

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区分) 保険適用開始年月日:平成20年7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
21100BZZ00032000	シリジエクター I	大研医器株式会社	麻酔用精密持続注入器
21100BZZ00032000			携帯型注入ポンプ
21100BZZ00032000			精密持続点滴装置
21400BZZ00497000	クーデックハルンジェクター	大研医器株式会社	麻酔用精密持続注入器
21400BZZ00497000			携帯型注入ポンプ
21400BZZ00497000			精密持続点滴装置
21600BZY00228000	網膜観察装置 OCT オフサルモスコプ	株式会社ニデック	眼底三次元画像解析装置
21700BZG00045000	インファントフローサイバップ	エア・ウォーター株式会社	人工呼吸器
22000BZX00790000	エスバ イア 7900	ジーエー横河メテカシステム株式会社	麻酔器(Ⅱ)
22000BZX00798000	生体情報モニタ IntelliVue MP5	株式会社フリップスエレクトロニクスジャパン	モニタ
220AABZX00020000	超音波診断装置 APLIO ARTIDA SSH-880CV	東芝メカニカルシステム株式会社	超音波検査装置(Ⅱ)
220AABZX00077000	アキュソ P10	持田シーメンスメカニカルシステム株式会社	超音波検査装置(Ⅰ)
220AABZX00101000	アロサウンド 2	アロ株式会社	超音波検査装置(Ⅰ)
220ABBZX00067000	十二指腸ビデオスコープ OLYMPUS JF TYPE Y0001	オリンパスメカニカルシステム株式会社	内視鏡
220ABBZX00078000	十二指腸ビデオスコープ OLYMPUS TJF TYPE Y0001	オリンパスメカニカルシステム株式会社	内視鏡
220ABBZX00110000	一般X線撮影装置 MRAD-A20SC形 RADREX	東芝メカニカル製造株式会社	診断用X線装置
220ABBZX00111000	一般X線撮影装置 MRAD-A25SC形 RADREX	東芝メカニカル製造株式会社	診断用X線装置
220ABBZX00129000	ペンタックス ビデオ超音波内視鏡 EG-3870UTK	HOYA株式会社	内視鏡
220ABBZX00130000	ペンタックス ビデオ超音波内視鏡 EG-3670URK	HOYA株式会社	内視鏡
220ABBZX00131000	ペンタックス ビデオ超音波内視鏡 EG-3830UT	HOYA株式会社	内視鏡
220ABBZX00132000	ペンタックス ビデオ食道スコープ EE-1580K	HOYA株式会社	内視鏡
220ABBZX00133000	ペンタックス ビデオ気管支スコープ EB-1170K	HOYA株式会社	内視鏡
220ABBZX00135000	ペンタックス ビデオ気管支スコープ 70シリーズ	HOYA株式会社	内視鏡
220ABBZX00138000	ペンタックス ビデオ上部消化管スコープ EG-1870K	HOYA株式会社	内視鏡
220ABBZX00140000	ペンタックス ビデオ上部消化管スコープ EG-2470K	HOYA株式会社	内視鏡
220ABBZX00141000	ペンタックス ビデオ上部消化管スコープ EG-2970K	HOYA株式会社	内視鏡
220ABBZX00142000	ペンタックス ビデオ上部消化管スコープ EG-3470K	HOYA株式会社	内視鏡
220ABBZX00143000	ペンタックス ビデオ上部消化管スコープ EG-1580K	HOYA株式会社	内視鏡
220ABBZX00146000	ペンタックス ビデオ膀胱スコープ EGY-1570	HOYA株式会社	内視鏡
220ABBZX00147000	ペンタックス 気管支ファイバースコープ FB-15BS	HOYA株式会社	内視鏡
220ABBZX00148000	ペンタックス 気管支ファイバースコープ FB-15RBS	HOYA株式会社	内視鏡
220ABBZX00149000	ペンタックス 気管支ファイバースコープ FB-18BS	HOYA株式会社	内視鏡
220ABBZX00150000	ペンタックス 気管支ファイバースコープ FB-18RBS	HOYA株式会社	内視鏡
220ABBZX00151000	ペンタックス 膀胱ファイバースコープ FCY-BSシリーズ	HOYA株式会社	内視鏡
220ABBZX00152000	ペンタックス ヒステロファイバースコープ FHY-BSシリーズ	HOYA株式会社	内視鏡
220ABBZX00154000	ペンタックス 鼻咽喉ファイバースコープ FNL-10RBS	HOYA株式会社	内視鏡
220ABBZX00155000	ペンタックス 尿管ファイバースコープ FUR-BSシリーズ	HOYA株式会社	内視鏡
220ABBZX00157000	ペンタックス ビデオ鼻咽喉スコープ VNL-1070STK	HOYA株式会社	内視鏡
220ABBZX00158000	ペンタックス ビデオ鼻咽喉スコープ VNL-1170	HOYA株式会社	内視鏡
220ABBZX00159000	ペンタックス ビデオ鼻咽喉スコープ VNL-1570STK	HOYA株式会社	内視鏡
220ABBZX00160000	ペンタックス ビデオ鼻咽喉スコープ VNL-1570	HOYA株式会社	内視鏡
220ABBZX00161000	ペンタックス ビデオ鼻咽喉スコープ VNL-100s	HOYA株式会社	内視鏡
220ABBZX00162000	ペンタックス ビデオ鼻咽喉スコープ VNL-100STs	HOYA株式会社	内視鏡
220ABBZX00163000	ペンタックス ビデオ鼻咽喉スコープ VNL-110s	HOYA株式会社	内視鏡
220ABBZX00164000	ペンタックス ビデオ鼻咽喉スコープ VNL-110STs	HOYA株式会社	内視鏡
220ABBZX00165000	ペンタックス ビデオ鼻咽喉スコープ VNL-150s	HOYA株式会社	内視鏡

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区分) 保険適用開始年月日:平成20年7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
220ABBZX00166000	ペンタックスビデオ上部消化管スコープ EG-3870TK	HOYA株式会社	内視鏡
220ABBZX00167000	ペンタックスビデオ上部消化管スコープ EG-2990i	HOYA株式会社	内視鏡
220ABBZX00168000	ペンタックスビデオ上部消化管スコープ 70Kシリーズ	HOYA株式会社	内視鏡
220ABBZX00173000	ペンタックスビデオ大腸スコープ EC-3870シリーズ	HOYA株式会社	内視鏡
220ABBZX00213000	カセットレスX線テレビシステム SHIMAVISION EX Pro	株式会社島津製作所	診断用X線装置
220ADBZX00067000	s5r イメージングシステム	ホルケーノ・ジャパン株式会社	超音波検査装置(IV)
220ADBZX00073000	救急用カフノメータ EMMAシリーズ	フクダ電子株式会社	モニタ
220AGBZX00033A01	フィンガータイプハルスオキシメータ OXISANTA	株式会社コーケン	ハルスオキシメータ
220AGBZX00036000	ペンタックスビデオ気管支スコープ 70Kシリーズ	HOYA株式会社	内視鏡
220AGBZX00040000	ペンタックス鼻咽喉ファイバースコープ FNL-RP3シリーズ	HOYA株式会社	内視鏡
220AGBZX00041000	ペンタックス気管支ファイバースコープ FB-8V	HOYA株式会社	内視鏡
220AGBZX00051000	ペンタックス胆道ファイバースコープ FCN-15X	HOYA株式会社	内視鏡
220AGBZX00052000	ペンタックス胆道ヘビーファイバースコープ FCP-9P	HOYA株式会社	内視鏡
220AGBZX00067000	ペンタックス気管支ファイバースコープ FB-Vシリーズ	HOYA株式会社	内視鏡
220AGBZX00110000	スーパーカイン SK-10WDX	ミナト医科学株式会社	低周波治療器
220AGBZX00111000	スーパーカイン SK-10W	ミナト医科学株式会社	低周波治療器
220AGBZX00114000	デジタルラジオグラフィ CXDI-60G	キヤノン株式会社	デジタル映像化処理装置
220AIBZX00039000	アキュソン P50	持田シーメンスメディカルシステム株式会社	超音波検査装置(II)
220AIBZX00044000	イシオ	シーメンス旭メディック株式会社	診断用X線装置
220ALBZX00049000	スーパーテクトロン HX604	株式会社テクリック	低周波治療器

新たな保険適用 区分B(個別評価)(材料価格として個別に評価されている部分) 保険適用開始年月日:平成20年7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)
20400BZZ00945000	ザヘルスシリコンマーゲゾンデ	株式会社イモヘルス	006 在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル(1)経鼻用(1)一般用	¥204
21000BZZ00583000	ベスト肩鎖関節プレート	ベストメディカル株式会社	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)	¥96,100
21100BZZ00032000	シリジエクター I	大研医器株式会社	008 携帯型ディスポーザブル注入ポンプセット	¥4,000
21100BZZ00509A01	VT PTA バルーンカテーテル	株式会社東海メディカルプロダクツ	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 A 標準型	¥63,600
21400BZZ00497000	クーデックバルーンジェクター	大研医器株式会社	008 携帯型ディスポーザブル注入ポンプセット	¥4,000
21600BZZ00372000	ベスト肩鎖関節プレート(滅菌済み)	ベストメディカル株式会社	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)	¥96,100
21600BZZ00598000	キャリー	株式会社ユー・ティー・エム	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③ デタッチャブルコイル用	¥66,600
21600BZZ00598A01	マイクロカテーテル	株式会社ユー・ティー・エム	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	¥41,800
21600BZZ00598A01			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① 選択的アプローチ型 A プレードあり	¥54,300
21600BZZ00634A02	アジャストメント・ヒップ・スクリュー(滅菌品)	ナカシマプロテック株式会社	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)	¥87,600
21600BZZ00634A02			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)	¥143,000
21600BZZ00634A02			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)	¥53,500
21600BZZ00634A02			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)	¥10,000
21600BZZ00634A02			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)	¥7,280
21800BZZ10130000	フィルトライザー-NF	東レ株式会社	040 人工腎臓用特定保険医療材料(回路を含む。)(1)ダイアライザー⑨ ホローファイバー型及び積層型(キール型)(膜面積1.5㎡以上)(IV)	¥1,800
21800BZZ10130000			040 人工腎臓用特定保険医療材料(回路を含む。)(1)ダイアライザー④ ホローファイバー型及び積層型(キール型)(膜面積1.5㎡未満)(IV)	¥1,770
21900BZZ00025000	UA-CV カテーテル キット	日本シャーウッド株式会社	021 中心静脈用カテーテル(2)抗血栓性型	¥2,380
219AABZX00243000	COOK バルーン泌尿器用カテーテルキット	Cook Japan株式会社	135 尿路拡張用カテーテル(3)尿道用	¥41,700
219AFBZX00189000	BD マイクロファイブラス 29G-F	日本ヘクトニクス株式会社	007 万年筆型注入器用注射針(1)標準型	¥15
22000BZI00008000	ティテコ 小児用人工肺	ゾリン株式会社	124 ディスポーザブル人工肺(膜型型)(1)体外循環型(リザーバー機能あり)	¥171,000
22000BZI00008000			124 ディスポーザブル人工肺(膜型型)(2)体外循環型(リザーバー機能なし)	¥157,000
22000BZX00120000	ジェネシス II オキシウム フェモラルコンポーネント	スミス・アンド・ネヒー オートメディックス株式会社	058 人工膝関節用材料(1)大腿骨側材料③全置換用材料(Ⅲ)	¥357,100
22000BZX00185000	コアTAG胸部大動脈ステントグラフトシステム	ジャパコアテックス株式会社	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	¥1,620,000
22000BZX00576000	MOD-Centaur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① 大腿骨ステム(I)	¥576,000
22000BZX00576000			075 固定用金属線(2)大転子専用締結器	¥141,000
22000BZX00735000	proGAV シヤントシステム	ビー・ブラウンエースクラップ株式会社	108 頭・静脈、腹腔シヤントバルブ(1)標準型① 標準機能 E 遠位カテーテル i 標準型	¥33,200
22000BZX00735000			108 頭・静脈、腹腔シヤントバルブ(1)標準型① 標準機能 オ コネクタ i ストレート	¥8,260
22000BZX00735000			108 頭・静脈、腹腔シヤントバルブ(1)標準型① 標準機能 イ リザーバー	¥21,600
22000BZX00735000			108 頭・静脈、腹腔シヤントバルブ(1)標準型① 標準機能 A 近位カテーテル i 標準型	¥24,600
22000BZX00735000			108 頭・静脈、腹腔シヤントバルブ(1)標準型② 特殊機能	¥68,100
22000BZX00735000			108 頭・静脈、腹腔シヤントバルブ(1)標準型① 標準機能 ウ バルブ ii 流量調節・圧可変式	¥183,000
22000BZX00741000	Sapphire 1.25 バルーンカテーテル	オーバースネイプ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	¥127,000
22000BZX00795000	コンクエスト PTAバルーンカテーテル	株式会社メイコン	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 A 標準型	¥63,600
22000BZX00797000	プロント エクストラクション カテーテル V3	日本光電工業株式会社	133 血管内手術用カテーテル(9)血栓除去用カテーテル③ 経皮的血栓除去用	¥63,500
22000BZX00799000	エクスポート XT アスピレーションカテーテル	日本メトロニック株式会社	133 血管内手術用カテーテル(9)血栓除去用カテーテル③ 経皮的血栓除去用	¥63,500
22000BZY00020000	インテグラ真皮欠損用グラフト	センチュリーメディカル株式会社	102 真皮欠損用グラフト	1cm ² 当たり ¥457
220AABZX00011000	トラフィット	泉工医科工業株式会社	027 気管内チューブ(1)カフあり① カフ上部吸引機能あり	¥2,760
220AIBZX00041000	グリッププラス	スミス・メディカル・ジャパン株式会社	002 在宅中心静脈栄養用輸液セット(2)付属品① フーバー針	¥400
220AIBZX00038000	CX-PTC針	栃木精工株式会社	033 経皮的又は経内視鏡的胆管等ドレナージ用カテーテルセット(1)ワンステップ法・ダイレクト法セットの一部	※
220AIBZX00038000			033 経皮的又は経内視鏡的胆管等ドレナージ用カテーテルセット(2)ツーステップ法・内外瘻法セットの一部	※
220AIBZX00038000			033 経皮的又は経内視鏡的胆管等ドレナージ用カテーテルセット(5)追加・交換用セットの一部	※

※当該製品は、決定機能区分を満たす医療材料の一部であるため当該製品単体では算定できない。

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区分) 保険適用開始年月日:平成20年7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
22000BZ100003000	シテキシステントX線システム	シロナデンタルシステムズ株式会社	歯科エックス線撮影デジタル映像化処理装置
22000BZ100003000			デジタルX線撮影装置

新たな保険適用 区分B(個別評価)(材料価格として個別に評価されている部分) 保険適用開始年月日:平成20年7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)
14500BZZ00338000	歯科用純金	城北冶金工業株式会社	001 歯科用純金地金(金99.99%以上)	1g ¥2,981
14100BZZ00194005	キングカットメタル	城北冶金工業株式会社	015 歯科用プラズメタル(銀25%以上)	1g ¥237
15700BZZ01578000	SNKスクリューポスト	山八歯材工業株式会社	057 スクリューポスト 支台築造用	1本 ¥61
20300BZZ00068000	仮着用ネオダインT	ネオ製薬工業株式会社	048 歯科用合着・接着材料Ⅲ(粉末・液)	1g ¥24
219ADBZX00129000	ネオセメント	ネオ製薬工業株式会社	048 歯科用合着・接着材料Ⅲ(粉末・液)	1g ¥24
219AFBZX00132000	特殊 18-8 鋼線	城北冶金工業株式会社	027 歯科用ステンレス鋼線 パー用(JIS適合品)	1cm ¥18
219AFBZX00132000			023 歯科用ステンレス鋼線 鈎用(JIS適合品)	1cm ¥9
219AFBZX00132000			024 歯科用ステンレス鋼線 パー用(JIS適合品)	1cm ¥18
219AFBZX00132000			026 歯科用ステンレス鋼線 鈎用(JIS適合品)	1cm ¥9
219AFBZX00133000	キングコバルト線	城北冶金工業株式会社	022 歯科用コバルトクロム合金線 パー用(JIS適合品)	1cm ¥67
219AFBZX00133000			021 歯科用コバルトクロム合金線 鈎用(JIS適合品)	1cm ¥16
219AFBZX00133000			023 歯科用コバルトクロム合金線 鈎用(JIS適合品)	1cm ¥16
219AFBZX00133000			024 歯科用コバルトクロム合金線 パー用(JIS適合品)	1cm ¥67
219AFBZX00134000	キングキャスト - 12%	城北冶金工業株式会社	006 歯科鑄造用金銀パラジウム合金(金12%以上 JIS適合品)	1g ¥702
219AFBZX00135000	キングシルバー	城北冶金工業株式会社	012 歯科鑄造用銀合金 第2種(銀60%以上インジウム5%以上JIS適合品)	1g ¥106
219AFBZX00136000	キングシルバー-S	城北冶金工業株式会社	012 歯科鑄造用銀合金 第2種(銀60%以上インジウム5%以上JIS適合品)	1g ¥106
219AFBZX00137000	キングシルバー-EX	城北冶金工業株式会社	012 歯科鑄造用銀合金 第2種(銀60%以上インジウム5%以上JIS適合品)	1g ¥106
219AFBZX00138000	プライムシルバー	城北冶金工業株式会社	011 歯科鑄造用銀合金 第1種(銀60%以上インジウム5%未満JIS適合品)	1g ¥89
219AFBZX00144000	ジェイビー - K14	城北冶金工業株式会社	003 歯科鑄造用14カラット金合金 鈎用(JIS適合品)	1g ¥1,945
219AFBZX00145000	キング金パラジウムパー線	城北冶金工業株式会社	008 歯科非鑄造用金銀パラジウム合金 パー状 パラタルパー用(金12%以上 JIS適合品)	1cm ¥712
219AFBZX00145000			009 歯科非鑄造用金銀パラジウム合金 パー状 リンガルパー用(金12%以上 JIS適合品)	1cm ¥601
219AFBZX00153000	キングキャスト 20%	城北冶金工業株式会社	006 歯科鑄造用金銀パラジウム合金(金12%以上 JIS適合品)	1g ¥702
219AFBZX00154000	アルバリウムハード	城北冶金工業株式会社	020 歯科鑄造用コバルトクロム合金 鈎・パー用	1g ¥27
219AFBZX00154000			025 歯科鑄造用コバルトクロム合金 床用	1g ¥28
219AFBZX00157000	キング金パラジウムろう	城北冶金工業株式会社	010 歯科用金銀パラジウム合金ろう(金15%以上 JIS適合品)	1g ¥1,504
219AFBZX00158000	キング板状ソルダ- H	城北冶金工業株式会社	013 歯科用銀ろう(JIS適合品)	1g ¥217
219AFBZX00159000	キングニューリボンソルダ-	城北冶金工業株式会社	013 歯科用銀ろう(JIS適合品)	1g ¥217
219AFBZX00160000	キング板状ソルダ-	城北冶金工業株式会社	013 歯科用銀ろう(JIS適合品)	1g ¥217
219AFBZX00166000	キング 18-8 鋼線	城北冶金工業株式会社	023 歯科用ステンレス鋼線 鈎用(JIS適合品)	1cm ¥9
219AFBZX00166000			026 歯科用ステンレス鋼線 鈎用(JIS適合品)	1cm ¥9
220AABZX00093000	ジーシー ミロシルバー	ジーシーデンタルプロダクツ	011 歯科鑄造用銀合金 第1種(銀60%以上インジウム5%未満JIS適合品)	1g ¥89
220AABZX00094000	ジーシー ミロスリー	ジーシーデンタルプロダクツ	011 歯科鑄造用銀合金 第1種(銀60%以上インジウム5%未満JIS適合品)	1g ¥89
220AABZX00095000	ジーシー キャスティングシルバー-S	ジーシーデンタルプロダクツ	012 歯科鑄造用銀合金 第2種(銀60%以上インジウム5%以上JIS適合品)	1g ¥106
220AABZX00096000	ジーシー キャスティングシルバー-コア	ジーシーデンタルプロダクツ	012 歯科鑄造用銀合金 第2種(銀60%以上インジウム5%以上JIS適合品)	1g ¥106
220AABZX00097000	ジーシー ミロプライト	ジーシーデンタルプロダクツ	012 歯科鑄造用銀合金 第2種(銀60%以上インジウム5%以上JIS適合品)	1g ¥106

新たな保険適用 区分B(個別評価)(材料価格として個別に評価されている部分) 保険適用開始年月日:平成20年7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)
220AABZX00100000	ジーシー ラクソ	株式会社ジーシーデンタルプロダクツ	033 義歯床用アクリリック樹脂(液 JIS適合品)	1mL ¥4
220AABZX00100000			042 義歯床用アクリリック樹脂(液 JIS適合品)	1mL ¥4
220AABZX00100000			032 義歯床用アクリリック樹脂(粉末 JIS適合品)	1g ¥5
220AABZX00100000			041 義歯床用アクリリック樹脂(粉末 JIS適合品)	1g ¥5
220AABZX00110000	ジーシー MI7ロー	株式会社ジーシーデンタルプロダクツ	049 歯科充填用材料 I	1g ¥704
220AABZX00111000	ジーシー クイックアクロン	株式会社ジーシーデンタルプロダクツ	041 義歯床用アクリリック樹脂(粉末 JIS適合品)	1g ¥5
220AABZX00111000			032 義歯床用アクリリック樹脂(粉末 JIS適合品)	1g ¥5
220AABZX00111000			042 義歯床用アクリリック樹脂(液 JIS適合品)	1mL ¥4
220AABZX00111000			033 義歯床用アクリリック樹脂(液 JIS適合品)	1mL ¥4
220AFBZX00096000	ミリオン	山八歯材工業株式会社	032 レジン歯 臼歯用(JIS適合品)	8本1組 ¥269
220AFBZX00096000			031 レジン歯 前歯用(JIS適合品)	6本1組 ¥269
220AFBZX00097000	ナハース	山八歯材工業株式会社	032 レジン歯 臼歯用(JIS適合品)	8本1組 ¥269
220AFBZX00098000	ナハースG	山八歯材工業株式会社	032 レジン歯 臼歯用(JIS適合品)	8本1組 ¥269
220AFBZX00099000	ニューエース	山八歯材工業株式会社	031 レジン歯 前歯用(JIS適合品)	6本1組 ¥269
220AFBZX00100000	ニューミリオン	山八歯材工業株式会社	031 レジン歯 前歯用(JIS適合品)	6本1組 ¥269
220AFBZX00101000	グロリアエイジレスフォーム	山八歯材工業株式会社	032 レジン歯 臼歯用(JIS適合品)	8本1組 ¥269
220AFBZX00102000	エフエックス	山八歯材工業株式会社	031 レジン歯 前歯用(JIS適合品)	6本1組 ¥269
220AFBZX00102000			032 レジン歯 臼歯用(JIS適合品)	8本1組 ¥269
220AFBZX00103000	ネオゴールド12	山八歯材工業株式会社	006 歯科鑄造用金銀パラジウム合金(金12%以上 JIS適合品)	1g ¥702
220AFBZX00104000	EXシルバー S-I	山八歯材工業株式会社	011 歯科鑄造用銀合金 第1種(銀60%以上インジウム5%未満JIS適合品)	1g ¥89
220AFBZX00105000	EXシルバー S-II	山八歯材工業株式会社	012 歯科鑄造用銀合金 第2種(銀60%以上インジウム5%以上JIS適合品)	1g ¥106
220AFBZX00106000	アルチメットシルバー	山八歯材工業株式会社	012 歯科鑄造用銀合金 第2種(銀60%以上インジウム5%以上JIS適合品)	1g ¥106
220AFBZX00112000	ネオリウム H	山八歯材工業株式会社	020 歯科鑄造用コバルトクロム合金 鉤・バー用	1g ¥27
220AFBZX00113000	ネオリウム S	山八歯材工業株式会社	020 歯科鑄造用コバルトクロム合金 鉤・バー用	1g ¥27
220AFBZX00114000	ヘインズ MC	山八歯材工業株式会社	042 義歯床用アクリリック樹脂(液 JIS適合品)	1mL ¥4
220AFBZX00114000			041 義歯床用アクリリック樹脂(粉末 JIS適合品)	1g ¥5
220AFBZX00115000	ヘインズ クイック	山八歯材工業株式会社	042 義歯床用アクリリック樹脂(液 JIS適合品)	1mL ¥4
220AFBZX00115000			041 義歯床用アクリリック樹脂(粉末 JIS適合品)	1g ¥5
220AFBZX00116000	マック レジン II	山八歯材工業株式会社	042 義歯床用アクリリック樹脂(液 JIS適合品)	1mL ¥4
220AFBZX00116000			041 義歯床用アクリリック樹脂(粉末 JIS適合品)	1g ¥5
220AFBZX00119000	ハーシャルブライト	山八歯材工業株式会社	043 義歯床用アクリリック即時硬化樹脂(粉末)	1g ¥28
220AFBZX00119000			044 義歯床用アクリリック即時硬化樹脂(液)	1mL ¥19
220AFBZX00120000	ヘインズ	山八歯材工業株式会社	042 義歯床用アクリリック樹脂(液 JIS適合品)	1mL ¥4
220AFBZX00120000			041 義歯床用アクリリック樹脂(粉末 JIS適合品)	1g ¥5
220AKBZX00048000	NC ペランア アンテリア	株式会社滋賀松風	035 硬質レジン歯 前歯用	6本1組 ¥619
220AKBZX00049000	NC ペランア ホステリア	株式会社滋賀松風	036 硬質レジン歯 臼歯用	8本1組 ¥801

臨床検査の保険適用について

区分E3（新項目）（測定項目が新しい項目）

測定項目	測定方法	主な測定目的	点数
TRACP-5b 定量 (骨型酒石酸抵抗性酸性 フォスファターゼ)	定量的酵素免疫測定 (EIA) 法	血清及びヘパリン血漿中の骨型酒石酸抵抗性酸性フォスファターゼ (TRACP-5b : tartrate-resistant acid phosphatase 5b) 量の測定	160点

- 保険適用希望業者 日東紡績株式会社
- 参考点数 D008 内分泌学的検査 12 I型コラーゲン架橋N-テロペプチド (NTx) 精密測定 160点
- 判断料 生化学的検査(II) 判断料 144点 (月1回につき)

保険適用希望のあった新規の検査項目の概要

○ TRACP-5b 定量

区分：E3（新項目）（測定項目が新しい品目）

測定内容：血清及びヘパリン血漿中のTRACP-5b量の測定

主な対象：代謝性骨疾患及び骨転移（代謝性骨疾患や骨折の併発がない肺癌、乳癌、前立腺癌）

有用性：骨型酒石酸抵抗性酸性フォスファターゼ（TRACP-5b：tartrate-resistant acid phosphatase 5b）は、破骨細胞に局在する酸性加水分解酵素の一種であり、骨吸収時に血中に漏出され、破骨細胞の細胞数やその活動を反映する。血中のTRACP-5b量の変化率は長期間の骨密度測定と相関し、日内変動が小さく、食餌、腎機能の影響が少ないという優れた特長をもつ。従来、骨代謝マーカーは、腎機能の影響を受けやすい、生理的変動が大きいなどの問題があった。今回の試薬は血清及びヘパリン血漿中のTRACP-5b量を測定することが可能で、より正確な指標として有用である。

体外診断用医薬品の保険適用上の区分

- ・ E 1 (既 存) 測定項目、測定方法とも既存の品目
- ・ E 2 (新方法) 測定項目は新しくないが、測定方法が新しい品目
例: 「糞便中ヘリコバクター・ピロリ抗原」(測定項目)の測定方法として「免疫クロマト法」を追加する場合

「EIA法により測定した場合に限り算定」
↓
「EIA法又は免疫クロマト法により測定した場合に限り算定」
- ・ E 3 (新項目) 測定項目が新しい品目
例: 測定項目として「シスタチンC精密測定」を追加する場合
(検査料については、 β_2 -ミクログロブリン(β_2 -m)精密測定に準じて算定)

先進医療専門家会議における科学的評価結果

受付番号	先進医療名	適応症	先進医療費用※ (自己負担)	保険外併用療養費※ (保険給付)	受付日	総評	技術の概要
125	培養細胞による脂肪酸代謝異常症 又は有機酸代謝異常症の診断	脂肪酸代謝異常症又は 有機酸代謝異常症	8万3千円 (1回)	1万5千円	平成20年5月9日	適	別紙1

先進医療の名称	培養細胞による脂肪酸代謝異常症又は有機酸代謝異常症の診断
適応症	
脂肪酸代謝異常症又は有機酸代謝異常症	
内容	
<p>(先進性)</p> <p>先天性代謝異常症は、酵素欠損によって代謝産物が体内に蓄積したり、欠乏することによって神経障害の起こる疾患である。血液や尿などの分析によって診断できる場合もあるが、酵素活性測定によって確定診断されるものもある。</p> <p>酵素活性の測定により診断する場合、従来は、肝生検、筋生検といった侵襲を伴う方法によって組織を採取して、診断を行っていた。</p> <p>従来の侵襲的な方法に代わって、培養細胞を用いる方法が開発されており、対象とする疾患がきわめて稀少な疾患であるが、特殊な技術を要し、本技術によって診断できることにより、血液や皮膚片をもとに、低侵襲でより確実に診断を行うことが可能となり、適切な治療に繋げることができ、非常に有用である。</p> <p>(概要)</p> <p>酵素活性の測定には、静脈血液 5～10ml または米粒大の皮膚片から、培養リンパ球や培養皮膚線維芽細胞を樹立する。これらの技術によって得た培養細胞を用いて、酵素活性を測定して脂肪酸代謝異常症又は有機酸代謝異常症の確定診断を行う。</p> <p>(効果)</p> <p>正確に診断することによって適確な治療方針を立てることができ、また、遺伝相談に役立てることができる。</p> <p>(先進医療に係る費用)</p> <p>約 83,000 円</p>	
実施科	
小児科	

先進医療評価用紙(第1号)

先進技術としての適格性	
先進医療 の 名 称	培養細胞による脂肪酸代謝異常症又は有機酸代謝異常症の診断
適 応 症	<input type="checkbox"/> A. 妥当である。 B. 妥当でない。(理由及び修正案: _____)
有 効 性	<input type="checkbox"/> A. 従来技術をい用いるよりも大幅に有効。 B. 従来技術をい用いるよりもやや有効。 C. 従来技術をい用いるのと同程度、又は劣る。
安 全 性	<input type="checkbox"/> A. 問題なし。(ほとんど副作用、合併症なし) B. あまり問題なし。(軽い副作用、合併症あり) C. 問題あり(重い副作用、合併症が発生することあり)
技 術 的 熟 度	<input type="checkbox"/> A. 当該分野を専門とし経験を積んだ医師又は医師の指導下であれば行える。 B. 当該分野を専門とし数多く経験を積んだ医師又は医師の指導下であれば行える。 C. 当該分野を専門とし、かなりの経験を積んだ医師を中心とした診療体制をとっていないと行えない。
社会的妥当性 (社会的倫理的 問題等)	A. 倫理的問題等はない。 <input type="checkbox"/> B. 倫理的問題等がある。
現時点での 普 及 性	A. 罹患率、有病率から勘案して、かなり普及している。 B. 罹患率、有病率から勘案して、ある程度普及している。 <input type="checkbox"/> C. 罹患率、有病率から勘案して、普及していない。
効 率 性	既に保険導入されている医療技術に比較して、 <input type="checkbox"/> A. 大幅に効率的。 B. やや効率的。 C. 効率性は同程度又は劣る。
将来の保険収 載の必要性	<input type="checkbox"/> A. 将来的に保険収載を行うことが妥当。 B. 将来的に保険収載を行うべきでない。
総 評	総合判定: <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 否 コメント: 条件つきで適と判定。 遺伝学的検査に属するので施設における遺伝カウンセリング実施体制の確立が必須である。 将来、保険収載される際には疾患を限定した形での個別の検討が必要。

備考 この用紙は、日本工業規格 A 列 4 番とすること。医療機関名は記入しないこと。

先進医療評価用紙(第2号)

当該技術の医療機関の要件(案)

先進医療名及び適応症：培養細胞による脂肪酸代謝異常症又は有機酸代謝異常症の診断	
I. 実施責任医師の要件	
診療科	<input type="checkbox"/> 要 (小児科又は産婦人科)・不要
資格	<input type="checkbox"/> 要 (小児科専門医、産婦人科専門医又は臨床遺伝専門医)・不要
当該診療科の経験年数	<input type="checkbox"/> 要 (5) 年以上・不要
当該技術の経験年数	<input type="checkbox"/> 要 (3) 年以上・不要
当該技術の経験症例数 注1)	実施者〔術者〕として (1) 例以上・不要 [それに加え、助手又は術者として () 例以上・ <input type="checkbox"/> 不要]
その他 (上記以外の要件)	
II. 医療機関の要件	
診療科	<input type="checkbox"/> 要 (小児科)・不要
実施診療科の医師数 注2)	<input type="checkbox"/> 要・不要 具体的内容：常勤の小児科医が1名以上
他診療科の医師数 注2)	要・ <input type="checkbox"/> 不要 具体的内容：
その他医療従事者の配置 (薬剤師、臨床工学技士等)	<input type="checkbox"/> 要 (臨床検査技師)・不要
病床数	要 (床以上)・ <input type="checkbox"/> 不要
看護配置	要 (対1看護以上)・ <input type="checkbox"/> 不要
当直体制	要 ()・ <input type="checkbox"/> 不要
緊急手術の実施体制	要・ <input type="checkbox"/> 不要
院内検査 (24時間実施体制)	<input type="checkbox"/> 要・不要
他の医療機関との連携体制 (患者容態急変時等)	要・ <input type="checkbox"/> 不要 連携の具体的内容：
医療機器の保守管理体制	<input type="checkbox"/> 要・不要
倫理委員会による審査体制	<input type="checkbox"/> 要・不要 審査開催の条件：届出後、当該療養を初めて実施する時は、必ず事前に開催する。
医療安全管理委員会の設置	<input type="checkbox"/> 要・不要
医療機関としての当該技術の実施症例数	<input type="checkbox"/> 要 (1 症例以上)・不要
その他 (上記以外の要件、例；遺伝カウンセリングの実施体制が必要 等)	遺伝カウンセリングの実施体制が必要。
III. その他の要件	
頻回の実績報告	要 (月間又は 症例までは、毎月報告)・ <input type="checkbox"/> 不要
その他 (上記以外の要件)	

注1) 当該技術の経験症例数について、実施者〔術者〕としての経験症例を求める場合には、「実施者〔術者〕として () 例以上・不要」の欄に記載すること。

注2) 医師の資格 (学会専門医等)、経験年数、当該技術の経験年数及び当該技術の経験症例数の観点を含む。例えば、「経験年数〇年以上の△科医師が□名以上」。なお、医師には歯科医師も含まれる。

中医協 総-4-1
20.7.9

中医協 検-1-1
20.7.9

平成18年度診療報酬改定結果検証に係る調査
セカンドオピニオン外来実施医療機関の
利用状況調査
報告書

目 次

1. 目的.....	1
2. 調査対象.....	1
3. 調査方法.....	1
4. 調査項目.....	1
5. 結果.....	2
(1) 回収の状況.....	2
(2) 回答病院の概要.....	2
(3) セカンドオピニオン外来の受付態勢等.....	6
(4) セカンドオピニオン外来の実施状況.....	16
(5) セカンドオピニオン外来を推進する上での課題等.....	21
6. まとめ.....	23

1. 目的

平成 18 年 4 月の診療報酬改定において、セカンドオピニオン（主治医以外の医師による助言）を目的とした診療情報の提供に係る評価として「診療情報提供料（Ⅱ）」が新設されたことを受け、医療機関におけるセカンドオピニオン外来の実施体制、セカンドオピニオン外来の利用状況の変化等を把握することを目的とした。

2. 調査対象

全国の病院のうち 200 床以上の施設から無作為に抽出した 1,000 施設を対象とした。

3. 調査方法

自記式調査票の郵送発送・回収とした。また、調査時期は平成 19 年 7 月とし、平成 19 年 7 月 2 日現在及びそれ以前の状況を調査対象とした。

4. 調査項目

調査項目は以下の通りである。

図表 1 調査項目

区 分	内 容
回答病院概要	<ul style="list-style-type: none">・ 開設者・ 標準診療科目・ 平均入院患者数、平均外来患者数、紹介率・ 看護基準・ 病院属性（DPC 対象・準備、地域医療支援、高度先進医療、臨床研修指定）
セカンドオピニオン外来の受付態勢 等	<ul style="list-style-type: none">・ セカンドオピニオン外来の実施状況・受付態勢・ セカンドオピニオン外来の診療科目・ セカンドオピニオン外来の担当者・ セカンドオピニオン外来の診療（相談）を行っている時間帯・ セカンドオピニオン外来の料金・ セカンドオピニオン外来における 1 回あたり所要診療（相談）時間・ セカンドオピニオン外来の広報

区 分	内 容
セカンドオピニオン外来の実施状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ セカンドオピニオン外来の件数推移（平成 17、18、19 の各第 2 四半期） ・ 紹介元が診療情報提供料（Ⅱ）を算定しているかの把握方法 ・ セカンドオピニオン外来件数の疾患別内訳（平成 19 の第 2 四半期） ・ 紹介元医療機関による提供情報の十分性 ・ セカンドオピニオン外来件数のうち転院件数（平成 19 の第 2 四半期） ・ セカンドオピニオン外来を利用した患者等の満足度
自由意見	<ul style="list-style-type: none"> ・ セカンドオピニオン外来を推進する上での課題等

5. 結果

（1）回収の状況

全国の病院のうち 200 床以上の施設から無作為に抽出した 1,000 施設を調査対象とし、有効回収数は 510 件、回収率は 51.0%であった。

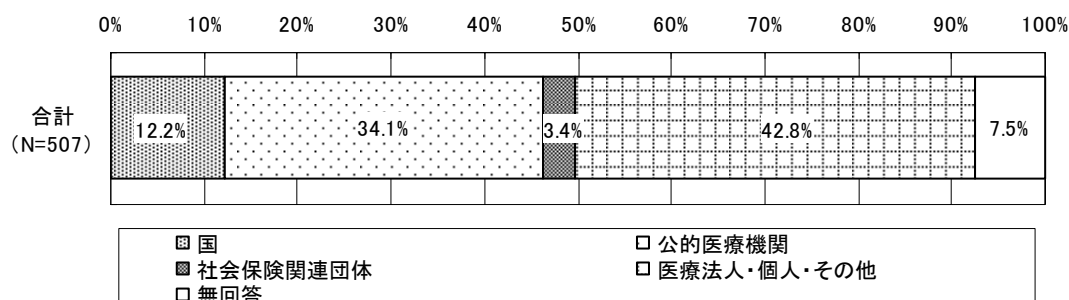
図表 2 回収の状況

施 設	有効回収数	回収率
調査対象病院	510	51.0%

（2）回答病院の概要

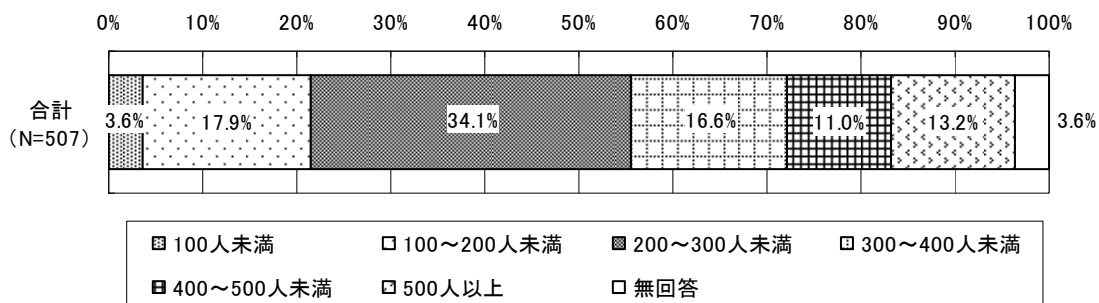
回答のあった病院の開設者についてみると、「医療法人・個人・その他」（42.8%）が最も多く、次いで「公的医療機関」（34.1%）、「国」（12.2%）であった。

図表 3 開設者



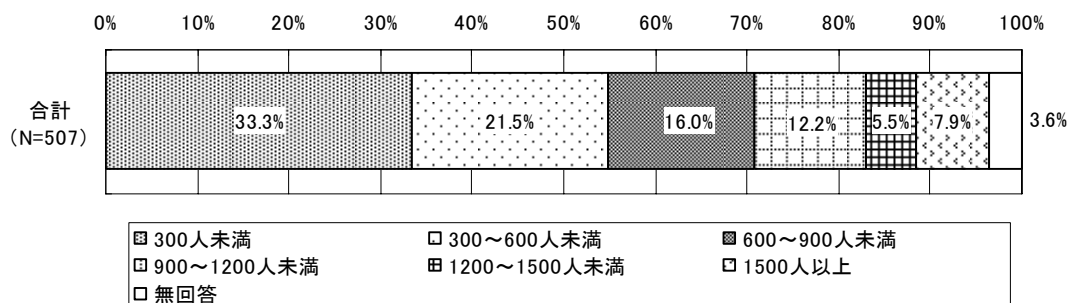
1日当たりの平均入院患者数についてみると、「200人以上300人未満」(34.1%)が最も多く、次いで「100人以上200人未満」(17.9%)、「300人以上400人未満」(16.6%)であった。全回答病院の平均は324.5人であった。

図表4 1日当たり平均入院患者数



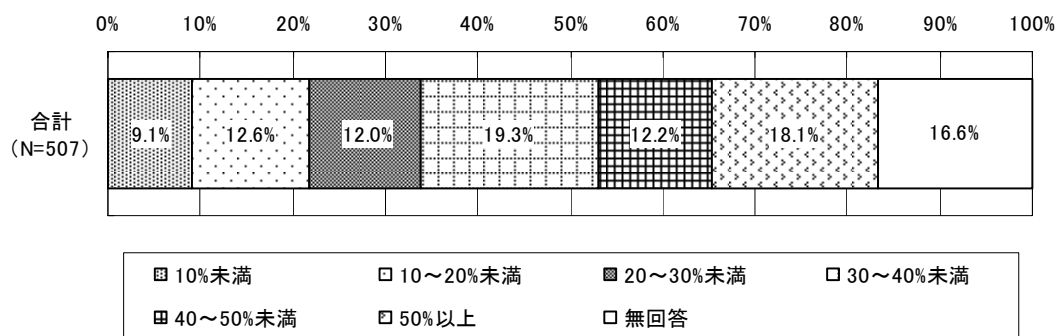
1日当たりの平均外来患者数についてみると、「300人未満」(33.3%)が最も多く、次いで「300人以上600人未満」(21.5%)、「600人以上900人未満」(16.0%)であった。全回答病院の平均は648.7人であった。

図表5 1日当たり平均外来患者数



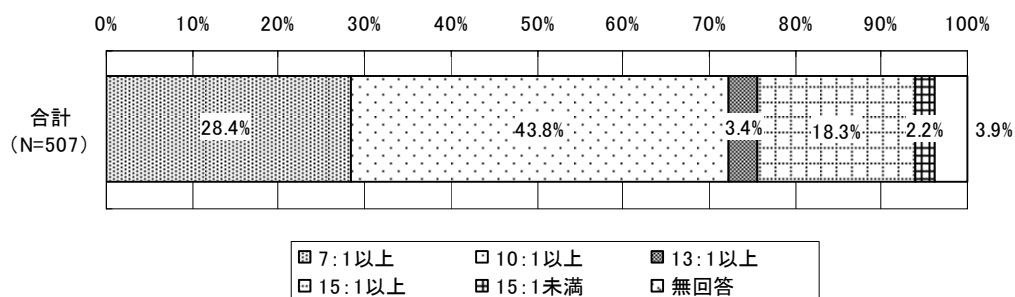
紹介率についてみると、「30%以上 40%未満」（19.3%）が最も多く、次いで「50%以上」（18.1%）であった。

図表6 紹介率



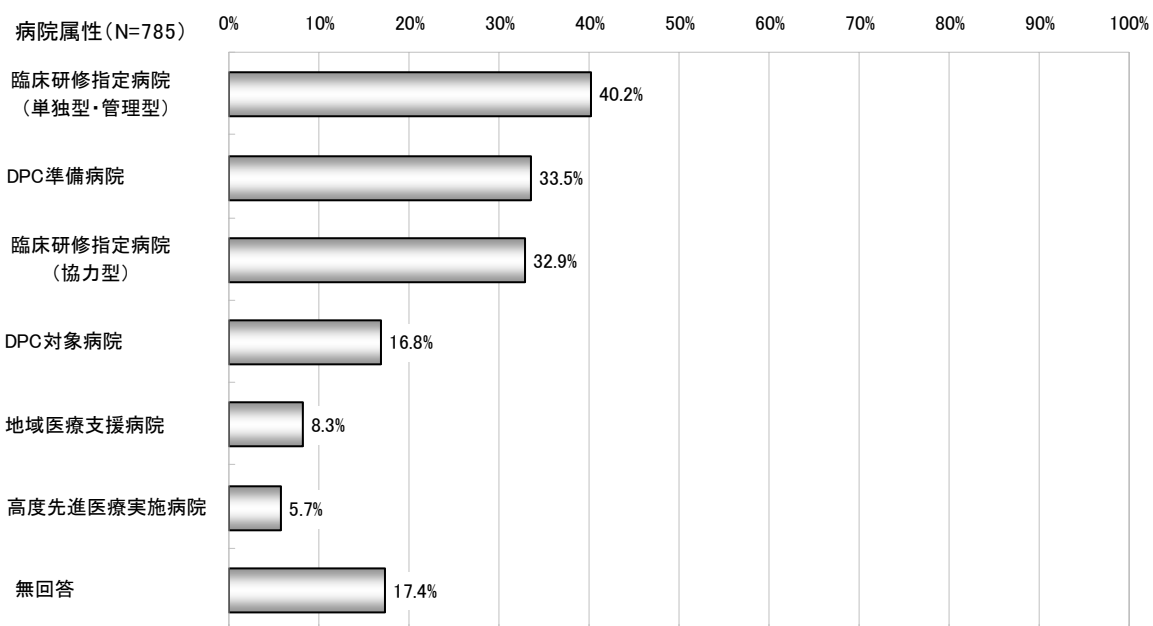
看護基準についてみると、「10:1以上」（43.8%）が最も多く、次いで「7:1以上」（28.4%）、「15:1以上」（18.3%）であった。

図表7 看護基準



病院属性についてみると、「臨床研修指定病院（単独型・管理型）」（40.2%）が最も多く、次いで「DPC 準備病院」（33.5%）、「臨床研修指定病院（協力型）」（32.9%）であった（重複回答あり）。

図表 8 病院属性（複数回答）



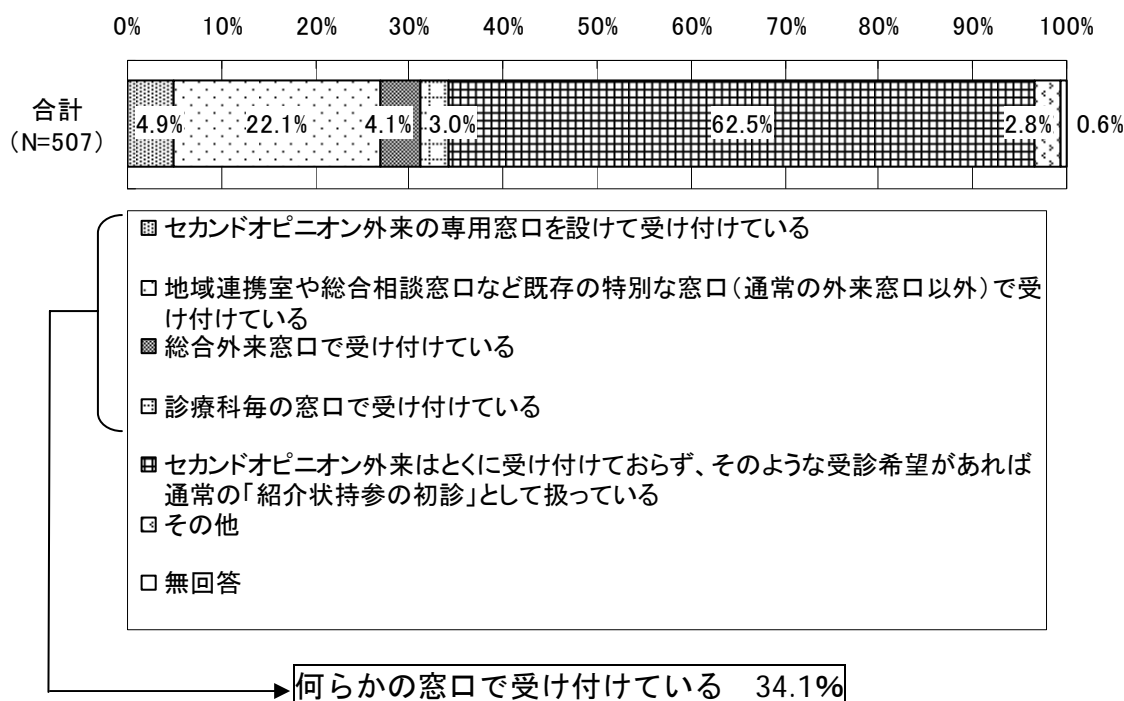
(3) セカンドオピニオン外来の受付態勢等

① セカンドオピニオン外来の受付態勢

回答病院のセカンドオピニオン外来の受付態勢についてみると、「セカンドオピニオン外来はとくに受け付けておらず、そのような受診希望があれば通常の『紹介状持参の初診』として扱っている」病院（62.5%）が過半数を占めた。

一方、「地域連携室や総合相談窓口など既存の特別な窓口で受け付けている」病院は22.1%、「セカンドオピニオン外来の専門窓口を設けて受け付けている」病院は4.9%、「総合外来窓口で受け付けている」病院は4.1%、「診療科毎の窓口で受け付けている」病院は3.0%で、このように何らかの窓口で受け付けている病院は合計34.1%あった。

図表9 セカンドオピニオン外来の受付態勢

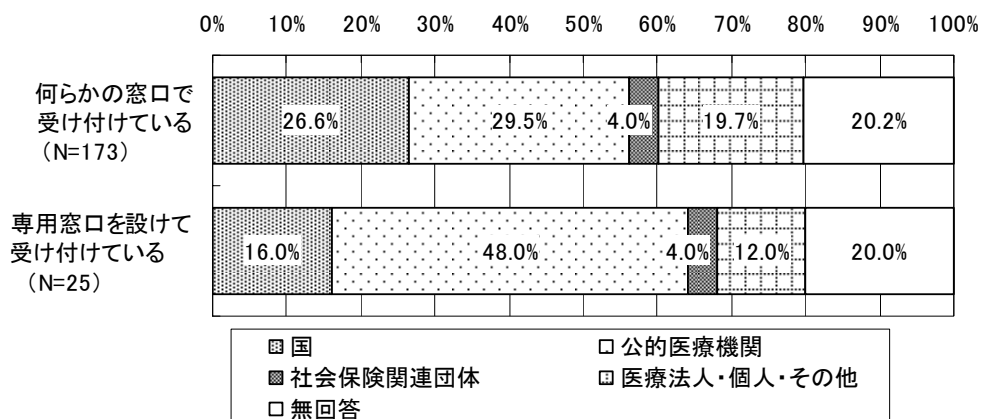


② セカンドオピニオン外来を受け付けている病院の開設者

セカンドオピニオン外来を何らかの窓口で受け付けている病院の開設者についてみると、「公的医療機関」(29.5%)が最も多く、次いで「国」(26.6%)、であった。

「セカンドオピニオン外来の専用窓口を設けて受け付けている」病院に限ってみると、「公的医療機関」(48.0%)がさらに多かった。

図表 10 セカンドオピニオン外来を受け付けている病院の開設者



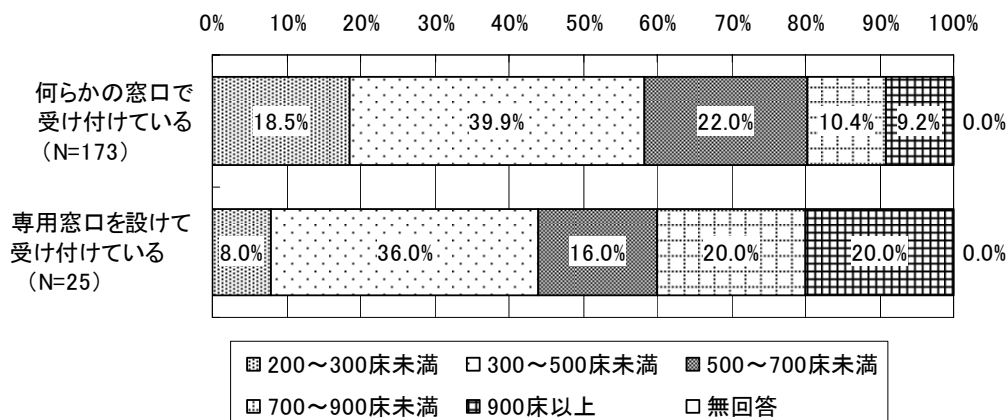
※「何らかの窓口で受け付けている」病院は、「専用窓口を設けて受け付けている」病院を含む。

③ セカンドオピニオン外来を受け付けている病院の病床規模

セカンドオピニオン外来を何らかの窓口で受け付けている病院の病床規模についてみると、「300床以上500床未満」(39.9%)が最も多く、次いで「500床以上700床未満」(22.2%)であった。

そのうち「セカンドオピニオン外来の専用窓口を設けて受け付けている」病院に限ってみると、「900床以上」(20.0%)と「700床以上900床未満」(20.0%)の割合が大きく、より大規模な病院が多い傾向がみられた。

図表 11 セカンドオピニオン外来を受け付けている病院の病床規模

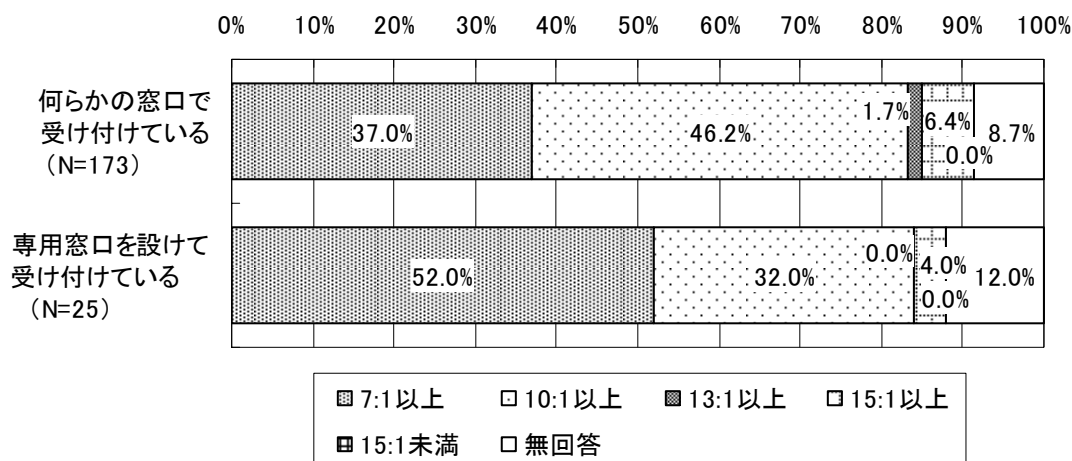


④ セカンドオピニオン外来を受け付けている病院の看護基準

セカンドオピニオン外来を何らかの窓口で受け付けている病院の看護基準についてみると、「10:1以上」(46.2%)が最も多く、次いで「7:1以上」(37.0%)であった。

そのうち「セカンドオピニオン外来の専用窓口を設けて受け付けている」病院に限ってみると、「7:1以上」(52.0%)が半数を超えていた。

図表 12 セカンドオピニオン外来を受け付けている病院の看護基準

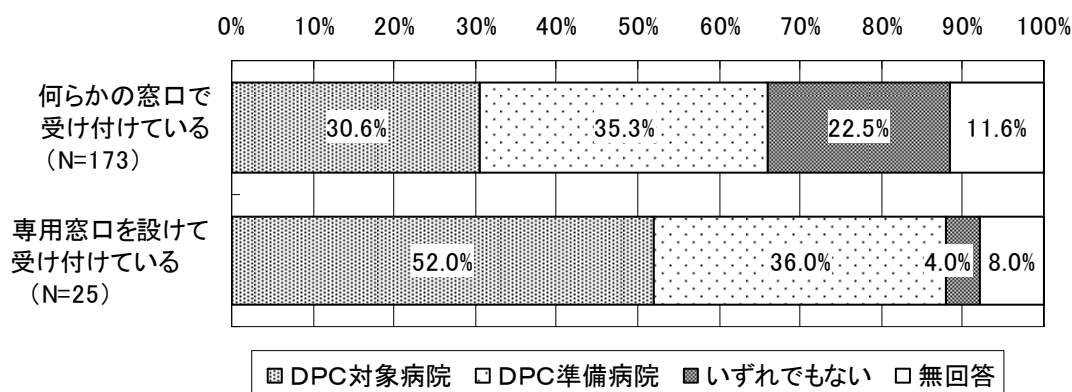


⑤ セカンドオピニオン外来の受け付けている病院のDPC導入状況

セカンドオピニオン外来を何らかの窓口で受け付けている病院のDPCの導入状況についてみると、「DPC 準備病院」(35.3%)が最も多く、次いで「DPC 対象病院」(30.6%)であった。

そのうち「セカンドオピニオン外来の専用窓口を設けて受け付けている」病院に限ってみると、「DPC 対象病院」(52.0%)が半数を超えていた。

図表 13 セカンドオピニオン外来を受け付けている病院のDPC導入状況

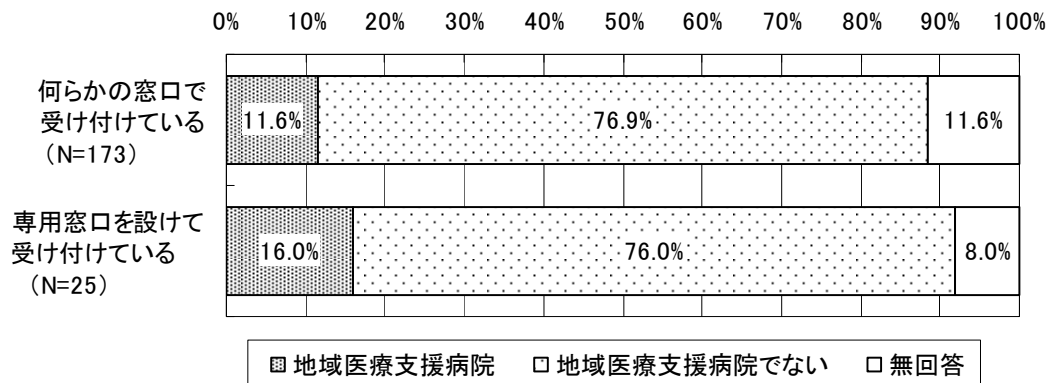


⑥ セカンドオピニオン外来の受け付けている病院のその他属性

セカンドオピニオン外来を何らかの窓口で受け付けている病院のうち「地域医療支援病院」は11.6%であった。

そのうち「セカンドオピニオン外来の専用窓口を設けて受け付けている」病院に限ってみると、「地域医療支援病院」は16.0%であった。

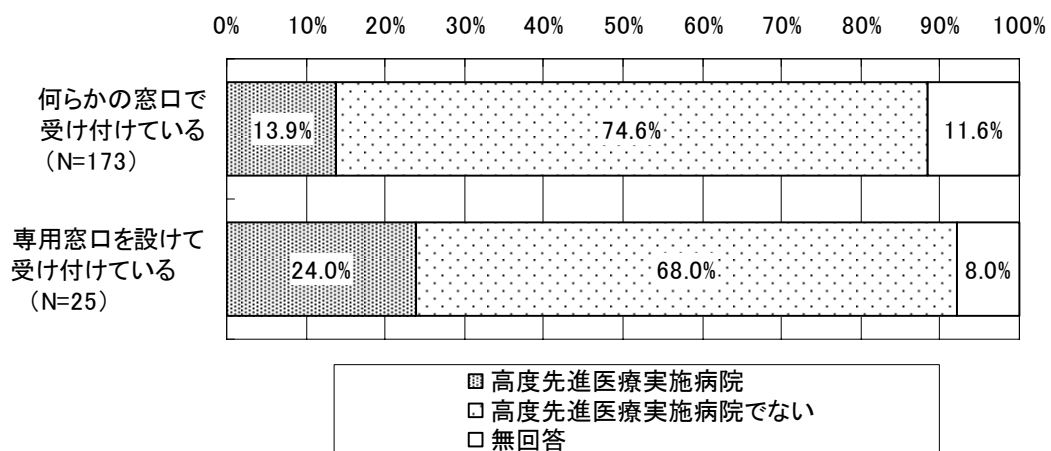
図表 14 セカンドオピニオン外来を受け付けている病院の属性：地域医療支援病院



また、セカンドオピニオン外来を何らかの窓口で受け付けている病院のうち「高度先進医療実施病院」は13.9%であった。

そのうち「セカンドオピニオン外来の専用窓口を設けて受け付けている」病院に限ってみると、「高度先進医療実施病院」は24.0%であった。

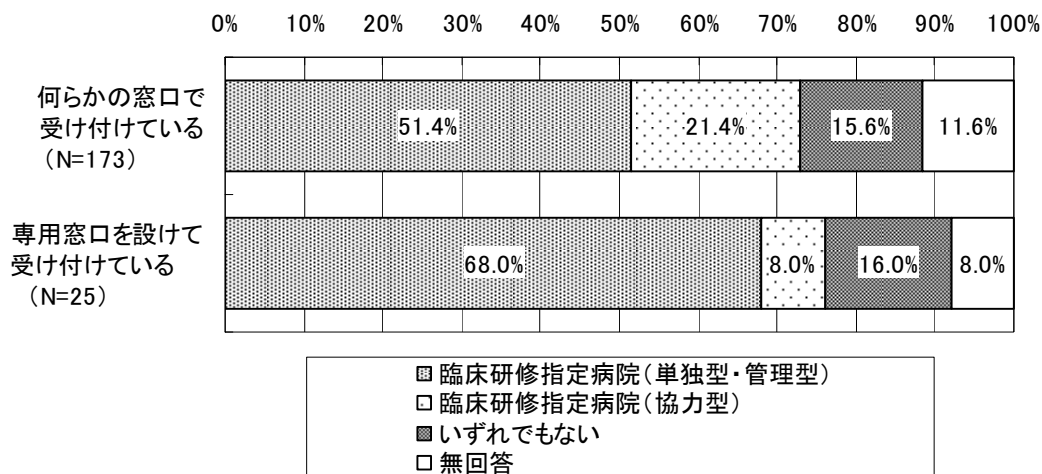
図表 15 セカンドオピニオン外来を受け付けている病院の属性：高度先進医療実施病院



また、セカンドオピニオン外来を何らかの窓口で受け付けている病院のうち「臨床研修指定病院（単独型・管理型）」は 51.4%、「臨床研修指定病院（協力型）」は 21.4%で、これらを合わせると 72.8%であった。

そのうち「セカンドオピニオン外来の専用窓口を設けて受け付けている」病院に限ってみると、「臨床研修指定病院（単独型・管理型）」は 68.0%で、「協力型」を合わせると 76.0%であった。

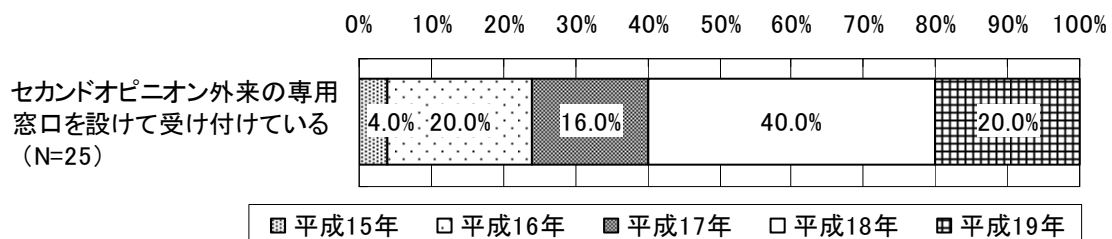
図表 16 セカンドオピニオン外来を受け付けている病院の属性：臨床研修指定病院



⑦ セカンドオピニオン外来専用窓口の開設時期

セカンドオピニオン外来を「専門窓口を設けて受け付けている」病院における同窓口の開設時期についてみると、平成 18 年以降が 60.0%であった。

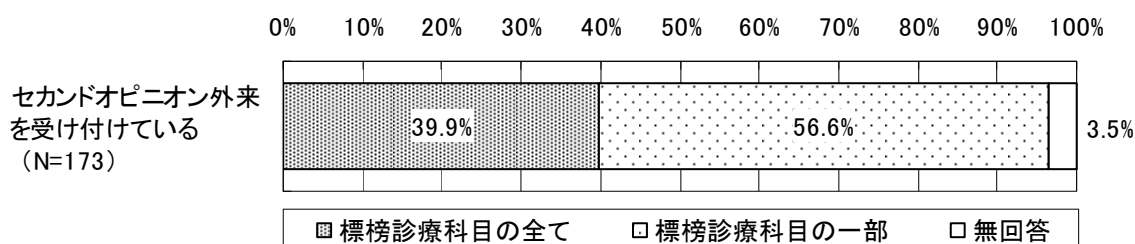
図表 17 セカンドオピニオン外来専用窓口の開設時期



⑧ セカンドオピニオン外来の診療科目

セカンドオピニオン外来を受け付けている病院における同外来の診療科目についてみると、「標榜診療科目の一部」という病院が 56.6%、「標榜診療科目の全て」という病院が 39.9%であった。

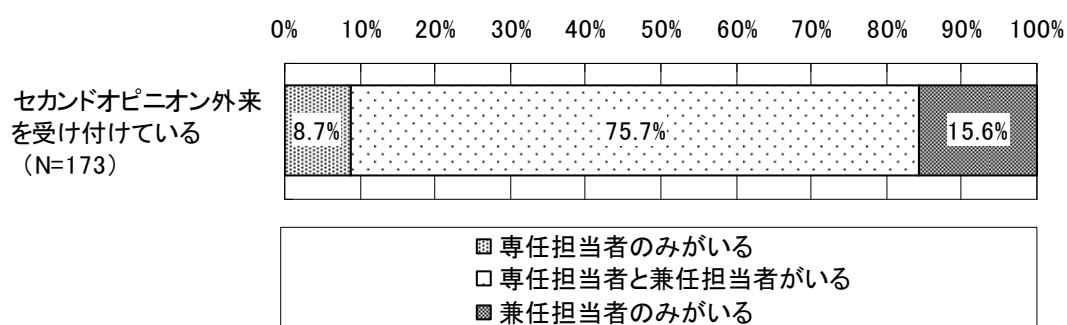
図表 18 セカンドオピニオン外来の診療科目：標榜科目の全部か一部か



⑨ セカンドオピニオン外来の受付人員体制

セカンドオピニオン外来を受け付けている病院における同外来の受付人員体制についてみると、「専任担当者と兼任担当者がいる」(75.7%) が最も多く、次いで「兼任担当者のみがいる」(15.6%)、「専任担当者のみがいる」(8.7%) であった。

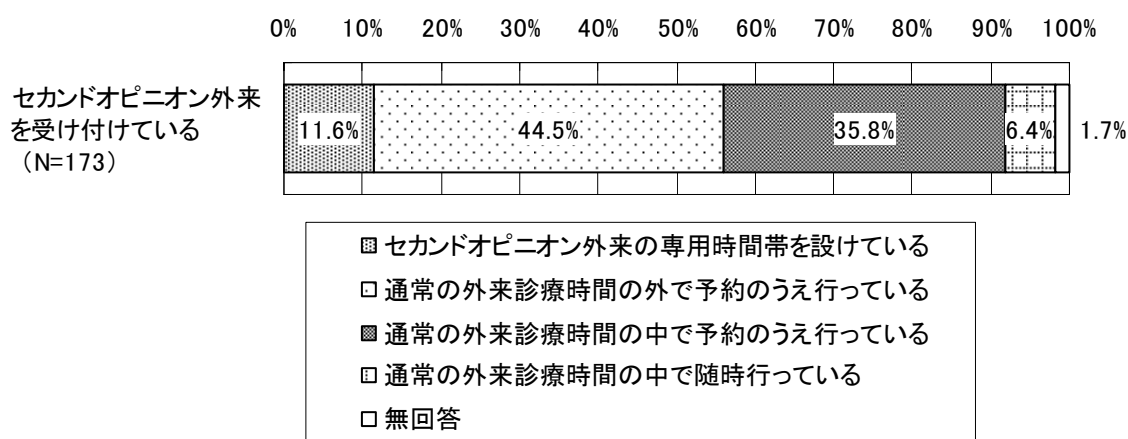
図表 19 セカンドオピニオン外来の受付人員体制



⑩ セカンドオピニオン外来の診療（相談）を行っている時間帯

セカンドオピニオン外来を受け付けている病院において同外来の診療（相談）を行っている時間帯についてみると、「通常の外来診療時間の外で予約のうえ行っている」（44.5%）が最も多く、次いで「通常の外来診療時間の中で予約のうえ行っている」（35.8%）であった。「セカンドオピニオン外来の専用時間帯を設けている」病院は11.6%であった。

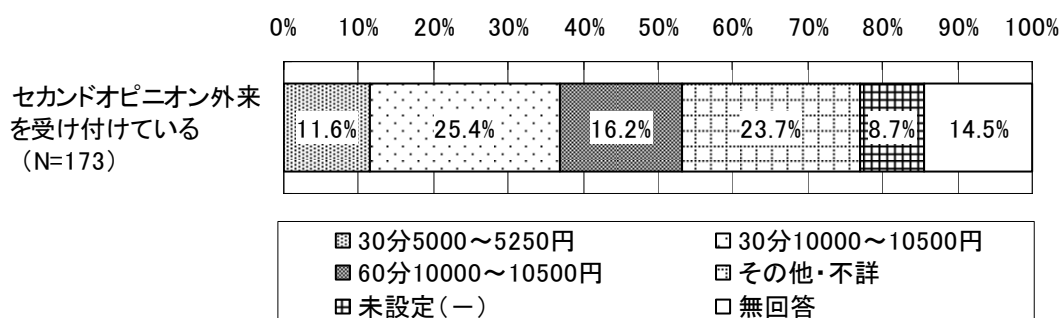
図表 20 セカンドオピニオン外来の診療（相談）を行っている時間帯



⑪ セカンドオピニオン外来の料金

セカンドオピニオン外来を受け付けている病院における同外来の基本料金についてみると、「30分 10000円～10500円」（25.4%）が最も多く、次いで「60分 10000円～10500円」（16.2%）、「30分 5000円～5250円」（11.6%）であった。

図表 21 セカンドオピニオン外来の基本料金

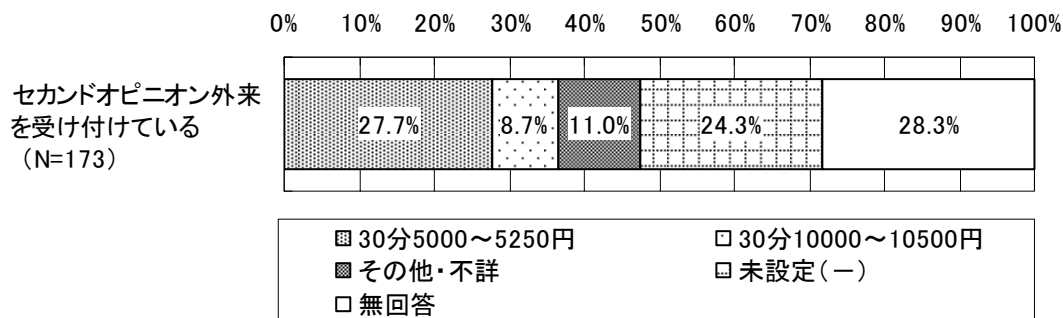


※「不詳」は、時間と料金のどちらかが無回答だったケース。

30分あたりの平均額は8,610円である。セカンドオピニオン外来を「専門窓口を設けて受け付けている」病院に限ってみると8,927円と高くなるが、セカンドオピニオン外来の専用時間帯を設けている病院に限ってみると8,020円と安くなる。

また、セカンドオピニオン外来を受け付けている病院における同外来の延長料金についてみると、「30分5000円～5250円」（27.7%）が最も多く、次いで「未設定」（24.3%）、であった。

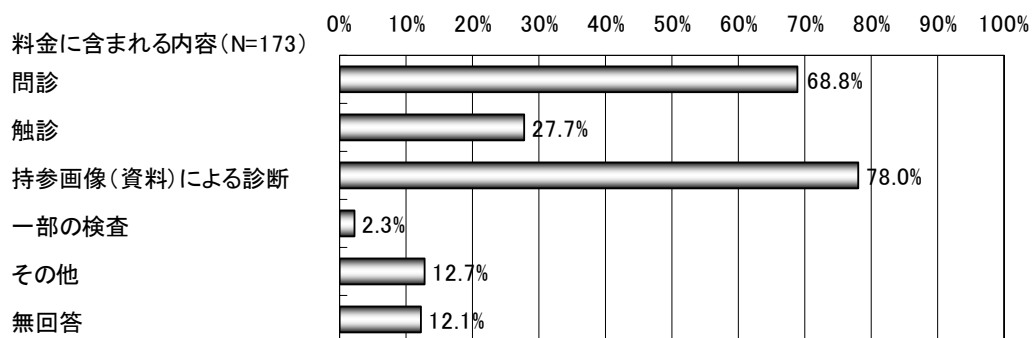
図表 22 セカンドオピニオン外来の延長料金



⑫ セカンドオピニオン外来の料金に含まれる内容

セカンドオピニオン外来を受け付けている病院において同外来の料金に含まれる内容についてみると、「持参画像（資料）による診断」（78.0%）が最も多く、次いで「問診」（68.8%）、「触診」（27.7%）であった（重複回答あり）。

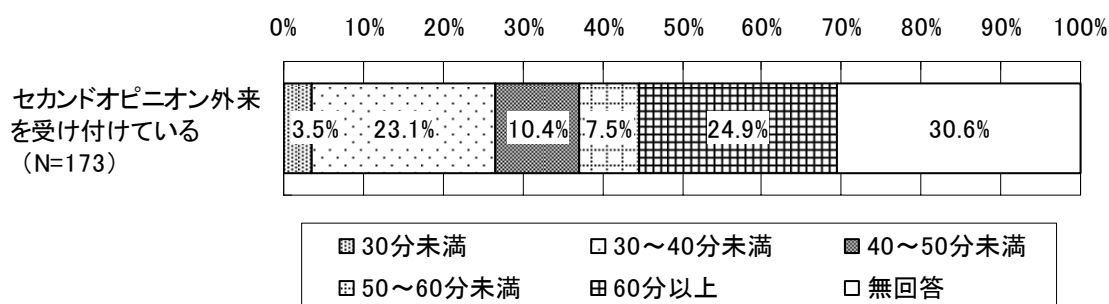
図表 23 セカンドオピニオン外来の料金に含まれる内容（複数回答）



⑬ セカンドオピニオン外来における 1 回あたり平均診療（相談）時間

セカンドオピニオン外来を受け付けている病院における同外来の 1 回あたり平均診療（相談）時間についてみると、「60 分以上」（24.9%）が最も多く、次いで「30 分以上 40 分未満」（23.1%）、「40 分以上 50 分未満」（10.4%）であった。平均は 46.5 分であった。

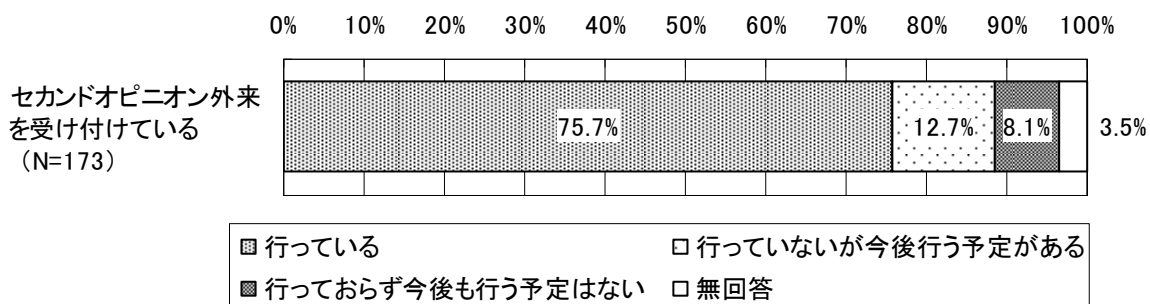
図表 24 セカンドオピニオン外来における 1 回あたり平均診療（相談）時間



⑭ セカンドオピニオン外来の広報

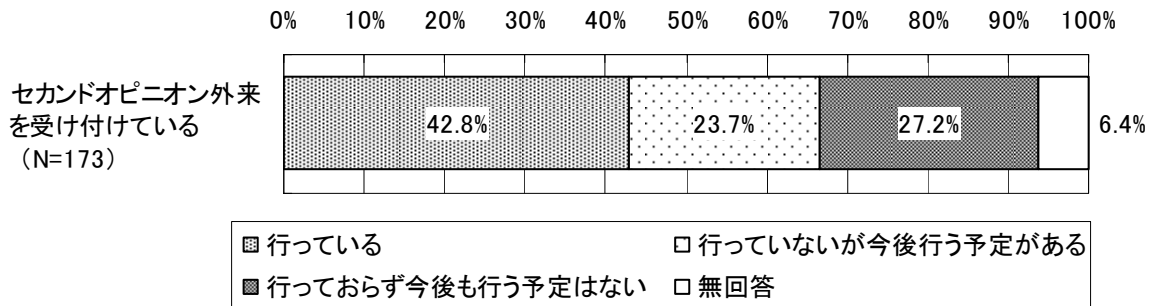
セカンドオピニオン外来を受け付けている病院における同外来のウェブサイトでの掲示状況についてみると、「行っている」病院が 4 分の 3 を占め、「行っていないが今後行う予定がある」（12.7%）も合わせると 9 割近くに達した。

図表 25 セカンドオピニオン外来の広報：ウェブサイトでの掲示



また、パンフレット等の配布についてみると、「行っている」病院が 42.8%、「行っていないが今後行う予定がある」病院が 23.7%で、これらを合わせると 3 分の 2 近くに達した。

図表 26 セカンドオピニオン外来の広報：パンフレット等の配布

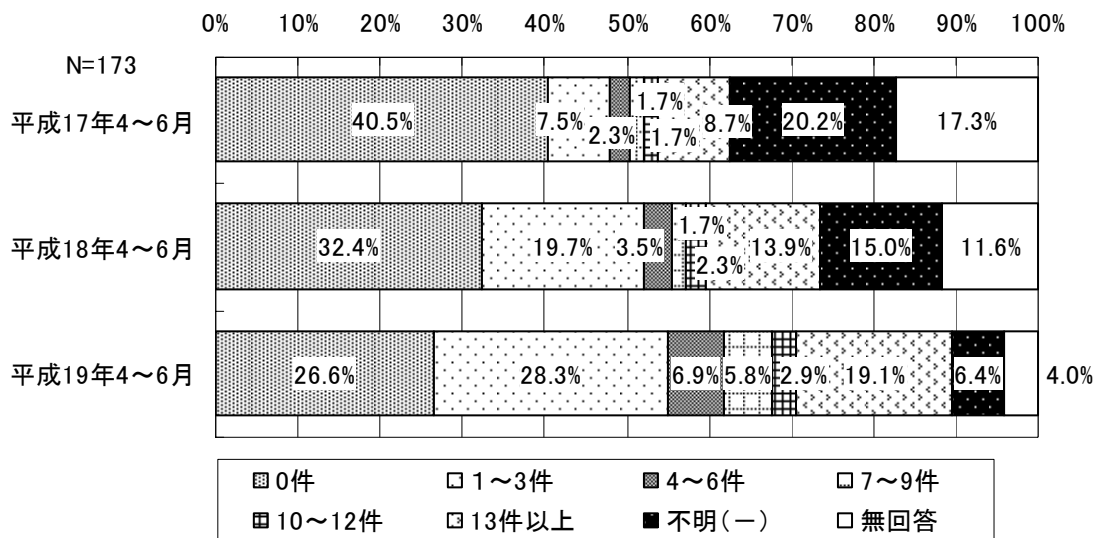


(4) セカンドオピニオン外来の実施状況

① セカンドオピニオン外来件数の推移

平成17、18、19年の各第2四半期（4～6月）におけるセカンドオピニオン外来件数についてみると、総件数、1件以上あった病院の割合ともに、17年から18年にかけてほぼ倍増し、19年も引き続き増加していた。一方、1病院あたりの平均件数（1件以上あった病院における）は減少傾向にあった。

図表27 セカンドオピニオン外来件数の推移：平成17、18、19年の各第2四半期

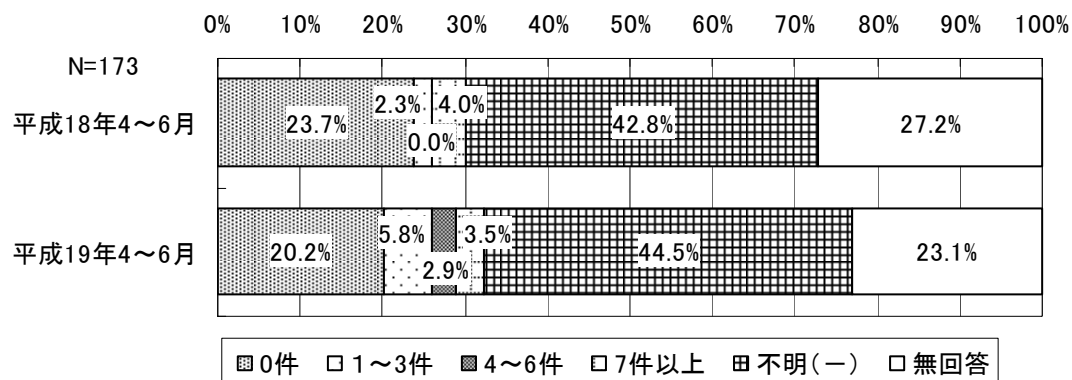


	総件数（増加率）	1件以上あった病院の割合	1病院あたり平均件数（1件以上あった病院）
平成17年4～6月	847件	21.9%	22.3件
平成18年4～6月	1,348件（59.1%）	41.1%	19.0件
平成19年4～6月	1,729件（28.3%）	63.0%	15.7件

② セカンドオピニオン外来件数のうち診療情報提供料（Ⅱ）を算定していた件数

平成 18、19 年の各第 2 四半期におけるセカンドオピニオン外来件数のうち診療情報提供料（Ⅱ）を算定していた件数についてみると、1 件以上あった病院の割合は、平成 18 年は 6.3%、平成 19 年は 12.2%であった。

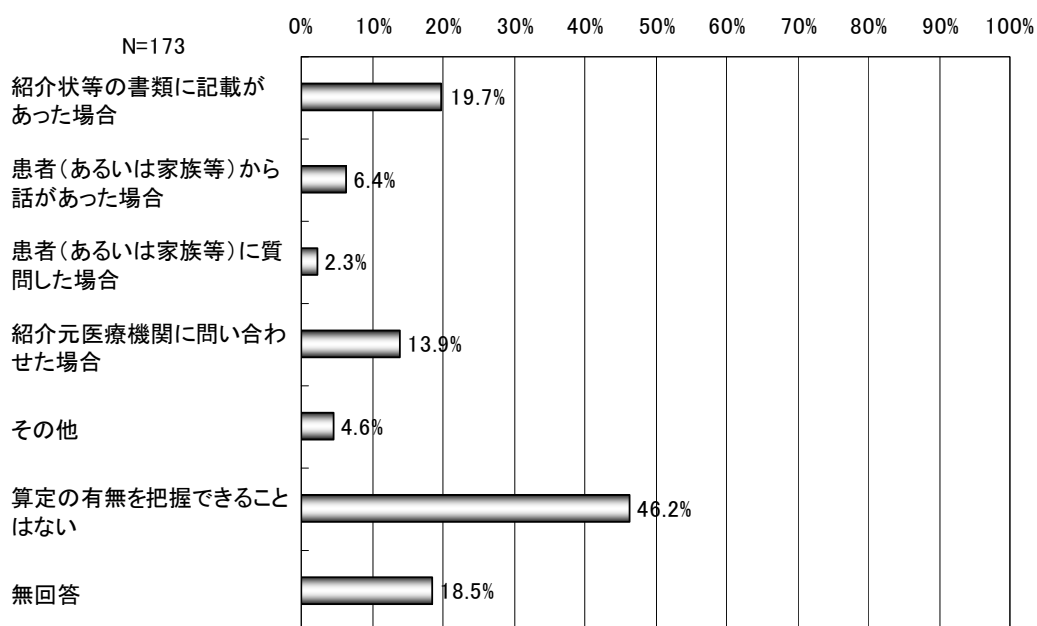
図表 28 セカンドオピニオン外来件数のうち診療情報提供料（Ⅱ）を算定していた件数の推移：平成 18、19 年の各第 2 四半期



③ セカンドオピニオン外来の紹介元が診療情報提供料（Ⅱ）を算定しているかの把握状況

セカンドオピニオン外来の紹介元医療機関が診療情報提供料（Ⅱ）を算定しているかの把握状況についてみると、「算定の有無を把握できることはない」とした病院が46.2%と半数近くを占めた。把握できる場合としては、「紹介状等の書類に記載があった場合」（19.7%）が最も多く、次いで「紹介元医療機関に問い合わせた場合」（13.9%）であった。

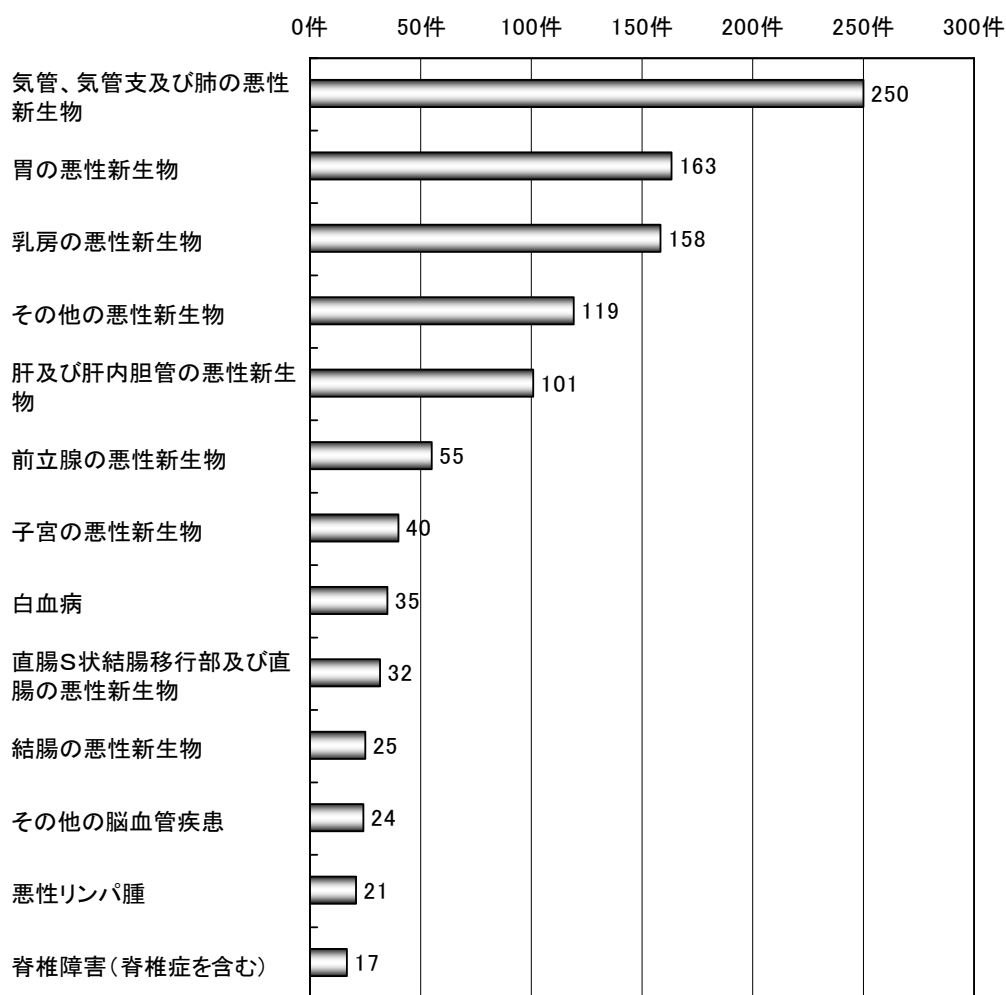
図表 29 紹介元が診療情報提供料（Ⅱ）を算定しているかの把握如何・把握方法



④ セカンドオピニオン外来の疾患別内訳

平成19年の第2四半期におけるセカンドオピニオン外来件数の疾患別内訳についてみると、「気管、気管支及び肺の悪性新生物」(250件)が最も多く、次いで「胃の悪性新生物」(163件)、「乳房の悪性新生物」(158件)であった。

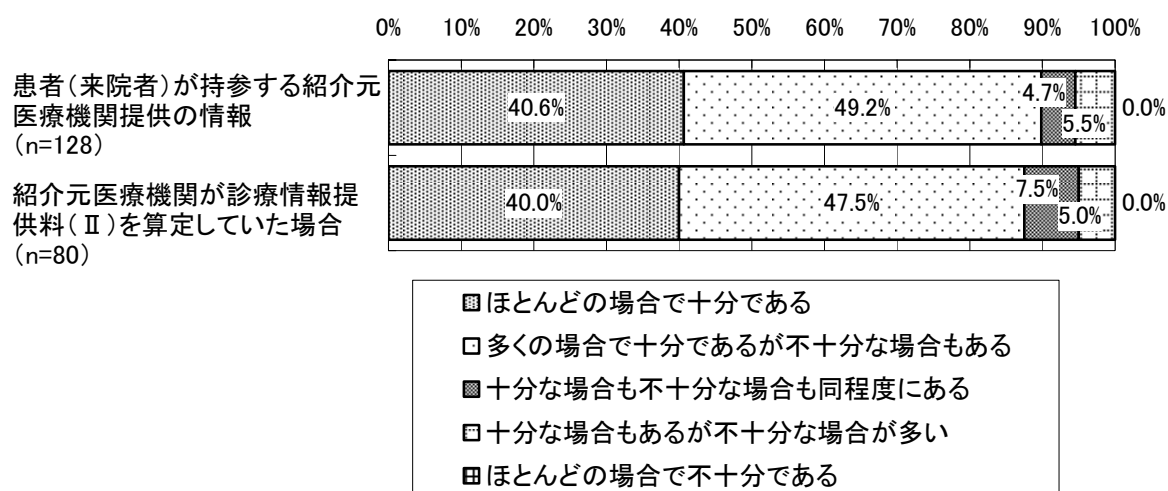
図表30 セカンドオピニオン外来件数の疾患別内訳
：平成19年の第2四半期における上位13疾患



⑤ セカンドオピニオン外来の紹介元医療機関提供の情報

セカンドオピニオン外来の紹介元医療機関が提供する情報の過不足観についてみると、「ほとんどの場合で十分である」とした病院が約4割、「多くの場合で十分であるが不十分な場合もある」とした病院が約5割であった。診療情報提供料（Ⅱ）を算定している場合に限ってみても、ほぼ同じ割合であった。

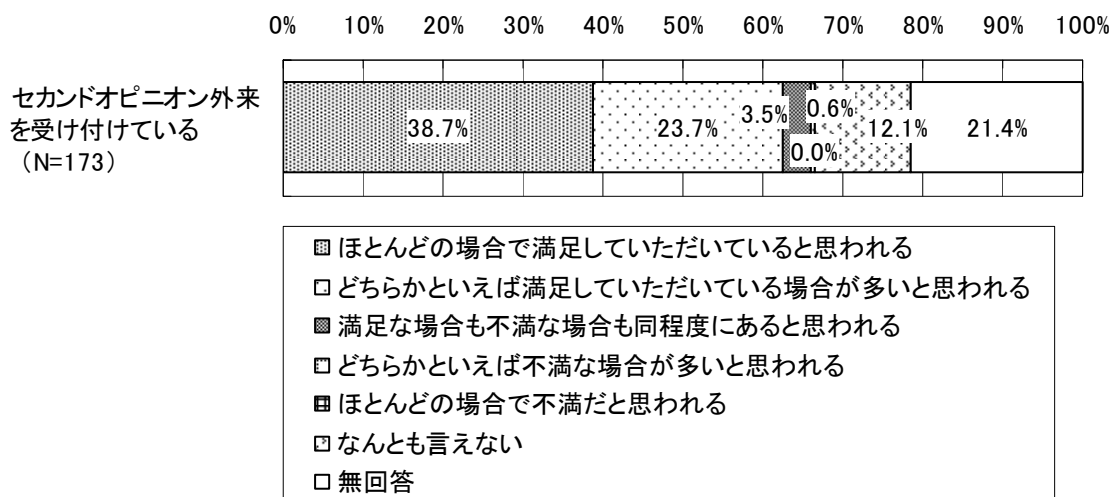
図表 31 紹介元医療機関提供の情報は十分か：
全ケースと診療情報提供料（Ⅱ）算定ケース



⑥ セカンドオピニオン外来を利用した患者等の満足度

セカンドオピニオン外来を利用した患者（あるいはその家族等）の満足度に関する病院側の自己認識についてみると、「ほとんどの場合で満足していただいていると思われる」（38.7%）が最も多く、次いで「どちらかといえば満足していただいている場合が多いと思われる」（23.7%）であった。これを合わせた肯定的な認識は6割を超えた。

図表 32 セカンドオピニオン外来を利用した患者等の満足度



（5）セカンドオピニオン外来を推進する上での課題等

セカンドオピニオン外来を推進する上での課題等については、以下のような意見が寄せられた。

<制度の理解・周知について>

- ・セカンドオピニオンの目的、意義、利用方法などについて、患者・家族側へのさらなる周知、医療側のさらなる理解が必要である。
- ・セカンドオピニオンと通常の診察との違いの明確化が必要である。
- ・本来の意味でセカンドオピニオンを求めているのではなく、単に主治医への不満やコミュニケーションの問題を訴えるケースが多い。
- ・セカンドオピニオン外来を主治医の変更と混同しているケースがある。
- ・セカンドオピニオン外来であることが不明確なケース、セカンドオピニオン外来の担当窓口を通らず知り合いの医師に直接相談してくるケースがある。
- ・地域でのセカンドオピニオン外来情報の共有化が必要である。

<紹介元医療機関との関係について>

- ・主治医・かかりつけ医への気兼ねのため、希望しにくいケースが多い。
- ・単にセカンドオピニオン希望なのか転院希望なのか、紹介元で把握して欲しい。
- ・紹介元がセカンドオピニオン外来について患者に説明していないため自由診療にできないケース（保険診療の費用で済むと考えて来ているため）があり、理解してセカンドオピニオン外来に来ているケースとの不公平が生じている。
- ・原則として追加検査はしないので、紹介元から提供される情報の質が重要である。

<患者負担について>

- ・自由診療扱いのため患者負担が大きい。
- ・保険適用外で自費負担になることが十分周知されていない。

<診療報酬について>

- ・診療報酬を決めて欲しい。
- ・一般外来より長期間の対応を要するため、経済的な裏付けが必要。診療報酬で決めて欲しい。
- ・保険診療で実施しているが、診療報酬上のメリットが必要である。

<人員体制について>

- ・マンパワー（特に医師）の確保が課題。
- ・医師、看護師、事務員が一つの組織として取り組むことが必要である。

<その他>

- ・セカンドオピニオンを受ける時期が遅すぎる（既にターミナル期に入っている）ケースがある。

6. まとめ

- 回答のあった病院の各属性において最も多かったのは、開設者は「医療法人・個人・その他」(42.8%)、1日当たりの平均入院患者数は「200人以上300人未満」(34.1%)、同外来患者数は「300人未満」(33.3%)、紹介率は「30%以上40%未満」(19.3%)、看護基準は「10:1以上」(43.8%)であった(図表3~7)。
- 回答のあった病院のうち、臨床研修指定病院(単独型・管理型)は40.2%、同(協力型)は32.9%、DPC準備病院は33.5%、同対象病院は16.8%、地域医療支援病院は8.3%、高度先進医療実施病院は5.7%であった(図表8)。
- 回答のあった病院のうち、セカンドオピニオン外来を何らかの窓口で受け付けている病院は34.1%であった。過半数は「セカンドオピニオン外来はとくに受け付けておらず、そのような受診希望があれば通常の『紹介状持参の初診』として扱っている」病院(62.5%)であった(図表9)。
- セカンドオピニオン外来を何らかの窓口で受け付けている病院の各属性において最も多かったのは、開設者は「公的医療機関」(29.5%)、病床規模は「300床以上500床未満」(39.9%)、看護基準は「10:1以上」(46.2%)であった。また、そのような病院のうち、臨床研修指定病院(単独型・管理型)は51.4%、同(協力型)は21.4%、DPC準備病院は35.3%、同対象病院は30.6%、地域医療支援病院は11.6%、高度先進医療実施病院は13.9%であった(図表10~16)。
- 回答のあった病院のうち「セカンドオピニオン外来の専門窓口を設けて受け付けている」病院は4.9%で、同外来の開設時期は平成18年以降が60.0%であった(図表9、図表17)。
- セカンドオピニオン外来を受け付けている病院における同外来の受付態勢において、診療科目は「標榜診療科目の一部」(56.6%)、受付人員体制は「専任担当者と兼任担当者がいる」(75.7%)、診療(相談)時間は「通常の外来診療時間の外で予約のうえ行っている」(44.5%)、基本料金は「30分10000円~10500円」(25.4%)、料金に含まれる診療行為は「持参画像(資料)による診断」(78.0%)、1回あたり平均診療(相談)時間は「60分以上」(24.9%)、広報は「ウェブサイトでの掲示を行っている」(75.7%)が、それぞれ最も多かった(図表18~26)。
- セカンドオピニオン外来の総件数、および1件以上あった病院の割合は、平成17年から18年にかけてほぼ倍増し、19年も引き続き増加していた(各第2四半期の比較)。一方、1病院あたりの平均件数(1件以上あった病院における)は減少傾向にあった(図表27)。
- セカンドオピニオン外来のうち診療情報提供料(Ⅱ)を算定していたケースが1件以上あった病院の割合は、平成18年(第2四半期)は6.3%、平成19年(同)は12.2%であった(図表28)。その算定の把握状況は、「算定の有無を把握できることはない」が46.2%、「紹介状等の書類に記載があった場合」が19.7%、「紹介元医療機関の問い合わせた場合」が13.9%であった(図表28~29)。

- セカンドオピニオン外来件数の疾患別内訳（平成 19 年第 2 四半期）は、「気管、気管支及び肺の悪性新生物」（250 件）が最も多く、次いで「胃の悪性新生物」（163 件）、「乳房の悪性新生物」（158 件）であった（図表 30）。
- セカンドオピニオン外来の紹介元医療機関が提供する情報は、「ほとんどの場合で十分である」が 40.6%、「多くの場合で十分であるが不十分な場合もある」とした病院が 49.2%であった。診療情報提供料（Ⅱ）を算定している場合に限ってみても、ほぼ同じ割合であった（図表 31）。
- セカンドオピニオン外来を利用した患者（あるいはその家族等）の満足度に関する病院側の自己認識は、「ほとんどの場合で満足していただいていると思われる」が 38.7%、「どちらかといえば満足していただいている場合が多いと思われる」が 23.7%であった（図表 32）。

問3 【問1で選択肢02、03、04を選んだ場合は、本問以下の全問にご回答下さい】
セカンドオピニオン外来の診療科目は何ですか。該当する選択肢1つに○をお付け下さい。選択肢02を選んだ場合は、対応できる診療科目を問17（4頁）の科目番号でカッコ内に列記して下さい。

01 標榜診療科目の全て

02 標榜診療科目の一部 →診療科目番号（ ， ， ， ， ， ， ， ， ， ）

問4 セカンドオピニオン外来の担当者について、専任者・兼任者それぞれの人数を記入し職種をお選び下さい。

	人数(いなければ0を記入)	職種(該当するものすべてに○)	
(1) 専任の担当者	() 人	01 医師 02 看護職員 03 その他のコメディカル	04 事務員 05 その他()
(2) 兼任の担当者	() 人	01 医師 02 看護職員 03 その他のコメディカル	04 事務員 05 その他()

問5 セカンドオピニオン外来の診療(相談)時間をお尋ねします。該当する選択肢1つに○を付け、選択肢01を選んだ場合は1週間当たりの時間をご記入下さい。

01 セカンドオピニオン外来の専用時間帯を設けている →1週間当たり()時間

02 通常の外来診療時間の外で予約のうえ行っている

03 通常の外来診療時間の中で予約のうえ行っている

04 通常の外来診療時間の中で随時行っている

問6 セカンドオピニオン外来の料金を(1)基本料金(2)延長料金に分けて記入し、(3)料金に含まれる内容として該当するものすべてに○をお付け下さい。

(1) 基本料金 ()分まで()円 ←未定の場合は「-」を記入

(2) 延長料金 ()分毎に()円 ←未定の場合、延長制度がない場合は「-」を記入

(3) 料金に含まれる内容

01 問診	04 一部の検査	→具体的に()
02 触診	05 その他	→具体的に()
03 持参画像(資料)による診断		

問7 セカンドオピニオン外来における1回あたりの診療(相談)時間の平均、最長、最短を、過去3か月程度の実績に基づきご記入下さい。概数で結構です。

平均:約()分 最長:約()分 最短:約()分

問8 セカンドオピニオン外来の広報に関し、(1)(2)それぞれについて該当する選択肢1つずつに○をお付け下さい。

(1) ウェブサイトでの掲示

(2) パンフレット等の配布

01 行っている

01 行っている

02 行っていないが今後行う予定がある

02 行っていないが今後行う予定がある

03 行っておらず今後もしも行う予定はない

03 行っておらず今後もしも行う予定はない

■セカンドオピニオン外来の詳細についてお伺いします。

問9 平成17年、18年、19年のそれぞれ4～6月に、セカンドオピニオン外来の件数は何件ありましたか。またそのうち、平成18年と19年のそれぞれ4～6月に、紹介元医療機関で診療情報提供料(Ⅱ)(注)を算定していた件数は、何件ありましたか。不明の場合は記入欄に「-」をご記入下さい。なお、診療情報提供料(Ⅱ)算定件数は診療情報提供料(Ⅰ)算定件数とは区別し、区別できない場合は「不明」と記入して下さい。

	平成17年4～6月	平成18年4～6月	平成19年4～6月
セカンドオピニオン外来の件数	件	件	件
うち診療情報提供料(Ⅱ)を算定していた件数		件	件

(注) 診療情報提供料(Ⅱ)は、主治医以外の医師による助言(セカンドオピニオン)を得ることを推進するものとして、主治医がセカンドオピニオンを求める患者又はその家族からの申し出に基づき、治療計画、検査結果、画像診断にかかる画像情報等、他の医師が当該患者の治療方針についての助言を行うために必要かつ適切な情報を添付した診療状況を示す文書を患者又はその家族に提供した場合に算定できます。

問10 セカンドオピニオン外来において、紹介元医療機関が診療情報提供料(Ⅱ)を算定していることをどのように把握できていますか。該当する選択肢すべてに○をお付け下さい。

01 紹介状等の書類に記載があった場合	04 紹介元医療機関に問い合わせた場合
02 患者(あるいは家族等)から話があった場合	05 その他()
03 患者(あるいは家族等)に質問した場合	06 算定の有無を把握できることはない

問11 平成19年4～6月のセカンドオピニオン外来件数の主疾患は何ですか。件数の多かった上位5疾患をご記入下さい。主疾患の種類は、別紙「疾患コード表」を参照して3桁の疾患コードでご記入下さい。

	疾患コード(3桁)	平成19年4～6月の件数
疾患1		件
疾患2		件
疾患3		件
疾患4		件
疾患5		件

問12 セカンドオピニオン外来において、患者(来院者)が持参する紹介元医療機関提供の情報は十分ですか。最も該当する選択肢1つに○をお付け下さい。

01 ほとんどの場合で十分である	04 十分な場合もあるが不十分な場合が多い
02 多くの場合で十分であるが不十分な場合もある	05 ほとんどの場合で不十分である
03 十分な場合も不十分な場合も同程度にある	

問13 紹介元医療機関が診療情報提供料(Ⅱ)を算定していた場合、患者(来院者)が持参する紹介元医療機関提供の情報は十分だと考えますか。最も該当する選択肢1つに○をお付け下さい。

01 ほとんどの場合で十分である	04 十分な場合もあるが不十分な場合が多い
02 多くの場合で十分であるが不十分な場合もある	05 ほとんどの場合で不十分である
03 十分な場合も不十分な場合も同程度にある	06 算定の有無を把握できることはない

問14 平成19年4～6月のセカンドオピニオン外来件数のうち、紹介元医療機関から貴院に転院した件数をご記入下さい。該当するケースがなければ「0」、不明の場合には「-」をご記入下さい。

紹介元医療機関から貴院に転院した件数	件
うち病院から転院した件数	件
うち一般診療所・歯科診療所から転院(転医)した件数	件

問 15 セカンドオピニオン外来に来た患者（あるいはその家族等）の満足度について、最も該当する選択肢1つに○をお付け下さい。

- | | |
|----------------------------------|--------------------------|
| 01 ほとんどの場合で満足していただいていると思われる | 04 どちらかといえば不満な場合が多いと思われる |
| 02 どちらかといえば満足していただいている場合が多いと思われる | 05 ほとんどの場合で不満だと思われる |
| 03 満足な場合も不満な場合も同程度にあると思われる | 06 なんとも言えない |

■貴院の概要についてお伺いします。

問 16 【問1で選択肢05、06を選んだ場合は、本問以下にご回答下さい】
貴院の開設者について該当する選択肢番号に○をお付け下さい。

- 01 国（厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康福祉機構、その他）
- 02 公的医療機関（都道府県、市町村、日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会）
- 03 社会保険関連団体（全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、健康保険組合、共済組合、国民健康保険組合）
- 04 医療法人・個人・その他（公益法人、医療法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他法人、個人）

問 17 貴院の標榜診療科目として該当する選択肢すべての番号に○をお付け下さい。

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

問 18 貴院の1日当たり平均入院患者数、1日当たり平均外来患者数、紹介率（いずれも平成18年4月～19年3月の実績）を、小数第1位までご記入下さい。

- | | |
|------------------|---------|
| (1) 1日当たり平均入院患者数 | (.) 人 |
| (2) 1日当たり平均外来患者数 | (.) 人 |
| (3) 紹介率 | (.) % |

問 19 貴院の看護基準として該当する選択肢1つに○をお付け下さい。

- | | | |
|------------|------------|------------|
| 01 7:1 以上 | 03 13:1 以上 | 05 15:1 未満 |
| 02 10:1 以上 | 04 15:1 以上 | |

問 20 貴院の病院属性として該当する選択肢すべてに○をお付け下さい。

- | | | |
|-------------|---------------|----------------------|
| 01 DPC 対象病院 | 03 地域医療支援病院 | 05 臨床研修指定病院（単独型・管理型） |
| 02 DPC 準備病院 | 04 高度先進医療実施病院 | 06 臨床研修指定病院（協力型） |

■最後に、セカンドオピニオン外来を推進する上での課題等がございましたらご自由にご記入ください。

設問は以上です。ご協力まことに有難うございました。
記入漏れがないかをご確認の上、7月31日(火)までに同封の返信用封筒に入れてご投函ください。

中医協 総－４－２
２０．７．９

中医協 検－１－２
２０．７．９

平成１８年度診療報酬改定結果検証に係る調査
生活習慣病管理料算定保険医療機関における
患者状況調査 報告書

目 次

1. 目的.....	1
2. 調査対象.....	1
3. 調査方法.....	2
4. 調査項目.....	2
5. 結果概要.....	4
(1) 回収状況.....	4
(2) 施設調査.....	5
(3) 患者調査.....	25
6. まとめ.....	38

1. 目的

生活習慣病の治療・指導のための診療報酬の1つとして平成14年度より、「生活習慣病指導管理料」が導入された。しかし、この「生活習慣病指導管理料」は、「指導管理等」、「検査」、「投薬」、および「注射」の費用はすべて所定点数に含まれるため、検査がなくても他の診療報酬を活用するよりも患者負担が高くなる。また3ヶ月に1回「生活習慣の総合的な指導および治療に関する計画書」を作成しなければならない等の条件が課されているため、生活習慣病の治療に適用できる他の診療報酬と比較すると算定が進まない状況にあった。

平成18年度の診療報酬改定では、こうした状況を踏まえ、より多くの医療機関で活用されるべく、「生活習慣病指導管理料」は「生活習慣病管理料」に改編され、点数も引き下げられた。また、それと同時に患者に手渡す療養計画書の様式もより具体的な内容を記載するように変更された。

本調査においては、改編された生活習慣病指導料がどの程度活用されるようになったのかという算定状況の変化と、変更された療養計画書の記載内容等の変更について、医療機関側・患者側がどのようにとらえているかについて把握することを目的として実施した。

2. 調査対象

■施設調査

全国の200床未満の病院、および内科、循環器科を標榜している一般診療所の中から無作為抽出した1,500施設を対象とした。

【生活習慣病管理料の算定要件】

許可病床数が200床未満の病院又は診療所である保険医療機関において、高脂血症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者に対して、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

■患者調査

上記の施設調査対象施設において、平成19年7月に生活習慣病管理料の算定を受けた患者を対象とした。

なお、調査票は1施設あたり、患者調査票を20件ずつ配布した。

3. 調査方法

■施設調査

自記式調査票の郵送配布・回収とした。また、調査時期は平成19年7月とした。

■患者調査

施設調査の対象施設に対し、患者調査のための調査票を同封し、生活習慣病管理料算定患者に対して、自記式調査票を施設より配布することを依頼した。回収は事務局宛に直接郵送で行う形とした。また、調査時期は平成19年7月とした。

4. 調査項目

調査項目は以下の通りである。

■施設調査

図表 1 施設調査の調査項目

施設属性項目	開設主体、病診区分、42条施設併設の有無、有資格の職員体制
生活習慣病管理料の算定状況	<ul style="list-style-type: none">・ 算定の有無、算定件数・ 算定開始/終了時期・ 算定開始理由/算定終了理由/未算定理由・ 今後の算定状況
療養計画書について	<ul style="list-style-type: none">・ 療養計画書の作成時間・ 療養計画書の記載内容の詳細度、記載すべき項目の充足度、目標設定の有効性、コメディカルへの説明のしやすさ、患者への説明のしやすさ、記入の手間
生活習慣病の治療・指導状況	<ul style="list-style-type: none">・ 生活習慣病患者数・ 生活習慣病の1ヶ月あたり平均診療回数、1回あたり平均診療時間・ 生活習慣改善のための目標設定の有無・ 生活習慣病治療・指導の担当者・ 生活習慣病治療・指導における自己負担の有無・ 生活習慣病治療・指導における患者満足度

■ 患者調査

図表 2 患者調査の調査項目

患者属性項目	年齢、性別、居住地、受診医療機関区分、主疾患、服薬の有無
生活習慣病の治療・指導状況	<ul style="list-style-type: none">・ 服薬の有無・ 治療開始時期・ 生活習慣病治療・指導の内容と担当者・ 生活習慣のための目標設定の有無、実行の有無、目標設定の効果、目標の達成状況・ 身体状況の改善度合い・ 治療・指導への満足度
療養計画書について	<ul style="list-style-type: none">・ 療養計画書の受領の有無、受領回数・ 療養計画書に対する医師の説明時間・ 療養計画書への署名の有無・ 療養計画書に記載された指導内容と実行の有無・ 療養計画書の分かりやすさ

5. 結果概要

(1) 回収状況

施設調査においては、調査票を発送した医療機関全体の有効回収数は 640、回収率は 42.7%であった。そのうち、全国の 200 床未満の病院における有効回収数は 71、回収率は 33.0%であり、内科、循環器科を掲げる一般診療所の有効回収数は 550、回収率は 42.8%であった。

患者調査においては、上記の対象医療機関で、平成 19 年 7 月に生活習慣病管理料の算定を受けた患者の有効回答数は 615 であった。

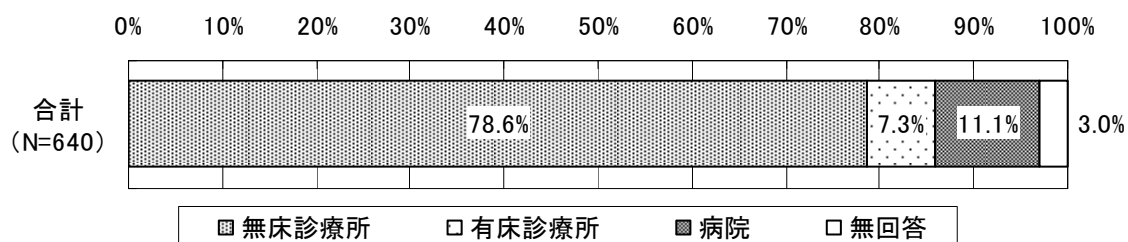
図表 3 回収状況

調査票	有効回収数	回収率
施設調査票	640	42.7%
病院	71	33.0%
一般診療所	550	42.8%
患者調査票	615	

※施設調査票については施設属性が無回答であるものもあるため、病院と一般診療所の有効回答数の合計と施設調査票の合計は一致しない。

なお、施設調査について回答のあった医療機関の施設種類については、「無床診療所」が最も多く（78.6%）、次いで「病院」（11.1%）、「有床診療所」（7.3%）であった。

図表 4 施設区分



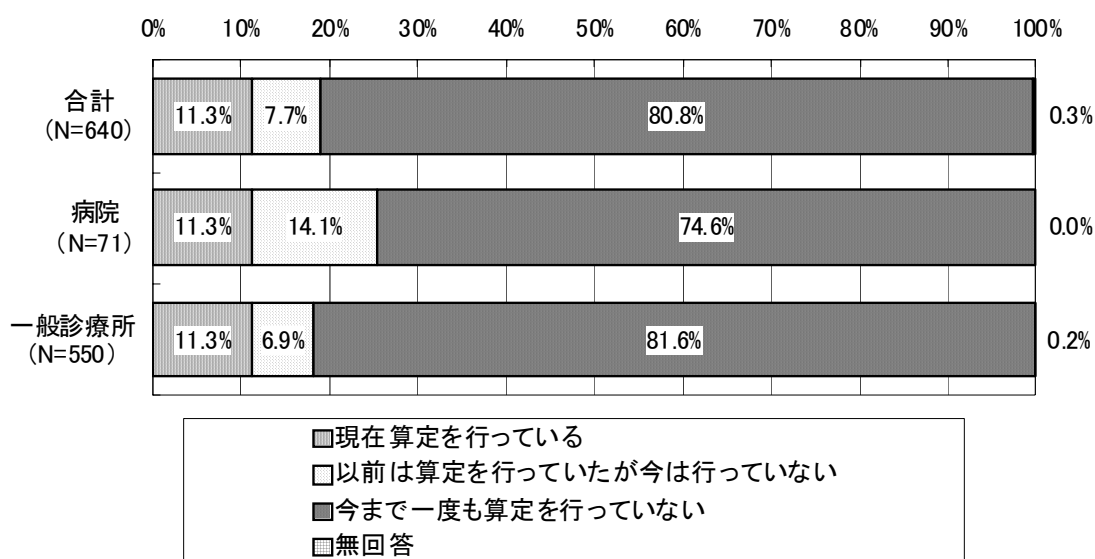
(2) 施設調査

① 生活習慣病管理料算定医療機関の概況

生活習慣病管理料の算定状況をみると、全体で、「今まで一度も算定を行っていない」医療機関が大半を占め（80.8%）、「現在算定を行っている」医療機関は約1割（11.3%）であった。「以前は算定を行っていたが今は行っていない」医療機関は全体で7.7%であった。

また、病院、一般診療所別にみても、生活習慣病管理料の算定状況はほとんど変わらなかった。

図表 5 生活習慣病管理料の算定状況



生活習慣病管理料を算定している医療機関での算定患者数は、高脂血症、高血圧症、糖尿病のいずれの疾患においても、病院では平成17年、18年、19年6月で減少傾向にあるが、一般診療所では増加傾向にある。

なお、平成19年6月に生活習慣病管理料の算定を受けている患者のうち、服薬治療を受けている患者の割合は、病院では9割強、一般診療所では8割弱から9割強となっていた。

図表 6 生活習慣病管理料算定医療機関における患者数

		平成 17 年 6 月	平成 18 年 6 月	平成 19 年 6 月		
					うち服薬中	治療者に 占める服 薬者の割 合
病院 (N=8)	高脂血症	12.0 人	9.0 人	7.7 人	6.4 人	94.4%
	高血圧症	78.0 人	61.3 人	51.3 人	47.0 人	92.2%
	糖尿病	32.3 人	24.4 人	18.4 人	17.5 人	95.2%
一般診療所 (N=62)	高脂血症	12.1 人	14.8 人	18.1 人	14.8 人	79.6%
	高血圧症	27.6 人	30.4 人	36.6 人	33.3 人	91.1%
	糖尿病	7.2 人	9.4 人	12.1 人	10.1 人	83.6%

なお、生活習慣病の治療・指導を受けている患者のうち、生活習慣病管理料の算定を受けている患者は、算定を行っている医療機関においても 1 割から 3 割程度にとどまっていた。

図表 7 生活習慣病管理料算定患者の割合(平成 19 年 6 月)

		外来患者数		
			うち生活習慣病管 理料算定患者数	割合
病院 (N=4)	高脂血症	56.8 人	11.5 人	20.2%
	高血圧症	264.5 人	71.8 人	27.1%
	糖尿病	180.5 人	31.3 人	17.3%
一般診療所 (N=45)	高脂血症	103.8 人	12.7 人	12.2%
	高血圧症	197.2 人	32.1 人	16.3%
	糖尿病	61.1 人	7.8 人	12.8%

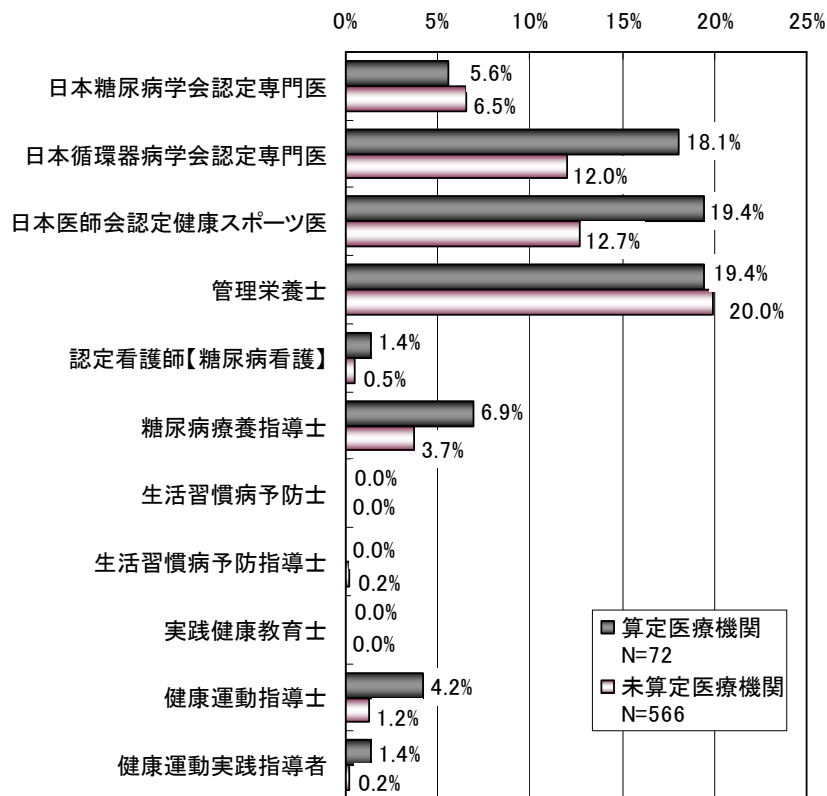
※上記集計は、外来患者数と生活習慣病管理料算定患者数の双方に記載のあった施設のみ対象とした。

調査対象機関における有資格者の状況について尋ねたところ、最も多い有資格者としては「管理栄養士」であり、生活習慣病管理料算定医療機関において 19.4%、未算定医療機関において 20.0%が配置され、指導にあたっていた。

なお、生活習慣病管理料算定医療機関と未算定医療機関における有資格者の状況で差がみられたのは、「日本循環器病学会認定専門医」(算定医療機関：18.1%、未算定医療機関：12.0%)、「日本医師会認定健康スポーツ医」(算定医療機関：19.4%、未算定医療機関：

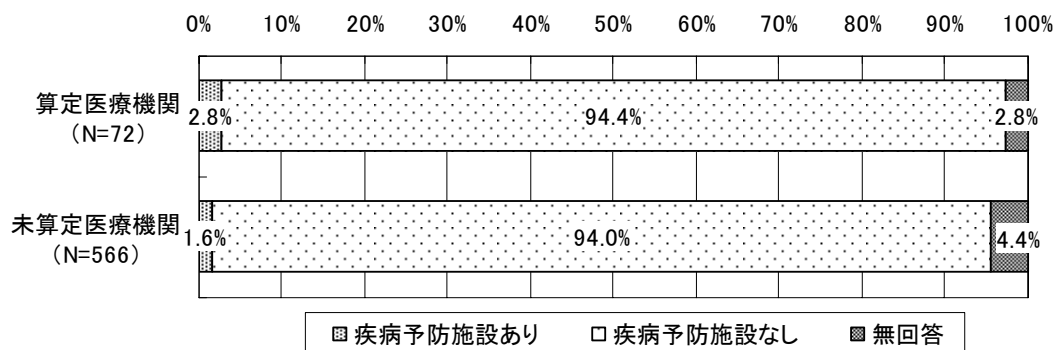
12.7%)、「糖尿病療養指導士」(算定医療機関：6.9%、未算定医療機関：3.7%)、「健康運動指導士」(算定医療機関：4.2%、未算定医療機関：1.2%)であった。

図表 8 有資格者の状況



医療法人の中には、運動実施等が可能な疾病予防施設（いわゆる医療法第42条施設）を所有している施設もある。今回の調査対象機関にこのような施設の有無を尋ねたところ、生活習慣病管理料算定機関、未算定機関ともにほとんど疾病予防施設は所有していなかった。

図表 9 疾病予防施設の所有状況

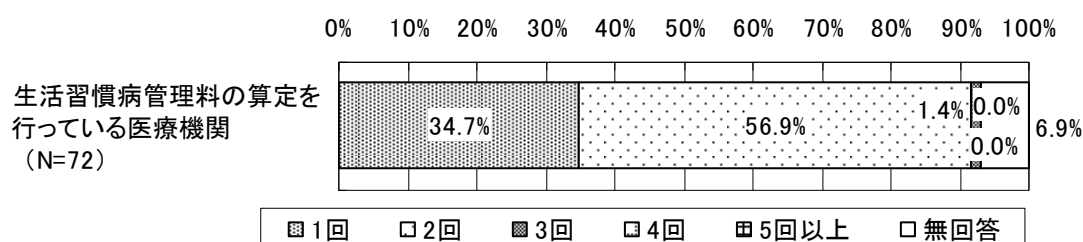


② 生活習慣病管理料算定医療機関における診療状況

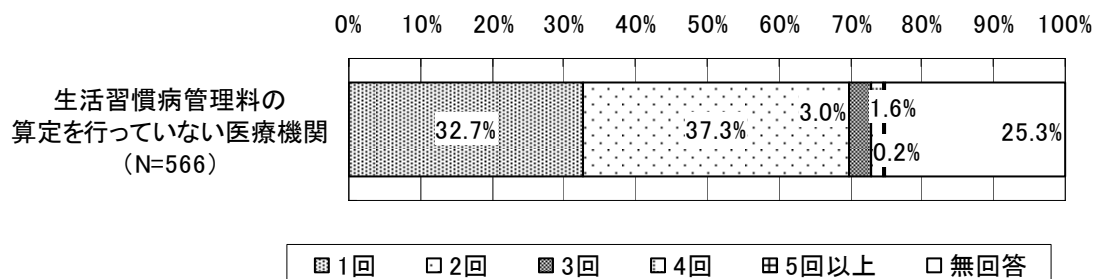
生活習慣病管理料を算定している医療機関における 1 ヶ月あたりの平均診療回数は、最も多いのが「2 回」(56.9%)、次いで多いのが「1 回」(34.7%) であった。平均は 1.7 回であった。

なお、生活習慣病管理料を未算定の医療機関においても、生活習慣病に関する 1 ヶ月あたりの平均診療回数も 1.7 回であった。

図表 10 生活習慣病管理料算定医療機関における 1 ヶ月あたりの平均診療回数
平均:1.7 回



図表 11 生活習慣病管理料未算定医療機関における 1 ヶ月あたりの平均診療回数
平均:1.7 回

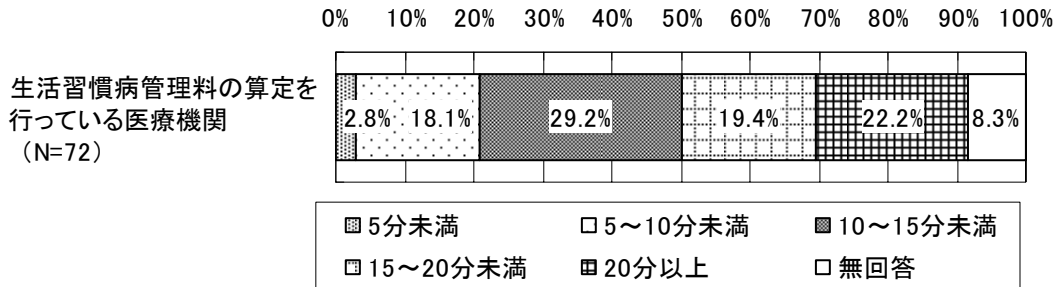


生活習慣病管理料を算定している医療機関における 1 回あたりの診療時間は、「10～15 分未満」が最も多く (29.2%)、次いで多いのが「20 分以上」(22.2%)、3 番目が「15～20 分未満」(19.4%)、下位 2 つは「5～10 分未満」(18.1%)、「5 分未満」(2.8%) となっている。平均は 13.4 分であった。

なお、生活習慣病管理料を未算定の医療機関においては、生活習慣病に関する 1 回あたりの平均診療時間は 12.2 分と若干短かった。

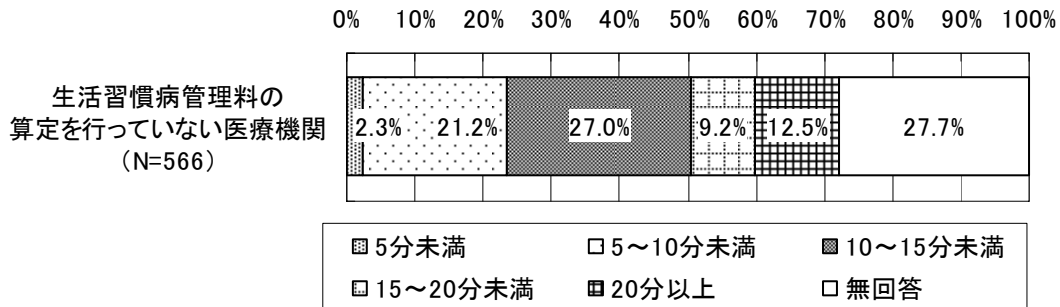
図表 12 生活習慣病管理料算定医療機関における1回あたりの診療時間

平均:13.4分



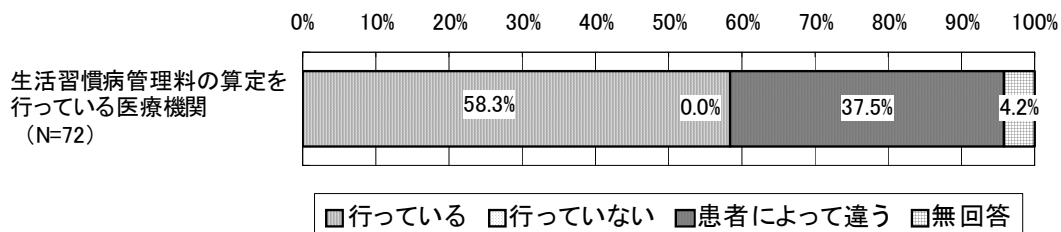
図表 13 生活習慣病管理料未算定医療機関における1回あたりの診療時間

平均:12.2分

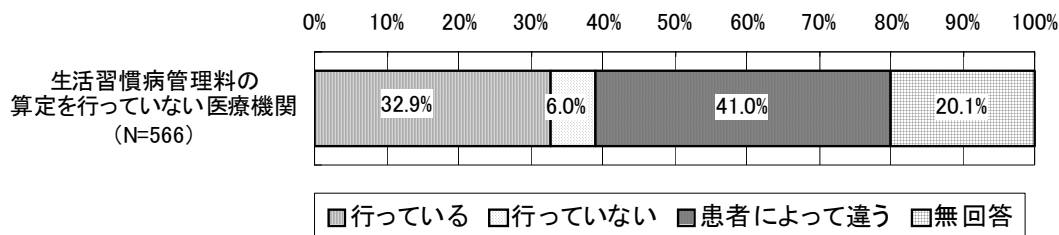


生活習慣病管理料算定医療機関における生活習慣病治療の目標設定状況については、「行っている」が最も多く（58.3%）、次いで「患者によって違う」（37.5%）であり、まったく行っていないと回答した医療機関はなかった。生活習慣病管理料未算定医療機関と比べると、目標設定に対して積極的であった。

図表 14 生活習慣病治療における目標設定の状況(生活習慣病管理料算定医療機関)



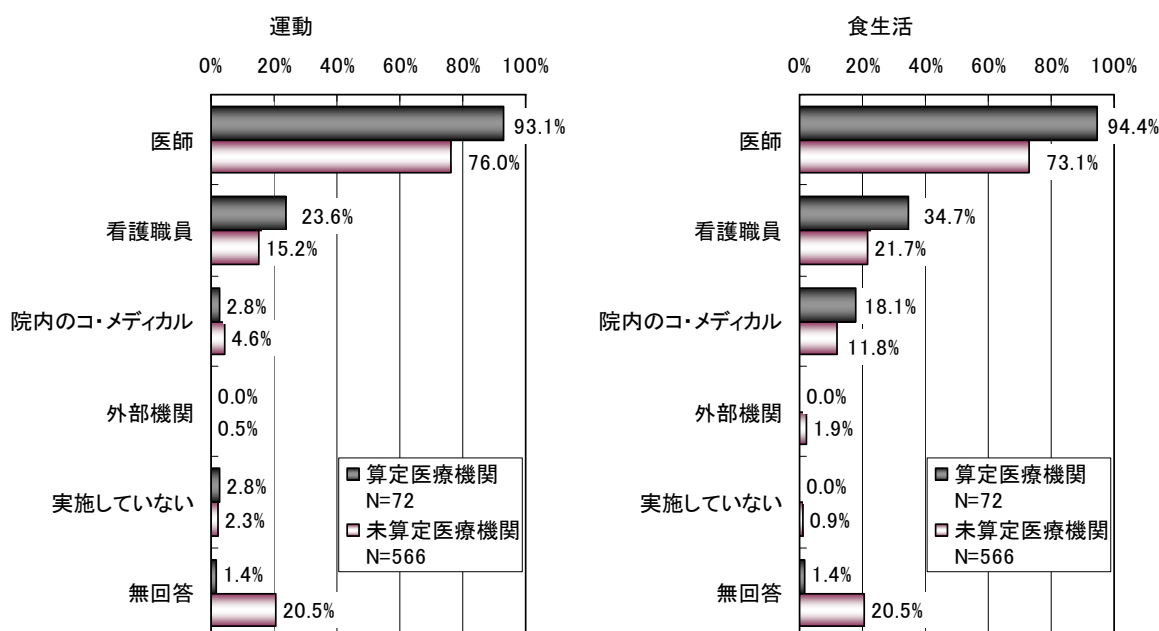
図表 15 生活習慣病治療における目標設定の状況(生活習慣病管理料未算定医療機関)

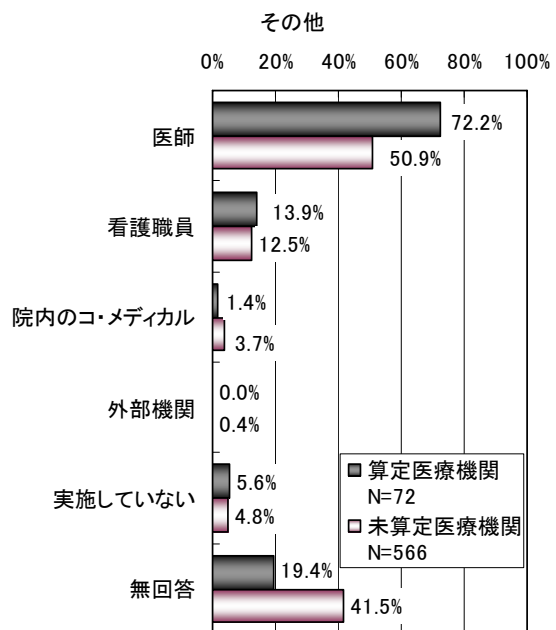
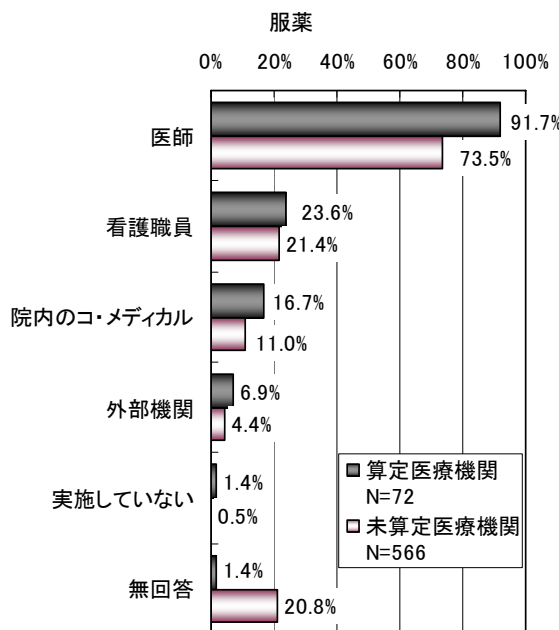
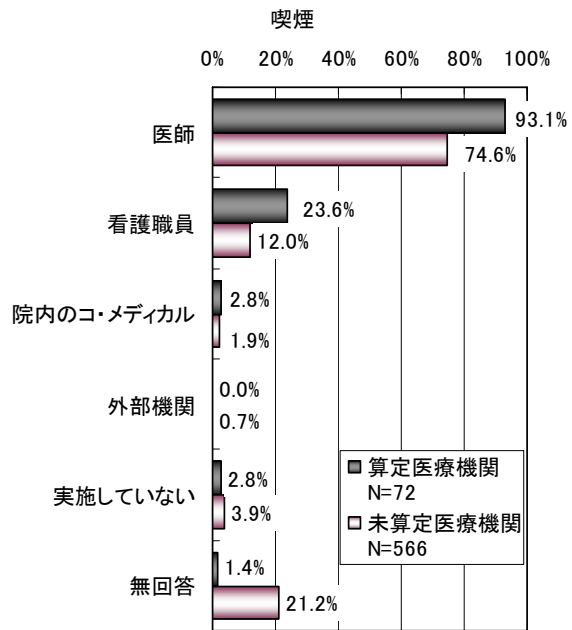
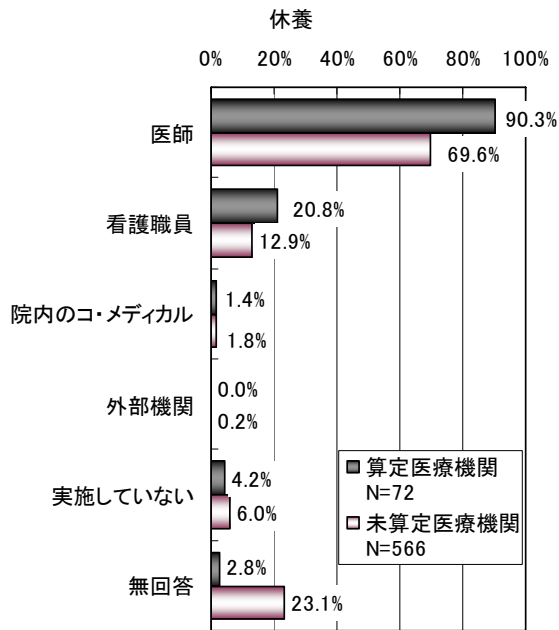


生活習慣病管理料算定医療機関においては、いずれの指導項目においても生活習慣病に関する指導の実施者は、ほとんど医師となっており、食生活においては、若干看護職員が行っている割合が高いものの、34.7%と3分の1程度であった。食生活や服薬については、栄養士や薬剤師を活用しているケースが考えられ、院内のコメディカルという回答が若干あり、それ以外の項目については院内のコメディカル、外部機関を利用しているケースはほとんどなかった。

また、生活習慣病管理料未算定の医療機関においてもすべての指導項目において、医師が実施していることが多く、生活習慣病管理料算定医療機関と同様の傾向が見られた。

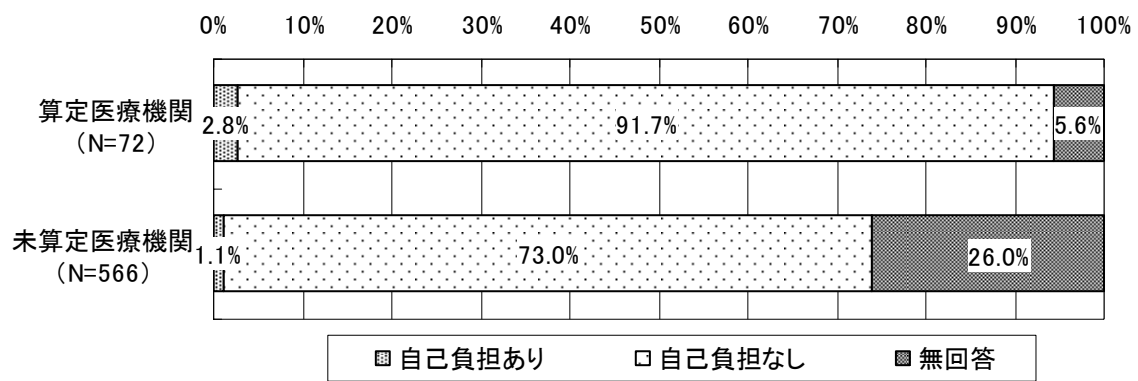
図表 16 生活習慣病に関する指導の実施者





生活習慣病に関する指導のために、保険診療とは別に患者の自己負担を設けている医療機関の割合は、算定医療機関では「自己負担なし」(91.7%)が「自己負担あり」(2.8%)より多く、未算定医療機関でも「自己負担なし」(73.0%)が「自己負担あり」(1.1%)より多かったが、生活習慣病に関する指導のために、別途自己負担をとるところはほとんどなかった。

図表 17 生活習慣病に関する指導における自己負担の有無



③ 療養計画書について

平成 18 年度の改定により、生活習慣病管理料の算定にあたり必要とされる療養計画書の様式は、以下のように変更された。

図表 18 生活習慣病指導管理料(平成 18 年度改定以前)の療養計画書の様式

生活習慣病に関する療養計画書	
(患者氏名) _____ 殿	
(記入日：平成 年 月 日)	
病 名	(主病名) (その他の病名)
病 状	
服薬にかかる留意事項	
運動、休養、栄養にかかる留意事項	
喫煙、飲酒にかかる留意事項	
その他注意すべきこと	
(注) 上記内容は、現時点で考えられるものであり、 今後、状態の変化等に応じて変わり得るものである。	
(患者氏名) _____ 印	
(主治医氏名) _____ 印	

図表 19 平成 18 年度改定で示された療養計画書の様式

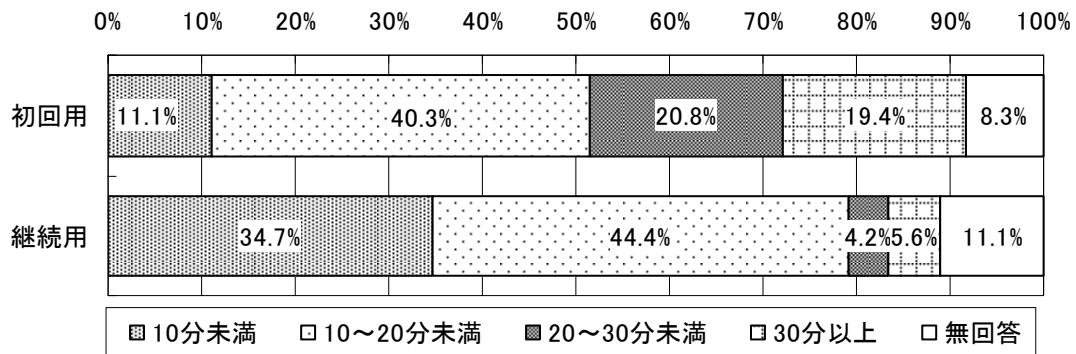
生活習慣病 療養計画書 初回用		(記入日: 年 月 日)		
患者氏名: (男・女)		主病:		
生年月日: 明・大・昭・平 年 月 日生(才)		<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 高脂血症		
ねらい: 検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること				
【検査項目】	<input type="checkbox"/> 身長 (cm) <input type="checkbox"/> 体重: 現在 (kg) → 目標 (kg) <input type="checkbox"/> BMI () <input type="checkbox"/> 胸囲: 現在 (cm) → 目標 (cm) <input type="checkbox"/> 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満) <input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧 (/ mmHg) <input type="checkbox"/> 運動負荷心電図 <input type="checkbox"/> その他 ()	【血液検査項目】(採血日 月 日) <input type="checkbox"/> 血糖 (□空腹時 □随時 □食後 () 時間) (mg/dl) <input type="checkbox"/> HbA1c: 現在 (%) → 目標 (%) <input type="checkbox"/> 総コレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> 中性脂肪 (mg/dl) <input type="checkbox"/> HDLコレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> LDLコレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> その他 ()		
	【問診】 <input type="checkbox"/> 食事の状況 <input type="checkbox"/> 運動の状況 <input type="checkbox"/> たばこ <input type="checkbox"/> その他の生活 【①達成目標】: 患者と相談した目標 【②行動目標】: 患者と相談した目標	医師氏名 (印)		
【重点を置く領域と指導項目】	<input type="checkbox"/> 食事	<input type="checkbox"/> 食事摂取量を適正する <input type="checkbox"/> 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす <input type="checkbox"/> 油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす <input type="checkbox"/> 節酒: {減らす(種類・量: を週 回)} <input type="checkbox"/> 間食: {減らす(種類・量: を週 回)} <input type="checkbox"/> 食べ方: (ゆっくり食べる・その他 ()) <input type="checkbox"/> 食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる	<input type="checkbox"/> 食塩・調味料を控える <input type="checkbox"/> 外食の際の注意事項 () <input type="checkbox"/> その他 ()	担当者の氏名 (印)
	<input type="checkbox"/> 運動	<input type="checkbox"/> 運動処方: 種類(ウォーキング・) 時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週 日) 強度(息がはずむか会話が可能か強さ or 脈拍 拍/分 or) <input type="checkbox"/> 日常生活の活動量増加(例: 1日1万歩・) <input type="checkbox"/> 運動時の注意事項など ()		担当者の氏名 (印)
	<input type="checkbox"/> たばこ	<input type="checkbox"/> 非喫煙者である <input type="checkbox"/> 禁煙・節煙の有効性 <input type="checkbox"/> 禁煙の実施方法等		担当者の氏名 (印)
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 余暇 <input type="checkbox"/> 睡眠の確保(質・量) <input type="checkbox"/> 家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 減量	担当者の氏名 (印)
【服薬指導】	<input type="checkbox"/> 処方なし <input type="checkbox"/> 薬の説明		担当者の氏名 (印)	
【療養を行うにあたっての問題点】				
【他の施設の利用状況について】				
※実施項目は、□にチェック、()内には具体的に記入			患者署名 医師氏名 (印)	

生活習慣病管理料を算定している医療機関の療養計画書作成に要する時間は、初回用では「10～20分未満」が最も多く(40.3%)、次いで「20～30分未満」(20.8%)、3番目が「30分以上」(19.4%)、4番目が「10分未満」(11.1%)であった。継続用最も多いのは「10分～20分未満」(44.4%)、次いで「10分未満」(34.7%)、3番目が「30分以上」(5.6%)、4番目が「20分～30分未満」(4.2%)であった。初回用の平均作成時間は19.3分、継続用は11.3分であった。

図表 20 療養計画書作成に要する時間

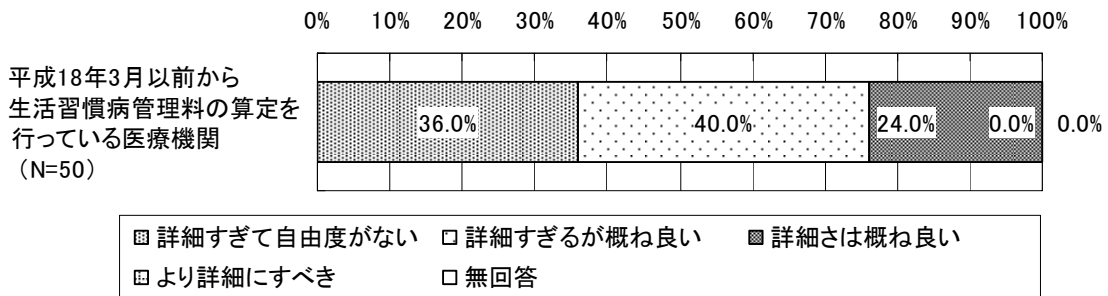
平均:初回用 19.3分、継続用 11.3分

生活習慣病管理料の算定を行っている医療機関(N=72)



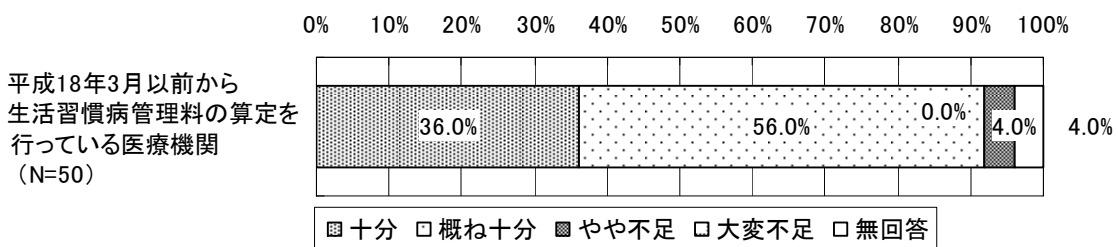
療養計画書の記載内容について、「詳細すぎるが概ね良い」が最も多く(40.0%)、次いで「詳細すぎて自由度がない」が多く(36.0%)、合せて76.0%を占めており、医療機関の7割以上が療養計画書の内容を詳細すぎると感じる傾向にあった。

図表 21 療養計画書の記載内容の詳細度



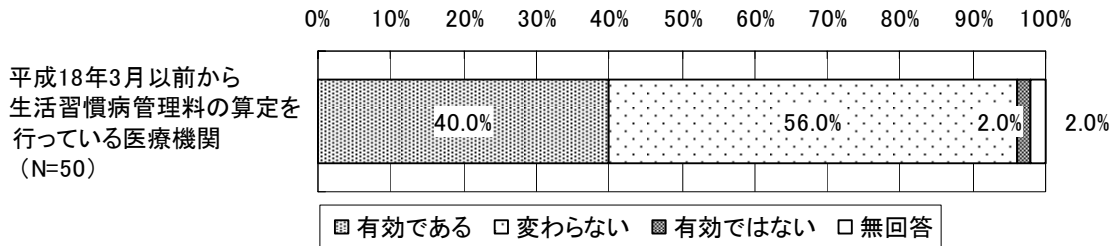
療養計画書の記載項目の充足度について、「概ね十分」が最も多く(56.0%)、次いで「十分」が多かった(36.0%)。9割以上の医療機関が療養計画書の記載項目充足度について十分であると感じる傾向にあった。

図表 22 療養計画書の記載項目の充足度



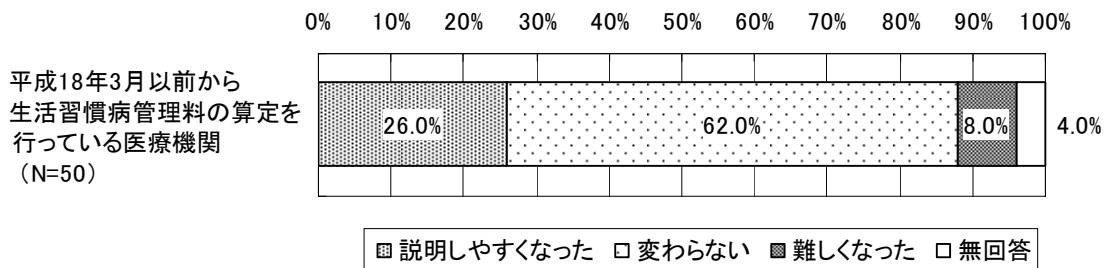
平成18年度の改定により、療養計画書には、生活習慣改善のための目標設定を記載する欄が設けられた。この目標設定の有効性については、「変わらない」が最も多く(56.0%)、次いで「有効である」(40.0%)、3番目が「有効ではない」(2.0%)であった。全体として、中立的・肯定的な意見が大半を占めていた。

図表 23 目標設定の有効性



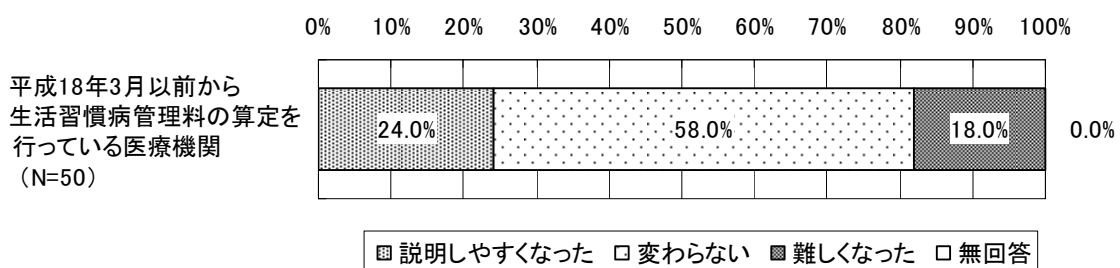
療養計画書の様式の変更により、コメディカル等への患者の状況の説明がしやすくなったかについては、「変わらない」が最も多く(62.0%)、続いて「説明しやすくなった」(26.0%)が多く、中立的・肯定的な意見が大半を占めていた。

図表 24 コメディカル等への患者の状況の説明のしやすさ



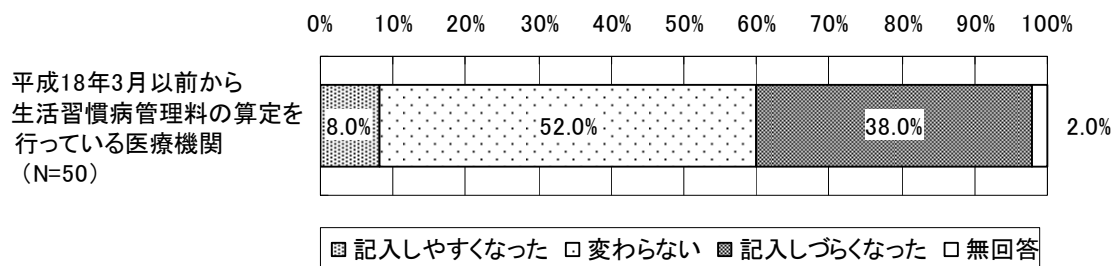
患者への説明のしやすさについては、「変わらない」が過半数を占めており(58.0%)、次いで「説明しやすくなった」(24.0%)、「難しくなった」(18.0%)と続いた。

図表 25 患者への説明のしやすさ



療養計画書の記入の手間については、「変わらない」が過半数を占め（52.0%）、次いで「記入しづらくなった」が多かった（38.0%）。

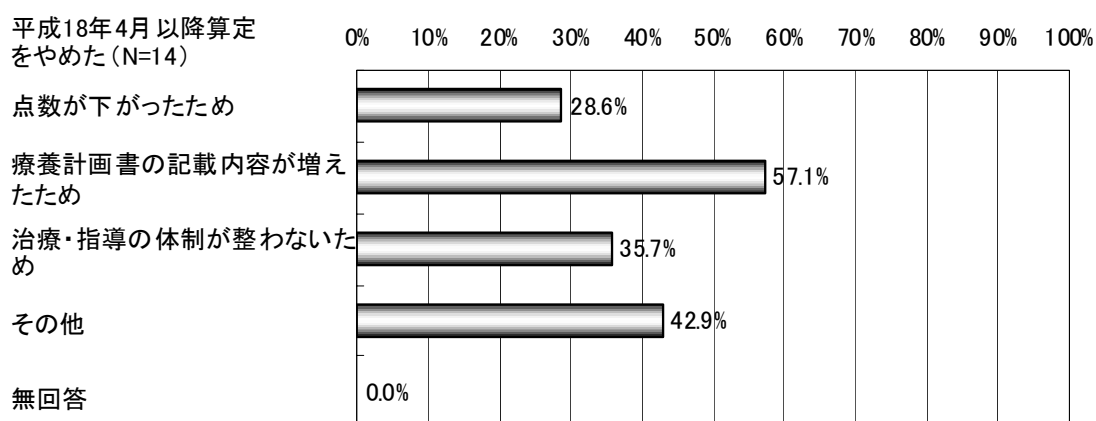
図表 26 記入の手間



④ 生活習慣病管理料未算定の理由

以前は生活習慣病管理料を算定していたが現在算定していない医療機関にその理由を尋ねたところ、「療養計画書の記載内容が増えたため」と答えた医療機関が最も多く(57.1%)、2番目が「その他」(42.9%)、3番目が「治療・指導の体制が整わないため」(35.7%)、4番目が「点数が下がったため」(28.6%)であった。

図表 27 以前は算定を行っていたが現在は算定していない理由



なお、生活習慣病管理料の算定をやめた理由に関しては、自由意見の中でも、書類作成の手間等について述べているものが多い。

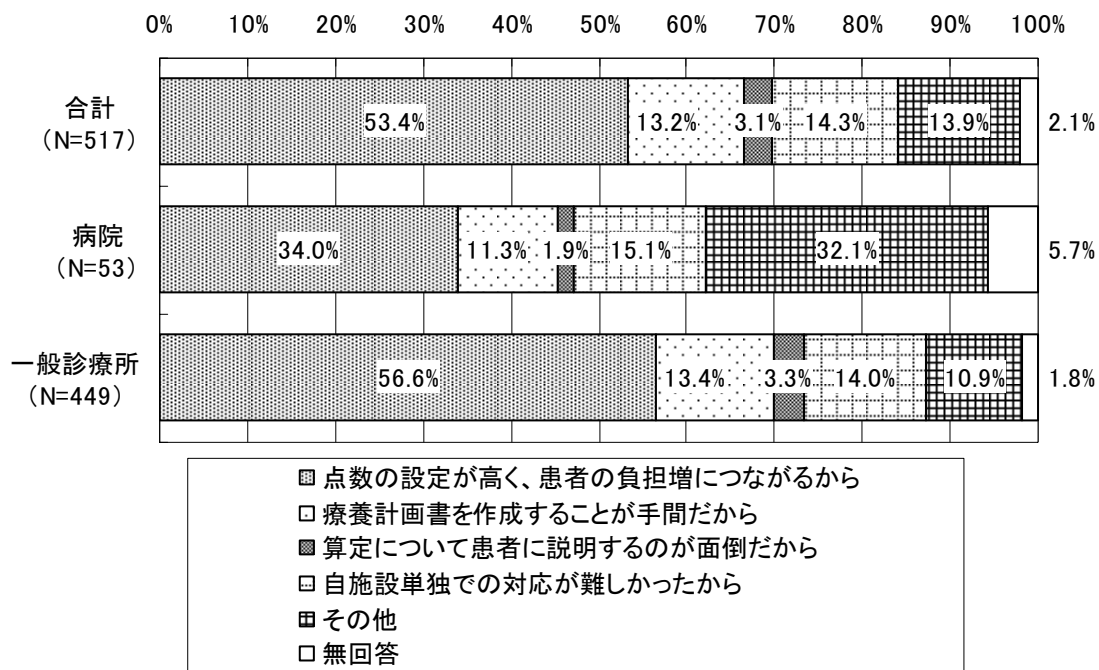
【生活習慣病管理料の算定をやめた理由】

- ・ 上記管理料は、2004年2月～2004年5月まで平均80名の方に算定しました。患者様からは、料金設定が包括(マルメ)である点の苦情、クレームが多く、ほとんどの方は実際に受けた診療や指導、検査等個別の請求を希望しました。そのため、2004年6月以降は原則として全て出来高(レセプト並の領収書にて)にて生活習慣病に対応しています。今後も同じ方針です。
- ・ 生活習慣病管理料は、以前2～3人算定したのみ。患者の自己負担が多く、算定できません。時間の許す限り、生活指導しているつもりです。
- ・ 毎月の承諾書作成など計画書作成が煩雑で、生活習慣病管理料が算定できない。そのため、平成18年3月までは、全てメディカル体制で年間計画をたて、十分時間をとって数十人の患者さんに生活習慣病指導を行っていたが、現在、無償でマンパワーを使うことはできない状況である。以前のように年間計画、医師の十分な指導は3か月に1回など、もっと計画書作成を簡略化してほしい。(ただし、算定料を下げて)
- ・ 生活習慣病指導管理料が設定されたとき、計画書を用意して2人程行った時、「何でこんなに料金が違うんだ」と不満(陰悪な雰囲気)となった。田舎で所得も多くない人々の自己負担額を考えてほしい。
- ・ 2回目からの用紙への記入がなかなかできない。したがって中止する予定です。

今まで一度も算定を行っていない医療機関にその理由を尋ねたところ、「点数の設定が高く、患者の負担増につながるから」と答えた医療機関が最も多く（53.4%）、「診療計画書を作成することが手間だから」（13.2%）、「自施設単独での対応が難しかったから」（14.3%）、「その他」（13.9%）がほぼ同じ割合で並んでいた。

病院のみの結果については、「点数の設定が高く、患者の負担増につながるから」が3割強となっていた（34.0%）のに対し、一般診療所のみの結果では「点数の設定が高く、患者の負担増につながるから」が過半数を占めており、算定を行わない理由について病院と一般診療所では差異が認められた。

図表 28 今まで一度も算定を行っていない理由



なお、生活習慣病管理料を算定しない理由に関しては、自由意見の中でも、点数の高さや書類作成の手間等について述べているものが多い。

【生活習慣病管理料を算定しない理由に関する自由意見】

- ・ 糖尿病、メタボリック症候群に対しては指導に時間がかかり、運動療法等をしていきたい。しかし、点数が高すぎるため、指導料を算定しにくい。半分くらいの点数だと算定しやすい。
- ・ 正直、算定しないのは、ただでさえ患者さんの窓口負担が増えているのに、これ以上増やすと本当に来院しなくなる人がでてくる分が、逆効果と考えるから。少なくともきちんとした指導をしていないところこそ、行政が指導するべき。今後も算定するような指導をしても、当院は絶対に算定せず、コツコツ積み重ねていきます。
- ・ 生活習慣指導は、現在の特定疾患療養管理料の範囲内で施行できると考えます。

- ・ 個人の患者、さらに月によって治療、指導、検査などが異なるため、同一点数で算定することは、患者からの理解を得難い。また点数が決まっていると、検査、治療などを制限し、本来必要な検査や治療をしなくなる可能性がある。
- ・ 血液内科専門医の立場から考えると、生活習慣うんぬんという話は、医療の大元とは言い難い。半分以上は患者さんが作った病気であろうに、(欲望のままに食べ、身体を動かさずにゴロゴロしていたら、太るのは当たり前だ)人を管理するなんておこがましいことを私はあまりしたくないです。
- ・ 開業して約10年になるが、患者とできるだけ話をするようにしている。したがって、時に1人15~20分かかることもある。患者が今日は話をしたいのかどうかを入れてきた時に感じ取り対応している。したがって、この管理料は算定していない。自分で作ったパンフを用いて以前から行っており、いまさらという感じがした。また、患者の多くは1回の話だけではしっかりと聞き取っていないので、少なくとも2~3回は同じ話をする。しっかりと話をしていたらカルテに記入する時間がないため、余計に算定していない。今後、「アメリカナイズされた医療(契約医療と私は言っている)」ではなく、日本本来の「心の医療(心と心のつながりのもの)」をもっと進めてほしいが、今の日本は全体がアメリカナイズに走っている。日本独自の考え方を持ってほしい。
- ・ 忙しい時間内に書類を書いて説明するのは大変です。患者さんの中には、そんなものは必要ないと言われる人もいます。(自己負担が増えるのは嫌だ)
- ・ 生活習慣病管理料等、選択によって点数が変わるのは、良さそうで良くない。高額所得者は別として、一般の患者に自己負担増は厳しいのです。聞いた話ですが、生活習慣病管理料を採用しているある施設では、何が何でも月1回しか、その医療機関を受診させないとのことである(2回以上受診させても収益にはつながらないから)。これで患者のことを十分に考えているといえるだろうか。
- ・ まず、患者さんと対話して、その会話から治療方針、目標が決まるのだと思います。対話をしていたら、書類を書く暇がありません。患者は全て均一ではありません。書類ばかり増えていったら、患者を診ている暇がありません。お年寄りには小さな字を読んだり、手の震えなどで文字を書くことができない方が多数います。書いてあげても読めません。今書いているこの字の大きさを判別できない人がたくさんいます。今のカード式の保険証が読めない人はたくさんいると思います。少し考えてほしいと思います。
- ・ もっと患者さんにオープンに管理料請求ができるようにしたいと思います。例えば、指導の内容をもっと具体的に提示し、ここまでするとこれだけ請求していますと患者さんに説明できるようにしてもらった方が、今後トラブルが少なくなるように思います。医者ではなく、専門の予防指導士、栄養士等がないのに請求するのは、トラブルの元となるような気がします。指導の内容のチェックは難しいと思いますが、もっと具体的に請求する理由をはっきり分かるようにしてもらいたいと思います。
- ・ 現状の診療報酬点数や患者さんの待ち時間を考慮すれば、一人当たり10分以上をかけることは、現実的には不可能であり、療養計画の作成は、現実的とは言い難い状況です。医療費を節減し、同時に医療機関が健全に運営されていくためには、月1回のみ算定で、600~800点くらいの管理料の設定が望まれます。また、口頭での指導と指導内容のカルテ記載という従来通りの形式の方が、実用的であると考えます。ご検討ください。
- ・ 当診療所の患者は、高齢者が8割以上で、理解力の弱い人が多い現状にあります。地域性もあるのか、高コレステロール、高脂血症の人、B型肝炎が多いようです。もちろん糖尿病への無理解の方も多く、時間を作ってゆっくり受け入れてもらう努力が必要で、療養計画書などと言うと、「面倒」と二度と受診をしない人もいます。日々の生活を聞き、その中で家の周り、家族を含めて強制ではなく、何とかしなくてはと思えるよう指導することが大切です。もちろん年金生活者への負担は軽い方が良いでしょう。
- ・ 院内処方のため採算が合わない。院外処方との差がもっと必要である。
- ・ 医師患者双方にとって非常に手間がかかり、効果はほとんどない。患者からは金儲けの手段と誤解されてしまう。医師と患者の信頼関係にとってよくない方法である。生活指導は毎日の診察で十分行っている。短時間であるが、積み重ねられると効果がある。毎日コツコツとやっている診療に対し、報酬を厚くしてほしい。
- ・ 算定料は安すぎて、算定は不可能。糖尿病では検査、投薬が最小で1526点。運動、食事、服薬指導は

きちんと行っており、大きな成果をあげている。インスリン導入者も少なくすみ、また透析導入者は3年間で3人である。

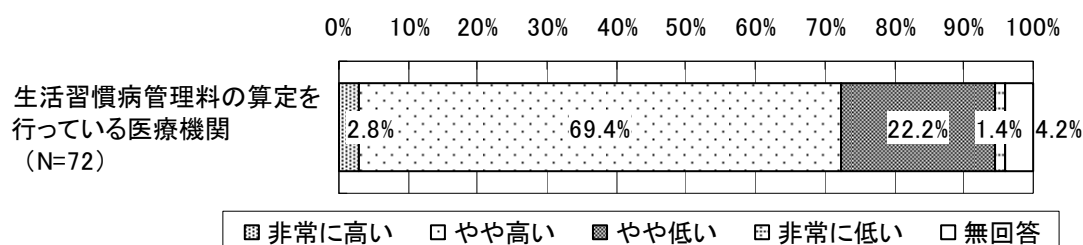
- ・ 現在の様式は人間ドッグの成績表と同じで、改善すべき点の羅列にすぎない。問題となる生活習慣が何か、改善するための気づきをどのように導くかが重要である。生活習慣変容に導くための考え方や技術を教育する必要がある。
- ・ 点数が高く、請求しにくい。特定疾患指導料で請求している。病院とわが診療所での保険点数に違いがあり、まわりに病院も多数あるため、一度紹介すると患者は帰ってこない。病院と診療所の点数の差をつけないようにし、病院での2～3か月の投薬のため、しかたなく行っているが、特定疾患指導料を1か月に1回で、2か月投薬なら2回、3か月投薬なら3回分請求できるようにしてほしい。

⑤ 生活習慣病治療に対する患者の満足度

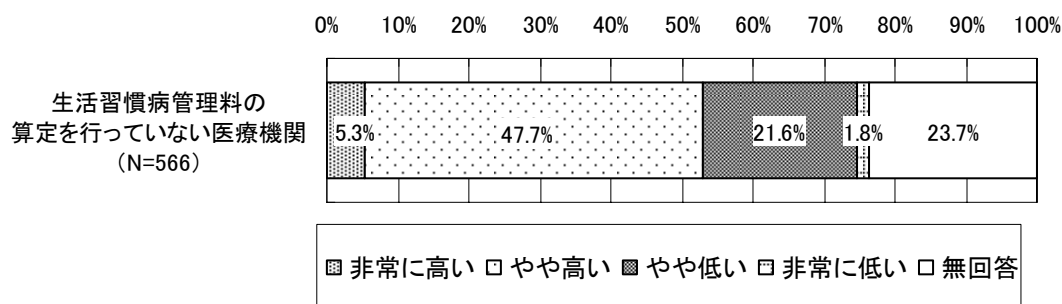
生活習慣病の治療・指導に対する患者の満足度について医療機関に尋ねたところ、算定を行っている医療機関では「やや高い」が最も多く(69.4%)、次いで「やや低い」(22.2%)、「非常に高い」(2.8%)、「非常に低い」(1.4%)であった。7割の医療機関は患者が生活習慣病の治療・指導に概ね満足していると感じていた。

生活習慣病管理料未算定の医療機関では、「やや高い」が最も多く(47.7%)、次いで「やや低い」(21.6%)で5割は患者が概ね満足していると感じており、生活習慣病管理料算定医療機関の方が未算定医療機関よりも概ね患者の満足度が高いと感じている医療機関が多かった。

図表 29 患者の満足度(生活習慣病管理料算定機関)



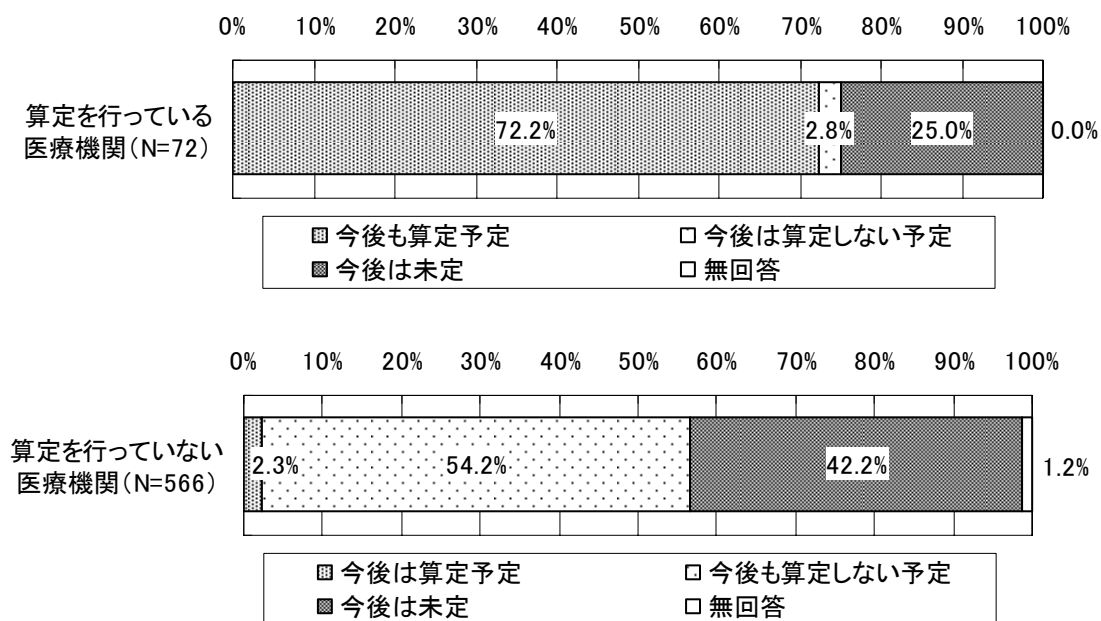
図表 30 患者の満足度(生活習慣病管理料未算定機関)



⑥ 生活習慣病管理料の算定意向

今後の算定意向については、調査時点で算定を行っていた医療機関のうち、「今後も算定予定」と答えた医療機関が最も多く（72.2%）、「今後は未定」と答えた医療機関が2割強あった（25.0%）。調査時点で算定を行っていなかった医療機関では、「今後も算定しない予定」が最も多く（54.2%）、次いで「今後は未定」（42.2%）が続いた。

図表 31 今後の算定意向



なお、自由意見として、生活習慣病管理料への賛成の見解としては、しっかりとした治療・指導を行ううえではこのような診療報酬が必要であるという見解が述べられている一方、算定していながらも反対意見として、点数が高すぎることや書類作成の煩雑さを挙げる声が見られた。

【生活習慣病管理料への賛成意見】

- ・ メタボリックシンドロームの改善が必要と考え、食事、運動等繰り返し指導しているが、自覚症状が乏しいため、高額な管理料を請求するのは難しい。しかし、メタボリックシンドロームの改善による医療費抑制効果からは、積極的な管理指導を促すために適当な診療価格設定は必要と考える。
- ・ 生活習慣病管理料は、特に集中的な指導が必要な患者を想定し、3か月を原則として目標設定して算定しています。教育スタッフがそろっているところでは、相当な結果が期待できます。
- ・ 生活習慣病指導管理料の算定は、受診者から長期投薬を希望された場合、受動的診療行為として作っている。理由は、高脂血症単独なら、1～2か月でよいが、高血圧、糖尿病に関しては、月1～2回の診察や検査が必要と判断しているためです。患者都合を助長して、受診減による医療費削減を狙っているなら論外の医療政策だと思います。（勤務医は少し外来が減った、患者は2か月に1回行けばよいと喜んでいますが）

- ・ 療養計画書に対しては、今のままでよいのではないかとされます。
- ・ 当院では生活習慣病管理料、療養計画書を算定するタイミングとしては、通常の食事、運動、投薬指導では全く病状が改善しないときに期間を決めて、あるいは目標値を決めて、その間患者を「しぼる」あるいは「契約する」、こういうニュアンスで用いています。ですからネガティブな状況からのスタートですので、患者はあまり満足していない気がします。また専門スタッフについてですが、不要と考えます。なぜなら、いかに患者からその人のライフスタイルを聞きだし、ある程度尊重した上で、医学的に必要な、あるいは栄養学的立場から指導を行うので、知識と理論を患者に振りかざすのではなく、個々のケースに添って、現実的なアプローチをすることで目標の達成ができます。指導にあたっての知識は学術書や生涯教育講演や各勉強会にて、常に最新の知識を容易に入手できるので、その意味でも専門性に特化した指導というのは了見の狭い指導に陥りがちだと思います。
- ・ 患者個々に十分に診療時間をとっているのに、日常生活を問い、運動量、食生活、眠り、その他雑談を交え、満足のいくまで診察を行っている。生活習慣病管理料を算定するようになり、より検査等が気楽に行えて、診察が満足できる感じ。ただ老人が多く、これらの意図が十分に伝わらず、機会を余さず会話指導を試みるが、反応は必ずしも十分とは言えない。こちらが無気力に陥ることすらある。しかし、毎回十分に指導を試みて、多くは効果が上がっていると自負している。
- ・ 療養計画書は患者様によってはファイリングして個人の健康の指標にされている方もおられ、有効なものだと考えています。

【生活習慣病管理料を算定しているが、反対意見】

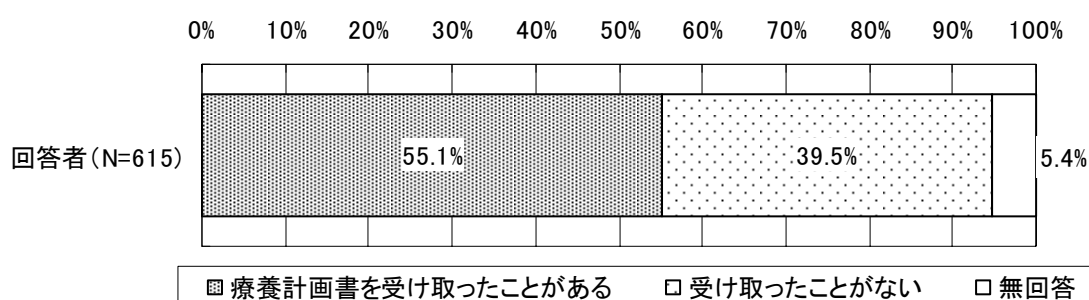
- ・ 基本的な生活習慣病に対する指導を強化することと、それに見合う診療報酬という考え方は素晴らしいと思いますが、内科の総合診療を実施しているクリニックでは、コメディカルの人件費でペイしない。患者自己負担率向上のため、月1回目の負担がものすごく大きく、患者さんに理解を得られにくい。書類仕事が多くなり、画一的な指導書ではきめ細かい指導がしにくい。（初回受診時がよいと思いますが、上手く目標達成できない場合、患者さんのモチベーションをかえって低下させるようである。）
- ・ 指導料として別に点数を設けるのではなく、再診料に含めるべき。診療報酬点数が高く、患者からのクレームが多い。3か月に1度療養計画書を交付しているが、内容に変化ない場合も多く、交付された患者側も必要性を感じないのではないか。
- ・ 療養計画書は詳細すぎて使いづらいため、もう少し簡易にしてほしい。また、地域の無床診療所では、専門スタッフをそろえることは不可能。したがって、書式見本のように、それぞれの担当者の氏名、印を求められても実施できない。
- ・ なぜ、老人は対象になっていないのかを知りたい。何かあればすぐ書類というパターンが多い。医師本来の仕事をする時間を減らしている。書類に追われて、特に勤務医には更に負担となる。本人負担が3割なので、高額となり、算定しづらい。主として負担の少ない患者のみ利用している。
- ・ 算定するにも毎年基準を変えられたら用紙代もバカになりません。昨年の改定時に400枚程度破棄しました。また、上記のようなスタッフをそろえたり、コンピュータ等のシステムを変更できるような余裕も全くありません。書類だけでなく、現場を見て考えてほしいです。

(3) 患者調査

① 回答者の属性

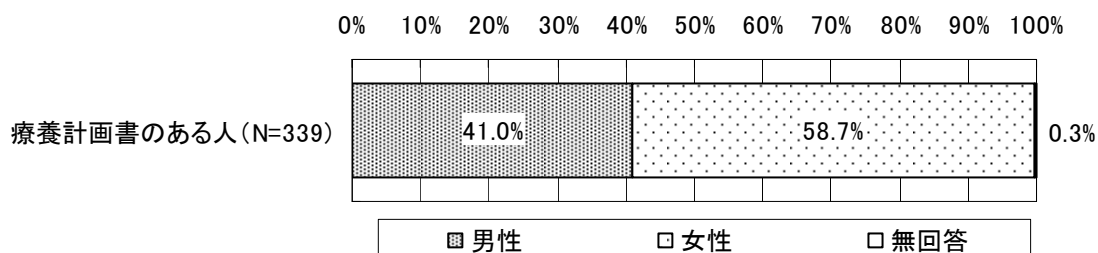
患者調査は生活習慣病管理料の算定を受けている患者を対象に調査を行った。今回の調査は、生活習慣病管理料の算定を受けている患者を対象としているものである。そのため、調査票の回答があっても、療養計画書を受け取っていない患者が4割ほどいたが、これらの人については、後続の設問については分析対象外とし、生活習慣病にかかる療養計画書を受け取ったことがある患者についてのみ分析対象とした。

図表 32 療養計画書の受領状況

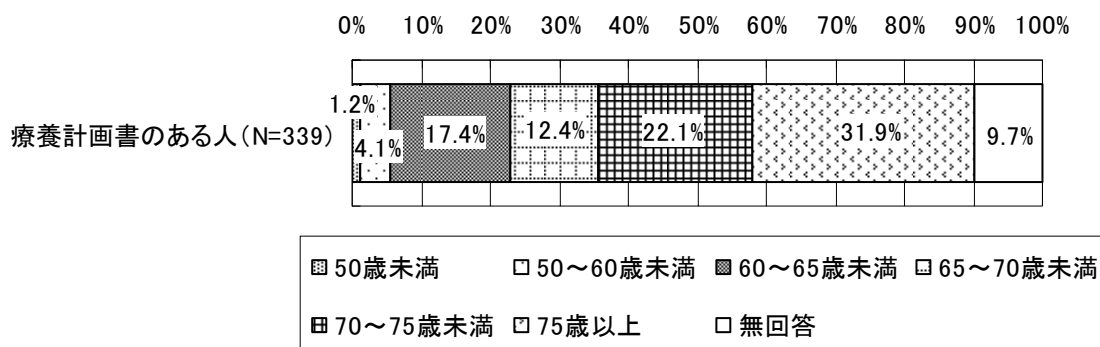


回答者の属性としては、男性よりも女性の方が多かった。また、年齢別にみると、半数以上が70歳以上であった。

図表 33 回答者の性別

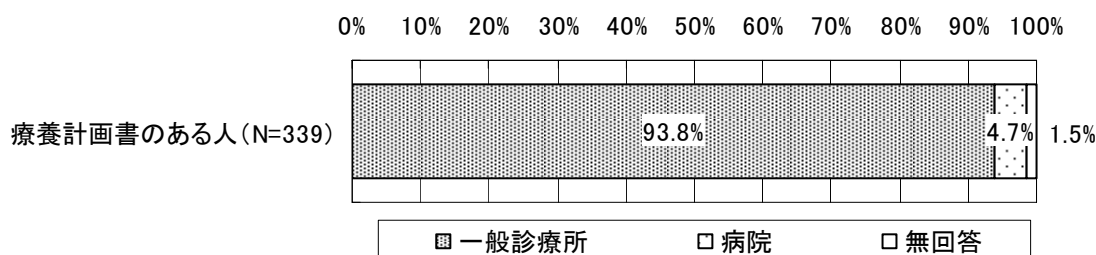


図表 34 回答者の年齢



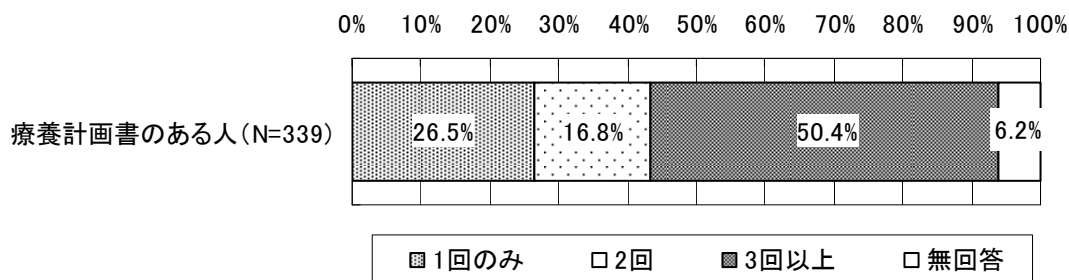
回答者が受診している医療機関の種類としては、9割以上が一般診療所となっており、病院を受診している患者はごくわずかであった。

図表 35 回答者の受診医療機関の種類



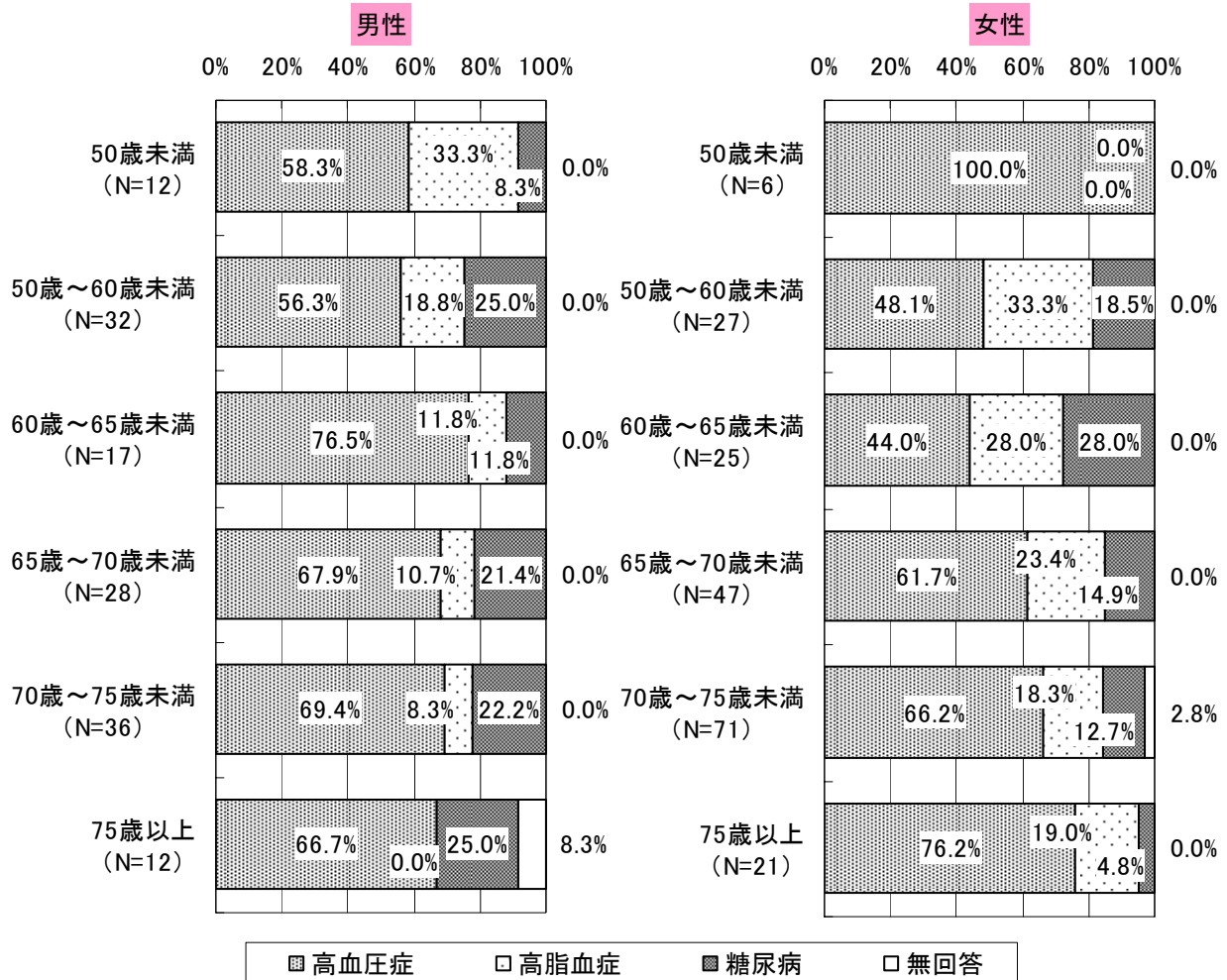
生活習慣病管理料の算定を受けている患者のうち、療養計画書の受領回数をみたところ、「3回以上」受領している人が半数を超えており、複数回受領している人が全体の7割程度いた。

図表 36 療養計画書の受領回数



回答した患者の性・年齢別の主な疾患については、男女の全ての階級で高血圧症が最も多かった。また男性と「50歳未満」を除いた女性では、年齢が上がるに従って高脂血症の割合が減少していた。

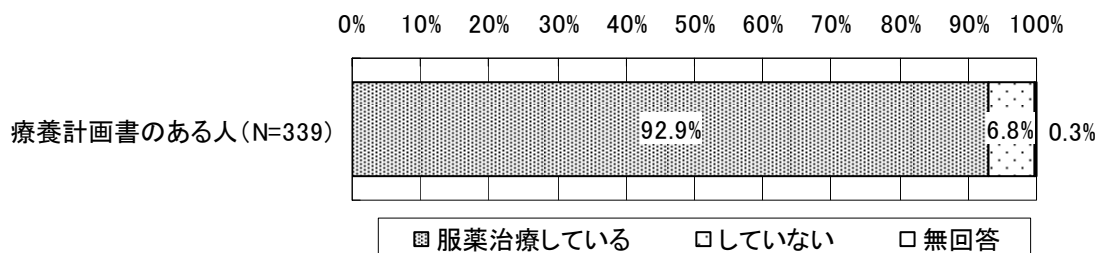
図表 37 性・年齢別主病



② 治療・指導の状況

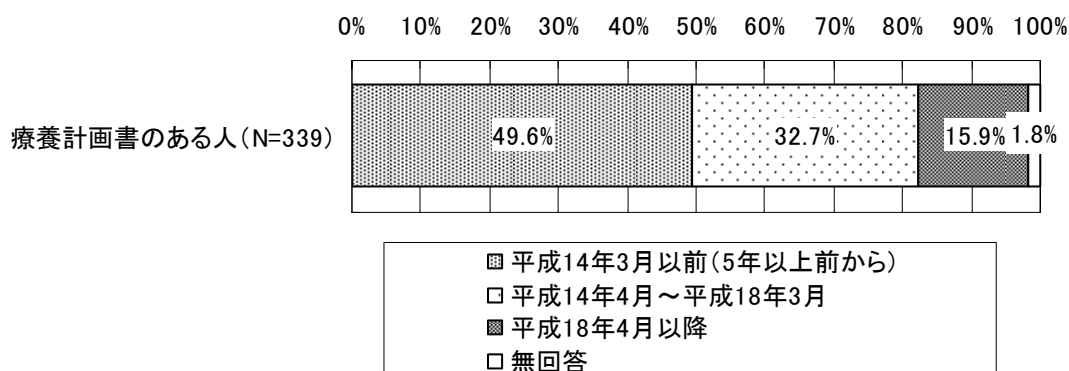
調査対象となった患者の服薬治療の状況についてみたところ、9割が服薬治療中であった。

図表 38 服薬治療の状況



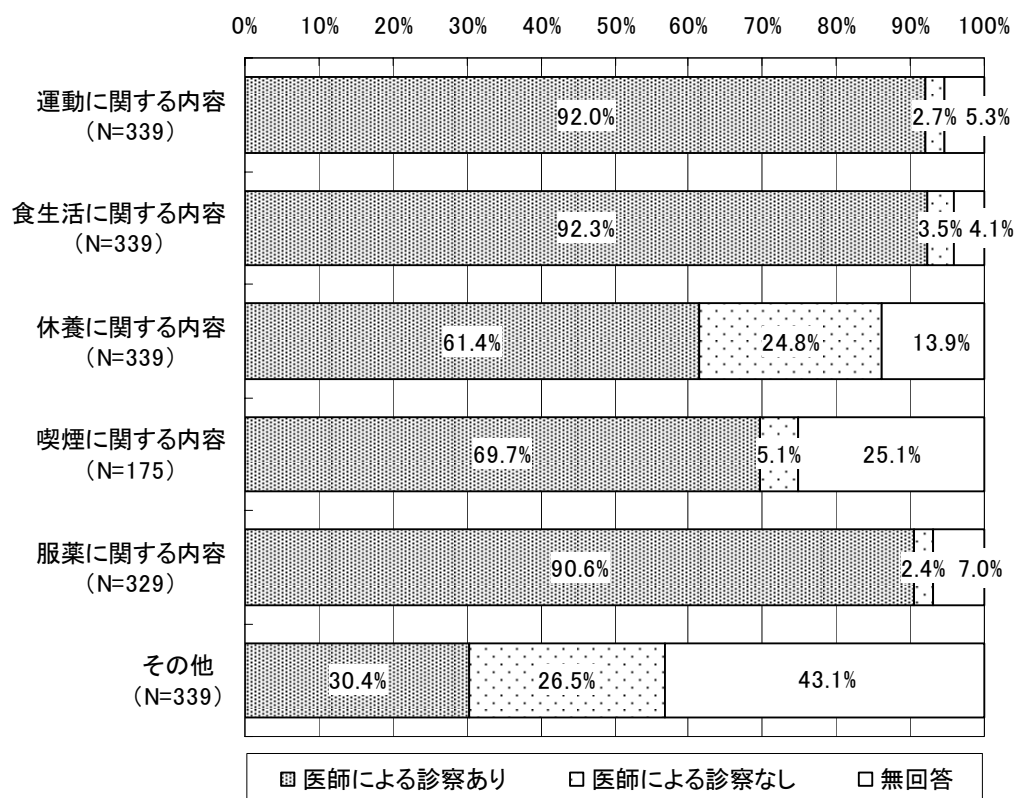
療養計画書を受け取っている患者について生活習慣病に関する治療開始時期をみたところ、8割以上が生活習慣病管理料の改定があった平成18年3月以前から治療を行っていた。しかしながら、「図表 36 療養計画書の受領回数」とあわせてみると、生活習慣病の治療を受けながらも、療養計画書に基づいた指導を受けるようになったのは、最近である患者が多いことがうかがえる。

図表 39 生活習慣病に関する治療開始時期



最近の診察において、運動、食事等の項目について医師の指導があったかどうかについては、運動、食事、服薬については9割以上が医師による指導があったが、喫煙については69.7%、休養については61.4%となっていた。

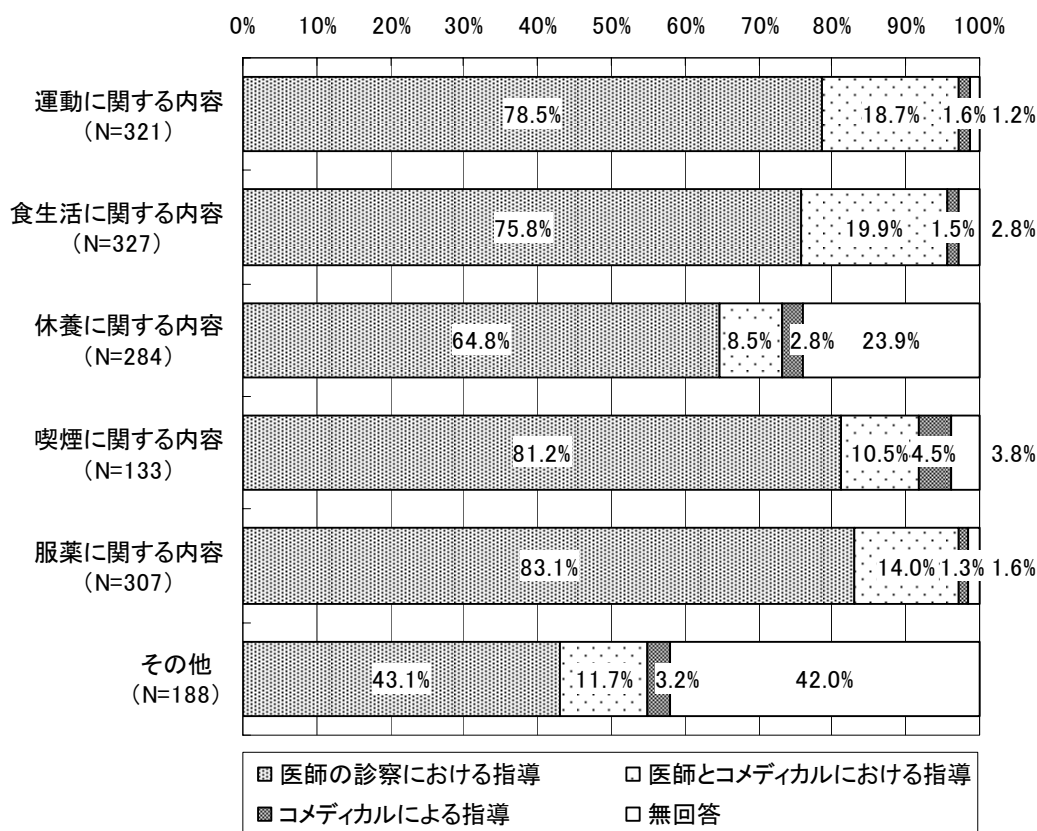
図表 40 医師による指導の有無



※上記グラフは「喫煙」については「もともと吸っていない」、「服薬」については「もともと服薬していない」を除いて集計したもの。

また、各内容について、医師もしくは、医師以外（看護師・管理栄養士・運動スタッフ等）の指導があったかについては、全ての指導内容において医師単独による指導が最も多かった。ただし、運動、食事については2割近くが医師とコメディカルの両者による指導となっていた。なお、コメディカル単独による指導はいずれの項目についても1割以下であった。

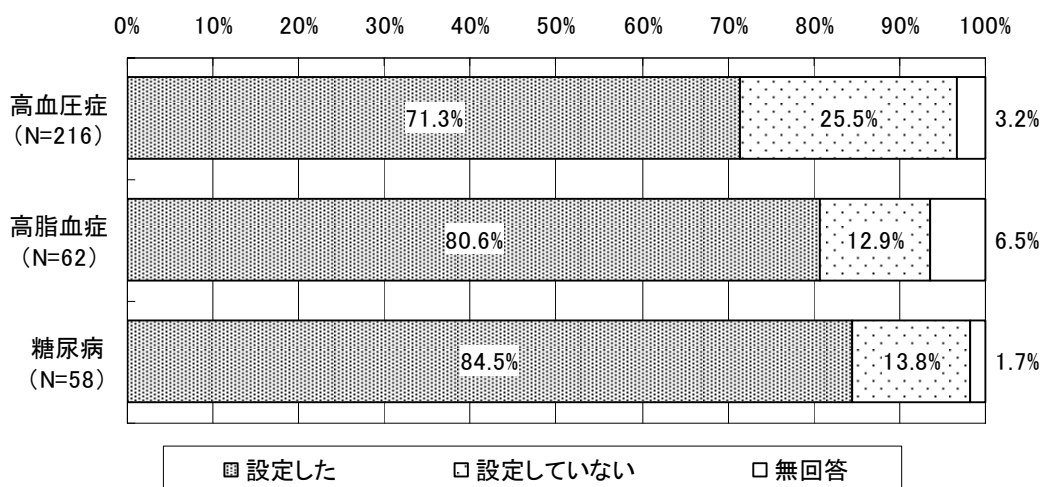
図表 41 指導内容



※上記グラフは医師の指導の有無について無回答であったもの、「喫煙」については「もともと吸っていない」、「服薬」については「もともと服薬していない」を除いて集計したものです。

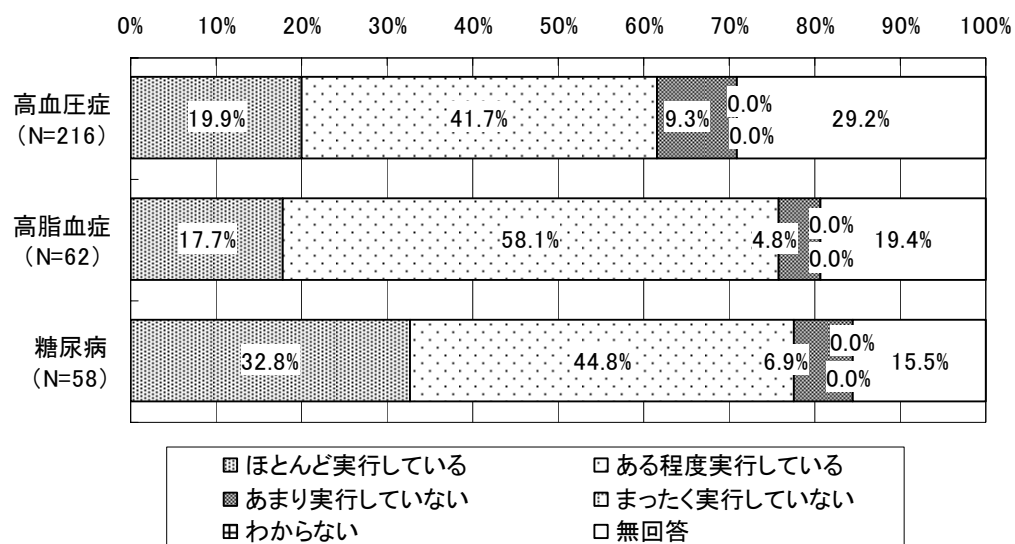
生活習慣改善のための目標設定については、「設定した」が高血圧症の患者（71.3%）、高脂血症の患者（80.6%）、糖尿病の患者（84.5%）とも7割から8割を占め、多くの患者が目標を設定していた。

図表 42 目標設定の有無



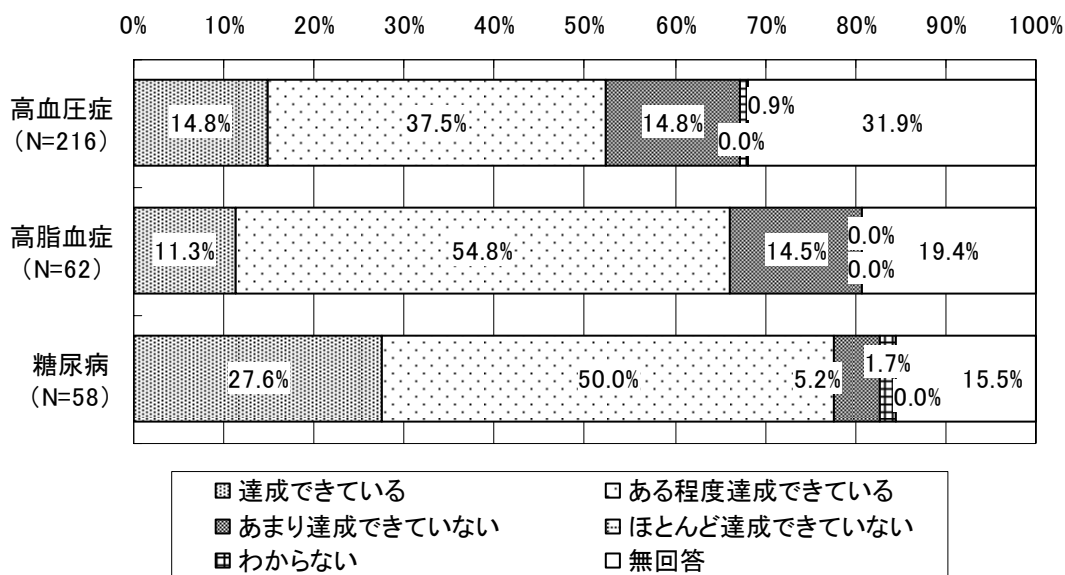
設定した目標の実施については、高血圧の患者では「ある程度実行している」と「ほとんど実行している」をあわせると 61.6%の人が実行しており、同様に高脂血症、糖尿病についてもそれぞれ 75.8%、77.6%の人が「ある程度実行している」もしくは「ほとんど実行している」と回答していた。

図表 43 設定した目標の実行状況



設定した目標の達成度については、高血圧症の患者では「達成できている」と「ある程度達成できている」をあわせると 52.3%、高脂血症患者では 66.1%、糖尿病患者では 77.6%といずれの疾患においても半数以上がある程度目標を達成できていた。

図表 44 設定した目標の達成度



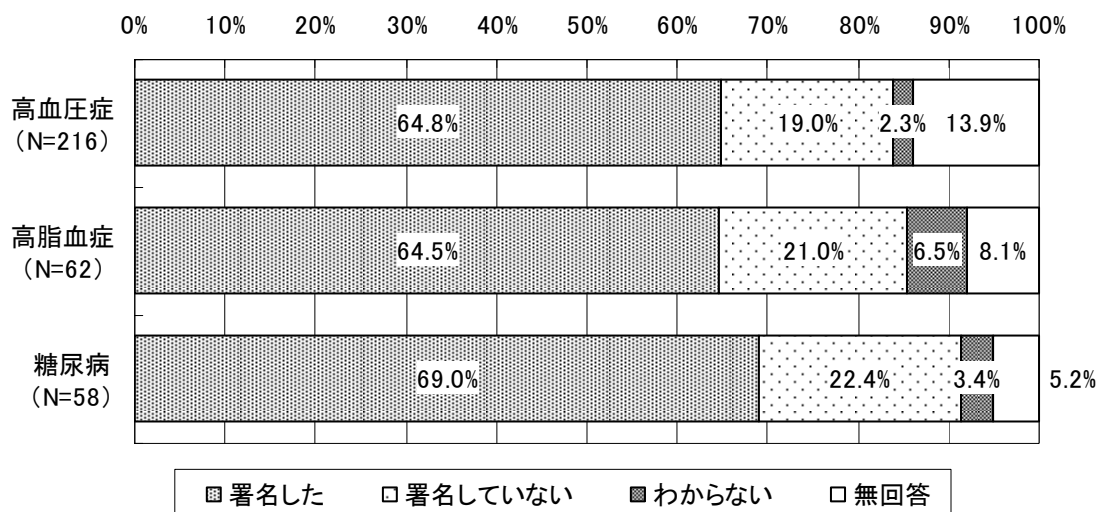
療養計画書に記載されている内容とその実行状況については、運動に関する内容と食生活に関する内容で「記載あり」が、9割以上と大部分を占め、「実行あり」も6割を超えていた。服薬に関する内容では、「記載あり」が8割以上(84.7%)を占め、「実行あり」の割合も74.0%となっており、服薬に関する記載内容がある人のうちの9割弱(全体では74.0%)が指導内容を実行していた。休養に関する内容では、「記載あり」が6割以上(61.7%)であるものの、「実行あり」は38.6%、喫煙に関する内容では、「記載あり」が過半数を割り(44.0%)、「実行あり」も22.7%となっており、指導内容として記載があるものの、休養と喫煙については実行できている人の割合が他の指導項目と比べ半分近くと低くなっていた。

図表 45 療養計画書の記載内容と実行の有無

	記載あり		記載なし
		実行あり	
運動に関する内容 (N=339)	91.4%	63.4%	3.5%
食生活に関する内容 (N=339)	93.2%	69.9%	2.4%
休養に関する内容 (N=339)	61.7%	38.6%	23.3%
喫煙に関する内容 (N=339)	44.0%	22.7%	34.5%
服薬に関する内容 (N=339)	84.7%	74.0%	5.3%
その他 (N=339)	32.2%	24.2%	23.3%

療養計画書への患者自身の署名の有無については、3つの疾患とも「署名した」が65%前後を占めていたが、署名したことがなかったり、わからないと回答している人が4分の1程度に上っていた。

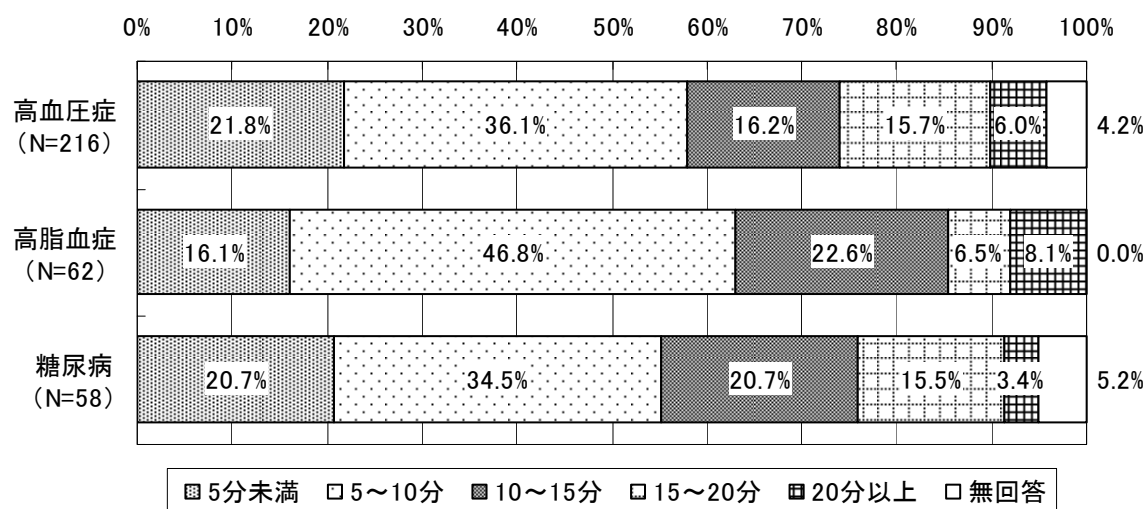
図表 46 療養計画書への署名の有無



療養計画書についての医師等からの説明については、いずれの疾患についても、「5～10分」が最も多く、高血圧症では36.1%、高脂血症では46.8%、糖尿病では34.5%となっていた。その次に多いのは高血圧症については「5分未満」で21.8%となっていたが、高脂血症では、「10～15分」で22.6%、糖尿病では「5分未満」と「10～15分」が20.7%となっていた。

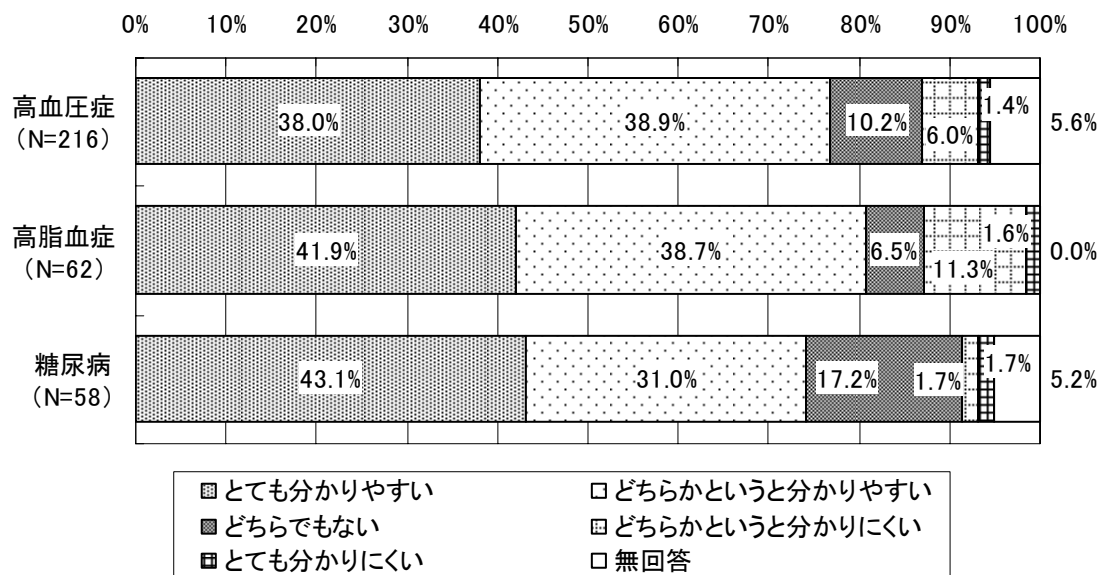
施設調査の「図表 20 療養計画書作成に要する時間」とあわせみると、医師は平均でも10分以上の説明時間をかけているという意識があるものの、患者の側からは説明の時間はそれほどとられていないと受け取られていることがうかがえる。

図表 47 療養計画書への説明時間



療養計画の分かりやすさについては、高血圧症では「とても分かりやすい」と「どちらかというと分かりやすい」をあわせると76.9%、高脂血症では80.6%、糖尿病では74.1%となっており、概ねいずれの疾患についても分かりやすいという評価は得ていた。

図表 48 療養計画書の分かりやすさ

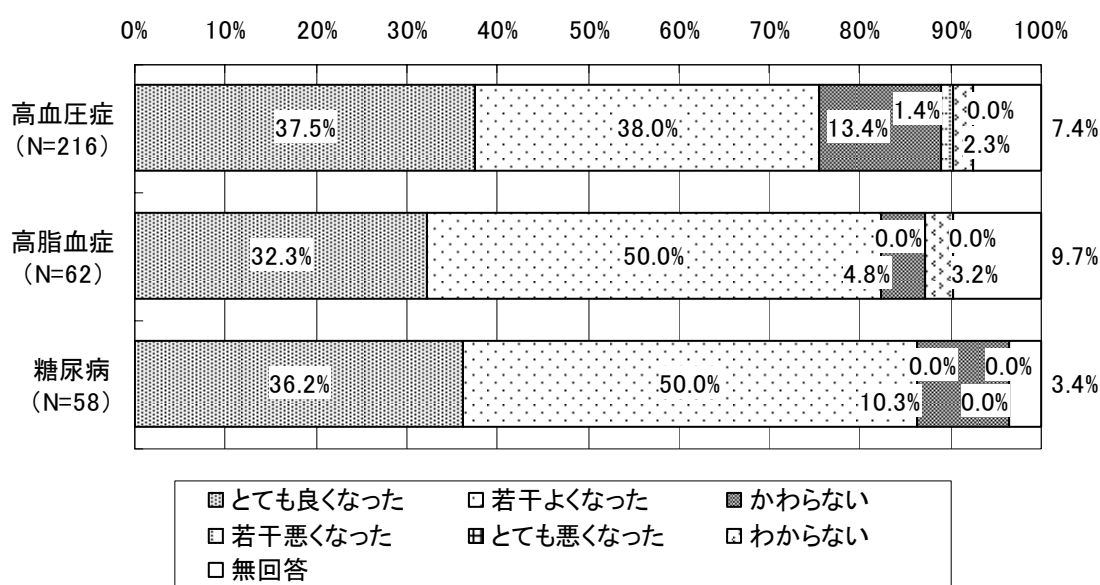


③ 生活習慣病治療・指導の効果・満足度

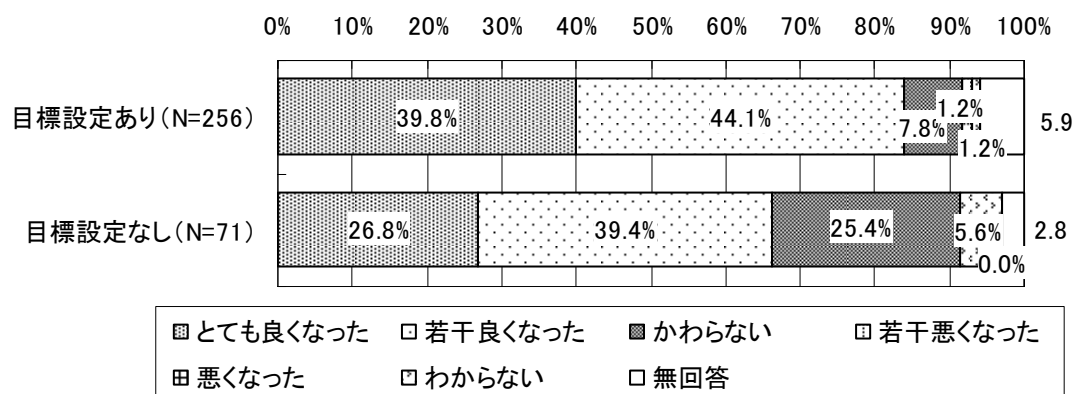
生活習慣病の治療・管理による身体状況の改善の度合いについては、高血圧症では「とても良くなった」と「若干良くなった」をあわせて75.5%、高脂血症では82.3%、糖尿病では86.2%となっており、3疾患とも8割前後の患者が身体状況は改善したと評価していた。

なお、目標設定の有無別に身体状況の改善度合いをみたところ、目標を設定している方が設定していない方よりも身体状況が改善したと感じている人が多くなっていた。

図表 49 身体状況の改善度合い



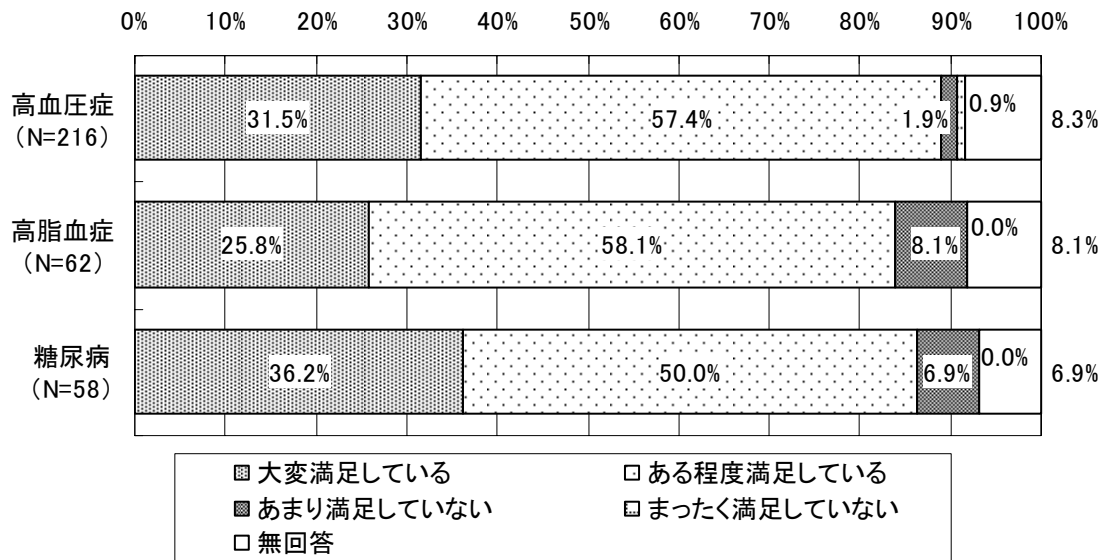
図表 50 目標設定の有無別身体状況の改善度合い



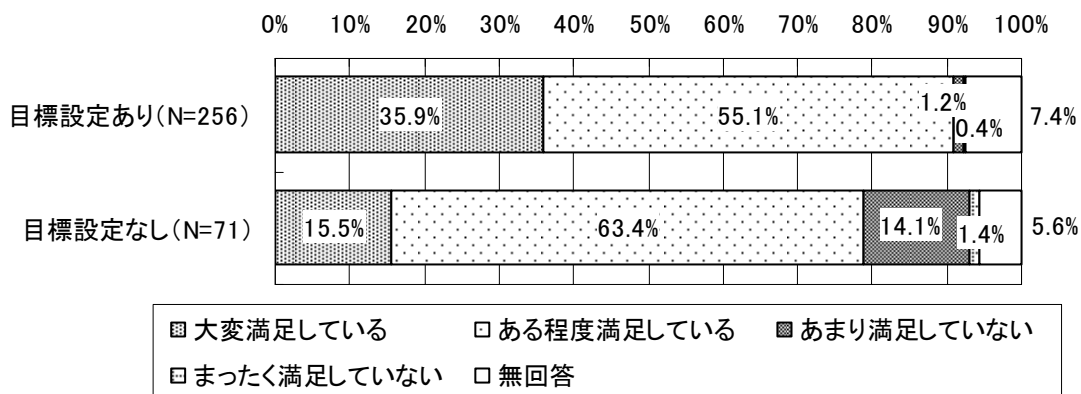
生活習慣病への治療・指導に対する満足度については、高血圧症では「大変満足している」と「ある程度満足している」をあわせて88.9%、高脂血症では83.9%、糖尿病では86.2%となっており、いずれの疾患についても8割以上の患者が概ね満足していた。

また、目標設定の有無別に生活習慣病への治療・指導に対する満足度をみたところ、目標設定をしていた方がしていない方よりも満足度が高かった。

図表 51 生活習慣病の治療・指導への満足度



図表 52 目標設定の有無別生活習慣病の治療・指導への満足度



なお、患者側からの生活習慣病管理料・療養計画書についての自由意見としては、治療による効果を認める声もある一方で、療養計画書の存在を初めて知ったという声も聞かれた。

- ・ 管理料をもう少し安くしていただきたいと思います。
- ・ 血圧は現在正常を保っている。療養計画は一応作っているが、実行は意のようにならない。
- ・ 血液検査の数値がこれ以上になれば薬で治療するとのことですが、細かい生活習慣病に対する生活のあり方を指導してほしいと願っています。
- ・ 療養計画書は受け取ったことがない。でも医者からは塩分(水分)を控え、適度に歩き運動をするように言われた。血圧の薬一粒を飲み始めて3か月、肥満には気をつけ、歩いたり、寝る前の自分なりの運動を続けながら、医者の勧告を守り、血圧と付き合っています(父親と兄弟も高血圧)。この計画書が1年に1回あると、自分の体調の変化が身近に感じて、比較ができ、自分の手元に持って自分の体調に注意、責任をもちたい。是非お願いしたいです。医者には言いづらい(きっと多忙だから)。
- ・ 特に食生活について(間食をしないなど)、効果が大きかったことを痛感している。
- ・ 禁煙した。左半身麻痺も治った。血糖値も正常になっている。
- ・ 生活習慣病、療養計画書等があることを今はじめて知りました。私の場合、時々血糖値があがることもあり、気にしておりますが、医師からは「食後歩くように」と指示がある程度です。療養計画書を今回の調査で知り、一度しっかり教えてもらおうと思いました。やはり糖尿病専門医でない駄目なのでしょうね。
- ・ 療養計画書を手許に受け取ることは手順事項。これがあつたために、「知らしむべからずよろしむべし」の一番悪いかたちにならず、改善目標設定に対し、話し合いがベースとなり、いい方向で進めることができた。自分が通院しているところは、医院がついている医療機関なので、専門医とどううまくつなげるかが課題。(紹介のかたちでつないでもらった。この機関では、完全なかたちでは無理があるのでは、管理栄養士等確保はされていない。)
- ・ 私はプール併設のクリニックにて、療養計画書に基づき、肥満・高脂血症の治療を受けてきました。13か月で肥満(90?から66kg台)、高脂血症(222から50~70mg/dl)、糖尿病(増界型解消)と無縁の体となり、腹囲(102から76cm)も大変身できました。また、脂肪肝の消滅に加え、いわゆる善玉コレステロール増(51から104mg/dl)や白髪の減少、前立腺肥大治癒といった若返り減少にも驚いています。医師の指導は、①食事指導②運動(水中・器具)指導で服薬は一切ありません。生活習慣病の管理料(自己負担額)は健康になった身体を実感している今、安いものだと思います。維持できるよう継続するつもりです。医療費のかからない治療法を指向されているクリニックがあることを国においても調査、把握され、それが日本全国に広がり、「医療費のかからない長寿国日本」が生まれることを願ってやみません。

6. まとめ

- ・ 回答医療機関のうち、現在生活習慣病管理料を算定している医療機関の割合は 11.3%、以前は算定していたが、現在は算定していない医療機関が 7.7%であった (図表 5)。
- ・ 生活主管病管理料を算定している医療機関のうち、病院においては、生活習慣病管理料の算定患者数は減少傾向にあるものの、一般診療所においては増加傾向にあった (図表 6)。
- ・ 生活習慣病管理料算定医療機関における 1 ヶ月あたりの平均診療回数は 1.7 回であり、1 回あたりの診療時間は平均 13.4 分であった (図表 10、12)。
- ・ 生活習慣病管理料算定医療機関では、生活習慣病治療にあたり、患者の目標設定を行っている医療機関が 58.3%、患者によって違うが行っている医療機関が 37.5%になっていた (図表 14)。
- ・ 生活習慣病に関する指導の実施者は運動、食生活、休養、喫煙、服薬、その他のすべての項目において、医師が中心となっていた (図表 16)。
- ・ 生活習慣病管理料の算定に必要となる療養計画書の作成に要する時間は、初回用で平均 19.3 分、継続用で 11.3 分となっていた (図表 20)。
- ・ 療養計画書の内容については、「詳細すぎるが概ね良い」が 40.0%、次いで「詳細すぎて自由度がない」が 36.0%、あわせて 76.0%が療養計画書の内容を詳細すぎると感じる傾向にあった (図表 21)。
- ・ 療養計画書の記載項目の充足度について、「概ね十分」が 56.0%、次いで「十分」が 36.0%で、9 割以上の医療機関が療養計画書の記載項目充足度について十分であると感じる傾向にあった (図表 22)。
- ・ 療養計画書の目標設定の有効性については、「変わらない」が 56.0%、次いで「有効である」が 40.0%で、全体として、中立的・肯定的な意見が大半を占めていた (図表 23)。
- ・ 療養計画書の様式の変更により、コメディカル等への患者の状況の説明がしやすくなったかについては、「変わらない」が 62.0%、続いて「説明しやすくなった」が 26.0%で、中立的・肯定的な意見が大半を占めていた (図表 24)。
- ・ 患者への説明のしやすさについては、「変わらない」が 58.0%、次いで「説明しやすくなった」が 24.0%となり、肯定的意見の方が若干多かったが、療養計画書の記入の手間については、「変わらない」が 52.0%、「記入しづらくなった」が 38.0%となっており、否定的意見が若干多かった (図表 25、26)。
- ・ 生活習慣病管理料未算定の理由としては、療養計画書の記載内容が増えたことを挙げる医療機関が 57.1%と最も多くなっていた。また、これまで一度も生活習慣病管理料の算定を行ったことのない医療機関は、その理由として点数の設定が高く患者の負担増につながるからという理由として選択する医療機関が 53.4%と半数以上に上っていた (図表 27、28)。
- ・ 医療機関がとらえる生活習慣病治療に対する患者の満足度としては、7 割の医療機関が概ね満足していると感じていた (図表 29)。
- ・ 今後の生活習慣病管理料の算定意向としては、現在算定している医療機関では 72.2%が今後も算定する予定としているが、現在算定していない医療機関では 54.2%と半数以上が算

定しない予定、42.2%が今後は未定であるとしていた（図表 31）。

- ・生活習慣病管理料の算定を受けている患者の属性としては70歳以上が大半を占めており、疾患としては高血圧症が半数以上を占めていた（図表 34、37）。
- ・生活習慣病の治療に関する指導内容としては、運動、食事、服薬については9割以上が医師による指導があったが、喫煙については69.7%、休養については61.4%となっていた。また、医師もしくは、医師以外（看護師・管理栄養士・運動スタッフ等）の指導があったかについては、全ての指導内容において医師単独による指導が最も多かった。ただし、運動、食事については2割近くが医師とコメディカルの両者による指導となっていた（図表 40、41）。
- ・生活習慣改善のための目標設定については、高血圧症、高脂血症、糖尿病のいずれの疾患についても7割から8割の患者が目標を設定しており、設定した目標について疾患別にみても6割から8割の患者がある程度実行しているもしくはほとんど実行していると回答していた。さらに、設定した目標の達成度についてはいずれの疾患についても半数以上がある程度目標を達成できていた（図表 42、43、44）。
- ・療養計画書に記載されている内容とその実行状況については、運動に関する内容と食生活に関する内容で「記載あり」が9割以上と大部分を占め、「実行あり」も6割を超えていた。服薬に関する内容では、「記載あり」が8割以上を占め、「実行あり」の割合も74.0%となっており、服薬に関する記載内容がある人のうちの9割弱（全体で74.0%）が指導内容を実行していた。休養に関する内容では、「記載あり」が6割以上であるものの、「実行あり」は38.6%、喫煙に関する内容では、「記載あり」が過半数を割り、「実行あり」も22.7%となっており、指導内容として記載があるものの、休養と喫煙については実行できている人の割合が他の指導項目と比べ半分近くと低くなっていた（図表 45）。
- ・療養計画書への患者自身の署名の有無については、3つの疾患とも「署名した」が65%前後を占めていたが、署名したことがなかったり、わからないと回答している人が4分の1程度に上っていた（図表 46）。
- ・療養計画書についての医師等からの説明については、いずれの疾患についても、「5～10分」が最も多くなっていた（図表 47）。
- ・療養計画の分かりやすさについては、いずれの疾患についても7割以上で概ね分かりやすいという評価は得ていた（図表 48）。
- ・生活習慣病の治療・管理による身体状況の改善の度合いについては、いずれの疾患とも8割前後の患者が身体状況は改善したと評価していた（図表 49）。
- ・生活習慣病への治療・指導に対する満足度については、いずれの疾患についても8割以上の患者が概ね満足していた（図表 51）。
- ・

診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成19年度 厚生労働省委託事業）
生活習慣病管理料算定保険医療機関アンケート
調査票

- 特に指示がある場合を除いて、平成19年7月2日現在の状況についてお答え下さい。
- 数値を記入する設問で、該当なしは「0」（ゼロ）を、わからない場合は「-」をご記入下さい。

■本調査票のご記入日・ご担当者について下表にご記入下さい。

調査票ご記入日	平成19年（ ）月（ ）日
ご担当者名	
連絡先電話番号	
連絡先FAX番号	

■貴院の生活習慣病管理料の算定状況についてお伺いします。

問1 貴院は**生活習慣病管理料**（平成18年3月以前は生活習慣病指導管理料）の算定を行っていますか。
 該当する選択肢**1つ**に○をお付け下さい。

- | | |
|-------------------------|--------|
| 01 現在算定を行っている | →問2-1へ |
| 02 以前は算定を行っていたが今は行っていない | →問3-1へ |
| 03 今まで一度も算定を行っていない | →問4へ |

＜問2-1～2-6は、問1で「01 現在算定を行っている」と回答した施設に伺います。＞

問2-1 生活習慣病患者への薬剤の処方状況について該当する選択肢**1つ**に○をお付け下さい。

- | | |
|---------|-----------|
| 01 院外処方 | 02 院内にて処方 |
|---------|-----------|

問2-2 平成17～19年の各年6月1か月分の**生活習慣病管理料**（平成17年6月は生活習慣病指導管理料）の**算定状況**をご記入下さい。また、19年6月については、当該疾病で服薬中の方の人数についてもご記入下さい。

主病	平成17年6月	平成18年6月	平成19年6月	
			うち当該疾患で服薬中の人	
高脂血症	人	人	人	人
高血圧症	人	人	人	人
糖尿病	人	人	人	人

問 2-3 療養計画書 1 件あたりの作成に要する平均的な所要時間をご記入下さい。	
初回用 () 分	継続用 () 分

問 2-4 算定をはじめたのはいつですか。該当する選択肢 1 つに○をお付け下さい。	
01 平成 14 年 3 月以前から	→問 2-5 へ
02 平成 14 年 4 月以降平成 18 年 3 月以前	→問 2-5 へ
03 平成 18 年 4 月以降	→問 2-6 へ

問 2-5 【問 2-4 で「01 平成 14 年 3 月以前から」、「02 平成 14 年 4 月以降平成 18 年 3 月以前」と回答した施設に伺います】平成 18 年 3 月以前と比較して、療養計画書についてどのようにお考えですか。下記項目について実際に診療に携わっている方のご意見を該当する選択肢それぞれ 1 つに○をお付け下さい。

療養計画書の記載内容	01 詳細すぎて自由度がない	02 詳細すぎるが概ね良い	03 詳細さは概ね良い	04 より詳細にすべき
記載すべき項目の量	01 十分	02 概ね十分	03 やや不足	04 大変不足
	↳ 具体的には()			
目標設定	01 有効である	02 変わらない	03 有効ではない	
コメント等への患者の状況の説明のしやすさ	01 説明しやすくなった	02 変わらない	03 難しくなった	
患者への説明のしやすさ	01 説明しやすくなった	02 変わらない	03 難しくなった	
記入の手間	01 記入しやすくなった	02 変わらない	03 記入しづらくなった	

→この設問への回答後は問 5 へ

問 2-6 【問 2-4 で「03 平成 18 年 4 月以降」と回答した施設に伺います】算定をはじめたのはなぜですか。該当する選択肢すべてに○をお付け下さい。	
01 患者負担が減ったため	
02 療養計画書の記載内容が詳細になり患者に分かりやすくなったため	
03 治療・指導の体制が整備されたため	
04 その他 ()	

→この設問への回答後は問 5 へ

＜問 3-1～3-2 は、問 1 で「02 以前は算定を行っていたが今は行っていない」と回答した施設に伺います。＞

問 3-1 算定をやめたのはいつですか。該当する選択肢 1 つに○をお付け下さい。	
01 平成 18 年 3 月以前	→問 5 へ
02 平成 18 年 4 月以降	→問 3-2 へ

問 3-2 算定をやめたのはなぜですか。該当する選択肢すべてに○をお付け下さい。	
01 点数が下がったため	03 治療・指導の体制が整わないため
02 療養計画書の記載内容が増えたため	04 その他 ()

→この設問への回答後は問 5 へ

＜問 4 は、問 1 で「03 今まで一度も算定を行っていない」と回答した施設に伺います。＞

問 4 算定していない理由として最も該当する選択肢 1 つに○をお付け下さい。	
01 点数の設定が高く、患者の負担増につながるから	04 自施設単独での対応が難しかったから
02 療養計画書を作成することが手間だから	05 その他 ()
03 算定について患者に説明するのが面倒だから	→具体的に ()

<問5以降は、すべての施設に伺います。>

問5 今後、生活習慣病管理料の算定意向について該当する選択肢1つに○をお付け下さい。			
01 現在算定していて今後も算定予定	04 現在算定していないが、今後は算定予定	05 現在算定していないし、今後も算定しない予定	06 現在算定していないが、今後は未定
02 現在算定しているが、今後は算定しない予定			
03 現在算定しているが、今後は未定			

■貴院の生活習慣病治療の状況についてお伺いします。

問6 貴院の平成17～19年の各年6月1か月分の外来患者延数ならびに生活習慣病を主病とする患者延数を可能な範囲でご記入下さい。なお、主病が重複している場合にはそれぞれの項目に計上してください。			
	平成17年6月	平成18年6月	平成19年6月
外来患者延数	人	人	人
うち高脂血症を主病とする患者	人	人	人
うち高血圧症を主病とする患者	人	人	人
うち糖尿病を主病とする患者	人	人	人

<生活習慣病の患者がいなかった場合には問7～問11は飛ばし、問12へお進みください。>

問7 患者1人あたりの生活習慣病の治療に関する1か月あたりの平均診療回数、1回あたりの平均診療時間をご記入下さい。	
1か月あたりの平均診療回数 () 回	1回あたりの平均診療時間 () 分

問8 貴院では生活習慣病の治療・指導にあたって、患者に対して生活習慣改善のための目標設定を行っていますか。該当する選択肢1つに○をお付け下さい。		
01 行っている	02 行っていない	03 患者によって違う

問9 生活習慣病に関する各指導項目については、誰が行っていますか。それぞれについて該当する選択肢すべてに○をお付け下さい。生活習慣病の患者がいなかった場合には問12へお進みください。					
運動	01 医師	02 看護職員	03 貴院のコ・メディカル	04 外部機関	05 実施していない
食生活	01 医師	02 看護職員	03 貴院のコ・メディカル	04 外部機関	05 実施していない
休養	01 医師	02 看護職員	03 貴院のコ・メディカル	04 外部機関	05 実施していない
喫煙	01 医師	02 看護職員	03 貴院のコ・メディカル	04 外部機関	05 実施していない
服薬	01 医師	02 看護職員	03 貴院のコ・メディカル	04 外部機関	05 実施していない
その他	01 医師	02 看護職員	03 貴院のコ・メディカル	04 外部機関	05 実施していない

問10 上記の指導（たとえば貴院のコ・メディカルや外部機関が運動実践や食生活に関する指導を実施する場合）のために、保険診療とは別途患者の自己負担を設けていますか。該当する選択肢1つに○をお付け下さい。	
01 自己負担あり	02 自己負担なし

問11 生活習慣病の治療・指導に対して患者の満足度はどの程度だとお感じでしょうか。実際に診療に携わっている方のご意見について最も該当する選択肢1つに○をお付け下さい。			
01 非常に高い	02 やや高い	03 やや低い	04 非常に低い

■貴院の概要についてお伺いします。

問12 貴院の開設者について該当する選択肢番号に○をお付け下さい。	
01 国（厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康福祉機構、その他）	
02 公的医療機関（都道府県、市町村、日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会）	
03 社会保険関係団体（全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、健康保険組合、共済組合、国民健康保険組合）	
04 医療法人・個人・その他（公益法人、医療法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他法人、個人）	

問 13 貴院に該当する**施設種類**の番号に○をお付け下さい。「02 有床診療所」又は「03 病院」を選ばれた場合、【許可病床数】もご記入ください。

01 無床診療所	02 有床診療所	03 病院	
			<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;"> </div> 床

問 14 貴院は、同一法人において運動実施が可能な疾病予防施設（いわゆる医療法第 42 条施設）を持っていますか。

01 ある	02 ない
-------	-------

問 15 貴院では生活習慣病の治療・指導にあたって、下記の資格を有したスタッフがいますか。それぞれについて該当する選択肢 1 つに○をお付け下さい。

日本糖尿病学会認定専門医	01 いる	02 いない	生活習慣病予防士	01 いる	02 いない
日本循環器病学会認定専門医	01 いる	02 いない	生活習慣病予防指導士	01 いる	02 いない
日本医師会認定健康スポーツ医	01 いる	02 いない	実践健康教育士	01 いる	02 いない
管理栄養士	01 いる	02 いない	健康運動指導士	01 いる	02 いない
認定看護師【糖尿病看護】	01 いる	02 いない	健康運動実践指導者	01 いる	02 いない
糖尿病療養指導士	01 いる	02 いない			

■最後に、生活習慣病管理料・療養計画書に関するご意見等がございましたら、下欄に自由にお書き下さい。

設問は以上です。ご協力まことに有難うございました。

記入漏れがないかをご確認の上、7月31日（火）までに同封の返信用封筒に入れてご投函ください。

診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成19年度 厚生労働省委託事業）

生活習慣病の治療・指導に関する患者アンケート調査票

問1 あなたの年齢は？（○は1つ）

1. 40歳未満 2. 40歳～50歳未満 3. 50歳～60歳未満 4. 60歳～65歳未満
5. 65歳～70歳未満 6. 70歳～75歳未満 7. 75歳以上

問2 あなたの性別は？（○は1つ）

1. 男性 2. 女性

問3 お住まいの都道府県は？

 都・道・府・県

問4 この調査票を受け取った医療機関の種類は何ですか。（○は1つ）

1. 一般診療所（名称に「診療所」、「クリニック」、「医院」がついている医療機関を指します）
2. 病院（名称に「病院」、「医療センター」がついている医療機関で、病床数が20床以上のところを指します）

問5 現在この調査票を受け取った医療機関では、主にどの疾患の治療を受けていますか。（○は1つ）

1. 高血圧症 2. 高脂血症 3. 糖尿病

問6 上記の疾患について、薬を服薬していますか。（○は1つ）

1. 服薬している 2. 服薬していない

問7 この調査票を受け取った医療機関において、上記の疾患で治療をはじめたのはいつ頃からですか。（○は1つ）

1. 平成14年3月以前（5年以上前から） 2. 平成14年4月～平成18年3月
3. 平成18年4月以降

問8 最近の診察において、どのような点についての指導を受けていますか。また、医師以外から、具体的な指導を受けたことがありますか。（○はあてはまるものすべて）

	医師の診察における指導	医師との診察とは別途の指導 （看護師・管理栄養士・ 運動スタッフによる指導）
運動に関する内容	1. あった 2. なかった	1. あった 2. なかった
食生活に関する内容	1. あった 2. なかった	1. あった 2. なかった
休養に関する内容	1. あった 2. なかった	1. あった 2. なかった
喫煙に関する内容	1. あった 2. なかった 3. もともと吸っていない	1. あった 2. なかった
服薬に関する内容	1. あった 2. なかった 3. もともと服薬していない	1. あった 2. なかった
その他	1. あった 2. なかった	1. あった 2. なかった

問9 この調査票を受け取った医療機関において、生活習慣病の治療に向けた療養計画書（お願い状裏面の見本をご参照ください）を受け取ったことがありますか。（〇は1つ）

1. ある	→問10～14へ	2. ない	→問15へ
-------	----------	-------	-------

【問10～14は、療養計画書を受け取ったことがある方がお答えください。】

問10 これまでに何回療養計画書を受け取ったことがありますか。（〇は1つ）

1. 1回のみ	2. 2回	3. 3回以上
---------	-------	---------

問11 療養計画書についての医師等からの説明（医師による説明等についてで、待ち時間や検査の時間は除きます）は何分ぐらいでしたか。（〇は1つ）

1. 5分未満	2. 5～10分	3. 10～15分	4. 15～20分	5. 20分以上
---------	----------	-----------	-----------	----------

問12 療養計画書に患者様ご自身の署名（サインもしくは押印）をされていますか。（〇は1つ）

1. 署名した	2. 署名していない	3. わからない
---------	------------	----------

問13 療養計画書に記載されている指導項目は何ですか。また、その内容について実際に実行していますか。（〇はすべて）

	指導項目としての記載		指導内容の実行の有無	
運動に関する内容	1. ある	2. ない	1. 実行している	2. していない
食生活に関する内容	1. ある	2. ない	1. 実行している	2. していない
休養に関する内容	1. ある	2. ない	1. 実行している	2. していない
喫煙に関する内容	1. ある	2. ない	1. 実行している	2. していない
服薬に関する内容	1. ある	2. ない	1. 実行している	2. していない
その他	1. ある	2. ない	1. 実行している	2. していない

問14 療養計画書の分かりやすさはいかがですか。（〇は1つ）

1. とても分かりやすい	2. どちらかというと分かりやすい
3. どちらでもない	4. どちらかというと分かりにくい
5. とても分かりにくい	

【問15以降はすべての方がお答えください。】

問15 生活習慣を改善する上での目標を設定しましたか。（〇は1つ）

1. 設定した	→問15-1～3へ	2. 設定していない	→問16へ
---------	-----------	------------	-------

問15-1 目標設定した内容について実行していますか。（〇は1つ）

1. ほとんど実行している	2. ある程度実行している	3. あまり実行していない
4. まったく実行していない	5. わからない	

問15-2 目標を設定したことは生活習慣改善に役立っていますか。（〇は1つ）

1. 大いに役立っている	2. 多少役立っている	3. あまり役立っていない
4. まったく役立っていない	5. わからない	

問15-3 設定した目標は達成できましたか。(〇は1つ)

- | | | |
|-----------------|----------------|----------------|
| 1. 達成できている | 2. ある程度達成できている | 3. あまり達成できていない |
| 4. ほとんど達成できていない | 5. わからない | |

問16 生活習慣病の治療・管理によって身体状況(血圧値、血糖値、コレステロール値等)は改善しましたか。(〇は1つ)

- | | | |
|-------------|-------------|----------|
| 1. とても良くなった | 2. 若干よくなった | 3. わからない |
| 4. 若干悪くなった | 5. とても悪くなった | 6. わからない |

問17 生活習慣病の治療・指導の内容については満足されていますか。(〇は1つ)

- | | |
|---------------|----------------|
| 1. 大変満足している | 2. ある程度満足している |
| 3. あまり満足していない | 4. まったく満足していない |

最後に、生活習慣病管理料・療養計画書に関するご意見等がございましたら、下欄に自由にお書き下さい。

設問は以上です。ご協力まことに有難うございました。

記入漏れがないかをご確認の上、7月31日(火)までに同封の返信用封筒に入れてご投函ください。

中医協 総－４－３
２０．７．９

中医協 検－１－３
２０．７．９

平成１８年度診療報酬改定結果検証に係る調査
地域連携診療計画管理料算定保険医療機関における
連携体制等の状況調査
報 告 書

目 次

1. 目的	1
2. 調査対象	1
3. 調査方法	1
4. 調査項目	1
5. 結果	2
(1) 回収の状況	2
(2) 計画管理病院の施設属性	2
(3) 連携医療機関の施設属性	3
(4) 地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料の算定患者数	6
(5) 地域連携クリティカルパス上の入院期間	8
(6) 退院基準の作成状況	10
(7) 大腿骨頸部骨折患者の平均在院日数の変化	11
(8) バリエーション（入院期間が大きく延びたケース）の主たる理由	14
(9) 地域連携クリティカルパスの対象疾患	15
(10) 地域連携クリティカルパスに係る書式の有無	16
(11) 計画管理病院－連携医療機関の会合の開催状況	18
(12) 地域連携クリティカルパスの運用上の課題	19
(13) 地域連携クリティカルパスを推進するうえでの課題	22
(14) 今後の方針	25
6. まとめ	27

1. 目的

地域連携診療計画管理料・地域連携診療計画退院時指導料算定医療機関における地域連携クリティカルパス導入による平均在院日数の変化を把握するとともに、医療機関間の連携状況、連携上の課題や、大腿骨頸部骨折以外に作成している地域連携クリティカルパスの対象疾患等を把握することを目的とした。

2. 調査対象

平成 18 年 7 月 1 日現在で地域連携診療計画管理料を算定している 78 施設、及び地域連携診療計画退院時指導料を算定している 222 施設の全てを対象とした。なお、地域連携診療計画管理料及び地域連携診療計画退院時指導料の算定対象疾患は「大腿骨頸部骨折」である。

3. 調査方法

調査方法は、自記式調査票の郵送発送・回収とした。また、調査時期は平成 19 年 7 月とした。

4. 調査項目

調査項目は以下の通りである。

図表 1 調査項目

区 分	内 容
施設属性項目	開設主体、病床数、病院種別、DPC への対応状況
調 査 項 目	<ul style="list-style-type: none">施設基準の届出時期地域連携クリティカルパスで設定した入院期間退院基準の作成状況地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料の算定状況大腿骨頸部骨折患者の平均在院日数の変化地域連携クリティカルパスの統一制定書式の有無地域連携クリティカルパスの運用開始時期地域連携クリティカルパスの対象疾患連携している医療機関数、会合の開催状況、連携上の課題診療情報の共有化のための IT システムの導入状況今後の方針 等

5. 結果

(1) 回収の状況

地域連携診療計画管理料を算定している医療機関（以下「計画管理病院」という）の有効回収数が 51、回収率は 65.4%であった。また、地域連携診療計画退院時指導料を算定している医療機関（以下「連携医療機関」という）の有効回収数が 110、回収率は 49.5%であった。

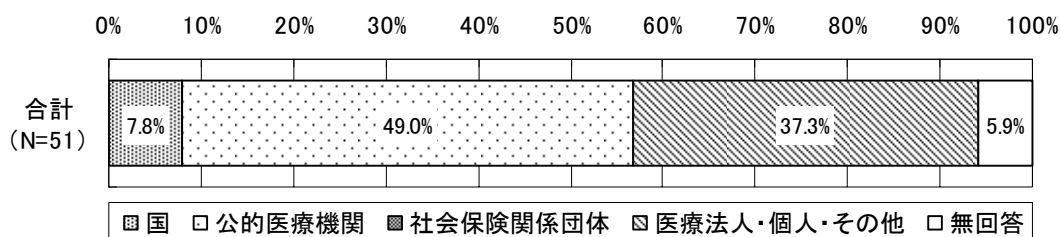
図表 2 回収の状況

施設	有効回収数	回収率
計画管理病院	51	65.4%
連携医療機関	110	49.5%

(2) 計画管理病院の施設属性

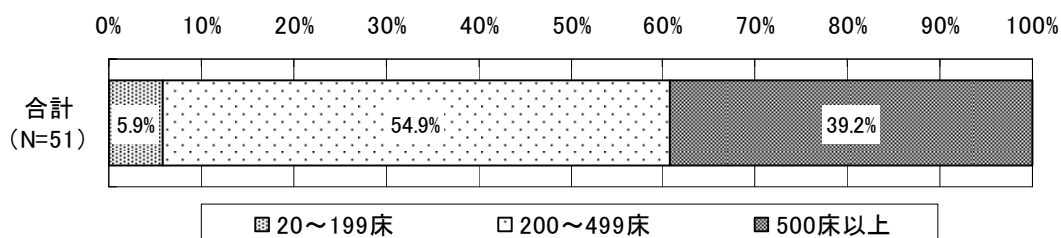
計画管理病院の開設主体についてみると、「公的医療機関」（49.0%）が最も多く、次いで「医療法人・個人・その他」（37.3%）、「国」（7.8%）であった。

図表 3 開設主体



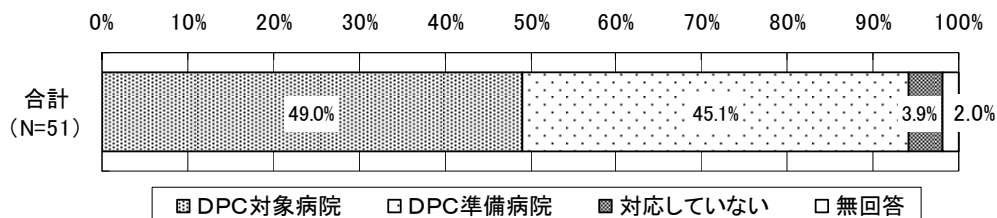
計画管理病院の病床規模についてみると、「200～499 床」（54.9%）が最も多く、次いで「500 床以上」（39.2%）、「20～199 床」（5.9%）であった。平均は 467.2 床であった。

図表 4 病床規模



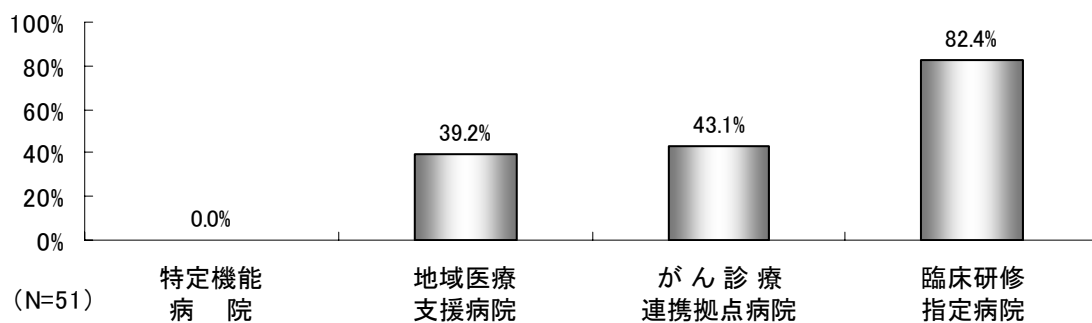
計画管理病院のDPCへの対応状況についてみると、「DPC対象病院」(49.0%)が最も多く、次いで「DPC準備病院」(45.1%)、「対応していない」(3.9%)であった。

図表5 DPCへの対応



計画管理病院の病院種別についてみると、「臨床研修指定病院」(82.4%)が最も多く、次いで「がん診療連携拠点病院」(43.1%)、「地域医療支援病院」(39.2%)であった。

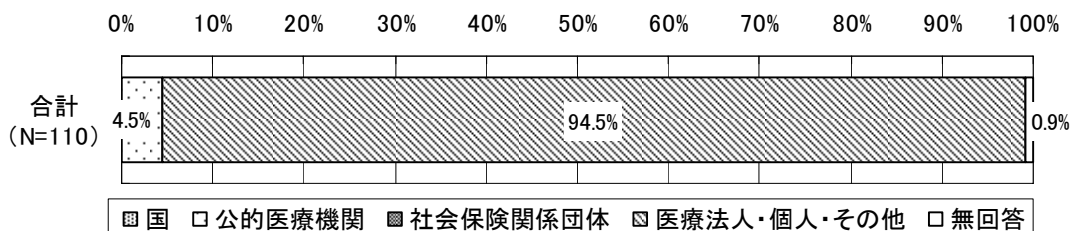
図表6 病院種別：複数回答



(3) 連携医療機関の施設属性

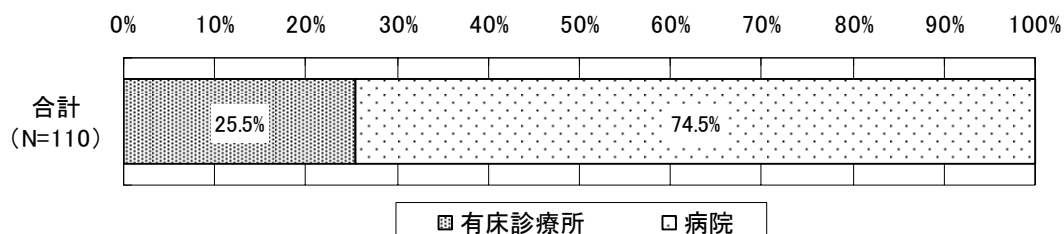
連携医療機関の開設主体についてみると、「医療法人・個人・その他」(94.5%)が大半を占めており、次いで「公的医療機関」(4.5%)であった。

図表6 開設主体



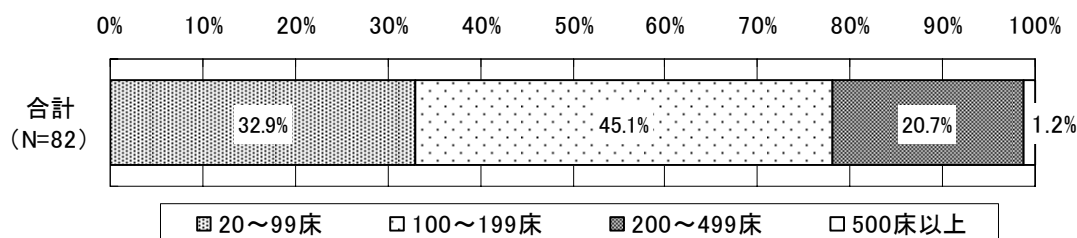
連携医療機関の施設種別についてみると、「病院」(74.5%)、「有床診療所」(25.5%)であった。

図表7 施設種別



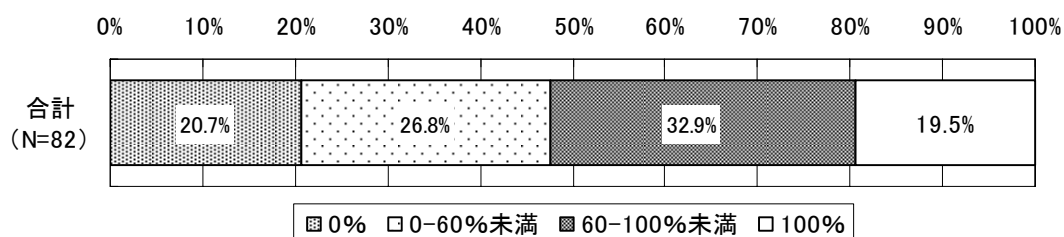
連携医療機関の病床規模についてみると、「100～199床」(45.1%)が最も多く、次いで「20～99床」(32.9%)、「200～499床」(20.7%)であった。平均は151.2床であった。

図表8 病院の病床規模



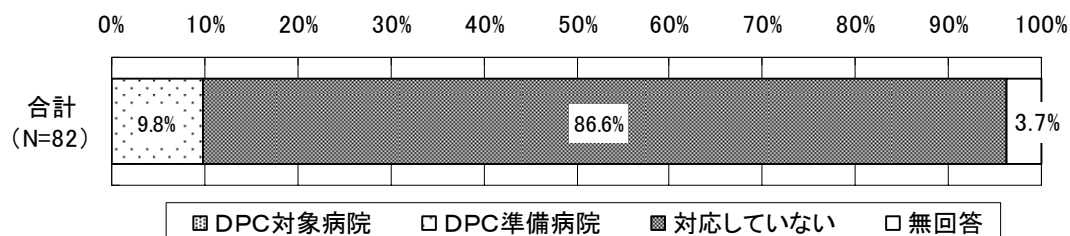
連携医療機関である病院の療養病床の構成割合についてみると、「60～100%未満」(32.9%)が最も多く、次いで「0～60%未満」(26.8%)、「0%」(20.7%)であった。

図表9 病院の療養病床の構成割合



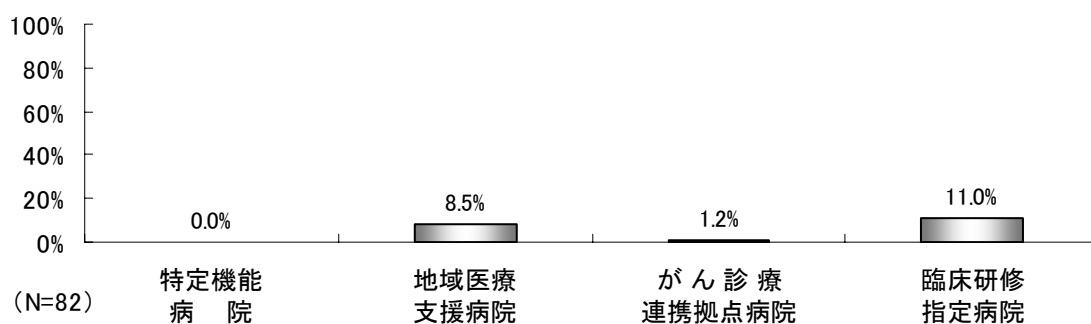
連携医療機関の DPC への対応状況についてみると、「対応していない」(86.6%) が大半を占めており、次いで「DPC 準備病院」(9.8%) であった。

図表 10 DPCへの対応



連携医療機関である病院の病院種別についてみると、「臨床研修指定病院」(11.0%) が最も多く、次いで「地域医療支援病院」(8.5%)、「がん診療連携拠点病院」(1.2%) であった。

図表 11 病院種別：複数回答

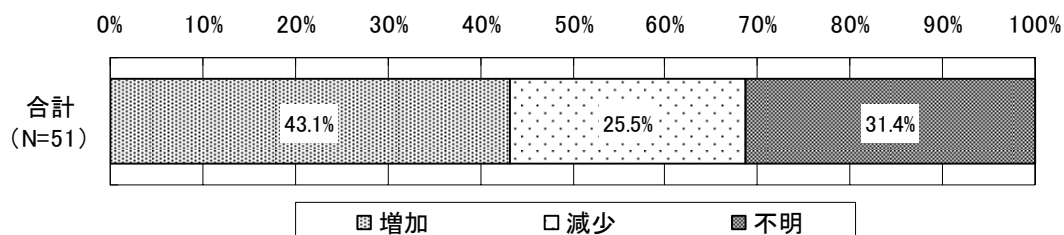


(4) 地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料の算定患者数

① 計画管理病院

計画管理病院における大腿骨頸部骨折による入院患者数について、平成 17 年度から平成 18 年度にかけての増減をみると、「増加」(43.1%) が最も多く、次いで「不明」(31.4%)、「減少」(25.5%) であった。

図表 12 大腿骨頸部骨折による入院患者数の増減 (平成 17 年度→平成 18 年度)



計画管理病院の 1 施設当たり的大腿骨頸部骨折による平均入院患者数 (平成 18 年度) は 112.5 人で、そのうち地域連携診療計画管理料を算定した患者数は 42.2 人で、大腿骨頸部骨折による入院患者全体の 37.5% であった。また、地域連携クリティカルパスで設定した入院期間内に連携医療機関を退院できた患者数は 20.0 人で、地域連携診療計画管理料を算定した患者のうちの 47.4% であった。

図表 13 地域連携診療計画管理料の算定患者数等 (平成 18 年度)

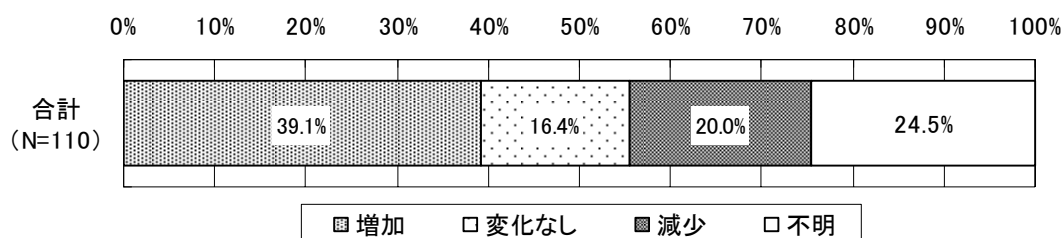
	1 施設当たり平均患者数 (N = 34)		
	患者数	割合 (%)	割合 (%)
大腿骨頸部骨折による入院患者数	112.5	100.0%	
[再掲]地域連携診療計画管理料を算定した患者数	42.2	37.5%	100.0%
[再掲]設定した入院期間内に連携医療機関へ転院できた患者数	31.7	28.2%	75.1%
[再掲]設定した入院期間内に連携医療機関を退院できた患者数	20.0	17.8%	47.4%
[再掲]連携医療機関から診療情報がフィードバックされた患者数	35.0	31.1%	82.9%

※上記の項目の全てに回答のあった 34 施設についての集計

② 連携医療機関

連携医療機関における大腿骨頸部骨折による入院患者数について、平成 17 年度から平成 18 年度にかけての増減をみると、「増加」(39.1%)が最も多く、次いで「不明」(24.5%)、「減少」(20.0%)であった。

図表 14 大腿骨頸部骨折による入院患者数の増減（平成 17 年度→平成 18 年度）



連携医療機関の 1 施設当たり的大腿骨頸部骨折による平均入院患者数（平成 18 年度）は 15.0 人で、そのうち地域連携診療計画退院時指導料を算定した患者数は 3.4 人で、大腿骨頸部骨折による入院患者全体の 22.3%であった。また、地域連携クリティカルパスで設定した入院期間内に退院・転院できた患者数は 3.1 人で、地域連携診療計画退院時指導料を算定した患者のうちの 93.6%であった。この地域連携クリティカルパスで設定した入院期間内に退院・転院できた患者数のうち、退院先が「自宅・在宅」であったものは 2.2 人（68.9%）であった。

図表 15 地域連携診療計画退院時指導料の算定患者数等（平成 18 年度）

		1 施設当たり平均患者数 (N = 42)			
大腿骨頸部骨折による入院患者数		15.0	100.0%		
[再掲] 地域連携診療計画退院時指導料を算定した患者数		3.4	22.3%	100.0%	
[再掲] 設定した入院期間内に退院・転院できた患者数		3.1	20.9%	93.6%	100.0%
退院・ 転院先	自宅・在宅	2.2	14.4%	64.5%	68.9%
	一般病床	0.1	0.5%	2.1%	2.3%
	療養病床	0.2	1.1%	5.0%	5.3%
	老人保健施設	0.3	1.7%	7.8%	8.3%
	特別養護老人ホーム	0.1	1.0%	4.3%	4.5%
	その他	0.3	2.2%	9.9%	10.6%

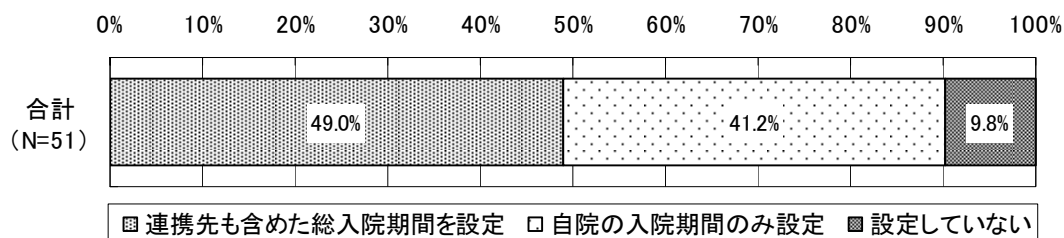
※上記の項目の全てに回答のあった 42 施設についての集計

(5) 地域連携クリティカルパス上の入院期間

① 計画管理病院

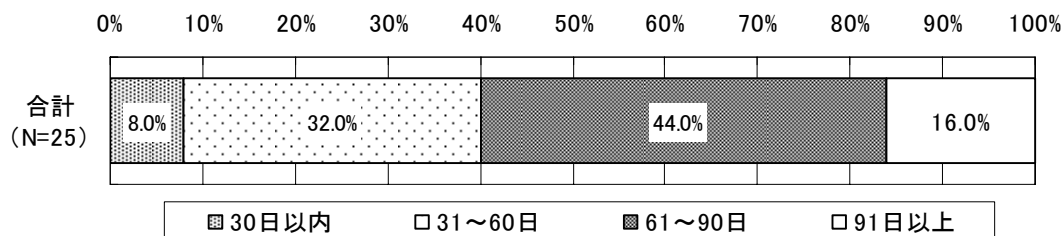
計画管理病院の地域連携クリティカルパス上の入院期間の設定状況についてみると、「連携先も含めた総入院期間を設定」(49.0%)が最も多く、次いで「自院の入院期間のみ設定」(41.2%)、「設定していない」(9.8%)であった。

図表 16 計画管理病院の地域連携クリティカルパス上の入院期間の設定状況



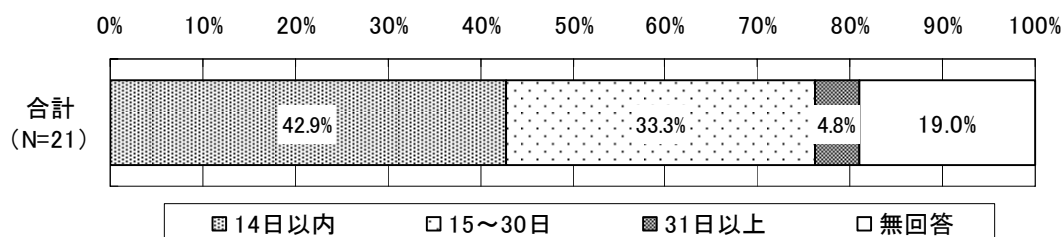
連携先も含めた総入院期間を設定している計画管理病院における総入院期間についてみると、「61～90日」(44.0%)が最も多く、次いで「31～60日」(32.0%)、「91日以上」(16.0%)であった。平均は71.4日であった。

図表 17 連携先も含めた総入院期間



自院の入院期間のみ設定している計画管理病院における入院期間についてみると、「14日以内」(42.9%)が最も多く、次いで「15～30日」(33.3%)であった。平均は18.3日であった。

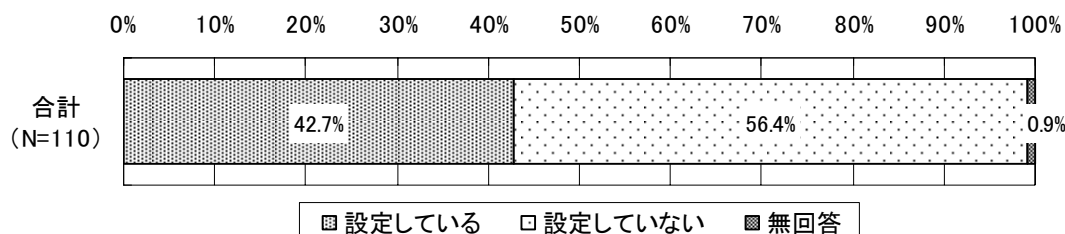
図表 18 計画管理病院が設定している自院の入院期間



② 連携医療機関

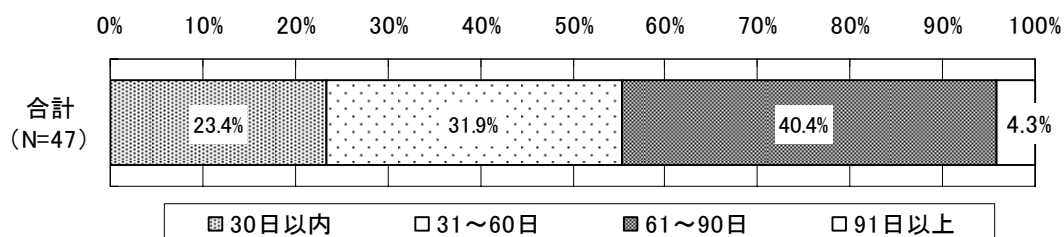
連携医療機関の地域連携クリティカルパス上の総入院期間の設定状況についてみると、「設定していない」(56.4%)、「設定している」(42.7%)であった。

図表 19 連携医療機関における総入院期間の設定状況



急性期（計画管理病院）も含めた総入院期間を設定している連携医療機関における総入院期間についてみると、「61～90日」(40.4%)が最も多く、次いで「31～60日」(31.9%)、「30日以内」(23.4%)であった。平均は61.0日であった。

図表 20 急性期も含めた総入院期間



(6) 退院基準の作成状況

退院基準の作成状況についてみると、計画管理病院では「ある」(82.4%)が大半を占めており、次いで「ない(作成予定なし)」(11.8%)、「ない(現在作成中)」(5.9%)であった。また、連携医療機関では「ない(作成予定なし)」(41.8%)が最も多く、次いで「ない(現在作成中)」(32.7%)、「ある」(21.8%)であった。

図表 21 退院基準の作成状況



(7) 大腿骨頸部骨折患者の平均在院日数の変化

① 計画管理病院

計画管理病院における大腿骨頸部骨折による入院患者の平均在院日数について、平成 17 年度及び平成 18 年度の状況をみると、平成 17 年度は 38.2 日、平成 18 年度は 33.0 日と 5.2 日短縮されていた。

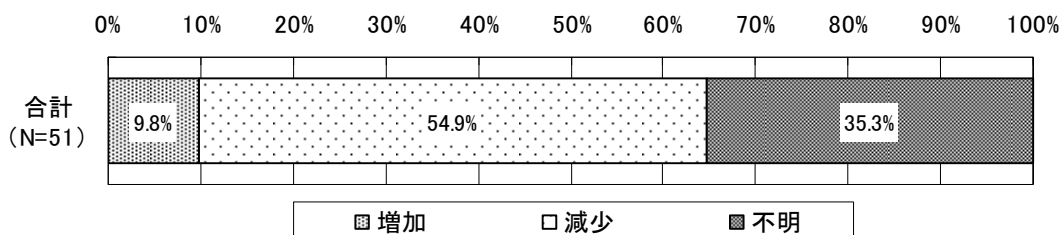
図表 22 平均在院日数の変化（平成 17 年度→平成 18 年度）

	17 年度	18 年度
大腿骨頸部骨折による入院患者の平均在院日数 (N=33)	38.2	33.0

※平成 17 年度・18 年度のいずれについても回答のあった 33 施設についての集計

計画管理病院における大腿骨頸部骨折による入院患者の平均在院日数の変化状況についてみると、「減少」(54.9%) が最も多く、次いで「不明」(35.3%)、「増加」(9.8%) であった。また、平均在院日数が「減少」した施設の平均的な減少期間は 6.6 日であった。

図表 23 平均在院日数の変化別にみた施設数の割合（平成 17 年度→平成 18 年度）



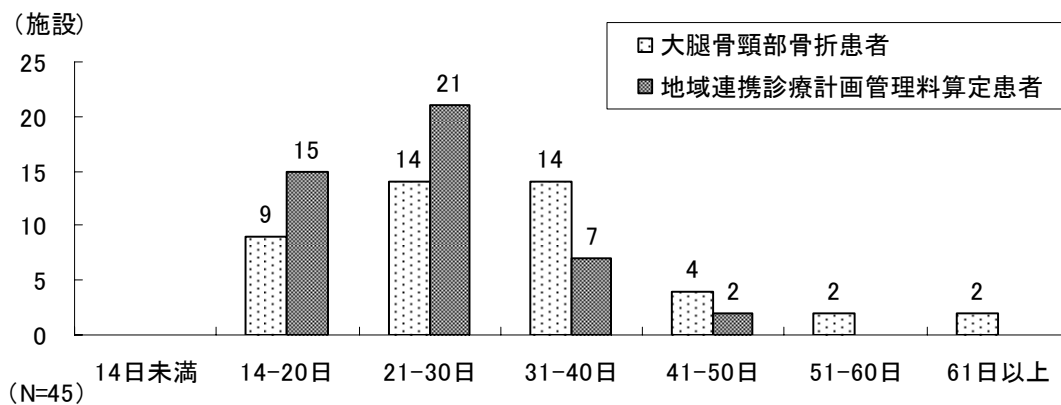
計画管理病院における地域連携診療計画管理料算定患者の平均在院日数は 25.2 日（平成 18 年度）であり、大腿骨頸部骨折による入院患者全体の平均在院日数を 8.1 日下回っていた。

図表 24 平成 18 年度の大腿骨頸部骨折による入院患者の平均在院日数

	平成 18 年度 (N = 48)		
	平均値	最大値	最小値
大腿骨頸部骨折による入院患者の平均在院日数	33.3	120	15.9
地域連携診療計画管理料算定患者の平均在院日数	25.2	45.0	15.4

※上記の項目のいずれにも回答のあった 45 施設についての集計

図表 25 平成 18 年度の大腿骨頸部骨折による入院患者の平均在院日数の分布



② 連携医療機関

計画管理病院における大腿骨頸部骨折による入院患者の平均在院日数について、平成 17 年度及び平成 18 年度の状況をみると、平成 17 年度は 64.1 日、平成 18 年度は 62.7 日と 1.4 日短縮されていた。

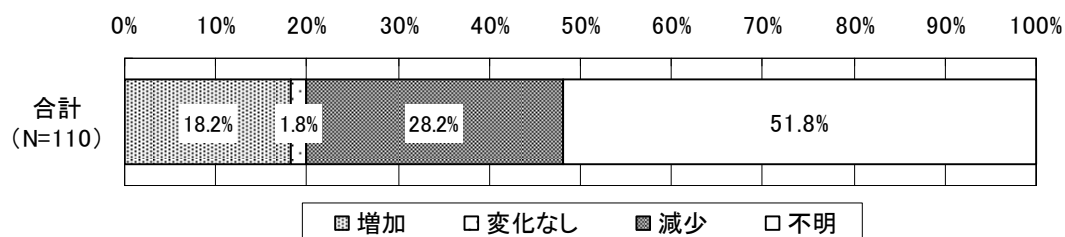
図表 26 平均在院日数の変化（平成 17 年度→平成 18 年度）

	17 年度	18 年度
大腿骨頸部骨折による入院患者の平均在院日数 (N=53)	64.1	62.7
パス上の総入院期間を設定している (N=24)	67.7	65.1
パス上の総入院期間を設定していない (N=28)	61.0	61.1

※平成 17 年度・18 年度のいずれについても回答のあった 53 施設についての集計
ただし、クリティカルパス上の総入院期間の設定について無回答が 1 施設

連携医療機関における大腿骨頸部骨折による入院患者の平均在院日数の変化状況についてみると、「不明」(51.8%) が最も多く、次いで「減少」(28.2%)、「増加」(18.2%) であった。また、平均在院日数が「減少」した施設の平均的な減少期間は 10.7 日であった。

図表 27 平均在院日数の変化別にみた施設数の割合（平成 17 年度→平成 18 年度）



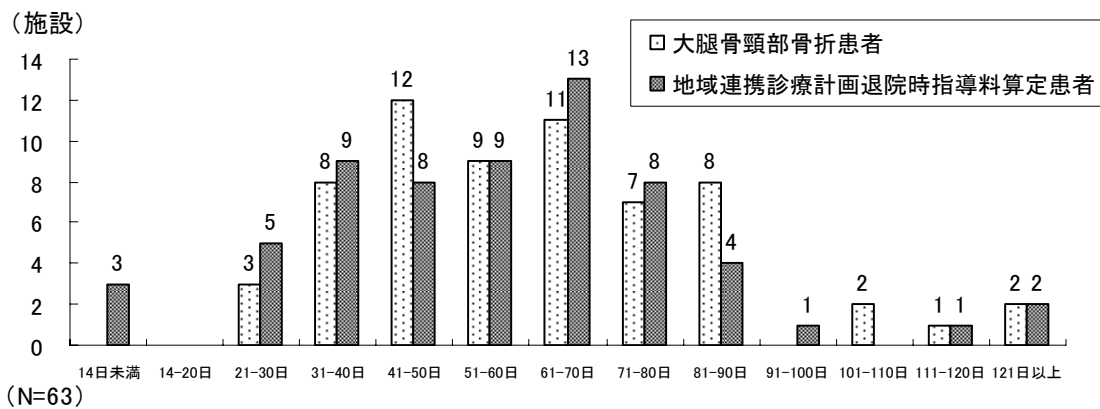
連携医療機関の地域連携診療計画退院時指導料算定患者の平均在院日数は 61.1 日（平成 18 年度）であり、大腿骨頸部骨折による入院患者全体の平均在院日数を 5.7 日下回っていた。

図表 28 平成 18 年度の大腿骨頸部骨折による入院患者の平均在院日数

	平成 18 年度 (N = 63)		
	平均値	最大値	最小値
大腿骨頸部骨折による入院患者の平均在院日数	66.8	350.0	22.0
地域連携診療計画退院時指導料算定患者の平均在院日数	61.1	350.0	2.0

※上記の項目のいずれにも回答のあった 63 施設についての集計

図表 29 平成 18 年度の大腿骨頸部骨折による入院患者の平均在院日数の分布



(8) バリエンス（入院期間が大きく延びたケース）の主たる理由

① 計画管理病院

計画管理病院におけるバリエンス（入院期間が大きく延びたケース）の主たる発生原因をみたものが図表 30 である。患者の状態像によるものが多くみられる他、転院先や自宅での家族の受け入れ体制が整わないことなどがみられた。

図表 30 バリエンス（入院期間が大きく延びたケース）の主たる理由

- ・ 合併症（肺炎、心血管障害、脳梗塞、脳炎、片麻痺、尿路感染症、MRSA、認知症 等）
- ・ 骨折型の転子部骨折の不安定型であったり、人工骨頭置換術後の脱臼があった場合
- ・ 術後の経過不良（術後骨接合不良）
- ・ 他疾患による継続入院
- ・ 患者、家族が転院等を拒否することがある
- ・ 自宅退院希望
- ・ 転院病院の受け入れ待ち
- ・ 認知症があり、転院先が見つからない
- ・ 悪性腫瘍のターミナルで受け入れ先が決まらない
- ・ 疼痛によるリハビリ遅延
- ・ 創痛継続によるリハビリ困難
- ・ 認知症によるリハビリ困難
- ・ 転倒、転落による骨折
- ・ 年末年始で休み明けの転院となったため。指示日が延期したため。

② 連携医療機関

連携医療機関におけるバリエンス（入院期間が大きく延びたケース）の主たる発生原因をみたものが図表 31 である。

図表 31 バリエンス（入院期間が大きく延びたケース）の主たる理由

- ・ 合併症（肺炎、脳血管障害、片麻痺、尿路感染症、MRSA、認知症 等）
- ・ 高齢者では骨折、術後のADL低下のみならず、拒食や認知症周辺症状（食欲低下、被害妄想、介護への抵抗等）などがみられる頻度が高く、理学療法を行うには、まずそれらの治療を要することが多いため
- ・ 再転倒等によるアクシデント
- ・ 大腿の筋力低下により歩行困難なため
- ・ 高齢者の独居
- ・ ご家族の受け入れが十分でない場合
- ・ 住環境問題（特に階段の問題）
- ・ 患者、家族のリハビリ継続希望
- ・ 老人保健施設等に空きがない
- ・ 認知症があり、リハビリが思うように進まなかったため
- ・ リハビリに対する意欲が乏しいケース

(9) 地域連携クリティカルパスの対象疾患

① 計画管理病院

計画管理病院における地域連携クリティカルパスの対象疾患についてみると、「骨折」(98.0%)が最も多く、次いで「脳内出血」(13.7%)、「脳梗塞」(13.7%)、「糖尿病」(7.8%)、「その他の筋骨格系及び結合組織の疾患」(7.8%)などであった。

図表 32 地域連携クリティカルパスの対象疾患：複数回答

疾患名 (疾病中分類)	施設数 (N=51)	割合	疾患名 (疾病中分類)	施設数 (N=51)	割合
骨折	50	98.0%	結腸の悪性新生物	1	2.0%
脳内出血	7	13.7%	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物	1	2.0%
脳梗塞	7	13.7%	気管、気管支及び肺の悪性新生物	1	2.0%
糖尿病	4	7.8%	前立腺の悪性新生物	1	2.0%
その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	4	7.8%	高血圧性疾患	1	2.0%
胃の悪性新生物	3	5.9%	その他の心疾患	1	2.0%
乳房の悪性新生物	3	5.9%	脳動脈硬化(症)	1	2.0%
くも膜下出血	3	5.9%	喘息	1	2.0%
その他の循環器系の疾患	3	5.9%	炎症性多発性関節障害	1	2.0%
関節症	3	5.9%	糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患	1	2.0%
虚血性心疾患	2	3.9%	症状、徴候等で他に分類されないもの	1	2.0%
その他の脳血管疾患	2	3.9%	頭蓋内損傷及び内臓の損傷	1	2.0%
腎不全	2	3.9%			

※無回答は1施設

② 連携医療機関

連携医療機関における地域連携クリティカルパスの対象疾患についてみると、「骨折」(73.6%)が最も多く、次いで「脳梗塞」(12.7%)、「その他の筋骨格系及び結合組織の疾患」(7.3%)、「脳内出血」(6.4%)、「くも膜下出血」(5.5%)などであった。

図表 33 地域連携クリティカルパスの対象疾患：複数回答

疾患名 (疾病中分類)	施設数 (N=110)	割合	疾患名 (疾病中分類)	施設数 (N=110)	割合
骨折	81	73.6%	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	1	0.9%
脳梗塞	14	12.7%	その他の心疾患	1	0.9%
その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	8	7.3%	肺炎	1	0.9%
脳内出血	7	6.4%	関節症	1	0.9%
くも膜下出血	6	5.5%	椎間板障害	1	0.9%
その他の脳血管疾患	6	5.5%	骨の密度及び構造の障害	1	0.9%
胃の悪性新生物	1	0.9%	症状、徴候等で他に分類されないもの	1	0.9%
結腸の悪性新生物	1	0.9%	頭蓋内損傷及び内臓の損傷	1	0.9%
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	1	0.9%	その他の損傷及びその他の外因の影響	1	0.9%

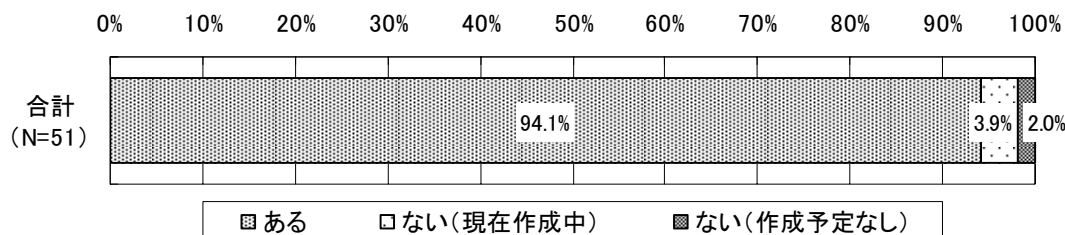
※無回答は23施設

(10) 地域連携クリティカルパスに係る書式の有無

① 計画管理病院における統一制定書式の有無

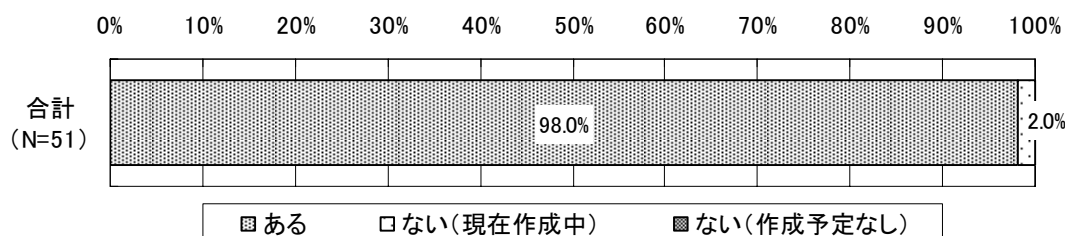
計画管理病院における地域連携クリティカルパスの医療者用パスについて、その統一制定書式の有無をみると、「ある」(94.1%)が大半を占めており、次いで「ない(現在作成中)」(3.9%)、「ない(作成予定なし)」(2.0%)であった。

図表 34 医療者用パスの統一制定書式の有無

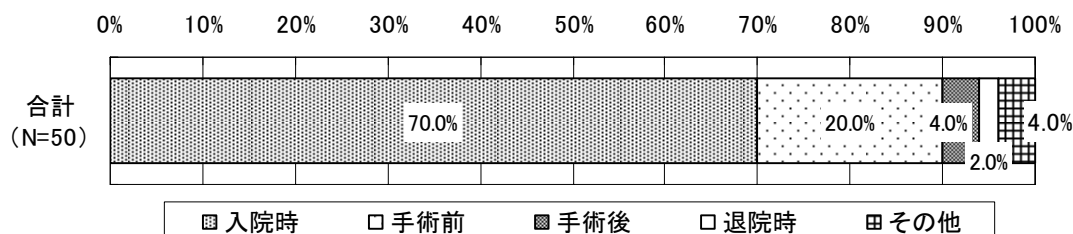


計画管理病院における地域連携クリティカルパスの患者用パスについて、その統一制定書式の有無をみると、「ある」(98.0%)が大半を占めており、次いで「ない(現在作成中)」(2.0%)であった。また、患者用クリティカルパスを患者に説明するタイミングとしては、「入院時」(70.0%)が最も多く、次いで「手術前」(20.0%)であった。

図表 35 患者用パスの統一制定書式の有無



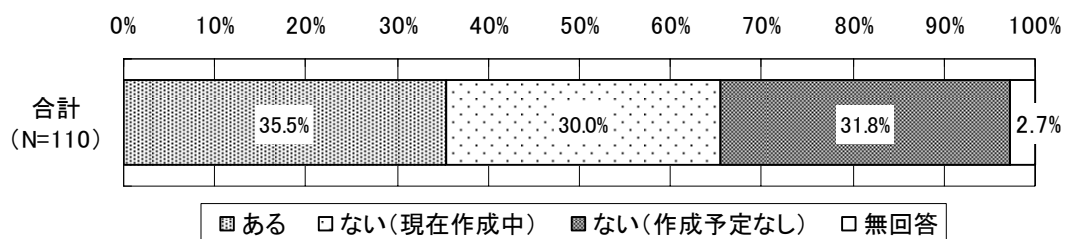
図表 36 患者用パスを患者に説明するタイミング



② 連携医療機関における退院時の患者用説明資料の有無

連携医療機関における退院時の患者用説明資料の有無についてみると、「ある」(35.5%)が最も多く、次いで「ない(現在作成中)」(31.8%)、「ない(作成予定なし)」(30.0%)であった。

図表 37 連携医療機関における退院時の患者用説明資料の有無



(11) 計画管理病院－連携医療機関の会合の開催状況

① 計画管理病院

計画管理病院における連携医療機関との会合の開催回数（平成 18 年度）についてみると、平均 4.1 回であった。また、計画管理病院 1 施設当たりの連携医療機関数は病院が平均 7.4 施設、診療所が平均 3.9 施設であった。

図表 38 連携医療機関との会合の開催回数

	1施設当たり 会合開催回数 (N = 41)		
	平均値	最大値	最小値
平成 18 年度における連携医療機関との会合の開催回数	4.1	15	1
[再掲]開催回数の最も多い連携医療機関との会合の開催回数	3.5	12	1

※上記の項目の全てに回答のあった 41 施設についての集計

図表 39 計画管理病院 1 施設当たり連携医療機関数

	1施設当たり 連携医療機関数 (N = 36)		
	平均値	最大値	最小値
病院	7.4	20	1
[再掲] 亜急性期病床を有する病院	0.8		
[再掲] 回復期リハビリテーション病棟を有する病院	2.8		
[再掲] 療養病床を有する病院	3.6		
一般診療所	3.9	64	0

※上記の項目の全てに回答のあった 36 施設についての集計

② 連携管理病院

連携医療機関における計画管理病院との会合の開催回数（平成 18 年度）についてみると、平均 3.5 回であった。

図表 40 計画管理病院との会合の開催回数

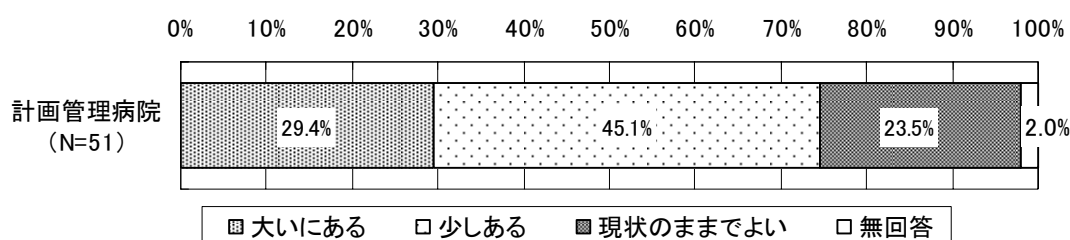
	1施設当たり 会合開催回数 (N = 102)		
	平均値	最大値	最小値
平成 18 年度における連携医療機関との会合の開催回数	3.5	12	0

※上記の項目に回答のあった 103 施設についての集計

(12) 地域連携クリティカルパスの運用上の課題

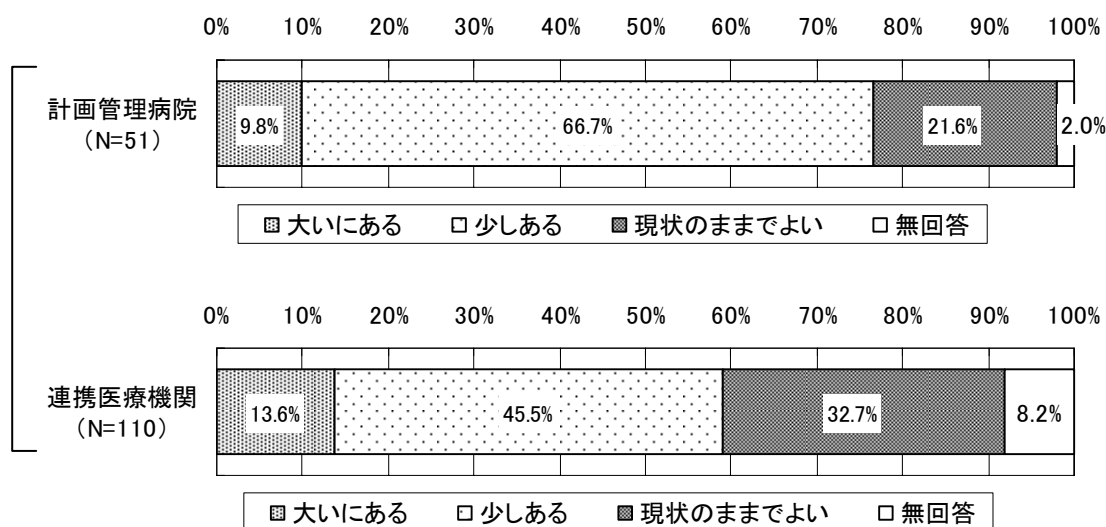
地域連携クリティカルパスの運用上の課題として、計画管理病院では転院先調整による待ち日数の短縮化の必要性について「少しある」(45.1%)が最も多く、次いで「大いにある」(29.4%)、「現状のままでよい」(23.5%)であった。

図表 41 転院先調整による待ち日数の短縮化の必要性（計画管理病院）



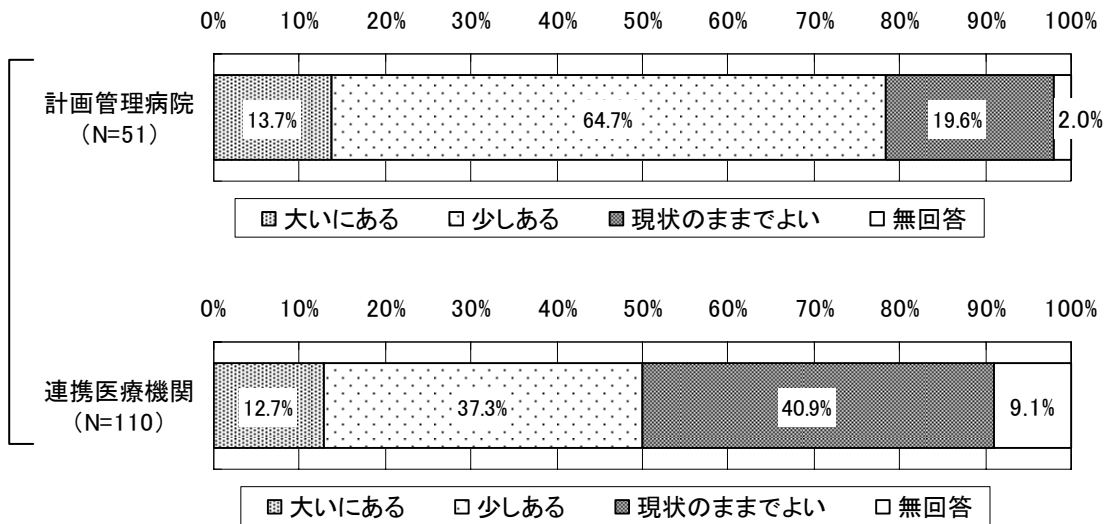
また、計画管理病院から連携医療機関への地域連携クリティカルパスによる情報提供のあり方の改善の必要性について、計画管理病院では「少しある」(66.7%)が最も多く、次いで「現状のままでよい」(21.6%)、「大いにある」(9.8%)であった。また、連携医療機関では「少しある」(45.5%)が最も多く、次いで「現状のままでよい」(32.7%)、「大いにある」(13.6%)であった。

図表 42 連携医療機関への地域連携クリティカルパスによる情報提供のあり方の改善



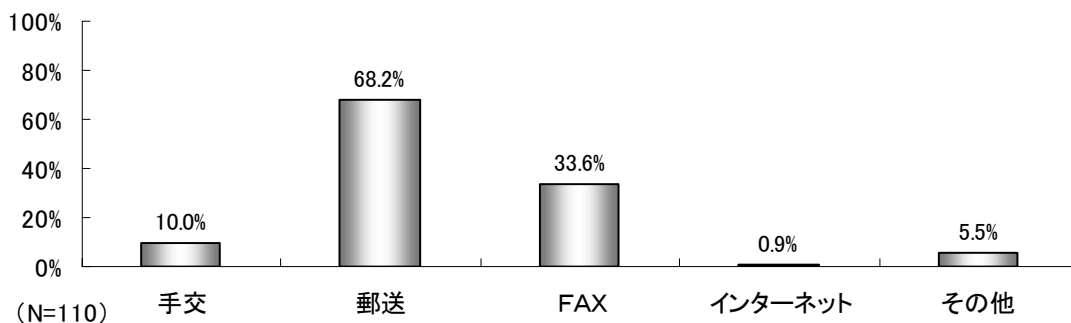
また、連携医療機関から計画管理病院への地域連携クリティカルパスのフィードバックのあり方の改善の必要性について、計画管理病院では「少しある」(64.7%)が最も多く、次いで「現状のままでよい」(19.6%)、「大いにある」(13.7%)であった。また、連携医療機関では「現状のままでよい」(40.9%)が最も多く、次いで「少しある」(37.3%)、「大いにある」(12.7%)であった。

図表 43 連携医療機関からの地域連携クリティカルパスのフィードバックのあり方の改善



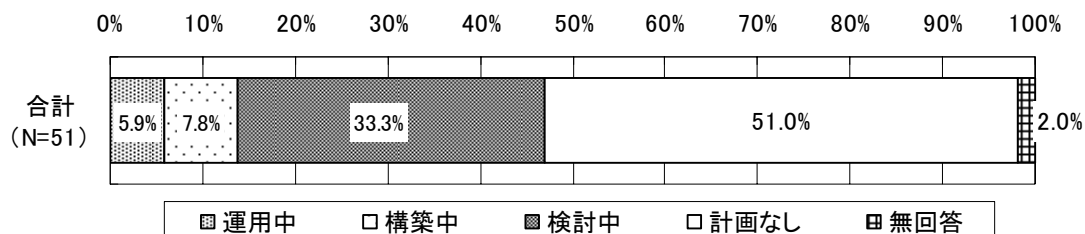
さらに、連携医療機関から計画管理病院への地域連携クリティカルパスのフィードバックの方法についてみると、「郵送」(68.2%)が最も多く、次いで「FAX」(33.6%)、「手交」(10.0%)であった。

図表 44 連携医療機関による地域連携クリティカルパスのフィードバックの方法：複数回答



また、計画管理病院における情報共有化のためのITシステムの導入状況についてみると、「計画なし」(51.0%)が最も多く、次いで「検討中」(33.3%)、「構築中」(7.8%)であった。また、現在運用中のITシステムの概要については図表46の通りである。

図表 45 情報共有化のためのITシステムの導入状況(計画管理病院)



図表 46 具体的なITシステムの概要

- ・ 患者データ(計画管理病院+連携医療機関)共有化
- ・ NPO法人長崎地域医療連携ネットワークシステム「あじさいネット」により、当院の電子カルテを関連医療機関が閲覧でき、診療情報を共有しており、今後はさらに利用可能な中核病院の施設参加を呼びかけ、地域全体での共有を目指している。

(13) 地域連携クリティカルパスを推進するうえでの課題

地域連携クリティカルパスを推進するうえでの課題としては、図表 47 及び図表 48 の示す通りである。診療報酬対象疾患の拡大や算定要件の見直しといった「診療報酬関連」の課題、地域連携クリティカルパスの統一書式の必要性といった「クリティカルパスの統一化」、計画管理病院と連携医療機関の情報の共有化の必要性といった「情報の共有化」などといった意見が出されていた。

① 計画管理病院

図表 47 地域連携クリティカルパスを推進するうえでの課題

【診療報酬関連】

- ・ 対象疾患（脳血管障害等）の拡大
- ・ 外来連携パスの評価
- ・ 地域連携診療情報共有体制の評価と構築
- ・ 算定する点数が管理病院も連携病院も手間のわりには低い
- ・ 算定要件の明確化
- ・ 年次報告書の記載要項があいまいで、非常に分かりづらい。記入見本を添付してほしい。
- ・ 推進するのみでなく、地域連携パスを使用した後の1年間程度、患者の状態や総医療費などを確認、評価し、その結果をもって、推進の方法や診療報酬の改定などを検討する必要があると考える。

【クリティカルパスの統一化】

- ・ 当院との連携医療機関も複数の計画管理病院と連携しており、同じ病院内で異なったパスで運営されている状況にある。可能な限り広域で統一されたパスの運用（作成）が望ましいのではないかと考える。
- ・ 連携医療機関ごとに異なる連携パスを使用しているため、転院先医療機関は連携をしている病院の数だけパス用紙を使用し、交流会も急性期病院数だけ参加しなければならない。疾患ごとにパス用紙の統一を図る必要がある。また、交流会も市単位か医療圏単位で行うなど、転院先医療機関の負担軽減の必要を感じる。
- ・ 急性期以外の医療機関（回復期、維持期）も通用しやすいようなクリティカルパスを作成する。（共通する医療用語を使用したり、各医療機関の既存の記録作業と重複しないよう、業務の省力化へも繋げられるように作成する。）転院された患者様の情報をフィードバックしてもらう手段が統一できていない。

【情報の共有化】

- ・ 大腿骨頸部骨折は、高齢者について合併症を併発している場合が多く、標準的なパスにのせづらい。また、連携医療機関からのフィードバック方法や体制については、今後の課題であると感じる。

- ・ 情報交換のための会合を急性期病院が設定し、行っているが、回復期医療機関が積極的に会合を企画してほしい。
- ・ 医療から介護への連携強化を図る。(在宅支援等、医療機関から介護に関わるスタッフまで情報を共有できるよう作成、運用する。)
- ・ 情報共有化のためのITシステムの構築

【その他】

- ・ 連携先病院のリハビリの充実度、入院期間等に差がある。
- ・ 合併症のコントロールを必要とする場合に転院先が限定される認知症がある場合、リハビリの経過に影響すること。
- ・ 患者様への地域連携パスを理解してもらうための説明が難しい。
- ・ 統計がとりづらい(複数医療機関にまたがるため)ので、調査について全国一律的な基準が必要であると思われる。

② 連携医療機関

図表 48 地域連携クリティカルパスを推進するうえでの課題

【診療報酬関連】

- ・ 回復期リハビリテーション病棟に入院した場合、特定入院料に含まれてしまうため、データ収集等の管理運営が煩雑である。また経済評価の観点からも、是非算定可能になることを切望する。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する場合には、医学管理料が包括されるため、地域連携診療計画退院時指導料を算定できないことが、骨折による地域連携を推進する上での足枷になっている気がする。
- ・ 在院日数や退院先の報告が義務づけられているが、連携医療機関(急性期病院)ごとに設定期間や書式にかなり差があるのが現状である。在院日数を短縮し、在宅復帰率を高めるためには、何らかのガイドラインの設定が必要なのではないか。

【クリティカルパスの統一化】

- ・ 開始から1年、3病院と連携している。この過程でクリティカルパスは、3病院ともにほとんど同じものとなってきた。これを機に地域における統一したクリティカルパスができればよいと思っている。
- ・ パスの様式を行政で決めてほしい。
- ・ 連携医療機関ごとに異なる連携パスを使用しているため、転院先医療機関は連携している病院の数だけパス用紙を使用し、交流会も急性期病院の数だけ参加しなければならない。疾患ごとにパス用紙を統一する必要がある。
- ・ 共通文書(パス)の改善を要する。

【情報の共有化】

- ・ 連携する計画管理病院を増やし、三次元的な双方向の情報交換を行いたい。
- ・ 会合について、パス開始当初は会合の必要性を感じるが、これが軌道に乗れば、その回数を減らしてもいいと思う。
- ・ 定期会合は、連携病院が増えると大変になる。ドクターが出向くケースが多いので、今後検討してほしい。
- ・ 交流会も市単位か医療圏単位で行う等、転院先医療機関の負担軽減を図る必要がある。
- ・ 個人情報保護法との兼ね合い

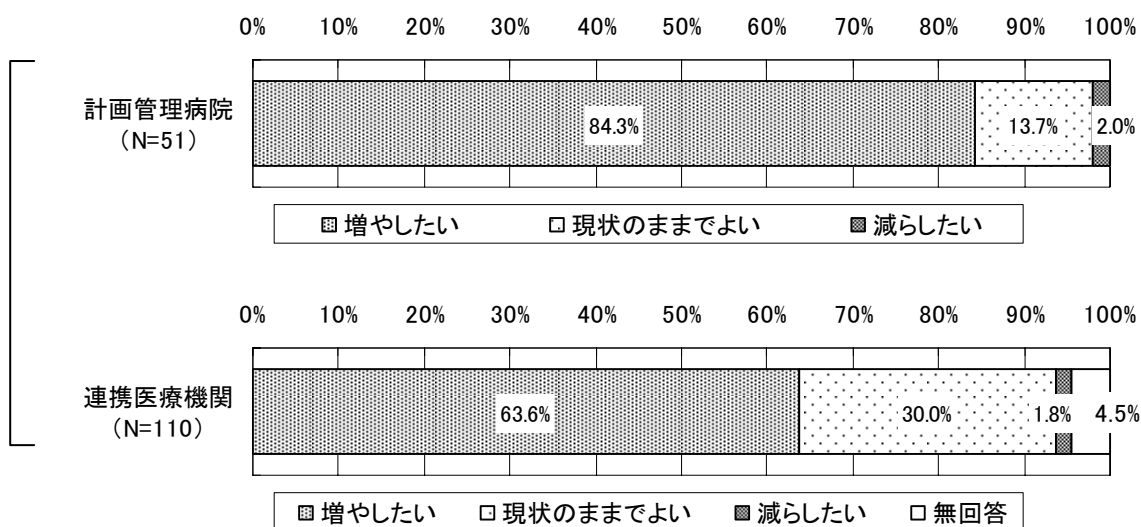
【その他】

- ・ 計画管理病院からの患者紹介数に差がありすぎる。計画管理病院は、紹介数を均等にするよう勤めるべきだと思う。
- ・ 早めに当院のような回復リハ病棟に送る方がよい。急性期病院では十分な急性期リハのスタッフ数がないのではないか。
- ・ 次のステップが自宅でない場合の施設入所先が見つからないケースが多々ある。

(14) 今後の方針

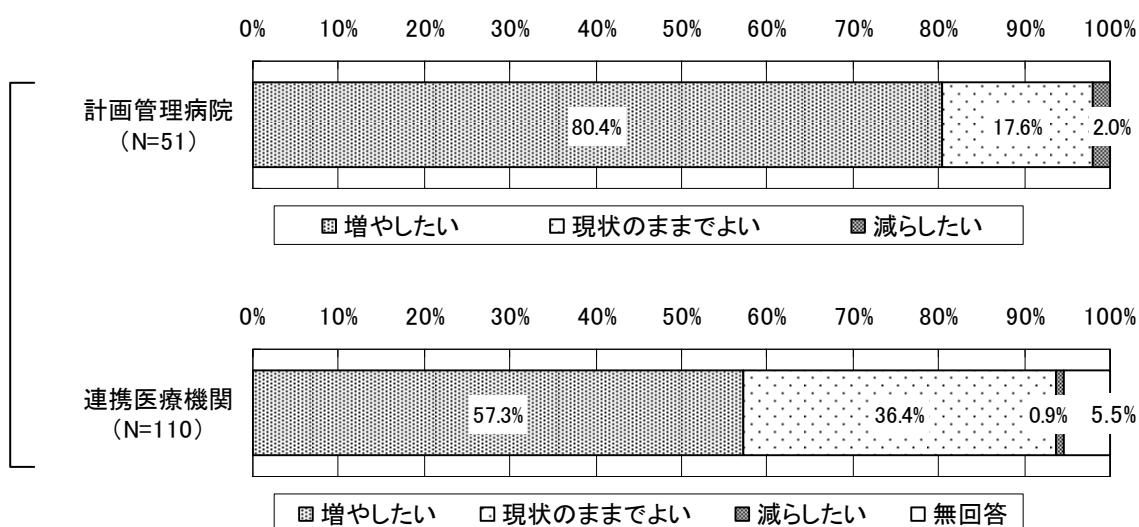
地域連携クリティカルパスに関する今後の方針として、計画管理病院では地域連携診療計画管理料の算定患者数を「増やしたい」(84.3%)とする意向が最も多く、次いで「現状のままでよい」(13.7%)、「減らしたい」(2.0%)であった。また、連携医療機関でも地域連携診療退院時指導料の算定患者数を「増やしたい」(63.6%)とする意向が最も多く、次いで「現状のままでよい」(30.0%)、「減らしたい」(1.8%)であった。

図表 49 地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料の算定患者数



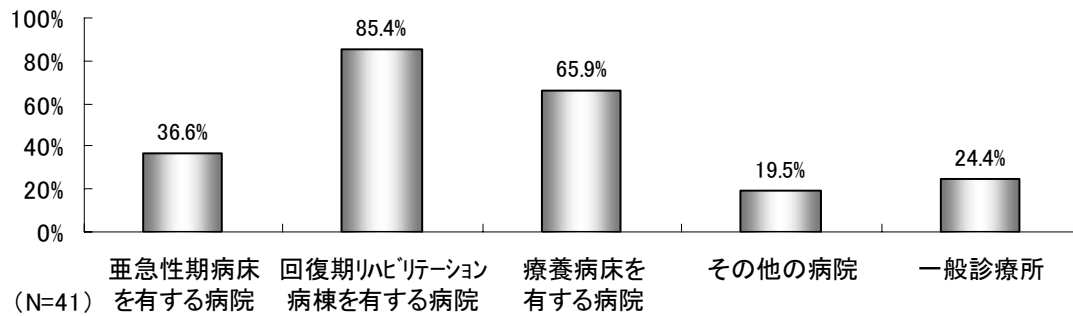
また、連携する医療機関数については、計画管理病院では「増やしたい」(80.4%)が最も多く、次いで「現状のままでよい」(17.6%)、「減らしたい」(2.0%)であった。また、連携医療機関でも「増やしたい」(57.3%)が最も多く、次いで「現状のままでよい」(36.4%)、「減らしたい」(0.9%)であった。

図表 50 連携する医療機関数



連携する医療機関数を増やしたいという意向を持つ計画管理病院では、今後増やしたい医療機関の種類として、「回復期リハビリテーション病棟を有する病院」(85.4%)が最も多く、次いで「療養病床を有する病院」(65.9%)、「亜急性期病床を有する病院」(36.6%)であった。

図表 51 今後増やしたい医療機関の種類：複数回答



6. まとめ

- ・計画管理病院の施設属性は、計画管理病院の 49.0%は公的医療機関で、平均病床数は 467.2 床であった。また、94.1%が DPC 対象病院、もしくは DPC 準備病院であった（図表 3～5）。
- ・連携医療機関の施設属性は、連携医療機関の 94.5%は医療法人もしくは個人等が開設主体となっており、有床診療所が 25.5%であった。また、病院の平均病床数は 151.2 床であった。療養病床を 6 割以上有している施設が 52.4%を超えていた（図表 6～9）。
- ・計画管理病院では、大腿骨頸部骨折による入院患者が平成 17 年度に比べて平成 18 年度で増加した施設は 43.1%であった。また、平成 18 年度の大腿骨頸部骨折による入院患者のうち 37.5%の患者について地域連携診療計画管理料を算定していた（図表 12～13）。
- ・連携医療機関では、大腿骨頸部骨折による入院患者が平成 17 年度に比べて平成 18 年度で増加した施設は 39.1%であった。また、平成 18 年度の大腿骨頸部骨折による入院患者のうち 22.3%の患者について地域連携診療計画退院時指導料を算定していた（図表 14～15）。
- ・計画管理病院における地域連携クリティカルパス上の入院期間の設定状況については、連携先の医療機関での在院日数も含めた「総入院期間」を設定している施設は 49.0%で、総入院期間の平均は 71.4 日であった。また、41.2%の計画管理病院が自院の入院期間のみ設定しており、その入院期間の平均は 18.3 日であった（図表 16～18）。
- ・退院基準の作成状況については、計画管理病院の 82.4%が退院基準が「ある」と回答しているのに対して、連携医療機関では退院基準が「ない」と回答した施設が 41.8%であった（図表 21）。
- ・計画管理病院における大腿骨頸部骨折による入院患者の平均在院日数は平成 17 年度が 38.2 日、平成 18 年度が 33.0 日であった。また、54.9%の施設で平均在院日数が減少しており、減少した施設の平均的な減少期間は 6.6 日であった（図表 22～23）。
- ・連携医療機関では、連携医療機関における大腿骨頸部骨折患者の平均在院日数は平成 17 年度が 64.1 日、平成 18 年度が 62.7 日であった。28.2%の施設で平均在院日数が減少しており、減少した施設の平均的な減少期間は 10.7 日であった（図表 26～27）。
- ・地域連携クリティカルパスの対象疾患については、「骨折」以外で地域連携クリティカルパスの対象疾患となっているものは、「脳血管疾患」「糖尿病」などの回答が多くみられた（図表 32～33）。
- ・地域連携クリティカルパスに係る書式の有無については、計画管理病院では、医療者用パス、患者用パスともにほとんど全ての施設で統一制定書式を作成されていた（図表 34～35）。なお、連携医療機関では、退院時の患者用説明資料を作成している施設は 35.5%であった（図表 37）。
- ・計画管理病院と連携医療機関の会合の開催状況については、計画管理病院では平均的な会合の開催回数は年間 4.1 回、また、連携医療機関では年間 3.5 回であった。なお、

計画管理病院 1 施設当たりの連携医療機関数は、病院が 7.4 施設、診療所が 3.9 施設であった（図表 38～40）。

- 地域連携クリティカルパスの運用上の課題については、転院先調整による待ち日数の短縮化の必要性について、計画管理病院の 74.5%がその必要性が「ある」との回答であった（図表 41）。
- 連携医療機関への地域連携クリティカルパスによる情報提供のあり方の改善の必要性については、計画管理病院の 76.5%、連携医療機関の 59.1%が改善の余地が「ある」との回答であった（図表 42）。
- 連携医療機関からの地域連携クリティカルパスのフィードバックのあり方の改善の必要性については、計画管理病院の 78.4%、連携医療機関の 50.0%が改善の余地が「ある」との回答であった（図表 43）。

平成18年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（厚生労働省委託事業）

地域連携診療計画管理料算定保険医療機関における 連携体制の状況調査票

【計画管理病院】

--

- 特に指示がある場合を除いて、平成19年7月1日現在の状況についてお答えください。
- 数値を記入する設問で、該当する者・施設等が無い場合は「0」（ゼロ）をご記入ください。

■本調査票のご記入日・ご記入者について下表にご記入下さい。

調査票ご記入日	平成19年（ ）月（ ）日
ご記入担当者名	
連絡先電話番号	
連絡先FAX番号	

■地域連携診療計画管理料の算定状況等についてお伺いします。

問1 貴院における地域連携診療計画管理料に係る施設基準の届出時期をご記入ください。

施設基準の届出年月日	平成（ ）年（ ）月
------------	------------

問2 地域連携クリティカルパスとして、具体的な入院期間を設定していますか。

(1) 設定状況（○は1つ）	01 連携先の医療機関を退院・転院するまでの総入院期間を設定している 02 計画管理病院である貴院での入院期間のみを設定している 03 設定していない
(2) 【(1)で「01 総入院期間を設定」している場合のみ】設定期間	概ね（ ）日
(3) 【(1)で「02 貴院での入院期間のみを設定」している場合のみ】設定期間	概ね（ ）日

問3 貴院では大腿骨頸部骨折の入院患者の退院基準を作成していますか。

退院基準	01 ある 02 ない（現在作成中） 03 ない（作成予定なし）
------	--

【03～05 については医師のご記入をお願いします】

問4 貴院における**地域連携診療計画管理料の算定患者数**等についてご回答ください。

	平成17年度		平成18年度	
01 大腿骨頸部骨折による入院患者数		人		人
02 [再掲] 地域連携診療計画管理料を算定した患者数				人
03 [再掲] 設定した入院期間内に連携医療機関へ転院できた患者数				人
04 [再掲] 設定した入院期間内に連携医療機関を退院できた患者数				人
05 [再掲] 連携医療機関から診療情報がフィードバックされた患者数				人

問5 貴院における**大腿骨頸部骨折の入院患者の平均在院日数**についてご記入ください。

	平成17年度		平成18年度	
01 大腿骨頸部骨折による入院患者の平均在院日数（小数点第一位まで）		日		日
02 [再掲] 地域連携診療計画管理料算定患者の平均在院日数（小数点第一位まで）				日

問6 地域連携クリティカルパスについて、**貴院制定の統一書式**がありますか。

(1) 医療者用パス	01 ある	02 ない（現在作成中）	03 ない（作成予定なし）	
(2) 患者用パス	01 ある	02 ない（現在作成中）	03 ない（作成予定なし）	
(3) 【(2) で「01 ある」場合のみ】患者用パスを患者にいつ説明をしていますか。（○は1つ）				
01 入院時	02 手術前	03 手術後	04 退院時	05 その他

【医師のご記入をお願いします】

問7 入院期間が大きく延びた患者（**バリエンス**）がいた場合、その主たる理由についてご記入ください。

【自由回答】

■地域連携クリティカルパスへの取組状況等についてお伺いします。

問8 （対象疾患を問わず）**地域連携パスの運用を開始した時期**をご記入ください。

運用開始時期	平成（ ）年（ ）月
--------	------------

問9 大腿骨頸部骨折の**地域連携パスの運用を開始した時期**をご記入ください。

運用開始時期	平成（ ）年（ ）月
--------	------------

問10 現在運用中の**地域連携パスの対象疾患**について、別添の疾患コード表から全て選び、下の点線枠内に1つずつご記入ください。

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

■連携医療機関との状況等についてお伺いします。

問 11 地域連携診療計画管理料の算定にあたり 連携している保険医療機関数 をご記入ください。		
01 病院		施設
02 [再掲] 亜急性期病床を有する病院		施設
03 [再掲] 回復期リハビリテーション病棟を有する病院		施設
04 [再掲] 療養病床を有する病院		施設
05 一般診療所		施設

問 12 地域連携診療計画に係る情報交換のための 連携医療機関との会合の状況 をご記入ください。		
01 平成 18 年度における連携医療機関との会合の開催回数		回
02 [再掲] 開催回数の最も多い医療機関との会合の開催回数		回

【医師のご記入をお願いします】		
問 13 連携医療機関との課題 について、それぞれ該当する選択肢番号 1 つに○をお付け下さい。		
(1) 転院先調整による待ち日数の短縮化の必要性		
01 大いにある	02 少しある	03 現状のままでよい
(2) 連携医療機関への地域連携パスによる情報提供の状況に関する改善の必要性		
01 大いにある	02 少しある	03 現状のままでよい
(3) 連携医療機関からの地域連携パスのフィードバックのあり方に関する改善の必要性		
01 大いにある	02 少しある	03 現状のままでよい

問 14 地域連携パスの運用にあたり、診療情報の共有化のために ITシステム を導入していますか。				
(1) 導入状況 (○は 1 つ)	01 運用中	02 構築中	03 検討中	04 計画なし
(2) 【(1) で「01 運用中」の場合のみ】運用開始時期	平成 () 年 () 月			
(3) 【(1) で「01 運用中」の場合のみ】ITシステムの概要についてご記入ください。				
【自由回答】				

■地域連携診療計画管理料に係る今後の方針についてお伺いします

問 15 貴院の地域連携診療計画管理料に係る 今後の方針 について該当する選択肢 1 つをお選びください。		
(1) 地域連携診療計画管理料の算定患者数		
01 増やしたい	02 現状のままでよい	03 減らしたい
(2) 連携する保険医療機関数		
01 増やしたい	02 現状のままでよい	03 減らしたい
(3) 【(2) で「01 増やしたい」場合のみ】 今後連携先として増やしたい保険医療機関はどちらですか。(該当するもの全てに○)		
01 亜急性期病床を有する病院		
02 回復期リハビリテーション病棟を有する病院		
03 療養病床を有する病院		
04 01～03 以外の病院		
05 一般診療所		

■貴院の概要についてお伺いします。

問 16 貴院の**開設者**について該当する選択肢番号 1 つに○をお付けください。

01 国（厚生労働省,独立行政法人国立病院機構,国立大学法人,独立行政法人労働者健康福祉機構,その他）
 02 公的医療機関（都道府県,市町村,日赤,済生会,北海道社会事業協会,厚生連,国民健康保険団体連合会）
 03 社会保険関係団体（全国社会保険協会連合会,厚生年金事業振興団,船員保険会,健康保険組合,共済組合,国民健康保険組合）
 04 医療法人・個人・その他（公益法人,医療法人,学校法人,社会福祉法人,医療生協,会社,その他法人,個人）

問 17 貴院の**許可病床数**について病床種類別にご記入ください。

病床種類	許可病床数	
01 一般病床		床
02 療養病床		床
03 [再掲] 指定介護療養型医療施設		床
04 精神病床		床
05 [再掲] 指定介護療養型医療施設		床
06 結核病床		床
07 感染症病床		床
08 合計		床

問 18 貴院の**病院種別**についてご記入ください。（該当するもの全てに○）

01 特定機能病院 02 地域医療支援病院 03 がん診療連携拠点病院 04 臨床研修指定病院

問 19 貴院の**DPCへの対応**について、あてはまるものをお選びください。

01 DPC 対象病院 02 DPC 準備病院 03 対応していない

■最後に、地域連携パスを推進する上での課題等がございましたらご自由にご記入ください。

設問は以上です。ご協力まことに有難うございました。
 記入漏れがないかをご確認の上、7月31日（火）までに同封の返信用封筒に入れてご投函ください。

平成18年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（厚生労働省委託事業）

地域連携診療計画管理料算定保険医療機関における 連携体制の状況調査票

【連携医療機関】

- 特に指示がある場合を除いて、平成19年7月1日現在の状況についてお答えください。
- 数値を記入する設問で、該当する者・施設等が無い場合は「0」（ゼロ）をご記入ください。

■本調査票のご記入日・ご記入者について下表にご記入下さい。

調査票ご記入日	平成19年（ ）月（ ）日
ご記入担当者名	
連絡先電話番号	
連絡先FAX番号	

■地域連携診療計画退院時指導料の算定状況等についてお伺いします。

問1 地域連携クリティカルパスとして、具体的な総入院期間（急性期～回復期）を設定していますか。

(1) 設定状況（○は1つ）	01 設定している	02 設定していない
(2) 【(1)で「01 設定している」場合のみ】設定期間	概ね（ ）日	

問2 貴院における地域連携診療計画退院時指導料の算定患者数等についてご回答ください。

	平成17年度		平成18年度	
	患者数	人	患者数	人
01 大腿骨頸部骨折による入院患者数				
02 [再掲] 地域連携診療計画退院時指導料を算定した患者数				
03 [再掲] 設定した入院期間内に退院・転院できた患者数				
04 [再掲] 退院先が自宅・在宅であった者				
05 [再掲] 転院先が一般病床であった者				
06 [再掲] 転院先が療養病床であった者				
07 [再掲] 転院先が老人保健施設であった者				
08 [再掲] 転院先が特別養護老人ホームであった者				
09 [再掲] その他				

問3 貴院における 大腿骨頸部骨折の入院患者の平均在院日数 についてご記入ください。			
	平成17年度	平成18年度	
01 大腿骨頸部骨折による入院患者の平均在院日数（小数点第一位まで）	<input type="text"/>	日	<input type="text"/>
02 [再掲] 地域連携診療計画退院時指導料算定患者の平均在院日数（小数点第一位まで）	<input type="text"/>	日	<input type="text"/>

問4 貴院では大腿骨頸部骨折の入院患者の 退院基準 を作成していますか。			
退院基準	01 ある	02 ない（現在作成中）	03 ない（作成予定なし）

問5 貴院では、退院時の 患者への説明資料 として貴院制定の書式がありますか。			
患者への説明資料	01 ある	02 ない（現在作成中）	03 ない（作成予定なし）

問6 計画管理病院への 地域連携パスのフィードバック をどのようにしていますか。（該当する全てに○）					
01 手交	02 郵送	03 FAX	04 インターネット	05 その他	

【医師のご記入をお願いします】	
問7 入院期間が大きく延びた患者（ バリアンス ）がいた場合、その主たる理由についてご記入ください。	
【自由回答】	

■**地域連携クリティカルパスへの取組状況等についてお伺いします。**

問8 （対象疾患を問わず） 地域連携パスの運用を開始した時期 をご記入ください。	
運用開始時期	平成（ ）年（ ）月

問9 大腿骨頸部骨折の 地域連携パスの運用を開始した時期 をご記入ください。	
運用開始時期	平成（ ）年（ ）月

問10 現在運用中の 地域連携パスの対象疾患 について、別添の疾患コード表から全て選び、下の点線枠内に1つずつご記入ください。											

問11 地域連携診療計画に係る情報交換のための 計画管理病院との会合の状況 をご記入ください。		
平成18年度における計画管理病院との会合の開催回数	<input type="text"/>	回

【医師のご記入をお願いします】		
問12 地域連携パスの運用上の課題 について、それぞれ該当する選択肢番号1つに○をお付け下さい。		
(1) 連携医療機関への地域連携パスによる情報提供の状況に関する改善の必要性		
01 大いにある	02 少しある	03 現状のままでよい
(2) 連携医療機関からの地域連携パスのフィードバックのあり方に関する改善の必要性		
01 大いにある	02 少しある	03 現状のままでよい

■地域連携診療計画退院時指導料に係る貴院の今後の方針についてお伺いします

問 13 地域連携診療計画退院時指導料に係る**今後の方針**について該当する選択肢1つをお選びください。

(1) 地域連携診療計画退院時指導料の算定患者数

01 増やしたい	02 現状のままでよい	03 減らしたい
----------	-------------	----------

(2) 連携する保険医療機関（計画管理病院）数

01 増やしたい	02 現状のままでよい	03 減らしたい
----------	-------------	----------

■貴院の概要についてお伺いします。

問 14 貴院の**開設者**について該当する選択肢番号1つに○をお付けください。

01 国（厚生労働省,独立行政法人国立病院機構,国立大学法人,独立行政法人労働者健康福祉機構,その他）

02 公的医療機関（都道府県,市町村,日赤,済生会,北海道社会事業協会,厚生連,国民健康保険団体連合会）

03 社会保険関係団体（全国社会保険協会連合会,厚生年金事業振興団,船員保険会,健康保険組合,共済組合,国民健康保険組合）

04 医療法人・個人・その他（公益法人,医療法人,学校法人,社会福祉法人,医療生協,会社,その他法人,個人）

問 15 貴院の**許可病床数**について病床種類別にご記入ください。

病床種類	許可病床数	
01 一般病床		床
02 療養病床		床
03 [再掲] 指定介護療養型医療施設		床
04 精神病床		床
05 [再掲] 指定介護療養型医療施設		床
06 結核病床		床
07 感染症病床		床
08 合計		床

問 16 貴院の**病院種別**についてご記入ください。（該当するもの全てに○）

01 特定機能病院 02 地域医療支援病院 03 がん診療連携拠点病院 04 臨床研修指定病院

問 17 貴院の**DPCへの対応**について、あてはまるものをお選びください。

01 DPC 対象病院 02 DPC 準備病院 03 対応していない

■最後に、地域連携パスを推進する上での課題等がございましたらご自由にご記入ください。

設問は以上です。ご協力まことに有難うございました。
記入漏れがないかをご確認の上、7月31日（火）までに同封の返信用封筒に入れてご投函ください。

中医協 総-4-4
20.7.9

中医協 検-1-4
20.7.9

平成18年度診療報酬改定結果検証に係る調査
紹介率要件の廃止に伴う保険医療機関への影響調査
報 告 書

目 次

1. 目的	1
2. 調査対象	1
3. 調査方法	1
4. 調査項目	1
5. 結果	2
(1) 回収の状況	2
(2) 施設概要	2
(3) 平成 18 年度の紹介患者数等について	6
(4) 紹介率要件の廃止に伴う影響 (H17・H18 比較)	9
(5) 紹介率要件の廃止に関する意見について	24
(6) 紹介患者、他院へ紹介する患者の数についての意向	25
6. まとめ	26

1. 目的

平成 18 年度診療報酬改定において、紹介率を要件とする各種加算が廃止されたことによる、保険医療機関への影響を検証するため、改定前後における紹介率等の変化を把握するとともに、外来患者数等の変化等の状況についても把握することを目的とした。

2. 調査対象

全国の無作為抽出した 200 床以上の病院（特定機能病院及び地域医療支援病院を含む）の全 1,000 施設を対象とした。

3. 調査方法

調査方法は、自記式調査票の郵送発送・回収とした。また、調査時期は平成 19 年 7 月とし、改定前後のデータとして平成 17 年度及び平成 18 年度の状況を調査対象とした。

4. 調査項目

調査項目は以下の通りである。

図表 1 調査項目

区 分	内 容
施設属性項目	<ul style="list-style-type: none">・ 開設者・ 標榜診療科目・ 許可病床数、病床利用率、平均在院日数・ 地域医療支援病院、特定機能病院の承認状況・ 各種加算の算定状況（H17）
調 査 項 目	<p>紹介率要件の廃止に伴う影響（H17・H18 の比較）</p> <ul style="list-style-type: none">・ 紹介患者数、救急用自動車によって搬入された患者数の変化・ 紹介率の変化・ 紹介元医療機関の施設数の変化・ 紹介患者に係る体制など今後の意向・ 各種加算項目の算定件数の変化・ 年間在院患者延数、年間外来患者延数の変化・ 逆紹介率の変化・ 入院診療収益と外来診療収益の比率の変化 <p>自由意見</p> <ul style="list-style-type: none">・ 紹介率要件の廃止に関する意見

5. 結果

(1) 回収の状況

全国が無作為抽出した200床以上の病院、特定機能病院及び地域医療支援病院の全1000施設を調査対象とし、有効回収数が542、回収率は54.2%であった。

図表2 回収の状況

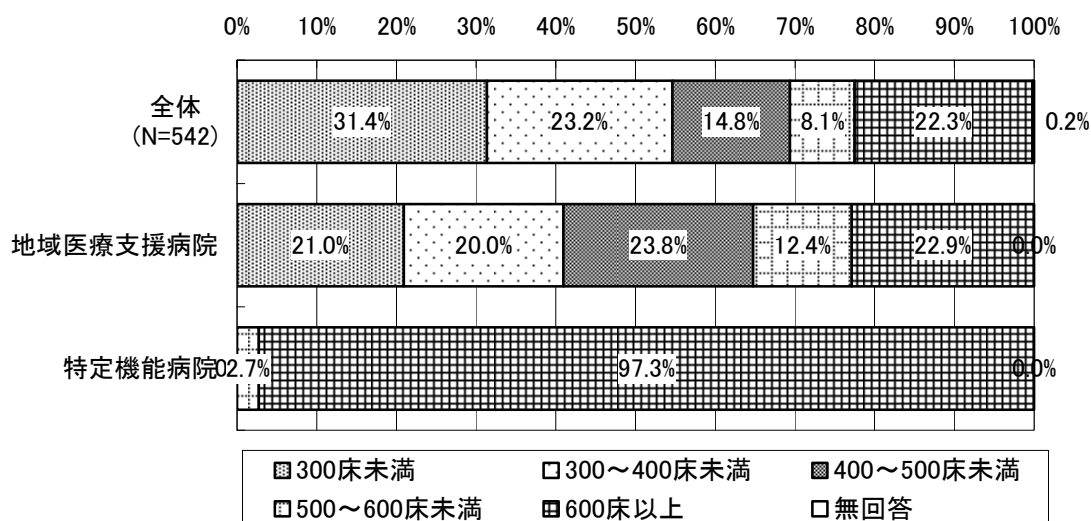
施設	有効回収数	回収率
調査対象病院	542	54.2%

(2) 施設概要

調査対象病院の許可病床数についてみると、「300床未満」(31.4%)が最も多く、次いで「300～400床未満」(23.2%)、「600床以上」(22.3%)であった。

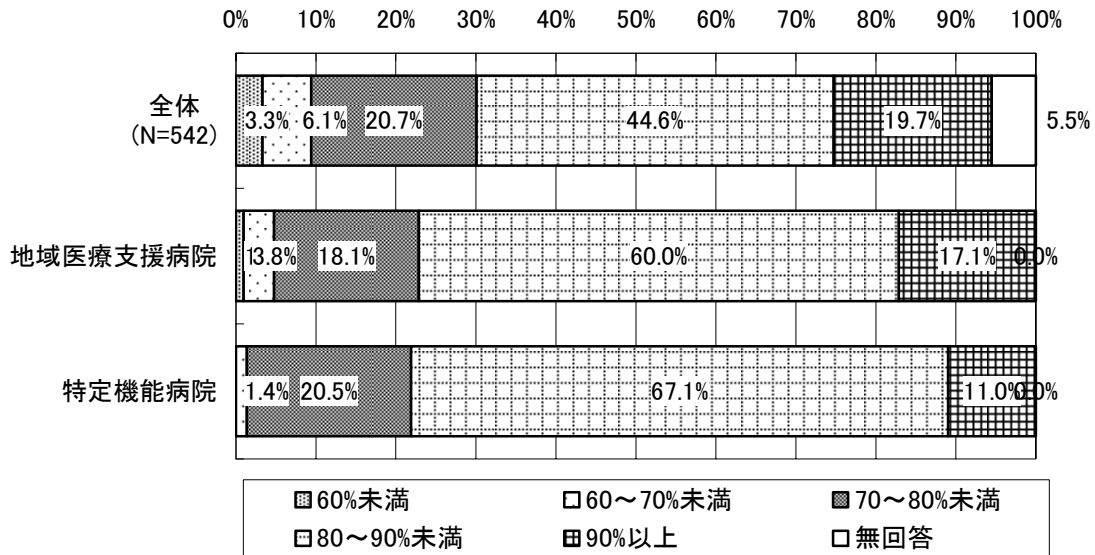
また、地域医療支援病院では「400～500床未満」(23.8%)が最も多く、次いで「600床以上」(22.9%)であり、特定機能病院では「600床以上」(97.3%)と最も多い。

図表3 許可病床数



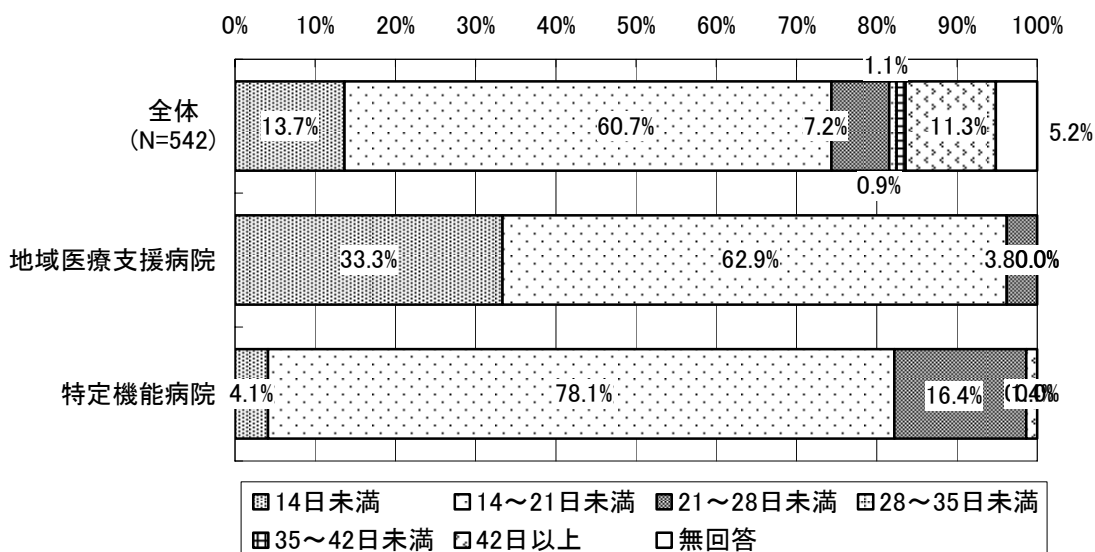
調査対象病院の病床利用率についてみると、「80～90%未満」(44.6%)が最も多く、次いで「70～80%未満」(20.7%)であった。地域医療支援病院では「80～90%未満」(60.0%)が最も多く、次いで「70～80%未満」(18.1%)であり、特定機能病院も同様に「80～90%未満」(67.1%)が最も多く、次いで「70～80%未満」(20.5%)であった。

図表4 病床利用率



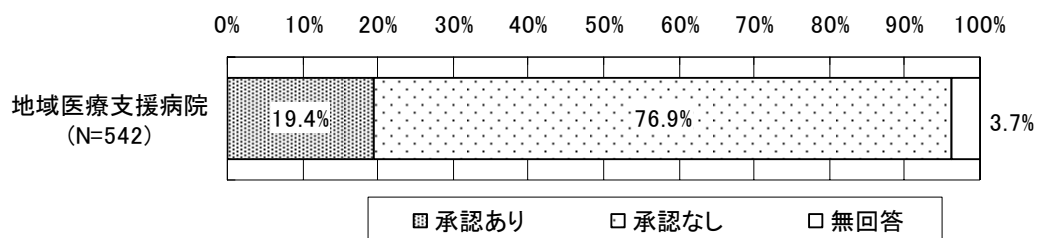
平均在院日数についてみると、「14～21日未満」(60.7%)が最も多く、次いで「14日未満」(13.7%)であった。地域医療支援病院では「14～21日未満」(62.9%)が最も多く、次いで「14日未満」(33.3%)、特定機能病院では「14～21日未満」(78.1%)が最も多く、次いで「21～28日未満」(16.4%)であった。

図表5 平均在院日数



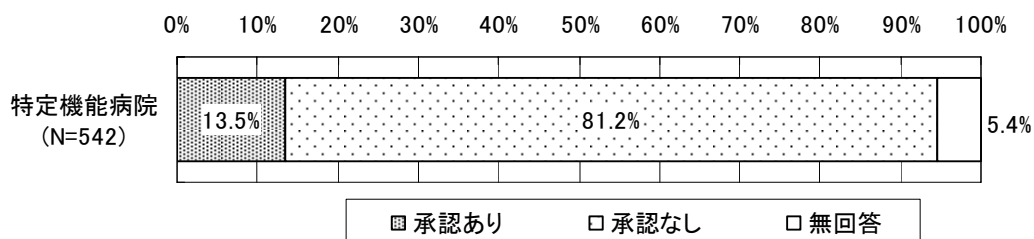
調査対象病院の地域医療支援病院の承認状況についてみると、「承認あり」が 19.4%、「承認なし」が 76.9%であった。

図表 6 地域医療支援病院



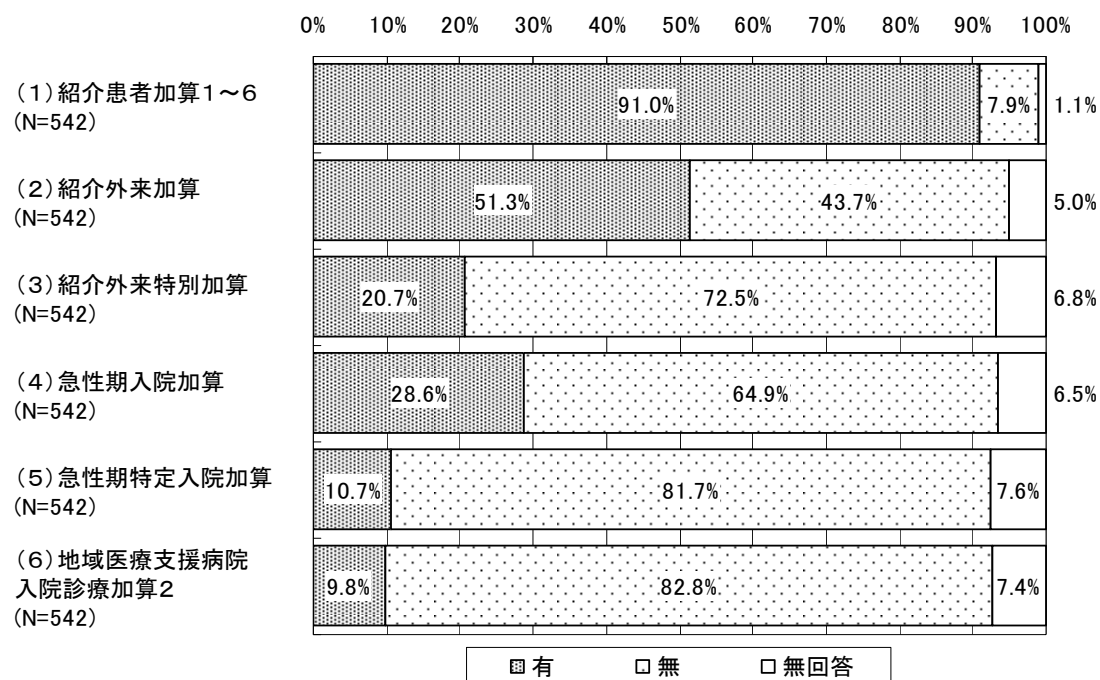
調査対象病院の特定機能病院の承認状況についてみると、「承認あり」が 13.5%、「承認なし」が 81.2%であった。

図表 7 特定機能病院



平成17年度各種加算の算定状況についてみると、「紹介患者加算1～6」は91.0%が、「紹介外来加算」は51.3%、「急性期入院加算」は28.6%、「紹介外来特別加算」は20.7%が算定を行っていた。

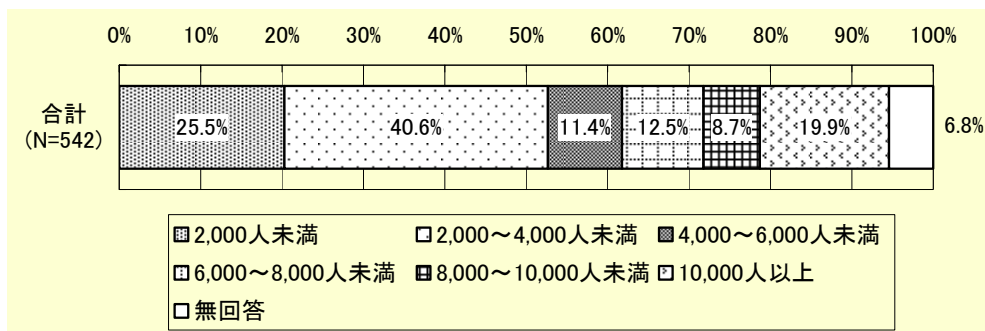
図表8 平成17年度各種加算の算定状況



(3) 平成 18 年度の紹介患者数等について

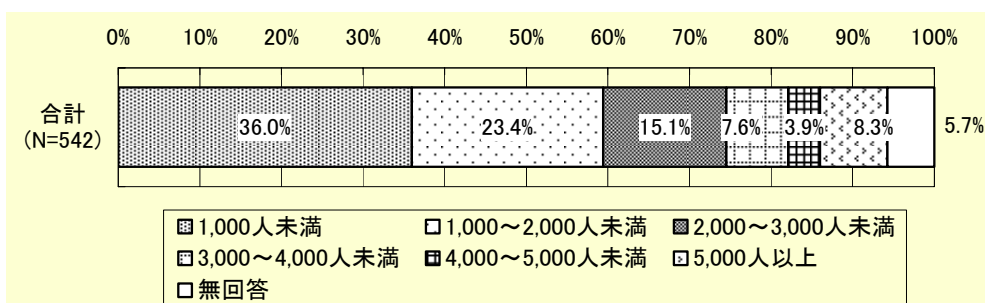
平成 18 年度の紹介患者数の状況についてみると、「2,000～4,000 人未満」(40.6%) が最も多く、次いで「2,000 人未満」(25.5%)、「10,000 人以上」(19.9%) であった。

図表 9 平成 18 年度紹介患者数



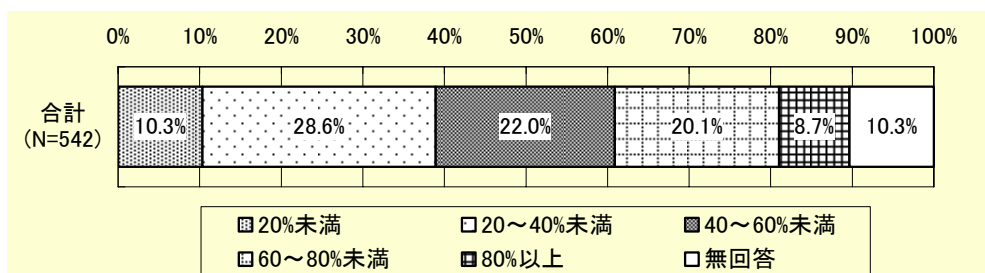
平成 18 年度の救急用自動車によって搬入された患者数の状況についてみると、「1,000 人未満」(36.0%) が最も多く、次いで「1,000～2,000 人未満」(23.4%) であった。

図表 10 平成 18 年度救急用自動車によって搬入された患者数



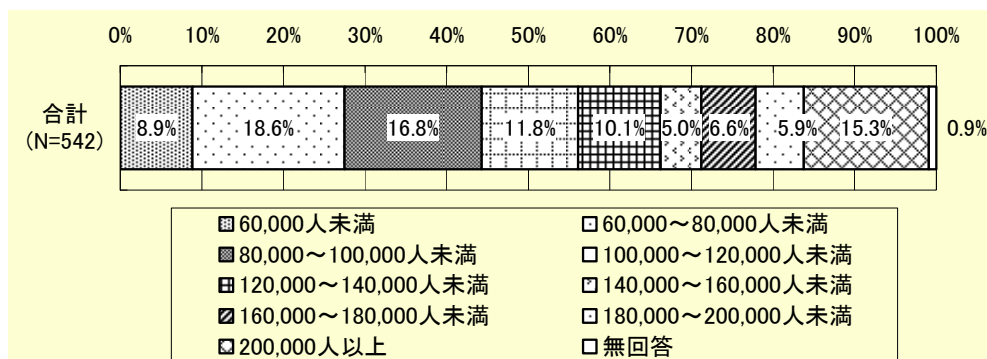
平成 18 年度の紹介率の状況についてみると、「20～40%未満」(28.6%) が最も多く、次いで「40～60%未満」(22.0%)、「60～80%未満」(20.1%) であった。

図表 11 平成 18 年度紹介率



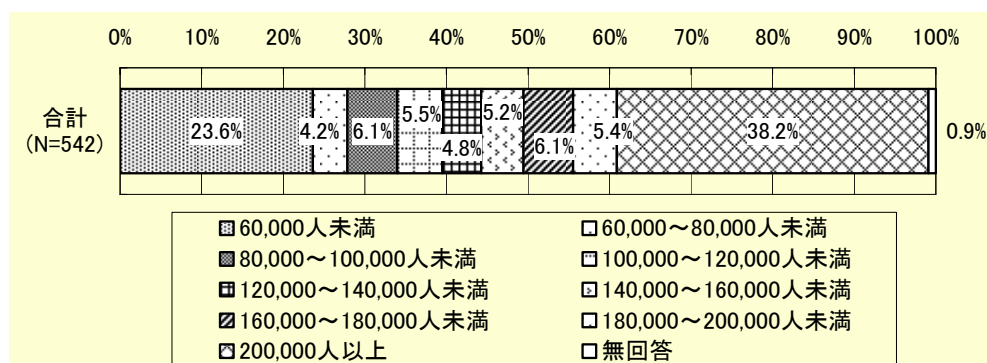
平成 18 年度の年間在院患者延数の状況についてみると、「60,000～80,000 人未満」(18.6%) が最も多く、次いで「80,000～100,000 人未満」(16.8%) であった。

図表 12 平成 18 年度年間在院患者延数



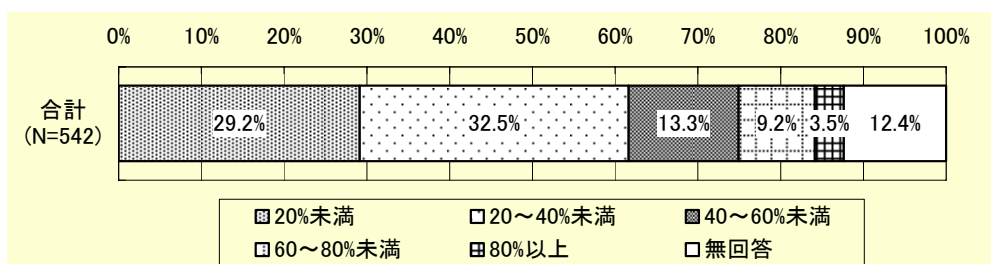
平成 18 年度の年間外来患者延数の状況についてみると、「200,000 人以上」(38.2%) が最も多く、次いで「60,000 人未満」(23.6%) であった。

図表 13 平成 18 年度年間外来患者延数



平成 18 年度の逆紹介率の状況についてみると、「20～40%未満」(32.5%) が最も多く、次いで「20%未満」(29.2%) であった。

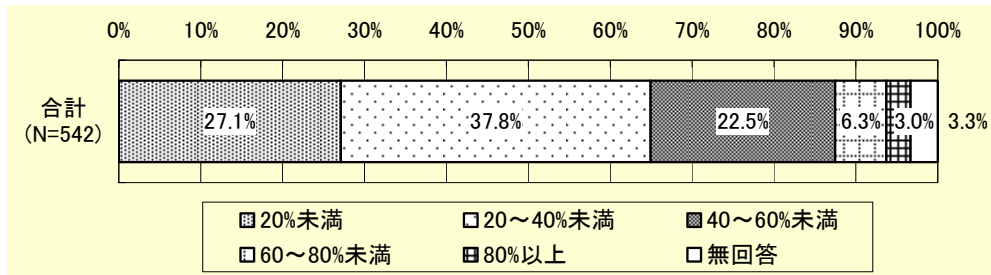
図表 14 平成 18 年度逆紹介率



平成 18 年度の入院診療収益と外来診療収益の比率を、下式により求め、その状況についてみると、「20～40%未満」（37.8%）が最も多く、次いで「20%未満」（27.1%）であった。

※入院診療収益と外来診療収益の比率＝外来診療収益／入院診療収益

図表 15 平成 18 年度入院診療収益と外来診療収益の比率

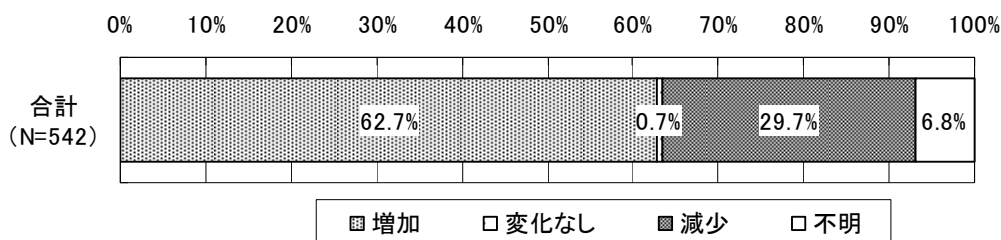


(4) 紹介率要件の廃止に伴う影響 (H17・H18 比較)

① 紹介患者数の変化

平成 17 年度と平成 18 年度の紹介患者数について、その増減をみると、「増加」が 62.7%と最も多く、次いで「減少」が 29.7%であった。

図表 16 紹介患者数の変化



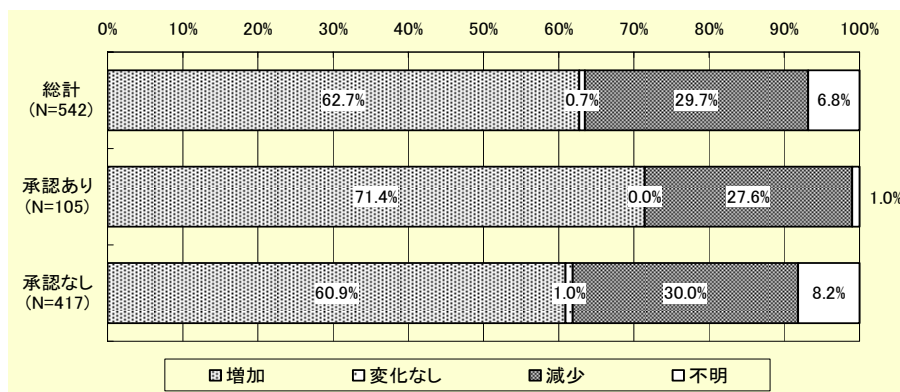
平成 17 年度と平成 18 年度の紹介患者数について、紹介患者数の階層別変化をみると、各階層とも平成 18 年度に紹介患者数が減少した病院より増加した病院が多いが、特にその傾向が大きいのは、平成 17 年度「9000～10000 人未満」の病院であり、65.4%が「10000 人以上」に移行していた。ただし、平成 17 年度「3000～4000 人未満」の病院は、紹介患者数の増加した病院より減少した病院が多かった。

図表 17 紹介患者数階層別の変化

H18 \ H17	H18 階層											無回答	総計	
	1000人未満	1000～2000人未満	2000～3000人未満	3000～4000人未満	4000～5000人未満	5000～6000人未満	6000～7000人未満	7000～8000人未満	8000～9000人未満	9000～10000人未満	10000人以上			
1000人未満	86.7%	3.1%											10.2%	n=98
1000～2000人未満	10.4%	70.8%	12.5%	2.1%								2.1%	2.1%	n=48
2000～3000人未満	2.1%	6.3%	64.6%	22.9%								2.1%	2.1%	n=48
3000～4000人未満		5.4%	21.6%	54.1%	16.2%			2.7%						n=37
4000～5000人未満				9.1%	57.6%	21.2%	9.1%					3.0%		n=33
5000～6000人未満				2.3%	9.3%	53.5%	27.9%	2.3%					4.7%	n=43
6000～7000人未満					2.5%	5.0%	42.5%	22.5%	17.5%	7.5%	2.5%			n=40
7000～8000人未満							19.2%	50.0%	19.2%	7.7%	3.8%			n=26
8000～9000人未満	4.0%						4.0%	20.0%	36.0%	28.0%	8.0%			n=25
9000～10000人未満										34.6%	65.4%			n=26
10000人以上	1.1%							1.1%	3.3%	2.2%	91.3%	1.1%		n=92

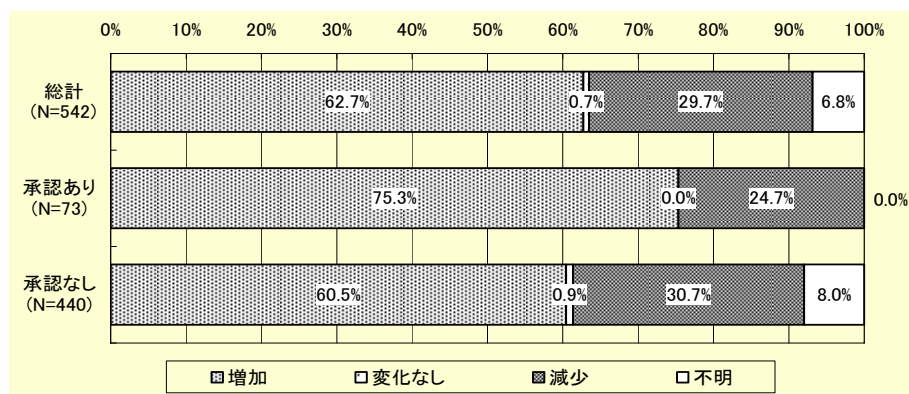
紹介患者数の変化について、地域医療支援病院の承認の有無別にみると、承認あり病院は「増加」が71.4%、「減少」が27.6%、承認なし病院では「増加」が60.9%、「減少」が30.0%であった。

図表 18 地域医療支援病院の承認の有無別 紹介患者数の変化



紹介患者数の変化について、特定機能病院の承認の有無別にみると、承認あり病院は「増加」が75.3%、「減少」が24.7%、承認なし病院では「増加」が60.5%、「減少」が30.7%であった。

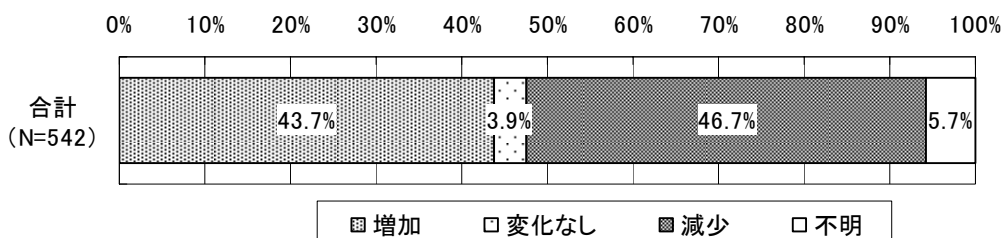
図表 19 特定機能病院の承認の有無別 紹介患者数の変化



② 救急用自動車によって搬入された患者数の変化

平成 17 年度と平成 18 年度の救急用自動車によって搬入された患者数について、その増減をみると、「減少」が 46.7%と多く、次いで「増加」が 43.7%であった。

図表 20 救急用自動車によって搬入された患者数の変化



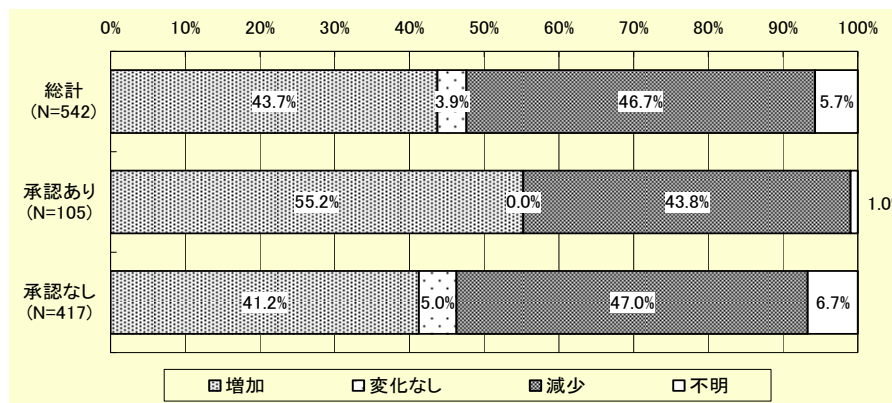
平成 17 年度と平成 18 年度の救急用自動車によって搬入された患者数について、当該患者数の階層別変化をみると、患者数が増加した病院よりやや減少した病院が多く、平成 17 年度に「3000～4000 人未満」「4000～5000 人未満」であった病院は、それぞれ 15.2%が「2000～3000 人未満」に、33.3%が「3000～4000 人未満」に移行していた。さらに上位の階層も同様の傾向にあるが、対象病院数（n 数）が少ないことに注意が必要である。

図表 21 救急用自動車によって搬入された患者数階層別の変化

H18 \ H17	患者数階層											無回答	総計
	1000人未満	1000～2000人未満	2000～3000人未満	3000～4000人未満	4000～5000人未満	5000～6000人未満	6000～7000人未満	7000～8000人未満	8000～9000人未満	9000～10000人未満	10000人以上		
1000人未満	91.8%	5.6%	0.5%		0.5%							1.5%	n=196
1000～2000人未満	6.9%	83.8%	7.7%									1.5%	n=130
2000～3000人未満		7.7%	84.6%	7.7%									n=78
3000～4000人未満	3.0%		15.2%	72.7%	6.1%			3.0%					n=33
4000～5000人未満				33.3%	56.7%	10.0%							n=30
5000～6000人未満				5.0%	5.0%	75.0%	15.0%						n=20
6000～7000人未満						45.5%	36.4%	18.2%					n=11
7000～8000人未満							37.5%	37.5%	25.0%				n=8
8000～9000人未満	25.0%							25.0%	50.0%				n=4
9000～10000人未満									100.0%				n=1
10000人以上	100.0%												n=1

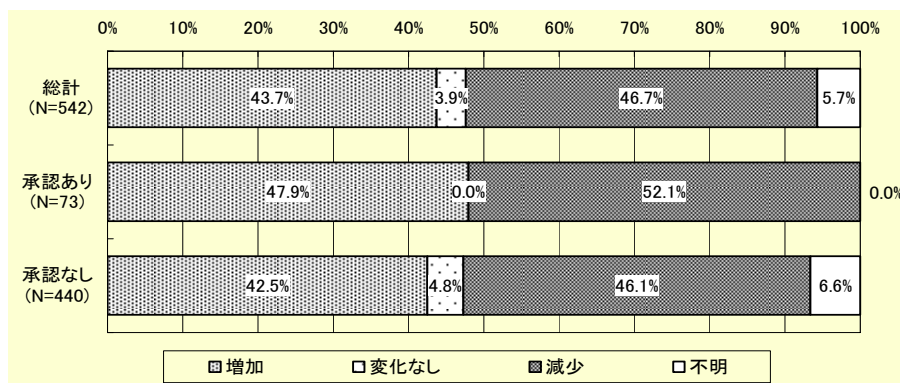
救急用自動車によって搬入された患者数の変化について、地域医療支援病院の承認の有無別にみると、承認あり病院は「増加」が55.2%、「減少」が43.8%、承認なし病院では「増加」が41.2%、「減少」が47.0%であった。

図表 22 地域医療支援病院の承認の有無別 救急用自動車搬入患者数の変化



救急用自動車によって搬入された患者数の変化について、特定機能病院の承認の有無別にみると、承認あり病院は「増加」が47.9%、「減少」が52.1%、承認なし病院では「増加」が42.5%、「減少」が46.1%であった。

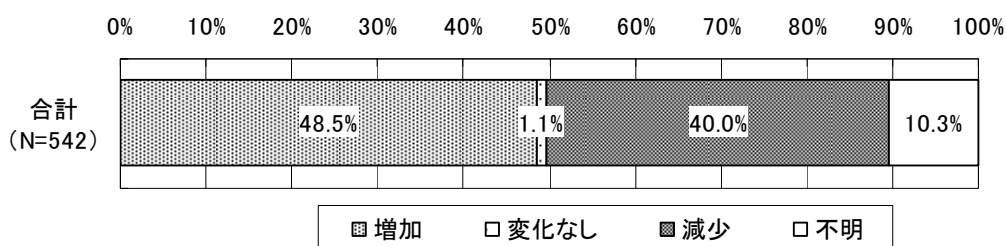
図表 23 特定機能病院の承認の有無別 救急用自動車搬入患者数の変化



③ 紹介率の変化

平成17年度と平成18年度の紹介率について、その増減をみると、「増加」が48.5%と多く、次いで「減少」が40.0%であった。

図表 24 紹介率の変化



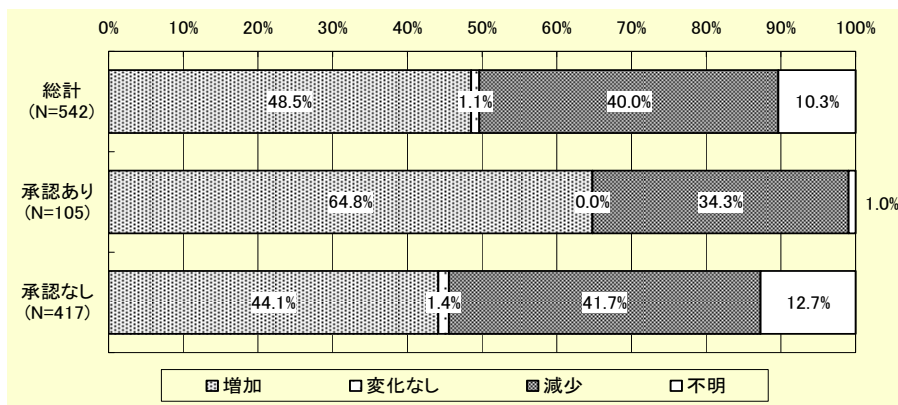
平成17年度と平成18年度の紹介率について、その階層別変化をみると、「80%未満」までの病院では紹介率が減少したところより増加したところが多く、特に、平成17年度に紹介率「40～50%未満」の病院は、22.9%が「50～60%未満」に移行していた。

図表 25 紹介率階層別の変化

H18 \ H17	10%未満	10%～20%未満	20%～30%未満	30%～40%未満	40%～50%未満	50%～60%未満	60%～70%未満	70%～80%未満	80%～90%未満	90%～100%未満	100%以上	無回答	総計
10%未満	72.7%	9.1%	9.1%									9.1%	n=11
10～20%未満	3.8%	75.0%	9.6%									11.5%	n=52
20～30%未満		5.6%	74.6%	12.7%								7.0%	n=71
30～40%未満		1.1%	11.8%	64.5%	11.8%	3.2%	1.1%					6.5%	n=93
40～50%未満			2.9%	17.1%	55.7%	22.9%	1.4%						n=70
50～60%未満				1.9%	17.3%	55.8%	17.3%	5.8%				1.9%	n=52
60～70%未満					2.7%	12.3%	69.9%	15.1%					n=73
70～80%未満							15.6%	62.5%	18.8%	3.1%			n=32
80～90%未満							3.4%	20.7%	58.6%	17.2%			n=29
90～100%未満									13.3%	86.7%			n=15
100%以上											100.0%		n=2

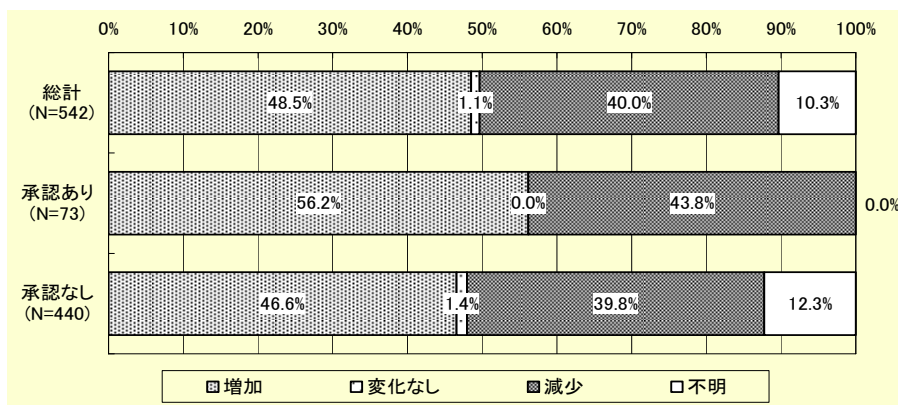
紹介率の変化について、地域医療支援病院の承認の有無別にみると、承認あり病院は「増加」が64.8%、「減少」が34.3%、承認なし病院では「増加」が44.1%、「減少」が41.7%であった。

図表 26 地域医療支援病院の承認の有無別 紹介率の変化



紹介率の変化について、特定機能病院の承認の有無別にみると、承認あり病院は「増加」が56.2%、「減少」が43.8%、承認なし病院では「増加」が46.6%、「減少」が39.8%であった。

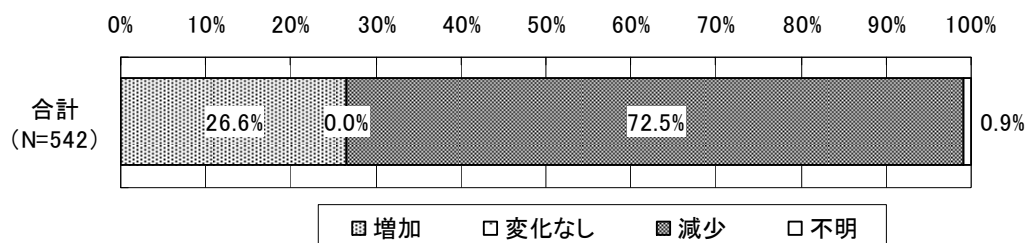
図表 27 特定機能病院の承認の有無別 紹介率の変化



④ 年間在院患者延数の変化

平成 17 年度と平成 18 年度の年間在院患者延数について、その増減をみると、「減少」が 72.5%と多く、次いで「増加」が 26.6%であった。

図表 28 年間在院患者延数の変化



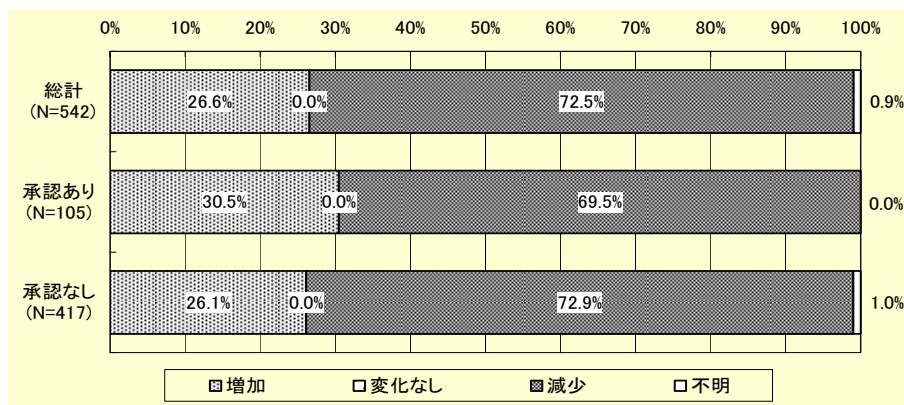
平成 17 年度と平成 18 年度の年間在院患者延数について、その階層別変化をみると、多くの階層で平成 18 年度には年間在院患者延数が増加した病院より減少した病院が多く、特に平成 17 年度「100000～120000 人未満」の病院は、23.6%が「80000～100000 人未満」に移行していた。

図表 29 年間在院患者延数階層別の変化

H18 \ H17	H17 階層										無回答	総計
	60000人未満	60000～80000人未満	80000～100000人未満	100000～120000人未満	120000～140000人未満	140000～160000人未満	160000～180000人未満	180000～200000人未満	200000人以上	200000人以上		
60000人未満	78.6%	11.9%	7.1%							2.4%		n=42
60000～80000人未満	14.3%	79.6%	6.1%									n=98
80000～100000人未満		20.0%	76.5%	2.4%	1.2%							n=85
100000～120000人未満		1.4%	23.6%	69.4%	4.2%	1.4%						n=72
120000～140000人未満				19.7%	75.4%	3.3%	1.6%					n=61
140000～160000人未満					23.8%	76.2%						n=21
160000～180000人未満						18.9%	78.4%	2.7%				n=37
180000～200000人未満						2.8%	16.7%	75.0%	5.6%			n=36
200000人以上							4.8%	95.2%				n=84

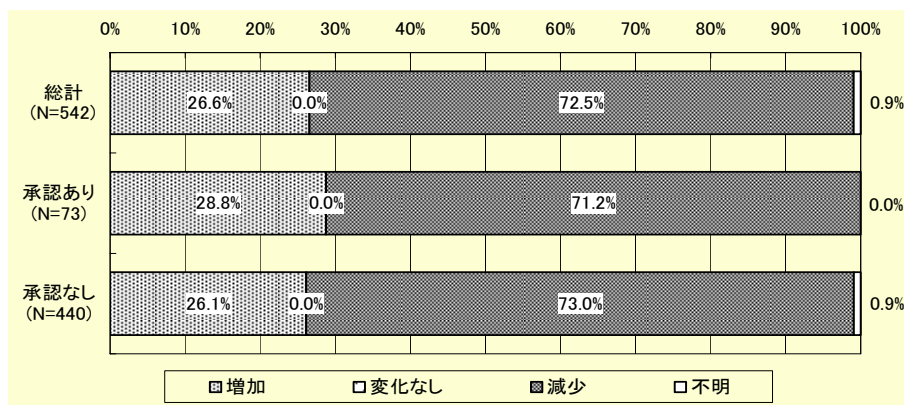
年間在院患者延数の変化について、地域医療支援病院の承認の有無別にみると、承認あり病院は「増加」が30.5%、「減少」が69.5%、承認なし病院では「増加」が26.1%、「減少」が72.9%であった。

図表 30 地域医療支援病院の承認の有無別 年間在院患者延数の変化



年間在院患者延数の変化について、特定機能病院の承認の有無別にみると、承認あり病院は「増加」が28.8%、「減少」が71.2%、承認なし病院では「増加」が26.1%、「減少」が73.0%であった。

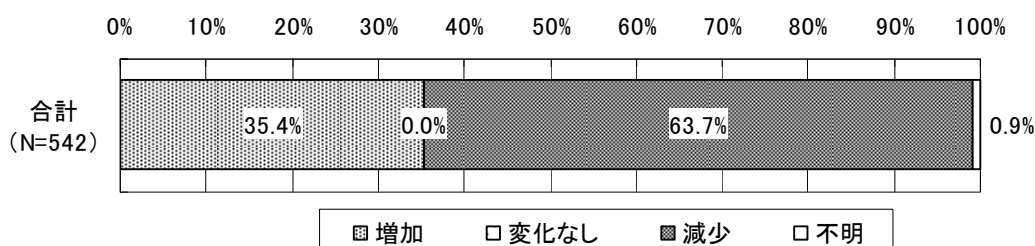
図表 31 特定機能病院の承認の有無別 年間在院患者延数の変化



⑤ 年間外来患者延数の変化

平成 17 年度と平成 18 年度の年間外来患者延数について、その増減をみると、「減少」が 63.7%と多く、次いで「増加」が 35.4%であった。

図表 32 年間外来患者延数の変化



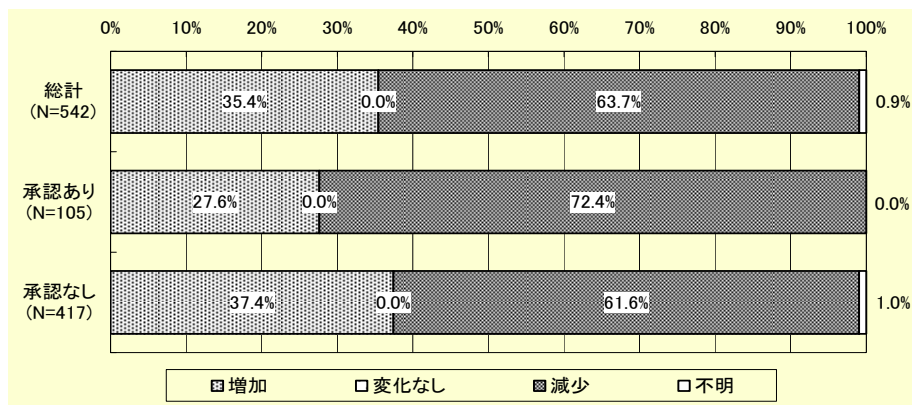
平成 17 年度と平成 18 年度の年間外来患者延数について、その階層別変化をみると、多くの階層で平成 18 年度には年間外来患者延数が増加した病院より減少した病院が多く、特に平成 17 年度「180000～200000 人未満」の病院は、47.4%が「160000～180000 人未満」に移行していた。また、平成 17 年度の年間外来患者延数が「100000～120000 人未満」「120000～140000 人未満」「140000～160000 人未満」の病院については、3 割以上が一つ下の階層に移行（減少）していた。

図表 33 年間外来患者延数階層別の変化

H18 \ H17	H17 階層									無回答	総計
	60000人未満	60000～80000人未満	80000～100000人未満	100000～120000人未満	120000～140000人未満	140000～160000人未満	160000～180000人未満	180000～200000人未満	200000人以上		
60000人未満	99.2%							0.8%			n=125
60000～80000人未満	9.1%	72.7%	9.1%	4.5%					4.5%		n=22
80000～100000人未満		22.6%	67.7%	9.7%							n=31
100000～120000人未満			33.3%	58.3%	8.3%						n=24
120000～140000人未満			7.7%	34.6%	42.3%	11.5%	3.8%				n=26
140000～160000人未満				10.0%	33.3%	53.3%	3.3%				n=30
160000～180000人未満					8.1%	24.3%	54.1%	10.8%	2.7%		n=37
180000～200000人未満							47.4%	52.6%			n=19
200000人以上							0.9%	6.3%	92.8%		n=221

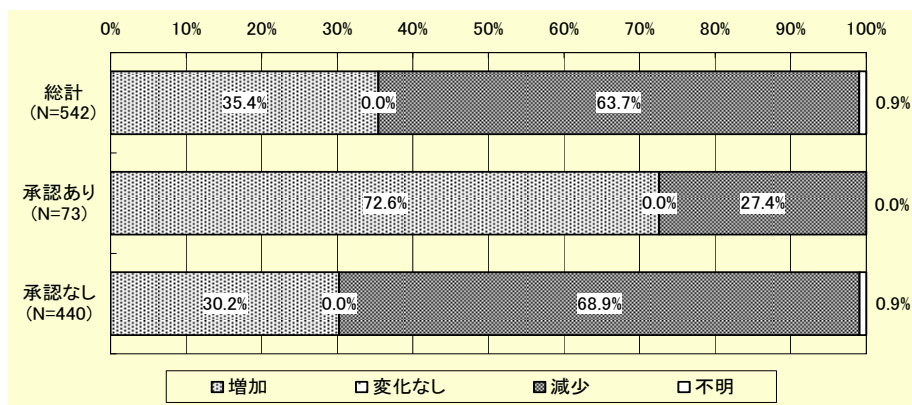
年間外来患者延数の変化について、地域医療支援病院の承認の有無別にみると、承認あり病院は「増加」が27.6%、「減少」が72.4%、承認なし病院では「増加」が37.4%、「減少」が61.6%であった。

図表 34 地域医療支援病院の承認の有無別 年間外来患者延数の変化



年間外来患者延数の変化について、特定機能病院の承認の有無別にみると、承認あり病院は「増加」が72.6%、「減少」が27.4%、承認なし病院では「増加」が30.2%、「減少」が68.9%であった。

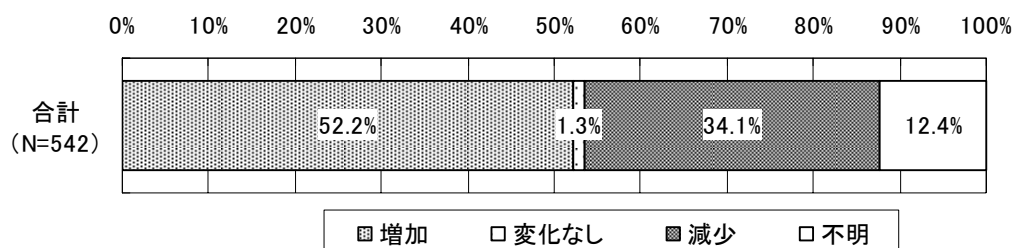
図表 35 特定機能病院の承認の有無別 年間外来患者延数の変化



⑥ 逆紹介率の変化

平成17年度と平成18年度の逆紹介率について、その増減をみると、「増加」が52.2%と多く、次いで「減少」が34.1%であった。

図表 36 逆紹介率の変化



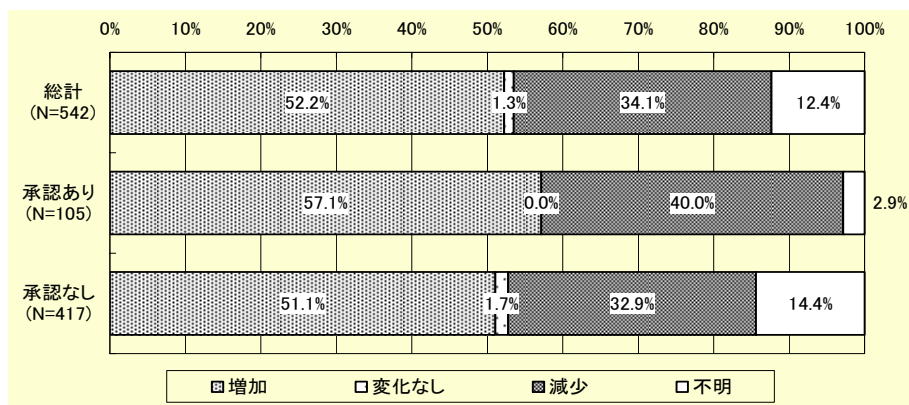
平成17年度と平成18年度の逆紹介率について、その階層別変化をみると、多くの階層で逆紹介率が減少した病院より増加した病院が多く、特に、平成17年度に逆紹介率「50～60%未満」であった病院は、42.8%が「60～70%未満・70～80%未満」に移行していた。

図表 37 逆紹介率の階層別の変化

H17 \ H18	H18											無回答	総計
	10%未満	10%～20%未満	20%～30%未満	30%～40%未満	40%～50%未満	50%～60%未満	60%～70%未満	70%～80%未満	80%～90%未満	90%～100%未満	100%以上		
10%未満	61.4%	26.3%	5.3%									7.0%	n=57
10～20%未満	7.3%	73.4%	15.6%	1.8%								1.8%	n=109
20～30%未満		14.6%	63.5%	16.7%	2.1%	1.0%	1.0%					1.0%	n=96
30～40%未満			21.1%	57.9%	15.8%	2.6%	1.3%		1.3%				n=76
40～50%未満			4.1%	18.4%	51.0%	18.4%	8.2%						n=49
50～60%未満				3.6%	25.0%	28.6%	32.1%	10.7%					n=28
60～70%未満					8.3%	8.3%	54.2%	29.2%					n=24
70～80%未満						8.3%	25.0%	41.7%	25.0%				n=12
80～90%未満							33.3%		33.3%	33.3%			n=6
90～100%未満								20.0%	40.0%	20.0%	20.0%		n=5
100%以上											100.0%		n=7

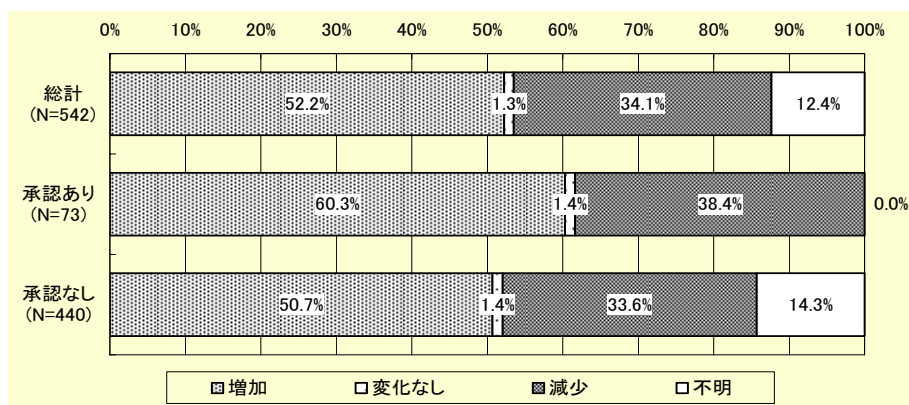
逆紹介率の変化について、地域医療支援病院の承認の有無別にみると、承認あり病院は「増加」が 57.1%、「減少」が 40.0%、承認なし病院では「増加」が 51.1%、「減少」が 32.9%であった。

図表 38 地域医療支援病院の承認の有無別 逆紹介率の変化



逆紹介率の変化について、特定機能病院の承認の有無別にみると、承認あり病院は「増加」が 60.3%、「減少」が 38.4%、承認なし病院では「増加」が 50.7%、「減少」が 33.6%であった。

図表 39 特定機能病院の承認の有無別 逆紹介率の変化

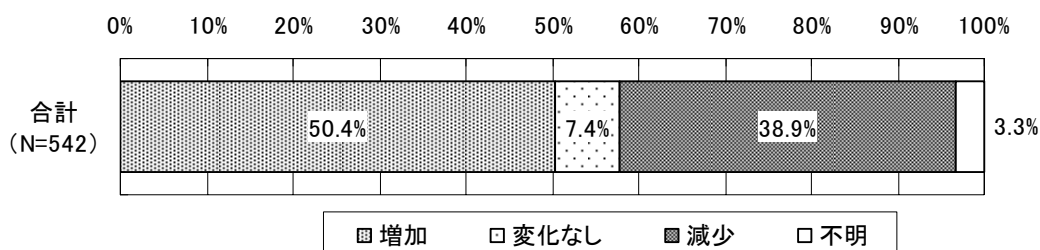


⑦ 入院診療収益と外来診療収益の比率の変化

平成 17 年度と平成 18 年度の入院診療収益と外来診療収益について、その比率を下式により求め、その増減をみると、「増加」が 50.4%と多く、次いで「減少」が 38.9%であった。

※入院診療収益と外来診療収益の比率 = 外来診療収益 / 入院診療収益

図表 40 入院診療収益と外来診療収益の比率の変化



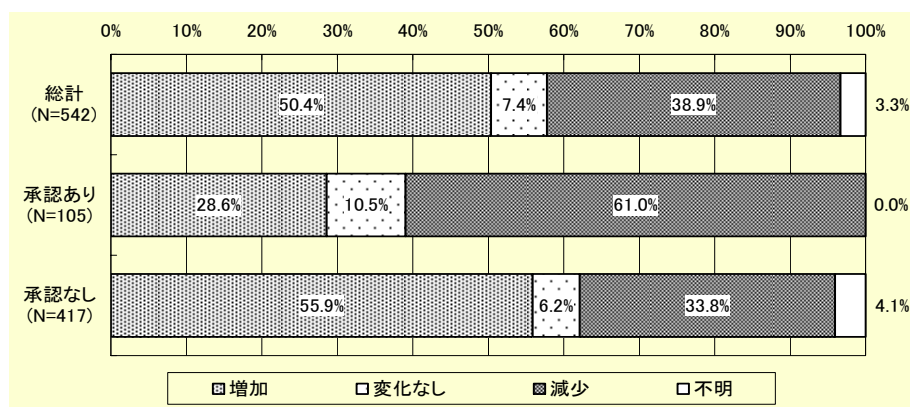
平成 17 年度と平成 18 年度の入院診療収益と外来診療収益の比率について、その階層別変化をみると、比率の高い階層ほど平成 18 年度に同階層にとどまった割合が低い。(ただし、n 数の小さい「80%以上」の階層は除く。)平成 17 年度に「40～50%未満」「50～60%未満」「60～70%未満」の階層であった病院は、入院診療収益と外来診療収益の比率が増加した病院より減少した病院が多く、それぞれ 16.4%、21.2%、17.2%がひとつ下の階層に移行していた。

図表 41 入院診療収益と外来診療収益の比率 階層別の変化

H17 \ H18	10%未満	10%未満	20%未満	30%未満	40%未満	50%未満	60%未満	70%未満	80%未満	90%未満	100%以上	無回答	総計
		10%未満	20%未満	30%未満	40%未満	50%未満	60%未満	70%未満	80%未満	90%未満	100%以上		
10%未満	97.7%	2.3%											n=86
10～20%未満	1.9%	94.3%	3.8%										n=53
20～30%未満		8.3%	76.9%	13.0%	0.9%							0.9%	n=108
30～40%未満			7.8%	81.6%	10.7%								n=103
40～50%未満			2.7%	13.7%	68.5%	15.1%							n=73
50～60%未満				2.1%	19.1%	72.3%	6.4%						n=47
60～70%未満						17.2%	69.0%	10.3%	3.4%				n=29
70～80%未満						9.1%	18.2%	36.4%	36.4%				n=11
80～90%未満							20.0%	20.0%	60.0%				n=5
90～100%未満									33.3%	66.7%			n=3
100%以上											100.0%		n=5

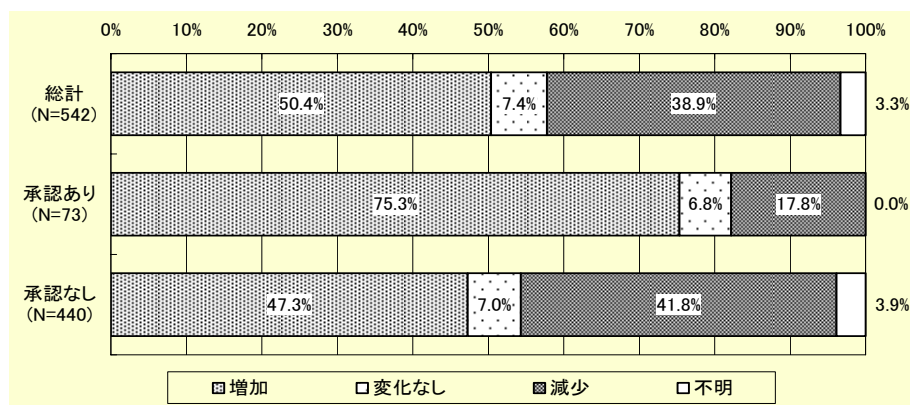
入院診療収益と外来診療収益の比率の変化について、地域医療支援病院の承認の有無別にみると、承認あり病院は「増加」が28.6%、「減少」が61.0%、承認なし病院では「増加」が55.9%、「減少」が33.8%であった。

図表 42 地域医療支援病院の承認の有無別 入院診療収益と外来診療収益の比率の変化



入院診療収益と外来診療収益の比率の変化について、特定機能病院の承認の有無別にみると、承認あり病院は「増加」が75.3%、「減少」が17.8%、承認なし病院では「増加」が47.3%、「減少」が41.8%であった。

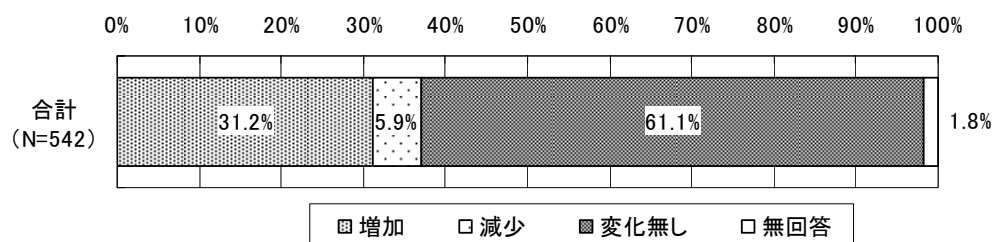
図表 43 特定機能病院の承認の有無別 入院診療収益と外来診療収益の比率の変化



⑧ 紹介患者の受け入れや他院への患者紹介を担当されている専従者人数の変化

平成 17 年度と平成 18 年度の紹介患者の受け入れや他院への患者紹介を担当されている専従者人数について、その増減をみると、「変化無し」が 61.1%と多く、次いで「増加」が 31.2%であった。

図表 44 紹介患者の受け入れや他院への患者紹介を担当されている専従者人数の変化



(5) 紹介率要件の廃止に関する意見について

紹介率要件の廃止に関する自由記述欄の主なコメントは以下のとおりである。なお、自由記述欄に回答があったのは、55件であり、有効回収数全体の10.1%である。

① 病院と診療所の連携について

図表 45 病院と診療所の連携に関する意見 (13件)

- ・ 紹介率要件廃止により、他院との有機的な連携が薄れている。
- ・ 機能分化や地域連携強化の指標として、紹介率要件の存在意義があったはず。復活すべき。
- ・ 病病、病診連携を推進する以上、その分に対しての報酬は当然あるべき。しかし、以前のような紹介率のしぼりは、地域により開業医の少ない場所や観光地で時期的に多くの新患の受け入れをしなければならない状況もあるため、条件の見直しをしていただきたい。
- ・ 病院と診療所との連携～役割分担を進めるにあたって、紹介率要件は貴重な一つの布石と考える。
- ・ 病院の機能分担を推進する上で、病診連携を強化することが必要。その対価として紹介加算を病院として得られるなら、機能分担推進の助力になると思う。
- ・ 円滑な病診連携が行いにくくなった。
- ・ 医療連携の後退に危惧する。今後のさらなる大病院への患者の集中化、また紹介率の維持の危機を招く要因となりかねないと考える。
- ・ 地域完結型のネットワーク医療を推進するためには、保険点数で誘導しないと前に進まないのではないかと考える。外来を紹介患者のみで効果的に運営できるまでの点数にならないと病院サイドは極端な外来減らしは行わないであろう。 など

② 病院経営等への影響について

図表 46 病院経営等への影響に関する意見 (7件)

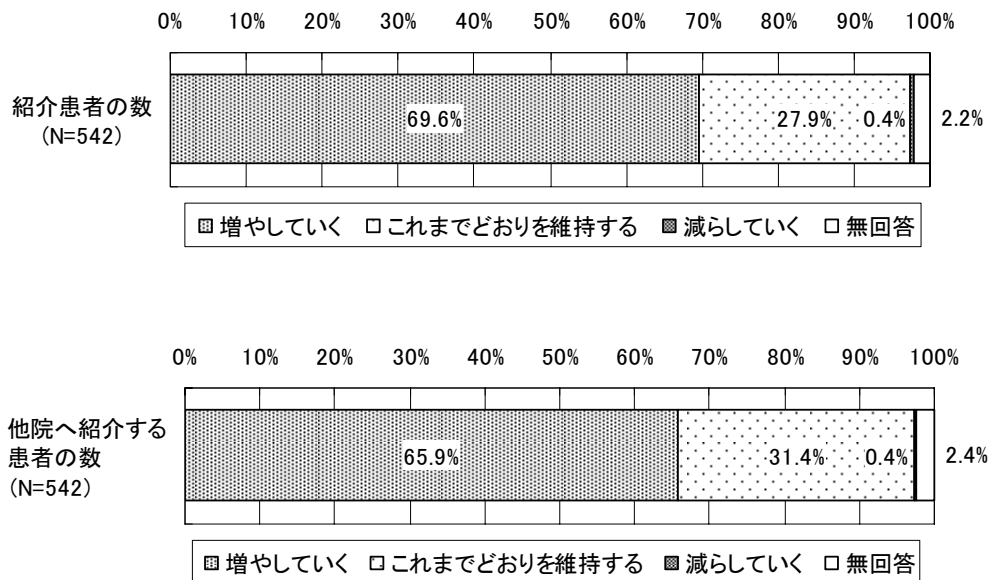
- ・ 長引く景気低迷や周辺病院の小児医療、救急医療からの相次ぐ撤退などの影響により、3次救急医療を担う公立病院は、より不採算の医療を受け持たなくてはならない状況にある。このような状況下で、外来収益が重要な収入源となる。しかし、医療計画に基づく医療連携を強化すれば、紹介制の推進を図る必要があり、結果として一般外来患者が減少するものを考える。今回の診療報酬改定により、各種加算が廃止されたことは、外来減収分を補填できなくなることになり、経営的に大きな障害となっている。また、このことは行政医療の医事にも大きな影響を与えることになると思う。
- ・ 紹介率要件を達成するために、他院への紹介を推進した結果、外来患者数が大きく減少することとなった。だが、加算が廃止されたことによって、収益が大きく減少し、病院経営に多大な影響がでている。 など

(6) 紹介患者、他院へ紹介する患者の数についての意向

平成 17 年度と平成 18 年度の紹介患者、他院へ紹介する患者の数について、その意向をみると、紹介患者の数は「増やしていく」が 69.6%と多く、「これまでどおりを維持する」が 27.9%であった。

また、他院へ紹介する患者の数は「増やしていく」が 65.9%と多く、「これまでどおりを維持する」が 31.4%であった。

図表 47 紹介患者、他院へ紹介する患者の数についての意向



6. まとめ

- ・調査対象病院の許可病床数は、「300床未満」が31.4%、「300～400床未満」が23.2%であり、病床利用率は「80～90%未満」が44.6%と最も多く、次いで「70～80%未満」が20.7%であった。また、平均在院日数は「14～21日未満」が60.7%と最も多かった（図表3～5）。
- ・調査対象病院のうち、地域医療支援病院の承認を受けていたのは19.4%、特定機能病院の承認を受けていたのは13.5%であった（図表6～7）。
- ・平成17年度各種加算の算定状況は、「紹介患者加算1～6」が91.0%、「紹介外来加算」は51.3%、「急性期入院加算」は28.6%、「紹介外来特別加算」は20.7%であった（図表8）。
- ・平成18年度の紹介患者数は、「2,000～4,000人未満」が40.6%、「2,000人未満」が25.5%であった。また、紹介率は「20～40%未満」が28.6%、「40～60%未満」が22.0%であり、逆紹介率は「20～40%未満」が32.5%、「20%未満」が29.2%であった。（図表9、図表11、図表14）。
- ・平成18年度の救急用自動車によって搬入された患者数は、「1,000人未満」が36.0%、年間在院患者延数は「60,000～80,000人未満」が18.6%、年間外来患者延数は「200,000人以上」が38.2%であり、それぞれ最も多かった。また、入院診療収益と外来診療収益の比率（※入院診療収益と外来診療収益の比率 = 外来診療収益 / 入院診療収益）は、「20～40%未満」が37.8%、「20%未満」が27.1%であった。（図表10、図表12、図表13、図表15）。
- ・平成17年度から平成18年度における紹介患者数の増減は「増加」が62.7%、「減少」が29.7%であった。また、紹介率の増減は「増加」が48.5%、「減少」が40.0%であり、逆紹介率の増減は「増加」が52.2%、「減少」が34.1%であった（図表16、図表24、図表36）。
- ・紹介患者数の階層別変化では、多くの階層で平成18年度に紹介患者数が減少した病院より増加した病院が多かった。特に、平成17年度に「9,000～10,000人未満」であった病院は65.4%が「10,000人以上」に移行していた（図表17）。
- ・紹介率の階層別変化では、紹介率「80%未満」までの病院では紹介率が減少したところより増加したところが多かった。特に、平成17年度に紹介率「40～50%未満」の病院は、22.9%が「50～60%未満」に移行していた（図表25）。
- ・逆紹介率の階層別変化をみると、多くの階層で逆紹介率が減少した病院より増加した病院が多く、特に、平成17年度に逆紹介率「50～60%未満」であった病院は、42.8%が「60～70%未満・70～80%未満」に移行していた（図表37）。
- ・平成17年度と平成18年度における救急用自動車によって搬入された患者数の増減は「増加」が43.7%、「減少」が46.7%であった。また、年間在院患者延数の増減は「増加」が26.6%、「減少」が72.5%であり、年間外来患者延数の増減は「増加」が35.4%、「減少」が63.7%であった（図表20、図表28、図表32）。

- 平成 17 年度と平成 18 年度における入院診療収益と外来診療収益の比率の増減は「増加」が 50.4%、「減少」が 38.9%であった（図表 40）。
- 平成 17 年度と平成 18 年度の紹介患者の受入れや他院への患者紹介を担当されている専従者人数については、「変化無し」が 61.1%と多く、次いで「増加」が 31.2%であった（図表 44）。
- 平成 17 年度と平成 18 年度の紹介患者、他院へ紹介する患者の数についての意向は、紹介患者の数は「増やしていく」が 69.6%と多く、「これまでどおりを維持する」が 27.9%、また、他院へ紹介する患者の数は「増やしていく」が 65.9%と多く、「これまでどおりを維持する」が 31.4%であった。（図表 47）

**診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成19年度 厚生労働省委託事業）
紹介率要件の廃止に伴う保険医療機関への影響調査 調査票**

- 特に指示がある場合を除いて、平成19年7月2日現在の状況についてお答え下さい。
- 数値を記入する設問で、該当なしは「0」（ゼロ）を、わからない場合は「-」をご記入下さい。

■本調査票のご記入日・ご記入者について下表にご記入下さい。

調査票ご記入日	平成19年（ ）月（ ）日
ご記入担当者名	
連絡先電話番号	
連絡先FAX番号	

■貴院の概要についてお伺いします。

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

問2 貴院の 標榜診療科目 として該当する選択肢 すべての 番号に○をお付け下さい。		
01 内科	13 整形外科	25 気管食道科
02 呼吸器科	14 形成外科	26 皮膚科
03 消化器科（胃腸科）	15 美容外科	27 泌尿器科
04 循環器科	16 脳神経外科	28 性病科
05 小児科	17 呼吸器外科	29 こう門科
06 精神科	18 心臓血管外科	30 リハビリテーション科
07 神経科	19 小児外科	31 放射線科
08 神経内科	20 産婦人科	32 麻酔科
09 心療内科	21 産科	33 歯科
10 アレルギー科	22 婦人科	34 矯正歯科
11 リウマチ科	23 眼科	35 小児歯科
12 外科	24 耳鼻いんこう科	36 歯科口腔外科

問3 貴院の許可病床数と病床利用率、平均在院日数をご記入下さい。

(1) 許可病床数 (注1)	() 床	<うち一般病床 () 床>
(2) 病床利用率 (一般病床) (注2)	() %	<平成18年度>
(3) 平均在院日数 (一般病床) (注3)	() 日	<平成18年度>

(注1) 医療法第7条の規定により許可を受けている病床数。

(注2) 右式で算出：
$$\frac{\text{月間在院患者延数の2006年1月～12月の合計}}{\text{(月間日数×月末病床数)の2006年1月～12月の合計}} \times 100$$

(注3) 右式で算出：
$$\frac{\text{年間在院患者延数}}{\text{(年間新入院患者数+年間退院患者数)÷2}}$$

一般病床は、回復期リハ病棟および亜急性期病棟を除いて算出（診療報酬上の算出法と同様）。

問4 貴院は地域医療支援病院あるいは特定機能病院の承認を受けておられますか。それぞれ、該当する選択肢番号に○をお付け下さい。承認を受けておられる場合は、それを得た時期をご記入下さい。

(1) 地域医療支援病院	01 承認あり	02 承認なし
	時期：平成 () 年 () 月	
(2) 特定機能病院	01 承認あり	02 承認なし
	時期：平成 () 年 () 月	

問5 貴院の平成17年度における紹介率を要件とした各種加算の算定状況の有無について、各項目別に該当する選択肢番号に○をお付け下さい。

(1) 紹介患者加算1～6	01 有	02 無
(2) 紹介外来加算	01 有	02 無
(3) 紹介外来特別加算	01 有	02 無
(4) 急性期入院加算	01 有	02 無
(5) 急性期特定入院加算	01 有	02 無
(6) 地域医療支援病院入院診療加算2	01 有	02 無

■紹介率要件の廃止に伴う貴院への影響についてお伺いします。

問6 貴院の紹介患者の数及び救急用自動車によって搬入された患者の数を、平成17年度と平成18年度についてご記入下さい。

	平成17年度		平成18年度	
(1) 紹介患者の数		人		人
(2) 救急用自動車によって搬入された患者の数		人		人

問7 貴院の 紹介率 （小数点以下1桁まで）を、平成17年度と平成18年度についてご記入下さい。				
紹介率（注4）	平成17年度		平成18年度	
	.	%	.	%
（注4）紹介率は、地域医療支援病院あるいは特定機能病院の承認状況に応じて下記の算出式により求める値。 なお、 地域医療支援病院・特定機能病院のいずれでもない病院は、地域医療支援病院の場合の算出式 により求めてください。				
○ <u>地域医療支援病院の場合</u> 紹介率は以下の式により算定。 紹介率： $\frac{\text{紹介患者の数} + \text{救急患者の数}}{\text{初診患者の数}} \times 100$ 初診患者の数：「初診患者数」から「休日・夜間救急外来患者数のうち紹介状を持参しなかった者の数」を引いた値 紹介患者の数：紹介状持参者数 救急患者の数：紹介状を持参しなかった救急入院患者数		○ <u>特定機能病院の場合</u> 紹介率は以下の式により算定。 紹介率： $(A+B+C) \div (B+D) \times 100$ この式において、A及びB、C、Dはそれぞれ次の値を表す。 A 紹介患者の数 B 他の病院又は診療所に紹介した患者の数 C 救急用自動車によって搬入された患者の数 D 初診の患者の数		

問8 貴院の紹介元医療機関について、 総施設数 とその 内訳 をそれぞれ平成17年度と平成18年度についてご記入下さい。施設数は、延べ数ではなく、同一施設から複数件の紹介があっても「1」と数えて下さい。また、総施設数と内訳の合計は一致するようご注意ください。				
(1) 紹介元の医療機関数	平成17年度		平成18年度	
			か所	
(2) [再掲] 地域医療支援病院		か所		か所
(3) [再掲] 地域医療支援病院以外の病院		か所		か所
(4) [再掲] 病院		か所		か所
(5) [再掲] 一般診療所		か所		か所

問9 貴院において 紹介患者の受け入れ や 他院への患者紹介 を担当されている 専従者（医師・看護師・医療社会事業従事者など）の人数 は、平成18年度以降、平成17年度と比較して変化がございましたか。その増減について該当する選択肢番号に○をお付け下さい。		
01 増加	02 減少	03 変化無し

問10 貴院では、平成18年度からの紹介率要件の廃止に伴い、今後、 紹介患者の数 や 他院へ紹介する患者の数 についてどのような意向をお持ちですか。患者の受け入れと紹介について、個別に以下の選択肢の該当する番号に○をお付け下さい。			
(1) 紹介患者の数	01 増やしていく	02 これまでどおりを維持する	03 減らしていく
(2) 他院へ紹介する患者の数	01 増やしていく	02 これまでどおりを維持する	03 減らしていく

問 11 貴院における入院時医学管理加算など下記の各種**加算項目**について、その**算定件数**を平成 17 年度と平成 18 年度についてご記入下さい。

	平成 17 年度		平成 18 年度	
(1) 入院時医学管理加算		件		件
(2) 地域医療支援病院入院診療加算 (平成 17 年には地域医療支援病院入院診療加算 1、2)		件		件
(3) 救急医療管理加算		件		件
(4) 救命救急入院料 (7 日以内の期間)		件		件
(5) 救命救急入院料 (8 日以上 14 日以内の期間)		件		件
(6) 特定集中治療室管理料 (7 日以内の期間)		件		件
(7) 特定集中治療室管理料 (8 日以上 14 日以内の期間)		件		件

問 12 貴院における**年間在院患者延数**及び**年間外来患者延数**を、平成 17 年度と平成 18 年度についてご記入下さい。

	平成 17 年度		平成 18 年度	
(1) 年間在院患者延数		人		人
(2) 年間外来患者延数		人		人

問 13 貴院における患者の**逆紹介率** (小数点以下 1 桁まで) を、平成 17 年度と平成 18 年度についてご記入下さい。

	平成 17 年度		平成 18 年度	
逆紹介率 (注 5)	.	%	.	%
(注 5) 逆紹介率 : (逆紹介患者の数* / 初診患者の数) × 100 * 逆紹介患者の数とは、他の病院又は診療所に紹介した者で、診療情報提供料を算定したものの前年度の数				

問 14 貴院の**入院診療収益と外来診療収益の比率** (= 外来診療収益 / 入院診療収益) (小数点以下 1 桁まで) を平成 17 年度と平成 18 年度についてご記入下さい。

	平成 17 年度		平成 18 年度	
入院診療収益と外来診療収益の比率	.	%	.	%

■最後に、紹介率要件の廃止に関してご意見等がございましたら、下欄に自由にお書き下さい。

設問は以上です。ご協力まことに有り難うございました。
記入漏れがないかをご確認の上、7月31日(火)までに、同封の返信用封筒に入れてご投函下さい。

中医協 総－４－５
２０．７．９

中医協 検－１－５
２０．７．９

診療報酬改定結果検証に係る特別調査（平成 19 年度調査）

医療安全管理対策の実施状況調査

報告書

◆◇目 次◇◆

1. 目的	1
2. 調査対象	1
3. 調査方法	1
4. 調査項目	2
5. 調査結果	2
(1) 回収の状況	2
(2) 施設の状況	3
① 施設の種類	3
② 開設主体	3
③ 許可病床数	4
④ 職員数（常勤換算）	4
⑤ 施設全体の平均在院日数（直近3か月）	5
⑥ 1日平均入院患者数（平成18年1年間）	5
⑦ 病院の内訳	6
(3) 医療安全管理体制の状況	10
① 医療安全対策加算の届出時期	10
② 医療安全対策加算の算定回数（平成19年6月分）	10
③ 医療安全管理者（専従）の状況	11
④ 医療安全管理を行う部門の配置	14
⑤ 院内感染管理者（専従）の人数（実人員）	15
(4) 医療安全管理の取組みと効果	17
① 医療安全管理の取組み	17
② 事故、インシデント等の実績	22
③ 医療安全管理者（専従）の配置の効果	27
④ 医療安全対策を推進する上での課題等（自由記述欄より）	28
6. まとめ	30

1. 目的

平成 18 年 4 月の診療報酬改定では、「医療安全対策加算（入院初日 50 点）」が新設され、医療安全管理部門に専従の医療安全管理者を配置し、医療安全確保のための業務改善等を継続的に実施している医療機関に対して、診療報酬上の評価が与えられることとなった。

本調査は、「医療安全対策加算」について、医療機関における医療安全管理対策の実施状況や医療安全管理者の専従配置による効果等を把握することによって、診療報酬改定の結果を検証することを目的とする。

2. 調査対象

本調査は、平成 18 年 7 月 1 日現在「医療安全対策加算」の届出を行っている、すべての保険医療機関 1,073 施設を対象とした。

3. 調査方法

本調査は、自記式調査票を対象医療機関に郵送配布し、施設の管理者と医療安全管理者との相談の上、回答していただいた。回答調査票は、本調査事務局宛の返信用封筒（切手不要）の使用により、郵送回収を行った。

調査実施時期は、平成 19 年 7 月～8 月とした。

4. 調査項目

本調査では、次の項目についてアンケート調査を実施した。

区 分	主な調査項目
施設属性	・施設の種類、開設主体、病床数、平均在院日数、職員数、入院基本料区分等
医療安全対策に関する内容	○加算、配置の状況 ・医療安全対策加算の届出状況、医療安全管理者の専従配置時期 ・当該加算の算定回数 ・医療安全管理者（専従）と院内感染管理者（専従）の人数 ・医療安全管理者（専従）に係る給与・賞与 ・医療安全管理を行う部門の配置人数等 ○医療安全管理に関する取組みの内容 ・院内研修の実績（加算届出前・届出後） ・医療安全対策に関するカンファレンスの開催状況（届出前・現在） ・感染サーベイランスの実施状況 ・事故防止対策の件数と具体的内容等 ○専従配置の効果・課題等 ・事故件数、インシデント件数、MRSA 分離患者数、多剤耐性緑膿菌分離患者数、患者・家族等からの苦情件数 ・医療安全管理者の専従配置の効果 ・医療安全体制を推進する上での課題等

5. 調査結果

（1）回収の状況

平成 18 年 7 月 1 日現在で、「医療安全対策加算」の届出を行っている 1,073 施設のうち、640 施設から有効回答が得られた。有効回答率は 59.6%であった。

図表 1 回収の状況

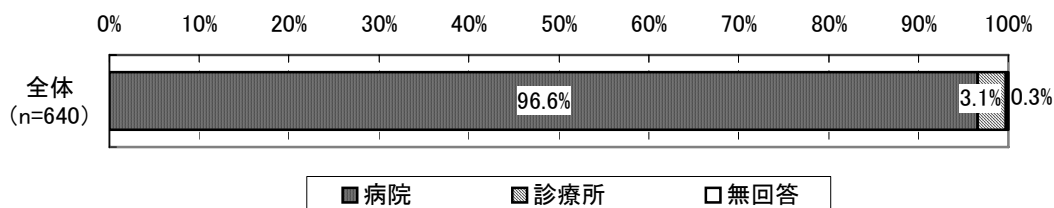
発 送 数	1,073 施設
有効回答数	640 施設
有効回答率	59.6%

(2) 施設の状況

① 施設の種類

「医療安全対策加算」の届出を行っている施設の種類についてみると、「病院」が96.6%、「診療所」が3.1%となり、病院が大多数を占めた。

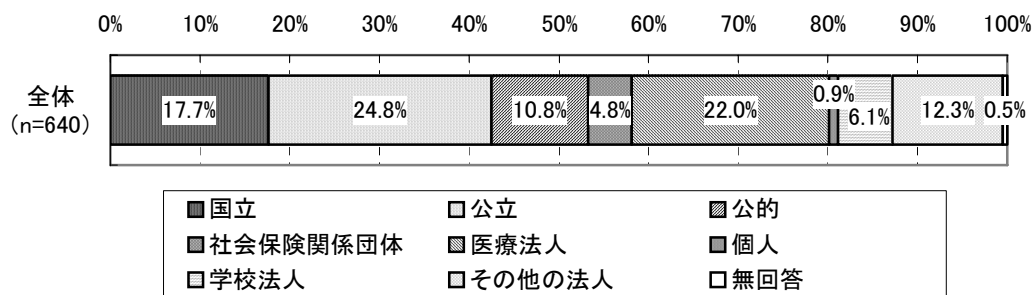
図表 2 施設の種類



② 開設主体

開設主体についてみると、「公立」(24.8%)が最も多く、次いで「医療法人」(22.0%)、「国立」(17.7%)、「その他の法人」(12.3%)、「公的」(10.8%)、「学校法人」(6.1%)、「社会保険関係団体」(4.8%)、「個人」(0.9%)と続いた。

図表 3 開設主体



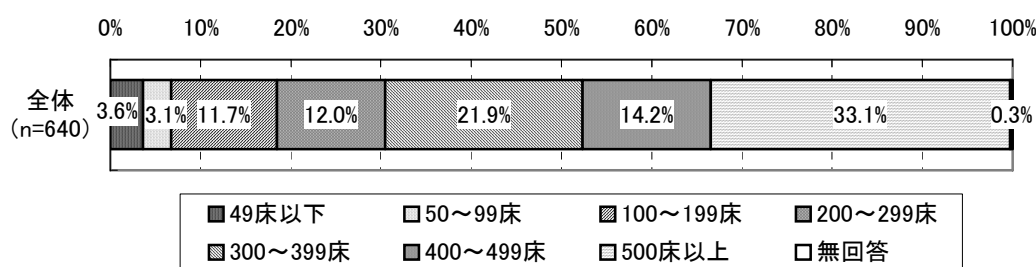
※参考：開設主体の内訳

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

③ 許可病床数

許可病床数についてみると、「500 床以上」(33.1%) が最も多く、次いで「300～399 床」(21.9%)、「400～499 床」(14.2%) と続いた。200 床以上の病院がおよそ 8 割を占めた。許可病床数の平均は 428.0 床 (標準偏差 260.6、中央値 375.0) であった。

図表 4 許可病床数



④ 職員数 (常勤換算)

職種別の職員数 (常勤換算) についてみると、1 施設あたりのそれぞれの平均人数は、「医師・歯科医師」が 99.6 人、「看護師・保健師・助産師」が 296.7 人、「准看護師」が 15.9 人、「薬剤師」が 15.4 人、「技師」が 59.4 人、「事務職員他」が 108.6 人であった。

図表 5 職員数 (常勤換算) (n=620)

	平均値	標準偏差	中央値
医師・歯科医師 (人)	99.6	132.2	57.4
看護師・保健師・助産師 (人)	296.7	222.3	250.3
准看護師 (人)	15.9	16.4	10.8
薬剤師 (人)	15.4	13.1	12.3
技師 (人)	59.4	47.1	49.3
事務職員他 (看護補助者を含む) (人)	108.6	89.5	81.9
合計	595.6	459.3	463.9

(注)・常勤換算は以下の計算式による。

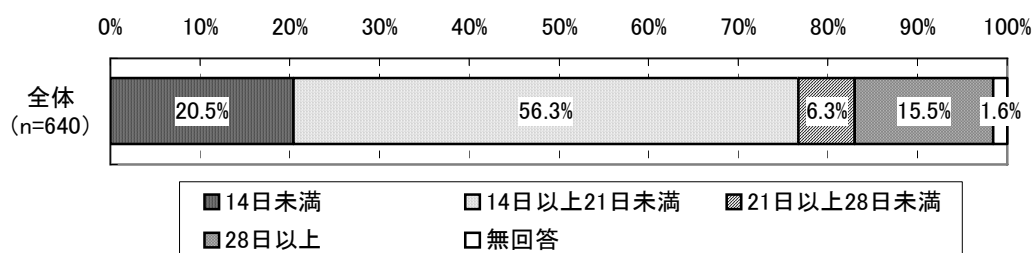
「職員の 1 週間の勤務延べ時間 ÷ 当該施設の常勤職員が 1 週間に勤務すべき時間数」

・職員数が不明の 20 施設を除いて集計した。

⑤ 施設全体の平均在院日数（直近3か月）

直近3か月における施設全体の平均在院日数についてみると、「14日以上21日未満」（56.3%）が最も多く、次いで「14日未満」（20.5%）、「28日以上」（15.5%）、「21日以上28日未満」（6.3%）と続いた。平均在院日数の平均は35.9日（標準偏差90.8、中央値16.3）であった。

図表 6 施設全体の平均在院日数（直近3か月）



⑥ 1日平均入院患者数（平成18年1年間）

平成18年1年間における1日あたりの平均入院患者数についてみると、1施設あたりの平均は344.7人（標準偏差221.6、中央値309.0）であった。

図表 7 1日平均入院患者数（平成18年1年間）（n=635）

	平均値	標準偏差	中央値
1日平均入院患者数(人)	344.7	221.6	309.0

(注)・1日平均入院患者数は以下の計算式による。

平成18年における「年間在院患者延数÷当該年の年間日数」。

・1日平均入院患者数が不明の5施設を除いて集計した。

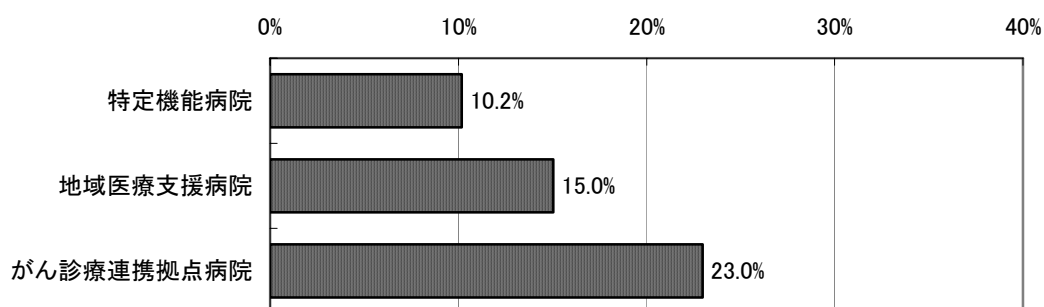
⑦ 病院の内訳

ここでは、有効回答が得られた病院 618 施設について、その詳細をまとめた。

1) 病院の種別（複数回答）

病院 618 施設のうち、「特定機能病院」である施設が 10.2%、「地域医療支援病院」である施設が 15.0%、「がん診療連携拠点病院」である施設が 23.0%であった。

図表 8 病院の種別（複数回答）(n=618)

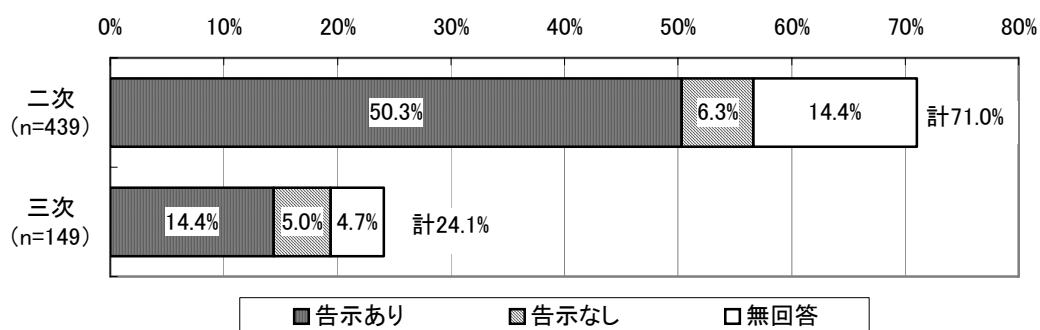


(注) 病院 618 施設を対象としており、診療所は含まれない。

2) 救急医療体制

救急医療体制についてみると、「二次救急」が 71.0%、「三次救急」が 24.1%であった。

図表 9 救急医療体制（複数回答）(n=618)

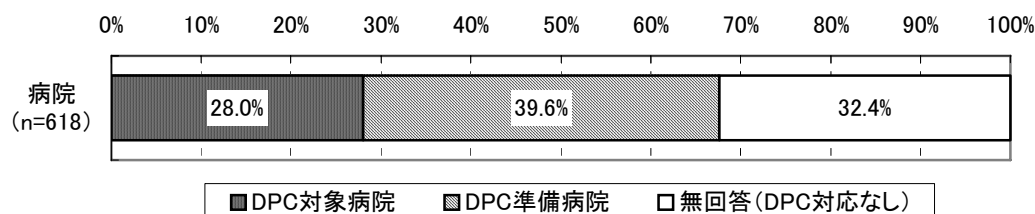


(注) 「二次」とは、精神科救急を含む 24 時間体制の救急病院、病院輪番制方式による施設及び診療所を指す。「三次」とは、救命救急センター（高度救命救急センターを含む）を指す。「救急告示」とは、救急病院等を定める省令（昭和 39 年厚生省令第 8 号）第 2 条第 1 項の規定に基づき、救急病院として都道府県知事より告示された施設を指す。

3) DPC の対応状況

DPC の対応状況についてみると、「DPC 対象病院」が 28.0%、「DPC 準備病院」が 39.6%であった。

図表 10 DPC の対応状況

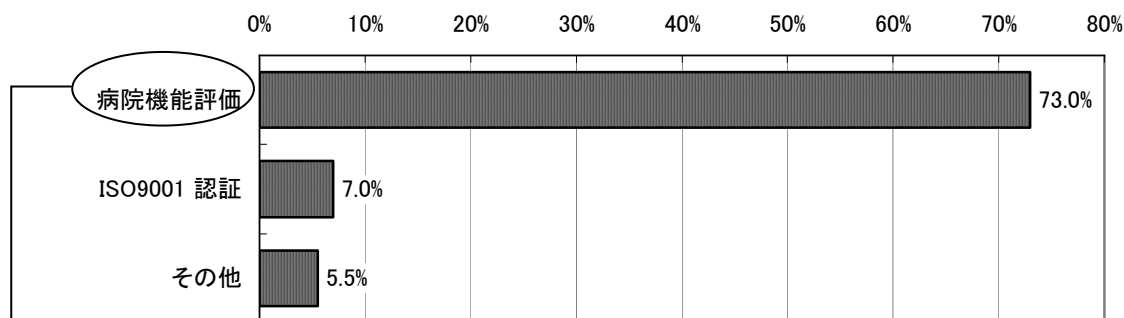


(注) 病院 618 施設を対象としており、診療所は含まれない。

4) 第三者評価の認定（複数回答）

第三者評価の認定状況についてみると、(財)日本医療機能評価機構の「病院機能評価」の認定を受けている施設は 73.0%であった。認定を受けた病院機能評価のバージョンは、「ver.4.0」（認定施設の 61.2%）が最も多く、次いで「ver.5.0」（同 25.9%）、「ver.3.1」（同 8.6%）となった。また、「ISO9001 認証」を取得している施設は 7.0%であった。

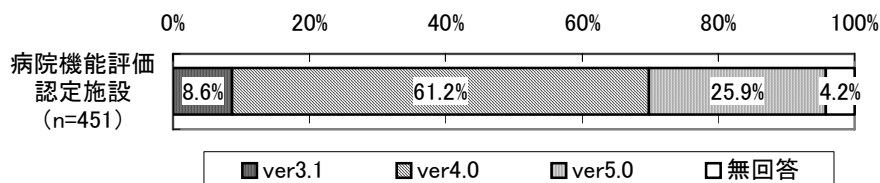
図表 11 第三者評価の認定（複数回答）(n=618)



(注) ・病院 618 施設を対象としており、診療所は含まれない。

・「その他」の内容として、「ISO14001」「ISO15189」の回答が挙げられた。

図表 12 病院機能評価認定のバージョン

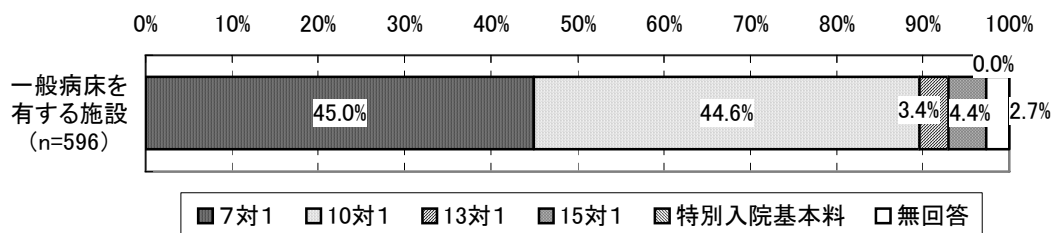


5) 入院基本料区分

i) 一般病棟入院基本料（特定機能病院、専門病院を含む）

一般病床を有する病院 596 施設における、一般病棟入院基本料の内訳をみると、「7 対 1」（45.0%）及び「10 対 1」（44.6%）が多かった。

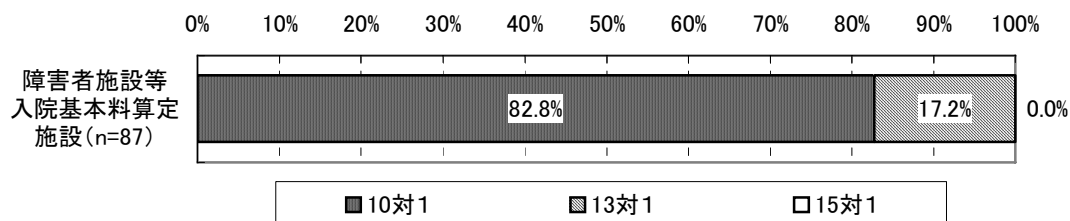
図表 13 一般病棟入院基本料



ii) 障害者施設等入院基本料

障害者施設等入院基本料を算定している病院 87 施設における、障害者施設等入院基本料の内訳をみると、「10 対 1」が 82.8%、「13 対 1」が 17.2%であった。

図表 14 障害者施設等入院基本料

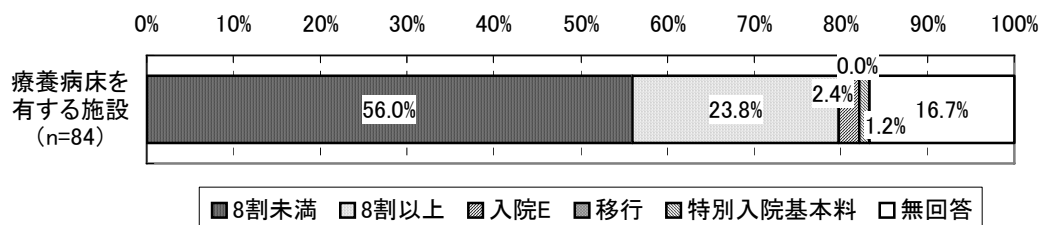


(注) 障害者施設等一般病棟の有無については、本調査では不明のため、障害者施設等入院基本料について回答のあった 87 施設を対象とした。

iii) 療養病棟入院基本料

療養病床を有する病院 84 施設における、療養病棟入院基本料の内訳をみると、「8割未満」が 56.0%、「8割以上」が 23.8%であった。

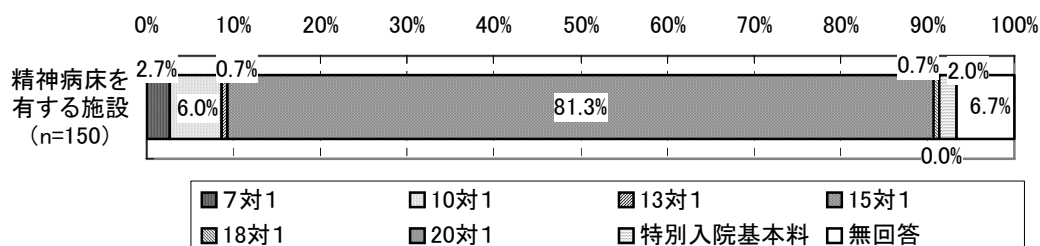
図表 15 療養病棟入院基本料



iv) 精神病棟入院基本料

精神病床を有する病院 150 施設における、精神病棟入院基本料の内訳をみると、「15対1」が 81.3%、「10対1」が 6.0%であった。

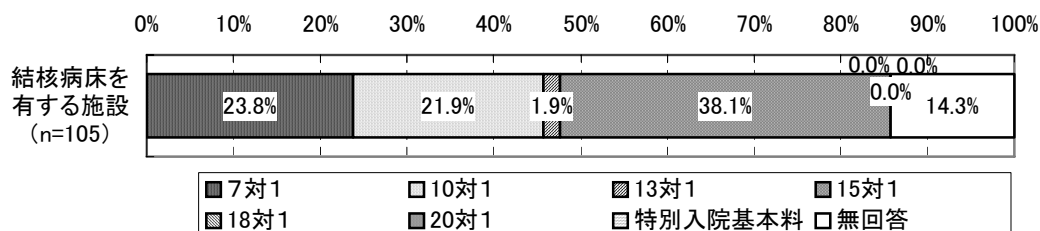
図表 16 精神病棟入院基本料



v) 結核病棟入院基本料

結核病床を有する病院 105 施設における、結核病棟入院基本料の内訳をみると、「15対1」が 38.1%で最も多く、次いで「7対1」が 23.8%、「10対1」が 21.9%であった。

図表 17 結核病棟入院基本料

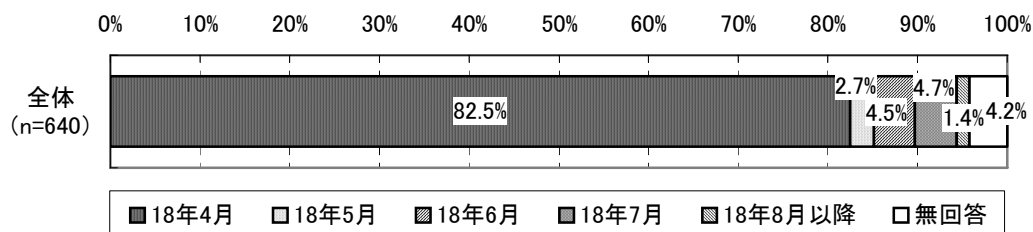


(3) 医療安全管理体制の状況

① 医療安全対策加算の届出時期

医療安全対策加算の届出時期は、「平成18年4月」(82.5%)が最も多く、次いで「平成18年7月」(4.7%)、「平成18年5月」(4.5%)、「平成18年6月」(2.7%)となった。

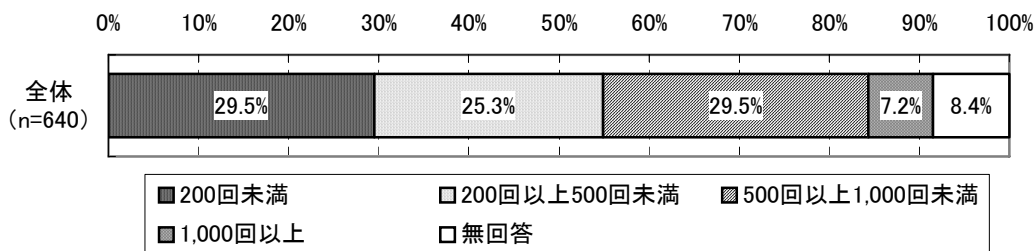
図表 18 医療安全対策加算の届出時期



② 医療安全対策加算の算定回数 (平成19年6月分)

各施設が平成19年6月1か月間に「医療安全対策加算」を算定した回数についてみると、「200回未満」が29.5%、「200回以上500回未満」が25.3%、「500回以上1,000回未満」が29.5%、「1,000回以上」が7.2%であった。1施設あたりの当該加算算定回数の平均は440.7回(標準偏差350.0、中央値は383.0)となった。

図表 19 医療安全対策加算の算定回数 (平成19年6月) (分布)

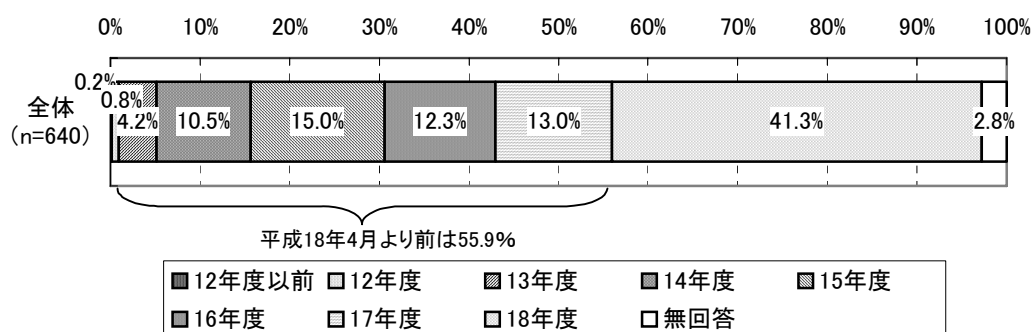


③ 医療安全管理者（専従）の状況

1) 医療安全管理者（専従）の配置時期

専従の医療安全管理者を配置した時期についてみると、「平成 18 年度」が 41.3%で最も多かった。一方、「医療安全対策加算」が新設された平成 18 年 4 月より前（平成 17 年度以前）に、専従の医療安全管理者を配置した施設は 55.9%となり、半数を超えた。

図表 20 医療安全対策の専従者配置時期

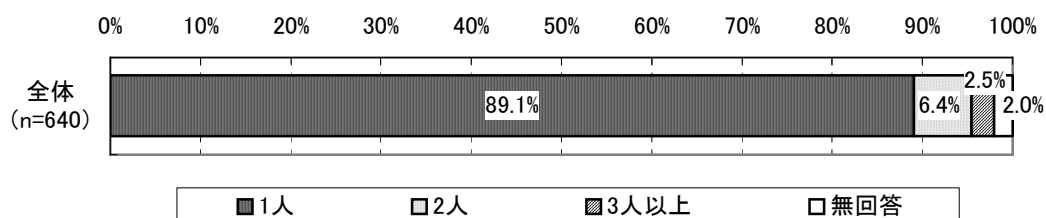


2) 医療安全管理者（専従）の人数（実人員）

専従の医療安全管理者の人数（実人員）についてみると、「1 人」が 89.1%と最も多く、「2 人」は 6.4%、「3 人以上」は 2.5%であった。

許可病床数別にみると、「500 床以上」の大規模な病院では、「2 人」が 14.6%、「3 人以上」が 5.2%となり、専従の医療安全管理者を複数配置している割合が「全体」と比較すると相対的に高い結果となった。

図表 21 医療安全管理者（専従）の人数（実人員）



図表 22 許可病床数別 医療安全管理者（専従）の人数

	合計	1人	2人	3人以上	無回答
全体	640 100.0%	570 89.1%	41 6.4%	16 2.5%	13 2.0%
49床以下	23 100.0%	19 82.6%	0 0.0%	0 0.0%	4 17.4%
50～99床	20 100.0%	18 90.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 10.0%
100～199床	75 100.0%	72 96.0%	1 1.3%	0 0.0%	2 2.7%
200～299床	77 100.0%	74 96.1%	1 1.3%	1 1.3%	1 1.3%
300～399床	140 100.0%	131 93.6%	8 5.7%	1 0.7%	0 0.0%
400～499床	91 100.0%	86 94.5%	0 0.0%	3 3.3%	2 2.2%
500床以上	212 100.0%	170 80.2%	31 14.6%	11 5.2%	0 0.0%

(注)「全体」(n=640)には、許可病床数不明(n=2)が含まれる。

専従の医療安全管理者の人数別に、その専従者の職種をみると、専従者1人の施設では「看護師のみ」(93.2%)が多数を占めた。専従者2人の施設では、「看護師のみ」(41.5%)、「看護師とその他」(43.9%)が多かった。専従者3人以上の施設は16施設と少ないが、その内訳をみると、「看護師とその他」が62.5%、「看護師、医師及びその他」が18.8%、「看護師と医師」が12.5%であった。

図表 23 医療安全管理者（専従）の人数別 専従者の職種

	合計	看護師のみ	医師のみ	その他のみ	看護師と医師	看護師とその他	看護師、医師及びその他	無回答
全体	640 100.0%	549 85.8%	4 0.6%	29 4.5%	6 0.9%	28 4.4%	3 0.5%	21 3.3%
1人	570 100.0%	531 93.2%	4 0.7%	29 5.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
2人	41 100.0%	17 41.5%	0 0.0%	0 0.0%	4 9.8%	18 43.9%	0 0.0%	0 0.0%
3人以上	16 100.0%	1 6.3%	0 0.0%	0 0.0%	2 12.5%	10 62.5%	3 18.8%	0 0.0%

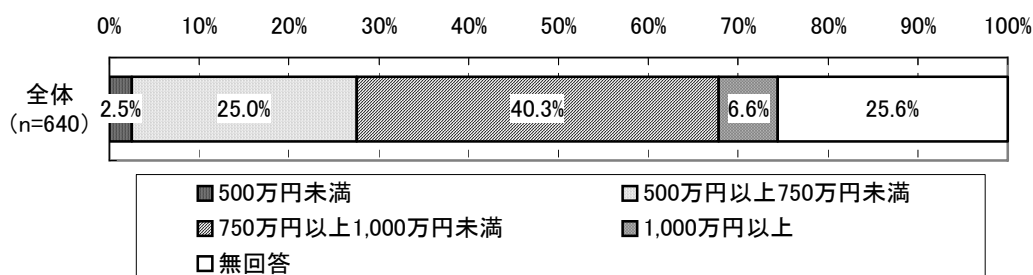
(注)・「全体」(n=640)には専従者人数不明(n=13)が含まれる。

・「その他」の職種として、「薬剤師」「臨床検査技師」「診療放射線技師」等の回答があった。

3) 医療安全管理者（専従）に係る人件費

専従の医療安全管理者に係る人件費（給与の12倍と賞与の和）についてみると、「750万円以上1,000万円未満」が40.3%で最も多く、次いで「500万円以上750万円未満」が25.0%、「1,000万円以上」が6.6%、「500万円未満」が2.5%となった。1施設あたりの人件費平均は823.5万円（標準偏差270.6、中央値790.7）であった。

図表 24 医療安全管理者（専従）に係る人件費



(注)・「人件費」は「給与（福利厚生含む）（平成19年6月分）」の12倍と「賞与（年間）」の和。

・人件費は、専従の医療安全管理者全員に係る人件費である。たとえば、専従の医療安全管理者を2人配置している施設では、2人分の人件費となる。

④ 医療安全管理を行う部門の配置

1) 医療安全管理を行う部門の配置人数

医療安全管理を行う部門の配置人数について1施設あたりの平均をみると、専従では「看護師」が1.0人、「事務職員」が0.3人、「その他」が0.1人で、他の職種については0人となった。兼任では、「看護師」が2.9人、「医師」が2.8人、「薬剤師」が0.6人、「事務職員」が1.3人、「その他」が1.5人であった。

図表 25 医療安全管理を行う部門の配置人数 (n=632)

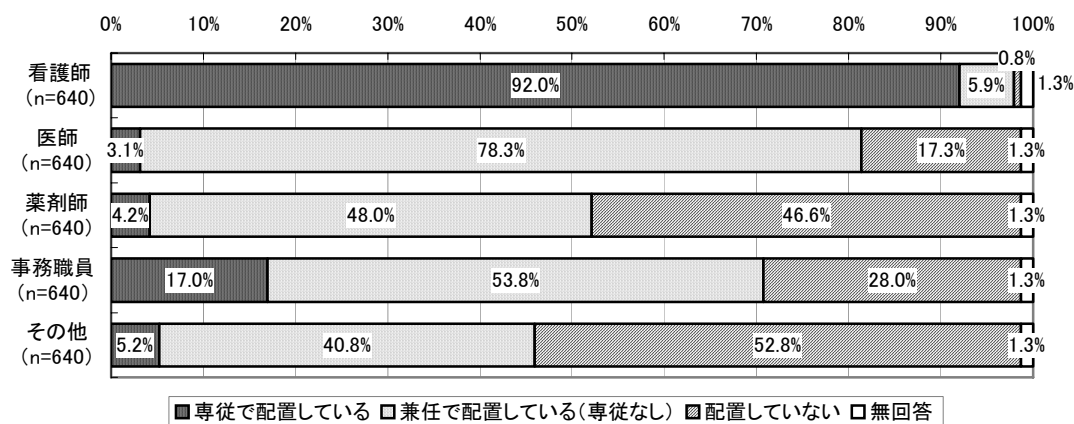
	専従					兼任				
	平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値	平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
看護師 (人)	1.0	0.5	6	0	1.0	2.9	5.2	35	0	1.0
医師 (人)	0.0	0.2	2	0	0.0	2.8	4.9	44	0	1.0
薬剤師 (人)	0.0	0.2	1	0	0.0	0.6	0.7	4	0	0.0
事務職員 (人)	0.3	0.7	5	0	0.0	1.3	1.6	10	0	1.0
その他 (人)	0.1	0.3	2	0	0.0	1.5	2.6	30	0	0.0

(注) 配置人数が不明の8施設を除いて集計した。

2) 医療安全管理を行う部門に係る職種別配置の状況

医療安全管理を行う部門に係る職種別配置の状況についてみると、看護師を「専従で配置している」割合は92.0%と高かった。一方、医師の場合、「兼任で配置している（専従なし）」割合が78.3%と高かった。薬剤師については、「兼任で配置している（専従なし）」割合が48.0%、「配置していない」割合が46.6%とほぼ同程度となった。

図表 26 医療安全管理を行う部門に係る職種別配置の状況



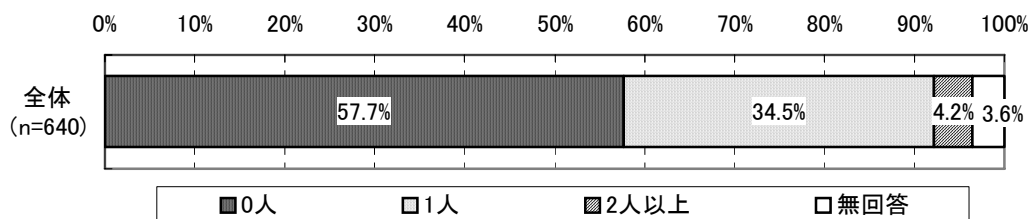
(注) 専従、兼任の両方を配置している施設は「専従で配置している」に計上した。

⑤ 院内感染管理者（専従）の人数（実人員）

専従の院内感染管理者の人数（実人員）についてみると、「0人」が57.7%で最も高く、「1人」が34.5%、「2人以上」が4.2%であった。

許可病床数別にみると、「500床以上」の大規模な病院では、「1人」（49.1%）及び「2人以上」（10.4%）の割合が「全体」や他の病床規模と比較して相対的に高い結果となった。

図表 27 院内感染管理者（専従）の人数（実人員）



図表 28 許可病床数別 院内感染管理者（専従）の人数

	合計	0人	1人	2人以上	無回答
全体	640 100.0%	369 57.7%	221 34.5%	27 4.2%	23 3.6%
49床以下	23 100.0%	9 39.1%	9 39.1%	1 4.3%	4 17.4%
50～99床	20 100.0%	11 55.0%	8 40.0%	0 0.0%	1 5.0%
100～199床	75 100.0%	50 66.7%	20 26.7%	1 1.3%	4 5.3%
200～299床	77 100.0%	60 77.9%	14 18.2%	0 0.0%	3 3.9%
300～399床	140 100.0%	109 77.9%	29 20.7%	0 0.0%	2 1.4%
400～499床	91 100.0%	50 54.9%	37 40.7%	3 3.3%	1 1.1%
500床以上	212 100.0%	80 37.7%	104 49.1%	22 10.4%	6 2.8%

(注)「全体」(n=640)には、許可病床数不明(n=2)が含まれる。

専従の院内感染管理者の人数別に、その職種をみたところ、専従の院内感染管理者が1人の施設では「看護師のみ」が72.4%で最も高く、次いで「医師のみ」が19.0%となった。専従の院内感染管理者が2人以上の施設では、「看護師のみ」、「看護師と医師」がともに29.6%で最も高かった。

図表 29 院内感染管理者（専従）の人数別 専従者の職種

	合計	看護師のみ	医師のみ	その他のみ	看護師と医師	看護師とその他	医師とその他	看護師、医師及びその他	無回答
全体	271 100.0%	168 62.0%	42 15.5%	19 7.0%	8 3.0%	4 1.5%	2 0.7%	5 1.8%	23 8.5%
1人	221 100.0%	160 72.4%	42 19.0%	19 8.6%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
2人以上	27 100.0%	8 29.6%	0 0.0%	0 0.0%	8 29.6%	4 14.8%	2 7.4%	5 18.5%	0 0.0%

(注)・「その他」の職種は、「薬剤師」「臨床検査技師」「診療放射線技師」等であった。

・院内感染管理者（専従）が0人の369施設を除いて集計した。

(4) 医療安全管理の取組みと効果

① 医療安全管理の取組み

1) 医療安全のための院内研修

加算届出前後のそれぞれ1年間における、医療安全のための院内研修の開催回数は、「加算届出前」が平均8.1回、「加算届出後」が平均9.7回と、加算届出前後で回数の増加がみられた。

図表 30 医療安全のための院内研修 開催回数 (n=472)

	平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
加算届出前 (回)	8.1	12.2	184	0	5.0
加算届出後 (回)	9.7	10.7	113	0	6.0

(注)・「加算届出前」は加算届出の前月からさかのぼって1年間分、「加算届出後」は加算届出月から1年間分とした。

- ・医療安全のための院内研修開催回数について有効回答が得られた472施設を対象に集計した。

加算届出前後のそれぞれ1年間における、医療安全のための院内研修の延べ参加者数は、「加算届出前」が平均831.0人、「加算届出後」が平均1,004.3人と、加算届出前後で延べ参加者数の増加がみられた。

図表 31 医療安全のための院内研修 延べ参加者数 (n=472)

	平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
加算届出前 (人)	831.0	1,509.0	19,261	0	389.0
加算届出後 (人)	1,004.3	1,666.2	21,768	0	537.0

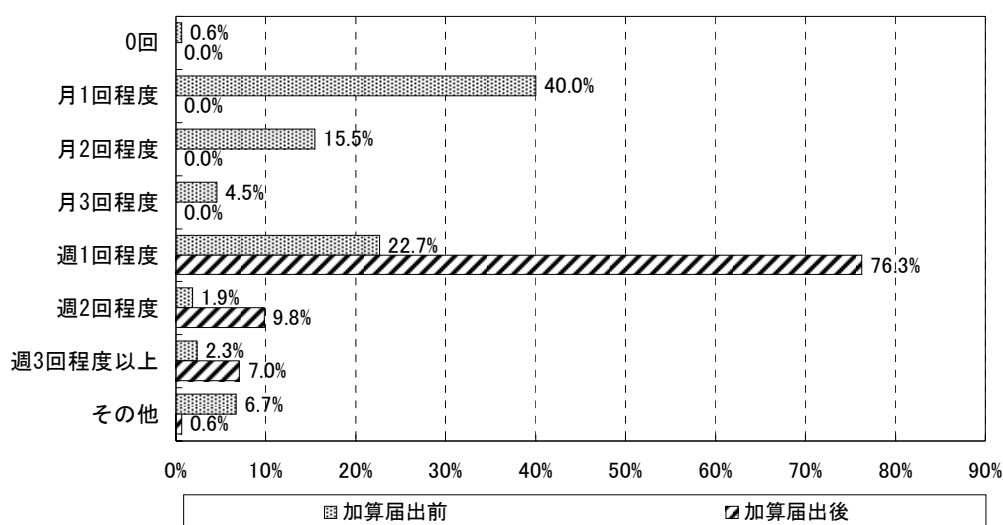
(注)・「加算届出前」は加算届出の前月からさかのぼって1年間分、「加算届出後」は加算届出月から1年間分とした。

- ・医療安全のための院内研修の延べ参加者数について有効回答が得られた472施設を対象に集計した。

2) 医療安全対策に係わる取組みの評価等を行うカンファレンス

医療安全対策に係わる取組みの評価等を行うカンファレンスの開催頻度についてみると、「加算届出前」は「月1回程度」の割合が40.0%で最も高く、次いで「週1回程度」が22.7%であった。「加算届出後」は、「週1回程度」の割合が76.3%で最も高く、「週2回程度」が9.8%、「週3回程度以上」が7.0%であった。全体的にみると、加算届出前後で、開催頻度の増加がみられた。

図表 32 医療安全対策に係わる取組みの評価等を行うカンファレンス (n=640)



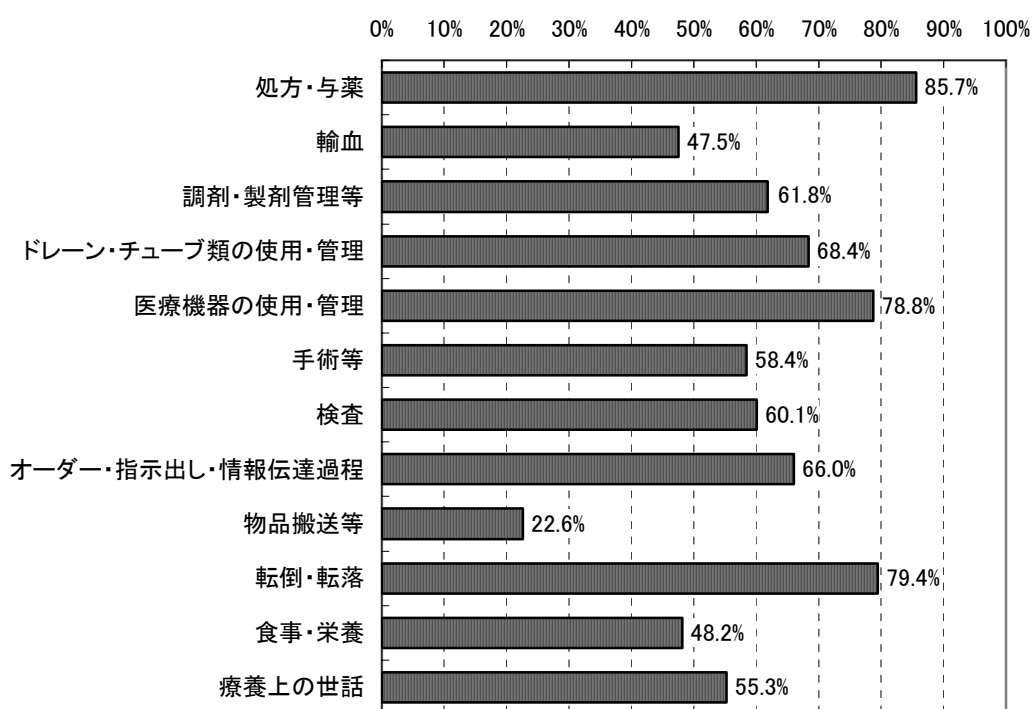
(注)・ここでの「医療安全対策に関わる取組みの評価等を行うカンファレンス」とは、医療安全管理対策委員会の構成員及び必要に応じて各部門の医療安全管理の担当者が参加するものを指す。
 ・「その他」には、「必要時に行う」等の回答があった。また、「無回答」は記載していない。

3) 専従の医療安全管理者の配置後に取り組んだ事故防止対策

i) 取り組みの有無

専従の医療安全管理者の配置後に取り組んだ事故防止対策の内容についてみると、「処方・与薬」(85.7%)が最も高く、次いで「転倒・転落」(79.4%)、「医療機器の使用・管理」(78.8%)、「ドレーン・チューブ類の使用・管理」(68.4%)、「オーダー・指示出し・情報伝達過程」(66.0%)、「調剤・製剤管理等」(61.8%)、「検査」(60.1%)となった。

図表 33 医療安全管理者（専従）配置後に取り組んだ事故防止対策（複数回答）(n=579)



(注) 専従の医療安全管理者配置後に取り組んだ事故防止対策全ての項目について記載のなかった施設 (n=61) を除いて、集計した。

ii) 取組みの具体的な内容

専従の医療安全管理者の配置後に取り組んだ事故防止対策の具体的な取組み例として、以下の内容が挙げられた。

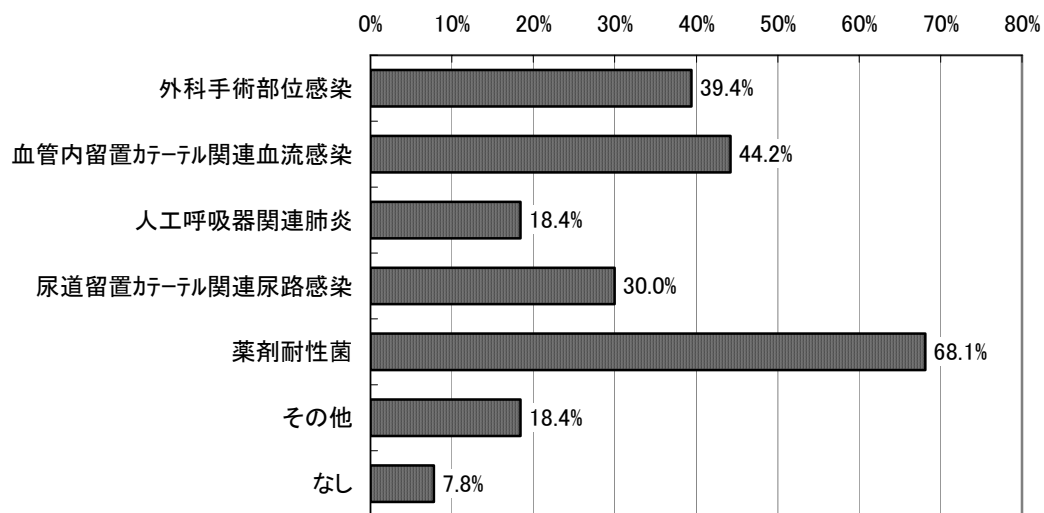
図表 34 医療安全管理者（専従）配置後における事故防止対策の主な取組み例

分類	主な取組みの例
1) 処方・与薬	<ul style="list-style-type: none"> ・カリウム製剤の病棟からの撤廃 ・KCL プレフィルドシリンジの導入 ・持参薬の取扱マニュアル作成 ・与薬マニュアルの改訂
2) 輸血	<ul style="list-style-type: none"> ・自己血採血マニュアルの整備 ・輸血マニュアルの改訂
3) 調剤・製剤管理等	<ul style="list-style-type: none"> ・入院、外来全ての抗がん剤を薬剤部で調剤 ・薬品棚を整理し、配置を変更 ・薬品の表示方法を見直し、「ハイリスク薬」「類似薬品有」等の表示を行うようにした ・カリウム製剤の病棟からの撤廃 ・KCL プレフィルドシリンジの導入
4) ドレーン・チューブ類の使用・管理	<ul style="list-style-type: none"> ・中心静脈カテーテル挿入手順の統一、説明書作成 ・誤接続防止タイプ経管栄養ラインへの変更 ・気管カニューレ自己抜去時の対応周知
5) 医療機器の使用・管理	<ul style="list-style-type: none"> ・人工呼吸器マニュアルの作成、改訂 ・輸液ポンプ、シリンジポンプチェックリスト作成 ・救急カートの薬剤、物品の内容と並べ方の標準化 ・医療機器の日常的点検
6) 手術等	<ul style="list-style-type: none"> ・タイムアウトの実施 ・ガーゼカウントマニュアルの作成 ・リストバンドの導入 ・手術部位マーキング導入、チェックリストの作成
7) 検査	<ul style="list-style-type: none"> ・造影剤使用患者の同意書作成 ・検査結果報告手順の統一 ・採血システムのオートメーション化、バーコード化 ・検体検査の患者確認方法の整備
8) オーダー・指示出し・情報伝達過程	<ul style="list-style-type: none"> ・口頭指示の手順、注意点の統一 ・インスリン専用指示書の作成 ・電子カルテの導入などの IT 化
9) 物品搬送等	<ul style="list-style-type: none"> ・SPD システムの導入 ・SPD の定数管理方法の見直し ・搬送カートの採用 ・メッセージ業務の導入
10) 転倒・転落	<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントスコアシートの作成、活用 ・患者教育パンフレットの作成 ・離床センサーの整備 ・低床ベッドの導入
11) 食事・栄養	<ul style="list-style-type: none"> ・アレルギー食の色別表示 ・経管栄養時の誤接続防止器材の導入 ・異物混入防止マニュアルの作成、見直し
12) 療養上の世話	<ul style="list-style-type: none"> ・浴室利用に関するマニュアルの作成 ・行動制限マニュアルの作成

4) 感染サーベイランスの実施状況

各施設が実施している感染サーベイランスの内容についてみると、「薬剤耐性菌サーベイランス」の割合が68.1%で最も高く、次いで「血管内留置カテーテル関連血流感染サーベイランス」が44.2%、「外科手術部位感染サーベイランス」が39.4%、「尿道留置カテーテル関連尿路感染サーベイランス」が30.0%、「人工呼吸器関連肺炎サーベイランス」が18.4%となった。

図表 35 感染サーベイランスの実施状況（複数回答）（n=640）



(注) 「その他」の内容として、「セラチアや緑膿菌等」、「針刺し切創」、「抗菌薬」、「検査部門」、「集中治療部」に関する各種サーベイランスが挙げられた。

② 事故、インシデント等の実績

平成 18 年 1 月から平成 18 年 3 月まで（以下、「平成 18 年」）の 3 か月間と、平成 19 年 1 月から平成 19 年 3 月まで（以下、「平成 19 年」）の 3 か月分の事故、インシデント等の実績をまとめた。

平成 19 年における「事故件数」及び「インシデント件数」の平均は、平成 18 年と比べて増加した。一方、「MRSA の分離患者数」や「MRSA の分離患者数（うち自院発生）」、「多剤耐性緑膿菌の分離患者数」、「多剤耐性緑膿菌の分離患者数（うち自院発生）」については、いずれも該当患者数が減少した。「患者・家族等からの苦情件数」はほとんど変化が見られなかった。

図表 36 事故、インシデント等の実績

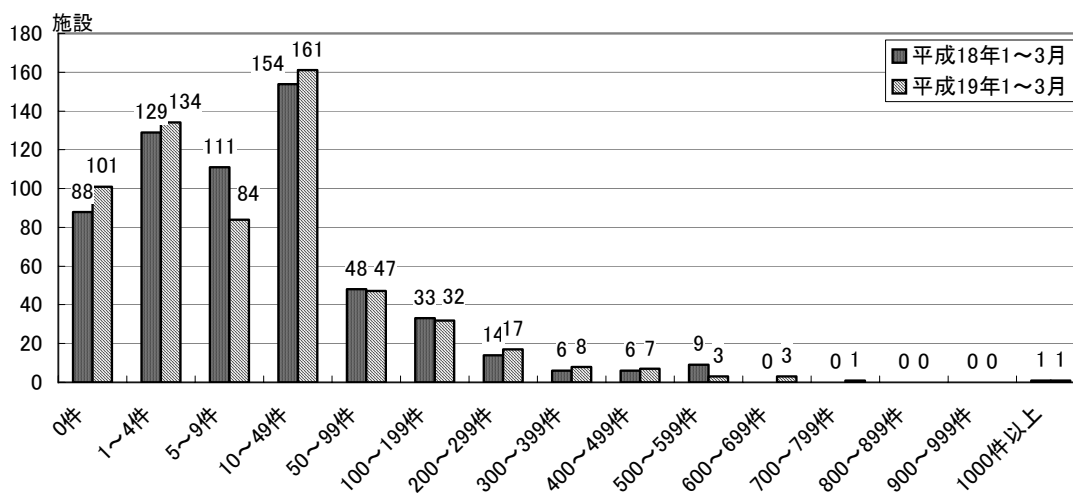
	調査対象期間	平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
事故件数（件） （n=599）	18 年 1～3 月	45.8	116.5	1,586	0	8.0
	19 年 1～3 月	48.6	141.1	2,499	0	8.0
インシデント件数（件） （n=611）	18 年 1～3 月	286.3	336.4	4,102	0	199.0
	19 年 1～3 月	314.1	379.0	4,415	0	213.0
MRSA の分離患者数 （人）（n=296）	18 年 1～3 月	50.2	46.9	355	0	40.5
	19 年 1～3 月	47.2	45.7	286	0	36.0
（うち自院発生）（人） （n=296）	18 年 1～3 月	36.7	42.3	341	0	26.5
	19 年 1～3 月	33.1	39.9	286	0	22.0
多剤耐性緑膿菌の分離 患者数（人）（n=355）	18 年 1～3 月	1.2	4.1	47	0	0.0
	19 年 1～3 月	1.0	2.7	24	0	0.0
（うち自院発生）（人） （n=355）	18 年 1～3 月	0.9	3.4	41	0	0.0
	19 年 1～3 月	0.7	2.1	24	0	0.0
患者・家族等からの 苦情件数（件）（n=442）	18 年 1～3 月	20.2	71.7	1,373	0	5.0
	19 年 1～3 月	20.4	67.3	1,266	0	5.0

（注）・各項目について、平成 18 年と平成 19 年の両方について記載があったものを有効回答とした。

- ・「事故」は、通常、医療に関わる場所で医療の全過程において発生する人身事故一切を包含し、廊下で転倒した場合などを含むが、ここでは、各施設の定義による事故件数とした。
- ・「インシデント」は、通常、日常診療の場で、誤った医療行為などが患者に実施される前に発見されたもの、あるいは、誤った医療行為などが実施されたが、結果として、患者に影響を及ぼすに至らなかったものをいうが、ここでは、各施設の定義によるインシデント件数とした。
- ・「分離患者数」は、臨床材料や臨床検体から病原体がみつかった患者数。たとえば、3 か月間に同一患者から複数回菌が分離された場合でも「1 人」としてカウントした。
- ・「患者・家族等からの苦情件数」は、医療安全管理室等に持ち込まれた案件（相談も含む）全ての件数。

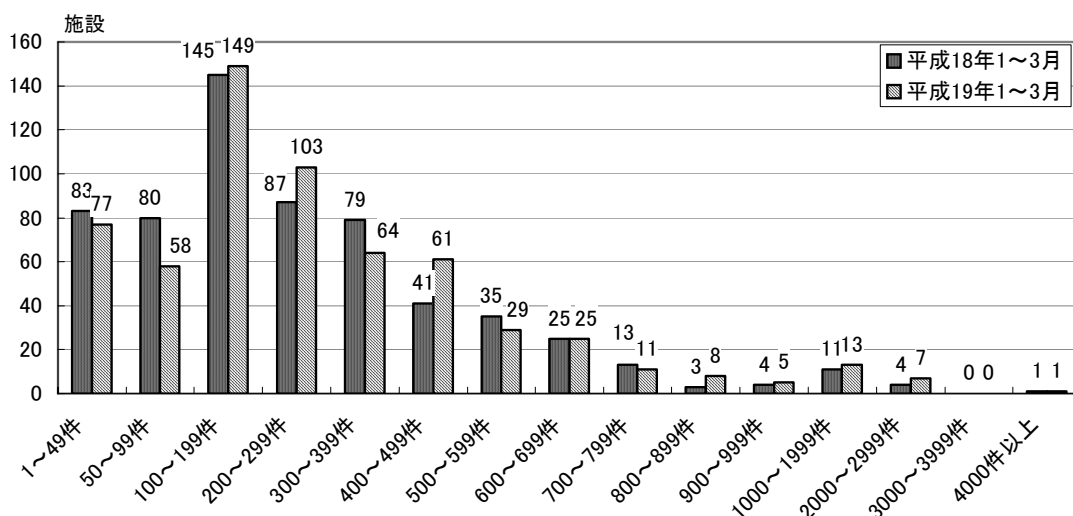
平成 18 年及び平成 19 年の 1 月から 3 月までの各 3 か月間における事故件数の分布をみると、事故件数「0 件」が 88 施設から 101 施設へ、「1～4 件」が 129 施設から 134 施設へと増加した。一方、「5～9 件」は 111 施設から 84 施設へと減少した。

図表 37 事故件数（分布、n=599）



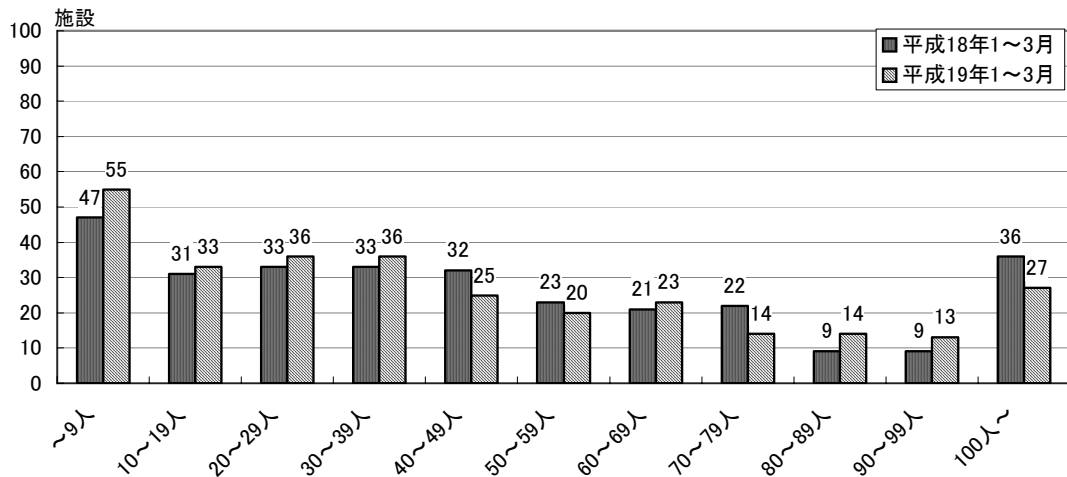
平成 18 年及び平成 19 年の 1 月から 3 月までの各 3 か月間におけるインシデント件数の分布をみると、インシデント件数「1～49 件」が 83 施設から 77 施設へ、「50～99 件」が 80 施設から 58 施設へと減少したが、「100～199 件」では 145 施設から 149 施設へ、「200～299 件」では 87 施設から 103 施設へと増加した。施設数の増減について特段の傾向はみられなかった。

図表 38 インシデント件数（分布、n=611）



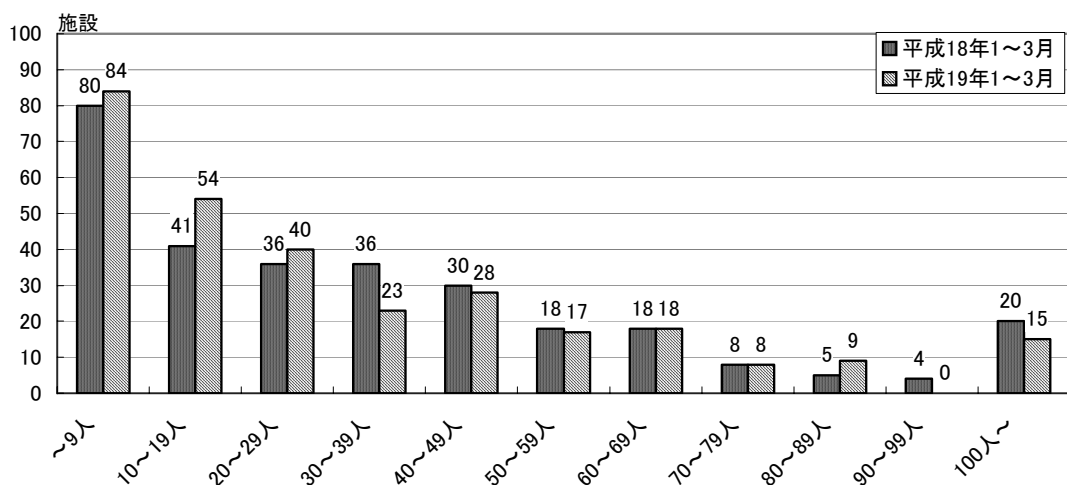
平成 18 年及び平成 19 年の 1 月から 3 月までの各 3 か月間における MRSA 分離患者数の分布をみると、MRSA 分離患者数「～9 人」が 47 施設から 55 施設へと増加した。同様に「10～19 人」「20～29 人」「30～39 人」の施設数は増加した。一方、「100 人～」の施設数は 36 施設から 27 施設へと減少した。

図表 39 MRSA の分離患者数（分布、n=296）



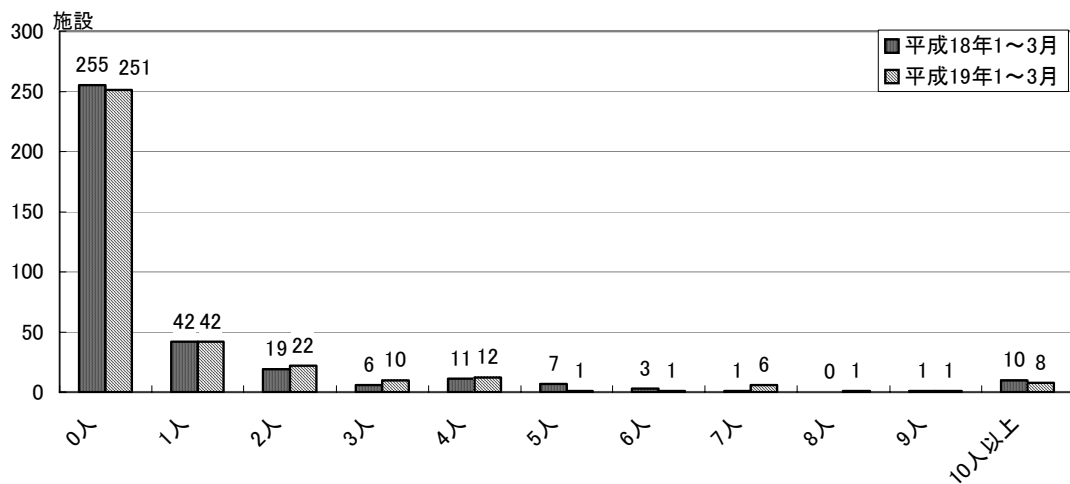
平成 18 年及び平成 19 年の 1 月から 3 月までの各 3 か月間における MRSA 分離患者のうち自院発生数の分布をみると、「～9 人」「10～19 人」「20～29 人」と患者数が少ないカテゴリーで施設数が増加し、30 人以上の患者数が多いカテゴリーでは施設数が概ね減少した。

図表 40 MRSA の分離患者のうち自院発生数（分布、n=296）



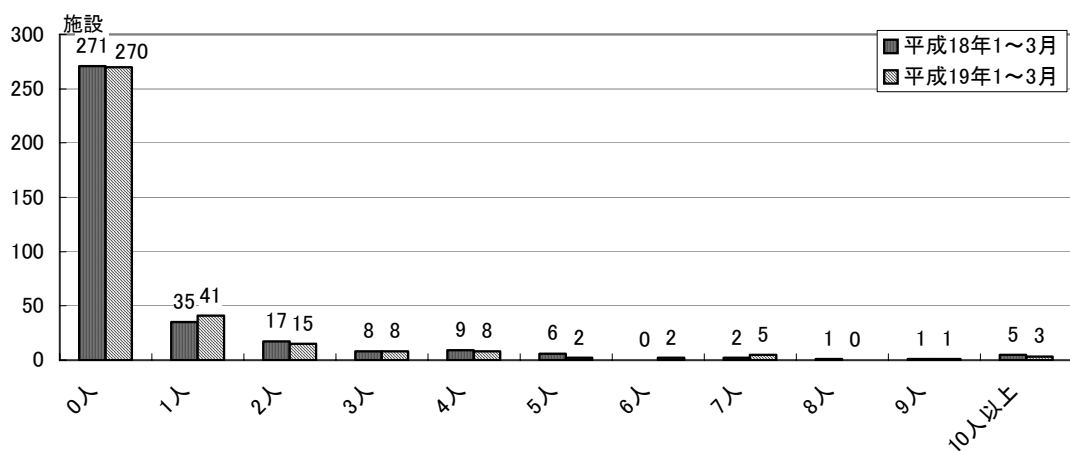
平成 18 年及び平成 19 年の 1 月から 3 月までの各 3 か月間における多剤耐性緑膿菌分離患者数の分布をみると、「0 人」が 255 施設から 251 施設とやや減少したものの、特段大きな変化はみられなかった。

図表 41 多剤耐性緑膿菌の分離患者数（分布、n=355）



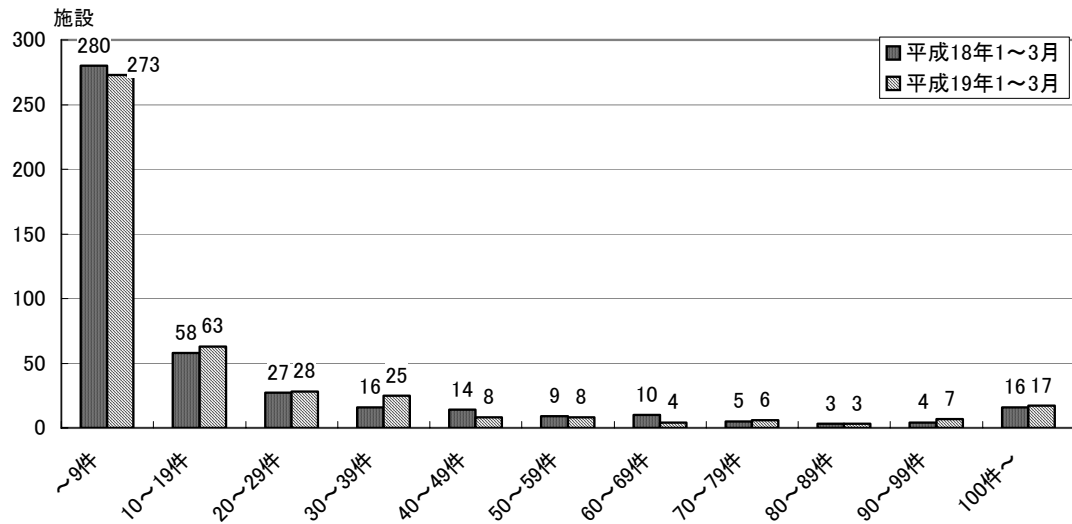
平成 18 年及び平成 19 年の 1 月から 3 月までの各 3 か月間における多剤耐性緑膿菌分離患者のうち自院発生数の分布をみると、「0 人」が 271 施設から 270 施設へと 1 施設減少したものの、「1 人」が 35 施設から 41 施設へと増加した。特段の変化はみられなかった。

図表 42 多剤耐性緑膿菌分離患者のうち自院発生数（分布、n=355）



平成 18 年及び平成 19 年の 1 月から 3 月までの各 3 か月間における患者・家族等からの苦情件数の分布をみると、苦情件数「～9 件」の施設が 280 施設から 273 施設へと減少し、「10～19 件」、「20～29 件」、「30～39 件」で施設数が若干増加した。40 件以上についてみると施設数は減少しているが、90 件以上で再びわずかではあるが増加した。

図表 43 患者・家族等からの苦情件数（分布、n=442）



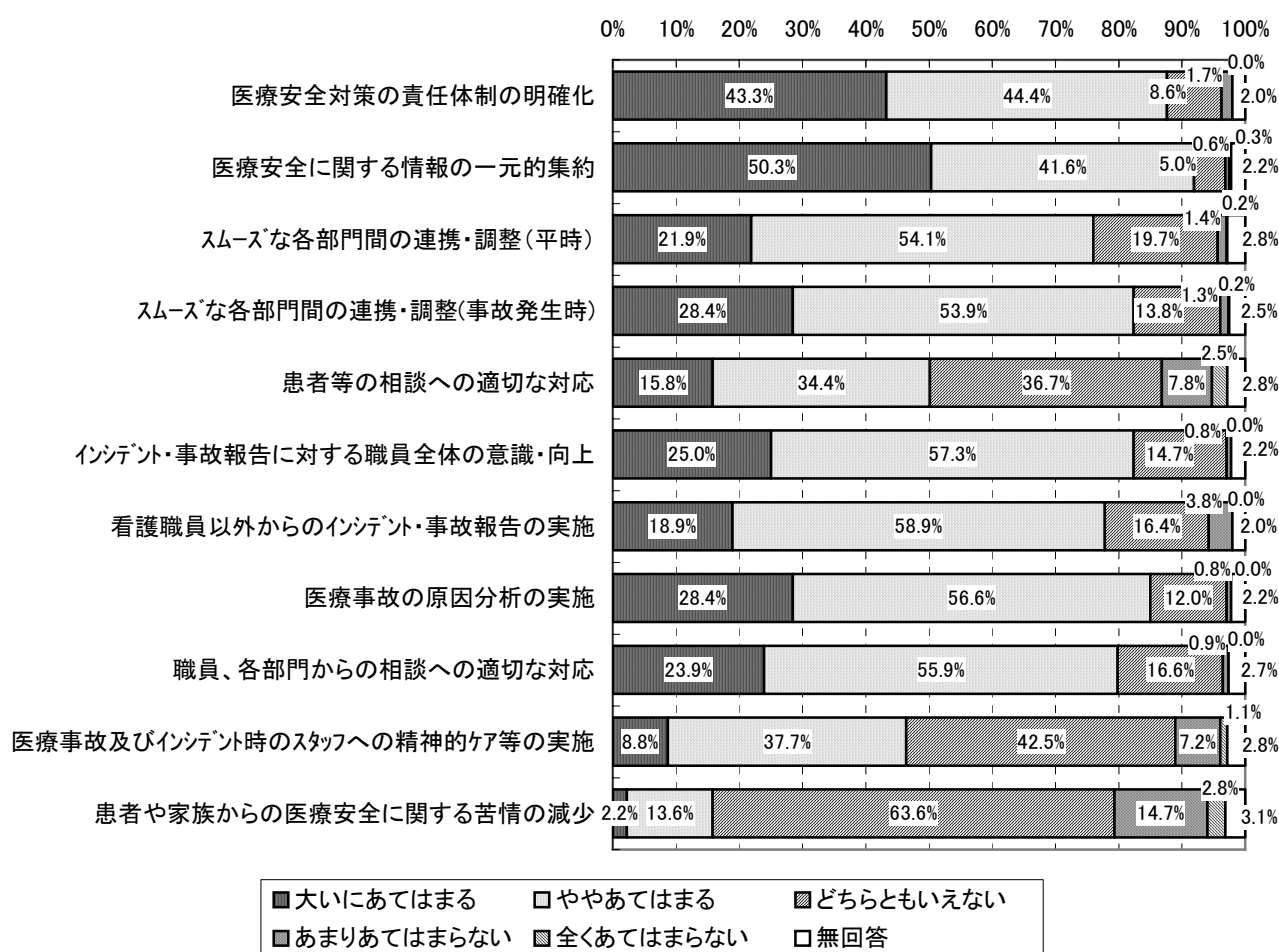
③ 医療安全管理者（専従）の配置の効果

専従の医療安全管理者を配置したことによる効果についてみると、「大いにあてはまる」という回答割合が高かったのは、「医療安全に関する情報の一元的集約」（50.3%）、「医療安全対策の責任体制の明確化」（43.3%）であった。

また、「大いにあてはまる」「ややあてはまる」の回答割合合計が 8 割を超えたのは、「医療安全に関する情報の一元的集約」（91.9%）、「医療安全対策の責任体制の明確化」（87.7%）、「医療事故の原因分析の実施」（85.0%）、「スムーズな各部門間の連携・調整（事故発生時）」（82.3%）、「インシデント・事故報告に対する職員全体の意識・向上」（82.3%）であった。

一方、「どちらともいえない」の回答割合が比較的高かったのは、「患者や家族からの医療安全に関する苦情の減少」（63.6%）や「医療事故及びインシデント時のスタッフへの精神的ケア等の実施」（42.5%）、「患者等の相談への適切な対応」（36.7%）であった。

図表 44 医療安全管理者（専従）配置の効果（n=640）



④ 医療安全対策を推進する上での課題等（自由記述欄より）

医療安全対策を推進する上での課題等を自由記述形式により回答していただいた結果、「医療安全の組織的な取り組み体制の充実化」、「医療安全に対する全職員の意識の涵養」、「医療安全管理者の組織上の位置づけと権限の明確化」、「医療安全管理者の教育・研修の充実化」、「看護師以外の他職種からのインシデント・アクシデントレポート提出の促進」、「医療安全に係るコストを賄う加算の必要性」等に関する意見がみられた。以下に、主な意見をまとめた。

1) 医療安全の組織的な取り組み体制の充実化

- ・ 医療安全に係わる取り組みの評価が月 1 回程度しか行われておらず、対策に対するチェックや評価はほとんどなされていない現状である。今後は、医療の質向上に向け、病院全体で運動を推進する必要があると考える。
- ・ 医療安全対策を推進していく上で、患者・家族からの苦情、日々のインシデントレポート情報の分析、対策、評価、研修の企画、医薬品の安全管理、また院内感染対策等広範囲に係わることから医療安全管理者の役割が十分に果たせない状況にある。そのため、医療安全管理者の養成やサポート体制の充実を図っていく必要がある。
- ・ インシデントレポートの有効活用、分析結果の現場へのフィードバックが必要。
- ・ 医療安全対策を推進するには、立案した施策や再発防止策が具体的に現場で実践されているかについてモニターし、周知度を検証することが重要と考える。
- ・ コメディカルを含めたマニュアル作成及び改訂、実際に使用できるマニュアルをつくることが課題である。

2) 医療安全に対する全職員の意識の涵養

- ・ 職種間、部署間で安全に対する認識に温度差がある。医師、管理職、スタッフの意識づけから、組織全体に安全に対する取り組みを浸透させる必要がある。
- ・ 職員全体の認識にすることが大きな課題であり、各部門、各部署のリーダーシップをとる人の役割が大きいと感じている。
- ・ 全職員に対する安全教育がまだまだ不十分であり、部署により意識の差が認められる。

3) 医療安全管理者の組織上の位置づけと権限の明確化

- ・ 医療安全管理室の組織的位置づけ、医療安全管理者の権限が明確でないため、末端まで指導内容が周知徹底しない。医療安全管理者の組織上の位置づけ（役割、権限の委譲）を明確にする必要がある。
- ・ 医療安全対策を進める上で、医療安全管理者はある程度の役職者である必要があると考える。院内でのルール決定や業務の連携、調整や決裁などその場で判断を求められることが多い。

4) 医療安全管理者の教育・研修の充実化

- ・ 研修 40 時間の受講だけでインシデント・アクシデントの分析をするのは大変である。データの分析方法などの研修があればよいと思う。
- ・ (医療安全管理者に対する) 教育者としての育成がなされていない。医療メディエーター、コンサルテーションとしての知識・技術を習得するためには、40 時間の研修では不足である。認定看護師に準じた研修体系をとることが重要である。心理学、法律にも熟知していることが要求される。
- ・ 専従者が一定のレベルの知識をもちマネジメントができる教育システムを今後も充実させてほしい。
- ・ 各部署のリスクマネージャーの医療安全に対する積極的な取組みを支援し、安全文化の醸成に向けて活動していくことが課題である。
- ・ 医療安全管理者間の情報交換の場がほしい。
- ・ 情勢や現状に対応できるよう、継続して学ぶことのできる支援体制があると活動しやすい (他施設との医療安全担当者会議等)。

5) 看護師以外の他職種からのインシデント・アクシデントレポート提出の促進

- ・ インシデント・アクシデントレポートは看護師の提出が大半を占め、他職種からの報告が少ない。
- ・ 医師、コメディカルからの報告件数が少なく、現場の状況が把握しづらい。

6) 医療安全に係るコストを賄う加算の必要性

- ・ 医療安全を積極的に推進するためには、マンパワー及びシステム改善 (IT 化) 等の充実が不可欠であり、そのためにはコストを要する。
- ・ 安全のためのコストは発生するが、診療報酬には反映されず、経営負担になる。
- ・ 統計処理、事後の対応に関わると病棟へのラウンドまで手が回らない。専従者だけでなく、安全のチームとしての配置基準を出してほしい。

7) その他

- ・ 高齢・認知症の患者が多くなり、転倒に関するインシデント・アクシデントが常にあるが、防止策を明確に提示するのは困難である。
- ・ 患者参加型の医療安全を推進していく。

6. まとめ

本調査より明らかになった点は、以下のとおりである。

- ・ 「医療安全対策加算」を届け出ている医療機関のうち96.6%が「病院」であった（図表2）。また、200床以上の病院がおよそ8割を占めた（図表4）。
- ・ 専従の医療安全管理者を配置した時期としては、単年度で見れば「平成18年度」が41.3%で最も多かった。一方で、半数を超える施設では、「医療安全対策加算」が新設された平成18年4月より前（平成17年度以前）に専従の医療安全管理者を配置していた（図表20）。
- ・ 専従の医療安全管理者の人数は、「1人」という施設が89.1%であった（図表21）。また、その職種についてみると、「看護師のみ」という施設が85.8%と高かった（図表23）。
- ・ 加算届出前後それぞれ1年間における、医療安全のための院内研修は、開催回数（平均8.1回→9.7回へ）、延べ参加者数（831.0人→1,004.3人）のいずれにおいても、加算届出後に平均値の増加がみられた（図表30、図表31）。
- ・ 医療安全対策に係わる取組みの評価等を行うカンファレンスの開催頻度は、加算届出前は「月1回程度」（40.0%）が最も多かったが、加算届出後は「週1回程度」（76.3%）が最も多くなり、全体的に開催頻度が高くなった（図表32）。
- ・ 医療安全管理者の専従配置後に取り組んだ事故防止対策としては、「処方・与薬」（85.7%）、「転倒・転落」（79.4%）、「医療機器の使用・管理」（78.8%）、「ドレーン・チューブ類の使用・管理」（68.4%）、「オーダー・指示出し・情報伝達過程」（66.0%）等で取り組んでいる施設の割合が高かった（図表33）。
- ・ 平成18年1月から3月までの3か月間と、平成19年1月から3月までの3か月間における「事故件数」及び「インシデント件数」を比較すると、事故件数（平成18年：45.8件→平成19年：48.6件）、インシデント件数（286.3件→314.1件）、ともに増加した（図表36）。
- ・ 同様に、「MRSAの分離患者数」（平成18年：50.2人→平成19年：47.2人）、「MRSAの分離患者数（うち自院発生）」（36.7人→33.1人）、「多剤耐性緑膿菌の分離患者数」（1.2人→1.0人）、「多剤耐性緑膿菌の分離患者数（うち自院発生）」（0.9人→0.7人）についてみると、いずれも平成19年は減少した（図表36）。
- ・ 医療安全管理者（専従）配置の効果として「大いにあてはまる」の回答が多かった項目は、「医療安全に関する情報の一元的集約」（50.3%）、「医療安全対策の責任体制の明確化」（43.3%）であった。また、「大いにあてはまる」と「ややあてはまる」を合わせた回答割合合計でみると、「医療安全に関する情報の一元的集約」（合計は91.9%）、「医療安全対策の責任体制の明確化」（同87.7%）、「医療事故の原因分析の実施」（同85.0%）、「スムーズな各部門間の連携・調整（事故発生時）」（同82.3%）、「インシデント・事故報告に対する職員全体の意識・向上」（同82.3%）等であった（図表44）。

医療安全対策加算についてのアンケート調査票

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

施設名	ラベル貼付
施設の所在地	
電話番号	
ご回答者名	

※本調査票は、施設の管理者の方と医療安全管理者の方とでご相談の上、ご記入ください。回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（ ）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。（ ）内に数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「-」を記入してください。

調査時点は平成19年6月末あるいは質問に指定されている期間とします。

1. 貴施設の状況についてお伺いします。

①施設の種類	1. 病院		2. 診療所				
②開設者	1. 国立		2. 公立	3. 公的	4. 社会保険関係団体		
	5. 医療法人		6. 個人	7. 学校法人	8. その他の法人		
③病院の種別 (複数回答可)	1. 特定機能病院		2. 地域医療支援病院				
	3. がん診療連携拠点病院		4. その他（具体的に）				
④救急医療体制	1. 二次（告示あり・告示なし）		2. 三次（告示あり・告示なし）				
⑤DPC対応	1. DPC対象病院		2. DPC準備病院				
⑥第三者評価の認定	1. 病院機能評価→Ver.()		2. ISO9001 認証				
	3. その他（具体的に）						
⑦許可病床数 (医療法)	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症 病床	計	
	床	床	床	床	床	床	
⑧職員数 (常勤換算)	医師・ 歯科医師	看護師・ 保健師・ 助産師	准看護師	薬剤師	技師	事務職員 他（看護 補助者を 含む）	計
	人	人	人	人	人	人	人
⑨病院全体の平均在院日数（直近3か月）	() 日		※小数点以下第1位まで				
⑩1日平均入院患者数（平成18年1年間）	() 人		※小数点以下切上げ				

⑪入院基本料区分	
1)一般病棟入院基本料 (特定機能病院、専門病院を含む)	1. 7対1 2. 10対1 3. 13対1 4. 15対1 5. 特別入院基本料
2)障害者施設等入院基本料	1. 10対1 2. 13対1 3. 15対1
3)療養病棟入院基本料	1. 8割未満 2. 8割以上 3. 入院E 4. 移行 5. 特別入院基本料
4)精神病棟入院基本料	1. 7対1 2. 10対1 3. 13対1 4. 15対1 5. 18対1 6. 20対1 7. 特別入院基本料
5)結核病棟入院基本料	1. 7対1 2. 10対1 3. 13対1 4. 15対1 5. 18対1 6. 20対1 7. 特別入院基本料
⑫医療安全対策加算の算定回数(平成19年6月分)	()回
⑬専従医療安全管理者に係る給与(福利厚生含む)(平成19年6月分)	()万円
⑭専従医療安全管理者に係る賞与(年間)	()万円

2. 医療安全管理体制の状況についてお伺いします。

①「医療安全対策加算」の届出が受理されたのはいつですか。	平成()年()月																						
②専従の医療安全管理者を配置したのはいつですか。	平成()年()月																						
③現在の「医療安全管理者(専従)」の人数(実人員)	()人																						
④上記③の内訳を職種別に記入してください。(実人員) ※該当職種がない場合、()に「0」と記入してください。 その他の場合は、()に具体的に職種を記入してください。	看護師()人 医師()人 その他()人 →(職種)																						
⑤「医療安全管理室」等、医療安全管理を行う部門の配置人数を記入してください(医療安全管理者を含む)。(実人員)	<table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>専 従</th> <th>兼 任</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>看護師</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>医師</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>薬剤師</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>事務職員</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>その他()</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>その他()</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> </tbody> </table>			専 従	兼 任	看護師	人	人	医師	人	人	薬剤師	人	人	事務職員	人	人	その他()	人	人	その他()	人	人
	専 従	兼 任																					
看護師	人	人																					
医師	人	人																					
薬剤師	人	人																					
事務職員	人	人																					
その他()	人	人																					
その他()	人	人																					
⑥医療安全のための院内研修は、加算届出前後1年間に何回開催されましたか。延べ参加者数(全職種)は何人でしたか。	<table border="1" style="width:100%;"> <tbody> <tr> <td rowspan="3">1)加算届出前： 加算届出の前月から さかのぼって1年間</td> <td>A. 平成()年()月 ～ 平成()年()月</td> </tr> <tr> <td>B. 開催回数 ()回</td> </tr> <tr> <td>C. 延べ参加者数()人</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">2)加算届出後： 加算届出月から1年間 (1年未満はその期間を記入)</td> <td>A. 平成()年()月 ～ 平成()年()月</td> </tr> <tr> <td>B. 開催回数 ()回</td> </tr> <tr> <td>C. 延べ参加者数()人</td> </tr> </tbody> </table>		1)加算届出前： 加算届出の前月から さかのぼって1年間	A. 平成()年()月 ～ 平成()年()月	B. 開催回数 ()回	C. 延べ参加者数()人	2)加算届出後： 加算届出月から1年間 (1年未満はその期間を記入)	A. 平成()年()月 ～ 平成()年()月	B. 開催回数 ()回	C. 延べ参加者数()人													
1)加算届出前： 加算届出の前月から さかのぼって1年間	A. 平成()年()月 ～ 平成()年()月																						
	B. 開催回数 ()回																						
	C. 延べ参加者数()人																						
2)加算届出後： 加算届出月から1年間 (1年未満はその期間を記入)	A. 平成()年()月 ～ 平成()年()月																						
	B. 開催回数 ()回																						
	C. 延べ参加者数()人																						
⑦医療安全対策に係わる取り組みの評価等を行うカンファレンスは、どのくらいの頻度で開催されていますか。	<table border="1" style="width:100%;"> <tbody> <tr> <td>1)加算届出前</td> <td>1. 週()回程度 2. 月()回程度 3. その他()</td> </tr> <tr> <td>2)現在</td> <td>週()回程度</td> </tr> </tbody> </table>		1)加算届出前	1. 週()回程度 2. 月()回程度 3. その他()	2)現在	週()回程度																	
1)加算届出前	1. 週()回程度 2. 月()回程度 3. その他()																						
2)現在	週()回程度																						

⑧現在の「院内感染管理者（専従）」の人数 （実人員）	（ ）人	
⑨上記⑧の内訳を職種別に記入してください。（実人員） ※該当職種がない場合、（ ）に「0」と記入してください。その他の場合は、（ ）に具体的に職種を記入してください。	看護師（ ）人 医師（ ）人 その他（ ）人→（職種 ）	
⑩現在行っている感染サーベイランスにはどのようなものがありますか。（複数回答可）	1. 外科手術部位感染サーベイランス 2. 血管内留置カテーテル関連血流感染サーベイランス 3. 人工呼吸器関連肺炎サーベイランス 4. 尿道留置カテーテル関連尿路感染サーベイランス 5. 薬剤耐性菌サーベイランス 6. その他（具体的に ） 7. なし	
⑪平成18年1月～平成18年3月の3か月分と、平成19年1月～平成19年3月の3か月分の実績について記入してください。（事故、インシデントは貴院の定義に従ってください。） ※発生していない場合には「0（ゼロ）」、わからない場合は「-」と記入してください。		
	平成18年1月～平成18年3月 3か月分	平成19年1月～平成19年3月 3か月分
1) 事故件数	件	件
2) インシデント件数	件	件
3) MRSA の分離患者数	人	人
うち他院からの持ち込み	人	人
4) 多剤耐性緑膿菌の分離患者数	人	人
うち他院からの持ち込み	人	人
5) 患者・家族等からの苦情件数	件	件
⑫専従の医療安全管理者の配置後に取り組んだ事故防止対策の件数と具体的な内容について、記入してください（届出後～現在まで）。		
	件数	具体的な内容 ※記入要領の例を参照して記入してください。
1) 処方・与薬	件	
2) 輸血	件	
3) 調剤・製剤管理等	件	
4) ドレーン・チューブ類の使用・管理	件	
5) 医療機器の使用・管理	件	
6) 手術等	件	
7) 検査	件	
8) オーダー・指示出し・情報伝達過程	件	
9) 物品搬送等	件	
10) 転倒・転落	件	
11) 食事・栄養	件	
12) 療養上の世話	件	

⑬専従の医療安全管理者の配置の結果として、どの程度の効果がみられますか。					
※「大いにあてはまる」を「5」、「全くあてはまらない」を「1」として5段階で評価し、該当の番号に、それぞれ○をつけてください。	大いにあてはまる	ややあてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない
1) 医療安全対策の責任体制が明確になった	5	4	3	2	1
2) 医療安全に関する情報が一元的に集約できるようになった	5	4	3	2	1
3) 平時より、各部門間の連携・調整がスムーズになった	5	4	3	2	1
4) 事故発生時、各部門間の連携・調整がスムーズになった	5	4	3	2	1
5) 患者等の相談に適切に応じることができるようになった	5	4	3	2	1
6) インシデント・事故報告に対する職員全体の意識が高まった	5	4	3	2	1
7) 看護職員以外からもインシデント・事故報告があがるようになった	5	4	3	2	1
8) 医療事故の原因分析が以前より行われるようになった	5	4	3	2	1
9) 職員、各部門からの相談に適切に応じることができるようになった	5	4	3	2	1
10) 医療事故およびインシデント事例が起きた際、当事者のスタッフへの精神的ケア等のサポートが以前より行われるようになった	5	4	3	2	1
11) 患者や家族から医療安全に関する苦情が少なくなった	5	4	3	2	1
⑭医療安全対策を推進する上での課題等がございましたら、記入してください。					

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

中医協 総－４－６
２０．７．９

中医協 検－１－６
２０．７．９

診療報酬改定結果検証に係る特別調査（平成 19 年度調査）

褥瘡管理対策の実施状況調査

報告書

◆◇目 次◇◆

1. 目的	1
2. 調査対象	1
3. 調査方法	1
4. 調査項目	2
5. 調査結果	2
(1) 回収の状況	2
(2) 施設の状況	3
① 開設主体	3
② 病院の内訳	4
③ 病院全体の許可病床数	6
④ 職員数（常勤換算）	6
⑤ 病院全体の平均在院日数（直近3か月）	7
⑥ 1日平均入院患者数（平成18年1年間）	7
⑦ 入院基本料区分	8
(3) 褥瘡管理体制の状況	11
① 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の届出時期	11
② 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の算定回数（平成19年6月分）	12
③ 褥瘡管理者（専従）の状況	13
④ 褥瘡対策チーム	16
(4) 褥瘡管理の取組みと効果	17
① 褥瘡管理のための院内研修	17
② カンファレンス	18
③ 活動時間	20
④ アセスメント等の実績	21
⑤ 褥瘡ハイリスク算定患者のリスク項目別人数	23
⑥ 褥瘡管理者（専従）配置の効果	24
⑦ 褥瘡管理者の専従配置による効果（自由記述方式）	25
⑧ 褥瘡管理対策を実施する上での課題等（自由記述方式）	27
6. まとめ	31

1. 目的

平成 18 年 4 月の診療報酬改定では、「褥瘡ハイリスク患者ケア加算（1 回の入院につき 500 点）」が新設された。これにより、専従の褥瘡管理者を配置し、重点的な褥瘡管理対策の取組みが行われている医療機関に対して、診療報酬上の評価が与えられることとなった。

本調査は、「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」について、医療機関における重点的な褥瘡管理対策の実施状況や褥瘡管理者の専従配置による効果等を把握することにより、平成 18 年度診療報酬改定の結果を検証することを目的として実施した。

2. 調査対象

本調査は、平成 18 年 7 月 1 日現在、「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」の届出を行っている、すべての保険医療機関 184 施設を対象とした。

3. 調査方法

本調査は、自記式調査票を対象医療機関に郵送配布し、施設の管理者と褥瘡管理者とで相談の上、回答していただいた。回答調査票は、本調査の事務局宛の返信用封筒の使用により、郵送回収を行った。

調査実施期間は、平成 19 年 7 月～8 月とした。

4. 調査項目

本調査では、次の項目についてアンケート調査を実施した。

区 分	主な調査項目
施設属性	・ 開設主体、病床数、平均在院日数、職員数、入院基本料区分等
褥瘡管理対策に関する内容	<ul style="list-style-type: none"> ○加算、配置の状況 <ul style="list-style-type: none"> ・ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の届出状況 ・ 褥瘡管理者の専従配置時期 ・ 当該加算算定患者数 ・ 褥瘡管理者（専従）の人数、職種、臨床経験年数 ・ 褥瘡管理者（専従）に係る給与、賞与 ○褥瘡対策に関する取組み <ul style="list-style-type: none"> ・ 院内研修の実績（加算届出前・届出後） ・ 褥瘡対策チーム設置の時期、チーム参加者の職種 ・ 褥瘡対策に関するカンファレンスの開催状況 ・ 褥瘡管理に係る活動時間（加算届出前・届出後） ○専従配置の効果・課題等 <ul style="list-style-type: none"> ・ 褥瘡リスクアセスメント実施件数、褥瘡ハイリスク患者特定数、褥瘡ハイリスク患者ケア実施数、院内発生の褥瘡患者数、D3以上の褥瘡を有する患者数、褥瘡推定発生率 ・ 褥瘡管理者の配置の効果 ・ 褥瘡管理対策を実施する上での課題等

5. 調査結果

（1）回収の状況

平成 18 年 7 月 1 日現在で、「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」の届出を行っている 184 施設のうち、119 施設から有効回答が得られた。有効回答率は 64.7%であった。

図表 1 回収の状況

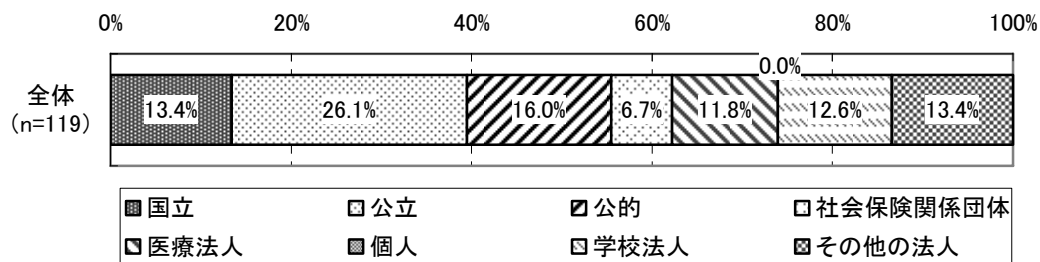
発 送 数	184 施設
有効回答数	119 施設
有効回答率	64.7%

(2) 施設の状況

① 開設主体

「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」を届け出ている施設の開設主体についてみると、「公立」(26.1%)が最も多く、次いで「公的」(16.0%)、「国立」「その他の法人」(各13.4%)、「学校法人」(12.6%)、「医療法人」(11.8%)、「社会保険関係団体」(6.7%)となった。

図表 2 開設主体



※参考：開設主体の内訳

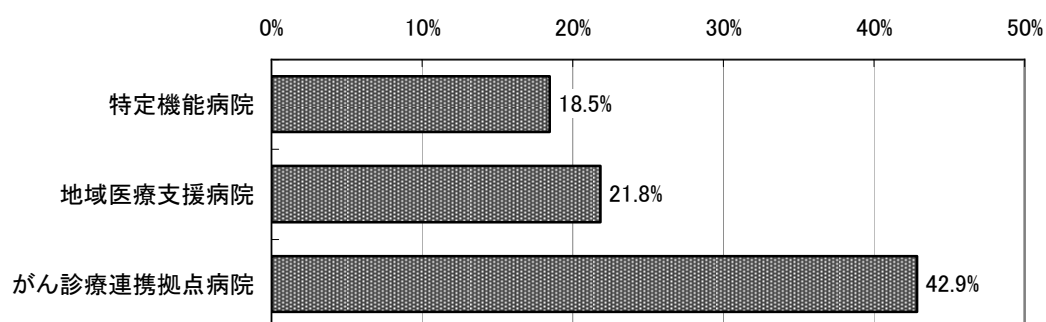
国立	厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康福祉機構、その他（国）
公立	都道府県、市町村、地方独立行政法人
公的	日本赤十字社、済生会、北海道社会事業協会、全国厚生農業協同組合連合会、国民健康保険団体連合会
社会保険関係団体	全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合
その他の法人	公益法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他の法人

② 病院の内訳

1) 病院の種別

病院の種別についてみると、「特定機能病院」である施設が 18.5%、「地域医療支援病院」である施設が 21.8%、「がん診療連携拠点病院」である施設が 42.9%であった。

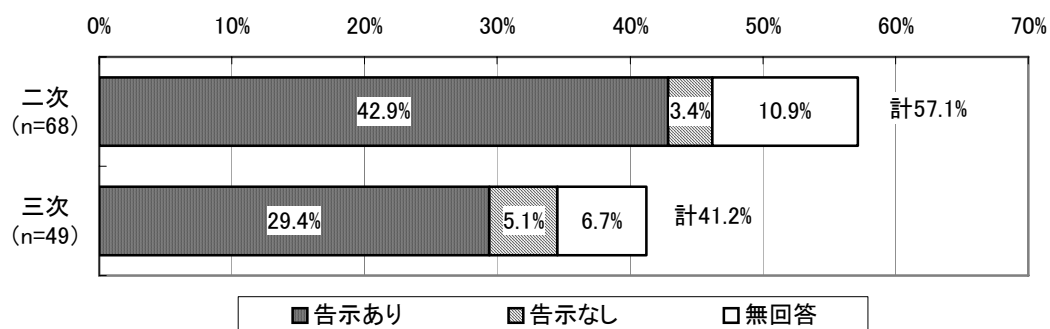
図表 3 病院の種別（複数回答）（n=119）



2) 救急医療体制

救急医療体制についてみると、「二次」が計 57.1%、「三次」が計 41.2%であった。

図表 4 救急医療体制（複数回答、n=119）



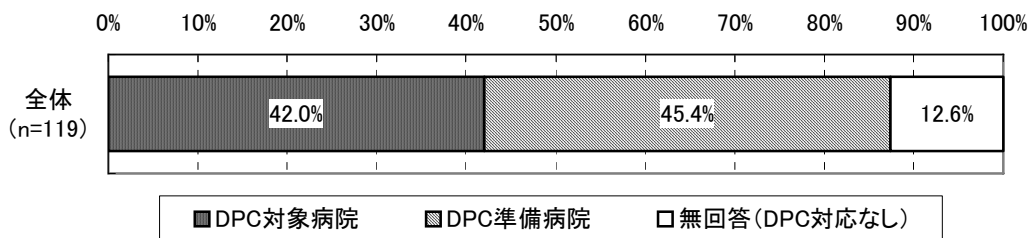
(注)・119 施設のうち、救急医療体制が不明の施設が 7 施設 (5.9%) あった。

・「二次」とは、精神科救急を含む 24 時間体制の救急病院、病院輪番制方式による施設及び診療所を指す。「三次」とは、救命救急センター（高度救命救急センターを含む）を指す。「救急告示」とは、救急病院等を定める省令（昭和 39 年厚生省令第 8 号）第 2 条第 1 項の規定に基づき、救急病院として都道府県知事より告示された施設を指す。

3) DPC の対応状況

DPC の対応状況についてみると、「DPC 対象病院」が 42.0%、「DPC 準備病院」が 45.4%であった。

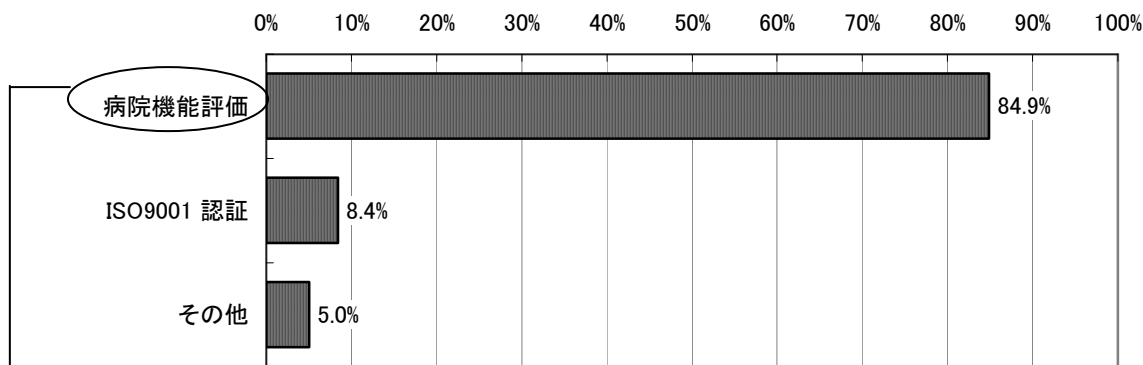
図表 5 DPC の対応状況



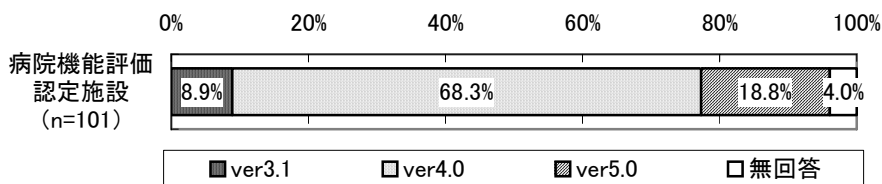
4) 第三者評価の認定

第三者評価の認定状況についてみると、(財)日本医療機能評価機構の「病院機能評価」の認定を受けている施設は 84.9%であった。認定を受けた病院機能評価のバージョンは、「ver.4.0」(認定施設の 68.3%) が最も多く、次いで「ver.5.0」(同 18.8%)、「ver.3.1」(同 8.9%) となった。また、「ISO9001 認証」を取得している施設は 8.4%であった。

図表 6 第三者評価の認定 (複数回答、n=119)



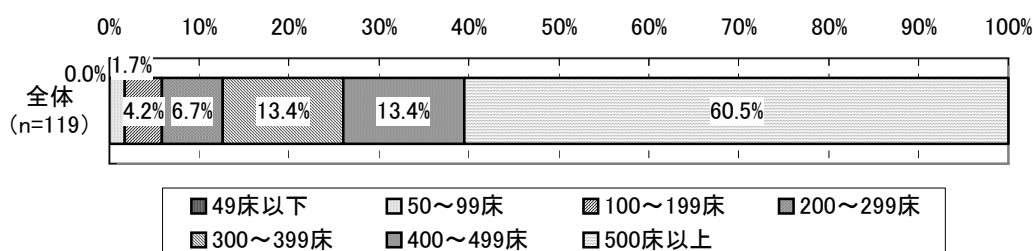
図表 7 病院機能評価認定のバージョン



③ 病院全体の許可病床数

病院全体の許可病床数についてみると、「500 床以上」（60.5%）が最も多く、「300～399 床」と「400～499 床」が同じ 13.4% で続いた。200 床以上の大規模な病院が 9 割を超えた。許可病床数の平均は 580.5 床（標準偏差 268.5、中央値 557.0）であった。

図表 8 許可病床数



④ 職員数（常勤換算）

職種別の職員数（常勤換算）については、有効回答が得られた 116 施設を対象に集計した。1 施設あたりのそれぞれの平均人数は、「医師・歯科医師」が 156.3 人、「看護師・保健師・助産師」が 442.3 人、「准看護師」が 14.8 人、「薬剤師」が 23.7 人、「技師」が 86.7 人、「事務職員他」が 150.2 人であった。職員数（常勤換算）の合計人数は、平均 874.5 人（標準偏差 472.9、中央値 779.5）であった。

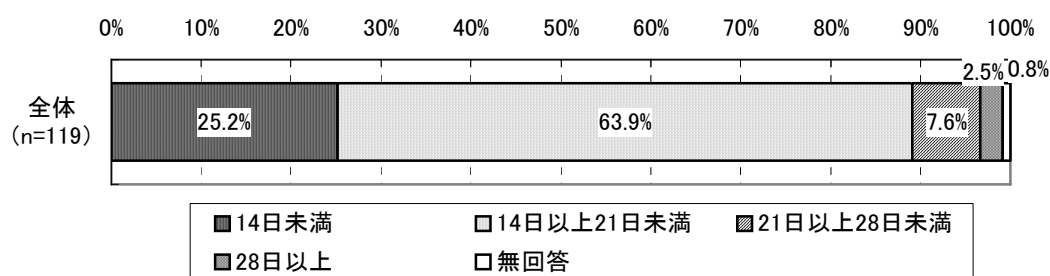
図表 9 職員数（常勤換算）（n=116）

	平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
医師・歯科医師（人）	156.3	135.4	590.0	8.3	107.1
看護師・保健師・助産師（人）	442.3	236.6	1,264.0	26.5	419.2
准看護師（人）	14.8	16.2	75.8	0.0	9.0
薬剤師（人）	23.7	14.7	74.0	2.0	19.0
技師（人）	86.7	49.2	276.5	4.0	79.8
事務職員他（看護補助者を含む）（人）	150.2	99.4	541.5	1.7	127.5
合計	874.5	472.9	2,246.7	92.6	779.5

⑤ 病院全体の平均在院日数（直近 3 か月）

病院全体の平均在院日数（直近 3 か月）についてみると、「14 日以上 21 日未満」（63.9%）が最も多く、次いで「14 日未満」（25.2%）、「21 日以上 28 日未満」（7.6%）、「28 日以上」（2.5%）となった。平均は 26.4 日（標準偏差 79.8、中央値 15.3）であった。

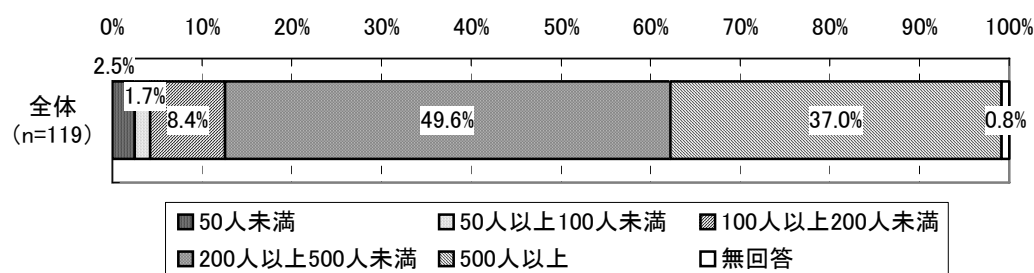
図表 10 病院全体の平均在院日数（直近 3 か月）



⑥ 1 日平均入院患者数（平成 18 年 1 年間）

平成 18 年 1 年間における 1 日あたりの平均入院患者数についてみると、「200 人以上 500 人未満」（49.6%）が最も多く、次いで「500 人以上」（37.0%）となった。1 日平均入院患者数の 1 施設あたりの平均は 461.1 人（標準偏差 231.8、中央値 446.0）であった。

図表 11 1 日平均入院患者数（平成 18 年 1 年間）



（注）1 日平均入院患者数は以下の計算式による。

平成 18 年における「年間在院患者延数 ÷ 当該年の年間日数」。

⑦ 入院基本料区分

1) 一般病棟入院基本料（特定機能病院、専門病院を含む）

一般病棟入院基本料（特定機能病院、専門病院を含む）を算定している施設における、一般病棟入院基本料の内訳についてみると、「7対1」（63.0%）が最も多く、次いで「10対1」（35.3%）となった。

図表 12 一般病棟入院基本料（特定機能病院、専門病院を含む）

	施設数(件)	構成割合
7対1	75	63.0%
10対1	42	35.3%
13対1	1	0.8%
15対1	1	0.8%
特別入院基本料	0	0.0%
全体	119	100.0%

2) 障害者施設等入院基本料

障害者施設等入院基本料を算定している施設は11施設であり、すべて「10対1」であった。

図表 13 障害者施設等入院基本料

	施設数(件)	構成割合
10対1	11	9.2%
13対1	0	0.0%
15対1	0	0.0%
無回答（該当なし）	108	90.8%
全体	119	100.0%

(注) 障害者施設等一般病棟の有無については、本調査では不明のため、一般病床を有する施設に占める割合として算出した。

3) 療養病棟入院基本料

療養病床を有する施設は 6 施設であり、このうち回答のあった 4 施設すべてが、療養病棟入院基本料は「8 割未満」であった。

図表 14 療養病棟入院基本料

	施設数(件)	構成割合
8 割未満	4	66.7%
8 割以上	0	0.0%
入院 E	0	0.0%
移行	0	0.0%
特別入院基本料	0	0.0%
無回答	2	33.3%
全体	6	100.0%

4) 精神病棟入院基本料

精神病床を有する施設は 31 施設であった。精神病棟入院基本料の内訳をみると、「15 対 1」(90.3%) が最も多かった。

図表 15 精神病棟入院基本料

	施設数(件)	構成割合
7 対 1	1	3.2%
10 対 1	1	3.2%
13 対 1	1	3.2%
15 対 1	28	90.3%
18 対 1	0	0.0%
20 対 1	0	0.0%
特別入院基本料	0	0.0%
全体	31	100.0%

5) 結核病棟入院基本料

結核病床を有する施設は 14 施設であった。結核病棟入院基本料の内訳をみると、「7 対 1」(50.0%、7 施設) が最も多く、次いで「10 対 1」(28.6%、4 施設) となった。

図表 16 結核病棟入院基本料

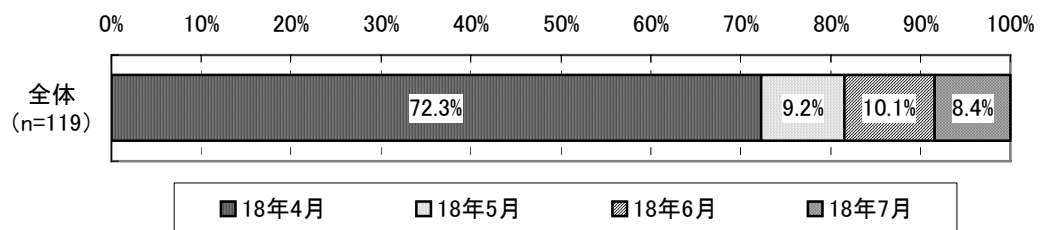
	施設数(件)	構成割合
7 対 1	7	50.0%
10 対 1	4	28.6%
13 対 1	0	0.0%
15 対 1	1	7.1%
18 対 1	0	0.0%
20 対 1	0	0.0%
特別入院基本料	0	0.0%
無回答	2	14.3%
全体	14	100.0%

(3) 褥瘡管理体制の状況

① 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の届出時期

褥瘡ハイリスク患者ケア加算の届出時期は、「平成 18 年 4 月」(72.3%)が最も多く、次いで、「平成 18 年 6 月」(10.1%)、「平成 18 年 5 月」(9.2%)、「平成 18 年 7 月」(8.4%) となった。

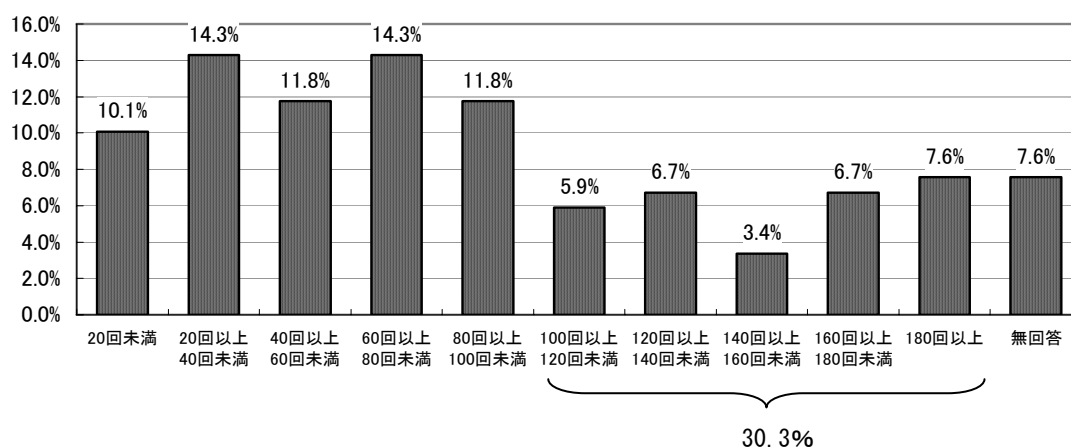
図表 17 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の届出時期



② 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の算定回数（平成 19 年 6 月分）

各施設が平成 19 年 6 月 1 か月に「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」を算定した回数についてみると、「20 回以上 40 回未満」、「60 回以上 80 回未満」がそれぞれ 14.3%で最も多く、次いで「40 回以上 60 回未満」、「80 回以上 100 回未満」がそれぞれ 11.8%、「20 回未満」が 10.1%であった。一方で、100 回以上の施設が 3 割となった。

図表 18 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の算定回数（平成 19 年 6 月分）(n=119)



1 施設あたりの当該加算の算定回数の平均は 84.0 回（標準偏差 58.0、中央値 74.0）であった。病床規模別にみると、「199 床以下」の施設における当該加算の算定回数は平均 16.5 回（標準偏差 10.5、中央値 19.0）であるが、200 床以上の施設における算定回数の平均は 50 回を超え、病床規模が大きいほど算定回数が多くなる傾向がみられた。特に「500 床以上」の施設では当該加算の算定回数は平均 103.2 回（標準偏差 59.7、中央値 91.0）と多い結果となった。

図表 19 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の算定回数（平成 19 年 6 月分）（病床規模別）

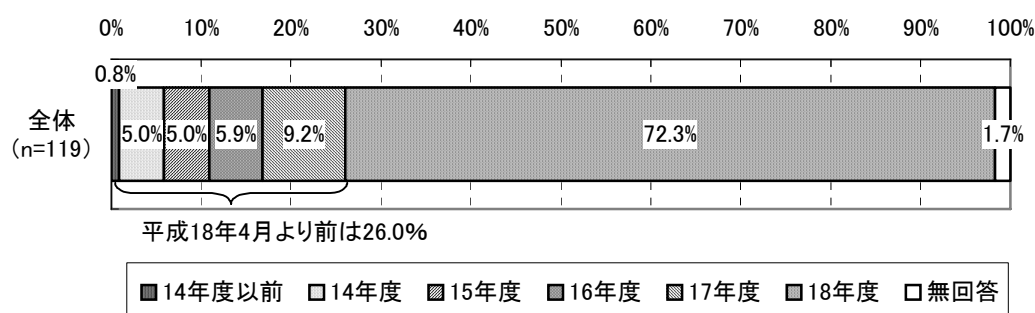
	施設数	平均値	標準偏差	中央値
全体	119	84.0	58.0	74.0
199 床以下	7	16.5	10.5	19.0
200～299 床	8	52.9	41.7	42.0
300～399 床	16	52.0	24.8	51.5
400～499 床	16	65.5	45.5	54.0
500 床以上	72	103.2	59.7	91.0

③ 褥瘡管理者（専従）の状況

1) 褥瘡対策の専従者の配置時期

褥瘡管理者としての届出にかかわらず、褥瘡対策のための専従者を配置した時期についてみると、「平成 18 年度」が 72.3%で最も多かった。一方で、「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」が新設された平成 18 年 4 月より前（平成 17 年度以前）に、褥瘡対策の専従者を配置していた施設が 26.0%あった。

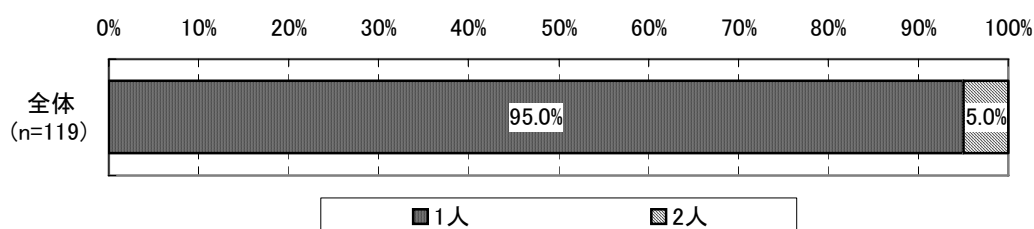
図表 20 褥瘡対策の専従者の配置時期



2) 褥瘡管理者（専従）の人数（実人員）

調査時点における専従の褥瘡管理者の人数（実人員）についてみると、「1 人」という施設が 95.0%で最も多く、「2 人」は 5.0%であった。褥瘡管理者の職種は、すべて「看護師」であった。また、1 施設あたりの専従の褥瘡管理者数の平均は 1.1 人（標準偏差 0.2、中央値 1.0）であった。

図表 21 褥瘡管理者（専従）の人数



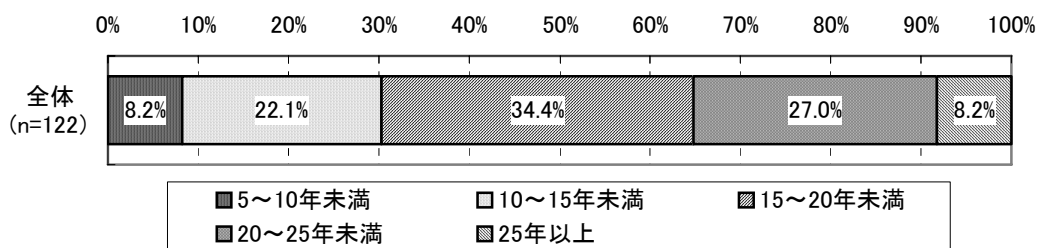
図表 22 褥瘡管理者（専従）の人数（n=119）

	平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
褥瘡管理者（専従）（人）	1.1	0.2	2	1	1.0
（うち）看護師（人）	1.1	0.2	2	1	1.0
（うち）その他（人）	0.0	0.0	0	0	0.0

3) 褥瘡管理者（専従）の臨床経験年数

専従の褥瘡管理者の臨床経験年数についてみると、「15～20年未満」（34.4%）が最も多く、次いで、「20～25年未満」（27.0%）、「10～15年未満」（22.1%）、「5～10年未満」（8.2%）、「25年以上」（8.2%）と続いた。「15年以上」の褥瘡管理者が約7割を占めた（69.9%）。また、臨床経験年数の平均は17.3年（標準偏差5.4、中央値17.0）であった。

図表 23 臨床経験年数（褥瘡管理者数ベース）



(注) 専従の褥瘡管理者を2人配置している施設が6施設あった。一方、褥瘡管理者の臨床経験年数について無回答であった施設が3施設（いずれも専従の褥瘡管理者数は1人）あったため、ここでは、褥瘡管理者122人分の臨床経験年数を集計対象とした。

図表 24 褥瘡管理者（専従）の臨床経験年数（褥瘡管理者数ベース、n=122）

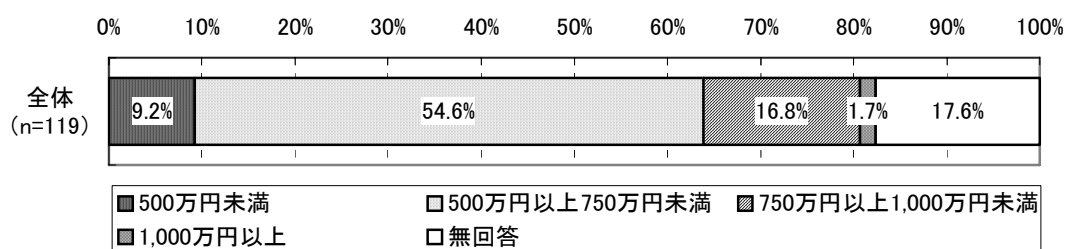
	平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
臨床経験年数（年）	17.3	5.4	30	5	17.0

(注) 専従の褥瘡管理者を2人配置している施設が6施設あった。一方、褥瘡管理者の臨床経験年数について無回答であった施設が3施設（いずれも専従の褥瘡管理者数は1人）あったため、ここでは、褥瘡管理者122人分の臨床経験年数を集計対象とした。

4) 褥瘡管理者（専従）に係る人件費

1 施設における専従の褥瘡管理者に係る人件費についてみると、「500 万円以上 750 万円未満」が 54.6%で最も多く、次いで「750 万円以上 1,000 万円未満」が 16.8%、「500 万円未満」が 9.2%となった。1 施設あたりの褥瘡管理者に係る人件費の平均は 658.3 万円（標準偏差 147.6、中央値 650.3）であった。

図表 25 褥瘡管理者（専従）に係る人件費（1 施設あたり）



(注)・「人件費」は「給与（福利厚生含む）（平成 19 年 6 月分）」の 12 倍と「賞与（年間）」の和。

・人件費は、専従の褥瘡管理者全員に係る人件費である。たとえば、専従の褥瘡管理者を 2 人配置している施設では、2 人分の人件費となる。

次に、専従の褥瘡管理者 1 人あたりの給与・賞与についてみると、給与は平均 40.0 万円（標準偏差 8.5、中央値 40.5）、賞与は平均 162.7 万円（標準偏差 82.4、中央値 158.1）であり、年収は 642.5 万円（標準偏差 146.2、中央値 649.7）となった。

図表 26 褥瘡管理者（専従）の給与・賞与（1 人あたり）（n=97）

単位：万円

	平均	標準偏差	最大値	最小値	中央値
給与（平成 19 年 6 月分）	40.0	8.5	56.9	15.0	40.5
賞与（年間）	162.7	82.4	706.2	35.3	158.1
年収（給与の 12 倍と賞与の和）	642.5	146.2	1,254.6	238.3	649.7

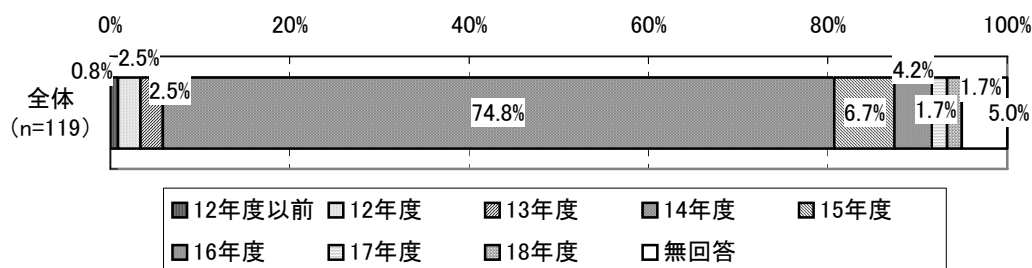
(注) 1 人あたりの給与と賞与が把握できた 97 施設を集計対象とした。

④ 褥瘡対策チーム

1) 褥瘡対策チームの設置時期

褥瘡対策チームの設置時期についてみると、「平成 14 年度」(74.8%) が最も多く、次いで「平成 15 年度」(6.7%)、「平成 16 年度」(4.2%) となった。「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」が新設された「平成 18 年度」は 1.7%に過ぎず、それよりも前に、既に褥瘡対策チームを設置していた施設が 9 割を超えた。

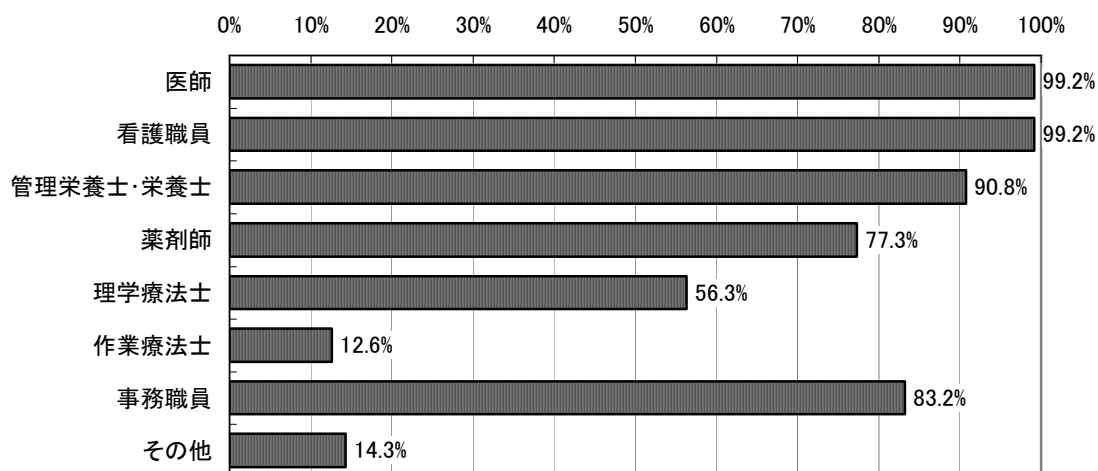
図表 27 褥瘡対策チームの設置時期



2) 褥瘡対策チームに参加している職種

褥瘡対策チームに参加しているメンバーの職種についてみると、「医師」、「看護師」の割合がそれぞれ 99.2%で最も高く、次いで「管理栄養士・栄養士」(90.8%)、「事務職員」(83.2%)、「薬剤師」(77.3%) となった。褥瘡対策チームにおける「事務職員」の役割としては、「診療報酬が正しく算定されているかのチェック」、「加算回数の集計」、「診療報酬に関する情報提供等」ということであった。

図表 28 褥瘡対策チームに参加している職種 (複数回答) (n=119)



(注) 「その他」の内容として、「MSW」「臨床検査技師」等の回答があった。

(4) 褥瘡管理の取組みと効果

① 褥瘡管理のための院内研修

加算届出前後のそれぞれ1年間における、褥瘡管理のための院内研修の開催回数は、「加算届出前」が平均5.4回（標準偏差3.8、中央値4.5）、「加算届出後」が平均7.1回（標準偏差4.7、中央値6.5）となり、加算届出前後で回数の増加がみられた。

図表 29 院内研修開催回数 (n=66)

	平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
加算届出前 (回)	5.4	3.8	18	0	4.5
加算届出後 (回)	7.1	4.7	26	0	6.5

(注)・「加算届出前」は加算届出の前月からさかのぼって1年間分、「加算届出後」は加算届出月から1年間分とした。

- ・褥瘡管理のための院内研修開催回数について有効回答が得られた66施設を対象に集計した。

加算届出前後のそれぞれ1年間における、褥瘡管理のための院内研修の延べ参加者数は、「加算届出前」が1施設あたり平均203.8人（標準偏差148.2、中央値169.0）、「加算届出後」が平均278.9人（標準偏差177.9、中央値252.0）となり、加算届出前後で院内研修延べ参加者数の増加がみられた。

図表 30 院内研修延べ参加者数 (n=66)

	平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
加算届出前 (人)	203.8	148.2	622	0	169.0
加算届出後 (人)	278.9	177.9	710	0	252.0

(注)・「加算届出前」は加算届出の前月からさかのぼって1年間分、「加算届出後」は加算届出月から1年間分とした。

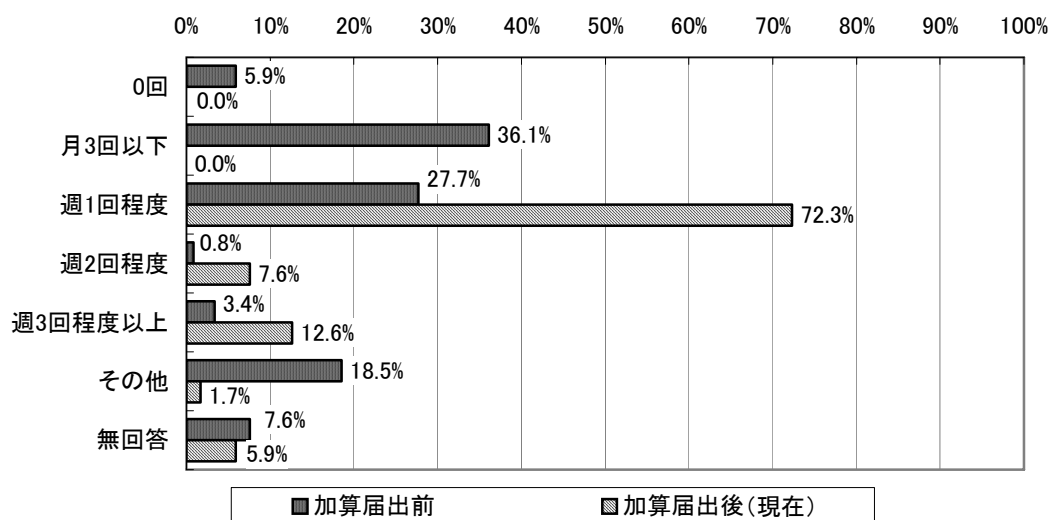
- ・褥瘡管理のための院内研修延べ参加者数について有効回答が得られた66施設を対象に集計した。

② カンファレンス

1) 褥瘡対策に係わる病棟でのカンファレンス

褥瘡対策に係わる病棟でのカンファレンスの開催頻度についてみると、「加算届出前」は「月3回以下」の割合が36.1%で最も高く、次いで「週1回程度」が27.7%であった。「加算届出後（現在）」は「週1回程度」の割合が72.3%で最も高く、次いで「週3回程度以上」が12.6%、「週2回程度」が7.6%となった。全体的にみると、加算届出前後で、開催頻度の増加がみられた。

図表 31 褥瘡対策に係わる病棟でのカンファレンス (n=119)

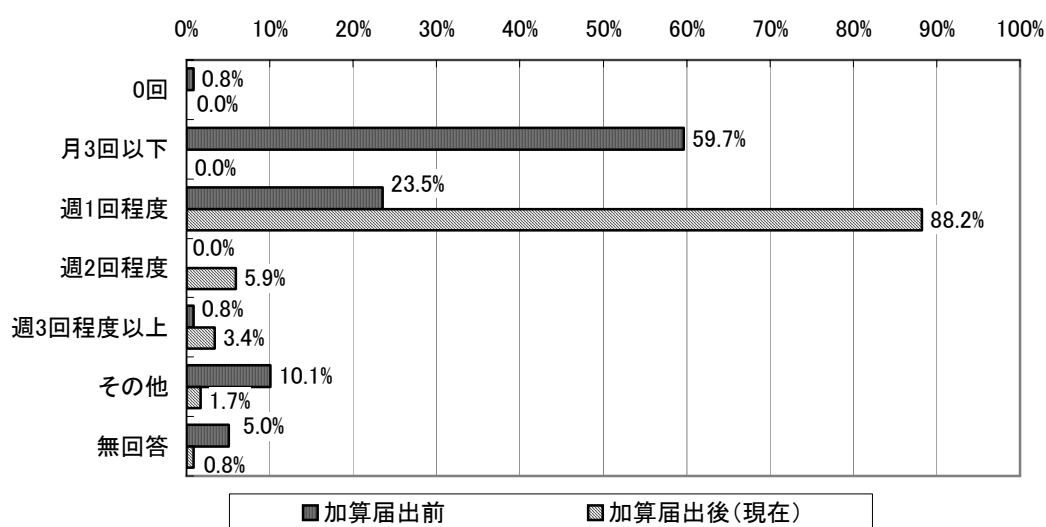


- (注)・ここでの「褥瘡対策に係わる病棟でのカンファレンス」とは、主に、褥瘡管理者が病棟に向き、褥瘡を有する患者のケアに関して病棟スタッフと行うものを指す。
- ・「その他」には、「必要時（に行う）」、「各担当看護師の主導により（行っている）」等の記載があった。

2) 褥瘡対策チームによるカンファレンス

褥瘡対策チームによるカンファレンスの開催頻度についてみると、「加算届出前」は「月3回以下」の割合が59.7%で最も高く、次いで「週1回程度」が23.5%であった。「加算届出後（現在）」は、「週1回程度」の割合が88.2%で最も高く、次いで「週2回程度」が5.9%、「週3回程度以上」が3.4%であった。全体的にみると、加算届出前後で、開催頻度の増加がみられた。

図表 32 褥瘡対策チームによるカンファレンス (n=119)



(注)・ここでの「褥瘡対策チームによるカンファレンス」とは、褥瘡対策に関して、褥瘡対策チームの構成員および必要に応じて、主治医、看護師等が参加するものを指す。

・「その他」には、「必要時（に行う）」、「各担当看護師の主導により（行っている）」との記載があった。

③ 活動時間

「褥瘡ハイリスク患者ケア加算届出前の任意の1週間の活動時間（加算届出前）」と「直近1週間の活動時間（加算届出後）」の平均についてみると、「加算届出前」から「加算届出後」の「直接ケア（ケアの記録を含む）」は11.0時間から16.3時間に増加した。同様にみていくと、「患者、家族に対する個別教育」は2.5時間から4.1時間に、「医療従事者（看護職員、医師等）に対する個別教育」は2.5時間から4.9時間に、「院内集団教育」は0.9時間から1.6時間に、「コンサルテーション」は2.8時間から5.8時間に、「褥瘡対策に係るカンファレンス」は1.3時間から2.5時間にと、それぞれ加算届出前後で、活動時間の増加がみられた。

図表 33 「褥瘡ハイリスク患者ケア加算届出前の任意の1週間の活動時間（加算届出前）」と「直近1週間の活動時間（加算届出後）」(n=95)

単位:時間

	加算届出前		加算届出後	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
1) 直接ケア（ケアの記録を含む）	11.0	12.6	16.3	12.9
2) 患者、家族に対する個別教育	2.5	3.6	4.1	6.7
3) 医療従事者（看護職員、医師等）に対する個別教育	2.5	2.8	4.9	4.5
4) 院内集団教育	0.9	1.7	1.6	2.3
5) コンサルテーション	2.8	3.5	5.8	10.3
6) 褥瘡対策に係るカンファレンス	1.3	1.4	2.5	2.2
7) その他（委員会等）	3.2	12.1	3.2	4.5

(注)・「加算届出前」とは、「褥瘡ハイリスク患者ケア加算届出前の任意の1週間」を、「加算届出後」とは、加算届出後である「直近1週間」を指す。

・活動時間について有効回答が得られた95施設を対象に集計した。

④ アセスメント等の実績

加算の届出前月、届出月、平成 19 年 6 月の各 1 か月間におけるアセスメント等の実績をまとめた。「褥瘡リスクアセスメント実施数」についてみると、「届出月」では平均 264.3 人であったが、平成 19 年 6 月には平均 324.6 人となり、22.8%の増加がみられた。同様に「褥瘡ハイリスク患者特定数」と「褥瘡ハイリスク患者ケア実施数」をみていくと、「褥瘡ハイリスク患者特定数」の平均は 48.6 人から 89.3 人（83.7%増）へと、「褥瘡ハイリスク患者ケア実施数」の平均は 46.8 人から 86.9 人（85.7%増）へと大幅に増加した。

次に、「院内発生の褥瘡を有する患者数」、「D3 以上の褥瘡を有する患者数」、「(D3 以上の褥瘡を有する患者数の) うち院内発生数」について、それぞれ平均値の動向をみていくと、届出前月、届出月、平成 19 年 6 月の順でいずれも減少がみられた。

さらに、褥瘡対策の効果として「褥瘡推定発生率」の動向についてみると、届出前月の平均は 1.9%であったが、届出月には 1.8%、平成 19 年 6 月には 1.6%と改善の傾向がみられた。

図表 34 アセスメント等の実績

			平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
褥瘡リスクアセスメント実施数 (人)	n=103	届出前月	264.3	496.8	3,992	0	95.0
	n=103	19 年 6 月	324.6	510.0	3,758	1	150.0
褥瘡ハイリスク患者特定数 (人)	n=103	届出前月	48.6	57.2	334	0	30.0
	n=103	19 年 6 月	89.3	65.0	388	0	76.0
褥瘡ハイリスク患者ケア実施数 (人)	n=104	届出前月	46.8	56.6	334	0	26.5
	n=104	19 年 6 月	86.9	65.1	388	2	74.0
院内発生の褥瘡を有する患者数 (人)	n=95	届出前月	12.9	8.7	43	2	11.0
	n=95	届出月	12.3	8.6	44	1	10.0
	n=95	19 年 6 月	11.7	7.7	38	0	9.0
D3 以上の褥瘡を有する患者数 (人)	n=89	届出前月	5.0	5.2	25	0	4.0
	n=89	届出月	4.6	4.9	19	0	3.0
	n=89	19 年 6 月	4.0	5.1	26	0	2.0
上記のうち院内発生数 (人)	n=89	届出前月	2.2	2.5	12	0	1.0
	n=89	届出月	1.9	2.7	13	0	1.0
	n=89	19 年 6 月	1.6	2.6	15	0	1.0
褥瘡推定発生率 (%)	n=80	届出前月	1.9	1.9	14.8	0.0	1.6
	n=80	届出月	1.8	1.9	14.7	0.0	1.4
	n=80	19 年 6 月	1.6	1.5	11.4	0.0	1.2

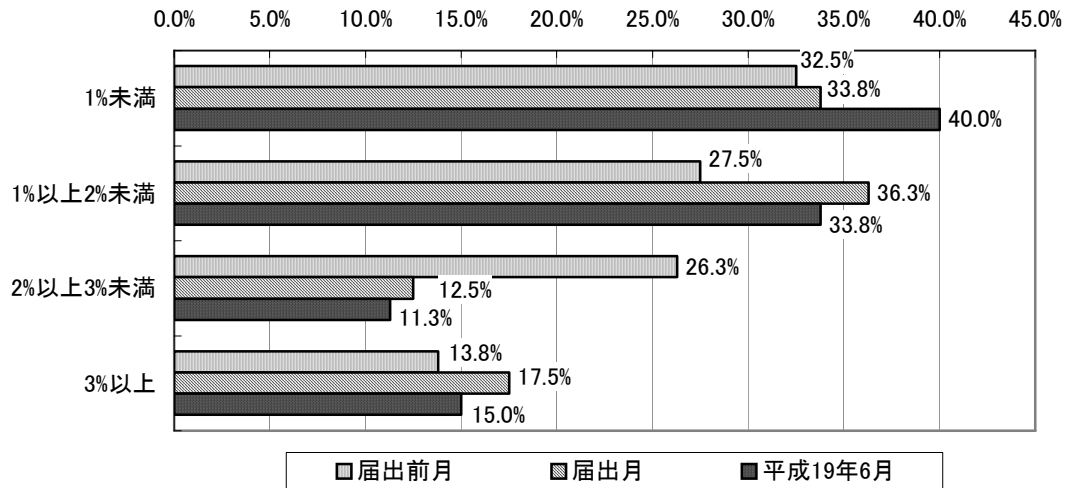
(注)・ここでの「褥瘡リスクアセスメント実施数」とは、診療報酬に規定する「褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書」を用いて行ったものを指す。

- ・「D3 以上の褥瘡を有する患者」とは、褥瘡の深さが D3（皮下組織までの損傷）である褥瘡を有する患者を指す。
- ・「褥瘡推定発生率」は、日本褥瘡学会の以下の定義による。

褥瘡推定発生率 (%) = {(調査日に褥瘡を保有する患者数 - 入院時既に褥瘡保有が記録されていた患者数) × 100} ÷ 調査日の施設入院患者数

褥瘡推定発生率の分布状況についてみると、褥瘡推定発生率が「1%未満」の施設割合をみると、「届出前月」が32.5%、「届出月」が33.8%、「平成19年6月」が40.0%と、時が経つにつれてその割合が高くなった。一方、「平成19年6月」における「2%以上3%未満」の施設割合は、「届出前月」と比較して非常に低い結果となった。

図表 35 褥瘡推定発生率 (n=80)



(注)・「褥瘡推定発生率」は、日本褥瘡学会の以下の定義による。

褥瘡推定発生率 (%) = {(調査日に褥瘡を保有する患者数 - 入院時既に褥瘡保有が記録されていた患者数) × 100} ÷ 調査日の施設入院患者数

・「届出前月」「届出月」「平成19年6月」の3時点の褥瘡推定発生率について回答のあった80施設を対象に集計した。

⑤ 褥瘡ハイリスク算定患者のリスク項目別人数

平成19年6月1か月分における褥瘡ハイリスク算定患者のリスク項目別人数の平均についてみると、「麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの」(37.0人)が最も多く、次いで、「特殊体位による手術を受けたもの」(18.1人)、「6時間以上の全身麻酔下による手術を受けたもの」(13.0人)、「極度の皮膚の脆弱(低出生体重児、GVHD、黄疸等)であるもの」(12.6人)、「褥瘡に関する危険因子(病的骨突出、皮膚湿潤、浮腫等)があつて既に褥瘡を有するもの」(10.6人)、「重度の末梢循環不全」(9.4人)、「ショック状態」(8.7人)、「強度の下痢が続く状態であるもの」(2.0人)という順であつた。

図表 36 褥瘡ハイリスク算定患者のリスク項目別人数(平成19年6月分)(n=113)

単位:人

	平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
1) ショック状態	8.7	10.0	53	0	6.0
2) 重度の末梢循環不全	9.4	14.1	115	0	5.0
3) 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの	37.0	41.7	292	0	25.0
4) 6時間以上の全身麻酔下による手術を受けたもの	13.0	16.2	73	0	6.0
5) 特殊体位による手術を受けたもの	18.1	24.3	124	0	8.0
6) 強度の下痢が続く状態であるもの	2.0	3.8	21	0	1.0
7) 極度の皮膚の脆弱(低出生体重児、GVHD、黄疸等)であるもの	12.6	18.4	106	0	5.0
8) 褥瘡に関する危険因子(病的骨突出、皮膚湿潤、浮腫等)があつて既に褥瘡を有するもの	10.6	16.0	153	0	7.0

(注) リスク項目別人数について有効回答が得られた113施設を対象に集計した。

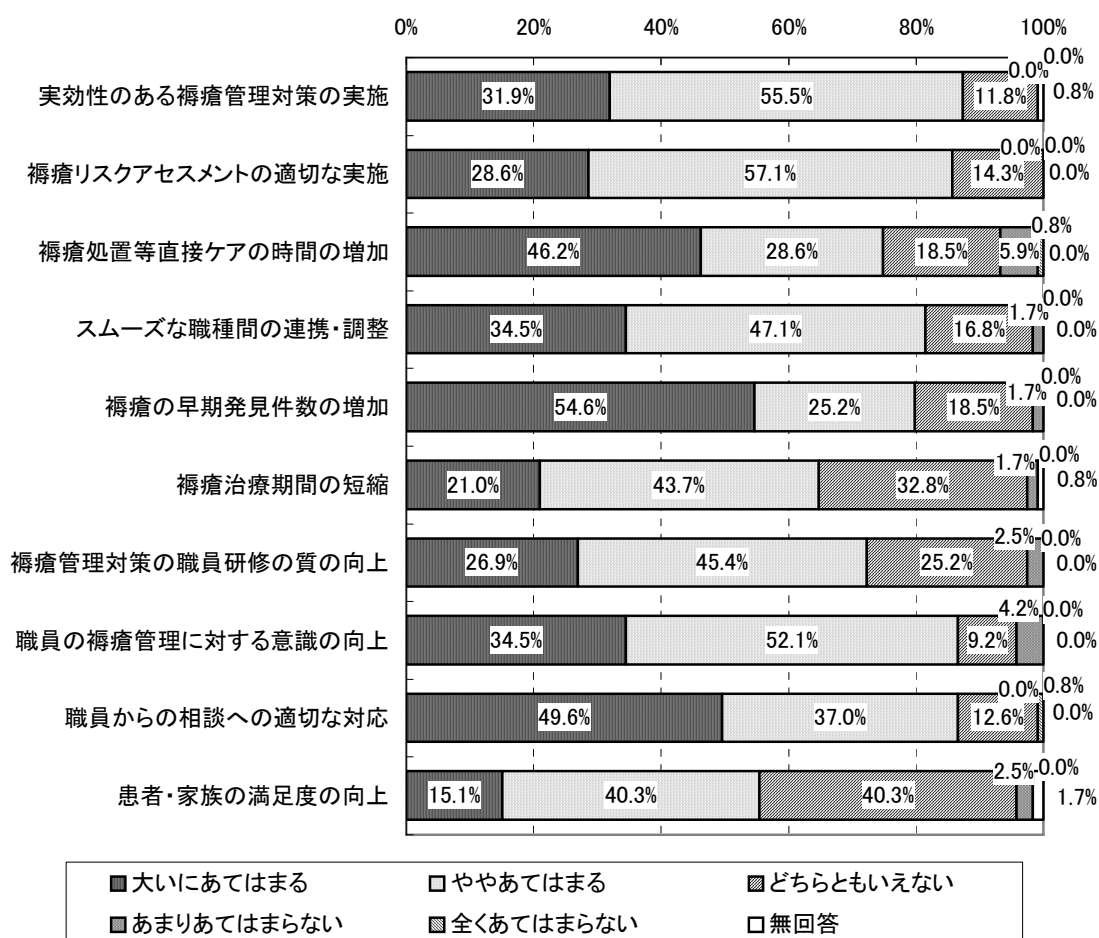
⑥ 褥瘡管理者（専従）配置の効果

専従の褥瘡管理者配置の効果についてみると、「大いにあてはまる」という回答割合が高かったのは、「褥瘡の早期発見件数の増加」（54.6%）、「職員からの相談への適切な対応」（49.6%）、「褥瘡処置等直接ケアの時間の増加」（46.2%）であった。

また、「大いにあてはまる」と「ややあてはまる」の回答割合の合計が8割を超えたのは、「実効性のある褥瘡管理対策の実施」（87.4%）、「職員の褥瘡管理に対する意識の向上」（86.6%）、「職員からの相談への適切な対応」（86.6%）、「褥瘡リスクアセスメントの適切な実施」（85.7%）、「スムーズな職種間の連携・調整」（81.6%）であった。

一方、「どちらともいえない」の回答割合が相対的に高かったのは、「患者・家族の満足度の向上」（40.3%）であった。

図表 37 褥瘡管理者（専従）配置の効果（n=119）



⑦ 褥瘡管理者の専従配置による効果（自由記述方式）

褥瘡管理者の専従配置による効果について、自由記述方式により回答していただいた。以下は、そのうち代表的な意見を取りまとめたものである。

1) 褥瘡予防・管理の指針やガイドラインの作成

- ・ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の届出に伴い、新しく褥瘡対策基準を更新し、「褥瘡ハイリスクケア患者ケア加算運用マニュアル」を作成した。
- ・ 褥瘡の基礎知識から予防対策、治療までについて、褥瘡対策委員会のメンバーが専門的知識を活用し、褥瘡ケアマニュアルを作成した。
- ・ 褥瘡診療計画書の活用により、入院時から、褥瘡予防対策が標準看護計画として提供できるようになった。
- ・ 日本褥瘡学会出版のガイドラインを基本として、当院のガイドラインを作成し、研修会を通して、周知・徹底の努力を行ってきた。

2) 褥瘡評価方法等の統一

- ・ 褥瘡予防及び褥瘡ケアの内容検討や指導について、院内を横断的に活動できるようになり、その結果、褥瘡推定発生率を前年度より1%減少させることができた。
- ・ 全病棟に対して段階的に褥瘡ハイリスク患者ケア対策の導入を進め、褥瘡予防治療ケアに関する記録評価用紙を作成した。毎日記録をすることで早期に褥瘡発見が可能となり、褥瘡ハイリスク患者ケア対策導入後から褥瘡発生率が上がってきている。しかしD1・D2と浅い褥瘡が多く、D3以上の褥瘡の発生は減少している。

3) 褥瘡ケアのための時間の確保、時宜を得た対応

- ・ 部署からのコンサルテーション相談にタイムリーに対応することができるようになり、患者へのケア対応も早く行うことができるようになった。患者の状態把握を十分行うことができるようになったため、重症の褥瘡発生はほとんどない。
- ・ 褥瘡予防対策に時間が費やせるようになり、褥瘡発生率が低減した。また、褥瘡の深達度が浅くなり、早期対応により、治癒期間が短くなった。
- ・ 褥瘡管理に関わる時間が確保できたため、スタッフからの依頼に対し、その時またはその日のうちに介入ができるようになった。

4) ケア用品の導入、見直し

- ・ 手術後に使用するウレタンマットを導入し、術後の褥瘡予防が確実に実施できるようになった。
- ・ ガーゼ固定時に使用しているテープについて、安全性を重視した見直しを行い、院内統一を図ることができた。
- ・ エアーマットの適正数の購入、管理方法の見直し（中央管理化）、被覆剤の見直しによ

- る、病棟、病院内の処置の統一などコストダウンにつながっている。
- ・ 褥瘡予防マットの購入がスムーズに可能となった。
- 5) その他
- ・ 従来より褥瘡対策チームは設置していたが、主に病棟活動が中心であった。専従になったことで、新たに「褥瘡専門外来」の開設や「褥瘡回診」が開始され、入院から通院後の継続的なアプローチや多職種での協力体制が整えられた。

⑧ 褥瘡管理対策を実施する上での課題等（自由記述方式）

褥瘡管理対策を実施する上での課題等について、自由記述方式により回答していただいた。以下は、そのうち代表的な意見を取りまとめたものである。

1) 褥瘡ケアや褥瘡リスクに係るアセスメント能力の向上

- ・ 褥瘡ハイリスクで集中的にケアしていても、褥瘡が発生することがある。全身状態が不良な患者が多いが、発生数を減少させる必要がある。ハイリスク患者の動きについてアセスメントし、対策を検討する必要があると考える。
- ・ スタッフにおいては（特に看護部）、褥瘡管理者がいるということで、自発的なアセスメントやケア計画・実践ができない。現場での早期のアセスメントや対処が重要である。
- ・ はじめのスクリーニングが障害老人の日常生活自立度の判断だけでは、（ハイリスクの）患者が漏れてしまうことがあり、特にターミナル患者や小児患者などは、リスクアセスメントが重要である。
- ・ 褥瘡のリスクのある患者の発見が遅れているため、褥瘡が発生してから褥瘡ハイリスク患者として届けられるケースが多い。早期にリスク患者を把握し、対策ケアを実施する必要がある。

2) 褥瘡管理対策の教育・研修の充実化と人材育成

- ・ 各病棟において、褥瘡対策について他職員や患者・家族に適切な指導を行える看護師を育成することが課題である。
- ・ 研修会、セミナー等で褥瘡のアセスメント能力は高まってきているが、人員の入れ替わりも多く、継続した教育が必要である。
- ・ 講演会、褥瘡リンクナースへの勉強会といった分散教育のみならず、院内全体の効果的な集団教育方法を検討していかなければならない。
- ・ 褥瘡管理者が WOC（創傷・オストミー・失禁）看護師のため、W 以外の部分でのスキルアップの方法を提示していく必要がある。

3) 他職種との連携体制の充実化

- ・ スタッフ間でも情報の伝達がうまくいかない。
- ・ 定期的な褥瘡カンファレンスの実施に努力を要する。
- ・ 他（多）職種が集まったのチームカンファレンスが理想的であるが、時間調整が難しい。
- ・ 緩和、NST（栄養サポートチーム）、退院支援など他のチームとの連携を今後どのように進めていくかが課題となっている。
- ・ 褥瘡対策チームに事務系やリハビリチームの参加が必要である。

4) 医師等、褥瘡管理者以外の積極的な参加と理解

- ・ 褥瘡対策に対して、医師や病院の事務部門の理解と協力が必要である。そうでなければ、備品は揃えられない。
- ・ 看護師の褥瘡予防等に対する意識は高まったが、医師の褥瘡管理に対する意識がまだ低いのが現状。勉強会を開催しても医師の参加はほとんどない。医師の意識を高めていくことが今後の課題である。
- ・ 医師側からの積極的な参加は見られにくく（対策チームの医師は十分に積極的であるが）、病院全体としての取組みの意思はまだ弱い。
- ・ 褥瘡予防、褥瘡ケアを実践するにあたり、医師の協力が得られにくい。皮膚科や形成外科医師以外の医師に対する周知が必要。
- ・ 部署により、褥瘡対策に対する意識に差が生じている。
- ・ スタッフの、褥瘡を減少させたいという意欲が欠けている。マニュアルは参考程度のものであるので、自分自身で考えてケアを行うことによって、手応えが得られるのではないかと考えている。スタッフの自主性を引き出す指導が必要である。

5) 褥瘡対策における地域連携の促進

- ・ 地域との連携をいかに広げていくかが課題である。院内の褥瘡対策が整備できても、地域の施設や在宅での対策が不十分である。
- ・ 在宅からの褥瘡患者には重症者が多く、地域連携での不備がある。
- ・ 地域連携による在宅での褥瘡対策の推進が必要である。
- ・ 地域連携へとつなげていく必要があり、医師、看護師それぞれが褥瘡に対する関心を持ち、活動していく必要がある。
- ・ 勉強会をオープン化し、地域ぐるみの褥瘡対策に取り組み始めたところではあるが、今後も定期的な勉強会の開催や症例検討会によって、情報交換できる場を設け、地域との交流を図り、地域全体の褥瘡ケアのスキルアップを図っていきたい。そして、地域での褥瘡ケアネットワークの構築を目指していこうと考えている。

6) 持込褥瘡患者への対応強化

- ・ 全褥瘡保有者の50～70%が、（自院以外で）褥瘡を既に有していた患者で、かつ感染症を併発した治癒困難な褥瘡症例が多い。
- ・ 在院日数の短縮に伴い、褥瘡を保有したまま、入退院する患者のケア継続が必要である。
- ・ 院内における褥瘡発生は減少傾向にあるが、依然として、新たに入院してきた患者の褥瘡（自院以外で褥瘡発生）は重症である場合が多く、地域への情報提供や啓蒙活動が必要である。

7) 書類管理の簡素化

- ・ リスクアセスメント用紙など紙の管理が課題である。

- ・書類の整理や数の記録に多くの時間を費やしている。
- ・情報がタイムリーに収集・入力できるよう、電子カルテの導入が必要である。
- ・電子カルテが導入されていない施設では、書類が煩雑である。
- ・オーダーリングが未導入のため、報告書のコンピュータ入力時間の手間がかかる。
- ・データ管理に要する時間が多い。電子カルテ化していないため、紙運用のメリットもあるが、手作業でのデータ管理となっている。

8) 褥瘡予防のための用具の充実化と管理の徹底

- ・高機能の褥瘡予防具は高価なため、まだまだ不足している。
- ・安楽な体位変換を目指すように指導しているが、クッションが不足している。
- ・十分なマットレスや用具が足りない。
- ・体圧分散寝具等の物品不足の把握及び適正使用が課題である。
- ・在宅では、介護利用により、高機能エアマットレスが使用されているが、同レベルのマットレスを病院で用意することはコスト的に難しい。
- ・マットの不足（定期的なメンテナンスの不足）や管理（場所、在庫状況がすぐ分かるパソコン上での管理など）が課題である。
- ・除圧用具の管理が課題である。
- ・体圧分散寝具の中央管理が課題である。
- ・老朽化した体圧分散マットレスの廃棄が課題である。

9) 褥瘡管理者の負担軽減化

- ・専従褥瘡管理者の負担が非常に大きい。
- ・病床数が多ければ、1人の管理者で全体（患者1人1人）を診ることは時間的に無理がある。
- ・専従1人では、褥瘡患者ケアの実践時間の不足、褥瘡ハイリスク患者の見落とし、スタッフに対する教育時間の不足など、管理が不十分な部分があり、人的配置（専従を増やすなど）が課題である。
- ・チームで褥瘡管理対策を実施していても、現実的には褥瘡管理者であるWOC（創傷・オストミー・失禁）看護認定看護師に任せっきりで頼りきっている施設がほとんどと考えられる。そのため、褥瘡管理者は過剰な労働を強いられている。褥瘡管理者の労働状況を調べて、褥瘡管理者に求められる役割とその内容の検討が必要である。
- ・WOC看護認定看護師でないと出来ないというのはおかしい。褥瘡学会での認定を行うべきではないか。半年勉強した看護師（WOC）だけでは、その人に負担がかかりすぎる。病院側も、診療報酬として500点とっていても、一般看護師と同じようにしか扱わない。
- ・現在、褥瘡管理者はWOC看護認定看護師だけである。従来WOC看護認定看護師として専任で活動していた者にとっては、専任から専従に変わったメリットがあまり感じられない。看護ケアに対して診療報酬が設定されたことは喜ばしいことであるが、現

場は混乱しているように感じる。日本褥瘡学会が認定制度を開始したが、褥瘡管理者の枠を広げてもらえれば、多くの病院で「より質の高い褥瘡対策」が行われるのではないか。

10) 褥瘡管理に係るコストを賄う加算の必要性

- ・ 加算だけでは褥瘡予防にかかるコストがペイしない。
- ・ 褥瘡対策会、運営経費予算の増額が必要である。
- ・ 褥瘡発生率を抑えるためには、専従が望ましいと考えるが、現状ではコスト的に無理がある。しかし、今後も 500 点加算以上が続くようであれば専従を配置できるかもしれない。
- ・ 予防対策として、動きの教育をどの程度院内教育として実施しているのかを評価してほしい。病院でも在宅でも看護、介護の臨床にいる一番の介護者は看護師である。その看護師の質が問われている。

11) 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の明確化

- ・ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の要件が曖昧である。
- ・ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の定義がまだ分かりにくい部分がある。
- ・ ハイリスク項目のどれにも該当しないが、ハイリスクである患者が多数あるので、項目の見直しと、誰にでも分かりやすい表現への見直しで、共通の理解が得やすいと考える。
- ・ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算のリスク項目の解釈により、項目にはあてはまらないがリスクの高い場合もあり、共通解釈ができる指標が必要である。
- ・ ハイリスク項目の解釈を、より詳細にしたものを病院で作成・運用しているが、ハイリスクであるにもかかわらず、現在の項目にあてはまりにくい状態もあるので困る。
- ・ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の算定は管理者の判断に任されているので、特定する患者に差が出てくると思われる。
- ・ 褥瘡ハイリスクのリスク項目に、意識障害や終末期患者、リハビリ期患者など、褥瘡ハイリスクと思われる患者が対象外となっている。そのため、その患者の褥瘡予防が遅れ、院内褥瘡発生率アップの原因となっている。
- ・ 褥瘡ハイリスクのリスク項目に該当しないハイリスクの患者がいる。脳梗塞、片麻痺などの項目もつけてほしい。
- ・ ターミナル期の褥瘡予防が課題である。
- ・ 脊損など車いすで ADL 自立している方への対応が課題である。

6. まとめ

本調査より明らかになった点は、以下のとおりである。

- ・ 「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」を届け出ている病院の病床規模については、「500床以上」が6割、「200床以上」が9割強となった。また、許可病床数の平均は580.5床となった（図表8）。
- ・ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の届出時期は、平成18年度診療報酬改定直後の「平成18年4月」が72.3%で最も多かった（図表17）。
- ・ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の算定回数（平成19年6月1か月分）の1施設あたり平均は84.0（中央値は74.0）回であった。病床規模が大きいほど、当該加算の算定回数は多くなった（図表19）。
- ・ 褥瘡管理者としての届出にかかわらず、褥瘡対策のための専従者を配置した時期は、「平成18年度」が72.3%であった。「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」が新設される以前に専従者を配置していた施設は26.0%であった（図表20）。
- ・ 専従の褥瘡管理者の配置人数は、「1人」という施設が95.0%、「2人」が5.0%であった（図表21）。その職種はすべて「看護師」であった（図表22）。
- ・ 専従の褥瘡管理者の臨床経験年数は「15～20年未満」が34.4%で最も多く、次いで「20～25年未満」が27.0%であった（図表23）。また、臨床経験年数の平均は17.3（中央値は17.0）年であった（図表24）。
- ・ 1施設における専従の褥瘡管理者に係る人件費（給与の12倍と賞与の和）については、「500万円以上750万円未満」が54.6%で最も多く、次いで「750万円以上1,000万円未満」が16.8%、「500万円未満」が9.2%となった（図表25）。また、褥瘡管理者1人あたりの年収の平均は642.5（中央値は649.7）万円であった（図表26）。
- ・ 褥瘡対策チームの設置時期は、「平成14年度」が74.8%で最も多かった（図表27）。
- ・ 褥瘡対策チームに参加しているメンバーの職種としては、「医師」「看護師」が参加している施設が99.2%であった。また、「管理栄養士・栄養士」が参加している施設は90.8%、「事務職員」が参加している施設は83.2%であった。「薬剤師」「理学療法士」が参加している施設の割合は、それぞれ77.3%、56.3%であった（図表28）。
- ・ 加算届出前後それぞれ1年間における、褥瘡管理のための院内研修については、開催回数（平均5.4回→7.1回へ）、延べ参加者数（203.8人→278.9人）のいずれにおいても、加算届出前後で平均値の増加がみられた（図表29、図表30）。
- ・ 褥瘡対策に係わる病棟でのカンファレンスの開催頻度は、加算届出前は「月3回以下」（36.1%）が最も多かったが、加算届出後は「週1回程度」（72.3%）が最も多くなり、全体的に開催頻度が高くなった（図表31）。褥瘡対策チームによるカンファレンスの開催頻度についても、同様であった（図表32）。
- ・ 加算届出前後での褥瘡管理者の1週間あたりの活動時間数については、「直接ケア（ケアの記録を含む）」だけではなく、「患者、家族に対する個別教育」、「医療従事者に対

- する個別教育」、「院内集団教育」、「コンサルテーション」、「褥瘡対策に係るカンファレンス」といったいずれにおいても、その活動時間数が増加した（図表 33）。
- 平成 19 年 6 月時点の「褥瘡リスクアセスメント実施数」は平均 324.6 人となり、加算届出月（264.3 人）よりも 22.8%増加した。これに伴い、「褥瘡ハイリスク患者特定数」「褥瘡ハイリスク患者ケア実施数」も、それぞれ、48.6 人から 89.3 人（83.7%増）、46.8 人から 86.9 人（85.7%増）へと増加した（図表 34）。
 - 「院内発生褥瘡を有する患者数」「D3 以上の褥瘡を有する患者数」「院内発生 D3 以上の褥瘡を有する患者数」については、加算届出前月、届出月、平成 19 年 6 月と時間の経過に伴い、該当患者数が減少した（図表 34）。
 - この結果、「褥瘡推定発生率」の平均は加算届出月が 1.9%、届出月が 1.8%、平成 19 年 6 月が 1.6%と徐々に減少した（図表 34）。また、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を届け出ている施設における、褥瘡推定発生率が「1%未満」の施設が占める割合は、加算届出前月が 32.5%、届出月が 33.8%、平成 19 年 6 月が 40.0%と徐々に増加した（図表 35）。
 - 褥瘡ハイリスク算定患者のリスク項目別人数については、「麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの」が平均 37.0 人で最も多く、次いで、「特殊体位による手術を受けたもの」が 18.1 人、「6 時間以上の全身麻酔下による手術を受けたもの」が 13.0 人で続いた（図表 36）。
 - 褥瘡管理者の（専従）配置の効果として「大いにあてはまる」という回答が多かった項目は、「褥瘡の早期発見件数の増加」（54.6%）、「職員からの相談への適切な対応」（49.6%）、「褥瘡処置等直接ケアの時間の増加」（46.2%）であった。また、「大いにあてはまる」と「ややあてはまる」を合わせた回答割合が 8 割を超えた項目は、「実効性のある褥瘡管理対策の実施」（87.4%）、「職員の褥瘡管理に対する意識の向上」（86.6%）、「職員からの相談への適切な対応」（86.6%）、「褥瘡リスクアセスメントの適切な実施」（85.7%）、「スムーズな職種間の連携・調整」（81.6%）であった（図表 37）。

⑪褥瘡ハイリスク患者ケア加算の算定回数（平成 19 年 6 月分）	（ ）回
⑫褥瘡管理者（専従）に係る給与（福利厚生含む）（平成 19 年 6 月分）	（ ）万円
⑬褥瘡管理者（専従）に係る賞与（年間）	（ ）万円

2. 褥瘡管理体制の状況についてお伺いします。

①「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」の届出が受理されたのはいつですか。	平成（ ）年（ ）月		
②褥瘡対策の専従者を配置したのはいつですか。	平成（ ）年（ ）月		
③現在の「褥瘡管理者（専従）」の人数（実人員）	（ ）人		
④上記③の内訳を職種別に記入してください。（実人員） ※該当職種がない場合、（ ）に「0」と記入してください。その他の場合は、（ ）に具体的に職種を記入してください。	看護師（ ）人 その他（ ）人 ↳（具体的に ）		
⑤現在の「褥瘡管理者（専従）」の臨床経験年数（全員分）	（ ）年 / （ ）年 / （ ）年		
⑥褥瘡管理のための院内研修は、加算届出前後1年間に何回開催されましたか。延べ参加者数（全職種）は何人でしたか。			
1) 加算届出前： 加算届出の前月からさかのぼって1年間	A. 平成（ ）年（ ）月 ～ 平成（ ）年（ ）月		
	B. 開催回数（ ）回		
	C. 延べ参加者数（ ）人		
2) 加算届出後： 加算届出月から1年間（1年未満はその期間を記入）	A. 平成（ ）年（ ）月 ～ 平成（ ）年（ ）月		
	B. 開催回数（ ）回		
	C. 延べ参加者数（ ）人		
⑦褥瘡対策チームを設置したのはいつですか。	平成（ ）年（ ）月		
⑧褥瘡対策チームにはどのような職種の方が参加していますか（あてはまるものすべてに○）。	1. 医師 2. 看護職員 3. 管理栄養士・栄養士 4. 薬剤師 5. 理学療法士 6. 作業療法士 7. 事務職員 8. その他（具体的に ）		
⑨褥瘡対策に係わる（病棟での）カンファレンスは、どのくらいの頻度で開催されていますか。			
1) 加算届出前	1. 週（ ）回程度 2. 月（ ）回程度 3. その他（ ）		
2) 現在	週（ ）回程度		
⑩褥瘡対策チームによるカンファレンスは、どのくらいの頻度で開催されていますか。			
1) 加算届出前	1. 週（ ）回程度 2. 月（ ）回程度 3. その他（ ）		
2) 現在	週（ ）回程度		
⑪加算の届出前月、届出月、平成 19 年 6 月の各 1 か月の実績について記入してください。 ※発生していない場合には「0（ゼロ）」、わからない場合は「-」と記入してください。			
	届出前月	届出月	平成 19 年 6 月
1) 褥瘡リスクアセスメント実施数		人	人
2) 褥瘡ハイリスク患者特定数		人	人
3) 褥瘡ハイリスク患者ケア実施数		人	人
4) 院内発生の褥瘡を有する患者数	人	人	人
5) D3以上の褥瘡を有する患者数	人	人	人
うち 院内発生	人	人	人
6) 褥瘡推定発生率 ※日本褥瘡学会の定義による	%	%	%

⑫褥瘡ハイリスク算定患者のリスク項目別人数をご記入ください（複数回答可）。（平成19年6月分）	
1) ショック状態	人
2) 重度の末梢循環不全	人
3) 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの	人
4) 6時間以上の全身麻酔下による手術を受けたもの	人
5) 特殊体位による手術を受けたもの	人
6) 強度の下痢が続く状態であるもの	人
7) 極度の皮膚の脆弱（低出生体重児、GVHD、黄疸等）であるもの	人
8) 褥瘡に関する危険因子（病的骨突出、皮膚湿潤、浮腫等）があつて既に褥瘡を有するもの	人

⑬「褥瘡ハイリスク患者ケア加算届出前の任意の1週間の活動時間」と「直近1週間の活動時間」について、所要時間をご記入ください。※小数点以下第1位まで		
	届出前 (平成 年 月)	現在 (平成 年 月)
1) 直接ケア（ケアの記録を含む）	. 時間	. 時間
2) 患者、家族に対する個別教育	. 時間	. 時間
3) 医療従事者（看護職員、医師等）に対する個別教育	. 時間	. 時間
4) 院内集団教育	. 時間	. 時間
5) コンサルテーション	. 時間	. 時間
6) 褥瘡対策に係るカンファレンス	. 時間	. 時間
7) その他（委員会等）	. 時間	. 時間

⑭褥瘡管理者（専従）の配置の結果として、どの程度の効果がみられますか。 ※「大いにあてはまる」を「5」、「全くあてはまらない」を「1」として5段階で評価し、該当の番号に、それぞれ○をつけてください。					
	大いにあてはまる	ややあてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない
1) 実効性のある褥瘡管理対策を実施できるようになった	5	4	3	2	1
2) 褥瘡リスクアセスメントが適切に行えるようになった	5	4	3	2	1
3) 褥瘡処置等直接ケアを実施する時間が増加した	5	4	3	2	1
4) 職種間の連携・調整がスムーズになった	5	4	3	2	1
5) 褥瘡（兆候を含む）の早期発見件数が増加した	5	4	3	2	1
6) 褥瘡治療期間が短縮した	5	4	3	2	1
7) 褥瘡管理対策のための職員研修の質が向上した	5	4	3	2	1
8) 職員の褥瘡管理に対する意識が向上した	5	4	3	2	1
9) 職員からの相談に適切に応じることができるようになった	5	4	3	2	1
10) 患者・家族の満足度が高くなった	5	4	3	2	1

<p>⑮ その他、「専従」配置による具体的な効果をご記入ください。</p>	<p>※褥瘡予防・管理の指針やガイドラインの作成、褥瘡評価方法の統一、ケア用品の導入等、管理者の専従配置による実績について具体的にお書きください。</p>
<p>⑯ 褥瘡管理対策を実施する上での課題等がございましたら、ご記入ください。</p>	

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

中医協 総－４－７
２０．７．９

中医協 検－１－７
２０．７．９

診療報酬改定結果検証に係る特別調査（平成 19 年度調査）

透析医療に係る改定の影響調査

報告書

◆◆目次◆◆

1. 目的	1
2. 調査対象	1
3. 調査方法	1
4. 調査項目	2
5. 結果	3
(1) 回収の状況	3
(2) 施設の状況	3
1) 医療機関種別	3
2) 開設主体	4
(3) 外来透析の実施状況	5
1) 外来透析の実施状況	5
2) 外来透析を毎日実施していない理由	6
3) 外来透析に関する今後の意向	7
4) 外来透析を担当する医師	8
5) 外来透析の実施体制	9
6) 外来透析患者数の推移	10
(4) 外来夜間透析の実施状況	11
1) 外来夜間透析の実施状況	11
2) 外来夜間透析に関する今後の意向	13
3) 外来夜間透析時の患者1人に要する時間	14
4) 外来夜間透析の患者数	15
(5) エリスロポエチン製剤の使用状況（様式2の分析）	16
1) 1週間あたりのエリスロポエチン製剤使用量の変化	16
2) 患者の貧血状況等	18
3) エリスロポエチン使用量が減少した理由（様式1の分析）	20
(6) 透析医療に係る診療報酬について（自由記述式）	21
6. まとめ	28

1. 目的

平成 18 年 4 月の診療報酬改定では、透析医療に係る評価として、人工腎臓の夜間加算および休日加算の引下げやエリスロポエチン製剤の包括化等が実施された。

本調査は、これらの透析医療に係る診療報酬改定による、医療機関における診療時間やエリスロポエチン製剤使用量の変化、それに伴う患者の状況等を把握することによって、診療報酬改定の効果を検証することを目的とする。

2. 調査対象

本調査では、透析医療*を実施している、全国の病院・一般診療所を調査対象とし、このうち、病院 1,000 施設、一般診療所 1,000 施設、合計 2,000 施設を無作為抽出し、本調査の客体とした。

*入院透析のみの場合も含む。

3. 調査方法

本調査では、対象施設の開設者・管理者宛てに自記式の調査票を郵送配布した。また、回答いただいた調査票は、本調査事務局宛ての専用返信用封筒を用いて郵送により回収した。

調査は、平成 19 年 7 月～平成 19 年 8 月に実施した。

本調査では、施設属性や透析医療の応需体制、エリスロポエチン製剤使用の状況等をたずねる「様式 1」と、外来透析患者の貧血状況やエリスロポエチン製剤使用量の変化をたずねる「様式 2」を配布した。様式 2 においては、患者の貧血状況やエリスロポエチン製剤使用量について、回答施設の負担を軽減するため、平成 19 年 7 月 25 日（水）または 7 月 26 日（木）のいずれか 1 日を調査日とし、当該日の外来透析患者最大 30 人分について回答していただいた。

4. 調査項目

本調査の調査項目は、以下のとおりである。

図表 1 調査項目

区 分	主な調査項目
施設属性	・ 医療機関種別、開設主体
応需体制 に関する内容	・ 外来透析および夜間透析の実施状況、今後の意向 ・ 外来透析の診療体制 ・ 外来透析患者数の推移、外来夜間透析患者数の推移 ・ 外来夜間透析時の平均透析時間・準備時間等
エリスロポエチン使用 等に関する項目	・ エリスロポエチン使用量の変化 ・ 患者の貧血状況等

5. 結果

(1) 回収の状況

本調査の「様式1」の回収数（施設数）は1,168件、回収率は58.4%であった。
また、「様式2」に記載された有効患者数は24,010人分であった。

図表 2 回収の状況

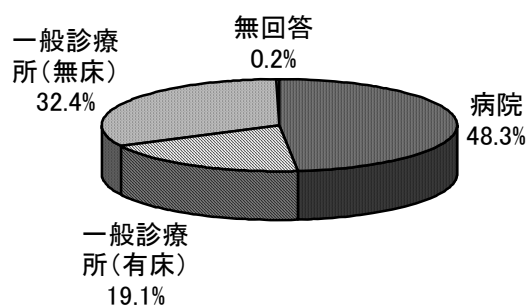
	有効回収数	有効回収率
回答施設数（様式1）	1,168	58.4%
「様式2」に記載された患者数	24,010	—

(2) 施設の状況

1) 医療機関種別

有効回答施設1,168施設の内訳は、病院が48.3%、一般診療所（有床）が19.1%、一般診療所（無床）が32.4%であった。

図表 3 医療機関種別（n=1,168）

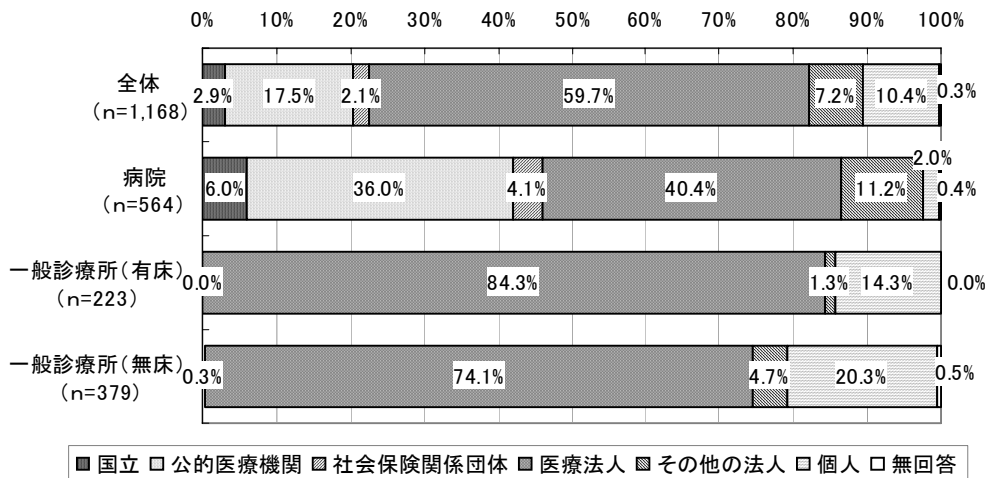


2) 開設主体

開設主体についてみると、全体では、「医療法人」(59.7%)が最も多く、次いで「公的医療機関」(17.5%)、「個人」(10.4%)、「その他の法人」(7.2%)と続いた。

医療機関種別でみると、病院では「医療法人」(40.4%)が最も多く、次いで「公的医療機関」(36.0%)となった。一般診療所(有床、無床)では「医療法人」(それぞれ84.3%、74.1%)が最も多く、次いで「個人」(14.3%、20.3%)となった。

図表 4 開設主体



(注) 全体 (n=1,168) には、施設区分不明 (n=2) が含まれる。

※参考：開設主体の内訳

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

(3) 外来透析の実施状況

1) 外来透析の実施状況

有効回答施設 1,168 施設のうち、外来透析を「毎日実施している」施設は 89.8%、「曜日を決めて実施している」施設は 6.1%であり、外来透析を実施している施設は 95.9% (1,120 施設) であった。

一方、「現在は実施していない(廃止・休止した)」施設は 1.1% (13 施設) であった。このうち、平成 18 年 4 月の診療報酬改定より前に廃止・休止した施設が 9 施設、診療報酬改定後に廃止・休止した施設が 4 施設であった。

図表 5 外来透析の実施状況 (n=1,168)

	施設数 (件)	構成割合 (%)
全体	1,168	100.0
毎日実施している	1,049	89.8
曜日を決めて実施している	71	6.1
現在は実施していない(廃止・休止した)	13	1.1
以前から実施していない	27	2.3
その他	4	0.3
無回答	4	0.3

外来透析実施施設は 1,120 施設 (95.9%)

(注)「毎日実施している」とは、祝日も定期的な透析を実施し、日曜日は原則として実施していない場合も含む。

図表 6 「外来透析を現在は実施していない」施設の廃止・休止時期

	施設数	構成割合
全体	13	100.0%
平成 18 年 3 月以前	9	69.2%
平成 18 年 4 月以降	4	30.8%

2) 外来透析を毎日実施していない理由

外来透析を毎日実施していない115施設に対して、その最大の理由をたずねた結果、最も多かった回答は、「透析医（透析を専門に担当する医師）がいない」（18.3%）ことであつた。次いで、「患者からの要望がない」（9.6%）こと、「看護師が確保できない」（7.8%）ことと続いた。

図表 7 外来透析を毎日実施していない最大の理由（外来透析を「曜日を決めて実施している」「現在は実施していない（廃止・休止した）」「以前から実施していない」「その他」の施設115施設の回答）

	総数	透析医がいない	看護師が確保できない	臨床工学技士が確保できない	採算が取れない	患者からの要望がない	その他*	無回答
全体	115 100.0%	21 18.3%	9 7.8%	0 0.0%	6 5.2%	11 9.6%	64 55.7%	4 3.5%
曜日を決めて実施している	71 100.0%	13 18.3%	8 11.3%	0 0.0%	6 8.5%	11 15.5%	31 43.7%	2 2.8%
現在は実施していない（廃止・休止した）	13 100.0%	3 23.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	9 69.2%	1 7.7%
以前から実施していない	27 100.0%	5 18.5%	1 3.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	20 74.1%	1 3.7%
その他	4 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 100.0%	0 0.0%

(注) 「その他*」の内容として、「入院透析のみを実施している」「外来機能を分離した」等の回答が挙げられた。

3) 外来透析に関する今後の意向

外来透析に関する今後の意向については、「現状のままで良いと考えている」という施設が90.6%となった。また、「今後は廃止する予定である」という施設が0.5%（6施設）ある一方で、「今後は毎日実施したいと考えている」施設が1.5%（17施設）あった。

図表 8 外来透析に関する今後の意向（現在の外来透析の実施状況別）

	総数	現状のままで良いと考えている	今後は毎日実施したいと考えている	今後は曜日を決めて実施したいと考えている	今後は廃止する予定である	その他	無回答
全体	1,168 100.0%	1,058 90.6%	17 1.5%	13 1.1%	6 0.5%	47 4.0%	19 1.6%
毎日実施している	1,049 89.8%	986 84.4%	0 0.0%	11 0.9%	5 0.4%	39 3.3%	8 0.7%
曜日を決めて実施している	71 6.1%	50 4.3%	16 1.4%	0 0.0%	1 0.1%	2 0.2%	2 0.2%
現在は実施していない(廃止・休止した)	13 1.1%	9 0.8%	0 0.0%	1 0.1%	0 0.0%	1 0.1%	2 0.2%
以前から実施していない	27 2.3%	16 1.4%	1 0.1%	1 0.1%	0 0.0%	4 0.3%	5 0.4%
その他	4 0.3%	2 0.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.1%	1 0.1%

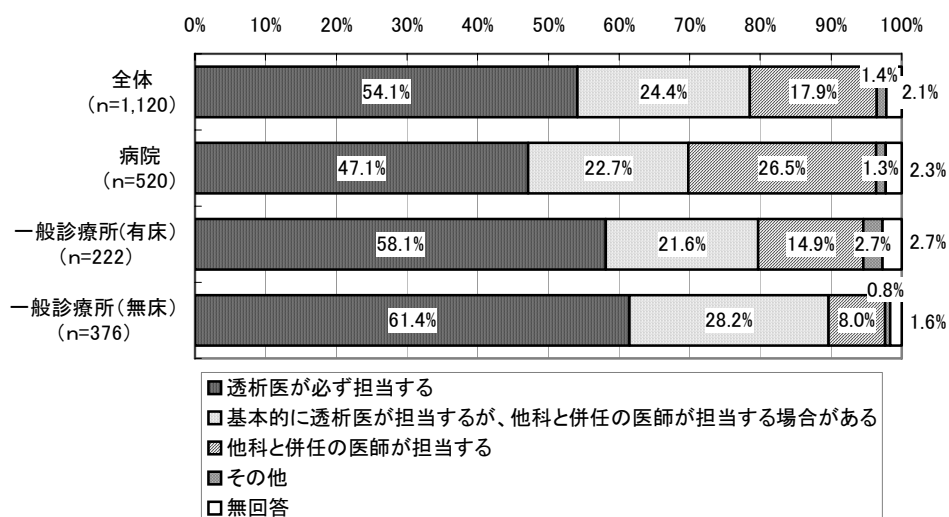
(注)「全体」(n=1,168)には、「現在の外来透析の実施状況」が不明の施設(n=4)が含まれる。

4) 外来透析を担当する医師

外来透析を実施している 1,120 施設における、外来透析を担当する医師についてみると、「透析医が必ず担当する」(54.1%) が最も多く、次いで「基本的に透析医が担当するが、他科と併任の医師が担当する場合がある」(24.4%)、「他科と併任している医師が担当する」(17.9%) となった。その併任の診療科名としては、「内科」(29 施設)、「泌尿器科」(27 施設)、「外科」(15 施設) 等が挙げられた¹。

医療機関種別にみると、「透析医が必ず担当する」という割合は、一般診療所(有床、無床)において、それぞれ 58.1%、61.4% となり、病院(47.1%) よりも高い結果となった。

図表 9 外来透析を担当する医師 (医療機関種別)



(注) 「全体」(n=1,120) には、施設区分不明 (n=2) が含まれる。

¹ ここでの施設数は、併任の診療科名を単独で記載した施設のみを集計している。例えば、「内科、外科」と複数の診療科の記載があった場合、この施設については集計していない。

5) 外来透析の実施体制

平成 17 年、18 年、19 年の各 6 月における、外来透析に携わるスタッフ数（実人数）と透析ベッド数について、全ての項目について回答のあった 681 施設を分析対象として平均値等を算出した。

平成 19 年 6 月における、外来透析に携わる常勤医師の人数は、1 施設あたり平均 2.02 人であり、このうち透析専門医は 0.96 人であった。また、非常勤医師は 2.55 人であった。同様に、常勤看護師は 9.60 人、非常勤看護師は 1.39 人、常勤臨床工学技士は 3.41 人、非常勤臨床工学技士は 0.34 人であった。さらに、透析ベッド数は 1 施設あたり 30.78 床であった。

スタッフ数、透析ベッド数ともに、この 3 年間について大きな変化はみられなかった。

図表 10 外来透析に携わるスタッフ数（実人数）と透析ベッド数（n=681）

		平成 17 年 6 月	平成 18 年 6 月	平成 19 年 6 月
①常勤医師数(人)	平均値	1.95	1.98	2.02
	標準偏差	1.70	1.69	1.67
	中央値	1.00	1.00	1.00
②(うち)透析専門医数(人)	平均値	0.93	0.95	0.96
	標準偏差	1.02	1.07	1.05
	中央値	1.00	1.00	1.00
③非常勤医師数(人)	平均値	2.30	2.49	2.55
	標準偏差	3.21	3.32	3.40
	中央値	1.00	1.00	1.00
④常勤看護師数(人)	平均値	9.67	9.70	9.60
	標準偏差	7.89	7.68	7.51
	中央値	8.00	8.00	8.00
⑤非常勤看護師数(人)	平均値	1.16	1.27	1.39
	標準偏差	1.85	1.90	2.10
	中央値	0.00	1.00	1.00
⑥常勤臨床工学技士(人)	平均値	3.07	3.29	3.41
	標準偏差	3.31	3.53	3.38
	中央値	2.00	3.00	3.00
⑦非常勤臨床工学技士(人)	平均値	0.30	0.34	0.34
	標準偏差	0.95	1.02	0.97
	中央値	0.00	0.00	0.00
⑧透析ベッド数(床)	平均値	29.16	30.20	30.78
	標準偏差	20.38	20.69	20.96
	中央値	25.00	26.00	27.00

(注) 全ての項目について回答のあった 681 施設を集計対象とした。

6) 外来透析患者数の推移

外来透析患者数について、全ての項目について回答のあった 940 施設を分析対象として平均値等を算出した。

外来透析患者数の3年間の推移を平成17年、18年、19年の各年の4月、5月、6月の同月で比較すると、平均値・中央値ともに、1施設あたりの外来透析患者数はやや増加している。

図表 11 外来透析患者数の推移 (n=940)

単位:人

		平成17年	平成18年	平成19年
平均値	4月	67.1	69.4	72.0
	5月	67.5	70.2	72.5
	6月	67.7	70.3	72.8
標準偏差	4月	60.4	59.6	61.2
	5月	60.5	60.1	61.5
	6月	60.5	60.3	61.8
中央値	4月	53.0	56.0	59.0
	5月	53.0	57.0	59.0
	6月	53.0	57.0	60.0

(注) 全ての項目について回答のあった 940 施設を集計対象とした。

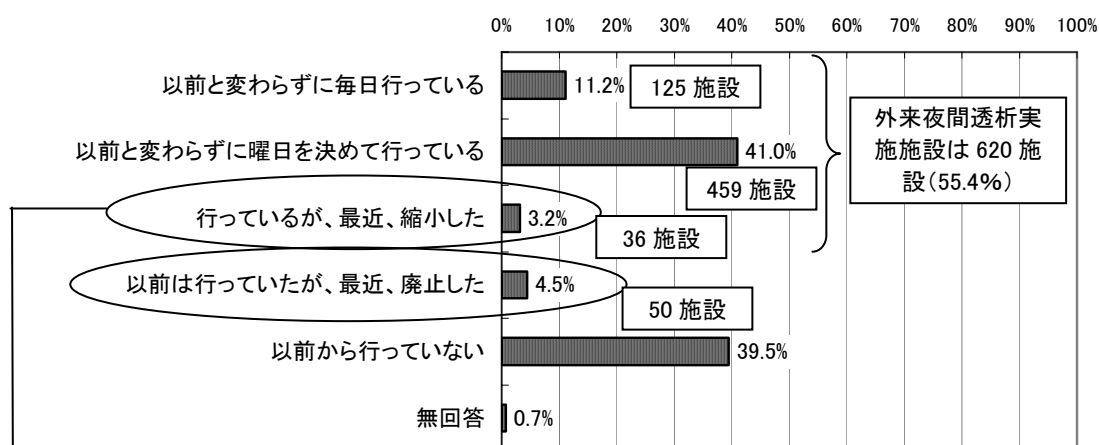
(4) 外来夜間透析の実施状況

1) 外来夜間透析の実施状況

外来透析を実施している医療施設 1,120 施設のうち、平成 18 年度診療報酬改定前後で変わることなく外来夜間透析を実施している施設（「以前と変わらずに毎日行っている」と「以前と変わらずに曜日を決めて行っている」の合計）が 52.2%（584 施設）であった。また、外来夜間透析を「行っているが、最近、縮小した」という施設が 3.2%（36 施設）であり、これを加えると、外来夜間透析を実施している施設は 620 施設となり、外来透析実施施設の 55.4%となった。このほか、「以前は行っていたが、最近、廃止した」という施設が 4.5%（50 施設）であった。

外来夜間透析を縮小した施設 36 施設のうち、平成 18 年 4 月以降に縮小した施設が 17 施設あった。縮小の内容としては、「受入れ患者数の縮小」が 19 施設、「透析診療時間の短縮」が 6 施設、「診療曜日の削減」が 6 施設であった。

図表 12 外来夜間透析の実施状況（外来透析実施医療機関、n=1,120）



図表 13 外来夜間透析を縮小した時期

	施設数	構成割合
全体	36	100.0%
平成 18 年 3 月以前	3	8.3%
平成 18 年 4 月以降	17	47.2%
無回答	16	44.4%

図表 14 外来夜間透析の縮小した内容（複数回答）

	施設数	構成割合
全体	36	100.0%
受入れ患者数の縮小	19	52.8%
透析診療時間の短縮	6	16.7%
診療曜日の削減	6	16.7%
その他	5	13.9%

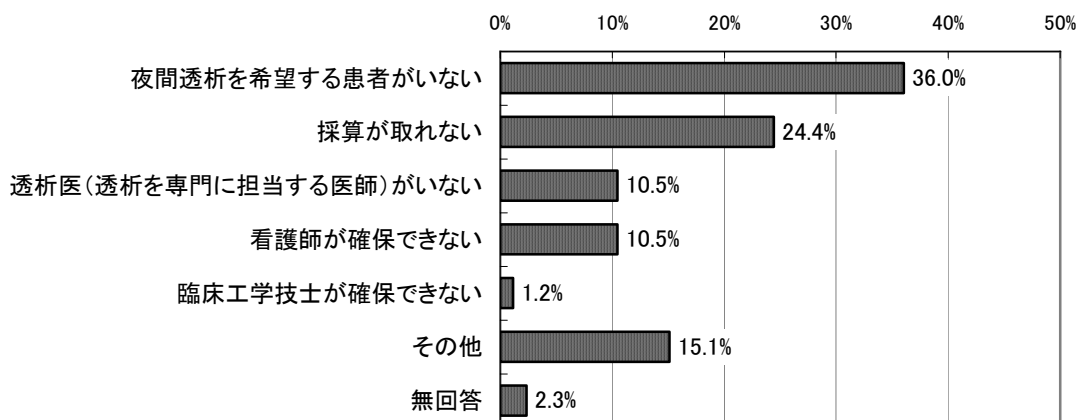
外来夜間透析を最近廃止した施設は 50 施設であったが、このうち、32 施設は診療報酬改定前に廃止した施設であった。診療報酬改定後の平成 18 年 4 月以降に廃止した施設は 17 施設であった。

図表 15 外来夜間透析を廃止した時期

	施設数	構成割合
全体	50	100.0%
平成 18 年 3 月以前	32	64.0%
平成 18 年 4 月以降	17	34.0%
無回答	1	2.0%

外来夜間透析を最近縮小または廃止した施設は 86 施設であるが、その最大の理由としては、「夜間透析を希望する患者がいない」（外来夜間透析を縮小・廃止した施設の 36.0%）ことが最も多く、次いで「採算が取れない」（同 24.4%）こと、「透析医（透析を専門に担当する医師）がいない」（同 10.5%）こと、「看護師が確保できない」（同 10.5%）ことと続いた。

図表 16 外来夜間透析を縮小・廃止した最大の理由（単数回答、n=86）



（注）「その他」には、回答選択肢を複数選択した場合が含まれている。それ以外の回答としては、「近くに夜間透析をする病院ができたため」「系列病院に移した」といった内容が挙げられた。

2) 外来夜間透析に関する今後の意向

外来夜間透析に関する今後の意向については、「現状のままで良いと考えている」と回答した施設が 72.4%であった。また、「今後は拡大していきたいと考えている」という施設が 11.4%、「今後は縮小していきたいと考えている」が 6.4%、「今後は廃止する予定である」が 1.8%であり、今後の縮小・廃止を考えている施設よりも、外来夜間透析を積極的に取り組んでいきたいと考えている施設のほうがやや多い結果となった。

図表 17 外来夜間透析に関する今後の意向（現在の外来夜間透析の実施状況別）

	総数	現状のままでよいと考えている	今後は拡大していきたいと考えている	今後は縮小していきたいと考えている	今後は廃止する予定である	その他	無回答
全体	1,120 100.0%	811 72.4%	128 11.4%	72 6.4%	20 1.8%	61 5.4%	28 2.5%
以前と変わらずに毎日行っている	125 100.0%	86 68.8%	15 12.0%	17 13.6%	1 0.8%	6 4.8%	0 0.0%
以前と変わらずに曜日を決めて行っている	459 100.0%	301 65.6%	74 16.1%	49 10.7%	13 2.8%	21 4.6%	1 0.2%
行っているが、最近、縮小した	36 100.0%	19 52.8%	1 2.8%	6 16.7%	5 13.9%	4 11.1%	1 2.8%
以前は行っていたが、最近、廃止した	50 100.0%	30 60.0%	3 6.0%	0 0.0%	1 2.0%	6 12.0%	10 20.0%
以前から行っていない	442 100.0%	369 83.5%	35 7.9%	0 0.0%	0 0.0%	24 5.4%	14 3.2%

(注)「全体」(n=1,120)には、現在の外来夜間透析の実施状況が不明の施設 (n=8) が含まれる。

3) 外来夜間透析時の患者 1 人に要する時間

外来夜間透析時の患者 1 人に要する平均透析時間は、診療報酬改定前の平成 18 年 1 月時点が平均 246.7 分であり、改定後の平成 19 年 6 月時点が平均 246.6 分であった。また、中央値でみると、両時点とも 240.0 分であり、平均透析時間については診療報酬改定前後での変化はみられなかった。

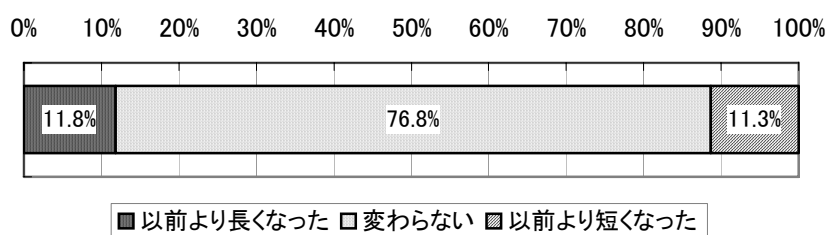
図表 18 外来夜間透析時の患者 1 人に要する時間 (n=574)

		平均値	標準偏差	中央値
平均透析時間(分)	平成 18 年 1 月時点	246.7	23.3	240.0
	平成 19 年 6 月時点	246.6	24.3	240.0
平均準備時間 (分)		73.9	97.7	30.0

(注) 全ての項目について回答のあった 574 施設を集計対象とした。

平成 19 年 6 月時点における、外来夜間透析時の患者 1 人に要する平均透析時間は、平成 18 年 1 月時点と比較して、「変わらない」という施設が 76.8% で最も多かった。また、「以前より長くなった」という施設は 11.8%、「以前より短くなった」という施設は 11.3% でほぼ同じ割合であった。

図表 19 外来夜間透析時の患者 1 人に要する時間の変化
(平成 18 年 1 月時点と比較して、平成 19 年 6 月時点に) (n=574)



(注) 全ての項目について回答のあった 574 施設を集計対象とした。

4) 外来夜間透析の患者数

外来透析患者数について、全ての項目について回答のあった 551 施設を分析対象として平均値等を算出した。

外来夜間透析患者数の3年間の推移を、平成17年、18年、19年の各年の4月、5月、6月の同月で比較すると、1施設あたりの外来夜間透析の患者数は横這い状態であった。

図表 20 外来夜間透析の患者推移 (n=551)

単位:人

		平成17年	平成18年	平成19年
平均値	4月	24.4	23.9	24.4
	5月	25.5	26.1	25.6
	6月	23.4	23.8	23.4
標準偏差	4月	38.0	35.7	37.2
	5月	41.6	42.8	40.9
	6月	37.2	37.4	36.0
中央値	4月	13.0	13.0	13.0
	5月	13.0	13.0	14.0
	6月	13.0	13.0	14.0

(注) 全ての項目について回答のあった 551 施設を集計対象とした。

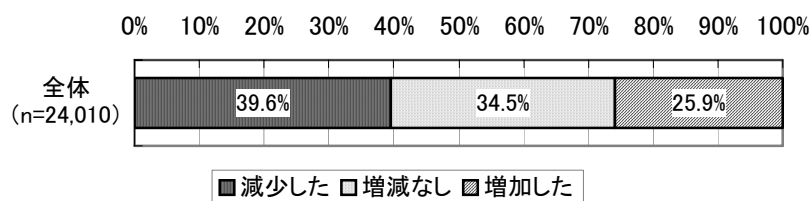
(5) エリスロポエチン製剤の使用状況（様式2の分析）

ここでは、「様式2」に記載のあった患者24,010人分のエリスロポエチン製剤の使用量と、ヘモグロビン（Hb）値及びヘマトクリット（Ht）値といった貧血状況についての調査結果をまとめた。

1) 1週間あたりのエリスロポエチン製剤使用量の変化

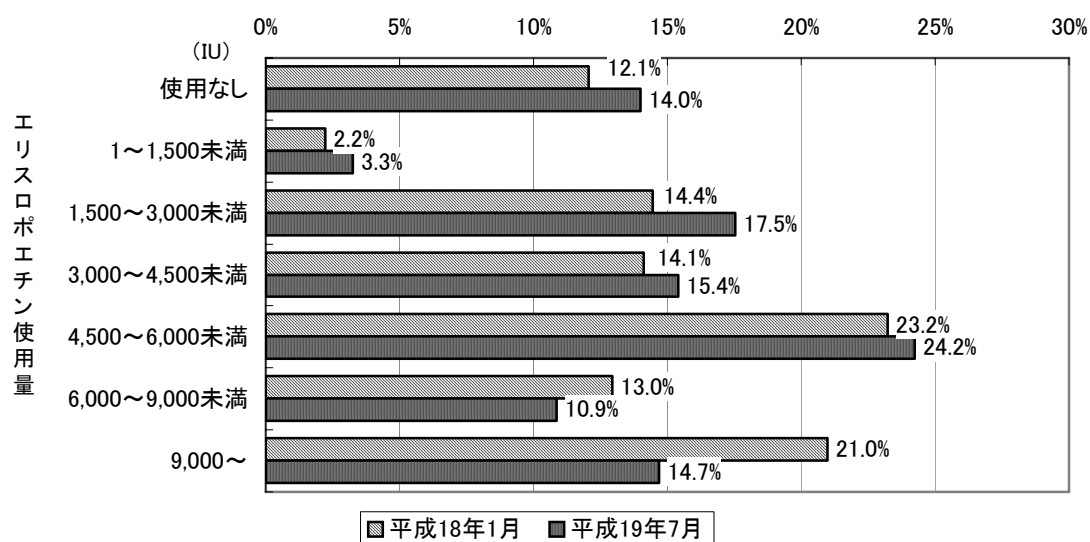
患者1人が使用した1週間あたりのエリスロポエチン製剤量について、診療報酬改定前の平成18年1月時点と改定後の平成19年7月時点とを比較すると、エリスロポエチン製剤の使用量が「減少した」患者が39.6%、「増減なし」の患者が34.5%、「増加した」患者が25.9%であった。

図表 21 1週間あたりのエリスロポエチン製剤使用量の変化
(平成18年1月時点と平成19年7月時点との比較)



また、1週間あたりのエリスロポエチン製剤使用量別に患者分布をみると、特に「9,000 IU以上」の患者割合が21.0%から14.7%へと減少したことがわかる。

図表 22 1週間あたりのエリスロポエチン使用量別 患者分布
(平成18年1月時点と平成19年7月時点との比較) (n=24,010)



2) 患者の貧血状況等

平成 18 年 1 月時点と比較して平成 19 年 7 月時点における、1 週間あたりのエリスロポエチン製剤使用量が減少した患者は 9,500 人、増減がなかった患者が 8,291 人、増加した患者が 6,219 人であった。

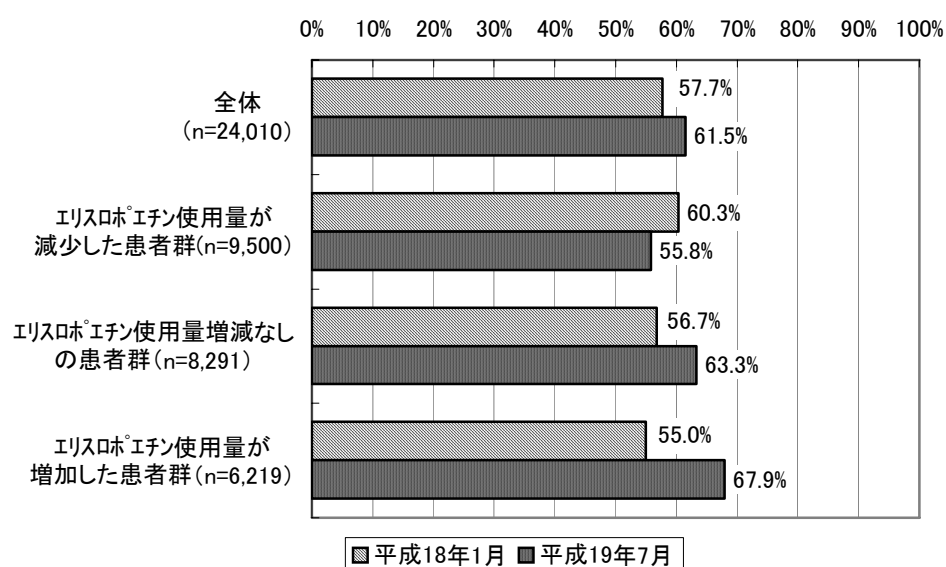
エリスロポエチン製剤の使用状況別に、ヘモグロビン (Hb) 値とヘマトクリット (Ht) 値についてみると、エリスロポエチン使用量が減少した患者群では、ヘモグロビン (Hb) 値の平均値が 10.1g/dL から 10.3g/dL へ、ヘマトクリット (Ht) 値の平均値が 31.5%から 32.0%へと改善した。

図表 23 エリスロポエチン使用量とヘモグロビン (Hb) 値・ヘマトクリット (Ht) 値

	平成 18 年 1 月時点			平成 19 年 7 月時点		
	Hb 値 (g/dL)	Ht 値 (%)	エリスロポエチン 製剤使用量 (IU)	Hb 値 (g/dL)	Ht 値 (%)	エリスロポエチン 製剤使用量 (IU)
全体(n=24,010)						
平均値	10.2	31.8	4,469.3	10.1	31.5	3,930.2
標準偏差	1.2	3.8	2,973.0	1.2	3.6	2,823.1
中央値	10.2	31.8	4,500.0	10.1	31.5	3,750.0
エリスロポエチン製剤使用量減少患者群(n=9,500)						
平均値	10.1	31.5	5,919.1	10.3	32.0	2,613.2
標準偏差	1.2	3.6	2,593.2	1.1	3.4	1,890.3
中央値	10.2	31.6	6,000.0	10.3	31.9	2,250.0
エリスロポエチン製剤使用量増減なしの患者群(n=8,291)						
平均値	10.3	31.8	4,242.7	10.1	31.4	4,242.7
標準偏差	1.4	4.1	3,144.4	1.3	4.0	3,144.4
中央値	10.2	31.8	4,500.0	10.1	31.3	4,500.0
エリスロポエチン製剤使用量増加患者群(n=6,219)						
平均値	10.4	32.0	2,556.9	9.9	30.9	5,525.2
標準偏差	1.1	3.4	1,933.1	1.1	3.3	2,609.3
中央値	10.3	32.0	2,250.0	10.0	31.0	4,500.0

エリスロポエチン製剤の使用状況別に貧血患者の割合をみると、全体では貧血患者の割合が 57.7%から 61.5%へと増加したが、エリスロポエチン製剤使用量が減少した患者群では、貧血患者の割合が 60.3%から 55.8%へと減少した。一方、エリスロポエチン製剤使用量の増減なしの患者群と増加した患者群では貧血患者の割合が増加した。

図表 24 貧血患者の割合（平成 18 年 1 月時点と平成 19 年 7 月時点）

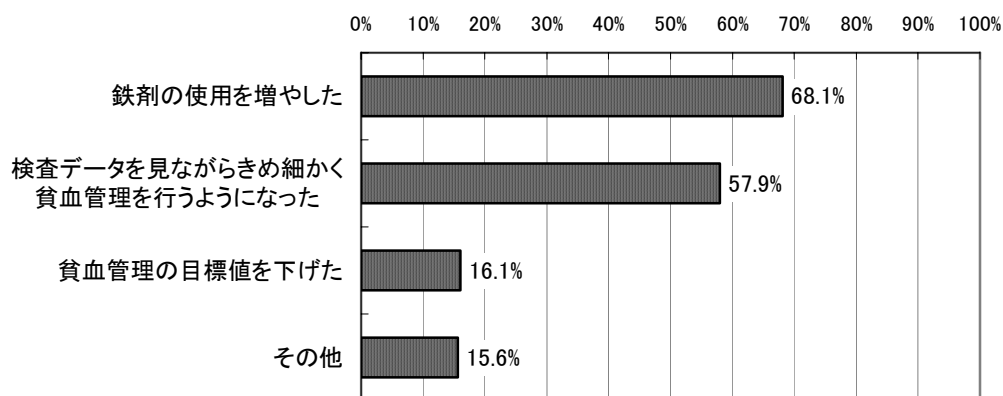


(注)「貧血」について、日本透析医学会ガイドラインでは、目標とする Hb 値を最低 10g/dL、活動性の高い若年者等では 11g/dL としている。本調査では、その中間を採り、10.5g/dL 未満を貧血と定義した。

3) エリスロポエチン使用量が減少した理由（様式1の分析）

患者1人あたりのエリスロポエチン製剤平均使用量が診療報酬改定前の平成18年3月以前と比較して「減少した」という423施設に対して、エリスロポエチン使用量が減少した理由をたずねたところ、「鉄剤の使用を増やした」（68.1%）が最も多く、次いで「検査データを見ながらきめ細かく貧血管理を行うようになった」（57.9%）、「貧血管理の目標を下げた」（16.1%）となった。

図表 25 患者1人あたりのエリスロポエチン平均使用量が減少した理由
(患者1人あたりのエリスロポエチン平均使用量が、平成18年3月以前と比較して「減少した」と回答した施設 (n=423) に対する設問：複数回答)



(注) 「その他」の内容として、「透析液の清浄化」「高性能のダイアライザーを使用」「検査項目・回数を増やした」「プロトコルを作成し管理」「技術的なエリスロポエチン製剤注入方法の改善見直し」等の記述があった。

(6) 透析医療に係る診療報酬について（自由記述式）

ここでは、調査票の「様式 1」において「透析医療に係る診療報酬についての意見」を自由記述形式で求めた結果、記載のあった回答票の中から主なものを抜粋し、以下にまとめた。

<質問内容>

透析医療に係る診療報酬について、ご意見があれば、お書きください。

○看護師等の人材確保

- ・入院基本料の改定後、看護師配置 7 : 1、夜勤 72 時間などの新基準になってから、透析室看護師が病棟に異動になったり、採用が困難になっている。透析業務を専門的に担うスタッフの数と、質の向上は喫緊の問題（透析患者の増加、高齢化、重症化など）であるにもかかわらず、現在の運営が困難な状況を早急に改善しなければならないと考える。一日も早く、透析室スタッフ（特に看護師数）を診療報酬に反映してほしいと強く思う。
- ・これは透析施設に限ったことではないが、看護師・臨床工学技士等のスタッフの確保の困難さは尋常ではない。大病院の施設基準（7 : 1 看護）の件以来の看護師の不足は著しく、当院でも平成 18 年中頃から、看護師の募集をかけても、数か月にわたり 1 人の応募もない状況が続いた。一般内科外来担当の看護師であれば、急募でも仕事をこなせるが、透析担当の看護師となると相当の教育期間を見なければならず、当院もスタッフ不足から、透析部門の閉鎖も考えなければならぬ時期も一時あった。このままでは、今後も同様の状況が繰り返される可能性があり、大いに危惧される場所である。

○透析医療に係るコスト（医療機器、水質管理など）

- ・透析医療は透析液供給装置、患者監視、コンソールなど耐用年数が 5~7 年の医療機材の設備投資が高額となるため、診療報酬の引下げが大きいと先々の設備投資（医療機材の買い替えなど）の為に資金プール（利益から発生する）が不十分になってしまい好ましくない。
- ・透析に使用する水質（管理）基準は ISO（国際標準化機構）にならって年々厳しくなる一方であるが、高品質の水を提供するにあたり、細菌培養や、エンドトキシン測定、消毒薬とかなりのコストが必要とされているにもかかわらず診療報酬には加算されずに減額される一方で厳しい。また、医療法が平成 19 年 4 月に改正となり、医療機器保守が義務付けられたが、透析装置の部品はかなりコストが高いため、更に

経営を圧迫している。

- ・透析患者に、より良い透析治療を目指す施設にとって、これ以上診療報酬を下げられると経営が成り立たなくなる。透析液の水質管理をはじめとし、ダイアライザー（患者に適した）回路、各種フィルター類など、数多くの消耗品がある。加えて、電気、上下水道、灯油の高騰、人件費なども大きな負担となっており、これ以上報酬が下がると透析医療の質の低下につながる（現に低下している施設もある）。
- ・感染症対策の費用が増大している（セーフティニードル、ゴミ処理費用の値上げ）。
- ・透析液の清浄化が必須となり、透析液の品質を維持するための費用が増大している。
- ・エンドトキシン検査、細菌検査、配管交換、配管消毒システム工事、配管消毒薬剤費、洗浄用無菌液、装置毎にとりつける除菌フィルター（2本ずつ）の交換が必要である。

○エリスロポエチン製剤の包括化の影響

- ・エリスロポエチン製剤（EPO）が包括化され、結果として EPO 投与量は減少しているが、そのため検査頻度を増やしたり、エンドトキシン・カットフィルターを全ての透析監視装置に装着して、以前よりさらにきめ細かく管理している。したがって、これらの費用と労力を要しているので、単純に EPO 費用圧縮分をそのまま診療報酬に反映させることはしないでいただきたい。
- ・EPO の包括化は、結果として医療資源活用と管理の質的向上をもたらしたものと考える。しかし、一方で血液透析の医療には感染、事故対策への出費があり、そのすべてが施設の持ち出しとなっている。そのような事故対策のコストを無視する診療報酬体系は大きな問題で、EPO 包括化などの薬剤検査費のコスト減が、そうした安全を損なう形で代償される可能性を危惧する。
- ・エリスロポエチンの包括化自体は、透析患者の貧血の原因精査をせずに安易にエリスロポエチンを使用することが少なくなるため、賛成である。今後、透析医療は包括化の方向へ向かう可能性があるが、包括化の範囲を広げすぎると透析が困難な患者を引き受ける施設が少なくなることは心配である。

○エリスロポエチン製剤の別算定化

- ・エリスロポエチンの包括化により、医療費は削減できたであろうが、確実に目標 Ht（ヘマトクリット）を下げる方向にはたらいっていることも事実であり、学会での Ht の目標値と医療経済から求められる Ht の値で乖離がみられる。鉄剤を使用すると EPO の節約にはなるが、学会等から正式な鉄剤使用量のマニュアルの提示はなく、鉄過剰によるリスクもあるので、ひとことで鉄を使用すれば良いというものではないと思う。エリスロポエチンは個々の患者に合わせて鉄使用も含め検討されるべきものであり、包括化にはなじまない。

- ・ EPO の包括化により使用量・価格ともに下落した。EPO を包括化からはずし、薬価を減額した方が良い。長時間作用する EPO の登場により薬価の 70%程度で販売されている事実がある。
- ・ 当院には癌や慢性炎症を有し、精査・治療のために紹介されてくる透析患者がいる。そうした患者はエリスロポエチン製剤に十分に反応しないことが多く、週 9000 国際単位 (IU) まで使用することになる。エリスロポエチン製剤の包括化により、病院からの「持ち出し」が生じ、病院経営上不利な状況にある。こうした状況を診療報酬の点で救済する方法を確立していただきたい。
- ・ 平成 18 年度の診療報酬改定でエリスロポエチン製剤が技術料に包括され、できる限り適正投与を進めているが、著しい貧血の患者については何らかの検査値基準を設け、障害者加算等で対応すべきではないかと考える。質の高い透析医療を提供する上で医療品や人件費の削除は困難である。是非とも検討をお願いしたい。

○夜間透析

- ・ 仕事をしている患者のために夜間透析を実施しているが、これ以上の診療報酬の減額、また夜間透析の医師・看護師・技士の確保と夜間手当の高騰を考えると、今後夜間透析の是非を検討せざるを得ない。
- ・ 透析医療の目標は社会復帰である。それを助けるのは夜間透析である。夜間透析を実施するには人件費等がかさむ。夜間透析加算をもう少し優遇していただきたい。
- ・ 今後、患者の増加に備えて増床したいが、施設には余分なスペースがない。ほぼ満床状態のため、今後も収入の増加は見込めない。改定ごとに減収していき、将来的にはスタッフ人数の削減が必要と考えており、これに伴い、夜間透析の縮小または廃止もありえる。
- ・ 当院は透析ベッド数 11 床であるが、午後 5 時～午後 9 時に透析終了する患者は 6 名である。「準夜間透析」に相当する患者が半数いるので、準夜間透析加算を考慮してほしい。

○長時間透析の報酬、透析時間区分

- ・ 患者の体格、データ、血行動態などで 4 時間以上の透析をすべき患者は必ず存在する。にもかかわらず、長時間透析の報酬が下げられたということは透析医療のオーダーメイド化からは逆行する流れである。
- ・ 透析に要する時間に関係なく診療報酬が一元化されているが、透析が長時間必要な方もいるので、その時間のコストも配慮してほしい。

○透析患者の高齢化による介助業務

- ・ 透析患者の中で、高齢及び介助を要する患者の割合が増加している。

- ・患者の高齢化により、HD（血液透析）開始までの介護等の業務負担が年々大きくなっている。しかし、コスト増などを考えると院内に専属ヘルパーを雇用することは難しい。
- ・患者が高齢化したため、設備、介助人件費、送迎などの費用が増大している。
- ・過疎・高齢化地域で交通手段が徐々に少なくなっている地域は多いと思われる。公共交通機関に独力で乗降できない人も増えており、通院に関するアンケート調査を実施してほしい。
- ・認知症の病態に応じた手当て加算が必要（常に見守り介護する必要があるため）。

○重症患者に対する評価

- ・患者の重症度に応じて加算がある透析制度にすると良いと思う。心臓術後などの重症患者の場合、患者1名にスタッフ1名の配置となるが、診療報酬に（重症）透析加算がないため、点数に結びつかず厳しい状況にある。
- ・当院では心臓手術を行う透析患者や重症心不全で回復がほとんど見込まれない患者などが対象で、重症化が目立つ。感染対策や安全対策などの側面からも透析室の人員配置について（特に看護基準について）、看護度や重症度による分類から算出基準と報酬基準が明確化されることを期待する。

○透析液管理等についての評価

- ・透析液清浄化に対する加算もしくは違反に対する減算（を望む）。エンドトキシン（ET）除去を行っている施設が半数以上になった。ET除去は費用がかかるが合併症の発生防止には必須である。清浄化をしていない施設の減算が必要であると考ええる。
- ・透析液の清浄化（無菌化）の維持費がかかるので、透析手技料の高額化や別算定を希望する。
- ・透析施設により質の差異がある中で、透析液清浄化にかかる維持費用の保険適用を希望する。
- ・On-line HDF²を施行する時に、水質基準（RO水³）としてエンドトキシン除去のためにカットフィルターが必要不可欠となる。これが高価であるため、（この）費用を賄う加算が設けられれば、各施設間の透析液の統一がなされたいと考える。
- ・透析用処理水（RO水）、水質検査（エンドトキシン、培養、レーザー測定、モジュール、フィルター、軟水装置）の維持費については、ほとんどが（医療機関の）持ち出しであり、（診療報酬上）評価されていない。

² 従来のHDF（血液透析濾過）の置換液の代わりに、超純度に清浄化した透析液を使用する方法。通常の血液透析に加えて、厳重な管理の基で清浄化された透析液をオンライン希釈液として、血液回路を介して体内に注入し、それと同量の除水を自動的にを行い血液透析と濾過を同時に行う方法。

³ 専用の装置を通じて、逆浸透（Reverse Osmosis）法により水道水中に含まれる不純物の除去を行い、精製した純度および清浄度の高い水。透析では、透析液を調製するための希釈水として用いられる。

- ・清浄化のコストが膨張している（RO膜の早めの交換、透析装置の早めの交換、高性能化。エンドトキシンの測定、細菌培養、消毒、配管交換のコスト、人件費）。
- ・トータルの熱水消毒システムを行っている。それ以前から清浄化には努力しており、設備投資を行ってきた。薬剤消毒だけでは、生菌管理までは不十分であったが、熱水消毒システム導入後は、1CFU/100mL未満をクリアできている。清浄化を強化（特に熱水消毒）するには多額の投資が必要であるが、結果として、エスポー⁴減量、アミロイド症軽減、感染症軽減など抗生剤や他の薬剤が減量でき、結果として医療費を削減できる。国内でより多くの施設が清浄化を強化することは、医療の質の向上とともに患者の治療にも貢献できる。そのために是非、清浄化の管理加算を検討していただきたい。
- ・現状では、透析液の清浄化対策、HDF、オンラインHDFなどに対して加算がないが、質の高い治療を目指すために検討すべきと考える。
- ・ボタンホール⁵設置に対する診療報酬の新設、また設置後の管理料についても考慮願いたい。
- ・透析液の清浄化（無菌化）の維持費がかかるので、透析手技料の高額化や別算定を希望する。

○シャントPTAに対する評価の見直し

- ・シャントPTA（経皮的血管形成術）の手技料が血管結紮術で代用されている。シャントPTAの正式な手技料の新設及び手数料の加算が望まれる。
- ・シャントPTAに対して、もう少し高い評価を望む。シャントPTAによるシャント血流不全の解消は長期透析患者のシャント血管温存につながり、人工血管への移行がかなり抑制されている。しかし、保険上の評価が低く、その結果、（シャントPTAを）積極的にいう施設への紹介が集中してしまっている。
- ・シャント狭窄や閉塞時に行うPTAの点数は上がらないか。場合によってはシースを2方向（2箇所）に留置する必要があったり、インデフレーターもディスプレイとなり、PTA時に使うCアラームなどの装置の設備費からすると、ほとんど収益がない。バルーンカテーテルが2本必要になることもある。皮膚切開して血栓除去することは患者に対しても穿刺箇所が減るため、PTAを好む人が多い。PTAを行う施設はそれなりの設備を整えているところになるので血栓除去用と同等に扱うのはいかがなものかと思う。

⁴ エリスロポエチン製剤。

⁵ ボタンホールを設置することにより、透析時に、毎回、シャント血管のまったく同じ場所を穿刺することができるようになる。ボタンホール穿刺法。

○ダイアライザーの見直し

- ・ダイアライザーの材料基準価格を単純かつ根拠が分かりやすいよう規定しなおしてほしい。
- ・ダイアライザーの償還価格等基準がはっきりしていない。また、ここまで綿密に分ける必要があるのだろうか。
- ・効果の少ないリクセルと、性能が低く高額な積層平板ダイアライザーの点数は見直すべきである。
- ・高額の特定保険医療材料の価格見直し、もしくは使用制限が必要。①特定のダイアライザー（I型ダイアライザー）は非常に高額に設定されている。また外国製のもの（積層型）も非常識な高額である。②β2MG 吸着筒（リクセル）。β2MG の除去効率から言えば HDFの方がはるかに効率が良く、安全でしかも安価、費用は1/20程度で済む。③CAPD（連続携行式腹膜透析）用の回路。透析用血液回路とほとんど変わらないが、約20倍の価格（7,000円）設定がなされている。これこそ包括化されるべきである。1社独占販売等の特定保険医療材料は法外な価格で設定されている。
- ・β2-m 除去量によって（ダイアライザーを）5段階に区分するのはやめて、10段階位に選択の幅を広げてはどうだろうか。患者にとって選択の幅が広がると考えられる。

○その他の見直し

- ・障害者加算の理由を明記もしくは変更。①障害者加算の理由及び程度をレセプトに明記させる。②現在の加算を廃止し、要介護認定を受けたものに限り加算を認める。また加算額も要介護度に応じて設定する。
- ・当院では例外なく新規透析導入あるいは手術後の重症患者を中心に透析を行っている。したがって、フサン⁶を使用するケースが多く、DPC（診断群分類包括評価）に入ってしまうので医療経済的にフサン使用のデメリットが大きいので、フサンをDPCからはずして頂きたい。
- ・リスクも高く、人手がかかるため、術後患者（重症）の加算を新設して頂きたい。1回の透析のコストが、通常の入院透析患者と全く同じであることに問題があると思われる。1人の看護師、1人の医師が診る透析患者は病院により異なる。一般の入院の診療報酬のように透析に関わるスタッフあるいは医師対患者数によって、1回の透析のコストに差をつけて頂きたい。
- ・診療レセプトに不必要な病名（の記載）を要求している。腎性貧血、腎性高血圧、高カリウム血症、高リン血症、低カルシウム血症等は、いずれも腎不全の病態そのものであり、別の疾患や合併症ではない。半年も後になって、病名がないという理由で査定されている。

⁶ 「蛋白分解酵素阻害薬」に分類される薬剤。

- ・一泊の白内障手術や一泊の症状観察のため、1か月分の外来医学管理料が算定できないのは不合理と思われる。

6. まとめ

- ・本調査で有効回答を得られた透析医療機関 1,168 施設のうち、外来透析を「毎日実施している」および「曜日を決めて実施している」施設は合わせて 1,120 施設（透析医療機関の 95.9%）であり、外来透析を「現在は実施していない（廃止・休止した）」施設は 13 施設（1.1%）であった（図表 5）。
- ・外来透析に携わるスタッフ数および透析ベッド数について、平成 17 年、18 年、19 年の 3 年間の同月を比較してみると、大きな変化はみられなかった（図表 10）。外来透析患者数についても同様に 3 年間の同月について比較すると微増傾向がみられた（図表 11）。
- ・外来夜間透析を実施している施設は 620 施設あり、外来透析実施施設（1,120 施設）の 55.4% であった。外来夜間透析を「縮小した」施設は 36 施設（外来透析実施施設の 3.2%）、「最近、廃止した」施設は 50 施設（同 4.5%）であった（図表 12）。
- ・外来夜間透析を縮小・廃止した最大の理由は、「夜間透析を希望する患者がいない」（縮小・廃止した 86 施設のうち 36.0%）が最も多く、次いで「採算が取れない」（同 24.4%）ことであった（図表 16）。
- ・外来夜間透析に関する今後の意向については、「今後は拡大していきたいと考えている」施設が 11.4%、「今後は縮小していきたいと考えている」施設が 6.4%、「今後は廃止する予定である」施設が 1.8%であった（図表 17）。
- ・平成 19 年 7 月時点における、外来夜間透析時の患者 1 人に要する平均透析時間については、診療報酬改定前の平成 18 年 1 月時点と比較して「変わらない」という施設が 76.8% で最も多かった。また、「以前より長くなった」（11.8%）と「以前より短くなった」（11.3%）という施設はほぼ同じ割合であった（図表 19）。
- ・患者 1 人が 1 週間に使用したエリスロポエチン製剤量を平成 18 年 1 月時点と平成 19 年 7 月時点で比較すると、「減少した」患者が 39.6%、「増減なし」の患者が 34.5%、「増加した」患者が 25.9%であった（図表 21）。
- ・平成 18 年 1 月時点と比較して、平成 19 年 7 月時点のエリスロポエチン製剤の使用量が減少した患者では、貧血患者の割合が 60.3%から 55.8%へと減少した。一方、エリスロポエチン製剤使用量について増減がなかった患者では貧血患者の割合が 56.7%から 63.3%へ、使用量が増加した患者では貧血患者の割合が 55.0%から 67.9%へと増加した（図表 24）。
- ・患者 1 人あたりのエリスロポエチン平均使用量が減少した施設では、その理由として「鉄剤の使用を増やした」（68.1%）、「検査データを見ながらきめ細かく貧血管理を行うようになった」（57.9%）が多かった（図表 25）。

診療報酬改定結果検証に係る特別調査（平成 19 年度 厚生労働省保険局医療課委託事業）
透析医療に係る改定の影響調査 調査票

※回答の際には、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（ ）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。
 ※（ ）内に数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「-」をご記入ください。

ID

1. 貴施設の状況（平成 19 年 6 月現在）についてお伺いします。

①医療機関名	()
②所在地	()
③種別	1. 病院 2. 一般診療所（有床） 3. 一般診療所（無床）
④開設者	1. 国立 2. 公立 3. 公的 4. 社会保険関係団体 5. 医療法人 6. 個人 7. 学校法人 8. その他法人
⑤許可病床数	施設全体（ ）床

2. 透析医療の応需体制（平成 19 年 6 月現在）についてお伺いします。

①貴施設では、外来透析をどのように実施していますか。

※1つだけ選択。廃止・休止の場合は具体的にその時期を記入してください。

1. 毎日実施している →質問②へ
2. 曜日を決めて実施している
3. 現在は実施していない（以前は実施していたが、廃止・休止した）
→廃止・休止時期：平成（ ）年（ ）月
4. 以前から実施していない
5. その他（具体的に)

①-1) 外来透析を毎日実施していない最も大きな理由は何ですか。※1つだけ選択。

1. 透析医（透析を専門に担当する医師）がいない
2. 看護師が確保できない 3. 臨床工学技士が確保できない
4. 採算が取れない 5. 患者からの要望がない
6. その他（具体的に)

②外来透析についての今後の意向はいかがですか。※最も近いもの1つだけ選択。

1. 現状のままで良いと考えている
2. 今後は毎日実施したいと考えている
3. 今後は曜日を決めて実施したいと考えている
4. 今後は廃止する予定である
5. その他（具体的に)

※外来透析を実施していない施設（質問①で選択肢3または4を回答した施設の方は、4ページの「5.透析医療に係る診療報酬についてのご意見等」にお進みください。

③外来透析を担当する医師は主に誰ですか。※最も近いもの1つだけ選択。

1. 透析医が必ず担当する
2. 基本的に透析医が担当するが、他科と併任している医師（内科など）が担当する場合がある
3. 他科と併任している医師が担当する
→併任の診療科名（具体的に _____）
4. その他（具体的に _____）

④外来透析に携わるスタッフ数（主として外来透析を担当する者）の実人数と透析ベッド数についてご記入ください。

*本調査で、「透析専門医」とは、（社）日本透析医学会の認定する専門医を指します。

	平成 17 年 6 月	平成 18 年 6 月	平成 19 年 6 月
1) 常勤医師数	人	人	人
2) (うち) 透析専門医*	人	人	人
3) 非常勤医師数	人	人	人
4) 常勤看護師数	人	人	人
5) 非常勤看護師数	人	人	人
6) 常勤臨床工学技士	人	人	人
7) 非常勤臨床工学技士	人	人	人
8) 透析ベッド数	床	床	床

⑤貴施設では、外来夜間透析（夜間人工腎臓加算対象）を行っていますか。

※1つだけ選択。廃止・休止の場合は具体的にその時期を記入してください。

1. 行っているが、最近、縮小した
→⑤-1) 縮小した内容として、あてはまるものすべてに○をつけてください。

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 受入れ患者数の縮小 2. 透析診療時間の短縮 3. 診療曜日の削減 4. その他（具体的に _____） |
|--|

→⑤-2) 縮小時期：平成（ ）年（ ）月

2. 以前は行っていたが、最近、廃止した
→⑤-3) 廃止時期：平成（ ）年（ ）月

3. 以前と変わらずに曜日を決めて行っている →質問⑥へ
4. 以前と変わらずに毎日行っている →質問⑥へ
5. 以前から行っていない →質問⑥へ

⑤-4) 外来夜間透析を縮小・廃止した最も大きな理由は何ですか。※1つだけ選択。

1. 透析医（透析を専門に担当する医師）がいない
2. 看護師が確保できない
3. 臨床工学技士が確保できない
4. 採算が取れない
5. 夜間透析を希望する患者がいない
6. その他（具体的に _____）

⑥外来夜間透析についての今後の意向はいかがですか。※1つだけ選択。

1. 現状のままで良いと考えている
2. 今後は拡大していきたいと考えている
3. 今後は縮小していきたいと考えている
4. 今後は廃止する予定である
5. その他（具体的に _____）

⑦外来夜間透析時の患者1人に要する平均透析時間（平成18年1月時点と平成19年6月時点）

1)平成18年1月時点 約（ _____ ）分 2)平成19年6月時点 約（ _____ ）分

⑧外来夜間透析時の患者1人に要する平均準備時間（片付け時間を含む）

約（ _____ ）分

3. エリスロポエチン製剤使用の状況（平成19年6月現在）についてお伺いします。

①平成18年3月以前と比較して、貴施設では、患者1人あたりのエリスロポエチン製剤の平均使用量（処方量）は、概して、どのように変化しましたか。※1つだけ選択。

1. 増加した
2. 変わらない
3. 減少した
4. その他（具体的に _____）

①-1) 患者1人あたりのエリスロポエチン製剤の平均使用量（処方量）が減ったのはなぜですか。
※あてはまるものすべて。

1. 貧血管理の目標値を下げた（例：Hb値10g/dL以下とした）
2. 検査データを見ながらきめ細かく貧血管理を行うようになった
3. 鉄剤の使用を増やした
4. その他（具体的に _____）

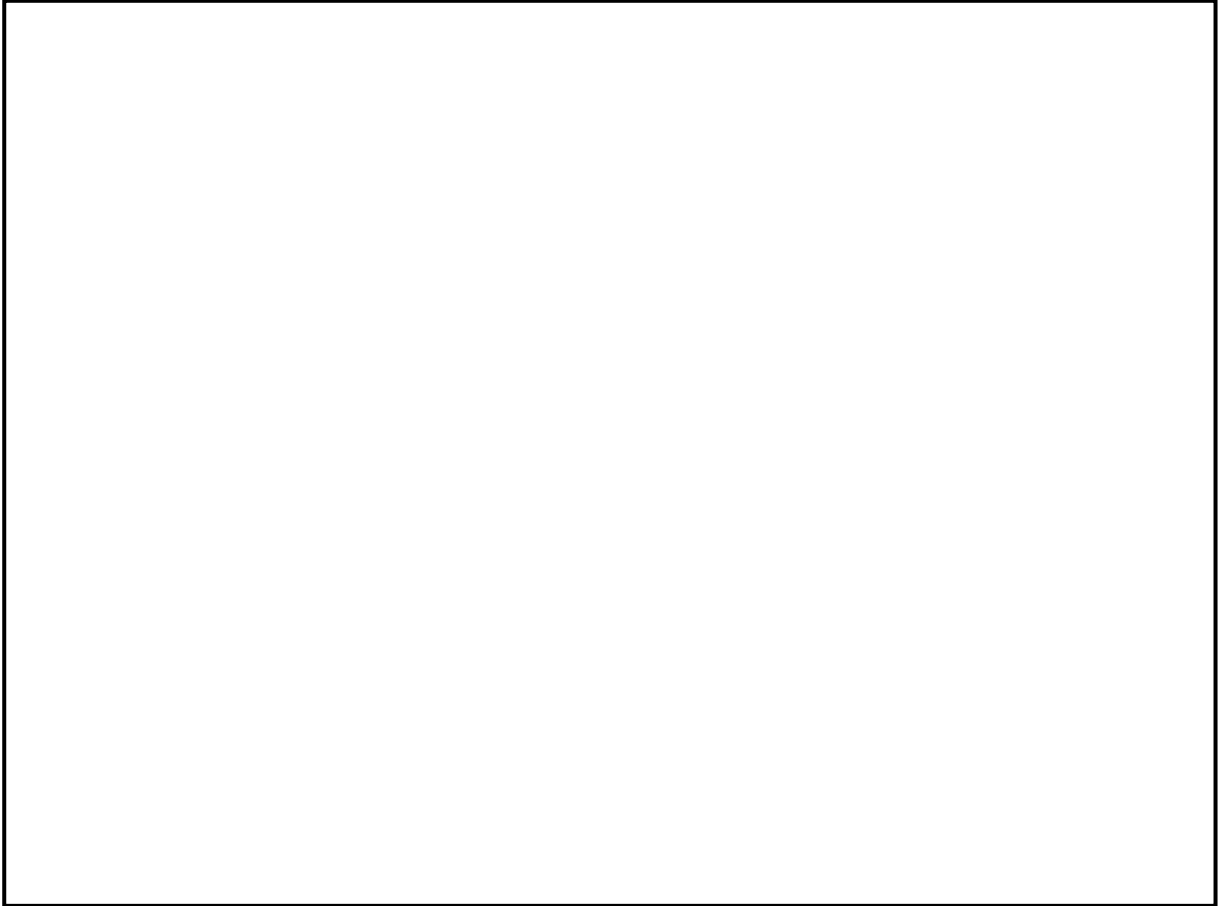
②平成18年3月以前と比較して、患者の貧血状況に変化はみられますか。※1つだけ選択。

1. 貧血患者が増加した
2. 変わらない
3. 貧血患者が減少した
4. その他（具体的に _____）

4. 平成17年、平成18年、平成19年における4月、5月、6月の外来透析患者数、夜間加算算定患者数について記入してください。

	平成17年			平成18年			平成19年		
	4月	5月	6月	4月	5月	6月	4月	5月	6月
①外来透析患者数（人）									
②①のうち夜間加算を算定した患者数（人）									

5. 透析医療に係る診療報酬について、ご意見等があれば、お書きください。



以上で様式 1 のアンケートは終わりです。続いて、様式 2 のアンケートのご回答をお願いします。

診療報酬改定結果検証に係る特別調査（平成19年度 厚生労働省保険局医療課委託事業）

透析医療に係る改定の影響調査 調査票

※平成19年7月25日（水）または7月26日（木）の1日（調査時点）に外来透析を実施した患者1人1人について、平成18年1月と平成19年7月時点の①Hb（ヘモグロビン）値（g/dL）、②Ht（ヘマトクリット）値（%）、③エリスロポエチン製剤の1週間あたり処方量（IU）を記入してください。

※本調査は調査時点の外来透析患者全員を対象にしておりますが、平成18年1月時点は貴施設の外来患者でなかった患者の場合は、本調査の対象外ですので、記入は不要です。

※調査対象患者が多い場合は、大変恐縮でございますが、最大30人分まで（例：調査時点の午前中のみ患者を対象）、記入してください。

※エリスロポエチン製剤処方量がない場合は、「0」と記入してください。

患者 通し 番号	平成18年1月時点			平成19年7月時点		
	①Hb 値 (ヘモグロビン) 【g/dL】	②Ht 値 (ヘマトクリット) 【%】	③1週間あたりの エリスロポエチン 処方量 【IU】	①Hb 値 (ヘモグロビン) 【g/dL】	②Ht 値 (ヘマトクリット) 【%】	③1週間あたりの エリスロポエチン 処方量 【IU】
(例)	11.5	36.4	6,000	12.0	36.8	3,000
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						

以上で様式2のアンケートは終わりです。ご協力いただきまして、ありがとうございました。

中医協 総－４－８
２０．７．９

中医協 検－１－８
２０．７．９

診療報酬改定結果検証に係る特別調査（平成 19 年度調査）

ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における
禁煙成功率の実態調査
報告書

◆◆目次◆◆

1. 目的	1
2. 調査対象	1
3. 調査方法	1
(1) 患者追跡調査	1
(2) 呼気一酸化炭素濃度検査	1
4. 調査項目	1
5. 結果	3
(1) 回収の状況	3
(2) 施設の状況（平成 18 年 11 月）	4
1) 施設区分	4
2) 1 日平均外来患者数（平成 18 年 11 月）	5
3) 開設主体	6
4) 標榜診療科	7
5) ニコチン依存症管理料の施設基準の届出時期	8
6) 禁煙治療の体制	9
7) 禁煙治療に携わる職員数	10
8) 患者に対する 1 回あたりの平均指導時間	12
9) 1 か月間のニコチン依存症管理料算定患者数（平成 18 年 11 月）	14
(3) 患者の状況	16
1) 患者属性（性別および年齢）	16
2) 喫煙年数	17
3) 禁煙指導開始時における 1 日あたりの喫煙本数	17
4) 禁煙指導開始時におけるブリンクマン指数	18
5) 禁煙指導開始時における TDS 点数	18
6) ニコチン依存症管理料算定回数の状況	19
7) 5 回の指導を全て終了した患者の指導終了時の状況	20
8) 5 回の指導を途中で中止した患者の中止時の状況	23
9) 5 回の指導を全て終了した患者の指導終了時から 9 か月後までの状況	24
10) 算定回数別の指導終了 3 か月後および 9 か月後の状況	28
(4) 客観的指標における継続禁煙率	30
(5) 禁煙成功率に関する国際比較	32
6. まとめ	33
参考資料	

1. 目的

平成 18 年 4 月の診療報酬改定で「ニコチン依存症管理料」が新設され、ニコチン依存症と診断された患者のうち禁煙の希望がある者に対する一定期間の禁煙指導について診療報酬上の評価が行われることとなった。

この「ニコチン依存症管理料」新設についてその結果を検証するために、平成 18 年度調査では、ニコチン依存症管理料算定医療機関の実態及びニコチン依存症管理料を算定した患者に対する禁煙治療の実施状況、当該患者の指導終了後 3 か月後と 6 か月後の禁煙成功率を把握するための調査を行った。

本調査は、平成 18 年度調査の対象患者について追跡調査を行い、指導終了後 9 か月後（指導開始から 1 年後）の禁煙成功率を把握することを目的とした。

2. 調査対象

本調査では、ニコチン依存症管理料の届出を行っている医療機関のうち、平成 18 年度に実施した「一次調査」で有効回答を得られた 456 施設において、平成 18 年 6 月および 7 月の 2 か月間に、ニコチン依存症管理料の算定を開始した患者全員を対象とした。

3. 調査方法

（1）患者追跡調査

一次調査対象患者の指導終了から 10～11 か月目となる平成 19 年 7 月に、当該患者のその時点での禁煙／喫煙状況について調査を実施した。

調査方法は、患者の禁煙／喫煙状況を記載する調査票を、対象医療機関に郵送配布した。医療機関の担当者が、調査時点の禁煙／喫煙状況について、対象患者に電話調査を実施し、患者の同意を得てその結果を調査票に記入し、本調査事務局に返送いただく形式とした。調査実施期間（調査票の発送から回収までの期間）は平成 19 年 7 月～8 月とした。

（2）呼気一酸化炭素濃度検査

本調査対象患者の禁煙／喫煙状況を客観的に確認して禁煙継続率を算出することを目的に、呼気一酸化炭素濃度検査に協力が可能な施設を募り、調査対象患者のうち「禁煙継続」とされた患者の呼気一酸化炭素濃度検査を実施した。

4. 調査項目

ニコチン依存症管理料を算定した患者の指導終了 9 か月後の禁煙／喫煙の状況。

調査の全体像

<一次調査> 調査時期：平成 18 年 12 月～平成 19 年 1 月

施設調査	【調査対象】 <ul style="list-style-type: none">・全国の保険医療機関の中で、平成 18 年 7 月 1 日現在にニコチン依存症管理料の届出があった施設から無作為抽出した 1,000 施設 【調査項目】 <ul style="list-style-type: none">・施設区分、所在地、1 日平均外来患者数、開設主体、標榜診療科・ニコチン依存症管理料の施設基準の届出時期、禁煙治療の体制、禁煙治療に携わる職員数、患者に対する 1 回あたりの平均指導時間、ニコチン依存症管理料算定患者数
患者調査	【調査対象】 <ul style="list-style-type: none">・施設調査の対象施設において、平成 18 年 6 月および 7 月の 2 か月間に、ニコチン依存症管理料の算定を開始した患者全員 【調査項目】 <ul style="list-style-type: none">・性別、年齢、喫煙年数、1 日あたりの喫煙本数、TDS 点数、ニコチン依存症管理料の算定状況、指導終了時の禁煙／喫煙の状況、指導終了 3 か月後の禁煙／喫煙の状況 等

<二次調査> 調査時期：平成 19 年 3 月

患者調査	【調査対象】 <ul style="list-style-type: none">・一次調査に回答した施設 456 施設における、一次調査対象患者全員 【調査項目】 <ul style="list-style-type: none">・指導終了 6 か月後の禁煙／喫煙の状況
-------------	---

<三次調査> 調査時期：平成 19 年 7 月～8 月

患者調査	【調査対象】 <ul style="list-style-type: none">・一次調査に回答した施設 456 施設における、一次調査対象患者全員 【調査項目】 <ul style="list-style-type: none">・指導終了 9 か月後の禁煙／喫煙の状況・調査担当者
-------------	--

5. 結果

(1) 回収の状況

平成 18 年度に実施した一次調査で有効回答を得られた 456 施設に対し、同じ調査対象患者のニコチン依存症指導終了後 9 か月後¹の状況を調査するため、三次調査票を発送した結果、279 施設から回収することができた²。調査票に記載された有効患者数は 2,546 人であった。

図表 1 回収の状況

	有効回収数	有効回収率
回答施設数	279	61.2%
調査票に記載された患者数	2,546	—

* 一次調査の患者調査でニコチン依存症管理料算定要件外であるデータ、ブリンクマン指数が 200 未満もしくは TDS 点数が 5 点未満のデータ、および算定開始日が平成 18 年 6 月・7 月以外のデータ、本調査（三次調査）の調査日が平成 19 年 6 月以前のデータを無効票として除き、有効回収数とした。

¹ 実際には、指導終了から 10～11 か月目の状況について調査を実施した。

² 患者の記載があった調査票は 290 施設あった。このうち、有効回答が得られたのが 279 施設であった。

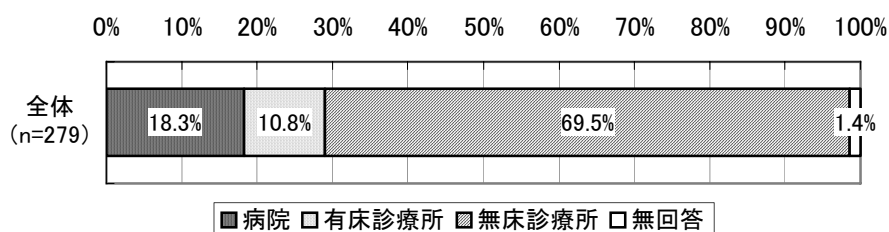
(2) 施設の状況（平成 18 年 11 月）

ここでは、平成 19 年 7 月～8 月に実施した「三次調査」で有効回答が得られた 279 施設について、「一次調査」における当該施設の回答内容を集計し、平成 18 年 11 月における施設の状況としてまとめた。

1) 施設区分

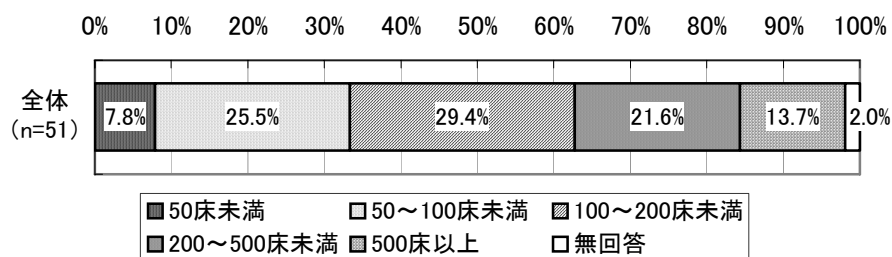
施設区分についてみると、「無床診療所」(69.5%) が最も多く、次いで「病院」(18.3%)、「有床診療所」(10.8%) であった。

図表 2 施設区分



病院における許可病床数についてみると、「100～200 床未満」(29.4%) が最も多く、次いで「50～100 床未満」(25.5%)、「200～500 床未満」(21.6%) であった。平均は 213.48 床（標準偏差 166.41、中央値 178.50）であった。

図表 3 許可病床数（病院）



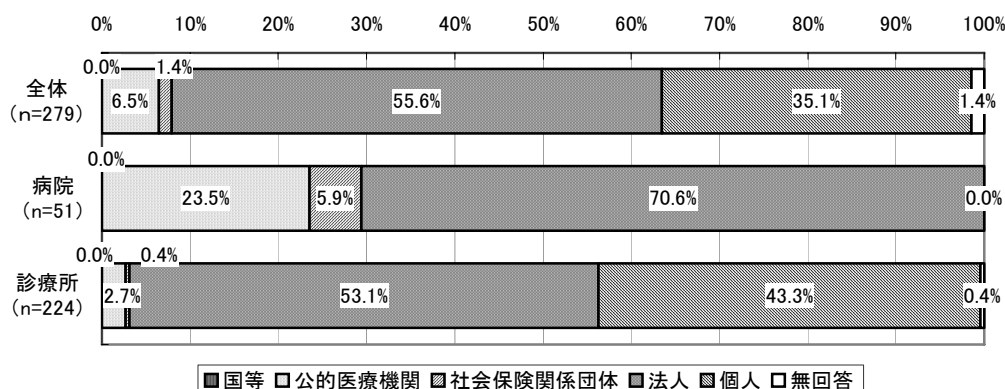
2) 1日平均外来患者数（平成18年11月）

1日平均外来患者数（平成18年11月）についてみると、医療機関全体では、「50～100人未満」（40.9%）が最も多く、次いで、「100～200人未満」（20.4%）、「20～50人未満」（16.1%）であった。

医療機関別にみると、病院においては、「500人以上」（31.4%）が最も多く、次いで「100～200人未満」（27.5%）、「200～500人未満」（23.5%）となった。平均は409.00人（標準偏差359.32、中央値251.00）であった。

また、診療所においては、「50～100人未満」（47.8%）が最も多く、次いで「20～50人未満」（20.1%）、「100～200人未満」（19.2%）であった。平均は82.98人（標準偏差73.47、中央値69.00）であった。

図表4 1日平均外来患者数（平成18年11月）



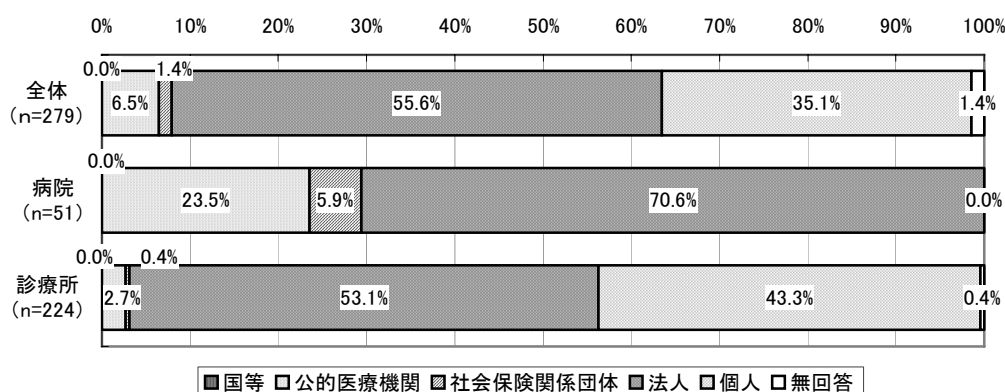
（注）全体（n=279）には、施設区分不明（n=4）を含む。

3) 開設主体

開設主体についてみると、全体では「法人」(55.6%)が最も多く、次いで「個人」(35.1%)、「公的医療機関」(6.5%)であった。

医療機関別にみると、病院においては、「法人」(70.6%)が最も多く、次いで「公的医療機関」(23.5%)であった。また、診療所においては、「法人」(53.1%)が最も多く、次いで「個人」(43.3%)であった。

図表 5 開設主体



(注) 全体 (n=279) には、施設区分不明 (n=4) を含む。

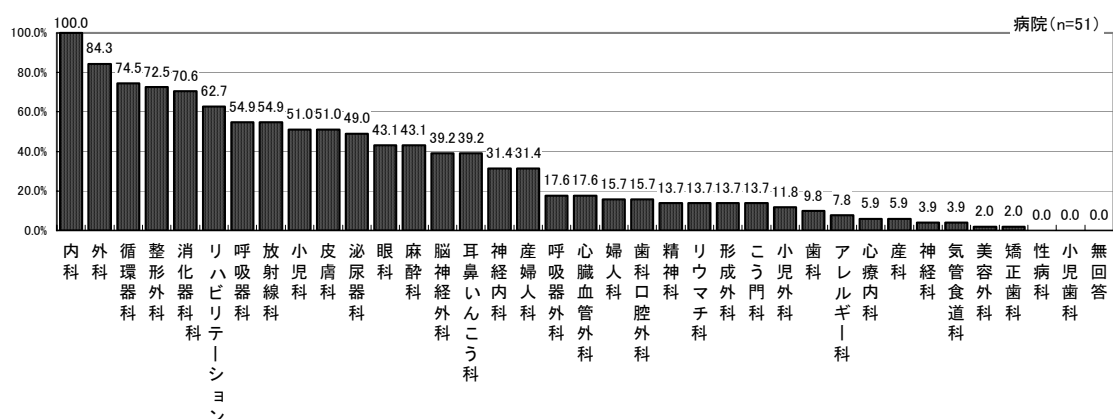
※参考：開設主体の内訳

国等	厚生労働省、国立病院機構、国立大学法人、労働者健康福祉機構等
公的医療機関	都道府県、市町村、日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会等
社会保険関係団体	全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、健康保険組合およびその連合会、共済組合およびその連合会、国民健康保険組合等
法人	公益法人、医療法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他の法人等

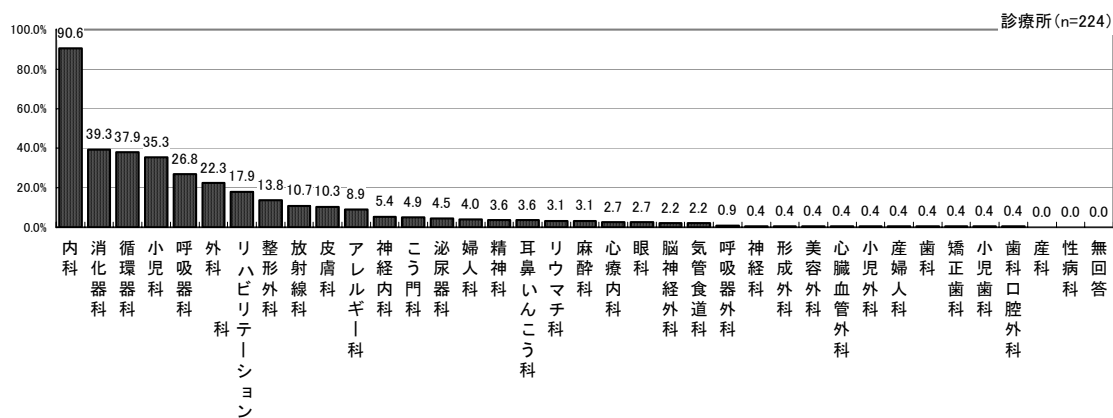
4) 標榜診療科

標榜診療科についてみると、病院、診療所ともに、「内科」が最も多かった（それぞれ100.0%、90.6%）。病院では、次いで「外科」（84.3%）、「循環器科」（74.5%）、診療所においては、次いで「消化器科」（39.3%）、「循環器科」（37.9%）となった。

図表 6 標榜診療科（病院）：複数回答



図表 7 標榜診療科（診療所）：複数回答



5) ニコチン依存症管理料の施設基準の届出時期

ニコチン依存症管理料の施設基準の届出時期についてみると、全体では「平成 18 年 4 月」(40.1%) が最も多く、次いで、「平成 18 年 6 月」(21.5%) であった。

医療機関別にみると、病院、診療所ともに「平成 18 年 4 月」の診療報酬改定直後から届け出た施設が多く、それぞれ 58.8%、36.2%となった。

また、「平成 18 年 5 月」の届出は減少しているものの、ニコチンパッチ等が保険適用となった「平成 18 年 6 月」には再び届出が増加しており、病院、診療所では、それぞれ 15.7%、23.2%となった。

図表 8 ニコチン依存症管理料の施設基準の届出時期

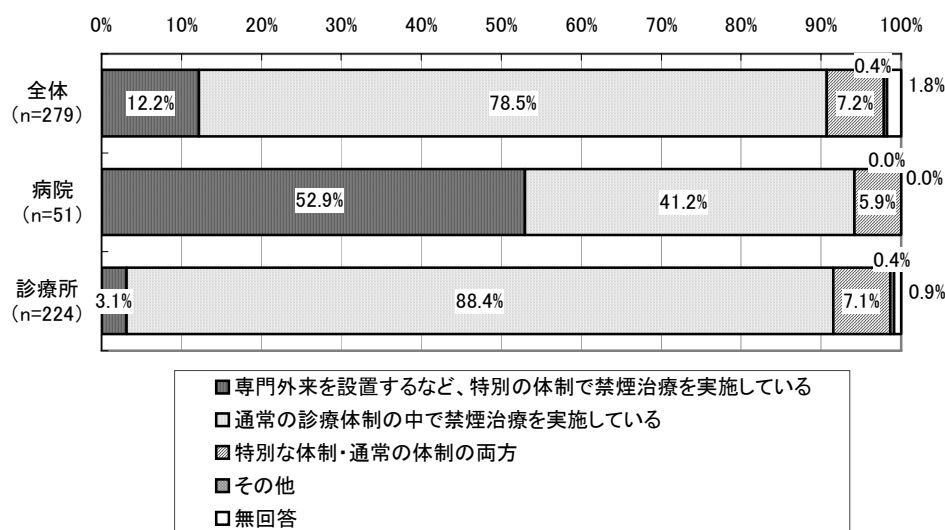
	総 数	平成 18 年 4 月	平成 18 年 5 月	平成 18 年 6 月	平成 18 年 7 月	それ以外	無回答
全体	279 100.0%	112 40.1%	32 11.5%	60 21.5%	56 20.1%	10 3.6%	9 3.2%
病院	51 100.0%	30 58.8%	3 5.9%	8 15.7%	9 17.6%	1 2.0%	0 0.0%
診療所	224 100.0%	81 36.2%	29 12.9%	52 23.2%	47 21.0%	9 4.0%	6 2.7%
無回答	4 -	1 -	0 -	0 -	0 -	0 -	3 -

6) 禁煙治療の体制

医療機関全体では、「通常の診療体制の中で禁煙治療を実施している」（78.5%）が最も多く、次いで「専門外来を設置するなど、特別の体制で禁煙治療を実施している」（12.2%）であった。

医療機関別にみると、病院においては、「専門外来を設置するなど、特別の体制で禁煙治療を実施している」（52.9%）が最も多く、次いで「通常の診療体制の中で禁煙治療を実施している」（41.2%）であった。診療所においては、「通常の診療体制の中で禁煙治療を実施している」（88.4%）が最も多く、次いで「特別な体制・通常の体制の両方」（7.1%）であった。

図表 9 禁煙治療の体制



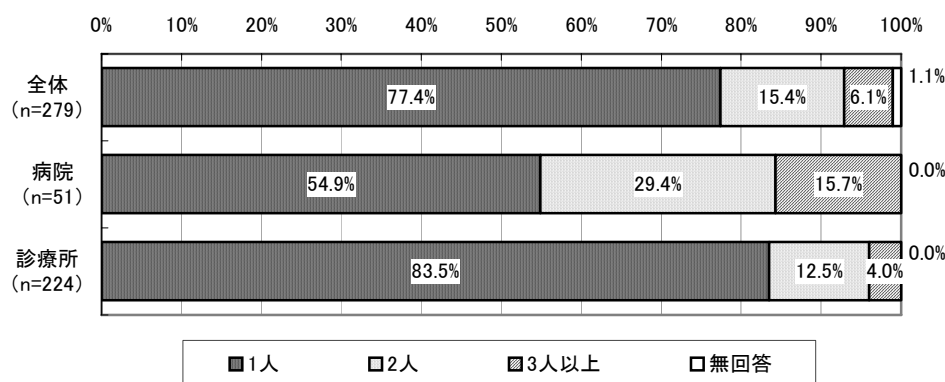
(注) 全体 (n=279) には、施設区分不明 (n=4) を含む。

7) 禁煙治療に携わる職員数

禁煙治療に携わる職員数(医師数)についてみると、医療機関全体では「1人」が77.4%で最も多く、「2人」が15.4%、「3人以上」が6.1%であった。

医療機関別にみると、病院においては、「1人」が54.9%で最も多いが、「2人」が29.4%、「3人以上」が15.7%となっており、複数の医師が診療に携わっている場合も多かった。1施設あたりの医師数の平均は2.02人(標準偏差1.98、中央値1.00)であった。また、診療所においては、医師が「1人」(83.5%)という施設が最も多かった。平均は1.25人(標準偏差0.83、中央値1.00)であった。

図表 10 禁煙治療に携わる職員数(医師数)

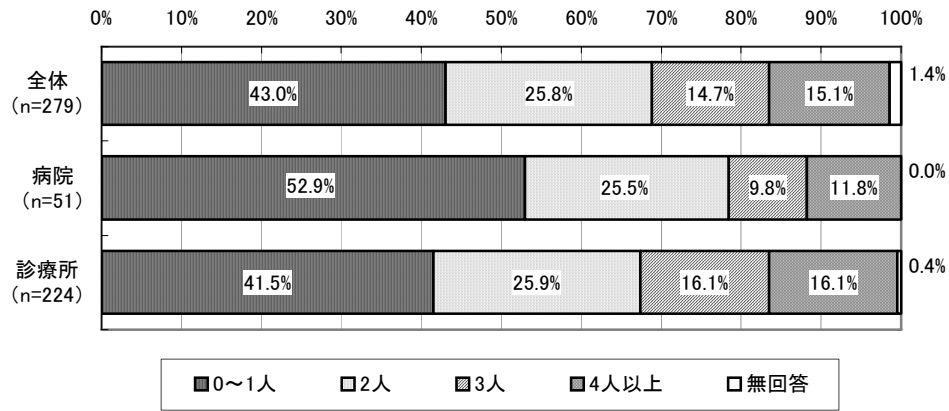


(注) 全体 (n=279) には、施設区分不明 (n=4) を含む。

看護師数についてみると、医療機関全体では、「0~1人」(43.0%)が最も多く、次いで、「2人」(25.8%)、「4人以上」(15.1%)、「3人」(14.7%)となった。

医療機関別にみると、病院では、「0~1人」(52.9%)が最も多く、次いで「2人」(25.5%)となった。1施設あたりの看護師数の平均は2.18人(標準偏差3.02、中央値1.00)であった。診療所でも同様に、「0~1人」(41.5%)が最も多く、次いで「2人」(25.9%)となった。平均は2.43人(標準偏差2.24、中央値2.00)であった。

図表 11 禁煙治療に携わる職員数（看護師数）



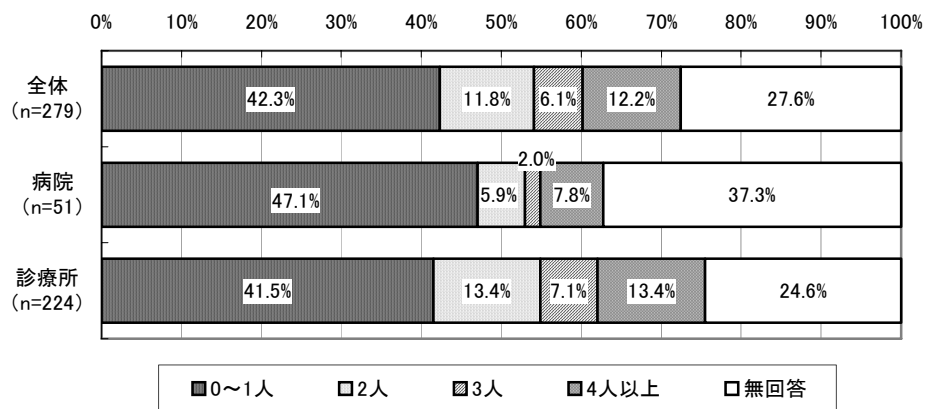
(注) 全体 (n=279) には、施設区分不明 (n=4) を含む。

禁煙治療に携わる職員数（その他の職員数）についてみると、医療機関全体では「0~1人」（42.3%）が最も多く、次いで「4人以上」（12.2%）となった。

この傾向は医療機関別でも同様であった。病院においては、「0~1人」（47.1%）が最も多く、次いで「4人以上」（7.8%）となっており、平均は4.44人（標準偏差16.21、中央値0.00）であった。診療所においては、「0~1人」（41.5%）が最も多く、次いで「2人」および「4人以上」が同じ13.4%であった。平均は2.41人（標準偏差4.97、中央値1.00）であった。

本項目については無回答が多かったが、これは「0」人の場合に「0」と記載がなかったためと推察される。

図表 12 禁煙治療に携わる職員数（その他の職員数）



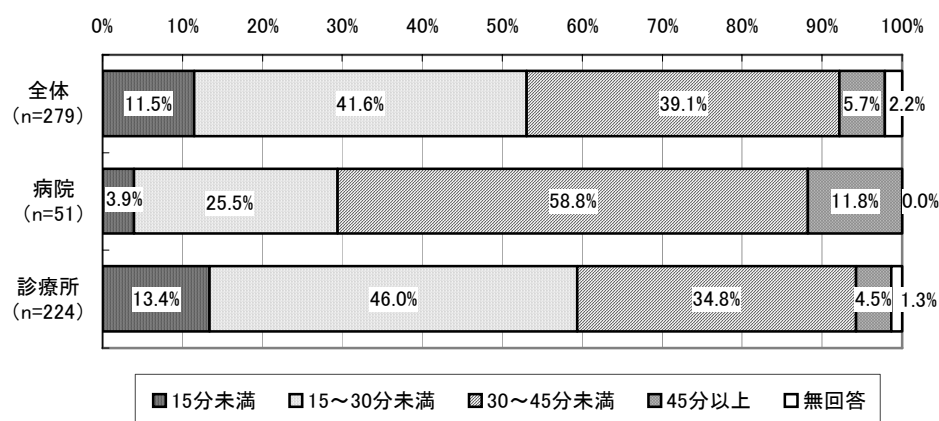
(注) 全体 (n=279) には、施設区分不明 (n=4) を含む。

8) 患者に対する1回あたりの平均指導時間

患者に対する1回あたりの平均指導時間についてみると、初回の指導では、「15～30分未満」(41.6%) および「30～45分未満」(39.1%) の施設が多かった。

医療機関別にみると、病院の方が初回の指導に時間をかけている傾向がみられた。病院においては「30～45分未満」(58.8%) が最も多く、次いで「15～30分未満」(25.5%)、「45分以上」(11.8%) となり、平均は31.04分(標準偏差11.60、中央値30.00)であった。一方、診療所においては「15～30分未満」(46.0%) が最も多く、次いで「30～45分未満」(34.8%)、「15分未満」(13.4%) となり、平均は24.04分(標準偏差12.17、中央値20.00)であった。

図表 13 患者に対する1回あたりの平均指導時間(初回の指導)

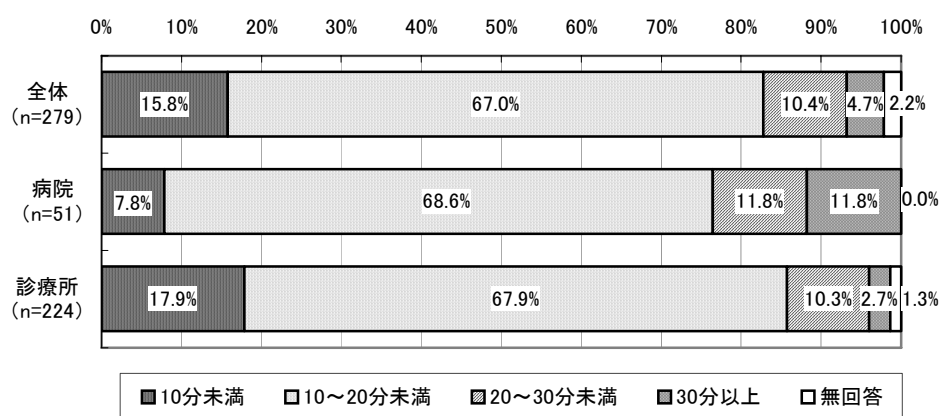


(注) 全体 (n=279) には、施設区分不明 (n=4) を含む。

2回目以降の平均指導時間についてみると、全体では「10～20分未満」(67.0%)が最も多く、次いで「10分未満」(15.8%)、「20～30分未満」(10.4%)となった。

医療機関別にみると、病院においては「10～20分未満」が68.6%と最も多く、次いで「20～30分未満」(11.8%)、「30分以上」(11.8%)、「10分未満」(7.8%)となり、平均は15.31分(標準偏差6.97、中央値15.00)であった。診療所においては、病院と同様に「10～20分未満」(67.9%)が最も多かった。次いで「10分未満」(17.9%)、「20～30分未満」(10.3%)となり、平均は11.90分(標準偏差5.62、中央値10.00)であった。

図表 14 患者に対する1回あたりの平均指導時間(2回目以降の指導)



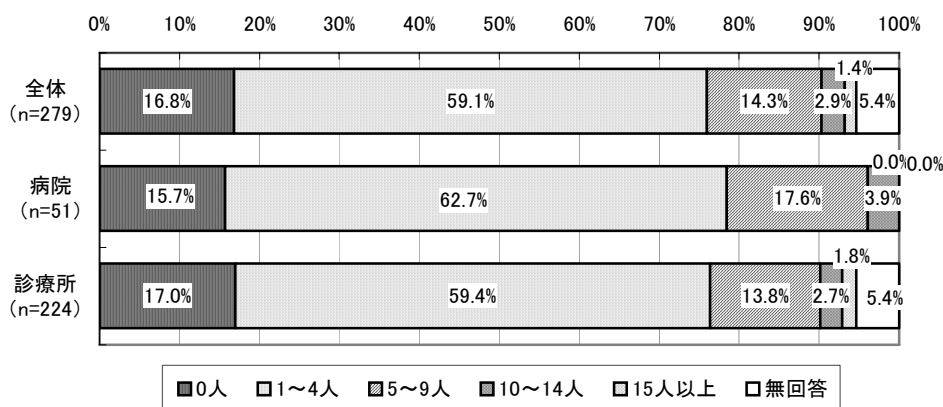
(注) 全体 (n=279) には、施設区分不明 (n=4) を含む。

9) 1 か月間のニコチン依存症管理料算定患者数（平成 18 年 11 月）

平成 18 年 11 月 1 か月間におけるニコチン依存症管理料算定患者数（初回の算定患者数）についてみると、全体では「1～4 人」（59.1%）が最も多く、次いで「0 人」（16.8%）、「5～9 人」（14.3%）であった。

医療機関別にみると、病院と診療所では大きな差はみられなかった。病院においては、「1～4 人」（62.7%）が最も多く、次いで「5～9 人」（17.6%）、「0 人」（15.7%）となり、平均は 3.08 人（標準偏差 2.76、中央値 3.00）であった。診療所においては、「1～4 人」（59.4%）が最も多く、次いで「0 人」（17.0%）、「5～9 人」（13.8%）となり、平均は 2.94 人（標準偏差 3.25、中央値 2.00）であった。

図表 15 平成 18 年 11 月 1 か月間における、ニコチン依存症管理料算定患者数（初回の算定患者数）

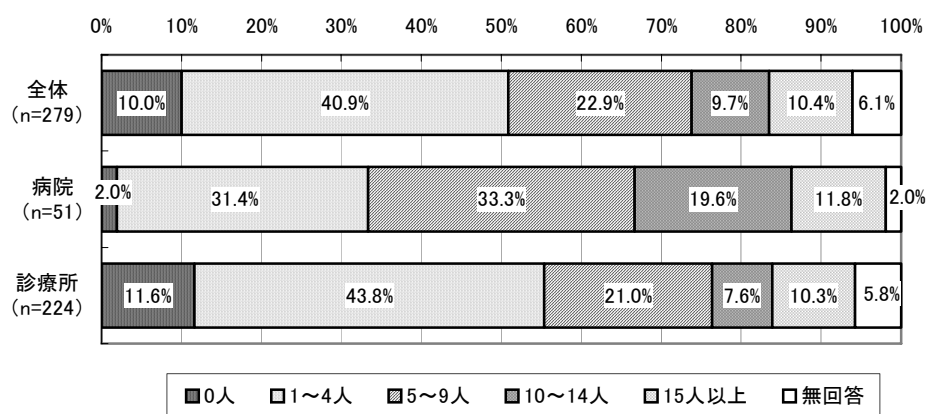


（注）全体（n=279）には、施設区分不明（n=4）を含む。

一方、2回目以降のニコチン依存症管理料を算定した患者数についてみると、全体では「1～4人」(40.9%)が最も多く、次いで「5～9人」(22.9%)、「15人以上」(10.4%)、「0人」(10.0%)、「10～14人」(9.7%)と続いた。

医療機関別にみると、病院においては、「5～9人」(33.3%)が最も多く、次いで「1～4人」(31.4%)、「10～14人」(19.6%)と続き、平均は7.94人(標準偏差7.25、中央値6.50)となった。診療所においては、「1～4人」(43.8%)が最も多く、次いで「5～9人」(21.0%)、「0人」(11.6%)、「15人以上」(10.3%)、「10～14人」(7.6%)となり、平均は6.07人(標準偏差7.97、中央値4.00)であった。

図表 16 平成 18 年 11 月 1 か月間における、ニコチン依存症管理料算定患者数
(2回目以降の算定患者数)



(注) 全体 (n=279) には、施設区分不明 (n=4) を含む。

(3) 患者の状況

本調査では、平成 18 年度に実施した「一次調査」の対象となった患者について、指導終了 9 か月後（指導開始から 1 年後）の状況を調査した。分析対象患者は、「三次調査」の調査票を回収できた施設における、一次調査の患者票に記載された患者全数とした。

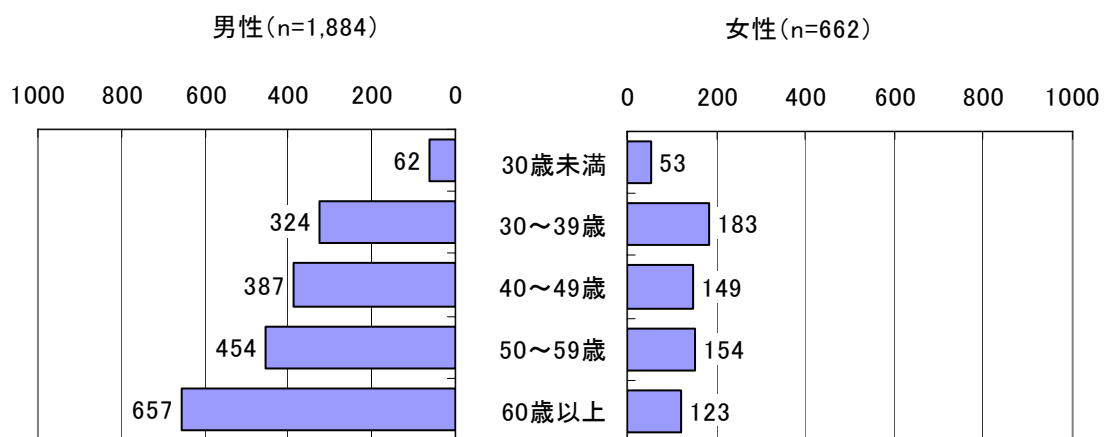
1) 患者属性（性別および年齢）

本調査において、指導終了 9 か月後の禁煙／喫煙状況の分析対象とした患者は、男性 1,884 人、女性 662 人、合計 2,546 人であった。

禁煙指導開始時の年齢についてみると、男性では「60 歳以上」（657 人）が最も多く、次いで「50～59 歳」（454 人）となっており、年齢の高い層が多かった。一方、女性においては、「30～39 歳」（183 人）が最も多いが、各年齢層に広く分散していた。

男性の平均年齢は 53.00 歳（標準偏差 13.75、中央値 54.00）であり、女性の平均年齢は 47.01 歳（標準偏差 13.54、中央値 45.00）であった。

図表 17 性別および年齢

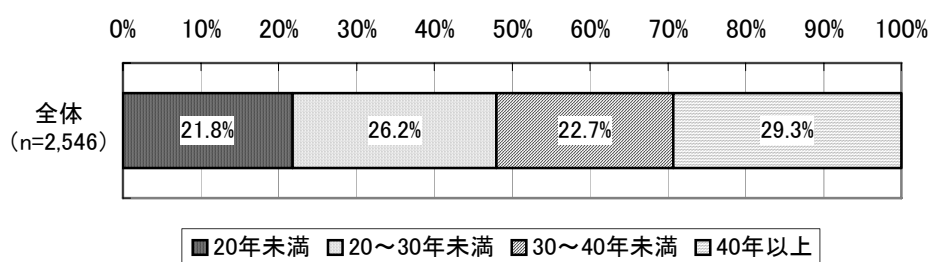


(注) 年齢は禁煙指導開始時の年齢。

2) 喫煙年数

禁煙指導開始時における喫煙年数についてみると、「40年以上」(29.3%)が最も多く、次いで「20～30年未満」(26.2%)となった。喫煙年数の平均は30.08年(標準偏差12.94、中央値30.00)であった。

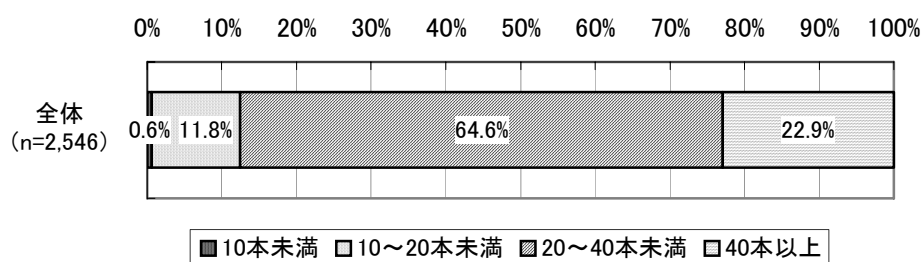
図表 18 禁煙指導開始時における喫煙年数



3) 禁煙指導開始時における1日あたりの喫煙本数

禁煙指導開始時における1日あたりの喫煙本数についてみると、「20～40本未満」(64.6%)が最も多く、次いで「40本以上」(22.9%)となった。1日あたりの喫煙本数の平均は、27.70本(標準偏差12.31、中央値25.00)であった。

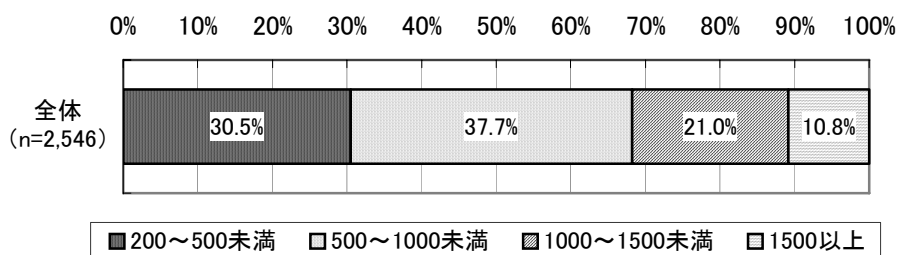
図表 19 禁煙指導開始時における1日あたりの喫煙本数



4) 禁煙指導開始時におけるブリンクマン指数

禁煙指導開始時におけるブリンクマン指数（喫煙年数×1日あたり喫煙本数）についてみると、「500～1000未満」（37.7%）が最も多く、次いで「200～500未満」（30.5%）、「1000～1500未満」（21.0%）となった。ブリンクマン指数の平均は、826.20（標準偏差 524.30、中央値 720.00）であった。

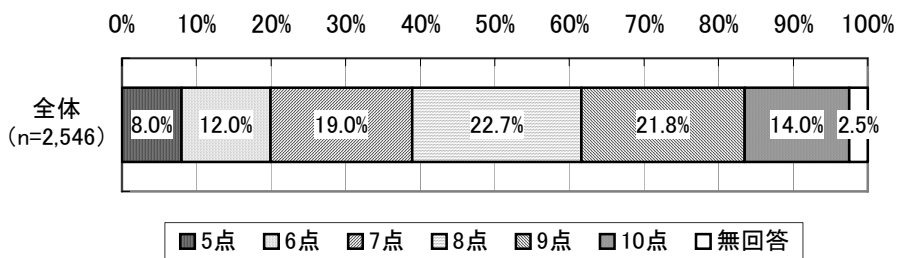
図表 20 禁煙指導開始時におけるブリンクマン指数



5) 禁煙指導開始時における TDS 点数

禁煙指導開始時の TDS 点数³についてみると、「8点」（22.7%）が最も多く、次いで「9点」（21.8%）、「7点」（19.0%）、「10点」（14.0%）、「6点」（12.0%）、「5点」（8.0%）と続いた。TDS 点数の平均は、7.83点（標準偏差 1.48、中央値 8.00）であった。

図表 21 禁煙指導開始時における TDS 点数

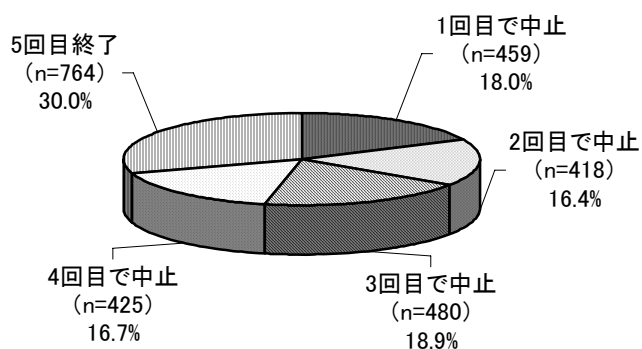


³ TDS (Tobacco Dependence Screener) は、保険適用の対象患者を抽出するために実施するニコチン依存症のスクリーニングテストである。10項目の質問で構成され、「はい」を1点、「いいえ」を0点として合計得点を計算する。点数が高いほどニコチン依存度が高いと判断され、5点以上がニコチン依存症と診断される。

6) ニコチン依存症管理料算定回数の状況

ニコチン依存症管理料算定回数の状況についてみると、全体では「5回目終了」(30.0%)が最も多く、次いで「3回目で中止」(18.9%)、「1回目で中止」(18.0%)、「4回目で中止」(16.7%)、「2回目で中止」(16.4%)となった。算定回数の平均は、3.24回(標準偏差 1.48、中央値 3.00)であった。

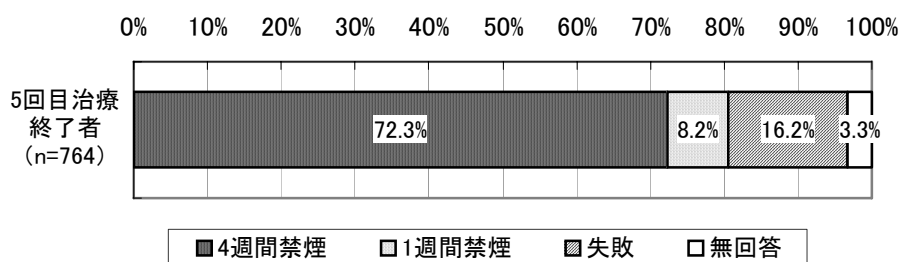
図表 22 ニコチン依存症管理料算定回数の状況 (n=2,546)



7) 5回の指導を全て終了した患者の指導終了時の状況

ニコチン依存症の禁煙指導を5回全て終了した764人において、5回目指導終了時の状況についてみると、「4週間禁煙」が72.3%、「1週間禁煙」が8.2%、「失敗」が16.2%であった。

図表 23 5回の指導を終了した患者の指導終了時の状況



※禁煙の定義【指導終了時】

4週間禁煙	<ul style="list-style-type: none"> 5回終了時点で禁煙しており、5回終了時からさかのぼって少なくとも4週間、1本も吸わずに禁煙を継続している人 かつ、4回目と5回目の指導時の呼気一酸化炭素濃度の値が非喫煙者レベル（8ppm未満）であった人
1週間禁煙	<ul style="list-style-type: none"> 5回の治療が終了している時点で禁煙しており、5回終了時点からさかのぼって少なくとも1週間、1本も吸わずに禁煙を継続している人 かつ、5回目指導時の呼気一酸化炭素濃度の値が非喫煙者レベル（8ppm未満）であった人

以下、患者属性別にみた。まず、男女別についてみると、5回目指導終了時の「4週間禁煙」は、男性で73.2%、女性で69.1%であった。

図表 24 5回の指導を終了した患者の指導終了時の状況（男女別）

	合計	4週間禁煙	1週間禁煙	失敗	無回答
全体	764 100.0%	552 72.3%	63 8.2%	124 16.2%	25 3.3%
男性	583 100.0%	427 73.2%	46 7.9%	88 15.1%	22 3.8%
女性	181 100.0%	125 69.1%	17 9.4%	36 19.9%	3 1.7%

年齢別にみると、5回目指導終了時の「4週間禁煙」の割合は、「40～49歳」（76.5%）で最も高く、次いで「50～59歳」（73.5%）、「30歳未満」（73.3%）、「60歳以上」（72.0%）、「30～39歳」（64.0%）となった。

図表 25 5回の指導を終了した患者の指導終了時の状況（年齢別）

	合計	4週間 禁煙	1週間 禁煙	失敗	無回答
全体	764 100.0%	552 72.3%	63 8.2%	124 16.2%	25 3.3%
30歳未満	15 100.0%	11 73.3%	2 13.3%	1 6.7%	1 6.7%
30～39歳	89 100.0%	57 64.0%	8 9.0%	20 22.5%	4 4.5%
40～49歳	132 100.0%	101 76.5%	11 8.3%	18 13.6%	2 1.5%
50～59歳	189 100.0%	139 73.5%	13 6.9%	30 15.9%	7 3.7%
60歳以上	339 100.0%	244 72.0%	29 8.6%	55 16.2%	11 3.2%

ブリンクマン指数別にみると、ブリンクマン指数が低いほど「4週間禁煙」の割合が高く、「失敗」の割合が低くなる傾向が若干みられた。

図表 26 5回の指導を終了した患者の指導終了時の状況（ブリンクマン指数別）

	合計	4週間 禁煙	1週間 禁煙	失敗	無回答
全体	764 100.0%	552 72.3%	63 8.2%	124 16.2%	25 3.3%
200～500未満	177 100.0%	131 74.0%	13 7.3%	25 14.1%	8 4.5%
500～1000未満	296 100.0%	216 73.0%	24 8.1%	47 15.9%	9 3.0%
1000～1500未満	195 100.0%	140 71.8%	17 8.7%	33 16.9%	5 2.6%
1500以上	96 100.0%	65 67.7%	9 9.4%	19 19.8%	3 3.1%

TDS 点数別にみると、指導開始時の TDS 点数が低いほうが「4 週間禁煙」の割合が高く、禁煙に成功している傾向がみられた。

図表 27 5 回の指導を終了した患者の指導終了時の状況 (TDS 点数別)

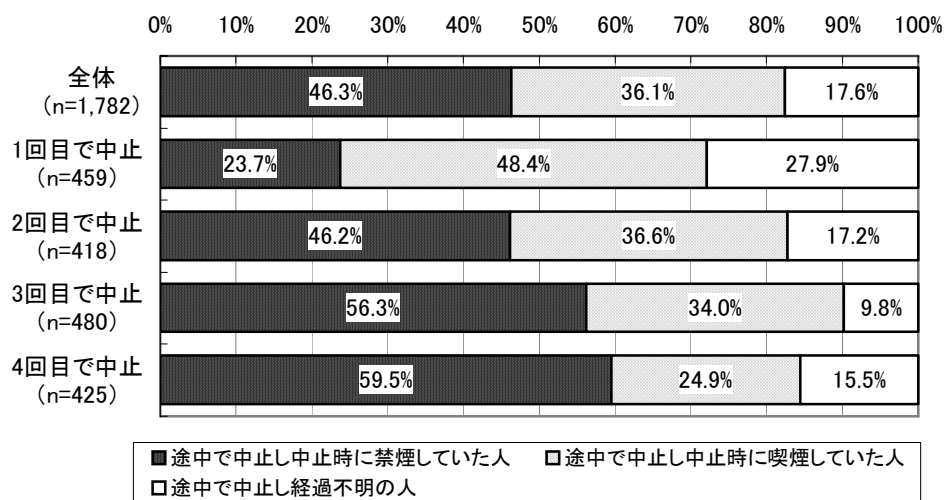
	合計	4 週間 禁煙	1 週間 禁煙	失敗	無回答
全体	764 100.0%	552 72.3%	63 8.2%	124 16.2%	25 3.3%
5 点	62 100.0%	49 79.0%	4 6.5%	6 9.7%	3 4.8%
6 点	87 100.0%	68 78.2%	3 3.4%	14 16.1%	2 2.3%
7 点	141 100.0%	103 73.0%	13 9.2%	18 12.8%	7 5.0%
8 点	175 100.0%	135 77.1%	11 6.3%	26 14.9%	3 1.7%
9 点	183 100.0%	125 68.3%	20 10.9%	30 16.4%	8 4.4%
10 点	100 100.0%	60 60.0%	12 12.0%	27 27.0%	1 1.0%

8) 5回の指導を途中で中止した患者の中止時の状況

ニコチン依存症管理料の算定を5回目より前に中止した患者（n=1,782）では、中止時に46.3%が禁煙していた。

ニコチン依存症指導を実施した回数が多いほど、中止時に禁煙していた人の割合が高い傾向が認められた。

図表 28 ニコチン依存症指導中止時の状況

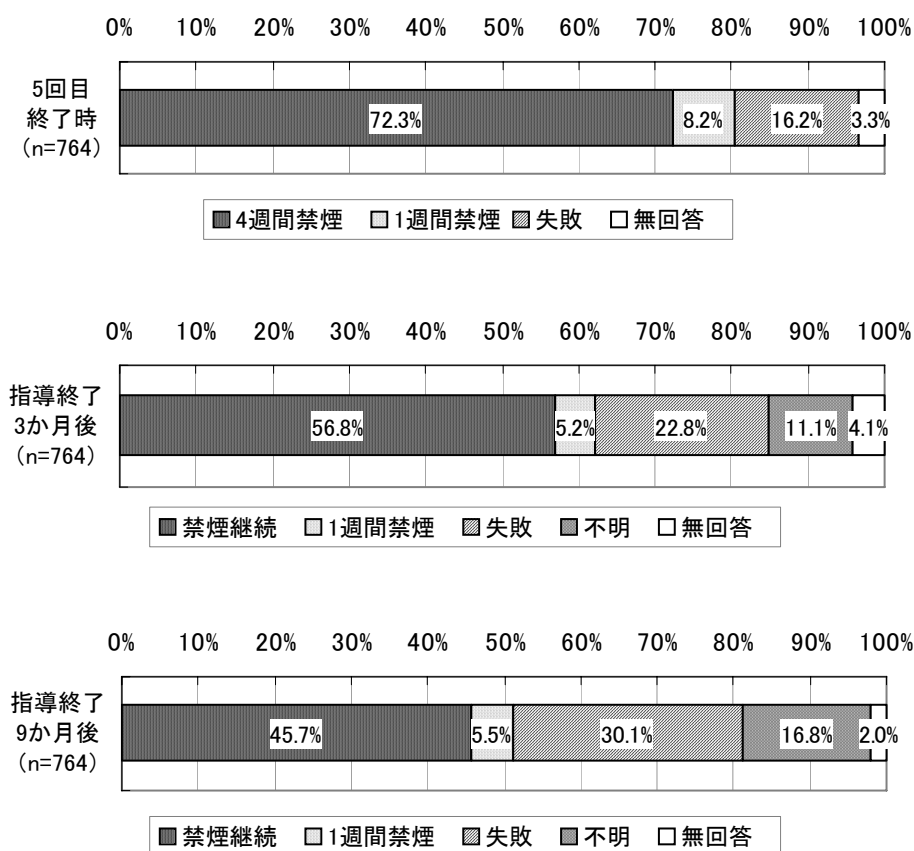


9) 5回の指導を全て終了した患者の指導終了時から9か月後までの状況

5回の禁煙指導を終了した患者764人における、指導終了時の状況、指導終了3か月後の状況および9か月後の状況を以下に示した。

指導終了時とそれ以外の状況とは回答選択肢が異なることに留意する必要があるが、5回目指導終了時の4週間禁煙率が72.3%、3か月後の禁煙継続率が56.8%、9か月後の禁煙継続率が45.7%となり、その割合は減少しているものの高い数値を維持した。

図表 29 指導終了時・3か月後・9か月後の禁煙／喫煙の状況



※参考：禁煙の定義【指導3か月後・9か月後】

1週間禁煙	<ul style="list-style-type: none"> ・3か月後、9か月後の調査時点で禁煙しており、少なくとも1週間、1本も吸わずに禁煙を継続している人 ・禁煙／喫煙の状況については、自己申告とする。
禁煙継続	<ul style="list-style-type: none"> ・5回目の指導終了時から3か月後、9か月後調査までの期間、または指導中断時から3か月後、9か月後調査までの期間、1本も吸わずに禁煙を継続している人 ・禁煙／喫煙の状況については、自己申告とする。

指導終了9か月後の状況について年齢別にみると、「30～39歳」の禁煙継続率が36.0%で他の年齢層よりも低い結果となった。

図表 30 指導終了9か月後の禁煙／喫煙の状況（年齢別）

	合計	禁煙 継続	1週間 禁煙	失敗	不明	無回答
全体	764 100.0%	349 45.7%	42 5.5%	230 30.1%	128 16.8%	15 2.0%
30歳未満	15 100.0%	7 46.7%	1 6.7%	1 6.7%	6 40.0%	0 0.0%
30～39歳	89 100.0%	32 36.0%	5 5.6%	30 33.7%	20 22.5%	2 2.2%
40～49歳	132 100.0%	62 47.0%	8 6.1%	29 22.0%	29 22.0%	4 3.0%
50～59歳	189 100.0%	95 50.3%	7 3.7%	60 31.7%	22 11.6%	5 2.6%
60歳以上	339 100.0%	153 45.1%	21 6.2%	110 32.4%	51 15.0%	4 1.2%

次に、喫煙年数別にみると、40年未満では、喫煙年数が長いほど禁煙継続率が高い結果となった。

図表 31 指導終了9か月後の禁煙／喫煙の状況（喫煙年数別）

	合計	禁煙 継続	1週間 禁煙	失敗	不明	無回答
全体	764 100.0%	349 45.7%	42 5.5%	230 30.1%	128 16.8%	15 2.0%
20年未満	100 100.0%	36 36.0%	4 4.0%	29 29.0%	28 28.0%	3 3.0%
20～30年未満	165 100.0%	78 47.3%	10 6.1%	40 24.2%	34 20.6%	3 1.8%
30～40年未満	188 100.0%	93 49.5%	10 5.3%	57 30.3%	23 12.2%	5 2.7%
40年以上	311 100.0%	142 45.7%	18 5.8%	104 33.4%	43 13.8%	4 1.3%

喫煙指導開始時の1日あたりの喫煙本数別にみると、喫煙本数が多いほど、禁煙継続率が低い傾向がみられた。

図表 32 指導終了9か月後の禁煙／喫煙の状況（1日あたりの喫煙本数別）

	合計	禁煙 継続	1週間 禁煙	失敗	不明	無回答
全体	764 100.0%	349 45.7%	42 5.5%	230 30.1%	128 16.8%	15 2.0%
10本未満	8 100.0%	4 50.0%	0 0.0%	4 50.0%	0 0.0%	0 0.0%
10～20本未満	112 100.0%	58 51.8%	12 10.7%	27 24.1%	13 11.6%	2 1.8%
20～40本未満	505 100.0%	237 46.9%	24 4.8%	151 29.9%	82 16.2%	11 2.2%
40本以上	139 100.0%	50 36.0%	6 4.3%	48 34.5%	33 23.7%	2 1.4%

ブリンクマン指数別にみると、「1500以上」では禁煙継続率が低く、失敗率が高い結果となった。

図表 33 指導終了9か月後の禁煙／喫煙の状況（ブリンクマン指数別）

	合計	禁煙 継続	1週間 禁煙	失敗	不明	無回答
全体	764 100.0%	349 45.7%	42 5.5%	230 30.1%	128 16.8%	15 2.0%
200～500未満	177 100.0%	81 45.8%	11 6.2%	42 23.7%	40 22.6%	3 1.7%
500～1000未満	296 100.0%	142 48.0%	21 7.1%	85 28.7%	42 14.2%	6 2.0%
1000～1500未満	195 100.0%	92 47.2%	6 3.1%	63 32.3%	28 14.4%	6 3.1%
1500以上	96 100.0%	34 35.4%	4 4.2%	40 41.7%	18 18.8%	0 0.0%

TDS 点数別にみると、TDS 点数が低いほど禁煙継続率が高い傾向がみられた。

図表 34 指導終了 9 か月後の禁煙／喫煙の状況（TDS 点数別）

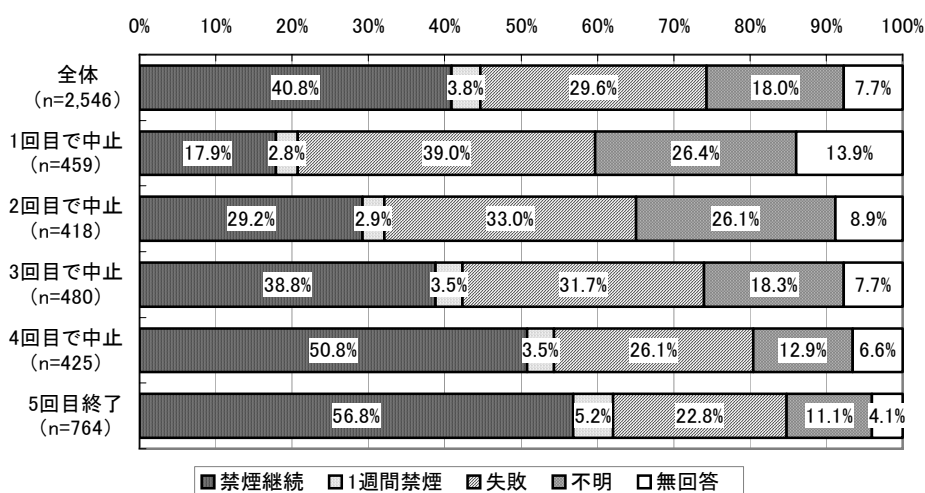
	合計	禁煙 継続	1 週間 禁煙	失敗	不明	無回答
全体	764 100.0%	349 45.7%	42 5.5%	230 30.1%	128 16.8%	15 2.0%
5点	62 100.0%	32 51.6%	3 4.8%	18 29.0%	7 11.3%	2 3.2%
6点	87 100.0%	48 55.2%	4 4.6%	20 23.0%	15 17.2%	0 0.0%
7点	141 100.0%	68 48.2%	11 7.8%	39 27.7%	20 14.2%	3 2.1%
8点	175 100.0%	77 44.0%	8 4.6%	59 33.7%	27 15.4%	4 2.3%
9点	183 100.0%	80 43.7%	8 4.4%	54 29.5%	38 20.8%	3 1.6%
10点	100 100.0%	34 34.0%	8 8.0%	36 36.0%	19 19.0%	3 3.0%

10) 算定回数別の指導終了3か月後および9か月後の状況

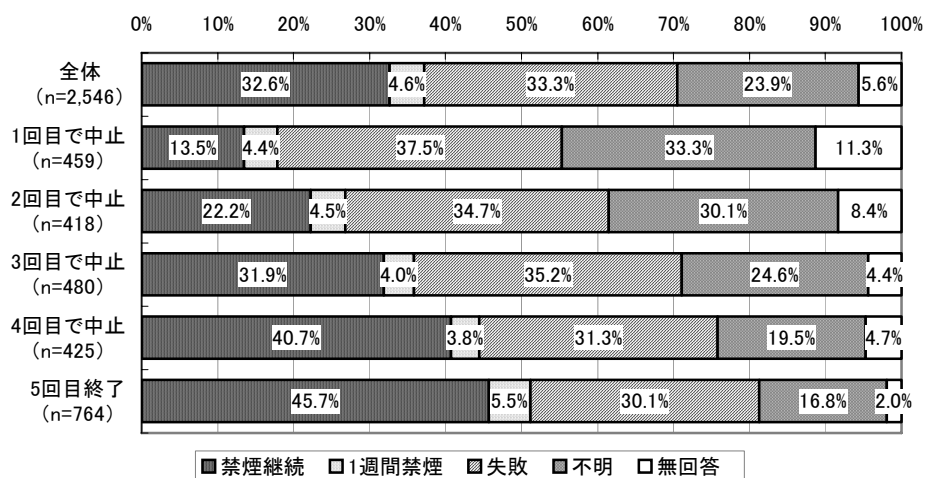
三次調査分析対象患者(2,546人)において、ニコチン依存症管理料の算定回数別に、指導終了3か月後の状況と9か月後の状況を比較した。

その結果、全体で、3か月後の禁煙継続率は40.8%、9か月後の禁煙継続率は32.6%であった。算定回数が多いほど禁煙継続率が高い傾向がみられた。5回の指導を全て終了した患者の3か月後および9か月後の禁煙継続率は、それぞれ56.8%、45.7%であった。

図表 35 指導終了3か月後の状況（算定回数別）



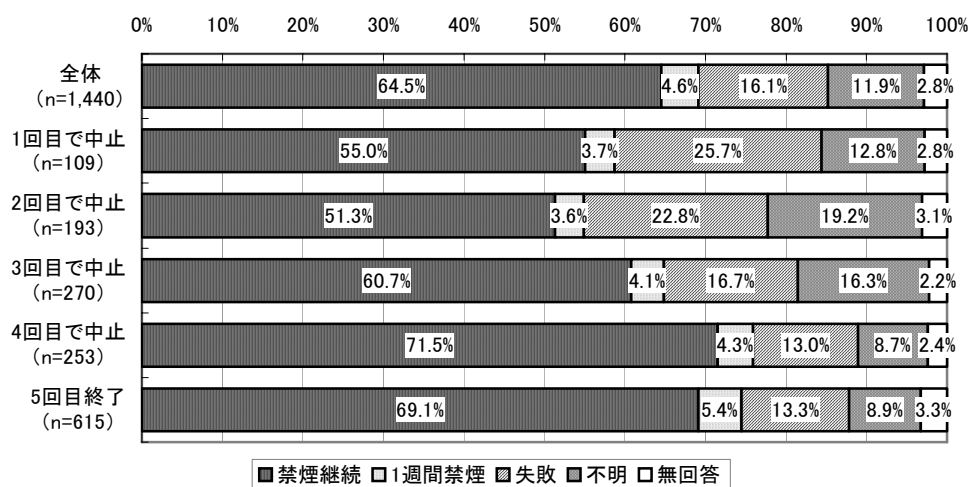
図表 36 指導終了9か月後の状況（算定回数別）



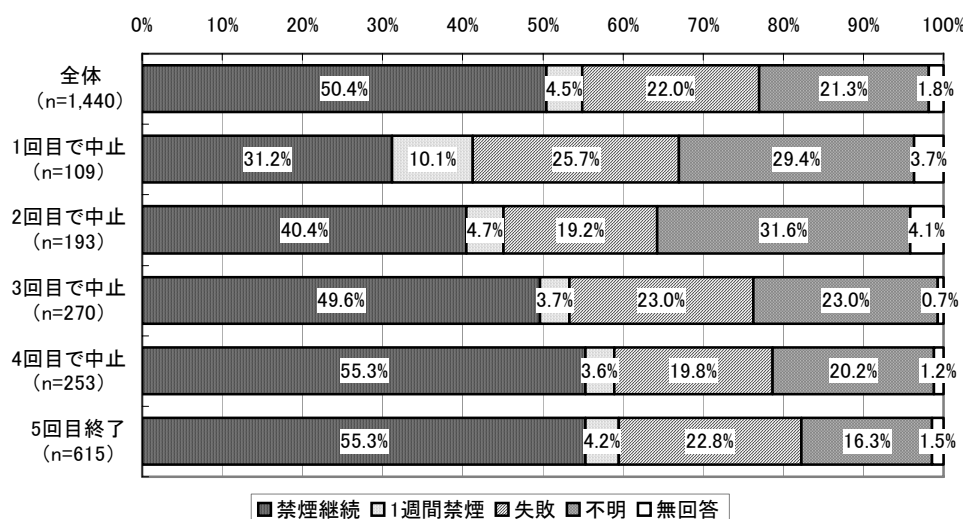
また、途中で治療を中止したが中止時に禁煙していた人、および5回の指導を終了した時点で禁煙（1週間禁煙もしくは4週間禁煙）していた1,440人について、ニコチン依存症管理料の算定回数別に、指導終了3か月後の状況と9か月後の状況を比較した。

その結果、9か月後は全体的に禁煙継続率が下がっているが、算定回数が多いほど禁煙継続の割合も高い傾向は変わらなかった。

図表 37 指導終了3か月後の状況（算定回数別：指導中止時／終了時の禁煙者のみ）



図表 38 指導終了9か月後の状況（算定回数別：指導中止時／終了時の禁煙者のみ）



(4) 客観的指標における継続禁煙率

本調査の患者調査では、ニコチン依存症管理料算定患者の指導終了から少なくとも9か月経過した後（指導開始から1年後）の禁煙／喫煙状況（継続禁煙率）について、医療機関が対象患者に電話調査を実施し、患者の申告結果を調査票に記入の上、返送していただく形式をとった。したがって、患者の自己申告による継続禁煙率となっている。

このため、本調査対象患者の禁煙／喫煙状況を客観的に確認して継続禁煙率を算出することを目的に、呼気一酸化炭素濃度検査に協力が可能な施設を募り、調査対象患者のうち「禁煙継続」と回答のあった患者の呼気一酸化炭素濃度検査を実施した。

この結果、医療機関 23 施設から協力を得ることができたが、最終的に、本調査対象患者で「禁煙継続」と申告のあった患者全員に対して呼気一酸化炭素濃度検査を実施した 18 施設を有効施設とした。この有効施設における「禁煙継続」と申告した患者数は 81 人であり、患者調査（アンケート）の「禁煙継続」者が 830 人であることから、本サンプルのカバー率は 9.8%となった。

「禁煙継続」と自己申告した 81 人のうち、呼気一酸化炭素濃度検査結果で非喫煙者レベルとされる 8ppm 未満となった患者の割合は 87.7%であった。したがって、患者調査（アンケート）における「禁煙継続」者（全患者の 32.6%）のうち客観的にも禁煙継続となる患者の割合が上記と同じ 87.7%であると仮定した上で、自己申告による「禁煙継続」を客観的な検査の結果で割り引いた禁煙率を試算すると、客観的な継続禁煙率は 28.6%となった。

※参考：算出方法

- 「自主申告+呼気一酸化炭素濃度検査（呼気検査）」結果による客観的な継続禁煙率（自己申告のうち、呼気検査で確認できた禁煙者の割合）は以下の方法により算出した。
- ①「禁煙継続」と自己申告した者のうち、呼気検査結果で 8ppm 未満⁴（非喫煙者レベル）となる患者（「自己申告+呼気検査」結果による「禁煙継続」者）の割合を算出。

<本調査における呼気検査の結果>

呼気検査実施施設数（件）	23
（うち）有効施設数（件）	18

※禁煙継続者の割合を厳密に算出するため、当該施設における調査対象患者のうち「禁煙継続」と自己申告した者全員について呼気検査を実施した施設のみを有効回答施設とした。

患者調査（アンケート）で「禁煙継続」と申告のあった者は 830 人である。したがって、本サンプルのカバー率は 9.8% となった。

有効回答施設における「禁煙継続」と自己申告した患者（人）	81	100.0%
（うち）呼気検査 8ppm 未満（人）	71	87.7%
（うち）喫煙しているとみなされる人数（人）	10	12.3%
呼気検査 8ppm 以上 10ppm 未満（人）	(1)	1.2%
呼気検査 10ppm 以上（人）	(5)	6.2%
検査拒否（人）	(1)	1.2%
無回答（人）	(3)	3.7%

上記により、「禁煙継続」と自己申告した者のうち、呼気検査結果で 8ppm 未満となった患者の割合は 87.7% であった。

- ②全患者に占める「自己申告+呼気検査」結果による「禁煙継続」者の割合（＝客観的な継続禁煙率）を算出。

本調査の患者調査（アンケート）において、指導終了 9 か月後の禁煙／喫煙状況で「禁煙継続」とした者の割合は全患者の 32.6% であったことから、これに上記 87.7% を乗じた。

この結果、「自己申告+呼気検査」結果による客観的な継続禁煙率は 28.6% となった。

⁴ 厚生省老人保健福祉局老人保健課（当時）「喫煙者個別健康教育マニュアル」（平成12年4月）では 8ppm 未満を非喫煙者としており、本調査ではこの基準を採用している。

(5) 禁煙成功率に関する国際比較

本調査の結果と、英国における禁煙治療による継続禁煙率に関する研究⁵の継続禁煙率を比較したものが以下の図表である。継続禁煙率に関する名称は異なるが、日英ともに禁煙治療開始から1年後の継続禁煙率を捕捉している点は共通している。これによると、自己申告による継続禁煙率、自己申告を呼気検査結果で補正した客観的な継続禁煙率、ともに、日本のほうが英国における継続禁煙率よりも高い結果となった⁶。

図表 39 禁煙成功率に関する日英比較

国名	追跡期間	継続禁煙率の名称	継続禁煙率
日本	治療開始から1年後 (治療終了9か月後)	9か月間継続禁煙率	1) 32.6% 2) 28.6%
イギリス	治療開始から1年後	1年間継続禁煙率	1) 17.7% 2) 14.6%

*1) 自主申告による。2) 「自主申告+呼気一酸化炭素濃度検査」結果による。

*イギリスの「自己申告+呼気一酸化炭素濃度検査」結果による禁煙率は、地域を限定した上で、当該地域の対象者全員に対し、呼気検査で確認した結果によるもの（自己申告で「禁煙」のうち、呼気検査で確認できた禁煙者の割合 82.5%）。

出典)

- ・日本：本調査結果。
- ・イギリス：以下の資料による。

Janet Ferguson, Linda Bauld, Johon Chesterman & Ken Judge(2005)
The English smoking treatment services : one-year outcomes. *Addiction*,100(Suppl.2)59-69.

⁵ Janet Ferguson, Linda Bauld, Johon Chesterman & Ken Judge(2005)
“The English smoking treatment services : one-year outcomes”. *Addiction*,100(Suppl.2)59-69.

⁶ 英国においては禁煙治療として、禁煙開始前に1、2回、開始日以降は4週間にわたって毎週1回、全体で5、6回の個別指導またはグループ療法が実施されているが、期間が1か月あまりと短く、日本のほうがより密度の濃い指導内容となっている。なお、薬物療法は8週間であるが、毎週引換券をもらう必要があり、日本に比べてより手間がかかり、使用期間が短くなる可能性が考えられる。

6. まとめ

平成 18 年度調査報告書のとりまとめ内容以降、新たに明らかとなった点は、以下のとおりである。

- ・ニコチン依存症指導終了 9 か月後の状況をみると、対象患者全体では 9 か月後の継続禁煙率は 32.6%となった。5 回の指導を全て終了した患者の 9 か月後の継続禁煙率は 45.7%であった。指導の回数が多いほど、9 か月後の継続禁煙率が高い傾向が認められた（図表 36）。
- ・禁煙指導開始から 1 年後の継続禁煙率は、英国の禁煙治療における継続禁煙率と比較して、高い結果となった（図表 39）。

平成 18 年度診療報酬改定結果検証に係る特別調査（厚生労働省委託事業）
ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査

※回答の際には、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（ ）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。（ ）内に入る数値がない場合には、「0（ゼロ）」をご記入ください。

No.	
-----	--

（1）貴施設の状況（平成 18 年 11 月現在）についてお聞きします。

施設名			
施設区分 ※病院、有床診療所の場合には、病床数も記入してください	1. 病院 ⇒ () 床	所在地（都道府県名）	() 都・道・府・県
	2. 有床診療所 ⇒ () 床	1 日平均外来患者数 ※平成 18 年 11 月	() 人
3. 無床診療所			
開設主体 ※ 1 つだけ選択	1. 国等（厚生労働省、国立病院機構、国立大学法人、労働者健康福祉機構等） 2. 公的医療機関（都道府県、市町村、日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会等） 3. 社会保険関係団体（全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合等） 4. 法人（公益法人、医療法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他の法人等） 5. 個人		
標榜診療科 ※複数回答可	1. 内科 2. 呼吸器科 3. 消化器科(胃腸科) 4. 循環器科 5. 小児科 6. 精神科 7. 神経科 8. 神経内科 9. 心療内科 10. アレルギー科 11. リウマチ科 12. 外科 13. 整形外科 14. 形成外科 15. 美容外科 16. 脳神経外科 17. 呼吸器外科 18. 心臓血管外科 19. 小児外科 20. 産婦人科 21. 産科 22. 婦人科 23. 眼科 24. 耳鼻いんこう科 25. 気管食道科 26. 皮膚科 27. 泌尿器科 28. 性病科 29. こう門科 30. リハビリテーション科 31. 放射線科 32. 麻酔科 33. 歯科 34. 矯正歯科 35. 小児歯科 36. 歯科口腔外科		

（2）ニコチン依存症管理料の算定対象となる禁煙治療の状況及び体制についてお聞きします。

ニコチン依存症管理料の施設基準の届出時期	平成 18 年 () 月		
禁煙治療の体制 ※ 1 つだけ選択	1. 専門外来を設置するなど、特別の体制で禁煙治療を実施している 2. 通常の診療体制の中で禁煙治療を実施している 3. 1. と 2. の両方 4. その他 ()		
禁煙治療に携わる職員数	医師数	() 人	看護師数 () 人
	その他の職員数	() 人	
患者さんに対する 1 回あたりの平均指導時間	初回の指導	約 () 分	2 回目以降の指導 (1 回あたり) 約 () 分
平成 18 年 11 月 (1 ヶ月) における、ニコチン依存症管理料算定患者数	初回の算定患者数	() 人	2 回目以降の算定患者数 延べ () 人

ご協力いただき、誠にありがとうございました。
 様式 2 のご記入もよろしくお願い申し上げます。

- ① 平成 18 年 6 月 1 日から 7 月 31 日の期間において、ニコチン依存症管理料の算定を開始した全ての患者さんについてご記入ください。
- ② 年齢、喫煙年数、一日あたりの喫煙本数、TDS 点数は、ニコチン依存症算定開始時の状況をご記入ください。指導終了時、指導終了 3 ヶ月後の状況については、あてはまるものを○（マル）で囲んでください。各選択肢の定義は、調査要綱をご確認ください。
- ③ 5 回の指導を最後まで行わずに算定を中止した患者さんについては、中断時の喫煙状況を以下から選択し、最後に算定を行った回の右側（例えば、最終算定が 3 回目の場合は 4 回目の欄）に A、B のいずれかを記入してください（例②参照）。

A. 中断時に禁煙していた

B. 中断時に喫煙していた

- ④ 指導終了時の状況については、5 回の指導が終了した患者さんについて、終了時の状況をお答えください。指導終了 3 ヶ月後の状況については、6 月に算定を開始した患者さんについては 12 月の状況を、7 月に算定を開始した患者さんについては平成 19 年 1 月時点の状況をお答えください。

なお、5 回の指導を最後まで行わずに中止した患者さんのうち、中断時に禁煙していた患者さんについても、指導終了 3 ヶ月後の調査を行い、12 月あるいは 1 月時点における禁煙状況を調査し、結果を記入して下さい。

- ⑤ 本調査票には続紙を合わせて患者さん 50 人分の情報を記載することができますが、用紙が不足する場合には、大変恐縮ですがコピーをとり、ご記入ください。その際、番号は続き番号となるよう修正をお願いします。

患者番号	性別	年齢	喫煙年数	煙本数 一日あたりの喫	TDS 点数	算定日					5 回目の指導終了時の状況 1 週間禁煙 指導終了時点で少なくとも 1 週間禁煙できた人 4 週間禁煙 指導終了時点で少なくとも 4 週間禁煙できた人	指導終了 3 ヶ月後の状況 1 週間禁煙 3 ヶ月後の調査時点で少なくとも 1 週間禁煙できた人 禁煙継続 指導終了時から 3 ヶ月後調査までの期間、または指導中断時から 3 ヶ月後調査までの期間、禁煙を継続できた人	指導終了 3 ヶ月後の 調査の実施日
						1 回目	2 回目	3 回目	4 回目	5 回目			
例①	男	55	35	20	7	6/1	6/9	6/23	7/20	8/22	1 週間禁煙 4 週間禁煙・失敗	1 週間禁煙 禁煙継続・失敗・不明	H18.12.25
例②	男	60	40	20	10	6/1	6/9	6/23	A		1 週間禁煙・4 週間禁煙・失敗	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	H18.12.25
1											1 週間禁煙・4 週間禁煙・失敗	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	
2											1 週間禁煙・4 週間禁煙・失敗	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	
3											1 週間禁煙・4 週間禁煙・失敗	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	
4											1 週間禁煙・4 週間禁煙・失敗	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	
5											1 週間禁煙・4 週間禁煙・失敗	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	
6											1 週間禁煙・4 週間禁煙・失敗	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	
7											1 週間禁煙・4 週間禁煙・失敗	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	
8											1 週間禁煙・4 週間禁煙・失敗	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	
9											1 週間禁煙・4 週間禁煙・失敗	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	
10											1 週間禁煙・4 週間禁煙・失敗	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	

患者番号	性別	年齢	喫煙年数	煙本数 一日あたりの喫	TDS 点数	算定日					5回目の指導終了時の状況	指導終了3ヶ月後の状況	指導終了 3ヶ月後の 調査の実施日
						1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	1週間禁煙 指導終了時点で少なくとも1週間禁煙できた人 4週間禁煙 指導終了時点で少なくとも4週間禁煙できた人	1週間禁煙: 3ヶ月後の調査時点で少なくとも1週間禁煙できた人 禁煙継続: 指導終了時から3ヶ月後調査までの期間、または指導中断時から3ヶ月後調査までの期間、禁煙を継続できた人	
11											1 週間禁煙・ 4 週間禁煙・ 失敗	1 週間禁煙・ 禁煙継続・ 失敗・ 不明	
12											1 週間禁煙・ 4 週間禁煙・ 失敗	1 週間禁煙・ 禁煙継続・ 失敗・ 不明	
13											1 週間禁煙・ 4 週間禁煙・ 失敗	1 週間禁煙・ 禁煙継続・ 失敗・ 不明	
14											1 週間禁煙・ 4 週間禁煙・ 失敗	1 週間禁煙・ 禁煙継続・ 失敗・ 不明	
15											1 週間禁煙・ 4 週間禁煙・ 失敗	1 週間禁煙・ 禁煙継続・ 失敗・ 不明	
16											1 週間禁煙・ 4 週間禁煙・ 失敗	1 週間禁煙・ 禁煙継続・ 失敗・ 不明	
17											1 週間禁煙・ 4 週間禁煙・ 失敗	1 週間禁煙・ 禁煙継続・ 失敗・ 不明	
18											1 週間禁煙・ 4 週間禁煙・ 失敗	1 週間禁煙・ 禁煙継続・ 失敗・ 不明	
19											1 週間禁煙・ 4 週間禁煙・ 失敗	1 週間禁煙・ 禁煙継続・ 失敗・ 不明	
20											1 週間禁煙・ 4 週間禁煙・ 失敗	1 週間禁煙・ 禁煙継続・ 失敗・ 不明	
21											1 週間禁煙・ 4 週間禁煙・ 失敗	1 週間禁煙・ 禁煙継続・ 失敗・ 不明	
22											1 週間禁煙・ 4 週間禁煙・ 失敗	1 週間禁煙・ 禁煙継続・ 失敗・ 不明	
23											1 週間禁煙・ 4 週間禁煙・ 失敗	1 週間禁煙・ 禁煙継続・ 失敗・ 不明	
24											1 週間禁煙・ 4 週間禁煙・ 失敗	1 週間禁煙・ 禁煙継続・ 失敗・ 不明	
25											1 週間禁煙・ 4 週間禁煙・ 失敗	1 週間禁煙・ 禁煙継続・ 失敗・ 不明	
26											1 週間禁煙・ 4 週間禁煙・ 失敗	1 週間禁煙・ 禁煙継続・ 失敗・ 不明	
27											1 週間禁煙・ 4 週間禁煙・ 失敗	1 週間禁煙・ 禁煙継続・ 失敗・ 不明	
28											1 週間禁煙・ 4 週間禁煙・ 失敗	1 週間禁煙・ 禁煙継続・ 失敗・ 不明	
29											1 週間禁煙・ 4 週間禁煙・ 失敗	1 週間禁煙・ 禁煙継続・ 失敗・ 不明	
30											1 週間禁煙・ 4 週間禁煙・ 失敗	1 週間禁煙・ 禁煙継続・ 失敗・ 不明	

患者番号	性別	年齢	喫煙年数	煙本数 一日あたりの喫	TDS点数	算定日					5回目の指導終了時の状況	指導終了3ヶ月後の状況	指導終了 3ヶ月後の 調査の実施日
						1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	1週間禁煙 指導終了時点で少なくとも1週間禁煙できた人 4週間禁煙 指導終了時点で少なくとも4週間禁煙できた人	1週間禁煙 3ヶ月後の調査時点で少なくとも1週間禁煙できた人 禁煙継続 指導終了時から3ヶ月後調査までの期間、または指導中断時から3ヶ月後調査までの期間、禁煙を継続できた人	
31											1週間禁煙・4週間禁煙・失敗	1週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	
32											1週間禁煙・4週間禁煙・失敗	1週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	
33											1週間禁煙・4週間禁煙・失敗	1週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	
34											1週間禁煙・4週間禁煙・失敗	1週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	
35											1週間禁煙・4週間禁煙・失敗	1週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	
36											1週間禁煙・4週間禁煙・失敗	1週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	
37											1週間禁煙・4週間禁煙・失敗	1週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	
38											1週間禁煙・4週間禁煙・失敗	1週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	
39											1週間禁煙・4週間禁煙・失敗	1週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	
40											1週間禁煙・4週間禁煙・失敗	1週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	
41											1週間禁煙・4週間禁煙・失敗	1週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	
42											1週間禁煙・4週間禁煙・失敗	1週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	
43											1週間禁煙・4週間禁煙・失敗	1週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	
44											1週間禁煙・4週間禁煙・失敗	1週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	
45											1週間禁煙・4週間禁煙・失敗	1週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	
46											1週間禁煙・4週間禁煙・失敗	1週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	
47											1週間禁煙・4週間禁煙・失敗	1週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	
48											1週間禁煙・4週間禁煙・失敗	1週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	
49											1週間禁煙・4週間禁煙・失敗	1週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	
50											1週間禁煙・4週間禁煙・失敗	1週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	

診療報酬改定結果検証に係る特別調査（平成 19 年度 厚生労働省委託事業）

ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査

- ① 平成 18 年 6 月 1 日から 7 月 31 日の期間において、ニコチン依存症管理料の算定を開始した患者さんの指導終了 9 か月後（指導開始から 1 年後）の状況について、医療機関から直接対象患者へお問い合わせいただき、各質問の回答欄に記入してください。
- ② 各選択肢（1 週間禁煙、禁煙継続など）の定義については、同封の「調査要綱」をご覧ください。
- ③ 患者番号は、本調査の一次調査（平成 18 年 12 月調査）において貴施設で使用した患者番号と同一のものを記載してください（一次調査において貴施設で保管をお願いしました「補助票」に記載した「患者番号」と同一の番号です）。
- ④ 本調査票には続紙を合わせて患者さん 46 人分の情報を記載することができますが、用紙が不足する場合には、大変恐縮ですが、添付した「コピー用」調査票をコピーしていただき、ご記入ください。その際、番号は続き番号となるようお願いいたします。

NO.	
-----	--

患者番号	指導終了 9 か月後（指導開始から 1 年後）の状況	調査担当者	調査日
	1 週間禁煙：指導終了 9 か月後の調査時点で少なくとも 1 週間禁煙できた人 禁煙継続：指導終了時から指導終了 9 か月後調査までの期間、または指導中断時から今回の 9 か月後調査までの期間、禁煙を継続できた人	※患者への調査を担当した方の職種に 1 つだけ〇をつけてください。	
1	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・看護師・保健師・事務職員 その他（ ）	平成 19 年 __月__日
2	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・看護師・保健師・事務職員 その他（ ）	平成 19 年 __月__日
3	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・看護師・保健師・事務職員 その他（ ）	平成 19 年 __月__日
4	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・看護師・保健師・事務職員 その他（ ）	平成 19 年 __月__日
5	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・看護師・保健師・事務職員 その他（ ）	平成 19 年 __月__日
6	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・看護師・保健師・事務職員 その他（ ）	平成 19 年 __月__日
7	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・看護師・保健師・事務職員 その他（ ）	平成 19 年 __月__日
8	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・看護師・保健師・事務職員 その他（ ）	平成 19 年 __月__日
9	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・看護師・保健師・事務職員 その他（ ）	平成 19 年 __月__日
10	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・看護師・保健師・事務職員 その他（ ）	平成 19 年 __月__日
11	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・看護師・保健師・事務職員 その他（ ）	平成 19 年 __月__日
12	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・看護師・保健師・事務職員 その他（ ）	平成 19 年 __月__日
13	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・看護師・保健師・事務職員 その他（ ）	平成 19 年 __月__日
14	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・看護師・保健師・事務職員 その他（ ）	平成 19 年 __月__日
15	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・看護師・保健師・事務職員 その他（ ）	平成 19 年 __月__日
16	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・看護師・保健師・事務職員 その他（ ）	平成 19 年 __月__日
17	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・看護師・保健師・事務職員 その他（ ）	平成 19 年 __月__日
18	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・看護師・保健師・事務職員 その他（ ）	平成 19 年 __月__日
19	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・看護師・保健師・事務職員 その他（ ）	平成 19 年 __月__日
20	1 週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・看護師・保健師・事務職員 その他（ ）	平成 19 年 __月__日

		合計	年齢					無回答
			30歳未満	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60歳以上	
全体		2546 100.0	115 4.5	507 19.9	536 21.1	608 23.9	780 30.6	0 0.0
性別	男	1884 100.0	62 3.3	324 17.2	387 20.5	454 24.1	657 34.9	0 0.0
	女	662 100.0	53 8.0	183 27.6	149 22.5	154 23.3	123 18.6	0 0.0

		合計	喫煙年数				無回答
			20年未満	20年以上 ～30年未 満	30年以上 ～40年未 満	40年以上	
全体		2546 100.0	555 21.8	667 26.2	579 22.7	745 29.3	0 0.0
性別	男	1884 100.0	327 17.4	451 23.9	432 22.9	674 35.8	0 0.0
	女	662 100.0	228 34.4	216 32.6	147 22.2	71 10.7	0 0.0

		合計	喫煙年数				無回答
			20年未満	20年以上 ～30年未 満	30年以上 ～40年未 満	40年以上	
全体		2546 100.0	555 21.8	667 26.2	579 22.7	745 29.3	0 0.0
年齢	30歳未満	115 100.0	108 93.9	5 4.3	1 0.9	1 0.9	0 0.0
	30～39歳	507 100.0	378 74.6	124 24.5	2 0.4	3 0.6	0 0.0
	40～49歳	536 100.0	36 6.7	420 78.4	80 14.9	0 0.0	0 0.0
	50～59歳	608 100.0	16 2.6	86 14.1	417 68.6	89 14.6	0 0.0
	60歳以上	780 100.0	17 2.2	32 4.1	79 10.1	652 83.6	0 0.0

		合計	喫煙本数				無回答
			10本未満	10本以上 ～20本未 満	20本以上 ～40本未 満	40本以上	
全体		2546 100.0	16 0.6	301 11.8	1645 64.6	584 22.9	0 0.0
性別	男	1884 100.0	14 0.7	191 10.1	1186 63.0	493 26.2	0 0.0
	女	662 100.0	2 0.3	110 16.6	459 69.3	91 13.7	0 0.0

		合計	喫煙本数				無回答
			10本未満	10本以上 ～20本未 満	20本以上 ～40本未 満	40本以上	
全体		2546 100.0	16 0.6	301 11.8	1645 64.6	584 22.9	0 0.0
年齢	30歳未満	115 100.0	1 0.9	4 3.5	90 78.3	20 17.4	0 0.0
	30～39歳	507 100.0	0 0.0	45 8.9	354 69.8	108 21.3	0 0.0
	40～49歳	536 100.0	0 0.0	59 11.0	347 64.7	130 24.3	0 0.0
	50～59歳	608 100.0	1 0.2	56 9.2	368 60.5	183 30.1	0 0.0
	60歳以上	780 100.0	14 1.8	137 17.6	486 62.3	143 18.3	0 0.0

		合計	TDS点数						
			5点	6点	7点	8点	9点	10点	無回答
全体		2546 100.0	203 8.0	305 12.0	483 19.0	578 22.7	556 21.8	357 14.0	64 2.5
性別	男	1884 100.0	160 8.5	238 12.6	376 20.0	420 22.3	396 21.0	248 13.2	46 2.4
	女	662 100.0	43 6.5	67 10.1	107 16.2	158 23.9	160 24.2	109 16.5	18 2.7

		合計	TDS点数						
			5点	6点	7点	8点	9点	10点	無回答
全体		2546 100.0	203 8.0	305 12.0	483 19.0	578 22.7	556 21.8	357 14.0	64 2.5
年齢	30歳未満	115 100.0	4 3.5	13 11.3	16 13.9	29 25.2	29 25.2	22 19.1	2 1.7
	30～39歳	507 100.0	25 4.9	58 11.4	101 19.9	124 24.5	119 23.5	69 13.6	11 2.2
	40～49歳	536 100.0	47 8.8	67 12.5	91 17.0	107 20.0	130 24.3	84 15.7	10 1.9
	50～59歳	608 100.0	50 8.2	78 12.8	115 18.9	135 22.2	132 21.7	81 13.3	17 2.8
	60歳以上	780 100.0	77 9.9	89 11.4	160 20.5	183 23.5	146 18.7	101 12.9	24 3.1

		合計	TDS点数						
			5点	6点	7点	8点	9点	10点	無回答
全体		2546 100.0	203 8.0	305 12.0	483 19.0	578 22.7	556 21.8	357 14.0	64 2.5
性別×年齢	男-30歳未満	62 100.0	3 4.8	8 12.9	11 17.7	19 30.6	16 25.8	5 8.1	0 0.0
	男-30～39歳	324 100.0	17 5.2	40 12.3	71 21.9	82 25.3	65 20.1	42 13.0	7 2.2
	男-40～49歳	387 100.0	38 9.8	52 13.4	70 18.1	75 19.4	90 23.3	58 15.0	4 1.0
	男-50～59歳	454 100.0	35 7.7	61 13.4	86 18.9	101 22.2	96 21.1	61 13.4	14 3.1
	男-60歳以上	657 100.0	67 10.2	77 11.7	138 21.0	143 21.8	129 19.6	82 12.5	21 3.2
	女-30歳未満	53 100.0	1 1.9	5 9.4	5 9.4	10 18.9	13 24.5	17 32.1	2 3.8
	女-30～39歳	183 100.0	8 4.4	18 9.8	30 16.4	42 23.0	54 29.5	27 14.8	4 2.2
	女-40～49歳	149 100.0	9 6.0	15 10.1	21 14.1	32 21.5	40 26.8	26 17.4	6 4.0
	女-50～59歳	154 100.0	15 9.7	17 11.0	29 18.8	34 22.1	36 23.4	20 13.0	3 1.9
	女-60歳以上	123 100.0	10 8.1	12 9.8	22 17.9	40 32.5	17 13.8	19 15.4	3 2.4

		合計	ブリンクマン				
			200以上 ～500未 満	500以上 ～1000未 満	1000以上 ～1500未 満	1500以上 無回答	
全体		2546 100.0	776 30.5	961 37.7	534 21.0	275 10.8	0 0.0
性別	男	1884 100.0	433 23.0	728 38.6	471 25.0	252 13.4	0 0.0
	女	662 100.0	343 51.8	233 35.2	63 9.5	23 3.5	0 0.0

		合計	ブリンクマン				
			200以上 ～500未 満	500以上 ～1000未 満	1000以上 ～1500未 満	1500以上	無回答
全体		2546 100.0	776 30.5	961 37.7	534 21.0	275 10.8	0 0.0
年齢	30歳未満	115 100.0	109 94.8	6 5.2	0 0.0	0 0.0	0 0.0
	30～39歳	507 100.0	349 68.8	140 27.6	17 3.4	1 0.2	0 0.0
	40～49歳	536 100.0	172 32.1	268 50.0	83 15.5	13 2.4	0 0.0
	50～59歳	608 100.0	70 11.5	273 44.9	182 29.9	83 13.7	0 0.0
	60歳以上	780 100.0	76 9.7	274 35.1	252 32.3	178 22.8	0 0.0

		合計	ブリンクマン				
			200以上 ～500未 満	500以上 ～1000未 満	1000以上 ～1500未 満	1500以上	無回答
全体		2546 100.0	776 30.5	961 37.7	534 21.0	275 10.8	0 0.0
性別×年齢	男-30歳未満	62 100.0	59 95.2	3 4.8	0 0.0	0 0.0	0 0.0
	男-30～39歳	324 100.0	207 63.9	104 32.1	12 3.7	1 0.3	0 0.0
	男-40～49歳	387 100.0	94 24.3	210 54.3	71 18.3	12 3.1	0 0.0
	男-50～59歳	454 100.0	27 5.9	195 43.0	155 34.1	77 17.0	0 0.0
	男-60歳以上	657 100.0	46 7.0	216 32.9	233 35.5	162 24.7	0 0.0
	女-30歳未満	53 100.0	50 94.3	3 5.7	0 0.0	0 0.0	0 0.0
	女-30～39歳	183 100.0	142 77.6	36 19.7	5 2.7	0 0.0	0 0.0
	女-40～49歳	149 100.0	78 52.3	58 38.9	12 8.1	1 0.7	0 0.0
	女-50～59歳	154 100.0	43 27.9	78 50.6	27 17.5	6 3.9	0 0.0
	女-60歳以上	123 100.0	30 24.4	58 47.2	19 15.4	16 13.0	0 0.0

5回の指導を全て終了した患者

		合計	指導終了時の状況			
			1週間禁 煙	4週間禁 煙	失敗	無回答
全体		764 100.0	63 8.2	552 72.3	124 16.2	25 3.3
性別	男	583 100.0	46 7.9	427 73.2	88 15.1	22 3.8
	女	181 100.0	17 9.4	125 69.1	36 19.9	3 1.7

5回の指導を全て終了した患者

		合計	指導終了時の状況			
			1週間禁煙	4週間禁煙	失敗	無回答
全体		764 100.0	63 8.2	552 72.3	124 16.2	25 3.3
年齢	30歳未満	15 100.0	2 13.3	11 73.3	1 6.7	1 6.7
	30～39歳	89 100.0	8 9.0	57 64.0	20 22.5	4 4.5
	40～49歳	132 100.0	11 8.3	101 76.5	18 13.6	2 1.5
	50～59歳	189 100.0	13 6.9	139 73.5	30 15.9	7 3.7
	60歳以上	339 100.0	29 8.6	244 72.0	55 16.2	11 3.2

5回の指導を全て終了した患者

		合計	指導終了時の状況			
			1週間禁煙	4週間禁煙	失敗	無回答
全体		764 100.0	63 8.2	552 72.3	124 16.2	25 3.3
喫煙年数	20年未満	100 100.0	8 8.0	69 69.0	18 18.0	5 5.0
	20年以上～30年未満	165 100.0	13 7.9	128 77.6	20 12.1	4 2.4
	30年以上～40年未満	188 100.0	14 7.4	127 67.6	39 20.7	8 4.3
	40年以上	311 100.0	28 9.0	228 73.3	47 15.1	8 2.6

5回の指導を全て終了した患者

		合計	指導終了時の状況			
			1週間禁煙	4週間禁煙	失敗	無回答
全体		764 100.0	63 8.2	552 72.3	124 16.2	25 3.3
喫煙本数	10本未満	8 100.0	0 0.0	6 75.0	1 12.5	1 12.5
	10本以上～20本未満	112 100.0	8 7.1	86 76.8	15 13.4	3 2.7
	20本以上～40本未満	505 100.0	42 8.3	368 72.9	81 16.0	14 2.8
	40本以上	139 100.0	13 9.4	92 66.2	27 19.4	7 5.0

5回の指導を全て終了した患者

		合計	指導終了時の状況			
			1週間禁煙	4週間禁煙	失敗	無回答
全体		764 100.0	63 8.2	552 72.3	124 16.2	25 3.3
TDS点数	5点	62 100.0	4 6.5	49 79.0	6 9.7	3 4.8
	6点	87 100.0	3 3.4	68 78.2	14 16.1	2 2.3
	7点	141 100.0	13 9.2	103 73.0	18 12.8	7 5.0
	8点	175 100.0	11 6.3	135 77.1	26 14.9	3 1.7
	9点	183 100.0	20 10.9	125 68.3	30 16.4	8 4.4
	10点	100 100.0	12 12.0	60 60.0	27 27.0	1 1.0

5回の指導を全て終了した患者

	合計	指導終了時の状況				
		1週間禁煙	4週間禁煙	失敗	無回答	
全体	764 100.0	63 8.2	552 72.3	124 16.2	25 3.3	
プリンクマン	200以上～500未満	177 100.0	13 7.3	131 74.0	25 14.1	8 4.5
	500以上～1000未満	296 100.0	24 8.1	216 73.0	47 15.9	9 3.0
	1000以上～1500未満	195 100.0	17 8.7	140 71.8	33 16.9	5 2.6
	1500以上	96 100.0	9 9.4	65 67.7	19 19.8	3 3.1

5回の指導を全て終了した患者

	合計	指導終了時の状況				
		1週間禁煙	4週間禁煙	失敗	無回答	
全体	764 100.0	63 8.2	552 72.3	124 16.2	25 3.3	
性別×年齢	男-30歳未満	10 100.0	2 20.0	7 70.0	0 0.0	1 10.0
	男-30～39歳	48 100.0	5 10.4	29 60.4	10 20.8	4 8.3
	男-40～49歳	94 100.0	5 5.3	75 79.8	12 12.8	2 2.1
	男-50～59歳	153 100.0	12 7.8	111 72.5	24 15.7	6 3.9
	男-60歳以上	278 100.0	22 7.9	205 73.7	42 15.1	9 3.2
	女-30歳未満	5 100.0	0 0.0	4 80.0	1 20.0	0 0.0
	女-30～39歳	41 100.0	3 7.3	28 68.3	10 24.4	0 0.0
	女-40～49歳	38 100.0	6 15.8	26 68.4	6 15.8	0 0.0
	女-50～59歳	36 100.0	1 2.8	28 77.8	6 16.7	1 2.8
	女-60歳以上	61 100.0	7 11.5	39 63.9	13 21.3	2 3.3

5回の指導を全て終了した患者

	合計	指導終了時の状況				
		1週間禁煙	4週間禁煙	失敗	無回答	
全体	764 100.0	63 8.2	552 72.3	124 16.2	25 3.3	
【施設】施設 区分	病院	229 100.0	12 5.2	181 79.0	28 12.2	8 3.5
	有床診療所	80 100.0	10 12.5	56 70.0	12 15.0	2 2.5
	無床診療所	449 100.0	41 9.1	312 69.5	81 18.0	15 3.3

5回の指導を全て終了した患者

	合計	指導終了時の状況				
		1週間禁煙	4週間禁煙	失敗	無回答	
全体	764 100.0	63 8.2	552 72.3	124 16.2	25 3.3	
【施設】開設 主体	国等	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
	公的医療機関	74 100.0	5 6.8	55 74.3	9 12.2	5 6.8
	社会保険関係団体	18 100.0	1 5.6	15 83.3	2 11.1	0 0.0
	法人	458 100.0	29 6.3	355 77.5	66 14.4	8 1.7
	個人	208 100.0	28 13.5	124 59.6	44 21.2	12 5.8

5回の指導を全て終了した患者

	合計	指導終了時の状況				
		1週間禁煙	4週間禁煙	失敗	無回答	
全体	764 100.0	63 8.2	552 72.3	124 16.2	25 3.3	
【施設】禁煙 治療の体制	特別の体制で実施	193 100.0	11 5.7	162 83.9	17 8.8	3 1.6
	通常の体制で実施	504 100.0	47 9.3	342 67.9	94 18.7	21 4.2
	1と2の両方	59 100.0	5 8.5	43 72.9	10 16.9	1 1.7
	その他	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0

5回の指導を全て終了した患者

	合計	指導終了時の状況				
		1週間禁煙	4週間禁煙	失敗	無回答	
全体	764 100.0	63 8.2	552 72.3	124 16.2	25 3.3	
【施設】医師 数	1人	524 100.0	38 7.3	379 72.3	90 17.2	17 3.2
	2人	196 100.0	23 11.7	140 71.4	27 13.8	6 3.1
	3人以上	38 100.0	2 5.3	30 78.9	4 10.5	2 5.3

5回の指導を全て終了した患者

	合計	指導終了時の状況				
		1週間禁煙	4週間禁煙	失敗	無回答	
全体	764 100.0	63 8.2	552 72.3	124 16.2	25 3.3	
【施設】指導 時間（初回）	15分未満	60 100.0	18 30.0	32 53.3	9 15.0	1 1.7
	15分以上～30分未満	288 100.0	20 6.9	202 70.1	55 19.1	11 3.8
	30分以上～45分未満	313 100.0	17 5.4	236 75.4	49 15.7	11 3.5
	45分以上	93 100.0	8 8.6	75 80.6	8 8.6	2 2.2

5回の指導を全て終了した患者

		合計	指導終了時の状況			
			1週間禁煙	4週間禁煙	失敗	無回答
全体		764 100.0	63 8.2	552 72.3	124 16.2	25 3.3
【施設】指導時間（2回目以降）	10分未満	99 100.0	5 5.1	73 73.7	16 16.2	5 5.1
	10分以上～20分未満	510 100.0	46 9.0	364 71.4	84 16.5	16 3.1
	20分以上～30分未満	92 100.0	9 9.8	67 72.8	14 15.2	2 2.2
	30分以上	53 100.0	3 5.7	41 77.4	7 13.2	2 3.8

5回の指導を全て終了した患者

		合計	指導終了時の状況			
			1週間禁煙	4週間禁煙	失敗	無回答
全体		764 100.0	63 8.2	552 72.3	124 16.2	25 3.3
算定回数5回の人の割合	0%	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
	0%超～25%未満	98 100.0	10 10.2	66 67.3	19 19.4	3 3.1
	25%以上～50%未満	349 100.0	21 6.0	255 73.1	60 17.2	13 3.7
	50%以上	317 100.0	32 10.1	231 72.9	45 14.2	9 2.8

		合計	3か月後の状況				
			1週間禁煙	禁煙継続	失敗	不明	無回答
全体		2546 100.0	97 3.8	1040 40.8	754 29.6	458 18.0	197 7.7
性別	男	1884 100.0	68 3.6	813 43.2	542 28.8	329 17.5	132 7.0
	女	662 100.0	29 4.4	227 34.3	212 32.0	129 19.5	65 9.8

		合計	3か月後の状況				
			1週間禁煙	禁煙継続	失敗	不明	無回答
全体		2546 100.0	97 3.8	1040 40.8	754 29.6	458 18.0	197 7.7
年齢	30歳未満	115 100.0	5 4.3	32 27.8	37 32.2	31 27.0	10 8.7
	30～39歳	507 100.0	17 3.4	174 34.3	157 31.0	131 25.8	28 5.5
	40～49歳	536 100.0	19 3.5	211 39.4	153 28.5	101 18.8	52 9.7
	50～59歳	608 100.0	26 4.3	256 42.1	172 28.3	110 18.1	44 7.2
	60歳以上	780 100.0	30 3.8	367 47.1	235 30.1	85 10.9	63 8.1

		合計	3か月後の状況				
			1週間禁煙	禁煙継続	失敗	不明	無回答
全体		2546 100.0	97 3.8	1040 40.8	754 29.6	458 18.0	197 7.7
喫煙年数	20年未満	555 100.0	20 3.6	190 34.2	169 30.5	138 24.9	38 6.8
	20年以上～30年未満	667 100.0	21 3.1	263 39.4	201 30.1	127 19.0	55 8.2
	30年以上～40年未満	579 100.0	30 5.2	237 40.9	155 26.8	107 18.5	50 8.6
	40年以上	745 100.0	26 3.5	350 47.0	229 30.7	86 11.5	54 7.2

		合計	3か月後の状況				
			1週間禁煙	禁煙継続	失敗	不明	無回答
全体		2546 100.0	97 3.8	1040 40.8	754 29.6	458 18.0	197 7.7
喫煙本数	10本未満	16 100.0	0 0.0	8 50.0	5 31.3	2 12.5	1 6.3
	10本以上～20本未満	301 100.0	15 5.0	155 51.5	66 21.9	46 15.3	19 6.3
	20本以上～40本未満	1645 100.0	66 4.0	683 41.5	470 28.6	295 17.9	131 8.0
	40本以上	584 100.0	16 2.7	194 33.2	213 36.5	115 19.7	46 7.9

		合計	3か月後の状況				
			1週間禁煙	禁煙継続	失敗	不明	無回答
全体		2546 100.0	97 3.8	1040 40.8	754 29.6	458 18.0	197 7.7
TDS点数	5点	203 100.0	9 4.4	96 47.3	50 24.6	34 16.7	14 6.9
	6点	305 100.0	8 2.6	135 44.3	89 29.2	46 15.1	27 8.9
	7点	483 100.0	17 3.5	207 42.9	137 28.4	84 17.4	38 7.9
	8点	578 100.0	27 4.7	227 39.3	170 29.4	109 18.9	45 7.8
	9点	556 100.0	20 3.6	229 41.2	157 28.2	102 18.3	48 8.6
	10点	357 100.0	13 3.6	118 33.1	131 36.7	72 20.2	23 6.4

		合計	3か月後の状況				
			1週間禁煙	禁煙継続	失敗	不明	無回答
全体		2546 100.0	97 3.8	1040 40.8	754 29.6	458 18.0	197 7.7
ブリンクマン	200以上～500未満	776 100.0	33 4.3	301 38.8	213 27.4	177 22.8	52 6.7
	500以上～1000未満	961 100.0	40 4.2	413 43.0	264 27.5	159 16.5	85 8.8
	1000以上～1500未満	534 100.0	15 2.8	240 44.9	161 30.1	77 14.4	41 7.7
	1500以上	275 100.0	9 3.3	86 31.3	116 42.2	45 16.4	19 6.9

		合計	3か月後の状況				
			1週間禁煙	禁煙継続	失敗	不明	無回答
全体		2546 100.0	97 3.8	1040 40.8	754 29.6	458 18.0	197 7.7
算定回数	1回	459 100.0	13 2.8	82 17.9	179 39.0	121 26.4	64 13.9
	2回	418 100.0	12 2.9	122 29.2	138 33.0	109 26.1	37 8.9
	3回	480 100.0	17 3.5	186 38.8	152 31.7	88 18.3	37 7.7
	4回	425 100.0	15 3.5	216 50.8	111 26.1	55 12.9	28 6.6
	5回	764 100.0	40 5.2	434 56.8	174 22.8	85 11.1	31 4.1

		合計	3か月後の状況				
			1週間禁煙	禁煙継続	失敗	不明	無回答
全体		2546 100.0	97 3.8	1040 40.8	754 29.6	458 18.0	197 7.7
性別×年齢	男-30歳未満	62 100.0	1 1.6	23 37.1	20 32.3	15 24.2	3 4.8
	男-30～39歳	324 100.0	9 2.8	109 33.6	104 32.1	85 26.2	17 5.2
	男-40～49歳	387 100.0	12 3.1	163 42.1	105 27.1	73 18.9	34 8.8
	男-50～59歳	454 100.0	19 4.2	202 44.5	120 26.4	82 18.1	31 6.8
	男-60歳以上	657 100.0	27 4.1	316 48.1	193 29.4	74 11.3	47 7.2
	女-30歳未満	53 100.0	4 7.5	9 17.0	17 32.1	16 30.2	7 13.2
	女-30～39歳	183 100.0	8 4.4	65 35.5	53 29.0	46 25.1	11 6.0
	女-40～49歳	149 100.0	7 4.7	48 32.2	48 32.2	28 18.8	18 12.1
	女-50～59歳	154 100.0	7 4.5	54 35.1	52 33.8	28 18.2	13 8.4
	女-60歳以上	123 100.0	3 2.4	51 41.5	42 34.1	11 8.9	16 13.0

		合計	3か月後の状況				
			1週間禁煙	禁煙継続	失敗	不明	無回答
全体		2546 100.0	97 3.8	1040 40.8	754 29.6	458 18.0	197 7.7
【施設】施設区分	病院	579 100.0	20 3.5	234 40.4	139 24.0	146 25.2	40 6.9
	有床診療所	264 100.0	11 4.2	114 43.2	97 36.7	31 11.7	11 4.2
	無床診療所	1680 100.0	66 3.9	689 41.0	512 30.5	277 16.5	136 8.1

		合計	3か月後の状況				
			1週間禁煙	禁煙継続	失敗	不明	無回答
全体		2546 100.0	97 3.8	1040 40.8	754 29.6	458 18.0	197 7.7
【施設】開設主体	国等	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
	公的医療機関	165 100.0	6 3.6	71 43.0	39 23.6	36 21.8	13 7.9
	社会保険関係団体	46 100.0	4 8.7	19 41.3	14 30.4	9 19.6	0 0.0
	法人	1491 100.0	51 3.4	619 41.5	423 28.4	272 18.2	126 8.5
	個人	818 100.0	36 4.4	329 40.2	273 33.4	138 16.9	42 5.1

	合計	3か月後の状況					
		1週間禁煙	禁煙継続	失敗	不明	無回答	
全体	2546 100.0	97 3.8	1040 40.8	754 29.6	458 18.0	197 7.7	
【施設】禁煙治療の体制	特別の体制で実施	425 100.0	19 4.5	178 41.9	112 26.4	98 23.1	18 4.2
	通常の体制で実施	1876 100.0	68 3.6	756 40.3	578 30.8	318 17.0	156 8.3
	1と2の両方	209 100.0	10 4.8	99 47.4	52 24.9	35 16.7	13 6.2
	その他	1 100.0	0 0.0	0 0.0	1 100.0	0 0.0	0 0.0

	合計	3か月後の状況					
		1週間禁煙	禁煙継続	失敗	不明	無回答	
全体	2546 100.0	97 3.8	1040 40.8	754 29.6	458 18.0	197 7.7	
【施設】医師数	1人	1800 100.0	68 3.8	738 41.0	527 29.3	316 17.6	151 8.4
	2人	578 100.0	24 4.2	239 41.3	183 31.7	109 18.9	23 4.0
	3人以上	148 100.0	5 3.4	61 41.2	39 26.4	30 20.3	13 8.8

	合計	3か月後の状況					
		1週間禁煙	禁煙継続	失敗	不明	無回答	
全体	2546 100.0	97 3.8	1040 40.8	754 29.6	458 18.0	197 7.7	
【施設】指導時間（初回）	15分未満	234 100.0	8 3.4	94 40.2	51 21.8	30 12.8	51 21.8
	15分以上～30分未満	1047 100.0	36 3.4	413 39.4	356 34.0	160 15.3	82 7.8
	30分以上～45分未満	999 100.0	40 4.0	413 41.3	279 27.9	213 21.3	54 5.4
	45分以上	239 100.0	13 5.4	113 47.3	62 25.9	51 21.3	0 0.0

	合計	3か月後の状況					
		1週間禁煙	禁煙継続	失敗	不明	無回答	
全体	2546 100.0	97 3.8	1040 40.8	754 29.6	458 18.0	197 7.7	
【施設】指導時間（2回目以降）	10分未満	382 100.0	8 2.1	159 41.6	102 26.7	61 16.0	52 13.6
	10分以上～20分未満	1712 100.0	78 4.6	694 40.5	520 30.4	306 17.9	114 6.7
	20分以上～30分未満	281 100.0	8 2.8	115 40.9	87 31.0	62 22.1	9 3.2
	30分以上	144 100.0	3 2.1	65 45.1	39 27.1	25 17.4	12 8.3

		合計	3か月後の状況				
			1週間禁煙	禁煙継続	失敗	不明	無回答
全体		2546 100.0	97 3.8	1040 40.8	754 29.6	458 18.0	197 7.7
算定回数5回 の人の割合	0%	301 100.0	11 3.7	108 35.9	90 29.9	66 21.9	26 8.6
	0%超～25%未満	742 100.0	30 4.0	304 41.0	232 31.3	111 15.0	65 8.8
	25%以上～50%未満	1026 100.0	28 2.7	377 36.7	319 31.1	213 20.8	89 8.7
	50%以上	477 100.0	28 5.9	251 52.6	113 23.7	68 14.3	17 3.6

		合計	9か月後の状況				
			1週間禁煙	禁煙継続	失敗	不明	無回答
全体		2546 100.0	116 4.6	830 32.6	849 33.3	608 23.9	143 5.6
性別	男	1884 100.0	90 4.8	654 34.7	609 32.3	437 23.2	94 5.0
	女	662 100.0	26 3.9	176 26.6	240 36.3	171 25.8	49 7.4

		合計	9か月後の状況				
			1週間禁煙	禁煙継続	失敗	不明	無回答
全体		2546 100.0	116 4.6	830 32.6	849 33.3	608 23.9	143 5.6
年齢	30歳未満	115 100.0	5 4.3	27 23.5	33 28.7	42 36.5	8 7.0
	30～39歳	507 100.0	19 3.7	133 26.2	141 27.8	177 34.9	37 7.3
	40～49歳	536 100.0	25 4.7	160 29.9	177 33.0	142 26.5	32 6.0
	50～59歳	608 100.0	25 4.1	213 35.0	204 33.6	129 21.2	37 6.1
	60歳以上	780 100.0	42 5.4	297 38.1	294 37.7	118 15.1	29 3.7

		合計	9か月後の状況				
			1週間禁煙	禁煙継続	失敗	不明	無回答
全体		2546 100.0	116 4.6	830 32.6	849 33.3	608 23.9	143 5.6
喫煙年数	20年未満	555 100.0	15 2.7	144 25.9	158 28.5	202 36.4	36 6.5
	20年以上～30年未満	667 100.0	37 5.5	197 29.5	222 33.3	169 25.3	42 6.3
	30年以上～40年未満	579 100.0	24 4.1	204 35.2	194 33.5	126 21.8	31 5.4
	40年以上	745 100.0	40 5.4	285 38.3	275 36.9	111 14.9	34 4.6

		合計	9か月後の状況				
			1週間禁煙	禁煙継続	失敗	不明	無回答
全体		2546 100.0	116 4.6	830 32.6	849 33.3	608 23.9	143 5.6
喫煙本数	10本未満	16 100.0	0 0.0	5 31.3	8 50.0	3 18.8	0 0.0
	10本以上～20本未満	301 100.0	20 6.6	124 41.2	86 28.6	55 18.3	16 5.3
	20本以上～40本未満	1645 100.0	67 4.1	561 34.1	543 33.0	384 23.3	90 5.5
	40本以上	584 100.0	29 5.0	140 24.0	212 36.3	166 28.4	37 6.3

		合計	9か月後の状況				
			1週間禁煙	禁煙継続	失敗	不明	無回答
全体		2546 100.0	116 4.6	830 32.6	849 33.3	608 23.9	143 5.6
TDS点数	5点	203 100.0	9 4.4	76 37.4	67 33.0	38 18.7	13 6.4
	6点	305 100.0	13 4.3	111 36.4	96 31.5	72 23.6	13 4.3
	7点	483 100.0	23 4.8	163 33.7	152 31.5	116 24.0	29 6.0
	8点	578 100.0	26 4.5	180 31.1	208 36.0	128 22.1	36 6.2
	9点	556 100.0	19 3.4	179 32.2	185 33.3	148 26.6	25 4.5
	10点	357 100.0	22 6.2	97 27.2	125 35.0	95 26.6	18 5.0

		合計	9か月後の状況				
			1週間禁煙	禁煙継続	失敗	不明	無回答
全体		2546 100.0	116 4.6	830 32.6	849 33.3	608 23.9	143 5.6
ブリンクマン	200以上～500未満	776 100.0	30 3.9	237 30.5	223 28.7	243 31.3	43 5.5
	500以上～1000未満	961 100.0	46 4.8	330 34.3	316 32.9	211 22.0	58 6.0
	1000以上～1500未満	534 100.0	26 4.9	192 36.0	191 35.8	96 18.0	29 5.4
	1500以上	275 100.0	14 5.1	71 25.8	119 43.3	58 21.1	13 4.7

		合計	9か月後の状況				
			1週間禁煙	禁煙継続	失敗	不明	無回答
全体		2546 100.0	116 4.6	830 32.6	849 33.3	608 23.9	143 5.6
算定回数	1回	459 100.0	20 4.4	62 13.5	172 37.5	153 33.3	52 11.3
	2回	418 100.0	19 4.5	93 22.2	145 34.7	126 30.1	35 8.4
	3回	480 100.0	19 4.0	153 31.9	169 35.2	118 24.6	21 4.4
	4回	425 100.0	16 3.8	173 40.7	133 31.3	83 19.5	20 4.7
	5回	764 100.0	42 5.5	349 45.7	230 30.1	128 16.8	15 2.0

		合計	9か月後の状況				
			1週間禁煙	禁煙継続	失敗	不明	無回答
全体		2546 100.0	116 4.6	830 32.6	849 33.3	608 23.9	143 5.6
性別×年齢	男-30歳未満	62 100.0	2 3.2	18 29.0	19 30.6	21 33.9	2 3.2
	男-30～39歳	324 100.0	13 4.0	84 25.9	88 27.2	116 35.8	23 7.1
	男-40～49歳	387 100.0	17 4.4	124 32.0	122 31.5	104 26.9	20 5.2
	男-50～59歳	454 100.0	20 4.4	168 37.0	143 31.5	100 22.0	23 5.1
	男-60歳以上	657 100.0	38 5.8	260 39.6	237 36.1	96 14.6	26 4.0
	女-30歳未満	53 100.0	3 5.7	9 17.0	14 26.4	21 39.6	6 11.3
	女-30～39歳	183 100.0	6 3.3	49 26.8	53 29.0	61 33.3	14 7.7
	女-40～49歳	149 100.0	8 5.4	36 24.2	55 36.9	38 25.5	12 8.1
	女-50～59歳	154 100.0	5 3.2	45 29.2	61 39.6	29 18.8	14 9.1
	女-60歳以上	123 100.0	4 3.3	37 30.1	57 46.3	22 17.9	3 2.4

		合計	9か月後の状況				
			1週間禁煙	禁煙継続	失敗	不明	無回答
全体		2546 100.0	116 4.6	830 32.6	849 33.3	608 23.9	143 5.6
調査担当者	医師	667 100.0	42 6.3	277 41.5	242 36.3	102 15.3	4 0.6
	看護師	797 100.0	29 3.6	274 34.4	274 34.4	219 27.5	1 0.1
	保健師	33 100.0	1 3.0	16 48.5	10 30.3	6 18.2	0 0.0
	事務職員	719 100.0	42 5.8	230 32.0	259 36.0	188 26.1	0 0.0
	その他	66 100.0	2 3.0	19 28.8	26 39.4	19 28.8	0 0.0

		合計	9か月後の状況				
			1週間禁煙	禁煙継続	失敗	不明	無回答
全体		2546 100.0	116 4.6	830 32.6	849 33.3	608 23.9	143 5.6
【施設】施設区分	病院	579 100.0	28 4.8	177 30.6	192 33.2	153 26.4	29 5.0
	有床診療所	264 100.0	9 3.4	92 34.8	82 31.1	43 16.3	38 14.4
	無床診療所	1680 100.0	79 4.7	557 33.2	562 33.5	406 24.2	76 4.5

		合計	9か月後の状況				
			1週間禁煙	禁煙継続	失敗	不明	無回答
全体		2546 100.0	116 4.6	830 32.6	849 33.3	608 23.9	143 5.6
【施設】開設主体	国等	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
	公的医療機関	165 100.0	10 6.1	65 39.4	47 28.5	19 11.5	24 14.5
	社会保険関係団体	46 100.0	0 0.0	11 23.9	21 45.7	14 30.4	0 0.0
	法人	1491 100.0	61 4.1	504 33.8	490 32.9	375 25.2	61 4.1
	個人	818 100.0	45 5.5	246 30.1	276 33.7	193 23.6	58 7.1

		合計	9か月後の状況				
			1週間禁煙	禁煙継続	失敗	不明	無回答
全体		2546 100.0	116 4.6	830 32.6	849 33.3	608 23.9	143 5.6
【施設】禁煙治療の体制	特別の体制で実施	425 100.0	16 3.8	139 32.7	146 34.4	110 25.9	14 3.3
	通常の体制で実施	1876 100.0	88 4.7	611 32.6	623 33.2	430 22.9	124 6.6
	1と2の両方	209 100.0	8 3.8	73 34.9	64 30.6	59 28.2	5 2.4
	その他	1 100.0	0 0.0	0 0.0	1 100.0	0 0.0	0 0.0

		合計	9か月後の状況				
			1週間禁煙	禁煙継続	失敗	不明	無回答
全体		2546 100.0	116 4.6	830 32.6	849 33.3	608 23.9	143 5.6
【施設】医師数	1人	1800 100.0	92 5.1	603 33.5	605 33.6	411 22.8	89 4.9
	2人	578 100.0	21 3.6	184 31.8	180 31.1	151 26.1	42 7.3
	3人以上	148 100.0	3 2.0	39 26.4	53 35.8	41 27.7	12 8.1

		合計	9か月後の状況				
			1週間禁煙	禁煙継続	失敗	不明	無回答
全体		2546 100.0	116 4.6	830 32.6	849 33.3	608 23.9	143 5.6
【施設】指導時間（初回）	15分未満	234 100.0	20 8.5	81 34.6	88 37.6	44 18.8	1 0.4
	15分以上～30分未満	1047 100.0	40 3.8	319 30.5	374 35.7	239 22.8	75 7.2
	30分以上～45分未満	999 100.0	53 5.3	338 33.8	304 30.4	237 23.7	67 6.7
	45分以上	239 100.0	3 1.3	83 34.7	71 29.7	82 34.3	0 0.0

		合計	9か月後の状況				
			1週間禁煙	禁煙継続	失敗	不明	無回答
全体		2546 100.0	116 4.6	830 32.6	849 33.3	608 23.9	143 5.6
【施設】指導時間（2回目以降）	10分未満	382 100.0	25 6.5	145 38.0	125 32.7	68 17.8	19 5.0
	10分以上～20分未満	1712 100.0	76 4.4	530 31.0	553 32.3	440 25.7	113 6.6
	20分以上～30分未満	281 100.0	12 4.3	97 34.5	103 36.7	58 20.6	11 3.9
	30分以上	144 100.0	3 2.1	49 34.0	56 38.9	36 25.0	0 0.0

		合計	9か月後の状況				
			1週間禁煙	禁煙継続	失敗	不明	無回答
全体		2546 100.0	116 4.6	830 32.6	849 33.3	608 23.9	143 5.6
算定回数5回の人の割合	0%	301 100.0	14 4.7	80 26.6	115 38.2	86 28.6	6 2.0
	0%超～25%未満	742 100.0	36 4.9	233 31.4	238 32.1	186 25.1	49 6.6
	25%以上～50%未満	1026 100.0	36 3.5	322 31.4	348 33.9	244 23.8	76 7.4
	50%以上	477 100.0	30 6.3	195 40.9	148 31.0	92 19.3	12 2.5

		合計	中止状況		
			禁煙	喫煙	無回答
全体		1782	825	644	313
		100.0	46.3	36.1	17.6
算定回数	1回	459	109	222	128
		100.0	23.7	48.4	27.9
	2回	418	193	153	72
		100.0	46.2	36.6	17.2
3回	480	270	163	47	
	100.0	56.3	34.0	9.8	
4回	425	253	106	66	
	100.0	59.5	24.9	15.5	

		合計	算定回数					無回答
			1回	2回	3回	4回	5回	
全体		2546	459	418	480	425	764	0
		100.0	18.0	16.4	18.9	16.7	30.0	0.0
性別	男	1884	310	303	355	333	583	0
		100.0	16.5	16.1	18.8	17.7	30.9	0.0
	女	662	149	115	125	92	181	0
		100.0	22.5	17.4	18.9	13.9	27.3	0.0

		合計	算定回数					無回答
			1回	2回	3回	4回	5回	
全体		2546	459	418	480	425	764	0
		100.0	18.0	16.4	18.9	16.7	30.0	0.0
年齢	30歳未満	115	40	26	21	13	15	0
		100.0	34.8	22.6	18.3	11.3	13.0	0.0
	30～39歳	507	133	95	113	77	89	0
		100.0	26.2	18.7	22.3	15.2	17.6	0.0
	40～49歳	536	96	111	100	97	132	0
		100.0	17.9	20.7	18.7	18.1	24.6	0.0
50～59歳	608	106	103	107	103	189	0	
	100.0	17.4	16.9	17.6	16.9	31.1	0.0	
60歳以上	780	84	83	139	135	339	0	
	100.0	10.8	10.6	17.8	17.3	43.5	0.0	

		合計	算定回数					無回答
			1回	2回	3回	4回	5回	
全体		2546	459	418	480	425	764	0
		100.0	18.0	16.4	18.9	16.7	30.0	0.0
喫煙年数	20年未満	555	144	103	122	86	100	0
		100.0	25.9	18.6	22.0	15.5	18.0	0.0
	20年以上～30年未満	667	140	131	123	108	165	0
		100.0	21.0	19.6	18.4	16.2	24.7	0.0
	30年以上～40年未満	579	91	98	100	102	188	0
	100.0	15.7	16.9	17.3	17.6	32.5	0.0	
40年以上	745	84	86	135	129	311	0	
	100.0	11.3	11.5	18.1	17.3	41.7	0.0	

		合計	算定回数					無回答
			1回	2回	3回	4回	5回	
全体		2546	459	418	480	425	764	0
		100.0	18.0	16.4	18.9	16.7	30.0	0.0
喫煙本数	10本未満	16	2	2	3	1	8	0
		100.0	12.5	12.5	18.8	6.3	50.0	0.0
	10本以上～20本未満	301	49	37	56	47	112	0
		100.0	16.3	12.3	18.6	15.6	37.2	0.0
	20本以上～40本未満	1645	282	270	305	283	505	0
	100.0	17.1	16.4	18.5	17.2	30.7	0.0	
40本以上	584	126	109	116	94	139	0	
	100.0	21.6	18.7	19.9	16.1	23.8	0.0	

		合計	算定回数					無回答
			1回	2回	3回	4回	5回	
全体		2546 100.0	459 18.0	418 16.4	480 18.9	425 16.7	764 30.0	0 0.0
TDS点数	5点	203 100.0	32 15.8	32 15.8	43 21.2	34 16.7	62 30.5	0 0.0
	6点	305 100.0	53 17.4	53 17.4	69 22.6	43 14.1	87 28.5	0 0.0
	7点	483 100.0	84 17.4	86 17.8	92 19.0	80 16.6	141 29.2	0 0.0
	8点	578 100.0	105 18.2	94 16.3	102 17.6	102 17.6	175 30.3	0 0.0
	9点	556 100.0	95 17.1	83 14.9	99 17.8	96 17.3	183 32.9	0 0.0
	10点	357 100.0	76 21.3	60 16.8	64 17.9	57 16.0	100 28.0	0 0.0

		合計	算定回数					無回答
			1回	2回	3回	4回	5回	
全体		2546 100.0	459 18.0	418 16.4	480 18.9	425 16.7	764 30.0	0 0.0
ブリンクマン	200以上～500未満	776 100.0	173 22.3	147 18.9	156 20.1	123 15.9	177 22.8	0 0.0
	500以上～1000未満	961 100.0	172 17.9	142 14.8	178 18.5	173 18.0	296 30.8	0 0.0
	1000以上～1500未満	534 100.0	71 13.3	84 15.7	102 19.1	82 15.4	195 36.5	0 0.0
	1500以上	275 100.0	43 15.6	45 16.4	44 16.0	47 17.1	96 34.9	0 0.0

		合計	算定回数					無回答
			1回	2回	3回	4回	5回	
全体		2546 100.0	459 18.0	418 16.4	480 18.9	425 16.7	764 30.0	0 0.0
性別×年齢	男-30歳未満	62 100.0	18 29.0	11 17.7	12 19.4	11 17.7	10 16.1	0 0.0
	男-30～39歳	324 100.0	82 25.3	67 20.7	76 23.5	51 15.7	48 14.8	0 0.0
	男-40～49歳	387 100.0	66 17.1	78 20.2	75 19.4	74 19.1	94 24.3	0 0.0
	男-50～59歳	454 100.0	76 16.7	78 17.2	70 15.4	77 17.0	153 33.7	0 0.0
	男-60歳以上	657 100.0	68 10.4	69 10.5	122 18.6	120 18.3	278 42.3	0 0.0
	女-30歳未満	53 100.0	22 41.5	15 28.3	9 17.0	2 3.8	5 9.4	0 0.0
	女-30～39歳	183 100.0	51 27.9	28 15.3	37 20.2	26 14.2	41 22.4	0 0.0
	女-40～49歳	149 100.0	30 20.1	33 22.1	25 16.8	23 15.4	38 25.5	0 0.0
	女-50～59歳	154 100.0	30 19.5	25 16.2	37 24.0	26 16.9	36 23.4	0 0.0
	女-60歳以上	123 100.0	16 13.0	14 11.4	17 13.8	15 12.2	61 49.6	0 0.0

		合計	算定回数					無回答
			1回	2回	3回	4回	5回	
全体		2546 100.0	459 18.0	418 16.4	480 18.9	425 16.7	764 30.0	0 0.0
【施設】施設区分	病院	579 100.0	81 14.0	71 12.3	98 16.9	100 17.3	229 39.6	0 0.0
	有床診療所	264 100.0	53 20.1	42 15.9	44 16.7	45 17.0	80 30.3	0 0.0
	無床診療所	1680 100.0	322 19.2	297 17.7	333 19.8	279 16.6	449 26.7	0 0.0

		合計	算定回数					無回答
			1回	2回	3回	4回	5回	
全体		2546 100.0	459 18.0	418 16.4	480 18.9	425 16.7	764 30.0	0 0.0
【施設】開設 主体	国等	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
	公的医療機関	165 100.0	14 8.5	13 7.9	21 12.7	43 26.1	74 44.8	0 0.0
	社会保険関係団体	46 100.0	3 6.5	2 4.3	11 23.9	12 26.1	18 39.1	0 0.0
	法人	1491 100.0	274 18.4	251 16.8	278 18.6	230 15.4	458 30.7	0 0.0
	個人	818 100.0	166 20.3	145 17.7	163 19.9	136 16.6	208 25.4	0 0.0

		合計	算定回数					無回答
			1回	2回	3回	4回	5回	
全体		2546 100.0	459 18.0	418 16.4	480 18.9	425 16.7	764 30.0	0 0.0
【施設】禁煙 治療の体制	特別の体制で実施	425 100.0	44 10.4	43 10.1	69 16.2	76 17.9	193 45.4	0 0.0
	通常の体制で実施	1876 100.0	363 19.3	331 17.6	365 19.5	313 16.7	504 26.9	0 0.0
	1と2の両方	209 100.0	46 22.0	36 17.2	36 17.2	32 15.3	59 28.2	0 0.0
	その他	1 100.0	0 0.0	1 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0

		合計	算定回数					無回答
			1回	2回	3回	4回	5回	
全体		2546 100.0	459 18.0	418 16.4	480 18.9	425 16.7	764 30.0	0 0.0
【施設】医師 数	1人	1800 100.0	331 18.4	297 16.5	345 19.2	303 16.8	524 29.1	0 0.0
	2人	578 100.0	91 15.7	89 15.4	106 18.3	96 16.6	196 33.9	0 0.0
	3人以上	148 100.0	35 23.6	26 17.6	24 16.2	25 16.9	38 25.7	0 0.0

		合計	算定回数					無回答
			1回	2回	3回	4回	5回	
全体		2546 100.0	459 18.0	418 16.4	480 18.9	425 16.7	764 30.0	0 0.0
【施設】指導 時間（初回）	15分未満	234 100.0	62 26.5	43 18.4	34 14.5	35 15.0	60 25.6	0 0.0
	15分以上～30分未満	1047 100.0	199 19.0	169 16.1	207 19.8	184 17.6	288 27.5	0 0.0
	30分以上～45分未満	999 100.0	162 16.2	169 16.9	195 19.5	160 16.0	313 31.3	0 0.0
	45分以上	239 100.0	34 14.2	30 12.6	38 15.9	44 18.4	93 38.9	0 0.0

		合計	算定回数					無回答
			1回	2回	3回	4回	5回	
全体		2546 100.0	459 18.0	418 16.4	480 18.9	425 16.7	764 30.0	0 0.0
【施設】指導 時間（2回目 以降）	10分未満	382 100.0	85 22.3	64 16.8	68 17.8	66 17.3	99 25.9	0 0.0
	10分以上～20分未満	1712 100.0	310 18.1	282 16.5	328 19.2	282 16.5	510 29.8	0 0.0
	20分以上～30分未満	281 100.0	43 15.3	46 16.4	51 18.1	49 17.4	92 32.7	0 0.0
	30分以上	144 100.0	19 13.2	19 13.2	27 18.8	26 18.1	53 36.8	0 0.0

		合計	9か月後の状況						
			1週間禁煙	禁煙継続	失敗	不明	無回答		
全体		2546 100.0	116 4.6	830 32.6	849 33.3	608 23.9	143 5.6		
性別	男性	計	1884 100.0	90 4.8	654 34.7	609 32.3	437 23.2	94 5.0	
		算定回数	1回	310 100.0	15 4.8	47 15.2	120 38.7	102 32.9	26 8.4
			2回	303 100.0	16 5.3	74 24.4	97 32.0	92 30.4	24 7.9
			3回	355 100.0	15 4.2	121 34.1	116 32.7	88 24.8	15 4.2
			4回	333 100.0	15 4.5	143 42.9	100 30.0	57 17.1	18 5.4
			5回	583 100.0	29 5.0	269 46.1	176 30.2	98 16.8	11 1.9
		女性	計	662 100.0	26 3.9	176 26.6	240 36.3	171 25.8	49 7.4
	算定回数	1回	149 100.0	5 3.4	15 10.1	52 34.9	51 34.2	26 17.4	
		2回	115 100.0	3 2.6	19 16.5	48 41.7	34 29.6	11 9.6	
		3回	125 100.0	4 3.2	32 25.6	53 42.4	30 24.0	6 4.8	
		4回	92 100.0	1 1.1	30 32.6	33 35.9	26 28.3	2 2.2	
		5回	181 100.0	13 7.2	80 44.2	54 29.8	30 16.6	4 2.2	

		合計	9か月後の状況						
			1週間禁煙	禁煙継続	失敗	不明	無回答		
全体		2546 100.0	116 4.6	830 32.6	849 33.3	608 23.9	143 5.6		
年齢	30歳未満	計	115 100.0	5 4.3	27 23.5	33 28.7	42 36.5	8 7.0	
		算定回数	1回	40 100.0	2 5.0	5 12.5	13 32.5	17 42.5	3 7.5
			2回	26 100.0	1 3.8	3 11.5	11 42.3	8 30.8	3 11.5
			3回	21 100.0	1 4.8	4 19.0	7 33.3	7 33.3	2 9.5
			4回	13 100.0	0 0.0	8 61.5	1 7.7	4 30.8	0 0.0
			5回	15 100.0	1 6.7	7 46.7	1 6.7	6 40.0	0 0.0
		30～39歳	計	507 100.0	19 3.7	133 26.2	141 27.8	177 34.9	37 7.3
	算定回数		1回	133 100.0	3 2.3	22 16.5	38 28.6	56 42.1	14 10.5
			2回	95 100.0	5 5.3	22 23.2	19 20.0	37 38.9	12 12.6
			3回	113 100.0	4 3.5	33 29.2	32 28.3	42 37.2	2 1.8
			4回	77 100.0	2 2.6	24 31.2	22 28.6	22 28.6	7 9.1
			5回	89 100.0	5 5.6	32 36.0	30 33.7	20 22.5	2 2.2
	40～49歳		計	536 100.0	25 4.7	160 29.9	177 33.0	142 26.5	32 6.0
		算定回数	1回	96 100.0	5 5.2	12 12.5	42 43.8	26 27.1	11 11.5
			2回	111 100.0	7 6.3	25 22.5	37 33.3	34 30.6	8 7.2
			3回	100 100.0	3 3.0	27 27.0	39 39.0	27 27.0	4 4.0
			4回	97 100.0	2 2.1	34 35.1	30 30.9	26 26.8	5 5.2
			5回	132 100.0	8 6.1	62 47.0	29 22.0	29 22.0	4 3.0
		50～59歳	計	608 100.0	25 4.1	213 35.0	204 33.6	129 21.2	37 6.1
	算定回数		1回	106 100.0	6 5.7	14 13.2	31 29.2	39 36.8	16 15.1
			2回	103 100.0	3 2.9	23 22.3	43 41.7	28 27.2	6 5.8
			3回	107 100.0	5 4.7	37 34.6	38 35.5	21 19.6	6 5.6
			4回	103 100.0	4 3.9	44 42.7	32 31.1	19 18.4	4 3.9
			5回	189 100.0	7 3.7	95 50.3	60 31.7	22 11.6	5 2.6
	60歳以上		計	780 100.0	42 5.4	297 38.1	294 37.7	118 15.1	29 3.7
算定回数		1回	84 100.0	4 4.8	9 10.7	48 57.1	15 17.9	8 9.5	
		2回	83 100.0	3 3.6	20 24.1	35 42.2	19 22.9	6 7.2	
		3回	139 100.0	6 4.3	52 37.4	53 38.1	21 15.1	7 5.0	
		4回	135 100.0	8 5.9	63 46.7	48 35.6	12 8.9	4 3.0	
		5回	339 100.0	21 6.2	153 45.1	110 32.4	51 15.0	4 1.2	

		合計	9か月後の状況						
			1週間禁煙	禁煙継続	失敗	不明	無回答		
全体		2546 100.0	116 4.6	830 32.6	849 33.3	608 23.9	143 5.6		
喫煙年数	20年未満	計	555 100.0	15 2.7	144 25.9	158 28.5	202 36.4	36 6.5	
		算定回数	1回	144 100.0	3 2.1	24 16.7	39 27.1	68 47.2	10 6.9
			2回	103 100.0	5 4.9	23 22.3	26 25.2	36 35.0	13 12.6
			3回	122 100.0	2 1.6	32 26.2	39 32.0	44 36.1	5 4.1
			4回	86 100.0	1 1.2	29 33.7	25 29.1	26 30.2	5 5.8
			5回	100 100.0	4 4.0	36 36.0	29 29.0	28 28.0	3 3.0
		20年以上 ～30年未満	計	667 100.0	37 5.5	197 29.5	222 33.3	169 25.3	42 6.3
	算定回数	1回	140 100.0	7 5.0	17 12.1	63 45.0	36 25.7	17 12.1	
		2回	131 100.0	9 6.9	26 19.8	44 33.6	43 32.8	9 6.9	
		3回	123 100.0	8 6.5	36 29.3	46 37.4	28 22.8	5 4.1	
		4回	108 100.0	3 2.8	40 37.0	29 26.9	28 25.9	8 7.4	
		5回	165 100.0	10 6.1	78 47.3	40 24.2	34 20.6	3 1.8	
	30年以上 ～40年未満	計	579 100.0	24 4.1	204 35.2	194 33.5	126 21.8	31 5.4	
		算定回数	1回	91 100.0	7 7.7	12 13.2	28 30.8	30 33.0	14 15.4
			2回	98 100.0	1 1.0	20 20.4	39 39.8	31 31.6	7 7.1
			3回	100 100.0	4 4.0	31 31.0	36 36.0	26 26.0	3 3.0
			4回	102 100.0	2 2.0	48 47.1	34 33.3	16 15.7	2 2.0
			5回	188 100.0	10 5.3	93 49.5	57 30.3	23 12.2	5 2.7
		40年以上	計	745 100.0	40 5.4	285 38.3	275 36.9	111 14.9	34 4.6
	算定回数	1回	84 100.0	3 3.6	9 10.7	42 50.0	19 22.6	11 13.1	
2回		86 100.0	4 4.7	24 27.9	36 41.9	16 18.6	6 7.0		
3回		135 100.0	5 3.7	54 40.0	48 35.6	20 14.8	8 5.9		
4回		129 100.0	10 7.8	56 43.4	45 34.9	13 10.1	5 3.9		
5回		311 100.0	18 5.8	142 45.7	104 33.4	43 13.8	4 1.3		

		合計	9か月後の状況						
			1週間禁煙	禁煙継続	失敗	不明	無回答		
全体		2546 100.0	116 4.6	830 32.6	849 33.3	608 23.9	143 5.6		
1日あたり喫煙本数	10本未満	計	16 100.0	0 0.0	5 31.3	8 50.0	3 18.8	0 0.0	
		算定回数	1回	2 100.0	0 0.0	0 0.0	2 100.0	0 0.0	0 0.0
			2回	2 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 100.0	0 0.0
			3回	3 100.0	0 0.0	0 0.0	2 66.7	1 33.3	0 0.0
			4回	1 100.0	0 0.0	1 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
			5回	8 100.0	0 0.0	4 50.0	4 50.0	0 0.0	0 0.0
		10本以上 ~20本未満	計	301 100.0	20 6.6	124 41.2	86 28.6	55 18.3	16 5.3
	算定回数		1回	49 100.0	3 6.1	7 14.3	16 32.7	14 28.6	9 18.4
			2回	37 100.0	1 2.7	10 27.0	15 40.5	9 24.3	2 5.4
			3回	56 100.0	3 5.4	26 46.4	13 23.2	13 23.2	1 1.8
			4回	47 100.0	1 2.1	23 48.9	15 31.9	6 12.8	2 4.3
			5回	112 100.0	12 10.7	58 51.8	27 24.1	13 11.6	2 1.8
	20本以上 ~40本未満		計	1645 100.0	67 4.1	561 34.1	543 33.0	384 23.3	90 5.5
		算定回数	1回	282 100.0	12 4.3	43 15.2	102 36.2	95 33.7	30 10.6
			2回	270 100.0	12 4.4	69 25.6	90 33.3	75 27.8	24 8.9
			3回	305 100.0	10 3.3	96 31.5	116 38.0	70 23.0	13 4.3
			4回	283 100.0	9 3.2	116 41.0	84 29.7	62 21.9	12 4.2
			5回	505 100.0	24 4.8	237 46.9	151 29.9	82 16.2	11 2.2
		40本以上	計	584 100.0	29 5.0	140 24.0	212 36.3	166 28.4	37 6.3
	算定回数		1回	126 100.0	5 4.0	12 9.5	52 41.3	44 34.9	13 10.3
			2回	109 100.0	6 5.5	14 12.8	40 36.7	40 36.7	9 8.3
3回			116 100.0	6 5.2	31 26.7	38 32.8	34 29.3	7 6.0	
4回			94 100.0	6 6.4	33 35.1	34 36.2	15 16.0	6 6.4	
5回			139 100.0	6 4.3	50 36.0	48 34.5	33 23.7	2 1.4	

		合計	9か月後の状況					
			1週間禁煙	禁煙継続	失敗	不明	無回答	
全体		2546 100.0	116 4.6	830 32.6	849 33.3	608 23.9	143 5.6	
TDS点数	5点	計	203 100.0	9 4.4	76 37.4	67 33.0	38 18.7	13 6.4
		算定回数	1回	32 100.0	1 3.1	5 15.6	11 34.4	11 34.4
	2回		32 100.0	0 0.0	5 15.6	16 50.0	9 28.1	2 6.3
	3回		43 100.0	5 11.6	16 37.2	13 30.2	6 14.0	3 7.0
	4回		34 100.0	0 0.0	18 52.9	9 26.5	5 14.7	2 5.9
	5回		62 100.0	3 4.8	32 51.6	18 29.0	7 11.3	2 3.2
	6点	計	305 100.0	13 4.3	111 36.4	96 31.5	72 23.6	13 4.3
		算定回数	1回	53 100.0	4 7.5	5 9.4	27 50.9	14 26.4
	2回		53 100.0	2 3.8	14 26.4	15 28.3	20 37.7	2 3.8
	3回		69 100.0	1 1.4	26 37.7	23 33.3	13 18.8	6 8.7
	4回		43 100.0	2 4.7	18 41.9	11 25.6	10 23.3	2 4.7
	5回		87 100.0	4 4.6	48 55.2	20 23.0	15 17.2	0 0.0
	7点	計	483 100.0	23 4.8	163 33.7	152 31.5	116 24.0	29 6.0
		算定回数	1回	84 100.0	2 2.4	10 11.9	30 35.7	30 35.7
	2回		86 100.0	5 5.8	19 22.1	31 36.0	22 25.6	9 10.5
	3回		92 100.0	3 3.3	31 33.7	27 29.3	30 32.6	1 1.1
	4回		80 100.0	2 2.5	35 43.8	25 31.3	14 17.5	4 5.0
	5回		141 100.0	11 7.8	68 48.2	39 27.7	20 14.2	3 2.1
	8点	計	578 100.0	26 4.5	180 31.1	208 36.0	128 22.1	36 6.2
		算定回数	1回	105 100.0	4 3.8	11 10.5	40 38.1	36 34.3
2回	94 100.0		6 6.4	18 19.1	31 33.0	29 30.9	10 10.6	
3回	102 100.0		4 3.9	31 30.4	44 43.1	20 19.6	3 2.9	
4回	102 100.0		4 3.9	43 42.2	34 33.3	16 15.7	5 4.9	
5回	175 100.0		8 4.6	77 44.0	59 33.7	27 15.4	4 2.3	
9点	計	556 100.0	19 3.4	179 32.2	185 33.3	148 26.6	25 4.5	
	算定回数	1回	95 100.0	3 3.2	12 12.6	35 36.8	37 38.9	8 8.4
2回		83 100.0	4 4.8	21 25.3	25 30.1	28 33.7	5 6.0	
3回		99 100.0	2 2.0	30 30.3	39 39.4	25 25.3	3 3.0	
4回		96 100.0	2 2.1	36 37.5	32 33.3	20 20.8	6 6.3	
5回		183 100.0	8 4.4	80 43.7	54 29.5	38 20.8	3 1.6	
10点	計	357 100.0	22 6.2	97 27.2	125 35.0	95 26.6	18 5.0	
	算定回数	1回	76 100.0	5 6.6	14 18.4	26 34.2	24 31.6	7 9.2
2回		60 100.0	2 3.3	14 23.3	25 41.7	13 21.7	6 10.0	
3回		64 100.0	3 4.7	17 26.6	19 29.7	23 35.9	2 3.1	
4回		57 100.0	4 7.0	18 31.6	19 33.3	16 28.1	0 0.0	
5回		100 100.0	8 8.0	34 34.0	36 36.0	19 19.0	3 3.0	

		合計	9か月後の状況						
			1週間禁煙	禁煙継続	失敗	不明	無回答		
全体		2546 100.0	116 4.6	830 32.6	849 33.3	608 23.9	143 5.6		
プリンクマン指数	200以上 ～500未満	計	776 100.0	30 3.9	237 30.5	223 28.7	243 31.3	43 5.5	
		算定回数	1回	173 100.0	5 2.9	28 16.2	53 30.6	70 40.5	17 9.8
			2回	147 100.0	7 4.8	30 20.4	46 31.3	52 35.4	12 8.2
			3回	156 100.0	5 3.2	48 30.8	50 32.1	46 29.5	7 4.5
			4回	123 100.0	2 1.6	50 40.7	32 26.0	35 28.5	4 3.3
			5回	177 100.0	11 6.2	81 45.8	42 23.7	40 22.6	3 1.7
		500以上 ～1000未満	計	961 100.0	46 4.8	330 34.3	316 32.9	211 22.0	58 6.0
	算定回数	1回	172 100.0	8 4.7	21 12.2	68 39.5	53 30.8	22 12.8	
		2回	142 100.0	4 2.8	40 28.2	41 28.9	44 31.0	13 9.2	
		3回	178 100.0	6 3.4	58 32.6	65 36.5	44 24.7	5 2.8	
		4回	173 100.0	7 4.0	69 39.9	57 32.9	28 16.2	12 6.9	
		5回	296 100.0	21 7.1	142 48.0	85 28.7	42 14.2	6 2.0	
	1000以上 ～1500未満	計	534 100.0	26 4.9	192 36.0	191 35.8	96 18.0	29 5.4	
		算定回数	1回	71 100.0	6 8.5	9 12.7	29 40.8	18 25.4	9 12.7
			2回	84 100.0	6 7.1	18 21.4	38 45.2	15 17.9	7 8.3
			3回	102 100.0	6 5.9	34 33.3	39 38.2	20 19.6	3 2.9
			4回	82 100.0	2 2.4	39 47.6	22 26.8	15 18.3	4 4.9
			5回	195 100.0	6 3.1	92 47.2	63 32.3	28 14.4	6 3.1
		1500以上	計	275 100.0	14 5.1	71 25.8	119 43.3	58 21.1	13 4.7
	算定回数	1回	43 100.0	1 2.3	4 9.3	22 51.2	12 27.9	4 9.3	
2回		45 100.0	2 4.4	5 11.1	20 44.4	15 33.3	3 6.7		
3回		44 100.0	2 4.5	13 29.5	15 34.1	8 18.2	6 13.6		
4回		47 100.0	5 10.6	15 31.9	22 46.8	5 10.6	0 0.0		
5回		96 100.0	4 4.2	34 35.4	40 41.7	18 18.8	0 0.0		

中医協 総－４－９
２０．７．９

中医協 検－１－９
２０．７．９

診療報酬改定結果検証に係る特別調査（平成 19 年度調査）

後発医薬品の使用状況調査

報告書

◆ ◇ 目 次 ◇ ◆

1. 目的	1
2. 調査対象	1
3. 調査方法	1
4. 調査項目	2
5. 結果概要	3
(1) 回収の状況	3
(2) 保険薬局調査の結果概要	4
① 薬局の属性	4
② 取り扱い処方せんの状況（平成19年7月1か月分）	10
③ 取り扱い処方せんの状況（平成19年7月の1週間分）	14
④ 後発医薬品への対応状況（平成19年7月）	16
⑤ 医薬品の備蓄状況（平成18年10月と平成19年7月）	21
⑥ 後発医薬品への変更を進めるための条件	25
⑦ 後発医薬品に変更して調剤した処方せんに係る薬剤料の状況	26
⑧ 後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等	27
(3) 診療所・病院・医師調査の結果概要	30
① 診療所の施設属性	30
② 病院の施設属性	31
③ 医師の属性	34
④ 診療所・病院の診療体制	36
⑤ 診療所・病院における医薬品の備蓄状況	36
⑥ 入院患者に対する後発医薬品の使用状況等	38
⑦ 院外処方における後発医薬品の使用状況	41
⑧ 医師における後発医薬品使用に関する意識等	46
⑨ 保険薬局で後発医薬品へ変更した場合の情報提供に関する医師の意向	48
⑩ 診療所における後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等	50
⑪ 病院における後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等	52
⑫ 病院の医師における後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等	54
6. まとめ	56

1. 目的

平成 18 年 4 月の診療報酬改定では、後発医薬品の使用促進に関わる環境整備を図る観点から、処方せんの様式が変更された。具体的には、先発医薬品の銘柄名を記載した処方せんを交付した医師が、後発医薬品に変更して差し支えない旨の意思表示を行いやすくするため、「備考」欄中に新たに「後発医薬品への変更可」のチェック欄が設けられた。

本調査では、処方せん様式の変更について、後発医薬品の使用状況や、後発医薬品の使用に関する医療機関・医師の意識、後発医薬品の使用が進まない理由等を把握し、平成 18 年度診療報酬改定の結果を検証することを目的とした。

2. 調査対象

本調査では、「保険薬局調査」「診療所調査」「病院調査」「医師調査」の 4 つの調査を実施した。各調査の対象は、次のとおりである。

- 保険薬局調査：全国の保険薬局の中から層化無作為抽出（都道府県別、法人・個人別）により抽出した 1,000 施設。
- 診療所調査：全国の一般診療所の中から無作為に抽出した 2,000 施設。
- 病院調査：全国の病院の中から無作為に抽出した 1,000 施設。
- 医師調査：上記「病院調査」の対象施設に勤務する、診療科の異なる 2 名の医師。

3. 調査方法

本調査は、対象施設・医師が記入する自記式調査票の郵送配布・回収により行った。保険薬局調査については、施設属性、処方せん枚数等をたずねる「様式 1」と、実際に調剤した薬剤料をたずねる「様式 2」の 2 種類の調査票を配布した。

診療所調査については、施設の概況や院外処方せんの発行状況、後発医薬品の使用状況と使用に関する意識、後発医薬品を使用する上での課題等をたずねる「診療所票」を配布した。

病院調査については、施設の概況や院外処方せんの発行状況、入院患者に対する後発医薬品の使用状況、後発医薬品を使用する上での課題をたずねる「病院票」を配布した。

医師調査については、医師に後発医薬品の使用状況と使用に関する意識等をたずねる「医師票」を配布した。配布に際しては、上記の病院調査の対象施設を通じて行ったが、回収は、各医師から本調査事務局宛の返信用専用封筒（切手不要）にて直接回収した。調査実施時期は平成 19 年 7 月～8 月とした。

4. 調査項目

本調査の主な項目は次のとおりである。

調査区分	種類	主な内容
保険薬局調査	様式 1	<ul style="list-style-type: none"> ・所在地、組織形態、職員数 ・調剤基本料の種類、基準調剤加算の有無 ・主たる処方せん発行医療機関、特定の医療機関に係る処方せん割合 ・1 か月間の取り扱い処方せん枚数及び「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等がある処方せん枚数、実際に後発医薬品に変更した処方せん枚数 ・後発医薬品への対応状況等（後発医薬品についての説明を行った患者の割合、説明時間、後発医薬品の備蓄品目数） ・後発医薬品の使用を希望しなかった患者の割合、在庫がなく後発医薬品に変更できなかった患者の割合 ・後発医薬品への変更を進める上での課題 ・後発医薬品を使用する上での問題点・課題等
	様式 2	<ul style="list-style-type: none"> ・処方せんへの記載銘柄に基づき調剤した場合の薬剤料及び実際に調剤した薬剤料等
診療所調査		<ul style="list-style-type: none"> ・属性（性別、年齢、担当診療科） ・施設の概要（所在地、開設者、種別、主たる診療科、医師数・薬剤師数、医薬品備蓄品目数） ・入院患者に対する後発医薬品の使用状況等（1 か月間の延べ在院患者数、後発医薬品の使用状況、後発医薬品使用に際しての問題発生の有無） ・院外処方せん発行の有無 ・外来診療の状況等（1 か月間の外来診療実日数及び外来延べ患者数、院外処方せん発行枚数、うち後発医薬品を含む処方せんの枚数） ・後発医薬品の使用状況（「後発医薬品への変更可」欄に署名した処方せんの発行の有無、うち患者の希望によるものの割合、後発医薬品に関心のある患者の割合、後発医薬品の処方割合） ・後発医薬品の使用に関する意識等（後発医薬品の薬事承認に必要なデータについての知識、後発医薬品の処方に関する意識、処方しない場合の理由） ・保険薬局からの情報提供に関する意向（望ましい情報伝達方法、タイミング、入手したい情報） ・後発医薬品を使用する上での問題点・課題等
病院調査		<ul style="list-style-type: none"> ・施設の概要（所在地、開設者、許可病床数、種別、DPC 対応の状況、特定入院料の状況、医師数・薬剤師数、医薬品備蓄品目数） ・外来の処方に際しての後発医薬品の使用に関する施設の方針 ・入院患者に対する後発医薬品の使用状況（1 か月間の延べ在院患者数、後発医薬品の使用状況、後発医薬品使用に際しての問題発生の有無）等
医師調査		<ul style="list-style-type: none"> ・属性（性別、年齢、担当診療科） ・後発医薬品の使用状況（「後発医薬品への変更可」欄に署名した処方せんの発行の有無、うち患者の希望によるものの割合、後発医薬品に関心のある患者の割合、後発医薬品の処方割合） ・後発医薬品の使用に関する意識等（後発医薬品の薬事承認に必要なデータについての知識、後発医薬品の処方に関する意識、処方しない場合の理由） ・保険薬局からの情報提供に関する意向（望ましい情報伝達方法、タイミング、入手したい情報） ・後発医薬品を使用する上での問題点・課題等

5. 結果概要

(1) 回収の状況

保険薬局調査の様式1の回収数（施設数）は583件、回収率は58.3%であった。また、様式2に記載された有効処方せん枚数は、209薬局分の1,838枚であった。

診療所調査の回収数（施設数）は688件、回収率34.4%であった。

病院調査の回収数（施設数）は、408件、回収率40.8%であった。また、医師調査の有効回答人数は651人であった。

図表 1 回収の状況

調査区分	有効回収数	有効回収率
①保険薬局調査		
保険薬局数(様式1)	583	58.3%
様式2に記載された処方せん枚数(209薬局分)	1,838	—
②診療所調査		
一般診療所数	688	34.4%
③病院調査		
病院数	408	40.8%
④医師調査		
医師数	651	—

(2) 保険薬局調査の結果概要

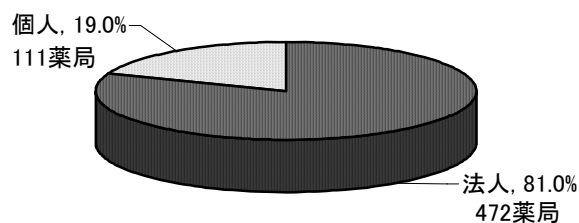
① 薬局の属性

1) 組織形態

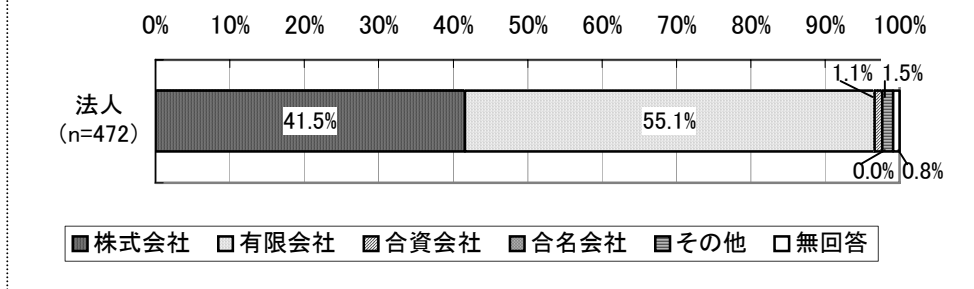
薬局の組織形態（法人・個人別）についてみると、「法人」が 81.0%、「個人」が 19.0%であった。

法人の種類は、「有限会社」（法人薬局の 55.1%）が最も多く、次いで「株式会社」（同 41.5%）であった。

図表 2 組織形態（法人・個人別）（n=583）



図表 3 法人薬局の内訳（n=472）



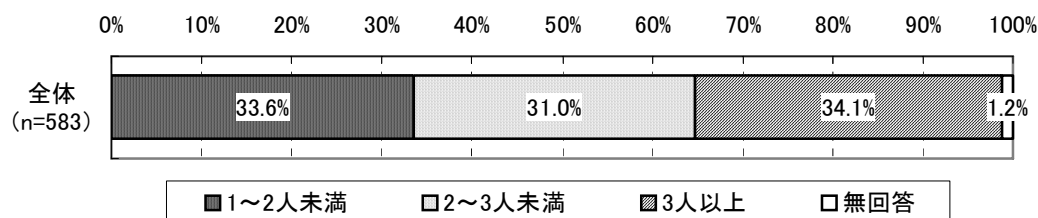
2) 職員数

i) 薬剤師

薬剤師の職員数（常勤換算）についてみると、「3人以上」（34.1%）が最も多かったが、「1～2人未満」（33.6%）および「2～3人未満」（31.0%）についても30%台前半で、ほぼ同程度であった。

1 薬局当たりの職員数（常勤換算）についてみると、薬剤師の平均人数は2.5人（標準偏差2.0、中央値2.0）であった。

図表 4 薬剤師の職員数（常勤換算）



(注) 常勤換算は、次の計算式で算出した。また、常勤換算後の職員数は整数（小数点以下四捨五入）とした。

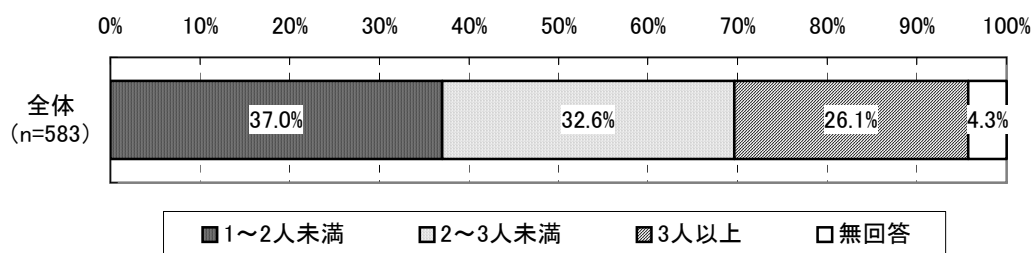
- ・ 1週間に数回勤務の場合：(非常勤職員の1週間の勤務時間) ÷ (貴薬局が定めている常勤職員の1週間の勤務時間)
- ・ 1か月に数回勤務の場合：(非常勤職員の1か月の勤務時間) ÷ (貴薬局が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4)

ii) その他（事務職員等）

薬剤師以外のその他（事務職員等）の職員数（常勤換算）についてみると、「1～2人未満」（37.0%）が最も多く、次いで「2～3人未満」（32.6%）、「3人以上」（26.1%）となった。

1 薬局当たりの職員数（常勤換算）についてみると、その他（事務職員等）の平均人数は2.1人（標準偏差 1.8、中央値 2.0）であった。

図表 5 その他（事務職員等）の職員数（常勤換算）



(注) 常勤換算は、次の計算式で算出した。また、常勤換算後の職員数は整数（小数点以下四捨五入）とした。

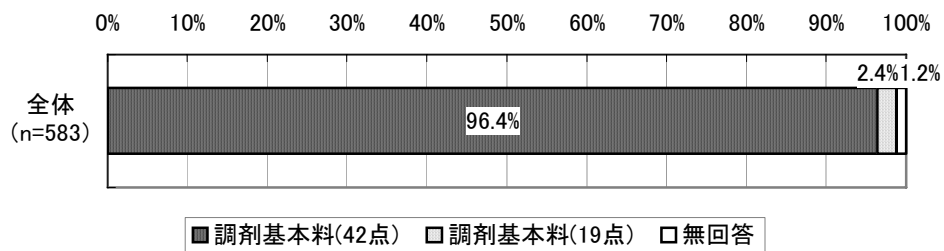
- ・ 1週間に数回勤務の場合：(非常勤職員の1週間の勤務時間) ÷ (貴薬局が定めている常勤職員の1週間の勤務時間)
- ・ 1か月に数回勤務の場合：(非常勤職員の1か月の勤務時間) ÷ (貴薬局が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4)

3) 調剤の状況等

i) 調剤基本料

調剤基本料についてみると、「調剤基本料（42点）」が96.4%、「調剤基本料（19点）」が2.4%であった。

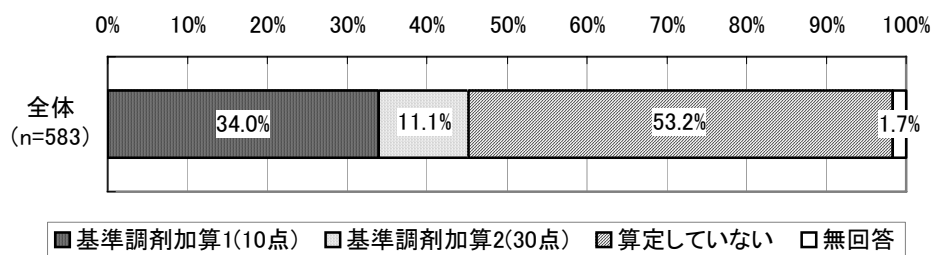
図表 6 調剤基本料



ii) 基準調剤加算

基準調剤加算についてみると、「基準調剤加算 1（10点）」が34.0%、「基準調剤加算 2（30点）」が11.1%であった。基準調剤加算を「算定していない」が53.2%であった。

図表 7 基準調剤加算



4) 処方せん発行医療機関

i) 処方せん発行医療機関数

薬局で受け付けている処方せんの発行医療機関数についてみると、1 薬局あたりの平均は 31.7 件（標準偏差 37.5、中央値 21.0）であった。このうち「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等がある処方せんの発行をしている医療機関数は、平均 6.2 件（標準偏差 10.2、中央値 3.0）であった。

図表 8 処方せん発行医療機関数 (n=538)

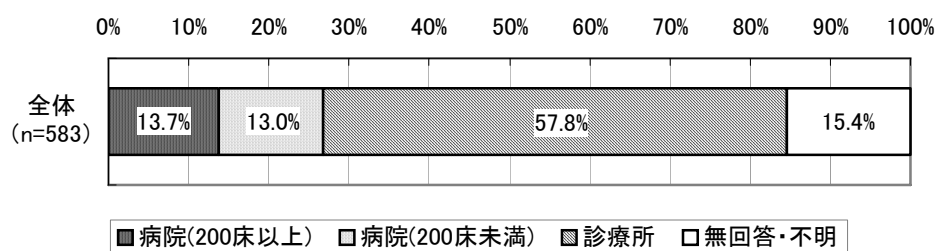
	平均値	標準偏差	中央値
処方せん発行医療機関数(件)	31.7	37.5	21.0
「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等がある処方せんの発行医療機関数(件)	6.2	10.2	3.0

(注) 無回答 44 件と無効 1 件を除いた、有効回答 538 件での集計値。

ii) 主な処方せん発行医療機関

主な処方せん発行医療機関種別についてみると、「診療所」(57.8%) が最も多く、次いで「病院 (200 床以上)」(13.7%)、「病院 (200 床未満)」(13.0%) であった。

図表 9 主な処方せん発行医療機関種別

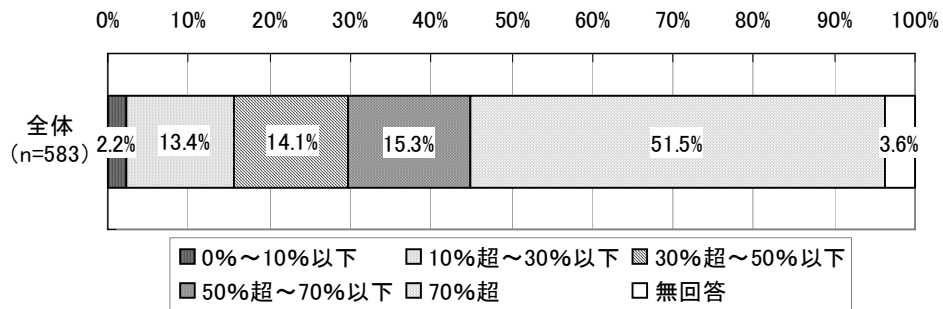


(注) 「無回答・不明」には、主な処方せん発行医療機関種別を複数選択した施設が含まれる。

iii) 特定の保険医療機関に係る処方せん割合（最も多いもの）

特定の保険医療機関に係る処方せん割合（最も多いもの）についてみると、「70%超」（51.5%）が最も多く、次いで「50%超～70%以下」（15.3%）、「30%超～50%以下」（14.1%）、「10%超～30%以下」（13.4%）であった。平均は 67.9%（標準偏差 30.4、中央値 75.5）であった。

図表 10 特定の保険医療機関に係る処方せん割合（最も多いもの）



(注) 特定の保険医療機関に係る処方せん割合は、次の計算式による。

(当該薬局で受付枚数が最も多い医療機関が発行した処方せんの受付枚数)

÷ (当該薬局での受付処方せん枚数の総数)

② 取り扱い処方せん状況（平成19年7月1か月分）

1) 取り扱い処方せん枚数

取り扱い処方せん枚数について、平成19年7月の1か月全体の取り扱い処方せん総計（755,545枚）の内訳と、平成19年7月の1か月のうち7月23日から7月29日の1週間分の取り扱い処方せん総計（178,211枚）の内訳をまとめた。

図表 11 取り扱い処方せん枚数

	平成19年7月	
	(ア)1か月全体の取り扱い処方せん枚数 薬局数 n=576	(イ)うち、7/23～7/29の取り扱い処方せん枚数 薬局数 n=574
① すべての取り扱い処方せん枚数	755,545	178,211
② ①のうち、「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等がある処方せん枚数	131,337	31,249
③ ②のうち、実際に後発医薬品に変更した処方せん枚数(1品目でも変更した場合を含む)	10,709	2,538
④ ③のうち、後発医薬品情報提供料を算定した処方せん枚数	3,168	764
⑤ ②のうち、処方せんに記載されたすべての銘柄について後発医薬品が薬価収載されていないために、後発医薬品に変更することができない処方せん枚数(後発医薬品のみが記載された処方せんを含む)	14,504	3,541
⑥ ②のうち、「後発医薬品についての説明」を行ったにもかかわらず、患者が希望しなかったために、後発医薬品に変更することができなかった処方せん枚数		2,886
⑦ ①のうち、「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等がなく、後発医薬品を銘柄指定している処方せん枚数		39,332

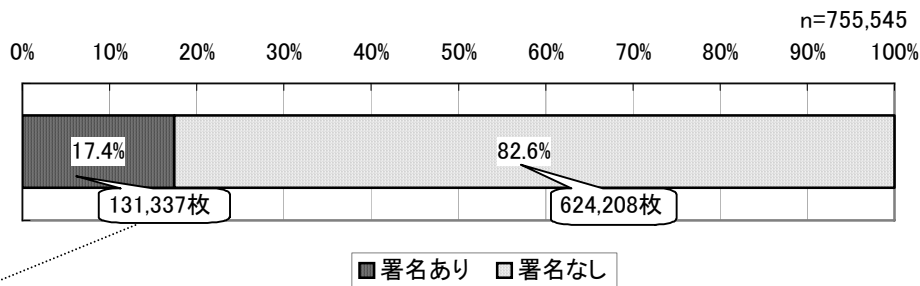
(注) 「後発医薬品についての説明」とは、後発医薬品と先発医薬品とが同等であること（例えば、品質、安定性、生物学的同等性試験結果など）の説明に加え、患者の処方せんにおける変更前の薬剤料と変更後の薬剤料の差額等についての説明などを指す。

2) 後発医薬品への変更割合（処方せん枚数ベース）

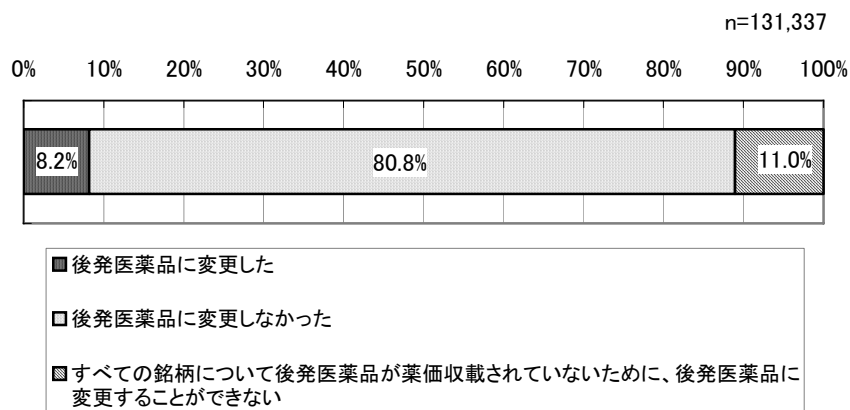
平成 19 年 7 月 1 か月分のすべての取り扱い処方せん 755,545 枚における「後発医薬品への変更可」欄への処方医の署名の有無についてみると、「署名あり」が 17.4% (131,337 枚)、「署名なし」が 82.6% (624,208 枚) であった。

「署名あり」の 131,337 枚のうち、実際に「後発医薬品に変更した」処方せんは 8.2% であった。「すべての銘柄について後発医薬品が薬価収載されていないために、後発医薬品に変更することができない」処方せんが 11.0% であった。それ以外の理由で「後発医薬品に変更しなかった」処方せんは、80.8% であった。

図表 12 すべての処方せんにおける、「後発医薬品への変更可」欄への処方医の署名の有無
(平成 19 年 7 月 1 か月分の処方せんベース)



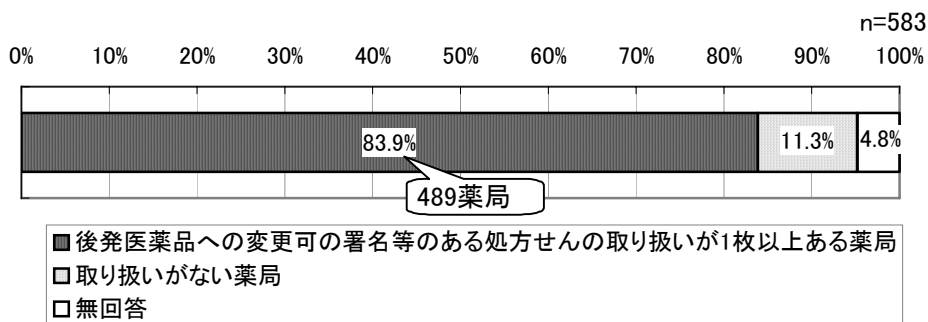
図表 13 「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等がある処方せん
(n=131,337) における、後発医薬品への変更状況
(平成 19 年 7 月 1 か月分の処方せんベース)



3) 後発医薬品への変更割合（薬局数ベース）

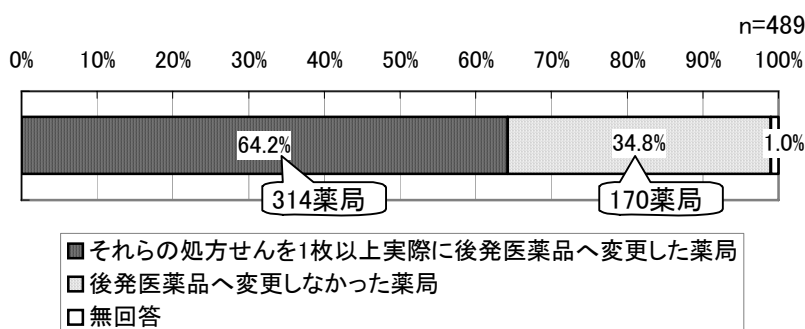
平成 19 年 7 月 1 か月間で、「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等がある処方せんの取り扱いが 1 枚以上あった薬局は、83.9%（489 薬局）であった。

図表 14 1 か月間の取り扱い処方せんのうち、「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等がある処方せんを取り扱った薬局数の割合（薬局ベース）



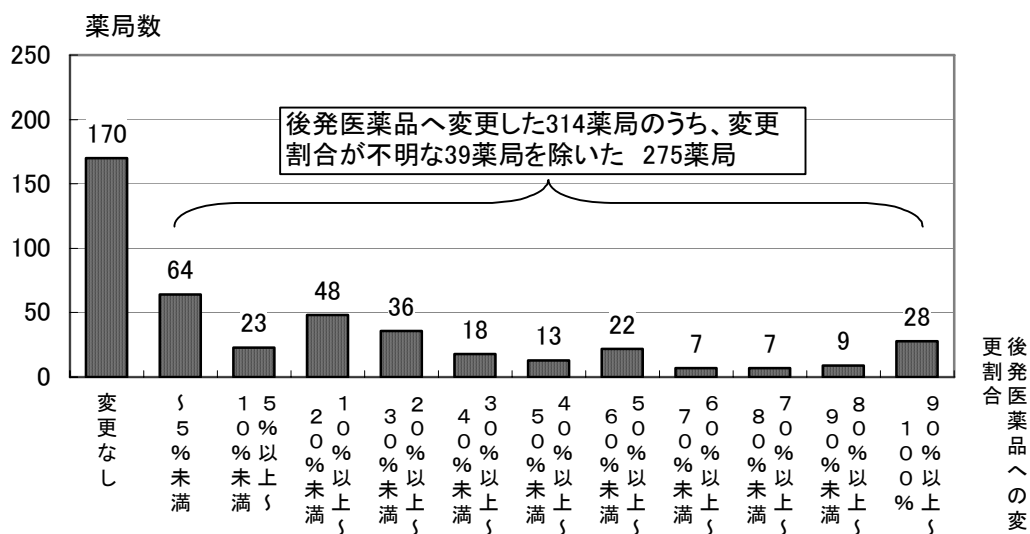
「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等がある処方せんの取り扱いが 1 枚以上あった 489 薬局のうち、「それらの処方せんに 1 枚以上実際に後発医薬品へ変更した薬局」は 64.2%（314 薬局）、「後発医薬品へ変更しなかった薬局」は 34.8%（170 薬局）であった。

図表 15 後発医薬品への変更可欄に処方医の署名等がある処方せんを取り扱った薬局（489 薬局）のうち、実際に後発医薬品に変更した薬局数の割合（薬局ベース）



「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等がある処方せんを取り扱った 489 薬局における、後発医薬品への変更可の処方せん（後発医薬品が存在するもの）に占める、実際に後発医薬品に変更した処方せんの割合（変更割合）についてみると、変更割合が「～5%未満」である薬局が 64 薬局ある一方、変更割合が「90%以上～100%」の薬局が 28 薬局あり、ばらつきがみられた。

図表 16 「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等がある処方せんを取り扱った薬局（489 薬局）における、後発医薬品への変更可の処方せん（後発医薬品が存在するもの）に占める、後発医薬品への変更割合別の度数分布（薬局ベース）



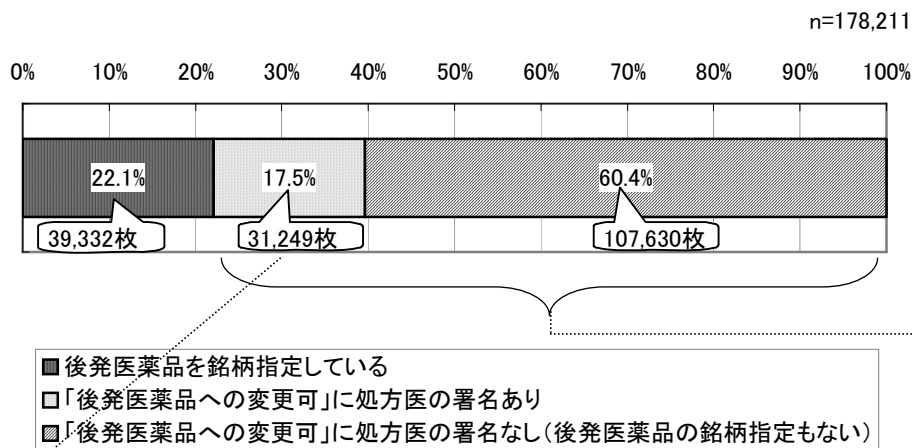
③ 取り扱い処方せんの状況（平成 19 年 7 月の 1 週間分）

平成 19 年 7 月 23 日から 7 月 29 日の 1 週間分の処方せん（178,211 枚）における、後発医薬品処方状況についてみると、「『後発医薬品への変更可』に処方医の署名等あり」の処方せんは 17.5%（31,249 枚）であった。これは、平成 19 年 7 月 1 か月分の処方せん枚数でみた場合（17.4%）とほぼ同じ割合であった（図表 12 参照）。

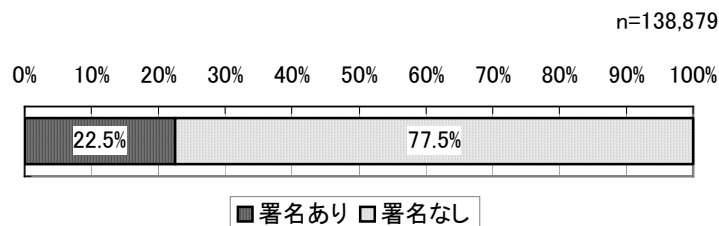
また、「後発医薬品を銘柄指定している」処方せんが 22.1%（39,332 枚）であった。この「後発医薬品を銘柄指定している」処方せんを除いた場合には、「『後発医薬品への変更可』に処方医の署名等あり」の処方せんは 22.5%、「署名等なし」の処方せんは 77.5%となった。

次に、「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等がある処方せん（31,249 枚）における、後発医薬品への変更状況をみると、「後発医薬品に変更した」処方せんが 8.1%であった。これは、平成 19 年 7 月 1 か月分の処方せん枚数でみた場合（8.2%）とほぼ同じ割合であった（図表 13 参照）。また、「後発医薬品に変更しなかった」処方せんは 71.3%であった。このほか、「すべての銘柄について後発医薬品が薬価収載されていないために、後発医薬品に変更することができなかった」処方せんが 11.3%、「後発医薬品の説明を行ったにもかかわらず、患者が希望しなかったために、後発医薬品に変更できなかった」処方せんが 9.2%であった。

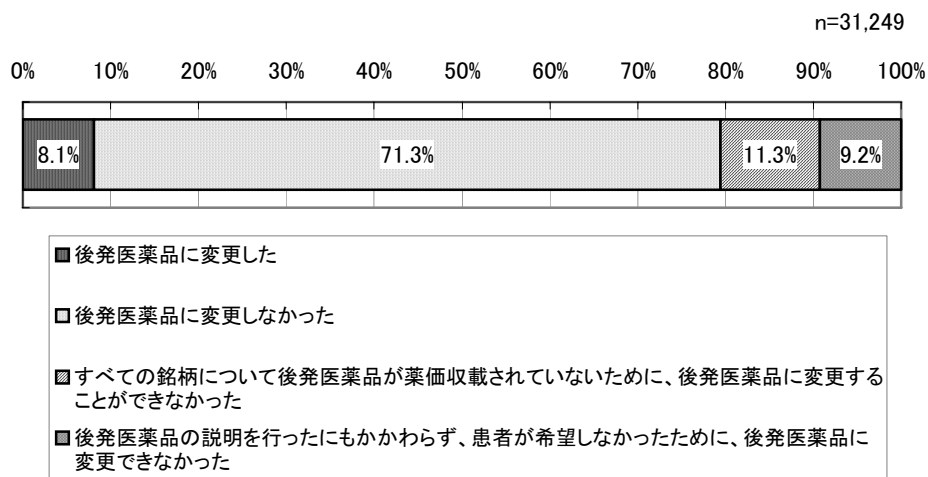
図表 17 平成 19 年 7/23~7/29 の 1 週間分の処方せん (n=178,211) における、
後発医薬品処方状況 (1 週間分の処方せんベース)



(参考) 後発医薬品を銘柄指定している処方せんを除いた処方せんにおける、
「後発医薬品への変更可」欄の処方医の署名の有無



図表 18 「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等がある処方せん (n=31,249)
における、後発医薬品への変更状況 (1 週間分の処方せんベース)

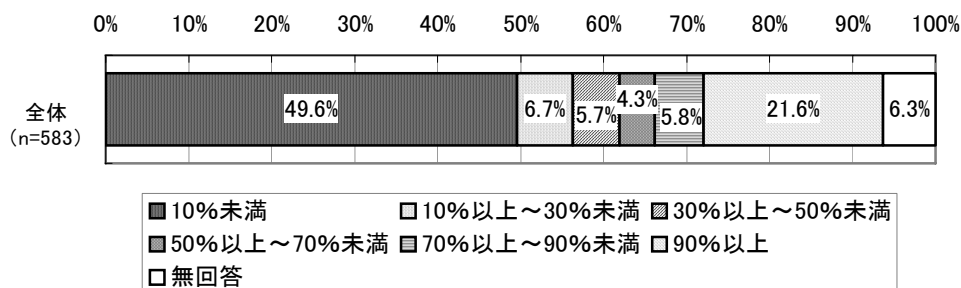


④ 後発医薬品への対応状況（平成 19 年 7 月）

1) 後発医薬品についての説明を行った患者の割合（薬局数ベース）

「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等があり、後発医薬品が薬価収載されている先発医薬品を含む処方せんを持参した患者のうち、後発医薬品についての説明を行った患者の割合についてみると、「10%未満」（49.6%）の薬局が最も多かった。一方で、「90%以上」の薬局（21.6%）もあり、ばらつきがみられた。

図表 19 「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等があり、後発医薬品が薬価収載されている先発医薬品を含む処方せんを持参した患者のうち、後発医薬品についての説明を行った患者の割合（薬局数ベース）

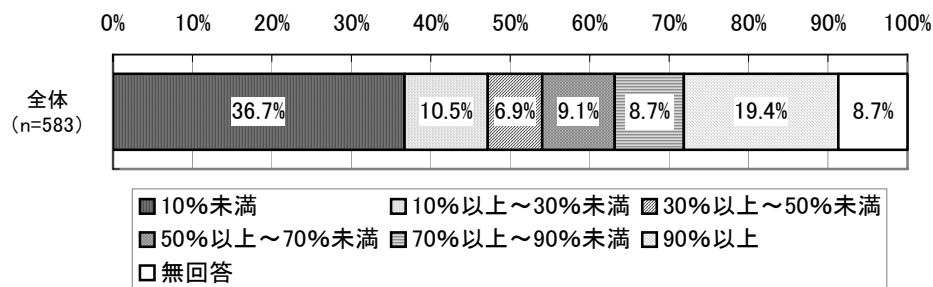


(注) 「後発医薬品についての説明」とは、後発医薬品と先発医薬品とが同等であること（例えば、品質、安定性、生物学的同等性試験結果など）の説明に加え、患者の処方せんにおける変更前の薬剤料と変更後の薬剤料の差額等についての説明などを指す。

2) 後発医薬品についての説明を行った患者のうち、後発医薬品の使用を希望しなかった患者の割合（薬局数ベース）

「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等があり、薬局において後発医薬品についての説明を行った患者のうち、後発医薬品の使用を希望しなかった患者の割合についてみると、「10%未満」（36.7%）の薬局が最も多かった。一方で、「90%以上」（19.4%）の薬局もあり、ばらつきがみられた。

図表 20 「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等があり、後発医薬品についての説明を行った患者のうち、後発医薬品の使用を希望しなかった患者の割合（薬局数ベース）

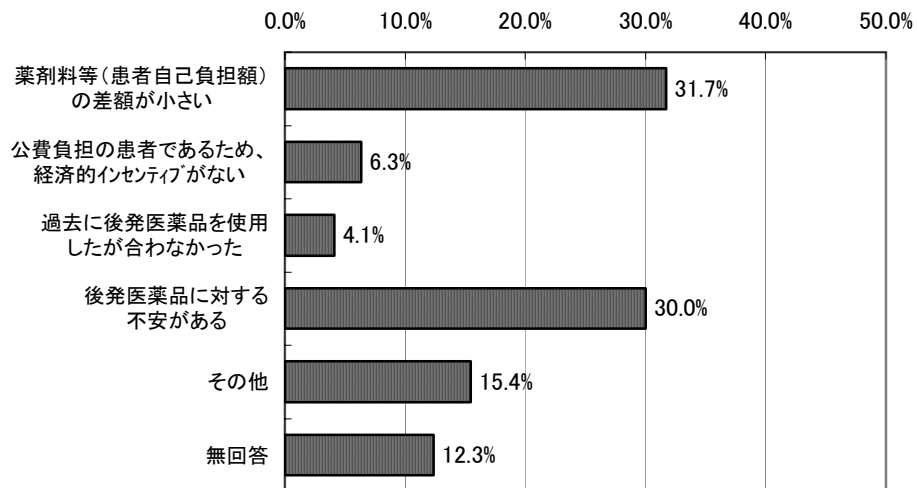


(注)「後発医薬品についての説明」とは、後発医薬品と先発医薬品とが同等であること（例えば、品質、安定性、生物学的同等性試験結果など）の説明に加え、患者の処方せんにおける変更前の薬剤料と変更後の薬剤料の差額等についての説明などを指す。

3) 後発医薬品についての説明を行ったにもかかわらず、患者が後発医薬品の使用を希望しなかった理由

薬局において後発医薬品についての説明を行ったにもかかわらず、患者が後発医薬品の使用を希望しなかった理由についてみると、「薬剤料等（患者自己負担額）の差額が小さい」こと（31.7%）が最も多く、次いで「後発医薬品に対する不安がある」（30.0%）こととなった。

図表 21 後発医薬品についての説明を行ったにもかかわらず、患者が後発医薬品の使用を希望しなかった理由（単数回答、n=583）



(注)・「後発医薬品についての説明」とは、後発医薬品と先発医薬品とが同等であること（例えば、品質、安定性、生物学的同等性試験結果など）の説明に加え、患者の処方せんにおける変更前の薬剤料と変更後の薬剤料の差額等についての説明などを指す。

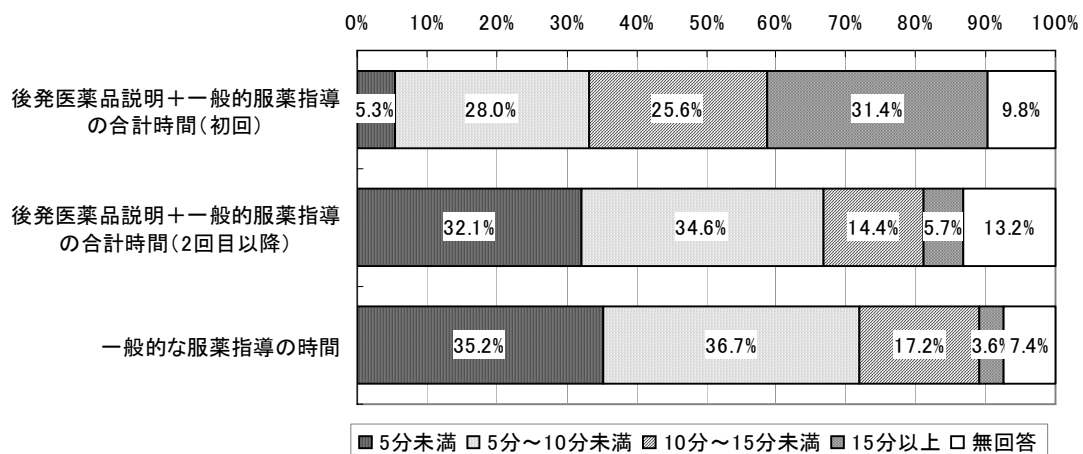
・「その他」の内容として、「後発医薬品の在庫がなく、取り寄せるのに時間がかかる」「飲みなれてる今の薬を変更したくない」「薬剤変更そのものに抵抗がある」「医師から説明を受けていない」等の回答があげられた。

4) 患者 1 人に要する後発医薬品についての平均説明時間

患者 1 人に要する平均説明時間についてみると、初回の患者では、「後発医薬品説明＋服薬指導時間の合計時間（後発医薬品についての説明と一般的な服薬指導の両方を行う場合）」についてみると、「15 分以上」（31.4%）が最も多く、次いで「5 分～10 分未満」（28.0%）、「10 分～15 分未満」（25.6%）となった。平均は 11.69 分（標準偏差 7.82、中央値 10.00）であった。

2 回目以降の患者では、「後発医薬品説明＋服薬指導時間の合計時間」は「5 分～10 分未満」（34.6%）が最も多く、次いで「5 分未満」（32.1%）となった。平均は 5.84 分（標準偏差 4.25、中央値 5.00）であった。「一般的な服薬指導の時間」の平均が 5.68 分（標準偏差 3.54、中央値 5.00）であることから、2 回目以降の患者の場合、一般的な服薬指導と大きな差異はみられなかった。

図表 22 患者 1 人に要する平均説明時間分布（n=583）



(注) 「後発医薬品説明」：後発医薬品と先発医薬品とが同等であること（例えば、品質、安定性、生物学的同等性試験結果など）の説明に加え、患者の処方せんにおける変更前の薬剤料と変更後の薬剤料の差額等についての説明などを指す。

図表 23 患者 1 人に要する平均説明時間（n=583）

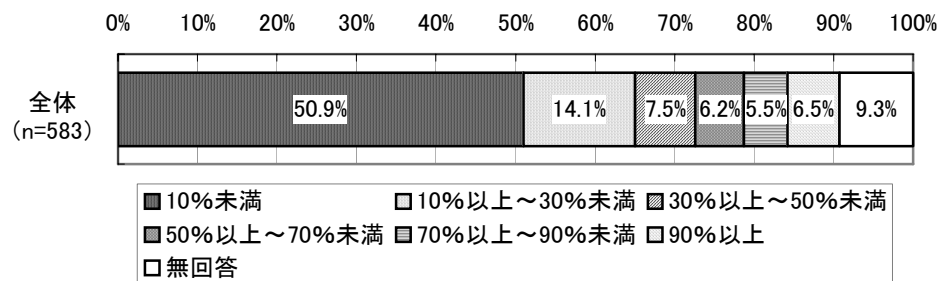
	平均値	標準偏差	中央値
後発医薬品説明＋服薬指導時間 初回(分)	11.69	7.82	10.00
後発医薬品説明＋服薬指導時間 2 回目以降(分)	5.84	4.25	5.00
一般的な服薬指導時間(分)	5.68	3.54	5.00

(注) 「後発医薬品説明」：後発医薬品と先発医薬品とが同等であること（例えば、品質、安定性、生物学的同等性試験結果など）の説明に加え、患者の処方せんにおける変更前の薬剤料と変更後の薬剤料の差額等についての説明などを指す。

5) 在庫がなくて後発医薬品に変更できなかった患者の割合（薬局数ベース）

「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等があり、後発医薬品が薬価収載されている先発医薬品を含む処方せんを持参した患者のうち、当該後発医薬品の在庫がなくて後発医薬品に変更できなかった患者の割合についてみると、「10%未満」（50.9%）という薬局が最も多かった。一方で、「50%以上」という薬局を合計すると18.2%であった。

図表 24 「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等があり、後発医薬品が薬価収載されている先発医薬品を含む処方せんを持参した患者のうち、当該後発医薬品の在庫がなくて後発医薬品に変更できなかった患者の割合（薬局数ベース）



⑤ 医薬品の備蓄状況（平成 18 年 10 月と平成 19 年 7 月）

医薬品の備蓄状況については、平成 18 年 10 月と平成 19 年 7 月の備蓄医薬品品目数の回答があった 583 薬局を分析対象とした。

1) 医薬品の備蓄品目数

備蓄医薬品の全品目数についてみると、平成 18 年 10 月時点では平均 791.0 品目であったが、平成 19 年 7 月時点では平均 842.7 品目となり、6.5%の増加率となった。中央値でも 714.0 品目から 771.0 品目となり、8.0%の増加率となった。

次に後発医薬品の備蓄品目数についてみると、平成 18 年 10 月時点では平均 76.2 品目であったが、平成 19 年 7 月時点では平均 94.4 品目となり、23.9%の増加率となった。中央値でも、50.0 品目から 61.0 品目となり、22.0%の増加率となった。

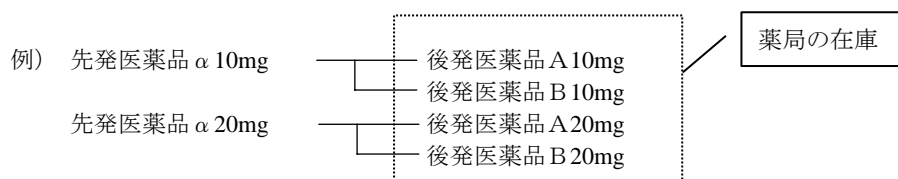
したがって、後発医薬品の備蓄品目数は、医薬品全品目の備蓄品目数よりも増加率としては高いものの、平成 19 年 7 月時点における全品目に占める後発医薬品のシェア（図表 25（B）／（A））は、平均値 11.2%、中央値 7.9%となっており、依然として低い結果となった。

当該薬局において 1 つの銘柄の先発医薬品について複数銘柄の後発医薬品を備えている場合に、その先発医薬品の銘柄数に換算した場合の品目数は、平均 21.9 品目（標準偏差 69.5、中央値 5.0）となった。つまり、先発医薬品 21.9 品目については、保険薬局において複数銘柄の中から調剤する後発医薬品を選択することができるということになる。

図表 25 備蓄医薬品品目数の変化 (n=583)

		平成 18 年 10 月	平成 19 年 7 月	増加率(%)	
医薬品全品目数(A)	平均値	791.0	842.7	6.5%	
	標準偏差	589.7	587.0		
	中央値	714.0	771.0	8.0%	
	うち、後発医薬品の品目数(B)	平均値	76.2	94.4	23.9%
		標準偏差	100.3	99.8	
		中央値	50.0	61.0	22.0%
	うち、複数銘柄の後発医薬品を備えている先発医薬品の品目数	平均値		21.9	
		標準偏差		69.5	
		中央値		5.0	
(B) / (A)	平均値	9.6%	11.2%		
	中央値	7.0%	7.9%		

(注) 「うち、複数銘柄の後発医薬品を備えている先発医薬品の品目数」とは、薬局で1つの銘柄の先発医薬品について複数銘柄の後発医薬品を備えている場合（薬局で後発医薬品を選択できる場合）に、それを先発医薬品の銘柄数に換算した場合の品目数を意味する。

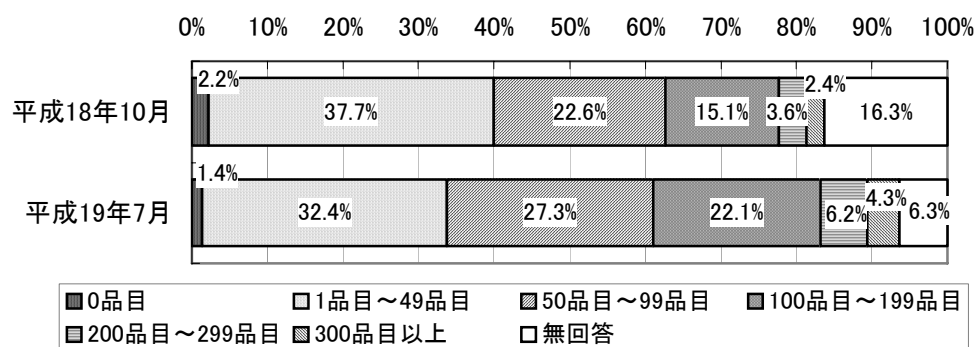


→この場合、薬局において先発医薬品 α 10mg、α 20mgの在庫の有無にかかわらず、後発医薬品 A 10mg、後発医薬品 B 10mg、後発医薬品 A 20mg、後発医薬品 B 20mgの在庫があれば、先発医薬品の品目数は「2品目」となる。

2) 後発医薬品の備蓄品目数の変化

平成18年10月と平成19年7月における、後発医薬品の備蓄品目数の変化についてみると、「1品目～49品目」(37.7%→32.4%)の割合が低くなった一方で、「50品目～99品目」(22.6%→27.3%)、「100品目～199品目」(15.1%→22.1%)、「200品目～299品目」(3.6%→6.2%)、「300品目以上」(2.4%→4.3%)はいずれも高くなっており、全体的に、後発医薬品の備蓄品目数が増加した。

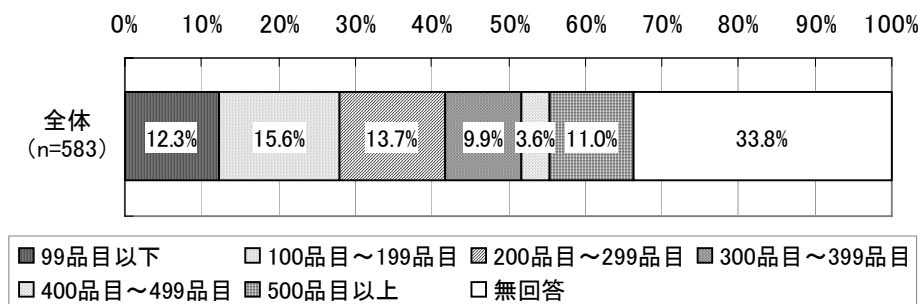
図表 26 後発医薬品の備蓄品目数の変化 (n=583)



3) 在庫がなくて後発医薬品に変更できないケースをないようにするために必要な後発医薬品の備蓄品目数

在庫がなくて後発医薬品に変更できないケースをないようにするために必要な後発医薬品の備蓄品目数についてたずねたところ、「100品目～199品目」(15.6%)が最も多く、次いで「200品目～299品目」(13.7%)、「99品目以下」(12.3%)、「500品目以上」(11.0%)、「300～399品目」(9.9%)と続いた。なお、ここでは「無回答」が33.8%と多かったことに留意する必要がある。

図表 27 在庫がなくて後発医薬品に変更できないケースをないようにするために、必要な後発医薬品の備蓄品目数

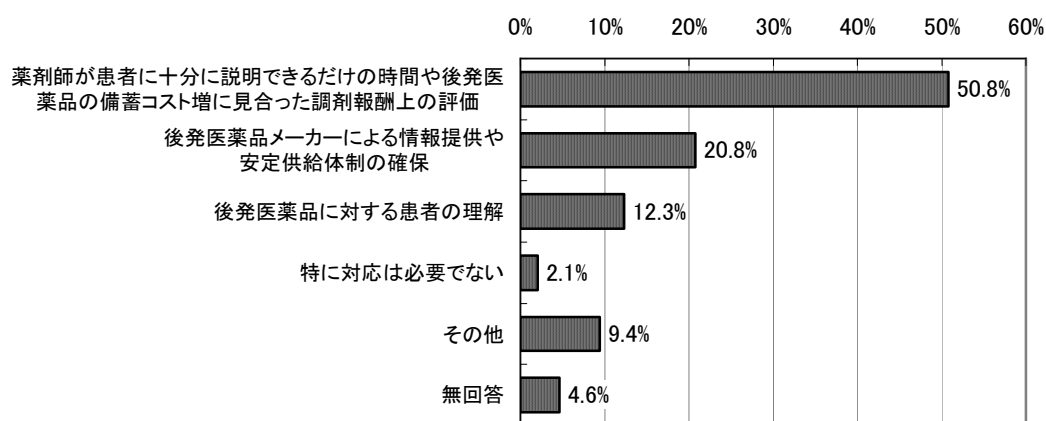


⑥ 後発医薬品への変更を進めるための条件

処方せんの「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等があったが、後発医薬品に変更しなかったケースについて、今後、薬局の立場として後発医薬品への変更を進めてもよいと思うのは、どのような対応が進んだ場合かをたずねた。

この結果、「薬剤師が患者に十分に説明できるだけの時間や後発医薬品の備蓄コスト増に見合った調剤報酬上の評価」(50.8%)が最も多かった。次いで「後発医薬品メーカーによる情報提供や安定供給体制の確保」(20.8%)、「後発医薬品に対する患者の理解」(12.3%)となった。

図表 28 処方せんの「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等があったが、変更しなかった場合について、薬局の立場として後発医薬品への変更を進めるための要件
(単数回答、n=583)



(注) 「その他」の内容として、「すべての対応が進むことが必要(単数回答では回答できない)」「一般名処方」「後発医薬品の品質確保」等の回答があげられた。

⑦ 後発医薬品に変更して調剤した処方せんに係る薬剤料の状況

ここでは、調査票の「様式2」に記載のあった処方せん1,838枚の薬剤料を対象とした。

平成19年7月23日から7月29日の1週間に、「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等があり、かつ実際に後発医薬品に変更して調剤された処方せん(1,838枚)についてみると、記載銘柄により調剤した場合の薬剤料は、平均946.0点(標準偏差1,901.8、中央値442.0)であった。一方、実際に調剤した薬剤料は、平均684.6点(標準偏差1,493.2、中央値308.0)であった。

この結果、記載銘柄により調剤した場合の薬剤料に占める、実際に調剤した薬剤料の割合は、平均72.4%(中央値69.7)であった。

図表 29 7/23～29 に後発医薬品に変更して調剤された処方せん(1,838枚)の状況

	平均値	標準偏差	中央値
記載銘柄により調剤した場合の薬剤料(A) (点)	946.0	1,901.8	442.0
実際に調剤した薬剤料(B) (点)	684.6	1,493.2	308.0
記載銘柄により調剤した場合の薬剤料に占める、実際に調剤した薬剤料の割合(B/A) (%)	72.4%		69.7%

次に、患者一部負担金割合別にみると、後発医薬品に変更して調剤された処方せんの平均薬剤料は、「記載銘柄により調剤した場合の薬剤料」が1割負担で975.6点、3割負担で950.6点であった。一方、「実際に調剤した薬剤料」は、1割負担で753.2点、3割負担で659.6点であった。この結果、記載銘柄により調剤した場合の薬剤料に占める、実際に調剤した薬剤料の割合は、1割負担で77.2%、3割負担で69.4%であった。

図表 30 患者一部負担金割合別にみた、7/23～29 に後発医薬品に変更して調剤された処方せん(1,838枚)の状況(平均値)

	患者一部負担金割合					
	全体	0割	1割	2割	3割	10割
処方せん枚数(枚)	1,838	131	552	6	1,122	6
記載銘柄により調剤した場合の薬剤料(A) (点)	946.0	896.1	975.6	142.5	950.6	208.5
実際に調剤した薬剤料(B) (点)	684.6	666.0	753.2	101.3	659.6	176.5
記載銘柄により調剤した場合の薬剤料に占める、実際に調剤した薬剤料の割合(B/A) (%)	72.4%	74.3%	77.2%	71.1%	69.4%	84.7%

(注) 患者一部負担金割合の「全体」には、患者一部負担金割合が不明だった処方せん21枚が含まれる。

⑧ 後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等

ここでは、自由記述形式により、後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等について意見・要望を記載していただいた内容のとりまとめを行った。

1) 後発医薬品の供給体制

薬局の供給体制

- ・1つの後発医薬品に対して、それを使用する患者は少数で、また継続して来局するとも限らないため、後発医薬品を用意していたとしてもデッドストックとなる確率が高い。
- ・後発医薬品に変更した場合、先発品は不動在庫になり、一度後発医薬品にしても再び先発品が良いといわれると後発医薬品が不動になる。面分業では不動在庫が多くなるのが問題。
- ・後発医薬品の種類が多く、薬価に差があるので、備蓄品目がいくらあっても足りなくなる可能性がある。
- ・地域ごとに後発医薬品備蓄センターのようなものを置いていただき、薬品管理をしっかりとってもらった上で、必要数のみ購入できるシステムを構築してもらいたい。

後発医薬品メーカー等の供給体制

- ・製造元や卸に在庫がないなど、急配に対応してもらえないため、患者の要望に応えられないことがある。
- ・発注してから納品までで一週間以上かかるような医薬品や、包装単位が大きく在庫負担の大きい医薬品もあった。速やかに納品できる制度整備や小包製品を揃えるなどの対応を望む。
- ・後発医薬品の指示があるにもかかわらず後発医薬品が存在しない処方も認められる。処方薬の中のどれに後発医薬品が製品として販売されているか、すぐわかるシステムが必要である。

2) 後発医薬品の品質確保

- ・後発医薬品の中には先発品より効果が悪かったり、添加物アレルギーが出現するなどの例が見受けられる。厚生労働省がきちんと試験し同等の効果があると明らかにしない限り、患者に自信を持って後発医薬品を勧めることができない。
- ・先発品と同等といわれても、メーカーからの臨床効果の評価判定が不十分なため、薬剤師・医師側も自信を持って踏み切れない状況である。価格だけではなく、効果・安全性の推進がなされないと患者側も納得しない。
- ・同成分・同薬効といえども、現実には後発医薬品変更後に効果が減じたという理由で先発品に戻した例がある。

- ・溶質実験や血中濃度等のデータを見てほぼ同じと出ているが、「下痢をした」、「効き目が落ちる」という患者の訴えがある。

3) 後発医薬品メーカーによる情報提供

- ・後発医薬品のデータの情報量が少ないので、薬剤師として安心して勧めることができない。特に後発医薬品の臨床データがないという現状は容認しがたい。
- ・後発医薬品メーカーは、先発品からの切り替えに際して起きた有害事象などのデータの蓄積、情報提供ができる体制を整えてほしい。
- ・後発医薬品メーカーの MR の数が少ない。
- ・後発医薬品へ変更する際に、後発品のデータが先発品と比べて少ないので、先発品の添付文書や MR 等を通じて情報を得ることもある。

4) 後発医薬品広報のあり方

- ・マスコミで報道されている割には、医師も患者も後発医薬品を知らない人が多い。
- ・ジェネリックメーカーによる誇大広告によって、患者の中には薬局での負担金が半額になると思っている人が多い。
- ・テレビの CM では、全ての後発医薬品において同じ効果が得られるといった誤解を招きやすい。
- ・後発医薬品製造元と自治体が一体となった後発医薬品の普及活動があれば、なお一層、患者の理解が得られ、後発医薬品の使用拡大につながると思われる。

5) 医師の後発医薬品に対する意識・知識の欠如

- ・医師の後発医薬品に対する信用度は低い。
- ・医師は後発医薬品があるかないか分かっておらず、後発医薬品がないものも「ある」と患者に話してしまい、医師と薬局の言うことが違うということで患者に怒られる。
- ・後発医薬品に変更した結果を医師に文書でフィードバックしているにもかかわらず、2回目以降の処方せんが変更されることはなく、さらに、2回目以降で医師の署名がないために疑義照会をすることも多く、薬局側の負担が大きい。

6) 患者への説明における薬剤師の負担増

- ・患者が納得するに足る説明をするには、かなりの時間が要するため、他の患者を待たせることになる。後発医薬品についての説明は、医薬品のみならずコストについての説明も必要。時間をかけても結局後発医薬品を望まない患者もいるのが現実である。
- ・後発医薬品の説明のために利用できる資料も少ないため、自分たちで作成するなど、時間がかかる割に、報酬上の評価が少なすぎる。
- ・後発医薬品メーカーの差違が大きく、種類も多く、どのように患者に話せばよいのか苦悩するし、薬価の差額もどうしてこのように違うのか説明するのも難しい。

7) 処方せんへの記載方法

- ・ 銘柄名で後発医薬品を処方されるとそれしか調剤できないので、一般名で処方してほしい。
- ・ 医療機関側が処方せんに後発医薬品の名称を書く（指定する）のではなく、その成分の後発医薬品を薬局と患者の話し合いによって決めさせてほしい。
- ・ 処方せんでの医薬品名を後発医薬品優先で普及させたいのなら「一般名処方を原則」として先発品記載に対してその理由を処方医に明記させ、後発医薬品記載（後発医薬品調剤）なら無条件でフィーを与えるという方向なら筋が通っていて良いと思う。また、一般名処方の普及によって調剤する薬局の在庫負担をかなり軽減できることは間違いないと思う。

8) 先発品と後発医薬品との価格差

- ・ 薬剤料が半分近くになると思っている患者が多い。後発医薬品のある処方内容が全体の一部でしかないので、思っているほど負担額が下がらず、わずかな差なら先発品を、という患者が多い。
- ・ 先発品と後発医薬品の差が少なく、また処方日数も少ない場合は、変更後の薬代の方が高くなってしまうことがある。

9) その他

- ・ 後発医薬品は確かに患者の一部負担金の減および医療費の抑制にはなると思うが、薬局側からみると、収入のダウン、デッドストックの増加になる。賃金を下げることができないため、店を閉めざるを得ない所が出てくると思う。
- ・ 長年かけて開発費の回収を終えているはずの「特許切れ先発品」がいまだに後発医薬品に比べ割高な薬価で収載され、税や保険料が投入されている。まず、特許が切れた時点で、後発医薬品と同程度まで薬価を下げる必要がある。また、わが国の財政状況を見ても「出来高払い」を続けていく余裕はないのではないかと。

(3) 診療所・病院・医師調査の結果概要

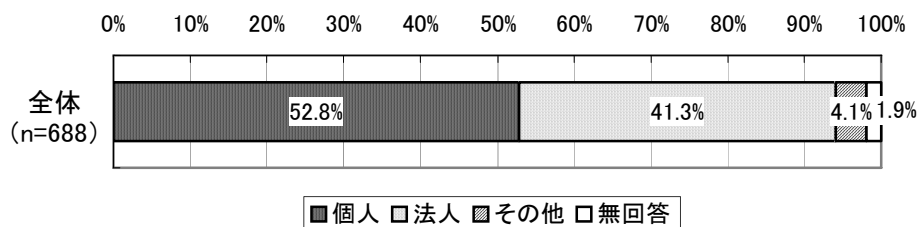
ここでは、「診療所調査」、「病院調査」、「医師調査」の結果をとりまとめた。

① 診療所の施設属性

1) 診療所の開設者

「診療所調査」において有効回答が得られた診療所 688 施設の開設者についてみると、「個人」が 52.8%、「法人」が 41.3%であった。

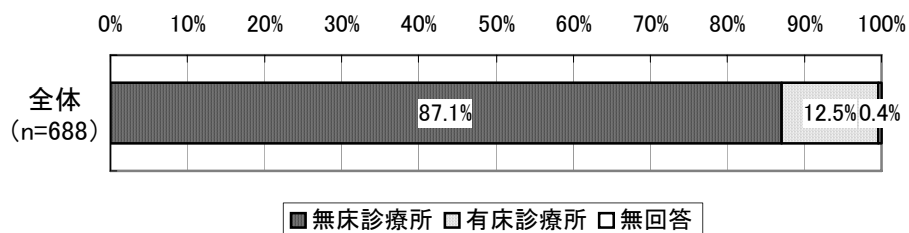
図表 31 診療所の開設者



2) 診療所種別

診療所の種別についてみると、「無床診療所」が 87.1%、「有床診療所」が 12.5%であった。

図表 32 診療所の種別

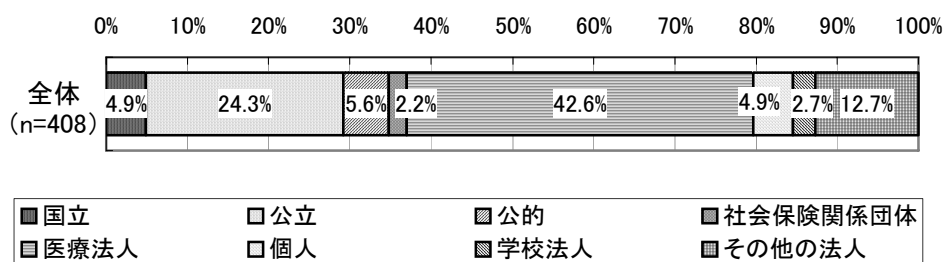


② 病院の施設属性

1) 病院の開設者

「病院調査」において有効回答が得られた病院 408 施設の開設者についてみると、「医療法人」(42.6%) が最も多く、次いで「公立」(24.3%)、「その他の法人」(12.7%) であった。

図表 33 病院の開設者



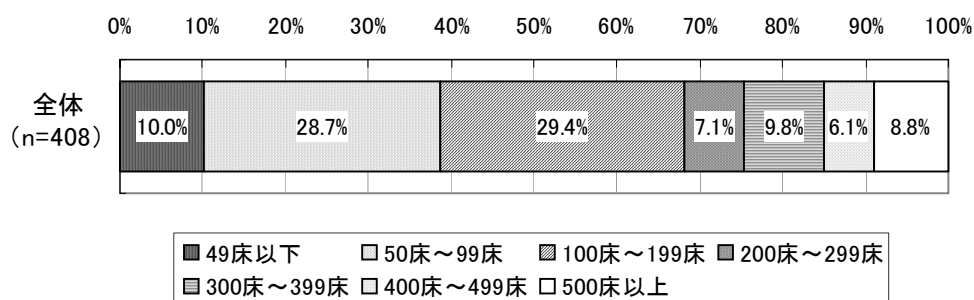
※参考：開設主体の内訳

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

2) 病院の許可病床数

病院の許可病床数についてみると、「100床～199床」(29.4%) が最も多く、次いで「50床～99床」(28.7%) であった。許可病床数の平均は 200.4 床（標準偏差 176.6、中央値 135.0 床）となった。

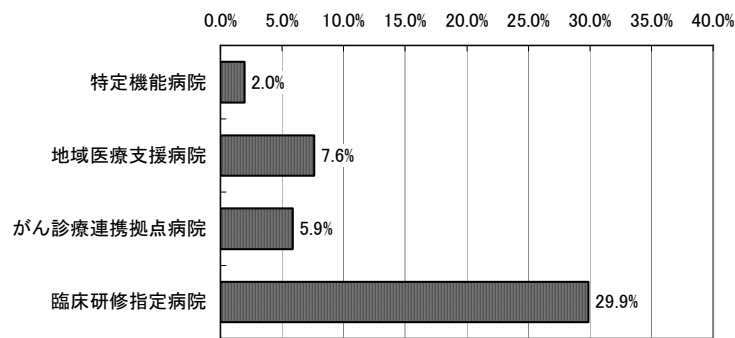
図表 34 病院の病床規模



3) 病院種別

病院種別についてみると、「特定機能病院」である病院は2.0%、「地域医療支援病院」が7.6%、「がん診療連携拠点病院」が5.9%、「臨床研修指定病院」が29.9%であった。

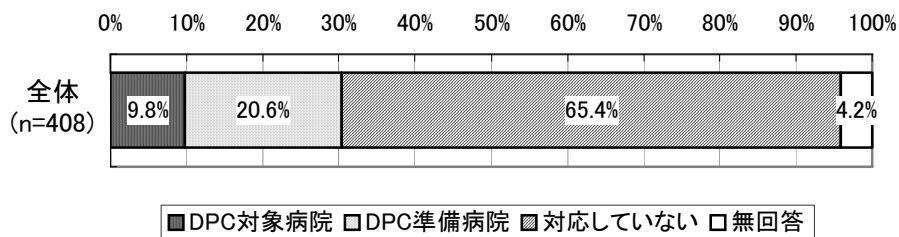
図表 35 病院種別（複数回答、n=408）



4) DPC 対応状況

DPC 対応状況についてみると、「DPC 対象病院」が9.8%であり、「DPC 準備病院」が20.6%であった。また、DPC に「対応していない」病院は65.4%であった。

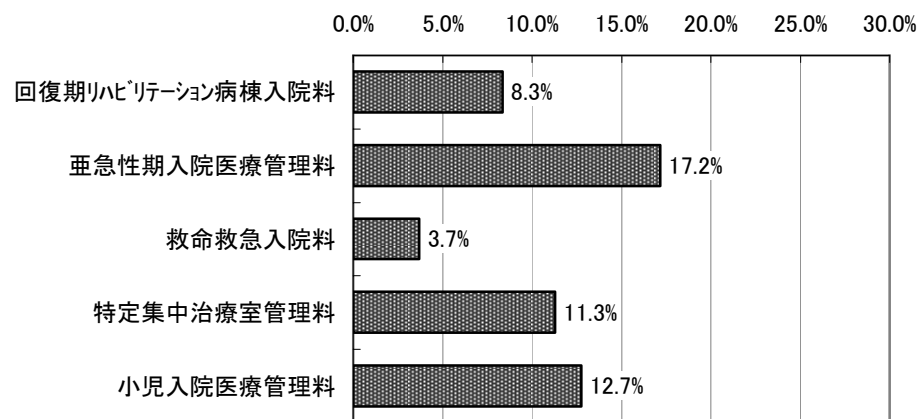
図表 36 DPC 対応状況



5) 特定入院料の状況

特定入院料の状況についてみると、「回復期リハビリテーション病棟入院料」を算定している病院は8.3%であった。同様にみていくと、「亜急性期入院医療管理料」は17.2%、「救命救急入院料」が3.7%、「特定集中治療室管理料」が11.3%、「小児入院医療管理料」が12.7%であった。

図表 37 特定入院料の状況（複数回答、n=408）



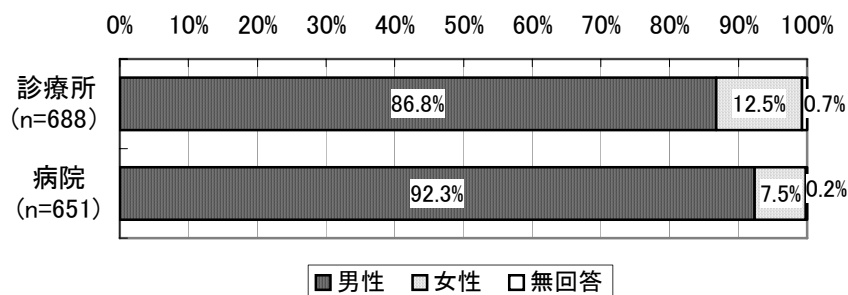
③ 医師の属性

ここでは、「診療所調査」で有効回答が得られた診療所の医師 688 人と「医師調査」で有効回答が得られた病院の医師 651 人についてとりまとめた。

1) 医師の性別

医師の性別についてみると、診療所の医師では「男性」が 86.8% で、「女性」が 12.5% であった。また、病院の医師では、「男性」が 92.3% で、「女性」が 7.5% であった。

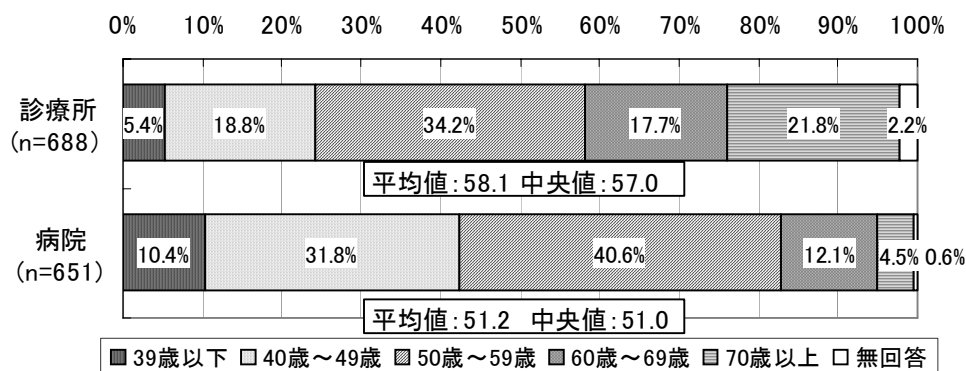
図表 38 医師の性別



2) 医師の年齢

医師の年齢についてみると、診療所では「50 歳～59 歳」(34.2%) が最も多く、次いで「70 歳以上」(21.8%)、「40 歳～49 歳」(18.8%)、「60 歳～69 歳」(17.7%) であった。平均は 58.1 歳 (中央値 57.0) であった。病院では「50 歳～59 歳」(40.6%) が最も多く、次いで「40 歳～49 歳」(31.8%)、「60 歳～69 歳」(12.1%)、「39 歳以下」(10.4%) であった。平均は 51.2 歳 (中央値 51.0) であった。

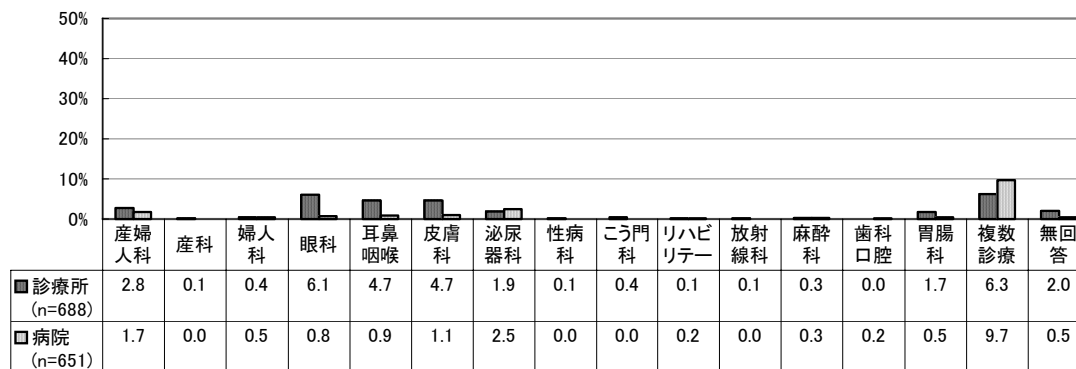
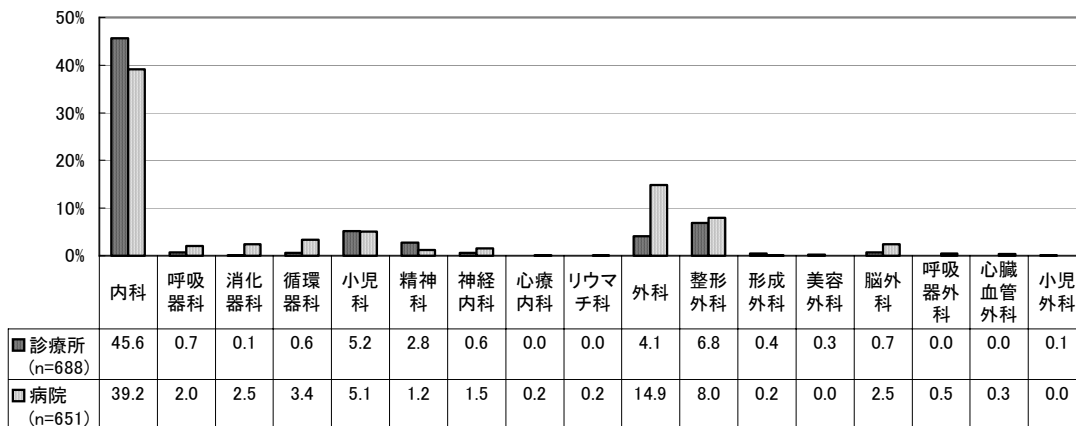
図表 39 医師の年齢



3) 医師の主たる担当診療科

医師の主たる担当診療科は、診療所、病院ともに「内科」(それぞれ 45.6%、39.2%)が最も多かった。次いで、診療所では「整形外科」(6.8%)、「眼科」(6.1%)、「小児科」(5.2%)となった。病院では「外科」(14.9%)、「整形外科」(8.0%)、「小児科」(5.1%)であった。

図表 40 医師の主たる担当診療科



④ 診療所・病院の診療体制

診療所および病院における常勤の医師数と薬剤師数についてみると、診療所における常勤医師の人数は平均 1.2 人（標準偏差 0.6、中央値 1.0）であり、常勤の薬剤師数は平均 0.1 人（標準偏差 0.3、中央値 0.0）であった。病院における常勤の医師数は平均 31.4 人（標準偏差 65.8、中央値 9.0）、常勤の薬剤師数は平均 6.4 人（標準偏差 7.2 人、中央値 4.0）であった。

図表 41 常勤の医師数・薬剤師数

		平均値	標準偏差	中央値
診療所 n=688	医師数(人)	1.2	0.6	1.0
	薬剤師数(人)	0.1	0.3	0.0
病院 n=408	医師数(人)	31.4	65.8	9.0
	薬剤師数(人)	6.4	7.2	4.0

⑤ 診療所・病院における医薬品の備蓄状況

診療所・病院における医薬品の備蓄状況についてみると、診療所における医薬品の備蓄品目数は、平均 149.4 品目（標準偏差 500.3、中央値 80.0）であった。そのうち後発医薬品の備蓄品目数は、平均 23.4 品目（標準偏差 36.0、中央値 9.0）であった。備蓄医薬品全品目数に占める、後発医薬品の備蓄品目数の割合は、平均 15.7%（中央値 11.3%）であった。

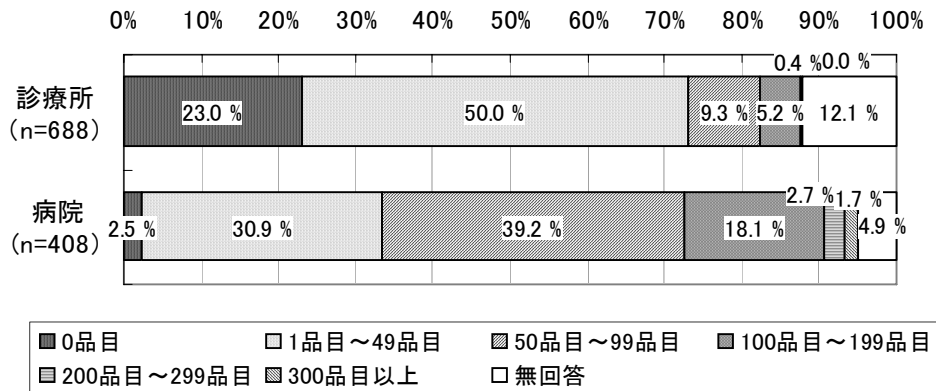
病院における医薬品の備蓄品目数は、平均 881.1 品目（標準偏差 548.6、中央値 800.0）であった。そのうち後発医薬品の備蓄品目数は、平均 74.7 品目（標準偏差 66.8、中央値 61.5）であった。備蓄医薬品全品目数に占める、後発医薬品の備蓄品目数の割合は、平均 8.5%（中央値 7.7%）であり、備蓄医薬品全品目数に占める後発医薬品の備蓄品目数の割合は、病院よりも診療所の方が高くなった。

図表 42 医薬品の備蓄状況

	診療所(n=688)			病院(n=408)		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
① 医薬品備蓄品目数(品目)	149.4	500.3	80.0	881.1	548.6	800.0
② うち後発医薬品の備蓄品目数(品目)	23.4	36.0	9.0	74.7	66.8	61.5
③ ②/①	15.7%		11.3%	8.5%		7.7%

診療所・病院における後発医薬品の備蓄状況についてみると、診療所では「1品目～49品目」(50.0%)が最も多く半数を占めた。次いで「0品目」(23.0%)、「50品目～99品目」(9.3%)であった。一方、病院においては、「50品目～99品目」(39.2%)が最も多く、次いで「1品目～49品目」(30.9%)、「100品目～199品目」(18.1%)であった。

図表 43 後発医薬品の備蓄状況



⑥ 入院患者に対する後発医薬品の使用状況等

ここでは、入院患者に対する後発医薬品の使用状況等の分析を行うため、一般診療所は有床診療所のうち、平成19年7月に入院患者がいた61施設、病院は408施設を対象とした。

1) 1か月間の延べ在院患者数

1か月間の延べ在院患者数は、有床診療所では平均363.0人(標準偏差431.1、中央値277.5)、病院では平均4,782.0人(標準偏差4,505.0、中央値3,312.5)であった。

図表 44 1か月間の延べ在院患者数

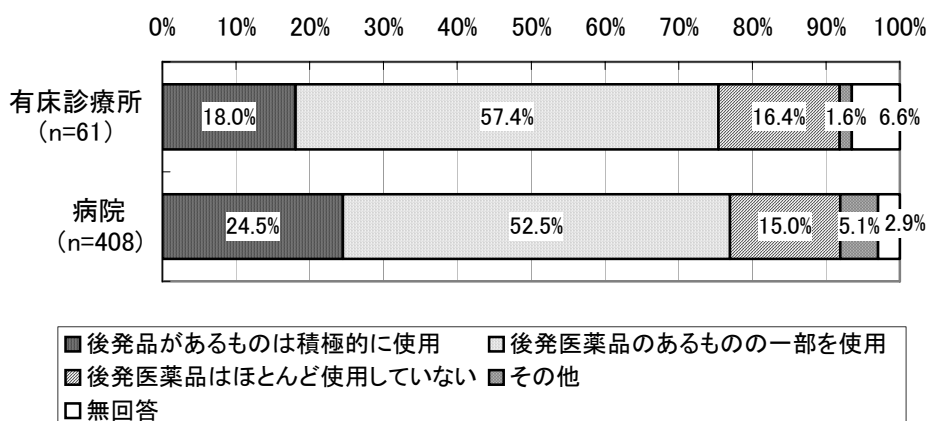
	有床診療所 (n=61)			病院 (n=408)		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
1か月間の延べ在院患者数(人)	363.0	431.1	277.5	4,782.0	4,505.0	3,312.5

(注) 有床診療所 86 施設のうち平成 19 年 7 月 1 か月間の延べ在院患者数 0 人という施設 25 施設を除いて集計している。以下、同様。

2) 入院患者に対する後発医薬品の使用状況

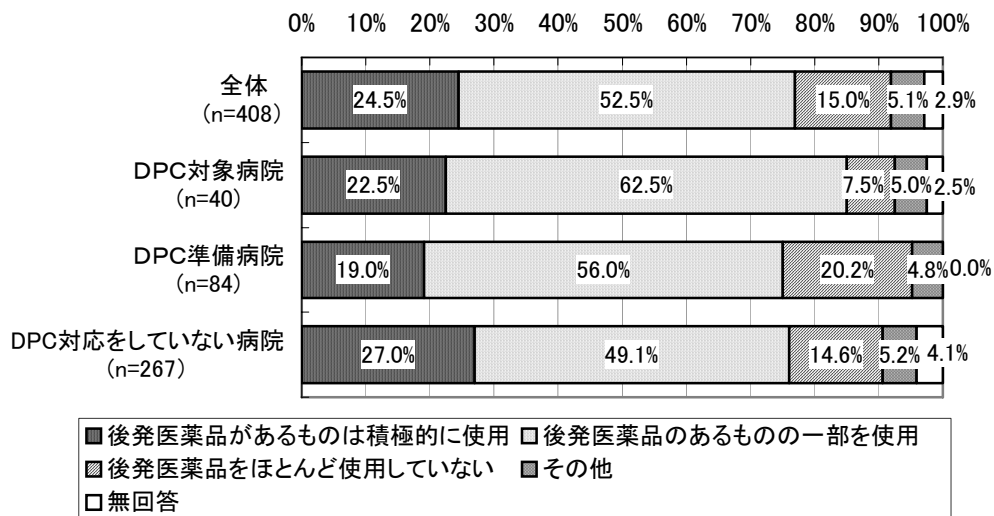
入院患者に対する後発医薬品の使用状況についてみると、有床診療所、病院ともに「後発医薬品のあるものの一部を使用」(それぞれ 57.4%、52.5%) が最も多く、次いで、「後発医薬品があるものは積極的に使用」(それぞれ 18.0%、24.5%)、「後発医薬品はほとんど使用していない」(それぞれ 16.4%、15.0%) であった。

図表 45 入院患者に対する後発医薬品の使用状況



DPC 対応状況別にみた病院における入院患者に対する後発医薬品の使用状況についてみると、DPC 対象病院では、「後発医薬品のあるものの一部を使用」(62.5%) が最も多く、「後発医薬品があるものは積極的に使用」(22.5%) を合わせると 85.0%、「後発医薬品をほとんど使用していない」は 7.5%であった。DPC 準備病院と DPC 対応をしていない病院において、「後発医薬品をほとんど使用していない」割合は、20.2%、14.6%で、DPC 対象病院と比較して高くなった。

図表 46 病院における入院患者に対する後発医薬品の使用状況 (DPC 対応状況別)



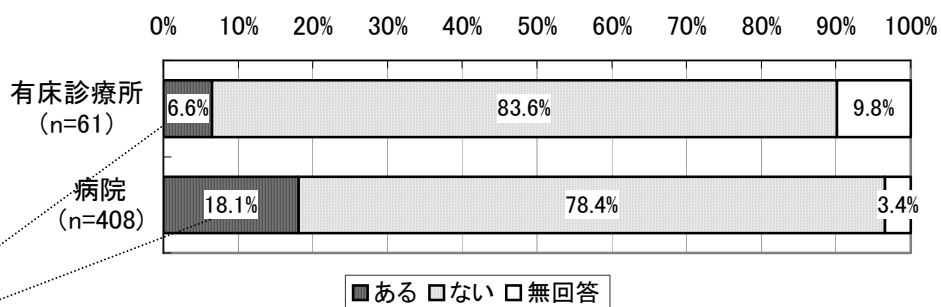
(注) 「全体」には、「DPC 対応状況」について無回答であった 17 施設が含まれる。

3) 入院患者に対して後発医薬品を使用して問題が生じた経験の有無

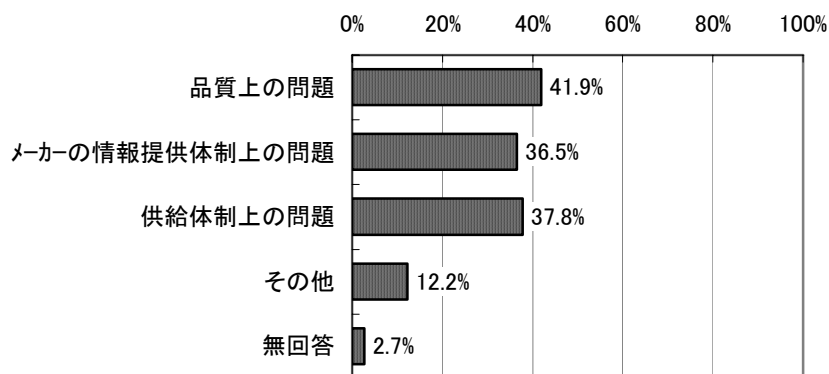
入院患者に対して後発医薬品を使用して問題が生じた経験の有無についてみると、有床診療所、病院ともに「ない」（それぞれ 83.6%、78.4%）という回答が大半を占めた。一方で、「ある」と回答した有床診療所は 6.6%（4 施設）、病院は 18.1%（74 施設）であった。

「ある」と回答した病院における、後発医薬品を使用した際に生じた問題の内容についてみると、「品質上の問題」（「ある」と回答した病院の 41.9%）が最も多く、次いで「供給体制上の問題」（同 37.8%）、「メーカーの情報提供体制上の問題」（同 36.5%）であった。

図表 47 入院患者に対して後発医薬品を使用して問題が生じた経験の有無



図表 48 「入院患者に対して後発医薬品を使用して問題が生じた経験がある」と回答した施設における、後発医薬品使用で生じた問題（複数回答）
（病院 n=74）



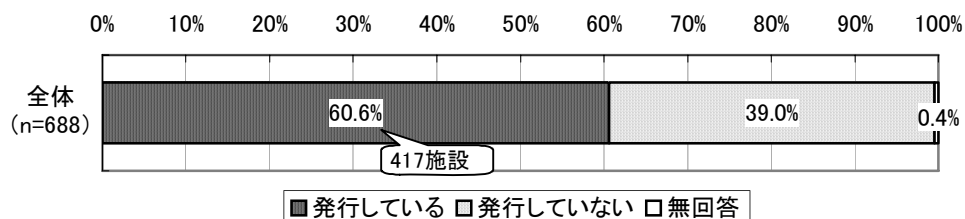
（注）有床診療所 4 件の回答内訳は、「品質上の問題」が 1 件、「メーカーの情報提供体制上の問題」が 2 件、「供給体制上の問題」が 3 件、「その他」が 2 件であった。

⑦ 院外処方における後発医薬品の使用状況

1) 診療所における院外処方せんの発行状況

診療所 688 施設における院外処方せんの発行状況についてみると、院外処方せんを「発行している」診療所は 60.6% (417 施設)、「発行していない」診療所は 39.0%であった。

図表 49 診療所における院外処方せん発行状況



2) 1 か月間の院外処方せん発行枚数

1 か月間の院外処方せん発行枚数についてみると、診療所では平均 718.0 枚 (標準偏差 835.9、中央値 554.0)、このうち後発医薬品を含む処方せん枚数は、平均 372.8 枚 (標準偏差 545.4、中央値 196.0) であった。1 か月間の院外処方せん発行枚数に占める、後発医薬品を含む処方せん枚数の割合は、51.9% (中央値 35.4%) であった。

一方、病院では、1 か月間の院外処方せん発行枚数は、平均 3,059.1 枚 (標準偏差 3,994.6、中央値 1,666.5)、このうち後発医薬品を含む処方せん枚数は、平均 1,105.1 枚 (標準偏差 1,728.3、中央値 546.5) であった。1 か月間の院外処方せん発行枚数に占める、後発医薬品を含む処方せん枚数の割合は、36.1% (中央値 32.8%) であった。

1 か月間の院外処方せん発行枚数に占める、後発医薬品を含む処方せん枚数の割合については、平均値でみると診療所が病院に比べて高いが、中央値でみると大きな差はみられなかった。

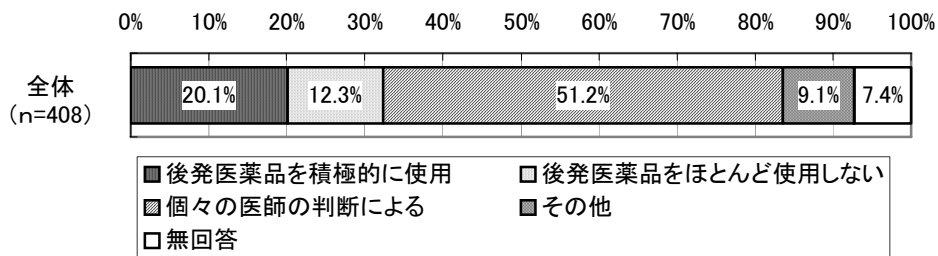
図表 50 診療所・病院における、1 か月間の院外処方せん発行枚数

	診療所 (n=417)			病院 (n=408)		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
① 1 か月間の院外処方せん発行枚数 (枚)	718.0	835.9	554.0	3,059.1	3,994.6	1,666.5
② うち後発医薬品を含む処方せん枚数 (枚)	372.8	545.4	196.0	1,105.1	1,728.3	546.5
③ ②/①(平均値・中央値)	51.9%		35.4%	36.1%		32.8%

3) 病院における外来処方の際しての後発医薬品使用に関する施設としての対応方針

病院における外来処方の際しての後発医薬品使用に関する施設としての対応方針についてみると、「個々の医師の判断による」が 51.2%で最も多かった。次いで、「後発医薬品を積極的に使用」が 20.1%、「後発医薬品をほとんど使用しない」が 12.3%であった。

図表 51 病院における外来処方の際しての後発医薬品使用に関する施設としての対応方針

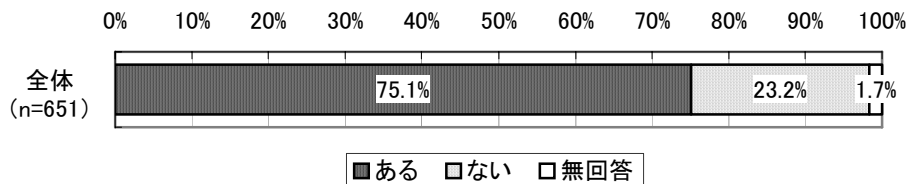


(注) 「その他」の内容として、「採用品であれば後発医薬品を使用」「療養病棟については積極的に使用」「段階的に後発医薬品を導入」等の回答があげられた。

4) 病院の外来診療担当医における、後発医薬品の銘柄指定をした院外処方せん発行経験の有無

病院外来診療担当医における、後発医薬品の銘柄指定をした院外処方せん発行経験の有無についてみると、「ある」と回答した医師が 75.1%であった。

図表 52 病院外来診療担当医における、後発医薬品の銘柄指定をした院外処方せん発行経験の有無（医師ベース）

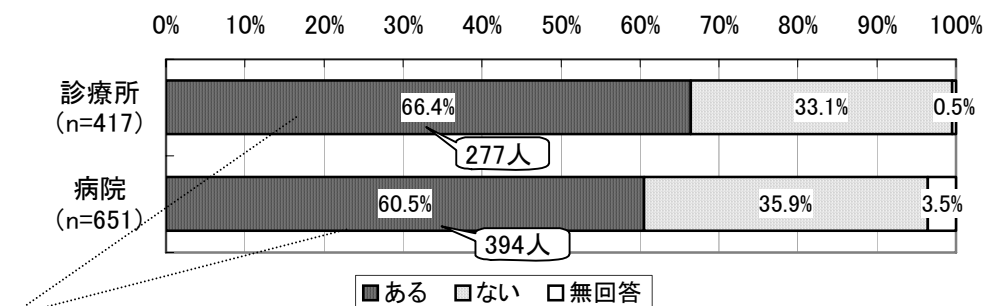


5) 診療所・病院の医師における、「後発医薬品への変更可」欄に署名した処方せんの発行経験の有無

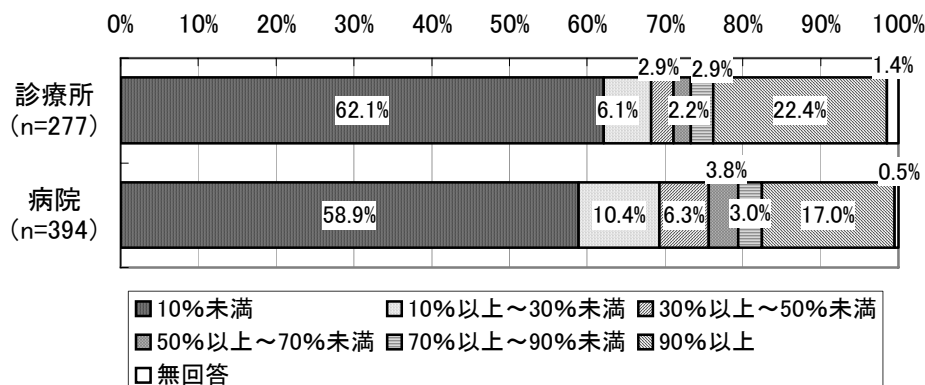
診療所・病院の医師における、「後発医薬品への変更可」欄に署名した処方せんの発行経験の有無についてみると、診療所では「ある」と回答した医師が 66.4% (277 人) であり、病院では 60.5% (394 人) であった。

このうち、患者の希望で「変更可」欄に署名した処方せんの割合は、診療所・病院ともに「10%未満」(それぞれ 62.1%、58.9%) とする医師が最も多かった。一方で、「90%以上」とする医師が、診療所では 22.4%、病院では 17.0% であった。

図表 53 「後発医薬品への変更可」欄に署名した処方せんの発行経験の有無 (医師ベース)



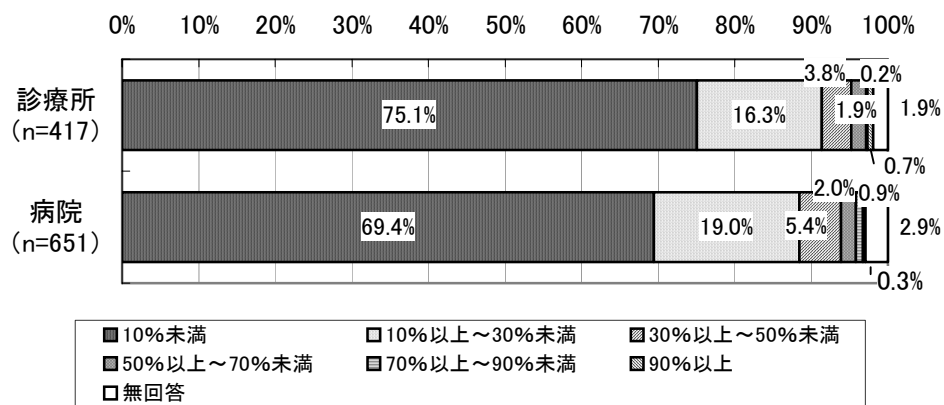
図表 54 このうち、患者の希望で「変更可」欄に署名した処方せんの割合 (医師ベース)



6) 後発医薬品について関心がある外来患者の割合

外来患者のうち、後発医薬品について関心がある（医師に質問する、使用を希望する）患者の割合を医師にたずねたところ、診療所、病院ともに、「10%未満」（それぞれ 75.1%、69.4%）とする医師が最も多く、次いで「10%以上～30%未満」（それぞれ 16.3%、19.0%）であった。

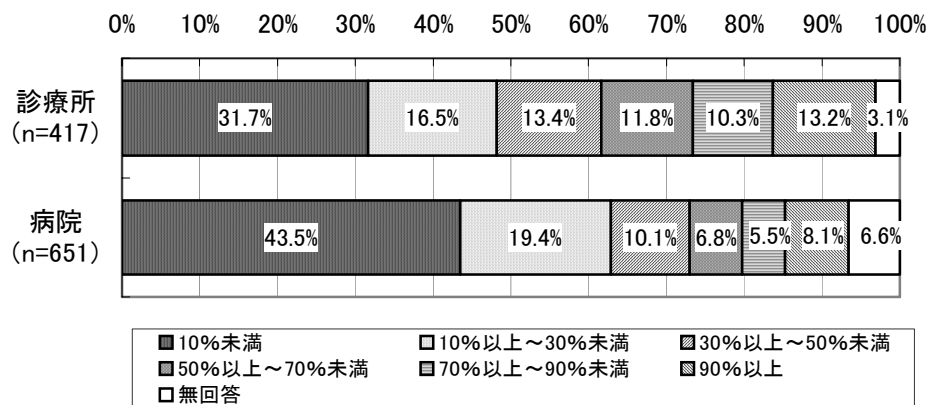
図表 55 外来患者のうち、後発医薬品について関心がある（医師に質問する、使用を希望する）患者の割合（医師ベース）



7) 院外処方せんを発行した患者のうち、後発医薬品を処方した患者の割合

院外処方せんを発行した患者のうち、後発医薬品を処方した患者の割合（「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等をした場合も含む）を医師にたずねたところ、診療所、病院ともに「10%未満」（それぞれ 31.7%、43.5%）とする医師が最も多く、次いで「10%以上～30%未満」（それぞれ 16.5%、19.4%）、「30%以上～50%未満」（それぞれ 13.4%、10.1%）であった。一方で、「90%以上」と回答した医師は、診療所では 13.2%、病院では 8.1%であった。

図表 56 院外処方せんを発行した患者のうち、後発医薬品を処方した患者の割合（「後発医薬品への変更可」欄に署名等をした場合も含む）（医師ベース）

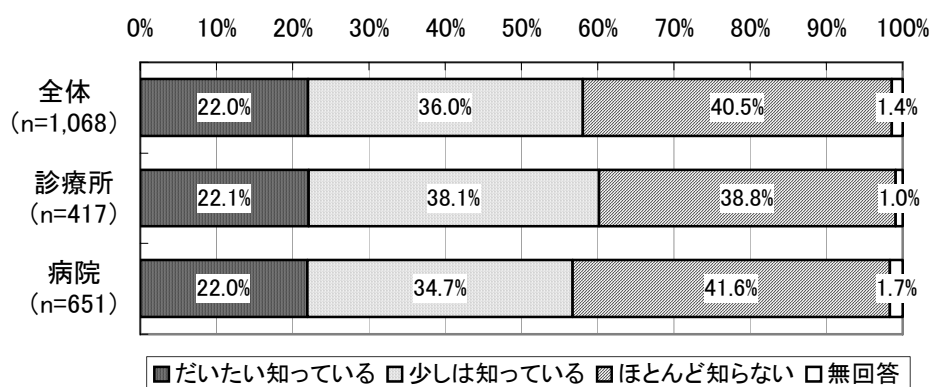


⑧ 医師における後発医薬品使用に関する意識等

1) 医師における、後発医薬品の薬事承認に必要なデータの内容に関する認知状況

医師における、後発医薬品の薬事承認に必要なデータの内容に関する認知状況についてみると、医師全体では「ほとんど知らない」という医師が40.5%で最も多かった。「少しは知っている」という医師が36.0%、「だいたい知っている」という医師が22.0%であった。この傾向は、診療所と病院でも同様であった。

図表 57 医師における、後発医薬品の薬事承認に必要なデータの内容に関する認知状況（医師ベース）

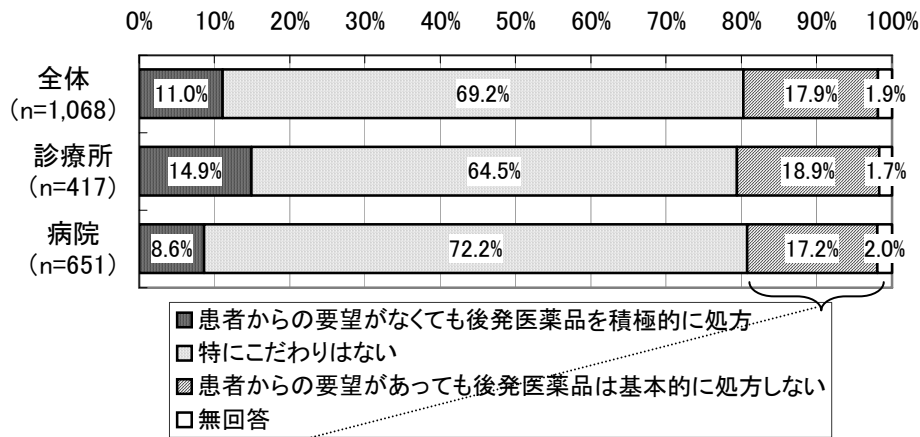


2) 医師における、後発医薬品の処方に関する考え

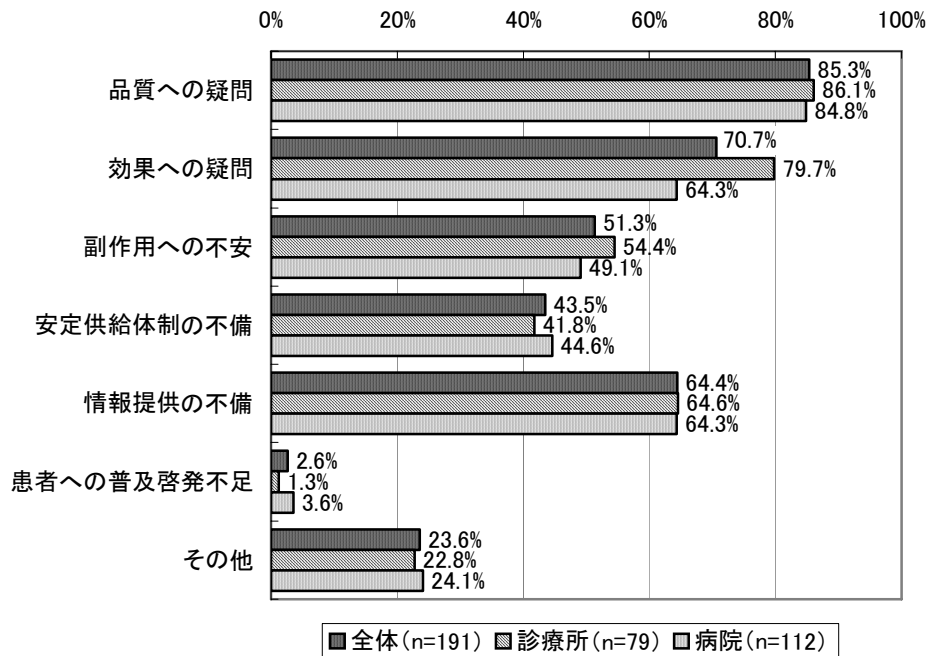
診療所と病院の医師における、後発医薬品の処方に関する考えについてみると、医師全体では、「特にこだわりはない」という医師が69.2%で最も多かった。また、「患者からの要望があっても後発医薬品は基本的に処方しない」という医師が17.9%、「患者からの要望がなくても後発医薬品を積極的に処方」という医師が11.0%であった。全体と比較すると、診療所の医師においては、「患者からの要望がなくても後発医薬品を積極的に処方」(14.9%)の割合がやや高く、病院の医師においては「特にこだわりはない」(72.2%)の割合がやや高かった。

「患者からの要望があっても後発医薬品は基本的には処方しない」と回答した医師（診療所79人、病院112人）における、後発医薬品を基本的には処方しない理由についてみると、医師全体（191人）では「品質への疑問」（「後発医薬品基本的には処方しない」という医師の85.3%）が最も多く、次いで「効果への疑問」（同70.7%）、「情報提供の不備」（同64.4%）となった。診療所の医師では、「効果への疑問」（同79.7%）が全体と比較して相対的にやや高かった。

図表 58 後発医薬品の処方に関する考え（医師ベース）



図表 59 「患者からの要望があっても後発医薬品は基本的には処方しない」と回答した医師（診療所 n=79, 病院 n=112）における、後発医薬品を基本的には処方しないその理由（複数回答）



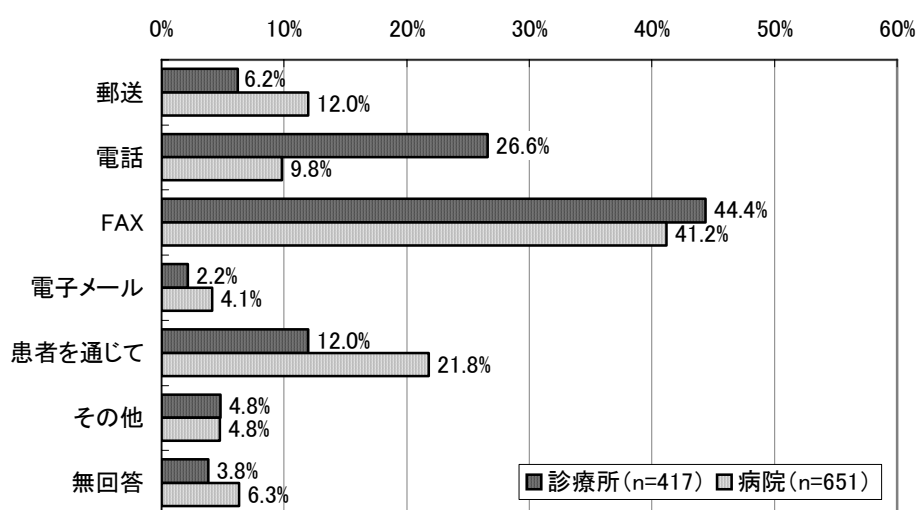
(注) 「その他」の内容として、「副作用、薬害など起こったときのメーカーの対応が不安」「後発品における添加物の差があるが、その内容の情報がかみにくい。」「名前が多種にわたり、事故の原因にもなりやすい」「継続的情報提供が行われていない」等があげられた。

⑨ 保険薬局で後発医薬品へ変更した場合の情報提供に関する医師の意向

1) 保険薬局からの望ましい情報伝達方法

保険薬局で後発医薬品へ変更した場合、薬局からの情報伝達方法として望ましい方法について医師にたずねたところ、診療所においては「FAX」(44.4%)が最も高く、次いで「電話」(26.6%)、「患者を通じて」(12.0%)であった。また、病院においては、診療所と同様に「FAX」(41.2%)が最も高かったが、次いで「患者を通じて」(21.8%)、「郵送」(12.0%)となった。

図表 60 望ましい情報伝達方法（医師ベース、単数回答）

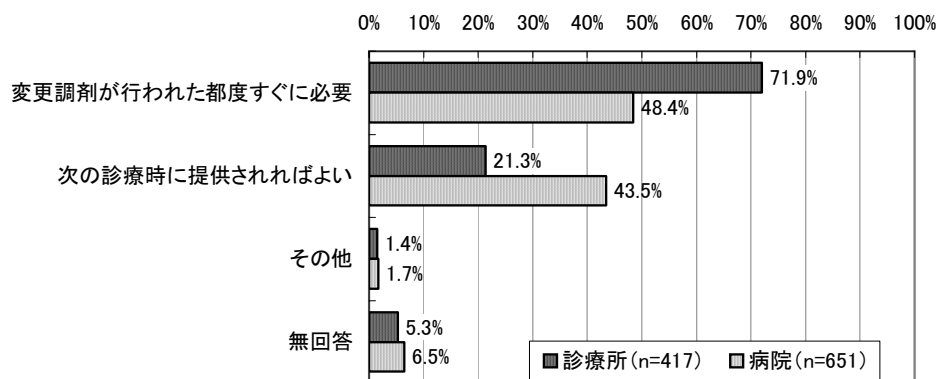


(注)「その他」の内容として、「病院内薬剤部への直接の伝達」「説明は必要ない」等の回答があげられた。

2) 保険薬局からの望ましい情報提供のタイミング

保険薬局からの望ましい情報提供のタイミングについてみると、診療所においては、「変更調剤が行われた都度すぐが必要」(71.9%)が最も高く、次いで「次の診療時に提供されればよい」(21.3%)であった。病院においては、診療所と同様に「変更調剤が行われた都度すぐが必要」(48.4%)が最も高かったが、「次の診療時に提供されればよい」(43.5%)という回答が診療所の場合よりも高かった。

図表 61 望ましい情報提供のタイミング（医師ベース、単数回答）

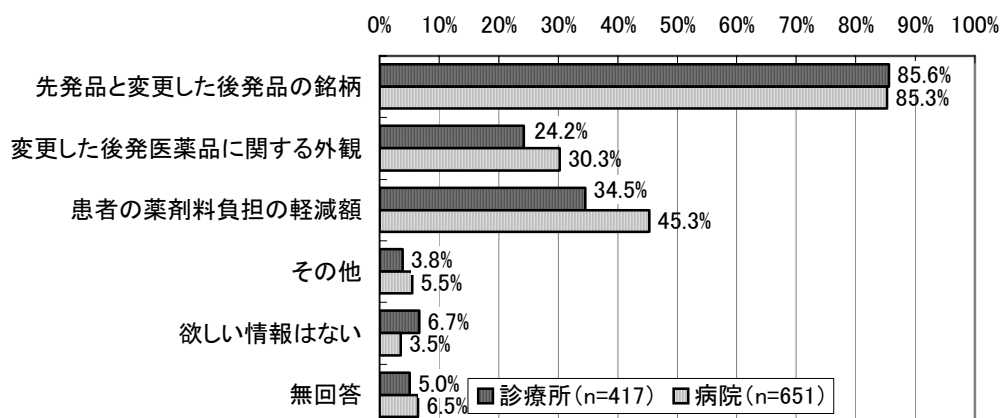


(注)「その他」の内容として、「常時定期的に」「ケースバイケース」「説明が不要」等の回答があげられた。

3) 保険薬局から入手したい情報

保険薬局から入手したい情報についてみると、診療所、病院ともに「先発品と変更した後発品の銘柄」（それぞれ 85.6%、85.3%）が最も高かった。次いで「患者の薬剤料負担の軽減額」（それぞれ 34.5%、45.3%）、「変更した後発医薬品に関する外観」（それぞれ 24.2%、30.3%）となった。

図表 62 保険薬局から入手したい情報（医師ベース、複数回答）



(注)「その他」の内容として、「品質、効果、副作用などの情報」「変更後の患者の感想、反応」「後発医薬品の信頼性（他施設でもよく使われているか、信頼できる製薬会社か）」「重大副作用の保障体制はあるのか」「薬局がその後発品を採用している理由」「呼吸率、排泄率、血中濃度」等の回答があげられた。

⑩ 診療所における後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等

ここでは、自由記述形式により、後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等について、診療所に記載していただいた内容のとりまとめを行った。

1) 後発医薬品の供給体制

- ・院内処方において先発品と後発品の2種類を在庫することはできない。
- ・後発医薬品はすぐに製造中止になってしまうため、継続的に使用することをためらうことがある。
- ・安定供給の点で不安がある。院内ストックは最小限にしたいが、不足は困る。不足しそうな時にすぐに納品してもらえるか疑問である。(後発医薬品は)注文から納品までの期間が長い。
- ・患者が、大学病院等の大きな病院について一番信頼できる点として認識しているのは薬であるので、後発医薬品の使用は、先ず大学病院から始めるのがよい。
- ・例えば抗がん剤、インターフェロン等の高額で患者負担の大きなものに集中して発売を希望する。

2) 後発医薬品の品質確保

品質に関して分かれる意見

○品質に疑問を感じているため後発医薬品は使用しない場合

- ・後発医薬品に対して、品質効果への疑問と副作用の不安があり、多少でも不安・疑問のある薬剤を患者に投与することはできかねる。
- ・特に副作用、安全性、有効性などに関して先発品との差や問題点はないのか。
- ・薬効が同じでも、つまみやすい大きさか、包装の銀紙の破れ具合、取り出し易さ、シート表示の分かりやすさなどが心配。

○後発医薬品を使用して、品質に疑問を感じた場合

- ・後発医薬品も使用しているが、安定性や血中半減期等が不安である。吸収率等も先発品と同等ではない。
- ・後発品を採用したが、錠剤が消化されず、そのまま便中に排出されたと患者からの訴えが一度あり、錠剤の採用については慎重になっている。
- ・積極的に効果や品質安定化した後発品は使用しているものの、発売当初のひどい副作用や品質不良により薬剤効果のなかった例が多すぎる。

○後発医薬品を採用している場合

- ・後発医薬品と先発医薬品を、特にこだわりなく使用している。
- ・後発品の品質を確認することもなく、使用を拒む医師がいるが、実際に使用してみて副

作用がなく効果が認められる後発品に関しては採用している。

- ・同じ後発品といっても銘柄により色々な差があり、原則として当方で信頼性が高いと判断した後発品について銘柄指定して処方している。

3) 後発医薬品の情報提供

- ・有効性、安全性などのデータの調査やその開示が必要である。
- ・後発医薬品メーカーの情報提供が熱心でないことを非常に強く感じる。
- ・有効成分だけでなく有効血中濃度が 24 時間確かに保たれているかどうかといったことを第三者機関を設置して検証する必要がある。

4) 後発医薬品使用に関する広報のあり方

- ・患者が後発品の意味を理解せず、「CM で言っているの」「健康保険組合より言われた」などと言ってくる。
- ・CM では全てが半額になるような口調で説明が行われている。患者が勘違いをするので注意してもらいたい。
- ・患者に対する情報として「同等」という語が使用されているが、実際には吸収の上で薬剤等が異なるので、同等とは言えないということは医薬業界では広く知られている。それにもかかわらず、患者に知らされていないのは、バイアスのかけすぎである。
- ・厚生労働省が PR して、患者の方から後発品を希望するように仕向けるのが使用を増やすのに一番効果的だ。

5) メーカー側と後発医薬品を処方した医師側の責任所在

- ・有害事象の情報が周知されないままであれば、気づく術のないまま処方を受け、処方した医師の責任が問われた時の司法の判断も、メーカーの体制より医師個人の責任へと転嫁されるようだ。
- ・後発医薬品メーカーはどこまで責任を取るのか、はっきりしていないので心配である。
- ・副作用が出た場合、誰が責任を持つのか。副作用や事故のときに責任の所在が明らかでない。

6) 先発品の値下げ

- ・後発医薬品を奨励するより、先発医薬品の薬価を後発医薬品並みに下げる方が、医師・患者ともに納得できる医療費の節減になる。
- ・粗悪な後発品を出すくらいなら、先発品メーカーの開発費・設備投資等が回収された時点で先発品の薬価を下げていく方が、安心して国民の健康が守れると考える。
- ・特許が切れた時点で、先発品も後発品も同じ薬価にすべきだ。

⑪ 病院における後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等

ここでは、自由記述形式により、後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等について、病院に記載していただいた内容のとりまとめを行った。

1) 後発医薬品の供給体制

院外処方時の供給体制

- ・院外処方せんでの後発医薬品名記載については、門前薬局のない広域調剤薬局に処方せんが持ち込まれ、持ち込まれた調剤薬局に当該後発医薬品がない場合があり、トラブルの原因となることから消極的にならざるを得ないと考えている。
- ・後発医薬品を処方しても、調剤薬局に後発医薬品がなく先発医薬品への変更依頼が多い。また患者に不便をかけてしまう。
- ・病院側で「後発医薬品への変更可」の処方せんを発行しても、価格が何段階にも分かれているので煩雑である。

後発医薬品メーカー等の供給体制

- ・問屋に在庫がないことも多く、急配を依頼しても3、4日待たされると言われ、先発品に戻ったものもある。後発医薬品は気がつくまで製造中止になっていることもあり、供給に不安がある。
- ・薬価本に名前は載っているが、流通していない後発医薬品もあるのではないかと不安を感じる。

2) 後発医薬品の品質確保

後発医薬品の品質と効果・効能

- ・剤形の安定が悪い場合、先発品と比べ、形状が大きくなる場合がある。
- ・後発医薬品の薬効や使用感について、患者からの訴えがある。
- ・後発医薬品はすべて先発品と同じというわけではなく添加物等が異なる。そのため、やはり効能・効果面での疑問が残る。
- ・後発医薬品と先発医薬品の効能・効果は統一してほしい。「この適応では後発医薬品は使用できない」ということが後発医薬品へ変更する上で問題になっている。

後発医薬品と先発医薬品の統一性等

- ・先発品と後発品で成分は同じなのに、保険の通る病名が異なるものがあり混乱する。
- ・適応症・規格等を先発品と後発品の両方で統一する必要がある。
- ・先発品と後発品に差をなくし、一般名にしてほしい。
- ・後発医薬品の薬価を統一することの可能性について検討してほしい。

3) 品質保証

- ・ 個々の後発品に関する、有効性・安全性を確保するための、公的機関による再評価制度が必要と考える。
- ・ 安心して使用できるように、発売後に効果・副作用の調査を行うことを義務づけ、そのデータを公開してほしい。
- ・ 臨床上的先発品と後発品の臨床評価を第三者機関が行って公表していただきたい。

4) 後発医薬品メーカーによる情報提供

- ・ 後発医薬品の情報が先発品に比べて著しく少ない。
- ・ 後発品で生じた問題も製薬メーカーに問うことができない状態では、リスクを負うのは処方する医師やそれを投薬される患者である。
- ・ 特に抗がん剤や造影剤、抗生物質製剤などについては「臨床的同等性」を保証する資料が必要と考える。また、後発医薬品メーカーの情報提供（安全性情報、添付文書の改訂等）についても更なる改善が望まれる。

5) MRの質

- ・ 後発医薬品メーカーのMRの数が少なく対応が遅く、また、薬品が採用されたらMRは訪問しなくなるなど信用性に欠ける。
- ・ 薬品の説明については先発メーカーのMRの方が、後発メーカーのMRよりも薬品の説明の勉強をよくしているらしく上手なので、先発の方が好まれる傾向にある。

6) 後発医薬品使用促進の広報のあり方

- ・ 後発医薬品に係る情報をもっとコマーシャルすることが必要。
- ・ 患者によっては、先発品でなくては嫌だと言う人もいる。今後、後発品の薬価を下げ、先発品に対する個人負担が増えるようであれば、その旨を国民に伝えられるように何か方策を練る必要がある。
- ・ 後発医薬品メーカーのテレビでのCMが先行して、ただ価格的に安いということだけを認識している。後発医薬品のデータ内容等、その他の情報をもっと発信すべきである。

⑫ 病院の医師における後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等

ここでは、自由記述形式により、後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等について、病院の医師に記載していただいた内容のとりまとめを行った。

1) 後発医薬品の供給体制

- ・保険薬局に後発医薬品を十分に取り扱っているところが少ないため、処方する気にならない。
- ・供給面で不安がある後発医薬品メーカーがある。
- ・安定した供給ができないものやすぐに製造中止になるものが多い。

2) 後発医薬品の品質確保

後発医薬品メーカーの質

- ・後発医薬品メーカーが多すぎる。薬品の質とともに企業の質も安心できるレベルに揃えてほしい。
- ・後発医薬品メーカー間の品質のばらつきを評価し、効果の低いメーカーは排除してほしい。
- ・後発医薬品のみで発生したトラブルについても、厚生労働省及びメーカーはきちんと対応してくれるのか心配だ。

後発医薬品の品質

- ・先発医薬品と比べると適応症の違いや剤型の違い（OD錠など）がある。
- ・後発品を院内採用するにあたって、血中濃度データなどのデータを少し調べたが、ばらつきがあったり、製剤の安定性に問題があるものがあった。
- ・どこまで先発品と効用が同じであれば許容範囲なのかが明確でない。
- ・後発品を使用して先発品では起こらなかった発疹等の副作用を経験したことがある。後発医薬品は、主成分は先発品と同じだが、薬の製造過程での混入や品質管理等は製薬会社により異なるため、同等の効果があるか、副作用は起きないか、といった問題がある。
- ・米国のように、薬効や副作用等についての公的な評価をする機関が必要だ。

3) 後発医薬品の情報提供

- ・供給量の確保や薬剤の安全情報について、後発医薬品のMR（医薬情報担当者）活動が不足していると考えられる。
- ・後発医薬品の情報が不足している。効能、効果、副作用、価格差等の先発医薬品との比較が一度にできるようにする必要がある。
- ・後発医薬品に関する説明は厚生労働省が責任を持ってやってほしい。また、後発医薬品の主要以外の成分、吸収動態等のデータを発表し、患者が直接知ることができるようにす

る必要がある。

4) 後発医薬品使用の広報のあり方

- ・後発医薬品についてはテレビ CM 等で「同じ効果で安い」という面ばかり宣伝され、添加物等による新たな副作用の可能性についてはほとんど知られていないのが現状と思われる。
- ・多くの後発医薬品メーカーは、疾患の知識普及などの啓発活動をせずに、価格宣伝ばかりを行っている。
- ・プロモーションをすると手もかかってしまうが、特に安全性等についてもっと周知すれば後発医薬品の使用も増えるのではないかと。

5) 後発医薬品に変更した場合の責任所在

- ・薬局にて勝手に先発・後発医薬品の選択がなされる点も問題がある。
- ・主成分は同一であっても混合物が異なるから、混合物や製法などによる副作用については薬局が責任を取るべき。患者にも主成分以外の副作用が心配なら、ジェネリックは希望しないことを指導している。ジェネリックの副作用については、国、薬局が責任を負うべき。
- ・副作用発生時の対応について、責任の所在を明確化するべきである。

6) 後発医薬品処方しやすいシステムづくり

- ・薬品名が増加し、処方の際の薬品名間違いが増えてしまった印象を受ける。コンピュータ処方ではなく、手書き処方なので変更された薬品名を正確に覚えるのに時間を要した。
- ・後発医薬品が処方できるような外来コンピュータシステムになっていないのが一番の問題だ（処方ごとになっていない）。
- ・オーダーリングシステムになっていない状態で、さらに医事課の入力システムも非常に脆弱で、後発医薬品は手書き処方となる。また、後発医薬品の名前まで覚えられないので、処方ミスになりかねない。
- ・院内の電算化後に積極的に後発医薬品を採用していく予定。

7) 医療費削減との兼ね合い

- ・医療費圧縮という国家財政上からの押し付けではなく、メーカーサイドで日本の医師を安心させ、処方率を上げるような方策は採られているのか。
- ・先発品の薬価を下げれば、医療費も下がるのではないかと。
- ・医療費削減のためなのであろうが、後発医薬品を使うメリットが医師側に何もない。
- ・医療費を安くしたいがために、国が後発医薬品メーカーのチェックを甘くしているのではないかとこの疑念がぬぐえない。

6. まとめ

本調査より明らかになった点は、以下のとおりである。

【保険薬局調査】

- ・ 薬局の組織形態は、81.0%が「法人」であった（図表 2）。また、法人の種類は、「有限会社」が 55.1%、「株式会社」が 41.5%であった（図表 3）。
- ・ 算定している調剤基本料は、「調剤基本料（42 点）」が 96.4%であった（図表 6）。また、基準調剤加算は、「基準調剤加算 1（10 点）」が 34.0%、「基準調剤加算 2（30 点）」が 11.1%、「算定していない」が 53.2%であった（図表 7）。
- ・ 薬局で受け付けている処方せんの発行医療機関数の、1 薬局あたりの平均は 31.7 件であった。このうち「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等がある処方せんの発行をしている医療機関数は、平均 6.2 件であった（図表 8）。また、主な処方せん発行医療機関は、「診療所」が 57.8%で最も多く、「200 床以上の病院」が 13.7%、「200 床未満の病院」が 13.0%であった（図表 9）。
- ・ 特定の保険医療機関に係る処方せん割合（最も多いもの）は、「70%超」と回答した薬局が 51.5%で最も多かった（図表 10）。
- ・ 平成 19 年 7 月 1 か月分のすべての取り扱い処方せん 755,545 枚における「後発医薬品への変更可」欄への処方医の署名等の有無は、「署名あり」が 17.4%（131,337 枚）、「署名なし」が 82.6%（624,208 枚）であった（図表 12）。また、「署名あり」の処方せん 131,337 枚のうち、実際に「後発医薬品に変更した」処方せんは 8.2%であった（図表 13）。
- ・ 平成 19 年 7 月 1 か月間で、「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等がある処方せんの取り扱いが 1 枚以上あった薬局は、83.9%（489 薬局）であった（図表 14）。また、そのうち「それらの処方せんを 1 枚以上実際に後発医薬品へ変更した薬局」は 64.2%（314 薬局）であった（図表 15）。
- ・ 平成 19 年 7 月 23 日から 7 月 29 日の 1 週間分の処方せん（178,211 枚）において、「後発医薬品を銘柄指定している」処方せんが 22.1%（39,332 枚）である一方、後発医薬品の銘柄指定もなく、「変更可」欄に処方医の署名等がしていない処方せんは、全体の 6 割を占めた（図表 17）。
- ・ 「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等がある処方せん（31,249 枚）における、後発医薬品への変更状況は、「後発医薬品に変更した」処方せんが 8.1%で、平成 19 年 7 月 1 か月分の処方せん枚数でみた場合（8.2%）とほぼ同じ割合であった（図表 18）。
- ・ 「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等があり、後発医薬品が薬価収載されている先発医薬品を含む処方せんを持参した患者のうち、後発医薬品についての説明を行った患者の割合は、「10%未満」の薬局が 49.6%で最も多かった。一方で、「90%以上」の薬局も 21.6%あり、ばらつきがみられた（図表 19）。
- ・ 薬局において後発医薬品についての説明を行った患者のうち、後発医薬品の使用を希望

- しなかった患者の割合についても、「10%未満」の薬局が 36.7%で最も多かった。一方で、「90%以上」の薬局も 19.4%あり、ばらつきがみられた（図表 20）。
- ・ 薬局において後発医薬品についての説明を行ったにもかかわらず、患者が後発医薬品の使用を希望しなかった最大の理由は、「薬剤料等（患者自己負担額）の差額が小さい」（31.7%）、「後発医薬品に対する不安がある」（30.0%）等であった（図表 21）。
 - ・ 患者 1 人に要する「後発医薬品説明＋服薬指導時間の合計時間（後発医薬品についての説明と一般的な服薬指導の両方を行う場合）」の平均は、初回が 11.69 分、2 回目以降は 5.84 分であった。「一般的な服薬指導の時間」の平均が 5.68 分であることから、2 回目以降の患者の場合、一般的な服薬指導時間と大きくは変わらなかった（図表 23）。
 - ・ 「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等があり、後発医薬品が薬価収載されている先発医薬品を含む処方せんを持参した患者のうち、当該後発医薬品の在庫がなくて後発医薬品に変更できなかった患者の割合は、「10%未満」という薬局が 50.9%で最も多かった。一方で、「50%以上」という薬局は合計 18.2%であった（図表 24）。
 - ・ 後発医薬品の備蓄品目数は、平成 18 年 10 月時点から平成 19 年 7 月時点で、平均 76.2 品目から 94.4 品目に増加し、23.9%の増加率であった（図表 25）。
 - ・ 在庫がなくて後発医薬品に変更できないケースをないようにするために必要な後発医薬品の備蓄品目数は、「100 品目～199 品目」が 15.6%で最も多かった（図表 27）。
 - ・ 薬局の立場で後発医薬品への変更を進めてもよいと思う場合として、「薬剤師が患者に十分に説明できるだけの時間や後発医薬品の備蓄コスト増に見合った調剤報酬上の評価」が 50.8%で最も多く、「後発医薬品メーカーによる情報提供や安定供給体制の確保」が 20.8%、「後発医薬品に対する患者の理解」が 12.3%であった（図表 28）。
 - ・ 調査票の様式 2 に記載のあった薬剤料の状況は、記載銘柄により調剤した場合の薬剤料は平均 946.0 点であった。一方、実際に調剤した薬剤料は、平均 684.6 点で、記載銘柄により調剤した場合の薬剤料に占める、実際に調剤した薬剤料の割合は、平均 72.4%であった（図表 29）。
 - ・ 患者一部負担金割合別の薬剤料の変化として、記載銘柄により調剤した場合の薬剤料に占める、実際に調剤した薬剤料の割合は、1 割負担で 77.2%、3 割負担で 69.4%であった（図表 30）。

【診療所・病院・医師調査】

- ・ 診療所と病院における「医薬品備蓄品目数」（それぞれ平均値は 149.4 品目、881.1 品目）のうち、「後発医薬品の備蓄品目数」（同 23.4 品目、74.7 品目）の占める割合は、診療所が 15.7%、病院が 8.5%であった（図表 42）。
- ・ 後発医薬品の備蓄状況は、診療所では「1 品目～49 品目」が 50.0%で半数を占めた。病院では、「50 品目～99 品目」が 39.2%で最も多く、次いで「1 品目～49 品目」が 30.9%となった（図表 43）。
- ・ 入院患者に対する後発医薬品の使用状況についてみると、有床診療所、病院ともに「後

後発医薬品のあるものの一部を使用」(それぞれ 57.4%、52.5%) が最も多かった。「後発医薬品があるものは積極的に使用」という割合は有床診療所が 18.0%、病院が 24.5% であった(図表 45)。

- DPC 対応状況別にみた、病院における入院患者に対する後発医薬品の使用状況は、DPC 対象病院では、「後発医薬品のあるものの一部を使用」が 62.5% で最も多く、「後発医薬品があるものは積極的に使用」(22.5%) を合わせると 85.0% であった。他の病院と比較すると、「後発医薬品をほとんど使用していない」という回答割合が低かった(図表 46)。
- 入院患者に対して後発医薬品を使用して問題が生じたという経験の有無は、有床診療所、病院ともに「ない」(それぞれ 83.6%、78.4%) が大半を占めた(図表 47)。一方で、「ある」と回答した 74 病院における、生じた問題の内容は、「品質上の問題」(「ある」と回答した病院の 41.9%)、「供給体制上の問題」(同 37.8%)、「メーカーの情報提供体制上の問題」(同 36.5%) であった(図表 48)。
- 診療所 688 施設における院外処方せんの発行状況は、「発行している」施設が 60.6% の 417 施設であった(図表 49)。
- 診療所と病院における平均の「1 か月間の院外処方せん発行枚数」(それぞれ 718.0 枚、3,059.1 枚)に占める、後発医薬品を含む処方せん枚数(同 372.8 枚、1,105.1 枚)の割合は、平均値でみると診療所(51.9%)が病院(36.1%)に比べて高いが、中央値(それぞれ 35.4%、32.8%)でみると大きな差はみられなかった(図表 50)。
- 病院における、外来処方に際しての後発医薬品使用についての施設としての対応方針は、「個々の医師の判断による」が 51.2% で最も多く、次いで、「後発医薬品を積極的に使用」が 20.1%、「後発医薬品をほとんど使用しない」が 12.3% であった(図表 51)。
- 病院外来診療担当医における、後発医薬品の銘柄指定をした院外処方せん発行経験の有無は、「ある」と回答した医師が 75.1% であった(図表 52)。
- 「後発医薬品への変更可」欄に署名した処方せんの発行経験の有無は、「ある」と回答した医師が診療所では 66.4%、病院では 60.5% であった(図表 53)。このうち、患者の希望によるものは、診療所・病院ともに「10%未満」(それぞれ 62.1%、58.9%)とする医師が多い一方で、「90%以上」(同 22.4%、17.0%)とする医師もあった(図表 54)。
- 外来患者のうち、後発医薬品について関心がある(医師に質問する、使用を希望する)患者の割合は、診療所、病院ともに、「10%未満」(それぞれ 75.1%、69.4%)とする医師が最も多かった(図表 55)。
- 院外処方せんを発行した患者のうち、後発医薬品を処方した患者の割合(「後発医薬品への変更可」に署名の場合も含む)は、診療所、病院ともに「10%未満」(それぞれ 31.7%、43.5%)とする医師が最も多かった。一方で、「90%以上」(同 13.2%、8.1%)とする医師もあった(図表 56)。
- 医師における、後発医薬品の薬事承認に必要なデータの内容に関する認知状況は、「ほとんど知らない」が 40.5% で最も多く、次いで「少しは知っている」が 36.0%、「だいたい知っている」が 22.0% であった。この傾向は、診療所と病院で大きな差異はみられ

なかった（図表 57）。

- 後発医薬品の処方に関する考えについては、「特にこだわりはない」という医師が 69.2% で最も多く、「患者からの要望があっても後発医薬品は基本的に処方しない」という医師が 17.9%、「患者からの要望がなくても後発医薬品を積極的に処方」という医師が 11.0%であった（図表 58）。
- 「患者からの要望があっても後発医薬品は基本的には処方しない」と回答した医師に対してその理由をたずねた結果、「品質への疑問」（処方しないという医師の 85.3%）が最も多く、次いで「効果への疑問」（70.7%）、「情報提供の不備」（64.4%）であった（図表 59）。
- 後発医薬品への変更についての、保険薬局からの望ましい情報伝達方法として、診療所、病院ともに「FAX」（それぞれ 44.4%、41.2%）が最も多かった。2 番目は、診療所では「電話」（26.6%）、病院では「患者を通じて」（21.8%）となった（図表 60）。
- 保険薬局からの望ましい情報提供のタイミングとしては、診療所、病院ともに「変更調剤が行われた都度すぐに必要」（それぞれ 71.9%、48.4%）が最も多かった。病院においては、「次の診療時に提供されればよい」（43.5%）の割合も同様に多かった（図表 61）。
- 保険薬局から入手したい情報としては、診療所、病院ともに「先発品と変更した後発品の銘柄」（それぞれ 85.6%、85.3%）が最も多かった。次いで、「患者の薬剤料負担の軽減額」（同 34.5%、45.3%）、「変更した後発医薬品に関する外観」（同 24.2%、30.3%）であった（図表 62）。

様式 1

厚生労働省保険局医療課委託事業 診療報酬改定結果検証に係る特別調査
平成 19 年度 後発医薬品の使用状況調査 調査票

※回答の際は、あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。また、() 内には具体的な数値、用語等をご記入ください。
() 内に数値を記入する設問で、該当なしは「0(ゼロ)」を、わからない場合は「-」をご記入ください。

1. 貴薬局の状況(平成 19 年 7 月 2 日現在)についてお伺いします。

①貴薬局名	()		
②所在地(都道府県名)	() 都・道・府・県 ※○で囲んでください		
③組織形態 ※法人の場合は、法人の形態に○をつけてください	1. 法人 ……▶ (1.株式会社 2.有限会社 3.合資会社 4.合名会社 5.その他) 2. 個人		
④職員数(常勤換算)	薬剤師	() 人	その他(事務職員等) () 人
※常勤換算については、以下の方法で算出してください。また、常勤換算後の職員数は整数(小数点以下四捨五入)でお答えください。 ■1週間に数回勤務の場合:(非常勤職員の1週間の勤務時間)÷(貴薬局が定めている常勤職員の1週間の勤務時間) ■1か月に数回勤務の場合:(非常勤職員の1か月の勤務時間)÷(貴薬局が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4)			
⑤調剤基本料※1つだけ選択	1. 調剤基本料(42点)		2. 調剤基本料(19点)
⑥基準調剤加算 ※1つだけ選択	1. 基準調剤加算1(10点)		2. 基準調剤加算2(30点) 3. 算定していない
⑦貴薬局で受け付けている処方せんの発行医療機関数	() 施設		
⑧上記⑦のうち、「後発医薬品への変更可」に処方医の署名等がある処方せんの発行医療機関数	() 施設		
⑨主な処方せん発行医療機関 ※1つだけ選択し、当該医療機関の主たる診療科を()に記載	1. 病院(200床以上) ……▶ 主たる診療科名() 2. 病院(200床未満) ……▶ 主たる診療科名() 3. 診療所 ……▶ 主たる診療科名()		
⑩特定の保険医療機関に係る処方せん割合(最も多いもの)	約()%		

2. 貴薬局の取り扱い処方せん枚数についてお伺いします。平成 19 年 7 月における、「(ア)1か月全体の取り扱い処方せん枚数」、および「(イ)うち、7月23日(月)~7月29日(日)の取り扱い処方せん枚数」について、それぞれ()内に数値をご記入ください。

	平成 19 年 7 月	
	(ア)1か月全体の取り扱い処方せん枚数	(イ)うち、7/23~7/29の取り扱い処方せん枚数
①すべての取り扱い処方せん枚数	() 枚	() 枚
②①のうち、「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等がある処方せん枚数	() 枚	() 枚
③②のうち、実際に後発医薬品に変更した処方せん枚数(1品目でも変更した場合を含む)	() 枚	() 枚
④③のうち、後発医薬品情報提供料を算定した処方せん枚数	() 枚	() 枚
⑤②のうち、処方せんに記載されたすべての銘柄について後発医薬品が薬価収載されていないために、後発医薬品に変更することができない処方せん枚数(後発医薬品のみが記載された処方せんを含む)	() 枚	() 枚
⑥②のうち、「後発医薬品についての説明」*を行ったにもかかわらず、患者が希望しなかったために、後発医薬品に変更することができなかった処方せん枚数		() 枚
⑦①のうち、「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等がなく、後発医薬品を銘柄指定している処方せん枚数		() 枚

*「後発医薬品についての説明」とは
 : **後発医薬品と先発医薬品とが同等であること**（例えば、品質、安定性、生物学的同等性試験結果など）の説明に加え、患者の処方せんにおける**変更前の薬剤料と変更後の薬剤料の差額等**についての説明などを指します。以下、「3. 後発医薬品への対応状況についてお伺いします。」でも同じです。

3. 後発医薬品への対応状況についてお伺いします。（平成19年7月2日現在）

(1) 「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等があり、後発医薬品が薬価収載されている先発医薬品を含む処方せんを持参した患者のうち、後発医薬品についての説明*を行った患者は、どの程度いましたか。 ※○は1つだけ										
1. 10%未満	2. 10%以上 ~ 30%未満	3. 30%以上 ~ 50%未満								
4. 50%以上 ~ 70%未満	5. 70%以上 ~ 90%未満	6. 90%以上								
(2) 上記(1)の後発医薬品についての説明*を行った患者のうち、後発医薬品の使用を希望しなかった患者は、どの程度いましたか。 ※○は1つだけ										
1. 10%未満	2. 10%以上 ~ 30%未満	3. 30%以上 ~ 50%未満								
4. 50%以上 ~ 70%未満	5. 70%以上 ~ 90%未満	6. 90%以上								
(3) 上記(2)のように、後発医薬品についての説明*を行ったにもかかわらず、患者が後発医薬品の使用を希望しなかった理由として、最も多いのは、次のうちのいずれでしょうか。 ※○は1つだけ										
1. 薬剤料等（患者自己負担額）の差額が小さい 2. 公費負担の患者であるため、経済的インセンティブがない 3. 過去に後発医薬品を使用したけど合わなかった 4. 後発医薬品に対する不安がある 5. その他（具体的に _____）										
(4) ①後発医薬品についての説明*と、一般的な服薬指導の両方を行う場合、患者1人当たりどの程度時間がかかりますか（後発医薬品説明+一般的な服薬指導の合計時間）。 ※おおよその時間で結構です。具体的に数字を記入してください（初回の患者）			約（ ）分							
②（2回目以降の患者）			▶ 約（ ）分							
③「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等がない処方せんの患者に、一般的な服薬指導を行う場合、患者1人当たりどの程度時間がかかりますか。			▶ 約（ ）分							
(5) 「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等があり、後発医薬品が薬価収載されている先発医薬品を含む処方せんを持参した患者のうち、当該後発医薬品の在庫がなく後発医薬品に変更できなかった患者は、どの程度いましたか。 ※○は1つだけ										
1. 10%未満		2. 10%以上 ~ 30%未満								
3. 30%以上 ~ 50%未満		4. 50%以上 ~ 70%未満								
5. 70%以上 ~ 90%未満		6. 90%以上								
(6) 医薬品の備蓄状況等 ※①②については、平成18年10月、平成19年7月の状況について、それぞれお答えください		(ア) 全品目	(イ) うち、後発医薬品							
	①平成18年10月	約（ ）品目	約（ ）品目							
	②平成19年7月	約（ ）品目	約（ ）品目							
	③上記②のうち、複数銘柄の後発医薬品を備えている先発医薬品の備蓄品目数	例) <table style="display: inline-table; border: none; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="padding-right: 10px;">先発医薬品 α 10mg</td> <td>後発医薬品 A 10mg</td> </tr> <tr> <td style="padding-right: 10px;">先発医薬品 α 20mg</td> <td>後発医薬品 B 10mg</td> </tr> <tr> <td></td> <td>後発医薬品 A 20mg</td> </tr> <tr> <td></td> <td>後発医薬品 B 20mg</td> </tr> </table> →複数銘柄の後発医薬品を備えている先発医薬品が2品目なので、「2品目」と数えます。		先発医薬品 α 10mg	後発医薬品 A 10mg	先発医薬品 α 20mg	後発医薬品 B 10mg		後発医薬品 A 20mg	
先発医薬品 α 10mg	後発医薬品 A 10mg									
先発医薬品 α 20mg	後発医薬品 B 10mg									
	後発医薬品 A 20mg									
	後発医薬品 B 20mg									
④上記質問(5)のようなケースがないようにするためには、合計でどの程度の後発医薬品の品目数の備蓄が必要だと思いますか。	約（ ）品目									

(7) 処方せんの「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等があったが、変更しなかった場合について、今後、どのような対応が進めば、薬局の立場として後発医薬品への変更を進めてもよいと思いますか。

※〇は1つだけ

1. 薬剤師が患者に十分に説明できるだけの時間や後発医薬品の備蓄コスト増に見合った調剤報酬上の評価
2. 後発医薬品メーカーによる情報提供や安定供給体制の確保
3. 後発医薬品に対する患者の理解
4. 特に対応は必要でない
5. その他（具体的に _____)

4. 後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等についてのご意見、ご要望などがございましたら、ご記入ください。

質問は以上です。ご協力いただきありがとうございました。

※引き続き、様式2のご記入もよろしくお願いいたします。

様式 2

ID

厚生労働省保険局医療課委託事業 診療報酬改定結果検証に係る特別調査
平成 19 年度 後発医薬品の使用状況調査 調査票

■ 平成 19 年 7 月 23 日（月）から 29 日（日）までの 1 週間の状況をご記入ください。

○「後発医薬品へ変更可」欄に処方医の署名等があり、かつ実際に後発医薬品に変更したすべての処方せん（1 品目でも変更した場合を含む）についてご記入ください。

○上記の処方せんについて、1 から番号を振り、「処方せん番号 (NO.)」欄にご記入ください。ただし、必ずしも発行の日付順にする必要はありません。（下記に記載した処方せんの合計枚数が、様式 1 の 2. 「③ ②のうち、実際に後発医薬品に変更した処方せん枚数」の項「(イ) うち、7/23~7/29 の取り扱い処方せん枚数」欄の枚数と同じであることを確認してください。）

○各々の処方せんについては、処方せんに記載された銘柄により調剤した場合の薬剤料を (A) 欄に、また、実際に（後発医薬品へ変更して）調剤した薬剤料を (B) 欄にご記入ください。薬剤料は処方せん 1 枚ごと、単位は「点」でご記入ください。

○各々の処方せんについて、この処方せんを持参した患者の一部負担金の割合を (C) 欄にご記入ください（例：組合健保の被保険者 3 割の場合→「3」とご記入ください）。患者の一部負担金がない場合は「0」とご記入ください。

処方せん番号 (NO.)	記載銘柄により調剤した場合の薬剤料 (A)	実際に調剤した薬剤料 (B)	患者一部負担金の割合 (C)
1	点	点	割
2	点	点	割
3	点	点	割
4	点	点	割
5	点	点	割
6	点	点	割
7	点	点	割
8	点	点	割
9	点	点	割
10	点	点	割
11	点	点	割
12	点	点	割
13	点	点	割
14	点	点	割
15	点	点	割
16	点	点	割
17	点	点	割
18	点	点	割
19	点	点	割
20	点	点	割

処方せん番号 (NO.)	記載銘柄により調剤した場合の薬剤料 (A)	実際に調剤した薬剤料 (B)	患者一部負担金の割合 (C)
21	点	点	割
22	点	点	割
23	点	点	割
24	点	点	割
25	点	点	割
26	点	点	割
27	点	点	割
28	点	点	割
29	点	点	割
30	点	点	割
31	点	点	割
32	点	点	割
33	点	点	割
34	点	点	割
35	点	点	割
36	点	点	割
37	点	点	割
38	点	点	割
39	点	点	割
40	点	点	割

※回答用紙が足りない場合には、大変恐縮ですが、本用紙をコピーしてお使いください。

回答用紙 枚中 枚

※記入例(全3枚のうち1枚目の場合)
 回答用紙 3 枚中 1 枚

**厚生労働省保険局医療課委託事業 診療報酬改定結果検証に係る特別調査
平成19年度 後発医薬品の使用状況調査 調査票**

※この「診療所票」は医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設における後発医薬品の使用状況やお考えについてお伺いするものです。

※回答の際は、あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。また、()内には具体的な数値、用語等をご記入ください。
()内に数値を記入する設問で、該当なしは「0(ゼロ)」を、わからない場合は「-」をご記入ください。

ご回答者についてご記入ください。

①性別	1. 男性 2. 女性	②年齢	() 歳
③主たる担当診療科	()		

1. 貴施設の状況（平成19年7月2日現在または7月1か月間）についてお伺いします。

①医療機関名	()
②所在地	() 都・道・府・県
③開設者	1. 個人 2. 法人 3. その他
④種別 ※○は1つだけ	1. 無床診療所 2. 有床診療所 → 許可病床数 () 床
⑤主たる診療科	() ※主たる診療科1つをお書きください
⑥医師数（常勤のみ）	() 人
⑦薬剤師数（常勤のみ）	() 人
⑧医薬品の備蓄状況	
1) 医薬品備蓄品目数	約 () 品目
2) 上記1)のうち後発医薬品の備蓄品目数	約 () 品目

2. 入院患者に対する後発医薬品の使用状況等（平成19年7月2日または7月1か月間の状況）についてお伺いします。（無床診療所の方は、2ページにお進みください。）

①1か月間の延べ入院患者数	() 人
②入院患者に対する後発医薬品の使用状況は、いかがでしょうか。 ※最も近いものを1つだけ選択してください。	1. 後発医薬品があるものは積極的に使用 2. 後発医薬品のあるものの一部を使用 3. 後発医薬品をほとんど使用していない 4. その他（具体的に () ）
③入院患者に後発医薬品を使用して問題が生じたことはありますか。 ※1つだけ選択し、「ある」場合は、③-1の質問についてあてはまるものすべてに○をつけてください。	1. ない → 質問④へ 2. ある →③-1「ある」場合、その内容はどのようなものでしたか。次の中からあてはまるものをすべてお選びください。 1. 後発医薬品の品質上の問題 2. 後発医薬品メーカーの情報提供体制上の問題 3. 後発医薬品の供給体制上の問題 4. その他（具体的に () ）

<上記質問⑤で「3.」を回答された方にお伺いします>

⑤-1「後発医薬品は基本的には処方しない」のはどのような理由によるものでしょうか。

※あてはまる番号のすべてに○。また、「5. 後発医薬品の情報提供の不備」を選択された場合、必要な情報を（ ）に記入してください。

- | | |
|------------------|--------------------|
| 1. 後発医薬品の品質への疑問 | 2. 後発医薬品の効果への疑問 |
| 3. 後発医薬品の副作用への不安 | 4. 後発医薬品の安定供給体制の不備 |
| 5. 後発医薬品の情報提供の不備 | |

→⑤-1-1 どのような情報が必要ですか。

例：先発医薬品との同等性に関するデータ、種々の副作用の症例報告

6. 後発医薬品に関する患者への普及啓発不足

7. その他（具体的に

⑥保険薬局で後発医薬品へ変更した場合の、銘柄等の情報提供について、お伺いします。

1) どのような情報伝達方法が最も適当と思われますか。※○は1つだけ

- | | | | |
|----------------------------|-------|--------|----------|
| 1. 郵送 | 2. 電話 | 3. FAX | 4. 電子メール |
| 5. 患者さんを通じて（薬剤情報提供文書やお薬手帳） | | | |
| 6. その他（具体的に | | | |

2) どのようなタイミングでの情報提供が望ましいですか。※○は1つだけ

- | |
|----------------------|
| 1. 変更調剤が行われた都度、すぐに必要 |
| 2. 次の診療時に情報が提供されればよい |
| 3. その他（具体的に |

⑦保険薬局からどのような情報が欲しいと思いますか。 ※あてはまる番号のすべてに○。

- | |
|----------------------------------|
| 1. 先発医薬品名と変更した後発医薬品の銘柄 |
| 2. 変更した後発医薬品に関する外観など（色、形、味、大きさ等） |
| 3. 患者の薬剤料負担の軽減額 |
| 4. その他（具体的に |
| 5. 欲しい情報はない |

5. 後発医薬品の使用上の課題等、ご意見がございましたら、ご自由にお書きください。

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。

**厚生労働省保険局医療課委託事業 診療報酬改定結果検証に係る特別調査
平成19年度 後発医薬品の使用状況調査 調査票**

※この「医師票」は、貴医療機関において、外来診療を担当する医師の方に、後発医薬品の使用状況やお考えについてお伺いするものです。

※回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（ ）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。（ ）内に数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「-」をご記入ください。※ご回答頂いた調査票は、専用の返信用封筒（切手不要）にて、直接、事務局までご返送いただけますよう、お願い申し上げます。

1. 貴方ご自身についてお伺いします。

①性別	1. 男性 2. 女性	②年齢	() 歳
③主たる担当診療科	()		
④(ご自身の)1日当たり平均外来診察患者数	() 人程度		

2. 外来診療における院外処方せん発行時の状況やお考え（平成19年7月2日現在）をお伺いします。

①後発医薬品を含む院外処方せんを発行したことはありますか。 ※○は1つだけ

1. ある	2. ない
-------	-------

②「後発医薬品への変更可」欄に署名した処方せんを発行したことはありますか。 ※○は1つだけ

1. ある	2. ない → 質問③へ
-------	--------------

②-1 このうち、患者の希望で「変更可」欄に署名した処方せんはどの程度ありますか。(平成19年7月2日現在) ※○は1つだけ

1. 10%未満	2. 10%以上 ~ 30%未満	3. 30%以上 ~ 50%未満
4. 50%以上 ~ 70%未満	5. 70%以上 ~ 90%未満	6. 90%以上

③後発医薬品について関心がある（質問する、使用を希望する）患者は、外来患者のうち、どの程度いらっしゃいますか。(平成19年7月2日現在) ※○は1つだけ

1. 10%未満	2. 10%以上 ~ 30%未満	3. 30%以上 ~ 50%未満
4. 50%以上 ~ 70%未満	5. 70%以上 ~ 90%未満	6. 90%以上

④院外処方せんを発行する外来患者のうち、どのくらいの患者に、後発医薬品を処方していますか。(「後発医薬品への変更可」に署名の場合も含む) (平成19年7月2日現在) ※○は1つだけ

1. 10%未満	2. 10%以上 ~ 30%未満	3. 30%以上 ~ 50%未満
4. 50%以上 ~ 70%未満	5. 70%以上 ~ 90%未満	6. 90%以上

⑤後発医薬品について、薬事法に基づく厚生労働大臣の承認を得るためには、どのようなデータ（例えば、人での血中濃度を測定する臨床試験データなど）が必要か、ご存知ですか。 ※○は1つだけ

1. だいたい知っている	2. 少しは知っている	3. ほとんど知らない
--------------	-------------	-------------

⑥後発医薬品の処方に関するお考えとして、最も近いものはどれですか。 ※○は1つだけ

1. 特にこだわりはない ……………▶ 質問⑦へ
2. 患者からの要望がなくても後発医薬品を積極的に処方 ……………▶ 質問⑦へ
3. 患者からの要望があっても後発医薬品は基本的には処方しない ……………▶ 質問⑥-1へ

<上記質問⑥で「3.」を回答された方にお伺いします>

⑥-1「後発医薬品は基本的には処方しない」のはどのような理由によるものでしょうか。
 ※あてはまる番号のすべてに○。また、「5. 後発医薬品の情報提供の不備」を選択された場合、必要な情報を（ ）に記入してください。

- 1. 後発医薬品の品質への疑問
- 2. 後発医薬品の効果への疑問
- 3. 後発医薬品の副作用への不安
- 4. 後発医薬品の安定供給体制の不備
- 5. 後発医薬品の情報提供の不備

→⑥-1-1 どのような情報が必要ですか。

例：先発医薬品との同等性に関するデータ、種々の副作用の症例報告

- 6. 後発医薬品に関する患者への普及啓発不足
- 7. その他（具体的に

⑦保険薬局で後発医薬品へ変更した場合の、銘柄等の情報提供について、お伺いします。

1) どのような情報伝達方法が最も適当と思われますか。※○は1つだけ

- 1. 郵送
- 2. 電話
- 3. FAX
- 4. 電子メール
- 5. 患者さんを通じて（薬剤情報提供文書やお薬手帳）
- 6. その他（具体的に

2) どのようなタイミングでの情報提供が望ましいですか。※○は1つだけ

- 1. 変更調剤が行われた都度、すぐに必要
- 2. 次の診療時に情報が提供されればよい
- 3. その他（具体的に

⑧保険薬局からどのような情報が欲しいと思いますか。 ※あてはまる番号のすべてに○。

- 1. 先発医薬品名と変更した後発医薬品の銘柄
- 2. 変更した後発医薬品に関する外観など（色、形、味、大きさ等）
- 3. 患者の薬剤料負担の軽減額
- 4. その他（具体的に
- 5. 欲しい情報はない

3. 後発医薬品の使用上の課題等、ご意見がございましたら、ご自由にお書きください。

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。