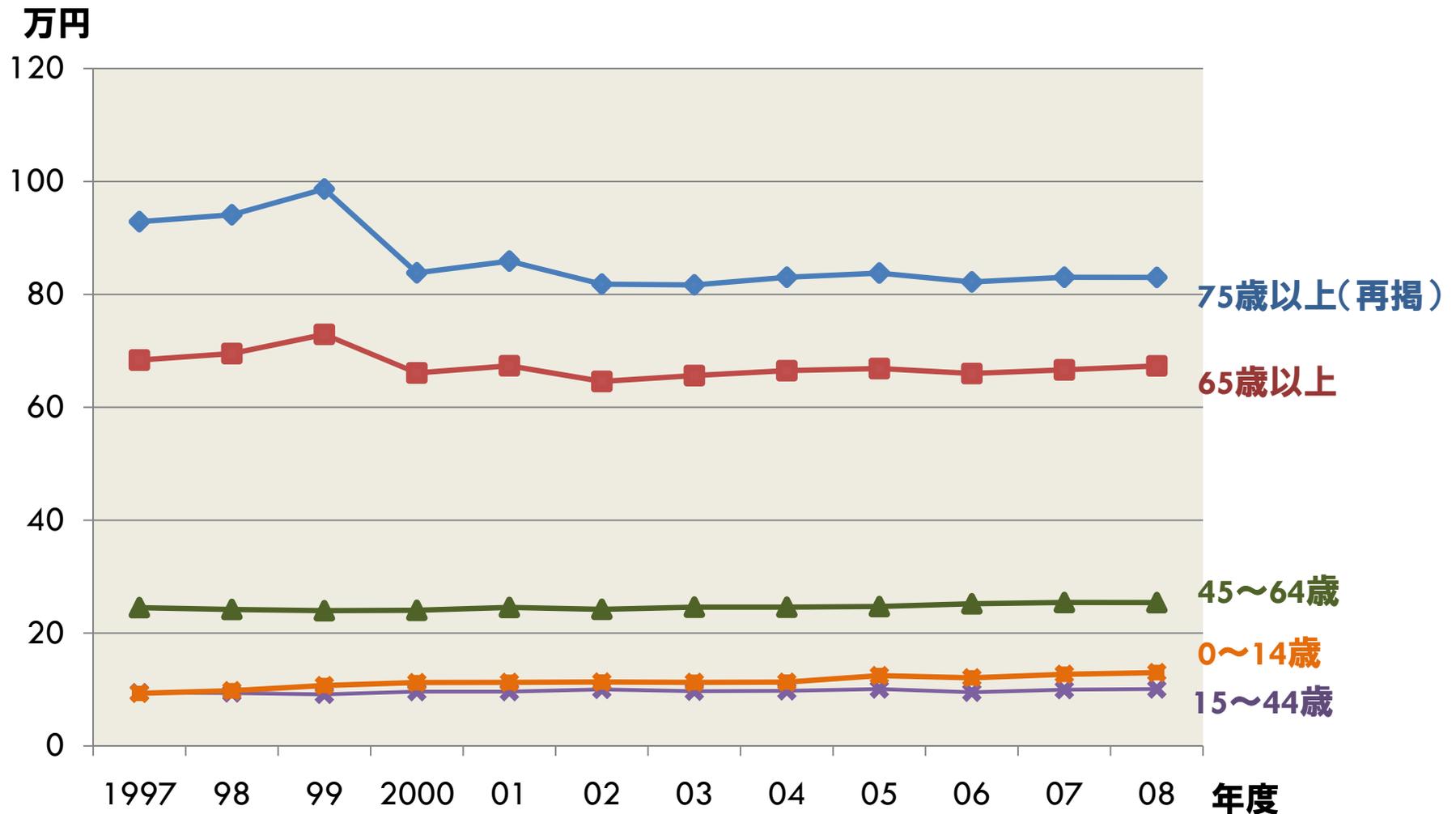
1人当たり国民医療費は、年齢とともに高くなり、70歳代までは外来(入院外+調剤)の割合が高いが、80歳代になると入院(食事・生活療養含む)の割合が高くなる。後期高齢者医療制度創設時の議論では、75歳以上で入院の割合が高くなっていたが、現在では80歳以上へと変化しており、75歳で区分する根拠は薄れている。



上記は、医療保険制度分の医療費のデータである。

# 年齢階級別1人当たり医療費は伸びていない

1人当たり国民医療費の年次推移を見ると、介護保険スタート時に65歳以上で減少し、それ以降は、各年齢階級ともおおむね横ばいである。

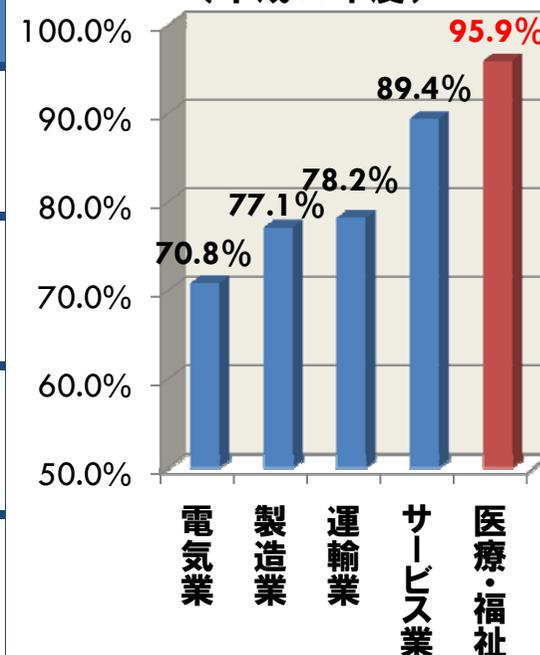


# 病院・診療所の損益分岐点比率は危険水域

損益分岐点比率は、「危険水域」とされる90%台に達し、さらに悪化を続けており、日本の医療機関の経営環境は著しく厳しい状況にある。

	診療所(法人)		病院(法人)		出所: 下記資料より算出
	n数	比率	n数	比率	
H13年度	2,429	89.6%	536	91.2%	TKC医業経営指標平成15年版 H14.4月期～H15.3月期決算
H14年度		91.8%		92.7%	
H15年度	2,475	93.3%	495	92.9%	
H16年度		93.1%		92.8%	
H17年度	3,011	92.8%	656	93.7%	TKC医業経営指標平成19年版 H18.4月期～H19.3月期決算
H18年度		94.3%		95.2%	
H19年度	3,705	94.0%	781	94.8%	TKC医業経営指標平成21年版 H20.4月期～H21.3月期決算
H20年度		95.0%		94.9%	

【参考】他産業との比較  
(平成19年度)



※一般に、「損益分岐点比率={固定費÷(1-変動費率)}÷売上高」で算出されるが、ここでは、(給与費+減価償却費+経費)を固定費、材料費・委託費を変動費とし、医業収益を売上として、医業利益ベースの損益分岐点比率を算出している。

※H13年度の医業収益、材料費・委託費、給与費、減価償却費、経費は、「H14年度の数値÷前年比」による。H15年度、H17年度、H19年度も同様。

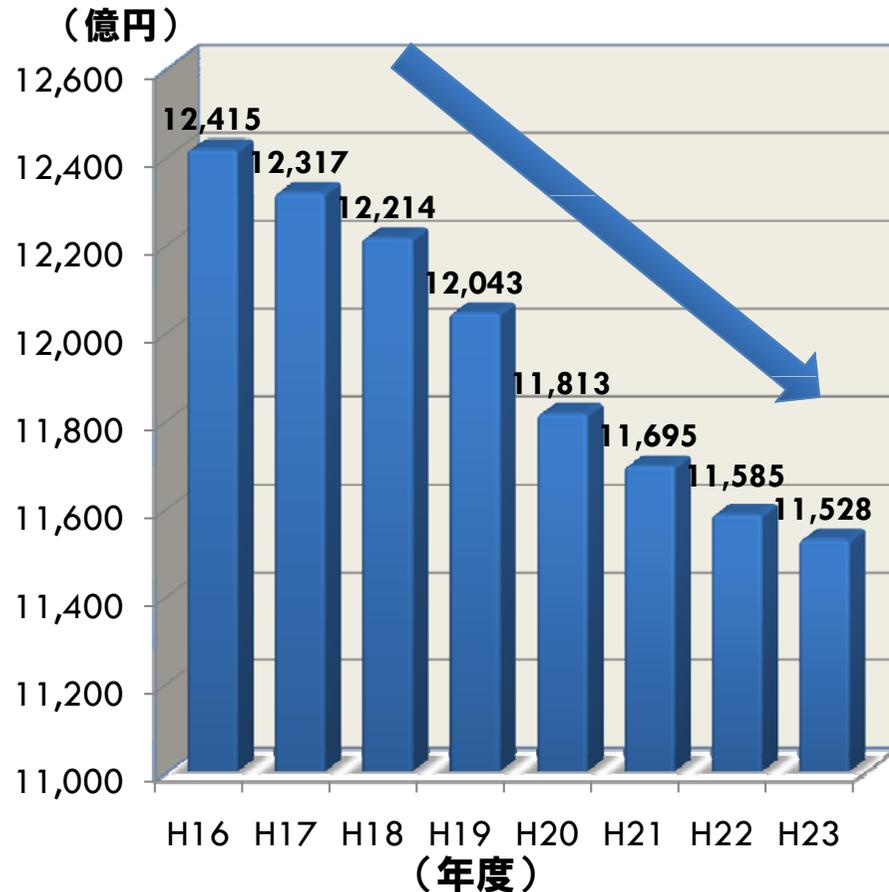
※H13年度とH14年度、H15年度とH16年度、H17年度とH18年度、H19年度とH20年度は、それぞれ定点だが、その他は非定点である。

損益分岐点比率は、低いほど収益性が高く、売上減少に耐えることが可能となる。一般に80%以下が優良であるとされる。

(出所)TKC医業経営指標より日本医師会作成;  
右図:財務総合政策研究所  
「財政金融統計月報」677号

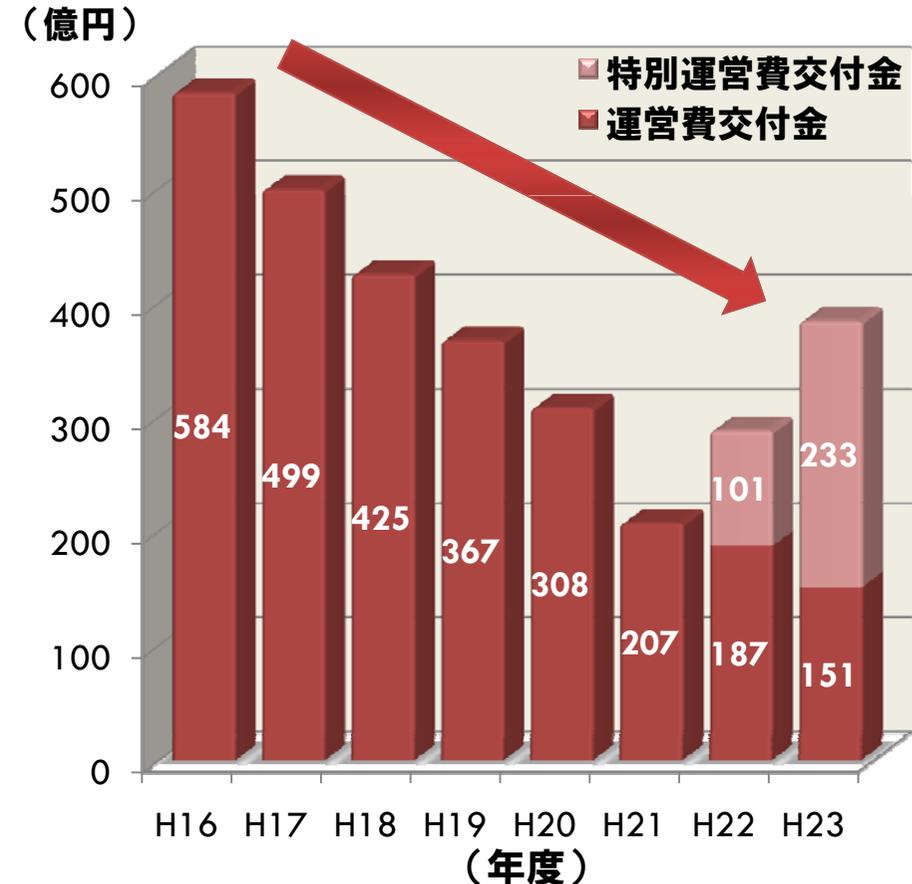
# 減り続けてきた大学への運営費交付金

## 国立大学法人



平成22、23年度は予算額

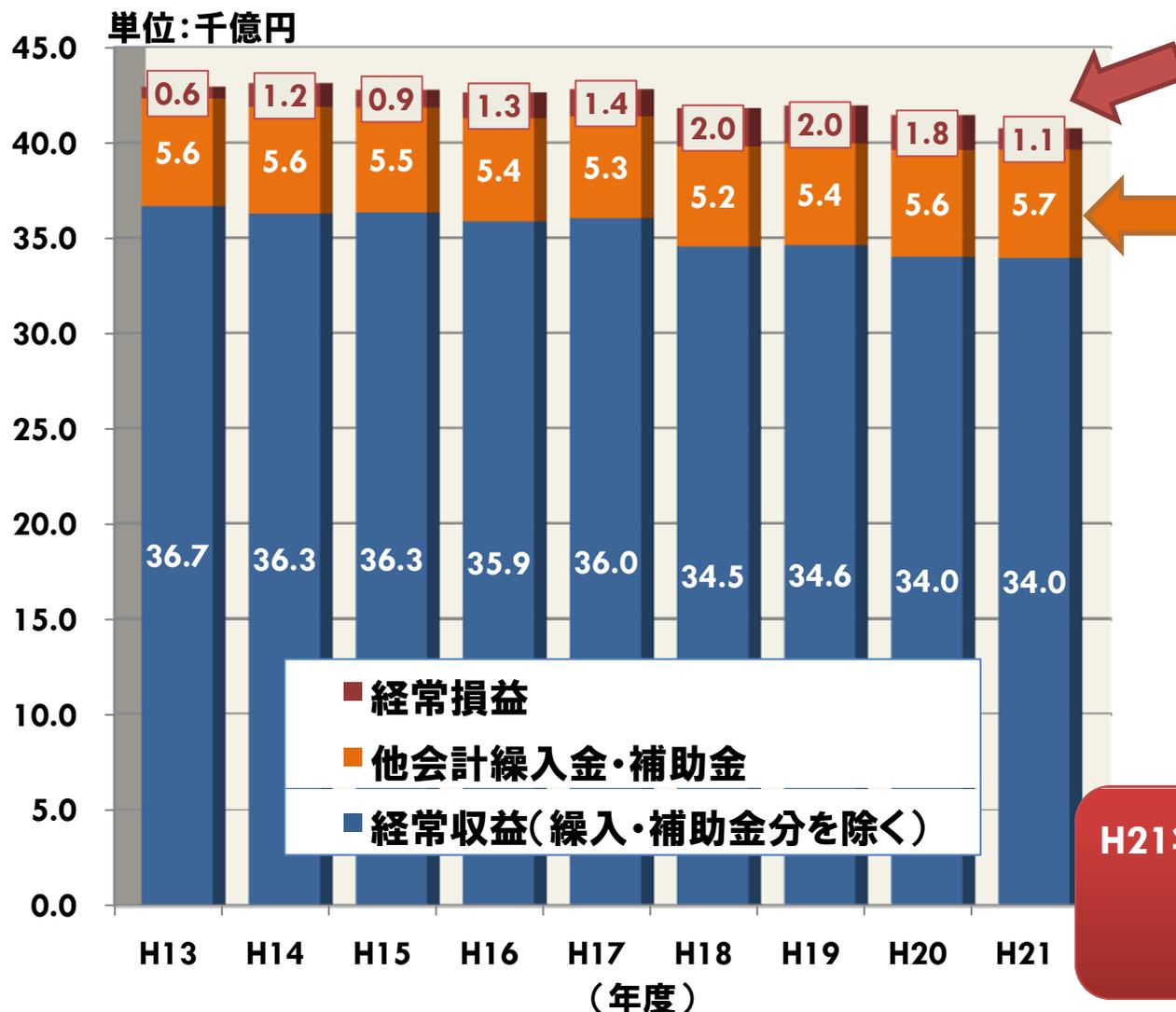
## 国立大学法人附属病院



※特別運営費交付金:地域医療拠点体制等充実支援経費  
(債務負担軽減策の拡充など)

(出所)文部科学省「国立大学法人等の  
平成21事業年度決算等について」ほか

# 医療費だけでは成り立たない公立病院 ～公立病院の経常収支の状況～



H21年度の経常損益は  
1,103億円  
(累積欠損金2兆1,571億円)

経常収益に占める税金  
(他会計繰入金・補助金)  
の割合は約14%

さらに資本的収支で、  
年2,046億円の  
繰入もなされている

年間の税金投入額は、  
計7,710億円!

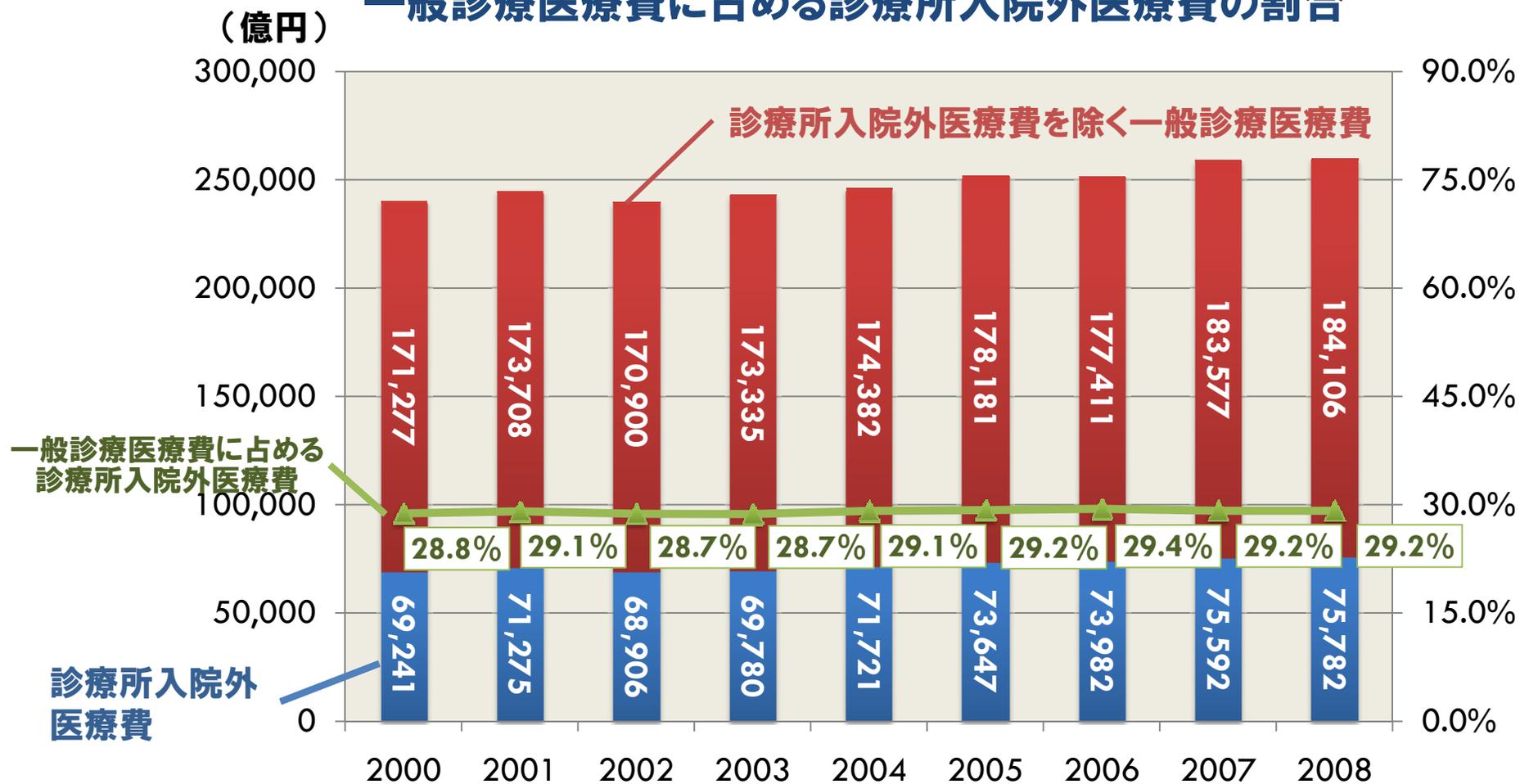
H21年度の実質的な経常収支は、  
**17%の赤字**

※企業債や一般会計からの繰入、借入金等の資本的収入と、病院の改修工事費、医療器械購入費、企業債の償還金等の資本的支出の収支。

# 診療所から病院への医療費配分のシフトは非現実的

一般診療医療費(医科医療費)に占める診療所入院外医療費の割合は30%に満たず、診療所から病院に医療費の配分をシフトすればよいとの議論は当てはまらない。

## 一般診療医療費に占める診療所入院外医療費の割合

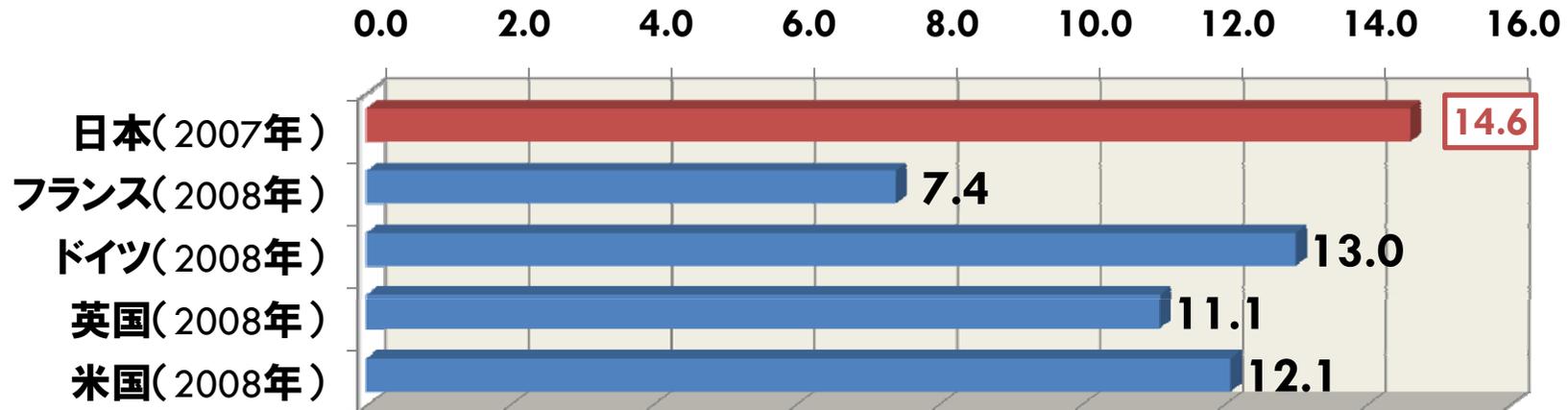


(出所)医療機関メディアス

# 日本の患者負担率は高い

日本の患者負担率は、他の主要先進諸国よりも高く、個人や家庭の経済的負担が大きくなっている。この患者負担率の高さが、国民が医療費の負担を重く感じる一因となっている。

## 総医療費に対する患者負担率



### 主要国の公的保険における患者負担割合:

【日本】3割(義務教育就学前2割;70歳以上1割(現役並所得者は3割))(2010年現在)

【フランス】入院2割;外来3割;薬剤0~10割(ただし、自己負担分を補填する補足疾病保険が発達しており(共済組合形式)、国民の8割が加入している)(2009年現在)

【ドイツ】入院:1日につき10ユーロ(年28日を限度);外来:同一疾病につき四半期ごとに10ユーロの診察料(紹介状持参者等は無料);薬剤1割(2009年現在)

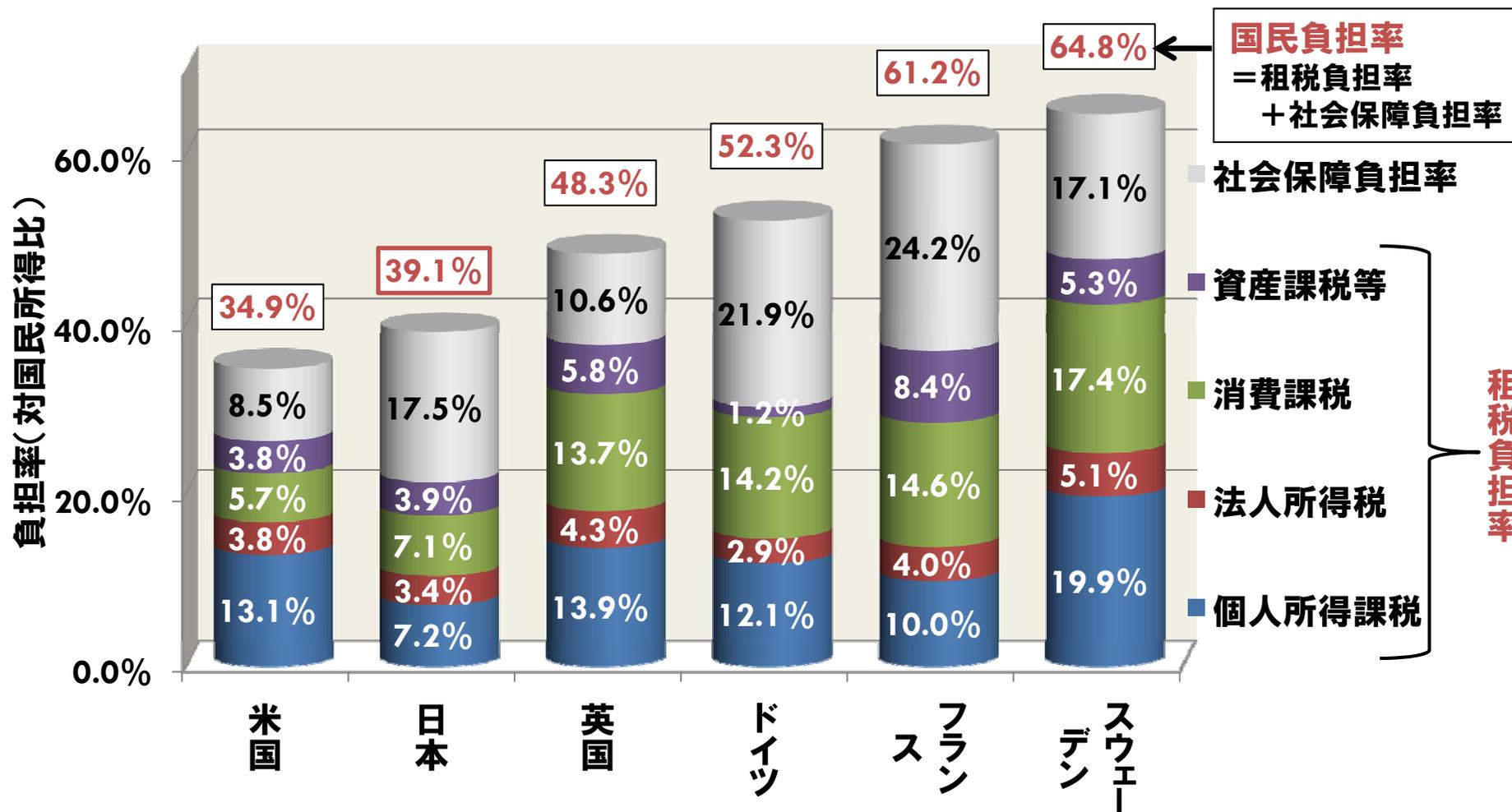
【英国】無料(歯科治療や薬剤に一部負担あり)

【米国】Medicare 入院:入院から60日 \$1100まで自己負担、61~90日 \$275/日、91日~150日 \$550/日、151日~全額負担;外来:年間\$155+超えた医療費の20%;薬剤:\$310まで全額自己負担、\$310~\$2830(処方箋薬額-\$310)×25%負担、\$2830~\$6440 全額自己負担、\$6440~:5%負担

(出所) OECD Health Data 2010, Ver. Jun 2010、厚生労働省資料、日本医師会・民間病院ドイツ医療・福祉調査団報告書

# 租税や社会保障の国民負担率は高くない

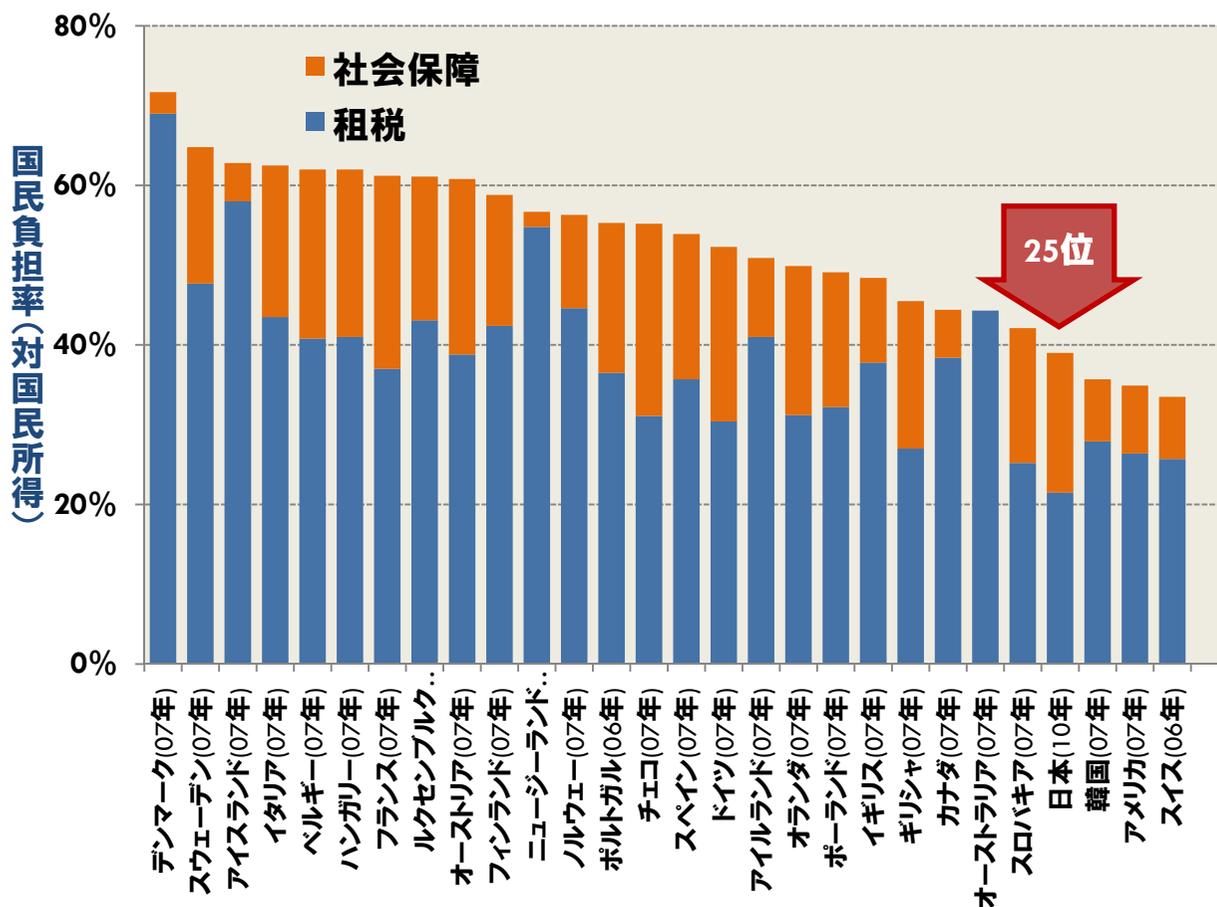
日本は、欧州先進諸国と比べて、租税負担率が約10ポイント以上低く、また、社会保障負担率も日本と同じ社会保険方式をとるフランス、ドイツと比べて4～7ポイント程度低い。



諸外国は、OECD, Revenue Statistics 1965-2008, National Accounts 1996-2007 等による2007年データ。日本は、2010年度予算ベース。

# 国民負担率の高さは国際競争力を削ぐ？

国民負担率が高まると国の競争力が弱まるという議論があるが、イノベーション・技術力国際調査や国際競争力調査では、国民負担率の高いスウェーデンやデンマークが日本よりもイノベーション力や国際競争力が高くなっており、そのような因果関係は認められない。



## イノベーション・技術競争力 国際調査(2009年)

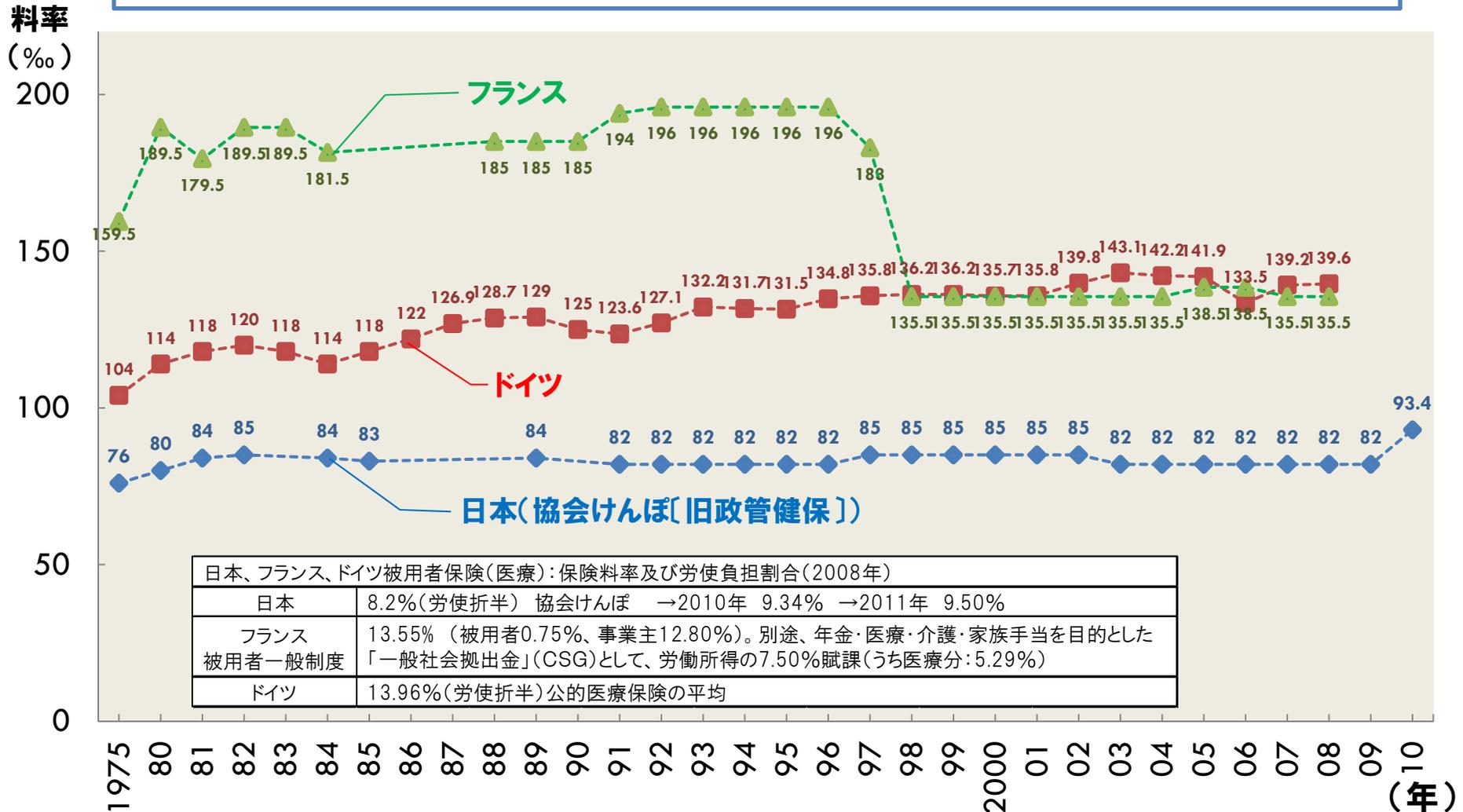
Rank	Country	Overall Score 2009
1	Singapore	73.4
2	Sweden	71.0
3	Luxembourg	66.2
4	Denmark	64.5
5	S. Korea	64.2
6	U.S.	63.9
7	Finland	59.6
8	UK	59.2
9	Japan	59.0
10	NAFTA*	58.6
11	Netherlands	58.4
12	France	57.3
13	Ireland	56.4
14	Belgium	56.3
15	Germany	55.0

(出典)日本:平成22年度予算ベース、諸外国:OECD "National Accounts 1996-2007" 及び同 "Revenue Statistics 1965-2008"

Information Technology and Innovation Foundation (USA) 調べ

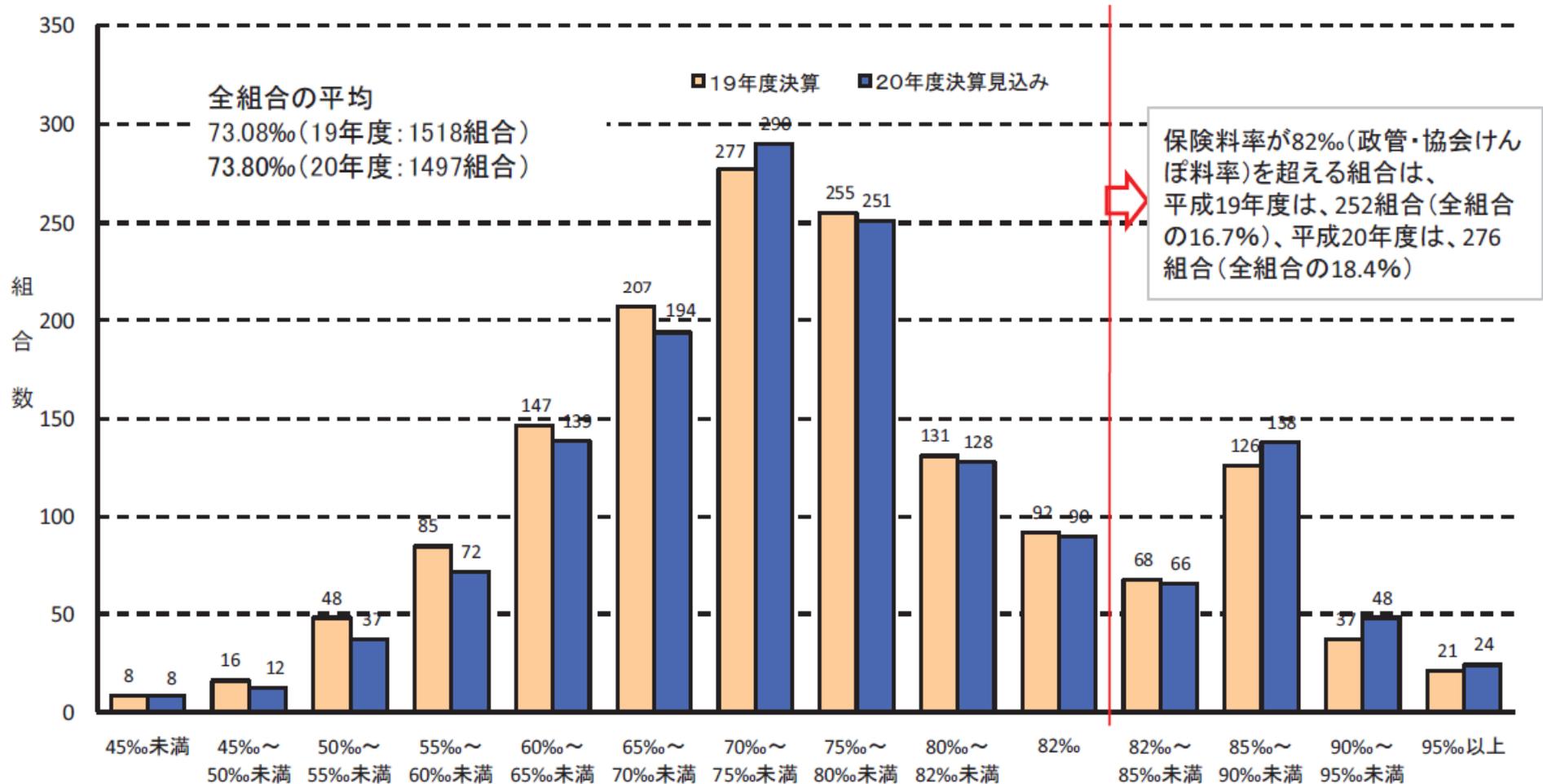
# 低水準の日本の保険料率

日本と近い保険制度をとるドイツ、フランスの保険料率は10%を超えており、日本は両国と比較して低い水準にある。



# 健保組合間の保険料率のばらつき

健康保険組合(1,518組合)の平均保険料率は73.8‰とさらに低い。個々の組合によって、保険料率は45‰未満から95‰超までばらつきがあり、協会けんぽの保険料率(平成20年度:82‰)を上回る組合数も、全体の約2割弱存在する。

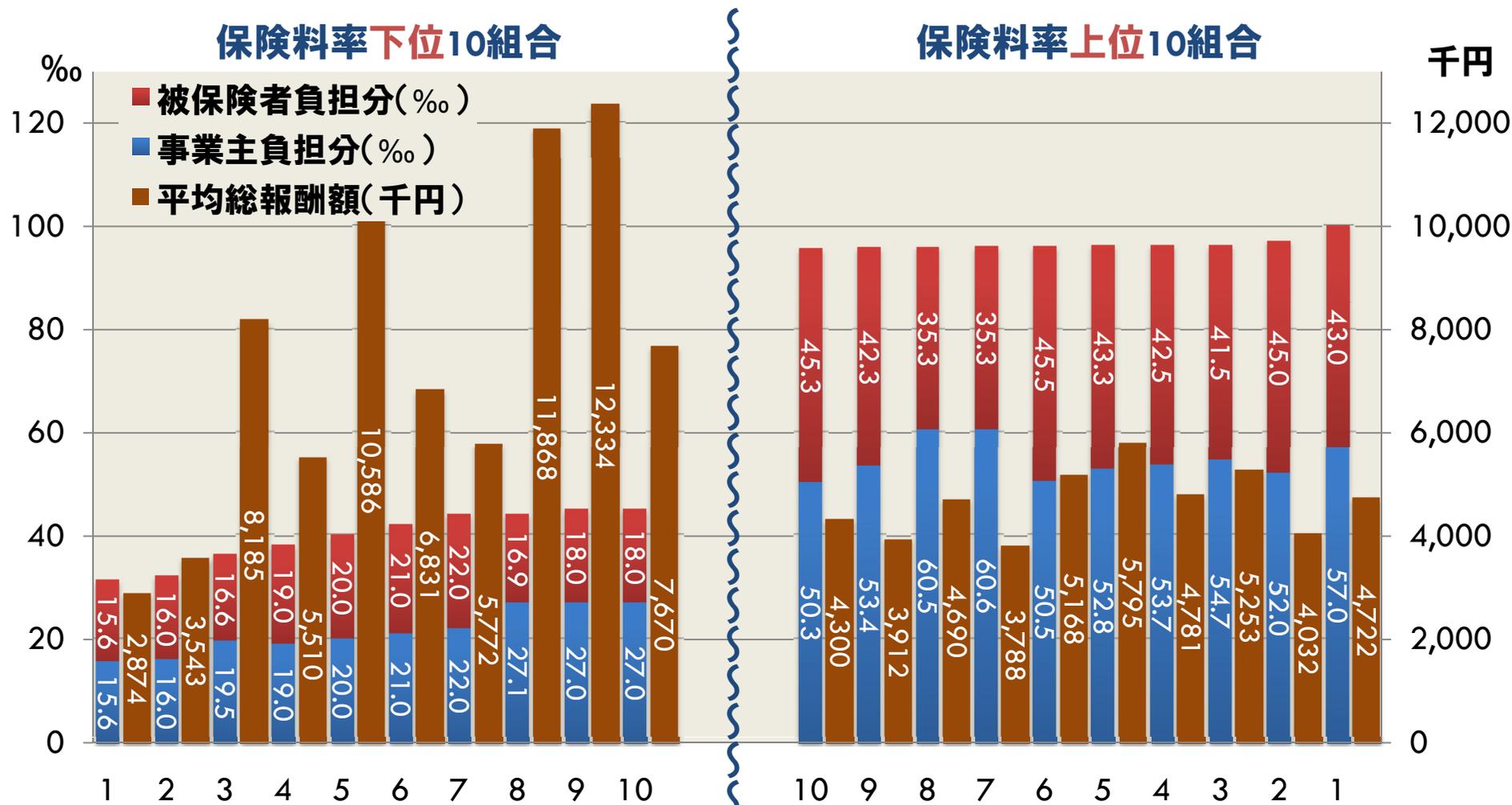


※ 保険料率には調整保険料率が含まれる。

※ 協会けんぽの保険料率は平成22年度に93.40‰に引き上げられた。

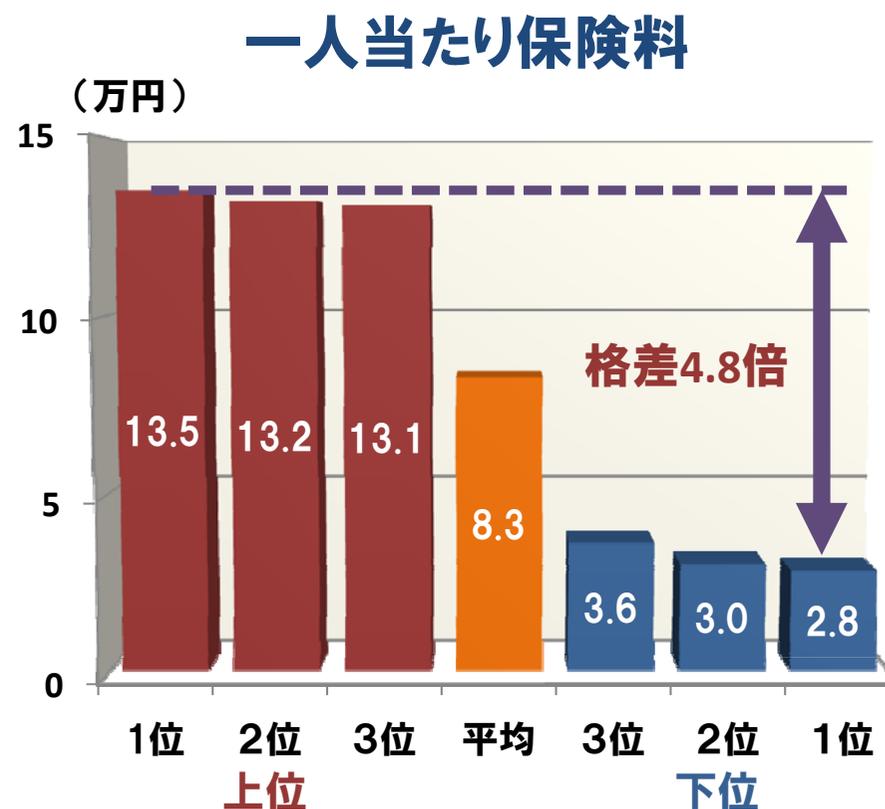
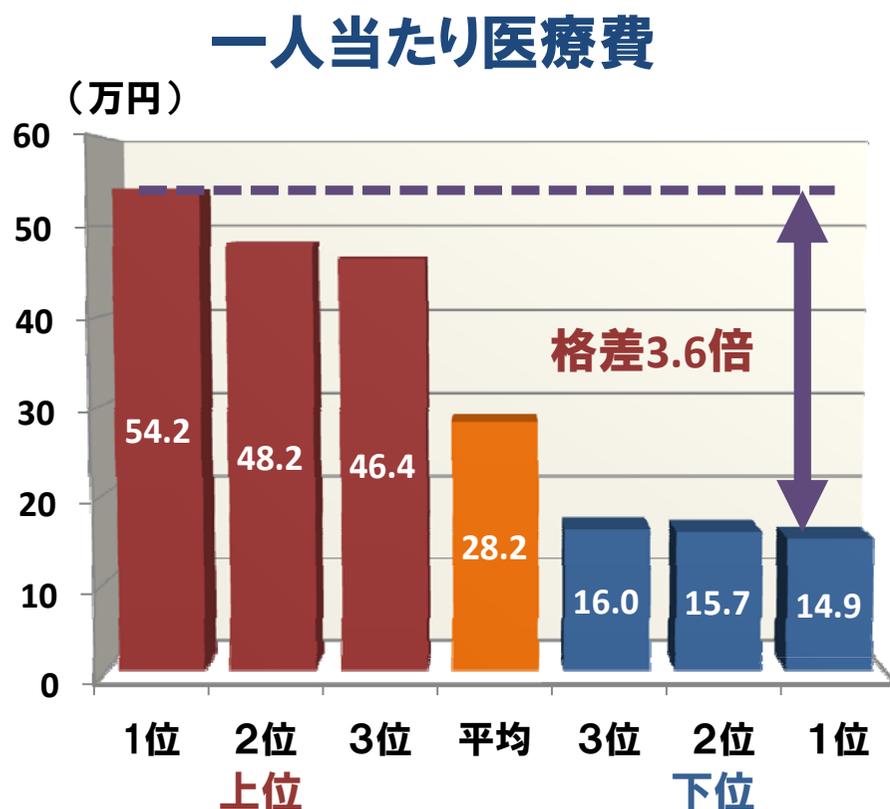
# 健保組合間の保険料率格差(平成20年度決算見込)

健保組合間の保険料率を比較すると、平均総報酬額の高い組合ほど、保険料率が低い傾向がみられ、能力に応じた負担の観点から、保険料率引き上げの余地はあると考えられる。



# 市町村国保間の保険料格差(平成20年度)

市町村国保間の一人当たり医療費格差は最大3.6倍、保険料格差では最大4.8倍にも達し、医療費や保険料の面でも地域格差が大きい。



※ 医療費、保険料は速報値であり、保険料額には介護分を含んでいない。  
(出所)厚生労働省「第2回高齢者医療制度改革会議参考資料」(2010年1月12日)

# 均一ではない後期高齢者医療制度の保険料

後期高齢者医療制度では、各都道府県が均一の保険料を定めているが、1人あたり医療給付費が全体の1人あたり平均医療給付費より20ポイント以上低い地域では、特例として段階的に保険料が低く設定されており、最大で均等割17,569円、所得割3.29%の差がある。

	特例数	均一保険料		不均一保険料(最小値)		差	
		均等割額	所得割率	均等割額(円)	所得割率(%)	均等割額(円)	所得割率
北海道	15	44,192円	10.28%	38,602円	8.98%	-5,590円	-1.30
高知	8	48,931円	8.94%	44,114円	8.06%	-4,817円	-0.88
鹿児島	8	45,900円	8.63%	39,900円	7.50%	-6,000円	-1.13
京都	7	44,410円	8.68%	39,220円	7.67%	-5,190円	-1.01
東京	7	37,800円	7.18%	33,291円	6.33%	-4,509円	-0.85
沖縄	6	48,440円	8.80%	44,050円	8.01%	-4,390円	-0.79
熊本	5	47,000円	9.03%	42,400円	8.15%	-4,600円	-0.88
愛知	5	41,844円	7.85%	36,314円	6.82%	-5,530円	-1.03
兵庫	4	43,924円	8.23%	26,355円	4.94%	-17,569円	-3.29
奈良	4	40,800円	7.70%	37,000円	7.00%	-3,800円	-0.70
福島	4	40,000円	7.60%	33,688円	6.41%	-6,312円	-1.19
千葉	4	37,400円	7.29%	33,900円	6.61%	-3,500円	-0.68
長崎	3	42,400円	7.80%	37,500円	6.90%	-4,900円	-0.90
群馬	3	39,600円	7.36%	35,700円	6.63%	-3,900円	-0.73
長野	3	36,225円	6.89%	33,672円	6.41%	-2,553円	-0.48
和歌山	2	42,649円	7.91%	38,901円	7.22%	-3,748円	-0.69
宮崎	2	42,500円	7.55%	38,400円	6.82%	-4,100円	-0.73
栃木	2	37,800円	7.18%	33,800円	6.38%	-4,000円	-0.80
静岡	2	36,400円	7.11%	33,446円	6.54%	-2,954円	-0.57
大分	1	47,100円	8.78%	43,500円	8.11%	-3,600円	-0.67
石川	1	45,240円	8.26%	41,760円	7.61%	-3,480円	-0.65
岡山	1	44,000円	8.55%	40,100円	7.78%	-3,900円	-0.77
埼玉	1	40,300円	7.75%	36,020円	6.93%	-4,280円	-0.82
広島	1	41,791円	7.53%	38,971円	7.03%	-2,820円	-0.50
山梨	1	38,710円	7.28%	34,064円	6.40%	-4,646円	-0.88
三重	1	36,800円	6.83%	34,155円	6.34%	-2,645円	-0.49
岩手	1	35,800円	6.62%	33,318円	6.17%	-2,482円	-0.45

保険運営を都道府県単位にしたからといって、ただちに同一都道府県内における保険料格差がなくなるわけではない。

特例数順。表に記載のない府県は特例無し。

# 生存期間に対する医療技術のコストと便益

日本とは医療制度や社会経済状況等が異なるが、米国の実証研究によれば、血管再生術によって平均余命は約1.1年増えるものの、そのための費用は約38,000ドルであり、生存1年当たりのコストは33,246ドル。他方、血管再生術を行わない大病院における平均余命の増加は0.06年にとどまり、それ自体の費用は約10,000ドルと低いが、生存1年当たりのコストは175,719ドル。1年当たりの人生の価値を約10万ドルとすると、血管再生術は費用効率が高いとされている。

手術後年数	血管再生術(①) (Revascularization)		血管再生術を行わない 心臓発作患者年間 75人以上の大病院(②)	
	①にも②にも該当しない 場合と比較した死亡 リスクの変化(年数)	費用	①にも②にも該当しない 場合と比較した死亡 リスクの変化(年数)	費用
1年	0.061	\$30,149	-0.009	\$4,065
2年	-0.029	\$27,339	-0.005	\$5,300
3年	-0.067	\$25,919	-0.004	\$5,993
4年	-0.043	\$26,820	-0.001	\$6,560
5年	-0.106	\$27,517	-0.005	\$7,296
6年	-0.119	\$29,662	-0.005	\$7,659
7年	-0.119	\$31,090	-0.005	\$7,953
8年	-0.108	\$32,919	-0.004	\$7,982
9年	-0.111	\$36,961	-0.006	\$8,087
10年	-0.119	\$38,028	-0.007	\$8,314
11年	-0.113	\$38,191	-0.006	\$8,532
12年	-0.120	\$40,804	-0.009	\$9,002
13年	-0.074	\$38,079	-0.006	\$9,161
14年	-0.064	\$38,708	-0.005	\$9,671
15年	-0.047	\$36,758	-0.005	\$9,524
16年	-0.041	\$37,200	-0.006	\$9,599
17年	-0.051	\$37,990	-0.007	\$9,770

(出所) Cutler, David, The lifetime costs and benefits of medical technology, *Journal of Health Economics*, 26 (2007), 1081-1100 のTable 5を一部改変

# 心臓発作に対するCost-of-Living Index (QOLを含む):1984年～1994年

医療費は、医療技術の進展とともに年々増加しており、たとえば、心臓発作の場合、10年間でメディケア支出は6,682ドル上昇している。しかし、治療成績の向上により、追加的な生存1年あたりの価値も大きく増加し、費用効率は高まっていることから、医療費の増加のみを取り上げ問題視することは適当ではない。

年	平均余命	QOL (生活の質)	健康時の1年間の価値に対する 追加的な1年間の生存の価値(ドル)			メディケア支出(ドル)	
			\$10,000	\$25,000	\$100,000	コスト	1984年からの 変化額
1984	5年0ヵ月	0.67	-	-	-	11,483	
1985	5年0ヵ月	0.68	722	1,805	7,219	12,066	\$583
1986	5年1ヵ月	0.68	1,266	3,166	12,664	12,395	912
1987	5年2ヵ月	0.69	2,235	5,588	22,352	12,673	1,190
1988	5年4ヵ月	0.70	3,426	8,566	34,263	13,123	1,640
1989	5年6ヵ月	0.70	4,839	12,096	48,386	13,588	2,105
1990	5年8ヵ月	0.71	5,839	14,596	58,385	14,186	2,703
1991	5年9ヵ月	0.72	7,007	17,518	70,070	15,293	3,810
1992	5年10ヵ月	0.72	7,936	19,840	79,360	16,867	5,385
1993	6年0ヵ月	0.73	9,019	22,548	90,193	17,581	6,098
1994	6年0ヵ月	0.74	9,373	23,431	93,727	18,165	6,682

心臓発作の治療(約1.8万ドル)による救命によって、  
生存による新たな価値を約14万ドルも生み出している。

(出所) D.M. Cutler, M. McClellan, J.P. Newhouse, and D. Remler, Pricing Heart Attack Treatments, in *Medical Care Output and Productivity* edited by David M. Cutler and Ernst R. Berndt 2001