

厚生労働行政推進調査事業費補助金
地域医療基盤開発推進研究事業

医療に関する報告制度の実効性向上のための研究

令和3年度 総括研究報告書

研究代表者 松田 晋哉

令和4(2022)年3月

目 次

I. 総括研究報告	
医療に関する報告制度の実効性向上のための研究	
松田晋哉	----- 2
II. 分担研究報告	
外来機能に関する調査	
松田晋哉 村松圭司 得津慶	----- 3
アンケート調査における自由記述(資料)	----- 27
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	----- 41

厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
総合研究報告書

医療に関する報告制度の実効性向上のための研究

研究代表者 松田晋哉 産業医科大学・医学部・公衆衛生学・教授

研究要旨

福岡県内の医療機関を対象に紹介・逆紹介及びかかりつけ医機能に着目した内容の調査を行った。逆紹介を阻害する要因やかかりつけ医の機能に関する知見を得た。また、今後の研究を計画する上で有用な多数の自由意見を得た。

分担研究者

村松圭司 産業医科大学・医学部・公衆衛生学・准教授

得津慶 産業医科大学・医学部・公衆衛生学・有期助教

A. 研究目的

外来機能報告制度において各医療機関が報告する事項及び「医療資源を重点的に活用する外来」の要件に関する知見を得るため、福岡県内の医療機関を対象に調査を行った。

B. 研究方法

福岡県医師会に所属する病院及び診療所3866施設に郵送法で調査を行った。本調査は産業医科大学倫理委員会の承認を受けて実施した。(承認番号: R3-032)

C. 研究結果

815施設(21%)から回答を得た。逆紹介の阻害要因で最も多かったのは患者の希望であった。医療機関間の連携をすすめるために役立つと思われるもので最も多かったのは連携に関する診療報酬であった。かかりつけ医機能として最も多く選ばれたのは他の医療機関との連携であった。

紹介・逆紹介及びかかりつけ医機能についての自由記述は資料としてまとめた。

D. 考察

紹介・逆紹介について、高度化・専門化する医療と複数の疾患が併存する高齢者との間に乖離が生じ、それを解消するためにかかりつけ医が他の医療機関と連携することが望まれている可能性が示唆された。

E. 結論

逆紹介を阻害する要因やかかりつけ医の機能に関する知見を得た。また、今後の研究を計画する上で有用な多数の自由意見を得た。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
分担研究報告書

外来機能に関する調査

研究代表者	松田晋哉	産業医科大学・医学部・公衆衛生学・教授
分担研究者	村松圭司	産業医科大学・医学部・公衆衛生学・准教授
分担研究者	得津慶	産業医科大学・医学部・公衆衛生学・有期助教

研究要旨

福岡県内の医療機関3,866施設を対象とした郵送法による調査を行い、815施設から回答を得た。逆紹介を阻害する要因について、有床診療所及び病院で最多であったのは患者の希望であったが、二番目の理由が有床診療所は患者の病態であるのに対し、病院は家族の希望であった。かかりつけ医の機能と医療機関間の連携について、かかりつけ医機能として最も多く選ばれたのは「他の医療機関の連携」であった。逆紹介については医療側と患者・家族側の認識のズレが生じている可能性があり、その解決が課題と考えられた。連携については様々なかかりつけ主体を含む議論が必要であると考えられた。

A. 研究目的

2021年5月の医療法改正によって、各医療機関が担う外来機能を明確にするため、外来機能報告制度が創設されることとなった。また、医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来や高額等の医療機器・設備を必要とする外来、特定の領域に特化した機能を有する外来を、「医療資源を重点的に活用する外来」として定義することとなった。本研究では、外来機能報告制度において各医療機関が報告する事項について検討するとともに、「医療資源を重点的に活用する外来」の要件に関する知見を得るため、福岡県医師会員の所属する医療機関を対象に、主に医療資源を重点的に活用する外来機能とわかりつけ医機能とに注目し調査を行った。

B. 研究方法

本研究は福岡県内の病院・診療所を対象とする横断研究である。対象は福岡県医師会に所属する病院及び診療所3866施設とした。調査項目は別紙の通りとし、紙の調査票を郵送し、返信用封筒に入れて返送してもらう方法で調査を行った。本調査は産業医科大学倫理委員会の承認を受けて実施した。(承認番号:R3-032) 調査票は別添として末尾に掲載した。

C. 結果

815施設(21%)から回答を得た。(表1) 回答した施設の内訳は無床診療所611施設、有床診療所105施設、病院99施設であった。一般病床数は有床診療所で平均13床(標準偏差6.1)、病院で平均89床(標準偏差112)であった。(表2)精神病床は病院で平均38床(標準偏差96)であった。

各種届出の状況では、特定機能病院を届けている医療機関からの回答は得られなかった。地域医療支援病院を届

け出ていると回答した医療機関は無床診療所3施設、有床診療所1施設、病院10施設であった。病院のDPC群の種類は、大学病院本院群1施設、特定病院群2施設、標準病院群24施設、データ提出のみ23施設、対象外47施設であった。在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所は、無床診療所137施設、有床診療所30施設、病院27施設が届け出ていた。在宅療養後方支援病院は無床診療所5施設、病院6施設が届け出ていた。救急救命センターは病院4施設が届け出ていた。在宅当番医制には無床診療所115施設、有床診療所26施設病院13施設が参加していた。病院群輪番制病院の届け出は、病院52施設が行っていた。

外来化学療法室を設置しているのは無床診療所2施設、有床診療所0施設、病院29施設であった。(表4)平均の病床数は無床診療所3.5床(標準偏差0.7)、病院7床(標準偏差4.8)であった。

実施している医療行為の状況では、全体で外来化学療法49施設、外来手術286施設、外来放射線治療10施設、内視鏡検査296施設、脳波検査47施設、造影剤を使った画像診断120施設、CT検査139施設、MRI検査66施設、超音波検査572施設、難病の診察285施設、外来透析56施設、生物学的製剤の処方104施設、在宅での看取り235施設、術前・術後管理150施設、セカンドオピニオン261施設、紹介患者の診療735施設、他施設への患者紹介755施設、主治医意見書の作成685施設がそれぞれ実施していた。(表5)標榜診療科で最も多かったのは内科で473施設、最も少なかったのは気管食道科で6施設であった。(表6)

紹介・逆紹介の状況では、(A) 救急搬送患者を除き、初診があった患者の数の平均はそれぞれ無床診療所で124件(標準偏差216)、有床診療所で147件(標準偏差129)、病院で322件(標準

偏差388)であった。(表7) (B) Aのうち、他の医療機関から紹介状により紹介された者の数の平均はそれぞれ無床診療所で6.8件(標準偏差11.3)、有床診療所で7.3件(標準偏差8.6)、病院で12.6件(標準偏差21.0)であった。(C) 過去に他の医療機関から紹介され、調査対象期間に他の医療機関へ紹介した者の数の平均はそれぞれ無床診療所で3.8件(標準偏差12.5)、有床診療所で3.0件(標準偏差7.0)、病院で13.0件(標準偏差32.1)であった。なお、この数値は約4割が概数で回答したものを集計している。

無床診療所及び有床診療所に対して行った紹介目的の調査では、確定診断のための診察のために紹介すると回答したのは無床診療所及び有床診療所の約8割、確定診断のための高度な検査のために紹介すると回答したのは無床診療所及び有床診療所の約9割、手術のために紹介すると回答したのは無床診療所の8割及び有床診療所の約9割、入院治療のために紹介すると回答したのは無床診療所の9割及び有床診療所の約8割であった。(表8)

病院及び有床診療所を対象に実施した逆紹介の阻害要因に関する調査では、患者の希望が病院及び有床診療所で最も多く、それぞれ44%、54%であった。(表9)次に多かったのは有床診療所では患者の病態(40%)、病院では家族の希望(47%)であった。

医療機関間の連携をすすめるために役立つと思われるものとして、最も回答が多かったのは連携に関する診療報酬で、無床診療所、有床診療所、病院のそれぞれ35%、52%、57%が選択した。(表10)連携パスを利用していると回答したのは無床診療所、有床診療所、病院のそれぞれ13.4施設、2.9施設、4.3施設であった。(表11)参加しているパス数の平均は、無床診療所、有床診療所、病院でそれぞれ8.7件(標準

偏差64.1)、1.7件(標準偏差1.0)、4.1件(標準偏差4.1)であった。

「医療資源を重点的に活用する外来」であると考えられるものとしては、外来化学療法が最も多く無床診療所、有床診療所、病院のそれぞれ59%、42%、72%が選択した。(表12)

「医療資源を重点的に活用する外来」を行う医療機関と考えられるものとしては特定機能病院が最も多く、無床診療所、有床診療所、病院のそれぞれ69%、65%、61%が選択した。(表13)

かかりつけ医機能に関する意見としては、他の医療機関との連携が最も多く、無床診療所、有床診療所、病院のそれぞれ90%、81%、85%が選択した。(表14)。

D. 考察

回答のあった病院には特定機能病院が含まれていない一方、DPC大学病院本院群が1施設含まれている結果となり、回答の信頼性が低い可能性が示唆された。(実際には、医療機関名称からは大学病院が含まれていないことを確認している。)しかしながら、回答者が自信の医療機関のすべての属性を正確に回答することは、厚生局等への全ての届け出を認識しておく必要があり困難である。国は、医療機関から自主的に報告させるのみならず、届け出られた内容を、保険医療機関番号をキーにして連結できる一覧性の高いテーブル化し公開するおくことが望ましいと考える。こうした調査の利便性が向上するのみならず、地域医療提供体制を検討する貴重なデータとなりうるためである。また、別の問題として、特定の機能を担っている医療機関からの回答が少なかったことが挙げられる。福岡県内には4つの特定機能病院と38の地域医療支援病院が存在するが、それぞれ0%、26%であった。¹こうした医療機関は「医療資源を重点的に活用

する外来」と考えられている割合も高く、調査酸化数を増加させることが課題となった。

紹介・逆紹介の状況では、診療所では約5%が初診患者のうち紹介によるもので、病院では約4割が紹介によるものであった。診療所と比較して病院の外来がより医療資源を活用する外来である可能性が示唆された。この傾向は全国の医療機関を対象とした別の研究でも同様の傾向であった。

逆紹介を阻害する要因について、有床診療所及び病院で最多であったのは患者の希望であったが、二番目の理由が有床診療所は患者の病態であるのに対し、病院は家族の希望であった。有床診療所には難病等で長期に入院する者もあり、ある程度医療密度の高い長期療養を必要とする者の入院を受け入れる機能があることが理由として考えられた。一方病院では、医療・介護の別を問わず何かしら次に受け入れを依頼する先が存在するため、患者の病態が退院を阻害する理由とはならず、家族の希望の順位が上がったと考えられた。この場合、病院と患者側には自体が異なるように認識されている(つまり、医療機関は退院できるが、患者やその家族側には退院できない自体と認識されている)ため、その認識のずれをどのように解消していくかが今後の課題と考えられた。このような状態を生む原因の一つとして想定されるのが個人単位での「疾病」そのものの見通しの効かなさであり(つまり、脳梗塞を具体例に挙げれば、リハビリテーションによってADLが劇的に改善すれば自宅に帰ることが可能であるが、改善しなかった場合は介護施設や在宅介護が必要になるし、逆に梗塞後出血等で状態が悪化すれば病院に戻る可能性があるが、そのこと自体は予め決定されていないしある一時点で決定されることはないものの、医療側の説明では

パスなどを用いて「標準的な経過では」「予後が」と本来は集団を主語とした説明が個人に対して行われる)、見通しの見かけと実態がずれていることに加え、そもそも現在の日本人が自信や家族の予定外事象に対応できるだけの経済的・身体的・精神的余裕を失っている可能性も考えられた。

かかりつけ医の機能と医療機関間の連携について、かかりつけ医機能として最も多く選ばれたのは「他の医療機関の連携」であった。この結果は「自身が提供していない」医療機能への連結がかかりつけ医機能として最も多くの医療機関に選ばれている点において、一見矛盾している。こうした事態が生じる背景としては、患者側の医療ニーズが複合化しており、かつ医療提供側が専門化している事によると考えられる。現在の医療は主に短期的アウトカムに対して高い質を担保するために合理化が進められ、患者の経過や予後の計算可能性が上がり、そのことが更なる合理化を推進することとなるが、一方で医療提供側がその合理性の中でしか振る舞えなくなると、複雑な医療ニーズや、医療以外の、例えば介護、所得、住宅といった種々の条件が組み合わさった患者個人にとってどのような選択がよいのか判断できなくなる。したがって、これらを解決するためには特定の専門領域を持ちつつも総合医としての機能を習得(もしくは医学部卒業時点ではその機能を有していると考えるのであれば保持)することを可能とすることが必要である。そのためには医学部教育の段階においても十分な社会との接点を持つことやリベラルアーツの履修の意味を学部生に理解させることも重要となる。「連携がかかりつけ医機能である」ということを別の角度から考察すると、そもそも連携が必要になるのは、医師がある疾患や状態に対応できず、他の医師がそ

のことに対応できるからである。すなわち、連携とは、必ず「自身の方が《少ない》」状態で生じることとなり、連携という行為自体は特段の専門性を持たずとも理論的には可能となる。ただし、巷にあふれる医療情報全ての真偽を患者個人や非医療職が判断することも困難であるため、実際的には「だれに繋がればよいかはわかるが、直接的に医療を提供することはできない」状態の者が行うことに成ると考えられる。そうした場合、医療機関に勤務する、もしくは自らが医療機関の開設者である「何かしらの専門性を持って紹介を受ける」医師は直接的に医療を提供しているため、連携元にも連携先にもなりうるが、それ以外の、例えば保健師や看護師、保健師のバックグラウンドを持つケアマネジャー等であっても、連携元にはなりうると考えられる。各医療機関がどのようにかかりつけ医機能を発揮するかは、かかりつけ医「師」だけではなく、かかりつけ医「療機関」や、かかりつけ医「療サービス」のように、チームやヘルスビジネスをも射程に入れた幅広い議論が必要と考えられる。

E 結論

福岡県医師会に所属する病院及び診療所3866施設を対象とし、815施設(21%)から回答を得た。紹介・逆紹介の

分析では病院の外来が紹介割合が高かった。逆紹介の阻害要因では、主に紹介を受けている病院の回答は本人や家族の希望が多く、医療側と患者・家族側の認識のズレが生じている可能性があり、その解決が課題と考えられた。かかりつけ医機能については、連携が最も重要視されていた。

引用文献

- 1) 地域医療支援病院の業務報告の公表. [cited 9 Feb 2022]. Available: <https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/shienhp-gyomuhoukoku.html>

F. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

表1. 医療機関の種類

医療機関の種類	n (%)
無床診療所	611 (75)
有床診療所	105 (13)
病院	99 (12)

表 2. 病床数

	無床診療所 (n = 611)			有床診療所 (n = 105)			病院 (n = 99)	
	mean (SD)	median (R)	mean (SD)	median (R)	mean (SD)	median (R)	mean (SD)	median (R)
許可病床数	0 (0)	0 (0 - 0)	14.51 (5.63)	18 (10 - 19)	184.14 (120.24)	173 (84 - 248)		
うち一般病床	0 (0)	0 (0 - 0)	12.96 (6.14)	13 (9 - 19)	89.16 (112.09)	53 (0 - 121)		
うち回復期リハビリテーション 病床	0 (0)	0 (0 - 0)	0 (0)	0 (0 - 0)	19.32 (26.72)	0 (0 - 39)		
うち地域包括ケア病床	0 (0)	0 (0 - 0)	0.22 (1.89)	0 (0 - 0)	12.44 (27.09)	0 (0 - 0)		
うち療養病床	0 (0)	0 (0 - 0)	1.41 (3.63)	0 (0 - 0)	36.37 (62.22)	0 (0 - 53)		
うち精神病床	0 (0)	0 (0 - 0)	0 (0)	0 (0 - 0)	38.42 (96.35)	0 (0 - 0)		
その他の病床	0 (0)	0 (0 - 0)	0.16 (1.19)	0 (0 - 0)	4.03 (13.18)	0 (0 - 0)		

表 3. 各種届出状況

	無床診療所 (n = 611)	有床診療 所 (n = 105)	病院 (n = 99)
特定機能病院			
該当	0	0	0
非該当	611	105	99
地域医療支援病院			
該当	3	1	10
非該当	577	102	88
DPC群の種類			
大学病院本院群	0	0	1
特定病院群	2	1	2
標準病院群	22	2	24
データ提出のみ	1	1	23
対象外	509	89	47
在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所			
届出あり	137	30	27
届出なし	451	74	71
在宅療養後方支援病院			
届出あり	5	0	6
届出なし	563	100	89
救急医療の状況			
救命救急センター（高度も含む）			
届出あり	0	0	4
届出なし	572	103	91
在宅当番医制			
届出あり	115	26	13
届出なし	466	77	81
病院群輪番制病院			
届出あり	3	7	52
届出なし	568	92	46

表 4－1． 外来化学療法室の状況

	無床診療所 (n = 611)	有床診療 所 (n = 105)	病院 (n = 99)
有	2	0	29
無	587	102	70

表 4－2． 外来化学療法室の病床数

	mean (SD)	median (IQR)
無床診療所 (n = 2)	3.5 (0.71)	3.5 (3 - 4)
病院 (n = 27)	7.07 (4.88)	6 (3 - 9)

表5. 実施している医療行為の状況

	無床診療所 (n = 611)	有床診療 所 (n = 105)	病院 (n = 99)
外来化学療法	13	4	32
外来手術	180	64	42
外来放射線療法	1	0	9
内視鏡検査	189	36	71
脳波検査	7	2	38
造影剤を使った画像診断	42	17	61
CT検査	41	13	85
MRI検査	16	9	41
超音波検査	404	83	85
難病の診察	199	31	55
外来透析	17	10	29
生物学的製剤の処方	59	10	35
在宅での看取り	178	28	29
術前・術後管理	68	41	41
セカンドオピニオン	181	32	48
紹介患者の診察	541	99	95
他施設への患者紹介	561	99	95
主治医意見書の作成	516	75	94

表 6. 標榜診療科

	無床診療所 (n = 611)	有床診療 所 (n = 105)	病院 (n = 99)
内科	353	36	84
精神科	35	0	28
神経科	6	0	6
神経内科	29	1	35
呼吸器科	70	8	45
消化器科	148	23	55
胃腸科	98	20	23
循環器科	102	14	61
小児科	95	13	14
外科	88	24	41
整形外科	80	31	51
形成外科	18	1	21
美容外科	5	0	2
脳神経外科	19	3	31
呼吸器外科	2	0	14
心臓血管外科	4	3	16
小児外科	4	3	5
皮膚泌尿器科	13	0	1
皮膚科	55	7	23
泌尿器科	25	5	21
性病科	9	0	2
肛門科	29	20	16
産婦人科	8	20	10
産科	1	14	1
婦人科	15	11	8
眼科	45	10	16
耳鼻咽喉科	36	1	14
気管食道科	6	0	0
放射線科	21	3	38
麻酔科	16	8	32
心療内科	32	2	21
アレルギー科	45	8	7
リウマチ科	43	15	20
リハビリテーション科	90	32	76

表 7－1．紹介・逆紹介の状況

	無床診療所 (n = 525)		有床診療所 (n = 92)		病院 (n = 87)	
	mean (SD)	median (IQR)	mean (SD)	median (IQR)	mean (SD)	median (IQR)
救急搬送患者を除き、初診があった患者の数	124 (22.1)	58 (18 - 41)	150 (13.2)	127.5 (57 - 197)	331 (397)	100 (35 - 570)
うち、他の医療機関から紹介状により紹介された者の数	6.8 (7.4)	3 (1 - 8)	7.4 (8.8)	5 (1.5 - 10)	129 (215)	33 (8 - 136)
過去に他の医療機関から紹介され、調査対象期間に他の医療機関へ紹介した者の数	3.8 (12.6)	0 (0 - 3)	3.0 (7.0)	0 (0 - 3)	130 (321)	10 (0 - 78)

表 7－2．紹介・逆紹介の状況を概数で回答した医療機関数

	無床診療所 (n = 525)	有床診療所 (n = 92)	病院 (n = 87)
概数で回答した医療機関数	207	43	32

表 8. 紹介目的

	無床診療所 (n = 611)	有床診療 所 (n = 105)	病院 (n = 99)
確定診断のための診察	511	81	6
確定診断のための高度な検査	534	95	6
手術	498	92	4
入院	534	84	6

表 9. 逆紹介の阻害要因

	無床診療所 (n = 611)	有床診療 所 (n = 105)	病院 (n = 99)
患者の希望	59	46	53
患者の病態	44	42	35
診療内容の特殊性	49	39	31
家族の希望	47	38	46

表 10. 連携推進に資する取り組み等

	無床診療所 (n = 611)	有床診療 所 (n = 105)	病院 (n = 99)
地域共通電子カルテ	136	33	50
地域連携パス	197	53	53
連携に関する診療報酬	206	55	56
登録医制度	117	25	19

表 1 1 - 1 . 地域連携パス利用状況

	無床診療所 (n = 611)	有床診療 所 (n = 105)	病院 (n = 99)
有	134	29	43
無	323	72	52
無回答	154	4	4

表 1 1 - 2 . 連携パス参加数

	mean (SD)	median (IQR)
無床診療所 (n = 112)	8.72 (64.06)	2 (1 - 3)
有床診療所 (n = 23)	1.7 (1.02)	1 (1 - 2)
病院 (n = 41)	4.15 (4.11)	2 (2 - 5)

※無床診療所22施設、有床診療所6施設、病院2施設は参加している連携パス数に無回答であった。

表 1 2. 重点外来

	無床診療所 (n = 611)	有床診療所 (n = 105)	病院 (n = 99)
外来化学療法	357	44	71
外来手術	335	50	54
外来放射線治療	331	41	58
内視鏡検査	300	40	51
脳波検査	206	23	28
造影剤を使った画像診断	297	38	46
外来透析	252	34	44
難病の診察	322	43	45
超音波検査	248	42	36
血中濃度測定を要する医薬品処方	162	28	22
生物学的製剤の処方	246	28	27
術前・術後管理	223	34	39
セカンドオピニオン	271	49	40
画像診断管理加算の対象となる画像診断	260	33	42

表 1 3. 重点外来医療機関

	無床診療所 (n = 611)	有床診療所 (n = 105)	病院 (n = 99)
特定機能病院	420	68	60
地域医療支援病院	397	62	63
がん診療連携拠点病院	404	58	63
地域がん診療病院	370	54	55
救急指定病院	343	60	36
高度急性期病床のある病院	347	59	45
単科の専門病院	258	37	35
一般病床400床以上の病院	211	38	24
一般病床200床以上の病院	177	31	20
専門的な診療を行なう診療所	327	57	29

表 1 4. 「かかりつけ医」の機能

	無床診療所 (n = 611)	有床診療所 (n = 105)	病院 (n = 99)
総合的な診療	520	87	80
慢性疾患の管理	519	85	94
他医療機関との連携	546	85	84
主治医意見書の作成	534	78	88
往診	398	65	73
訪問診療	382	57	74
訪問看護指示書の作成	426	59	80
介護職との連携	424	59	67
特定健診・特定保健指導	371	55	44
職域健診・がん検診等の健診・検診業務	287	59	31
予防接種	475	77	77
嘱託産業医	195	30	22
学校医	312	56	32
死亡診断書の作成・検案	297	53	43
介護認定審査会への参加	281	48	31

外来機能に関する調査票

別添

※調査票記入前に、調査への参加についてご記入ください

本調査に参加することを	<input type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 同意しない	記入日	令和 3 年 ____ 月 ____ 日
-------------	-------------------------------	--------------------------------	-----	----------------------

(1) 貴医療機関の基本情報・体制について、欄内に記入または当てはまる番号に○をつけてください

医療機関名称						1
所在地						2
保険医療機関コード						3
許可病床数	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>				床 ⁵	
	うち一般病床	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>			床 ⁶	
		うち回復期リハビリテーション病床		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	床 ⁷	
		うち地域包括ケア病床		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	床 ⁸	
	うち療養病床	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>			床 ⁹	
	うち精神病床	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>			床 ¹⁰	
	その他の病床	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>			床 ¹¹	
	特定機能病院 ¹²	1	該当		2	非該当
地域医療支援病院 ¹³	1	該当		2	非該当	
DPC群の種類 ¹⁴	1	大学病院本院群	2	特定病院群	3	標準病院群
	4	データ提出のみ	5	対象外		
在宅療養支援病院・ ¹⁵ 在宅療養支援診療所	1	届出あり		2	届出なし	
在宅療養後方支援病院 ¹⁶	1	届出あり		2	届出なし	
救急医療の状況	救命救急センター（高度も含む） ¹⁷		1	届出あり	2	届出なし
	在宅当番医制 ¹⁸		1	参加あり	2	参加なし
	病院群輪番制病院 ¹⁹		1	届出あり	2	届出なし
外来化学療法室 ²⁰	1	あり → （ 床 ²¹ ）		2	なし	

(2) 貴医療機関で行っている診療行為の番号すべてに○をつけてください。

1	外来化学療法 ²²	2	外来手術 ²³	3	外来放射線治療 ²⁴
4	内視鏡検査 ²⁵	5	脳波検査 ²⁶	6	造影剤を使った画像診断 ²⁷
7	CT検査 ²⁸	8	MRI検査 ²⁹	9	超音波検査 ³⁰
10	難病の診察 ³¹	11	外来透析 ³²	12	生物学的製剤の処方 ³³
13	在宅での看取り ³⁴	14	術前・術後管理 ³⁵	15	セカンドオピニオン ³⁶
16	紹介患者の診療 ³⁷	17	他施設への患者紹介 ³⁸	18	主治医意見書の作成 ³⁹

(3) 貴医療機関が診療を行っている診療科コードの該当するものすべてに○をつけてください。

01	内科 ⁴⁰	02	精神科 ⁴¹	03	神経科 ⁴²	04	神経内科 ⁴³
05	呼吸器科 ⁴⁴	06	消化器科 ⁴⁵	07	胃腸科 ⁴⁶	08	循環器科 ⁴⁷
09	小児科 ⁴⁸	10	外科 ⁴⁹	11	整形外科 ⁵⁰	12	形成外科 ⁵¹
13	美容外科 ⁵²	14	脳神経外科 ⁵³	15	呼吸器外科 ⁵⁴	16	心臓血管外科 ⁵⁵
17	小児外科 ⁵⁶	18	皮膚泌尿器科 ⁵⁷	19	皮膚科 ⁵⁸	20	泌尿器科 ⁵⁹
21	性病科 ⁶⁰	22	肛門科 ⁶¹	23	産婦人科 ⁶²	24	産科 ⁶³
25	婦人科 ⁶⁴	26	眼科 ⁶⁵	27	耳鼻咽喉科 ⁶⁶	28	気管食道科 ⁶⁷
29	(欠)	30	放射線科 ⁶⁸	31	麻酔科 ⁶⁹	32	(欠)
33	心療内科 ⁷⁰	34	アレルギー科 ⁷¹	35	リウマチ科 ⁷²	36	リハビリテーション科 ⁷³

(4) 紹介・逆紹介の状況

1. 令和3年6月における紹介・逆紹介の件数を記載してください

(A) 救急搬送患者を除き、初診があった患者の数	人 ⁷⁴
(B) Aのうち、他の医療機関から紹介状により紹介された者の数	人 ⁷⁵
(C) 過去に他の医療機関から紹介され、調査対象期間に他の医療機関へ紹介した者の数	人 ⁷⁶
※上記の数値が概数である場合は、右の□にチェックを入れてください	<input type="checkbox"/> ⁷⁷

【無床診療所・有床診療所のみご回答ください】

2. 紹介を行う場合の目的について当てはまるものすべてに○をつけてください。

1	確定診断のための診察 ⁷⁸	2	確定診断のための高度な検査 ⁷⁹	3	手術 ⁸⁰	4	入院治療 ⁸¹
5	その他（具体的に； ） ⁸²						

【病院・有床診療所のみご回答ください】

3. 逆紹介を行う際に阻害要因となっていることにはどのようなものがありますか。当てはまるものすべてに○をつけてください。

1	患者の希望 ⁸³	2	患者の病態 ⁸⁴	3	診療内容の特殊性 ⁸⁵	4	家族の希望 ⁸⁶
5	その他（具体的に； ） ⁸⁷						

4. 医療機関間の連携を進めるために役立つと思われるものすべてに○をつけてください。

1	地域共通電子カルテ ⁸⁸	2	地域連携パス ⁸⁹	3	連携に関する診療報酬 ⁹⁰	4	登録医制度 ⁹¹
5	その他（具体的に； ） ⁹²						

(5) 地域の医療機関との連携状況

地域連携パスの利用の有無 ⁹³	1	あり（→参加しているパス数； 件 ⁹⁴ ）	2	なし
----------------------------	---	-------------------------------------	---	----

(6) 「医療資源を重点的に活用する外来」に関する意見

「医療資源を重点的に活用する外来」とは……

人口減少や高齢化、外来医療の高度化等が進む中、「日常行われる診療はかかりつけ医機能を担う医療機関で受け、必要に応じて紹介を受けて患者自身の状態にあった医療機関を受診し、さらに逆紹介によってかかりつけ医に戻る」という流れを円滑にしていく必要があります。

こうした外来機能の明確化や連携に向けた取り組みの第一歩として、国が「医療資源を重点的に活用する入院前後の外来」や「高額等の医療機器・設備を必要とする外来」、「特定の領域に特化した機能を有する外来（紹介患者に対する外来等）」等を行う外来を、「医療資源を重点的に活用する外来」として明確化することとしています。この「医療資源を重点的に活用する外来」の定義は現在、厚生労働省医政局が実施する「外来機能報告等に関するワーキンググループ」で検討されています。

① 「医療資源を重点的に活用する外来」であると考えられるものすべてに○をつけてください。

1	外来化学療法 ⁹⁵	2	外来手術 ⁹⁶	3	外来放射線治療 ⁹⁷	4	内視鏡検査 ⁹⁸
5	脳波検査 ⁹⁹	6	造影剤を使った画像診断 ¹⁰⁰	7	外来透析 ¹⁰¹	8	難病の診察 ¹⁰²
9	超音波検査 ¹⁰³	10	血中濃度測定を要する医薬品処方 ¹⁰⁴	11	生物学的製剤の処方 ¹⁰⁵	12	術前・術後管理 ¹⁰⁶
13	セカンドオピニオン ¹⁰⁷	14 画像診断管理加算*算定の対象となる画像診断 ¹⁰⁸ *専ら画像診断を担当する医師が読影及び診断を行い、その結果を文書により報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する加算					
15	その他（この欄にお書きください） ¹⁰⁹						

② 「医療資源を重点的に活用する外来」を行う医療機関と考えられるものすべてに○をつけてください。

1	特定機能病院 ¹¹⁰	2	地域医療支援病院 ¹¹¹	3	がん診療連携拠点病院 ¹¹²	4	地域がん診療病院 ¹¹³	5	救急指定病院 ¹¹⁴
6	高度急性期病床のある病院 ¹¹⁵	7	単科の専門病院 ¹¹⁶	8	一般病床400床以上の病院 ¹¹⁷	9	一般病床200床以上の病院 ¹¹⁸	10	専門的な診療を行う診療所 ¹¹⁹
11	その他（この欄にお書きください） ¹²⁰								

(7) 自由意見（「医療資源を重点的に活用する外来」に関してご自由に意見をお書きください）

121

(8) 「かかりつけ医機能」に関する意見

以下の項目のうち、「かかりつけ医」の機能であると考えられるものすべてに○をつけてください。

1	総合的な 診療 ¹²²	2	慢性疾患の 管理 ¹²³	3	他医療機関 との連携 ¹²⁴	4	主治医意見 書の作成 ¹²⁵	5	往診 ¹²⁶
6	訪問診療 ¹²⁷	7	訪問看護指 示書の作成 ¹²⁸	8	介護職との 連携 ¹²⁹	9	特定健診・ 特定保健指 導 ¹³⁰	10	職域健診・ がん検診等 の健診・検 診業務 ¹³¹
11	予防接種 ¹³²	12	嘱託産業医 ¹³³	13	学校医 ¹³⁴	14	死亡診断書 の作成・検 案 ¹³⁵	15	介護認定審 査会への参 加 ¹³⁶
16	その他（この欄にお書きください） ¹³⁷								

(9) 自由意見（「かかりつけ医の機能」に関してご自由に意見をお書きください）

138

以上です。本研究にご参加いただきありがとうございました。

厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

アンケート調査における自由記述(資料)

1. 紹介を行う場合の目的(無床診療所・有床診療所のみ回答)

- MRI紹介を含む
- MRI等
- 各専門医との併診のため
- 転居及び本人希望による転院の場合
- 専門科による診察
- リスクのある治療、重症者の治療
- 自分の専門外の治療並びに検査
- 重症患者
- 他科診療、転居に伴い診療が離れる時
- 母体の緊急搬送・ハイリスク妊娠の紹介等
- 施設入所
- 近医での保存的治療の継続
- 定期検査（癌、PCI後脳血管障害等）
- 自宅近くの病院に転院
- 入院の必要性判断（夜間増悪時の対応依頼等）
- 介護者が長期の介護につかれきってしまった時介護者のたおれる前に患者をレスパイト入院
- 転院先での治療継続依頼
- 当院で行っていない検査（GIF、CF）のため
- 不安に対する受診
- 患者およびその家族の希望
- 他科受診目的
- 引越など医療機関の変更
- MRI検査
- 当院での治療困難。コントロール不良な糖尿病・高血圧など
- 自院での加療にて改善しない時
- 他科受診、他科の疾患急性増悪の際、対応依頼
- 転居に伴う継続治療、施設入居に伴う継続治療
- 転院の為
- 他科受診
- 分娩のため
- 転居に伴って
- 転医
- 患者の転居に供なう転院
- 専門医のお墨付きを得るため

- 専門医への紹介
- 当院術後の患者のfollow up
- 切迫早産、胎児機能不全、その他二次施設での管理が妥当と考えられた場合
- 患者さんの転居等に際しての治療継続依頼
- 癌などのセカンドオピニオンを求めるため
- 転居に伴う転院
- 専門外の診療科の診療
- リハビリテーション、レスパイト
- 転居による転院
- CPAPなどの治療の継続
- レスパイト入院、転居に伴う紹介など
- 適切な他科診療
- 専門外診療
- 術後フォロー
- 初期の妊婦検診は行っているが、出産施設への紹介
- 転居等による転院
- 緩和ケア
- 転居に伴い近医を紹介する
- 患者の希望
- 透析以外の専門的な診察の為
- アレルギー患者の食物負荷テスト・食事指導
- 糖尿病・高血圧など生活習慣病の合併症評価と助言のため→治療管理内容を正しく評価してもらい、修正をかけたり、見落としの発見のchanceと捉えています
- 専門外
- 専門外の領域の精査加療

2. 逆紹介を行う際に阻害要因となっていること(病院・有床診療所のみ回答)

- 受け入れ病院が患者さんを返してくれない
- 説明時間がとれない
- 内科診察していますが医師会とのしがらみあり内科看板にあげておりません。
- 大病院だと通る高額な薬剤を、診療所レベルで継続処方すると査定されることがある（数十万円単位の被害）
- 病院によって急遽すぐ診療してくれないところが多くある
- 紹介状作成の手間（逆紹介状）
- 外来通院が物理的に困難な場合、精神症状が重篤な場合
- 主治医が親しい別の医師へ紹介
- 飲酒者、本人家族ともに認知力低い、独居で近親者も病者etc
- 紹介されて手術した患者の逆紹介

- 文書作成や説明などに手間がかかる
- 主治医不在のため

3. 医療機関間の連携を進めるために役立つと思われるもの

- 医療連携室の有効活用
- 病院・診療所間の相互の理解（講演会など）が基礎でシステムはあまり意味がなく、1,2,3,4は病院のためにあるような印象
- 並診している場合、情報共有のためSNSを利用する
- 病院側の医療連携室の充実
- 医師会などでの顔合わせ
- 勉強会・懇親会等で顔見しりできると安心して紹介しやすい
- 紹介状はとにかく手間がかかるので250点は安すぎる
- 逆紹介状作成の補助用員
- レセプトの煩雑さ
- 各人の認識を上げる取り組み
- 医師の派遣
- 検査データの閲覧
- 共通電子カルテに縛られるのは苦痛
- 医師会への加入
- 連携を調整する機関（部署）
- とびうめネット
- 病診連携にて紹介状、電話連絡、病院訪問
- 2～4は形式的であり役に立ってない気がする。結局は顔が見えるカンファレンスなどが必要では。
- ホームページ
- 田川地区の地域連携会が有用です
- 精神科である当院の場合、紹介状が無い場合、お断りするケースが多いので、システムを取り入れやすくしてほしい。そこまでいなくても、地域共通フォーマットがあれば助かる。
- 紹介、逆紹介を相方できちん行う
- MCSなど、医療用掲示板/SNSの活用
- とびうめネットの様な患者情報の共有できる場所
- 患者と家族の心理や経済的背景・家人の病歴に十分配慮して行う

4. 「医療資源を重点的に活用する外来」であると考えられるもの

- 開放型病棟の利用や医療連携室の連絡など。病院と医院の意思疎通
- 心身医学療法
- （産科として）正常妊娠・低リスク妊娠の管理
- 精神療法

- 輸血
- レーザー治療
- 紹介先が上記のどれをやっているのか把握できていない
- 重要な基礎疾患を持つ患者（悪性疾患、心疾患、脳血管障害既往、膠原病、難病指定疾患etc）の急性期疾患・急性期増悪の対応（肺炎その他、全身衰弱、急変時etc）
- 認知症（専門）外来
- 無駄な頭部MRIなどが多い。脳梗塞などは診療である程度予想できるはず。
- 認知症に関わる画像検査
- 救急外来
- 疾患の確定診断と治療計画
- 超高度医療機器とマンパワーをたくさん。必要なものは医療資源。
- 終夜睡眠ポリグラフ検査やMSLT等の睡眠に関する特殊検査、WAIS・WISC等の心理検査、心理カウンセリング
- Atended PSG(polysomnography)など専門知識・技術を要する睡眠医療
- 術後の定期フォローアップ
- 多飲で不可能な治療法（神経ブロック療法）を行う。多飲で難治性疼痛と判断された患者の診療。

5. 「医療資源を重点的に活用する外来」であると考えられるもの

- 入院施設（病院）は病床を主に見て、慢性疾患の管理などは診療所においていただいた方がよい（主治医意見書）。まだ地域の大きな病院で慢性疾患を診察されています。
- 地域高齢者救急病院
- 19床以下の町の病院
- 医療連携がしっかりしている病院。とくに顔の見える関係
- 生活習慣病や慢性疾患はかかりつけ医の仕事とする
- 即日入院が可能な外来
- 専門的な診療を行う病院（要施設基準？）
- 病床数は関係なく、設備と人材が決定因子になります。
- 定義がよくわかりません。
- 今後在宅での急性期医療、抗がん剤治療なども検討されるべき。現時点では外来緩和ケア、緩和治療の充実評価を期待したい
- すべてと言えばすべて。管理者の考えにもよる。
- 自院で提供できない機能があればすべてあてはまる
- 睡眠医療機関
- 当院は99床の病院です。病床規模には関係なく考えてよいと思います。
- 連携という名の「囲い込み」になってはいけない

6. 「医療資源を重点的に活用する外来」に関する自由意見

- 紹介中心ではない。個々の病院の外来機能を丁寧に見ることが必要不可欠である。
- 当院は入院機能を有しております
- 地域的に高齢者も多く、特定機能病院、地域医療支援等へ受診する手段（交通手段、家族の支援）も厳しい状況もあります。「医療資源を重点的に活用する外来」について地域住民がきちんと理解していないと成り立たないと感じます。そのためにはその病院がどういう役割を担っているかを知ってもらうことが大事だと思います。しかし、その反面、集患など経済面にも関わってくる問題なので十分に検討されることを望みます
- 厚労省の発想は医療費の削減（高額医療費以外）、病院の整理（小病院も含めて）を目的にしているとしか思えない
- 基本的に専門外来であるので、かかりつけ医機能がないようにすべき。かかりつけ医がいない患者には、かかりつけ医を紹介するようにするのが望ましい。
- 産業医大のことを申し上げてすみません。産業医大は医療連携室が十分には働いておらず、医者もころころかわり、顔の見える関係もつくりにくく、紹介患者さんの真の（返事のみだけでない）逆紹介も不十分に思います。
- てんかん診療においては、通常の診療時間以外の時間帯（夜間や土日祭休日など）においては、救急病院において脳波検査ができないという状況が全国的にあり、北九州においても同様。脳波の検査技師をその時間帯に配置できない（通常時間帯は脳波室が稼働している病院でも）。又、てんかん医療の医療費が高いなどがその理由と思うが、救急としては問題である。
- 診療所は外来診療に、病院は入院加療に特化すること。逆に言えば、診療所は入院加療をせずに、病院は外来診療をしない。（紹介者のみ診察する）
- あるHPの特定の診療科で紹介Ptをここ数年全く紹介元へ戻さないというHPがあります（HPを増やすため）先年HP全体として収益を上げる様内科全体にハッパかけ大量の内科医が退職したHPです。HP経営が困難な時代、仲々難しい問題かと思えます
- とくにCT検査やMRIを診療所レベルや個人の200床以下の病院で実施するのは資源の無だと思われます。検査資料は出来るだけ公的医療機関に集約するのが望ましいと思います。
- 24時間年中無休で紹介しやすい病院が増えてほしい
- きちんと限定して基本的に病院は入院治療の場にした方がよい。勤務医を外来から開放することは働き方改革にもつながる。
- 患者側（診療を受ける側）の思惑と医療提供者側の思惑が不一致な為、有効活用されにくい。健康保険が「公的扶助のある保険」という認識を持つようにして、保険適用の制限を設ける必要があるのでは？

- ①②に記載された医療機関の一般外来（フォローアップ外来）はかかりつけ医に、また単科の専門病院、診療所は将来総合病院に統合、廃止すべき。
- 急性期病院が慢性期疾患患者をみて90日処方をするのは役割分担の観点からおかしいと思っています。その様な患者さんは家業医に紹介して欲しいと思っています。
- CT,MRI、シンチ等の画像診断および放射線治療ができる病院（放射線科医が複数いる病院）がんの化学療法（外来）が可能な腫瘍内科医のある病院、診療所ではできない検査（内視鏡）が可能な施設等であり紹介元に「患者情報をフィードバックが充実している所
- 「医療資源を重点的に活用する外来」を行う医療機関はライン引きが難しいと感じます。実際に緊急手術〇件、外来化学療法〇件、外来放射線〇件、セカンドオピニオン〇件などの実績から決める方がいいかなと思います。
- 医療資源の重点的活用は必要だろうと思いますが、特に外来となると高齢者では通院が困難な場合もあり、効率性と利便性のバランスが重要だろうと思います
- 色々なものがごちゃまぜになっており内容が理解し難い。細分化すべき。
- 病歴が長かったり、手術その他特殊な治療歴がある方は、新しい病院では急遽状態ではなかなか診てもらえない。診てもらえるとしても紹介状作成に対する労力も多大なものになるので、できるだけ元の病院で診てもらえるような仕組みが欲しいです。
- 都市部と地方（医師不足がある）では状況が異なると予想されます。地方に不利益とならないように配慮をお願いします。
- 入院を持つ病院は別の役割があるため「～外来」はあえて別の病院・診療所がになうべきだと思います。
- 専門の診療所が増えると患者さんの受診する医院が増えていく。船頭が多いと思わないことが起こり対応が難しくなる。かかりつけ医は専門を捨てるべきと考えます。
- 麻酔科専門医であるため術前診察や評価を手術を行っている診療所から受けている。また産業医大より乳腺外科・脳神経外科・脳卒中脳血管内科から医師の派遣を受けており、精査や手術などの処置が必要な患者さんを紹介・逆紹介される開放型診療所の役割を果たしている。
- 共通カルテの導入など費用がかかるものは現実的に難しいです
- その明確化のためには、相当する医療機関が症例を常に選別し、交通整理していく意志を持つ必要があると思います。その報知も必要である。
- 申し訳ありませんが、あまり意味がわかりません。すみません。
- 当院では外来手術を行うことがあります。患者によっては入院での手術を希望される方もあります。その場合、退院後は当院にて経過を診ていきたいのですが、逆紹介していただけないのが現状です。紹介先の医師が逆紹介を円滑にしていただけると良いのですが…

- 無床の診療所としては高度の知識と技術を要する処置は困難（人的にも）ですので「医療資源を重点的に活用する外来」に依頼したり、検査や処置が終了した後のfollow-upはかかりつけ医の連携をとっていく体制が必要。
- 当社には、胸部X線撮影と心電図検査、検尿、自動血球計数CRP測定装置しかありませんので、それ以外の必要な検査がある患者様は近くの連携医療機関に検査をお願いしています。患者様も大きな病院で色々検査してもらい安心感がある印象があります。疾患によって複数の連携医療病院を決めていて、紹介受診を行っています。近くの連携病院の循環器科とは関係が比較的うまくいっていると思います。高度な検査は年に1～2回受診し、通常の血圧測定内服薬処方当院で行っています。外来での抗癌剤投与や生物学的製剤の処方専門病院からの指示で行ったことはあります。
- 専門的医療をしているクリニックを有効活用していただきたいと考える
- 不眠、仮眠、睡眠中の異常体動などの睡眠障害はうつなどの精神科疾患や心血管障害、代謝障害などを誘発し、身心の健康に深く関与します。睡眠疾患の診断・利用には身心の状態の把握した上での睡眠状況の在悪の上で、polusomnographpy(PSG)、MSLTなどの高度な専門技術を要する検査が必要です。PSGの質を高めるにはattended PSGが必要で、高度にトレーニングされた専門の臨床検査技師、睡眠専門医などが必要です。重点的に活用すべき分野です。
- 特殊な機器・高価な機器を要する診察・診療、専門知識・知見の必要な診療の診療方針決定・変更などはこれにあてはまると考えます。患者が一つの病気に関して、二ヶ所で診療を受ける事への抵抗感があると上手くいかない。
- 紹介した病院での院内解決
- 何を目的としてそういう政策になっているのか末端の人間にはわかりにくいです
- データを診療報酬の削減に利用しないでいただきたい
- 認知機能が低下した高齢者の治療状況などを把握して、総合的にかかりつけ医として管理するのは、かなり時間がかかるが、臆さなどをしなければほとんどコストは請求できない。
- かかりつけ医と高度医療を担う急性期総合病院、各種専門病院などの医療機関との間のシームレスな連携医療を構築していく必要がある
- 一般病院にかかりつけの患者が自宅で発熱した際の往診を拒否する医療機関があります。
- 地域医療支援病院の機能充実が図られれば、非常に連携が良くなると思います。
- 非専門性のかかりつけ医が十分な管理指導などを要する症例まで抱え込み、指導せず管理料等を請求していることが多すぎ→医療資源の無駄→管理指導料を専門医制度で担保すべき！！
- 「医療資源重点外来」の1つの目的は、大病院の外来の負担軽減なので、

全国10万弱の無床診療所も「希望すれば対象としてよい」くらいに柔軟に対応できるようにすればよいと思います。

- 当院は産婦人科の診療所ですので婦人科は診断のみで治療（手術など）は二次病院にお願いするのが原則です。産科では帝王切開を院内では行わず、紹介72時間以降に帰院、術後静養のみ行っています。
- 小児科においては、基礎疾患に関しては大学病院やこども病院等でフォローされ、予防接種、感冒など日常診療に関してはかかりつけ医で行われており、役割がきちんとされていると思います。
- どの施設がどのような医療資源を持ちどのように運用されているか分からなければ利用できません
- 医療資源の不応かに有形な資源の数的お評価のみならず、無形の医療資源（専門的な診療など）を評価して頂きたい。
- 最近が高齢者が一人でも受診できる（できれば笑顔で）たとえば家族がいても・・・病児や介護者を抱えていて、若い人の大変な場合でも・・・病気の高齢者が自立して通院できるところに紹介しています。そういう近場で安心な紹介先を利用します

7. 「かかりつけ医」の機能であると考えられるもの

- 200床以下のケアミックス型病院です。内科単科の病院であり内科全般を重点的に活用する病院として特定機能病院、地域医療支援病院、癌診療、連携拠点病院以外出会って地域におけるかかりつけ病院としての役割を果たしています。かかりつけ医機能として（8）の項目全てに対応指定いますが今後のかかりつけ医の機能としても当地域では地域からも必要とされる項目だと考えます
- 急病に対する対応
- フットワークの軽さと言いたいことをはっきりいう発言力
- 地域（市町主催）の医療セミナー等の行事への参加
- 15については1度は担当医師として経験しておくべきだと考えます。
- 往診、訪問診療等は必要と思いますが、一人診療所の為実施していません。
- 地域の医療・介護・福祉資源へのつなぎ、地域の民生・児童委員や社協・地域包括センタとの協働
- 『他医療機関との連携』についてであるが、特定機能病院⇄クリニックが望ましいスタイルを考える。クリニック間同士での連携を求める先生もいるが、これは真の連携ではないと思う。
- 医師不足での地域では学校医はその地区で見つけるのが難しくなると思います。できれば小児科医を地域で振り分けもらうとか何か検討して欲しいです。うちは1～15全てしていてコロナの時期は特に辛かったので。
- かかりつけ医の定義が曖昧であり、一般の患者さんに理解しづらいと思います。どんな症状でもないか診療所にかかり、診療を受け、必要があ

れば専門医を紹介するシステムなのか通常かかっているどの科の医師でもかかりつけ医であり、必要に応じて病院を紹介して病院連携を進めるシステムなのかわかりません

- 健康の啓蒙活動
- 往診の「定義があいまい」と思います。かかりつけ医であれば、訪問診療の役割ではないかな？と思います。
- 神経難病のフォロー
- かかりつけ医とは？何ですか？
- 行政等との連携
- 「かかりつけ医」の機能とは考えますが、すべてはできないと理解しています。
- 全ての項目と思われるが、とてもできない。特に6、12、13は実際やっているが診療時間外。15も行っていたが、4年間で退かせてもらった。余裕がない
- 地域住民への啓発活動（地域での健康教室、地域広報誌への投稿など）
- かかりつけ医師は内科が主だと思います。それ以外ではかかりつけ医になる医師は特殊です。それゆえに何をもってかかりつけ医の考えをまとめられるのかよくわかりません
- 医師の専門科目により異なる
- 5,6は機能として考えられるが、必ずしも行っている必須条件ではない。
- 一次救急機能
- 独居老人の引きこもり、精神科患者の内科疾患急性増悪の対応例が増加しています。
- 電話、オンラインによる診療
- 薬局への診療情報
- しかし上記を全て行くと負担が大きいと思う
- 病院、診療所でのかかりつけ機能は異なると思われ、記入していてどこまで入れるべきか分からなくなりました。
- 死亡診断書については必ずしも「かかりつけ医」のみが記入するでした。またそれは他の文書も同様と考えます。かかりつけ医の定義は？慢性的にずっとみている？患者の状況を知っている？患者の周囲のこともわかる？患者がかかりつけといえばかかりつけ医？
- 地域輪番制等への参加
- 忙しすぎる。参加しないとペナルティーが多すぎる。

8. 「かかりつけ医の機能」に関する自由意見

- 患者のドクターショッピングを減らして適切なDrを増やす
- なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき身近で頼りになる地域医療保健福祉を担う総合的な力を有する医師が定義である。患者や家族に対して医療に関するかつわかりやすい情報の提供を行う事が大切である。
- かかりつけ医機能は持っておりますが、3年前入院を停止して以来他医院

からの紹介がなくなりました

- 本来開業医は在宅から地域医療全てやってきたのであり、専門分化する必要性はなく、それぞれの特性を生かしてやっていくべきなので今更にかかりつけ医の機能をとやかく言われるのは今迄の歴史を無視しているのかと考えてしまいます。さんざん19床以下の病院をつぶし、開業医が日常的にやっていたふつうの往診をつぶしてきた厚労省の意識調査した方がよいのでは？
- 患者が安心に感じるのは、時間外の対応と考える。取り敢えず電話対応をして、可能ならば往診するのが良い。すぐに救急隊を呼ぶような対応は望ましくない。
- かかりつけ医の機能：できるだけ入院させずに外来で治療して治す。特殊な疾患や入院が必要な患者は紹介
- 地域全体の医療連携を円滑にすることも大切ですが、まずは産業医大の医療連携をしっかりとすることを考えたらよいと思います
- 在宅患者もみれるクリニックと思っています。介護度の高い人は有料老人（クリニック所有）に入居させて最期までみています。
- 色々な機能を担ってミスのないように成果を出すのに苦労する。一人の医師で運営する診療所には負担が多すぎる。看護師不足、雇っても能力がかなり低い人材が開業医の所に集まる傾向あり、医療事務が医師の入力内容をr会できないなど、かかりつけ医としての役割を果たすためにサポートできる人材の教育の必要性もあります。
- かかりつけ医として全てにわたり出来るだけの事は行いたいと思っていますが、一日外来70～80名を一人行なっている為、現在は不可能です。診療所は今後数名で行なう必要があると思います。
- 産業医やがん検診は現在行っているDrは多いが業務内容の〇〇化によりかかりつけ医の手に余る
- かかりつけ医として患者様と同意が相互に得られることの証明パスポートみたいなものを確立し診療報酬に反映できるようになるといいと思います
- 内科に糖尿病でかかっている、全く眼科を紹介されず、見えないということでもこられた時には糖尿病網膜症が進行し、新生血管緑内障になっていて、視力0.02、眼圧50以上、それが網膜光凝固をして眼圧10まで低下しましたが視力は0.04のままです。内科Dr.は糖尿病の患者をきちんと眼科に紹介していただきたいと思います。
- 家庭医、人頭制等の先進的な取り組みをしている英国のGPを参考にして医療（外来）改革をする必要がある
- かかりつけ医は総合診療に加え、往診、訪問診療、さらに精神科に代わってメンタルヘルス診療の中心になる必要あり。
- 患者と大きな病院の双方が診療をしやすいうようにマネジメントをする（病状や年齢、通院手段などを含めて紹介先を考えたり、大きな病院へ受診できない間のフォローをしたり）。「病気だけではなく介護や健康相談（どこを受診したらいいのか、何の検査をしたらいいのかなど）にの

り、利用できるサービスがあれば紹介。市町村の制度をしらない人が多いため。通常の診療以外では上記のようなものもかかりつけの仕事だと思っています。

- かかりつけ医として今後は往診や訪問診療を行うことを義務化する事で、病院との役割分担が明確化すると思います。
- 「かかりつけ医」は診療所によってできる事のかたよりが大きいです。それぞれの強みを”見える化”しないと難しい。ホームページなどは背伸びしたコメントがほとんどですので、患者さんは混乱すると思います。（ビジネスでもあるのでしかたないところもありますが…）大学病院や総合病院で昼夜がんばっている先生方に、感謝・感謝です。
- 病気の診療のみならず、健康寿命の延伸するための保健指導や胃腸や乳房、前立腺といった臓器の検診の推進もかかりつけ医が寄与する場面だろうと思っています。
- 当院では上記機能をすべて担っていますが、コロナ以前より1人診療所で担うことが可能なキャパを超えており、コロナ禍ではさらに発熱外来等が増え、物理的に不可能な診療状況が続いています。質を担保するためにも「かかりつけ医」＝「なんでも屋」にならないような制度設計が望まれます。
- 整形外科昼の一般の外傷の救急外来と考えてもらって欲しいです。ロコモ、メタボ、フレイル予防の運動指導を外来で行い疾病予防も大変大事です。内科の外科と違う考えです
- かかりつけ医といっても患者側と医療機関側で認識のズレがある気がする。かかりつけ医の基準があいまい。総合医でないとダメなのか？
- かかりつけ医機能に対する診療対価が低すぎる。
- 同じ検査を繰り返し行ったりする（無駄）ことを防ぐため血液データ、画像情報の共有ができれば良いと思います（個人情報の保護が課題と思いますが…）
- 患者さんが最初に症状を訴えてこられる場所で、そこから精査が必要な方は、適切な病院に紹介する。治療できるものは行う。治療の方向性が決まったあとは、連携しながら、長い期間全体の主治医として相談しながら、診療を続ける。
- そもそもかかりつけの概念が分かりにくい。患者・医療機関同意の元、登録できるようなシステムが必要なのではないのでしょうか！？（患者がかかりつけと思っているところが医者側が思っていないケースなどあり）
- 学校医や産業医はともかく、何でもするのがかかりつけ医と考えますが。
- 往診が必要な神経疾患の患者さんもおられますが、神経内科開業医数名が組まないと24時間態勢の往診は困難です。
- 一般診療以外に総合健診、がん検診、特定健診・特定保健指導も行っており、早期診断を行い特定機能病院やがん診療連携拠点病院へ紹介している。高額等の医療機器・設備をもった診療所である。

- 「かかりつけ医」を制度化してはならない。
- とくに高齢者では多種多様な病気・障害がありtotalで診なければ効率が悪く、コストもかかる。また、病期の診療ではなく、一人一人の生活維持の視点が求められていると考えます。
- 同時に多数の問題を抱えるケースの紹介先に困る事がよくあり、そのまま多角的に引き受けて下さる総合診療科でのバックアップが望まれます。(かかりつけ医の立場から)。専門診療科の横の連携強化も望まれます。
- かかりつけ医の定義が決まっていないので、意味のない質問と考えます。
- 産婦人科限定でいえば、ノーリスク妊婦さんの分娩管理までしっかり行える体制を整えること
- 「医療資源を重点的に活用する外来」と「かかりつけ医が行う外来」の2分化を図っていると思われるが、両者を行う医療機関もあると思う。そのような医療機関は両者ともに分類されるのか？このような分類方法はよく理解ができない。
- 今回のコロナ禍のように保健所機能をパンクさせないように、かかりつけ医機能の強化が望まれる
- 地域に住む患者さんのみを診るのではなく、地域の生活状況、経済状態、職業分布、交通手段などを把握する。2、地域で生活を支えている公的機関、NPO、民間機関との連携3、中核病院との連携、ネットワーク作り
- 「往診」はかかりつけ医の機能と考えますが、当院ではスタッフ数（常勤看護師1名）の関係で行っていません。「訪問診療」は1～2名の患者様で小生が時間がある時に不定期で行っています。警察署からの依頼で、時々自宅死の検案を行うことがあります。「学校医」は小生が内科医のため小児科の知識がなく親とトラブルになったことがあるため、難しいです。訪問看護師との連携が重要と思います。
- 整形の分野で比較的診断・治療が簡単な疾患は地域のかかりつけ。リハビリ・経過観察が最も効率よいと考えられます。
- 現在の状況であれば、COVID19を含む「発熱外来」を行うことも重要な機能であると考えます。
- 自分の専門でない診療について、「出来ない」ではなく「どこどこに行きませんか」と患者にきちんと説明出来る事、専門医の意見を尊重している事を患者に示す事、専門の治療に関する事でも自分で判断出来るとしても患者の相談にのる事、相談を受ける姿勢を常に患者にみせる事が大切だと思います。自分の専門診療にこだわらない事です。
- 特にありません
- 近年「かかりつけ医」の定義のことで苦労します。・健康で自己管理をして、病院にかかっていない人はインフルエンザ予防接種、コロナ予防接種はどこで打てばいいのか相談される。・かぜで1回だけかかった人が自分は「かかりつけ」と思っているがこちらとしては「かかりつけ」と思

- っていない、など。だから「かかりつけ医」の定義を啓蒙してほしい。
- それぞれ施設の事情により専ら限定的な連携に留まっているのが実際であり機能による分別または今まで地域の中での文化らしきものがあり、一つ一つこれとこれで連携を段階的に理解を求めながらのステップアップ出ないと前に進めないのではないかな。
 - かかりつけ医と「医療資源重点・・・」は完全に分けられるものではないし、その必要もないと思います。
 - 医師が1人だけの小さな診療所では上記の全てを実施するのは困難な面もあると思う。
 - 検査や投薬などしていなくても、病歴や健診結果などを把握しておく機能についても評価して欲しい。
 - 患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。また、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合は、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する医療業務が基本
 - 上記全てを一件の診療所で行うのは困難。各々の診療所が特色を生かして役割を分担すべきだと思います。
 - 患者側と医療側の「かかりつけ医」の定義に乖離があり、去年のインフルエンザワクチン接種時に多数のクレームがありました。一定の定義を明確にする時ではないでしょうか。
 - 日本小児科医会が行っている「地域総合小児医療認定医」や日本プライマリケア連合会の認定制度（家庭医）へのプライオリティの寄与があると進むと思われます。
 - 精神科診療所を開業して10数年です。最近は内科等（かかりつけ医と思われる）から不眠・軽度のうつの患者さんの紹介が続いている。「こんな患者さんですが、話を聞いてもらえますか？」という問い合わせ、せめて簡単な紹介状であれば助かります。精神科同志なら当然紹介状はもらいます。その為にも(4)-4に記載したように地域共通フォーマットのようなものは必要だと思います。共通カルテは守秘義務にかかわるので無理かもしれない。※今回のアンケートは、かかりつけ医機能と精神科の連携について自分なり再検討する機会となりました。ありがとうございました。
 - 上記の多くの事を期待され、最大限リクエストに答えようとしているが多忙を極めている。その割には保険点数も緩く、件数を多くもらえないと生活が回らない。
 - すでに上記1～15全てにかかわっています。さらに昨年4月から死体検案にもかかわっています。自宅療養中に亡くなったコロナ患者の検死も行いました。昨年12月からはCOVID19の検査診療医療機関として感染症外来も行っています。それでもネット上では「開業医は非協力的」と責められます。これ以上何をしろと言うのでしょうか？
 - よろず相談所であり、良医への紹介、斡旋所と考えています。
 - 小児科では疾患の治療だけでなく、発達や発育のフォロー、子育てに関

する悩み等も重要であり、基幹病院と連携しながら日常診療を行うことが大切だと思います医療的ケア児に関しては、さらに重要になってくると思います。小児在宅患者さんに関しては、多職種連携ができていて、退院前カンファレンスもしています。

- 「かかりつけ医」は各病院が選択できるようにして「全ての病院・診療所が行わなければならない」とはしない方が良くと思う
- 外来、在宅診療の両立こそかかりつけ医の役割
- 診療所はマンパワーに限りがあるので、理想を追求できません
- かかりつけ医というのは抵抗が少々あります。患者が複数のかかりつけ医を持つ（専門性を必要として）のだろうと思うので……。この年になっても……。？？です。かかりつけは患者が選び、変わっていくものですよね？？？
- 地域の「健康フェア」や「健康相談」への参加 ②公民館活動への積極的参加。①②等の予防に重むきを置いた活動への理解と協力参加は大切な事だと思います。
- 訪問診療を行なう意思はかかりつけ医ですが、「かかりつけ医」は訪問診療のための制度ではなく産業医や学校医とは全く別のものと考えます。地域を支える医師の一部分を対患者でみれば「かかりつけ医」であり、一医師が「かかりつけ医」でしかない訳ではありません。「かかりつけ医」の機能にいつでも相談できるとありますが、医師は常に以前から求められています。このことも時代に逆行しており、制度として地域でいつでも相談受診できるシステムを構築してあればかかりつけ医がそのシステムに参加してあれば24時間対応する義務を負う必要がないと思います。
- 在宅で看取り予定の患者に対する往診はかかりつけ医の機能と考えます。それ以外のケースは緊急性が高い場合が多く、救急搬送が適当になると思います。訪問診療は専門で行っています。診療所・病院患者を集約すべきです。

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年

令和4年2月2日

厚生労働大臣 殿

機関名 産業医科大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 尾辻 豊

次の職員の令和3年度 厚生労働行政推進調査事業費補助金の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業

2. 研究課題名 医療に関する報告制度の実効性向上のための研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部 ・ 教授

(氏名・フリガナ) 松田 晋哉 ・ マツダ シンヤ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	産業医科大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 産業医科大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 尾辻 豊

次の職員の令和3年度 厚生労働行政推進調査事業費補助金の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業

2. 研究課題名 医療に関する報告制度の実効性向上のための研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部 ・ 准教授

(氏名・フリガナ) 村松 圭司 ・ ムラマツ ケイジ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	産業医科大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和4年2月2日

厚生労働大臣 殿

機関名 産業医科大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 尾辻 豊

次の職員の令和3年度 厚生労働行政推進調査事業費補助金の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業

2. 研究課題名 医療に関する報告制度の実効性向上のための研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部 ・ 有期助教

(氏名・フリガナ) 得津 慶 ・ トクツ ケイ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	産業医科大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。