

平成 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 28 年度調査）

かかりつけ医・かかりつけ歯科医に関する評価等の影響及び
紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入の実施状況調査

報告書

◇◆目 次◇◆

I. 調査の概要	1
II. 調査の結果	7
1. 回収結果	7
2. かかりつけ医調査	8
(1) 回答施設の概要	8
(2) 地域包括診療料等の届出状況等	17
(3) 地域包括診療料・地域包括診療加算等の実施状況	31
(4) 地域包括診療料等に関する考え等	53
(5) 地域包括診療料等の算定患者	57
(6) 認知症地域包括診療料等の算定患者	68
3. 小児科調査	77
(1) 回答施設の概要	77
(2) 小児かかりつけ診療料の取組状況等	83
(3) 小児かかりつけ診療料の算定患者	92
4. 大病院調査	103
(1) 回答施設の概要	103
(2) 初診患者に関する受診時の定額負担の実施状況等	109
(3) 再診患者に関する受診時の定額負担の実施状況等	143

参考資料

I. 調査の概要

1. 目的

平成 28 年度診療報酬改定では、療養上の指導・健康管理等を継続的に実施し、個別の疾患だけではなく、患者に応じた診療が行われるよう、かかりつけ医やかかりつけ歯科医の機能に対する評価の充実が図られた。また、医療保険制度改革法を踏まえ、紹介状なしの大病院受診について定額負担が導入された。

本調査では、このような診療報酬改定の内容を踏まえ、認知症や慢性疾患を有する患者に対するかかりつけ医の対応やかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所における口腔疾患や口腔機能の重症化予防の実施状況、一定規模以上の保険医療機関における定額負担の徴収状況等を把握し、改定の結果検証を行った。

なお、かかりつけ歯科医に関する調査結果は別に報告書を作成した。

<主なねらい>

- ・ 診療所及び 200 床未満の病院における地域包括診療料等の届出状況及び診療の状況の把握
- ・ 地域包括診療料や認知症地域包括診療料等を算定する患者が有する疾患や投薬の状況の把握
- ・ 小児かかりつけ診療料の届出医療機関における地域医療・地域保健への取組状況等の把握
- ・ 一般病床 200 床以上の病院における紹介状なしの大病院受診時の定額負担の徴収状況等の把握

2. 調査対象

本調査では、「①かかりつけ医調査」「②小児科調査」「③大病院調査」の 3 つの調査を実施した。各調査の対象は、次のとおりである。

①かかりつけ医調査

- ・ 1) 全国の在宅療養支援診療所（在支診）の中から無作為抽出した 500 施設、2) 在支診以外の時間外対応加算 1 又は 2 の届出施設の中から無作為抽出した 600 施設、3) 在宅療養支援病院の中から無作為抽出した 400 施設。1) ～3) 合わせて 1,500 施設。

②小児科調査

- ・ 小児かかりつけ診療料の施設基準の届出施設の中から無作為抽出した 500 施設。

③大病院調査

- ・ 大病院調査については、1) 特定機能病院（悉皆）、2) 一般病床が 500 床以上の地域医療支援病院（悉皆）、3) 一般病床が 200 床以上の病院（ただし、1) 及び 2) を除く）の中から無作為抽出した病院。1) ～3) 合わせて 850 施設。

3. 調査方法

- ・ 対象施設の管理者が記入する自記式調査票の郵送配布・回収とした。
- ・ 「①かかりつけ医調査」については、施設の概要、地域包括診療料・地域包括診療加算の届出状況や実施状況、地域包括診療料・地域包括診療加算に関する考え、地域包括診療料等算定患者の状況等を尋ねる「かかりつけ医票」を配布した。
- ・ 「②小児科調査」については、施設の概要、小児かかりつけ診療料に関する取組状況、小児かかりつけ診療料に関する考え、小児かかりつけ診療料算定患者の状況等を尋ねる「小児科調査票」を配布した。
- ・ 「③大病院調査」については、紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入が義務付けられた病院を対象にした「大病院調査票」、定額負担の導入が義務付けられていない病院を対象にした「選定療養費調査票」の2種類を作成した。
- ・ 調査実施時期は、①かかりつけ医調査、②小児科調査は平成28年10月20日～平成29年1月4日。③大病院調査は平成28年11月2日～平成28年12月22日。

4. 調査項目

- ・ 調査項目は以下のとおりである。

区分	主な調査項目
(1)かかりつけ医調査	<ul style="list-style-type: none">○施設の概要<ul style="list-style-type: none">・ 所在地、開設者、標榜診療科、医療機関の種別、許可病床数・ 職員数、常勤の医師数、外来を担当する医師の人数、慢性疾患に係る適切な研修を修了した医師の有無、日本医師会の認知症に係る研修を修了した医師の有無・ 敷地内禁煙の状況・ 在支病・在支診の状況・ 時間外対応加算の状況、外来における院内・院外処方の状況、連携している24時間対応の薬局の有無○地域包括診療料・地域包括診療加算の届出状況等<ul style="list-style-type: none">・ 地域包括診療料・地域包括診療加算の施設基準の届出状況・ (届出をしている施設) 地域包括診療料・地域包括診療加算の届出時期、届出を行う上で苦労した施設基準の要件・ (届出をしていない施設) 地域包括診療料・地域包括診療加算の届出をしていない理由、地域包括診療料・地域包括診療加算の施設基準の届出を行う際の厳しい要件、今後の施設基準の届出意向○地域包括診療料・地域包括診療加算の実施状況等<ul style="list-style-type: none">・ 外来患者数、地域包括診療料等の算定患者数等・ 対象患者のうち、地域包括診療料等の説明を行った患者の割合・同意を得られた患者の割合

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括診療等の算定が1回以上あった医師の人数、算定実績のある診療科 ・ 地域包括診療料等の算定患者について連携した医療機関等の数 ・ 地域包括診療料を算定している患者に対して定期的を実施していること、当該患者に対して診療・診断・指導等に携わっている職種、1回あたりの診療時間等 ・ 地域包括診療料の影響・効果 <p>○地域包括診療料・地域包括診療加算に関する考え等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括診療料等を算定していない患者に対しても必要に応じて実施していること ・ かかりつけ医としての機能を強化していく上で必要な取組・患者対応 ・ 地域包括診療料等についてのご意見・ご要望等 <p>○地域包括診療料・地域包括診療加算を算定した患者の状況等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 性別、年齢、4疾患（高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症）の状況、その他の慢性疾患の有無と内容 ・ 地域包括診療料・地域包括診療加算の算定開始からの経過期間 ・ 院外処方・院内処方の状況 ・ 内服薬数（自院・他院）、地域包括診療料等の算定当初と比較した内服薬の数の変化とその理由 ・ 1か月間の延べ通院回数、定期的に通院している医療機関数 <p>○地域包括診療料・地域包括診療加算を算定していないものの、4疾患のうち2疾患以上を有する患者の状況等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 性別、年齢、4疾患（高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症）の状況、その他の慢性疾患の有無と内容 ・ 院外処方・院内処方の状況 ・ 1か月間の延べ通院回数、定期的に通院している医療機関数 <p>○認知症地域包括診療料・認知症地域包括診療加算を算定した患者の状況等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 性別、年齢、認知症高齢者の日常生活自立度、認知症以外の慢性疾患 ・ 認知症地域包括診療料・認知症地域包括診療加算の算定開始からの経過期間、過去に地域包括診療料・地域包括診療加算の算定実績の有無 ・ 院外処方・院内処方の状況 ・ 内服薬数（自院・他院）、認知症地域包括診療料等の算定当初と比較した内服薬の数の変化とその理由 ・ 1か月間の延べ通院回数、定期的に通院している医療機関数
--	--

<p>(2)小児科調査</p>	<p>○施設の概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 所在地、開設者、医療機関の種別、標榜診療科、許可病床数 ・ 職員数、専ら小児科・小児外科を担当する医師の人数 ・ 時間外対応加算の状況、在支診の状況 ・ 外来における院内・院外処方状況、連携している 24 時間対応の薬局の有無 ・ 在宅当番医制等による初期小児救急医療への参加状況 ・ 市町村の乳幼児健康診査の実施の有無、乳幼児に対する定期予防接種の実施の有無 ・ 園医又は保育所の嘱託医の就任の有無 ・ 15 歳未満の超重症児・準超重症児に対する往診・訪問診療・訪問看護の提供状況 <p>○小児かかりつけ診療料の取組状況等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 小児かかりつけ診療料の届出時期 ・ 小児かかりつけ診療料の算定実績がある医師数 ・ 小児患者数、小児かかりつけ診療料を算定した患者数等 ・ 小児かかりつけ診療料の「かかりつけ医」に同意している患者に関する取組実績 ・ 小児患者に関して連携している医療機関数 ・ 小児患者を他の医療機関に紹介する際に困っていること ・ 小児かかりつけ診療料について説明を行ったものの患者の同意を得られなかった患者の割合、その理由 ・ 小児かかりつけ診療料算定患者に対する緊急時の最初の連絡先 ・ 専門外の診療科の他院受診状況の把握状況、患者が他院を受診した場合の対応 <p>○小児かかりつけ診療料に関する考え等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 小児かかりつけ診療料の影響・効果 ・ 小児かかりつけ診療料の算定が可能な範囲についての考え ・ 小児かかりつけ医を推進する上での課題 <p>○小児科かかりつけ診療料を算定した患者の状況等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 性別、年齢、継続的な管理を必要とする疾患 ・ 初診以降の予防接種の回数、初診以降の健康診査の回数 ・ 小児かかりつけ診療料を算定した最初の月 ・ 算定開始以降、定期的に受診している医療機関数 ・ 受診回数 ・ 診療時間外における電話等による緊急の相談対応回数、緊急時の診療対応回数 ・ 緊急の他院受診回数
-----------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 処方薬数
(3)大病院調査	<p>【大病院調査票】</p> <p>○施設の概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 所在地、開設者、承認等の状況、DPC 対応状況、許可病床数、標榜診療科等 ・ 外来分離の状況、専門外来の設置数、総合診療部門・総合診療科の有無とその機能 <p>○受診時の定額負担の実施状況等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 紹介状を持たない初診患者・再診患者からの受診時の定額負担を徴収する制度の導入状況 ・ 導入時期、平成 28 年 4 月以降、初診・再診に係る受診時の定額負担の金額変更の有無、定額負担を導入・変更する際に体制整備やシステム改修などの有無、条例改正の有無、定額負担の単価（医科・歯科） ・ 金額を決める際に参考にしたもの ・ 初診患者数・再診患者数、定額負担徴収患者数、紹介率・逆紹介率 ・ 初診に係る受診時の定額負担を徴収しない患者 ・ 受診時の定額負担の導入又は金額変更をする際に困ったことの有無、徴収する際に困ったことの有無 ・ 金額変更の予定の有無 <p>○受診時の定額負担の影響・効果等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 外来機能分化に関する影響、勤務医負担の軽減に関する効果 ・ 必要な医療を受けられない患者の発生の有無 ・ 外来医療の機能分化を進める上での問題点・課題等 <p>【選定療養費調査票】</p> <p>○施設の概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 所在地、開設者、承認等の状況、DPC 対応状況、許可病床数、標榜診療科等 ・ 外来分離の状況、専門外来の設置数、総合診療部門・総合診療科の有無とその機能 <p>○初診時・再診時選定療養費の実施状況等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 初診時選定療養費・再診時選定療養費の導入状況 ・ （導入している場合）導入時期、平成 28 年 4 月以降、初診・再診時選定療養費の金額変更の有無、導入・変更する際に体制整備やシステム改修などの有無、条例改正の有無、初診時・再診時選定療養費の単価（医科・歯科） ・ 金額を決める際に参考にしたもの

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 初診患者数・再診患者数、初診時・再診時選定療養費徴収患者数、紹介率・逆紹介率 ・ 初診時選定療養費・再診時選定療養費を徴収しない患者 ・ 初診時選定療養費・再診時選定療養費の導入又は金額変更をする際に困ったことの有無、徴収する際に困ったことの有無 ・ 金額変更の予定の有無 ○初診時・再診時選定療養費の影響・効果等 <ul style="list-style-type: none"> ・ 外来機能分化に関する影響、勤務医負担の軽減に関する効果 ・ 必要な医療を受けられない患者の発生の有無 ・ 外来医療の機能分化を進める上での問題点・課題等 ○導入していない理由等 <ul style="list-style-type: none"> ・ 初診時・再診時選定療養費導入の予定 ・ 導入していない理由等
--	---

5. 調査検討委員会

本調査を実施するにあたり、調査設計、調査票の作成、調査の実施、集計・分析、報告書案等の検討を行うため、以下の通り、調査検討委員会を設置・開催した。

【委員】（○は委員長、五十音順、敬称略）

- 印南 一路 慶應義塾大学総合政策学部 教授
- 草場 鉄周 北海道家庭医療学センター 理事長
- 小池 創一 自治医科大学地域医療学センター 地域医療政策部門 教授
- 島 弘志 一般社団法人日本病院会 社会保険診療報酬委員会 委員
- 羽鳥 裕 公益社団法人日本医師会 常任理事
- 松原 由美 早稲田大学人間科学学術院 准教授

Ⅱ. 調査の結果

1. 回収結果

「かかりつけ医調査票」の発送数は1,500件であり、有効回答数は665件、有効回答率は44.3%であった。「小児科調査票」の発送数は500件であり、有効回答数は214件、有効回答率は42.8%であった。

また、「大病院調査票」の発送数は234件であり、有効回答数は191件、有効回答率は81.6%であった。「選定療養費調査票」の発送数は616件であり、有効回答数は425件、有効回答率は69.0%であった。

図表 1 回収の状況

	①発送数	②回収数	③回収率 (②/①)	④有効回答数	⑤有効回答率 (④/①)
かかりつけ医調査票	1,500	676	45.1%	665	44.3%
小児科調査票	500	222	44.4%	214	42.8%
大病院調査票	234	194	82.9%	191	81.6%
選定療養費調査票	616	430	69.8%	425	69.0%

2. かかりつけ医調査

【調査対象等】

調査対象：以下の 1,500 施設

- 1) 全国の在宅療養支援診療所（在支診）の中から無作為抽出した 500 施設
- 2) 在支診以外の時間外対応加算 1 又は 2 の届出施設の中から無作為抽出した 600 施設
- 3) 在宅療養支援病院の中から無作為抽出した 400 施設。

回答数：665 施設

回答者：管理者

（1）回答施設の概要

①医療機関種別

本調査回答施設 665 施設の内訳は、「病院」が 150 施設（全施設の 22.6%）、「有床診療所」が 98 施設（14.7%）、「無床診療所」が 417 施設（62.7%）であった。

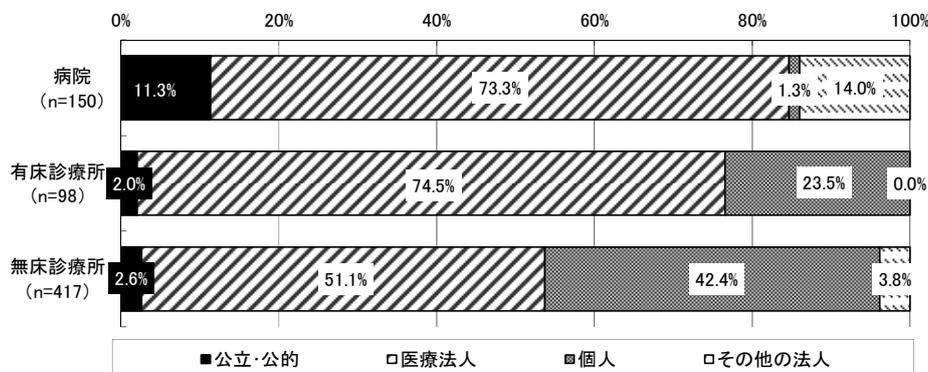
図表 2 医療機関種別

	施設数(件)	構成割合(%)
病院	150	22.6
有床診療所	98	14.7
無床診療所	417	62.7
全体	665	100.0

②開設者

開設者は次のとおりである。

図表 3 開設者



（注）「国」、「社会保険関係団体」の回答はなかった。

③所在地

所在地は次のとおりである。

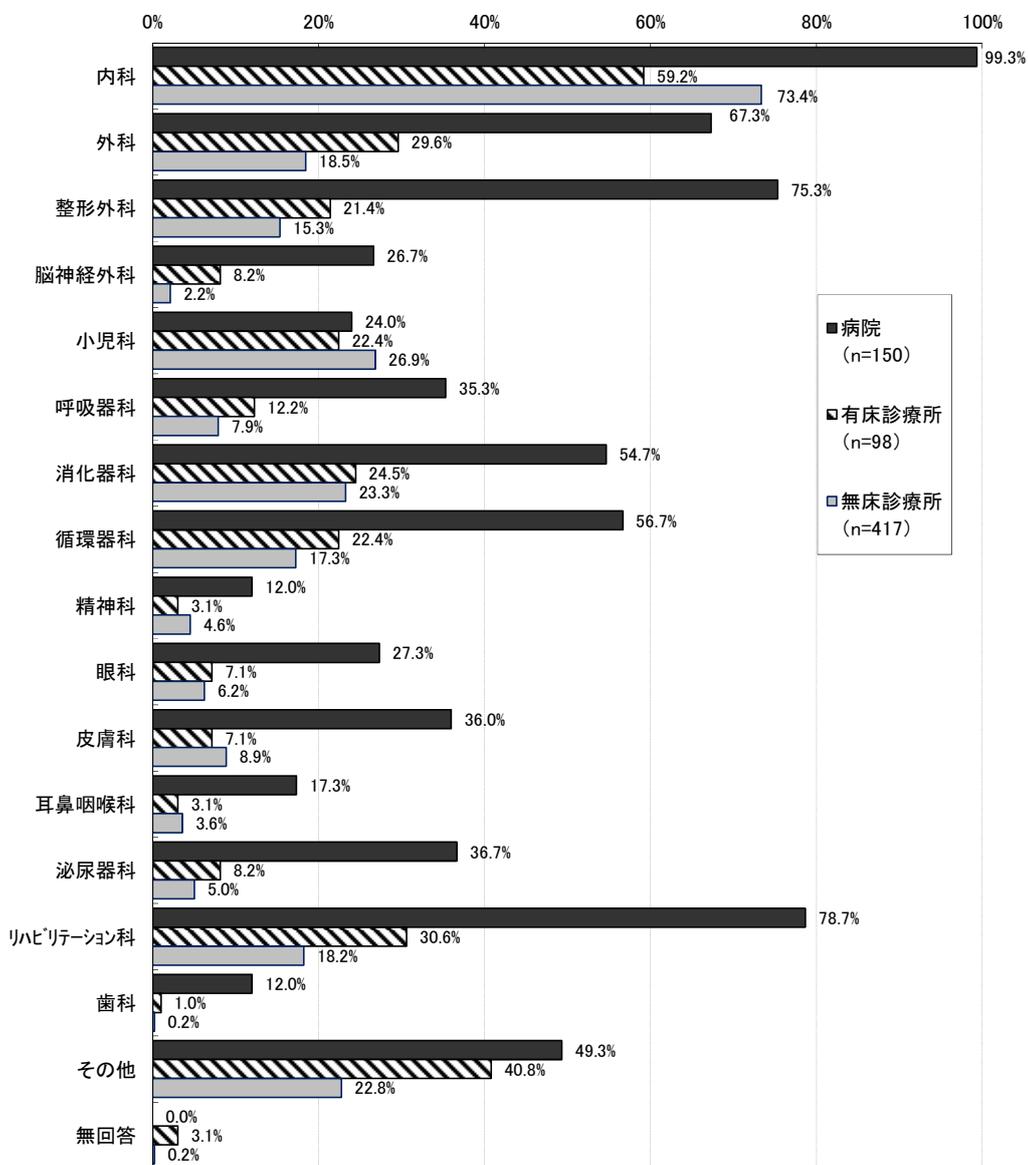
図表 4 所在地

	病院		有床診療所		無床診療所	
	施設数(件)	構成割合	施設数(件)	構成割合	施設数(件)	構成割合
北海道	8	5.3%	5	5.1%	11	2.6%
青森県	1	0.7%	0	0.0%	2	0.5%
岩手県	2	1.3%	0	0.0%	2	0.5%
宮城県	4	2.7%	1	1.0%	4	1.0%
秋田県	1	0.7%	0	0.0%	4	1.0%
山形県	2	1.3%	1	1.0%	7	1.7%
福島県	0	0.0%	2	2.0%	6	1.4%
茨城県	2	1.3%	1	1.0%	7	1.7%
栃木県	1	0.7%	2	2.0%	9	2.2%
群馬県	3	2.0%	1	1.0%	9	2.2%
埼玉県	4	2.7%	4	4.1%	14	3.4%
千葉県	7	4.7%	2	2.0%	10	2.4%
東京都	13	8.7%	1	1.0%	34	8.2%
神奈川県	5	3.3%	1	1.0%	27	6.5%
新潟県	2	1.3%	1	1.0%	9	2.2%
富山県	1	0.7%	1	1.0%	5	1.2%
石川県	1	0.7%	1	1.0%	3	0.7%
福井県	1	0.7%	2	2.0%	1	0.2%
山梨県	0	0.0%	0	0.0%	2	0.5%
長野県	1	0.7%	0	0.0%	11	2.6%
岐阜県	1	0.7%	1	1.0%	11	2.6%
静岡県	2	1.3%	4	4.1%	14	3.4%
愛知県	5	3.3%	5	5.1%	24	5.8%
三重県	2	1.3%	3	3.1%	3	0.7%
滋賀県	0	0.0%	1	1.0%	6	1.4%
京都府	2	1.3%	1	1.0%	8	1.9%
大阪府	12	8.0%	4	4.1%	34	8.2%
兵庫県	9	6.0%	4	4.1%	25	6.0%
奈良県	2	1.3%	0	0.0%	4	1.0%
和歌山県	2	1.3%	1	1.0%	6	1.4%
鳥取県	0	0.0%	1	1.0%	3	0.7%
島根県	2	1.3%	0	0.0%	2	0.5%
岡山県	5	3.3%	4	4.1%	10	2.4%
広島県	3	2.0%	3	3.1%	20	4.8%
山口県	3	2.0%	2	2.0%	5	1.2%
徳島県	1	0.7%	2	2.0%	4	1.0%
香川県	2	1.3%	1	1.0%	5	1.2%
愛媛県	4	2.7%	4	4.1%	5	1.2%
高知県	2	1.3%	1	1.0%	3	0.7%
福岡県	13	8.7%	9	9.2%	17	4.1%
佐賀県	0	0.0%	4	4.1%	4	1.0%
長崎県	2	1.3%	4	4.1%	4	1.0%
熊本県	4	2.7%	4	4.1%	6	1.4%
大分県	4	2.7%	2	2.0%	5	1.2%
宮崎県	1	0.7%	1	1.0%	5	1.2%
鹿児島県	6	4.0%	6	6.1%	4	1.0%
沖縄県	2	1.3%	0	0.0%	3	0.7%
合計	150	100.0%	98	100.0%	417	100.0%

④ 標榜診療科

標榜診療科は次のとおりである。

図表 5 標榜診療科（複数回答）



⑤許可病床数

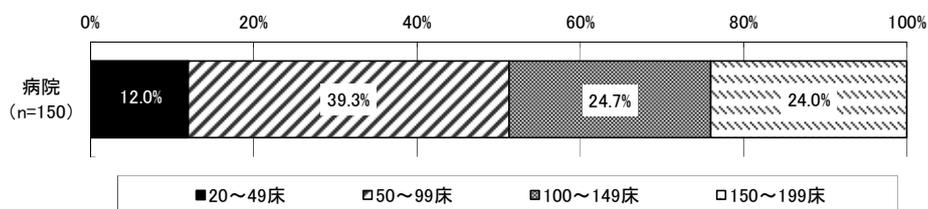
許可病床数は次のとおりである。

図表 6 1施設あたりの許可病床数（n=150）【病院】

（単位：床）

	平均値	標準偏差	中央値
一般病床	68.7	51.8	53.5
療養病床	38.9	42.2	38.0
（うち）介護療養病床	4.8	13.2	0.0
精神病床	0.0	-	0.0
感染症病床	0.1	0.5	0.0
結核病床	0.4	4.5	0.0
全体	108.0	50.3	99.0

図表 7 許可病床数規模別分布【病院】



図表 8 1施設あたりの許可病床数（n=98）【診療所】

（単位：床）

	平均値	標準偏差	中央値
一般病床	13.9	5.9	16.0
療養病床	1.9	4.3	0.0
（うち）介護療養病床	0.5	1.8	0.0
全体	15.9	5.0	19.0

⑥全職員数

全職員数は次のとおりである。

図表 9 1 施設あたりの全職員数（常勤換算）（n=141）【病院】

（単位：人）

	平均値	標準偏差	中央値
医師	11.1	7.3	9.8
歯科医師	0.3	0.9	0.0
保健師・助産師・看護師	48.7	35.3	39.3
准看護師	11.7	7.7	10.7
薬剤師	3.4	2.4	2.9
リハビリ職	19.5	20.8	11.6
管理栄養士	2.2	1.4	2.0
その他の医療職	11.5	12.3	7.3
社会福祉士	1.9	1.7	2.0
その他の職員	44.8	32.6	35.4
合計	155.0	92.3	138.5

（注）・全職員数について記入のあった 141 施設を集計対象とした。

- ・「リハビリ職」とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を指す。
- ・「その他の医療職」とは、診療放射線技師、臨床検査技師等、その他の医療系資格を有する者を指す。

図表 10 1 施設あたりの全職員数（常勤換算）（n=94）【有床診療所】

（単位：人）

	平均値	標準偏差	中央値
医師	2.6	3.3	2.0
歯科医師	0.2	1.8	0.0
保健師・助産師・看護師	6.8	7.6	5.0
准看護師	4.7	2.9	4.7
薬剤師	0.4	2.7	0.0
リハビリ職	1.6	3.6	0.0
管理栄養士	0.5	0.6	0.0
その他の医療職	2.9	13.6	0.0
社会福祉士	0.3	0.7	0.0
その他の職員	11.0	27.1	6.8
合計	31.0	56.8	20.7

（注）・全職員数について記入のあった 94 施設を集計対象とした。

- ・「リハビリ職」とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を指す。
- ・「その他の医療職」とは、診療放射線技師、臨床検査技師等、その他の医療系資格を有する者を指す。

図表 11 1 施設あたりの全職員数（常勤換算）（n=409）【無床診療所】

（単位：人）

	平均値	標準偏差	中央値
医師	1.6	1.5	1.0
歯科医師	0.0	0.1	0.0
保健師・助産師・看護師	2.0	3.3	1.0
准看護師	1.2	1.5	1.0
薬剤師	0.1	0.4	0.0
リハビリ職	0.4	1.5	0.0
管理栄養士	0.1	0.4	0.0
その他の医療職	0.8	2.7	0.0
社会福祉士	0.0	0.2	0.0
その他の職員	3.7	4.8	3.0
合計	10.0	11.1	7.0

- (注)・全職員数について記入のあった 409 施設を集計対象とした。
 ・「リハビリ職」とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を指す。
 ・「その他の医療職」とは、診療放射線技師、臨床検査技師等、その他の医療系資格を有する者を指す。

⑦常勤の医師数

常勤の医師数は次のとおりである。

図表 12 1 施設あたりの常勤の医師数

（単位：人）

	施設数(件)	平均値	標準偏差	中央値
病院	148	7.6	6.0	6.0
有床診療所	98	2.1	2.3	2.0
無床診療所	417	1.4	0.9	1.0

(注) 常勤の医師数について記入のあった施設を集計対象とした。

⑧外来を担当する医師の人数

外来を担当する医師の人数は次のとおりである。

図表 13 1 施設あたりの外来を担当する医師の人数

（単位：人）

	施設数(件)	常勤			非常勤		
		平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
病院	146	6.9	5.5	5.0	2.7	2.5	2.2
有床診療所	98	2.0	2.3	2.0	0.4	1.1	0.0
無床診療所	417	1.3	0.8	1.0	0.2	0.9	0.0

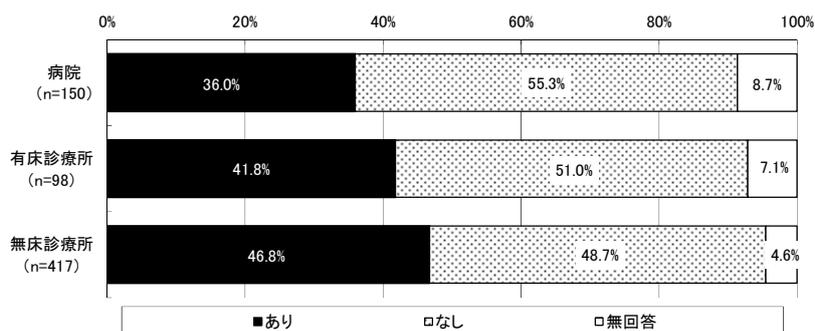
- (注)・外来を担当する医師の人数について記入のあった施設を集計対象とした。
 ・非常勤の医師数については常勤換算した人数である。

⑨慢性疾患に係る適切な研修を修了した医師の有無

慢性疾患に係る適切な研修を修了した医師の有無をみると、「あり」の割合は、病院が36.0%、有床診療所が41.8%、無床診療所が46.8%であった。

慢性疾患に係る適切な研修を修了した医師の人数は、病院が平均2.6人、有床診療所が平均1.6人、無床診療所が平均1.4人であった。

図表 14 慢性疾患に係る適切な研修を修了した医師の有無



図表 15 慢性疾患に係る適切な研修を修了した医師の人数
(慢性疾患に係る適切な研修を修了した医師がいる施設)

(単位：人)

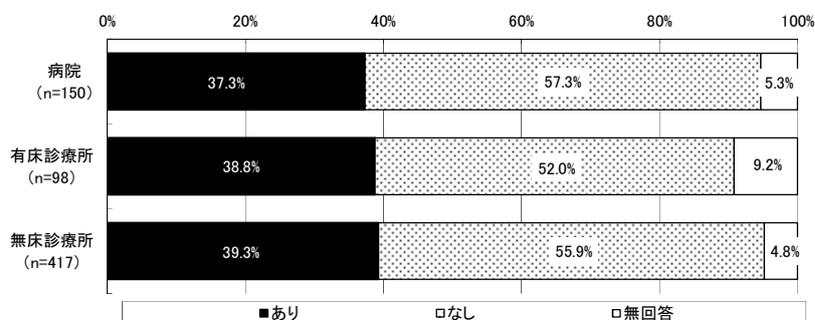
	施設数(件)	平均値	標準偏差	中央値
病院	52	2.6	4.5	1.0
有床診療所	39	1.6	0.8	1.0
無床診療所	185	1.4	1.0	1.0

(注) 慢性疾患に係る適切な研修を修了した医師の人数について記入のあった施設を集計対象とした。

⑩日本医師会の認知症に係る研修を修了した医師の有無

日本医師会の認知症に係る研修を修了した医師の有無をみると、「あり」の割合は、病院が37.3%、有床診療所が38.8%、無床診療所が39.3%であった。

図表 16 日本医師会の認知症に係る研修を修了した医師の有無

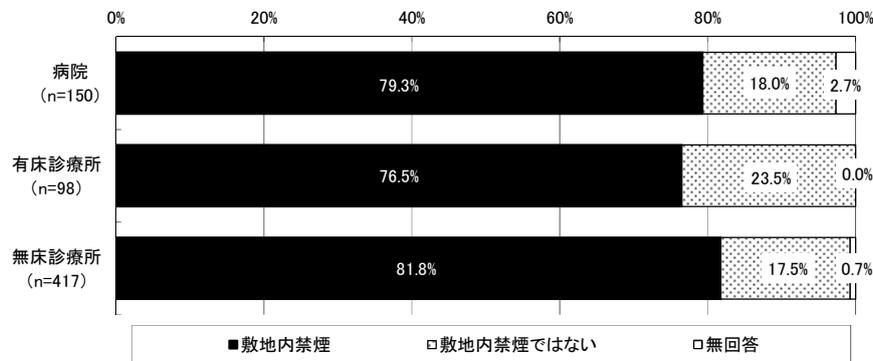


(注) 「日本医師会の認知症に係る研修」とは都道府県及び指定都市が認知症地域医療支援事業として実施する研修事業で「認知症サポート医養成研修事業」と「かかりつけ医認知症対応能力研修事業」がある。

⑪敷地内禁煙の状況

敷地内禁煙の状況は次のとおりである。

図表 17 敷地内禁煙の状況



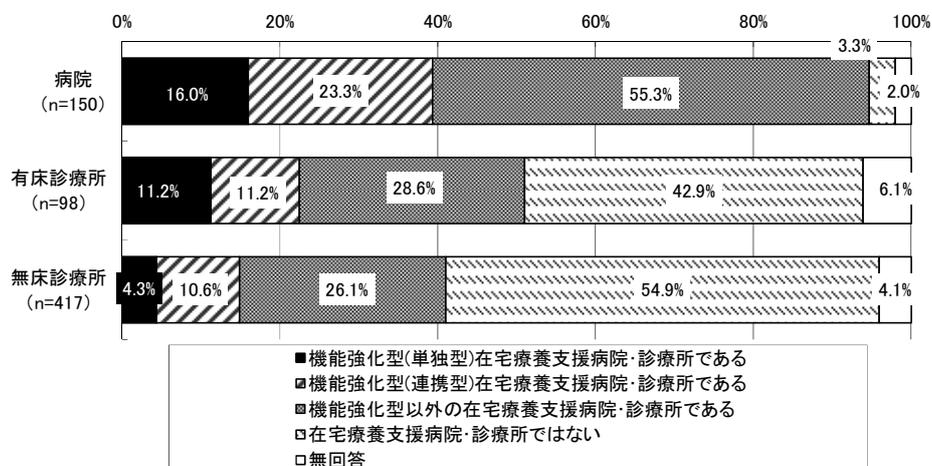
⑫在支病・在支診の届出状況

在宅療養支援病院（在支病）・在宅療養支援診療所（在支診）の届出状況をみると、病院では「機能強化型以外の在支病」が55.3%で最も多く、次いで「機能強化型（連携型）在支病」が23.3%、「機能強化型（単独型）在支病」が16.0%であった。

有床診療所では「在支診ではない」が42.9%で最も多く、次いで「機能強化型以外の在支診」が28.6%、「機能強化型（単独型）在支診」「機能強化型（連携型）在支診」がいずれも11.2%であった。

無床診療所では「在支診ではない」が54.9%で最も多く、次いで「機能強化型以外の在支診」が26.1%、「機能強化型（連携型）在支診」が10.6%、「機能強化型（単独型）在支診」が4.3%であった。

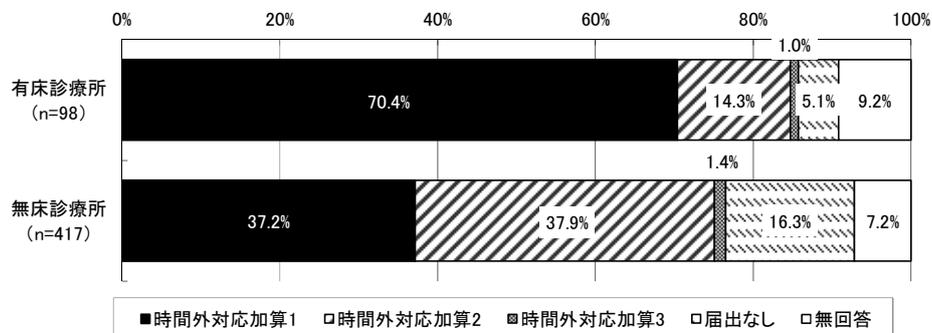
図表 18 在支病・在支診の届出状況



⑬時間外対応加算の種類

時間外対応加算の種類は次のとおりである。

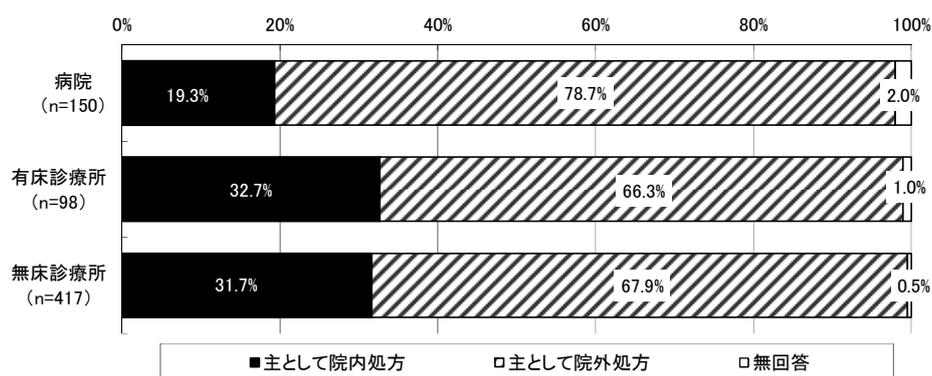
図表 19 時間外対応加算の種類



⑭外来における院内・院外処方状況

外来における院内・院外処方状況は次のとおりである。

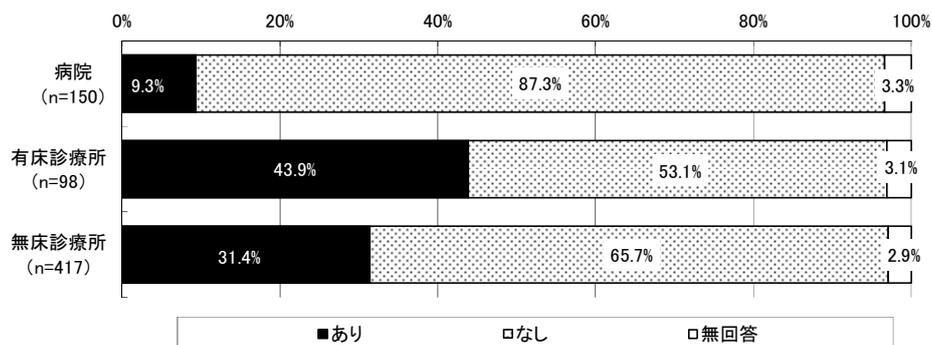
図表 20 外来における院内・院外処方状況



⑮連携している24時間対応の薬局の有無

連携している24時間対応の薬局の有無は次のとおりである。

図表 21 連携している24時間対応の薬局の有無



（２）地域包括診療料等の届出状況等

①地域包括診療料等の届出状況

地域包括診療料等の届出状況は次のとおりである。

病院では「地域包括診療料の届出をしている」は4.0%（6施設）であり、「いずれも届出をしていない」が96.0%（144施設）であった。

有床診療所では「地域包括診療料の届出をしている」は23.5%（23施設）で、「地域包括診療加算の届出をしている」は17.3%（17施設）、「いずれも届出をしていない」が59.2%（58施設）であった。

無床診療所では「地域包括診療料の届出をしている」は13.4%（56施設）で、「地域包括診療加算の届出をしている」が12.0%（50施設）、「いずれも届出をしていない」が74.6%（311施設）であった。

図表 22 地域包括診療料等の届出状況

（単位：上段「件」、下段「%」）

	総数	地域包括診療料の届出をしている	地域包括診療加算の届出をしている	いずれも届出をしていない
病院	150 100.0	6 4.0	- -	144 96.0
有床診療所	98 100.0	23 23.5	17 17.3	58 59.2
無床診療所	417 100.0	56 13.4	50 12.0	311 74.6

②地域包括診療料等の届出をしていない施設

1) 地域包括診療料等の届出をしていない理由

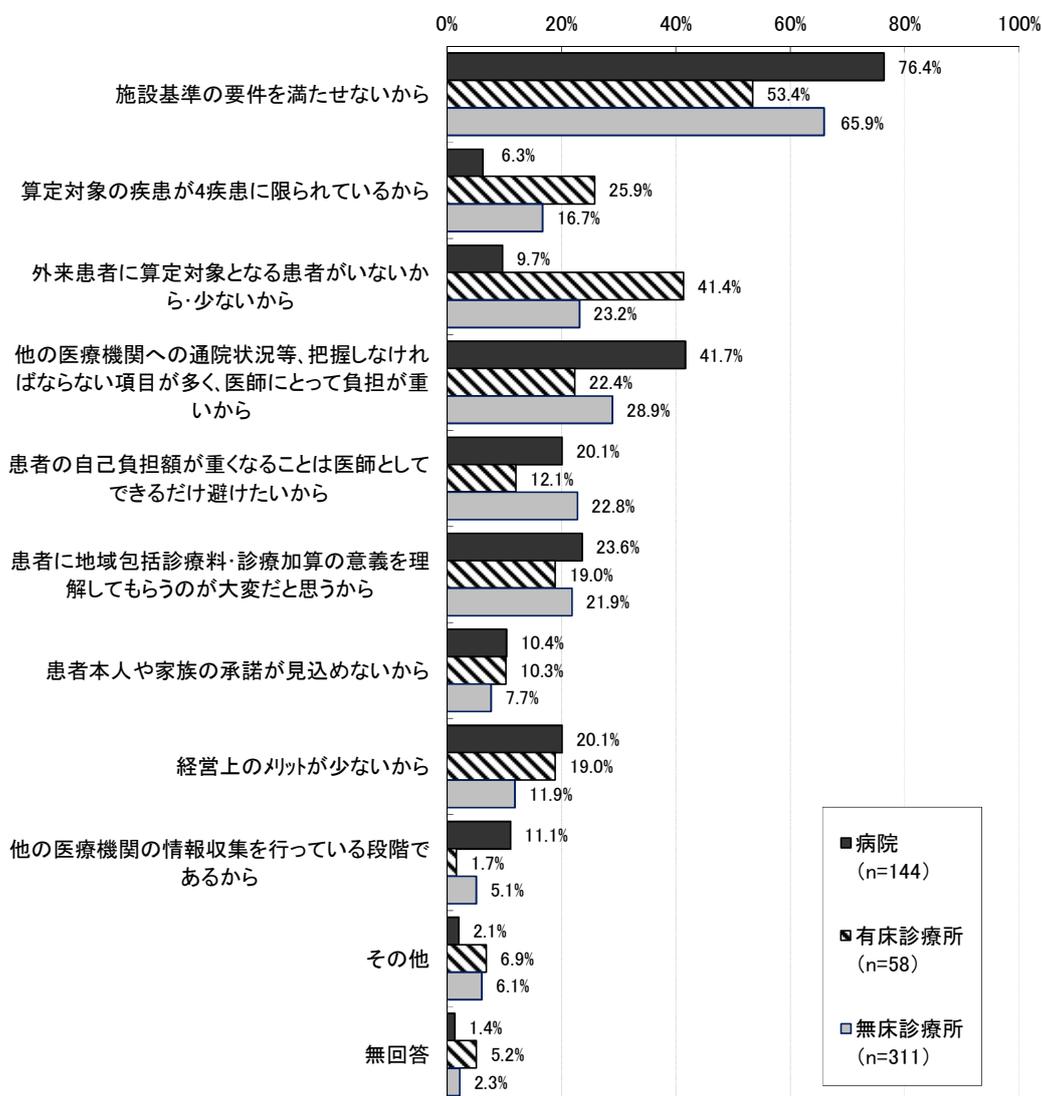
病院については「地域包括診療料」の、診療所については「地域包括診療料」「地域包括診療加算」の届出をしていない理由を尋ねた結果が次の図表である。

病院について「地域包括診療料」の届出をしていない理由をみると、「施設基準の要件を満たせないから」が76.4%で最も多く、次いで「他の医療機関への通院状況等、把握しなければならない項目が多く、医師にとって負担が重いから」が41.7%であった。

有床診療所について「地域包括診療料」「地域包括診療加算」のいずれも届出をしていない理由をみると、「施設基準の要件を満たせないから」が53.4%で最も多く、次いで「外来患者に算定対象となる患者はいないから・少ないから」(41.4%)であった。

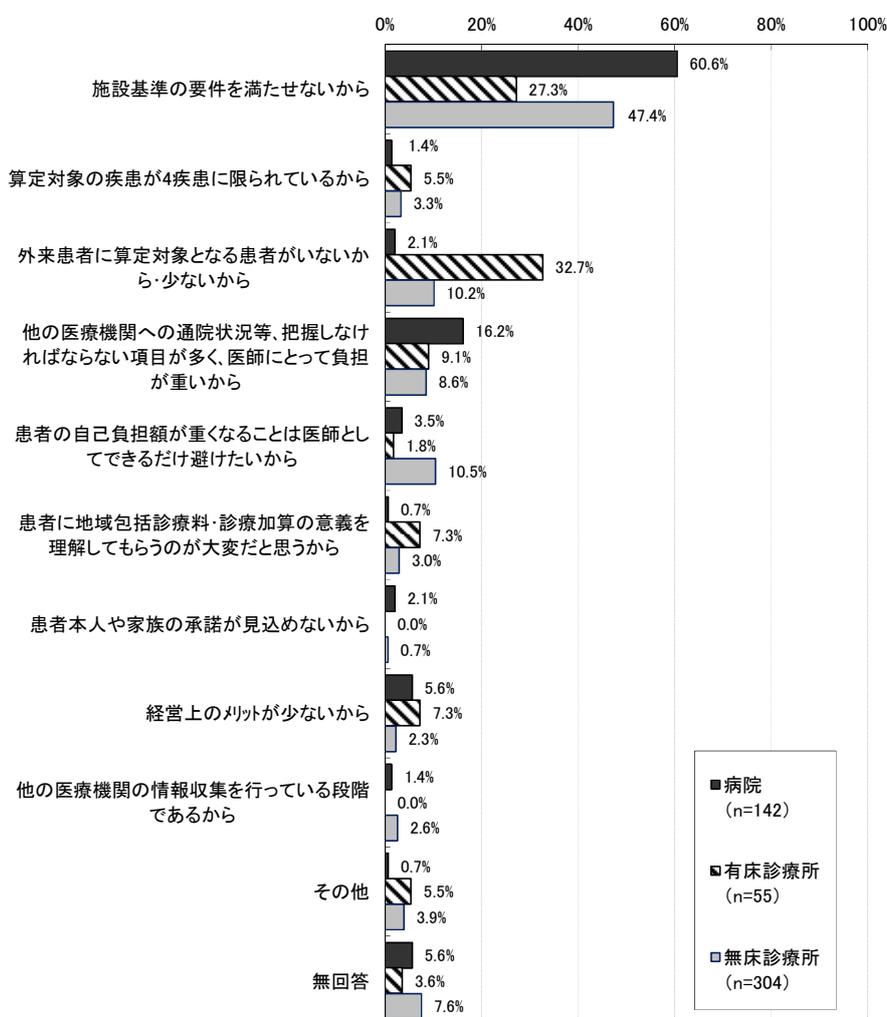
無床診療所について「地域包括診療料」「地域包括診療加算」のいずれも届出をしていない理由をみると、「施設基準の要件を満たせないから」が65.9%で最も多く、次いで「他の医療機関への通院状況等、把握しなければならない項目が多く、医師にとって負担が重いから」(28.9%)、「外来患者に算定対象となる患者はいないから・少ないから」(23.2%)であった。

図表 23 地域包括診療料等の届出をしていない理由
 （地域包括診療料・地域包括診療加算の届出をしていない施設、複数回答）



地域包括診療料等の届出をしていない最大の理由について尋ねた結果が次の図表である。
 病院について「地域包括診療料」の届出をしていない最大の理由をみると、「施設基準の要件を満たせないから」が60.6%で最も多く、次いで「他の医療機関への通院状況等、把握しなければならない項目が多く、医師にとって負担が重いから」が16.2%であった。
 有床診療所について「地域包括診療料」「地域包括診療加算」のいずれも届出をしていない最大の理由をみると、「外来患者に算定対象となる患者がいらないから・少ないから」が32.7%で最も多く、次いで「施設基準の要件を満たせないから」が27.3%であった。
 無床診療所について「地域包括診療料」「地域包括診療加算」のいずれも届出をしていない最大の理由をみると、「施設基準の要件を満たせないから」が47.4%で最も多かった。

図表 24 地域包括診療料等の届出をしていない最大の理由
 （地域包括診療料・地域包括診療加算の届出をしていない施設、単数回答）



(注) 地域包括診療料等の届出をしていない理由について無回答だった施設を除外して集計対象とした。

2) 地域包括診療料等の届出を行う上で厳しい要件

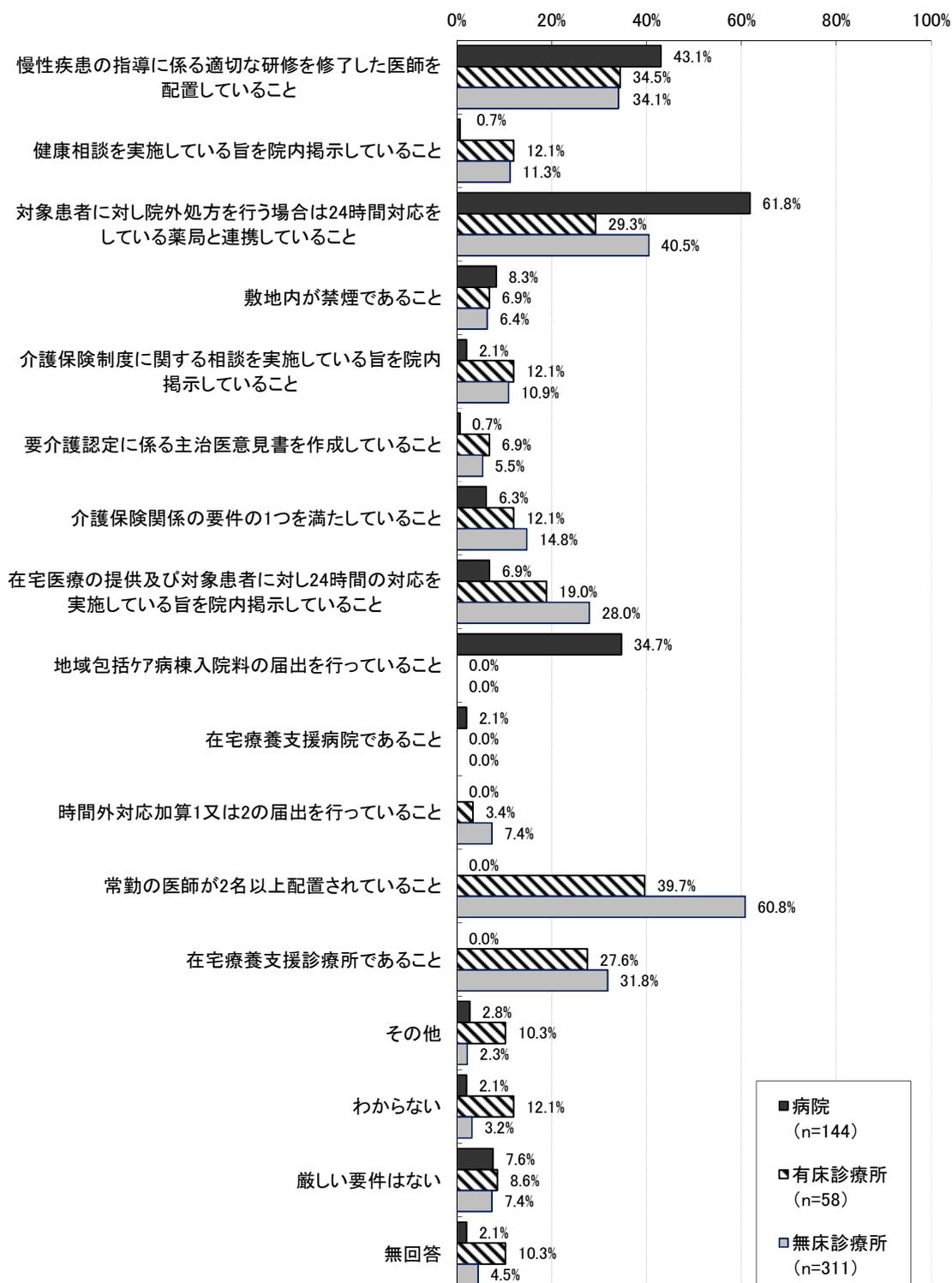
病院については「地域包括診療料」の、診療所については「地域包括診療料」「地域包括診療加算」の届出を行う上で厳しい要件を尋ねた結果が次の図表である。

病院について「地域包括診療料」の届出を行う上で厳しい要件をみると、「対象患者に対し院外処方を行う場合は24時間対応をしている薬局と連携していること」が61.8%で最も多く、次いで「慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師を配置していること」(43.1%)、「地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること」(34.7%)であった。

有床診療所について「地域包括診療料」「地域包括診療加算」の届出を行う上で厳しい要件をみると、「常勤の医師が2名以上配置されていること」が39.7%で最も多く、次いで「慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師を配置していること」(34.5%)、「対象患者に対し院外処方を行う場合は24時間対応をしている薬局と連携していること」(29.3%)であった。

無床診療所について「地域包括診療料」「地域包括診療加算」の届出を行う上で厳しい要件をみると、「常勤の医師が2名以上配置されていること」が60.8%で最も多く、次いで「対象患者に対し院外処方を行う場合は24時間対応をしている薬局と連携していること」(40.5%)、「慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師を配置していること」(34.1%)であった。

図表 25 地域包括診療料等の届出を行う上で厳しい要件
 （地域包括診療料・地域包括診療加算の届出をしていない施設、複数回答）



かかりつけ医調査（施設調査）

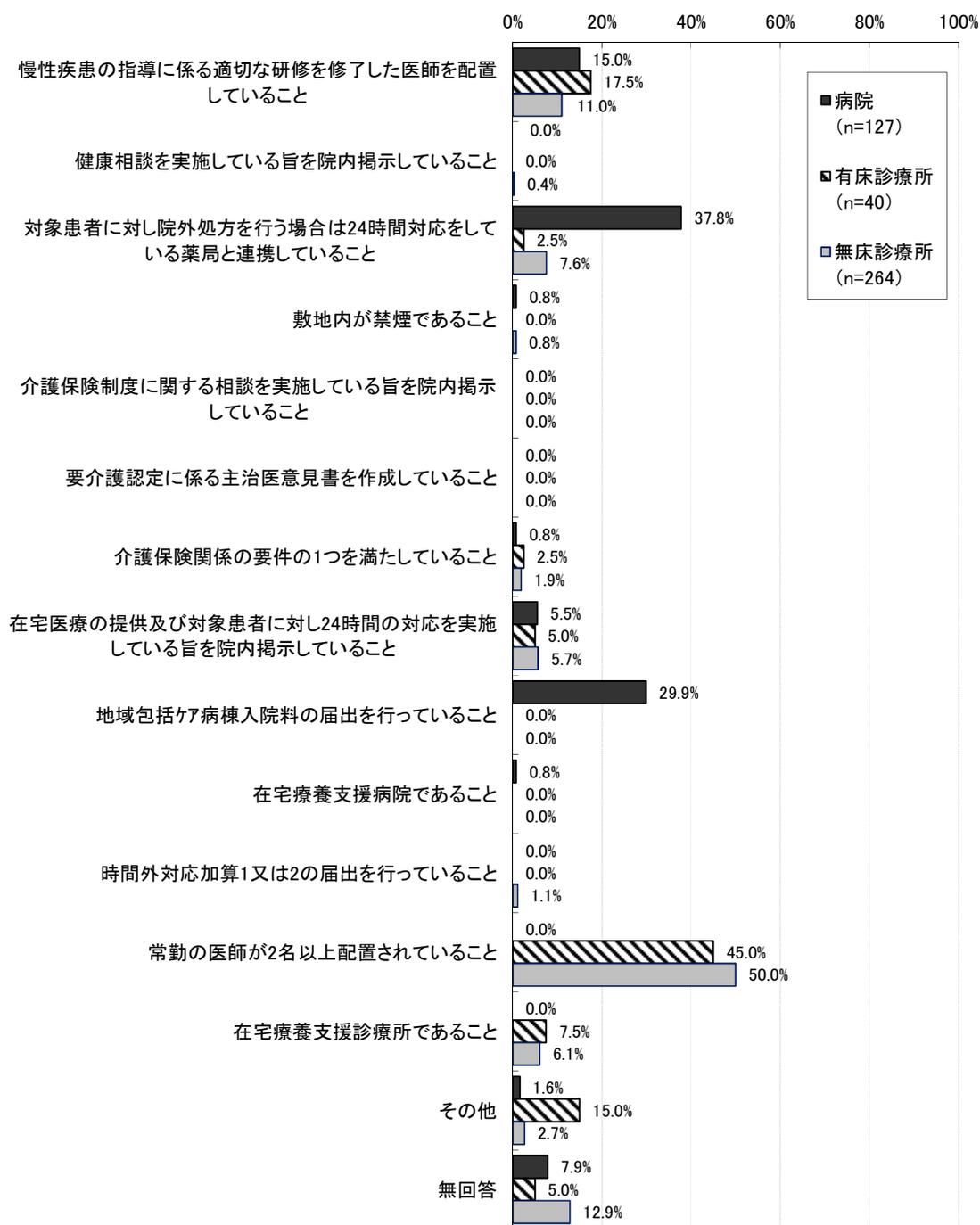
病院については「地域包括診療料」の、診療所については「地域包括診療料」「地域包括診療加算」の届出を行う上で最も厳しい要件を尋ねた結果が次の図表である。

病院について「地域包括診療料」の届出を行う上で最も厳しい要件をみると、「対象患者に対し院外処方を行う場合は24時間対応をしている薬局と連携していること」が37.8%で最も多く、次いで「地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること」(29.9%)であった。

有床診療所について「地域包括診療料」「地域包括診療加算」の届出を行う上で最も厳しい要件をみると、「常勤の医師が2名以上配置されていること」が45.0%で最も多く、次いで「慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師を配置していること」(17.5%)であった。

無床診療所について「地域包括診療料」「地域包括診療加算」の届出を行う上で最も厳しい要件をみると、「常勤の医師が2名以上配置されていること」が50.0%で最も多かった。

図表 26 地域包括診療料等の届出を行う上で最も厳しい要件
 （地域包括診療料・地域包括診療加算の届出をしていない施設、単数回答）



（注）地域包括診療料等の届出を行う上で厳しい要件について無回答だった施設を除外して集計対象とした。

3) 地域包括診療料等に関する今後の届出意向

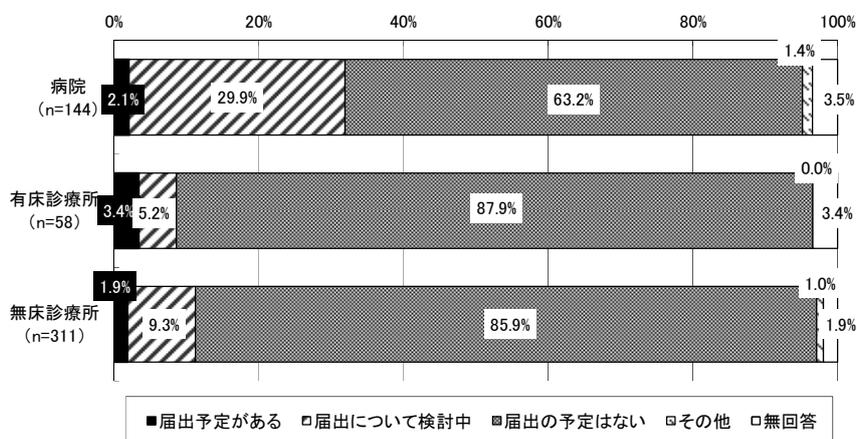
病院に対しては「地域包括診療料」の、診療所に対しては「地域包括診療料」「地域包括診療加算」に関する今後の届出意向を尋ねた結果が次の図表である。

病院では「届出予定がある」が2.1%、「届出について検討中」が29.9%、「届出の予定はない」が63.2%であった。

有床診療所では「届出予定がある」が3.4%、「届出について検討中」が5.2%、「届出の予定はない」が87.9%であった。

無床診療所では「届出予定がある」が1.9%、「届出について検討中」が9.3%、「届出の予定はない」が85.9%であった。

図表 27 地域包括診療料等に関する今後の届出意向
（地域包括診療料・地域包括診療加算の届出をしていない施設）



③地域包括診療料の届出施設

1) 届出施設の内訳

本調査における「地域包括診療料」の届出施設は次のとおりである。

図表 28 地域包括診療料の届出施設（地域包括診療料の届出施設）

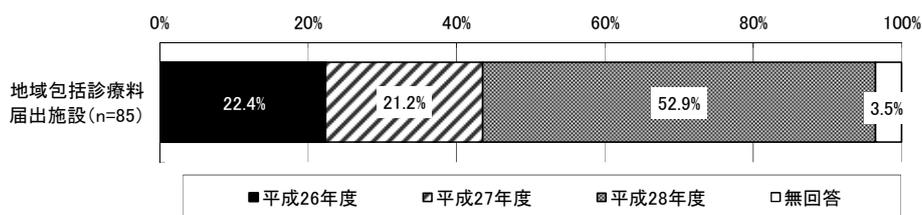
（単位：上段「件」、下段「%」）

総数	病院	有床診療所	無床診療所
85	6	23	56
100.0	7.1	27.1	65.9

2) 地域包括診療料の届出時期

地域包括診療料の届出時期をみると、「平成 26 年度」が 22.4%、「平成 27 年度」が 21.2%、「平成 28 年度」が 52.9%で、「平成 28 年度」が最も多かった。

図表 29 地域包括診療料の届出時期（地域包括診療料の届出施設）



3) 地域包括診療料の届出を行う上で苦勞した施設基準の要件

地域包括診療料の届出を行う上で苦勞した施設基準の要件をみると、病院、有床診療所、無床診療所のいずれも「慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師を配置していること」がそれぞれ 66.7%、52.2%、50.0%で最も多かった。

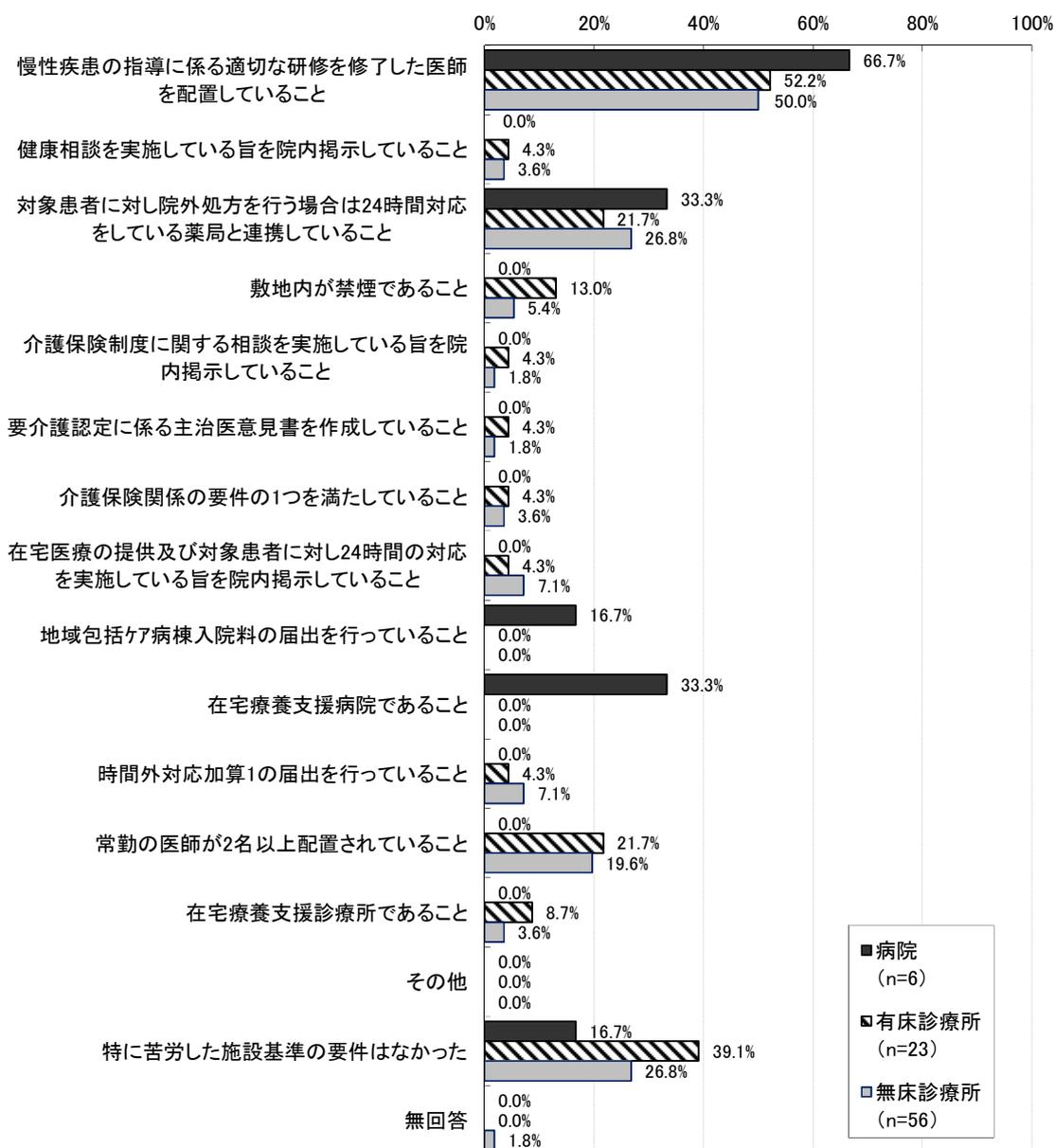
次いで、病院では「対象患者に対し院外処方を行う場合は 24 時間対応をしている薬局と連携していること」「在宅療養支援病院であること」（いずれも 33.3%）であった。

有床診療所では「対象患者に対し院外処方を行う場合は 24 時間対応をしている薬局と連携していること」「常勤の医師が 2 名以上配置されていること」（いずれも 21.7%）であった。

無床診療所では「対象患者に対し院外処方を行う場合は 24 時間対応をしている薬局と連携していること」（26.8%）、「常勤の医師が 2 名以上配置されていること」（19.6%）であった。

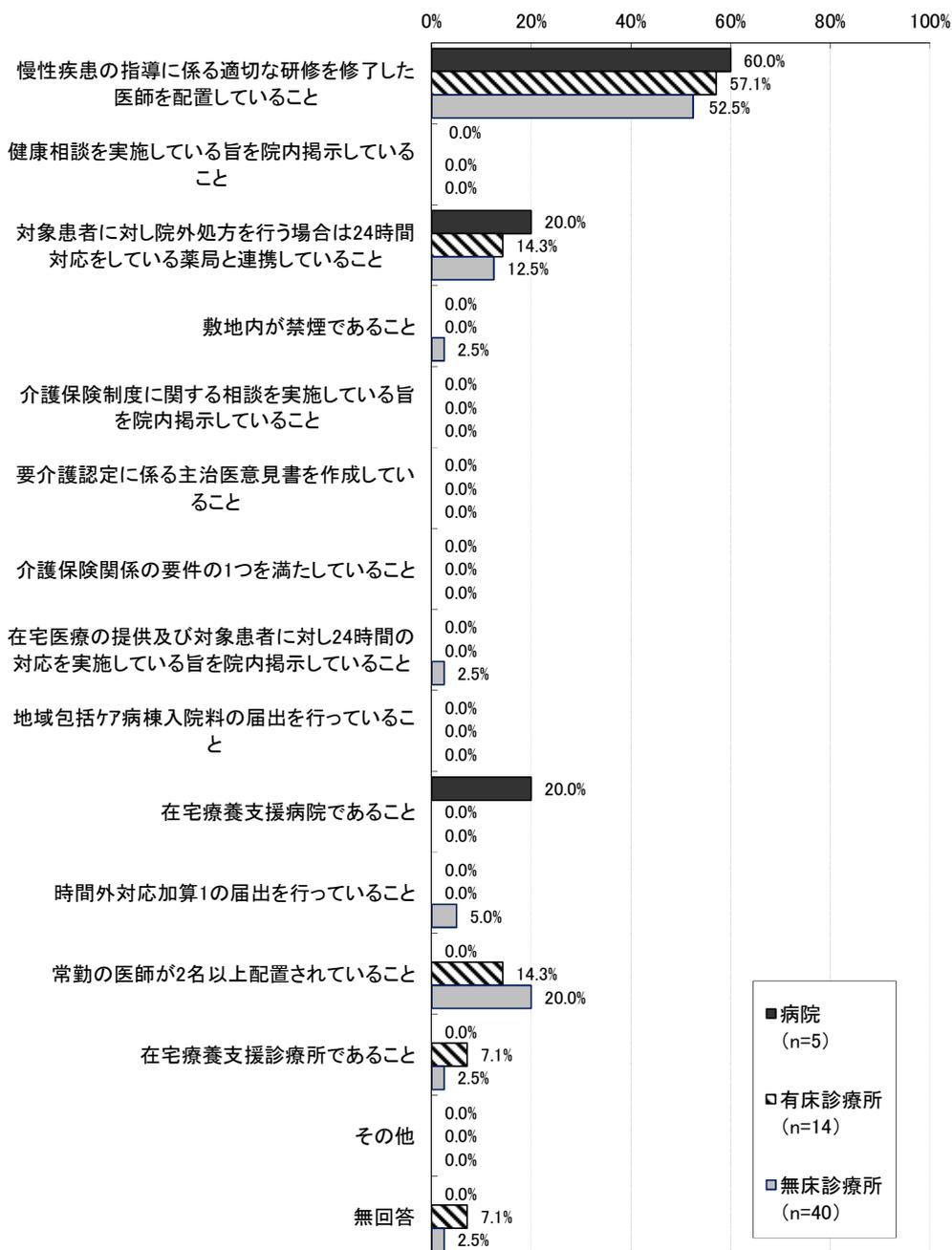
一方で、「特に苦勞した施設基準の要件はなかった」が病院では 16.7%、有床診療所では 39.1%、無床診療所では 26.8%であった。

図表 30 地域包括診療料の届出を行う上で苦労した施設基準の要件
（地域包括診療料の届出施設、複数回答）



地域包括診療料の届出を行う上で最も苦勞した施設基準の要件をみると、病院、有床診療所、無床診療所のいずれも「慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師を配置していること」がそれぞれ60.0%、57.1%、52.5%で最も多かった。

図表 31 地域包括診療料の届出を行う上で最も苦勞した施設基準の要件
（地域包括診療料の届出施設、単数回答）



(注) 地域包括診療料等の届出を行う上で苦勞した施設基準について無回答だった施設を除外して集計対象とした。

④地域包括診療加算の届出施設

1) 届出施設の内訳

本調査における「地域包括診療加算」の届出施設は次のとおりである。

図表 32 地域包括診療加算の届出施設（地域包括診療加算の届出施設）

（単位：上段「件」、下段「%」）

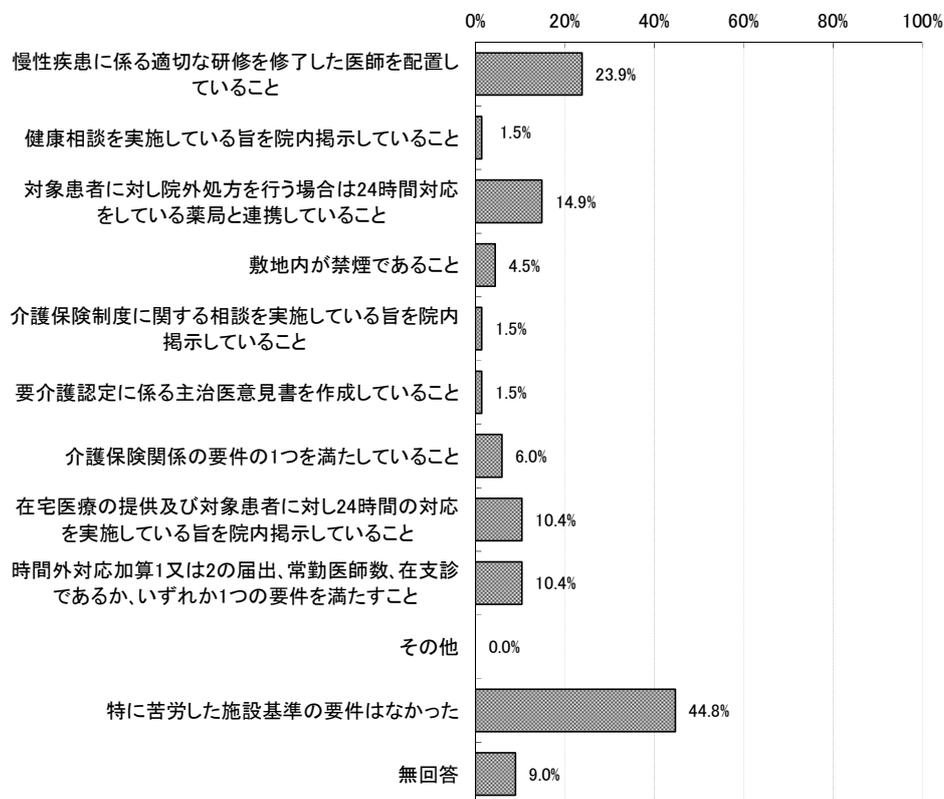
総数	有床診療所	無床診療所
67	17	50
100.0	25.4	74.6

2) 地域包括診療加算の届出を行う上で苦勞した施設基準の要件

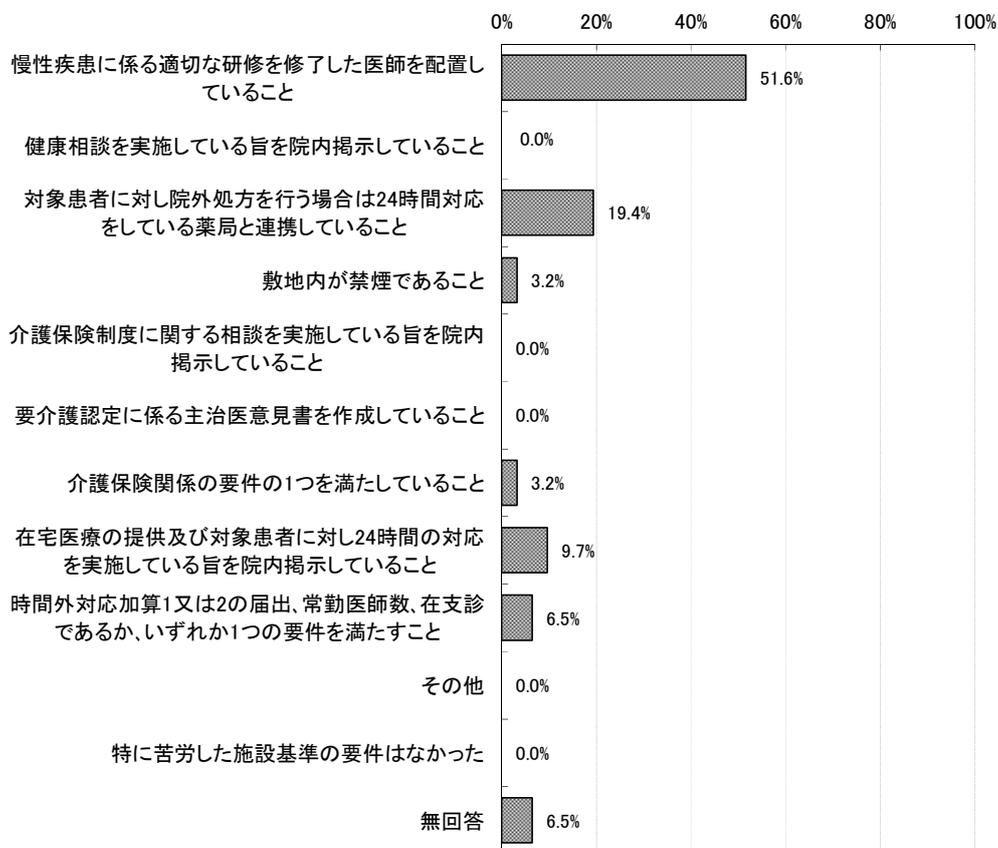
地域包括診療加算の届出を行う上で苦勞した施設基準の要件をみると、「慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師を配置していること」が23.9%で最も多く、次いで「対象患者に対し院外処方を行う場合は24時間対応をしている薬局と連携していること」(14.9%)であった。

一方で、「特に苦勞した施設基準の要件はなかった」が44.8%であった。

図表 33 地域包括診療加算の届出を行う上で苦勞した施設基準の要件
（地域包括診療加算の届出施設、複数回答、n=67）



図表 34 地域包括診療加算の届出を行う上で最も苦勞した施設基準の要件
（地域包括診療加算の届出施設、単数回答、n=31）



(注) 地域包括診療加算の届出を行う上で苦勞した施設基準について無回答だった施設を除外して集計対象とした。

（3）地域包括診療料・地域包括診療加算等の実施状況

①地域包括診療料届出施設における算定患者数

地域包括診療料の届出施設における、平成 28 年 9 月 1 か月間の「初診・再診を行った患者の実人数（診療録ベース）」は平均 841.7 人であり、このうち、「地域包括診療料を算定した患者数（診療録ベース）」は平均 37.2 人で外来患者に占める割合は 4.4%であった。また、「認知症地域包括診療料を算定した患者数（診療録ベース）」は平均 13.7 人で外来患者に占める割合は 1.6%であった。

図表 35 地域包括診療料の算定患者数等（地域包括診療料届出施設、n=65）

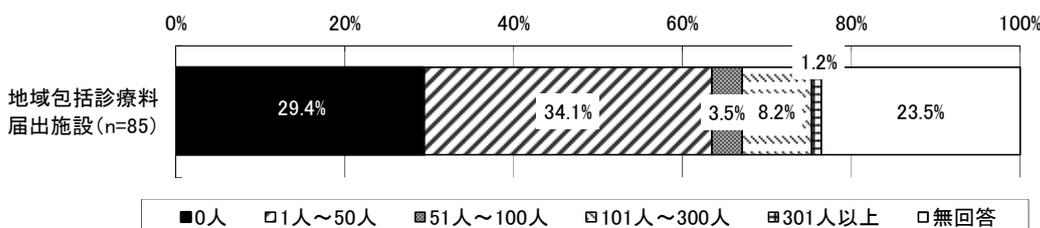
（単位：人）

	平均値	標準偏差	中央値
①初診患者数	131.2	172.9	82.0
②再診延べ患者数	1,136.8	1,090.1	840.0
③初診・再診を行った患者の実人数(診療録ベース)	841.7	799.9	700.0
④地域包括診療料を算定した患者数(診療録ベース)	37.2	86.8	4.0
⑤地域包括診療料を算定した延べ患者数	44.6	95.8	5.0
⑥認知症地域包括診療料を算定した患者数(診療録ベース)	13.7	43.2	0.0
⑦上記⑥のうち、半年以内に「認知症療養指導料」を算定した患者数(診療録ベース)	3.2	19.0	0.0
⑧認知症地域包括診療料を算定した延べ患者数	17.4	46.9	0.0

（注）平成 28 年 9 月 1 か月間の患者数について全ての項目に記入があった届出施設を集計対象とした。

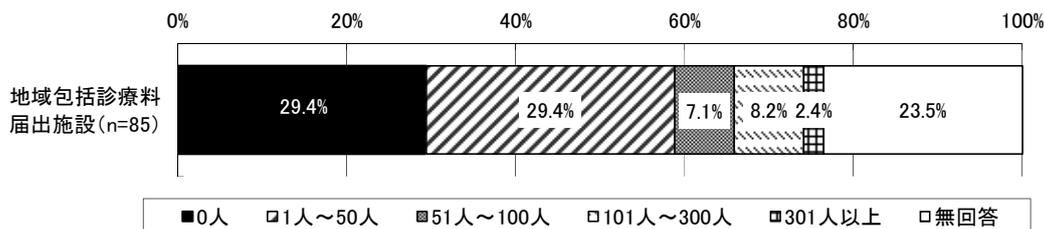
地域包括診療料届出施設 85 施設のうち、平成 28 年 9 月 1 か月間の地域包括診療料算定患者数が「1 人～50 人」という施設が 34.1%で最も多かった。一方、「0 人」という施設が 29.4%あった。

図表 36 地域包括診療料算定患者数別の施設分布



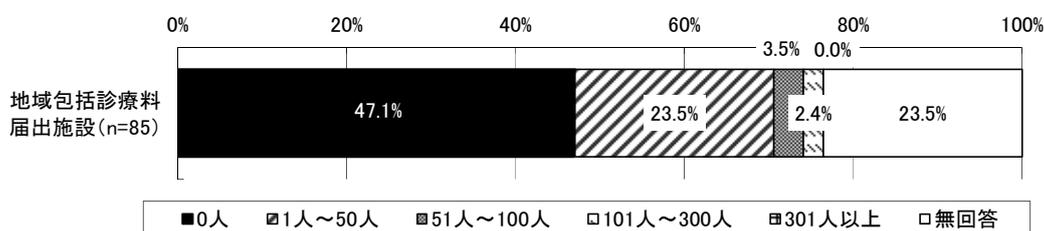
（注）平成 28 年 9 月 1 か月間に地域包括診療料を算定した患者数（診療録ベース、実人数）による施設分布。

図表 37 地域包括診療料算定延べ患者数別の施設分布



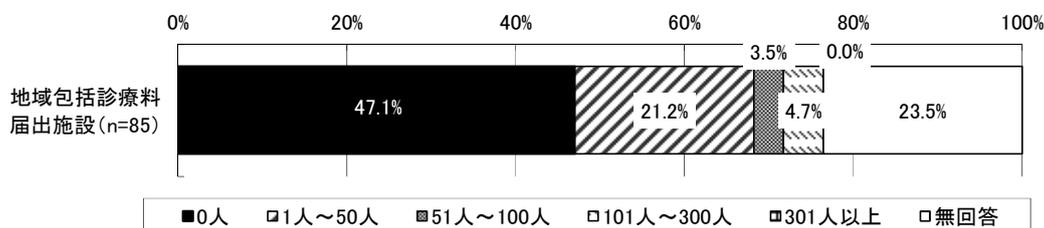
(注) 平成 28 年 9 月 1 か月間に地域包括診療料を算定した延べ患者数による施設分布。

図表 38 認知症地域包括診療料算定患者数別の施設分布



(注) 平成 28 年 9 月 1 か月間に認知症地域包括診療料を算定した患者数（診療録ベース、実人数）による施設分布。

図表 39 認知症地域包括診療料算定延べ患者数別の施設分布



(注) 平成 28 年 9 月 1 か月間に認知症地域包括診療料を算定した延べ患者数による施設分布。

図表 40 地域包括診療料の算定患者数等（地域包括診療料届出施設【病院】、n=4）

（単位：人）

	平均値	標準偏差	中央値
①初診患者数	178.0	133.4	141.0
②再診延べ患者数	2,366.5	1,694.6	1,929.5
③初診・再診を行った患者の実人数（診療録ベース）	1,279.8	631.5	1,305.0
④地域包括診療料を算定した患者数（診療録ベース）	1.3	2.5	0.0
⑤地域包括診療料を算定した延べ患者数	2.0	4.0	0.0
⑥認知症地域包括診療料を算定した患者数（診療録ベース）	1.3	2.5	0.0
⑦上記⑥のうち、半年以内に「認知症療養指導料」を算定した患者数（診療録ベース）	0.0	-	0.0
⑧認知症地域包括診療料を算定した延べ患者数	2.5	5.0	0.0

（注）平成 28 年 9 月 1 か月間の患者数について全ての項目に記入があった届出施設を集計対象とした。

図表 41 地域包括診療料の算定患者数等（地域包括診療料届出施設【診療所】、n=61）

（単位：人）

	平均値	標準偏差	中央値
①初診患者数	128.1	175.6	72.0
②再診延べ患者数	1,056.1	1,008.2	800.0
③初診・再診を行った患者の実人数（診療録ベース）	813.0	805.5	697.0
④地域包括診療料を算定した患者数（診療録ベース）	39.5	89.1	5.0
⑤地域包括診療料を算定した延べ患者数	47.4	98.2	6.0
⑥認知症地域包括診療料を算定した患者数（診療録ベース）	14.5	44.5	0.0
⑦上記⑥のうち、半年以内に「認知症療養指導料」を算定した患者数（診療録ベース）	3.4	19.6	0.0
⑧認知症地域包括診療料を算定した延べ患者数	18.4	48.3	0.0

（注）平成 28 年 9 月 1 か月間の患者数について全ての項目に記入があった届出施設を集計対象とした。

②地域包括診療加算届出施設における算定患者数

地域包括診療料の届出施設における、平成 28 年 9 月 1 か月間の「初診・再診を行った患者の実人数（診療録ベース）」は平均 735.9 人であり、このうち、「地域包括診療加算を算定した患者数（診療録ベース）」は平均 153.2 人で外来患者に占める割合は 20.8%であった。また、「認知症地域包括診療加算を算定した患者数（診療録ベース）」は平均 5.8 人で外来患者に占める割合は 0.8%であった。

図表 42 地域包括診療加算の算定患者数等（地域包括診療加算届出施設、n=51）

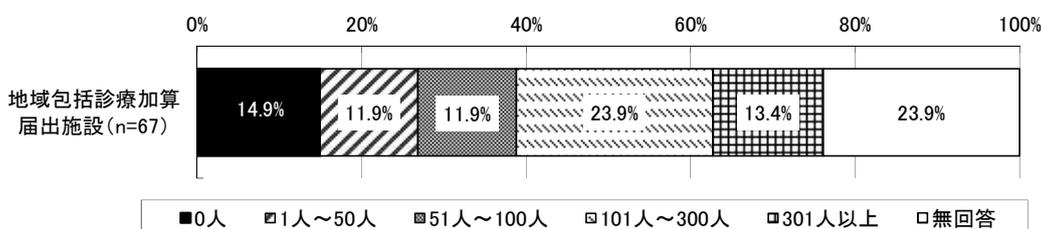
（単位：人）

	平均値	標準偏差	中央値
①初診患者数	102.4	99.9	67.0
②再診延べ患者数	1,004.9	748.7	973.0
③初診・再診を行った患者の実人数(診療録ベース)	735.9	479.6	609.0
④地域包括診療加算を算定した患者数(診療録ベース)	153.2	159.2	85.0
⑤地域包括診療加算を算定した延べ患者数	248.5	254.1	184.0
⑥認知症地域包括診療加算を算定した患者数(診療録ベース)	5.8	18.1	0.0
⑦上記⑥のうち、半年以内に「認知症療養指導料」を算定した患者数(診療録ベース)	0.0	-	0.0
⑧認知症地域包括診療加算を算定した延べ患者数	8.6	23.6	0.0

（注）平成 28 年 9 月 1 か月間の患者数について全ての項目に記入があった届出施設を集計対象とした。

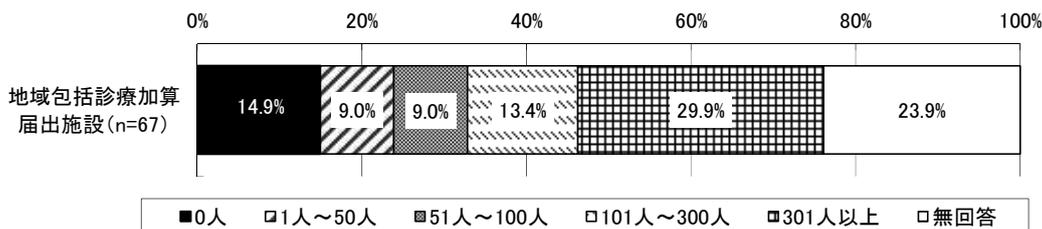
地域包括診療加算届出施設 67 施設のうち、平成 28 年 9 月 1 か月間の地域包括診療加算算定患者数が「101 人～300 人」という施設が 23.9%で最も多かった。「0 人」という施設は 14.9%であった。

図表 43 地域包括診療加算算定患者数別の施設分布



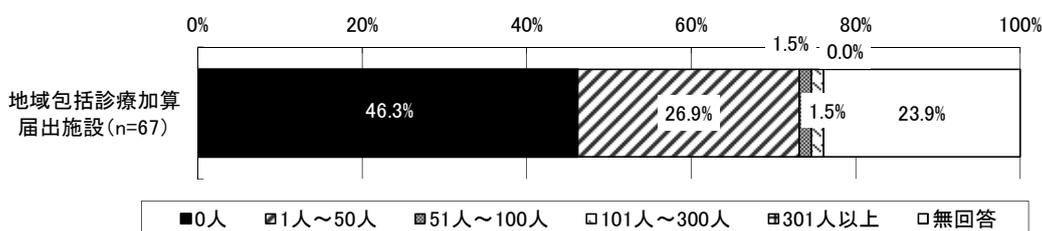
（注）平成 28 年 9 月 1 か月間に地域包括診療加算を算定した患者数（診療録ベース、実人数）による施設分布。

図表 44 地域包括診療加算算定延べ患者数別の施設分布



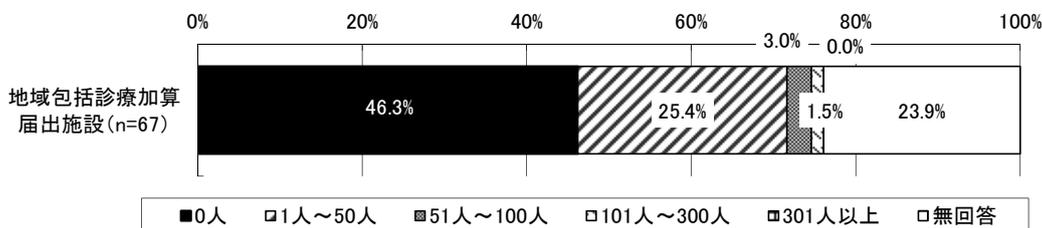
(注) 平成 28 年 9 月 1 か月間に地域包括診療加算を算定した延べ患者数による施設分布。

図表 45 認知症地域包括診療加算算定患者数別の施設分布



(注) 平成 28 年 9 月 1 か月間に認知症地域包括診療加算を算定した患者数（診療録ベース、実人数）による施設分布。

図表 46 認知症地域包括診療加算算定延べ患者数別の施設分布



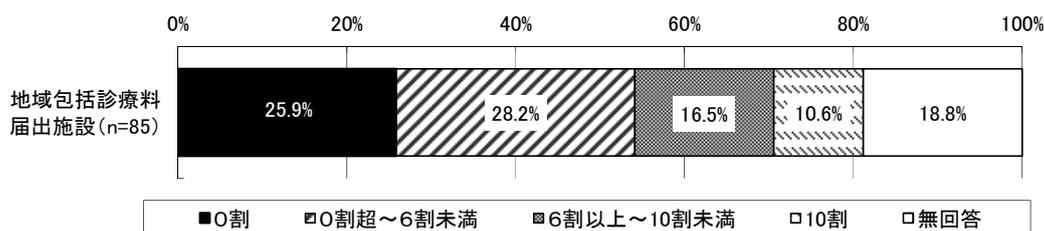
(注) 平成 28 年 9 月 1 か月間に認知症地域包括診療加算を算定した延べ患者数による施設分布。

③地域包括診療料等の説明を行った患者割合

1) 算定要件を満たしている患者のうち、地域包括診療料の説明を行った患者の割合等

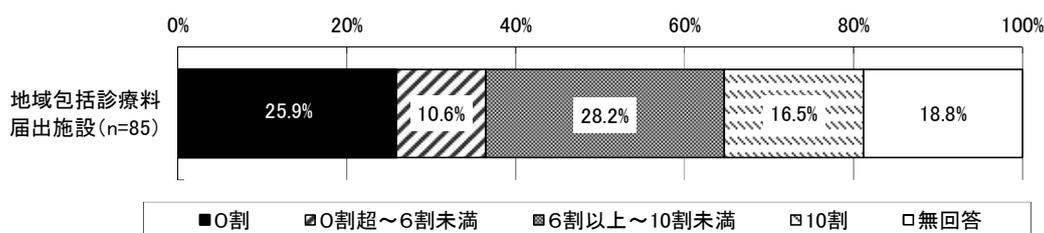
地域包括診療料届出施設において、地域包括診療料の算定要件を満たしている患者のうち、平成 28 年 4 月以降、地域包括診療料の説明を行った患者の割合を尋ねたところ、「0 割」が 25.9%であった。また、「0 割超～6 割未満」が 28.2%、「6 割以上～10 割未満」が 16.5%、「10 割」が 10.6%であった。

図表 47 算定要件を満たしている患者のうち、地域包括診療料の説明を行った患者の割合（地域包括診療料届出施設、平成 28 年 4 月以降）



地域包括診療料届出施設において、平成 28 年 4 月以降、地域包括診療料の説明を行った患者のうち、同意を得られた患者の割合を尋ねたところ、「6 割以上～10 割未満」が 28.2%で最も多かった。また、「10 割」が 16.5%であった。

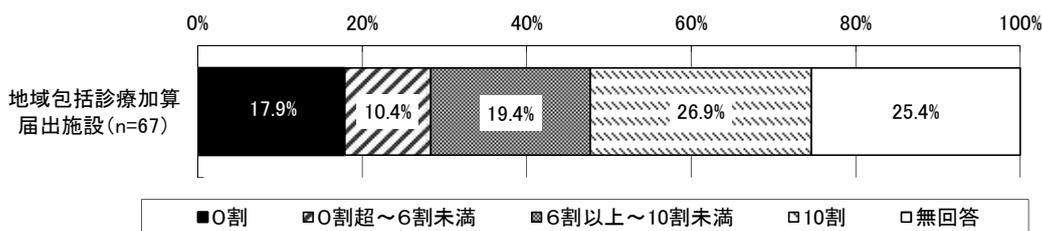
図表 48 地域包括診療料の説明を行った患者のうち、同意を得られた患者の割合（地域包括診療料届出施設、平成 28 年 4 月以降）



(注) 「0 割」には説明を行っていない患者も含まれる。

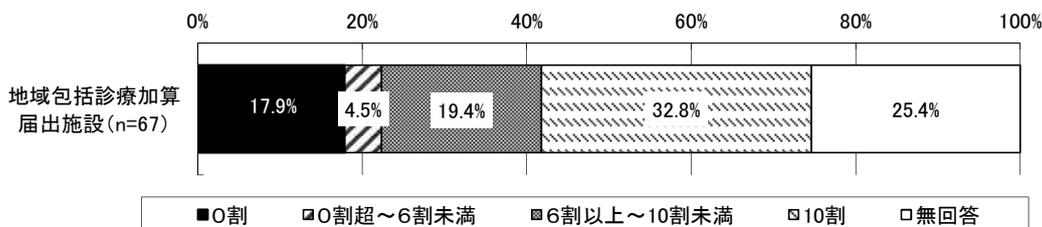
2) 算定要件を満たしている患者のうち、地域包括診療加算の説明を行った患者の割合等
 地域包括診療加算届出施設において、地域包括診療加算の算定要件を満たしている患者のうち、平成 28 年 4 月以降、地域包括診療加算の説明を行った患者の割合を尋ねたところ、「0 割」が 17.9%であった。また、「0 割超～6 割未満」が 10.4%、「6 割以上～10 割未満」が 19.4%、「10 割」が 26.9%であった。

図表 49 算定要件を満たしている患者のうち、地域包括診療加算の説明を行った患者の割合（地域包括診療加算届出施設、平成 28 年 4 月以降）



地域包括診療加算届出施設において、平成 28 年 4 月以降、地域包括診療加算の説明を行った患者のうち、同意を得られた患者の割合を尋ねたところ、「10 割」が 32.8%で最も多く、次いで「6 割以上～10 割未満」が 19.4%であった。

図表 50 地域包括診療加算の説明を行った患者のうち、同意を得られた患者の割合（地域包括診療加算届出施設、平成 28 年 4 月以降）

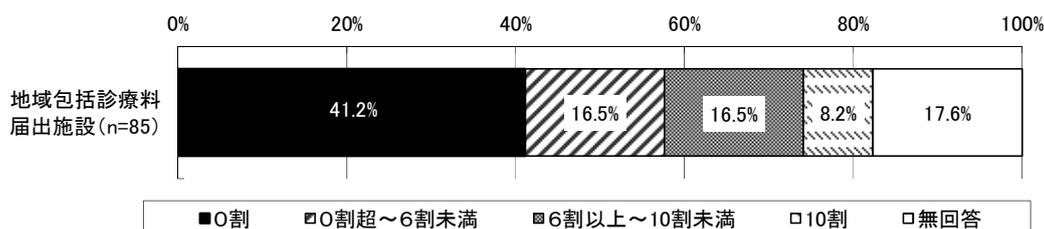


(注) 「0 割」には説明を行っていない患者も含まれる。

3) 算定要件を満たしている患者のうち、認知症地域包括診療料の説明を行った患者の割合等

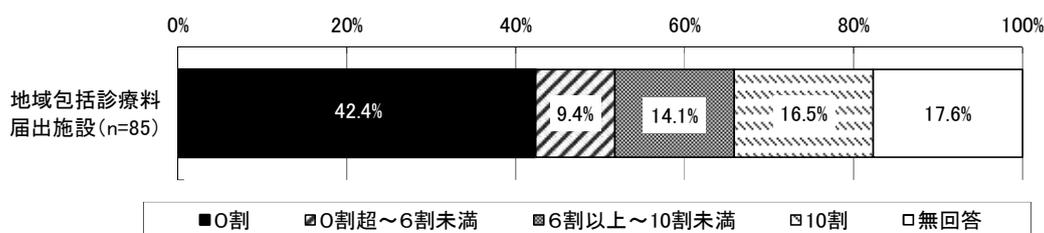
地域包括診療料届出施設において、認知症地域包括診療料の算定要件を満たしている患者のうち、平成 28 年 4 月以降、認知症地域包括診療料の説明を行った患者の割合を尋ねたところ、「0 割」が 41.2%であった。また、「0 割超～6 割未満」「6 割以上～10 割未満」がいずれも 16.5%、「10 割」が 8.2%であった。

図表 51 算定要件を満たしている患者のうち、認知症地域包括診療料の説明を行った患者の割合（地域包括診療料届出施設、平成 28 年 4 月以降）



地域包括診療料届出施設において、平成 28 年 4 月以降、認知症地域包括診療料の説明を行った患者のうち、同意を得られた患者の割合を尋ねたところ、「0 割」が 42.4%、「0 割超～6 割未満」が 9.4%、「6 割以上～10 割未満」が 14.1%、「10 割」が 16.5%であった。

図表 52 認知症地域包括診療料の説明を行った患者のうち、同意を得られた患者の割合（地域包括診療料届出施設、平成 28 年 4 月以降）

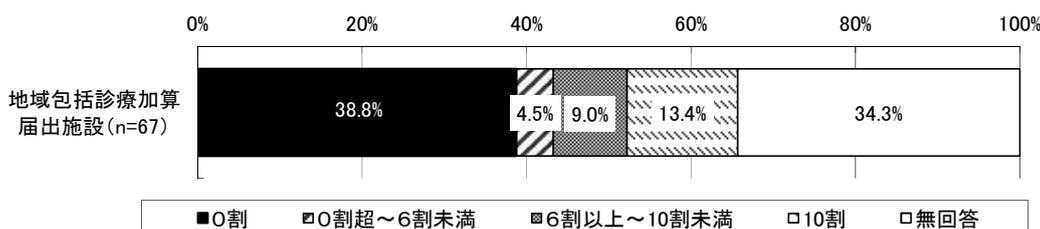


(注) 「0 割」には説明を行っていない患者も含まれる。

4) 算定要件を満たしている患者のうち、認知症地域包括診療加算の説明を行った患者の割合等

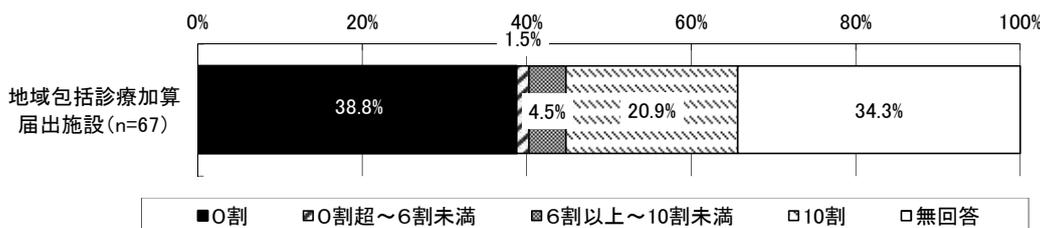
地域包括診療加算届出施設において、認知症地域包括診療加算の算定要件を満たしている患者のうち、平成 28 年 4 月以降、認知症地域包括診療加算の説明を行った患者の割合を尋ねたところ、「0 割」が 38.8%であった。また、「0 割超～6 割未満」が 4.5%、「6 割以上～10 割未満」が 9.0%、「10 割」が 13.4%であった。

図表 53 算定要件を満たしている患者のうち、認知症地域包括診療加算の説明を行った患者の割合（地域包括診療加算届出施設、平成 28 年 4 月以降）



地域包括診療加算届出施設において、平成 28 年 4 月以降、認知症地域包括診療加算の説明を行った患者のうち、同意を得られた患者の割合を尋ねたところ、「0 割」が 38.8%であった。また、「0 割超～6 割未満」が 1.5%、「6 割以上～10 割未満」が 4.5%、「10 割」が 20.9%であった。

図表 54 認知症地域包括診療加算の説明を行った患者のうち、同意を得られた患者の割合（地域包括診療加算届出施設、平成 28 年 4 月以降）



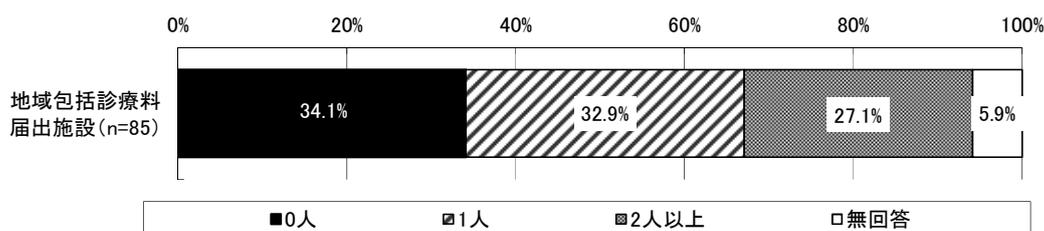
(注)「0 割」には説明を行っていない患者も含まれる。

④地域包括診療料等を担当した医師

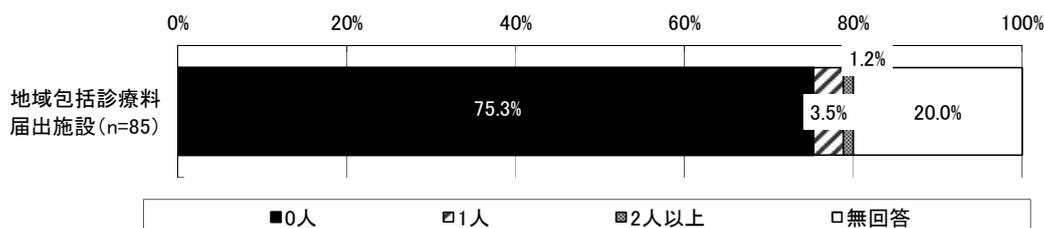
1) 地域包括診療料の算定が1回以上あった医師の人数

地域包括診療料届出施設において、平成28年9月1か月間に地域包括診療料の算定が1回以上あった常勤の医師は「0人」が34.1%、「1人」が32.9%、「2人以上」が27.1%であった。

図表 55 地域包括診療料の算定が1回以上あった常勤医師の人数
（地域包括診療料届出施設、平成28年9月1か月間）



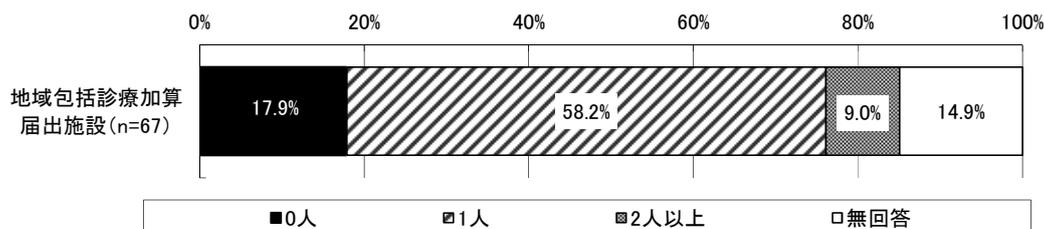
図表 56 地域包括診療料の算定が1回以上あった非常勤医師の人数
（地域包括診療料届出施設、平成28年9月1か月間）



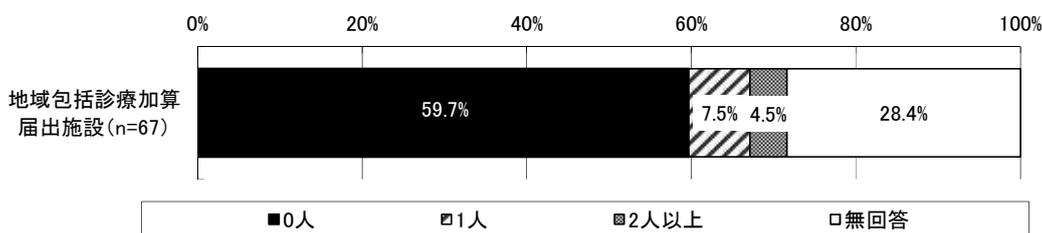
2) 地域包括診療加算の算定が1回以上あった医師の人数

地域包括診療加算届出施設において、平成28年9月1か月間に地域包括診療加算の算定が1回以上あった常勤の医師は「0人」が17.9%、「1人」が58.2%、「2人以上」が9.0%であった。

図表 57 地域包括診療加算の算定が1回以上あった常勤医師の人数
（地域包括診療加算届出施設、平成28年9月1か月間）



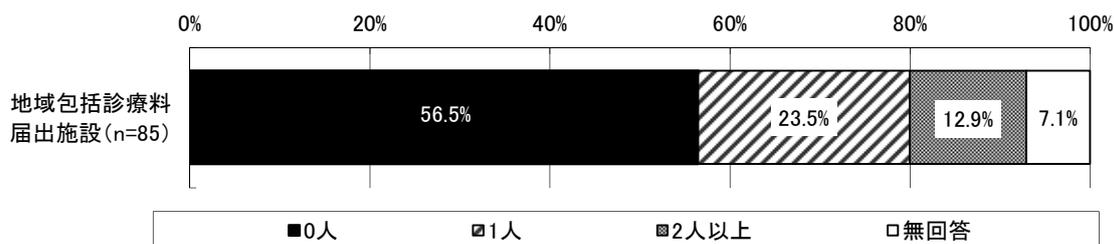
図表 58 地域包括診療加算の算定が1回以上あった非常勤医師の人数
（地域包括診療加算届出施設、平成28年9月1か月間）



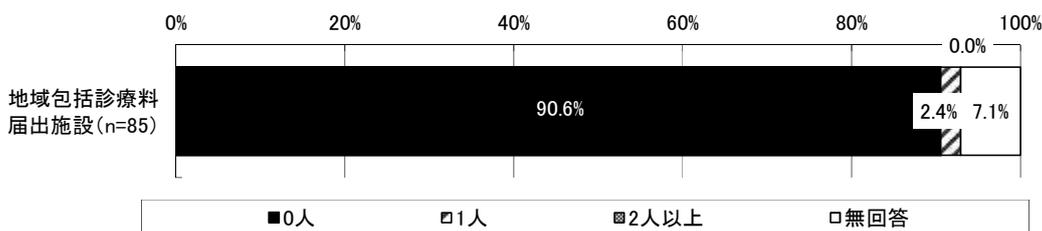
3) 認知症地域包括診療料の算定が1回以上あった医師の人数

地域包括診療料届出施設において、平成28年9月1か月間に認知症地域包括診療料の算定が1回以上あった常勤の医師は「0人」が56.5%、「1人」が23.5%、「2人以上」が12.9%であった。

図表 59 認知症地域包括診療料の算定が1回以上あった常勤医師の人数
（地域包括診療料届出施設、平成28年9月1か月間）



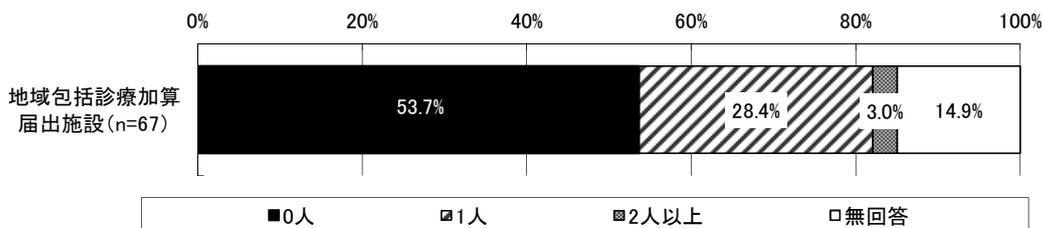
図表 60 認知症地域包括診療料の算定が1回以上あった非常勤医師の人数
（地域包括診療料届出施設、平成28年9月1か月間）



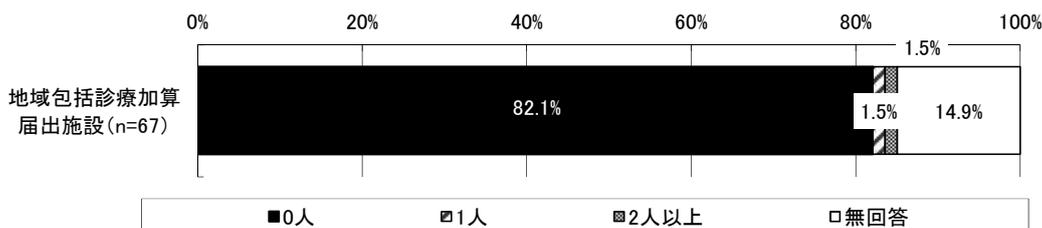
4) 認知症地域包括診療加算の算定が1回以上あった医師の人数

地域包括診療加算届出施設において、平成28年9月1か月間に認知症地域包括診療加算の算定が1回以上あった常勤の医師は「0人」が53.7%、「1人」が28.4%、「2人以上」が3.0%であった。

図表 61 認知症地域包括診療加算の算定が1回以上あった常勤医師の人数
（地域包括診療加算届出施設、平成28年9月1か月間）



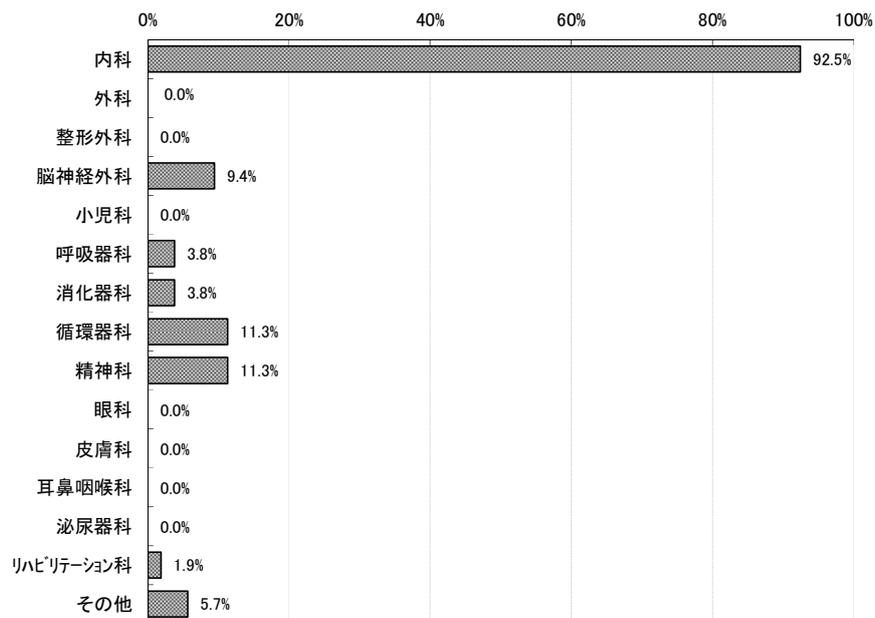
図表 62 認知症地域包括診療加算の算定が1回以上あった非常勤医師の人数
（地域包括診療加算届出施設、平成28年9月1か月間）



⑤認知症地域包括診療料・認知症包括診療加算の算定実績のあった診療科

平成 28 年 9 月 1 か月間に認知症地域包括診療料または認知症包括診療加算を算定した診療科について尋ねたところ、「内科」が 92.5%で最も多く、次いで「循環器科」「精神科」（いずれも 11.3%）、「脳神経外科」（9.4%）であった。

図表 63 認知症地域包括診療料・認知症包括診療加算の算定実績のあった診療科
（複数回答、n=53）



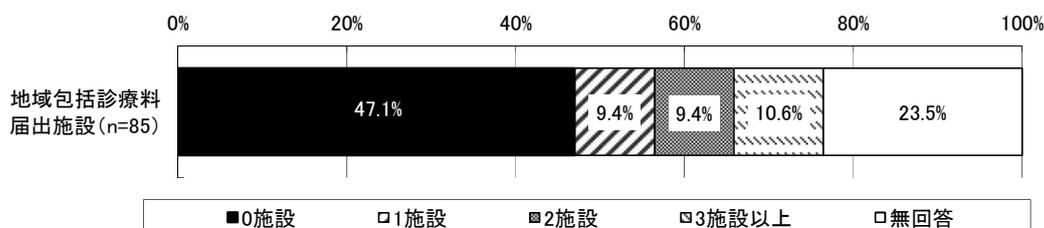
(注) 認知症地域包括診療料・認知症地域包括診療加算の算定実績があった施設を集計対象とした。

⑥地域包括診療料等の算定患者のことで連携した医療機関数等

1) 地域包括診療料届出施設

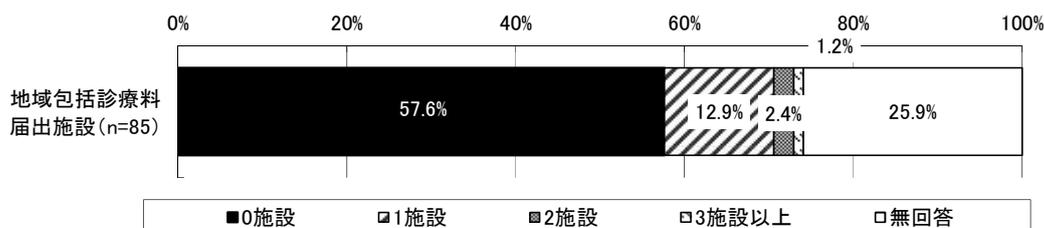
平成 28 年 9 月 1 か月間に地域包括診療料を算定した患者のことで連携した医療機関数等を尋ねた結果が次のとおりである。

図表 64 算定患者の健康相談に対応した結果、紹介した医療機関（病院・診療所）数



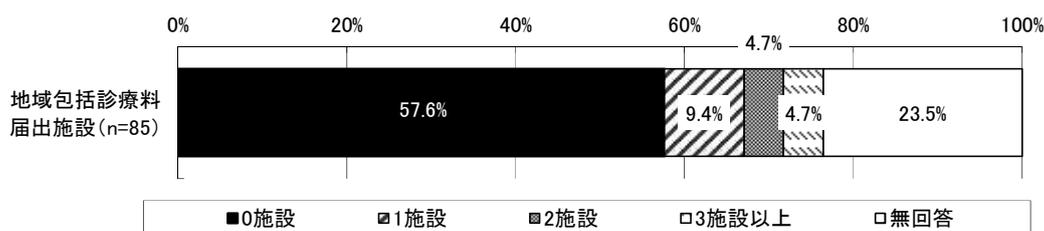
(注) 平成 28 年 9 月 1 か月間の実績。

図表 65 算定患者の認知症診断等を依頼した医療機関（病院・診療所）数



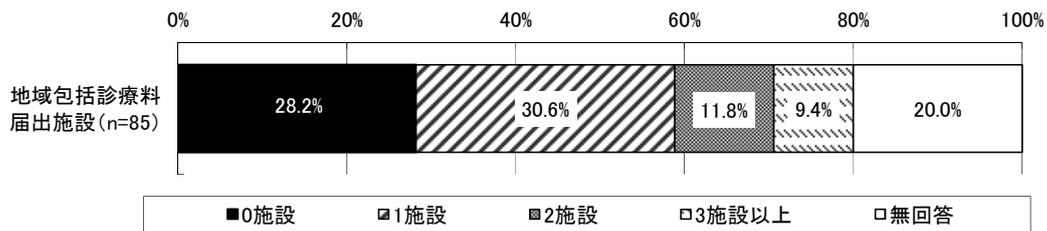
(注) 平成 28 年 9 月 1 か月間の実績。

図表 66 算定患者の処方薬等を把握・調整するために定期的連絡をとっている医療機関数



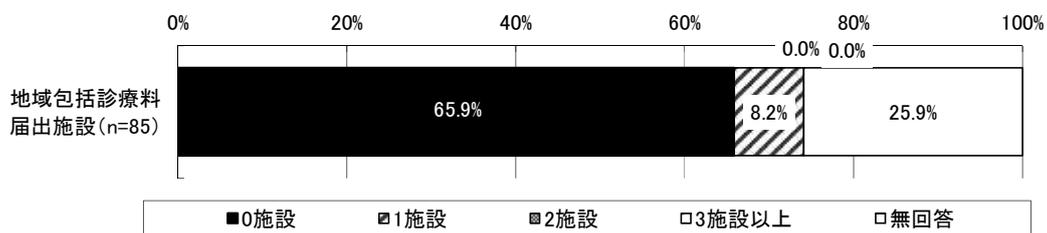
(注) 平成 28 年 9 月 1 か月間の実績。

図表 67 算定患者の処方薬等を管理するために連携している保険薬局数



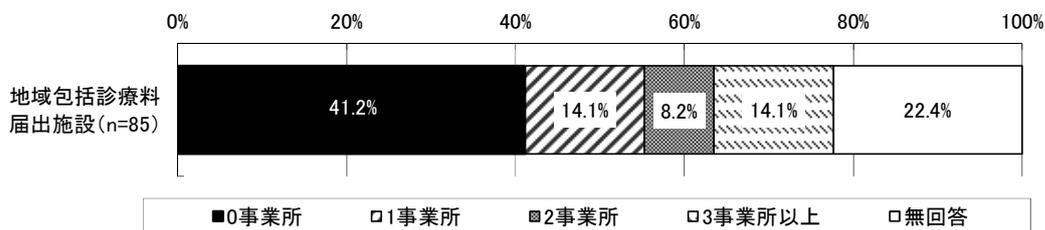
（注）平成 28 年 9 月 1 か月間の実績。

図表 68 算定患者を紹介した歯科の医療機関数



（注）平成 28 年 9 月 1 か月間の実績。

図表 69 算定患者についてカンファレンスや情報共有している居宅介護支援事業所数

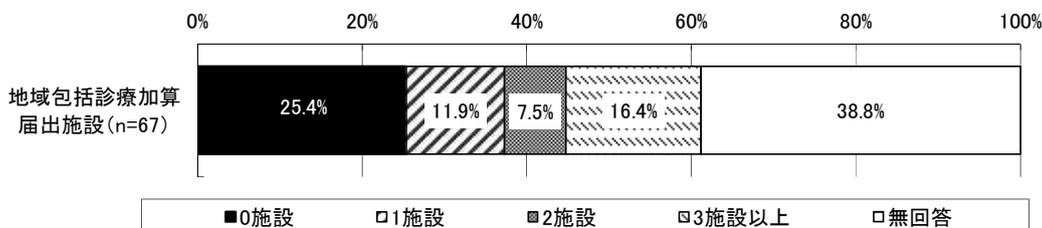


（注）平成 28 年 9 月 1 か月間の実績。

2) 地域包括診療加算届出施設

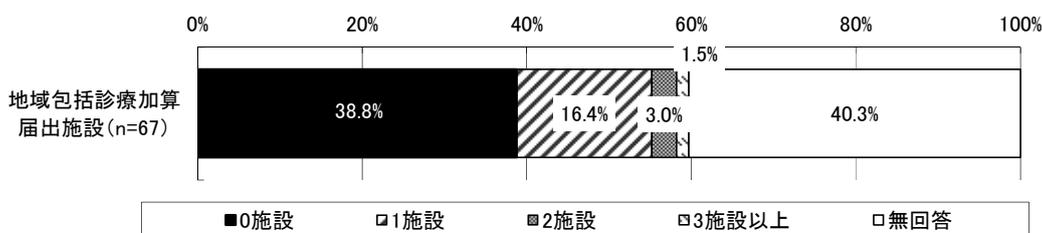
平成 28 年 9 月 1 か月間に地域包括診療加算を算定した患者のことで連携した医療機関数等を尋ねた結果が以下である。

図表 70 算定患者の健康相談に対応した結果、紹介した医療機関（病院・診療所）数



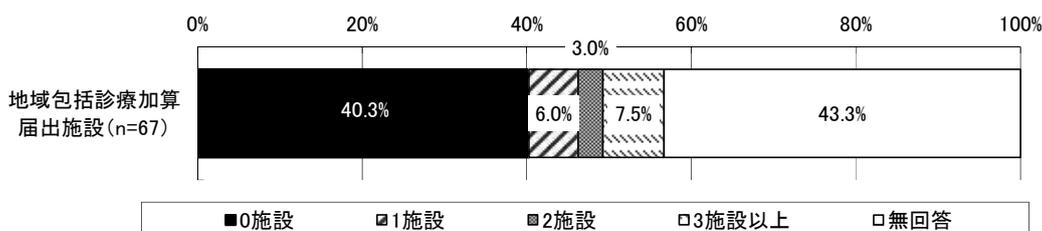
(注) 平成 28 年 9 月 1 か月間の実績。

図表 71 算定患者の認知症診断等を依頼した医療機関（病院・診療所）数



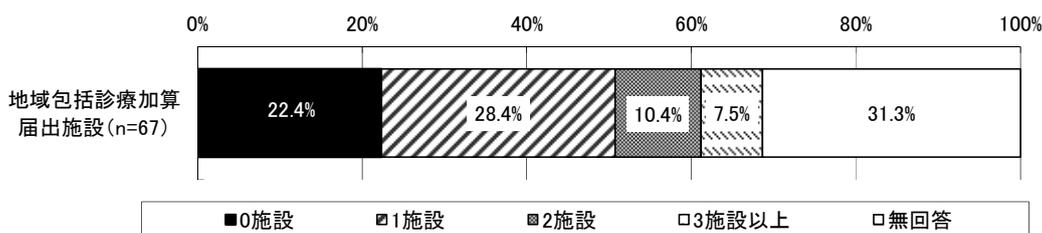
(注) 平成 28 年 9 月 1 か月間の実績。

図表 72 算定患者の処方薬等を把握・調整するために定期的連絡をとっている医療機関数



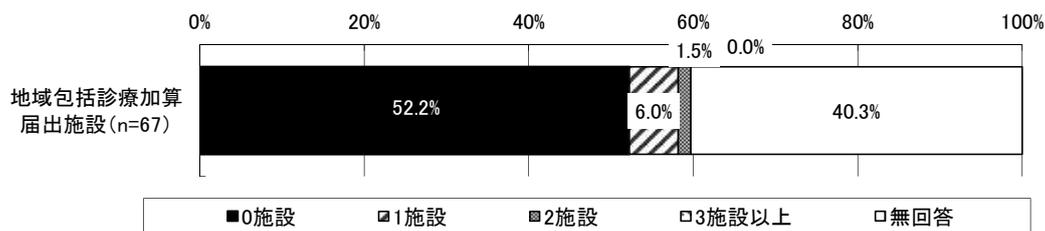
(注) 平成 28 年 9 月 1 か月間の実績。

図表 73 算定患者の処方薬等を管理するために連携している保険薬局数



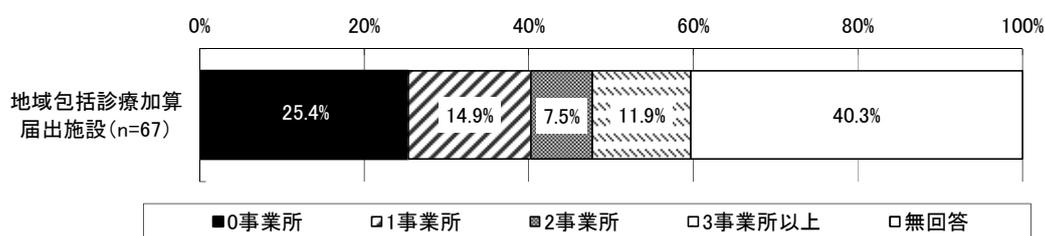
(注) 平成 28 年 9 月 1 か月間の実績。

図表 74 算定患者を紹介した歯科の医療機関数



（注）平成 28 年 9 月 1 か月間の実績。

図表 75 算定患者についてカンファレンスや情報共有している居宅介護支援事業所数



（注）平成 28 年 9 月 1 か月間の実績。

⑦地域包括診療料等を算定する上で困っていること

地域包括診療料等を算定する上で困っていることとして、以下の内容が挙げられた。

図表 76 地域包括診療料等を算定する上で困っていること（自由記術式）

○患者への説明が困難等

- ・今までと同じことをして自己負担額が大幅に増加するため、算定に踏み切れない。
- ・説明用フォーマット等がなく、通常診療と何が違うのかわかりにくいいため、同意を得られにくい。
- ・もともと行っていたサービスであり、新たな価値を提供する方法が難しい。
- ・届出はしたものの、どの患者に算定すればいいのか判断に苦慮して算定していない。
- ・比較的若い患者の場合、メリットを感じてもらえず断られてしまう。
- ・診療料が高くなるため、3割負担の患者には算定せず、70歳以上の患者のみ算定しているが、算定できる患者の60%である。／等

○在宅との関係

- ・往診があっても算定できれば算定機会が増える。
- ・ほぼ全ての患者が在宅医療の患者であり、算定機会が少ない。／等

○研修会への参加

- ・研修会に出席するのが時間的に困難。
- ・「慢性疾患に係る研修」では日程・内容などが全くわからない状況であった（県の担当者に関わらせても詳しく理解していない）。
- ・研修に参加する時間がなかなかとれない。24時間輪番で対応しているが、都合を合わせるのが困難。
- ・講習会の開催が少ない。／等

○算定に要する労力

- ・説明が大変な割には得られる対価が少ない。
- ・事務作業・説明等がとても大変で時間を要する。
- ・時間的余裕がない。人手が足りない。
- ・今回の算定に関する問合せに膨大な時間を取られた。
- ・同算定を月途中で開始した時、開始前に算定した検査などが逆戻しとなり、国保連とのやりとりが大変だった（周知されていない様子だった）。／等

○他科受診の把握

- ・認知症があると手帳を忘れて受診することも多く、把握が困難。
- ・他院の処方内容をコピーして保存しているが、その作業が手間。／等

○24 時間対応の薬局等

- ・ 24 時間対応の薬局を見つけることが困難。
- ・ 院外処方で薬局を決めることが大変だった。
- ・ 院内処方の体制づくり。／等

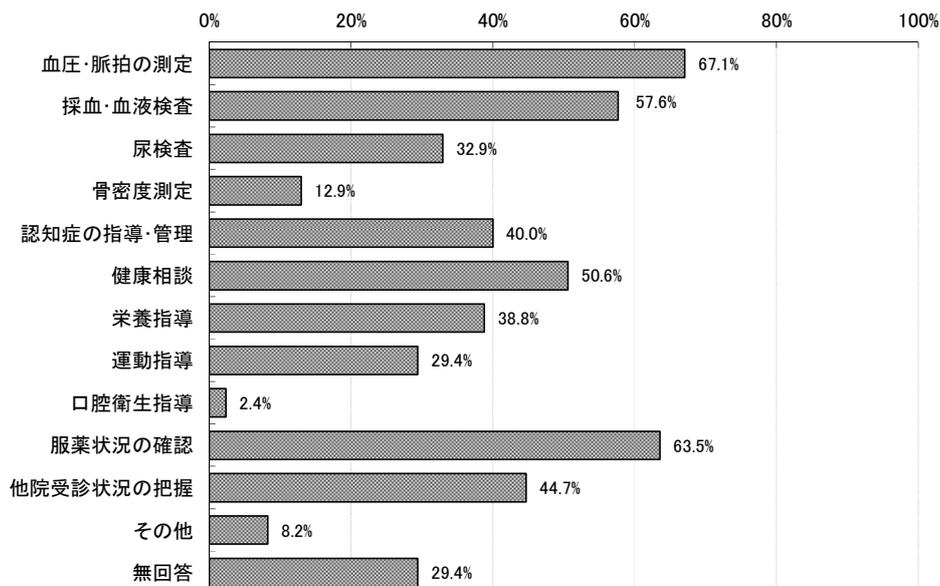
○その他

- ・ 県の担当者に問い合わせても制度を詳しく理解していない（「介護保険関係の要件」として何を提出してよいのか、その証明になる書類はどのようなものか等）。
- ・ 24 時間対応が難しい。
- ・ わからないことがある都度、保険協会へ電話している。
- ・ 準備不足で算定していない。／等

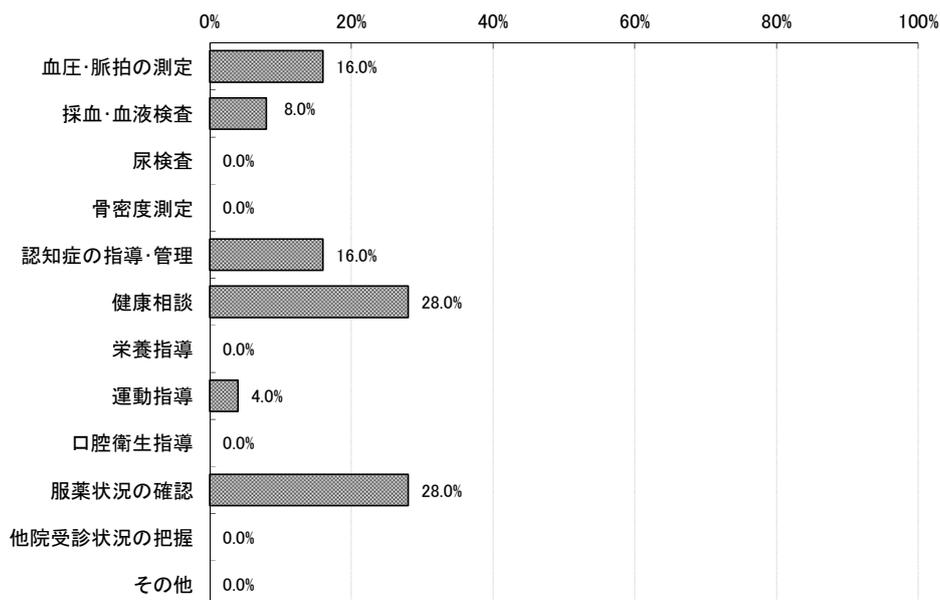
⑧地域包括診療料を算定している患者に対して定期的実施していること

地域包括診療料を算定している患者に対して定期的実施していることをみると、「血圧・脈拍の測定」が67.1%で最も多く、次いで「服薬状況の確認」(63.5%)、「採血・血液検査」(57.6%)、「健康相談」(50.6%)であった。

図表 77 地域包括診療料を算定している患者に対して定期的実施していること
(地域包括診療料届出施設、複数回答、n=85)



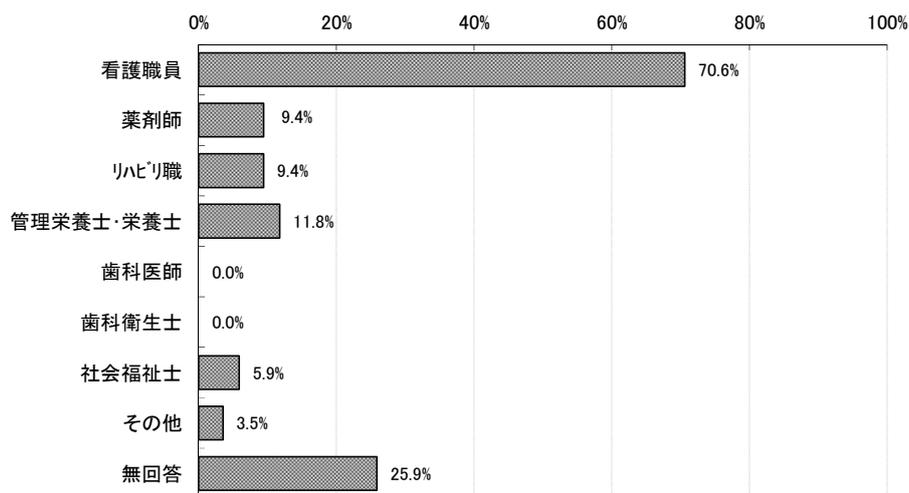
図表 78 地域包括診療料を算定している患者に対して最も重点的に実施していること
(地域包括診療料届出施設、単数回答、n=25)



(注)「最も重点的に実施していること」について回答のあった25施設を集計対象とした。

⑨地域包括診療料を算定している患者に対して、診療・診断・指導等に携わっている職種
 地域包括診療料を算定している患者に対して、診療・診断・指導等に携わっている職種をみると、「看護職員」が70.6%で最も多く、次いで「管理栄養士・栄養士」（11.8%）、「薬剤師」「リハビリ職」（いずれも9.4%）であった。

図表 79 地域包括診療料を算定している患者に対して、診療・診断・指導等に携わっている職種（地域包括診療料届出施設、複数回答（2つまで）、n=85）



⑩地域包括診療料を算定している患者の1回あたりの診療時間等

地域包括診療料を算定している患者の1回あたりの診療時間等をみると、平均20.1分（中央値15.0）であった。

図表 80 地域包括診療料を算定している患者の1回あたりの診療時間等（地域包括診療料届出施設）

（単位：分）

	施設数(件)	平均値	標準偏差	中央値
全体	51	20.1	12.5	15.0

（注）・医師以外の職種による指導や検査、相談対応時間等を含む。
 ・1回あたりの診療時間等について記入のあった施設を集計対象とした。

図表 81 地域包括診療料を算定している患者の1回あたりの診療時間（医師が直接携わるもの、地域包括診療料届出施設）

（単位：分）

	施設数(件)	平均値	標準偏差	中央値
全体	51	11.0	6.9	10.0

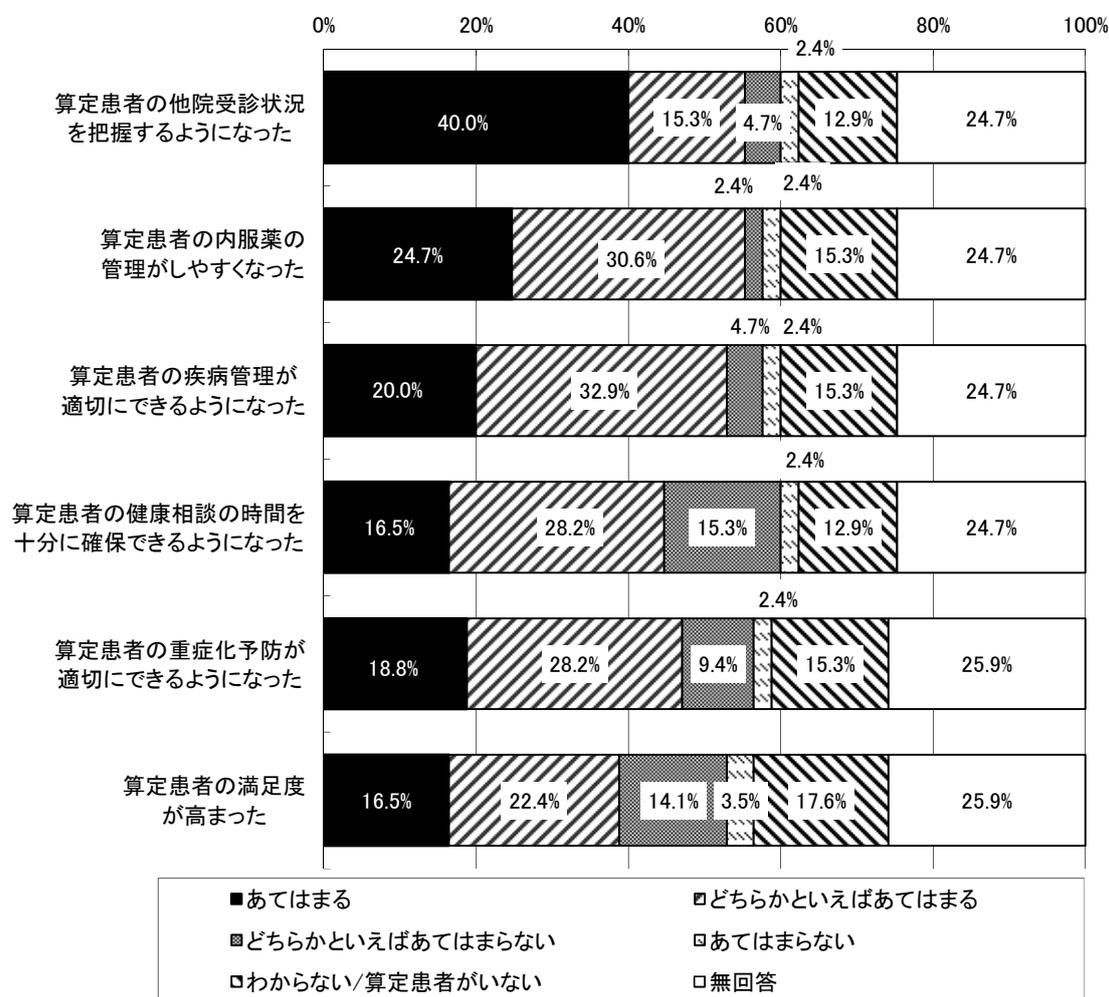
（注）・医師が直接携わる診療時間を含む。
 ・1回あたりの診療時間について記入のあった施設を集計対象とした。

⑪地域包括診療料の影響・効果

地域包括診療料の影響・効果をみると、「あてはまる」「どちらかといえばあてはまる」を合わせた割合は、「算定患者の他院受診状況を把握するようになった」「算定患者の内服薬の管理がしやすくなった」が55.3%で最も高く、次いで「算定患者の疾病管理が適切にできるようになった」(52.9%)、「算定患者の重症化予防が適切にできるようになった」(47.0%)、「算定患者の健康相談の時間を十分に確保できるようになった」(44.7%)、「算定患者の満足度が高まった」(38.9%)であった。

また、すべての項目で「あてはまる」「どちらかといえばあてはまる」を合わせた割合は、「どちらかといえばあてはまらない」「あてはまらない」を合わせた割合よりも高かった。

図表 82 地域包括診療料の影響・効果（地域包括診療料届出施設、n=85）



（４）地域包括診療料等に関する考え等

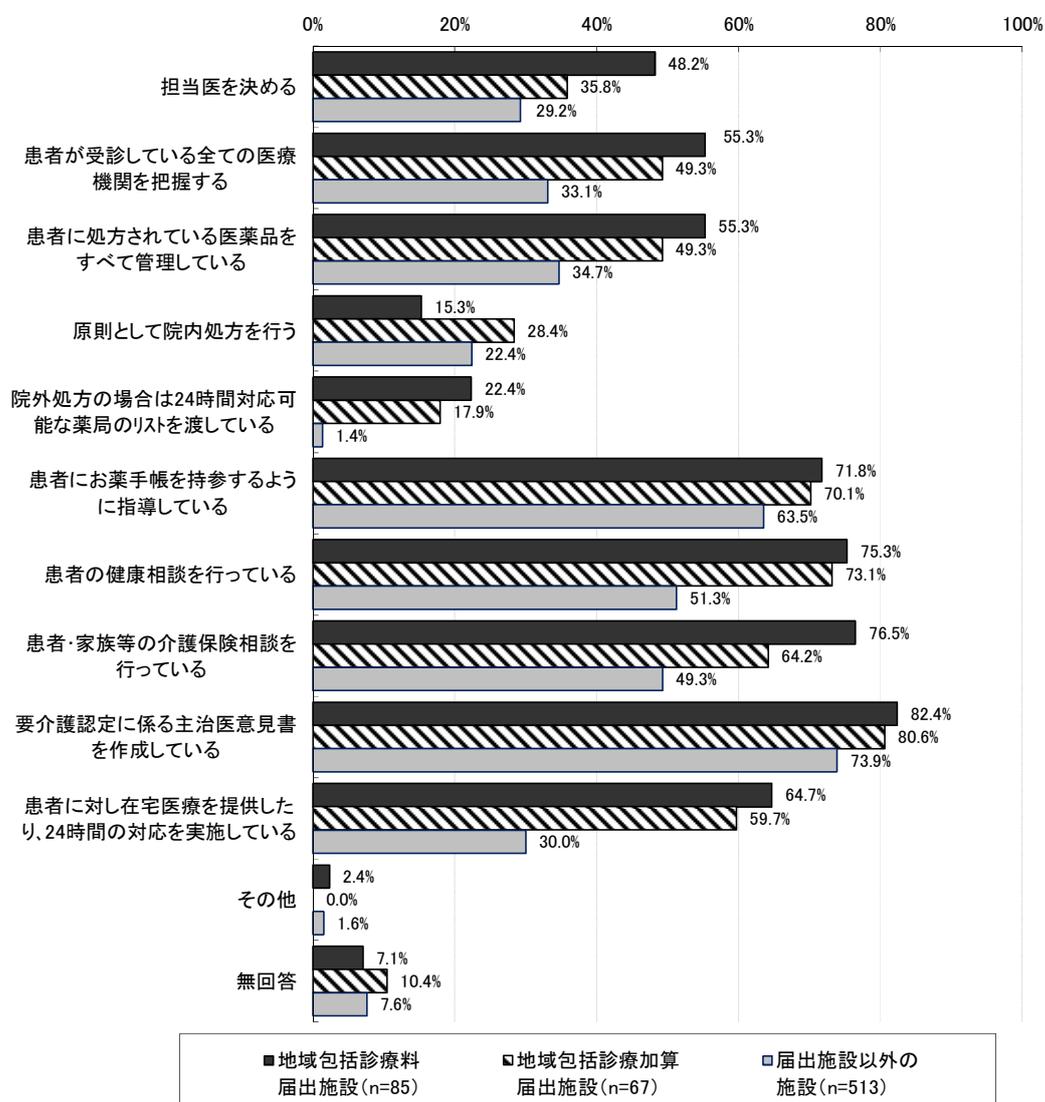
①地域包括診療料等を算定していない患者に対しても必要に応じて行っていること

地域包括診療料等を算定していない患者に対しても必要に応じて行っていることをみると、「原則として院内処方を行う」を除くすべての項目で、「地域包括診療料届出施設」が最も高く、次いで「地域包括診療加算届出施設」、「届出施設以外の施設」という順であった。

地域包括診療料届出施設では「要介護認定に係る主治医意見書を作成している」（82.4%）、「患者・家族等の介護保険相談を行っている」（76.5%）、「患者の健康相談を行っている」（75.3%）、「患者にお薬手帳を持参するように指導している」（71.8%）が7割以上となった。

また、「届出施設以外の施設」と比較して「地域包括診療料届出施設」の割合が20ポイント以上高かったのは、「患者に対し在宅医療を提供したり、24時間の対応を実施している」（34.7ポイントの差）、「患者・家族等の介護保険相談を行っている」（27.2ポイントの差）、「患者の健康相談を行っている」（24.0ポイントの差）、「患者が受診している全ての医療機関を把握する」（22.2ポイントの差）、「院外処方の場合は24時間対応可能な薬局のリストを渡している」（21.0ポイントの差）、「患者に処方されている医薬品をすべて管理している」（20.6ポイントの差）であった。

図表 83 地域包括診療料等を算定していない患者に対しても必要に応じて行っていること
（届出状況別、複数回答）



②かかりつけ医としての機能を強化していく上で必要な取組・患者対応

かかりつけ医としての機能を強化していく上で必要な取組・患者対応として、以下の内容が挙げられた。

図表 84 かかりつけ医としての機能を強化していく上で必要な取組・患者対応
（自由記述式）

○患者・家族との関係等

- ・ 土日・夜間等、責任ある対応をすること。
- ・ 断らない。
- ・ 緊急時の対応／急変時の受入れ。
- ・ 患者が受診している全ての医療機関の把握。
- ・ 患者の他院受診状況を把握し、処方されている全ての医薬品を確認した上で健康状態を管理する。
- ・ 外来→訪問→看取りの一連の継続的なケア。
- ・ 家族の介護負担・不安への理解。
- ・ 早期段階での発見・気づき。
- ・ 専門医療機関への受診誘導。
- ・ 日常的な身体疾患対応、健康管理。
- ・ 互いの信頼関係を作ること。 / 等

○24 時間対応

- ・ 24 時間対応可能な薬局は必要。
- ・ 24 時間対応できる以前の有床診療所の機能を持つ診療所。 / 等

○連携

- ・ 多職種チーム、病診連携、家族間の情報、意思決定の中心になること。
- ・ 多職種と連携し勉強会や症例検討を行う。
- ・ 地域で在宅患者を支えていけるよう、かかりつけ医だけでなく、協力病院や連携医でサポートできる体制や仕組みづくりが必要。
- ・ 地域連携を円滑に行うための情報の共有化。
- ・ 全ての社会資源の把握と活用。 / 等

○要件等

- ・ あまり厳しい条件をつけず、かかりつけ医として十分機能できるよう配慮すべき。
- ・ 要件が厳しすぎる上に、それに見合う収入がない。
- ・ 多くの書類提出が求められ負担。
- ・ 施設基準を緩和してほしい。 / 等

○啓発

- ・国（厚生労働省）から一般国民への情報提供や啓発活動。
- ・「地域包括診療」という概念を含めた医療情報の提供・医療教育を行ってほしい。
- ・患者教育。
- ・患者への周知徹底。
- ・かかりつけ医をもつことの重要性を指導。／等

○その他

- ・看護スタッフだけでなく、事務員等も患者の様子の把握に努める。
- ・かかりつけ医には外科等も含め再研修の場を与えることが必要。
- ・原則として内科系診療所は専門診療所か、かかりつけ医診療所かで登録することとし、かかりつけ医は地域包括診療料で算定し、患者の窓口負担はどの医療機関でも同じにする。
- ・コンプライアンスとスケジュール管理を徹底する。
- ・地域との関わりを持つ（地域行事に積極的に参加する）。／等

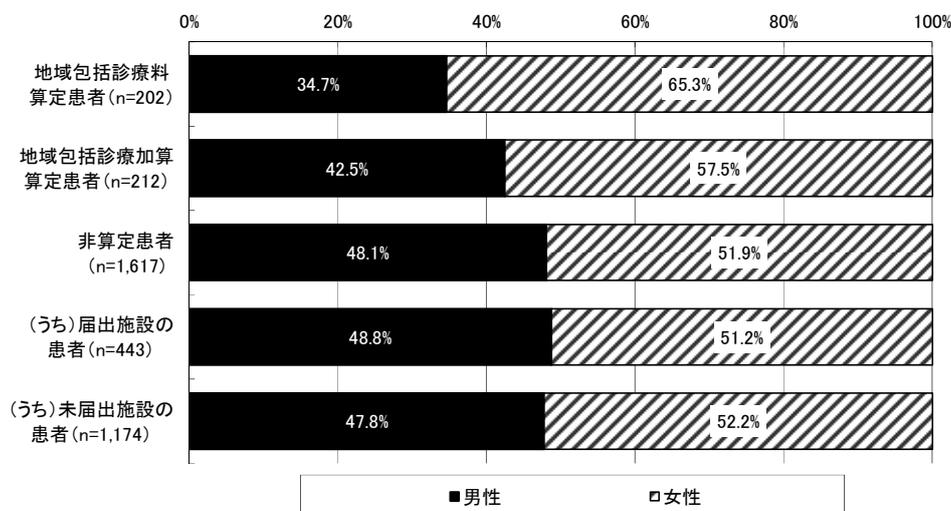
（５）地域包括診療料等の算定患者

※「非算定患者」とは、地域包括診療料・地域包括診療加算を算定していないものの、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の４疾患のうち２疾患以上を有する患者を指す。

①性別

患者の性別は次のとおりである。

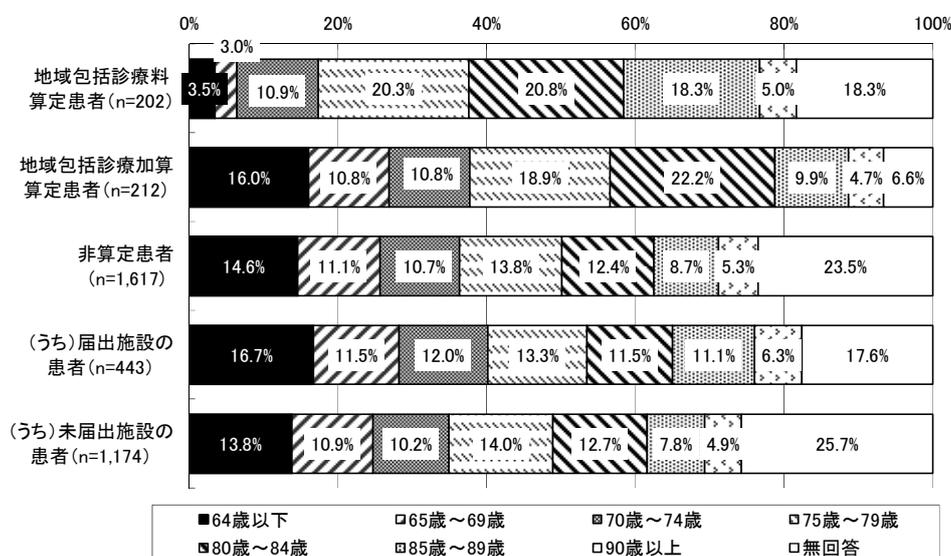
図表 85 性別（算定状況別）



②年齢

患者の年齢は次のとおりである。

図表 86 年齢（算定状況別）



地域包括診療料算定患者の年齢は平均 79.4 歳（中央値 80.0）で他の患者と比較して高かった。

図表 87 年齢（算定状況別）

（単位：歳）

	患者数(人)	平均値	標準偏差	中央値
地域包括診療料算定患者	165	79.4	8.8	80.0
地域包括診療加算算定患者	198	74.6	11.6	77.0
非算定患者	1,237	73.9	11.6	75.0
（うち）届出施設の非算定患者	365	74.0	11.7	75.0
（うち）未届出施設の非算定患者	872	73.8	11.5	75.0

（注）年齢について記入のあった患者を集計対象とした。

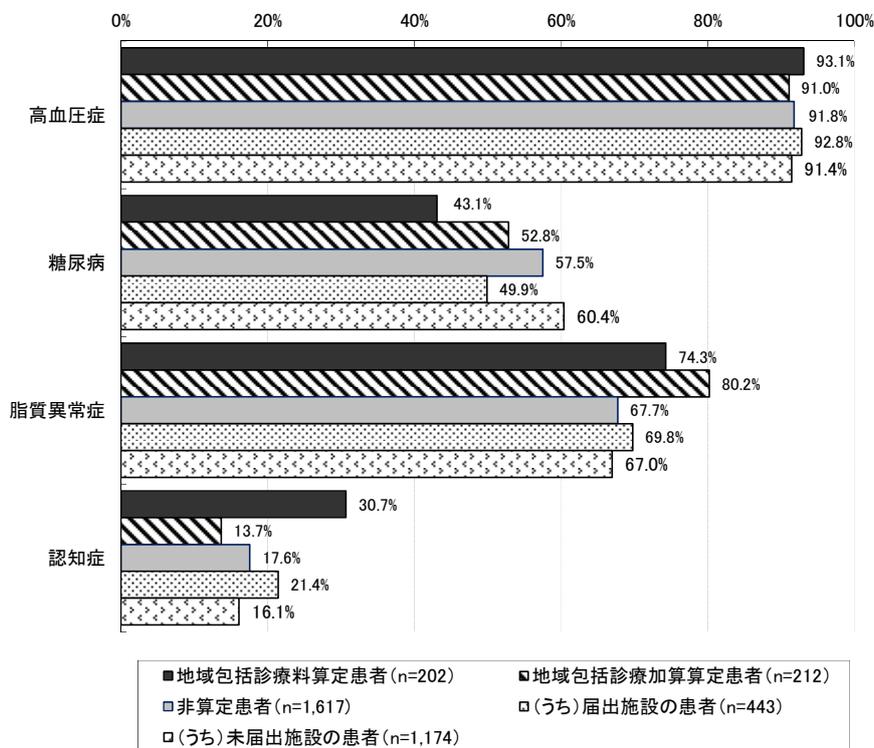
③4 疾患の状況

4 疾患の状況は次のとおりである。

最も多いのは「高血圧症」で、次いで「脂質異常症」、「糖尿病」、「認知症」の順であった。

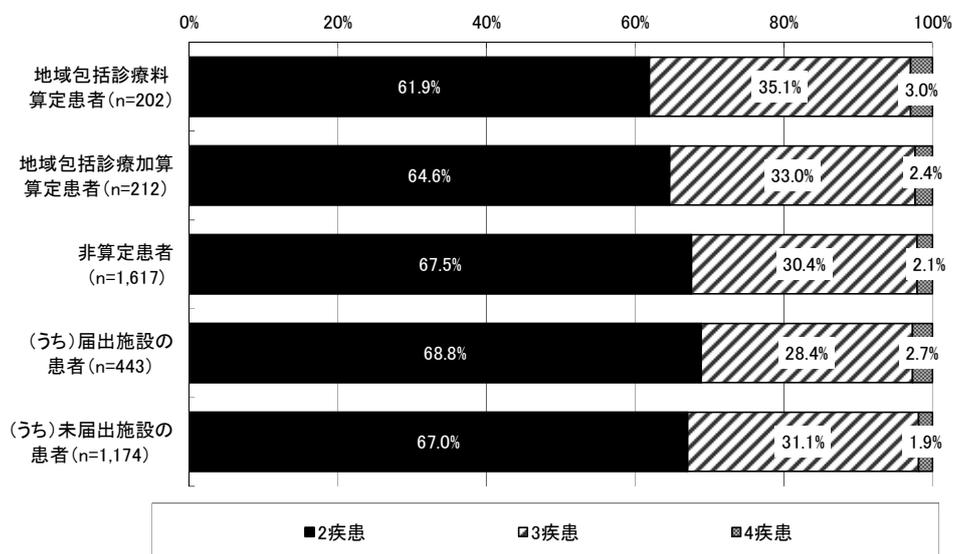
地域包括診療料算定患者では他の患者と比較して「認知症」の割合が高かった。

図表 88 4 疾患の状況（算定状況別、複数回答）



4 疾患の状況をみると、いずれの患者でも「2 疾患」が最も多かった。次いで「3 疾患」であった。

図表 89 4 疾患の状況（算定状況別、複数回答）



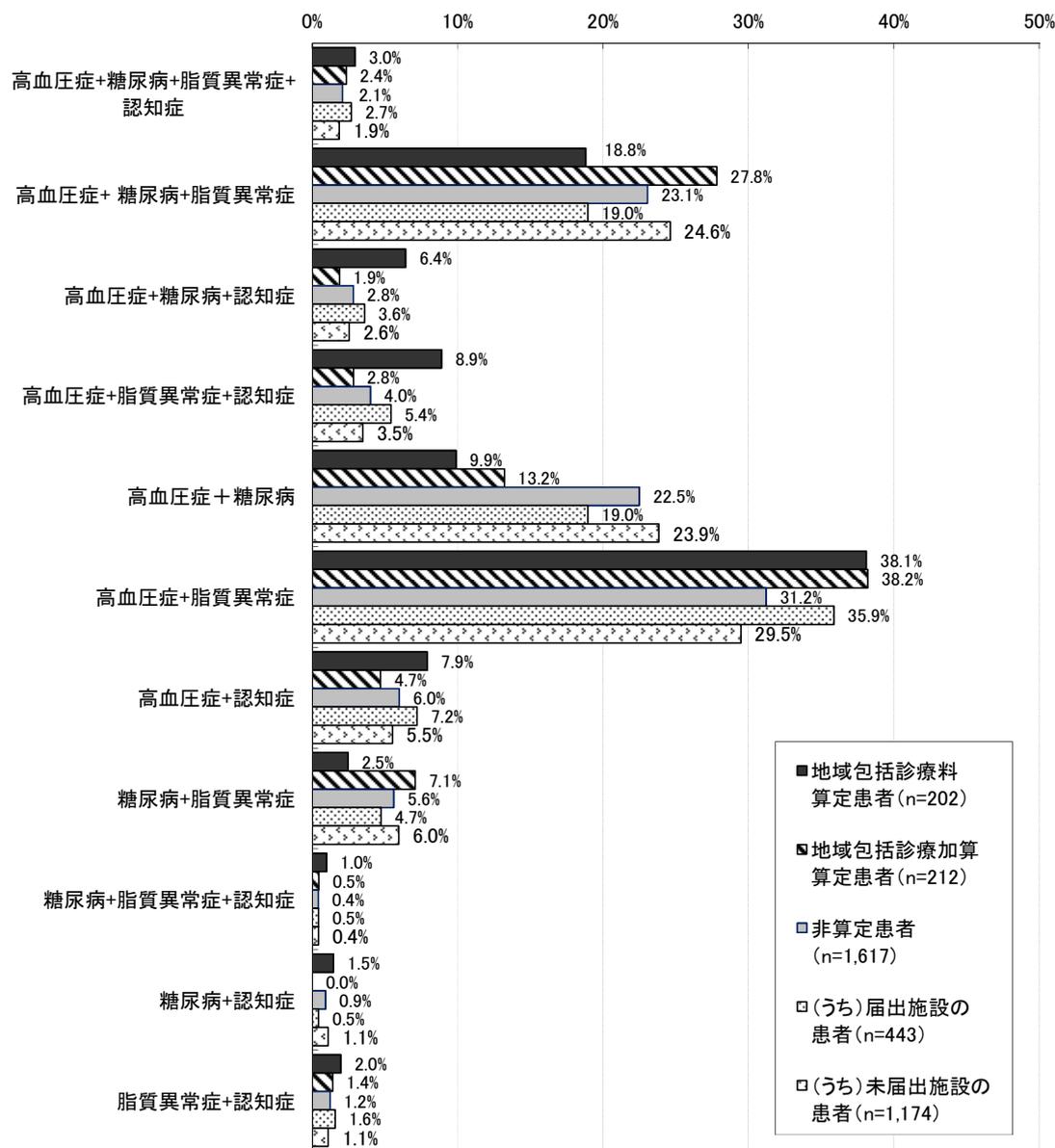
かかりつけ医調査（患者調査）

4 疾患の状況をみると、いずれの患者でも「高血圧症+脂質異常症」が最も多かった。

2 番目に多かったのは「高血圧症+糖尿病+脂質異常症」であった。

また、地域包括診療料算定患者では他の患者と比較して「高血圧症+脂質異常症+認知症」、「高血圧症+糖尿病+認知症」の割合が高かった。

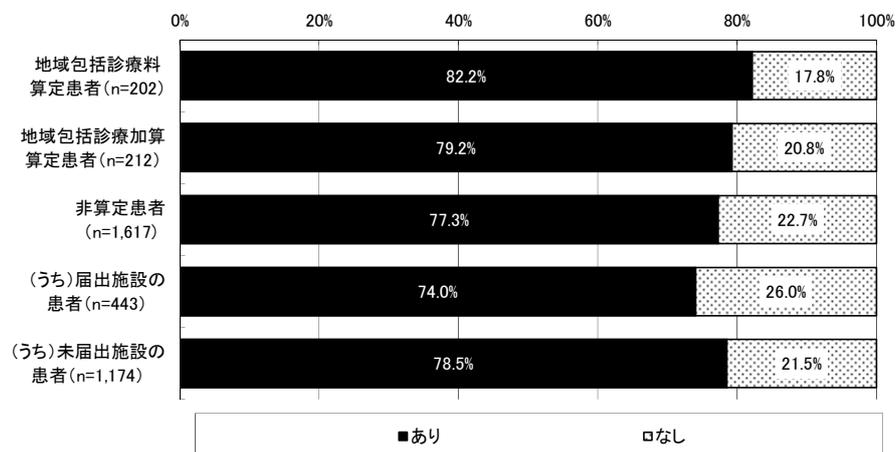
図表 90 4 疾患の状況（算定状況別、単数回答）



④4 疾患以外の慢性疾患

4 疾患以外の慢性疾患の有無をみると、「あり」の割合は7割強から8割強となった。
 地域包括診療料算定患者では「あり」の割合は82.2%で他の患者と比較しても高かった。

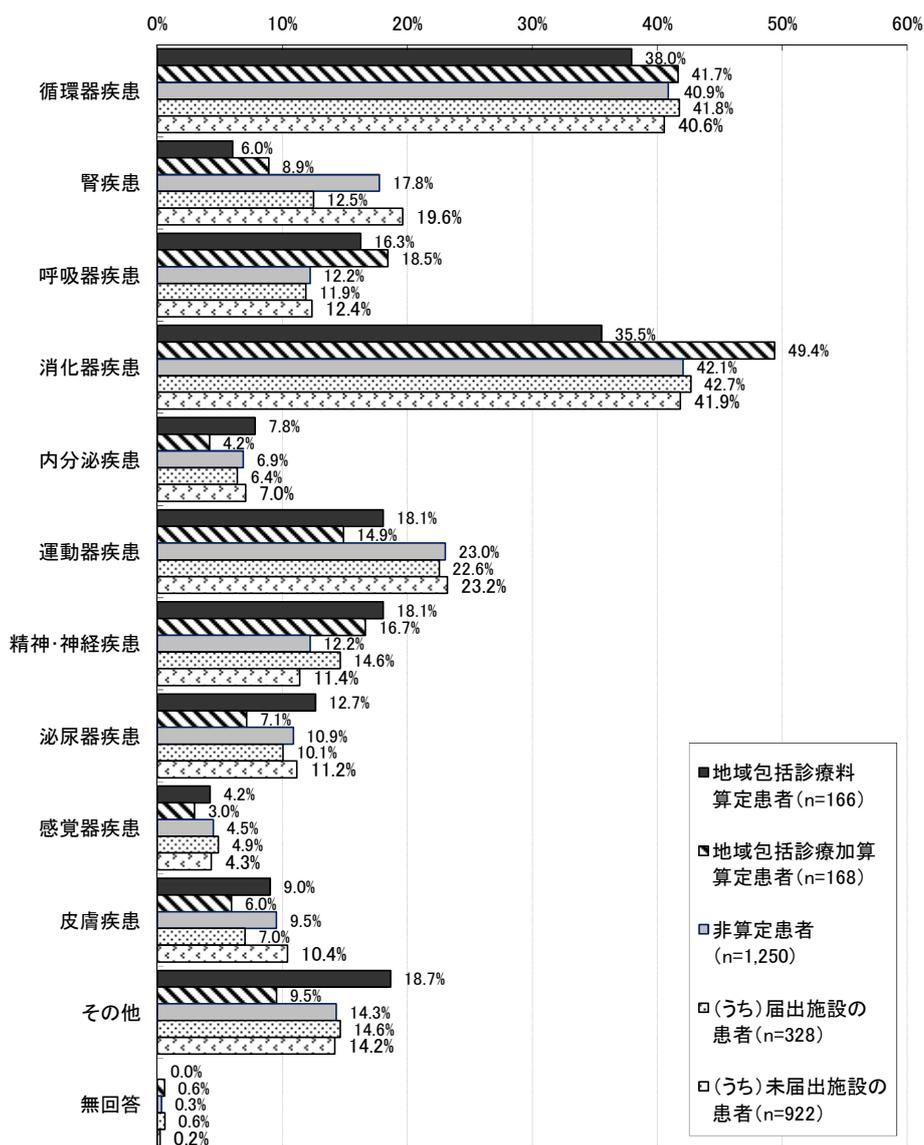
図表 91 4 疾患以外の慢性疾患の有無（算定状況別）



4 疾患以外の慢性疾患の内容をみると、地域包括診療料算定患者では「循環器疾患」が、それ以外の患者では「消化器疾患」が最も多かった。

地域包括診療料算定患者では他の患者と比較して「精神・神経疾患」の割合が相対的に高かった。

図表 92 4 疾患以外の慢性疾患（慢性疾患がある患者、算定状況別）

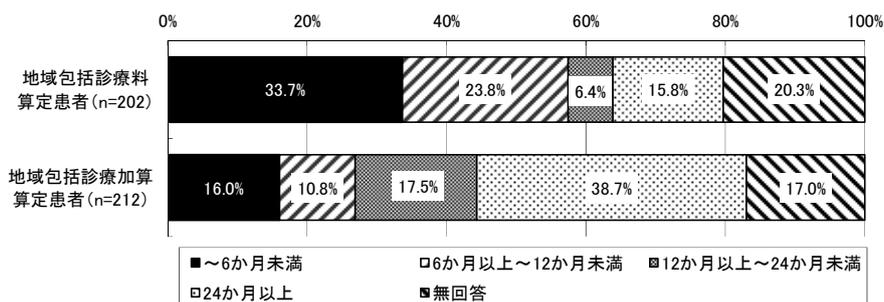


⑤地域包括診療料・地域包括診療加算の算定開始からの経過期間

算定開始からの経過期間をみると、地域包括診療料算定患者では地域包括診療加算算定患者と比較して「～6か月未満」の割合が高かった。

また、算定開始からの経過期間は、地域包括診療料算定患者では平均 10.6 か月（中央値 6.0 か月）、地域包括診療加算算定患者では平均 18.3 か月（中央値 19.0 か月）と、地域包括診療料算定患者のほうが短かった。

図表 93 地域包括診療料・地域包括診療加算の算定開始からの経過期間（算定状況別）



図表 94 地域包括診療料・地域包括診療加算の算定開始からの経過期間（算定状況別）

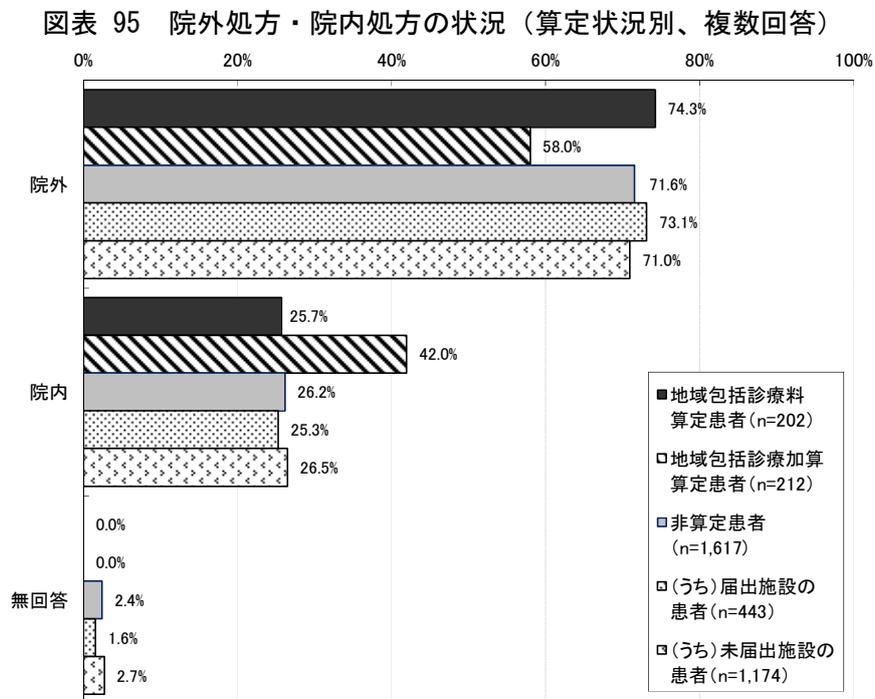
（単位：か月）

	患者数(人)	平均値	標準偏差	中央値
地域包括診療料算定患者	161	10.6	9.5	6.0
地域包括診療加算算定患者	176	18.3	10.2	19.0

（注）算定開始からの経過期間について記入のあった患者を集計対象とした。

⑥院外処方・院内処方の状況

院外処方・院内処方の状況をみると、地域包括診療料算定患者では「院外」が74.3%、「院内」が25.7%であった。



⑦内服薬数

内服薬数をみると、地域包括診療料算定患者では内服薬数は「自院」が平均 5.2 剤、「他院」が平均 0.4 剤であった。

図表 96 内服薬数【自院】（算定状況別）

（単位：剤）

	患者数(人)	平均値	標準偏差	中央値
地域包括診療料算定患者	173	5.2	3.3	5.0
地域包括診療加算算定患者	176	5.1	3.2	5.0
非算定患者	1,108	5.2	3.5	5.0
（うち）届出施設の非算定患者	329	4.9	3.3	4.0
（うち）未届出施設の非算定患者	779	5.4	3.6	5.0

（注）内服薬数（自院）について記入のあった患者を集計対象とした。

図表 97 内服薬数【他院】（算定状況別）

（単位：剤）

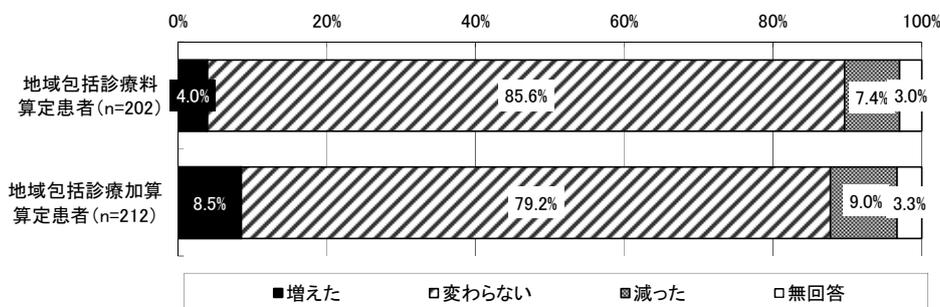
	患者数(人)	平均値	標準偏差	中央値
地域包括診療料算定患者	116	0.4	1.3	0.0
地域包括診療加算算定患者	103	0.7	1.3	0.0
非算定患者	339	0.6	1.8	0.0
（うち）届出施設の非算定患者	124	0.3	1.0	0.0
（うち）未届出施設の非算定患者	215	0.8	2.1	0.0

（注）内服薬数（他院）について記入のあった患者を集計対象とした。

⑧内服薬数の変化

地域包括診療料または地域包括診療加算の算定当初と比較した内服薬数の変化をみると、地域包括診療料算定患者、地域包括診療加算算定患者ともに「変わらない」が大多数を占めた。また、いずれの患者でも「増えた」よりも「減った」のほうがやや多かった。

図表 98 内服薬数の変化（算定状況別）



図表 99 内服薬数が増えた理由（算定状況別、単数回答）

（単位：上段「人」、下段「%」）

	総数	患者の病状に変化があったため	副作用に対応するため	重複薬の整理等、医師の考え	その他	無回答
地域包括診療料算定患者	8 100.0	7 87.5	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 12.5
地域包括診療加算算定患者	18 100.0	8 44.4	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0

図表 100 内服薬数が減った理由（算定状況別、単数回答）

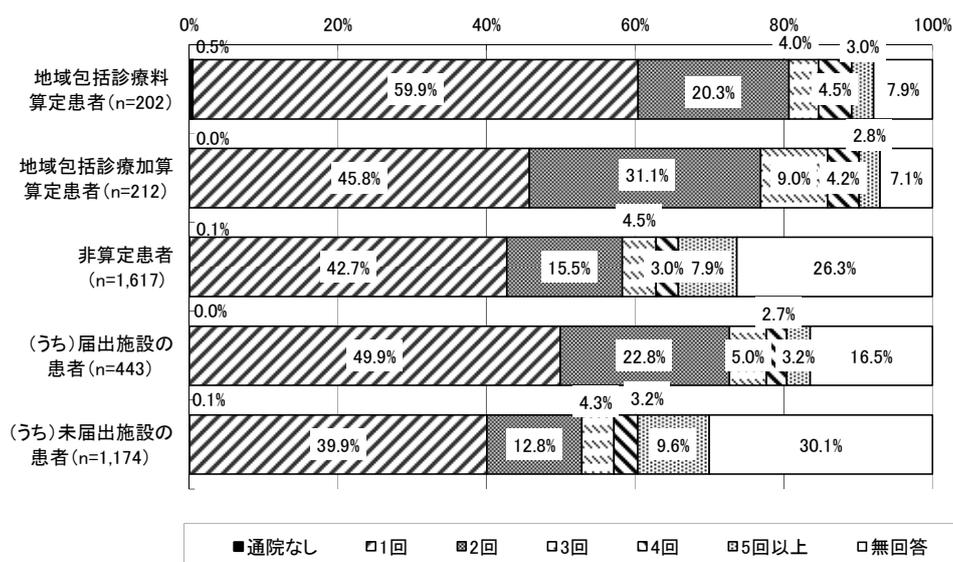
（単位：上段「人」、下段「%」）

	総数	患者の病状に変化があったため	副作用に対応するため	重複薬の整理等、医師の考え	その他	無回答
地域包括診療料算定患者	15 100.0	7 46.7	2 13.3	4 26.7	1 6.7	1 6.7
地域包括診療加算算定患者	19 100.0	11 57.9	0 0.0	6 31.6	1 5.3	1 5.3

⑨1 か月間の延べ通院回数

当該患者の1 か月間の延べ通院回数（他院分も含む）をみると、「1 回」が最も多かった。なお、非算定患者では「無回答」が多い点に留意する必要がある。

図表 101 1 か月間の延べ通院回数（算定状況別）



（注）1 か月間の延べ通院回数には他院分も含まれる。

図表 102 1 か月間の延べ通院回数（算定状況別）

（単位：回）

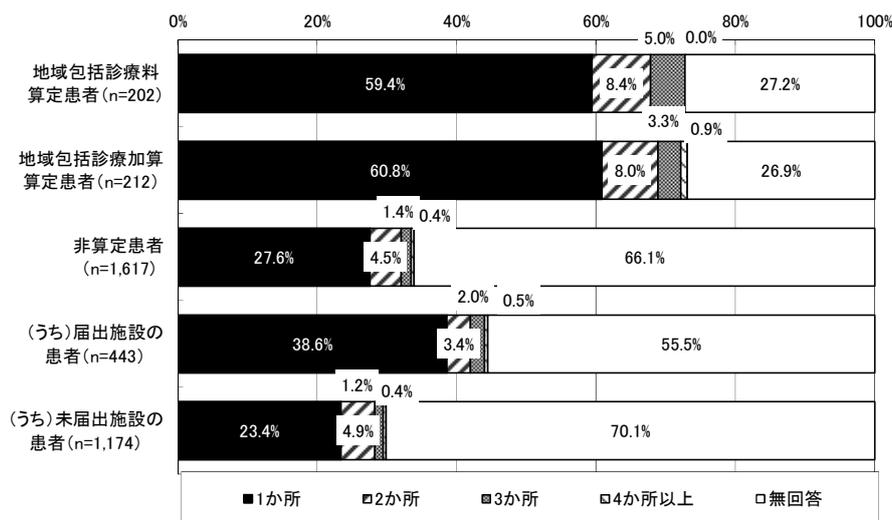
	患者数(人)	平均値	標準偏差	中央値
地域包括診療料算定患者	186	1.7	1.4	1.0
地域包括診療加算算定患者	197	1.9	1.6	2.0
非算定患者	1,191	2.5	3.4	1.0
（うち）届出施設の非算定患者	370	1.8	1.7	1.0
（うち）未届出施設の非算定患者	821	2.9	3.9	1.0

（注）1 か月間の延べ通院回数（他院分も含む）について記入のあった患者を集計対象とした。

⑩定期的に通院している医療機関数

定期的に通院している医療機関数（他院分も含む）をみると、「1 か所」が最も多かった。なお、特に非算定患者では「無回答」が多い点に留意する必要がある。

図表 103 定期的に通院している医療機関数（算定状況別）



（注）定期的に通院している医療機関数には他院分も含まれる。

図表 104 定期的に通院している医療機関数（算定状況別）

（単位：か所）

	患者数(人)	平均値	標準偏差	中央値
地域包括診療料算定患者	147	1.3	0.6	1.0
地域包括診療加算算定患者	155	1.2	0.6	1.0
非算定患者	548	1.3	0.6	1.0
（うち）届出施設の非算定患者	197	1.2	0.6	1.0
（うち）未届出施設の非算定患者	351	1.3	0.7	1.0

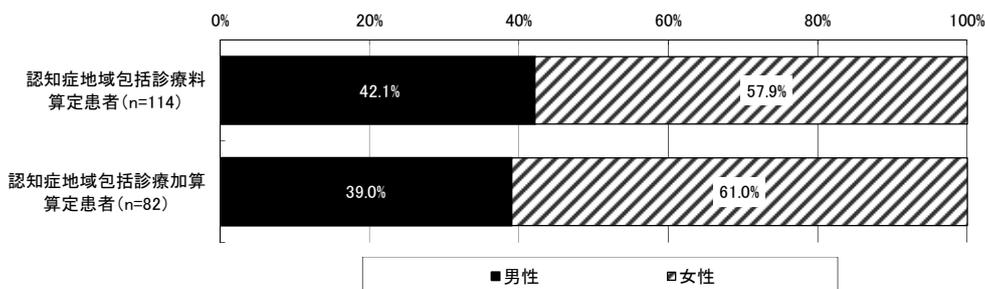
（注）定期的に通院している医療機関数（他院分も含む）について記入のあったものを集計対象とした。

（6）認知症地域包括診療料等の算定患者

①性別

患者の性別をみると、「女性」の割合が高かった。

図表 105 性別（算定状況別）

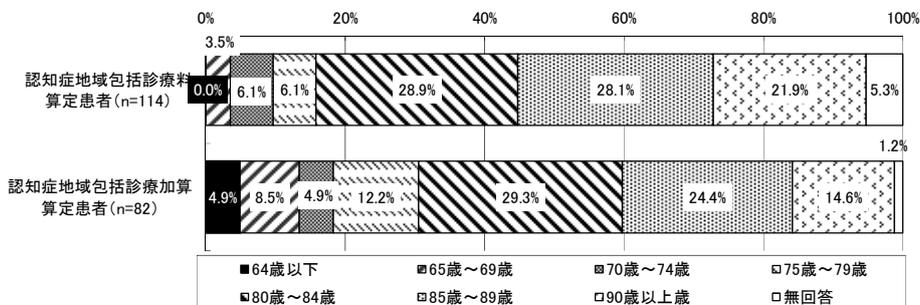


②年齢

患者の年齢は次のとおりである。

認知症地域包括診療料算定患者では平均 84.3 歳（中央値 85.0）であり、認知症地域包括診療加算算定患者では平均 81.3 歳（中央値 83.0）であり、前述の地域包括診療料・地域包括診療加算の算定患者と比較すると、年齢が高かった。

図表 106 年齢（算定状況別）



図表 107 年齢（算定状況別）

（単位：歳）

	患者数(人)	平均値	標準偏差	中央値
認知症地域包括診療料算定患者	108	84.3	6.9	85.0
認知症地域包括診療加算算定患者	81	81.3	9.1	83.0

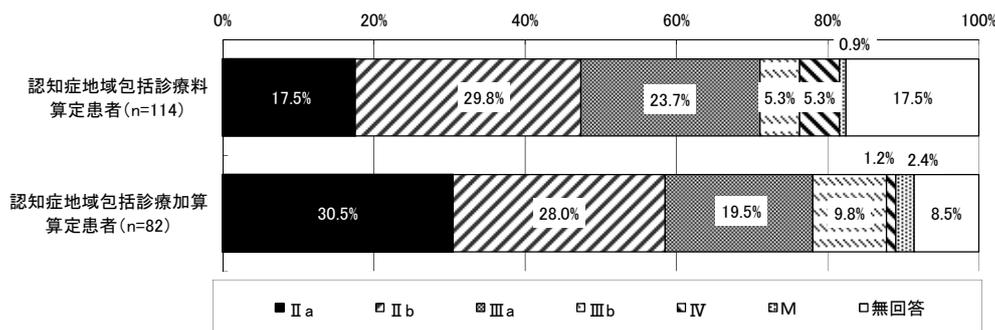
（注）年齢について記入のあった患者を集計対象とした。

③ 認知症高齢者の日常生活自立度

認知症高齢者の日常生活自立度は次のとおりである。

認知症地域包括診療料算定患者では「Ⅱb」が29.8%で最も多く、次いで「Ⅲa」が23.7%であった。また、認知症地域包括診療加算算定患者では「Ⅱa」が30.5%で最も多く、次いで「Ⅱb」が28.0%であった。

図表 108 認知症高齢者の日常生活自立度（算定状況別）



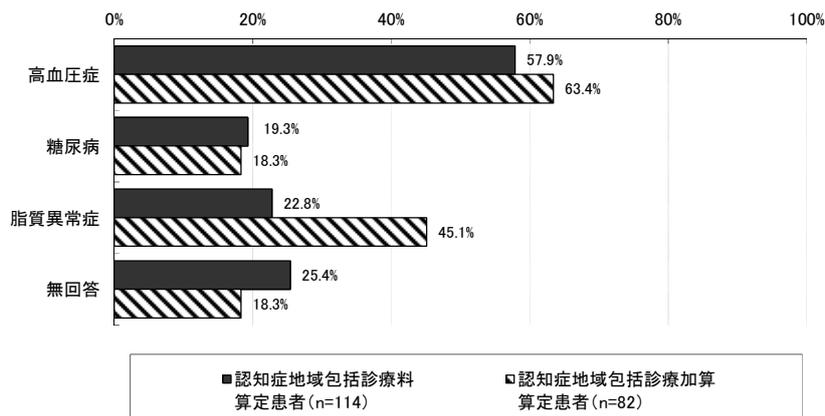
④ 認知症以外の疾患

認知症以外の3疾患の状況は次のとおりである。

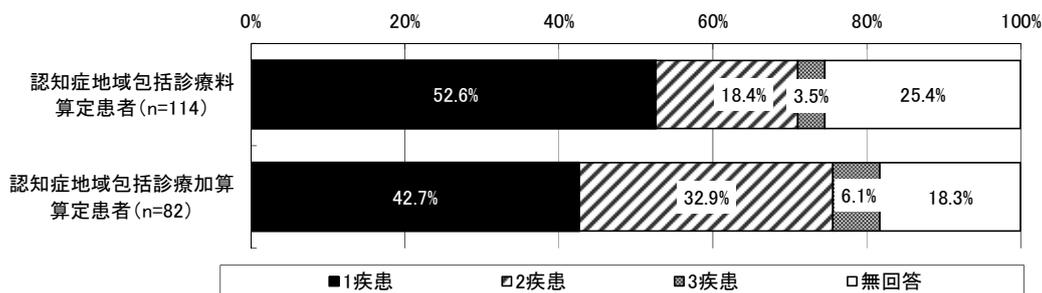
認知症以外の疾患としては、「高血圧症」が最も多かった。

また、認知症地域包括診療加算算定患者では認知症地域包括診療料算定患者と比較して「脂質異常症」の割合が高かった。

図表 109 認知症以外の3疾患の状況（算定状況別、複数回答）

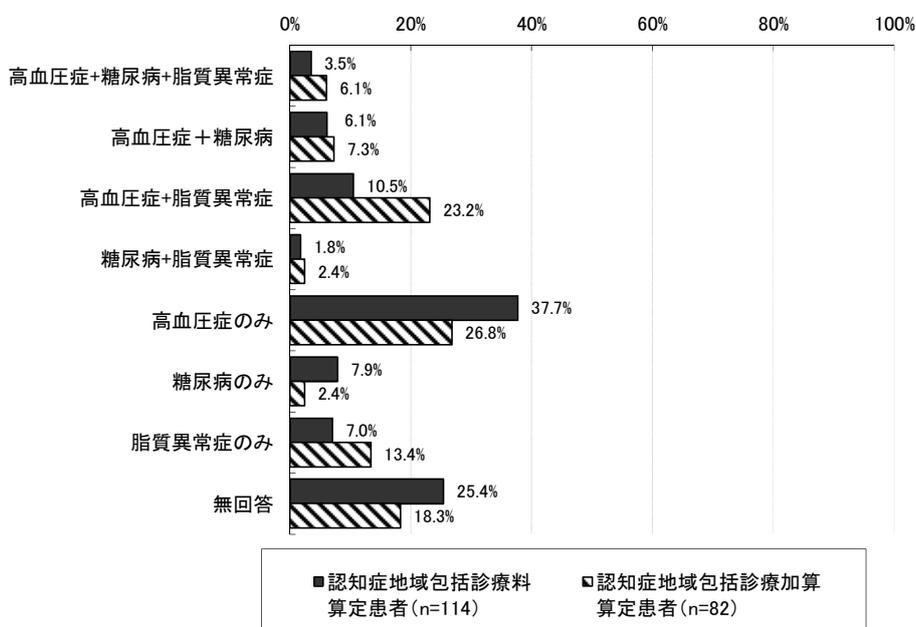


図表 110 認知症以外の3疾患の状況（算定状況別）



認知症以外の3疾患の状況を見ると、「高血圧症のみ」が最も多かった。

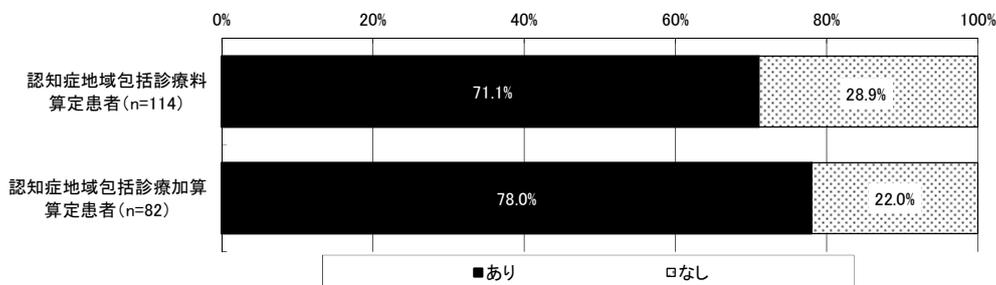
図表 111 認知症以外の3疾患の状況（算定状況別）



⑤4 疾患以外の慢性疾患

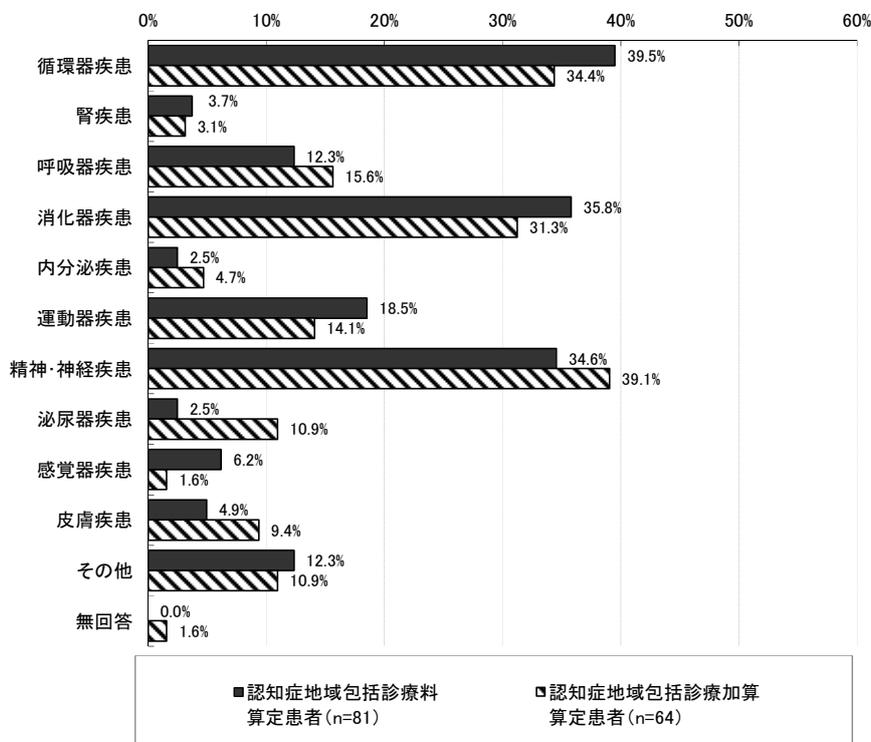
4 疾患以外の慢性疾患の有無をみると、「あり」は7割から8割を占めた。

図表 112 4 疾患以外の慢性疾患の有無（算定状況別）



4 疾患以外の慢性疾患をみると、認知症地域包括診療料算定患者では「循環器疾患」が39.5%で最も多く、次いで「消化器疾患」(35.8%)、「精神・神経疾患」(34.6%)であった。認知症地域包括診療加算算定患者では「精神・神経疾患」が39.1%で最も多く、次いで「循環器疾患」(34.4%)、「消化器疾患」(31.3%)であった。

図表 113 4 疾患以外の慢性疾患（算定状況別）

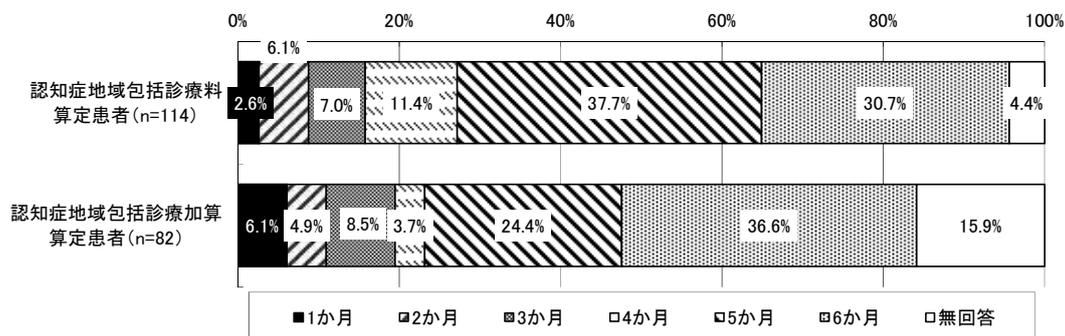


⑥ 認知症地域包括診療料・認知症地域包括診療加算の算定開始からの経過期間

算定開始からの経過期間をみると、認知症地域包括診療加算算定患者では認知症地域包括診療料算定患者と比較して「6か月」の割合が高かった。

また、算定開始からの経過期間は、認知症地域包括診療料算定患者では平均 4.8 か月（中央値 5.0）、地域包括診療加算算定患者では平均 4.7 か月（中央値 5.0）と、現時点で大きな差異はみられなかった。

図表 114 認知症地域包括診療料・認知症地域包括診療加算の算定開始からの経過期間（算定状況別）



図表 115 認知症地域包括診療料・認知症地域包括診療加算の算定開始からの経過期間（算定状況別）

（単位：か月）

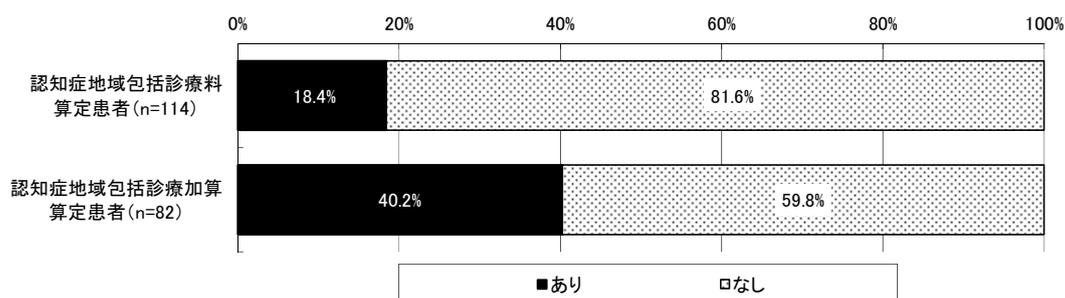
	患者数(人)	平均値	標準偏差	中央値
認知症地域包括診療料算定患者	109	4.8	1.3	5.0
認知症地域包括診療加算算定患者	69	4.7	1.6	5.0

（注）算定開始からの経過期間について記入のあった患者を集計対象とした。

⑦ 認知症地域包括診療料・認知症地域包括診療加算算定以前の地域包括診療料等の算定の有無

認知症地域包括診療料・認知症地域包括診療加算を算定する以前に、地域包括診療料または地域包括診療加算の算定が「あり」という患者の割合は、認知症地域包括診療料算定患者では 18.4%、認知症地域包括診療加算算定患者では 40.2%と大きな差異がみられた。

図表 116 認知症地域包括診療料等の算定以前の地域包括診療料等の算定の有無（算定状況別）

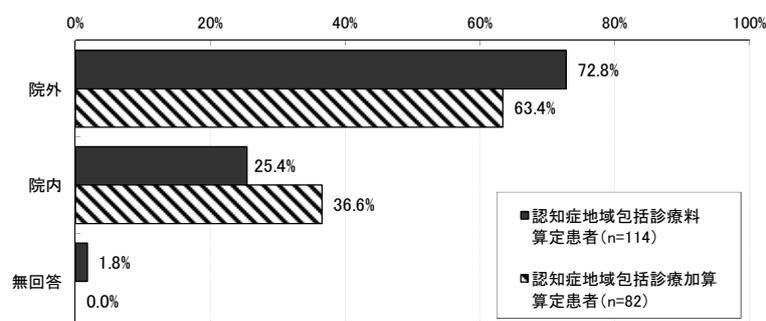


⑧院外処方・院内処方の状況

院外処方・院内処方の状況は次のとおりである。

認知症地域包括診療料算定患者では「院外」が72.8%、「院内」が25.4%であった。また、認知症地域包括診療加算算定患者では「院外」が63.4%、「院内」が36.6%であった。

図表 117 院外処方・院内処方の状況（算定状況別、複数回答）



⑨内服薬数

内服薬数は次のとおりである。

認知症地域包括診療料算定患者では「自院」が平均3.3剤、「他院」が平均0.5剤であった。また、認知症地域包括診療加算算定患者では「自院」が平均3.6剤、「他院」が平均0.7剤であった。

図表 118 内服薬数【自院】（算定状況別）

（単位：剤）

	患者数(人)	平均値	標準偏差	中央値
認知症地域包括診療料算定患者	100	3.3	1.7	3.0
認知症地域包括診療加算算定患者	81	3.6	2.0	4.0

（注）内服薬数（自院）について記入のあった患者を集計対象とした。

図表 119 内服薬数【他院】（算定状況別）

（単位：剤）

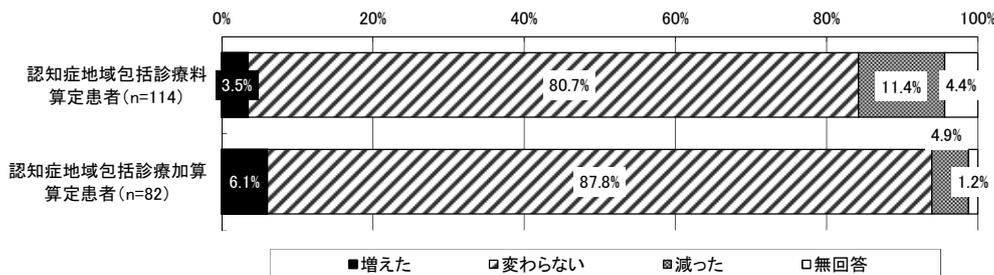
	患者数(人)	平均値	標準偏差	中央値
認知症地域包括診療料算定患者	61	0.5	1.3	0.0
認知症地域包括診療加算算定患者	38	0.7	1.5	0.0

（注）内服薬数（他院）について記入のあった患者を集計対象とした。

⑩内服薬数の変化

認知症地域包括診療料または認知症地域包括診療加算の算定当初と比較した内服薬数の変化をみると、認知症地域包括診療料算定患者と認知症地域包括診療加算算定患者ともに「変わらない」が大多数を占めた。また、認知症地域包括診療料算定患者では「増えた」よりも「減った」のほうがやや多かった。

図表 120 内服薬数の変化（算定状況別）



図表 121 内服薬数が増えた理由（算定状況別、単数回答）

（単位：上段「人」、下段「%」）

	総数	患者の病状に変化があったため	副作用に対応するため	重複薬の整理等、医師の考え	その他	無回答
認知症地域包括診療料算定患者	4 100.0	3 75.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 25.0
認知症地域包括診療加算算定患者	5 100.0	5 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0

図表 122 内服薬数が減った理由（算定状況別、単数回答）

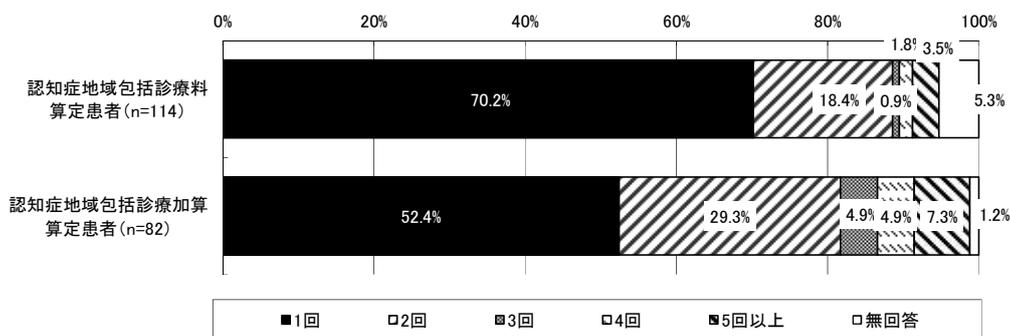
（単位：上段「人」、下段「%」）

	総数	患者の病状に変化があったため	副作用に対応するため	重複薬の整理等、医師の考え	その他	無回答
認知症地域包括診療料算定患者	13 100.0	4 30.8	0 0.0	8 61.5	0 0.0	1 7.7
認知症地域包括診療加算算定患者	4 100.0	3 75.0	0 0.0	1 25.0	0 0.0	0 0.0

⑪1 か月間の延べ通院回数

平成 28 年 9 月 1 か月間の延べ通院回数（他院分も含む）をみると、「1 回」が最も多かった。認知症地域包括診療料算定患者では「1 回」の割合が 70.2%と高く、認知症地域包括診療加算算定患者と比較してもこの割合は高かった。

図表 123 1 か月間の延べ通院回数（算定状況別）



（注）平成 28 年 9 月 1 か月間の延べ通院回数には他院分も含まれる。

図表 124 1 か月間の延べ通院回数（算定状況別）

（単位：回）

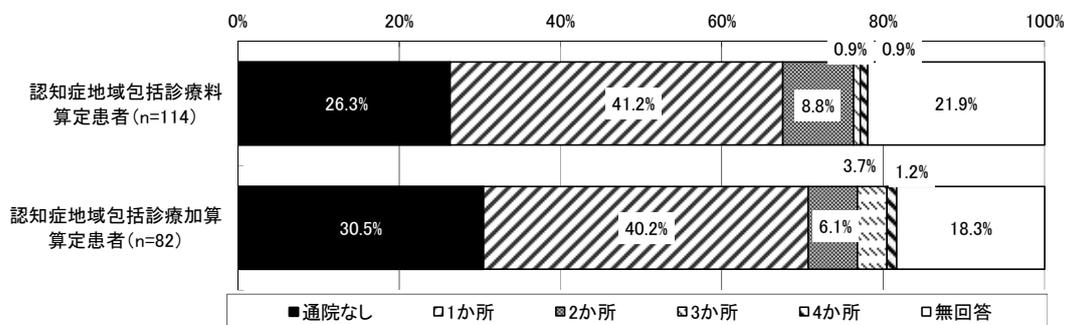
	患者数(人)	平均値	標準偏差	中央値
認知症地域包括診療料算定患者	108	1.5	1.1	1.0
認知症地域包括診療加算算定患者	81	1.9	1.3	1.0

（注）1 か月間の延べ通院回数（他院分も含む）について記入のあった患者を集計対象とした。

⑫定期的に通院している医療機関数

定期的に通院している医療機関数（他院分も含む）をみると、「1 箇所」が最も多く、次いで「通院なし」が多かった。

図表 125 定期的に通院している医療機関数（算定状況別）



(注) 定期的に通院している医療機関数には他院分も含まれる。

図表 126 定期的に通院している医療機関数（算定状況別）

(単位：箇所)

	患者数(人)	平均値	標準偏差	中央値
認知症地域包括診療料算定患者	89	0.8	0.8	1.0
認知症地域包括診療加算算定患者	67	0.8	0.9	1.0

(注) 定期的に通院している医療機関数（他院分も含む）について記入のあったものを集計対象とした。

3. 小児科調査

【調査対象等】

調査対象：小児かかりつけ診療料の施設基準の届出施設の中から無作為抽出した 500 施設

回答数：214 施設

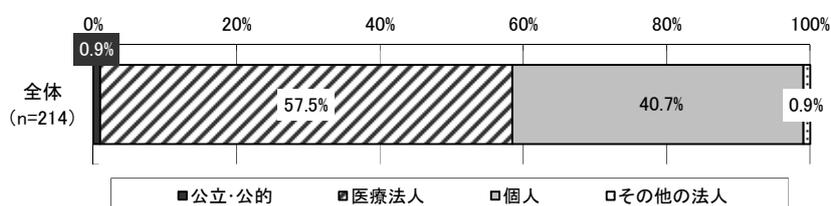
回答者：管理者

(1) 回答施設の概要

①開設者

開設者は次のとおりである。

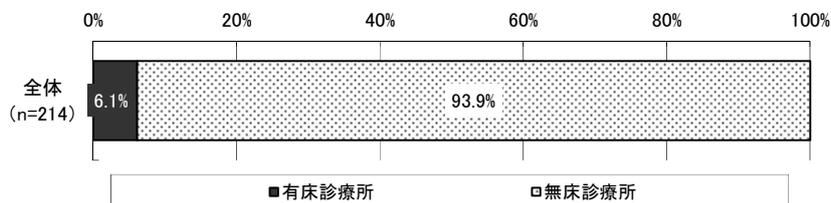
図表 127 開設者



②医療機関種別

医療機関種別は次のとおりである。

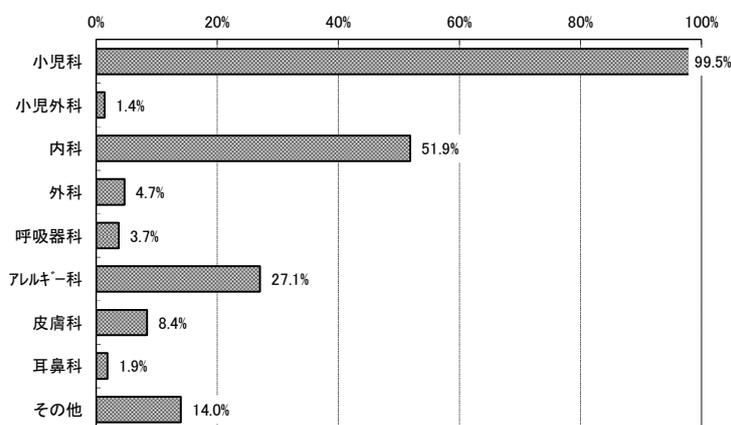
図表 128 医療機関種別



③標榜診療科

標榜診療科は次のとおりである。

図表 129 標榜診療科（複数回答、n=214）



④許可病床数

許可病床数は次のとおりである。

図表 130 許可病床数（有床診療所、n=13）

（単位：床）

	平均値	標準偏差	中央値
一般病床	11.3	6.3	10.0
療養病床	1.1	3.9	0.0
（うち）介護療養病床	0.0	0.0	0.0
全体	12.4	6.0	12.0

（注）許可病床数について記入のあった施設を集計対象とした。

⑤全職員数

全職員数は次のとおりである。

図表 131 全職員数（常勤換算、n=200）

（単位：人）

	平均値	標準偏差	中央値
医師	1.5	1.1	1.0
歯科医師	0.0	0.1	0.0
保健師・助産師・看護師	1.8	2.9	1.0
准看護師	1.2	1.4	1.0
薬剤師	0.1	0.3	0.0
リハビリ職	0.2	0.8	0.0
管理栄養士	0.1	0.6	0.0
その他の医療職	0.3	1.3	0.0
社会福祉士	0.0	0.1	0.0
その他の職員	3.3	3.5	3.0
合計	8.5	8.9	7.0

（注）・全職員数について記入のあった施設を集計対象とした。

- ・「リハビリ職」とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を指す。
- ・「その他の医療職」とは、診療放射線技師、臨床検査技師等、その他の医療系資格を有する者を指す。

図表 132 専ら小児科を担当する医師数

（単位：人）

	施設数(件)	平均値	標準偏差	中央値
常勤	213	1.15	0.52	1.00
非常勤	204	0.25	0.70	0.00

（注）常勤、非常勤の医師数について記入のあった施設を集計対象とした。

図表 133 専ら小児外科を担当する医師数

（単位：人）

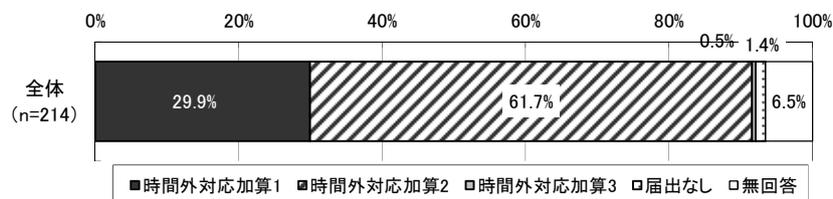
	施設数(件)	平均値	標準偏差	中央値
常勤	213	0.08	0.340	0.00
非常勤	195	0.01	0.072	0.00

（注）常勤、非常勤の医師数について記入のあった施設を集計対象とした。

⑥時間外対応加算の種類

時間外対応加算の種類をみると、「時間外対応加算 2」が 61.7%で最も多く、次いで「時間外対応加算 1」が 29.9%であった。

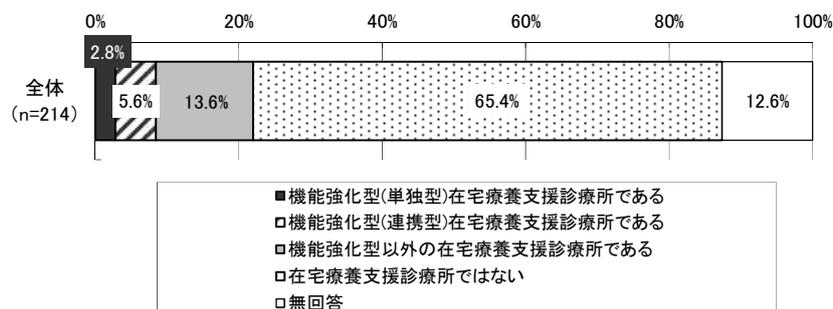
図表 134 時間外対応加算の種類



⑦在支診の状況

在支診の状況をみると、「機能強化型（単独型）在宅療養支援診療所である」が 2.8%、「機能強化型（連携型）在宅療養支援診療所である」が 5.6%、「機能強化型以外の在宅療養支援診療所である」が 13.6%、「在宅療養支援診療所ではない」が 65.4%である。

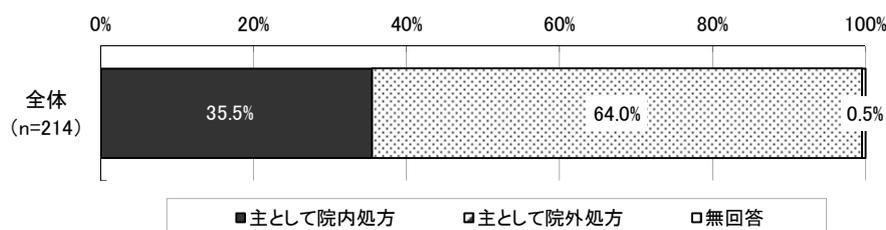
図表 135 在支診の状況



⑧外来における院内・院外処方状況

外来における院内・院外処方の状況をみると、「主として院内処方」が 35.5%、「主として院外処方」が 64.0%であった。

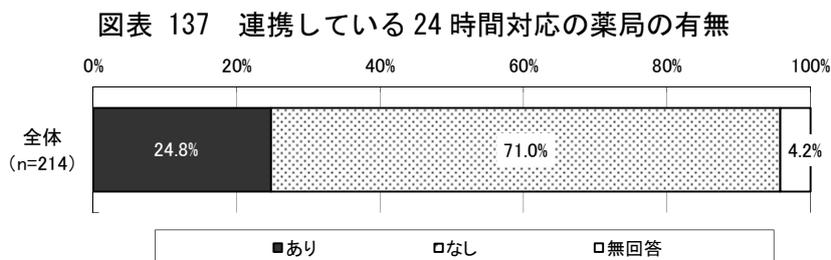
図表 136 外来における院内・院外処方の状況



⑨連携している 24 時間対応の薬局

連携している 24 時間対応の薬局の有無をみると、「あり」が 24.8%、「なし」が 71.0%であった。

また、連携している 24 時間対応の薬局がある場合、1 施設あたりの連携薬局数は平均 1.1 薬局（中央値 1.0）であった。



図表 138 連携している 24 時間対応の薬局（連携薬局がある施設）

（単位：薬局）

平均値	標準偏差	中央値
1.1	0.3	1.0

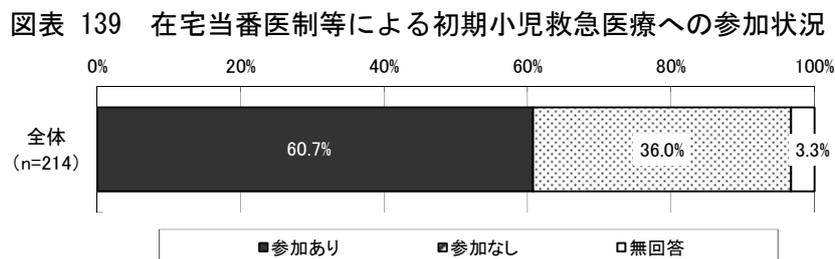
（注）連携している 24 時間対応可能な薬局数について記入のあった施設を集計対象とした。

⑩地域における活動

1) 在宅当番医制等による初期小児救急医療への参加状況

在宅当番医制等による初期小児救急医療への参加状況をみると、「参加あり」が 60.7%、「参加なし」が 36.0%であった。

参加している施設における、平成 28 年 9 月 1 か月間の休日又は夜間の診療回数は平均 1.32 回（中央値 1.00）であった。



図表 140 休日又は夜間の診療回数（平成 28 年 9 月 1 か月間、在宅当番医制等による初期小児救急医療への参加ありの施設、n=122）

（単位：回）

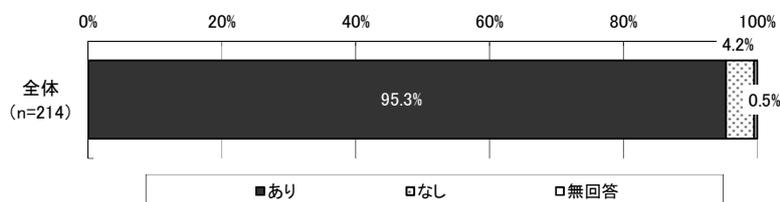
平均値	標準偏差	中央値
1.32	1.71	1.00

（注）休日又は夜間の診療回数について記入のあった施設を集計対象とした。

2) 市町村の乳幼児健康診査の実施状況

市町村の乳幼児健康診査の実施状況を見ると、「あり」が95.3%であった。

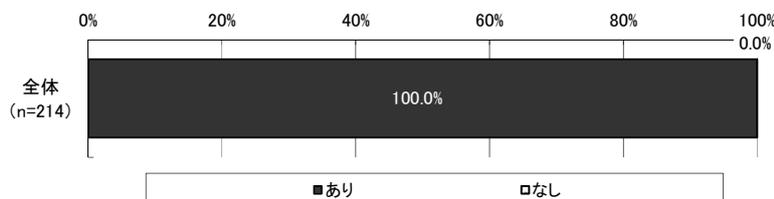
図表 141 市町村の乳幼児健康診査の実施状況



3) 乳幼児に対する定期予防接種の実施状況

乳幼児に対する定期予防接種の実施状況を見ると、「あり」が100.0%であった。

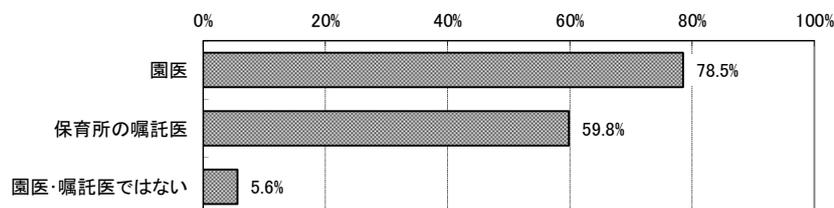
図表 142 乳幼児に対する定期予防接種の実施状況



4) 園医又は保育所の嘱託医の就任の有無

園医又は保育所の嘱託医の就任の有無を見ると、「園医」が78.5%、「保育所の嘱託医」が59.8%であり、「園医・嘱託医ではない」が5.6%であった。

図表 143 園医又は保育所の嘱託医の就任の有無（複数回答、n=214）



⑪在宅医療の取組状況

1) 6か月間における15歳未満の超重症児・準超重症児に対する往診・訪問診療の提供実績

6か月間における15歳未満の超重症児・準超重症児に対する往診・訪問診療の提供実績は、平均0.88人（中央値0.00）であった。

図表 144 6か月間における15歳未満の超重症児・準超重症児に対する
往診・訪問診療の提供実績（n=198）

（単位：人）

平均値	標準偏差	中央値
0.88	7.55	0.00

（注）平成28年4月～9月6か月間の、往診・訪問診療を行った患者数について記入のあった施設を集計対象とした。

2) 6か月間における15歳未満の超重症児・準超重症児に対する訪問看護の提供実績

6か月間における15歳未満の超重症児・準超重症児に対する訪問看護の提供実績は、平均0.03人（中央値0.00）であった。

図表 145 6か月間における15歳未満の超重症児・準超重症児に対する
訪問看護の提供実績（n=196）

（単位：人）

平均値	標準偏差	中央値
0.03	0.29	0.00

（注）平成28年4月～9月6か月間の、訪問看護を行った患者数について記入のあった施設を集計対象とした。

(2) 小児かかりつけ診療料の取組状況等

①小児かかりつけ診療料の届出時期

小児かかりつけ診療料の届出時期は「平成28年4月」が78.5%であった。

図表 146 小児かかりつけ診療料の届出時期

	施設数(件)	構成割合(%)
平成28年3月	6	2.8
平成28年4月	168	78.5
平成28年5月	17	7.9
平成28年6月	7	3.3
平成28年7月	6	2.8
平成28年8月	1	0.5
平成28年9月	3	1.4
無回答	6	2.8
全体	214	100.0

②小児かかりつけ診療料の算定実績がある医師の人数

小児かかりつけ診療料の算定実績がある医師の人数は平均1.05人(中央値1.00)で、このうち、小児科の医師は平均0.97人(中央値1.00)であった。

図表 147 小児かかりつけ診療料の算定実績がある医師の人数

(単位：人)

	施設数(件)	平均値	標準偏差	中央値
小児かかりつけ診療料の算定実績がある医師数	208	1.05	0.90	1.00
(うち)小児かかりつけ診療料の算定実績がある小児科医師数	196	0.97	0.81	1.00

(注) 各医師数について記入のあった施設を集計対象とした。

③15歳未満の外来患者数

平成28年9月1か月間における、小児（15歳未満）の外来患者数は次のとおりである。

平成28年9月に「初診・再診を行った患者の実人数（診療録ベース）」は平均469.2人で、このうち「未就学児の患者の実人数（診療録ベース）」が平均316.2人であり、小児患者に占める未就学児の割合は67.4%であった。

また、小児かかりつけ診療料を算定した患者は平均70.6人で、小児患者に対する割合は15.0%であった。

図表 148 平成28年9月1か月間における小児の外来患者数（n=155）

（単位：人）

	平均値	標準偏差	中央値
初診患者数	281.8	273.0	200.0
再診延べ患者数	443.4	449.8	318.0
初診・再診を行った患者の実人数（診療録ベース）	469.2	399.1	401.0
未就学児の患者の実人数（診療録ベース）	316.2	291.5	231.0
小児かかりつけ診療料を算定した患者の実人数（診療録ベース）	70.6	111.8	16.0
小児かかりつけ診療料を算定した延べ患者数	156.1	261.3	30.0

（注）すべての患者数について記入のあった施設を集計対象とした。

④小児かかりつけ診療料算定患者への対応状況

平成28年4月以降9月30日時点まで「小児かかりつけ診療料」の「かかりつけ医」に同意し1回以上算定した患者数は平均145.0人であった。また、小児かかりつけ診療料を算定している患者で、平成28年9月1か月間に「専門医療機関を紹介した患者数」は平均2.1人、「電話による緊急の相談等の対応回数」は4.2回、「夜間緊急受診回数」は平均1.4回であった。一方、「患者から連絡があったが対応できなかった回数」は平均0.6回で、その後、「患者にコールバックをした回数」は平均0.5回であった。

図表 149 小児かかりつけ診療料の「かかりつけ医」に同意している患者に関する取組

	施設数 (件)	平均値	標準 偏差	中央値
「小児かかりつけ診療料」を算定した患者数(人)	192	145.0	259.1	30.0
小児かかりつけ診療料を算定している患者で、専門医療機関を紹介した患者数(人)	192	2.1	7.8	0.0
小児かかりつけ診療料を算定している患者の電話による緊急の相談等の対応回数(回)	189	4.2	11.2	1.0
小児かかりつけ診療料を算定した患者の夜間緊急受診回数(回)	188	1.4	6.6	0.0
小児かかりつけ診療料を算定した患者から連絡があったが対応できなかった回数(回)	187	0.6	3.1	0.0
対応できなかった患者にコールバックをした回数(回)	187	0.5	3.1	0.0

（注）項目ごとに記入のあった施設を集計対象とした。

⑤小児患者について連携している医療機関数

小児患者について連携している医療機関数は次のとおりである。

図表 150 自院にはない診療科を有する医療機関で、
小児患者を紹介する医科の医療機関数

(単位：件)

平成 27 年 9 月				平成 28 年 9 月			
施設数 (件)	平均値	標準偏差	中央値	施設数 (件)	平均値	標準偏差	中央値
188	3.6	3.3	3.0	194	3.6	3.2	3.0

(注) 記入のあった施設を集計対象とした。

図表 151 小児患者を紹介する歯科の医療機関数

(単位：件)

平成 27 年 9 月				平成 28 年 9 月			
施設数 (件)	平均値	標準偏差	中央値	施設数 (件)	平均値	標準偏差	中央値
182	0.6	1.0	0.0	188	0.6	1.0	0.0

(注) 記入のあった施設を集計対象とした。

図表 152 高度な専門診療を提供する医療機関で、小児患者を紹介する医療機関数

(単位：件)

平成 27 年 9 月				平成 28 年 9 月			
施設数 (件)	平均値	標準偏差	中央値	施設数 (件)	平均値	標準偏差	中央値
193	2.4	1.7	2.0	198	2.5	1.8	2.0

(注) 記入のあった施設を集計対象とした。

図表 153 小児患者のカルテ等の診療記録を共有している医療機関数

(単位：件)

平成 27 年 9 月				平成 28 年 9 月			
施設数 (件)	平均値	標準偏差	中央値	施設数 (件)	平均値	標準偏差	中央値
188	0.2	0.7	0.0	194	0.2	0.7	0.0

(注) 記入のあった施設を集計対象とした。

⑥小児患者を他の医療機関に紹介する際に困っていること

小児患者を他の医療機関に紹介する際に困っていることとして、以下の内容が挙げられた。

図表 154 小児患者を他の医療機関に紹介する際に困っていること（自由記述式）

○時間外・夜間の受入れ先がない

- ・ 近隣に時間外で小児対応をしてくれる所がないこと。同じ自治体内でも移動に時間がかかる。
- ・ 時間外が困る。最近は大病院も当直医がいないことが多く、断られることが多い。
- ・ 眼科、耳鼻科については夜間に受け入れてくれる医療機関がない。／等

○対応不可能・満床により受入れを断られる

- ・ 満床で紹介を断られることがある。専門外来の予約が混んでいて、予約の日時が1か月以上先のことがある。
- ・ 特に外科的疾患に対して対応不可能な医療機関ばかりで困る（特に時間外）。
- ・ 発達障害の子どもを紹介しても6か月ないし1年待ちになる。いろいろな意味で受け皿がない。
- ・ 超重症児について、キャリアオーバー児の悪化時の紹介先がない。／等

○手続きが煩雑

- ・ 紹介する際の手続きのやりとりや電話等での連絡の手間がかかる。
- ・ 紹介状の作成を求められるが、作成する時間がない。
- ・ 病院の地域連携室の対応が遅い。／等

○その他

- ・ 入院が必要と考えて紹介（電話依頼）しても、対応してくれる小児科医で入院適応の基準が異なるので入院基準を決めてもらえるとありがたい。
- ・ 診療結果の返事が来ないことがある。
- ・ 同じ疾患でも病院により担当の科が異なることがある。
- ・ 必ずしも小児科専門医が対応してくれない。
- ・ どこがこの患児の病気に対してよい治療ができるかわからない。／等

⑦小児かかりつけ診療料について説明を行ったものの患者の同意を得られないケースの割合

小児かかりつけ診療料について説明を行ったものの患者の同意を得られないケースの割合は次のとおりである。

図表 155 小児かかりつけ診療料について説明を行ったものの患者の同意を得られないケースの割合 (n=168)

(単位：割)

平均値	標準偏差	中央値
0.6	1.2	0.0

(注) 記入のあった施設を集計対象とした。

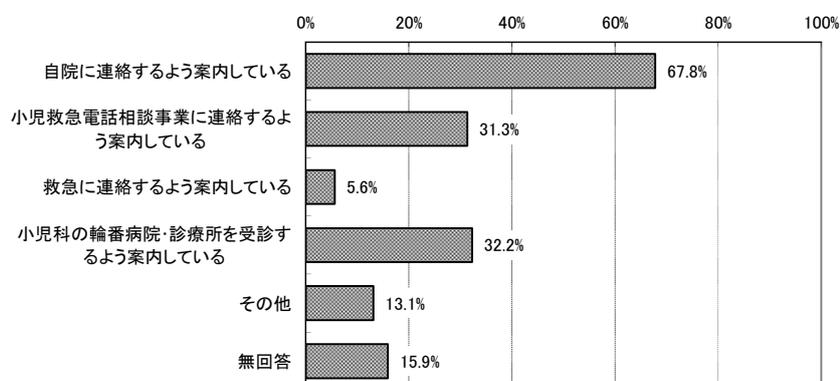
図表 156 小児かかりつけ診療料を患者が同意しない場合の理由 (自由記述式)

- ・ 他院にて、かかりつけ医登録を行っているため。
- ・ かかりつけ医を持つことのメリットを理解できない。もともと複数の小児科医院を受診しており、かかりつけ医を決められない。
- ・ 転居する可能性があり、かかりつけ医を決定できない。
- ・ 自宅から遠いため。
- ・ 自己負担がかかる人だと自己負担金が高くなってしまうため。
- ・ 説明に納得がいかない。 / 等

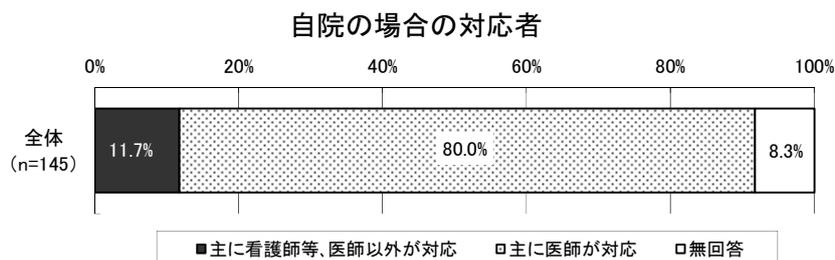
⑧診療時間外である休日や深夜における緊急時の最初の連絡先

診療時間外である休日や深夜における緊急時の最初の連絡先は「自院に連絡するよう案内している」が67.8%で最も多く、その場合の対応者は「主に医師が対応」が80.0%であった。

図表 157 診療時間外である休日や深夜における緊急時の最初の連絡先 (複数回答、n=214)



図表 158 診療時間外である休日や深夜における緊急時の最初の連絡先が

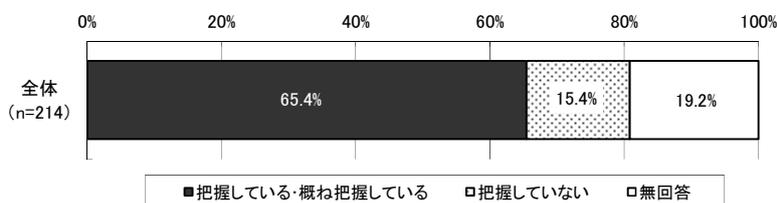


⑨算定患者について自院の専門外である診療科の他院受診状況の把握状況

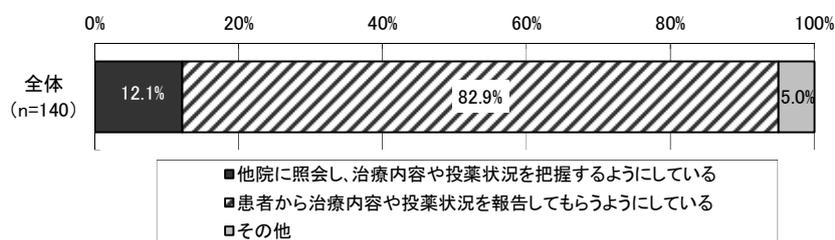
小児かかりつけ診療料の算定患者について自院の専門外である診療科の他院受診状況の把握状況をみると、「把握している・概ね把握している」が65.4%で最も多かった。

また、小児かかりつけ診療料を算定している患者が他院を受診した場合の主な対応をみると、「患者から治療内容や投薬状況を報告してもらうようにしている」が82.9%で大半を占めたが、「他院に照会し、治療内容や投薬状況を把握するようにしている」が12.1%であった。

図表 159 算定患者について自院の専門外である診療科の他院受診状況の把握状況



図表 160 算定患者が他院を受診した場合の主な対応
(他院受診状況を把握している施設)



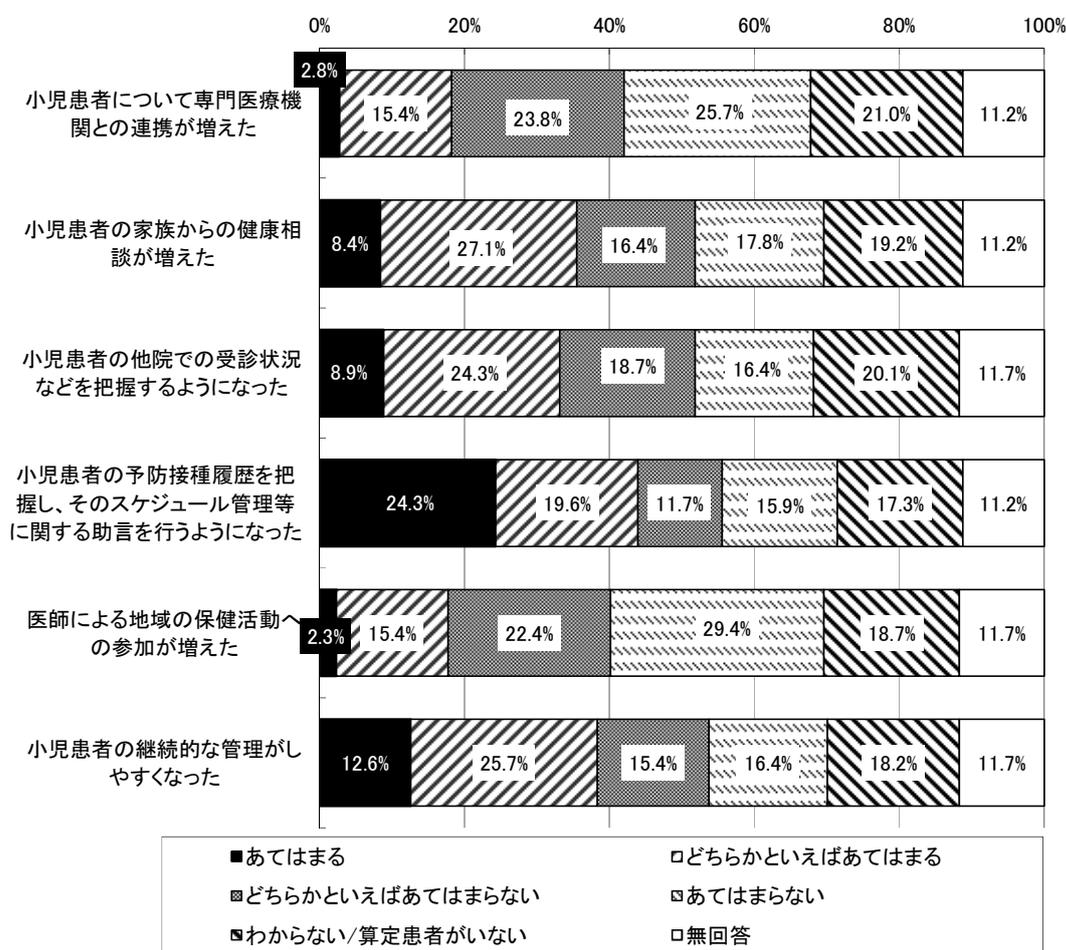
⑩小児かかりつけ診療料の影響・効果

小児かかりつけ診療料の影響・効果は次のとおりである。

「あてはまる」「どちらかといえばあてはまる」を合わせた割合が最も高かったのは、「小児患者の予防接種履歴を把握し、そのスケジュール管理等に関する助言を行うようになった」で 43.9%であった。次いで「小児患者の継続的な管理がしやすくなった」(38.3%)、「小児患者の家族からの健康相談が増えた」(35.5%)、「小児患者の他院での受診状況などを把握するようになった」(33.2%)であった。

一方、「あてはまらない」「どちらかといえばあてはまらない」を合わせた割合が高かったのは、「医師による地域の保健活動への参加が増えた」(51.8%)、「小児患者について専門医療機関との連携が増えた」(49.5%)であった。

図表 161 小児かかりつけ診療料の影響・効果 (n=214)



⑪小児かかりつけ診療料の算定が可能な年齢の範囲についての意見

小児かかりつけ診療料の算定が可能な年齢の範囲についての意見はなかった。

⑫小児かかりつけ医を推進する上での課題

小児かかりつけ医を推進する上での課題として、以下の内容が挙げられた。

図表 162 小児かかりつけ医を推進する上での課題（自由記述式）

○24 時間対応は負担が重い

- ・ 小児かかりつけ医となる要件の 1 つに「24 時間連絡がとれること」があるが、個人開業医としては 100%の対応は無理である。休日当番、夜間救急など公的な輪番制の医療機関とうまく機能分担ができればよいと思っている。
- ・ 休日夜間の電話対応について。患者数が増えてくると対応しきれなくなってくる可能性がある。
- ・ 医師としての負担が大きすぎるので、届出はしたが実際の登録は皆無。
- ・ 院内薬局もしくは 24 時間対応の院外薬局が必要。 / 等

○患者側・医療機関側にとってメリットが感じられない

- ・ 今までどおりの対応で特に変わらない。
- ・ 各医療機関の診療日（水・木の午後休診、全日休診等）の違いやその病気の治りやすさ等から、複数の小児科医にかかる患者も少なくない。
- ・ 子どもは急性期疾患が多いのに、患者・患者家族のメリットがはっきりしない。かかりつけ医となったために他の医療機関を受診しづらくなる。耳鼻科等単科の場合はどうなるのか。
- ・ 小児科単科標榜医や小児科専門医にとってはかかりつけ医であるかどうかで職務内容が変わることがないように思えるので、医師と患者の双方に「かかりつけ医登録」の必要性が感じられていないのではないかと。
- ・ 他院にかかるのに差し障りがないと説明してもフリーでいたい人が多い。
- ・ 診療時間内で 18 時以降の受診では（院内処方）小児科外来診療料は時間外加算があるため、初診 682+85 点、再診 493+65 点であるが、小児かかりつけ診療科はこの 18 時以降の時間外加算が算定できないため、初診 712 点、再診 523 点と、小児科外来診療料の方が点数が高くなる。点数上、一見、小児かかりつけ診療科が+30 点ではあるが、18 時以降は逆転する。このことが是正されないと推進の足かせになる。 / 等

○患者への説明や同意書を得ることが難しい

- ・ 制度を家族に説明する時間がない。
- ・ 養育者と良好な関係ができていないと説明が難しい。
- ・ 患者に同意を得るための説明が大変であり、今まで小児科として当然やっていること

を改めて説明することになっている。この同意書を書かないと詳しく診察してもらえないような疑問を持つ患者もいるようなので、同意書まで書かせることはいかがなものかと思う。

- ・ 説明や同意の内容を簡単にし、統一した方が良いと考える。 /等

○かかりつけ医の登録が重複するケースがある

- ・ かかりつけ医登録の管理の難しさ。保護者に説明しているものの登録医を重複していたりする。
- ・ 他医を指定しているかどうかがわからないので説明すべきかどうか判断に困ることがある。
- ・ 複数の医療機関で算定してしまうとわかりづらい。自己負担金の違いが発生してしまう。
- ・ 患者が複数のかかりつけ医にサインした場合、保険請求時に医師同士が話し合わないといけない。海外のようにかかりつけ医以外を受診した場合、保険で払わないようにした方がすっきりする。 /等

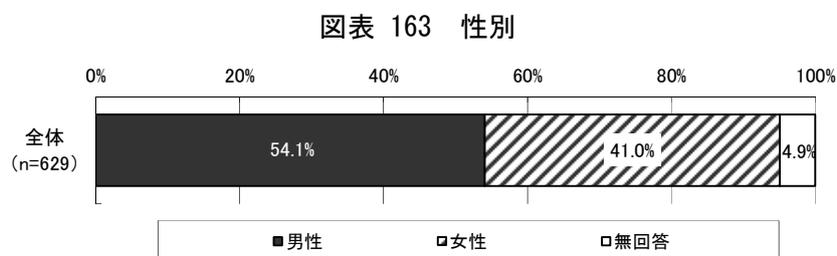
○その他

- ・ 地方の小児科診療所によって1人の患者をそれぞれの診療所が得意とする分野で分担し共診しながらケアしている場合が多いと思う（小児科診療所が全て同じことをしているわけではない）。かかりつけを1か所にするにより限られた数の小児医療機関間の連携が制限されているのではないかと懸念を強く持っている。患者が少なくとも2か所の小児医療機関をかかりつけ医として指名できないものだろうか考える。
- ・ 患者の囲い込みになるという問題があるのではないか。患者の差別化にもつながるので医師法にそぐわないのではないか。
- ・ 予防接種は他医で一般疾患は当院、と区別している患者もいるので、小児かかりつけ診療料を算定ができない場合がある。
- ・ 新たな基準として、「15歳未満のレセプト数が80%以上の施設」などがあれば門戸が広がり、システムとして機能するのではないか。さらには、「小児は原則として小児科で受診を」というアナウンスを積極的にして頂きたい。耳鼻は耳鼻科、湿疹は皮膚科、熱が出たらやっ和小児科という患者意識は根強く、個人医院で10年以上にわたり相当啓発しても、なかなかこの壁は崩せない。
- ・ 必ず受けてくれる小児科の二次病院が必要である。 /等

(3) 小児かかりつけ診療料の算定患者

①性別

患者の性別は次のとおりである。



②年齢

患者の年齢は次のとおりである。

図表 164 年齢階級別患者数

	患者数(人)	構成割合 (%)
～6 か月未満	30	4.8
～12 か月未満	119	18.9
～2 歳未満	263	41.8
～3 歳未満	160	25.4
～4 歳未満	42	6.7
～5 歳未満	3	0.5
～6 歳未満	2	0.3
無回答	10	1.6
全体	629	100.0

図表 165 年齢 (n=619)

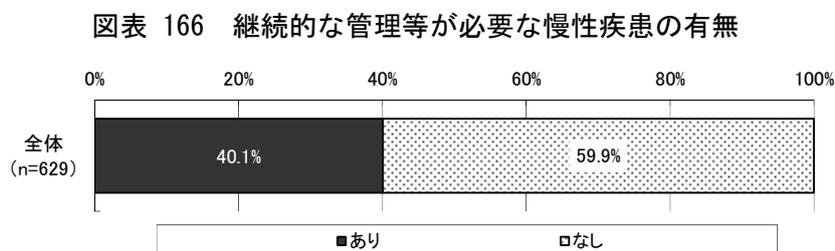
(単位：歳)

平均値	標準偏差	中央値
1.64	0.87	1.50

(注) 生年月日について記入のあった患者を集計対象とした。

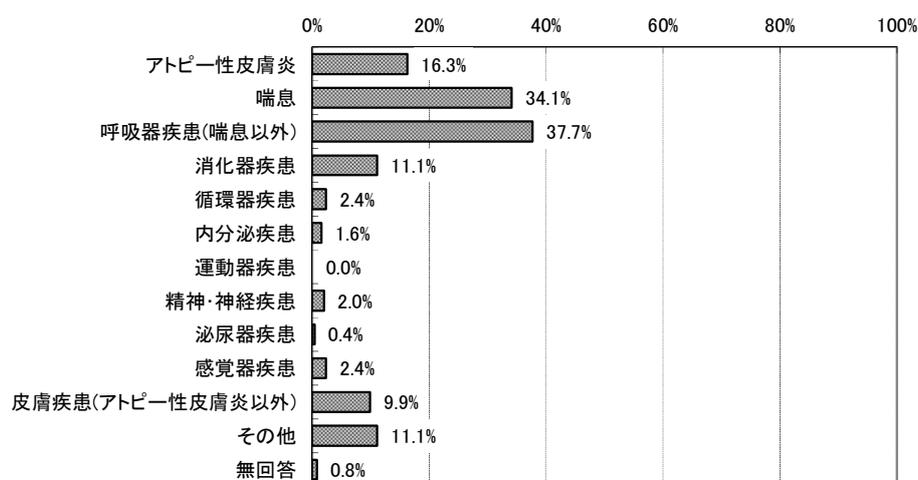
③継続的な管理等が必要な慢性疾患

継続的な管理等が必要な慢性疾患の有無をみると、「あり」は40.1%、「なし」が59.9%であった。



管理を必要とする疾患をみると、「呼吸器疾患（喘息以外）」が37.7%で最も多く、次いで「喘息」(34.1%)、「アトピー性皮膚炎」(16.3%)、「消化器疾患」(11.1%)、「皮膚疾患（アトピー性皮膚炎以外）」(9.9%)であった。

図表 167 管理を必要とする疾患（慢性疾患がある患者、複数回答、n=252）



④初診以降の予防接種の回数

初診以降の予防接種の回数は、自院が平均9.2回（中央値7.5回）、他院が平均1.4回（中央値0.0）であった。

図表 168 初診以降の予防接種の回数

(単位：回)

	患者数(人)	平均値	標準偏差	中央値
自院	610	9.2	7.6	7.5
他院	402	1.4	3.8	0.0

(注) 初診以降の予防接種の回数について記入のあった患者を集計対象とした。

⑤初診以降の健康診査の回数

初診以降の健康診査の回数は、自院が平均 1.2 回（中央値 1.0）、他院が平均 0.3 回（中央値 0.0）であった。

図表 169 初診以降の健康診査の回数

（単位：回）

	患者数(人)	平均値	標準偏差	中央値
自院	597	1.2	2.1	1.0
他院	384	0.3	0.6	0.0

（注）初診以降の健康診査の回数について記入のあった患者を集計対象とした。

⑥小児かかりつけ診療料を算定した最初の月

小児かかりつけ診療料を算定した最初の月をみると、「平成 28 年 4 月」が 33.4%で最も多く、次いで「平成 28 年 9 月」（18.1%）であった。

図表 170 小児かかりつけ診療料を算定した最初の月

	患者数(人)	構成割合(%)
平成 28 年 4 月	210	33.4
平成 28 年 5 月	91	14.5
平成 28 年 6 月	79	12.6
平成 28 年 7 月	71	11.3
平成 28 年 8 月	48	7.6
平成 28 年 9 月	114	18.1
無回答	16	2.5
全体	629	100.0

⑦自院以外に定期的に受診している医療機関

自院以外に定期的に受診している医療機関数は次のとおりである。

図表 171 自院以外に定期的に受診している医療機関数

(単位：施設)

	患者数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	412	0.2	0.5	0.0
4月算定開始患者	151	0.1	0.4	0.0
5月算定開始患者	64	0.3	0.6	0.0
6月算定開始患者	51	0.3	0.5	0.0
7月算定開始患者	46	0.3	0.5	0.0
8月算定開始患者	29	0.2	0.5	0.0
9月算定開始患者	58	0.2	0.4	0.0

(注)・自院以外に定期的に受診している医療機関数について記入のあった患者を集計対象とした。

- ・「全体」には算定開始月が不明の13人が含まれる。
- ・定期的に受診している医療機関には「歯科」も含まれる。

図表 172 自院以外に定期的に受診している医療機関数 (0を除く)

(単位：施設)

	患者数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	72	1.1	0.4	1.0
4月算定開始患者	13	1.2	0.6	1.0
5月算定開始患者	14	1.2	0.6	1.0
6月算定開始患者	14	1.1	0.3	1.0
7月算定開始患者	10	1.2	0.4	1.0
8月算定開始患者	6	1.2	0.4	1.0
9月算定開始患者	9	1.0	-	1.0

(注)・定期的に受診している医療機関数が「0」であった患者を除外して集計対象とした。

- ・「全体」には算定開始月が不明の6人が含まれる。
- ・定期的に受診している医療機関には「歯科」も含まれる。

⑧自院への受診回数

算定開始から平成 28 年 9 月末までの自院への受診回数をみると、平均 8.7 回（中央値 5.0）であった。4 月算定開始患者の受診回数は平均 12.4 回（中央値 9.0）であり、平均値ベースで見ると 1 か月あたり 2 回程度の受診回数となる。

図表 173 自院への受診回数

(単位：回)

	患者数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	617	8.7	10.4	5.0
4 月算定開始患者	202	12.4	12.2	9.0
5 月算定開始患者	89	8.8	9.3	6.0
6 月算定開始患者	78	9.2	10.4	5.5
7 月算定開始患者	71	8.3	9.6	5.0
8 月算定開始患者	48	6.9	9.6	4.0
9 月算定開始患者	114	3.4	5.5	2.0

(注)・自院への受診回数について記入のあった患者を集計対象とした。

・「全体」には算定開始月が不明の 15 人が含まれる。

・算定開始以降、平成 28 年 9 月末までの期間。

図表 174 自院への受診回数 (0 を除く)

(単位：回)

	患者数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	615	8.7	10.4	5.0
4 月算定開始患者	201	12.5	12.1	9.0
5 月算定開始患者	89	8.8	9.3	6.0
6 月算定開始患者	77	9.3	10.4	6.0
7 月算定開始患者	71	8.3	9.6	5.0
8 月算定開始患者	48	6.9	9.6	4.0
9 月算定開始患者	114	3.4	5.5	2.0

(注)・自院への受診回数が「0」であった患者を除外して集計対象とした。

・「全体」には算定開始月が不明の 15 人が含まれる。

・算定開始以降、平成 28 年 9 月末までの期間。

⑨診療時間外における電話等による緊急の相談対応回数

算定開始から平成 28 年 9 月末までの、診療時間外における電話等による緊急の相談対応回数をみると、平均 0.2 回（中央値 0.0）であった。

図表 175 診療時間外における電話等による緊急の相談対応回数

(単位：回)

	患者数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	583	0.2	0.5	0.0
4 月算定開始患者	195	0.2	0.7	0.0
5 月算定開始患者	89	0.2	0.5	0.0
6 月算定開始患者	72	0.1	0.4	0.0
7 月算定開始患者	64	0.2	0.7	0.0
8 月算定開始患者	45	0.0	0.2	0.0
9 月算定開始患者	105	0.1	0.4	0.0

(注)・診療時間外における電話等による緊急の相談対応回数について記入のあった患者を集計対象とした。

- ・「全体」には算定開始月が不明の 13 人が含まれる。
- ・算定開始以降、平成 28 年 9 月末までの期間。

図表 176 診療時間外における電話等による緊急の相談対応回数（0 を除く）

(単位：回)

	患者数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	59	1.6	0.8	1.0
4 月算定開始患者	26	1.7	1.0	1.0
5 月算定開始患者	11	1.3	0.6	1.0
6 月算定開始患者	4	1.5	0.6	1.5
7 月算定開始患者	6	2.2	0.8	2.0
8 月算定開始患者	2	1.0	-	1.0
9 月算定開始患者	8	1.3	0.5	1.0

(注)・診療時間外における電話等による緊急の相談対応回数が「0」であった患者を除外して集計対象とした。

- ・「全体」には算定開始月が不明の 2 人が含まれる。
- ・算定開始以降、平成 28 年 9 月末までの期間。

⑩診療時間外における緊急時の診療対応回数

算定開始から平成 28 年 9 月末までの、診療時間外における緊急時の診療対応回数をみると、平均 0.1 回（中央値 0.0）であった。

図表 177 診療時間外における緊急時の診療対応回数

（単位：回）

	患者数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	588	0.1	0.4	0.0
4 月算定開始患者	195	0.1	0.4	0.0
5 月算定開始患者	89	0.1	0.3	0.0
6 月算定開始患者	73	0.1	0.4	0.0
7 月算定開始患者	65	0.2	0.6	0.0
8 月算定開始患者	46	0.1	0.2	0.0
9 月算定開始患者	106	0.0	0.2	0.0

(注)・診療時間外における緊急時の診療対応回数について記入のあった患者を集計対象とした。

- ・「全体」には算定開始月が不明の 14 人が含まれる。
- ・算定開始以降、平成 28 年 9 月末までの期間。

図表 178 診療時間外における緊急時の診療対応回数（0 を除く）

（単位：回）

	患者数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	34	1.4	0.9	1.0
4 月算定開始患者	12	1.6	1.0	1.0
5 月算定開始患者	6	1.2	0.4	1.0
6 月算定開始患者	4	1.5	0.6	1.5
7 月算定開始患者	5	2.0	1.4	1.0
8 月算定開始患者	3	1.0	-	1.0
9 月算定開始患者	4	1.0	-	1.0

(注)・診療時間外における緊急時の診療対応回数が「0」であった患者を除外して集計対象とした。

- ・算定開始以降、平成 28 年 9 月末までの期間。

⑪緊急の他院受診回数

算定開始から平成 28 年 9 月末までの、緊急の他院受診回数をみると、平均 0.1 回（中央値 0.0）であった。

図表 179 緊急の他院受診回数

(単位：回)

	患者数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	463	0.1	0.4	0.0
4 月算定開始患者	158	0.1	0.4	0.0
5 月算定開始患者	68	0.2	0.6	0.0
6 月算定開始患者	50	0.1	0.4	0.0
7 月算定開始患者	52	0.2	0.5	0.0
8 月算定開始患者	37	0.0	0.2	0.0
9 月算定開始患者	85	0.0	0.2	0.0

(注)・緊急の他院受診回数について記入のあった患者を集計対象とした。
 ・「全体」には算定開始月が不明の 13 人が含まれる。
 ・算定開始以降、平成 28 年 9 月末までの期間。

図表 180 緊急の他院受診回数（0 を除く）

(単位：回)

	患者数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	31	1.4	0.7	1.0
4 月算定開始患者	9	1.4	0.7	1.0
5 月算定開始患者	6	1.8	1.0	1.5
6 月算定開始患者	4	1.3	0.5	1.0
7 月算定開始患者	9	1.2	0.4	1.0
8 月算定開始患者	1	1.0	-	1.0
9 月算定開始患者	2	1.0	-	1.0

(注)・緊急の他院受診回数が「0」であった患者を除外して集計対象とした。
 ・算定開始以降、平成 28 年 9 月末までの期間。

⑫処方薬数

処方薬数は次のとおりである。

図表 181 処方薬数

(単位：剤)

	患者数(人)	平均値	標準偏差	中央値
院内で処方	520	1.5	2.8	0.0
院外で処方	551	3.0	3.9	1.0
他院が処方	363	0.2	0.7	0.0

(注)・処方薬数について記入のあった患者を集計対象とした。

・算定開始以降、平成 28 年 9 月末までの期間。

図表 182 処方薬数【院内処方】

(単位：剤)

	患者数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	520	1.5	2.8	0.0
4 月算定開始患者	170	2.1	3.5	0.0
5 月算定開始患者	77	1.7	2.9	0.0
6 月算定開始患者	61	1.3	2.0	0.0
7 月算定開始患者	57	0.9	1.6	0.0
8 月算定開始患者	43	1.9	3.0	0.0
9 月算定開始患者	100	1.0	1.8	0.0

(注)・院内処方の処方薬数について記入のあった患者を集計対象とした。

・「全体」には算定開始月が不明の 12 人が含まれる。

・算定開始以降、平成 28 年 9 月末までの期間。

図表 183 処方薬数【院内処方】(0 を除く)

(単位：剤)

	患者数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	191	4.2	3.1	4.0
4 月算定開始患者	64	5.5	3.8	4.0
5 月算定開始患者	30	4.3	3.3	3.0
6 月算定開始患者	27	3.0	1.9	3.0
7 月算定開始患者	17	3.1	1.3	3.0
8 月算定開始患者	18	4.6	3.1	4.0
9 月算定開始患者	33	3.1	1.9	3.0

(注)・院内処方の処方薬数が「0」であった患者を除外して集計対象とした。

・「全体」には算定開始月が不明の 2 人が含まれる。

・算定開始以降、平成 28 年 9 月末までの期間。

図表 184 処方薬数【院外処方】

(単位：剤)

	患者数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	551	3.0	3.9	1.0
4月算定開始患者	181	3.7	4.6	2.0
5月算定開始患者	80	3.4	4.5	1.0
6月算定開始患者	68	2.5	3.2	0.5
7月算定開始患者	57	2.9	3.3	3.0
8月算定開始患者	46	2.7	3.2	2.0
9月算定開始患者	105	2.0	2.5	1.0

(注)・院外処方の処方薬数について記入のあった患者を集計対象とした。
 ・「全体」には算定開始月が不明の14人が含まれる。
 ・算定開始以降、平成28年9月末までの期間。

図表 185 処方薬数【院外処方】(0を除く)

(単位：剤)

	患者数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	321	5.1	3.8	4.0
4月算定開始患者	100	6.7	4.3	5.5
5月算定開始患者	46	5.9	4.5	4.5
6月算定開始患者	34	5.0	2.8	5.0
7月算定開始患者	40	4.2	3.2	3.0
8月算定開始患者	25	5.0	2.7	5.0
9月算定開始患者	66	3.2	2.5	2.0

(注)・院外処方の処方薬数が「0」であった患者を除外して集計対象とした。
 ・「全体」には算定開始月が不明の10人が含まれる。
 ・算定開始以降、平成28年9月末までの期間。

図表 186 処方薬数【他院が処方した薬剤数】

(単位：剤)

	患者数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	363	0.2	0.7	0.0
4月算定開始患者	130	0.1	0.6	0.0
5月算定開始患者	50	0.2	1.0	0.0
6月算定開始患者	43	0.1	0.5	0.0
7月算定開始患者	39	0.1	0.3	0.0
8月算定開始患者	27	0.1	0.6	0.0
9月算定開始患者	63	0.1	0.3	0.0

(注)・他院が処方した処方薬数について記入のあった患者を集計対象とした。

- ・「全体」には算定開始月が不明の11人が含まれる。
- ・算定開始以降、平成28年9月末までの期間。

図表 187 処方薬数【他院が処方した薬剤数】(0を除く)

(単位：剤)

	患者数(人)	平均値	標準偏差	中央値
全体	27	2.2	1.5	2.0
4月算定開始患者	6	2.5	1.5	2.5
5月算定開始患者	4	2.8	2.4	2.0
6月算定開始患者	4	1.5	1.0	1.0
7月算定開始患者	3	1.0	-	1.0
8月算定開始患者	1	3.0	-	3.0
9月算定開始患者	4	1.3	0.5	1.0

(注)・他院が処方した処方薬数が「0」であった患者を除外して集計対象とした。

- ・「全体」には算定開始月が不明の5人が含まれる。
- ・算定開始以降、平成28年9月末までの期間。

4. 大病院調査

【調査対象等】

<大病院調査票>

調査対象：1) 特定機能病院（悉皆）
 2) 一般病床が500床以上の地域医療支援病院（悉皆）。
 1) 2) 合わせて234施設

回答数：191施設

回答者：管理者

<選定療養費調査票>

調査対象：一般病床が200床以上の病院（ただし、上記の1）及び2）を除く）の中から無作為抽出した病院616施設。

回答数：425施設

回答者：管理者

本調査では、調査票発送時点の区分に従い、以下の名称で記載している。

「500床以上の病院」：特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院

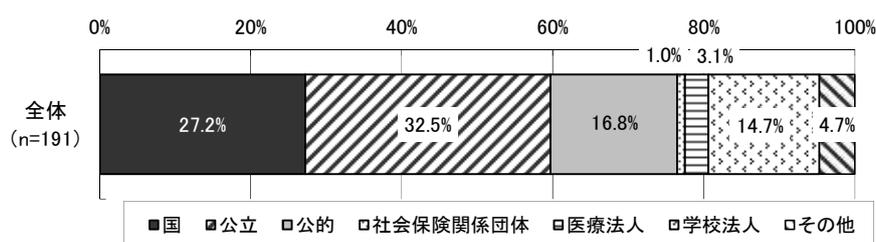
「200床以上500床未満の病院」：一般病床が200床以上500床未満の病院

（1）回答施設の概要

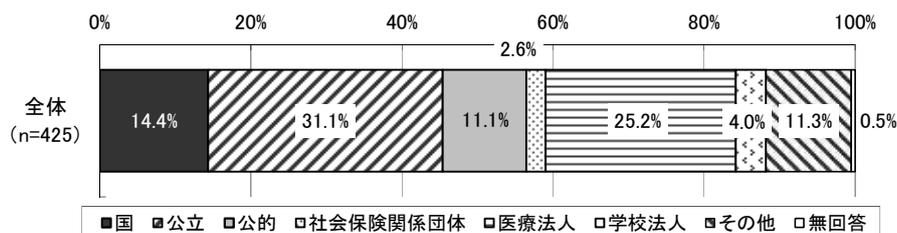
①開設者

開設者は次のとおりである。

図表 188 開設者【500床以上の病院】



図表 189 開設者【200床以上500床未満の病院】



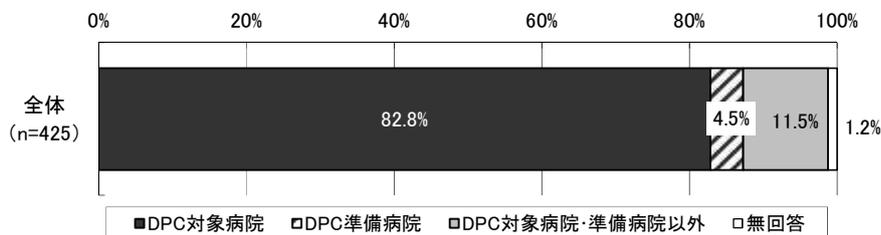
②DPC 対応状況

DPC 対応状況は次のとおりである。

図表 190 DPC 対応状況【500床以上の病院】



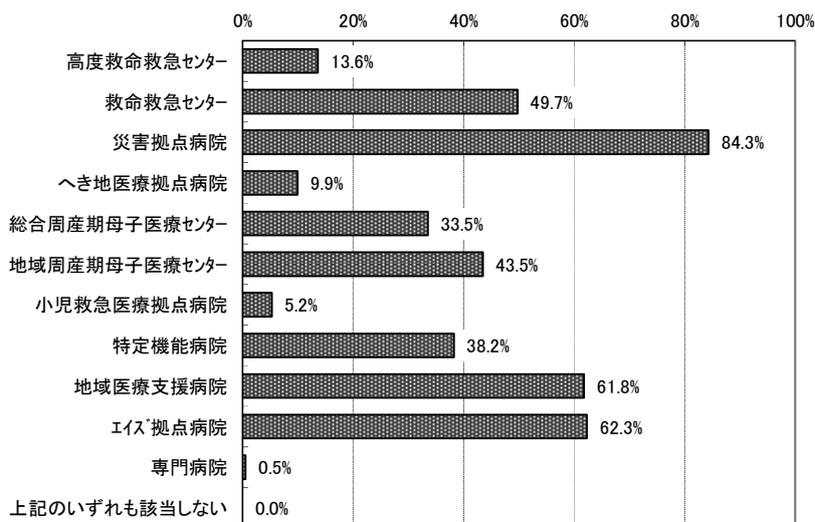
図表 191 DPC 対応状況【200床以上 500床未満の病院】



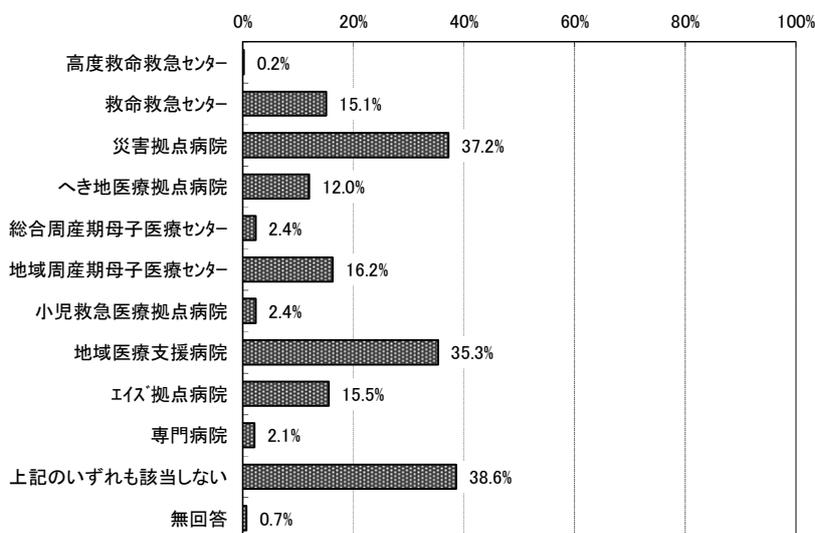
③承認等の状況

承認等の状況は次のとおりである。

図表 192 承認等の状況（複数回答、n=191）【500床以上の病院】



図表 193 承認等の状況（複数回答、n=425）【200床以上500床未満の病院】



④ 許可病床数

許可病床数は次のとおりである。

図表 194 許可病床数（n=191）【500床以上の病院】

（単位：床）

	平均値	標準偏差	中央値
一般病床	696.6	177.2	651.0
療養病床	1.4	14.9	0.0
精神病床	23.5	33.3	0.0
結核病床	3.4	10.3	0.0
感染症病床	2.2	4.5	0.0
病院全体	727.1	190.9	676.0

（単位：床）

	施設数 (件)	平均値	標準偏差	中央値
児童福祉法第6条の2の2第3項に規定する指定発達支援医療機関に係る一般病床	100	0.0	0.0	0.0
児童福祉法第42条第2号に規定する医療型障害児入所施設に係る一般病床	100	0.0	0.0	0.0

図表 195 許可病床数（n=425）【200床以上500床未満の病院】

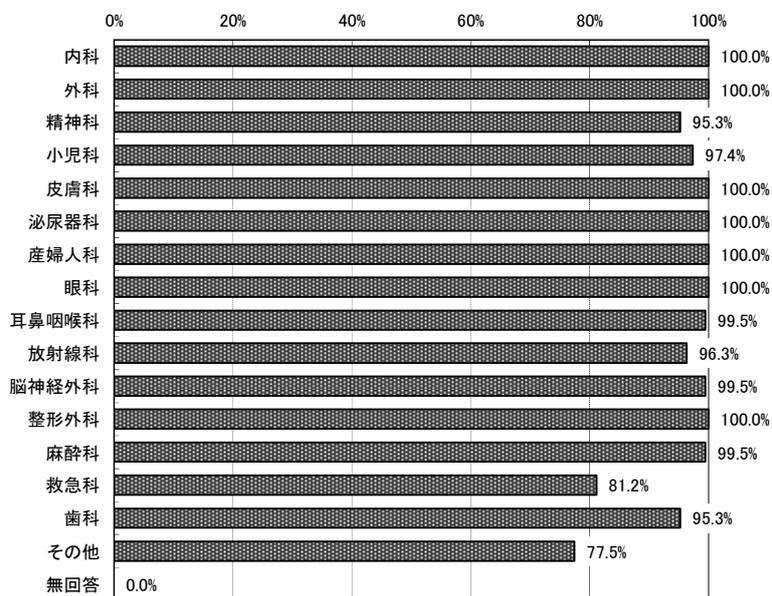
（単位：床）

	平均値	標準偏差	中央値
一般病床	345.3	123.8	320.0
療養病床	11.0	37.6	0.0
精神病床	11.4	51.6	0.0
結核病床	2.6	9.7	0.0
感染症病床	1.0	2.2	0.0
病院全体	371.2	133.8	344.0

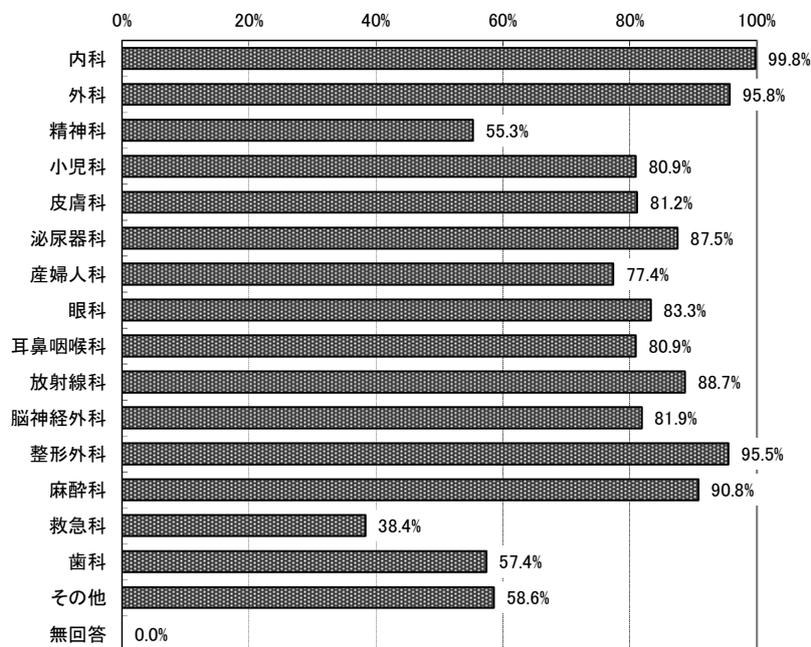
⑤ 標榜診療科

標榜診療科は次のとおりである。

図表 196 標榜診療科（複数回答、n=191）【500床以上の病院】



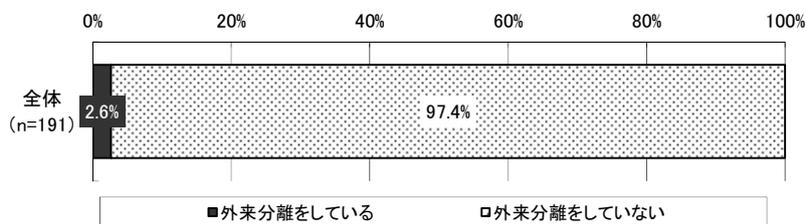
図表 197 標榜診療科（複数回答、n=425）【200床以上 500床未満の病院】



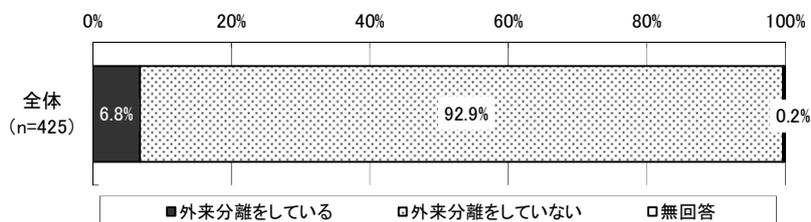
⑥外来分離の状況

外来分離の状況は次のとおりである。

図表 198 外来分離の状況【500床以上の病院】



図表 199 外来分離の状況【200床以上 500床未満の病院】



⑦専門外来の設置数

専門外来の設置数は次のとおりである。

図表 200 専門外来の設置数 (n=130)【500床以上の病院】

平均値	標準偏差	中央値
22.9	32.2	11.0

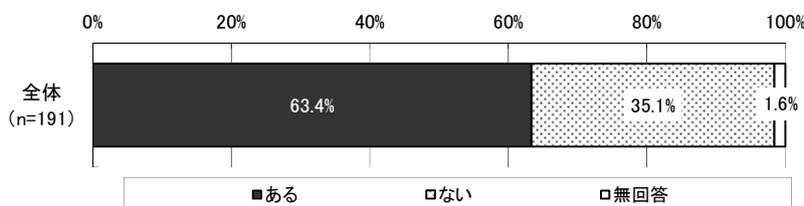
図表 201 専門外来の設置数 (n=295)【200床以上 500床未満の病院】

平均値	標準偏差	中央値
9.0	11.9	6.0

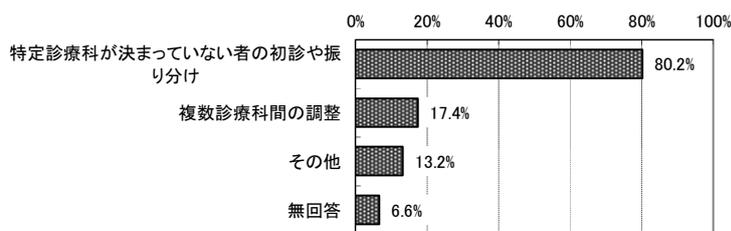
⑧総合診療部門・総合診療科

総合診療部門・総合診療科は次のとおりである。

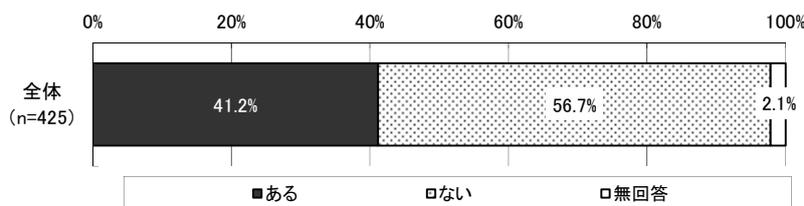
図表 202 総合診療部門・総合診療科の有無【500床以上の病院】



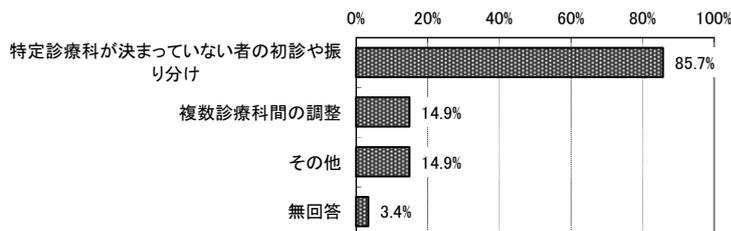
図表 203 総合診療部門・総合診療科の機能
(総合診療部門・総合診療科がある施設、複数回答、n=121)
【500床以上の病院】



図表 204 総合診療部門・総合診療科の有無【200床以上500床未満の病院】



図表 205 総合診療部門・総合診療科の機能
(総合診療部門・総合診療科がある施設、複数回答、n=175)
【200床以上500床未満の病院】



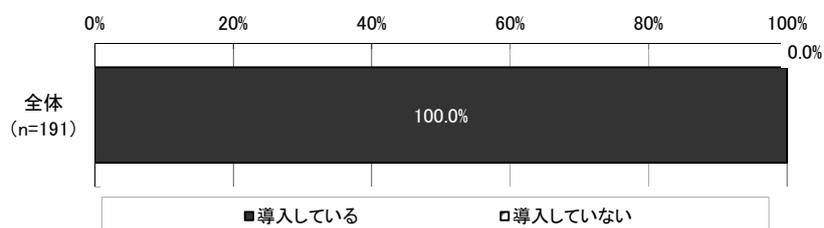
(2) 初診患者に関する受診時の定額負担の実施状況等

① 紹介状を持たない初診患者からの受診時の定額負担を徴収する制度の導入状況

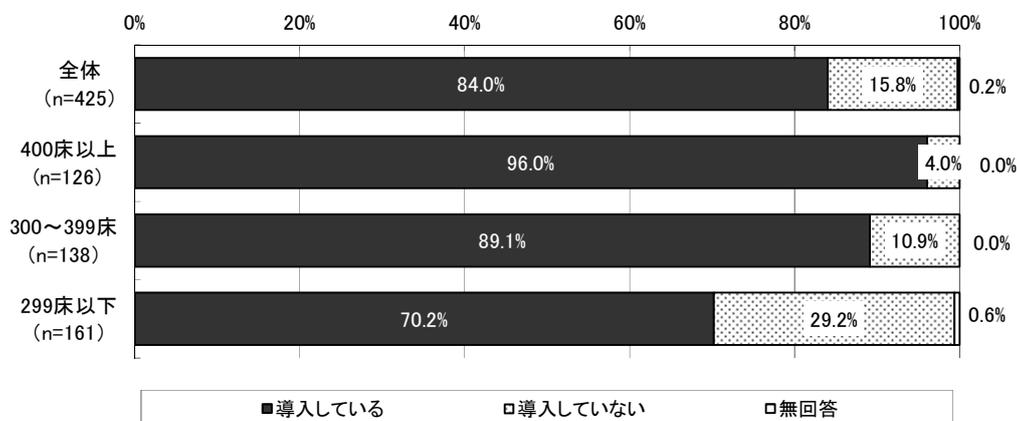
500 床以上の病院では、紹介状を持たない初診患者からの受診時の定額負担を徴収する制度の有無については、すべての施設で「導入している」(平成 28 年度より義務化されている)。

200 床以上 500 床未満の病院の病院では、「導入している」が 84.0%で、「導入していない」が 15.8%であった。

図表 206 紹介状を持たない初診患者からの受診時の定額負担を徴収する制度の導入状況【500 床以上の病院】



図表 207 初診時選定療養費を徴収する制度の導入状況【200 床以上 500 床未満の病院】



②初診に係る受診時の定額負担の導入時期

初診に係る受診時の定額負担の導入時期は次のとおりである。

図表 208 初診に係る受診時の定額負担の導入時期（導入施設）【500床以上の病院】

	施設数(件)	構成割合(%)
平成10年度以前	102	53.4
平成11年度～平成15年度	28	14.7
平成16年度～平成20年度	25	13.1
平成21年度～平成25年度	7	3.7
平成26年度～平成27年度	1	0.5
平成28年度～	2	1.0
無回答	26	13.6
全体	191	100.0

図表 209 初診時選定療養費の導入時期（導入施設）【200床以上500床未満の病院】

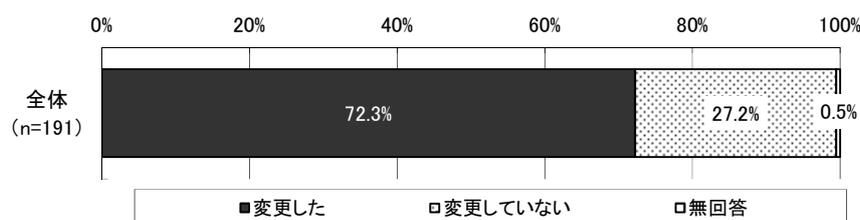
	施設数(件)	構成割合(%)
平成10年度以前	105	29.4
平成11年度～平成15年度	78	21.8
平成16年度～平成20年度	72	20.2
平成21年度～平成25年度	30	8.4
平成26年度～平成27年度	9	2.5
平成28年度～	4	1.1
無回答	59	16.5
全体	357	100.0

③平成28年4月以降の、初診に係る受診時の定額負担の金額の変更状況

平成28年4月以降の、初診に係る受診時の定額負担の金額の変更状況をみると、500床以上の病院では「変更した」が72.3%、「変更していない」が27.2%であった。

200床以上500床未満の病院では「変更した」が13.4%、「変更していない」が85.7%であった。

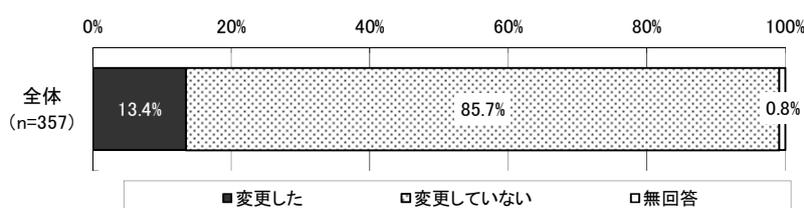
図表 210 平成28年4月以降の、初診に係る受診時の定額負担の金額の変更状況【500床以上の病院】



図表 211 初診に係る受診時の定額負担の金額の変更時期
 (「変更した」と回答があった施設)【500床以上の病院】

	施設数(件)	構成割合(%)
4月	103	74.6
5月	0	0.0
6月	1	0.7
7月	8	5.8
8月	4	2.9
9月	1	0.7
10月	20	14.5
11月	0	0.0
12月	0	0.0
無回答	1	0.7
全体	138	100.0

図表 212 初診時選定療養費の金額の変更状況(導入施設)
 【200床以上500床未満の病院】



図表 213 初診時選定療養費の金額の変更時期
 (「変更した」と回答があった施設)【200床以上500床未満の病院】

	施設数(件)	構成割合(%)
4月	32	66.7
5月	3	6.3
6月	3	6.3
7月	3	6.3
8月	2	4.2
9月	1	2.1
10月	2	4.2
11月	1	2.1
12月	0	0.0
無回答	1	2.1
全体	48	100.0

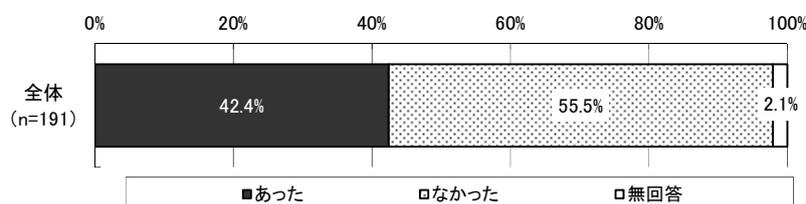
④平成 28 年 4 月以降、初診に係る受診時の定額負担の導入・金額変更の際に取り組んだことの有無

平成 28 年 4 月以降、初診に係る受診時の定額負担の導入・金額変更の際に体制整備やシステム改修など、取り組んだことがあるかを尋ねたところ、500 床以上の病院では「あった」が 42.4%、「なかった」が 55.5%であった。

200 床以上 500 床未満の病院では「あった」が 6.2%と少なかった。

1) 500 床以上の病院

図表 214 初診に係る受診時の定額負担の導入・金額変更の際に取り組んだことの有無
【500 床以上の病院】



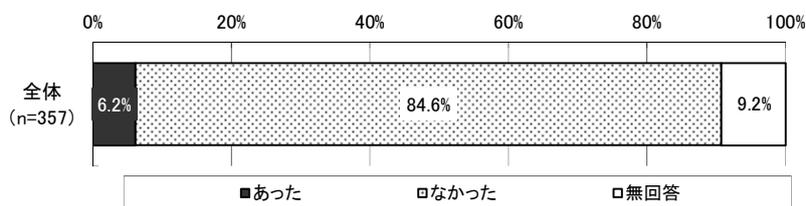
図表 215 初診に係る受診時の定額負担の導入・金額変更の際に取り組んだこと
(自由記述式) 【500 床以上の病院】

- 患者への周知
 - ・ 徴収の院内掲示・受付時における対象患者への説明と同意の確認（受診時の伝票に算定可否のチェック欄を設けた）。
 - ・ ホームページやポスター、テレビでの広報活動。
 - ・ 院内院外への周知、初診時の説明方法の統一。
 - ・ 広報（市政だより、保育園・小学校・学区福祉要員）チラシ配布。
 - ・ 患者への導入時期や料金の周知。
 - ・ 初診受付申込用紙に定額負担への説明を記載し説明を行い、同意書に署名してもらう。
 - ・ 責務とされたことから患者に対し 1 か月以上前から周知した。 / 等
- 関係者向けの周知・体制整備等
 - ・ 医師・看護師に対し義務化の周知。
 - ・ 院内でプロジェクトチームを立ち上げ、運用を検討した。
 - ・ 運用フローを作成し、体制の整備を図った。
 - ・ 円満に運用できるよう病院の統一マニュアルを作成し、配布した。来院者への説明用ポスター、診療申込書を印刷した。
 - ・ 金額変更に伴う周知徹底、勉強会開催等。

- ・ 対象患者の確認。
 - ・ 徴収基準の見直し、院内周知、委託業者への周知。
 - ・ 金額設定のための会議。
 - ・ 非紹介患者初診料を徴収する場合としない場合の取り決め。
 - ・ 連携医療機関へのお知らせ FAX。 /等
- システム等の整備
- ・ 医事会計システムの金額設定変更。
 - ・ 案内文の修正、料金変更によるマスター修正、領収の修正。
 - ・ 逆紹介した時、後に当院を受診したら定額負担を算定できるシステム。
 - ・ 電子カルテマスターの変更。
 - ・ 再来受付機において前回受診日から間隔があいている患者に徴収対象となる可能性があるというメッセージを表示できるよう改造した。
 - ・ 選定療養費の名称を「初診時定額負担額」に変更するための文章変更、システム改修などを行った。
 - ・ 同意書作成のためのシステム改修。 /等
- その他
- ・ 条例改正
 - ・ 選定療養費を徴収しない減免対象の見直し。
 - ・ 地方単独公費負担医療対象患者の一部も徴収対象とした。 /等

2) 200 床以上 500 床未満の病院

図表 216 初診時選定療養費の導入・金額変更の際に取り組んだことの有無
【200 床以上 500 床未満の病院】



図表 217 初診時選定療養費の定額負担の導入・金額変更の際に取り組んだこと
(自由記述式)【200床以上500床未満の病院】

○周知、患者への説明

- ・ 患者への周知（ポスター、院内掲示、ホームページ変更等）。
- ・ 近隣医療機関への文章による案内。地域情報誌への文章掲載。
- ・ Q&Aの作成。
- ・ 看護師長が総合受付に立ち、納得されない患者への説明や近隣開業医の紹介を行うこととした。
- ・ 初診時選定療養費徴収対象患者に対し、診察前に費用徴収について事前に説明を行うよう総合受付の運用を変更。 /等

○その他

- ・ 医事会計システムの改修作業。
- ・ 一部の診療所で予約制を導入する等、外来の飽和状態を緩和し、入院（重症）治療の充実を図った。
- ・ 紹介状持参の推進。
- ・ 紹介状のある患者とない患者の受付場所を分けた。
- ・ 紹介状を持たない初診患者数の実績により、料金変更による効果を検証した。また、料金改定後の影響を毎月検証している。
- ・ 土曜日の診療開始。 /等

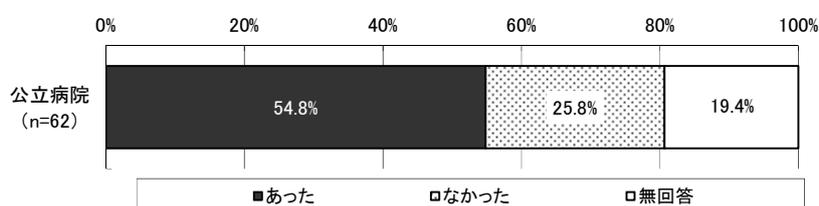
⑤平成 28 年 4 月以降、初診に係る受診時の定額負担の導入・金額変更する条例改正の有無（公立病院の場合）

平成 28 年 4 月以降、初診に係る受診時の定額負担の導入・金額変更する条例改正の有無について尋ねたところ、500 床以上の病院の「公立病院」62 施設では「あった」が 54.8%、「なかった」が 25.8%であった。

200 床以上 500 床未満の病院の「公立病院」120 施設では「あった」が 5.8%と少なかった。

1) 500 床以上の病院

図表 218 初診に係る受診時の定額負担の導入・金額変更する条例改正の有無
【500 床以上の病院】



図表 219 初診に係る受診時の定額負担の導入・金額変更する条例改正の時期
(条例改正があった施設) 【500 床以上の病院】

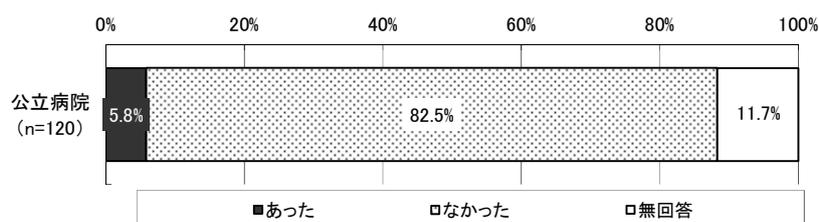
	施設数(件)	構成割合 (%)
1月	0	0.0
2月	1	2.9
3月	2	5.9
4月	3	8.8
5月	0	0.0
6月	18	52.9
7月	2	5.9
8月	1	2.9
9月	1	2.9
10月	6	17.6
全体	34	100.0

図表 220 初診に係る受診時の定額負担の導入・金額変更する条例改正の内容
(条例改正があった施設、自由記述式)【500床以上の病院】

- ・ 使用料および手数料条例の金額変更。
- ・ 平成 28 年 10 月より、改定後の非紹介患者初診料を適用する。
- ・ 定額負担の額の引上げ。
- ・ 特定病院非紹介患者加算料と金額の決定。
- ・ 金額及び名称の変更。
- ・ 徴収基準、運用方法。
- ・ 告示の改正。
- ・ 紹介状なしの初診患者から一定額を徴収するもの。 / 等

2) 200 床以上 500 床未満の病院

図表 221 初診時選定療養費の導入・金額変更する条例改正の有無
【200 床以上 500 床未満の病院】



図表 222 初診時選定療養費の導入・金額変更する条例改正の時期
(条例改正があった施設)【200 床以上 500 床未満の病院】

	施設数(件)	構成割合(%)
1 月	0	0.0
2 月	1	14.3
3 月	2	28.6
4 月	2	28.6
5 月	0	0.0
6 月	0	0.0
7 月	1	14.3
8 月	0	0.0
9 月	0	0.0
10 月	1	14.3
11 月	0	0.0
12 月	0	0.0
無回答	0	0.0
全体	7	100.0

図表 223 初診時選定療養費の導入・金額変更する条例改正の内容
 (条例改正があった施設、自由記述式)【200床以上500床未満の病院】

- ・ 500床以上の地域医療支援病院の料金改定。
- ・ 初診時選定療養費の料金改定と再診時選定療養費の新設について。
- ・ 利用料規則の改正。
- ・ 500床以上の地域医療支援病院の初診時選定療養費義務化への対応。 / 等

⑥初診に係る受診時の定額負担の金額

1) 500床以上の病院

初診に係る受診時の定額負担の金額は次のとおりである。

図表 224 初診に係る受診時の定額負担の金額 (医科単価、消費税込み)
 【500床以上の病院】

(単位：円)

	施設数(件)	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
平成27年10月	189	3,651.8	1,367.9	3,240.0	770.0	8,640.0
平成28年4月	189	4,996.7	1,590.8	5,400.0	770.0	10,800.0
平成28年10月	190	5,491.5	940.2	5,400.0	770.0	10,800.0

(注) 最小値の1施設は、地域医療支援病院の承認の取下げをしており、受診時の定額負担額5,000円以上の義務化の対象外施設となっている。

図表 225 初診に係る受診時の定額負担の金額別分布 (医科)
 【500床以上の病院】

(単位：上段「件」、下段「%」)

	総数	～1000円未満	1000円以上～	2000円以上～	3000円以上～	4000円以上～	5000円以上～	6000円以上～	7000円以上～	8000円以上～	無回答
平成27年10月	191	1	16	39	65	12	54	1	0	1	2
	100.0	0.5	8.4	20.4	34.0	6.3	28.3	0.5	0.0	0.5	1.0
平成28年4月	191	1	12	12	8	1	145	1	1	8	2
	100.0	0.5	6.3	6.3	4.2	0.5	75.9	0.5	0.5	4.2	1.0
平成28年10月	191	1	0	0	0	0	180	1	1	7	1
	100.0	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	94.2	0.5	0.5	3.7	0.5

図表 226 平成 28 年 10 月時点における初診に係る受診時の定額負担額別施設数
 (医科、平成 27 年 10 月時点の定額負担額別)
 【500 床以上の病院のうち、金額変動があった施設】

(単位：上段「件」)

H28.10		平成 27 年 10 月時点→平成 28 年 10 月時点				計
		増額		減額		
		5000 円未満	5000 円以上	5000 円未満	5000 円以上	
平成 27 年 10 月 時 点	0 円	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
	1~4999 円	0 0.0%	132 94.3%	0 0.0%	0 0.0%	132 94.3%
	5000 円以上	0 0.0%	8 5.7%	0 0.0%	0 0.0%	8 5.7%
計		0 0.0%	140 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	140 100.0%

(注)・金額変動があった病院 140 施設を集計対象とした(「金額変動なし」49 件、「金額無回答」2 件が集計対象外)。

・上記の図表は、平成 27 年 10 月時点と比較して平成 28 年 10 月時点の受診時の定額負担単価(医科)が増額となった施設、減額となった施設に分類し、さらにその内訳を平成 28 年 10 月時点の定額負担単価(医科)が「5000 円未満」、「5000 円以上」の施設に分類し、対象施設分布を平成 27 年 10 月時点の定額負担単価(医科)別にみたもの。

図表 227 初診に係る受診時の定額負担の金額(歯科単価、消費税込み)
 【500 床以上の病院】

(単位：円)

	施設数(件)	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
平成 27 年 10 月	170	3,426.5	1,484.7	3,240.0	0.0	8,640.0
平成 28 年 4 月	173	4,211.6	1,790.3	3,240.0	0.0	10,800.0
平成 28 年 10 月	176	4,401.5	1,589.1	5,000.0	0.0	10,800.0

図表 228 初診に係る受診時の定額負担の金額別分布(歯科)【500 床以上の病院】

(単位：上段「件」、下段「%」)

	総数	~1000 円未満	1000円 以上~	2000円 以上~	3000円 以上~	4000円 以上~	5000円 以上~	6000円 以上~	7000円 以上~	8000円 以上~	無回答
平成27年10月	182	7	14	38	59	9	41	1	0	1	12
	100.0	3.8	7.7	20.9	32.4	4.9	22.5	0.5	0.0	0.5	6.6
平成28年4月	182	3	11	15	60	1	74	1	1	7	9
	100.0	1.6	6.0	8.2	33.0	0.5	40.7	0.5	0.5	3.8	4.9
平成28年10月	182	3	0	5	78	0	82	1	1	6	6
	100.0	1.6	0.0	2.7	42.9	0.0	45.1	0.5	0.5	3.3	3.3

図表 229 平成 28 年 10 月時点における初診に係る受診時の定額負担額別施設数
 (歯科、平成 27 年 10 月時点の定額負担額別)
 【500 床以上の病院のうち、金額変動があった施設】

(単位：上段「件」)

H28.10		平成 27 年 10 月時点→平成 28 年 10 月時点				計
		増額		減額		
		3000 円未満	3000 円以上	3000 円未満	3000 円以上	
平成 27 年 10 月 時 点	0 円	0 0.0%	4 3.6%	0 0.0%	0 0.0%	4 3.6%
	1～2999 円	0 0.0%	51 45.9%	1 0.9%	0 0.0%	52 46.8%
	3000 円以上	0 0.0%	48 43.2%	1 0.9%	6 5.4%	55 49.5%
計		0 0.0%	103 92.8%	2 1.8%	6 5.4%	111 100.0%

(注)・金額変動があった病院 111 施設を集計対象とした(「金額変動なし」59 件、「金額無回答」12 件が集計対象外)。

・上記の図表は、平成 27 年 10 月時点と比較して平成 28 年 10 月時点の受診時の定額負担単価(歯科)が増額となった施設、減額となった施設に分類し、さらにその内訳を平成 28 年 10 月時点の定額負担単価(歯科)が「3000 円未満」、「3000 円以上」の施設に分類し、対象施設分布を平成 27 年 10 月時点の定額負担単価(歯科)別にみたもの。

2) 200 床以上 500 床未満の病院

初診時選定療養費の金額は次のとおりである。

図表 230 初診時選定療養費の金額(医科単価、消費税込み)
 【200 床以上 500 床未満の病院】

(単位：円)

	施設数(件)	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
平成 27 年 10 月	349	2,175.4	1,162.8	2,160.0	0.0	8,640.0
平成 28 年 4 月	350	2,308.8	1,284.3	2,160.0	0.0	8,640.0
平成 28 年 10 月	350	2,360.6	1,324.6	2,160.0	200.0	8,640.0

図表 231 初診時選定療養費の金額別分布（医科）【200床以上 500床未満の病院】

（単位：上段「件」、下段「%」）

	総数	～1000円未満	1000円以上～	2000円以上～	3000円以上～	4000円以上～	5000円以上～	6000円以上～	7000円以上～	8000円以上～	無回答
平成27年10月	357	27	126	111	63	8	13	0	0	1	8
	100.0	7.6	35.3	31.1	17.6	2.2	3.6	0.0	0.0	0.3	2.2
平成28年4月	357	24	122	111	58	8	26	0	0	1	7
	100.0	6.7	34.2	31.1	16.2	2.2	7.3	0.0	0.0	0.3	2.0
平成28年10月	357	24	119	108	61	7	29	1	0	1	7
	100.0	6.7	33.3	30.3	17.1	2.0	8.1	0.3	0.0	0.3	2.0

図表 232 初診時選定療養費の金額別分布（平成28年10月、医科、病床規模別）
【200床以上 500床未満の病院】

（単位：上段「件」、下段「%」）

	総数	～1000円未満	1000円以上～	2000円以上～	3000円以上～	4000円以上～	5000円以上～	6000円以上～	7000円以上～	8000円以上～	無回答
全体	357	24	119	108	61	7	29	1	0	1	7
	100.0	6.7	33.3	30.3	17.1	2.0	8.1	0.3	0.0	0.3	2.0
400床以上	121	3	22	39	29	3	21	1	0	1	2
	100.0	2.5	18.2	32.2	24.0	2.5	17.4	0.8	0.0	0.8	1.7
300～399床	123	4	46	42	21	3	6	0	0	0	1
	100.0	3.3	37.4	34.1	17.1	2.4	4.9	0.0	0.0	0.0	0.8
299床以下	113	17	51	27	11	1	2	0	0	0	4
	100.0	15.0	45.1	23.9	9.7	0.9	1.8	0.0	0.0	0.0	3.5

図表 233 平成28年10月時点における初診時選定療養費の金額別施設数
（医科、平成27年10月時点の初診時選定療養費額別）

【200床以上 500床未満の病院のうち、金額変動があった施設】

（単位：上段「件」）

H28.10		平成27年10月時点→平成28年10月時点				計
		増額		減額		
		5000円未満	5000円以上	5000円未満	5000円以上	
平成27年10月時点	0円	2	0	0	0	2
		4.1%	0.0%	0.0%	0.0%	4.1%
	1～4999円	29	17	1	0	47
		59.2%	34.7%	2.0%	0.0%	95.9%
	5000円以上	0	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
計		31	17	1	0	49
		63.3%	34.7%	2.0%	0.0%	100.0%

（注）・金額変動があった病院49施設を集計対象とした（「金額変動なし」298件、「金額無回答」10件が集計対象外）。

・上記の図表は、平成27年10月時点と比較して平成28年10月時点の初診時選定療養費の単価（医科）が増額となった施設、減額となった施設に分類し、さらにその内訳を平成28年10月時点の単価（医科）が「5000円未満」、「5000円以上」の施設に分類し、対象施設分布を平成27年10月時点の単価（医科）別にみたもの。

図表 234 初診時選定療養費の金額（歯科単価、消費税込み）
【200床以上 500床未満の病院】

(単位：円)

	施設数(件)	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
平成27年10月	177	2,042.6	1,267.4	2,160.0	0.0	8,640.0
平成28年4月	177	2,198.3	1,427.1	2,160.0	0.0	8,640.0
平成28年10月	176	2,230.1	1,450.7	2,160.0	0.0	8,640.0

図表 235 初診時選定療養費の金額別分布（歯科）【200床以上 500床未満の病院】

(単位：上段「件」、下段「%」)

	総数	～1000円未満	1000円以上～	2000円以上～	3000円以上～	4000円以上～	5000円以上～	6000円以上～	7000円以上～	8000円以上～	無回答
平成27年10月	211	22	57	58	32	2	5	0	0	1	34
	100.0	10.4	27.0	27.5	15.2	0.9	2.4	0.0	0.0	0.5	16.1
平成28年4月	211	20	56	58	26	2	14	0	0	1	34
	100.0	9.5	26.5	27.5	12.3	0.9	6.6	0.0	0.0	0.5	16.1
平成28年10月	211	20	55	56	27	2	15	0	0	1	35
	100.0	9.5	26.1	26.5	12.8	0.9	7.1	0.0	0.0	0.5	16.6

図表 236 初診時選定療養費の金額別分布（平成28年10月、歯科、病床規模別）
【200床以上 500床未満の病院】

(単位：上段「件」、下段「%」)

	総数	～1000円未満	1000円以上～	2000円以上～	3000円以上～	4000円以上～	5000円以上～	6000円以上～	7000円以上～	8000円以上～	無回答
全体	211	20	55	56	27	2	15	0	0	1	35
	100.0	9.5	26.1	26.5	12.8	0.9	7.1	0.0	0.0	0.5	16.6
400床以上	94	8	12	29	19	1	12	0	0	1	12
	100.0	8.5	12.8	30.9	20.2	1.1	12.8	0.0	0.0	1.1	12.8
300～399床	72	7	23	19	6	1	3	0	0	0	13
	100.0	9.7	31.9	26.4	8.3	1.4	4.2	0.0	0.0	0.0	18.1
300床未満	45	5	20	8	2	0	0	0	0	0	10
	100.0	11.1	44.4	17.8	4.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	22.2

図表 237 平成 28 年 10 月時点における初診時選定療養費の金額別施設数
 (歯科、平成 27 年 10 月時点の初診時選定療養費額別)
 【200 床以上 500 床未満の病院のうち、金額変動があった施設】

(単位：上段「件」)

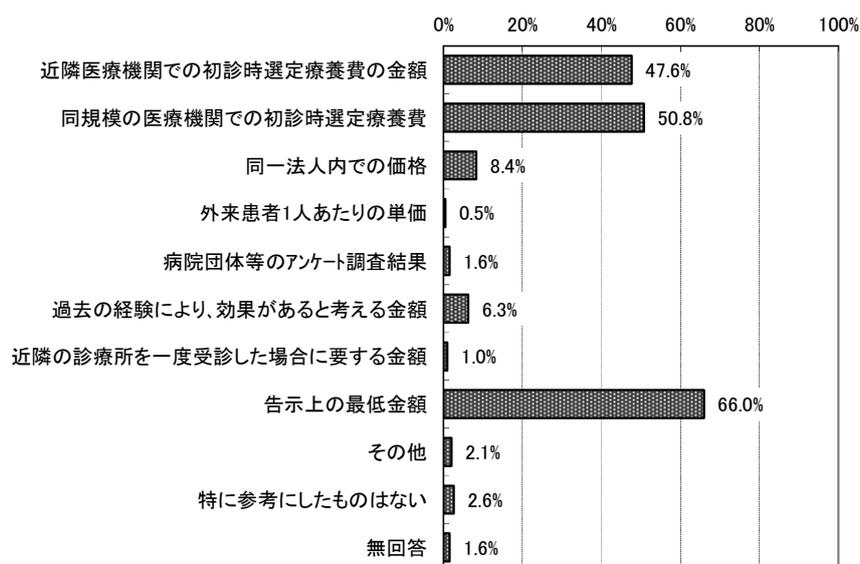
H28.10		平成 27 年 10 月時点→平成 28 年 10 月時点				計
		増額		減額		
		3000 円未満	3000 円以上	3000 円未満	3000 円以上	
平成 27 年 10 月 時 点	0 円	1 3.8%	1 3.8%	0 0.0%	0 0.0%	2 7.7%
	1～2999 円	6 23.1%	6 23.1%	0 0.0%	0 0.0%	12 46.2%
	3000 円以上	0 0.0%	11 42.3%	1 3.8%	0 0.0%	12 46.2%
計		7 26.9%	18 69.2%	1 3.8%	0 0.0%	26 100.0%

- (注)・金額変動があった病院 49 施設を集計対象とした(「金額変動なし」150 件、「金額無回答」35 件が集計対象外)。
 ・上記の図表は、平成 27 年 10 月時点と比較して平成 28 年 10 月時点の初診時選定療養費の単価(歯科)が増額となった施設、減額となった施設に分類し、さらにその内訳を平成 28 年 10 月時点の単価(歯科)が「3000 円未満」、「3000 円以上」の施設に分類し、対象施設分布を平成 27 年 10 月時点の単価(歯科)別にみたもの。

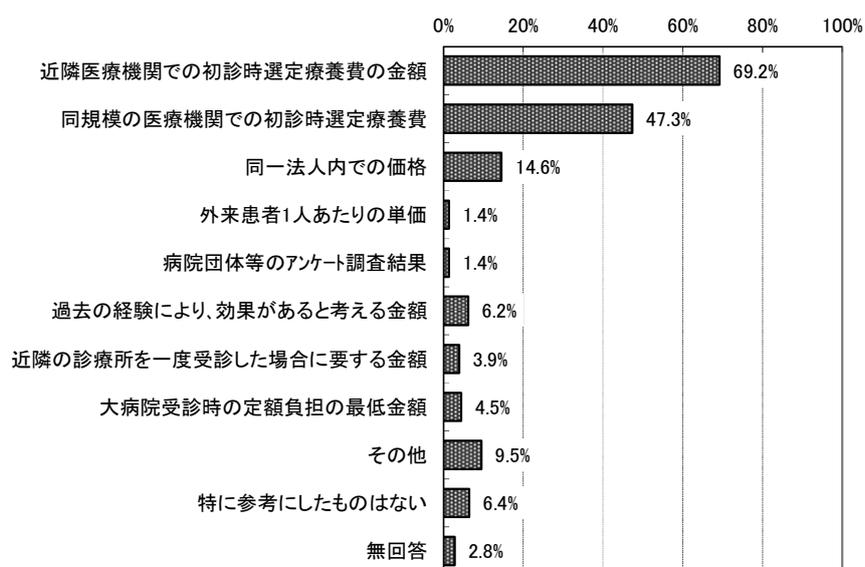
⑦初診に係る受診時の定額負担の金額を決める際に参考にしたもの

初診に係る受診時の定額負担の金額を決める際に参考にしたものは次のとおりである。

図表 238 初診に係る受診時の定額負担の金額を決める際に参考にしたもの
(複数回答、n=191)【500床以上の病院】



図表 239 初診時選定療養費の金額を決める際に参考にしたもの
(複数回答、n=357)【200床以上 500床未満の病院】



⑧初診患者数、紹介状なしの患者数、受診時の定額負担徴収患者数等

1) 500床以上の病院

初診患者数、紹介状なしの患者数、受診時の定額負担徴収患者数等は次のとおりである。

平成28年10月について平成27年10月と比較すると、初診患者数、紹介状なしの患者数、定額負担徴収の対象患者数、定額負担徴収患者数、いずれも減少している。また、対象患者数比率、徴収患者比率等も低下している。

図表 240 初診患者数、紹介状なしの患者数、受診時の定額負担徴収患者数等
(n=139) 【500床以上の病院】

	平成27年10月	平成28年4月	平成28年10月
①初診患者数(人)	2,373.6	2,120.2	2,196.7
②うち、紹介状なしの患者数(人)	1,010.1	843.4	872.8
③うち、定額負担徴収の対象患者数(人)	478.9	325.5	341.0
④うち、定額負担徴収患者数(人)	433.2	283.9	297.8
⑤紹介状なしの患者比率(②/①)	42.6%	39.8%	39.7%
⑥定額負担徴収患者比率(③/①)	20.2%	15.4%	15.5%
⑦対象患者数比率(③/②)	47.4%	38.6%	39.1%
⑧徴収患者比率A(④/②)	42.9%	33.7%	34.1%
⑨徴収患者比率B(④/③)	90.5%	87.2%	87.3%

(注)・全ての項目について記入のあった施設を集計対象とした。
・患者数は小数点以下第2位を四捨五入しているため、各患者比率の数値は図表中の患者数を除算した数値と一致しない場合もある。

図表 241 紹介率 (n=190) 【500床以上の病院】

(単位：%)

	施設数(件)	平均値	標準偏差	中央値
平成27年10月	190	74.4	12.4	73.9
平成28年4月	190	79.3	10.9	78.7
平成28年10月	190	79.7	12.0	79.2

(注) 紹介率・逆紹介率ともに、3時点全全ての項目について記入のあった施設を集計対象とした。

図表 242 逆紹介率 (n=190) 【500床以上の病院】

(単位：%)

	施設数(件)	平均値	標準偏差	中央値
平成27年10月	190	72.4	25.4	70.0
平成28年4月	190	84.4	31.0	79.5
平成28年10月	190	80.9	31.4	76.3

(注) 紹介率・逆紹介率ともに、3時点全全ての項目について記入のあった施設を集計対象とした。

2) 200床以上 500床未満の病院

初診患者数、紹介状なしの患者数、受診時の定額負担徴収患者数等は次のとおりである。

平成28年10月について平成27年10月と比較すると、初診患者数、紹介状なしの患者数、初診時選定療養費の対象患者数、初診時選定療養費の徴収患者数、いずれも減少している。また、対象患者数比率、徴収患者比率等も低下している。

図表 243 初診患者数、紹介状なしの患者数、初診時選定療養費徴収患者数等
(n=247) 【200床以上 500床未満の病院】

	平成27年10月	平成28年4月	平成28年10月
①初診患者数	1,533.2	1,344.7	1,451.4
②うち、紹介状なしの患者数	924.9	792.3	862.5
③うち、初診時選定療養費の対象患者数	506.7	401.7	430.3
④うち、初診時選定療養費の徴収患者数	434.3	334.8	359.3
⑤紹介状なしの患者比率(②/①)	60.3%	58.9%	59.4%
⑥初診時選定療養費徴収患者比率(④/①)	33.0%	29.9%	29.6%
⑦対象患者数比率(③/②)	54.8%	50.7%	49.9%
⑧徴収患者比率A(④/②)	47.0%	42.3%	41.7%
⑨徴収患者比率B(④/③)	85.7%	83.3%	83.5%

(注)・全ての項目について記入のあった施設を集計対象とした。

・患者数は小数点以下第2位を四捨五入しているため、各患者比率の数値は図表中の患者数を除算した数値と一致しない場合もある。

図表 244 紹介率 【200床以上 500床未満の病院】

(単位：%)

	施設数(件)	平均値	標準偏差	中央値
平成27年10月	346	55.2	22.0	56.0
平成28年4月	346	59.2	22.7	60.8
平成28年10月	342	58.2	22.2	60.8

図表 245 逆紹介率 【200床以上 500床未満の病院】

(単位：%)

	施設数(件)	平均値	標準偏差	中央値
平成27年10月	343	49.9	28.6	45.3
平成28年4月	343	57.4	31.5	54.1
平成28年10月	339	53.8	30.4	51.1

3) 200 床以上の全病院

初診患者数、紹介状なしの患者数、受診時の定額負担徴収患者数等は次のとおりである。

図表 246 初診患者数、紹介状なしの患者数、受診時の定額負担徴収患者数等
(初診に係る受診時の定額負担・選定療養費の医科単価が 5000 円未満であった病院)
(n=220)【全病院】

	平成 27 年 10 月	平成 28 年 4 月	平成 28 年 10 月
①初診患者数(人)	1,476.7	1,296.7	1,401.3
②うち、紹介状なしの患者数(人)	915.6	789.2	860.3
③うち、初診に係る受診時の定額負担徴収対象患者数(人)	515.0	411.8	441.4
④うち、定額負担の徴収患者数(人)	446.6	347.4	372.6
⑤紹介状なしの患者比率(②/①)	62.0%	60.9%	61.4%
⑥対象患者数比率(③/②)	56.2%	52.2%	51.3%
⑦徴収患者比率A(④/②)	48.8%	44.0%	43.3%
⑧徴収患者比率B(④/③)	86.7%	84.4%	84.4%

(注)・500 床以上の病院、200 床以上 500 床未満の病院を合わせた全病院のうち、平成 27 年 10 月、平成 28 年 4 月、平成 28 年 10 月いずれも 5000 円未満であった施設を集計対象とした。

・患者数は小数点以下第 2 位を四捨五入しているため、各患者比率の数値は図表中の患者数を除算した数値と一致しない場合もある。

図表 247 初診患者数、紹介状なしの患者数、受診時の定額負担徴収患者数等
(初診に係る受診時の定額負担・選定療養費の医科単価が 5000 円以上であった病院)
(n=49)【全病院】

	平成 27 年 10 月	平成 28 年 4 月	平成 28 年 10 月
①初診患者数(人)	2,603.8	2,388.3	2,464.7
②うち、紹介状なしの患者数(人)	975.8	865.5	905.5
③うち、初診に係る受診時の定額負担徴収対象患者数(人)	429.4	338.3	354.4
④うち、定額負担の徴収患者数(人)	355.1	264.1	275.5
⑤紹介状なしの患者比率(②/①)	37.5%	36.2%	36.7%
⑥対象患者数比率(③/②)	44.0%	39.1%	39.1%
⑦徴収患者比率A(④/②)	36.4%	30.5%	30.4%
⑧徴収患者比率B(④/③)	82.7%	78.1%	77.7%

(注)・500 床以上の病院、200 床以上 500 床未満の病院を合わせた全病院のうち、平成 27 年 10 月、平成 28 年 4 月、平成 28 年 10 月いずれも 5000 円以上であった施設を集計対象とした。

・患者数は小数点以下第 2 位を四捨五入しているため、各患者比率の数値は図表中の患者数を除算した数値と一致しない場合もある。

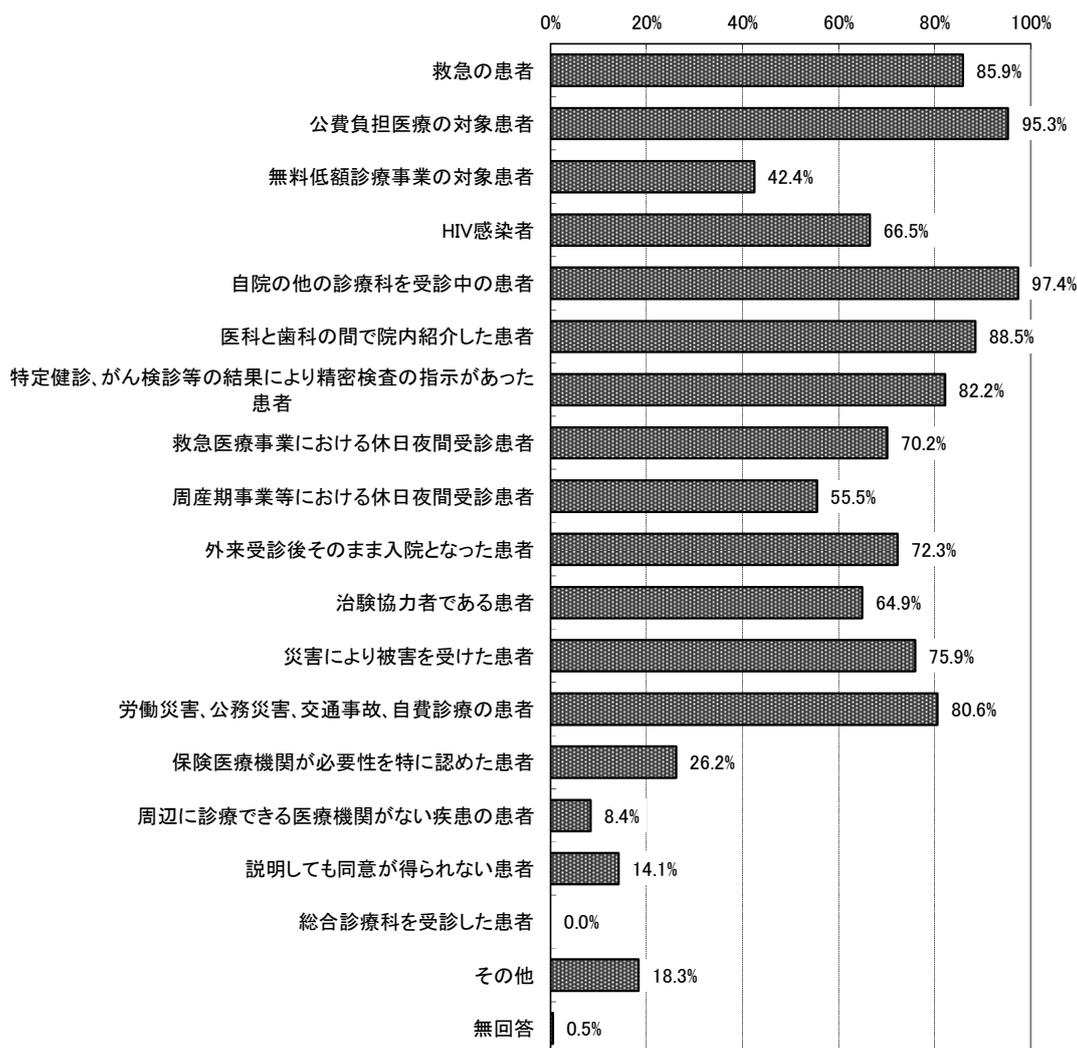
図表 248 初診患者数、紹介状なしの患者数、受診時の定額負担徴収患者数等
 (初診に係る受診時の定額負担・選定療養費の医科単価について増額した病院)
 (n=110) 【全病院】

	平成 27 年 10 月	平成 28 年 10 月	増減率
①初診患者数	2,211.7	2,031.6	-8.1%
②うち、紹介状なしの患者数	1,016.7	854.6	-15.9%
③うち、初診に係る受診時の定額負担徴収対象患者数	494.1	336.0	-32.0%
④うち、定額負担の徴収患者数	443.7	294.8	-33.6%
⑤紹介状なしの患者比率(②/①)	46.0%	42.1%	
⑥対象患者数比率(③/②)	48.6%	39.3%	
⑦徴収患者比率A(④/②)	43.6%	34.5%	
⑧徴収患者比率B(④/③)	89.8%	87.7%	

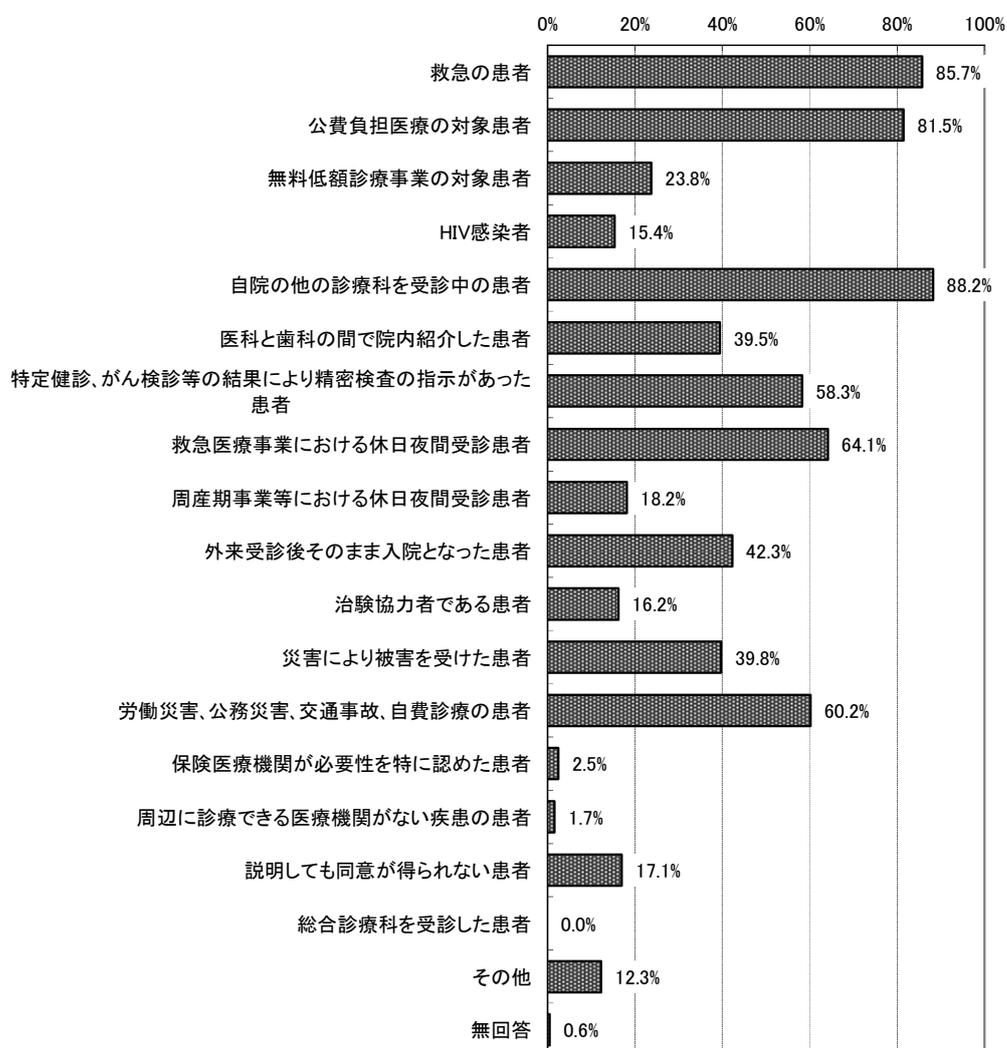
(注)・500床以上の病院、200床以上500床未満の病院を合わせた全病院のうち、平成27年10月は5000円未満であったが、平成28年10月には5000円以上に増額した施設を集計対象とした。
 ・患者数は小数点以下第2位を四捨五入しているため、各患者比率の数値は図表中の患者数を除算した数値と一致しない場合もある。

⑨紹介状を持たない患者であるものの、受診時の定額負担を徴収しない患者に係る施設割合
 紹介状を持たない患者であるものの、受診時の定額負担を徴収しない患者に係る施設割合
 は次のとおりである。

図表 249 紹介状を持たない患者であるものの、受診時の定額負担を徴収しない患者に係る
 施設割合（複数回答、n=191）【500床以上の病院】



図表 250 紹介状を持たない患者であるものの、初診時選定療養費を徴収しない患者に係る施設割合（複数回答、n=357）【200床以上500床未満の病院】

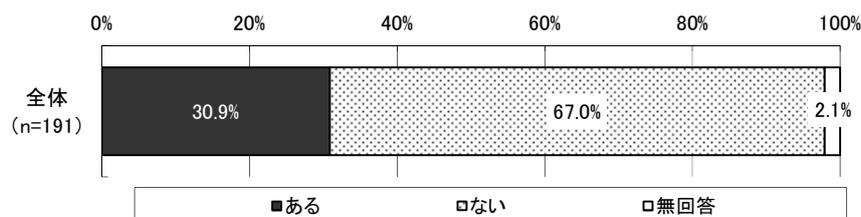


⑩初診に係る受診時の定額負担の導入・金額を変更する際に困ったこと

1) 500床以上の病院

初診に係る受診時の定額負担の導入・金額を変更する際に困ったことの有無をみると、「ある」が30.9%、「ない」が67.0%であった。

図表 251 初診に係る受診時の定額負担の導入・金額を変更する際に困ったことの有無
【500床以上の病院】



図表 252 初診に係る受診時の定額負担の導入・金額を変更する際に困ったこと
(自由記述式) 【500床以上の病院】

○患者への周知、説明、クレーム対応

- ・ ホームページ表示や掲示物の金額変更。
- ・ 金額が高いことに患者から苦情が寄せられる。
- ・ 3,240円から5,400円に上がったため、患者からのクレームが出た。金額の根拠について説明に窮する。
- ・ 大幅な金額改正であったため、導入時に混乱しないようできる限りの周知を行った。
- ・ 患者から理解を得るために職員の説明に時間的負担がかかること。
- ・ 患者への説明と同意をどのように誰が取り扱うか。トラブル時のフロー等。公費負担患者（生活保護、難病）等、同じ疾病でも保険によって受診の可否が決まることのトラブル。
- ・ 掲示や受付時に説明していても、支払い時に納得いかない患者の対応に苦慮している。
- ・ かかりつけ医や紹介状の必要性について説明しても理解していただけない患者が多く、広報はしたが、定額負担導入時は受付窓口で説明する際に大変混乱した。
- ・ 電話等の問合せが多く、1か月前より変更の案内文を院内の各受付窓口に掲示した。
- ・ 病状によっては受診しないと初診か再診かわからないことがあり、事前の電話での問合せに苦慮した。
- ・ 料金の増額改正について反響が大きく、問合せが非常に多かった。周辺市町住民への周知が困難である。
- ・ 地域医療支援病院の承認により、選定療養費を変更する旨の事前周知ができなかった（地域医療支援病院の承認日が施行日のため）。 / 等

○徴収金額や対象患者の基準が曖昧であること

- ・ 最低金額 5,000 円以上であれば金額は病院が任意に設定できることとなっていたため、金額をいくらにすべきか決定する根拠が少なく困った。
- ・ 告示上の最低金額が税込か税抜か 4 月改定直前まで明示されず、金額設定に苦慮した。
- ・ 消費税の扱いが告示内容では明確でなかったこと。
- ・ 負担額に関して他院の例で示すものがなく、それ以上の明確な算定の根拠を示すことができなかった。
- ・ 治癒したものの、主治医において年 1 回の観察を行う患者の取扱いなど、対象患者の要件の詳細。
- ・ 定額負担を求めなくともよい患者の範囲が不明確なため、現在でも取り扱いに疑義が生じることがある。
- ・ 国がもっと細かく基準を整備すべき。 / 等

○受診患者の減少

- ・ 患者が減るのではないかという不安が大きい。
- ・ 金額変更に伴う外来患者数の減少。
- ・ 説明を聞いて受診をとりやめる患者もいた。
- ・ 経済的な理由で選定療養費に了承されず、受診せずに帰った患者もいる。 / 等

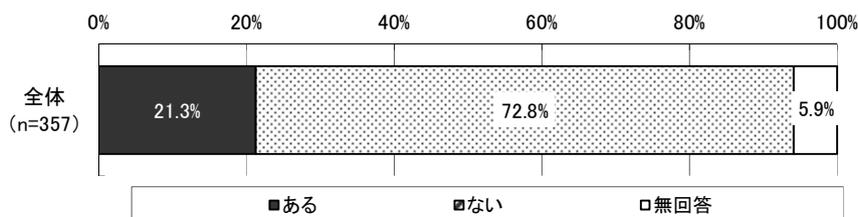
○その他

- ・ 医師、看護師への周知が大変。完全に周知徹底するのは難しい。
- ・ 近隣医療機関、他大学病院との兼ね合い。
- ・ 自院の他の診療科を受診中（継続受診中）であることの情報収集方法。
- ・ 時間外診療加算料（3,240 円）を負担していただいているため、時間外で紹介状なし初診の場合、時間外診療加算料の金額を減免するか検討した。
- ・ 県への説明、県議会での質問等に対する対応策。 / 等

2) 200 床以上 500 床未満の病院

初診時選定療養費の導入・金額を変更する際に困ったことの有無をみると、「ある」が 21.3%、「ない」が 72.8%であった。

図表 253 初診時選定療養費の導入・金額を変更する際に困ったことの有無
【200 床以上 500 床未満の病院】



図表 254 初診時選定療養費の導入・金額を変更する際に困ったこと
(自由記述式) 【200 床以上 500 床未満の病院】

- 患者への周知、説明
 - ・ 患者から同意が得られない等、理解していただくのに困難な場合がある。
 - ・ 患者への説明に時間を要する。
 - ・ 患者の理解を得られない。また得られたとしても病院に対する満足度を著しく下げている。
 - ・ 患者への説明。院内放送や掲示をしても、少なくない人数が徴収後に会計に来るので同じ説明を何度もすることに。
 - ・ 説明のタイミング。
 - ・ 地域住民には医療機能の分化という理念は理解してもらえず、病院の利益のためと勘違いされてしまう。
 - ・ 窓口で説明をした際に紹介状がないと診てくれないのか等の苦情がかなりある。また支払いたくないと言って受診しないこともある。
 - ・ 紹介状をもらえる医療機関が少ないために患者からのクレームがあった。 / 等
- 金額の設定
 - ・ 金額の根拠。
 - ・ 適正な価格の判断基準がないこと。
 - ・ 近隣医療機関との兼ね合い。
 - ・ 近隣の同規模病院が金額を変更する際に当院も変更するか検討することになった。
 - ・ 周辺病院の状況調査、算定対象者の検討。
 - ・ 初診の期間設定。 / 等

○その他

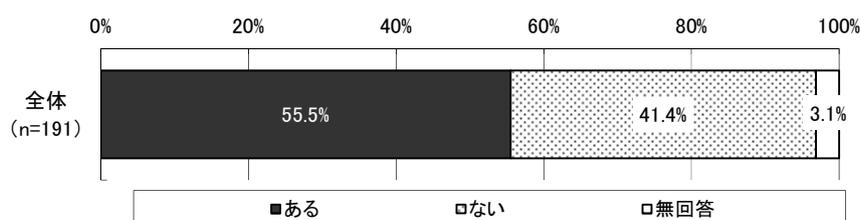
- ・ 議会承認を必要とするため、変更には時間と手間を要する。とりわけ値上げは、議会の承認を得られない。
- ・ 公立病院として金額変更時に条例改正が伴うため、診療報酬改定と同時に行えず、説明が大変である。
- ・ 医師会・近隣の診療所との調整。 / 等

⑪初診に係る受診時の定額負担を徴収する際に困ったこと

1) 500床以上の病院

初診に係る受診時の定額負担を徴収する際に困ったことの有無をみると、「ある」が55.5%、「ない」が41.4%であった。

図表 255 初診に係る受診時の定額負担を徴収する際に困ったことの有無
【500床以上の病院】



図表 256 初診に係る受診時の定額負担を徴収する際に困ったこと
(自由記述式) 【500床以上の病院】

○患者への説明、クレーム対応

- ・ 患者への周知。負担が大きくなることの説明方法。
- ・ 患者から理解を得るために、職員の説明に人的負担・時間的負担がかかる。
- ・ 患者からの意見が増えた（公立病院なのになぜ高額な料金をとるのか、等）。子ども医療費助成制度、ひとり親家庭医療費助成制度を利用している患者からの不満など。
- ・ お金を払えば大病院を受診できる制度と解釈している患者がいる。
- ・ 当院の近隣に在住で、「他にきちんと診てくれるクリニックがないので診てほしいのに徴収されるのは納得いかない」といった意見があった。
- ・ 地方自治体が独自に子供の医療費（保険適応分）の一部負担金の無料化を行っているが、定額負担金が無料化の対象とならない自費分であることに理解を示さない患者の親がいる。
- ・ 医科と歯科とで別々に徴収することに患者から理解を得られない。
- ・ 乳幼児医療証を持っており、医療費が無料であるため、定額負担が理解されにくい。

- ・ 患者への制度の説明。初診の定義の理解。紹介状を持参しての受診を勧めていきたいが、定額負担をしさえすれば受診できると思われる時がある。 /等

○患者とのトラブル

- ・ 同意を取って受診後、会計にて支払いを拒否する場合。
- ・ 5,400円が高額であるため、説明を行っても理解いただけず診療をとりやめる患者がいた。
- ・ 過去に受診した患者で、中止・治癒等の転帰の後に受診した患者から徴収する際にトラブルになることがあった。
- ・ 前回受診より期間が経過し、同じ症状にて予約なく再来院した患者については、定額負担の説明をしても納得せず、対応に苦慮している。
- ・ 1年前の受診（定期観察）の指示の有無について、患者と病院の見解の相違（「何かあったら来て下さい」「心配ならば・・・」→患者は指示と解釈）
- ・ 救急治療の必要のない患者が救急車で来院した時。救急治療の必要のない患者が救急治療の必要性があったと主張したこと。 /等

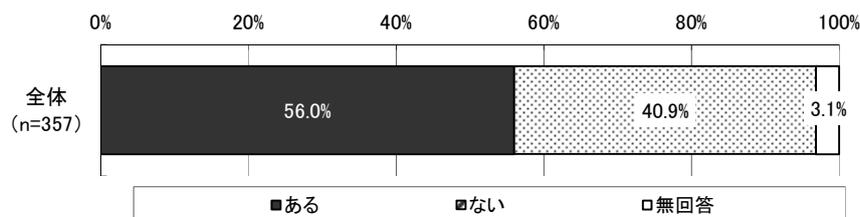
○その他

- ・ 初診かどうかの判断が総合受付ではできないため、各診療科へ行ってから徴収するかどうかの判断が必要になる。
- ・ 緊急性について患者側と医師側で認識にずれがある。
- ・ 定額負担を徴収しない患者についての職員への周知徹底。
- ・ 特定機能病院については療担規則により徴収が義務付けられたが、一方で実施上の留意事項では「患者の自由な選択と同意があった場合に限られる」となっており、その矛盾に苦慮している。
- ・ 健診の結果にしても、どこまでを徴収しないとするか判断に苦慮。
- ・ 算定する要件の判断。 /等

2) 200床以上500床未満の病院

初診時選定療養費を徴収する際に困ったことの有無をみると、「ある」が56.0%、「ない」が40.9%であった。

図表 257 初診時選定療養費を徴収する際に困ったことの有無
【200床以上500床未満の病院】



図表 258 初診時選定療養費を徴収する際に困ったこと（自由記述式）
【200床以上500床未満の病院】

○選定療養費に対する患者からの理解が得られない

- ・ 院内掲示による周知や患者への説明を実施したが、理解を得られなかった。
- ・ 外国人に対して説明しても理解が得られず、徴収困難な事例があった。
- ・ 患者の理解が得られない。地方の公立病院は総合病院であると同時に開業医としての機能も期待されるため、患者に納得してもらえない。
- ・ 何度患者に説明しても病院が独自で請求しているという認識の人が多く、認知度が低く対応が難しい。
- ・ 乳幼児等、保険診療分が無料となる患者への説明と理解をしていただくこと。
- ・ 予約をとって帰ったが、予約時に来院せず、そのまま自己中断された患者が久しぶりに来院された場合に理解がなかなか得られない。 / 等

○患者とのトラブル

- ・ 以前に受診したことがあると、かかりつけ病院と思う患者も多く、窓口で暴言を言われることがあった。
- ・ 市立病院なのに徴収するのか。なぜ、保険診療費以外に徴収されなければいけないのか等のクレームが発生するケースがあること。
- ・ 特に時間外の患者（重症以外）に対する説明に苦勞する。救急の定義を説明する際は口答で了承するものの、支払時（支払後を含め）には拒否されるようなケースもある。
- ・ 会計時に説明不足を指摘されることがしばしばある。
- ・ 事前説明を忘れてしまった場合のクレーム対応。
- ・ 外来患者だが救急患者なので対象外だと言われた。
- ・ 患者への説明に時間がかかる。同意を得て受診したが、診療後に同意をしていないとの

クレーム。

- ・ 患者より選定療養費が高いとのクレーム、異常があるから初めより大病院で診てもらいたいなど。
- ・ 金額が高いという苦情が多い。また支払わずに未収になるケースもある。
- ・ ひとり親家庭医療の福祉の方は、免除（医療費はかからない）と説明されている方が多く請求時トラブルとなる。
- ・ 保険診療の範囲で自己負担がない患者に対して請求した際に理解していただけないケースがあった。
- ・ 直近の受診の記憶があいまいな患者との徴収を巡るトラブル。
- ・ 診療申込書で当該費用の徴収に対し、同意署名欄を設けているが、よく読まずに署名をし、納得しない患者がいることもある。
- ・ 歯科受診について。入院中の他科受診も徴収対象としているため同意を得にくいケースが多々ある。 /等

○初診に対する認識の違い

- ・ 小児科は短い間隔で初診となることが多いため説明が必要となることがある。
- ・ 診療上初診であっても、患者にとって同一疾病の引き続いての受診の場合があり、理解を得られない。
- ・ 医療機関ごとに初診の定義が異なるため、前医との対比で話す患者への説明。
- ・ 疾病について医学的初診といわれる診療行為等により徴収する場合、患者との認識のズレがあり困ることがある。
- ・ 「初診」の定義が曖昧なため、徴収するかしないか迷うケースがある。 /等

○患者への説明が難しいその他の事例

- ・ 地域医療支援病院である当院の役割を説明すること。
- ・ お盆期間など診療所が休診している場合、紹介状の説明を行っても取得方法がないため、納得していただけない事例が毎年発生する。
- ・ 周辺に他に診療できる医療機関がない場合、説明が難しい。
- ・ 過疎地で他に選択する診療所が少なく、当院を最初に診療（受診）する患者が多い（公立病院でありながら）。
- ・ 周産期事業等における休日夜間受診患者。
- ・ 短期間で傷病が治癒して再度他の傷病で受診する際に請求しづらい。
- ・ 予定はないが主治医に「1年後に経過観察」と言われた患者。 /等

○その他

- ・ 他の患者との公平性が保てない。
- ・ 一部の医師から理解が得られない。

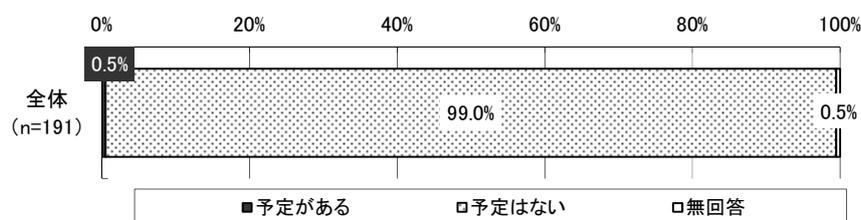
- ・ 後日、徴収すべき患者でないことが判明した場合、償還払の事務処理が発生すること。
- ・ 自治体が送付した一次健診の結果票に「本票を持参して精密検査を受診すると、紹介状扱いとなり選定療養費がかからない」等、当院の取扱いと異なる案内がされていた時。
- ・ 紹介状とみなすかどうかの判断について（封筒に宛名の記載はあるが、中身の文書には宛名がない等）。 / 等

⑫初診に係る受診時の定額負担の金額を変更する予定

1) 500 床以上の病院

初診に係る受診時の定額負担の金額を変更する予定の有無をみると、「予定がある」が 0.5%であった。

図表 259 初診に係る受診時の定額負担の金額を変更する予定の有無【500 床以上の病院】

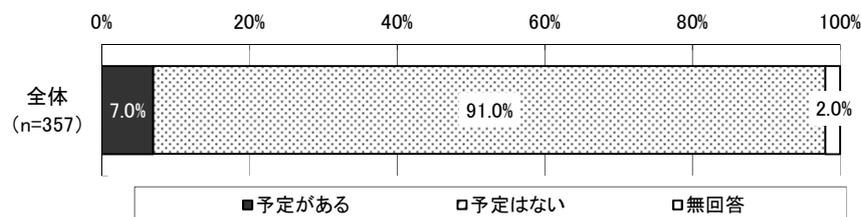


(注) 変更の「予定がある」と回答した 1 施設では、「平成 28 年 11 月頃に 8,100 円」と回答があった。

2) 200 床以上 500 床未満の病院

初診時選定療養費の金額を変更する予定の有無をみると、「予定がある」が 7.0%であった。

図表 260 初診時選定療養費の金額を変更する予定の有無【200 床以上 500 床未満の病院】



(注) ・ 変更の「予定がある」と回答した 25 施設では、変更時期としては「平成 29 年 4 月」が 7 件、「平成 29 年 10 月」が 1 件、「平成 29 年 (月の記載なし)」が 2 件、「平成 30 年 10 月」が 1 件、「平成 31 年 10 月」が 4 件、無回答が 10 件であった。

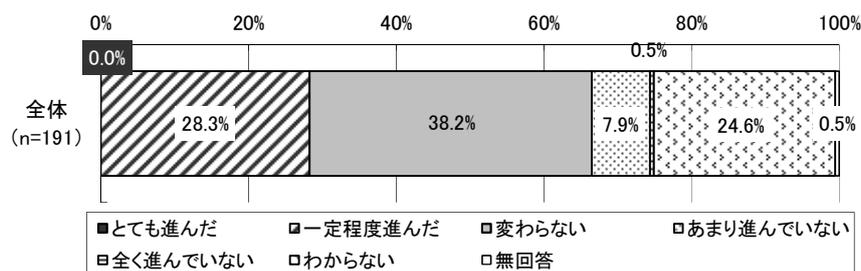
・ 金額は「1,080 円」(1 件)、「1,620 円」(1 件)、「2,100 円」(1 件)、「2,160 円」(1 件)、「2,484 円」(1 件)、「3,240 円」(2 件)、「3,300 円」(1 件)、「4,000 円」(1 件)、「4,320 円」(1 件)、「5,000 円」(1 件)、「5,400 円」(2 件) であった。

⑬初診に係る受診時の定額負担の導入・金額変更による影響等

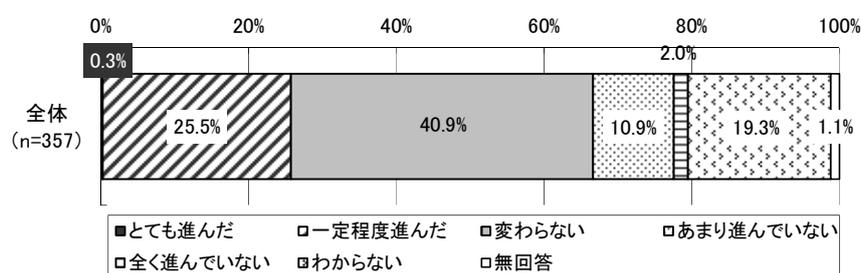
1) 外来の機能分化に対する効果

500 床以上の病院における、初診に係る受診時の定額負担の導入・金額変更による、外来の機能分化に対する効果をみると、「一定程度進んだ」が 28.3%、「変わらない」が 38.2%、「あまり進んでいない」が 7.9%であった。

図表 261 初診に係る受診時の定額負担の導入・金額変更による、
外来の機能分化への効果【500床以上の病院】



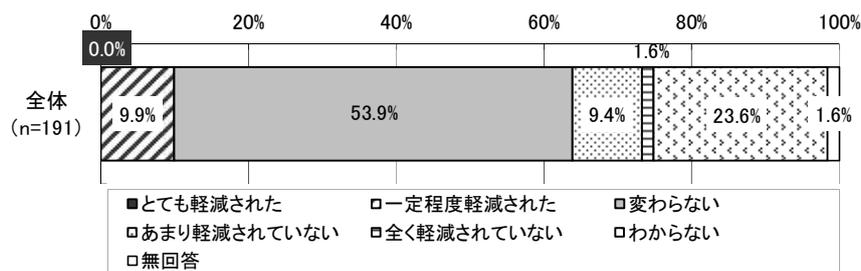
図表 262 初診時選定療養費の導入・金額変更による、
外来の機能分化への効果【200床以上 500床未満の病院】



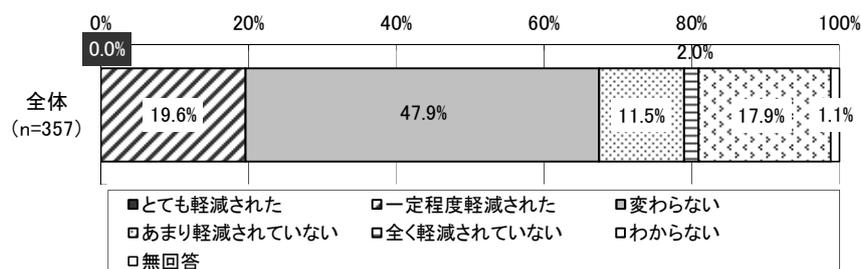
2) 勤務医の負担軽減に対する効果

500 床以上の病院における、初診に係る受診時の定額負担の導入・金額変更による、勤務医の負担軽減に対する効果をみると、「一定程度軽減された」が 9.9%、「変わらない」が 53.9%、「あまり軽減されていない」が 9.4%であった。

図表 263 初診に係る受診時の定額負担の導入・金額変更による、勤務医の負担軽減への効果【500 床以上の病院】



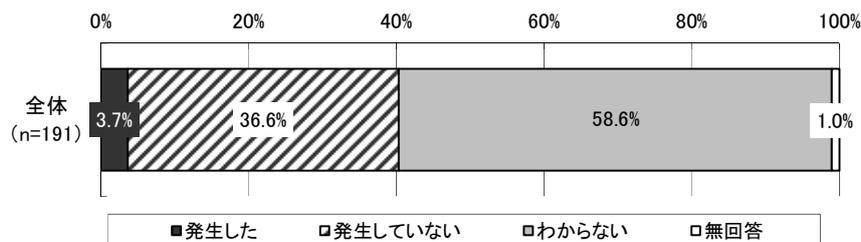
図表 264 初診時選定療養費の導入・金額変更による、勤務医の負担軽減に対する効果【200 床以上 500 床未満の病院】



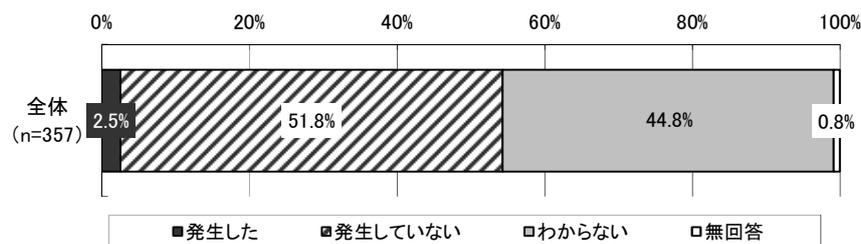
3) 必要な医療を受けられない患者の発生の有無

500床以上の病院における、必要な医療を受けられない患者の発生の有無をみると、「発生した」が3.7%、「発生していない」が36.6%、「わからない」が58.6%であった。

図表 265 初診に係る受診時の定額負担の導入・金額変更による、必要な医療を受けられない患者の発生の有無【500床以上の病院】



図表 266 初診時選定療養費の導入・金額変更による、必要な医療を受けられない患者の発生の有無【200床以上500床未満の病院】

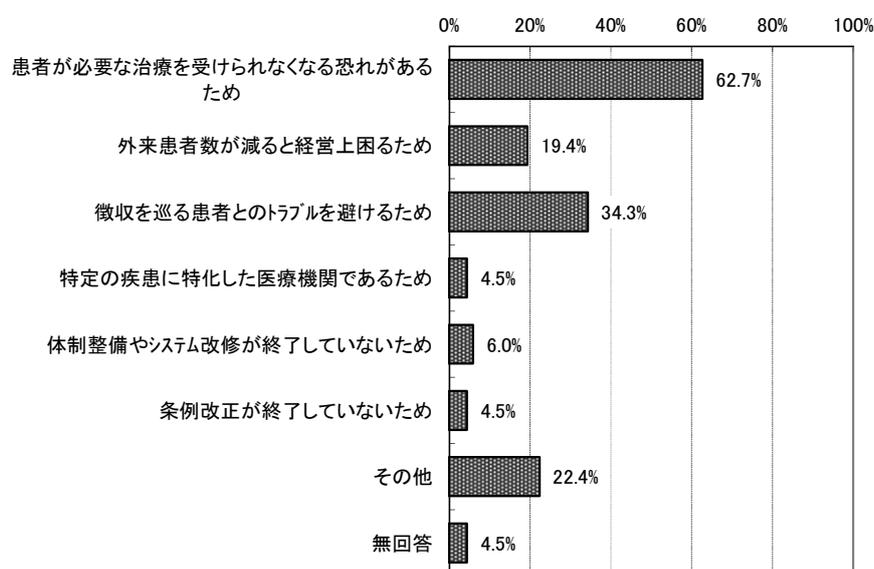


⑭初診時選定療養費を導入していない施設における理由と今後の意向

1) 初診時選定療養費を導入していない理由

初診時選定療養費を導入していない施設にその理由を尋ねたところ、「患者が必要な治療を受けられなくなる恐れがあるため」が 62.7%で最も多く、次いで「徴収を巡る患者とのトラブルを避けるため」(34.3%)であった。

図表 267 初診時選定療養費を導入していない理由
(初診時選定療養費を導入していない施設、複数回答、n=67)
【200床以上 500床未満の病院】

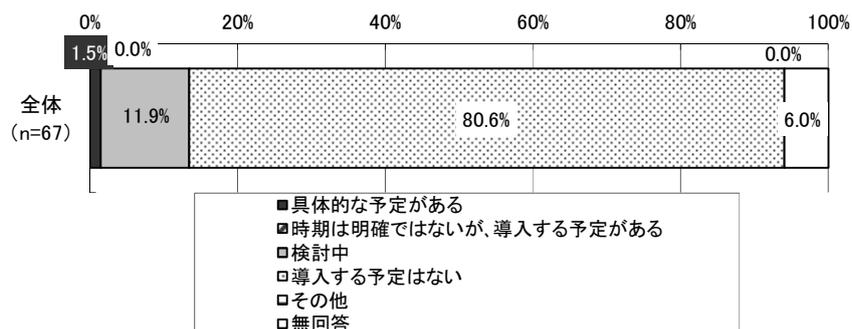


(注) 「その他」の内容として、「対象となるケースが少ないため」、「紹介予約制が定着しており、紹介状を持たない初診患者はほとんどいないため」、「制度の説明をしても理解が得られず、苦情につながる」、「患者負担の軽減」、「中山間地域に位置している。誰でもが紹介があろうとなかろうと治療を受けるため」、「障害のある方が最初に受診する病院としての性格もあるため」、「入院専門病院のため一般的な外来診療を行っていないため」等が挙げられた。

2) 初診時選定療養費を導入する予定

初診時選定療養費を導入する予定をみると、「具体的な予定がある」が 1.5%、「検討中」が 11.9%、「導入する予定はない」が 80.6%であった。

図表 268 初診時選定療養費を導入していない理由
 (初診時選定療養費を導入していない施設、複数回答、n=67)
 【200床以上 500床未満の病院】



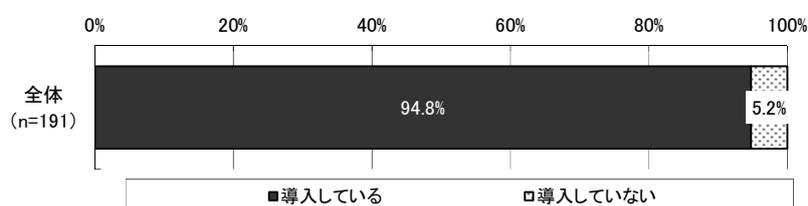
(3) 再診患者に関する受診時の定額負担の実施状況等

①再診時の定額負担を徴収する制度の導入状況

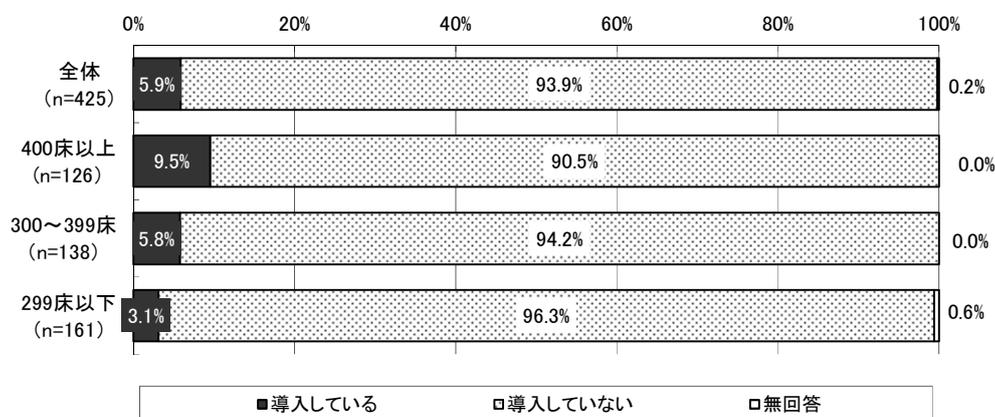
500 床以上の病院では、他医療機関を紹介したにもかかわらず、自院を再診した患者から再診時の定額負担を徴収する制度を「導入している」が 94.8%、「導入していない」が 5.2%であった。

200 床以上 500 床未満の病院の病院では、「導入している」が 5.9%で、「導入していない」が 93.9%であった。

図表 269 再診時の定額負担を徴収する制度の導入状況
【500 床以上の病院】



図表 270 再診時選定療養費を徴収する制度の導入状況
【200 床以上 500 床未満の病院】



②再診に係る受診時の定額負担の導入時期

再診に係る受診時の定額負担の導入時期は次のとおりである。500 床以上の病院では平成 28 年度に導入した施設が多かった。

図表 271 再診に係る受診時の定額負担の導入時期（導入施設）【500 床以上の病院】

	施設数(件)	構成割合(%)
平成 10 年度以前	0	0.0
平成 11 年度～平成 15 年度	14	7.7
平成 16 年度～平成 20 年度	4	2.2
平成 21 年度～平成 25 年度	0	0.0
平成 26 年度～平成 27 年度	0	0.0
平成 28 年度～	156	86.2
無回答	7	3.9
全体	181	100.0

図表 272 再診時選定療養費の導入時期（導入施設）【200 床以上 500 床未満の病院】

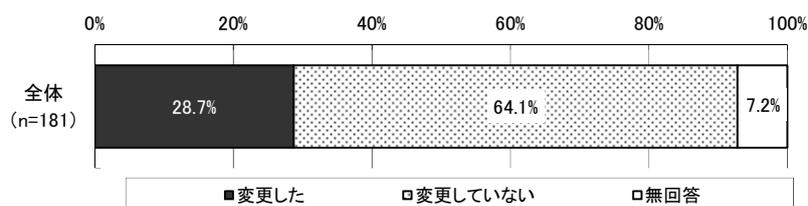
	施設数(件)	構成割合(%)
平成 10 年度以前	2	8.0
平成 11 年度～平成 15 年度	11	44.0
平成 16 年度～平成 20 年度	5	20.0
平成 21 年度～平成 25 年度	2	8.0
平成 26 年度～平成 27 年度	0	0.0
平成 28 年度～	4	16.0
無回答	1	4.0
全体	25	100.0

③平成 28 年 4 月以降の、再診に係る受診時の定額負担の金額の変更状況

平成 28 年 4 月以降の、再診に係る受診時の定額負担の金額の変更状況をみると、500 床以上の病院では「変更した」が 28.7%、「変更していない」が 64.1%であった。

200 床以上 500 床未満の病院では「変更した」が 12.0%、「変更していない」が 88.0%であった。

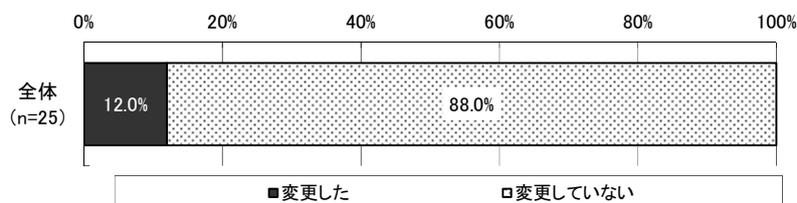
図表 273 平成 28 年 4 月以降の、再診に係る受診時の定額負担の金額の変更状況（導入施設）【500 床以上の病院】



図表 274 再診に係る受診時の定額負担の金額の変更時期
 (「変更した」と回答があった施設)【500床以上の病院】

	施設数(件)	構成割合(%)
4月	35	67.3
5月	0	0.0
6月	1	1.9
7月	3	5.8
8月	1	1.9
9月	0	0.0
10月	12	23.1
全体	52	100.0

図表 275 再診時選定療養費の金額の変更状況(導入施設)
 【200床以上500床未満の病院】



図表 276 再診時選定療養費負担の金額の変更時期(「変更した」と回答があった施設)
 【200床以上500床未満の病院】

	施設数(件)	構成割合(%)
4月	2	66.7
5月	0	0.0
6月	0	0.0
7月	0	0.0
8月	0	0.0
9月	0	0.0
10月	1	33.3
全体	3	100.0

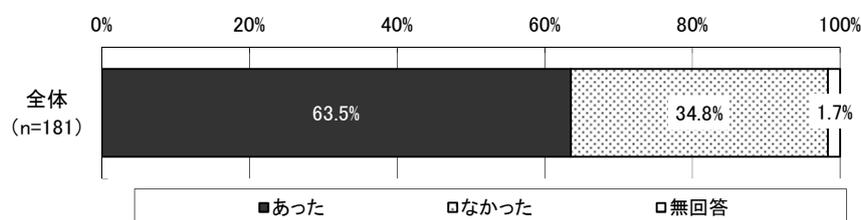
④平成 28 年 4 月以降、再診に係る受診時の定額負担の導入・金額変更の際に取り組んだことの有無

平成 28 年 4 月以降、再診に係る受診時の定額負担の導入・金額変更の際に体制整備やシステム改修など、取り組んだことがあるかを尋ねたところ、500 床以上の病院では「あった」が 63.5%、「なかった」が 34.8%であった。

200 床以上 500 床未満の病院では「あった」が 12.0%と少なかった。

1) 500 床以上の病院

図表 277 再診に係る受診時の定額負担の導入・金額変更の際に取り組んだことの有無
(導入施設)【500 床以上の病院】



図表 278 再診に係る受診時の定額負担の導入・金額変更の際に取り組んだこと
(導入施設、自由記述式)【500 床以上の病院】

○患者への周知

- ・ HP やポスター、テレビでの広報活動。
- ・ 患者の導入時期や料金の周知。
- ・ 受付時に同意書を得ている。
- ・ 再診時の診察申込み用紙への患者同意欄の作成。
- ・ 逆紹介の際、外来窓口にて再診時の定額徴収について説明を行うことにした。
- ・ 診察時、医師が文書をもって説明し同意を得た。院内掲示・チラシ配布。
- ・ 患者への説明用紙を作成し、電子カルテから出力できるようになった。
- ・ 初診時と同様、周知期間を長めにとった。 / 等

○体制整備

- ・ 院内全体説明会にて職員への周知。
- ・ 職員向けの勉強会の実施。
- ・ 医師にチェックしていただくよう院内で周知した。
- ・ 委託業者への周知。
- ・ 患者への説明から料金徴収までの運用整備、病院職員の制度に対する理解の統一。

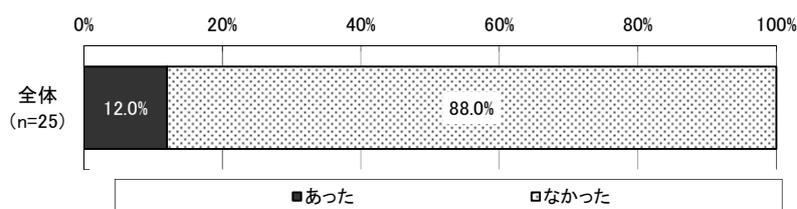
- ・ 新設であったため、診療科から医師への対象患者の連絡方法をルール化した。
- ・ 院内統一の運用マニュアルの作成と配布。
- ・ 算定の判断基準等の運用について検討。
- ・ 院内でプロジェクトチームを立ち上げ、運用を検討した。
- ・ かかりつけ医紹介担当者（看護師）の配置。
- ・ 徴収対象の設定、外来診療に係る職員への周知、協力依頼。
- ・ 料金規程の改正。 / 等

○システム等の改修

- ・ 案内文の修正、料金変更によるマスターの追加、領収書の修正。
- ・ 医事会計システムの金額設定変更。
- ・ 医事システムベンダーよりコード入力運用とした。
- ・ 逆紹介した後に当院を受診した時定額負担を算定できるシステム。
- ・ システムの該当マスター変更。
- ・ 次回以降特別な料金の徴収をする旨等を記載した文書を発行するためのシステム改修（診療情報提供書との連携）。
- ・ 電子カルテから説明書類が出るように設定し、医事会計システムも手を加えた。 / 等

2) 200 床以上 500 床未満の病院

図表 279 再診時選定療養費の導入・金額変更の際に取り組んだことの有無
(導入施設)【200 床以上 500 床未満の病院】



図表 280 再診時選定療養費の定額負担の導入・金額変更の際に取り組んだこと
(導入施設、自由記述式)【200 床以上 500 床未満の病院】

- ・ ホームページ掲載、同意書作成。
- ・ 院内掲示、HP 掲載等周知を行った。
- ・ マスター設定を必要とした。

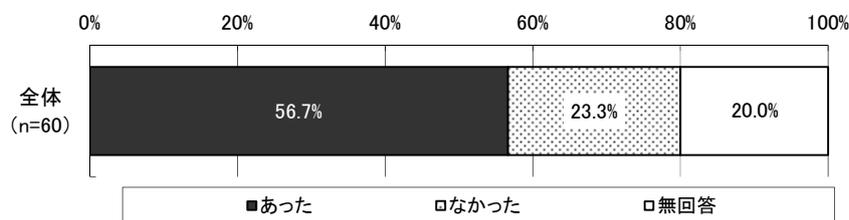
⑤（公立病院の場合）平成 28 年 4 月以降、再診に係る受診時の定額負担の導入・金額変更する条例改正の有無

平成 28 年 4 月以降、再診に係る受診時の定額負担の導入・金額変更する条例改正の有無について尋ねたところ、500 床以上の病院の「公立病院」60 施設では「あった」が 56.7%、「なかった」が 23.3%であった。

200 床以上 500 床未満の病院の「公立病院」12 施設では「あった」という回答はなかった。

1) 500 床以上の病院

図表 281 再診に係る受診時の定額負担の導入・金額変更する条例改正の有無
【500 床以上の病院】



図表 282 再診に係る受診時の定額負担の導入・金額変更する条例改正の時期
(条例改正があった施設) 【500 床以上の病院】

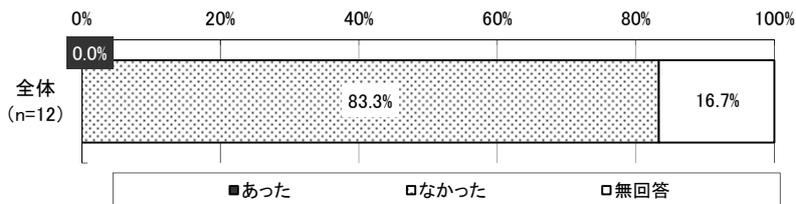
時期	施設数(件)	構成割合 (%)
2 月	1	2.9
3 月	2	5.9
4 月	3	8.8
5 月	0	0.0
6 月	17	50.0
7 月	2	5.9
8 月	1	2.9
9 月	1	2.9
10 月	7	20.6
全体	34	100.0

図表 283 再診に係る受診時の定額負担の導入・金額変更する条例改正の内容
 (条例改正があった施設、自由記述式)【500床以上の病院】

- 県立病院使用料及び手数料条例の改正、再診に係る選定療養費項目の新設(2,700円)。
- 再診時加算の新設。
- 再診時の定額負担について2,500円(税別)を新設した。
- 使用条例施行規程に再診患者も含んだ。
- 使用料及び手数料条例の金額変更。
- 徴収基準の明記。 /等

2) 200床以上500床未満の病院

図表 284 再診時選定療養費の導入・金額変更する条例改正の有無
 【200床以上500床未満の病院】



⑥再診に係る受診時の定額負担の金額

1) 500床以上の病院

再診に係る受診時の定額負担の金額は次のとおりである。

図表 285 再診に係る受診時の定額負担の金額（医科単価、消費税込み）【500床以上の病院】

（単位：円）

	施設数(件)	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
平成27年10月	134	308.1	1,063.2	0.0	0.0	8,640.0
平成28年4月	170	2,360.0	1,101.0	2,700.0	0.0	8,640.0
平成28年10月	180	2,730.3	524.6	2,700.0	1,500.0	8,640.0

図表 286 再診に係る受診時の定額負担の金額別分布（医科）【500床以上の病院】

（単位：上段「件」、下段「%」）

	総数	～1000円未満	1000円以上～	2000円以上～	3000円以上～	4000円以上～	5000円以上～	6000円以上～	7000円以上～	8000円以上～	無回答
平成27年10月	181	125	3	2	2	0	0	1	0	1	47
	100.0	69.1	1.7	1.1	1.1	0.0	0.0	0.6	0.0	0.6	26.0
平成28年4月	181	25	0	137	5	1	1	0	0	1	11
	100.0	13.8	0.0	75.7	2.8	0.6	0.6	0.0	0.0	0.6	6.1
平成28年10月	181	0	1	171	5	1	1	0	0	1	1
	100.0	0.0	0.6	94.5	2.8	0.6	0.6	0.0	0.0	0.6	0.6

図表 287 再診に係る受診時の定額負担の金額（歯科単価、消費税込み）【500床以上の病院】

（単位：円）

	施設数(件)	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
平成27年10月	126	316.9	1,093.6	0.0	0.0	8,640.0
平成28年4月	162	1,902.1	1,182.0	1,620.0	0.0	8,640.0
平成28年10月	172	2,154.0	884.7	1,620.0	0.0	8,640.0

図表 288 再診に係る受診時の定額負担の金額別分布（歯科）【500床以上の病院】

（単位：上段「件」、下段「%」）

	総数	～1000円未満	1000円以上～	2000円以上～	3000円以上～	4000円以上～	5000円以上～	6000円以上～	7000円以上～	8000円以上～	無回答
平成27年10月	173	117	3	2	2	0	0	1	0	1	47
	100.0	67.6	1.7	1.2	1.2	0.0	0.0	0.6	0.0	0.6	27.2
平成28年4月	173	30	55	69	5	1	1	0	0	1	11
	100.0	17.3	31.8	39.9	2.9	0.6	0.6	0.0	0.0	0.6	6.4
平成28年10月	173	5	82	78	4	1	1	0	0	1	1
	100.0	2.9	47.4	45.1	2.3	0.6	0.6	0.0	0.0	0.6	0.6

2) 200床以上 500床未満の病院

再診時選定療養費の金額は次のとおりである。

図表 289 再診時選定療養費の金額（医科単価、消費税込み）【200床以上 500床未満の病院】

（単位：円）

	施設数(件)	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
平成27年10月	23	651.0	594.1	540.0	0.0	2,690.0
平成28年4月	23	971.9	862.3	864.0	0.0	2,700.0
平成28年10月	23	1,198.0	919.8	864.0	10.0	2,700.0

図表 290 再診時選定療養費の金額別分布（医科）【200床以上 500床未満の病院】

（単位：上段「件」、下段「%」）

	総数	～1000円未満	1000円以上～	2000円以上～	3000円以上～	4000円以上～	5000円以上～	6000円以上～	7000円以上～	8000円以上～	無回答
平成27年10月	25	17	5	1	0	0	0	0	0	0	2
	100.0	68.0	20.0	4.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	8.0
平成28年4月	25	14	5	4	0	0	0	0	0	0	2
	100.0	56.0	20.0	16.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	8.0
平成28年10月	25	12	5	6	0	0	0	0	0	0	2
	100.0	48.0	20.0	24.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	8.0

図表 291 再診時選定療養費の金額別分布（平成28年10月、医科、病床規模別）

【200床以上 500床未満の病院】

（単位：上段「件」、下段「%」）

	総数	～1000円未満	1000円以上～	2000円以上～	3000円以上～	4000円以上～	5000円以上～	6000円以上～	7000円以上～	8000円以上	無回答
全体	25	12	5	6	0	0	0	0	0	0	2
	100.0	48.0	20.0	24.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	8.0
400床以上	12	3	3	5	0	0	0	0	0	0	1
	100.0	25.0	25.0	41.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	8.3
300～399床	8	5	2	1	0	0	0	0	0	0	0
	100.0	62.5	25.0	12.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
300床未満	5	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	100.0	80.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	20.0

図表 292 再診時選定療養費の金額（歯科単価、消費税込み）【200床以上 500床未満の病院】

（単位：円）

	施設数(件)	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
平成27年10月	14	609.8	729.3	455.0	0.0	2,690.0
平成28年4月	14	1,059.8	972.7	864.0	0.0	2,700.0
平成28年10月	14	1,359.8	947.7	1,080.0	0.0	2,700.0

図表 293 再診時選定療養費の金額別分布（歯科）【200床以上 500床未満の病院】

（単位：上段「件」、下段「%」）

	総数	～1000円未満	1000円以上～	2000円以上～	3000円以上～	4000円以上～	5000円以上～	6000円以上～	7000円以上～	8000円以上～	無回答
平成27年10月	16	11	2	1	0	0	0	0	0	0	2
	100.0	68.8	12.5	6.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	12.5
平成28年4月	16	8	3	3	0	0	0	0	0	0	2
	100.0	50.0	18.8	18.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	12.5
平成28年10月	16	6	4	4	0	0	0	0	0	0	2
	100.0	37.5	25.0	25.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	12.5

図表 294 再診時選定療養費の金額別分布（平成28年10月、歯科、病床規模別）

【200床以上 500床未満の病院】

（単位：上段「件」、下段「%」）

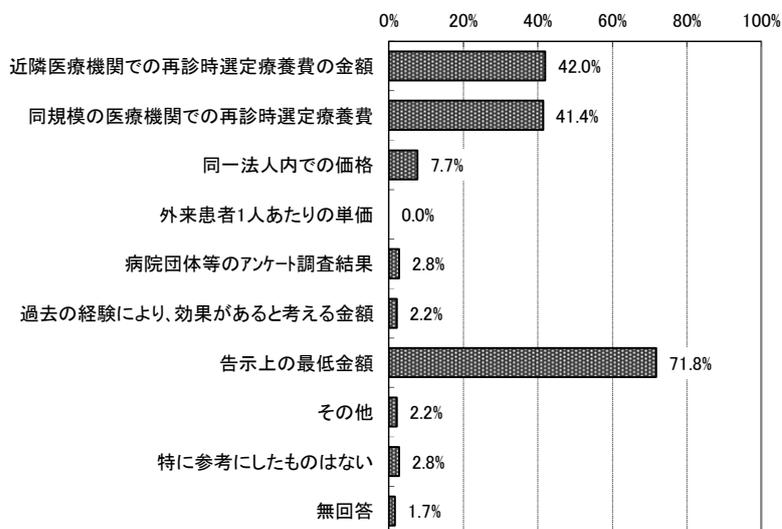
	総数	～1000円未満	1000円以上～	2000円以上～	3000円以上～	4000円以上～	5000円以上～	6000円以上～	7000円以上～	8000円以上	無回答
全体	16	6	4	4	0	0	0	0	0	0	2
	100.0	37.5	25.0	25.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	12.5
400床以上	10	1	4	3	0	0	0	0	0	0	2
	100.0	10.0	40.0	30.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	20.0
300～399床	5	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	100.0	80.0	0.0	20.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
300床未満	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

⑦再診に係る受診時の定額負担の金額を決める際に参考にしたもの

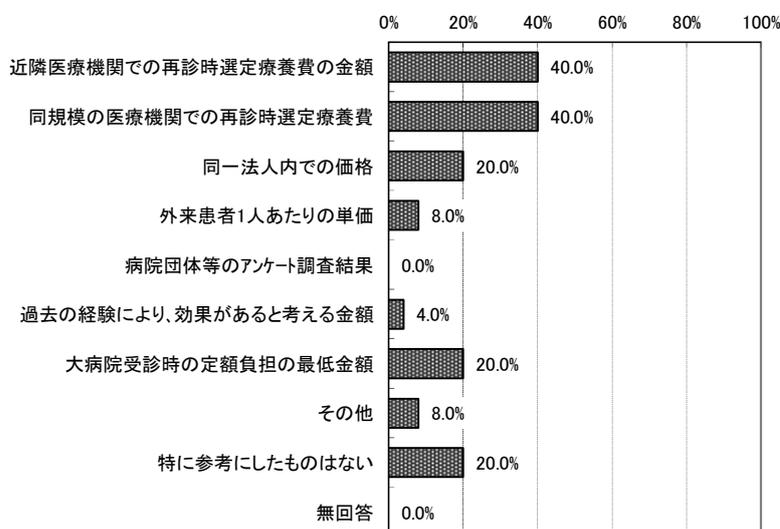
再診に係る受診時の定額負担の金額を決める際に参考にしたものは次のとおりである。

図表 295 再診に係る受診時の定額負担の金額を決める際に参考にしたもの

（導入施設、複数回答、n=181）【500床以上の病院】



図表 296 再診時選定療養費の金額を決める際に参考にしたもの
(導入施設、複数回答、n=25)【200床以上500床未満の病院】



⑧再診患者数、受診時の定額負担徴収患者数等

1) 500床以上の病院

再診患者延べ人数、他医療機関を紹介したにもかかわらず自院を受診した患者数、定額負担徴収の対象患者数、受診時の定額負担を徴収した患者数は次のとおりである。

定額負担徴収の対象患者数は少なく、実際に徴収した患者も少なかった。

図表 297 再診患者数、受診時の定額負担徴収患者数等 (導入施設、n=69)
【500床以上の病院】

	平成 27 年 10 月	平成 28 年 4 月	平成 28 年 10 月
①再診患者延べ人数	32,348.9	30,381.1	30,971.4
②うち、他医療機関を紹介したにもかかわらず自院を受診した患者数	150.9	143.1	144.3
③うち、定額負担徴収の対象患者数	20.3	19.0	20.1
④うち、定額負担徴収患者数	0.0	0.7	1.2
⑤他医療機関を紹介したが自院を受診した患者比率(②/①)	0.5%	0.5%	0.5%
⑥定額負担徴収対象患者比率(③/①)	0.1%	0.1%	0.1%
⑦対象患者数比率(③/②)	13.4%	13.3%	13.9%
⑧徴収患者比率A(④/②)	0.0%	0.5%	0.8%
⑨徴収患者比率B(④/③)	0.0%	3.5%	5.8%

(注)・全ての項目について記入のあった施設を集計対象とした。

・患者数は小数点以下第2位を四捨五入しているため、各患者比率の数値は図表中の患者数を除算した数値と一致しない場合もある。

2) 200 床以上 500 床未満の病院

平成 28 年 10 月について平成 27 年 10 月と比較すると、再診患者延べ人数、他医療機関を紹介したにもかかわらず自院を受診した患者数、再診時選定療養費の対象患者数、再診時選定療養費徴収患者数、いずれも減少している。また、対象患者数比率、徴収患者比率等も低下している。

図表 298 再診患者数、再診時選定療養費徴収患者数等（導入施設、n=13）

【200 床以上 500 床未満の病院】

	平成 27 年 10 月	平成 28 年 4 月	平成 28 年 10 月
①再診患者延べ人数	17,948.4	16,668.6	17,179.7
②うち、他医療機関を紹介したにもかかわらず自院を受診した患者数	726.2	586.8	640.5
③うち、再診時選定療養費の対象患者数	720.8	582.2	634.8
④うち、再診時選定療養費の徴収患者数	674.4	548.0	509.7
⑤他医療機関を紹介したが自院を受診した患者比率(②/①)	4.0%	3.5%	3.7%
⑥再診時選定療養費徴収対象患者比率(③/①)	4.0%	3.5%	3.7%
⑦対象患者数比率(③/②)	99.2%	99.2%	99.1%
⑧徴収患者比率A(④/②)	92.9%	93.4%	79.6%
⑨徴収患者比率B(④/③)	93.6%	94.1%	80.3%

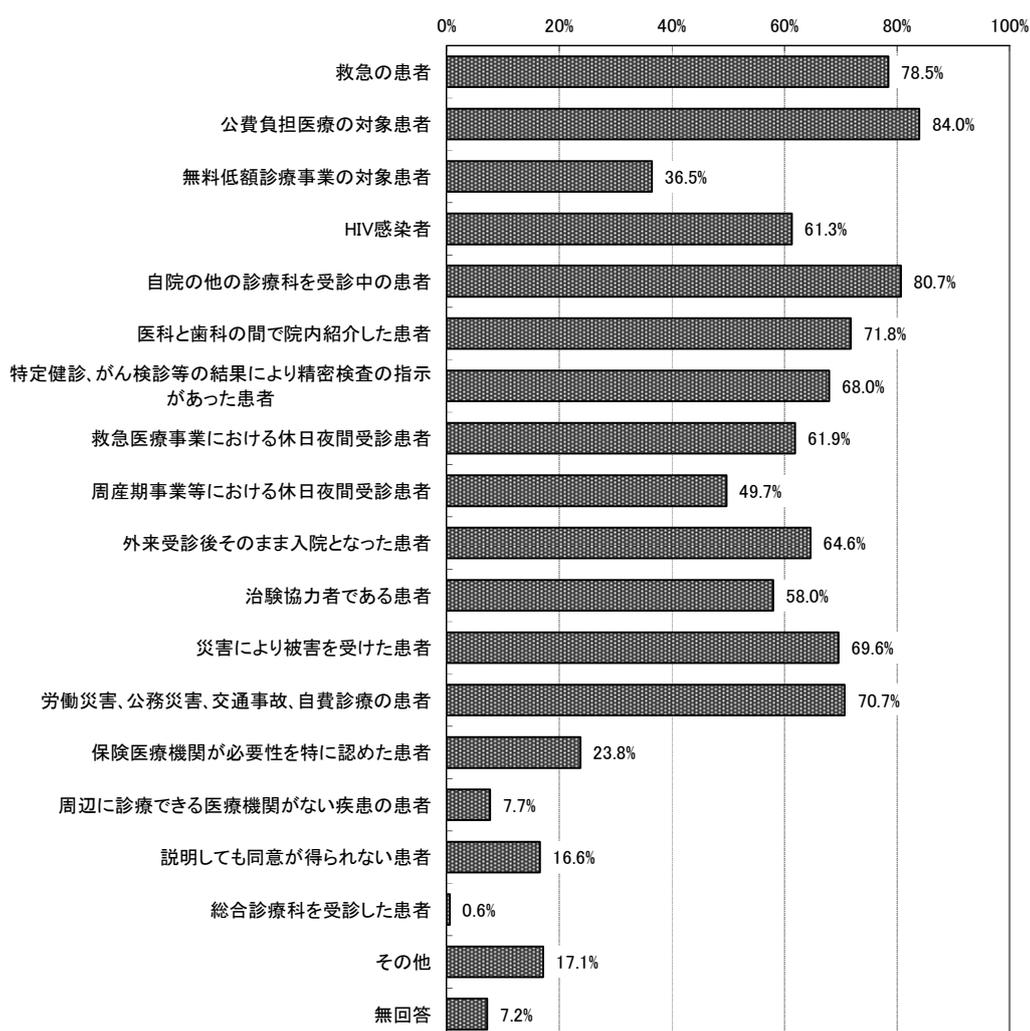
(注)・全ての項目について記入のあった施設を集計対象とした。

・患者数は小数点以下第 2 位を四捨五入しているため、各患者比率の数値は図表中の患者数を除算した数値と一致しない場合もある。

⑨他医療機関を紹介したにもかかわらず自院を受診したが、再診に係る受診時の定額負担を徴収しない患者

他医療機関を紹介したにもかかわらず自院を受診したが、再診に係る受診時の定額負担を徴収しない患者は次のとおりである。

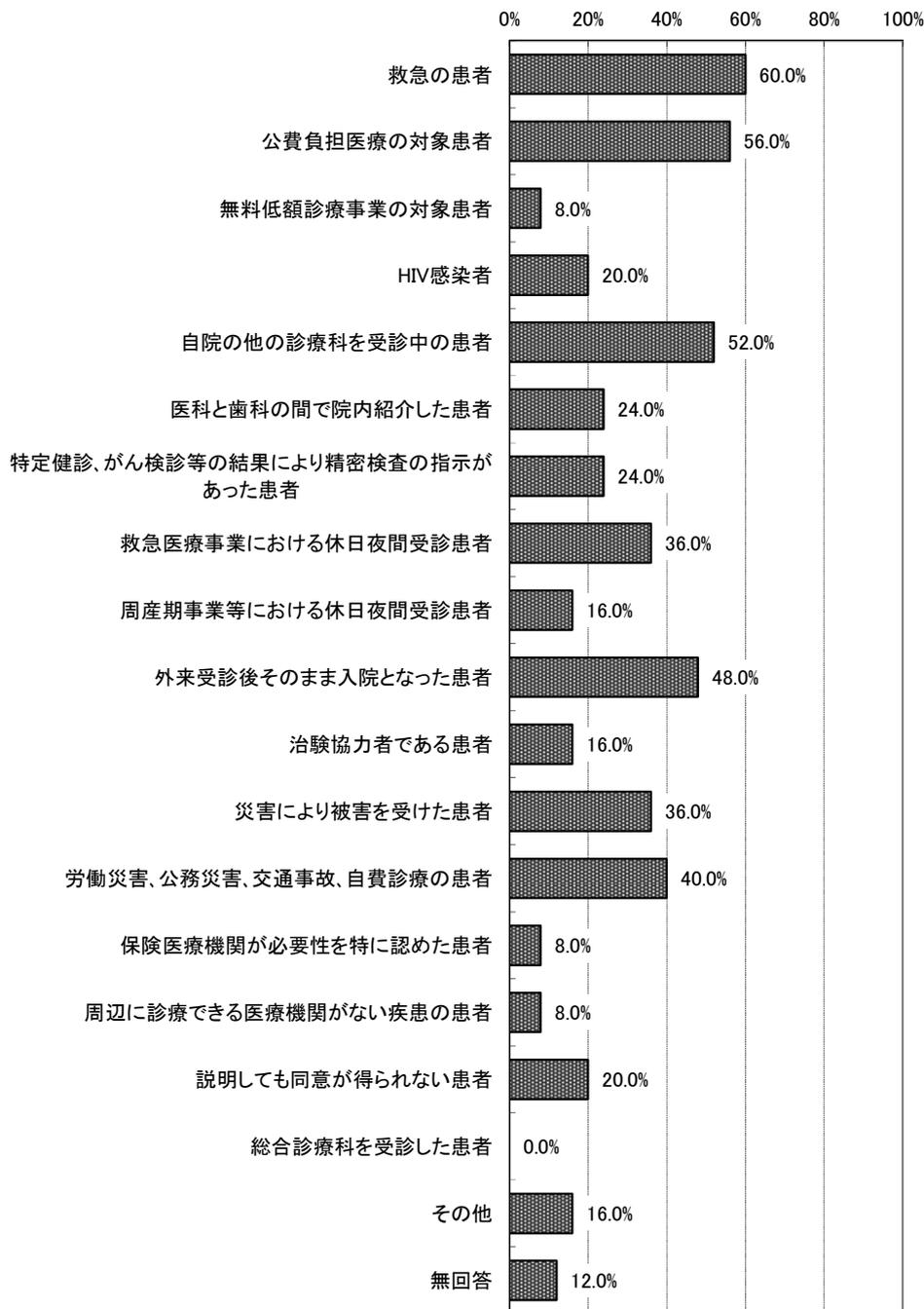
図表 299 再診に係る受診時の定額負担を徴収しない患者
(導入施設、複数回答、n=191)【500床以上の病院】



(注)・「保険医療機関が必要性を特に認めた患者」「周辺に診療できる医療機関がない疾患の患者」いずれも実績は「0人」であった。

- ・「周辺に診療できる医療機関がない疾患」の内容として、「地域に小児外科の医療機関が他にないため」が挙げられた。
- ・「その他」の内容として、「医師が再診時選定療養費徴収の説明をしていない、同意を得ていない患者」、「1歳未満の患者」、「刑務所、拘置所入所者」、「脳ドック受診者、救急搬送後に死亡又は高次医療機関に転送された場合」、「病院内のケガ受傷など、担当医が受診する必要性を特に認めた患者」、「主治医が病状の変化により再診が妥当と判断した場合」等が挙げられた。

図表 300 再診時選定療養費を徴収しない患者（複数回答、n=25）
【200床以上500床未満の病院】



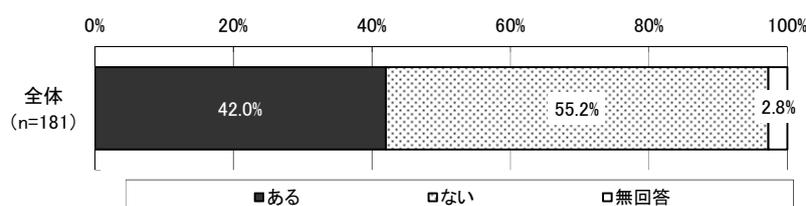
(注)・「保険医療機関が必要性を特に認めた患者」「周辺に診療できる医療機関がない疾患の患者」いずれも該当施設がなかった。
・「その他」の内容として、「医師が再診時選定療養費徴収の説明をしていない、同意を得ていない患者」が挙げられた。

⑩再診に係る受診時の定額負担の導入・金額を変更する際に困ったこと

1) 500床以上の病院

再診に係る受診時の定額負担の導入・金額を変更する際に困ったことの有無をみると、「ある」が42.0%、「ない」が55.2%であった。

図表 301 再診に係る受診時の定額負担の導入・金額を変更する際に困ったことの有無
【500床以上の病院】



図表 302 再診に係る受診時の定額負担の導入・金額を変更する際に困ったこと
(導入施設、自由記述式) 【500床以上の病院】

○徴収金額や対象患者の基準が曖昧であること

- ・ 直接受診の必要性の判断が難しい。
- ・ 徴収対象となる条件が不明瞭かつ限定的であり、対象者を抽出しづらい。
- ・ 告示上の最低金額が税込か税抜か4月改定直前まで明示されず、金額設定に苦慮した。
- ・ 国がもっと細かく基準を整備すべき。
- ・ 再診時選定療養費を徴収する際の制度が複雑すぎる。
- ・ 再診に係る受診時の定額負担を徴収する定義が定かでない。
- ・ 初診同様、定額負担の対象とするべき患者の範囲が不明確なため、対応に疑義が生じる。

／等

○患者への周知、説明

- ・ この制度の説明に苦慮している。
- ・ 患者の理解が得られない。
- ・ 説明するタイミングと方法をどうするか。
- ・ 対象患者の抽出及び事前の同意取付方法。
- ・ 患者の判定が医師にしかわかりにくい。患者が説明に納得しない。
- ・ 患者への説明内容・方法、周知、要件に明記される「文書による紹介を行う旨の申出」の実施運用の検討。
- ・ 市民への周知。
- ・ 病院内で周知を図っても、制度そのものに同意・納得してもらえず、病院に対して苦情

を訴える患者が多数存在しており、その都度対応に追われて困っている。

- ・ 料金設定して周知したが、反響が大きく非常に問合せが多かった。
- ・ 他医療機関への紹介にあたり、次回以降の本院の受診について患者に通知文を渡す際の運用に苦慮した。 /等

○関係者への周知、連携

- ・ 医師、看護師への周知が大変。ただでさえ忙しい現場でさらに仕事が増えるため、協力が得られない。
- ・ 医師、事務員への周知について。
- ・ 院内の運用を決定し、職員に周知するために時間を要した。
- ・ 今回の診療報酬改定において義務化されたものの、徴収の可否については各医療機関の判断に任される部分が多いため、院内での徴収ルールやシステムを含めた運用の調整、また医師への説明・周知に大変苦慮した。
- ・ 紹介先の医院・診療所等にこの制度がなかなか理解していただけなかった。
- ・ 対象患者を会計担当者が把握することができる運用方法の検討に苦慮した。
- ・ 照会先医療機関との調整方法と、申し出を行う場合の文書作成方法。
- ・ 自院の他の診療科を受診中の患者を判別する方法。
- ・ 患者への説明と同意をどのように誰が取り扱うか。 /等

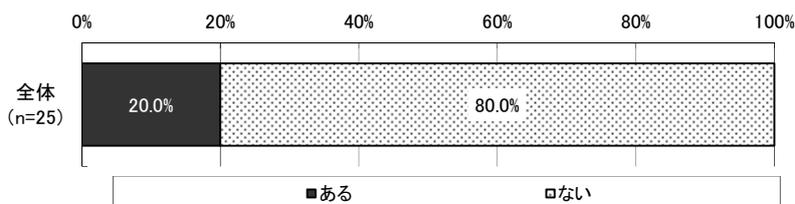
○その他

- ・ 文書を交付してかかりつけ医を提案しても、当院に通院を続けたいと希望する患者がいる。
- ・ 複数診療科の受診歴がある場合、すべての条件を満たす必要があり、文書による紹介を行う旨の申し入れのタイミングや徴収可能であるかの判断が困難である。
- ・ 当科を終療となっても他科受診中のケースが多いため、結局受付している現状がある。診療科で説明することが負担である。
- ・ 受診の都度徴収のほか算定不可要件があり、システム化が困難なため、人的運用面で負担となる。
- ・ 患者へ紹介状を渡す時の説明に係るルールづくり等。
- ・ 公費患者（生活保護、難病）等、同じ疾病でも保険によって受診の可否が決まることのトラブル。
- ・ 逆紹介したが再度戻ってきた場合の判定や患者に対してどのように説明するのか、システム等にどのように記録を残すのかなど運用面の検討に苦慮した。
- ・ 近隣医療機関、他大学病院との兼ね合い。
- ・ 患者への説明及び説明用紙の記載等、外来診察時に医師の負担が増えたこと。
- ・ 再診時の選定療養における申出書を発行した患者を把握する仕組みがなかったため、電子カルテの一号用紙にメモを残すことにした。 /等

2) 200 床以上 500 床未満の病院

再診時選定療養費の導入・金額を変更する際に困ったことの有無をみると、「ある」が 20.0%、「ない」が 80.0%であった。

図表 303 再診時選定療養費の導入・金額を変更する際に困ったことの有無
【200 床以上 500 床未満の病院】



図表 304 再診時選定療養費の導入・金額を変更する際に困ったこと
(導入施設、自由記述式) 【200 床以上 500 床未満の病院】

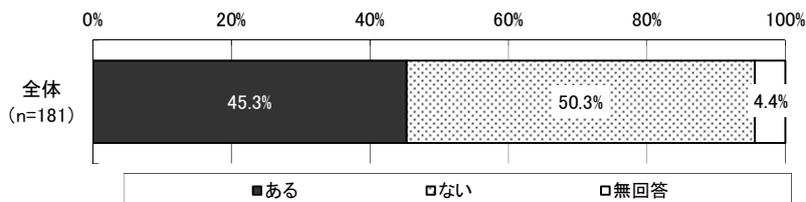
- ・ 地域医療支援病院の承認により選定療養費を変更する旨の事前周知ができなかった（地域医療支援病院の承認日が施行日のため）。
- ・ 紹介先医療機関との調整、申し出を行う場合の文書作成方法。
- ・ 患者に制度を理解してもらうこと。
- ・ 患者への説明が難しい。
- ・ 金額は設定しているが、該当する患者の判別が不可能なため算定実績はない。 /等

⑪再診に係る受診時の定額負担を徴収する際に困ったこと

1) 500 床以上の病院

再診に係る受診時の定額負担を徴収する際に困ったことの有無をみると、「ある」が 45.3%、「ない」が 50.3%であった。

図表 305 再診に係る受診時の定額負担を徴収する際に困ったことの有無
【500 床以上の病院】



図表 306 再診に係る受診時の定額負担を徴収する際に困ったこと
(導入施設、自由記述式)【500床以上の病院】

○対象者の判断が難しい

- ・ 対象者の把握。次回受診時に定額負担対象者であることの確認。
- ・ 逆紹介患者に対し、再来ケースの確認方法とその徹底。システムで確認できるとよいができていない。
- ・ 再診時の選定療養における申出書を発行した患者が別疾患で同科を受診したとき電子カルテの一号用紙メモを削除するため、前回までの疾患に対する再診時の算定管理ができなくなった。
- ・ 再来で受診した患者が紹介した患者かどうか把握するのが難しい。
- ・ 紹介した他医療機関に受診したかどうかは患者本人からの申し出を信用するしかないこと。
- ・ 自院の他の診療科が全て終診となっているかの確認が困難。
- ・ 他医療機関を受診したにもかかわらず、当院を受診しているかの把握が極めて困難である。
- ・ 次回以降再診加算対象患者であることの記録の持ち方。
- ・ 終診とした患者からの診察予約希望があった場合及び他診療科受診時の取扱いなど、再診・徴収の定義について曖昧な点が多々あり、現場での対応が極めて困難である。
- ・ 徴収に至る要件が複雑であり、要件を満たしたことを確認するための作業が極めて煩雑である。特に全ての診療科が同調して患者に説明する必要があることについては対応が困難である。 /等

○患者への説明、クレーム対応

- ・ 患者への説明に時間がかかる。なかなか理解が得られない。
- ・ 徴収対象が一般にはわかりづらく、再来の都度徴収されるのではないか、どのような場合に徴収となるのかの患者説明。
- ・ 患者への説明（書類作成しているが、その管理が難しい）、患者の同意を得るタイミングが現行制度では困難。
- ・ 徴収となる旨を説明する場所が診察時（診察室）になってしまうこと。
- ・ 混み合う時間帯に逆紹介の患者すべてに説明するのは負担となることがある。説明したことを記録していても、実際に算定できる患者はほとんどいない。
- ・ 患者への説明、要件に明記される「文書による紹介を行う旨の申出」の実施。
- ・ この制度に関して患者の理解を得ることが困難。大きな病院で複数科診てほしいという意識が根強くある。
- ・ 徴収前の患者説明の際、転医に対する不安や不満等の意見（緊急時の受診方法及び受診先についてや、当院へ受診したいのだが二度と受診できないのか等）をいただくことが多く、説明に時間を要した。 /等

○徴収できる事例が少ない

- ・ 再診時選定療養費の理解が進まず、ほとんど算定できていない。
- ・ 主治医への信頼度の高さや高齢者の多くが複数診療科の同日受診などの理由から徴収困難。
- ・ 診療現場の指示に従い徴収とするが、他科受診中などで徴収できないことがある。
- ・ 総合病院では複数科受診している患者が多く、1つの診療料を逆紹介しても変わらない。
- ・ 定額負担を導入したが、運用が定まらず算定できていない。
- ・ 当院での診察不要と考えられる対象患者が公費負担医療の対象等で定額負担の徴収に至らない。 /等

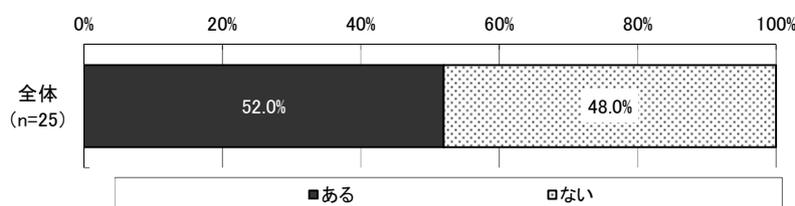
○その他

- ・ 算定条件が複雑すぎるため、条件確認に時間を要し、外来会計業務の負担である。
- ・ 対象患者を会計担当者が把握することができる運用方法の検討に苦慮した。
- ・ 医師からクリニック等への紹介を患者に説明しても応じない患者がいる。
- ・ 文書を交付してかかりつけ医を提案しても、当院に通院を続けたいと希望する患者がいる。
- ・ 医師への運用方法の周知。
- ・ 公費負担医療の対象患者から徴収できないため、逆紹介を推進できない。
- ・ 他医を紹介するシステム作り。
- ・ 他病院への紹介を拒否する患者が多く、外来の機能分化が進まない。 /等

2) 200床以上500床未満の病院

再診時選定療養費を徴収する際に困ったことの有無をみると、「ある」が52.0%、「ない」が48.0%であった。

図表 307 再診時選定療養費を徴収する際に困ったことの有無
【200床以上500床未満の病院】



図表 308 再診時選定療養費を徴収する際に困ったこと（自由記述式）
【導入施設、200床以上500床未満の病院】

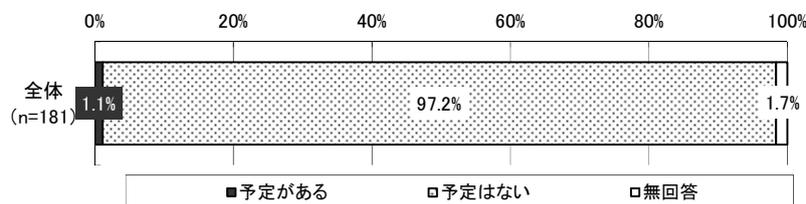
- 患者対応上の困難
 - ・ 病院にこのままかかりたいのになんで診療所に行かないといけないのかと言われる。
 - ・ 徴収を巡る患者とのトラブル（クレーム対応）。
 - ・ 患者に制度を理解してもらうこと。
 - ・ 初診時同様に支払いに納得されない場合がある。 / 等
- 制度が煩雑である
 - ・ 徴収に該当するか否かが判別不能。
 - ・ 再診時選定療養費を徴収する際の制度が複雑すぎる。
 - ・ 徴収の基準が決めづらく徴収が難しい。
 - ・ 該当患者の特定方法、患者への説明同意、他院への申出文書の対応等課題が多く、運用に至っていない。
- その他
 - ・ 次回以降、再診加算対象患者であることの記録の持ち方。
 - ・ 徴収するためには、医師から患者に同意を得る必要があるが、診療時間内に十分な説明ができないため徴収できない。

⑫再診に係る受診時の定額負担の金額を変更する予定

1) 500床以上の病院

再診に係る受診時の定額負担の金額を変更する予定の有無をみると、「ある」が1.1%であった。

図表 309 再診に係る受診時の定額負担の金額を変更する予定の有無【500床以上の病院】

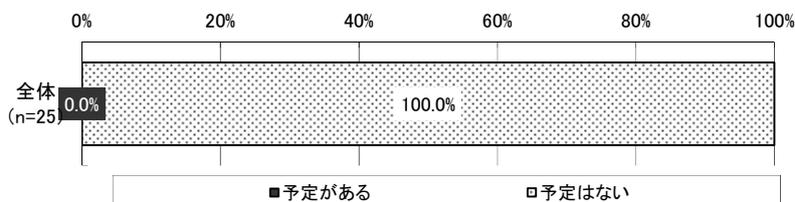


(注) 変更の「予定がある」と回答した2施設のうち、1施設は「平成28年11月頃に4,050」と回答があった。他の施設は予定時期、金額について記載がなかった。

2) 200 床以上 500 床未満の病院

再診時選定療養費の金額を変更する予定の有無をみると、「ある」という回答はなかった。

図表 310 再診時選定療養費の金額を変更する予定の有無
【200 床以上 500 床未満の病院】

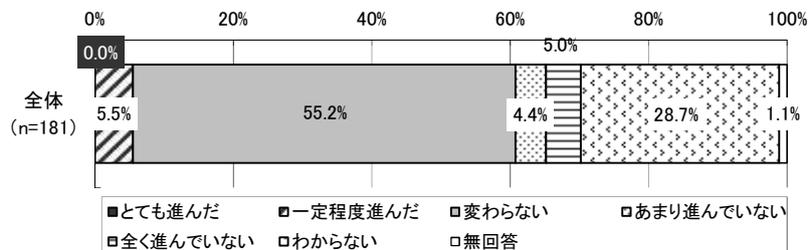


⑬再診に係る受診時の定額負担の導入・金額変更による影響等

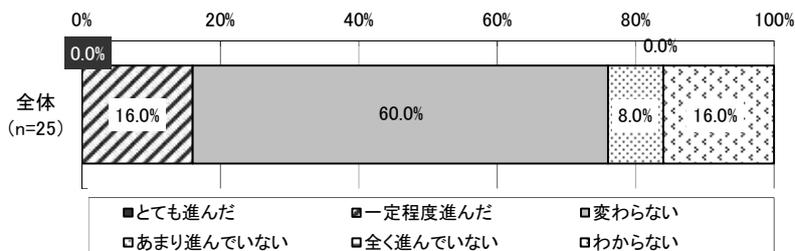
1) 外来の機能分化に対する効果

再診に係る受診時の定額負担の導入・金額変更による、外来の機能分化に対する効果は次のとおりである。

図表 311 再診に係る受診時の定額負担の導入・金額変更による、
外来の機能分化への効果（導入施設）【500 床以上の病院】



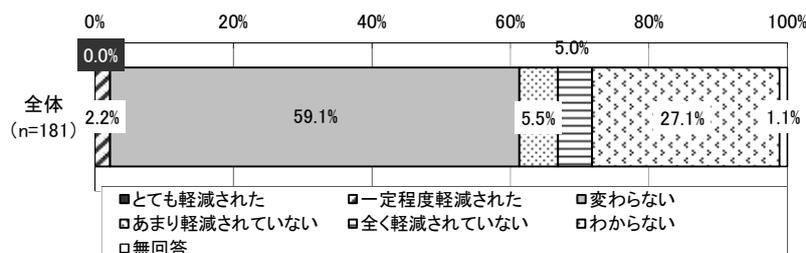
図表 312 再診時選定療養費の導入・金額変更による、
外来の機能分化への効果（導入施設）【200 床以上 500 床未満の病院】



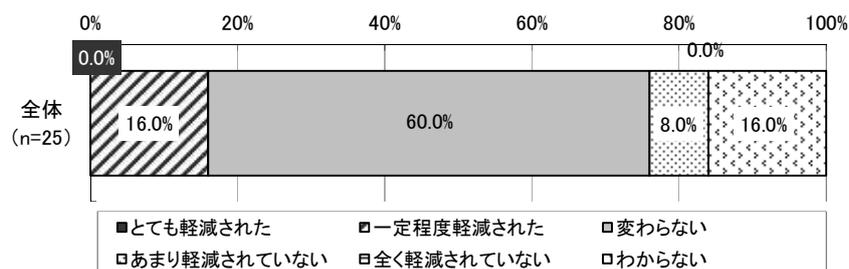
2) 勤務医の負担軽減に対する効果

再診に係る受診時の定額負担の導入・金額変更による、勤務医の負担軽減に対する効果は次のとおりである。

図表 313 再診に係る受診時の定額負担の導入・金額変更による、勤務医の負担軽減への効果（導入施設）【500床以上の病院】



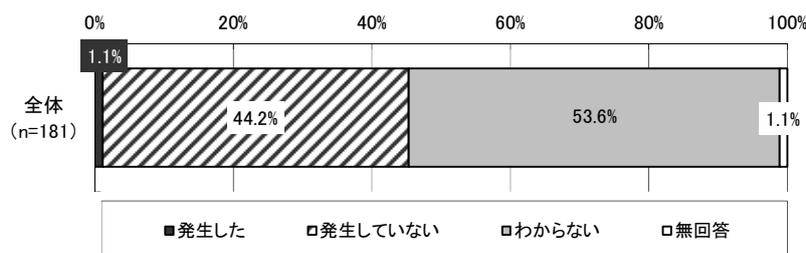
図表 314 再診時選定療養費の導入・金額変更による、勤務医の負担軽減に対する効果（導入施設）【200床以上 500床未満の病院】



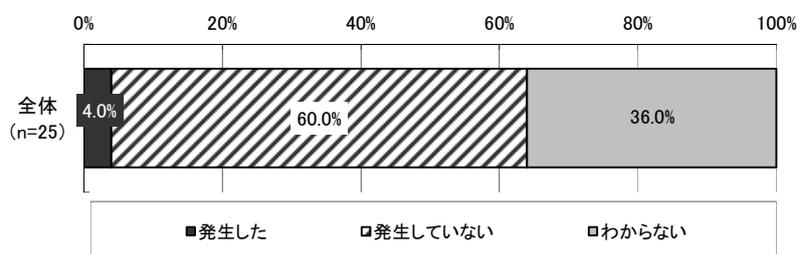
3) 必要な医療を受けられない患者の発生の有無

再診に係る受診時の定額負担の導入・金額変更による、必要な医療を受けられない患者の発生の有無は次のとおりである。

図表 315 再診に係る受診時の定額負担の導入・金額変更による、必要な医療を受けられない患者の発生の有無（導入施設）【500床以上の病院】



図表 316 再診時選定療養費の導入・金額変更による、
必要な医療を受けられない患者の発生の有無（導入施設）【200床以上500床未満の病院】

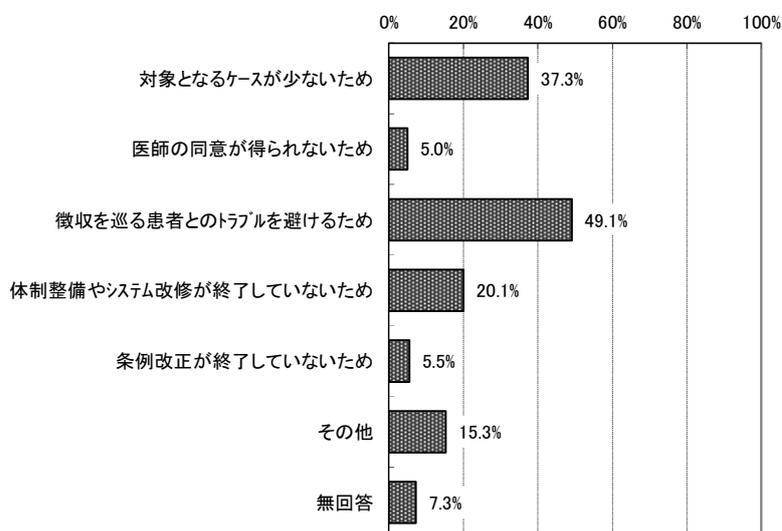


⑭再診時選定療養費を導入していない施設における理由と今後の意向

1) 再診時選定療養費を導入していない理由

再診時選定療養費を導入していない施設にその理由を尋ねたところ、「徴収を巡る患者とのトラブルを避けるため」が49.1%で最も多く、次いで「対象となるケースが少ないため」(37.3%)であった。

図表 317 再診時選定療養費を導入していない理由
(再診時選定療養費を導入していない施設、複数回答、n=399)
【200床以上500床未満の病院】

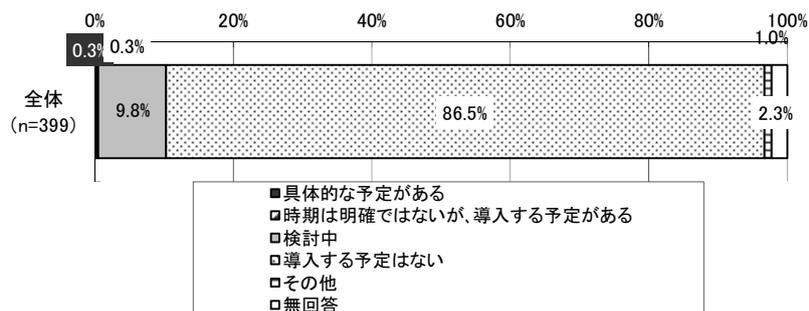


(注) 「その他」の内容として、「外来患者数が減少することで入院診療収入への影響を懸念している」、「過疎地であるから」、「患者が必要な医療を受けられなくなる恐れがあるため」、「患者の同意を得にくい」、「患者負担が増加するため」、「近隣病院と足並みを揃えるため」、「公立病院のため、関係部局との調整、理解を得る必要がある」、「高齢の患者が多く、複数の診療科の受診を希望されるケースが多いため」、「地域の医療機関では受入が困難な疾病であるため」、「地域の現状に即していないため」、「必要性を感じないため」、「明確に対象患者を抽出するのが難しいため」等が挙げられた。

2) 再診時選定療養費を導入する予定

再診時選定療養費を導入する予定をみると、「具体的な予定がある」が 0.3%、「検討中」が 9.8%、「導入する予定はない」が 86.5%であった。

図表 318 再診時選定療養費を導入していない理由
 (再診時選定療養費を導入していない施設、複数回答、n=399)
 【200床以上500床未満の病院】



参 考 资 料

(1) かかりつけ医調査

かかりつけ医調査において、地域包括診療料・地域包括診療料加算についての意見・要望を自由記述式で記載していただいた内容のうち、主な意見を取りまとめた。

○常勤医の条件

- ・常勤医2名以上の確保は地方では難しい。「診診連携または病診連携で2名以上確保」とできないか。
- ・診療所では、在宅医療を1人で行い、かかりつけ医として十分に患者の管理ができている医師は多くいる。常勤医師1人でも地域包括診療料が算定できるようにしてもらいたい(点数が下がってもよい)。 /等

○薬の把握

- ・処方されている医薬品すべてを把握・管理するということは現実には難しい。認知症などの問題もあり、紹介・逆紹介時の診療情報提供書で服用中の薬について情報共有しているが、すべて把握しているかどうか判断は難しい。
- ・お薬手帳について「医療機関へ行く時は必ず持っていくこと」、「お薬手帳は1冊にしなければ意味がないこと」などを患者に説明しているが、医療機関受診の有無の確認が非常に困難で算定することができない。 /等

○24時間対応の薬局

- ・要件が厳しすぎる。市内には24時間対応している薬局がない。
- ・院外処方の場合、24時間対応可能な薬局は都市部でもほとんどない。患者は自宅に近い薬局を選択するのが一般的であり、この要件が緩和されれば当該要件も満たしやすくなる。
- ・地方では、実際に開業してみると、夜7時を過ぎると患者は1人も来ない。地方で24時間対応の薬局を経営するなど非現実的である。 /等

○対象疾患

- ・慢性疾患2つ以上という制約は必要ないと思われる。現実的には、地域包括診療料を算定していない患者と区別することはできず、同じ対応になる。
- ・現在は4疾患のみであるが、心不全、心房細動などの不整脈、COPDなども適応疾患に加えてほしい。 /等

○研修

- ・医師会を通じての高血圧・脂質異常・糖尿病・認知症の研修会や勉強会をもっとしてほしい。

- ・医師が受けるべき研修日程を増やして早めに連絡してほしい。
- ・外来診療を24時間対応しながら、研修要件を満たすことは難しい。指定された研修を受けるために遠い市町村へ行かなければならないこともある。期間の延長や初回のみ受講でよい等にならないか。 /等

○その他

- ・患者にとって割高感がある（地域包括診療料を希望しない理由）。
- ・届出するのが大変だったが、稼働していない。地域包括診療料は高すぎて同意を得られにくい。地域包括診療加算については月20点のために24時間対応の説明をして夜中に連絡が来るリスクを考えると対価として見合わない。
- ・包括されている診療内容を精査・再検討してほしい。
- ・制度が複雑でわかりにくい。 /等

(2) 大病院調査・選定療養費調査

大病院調査・選定療養費調査において、外来の機能分化を進める上での問題点・課題等を自由記述式で記載していただいた内容のうち、主な意見をとりまとめた。

○金額設定

- ・「○床の病院は○円以上」と改定時に明確に示されると、条例改正や患者の理解も得られると思う。
- ・病院の明確な（患者にとってわかりやすい）機能分化のための分類、およびその周知を図り、同じ分類の病院は全国一律の負担金とすればよい。
- ・金額を一定にし、徴収しやすい状況に変われば機能分化が進むと考える。
- ・金額や徴収する患者等、あまりにも病院の判断に委ねられてしまうと取扱いの違いがトラブルの原因にもなりかねない。徴収可能な患者について、明確な基準を示してほしい。

／等

○国などによる患者への普及啓発

- ・毎月 50 人程度は選定療養費を知らなかったという患者がいる。ホームページや提示物で案内はしているが、地域完結型医療の推進・機能分化について国として市民にわかりやすく広報してもらいたい。
- ・保険医療機関だけでなく、保険者から、「紹介状がない場合の初診は、選定療養費がかかる」旨の案内を被保険者に周知してほしい。保険証に明記する等の対策が必要と思う。
- ・ホームページや院内掲示等で周知を図っているが、患者に浸透していない。国民に向けて機能分化を進める目的・メリット等をメディアの活用により積極的に周知してほしい。

／等

○再診時定額負担

- ・再診時の定額負担料金として金額設定を行い、届出までは行ったが、徴収する場合の要件が複雑かつ厳しいため、運用方法を検討中であり、運用開始には至っていない。
- ・再診時の定額負担については、紹介する時点で文書による説明を行い、同意を取得しなければならず、複数科受診の患者の場合には、受診している全診療科での同意の取得及びその把握が大きな負担となり、運用するのが困難となっている。
- ・急性期病院は、短い平均在院日数を維持するため、開業医にかなり早い段階で逆紹介を行っている。逆紹介をした患者が退院後 1～2 か月で入院時と同一診療科にかかる場合、再診時定額負担の対象とすることは極めて難しい。

／等

○診療所・中小病院との機能分化

- ・過疎地域では、周辺に病院が少なく医師数も少ないという現実がある。中規模・大規模病院であっても、地域によってはその病院でしか医療を提供できないのが現実。きめ細かい配慮を検討してほしい。

- ・地域に医療資源が不足している。小児科や皮膚科等、特定の科の診療所がなく、機能分化ができていない。
- ・地方ほど自治体の大病院がかかりつけ医機能も兼ねることになる。地域医療を担う医療機関の数も年々減少し、住民の選択肢自体が少なく、自治体立等の病院に患者が集中してしまう。 /等

○その他

- ・複数科受診の患者の場合、総合病院への受診を希望することが多いため、診療科ごとに診療所へ紹介しても逆紹介が困難なケースが多い。特に高齢者にこのような傾向がみられる。
- ・かかりつけ医の情報整理を行い、外来患者をかかりつけ医へ紹介する体制整備・強化が必要。
- ・定額負担を徴収しない患者・徴収する患者の判断が難しい。 /等