

中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会（第116回）
議事次第

平成19年12月12日（水）

於 厚生労働省

専用第18～20会議室

議 題

- D P Cについて
- コンタクトレンズ検査料の見直しについて
- 肝炎対策について
- これまでの宿題事項について
 - － 歯科診療報酬について③
 - － 薬局における服薬支援等について②

平成19年度 MDC 毎作業班 診断群分類の見直し(案)について

1. 経緯

平成20年度診療報酬改定に向け、診断群分類の見直しを行うために、平成19年8月より、MDC 毎作業班において以下の4項目を指針として診断群分類の妥当性の調査及び見直しを行った。

- ① 医療資源同等性が担保されていること(医療資源の投入量が適切にグルーピングされていること(在院日数、包括範囲点数))。
- ② 臨床的類似性が担保されていること。(臨床的な観点から問題・違和感が少ないこと。)
- ③ 分類は可能な限り簡素であり、分類のコーディングに際して、臨床現場の負担が少ないこと。
- ④ 制度運用上の問題が少ないこと。

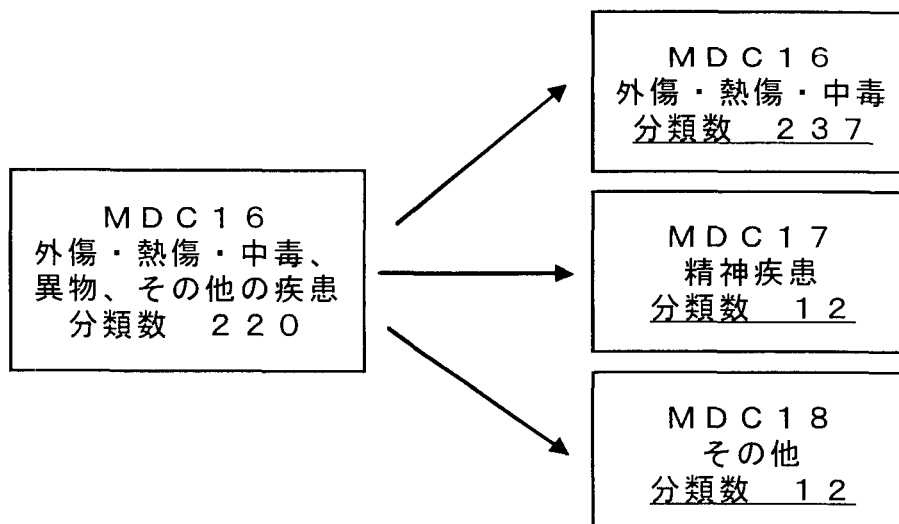
平成19年度はMDC 毎作業班の班員から提出された診断群分類に対する意見を踏まえ、平成18年調査データを用いて集計を行い、その結果に基づきMDC 毎作業班で検討の上、見直し案を作成した。

検討に際しては、特に①医療資源同等性と、④制度運用上の問題が少ないことに重点をおき、見直しを行った。

2. 平成19年度の主な見直し点

1) 主要診断群(MDC)の精緻化

現在の診断群分類では、MDC16に外傷・熱傷・中毒、精神、その他が含まれており、疾患分野が混在しているとの指摘があったことを踏まえ、今回の見直しではMDC16を3つに分け、以下のように主要診断群の精緻化を行った。



2) 化学療法による分岐の見直し

現行の診断群分類では「化学療法あり・なし」で区別しており、一部の高額薬剤(例:リツキシマブ、トラスツズマブ)については別に分岐を設定している。

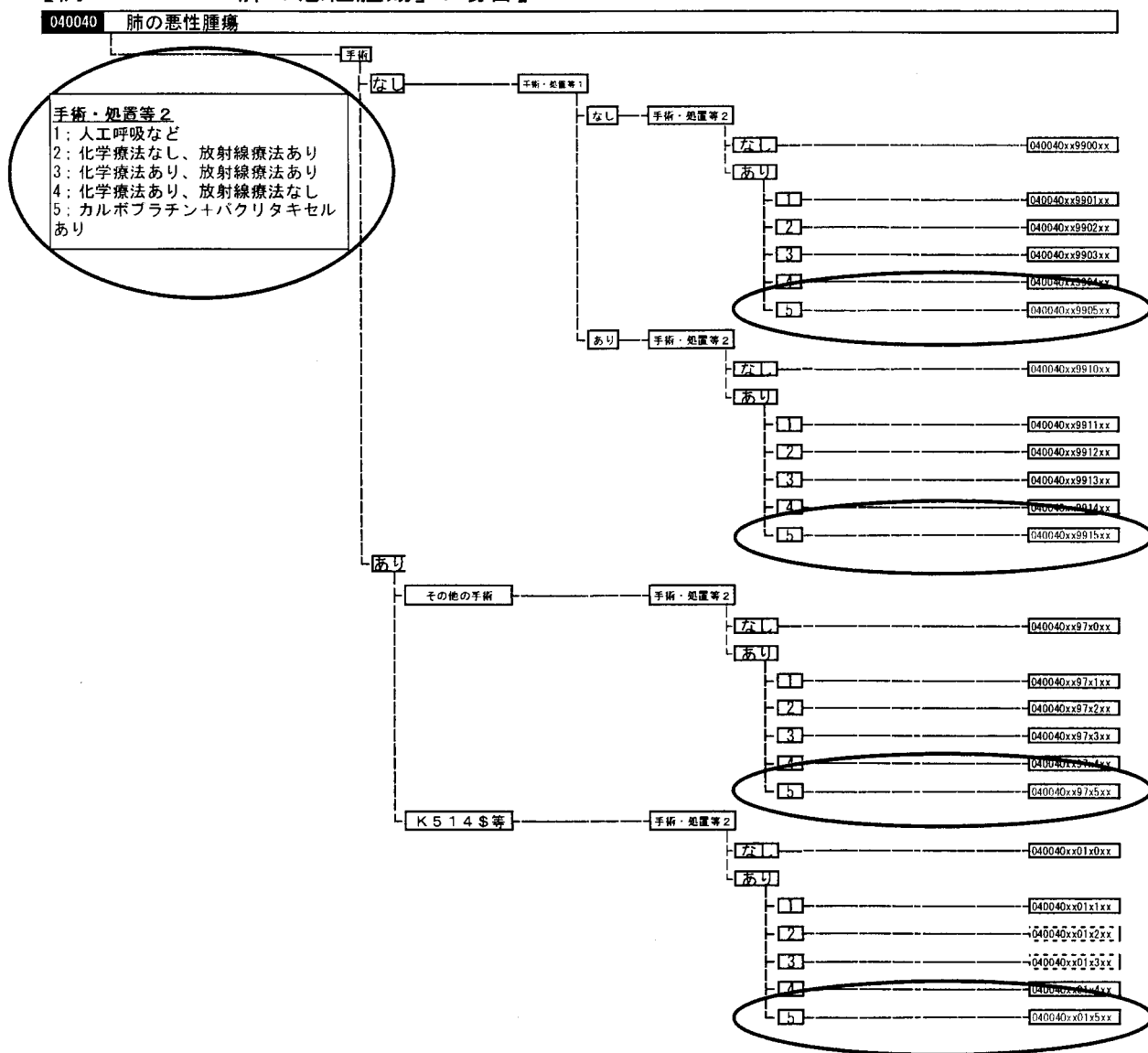
しかしながら、同一の腫瘍に対する化学療法でも使用する抗がん剤の組み合わせ(以下、レジメという)によりコストや在院日数が異なり、ばらつきがあるとの指摘があった。

これを踏まえ、関係学会等が認めている主要な標準レジメのうち、特に点数のばらつきの大きい短期間の入院に関して点数の違いが明らかなレジメについては新たに分岐を設定した。

見直しの対象となった診断群分類

040040	肺の悪性腫瘍	060035	大腸の悪性腫瘍
060040	直腸肛門の悪性腫瘍	090010	乳房の悪性腫瘍

【例:040040 肺の悪性腫瘍】の場合】



3) 部位等の違いによる診断群分類の整理

現行の診断群分類において、病態は同様であるが部位等が異なるために分けられているものについては、在院日数や1日あたり点数に差がない場合には、部位による区別を残しつつ、分類を統合して簡素化を行った。

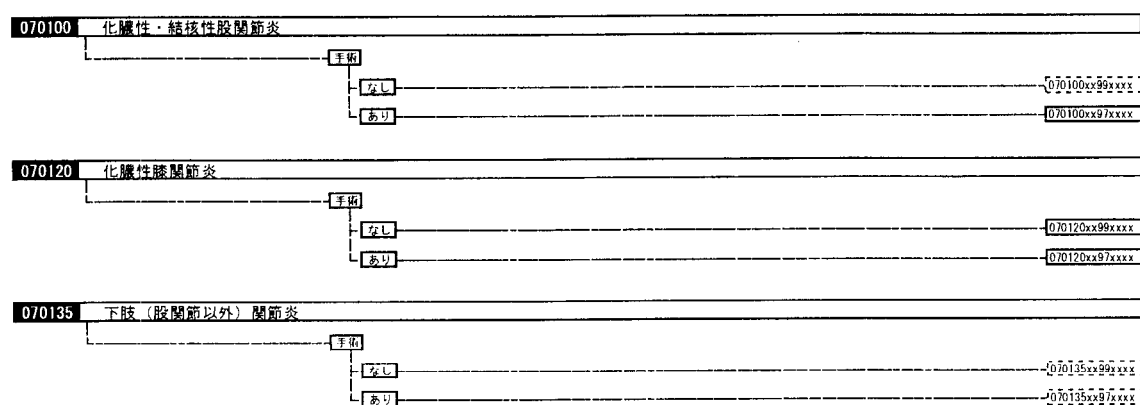
一方で、部位等の違いが臨床的に重要であるものの、一括りとなっている診断群分類については、定義テーブル上で区別することとした。

例：化膿性関節炎(下肢)の場合

【見直し前】

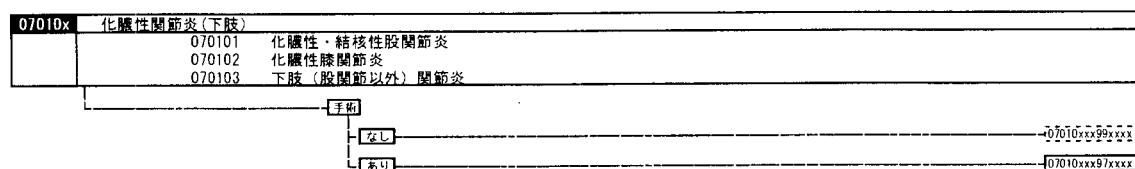
070100 化膿性・結核性股関節炎 070120 化膿性膝関節炎

070135 下肢(股関節以外)関節炎



【見直し後】

07010x 化膿性関節炎(下肢)



4) 副傷病の見直し

副傷病の設定については、平成18年度改定と同様、DPC調査データの集計に基づき検討を行った。検討にあたっては、集計結果から一定程度の件数があり、在院日数を延長するような副傷病を抽出し、新たに定義する副傷病候補とした。それらの副傷病候補のうち、MDC毎作業班において臨床的に意味があると考えられる副傷病のみ選択した。

また、現行では副傷病として定義されているものであっても、個別に集計して在院日数の差を確認し、その延長が認められない場合については削除した。

3. 検討の結果

12月6日時点での、分類数の状況については以下のとおりである。

	平成 18年分類	改定後(暫定案)
疾患数	516	501
診断群分類数	2,347	2,496
(包括対象分類数)	(1,438)	(1,691)

* なお、これまでの作業は平成18年度データに基づいて行ってきたが、平成20年度改定作業においては出来高の改定内容を反映させるとともに、平成19年度調査で収集したデータを用いて、最終的な調整を行う予定。

4. 今後の課題

1) 副傷病における入院時併存症と入院後合併症の区別

現行の副傷病は、入院時併存症と入院後合併症を区別していないが、副傷病としての意義は異なると考えられるため、今後は区別して取り扱う仕組みを検討する必要がある。

2) DPC における高額薬剤の取り扱いについて

高額薬剤に関しては、今回の見直しにおいては、新規の薬剤について個別に検討した結果、分岐は増加している。今後も新たな高額薬剤が保険収載されると考えられるが、同様の取扱いを行うのか、中・長期的な観点から検討する必要がある。

また、今回の見直しにおいて、化学療法のレジメ別分岐を導入したが、今後もこの仕組みを継続するのか、あるいは新たな仕組みを構築するのか検討する必要がある。

コンタクトレンズ検査料の見直しについて

1 課題と論点

- (1) コンタクトレンズ検査料における初回装用者と既装用者の取扱について、患者の申告に基づくものであり客観的に評価できないことから、初回装用と既装用の違いをなくすことを検討してはどうか。
- (2) コンタクトレンズ検査料１の施設基準について、患者にとってどの医療機関がコンタクトレンズ検査料１で算定しているのか分かりづらいという指摘や、診療内容の違いを患者が実感できないという指摘があることから、施設基準を見直すことを検討してはどうか。

2 現行の診療報酬上の評価

	初回装用者	既装用者
コンタクトレンズ検査料１※	３８７点	１１２点
コンタクトレンズ検査料２	１９３点	５６点

※ コンタクトレンズ検査料１の施設基準

コンタクトレンズに係る診療を行う診療科において、初診料、再診料又は外来診療料を算定した患者のうち、コンタクトレンズに係る検査(コンタクトレンズ処方のための眼科学的検査及びコンタクトレンズの既装用者に対する眼科学的検査)を実施した患者の割合が７０％未満であること。

3 施設基準の見直し案

(1) コンタクトレンズ検査料の施設基準

次のいずれにも該当していること。

イ コンタクトレンズ処方に係る受診費用について、所定の様式に沿った院内掲示をしていること。

ロ 患者に対し受診費用の情報の提供が現に行われていること。

2 コンタクトレンズ検査料1の施設基準

次のいずれかに該当していること。

イ コンタクトレンズに係る診療を行う診療科において、初診料、再診料又は外来診療料を算定した患者のうち、コンタクトレンズに係る検査（コンタクトレンズ処方のための眼科学的検査及びコンタクトレンズの既装用者に対する眼科学的検査）を実施した患者の割合が30%未満であること。

ロ 眼科診療を専ら担当する常勤の医師（専ら眼科診療を担当した経験を10年以上有するものに限る。）が1名以上勤務する保険医療機関においては、コンタクトレンズに係る診療を行う診療科において、初診料、再診料又は外来診療料を算定した患者のうち、コンタクトレンズに係る検査（コンタクトレンズ処方のための眼科学的検査及びコンタクトレンズの既装用者に対する眼科学的検査）を実施した患者の割合が40%未満であること。

コンタクトレンズに係る保険診療の 不適切な診療報酬請求について

第1 経緯

コンタクトレンズに係る保険診療の適正化を目的として、平成18年4月の診療報酬改定においてコンタクトレンズ検査料を新設し、検査点数を包括化した。

その一方で、一部の保険医療機関（特にコンタクトレンズ販売店に併設された診療所等）において、コンタクトレンズ検査料1の施設基準の不適切な届けが行われていることや、不適切な保険請求の疑いがあるとの情報提供が寄せられていた。また、前回改定時に中央社会保険医療協議会より、コンタクトレンズ検査料に係る個別指導を強化するよう指示があったことを踏まえ、全国でコンタクトレンズ処方診療に係る個別指導を実施した。

第2 個別指導で判明した不適切事例

1 医師法等に係る不適切事例

- (1) 医療関係職種以外の者（無医療資格者）が、医師の指示なく眼科学的検査を行っていた（医師法第17条等違反）。
- (2) 診療録に医師の署名押印等がなく、実際に医師による診察が行われていたかが不明であった（医師法第17条違反疑い）。

2 医療法に係る不適切事例

開設者や管理者として届け出られている医師が常勤していないことに加え、代診の状況等、医療機関の診療運営について一切把握しておらず、開設者、管理者について虚偽の届出が行われていた（医師の名義貸し、医師法第12条違反）。

3 健康保険法等に係る不適切事例

(1) 矯正機能を有しないカラーコンタクトレンズの購入目的で受診した診療に係る費用を、保険請求していた（健康保険法第 63 条違反）。

(2) コンタクトレンズの処方に係る保険診療を行っているにも関わらず、処方せんの交付に係る費用を、一部負担金とは別に自費で徴収していた（健康保険法第 74 条、療養担当規則第 2 条の 6 違反）。

（以下、「診療報酬の算定方法」に則らない請求は、療養担当規則第 2 条の 3、同 4 違反）

4 初・再診の取扱いに係る不適切事例

(1) 新たな眼科疾患が発生したものの、コンタクトレンズの装用の中止を指示せずに、初診料を算定していた。

(2) 屈折異常に対する継続的な診療中であるにも関わらず、来院の都度、初診として取り扱い、初診料を算定していた。

(3) 保険医療機関を廃止し、同一場所にて新規に保険医療機関の指定を受けることを短期間に繰り返すことで、患者側の認識としては再診として受診しているものが、医療機関側は、診療の継続がない「異なる医療機関」への受診は初診であるとして、初診料を算定していた。

5 コンタクトレンズ検査料とその他の眼科学的検査料（いわゆる出来高の検査料）の取扱いに係る不適切事例

(1) 虚偽の病名を付して出来高の検査料を算定していた。

診療報酬請求向けの診療録にはコンタクトレンズを処方した旨を記載せず、コンタクトレンズ診療以外の眼疾患の診療を行ったかのように装い、別途コンタクトレンズ処方用の診療録も作成しているものもあった（二重カルテ）。

(2) コンタクトレンズを処方しているにも関わらず、診療録には新たな眼疾患の発生によりコンタクトレンズの装用の中止を指示した旨の虚偽の記載をし、出来高の検査料を算定していた。

6 コンタクトレンズ検査料 1 の施設基準に係る不適切事例

コンタクトレンズ検査料ではなく、出来高の検査料を算定することにより、コンタクトレンズ検査料の算定回数の割合を引き下げ、コンタクトレンズの処方割合が70%未満という基準（コンタクトレンズ検査料 1 の施設基準）を満たしているかのごとく装っていた。

コンタクトレンズ検査料 1 と合計点数が同じになるよう、複数の出来高の検査料の組み合わせに振り替えて保険請求し、コンタクトレンズ検査料に基づく処方の割合を意図的に引き下げているものもあった。

7 コンタクトレンズの装用歴の取扱いに係る不適切事例

診察や問診票等によって、コンタクトレンズの装用歴を確認することなしに、初回装用として算定していた。

診察によって確認された装用歴の有無に関わらず、診療報酬明細書に、「コンタクトレンズ装用なし 同処方なし」等と一律に記載される仕組みとし、初回装用として算定しているものもあった。

第3 今後の方針

- (1) 今後、コンタクトレンズ検査料に係る不正請求を行っている医療機関に対しては、行政処分も視野に入れ、指導から監査に切り替える予定。
- (2) 健康保険法以外の違反については、捜査権限等を有する関係機関に積極的に情報提供を行っていく。

(参考)

指導： 保険診療の取扱い、診療報酬の請求等に関する事項について周知徹底させることを主眼として実施するもの。

監査： 保険医療機関等の診療内容又は診療報酬の請求について、不正又は著しい不当が疑われる場合等において、的確に事実関係を把握し、公正かつ適切な措置を採ることを主眼として実施するもの。

肝炎患者に係る療養対策について

第1 現状と課題

「新しい肝炎総合対策の推進」(与党肝炎対策に関するプロジェクトチーム 平成19年11月7日)では、国内最大の感染症である肝炎について、今後おおむね7年間で、インターフェロン治療を必要とする肝炎患者全てが治療を受けられる機会を確保することとしている。

今後、インターフェロン治療を必要とする肝炎患者が、病態の増悪・合併症等により長期の入院治療が必要となることも考えられ、薬剤費が入院料に包括される療養病棟等の場合では、医療機関等にとって、薬剤費の負担が重い。

第2 論点

インターフェロン治療を必要とするB型・C型肝炎患者に対して、インターフェロン等に係る薬剤費について、入院料の包括外で算定することについて検討してはどうか。

<試算の例>

成人(体重65kg) C型慢性肝炎に対する治療として
ペグインターフェロン(180 μ g) 週1回・リバビリン(200mg) 1日4錠
を用いた場合の例

一月当たりの薬剤費 約220,000円

歯科診療について③

第1 歯科疾患の総合的管理

1 前回示した論点

歯科医療の実情を踏まえて、口腔全体や歯科疾患の継続管理を含めた総合的な歯科診療に係る指導管理体系の見直しを行うことが必要ではないか。

2 前回の主な意見

- 歯科疾患を総合的に管理していくとの方向性については賛成するが、一つの疾患しか有しない患者もいることから、既存の歯周疾患指導管理料や歯科口腔衛生指導料は併存させるべきではないか。
- 患者から見て分かりやすい指導管理体系の観点から、既存の指導料は廃止し、歯科疾患を総合的に管理していくことが望ましいのではないか。

3 具体的な取組の評価

う蝕のみ又は歯周病のみを有している症例は少ないことや、歯周病が重症化するに伴いう蝕の本数が増加すること等から、う蝕あるいは歯周病のみを対象とした疾患別の指導管理にとどまらず、口腔全体の疾患管理が重要である。このことから、既存の歯科口腔衛生指導料及び歯周疾患指導管理料については廃止し、口腔を一単位とした総合的な歯科疾患の管理において、一体的に評価することを検討してはどうか。(参考資料1～2頁)

< 歯科疾患の総合的な管理のイメージ >

1 総合的管理の対象となる疾患について

齲蝕や歯肉炎、歯周病、歯の欠損等継続的な口腔管理が必要な疾患

2 歯科疾患の総合的な管理の計画表に記載すべき内容

- ・ 患者の基本情報（全身の状態、基礎疾患の有無、服薬状況等）
 - ・ 口腔内の状態（プラークや歯石の付着状況、歯や歯肉の状態等）
 - ・ 必要に応じて実施した検査結果の要点（エックス線検査等）
 - ・ 歯や口の病気と関連のある患者の生活習慣と改善目標
 - ・ 治療予定の内容
- 等

3 患者への情報提供の時期等

日本歯科医学会において取り纏められた「歯科疾患の総合的管理に関する基本的考え方」を踏まえ、疾患の管理計画立案時（急性症状がみられる場合は、症状が緩解した後に管理計画を立案）や管理計画の内容に変更があったとき等歯科治療の進行状況等に合わせて情報提供を行う。

第2 安全で安心できる歯科医療を提供する環境の整備に向けた取組

1 前回示した論点

歯科の外来診療において、患者にとって安全で安心できる総合的な歯科医療環境の整備に向けた取組の評価を検討してはどうか。

2 前回の主な意見

- 患者にとって安全で安心できる歯科医療を提供する環境については、医療機関の当然の責務として行うべきものであり、特段の評価が必要なのか。
- 評価を行う場合の要件に関して明確にする必要があるのではないか。

3 具体的な取組の評価

患者にとってより安全で安心できる歯科医療を提供する環境として、

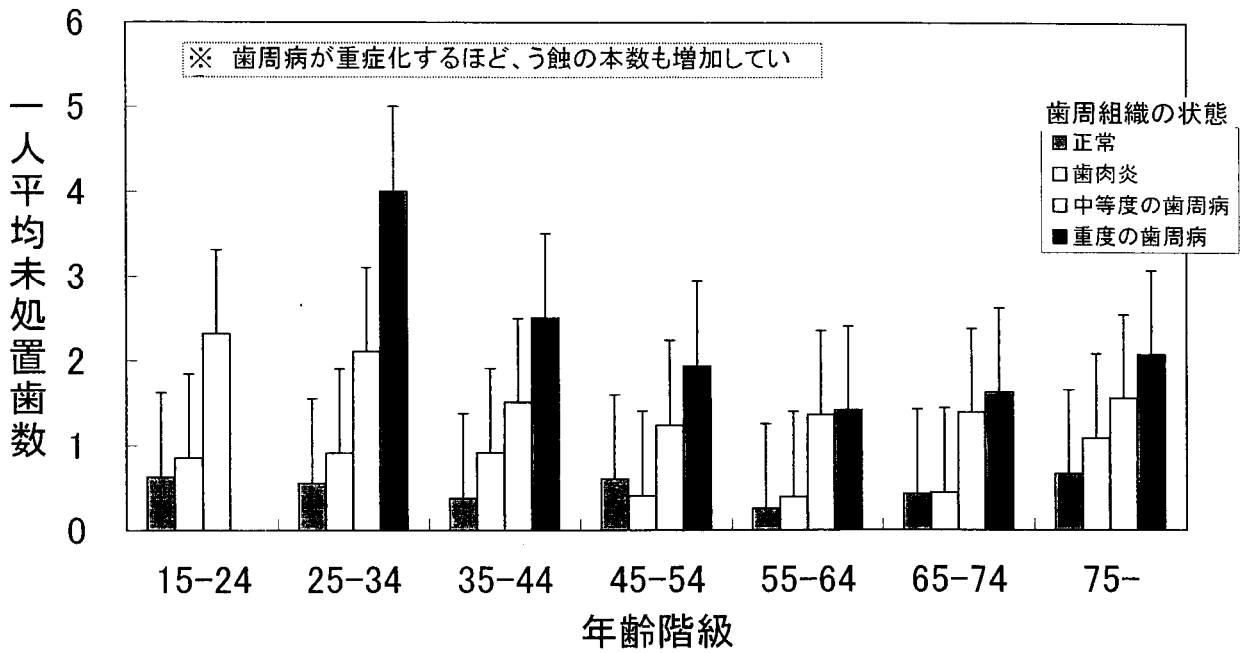
- ① 緊急時に対応できる技術を習得している歯科医師等を配置していること、
- ② 偶発症等の緊急時に適切な初期対応等が可能な医療機器の設置を含む院内設備を有していること、
- ③ 緊急時に患者の搬送を受け入れる病院・診療所との連携体制を確保していること、
- ④ 切削器具等口腔内で使用する歯科治療機材の患者毎の交換等を行っていること、
- ⑤ 歯科用ユニット毎に歯牙等の切削や義歯の調整時に飛散する細かな物質を吸収できる歯科用吸引装置を設置していること、
- ⑥ 患者にとって安心できる歯科医療を提供する観点から、上記①から⑤までの取組を行っている旨の院内掲示を行っていること、

といった取組を要件として評価することを検討してはどうか。(参考資料3頁)

歯科診療について③

(参考資料)

歯周病とう蝕の関係(年齢階級別)

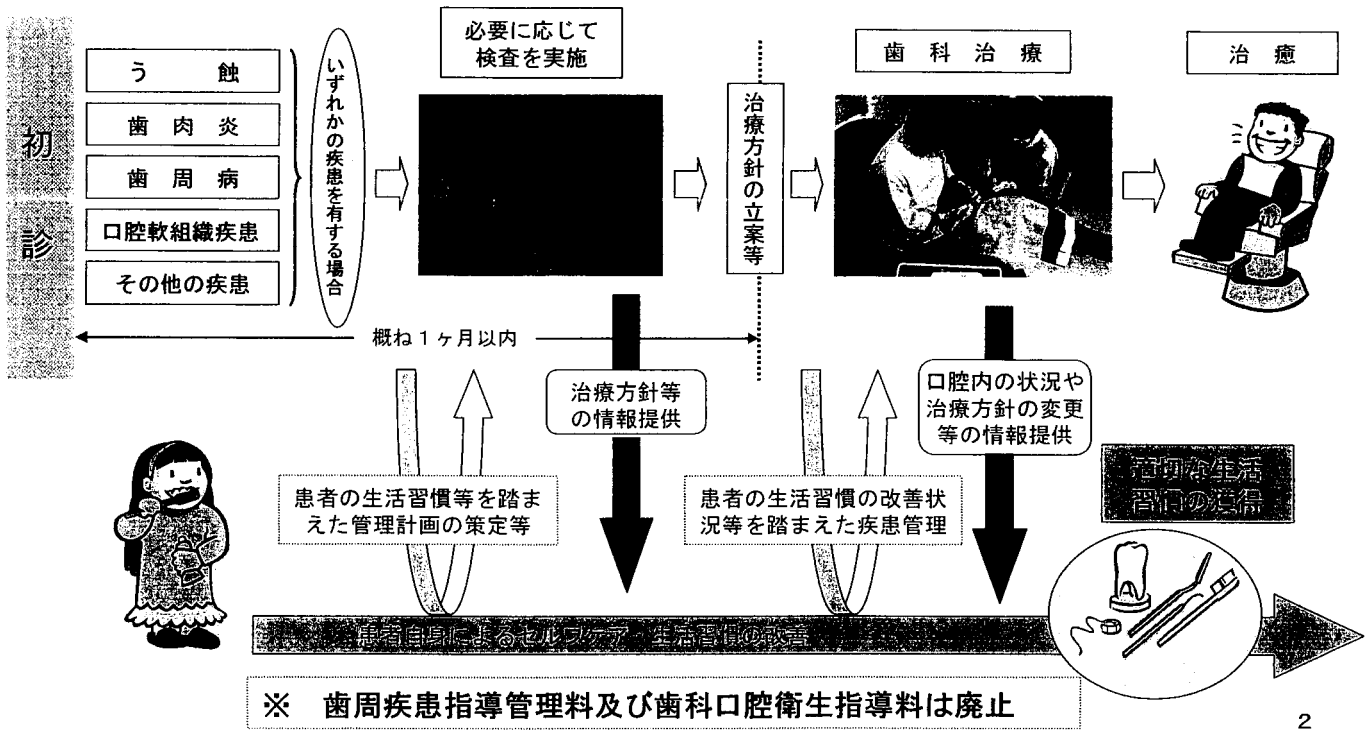


(出典) H17年度歯科疾患実態調査

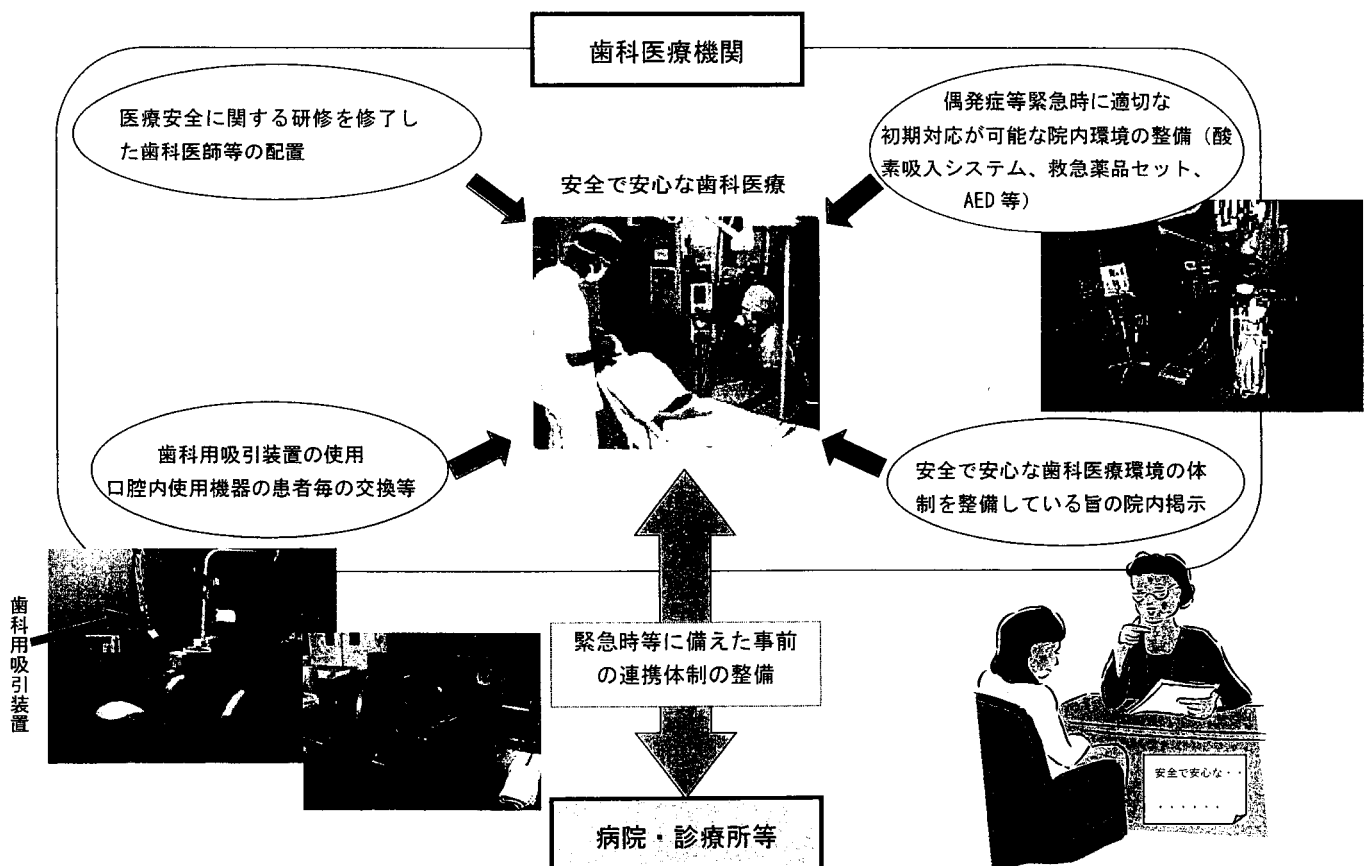
歯科疾患の総合的管理による治療の流れ（イメージ図）

対象疾患

う蝕、歯肉炎、歯周病、口腔軟組織疾患、歯の欠損等継続的な管理を必要とする歯科疾患



安全で安心できる歯科医療環境の整備に向けた総合的な取組の例（イメージ図）



薬局における服薬支援等について

第1 服薬の自己管理が困難な外来患者（後期高齢者）に対する服薬支援について

1 前回提示した論点の概要

認知機能の低下などの理由で服薬の自己管理が困難な外来患者が持参した調剤済みの薬剤について、薬局において整理し、服薬カレンダーの活用等により日々の服薬管理を支援した場合には、診療報酬上評価することを検討してはどうか。

2 前回の主な意見

- どのような患者を対象に服薬支援を行うのか、明確にすべきではないか。
- 認知症の患者の状態は日々変化するものであり、薬の一包化や服薬カレンダーで、簡単に服薬状況が改善するようなものではないのではないか。

3 薬剤師による外来患者に対する服薬支援の取組の現状

(1) 処方せんに基づく調剤時の薬の一包化等（現行の調剤報酬で評価）

現行でも算定可能となっている、処方せんに基づく調剤時の薬の一包化は、

ア 多種類の薬剤が投与されている患者においてしばしばみられる薬剤の飲み忘れ、飲み誤りを防止すること

イ 心身の特性により錠剤等を直接の被包（錠剤のシート等）から取り出して服用することが困難な患者に配慮すること

を目的としたものであり、薬剤師は、処方医の了解を得た上で薬の一

包化を行っている。

また、一包化に併せて、必要に応じて、服薬カレンダーの活用や一包ごとに服用日と服用時点を記載すること等により、患者本人だけでなく、家族や介護者が飲み忘れに気が付くように、服薬管理の支援を行っている。

(2) 調剤済みの薬剤の一包化等（現行の調剤報酬では評価なし）

上記(1)以外の場合でも、初めて来局した患者又はその家族等との対話の中で、他の医療機関や薬局から交付された薬剤が多数あり、飲み忘れ、飲み残し等が発生し困っている旨などの相談があった場合に、これら調剤済みの薬剤について、処方医に連絡し、了解を得た上で、飲み残し薬剤の確認・整理を行い、一包化等の服薬支援を行っている。（別紙の具体的な事例を参照）

4 論点

- (1) 薬剤師が行う、調剤済みの薬剤の一包化等の服薬支援については、処方せんに基づく調剤時の一包化の場合と同様に、
 - ア 多種類の薬剤が投与されている患者においてしばしばみられる薬剤の飲み忘れ、飲み誤りを防止すること
 - イ 心身の特性により錠剤等を直接の被包（錠剤のシート等）から取り出して服用することが困難な患者に配慮することを目的とする場合であって、かつ、当該調剤済みの薬剤の処方医の了解を得て行った場合に、評価することとしてはどうか。
- (2) また、75歳未満の患者においても、調剤済みの薬剤の一包化等のニーズがあると考えられることから、後期高齢者の場合と同様に評価することとしてはどうか。

第2 後期高齢者における服薬状況、薬剤服用歴等の確認について

1 「後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子」における記載（抜粋）

(1) 外来医療について

（薬歴管理）

- 外来医療を受ける後期高齢者は、服薬している薬の種類数が多いこと、入退院も少なくなく服薬に関わる医療関係者も多くなると考えられることから、薬の相互作用や重複投薬を防ぐ必要がある。このため、医療関係者（医師、歯科医師、薬剤師及び看護師）や患者自身が、服用している医薬品の情報を確認できるような方策を進めるための診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

2 前回提示した論点の概要

- (1) 薬の相互作用や重複投薬を防ぐため、医師、歯科医師及び薬剤師は、処方又は調剤に際して、「お薬手帳」に記載された薬剤の情報を確認するなど、患者の現在の服薬状況及び薬剤服用歴を把握することを義務付けることを検討してはどうか。

- (2) 薬局における調剤の場合、薬剤服用歴管理料と薬剤情報提供料を統合するとともに、その算定要件として、「お薬手帳」への薬剤の情報や注意事項などの記載を義務付けることを検討してはどうか。

また、総合的に診る取組を行う医師が、院内処方により、薬剤を直接患者に交付する場合にも、「お薬手帳」への記載を求めることとしてはどうか。

3 前回の主な意見

- 患者が「お薬手帳」を持参していない場合に、患者の服薬状況等が確認できず、義務違反になるということでは問題である。
- すべての患者に「お薬手帳」を持たせるよりも、情報を電子化した上で、かかりつけ薬局を推進すればよいのではないか。

4 論点

(1) 複数の疾患に罹患し、服用する薬剤の種類も多くなるという後期高齢者の特性を踏まえ、薬の重複投薬の防止等のため、医師、歯科医師及び薬剤師に対し、「処方又は調剤する際に、患者の現在の服薬状況や薬剤服用歴を確認すること」を求めることを検討してはどうか。

なお、これにより「お薬手帳」による服薬状況等の確認が義務付けられるわけではない。

(2) また、「お薬手帳」には、他の医療機関から処方されたものも含め、患者が服用した薬剤の情報が経時的に記載されていることを踏まえ、患者の服薬状況等の確認に当たっては、問診等による確認に加えて、患者が「お薬手帳」を持参しているか否かを確認し、持参している場合には、それを活用することを検討してはどうか。

(3) 後期高齢者における「お薬手帳」の活用状況及び医療関係者だけでなく患者自身も過去に服用した薬剤を確認できるという「お薬手帳」の利点も考慮し、薬局において調剤を行う場合及び総合的に診る取組を行う医師が、院内処方により薬剤を直接患者に交付する場合には、「お薬手帳」への記載を算定要件とすることを検討してはどうか。

(4) ただし、上記(3)の場合において、「お薬手帳」を持参しなかった患者に対しては、新たに「お薬手帳」を交付するのではなく、所有している「お薬手帳」に添付できるよう、薬剤の名称等が記載された簡潔な文書（シール等）を交付した上で、次回、当該シール等が「お薬手帳」に添付されていることを確認することを検討してはどうか。

(別紙)

調剤済みの薬剤の一包化等により服薬状況が改善した例

(上田薬剤師会での事例)

事例1 (認知機能がやや低下している患者の例)

- 薬局での最初の処方せん受付時、自分で錠剤を取り出して服用できるとのことであつたため、錠剤をシートのまま交付。
- 後日、介護者と一緒に来局した際に大量に飲み残しがあることが判明。
⇒ 介護者によると、錠剤シートのままでは、いつ、どの薬を服用してよいか自己判断不能とのことであつた。
- 処方医に連絡し、了解を得た後に、調剤済みの薬剤を持参してもらい、シートから取り出した錠剤を、服用時点ごとにまとめて一包化し、服用時点を記入して交付。
- 自己での服薬管理は十分ではないものの、家族及び介護者の助けを得て、適切な服薬が可能となった。

事例2 (複数の医療機関から多くの種類の薬剤が処方された患者の例)

- 最初の処方せん受付時、他の医療機関から処方された併用薬があることが判明。
- 次回、当該併用薬を持参してもらったところ、薬剤の飲み残しあり。
⇒ 薬剤の種類が多く、どうしても、薬の飲み誤り、飲み残しが出てしまうとのことであつた。
- 併用薬の処方医に連絡し、了解を得た後に、当該薬局で調剤した薬剤と併せて、服用時点ごとに一包化。
- 服薬状況の改善に併せて、病状も改善し、その後、服用薬剤の種類も減少。

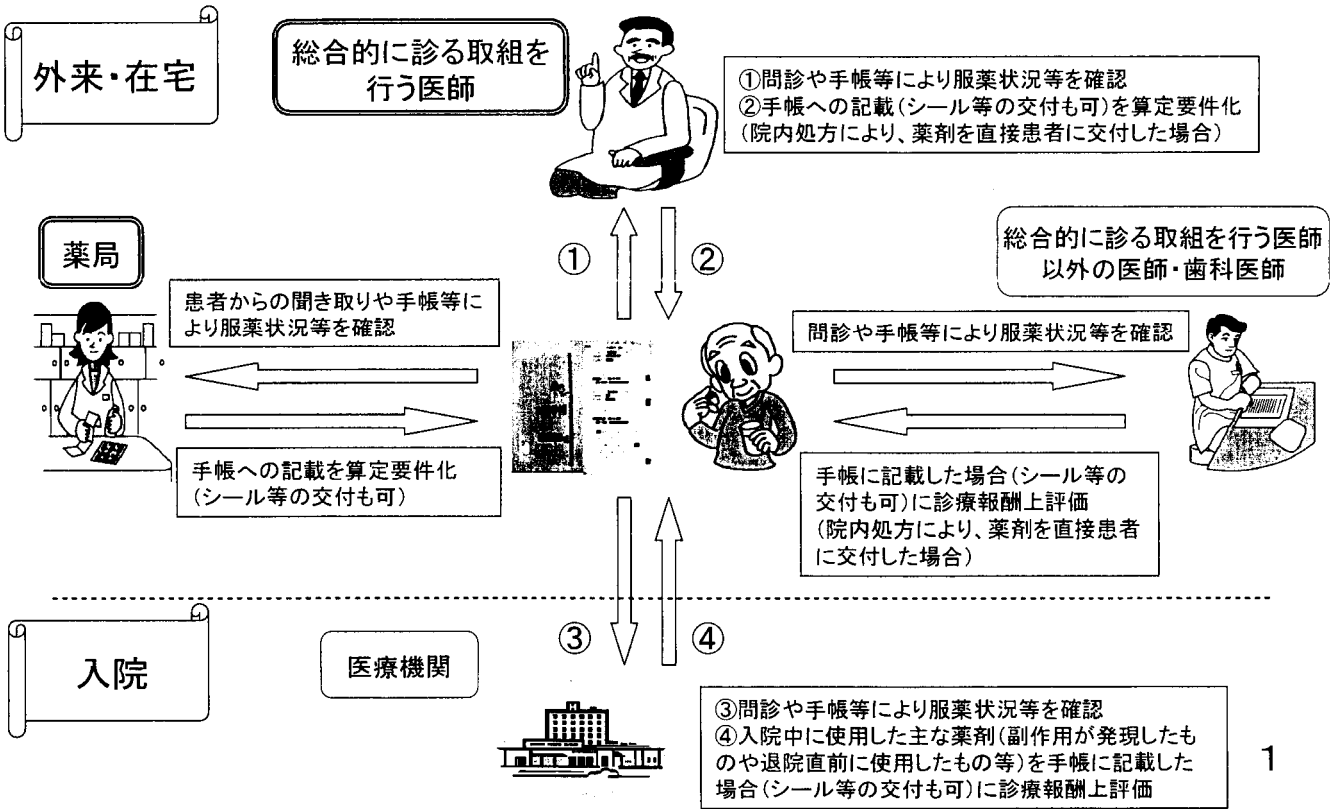
事例3 (一包化薬を服用中の患者が他院で錠剤シートの交付を受けた例)

- 医療機関Aで院外処方された薬剤については、処方医の指示により、薬局において一包化して交付していた。
- 別の疾患で他の医療機関Bを受診した際に、院内処方により複数の薬剤がシートのまま交付されたが、薬剤をいつ服用すべきか分からなくなるとして、薬局に相談。
- 医療機関Bの処方医に連絡し、了解を得た後に、医療機関Aの薬剤と併せて、服用時点ごとに一包化。服薬状況が改善。

薬局における服薬支援等について

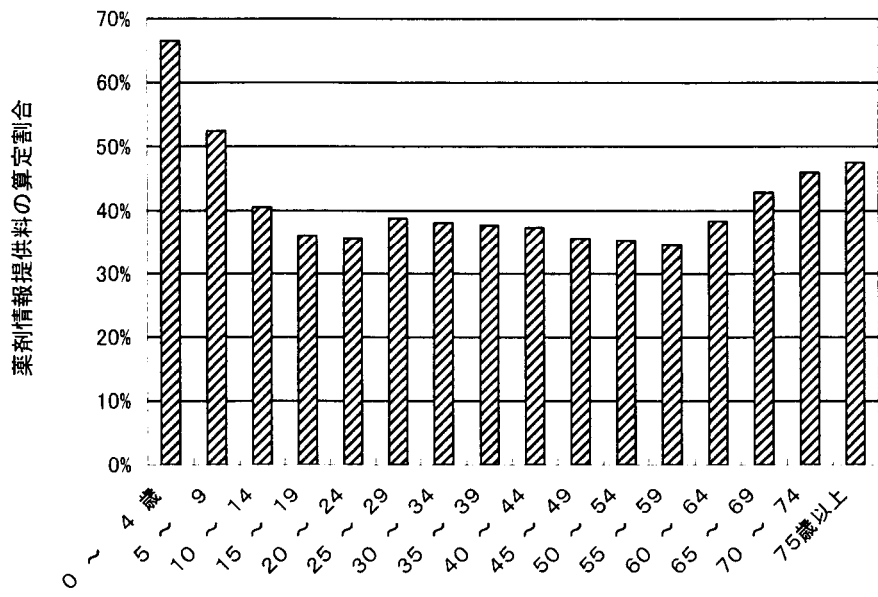
(参考資料)

後期高齢者医療における 問診やお薬手帳等による重複投薬等の防止



お薬手帳の活用状況

図表1 お薬手帳の活用状況



出典: 社会医療診療行為別調査