中央社会保険医療協議会 総会（第 547 回）　議事次第

令和５年６月 21 日(水）9:00～

議　題

〇部会・小委員会に属する委員の指名等について
〇診療報酬基本問題小委員会からの報告について
〇診療報酬改定結果検証部会からの報告について
〇保険医療材料専門部会からの報告について
〇薬価専門部会からの報告について
〇外来について（その１）

中医協　総－１
５．６．２１

中央社会保険医療協議会委員名簿

令和5年6月21日現在

代表区分	氏名	現役職名
１．健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	安藤　伸樹	全国健康保険協会理事長
	松本　真人	健康保険組合連合会理事
	佐保　昌一	日本労働組合総連合会総合政策推進局長
	高町　晃司	日本労働組合総連合会「患者本位の医療を確立する連絡会」委員
	眞田　享	日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理
	鈴木　順三	全日本海員組合組合長代行
	末松　則子	三重県鈴鹿市長
２．医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	長島　公之	日本医師会常任理事
	茂松　茂人	日本医師会副会長
	江澤　和彦	日本医師会常任理事
	池端　幸彦	日本慢性期医療協会副会長
	島　弘志	日本病院会副会長
	林　正純	日本歯科医師会副会長
	森　昌平	日本薬剤師会副会長
３．公益を代表する委員	飯塚　敏晃	東京大学大学院経済学研究科教授
	◎ 小塩　隆士	一橋大学経済研究所教授
	笠木　映里	東京大学大学院法学政治学研究科教授
	永瀬　伸子	お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系教授
	本田　文子	一橋大学大学院経済学研究科教授
	安川　文朗	京都女子大学データサイエンス学部教授
４．専門委員	羽田　健一郎	長野県長和町長
	吉川　久美子	日本看護協会常任理事
	上田　克彦	チーム医療推進協議会代表
	田村　文誉	日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック口腔リハビリテーション科教授
	赤名　正臣	エーザイ株式会社常務執行役
	石牟禮　武志	塩野義製薬株式会社渉外部長
	村井　泰介	株式会社バイタルケーエスケー・ホールディングス代表取締役社長
	守田　恭彦	ニプロ株式会社執行役員
	前田　桂	日本メドトロニック株式会社クラニアル＆スパイナルテクノロジーズバイスプレジデント
	青木　幸生	丸木医科器機株式会社参与

◎印：会長

総会名簿

令和5年6月21日現在

代表区分	氏名	現役職名
1．健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	安藤　伸樹	全国健康保険協会理事長
	松本　真人	健康保険組合連合会理事
	佐保　昌一	日本労働組合総連合会総合政策推進局長
	高町　晃司	日本労働組合総連合会「患者本位の医療を確立する連絡会」委員
	眞田　享	日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理
	鈴木　順三	全日本海員組合組合長代行
	末松　則子	三重県鈴鹿市長
2．医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	長島　公之	日本医師会常任理事
	茂松　茂人	日本医師会副会長
	江澤　和彦	日本医師会常任理事
	池端　幸彦	日本慢性期医療協会副会長
	島　弘志	日本病院会副会長
	林　正純	日本歯科医師会副会長
	森　昌平	日本薬剤師会副会長
3．公益を代表する委員	飯塚　敏晃	東京大学大学院経済学研究科教授
	◎ 小塩　隆士	一橋大学経済研究所教授
	笠木　映里	東京大学大学院法学政治学研究科教授
	永瀬　伸子	お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系教授
	本田　文子	一橋大学大学院経済学研究科教授
	安川　文朗	京都女子大学データサイエンス学部教授
4．専門委員	羽田　健一郎	長野県長和町長
	吉川　久美子	日本看護協会常任理事
	上田　克彦	チーム医療推進協議会代表
	田村　文誉	日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック口腔リハビリテーション科教授

◎印：会長

調査実施小委員会委員名簿（案）

令和5年6月21日現在

代表区分	氏名	現役職名
１．健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	安藤伸樹	全国健康保険協会理事長
	松本真人	健康保険組合連合会理事
	佐保昌一	日本労働組合総連合会総合政策推進局長
	眞田享	日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理
	鈴木順三	全日本海員組合組合長代行
２．医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	長島公之	日本医師会常任理事
	江澤和彦	日本医師会常任理事
	池端幸彦	日本慢性期医療協会副会長
	林正純	日本歯科医師会副会長
	森昌平	日本薬剤師会副会長
３．公益を代表する委員	飯塚敏晃	東京大学大学院経済学研究科教授
	小塩隆士	一橋大学経済研究所教授
	永瀬伸子	お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系教授
	本田文子	一橋大学大学院経済学研究科教授

◎印：小委員長

診療報酬基本問題小委員会委員名簿（案）

令和5年6月21日現在

代表区分	氏名	現役職名
1．健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	安藤伸樹	全国健康保険協会理事長
	松本真人	健康保険組合連合会理事
	佐保昌一	日本労働組合総連合会総合政策推進局長
	眞田享	日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理
	末松則子	三重県鈴鹿市長
2．医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	長島公之	日本医師会常任理事
	茂松茂人	日本医師会副会長
	島弘志	日本病院会副会長
	林正純	日本歯科医師会副会長
	森昌平	日本薬剤師会副会長
3．公益を代表する委員	飯塚敏晃	東京大学大学院経済学研究科教授
	◎ 小塩隆士	一橋大学経済研究所教授
	笠木映里	東京大学大学院法学政治学研究科教授
	永瀬伸子	お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系教授
	本田文子	一橋大学大学院経済学研究科教授
	安川文朗	京都女子大学データサイエンス学部教授
4．専門委員	吉川久美子	日本看護協会常任理事

◎印：小委員長

診療報酬改定結果検証部会委員名簿（案）

令和5年6月21日現在

代表区分	氏名	現役職名
１．公益を代表する委員	飯塚敏晃	東京大学大学院経済学研究科教授
	小塩隆士	一橋大学経済研究所教授
	笠木映里	東京大学大学院法学政治学研究科教授
	◎ 永瀬伸子	お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系教授
	本田文子	一橋大学大学院経済学研究科教授
	安川文朗	京都女子大学データサイエンス学部教授

◎印：部会長　○印：部会長代理

薬価専門部会委員名簿（案）

令和5年6月21日現在

代表区分	氏名	現役職名
１．健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	安藤伸樹	全国健康保険協会理事長
	松本真人	健康保険組合連合会理事
	佐保昌一	日本労働組合総連合会総合政策推進局長
	眞田享	日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理
２．医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	長島公之	日本医師会常任理事
	江澤和彦	日本医師会常任理事
	林正純	日本歯科医師会副会長
	森昌平	日本薬剤師会副会長
３．公益を代表する委員	小塩隆士	一橋大学経済研究所教授
	笠木映里	東京大学大学院法学政治学研究科教授
	本田文子	一橋大学大学院経済学研究科教授
	安川文朗	京都女子大学データサイエンス学部教授
４．専門委員	赤名正臣	エーザイ株式会社常務執行役
	石牟禮武志	塩野義製薬株式会社渉外部長
	村井泰介	株式会社バイタルケーエスケー・ホールディングス代表取締役社長

◎印：部会長　○印：部会長代理

保険医療材料専門部会委員名簿

令和5年4月26日現在

代表区分	氏名	現役職名
１．健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	松本　真人 佐保　昌一 眞田　　享 末松　則子	健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会総合政策推進局長 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 三重県鈴鹿市長
２．医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	茂松　茂人 島　　弘志 林　　正純 森　　昌平	日本医師会副会長 日本病院会副会長 日本歯科医師会副会長 日本薬剤師会副会長
３．公益を代表する委員	飯塚　敏晃 笠木　映里 ○　永瀬　伸子 安川　文朗	東京大学大学院経済学研究科教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授 お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系教授 京都女子大学データサイエンス学部教授
４．専門委員	守田　恭彦 前田　　桂 青木　幸生	ニプロ株式会社執行役員 日本メドトロニック株式会社クラニアル＆スパイナルテクノロジーズバイスプレジデント 丸木医科器機株式会社参与

◎印：部会長　○印：部会長代理

費用対効果評価専門部会委員名簿

令和5年4月26日現在

代表区分	氏名	現役職名
1．健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	安藤 伸樹	全国健康保険協会理事長
	松本 真人	健康保険組合連合会理事
	高町 晃司	日本労働組合総連合会「患者本位の医療を確立する連絡会」委員
	眞田 享	日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理
	鈴木 順三	全日本海員組合組合長代行
	末松 則子	三重県鈴鹿市長
2．医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	長島 公之	日本医師会常任理事
	江澤 和彦	日本医師会常任理事
	池端 幸彦	日本慢性期医療協会副会長
	島 弘志	日本病院会副会長
	林 正純	日本歯科医師会副会長
	森 昌平	日本薬剤師会副会長
3．公益を代表する委員	◎ 飯塚 敏晃	東京大学大学院経済学研究科教授
	小塩 隆士	一橋大学経済研究所教授
	笠木 映里	東京大学大学院法学政治学研究科教授
	安川 文朗	京都女子大学データサイエンス学部教授
4．専門委員	赤名 正臣	エーザイ株式会社常務執行役
	石牟禮 武志	塩野義製薬株式会社渉外部長
	守田 恭彦	ニプロ株式会社執行役員
	前田 桂	日本メドトロニック株式会社クラニアル＆スパイナルテクノロジーズバイスプレジデント

◎印：部会長　○印：部会長代理

＜参考人＞

・福田　敬（国立保健医療科学院保健医療経済評価研究センター長）

・池田 俊也（国際医療福祉大学教授）

中医協　総－２	中医協　診－１	診調組　入－１
５．６．２１	５．６．２１	５．６．８

令和４年度調査結果（速報）概要

令和５年６月８日

１　調査の概要・回収の状況について

令和4年度調査全体の概要①

○ 調査方法：調査は原則として調査票の配布・回収により実施する。

○ 調査票：対象施設に対して「施設調査票」、「病棟調査票」、「治療室調査票」、「患者票」、「医療従事者票」を配布する。

※患者票は、入院患者票、退棟患者票及び補助票で構成される。患者票の調査対象は、調査日の入院患者から、医療機関側で無作為に3分の1抽出していただき決定する。

※医療従事者票は、医師票、病棟看護管理者票、薬剤部責任者票で構成される。調査対象は、1施設あたり医師2～8名（病床規模に応じて）、病棟看護管理者5名、薬剤部責任者1名を、医療機関側で抽出していただき決定する。

○ 調査対象施設：調査の対象施設は、施設区分毎に整理した調査票の対象施設群から、無作為に抽出する。

○ 調査負担軽減のため、施設調査票及び患者票の一部については、診療実績データ（DPCデータ）での代替提出を可能とする。

調査項目	各項目において調査対象となる施設
(1)一般病棟入院基本料等における「重症度、医療・看護必要度」の施設基準等の見直しの影響について（その1）	一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、特定集中治療室管理料、小児特定集中治療室管理料等の届出を行っている医療機関
(2)特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について	
(3)地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件等の見直しの影響について	地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている医療機関
(4)療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について	療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料等の届出を行っている医療機関
(5)新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向けた評価等について（その1）	感染対策向上加算、外来感染対策向上加算、急性期充実体制加算、重症患者対応体制強化加算の届出を行っている医療機関等
(6)医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等について	病院勤務医・看護職員の負担軽減に資する取組を要件とする項目を届け出ている医療機関等
(7)外来医療に係る評価等について（その1）	情報通信機器を用いた診療、生活習慣病管理料、外来腫瘍化学療法診療料等の届出等を行っている医療機関

調査対象施設の区分に応じて、次頁の通りA票からF票に整理

令和4年度調査全体の概要②

中医協 総－2
４．１０．２６

中医協 診－1
４．１０．２６

診調組 入－1（改）
４．１０．１２

調査票	関連する調査項目	調査対象となる施設	対象施設数
A票	(1)一般病棟入院基本料等における「重症度、医療・看護必要度」の施設基準等の見直しの影響について（その1） (2)特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について (5)新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向けた評価等について（その1） (6)医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等について	一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、特定集中治療室管理料、小児特定集中治療室管理料、小児入院医療管理料、感染対策向上加算、急性期充実体制加算、重症患者対応体制強化加算等の届出を行っている医療機関	約2,000施設
B票	(3)地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件等の見直しの影響について (5)新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向けた評価等について（その1）	地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料等の届出を行っている医療機関	約1,600施設
C票	(4)療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について (5)新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向けた評価等について（その1）	療養病棟入院基本料の届出を行っている医療機関	約1,600施設
D票	(4)療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について (5)新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向けた評価等について（その1） (6)医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等について	障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料、特殊疾患入院医療管理料、緩和ケア病棟入院料等の届出を行っている医療機関	約800施設
E票	(5)新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向けた評価等について（その1） (7)外来医療に係る評価等について（その1）	情報通信機器を用いた診療、生活習慣病管理料、外来腫瘍化学療法診療料、外来感染対策向上加算等の届出等を行っている医療機関	約2,200施設
F票	(7)外来医療に係る評価等について（その1）	（一般の方へのWeb調査）	（約1,000人）

令和４年度調査の回収状況

○令和4年度入院・外来医療等における実態調査の回収状況

	調査の対象施設群（届出入院料等）	調査対象施設数	回収施設数（回収率）	病棟票	治療室票	患者票	退棟患者票	治療室患者票	医師票	病棟看護管理者	薬剤部責任者
入院	急性期一般入院基本料等	2,000	875（43.8%）	2,863	824	25,076	13,568	1,026	2,330	2,013	670
入院	地域一般入院基本料、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料等	1,600	745（46.6%）	859	-	7,138	1,855	-	-	-	-
入院	療養病棟入院基本料	1,600	597（37.3%）	520	-	5,005	703	-	-	-	-
入院	障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料等	800	249（31.1%）	259	-	2,445	440	-	387	433	191
入院	（入院総計）	6,000	2,466（41.1%）	4,501	824	39,664	16,566	1,026	2,717	2,446	861
外来	情報通信機器を用いた診療、生活習慣病管理料、外来腫瘍化学療法診療料、外来感染対策向上加算等の届出等を行っている病院及び診療所	2,200	823（37.4%）	-	-	1,416	-	-	-	-	-

	調査の対象	調査対象人数	回収人数（回収率）
一般	オンライン調査	2,000	2,000（100.0%）

（参考）令和2年度入院医療等における実態調査の回収状況

	調査の対象施設群（届出入院料等）	調査対象施設数	回収施設数（回収率）	病棟票	患者票	退棟患者票
入院	急性期一般入院基本料等	1,900	942（49.6%）	2,428	23,285	10,782
入院	地域一般入院基本料、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料等	1,900	824（43.4%）	691	6,872	1,223
入院	療養病棟入院基本料	1,600	573（35.8%）	367	4,202	509
入院	障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料等	800	343（42.9%）	254	2,989	257
入院	（総計）	6,200	2,682（43.3%）	3,740	37,348	12,771

２　調査結果について

1. 共通項目

2. 令和4年度各調査項目

（1）一般病棟入院基本料等における「重症度、医療・看護必要度」の施設基準等の見直しの影響について

（2）特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について

（3）地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件等の見直しの影響について

（4）療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について

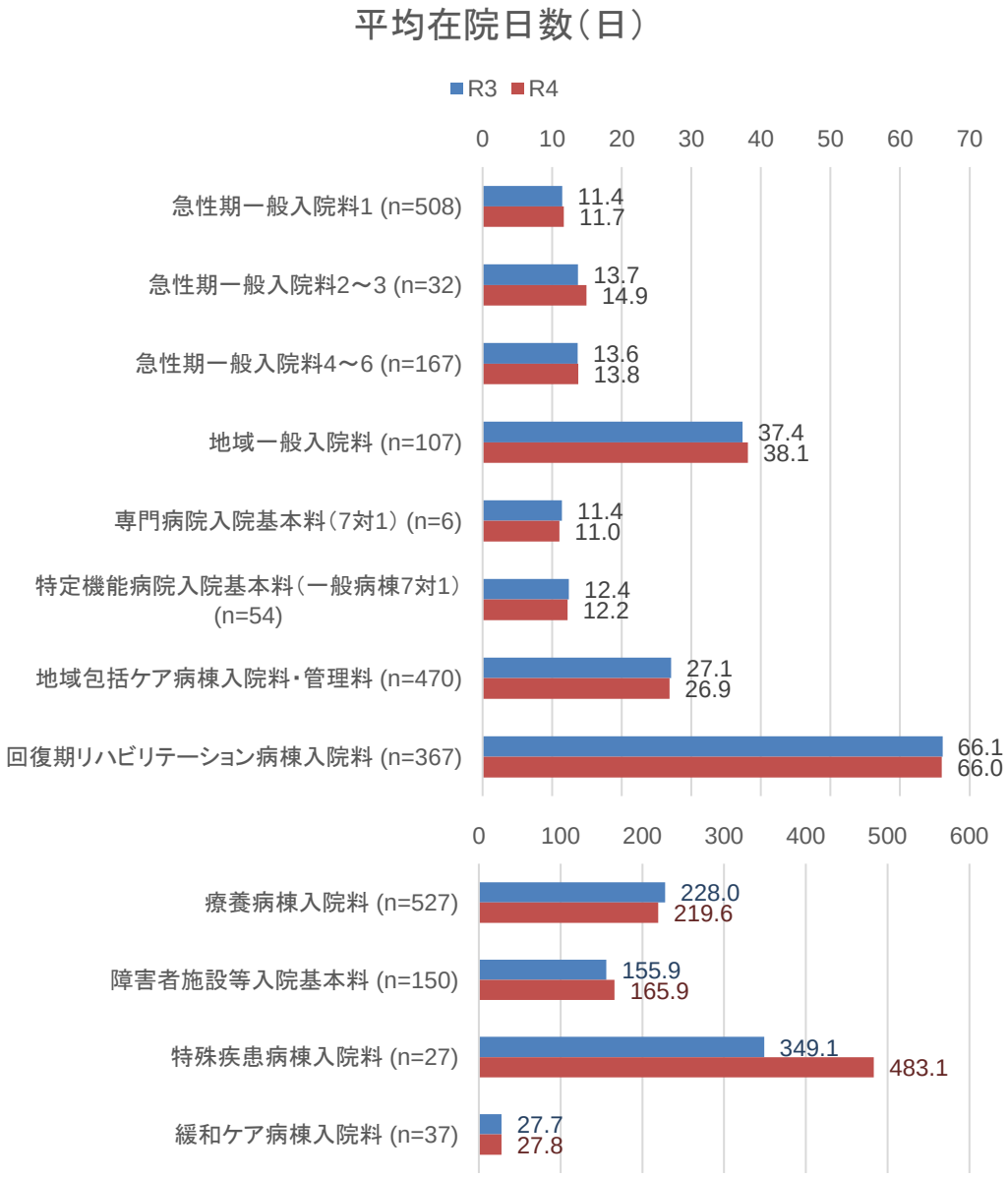
（5）新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向けた評価等について

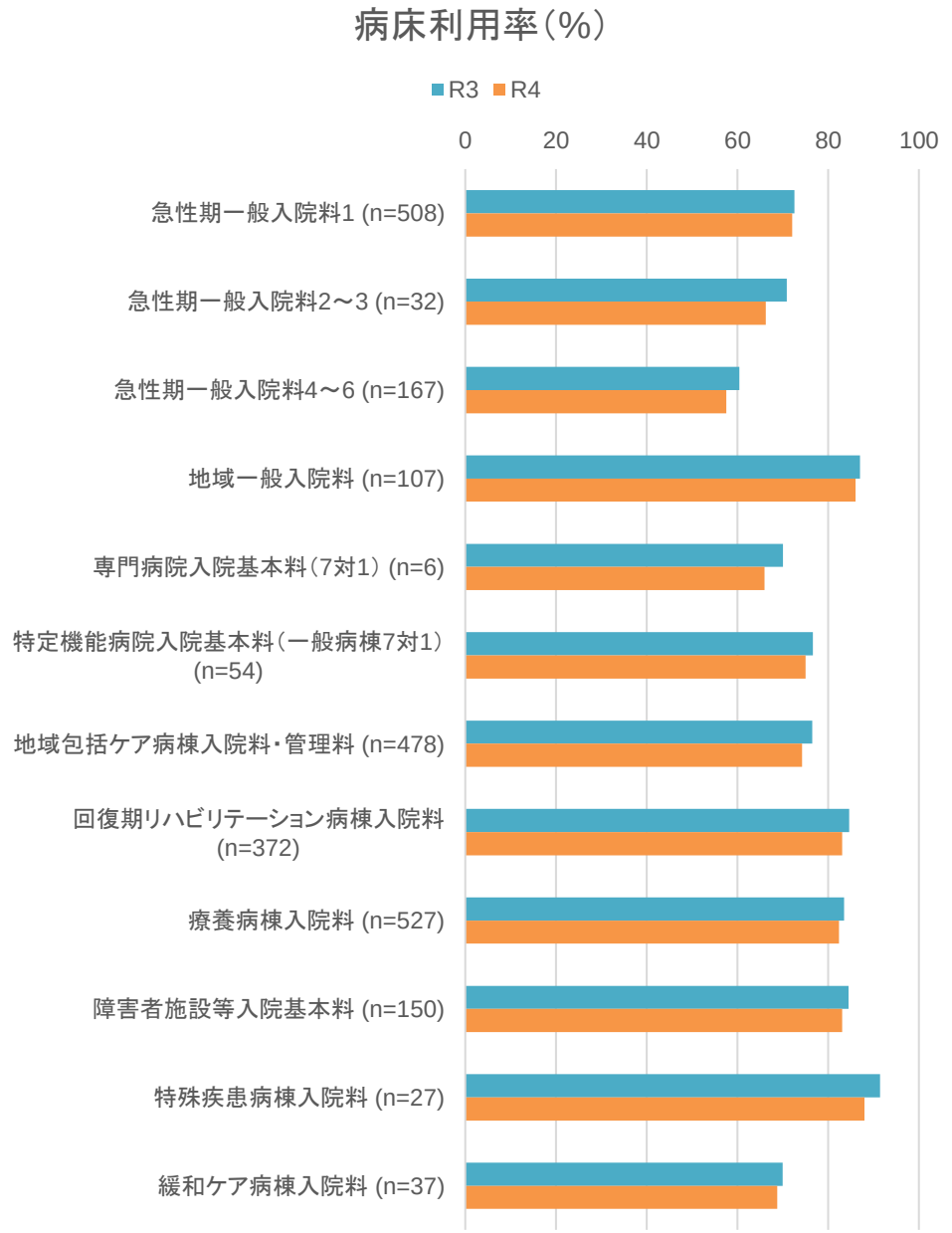
（6）医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等について

（7）外来医療に係る評価等について

3. その他の調査結果

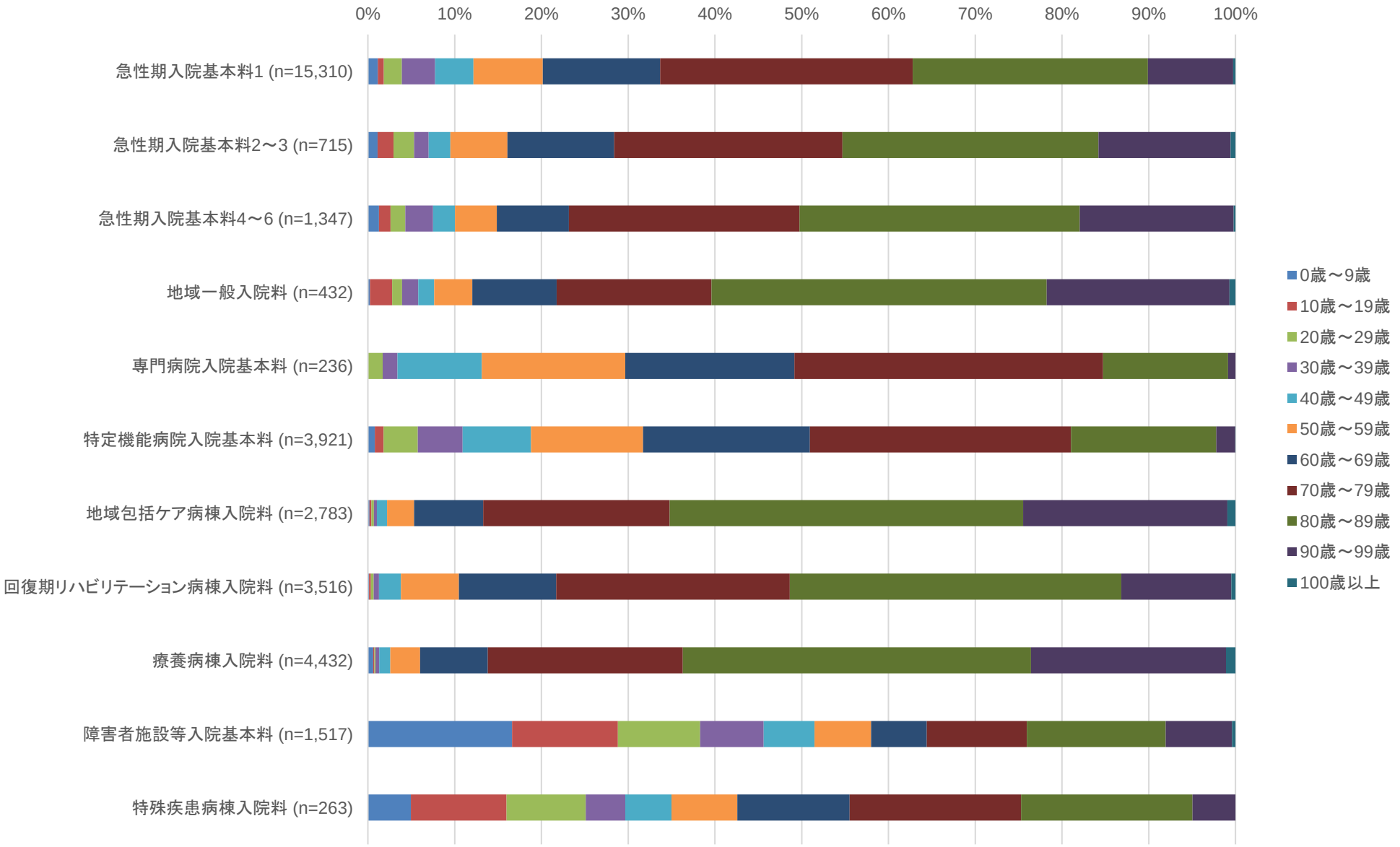
入院料ごとの平均在院日数及び病床利用率





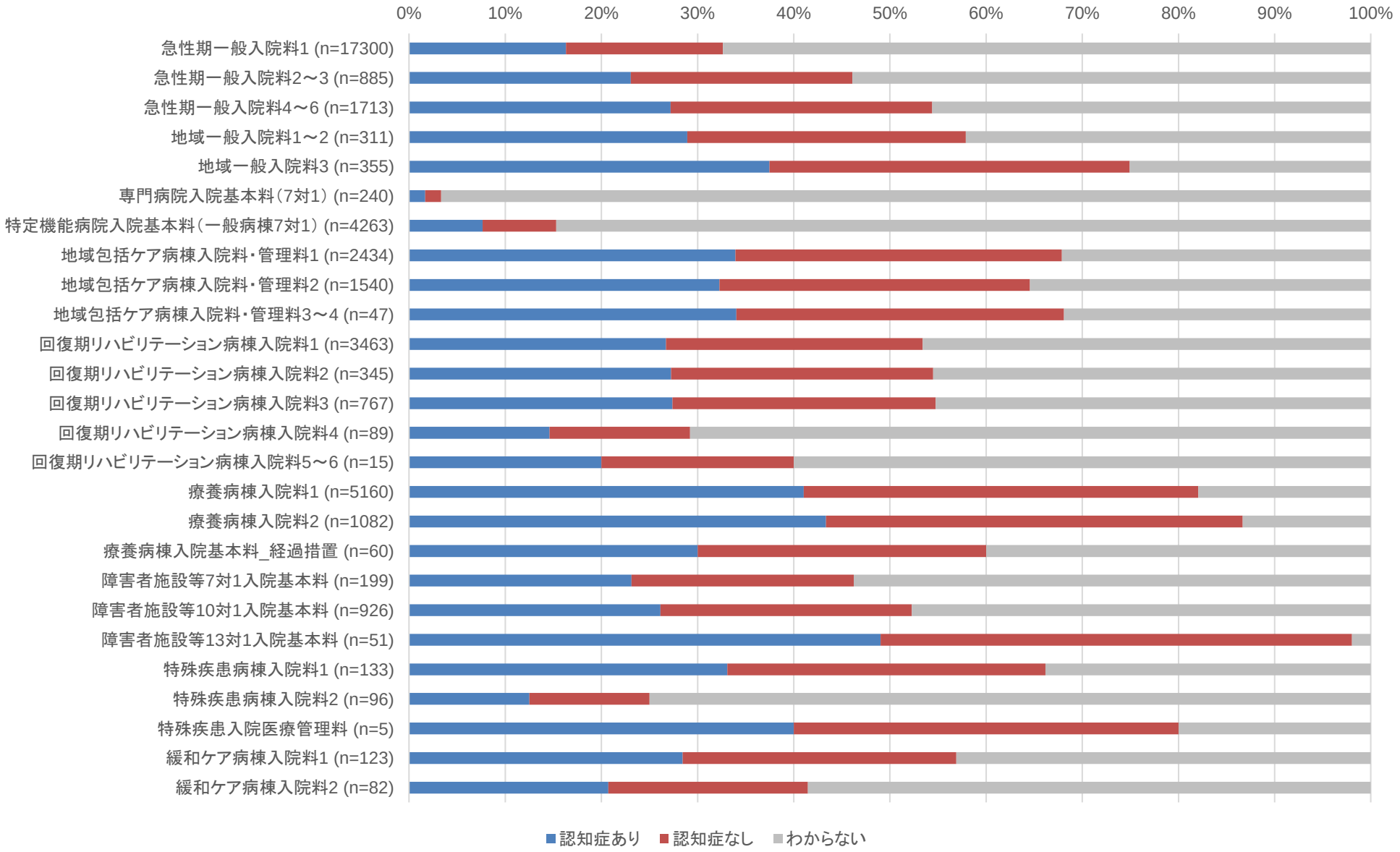
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）※各年8～10月

入院料ごとの年齢階級別分布



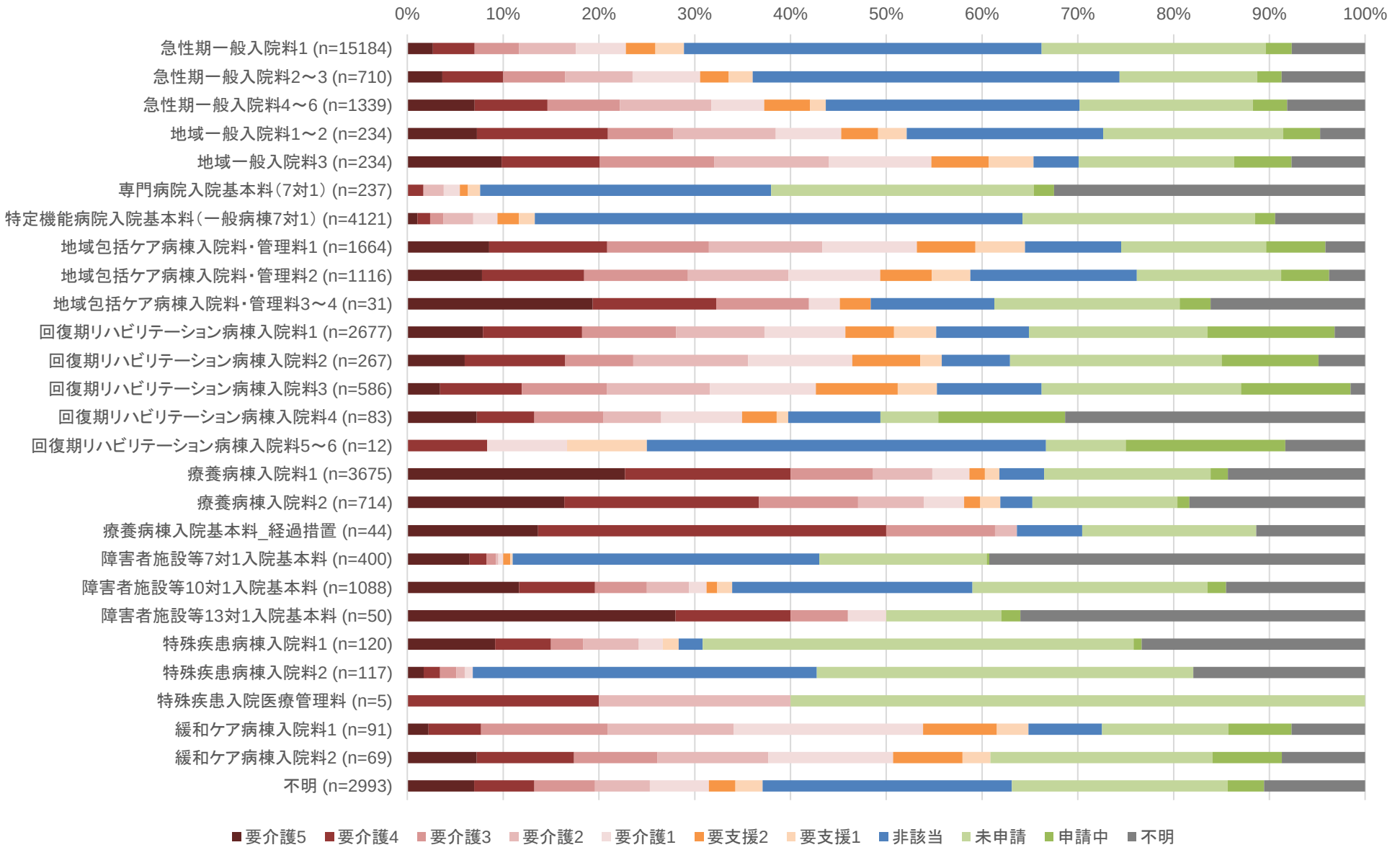
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

入院料ごとの認知症の有無



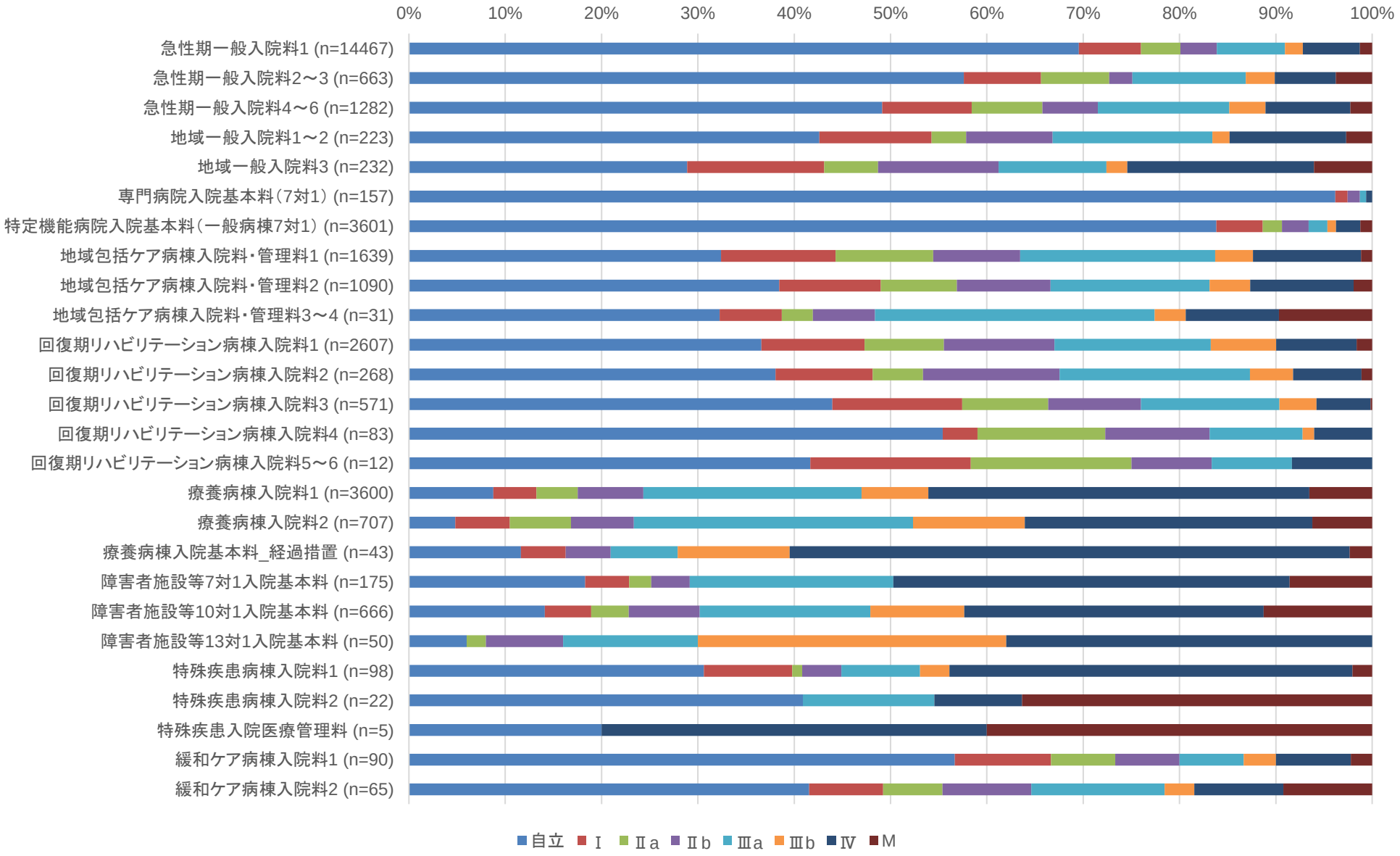
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

入院料ごとの要介護度別の患者割合



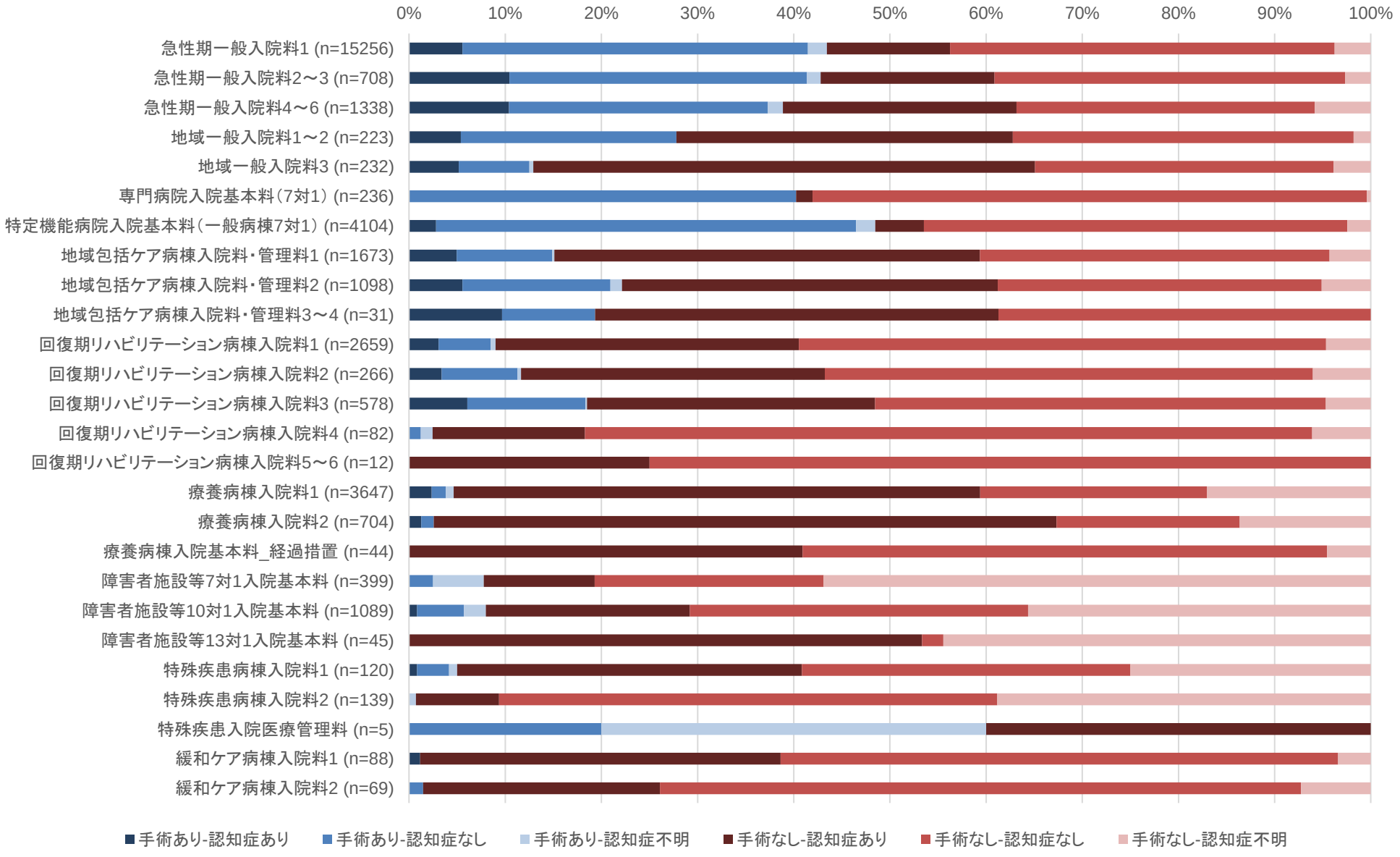
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

入院料ごとの認知症高齢者の日常生活自立度別の患者割合



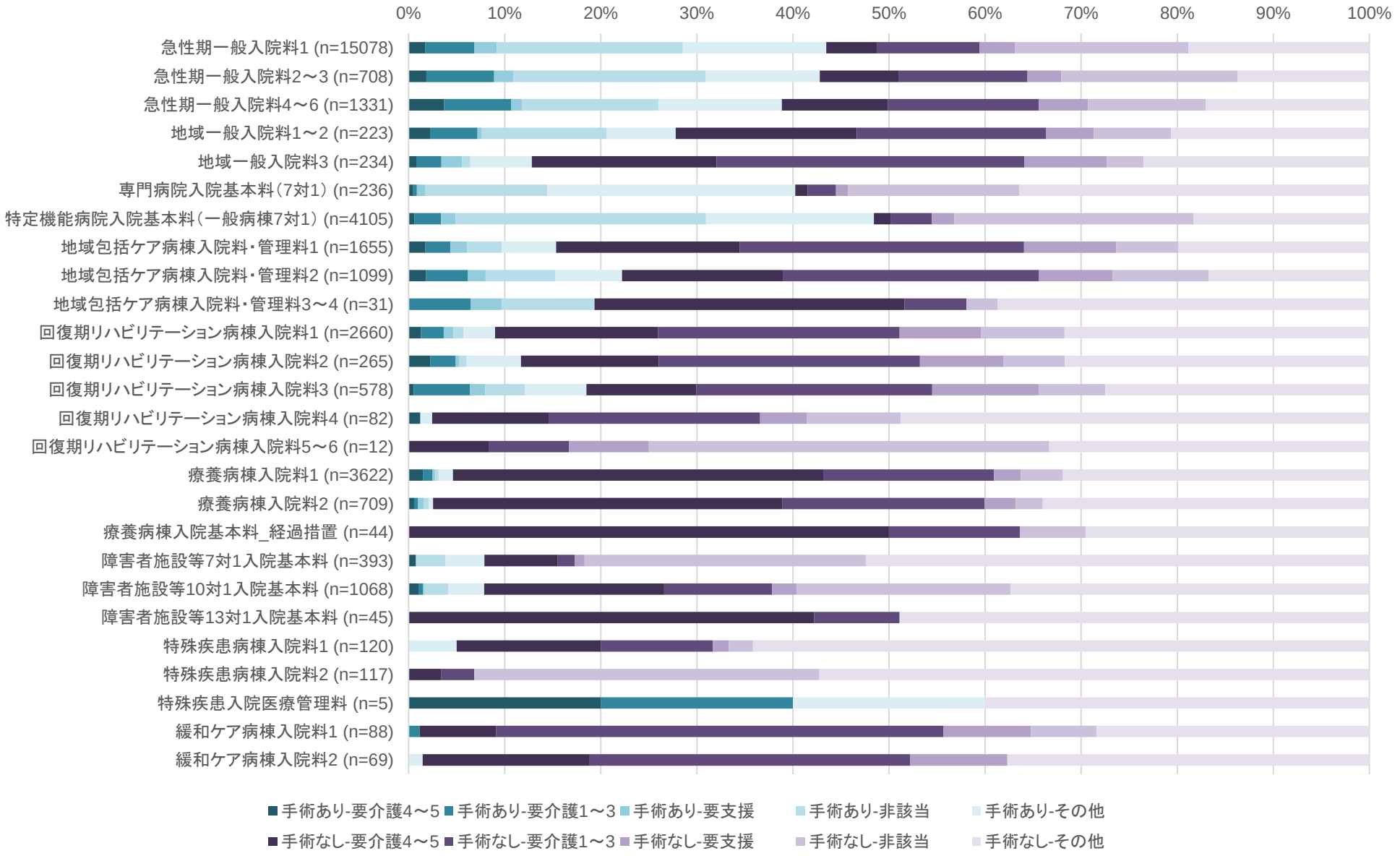
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

入院料ごとの手術実施と認知症の状況



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

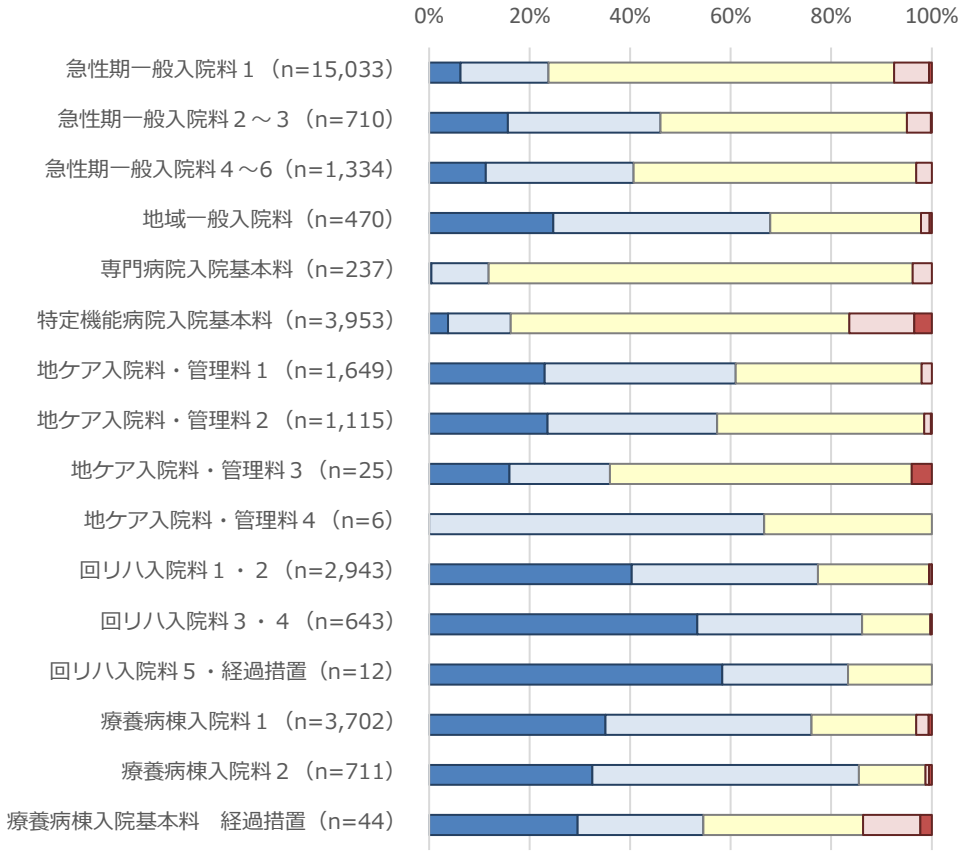
入院料ごとの手術実施と要介護度の状況



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

入院料ごとの患者の受療状況等

■医師による診察（処置、判断含む）の頻度・必要性

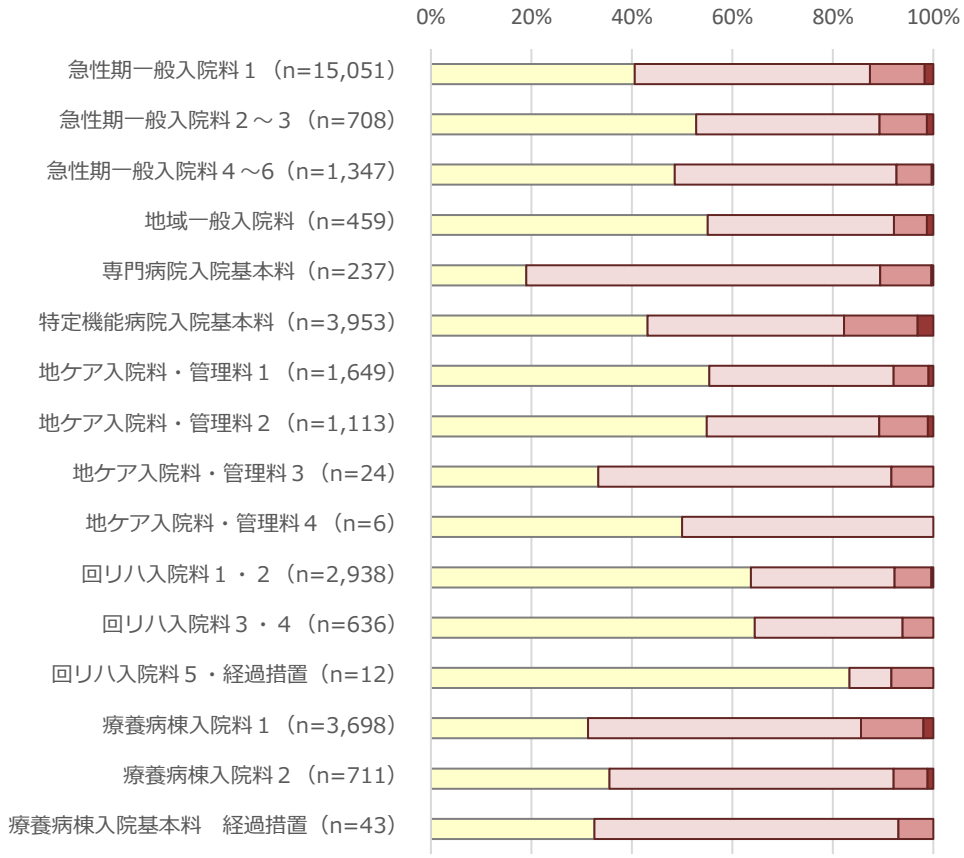


■ ①週１回程度以下、医師による診察（処置、判断含む）が必要

■ ②週２～３回、医師による診察（処置、判断含む）が必要

□ ③毎日、医師による診察（処置、判断含む）が必要

■看護師による直接の看護提供の頻度・必要性



□ ①１日１～３回の観察および管理が必要

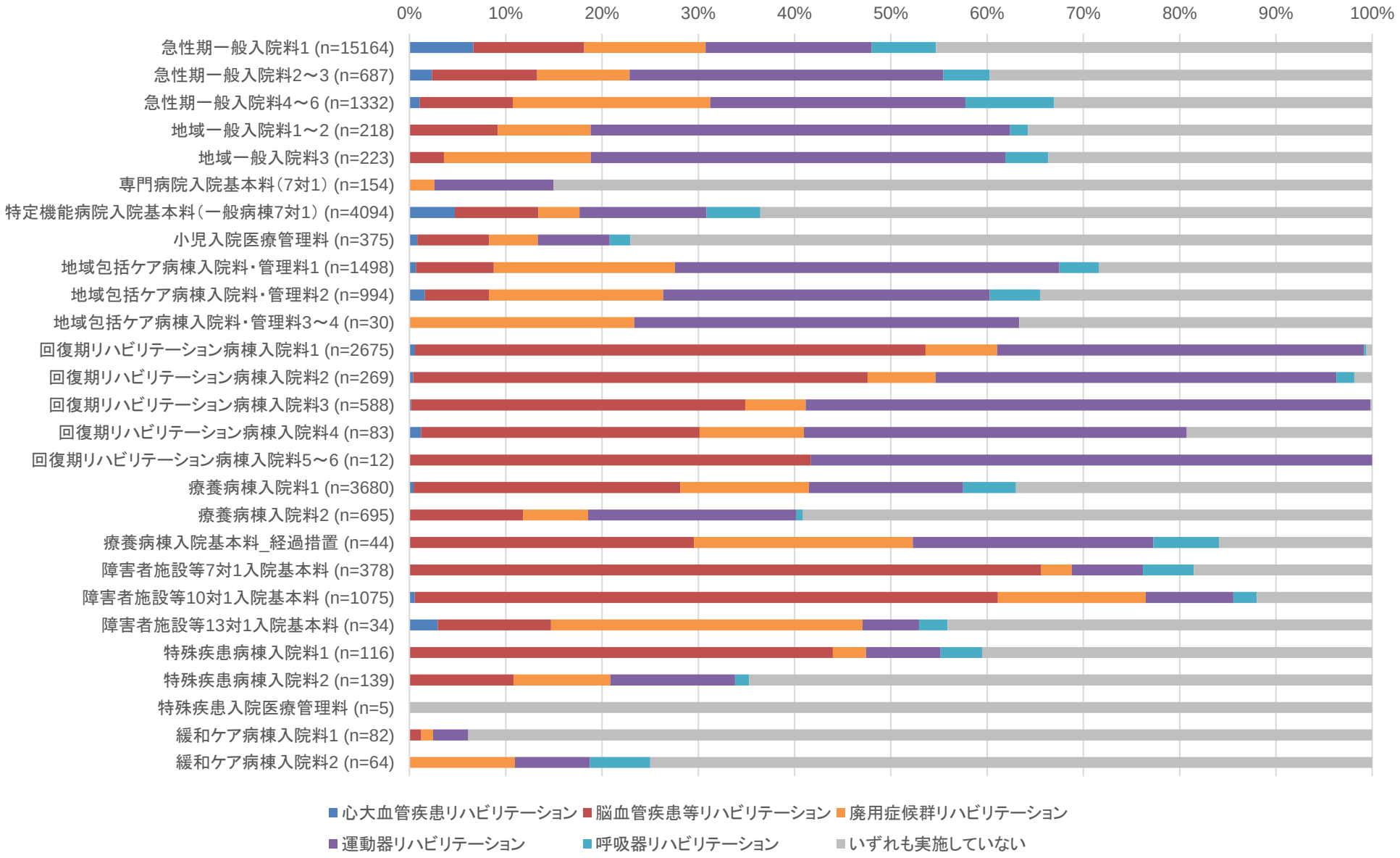
■ ②１日４～８回の観察および管理が必要

■ ③ ②を超えた頻繁な観察および管理が必要

■ ④ ③を超えた常時の観察および管理が必要（24時間心電図モニター装着による観察のみの場合は含まない）

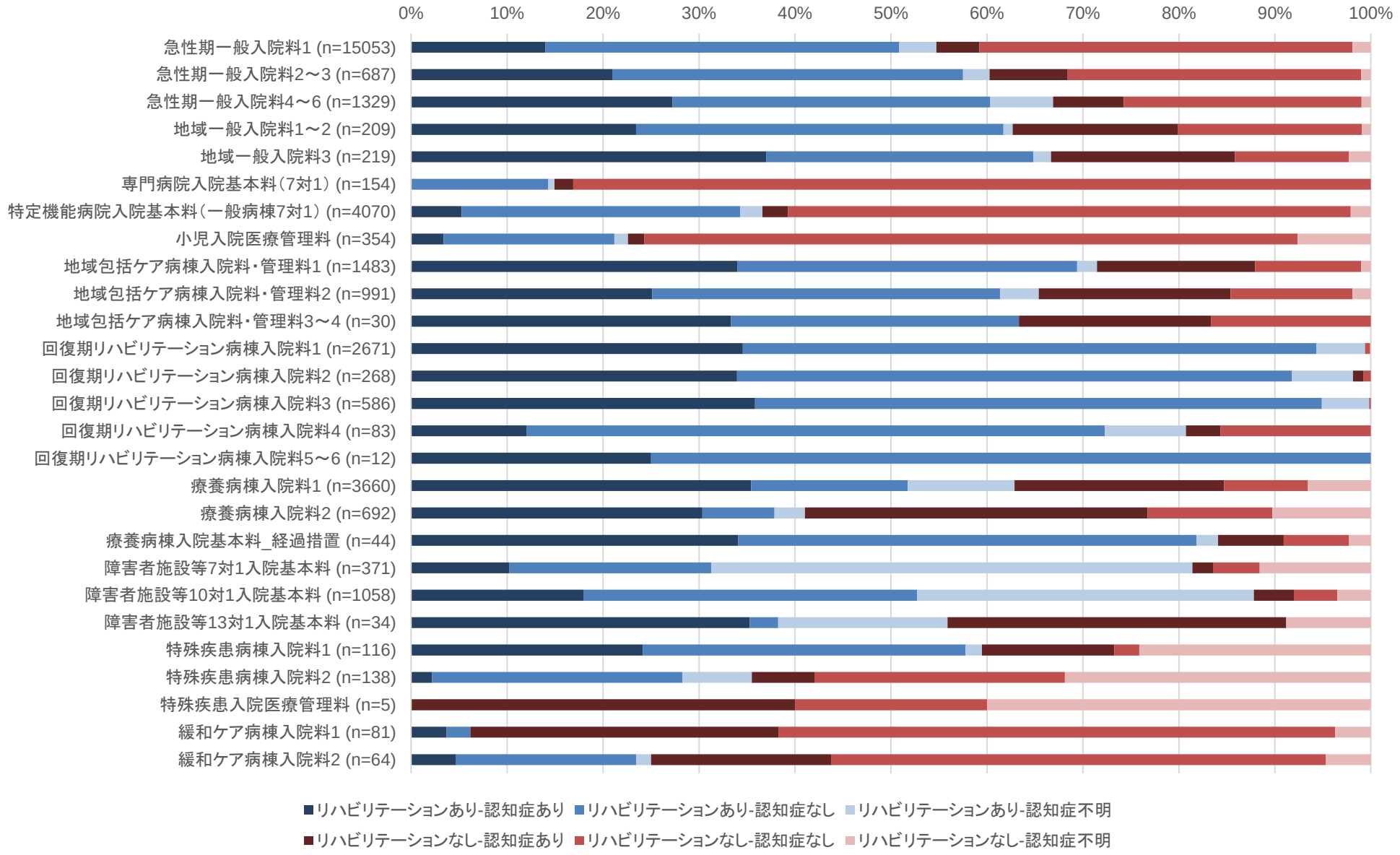
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

入院料ごとの疾患別リハビリテーションの実施状況



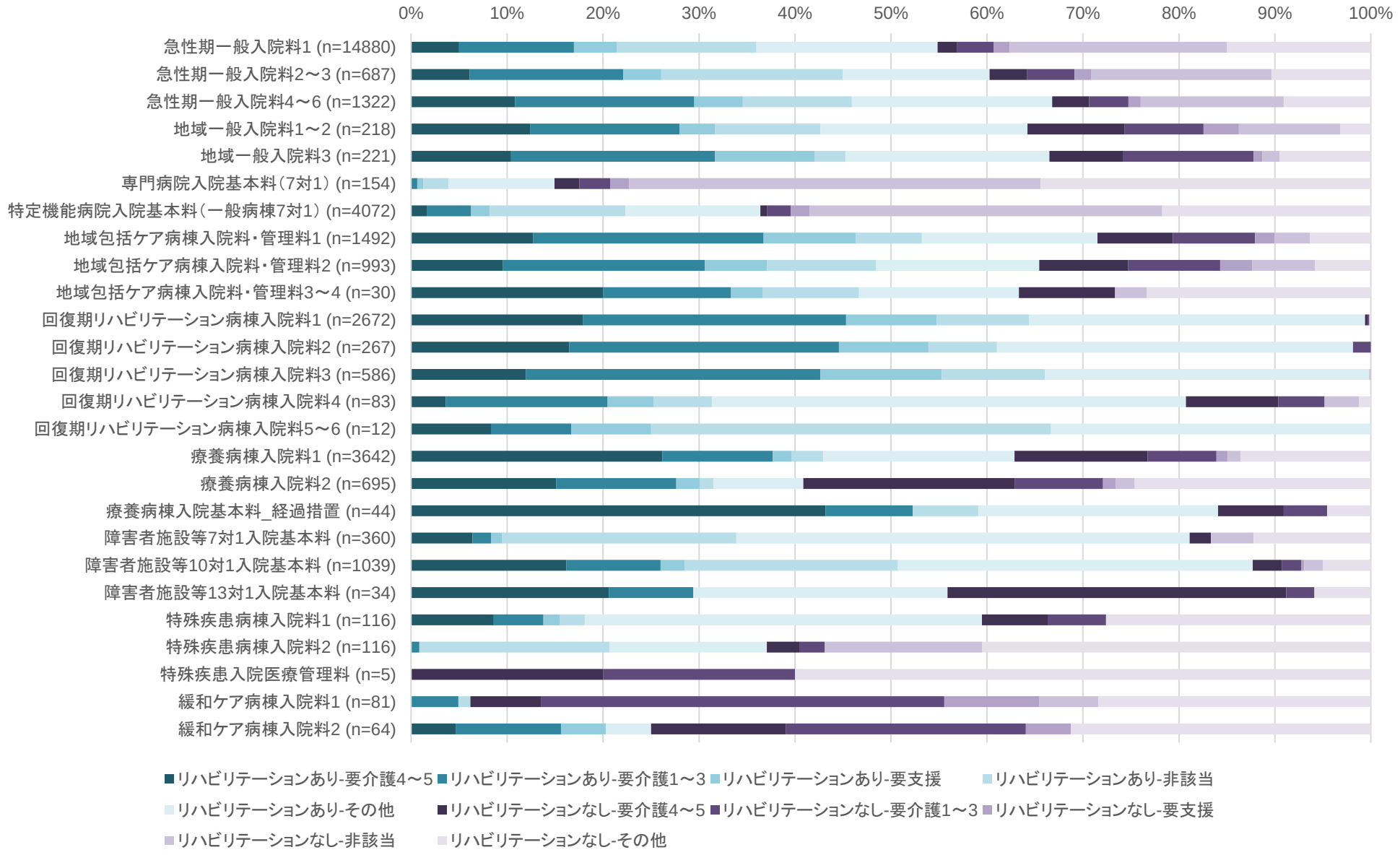
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

入院料ごとの疾患別リハビリテーションの実施と認知症の状況



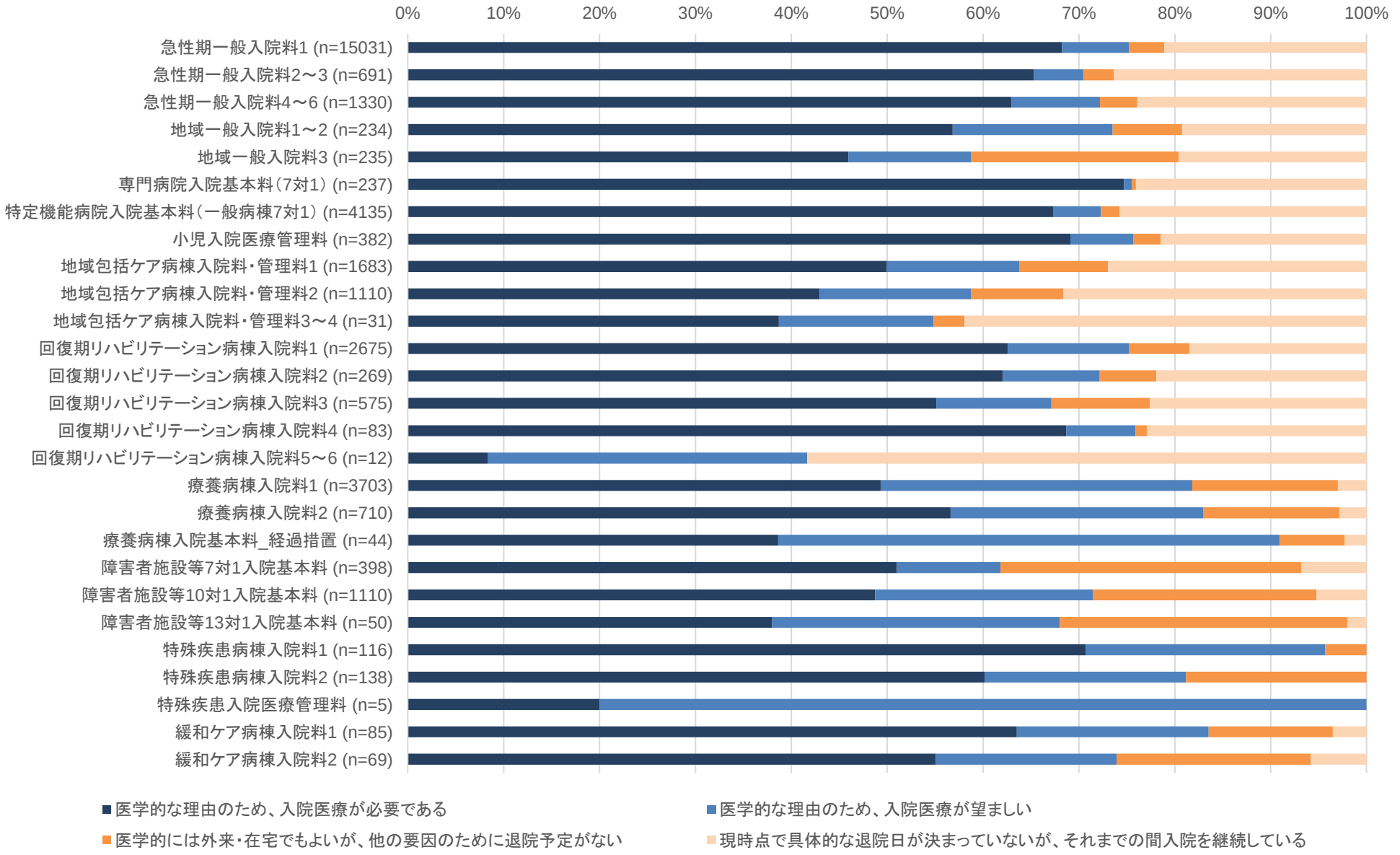
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

入院料ごとの疾患別リハビリテーションの実施と要介護度の状況



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

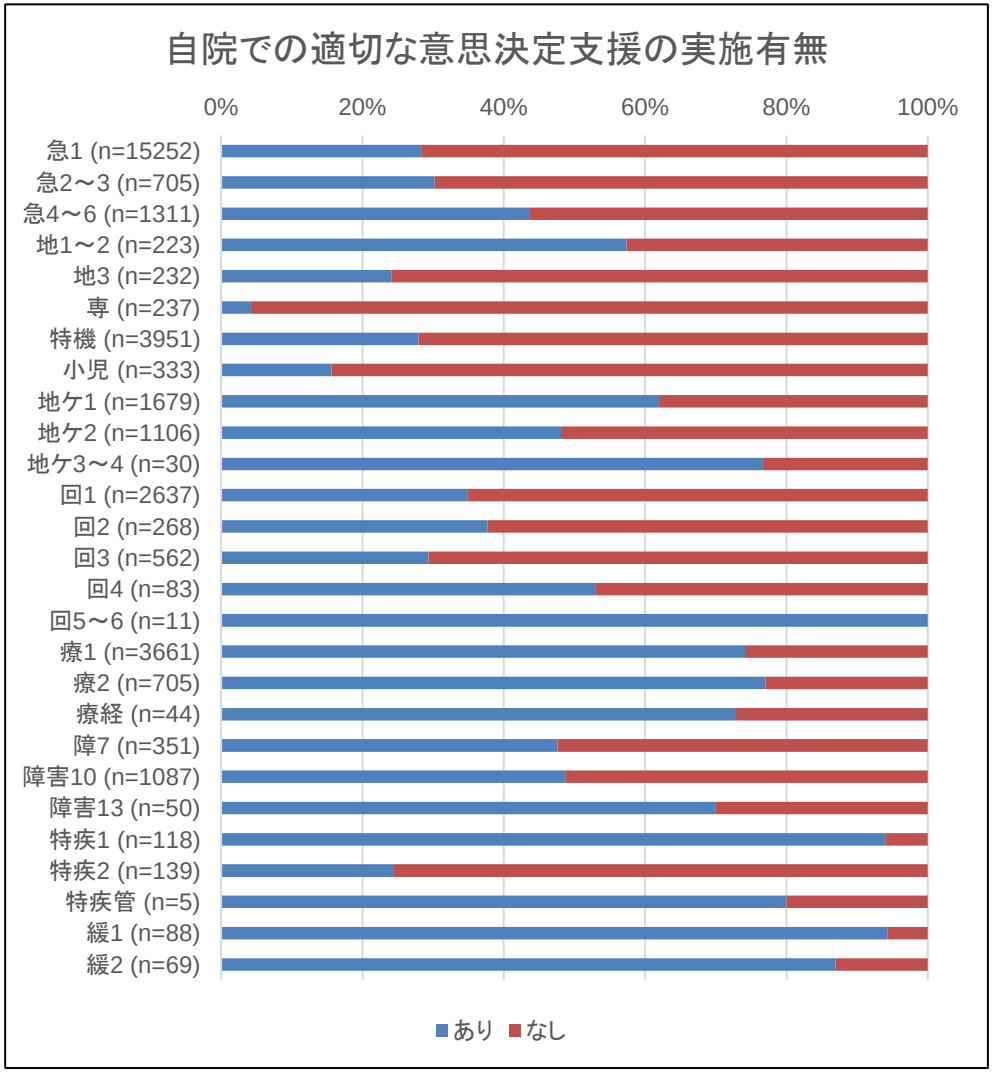
入院料ごとの入院継続の理由

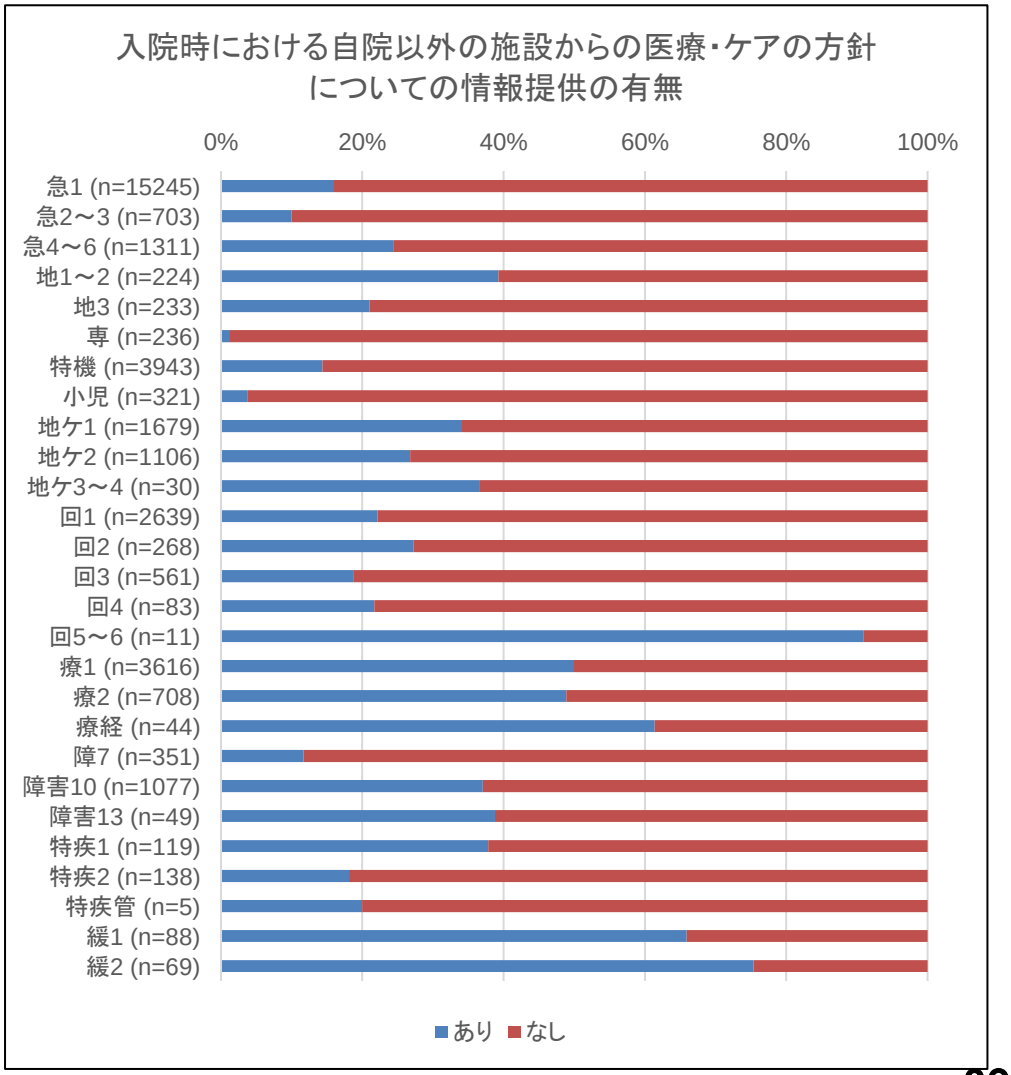


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

人生の最終段階の意思決定支援について

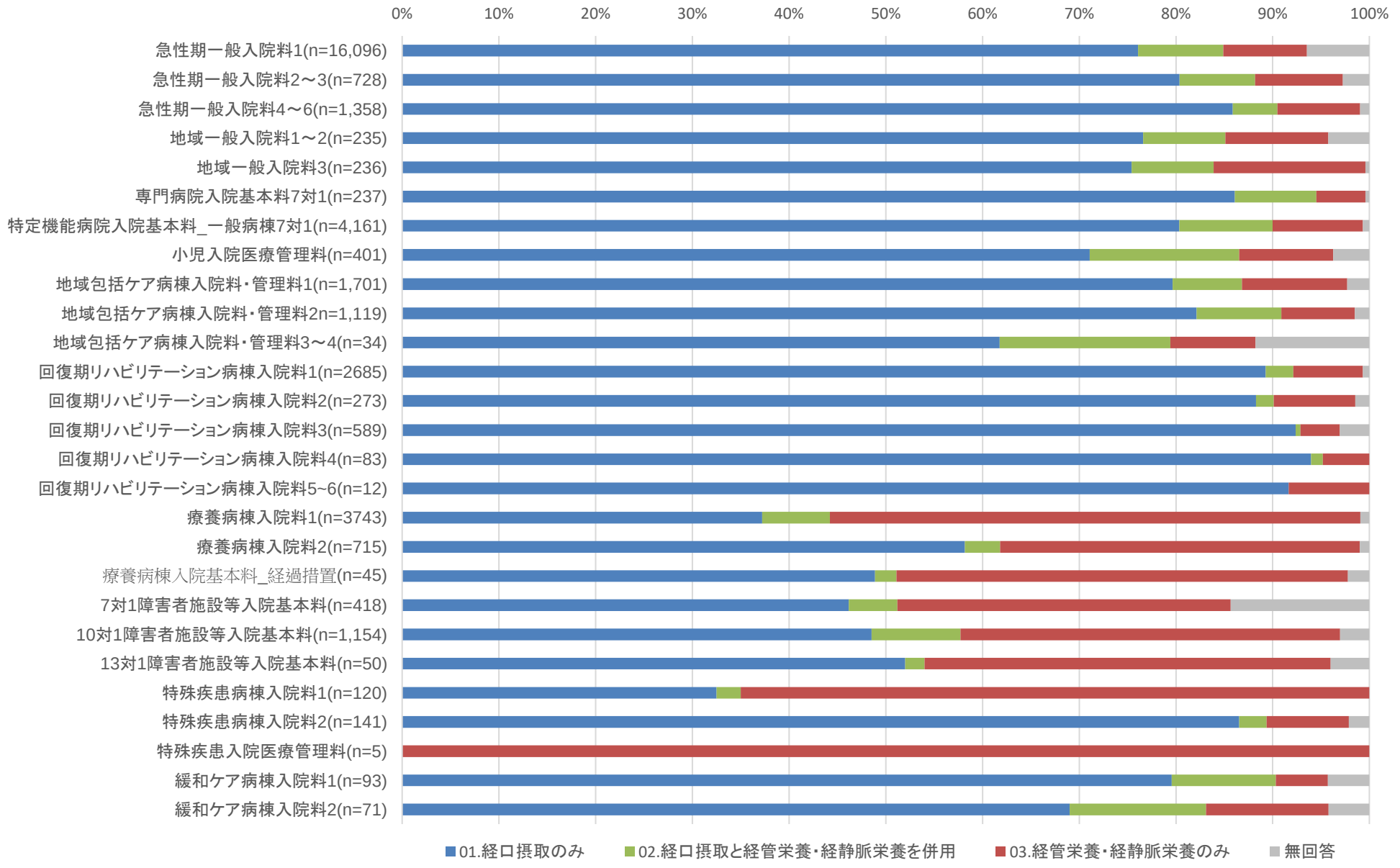
○ 療養病棟・特殊疾患病棟・緩和ケア病棟での意思決定支援実施率が高く、急性期病棟に比べて、地域包括ケア病棟での実施率が高い傾向があった。
○ また、緩和ケア病棟・療養病棟を除いて、他施設からの医療・ケア方針に関する情報提供の割合は多くなかった。





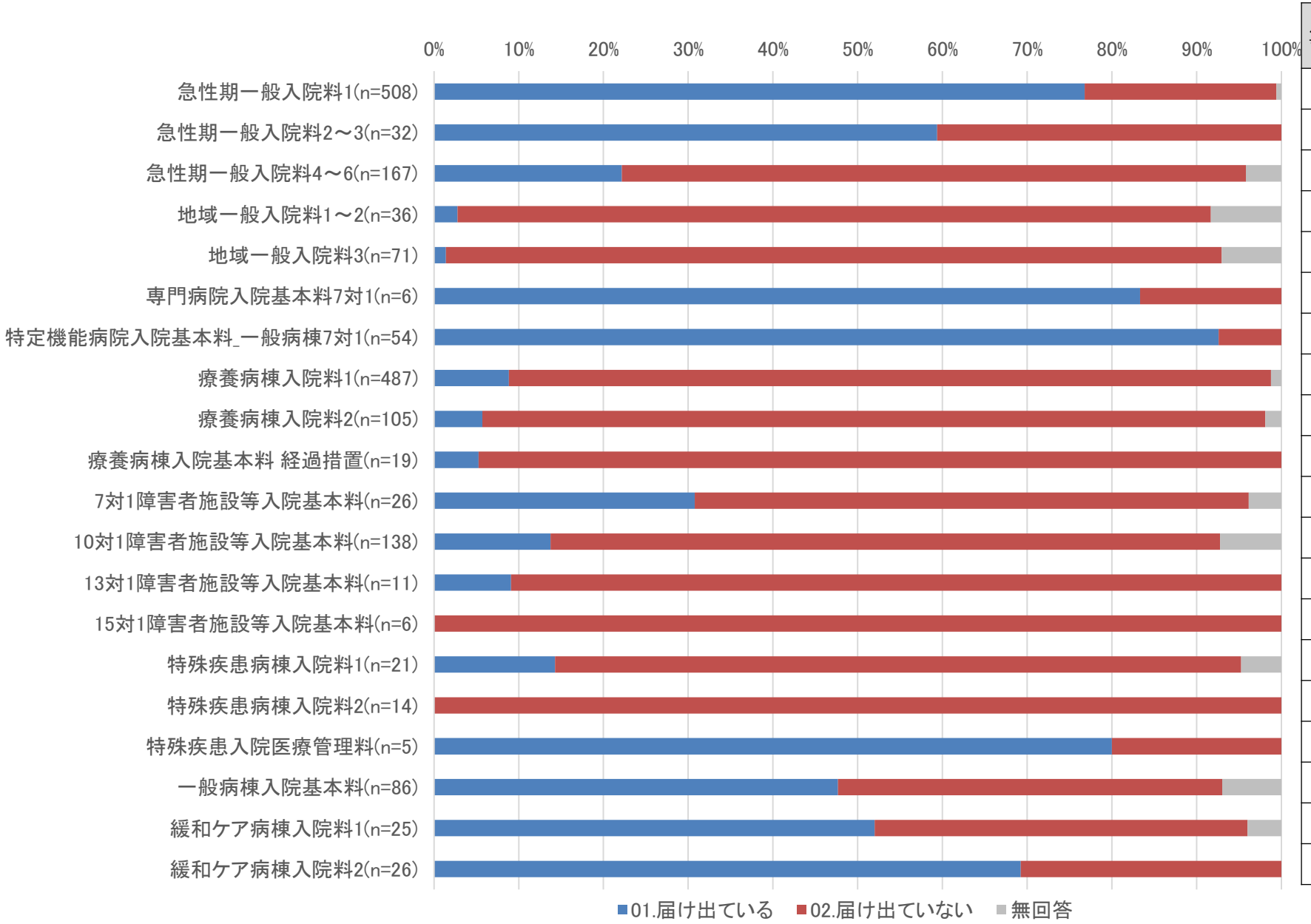
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

入院料ごとの栄養摂取の状況



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

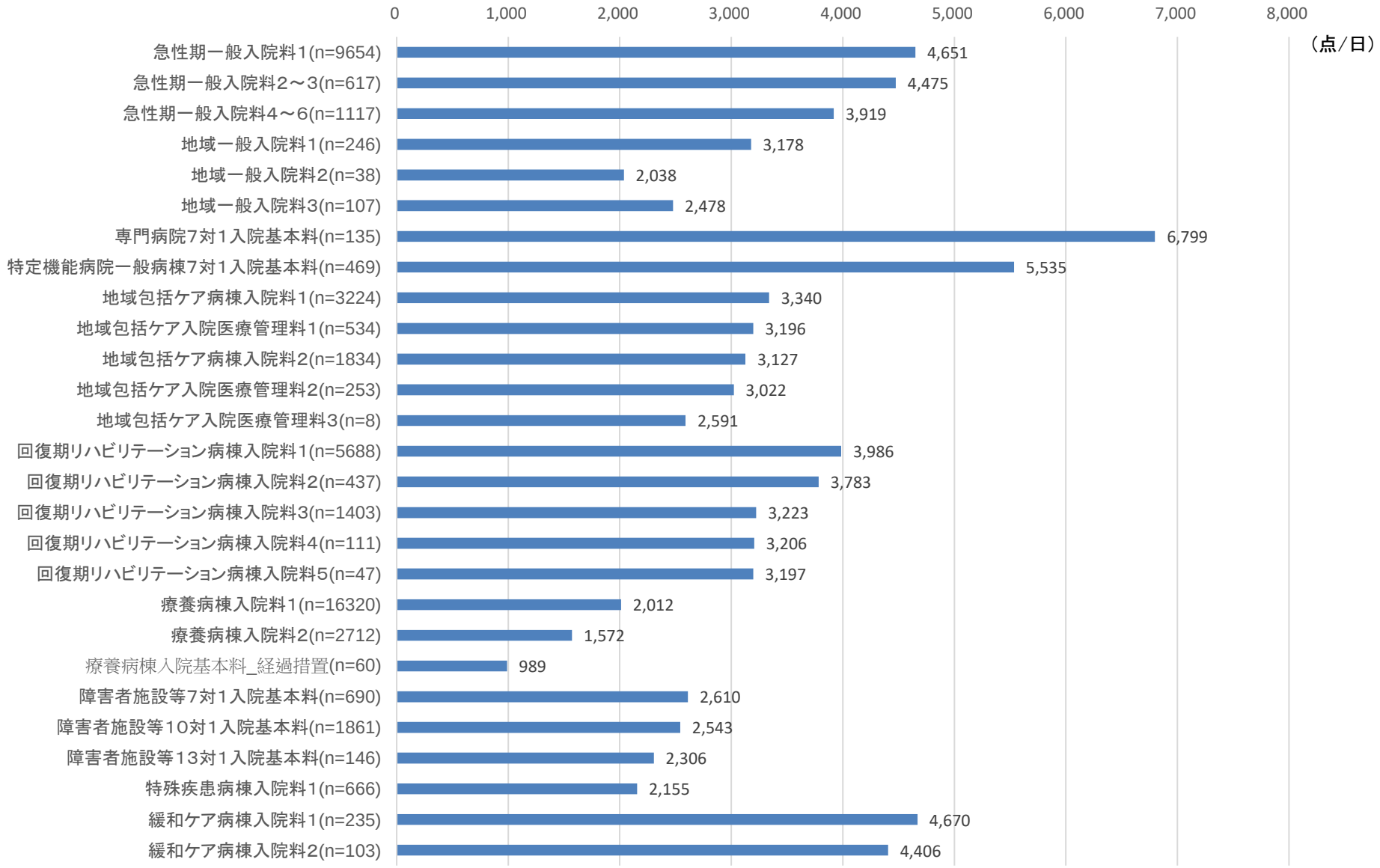
入院料ごとの栄養サポートチーム加算の届出状況



	届出施設 算定件数（中央値）（R4.10 1か月）
急性期一般入院料1(n=508)	32.0
急性期一般入院料2～3(n=32)	26.0
急性期一般入院料4～6(n=167)	16.0
地域一般入院料1～2(n=36)	–
地域一般入院料3(n=71)	15.0
専門病院入院基本料7対1(n=6)	41.0
特定機能病院入院基本料_一般病棟7対1(n=54)	47.5
療養病棟入院料1(n=487)	16.0
療養病棟入院料2(n=105)	4.0
療養病棟入院基本料 経過措置(n=19)	3.0
7対1障害者施設等入院基本料(n=26)	22.5
10対1障害者施設等入院基本料(n=138)	12.0
13対1障害者施設等入院基本料(n=11)	–
15対1障害者施設等入院基本料(n=6)	–
特殊疾患病棟入院料1(n=21)	9.0
特殊疾患病棟入院料2(n=14)	–
特殊疾患入院医療管理料(n=5)	21.5
一般病棟入院基本料(n=86)	21.0
緩和ケア病棟入院料1(n=25)	25.0
緩和ケア病棟入院料2(n=26)	21.0

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

入院料ごとの１日当たりのレセプト請求点数



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）、DPCデータ、レセプトデータ

1. 共通項目

2. 令和4年度各調査項目

（1）一般病棟入院基本料等における「重症度、医療・看護必要度」の施設基準等の見直しの影響について

（2）特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について

（3）地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件等の見直しの影響について

（4）療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について

（5）新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向けた評価等について

（6）医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等について

（7）外来医療に係る評価等について

3. その他の調査結果

令和４年度調査

診調組　入－１
４．１０．１２

（１）一般病棟入院基本料等における「重症度、医療・看護必要度」の施設基準等の見直しの影響について（その１）

【附帯意見（抜粋）】

２　一般病棟入院基本料や高度急性期医療に係る評価、地域で急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等、入院料の評価の在り方等について引き続き検討すること。

４　DPC／PDPS、短期滞在手術等基本料について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、医療の質の向上と標準化に向け、診療実態を踏まえた更なる包括払いの在り方について引き続き検討すること。

【関係する改定内容】

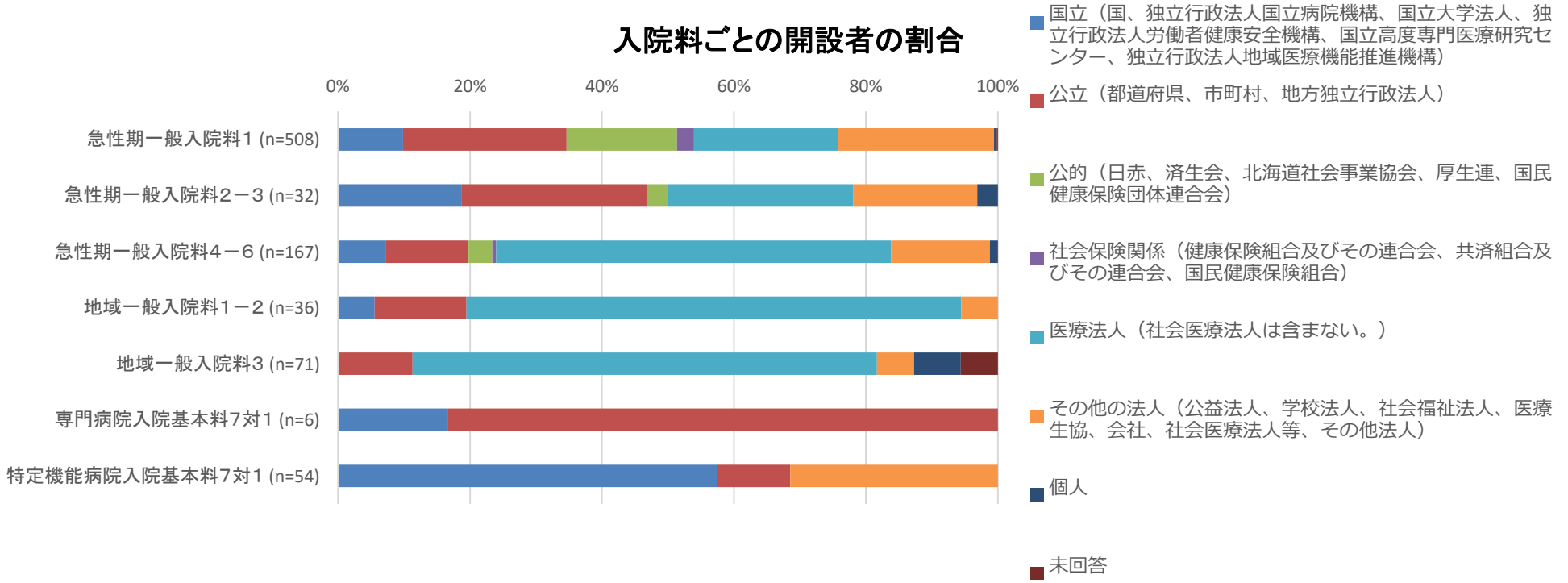
①一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目及び判定基準の見直し
②一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合に係る施設基準の見直し
③一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化
④短期滞在手術等基本料の要件及び評価の見直し

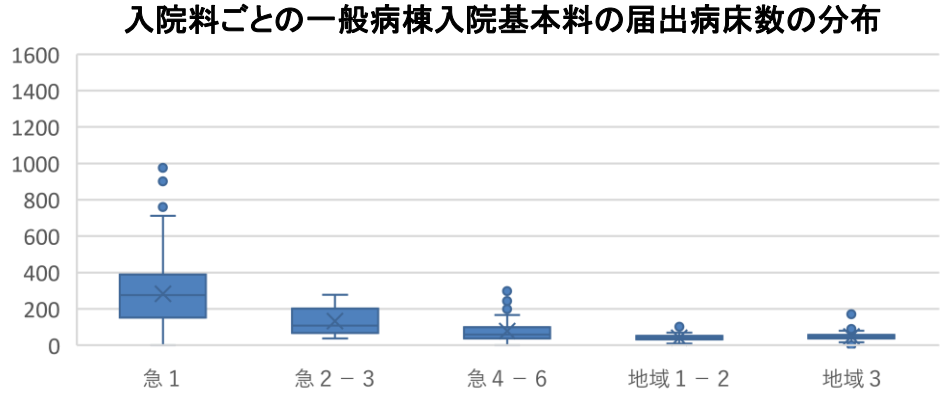
【調査内容案】

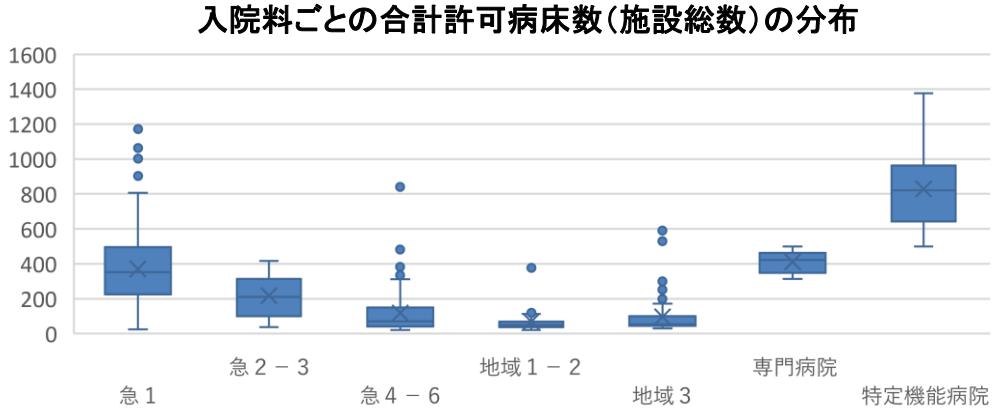
調査対象：一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料等の届出を行っている医療機関

調査内容：（１）各医療機関における入院料の届出状況、職員体制、勤務状況
（２）重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の状況、急性期充実体制加算の届出状況
（３）各入院料等における患者の状態、医療提供内容、平均在院日数、入退院支援、退院先の状況 等

一般病棟入院基本料等の届出施設における開設者の割合等





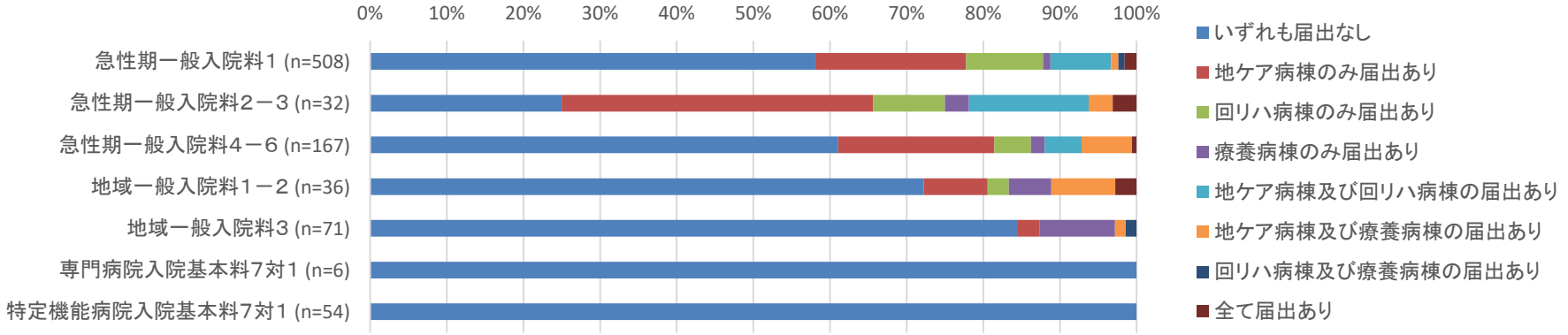


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

一般病棟入院基本料等の届出施設における他の入院料の届出状況

	入院料	急性期一般入院料1	急性期一般入院料2～3	急性期一般入院料4～6	地域一般入院料1～2	地域一般入院料3	専門病院入院基本料（7対1）	特定機能病院入院基本料（一般7対1）
施設数		508	32	167	82	90	6	54
届出率	療養病棟入院基本料	4.3%	9.4%	9.0%	6.1%	7.8%	0.0%	0.0%
	結核病棟入院基本料	6.9%	3.1%	2.4%	0.0%	1.1%	0.0%	0.0%
	精神病棟入院基本料	10.0%	0.0%	0.6%	0.0%	8.9%	0.0%	1.9%
	小児入院医療管理料	55.5%	9.4%	7.2%	0.0%	1.1%	0.0%	92.6%
	回復期リハビリテーション病棟入院料	18.9%	28.1%	9.0%	19.5%	10.0%	0.0%	1.9%
	地域包括ケア病棟入院料	11.0%	21.9%	14.4%	48.8%	16.7%	0.0%	0.0%
	障害者施設等入院基本料	4.1%	3.1%	3.6%	3.7%	2.2%	0.0%	1.9%
	特殊疾患病棟入院料	0.2%	9.4%	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	緩和ケア病棟入院料	20.9%	3.1%	2.4%	0.0%	0.0%	66.7%	11.1%
	救命救急入院料	23.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	55.6%
	ICU入院医療管理料	45.1%	3.1%	1.8%	1.2%	0.0%	16.7%	96.3%
	HCU入院医療管理料	47.8%	50.0%	10.2%	1.2%	0.0%	83.3%	55.6%
	SCU入院医療管理料	13.2%	18.8%	4.2%	0.0%	0.0%	0.0%	31.5%
	PICU入院医療管理料	1.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	NICU入院医療管理料	24.2%	3.1%	1.2%	0.0%	0.0%	0.0%	87.0%
	MFICU入院医療管理料	7.7%	3.1%	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	63.0%

入院料ごとの地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟及び療養病棟の届出の組み合わせ



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

一般病棟入院基本料等を算定する病棟の平均職員数（40床あたり）

入院料		急性期一般入院料1	急性期一般入院料2～3	急性期一般入院料4～6	地域一般入院料1～2	地域一般入院料3	専門病院入院基本料（7対1）	特定機能病院入院基本料（一般7対1）	小児入院医療管理料
回答病棟数		1876	73	152	40	45	25	456	90
平均病床数		43.61	46.19	45.91	43.08	44.84	44.92	43.33	32.47
40床あたり平均職員数	看護師	31.53	28.86	24.54	17.99	16.56	26.59	33.04	23.52
	准看護師	0.29	0.34	1.52	4.42	4.08	0.04	0.01	0.01
	看護師及び准看護師	31.82	29.20	26.06	22.41	20.64	26.63	33.05	23.54
	看護補助者	4.26	4.31	5.29	6.38	6.87	2.49	3.26	1.61
	看護補助者のうち、介護福祉士	0.38	0.50	0.75	0.72	1.45	0.00	0.02	0.04
	薬剤師	1.31	0.83	1.02	0.58	0.71	0.49	1.05	0.71
	管理栄養士	0.27	0.18	0.54	0.43	0.60	0.12	0.26	0.16
	理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士	0.95	2.19	1.05	3.82	2.82	0.00	2.05	0.62
	相談員	0.32	0.42	0.28	0.61	0.52	0.00	0.15	0.11
	医師事務作業補助者	0.23	0.29	0.33	0.37	0.20	0.49	0.32	0.17
	保育士	0.02	0.03	0.03	0.03	0.00	0.00	0.01	0.73
	その他の職員	0.35	0.28	0.85	0.33	1.21	0.00	0.17	0.15

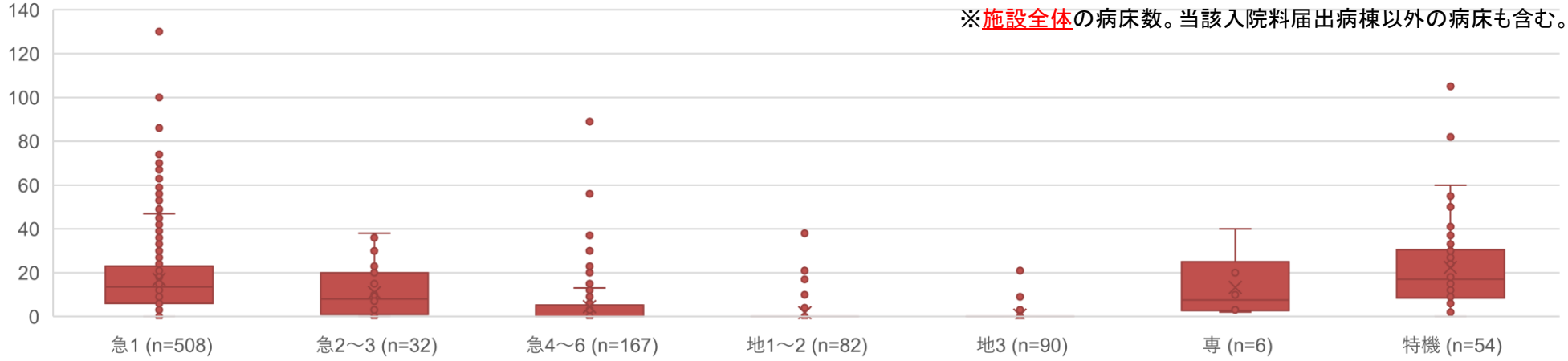
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

一般病棟入院基本料等の届出施設における新型コロナ感染症対応状況

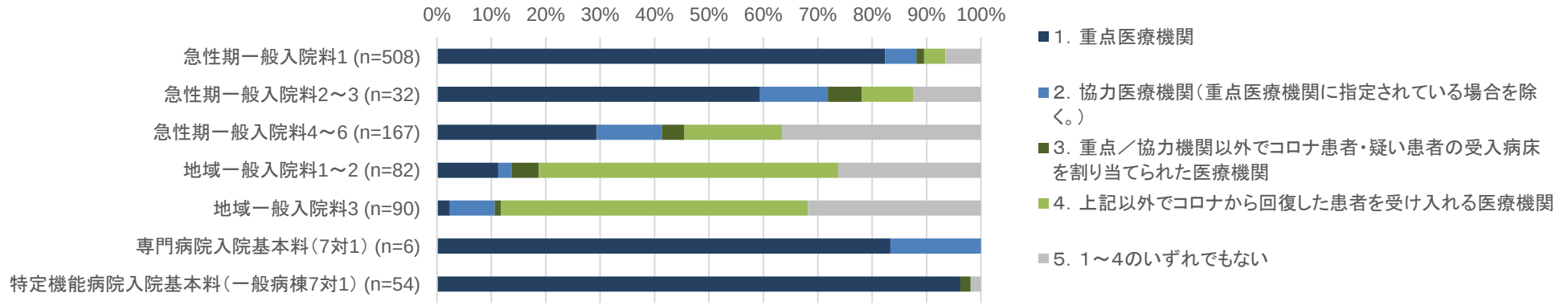
○ 急性期一般入院料１の約90%、急性期一般入院料２～３の約70%が重点医療機関／協力医療機関のいずれかに指定されていた。
○ 急性期一般入院料４～６においては、半数程度がコロナ患者の受入を行っており、地域一般入院料の多くは、コロナから回復した患者を受け入れる医療機関となっていた。

新型コロナウイルス感染症患者受入可能病床数（令和４年11月１日時点）※

※施設全体の病床数。当該入院料届出病棟以外の病床も含む。



重点・協力医療機関の指定等の状況（令和4年11月1日時点）

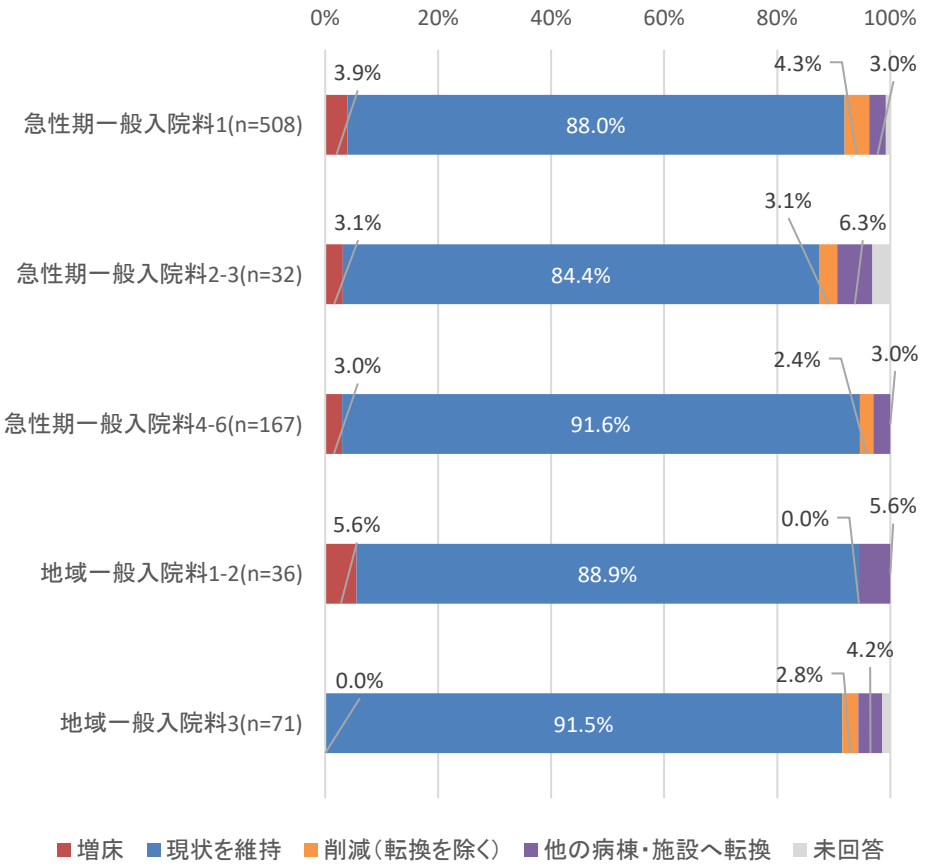


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

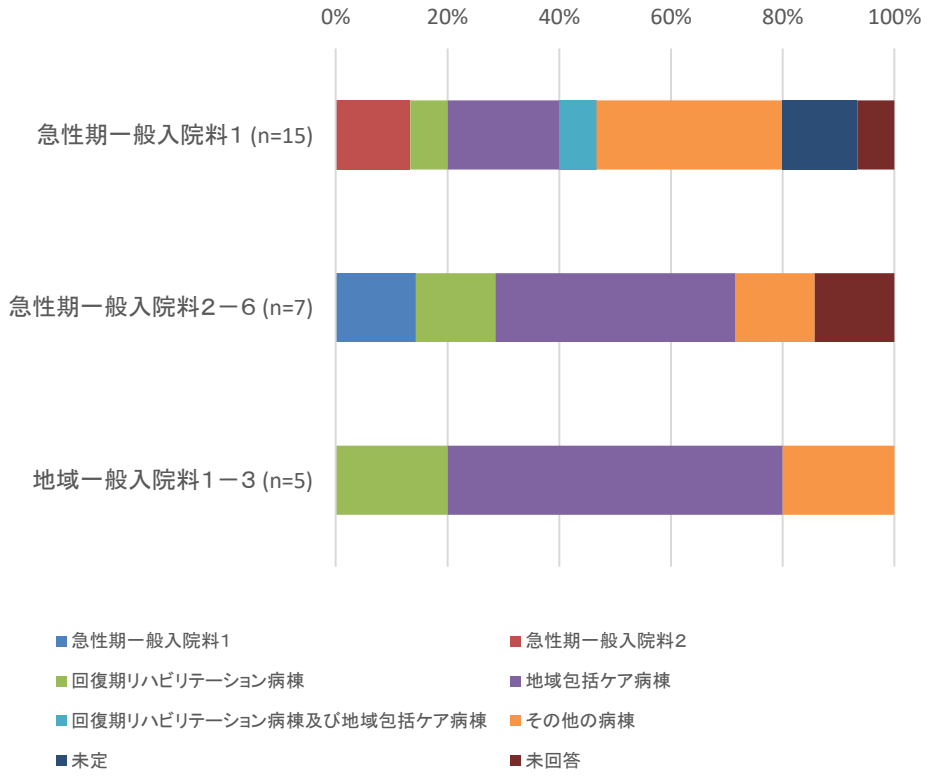
一般病棟の病床数等に関する意向

○ 病床数等に関する今後の意向については、約9割の医療機関が「現状を維持」であった。
○ 「他の病棟・施設へ転換」と回答した医療機関においては、地域包括ケア病棟へ転換する意向の施設が多かった。

入院料ごとの病床数等に関する今後の意向



「他の病棟・施設へ転換」と回答した医療機関における転換先

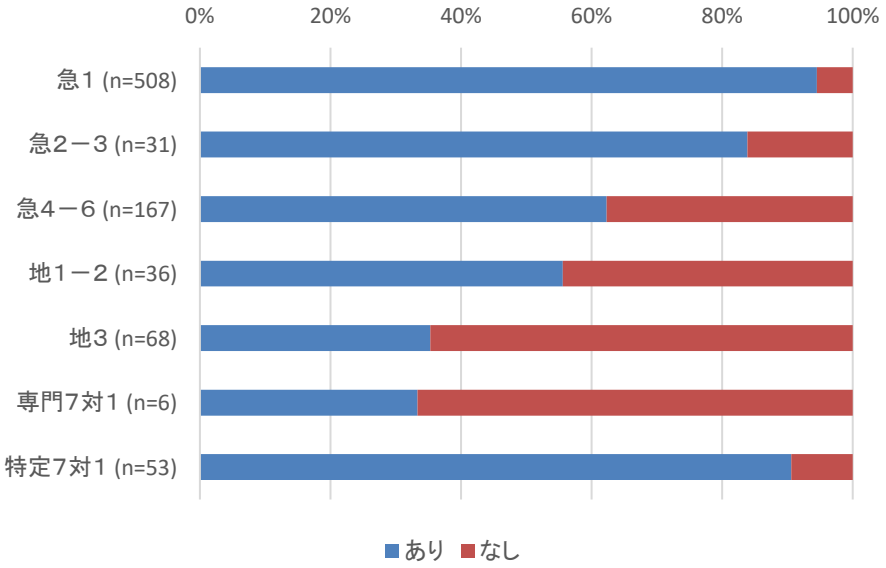


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

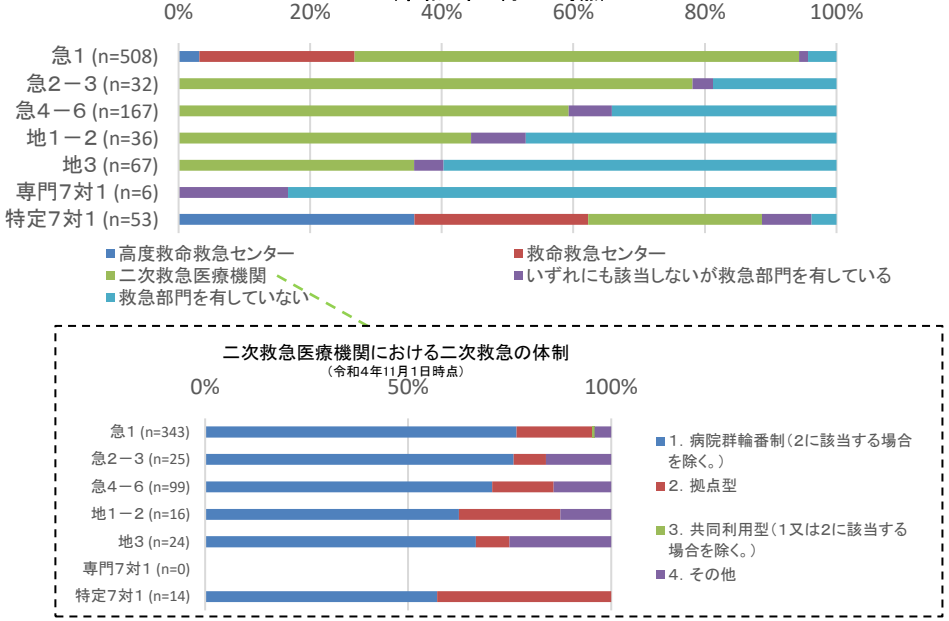
一般病棟入院基本料等を届け出ている施設における救急医療体制等

○　各入院料毎の救急医療体制等については、以下のとおり。

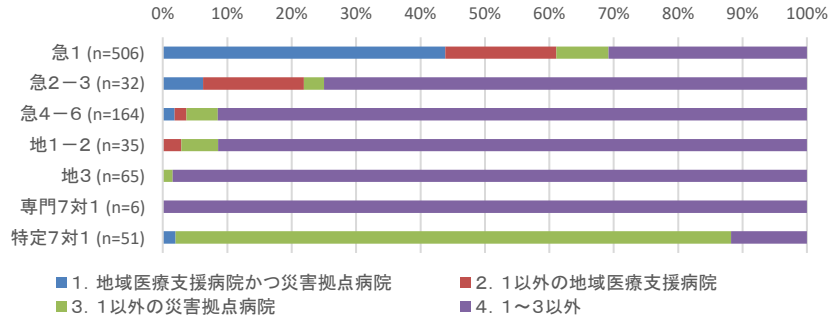
救急告示の有無
（令和4年11月1日時点）



救急医療体制
（令和4年11月1日時点）

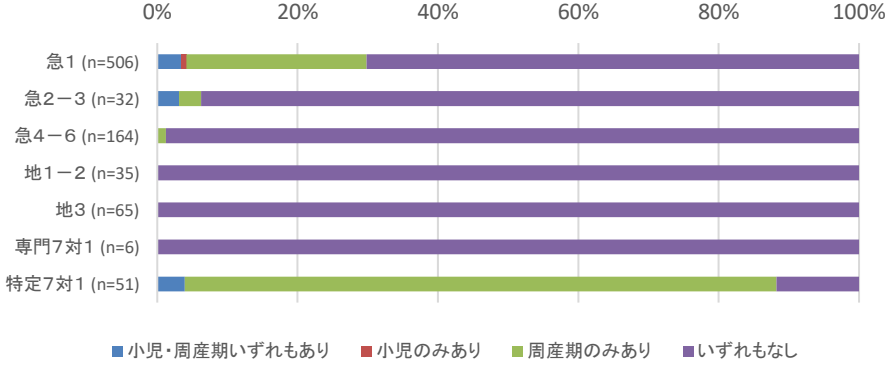


地域医療支援病院及び災害拠点病院の指定状況
（令和4年11月1日時点）



小児救命センター等※1及び総合周産期母子医療センター等※2の指定状況
（令和4年11月1日時点）

※1　小児救命救急センター又は小児救急医療拠点病院
※2　総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センター



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設

➢ 新型コロナウイルス感染症の感染拡大において果たした医療機関の役割等も踏まえ、手術や救急医療等の高度かつ専門的な医療及び高度急性期医療の提供に係る体制を十分に確保している場合の評価を新設する。

（新）　急性期充実体制加算（１日につき）

７日以内の期間	**460点**
８日以上11日以内の期間	**250点**
12日以上14日以内の期間	**180点**

［算定要件］
- 入院した日から起算して14日を限度として、急性期一般入院料１又は特定一般病棟入院料に加算する。なお、ここでいう入院した日とは、当該患者が当該加算を算定できる病棟に入院又は転棟した日のことをいう。総合入院体制加算は別に算定できない。

［主な施設基準］
- **一般病棟入院基本料（急性期一般入院料１に限る。）を算定する病棟を有する**保険医療機関であること。　・ **総合入院体制加算の届出を行っていない**こと。
- **手術等に係る実績**について、以下のいずれかを満たしていること。前年度の手術件数等を**毎年７月に届け出るとともに、院内に掲示**すること。

ア　以下のうち、(イ)及び、(ロ)から(ヘ)のうち４つ以上において実績の基準を満たす。
(イ)全身麻酔による手術　(ロ)悪性腫瘍手術　(ハ)腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術　(ニ)心臓カテーテル法による手術　(ホ)消化管内視鏡による手術
(ヘ)化学療法（外来腫瘍化学療法診療料１の届出を行っており、かつ、レジメンの４割が外来で実施可能であること）
イ　以下のいずれかを満たし、かつアの(イ)及び、(ロ)から(ヘ)のうち２つ以上において実績の基準を満たす。
(イ)異常分娩　(ロ)６歳未満の乳幼児の手術

- **24時間の救急医療提供**として、救命救急センター若しくは高度救命救急センターを有している、又は救急搬送の件数について実績の基準を満たす。
- 精神科に係る体制として、**自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制**を常時整備していること等。
- 高度急性期医療の提供として、**救命救急入院料等の治療室を届け出ている**こと。　・ **感染対策向上加算１の届出**を行っていること。
- 画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制を確保していること。
- **精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算１若しくは２の届出**を行っていること。
- 入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制として**「院内迅速対応チーム」の整備等**を行っていること。
- **外来を縮小する体制**を確保していること。　・ **手術・処置の休日加算１等の施設基準の届出**を行っていることが望ましい。
- **療養病棟又は地ケア病棟の届出を行っていない**こと。**一般病棟の病床数の割合が、許可病床数（精神病棟入院基本料等を除く）の９割**であること。
- **同一建物内に特別養護老人ホーム等を設置していない**こと。**特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がない**こと。
- **入退院支援加算１又は２を届け出**ていること。　・一般病棟における**平均在院日数が14日以内**であること。

（新）　精神科充実体制加算（１日につき）　30点

- **精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制の確保**につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関に入院している患者について、**更に所定点数に加算**する。
- **急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する診療を行うにつき充実した体制が整備**されていること。
- **精神科を標榜**する保険医療機関であること。　・ **精神病棟入院基本料等の施設基準の届出**を行っている保険医療機関であること。

総合入院体制加算の見直し①

手術の実績に係る見直し

➢ 手術の実施件数の実態を踏まえ、総合入院体制加算の施設基準として年間実績を求めている手術に「人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術」を追加する。

現行

【総合入院体制加算１】
［施設基準］
全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。また、以下のアからカまでを全て満たしていること。

ア　人工心肺を用いた手術　40件／年以上

イ～カ　（略）

改定後

【総合入院体制加算１】（※総合入院体制加算２、３も同様）
［施設基準］
全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。また、以下のアからカまでを全て満たしていること。

ア　人工心肺を用いた手術**及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術**　40件／年以上
イ～カ　（略）

外来を縮小する体制に係る見直し

➢ 総合入院体制加算の施設基準である外来を縮小する体制を確保しているものとして、紹介受診重点医療機関を含むこととするとともに、実績に係る要件を見直す。

現行

【総合入院体制加算１】
［施設基準］
外来を縮小するに当たり、次の体制を確保していること。

ア　初診に係る選定療養の届出をしており、実費を徴収している。
イ　診療情報提供料Ⅰの注８の加算を算定する退院患者数及び転帰が治癒であり通院の必要のない患者数が直近１か月間の総退院患者数のうち、４割以上である。

改定後

【総合入院体制加算１】
［施設基準］
外来を縮小するに当たり、**ア又はイのいずれかに該当**すること。

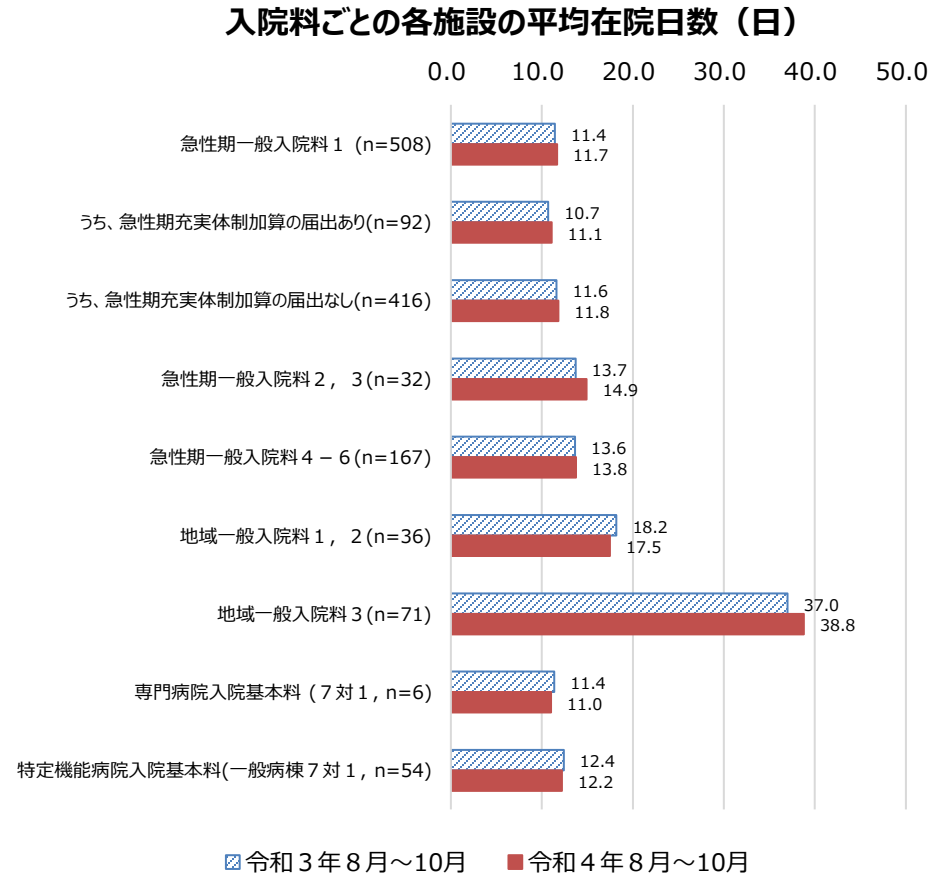
ア　次のいずれにも該当すること。
- 初診に係る選定療養の届出をしており、実費を徴収している
- 診療情報提供料Ⅰの注８の加算を算定する退院患者数、転帰が治癒であり通院の必要のない患者数**及び初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者数**が、直近１か月間の総退院患者数のうち、４割以上である。

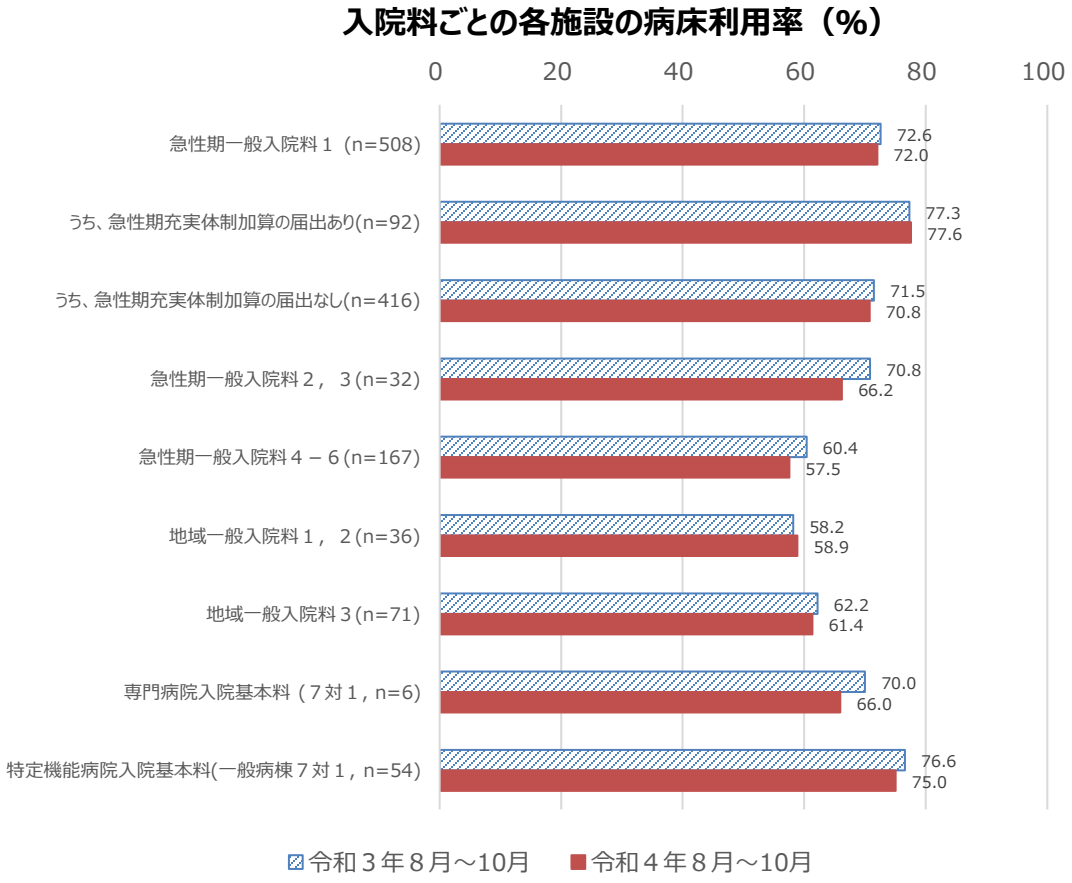
イ　**紹介受診重点医療機関**である。

一般病棟入院基本料等を届け出ている病棟等における平均在院日数

○　急性期一般入院料1においては、急性期充実体制加算の届出のある施設のほうが届出のない施設よりも平均在院日数が短い傾向にあった。

○　急性期一般入院料2，3及び地域一般入院料3においては、令和3年と比べて平均在院日数が約1～2日増加していた。





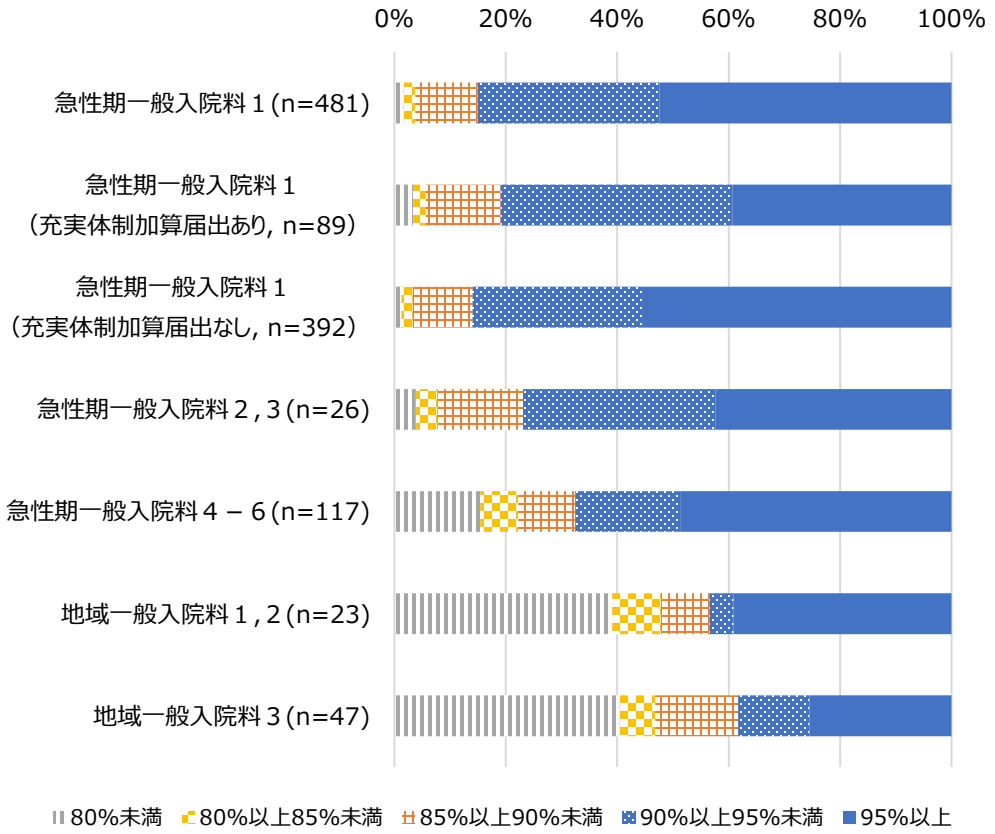
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

一般病棟入院基本料等を届け出ている病棟における各施設の在宅復帰率

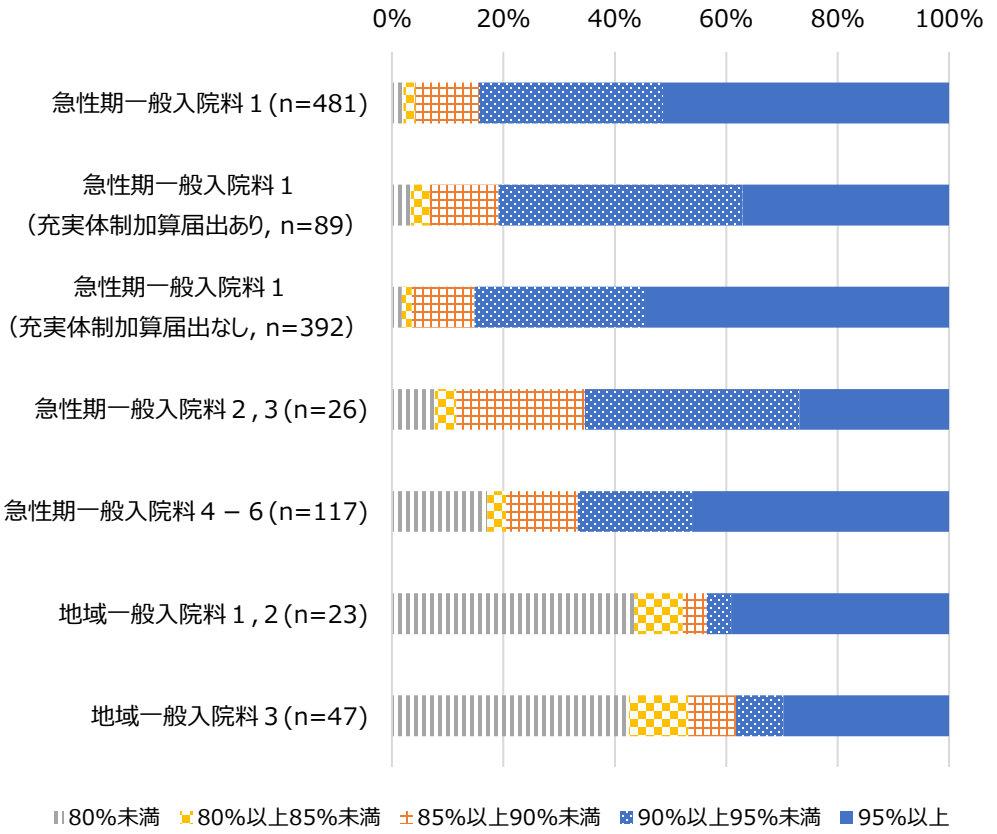
○ 急性期一般入院料１の中では、急性期充実体制加算の届出がない施設のほうが在宅復帰率が95%以上の割合及び90%以上の割合が大きかった。

○ 令和3年と令和4年では大きな傾向の違いはみられなかった。

令和３年８～10月における各施設の在宅復帰率の分布



令和４年８～10月における各施設の在宅復帰率の分布

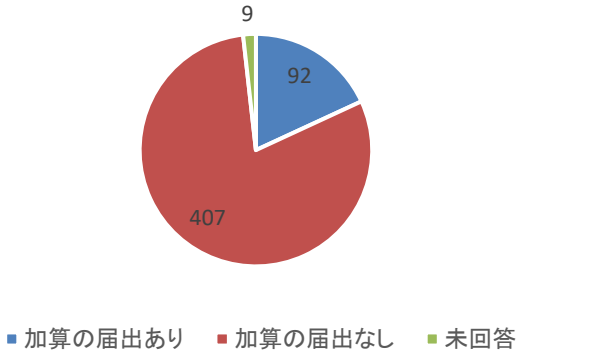


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

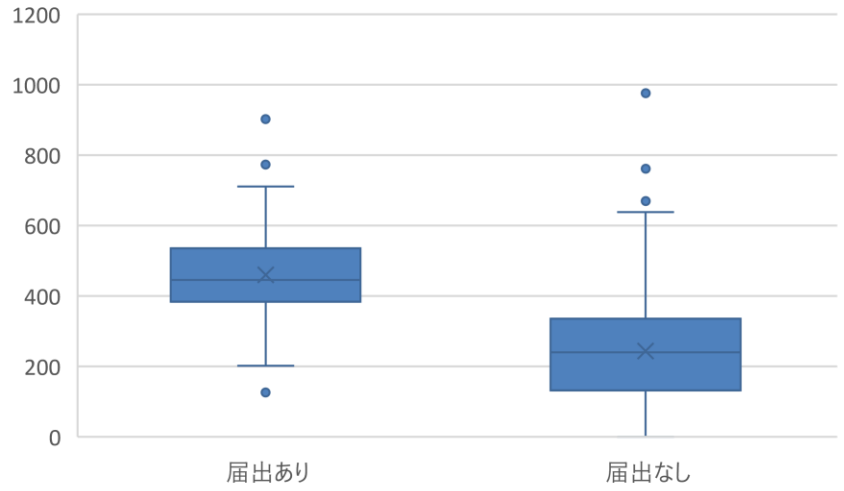
急性期充実体制加算の届出状況①

○ 急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における急性期充実体制加算の届出状況及び加算の施設基準に関する実績の状況は以下のとおり。

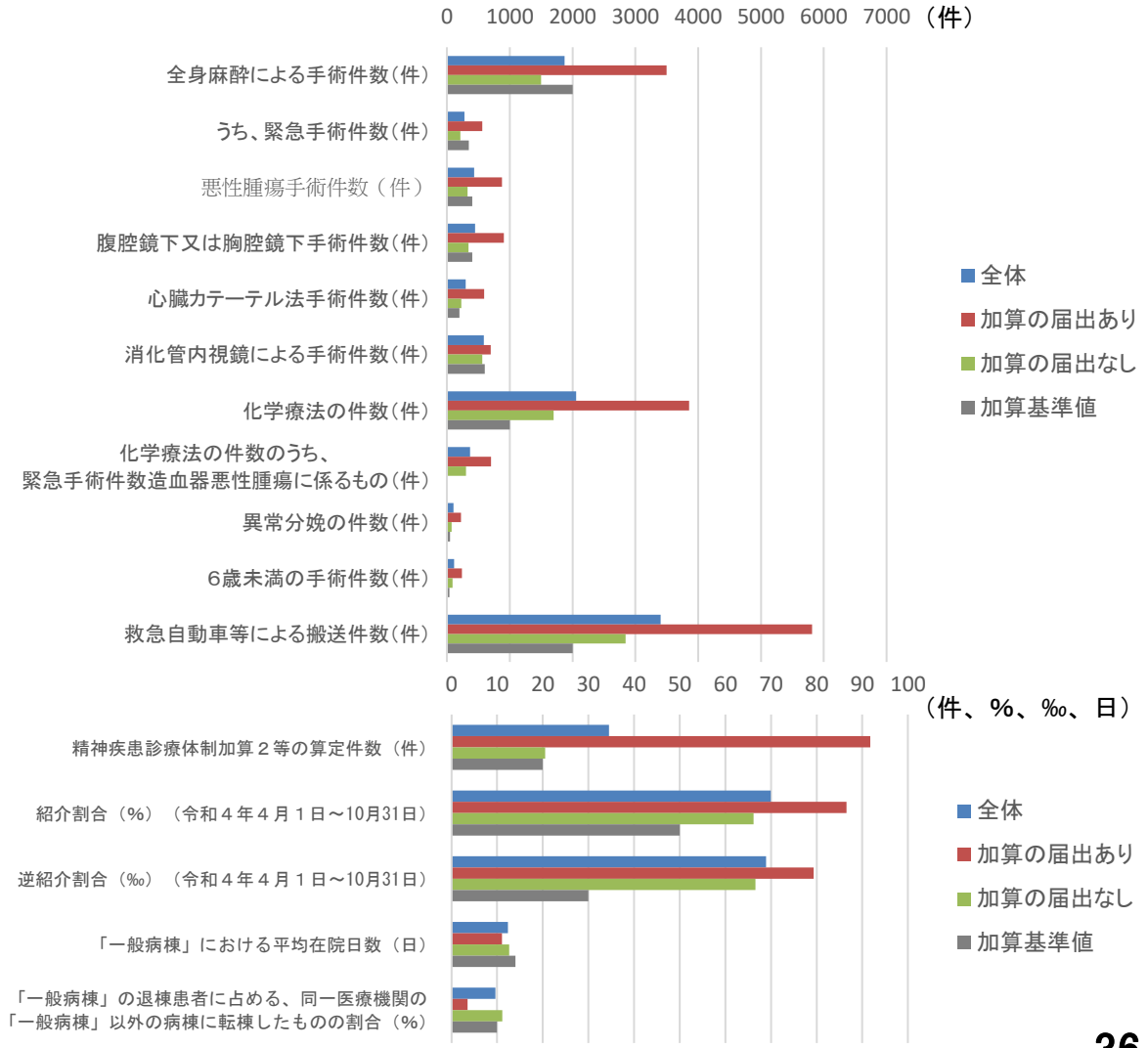
回答施設のうち急性期一般入院料１における急性期充実体制加算の届出状況（n=508）



急性期充実体制加算の届出状況別の急性期一般入院料１の届出病床数



急性期一般入院料１における施設基準に関連する実績の状況（n=508）



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

急性期充実体制加算の届出状況②

○　急性期充実体制加算を届け出ていない理由としては、400床以上の急性期病床を有する医療機関においては、「手術等に係る実績」、「入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制の整備」、「特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係の賃貸借取引がないこと」等が多かった。

急性期一般入院料１のうち急性期充実体制加算を届け出ていない医療機関における届け出ていない理由
（複数選択、回答があった施設における選択割合）

（急性期一般入院料１の届出病床数）	手術等に係る実績	化学療法の実施を推進する体制	24時間の救急医療提供	自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制を常時整備	高度急性期医療に係る体制としての特定入院料に係る要件	感染対策向上加算１の届出	画像診断及び 検査を、24時間実施できる体制の確保	薬剤師が調剤を24時間実施できる体制の確保	急性期一般入院料１にかかる届出を行っている病棟について、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた評価を行っていること	精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算１若しくは２の届出	入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制の整備	外来を縮小する体制の確保	療養病棟又は地ケアの届出を行っていないこと	一般病棟の病床数の合計が９割以上であること	同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設がないこと	特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係の賃貸借取引がないこと	平均在院日数14日以内	一般病棟以外の病棟に転棟した患者の割合が1割以上	敷地内における禁煙の取り扱い	第三者評価を受けていること	総合入院体制加算を届出ていないこと
200床未満（n=128）	71.1%	48.4%	28.1%	75.0%	46.9%	56.3%	21.1%	55.5%	11.7%	60.2%	25.8%	39.1%	46.1%	23.4%	18.8%	8.6%	18.0%	10.9%	2.3%	34.4%	34.4%
200-399床（n=132）	66.7%	14.4%	5.3%	49.2%	9.8%	6.8%	2.3%	6.1%	0.0%	23.5%	28.8%	12.1%	36.4%	25.0%	8.3%	15.2%	9.8%	4.5%	1.5%	11.4%	25.8%
400床以上（n=32）	46.9%	3.1%	0.0%	6.3%	6.3%	3.1%	0.0%	0.0%	0.0%	9.4%	21.9%	6.3%	6.3%	3.1%	3.1%	21.9%	0.0%	0.0%	0.0%	6.3%	31.3%

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直し

評価項目の見直し

➢ 急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、必要度の判定に係る評価項目を見直す。

現行

【一般病棟用】

A	モニタリング及び処置等	０点	１点	２点
1	創傷処置（①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）、②褥瘡の処置）	なし	あり	–
2	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）	なし	あり	–
3	点滴ライン同時３本以上の管理	なし	あり	–
4	心電図モニターの管理	なし	あり	–
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	–
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	–
7	専門的な治療・処置 （① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、 ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③ 麻薬の使用（注射剤のみ）、 ④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤ 放射線治療、 ⑥ 免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）、 ⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）、 ⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、 ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ ドレナージの管理、 ⑪ 無菌治療室での治療	なし	–	あり
8	Ⅰ：救急搬送後の入院（５日間） Ⅱ：緊急に入院を必要とする状態（５日間）	なし	–	あり

改定後

・「心電図モニターの管理」の項目を廃止する。
・「注射薬剤３種類以上の管理」へ変更する。
・「輸血や血液製剤の管理」の項目の評価について2点に変更する。

A	モニタリング及び処置等	０点	１点	２点
1	創傷処置（①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）、②褥瘡の処置）	なし	あり	–
2	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）	なし	あり	–
3	**注射薬剤３種類以上の管理**	なし	あり	–
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	–
5	輸血や血液製剤の管理	なし	**–**	**あり**
6	専門的な治療・処置 （① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、 ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③ 麻薬の使用（注射剤のみ）、 ④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤ 放射線治療、 ⑥ 免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）、 ⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）、 ⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、 ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ ドレナージの管理、 ⑪ 無菌治療室での治療	なし	–	あり
7	Ⅰ：救急搬送後の入院（５日間） Ⅱ：緊急に入院を必要とする状態（５日間）	なし	–	あり

重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

➢ 重症度、医療看護必要度の評価項目の見直しに伴い、施設基準を右のとおり見直す。

現行※		
	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ
急性期一般入院料１	31%	29%
急性期一般入院料２	28% （26%）	26% （24%）
急性期一般入院料３	25% （23%）	23% （21%）
急性期一般入院料４	22% （20%）	20% （18%）
急性期一般入院料５	20%	18%
急性期一般入院料６	18%	15%
７対１入院基本料（特定）	－	28%
７対１入院基本料（結核）	11%	9%
７対１入院基本料（専門）	30%	28%
看護必要度加算１（特定、専門）	22%	20%
看護必要度加算２（特定、専門）	20%	18%
看護必要度加算３（特定、専門）	18%	15%
総合入院体制加算１・２	35%	33%
総合入院体制加算３	32%	30%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	7%	6%
看護補助加算１	6%	5%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注７	14%	11%

※　カッコ内は許可病床数200床未満の経過措置

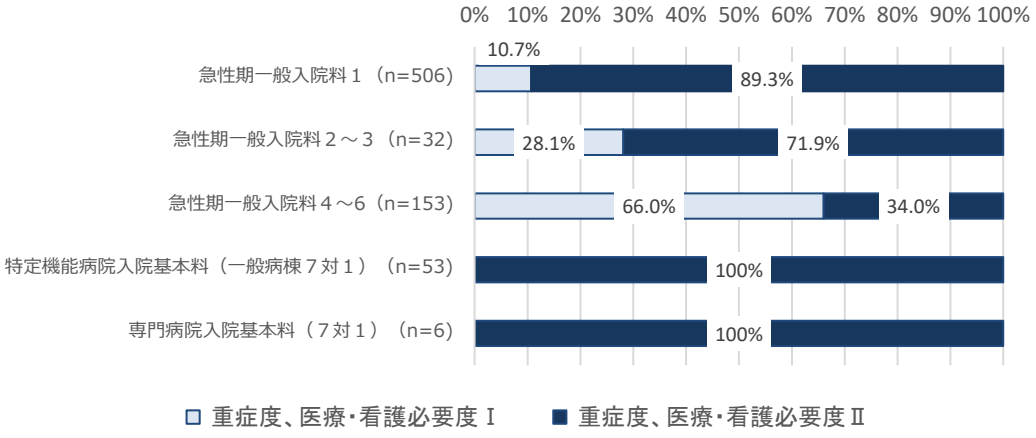
【経過措置】
令和４年３月31日時点で施設基準の届出あり
⇒　令和４年９月30日まで基準を満たしているものとする。

改定後			
		必要度Ⅰ	必要度Ⅱ
急性期一般入院料１	許可病床200床以上	31%	**28%**
	許可病床200床未満	**28%**	**25%**
急性期一般入院料２	許可病床200床以上	**27%**	**24%**
	許可病床200床未満	**25%**	**22%**
急性期一般入院料３	許可病床200床以上	**24%**	**21%**
	許可病床200床未満	**22%**	**19%**
急性期一般入院料４	許可病床200床以上	**20%**	**17%**
	許可病床200床未満	**18%**	**15%**
急性期一般入院料５		**17%**	**14%**
７対１入院基本料（特定）		－	28%
７対１入院基本料（結核）		**10%**	**8%**
７対１入院基本料（専門）		30%	28%
看護必要度加算１（特定、専門）		22%	20%
看護必要度加算２（特定、専門）		20%	18%
看護必要度加算３（特定、専門）		18%	15%
総合入院体制加算１・２		**33%**	**30%**
総合入院体制加算３		**30%**	**27%**
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算		7%	6%
看護補助加算１		**5%**	**4%**
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注７		**12%**	**8%**

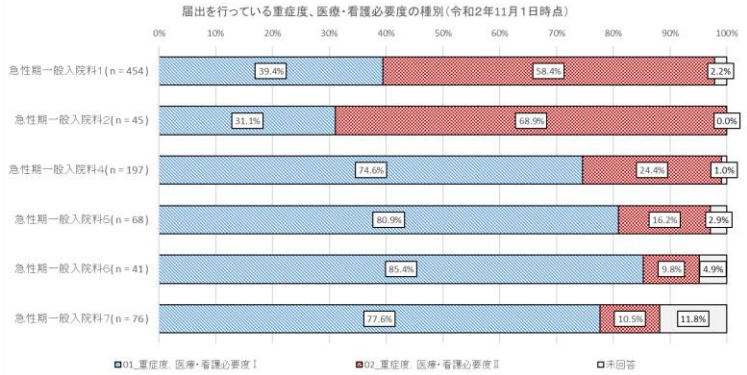
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの届出状況

○ 重症度、医療・看護必要度Ⅱを届出ている施設は、急性期一般入院料1は89.3%、急性期一般入院料2～3は71.9%、急性期一般入院料4～6では34.0%であった。
○ 重症度、医療・看護必要度Ⅰを届け出ている理由は、「必要度Ⅱより評価票の記入のほうが容易であり、必要度Ⅱに変更する必要性を感じないため」が最も多かった。

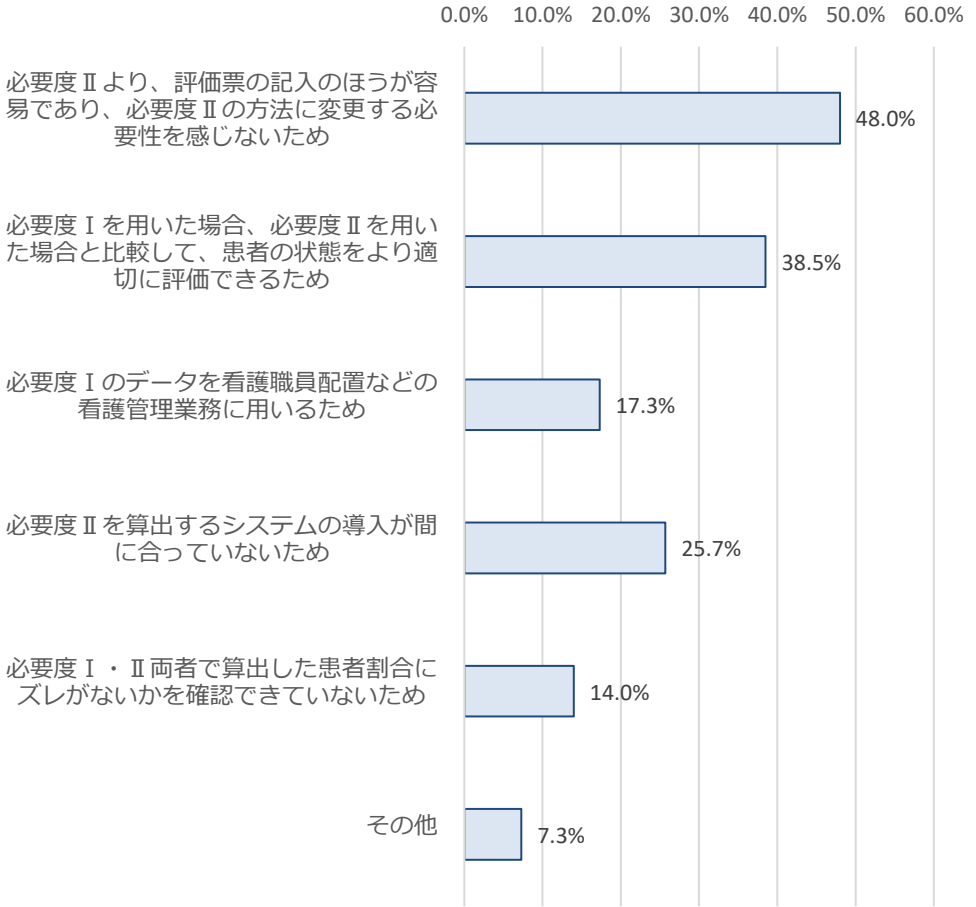
■重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの届出状況（令和４年11月１日時点）



（参考）R2.11.1時点（令和2年度入院医療等の調査（施設票））



■重症度、医療・看護必要度Ⅰを届け出ている理由（複数回答）



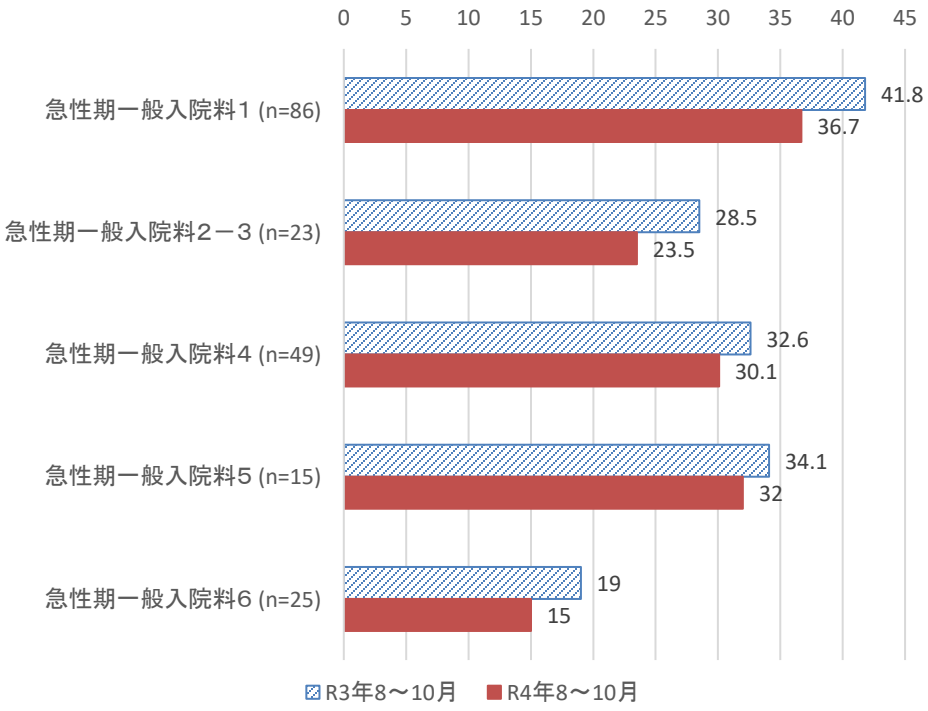
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の比較（R3/R4）

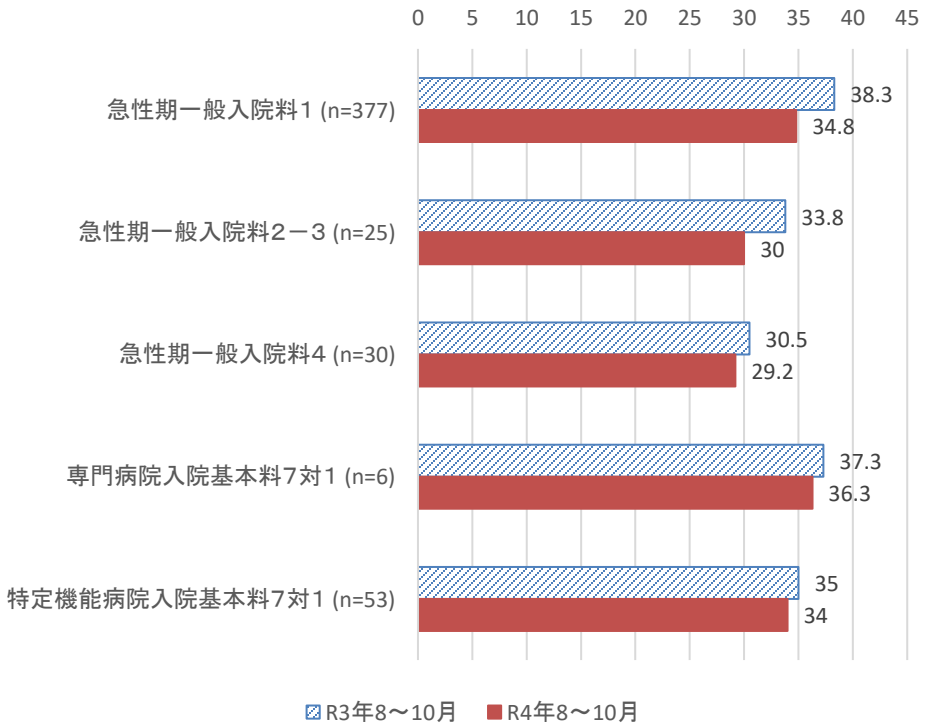
○ 重症度、医療・看護必要度Ⅰの該当患者割合は、令和3年から4年にかけて急性期一般入院料1で約5%、急性期一般入院料4で約3%低下していた。
○ 重症度、医療・看護必要度Ⅱの該当患者割合は、令和3年から4年にかけて急性期一般入院料1で約4%、急性期一般入院料4で約1%低下していた。

R3, R4いずれも回答した施設における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合（平均）

（重症度、医療・看護必要度Ⅰ）



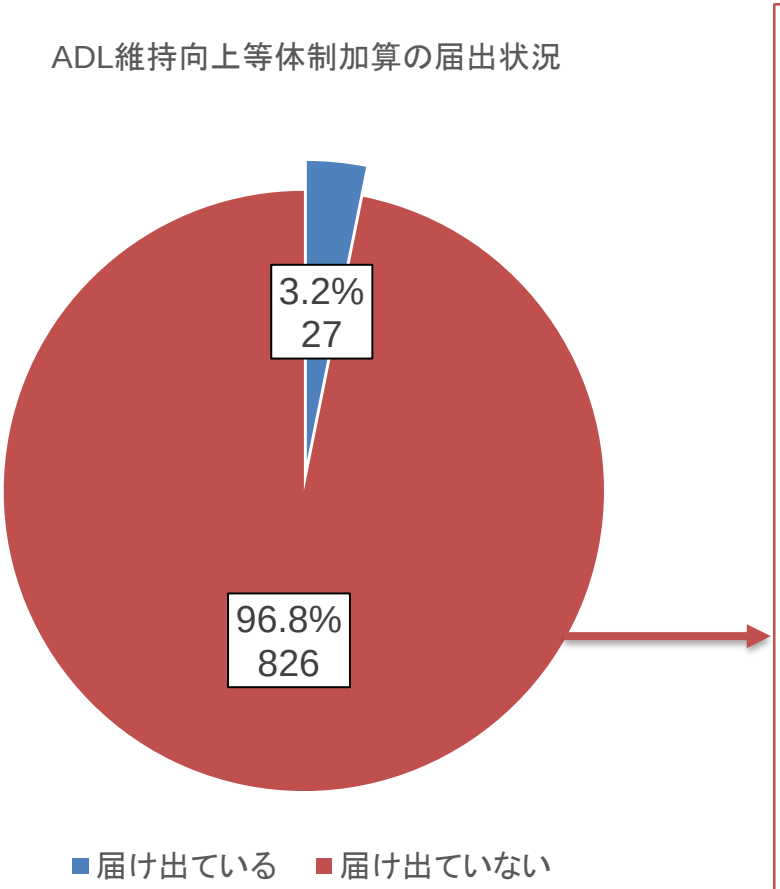
（重症度、医療・看護必要度Ⅱ）

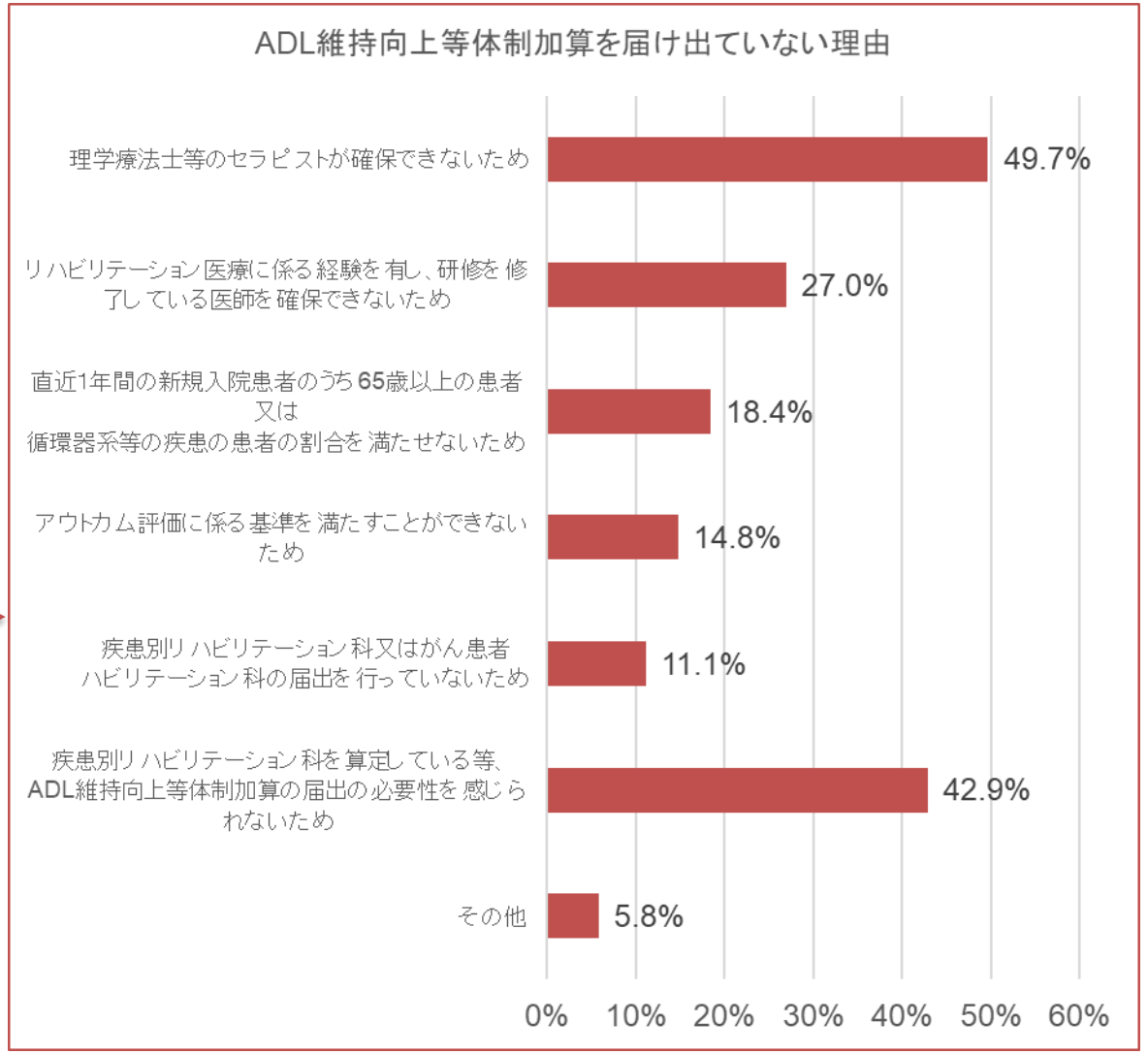


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

ADL維持向上等体制加算の届出状況

○ ADL維持向上等体制加算を届け出ている施設は3.2%（27施設）であった。
○ 同加算を届け出ていない理由としては、「理学療法士等を確保できないため」、「疾患別リハビリテーション料等を算定しているため、加算届出の必要性を感じないため」が多かった。





出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

急性期一般入院料１の病棟における患者の流れ

○ 急性期一般入院料1の入棟元は、自宅（在宅医療の提供なし）が最も多く、68.1%であった。
○ 退棟先は、自宅（在宅医療の提供なし）が最も多く、64.6%であった。

【入棟元】(n=15,457)

自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	8.8%
	自宅（在宅医療の提供なし）	68.1%
介護施設等	介護老人保健施設	1.7%
	介護医療院	0.1%
	介護療養型医療施設	0.1%
	特別養護老人ホーム	1.5%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	1.7%
	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	1.2%
	障害者支援施設	0.2%
他院	他院の一般病床	3.1%
	他院の一般病床以外	0.7%
自院	自院の一般病床	8.9%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.1%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	0.2%
	自院の療養病床	0.0%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	2.9%
有床診療所		0.0%
その他		0.7%

急性期一般入院料１

【退棟先】(n=7,109)

自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	7.6%
	自宅（在宅医療の提供なし）	64.6%
介護施設等	介護老人保健施設	1.3%
	介護医療院	0.1%
	介護療養型医療施設	0.1%
	特別養護老人ホーム	1.4%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	1.3%
	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	0.9%
	障害者支援施設	0.1%
他院	他院の一般病床	4.0%
	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.3%
	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	4.3%
	他院の療養病床	0.9%
	他院の精神病床	0.3%
	他院のその他の病床	0.4%
自院	自院の一般病床	4.7%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.2%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	2.3%
	自院の療養病床	0.1%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	1.0%
有床診療所（介護サービス提供医療機関）		0.0%
有床診療所		0.1%
死亡退院		3.5%
その他		0.5%

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

1. 共通項目

2. 令和4年度各調査項目

（1）一般病棟入院基本料等における「重症度、医療・看護必要度」の施設基準等の見直しの影響について

（2）特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について

（3）地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件等の見直しの影響について

（4）療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について

（5）新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向けた評価等について

（6）医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等について

（7）外来医療に係る評価等について

3. その他の調査結果

（2）特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について

【附帯意見（抜粋）】
２　一般病棟入院基本料や高度急性期医療に係る評価、地域で急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等、入院料の評価の在り方等について引き続き検討すること。

【関係する改定内容】
①特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の見直し
②救命救急入院料及び特定疾患療養管理料における算定上限日数の延長、重症患者対応に係る体制の評価の新設等
③早期からの回復に向けた取組の評価の見直し

【調査内容案】
調査対象：特定集中治療室管理料、小児特定集中治療室管理料等を算定している患者の入院している医療機関
調査内容：（1）重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の状況
（2）当該管理料等における患者の状態、医療提供内容、入退室状況、生理学的スコア
（3）重症患者対応体制強化加算の届出状況
等

重症度、医療・看護必要度の評価項目及び判定基準の見直し

評価項目及び判定基準の見直し

➢ 高度急性期の入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度について、必要度の判定に係る評価項目及び判定基準を見直す。

現行

【特定集中治療室用】

A　モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1　心電図モニターの管理	なし	あり	
2　輸液ポンプの管理	なし	あり	
3　動脈圧測定（動脈ライン）	なし		あり
4　シリンジポンプの管理	なし	あり	
5　中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし		あり
6　人工呼吸器の管理	なし		あり
7　輸血や血液製剤の管理	なし		あり
8　肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	なし		あり
9　特殊な治療法等（ＣＨＤＦ、ＩＡＢＰ、ＰＣＰＳ、補助人工心臓、ＩＣＰ測定、ＥＣＭＯ）	なし		あり

B　患者の状況等
10　寝返り
11　移乗
12　口腔清潔
13　食事摂取
14　衣服の着脱
15　診療・療養上の指示が通じる
16　危険行動

基準	A得点４点以上かつB得点３点以上

改定後

・「心電図モニターの管理」「Ｂ　患者の状況等」の項目を廃止

【特定集中治療室用】

A　モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1　輸液ポンプの管理	なし	あり	
2　動脈圧測定（動脈ライン）	なし		あり
3　シリンジポンプの管理	なし	あり	
4　中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし		あり
5　人工呼吸器の管理	なし		あり
6　輸血や血液製剤の管理	なし		あり
7　肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	なし		あり
8　特殊な治療法等（ＣＨＤＦ、ＩＡＢＰ、ＰＣＰＳ、補助人工心臓、ＩＣＰ測定、ＥＣＭＯ、ＩＭＰＥＬＬＡ）	なし		あり

基準	A得点３点以上

評価方法の見直し

➢ 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度について、**レセプト電算処理システム用コードを用いた評価を導入**する。

重症度、医療・看護必要度（Ⅱ）	
救命救急入院料１	－
救命救急入院料２	7割又は6割
救命救急入院料３	－
救命救急入院料４	7割又は6割
特定集中治療室管理料１	7割
特定集中治療室管理料２	
特定集中治療室管理料３	6割
特定集中治療室管理料４	

【経過措置】
令和４年３月31日時点で特定集中治療室管理料の届出を行っている病棟にあっては、令和４年９月30日までの間に限り、令和４年度改定前の評価票を用いて評価をしても差し支えない。

救命救急入院料１及び３における重症度、医療・看護必要度の評価票の見直し

重症度、医療・看護必要度の測定に用いる評価票の変更

➢ 高度急性期入院医療を必要とする患者の状態に応じた適切な評価を行う観点から、救命救急入院料１及び３における、重症度、医療・看護必要度の測定に用いる評価票について、特定集中治療室の評価票からハイケアユニット用の評価票に変更する。

現行

入院料	必要度の測定に用いる評価票	必要度Ⅰ
救命救急入院料１	特定集中治療室用	－
救命救急入院料２	特定集中治療室用	８割又は７割
救命救急入院料３	特定集中治療室用	－
救命救急入院料４	特定集中治療室用	８割又は７割

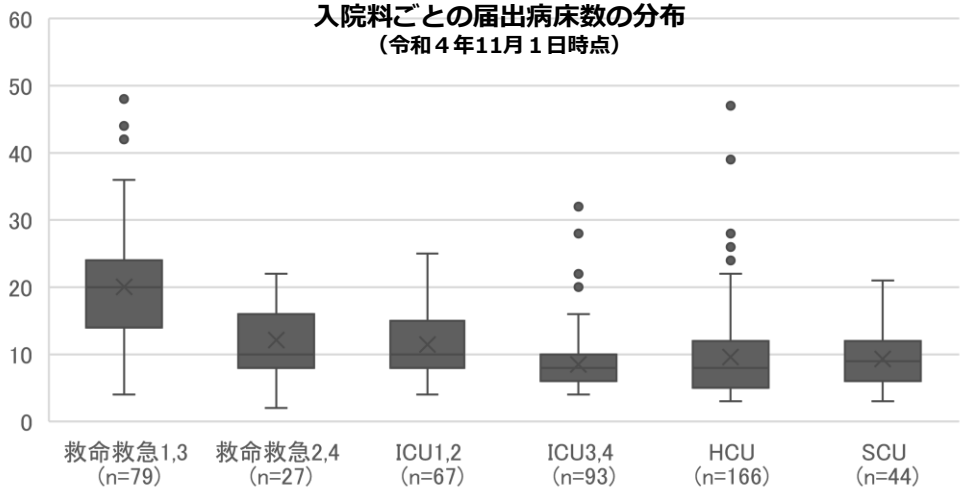
改定後

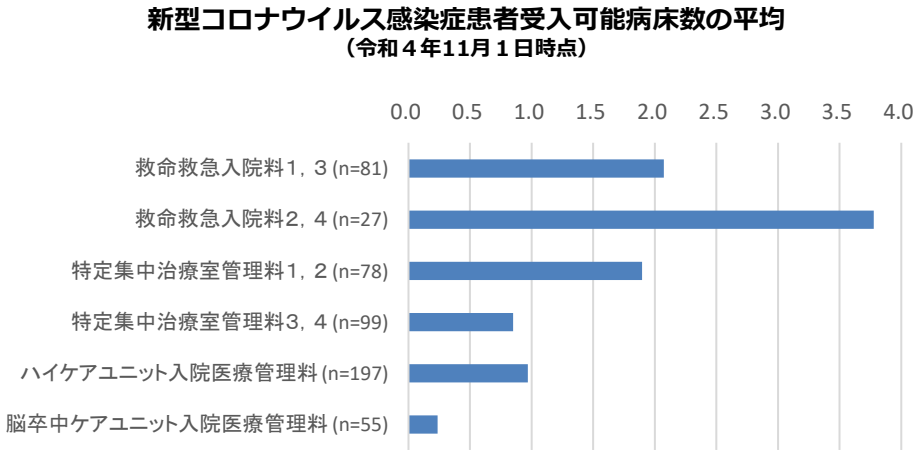
入院料	必要度の測定に用いる評価票	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ
救命救急入院料１	ハイケアユニット用	－	－
救命救急入院料２	特定集中治療室用	８割又は７割	７割又は６割
救命救急入院料３	ハイケアユニット用	－	－
救命救急入院料４	特定集中治療室用	８割又は７割	７割又は６割

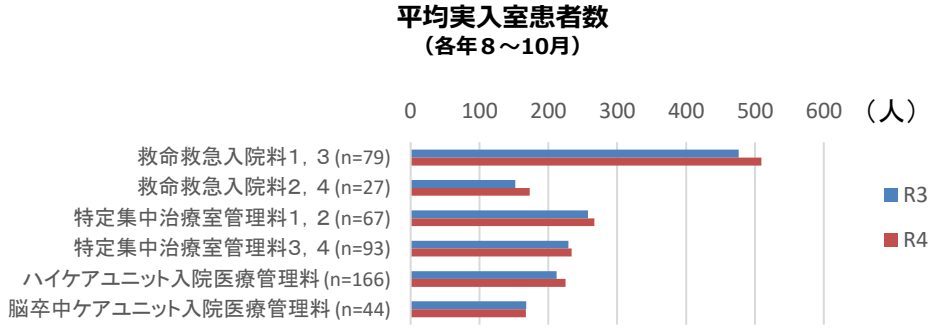
【経過措置】
令和４年３月31日時点で救命救急入院料１及び3の届出を行っている病棟にあっては、
令和４年９月30日までの間に限り、令和４年度改定前の評価票を用いて評価をしても差し支えない。

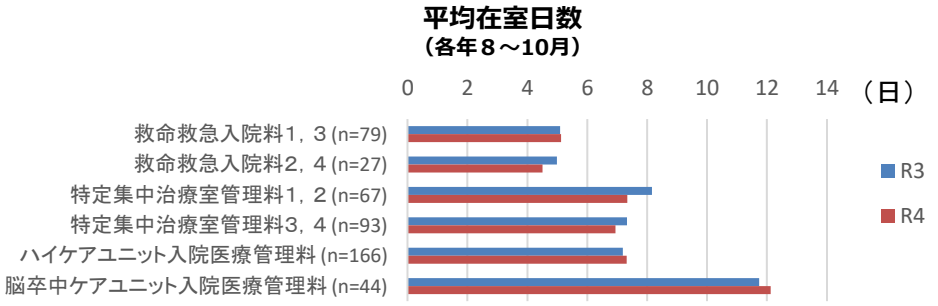
救命救急入院料等における届出病床数、平均在室日数等

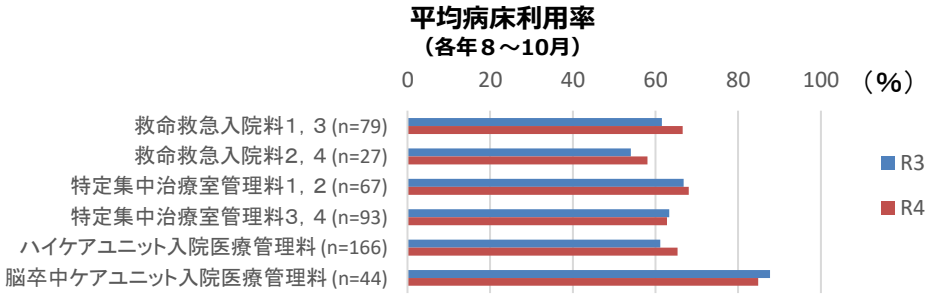
○ 救命救急入院料等における令和4年11月時点の届出病床数、令和3年8～10月及び令和4年8～10月時点の平均在室日数等は以下のとおり。











出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（治療室票）

特定入院料を算定する治療室の平均職員数（10床あたり）

入院料		救命救急入院料 1,3	救命救急入院料 2,4	特定集中治療室管理料 1,2	特定集中治療室管理料 3,4	ハイケアユニット入院医療管理料	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	小児特定集中治療室管理料	新生児特定集中治療室管理料	母体・胎児集中治療室管理料	新生児集中治療室管理料	新生児治療回復室入院医療管理料
回答病棟数		88	28	80	103	198	58	6	54	1	1	63
平均病床数		20.0	12.1	11.9	8.3	9.5	9.1	10.8	7.4	6.0	18.0	15.0
10床あたり平均職員数	専任医師	6.66	19.87	10.22	16.29	13.62	8.30	8.80	9.98	10.33	5.67	5.59
	看護師	20.22	32.95	34.20	32.66	22.81	20.44	34.63	25.72	25.00	22.22	14.69
	准看護師	0.05	0.00	0.01	0.03	0.08	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	看護師及び准看護師	20.27	32.95	34.21	32.70	22.89	20.44	34.63	25.72	25.00	22.22	14.69
	看護補助者	0.91	0.90	1.01	1.01	0.75	0.51	1.10	0.67	0.00	0.39	0.46
	看護補助者のうち、介護福祉士	0.01	0.00	0.04	0.01	0.04	0.02	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	薬剤師	0.42	0.64	0.76	0.89	0.71	0.81	0.10	0.52	0.00	0.00	0.41
	管理栄養士	0.11	0.14	0.28	0.50	0.34	0.63	0.00	0.04	0.00	0.00	0.04
	理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士	1.53	3.03	1.36	0.46	0.34	4.05	0.00	0.09	0.00	0.00	0.42
	臨床工学技士	0.06	0.35	1.04	0.31	0.12	0.31	0.00	0.04	0.00	0.00	0.03
	相談員	0.13	0.08	0.23	0.40	0.31	0.30	0.21	0.41	0.00	0.00	0.14
	医師事務作業補助者	0.14	0.14	0.16	0.14	0.14	0.24	0.21	0.08	0.00	0.00	0.09
	その他の職員	0.16	0.21	0.14	0.17	0.18	0.04	0.00	0.29	0.00	0.00	0.10

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（治療室票）

特定集中治療室管理料におけるＳＯＦＡスコア等による患者の状態

○ 特定集中治療室管理料1・2の患者のほうが、管理料3・4の患者よりも入室時のSOFAスコアが高い傾向にあった。

＜特定集中治療室管理料１＞n=37

同一患者の退室時の状況（SOFAスコア等）

入室時のSOFAスコアごとの患者数			0点	1～2点	3～5点	6～10点	11～15点	16～20点	21～24点	死亡
0点	11%	⇒	71%	21%	3%	6%	0%	0%	0%	0%
1～2点	20%	⇒	18%	67%	13%	1%	0%	0%	0%	1%
3～5点	21%	⇒	14%	23%	53%	9%	0%	0%	0%	1%
6～10点	28%	⇒	4%	13%	38%	31%	4%	2%	1%	6%
11～15点	15%	⇒	2%	12%	22%	25%	6%	8%	4%	22%
16～20点	5%	⇒	0%	0%	8%	38%	15%	0%	15%	23%
21～24点	0%	⇒	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

＜特定集中治療室管理料２＞n=29

同一患者の退室時の状況（SOFAスコア等）

入室時のSOFAスコアごとの患者数			0点	1～2点	3～5点	6～10点	11～15点	16～20点	21～24点	死亡
0点	6%	⇒	67%	7%	27%	0%	0%	0%	0%	0%
1～2点	14%	⇒	9%	67%	21%	2%	0%	0%	0%	0%
3～5点	25%	⇒	11%	17%	58%	10%	1%	0%	0%	3%
6～10点	33%	⇒	3%	12%	34%	33%	5%	2%	0%	12%
11～15点	15%	⇒	2%	12%	24%	32%	15%	5%	0%	10%
16～20点	6%	⇒	0%	7%	0%	27%	20%	20%	0%	27%
21～24点	0%	⇒	-	-	-	-	-	-	-	-

＜特定集中治療室管理料３＞n=63

同一患者の退室時の状況（SOFAスコア等）

入室時のSOFAスコアごとの患者数			0点	1～2点	3～5点	6～10点	11～15点	16～20点	21～24点	死亡
0点	24%	⇒	63%	24%	8%	3%	0%	0%	0%	1%
1～2点	25%	⇒	27%	60%	11%	2%	0%	0%	0%	0%
3～5点	23%	⇒	14%	26%	49%	6%	1%	0%	0%	3%
6～10点	19%	⇒	16%	19%	25%	30%	3%	0%	0%	6%
11～15点	7%	⇒	8%	13%	38%	17%	25%	0%	0%	0%
16～20点	2%	⇒	25%	0%	13%	13%	0%	25%	0%	25%
21～24点	0%	⇒	-	-	-	-	-	-	-	-

＜特定集中治療室管理料４＞n=13

同一患者の退室時の状況（SOFAスコア等）

入室時のSOFAスコアごとの患者数			0点	1～2点	3～5点	6～10点	11～15点	16～20点	21～24点	死亡
0点	10%	⇒	64%	18%	18%	0%	0%	0%	0%	0%
1～2点	24%	⇒	23%	58%	19%	0%	0%	0%	0%	0%
3～5点	24%	⇒	10%	39%	45%	3%	0%	3%	0%	0%
6～10点	26%	⇒	0%	34%	16%	38%	6%	0%	0%	6%
11～15点	14%	⇒	0%	0%	33%	13%	13%	7%	0%	33%
16～20点	1%	⇒	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%
21～24点	0%	⇒	-	-	-	-	-	-	-	-

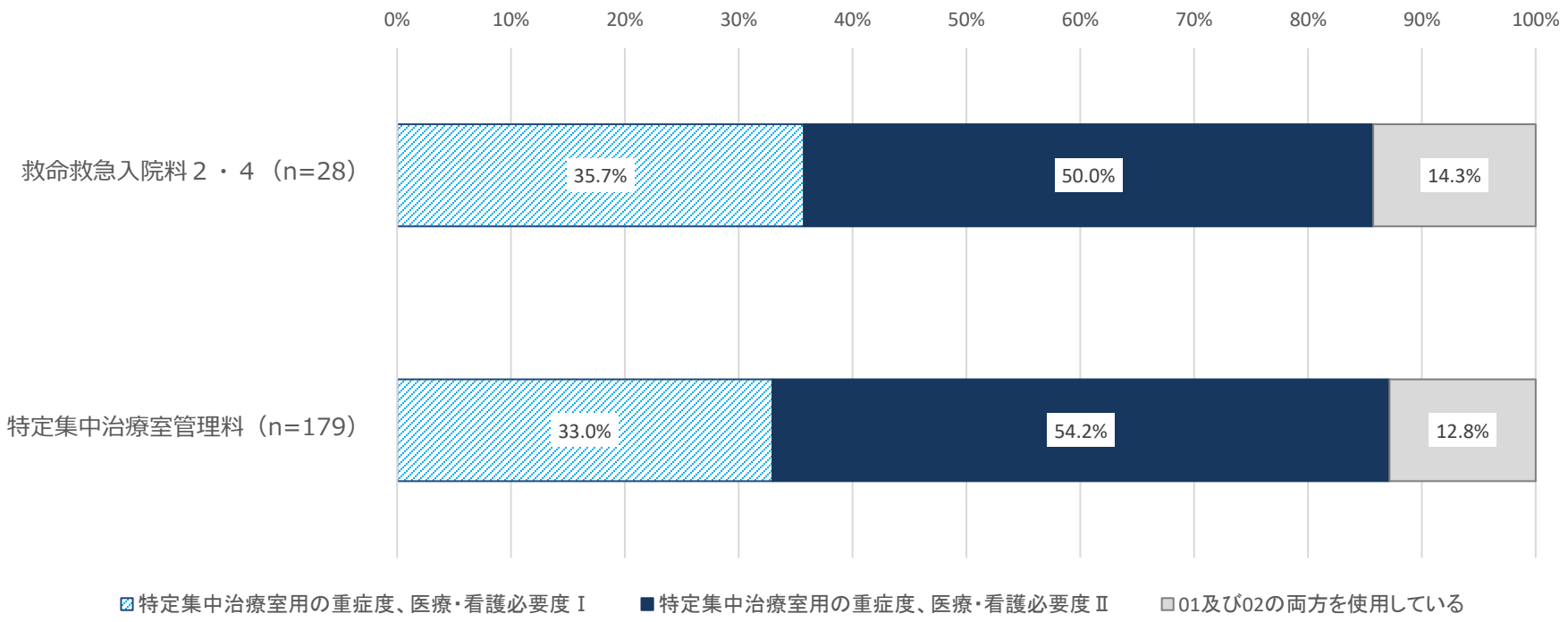
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（治療室票）

特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの届出状況

○ 特定集中治療室管理料及び救命救急入院料2・4※を届け出ている治療室は、約5割が重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行っていた。

※特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度により評価。

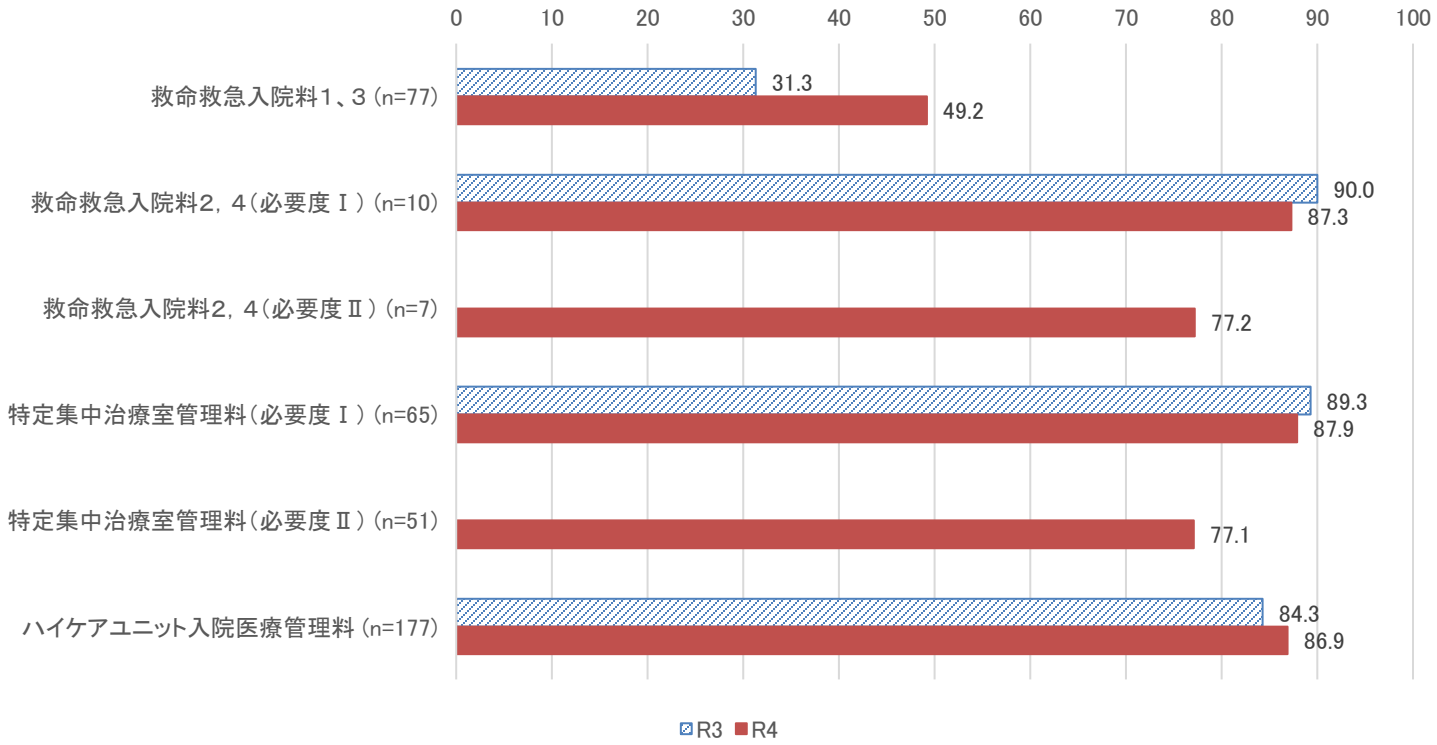
■特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の評価に用いている評価票の種別



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（治療室票）

救命救急入院料等における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合

○ 令和3年8～10月及び令和4年8～10月における救命救急入院料等の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合は以下のとおり。



※救命救急入院料1，3については、令和3年は特定集中治療室管理料用の重症度、医療・看護必要度Ⅰにより、令和4年はハイケアユニット入院医療管理料の重症度、医療・看護必要度により評価。

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（治療室票） ※各年8～10月の該当患者割合

重症患者等に対する支援に係る評価の新設

➢ 集中治療領域において、特に重篤な状態の患者及びその家族等に対する支援を推進する観点から、患者の治療に直接関わらない専任の担当者である「入院時重症患者対応メディエーター」が、当該患者の治療を行う医師・看護師等の他職種とともに、当該患者及びその家族等に対して、治療方針・内容等の理解及び意向の表明を支援する体制を整備している場合の評価を新設する。

（新）　重症患者初期支援充実加算　300点（１日につき）

［算定要件］

- 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第３節の特定入院料のうち、重症患者初期支援充実加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、**入院した日から起算して3日を限度**として所定点数に加算する。
- 入院時重症患者対応メディエーターは、以下の業務を行うものとする。

ア　**当該患者及びその家族等の同意を得た上で、当該患者及びその家族等が治療方針及びその内容等を理解し、当該治療方針等に係る意向を表明することを、当該患者の治療を行う医師・看護師等の他職種とともに、支援を行う。**

イ　支援の必要性が生じてから**可能な限り早期に支援**するよう取り組む。

ウ　当該患者及びその家族等の**心理状態に配慮した環境で支援**を行う。

エ　当該患者及びその家族等に対して実施した支援の内容及び実施時間について診療録等に記載する。

［施設基準］

（１）　患者サポート体制充実加算に係る届出を行っていること。

（２）　**特に重篤な患者及びその家族等に対する支援を行うにつき必要な体制が整備されている**こと。

（３）　**当該患者及びその家族等が治療方針及びその内容等を理解し、治療方針等に係る意向を表明するための支援を行う専任の担当者**（以下「**入院時重症患者対応メディエーター**」という。）を配置していること。なお、支援に当たっては、**当該患者の診療を担う医師及び看護師等の他職種とともに支援**を行うこと。

（４）　入院時重症患者対応メディエーターは、**当該患者の治療に直接関わらない者**であって、以下のいずれかであること。

ア　**医師、看護師、薬剤師、社会福祉士、公認心理師又はその他医療有資格者**（医療関係団体等が実施する研修を令和５年３月31日までに修了していることが望ましい）

イ　**医療有資格者以外の者であって、医療関係団体等が実施する研修を修了し、かつ、支援に係る経験を有する者**

（５）　**支援に係る取組の評価等を行うカンファレンスが月１回程度開催**されており、入院時重症患者対応メディエーター、集中治療部門の職員等に加え、必要に応じて当該患者の診療を担う医師、看護師等が参加していること。

（６）　**支援に係る対応体制及び報告体制をマニュアルとして整備**し、職員に遵守させていること。

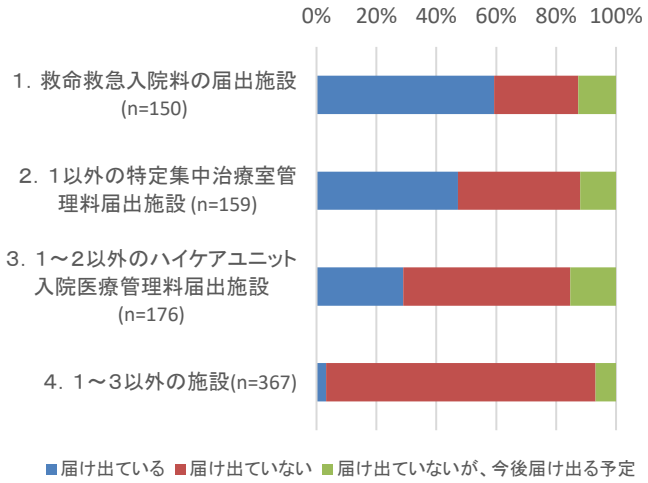
（７）　支援の内容その他必要な実績を記録していること。

（８）　定期的に支援体制に関する取組の見直しを行っていること。

重症患者初期支援加算の届出状況等

○　重症患者初期支援加算の届出状況等は、以下のとおり。

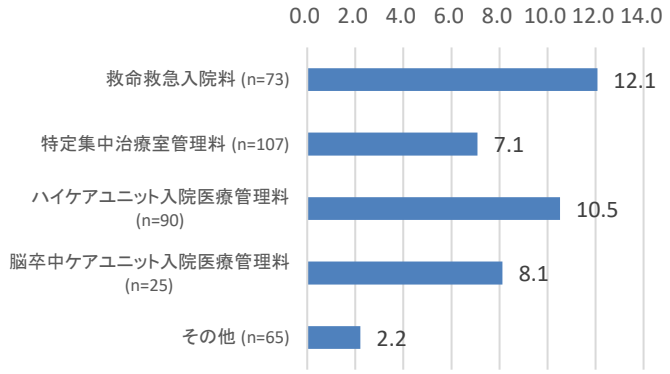
重症患者初期支援加算の届出状況
（令和4年11月1日時点）



届出を行っている施設における
入院時重症患者対応メディエーターの配置状況
（令和4年11月1日時点）

職種	平均人数（人）
医師	0.1
看護師	1.2
薬剤師	0.0
社会福祉士	0.8
公認心理師	0.3
その他医療有資格者	0.0
医療有資格者以外のもので、医療関係団体等が実施する研修を終了し、かつ、支援に係る経験を有する者	0.0

届出を行っている施設における各治療室の在室患者のうち
入院時重症患者対応メディエーターが介入した患者数
（令和4年10月1か月）



届出を行ってない施設における理由
（令和4年11月1日時点）

	全体	急性期一般入院料1	急性期一般入院料2－3	急性期一般入院料4－6	地域一般入院料1	地域一般入院料2	地域一般入院料3	専門病院入院基本料7対1	特定機能病院入院基本料7対1
算定対象となる特定入院料を届け出ていないため	52.6%	32.0%	50.0%	72.9%	88.2%	90.9%	100.0%	20.0%	0.0%
入院時重症患者対応メディエーターの介入が必要となるような特に重篤な状態の患者がいないため	25.9%	13.6%	18.2%	42.1%	58.8%	18.2%	45.5%	20.0%	0.0%
特に重篤な状態の患者を行う医師・看護師等による十分に対応できており、入院時重症患者対応メディエーターの必要性がないため	12.9%	9.6%	18.2%	16.4%	17.6%	9.1%	16.4%	0.0%	15.0%
患者サポート体制充実加算を届け出ていないため	30.5%	18.4%	45.5%	42.9%	47.1%	27.3%	52.7%	0.0%	10.0%
入院時重症患者対応メディエーターを担う職員がいないため	63.5%	73.2%	63.6%	52.1%	52.9%	27.3%	54.5%	60.0%	80.0%
その他	2.7%	3.6%	0.0%	1.4%	0.0%	0.0%	1.8%	0.0%	10.0%

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票、治療室票）

特定集中治療室等における重症患者対応体制の強化に係る評価

➢ 集中治療領域における重症患者対応の強化及び人材育成の重要性を踏まえ、特定集中治療室等における重症患者対応に係る体制を確保している場合の評価を新設する。

救命救急入院料２・４、特定集中治療室管理料１～４

（新）　重症患者対応体制強化加算

イ　３日以内の期間　750点
ロ　４日以上７日以内の期間　500点
ハ　８日以上14日以内の期間　300点

［算定要件］
重症患者の対応に係る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者について、重症患者対応体制強化加算として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。

［施設基準の概要］

<table>
<tr><td>専従の常勤看護師１名以上</td><td colspan="3">・集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験が５年以上かつ集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を修了した看護師</td></tr>
<tr><td>専従の常勤臨床工学技士１名以上</td><td>・救命救急入院料/特定集中治療室管理料の届出を行っている医療機関において５年以上勤務した臨床工学技士</td><td rowspan="2">＊実施業務＊
・集中治療を必要とする患者の看護に従事する看護職員を対象とした院内研修を、年１回以上実施。
院内研修は、重症患者への看護実践のために必要な知識・技術の習得とその向上を目的とした、以下の内容を含む研修であること

① 重症患者の病態生理、全身管理の知識・看護
② 人工呼吸器及び体外式膜型人工肺（ECMO）を用いた重症患者の看護の実際</td><td></td></tr>
<tr><td>看護師２名以上

※当該治療室の施設基準に係る看護師の数に含めないこと。
※当該治療室以外の治療室又は病棟において勤務した場合、勤務した治療室又は病棟における看護師の数に含めないこと。</td><td>・集中治療の看護に従事した経験が３年以上かつ集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を受講。</td><td>＊実施業務＊
・新興感染症の発生等の有事の際に、都道府県等の要請に応じて、他の医療機関等の支援を行う。（支援にあたる看護師は当該看護師であることが望ましい）
・地域の医療機関等が主催する集中治療を必要とする患者の看護に関する研修に講師として参加するなど、地域における集中治療の質の向上を目的として、地域の医療機関等と協働することが望ましい。</td></tr>
</table>

必要な届出	・区分番号「Ａ２００－２」急性期充実体制加算　　・区分番号「Ａ２３４－２」感染対策向上加算1 ただし、急性期一般入院料１に係る届出を行っている保険医療機関については、区分番号「Ａ２００－２」急性期充実体制加算に係る届出を行っていない場合であっても、令和５年３月31日までの間に限り、別添７の様式42の８にその理由及び今後の届出予定を記載することをもって、当該届出を行っているものとみなす。
実績	・特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の「特殊な治療法等」に該当する患者が**１割５分以上**

重症患者対応体制強化加算

○ 重症患者対応体制強化加算を届け出ていた治療室は4%であった。
○ 届出困難な理由は、「看護師の確保ができない」、「急性期充実体制加算を届け出ていない」、「「特殊な治療法等」に該当する患者が1割5分以上であることが満たせない」等が挙げられた。

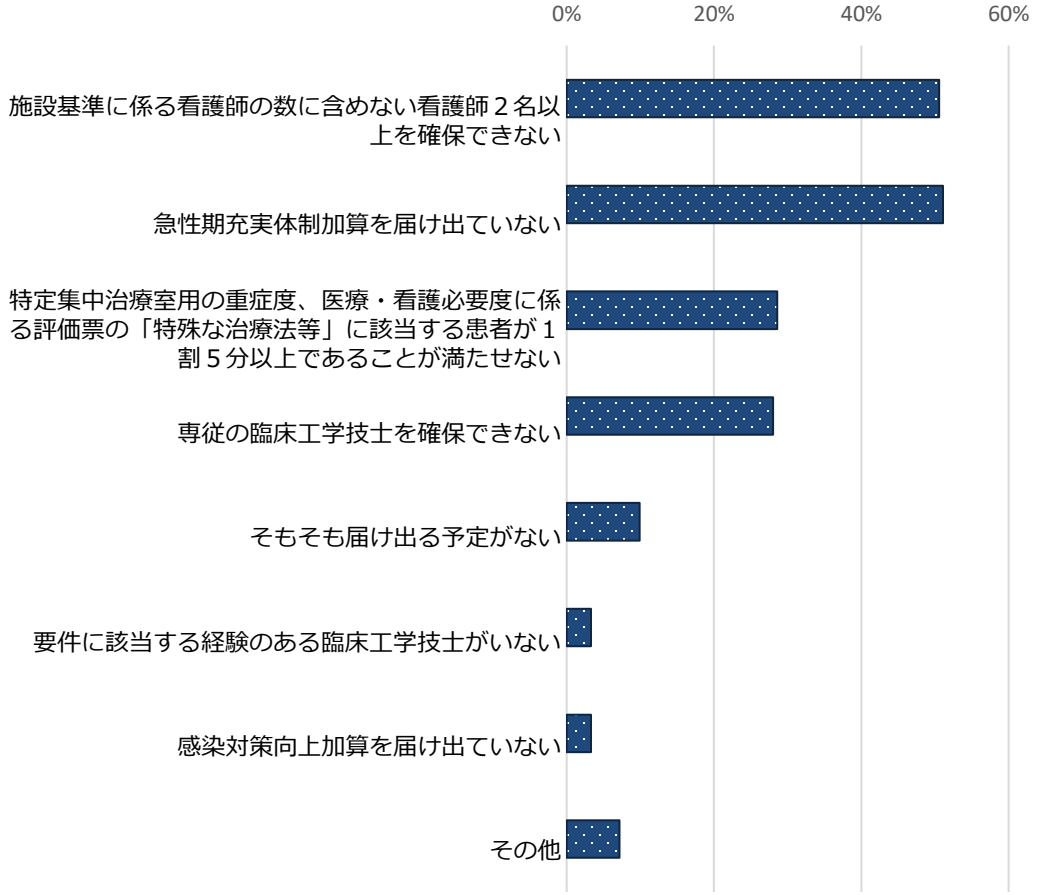
■重症患者対応体制強化加算の届出有無 (n=202)

	治療室数	(割合)
届出:無	193	96%
届出:有	9	4%

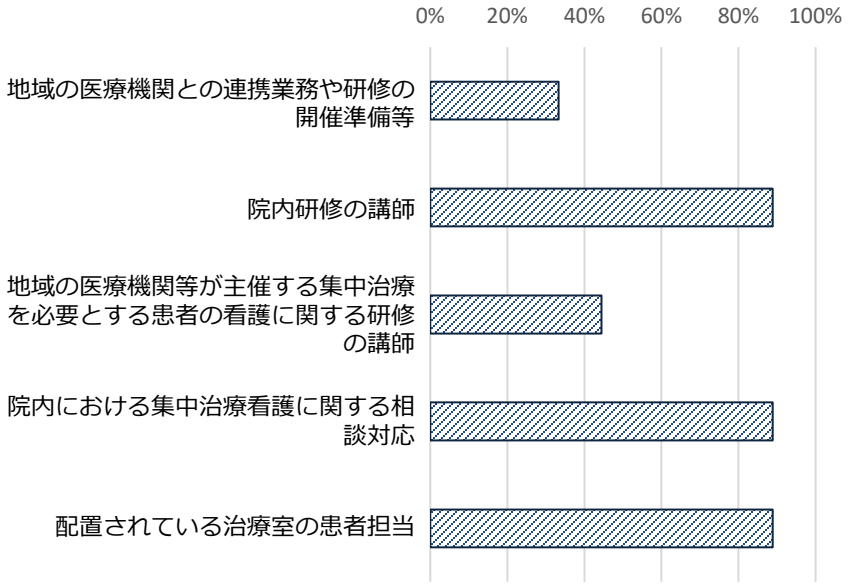
届出:無

届出:有

■届出が困難な理由(複数回答) (n=182)



■集中治療を必要とする患者の看護に係る研修修了者の具体的な実施業務 (n=9)



出典:令和4年度入院・外来医療等における実態調査(治療室票)

早期からの回復に向けた取組への評価

職種要件・算定要件の見直し

➢　入室後早期から実施する離床に向けた取組を更に推進するため、早期離床・リハビリテーションに関わる職種に**言語聴覚士を追加**する。

早期栄養介入管理加算の算定要件の見直し

➢　早期栄養介入管理加算について、経腸栄養の開始の有無に応じた評価に見直す。

現行

【早期栄養介入管理加算】
［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から経腸栄養等の必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として400点を所定点数に加算する。

［施設基準］
・当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。

改定後

【早期栄養介入管理加算】
［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として**250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。**

［施設基準］
イ　当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。
ロ　**当該治療室において早期から栄養管理を行うにつき十分な体制※が整備されていること。**
※　当該治療室において、早期から栄養管理を実施するため日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」を参考にして**院内において栄養管理に係る手順書を作成し、それに従って必要な措置が実施されていること**。また、栄養アセスメントに基づく計画を対象患者全例について作成し、必要な栄養管理を行っていること。

早期からの回復に向けた取組について算定対象となる治療室の見直し

➢　特定集中治療室以外の治療室においても、患者の入室後早期から離床に向けた総合的な取組を行っている実態及びその効果を踏まえ、早期離床・リハビリテーション加算及び早期栄養介入管理加算の対象となる治療室を見直す。

・早期離床・リハビリテーション加算
　　500点（１日につき）（14日まで）
・早期栄養介入管理加算
　　400点（１日につき）（７日まで）

現行

特定集中治療室管理料１～４

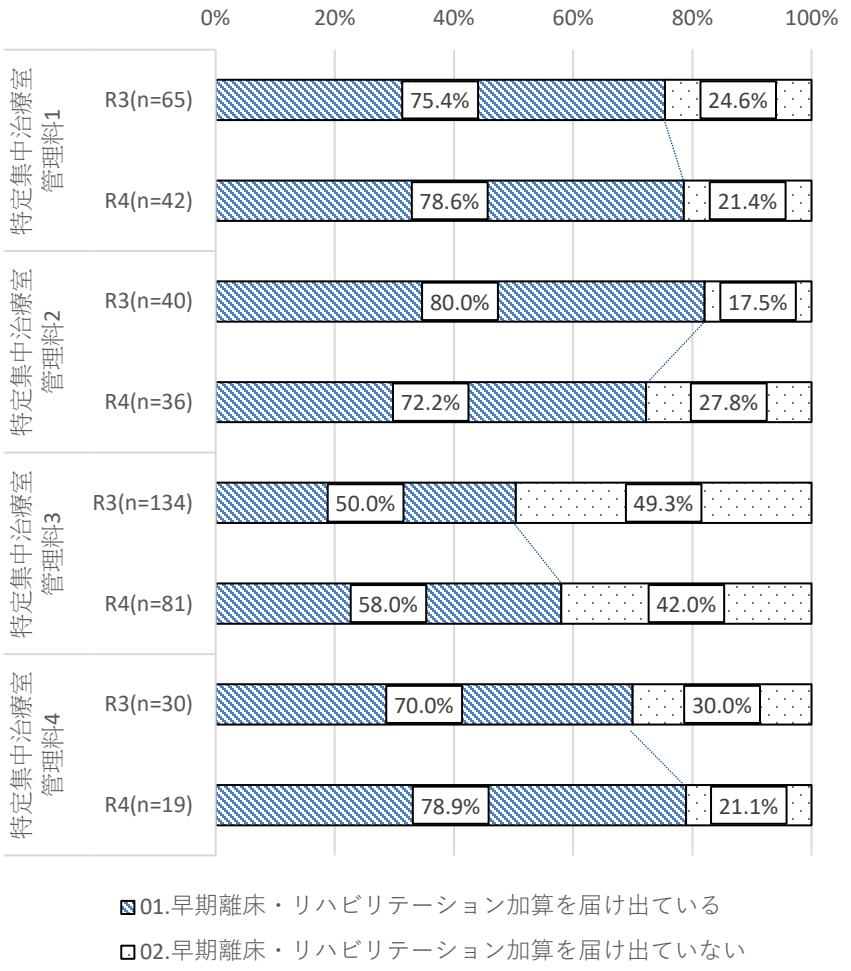
改定後

特定集中治療室管理料１～４
救命救急入院料１～４
ハイケアユニット入院医療管理料１、２
脳卒中ケアユニット入院医療管理料
小児特定集中治療室管理料

早期離床・リハビリテーション加算の届出状況

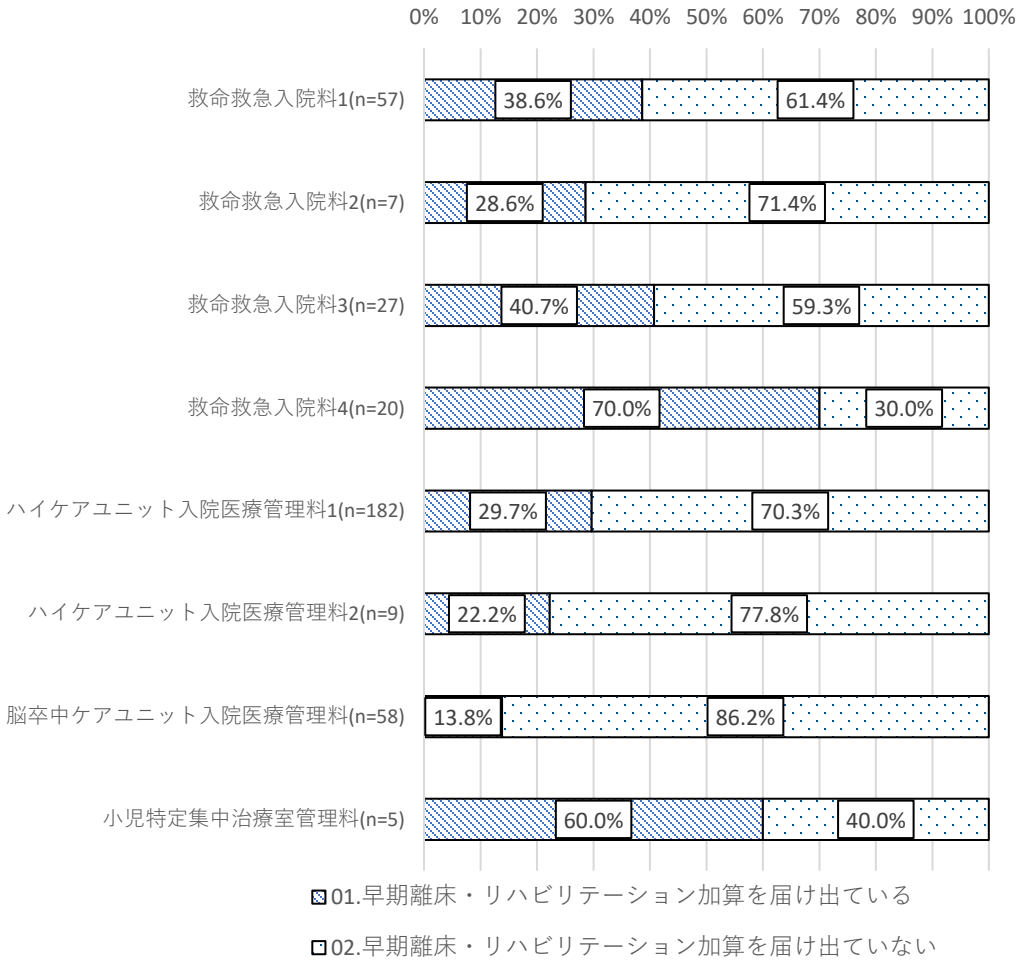
○ 特定集中治療室管理料1及び3～4において、令和3年度から令和4年度は届出割合が増加していた。
○ 令和4年度改定で新たに対象となった治療室については、救命救急入院料4における届出割合が最も高く、70.0%であった。

■ 届出状況（特定集中治療室）R3／R4



■ 届出状況（特定集中治療室以外）

※ 令和4年度診療報酬改定で新たに算定可能とされた治療室等

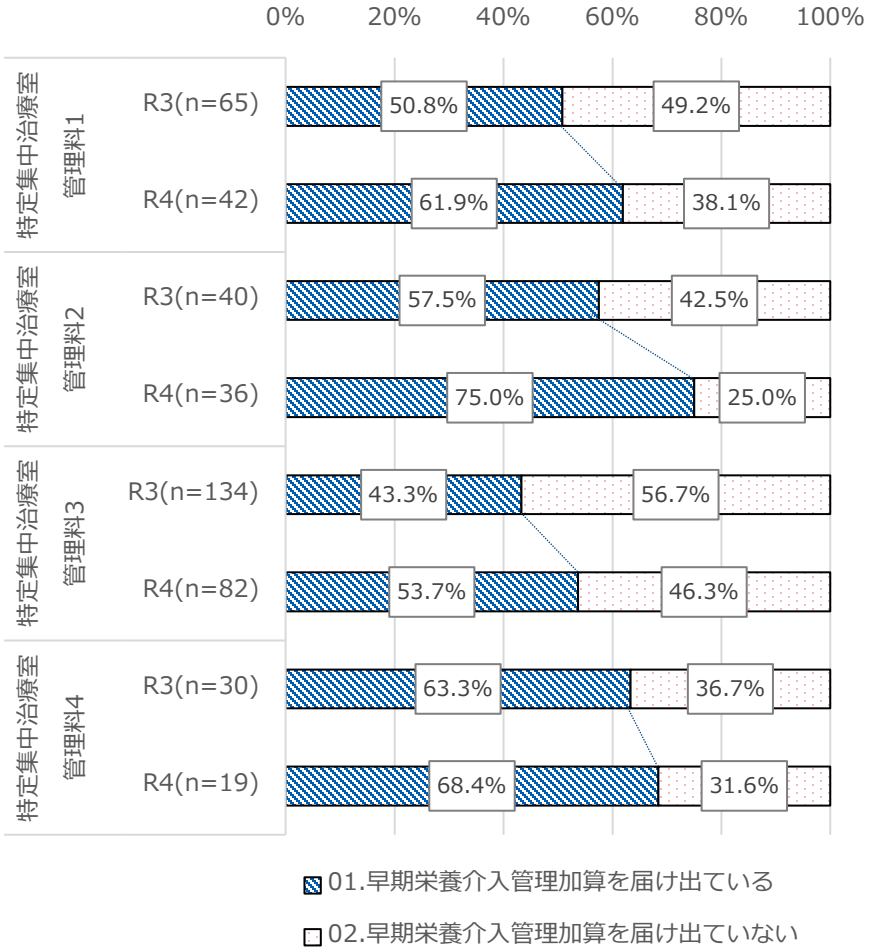


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（治療室票）、令和3年度入院医療等における実態調査（治療室票）

早期栄養介入管理加算の届出状況

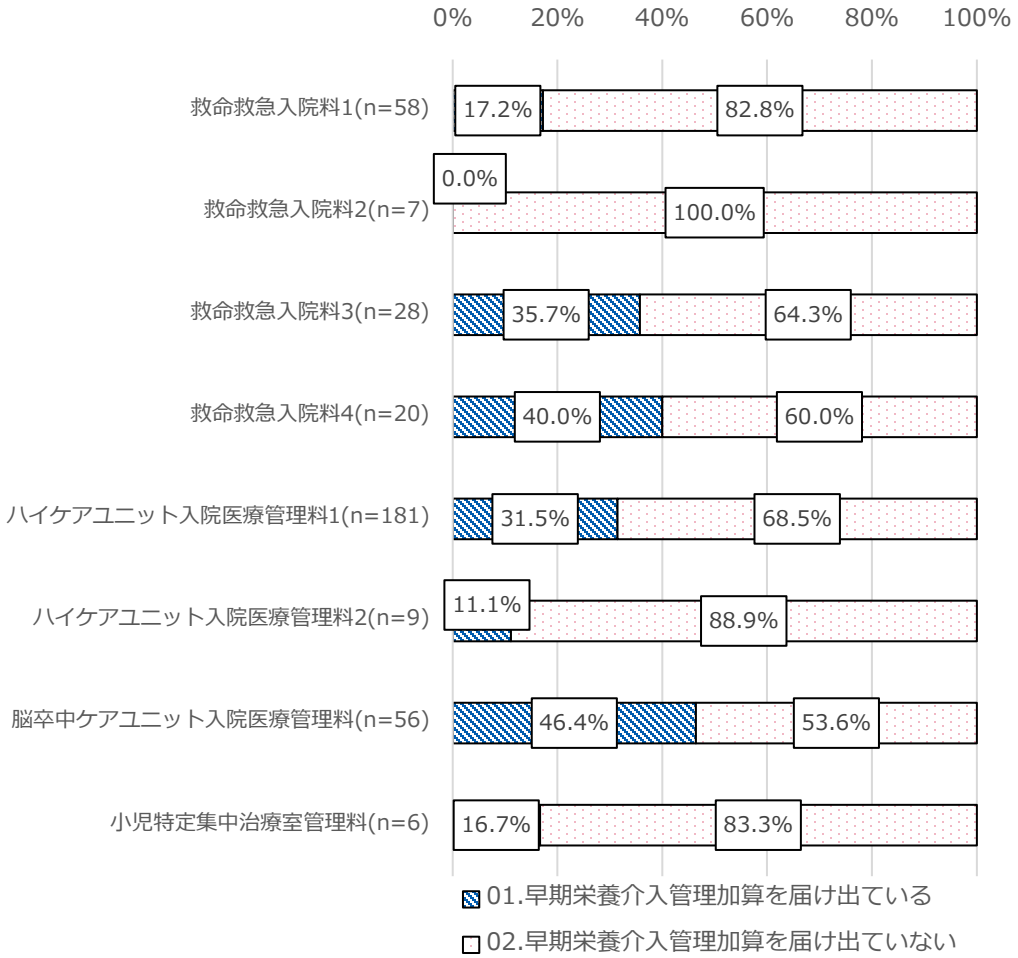
○ 特定集中治療室管理料1～4において、令和3年度から令和4年度は届出割合が増加していた。
○ 令和4年度改定で新たに対象となった治療室については、脳卒中ケアユニット入院医療管理料における届出割合が最も高く、46.4%であった。

■ 届出状況（特定集中治療室）R3／R4



■ 届出状況（特定集中治療室以外）

※ 令和4年度診療報酬改定で新たに算定可能とされた治療室等



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（治療室票）、令和3年度入院医療等における実態調査（治療室票）

1. 共通項目

2. 令和4年度各調査項目

（1）一般病棟入院基本料等における「重症度、医療・看護必要度」の施設基準等の見直しの影響について

（2）特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について

（3）地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件等の見直しの影響について

（4）療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について

（5）新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向けた評価等について

（6）医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等について

（7）外来医療に係る評価等について

3. その他の調査結果

令和４年度調査

診調組　入－１
４．１０．１２

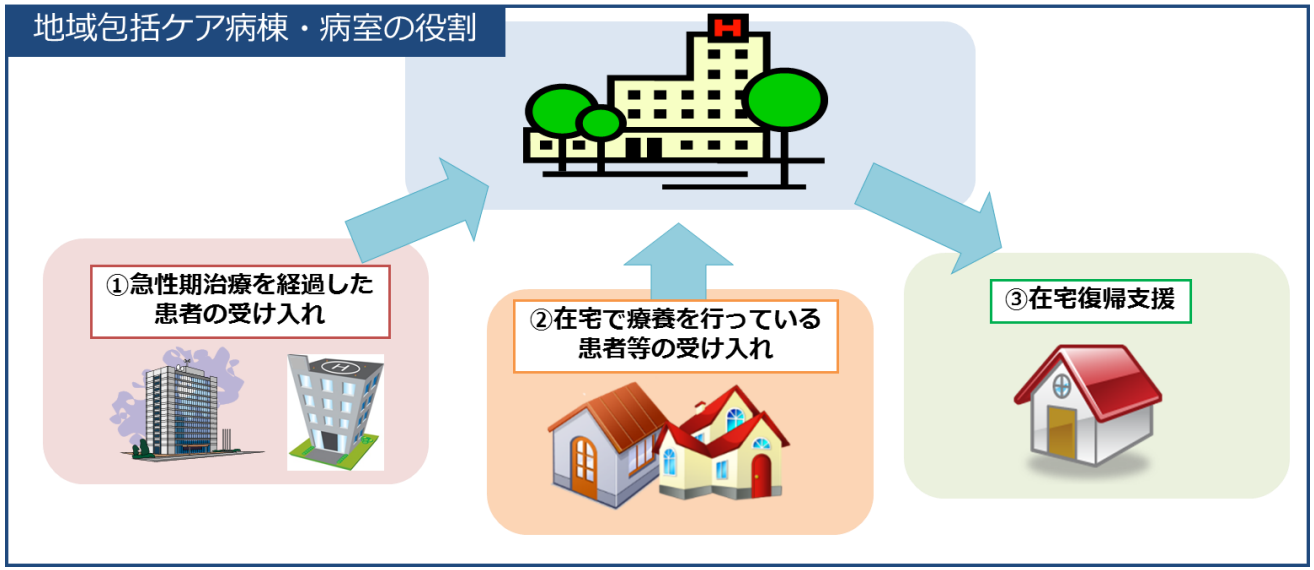
（３）地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件等の見直しの影響について

【附帯意見（抜粋）】
３　地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、求められている役割の更なる推進や提供されている医療の実態の反映の観点から、入院料の評価の在り方等について引き続き検討すること。

【関係する改定内容】
①地域包括ケア病棟入院料における実績要件及び施設基準等の見直し
②地域包括ケア病棟入院料の初期加算の見直し
③回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系及び要件等の見直し
④回復期リハビリテーション病棟入院料における回復期リハビリテーションを要する状態の見直し

【調査内容案】
調査対象：地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている医療機関
調査内容：（１）地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出を行っている医療機関における在宅医療・救急医療等の提供状況
（２）回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている医療機関におけるリハビリテーションの提供状況及びその実績等の状況
（３）各入院料等における患者の状態、医療提供内容、平均在院日数、入退院支援、退院先の状況　等

地域包括ケア病棟入院料の施設基準（イメージ）



2,809点
実績
・在宅復帰率（72.5%）
・室面積

2,620点
・在宅復帰率（72.5%）
・室面積

2,285点
実績

2,076点

【実績部分】
・自宅等からの入棟患者割合　２割以上
・自宅等からの緊急患者の受入れ　９人以上
・在宅医療等の提供等　２項目以上

（基本部分）
看護職員配置　１３対１
在宅復帰に係る職員の配置
リハビリテーションに係る職員の配置
救急医療（一般病床の場合）
在宅復帰率　７割

（基本的な実績部分）
重症度、医療・看護必要度
自院の一般病棟から転棟した患者割合

入院料１　入院料２　入院料３　入院料４

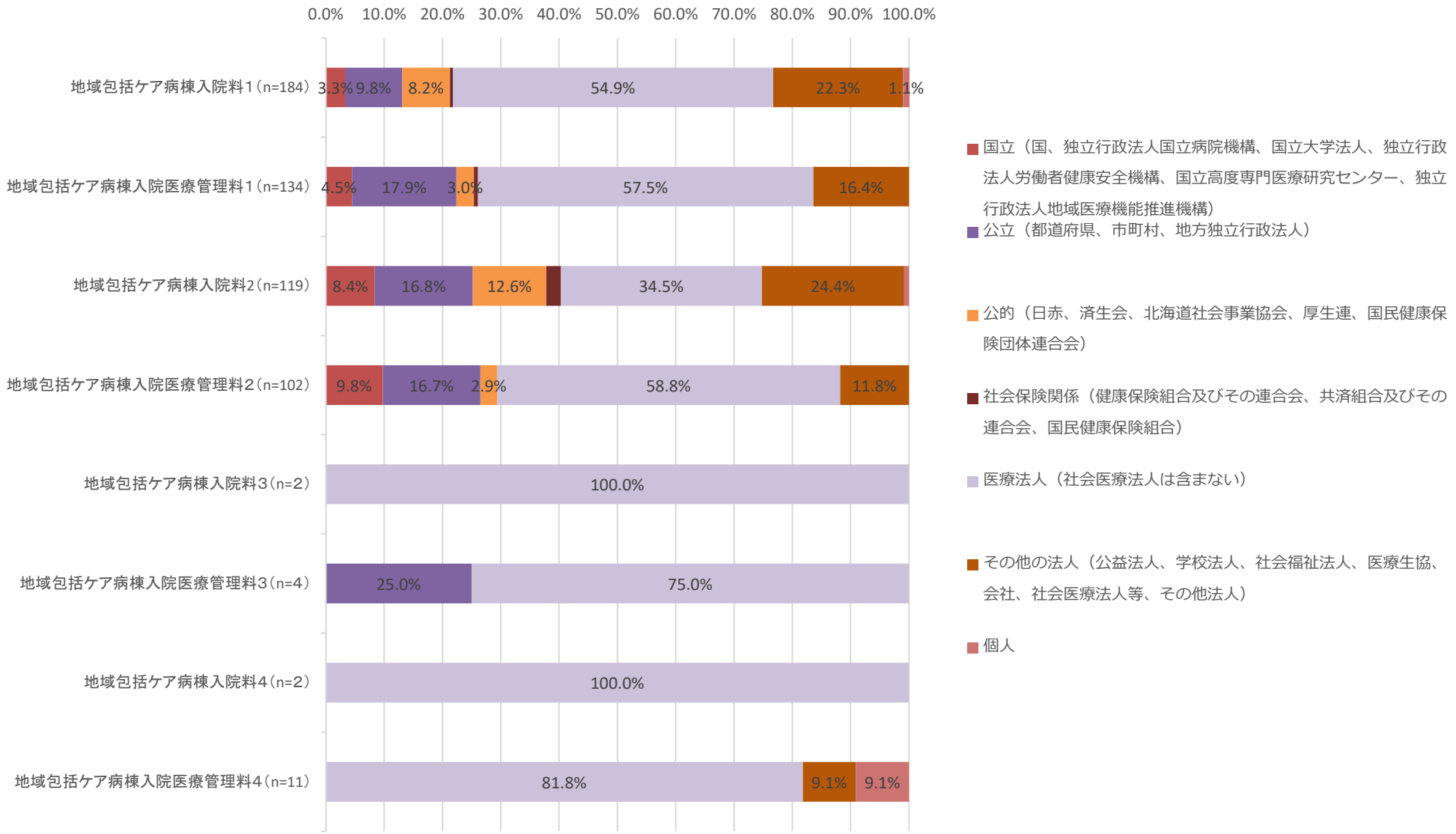
地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準

	入院料１	管理料１	入院料２	管理料２	入院料３	管理料３	入院料４	管理料４
看護職員	１３対１以上（７割以上が看護師）							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を１名以上配置							
リハビリテーション実施	リハビリテーションを提供する患者については１日平均２単位以上提供していること							
意思決定支援の指針	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
救急の実施	**一般病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること（ただし、200床未満の場合は救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たす。）**							
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満	○		－	○	○		－	○
室面積	6.4平方メートル以上				―			
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ　**12%**以上　又は　重症度、医療・看護必要度Ⅱ　**８%**以上							
自院の一般病棟から転棟した患者割合	－		６割未満（許可病床数**200床以上**の場合）**（満たさない場合85／100に減算）**	－	－		６割未満（許可病床数**200床以上**の場合）**（満たさない場合85／100に減算）**	－
自宅等から入棟した患者割合	**２割**以上（管理料の場合、10床未満は３月で**８人**以上）		**いずれか１つ以上（満たさない場合90／100に減算）（「在宅医療等の実績」については６つのうち１つ以上を満たせばよい）**		**２割**以上（管理料の場合、10床未満は３月で**８人**以上）		**いずれか１つ以上（満たさない場合90／100に減算）（「在宅医療等の実績」については６つのうち１つ以上を満たせばよい）**	
自宅等からの緊急患者の受入	３月で**９人**以上				３月で**９人**以上			
在宅医療等の実績	○（２つ以上）				○（２つ以上）			
在宅復帰率	**７割２分５厘**以上				**７割以上（満たさない場合90／100に減算）**			
入退院支援部門等	入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること **入院料及び管理料の１・２については入退院支援加算１を届け出ていること（許可病床数100床以上の場合）（満たさない場合90／100に減算）**							
点数（生活療養）	2,809点（2,794点）		2,620点（2,605点）		2,285点（2,270点）		2,076点（2,060点）	

- **療養病床については95/100の点数を算定**する。ただし、**救急告示あり／自宅等から入棟した患者割合が６割以上／自宅等からの緊急患者受け入れ３月で３０人以上のいずれか**を満たす場合は100/100

回答施設の状況（地域包括ケア病棟・病室）

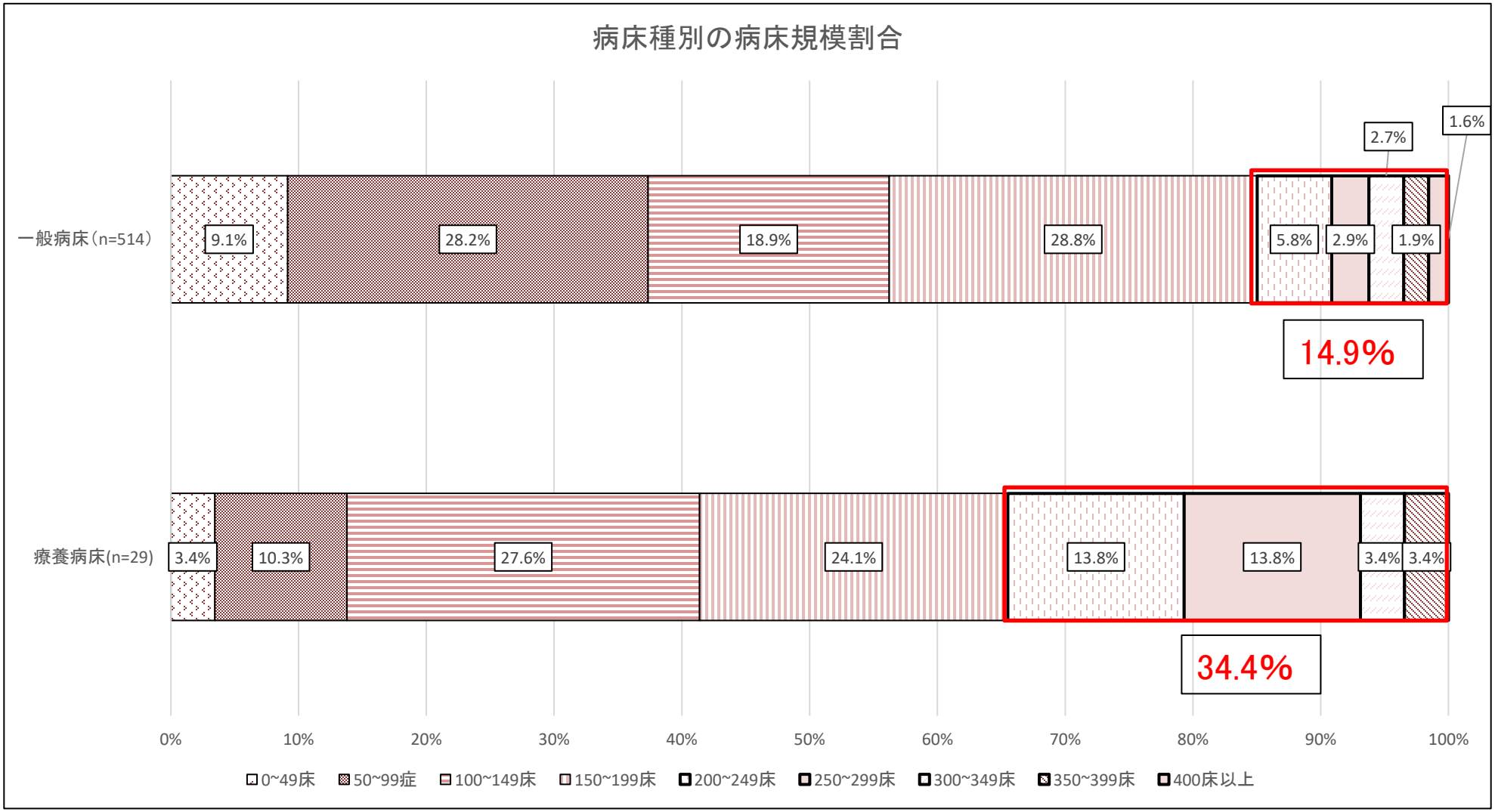
○　地域包括ケア病棟・病室の調査回答施設について、医療機関の開設者別の割合は、以下のとおりであった。



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

地域包括ケア病棟・病床の病床種別の許可病床数

○ 地域包括ケア病棟・病室について、有している地域包括ケア病棟・病室の病床種別の許可病床数の割合は、以下のとおりであった。
○ 許可病床数200以上の医療機関の割合（赤枠）は、一般病床で14.9%、療養病床で34.4%であった。



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

地域包括ケア病棟入院料等の届出施設における入院料別届出病床

○ 地域包括ケア病棟入院料及び管理料1・2を届け出ている施設の多くは、急性期一般入院料を届け出ていた。
○ 地域包括ケア病棟入院料・管理料3・4を届け出ている施設のうち半数は、療養病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料をそれぞれ届け出ていた。

入院料別の届出病床の状況（令和4年11月1日時点で1床でも届け出ていれば、有として集計）

入院料		地域包括ケア病棟入院料・管理料1	地域包括ケア病棟入院料・管理料2	地域包括ケア病棟入院料・管理料3～4
回答施設数		285	200	8
届出率	急性期一般入院料	72.6%	87.5%	50.0%
	地域一般入院料	0.4%	1.0%	0.0%
	回復期リハビリテーション病棟入院料	40.0%	35.0%	50.0%
	療養病棟入院料	29.5%	21.0%	50.0%
	障害者施設等入院基本料	3.5%	3.5%	0.0%
	緩和ケア病棟入院料	1.8%	5.0%	0.0%

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

地域包括ケア病棟入院料等を算定する病棟の平均職員数（40床あたり）

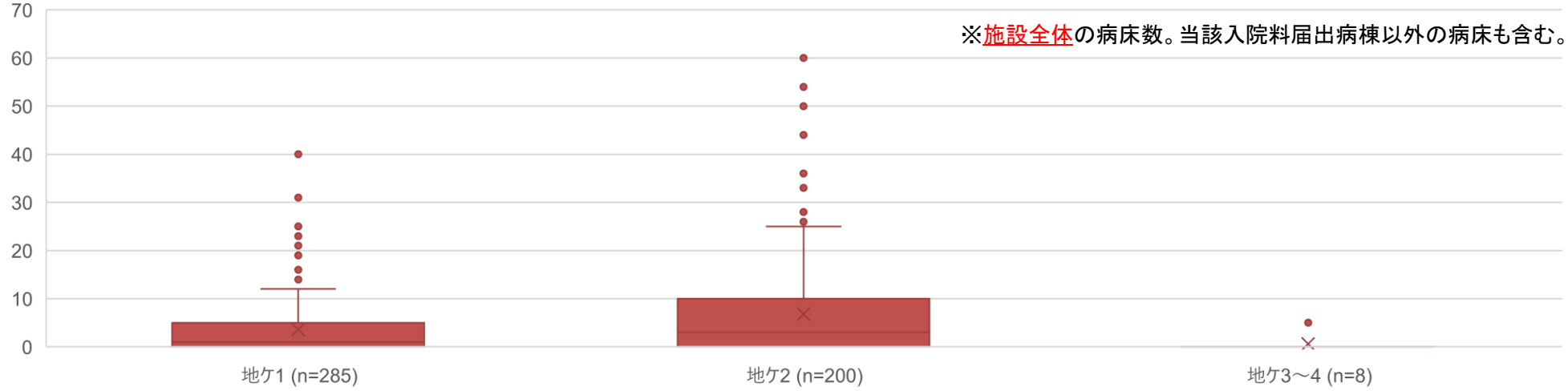
入院料		地域包括ケア病棟入院料・管理料1	地域包括ケア病棟入院料・管理料2	地域包括ケア病棟入院料・管理料3～4
回答病棟数		214	159	9
平均病床数		39.15	38.51	29.22
40床あたり平均職員数	看護師	19.00	17.89	13.76
	准看護師	1.96	1.55	2.23
	看護師及び准看護師	20.96	19.44	15.99
	看護補助者	6.94	5.79	6.25
	看護補助者のうち、介護福祉士	1.62	1.68	0.44
	薬剤師	0.58	0.58	0.47
	管理栄養士	0.34	0.28	0.25
	理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士	3.04	2.58	4.10
	相談員	0.80	0.64	0.77
	医師事務作業補助者	0.22	0.24	0.07
	その他の職員	0.80	0.35	0.16

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

地域包括ケア病棟入院料等の届出施設における新型コロナ感染症対応状況

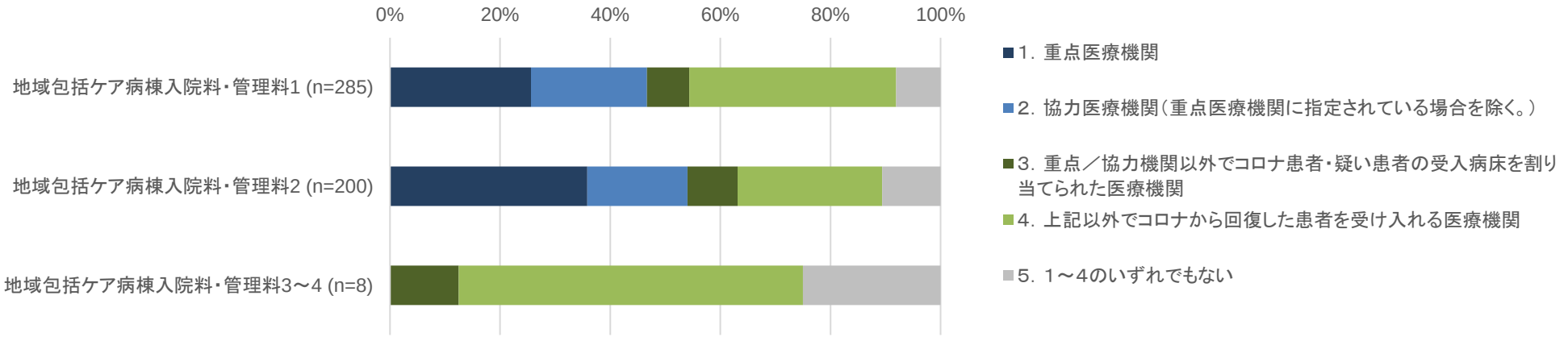
○ 地域包括ケア病棟入院料・管理料１及び2を算定している医療機関のうち約5割が、重点医療機関、協力医療機関のいずれかに指定されていた。指定されていない施設であっても、コロナから回復した患者を受け入れる医療機関が多かった。

新型コロナウイルス感染症患者受入可能病床数（令和4年11月１日時点）※



※施設全体の病床数。当該入院料届出病棟以外の病床も含む。

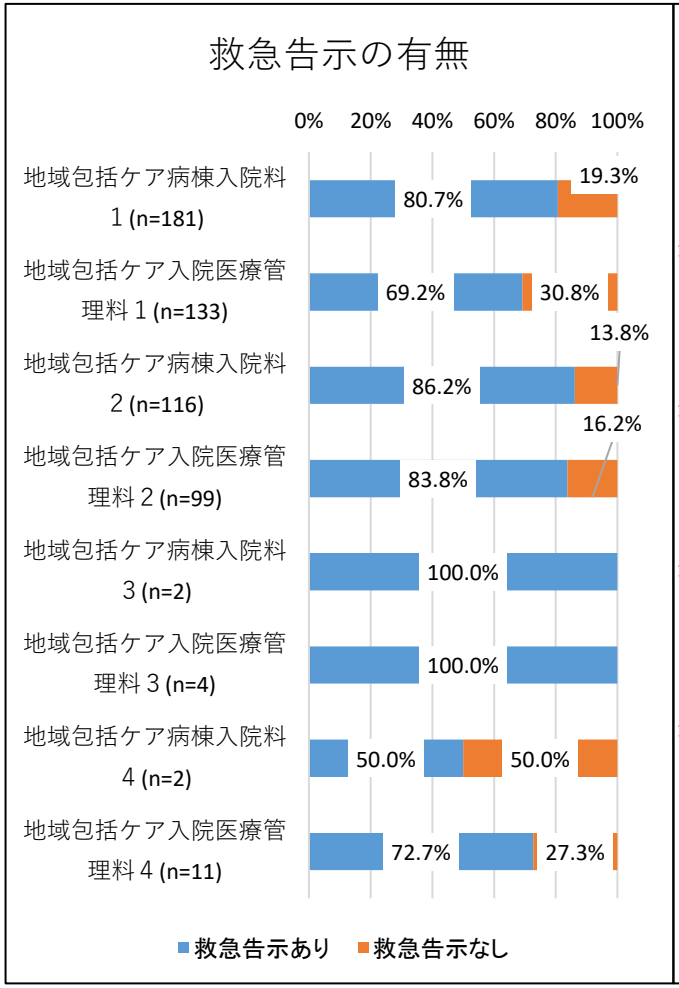
重点・協力医療機関の指定等の状況（令和4年11月１日時点）

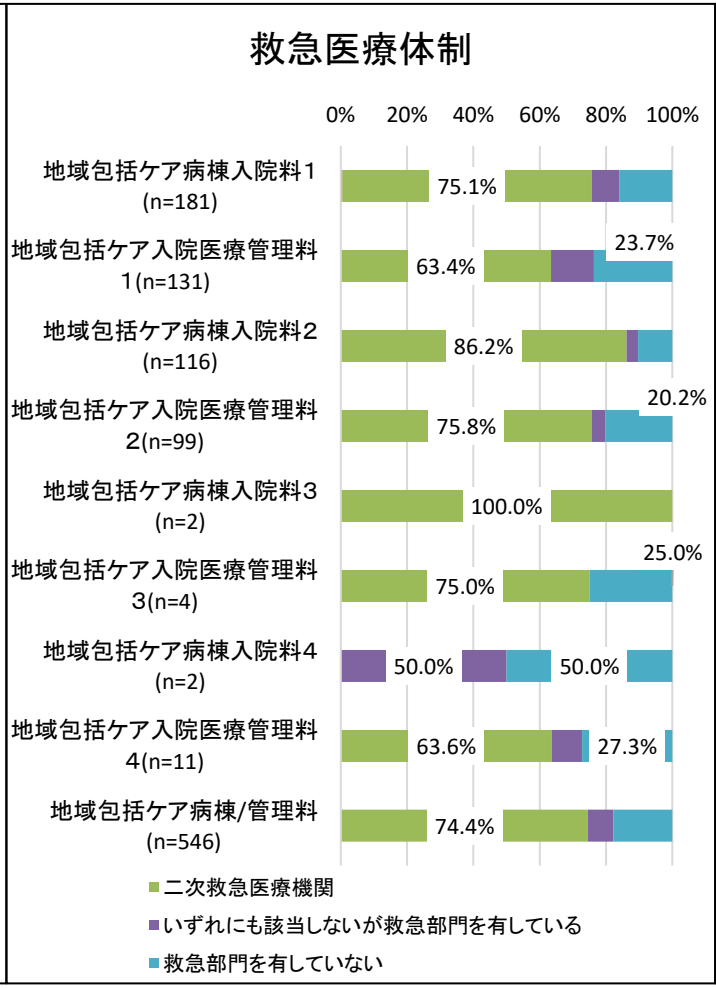


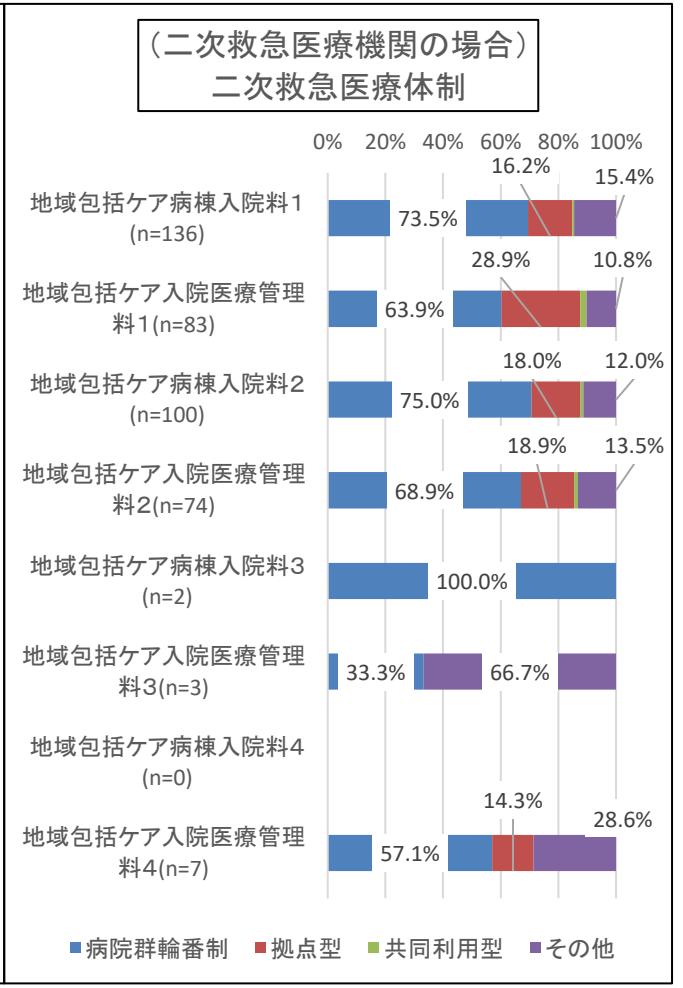
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

地域包括ケア病棟を有する病院の救急の状況

○ 地域包括ケア病棟を有する病院について、病院が救急告示病院である割合は、地域包括ケア病棟入院料１で80.7%、地域包括ケア病棟入院料２で86.2%であった。
○ 地域包括ケア病棟を有する病院について、病院が二次救急医療機関に該当する割合は、地域包括ケア病棟入院料１で75.1%、地域包括ケア病棟入院料２で86.2%であった。





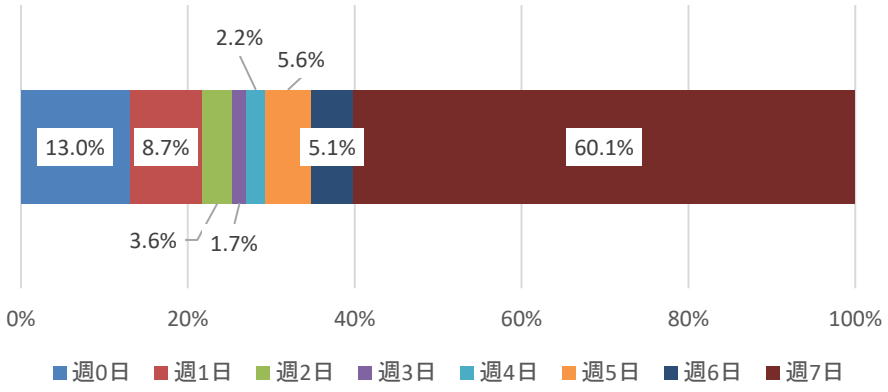


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

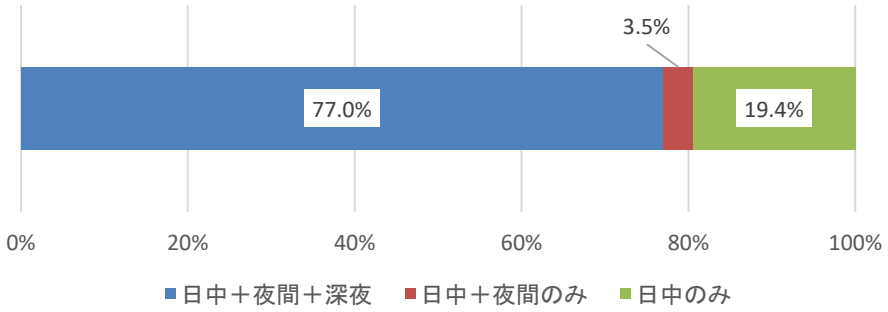
地域包括ケア病棟を有する病院の救急の状況①

○ 地域包括ケア病棟を有する病院について、救急患者を受けている頻度は、週7日が60.1%で最も多く、次に週0日が13.0%であった。
○ 救急患者を受け入れている時間帯については、夜間・深夜も受け入れていると回答した医療機関が77.0%であった。
○ 救急搬送の受け入れ件数については、400件以下の医療機関が多いが、ばらつきも見られた。

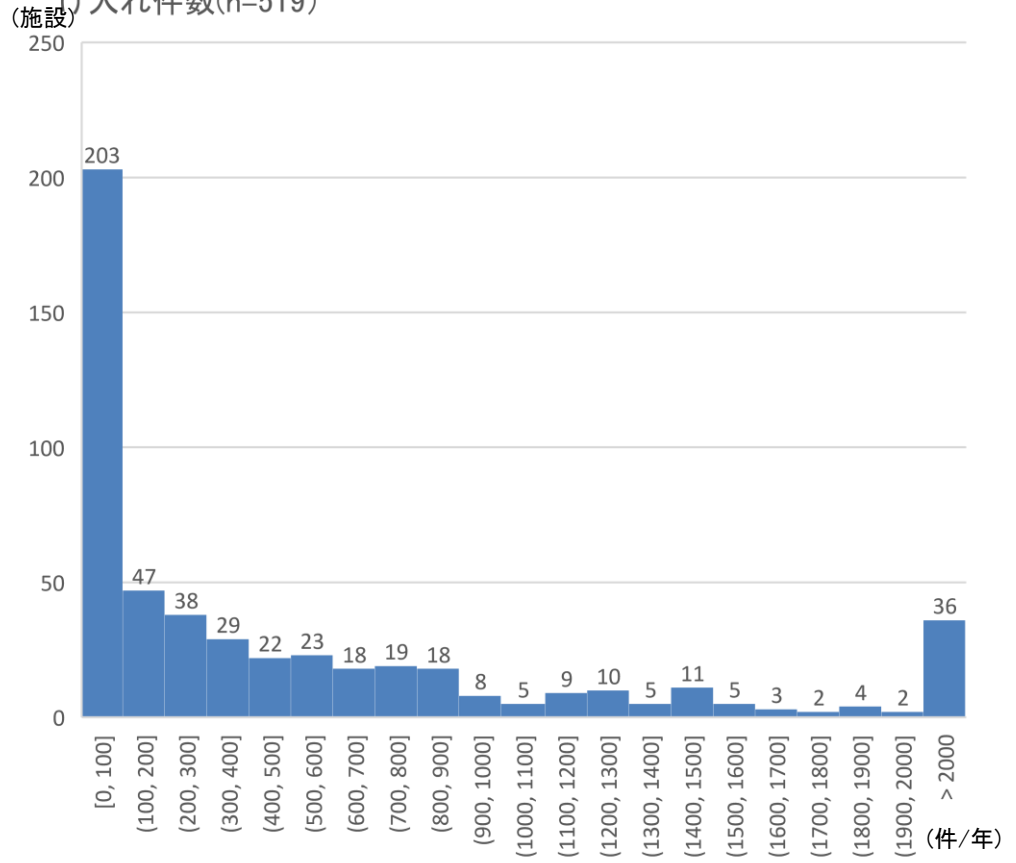
救急患者を受け入れている頻度(n=414)



救急患者を受け入れている時間帯(n=396)



地域包括ケア病棟・病室を持つ医療機関における救急搬送の受け入れ件数(n=519)



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

地域包括ケア病棟を有する病院の救急受け入れの判断の基準

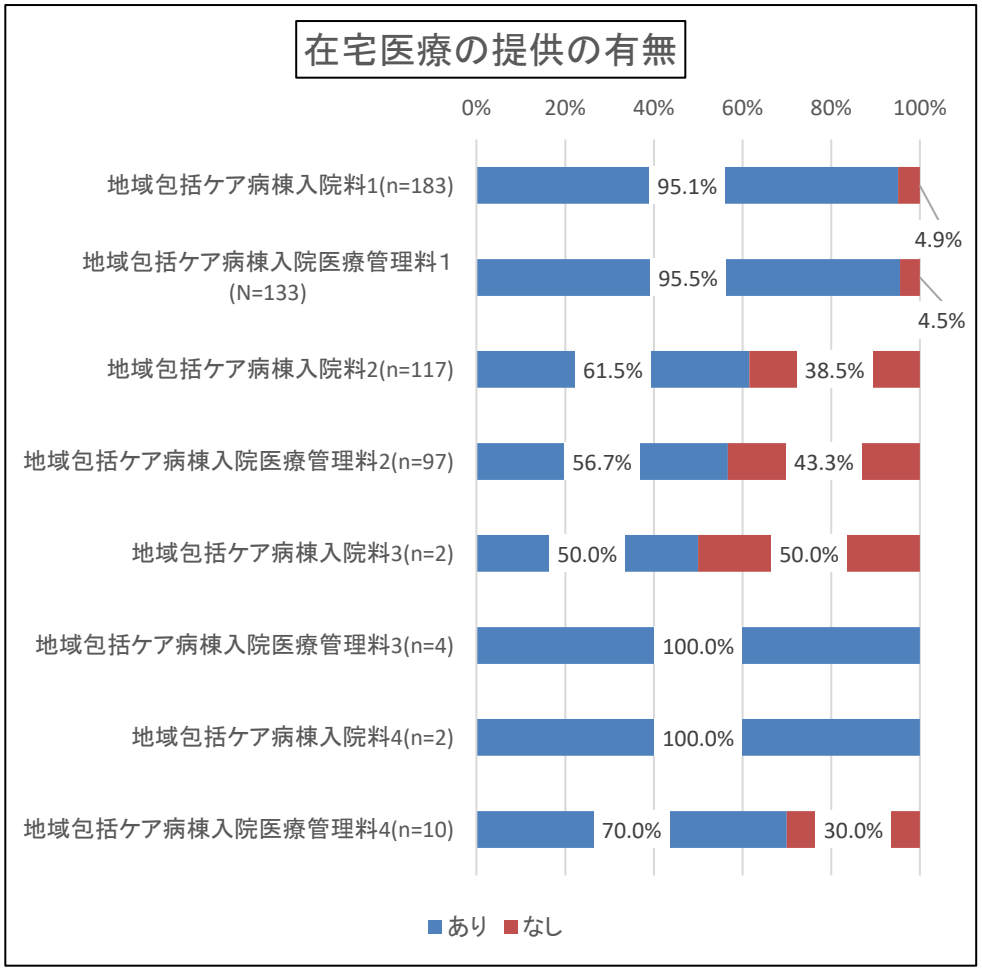
○ 地域包括ケア病棟を有する病院について、救急受け入れ基準を見ると、患者の症状により受け入れ可否を判断している割合が高かった。

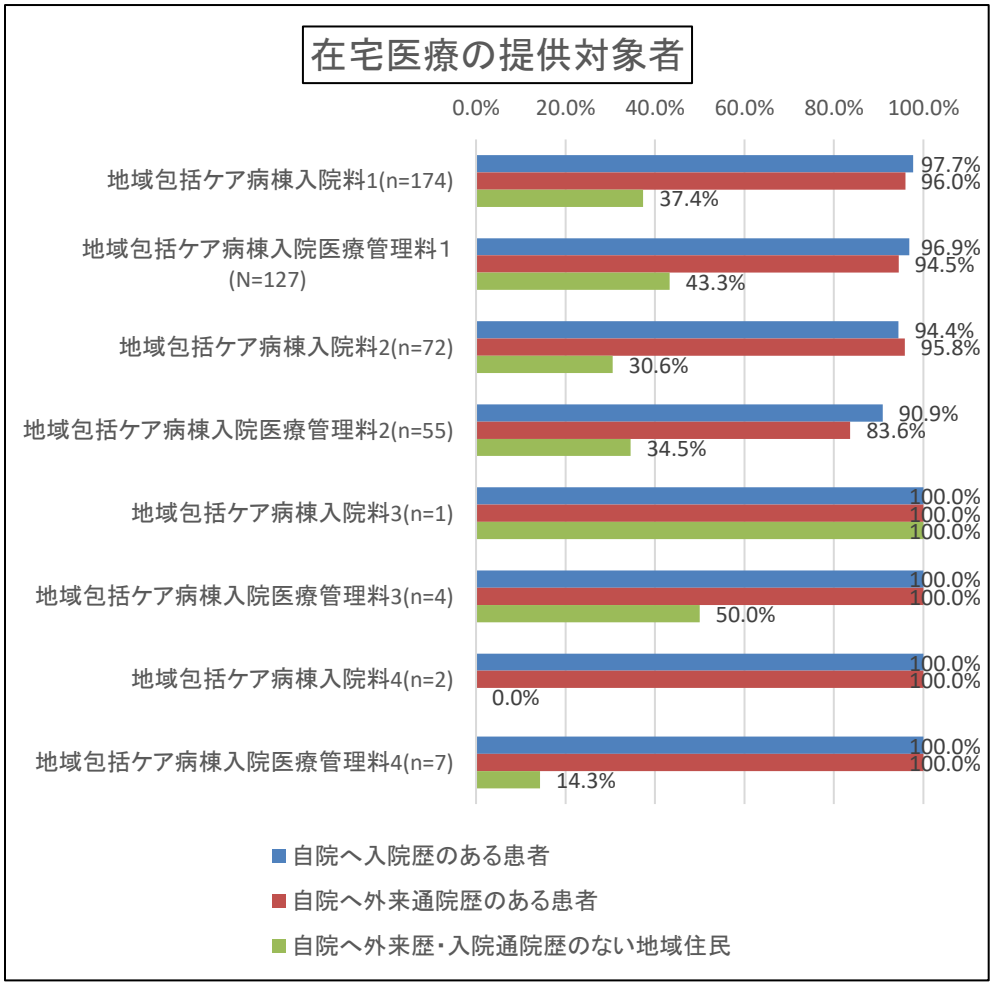
	全体 (n=601)	地域包括ケア病棟入院料１ (n=179)	地域包括ケア入院医療管理料１ (n=130)	地域包括ケア病棟入院料２ (n=61)	地域包括ケア入院医療管理料２ (n=98)	地域包括ケア病棟入院料３ (n=2)	地域包括ケア入院医療管理料３ (n=4)	地域包括ケア病棟入院料４ (n=1)	地域包括ケア入院医療管理料４ (n=10)
自院の通院歴・入院歴の有無により受け入れ可否を判断している	45.1%	49.7%	53.8%	34.4%	39.8%	0.0%	75.0%	100.0%	30.0%
患者の症状により受け入れ可否を判断している	84.2%	89.4%	90.8%	83.6%	91.8%	50.0%	75.0%	100.0%	100.0%
全患者受け入れている	8.3%	8.9%	10.8%	14.8%	10.2%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%
医療機関からの紹介の有無により受け入れ可否を判断している	16.6%	20.1%	23.1%	13.1%	16.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
その他	7.7%	4.5%	0.8%	4.9%	5.1%	0.0%	25.0%	0.0%	0.0%

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

地域包括ケア病棟を有する病院の在宅医療の状況

○　地域包括ケア病棟を有する病院の在宅医療の提供状況について、地域包括ケア病棟1を有する病院の9割以上が在宅医療を提供していた一方、地域包括ケア病棟2を有する病院では約6割であった。

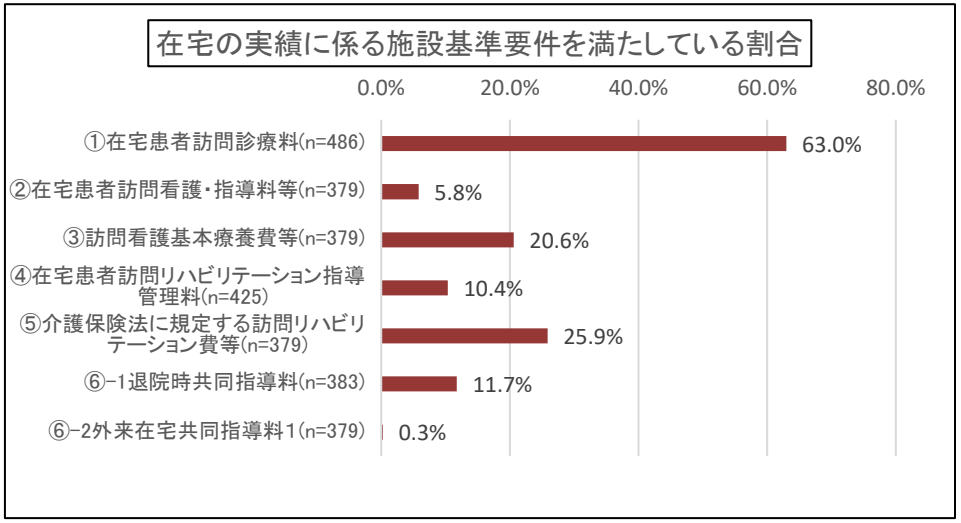


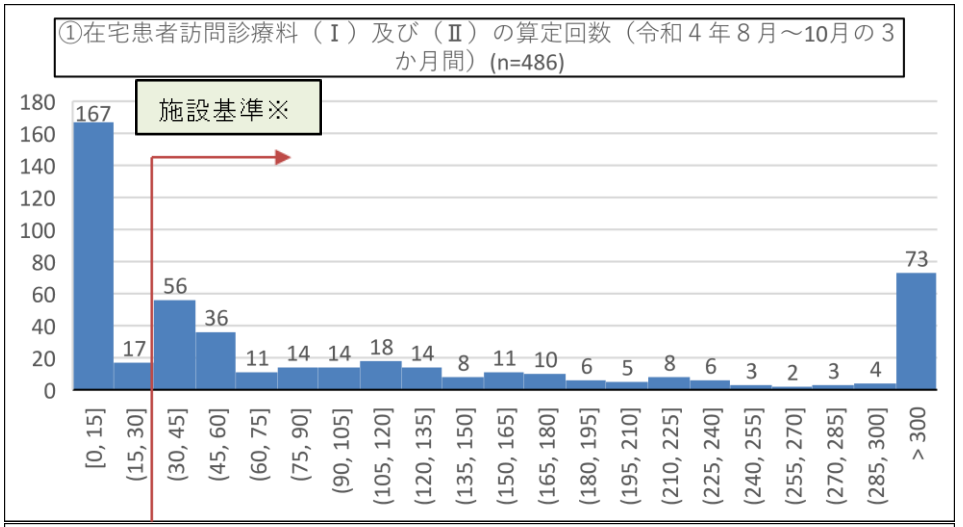


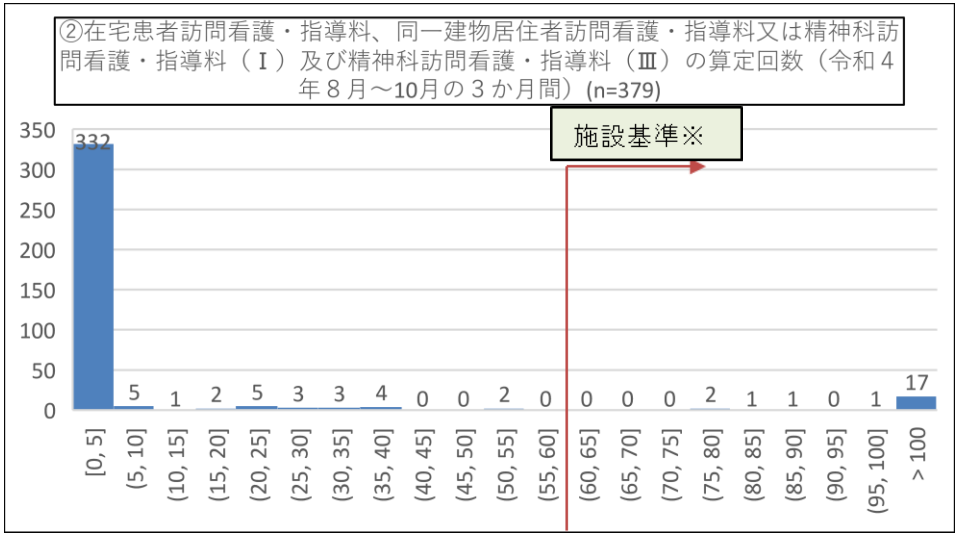
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

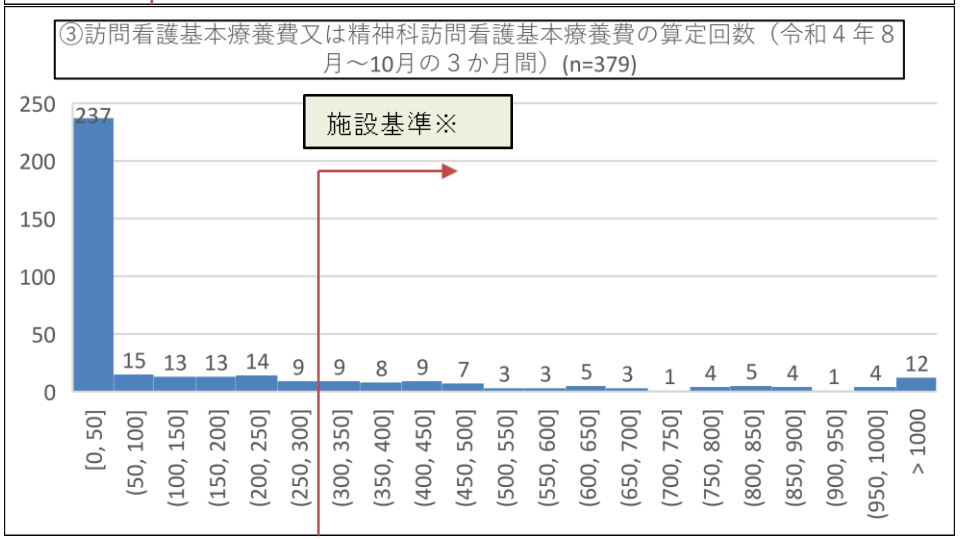
在宅医療等の提供状況①

○　地域包括ケア病棟を持つ病院の在宅医療の提供状況については、以下のとおり、訪問診療の基準を満たしている医療機関が多い。







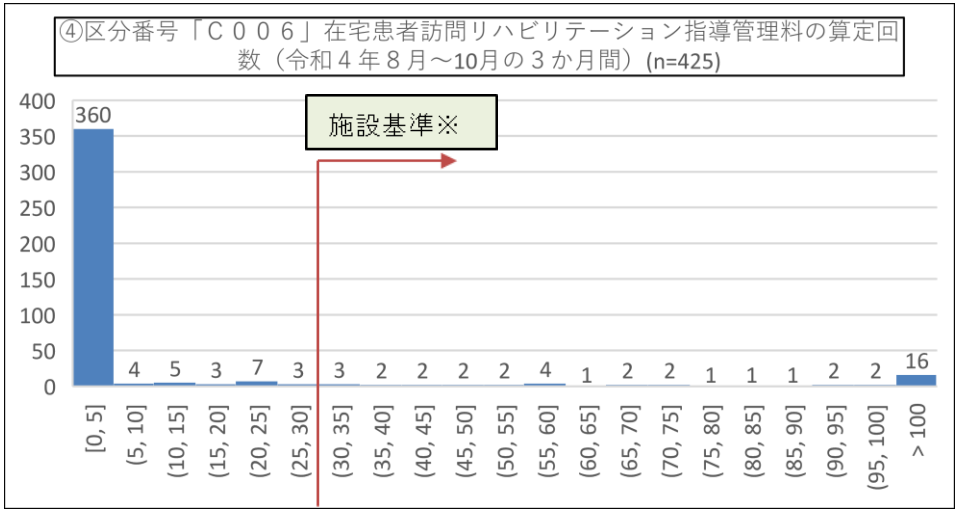


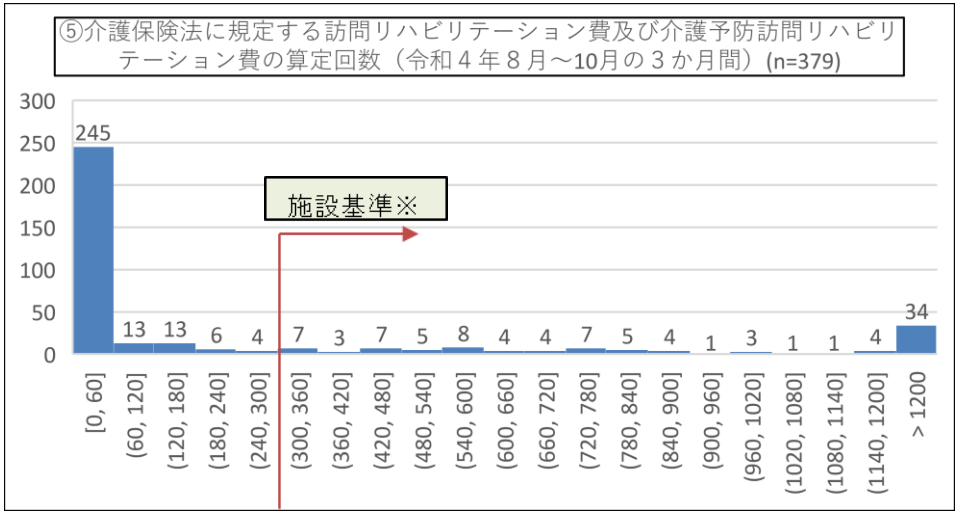
※地域包括ケア病棟入院料１・３においては上記①～⑥の要件について２つ以上満たしている必要がある。（２・４については緊急入院等に係る実績を満たさない場合、①～⑥の要件について１つ満たすことが要件）

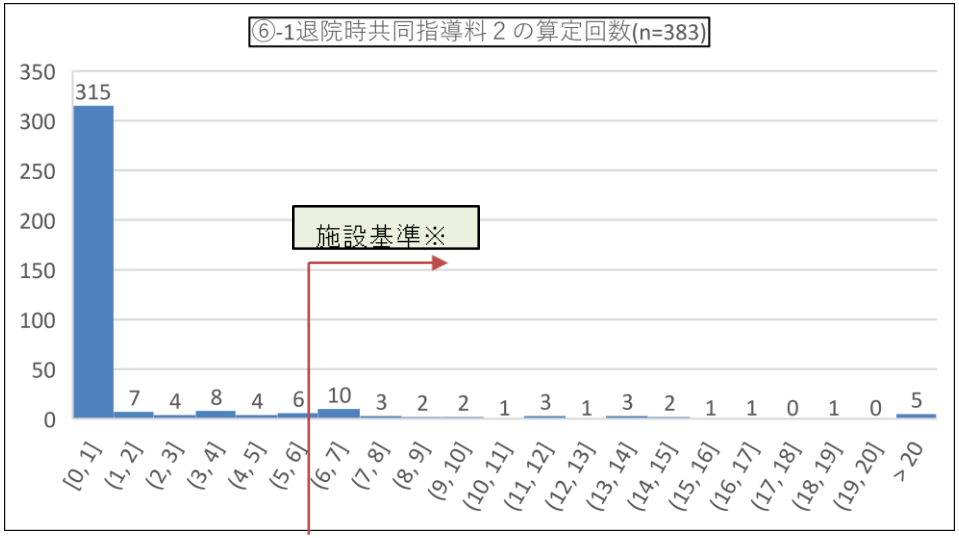
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

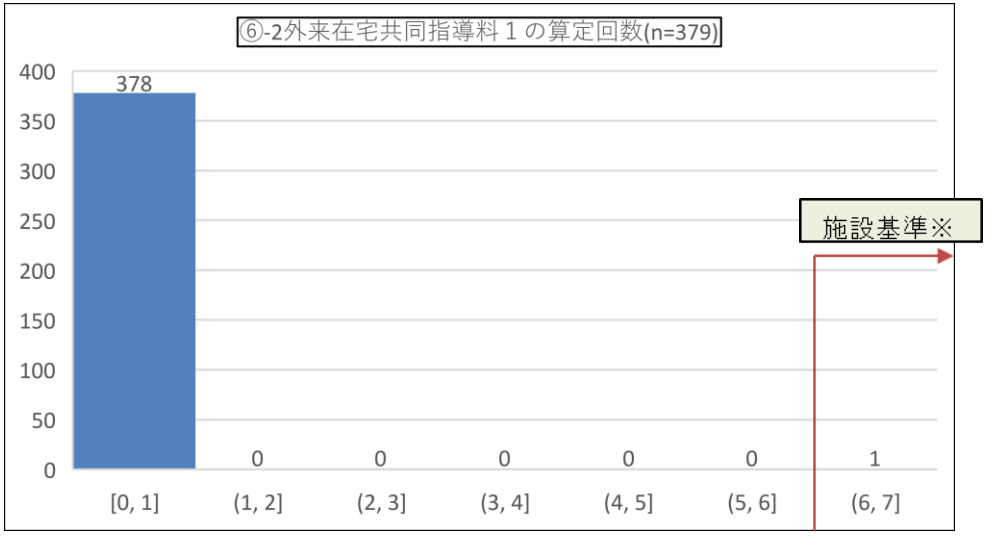
在宅医療等の提供状況②

○　地域包括ケア病棟を有する病院の、在宅医療の提供状況は以下のとおり。









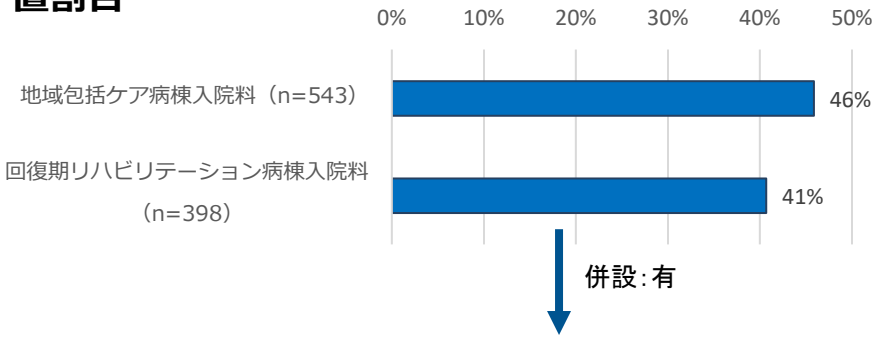
※地域包括ケア病棟入院料１・３においては上記①～⑥の要件について２つ以上満たしている必要がある。（２・４については緊急入院等に係る実績を満たさない場合、①～⑥の要件について1つ満たすことが要件）

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

地域包括ケア病棟を有する病院における訪問看護

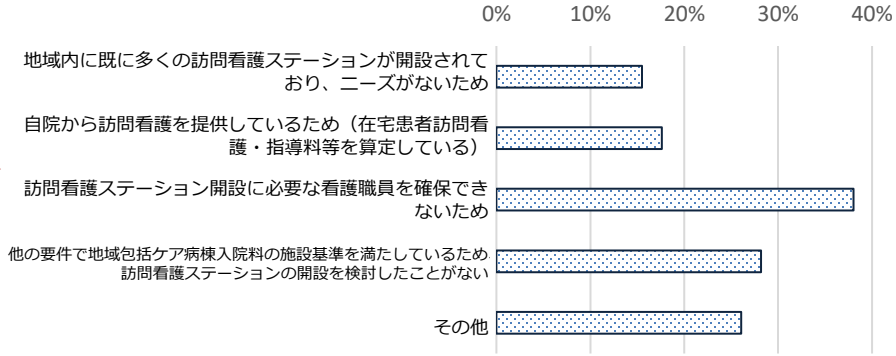
○ 地域包括ケア病棟を有する病院に併設する訪問看護ステーションでは、「24時間対応体制加算の届出」や「併設医療機関以外の主治医の利用者が1割以上」が約9割以上である一方、地域における人材育成等の実施割合は低い。

■同一敷地内又は隣接敷地内の訪問看護ステーション設置割合

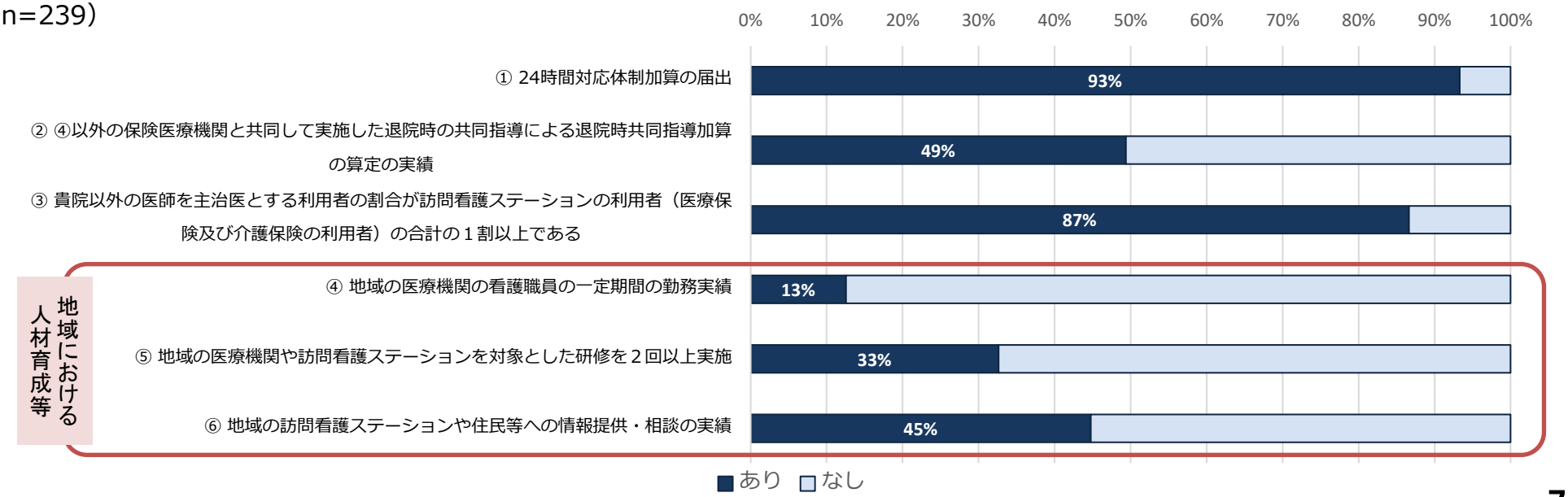


併設：無

■訪問看護ステーションを併設しない理由（n=284）



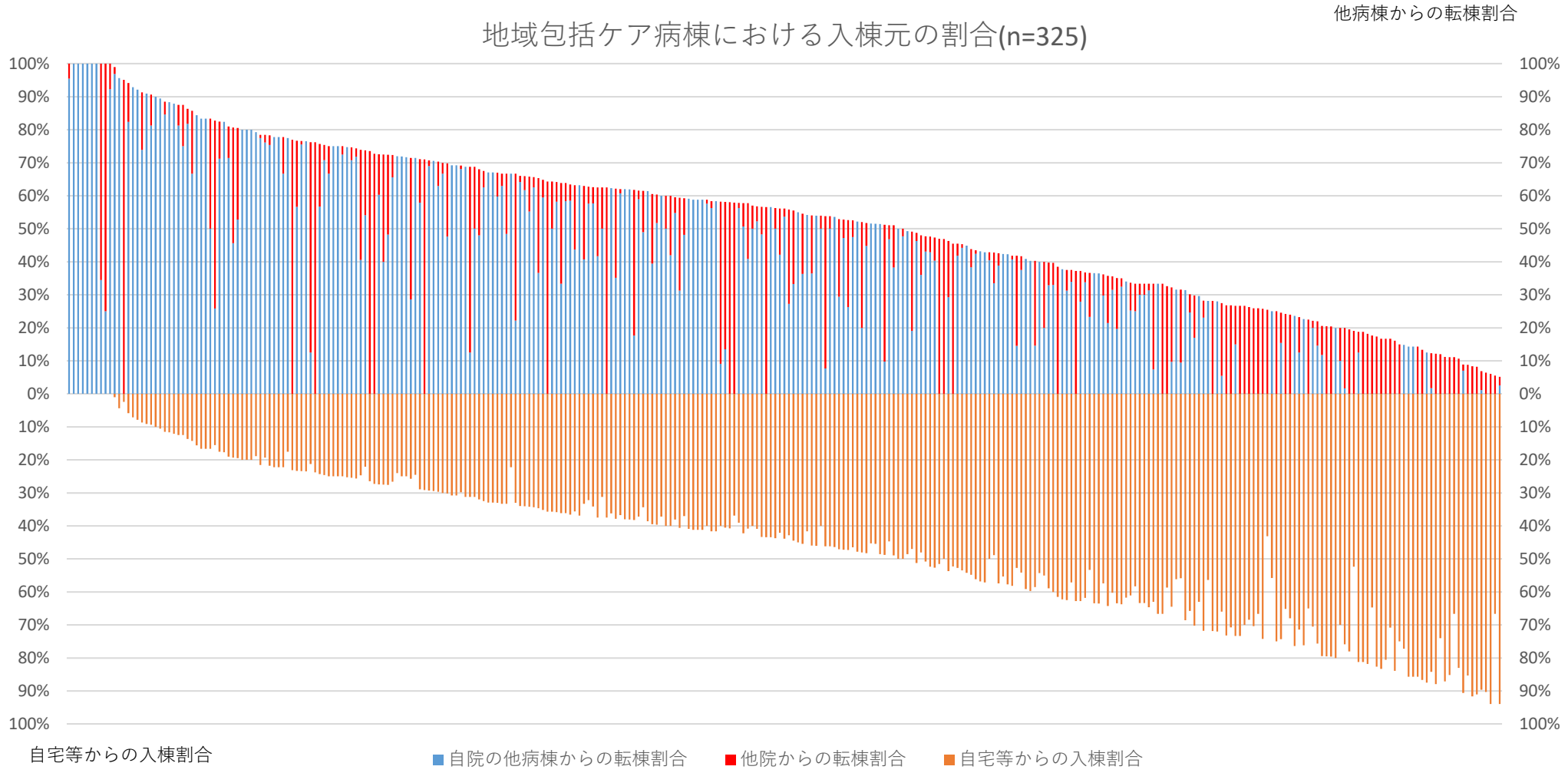
■地域包括ケア病棟を有する医療機関における併設訪問看護ステーションの訪問看護療養費（医療保険）の届出状況等（n=239）



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票（B票））

地域包括ケア病棟入棟患者の入棟元割合

○　地域包括ケア病棟に入院する患者の入棟元割合について、自宅等からの入棟割合はばらつきが見られる。

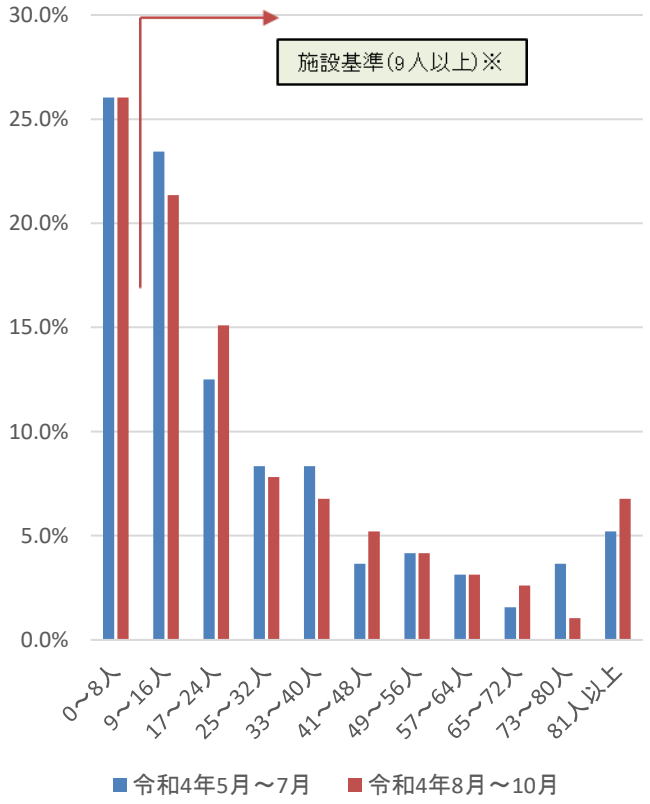


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

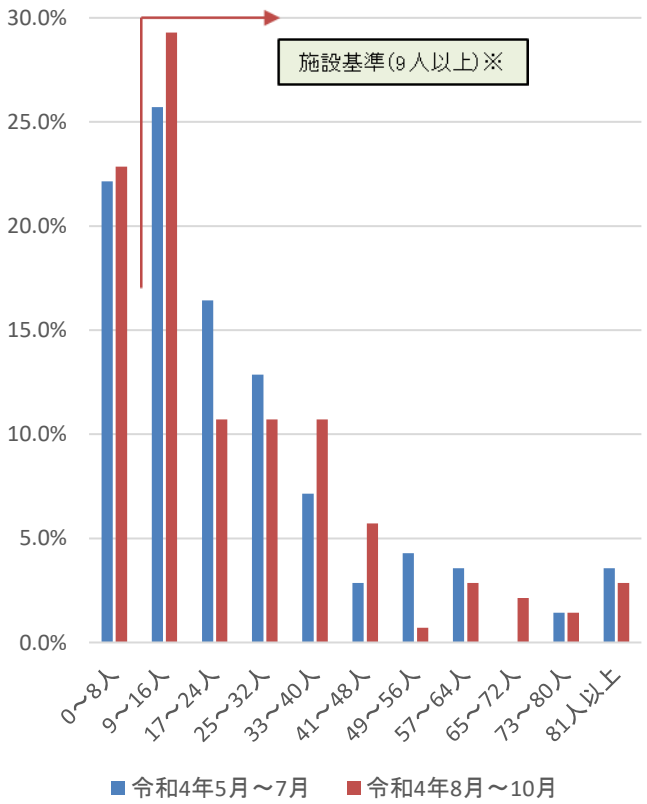
地域包括ケア病棟・病室の自宅等からの緊急患者の受入れ数

○　地域包括ケア病棟・病室を持つ病院の自宅等からの緊急患者の受入数は以下のとおり。
○　入院料・入院医療管理料１及び2において施設基準要件を下回っている医療機関が一定数存在する。
※　施設基準要件を下回っている要因としては、新型コロナウイルス感染症の影響等が考えられる。

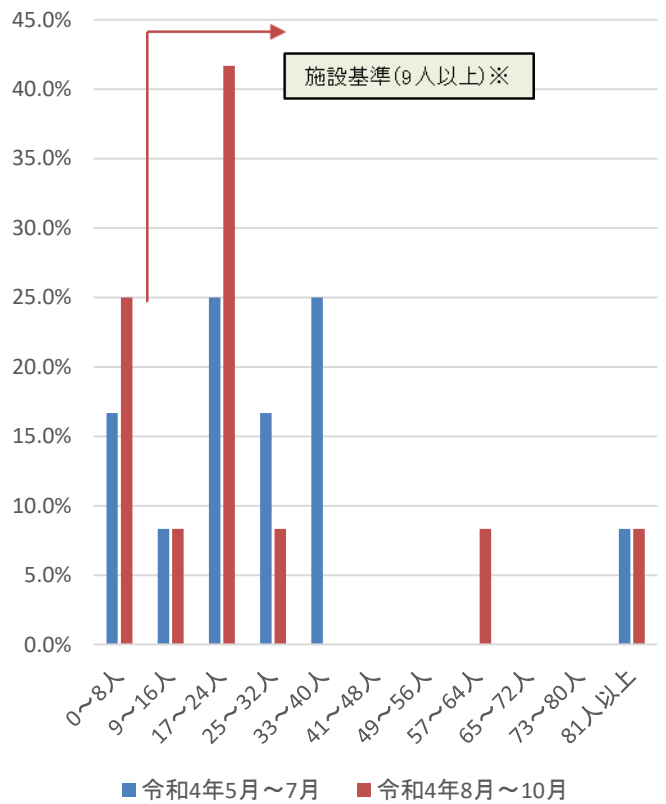
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1(n=192)



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料2(n=140)



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料3・4(n=12)

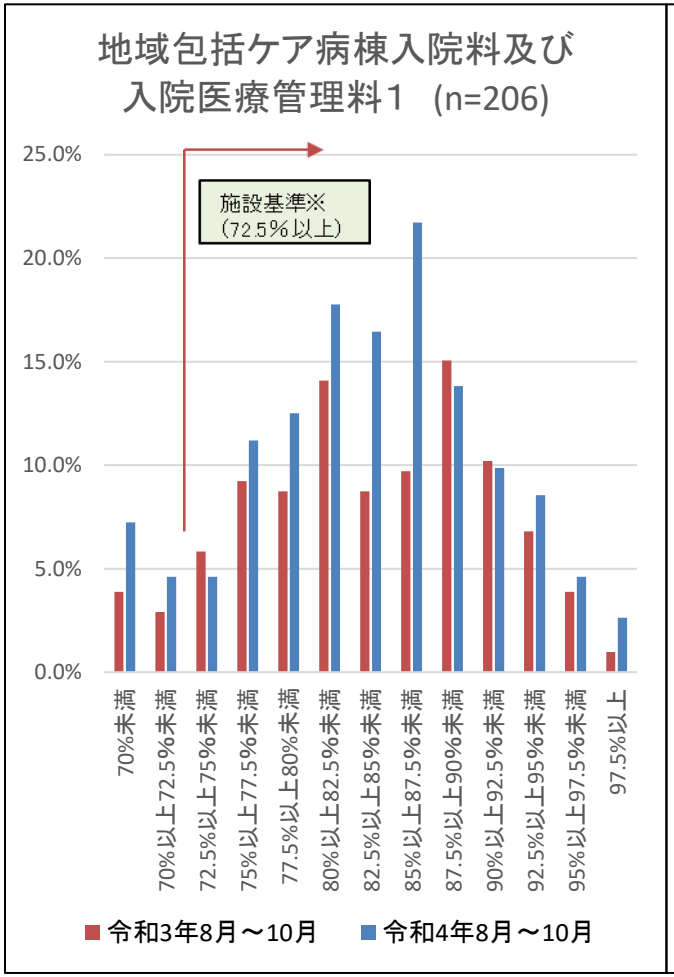


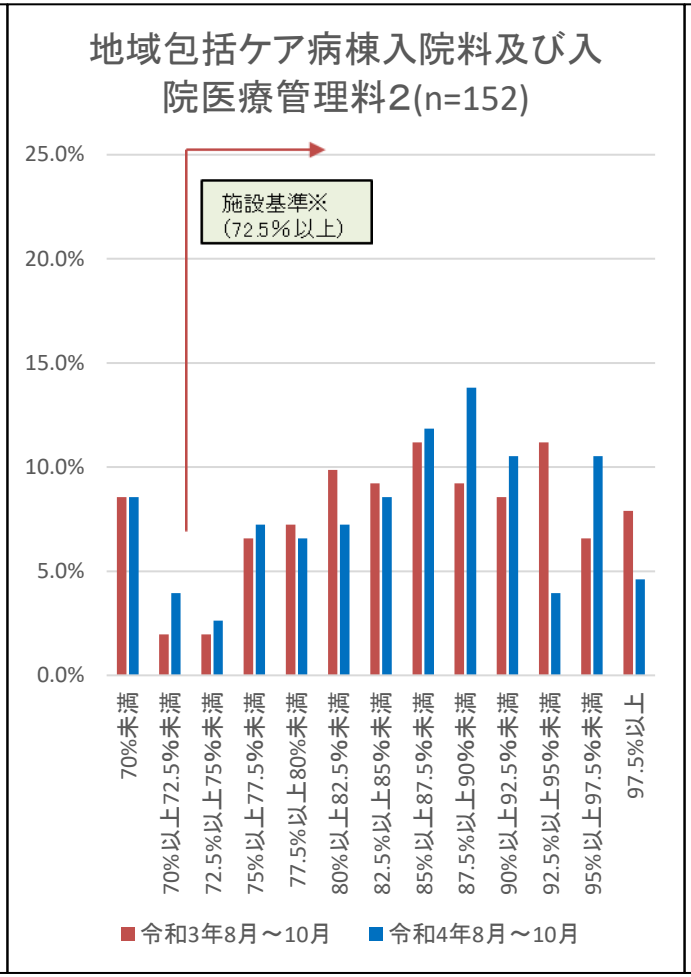
※令和４年度診療報酬改定以降、地域包括ケア病棟入院料１・３においては当該病棟において３ヶ月で９人以上自宅等からの緊急患者を受け入れる必要がある。（２・４については在宅医療等に係る実績を満たさない場合、緊急入院の要件を満たすことが必要）

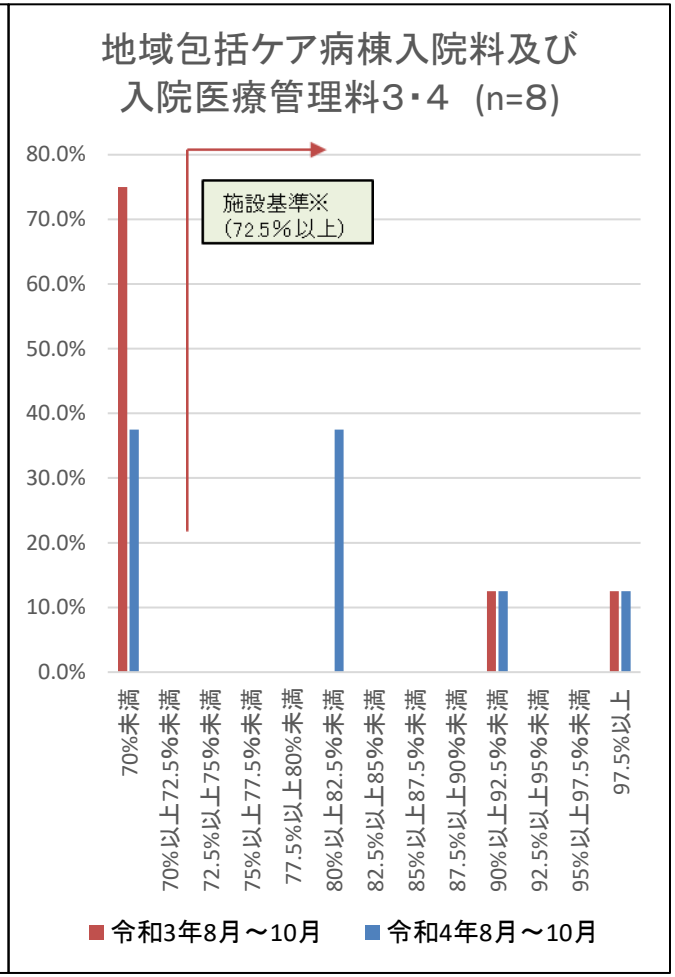
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

地域包括ケア病棟・病室の在宅復帰率

○ 地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料を届け出ている病棟における、在宅復帰率の分布は以下のとおり。
○ 地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料1・2において、令和3年と比較して令和4年では、在宅復帰率が高い傾向にある。







※令和４年度診療報酬改定において地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料１・２については在宅復帰率が70%→72.5%以上、地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料３・４については在宅復帰率が70%以上が要件となった。

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

地域包括ケア病棟・病室における患者の流れ

○ 地域包括ケア病棟・病室の入棟元をみると、自宅（在宅医療の提供なし）が最も多く、33.1%であった。
○ 退棟先をみると、自宅（在宅医療の提供なし）が最も多く、48.2%であった。

【入棟元】(n=2,838)

自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	8.2%
	自宅（在宅医療の提供なし）	33.1%
介護施設等	介護老人保健施設	2.1%
	介護医療院	0.1%
	介護療養型医療施設	0.2%
	特別養護老人ホーム	4.0%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	3.1%
	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	1.6%
	障害者支援施設	0.1%
他院	他院の一般病床	17.3%
	他院の一般病床以外	1.0%
自院	自院の一般病床（地域一般、回リハ、地ケア以外）	27.3%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.6%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病	0.4%
	自院の療養病床（回リハ、地ケア以外）	0.1%
	自院の精神病床	0.1%
	自院のその他の病床	0.1%
特別の関係にある医療機関		0.5%
有床診療所		0.0%
その他		0.1%

地域包括ケア病棟・病室

【退棟先】(n=805)

自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	11.1%
	自宅（在宅医療の提供なし）	48.2%
介護施設等	介護老人保健施設	6.5%
	介護医療院	0.4%
	介護療養型医療施設	0.1%
	特別養護老人ホーム	6.0%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	6.3%
	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	2.9%
	障害者支援施設	0.2%
他院	他院の一般病床（地域一般、回リハ、地ケア以外）	3.0%
	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.5%
	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	0.7%
	他院の療養病床（回リハ、地ケア以外）	2.7%
	他院の精神病床	0.2%
	他院のその他の病床	0.4%
自院	自院の一般病床（地域一般、回リハ、地ケア以外）	2.2%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.1%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	0.0%
	自院の療養病床（回リハ、地ケア以外）	0.7%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.0%
特別の関係にある医療機関		0.1%
有床診療所（介護サービス提供医療機関）		0.0%
有床診療所（上記以外）		0.0%
死亡退院		7.2%
その他		0.4%

参考：令和2年度入院医療等における実態調査

【入棟元】(n=2,115)

自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	8.8%
	自宅（在宅医療の提供なし）	25.4%
介護施設等	介護老人保健施設	2.6%
	介護医療院	0.0%
	介護療養型医療施設	0.1%
	特別養護老人ホーム	2.9%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	1.5%
	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	1.7%
	障害者支援施設	0.3%
他院	他院の一般病床	12.0%
	他院の一般病床以外	1.5%
自院	自院の一般病床（地域一般、回リハ、地ケア以外）	40.8%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.9%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	0.0%
	自院の療養病床（回リハ、地ケア以外）	0.1%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.0%
特別の関係にある医療機関		0.0%
有床診療所		0.1%
その他		1.1%

地域包括ケア病棟・病室

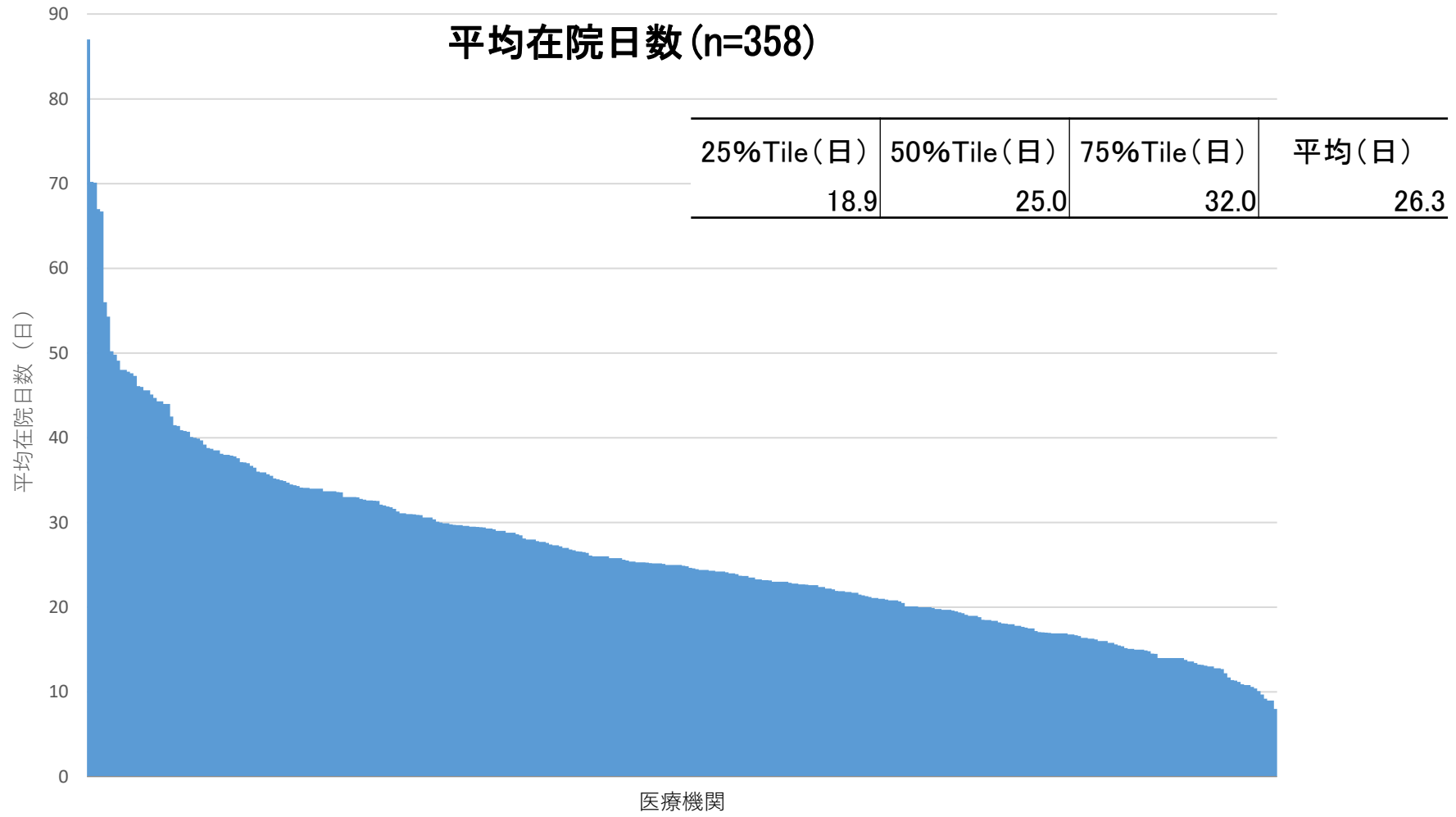
【退棟先】(n=546)

自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	11.2%
	自宅（在宅医療の提供なし）	50.4%
介護施設等	介護老人保健施設	4.6%
	介護医療院	0.4%
	介護療養型医療施設	0.2%
	特別養護老人ホーム	4.8%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	4.6%
	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	2.7%
	障害者支援施設	0.2%
他院	他院の一般病床（地域一般、回リハ、地ケア以外）	3.5%
	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.2%
	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	1.8%
	他院の療養病床（回リハ、地ケア以外）	1.6%
	他院の精神病床	0.2%
	他院のその他の病床	0.0%
自院	自院の一般病床（地域一般、回リハ、地ケア以外）	1.3%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.2%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	1.1%
	自院の療養病床（回リハ、地ケア以外）	0.0%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.0%
有床診療所（介護サービス提供医療機関）		0.0%
有床診療所（上記以外）		0.4%
死亡退院		4.9%
その他		0.0%
無回答		5.9%

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

地域包括ケア病棟の平均在院日数の分布

○　地域包括ケア病棟の病棟ごとの平均在院日数は、以下のとおり、ばらつきを認めた。

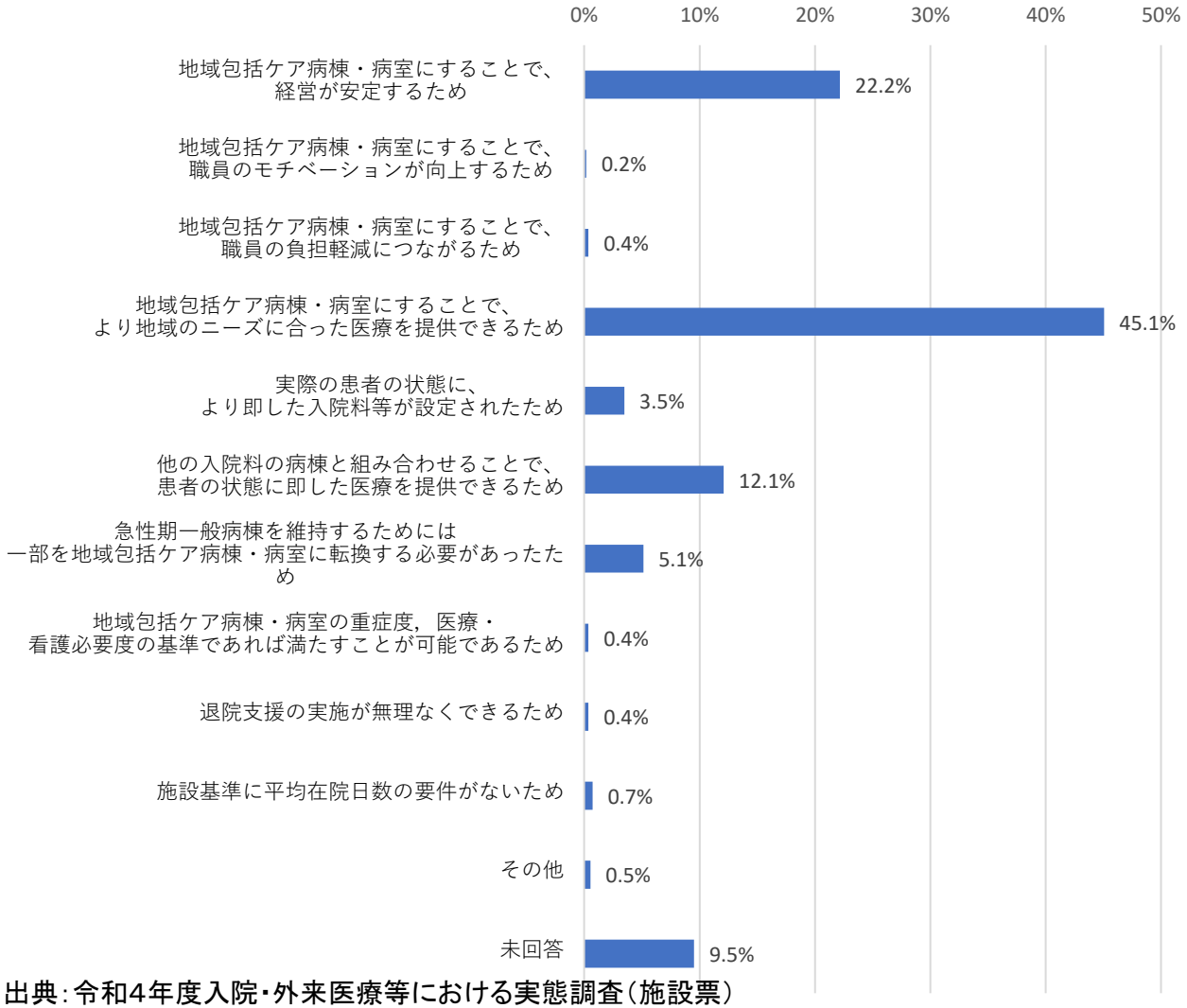


25%Tile（日）	50%Tile（日）	75%Tile（日）	平均（日）
18.9	25.0	32.0	26.3

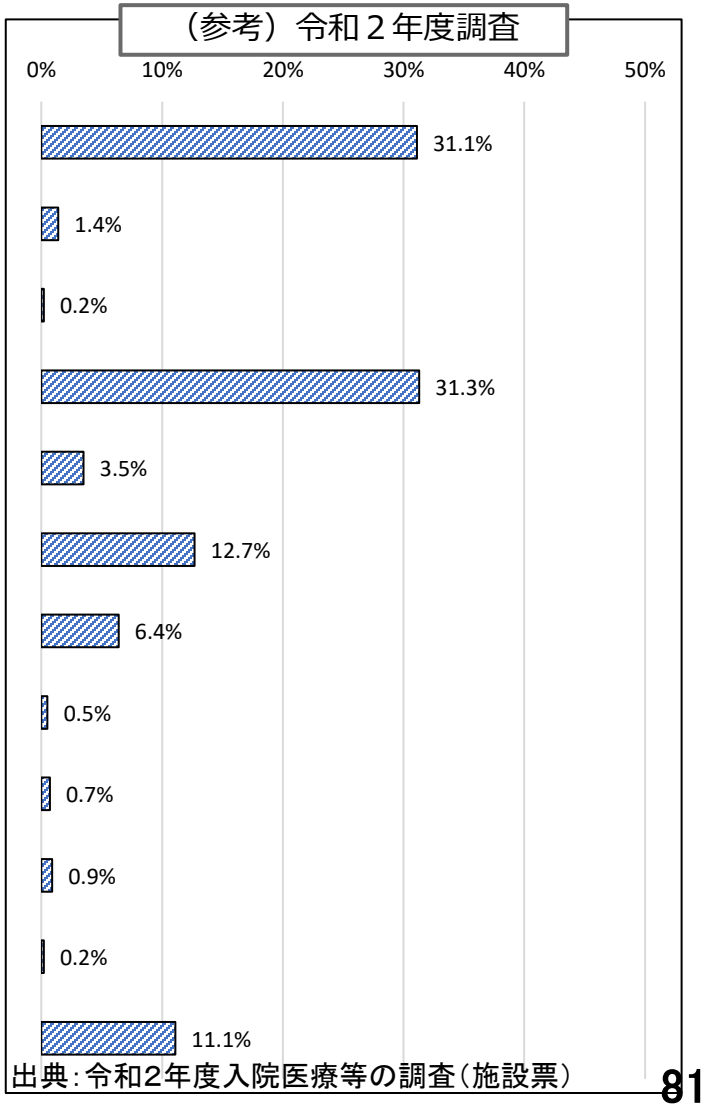
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

地域包括ケア病棟・病室の届出を行っている理由

○ 地域包括ケア病棟・病室を届け出ている医療機関における、届出を行っている理由（最も該当するもの）については、「地域包括ケア病棟・病室にすることで、より地域のニーズに合った医療を提供できるため」、「地域包括ケア病棟・病室の方が経営が安定するため」が多かった。



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

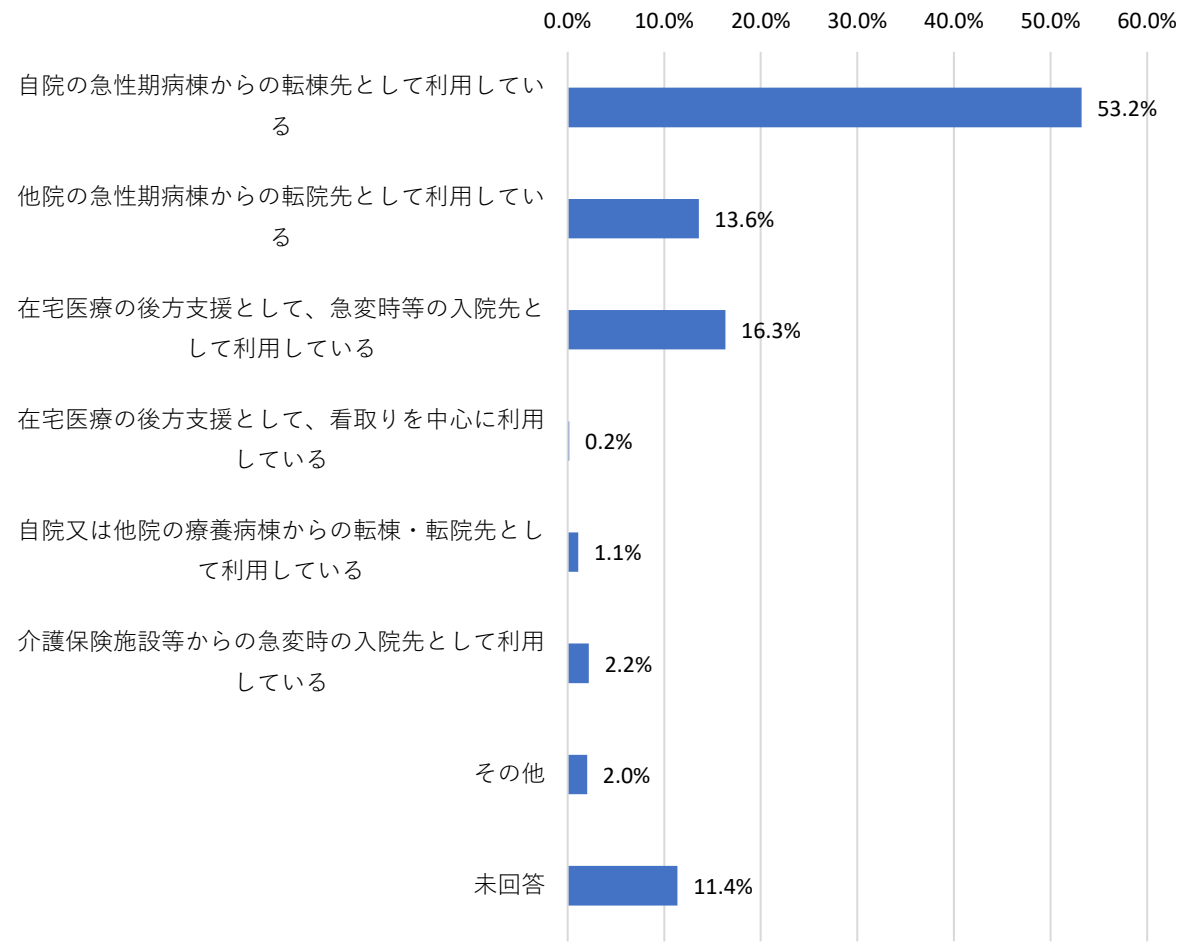


出典：令和2年度入院医療等の調査（施設票）

地域包括ケア病棟・病室の利用に係る趣旨

○　地域包括ケア病棟・病室を届出ている医療機関における、利用に係る趣旨（最も該当するもの）については、「自院の急性期病棟からの転棟先として利用している」が最も多かった。

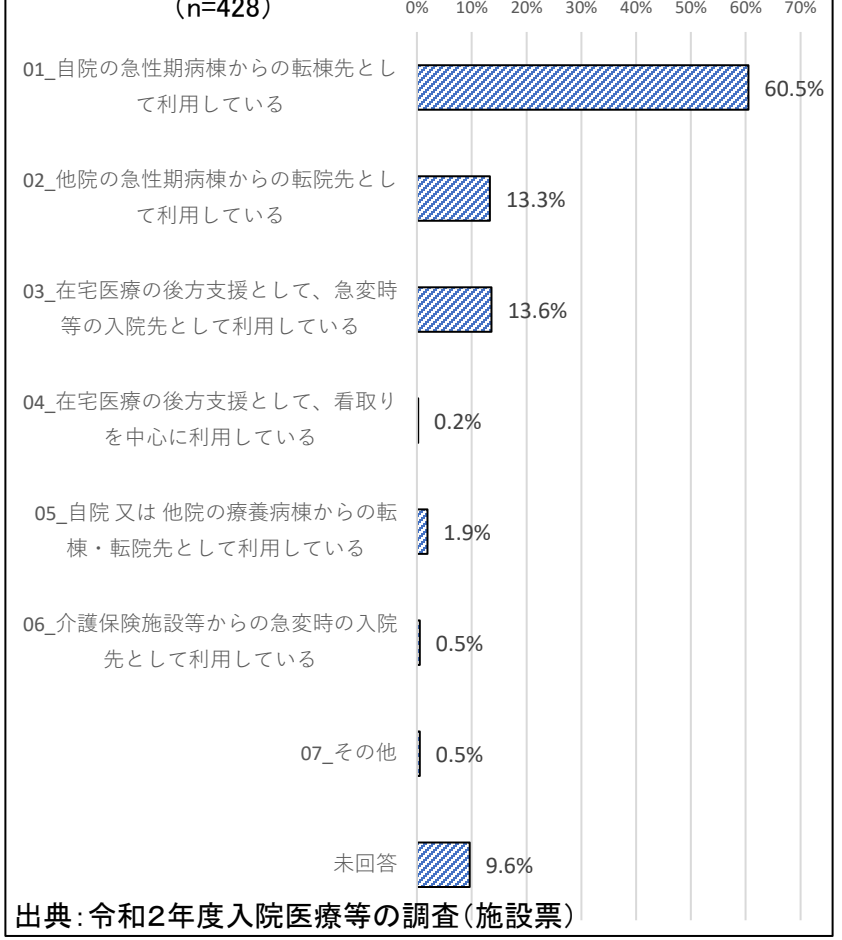
（n=483）



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

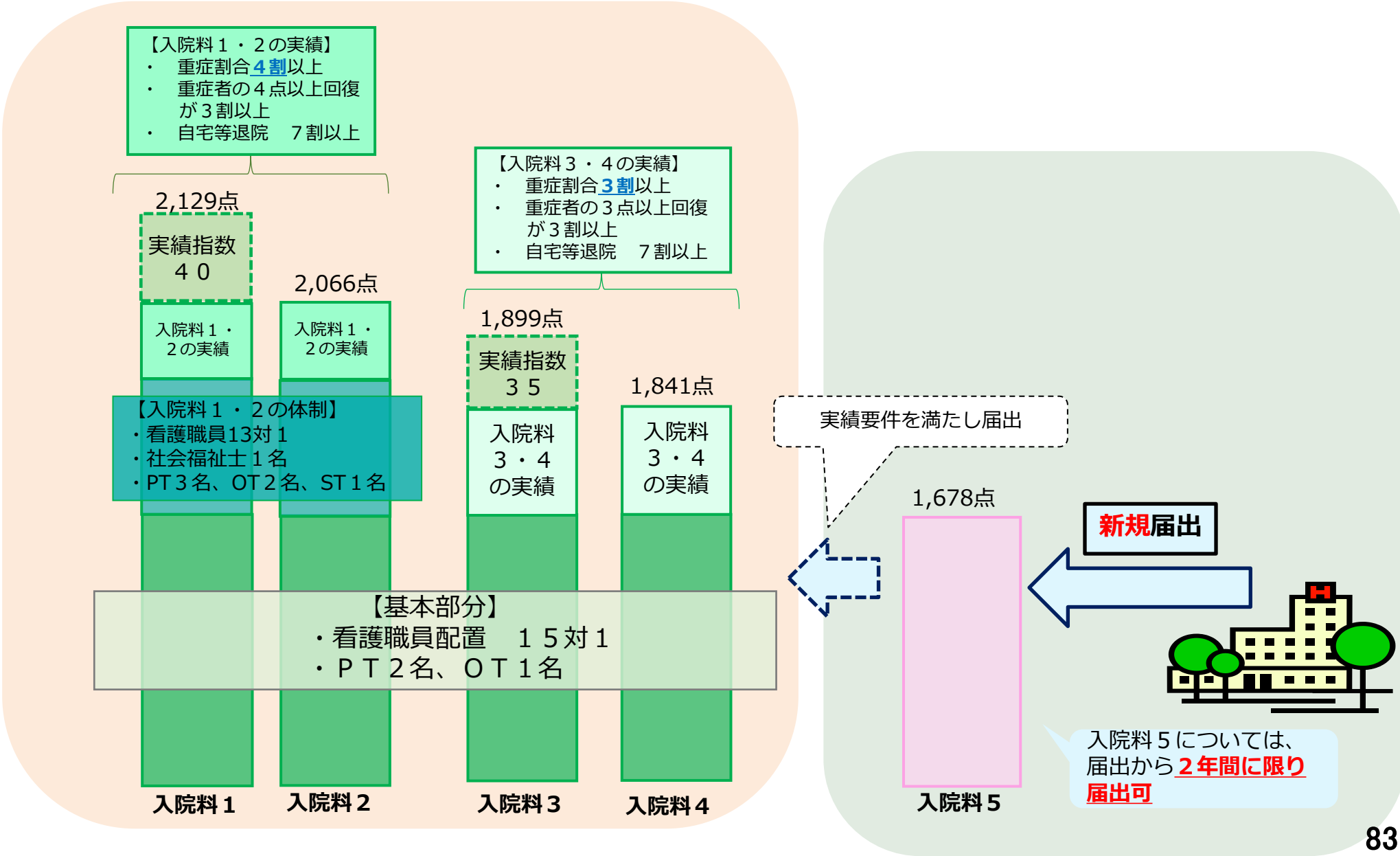
（参考）令和２年度調査

（n=428）



出典：令和2年度入院医療等の調査（施設票）

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準（イメージ）



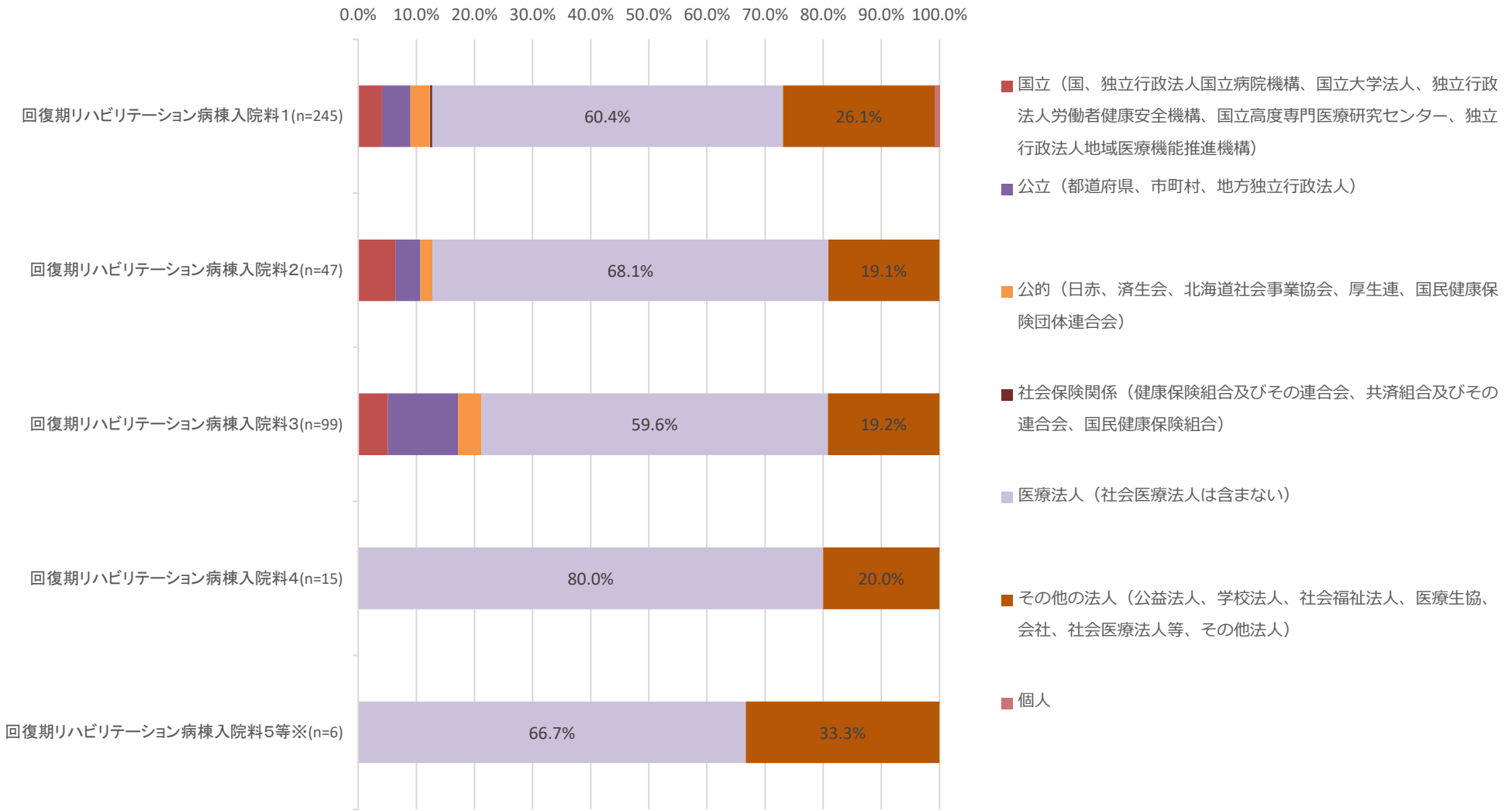
回復期リハビリテーション病棟入院料（施設基準）

	入院料１	入院料２	入院料３	入院料４	入院料５（※１）
医師	専任常勤１名以上				
看護職員	１３対１以上（７割以上が看護師）		１５対１以上（４割以上が看護師）		
看護補助者	３０対１以上				
リハビリ専門職	専従常勤のＰＴ３名以上、ＯＴ２名以上、ＳＴ１名以上		専従常勤のＰＴ２名以上、ＯＴ１名以上		
社会福祉士	専任常勤１名以上		－		
管理栄養士	専任常勤１名	専任常勤１名の配置が望ましい			
第三者評価	受けていることが望ましい	－	受けていることが望ましい	－	－
リハビリテーション実績指数等の院内掲示等による公開	○				
データ提出加算の届出	○				○
休日リハビリテーション	○		－		
新規入院患者のうちの、重症の患者の割合	３割以上→４割以上		２割以上→３割以上		－
入院時に重症であった患者における退院時の日常生活機能評価（）内はFIM総得点	３割以上が４点（16点）以上改善		３割以上が３点（12点）以上改善		－
自宅等に退院する割合	７割以上				－
リハビリテーション実績指数	40以上	－	35以上	－	－
点数（）内は生活療養を受ける場合	2,129点（2,115点）	2,066点（2,051点）	1,899点（1,884点）	1,841点（1,827点）	1,678点（1,664点）

※１：入院料５については、届出から２年間に限り算定することができる。
なお、令和４年３月31日時点において、回復期リハビリテーション病棟入院料５又は６の届出を行っている病棟については、１年間、改定前の医科診療報酬点数表により回復期リハビリテーション病棟入院料５又は６を算定し、その後１年間、新入院料５を算定することができる。

回答施設の状況（回復期リハビリテーション病棟）

○　回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている施設における、医療機関の開設者別の割合は、以下のとおり、医療法人が多い。



※回復期リハビリテーション病棟入院料5、回復期リハビリテーション病棟入院料5・6（経過措置）が該当する。

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

回復期リハビリテーション病棟入院料等の届出施設における入院料別届出病床

○ 回復期リハビリテーション病棟入院料１～３を届け出ている施設では、以下のとおり、急性期一般入院料を算定する病床を届け出ている割合が高い。

回復期リハビリテーション病棟入院料別の他の入院料の届出状況

（令和４年11月１日時点で１床でも届け出ていれば、有として集計）

入院料		回復期リハビリテーション病棟入院料1	回復期リハビリテーション病棟入院料2	回復期リハビリテーション病棟入院料3	回復期リハビリテーション病棟入院料4	回復期リハビリテーション病棟入院料5等※
回答施設数		246	47	82	14	4
届出率	急性期一般入院料	57.7%	44.7%	59.8%	28.6%	75.0%
	地域一般入院料	3.7%	8.5%	8.5%	21.4%	25.0%
	療養病棟入院料	26.4%	40.4%	52.4%	85.7%	50.0%
	地域包括ケア病棟入院料	50.0%	46.8%	48.8%	42.9%	100.0%
	障害者施設等入院基本料	9.3%	10.6%	4.9%	14.3%	0.0%
	緩和ケア病棟入院料	5.7%	0.0%	2.4%	0.0%	0.0%

※回復期リハビリテーション病棟入院料5、回復期リハビリテーション病棟入院料5・6（経過措置）が該当する。

出典：令和４年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する病棟の平均職員数（40床あたり）

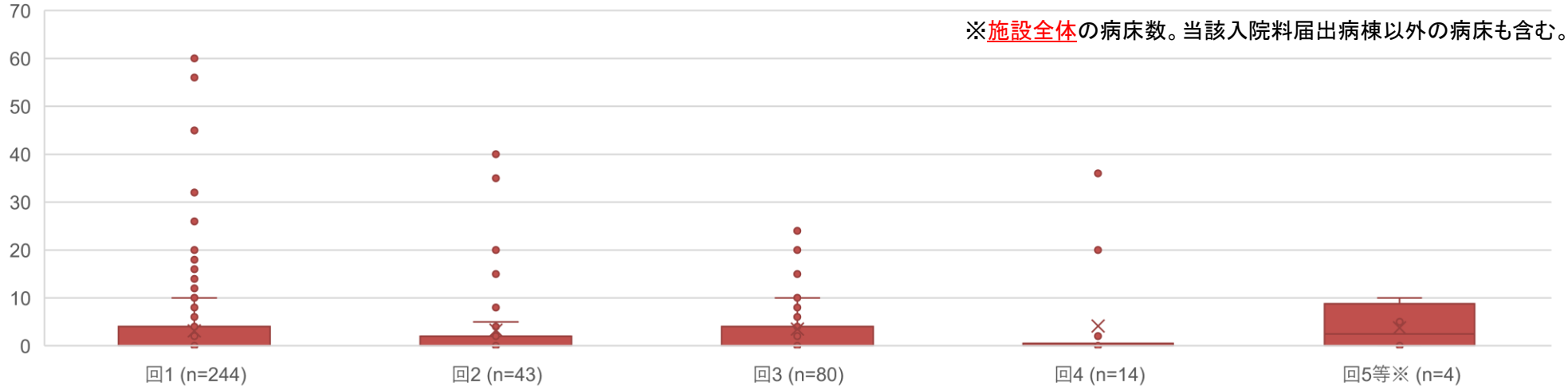
入院料		回復期リハビリテーション病棟入院料1	回復期リハビリテーション病棟入院料2	回復期リハビリテーション病棟入院料3	回復期リハビリテーション病棟入院料4	回復期リハビリテーション病棟入院料5～6
回答病棟数		249	34	72	9	2
平均病床数		48.46	44.82	38.28	46.22	30.00
40床あたり平均職員数	看護師	25.23	20.80	12.69	12.20	10.50
	准看護師	1.82	2.49	1.77	3.38	0.50
	看護師及び准看護師	27.05	23.29	14.46	15.58	11.00
	看護補助者	11.09	9.12	6.66	9.23	4.65
	看護補助者のうち、介護福祉士	6.03	4.25	2.60	2.75	0.50
	薬剤師	0.70	0.39	0.44	0.49	0.00
	管理栄養士	1.12	0.67	0.44	0.13	0.00
	理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士	29.75	21.56	11.32	6.72	8.75
	相談員	1.76	1.49	0.85	0.28	1.00
	医師事務作業補助者	0.35	0.30	0.11	0.15	0.00
	その他の職員	0.82	1.30	0.38	0.00	0.00

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

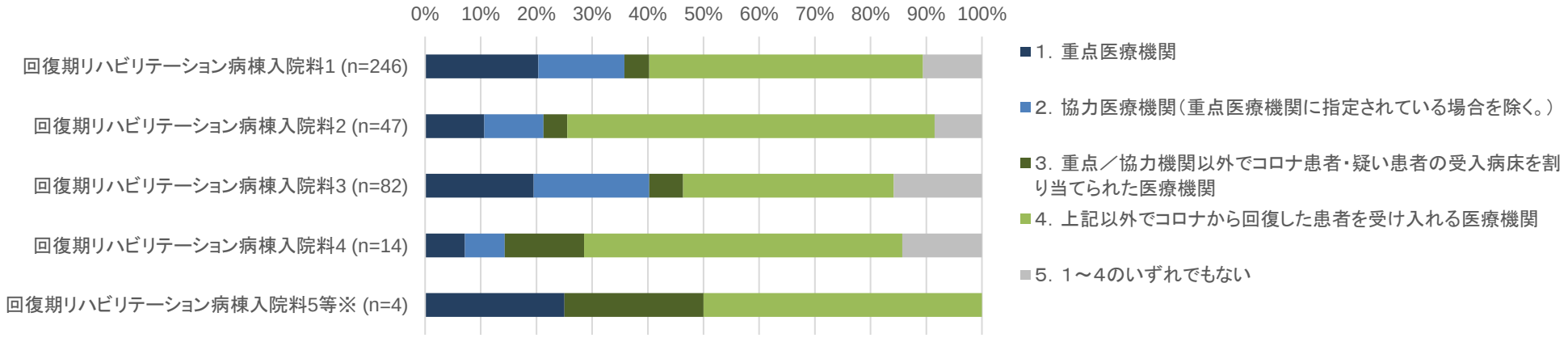
回復期リハビリテーション病棟入院料の届出施設における新型コロナ感染症対応状況

○ 回復期リハビリテーション病棟の届出施設の多くは、重点医療機関及び協力医療機関いずれにも指定されていないがコロナ回復患者を受け入れており、3割程度は重点医療機関又は協力医療機関に指定されていた。

新型コロナウイルス感染症患者受入可能病床数（令和4年11月1日時点）※



重点・協力医療機関の指定等の状況（令和4年11月1日時点）

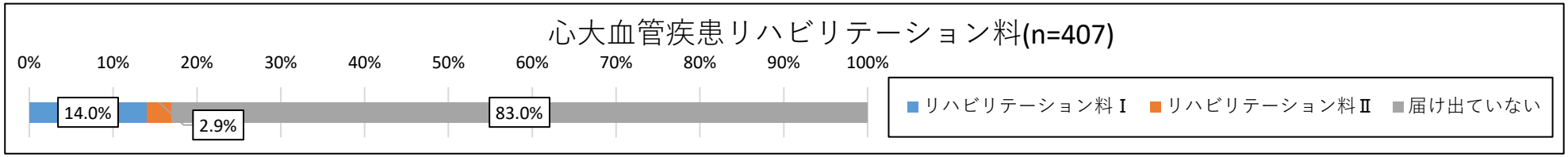


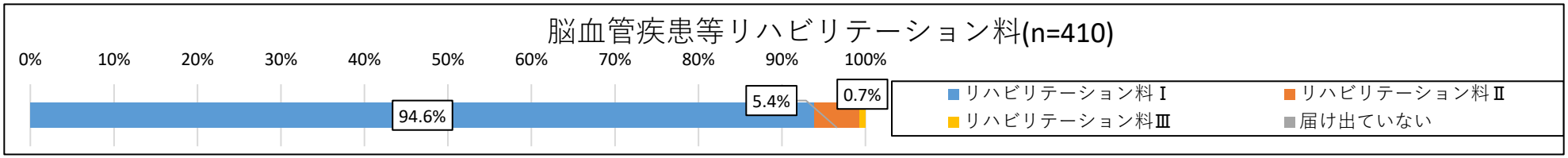
※回復期リハビリテーション病棟入院料5、回復期リハビリテーション病棟入院料5・6（経過措置）が該当する。

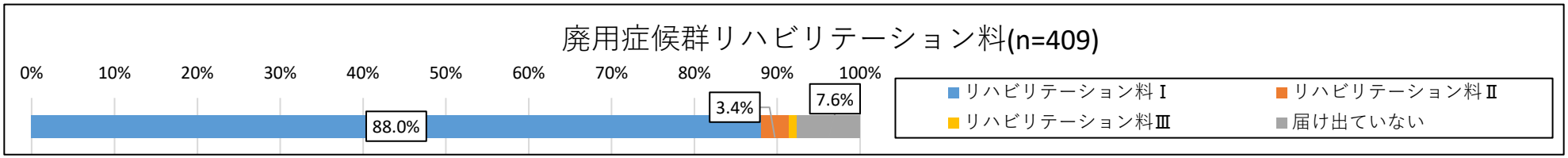
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

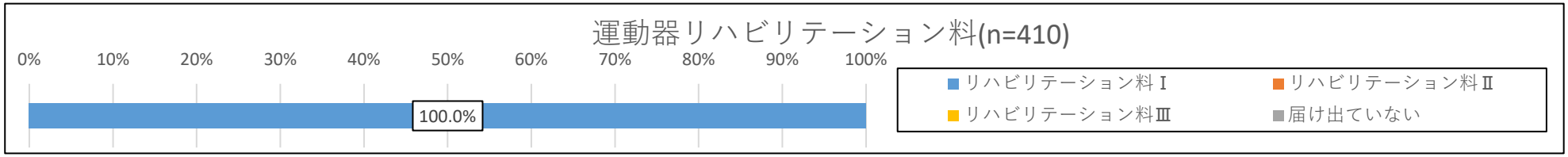
回復期リハビリテーション病棟における疾患別リハの届出割合

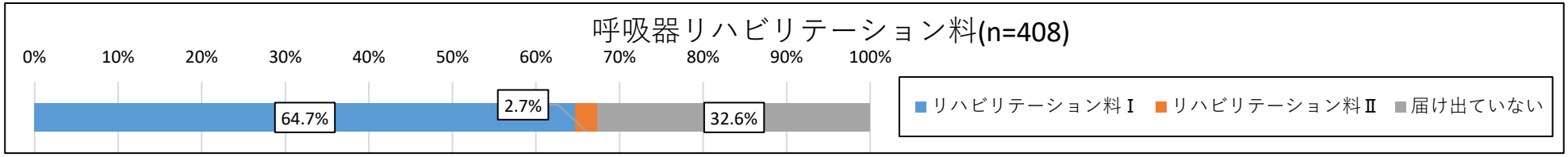
○ 回復期リハビリテーション病棟を届け出ている病院における、疾患別リハビリテーション料の届出割合は、以下のとおり。
○ 心大血管疾患リハビリテーション料の届出を行っている医療機関は16.9%であった。







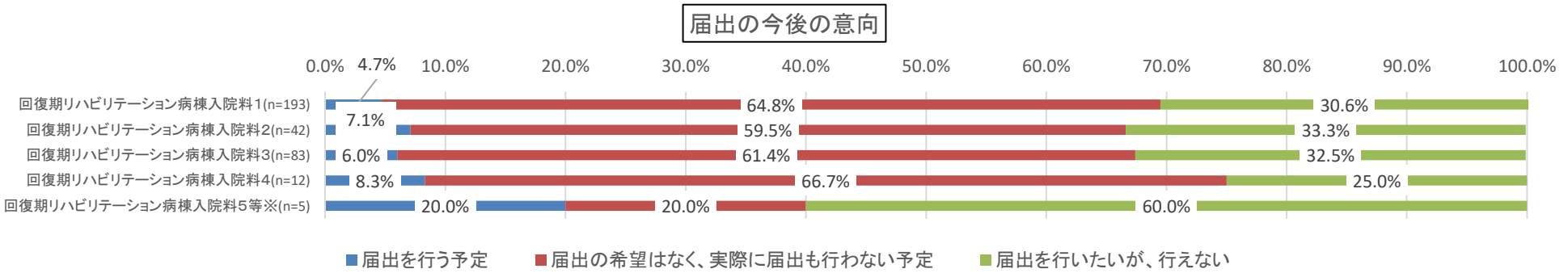


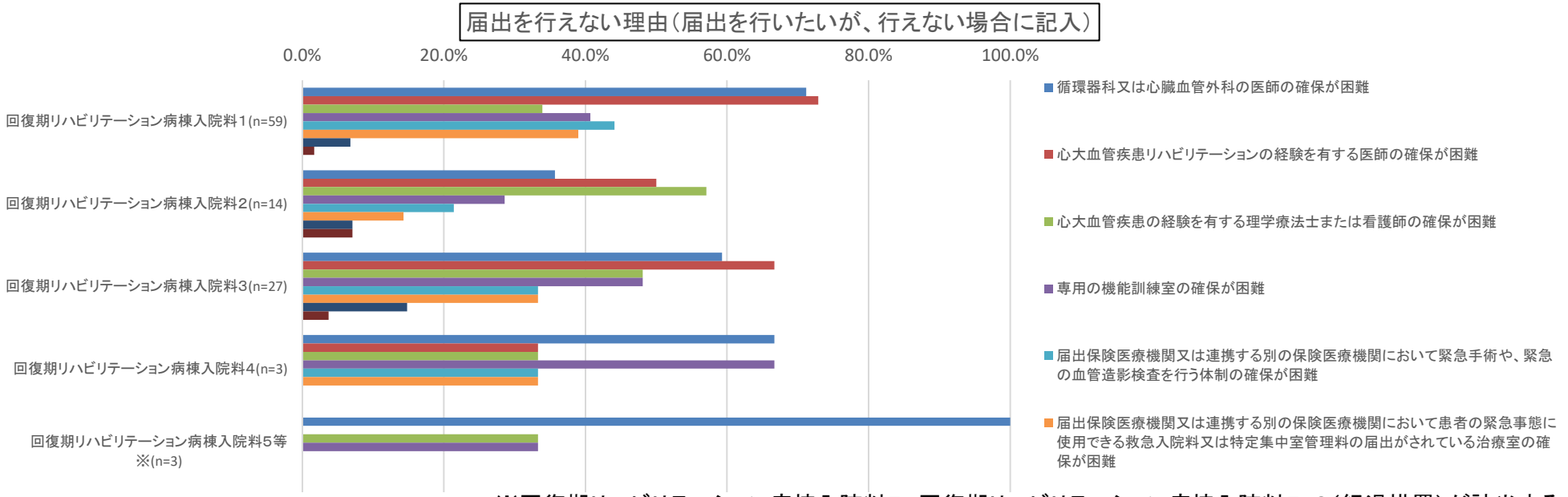


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

心大血管疾患リハビリテーション料について①

○ 心大血管疾患リハビリテーション料の届出のない回復期リハビリテーション病棟を届け出ている病院における、届出の今後の意向は、「届出の希望はなく、届出も行わない予定」が多かった。
○ 届出を行えない理由（届出を行いたいが、行えない場合）としては「循環器科または心臓血管外科の医師の確保が困難」や「心大血管リハビリテーションの経験を有する医師の確保が困難」が多かった。



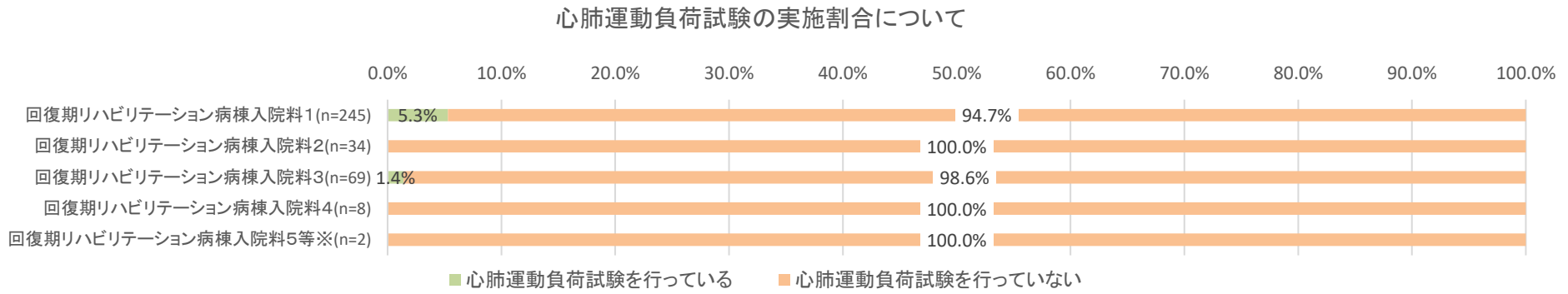


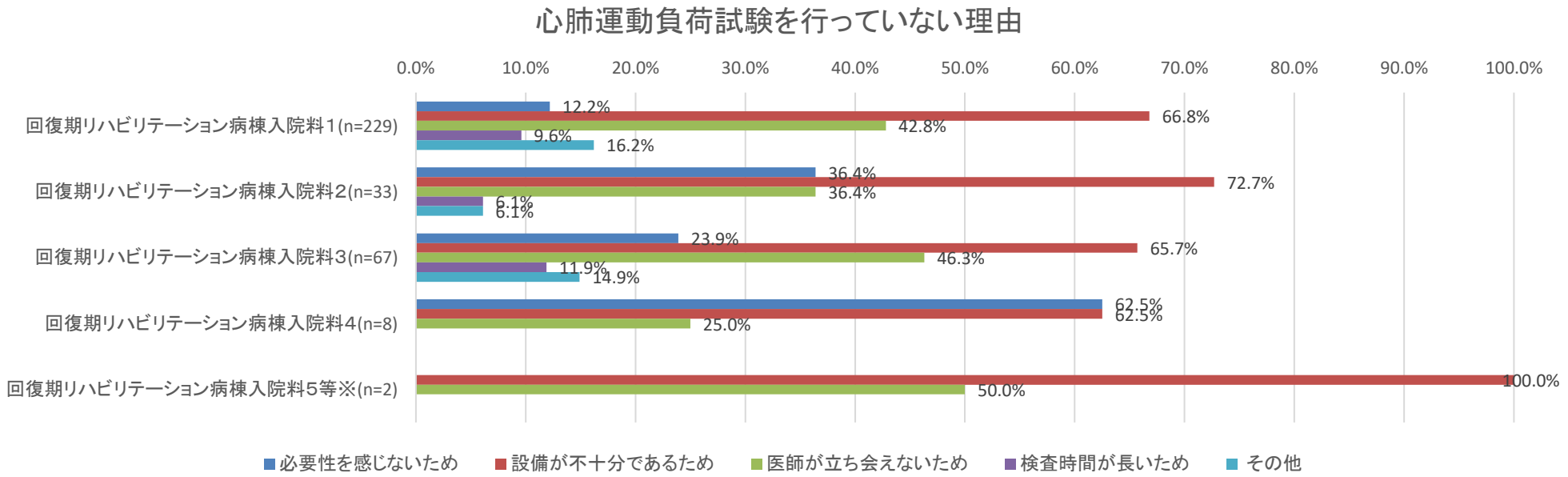
※回復期リハビリテーション病棟入院料5、回復期リハビリテーション病棟入院料5・6（経過措置）が該当する。

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

心大血管疾患リハビリテーション料について②

○ 回復期リハビリテーション病棟において、ほとんどの医療機関は心肺運動負荷試験を行っていなかった。
○ 行ってない理由としては、「設備が不十分であるため」が多かった。



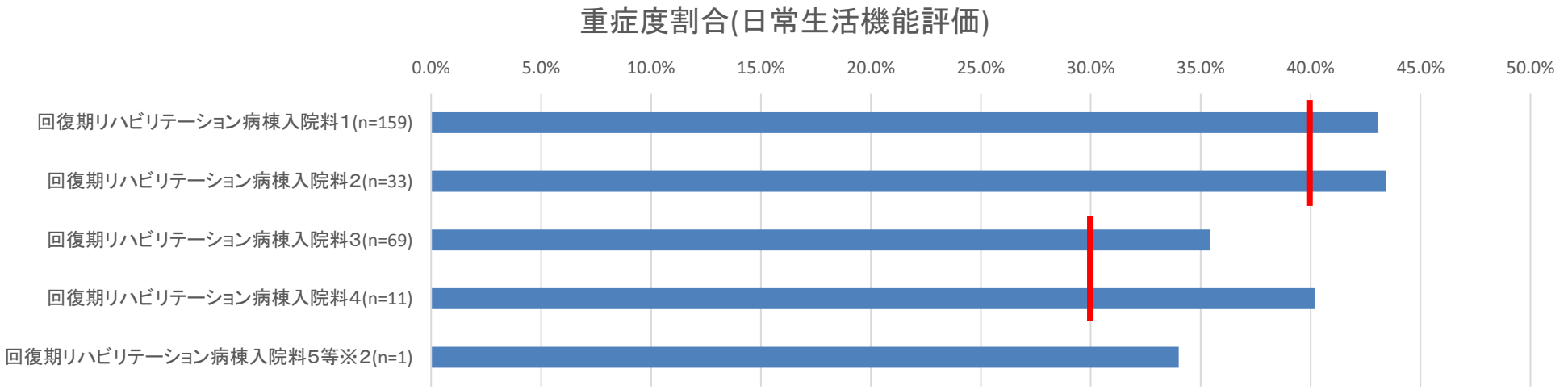


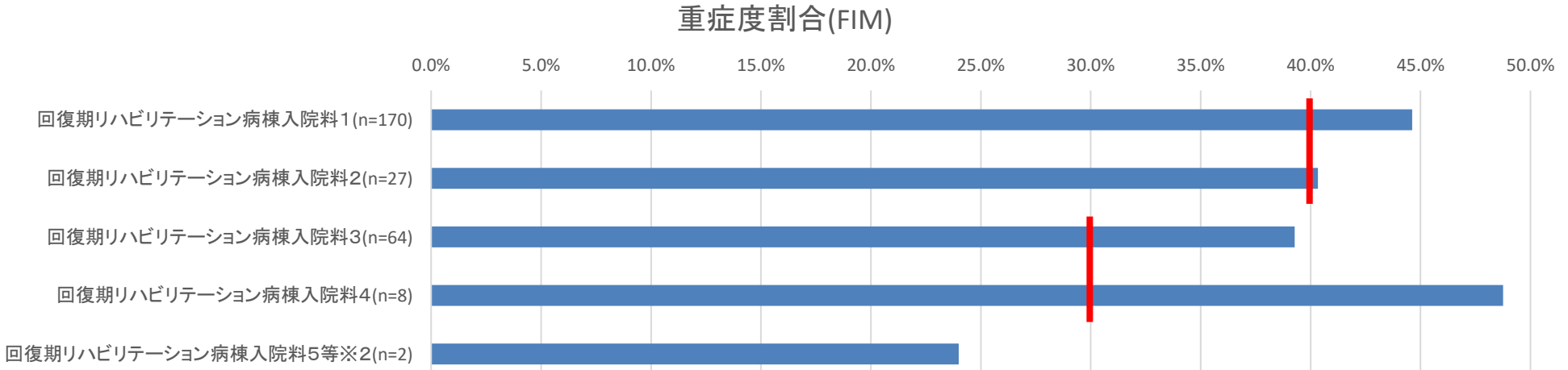
※回復期リハビリテーション病棟入院料5、回復期リハビリテーション病棟入院料5・6（経過措置）が該当する。

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

入院料毎の重症度割合について

○　回復期リハビリテーション病棟について、届出入院料毎の重症度割合の平均値は以下のとおり。（※1）
○　回復期リハビリテーション病棟1・2における重症度割合は、おおよそ40%～45%であった。



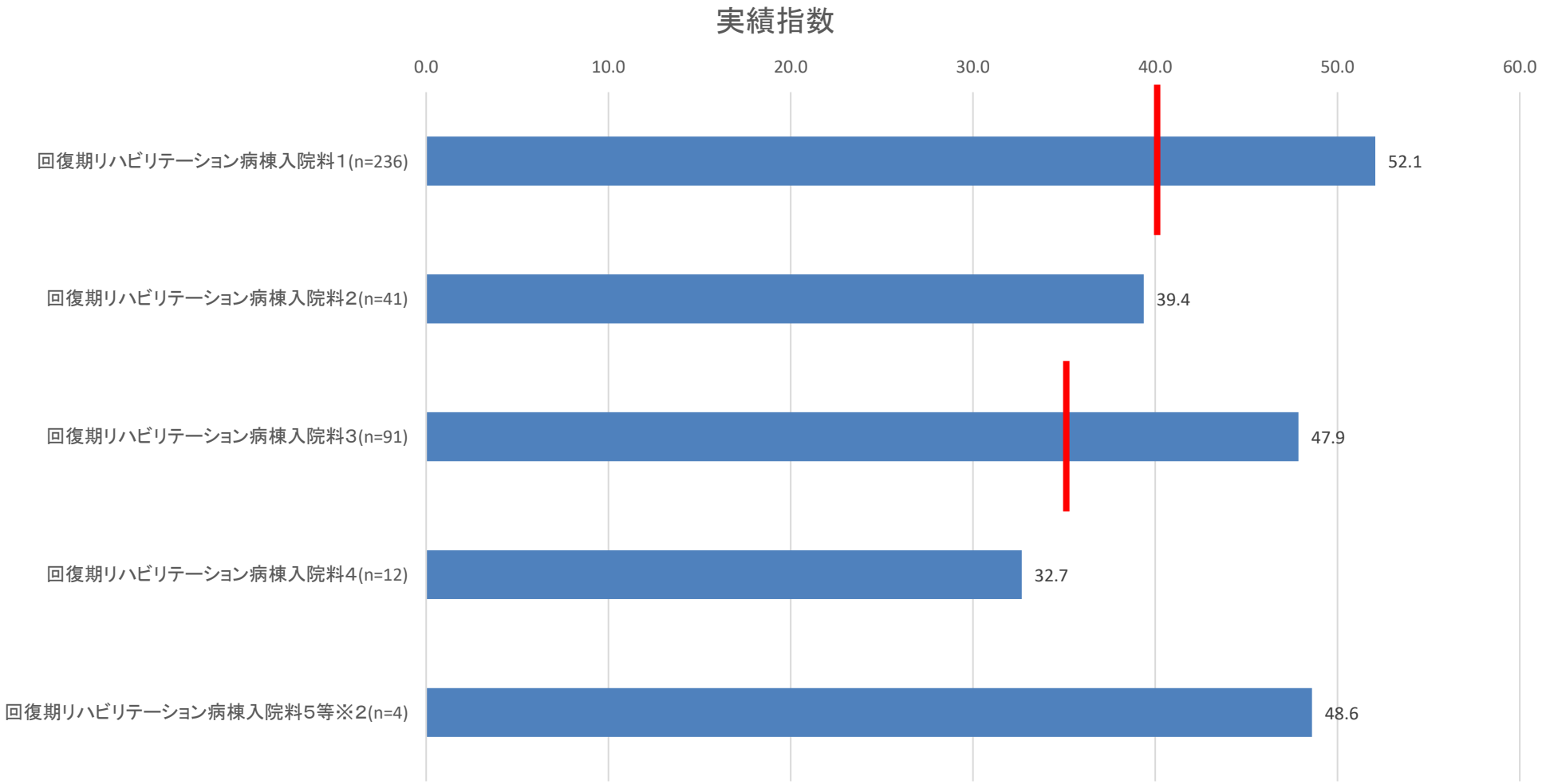


※1　回復期リハビリテーション病棟は新規入院患者のうち、入院料1・2では4割、3・4では3割の重症患者割合の要件を満たしている必要がある。
※2　回復期リハビリテーション病棟入院料5、回復期リハビリテーション病棟入院料5・6（経過措置）が該当する。

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

実績指数について

○ 回復期リハビリテーション病棟について、届出入院料毎の実績指数の平均は以下のとおり。（※1）
○ 実績指数を要件にしている回復期リハビリテーション病棟を有する病院においては、実績指数の平均値が要件で定めている実績指数より大きく上回っていた。



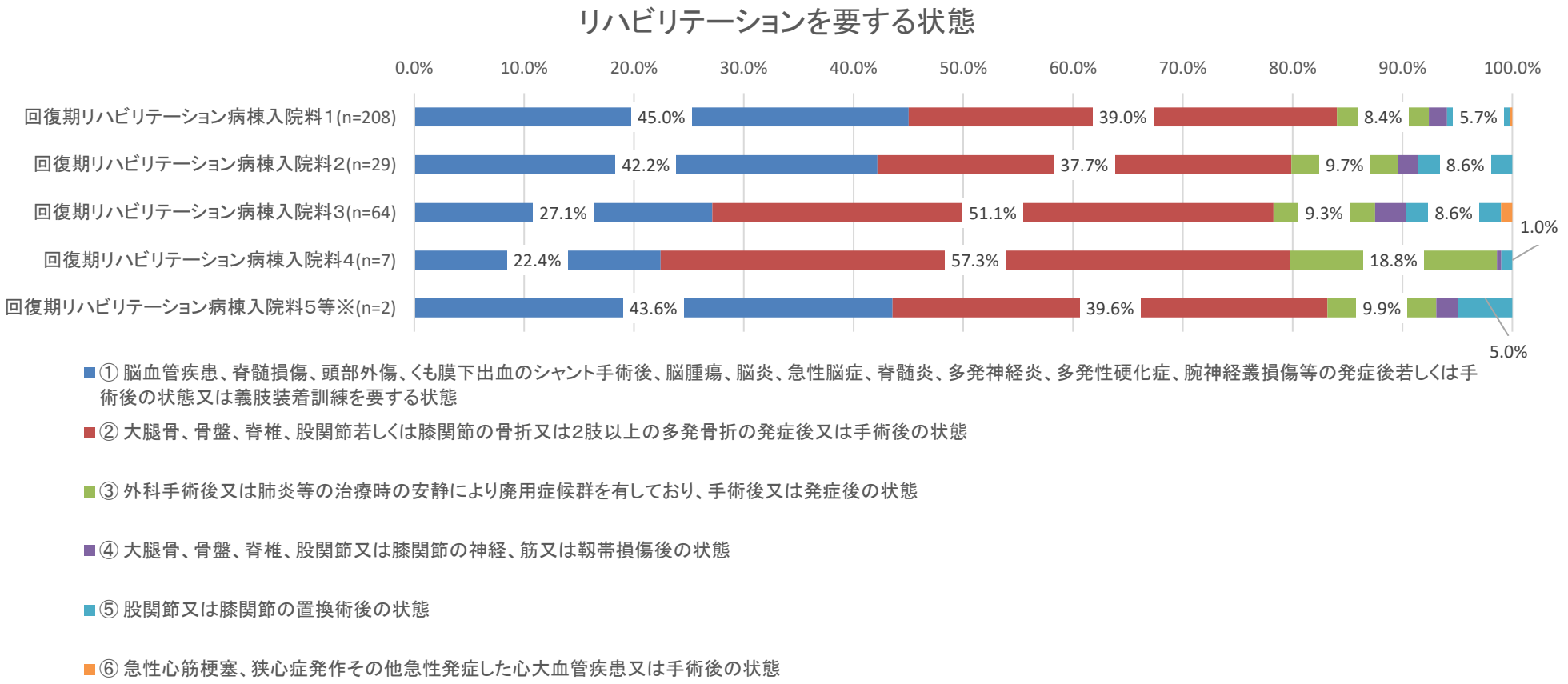
※1　回復期リハビリテーション病棟は実績指数として、入院料1で40以上、入院料3で35以上の実績であることが要件。
※2　回復期リハビリテーション病棟入院料5、回復期リハビリテーション病棟入院料5・6（経過措置）が該当する。

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

「リハビリテーションを要する状態」の割合について

○　回復期リハビリテーション病棟について、届出入院料毎の「リハビリテーションを要する状態」の割合は、以下のとおり。

○　どの入院料でも「脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態」の割合や「大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は2肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態」の割合が高かった。

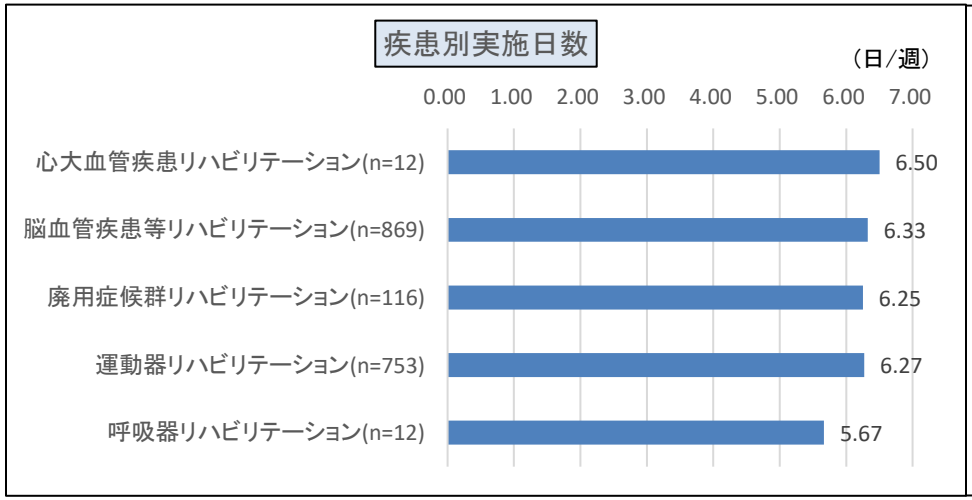


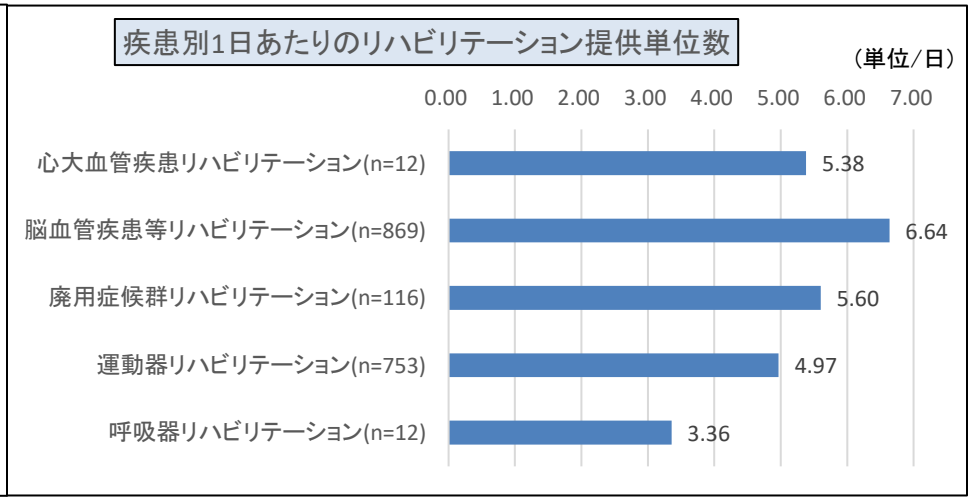
※　回復期リハビリテーション病棟入院料5、回復期リハビリテーション病棟入院料5・6（経過措置）が該当する。

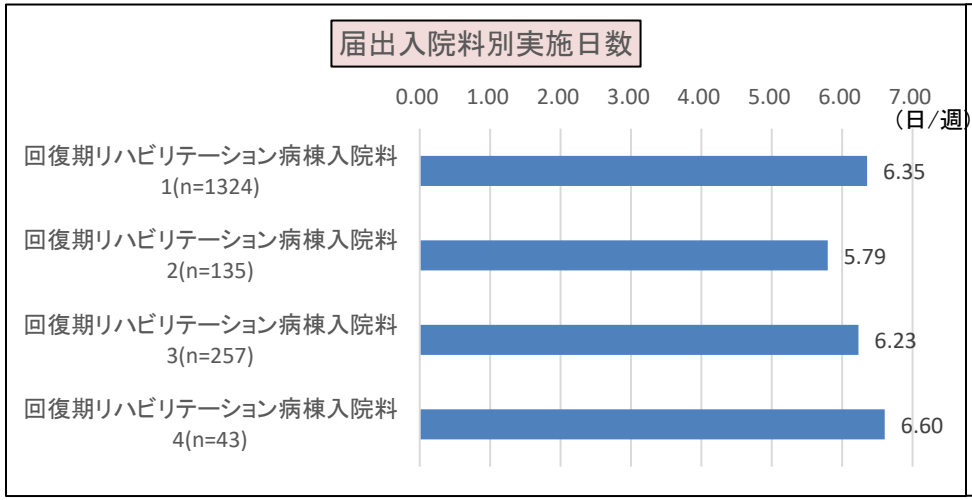
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

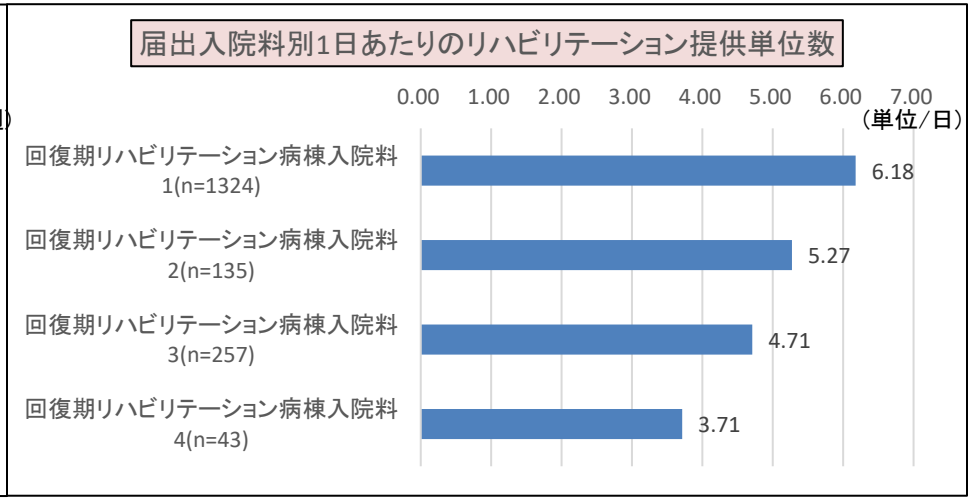
回復期リハビリテーション病棟におけるリハ実施単位数

○ 回復期リハビリテーション病棟について、疾患別及び届出入院料別の週あたりのリハビリテーション実施日数・リハビリテーション実施単位数は以下のとおり。
○ リハビリテーション提供単位数については疾患や届出入院料毎に異なった。







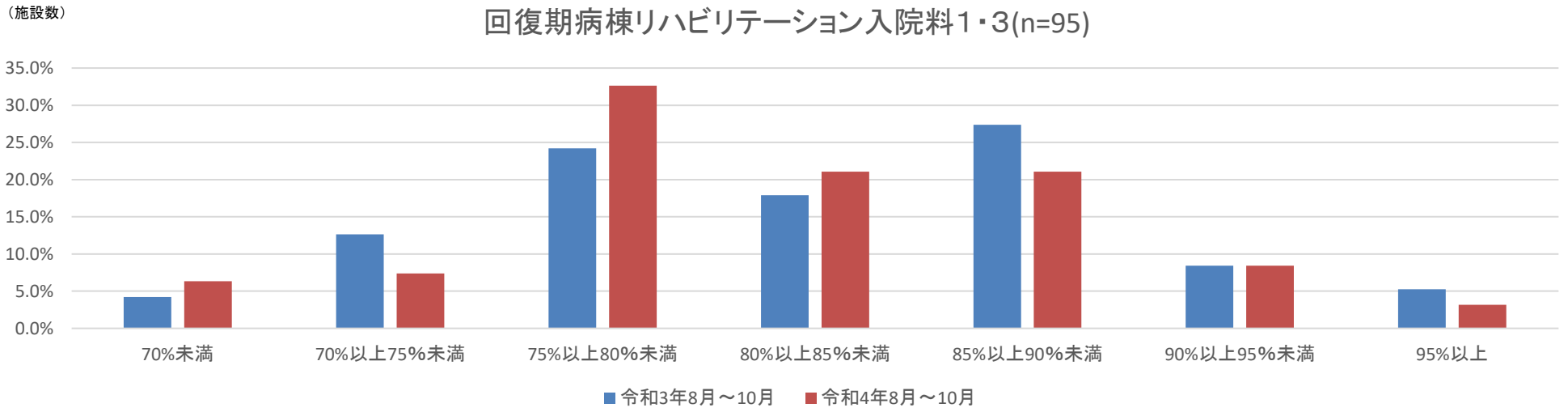


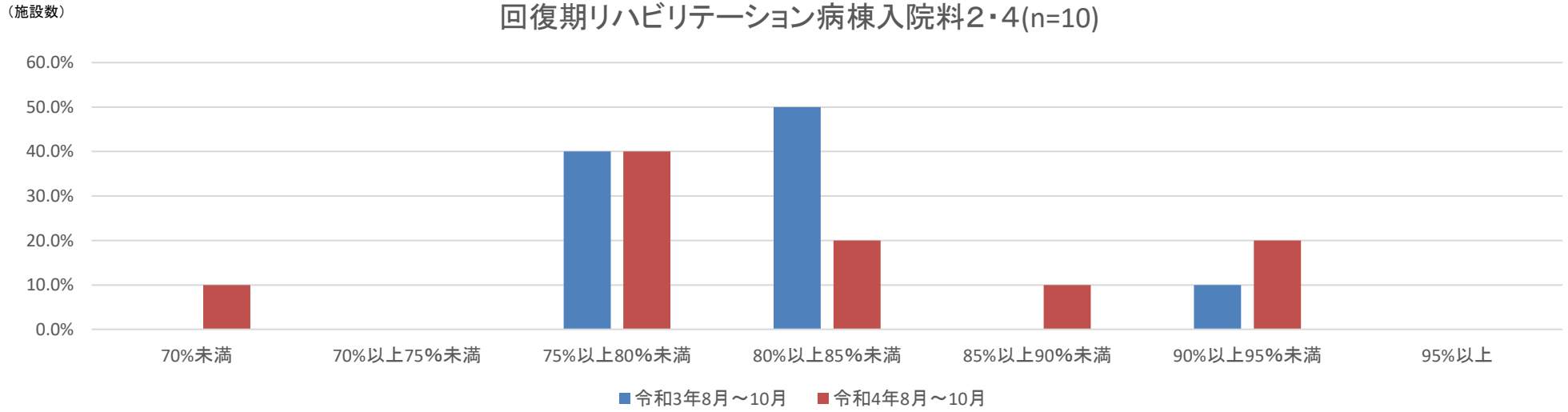
※ 回復期リハビリテーション病棟入院料5、回復期リハビリテーション病棟入院料5・6（経過措置）については有効回答無し。

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

回復期リハビリテーション病棟の在宅復帰率

○ 回復期リハビリテーション病棟における、在宅復帰率の分布は以下のとおり。
○ 令和3年と令和4年で大きな違いは認めなかった。

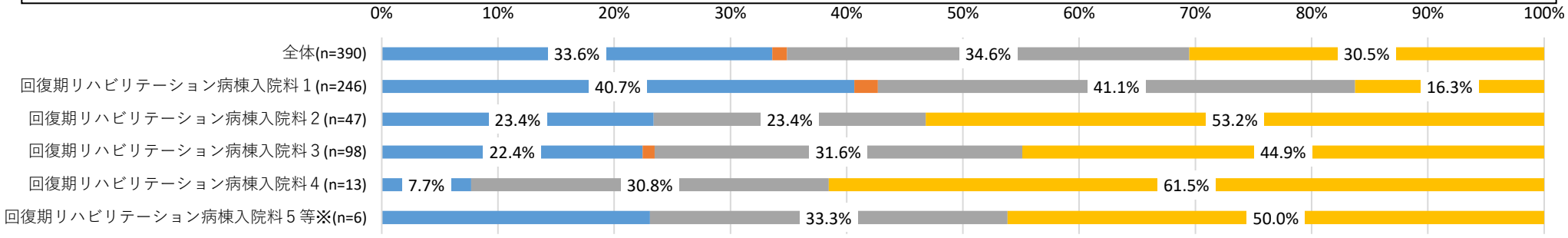


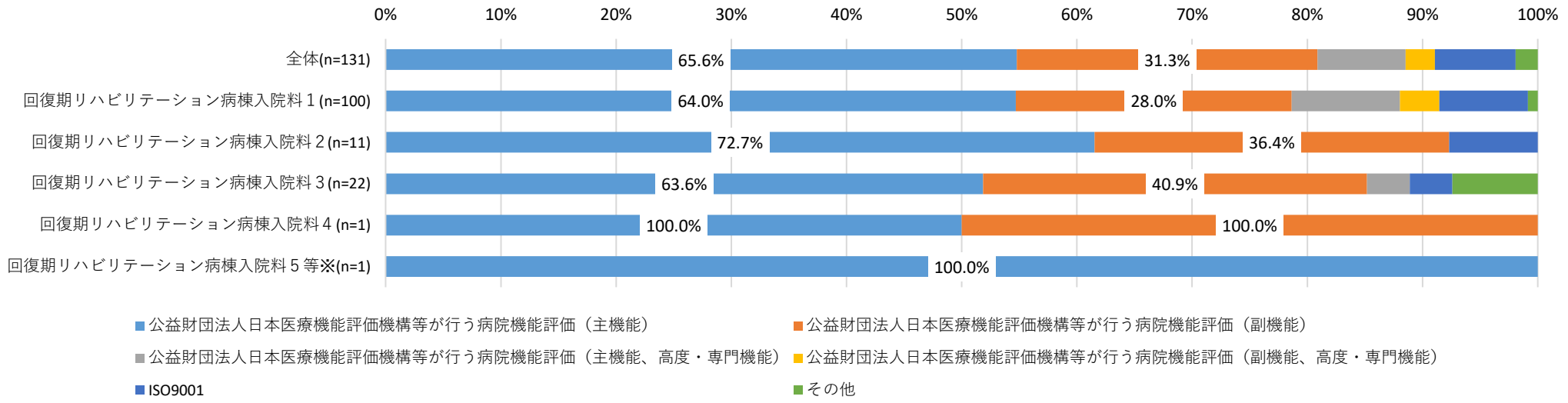


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

回復期リハビリテーション病棟を有する病院の機能評価状況

○　回復期リハビリテーション病棟を有する病院について、公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価又は同機構が定める機能評価（リハビリ病院）と同等の基準についての第三者評価の認定及び受診の有無は、以下のとおりであった。回復期リハビリテーション病棟全体の33.6%が認定ありと回答した。



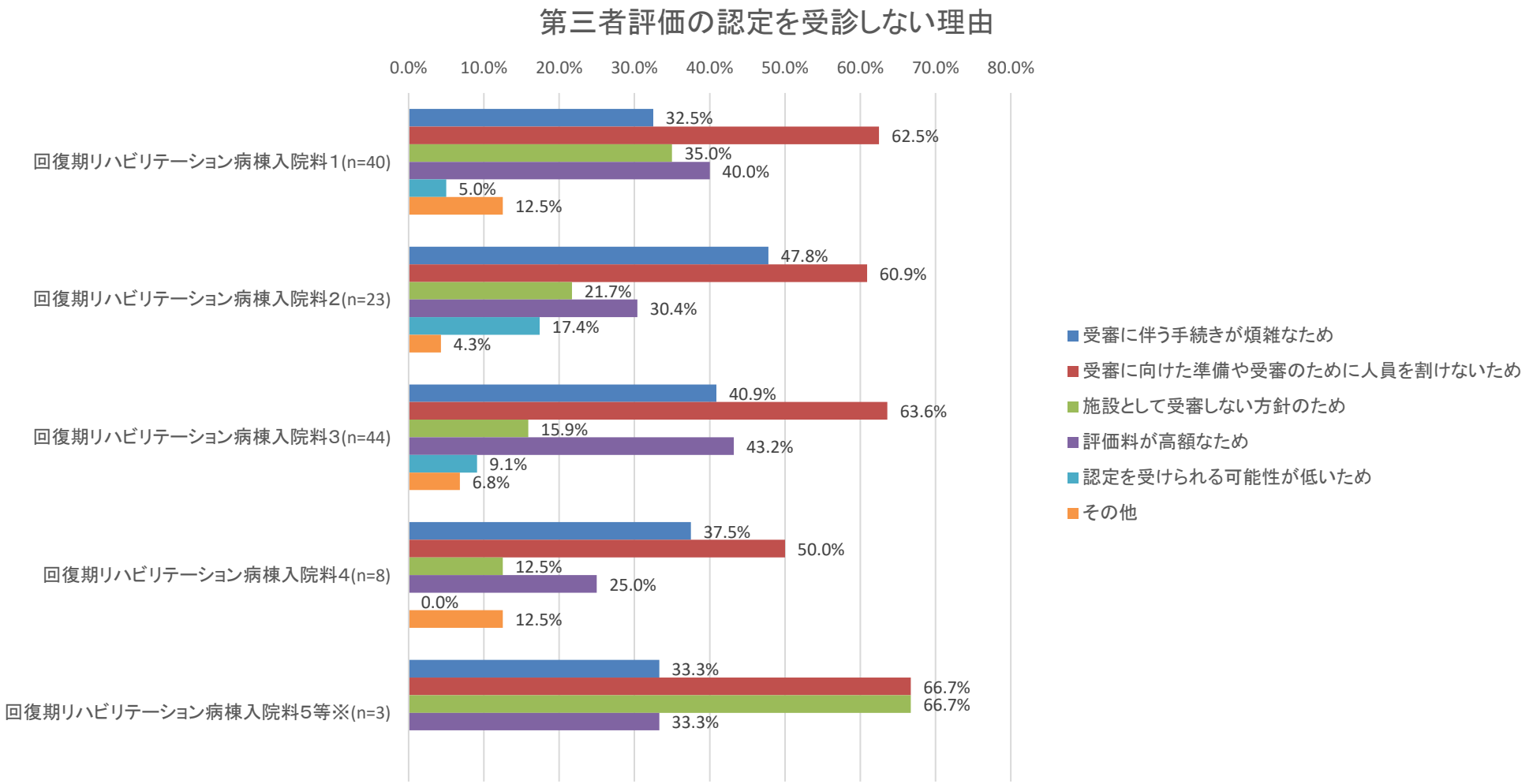


※回復期リハビリテーション病棟入院料5、回復期リハビリテーション病棟入院料5・6（経過措置）が該当する。
※主機能は、最も病床が多い機能に基づくことを原則としており、主たる機能以外に副機能がある場合は、複数の機能種別を同時に受審することができる。

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

回復期リハビリテーション病棟を有する病院の機能評価状況

○ 回復期リハビリテーション病棟を有する病院の機能評価について、受審しない理由は以下のとおりであった。
○ 「受審に向けた準備や受審のために人員を割けないため」が多かった。



※回復期リハビリテーション病棟入院料5、回復期リハビリテーション病棟入院料5・6（経過措置）が該当する。

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

回復期リハビリテーション病棟における患者の流れ

○ 回復期リハビリテーション病棟の入棟元をみると、他院の一般病床が最も多く、59.1%であった。
○ 退棟先をみると、自宅（在宅医療の提供なし）が最も多く、52.9%であった。

【入棟元】(n=3,630)

自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	1.5%
	自宅（在宅医療の提供なし）	8.0%
介護施設等	介護老人保健施設	0.3%
	介護医療院	0.0%
	介護療養型医療施設	0.0%
	特別養護老人ホーム	0.2%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	0.4%
	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	0.4%
	障害者支援施設	0.0%
他院	他院の一般病床	59.1%
	他院の一般病床以外	1.2%
自院	自院の一般病床（地域一般、回リハ、地ケア以外）	22.3%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.8%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	0.4%
	自院の療養病床（回リハ、地ケア以外）	0.2%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.0%
特別の関係にある医療機関		5.1%
有床診療所		0.1%
その他		0.0%

回復期リハ病棟

【退棟先】(n=527)

自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	13.1%
	自宅（在宅医療の提供なし）	52.9%
介護施設等	介護老人保健施設	6.6%
	介護医療院	0.4%
	介護療養型医療施設	0.2%
	特別養護老人ホーム	3.0%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	7.0%
	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	3.0%
	障害者支援施設	0.4%
他院	他院の一般病床（地域一般、回リハ、地ケア以外）	3.4%
	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.2%
	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	0.6%
	他院の療養病床（回リハ、地ケア以外）	1.3%
	他院の精神病床	1.3%
	他院のその他の病床	0.0%
自院	自院の一般病床（地域一般、回リハ、地ケア以外）	2.1%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.2%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	0.0%
	自院の療養病床（回リハ、地ケア以外）	0.2%
	自院の精神病床	0.2%
	自院のその他の病床	0.0%
特別の関係にある医療機関		0.6%
有床診療所（介護サービス提供医療機関）		0.2%
有床診療所（上記以外）		0.2%
死亡退院		0.9%
その他		1.9%

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

1. 共通項目

2. 令和4年度各調査項目

（1）一般病棟入院基本料等における「重症度、医療・看護必要度」の施設基準等の見直しの影響について

（2）特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について

（3）地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件等の見直しの影響について

（4）療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について

（5）新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向けた評価等について

（6）医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等について

（7）外来医療に係る評価等について

3. その他の調査結果

令和４年度調査

診調組　入－１
４．１０．１２

（４）療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について

【附帯意見（抜粋）】
３　地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、求められている役割の更なる推進や提供されている医療の実態の反映の観点から、入院料の評価の在り方等について引き続き検討すること。

【関係する改定内容】
①中心静脈栄養を実施している状態の患者に対する嚥下機能評価体制の要件化
②療養病棟入院基本料の経過措置の取扱いの見直し
③障害者施設等入院基本料の脳卒中患者等に係る入院料の見直し
④緩和ケア病棟入院料の評価体系の見直し

【調査内容案】
調査対象：　療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、緩和ケア病棟入院料等の届出を行っている医療機関
調査内容：（１）各医療機関における入院料の届出状況、職員体制、勤務状況
（２）入院患者の医療区分別患者割合の状況
（３）各入院料等における患者の状態、医療提供内容、平均在院日数、入退院支援、退院先、看取りの取組の状況　等

療養病棟入院基本料の概要

	療養病棟入院料１	療養病棟入院料２	経過措置 （療養病棟入院基本料「注11」に規定される点数）
看護職員	20対1以上 （医療法上の4：1）		25対1以上
看護補助者	20対1以上 （医療法上の4：1）		25対1以上
医療区分2・3該当患者割合	8割以上	5割以上	
データ提出	必須 （経過措置あり）		
点数（＊）	医療区分1 815点～　968点 医療区分2 1,232点～1,414点 医療区分3 1,471点～1,813点	医療区分1 751点～　903点 医療区分2 1,167点～1,349点 医療区分3 1,406点～1,748点	療養病棟入院料2の 75／100を算定

＊：生活療養を受ける場合の点数は除く。

※青字下線はR4年度改定事項

療養病棟入院基本料について

療養病棟入院料 1

【施設基準】
①看護配置：２０：１以上　②**医療区分２・３の患者が８割以上**

	医療区分３	医療区分２	医療区分１
ＡＤＬ区分３	１，８１３点	１，４１４点	９６８点
ＡＤＬ区分２	１，７５８点	１，３８６点	９２０点
ＡＤＬ区分１	１，４７１点	１，２３２点	８１５点

療養病棟入院料 2

【施設基準】
①看護配置２０：１以上　②**医療区分２・３の患者が５割以上**

	医療区分３	医療区分２	医療区分１
ＡＤＬ区分３	１，７４８点	１，３４９点	９０３点
ＡＤＬ区分２	１，６９４点	１，３２２点	８５５点
ＡＤＬ区分１	１，４０６点	１，１６７点	７５１点

医療区分

医療区分３

【疾患・状態】
・スモン
・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分２又は３に該当する項目がある場合）
【医療処置】
・２４時間持続点滴
・中心静脈栄養**（摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制を有していない場合においては、療養病棟入院基本料の医療区分３の場合の点数に代えて、医療区分２の場合に相当する点数を算定）**
・人工呼吸器使用　・ドレーン法　・胸腹腔洗浄
・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管　　・感染隔離室における管理
・酸素療法（常時流量３L/分以上を必要とする状態等）

医療区分２

【疾患・状態】
・筋ジストロフィー　・多発性硬化症　・筋萎縮性側索硬化症　・パーキンソン病関連疾患
・その他の難病（スモンを除く）
・脊髄損傷（頸髄損傷）　・慢性閉塞性肺疾患（COPD）
・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍　・肺炎　・尿路感染症
・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内（**経過措置注11の病棟に入院する患者については、FIMの測定を行っていない場合は、医療区分１の場合に相当する点数を算定**）
・脱水かつ発熱を伴う状態
・体内出血　・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態　・褥瘡　・末梢循環障害による下肢末端開放創
・せん妄　・うつ状態　・暴行が毎日みられる状態（原因・治療方針を医師を含め検討）
・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分２又は３に該当する項目がない場合）
【医療処置】
・透析　・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養　・喀痰吸引（１日８回以上）
・気管切開・気管内挿管のケア　・頻回の血糖検査
・創傷（皮膚潰瘍　・手術創　・創傷処置）
・酸素療法（医療区分３に該当するもの以外のもの）

医療区分１　医療区分２・３に該当しない者

ADL区分

ADL区分３：　23点以上
ADL区分２：　11点以上～23点未満
ADL区分１：　11点未満

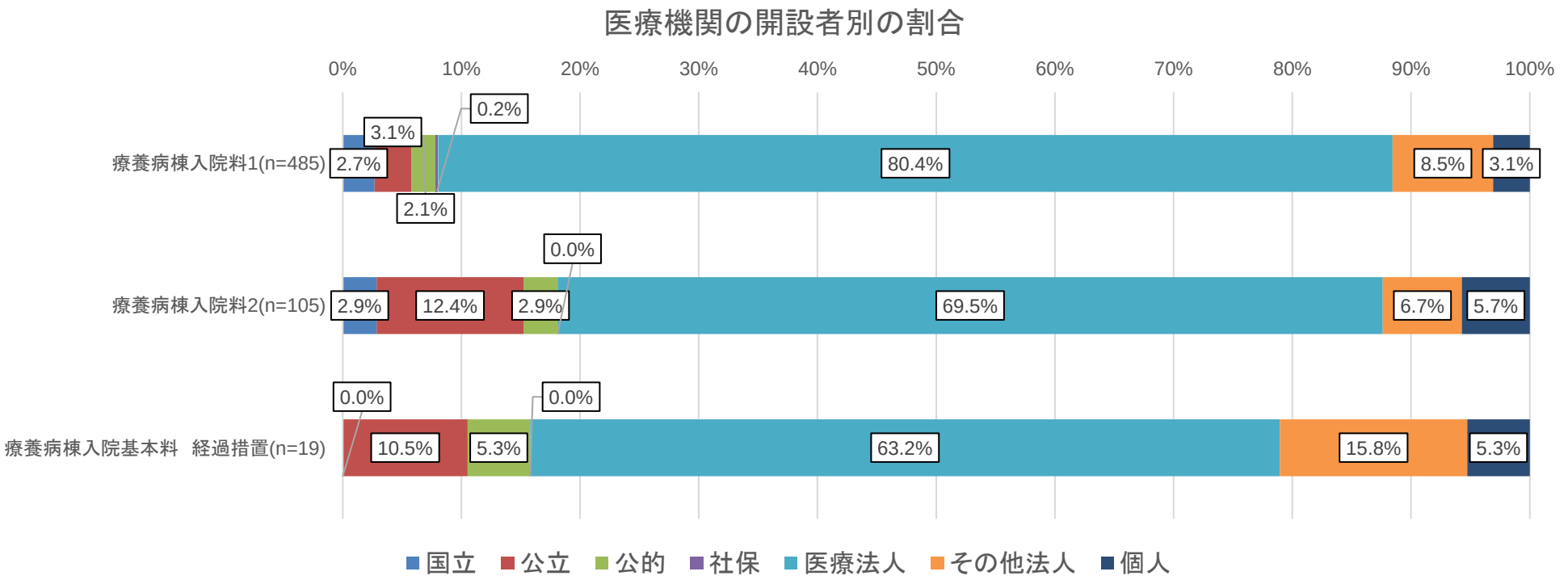
当日を含む過去３日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて，下記の４項目に０～６の範囲で最も近いものを記入し合計する。
新入院（転棟）の場合は，入院（転棟）後の状態について評価する。
（　０．自立、１．準備のみ、２．観察、３．部分的援助、４．広範な援助、５．最大の援助、６．全面依存　）

項目	支援のレベル
a　ベッド上の可動性	０～６
b　移乗	０～６
C　食事	０～６
d　トイレの使用	０～６
（合計点）	０～２４

※青字下線はR4年度改定事項

回答施設の状況（療養病棟入院基本料）

○ 療養病棟入院基本料の調査回答施設について、医療機関の開設者別の割合は、医療法人が最多であった。



国立	国、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構
公立	都道府県、市町村、地方独立行政法人
公的	日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会
社保	健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合
医療法人	医療法人（社会医療法人は含まない）
その他法人	公益法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、社会医療法人等、その他法人

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

療養病棟入院料等の届出施設における入院料別届出病床

○ 療養病棟入院料を届け出ている施設は、他の入院料はあまり届け出られていないが、急性期一般入院料、地域一般入院料、地域包括ケア病棟入院料を届け出ている施設もあった。

入院料別の届出病床の状況（令和4年11月1日時点で1床でも設置していれば、有として集計）

入院料		療養病棟入院料1	療養病棟入院料2	療養病棟入院基本料経過措置
回答施設数		487	102	7
届出率	急性期一般入院料	21.1%	19.6%	14.3%
	地域一般入院料	12.3%	14.7%	28.6%
	地域包括ケア病棟入院料	27.5%	19.6%	14.3%
	回復期リハビリテーション病棟入院料	6.2%	5.9%	0.0%
	障害者施設等入院基本料	5.3%	2.9%	0.0%
	緩和ケア病棟入院料	0.6%	1.0%	0.0%

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

療養病棟入院料等を算定する病棟の職員数

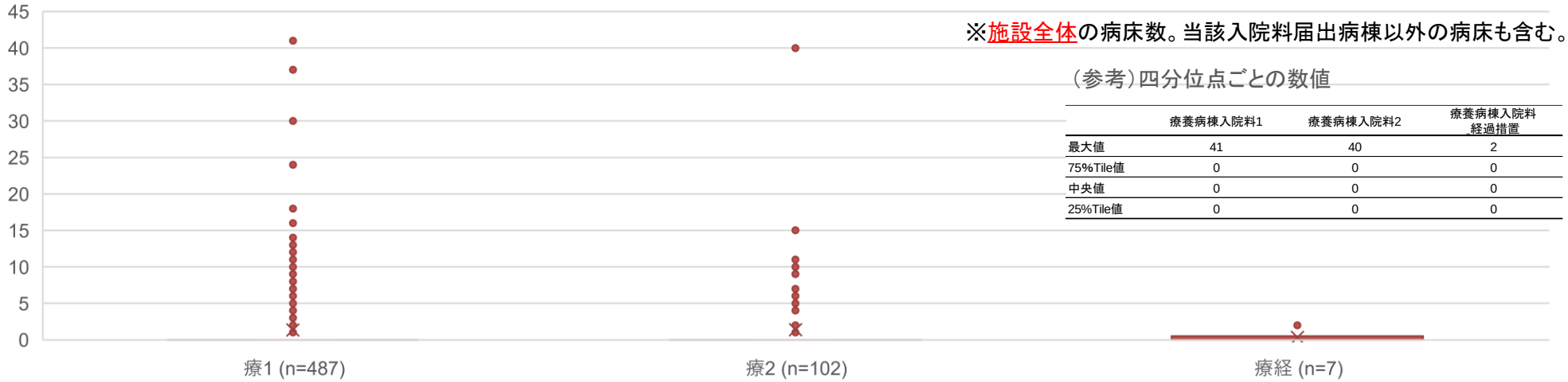
入院料		療養病棟入院料1	療養病棟入院料2	療養病棟入院基本料 経過措置
回答病棟数		406	81	10
平均病床数		46.82	44.26	28.50
40床あたり平均職員数	看護師	13.13	10.00	5.53
	准看護師	4.96	5.46	2.84
	看護師及び准看護師	18.09	15.46	8.37
	看護補助者	13.63	12.05	6.79
	看護補助者のうち、介護福祉士	5.13	4.16	3.19
	薬剤師	0.63	0.41	0.02
	管理栄養士	0.52	0.32	0.02
	理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士	1.82	1.29	0.63
	相談員	0.48	0.43	0.01
	医師事務作業補助者	0.22	0.07	0.00
	その他の職員	1.71	1.23	0.02

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

療養病棟入院料等の届出施設における新型コロナ感染症対応状況

○ 療養病棟入院料等の届出施設における新型コロナ感染症対応状況は以下のとおり。療養病棟入院料等の届出施設のうち重点医療機関・協力医療機関に指定されていたのは2割弱であった。

新型コロナウイルス感染症患者受入可能病床数（令和4年11月1日時点、箱ひげ図）※

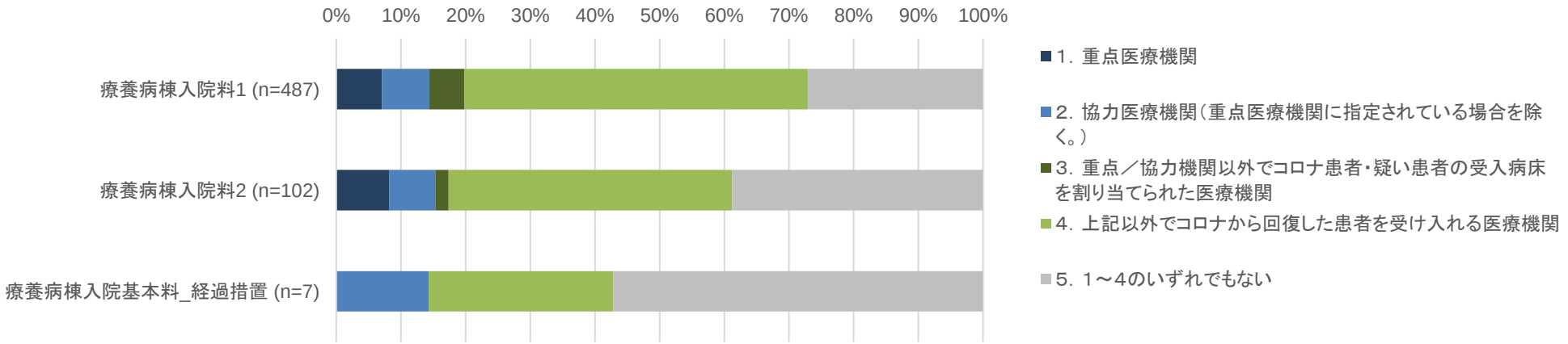


※施設全体の病床数。当該入院料届出病棟以外の病床も含む。

（参考）四分位点ごとの数値

	療養病棟入院料1	療養病棟入院料2	療養病棟入院料経過措置
最大値	41	40	2
75%Tile値	0	0	0
中央値	0	0	0
25%Tile値	0	0	0

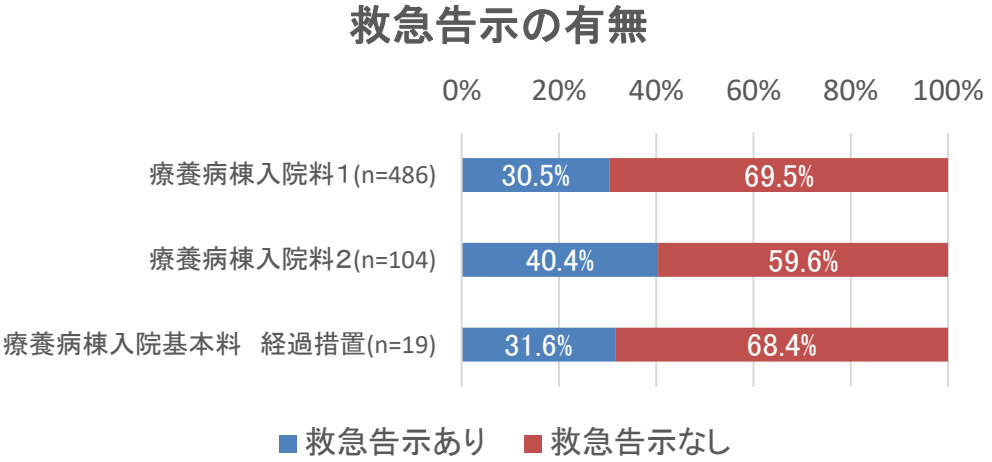
重点・協力医療機関の指定等の状況（令和4年11月1日時点）

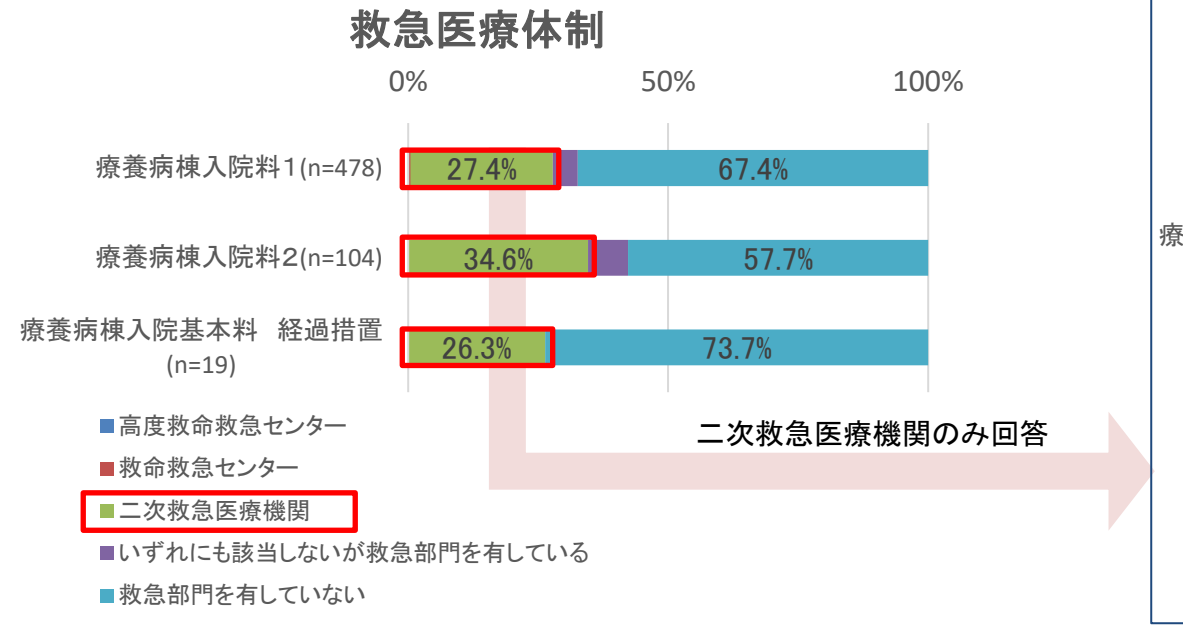


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

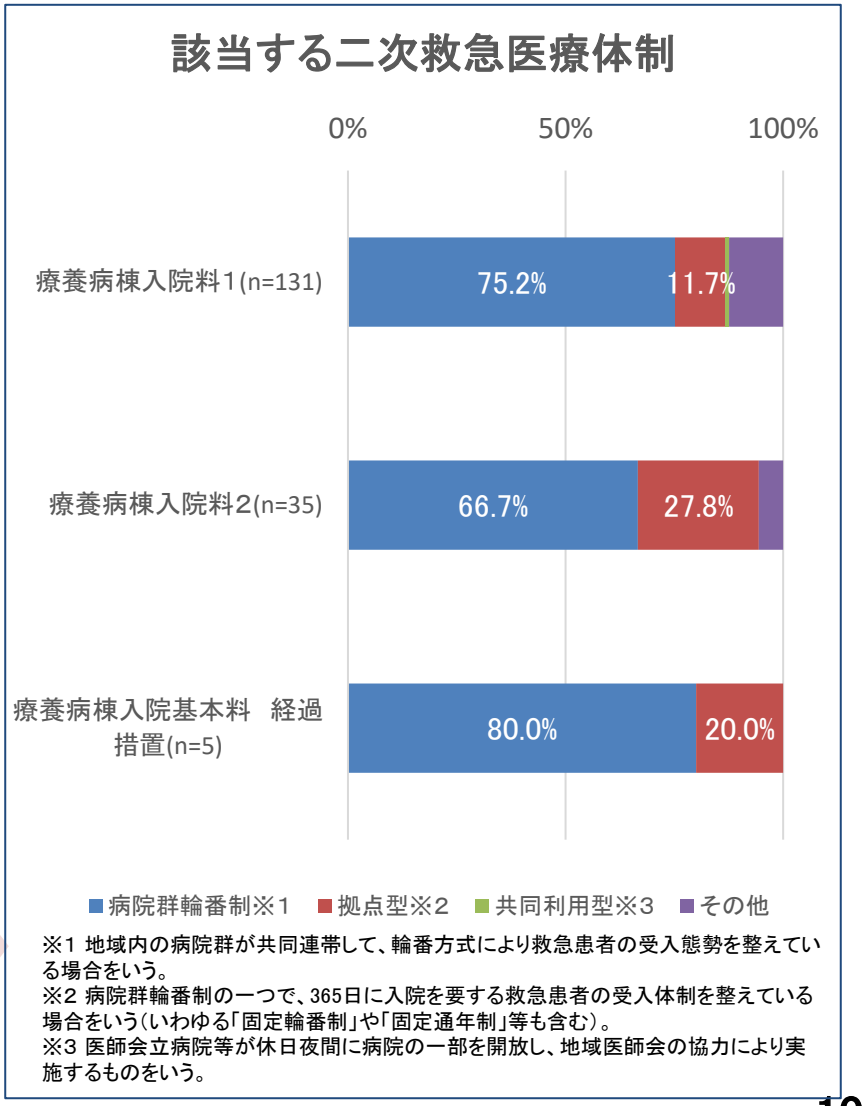
療養病棟における救急医療体制

○ 療養病棟における救急医療体制は以下のとおり。救急告示をしている施設は約3～4割であり、救急医療体制としては二次救急医療機関が最多であった。





二次救急医療機関のみ回答

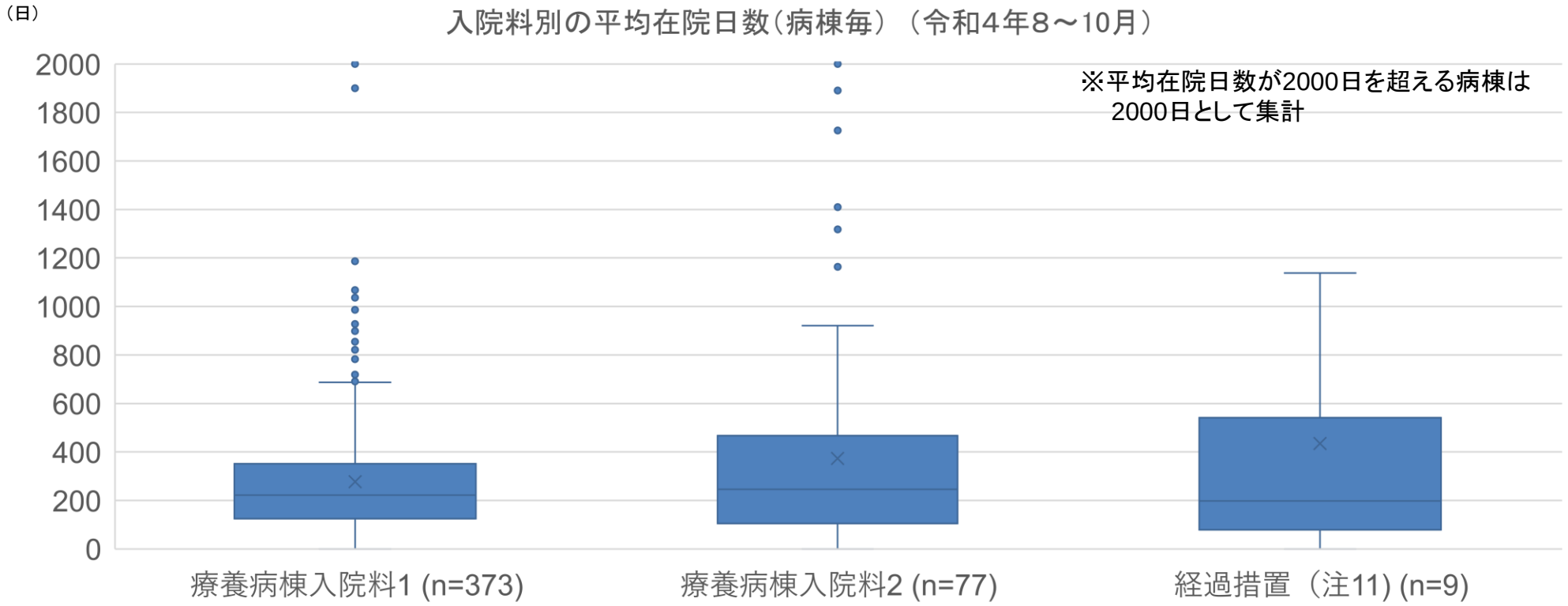


※1 地域内の病院群が共同連帯して、輪番方式により救急患者の受入態勢を整えている場合をいう。
※2 病院群輪番制の一つで、365日に入院を要する救急患者の受入体制を整えている場合をいう(いわゆる「固定輪番制」や「固定通年制」等も含む)。
※3 医師会立病院等が休日夜間に病院の一部を開放し、地域医師会の協力により実施するものをいう。

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

療養病棟における入院料ごとの平均在院日数

○ 各施設が届け出ている療養病棟入院基本料ごとの平均在院日数は以下のとおり。
○ 療養病棟入院料１より、療養病棟入院料２の方が平均在院日数は長かった。

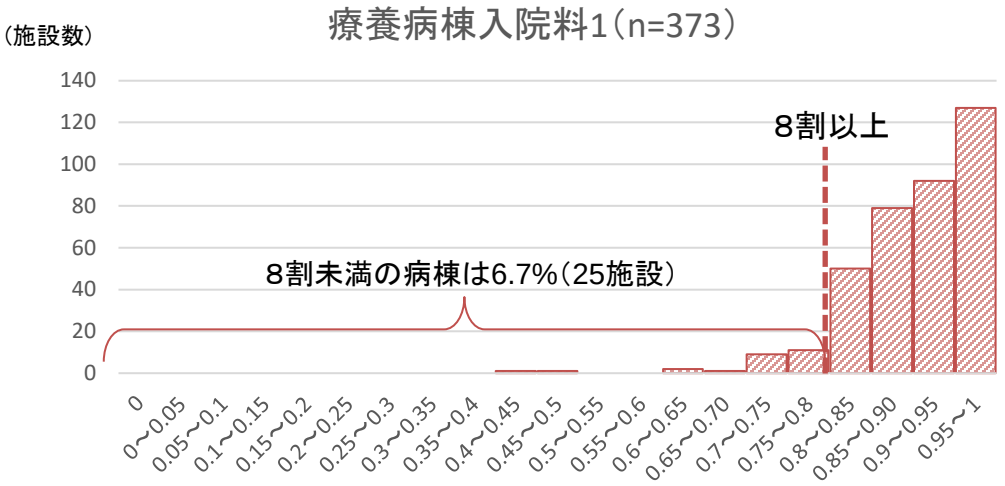


	平均値	最小値	25%Tile	中央値	75%Tile	最大値
療養病棟入院料1	302.4	1.0	151.2	236.2	363.8	2139.0
療養病棟入院料2	397.9	6.1	133.8	254.0	470.2	2410.7
経過措置（注11）	482.5	46.0	108.2	224.5	342.0	1990.7

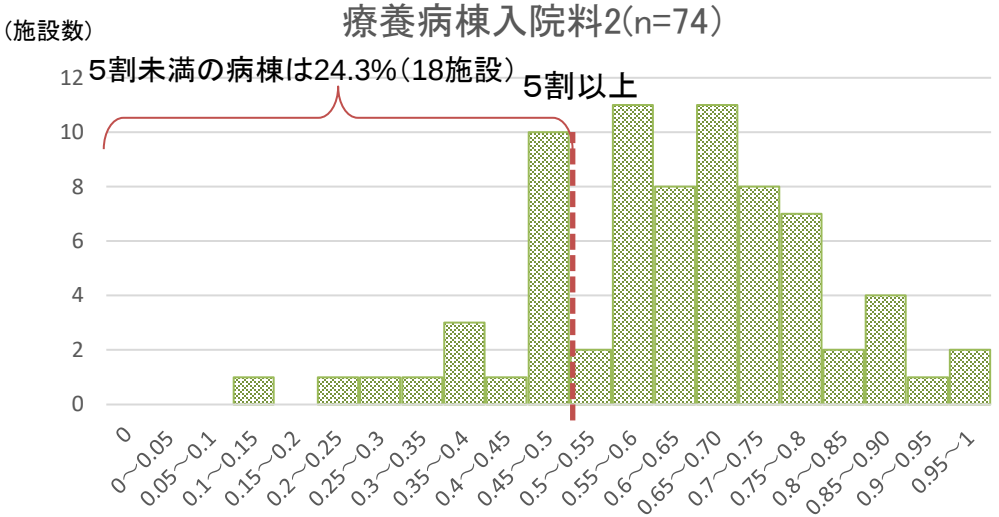
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

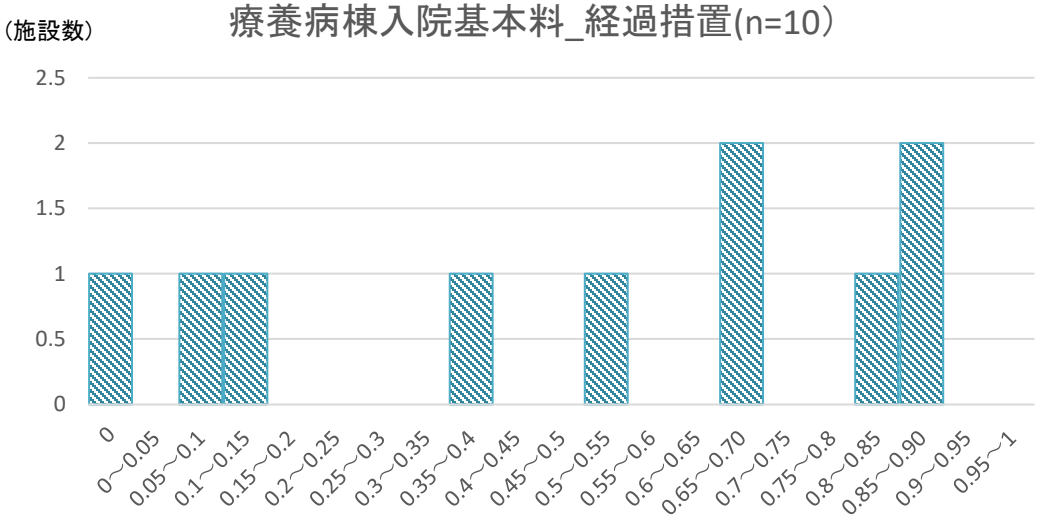
医療区分２・３の該当割合

○　令和4年8月1日時点で療養病棟に入院していた全入院患者のうち、医療区分2・3に該当する患者割合の分布は以下のとおり。医療区分2・3の該当患者割合の施設基準を満たさない病棟は、療養病棟入院料1で6.7%、療養病棟入院料2で24.3%であった。



	平均	25%Tile	50%Tile	75%Tile
療養病棟入院料1（n=373）	90.8%	86.3%	92.5%	96.6%
療養病棟入院料2(n=74）	62.8%	52.9%	64.4%	74.0%
療養病棟入院基本料_経過措置(n=10）	50.8%	12.3%	61.8%	83.0%





出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

療養病棟における患者の流れ

○ 療養病棟の入棟元をみると、他院の一般病床が最も多く、46.0%（R2調査時44.5%）であった。
○ 退棟先をみると、死亡退院が最も多く、61.2%（R2調査時55.0%）であった。

【入棟元】(n=4,485)

自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	2.5%
	自宅（在宅医療の提供なし）	5.7%
介護施設等	介護老人保健施設	2.9%
	介護医療院	1.3%
	介護療養型医療施設	0.1%
	特別養護老人ホーム	2.9%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	1.3%
	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	1.0%
	障害者支援施設	0.1%
他院	他院の一般病床	46.0%
	他院の一般病床以外	7.7%
自院	自院の一般病床（地域一般、回リハ、地ケア以外）	13.5%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	6.0%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	4.1%
	自院の療養病床（回リハ、地ケア病床以外）	1.6%
	自院の精神病床	1.0%
	自院のその他の病床	1.5%
有床診療所		0.0%
その他		0.6%

療養病棟

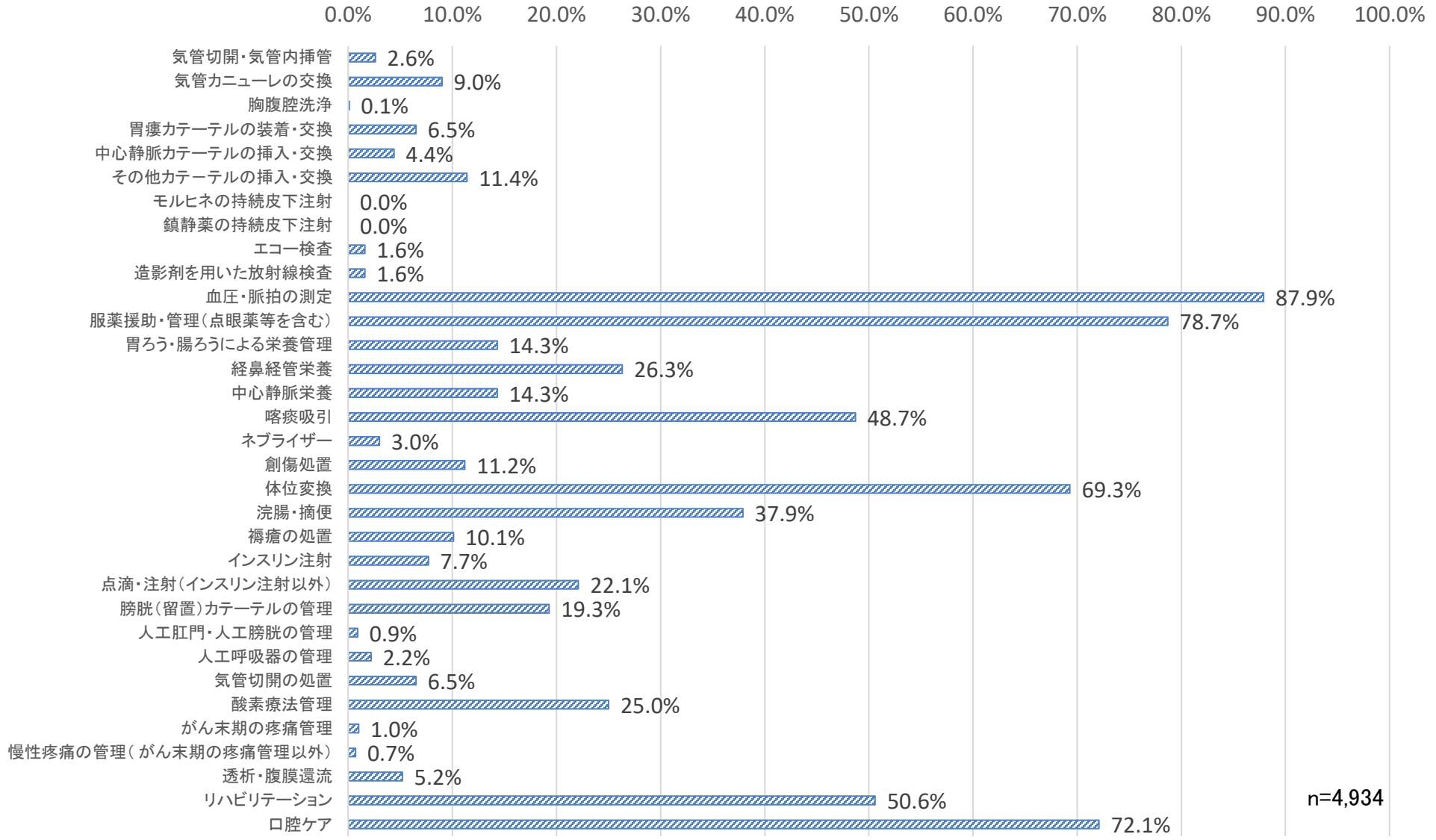
【退棟先】(n=570)

自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	4.9%
	自宅（在宅医療の提供なし）	9.1%
介護施設等	介護老人保健施設	5.1%
	介護医療院	2.6%
	介護療養型医療施設	0.4%
	特別養護老人ホーム	2.8%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	1.8%
	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	1.4%
	障害者支援施設	0.4%
他院	他院の一般病床（地域一般、回リハ、地ケア以外）	5.1%
	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.2%
	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	0.0%
	他院の療養病床（回リハ、地ケア病床以外）	0.5%
	他院の精神病床	0.2%
	他院のその他の病床	0.0%
自院	自院の一般病床（地域一般、回リハ、地ケア以外）	1.1%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.2%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	1.1%
	自院の療養病床（回リハ、地ケア病床以外）	1.2%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.7%
有床診療所（介護サービス提供医療機関）		0.0%
有床診療所（上記以外）		0.0%
死亡退院		61.2%
その他		0.2%

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

療養病棟における患者が受けた医療行為・処置等

○　療養病棟における患者が受けた医療行為・処置等は以下のとおり。例えば、医療区分3の項目である「中心静脈栄養」は14.3%、「人工呼吸器の管理」は2.2%の患者に実施されていた。



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

療養病棟入院基本料の見直し②

療養病棟入院基本料（注11に規定する経過措置）の評価の見直し

➢ 療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置（所定点数の100分の85）について、医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針及び届出状況を踏まえ、評価を見直した上で、経過措置期間を２年間延長する。

現行	改定後
【療養病棟入院基本料】 ［算定要件］（概要） 注11　療養病棟入院料２のそれぞれの所定点数の100分の85に相当する点数を算定する。	【療養病棟入院基本料】 ［算定要件］（概要） 注11　療養病棟入院料２のそれぞれの所定点数の**100分の75**に相当する点数を算定する。

療養病棟入院基本料（注11に規定する経過措置）におけるリハビリテーションについて

➢ 療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置において、以下の見直しを行う。

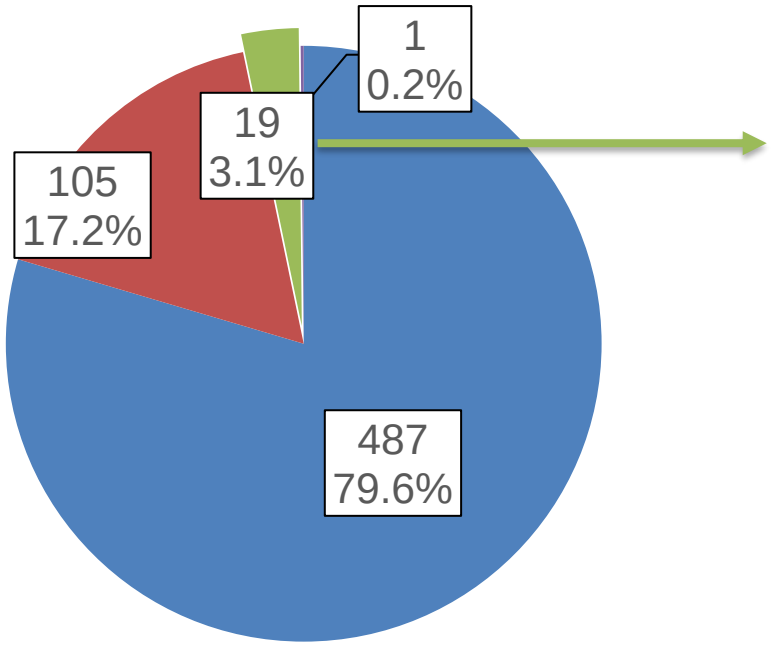
- 疾患別リハビリテーション料を算定する患者に対して、**FIM（機能的自立度評価法）の測定を月に１回以上行っていない場合は、１日につき２単位まで出来高での算定**とする。
- 医療区分２の患者であって、疾患別リハビリテーション料を算定する患者に対して、**FIMの測定を行っていない場合においては、医療区分１の場合に相当する点数を算定**することとする。

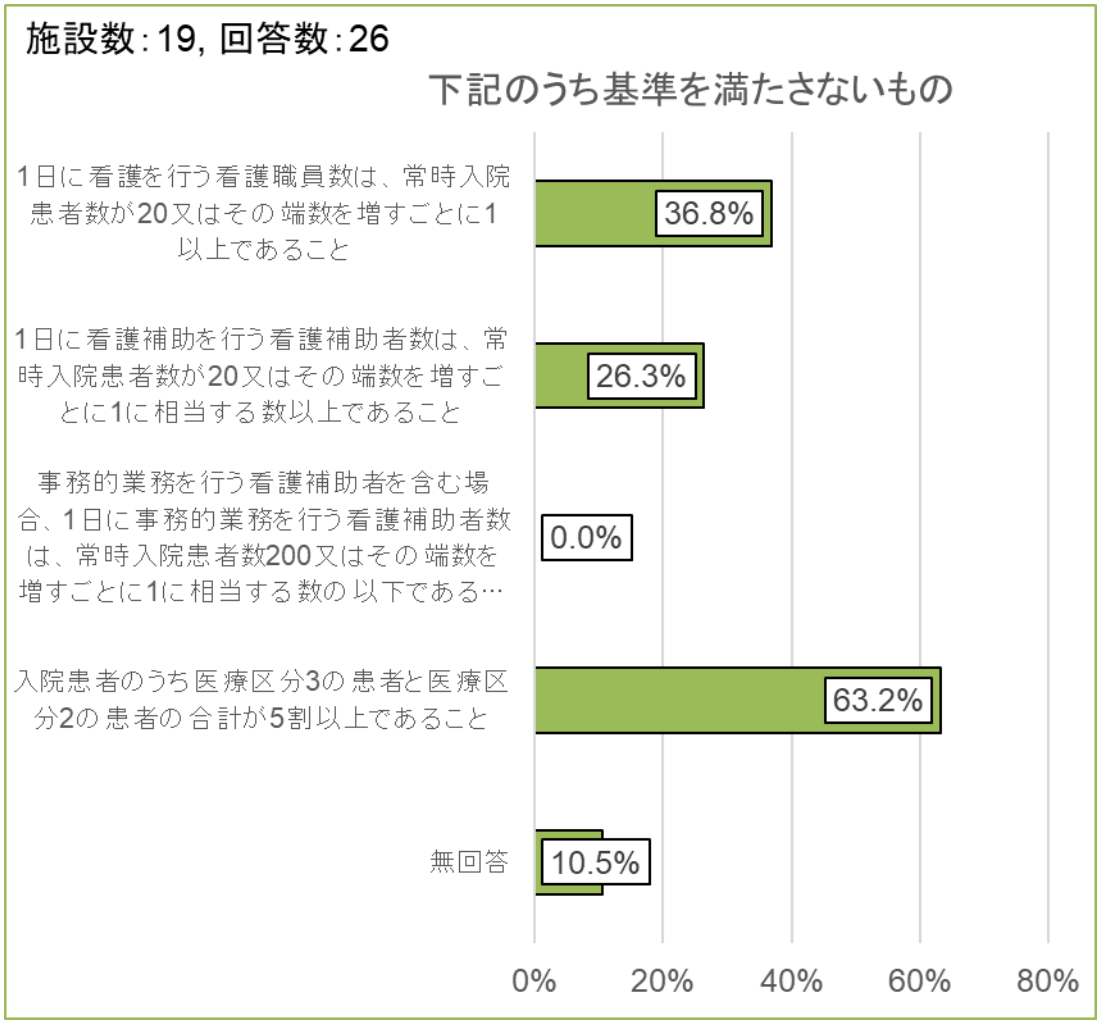
【経過措置】
- 令和４年３月31日において現に療養病棟入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関については、同年９月30日までの間に限り、FIMの測定を行っているものとみなす。

療養病棟入院基本料の状況

○ 療養病棟入院基本料の算定状況は、以下のとおりであり、療養病棟入院基本料の注11に規定される点数を算定する施設は19施設（約3%）あった。
○ 満たさない基準としては、医療区分2・3の患者割合についてが63.2%と最多であった。

n=612



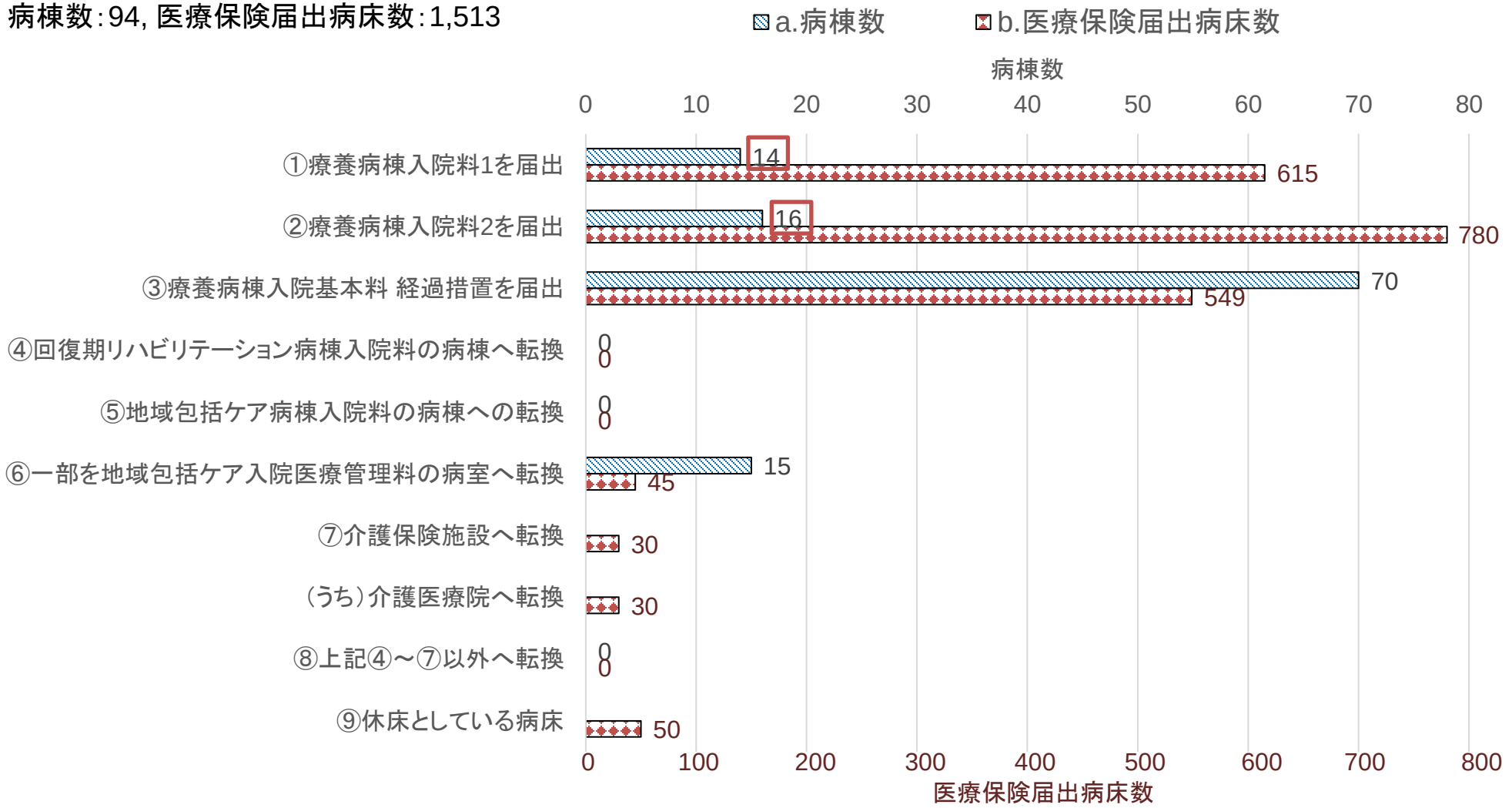


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

改定前「旧経過措置」届出病棟の改定後の状況

○ 改定前（令和4年3月31日時点）の「旧経過措置」に届け出ていた病棟のうち、30の病棟が療養病棟入院料1・2を届け出ていた。

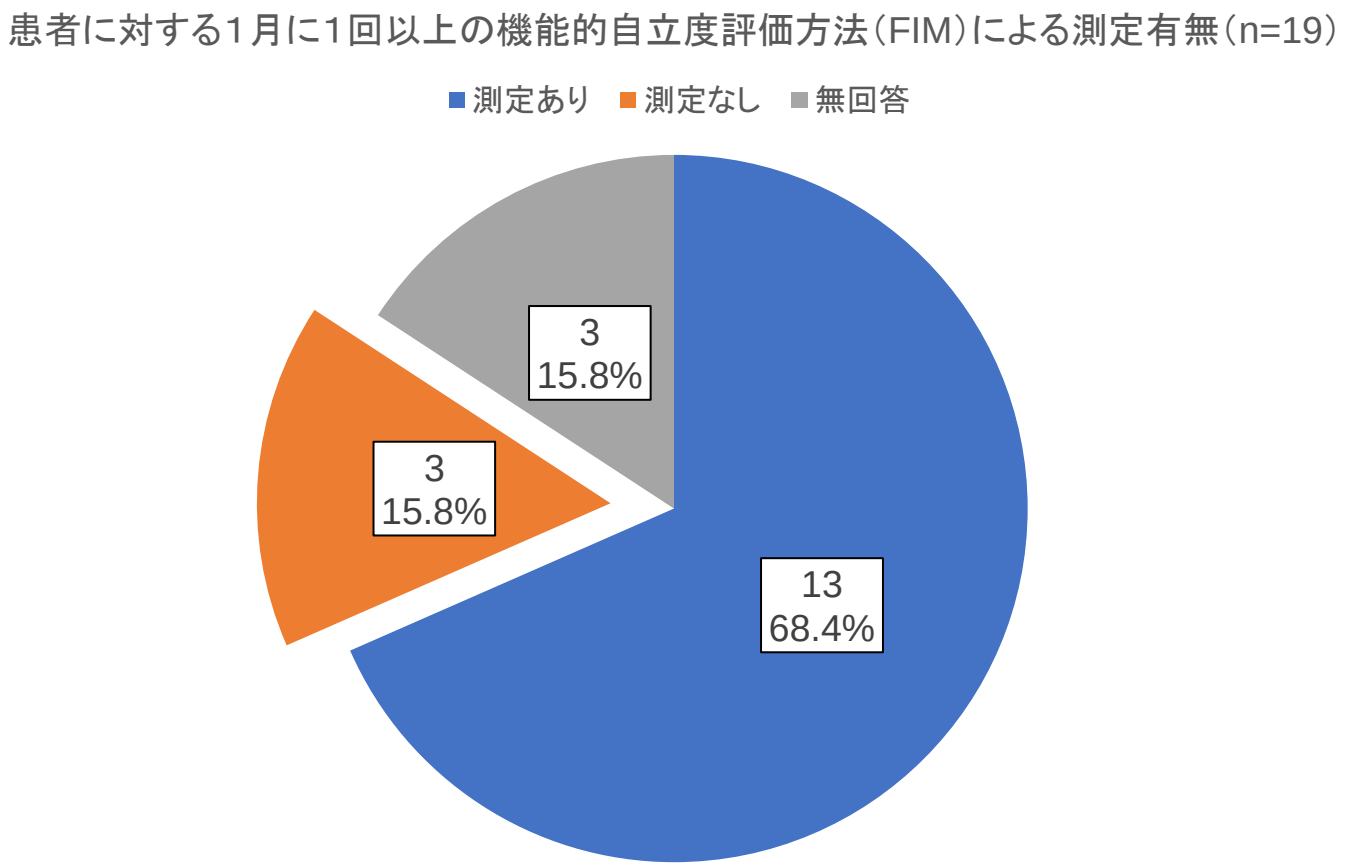
病棟数：94, 医療保険届出病床数：1,513



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

機能的自立度評価方法（FIM）の測定状況

○ 療養病棟入院基本料「注11」を届け出ている場合において、68.4%の施設で、患者に対する1月に1回以上の機能的自立度評価方法（FIM）による測定を実施していた。



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

療養病棟入院基本料の見直し①

医療区分の見直し

➢ 療養病棟における中心静脈栄養を実施している状態にある患者について、患者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制を有していない場合においては、療養病棟入院基本料の医療区分３の場合の点数に代えて、医療区分２の場合に相当する点数を算定することとする。

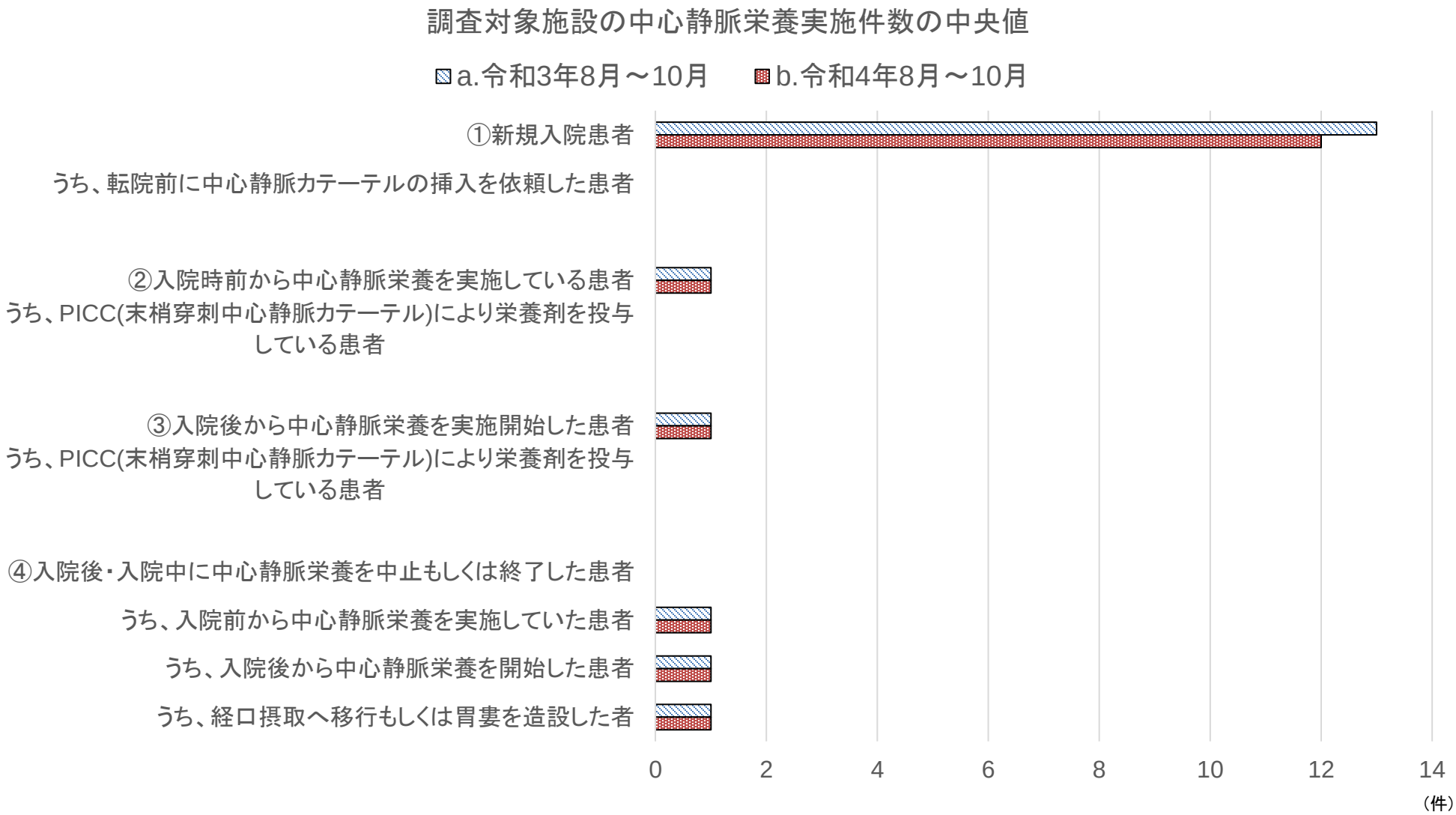
改定後

【療養病棟入院基本料】
［算定要件］（概要・抜粋）
注１　１又は２の入院料Ａ、Ｂ又はＣを算定する場合であって、**当該病棟において中心静脈栄養を実施している状態にある者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されていると認められない場合には、それぞれ１又は２の入院料Ｄ、Ｅ又はＦを算定**

【経過措置】
- 令和４年３月31日において現に療養病棟入院料１又は２に係る届出を行っている保険医療機関については、同年９月30日までの間に限り、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されているものとみなす。
- 令和４年３月31日において現に療養病棟入院料１又は２を算定している患者であって、医療区分３のうち「中心静脈注射を実施している状態」に該当しているものについては、当該患者が入院している病棟における摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の確保の状況にかかわらず、当該状態が継続している間に限り、医療区分３に該当する場合の点数を算定できる。

療養病棟における中心静脈栄養の実施状況

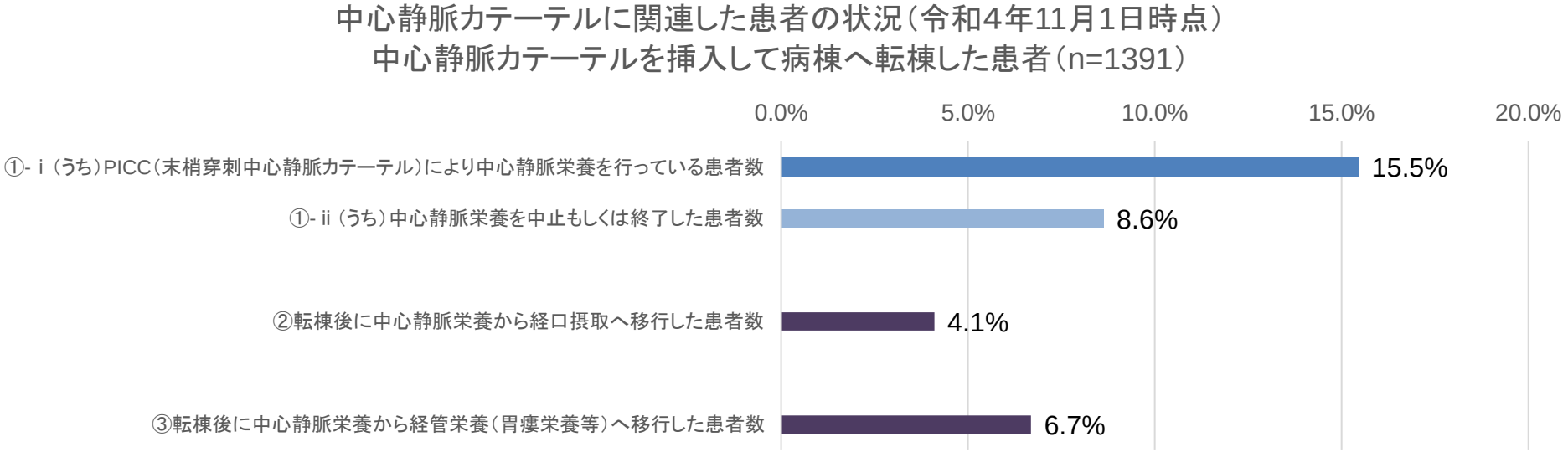
○ 各調査対象施設（597施設）における3か月間の中心静脈栄養の実施患者数の中央値は、以下のとおりであり、令和4年度診療報酬改定前後で大きな変化は見られなかった。

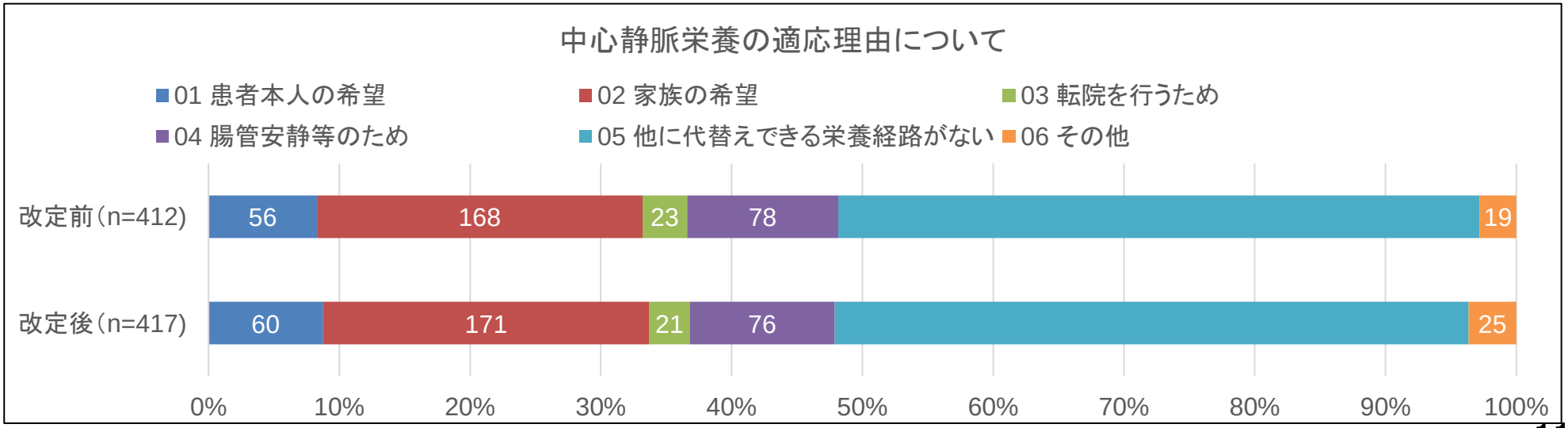


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

療養病棟における中心静脈栄養に関連した患者の状況

○ 療養病棟における中心静脈栄養に関連した患者の状況は以下のとおり。中心静脈カテーテルを挿入して病棟に転棟した患者のうち、中心静脈栄養から経口摂取へ移行した患者は4.1%であった。

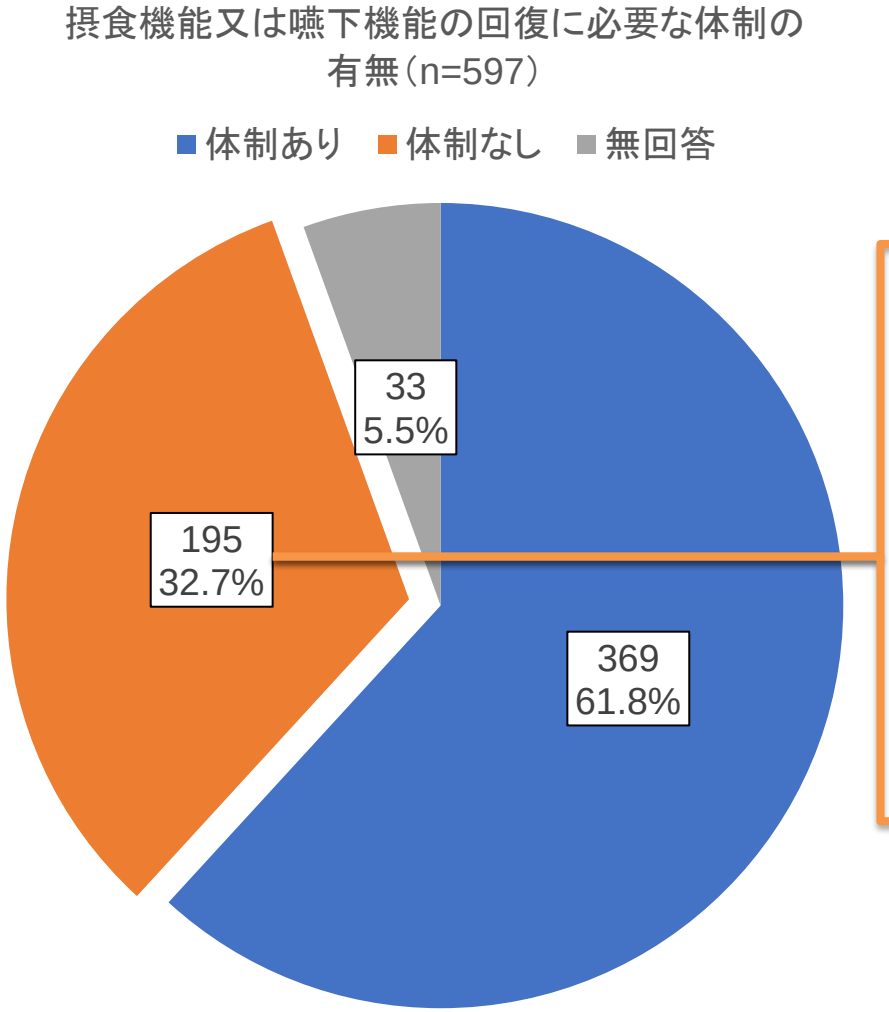


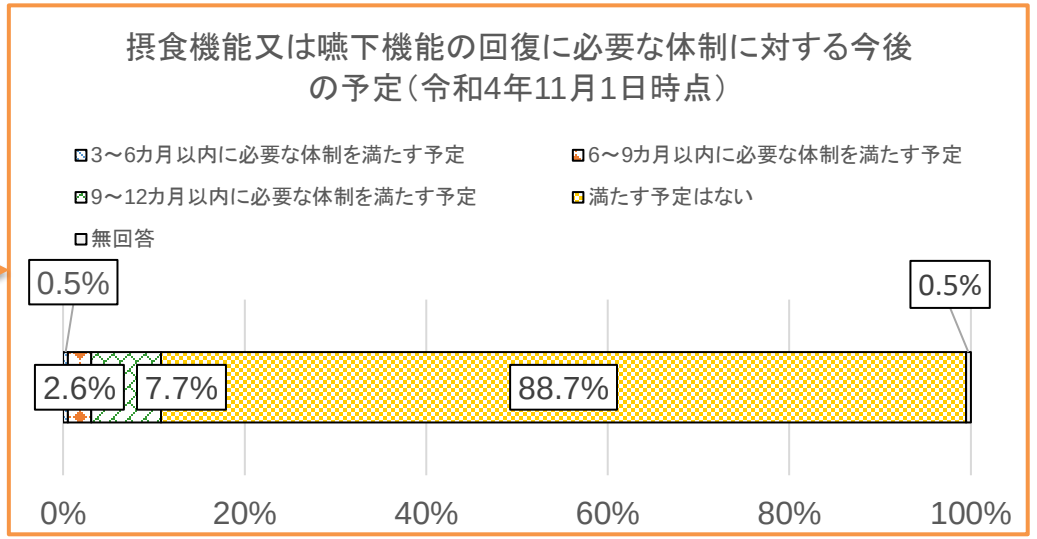


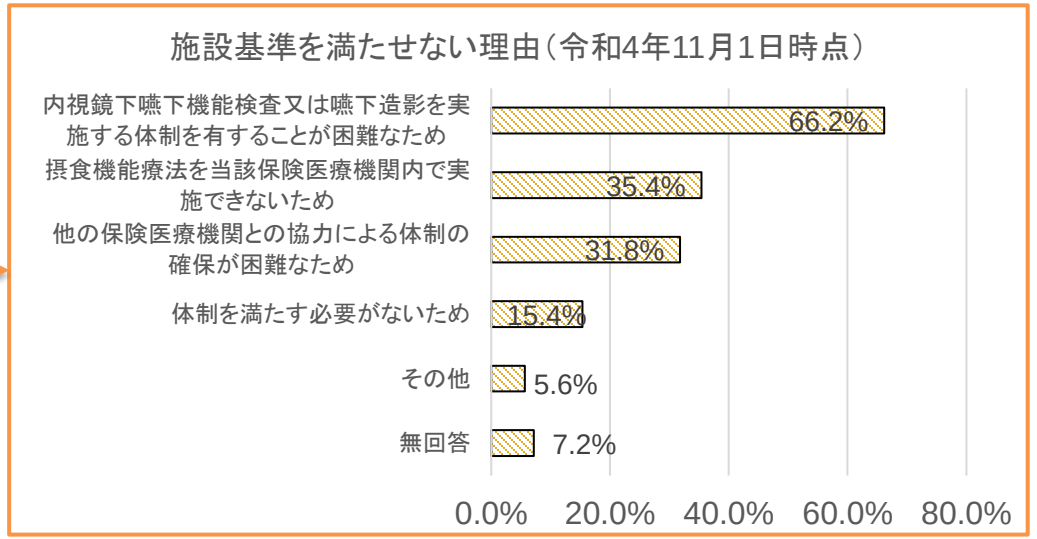
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

療養病棟における摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の有無

○ 中心静脈栄養を実施している状態にある者に対する摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の整備状況について、体制がない医療機関は32.7%であった。





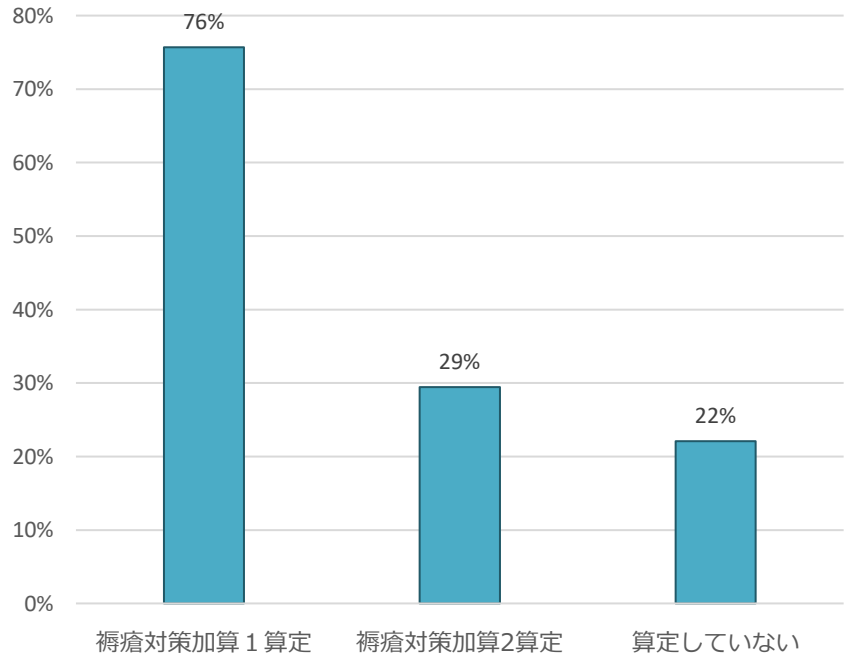


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

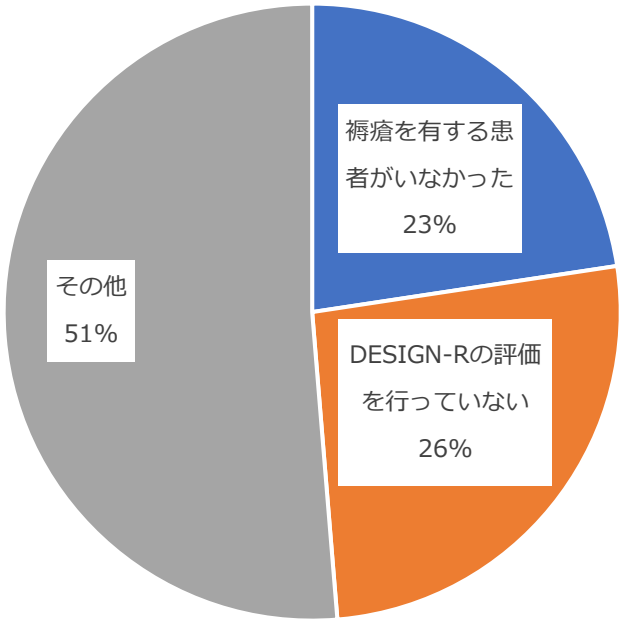
療養病棟における褥瘡対策チームの状況

○ 療養病棟を有する病院のうち76%は褥瘡対策加算1を算定していたが、22%は算定していなかった。
○ 算定していない理由としては、「褥瘡を有する患者がいなかった」が23%であったが、「評価を行っていない」も26%であった。

■褥瘡対策加算の算定の有無 （n=584）
（令和３年11月１日～令和４年10月31日）



■褥瘡対策加算を算定していない理由 （n=115）

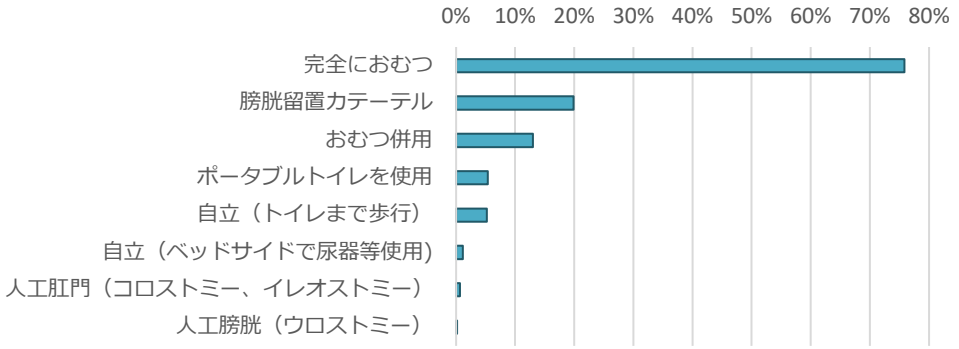


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

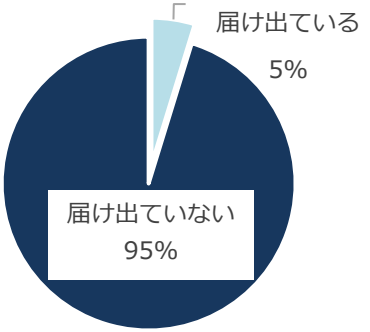
療養病棟における排泄支援等

○ 療養病棟における排泄方法としては「完全におむつ」が多く、排泄自立に向けた支援内容としては「下部尿路機能障害のための情報収集」が多かった。
○ 療養病棟を有する病院のうち排尿自立支援加算を届け出ているのは５％であり、届け出ていない理由としては、排尿ケアチームの看護師、医師等の人員がいないためが多かった。

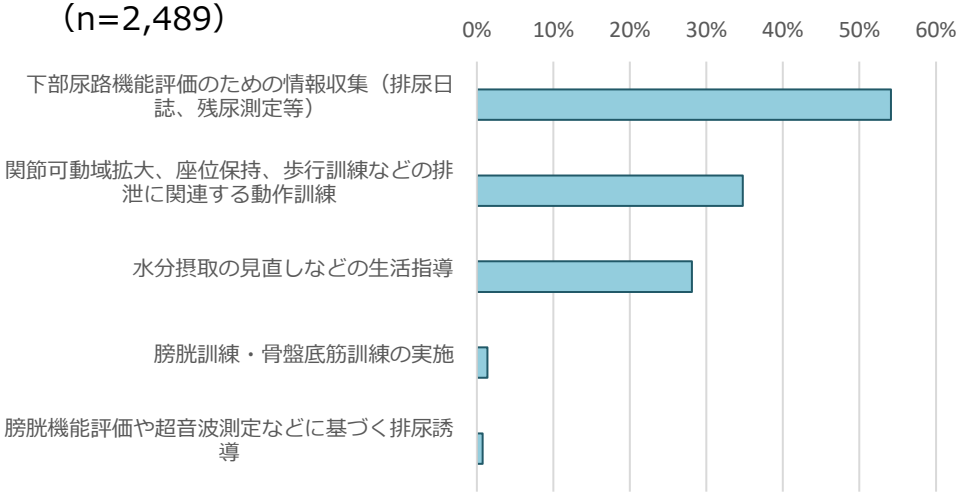
■療病病棟入院患者の排泄方法 （n=4,872）



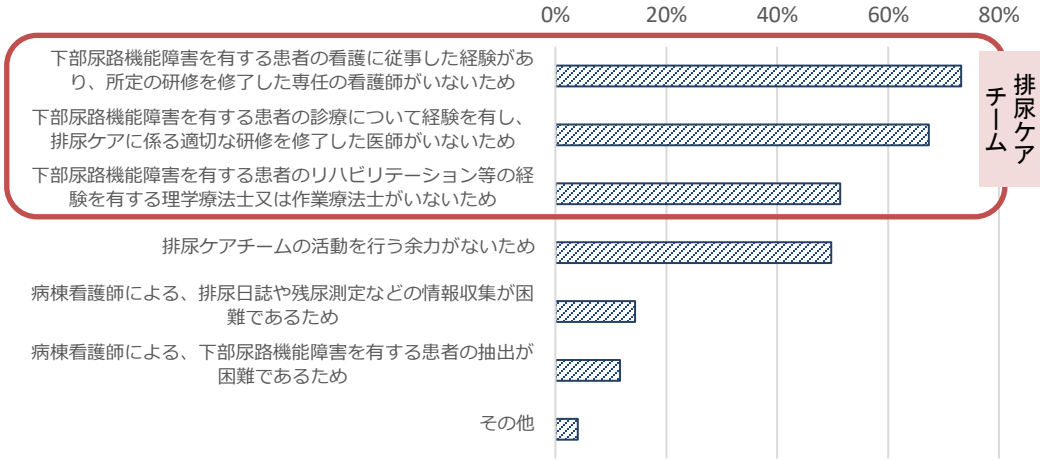
■ 排尿自立支援加算の届出状況（令和４年11月１日時点）（n=589）



■療病病棟入院患者の排泄自立に向けた支援内容（n=2,489）



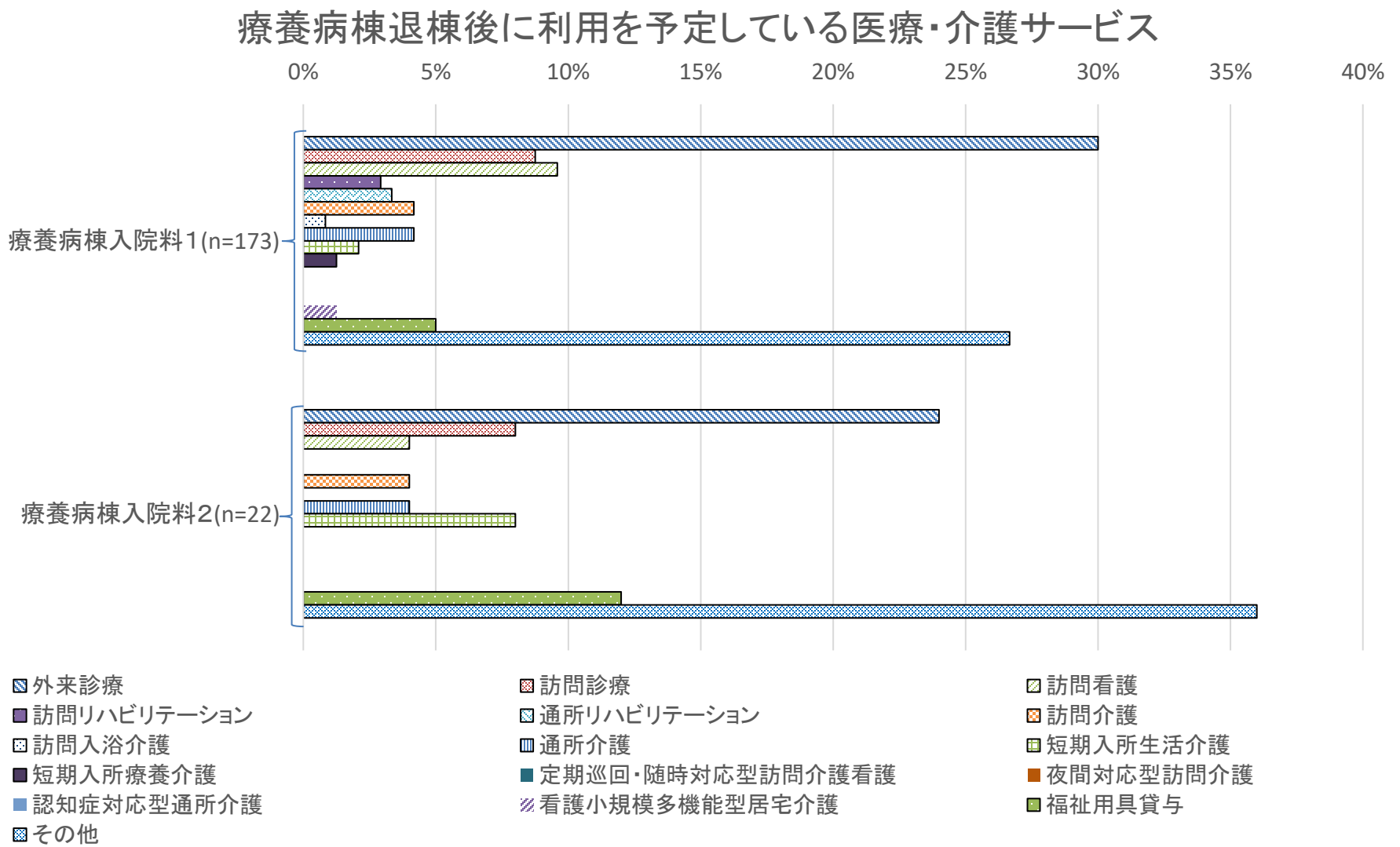
■排尿自立支援加算を届け出ていない理由（n=551）



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（入院患者票）

療養病棟退棟後に利用を予定している医療・介護サービス

○ 療養病棟の退棟患者について、退棟後に利用を予定している医療・介護サービスは外来診療が最も多く、それについで訪問看護、訪問診療が多かった。



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（退棟患者票）

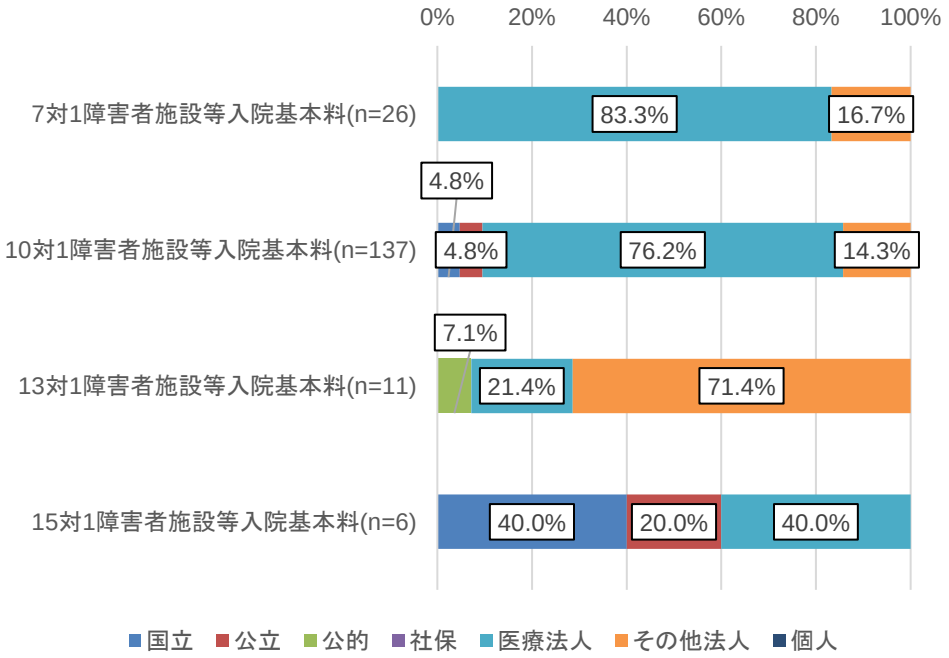
障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の主な施設基準等

			障害者施設等入院基本料1	障害者施設等入院基本料2～4	特殊疾患病棟入院料1	特殊疾患病棟入院料2	特殊疾患入院医療管理料	療養病棟入院料1	療養病棟入院料2
看護配置			7対1以上	10対1以上～15対1以上	20対1以上	―	20対1以上	20対1以上	
どちらか一方を満たす	施設		医療型障害児入所施設又は指定医療機関(児童福祉法)		―	医療型障害児入所施設又は指定医療機関(児童福祉法)	―		
	両方を満たす	患者像	―	重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重傷障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等が概ね7割以上	脊椎損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等が概ね8割以上	重度の肢体不自由児(者)、重度の障害者(脊髄損傷等を除く)が概ね8割以上	脊椎損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等が概ね8割以上	医療区分2、3の患者が8割以上	医療区分2、3の患者が5割以上
		看護要員	―	10対1以上		10対1以上(うち、看護職員5割以上)	10対1以上	看護補助者　20対1以上	
その他			一般病棟			一般又は精神病棟	一般病棟の病室	療養病棟	
			超重症、準超重症児(者)3割以上	―				褥瘡の評価	
点数	通常		1,615点	1,356～995点	2,070点	1,675点	2,070点	1,813～815点	1,748～751点
	重度の意識障害者(脳卒中後)		1,496, 1,358点	1,496～1,107点	1,910, 1,745点	1,657, 1,491点	1,909, 1,743点		
包括範囲	通常		出来高		一部の入院基本料等加算・除外薬剤、注射剤を除き包括			検査、画像診断・投薬・注射・処置(一部を除く)、リハビリテーション(一部に限る)、病理診断は包括	
	重度の意識障害者(脳卒中後)		療養病棟入院基本料と同様の取扱						

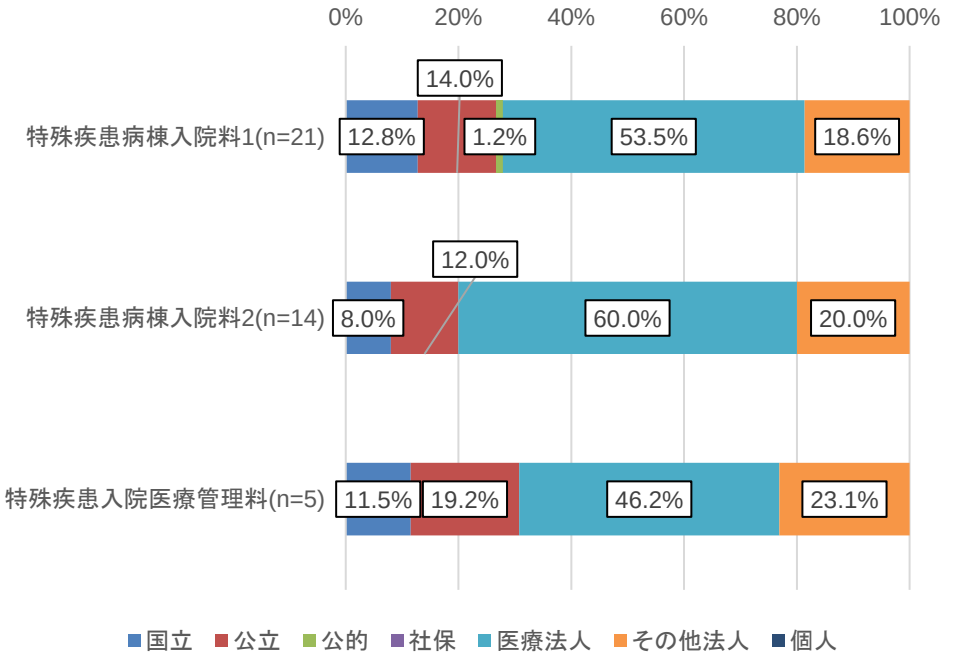
回答施設の状況（障害者施設等入院基本料等）

○ 障害者施設等入院基本料等の医療機関の開設者について、7対1及び10対1障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料、特殊疾患入院医療管理料では医療法人が最多であった。

医療機関の開設者別の割合（障害者施設等入院基本料）



医療機関の開設者別の割合（特殊疾患病棟入院料）



国立	国、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構
公立	都道府県、市町村、地方独立行政法人
公的	日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会
社保	健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合
医療法人	医療法人（社会医療法人は含まない）
その他法人	公益法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、社会医療法人等、その他法人

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

その他の入院料等の届出施設における入院料別届出病床

入院料別の届出病床の設置状況（令和4年11月1日時点で1床でも設置していれば、有として集計）

入院料		障害者施設等 7対1 入院基本料	障害者施設等 10対1 入院基本料	障害者施設等 13対1 入院基本料	障害者施設等 15対1 入院基本料	特殊疾患 病棟入院料 1	特殊疾患 病棟入院料 2	特殊疾患 入院医療 管理料	緩和ケア 病棟入院料 1	緩和ケア 病棟入院料 2
回答施設数		26	138	11	6	21	14	5	25	26
届出率	急性期一般入院料	19.2%	23.2%	9.1%	0.0%	19.0%	7.1%	80.0%	68.0%	65.4%
	地域一般入院料	7.7%	5.1%	9.1%	0.0%	9.5%	7.1%	0.0%	4.0%	0.0%
	地域包括ケア病棟入院料	7.7%	26.8%	0.0%	0.0%	28.6%	0.0%	60.0%	60.0%	50.0%
	回復期リハビリテーション病棟	7.7%	12.3%	0.0%	0.0%	14.3%	0.0%	60.0%	16.0%	38.5%
	療養病棟入院料	3.8%	32.6%	27.3%	33.3%	47.6%	0.0%	0.0%	28.0%	50.0%
	障害者施設等入院基本料					14.3%	50.0%	0.0%	20.0%	30.8%
	緩和ケア病棟入院料	11.5%	6.5%	0.0%	0.0%	9.5%	0.0%	0.0%		

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

その他の病棟入院料等を算定する病棟の平均職員数（40床あたり）

入院料		障害者施設等 7対1 入院基本料	障害者施設等 10対1 入院基本料	障害者施設等 13対1 入院基本料	障害者施設等 15対1 入院基本料	特殊疾患 病棟入院料 1	特殊疾患 病棟入院料 2	特殊疾患 入院医療 管理料	緩和ケア 病棟入院料 1	緩和ケア 病棟入院料 2
回答病棟数		48	118	6	4	13	13	3	17	17
平均病床数		42.54	45.04	50.67	43.50	42.85	44.46	4.67	21.59	20.82
40床あたり平均職員数	看護師	30.71	24.76	21.95	12.96	14.08	14.26	0.88	10.66	8.66
	准看護師	0.80	2.30	2.57	4.98	3.77	2.22	0.04	0.00	0.00
	看護師及び准看護師	31.51	27.06	24.51	17.93	17.85	16.49	0.92	10.66	8.66
	看護補助者	7.22	10.04	13.05	14.68	13.95	20.48	0.04	1.29	0.67
	看護補助者のうち、介護福祉士	2.18	4.01	5.75	4.64	6.45	8.85	0.00	0.31	0.00
	薬剤師	0.10	0.45	0.50	1.63	0.10	0.50	0.00	0.19	0.12
	管理栄養士	0.08	0.34	0.50	0.92	0.06	0.58	0.00	0.09	0.06
	理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士	0.86	1.92	1.17	4.13	0.26	1.46	0.00	0.06	0.18
	相談員	0.05	0.51	0.23	0.39	0.23	0.15	0.00	0.04	0.16
	医師事務作業補助者	0.01	0.05	0.00	0.00	0.23	0.00	0.00	0.00	0.00
	その他の職員	1.20	2.40	0.25	5.43	0.07	4.21	0.00	0.06	0.14

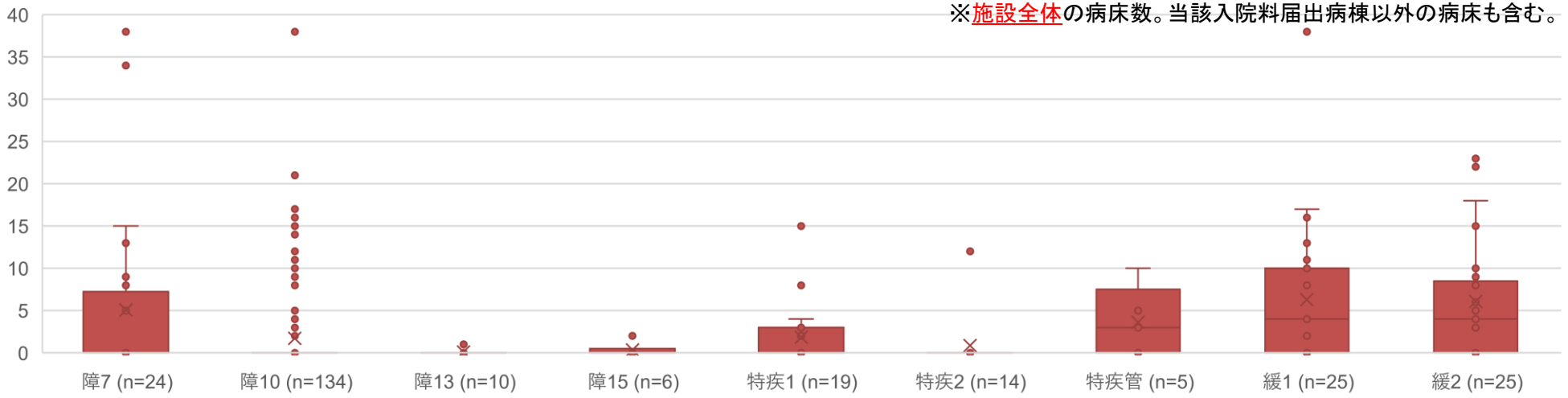
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

その他の入院料等の届出施設における新型コロナ感染症対応状況

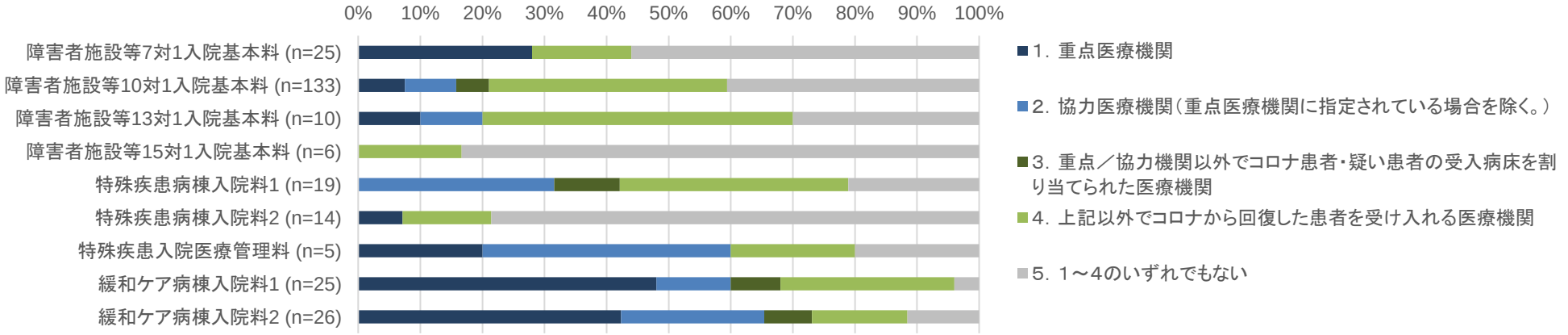
○　その他の入院料等の届出施設における新型コロナ感染症対応状況は以下のとおり。7対1障害者施設等入院基本料では約3割、緩和ケア病棟入院料では5割弱の施設が重点医療機関として指定されていた。

新型コロナウイルス感染症患者受入可能病床数（令和4年11月1日時点）

※施設全体の病床数。当該入院料届出病棟以外の病床も含む。



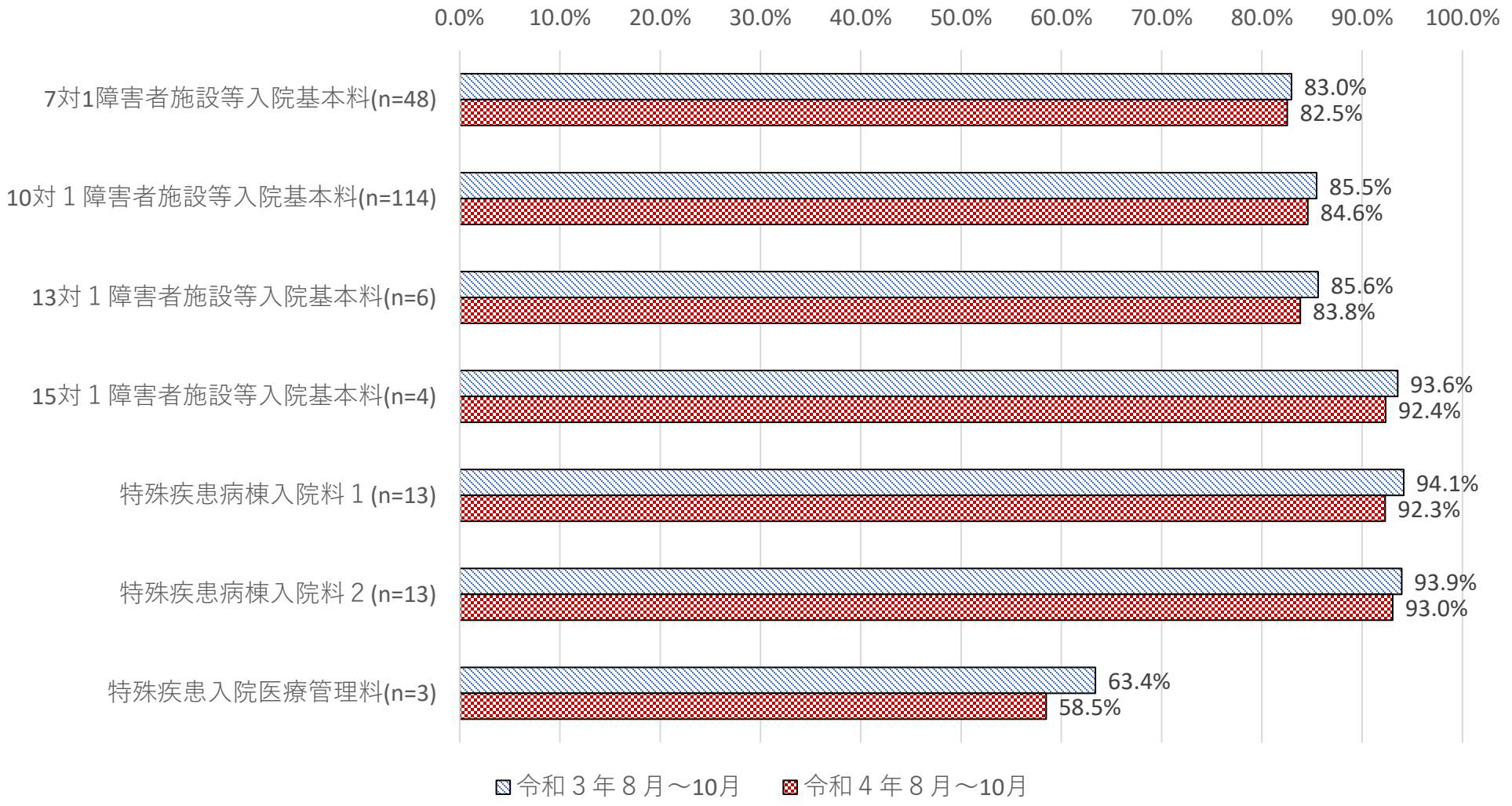
重点・協力医療機関の指定等の状況（令和4年11月1日時点）



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

障害者施設等入院基本料等を算定する病棟の病床利用率

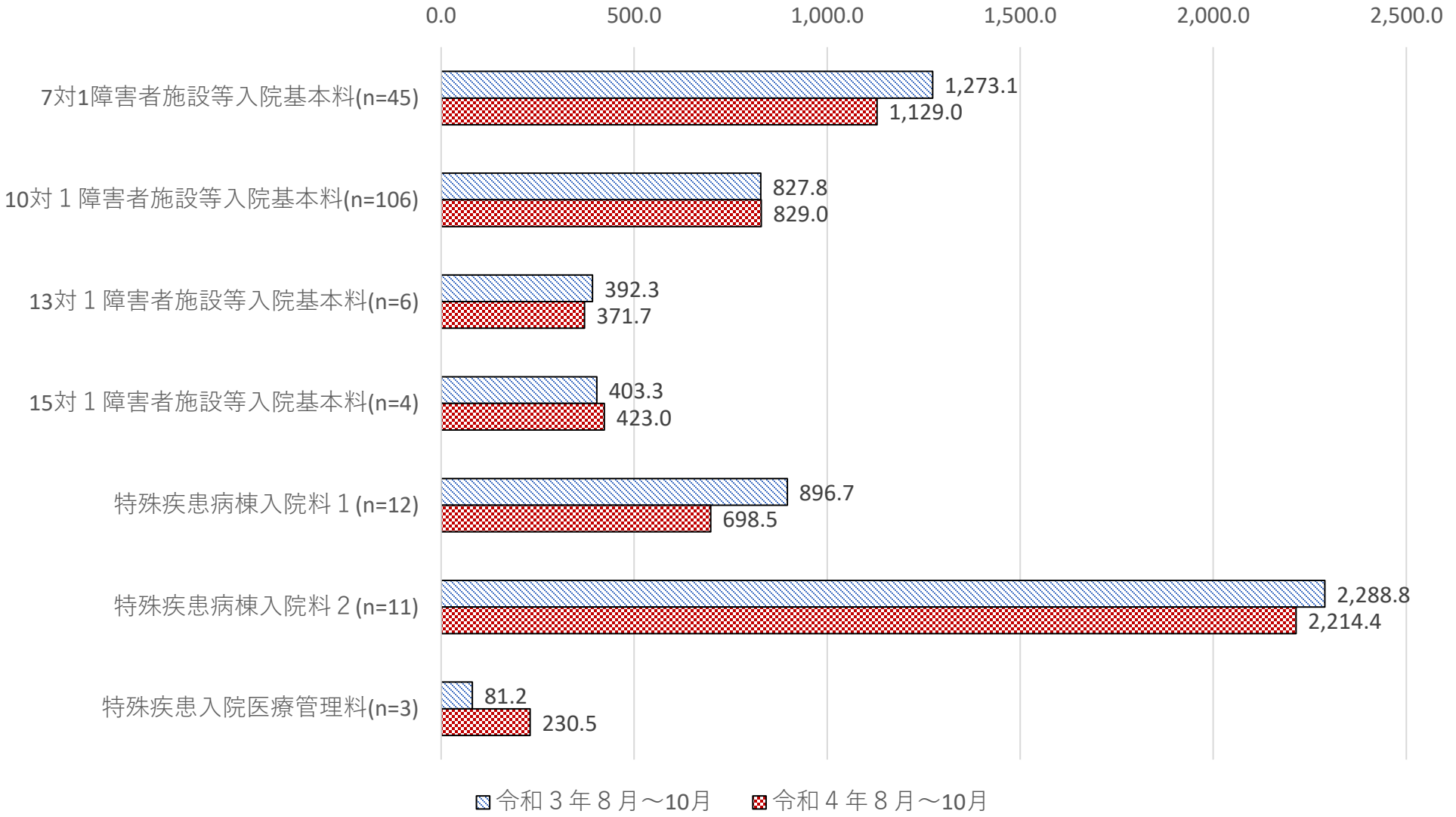
○ 障害者施設等入院基本料等を算定する病棟の病床利用率は以下のとおり。
○ 全ての区分において、令和3年と比較し、令和4年における病床利用率はやや低下していた。



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

障害者施設等入院基本料等を算定する病棟における平均在院日数

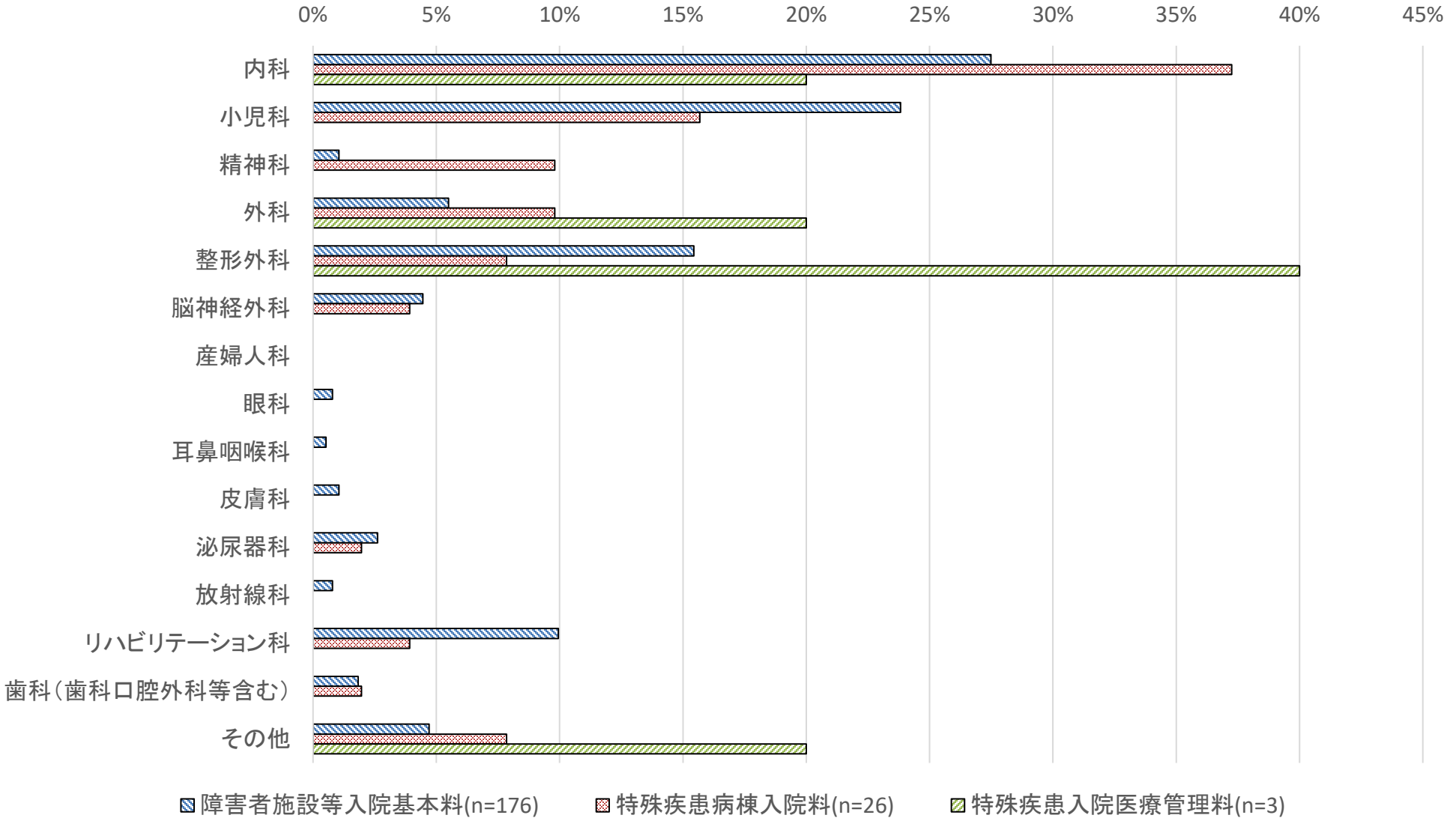
○ 障害者施設等入院基本料等を算定する病棟における平均在院日数は以下のとおり。
○ 7対1障害者施設等入院基本料及び特殊疾患入院料1・2では平均在院日数が短縮していた。



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

病棟に従事している医師の専門とする診療科

○　障害者施設等・特殊疾患病棟に従事している医師の専門とする診療科としては、内科、小児科、整形外科が多かった。



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

障害者施設等入院基本料を算定する病棟における入退院

○ 入棟元をみると、他院の一般病床が最も多く、37.4%（R2調査時34.9%）であった。
○ 退棟先をみると、死亡退院が最も多く、27.0%（R2調査時26.8%）であった。

【入棟元】(n=1,538)

自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	11.9%
	自宅（在宅医療の提供なし）	26.6%
介護施設等	介護老人保健施設	0.4%
	介護医療院	0.1%
	介護療養型医療施設	0.1%
	特別養護老人ホーム	1.2%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	0.4%
	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	0.5%
	障害者支援施設	3.1%
他院	他院の一般病床	37.4%
	他院の一般病床以外	4.0%
自院	自院の一般病床（地域一般、回リハ、地ケア以外）	8.6%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.1%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	1.2%
	自院の療養病床（上記以外）	1.6%
	自院の精神病床	0.1%
	自院のその他の病床	0.7%
有床診療所		0.0%
その他		2.3%

障害者施設等

【退棟先】(n=178)

自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	15.2%
	自宅（在宅医療の提供なし）	23.0%
介護施設等	介護老人保健施設	3.4%
	介護医療院	2.2%
	介護療養型医療施設	0.0%
	特別養護老人ホーム	1.1%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	1.7%
	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	2.2%
	障害者支援施設	0.0%
他院	他院の一般病床（地域一般、回リハ、地ケア以外）	11.2%
	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.6%
	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	0.0%
	他院の療養病床（上記以外）	1.7%
	他院の精神病床	0.0%
	他院のその他の病床	1.1%
自院	自院の一般病床（17、18以外）	1.7%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.0%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	2.8%
	自院の療養病床（18以外）	3.9%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.6%
有床診療所（介護サービス提供医療機関）		0.0%
有床診療所（上記以外）		0.0%
死亡退院		27.0%
その他		0.6%

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

特殊疾患病棟・入院医療管理料を算定する病棟における入退院

○ 入棟元をみると、他院の一般病床が最も多く、30.1%（R2調査時27.1%）であった。
○ 退棟先をみると、死亡退院が最も多く、61.1%（R2調査時20.0%、n=5のため参考値）であった。

【入棟元】(n=266)

自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	13.5%
	自宅（在宅医療の提供なし）	19.9%
介護施設等	介護老人保健施設	0.0%
	介護医療院	0.0%
	介護療養型医療施設	0.0%
	特別養護老人ホーム	0.0%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	0.0%
	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	1.1%
	障害者支援施設	1.1%
他院	他院の一般病床	30.1%
	他院の一般病床以外	2.6%
自院	自院の一般病床（地域一般、回リハ、地ケア以外）	8.3%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	1.9%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	2.6%
	自院の療養病床（上記以外）	2.3%
	自院の精神病床	16.5%
	自院のその他の病床	0.0%
有床診療所		0.0%
その他		0.0%

特殊疾患病棟

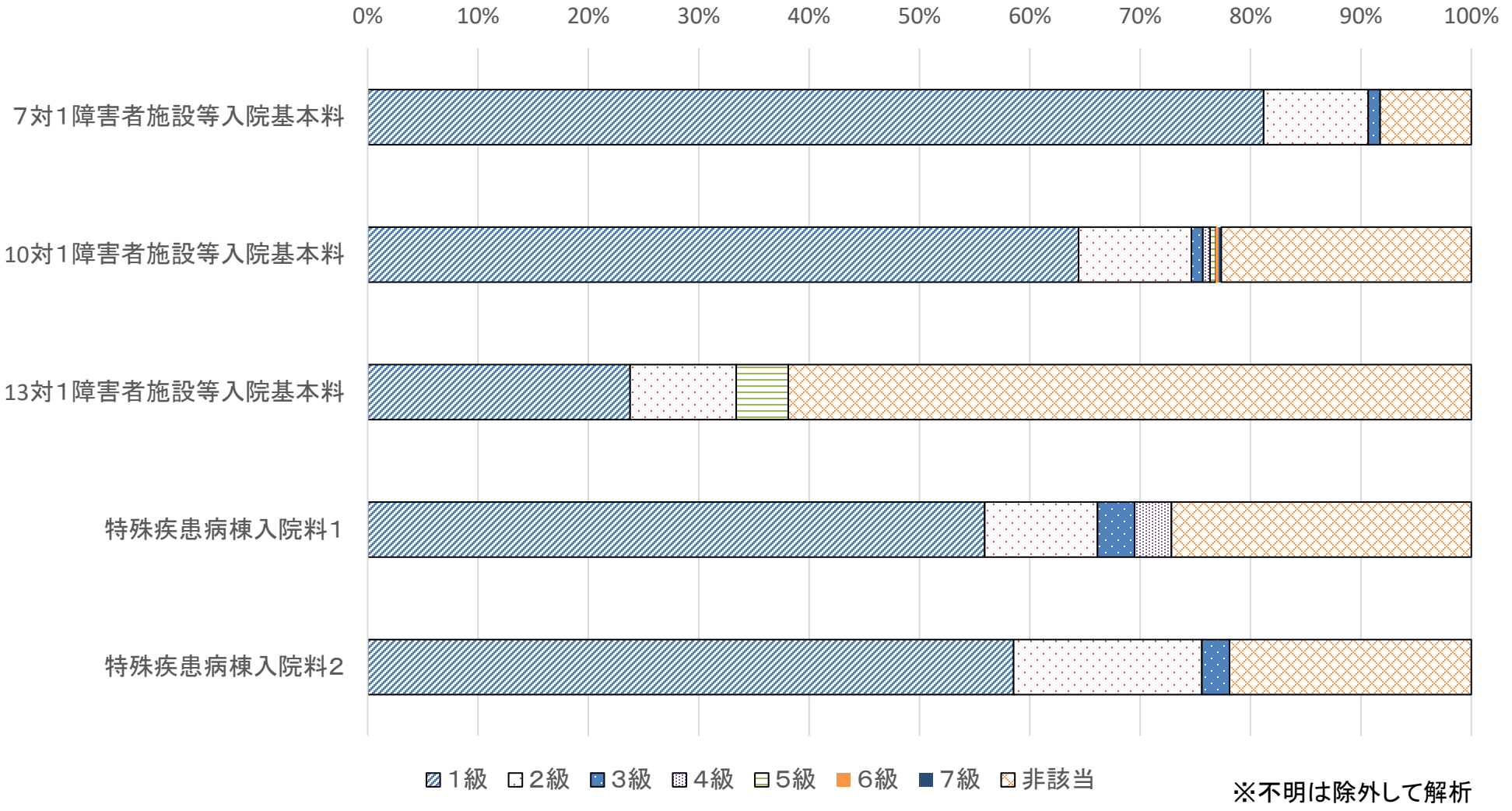
【退棟先】(n=18)

自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	5.6%
	自宅（在宅医療の提供なし）	5.6%
介護施設等	介護老人保健施設	0.0%
	介護医療院	0.0%
	介護療養型医療施設	0.0%
	特別養護老人ホーム	0.0%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	0.0%
	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	0.0%
	障害者支援施設	0.0%
他院	他院の一般病床（地域一般、回リハ、地ケア以外）	11.1%
	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.0%
	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	0.0%
	他院の療養病床（上記以外）	0.0%
	他院の精神病床	0.0%
	他院のその他の病床	0.0%
自院	自院の一般病床（17、18以外）	0.0%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.0%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	0.0%
	自院の療養病床（18以外）	0.0%
	自院の精神病床	16.7%
	自院のその他の病床	0.0%
有床診療所（介護サービス提供医療機関）		0.0%
有床診療所（上記以外）		0.0%
死亡退院		61.1%
その他		0.0%

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

身体障害者（肢体不自由）の等級（管理料別）

○ 障害者施設等・特殊疾患病棟の患者の身体障害者（肢体不自由）の等級は以下のとおり。
○ 7対1及び10対1障害者施設等入院基本料及び特殊疾患病棟入院料においては、1級の患者が最も多い。



※不明は除外して解析

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

患者の状態に応じた入院医療の評価について

障害者施設等入院基本料等における脳卒中患者の評価

➢ 障害者病棟に入院する重度の意識障害を有さない脳卒中の患者について、療養病棟入院料の評価体系を踏まえた評価に見直す。また、特殊疾患病棟入院料についても同様の取扱いとする。

現行

【障害者施設等入院基本料】
［算定要件］（抜粋・例）

1	7対1入院基本料	1,615点
2	10対1入院基本料	1,356点
3	13対1入院基本料	1,138点
4	15対1入院基本料	995点

【特殊疾患入院医療管理料】
［算定要件］（抜粋・例）
特殊疾患入院医療管理料　2,070点

【特殊疾患病棟入院料】
［算定要件］（抜粋・例）

1	特殊疾患病棟入院料1	2,070点
2	特殊疾患病棟入院料2	1,675点

改定後

【障害者施設等入院基本料】
［算定要件］（重度の意識障害を有さない脳卒中の患者の場合）
注12　イ　7対1入院基本料又は10対1入院基本料
（1）　医療区分２の患者に相当するもの　1,345点
（2）　医療区分１の患者に相当するもの　1,221点
ロ　13対1入院基本料
（1）　医療区分２の患者に相当するもの　1,207点
（2）　医療区分１の患者に相当するもの　1,084点
ハ　15対1入院基本料
（1）　医療区分２の患者に相当するもの　1,118点
（2）　医療区分１の患者に相当するもの　995点

【特殊疾患入院医療管理料】
［算定要件］（重度の意識障害を有さない脳卒中の患者の場合）
注６　**イ　医療区分２の患者に相当するもの　1,717点**
ロ　医療区分１の患者に相当するもの　1,569点

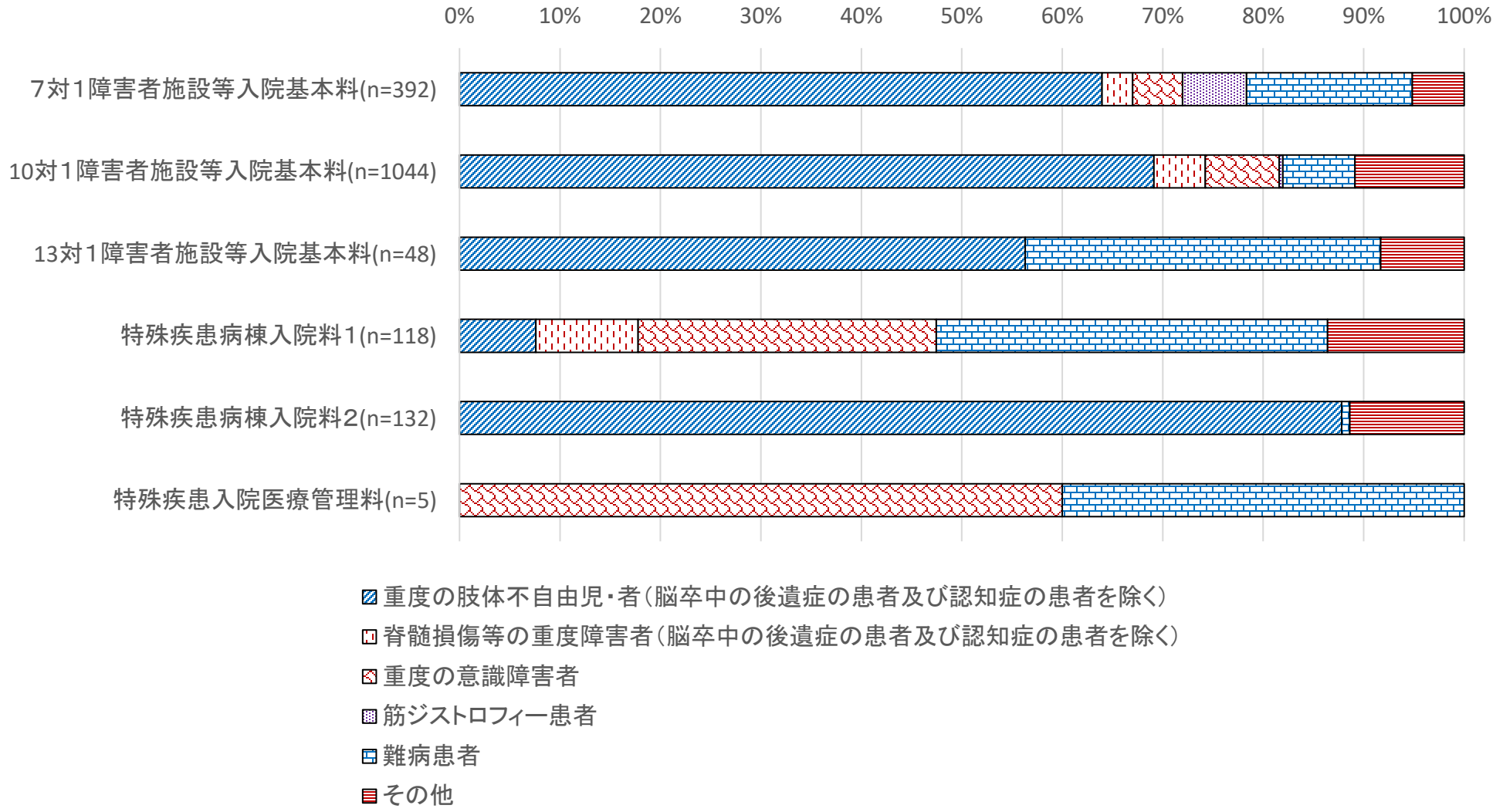
【特殊疾患入院医療管理料】
［算定要件］（重度の意識障害を有さない脳卒中の患者の場合）
注６　イ　特殊疾患病棟入院料1
（1）　医療区分２の患者に相当するもの　1,717点
（2）　医療区分１の患者に相当するもの　1,569点
ロ　特殊疾患病棟入院料2
（1）　医療区分２の患者に相当するもの　1,490点
（2）　医療区分１の患者に相当するもの　1,341点

栄養サポートチーム加算の見直し

➢ 栄養サポートチーム加算を算定できる病棟に、障害者施設等入院基本料を算定する病棟を加える。

障害者施設等・特殊疾患病棟の患者の対象疾患等への該当状況

○ 障害者施設等・特殊疾患病棟の患者の対象疾患等への該当状況は、障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料においては重度の肢体不自由児・者が最も多い。



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

患者の状態毎の在院日数

○ 障害者施設等入院基本料を算定している医療機関における、患者の状態毎の在院日数は以下のとおり。重度の肢体不自由児・者の在院日数が最長であった。

	回答数	平均値	25%Tile	中央値	75%Tile
①重度の肢体不自由児・者	93	5478	619	3208	9545.5
②脊椎損傷等の重症障害者	38	1850	233.75	737.5	1542.5
③重度の意識障害者	51	4737	263	1810	6904
④筋ジストロフィー患者	25	2382	43.5	114	606
⑤難病患者	68	3159	181	806	4230.5
①～⑤以外の患者	80	2527	180.75	1129.5	2563.5

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

緩和ケア病棟入院料の概要

- 緩和ケア病棟は、主として苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者を入院させ、緩和ケアを行うとともに、外来や在宅への円滑な移行も支援する病棟であり、当該病棟に入院した緩和ケアを要する悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者について算定する。
- 悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者以外の患者が、当該病棟に入院した場合には、一般病棟入院基本料の特別入院基本料を算定する。

○ 緩和ケア病棟入院料１
30日以内　5,107点　31日以上60日以内　4,554点　61日以上　3,350点
○ 緩和ケア病棟入院料２
30日以内　4,870点　31日以上60日以内　4,401点　61日以上　3,298点

＋

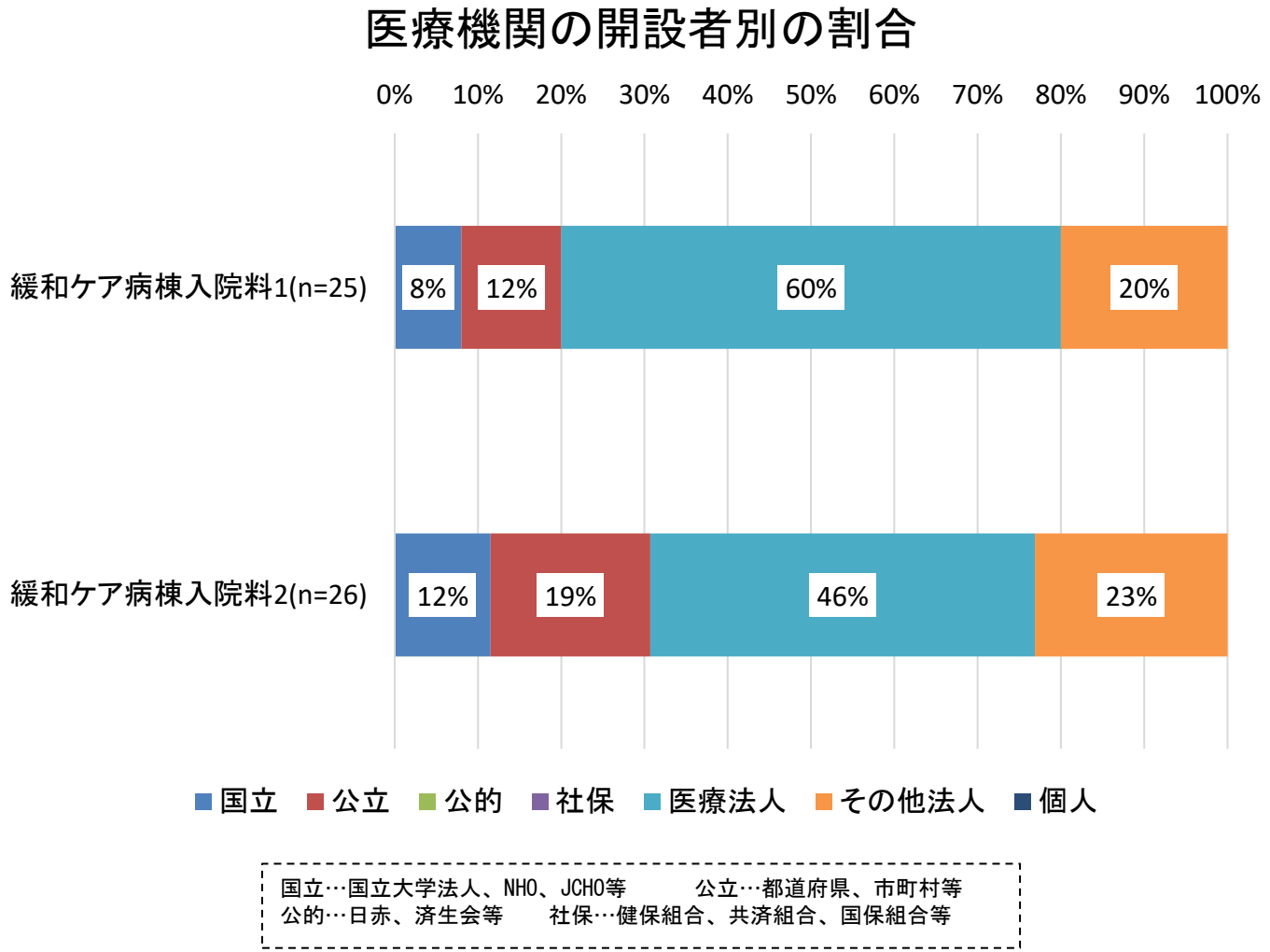
緩和ケア疼痛評価加算　100点
緩和ケア病棟入院料を算定する病棟に入院している疼痛を有する患者に対して、**疼痛の評価その他の療養上必要な指導を行った場合に緩和ケア疼痛評価加算として、１日につき100点を所定点数に加算**する。

［入院料１の施設基準］
入院料２の施設基準に加え、以下の要件を満たしていること（一部抜粋）。
○　以下のア又はイを満たしていること
　ア）当該病棟の入院患者について、入院の待機に係る期間の平均が14日未満であること
　イ）直近１年間において、退院患者のうち、他の保険医療機関に転院した患者等以外の患者が15%以上であること。
○　次のいずれかに係る届出を行っていること。
①　緩和ケア診療加算※１
②　外来緩和ケア管理料※１
③　在宅がん医療総合診療料※２
［入院料２の施設基準］
○　**看護配置７対１、緩和ケアを担当する常勤の医師を１名以上配置**
○　**がん診療の拠点となる病院若しくは公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院**又はこれらに準ずる病院であること　等

※１　悪性腫瘍等で身体症状等を持つ入院患者又は外来患者について、緩和ケアチームによる診療が行われた場合に算定する。
※２　在宅での療養を行っている通院が困難な悪性腫瘍の患者に、往診及び訪問看護により24時間対応できる体制を確保し、総合的な医療を提供した場合に算定する。

医療機関の開設者別の割合（緩和ケア病棟入院料）

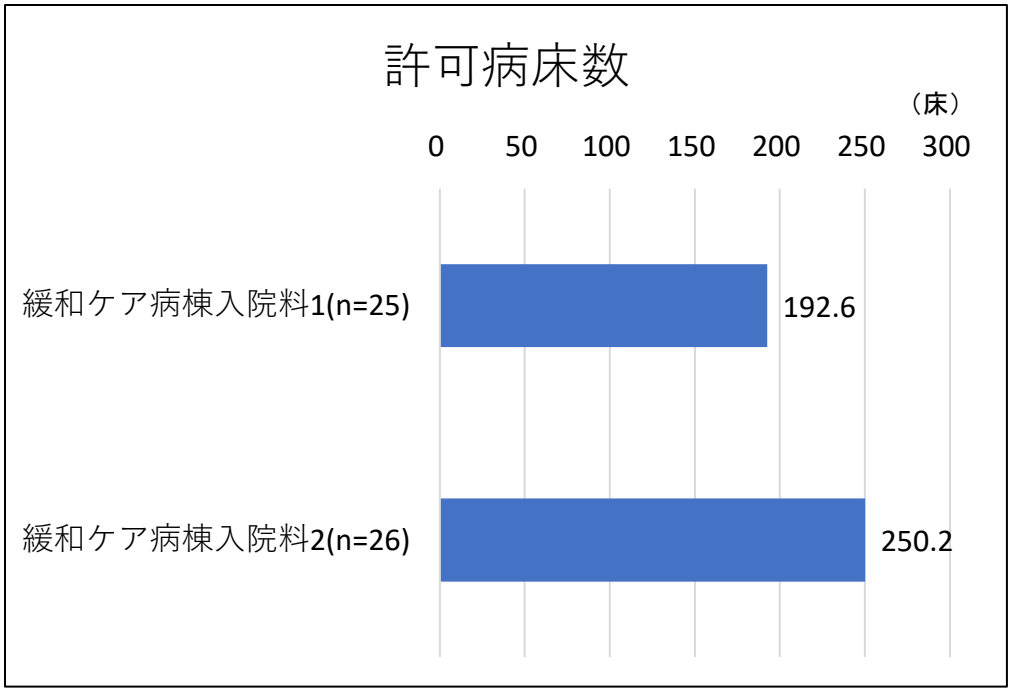
○　緩和ケア病棟入院料を算定する医療機関の開設者は、医療法人が多かった。

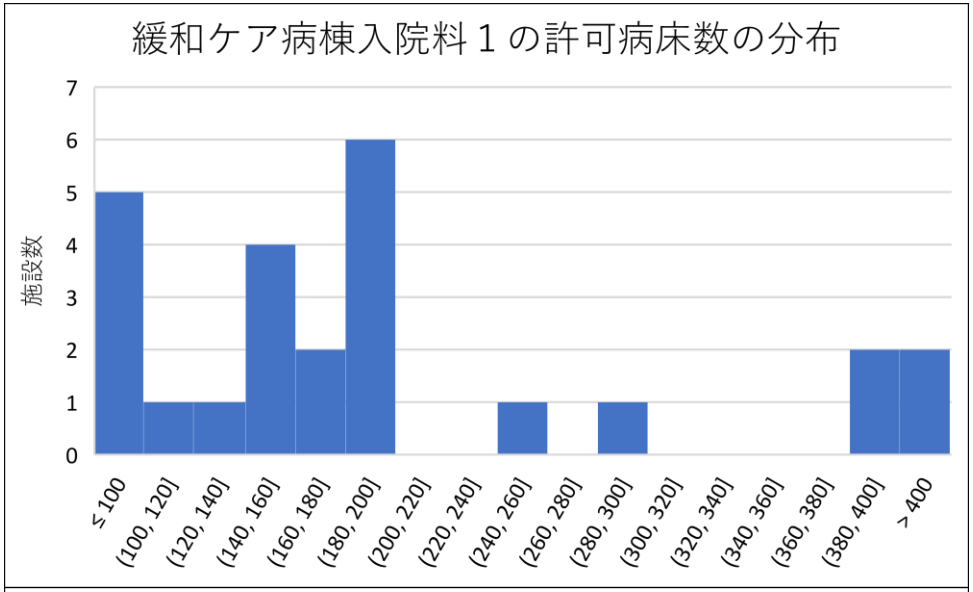


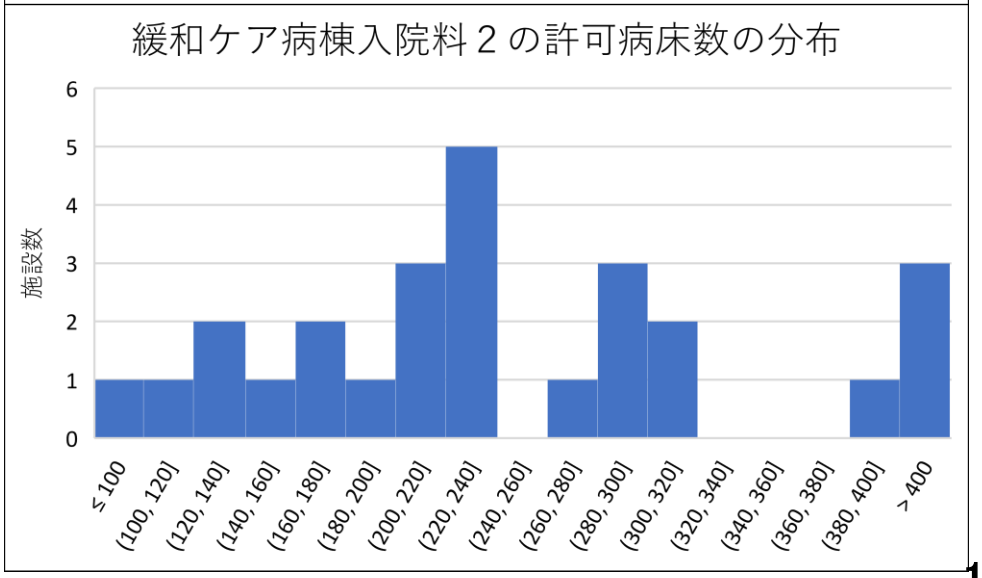
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

緩和ケア病棟入院料を届け出ている施設の許可病床数

○ 緩和ケア病棟入院料1を届け出ている医療機関は、緩和ケア病棟入院料2を届け出ている医療機関に比べ、許可病床数200床以下の病院の割合が多かった。







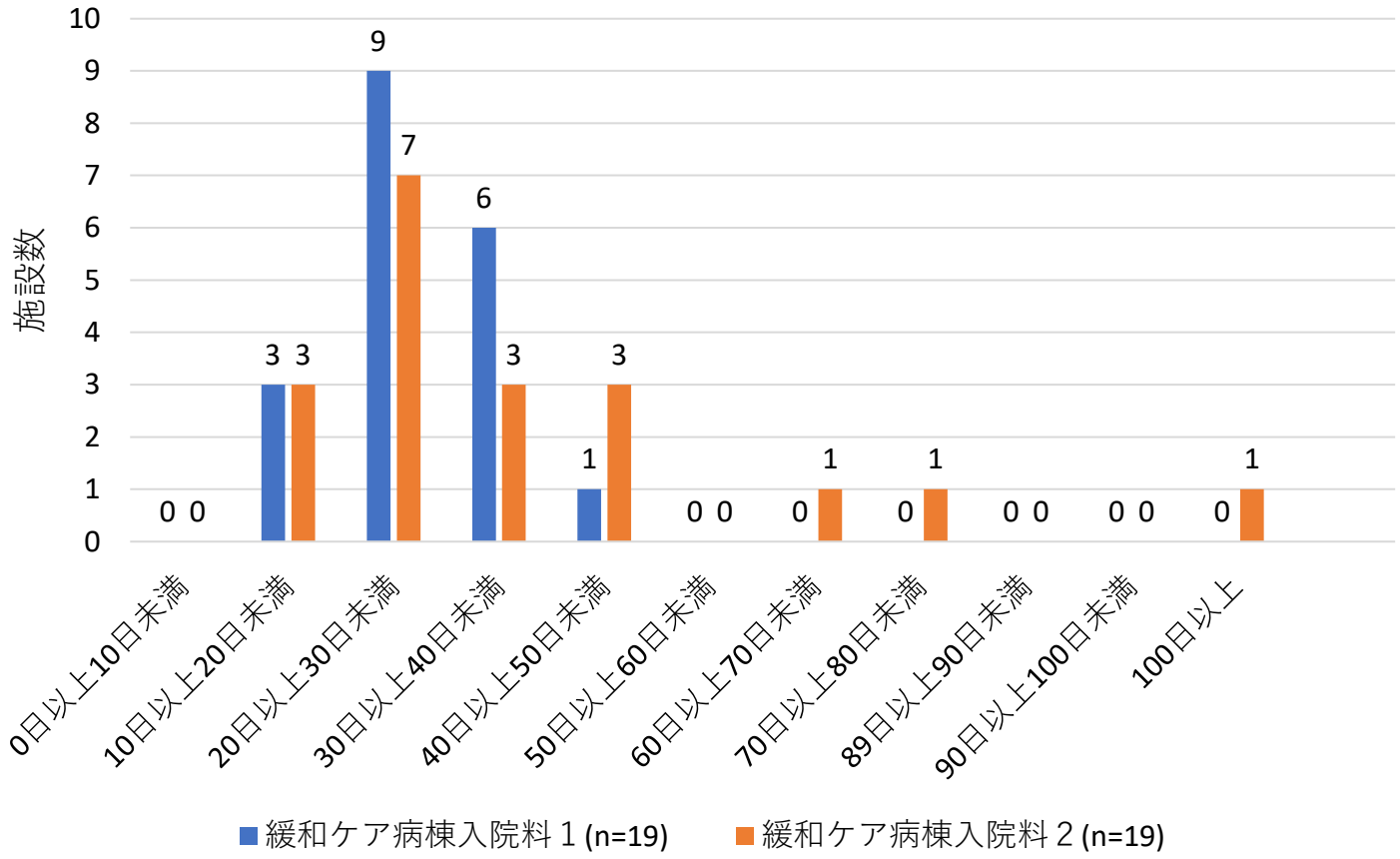
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

緩和ケア病棟入院料における平均在院日数

○ 緩和ケア病棟入院料における平均在院日数の分布は以下のとおり。
○ 緩和ケア病棟入院料2を届け出ている医療機関において、平均在院日数が60日以上の医療機関がみられた。

緩和ケア病棟の平均在院日数別の医療機関数(n=38)

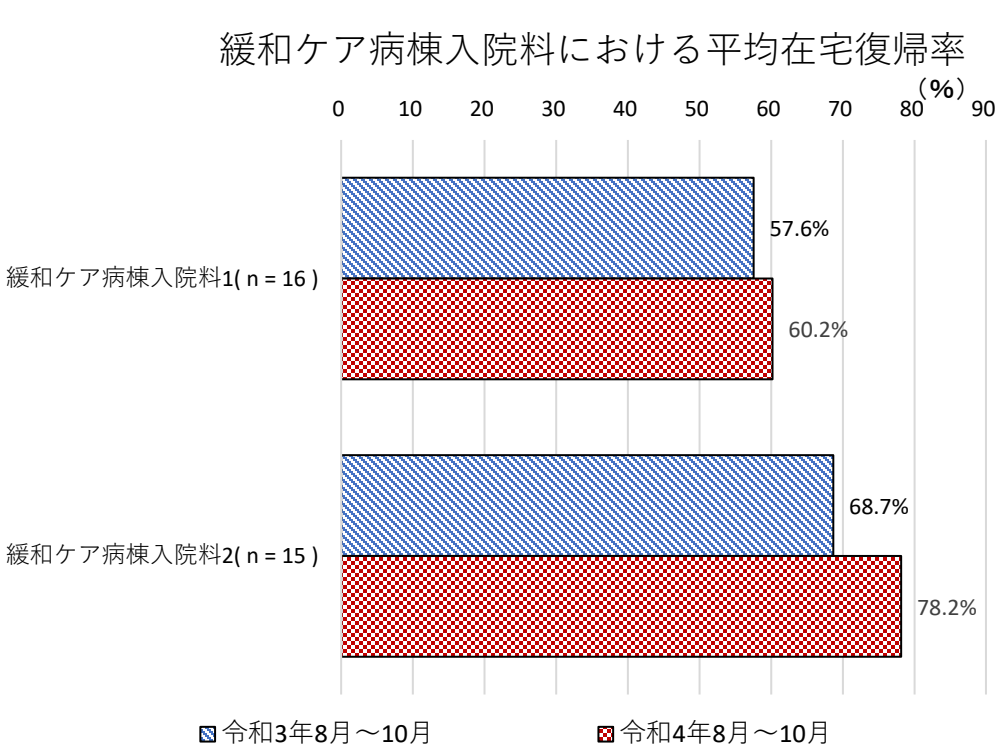
（令和4年8月～10月）

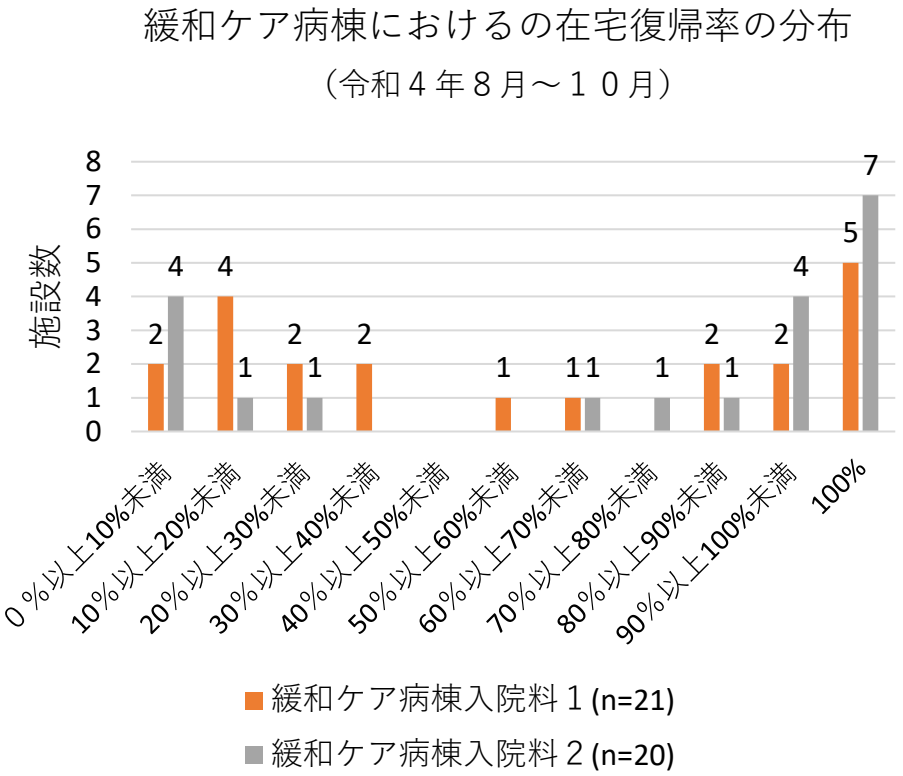


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

緩和ケア病棟入院料における在宅復帰率

○　緩和ケア病棟入院料における在宅復帰率は、入院料1に比べて入院料2の方が高かった。





「在宅復帰率」＝Ａ÷Ｂ　：　Ａ．該当する病棟から、自宅、もしくは居住系介護施設等（老健施設は含まない）へ退院した患者（死亡退院患者・転棟または転院した患者・再入院患者を除く）×100、Ｂ．該当する病棟から、退院した患者（死亡退院患者・急性増悪等により転棟または転院した患者・再入院患者を除く）。

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

緩和ケア病棟における患者の流れ

○ 緩和ケア病棟の入棟元については、他院の一般病床が最も多く、32.9%であった。
○ 退棟先については、死亡退院が最も多く、88.6%であった。

【入棟元】(n=158)

自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	20.3%
	自宅（在宅医療の提供なし）	19.6%
介護施設等	介護老人保健施設	1.9%
	介護医療院	0.0%
	介護療養型医療施設	0.0%
	特別養護老人ホーム	2.5%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	1.3%
	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	0.6%
	障害者支援施設	0.0%
他院	他院の一般病床	32.9%
	他院の一般病床以外	1.9%
自院	自院の一般病床（地域一般、地ケア、回リハ以外）	17.7%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.0%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	0.6%
	自院の療養病床（地ケア、回リハ以外）	0.0%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.0%
有床診療所		0.0%
その他		0.6%

緩和ケア病棟

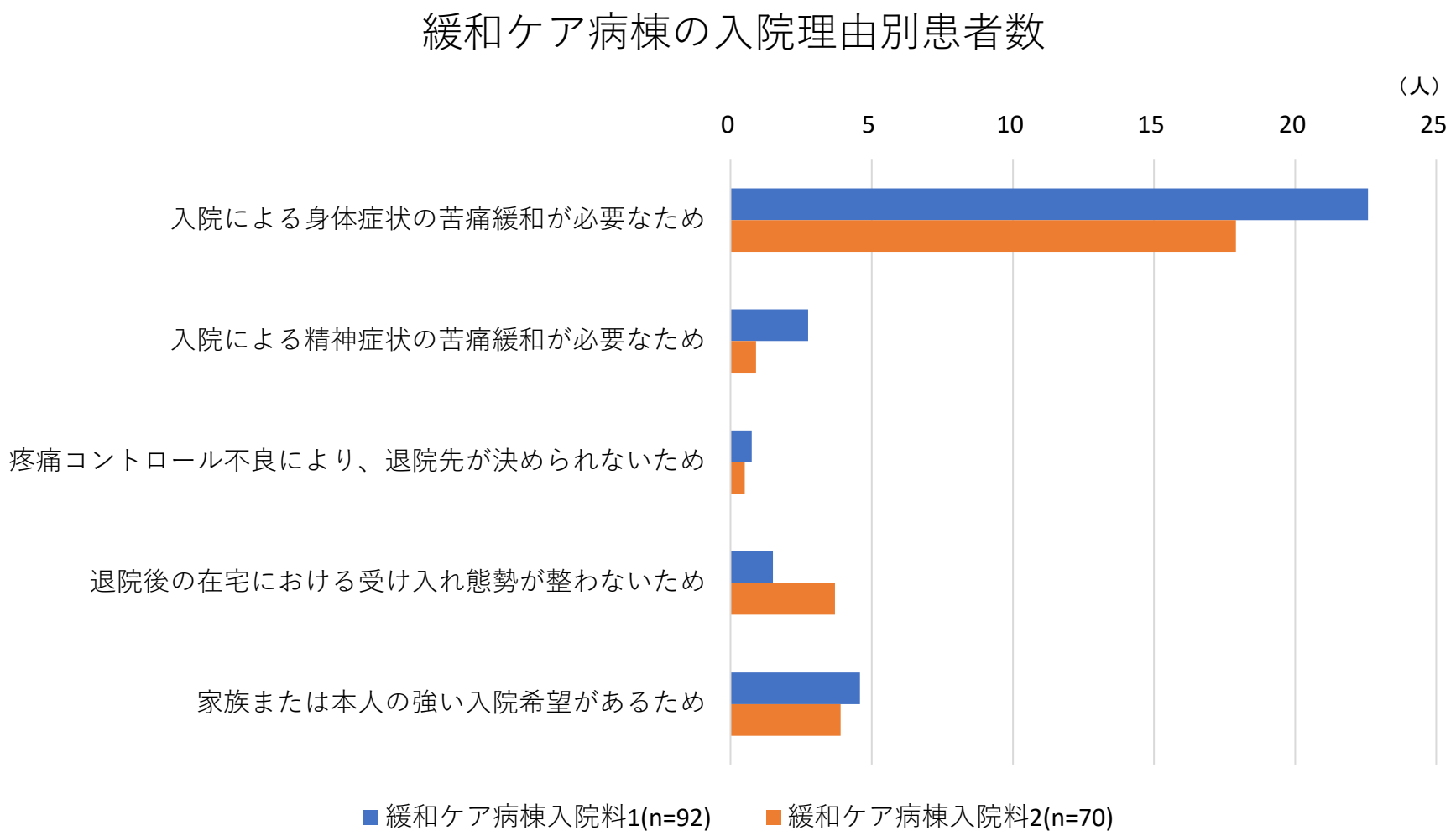
【退棟先】(n=88)

自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	6.8%
	自宅（在宅医療の提供なし）	3.4%
介護施設等	介護老人保健施設	0.0%
	介護医療院	0.0%
	介護療養型医療施設	0.0%
	特別養護老人ホーム	1.1%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	0.0%
	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等）	0.0%
	障害者支援施設	0.0%
他院	他院の一般病床（地域一般、地ケア、回リハ以外）	0.0%
	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.0%
	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	0.0%
	他院の療養病床（地ケア、回リハ以外）	0.0%
	他院の精神病床	0.0%
	他院のその他の病床	0.0%
自院	自院の一般病床（地域一般、地ケア、回リハ以外）	0.0%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.0%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	0.0%
	自院の療養病床（地ケア、回リハ以外）	0.0%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.0%
有床診療所（介護サービス提供医療機関）		0.0%
有床診療所（上記以外）		0.0%
死亡退院		88.6%
その他		0.0%

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

緩和ケア病棟に入院している患者の入院理由

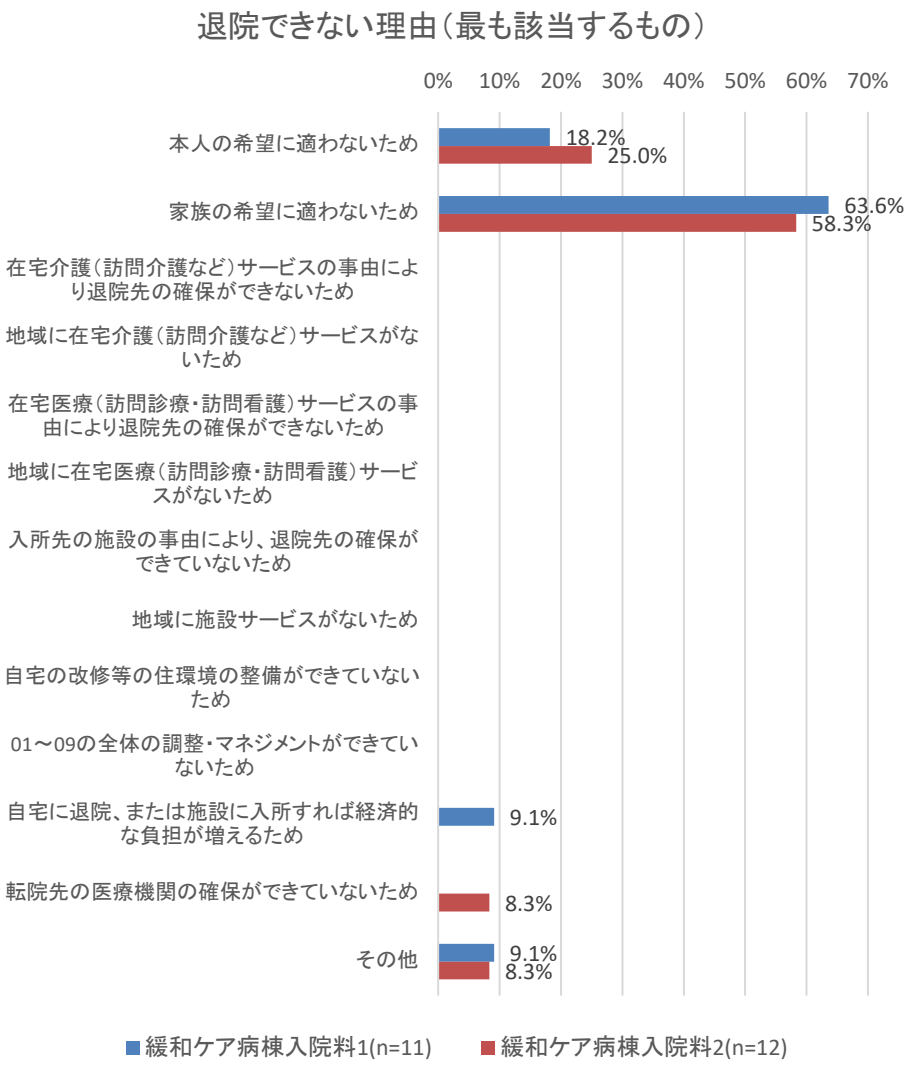
○　緩和ケア病棟に入院している患者の入院理由について、身体症状の苦痛緩和が最も多かった。

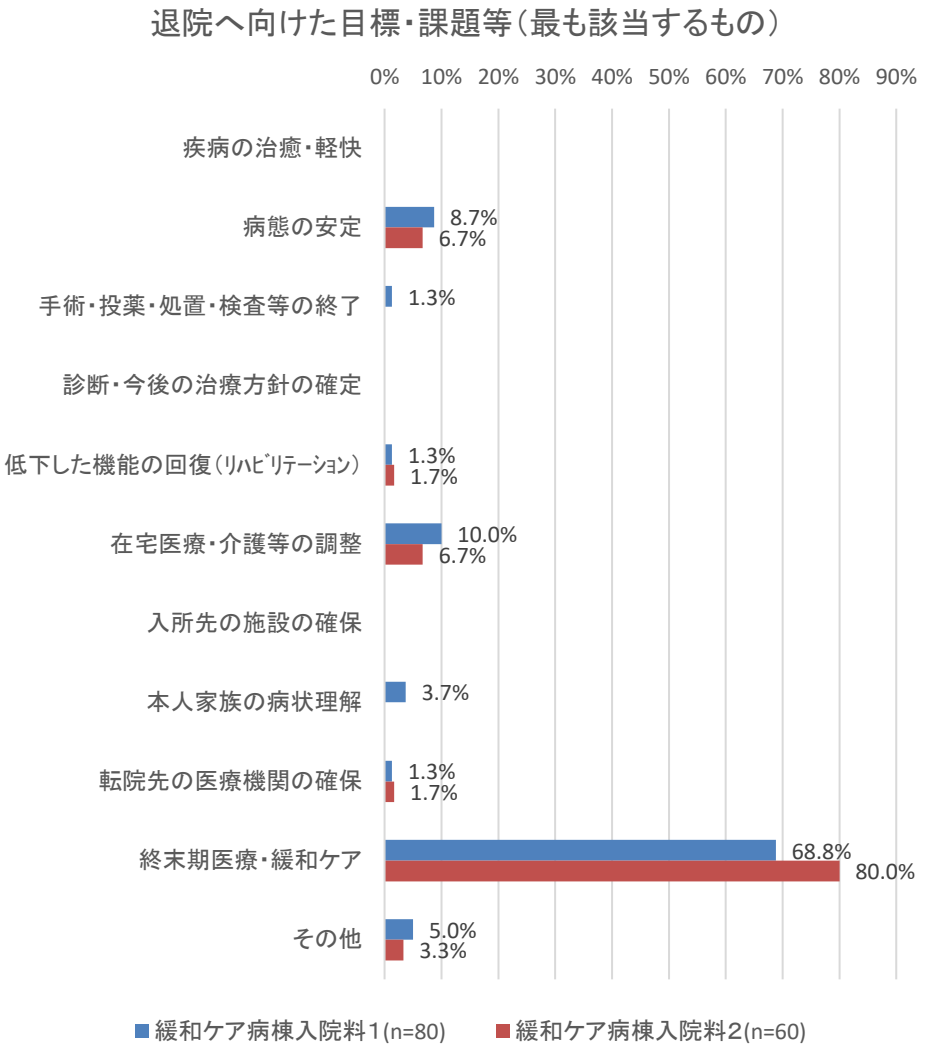


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

緩和ケア病棟から退院できない理由・退院への課題

○ 緩和ケア病棟から退院できない理由は、「家族の希望に適わないため」が最も多かった。
○ 退院へ向けた目標・課題等としては、「終末期医療・緩和ケア」が多く選択されていた。



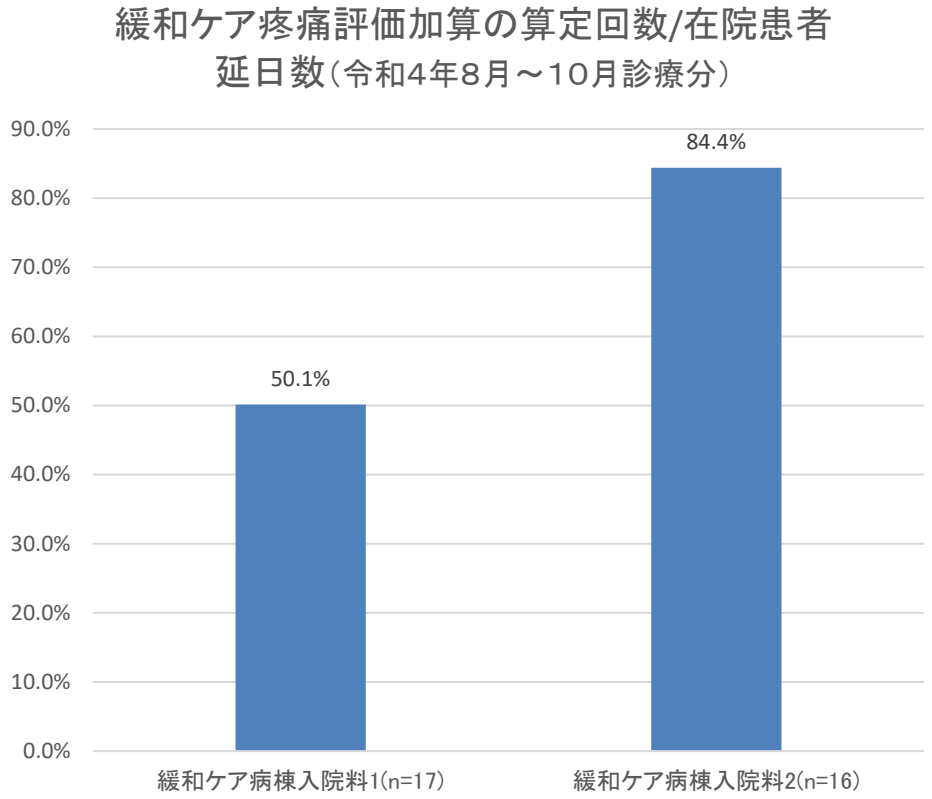


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（入院患者票）

緩和ケア病棟における疼痛の評価について

○　令和４年度診療報酬改定において新設された緩和ケア疼痛評価加算について、緩和ケア在院患者延日数に対しての算定回数の割合は、入院料2に比べて入院料１の方が割合が低かった(※)。

	緩和ケア疼痛評価加算の算定回数（回）	在院患者延日数（日）
緩和ケア病棟入院料1（n=17）	730.8	1457.5
緩和ケア病棟入院料2（n=16）	1,086.6	1287.5

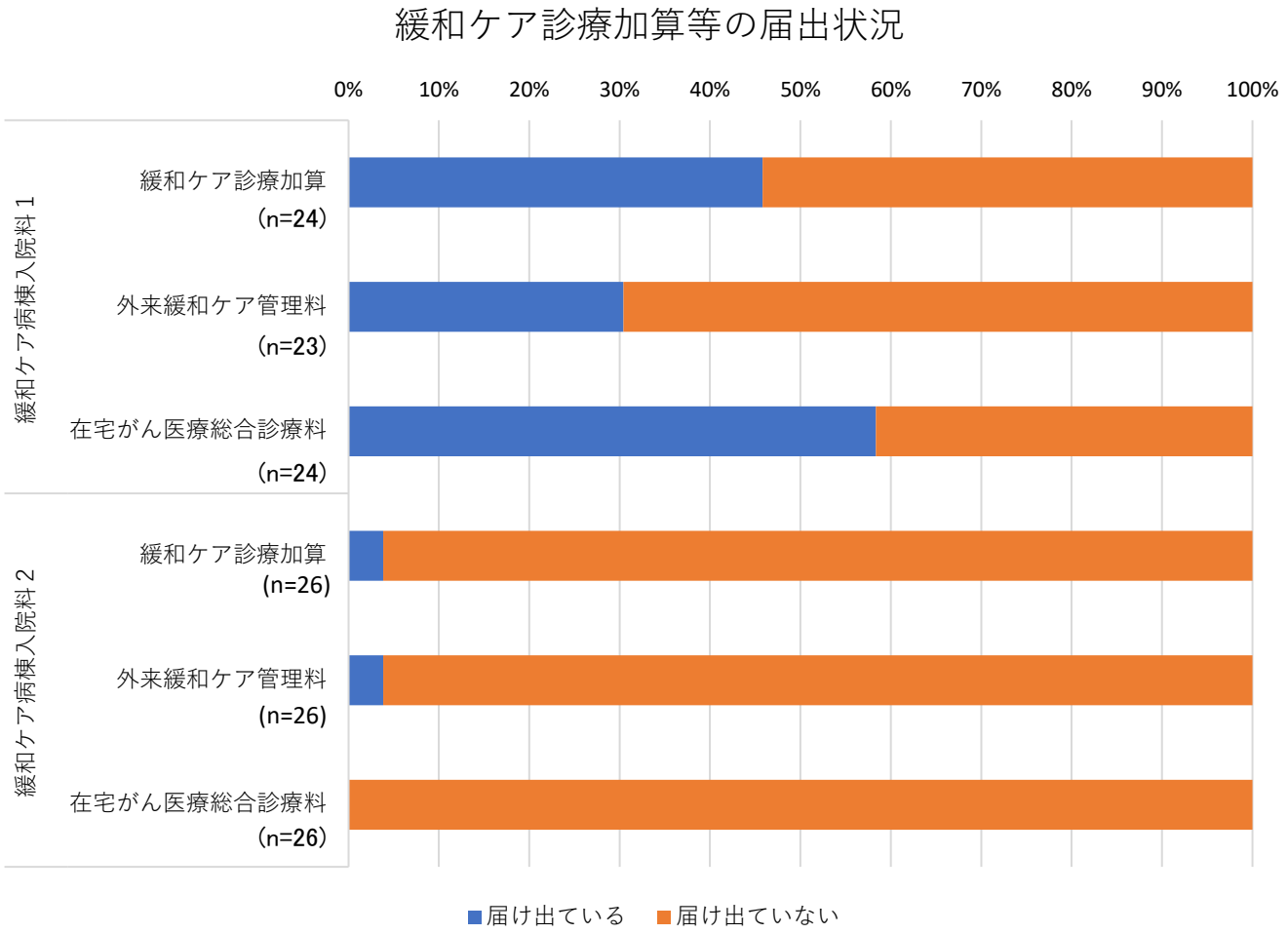


※緩和ケア疼痛評価加算は、緩和ケア病棟入院料を算定する病棟に入院している疼痛を有する患者に対して、疼痛の評価その他の療養上必要な指導を行った場合に緩和ケア疼痛評価加算として、１日につき100点を所定点数に加算する。

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

緩和ケア病棟入院料における診療加算等について

○　緩和ケア病棟を届け出ている病院における、各入院料毎の届出状況は、以下のとおり。
○　緩和ケア病棟入院料2を届け出ている病院において、緩和ケア診療加算等を届け出ている病院は少ない。

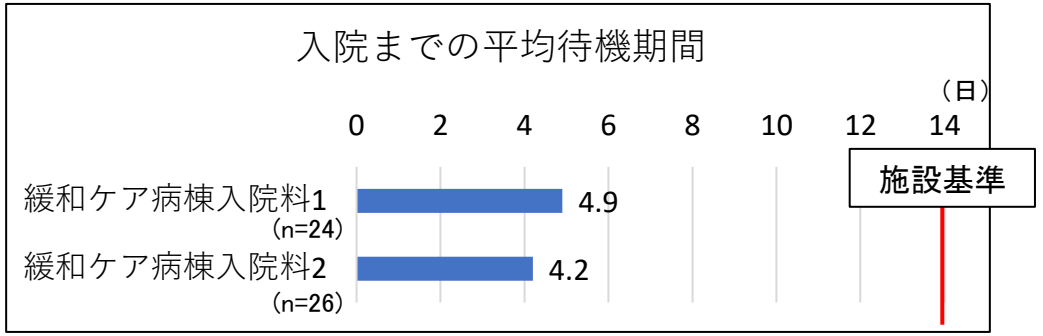


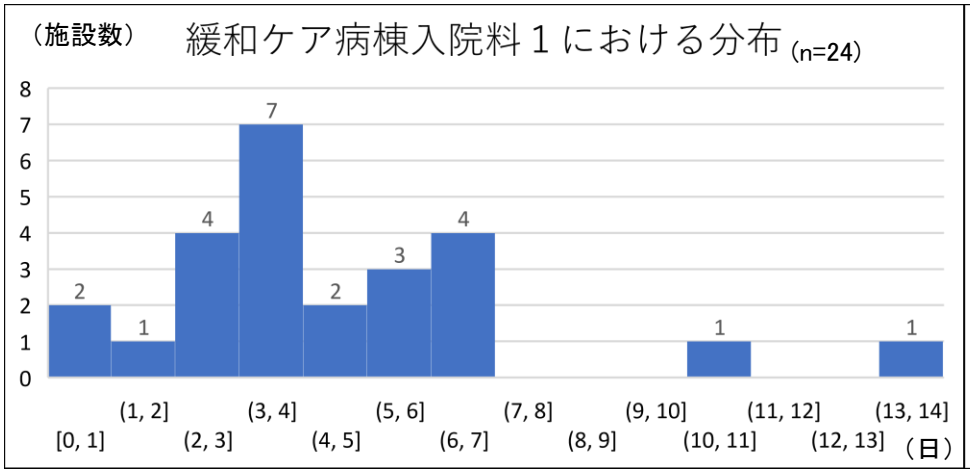
※緩和ケア病棟入院料１においては、「緩和ケア診療加算」、「外来緩和ケア管理料」、「在宅がん医療総合診療料」のいずれかに係る届出を行っていることを施設基準として求めている。

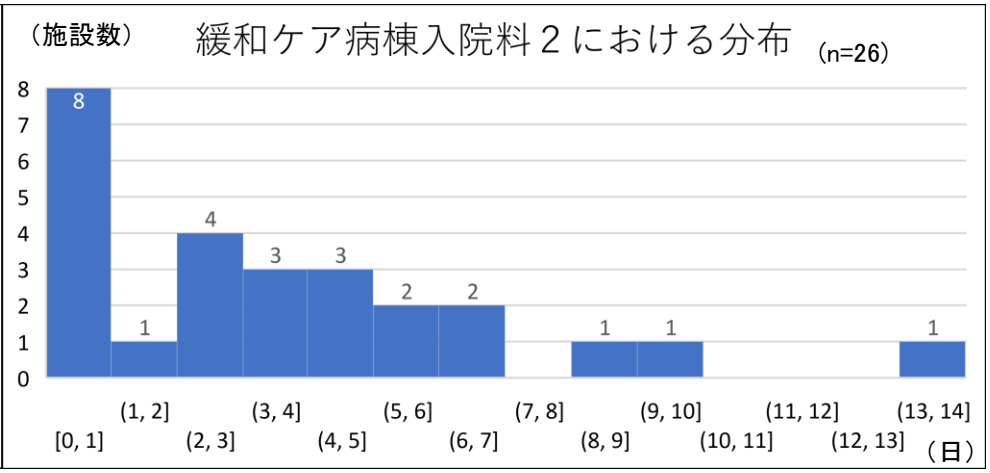
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

緩和ケア病棟の入院までの平均待機期間について

○ 緩和ケア病棟を届け出ている医療機関における入院までの平均待機期間の分布等は以下のとおり。
○ いずれの入院料においても、入院待機期間が7日以内の医療機関が多い。







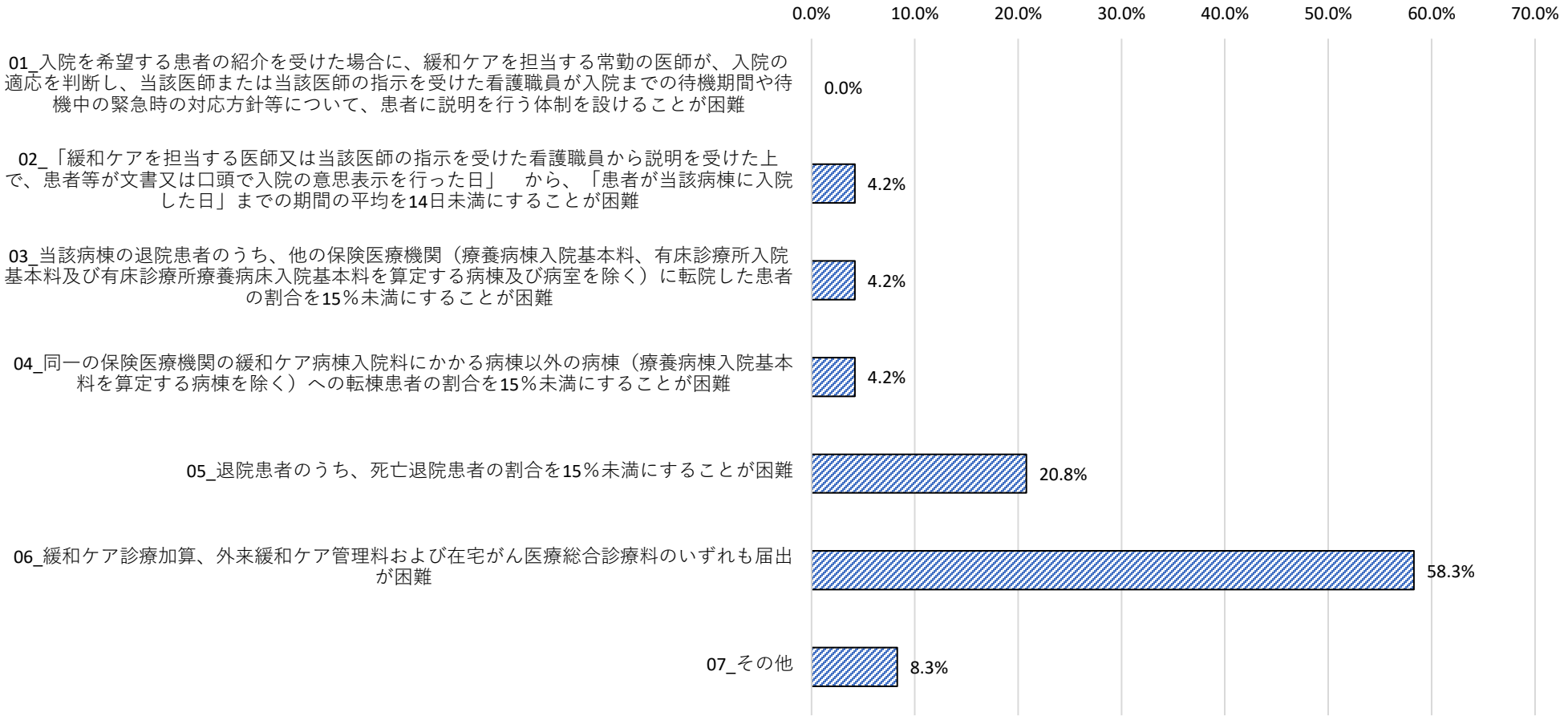
※緩和ケア病棟入院料1においては、「患者等が文書又は口頭で入院の意思表示を行った日から患者が当該病棟に入院した日までの期間の平均が14日未満であること」を施設基準として求めている。

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

緩和ケア病棟入院料１を算定できない理由について

○　緩和ケア病棟入院料2を算定している医療機関について、入院料1を算定できない理由は「緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料および在宅がん医療総合診療料のいずれも届出が困難」が最多であった。

緩和ケア病棟入院料２を算定している施設において　緩和ケア病棟入院料１を算定できない理由（最も該当するもの）（n=24）



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

1. 共通項目

2. 令和4年度各調査項目

（1）一般病棟入院基本料等における「重症度、医療・看護必要度」の施設基準等の見直しの影響について

（2）特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について

（3）地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件等の見直しの影響について

（4）療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について

（5）新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向けた評価等について

（6）医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等について

（7）外来医療に係る評価等について

3. その他の調査結果

令和４年度調査

診調組　入－１
４．１０．１２

（５）新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向けた評価等について（その１）

【附帯意見（抜粋）】
15　新型コロナウイルス感染症への対応に引き続き取り組みつつ、新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向け、感染対策向上加算、外来感染対策向上加算等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、診療報酬上の対応の在り方について引き続き検討すること。

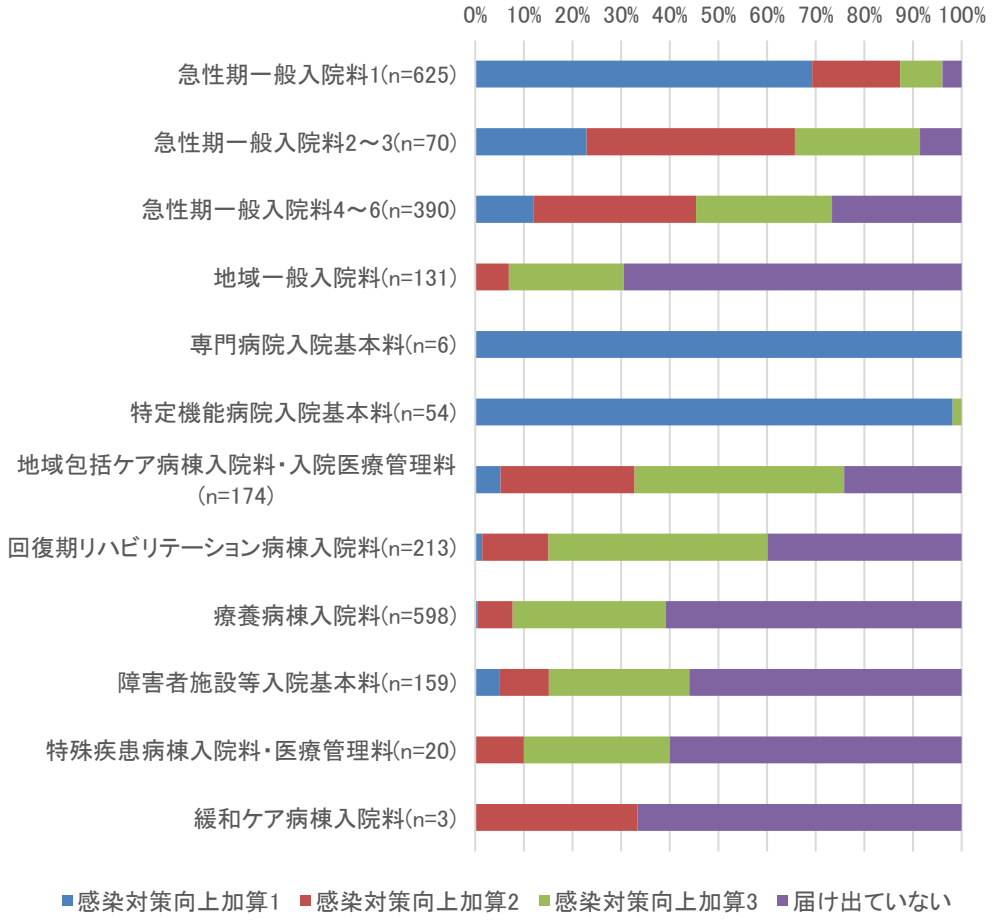
【関係する改定内容】
①感染対策向上加算、外来感染対策向上加算の新設
②感染症対応も踏まえた評価の新設等

【調査内容案】
調査対象：感染対策向上加算、外来感染対策向上加算、急性期充実体制加算、重症患者対応体制強化加算の届出を行っている医療機関等
調査内容：（１）感染対策向上加算、外来感染対策向上加算の届出状況、他の保険医療機関等との連携状況
（２）急性期充実体制加算、重症患者対応体制強化加算の届出状況
等

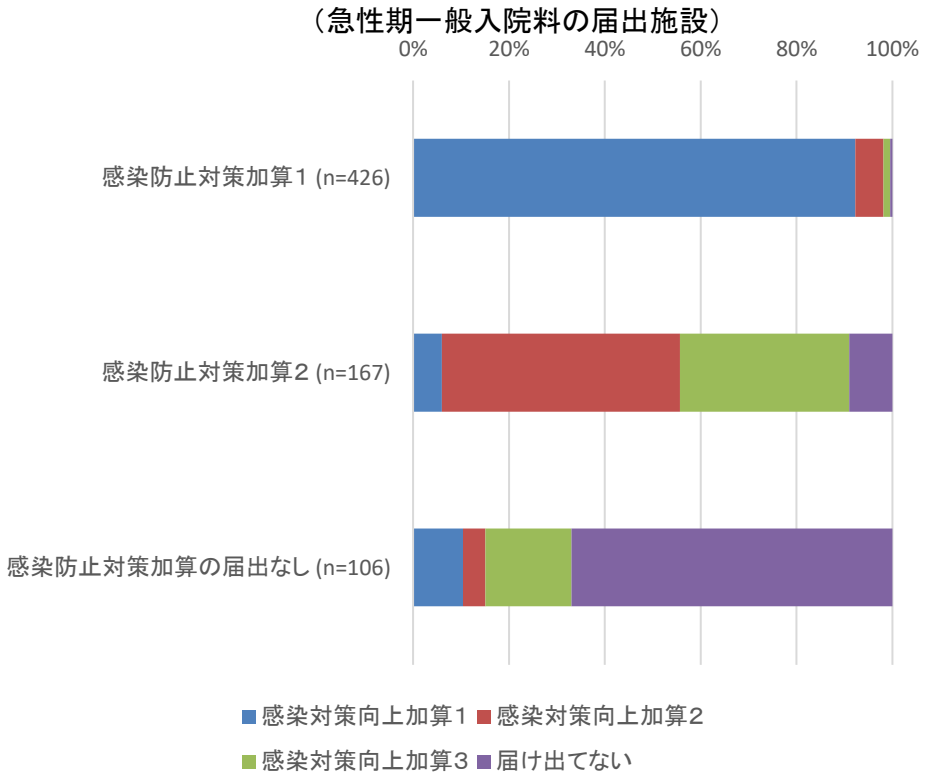
入院料ごとの感染対策向上加算の届出状況等

○　感染対策向上加算等の届出の状況は以下のとおり。

感染対策向上加算の届出有無
（令和4年11月1日時点）



急性期病院における感染防止対策加算の
届出状況（改定前※）ごとの感染対策向上加算の届出状況
※令和4年3月31日時点

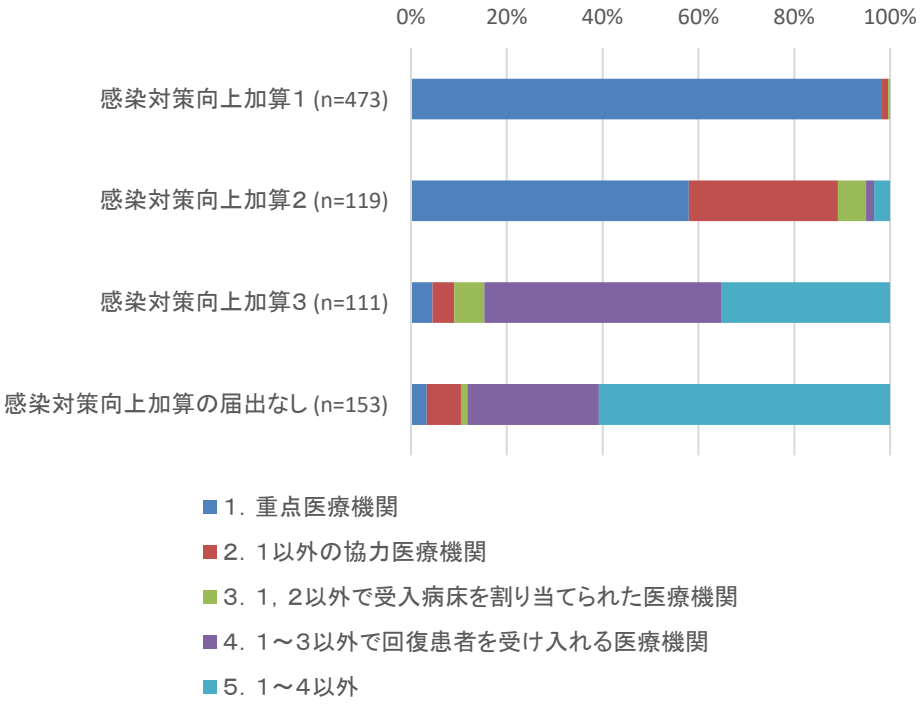


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

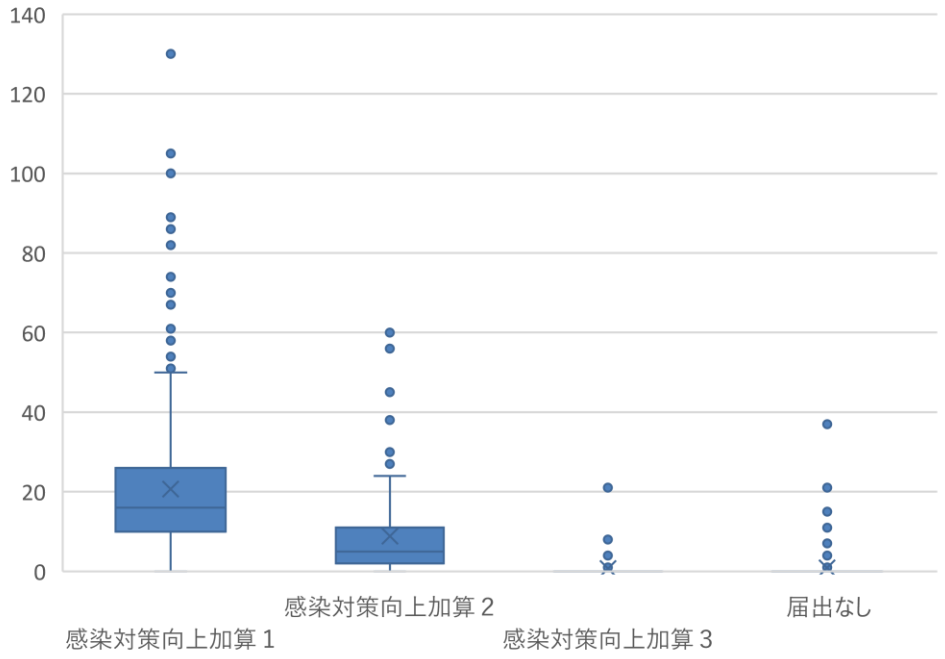
感染対策向上加算を届け出ている医療機関等における新型コロナ患者の受入状況

○　一般病棟入院基本料を届け出ている医療機関では、感染対策向上加算2の施設においても、多くが重点医療機関として指定されていた。

一般病棟入院基本料の届出施設における感染対策向上加算の届出状況ごとの重点医療機関等の指定状況
（令和4年11月1日時点）



感染対策向上加算の届出状況ごとの新型コロナウイルス感染症患者受入可能病床数
（令和4年11月1日時点）

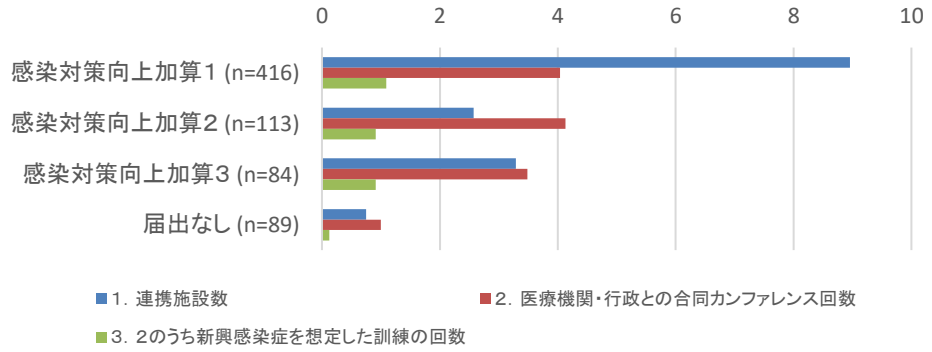


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

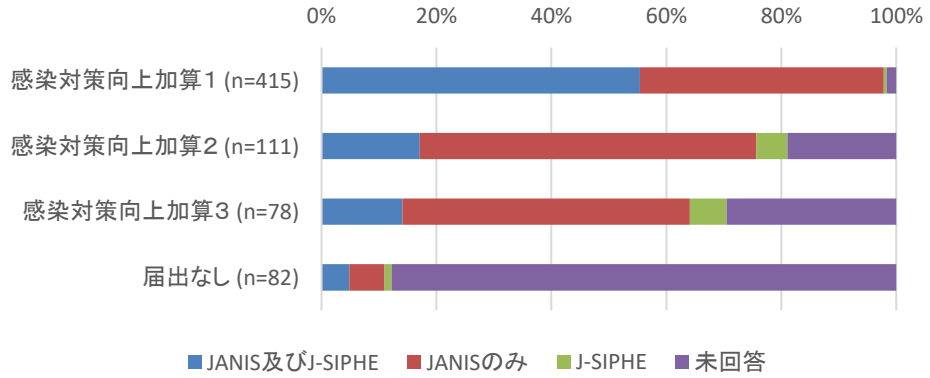
急性期病院における感染対策向上加算の届出及び連携等の状況

○　急性期一般入院料及び感染対策向上加算を届け出ている施設においては、２～８程度の施設と連携を取っていた。また、これらの施設のうち多くが指導強化加算及び連携強化加算の届出を行っていた。

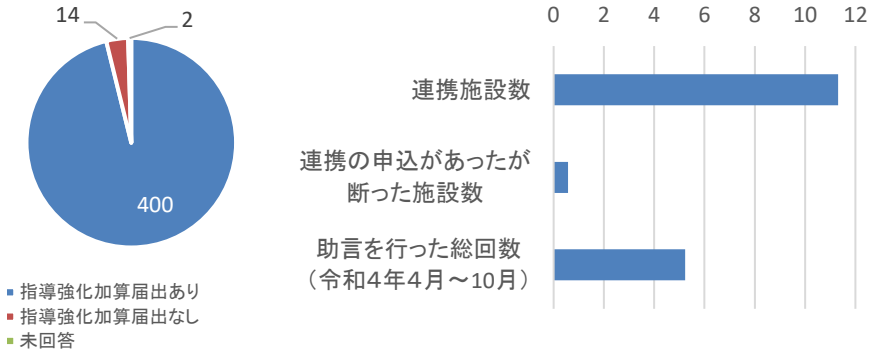
感染対策について連携している医療機関等の数
※カンファレンス回数は、加算１の場合開催、それ以外の場合参加回数



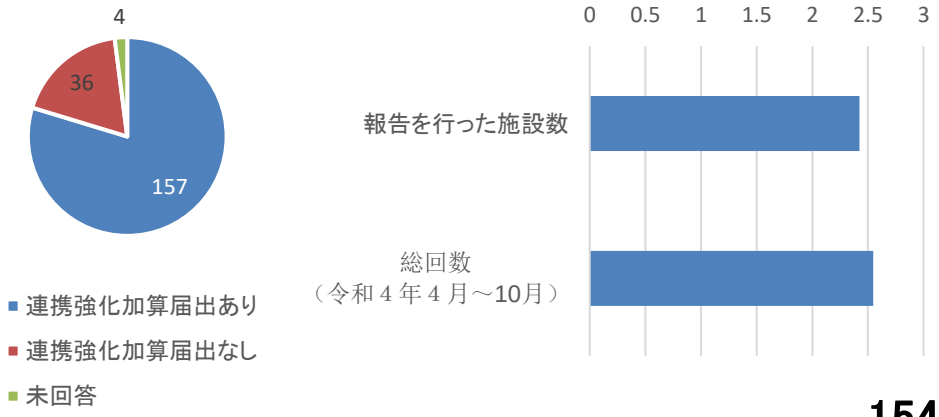
院内感染対策サーベイランス(JANIS)及び
感染対策連携共通プラットフォーム(J-SIPHE)への参加状況



加算１の施設のうち指導強化加算の届出有無及び
指導強化加算届出施設における連携施設数等



加算２又は３の施設のうち連携強化加算の届出有無及び
抗菌薬の使用状況等について報告を行った施設数等

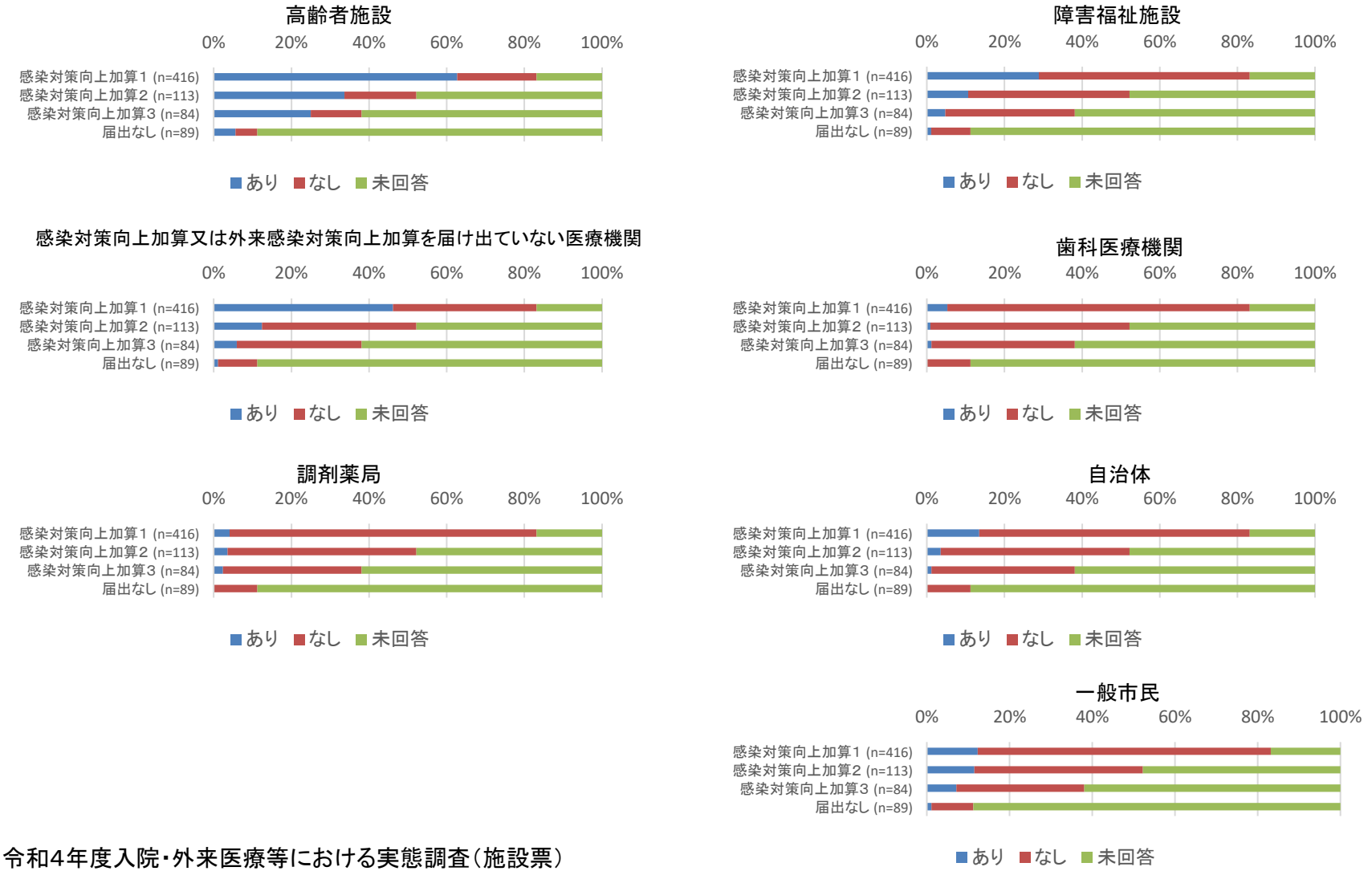


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

急性期病院における院内感染等に関する助言先の状況

○　急性期一般入院料を届け出ている医療機関のうち感染対策向上加算１又は2の届出医療機関では、多くの施設が高齢者施設に対して院内感染等の助言を行っていた。

急性期一般入院料１－６を届け出ている医療機関における対象機関ごとの院内感染等に関する助言の有無

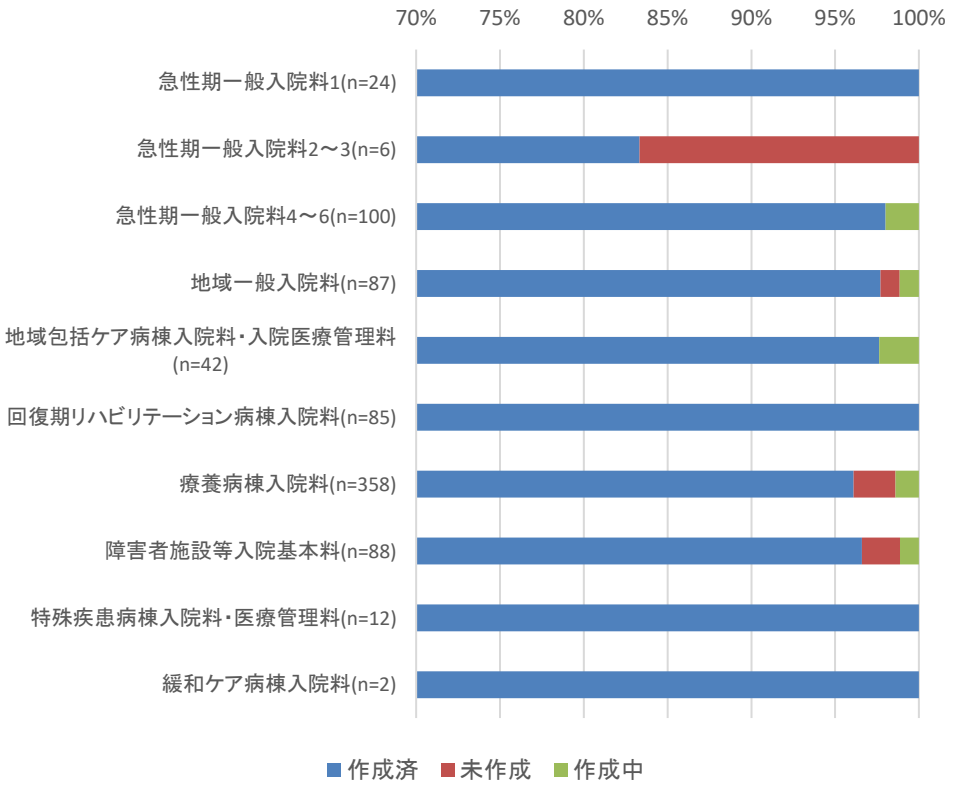


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

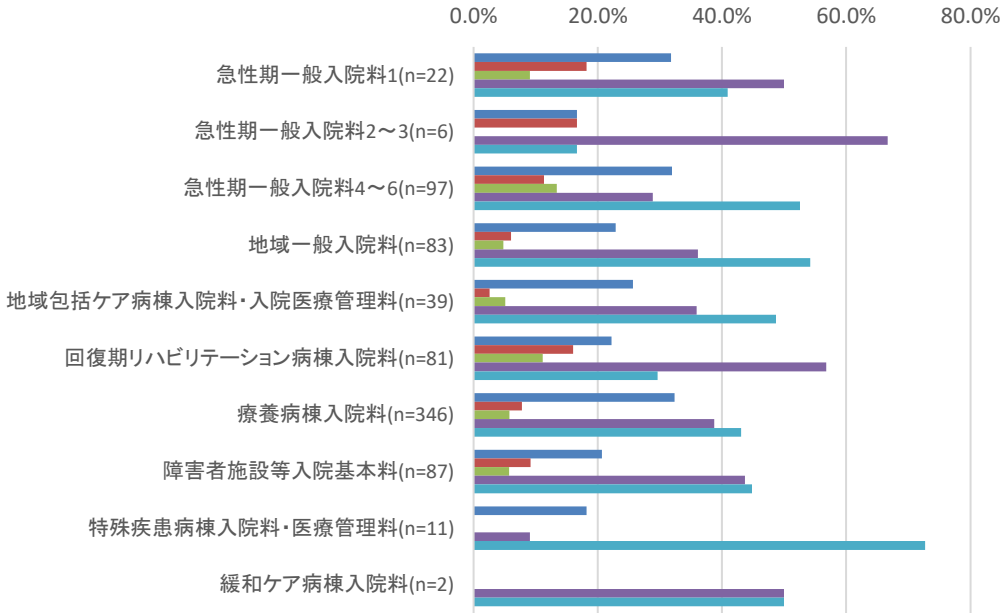
感染対策向上加算を届け出ていない医療機関における感染対策の状況①

○　感染対策向上加算を届け出ていない場合でも、多くの医療機関で院内感染マニュアルが作成されていたが、一部では未作成となっていた。
○　感染対策に係るカンファレンスや院内感染対策に関する助言等の連携体制については、医療機関によってばらつきがあった。

感染対策向上加算を届け出ていない医療機関における院内感染マニュアルの作成状況
（令和4年11月1日時点）



感染対策向上加算を届け出ていない医療機関における他の医療機関・行政等との連携体制（複数選択）
（令和4年11月1日時点）



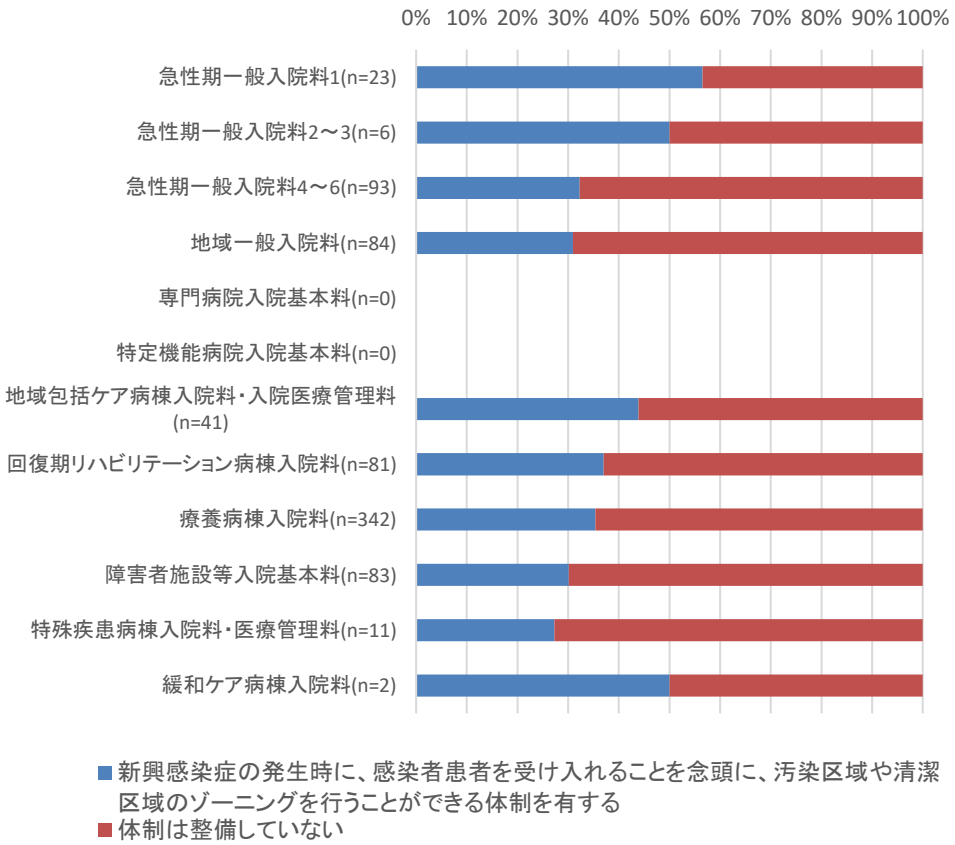
01 保健所、地域の医師会及び他の医療機関と連携し、感染対策に係るカンファレンスを実施又は参加している。
02 他の医療機関に対し、必要時に院内感染対策に関する助言を行う体制を有している
03 新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、他の保険医療機関等とあらかじめ協議を行っている。
04 他の医療機関と連携し、必要時に院内感染対策に関する助言を受ける体制を有している。
05　01～04には該当しない。

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

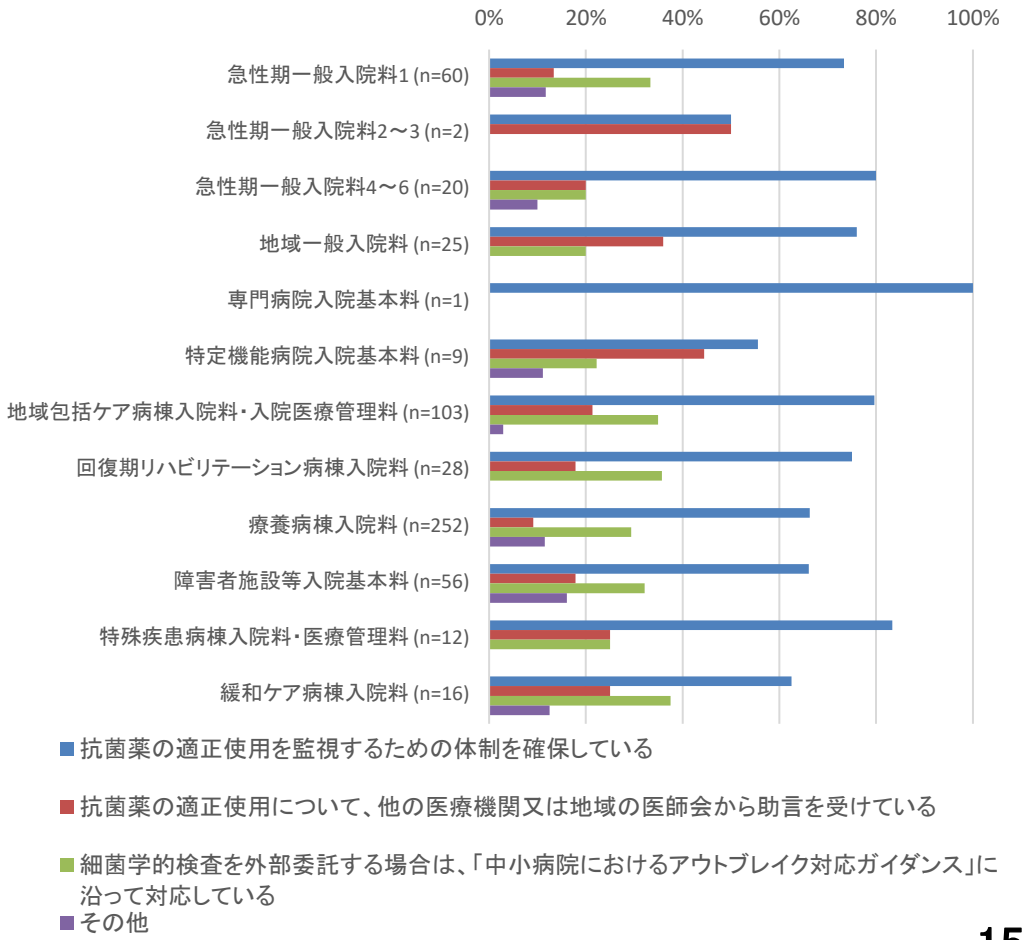
感染対策向上加算を届け出ていない医療機関における感染対策の状況②

○　感染対策向上加算を届け出ていない医療機関のうち一定数が、新興感染症の発生時にゾーニングを行える体制を有していた。
○　抗菌薬の適正使用については、半数以上の施設で、適正使用を監視するための体制を確保していた。

新興感染症の発生時等の体制整備の状況
（令和4年11月1日時点）



抗菌薬の適正使用の状況（複数選択）
（令和4年11月1日時点）

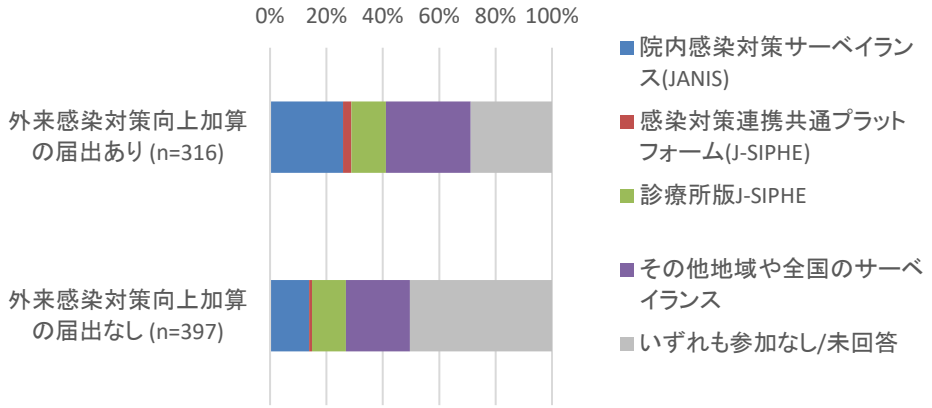


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

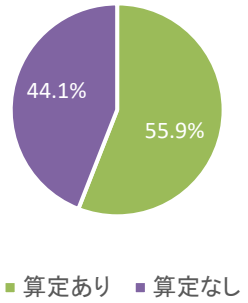
外来感染対策向上加算の届出状況等

○ 外来感染対策向上加算及び連携強化加算を届け出ている医療機関においては、医療機関及び医師会のカンファレンスに年平均3回程度参加していた。
○ 外来感染対策向上加算の届出が困難な理由としては、「院内感染管理者の配置が困難」、「新興感染症の発生時等に発熱患者の診療等を実施する体制を有することが困難」等が多かった。

診療所におけるサーベイランスの参加状況



外来感染対策向上加算を届け出ている医療機関における連携強化加算の算定状況



連携強化加算を算定している医療機関における令和4年度の平均カンファレンス参加回数（予定を含む。）

感染対策向上加算1の医療機関が主催するカンファレンス	1.7回
地域の医師会が主催するカンファレンス	1.1回
計	2.8回

外来感染対策向上加算を届け出ていない診療所における届出が困難な理由

	全体 (n=397)	主たる標榜診療科	
		内科・呼吸器内科・小児科・耳鼻咽喉科 (n=216)	その他の診療科・無回答 (n=181)
専任の院内感染管理者（医師、看護師、薬剤師その他の医療有資格者）を配置することが困難であるため	53%	55%	52%
職員を対象として、年2回程度、院内感染対策に関する研修を行うことが困難であるため	30%	31%	29%
年2回以上、感染対策向上加算1に係る届出を行った他の医療機関または地域の医師会が主催するカンファレンスに参加（訓練への参加は必須）することが困難であるため	42%	44%	39%
抗菌薬の適正使用について、加算1の医療機関又は地域の医師会から助言を受けることができないため	16%	16%	15%
細菌学的検査を外部委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイダンス」に沿って対応できないため	27%	26%	28%
新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて発熱患者の診療等を実施する体制を有することが困難であるため	50%	49%	51%
都道府県の要請を受け発熱患者の診療等を実施する体制を有しているが、自治体ホームページで公開されないため	7%	6%	9%
新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制もしくは汚染区域や清潔区域のゾーニングを行える体制を有することができないため	45%	38%	54%
新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った他の保険医療機関等とあらかじめ協議することが困難であるため	33%	34%	31%

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

1. 共通項目

2. 令和4年度各調査項目

（1）一般病棟入院基本料等における「重症度、医療・看護必要度」の施設基準等の見直しの影響について

（2）特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について

（3）地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件等の見直しの影響について

（4）療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について

（5）新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向けた評価等について

（6）医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等について

（7）外来医療に係る評価等について

3. その他の調査結果

令和４年度調査

診調組　入－１
４．１０．１２

（６）医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等について

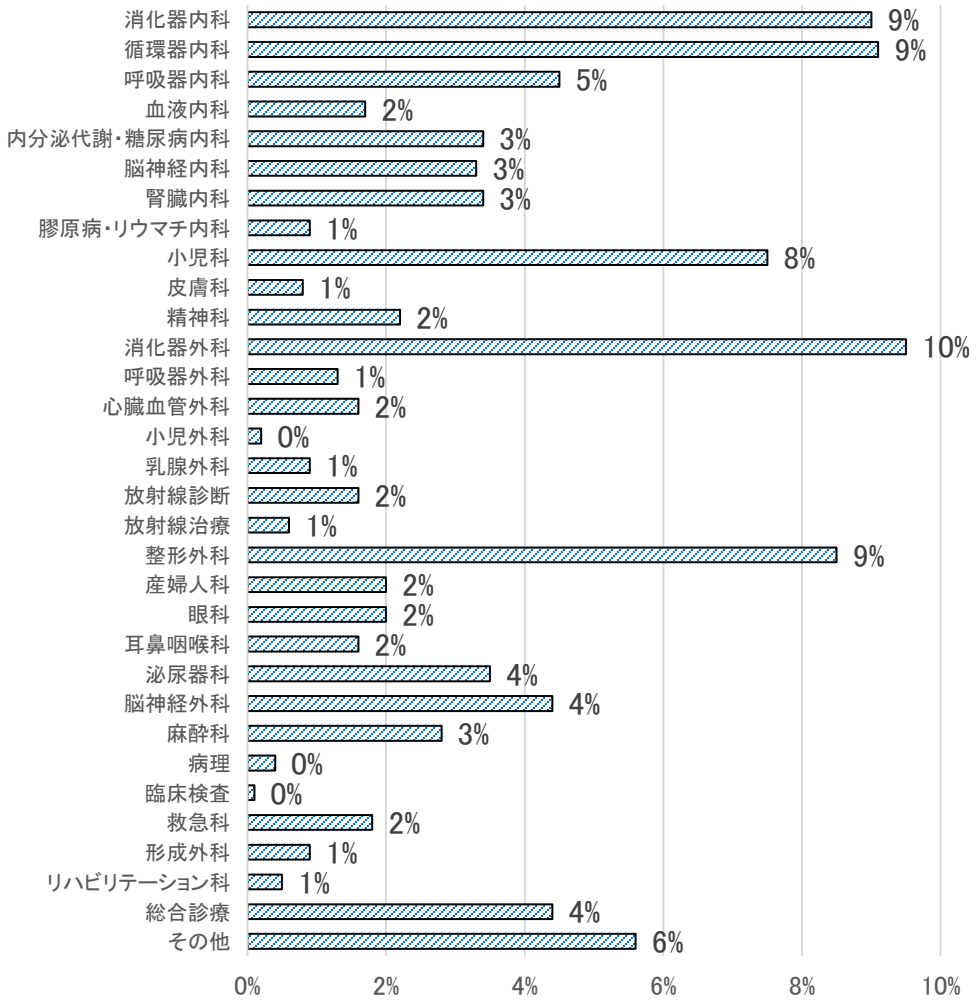
【附帯意見（抜粋）】
９　医師の働き方改革の推進や、看護補助者の活用及び夜間における看護業務の負担軽減、チーム医療の推進に係る診療報酬上の見直しについて、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、実効性のある適切な評価の在り方等について引き続き検討すること。

【関係する改定内容】
①　地域医療体制確保加算、手術・処置の時間外加算１等の見直し
②　夜間看護配置、看護補助者の配置等に係る評価の見直し
③　医師事務作業補助体制加算、病棟薬剤業務実施加算の見直し

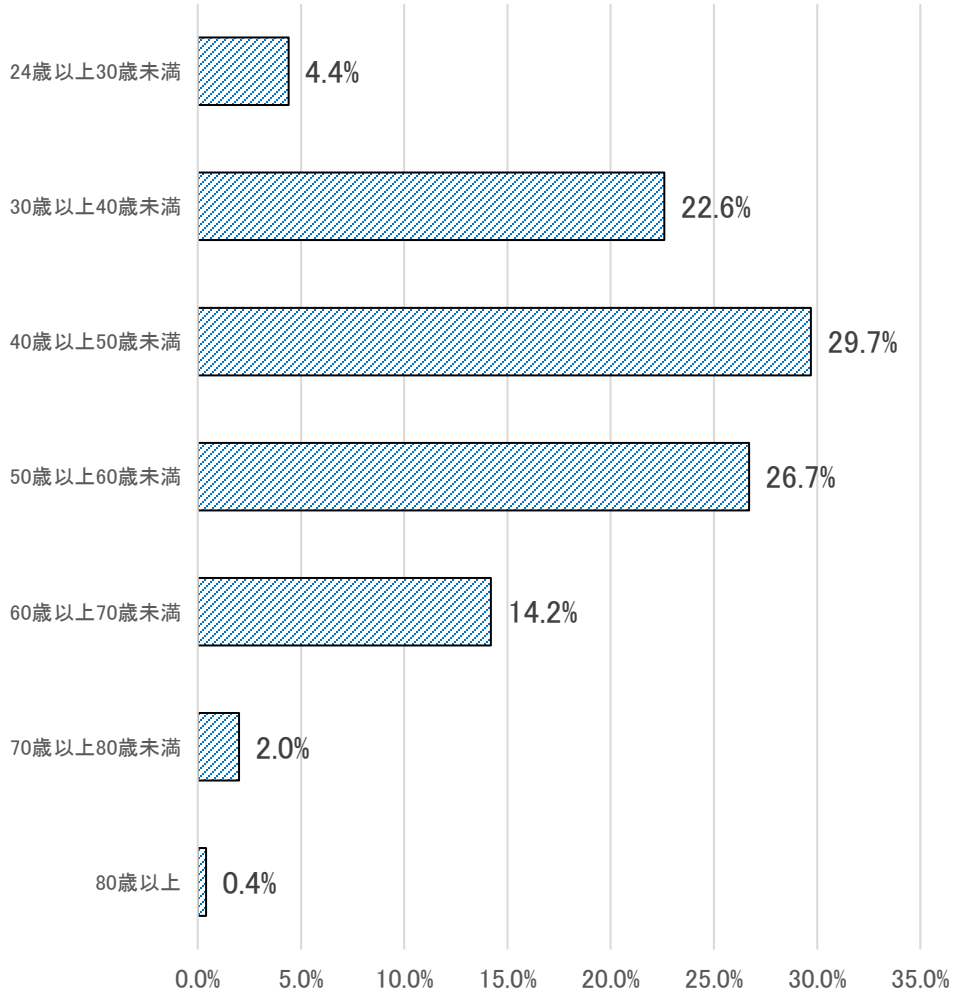
【調査内容案】
調査対象：　病院勤務医・看護職員の負担軽減に資する取組を要件とする項目（総合入院体制加算、医師事務作業補助体制加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算、病棟薬剤業務実施加算、地域医療体制確保加算、処置・手術の休日加算１・時間外加算１・深夜加算１等、時間外受入体制強化加算（小児入院医療管理料））を届け出ている医療機関　等
調査内容：負担軽減に資する取組を要件とする加算の届出状況、職員体制（常勤配置等）、勤務状況（医師、看護職員の勤務時間等）、負担軽減に資する取組の実施状況及び今後取り組む予定の事項等
等

令和４年度入院・外来医療等における実態調査　医師票の回答者

○　令和4年度入院・外来医療等における実態調査の医師票の回答者における、診療科及び年齢区分は以下のとおり。



診療科別回答率（n=2489）



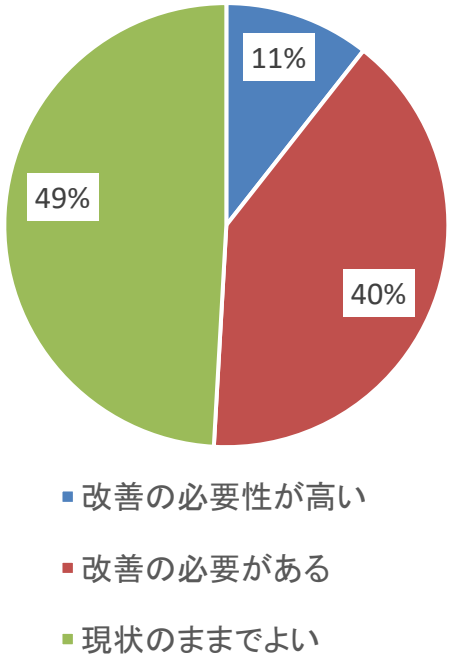
医師の年齢区分（n=2504）

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（医療従事者　医師票）

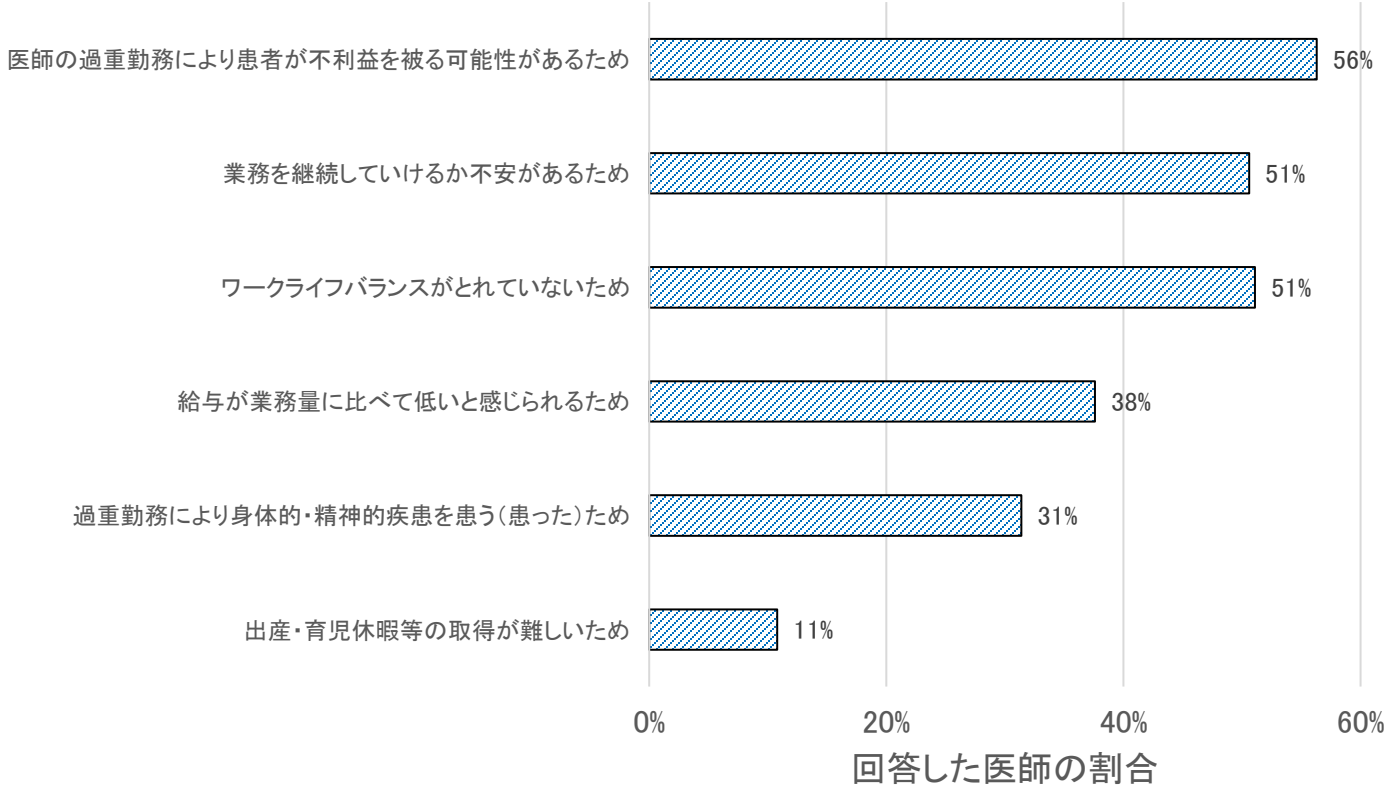
医師の勤務状況の改善の必要性

○　現在の勤務状況について、「改善の必要性が高い」、または「改善の必要がある」と回答した医師は51%であった。
○　「改善の必要性が高い」、又は「改善の必要がある」を選択した理由は、「医師の過重勤務により患者が不利益を被る可能性があるため」が56%、「業務を継続していけるか不安があるため」、「ワークライフバランスがとれていないため」がそれぞれ51%であった。

①現在の勤務状況（n数=2505）
（令和4年11月1日時点）



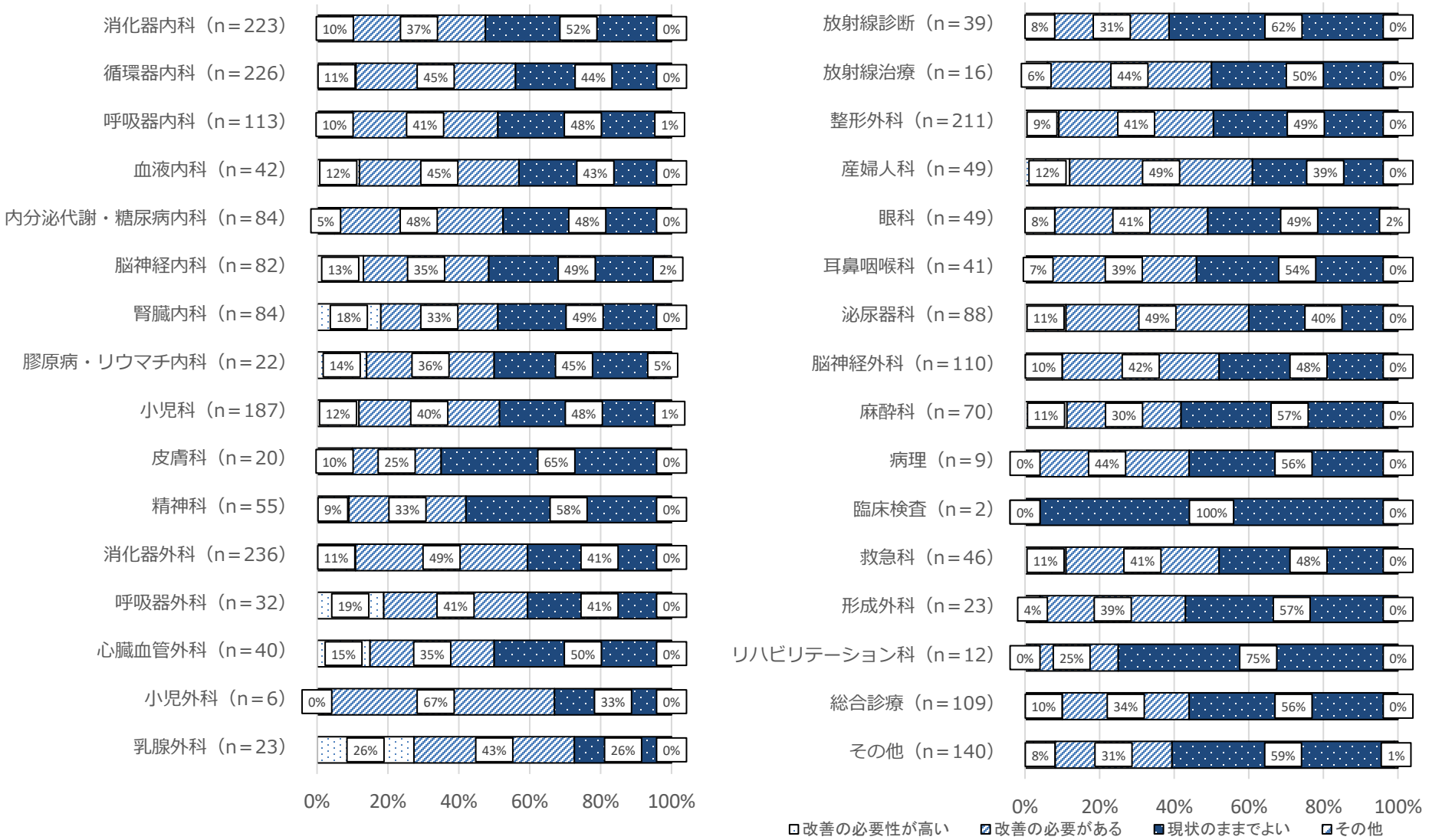
②「改善の必要性が高い」又は「改善の必要がある」を選択した理由



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（医療従事者　医師票）

診療科別に見た医師の勤務状況の改善の必要性

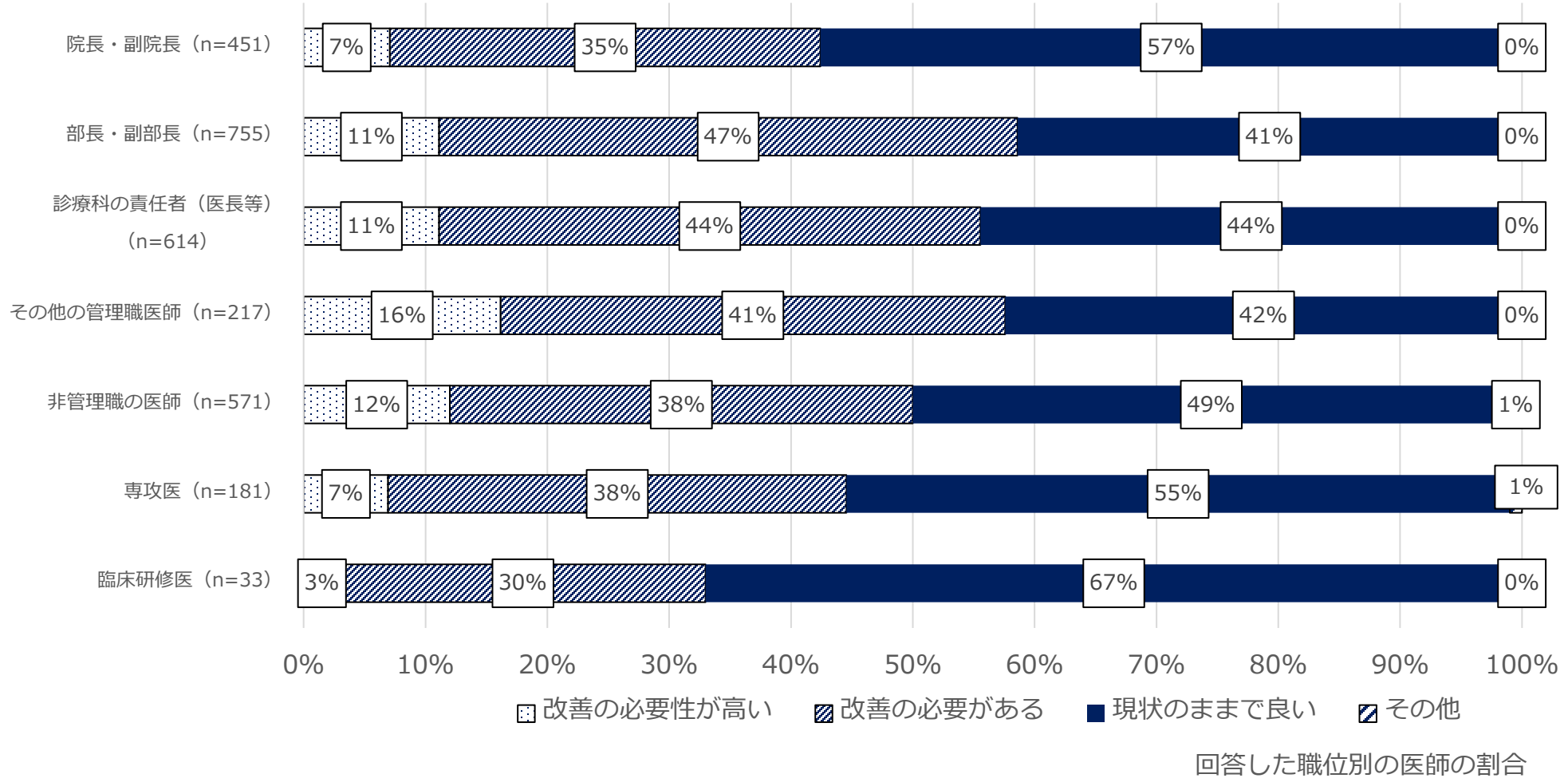
○　診療科別に見た医師の勤務状況の改善必要性については、以下のとおりであった。



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（医療従事者　医師票）

職位別に見た医師の勤務状況の改善の必要性

○　職位別に見た医師の勤務状況の改善必要性については、部長・副部長、診療科の責任者、その他の管理職医師、非管理職医師においては、「改善の必要性が高い」、「改善の必要がある」を合わせると50%以上となる。一方で、院長・副院長、専攻医、臨床研修医は、「現状のままで良い」との回答が55%以上となった。

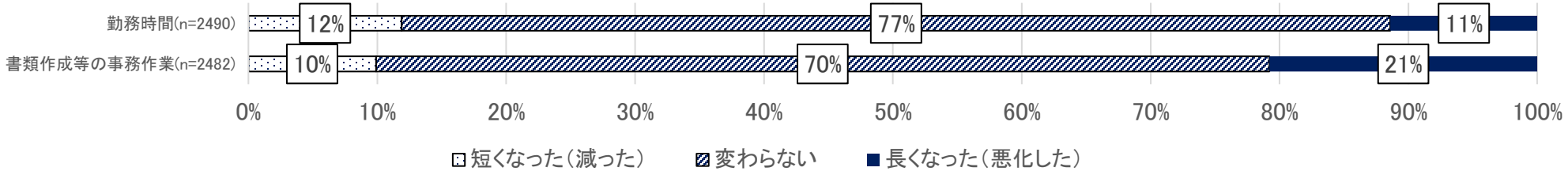


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（医療従事者　医師票）

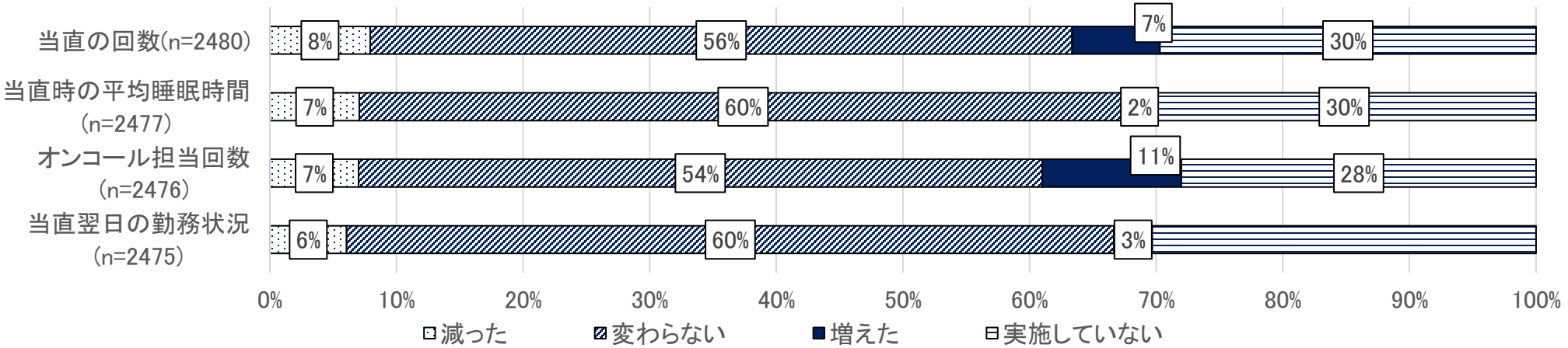
医師の勤務状況の以前との比較

○ 勤務医への調査において、１年前と比較して、勤務時間が短くなったと回答した勤務医は12%、長くなったと回答した医師は11%であり、変わらないと回答した医師が77%を占めた。
○ 当直回数、当直時の睡眠時間等について、例えば当直翌日の勤務状況は、変わらないと回答した医師が60%を占めた。

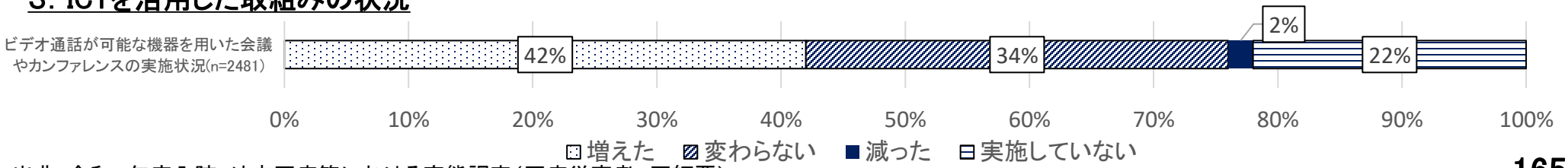
1. 勤務時間の状況及び書類作成等の事務作業の状況



2. 当直の状況



3. ICTを活用した取組みの状況

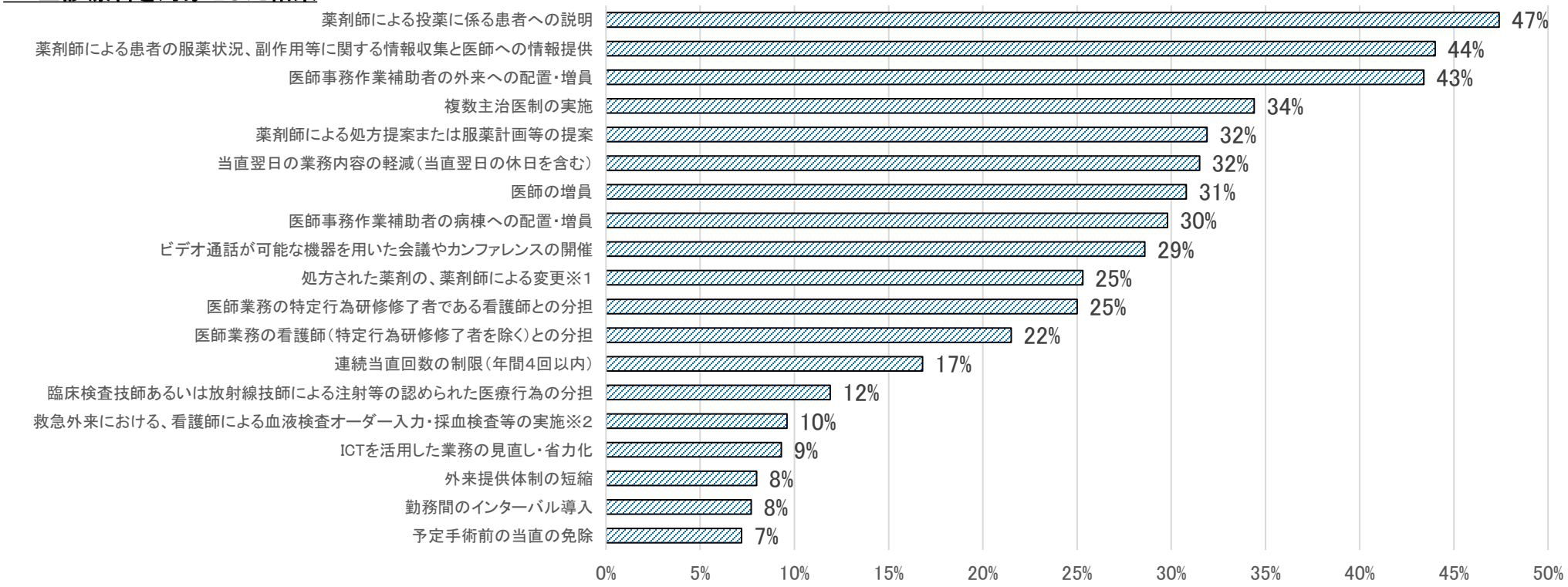


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（医療従事者　医師票）

医師の負担軽減策の実施状況

○ 所属している診療科で実施している負担軽減策についての回答では、薬剤師による投薬に係る患者への説明（47%）、医師事務作業補助者の外来への配置・増員（43%）といった取組が挙げられた。

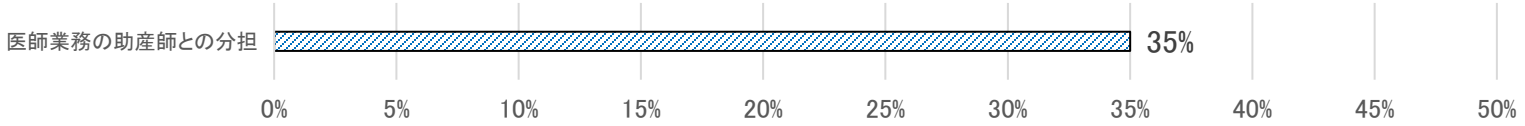
1. 全診療科を対象とした結果



所属している診療科で実施している、と回答した医師の割合（n=2400）

※1 事前に取り決めたプロトコールに沿ったもの
※2 医師が予め患者の範囲を示し、事前の指示や事前に取り決めたプロトコールに基づくもの

2. 産婦人科医に質問した、所属する診療科において「医師業務の助産師との分担」を取り組んでいると回答いた医師の割合

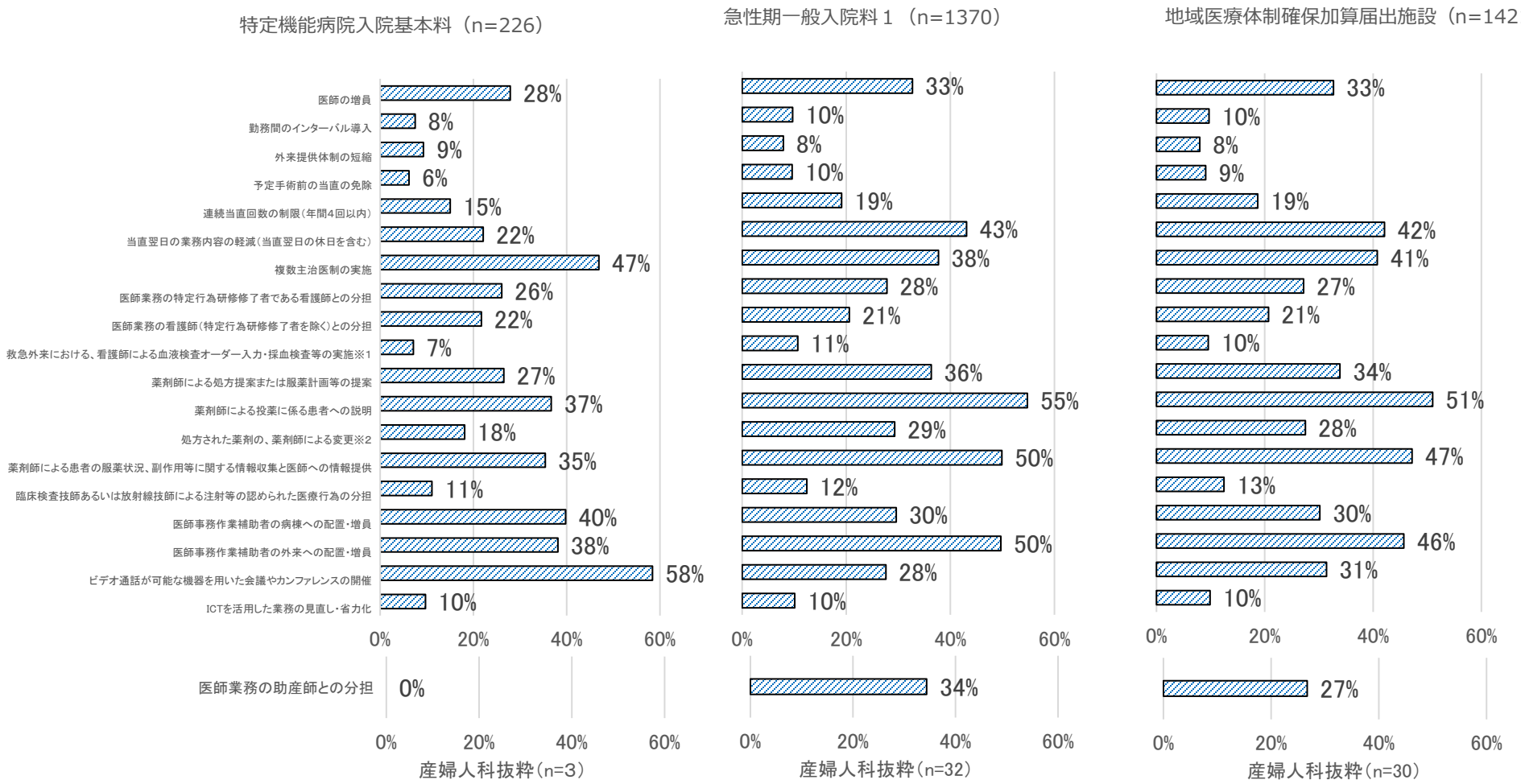


所属診療科で実施している、と回答した医師の割合（産婦人科抜粋）（n=49）

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（医療従事者　医師票）

医師の負担軽減策の実施状況

○ 施設基準の届出種別による医師の負担軽減策の実施状況を見ると、急性期一般入院料１、地域医療体制確保加算と届出施設は、「薬剤師による投薬に係る患者への説明」、「薬剤師による医師への情報提供」の割合が多かった。特定機能病院は「ビデオ通話が可能な機器を用いた会議等の開催」の割合が多かった。



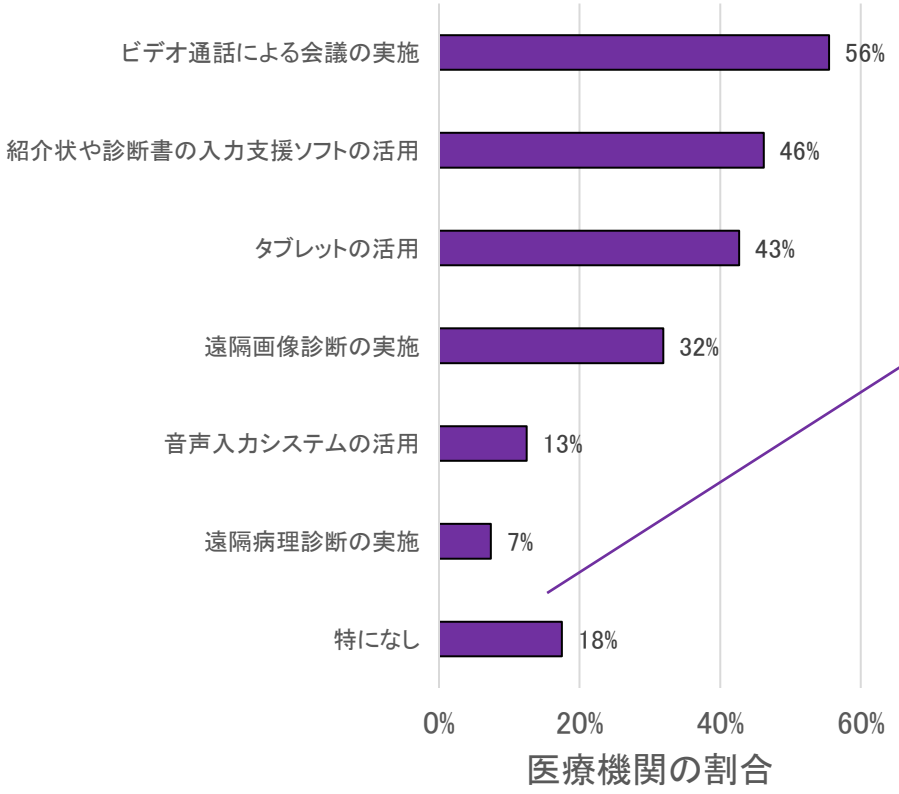
※1 医師が予め患者の範囲を示し、事前の指示や事前に取り決めたプロトコールに基づくもの
※2 事前に取り決めたプロトコールに沿ったもの

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（医療従事者 医師票）

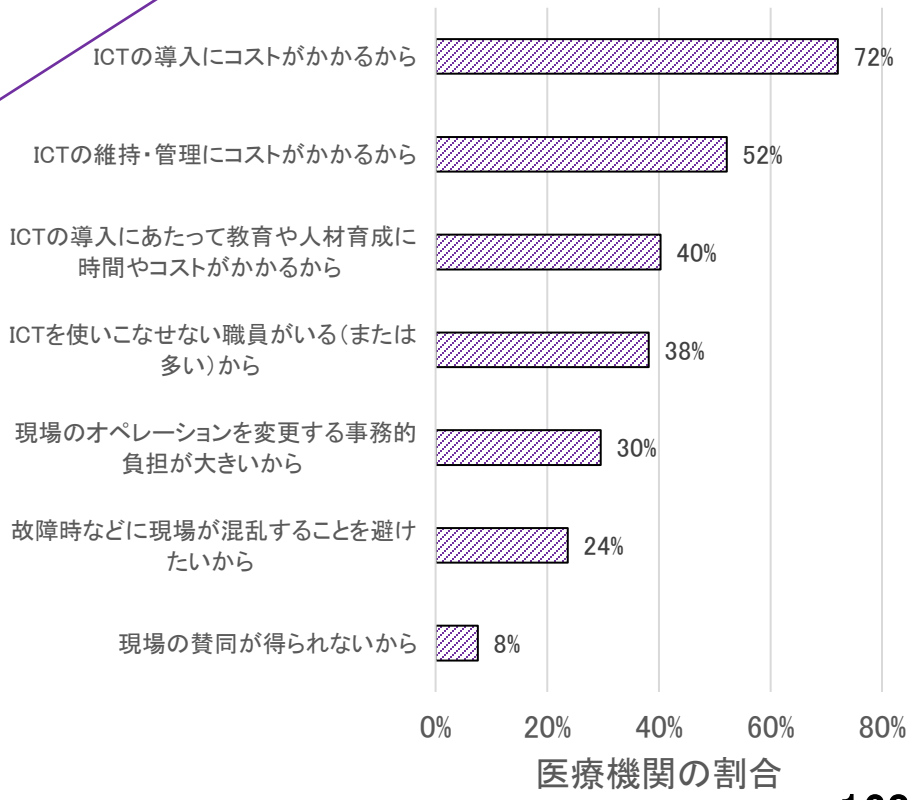
医療機関におけるICTを活用した業務の見直し、省力化の取組

○ 医療機関における、「ICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組」としては、「ビデオ通話による会議の実施」（56%）等があげられたが、18%の医療機関は「特になし」と回答した。
○ ICTを活用していない理由としては「ICTの導入にコストがかかるから」（72%）、「ICTの維持・管理にコストがかかるから」（52%）等が挙げられた。

① ICTを活用した業務の見直し・省力化に関わる取組状況（n=1,094）



② ICTを活用していない理由（n=186）



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票、D票））

地域医療体制確保加算

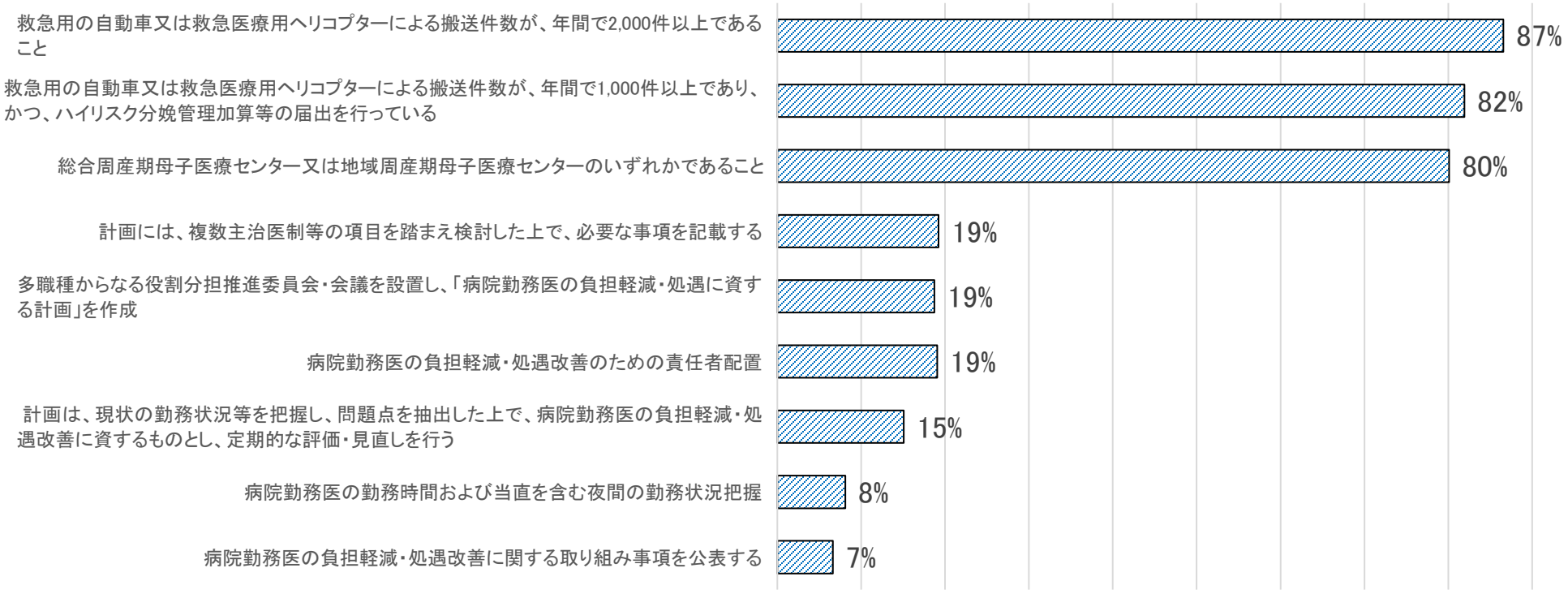
○ 地域医療体制確保加算を届け出ていた医療機関は41%であった。
○ 地域医療体制確保加算を届け出ていない医療機関の届出困難な理由として、救急医療に係る実績等が挙げられた。

■地域医療体制確保加算の届出有無 （n=1,095）

	医療機関数	（割合）
届出：無	650	59%
届出：有	445	41%

届出：無

■届出が困難な理由 （n=603）

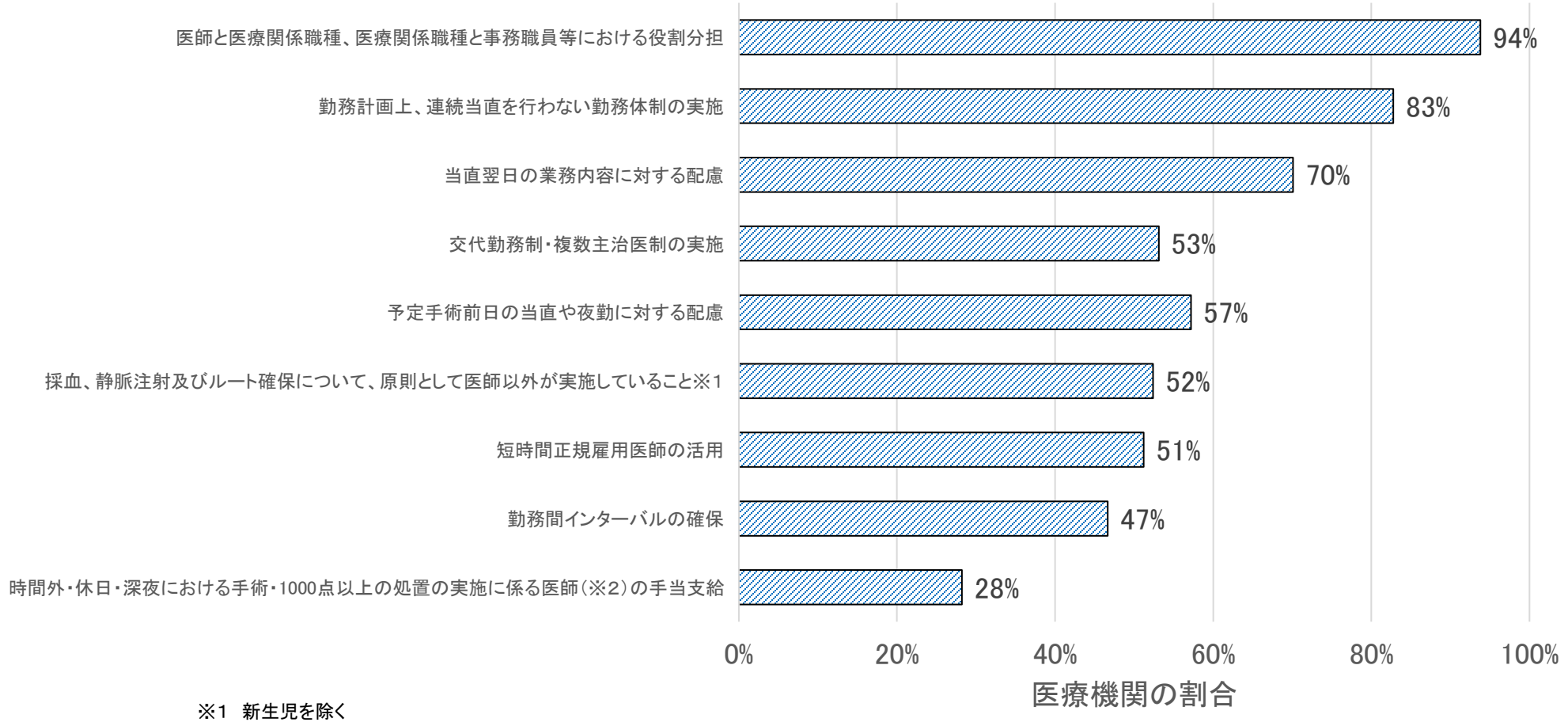


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票、D票））

「医師労働時間短縮計画」で踏まえるべき検討項目のうち、地域医療体制確保加算を算定している医療機関で実施している取組

○ 「医師労働時間短縮計画」で踏まえるべき検討項目のうち、地域医療体制確保加算を算定している医療機関で実施している取組として、医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担（94%）、勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施（83%）等が挙げられた。

■地域医療体制確保加算を算定している医療機関で実施している取組（n=413）



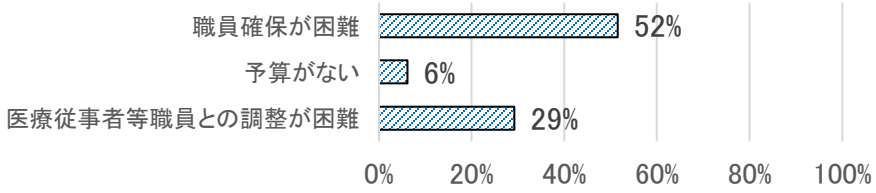
※1 新生児を除く
※2 術者又は第一助手

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票、D票））

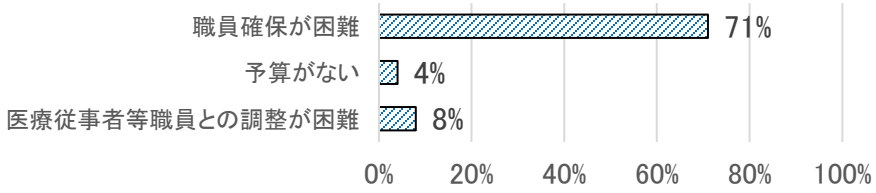
「病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善に資する計画」で踏まえるべき項目のうち、地域医療体制確保加算を算定している医療機関が実施しない理由

○ 「病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善に資する計画」で踏まえるべき項目のうち、地域医療体制確保加算を算定している医療機関が実施していない項目について、その理由として、「職員確保が困難」を挙げる医療機関が多かった。

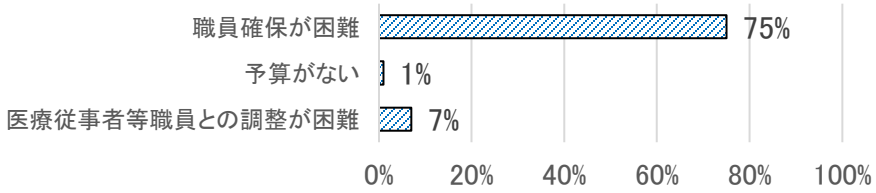
① 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担



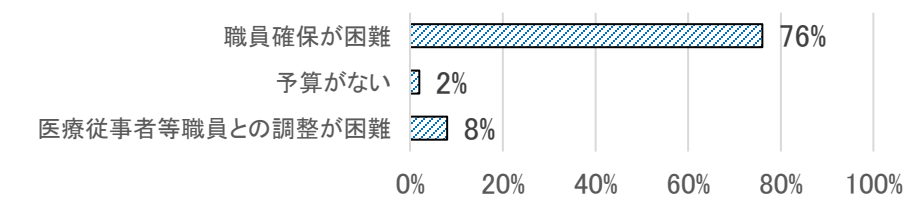
② 勤務計画上、連続当直を行わない勤務



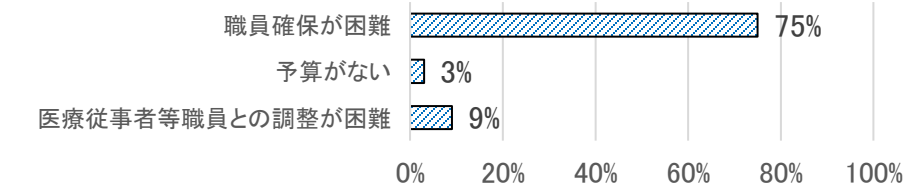
③ 勤務間インターバルの確保



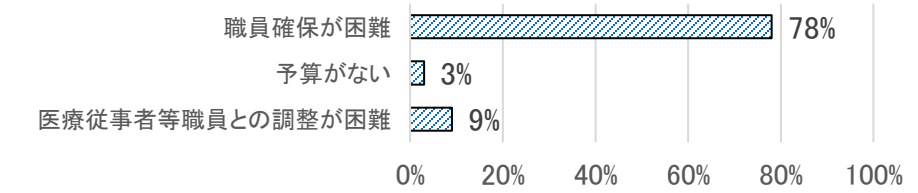
④ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮



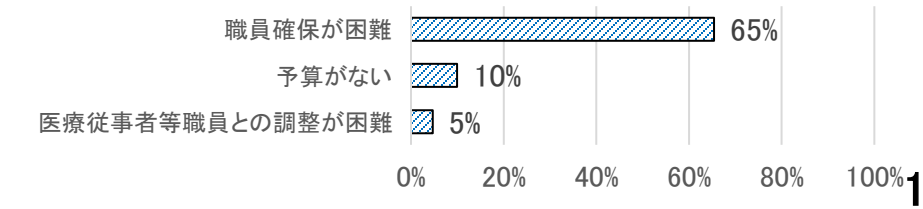
⑤ 当直翌日の業務内容に対する配慮



⑥ 交代勤務制・複数主治医制の実施



⑦短時間正規雇用医師の活用



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票、D票））

医師事務作業補助体制加算

○ 医師事務作業補助体制加算を届け出ていた医療機関は68%であった。
○ 医師事務作業補助体制加算を届け出ていない医療機関の届出困難な理由は、「救急医療にかかる実績」、「全身麻酔手術件数の実績要件」等が挙げられた。

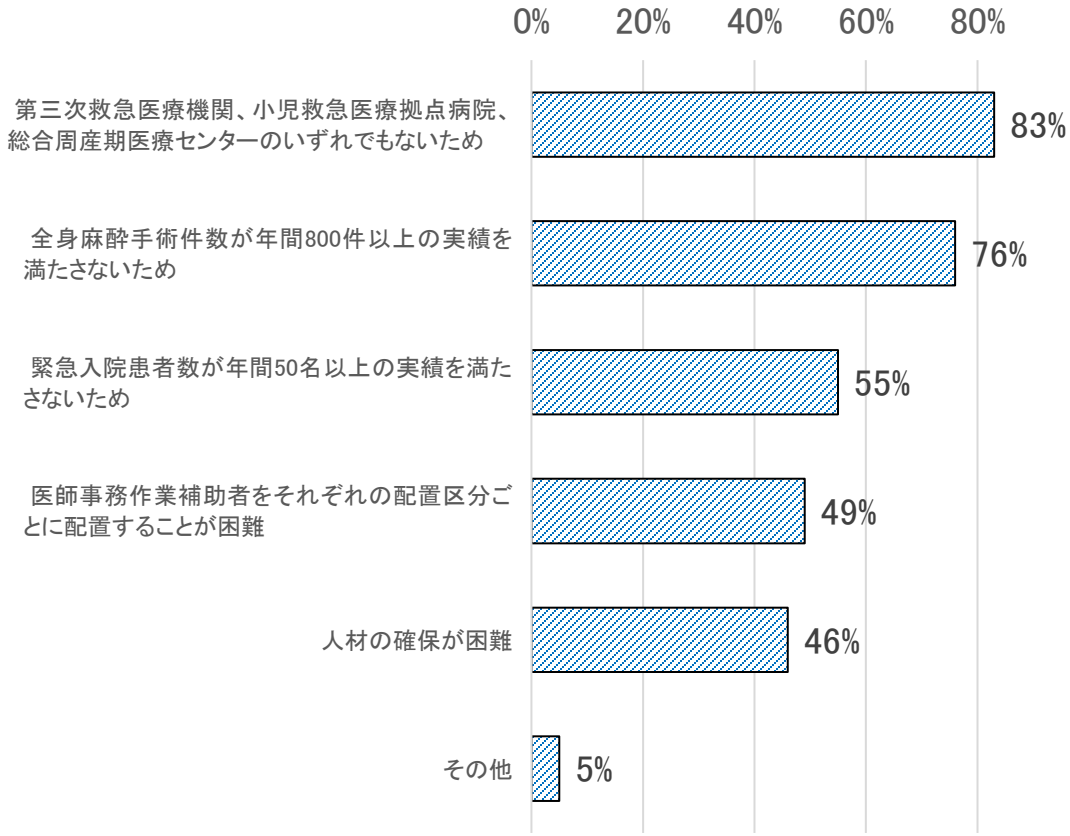
■医師事務作業補助体制加算の届出有無 (n=1086)

	医療機関数	(割合)
届出:無	346	32%
届出:有	740	68%

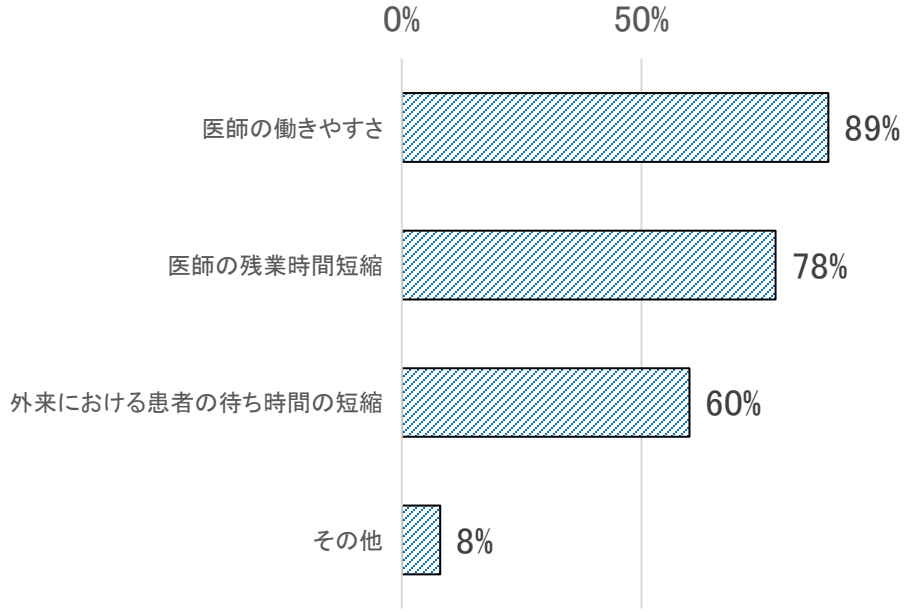
届出:無

届出:有

■届出が困難な理由 (n=340)



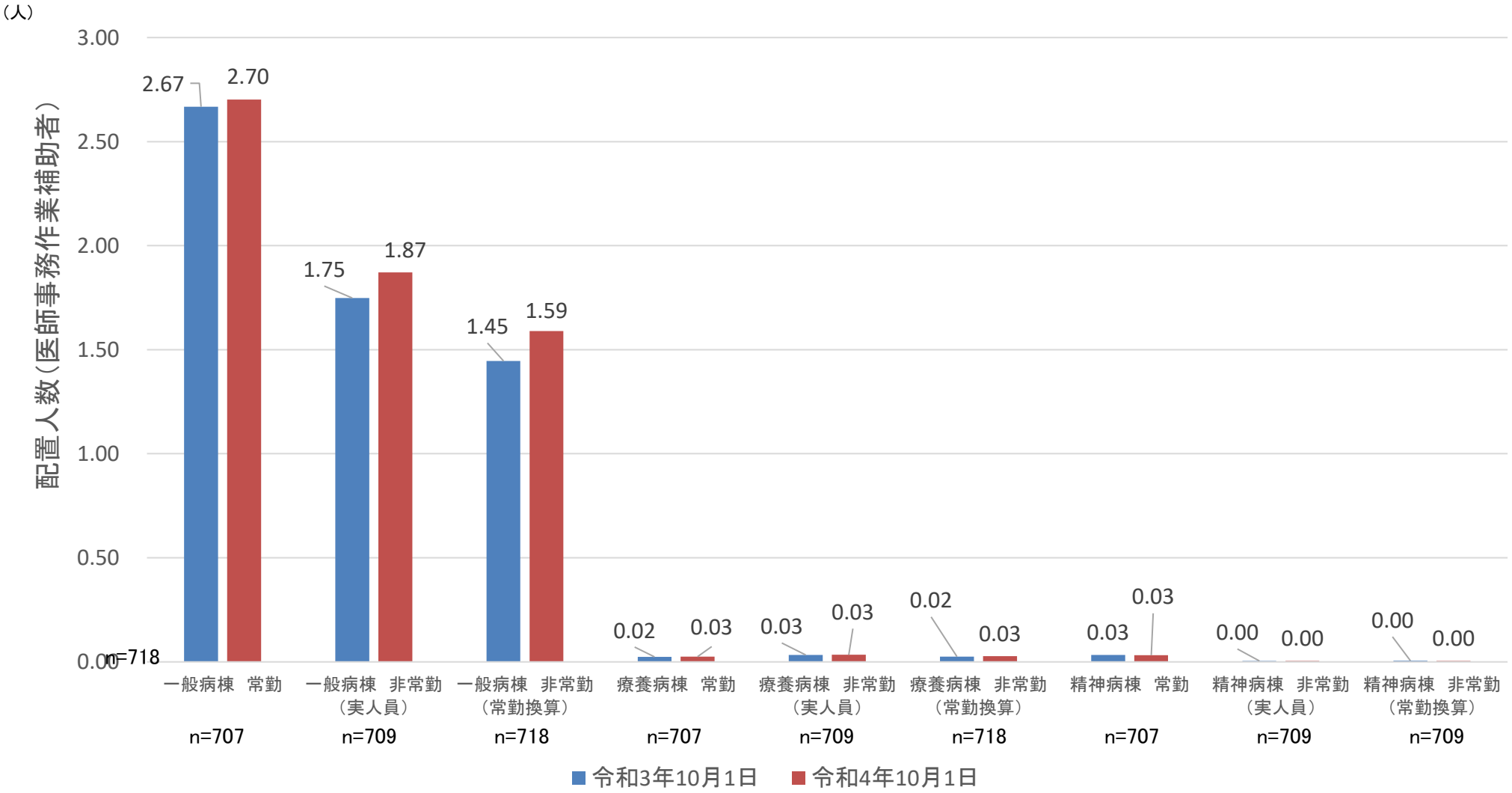
■医師事務作業補助者の効果 (n=725)



出典:令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設調査票(A票、D票))

医師事務作業補助体制加算を算定している医療機関の病棟における医師事務作業補助者の配置

○ 医師事務作業補助体制加算を算定している医療機関において、各病棟ごとの医師事務作業補助者の職員数の平均は、令和4年10月1日時点で、令和3年10月1日時点より多い傾向が見られた。

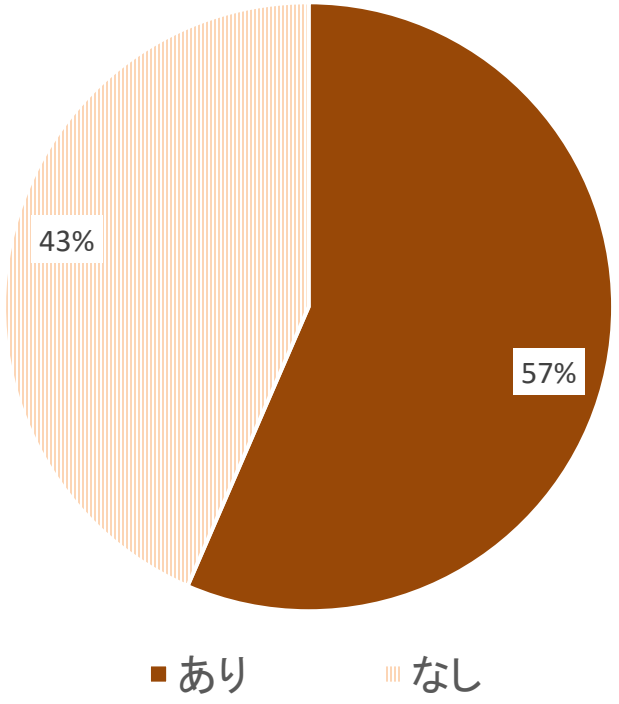


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票、D票））

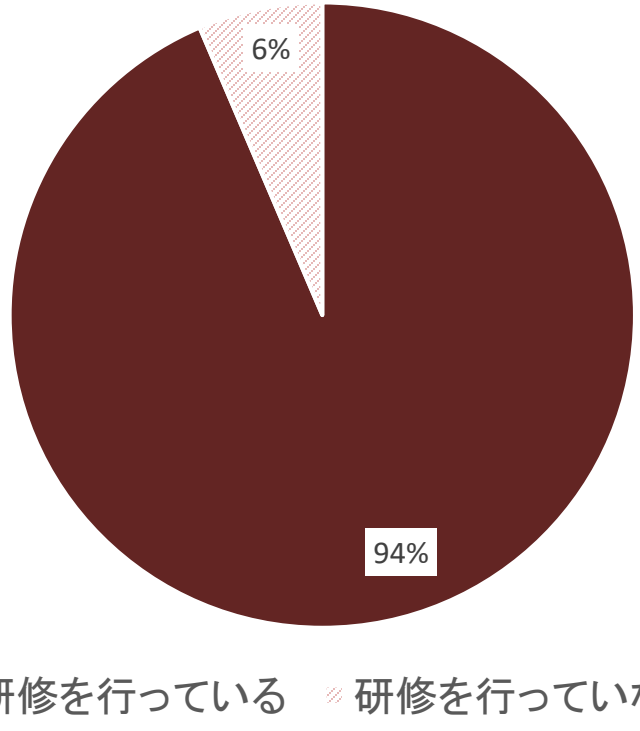
医師事務作業補助体制加算を算定している医療機関における医師事務作業補助者の人事

○ 医師事務作業補助体制加算を算定している医療機関における、57%の医療機関に医師事務作業補助者の人事考課が有り、94%の医療機関が医師事務作業補助者に対する院内教育・新人研修を実施していた。

■医師事務作業補助者の人事考課の有無
（n=722）



■医師事務作業補助者に対する院内教育・新人研修の実施状況について　（n=732）

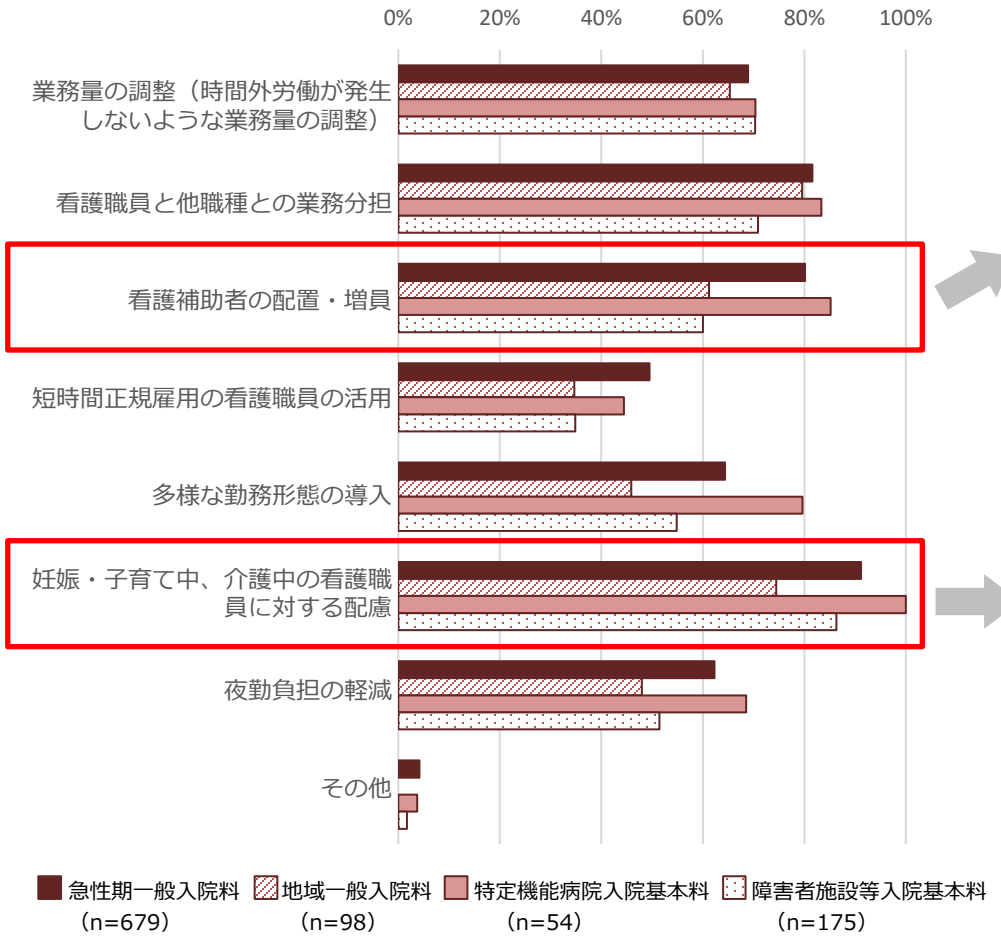


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票、D票））

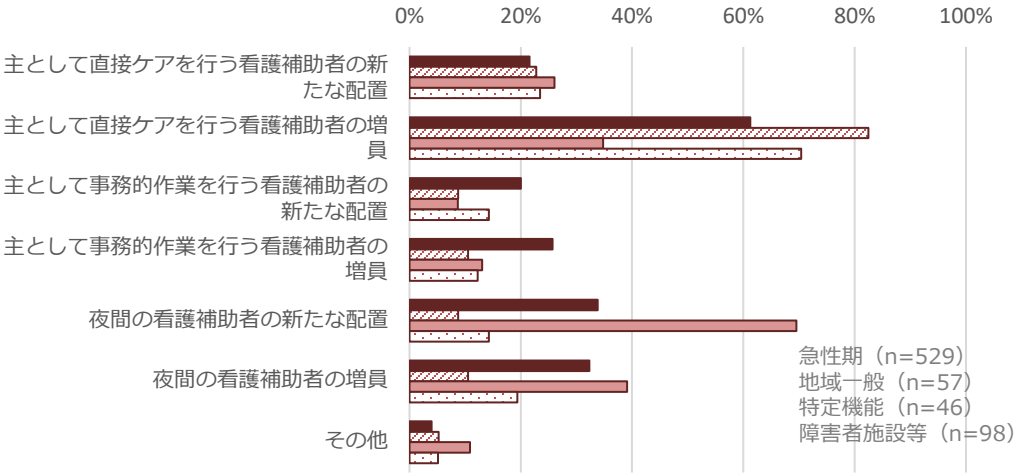
看護職員の負担軽減・処遇改善に係る取組の実施状況

○ 看護職員の負担軽減・処遇改善に係る具体的な取組状況としては、約8割の病院で「妊娠・子育て中、介護中の看護職員に対する配慮」、「看護職員と他職種との業務分担」、「看護補助者の配置・増員」を実施していた。

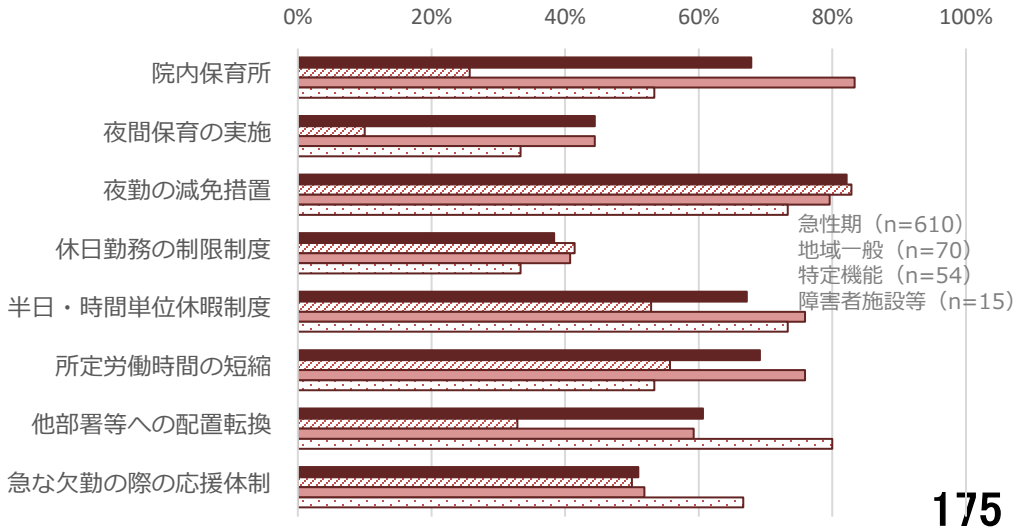
■看護職員の負担軽減・処遇改善に関する具体的な取組状況（複数回答）



■看護補助者の配置・増員の状況（複数回答）



■妊娠・子育て中、介護中の者に対する具体的な配慮（複数回答）

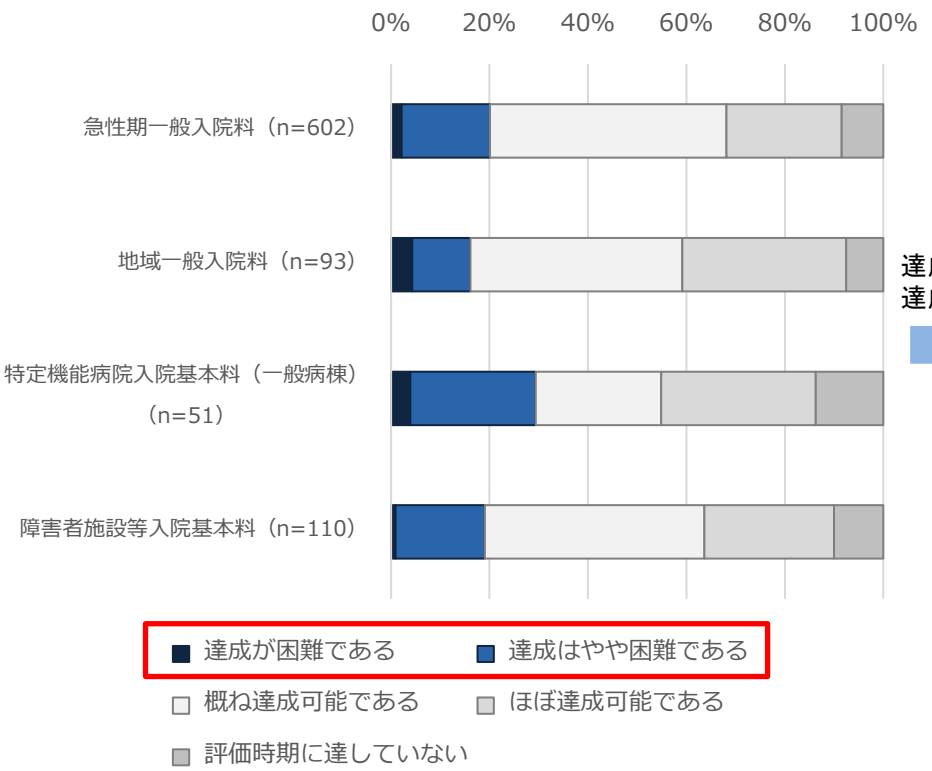


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票、D票））

看護職員の負担軽減・処遇改善に係る計画の達成状況

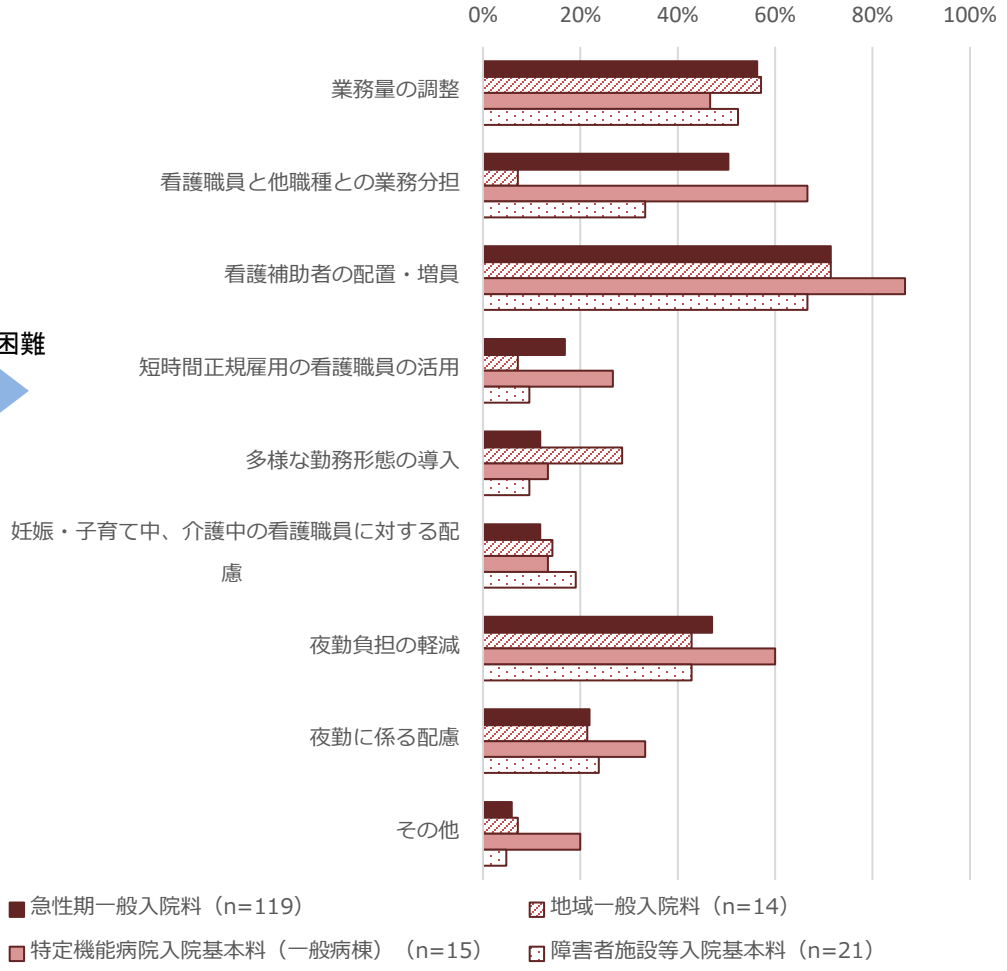
○ 看護職員の負担軽減・処遇改善に係る計画の状況としては、約2割の病院が「達成困難」、「達成はやや困難」であるとしていた。
○ 達成が困難な項目としては、「看護補助者の配置・増員」、「業務量の調整」の割合が高かった。

■加算※算定病院における看護職員の負担軽減・処遇改善に係る計画の達成状況



達成が困難
達成はやや困難

■達成が困難である項目



（※）以下の「看護職員の負担軽減・処遇改善に係る計画策定を求めている加算を算定している施設
・ 夜間看護加算／看護補助体制充実加算（療養病棟入院基本料の注12）
・ 看護補助加算／看護補助体制充実加算（障害者施設等入院基本料の注9）
・ 急性期看護補助体制加算 ・ 看護職員夜間配置加算 ・ 看護補助加算
・ 看護職員配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注3）
・ 看護補助者配置加算／看護補助体制充実加算（地域包括ケア病棟入院料の注4）
・ 看護職員夜間配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注7）
・ 看護職員夜間配置加算（精神科救急急性期医療入院料の注5）
・ 看護職員夜間配置加算（精神科救急・合併症入院料の注5）

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票、D票））

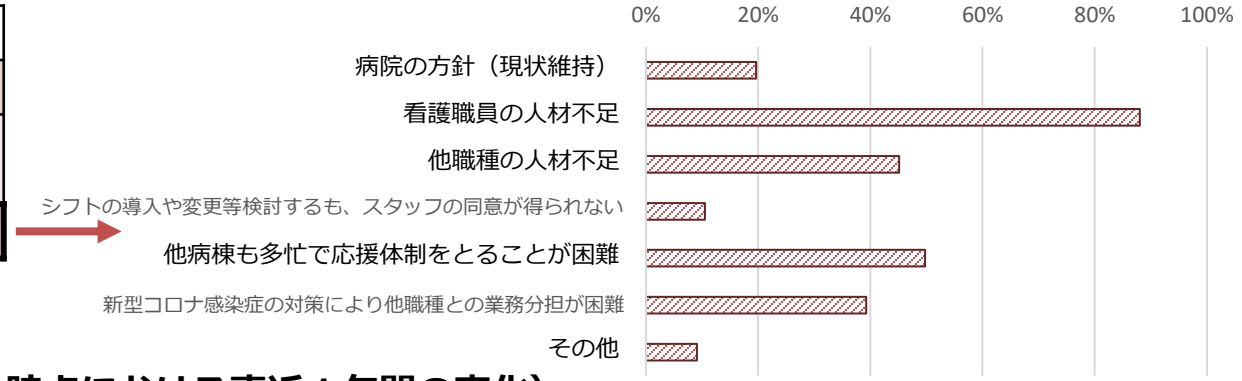
病棟における看護職員の業務負担軽減の取組、勤務状況

○ 病棟看護管理者において、病棟の業務負担軽減を「取り組みたいが困難」な理由としては、「看護職員の人材不足」が最も多かった。
○ 病棟の看護職員の勤務状況は、約4割の病棟で悪化傾向であった。

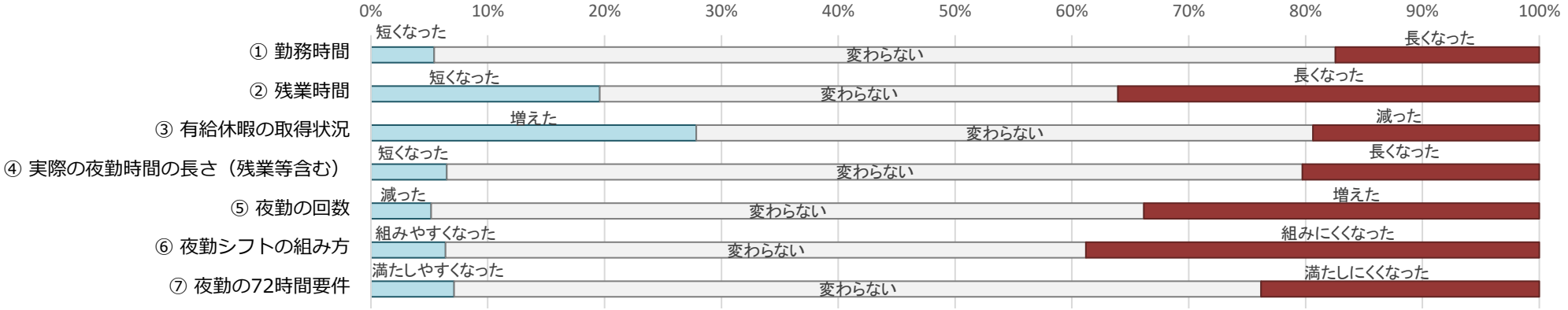
■病棟の業務負担軽減の取組

	病棟数	（割合）
取り組みを行っている	1,658	73%
現状で問題がないため新たな取り組みは行っていない	113	5%
取り組みたいが困難	495	22%

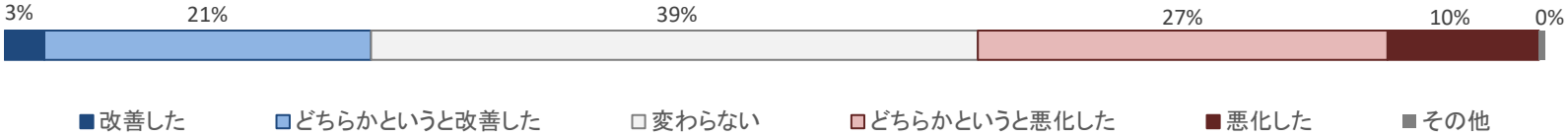
■「取り組みたいが困難」な場合の理由（複数回答）



■病棟の看護職員の勤務状況（令和４年11月時点における直近１年間の変化）



■病棟の看護職員の総合的にみた勤務状況（令和４年11月時点における直近１年間の変化）

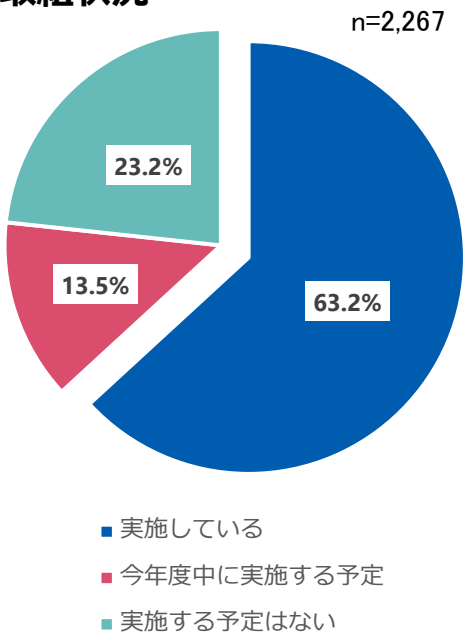


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟看護管理者票）

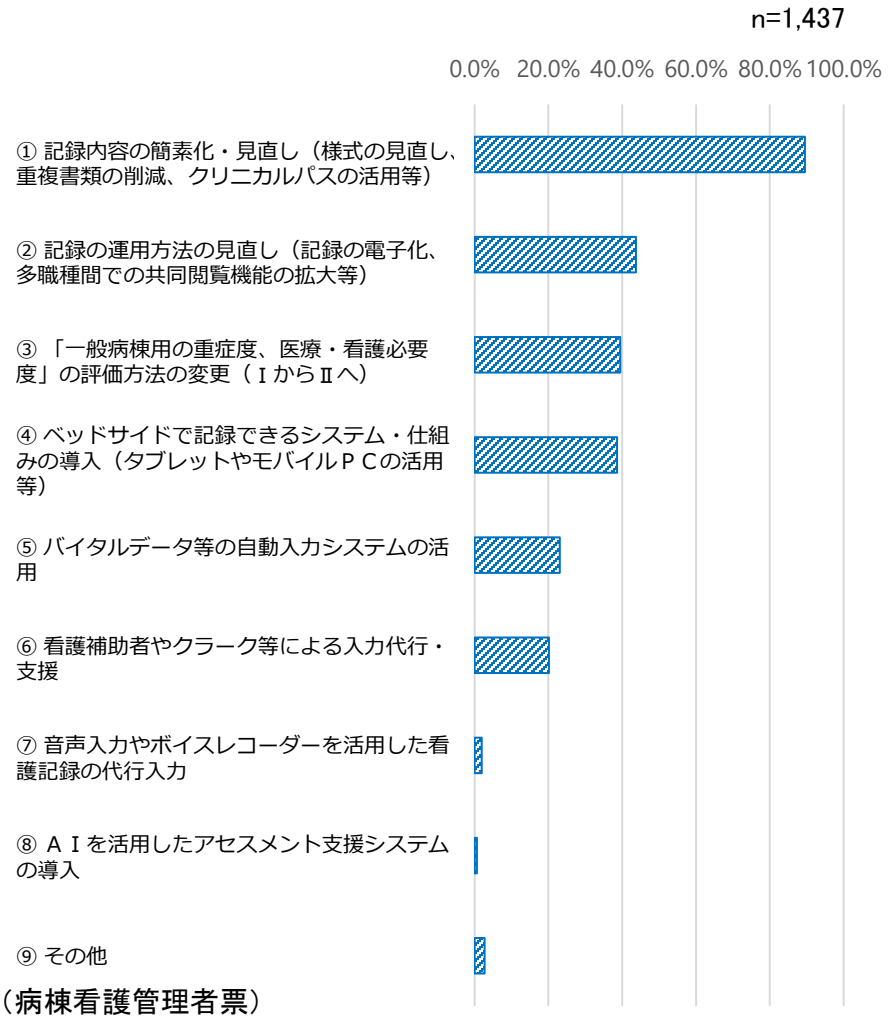
看護記録に係る負担軽減のための取組

○　看護記録に係る負担軽減のため実施している取組は「記録内容の簡素化・見直し」が最も多く、最も負担軽減に寄与している取組も同様に「記録内容の簡素化・見直し」が最も多かった。

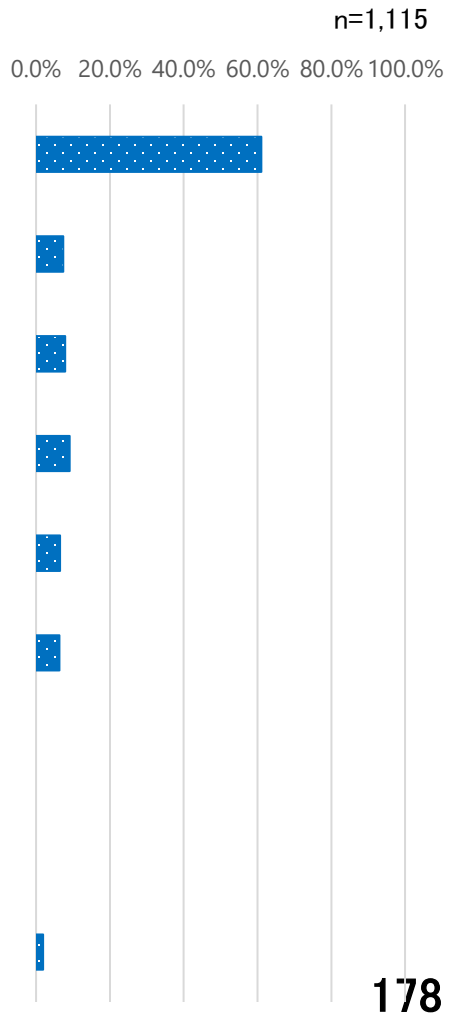
①看護記録に係る負担軽減の取組状況



② 看護記録に係る負担軽減の取組の実施内容（複数回答）



③ ②のうち最も負担軽減に寄与している取組

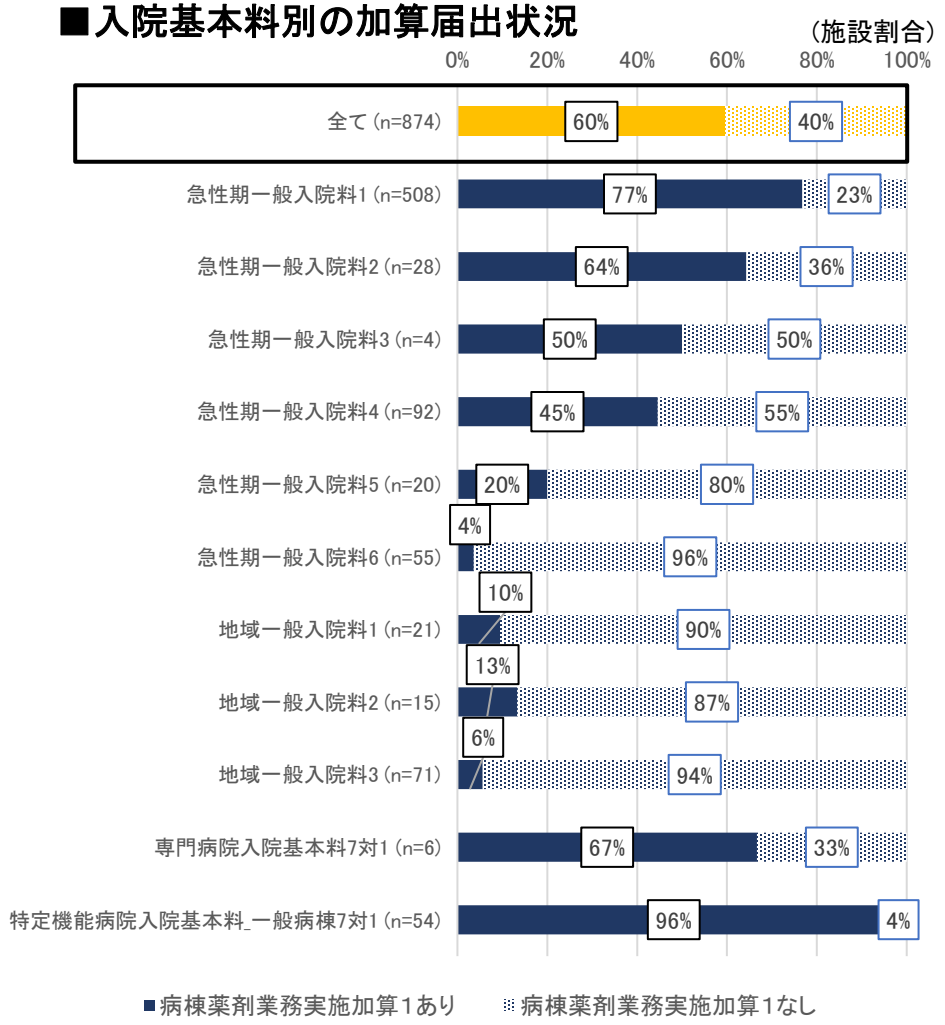


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟看護管理者票）

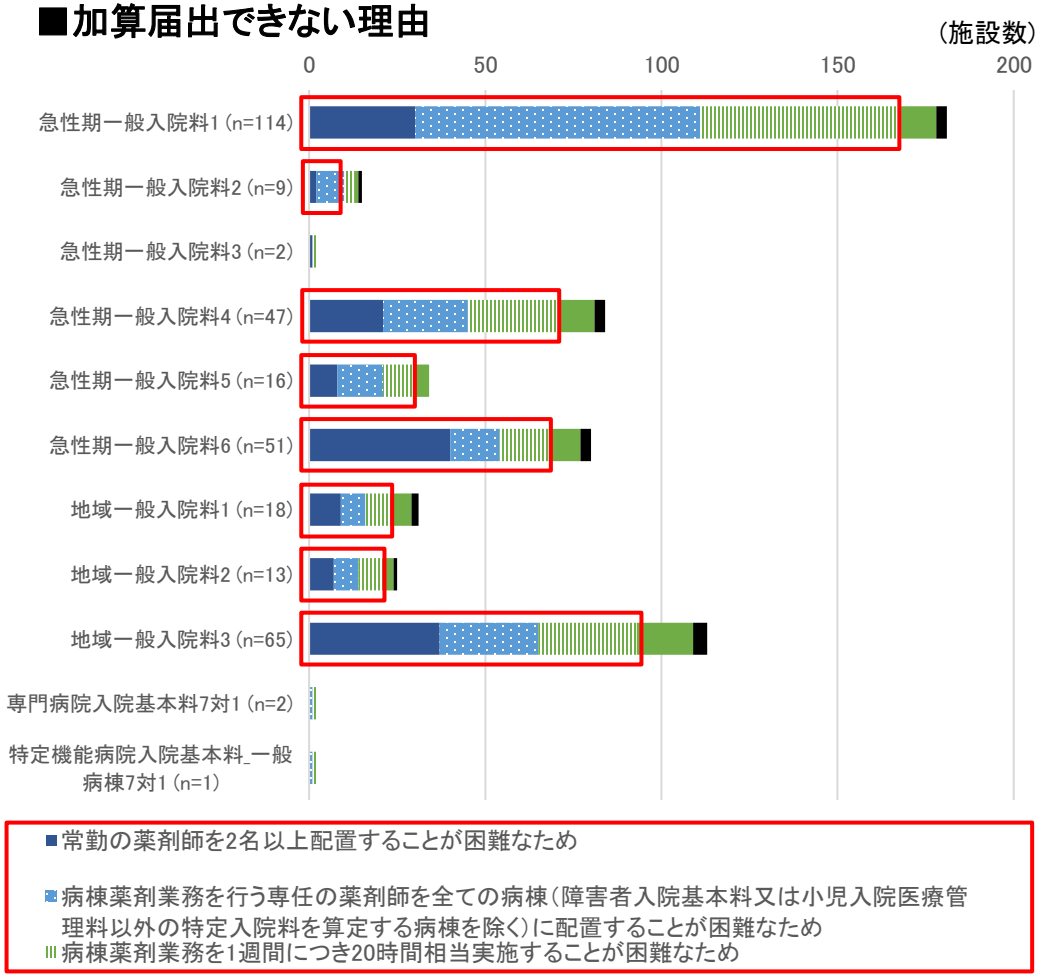
病棟薬剤業務実施加算１の届出状況等

○　病棟業務実施加算１が届出されているのは、全体の約６割であった（874施設中、521施設）。
○　急性期一般入院料の届出施設では、当該入院料が６から１となるにつれて、病棟薬剤業務実施加算の届出割合が増加する傾向が見られた。
○　届出できない理由としては、薬剤師の配置が困難であることの回答が多かった。

■入院基本料別の加算届出状況



■加算届出できない理由



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票（A票））

周術期薬剤管理加算の届出状況等

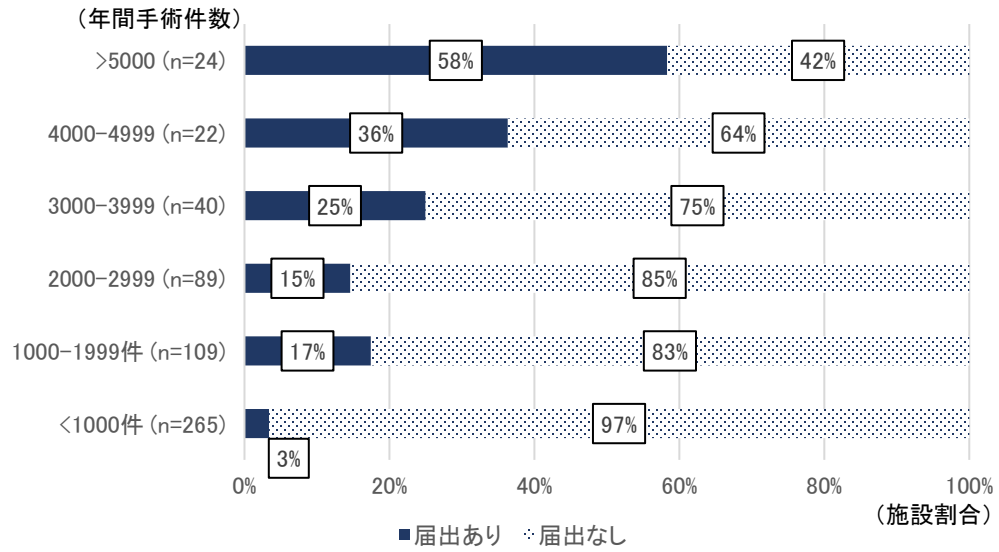
○ 令和4年度改定で新設された周術期薬剤管理加算の届出を行っている施設は、全体の約1割であり（729施設中、76施設）、手術件数が多い施設の届出割合が多かった。
○ 加算を算定できない理由としては、「専任の薬剤師の配置」を満たせないとの回答が多かった。

■周術期薬剤管理加算の届出の有無

（令和4年11月1日時点）（n=729）

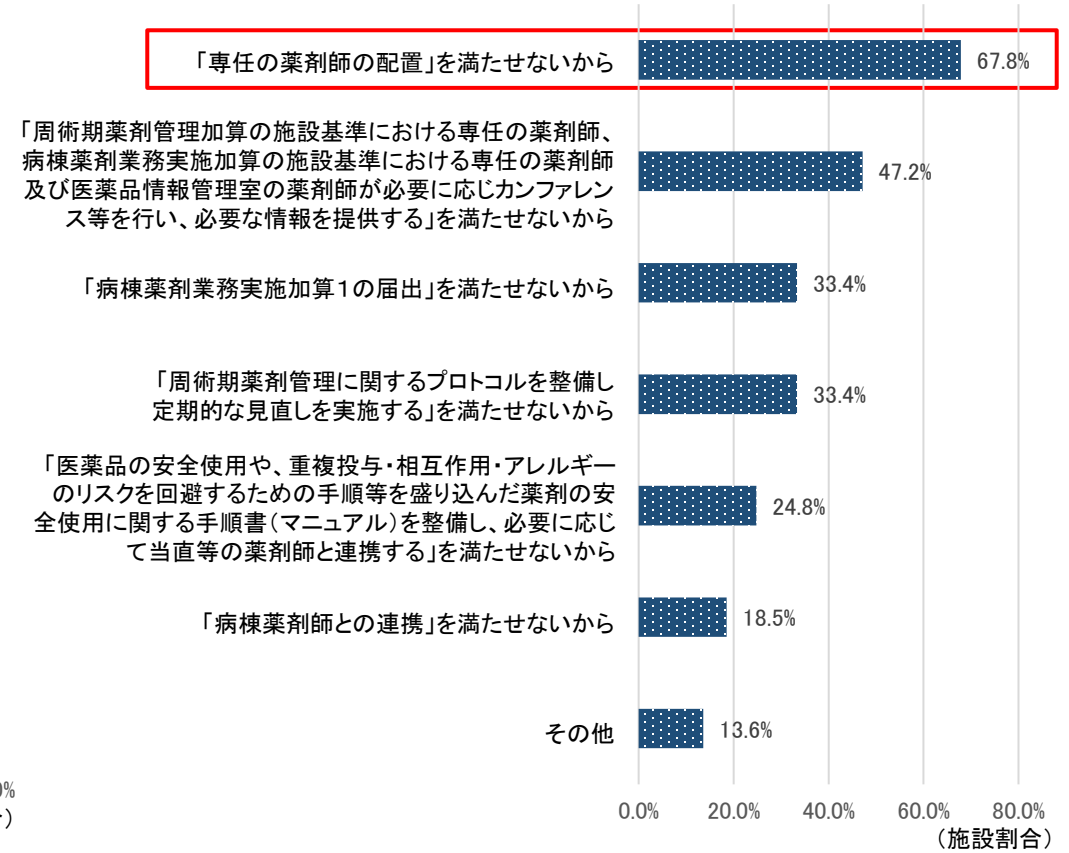
	治療室数	（割合）
届出：有	76	10.4%
届出：無	653	89.6%

■年間手術件数別の届出状況



■周術期薬剤管理加算を届け出ていない理由

（n=653、複数回答）



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票（A票）、薬剤部責任者票）

1. 共通項目

2. 令和4年度各調査項目

（1）一般病棟入院基本料等における「重症度、医療・看護必要度」の施設基準等の見直しの影響について

（2）特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について

（3）地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件等の見直しの影響について

（4）療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について

（5）新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向けた評価等について

（6）医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等について

（7）外来医療に係る評価等について

3. その他の調査結果

令和４年度調査

診調組　入－１
４．１０．１２

（7）外来医療に係る評価等について（その1）

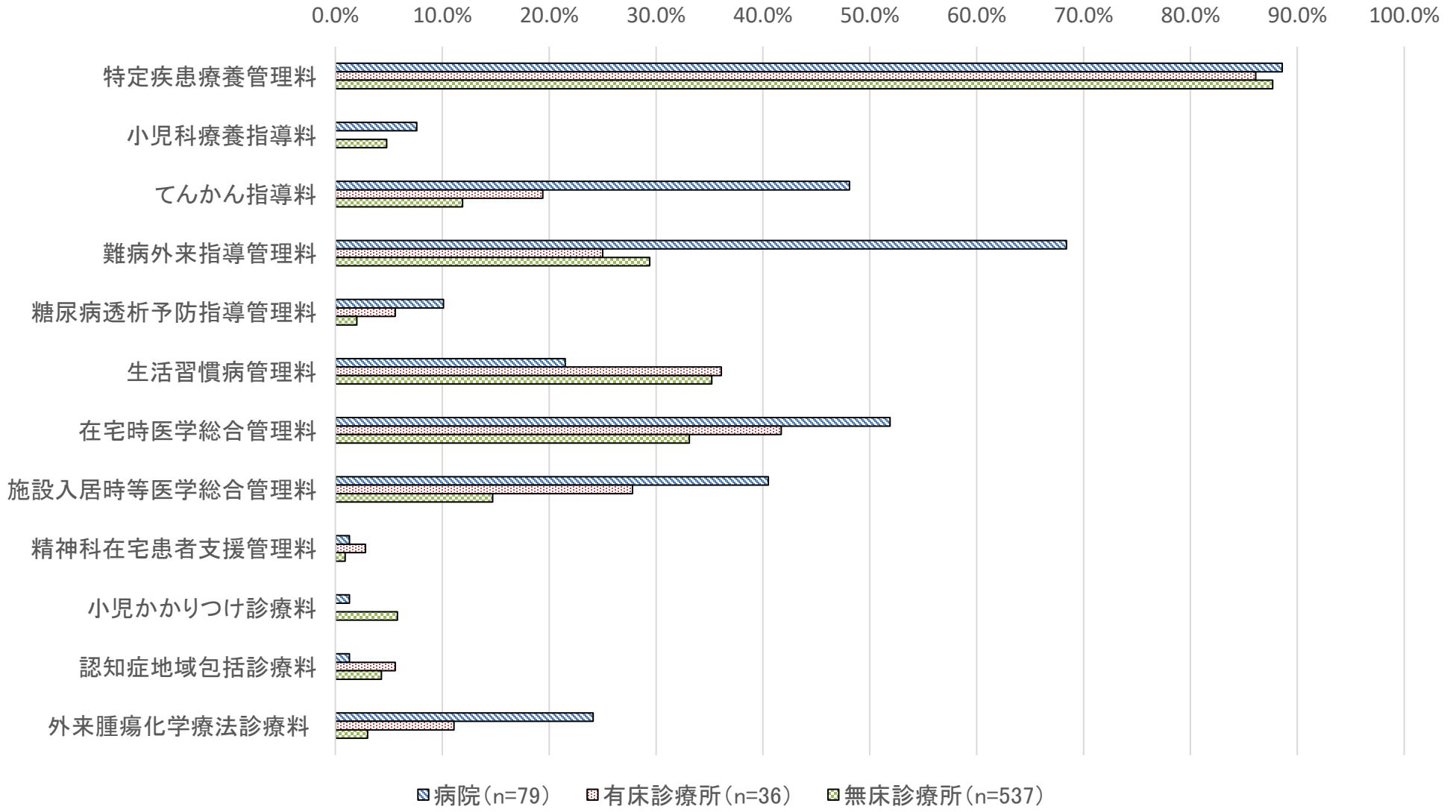
【附帯意見（抜粋）】
7　オンライン診療について、今回改定による影響の調査・検証を行い、運用上の課題が把握された場合は速やかに必要な対応を検討するとともに、診療の有効性等に係るエビデンス、実施状況、医療提供体制への影響等を踏まえ、適切な評価の在り方等について引き続き検討すること。

【関係する改定内容】
① 情報通信機器を用いた診療に係る評価の見直し
② 生活習慣病管理料の見直し、外来腫瘍化学療法診療料の新設

【調査内容案】
調査対象：情報通信機器を用いた診療、生活習慣病管理料、外来腫瘍化学療法診療料等の届出等を行っている医療機関
調査内容：（1）情報通信機器を用いた診療に係る取組状況
（2）生活習慣病管理料、外来腫瘍化学療法診療料の届出状況
等

特掲診療料の届出又は算定状況

○ 対象施設の特掲診療料の届出又は算定状況は以下のとおり。
○ 約9割の医療機関で特定疾患療養管理料を算定していた。

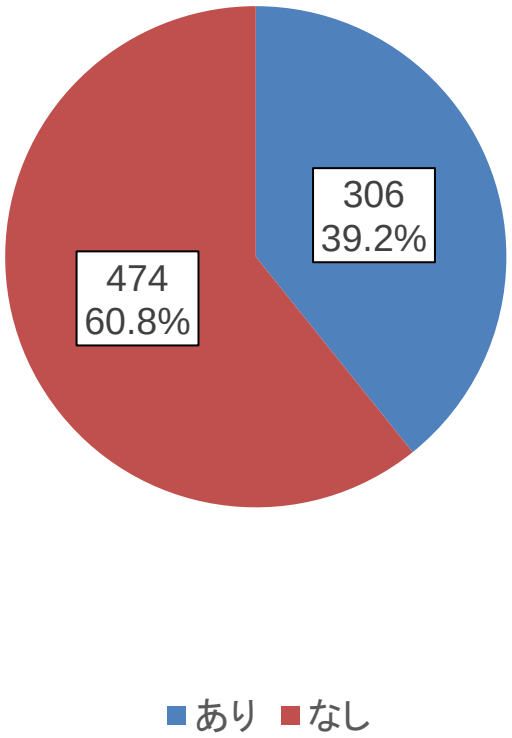


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

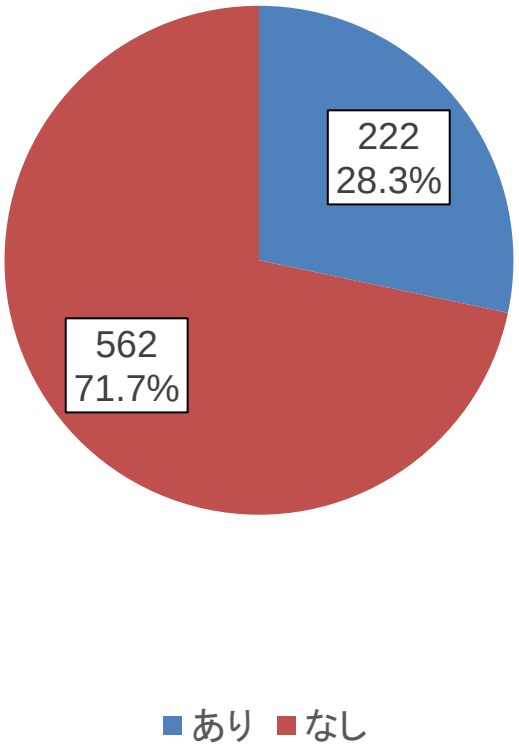
各種研修を修了した医師の有無

○ 各種研修を修了した医師の在籍状況は以下のとおり。
○ 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医療機関は39.2%であった。

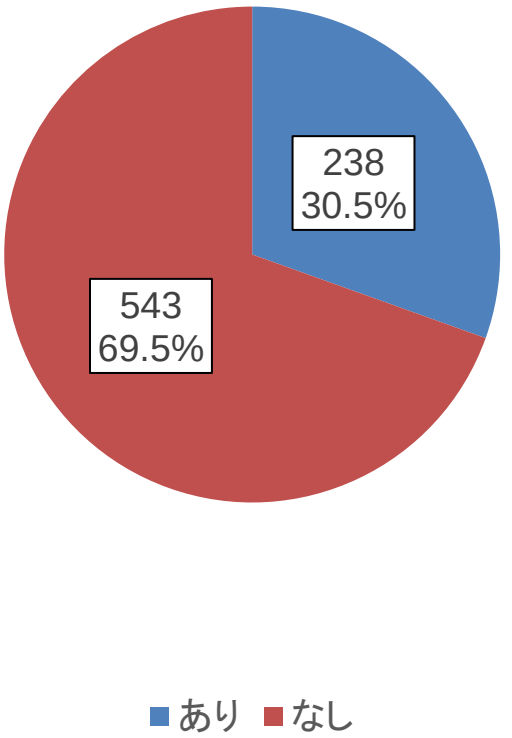
慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師の有無(n=780)



かかりつけ医機能研修を修了した医師の有無(n=784)



認知症に係る研修(※)を修了した医師の有無(n=781)



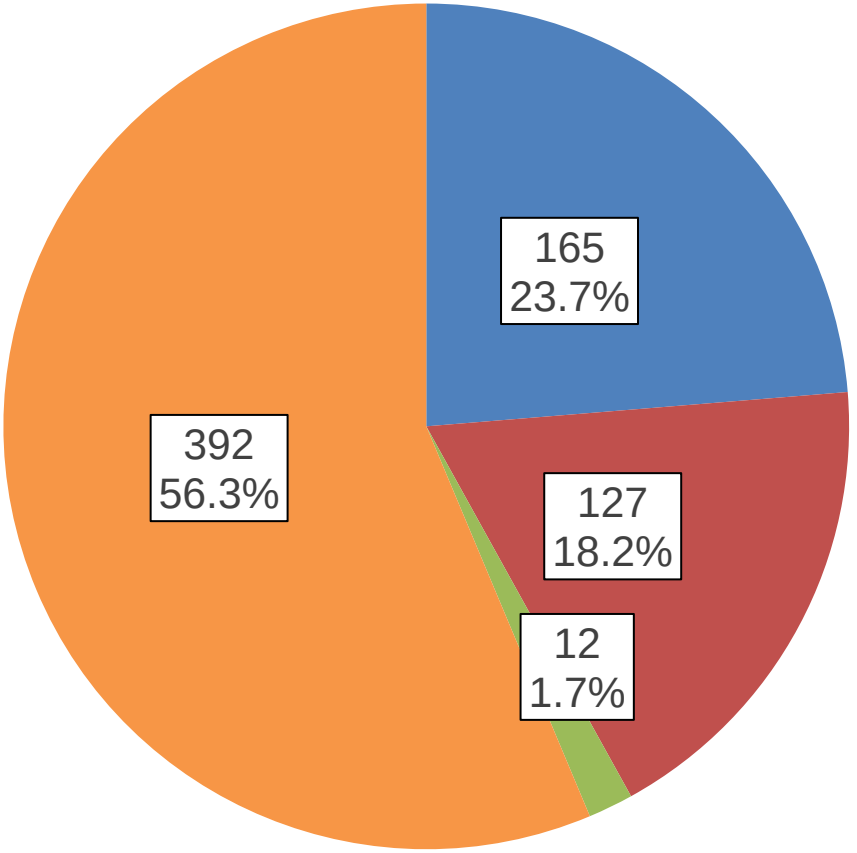
※ 都道府県及び指定都市が認知症地域医療支援事業として実施する研修事業であり、「認知症サポート医養成研修事業」と「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」があります。

出典:令和4年度入院・外来医療等における実態調査(外来施設票)

時間外対応加算の種類

○ 時間外対応加算の届出種類は以下のとおり。
○ 届け出られている時間外対応加算の種類としては、時間外対応加算１が23.7%と多かった。

n=696（診療所のみ）



時間外対応加算の施設基準

（１） 時間外対応加算１の施設基準

当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制にあること。

（２） 時間外対応加算２の施設基準

当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関において対応できる体制にあること。

（３） 時間外対応加算３の施設基準

当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関との連携により対応できる体制が確保されていること。

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

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

○ 地域包括診療診療料・地域包括診療加算の届出状況は以下のとおり。
○ 病院では「地域包括診療料2」の届出施設が2.3%（2件）であった。
○ 診療所では「地域包括診療料1」の届出施設が1.6%（11件）、「地域包括診療料2」の届出施設が1.0%（7件）、「地域包括診療加算1」の届出施設が4.1%（29件）、「地域包括診療加算2」の届出施設が5.5%（39件）であった。

		全体	地域包括診療料・加算				いずれの届出もなし
			地域包括診療料1	地域包括診療料2	地域包括診療加算1	地域包括診療加算2	
病院	施設数	87	0	2	0	0	85
	構成比	100%	0.0%	2.3%	0.0%	0.0%	97.7%
診療所	施設数	705	11	7	29	39	619
	構成比	100%	1.6%	1.0%	4.1%	5.5%	87.8%

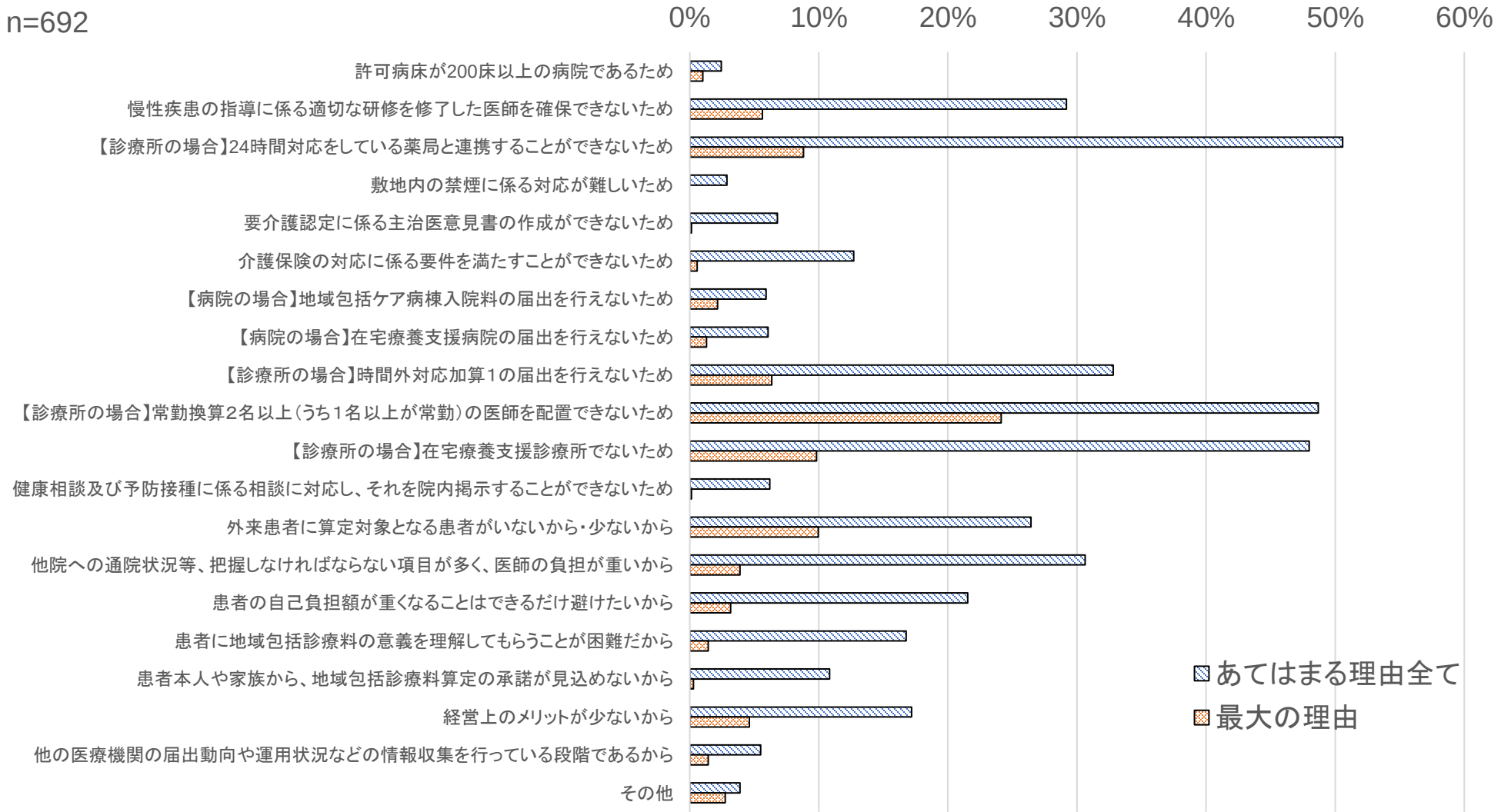
＜参考＞令和３年度調査

		全体	地域包括診療料・加算				いずれの届出もなし	無回答
			地域包括診療料1	地域包括診療料2	地域包括診療加算1	地域包括診療加算2		
病院	施設数	70	1	0	0	0	68	1
	構成比	100%	1.4%	0.0%	0.0%	0.0%	97.1%	1.4%
診療所	施設数	620	14	18	42	63	457	26
	構成比	100%	2.3%	2.9%	6.8%	10.2%	73.7%	4.2%

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

地域包括診療料を届け出ていない理由

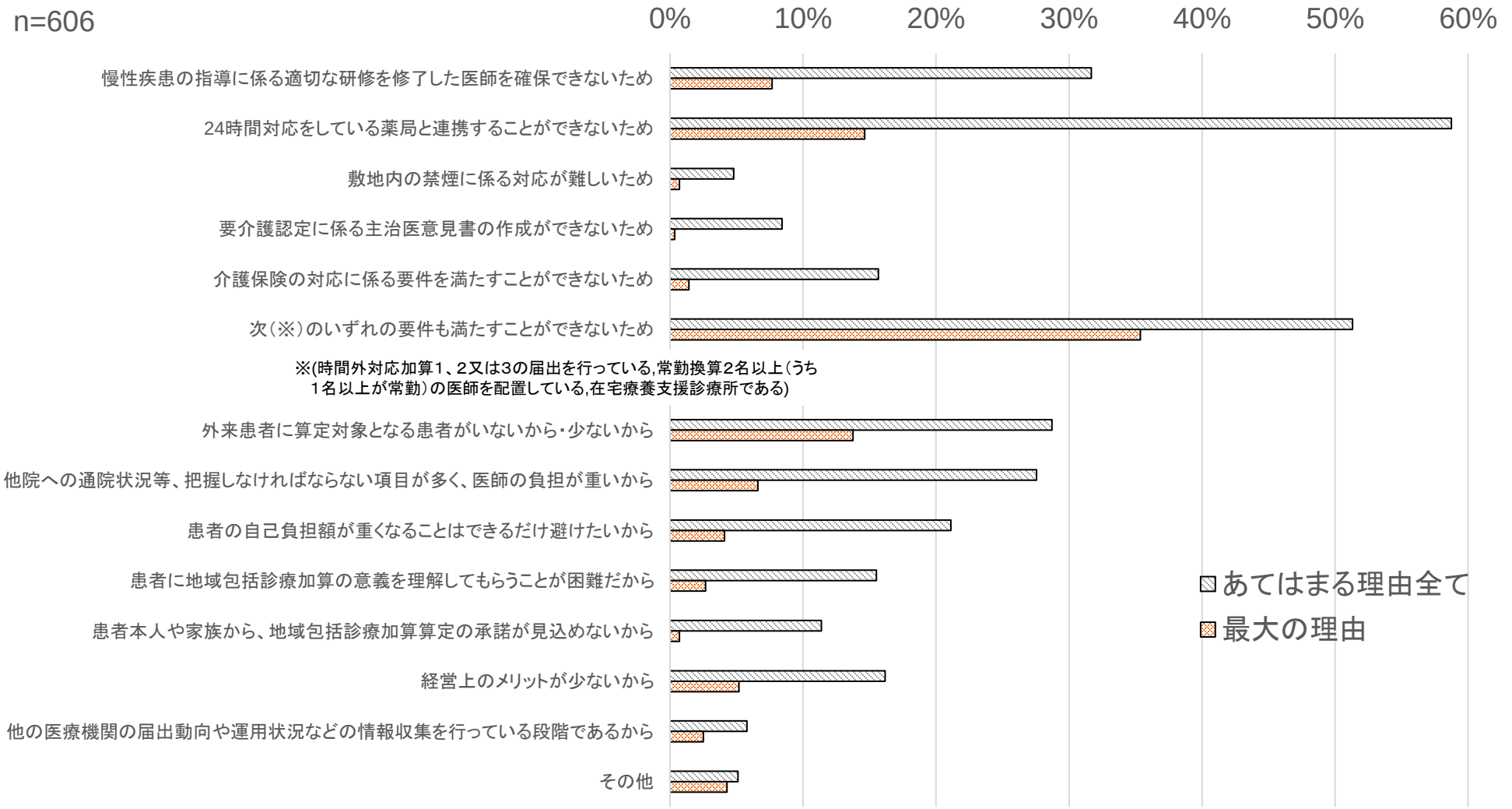
○　地域包括診療料を届け出ていない理由としては、「24時間対応薬局との連携」、「常勤医師の配置」に加え、「在宅療養支援診療所でない」を挙げた施設が多かった。



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

地域包括診療加算を届け出ていない理由

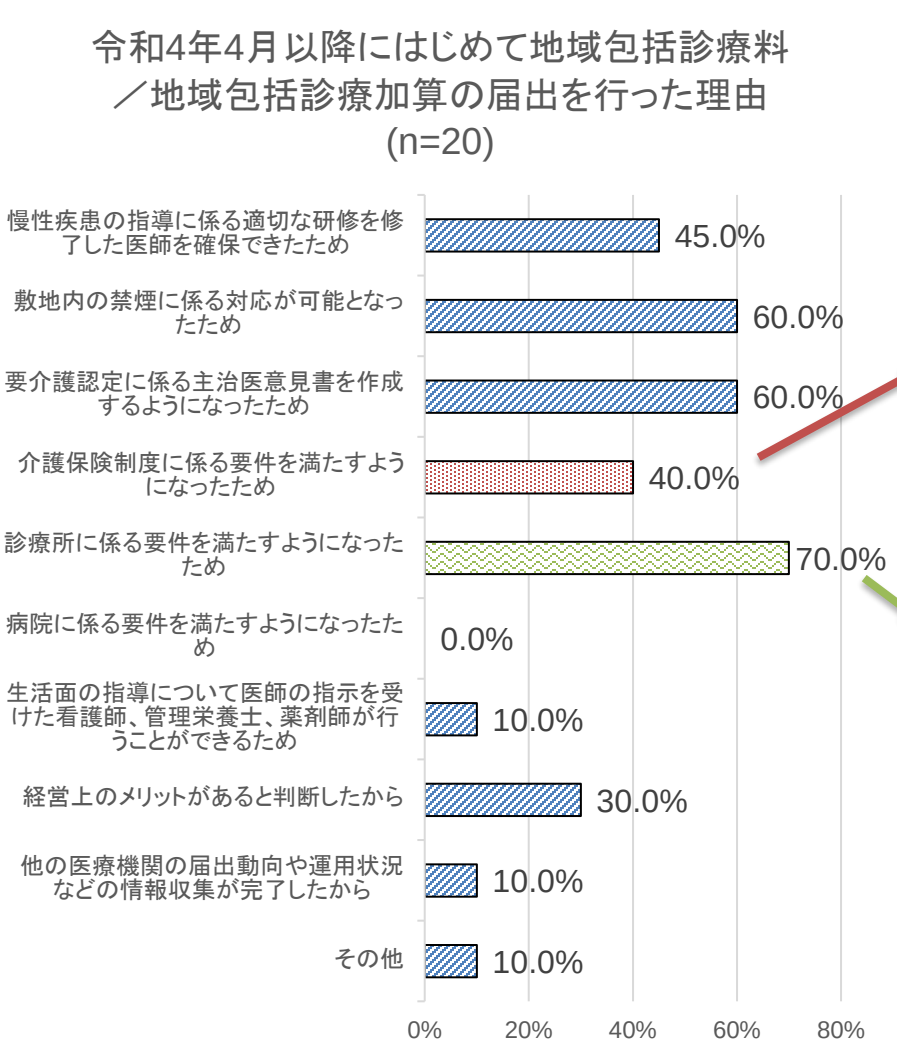
○　地域包括診療加算を届け出ていない理由として、「24時間対応薬局との連携」、「時間外対応加算等の施設基準を満たせない」、「慢性疾患に係る適切な研修終了」を挙げた施設が多かった。

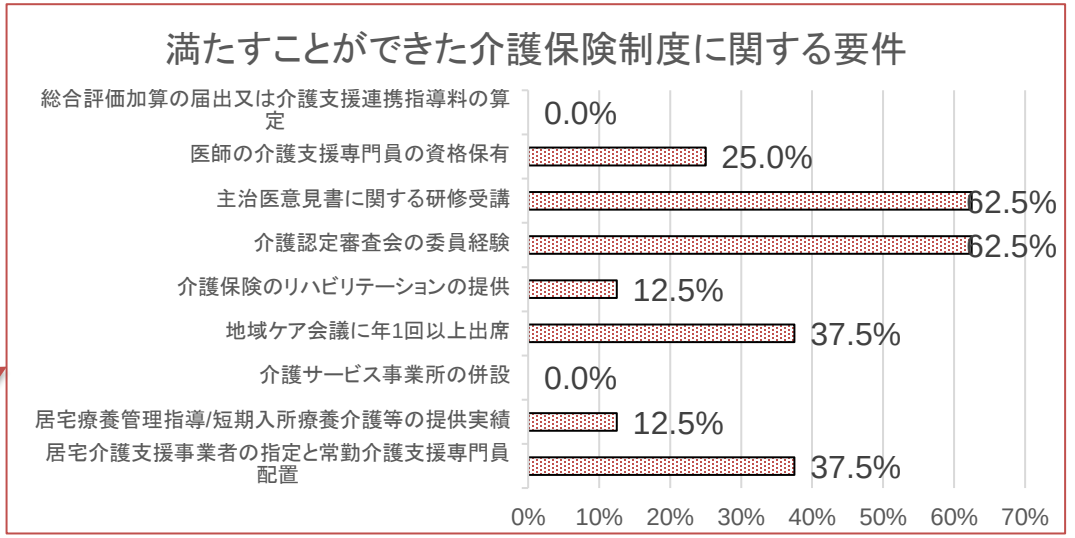


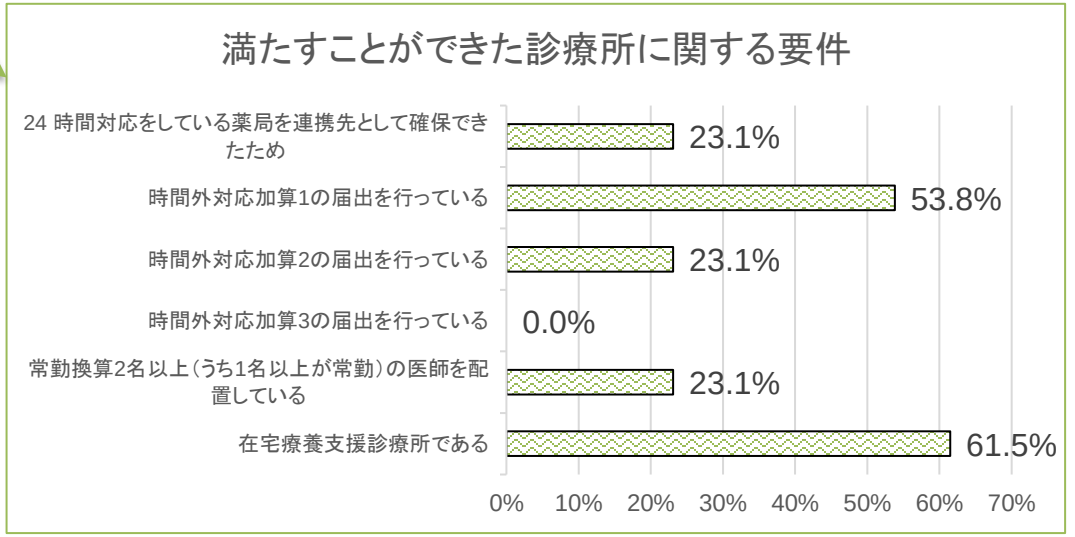
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

地域包括診療料／地域包括診療加算の届出を行った理由

○　令和4年4月以降にはじめて地域包括診療料／地域包括診療加算の届出を行った施設における、届出を行った理由としては「診療所にかかる要件を満たすようになったため」が最多であった。



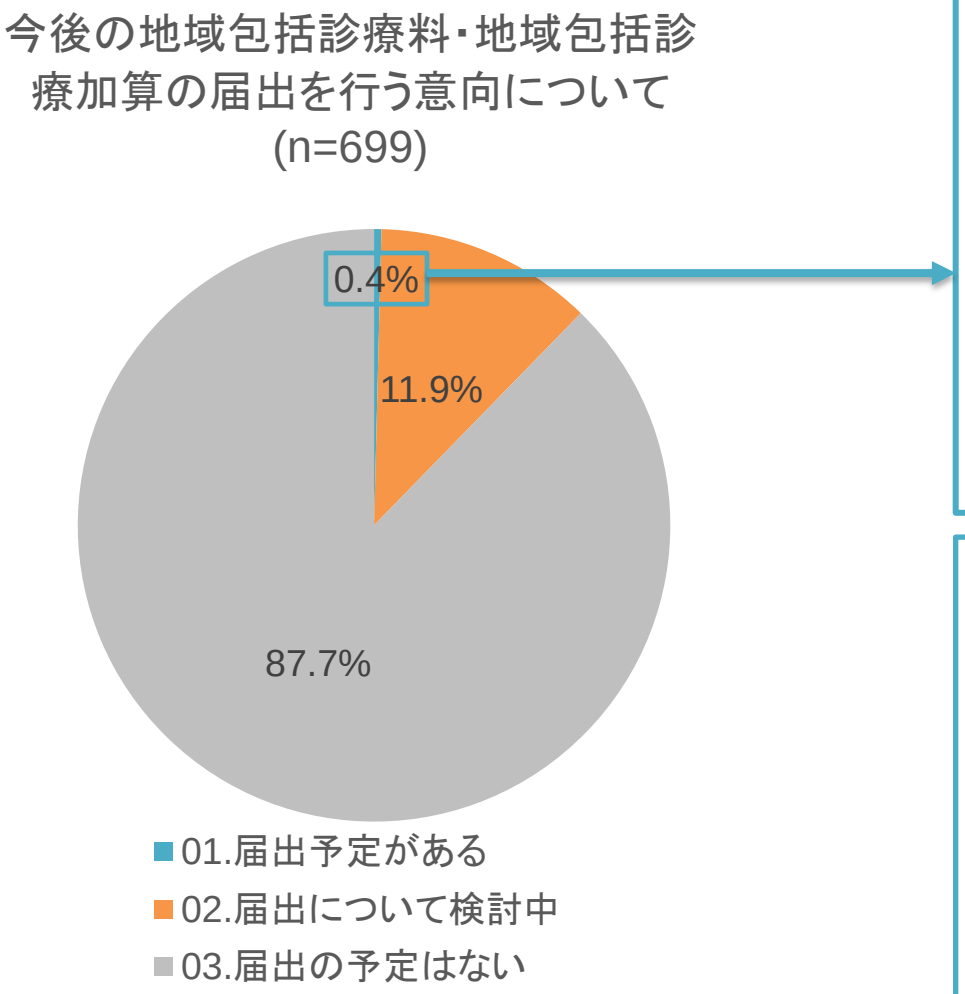


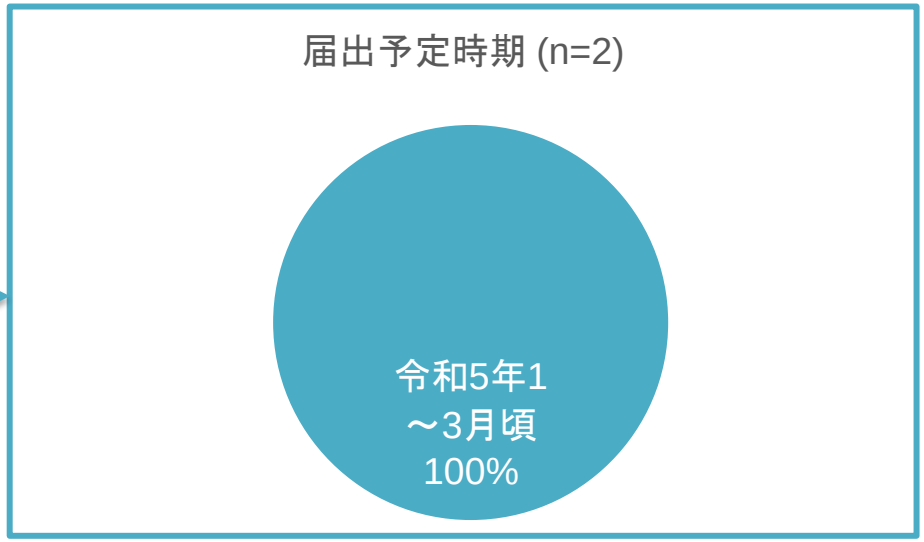


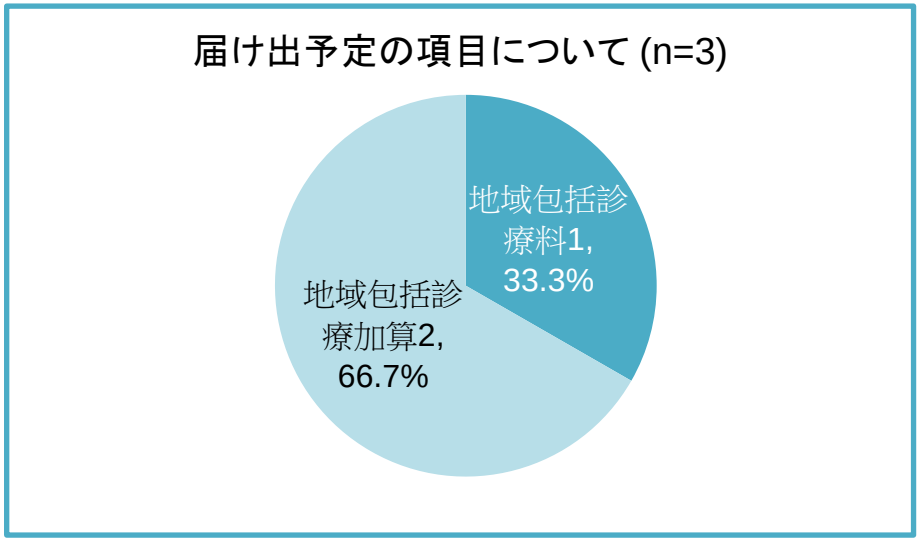
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

地域包括診療料／地域包括診療加算の届出意向

○ 地域包括診療料／地域包括診療加算の未届出施設のうち、届出の予定があるのは0.4%であり、11.9%は検討中、残りの87.7%は届出の予定はないとしていた。







出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

日常的に連携している医療機関等の数

○ 地域包括診療料1・2、地域包括診療加算1・2または認知症地域包括診療料1・2、認知症地域包括診療加算1・2を算定した患者のことで、日常的に連携している医療機関数等の数は以下のとおり。
○ 専門医療提供を目的に連携している医療機関数が3.9施設と最多であった。

	回答数		平均		四分位数 25%Tile		四分位数 中央値		四分位数 75%Tile	
算定患者への専門医療提供を目的に連携している医療機関数	74	件	3.9	施設	1.0	施設	3.0	施設	5.0	施設
算定患者の認知症診断を目的に連携している医療機関数	72	件	1.3	施設	1.0	施設	1.0	施設	2.0	施設
算定患者の処方薬等を把握・調整するために定期的に連絡をとっている医療機関数	63	件	1.0	施設	0.0	施設	1.0	施設	2.0	施設
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	68	件	2.1	施設	1.0	施設	1.0	施設	2.0	施設
算定患者への歯科医療提供を目的に連携している医療機関数	62	件	0.9	施設	0.0	施設	0.0	施設	1.0	施設
算定患者についてカンファレンスの実施や情報共有を行っている居宅介護支援事業所の数	65	件	2.7	事業所	0.0	事業所	2.0	事業所	3.0	事業所

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

地域包括診療料／加算算定施設の疾病別患者数

○　令和4年10月の1か月間における地域包括診療料1・2、地域包括診療加算1・2の届出を行っている施設の疾病別患者数等は以下のとおり。高血圧症を有する患者が平均201.2人と最多であった。

地域包括診療料1・2（認知症含む）、地域包括診療加算1・2（認知症含む）を算定している患者の対象疾病別患者数

	回答数		平均		四分位数 25%Tile		中央値		75%Tile	
高血圧症を有する患者	70	件	201.2	人	31.5	人	129.0	人	290.0	人
糖尿病を有する患者	70	件	133.3	人	12.0	人	58.5	人	123.0	人
脂質異常症を有する患者	70	件	159.4	人	12.3	人	82.0	人	237.8	人
慢性心不全を有する患者	70	件	31.7	人	0.3	人	8.5	人	26.0	人
慢性腎臓病を有する患者	70	件	19.5	人	0.0	人	2.5	人	18.5	人
認知症を有する患者	70	件	26.7	人	1.3	人	9.5	人	30.0	人

継続的かつ全人的に診療を行っている患者の疾患別患者数

	回答数		平均		四分位数 25%Tile		中央値		75%Tile	
がんを有する患者	21	件	46.9	人	2.0	人	8.0	人	54.0	人
脳血管疾患を有する患者	21	件	39.2	人	4.0	人	34.0	人	57.0	人
虚血性心疾患を有する患者	21	件	74.8	人	0.0	人	14.0	人	48.0	人
心不全を有する患者を有する患者	21	件	51.9	人	4.0	人	20.0	人	40.0	人
COPD（慢性閉塞性肺疾患）を有する患者	21	件	16.9	人	0.0	人	5.0	人	17.0	人
高尿酸血症を有する患者	21	件	63.5	人	28.0	人	60.0	人	84.0	人
その他	21	件	48.9	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

生活習慣病を主病とする患者の状況

○　生活習慣病を主病とする患者の概数および特定疾患療養管理料算定患者の概数（令和4年10月の受診患者数）は以下のとおり。

令和４年10月の受診患者数

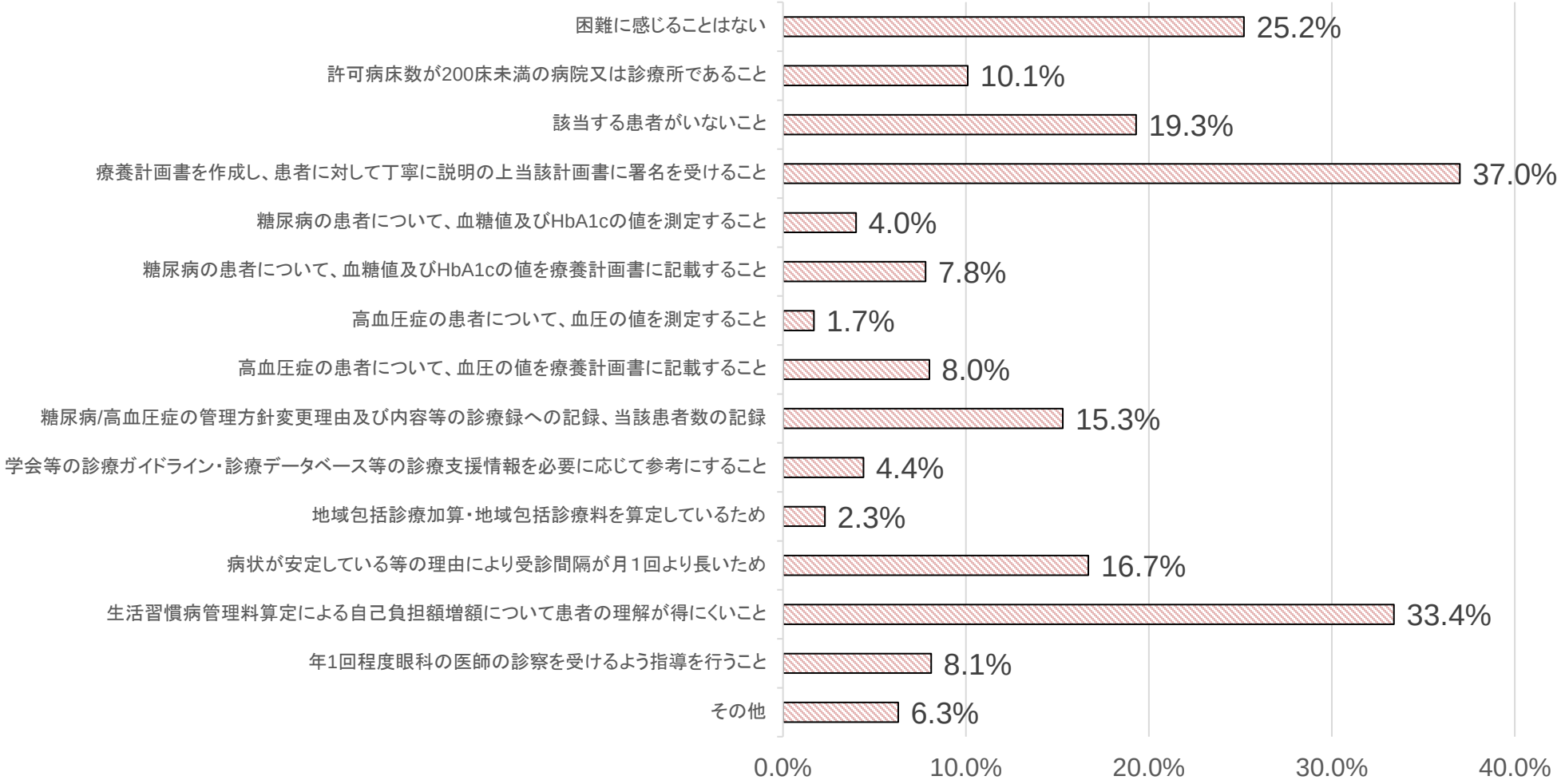
	回答数		平均		四分位数 25%Tile		中央値		75%Tile	
① 脂質異常症、高血圧又は糖尿病を主病とする患者の概ねの人数（在宅医療の患者は含めず、生活習慣病管理料の算定の有無を問わない）	690	件	316.0	人	0.0	人	121.0	人	438.3	人
②特定疾患療養管理料を算定した患者の概ねの人数	690	件	288.6	人	0.0	人	129.0	人	450.0	人

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

生活習慣病管理料の算定について困難を感じること

○　生活習慣病管理料の算定について困難を感じることとして、「療養計画書を作成し、説明の上計画書に署名を受けること」、「自己負担額について患者の理解が得にくいこと」が多かった。

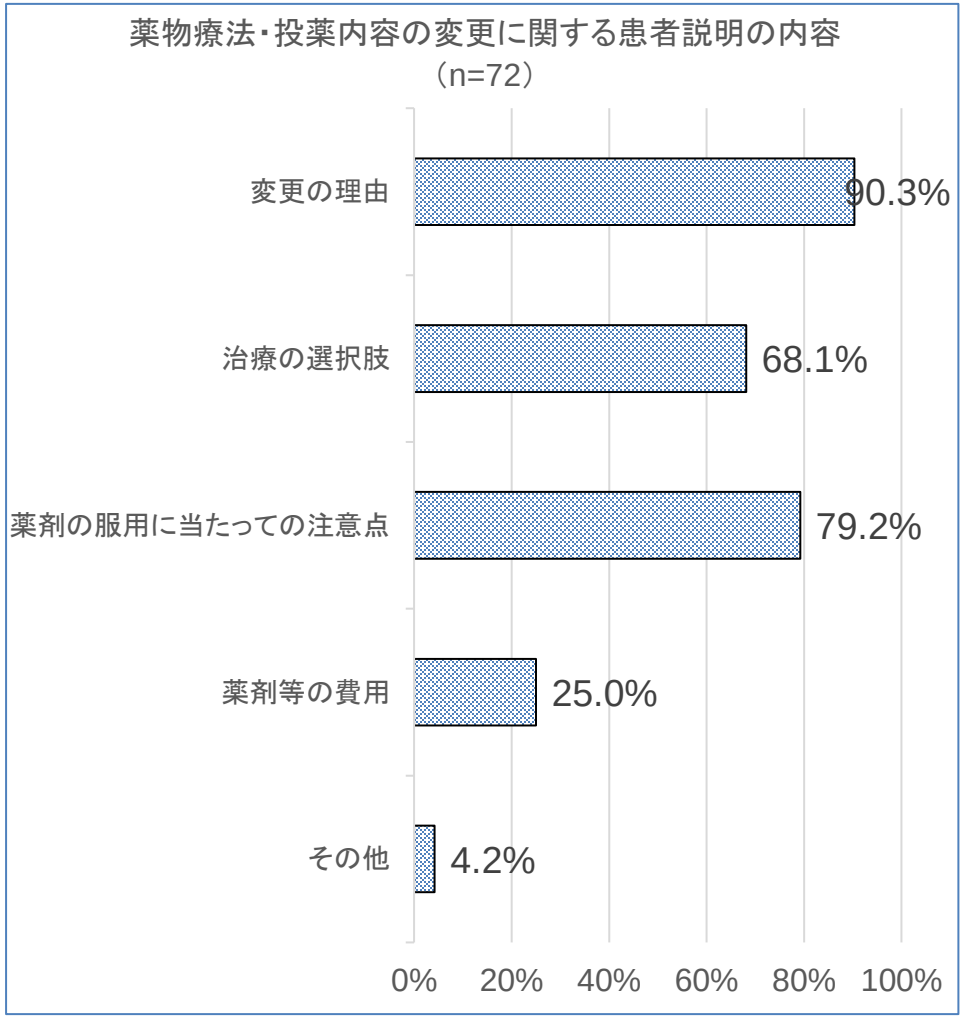
n=652

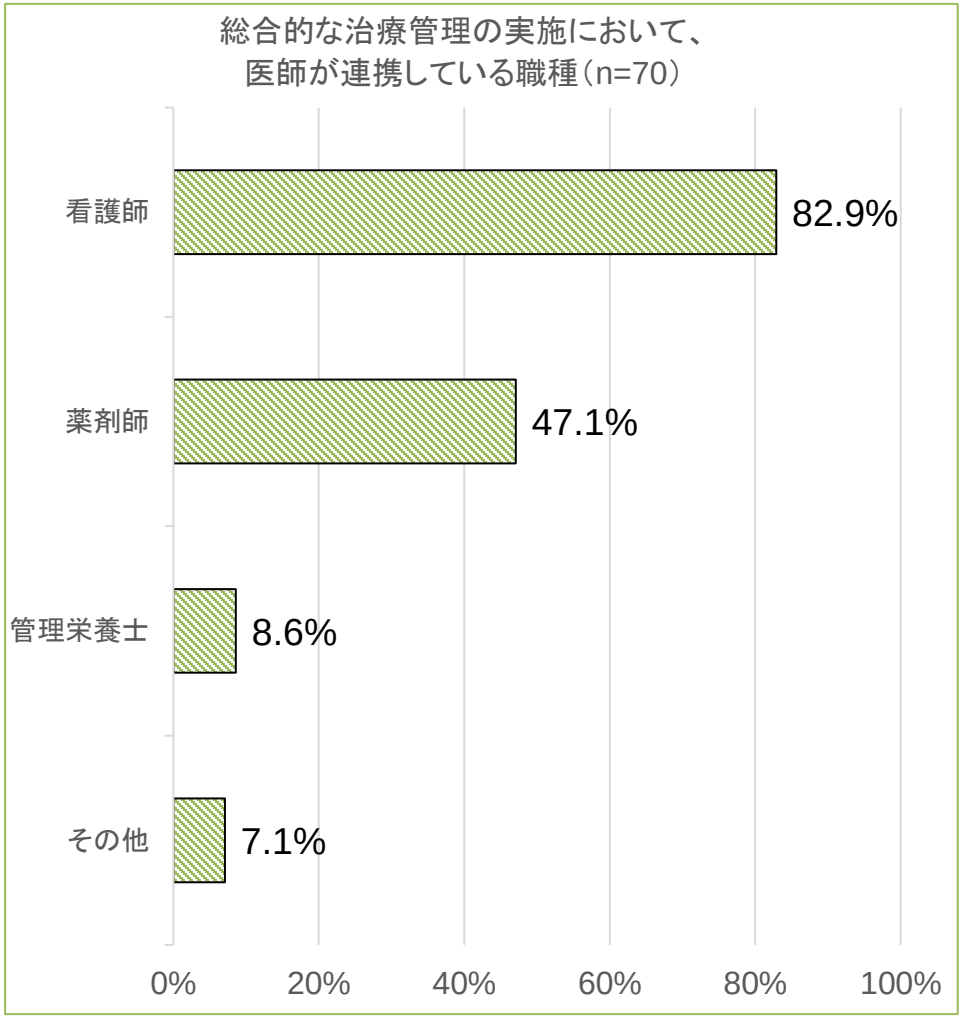


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

薬物療法・投薬内容の変更に関する患者説明・職種間連携の状況

○ 令和4年10月1ヶ月間に糖尿病または高血圧症の患者で管理方針を変更した患者がいた施設において、薬物療法・投薬内容の変更に関する患者説明の内容、職種間連携の状況について、内容としては「変更の理由」「薬剤の服用に当たっての注意点」が多く、連携している職種としては看護師が最多であった。

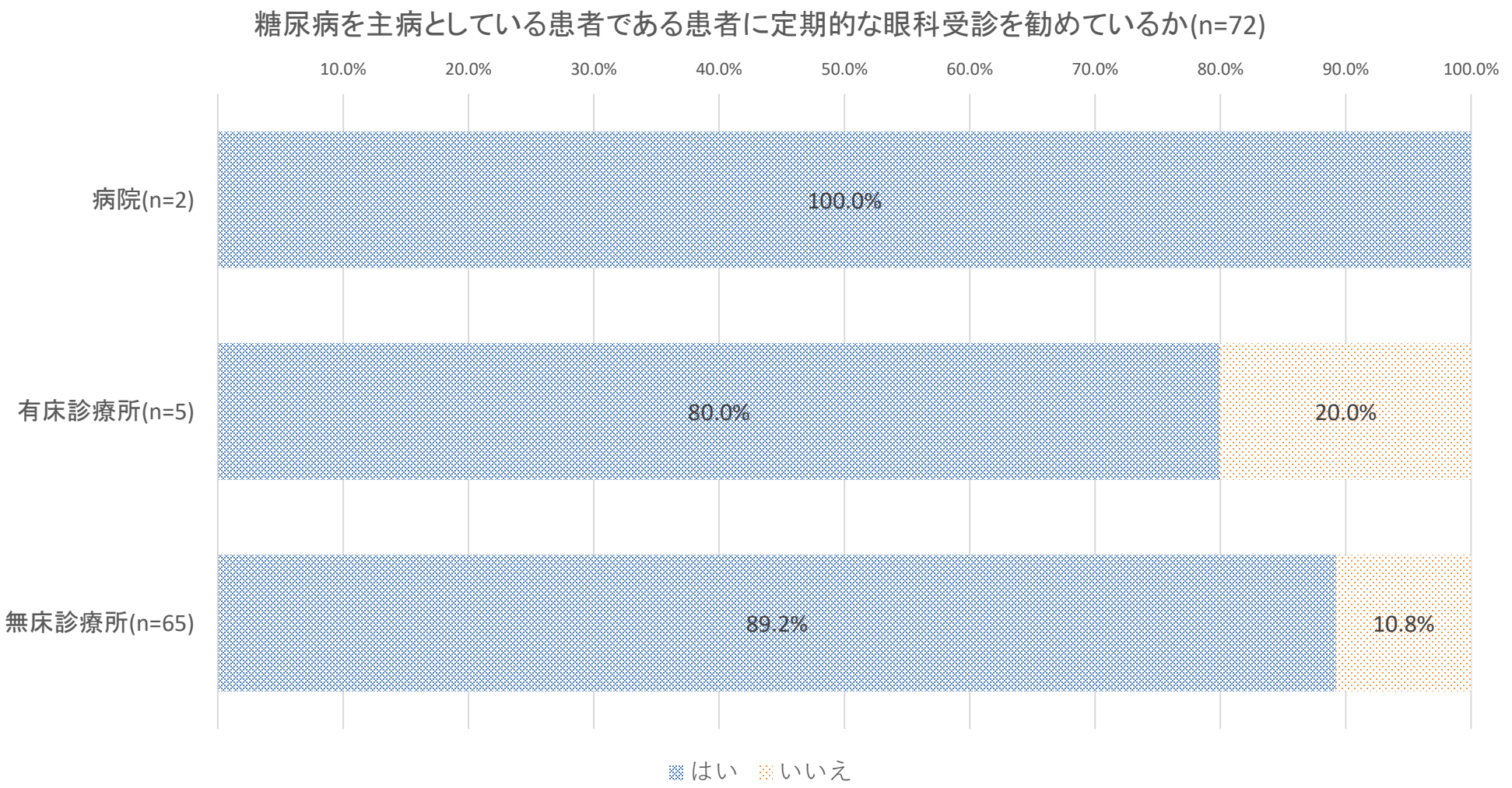




出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

糖尿病患者への眼科受診勧奨

○　多くの施設で、糖尿病を主病とする患者に定期的な眼科受診を勧めていた。



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し①

- 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介患者・逆紹介患者の受診割合が低い特定機能病院等を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料・外来診療料について、
  - 対象病院に、一般病床の数が200床以上の紹介受診重点医療機関を追加する。
  - 「紹介率」・「逆紹介率」について、以下のとおり、実態に即した算出方法、項目の定義及び基準を見直す。

【改定後】　初診料の注２、３　214点（情報通信機器を用いた初診については186点）　外来診療料の注２、３　55点

	特定機能病院	地域医療支援病院（一般病床200床未満を除く）	**紹介受診重点医療機関（一般病床200床未満を除く）**	許可病床400床以上（一般病床200床未満を除く）
減算規定の基準	**紹介割合**50%未満　**又は** **逆紹介割合30‰未満**			**紹介割合**40%未満　**又は** **逆紹介割合20‰未満**
紹介割合（%）	（紹介患者数＋救急患者数）／初診患者数 × 100			
逆紹介割合（‰）	**逆紹介患者数／(初診＋再診患者数) × 1,000**			
初診患者の数	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。以下を**除く**。 • 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者			
再診患者の数	**患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者以外の患者の数。以下を除く。** **• 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者、B005-11遠隔連携診療料又はB011連携強化診療情報提供料を算定している患者**			
紹介患者の数	他の病院又は診療所から紹介状により紹介された者の数（初診に限る）。 **• 情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。**			
逆紹介患者の数	紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者の数。 **• B005-11遠隔連携診療料又はB011連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む。** **• 情報通信機器を用いた診療のみ行い、他院に紹介した患者を除く。**			
救急搬送者の数	地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された初診の患者の数。			

病院区分別の紹介・逆紹介割合

○ 初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定について、いずれの病院区分でも、90%を超える医療機関が基準を超えていた。

○ 特定機能病院においては逆紹介割合の基準を超えていない施設が7.9%であった。地域医療支援病院では紹介割合の基準は2.0%、逆紹介割合の基準は1.3%が超えていなかった。許可病床400床以上病院では紹介割合の基準は2.3%、逆紹介割合の基準は1.2%の施設が超えていなかった。

病院区分別基準値の充足状況

特定機能病院(n=51)

		紹介割合			
		50%以上		50%未満	
逆紹介割合	30‰以上	47施設	92.2%	0施設	0.0%
	30‰未満	3施設	5.9%	1施設	2.0%

地域医療支援病院(n=296)

		紹介割合			
		50%以上		50%未満	
逆紹介割合	30‰以上	287施設	97.0%	5施設	1.7%
	30‰未満	3施設	1.0%	1施設	0.3%

許可病床400床以上(n=264)

		紹介割合			
		40%以上		40%未満	
逆紹介割合	20‰以上	256施設	97.0%	5施設	1.9%
	20‰未満	2施設	0.8%	1施設	0.4%

初診料及び外来診療料の減算対象

紹介割合・逆紹介割合の分布

紹介割合(%)

	特定機能病院 (n=51)	地域医療支援病院 (n=296)	許可病床400床以上病院 (n=264)
第3四分位点	90.4	92.1	92.9
中央値	85.3	82.8	84.0
第1四分位点	77.2	70.9	72.2
平均値	81.8	83.4	82.4

逆紹介割合(‰)

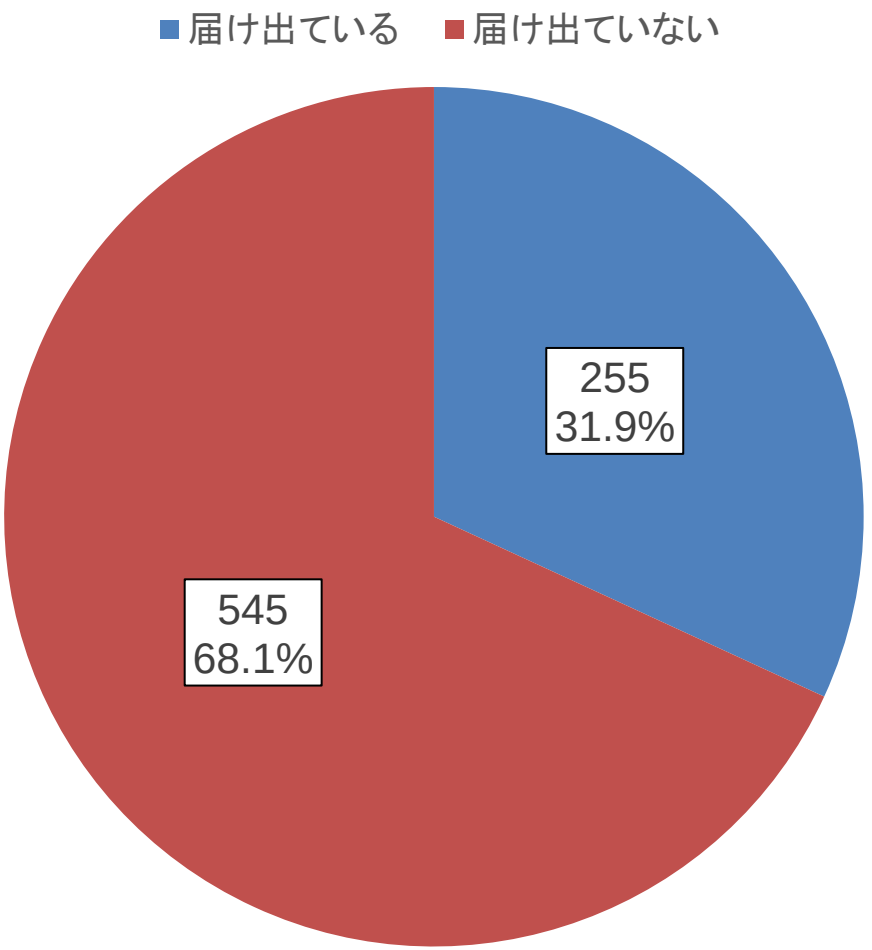
	特定機能病院 (n=51)	地域医療支援病院 (n=296)	許可病床400床以上病院 (n=264)
第3四分位点	46.3	93.0	82.4
中央値	39.7	71.6	59.3
第1四分位点	33.1	54.1	43.6
平均値	42.4	82.9	70.7

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（入院施設票（A票））

情報通信機器を用いた初診料等の施設基準の届出状況

○ 情報通信機器を用いた初診料等の施設基準を届け出ていたのは、回答施設の31.9%であった。

n=800



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

情報通信機器を用いた診療の実施状況①

○ 令和4年10月の情報通信機器を用いた診療の実施状況は以下のとおり。大半の施設では実施実績がなかったものの、初診料では6施設（全体の2.4%）、再診料・外来診療料では23施設（全体の9.3%）で15回を超える算定実績があった。

令和4年10月1ヶ月間の実績	回答数		平均	
① 情報通信機器を用いた場合の初診料の算定回数	246	件	1.8	回
② 情報通信機器を用いた場合の再診料、外来診療料の算定回数	246	件	7.2	回

	25%Tile		中央値		75%Tile	
①	0.0	回	0.0	回	0.0	回
②	0.0	回	0.0	回	3.0	回

① 回数毎の分布

	0回	1～2回	3～4回	5～6回	7～8回	9～10回	11～12回	13～14回	15回以上
施設数	200	25	4	7	2	1	0	1	6
構成比	81.3%	10.2%	1.6%	2.8%	0.8%	0.4%	0.0%	0.4%	2.4%

② 回数毎の分布

	0回	1～2回	3～4回	5～6回	7～8回	9～10回	11～12回	13～14回	15回以上
施設数	150	31	19	8	5	6	2	2	23
構成比	61.0%	12.6%	7.7%	3.3%	2.0%	2.4%	0.8%	0.8%	9.3%

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

情報通信機器を用いた診療の実施状況②

○ 令和4年10月における情報通信機器を用いた診療は平均9.5人に対し提供されていた。
○ 情報通信機器を用いた医学管理料としては、特定疾患療養管理料が平均5.7人と最多であった。

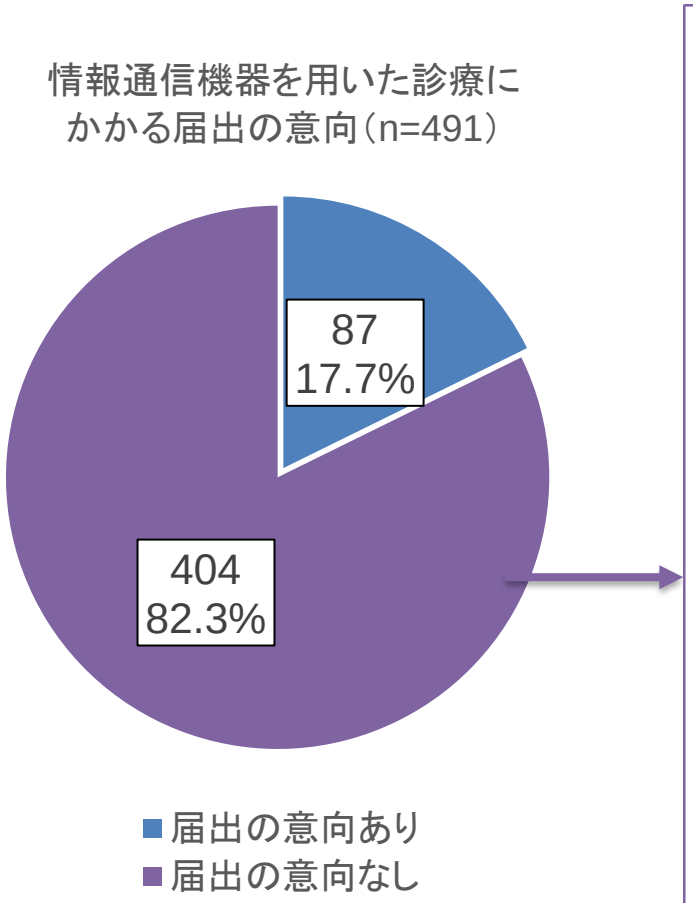
令和4年10月1ヶ月間の実績	回答数		平均		25%Tile		中央値		75%Tile	
① 情報通信機器を用いた診療	151	件	9.5	人	0.0	人	0.0	人	2.0	人
② 情報通信機器を用いた診療実施時に算定している管理料ごとの患者数										
01 特定疾患療養管理料	148	件	5.7	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
02 小児科療養指導料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
03 てんかん指導料	133	件	0.2	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
04 難病外来指導管理料	135	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
05 糖尿病透析予防指導管理料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
06 在宅自己注射指導管理料	133	件	0.4	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
07 在宅時医学総合管理料	133	件	0.4	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
08 精神科在宅患者支援管理料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
09 ウイルス疾患指導料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
10 皮膚科特定疾患指導管理料	135	件	0.3	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
11 小児悪性腫瘍患者指導管理料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
12 がん性疼痛緩和指導管理料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
13 がん患者指導管理料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
14 外来緩和ケア管理料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
15 移植後患者指導管理料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
16 腎代替療法指導管理料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
17 乳幼児育児栄養指導料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
18 療養・就労両立支援指導料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
19 がん治療連携計画策定料2	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
20 外来がん患者在宅連携指導料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
21 肝炎インターフェロン治療計画料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
22 薬剤総合評価調整管理料	133	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人
23 外来栄養食事指導料	132	件	0.0	人	0.0	人	0.0	人	0.0	人

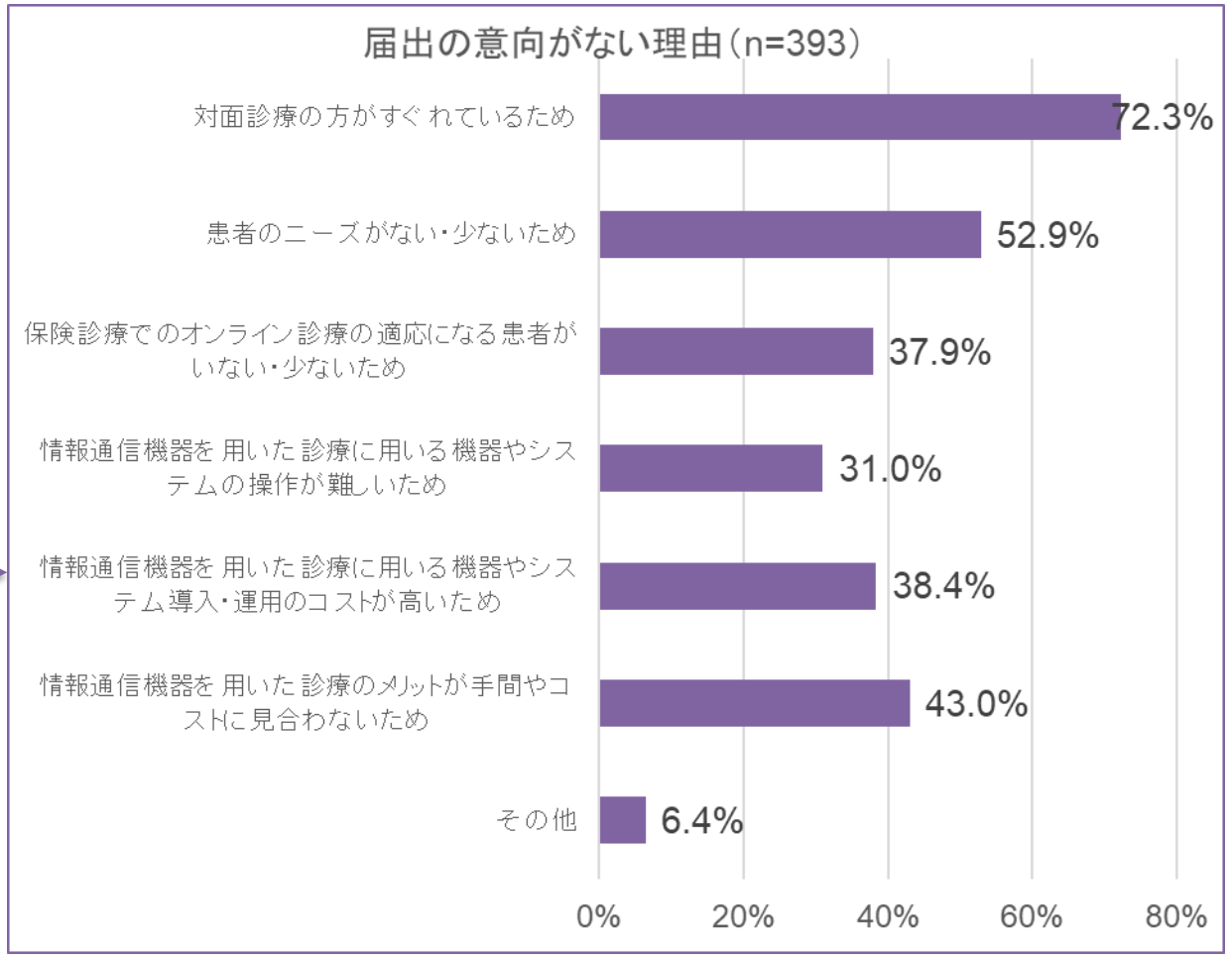
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

情報通信機器を用いた診療の届出の意向

○ 情報通信機器を用いた診療の届出を行っていない医療機関に対して、今後、オンライン診療料の届出を行う意向について、届出の意向なしと回答した医療機関の割合が82.3%であった。

○ これらの医療機関に対して、情報通信機器を用いた診療の届出を行う意向がない理由としては、「対面診療の方がすぐれているため」との回答が284施設（72.3%）、「患者のニーズがない・少ないため」が208施設（52.9%）、「オンライン診療のメリットが手間やコストに見合わないため」が169施設（43.0%）であった。

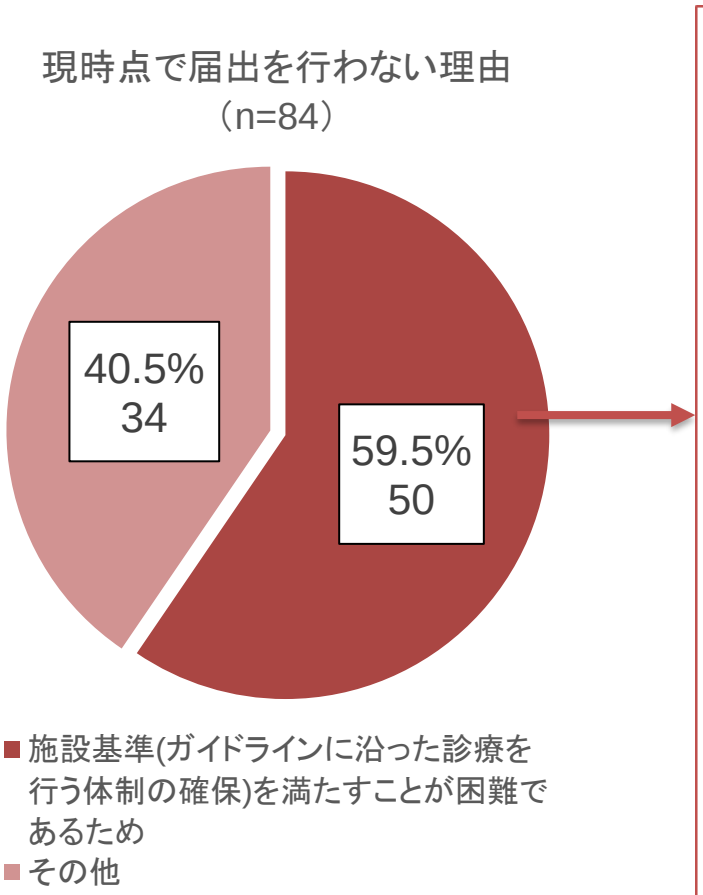


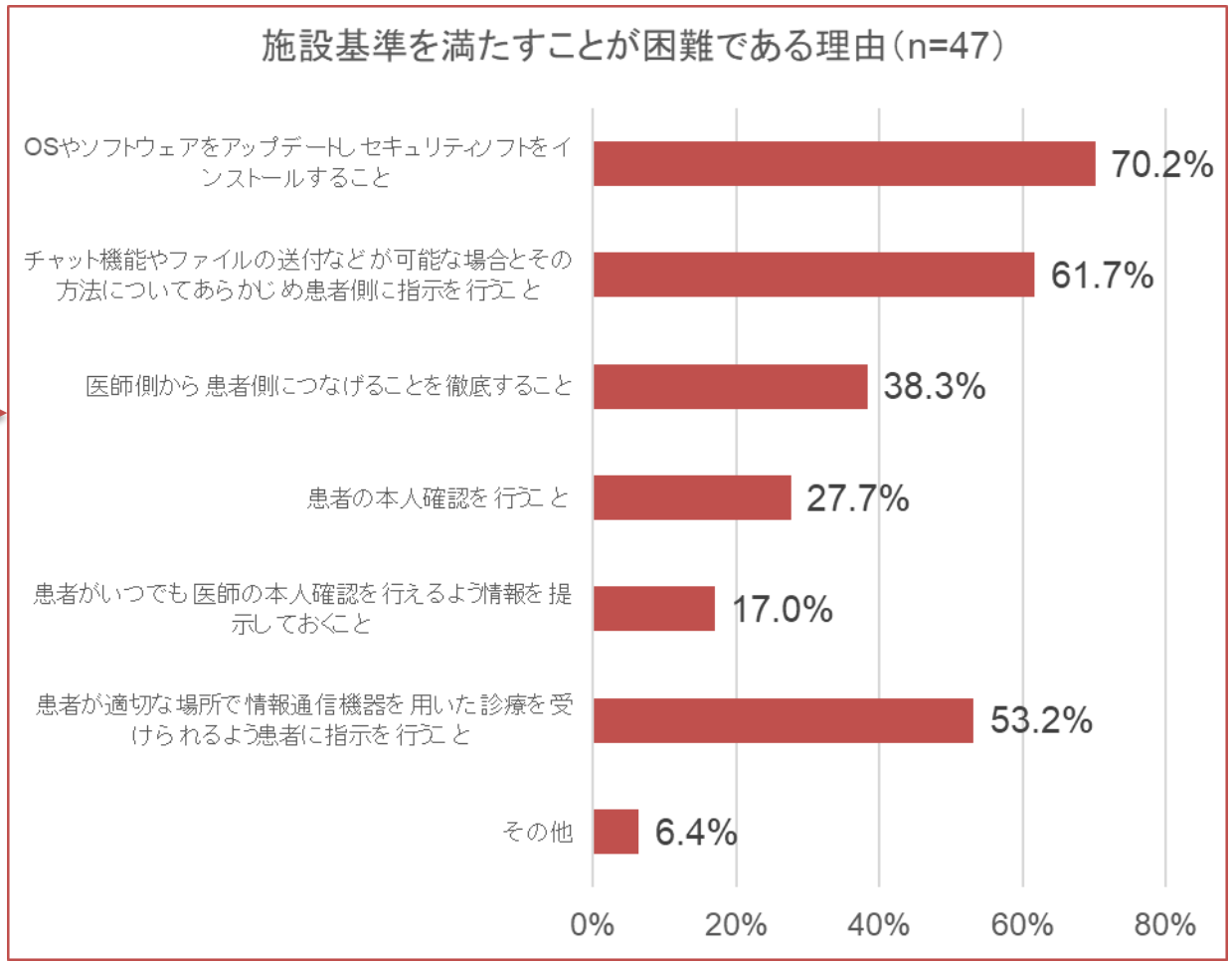


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

情報通信機器を用いた診療の届出を行わない理由

○ 情報通信機器を用いた診療の届出の意向があるが、回答時点において届出を行わない理由として、「施設基準を満たすことが困難であるため」と回答した施設が約60%であった。
○ 施設基準を満たすことが困難な理由として、ソフトウェアの問題が70.2%、患者へのチャット機能・ファイル送付方法に関する指示の問題が61.7%、患者への受診場所の指示の問題が53.2%であった。



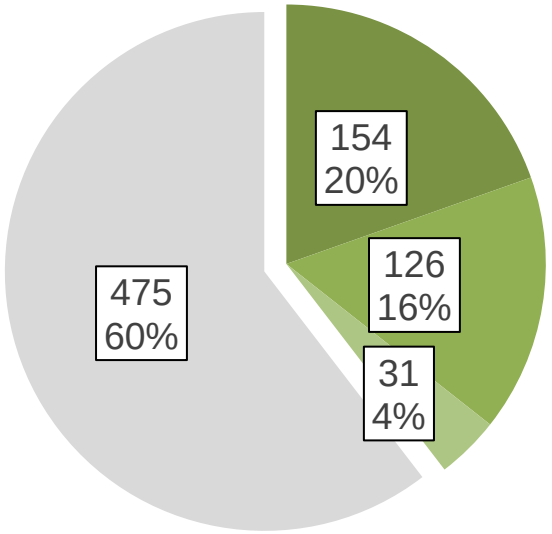


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

オンライン診療に使用しているシステム等について（医療機関調査）

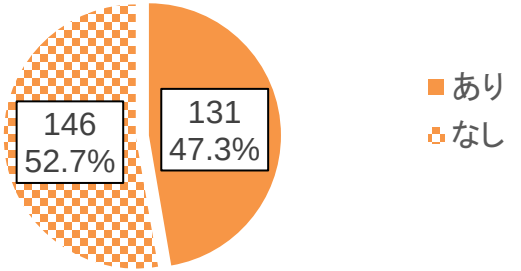
○ オンライン診療で、オンライン診療に特化したシステムを用いている医療機関は154施設（20.3%）、オンライン診療や医療系コミュニケーションに特化しないシステムを用いている医療機関は126施設（16.6%）であった。
○ システムの利用に係る患者からの費用徴収をしている医療機関は36.6%であり、徴収額の中央値は500円であった。

利用しているシステムの概要（n=758）

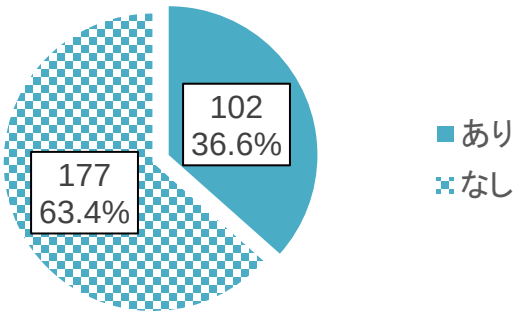


■オンライン診療に特化したシステム
■オンライン診療や医療系のコミュニケーションに特化しないシステム（SNSアプリ等を用いたビデオ通話）
■その他
■非該当（情報通信機器を用いた診療を行っていない場合）

システム利用に係るシステム提供者への費用の支払い
（n=277）



システム利用に係る患者からの費用徴収の有無
（n=279）

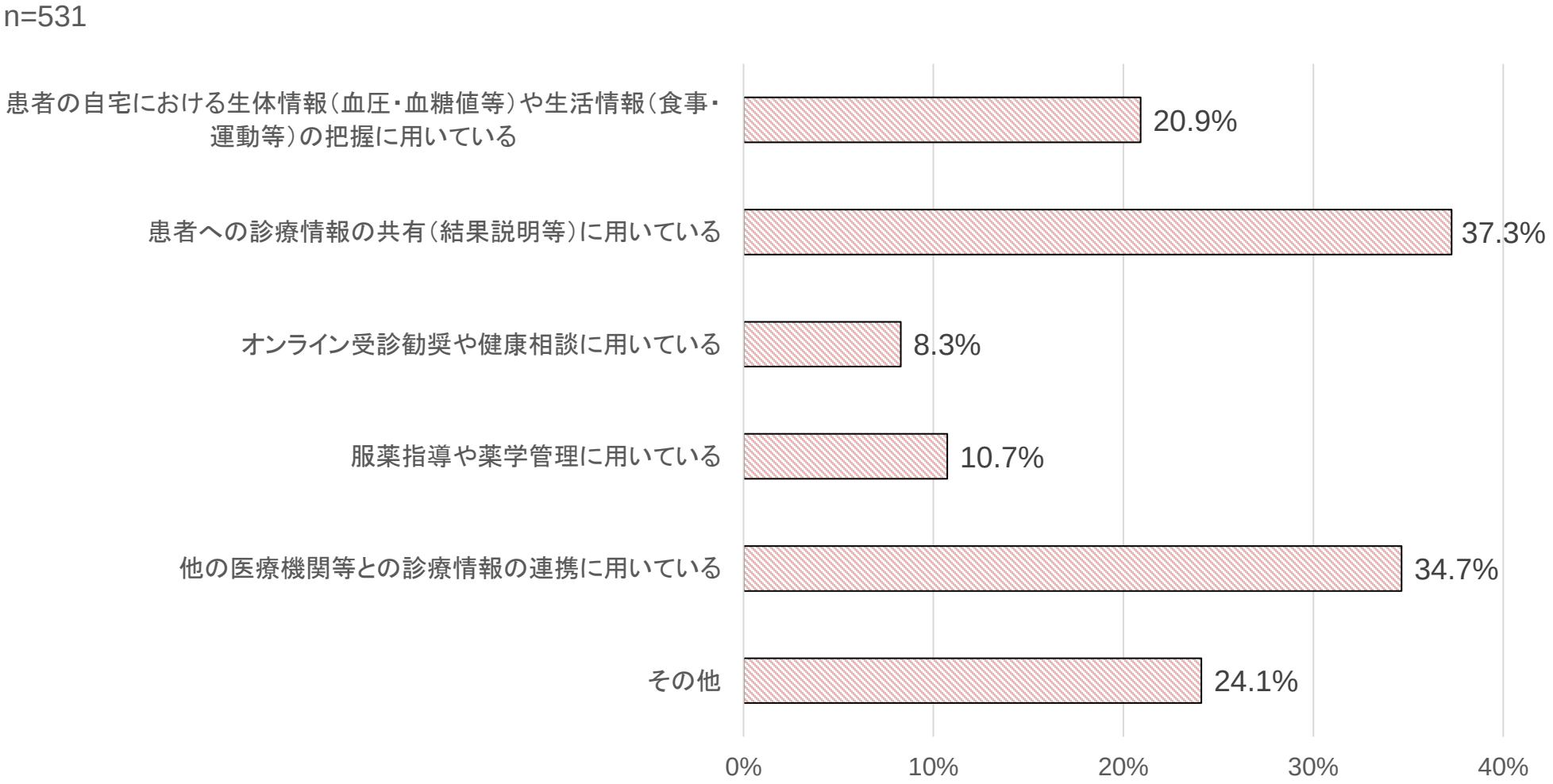


回答数		平均		四分位数 25%Tile		中央値		75%Tile	
24	件	773.3	円／月	275.0	円／月	500.0	円／月	910.0	円／月

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

オンライン診療以外のICT活用方法

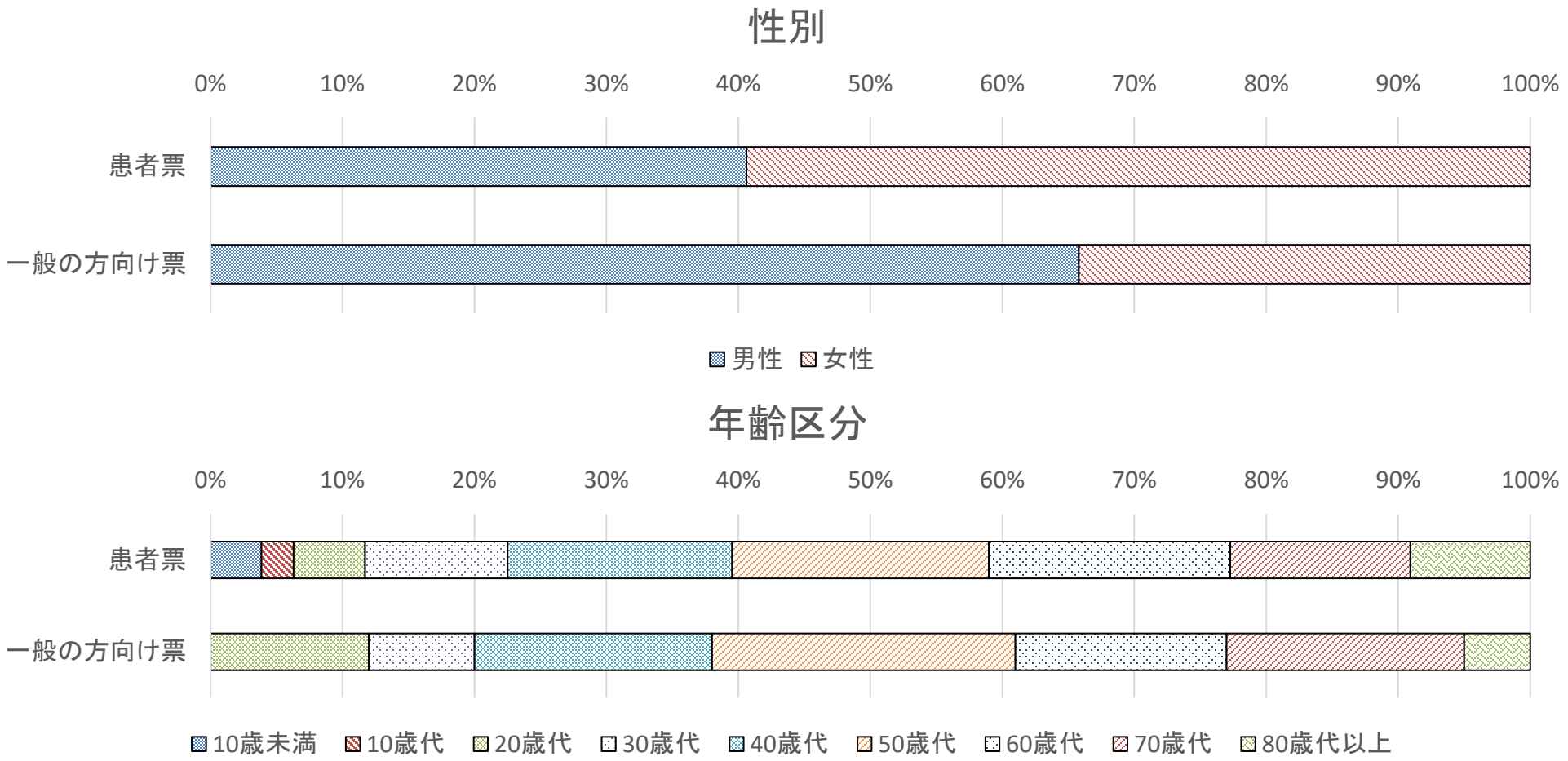
○ 情報通信機器・電話を用いた診療以外で、自施設の患者に対するICTの活用方法について、「患者への診療情報の共有」は37.3%、「他の医療機関との診療情報の連携に用いている」は34.7%であった。20.9%の施設が「患者の自宅における生体情報・生活情報把握」にICTを活用していた。



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

患者票と一般の方向け票の患者特性

○ オンライン診療等に関する意識調査（患者票、一般の方向け票）に回答した患者特性は以下のとおり。
○ 患者票は一般方向け票より男性の割合が低かった。患者票は10歳未満・10歳代を含むが、それ以外の年齢区分については大きな差は認めなかった。

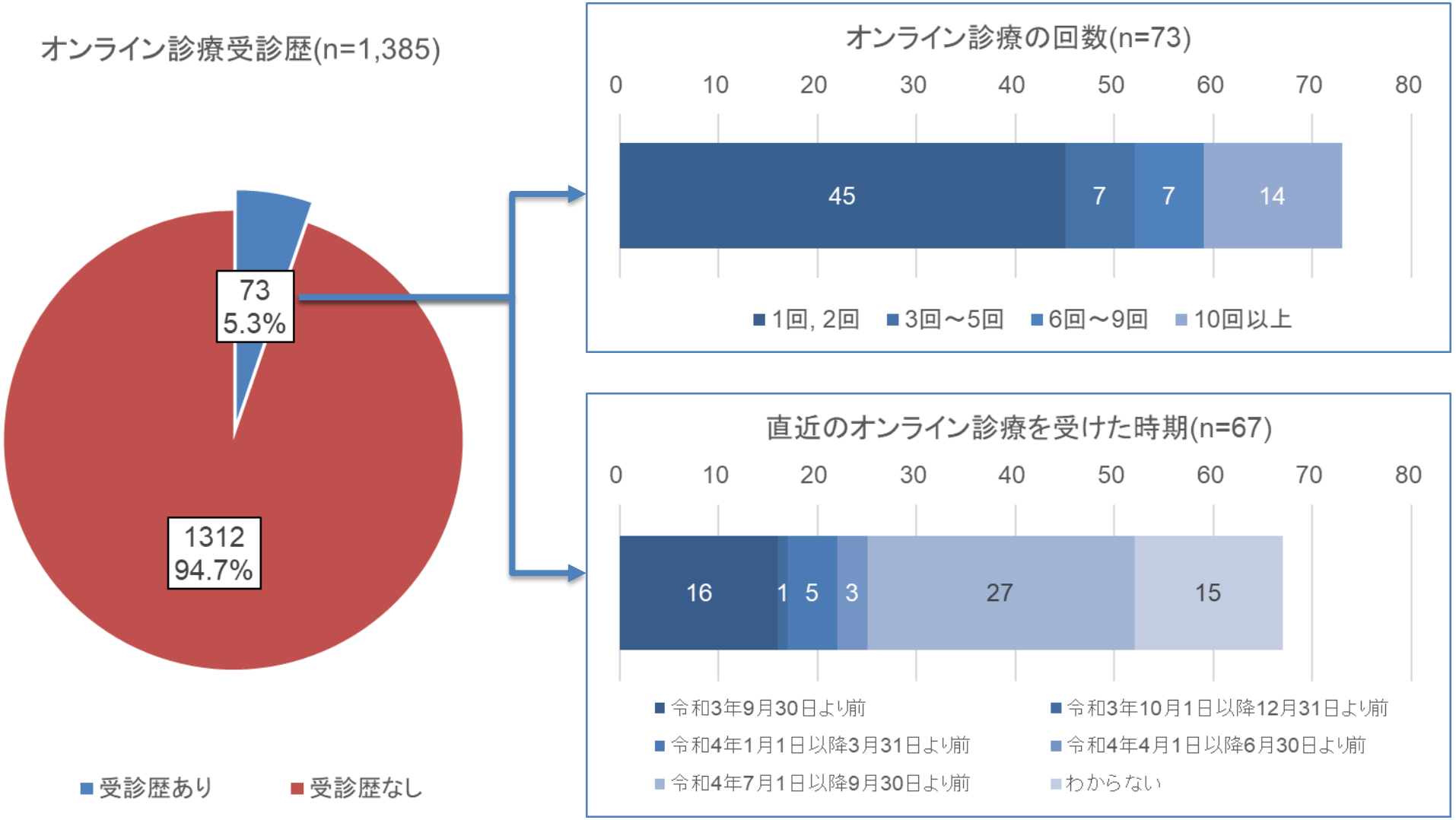


※ 患者票は外来受診患者を対象とし、一般の方向け票はインターネットによる調査となっている。

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来患者票、一般の方向け票）

オンライン診療の状況（患者調査）

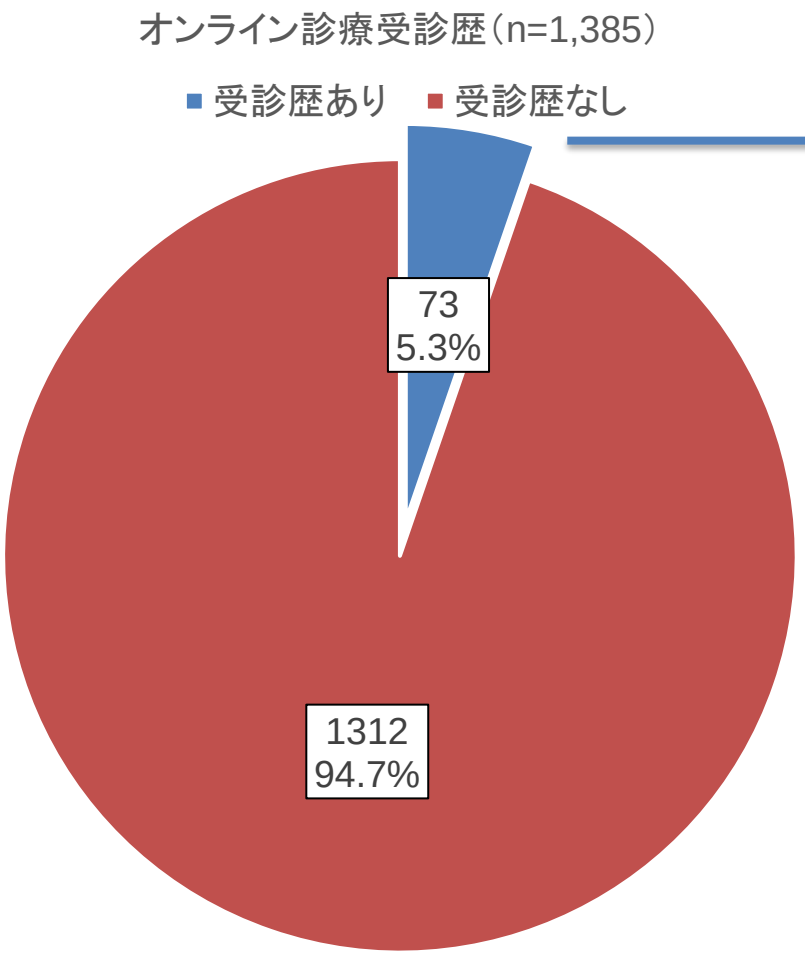
○ 回答者の5.3%にオンライン診療の受診歴があった。

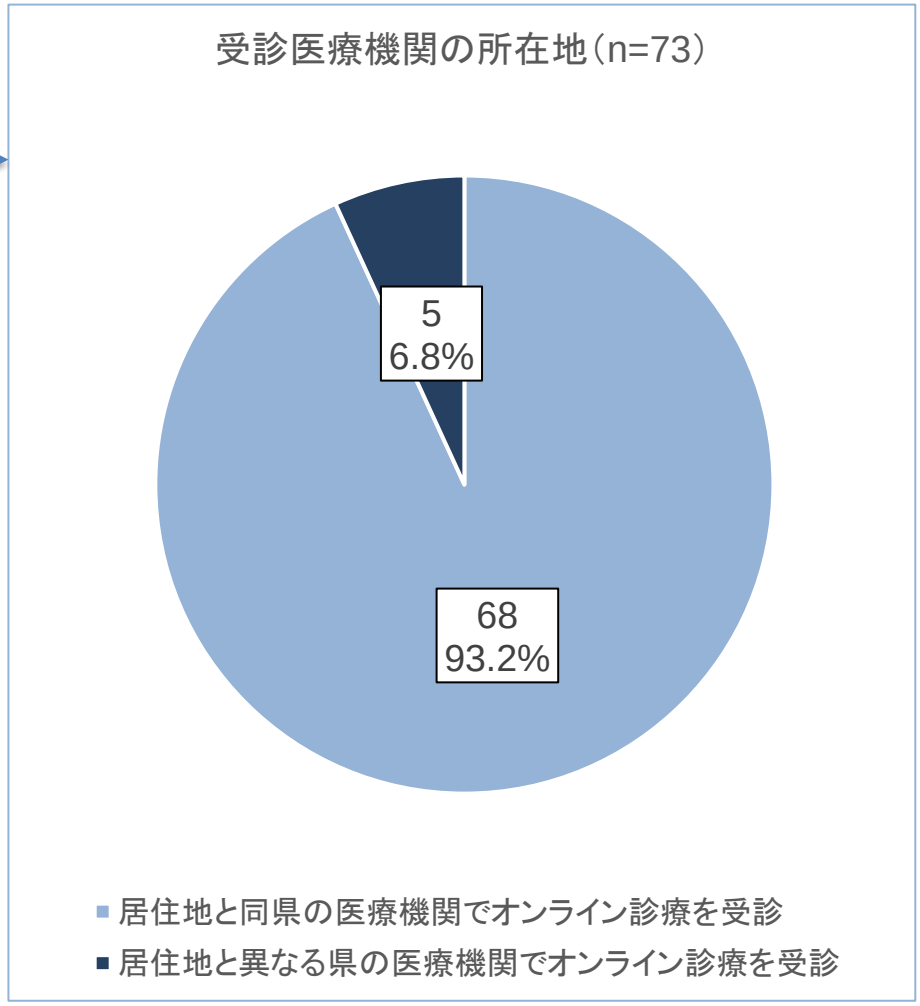


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来患者票）

オンライン診療の受診歴及び受診医療機関の所在地（患者調査）

○ オンライン診療の受診者のうち受診医療機関の所在地が居住地と異なる割合は6.8%であった。





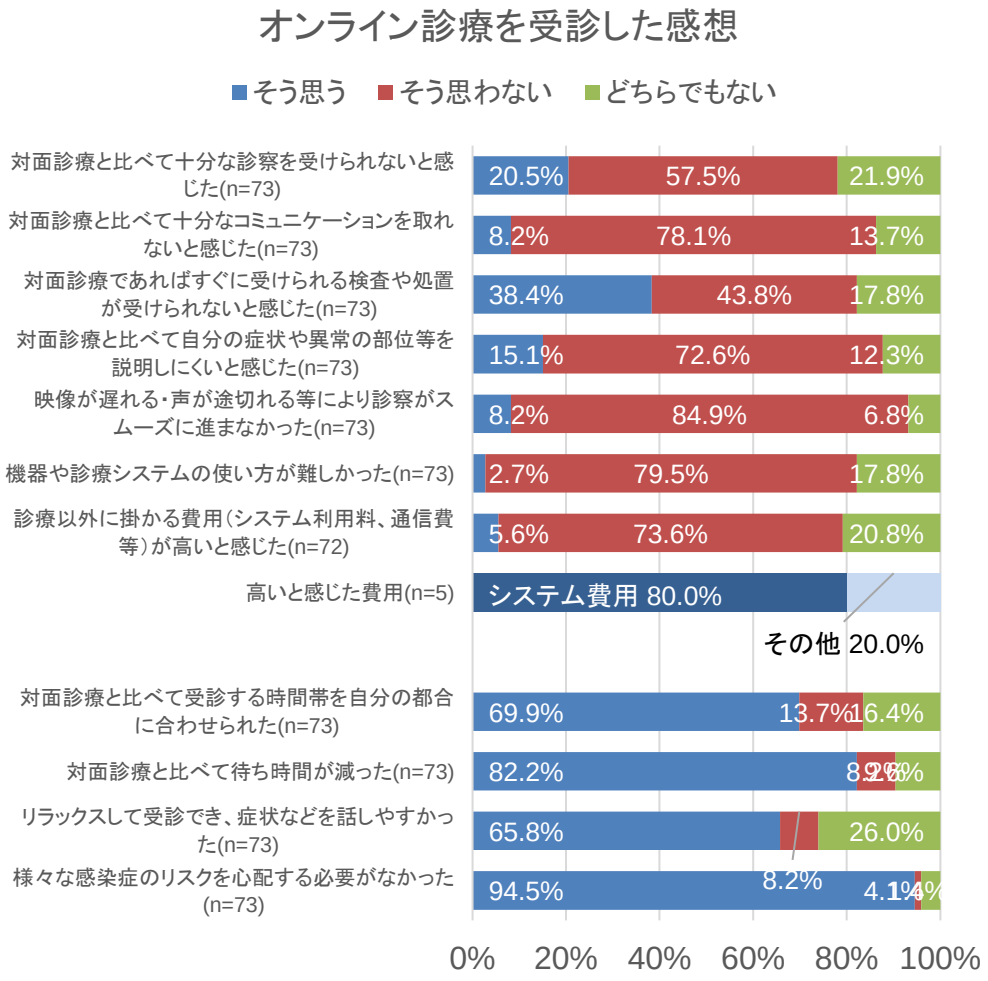
※ 受診者の居住地と受診医療機関の所在地（都道府県単位）が異なる場合を抽出

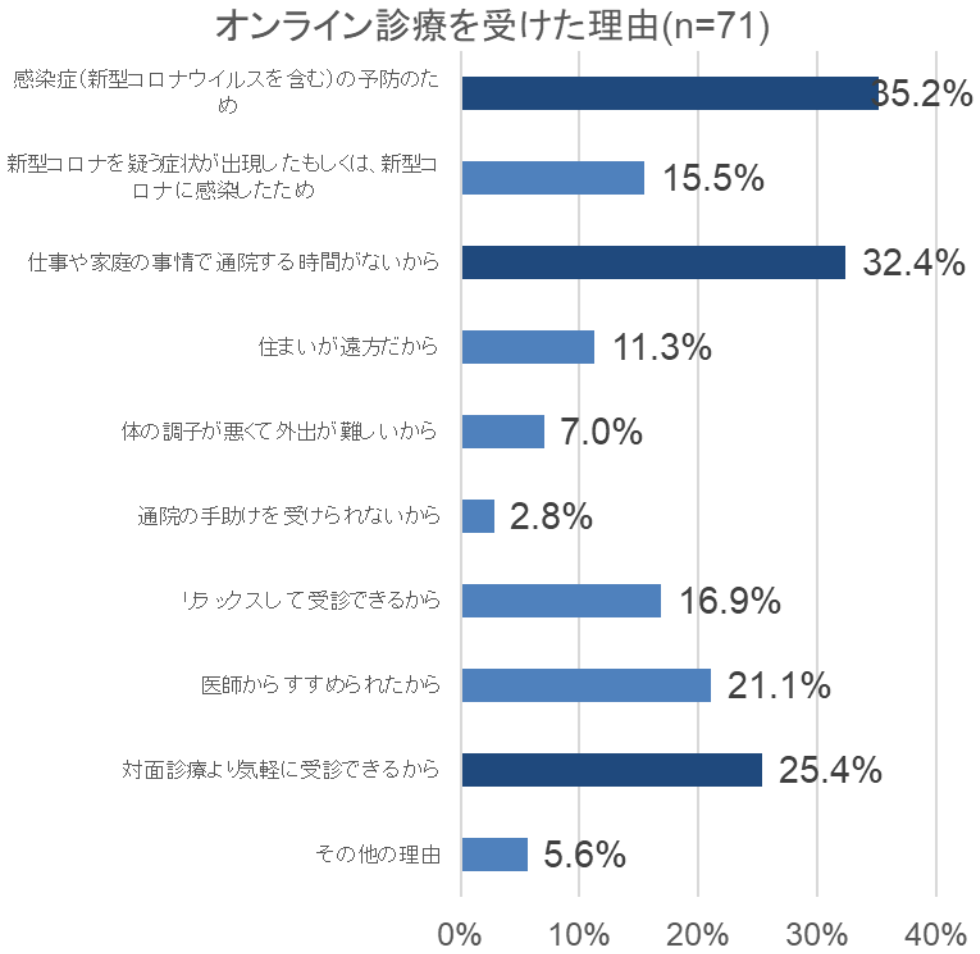
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来患者票）

オンライン診療を受けた患者の状況等（患者調査）

○ オンライン診療の受診経験が「ある」と回答した患者に対象とした、オンライン診療を受診した感想については、「対面診療であればすぐに受けられる検査や処置が受けられないと感じた」が38.4% 、「対面診療と比べて十分な診療を受けられないと感じた」が20.5%であった。「診療以外に掛かる費用を高いと感じた」が5.6%であった。また、「様々な感染症のリスクを心配する必要がなかった」は94.5%であった。

○ オンライン診療を受けた理由について、「感染症の予防のため」「通院する時間がないから」が多かった。

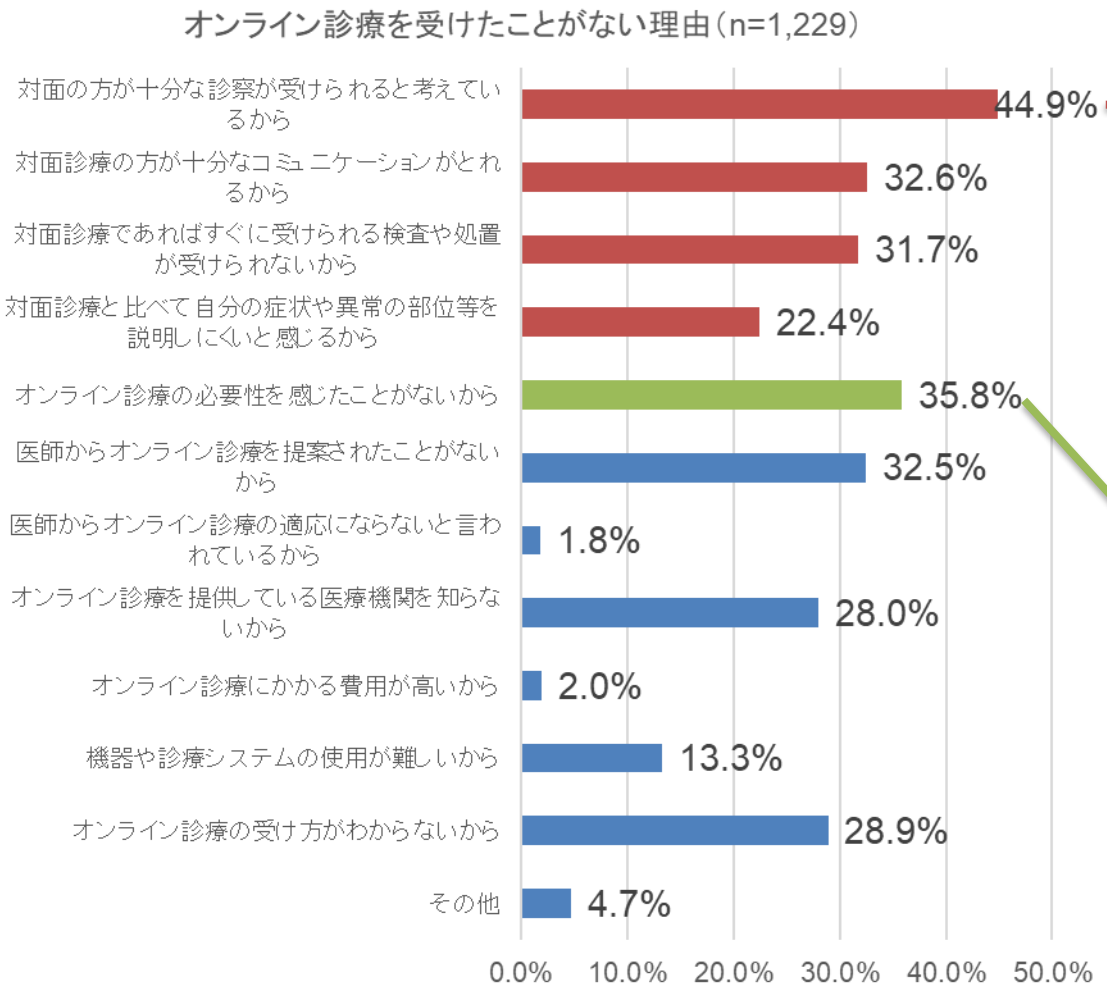


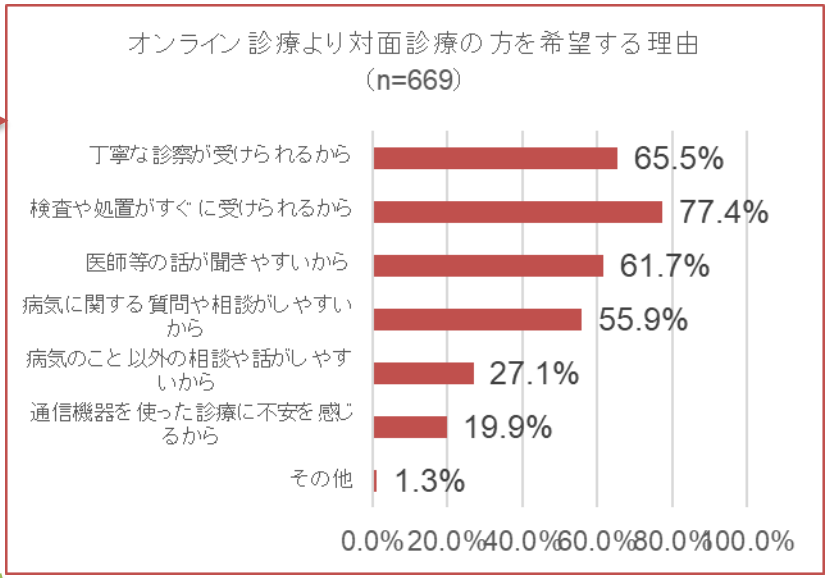


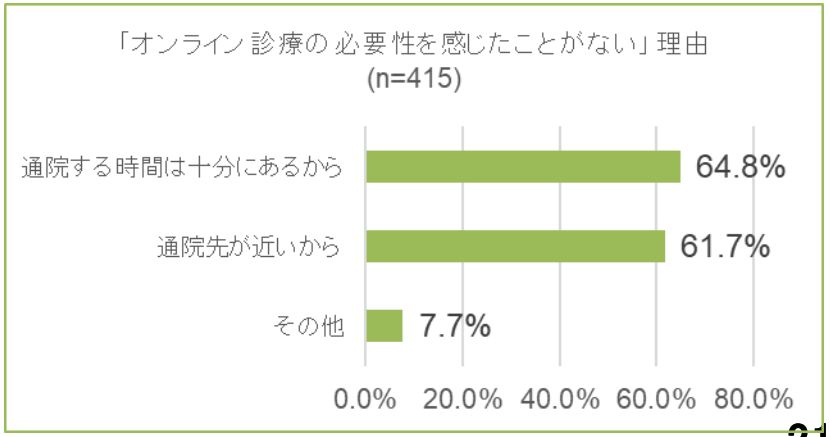
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来患者票）

オンライン診療を受けたことがない患者の状況等（患者調査）

○ オンライン診療を受診したことがない患者を対象とした、オンライン診療を受けたことがない理由については、「対面の方が十分な診察が受けられると考えているから」が44.9%と最多であった。
○ オンライン診療より対面診療を希望する理由は、「検査や処置がすぐに受けられるから」が77.4%で最も多かった。



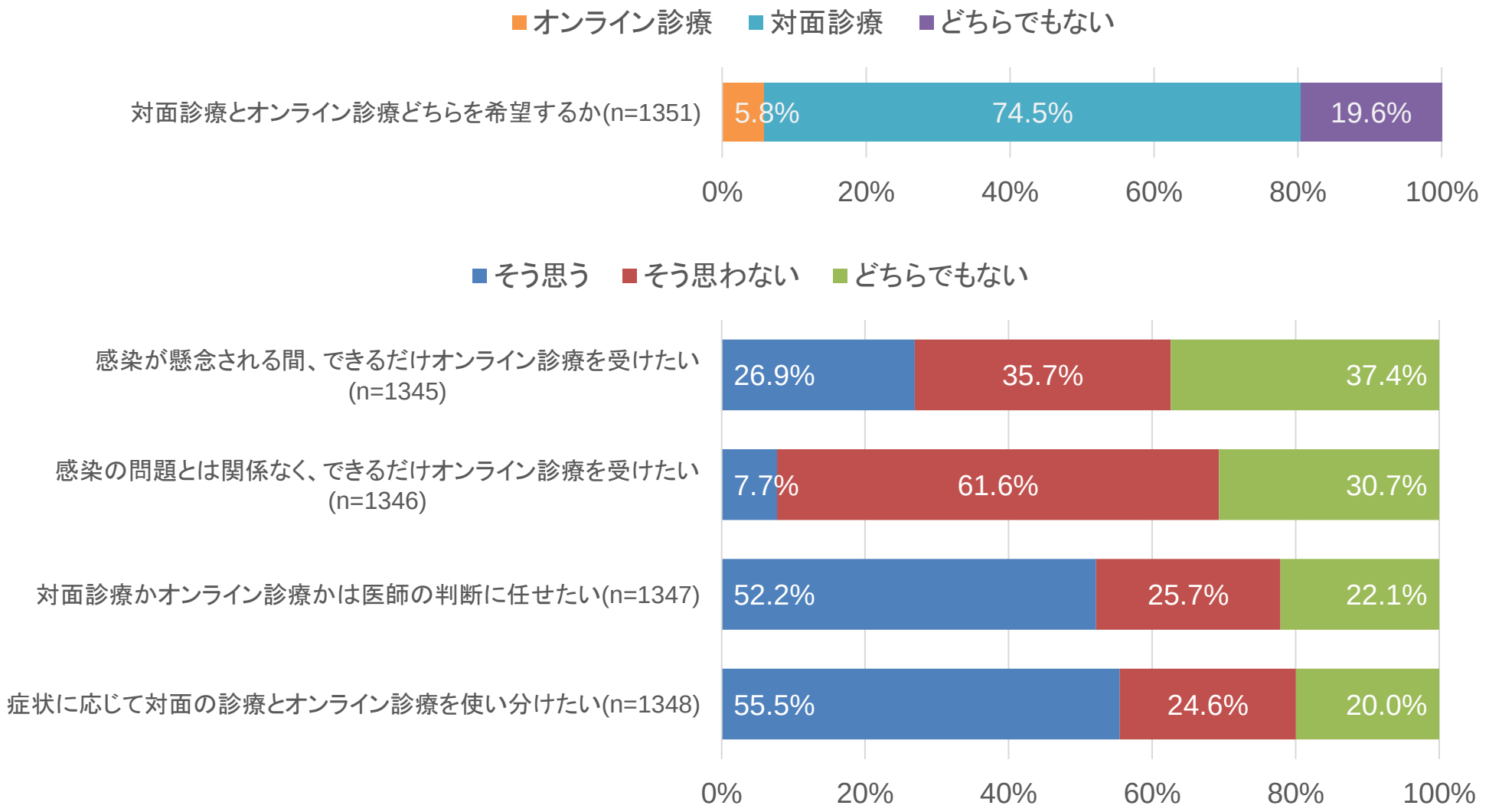




出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来患者票）

対面診療／オンライン診療の受診希望状況（患者調査）

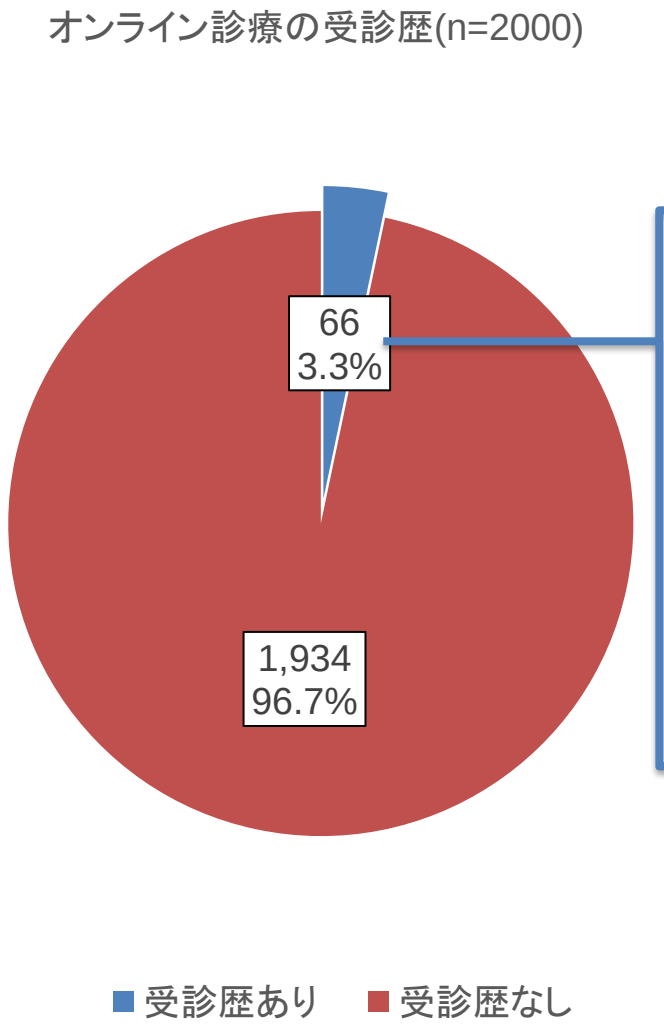
○ 回答者の74.5%がオンライン診療よりも対面診療を希望していた。
○ 「医師の判断に任せる」との回答は52.2%、「症状に応じて使い分けたい」との回答は55.5%であった。

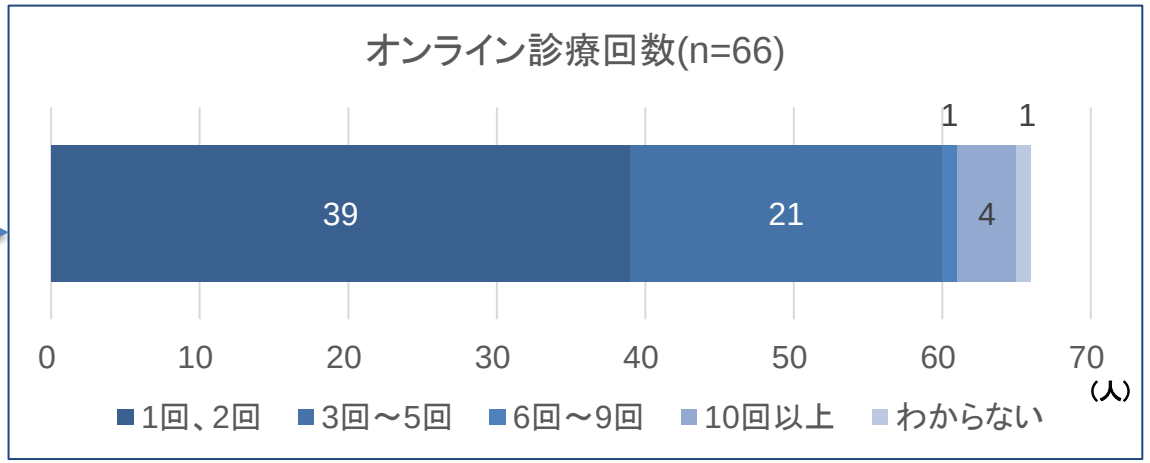


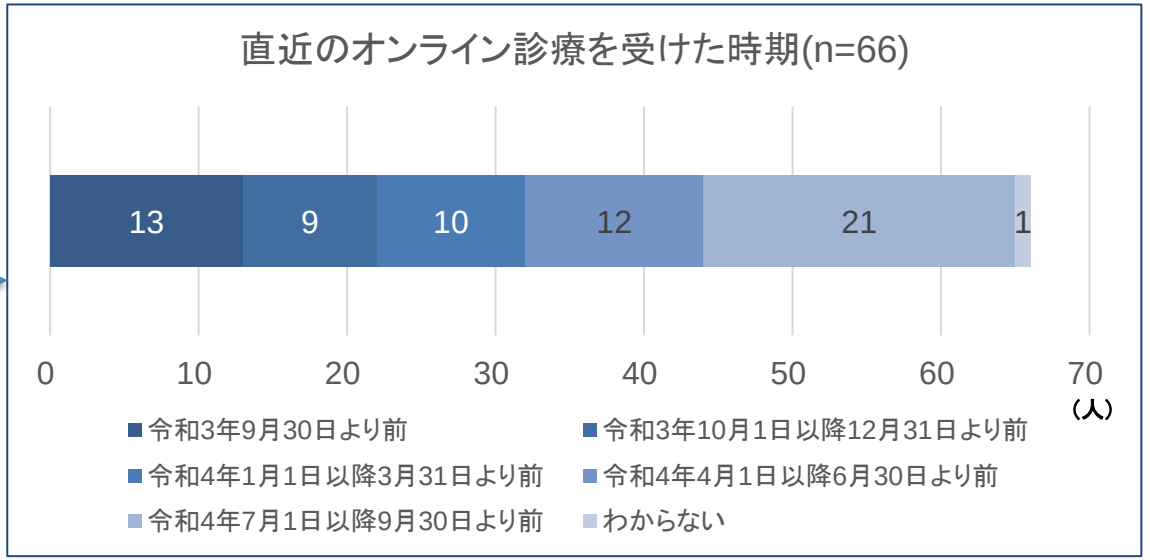
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来患者票）

オンライン診療の状況（インターネット調査）

○ 回答者の3.3%にオンライン診療の受診歴があった。



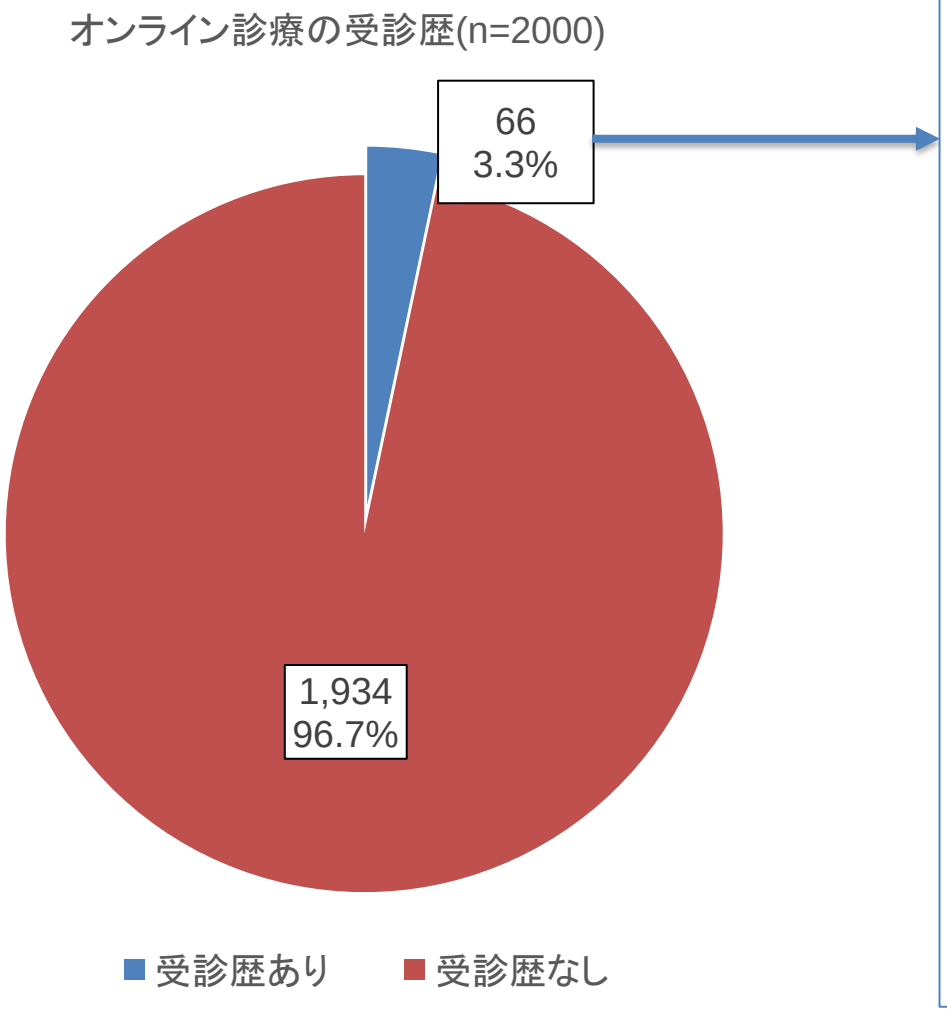


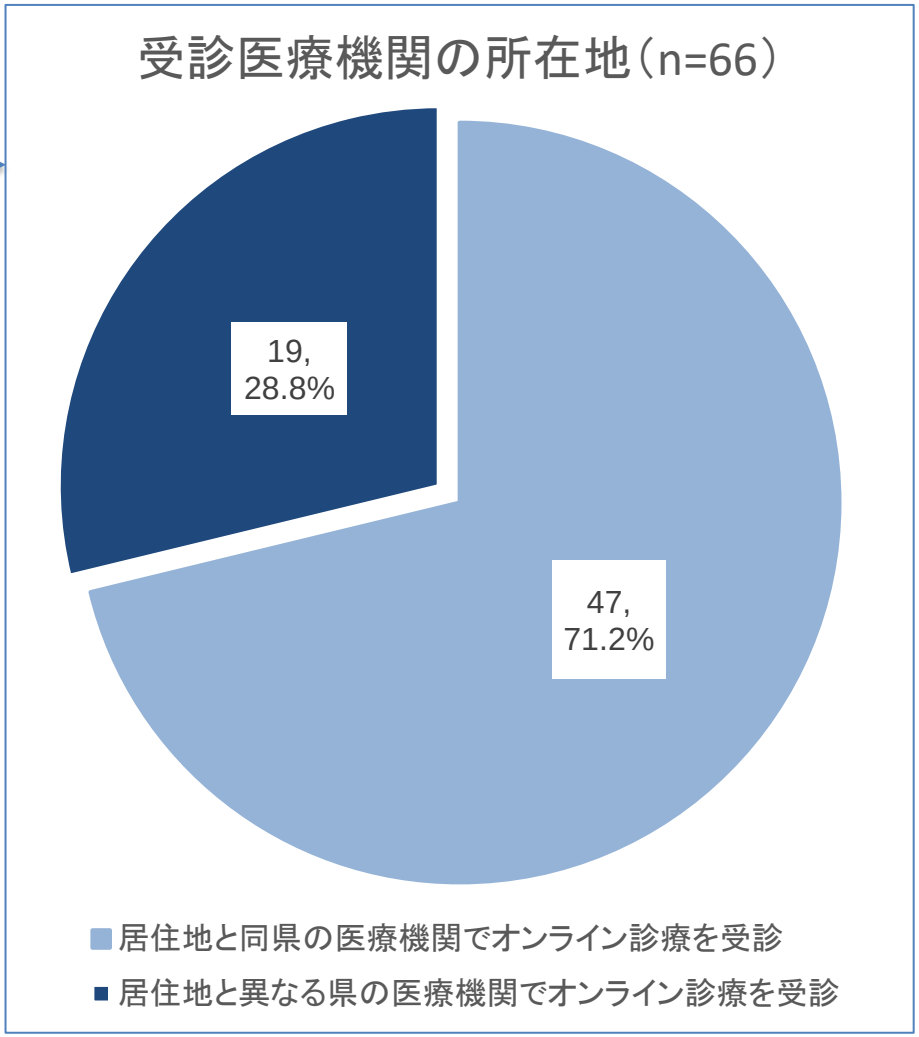


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（一般の方向け票）

オンライン診療の状況（インターネット調査）

○ オンライン診療の受診者のうち受診医療機関の所在地が居住地と異なる割合は28.8%であった。



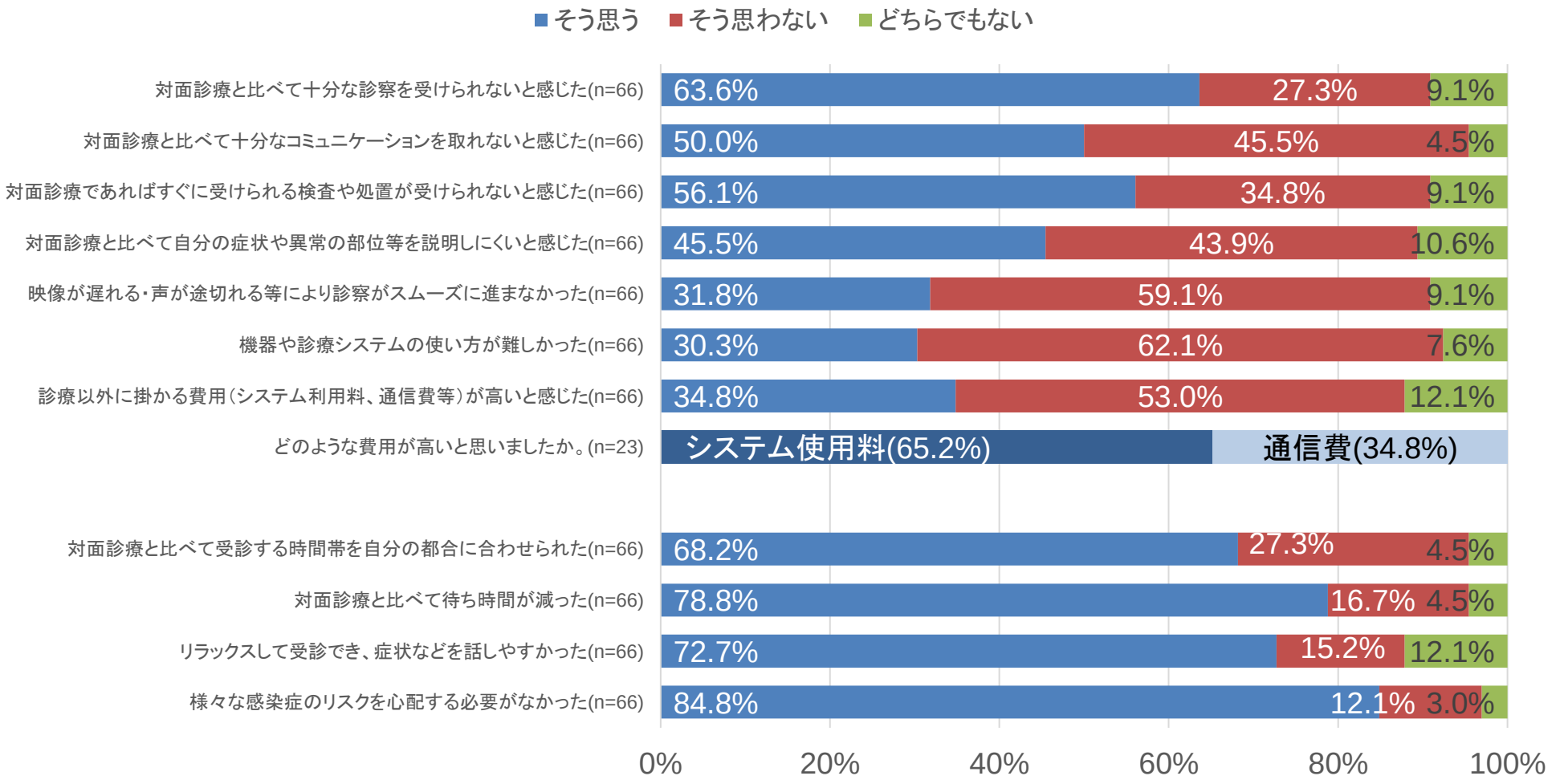


※ 受診者の居住地と受診医療機関の所在地（都道府県単位）が異なる場合を抽出

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（一般の方向け票）

オンライン診療を受けた際に感じたこと（インターネット調査）

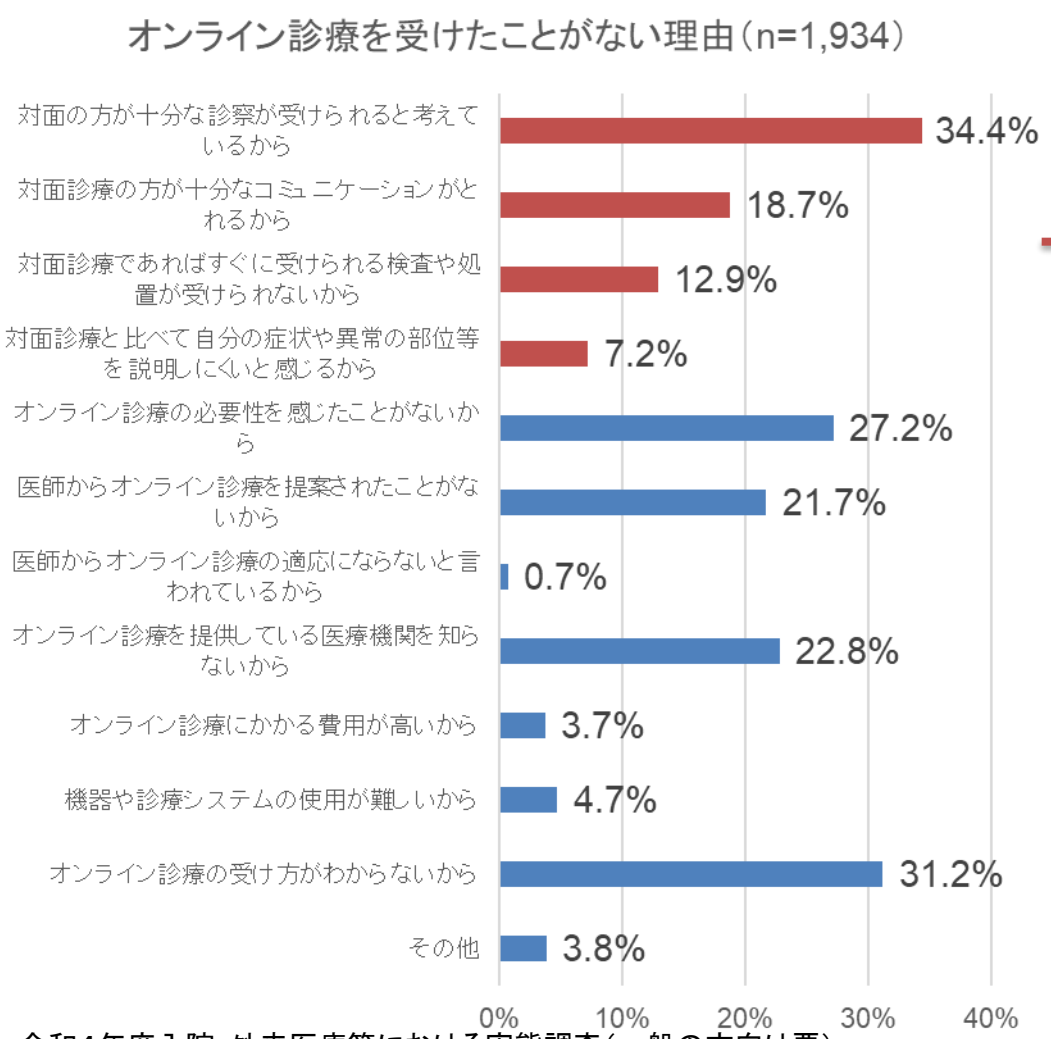
○ オンライン診療を受けた際に感じたことについて、「対面診療と比べて十分な診療が受けられないと感じた」は63.6%、「対面診療であればすぐに受けられる検査や処置が受けられないと感じた」は56.1%であった。「診療以外に掛かる費用を高いと感じた」は34.8%であった。また、「様々な感染症のリスクを心配する必要がなかった」は84.8%であった。

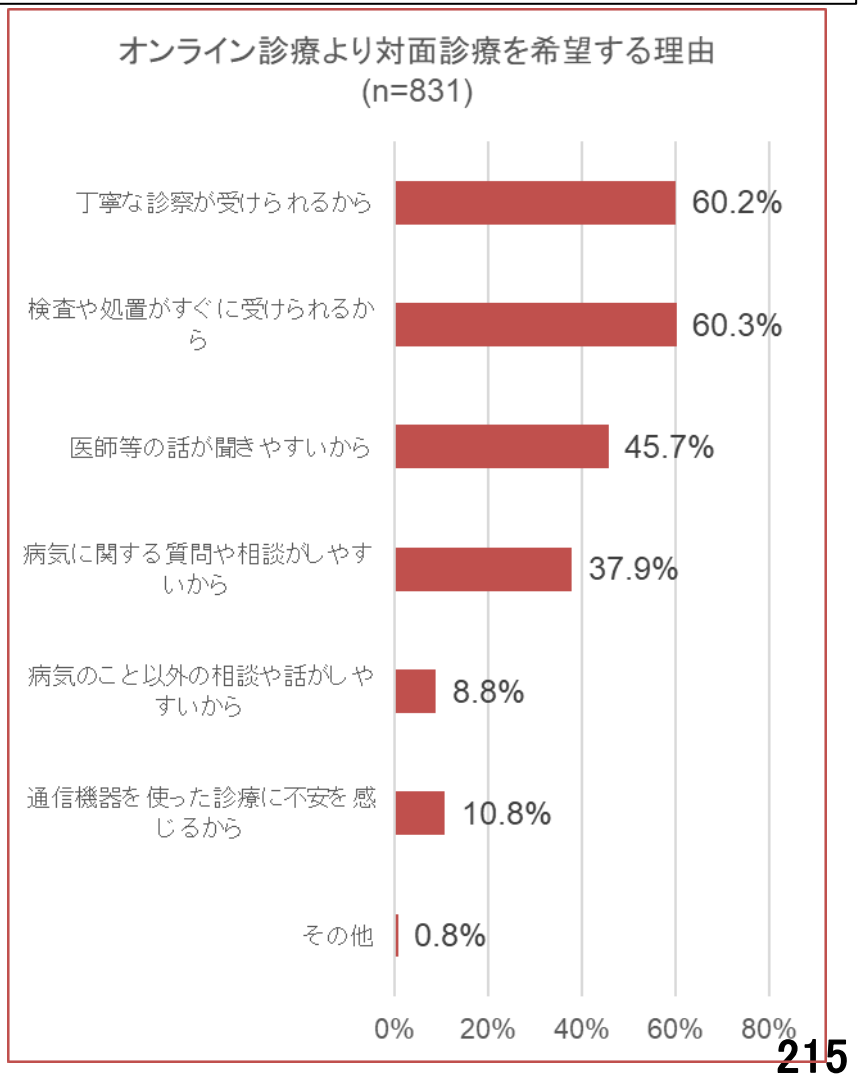


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（一般の方向け票）

オンライン診療を受けたことがない患者の状況等（インターネット調査）

○ オンライン診療を受診したことがない患者を対象とした、オンライン診療を受けたことがない理由については、「対面の方が十分な診察が受けられると考えているから」が34.4%と最多であった。
○ オンライン診療より対面診療を希望する理由は、「検査や処置がすぐに受けられるから」が60.3%で最も多かった。

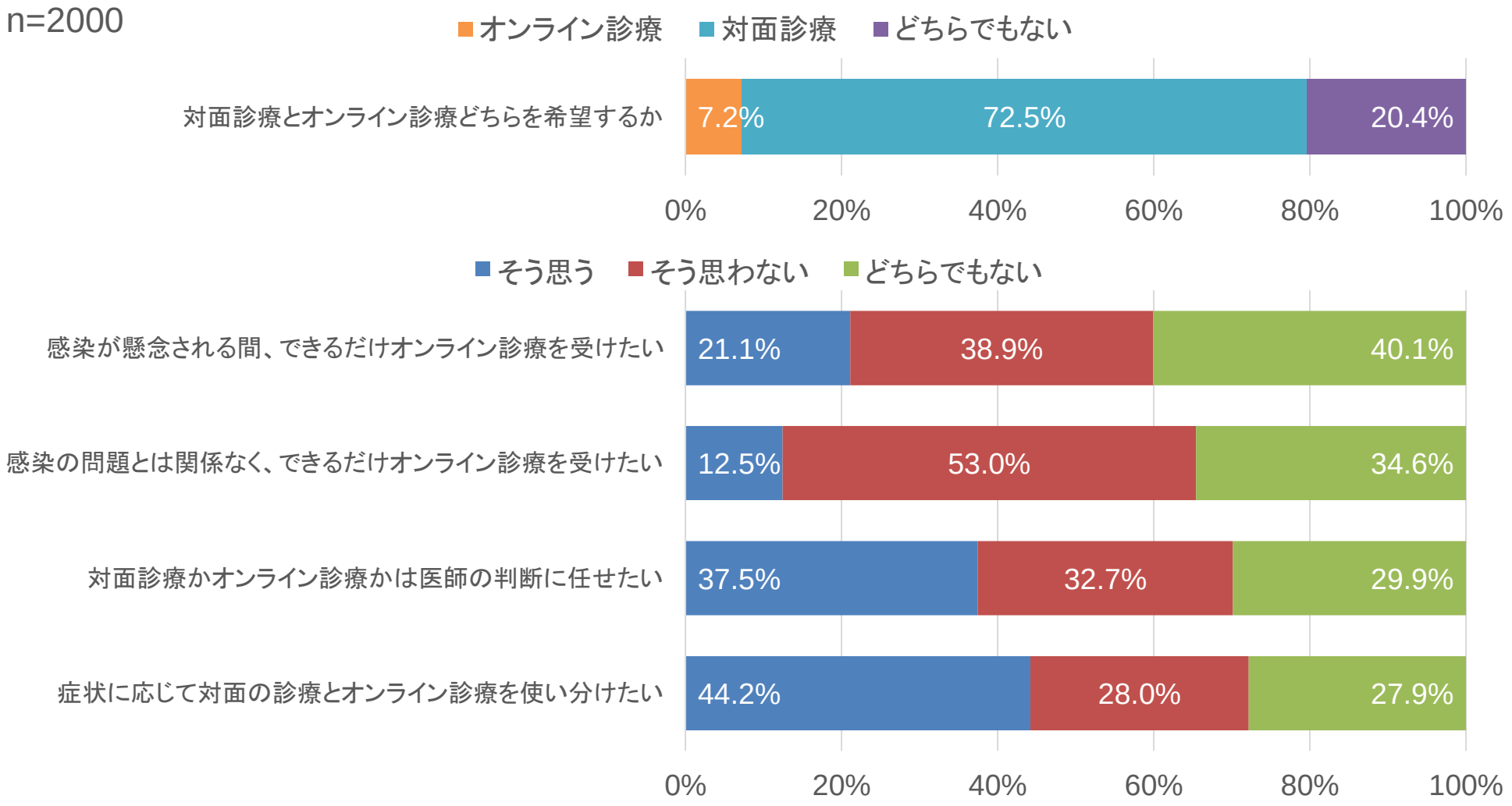




出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（一般の方向け票）

対面診療／オンライン診療の受診希望状況（インターネット調査）

○ 回答者の72.5%がオンライン診療よりも対面診療を希望していた。また、44.2%が「症状に応じて使い分けたい」、37.5%が「医師の判断に任せる」と回答していた。



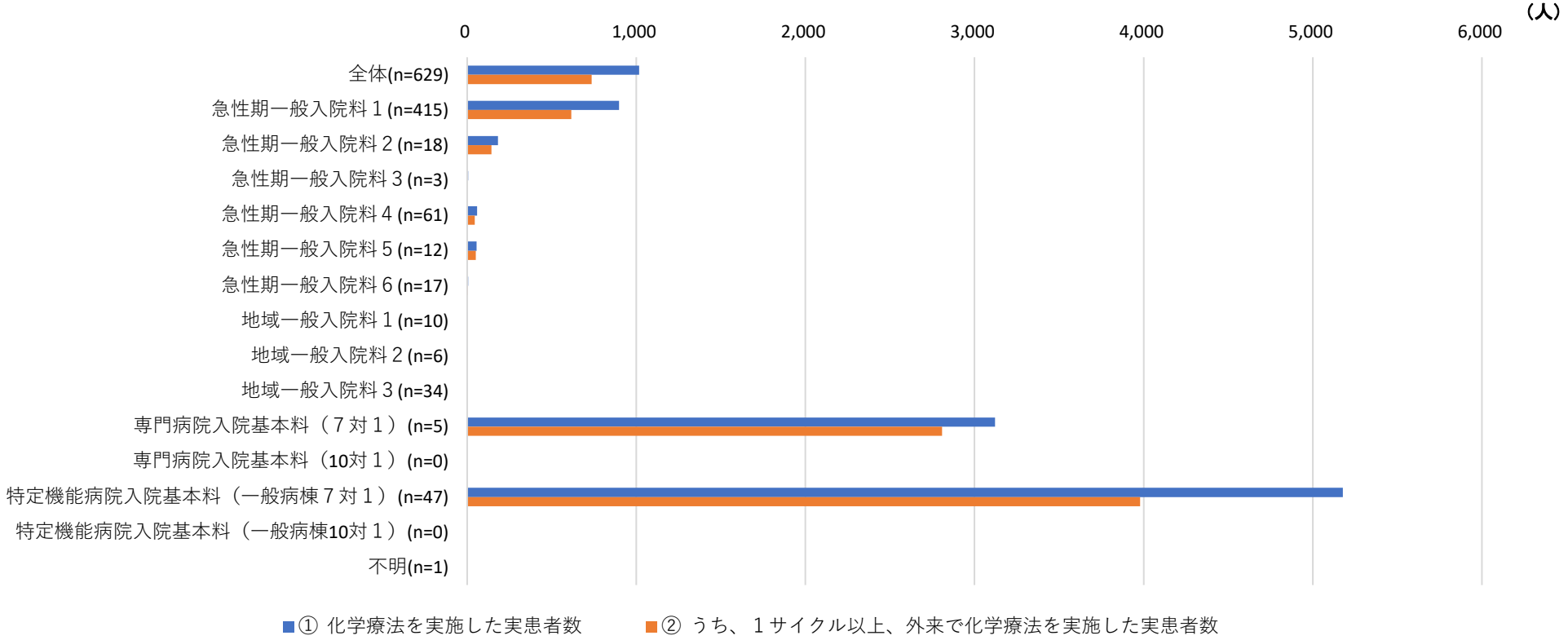
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（一般の方向け票）

外来化学療法の実施状況（実患者数）

○ 化学療法※1実施患者数のうち1サイクル※2以上外来で実施した患者の割合は、72.4%であった。
○ 特定機能入院基本料（一般病棟7対1）や専門病院入院基本料（7対1）を算定している施設において、化学療法が多く実施されていた。
○ 急性期一般入院料2～6、地域一般入院料1～3を算定している施設においては、化学療法を実施患者数は少なかった。

※1 悪性腫瘍を主病とする患者に対し抗悪性腫瘍剤を投与するもの
※2 クール、コースと同義。抗悪性腫瘍剤の投与と投与後の休薬期間を含む一連の期間を指す

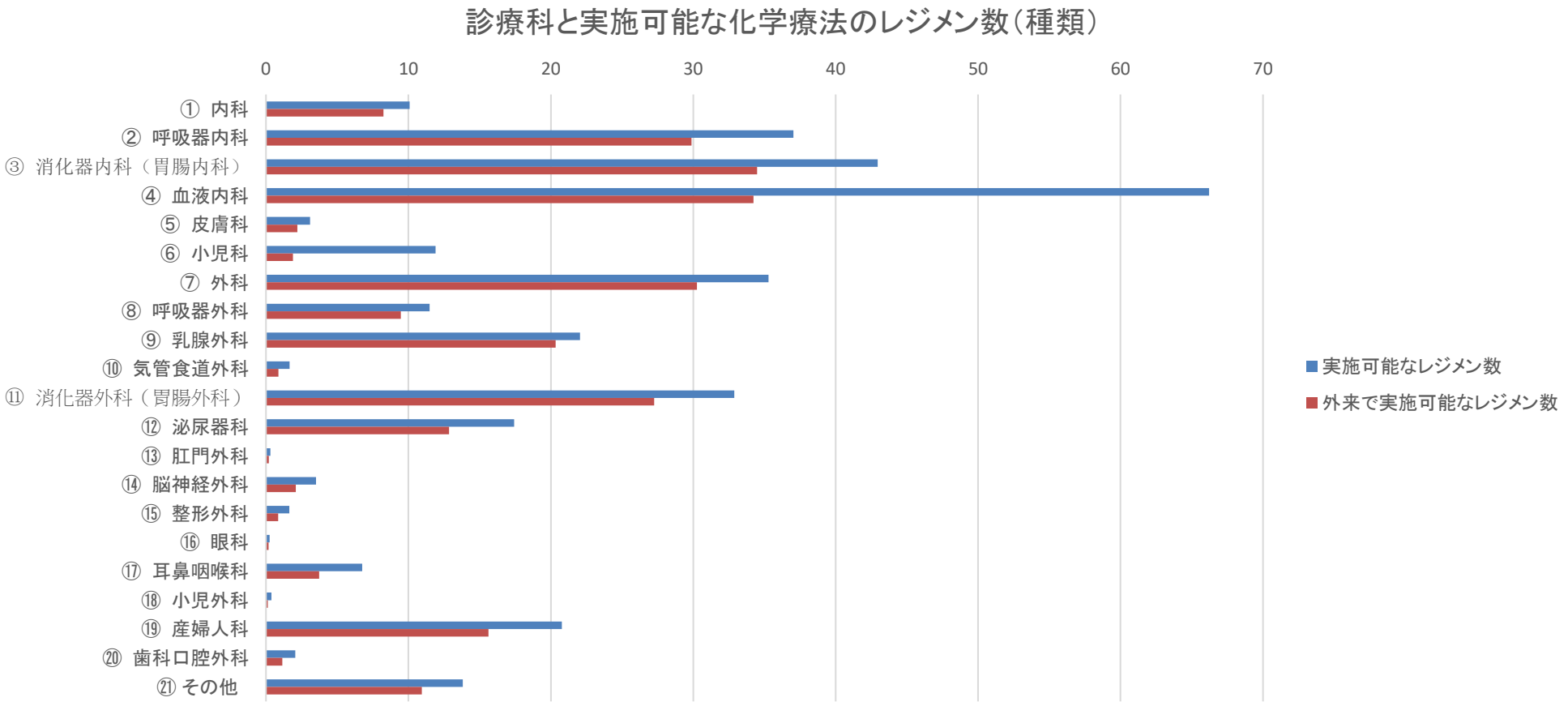
化学療法を実施している患者数、及び外来化学療法を実施した患者数
（令和３年４月１日～令和４年３月31日）



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票（A票））

診療科ごとの化学療法レジメン数

- ○ 血液内科（66.2種類）、消化器内科（43.0種類）、呼吸器内科（37.0種類）、外科（35.3種類）、消化器外科（32.9種類）については、実施可能なレジメン数が多かった。
- ○ うち外来で実施できるレジメン数については、乳腺外科（92.2%）、外科（85.8%）、消化器外科（82.9%）、呼吸器外科（82.3%）、内科（81.7%）では多い傾向であった。
- ○ 一方で、小児科（15.9%）、小児外科（34.1%）、血液内科（51.7%）、気管食道外科（52.0%）、整形外科（52.5%）においては、外来で実施できるレジメン数が少ない傾向であった。

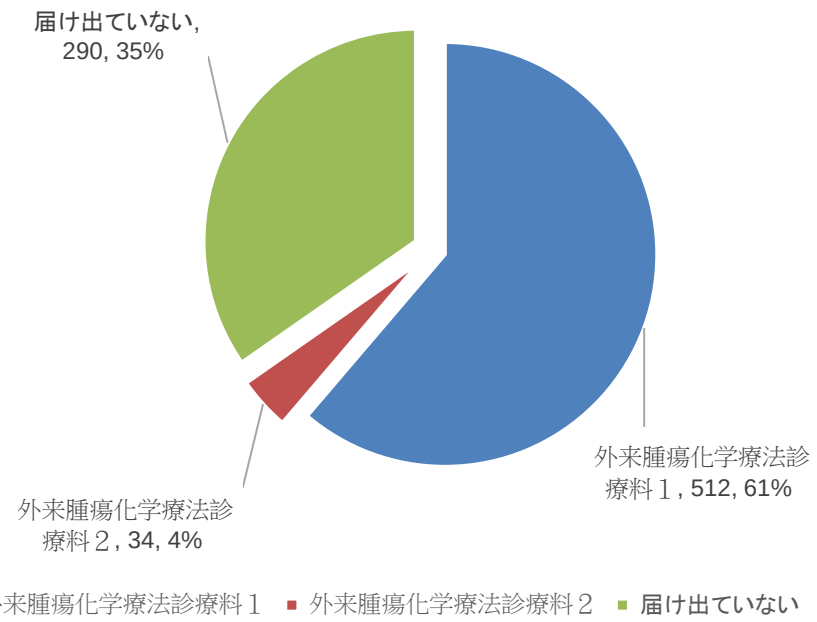


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票（A票））

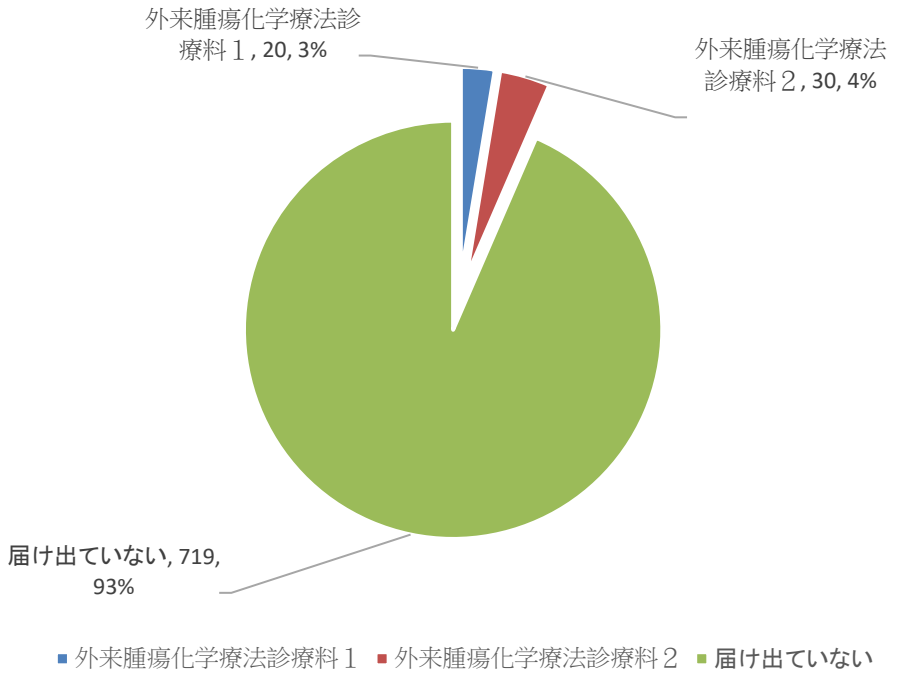
外来腫瘍化学療法診療料の届出状況

○ 今回の施設票（A票）での結果では、外来腫瘍化学療法診療料1を届け出ている施設が512施設（61%）、届け出ていない施設が290施設（35%）であった。
○ 外来施設票では、全体（n=769）に対して、外来腫瘍化学療法診療料1・2を算定していた施設は、それぞれ約3%、約4%であった。

施設票（A票）で集計した
外来腫瘍化学療法診療料の届出数（割合）



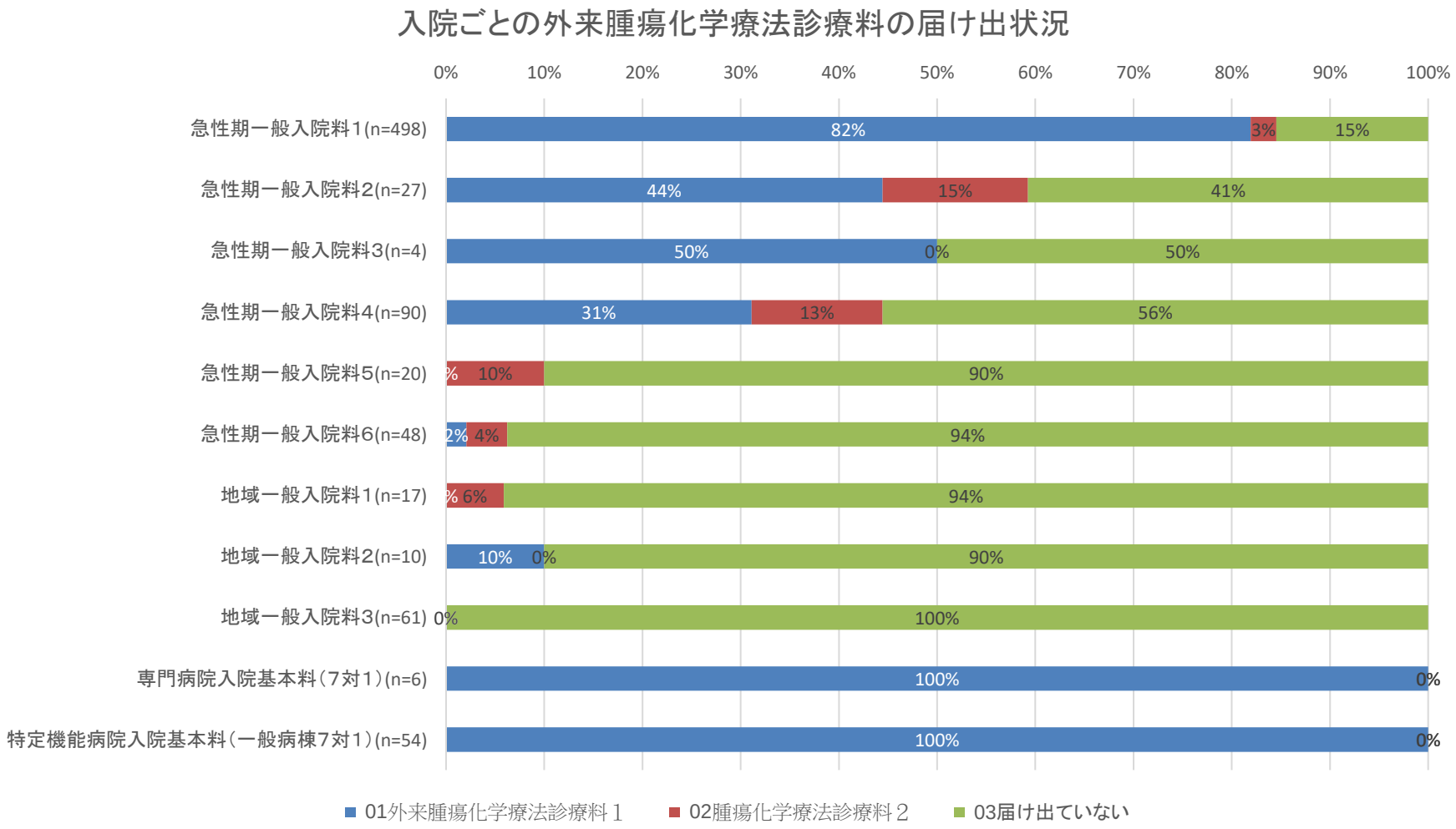
外来施設票で集計した
外来腫瘍化学療法診療料の届出数（割合）



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票（A票）、外来施設票）

外来腫瘍化学療法診療料と入院基本料

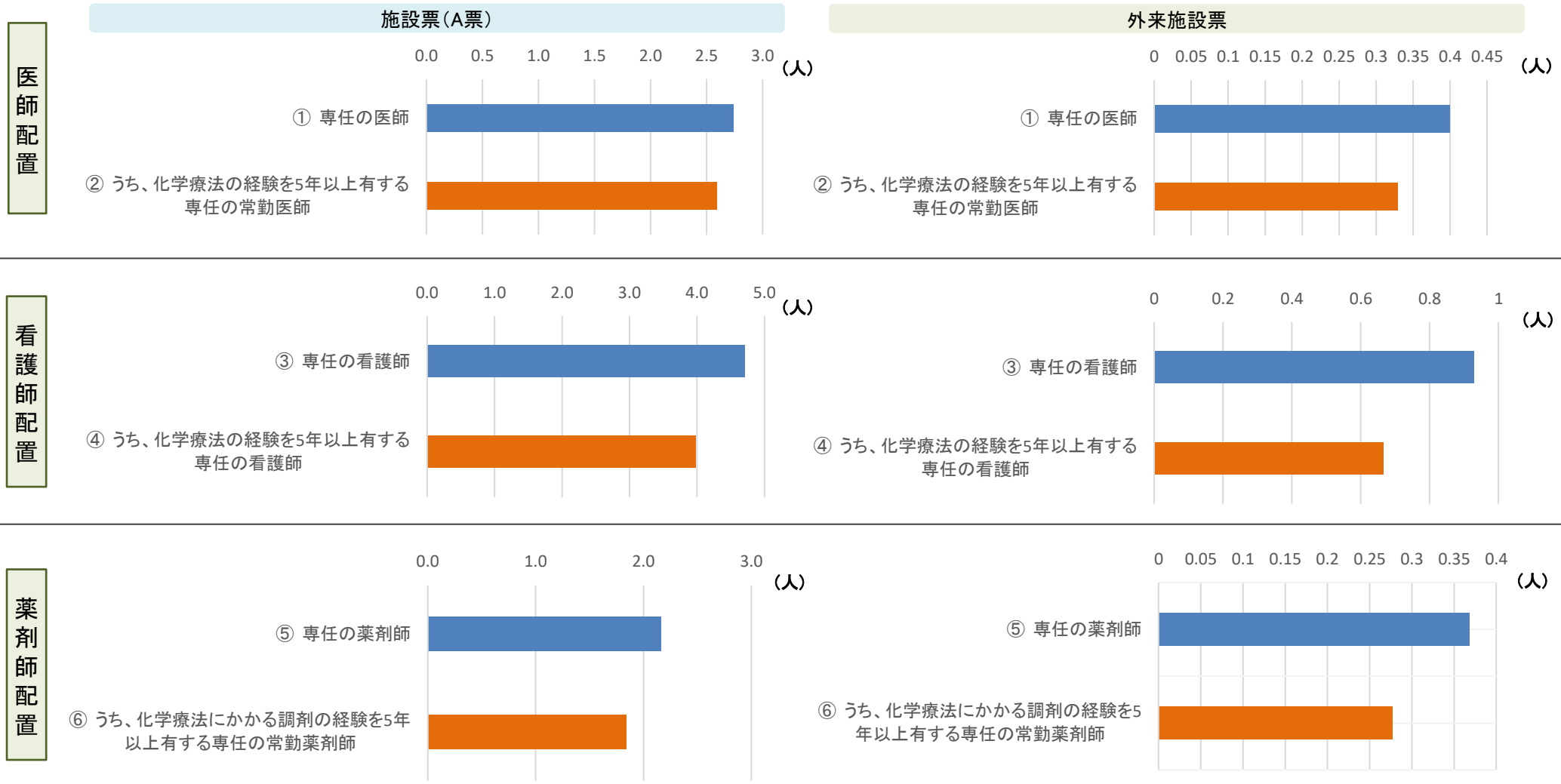
○　急性期一般入院料１、専門病院入院基本料（７対１）、特定機能病院入院基本料（一般病棟７対１）を届け出る医療機関において、外来腫瘍化学療法診療料の届出を行った施設の割合は、それぞれ82%、100%、100%と高い割合だった。



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票（A票））

外来化学療法の職員の配置状況

○ 医師、看護師及び薬剤師の配置人数ついては、施設票（A票）では平均2.7人、4.7人、2.2人、外来施設票では平均 0.4人、0.9人、0.4人であった。
○ 医師、看護師及び薬剤師の化学療法の経験を5年以上有する専任の人員の割合は、施設票（A票）では94%、84%、85%、外来施設票では82%、72%、75%であった。

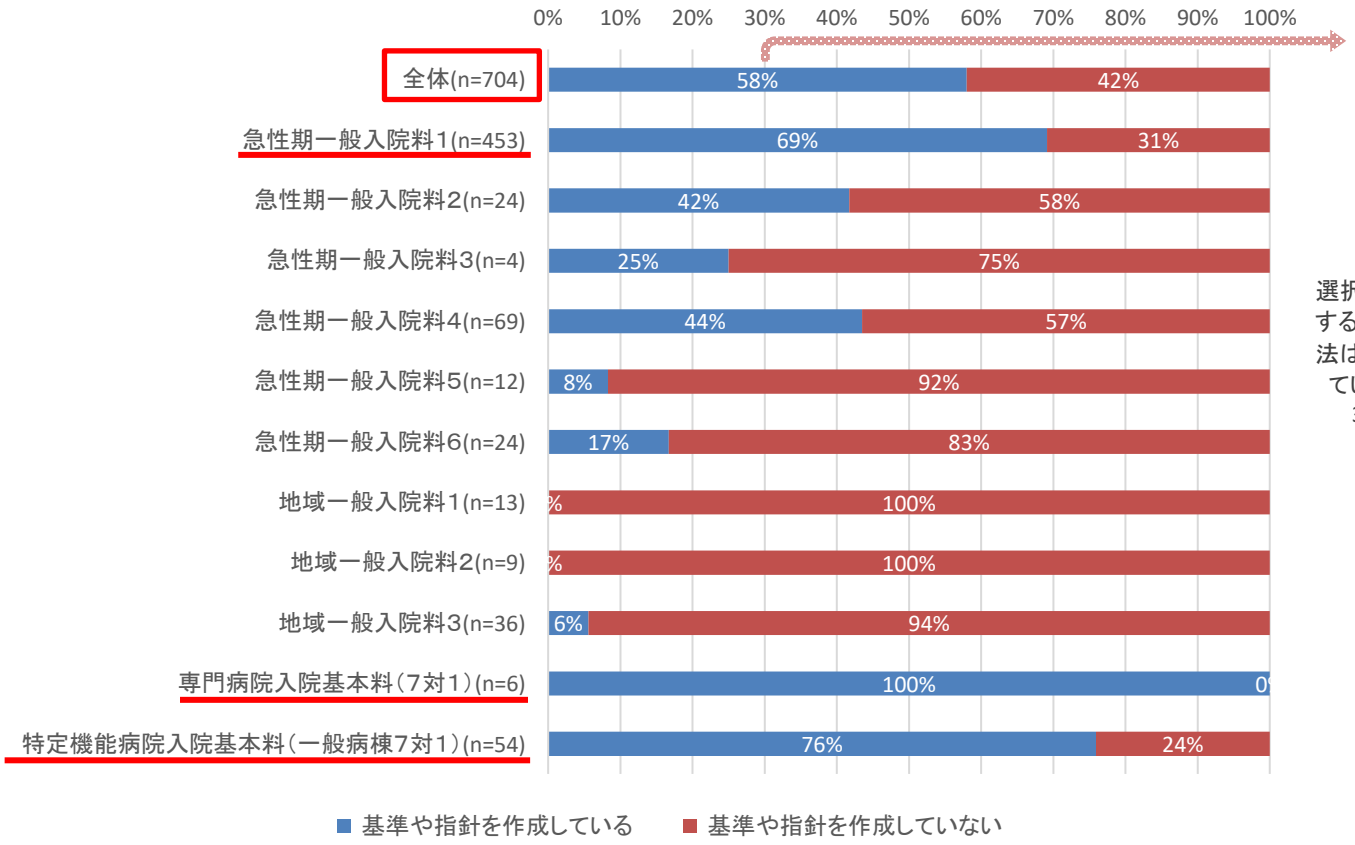


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票（A票）、外来施設票）

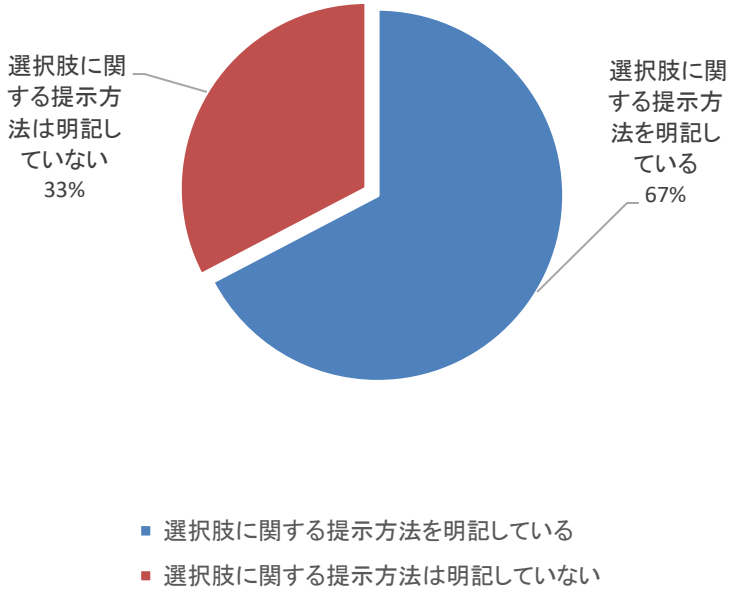
化学療法実施対象患者に関する基準や指針の作成

○ 集計した704施設のうち、408施設（58%）は、化学療法実施対象患者に関する基準や指針を作成していた。
○ 専門病院入院基本料（7対1）、特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1）、急性期一般入院料1を算定している施設については、基準や指針を作成している割合が高かった。
○ 「基準や指針」を作成している施設のうち、患者への外来化学療法の選択肢に関する提示方法について、明記している施設が67%であった。

外来化学療法実施対象者に関する基準や指針の作成状況



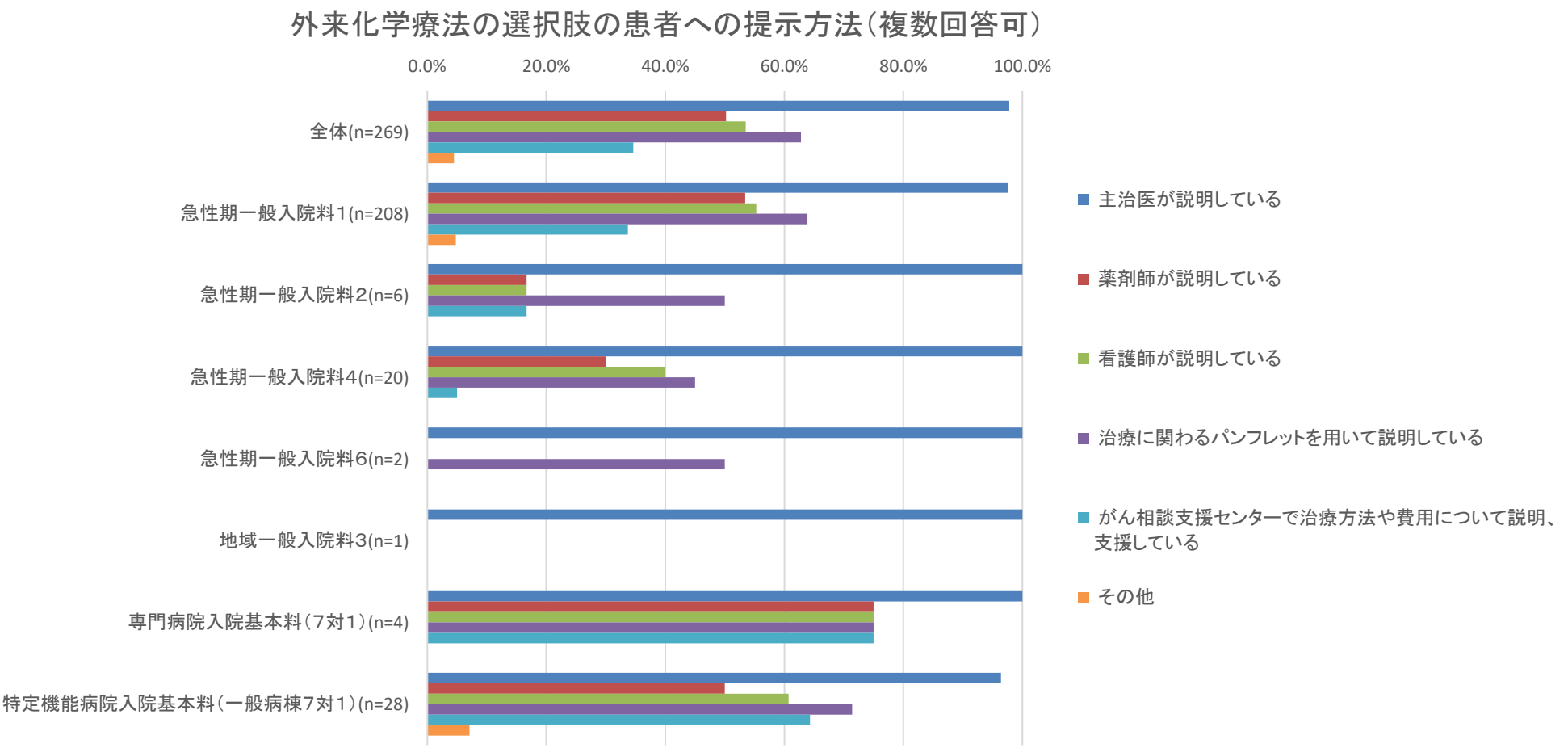
「基準や指針」を作成している施設のうち、患者への外来での化学療法の選択肢に関する提示方法の記載の有無



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票（A票））

患者への選択肢の提示方法について

○ 「外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針を作成」しており、さらに「選択肢に関する提示方法を明記している」施設において、主治医が説明している場合が 97.8%と多く、薬剤師、看護師についても、それぞれ50.2%、53.5%の施設で説明が行われていた。
○ 治療に関するパンフレットの利用については、62.8%の施設で実施されていた。
○ がん相談支援センターでの説明や支援については、34.6%の施設で実施されていた。

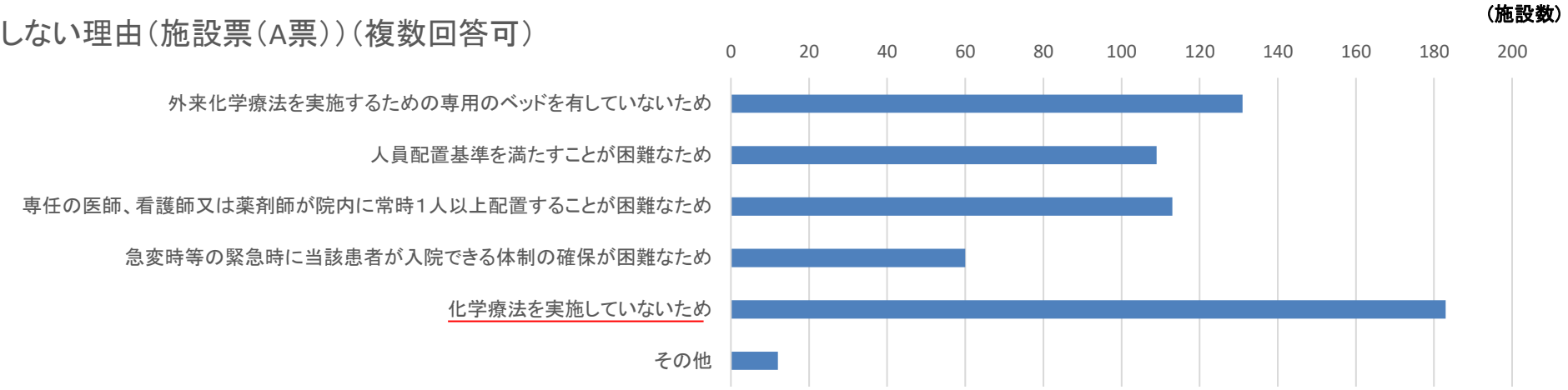


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票（A票））

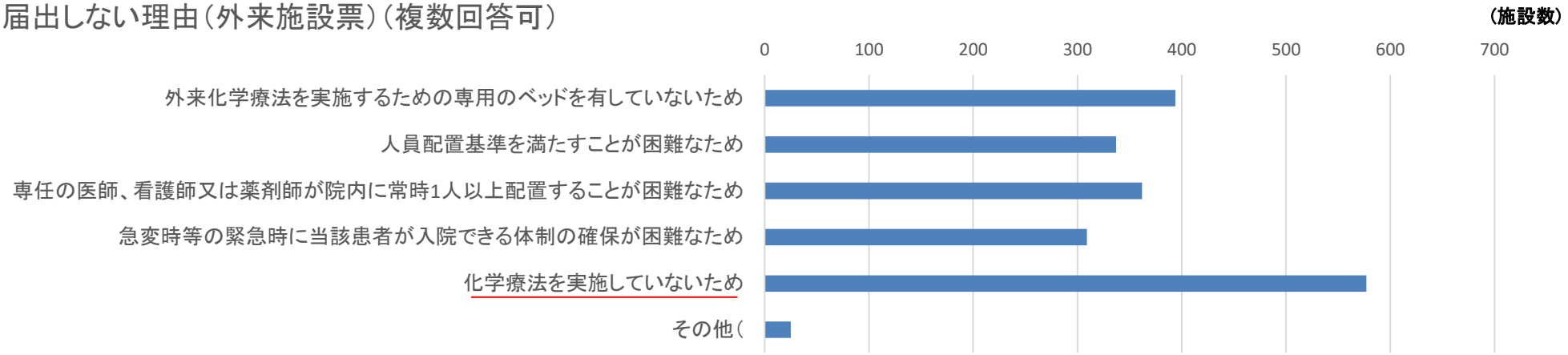
外来腫瘍化学療法診療料を届け出ていない理由

○　施設票（A票）、外来施設票の両者において、届け出ていない理由として、「化学療法を実施していないため」が最多であった。

届出しない理由（施設票（A票））（複数回答可）



届出しない理由（外来施設票）（複数回答可）



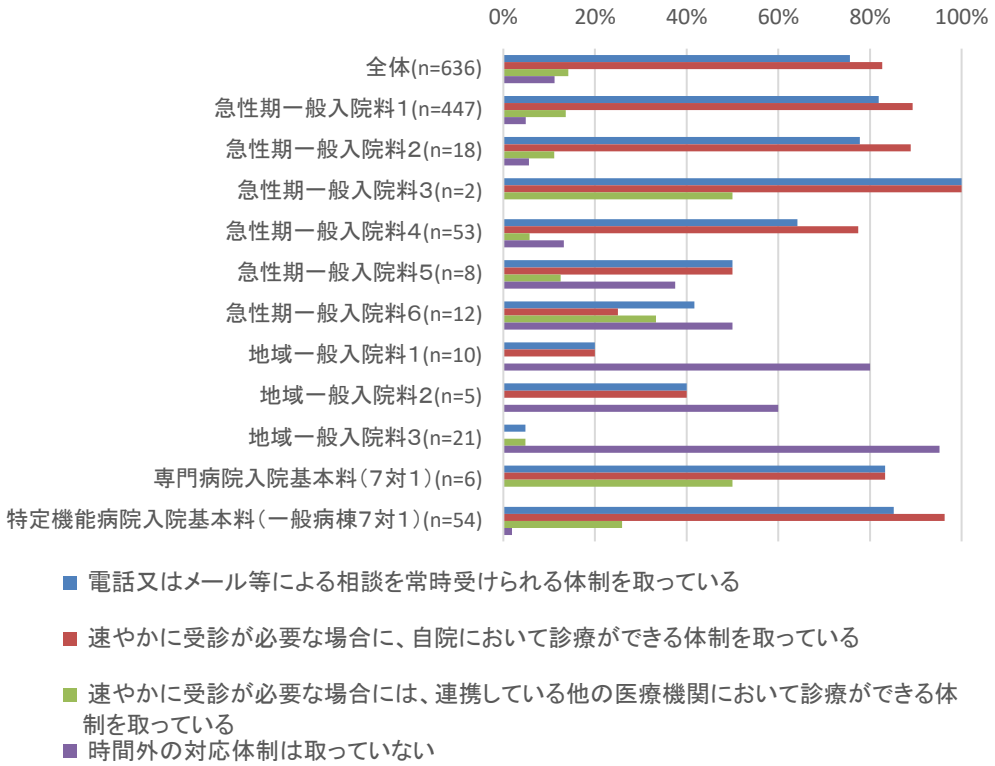
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票（A票）、外来施設票）

外来化学療法患者への時間外の対応体制

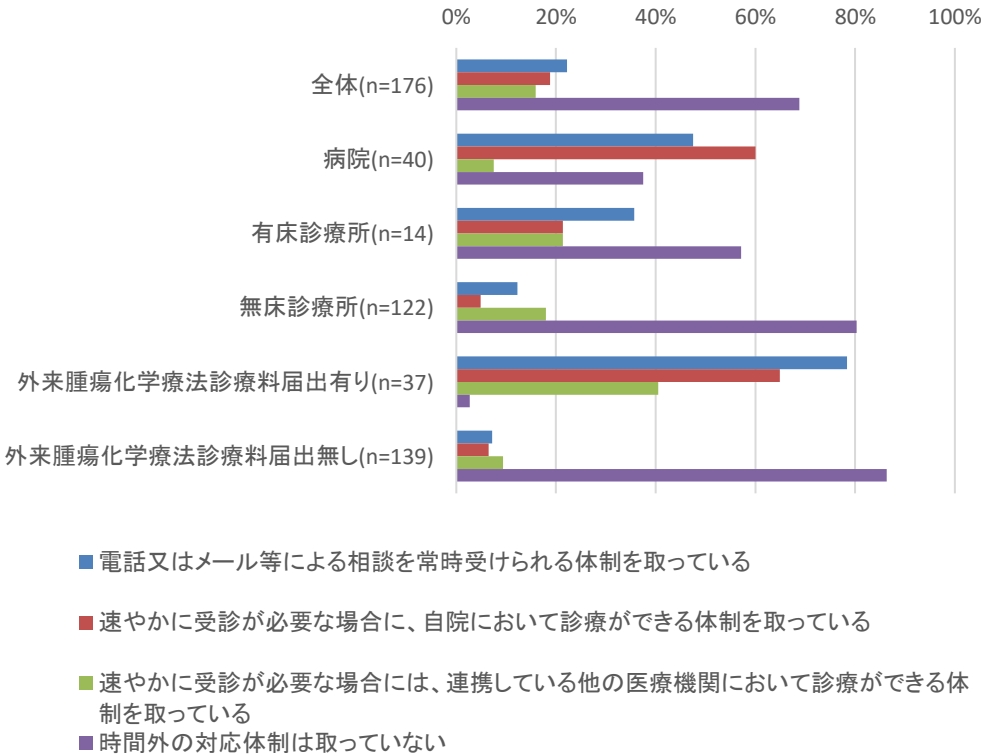
○ 施設票（A票）においては、外来化学療法患者への時間外の対応体制については、電話又はメール等による相談を常時受けられる体制を取っている施設は75.6%であり、自院において診療ができる体制をとっている施設は82.7%であった。

○ 外来施設票においては、外来化学療法患者への時間外の対応体制については、電話又はメール等による相談を常時受けられる体制を取っている施設は 22.2%であり、自院において診療ができる体制をとっている施設は18.8%であった。

時間外の対応体制（施設票（A票））



時間外の対応体制（外来施設票）

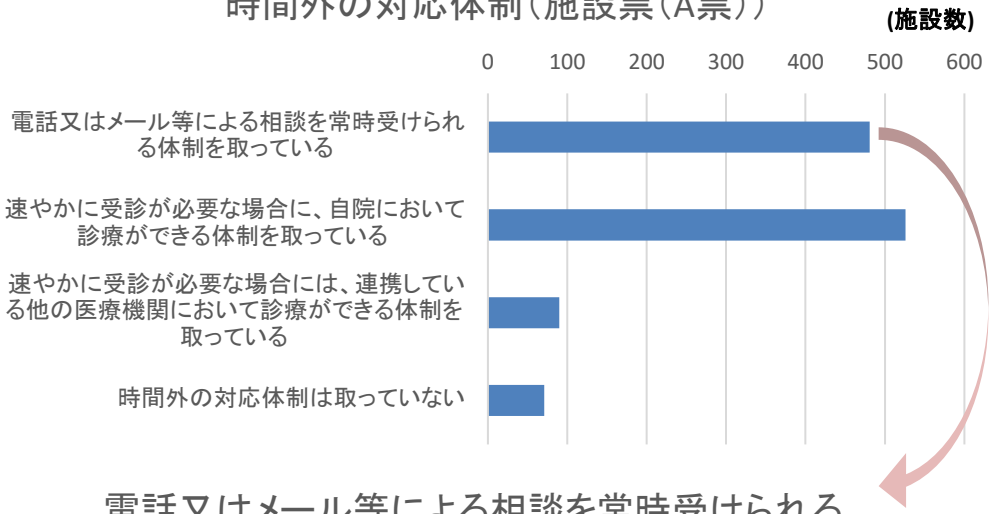


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票（A票）、外来施設票）

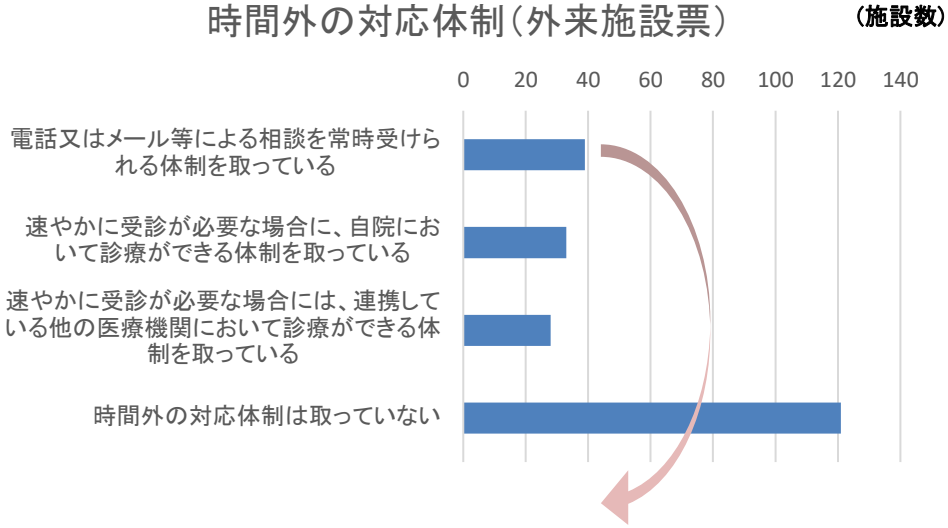
外来化学療法を実施している患者に係る時間外の対応体制について

○ 施設票（A票）の調査では、時間外の相談・診療ができる体制を整えている施設が多かったものの、外来施設票での回答では「時間外の対応体制はとっていない」という回答が最多であった。
○ 時間外の体制においては、専任の職員のみによる体制をとっている施設は施設票（A票）において35件（7%）、外来施設票で11件（27.5%）であった。

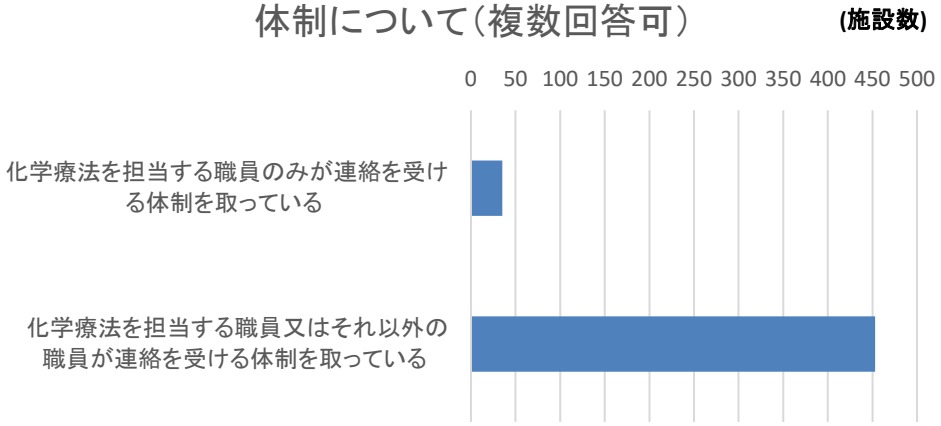
時間外の対応体制（施設票（A票））



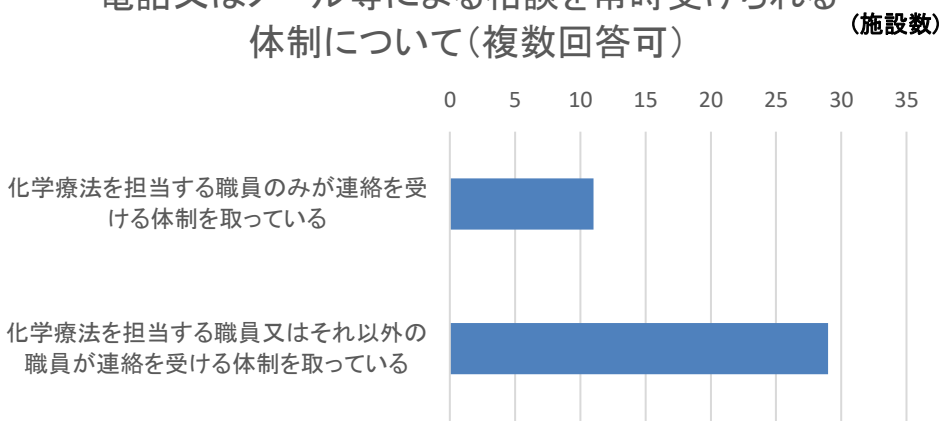
時間外の対応体制（外来施設票）



電話又はメール等による相談を常時受けられる体制について（複数回答可）



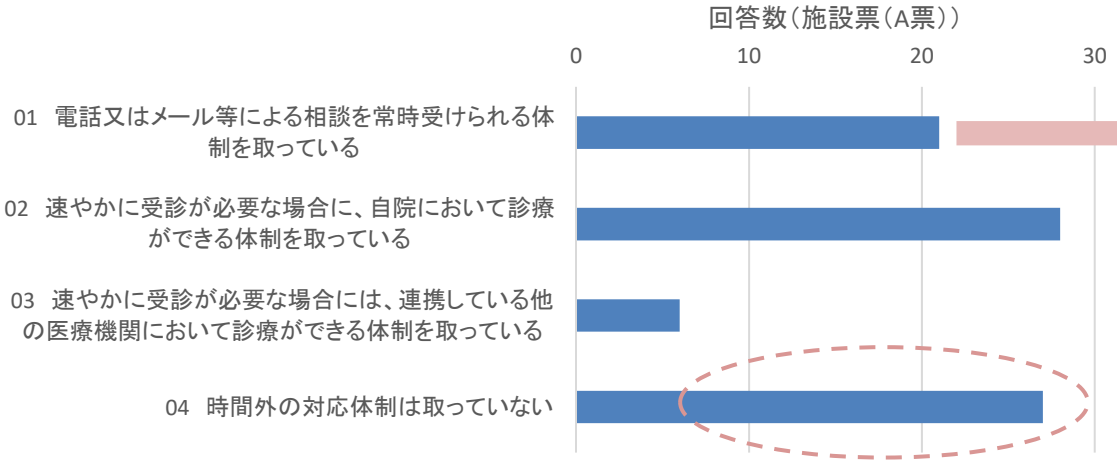
電話又はメール等による相談を常時受けられる体制について（複数回答可）

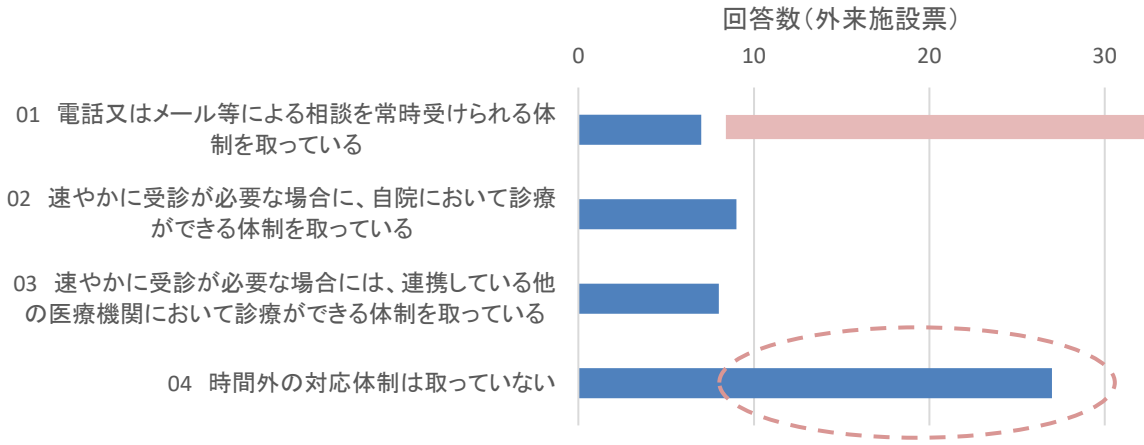


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票（A票）、外来施設票）

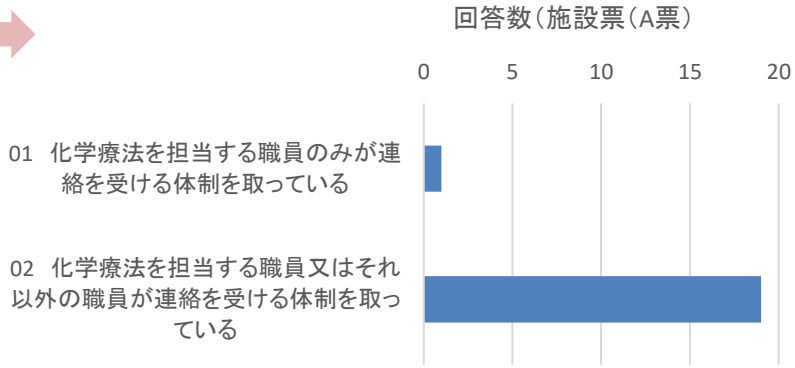
時間外の対応体制（化学療法実施を実施するが届出のない施設）

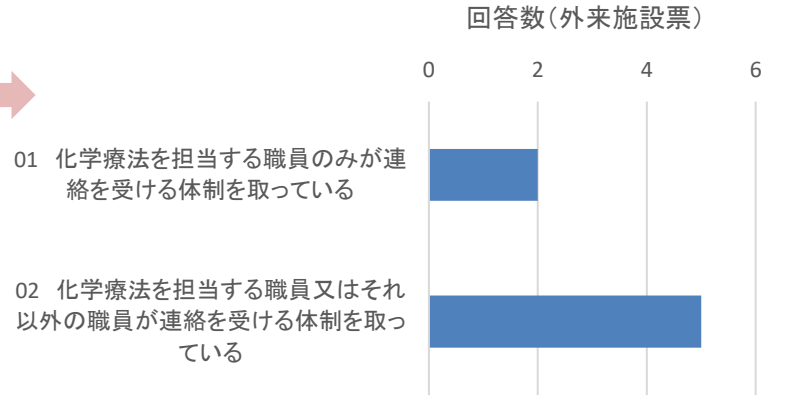
○ 施設票（A票）、外来施設票において、化学療法を実施しているが、外来腫瘍化学療法診療料を届け出ていない施設において、「時間外の対応体制を取っていない」（赤点線）がそれぞれ27件（全回答の33%）、27件（全回答の53%）であった。
○ 電話又はメール等による相談体制を取っている施設については、専任の職員のみで連絡を受ける体制は、それぞれ1件（5%）、2件（29%）であった。





「電話又はメール等による相談を常時受けられる体制を取っている」場合

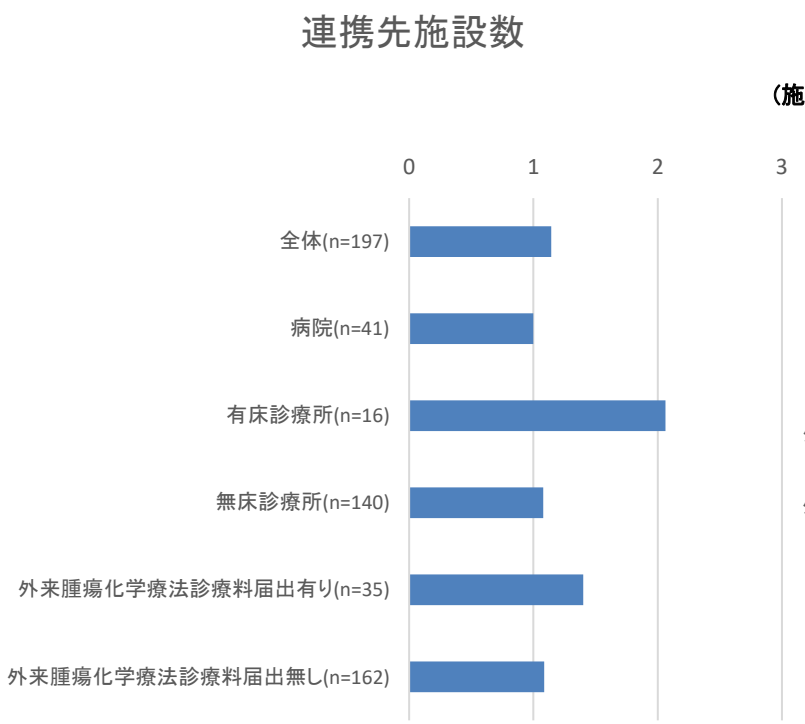


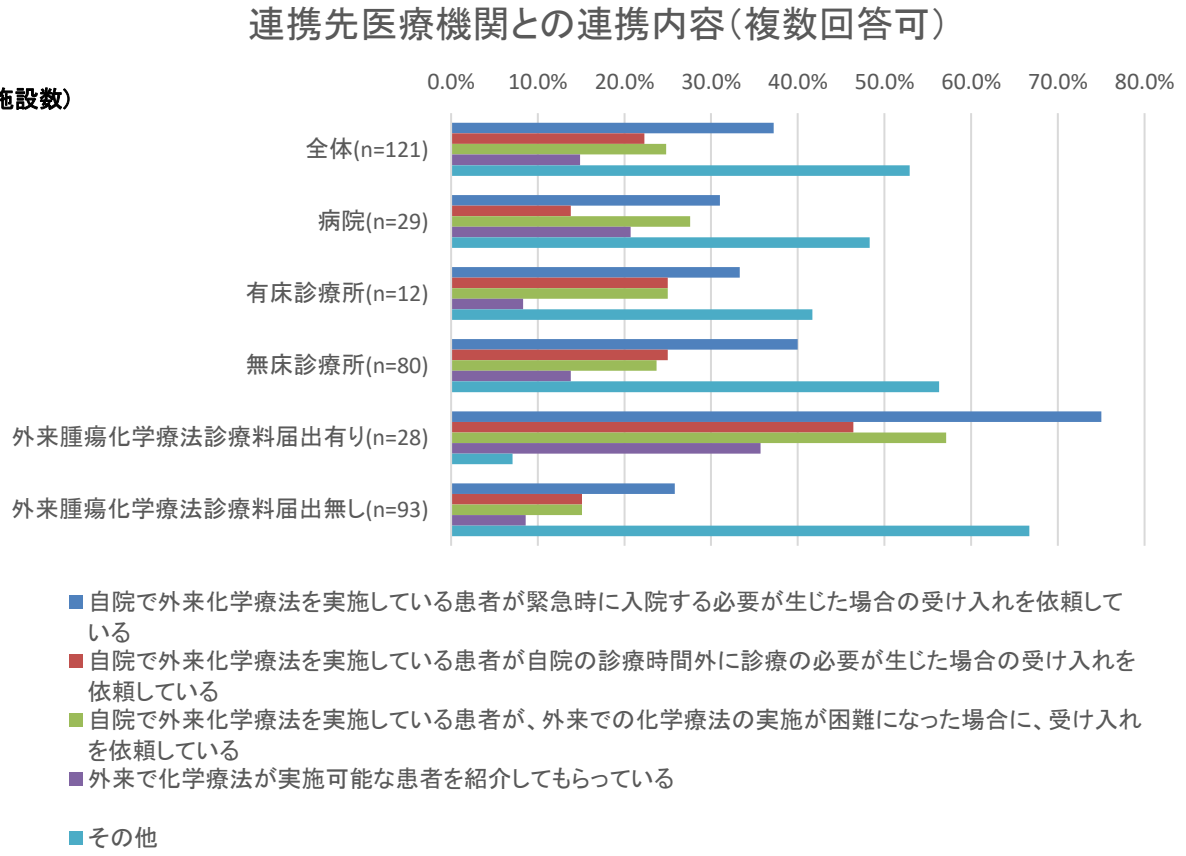


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票（A票）、外来施設票）

外来化学療法を実施する施設の他の医療機関との連携内容

○ 外来施設票の回答において、連携施設数は平均1.1施設という結果であった。
○ 外来腫瘍化学療法診療料を届け出ている施設については、平均1.4施設と連携していた。
○ 連携先医療機関との連携内容のうち、自院で外来化学療法を実施している患者について、「緊急時に入院する必要が生じた場合の受け入れを依頼している」が37.2%、「自院の診療時間外に診療の必要が生じた場合の受け入れを依頼している」が22.3%、「外来での化学療法の実施が困難になった場合に、受け入れを依頼している」が24.8%であった。



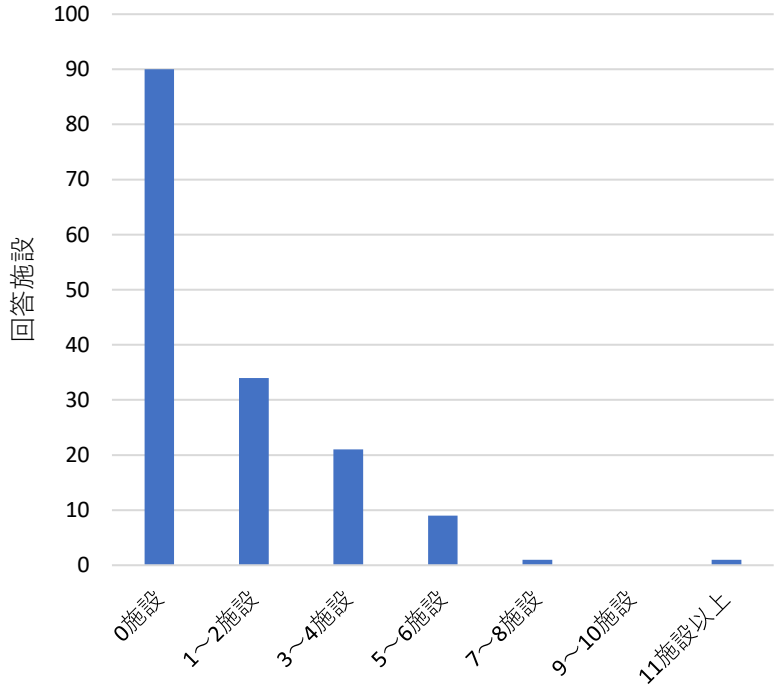


出典:令和4年度入院・外来医療等における実態調査(外来施設票)

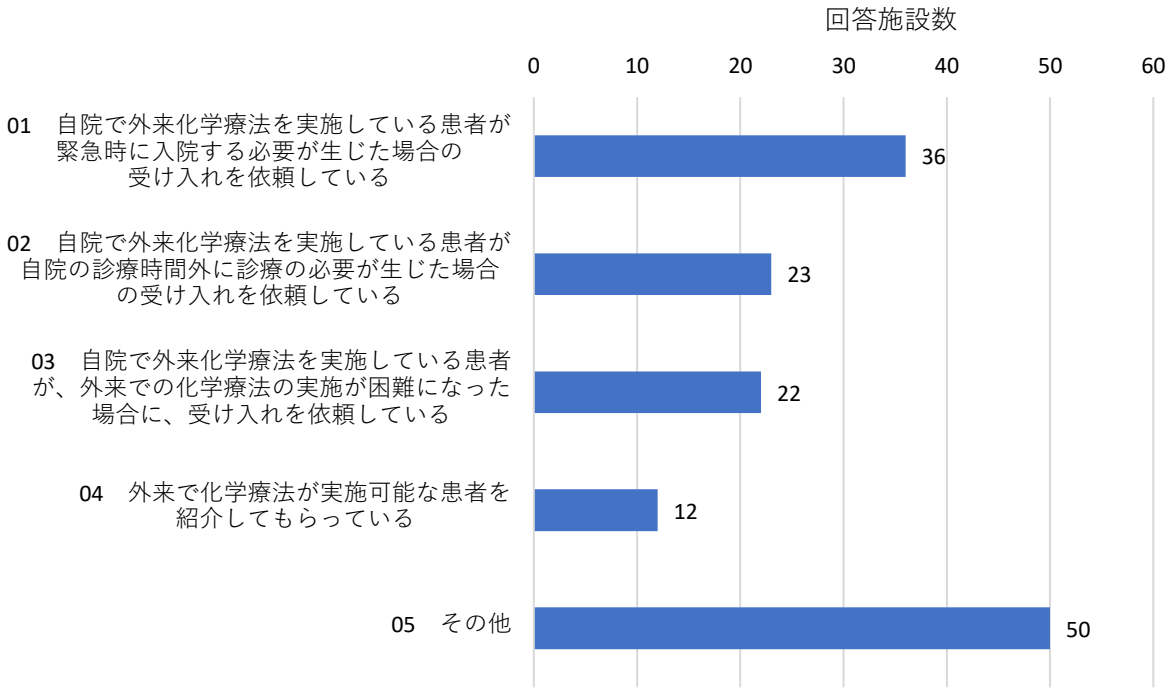
診療所における他の医療機関との連携状況

○　診療所における連携先施設数については、0施設と回答した施設が最も多かった（90施設、57.7%）。
○　具体的な連携については、「自院で外来化学療法を実施している患者が緊急時に入院する必要が生じた場合の受け入れを依頼している」が36施設であり、最も多かった。

連携先施設数（診療所の集計結果）



連携先の医療機関との連携内容（複数回答可）
（診療所の集計結果）



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

1. 共通項目

2. 令和4年度各調査項目

（1）一般病棟入院基本料等における「重症度、医療・看護必要度」の施設基準等の見直しの影響について

（2）特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について

（3）地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件等の見直しの影響について

（4）療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について

（5）新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向けた評価等について

（6）医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等について

（7）外来医療に係る評価等について

3. その他の調査結果

入退院支援加算の概要

意見交換　資料－３参考－１
Ｒ　５　．　３　．　１　５

Ａ２４６　　入退院支援加算（退院時１回）

- 施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価。
- 入退院支援加算１　　イ　一般病棟入院基本料等の場合　７００点　　ロ　療養病棟入院基本料等の場合　１，３００点
  入退院支援加算２　　イ　一般病棟入院基本料等の場合　１９０点　　ロ　療養病棟入院基本料等の場合　６３５点
  入退院支援加算３　　１，２００点
- 入退院支援加算１又は２を算定する患者が15歳未満である場合、所定点数に次の点数を加算する。　　小児加算　２００点

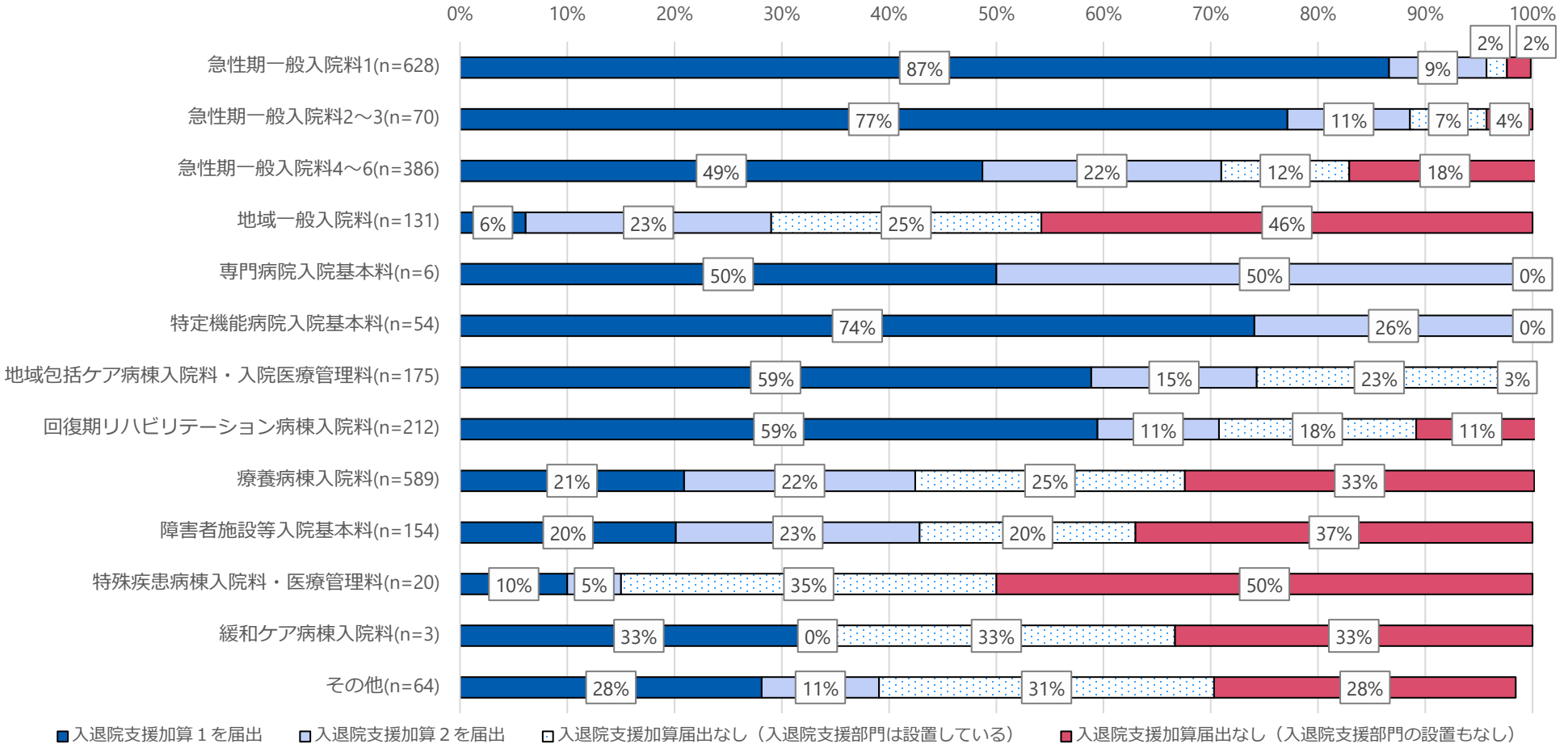
［主な算定要件・施設基準］

	入退院支援加算１	入退院支援加算２	入退院支援加算３
退院困難な要因	ア．悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 イ．緊急入院 ウ．要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること エ．家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある オ．生活困窮者であること カ　入院前に比べＡＤＬが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。） キ．排泄に介助を要すること ク．同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	ケ．退院後に医療処置が必要 コ．入退院を繰り返している サ　入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれること シ　家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること ス　児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること セ　その他患者の状況から判断してアからスまでに準ずると認められる場合	ア．先天奇形 イ．染色体異常 ウ．出生体重1,500g未満 エ．新生児仮死（Ⅱ度以上のものに限る） オ．その他、生命に関わる重篤な状態
①退院困難な患者の抽出 ②・患者・家族との面談 ・退院支援計画の着手 ③多職種によるカンファレンスの実施	①原則入院後３日以内に退院困難な患者を抽出 ②・原則として、患者・家族との面談は 一般病棟入院基本料等は７日以内 療養病棟入院基本料等は１４日以内　に実施 ・入院後７日以内に退院支援計画作成に着手 ③入院後７日以内にカンファレンスを実施	①原則入院後７日以内に退院困難な患者を抽出 ②・できるだけ早期に患者・家族と面談 ・入院後７日以内に退院支援計画作成に着手 ③できるだけ早期にカンファレンスを実施	①入院後７日以内に退院困難な患者を抽出 ②③ ・７日以内に家族等と面談 ・カンファレンスを行った上で、入院後１か月以内に退院支援計画作成に着手
入退院支援部門の設置	入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置		
入退院支援部門の人員配置	入退院支援及び地域連携業務の十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が１名以上 かつ、①もしくは②　（※） ①専従の看護師が配置されている場合は、専任の社会福祉士を配置 ②専従の社会福祉士が配置されている場合は、専任の看護師を配置 （※）週３日以上常態として勤務しており、所定労働時間が22時間以上の非常勤２名以上の組み合わせも可。		５年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師又は専任の看護師並びに専従の社会福祉士
病棟への入退院支援職員の配置	各病棟に入退院支援等の業務に専従として従事する専任の看護師又は社会福祉士を配置（２病棟に１名以上）	－	－
連携機関との面会	連携機関の数が25以上であること。 連携機関の職員が年３回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っていること	－	－
介護保険サービスとの連携	相談支援専門員との連携等の実績	－	－

入退院支援加算１・２の届出状況

○　入退院支援加算は、急性期一般入院料や専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料での届出が多かった。
○　地域一般入院料や療養病棟入院料等では、3割以上が入退院支援加算の届出がなく、かつ、入退院支援部門も設置していなかった。

■入退院支援加算１又は２の届出状況

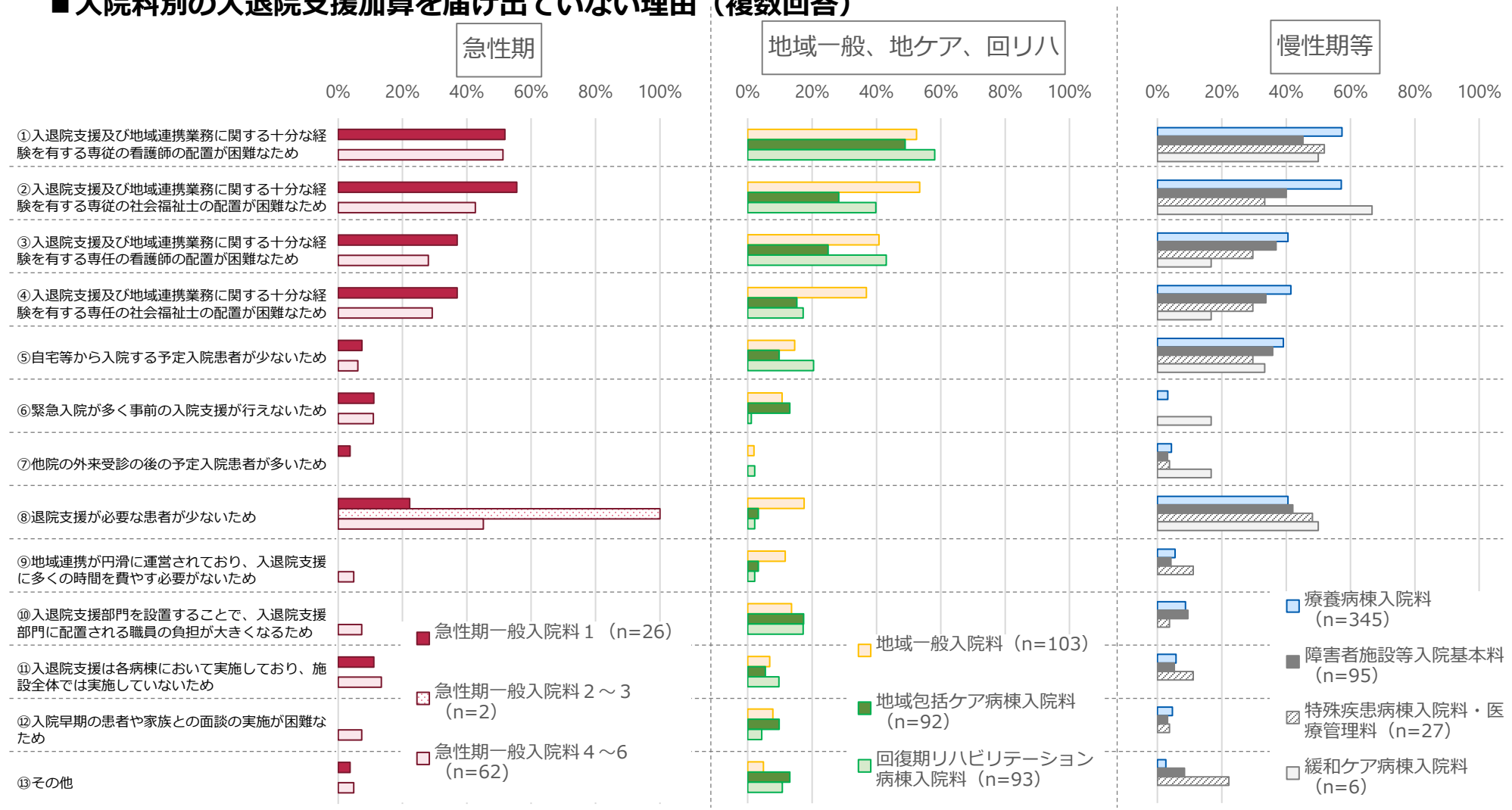


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

入退院支援加算を届け出ていない理由

○　入院料別の入退院支援加算を届け出ていない理由としては、「専従の看護師や専従の社会福祉士の配置が困難なため」が多かった。
○　他に比べて療養病棟入院料等においては、「退院支援が必要な患者が少ないため」が多かった。

■入院料別の入退院支援加算を届け出ていない理由（複数回答）

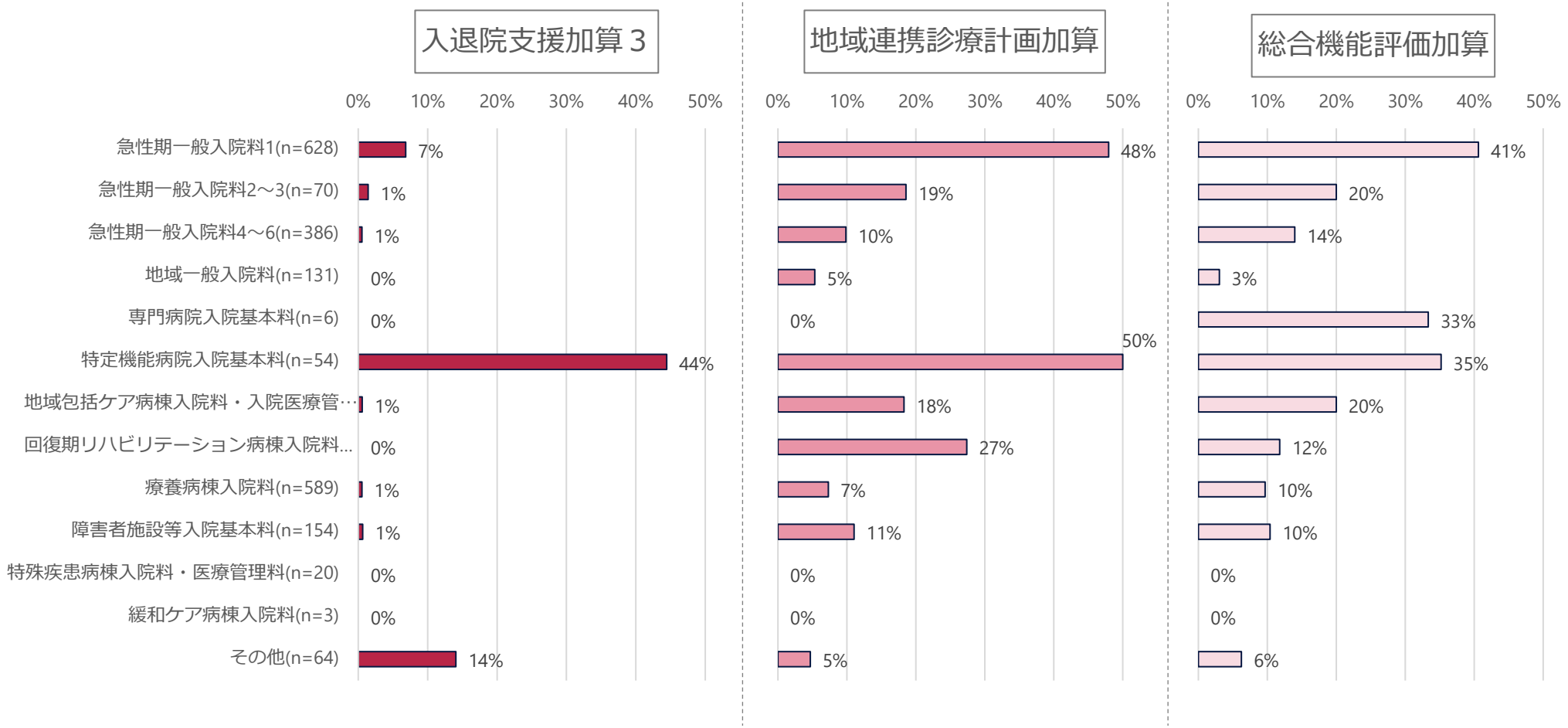


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

入退院支援加算１・２以外の届出状況

○ 入退院支援加算3は、特定機能病院では44%届け出られているが、その他の入院料ではほとんど届出がなかった。
○ 地域連携診療計画加算及び総合機能評価加算は、急性期一般入院料1及び特定機能病院で多く届け出られていた。

■入退院支援加算３、入退院支援加算の注加算の届出状況

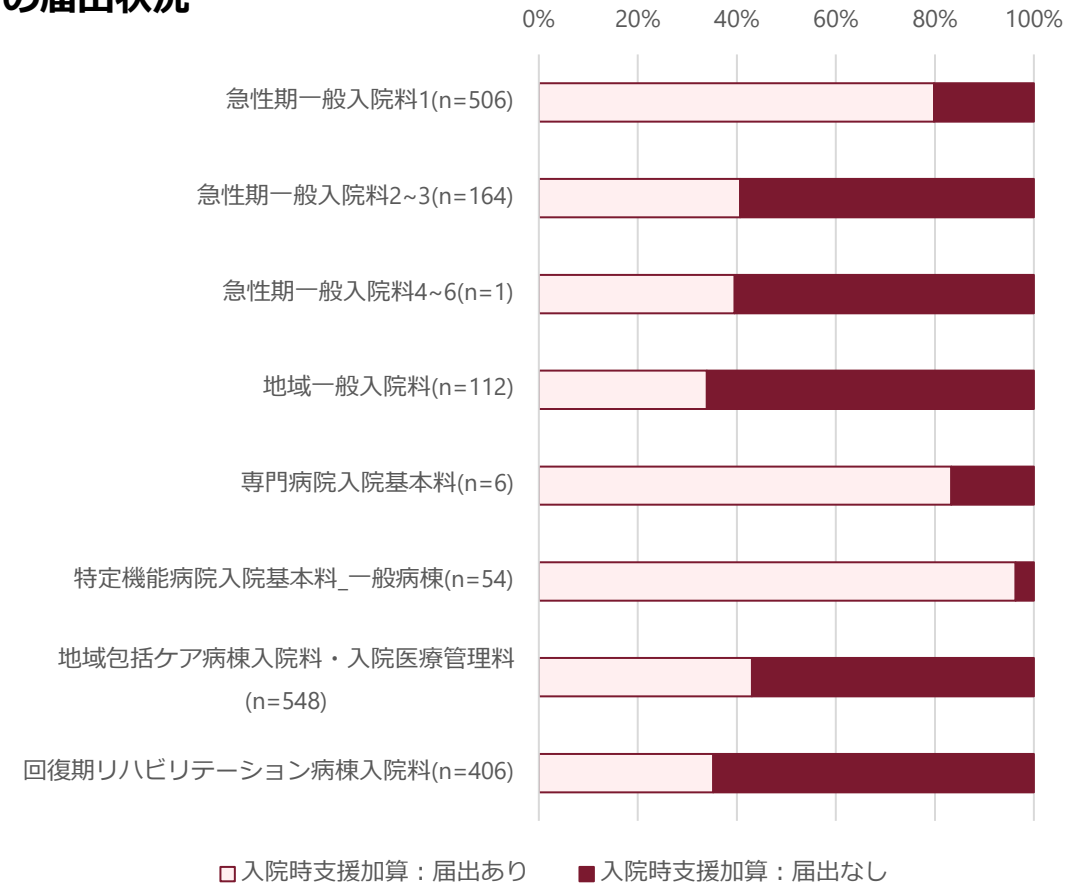


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

入院時支援加算の届出状況

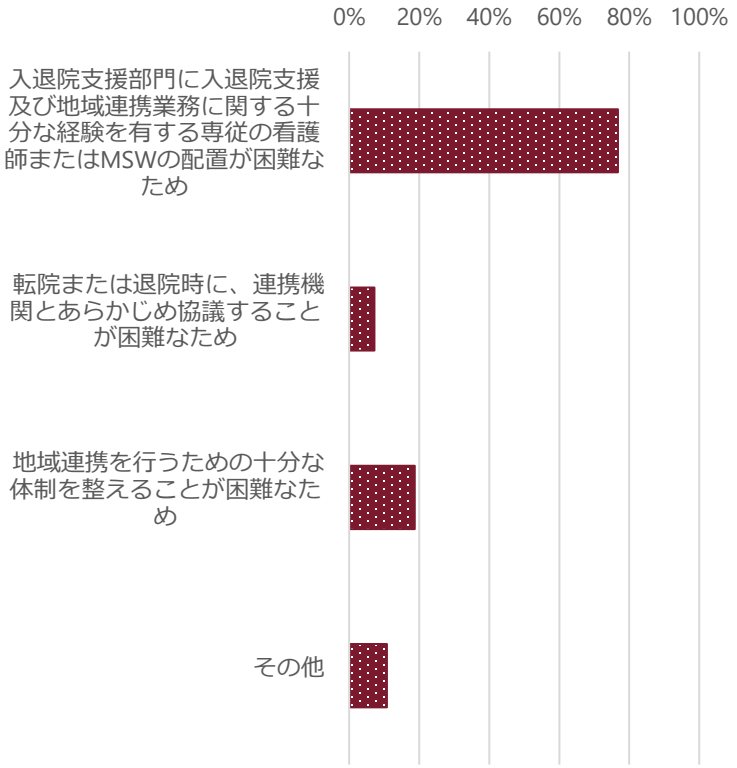
○ 入退院支援加算1・2届出医療機関のうち、急性期一般入院料1、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料では、入院時支援加算を8割以上届け出ている。
○ 入院時支援加算を届け出ていない理由は、「入退院支援部門への看護師・MSWの配置が困難なため」が最も多い。

■入退院支援加算１・２届出医療機関における入院時支援加算の届出状況



■急性期医療機関（※）において入院時支援加算を届け出ていない理由（複数回答）　(n=112)

（※）急性期一般病棟、特定機能病院（一般）、専門病院

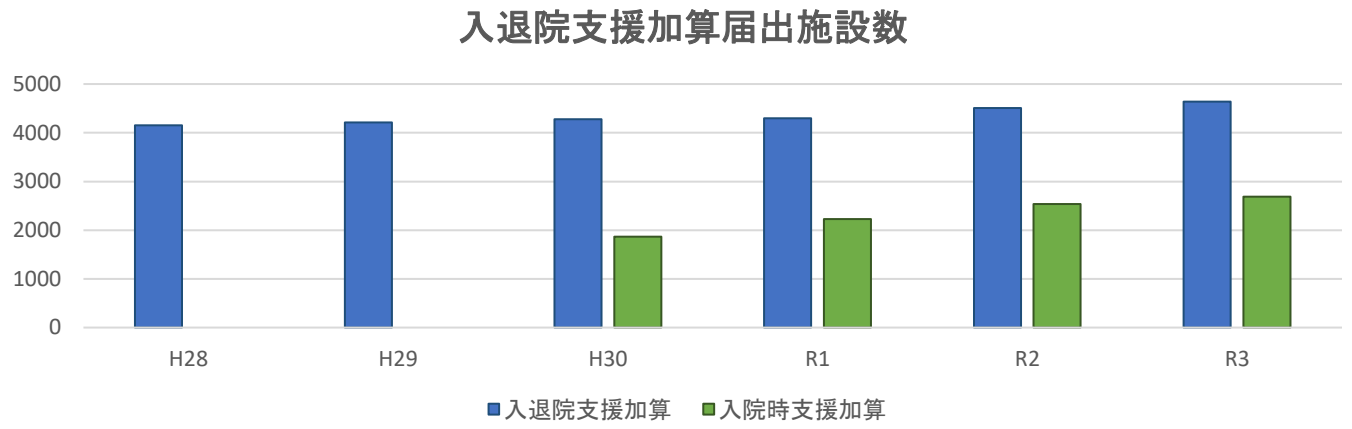


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

入退院支援加算の届出・算定状況

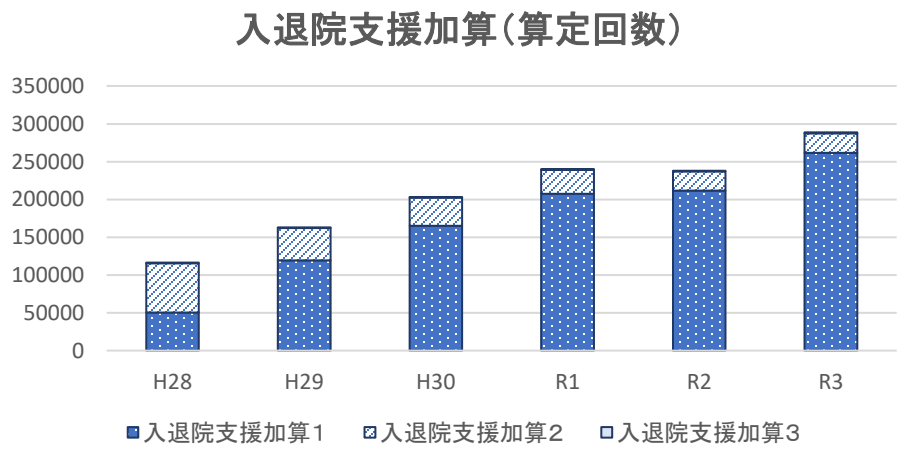
○　入退院支援加算と入院時支援加算の届出施設は徐々に増加している。
○　入退院支援加算と入院時支援加算の算定回数はいずれも増加している。

■入退院支援加算の届出状況の推移

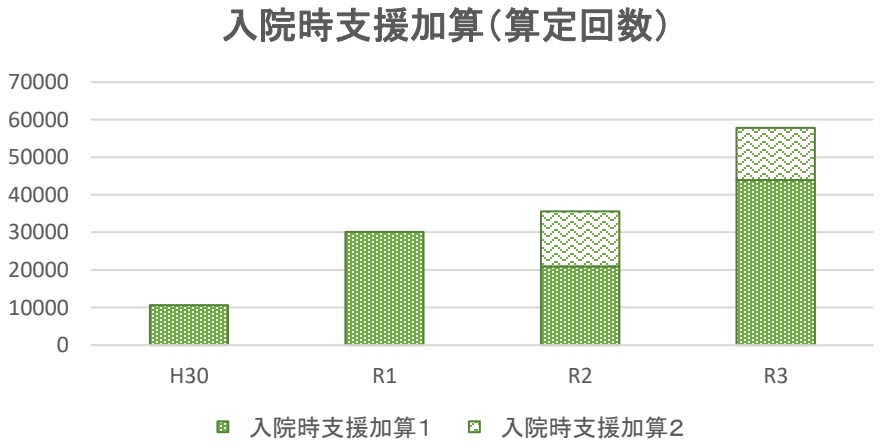


出典：各年７月１日の届出状況。保険局医療課調べ。

■入退院支援加算の算定状況の推移



■入院時支援加算の算定状況の推移

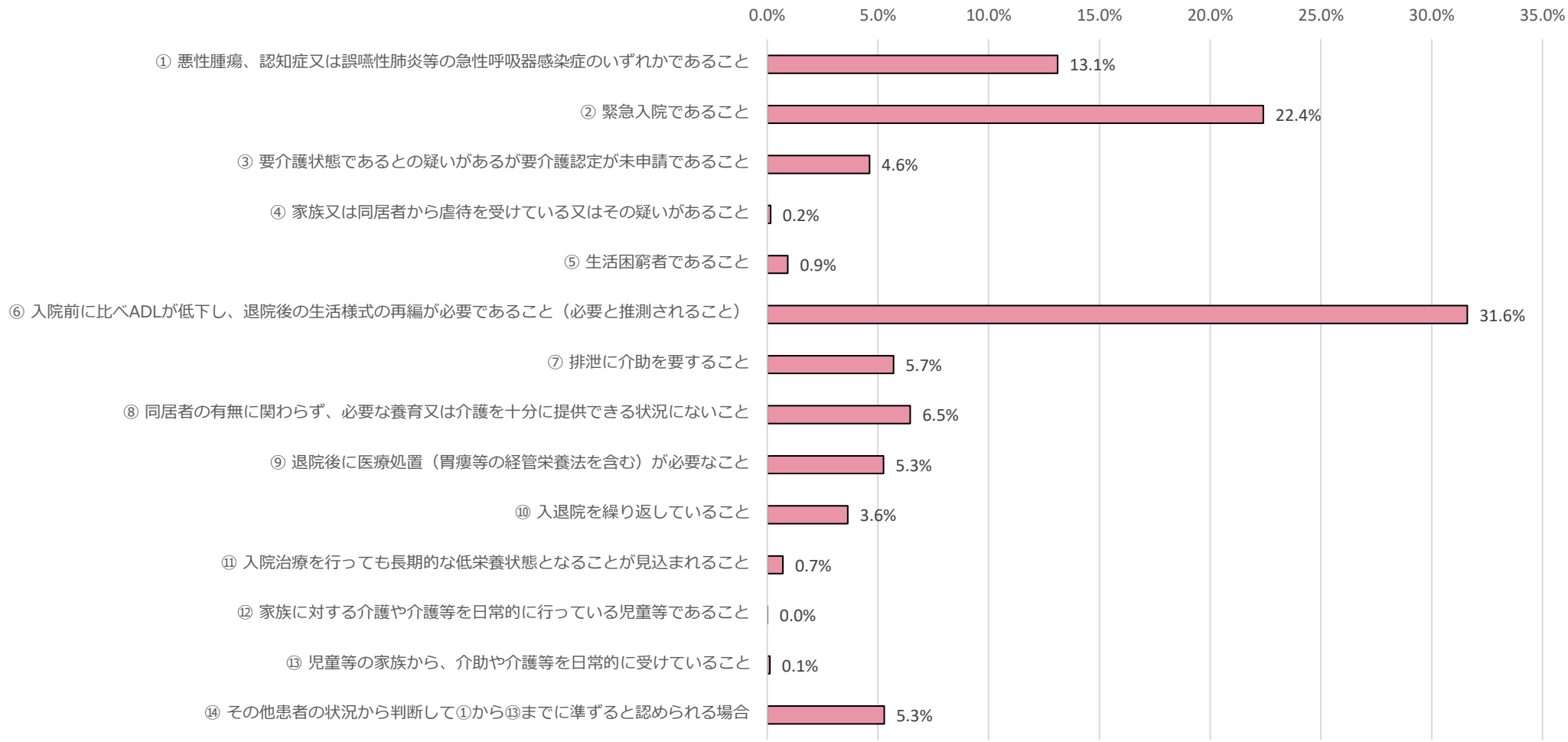


出典：社会医療診療行為別統計（各年６月審査分）

入退院支援加算の対象者における「退院困難な要因」

○　入退院支援加算1・2を算定した患者の「退院困難な要因」としては、「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること）」が最も多かった。

■入退院支援加算１・２を算定した患者の退院困難な要因（令和４年８月～10月の３か月）　（n=966）

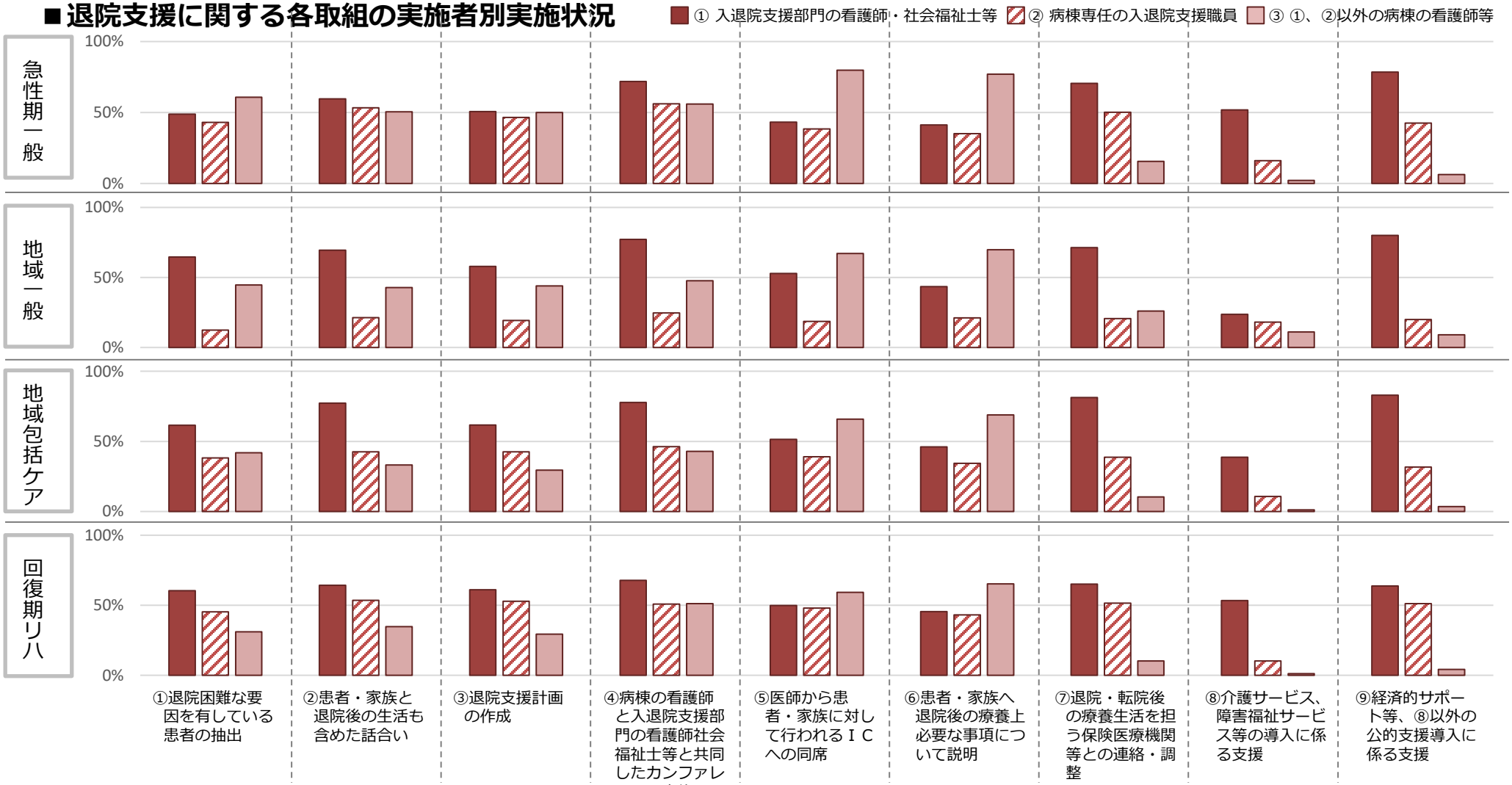


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

退院支援に関する各取組の実施状況・実施者

○ 退院支援に関する各取組のうち、「医師から行われるICへの同席」、「患者・家族への退院後の療養上必要な事項の説明」は病棟の看護師等が実施していることが多く、「退院・転院先との連絡調整」、「介護サービス等の導入に係る支援」、「経済的サポート等、公的支援導入に係る支援」は入退院支援部門の看護師・社会福祉士等が実施していることが多かった。

■退院支援に関する各取組の実施者別実施状況



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

認知症ケア加算の概要

認知症ケア加算（１日につき）

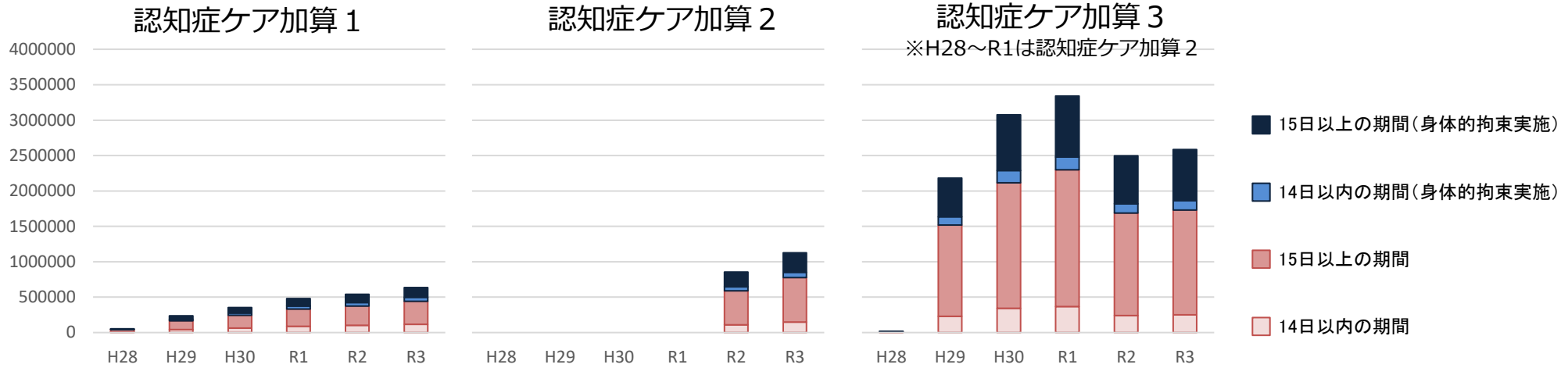
- 身体疾患のために入院した認知症患者に対する病棟でのケアや多職種チームの介入について評価する。
- 認知症ケア加算１　イ　14日以内の期間　150点　　ロ　15日以上の期間　30点
  認知症ケア加算２　イ　14日以内の期間　100点　　ロ　15日以上の期間　25点
  認知症ケア加算３　イ　14日以内の期間　　40点　　ロ　15日以上の期間　10点
- 身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の60に相当する点数により算定。

		認知症ケア加算１	認知症ケア加算２	認知症ケア加算３
		認知症ケアチームによる取組を評価	**専任の医師又は専門性の高い看護師による取組を評価**	**研修を受けた病棟看護師による取組を評価**
算定対象		認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクⅢ以上の患者（重度の意識障害のある者を除く）		
主な算定要件	身体的拘束	身体的拘束を必要としないよう環境を整える、身体拘束をするかどうかは複数の職員で検討する、やむを得ず実施する場合は早期解除に努める等		
	ケア実施等	認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で実施	病棟の看護師等が実施	病棟の看護師等が実施
	専任の職員の活動	認知症ケアチームが、 ・カンファレンス（週１回程度）　・病棟巡回（週１回以上） ・認知症ケアの実施状況把握　・病棟職員へ助言	専任の医師又は看護師が、 ・定期的に認知症ケアの実施状況把握　・病棟職員へ助言	－
主な施設基準	専任の職員の配置	認知症ケアチームを設置 ・専任の常勤医師（精神科・神経内科３年又は研修修了） ・専任の常勤看護師（経験５年かつ600時間以上の研修修了） … 原則週16時間以上、チームの業務に従事 ・専任の常勤社会福祉士又は精神保健福祉士	いずれかを配置 ・専任の常勤医師　（精神科・神経内科３年又は研修修了） ・専任の常勤看護師　（経験５年かつ600時間以上の研修修了）	－
	病棟職員	認知症患者に関わる全ての病棟の看護師等が、 認知症ケアチームによる院内研修又は院外研修を受講	全ての病棟に、９時間以上の研修を修了した看護師を３名以上配置（うち１名は院内研修で可）	
	マニュアルの作成・活用	認知症ケアチームがマニュアルを作成	専任の医師又は看護師を中心にマニュアルを作成	マニュアルを作成
	院内研修	認知症ケアチームが定期的に研修を実施	専任の医師又は看護師を中心に、年１回は研修や事例検討会等を実施	研修を修了した看護師を中心に、年１回は研修や事例検討会等を実施

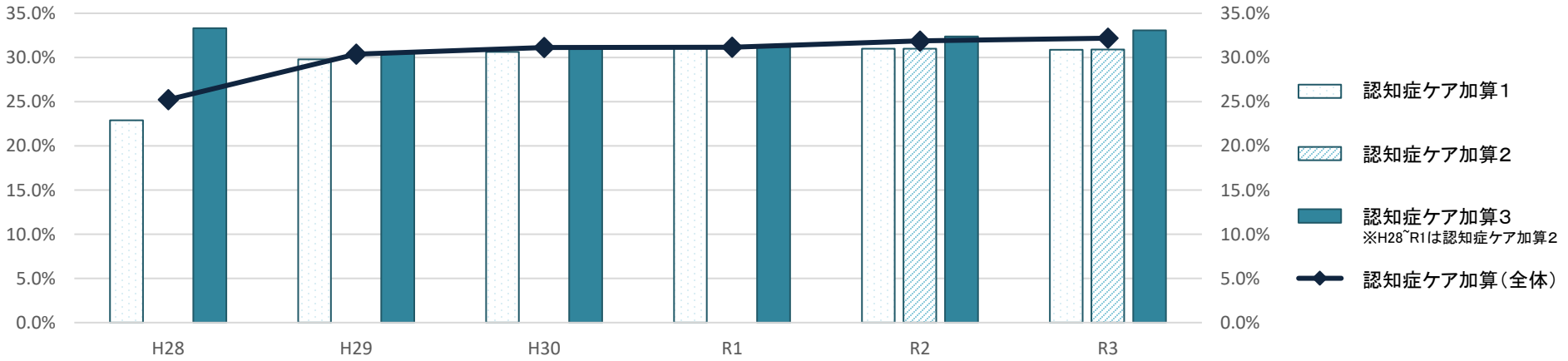
認知症ケア加算の算定の推移

○　認知症ケア加算の算定回数は年々増加している。
○　認知症ケア加算の全算定回数のうち、身体的拘束を実施した日の割合は約3割であり、やや増加傾向である。

■認知症ケア加算の算定回数の推移（各年６月審査分）



■認知症ケア加算に占める身体的拘束を実施した割合（各年６月審査分の算定回数）

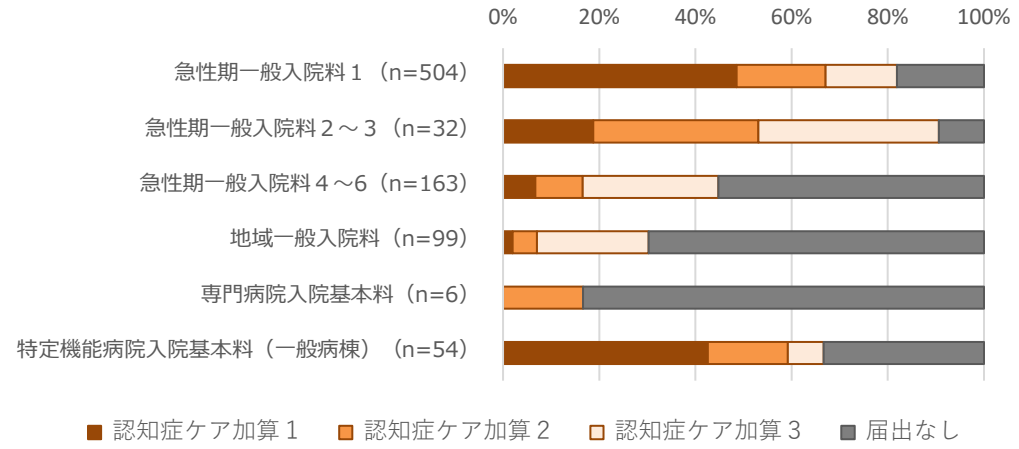


出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

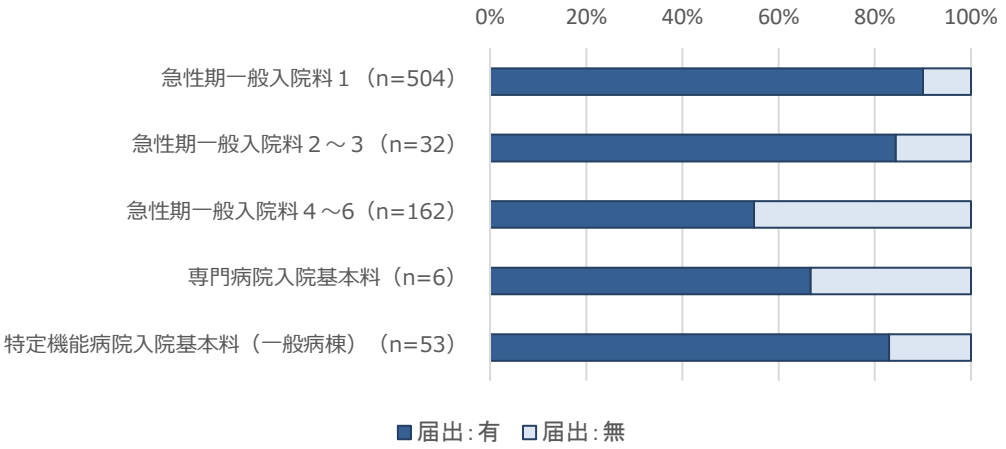
認知症ケア加算等の届出状況等（一般病床）

○ 急性期一般入院料1と特定機能病院では、約5割が認知症ケア加算1を届け出ている。
○ 認知症患者を受け入れるにあたっての取組は、「転倒転落のリスクを評価し、ADLの維持・向上に向けた取組」の実施率が高い。

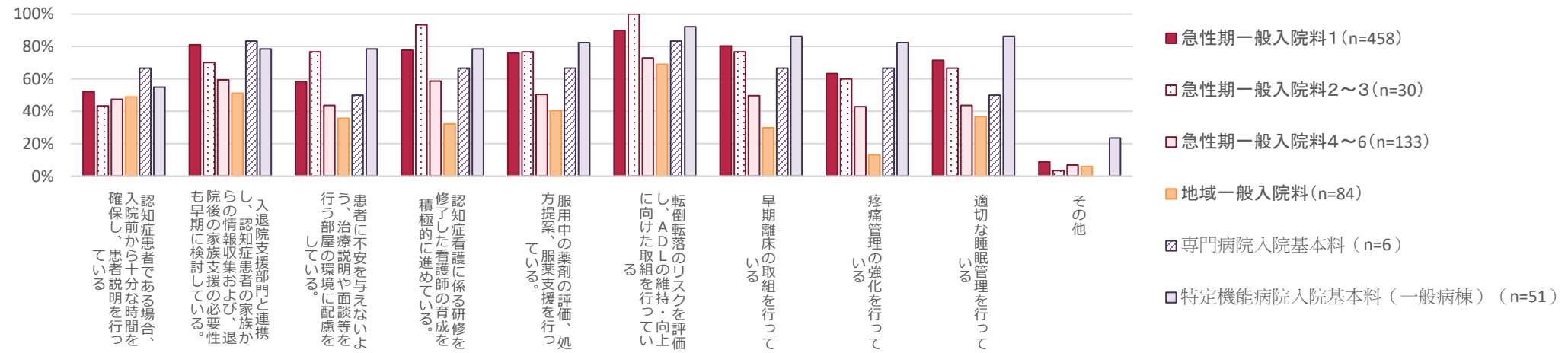
■認知症ケア加算の届出状況（令和４年11月１日時点）



■せん妄ハイリスク患者ケア加算の届出状況（令和４年11月１日時点）



■認知症患者を受け入れるにあたっての取組（複数回答）



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票（A票））

認知症ケア加算の届出状況等（療養病床）

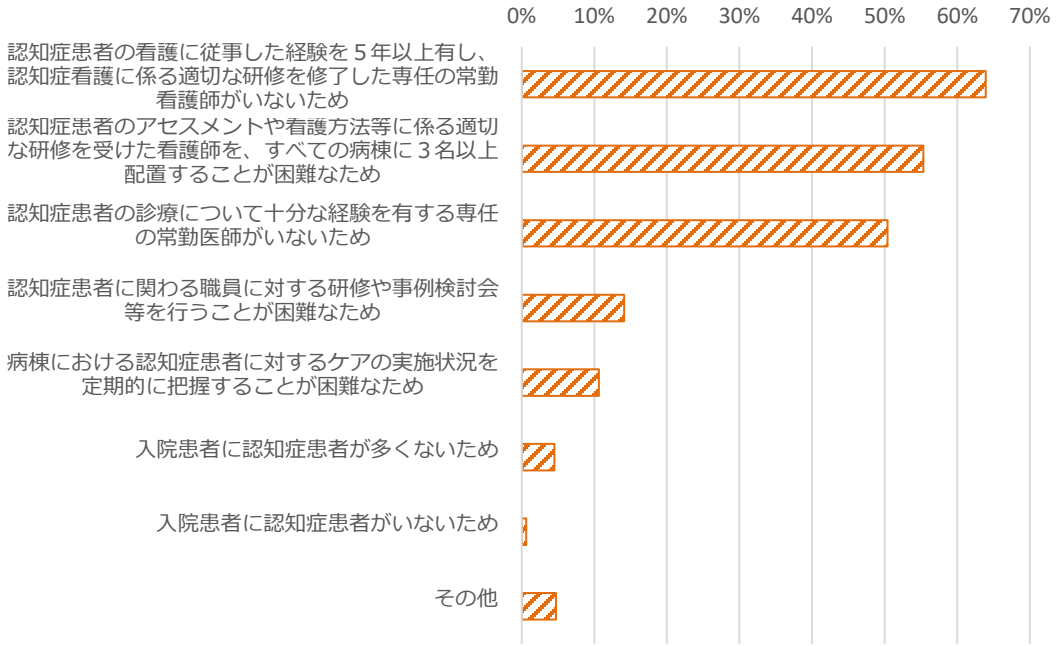
○ 療養病棟を有する病院のうち約5割は、認知症ケア加算を届け出ていない。
○ 認知症ケア加算3を届け出ている又は認知症ケア加算を届け出ていない病院のうち約5割は、今後も届出意向はない。

■療養病棟における認知症ケア加算の届出状況（n=591）

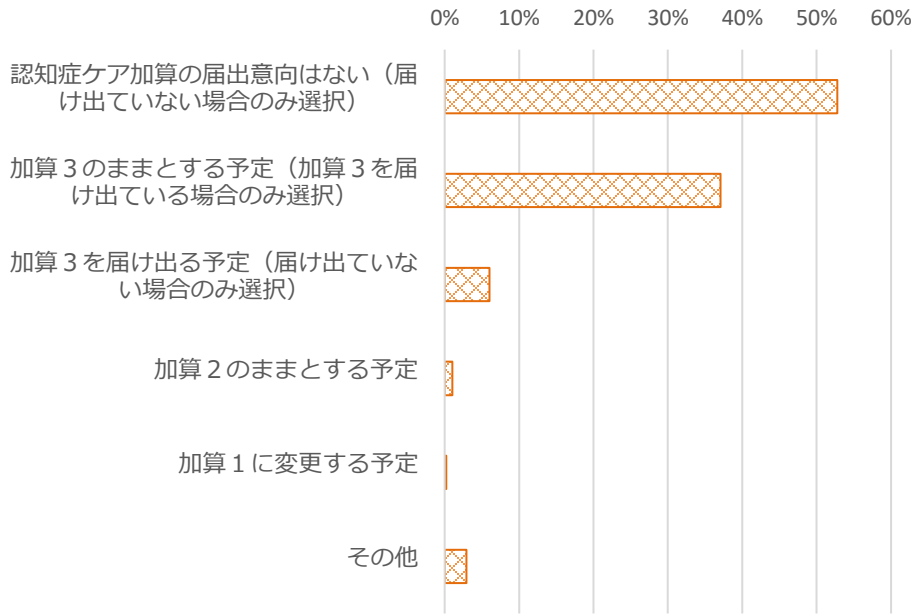
	病院数	（割合）
加算1	13	2%
加算2	76	13%
加算3	188	32%
届出：無	314	53%

加算3又は届出無しの場合

■認知症ケア加算２を届け出ていない理由（n=488）



■今後の意向（n=483）

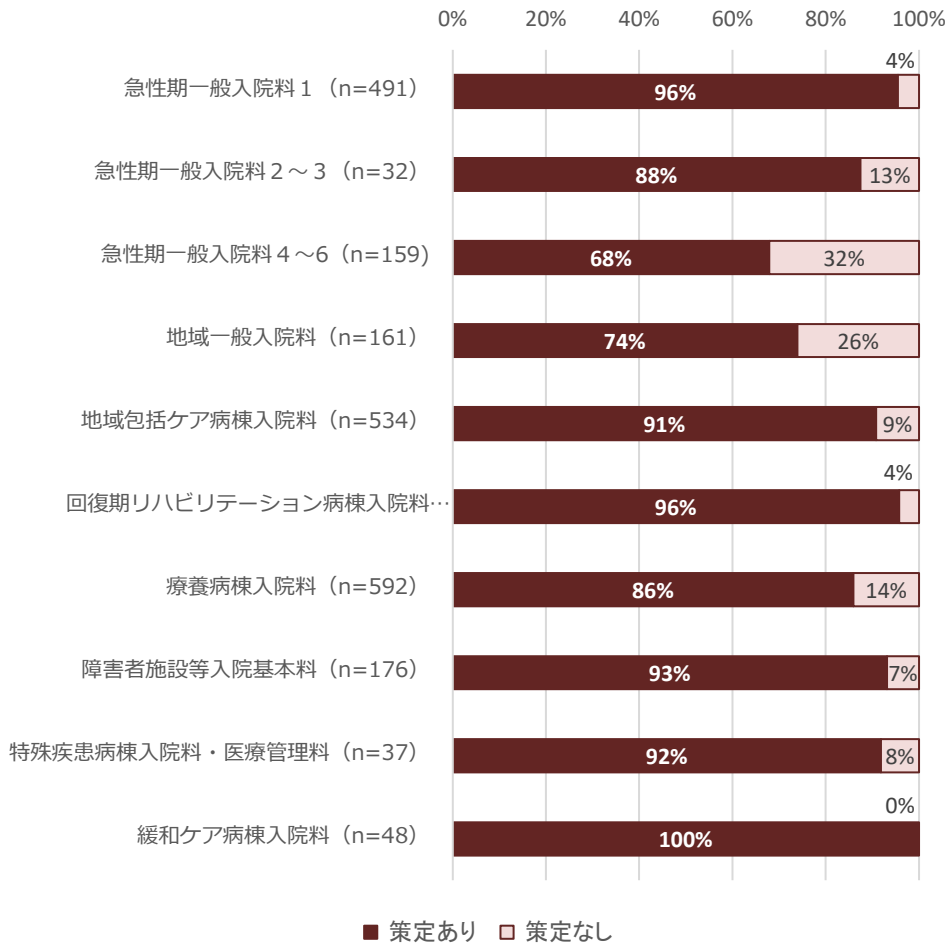


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票（C票））

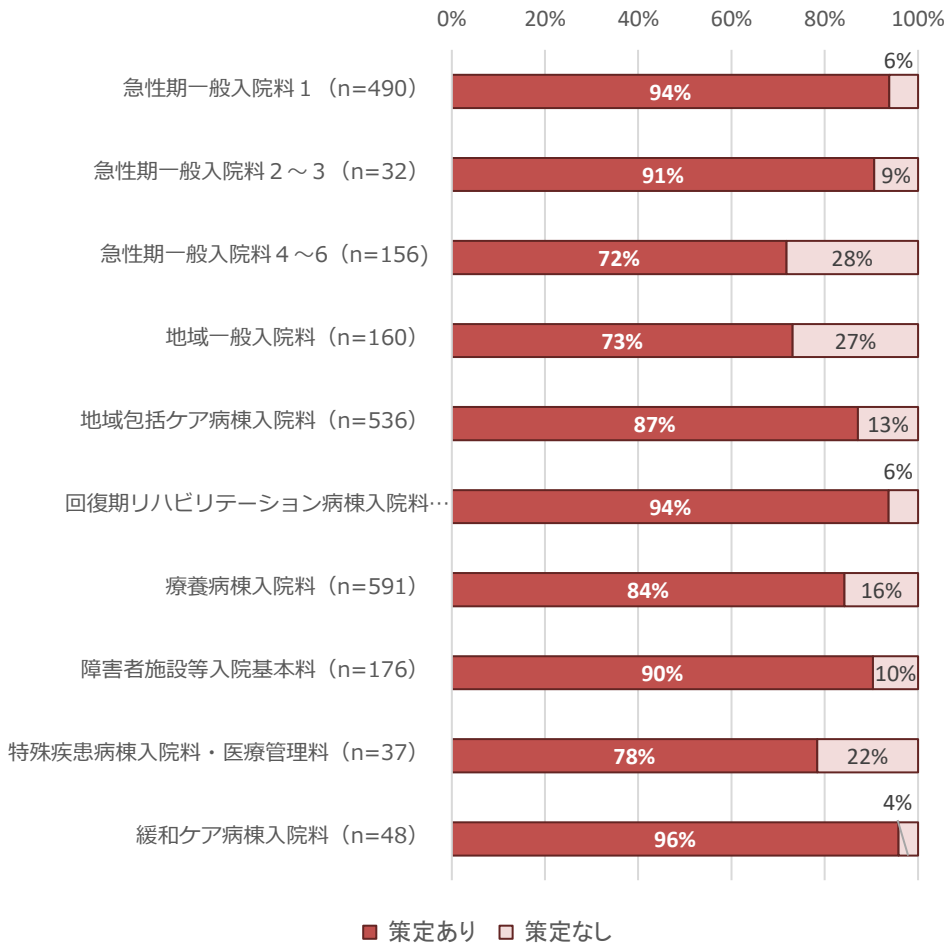
身体的拘束を予防・最小化するための医療機関の取組

○ 「身体的拘束を予防・最小化するためのマニュアル等」又は「院内における身体的拘束の実施・解除基準」は、概ね9割程度の病院で策定されていたが、急性期一般入院料4～6と地域一般入院料を有する病院の策定率は約7割と低かった。

■身体的拘束を予防・最小化するためのマニュアル等の策定（令和4年11月1日時点）



■院内における身体的拘束の実施・解除基準の策定（令和4年11月1日時点）

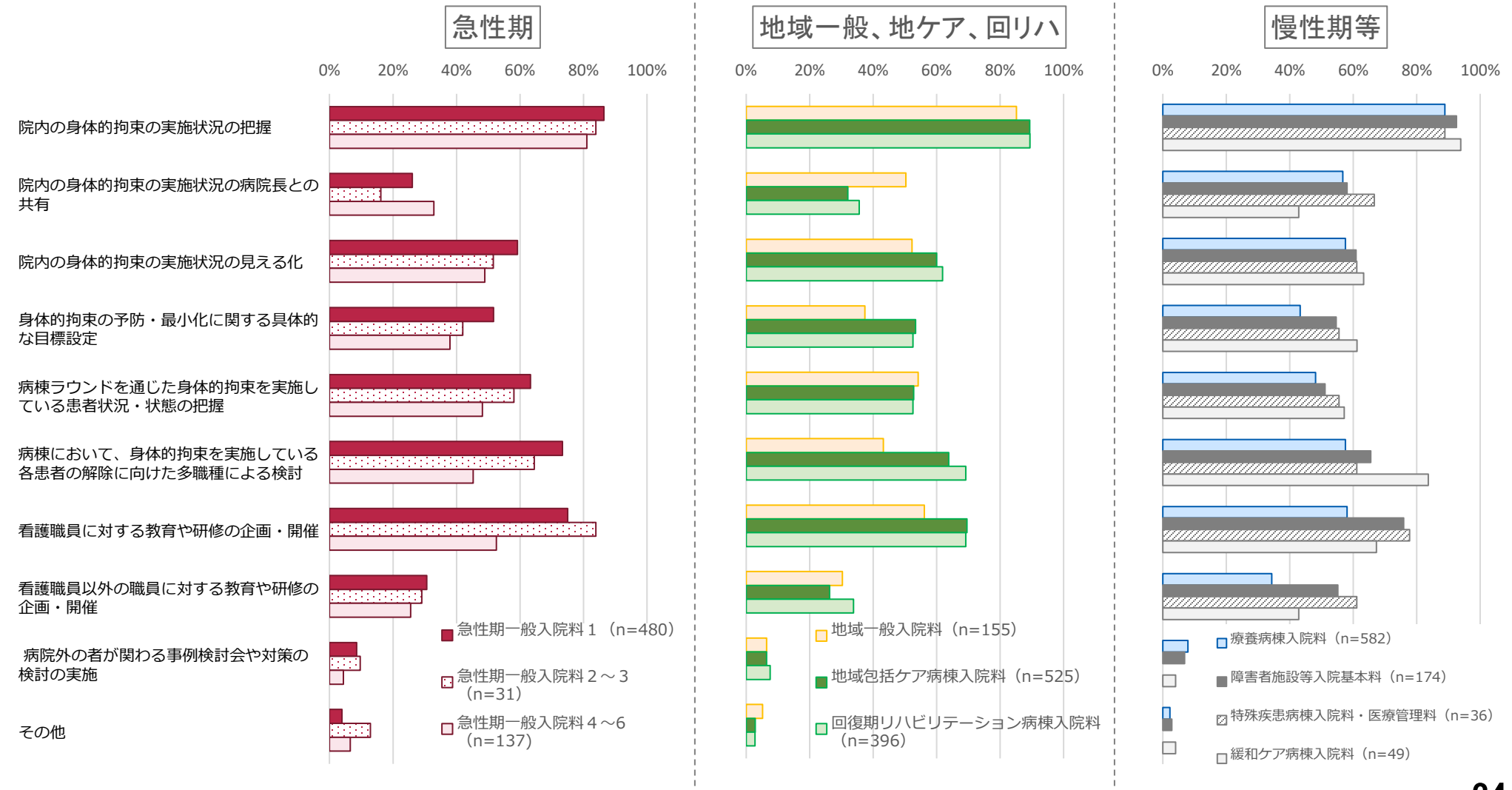


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

身体的拘束を予防・最小化するための具体的な取組内容

○ 入院料別の身体的拘束を予防･最小化するための具体的な取組内容は以下のとおり。
○ 急性期一般病棟入院料届出病院では、「院内の身体的拘束の実施状況の病院長との共有」の実施率は約2割であり、他の入院料と比べて低かった。

■身体的拘束を予防・最小化するための具体的な取組内容（複数選択）

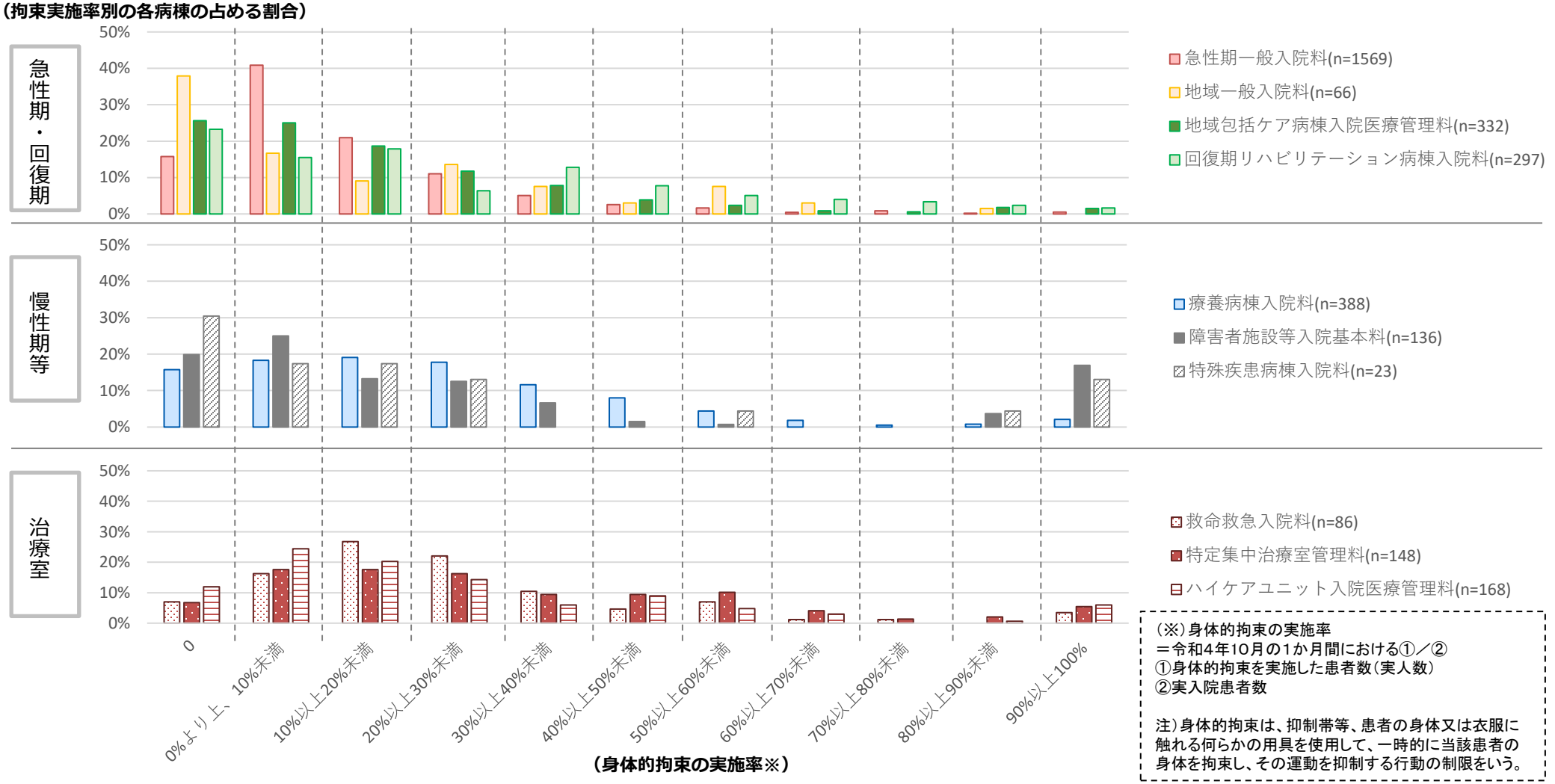


出典：令和4年度入院･外来医療等における実態調査（施設票）

身体的拘束の実施状況

○ ほとんどの病棟・病室において、身体的拘束の実施率は0～10%未満（0%を含む）が最も多く、急性期一般入院料、地域一般入院料、地域包括ケア病棟入院料では約5割である。
○ 一方で、身体的拘束の実施率が50%を超える病棟・病室も一定程度ある。

■入院料別の身体的拘束の実施率（※）



（※）身体的拘束の実施率
＝令和4年10月の1か月間における①／②
①身体的拘束を実施した患者数（実人数）
②実入院患者数

注）身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

小児入院医療管理料の概要①

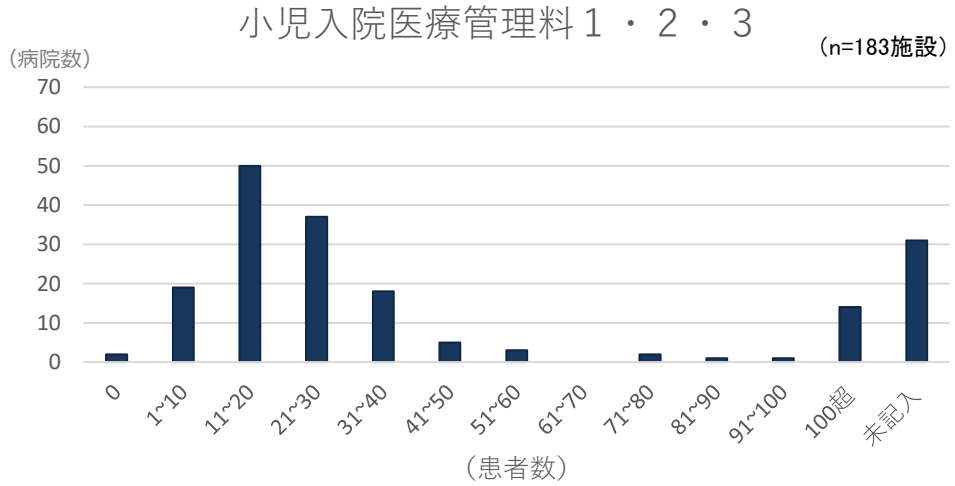
	小児入院医療管理料１	小児入院医療管理料２	小児入院医療管理料３	小児入院医療管理料４（病床単位）	小児入院医療管理料５
点数	4,750点	4,224点	3,803点	3,171点	2,206点
算定対象	入院中の15歳未満の患者（児童福祉法（昭和22年法第164号）第６条の２第２項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の患者）を対象とする。				
平均在院日数	当該病棟で21日以内			当該病棟を含めた一般病棟で28日以内	
医師の配置（※）	小児科常勤医師20名以上	小児科常勤医師９名以上	小児科常勤医師５名以上	小児科常勤医師３名以上	小児科常勤医師１名以上
看護配置	看護師 ７対１以上（夜勤時間帯についても９対１以上）	看護師 ７対１以上	看護師 ７対１以上	看護職員 10対１以上（７割以上が看護師）	看護職員 15対１以上（４割以上が看護師）
その他	• ６歳未満の入院を伴う手術件数が年間200件以上。 • 特定集中治療室管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料又は新生児集中治療室管理料の届出を行っていること。 • 年間の小児緊急入院患者数が800件以上。	• 入院を要する小児救急医療の提供を24時間365日行っていること。		• 当該病棟において、専ら小児を入院させる病床が10床以上であること。	

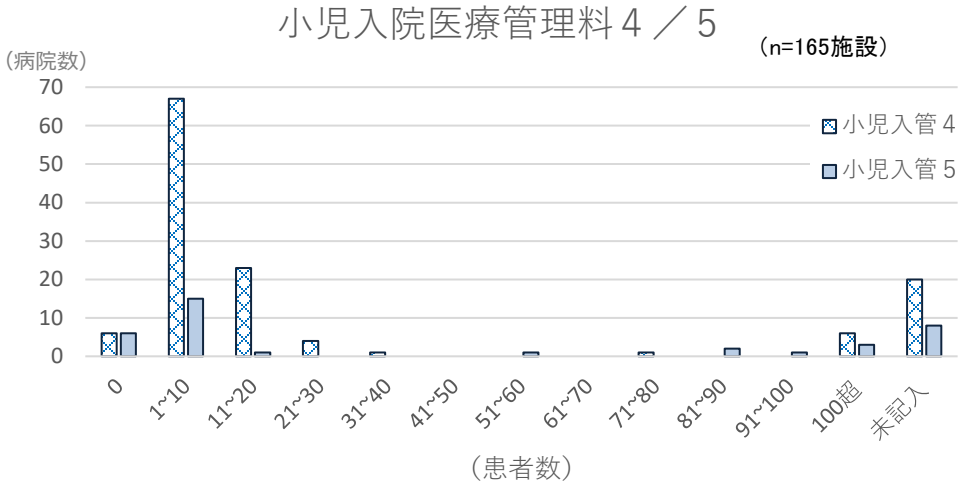
※　小児科の常勤の医師とは、小児科又は小児外科を専任する常勤の医師のことをいう。
※　週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている小児科又は小児外科の非常勤医師を2人以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、これらの非常勤医師の実労働時間を常勤換算し常勤医師数に算入することができる。ただし、小児入院医療管理料1を算定する病棟において、常勤換算し常勤医師数に算入することができるのは、常勤の医師のうち10名までに限る。

小児入院医療管理料届出医療機関における実績

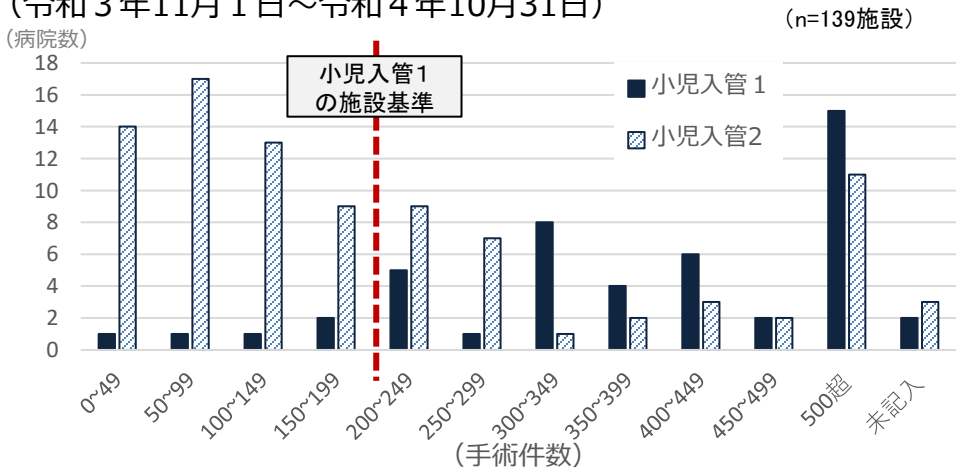
○ 1病院あたりの小児入院医療管理料1・2・3の算定患者数は、11～20人／日が最も多い。
○ 小児入院医療管理料1の施設基準である「6歳未満の入院を伴う手術件数」と「年間の小児救急入院患者数」の分布は以下のとおり。

■小児入院医療管理料を算定している患者数の分布（令和４年11月１日時点）

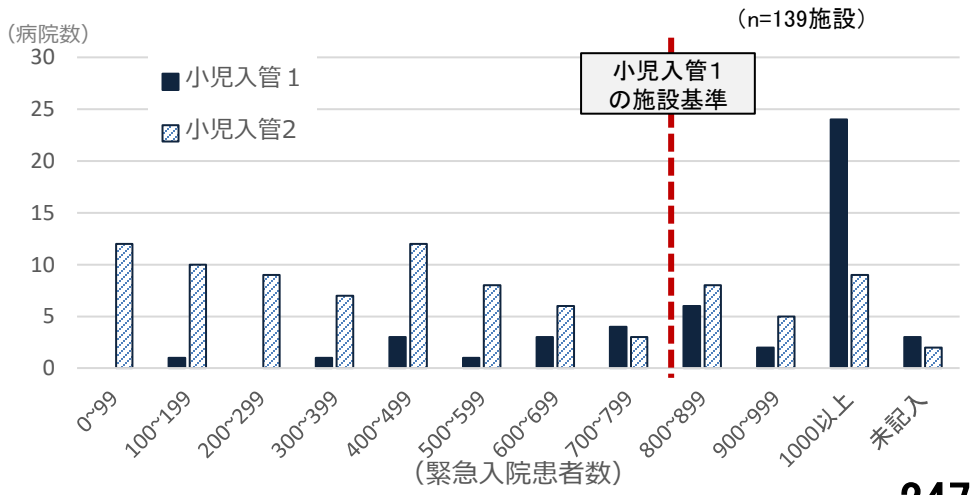




■６歳未満の入院を伴う手術件数の分布
（令和３年11月１日～令和４年10月31日）



■年間の小児緊急入院患者数の分布



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票（A票））

時間外における小児患者の緊急入院の受入体制の評価の新設

➢ 一部の医療機関では時間外の小児の緊急入院を多く受け入れている実態を踏まえ、充実した時間外受入体制を整備している場合について、新たな評価を行う。

小児入院医療管理料１
（新）　時間外受入体制強化加算１　　300点（入院初日）
小児入院医療管理料２
（新）　時間外受入体制強化加算２　　180点（入院初日）

［対象患者］
小児入院医療管理料１又は２を現に算定している患者。
［算定要件］
当該病棟に入院している患者について、入院初日に算定する。
［施設基準］
（１）　時間外受入体制強化加算１の施設基準
①　小児入院医療管理料１を算定する病棟であること。
②　当該保険医療機関において、15歳未満の時間外における緊急入院患者数が、**年間で1,000件以上**であること。
③　次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、**３項目以上**を満たしていること。

ア　11時間以上の勤務間隔の確保	オ　夜勤帯のニーズに対応した柔軟な勤務体制の工夫
イ　正循環の交代周期の確保	カ　夜間を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムの構築
ウ　夜勤の連続回数が２連続（２回）まで	キ　夜間院内保育所の設置
エ　夜勤後の暦日の休日確保	ク　ＩＣＴ、ＩｏＴ等の活用による業務負担軽減

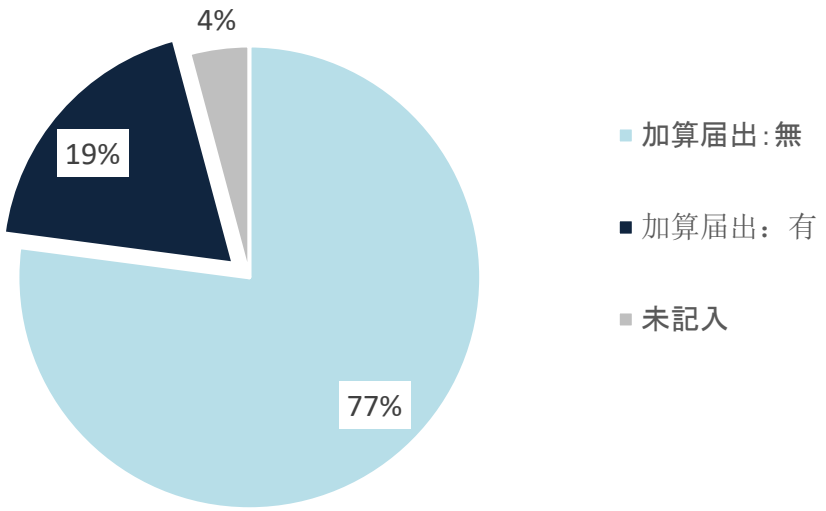
（２）　時間外受入体制強化加算２の施設基準
①　小児入院医療管理料２を算定する病棟であること。
②　当該保険医療機関において、15歳未満の時間外における緊急入院患者数が、**年間で600件以上**であること。
③　（１）の③を満たしていること。

時間外受入体制強化加算の届出状況

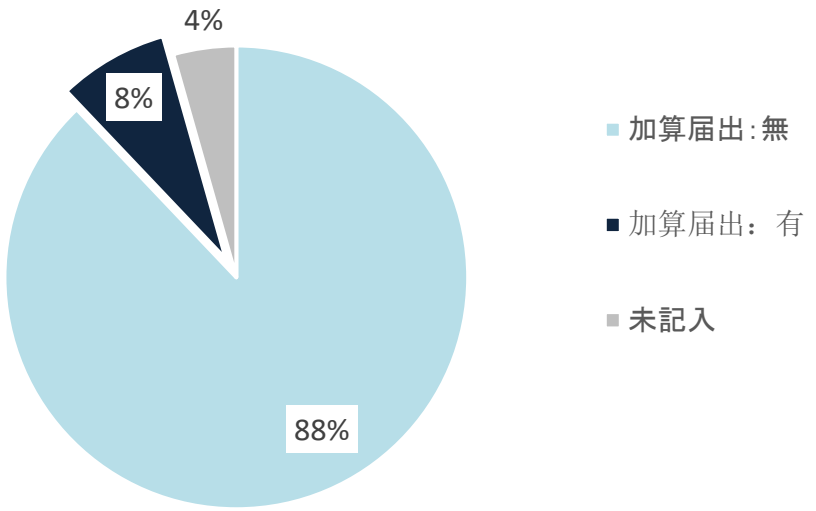
○ 時間外受入体制強化加算について、小児入院医療管理料1を届け出ている施設では19%、小児入院医療管理料2を届け出ている施設では8%が加算を届け出ていた。

■時間外受入体制強化加算の届出状況

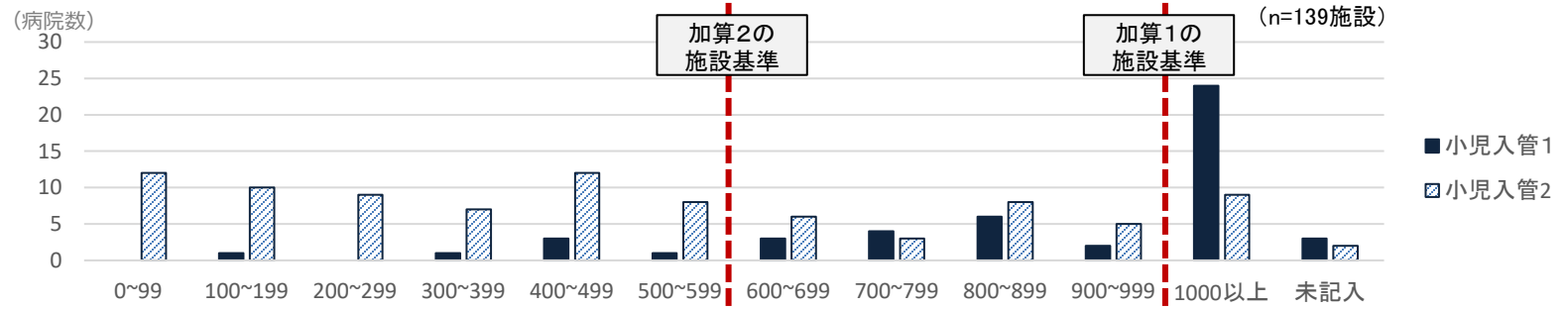
小児入院医療管理料1
（n=48）



小児入院医療管理料2
（n=91）



■（再掲）年間の小児緊急入院患者数　※時間外受入体制強化加算未届出施設も含めて集計



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票（A票））

中医協　総－３	中医協　診－２	診調組　入－２
５．６．２１	５．６．２１	５．６．８

DPC/PDPS に係る令和５年度特別調査の実施について（案）

１．概要

○　令和６年度診療報酬改定に向け、DPC/PDPS については、令和４年度特別調査の結果等も踏まえ、令和５年度特別調査の実施に向けた調査設計等を行うこととされている（令和５年５月 10 日中医協総会了承）。

○　令和５年度特別調査の具体的な調査内容等については、DPC/PDPS 等作業グループにおいて検討を行い、以下のとおり取りまとめたことから、本分科会において提案するものである。

２．背景・目的

（１）適切なコーディングについて

○　機能評価係数Ⅱのうち、保険診療係数においては、適切なコーディングを評価する観点から、様式１の「医療資源を最も投入した傷病名」の ICD コードとして、「部位不明・詳細不明コード」（※１）を使用した割合について評価を行っている。

※１　部位や病態等を確認することにより、他のコードに分類される可能性が高い ICD コードのうち一部を、「ＤＰＣ導入の影響評価に係る調査」実施説明資料において指定している。

○　現在は 10%以上を減点対象としており、ほとんどの病院で基準値を下回っている一方で、令和５年度において減点対象となっている病院も 23 病院存在する。

○　適切なコーディングは DPC/PDPS の安定的な運用の前提であり、令和４年度特別調査を踏まえ、コーディングに係る更なる実態把握が必要であると考えられたことから、「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が高い理由や背景を把握するため、特別調査を実施することとする。

（２）短期滞在手術等の入院/入院外での実施状況について

○　DPC/PDPS においては、短期滞在手術等基本料３の対象手術等（以下、「短在３対象手術等」という。）は、入院初日に大部分の報酬が設定される点数設定方式 D で算定することとされている。

○　短在３対象手術等には、全国での外来実施割合が高い短期滞在手術等基本料１の対象手術等（以下、「短在１対象手術等」という。）も含まれるが、そのうち、DPC 対象病院における外来実施割合が低い手術等も存在する。

○　令和４年度特別調査において、外来で診療可能な症例を入院で診療している等の意見もみられたこと等も踏まえ、DPC/PDPS における短期滞在手術等の評価のあり方を検討するにあたり、入院/入院外での実施状況等を把握するため特別調査を実施することとする。

３．調査の実施方法について（案）

○　調査区分（１）については、該当する病院に対して、使用回数の多い「部位不明・詳細不明コード」を通知した上で、コーディングの考え方等の調査項目を含む調査票の送付・回収を行う。

○　調査区分（２）については、DPC データを活用し、各区分につき該当する病院を最大 30 施設選定する。選定した病院には、短期滞在手術等の実施体制等の調査項目を含む調査票の送付・回収を行う。

○　調査票の回答状況を踏まえ、各区分につき、数施設程度ヒアリング対象となる病院を選定し、DPC/PDPS 等作業グループに招集する。

【調査区分】

区分	調査対象	調査対象施設数	ヒアリング対象施設数
（１）コーディングに関する調査	①令和５年度機能評価係数Ⅱにおいて、「部位不明・詳細不明コード」を使用した割合が 10%以上の病院	23	数施設
（２）短期滞在手術等に関する調査	②短在１対象手術等かつ短在３対象手術等について、一定以上の算定回数がある病院で、入院外での実施割合が低い病院	最大 30	数施設
	③短在１対象手術等かつ短在３対象手術等について、一定以上の算定回数がある病院で、入院外での実施割合が高い病院	最大 30	数施設

※２　令和５年４月時点の DPC 対象病院（1,761 施設）を対象として選定する

【調査項目（主なものの案）】

区分（１）コーディングに関する調査

○　（通知した、各コードについて）当該コードを使用する患者の状態について
○　（通知した、各コードについて）コーディングを行う上で不明な点があるか
○　コーディングに際しての「DPC/PDPS コーディングテキスト」の活用状況
○　コーディングに際しての診療情報管理士の関与状況　　等

区分（２）短期滞在手術等の実施状況に関する調査

○　当該手術等を入院で実施する際の設備や診療体制について
○　当該手術等を入院外で実施する際の設備や診療体制について
○　調査対象病院における、当該手術等を実施する症例の特徴について
○　当該手術等を入院/入院外で実施するにあたっての方針や判断基準について
○　当該手術等について、入院での実施が必要となる理由や背景について
○　当該手術等の実施に係る地域での連携体制について　等

短期滞在手術等基本料の概要

中医協　総－３参考 ５．６．２１	中医協　診－２参考 ５．６．２１	診調組　入－２参考 ５．６．８

○　短期滞在手術等基本料は、短期滞在手術等（日帰り手術及び４泊５日入院による手術及び検査及び放射線治療）を行うための環境及び当該手術を行うために必要な術前・術後の管理や定型的な検査、画像診断等を包括的に評価したもの。

（共通の要件）

１　手術室を使用していること

２　術前に十分な説明を行った上で、「短期滞在手術等同意書」を参考にした様式を用いて患者の同意を得ること

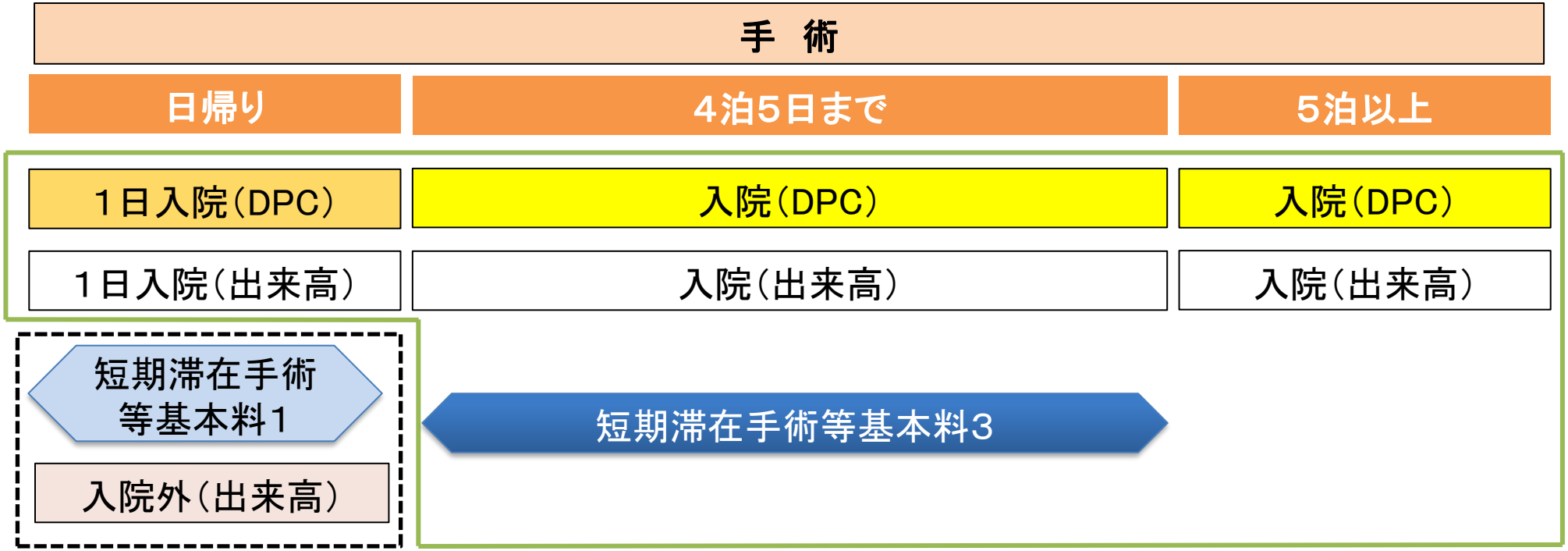
３　退院翌日に患者の状態を確認する等，十分なフォローアップを行うこと

	短期滞在手術等基本料１ 日帰りの場合	短期滞在手術等基本料３ ４泊５日までの場合
届出	届出が必要	届出は不要
主な施設基準	・術後の患者の回復のための回復室が確保されていること ・看護師が常時患者４人に１人の割合で回復室に勤務していること ・短期滞在手術等基本料に係る手術（全身麻酔を伴う者に限る。）が行われる日において、麻酔科医が勤務していること	・DPC対象病院又は診療所ではないこと
包括される検査等	・尿中一般物質定性半定量検査 ・血液形態・機能検査の一部（末梢血一般検査等） ・出血・凝固検査の一部（出血時間等） ・血液化学検査の一部（総ビリルビン等） ・感染症免疫学的検査の一部（梅毒血清反応等） ・肝炎ウイルス関連検査の一部（HBs抗原等） ・血漿蛋白免疫学的検査の一部（C反応性蛋白等） ・心電図検査 ・写真診断 ・撮影 ・麻酔管理料（Ⅰ） ・麻酔管理料（Ⅱ）	・入院基本料 ・入院基本料等加算 ・医学管理等 ・在宅医療（在宅療養指導管理料，薬材料，特定保険医療材料料を除く） ・検査 ・画像診断 ・投薬（退院時の投薬、除外薬剤・注射薬を除く） ・注射（除外薬剤・注射薬を除く） ・リハビリテーション ・精神科専門療法 ・処置（人工腎臓を除く） ・手術 ・麻酔 ・放射線治療 ・病理診断

※短期滞在手術等基本料2は令和4年度診療報酬改定で廃止

手術の算定方法の全体像（イメージ）

○ 手術の算定方法には、出来高の場合やDPC/PDPSの包括報酬の場合、検査・麻酔管理料や入院料を包括した短期滞在手術等基本料の場合がある。
○ DPC対象病院においては、短期滞在手術等基本料3は算定不可となっている。



【病院の類型毎の短期滞在手術等基本料の算定可否】

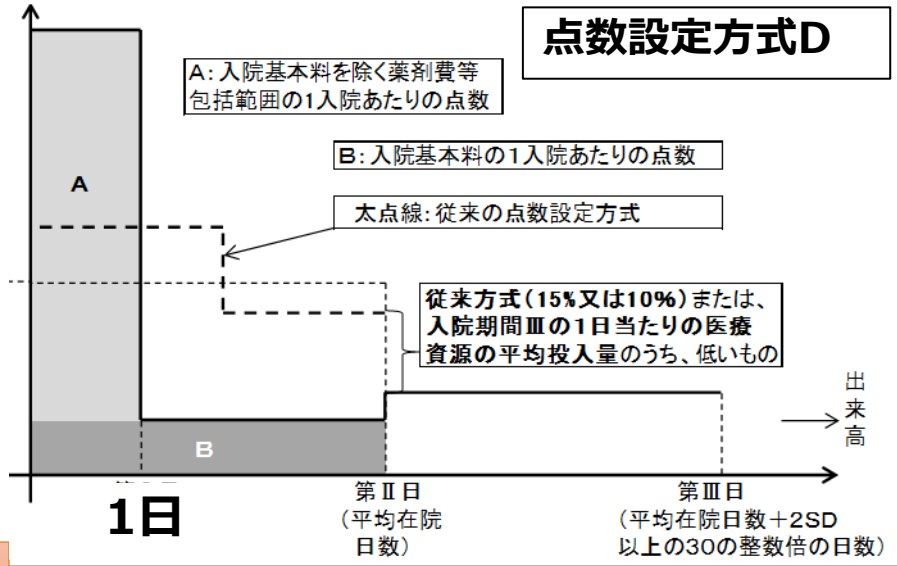
	短期滞在手術等基本料1	短期滞在手術等基本料3
DPC対象病院	○	×
DPC象病院以外（病院）	○	特に規定する場合を除き、算定する
DPC対象病院以外（診療所）	○	×

○：算定可能、×：算定不可

短期滞在手術等基本料の見直し

算定方法の整理

- DPC対象病院については、特定の単一の手術等の実施の有無のみにより評価される現行の短期滞在手術等基本料ではなく、傷病名や複数の手術・処置等からよりきめ細かく評価されるDPC/PDPSによる包括評価を優先することとし、短期滞在手術等基本料2及び3を算定不可とする。
- DPC/PDPSによる算定となる症例については、入院初日に大部分の報酬が設定される点数設定方式Dを設定する。
- ただし、平均在院日数及び重症度、医療・看護必要度に関する取扱いは従前の通りとする。



個別項目の見直し

- 以下の項目について、算定実績等を踏まえて評価を廃止する。

D237 終夜睡眠ポリグラフィー1携帯用装置を使用した場合	K282 水晶体再建術2眼内レンズを挿入しない場合（片側）
D237 終夜睡眠ポリグラフィー2多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合	K282 水晶体再建術2眼内レンズを挿入しない場合（両側）
K008 腋臭症手術2　皮膚有毛部切除術	

- 個別項目について、技術の評価の見直しや包括される部分の出来高実績点数を踏まえた評価を見直す。

短期滞在手術等基本料の評価の見直し①

短期滞在手術等基本料１の見直し

- 麻酔を伴う手術の実施状況等を踏まえ、評価及び麻酔科医の配置に係る要件を見直す。

現行	改定後
【短期滞在手術等基本料１】 短期滞在手術等基本料１（日帰りの場合）　2,947点 ［施設基準］ 短期滞在手術等基本料にかかる手術が行われている日において、麻酔科医が勤務していること。	【短期滞在手術等基本料１】 短期滞在手術等基本料１（日帰りの場合） **（改）イ　麻酔を伴う手術を行った場合　2,947点** **（改）ロ　イ以外の場合　2,718点** ［施設基準］ 短期滞在手術等基本料にかかる手術**（全身麻酔を伴うものに限る。）**が行われている日において、麻酔科医が勤務していること。

- 短期滞在手術等基本料３の対象手術等のうち、入院外での実施割合の高いものについて、短期滞在手術等基本料１の対象とする（15項目→38項目）。
- 平均在院日数や重症度、医療・看護必要度の評価において、短期滞在手術等基本料１の対象手術等を実施した場合を、評価の対象から除外する。

短期滞在手術等基本料２の見直し

- 短期滞在手術等基本料２について、実態を踏まえ、評価を廃止する。

現行	改定後
【短期滞在手術等基本料２】 短期滞在手術等基本料２（１泊２日の場合）　5,075点 （生活療養を受ける場合にあっては、　5,046点）	**（削除）**

短期滞在手術等基本料の評価の見直し②

短期滞在手術等基本料３の見直し

- 疾病の治療法として類型化された手術等を伴う入院医療のうち、在院日数や医療資源の投入量が一定の範囲に収斂しているものがあることを踏まえ、以下の38項目の手術等について、短期滞在手術等基本料３の対象に追加する（19項目→57項目）。既存の手術等については、実態を踏まえ、評価を見直す。

追加する手術等

Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合　イ　安全精度管理下で行うもの
Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合　ロ　その他のもの
Ｄ２３７－２　反復睡眠潜時試験（ＭＳＬＴ）
Ｄ２８７　内分泌負荷試験　１　下垂体前葉負荷試験　イ　成長ホルモン（ＧＨ）（一連として）
Ｋ００７－２　経皮的放射線治療用金属マーカー留置術
Ｋ０３０　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術　２　手、足（手に限る。）
Ｋ０４６　骨折観血的手術　２　前腕、下腿、手舟状骨（手舟状骨に限る。）
Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　３　前腕、下腿（前腕に限る。）
Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（鎖骨に限る。）
Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（手に限る。）
Ｋ０７０　ガングリオン摘出術　１　手、足、指（手、足）（手に限る。）
Ｋ２０２　涙管チューブ挿入術　１　涙道内視鏡を用いるもの
Ｋ２１７　眼瞼内反症手術　２　皮膚切開法
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　１　眼瞼挙筋前転法
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　３　その他のもの
Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移植を要するもの）
Ｋ２４２　斜視手術　２　後転法
Ｋ２４２　斜視手術　３　前転法及び後転法の併施
Ｋ２５４　治療的角膜切除術　１　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）
Ｋ２６８　緑内障手術　６　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
Ｋ２８２　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合（片側）
Ｋ２８２　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合（両側）
Ｋ３１８　鼓膜形成手術
Ｋ３３３　鼻骨骨折整復固定術
Ｋ３８９　喉頭・声帯ポリープ切除術　２　直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの
Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　２　長径５センチメートル以上
Ｋ６１７－２　大伏在静脈抜去術
Ｋ６１７－４　下肢静脈瘤血管内焼灼術
Ｋ６１７－６　下肢静脈瘤血管内塞栓術
Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ切除術に限る。）
Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門尖圭コンジローム切除術に限る。）
Ｋ８２３－６　尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）
Ｋ８３４－３　顕微鏡下精索静脈瘤手術
Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　１　電解質溶液利用のもの
Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　２　その他のもの
Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　１　電解質溶液利用のもの
Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　２　その他のもの
Ｋ８９０－３　腹腔鏡下卵管形成術

診断群分類点数表の見直し②

点数設定方式Ｄで設定する診断群分類の見直し

- 短期滞在手術等基本料３に相当する診断群分類や、その他の手術等に係る診断群分類であって、一定の要件を満たすものについては、点数設定方式Ｄにより設定する。
- 具体的には、以下の診断群分類等について、点数設定方式Ｄにより設定する。

点数設定方式Ｄで設定する診断群分類（例）

改定後の診断群分類	診断群分類の名称	手術、処置等
010010xx9906xx	脳腫瘍	手術なし、ガンマナイフによる定位放射線治療あり
030250xx991xxx	睡眠時無呼吸	手術なし、終夜睡眠ポリグラフィーあり
030440xx02xxxx	慢性化膿性中耳炎・中耳真珠腫	鼓膜形成手術あり
060035xx05xx0x	結腸（虫垂を含む。）の悪性腫瘍	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術あり
110080xx03xxxx	前立腺の悪性腫瘍	経皮的放射線治療用金属マーカー留置術あり
130030xx99x8xx	非ホジキンリンパ腫	手術なし、化学療法（モガムリズマブ又はデニロイキンジフチトクス）あり

- なお、点数設定方式Ｄにより設定する診断群分類は、95分類→153分類となる。

現行	改定後
【診断群分類】 D方式　95分類	【診断群分類】 D方式　**153分類**

短期滞在手術等基本料1の対象となっている手術等

短期滞在手術等基本料1の対象手術等

D287　内分泌負荷試験　1　下垂体前葉負荷試験　イ　成長ホルモン(GH)(一連として)
D291－2　小児食物アレルギー負荷検査
K005　皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部)　3　長径4センチメートル以上(6歳未満に限る。)
K006　皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外)　3　長径6センチメートル以上12センチメートル未満(6歳未満に限る。)
K006　皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外)　4　長径12センチメートル以上(6歳未満に限る。)
K008　腋臭症手術　1　皮弁法
K008　腋臭症手術　2　皮膚有毛部切除術
K008　腋臭症手術　3　その他のもの
K030　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術　2　手、足(手に限る。)
K048　骨内異物(挿入物を含む。)除去術　4　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他(手に限る。)
K068　半月板切除術
K068－2　関節鏡下半月板切除術
K070　ガングリオン摘出術　1　手、足、指(手、足)(手に限る。)
K093　手根管開放手術
K093－2　関節鏡下手根管開放手術
K202　涙管チューブ挿入術　1　涙道内視鏡を用いるもの
K217　眼瞼内反症手術　2　皮膚切開法
K219　眼瞼下垂症手術　1　眼瞼挙筋前転法
K219　眼瞼下垂症手術　3　その他のもの
K224　翼状片手術(弁の移植を要するもの)
K254　治療的角膜切除術　1　エキシマレーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)
K268　緑内障手術　6　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
K282　水晶体再建術　1　眼内レンズを挿入する場合　イ　縫着レンズを挿入するもの
K282　水晶体再建術　1　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの
K282　水晶体再建術　2　眼内レンズを挿入しない場合
K282　水晶体再建術　3　計画的後嚢切開を伴う場合
K474　乳腺腫瘍摘出術　1　長径5センチメートル未満
K474　乳腺腫瘍摘出術　2　長径5センチメートル以上
K508　気管支狭窄拡張術(気管支鏡によるもの)
K510　気管支腫瘍摘出術(気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの)
K616－4　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　1　初回
K616－4　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　2　1の実施後3月以内に実施する場合
K617　下肢静脈瘤手術　1　抜去切除術
K617　下肢静脈瘤手術　2　硬化療法(一連として)
K617　下肢静脈瘤手術　3　高位結紮術
K617－4　下肢静脈瘤血管内焼灼術
K617－6　下肢静脈瘤血管内塞栓術
K653　内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術　1　早期悪性腫瘍粘膜切除術
K721　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　1　長径2センチメートル未満
K743　痔核手術(脱肛を含む。)　2　硬化療法(四段階注射法によるもの)
K747　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術(肛門ポリープ切除術、肛門尖圭コンジローム切除術に限る。)
K823－6　尿失禁手術(ボツリヌス毒素によるもの)
K834－3　顕微鏡下精索静脈瘤手術
K841－2　経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術　1　ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの
K841－2　経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術　2　ツリウムレーザーを用いるもの
K841－2　経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術　3　その他のもの

※　短期滞在手術等基本料3の対象になっている手術は青字としている。

短期滞在手術等基本料3の対象となっている手術等

短期滞在手術等基本料3の対象手術等

D237　終夜睡眠ポリグラフィー　3　1及び2以外の場合　イ　安全精度管理下で行うもの
D237　終夜睡眠ポリグラフィー　3　1及び2以外の場合　ロ　その他のもの
D237－2　反復睡眠潜時試験(MSLT)
D287　内分泌負荷試験　1　下垂体前葉負荷試験　イ　成長ホルモン(GH)(一連として)
D291－2　小児食物アレルギー負荷検査
D413　前立腺針生検法　2　その他のもの
K007－2　経皮的放射線治療用金属マーカー留置術
K030　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術　2　手、足(手に限る。)
K046　骨折観血的手術　2　前腕、下腿、手舟状骨(手舟状骨に限る。)
K048　骨内異物(挿入物を含む。)除去術　3　前腕、下腿(前腕に限る。)
K048　骨内異物(挿入物を含む。)除去術　4　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他(鎖骨に限る。)
K048　骨内異物(挿入物を含む。)除去術　4　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他(手に限る。)
K070　ガングリオン摘出術　1　手、足、指(手、足)(手に限る。)
K093－2　関節鏡下手根管開放手術
K196－2　胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)
K202　涙管チューブ挿入術　1　涙道内視鏡を用いるもの
K217　眼瞼内反症手術　2　皮膚切開法
K219　眼瞼下垂症手術　1　眼瞼挙筋前転法
K219　眼瞼下垂症手術　3　その他のもの
K224　翼状片手術(弁の移植を要するもの)
K242　斜視手術　2　後転法
K242　斜視手術　3　前転法及び後転法の併施
K254　治療的角膜切除術　1　エキシマレーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)
K268　緑内障手術　6　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
K282　水晶体再建術　1　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの(片側)、(両側)
K282　水晶体再建術　2　眼内レンズを挿入しない場合(片側)、(両側)
K318　鼓膜形成手術
K333　鼻骨骨折整復固定術
K389　喉頭・声帯ポリープ切除術　2　直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの
K474　乳腺腫瘍摘出術　1　長径5センチメートル未満
K474　乳腺腫瘍摘出術　2　長径5センチメートル以上
K616－4　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　1　初回
K616－4　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　2　1の実施後3月以内に実施する患者
K617　下肢静脈瘤手術　1　抜去切除術
K617　下肢静脈瘤手術　2　硬化療法(一連として)
K617　下肢静脈瘤手術　3　高位結紮術
K617－2　大伏在静脈抜去術
K617－4　下肢静脈瘤血管内焼灼術
K617－6　下肢静脈瘤血管内塞栓術
K633　ヘルニア手術　5　鼠径ヘルニア(3歳未満に限る。)、(3歳以上6歳未満に限る。)、(6歳以上15歳未満に限る。)、(15歳以上に限る。)
K634　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳未満に限る。)、(3歳以上6歳未満に限る。)、(6歳以上15歳未満に限る。)、(15歳以上に限る。)
K721　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　1　長径2センチメートル未満
K721　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　2　長径2センチメートル以上
K743　痔核手術(脱肛を含む。)　2　硬化療法(四段階注射法によるもの)
K747　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術(肛門ポリープ切除術、肛門尖圭コンジローム切除術に限る。)
K768　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術(一連につき)
K823－6　尿失禁手術(ボツリヌス毒素によるもの)
K834－3　顕微鏡下精索静脈瘤手術
K867　子宮頸部(腟部)切除術
K872－3　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　1　電解質溶液利用のもの
K872－3　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　2　その他のもの
K873　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　1　電解質溶液利用のもの
K873　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　2　その他のもの
K890－3　腹腔鏡下卵管形成術
M001－2　ガンマナイフによる定位放射線治療

※　短期滞在手術等基本料1の対象になっている手術は赤字としている。

医療情報・システム基盤整備体制充実加算にかかるインターネット調査について（結果報告）

中医協総－４
５．６．２１

中医協　検－１
５．６．２１

概要

○　令和４年12月23日の中医協附帯意見において、医療情報・システム基盤整備体制充実加算については、「**早急に患者・国民の声を丁寧かつ幅広に聞き…医療の質の向上の状況等について十分に調査検証を行う**」とされているところ。

○　これを踏まえ、令和５年度調査（令和４年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査。実施時期：令和５年７月～９月）に先行して、本年５月上旬に、医療情報・システム基盤整備体制充実加算にかかるインターネット調査を実施した。

調査方法等

【調査方法】

○　調査客体数：２,000人（マイナンバーカードを健康保険証として利用した直近３カ月の受診歴有無で1,000人ずつ）
○　客体抽出　：年代を人口分布に応じて割り付け
○　調査方法　：インターネット調査
○　実施時期　：令和５年５月２日～５月15日

調査客体絞り込み（スクリーニング）のための質問

問１　あなたの年齢をお答えください。（数字回答）
問２　マイナンバーカードを健康保険証と一体化していますか。（１．はい、２．いいえ）
問３　直近3ヶ月以内にマイナンバーカードを健康保険証として利用して医療機関を受診したことがありますか。（１．はい、２．いいえ）

中医協附帯意見

○　令和４年12月23日　中医協附帯意見（抄）

３　医療情報・システム基盤整備体制充実加算に係る評価の特例については、本年８月10日の附帯意見２に照らすと、患者・国民の声の聴取と医療の質の向上の状況に係る調査・検証についてまだ行われていなかったとの指摘があったことを踏まえ、同附帯意見２と合わせて、**早急に患者・国民の声を丁寧かつ幅広に聴き、初診及び今回追加された再診において、取得した医療情報の活用による医療の質の向上の状況等について十分に調査・検証を行う**とともに、課題が把握された場合には速やかに中医協へ報告の上、対応を検討すること。

インターネット調査の質問項目

質問項目

問１　マイナンバーカードの健康保険証利用に対応した医療機関・薬局では、診療報酬の加算が算定される(※)ことをご存じですか。※3割負担の場合、医療機関の窓口での負担額が6円～18円上乗せになります。（１．はい　２．いいえ）

問２　前問の場合に、マイナンバーカードを健康保険証として利用すると、医療費負担が低くなることをご存じですか。※医療機関を初めて受診した場合（窓口3割負担）、医療情報・システム基盤整備体制充実加算：18円→6円（１．はい　２．いいえ）

問３　前問の場合に、医療費負担が低くなるためには、マイナンバーカードの保険証利用に加え、薬剤情報などの患者情報の提供について同意していただくことが必要であることをご存じですか。（１．はい　２．いいえ）

問４　マイナンバーカードを健康保険証として利用すると次のようなメリットがあることについてご存じですか。（いくつでも）

１．薬剤情報や特定健診情報の紙媒体を医療機関・薬局に持参する必要がないこと
２．薬剤情報や特定健診情報の伝え間違い／伝え忘れが減ること
３．問診票に記載する内容が少なくなり手間が減ること
４．医療スタッフが診察の中で薬剤情報や特定健診情報に触れるなどして、情報が診察に活用されること
５．複数の医療機関で処方されている医薬品の重複や飲み合わせの問題等が分かり処方を調整できること
６．高額療養費の自己負担上限が窓口で分かるようになり、後日払い戻しの手続きをする必要がなくなること
７．その他：（）　８．特に知らない

問５　マイナンバーカードを健康保険証として利用した際のメリットについて、どのように知りましたか。（いくつでも）（１．政府広報（HP、YouTube動画、リーフレットなど）　２．医療機関・薬局内の掲示　３．加入している医療保険の保険者からの案内　４．新聞記事やテレビのニュース　５．インターネットの記事やSNSの投稿　６．家族・知人　７．その他：（）　８．特になし）

問６　これまで、医療機関・薬局でマイナンバーカードを健康保険証として利用した回数を教えてください。（数字回答）

問７　これまで、医療機関・薬局でマイナンバーカードを健康保険証として利用した際に、薬剤情報や特定健診情報などの提供に同意をしましたか。（１．はい　２．いいえ）

問８　マイナンバーカードを利用して感じたメリットがあれば教えてください（複数回答可）。

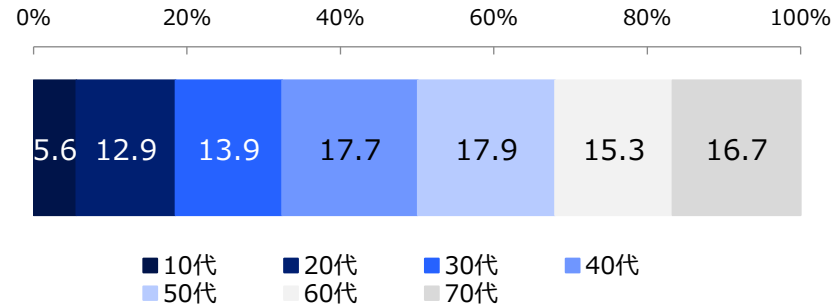
１．薬剤情報や特定健診情報の紙媒体を医療機関・薬局に持参する必要がなくなった
２．薬剤情報や特定健診情報の伝え間違い／伝え忘れが減った
３．問診票に記載する内容が少なくなり手間が減った
４．医療スタッフが診察の中で薬剤情報や特定健診情報に触れるなどして、情報が診察に活用された
５．複数の医療機関で処方されている医薬品の重複や飲み合わせの問題等が分かり処方を調整できた
６．高額療養費の自己負担上限が窓口で分かるようになり、後日払い戻しの手続きをする必要がなくなった
７．その他（）　８．特になし

（基本属性）年齢構成、マイナンバーカードの利用状況

- 調査客体の年代は人口分布に応じて割り付け
- **マイナンバーカードを健康保険証と一体化している人は全体の約６割**
- マイナンバーカードを健康保険証と一体化している人のうち、**直近３ヶ月以内にマイナンバーカードを健康保険証として利用したことがあるのは、約２割**

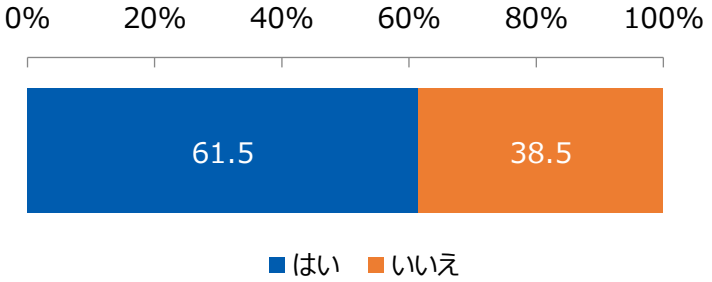
Q　あなたの年齢をお答えください。

年代	全体	男性	女性
10代	112	58	54
20代	258	132	126
30代	278	142	136
40代	354	180	174
50代	358	180	178
60代	306	150	156
70代	334	154	180
合計	2000	996	1004



Q　マイナンバーカードを健康保険証と一体化していますか。

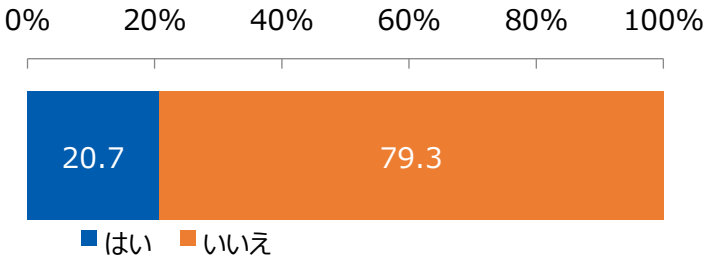
	n	%
全体	9926	100.0
はい	6105	61.5
いいえ	3821	38.5



（参考）全人口に対するマイナンバーカードの健康保険証としての利用登録割合は53.4%(R5.6.4時点)

Q　直近３ヶ月以内にマイナンバーカードを健康保険証として利用して医療機関を受診したことがありますか。

	n	%
全体	6105	100.0
はい	1263	20.7
いいえ	4842	79.3



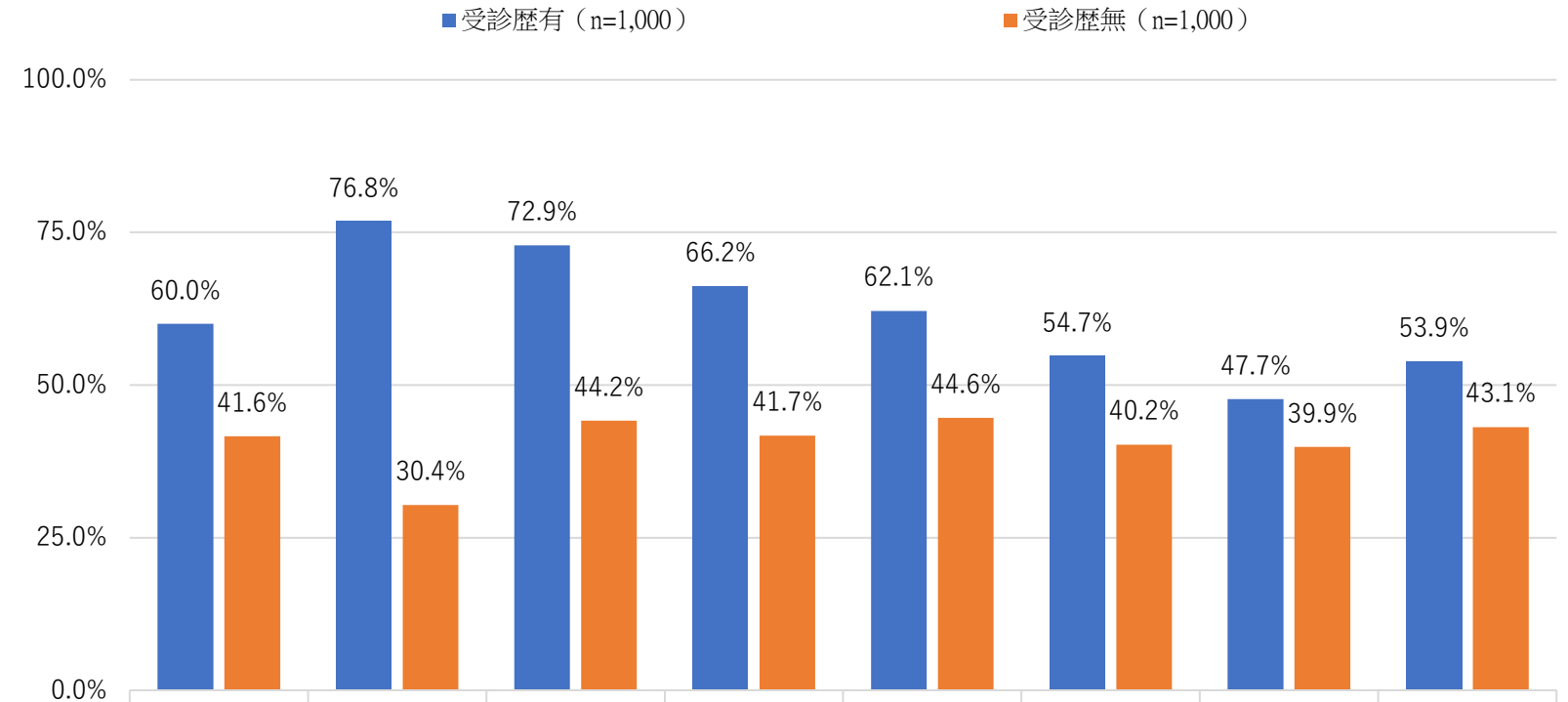
（参考）資格確認全体に占めるマイナンバーカードによるオンライン資格確認の割合は6.4%(R5.５月分)。本調査では12.7%がオンライン資格確認を実施したことになる（61.5%の20.7%が利用）

問１　医療情報・システム基盤整備体制充実加算の認知度

■　**医療情報・システム基盤整備体制充実加算を知っている割合は、**

- 直近３ヶ月以内の**マイナンバーカード受診歴有の場合、約６割**
- **受診歴無の場合、約４割**

マイナンバーカードの健康保険証利用に対応した医療機関等で
診療報酬の加算が算定されることを知っている人の割合（受診歴、年代別）



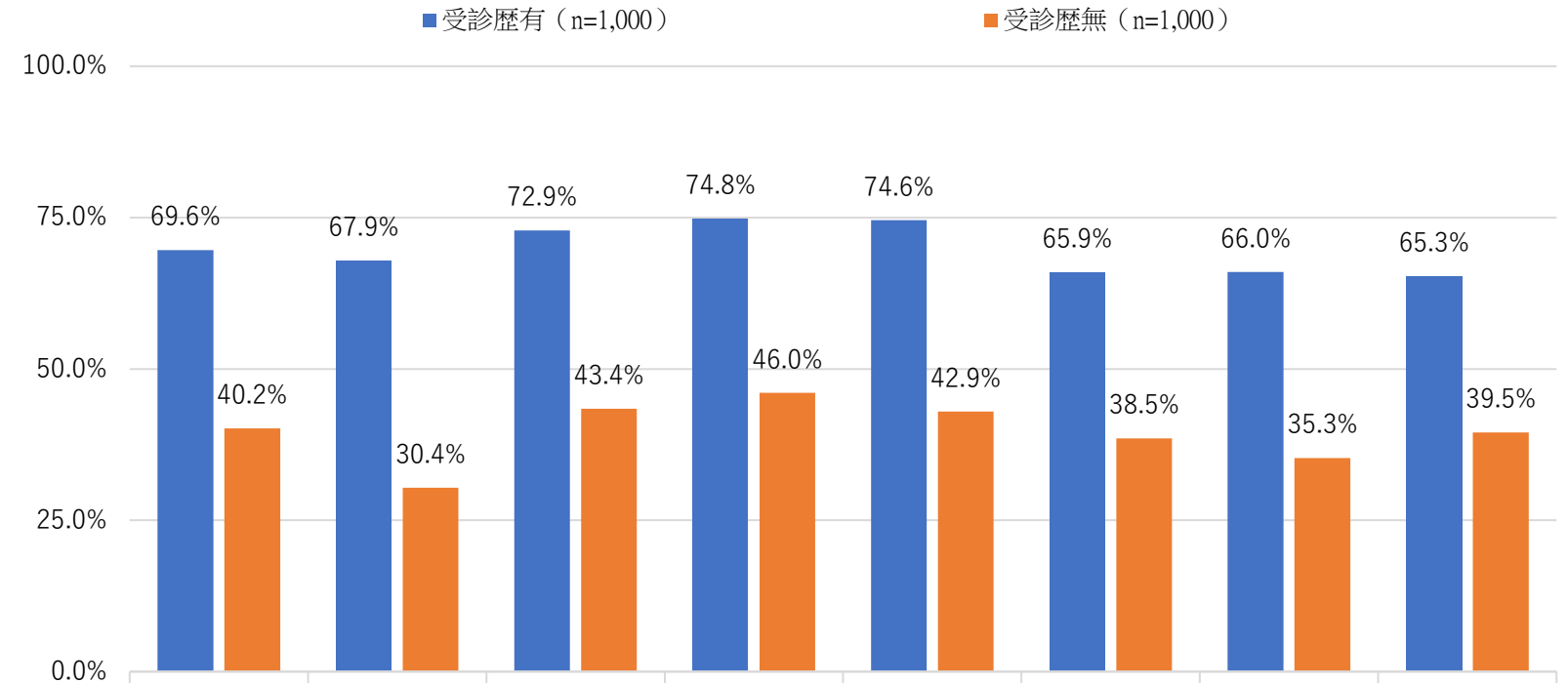
	全体	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代
受診歴有（n=1,000）	60.0%	76.8%	72.9%	66.2%	62.1%	54.7%	47.7%	53.9%
受診歴無（n=1,000）	41.6%	30.4%	44.2%	41.7%	44.6%	40.2%	39.9%	43.1%

問２　医療情報・システム基盤整備体制充実加算の点数差の認知度

■　医療情報・システム基盤整備体制充実加算の**点数差を知っている割合**は、

- 直近３ヶ月以内の**マイナンバーカード受診歴有の場合、約７割**
- **受診歴無の場合、約４割**

マイナンバーカードを健康保険証として利用した場合に
加算点数が低くなることを知っている人の割合（受診歴、年代別）



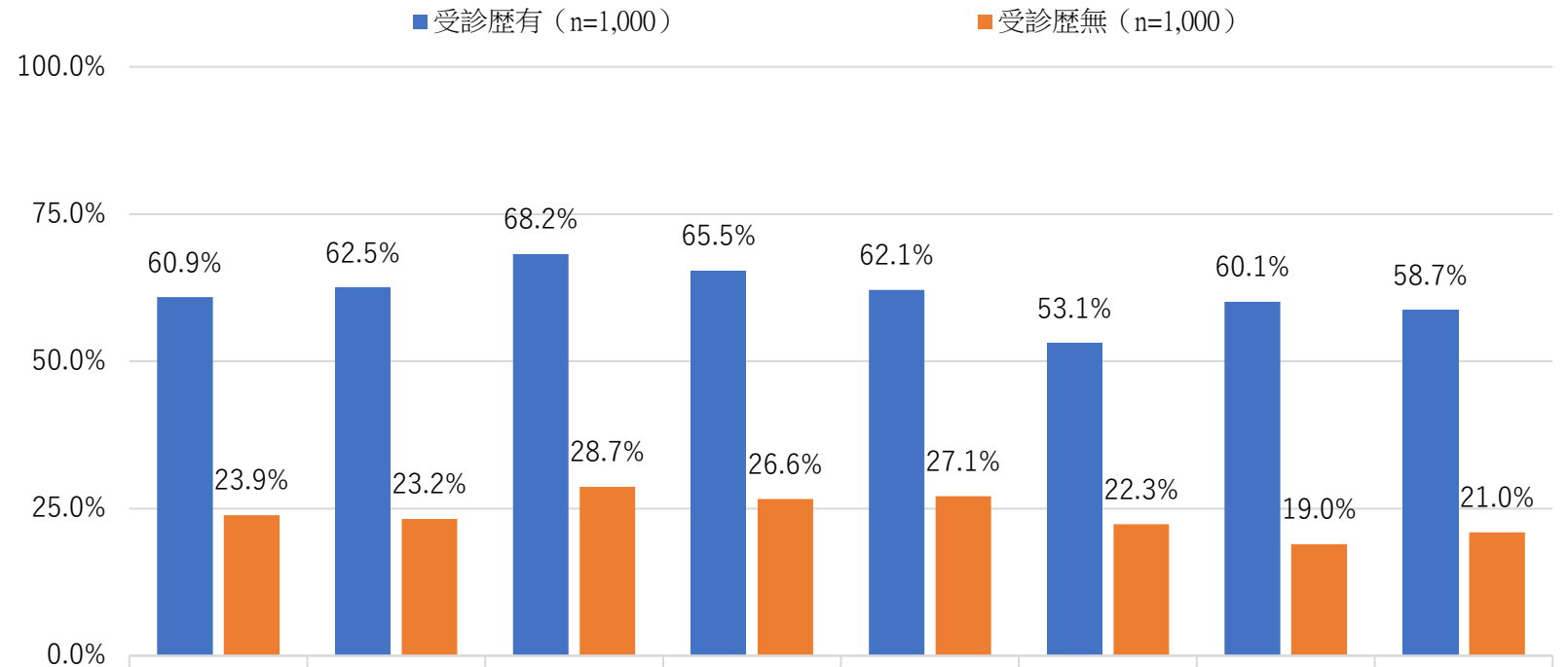
	全体	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代
受診歴有（n=1,000）	69.6%	67.9%	72.9%	74.8%	74.6%	65.9%	66.0%	65.3%
受診歴無（n=1,000）	40.2%	30.4%	43.4%	46.0%	42.9%	38.5%	35.3%	39.5%

問３　低い点数の算定のため同意が必要であることの認知度

■　医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、**低い点数になるために患者情報提供の同意が必要であることを知っている割合**は、

- 直近３ヶ月以内のマイナンバーカード**受診歴有の場合、約６割**
- **受診歴無の場合、約２割**

マイナンバーカードを健康保険証として利用した場合に加算点数が低くなるために
患者情報提供の同意が必要となることを知っている人の割合（受診歴、年代別）



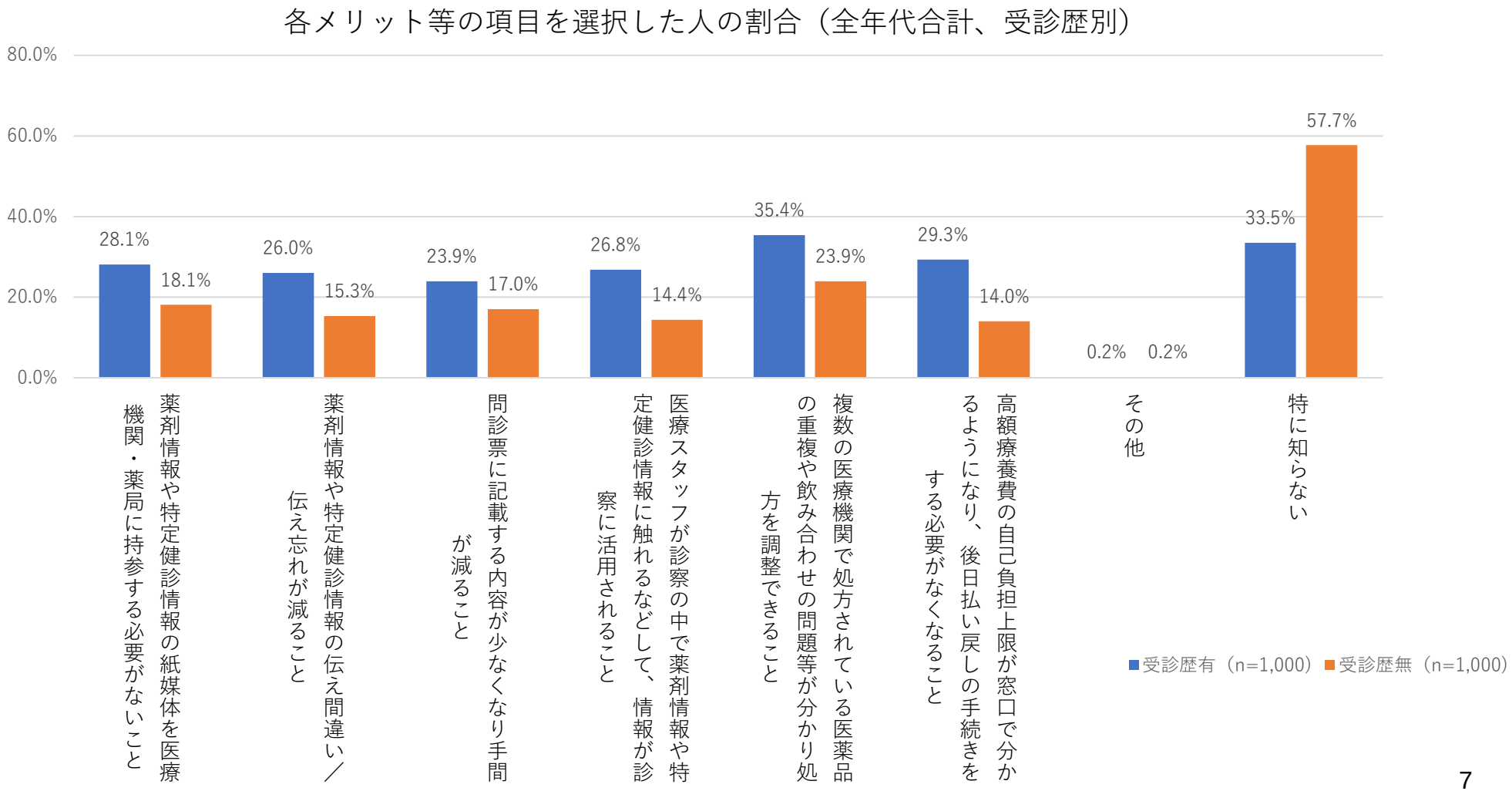
	全体	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代
■受診歴有（n=1,000）	60.9%	62.5%	68.2%	65.5%	62.1%	53.1%	60.1%	58.7%
■受診歴無（n=1,000）	23.9%	23.2%	28.7%	26.6%	27.1%	22.3%	19.0%	21.0%

問４　マイナンバーカード健康保険証のメリットの認知度

■　マイナンバーカードを健康保険証として利用することの**メリットの認知度は、各項目、概ね２～３割程度**

■　全体としてみると、**少なくとも一つ以上のメリットを認知している割合は、約５割弱**

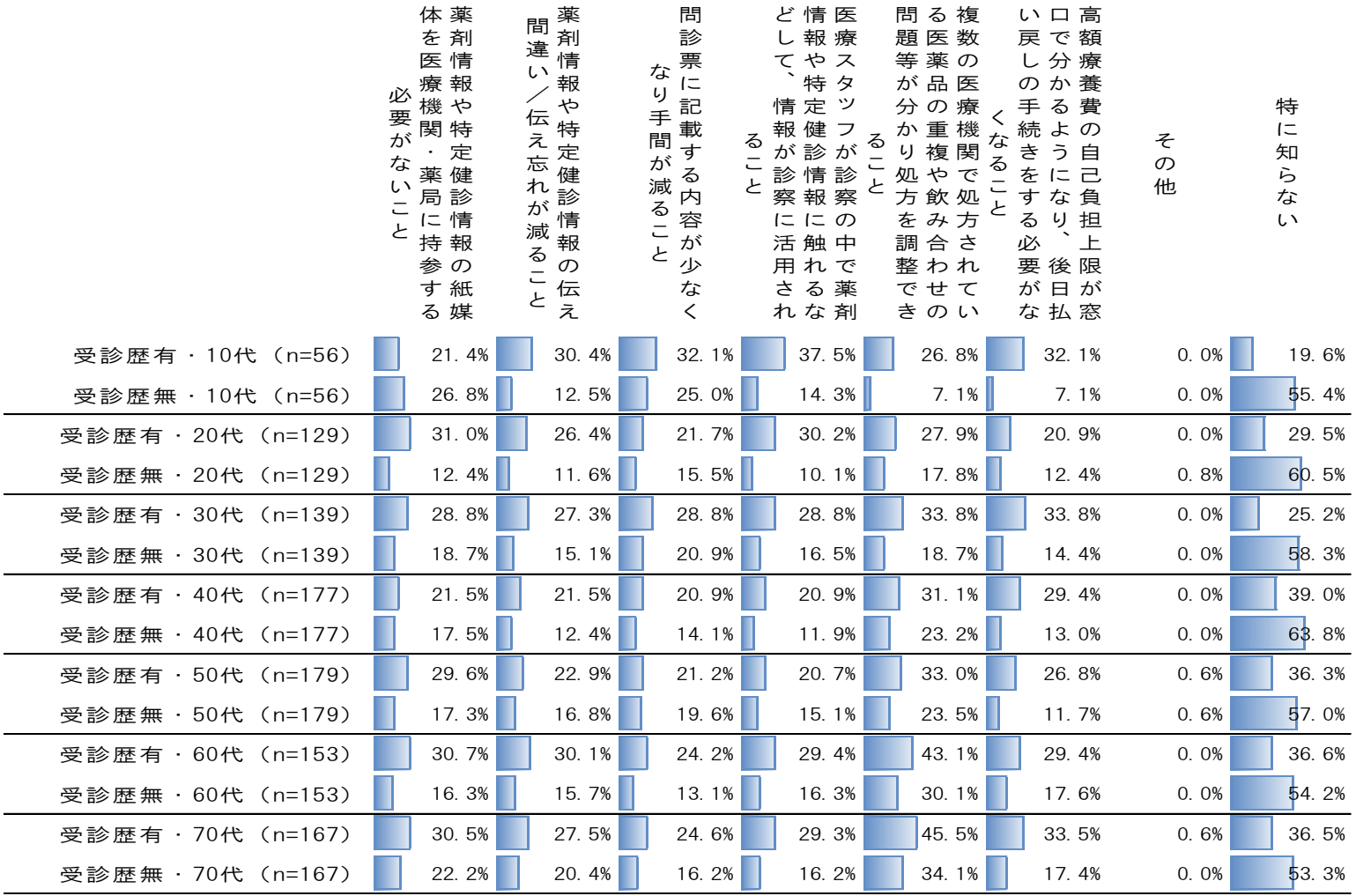
■　直近３ヶ月以内のマイナンバーカード**受診歴有の場合、受診歴無と比べて認知度が高い**



問４－１　メリットの認知度（年代別、受診歴別）

■　マイナンバーカードを健康保険証として利用することのメリットについての認知度について、年代別、受診歴別に集計したところ、

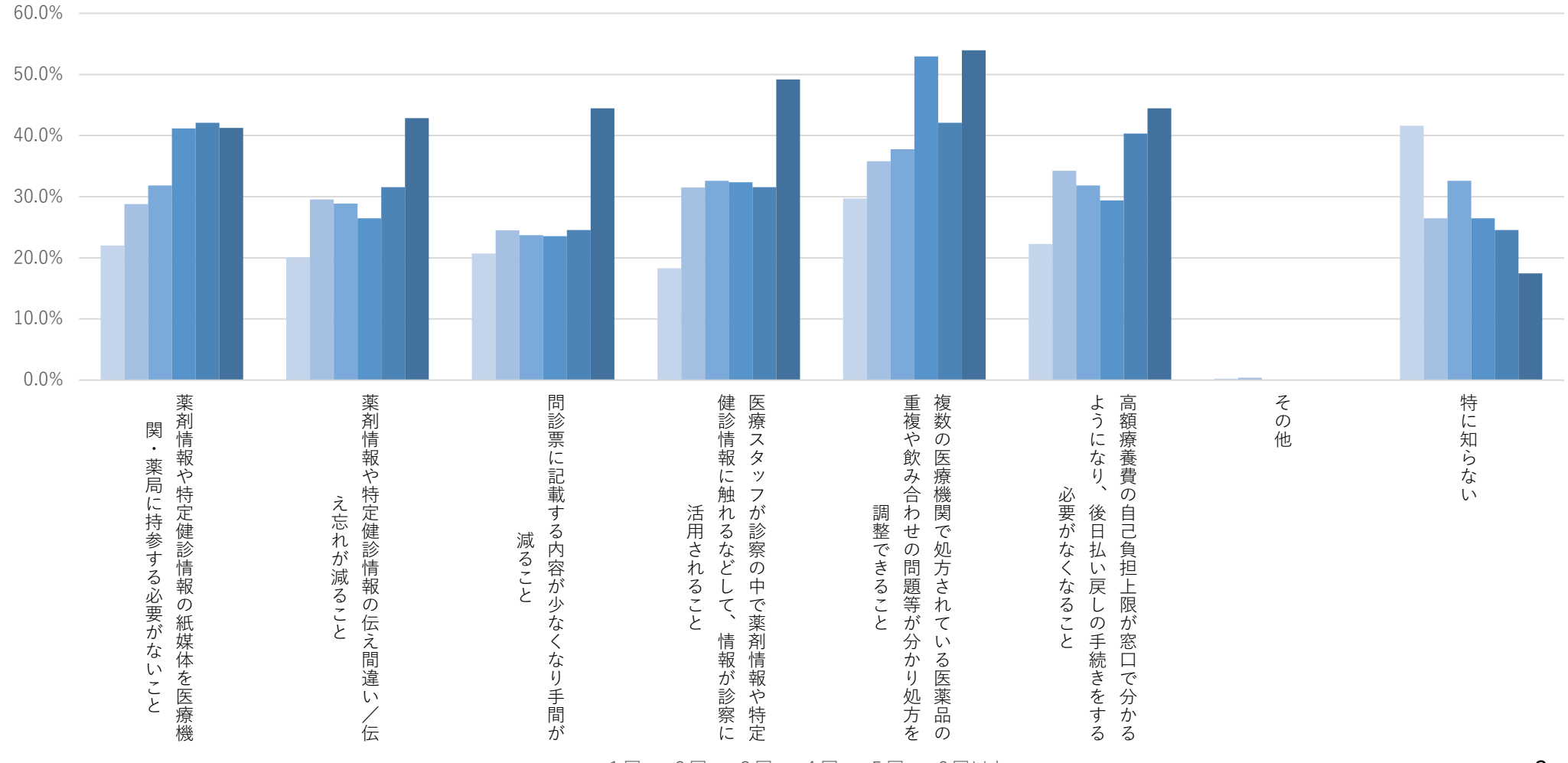
- 概ね**年代による顕著な差は見られない**が、
- **「医薬品の重複やの飲み合わせの問題等が分かり処方を調整できること」については、年代が高いほど認知度が高い**



問４－２　メリットの認知度（受診回数別）

■　マイナンバーカードを健康保険証として利用することのメリットの認知度について、直近３ヶ月以内のマイナンバーカード受診歴有の人について、その受診回数別に集計したところ、**受診回数が多くなるほど、メリットの認知度も高くなる**

各メリット等の項目を選択した割合（受診回数別）



問４－３　メリットの認知度（項目間の相関）

■　特定のメリットの認知と他のメリットの認知との間に特別に強い相関は見られない

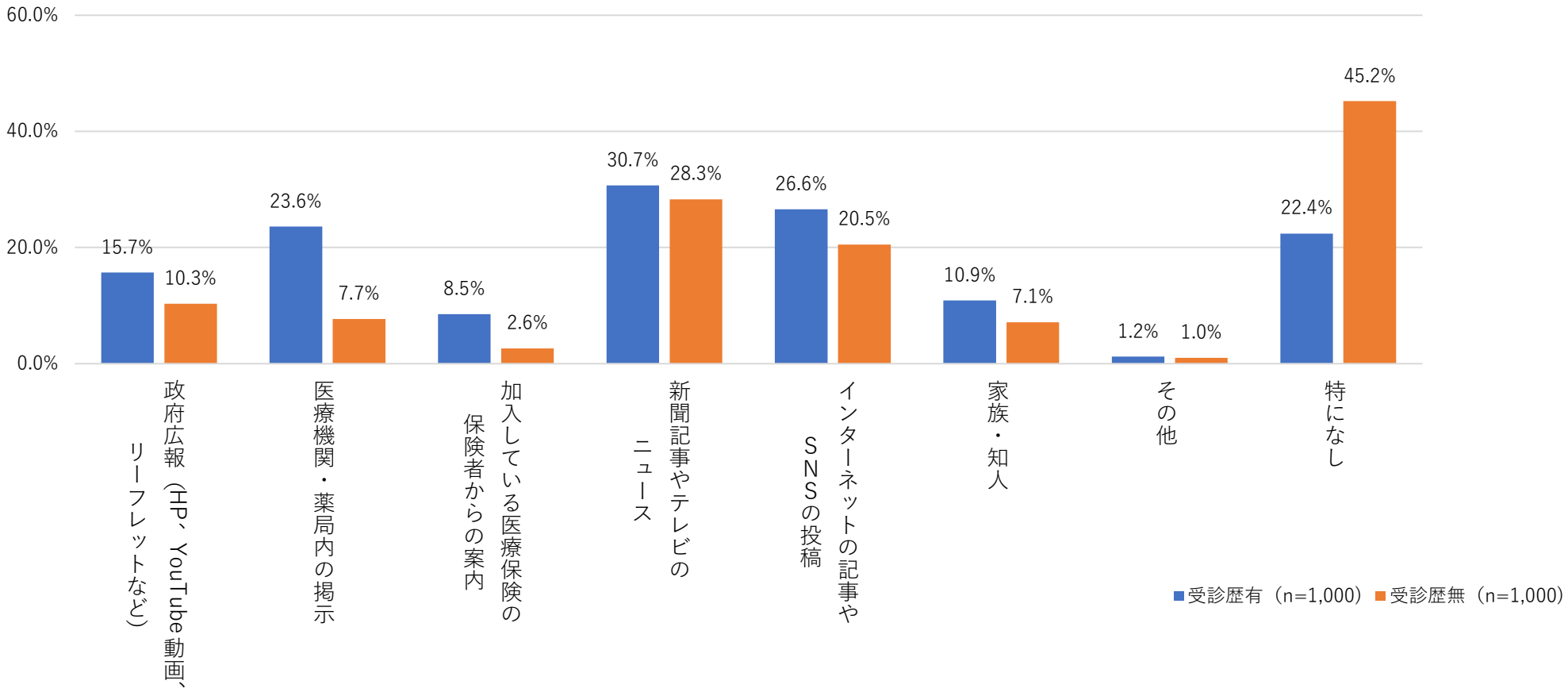
	薬剤情報や特定健診情報の紙媒体を医療機関・薬局に持参する必要がないこと	薬剤情報や特定健診情報の伝え間違い／伝え忘れが減ること	問診票に記載する内容が少なくなり手間が減ること	医療スタッフが診察の中で薬剤情報や特定健診情報に触れるなどして、情報が診察に活用されること	複数の医療機関で処方されている医薬品の重複や飲み合わせの問題等が分かり処方を調整できること	高額療養費の自己負担上限が窓口で分かるようになり、後日払い戻しの手続きをする必要がなくなること	その他	特に知らない
薬剤情報や特定健診情報の紙媒体を医療機関・薬局に持参する必要がないこと	462	235	220	228	302	212	0	0
薬剤情報や特定健診情報の伝え間違い／伝え忘れが減ること		413	195	251	276	199	0	0
問診票に記載する内容が少なくなり手間が減ること			409	187	232	172	0	0
医療スタッフが診察の中で薬剤情報や特定健診情報に触れるなどして、情報が診察に活用されること				412	279	198	0	0
複数の医療機関で処方されている医薬品の重複や飲み合わせの問題等が分かり処方を調整できること					593	268	0	0
高額療養費の自己負担上限が窓口で分かるようになり、後日払い戻しの手続きをする必要がなくなること						433	0	0
その他							4	0
特に知らない								912

問５　マイナンバーカード健康保険証のメリットの認知経路

■　マイナンバーカードを健康保険証として利用することのメリットの認知経路については、**新聞・テレビ、インターネット・SNSが多い**

■　また、直近３ヶ月以内の**マイナンバーカード受診歴有の場合**、受診歴無と比べ、**「医療機関・薬局内の掲示」により認知した割合が高い**

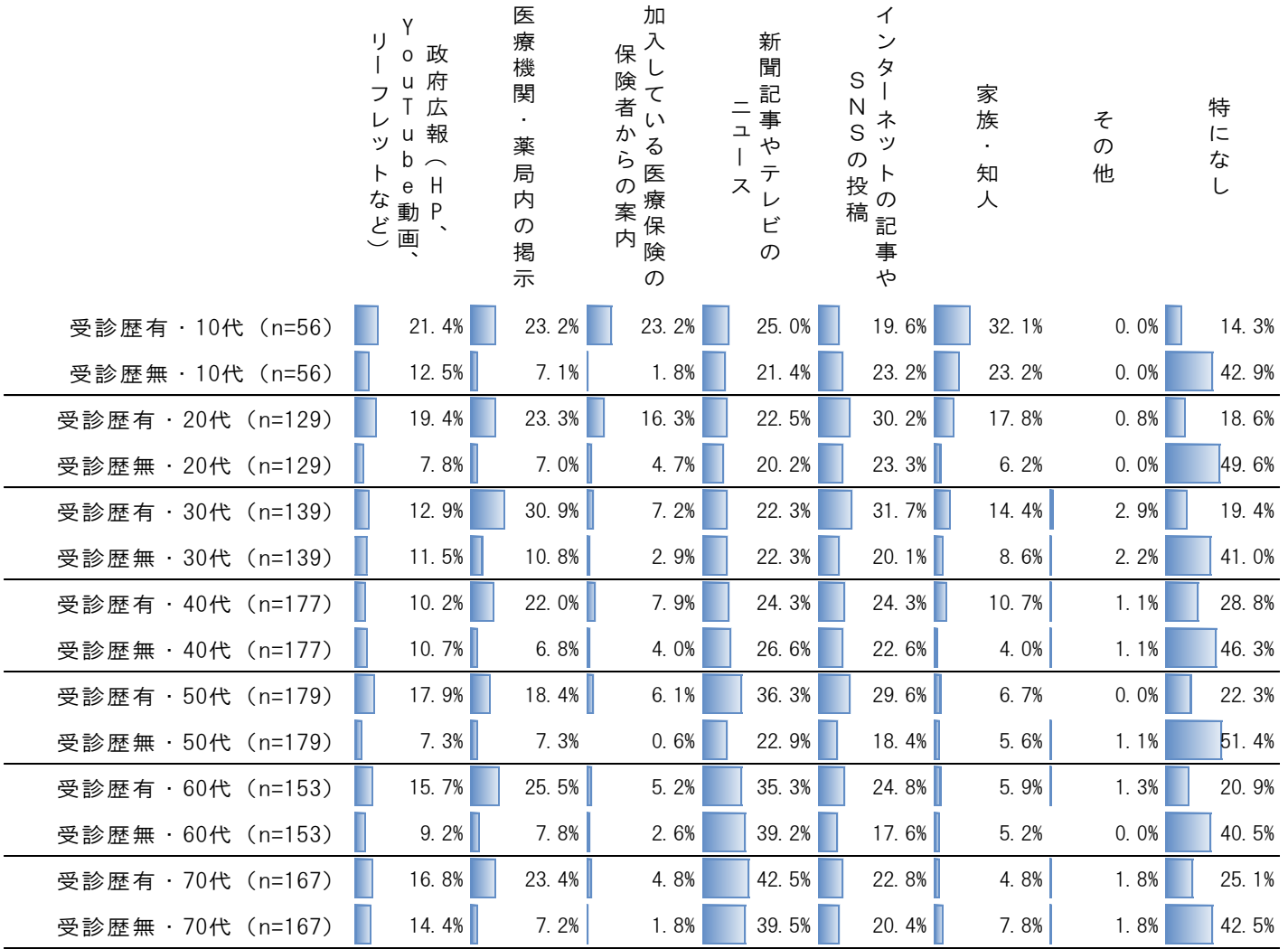
マイナンバーカードを健康保険証として利用した際の
メリットの認知経路（全年代合計、受診歴別）



問５－１　メリットの認知経路（年代別、受診歴別）

■　マイナンバーカードを健康保険証として利用することのメリットの認知経路について、年代別、受診歴別に比較すると、**年代が低いほど、家族・知人を通じて認知**しており、**年代が高いほど、新聞・テレビを通じて認知**している

■　また、直近３ヶ月以内の**マイナンバーカード受診歴有の場合、受診歴無と比べ、医療機関・薬局内の掲示により認知した割合が高い**



問５－２　メリットの認知経路（項目間の相関）

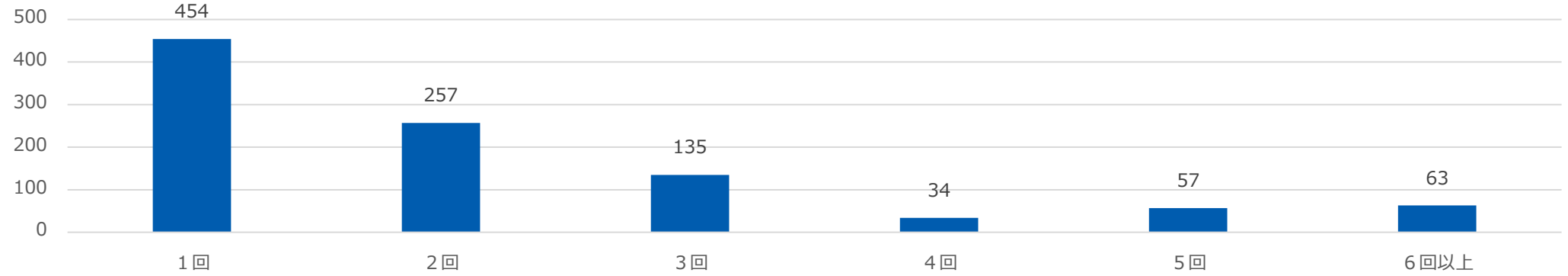
■　政府広報、新聞・テレビ、インターネット・SNSを通じてメリットを認知した人は、他の媒体からもメリットを認知していることが多い

	政府広報（HP、YouTube動画、リーフレットなど）	医療機関・薬局内の掲示	加入している医療保険の保険者からの案内	新聞記事やテレビのニュース	インターネットの記事やＳＮＳの投稿	家族・知人	その他	特になし
政府広報（HP、YouTube動画、リーフレットなど）	260	57	34	111	104	29	0	0
医療機関・薬局内の掲示		313	27	78	69	29	2	0
加入している医療保険の保険者からの案内			111	28	29	23	1	0
新聞記事やテレビのニュース				590	164	58	1	0
インターネットの記事やＳＮＳの投稿					471	45	2	0
家族・知人						180	1	0
その他							22	0
特になし								676

問６　マイナンバーカード健康保険証の受診回数　※受診歴有のみ質問

■　**マイナンバーカードを健康保険証として利用した回数は、１、２回が多い**

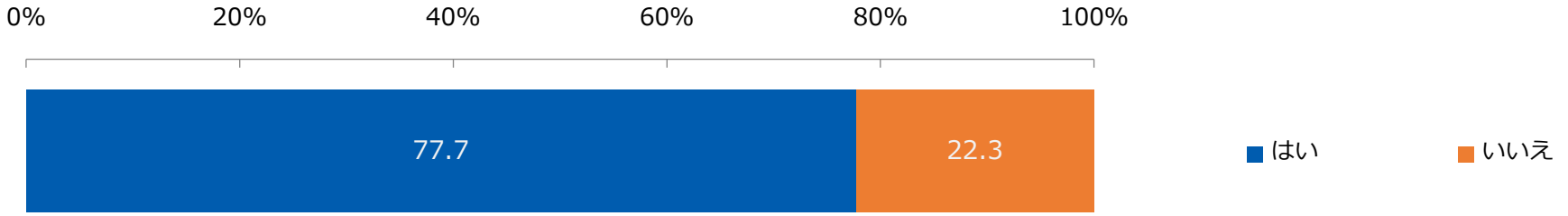
医療機関・薬局でマイナンバーカードを健康保険証として利用した回数（n=1,000）



問７　薬剤情報等の提供に同意した割合　※受診歴有のみ質問

■　**薬剤情報等の提供に同意した割合は、約８割**

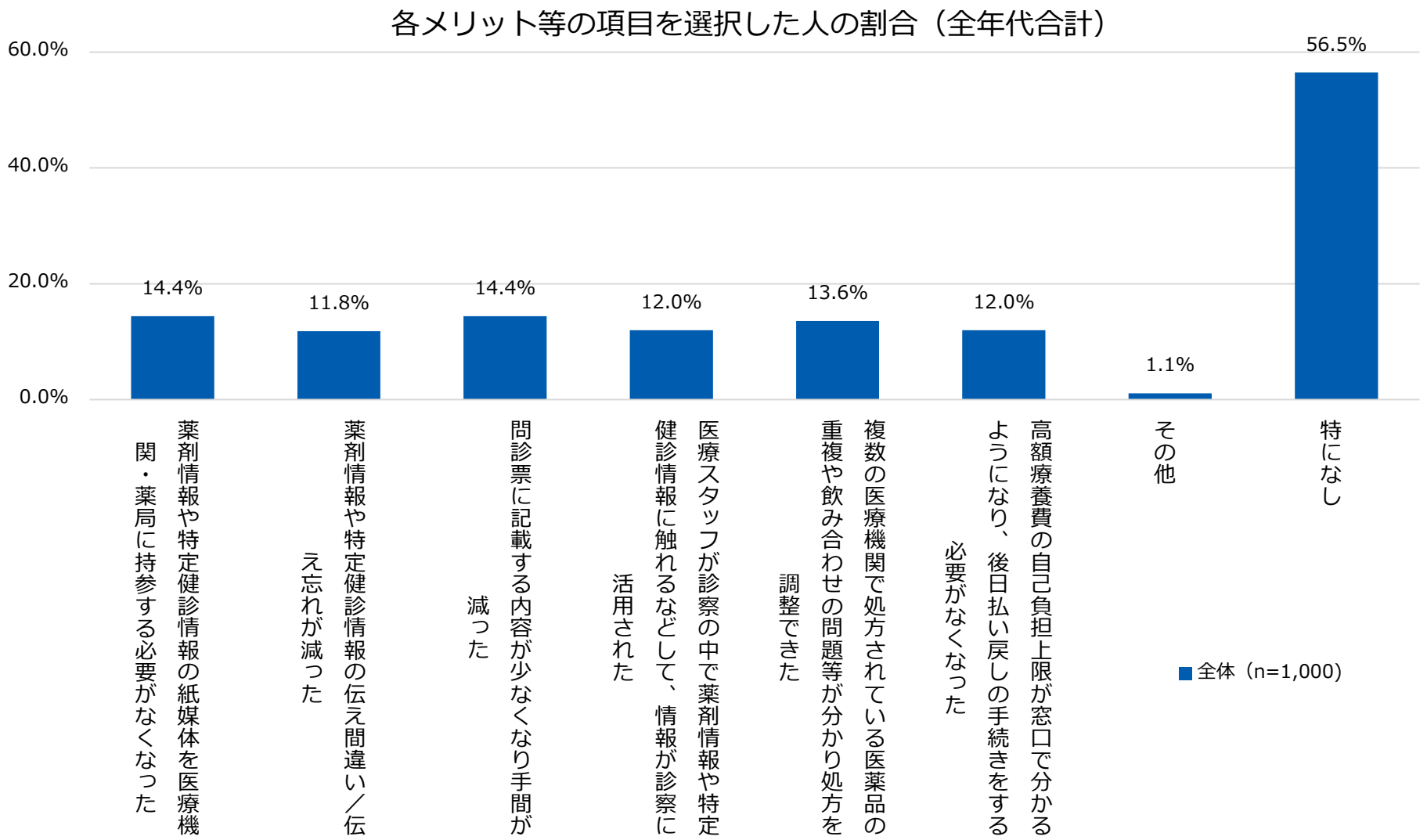
医療機関・薬局でマイナンバーカードを健康保険証として利用した際に、
薬剤情報や特定健診情報などの提供に同意をした割合（n=1,000）



問８　実感したメリット　※受診歴有のみ質問

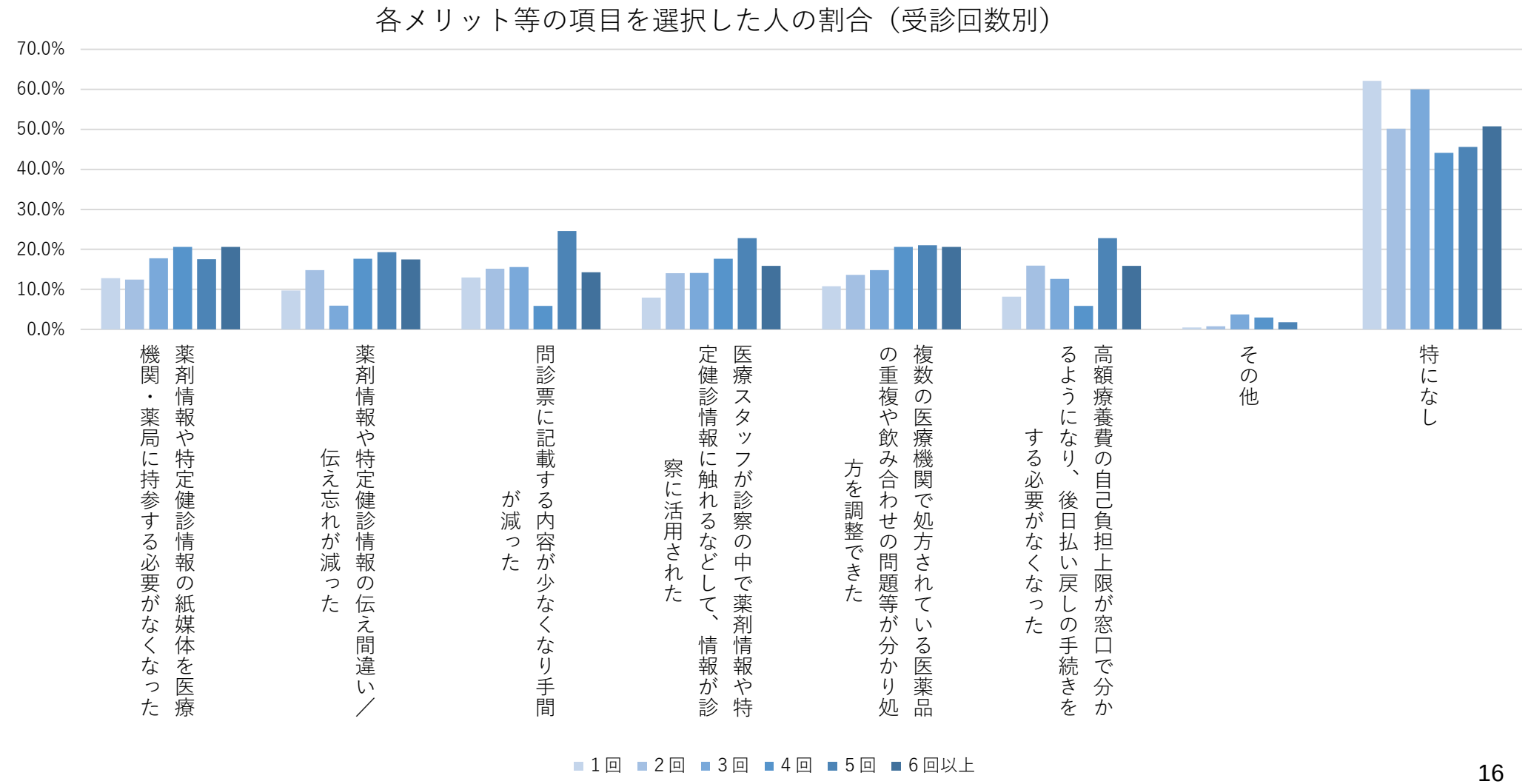
■　マイナンバーカードを健康保険証として利用して**実感したメリットを選んだ人の割合は、各項目、10%前半**

■　**少なくとも１つ以上のメリットを実感した割合は、４割強**



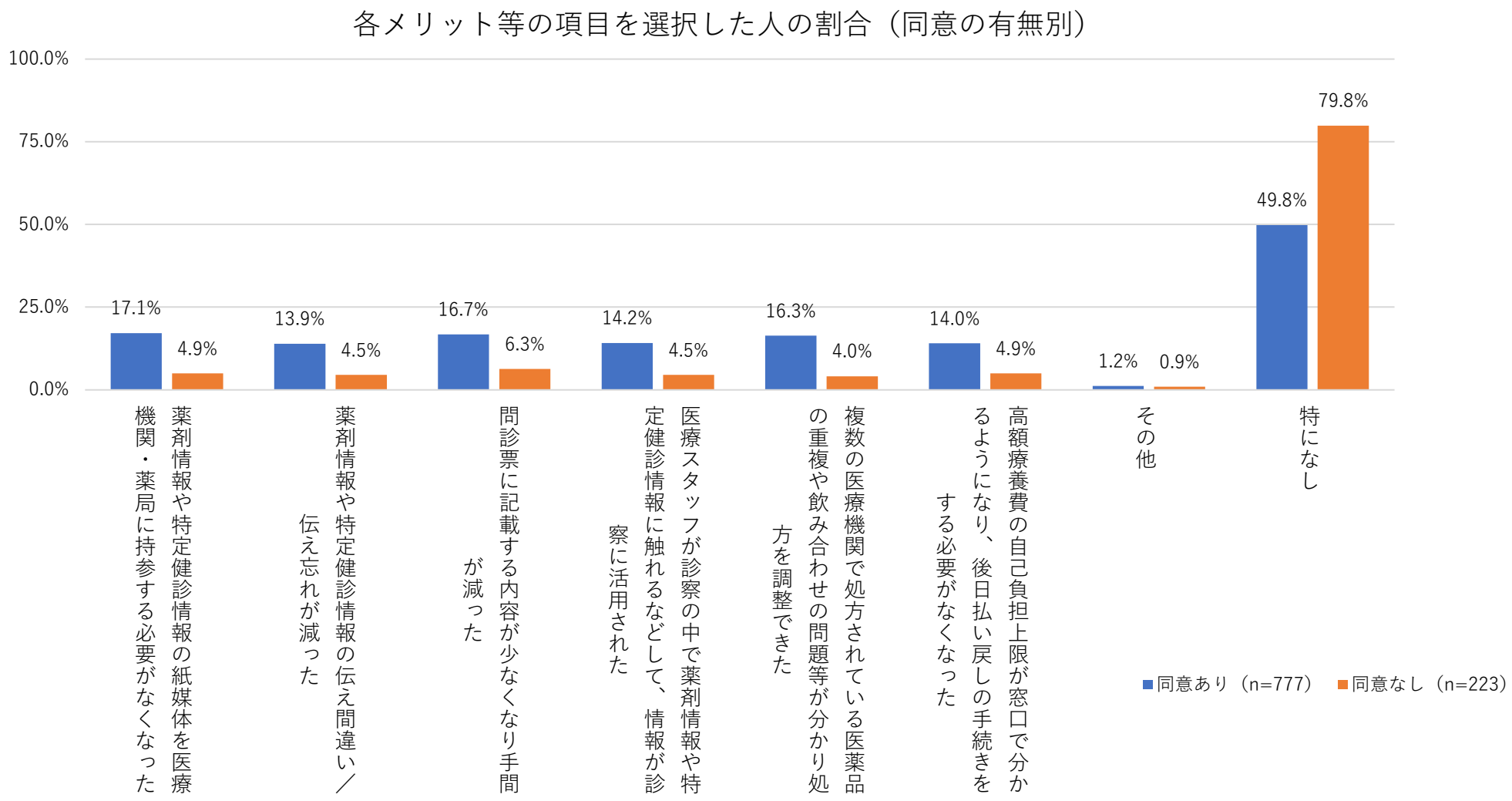
問８－１　実感したメリット（受診回数別）

■　マイナンバーカードを健康保険証として利用して実感したメリットを選んだ人の割合について、マイナンバーカードでの受診回数別に集計したところ、**受診回数が多くなるほど、メリットの実感割合も高くなる**



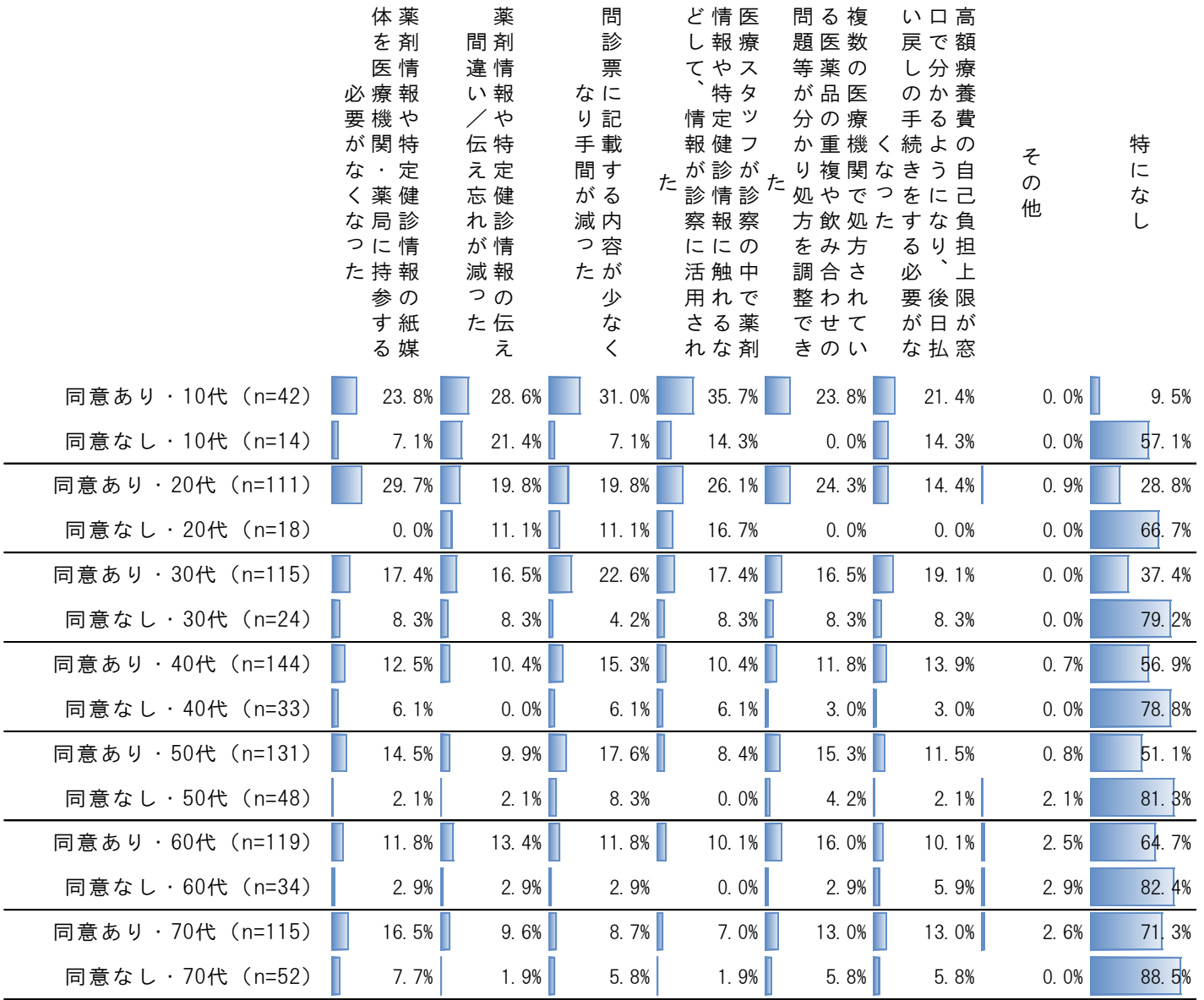
問８－２　実感したメリット（同意有無別）

■　マイナンバーカードを健康保険証として利用して実感したメリットを選んだ人の割合について、診療情報等の情報提供に対する同意の有無別に集計したところ、**同意がある場合は、同意がない場合と比べて、メリットの実感割合が高い**



問８－３　実感したメリット(年代、同意有無別)

■　マイナンバーカードを健康保険証として利用して実感したメリットを選んだ人の割合について、年代別、同意の有無別に集計したところ、**年代が低いほど、メリットの実感割合が高い**



問８－４　実感したメリット（項目間の相関）

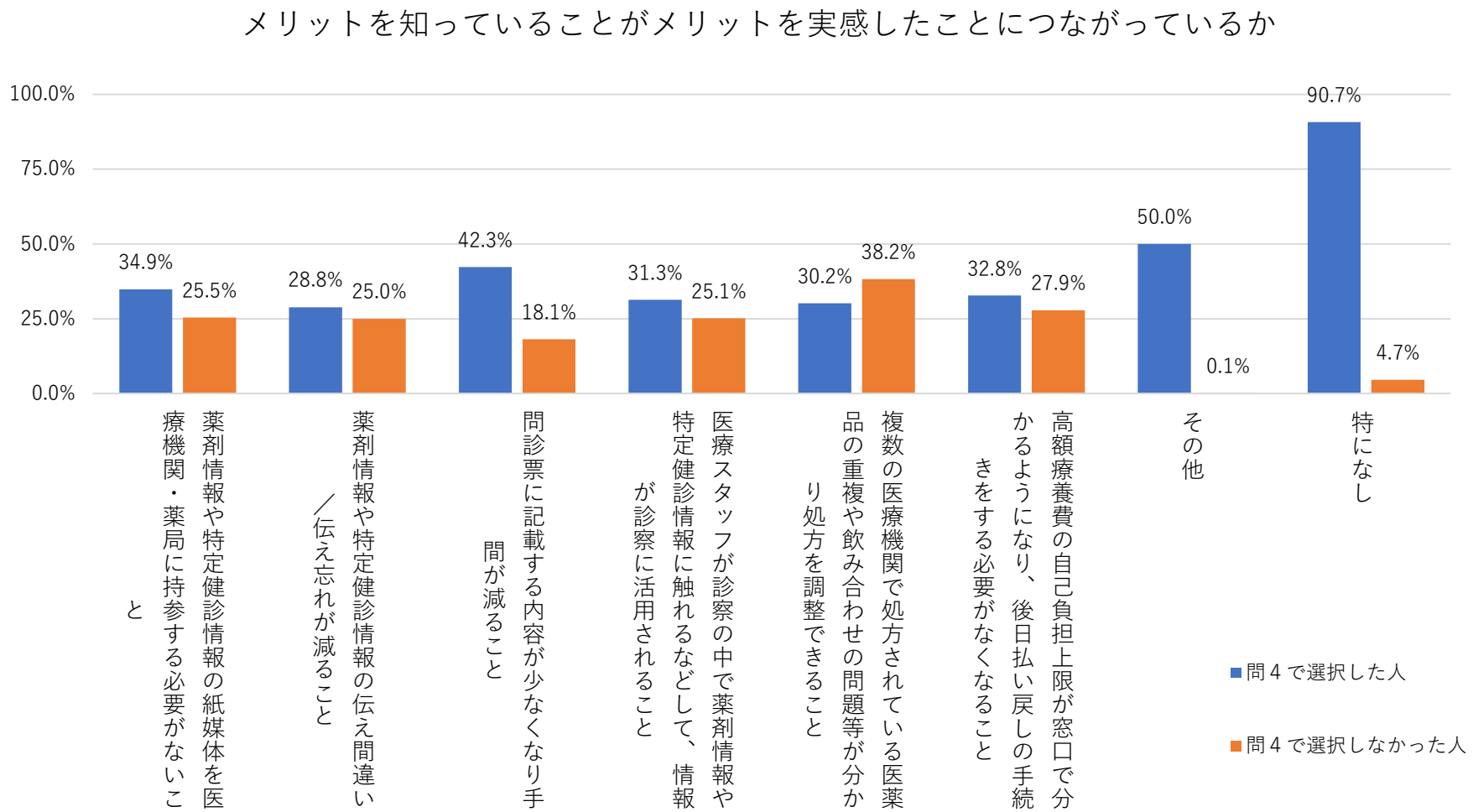
■　特定のメリットの実感と他のメリットの実感との間に特別に強い相関は見られない

	薬剤情報や特定健診情報の紙媒体を医療機関・薬局に持参する必要がなくなった	薬剤情報や特定健診情報の伝え間違い／伝え忘れが減った	問診票に記載する内容が少なくなり手間が減った	医療スタッフが診察の中で薬剤情報や特定健診情報に触れるなどして、情報が診察に活用された	複数の医療機関で処方されている医薬品の重複や飲み合わせの問題等が分かり処方を調整できた	高額療養費の自己負担上限が窓口で分かるようになり、後日払い戻しの手続きをする必要がなくなった	その他	特になし
薬剤情報や特定健診情報の紙媒体を医療機関・薬局に持参する必要がなくなった	144	42	54	44	49	49	0	0
薬剤情報や特定健診情報の伝え間違い／伝え忘れが減った		118	44	45	47	37	0	0
問診票に記載する内容が少なくなり手間が減った			144	49	49	40	0	0
医療スタッフが診察の中で薬剤情報や特定健診情報に触れるなどして、情報が診察に活用された				120	53	43	0	0
複数の医療機関で処方されている医薬品の重複や飲み合わせの問題等が分かり処方を調整できた					136	53	0	0
高額療養費の自己負担上限が窓口で分かるようになり、後日払い戻しの手続きをする必要がなくなった						120	1	0
その他							11	0
特になし								565

問８－５　メリットの認知がメリットの実感に結びつくか

■　マイナンバーカードを健康保険証として利用して実感したメリットを選んだ人の割合について、それぞれのメリットを認知している人と認知していなかった人とで比較（問４の回答結果で比較）し、メリットの認知がメリットの実感につながったかを確認した

■「問診票に記載する内容が少なくなり手間が減った」の項目については認知が実感につながったと言える。他方、それ以外の項目については、大きな差異は見られない



中医協　総－５
５．６．２１

中医協　検－２
５．６．２１

令和４年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和５年度調査）の調査票案について

○ リフィル処方箋の実施状況調査

・調査概要 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ３頁
・病院・診療所票 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ７頁
・医師票 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １０頁
・保険薬局票 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １２頁
・患者票 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １７頁
・依頼状 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １９頁

○ 歯科医療機関における院内感染防止対策の評価等に関する実施状況調査

・調査概要 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ２５頁
・施設票 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ２９頁
・歯科診療所・患者票 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ４３頁
・依頼状 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ４７頁

○ かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査

・調査概要 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ５０頁
・保険薬局票 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ５４頁
・診療所票 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ６８頁
・病院票 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ７３頁
・患者票 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ７９頁
・依頼状 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ８４頁

○ 後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査

・調査概要 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ８８頁
・保険薬局票 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ９３頁
・一般診療所票 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １０２頁
・歯科診療所票 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １１３頁
・病院票 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １１６頁
・医師票 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １２７頁
・患者票 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １３２頁
・依頼状 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １３６頁

○ オンライン資格確認システムに係る診療報酬上の対応の実施状況調査
・調査概要　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１４０頁
・病院・診療所票・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１４４頁
・歯科診療所票　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１４８頁
・保険薬局票　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１５２頁
・患者票　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１５６頁
・患者票（インターネット調査）　・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１６０頁
・依頼状　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１６４頁

令和４年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和５年度調査）
における電子レセプトデータの活用について　・・・・・・・・・・・・・・　１６８頁

※調査票案のマーカー表記について
新型コロナウイルス感染症にかかる影響に関連した設問　・・・・　黄色マーカー
前回調査から新規に追加した設問　・・・・・・・・・・・・・・・　水色マーカー

令和４年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和５年度調査）
リフィル処方箋の実施状況調査

調査の概要（案）

１. 調査目的

令和４年度診療報酬改定において、症状が安定している患者について、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の仕組みを設け、処方箋の様式を変更した。

これらを踏まえ、本調査では、改定に係る影響等について調査・検証を行う。

２. アンケート調査の構成及び調査手順

(1)アンケート調査の構成

本調査は以下の構成とする。

調査の種類	調査対象			調査方法
	条件	調査件数	抽出方法	
病院調査	c.令和 4 年●月から●月の間に一定以上のリフィル処方箋の発行実績がある病院	500 件	層化無作為抽出	自記式調査票の郵送配布・回収
	d.リフィル処方箋の発行実績のない病院	500 件		
診療所調査	c.令和 4 年●月から●月の間に一定以上のリフィル処方箋の発行実績がある診療所	500 件	層化無作為抽出	自記式調査票の郵送配布・回収
	d.リフィル処方箋の発行実績のない診療所	500 件		
医師調査	a～d の医療機関の勤務する医師（外来を担当する医師）	最大 4000 件	各施設から最大２名※1	施設経由で依頼状を配布、Web 又はメール経由で回収(自記式)
保険薬局調査	e. 令和 4 年●月から●月の間に一定以上のリフィル処方箋の受付実績がある保険薬局	500 件	層化無作為抽出	自記式調査票の郵送配布・回収
	f.リフィル処方箋の受付実績のない保険薬局	500 件		
患者調査（郵送）	a～d の医療機関及び、e～f の薬局の患者	最大 6000 件	各施設から最大２名※2	自記式調査票の郵送配布・回収
患者調査（インターネット調査）	直近３か月間で保険薬局に処方箋を持って来局した患者	3000 件	性・年代別に等分※3	モニター会社を通じて Web 回収

※１ リフィル処方箋を発行したことのある医師を把握している病院・診療所は、「発行したことのある医師：１名、発行したことのない医師：１名」を施設ごとにそれぞれ無作為に抽出する。
リフィル処方箋を発行したことのある医師を把握していない病院・診療所は、無作為に２名の医師を抽出する。

※２ 患者調査は、保険薬局調査の調査対象となった保険薬局の職員が患者調査の条件に沿って１施設あたり患者２名を抽出（特定の１日を調査日とし、当該日において午前・午後にそれぞれ最初に来局された患者で、調査協力についてご本人の同意が得られた方）し、配布する。

※３ 男女別、年代別（10 代以下/20 代/30 代/40 代/50 代/60~64 歳/65~69 歳/70～74 歳/75 歳以上）の計 20 区分ごとに 150 人ずつ割り当て、地域は総務省人口推計の割合に合わせた比例で分配。

(2)アンケート調査の手順

病院調査、診療所調査、保険薬局調査については、調査票一式を郵便にて調査対象となる施設に送付し、当該施設の管理者、又は事務管理者にご回答いただいたうえで、郵便（料金受取人払い、返信用封筒は調査票発送時に同封）にて回収する方法にて実施する。また、回答者の負担軽減のため、専用ホームページより電子調査票をダウンロードし、入力の上、メールへの添付により返送する方法を選択できるようにする。

医師調査は、調査対象となった病院・診療所の職員が、自施設に勤務する医師を１施設あたり最大２名選定（リフィル処方箋を発行したことのある医師を把握している病院・診療所は、「発行したことのある医師：1名、発行したことのない医師：1名」を施設ごとにそれぞれ無作為に合計２名、リフィル処方箋を発行したことのある医師を把握していない病院・診療所は、無作為に２名）し、対象の医師に医師調査依頼状を配布する。医師調査依頼状を受け取った医師は、記載の URL にアクセスし、Web サイト又はメールを経由して回答を提出する。

郵送による患者調査は、調査対象となった病院・診療所・保険薬局の職員が、１施設あたり患者２名を無作為抽出（特定の１日を調査日とし、当該日において午前・午後にそれぞれ最初に受診・来局された患者で、調査協力についてご本人の同意が得られた方）し、対象患者に調査票及び返信用封筒（料金受取人払い、返信用封筒は調査票発送時に同封）を手渡し、直接記入を求める（回答後の調査票は、患者自身が直接郵便にて返送)。

なお、インターネット調査による患者調査は、調査対象のモニターを有するリサーチ機関を通じて実施する。

事務局は、回収した調査票の検票を行い、辞退（理由等を書いた文書を同封しているケースがある)、白紙（ほとんど全ての設問への記入がない）を除いた上で、調査データの電子化を行う。

3. 主な調査事項

(1)新型コロナウイルスの影響に関する項目

特になし

(2)今回新設した項目

[病院・診療所調査]

- ○ リフィル処方箋を発行したことのある医師を知っている又は回答者自身で発行しているか
- ○ 施設全体で発行されたリフィル処方箋の枚数の把握状況
- ○ 施設全体で発行されたリフィル処方箋の枚数

[医師調査] ＜昨年度の病院診療所の項目を引き継いで作成＞

- ○ 医師の性別、年代、主な担当診療科
- ○ 医師個人の外来診察患者数

[保険薬局調査] 特になし

[患者調査] 特になし

(3)前回調査から削除した主な項目

［病院･診療所調査］

○　施設全体のリフィル処方箋の発行有無　※医師票で個別に訊くため

［医師調査］　前年度実施なし

［保険薬局調査］

○　電子版お薬手帳の導入状況

○　全処方箋の受付回数（調剤基本料の根拠となる数字）

○　管理薬剤師の年代、薬局での勤続年数

［患者調査］　特になし

4. 調査スケジュール（案）

調査スケジュール（案）は、次を想定している。

		2023年																				2024年		
		4月			5月			6月		7月			8月			9月		10月		11月		12月		1月	2月	3月
1	**調査票等の作成・発送**																								
	① 調査の全体設計	■	■	■																					
	② 調査票等発送物の作成	■	■	■	■	■	■	■	■																
	③ 調査客体の抽出（客体名簿作成）							■	■																
	④ 調査票等送付物の印刷・封入									■	■	■													
	⑤ 調査票等送付物の発送											■													
2	**照会への対応**																								
	① コールセンター設置準備・照会対応マニュアル作成									■	■	■													
	② 照会対応・再発送要望対応												■	■	■	■									
	③ 照会及び回答内容の一覧の作成												■	■	■	■									
3	**調査票の電子化（Webサイト対応）**																								
	① Webサイトの開設準備・電子調査票作成									■	■	■													
	② Webサイトの運営												■	■	■	■									
4	**調査の協力依頼**																								
	① 電話協力依頼														■										
	② 督促ハガキ印刷・発送														■										
5	**調査票受付・データ化**																								
	① 回収票の受付・登録												■	■	■	■									
	② 受付票の検索（返戻・修正依頼）												■												
	③ データ入力												■	■	■	■									
6	**集計及び報告書の作成**																								
	① 集計方針・報告書構成の検討	■	■	■	■	■	■			■	■	■													
	② 集計											■	■				■	■	■	■	■				
	③ 報告書の作成													■	■			■	■	■	■	□	□	□	□	□	□	□	□	□
	④ 報告書の納品																								■
7	**調査検討委員会の設置・運営**																								
	① 調査検討委員会の開催					★												★							

※ グレー塗部分は実査期間

以上

ID 番号：

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和5年度調査）
リフィル処方箋の実施状況調査　病院・診療所票

※この病院・診療所票は、病院・診療所の開設者・管理者の方に令和4年度診療報酬改定で変更された、症状が安定している患者について医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の影響についてお伺いするものです。

＜ご回答方法＞
・あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。
・「※一つだけ○」という質問については、あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください。
・（　）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。
・（　）内に数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をご記入ください。
・特に断りのない限り、令和5年7月1日現在の貴施設の状況についてお答えください。
・災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

1．貴施設の状況についてお伺いします（令和5年7月１日現在）。

①所在地（都道府県）	（　　）　都・道・府・県
②開設者[注1] ※一つだけ○	1．国　　2．公立　　3．公的　　4．社会保険関係団体 5．医療法人（社会医療法人を除く）　　6．会社　　7．その他の法人 8．個人
③医療機関の種別　※一つだけ○	1．病院　　→質問④，⑤，⑥へ　　2．有床診療所　→質問④，⑤，⑥へ 3．無床診療所　→質問⑥へ

【③で「1．病院」または「2．有床診療所」と回答した場合、下記④～⑤にご回答ください】

④許可病床数	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床	病院・診療所全体
	（　　）床	（　　）床	（　　）床	（　　）床	（　　）床	（　　）床

⑤過去1年の病床数変更	1．変更あり　　2．変更なし

【すべての方が⑥～⑪にご回答ください】

⑥標榜診療科 ※当てはまるもの全て	1．内科[注2]　2．外科[注3]　3．精神科　4．小児科　5．皮膚科 6．泌尿器科　7．産婦人科・産科　8．眼科　9．耳鼻咽喉科 10．放射線科　11．脳神経外科　12．整形外科　13．麻酔科 14．救急科　15．歯科・歯科口腔外科　16．リハビリテーション科 17．その他　（具体的に：　　）
⑦貴施設の外来分離　※一つだけ○	1．外来分離をしている　　2．外来分離をしていない
⑧地域医療情報連携ネットワークへの参加の有無　※一つだけ○	1．参加あり　　2．参加なし
⑨外来を担う医師の人数 ※常勤換算は小数点第1位まで	a．常勤医師　：　（　　）人 b．非常勤医師：　実人数（　　）人　　常勤換算（　　）人
⑩外来の患者数　※初診患者数＋再診延べ患者数	４～６月の合計：（　　）人
⑪処方箋の発行枚数	４～６月の合計：（　　）枚

注1 国立（国、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構）
公立（都道府県、市町村、地方独立行政法人）
公的（日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会）
社会保険関係（健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合）
医療法人（社会医療法人は含まない）
その他の法人（公益法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、社会医療法人等、その他の法人）
注2 内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「1.内科」としてご回答ください。
注3 外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「2.外科」としてご回答ください。

2．リフィル処方箋についてお伺いします。

①リフィル処方箋の制度の認知 ※一つだけ○	1．制度の内容まで知っている　　2．名称だけ知っている　　3．知らない

【①　で「1.制度の内容まで知っている」又は「2.名称だけ知っている」と回答した場合、下記①-1をご回答ください】

①-1 制度を知ったきっかけ ※一つだけ○	1．新聞・雑誌のニュース等の報道　　2．医師会等の団体からの案内等 3．薬局からの案内等　　4．保険者側からの案内等 5．患者からの問い合わせ　　6．行政からの案内等 7．その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

【すべての方がご回答ください】

②貴院内でリフィル処方箋を発行したことのある医師を知っている、または自身で発行しているか　※一つだけ○	1．知っているまたは自身で発行している　→質問②-1～②-7 へ 2．知らない　→質問②-8 へ

【② で「1．知っているまたは自身で発行している」と回答した方は全員、下記②-1～②-7 をご回答ください】

②-1 貴院全体で発行したリフィル処方箋の枚数の把握状況（令和5年4～6月）

1．わかる　　2．わからない　→　質問②-4 へ

【わかる場合】

②-2 貴院が全体で発行したリフィル処方箋の発行枚数等
a.4～6月のリフィル処方箋発行枚数(合計)
b.4～6月の分割調剤の指示回数(合計)

a. リフィル処方箋の発行枚数	（　　）枚
b. 分割調剤の指示回数	（　　）回

②-3 貴院において外来を担当する常勤医師のうち、リフィル処方箋の発行枚数が多い順に上から5名の医師について、下記状況はどうか
a. 該当する医師の有無 （例えばリフィル処方箋を発行したことのある医師が1名のみの場合、2番目以降は「無」となる。）
b. 該当医師個人での4～6月のリフィル処方箋発行枚数（合計）
c. 該当医師個人での4～6月の全処方箋発行枚数（合計）
d. 本調査の「医師票」を配布した医師　※1名のみに○

	a.該当医師の有無	b.リフィル処方箋発行枚数	c.全処方箋発行枚数	d.本調査医師票の配布先	
リフィル処方が**1番目**に多い医師		（　　）枚	（　　）枚		配布した医師1名に○
リフィル処方が**2番目**に多い医師	有 ・ 無	（　　）枚	（　　）枚		
リフィル処方が**3番目**に多い医師	有 ・ 無	（　　）枚	（　　）枚		
リフィル処方が**4番目**に多い医師	有 ・ 無	（　　）枚	（　　）枚		
リフィル処方が**5番目**に多い医師	有 ・ 無	（　　）枚	（　　）枚		

②-4 どのような患者にリフィル処方箋を発行しているか ※当てはまるもの全て○	1．自施設にかかりつけの患者 2．自施設と連携する薬局に「かかりつけ薬剤師」がいる患者 3．自施設と連携する薬局以外の薬局に「かかりつけ薬剤師」がいる患者 4．その他（具体的に＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
②-5 リフィル処方箋に関する薬局からの服薬情報提供書（トレーシングレポート）の有無　※一つだけ○	1．あった　　2．なかった

【②-5 で「1．あった」と回答した場合、下記②-5-a ～ ②-5-c をご回答ください】

②-5-a.リフィル処方箋のトレーシングレポート受領頻度	症状が安定している患者の通常の処方箋と比較して、リフィル処方箋は、トレーシングレポートの受領頻度が	1．高い　2．同程度　3．低い

リフィル処方に関するトレーシングレポートで**②-5-b.提供された情報**　**②-5-c.提供してほしい情報**

	②-5-b.提供された情報		②-5-c.提供してほしい情報	
	該当するもの全て	最も多いもの一つ	該当するもの全て	最重要のもの一つ
1．患者の服用薬（他の医療機関からの処方等も含む）				
2．患者の服薬状況				
3．患者に対する服薬指導の要点				
4．患者の状態（バイタル・体重・食欲・浮腫の有無・便秘の有無等）				
5．残薬				
6．患者が容易に又は継続的に服用できるための技術的工夫等の調剤情報				
7．その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）				

【②で「1．知っているまたは自身で発行している」と回答した方は全員、下記②-6～②-7 をご回答ください】

②-6 薬剤師の受診勧奨を受け受診した患者数（わからない場合は「－」を記入）	（　　）人　※令和5年4月～6月の合計

②-7 リフィル処方箋を発行した理由 ※当てはまるもの全て○	1.症状が安定していたから 2.患者に「かかりつけ薬剤師」がいたから 3.患者が感染症に罹るリスクを減らすことができる 4.患者からの希望があったから 5.その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
【②で「2.知らない」と回答した方は全員、下記②-8 をご回答ください】	
②-8 貴院ではリフィル処方箋を発行したことはないですか ※一つだけ○ 発行したことがない場合、リフィル処方箋を発行しなかった理由 ※当てはまるもの全て○	1.発行したことはない　2.発行した　3.わからない 【理由】 1. 症状が安定している患者がいなかったから 2. 薬剤師と適切に連携して管理できる患者がいなかったから 3. 症状が安定し、薬剤師と連携して管理できるが、医師の判断が必須だったから 4. 長期処方で対応が可能だったから 5. 患者からの求めがないから 6. その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
【すべての方がご回答ください】	
③リフィル処方箋の発行について患者からの希望の有無 ※一つだけ○	1.あった　2.なかった
④リフィル処方箋の発行に係る検討についての今後の見通し ※一つだけ○	1.積極的に検討する → 質問⑤, ⑦へ 2.患者希望があれば検討する → 質問⑦へ 3.検討には消極的 → 質問⑥, ⑦へ
【④「1. 積極的に検討する」と回答した方は、以下の⑤をご回答ください】	
⑤「1. 積極的に検討する」と回答した理由 ※当てはまるもの全て○	1.患者からの希望が多いから 2.患者の待ち時間が減るから 3.患者が感染症に罹るリスクを減らすことができるから 4.医師の負担軽減につながるから 5.その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
【④で「3. 検討には消極的」と回答した方は、以下の⑥をご回答ください】	
⑥「3. 検討には消極的」と回答した理由 ※当てはまるもの全て○	1.医師が患者の症状の変化に気付きにくくなるから 2.薬を処方する際には医師の判断が毎回必須と考えるから 3.患者にリフィル処方箋が必要とされていないから 4.処方箋の不正利用が心配だから 5.リフィル処方箋の仕組みがよくわからないから 6. その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
【すべての方がご回答ください】	
⑦このほか、リフィル処方箋の課題と考えられること ※当てはまるもの全て○	1.患者への制度の周知　2.医師への制度の周知 3.薬剤師への制度の周知　4.かかりつけ薬剤師制度の普及 5.その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

質問は以上です。ご協力頂き誠にありがとうございました。
令和5年●月●日（●）までに返信用封筒をご使用の上投函ください（切手不要）。

ID 番号：

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和 5 年度調査）
リフィル処方箋の実施状況調査　医師票

※この医師票は、病院・診療所の開設者・管理者の方に令和4年度診療報酬改定で変更された、症状が安定している患者について医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の影響についてお伺いするものです。

＜ご回答方法＞
・あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。
・「※一つだけ○」という質問については、あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください。
・（　）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。
・（　）内に数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をご記入ください。
・特に断りのない限り、令和5年7月1日現在の貴施設の状況についてお答えください。
・災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

1.　回答者ご自身についてお伺いします（令和5年7月 1 日現在）。

①性別　※一つだけ○	1．男性　　2．女性
②年代　※一つだけ○	1．20 代　2．30 代　3．40 代　4．50 代　5．60 代　6．70 代以上
③主たる担当診療科 ※一つだけ○	1．内科[注1]　2．外科[注2]　3．精神科　4．小児科　5．皮膚科 6．泌尿器科　7．産婦人科・産科　8．眼科　9．耳鼻咽喉科 10．放射線科　11．脳神経外科　12．整形外科　13．麻酔科 14．救急科　15．歯科・歯科口腔外科　16．リハビリテーション科 17．その他　（具体的に：　　）
④外来診察患者数　※令和5年4月～6月の合計	（　　）人　※調査票を受け取った施設の患者のみ

注1内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「1.内科」としてご回答ください。
注2 外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「2.外科」としてご回答ください。

2.　リフィル処方箋についてお伺いします。

①リフィル処方箋の制度の認知 ※一つだけ○	1．制度の内容まで知っている　2．名称だけ知っている　3．知らない
【①で「1.制度の内容まで知っている」又は「2.名称だけ知っている」と回答した場合、下記①-1をご回答ください】	
①-1リフィル処方箋の制度を知ったきっかけ ※当てはまるもの全て○	1．新聞・雑誌のニュース等の報道 2．医師会等の団体からの案内等 3．薬局からの案内等 4．保険者側からの案内等 5．患者からの問い合わせ 6．行政からの案内等 7．その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿）
【すべての方がご回答ください】	
②リフィル処方箋の発行有無 ※一つだけ○	1．発行したことがある　→③へ 2．発行したことはない　→p. 2⑤へ
【②で「1.発行したことがある」と回答した場合、下記③～④をご回答ください】	
③どのような患者にリフィル処方箋を発行しているか ※当てはまるもの全て○	1．自施設のかかりつけの患者 2．自施設と連携する薬局に「かかりつけ薬剤師」がいる患者 3．自施設と連携する薬局以外の薬局に「かかりつけ薬剤師」がいる患者 4．その他（具体的に＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
④あなたがリフィル処方箋を発行した理由 ※当てはまるもの全て○	1．症状が安定していたから　2．患者に「かかりつけ薬剤師」がいたから 3．患者が感染症に罹るリスクを減らすことができるから 4．患者からの希望があったから　5．その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿）

【②で「2.発行したことはない」と回答した場合、下記⑤をご回答ください】

⑤あなたがリフィル処方箋を発行しなかった理由 ※当てはまるもの全て○	1．症状が安定している患者がいなかったから 2．薬剤師と適切に連携して管理できる患者がいなかったから 3．症状が安定し、薬剤師と連携して管理できるが、医師の判断が必須だったから 4．長期処方で対応が可能だったから 5．患者からの求めがないから 6．その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

【すべての方がご回答ください】

⑥リフィル処方箋の発行について患者からの希望の有無 ※一つだけ○	1．あった　　2．なかった
⑦リフィル処方箋の発行に係る検討についての今後の見通し ※一つだけ○	1．積極的に検討する → ⑧へ　2．患者希望があれば検討する → ⑩へ 3．検討には消極的 → ⑨へ

【⑦で「1．積極的に検討する」と回答した方は、以下の⑧をご回答ください】

⑧「1．積極的に検討する」と回答した理由 ※当てはまるもの全て○	1．患者からの希望が多いから 2．患者の待ち時間が減るから 3．患者が感染症に罹るリスクを減らすことができるから 4．医師の負担軽減につながるから 5．その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

【⑦で「3．検討には消極的」と回答した方は、以下の⑨をご回答ください】

⑨「3．検討には消極的」と回答し理由 ※当てはまるもの全て○	1．医師が患者の症状の変化に気付きにくくなるから 2．薬を処方する際には医師の判断が毎回必須と考えるから 3．患者にリフィル処方箋が必要とされていないから 4．処方箋の不正利用が心配だから 5．リフィル処方箋の仕組みがよくわからないから 6．その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

【すべての方がご回答ください】

⑩このほか、リフィル処方箋の課題と考えられること ※当てはまるもの全て○	1．患者への制度の周知　　2．医師への制度の周知 3．薬剤師への制度の周知　　4．かかりつけ薬剤師制度の普及 5．その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

質問は以上です。ご協力頂き誠にありがとうございました。
令和5年●月●日（●）までに返信用封筒をご使用の上投函ください（切手不要）。

ID 番号：

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和5年度調査）
リフィル処方箋の実施状況調査　保険薬局票

※この保険薬局票は、保険薬局の開設者・管理者の方に、令和４年度診療報酬改定で変更された、症状が安定している患者について医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の影響についてお伺いするものです。

＜ご回答方法＞
・あてはまる番号を〇（マル）で囲んでください。
・「※一つだけ〇」という質問については、あてはまる番号を一つだけ〇で囲んでください。
・（　）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。
・（　）内に数値を記入する設問で、該当なしは「０（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をご記入ください。
・特に断りのない限り、令和５年７月１日現在の貴薬局の状況についてお答えください。
・災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

１．　貴薬局の状況についてお伺いします（令和5年7月1日現在）。

① 所在地（都道府県）	（　　）都・道・府・県
② 開設者 ※法人の場合は、法人の形態等にも〇をつけてください。	１．法人 ⇒（　11. 株式会社　12. 有限会社　13. 合資会社　14. 合名会社　15. その他　） ⇒（　16. 純粋持株会社※1　17. 事業持株会社※2　18. 持株会社以外※3　） ２．個人 ３．その他（具体的に：　　） ※１ 自ら製造や販売といった事業は行わず、株式を所有することで、他の会社の事業活動を支配することのみを事業目的とする持株会社のこと。 ※２ グループ各社の株式を持つことで子会社を支配しながら、自らも生産活動などの事業を営む持株会社のこと。 ※３ 持株会社以外（会社の総資産に対する子会社の株式の取得価額の合計が 50%以下の会社）のこと。
③ 同一グループ（財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう）等※による薬局店舗数 ※ 同一グループは次の基準により判断する（調剤基本料の施設基準における同一グループの考え方と同様） 1. 保険薬局の事業者の最終親会社 2. 保険薬局の事業者の最終親会社の子会社 3. 保険薬局の事業者の最終親会社の関連会社 4. 1から3までに掲げる者と保険薬局の運営に関するフランチャイズ契約を締結している者	（　　）店舗 ※ 当該店舗を含めてお答えください。
④ 開設年　※当該店舗の開設年をお答えください。	西暦（　　）年
⑤ 貴薬局は、チェーン薬局（同一経営者が 20 店舗以上を所有する薬局の店舗）ですか。 ※一つだけ〇	１．　はい　　２．　いいえ
⑥ 貴薬局はどのような場所に立地していますか　※一つだけ〇	１．住宅街にある　２．駅前にある　３．商店街にある ４．オフィス街にある　５．大型商業施設（スーパー・デパート）の中にある ６．その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
⑦ 応需医療機関数（令和5年4月～6月の月平均値）	（　　）施設
⑧ 最も多く処方箋を受け付けた医療機関からの処方箋枚数割合 （期間：令和5年4月～6月　，　%：4月～6月の月平均値）	（　　）　%
⑧-1　上記⑧の集中率が最も高い医療機関の情報	
1）診療所・病院の別　※一つだけ〇	１．診療所　　２．病院
2）最も多く処方箋を受け付けた医療機関と貴薬局との位置関係	1. 貴薬局の近隣に医療機関はない 2. 当該医療機関や医療機関の駐車場と同一の敷地内にある 3. 当該医療機関や医療機関の駐車場と隣接し公道を介さずに往来できる 4. 当該医療機関の近隣にある 5. 複数の医療機関が所在する建物（いわゆる医療モール等）と同一の建物・敷地内にある 6. 上記1～5以外の状況
3）診療科　※あてはまる番号すべてに〇	

１．内科注1　２．外科注2　３．精神科　４．小児科　５．皮膚科　６．泌尿器科
７．産婦人科・産科　８．眼科　９．耳鼻咽喉科　10．放射線科　11．脳神経外科
12．整形外科　13．麻酔科　14．救急科　15．歯科・歯科口腔外科
16．リハビリテーション科　17．その他　（具体的に：　　）

注1 内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「1.内科」として回答

注2 外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「2.外科」として回答

⑨ 貴薬局の売上高に占める保険調剤売上の割合 ※令和4年度決算	約（　　）％　※OTC医薬品等の販売がなく、保険調剤収入のみである場合は 100%とご記入ください。
⑩ 令和5年度の調剤基本料の届出状況 ※一つだけ○	1．調剤基本料１　2．調剤基本料２ 3．調剤基本料３イ　4．調剤基本料３ロ 5．調剤基本料３ハ　6．特別調剤基本料
⑩-1 全処方箋の受付回数（令和5年4月～6月の合計）	（　　）回

⑪ 職員数 ※該当者がいない場合は「0」とご記入ください。	職種	常勤職員[注2]	非常勤職員 実人数	非常勤職員 常勤換算[注3]
	1）薬剤師	（　　）人	（　　）人	（　　）人
	（うち）かかりつけ薬剤師指導料等[注1]における「かかりつけ薬剤師」	（　　）人	（　　）人	（　　）人
	2）その他（事務職員等）	（　　）人	（　　）人	（　　）人

⑫ 貴薬局の認定等の状況 ※あてはまるもの全てに○	1．地域連携薬局　2．専門医療機関連携薬局 3．健康サポート薬局　4．該当なし

注1 かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料を指します。

注2 常勤職員数（常勤薬剤師数）には、貴薬局における実労働時間が週 32 時間以上である職員（保険薬剤師）の実人数を計上します。常勤薬剤師数については、届出前3月間の勤務状況に基づき算出します。

注3 非常勤職員（非常勤薬剤師）は、貴薬局における実労働時間が週 32 時間に満たない職員（保険薬剤師）をいい、常勤換算数は、以下により算出します（小数点第二位を四捨五入して小数点第一位まで求める）。非常勤薬剤師数については、届出前3月間の勤務状況に基づき算出します。

$$\text{非常勤薬剤師数（常勤換算）} = \frac{\text{当該保険薬局における週 32 時間に満たない保険薬剤師の実労働時間の合計（時間/3月）}}{\text{32（時間/週）×13（週/3月）}}$$

2．届出の状況についてお伺いします。（令和5年7月1日現在）

① 貴薬局における、かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準等の届出をしていますか。 ※一つだけ○
1．届出あり　2．届出なし
② 地域支援体制加算の届出をしていますか。 ※一つだけ○
1．届出あり　2．届出なし
③ 連携強化加算の届出をしていますか。 ※一つだけ○
1．届出あり　2．届出なし

3．リフィル処方箋の対応状況についてお伺いします。（令和5年4月～6月末日）

① リフィル処方箋の仕組みについて知っていますか	1．知っている　2．知らない
② リフィル処方箋の受付経験 ※一つだけ○	1．受け付けたことがある → ③へ 2．受け付けたことはない → p.5「4．医療機関等との連携について」へ

【②でリフィル処方箋について「1.受け付けたことがある」と回答した場合、下記③～⑮を回答】

③ 受け付けたリフィル処方箋を発行した医療機関数	（　　）か所 ※令和４年４月～10 月末日の合計数

④ どのような関係の医療機関からリフィル処方箋を受け付けましたか ※あてはまる番号すべてに○

1．近隣の診療所　2．近隣の病院（199 床以下）　3．近隣の病院（200 床以上 399 床以下）
4．近隣の病院（400 床以上）　5．遠方の診療所　6．遠方の病院（199 床以下）
7．遠方の病院（200 床以上 399 床以下）　8．遠方の病院（400 床以上）
9．同一敷地内の診療所　10．同一敷地内の病院（199 床以下）　11. 同一敷地内の病院（200 床以上 399 床以下）
12．同一敷地内の病院（400 床以上）　13. 同一医療モール内の診療所
14．その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

【②でリフィル処方箋について「1.受け付けたことがある」と回答した場合、下記⑤～⑮を回答】

⑤どの診療科のリフィル処方箋を受け付けましたか
※あてはまる番号すべてに○

1．内科[注1]　2．外科[注2]　3．精神科　4．小児科
5．皮膚科　6．泌尿器科　7．産婦人科・産科　8．眼科
9．耳鼻咽喉科　10．放射線科　11．脳神経外科　12．整形外科
13．麻酔科　14．救急科　15．歯科・歯科口腔外科
16．リハビリテーション科　17．その他　（具体的に：　　）

※1 内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「1.内科」としてご回答ください。
※2 外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「2.外科」としてご回答ください。

⑤-1 ⑤で選択した中で最も多くリフィル処方箋を受け付けた診療科

（　　）　※⑤の選択肢番号を記入

⑥リフィル処方箋の受付件数（令和5年4月～6月の合計）

（　　）回

⑦リフィル処方箋の総使用件数の調剤が終わった枚数（自局で調剤済みの処方箋を保管している枚数）(令和5年4月～6月の合計)

（　　）枚

⑧リフィルの上限まで使用されなかった理由
※あてはまる番号すべてに○

-1．薬剤師が受診勧奨をしたから　→　⑧-１へ
2．患者が処方箋期限内に医療機関の受診を希望したから
3．患者が別の薬局で処方を受けることになったから
4．患者と連絡は取れていたが、来局前に処方箋期限が切れたから
5．患者と連絡が取れず、処方箋期限が切れたから
6．その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
7．上限まで使用されなかったことはない

「1.」を選択しなかった場合 → ⑨へ

【⑧で「1.薬剤師が受診勧奨をしたから」を選択した場合、下記⑧-1～⑧-3を回答】

⑧-1 薬剤師が受診勧奨をした回数（令和５年４月～6月）

全体	うち、リフィル処方箋の調剤時	うち、フォローアップ中
（　　）回	（　　）回	（　　）回

1回以上の場合

受診勧奨を判断し、説明する際の処方医への相談状況 ※一つだけ○
1．受診勧奨後に処方医に患者の情報を報告した
2．事前に処方医へ相談した

⑧-2 薬剤師が受診勧奨をした理由
※あてはまる番号すべてに○

1．副作用が疑われたから
2．患者の症状の変化に気付いたから
3．服薬状況に注意すべき点があったから
4．その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

⑧-3 受診勧奨の際に行ったこと
※あてはまる番号すべてに○

1．医師への情報提供　　2．患者への指導
3．その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

【②でリフィル処方箋について「1.受け付けたことがある」と回答した場合、下記⑨～⑮を回答】

⑨リフィル処方箋による調剤の可／否の判断に困った経験の有無 ※一つだけ○

1．ある　→　⑩へ
2．ない　→　⑪へ

【⑨で「1.ある」と回答した場合、下記⑩を回答】

⑩リフィル処方箋による調剤の可／否の判断に困った際に行った疑義照会の内容
※あてはまる番号すべてに○

1．急性期疾患に対する医薬品が含まれていた
2．処方箋１回の使用期間が判断できなかった
3．投薬期間が異なる医薬品が同じリフィル処方箋で処方されていた
4．リフィル処方箋による投薬を行うことができない医薬品（投与量に限度が定められている医薬品及び湿布薬）が含まれていた
5．その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

【②でリフィル処方箋について「1.受け付けたことがある」と回答した場合、下記⑪～⑮を回答】

⑪1枚のリフィル処方箋の処方の途中で薬局が変わった経験
※一つだけ○

1．ある → ⑪-1へ　　2．ない → ⑫へ
3．不明 → ⑫へ

【⑪で「1.ある」と回答した場合、下記⑪-1を回答】

⑪-1リフィル処方の途中で患者が薬局を変えた場合の内訳

	自薬局から他薬局へ		他薬局から自薬局へ	
	2回目から他薬局	3回目から他薬局	2回目から自薬局	3回目から自薬局
a. 上限3回の処方箋	（　）枚	（　）枚	（　）枚	（　）枚
b. 上限2回の処方箋	（　）枚		（　）枚	

【⑪-1で「自薬局から他薬局へ」が1枚以上と回答した場合、下記⑪-2～⑪-3を回答】

⑪-2 どのような方法で他薬局へ情報提供を行いましたか
※あてはまる番号すべてに○

1．他の保険薬局に文書を送付した
2．情報を記録したものを患者に提供した
3．お薬手帳に記載した
4．他の保険薬局に電話をした
5．他の保険薬局にメール・FAX を送付した
6．地域医療情報連携ネットワーク※を利用した
7．その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

※　ICT（情報通信技術）を活用して住民に質の高い医療介護サービスを提供するため、患者の同意を得た上で、病院、診療所（医科・歯科）、薬局、訪問看護事業者、訪問介護事業者等の各関係機関において、その患者の医療介護情報を電子的に共有・閲覧できる仕組み

⑪-3 どのような内容を情報提供しましたか
※あてはまる番号すべてに○

1．患者の服用薬　　2．患者の服薬状況
3．患者に対する服薬指導の要点　4．患者の状態　　5．残薬
6．調剤上の工夫
7．その他（具体的：＿＿＿＿＿＿）

【⑪-1で「他薬局から自薬局へ」が1枚以上と回答した場合、下記⑪-4～⑪-5を回答】

⑪-4 どのような方法で他薬局から情報提供を受けましたか
※あてはまる番号すべてに○

1．薬局同士で直接、文書を送付された
2．患者に交付された文書を受け取った
3．お薬手帳
4．他薬局から電話を受けた
5．他薬局からメール・FAX を受信した
6．地域医療情報連携ネットワーク※を利用した
7．自薬局から連絡した

※　ICT（情報通信技術）を活用して住民に質の高い医療介護サービスを提供するため、患者の同意を得た上で、病院、診療所（医科・歯科）、薬局、訪問看護事業者、訪問介護事業者等の各関係機関において、その患者の医療介護情報を電子的に共有・閲覧できる仕組み

⑪-5 どのような内容を情報提供されましたか
※あてはまる番号すべてに○

1．患者の服用薬　　2．患者の服薬状況
3．患者に対する服薬指導の要点　4．患者の状態　　5．残薬
6．患者が容易に又は継続的に服用できるための調剤上の工夫等
7．その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

【②でリフィル処方箋について「1.受け付けたことがある」と回答した場合、下記⑫～⑮を回答】

⑫リフィル処方箋に関する情報提供を受ける際、提供してほしい情報
※あてはまる番号すべてに○

1．患者の服用薬　　2．患者の服薬状況
3．患者に対する服薬指導の要点　4．患者の状態　　5．残薬
6．患者が容易に又は継続的に服用できるための調剤上の工夫等
7．その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

⑬リフィル処方箋の対応方法について薬局内の手順書の状況
※一つだけ○

1．薬局内で手順を定めている
2．個々の薬剤師の判断に委ねている

⑭リフィル処方箋の次回調剤日の管理方法
※主たるものを一つだけ○

1．紙による管理（メモや調剤録への記載）
2．電子的な管理（電子薬歴等のシステムや Excel 等による管理）
3．その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

⑮ 薬局でリフィル処方箋を受けるにあたって課題と感じること
※あてはまる番号すべてに○

1．患者が次回調剤日に来局してくれるか
2．患者が処方箋をなくさないか
3．患者の状態を注意深く観察して判断できるか
4．副作用の評価ができるか
5．その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

4. 医療機関等との連携についてお伺いします。

① 服薬情報等提供料の算定の有無をご回答ください ※あてはまる番号すべてに○	1． 服薬情報等提供料１の算定あり → 令和５年４月～６月の算定回数（　　）回 → うちリフィル処方箋（　　）回 2． 服薬情報等提供料２の算定あり → 令和５年４月～６月の算定回数（　　）回 → うちリフィル処方箋（　　）回 3． 服薬情報等提供料３の算定あり → 令和５年４月～６月の算定回数（　　）回 → うちリフィル処方箋（　　）回 4． 服薬情報等提供料の算定なし
②リフィル処方箋の患者に関して医療機関に服薬指導提供書（トレーシングレポート）を提供した経験 ※一つだけ○	1． ある → ②−１へ 2． ない → 「５．リフィル処方箋に関する薬局薬剤師への影響等」へ

【②で「1．ある」を選択した場合、下記②−1を回答】

②−1リフィル処方箋の患者に関して医師に服薬指導提供書（トレーシングレポート）で提供した情報の内容

	該当するもの全て	最も多いもの一つ
1．他の医療機関から処方された薬の情報		
2．患者の服用薬		
3．患者の服薬状況		
4．患者に対する服薬指導の要点		
5．患者の状態		
6．患者が容易に又は継続的に服用できるための調剤上の工夫等		
7．その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿）		

5. リフィル処方箋に関する薬局・薬剤師への影響等についてお伺いします。

①リフィル処方箋導入による薬局・薬剤師業務等への影響

a：非常にそう思う
b：ややそう思う
c：あまりそう思わない
d：全くそう思わない

※各項目であてはまるもの一つずつ

	a 非常にそう思う	b ややそう思う	c あまりそう思わない	d 全くそう思わない
1. 薬剤師による薬物治療への関与が大きくなることで医療の質の向上につながる				
2. 処方医との連携がより強くなる				
3. 患者の服薬状況の確認のため、通常の処方箋の場合より時間をかけて対応する				
4. 副作用の確認のため、通常の処方箋の場合より時間をかけて対応する				
5. 次回の調剤を受ける予定を確認するため、通常の処方箋の場合より時間をかけて対応する				
6. リフィル制度の説明をするため、通常の処方箋の場合より時間をかけて対応する				
7. これまで長期処方はフォローアップの対応等を行っていたのでリフィル処方箋でも薬剤師の対応は変わらない				

②患者からのリフィル処方箋に関する相談を受けた経験 ※一つだけ○	1． ある → ②−１へ 2． ない → アンケート調査は終了です

【②で「1.ある」と回答した場合、下記②−1を回答】

②−1 受けた相談の内容 ※一つだけ○	1． リフィル処方箋の制度内容を知りたい 2． 自身がリフィル処方箋の対象になりうるか知りたい 3． リフィル処方箋を希望しているが、どうしたら処方されるか知りたい 4． その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿）

【②−1で「3.リフィル処方箋を希望しているが、どうしたら処方されるか知りたい」と回答した場合、下記②−2を回答】

②−2 患者の希望を処方医に連絡したことがありますか ※一つだけ○	1． ある　　2． ない

質問は以上です。ご協力頂き誠にありがとうございました。令和5年●月●日（●）までに返信用封筒をご使用の上投函ください（切手不要）。

ID 番号：

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和5年度調査）
リフィル処方箋の実施状況調査 患者票

※この調査票は、患者さんに、医療機関や薬局の利用状況やお考えなどをお伺いするものです。
※調査結果は、診療報酬の見直しなどについて検討するための資料となります。
※本調査のご回答内容は統計的に処理しますので、個人が特定されることはありません。また、医師や薬剤師に個人の回答内容をお知らせすることもありません。
※本調査票にご回答頂けない場合も、患者さんに不利益はございません。
※回答はあてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（ ）内には具体的な数字や内容・理由などをご記入ください。

1. この調査票のご記入者についてお伺いします。

①ご記入者は患者さんご本人か ※一つだけ○	1．患者ご本人（代筆の場合を含む） 2．本人以外のご家族等

2. 患者さんご自身のことについてお伺いします。

①性別 ※一つだけ○	1．男性 2．女性
②年齢 ※一つだけ○	1．10 代以下 2．20 代 3．30 代 4．40 代 5．50 代 6．60 代 7．70 代 8．80 代以上
③お住まい	（ ）都・道・府・県
④薬局の窓口で支払うお金※がありますか ※お薬の容器代等は含まれません	1．ある 2．ない

以降の設問についても、全て患者さんのことをお答えください （ご記入者が患者ご本人でない場合も、患者さんについてご回答ください）

3. 医療機関や保険薬局の利用状況等についてお伺いします。

①あなたご自身が、定期的[注1]に受診している医療機関（病院・診療所）、診療科はいくつありますか。	医療機関数：（ ）件 診療科数 ：（ ）件 ※定期的な受診がない場合「0」と記入
②同じ内容の薬の処方を定期的に受けていますか ※一つだけ○	1．受けている 2．受けていない
【②で「1.受けている」と回答した場合、下記②-1 をご回答ください】	
②-1 定期的な処方を受けている期間 ※一つだけ○	1．1 年以内 2．1 年以上 3 年未満 3．3 年以上 5 年未満 4．5 年以上
【すべての方がご回答ください】	
③リフィル処方箋[注2]を知っていましたか※一つだけ○	1．制度の内容まで知っていた 2．名称だけ知っていた 3．知らなかった

注 1 定期的：180 日間で複数回
注 2 リフィル処方箋：症状が安定している患者について、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用 できる

4. これまでリフィル処方箋を交付された経験についてお伺いします。

①リフィル処方箋について医師から説明を受けたことがありますか	1．ある →①-1 へ	2．ない →②へ
【①で「1.ある」と回答した場合、下記①-1～①-2をご回答ください】		
①-1リフィル処方箋についての説明はどのように行われましたか ※一つだけ○	1．患者から説明を希望した	2．医師が自ら説明した
①-2リフィル処方箋についての説明は理解できましたか ※一つだけ○	1．理解できた	2．理解できなかった
【すべての方がご回答ください】		
②リフィル処方箋を交付されたことがありますか ※一つだけ○	1．ある →③へ	2．ない →⑧へ
【②で「1.ある」と回答した場合、下記③～⑦をご回答ください】		
③リフィル処方箋を交付されたのはどのような薬ですか ※当てはまるもの全てに○	1．内服薬	2．外用薬
④直近のリフィル処方箋は、何回反復利用できる処方箋ですか ※一つだけ○	1．3回	2．2回
⑤直近のリフィル処方箋は、1回あたり何日分のお薬が処方されましたか	a. 1回目の調剤	（ ）日分
	b. 2回目の調剤	（ ）日分
	c. 3回目の調剤	（ ）日分 ※3回処方の場合のみ
⑥リフィル処方箋の1回目の処方で、どこの薬局に行きましたか※最も多く行ったもの一つだけ○	1．お住まいの近くではないが受診した医療機関の近隣の薬局 2．お住まいの近くにある薬局 3．その他（ ）	
⑦リフィル処方箋の2回目以降の処方で、薬局を変えましたか※一つだけ○	1．1回目から変えていない（同じ薬局に行った） 2．1回目から薬局を変更した → ⑦-1へ 3．まだ2回目を利用していない	
【⑦で「2. 1回目から薬局を変更した」と回答した場合、下記⑦-1～⑦-2をご回答ください】		
⑦-1薬局を変更した理由は何ですか ※あてはまるもの全てに○	1．1回目の薬局の立地が通いにくかったから 2．1回目の薬局が普段使う薬局ではなかったから 3．1回目の薬局では薬の相談がしにくかったから 4．その他（具体的に：）	

⑦-2 2回目以降のリフィル時に、薬剤師から受診が必要と言われたことがありますか。 ※一つだけ○	1．ある　　2．ない

【②で「2.ない」と回答した場合、下記⑧をご回答ください】

⑧リフィル処方箋が交付されていない理由はなんですか。 ※当てはまるもの全てに○	1．リフィル処方箋について知らなかったから 2．リフィル処方箋について知っていたが、希望しなかったから 3．リフィル処方箋の仕組みが適用できない症状・医薬品だったから 4．その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

5. これからのリフィル処方箋の利用意向についてお伺いします。

①リフィル処方箋のメリット・デメリットと、それらを踏まえた今後の利用意向について、お考えを教えてください。

①-1リフィル処方箋を使用することについて、メリットになると感じるものを教えてください。

	該当するもの全て	最大のもの一つ
1. 通院にかかる時間的負担（予約・移動・待ち時間） を減らせる		
2. 通院によってかかる医療費が安くなる		
3. 症状が安定していて、異変時には、医師に相談ができる		
4. 症状が安定していて、異変時には、薬剤師に相談ができる		
5. 感染症に罹るリスクを減らすことができる		
6. 薬がほしいだけという患者の状況にあっている		
7. その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）		

①-2リフィル処方箋を使用することについて、デメリットになると感じるものを教えてください。

	該当するもの全て	最大のもの一つ
1. 医師に診てもらう機会が減ってしまう		
2. 薬剤師の判断に不安がある		
3. 2回目、3回目の薬のもらい方や、かかる金額がよくわからない		
4. リフィル処方箋を希望しても発行してもらえないことがある		
5. 処方箋を保管しておくことが手間である		
6. 調剤予定日の前後7日でしか薬を受け取れないのは不便である		
7. 患者は必要だと思わない		
8. その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）		

①-3今後、病状が安定している場合にリフィル処方箋を利用したいと思いますか ※一つだけ○	1．利用したい　　2．どちらかと言えば利用したい 3．どちらかと言えば利用したくない　　4．利用したくない

②リフィル処方を利用するにあたり必要だと感じることは何ですか ※あてはまるもの全てに○	1．信頼する「かかりつけ医」注1 がいること 2．信頼する「かかりつけ薬剤師」注2 のいる薬局があること 3．薬剤師から薬について十分な説明があること 4．患者が自分の服用している薬の効能、副作用を理解していること 5．「かかりつけ医」や「かかりつけ薬剤師」が 24 時間対応していること 6．その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

注1：健康に関することを何でも相談でき、必要な時は専門医療機関を紹介してくれる身近にいて頼りになる医師のこと

注2：日頃から患者と継続的に関わることで信頼関係を構築し、薬に関していつでも気軽に相談できる薬剤師のこと

③リフィル処方箋は、どのような薬局で調剤を受けたいですか

	1回目		2回目以降	
	該当するもの全て	最重視の一つ	該当するもの全て	最重視の一つ
1.かかりつけ薬剤師のいる薬局				
2.休日夜間も対応可能な薬局				
3.他医療機関と連携する薬局				
4.医療機関に近い薬局				
5.自宅に近い薬局				
6.その他（　　）				

6. リフィル処方箋に関するご意見・ご要望等をお伺いします。

①リフィル処方箋に関して、あなたのご意見・ご要望について自由に記載してください。	

質問は以上です。ご協力頂き誠にありがとうございました。
令和5年●月●日（●）までに返信用封筒をご使用の上投函ください（切手不要）。

（病院・診療所）

令和５年●月

開設者様
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

令和４年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和５年度調査）

「リフィル処方箋の実施状況調査」
調査へのご協力のお願い

謹啓　時下、皆様におかれましてはますますご清栄のことと存じ上げます。社会保険の運営につきまして、日ごろ格別のご協力を頂き大変有り難く存じます。また、新型コロナウイルス感染症への対応のため、日々医療現場等の前線において尽力されている医療従事者の皆様に、心から敬意を表するとともに、深く感謝を申し上げます。

さて、令和４年４月の診療報酬改定においては、症状が安定している患者について、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の仕組みを設け、処方箋の様式が変更されました。

今般、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（以下、中医協）における診療報酬改定結果検証部会では、今般の診療報酬改定による影響等を検証するために、全国の保険薬局や医療機関、医師、患者の方を対象に、リフィル処方箋の活用に関して、今回改定による影響等について把握することを目的に、本調査を実施することとなりました。**本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。**

つきましては、ご多用の折、誠に恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

なお、本調査は、厚生労働省からの委託により、PwC コンサルティング合同会社が実施しますので、調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

令和5年●月●日（●）までに「返信用封筒（切手不要）」にてご返送いただくか、電子調査票を下記のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査実施要領をご参照ください。

【連絡先】

「診療報酬改定結果検証に係る特別調査」事務局
〒100-0004　東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー
PwC コンサルティング合同会社
E-mail ：【調査へのお問合せ先】XXX@pwc.com
【電子調査票の送付先】XXX@pwc.com（受信専用）
電子調査票の入手元 ： https://XXX.jp
※電話は混み合う場合もございますので、E-mail でご連絡いただけますと幸いです。
E-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。
TEL：XXXX-XXX-XXX（受付時間　10：00～17：00、土日・祝日除く）

（医師票）

令和５年●月

各位

厚生労働省 保険局 医療課

令和４年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和５年度調査）

「リフィル処方箋の実施状況調査」へのご協力のお願い

謹啓　時下、皆様におかれましてはますますご清栄のことと存じ上げます。社会保険の運営につきまして、日ごろ格別のご協力を頂き大変有り難く存じます。また、新型コロナウイルス感染症への対応のため、日々医療現場等の前線において尽力されている医療従事者の皆様に、心から敬意を表するとともに、深く感謝を申し上げます。

さて、今般の診療報酬改定においては、症状が安定している患者について、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の仕組みを設け、処方箋の様式が変更されました。

今般、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（以下、中医協）における診療報酬改定結果検証部会では、今般の診療報酬改定による影響等を検証するために、全国の保険薬局や医療機関、医師、患者の方を対象に、リフィル処方箋の活用に関して、今回改定による影響等について把握することを目的に、本調査を実施することとなりました。**本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。**

つきましては、ご多用の折、誠に恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

なお、本調査は、厚生労働省からの委託により、PwC コンサルティング合同会社が実施しますので、調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

対象者

・ この調査は、病院・診療所調査の対象となった医療機関にお勤めの医師の中からリフィル処方箋を発行したことがある方を１名、リフィル処方箋を発行したことがない方を１名、それぞれにおいて無作為に選ばれた方が対象となっております。

回答期限・回答方法

・ お手数ではございますが、**令和5年●月●日（●）まで**に下記の URL または QR コードより、調査サイトにアクセスいただき、Web より回答いただきます。

https://　～～～～～～	QR コード

→（裏面に続きます）

・調査サイトにアクセスいただきましたら、「XXXX」をクリックし、本依頼状【表面】の右上に印刷されている ID（〇桁数字）を使ってログインしてください。ログイン後、「医師票へのご回答はこちら」をクリックいただくと、アンケート入力フォームが起動しますので、ご記入いただき「送信」をお願い致します。

なお、本調査は令和４年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査事業について厚生労働省から委託を受けた PwC コンサルティング合同会社が実施します。

ご回答いただいた内容はすべて統計的に処理しますので、ご回答をいただいた個人が特定されることは一切ありません。また、ご回答いただいた調査票は調査事務局に直接返送されますので、医師や薬剤師等に開示されることはございません。

本調査の結果は、診療報酬のあり方を検討している厚生労働大臣の諮問機関である「中央社会保険医療協議会（中医協）」において、患者の方（及びその家族）のご意見を踏まえた実りある今後の議論が行われるための大変貴重な資料として活用されることとなり、厚生労働省が行う診療報酬の充実に役立つものとなります。

ご多用の折、大変恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

本調査で、ご不明な点等がございましたら、下記事務局までお問い合せください。

【連絡先】

「診療報酬改定結果検証に係る特別調査」事務局

〒100-0004　東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー
PwC コンサルティング合同会社

E-mail ：【調査へのお問合せ先】XXX@pwc.com
【調査票ファイル（Word 版）の送付先】XXX@pwc.com（受信専用）
電子調査票の入手元 ： https://XXX.jp

※電話は混み合う場合もございますので、E-mail でご連絡いただけますと幸いです。
E-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。
TEL：XXXX-XXX-XXX（受付時間　10：00～17：00、土日・祝日除く）

（保険薬局）

令和５年●月

開設者様

管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

令和４年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和５年度調査）

「リフィル処方箋の実施状況調査」
調査へのご協力のお願い

謹啓　時下、皆様におかれましてはますますご清栄のことと存じ上げます。社会保険の運営につきまして、日ごろ格別のご協力を頂き大変有り難く存じます。また、新型コロナウイルス感染症への対応のため、日々医療現場等の前線において尽力されている医療従事者の皆様に、心から敬意を表するとともに、深く感謝を申し上げます。

さて、令和４年４月の診療報酬改定においては、症状が安定している患者について、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の仕組みを設け、処方箋の様式が変更されました。

今般、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（以下、中医協）における診療報酬改定結果検証部会では、今般の診療報酬改定による影響等を検証するために、全国の保険薬局、医療機関、医師、患者の方を対象に、リフィル処方箋の活用に関して、今回改定による影響等について把握することを目的に、本調査を実施することとなりました。**本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。**

つきましては、ご多用の折、誠に恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

なお、本調査は、厚生労働省からの委託により、PwC コンサルティング合同会社が実施しますので、調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

令和5年●月●日（●）までに「返信用封筒（切手不要）」にてご返送いただくか、電子調査票を下記のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査実施要領をご参照ください。

【連絡先】

「診療報酬改定結果検証に係る特別調査」事務局

〒100-0004　東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー
PwC コンサルティング合同会社

E-mail ：【調査へのお問合せ先】XXX@pwc.com
【電子調査票の送付先】XXX@pwc.com（受信専用）

電子調査票の入手元 ： https://XXX.jp

※電話は混み合う場合もございますので、E-mail でご連絡いただけますと幸いです。
E-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。

TEL：XXXX-XXX-XXX（受付時間　10：00～17：00、土日・祝日除く）

（患者票）

令和５年●月

各位

厚生労働省 保険局 医療課

令和４年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和５年度調査）

「リフィル処方箋の実施状況調査」へのご協力のお願い

本日は、お疲れのところ、大変貴重なお時間をいただき、誠にありがとうございます。厚生労働省では、診療の実態を勘案しつつ、安定的な医療提供体制を支え、より適切な医療サービスが提供されるよう、２年ごとに診療報酬（病院や診療所などの保険医療機関等で提供される医療サービスごとに決められた価格）の改定を行っています。

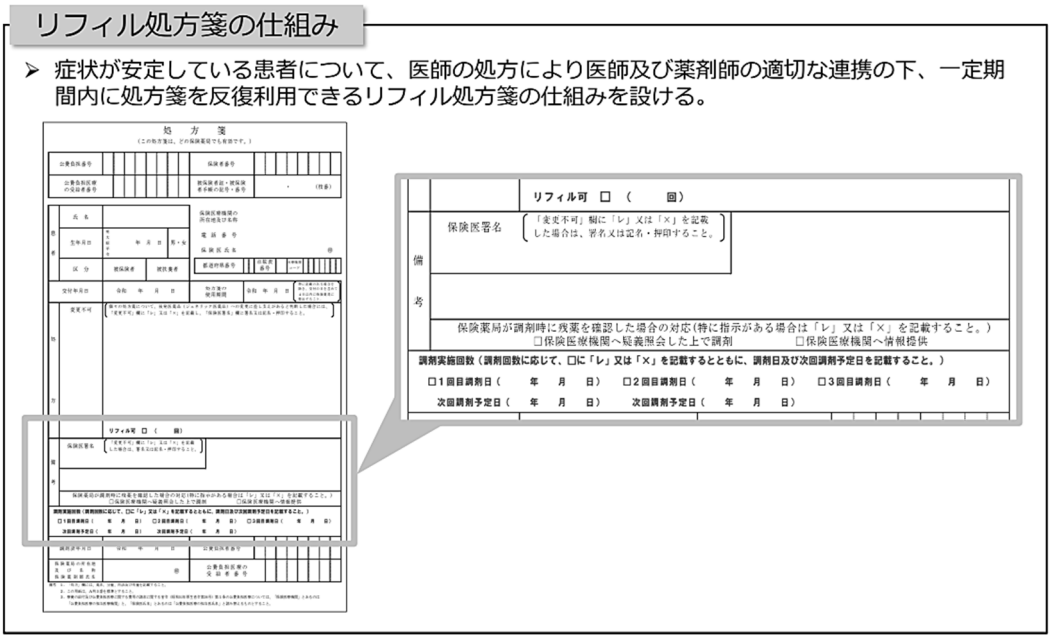
令和４年４月の診療報酬改定では、症状が安定している患者について、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の仕組みを設けられ、処方箋の様式が変更されました。

本調査は、リフィル処方箋の活用に関して、その現状と効果や今後の課題等を把握することを目的とし、改定の検証結果を医療サービスのさらなる充実・強化に役立てるために実施するものであり、次の要領により皆様にご協力をお願いすることとしております。

リフィル処方箋とは

・ 症状が安定している患者について、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できる仕組みです。

リフィル処方箋の仕組み



（→裏面へ続きます）

対象者

・ この調査は、保険薬局、医療機関を受診した患者の方の中から無作為に選ばれた方が対象となっております。

回答期限・返送方法

・ お手数ではございますが、**令和5年●月●日（●）まで**に同封の返信用封筒（切手不要）にて、直接、お近くの郵便ポストにご投函ください。

回答方法

・ ご回答の際には、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。調査票の各設問では、「○は１つだけ」、「あてはまる番号すべてに○」等の指定がありますので、指定の方法にて回答を選択してください。

・ （　　）内には具体的な数値や理由などを記入してください。

・ ご回答にあたっては、調査票を受け取った際に受診した患者／調剤を受けた患者についての回答をお願いします。

なお、本調査は令和４年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査事業について厚生労働省から委託を受けた PwC コンサルティング合同会社が実施します。

ご回答いただいた内容はすべて統計的に処理しますので、ご回答をいただいた個人が特定されることは一切ありません。また、ご回答いただいた調査票は調査事務局に直接返送されますので、医師や薬剤師等に開示されることはございません。

本調査の結果は、診療報酬のあり方を検討している厚生労働大臣の諮問機関である「中央社会保険医療協議会（中医協）」において、患者の方（及びその家族）のご意見を踏まえた実りある今後の議論が行われるための大変貴重な資料として活用されることとなり、厚生労働省が行う診療報酬の充実に役立つものとなります。

ご多用の折、大変恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

本調査で、ご不明な点等がございましたら、下記事務局までお問い合せください。

【連絡先】

「診療報酬改定結果検証に係る特別調査」事務局

〒100-0004　東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー
PwC コンサルティング合同会社

E-mail：【調査へのお問合せ先】XXX @pwc.com

※電話は混み合う場合もございますので、E-mail でご連絡いただけますと幸いです。
E-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。

TEL：XXXX-XXX-XXX（受付時間　10：00～17：00、土日・祝日除く）

令和４年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和５年度調査）
歯科医療機関における院内感染防止対策の評価等に関する実施状況調査

調査の概要（案）

１. 調査目的

令和４年度診療報酬改定において、歯科医療機関における院内感染防止対策を推進する観点から、歯科初診料及び歯科再診料の引上げを行うとともに、院内感染防止対策に関する施設基準についての見直しを行った。

また、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所について地域における連携体制の確保のため施設基準の見直しを行うとともに、歯科疾患の重症化予防に関する評価の見直しを行った。

これらを踏まえ、本調査では、歯科医療機関における院内感染防止対策等について調査・検証を行う。

２. アンケート調査の構成及び調査手順

（1）アンケート調査の構成

本調査は以下の構成とする。

調査の種類	調査対象			調査方法
	条件	調査件数	抽出方法	
歯科診療所調査	かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出を行っている歯科診療所	2,000 施設	無作為	自記式調査票の郵送配布・回収
	かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出を行っていない歯科診療所	2,000 施設	無作為	
患者調査	調査対象の歯科診療所を受診した患者	最大 8,000 名	上記歯科診療所から各 2 名	調査対象施設から、患者に配布※し、患者自身から自記式調査票を郵送回収

※ 患者調査は、歯科診療所調査の調査対象となった歯科診療所の職員が患者調査の条件に沿って１施設あたり患者２名を抽出（「歯科疾患管理料」を算定した再診患者について、受診した日時が早い順に調査協力に同意が得られた方）し、配布する。

(2)アンケート調査の手順

アンケート調査は、歯科診療所調査については、調査票一式を郵便にて調査対象となる施設に送付し、当該施設の管理者又は事務管理者にご回答いただいたうえで、郵便（料金受取人払い、返信用封筒は調査票発送時に同封）にて回収する方法にて実施する。回答者の負担軽減のため、専用ホームページより電子調査票をダウンロードし、入力の上、メールへの添付により返送する方法を選択できるようにする。

患者調査は、歯科診療所調査の調査対象となった歯科診療所の職員が、条件に沿って１施設あたり患者２名を無作為抽出（「歯科疾患管理料」を算定した再診患者について、受診した日時が早い順に調査協力に同意が得られた方）し、対象患者に調査票及び返信用封筒（料金受取人払い、返信用封筒は調査票発送時に同封）を手渡し、直接記入を求める（回答後の調査票は、患者自身が直接郵便にて返送)。

事務局は、回収した調査票の検票を行い、辞退（理由等を書いた文書を同封しているケースがある)、白紙（ほとんど全ての設問への記入がない）を除いた上で、調査データの電子化を行う。

3. 主な調査事項

(1)新型コロナウイルスの影響に関する項目

［歯科診療所調査］

○　新型コロナウイルス感染症対策として新型コロナウイルス感染症流行以前から実施していた内容、新型コロナウイルス感染症流行時に実施していた内容、５類感染症移行後も実施している内容

○　新型コロナウイルス感染症患者への歯科診療について

(2)今回新設した項目

［歯科診療所調査］

○　かかりつけ歯科医の役割、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の役割等

○　歯科外来診療環境体制加算１を届出していない理由

○　電話や情報通信機器を用いた歯科診療について

○　院内感染防止のための取組内容

○　定期的な管理の実施状況

○　フッ化物洗口指導加算、エナメル質初期う蝕管理加算、総合医療管理加算の算定回数

○　歯周病安定期治療、歯周病重症化予防治療の算定状況

○　歯科疾患管理料および歯周病安定期治療又はエナメル質初期う蝕管加算等を算定している患者状況

○　周術期等口腔機能管理の実施状況

○　障害児者や医療的ケア児に対する歯科診療の実施状況

○　歯科衛生実地指導の実施状況、実施内容

○　リハビリテーション・口腔・栄養に関する多職種連携の状況

［患者調査］

○　歯科診療所への通院のきっかけ・受診を始めた時期

○　むし歯や歯周病の定期的な管理の認識、実施者、満足度

○　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の認識

（3）前回調査から削除した主な項目

［歯科診療所調査］

○　診療報酬明細書（レセプト）の媒体

○　歯科外来等感染症対策実施加算の有無

○　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の掲示・周知方法、研修を修了した歯科医師の実施状況

○　週あたりのおおよその診療時間

○　歯科治療時医療管理料の実施状況

○　新型コロナウイルス感染症に伴う医療提供状況

○　緊急事態宣言に伴う受療行動の変化や患者への健康影響等

○　新型コロナウイルス感染症に関する事業への協力内容

○　明細書の無料発行

［患者調査］

○　新型コロナウイルス感染症の影響による受療行動の変化

○　新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえ、歯科診療所に求めること

○　明細書の受取状況と、明細書の受取に対する認識

4. 調査スケジュール（案）

調査スケジュール（案）は、次を想定している。

		2023年																				2024年		
		4月			5月			6月		7月			8月			9月		10月		11月		12月		1月	2月	3月
1	**調査票等の作成・発送**																								
	① 調査の全体設計	■	■	■																					
	② 調査票等発送物の作成	■	■	■	■	■	■	■	■																
	③ 調査客体の抽出（客体名簿作成）							■	■																
	④ 調査票等送付物の印刷・封入									■	■	■													
	⑤ 調査票等送付物の発送											■													
2	**照会への対応**																								
	① コールセンター設置準備・照会対応マニュアル作成									■	■	■													
	② 照会対応・再発送要望対応												■	■	■	■									
	③ 照会及び回答内容の一覧の作成												■	■	■	■									
3	**調査票の電子化（Webサイト対応）**																								
	① Webサイトの開設準備・電子調査票作成									■	■	■													
	② Webサイトの運営												■	■	■	■									
4	**調査の協力依頼**																								
	① 電話協力依頼														■										
	② 督促ハガキ印刷・発送														■										
5	**調査票受付・データ化**																								
	① 回収票の受付・登録												■	■	■	■									
	② 受付票の検索（返戻・修正依頼）												■												
	③ データ入力												■	■	■	■									
6	**集計及び報告書の作成**																								
	① 集計方針・報告書構成の検討	■	■	■	■	■	■			■	■	■													
	② 集計												■	■			■	■	■	■	■				
	③ 報告書の作成														■	■			■	■	■	■	□	□	□	□	□	□	□	□	□
	④ 報告書の納品																								■
7	**調査検討委員会の設置・運営**																								
	① 調査検討委員会の開催					★												★							

※ グレー塗部分は実査期間

以上

ID

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和5年度調査）

歯科医療機関における院内感染防止対策の評価等に関する実施状況調査

施設票

※ この調査票は、歯科医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設における院内感染防止対策や歯科医療の実施状況等についてお伺いするものです。
※ ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（ ）内には具体的な数値、用語等をお書きください。（ ）内に数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をお書きください。
※ 特に断りのない場合は、令和5年7月1日時点の状況についてご記入ください。
※ 患者数について「実人数」と記載のある質問についてはレセプト件数と同数をお答えください。
※ 特に断りのない場合は、『医療保険』の歯科診療に関してお答えください。介護保険など、医療保険以外に関しては、設問内で指定がない場合には含みません。
※ 診療報酬明細書（レセプト）を手書きで記入している場合等、患者数や診療報酬明細書の枚数等の回答が困難な場合は、それ以外の設問のみを回答して頂く形でも構いません。
※ 災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

1. 貴施設の概要（令和5年7月1日時点）についてお伺いします。

① 開設主体 ※○は1つ		1. 個人　2. 法人　3. その他（具体的に　　）	
② 標榜診療科 ※あてはまる番号すべてに○		1. 歯科　2. 矯正歯科　3. 小児歯科　4. 歯科口腔外科	
③ 管理者の年齢 ※○は1つ		1. 20代　2. 30代　3. 40代　4. 50代　5. 60代　6. 70代以上	
④ 開設時期		西暦（　　）年（　　）月	
⑤ 医科の医療機関の併設状況 ※○は1つ		1. 併設している　2. 併設していない	
⑥ 職員数		常勤	非常勤（常勤換算※）
	1）歯科医師	（　　）人	（　　.　）人
	2）歯科衛生士	（　　）人	（　　.　）人
	3）歯科技工士	（　　）人	（　　.　）人
	4）その他 （勤務の有無のみ回答ください） ※○は各1つ	看護師・准看護師	勤務している・勤務していない
		管理栄養士・栄養士	勤務している・勤務していない
		言語聴覚士	勤務している・勤務していない
		その他（歯科業務補助者等）	勤務している・勤務していない

※常勤換算については、以下の方法で算出してください。また、常勤換算後の職員数は小数点以下第1位までお答えください。
■ 1週間に数回勤務の場合：（非常勤職員の1週間の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間）
■ 1か月に数回勤務の場合：（非常勤職員の1か月の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4）

⑦ 医療機器等の**保有台数、保有の有無**についてご記入ください。			
1)歯科用ユニット	(　　)台	12)歯科用3次元エックス線断層撮影装置	有 ・ 無
2)歯科用ハンドピース※	(　　)本	13)咀嚼能率測定用のグルコース分析装置	有 ・ 無
3)滅菌器(オートクレーブ等)	(　　)台	14)舌圧測定器	有 ・ 無
4)手術用顕微鏡(マイクロスコープ)	(　　)台	15)歯科用咬合力計	有 ・ 無
5)ポータブルユニット	(　　)台	16)口腔細菌定量分析装置	有 ・ 無
6)ポータブルエンジン(携帯用マイクロモーター)	(　　)台	17)光学式う蝕検出装置	有 ・ 無
7)ポータブルエックス線撮影装置	(　　)台	18)自動体外式除細動器(AED)	有 ・ 無
8)歯科用吸引装置(口腔外バキューム)	(　　)台	19)経皮的酸素飽和度測定器(パルスオキシメーター)	有 ・ 無
9)レーザー機器	有 ・ 無	20)酸素供給装置	有 ・ 無
10)歯科パノラマ断層撮影装置(アナログ)	有 ・ 無	21)血圧計	有 ・ 無
11)歯科パノラマ断層撮影装置(デジタル)	有 ・ 無	22)救急蘇生キット	有 ・ 無

※　歯科用ガス圧式ハンドピース、歯科用電動式ハンドピース、ストレート・ギアードアングルハンドピース、歯科用空気駆動式ハンドピースを指す。

⑧ 他の医療機関や訪問看護ステーション、薬局、居宅介護支援事業者等の関係機関の職員と情報共有・連携を行うために、ICT(情報通信技術)を活用しているかお選びください。 ※○は1つ
また、「1. ICTを活用している」を選んだ場合、活用しているICTを全てお選びください。

1. ICTを活用している

活用しているICT ※あてはまる番号すべてに○		
	11. メール	12. 電子掲示板
	13. グループチャット	14. 汎用ビデオ通話(オンライン会議システムを含む)
	15. 専用アプリ	16. 地域医療情報連携ネットワーク
	17. 自院を中心とした専用の情報連携システム	
	18. その他(具体的に:　　)	

2. ICTを活用していない

⑨ 施設基準(届出のあるもの)として該当するものをお選びください。 ※あてはまる番号すべてに○	
	1. かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所
	2. 初診料の注1に規定する施設基準
	3. 歯科外来診療環境体制加算1
	4. 在宅療養支援歯科診療所1
	5. 在宅療養支援歯科診療所2
	6. 歯科診療特別対応連携加算
	7. 歯科疾患管理料の総合医療管理加算(注11に規定する)及び歯科治療時医療管理料
	8. 歯科疾患在宅療養管理料の在宅総合医療管理加算(注4に規定する)及び在宅患者歯科治療時医療管理料
	9. 地域医療連携体制加算
	10. 在宅歯科医療推進加算
	11. 歯科訪問診療料の注13に規定する基準
	12. 上記のいずれもない

⑩**全ての施設**にお伺いします。

⑩-1 「かかりつけ歯科医」はどういう役割を担うべきと考えていますか。
※あてはまる番号すべてに○

1. 既往歴、現病歴や家族背景等を把握する
2. 必要に応じ、他の歯科医療機関を紹介する
3. 患者が通院困難となった場合等に、歯科訪問診療に対応している
4. 夜間や休日等の診療時間外であっても、痛みが出た場合等に対応できる（診療の他、休日夜間診療所を紹介する、電話相談に応じる等も含む）
5. 患者の全身の状態（基礎疾患や生活習慣）を踏まえた歯科診療を行う
6. 医科の医療機関と連携している
7. 受診している医療機関で処方された薬を把握する
8. ライフステージに応じた歯科診療や歯科疾患の継続管理を行う
9. 患者の全身の状態（基礎疾患や生活習慣）、口腔衛生状態、口腔機能状態を踏まえ、セルフケアの方法などの歯科保健指導を行う
10. 学校歯科健診や歯周病検診等の地域保健に携わっている
11. 地域の介護施設や障害者福祉施設等と連携している
12. 学会への参加や各種研修の受講等、積極的な自己研鑽を積んでいる
13. その他（具体的に: ）
14. 分からない

⑩-2 貴施設が関わっている保健事業や地域連携に関する会議への参加実績等があるものはどれですか。
※あてはまる番号すべてに○

1. 過去1年間に、居宅療養管理指導を提供した実績がある
2. 地域ケア会議に年1回以上出席している
3. 介護認定審査会の委員の経験を有する
4. 在宅医療に関するサービス担当者会議、病院・介護保険施設等で実施される多職種連携会議等に年1回以上出席している
5. ケアマネジャーへの情報提供（メールやファックス等を含む）をしている
6. 過去1年間に、栄養サポートチーム等連携加算1又は2を算定した実績がある
7. 在宅医療・介護等に関する研修を受講している
8. 過去1年間に、退院時共同指導料1、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定がある
9. 認知症対応力向上研修等、認知症に関する研修を受講している
10. 過去1年間に、福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設、介護老人福祉施設又は介護老人保健施設における定期的な歯科健診に協力している
11. 自治体等が実施する事業に協力している
12. 学校歯科医等に就任している
13. 妊産婦や乳幼児に対する歯科健診・歯科保健指導に協力している
14. 歯周病検診等の地域住民を対象とした歯科健診・歯科保健指導に協力している
15. 企業等における歯科健診・歯科保健指導に協力している
16. 後期高齢者に対する歯科健診やフレイル対策等の高齢者の保健事業に協力している
17. 介護予防の通いの場等における口腔保健指導に協力している（歯科衛生士を派遣する場合を含む）
18. 特に関わっている保健事業はない
19. 過去1年間に、歯科診療特別対応加算又は初診時歯科診療導入加算を算定した実績がある

【**質問⑩-3** は、「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」を**届出していない診療所の方**にお伺いします。】

⑩-3 「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」の施設基準について、現時点で満たしていない要件としてあてはまる項目をお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 歯科医師が複数配置されている又は歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ１名以上配置されている
2. 過去１年間に歯周病安定期治療又は歯周病重症化予防治療をあわせて30回以上算定している
3. 過去１年間にフッ化物歯面塗布処置又は歯科疾患管理料のエナメル質初期う蝕管理加算をあわせて10回以上算定している
4. クラウン・ブリッジ維持管理料を算定する旨を届け出ている
5. 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準を届け出ている
6. 過去１年間に歯科訪問診療１若しくは歯科訪問診療２の算定回数又は連携する在宅療養支援歯科診療所１若しくは在宅療養支援歯科診療所2に依頼した歯科訪問診療の回数があわせて５回以上である
7. 過去１年間に診療情報提供料又は診療情報連携共有料をあわせて５回以上算定している実績がある
8. 歯科疾患の重症化予防に資する継続管理に関する研修（口腔機能の管理を含むものであること。）、高齢者の心身の特性及び緊急時対応等の適切な研修を修了した歯科医師が１名以上在籍している
9. 診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関（医科歯科併設の診療所の場合は、医科診療科）との事前の連携体制が確保されている
10. 歯科訪問診療を行う患者に対し、迅速に歯科訪問診療が可能な歯科医師をあらかじめ指定するとともに、当該担当医名、診療可能日、緊急時の注意事項等について、事前に患者又は家族に対して説明の上、文書により提供している
11. 歯科用吸引装置等により、歯科ユニット毎に歯の切削や義歯の調整、歯冠補綴物の調整時等に飛散する細かな物質を吸引できる環境を確保している
12. 患者にとって安心で安全な歯科医療環境の提供を行うにつき次の十分な装置・器具等（AED、パルスオキシメーター、酸素、血圧計、救急蘇生セット）を有している
13. 「8」の歯科医師が、地域連携に関する会議等への参加実績※を満たしている

※ 令和 4.3.4 保医発 0304 第 3 号「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」 第 13 の 2「1 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準」の⑻に定めるア～シの項目のうち、3 つ以上に該当するもの。

【**質問⑪**は、「初診料の注1に規定する施設基準」を**届出していない診療所の方**にお伺いします。】

⑪ 「初診料の注1に規定する施設基準」について、現時点で満たしていない要件としてあてはまる項目をお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 口腔内で使用する歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底する等十分な院内感染防止対策を講じている
2. 感染症患者に対する歯科診療を円滑に実施する体制を確保している
3. 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る標準予防策及び新興感染症に対する対策の研修を４年に１回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が１名以上配置されている
4. 職員を対象とした院内感染防止対策にかかる標準予防策及び新興感染症に対する対策等の院内研修等を実施している
5. 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策を実施している旨の院内掲示を行っている

【**質問⑫**は、「歯科外来診療環境体制加算 1」を**届出していない診療所の方**にお伺いします。】

⑫ 「歯科外来診療環境体制加算1」の施設基準について、現時点で満たしていない要件としてあてはまる項目をお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 歯科点数表の初診料の注1に係る施設基準の届出を行っている
2. 偶発症に対する緊急時の対応、医療事故対策等の医療安全対策に係る研修を修了した常勤の歯科医師が１名以上配置されている
3. 歯科医師が複数名配置、または歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ1名以上配置されている
4. 患者にとって安心で安全な歯科医療を行うための装置・器具等（AED、パルスオキシメーター、酸素、血圧計、救急蘇生セット）を有している
5. 診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関（医科歯科併設の診療所の場合は、医科診療科）との事前の連携体制が確保されている
6. 歯科用吸引装置等により、歯の切削時等に飛散する細かな物質を吸引できる環境を確保している
7. 緊急時における連携保険医療機関との連携方法やその対応等、歯科診療に係る医療安全管理対策を実施している旨の院内掲示を行っている

2. 貴施設における歯科診療の実施体制および院内感染防止対策の実施状況等についてお伺いします。

① 貴施設では、**機器等の滅菌をどのような体制**で行っていますか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 施設内の滅菌器（オートクレーブ等）で行っている　　2. 外部業者等に依頼して行っている

前問で「1. 施設内の滅菌器（オートクレーブ等）で行っている」場合は、滅菌の実施回数および実施する主な時間帯についてお答えください。	滅菌の実施回数	1日（　　）回
	実施する主な時間帯 ※あてはまる番号 すべてに○	1. 1日の診療開始前　2. お昼休み 3. 1日の診療終了後　4. 特に決めておらず随時行う

② 貴施設では、**職員を対象とした院内感染防止対策にかかる標準予防策及び新興感染症に対する対策等の院内研修**の実施方法、内容及び頻度についてお答えください。

②-1 研修の実施方法 ※あてはまる番号すべてに○	1. 院内研修を実施　　2. 院外研修を受講
②-2 研修の内容 ※あてはまる番号すべてに○	1. 標準予防策　2. 新興感染症に対する対策 3. 環境整備　4. 医療機器の洗浄・消毒・滅菌 5. 手指衛生　6. 職業感染防止 7. 感染性廃棄物の処理　8. PPEの適切な着脱・使用法 9. その他（具体的に:　　）
②-3 研修の頻度 ※○は1つ	1. 1年に1回程度　2. 6か月に1回程度　3. 3か月に1回程度 4. 1か月に1回程度　5. その他（　　）

③ 院内感染防止対策として、**新型コロナウイルス感染症が流行する以前から取り組んでいた対策**をA欄に、**新型コロナウイルス感染症が流行している期間に取り組んでいた対策**をB欄に、**新型コロナウイルス感染症が5類感染症に移行後（令和5年5月8日以降）も取り組んでいる対策**をC欄にお答えください。
※それぞれ、あてはまる番号すべてに○

A、B、Cのすべての問にお答えください。 →	A. 新型コロナウイルス感染症が**流行する以前から取り組んでいた対策**	B. 新型コロナウイルス感染症が**流行している期間に取り組んでいた対策**	C. 新型コロナウイルス感染症が**5類感染症に移行後も取り組んでいる対策**
1）職員が、サージカルマスクの着用や手指消毒を適切に実施している			
2）職員が、毎日の検温等の健康管理を適切に実施している			
3）職員が、身体の不調を訴えた場合に適切な対応を講じている			
4）待合室で一定の距離が保てるよう、予約調整等必要な措置を講じている			
5）玄関入口に手指消毒剤を設置する等、患者来院時の手指消毒等の対策を講じている			
6）受付における感染予防策（遮蔽物の設置等）を講じている			
7）患者ごとのチェアの消毒や口腔内で使用する歯科医療機器等の滅菌処理等の感染防止策を講じている			
8）職員に対して、感染防止対策に係る院内研修等を実施している			
9）診察室において、飛沫感染予防策を講じている			
9)-1 口腔外バキュームを活用している			
9)-2 窓を開ける等により、換気を適時、適切に実施している			
9)-3 必要に応じて N-95 マスクを使用している			
9)-4 その他（具体的に:　　）			
10）診療時にマスク、手袋、ゴーグル等の着用等適切な対策を講じている			

④ 新型コロナウイルス感染症患者への歯科診療に関してお伺いします。	
④-1 これまで、新型コロナウイルス感染症患者に対する歯科診療を行いましたか。※〇は1つ	1. 外来診療のみ行った　2. 訪問診療のみ行った 3. 外来、訪問診療ともに行った　4. 行っていない
【④-1で「1. 外来診療のみ行った」、「2. 訪問診療のみ行った」、「3. 外来、訪問診療ともに行った」と回答した方にお伺いします。】 ④-2 患者が初診か再診についてお答えください。 ※あてはまる番号すべてに〇	1. 初診の患者に対して行った 2. 再診（初再診も含む。）の患者に対して行った
【④-1で「1. 外来診療のみ行った」、「2. 訪問診療のみ行った」、「3. 外来、訪問診療ともに行った」と回答した方にお伺いします。】 ④-3 どのような治療を行いましたか。 ※あてはまる番号すべてに〇	1. 急性症状への対応　2. う蝕治療 3. 歯周治療　4. 補綴治療 5. 口腔外科処置　6. 定期的な口腔管理 7. 呼吸管理を行っている患者に対する口腔管理 8. 新型コロナウイルス感染症の症状による口腔乾燥患者への指導管理 9. その他（具体的に:　）

⑤ 電話や情報通信機器を用いた歯科診療についてお伺いします。	
⑤-1 令和2年4月以降、電話や情報通信機器を用いた歯科診療を行いましたか。 ※あてはまる番号すべてに〇	1. 初診の患者に対して行った 2. 再診（初再診も含む。）の患者に対して行った 3. 行っていない
【⑤-1で「1. 初診の患者に対して行った」、「2. 再診（初再診も含む。）の患者に対して行った」と回答した方にお伺いします。】 ⑤-2 どのような治療を行いましたか。 ※あてはまる番号すべてに〇	1. 痛みに対する鎮痛剤や抗菌薬等の処方 2. 定期的な管理として含嗽剤等の処方 3. 疾患の説明及び経過観察 4. 対面診療の受診勧奨 5. 口腔衛生指導・管理 6. 患者家族への助言指導 7. 小児に対する口腔機能に関する指導管理 8. 高齢者に対する口腔機能に関する指導管理 9. 顎顔面痛等の疼痛管理 10. その他（具体的に:　）
【⑤-1で「3. 行っていない」と回答した方にお伺いします。】 ⑤-3 電話や情報通信機器を用いた歯科診療について、今後行う予定はありますか。※〇は1つ	1. 行う予定がある 2. 行う予定はないが、機会があれば行いたい 3. 行う予定はない
【全ての施設の方にお伺いします。】 ⑤-4 電話や情報通信機器を用いた診療について、どのような場面で活用したいと考えますか。 ※あてはまる番号すべてに〇	
1. へき地等で患者の通院が困難な場合 2. 歯科専門医との連携（対診） 3. 歯科医師と、患者および患者側に同席している歯科医師をオンラインで結ぶ形態（D to P with D） 4. 歯科医師と、患者および同席している医療従事者（歯科医師・医師を除く）をオンラインで結ぶ形態 5. その他（具体的に:　）	

3. 貴施設における、歯科診療の内容及び管理料の算定状況等についてお伺いします。

① 令和5年6月の１か月間における、以下に該当する**患者数（実人数）**をご記入ください。 ※該当患者がいない場合は「0（ゼロ）」、わからない場合は「―」をご記入ください。	
1） 初診料を算定した患者数（実人数）	（　　）人
2） 上記1）のうち、初診料算定以前に受診歴のある（再初診の）患者数（実人数）	（　　）人
3） 再診料を算定した患者数（実人数）	（　　）人
4） 訪問歯科診療を実施した患者数（実人数）	（　　）人

② 令和5年6月の1か月間における、**患者実人数の年齢別の割合**をご記入ください。 ※下記 1）～4）の数値の合計が計 100（%）となるようにご記入ください。 ※ご記入いただく数値は、おおよその割合で結構です。	
1） 15歳未満の患者の割合	約（　　）%
2） 15歳～65歳未満の患者の割合	約（　　）%
3） 65歳～75歳未満の患者の割合	約（　　）%
4） 75歳以上の患者の割合	約（　　）%

③ 令和5年6月の1か月間における以下の算定回数等をお答えください。

1）歯科訪問診療		歯科訪問診療1	歯科訪問診療2	歯科訪問診療3
	20分以上	（　　）回	（　　）回	（　　）回
	20分未満	（　　）回	（　　）回	（　　）回
2）連携する在宅療養支援歯科診療所1・2に依頼した歯科訪問診療の回数				（　　）回
3）診療情報提供料（Ⅰ）・（Ⅱ）・（Ⅲ）（※合計）				（　　）回
4）診療情報連携共有料				（　　）回
5）歯科衛生実地指導料1				（　　）回
6）歯科衛生実地指導料2				（　　）回

7）訪問歯科衛生指導料	単一建物患者が1人	単一建物患者が2人以上9人以下	単一建物患者が10人以上
	（　　）回	（　　）回	（　　）回

		算定回数	主に実施している者　※○は1つ
8）フッ化物歯面塗布処置	う蝕多発傾向者の場合	（　　）回	1. 主に歯科医師が実施 2. 主に歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が実施 3. 症例によっていずれかが実施 4. 予約の状況によっていずれかが実施
	初期の根面う蝕に罹患している患者の場合	（　　）回	
	エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合	（　　）回	
9）フッ化物洗口指導加算		（　　）回	1. 主に歯科医師が実施 2. 主に歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が実施 3. 症例によっていずれかが実施 4. 予約の状況によっていずれかが実施
10）機械的歯面清掃処置		（　　）回	1. 主に歯科医師が実施 2. 主に歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が実施 3. 症例によっていずれかが実施 4. 予約の状況によっていずれかが実施
11）非経口摂取患者口腔粘膜処置		（　　）回	1. 主に歯科医師が実施 2. 主に歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が実施 3. 症例によっていずれかが実施 4. 予約の状況によっていずれかが実施
12）周術期等専門的口腔衛生処置		（　　）回	1. 主に歯科医師が実施 2. 主に歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が実施 3. 症例によっていずれかが実施 4. 予約の状況によっていずれかが実施

④定期的な管理の実施状況について、全体の患者に占める割合をお答えください。※○は1つ	1. 0～25%　2. 25～50% 3. 50～75%　4. 75～100%

※　ここでいう定期的な管理とは、継続的な管理を必要とする歯科疾患を有する患者に対し、歯科疾患の再発防止及び重症化予防を目的として行う、口腔の定期的な管理です。

⑤ 令和5年6月の1か月間における、**歯科疾患管理料**の以下の算定状況等をお答えください。		
1) 歯科疾患管理料の算定患者数(実人数)		(　　)人
2) フッ化物洗口指導加算の算定回数	2)-1　13歳未満	(　　)回
	2)-2　13歳以上15歳未満	(　　)回
3) エナメル質初期う蝕管理加算の算定回数		(　　)回
4) 総合医療管理加算の算定回数		(　　)回
5) 総合医療管理加算を算定した患者のうち、対象患者の疾患をお答えください。		
※あてはまる番号すべてに○	1. 糖尿病の患者　2. 骨吸収抑制役投与中の患者 3. 感染性心内膜炎のハイリスク患者　4. 関節リウマチの患者 5. 血液凝固阻止剤投与中の患者　6. HIV感染症の患者	
6) 歯科疾患管理料　長期管理加算の算定回数		(　　)回

⑥ 令和5年6月の1か月間における、**歯周病安定期治療**の以下の算定状況等をお答えください。			
1) 歯周病安定期治療の算定患者数(実人数)	1歯以上10歯未満	10歯以上20歯未満	20歯以上
	(　　)人	(　　)人	(　　)人
2) 歯周病重症化予防治療から歯周病安定期治療に移行した患者がいましたか。 ※○は1つ	1. いる　2. いない		
3) 3月以内の歯周病安定期治療を算定した場合、算定した患者であてはまるものをお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○			
1. かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所であるため、重症化予防のための定期管理をしている 2. 歯周外科手術を実施した場合 3. 全身的な疾患の状態により歯周病の病状に大きく影響を与える場合 4. 全身的な疾患の状態により歯周外科手術が実施できない場合 5. 侵襲性歯周炎の場合 6. それ以外の場合(具体的に:　　)			
4) 歯周病安定期治療の対象になる可能性があるが、歯周病安定期治療を算定しなかった患者はいますか。 ※○は1つ	1. はい　2. いいえ		
【4)で「1. はい」と回答した方にお伺いします。】 5) 算定しなかった理由をお答えください。※あてはまる番号すべてに○			
1. 歯周基本治療を継続する方が適切であると考えられたため 2. 歯周病安定期治療の実施頻度が算定要件と合わないため 3. 歯周病安定期治療における管理の方法が分からないため 4. 対象となる患者の要件が分からないため 5. 歯周病安定期治療の算定要件が複雑であるため 6. その他(具体的に:　　)			

⑦ 令和5年6月の1か月間における、**歯周病重症化予防治療**の以下の算定状況等をお答えください。			
1) 歯周病重症化予防治療の算定患者数(実人数)	1歯以上 10 歯未満	10 歯以上 20 歯未満	20 歯以上
	(　　)人	(　　)人	(　　)人
2) 歯周病安定期治療から歯周病重症化予防治療に移行した患者がいましたか。 ※○は1つ	1. いる　2. いない		
3) 歯周病重症化予防治療の対象になる可能性があるが、歯周病重症化予防治療を算定しなかった患者はいますか。※○は1つ	1. はい　2. いいえ		
【3)で「1. はい」と回答した方にお伺いします。】 4) 算定しなかった理由をお答えください。※あてはまる番号すべてに○			
1. 歯周基本治療を継続する方が適切であると考えられたため 2. 歯周病重症化予防治療の実施頻度が算定要件と合わないため 3. 歯周病重症化予防における管理の方法がわからないため 4. 対象となる患者の要件が分からないため 5. 歯周病重症化予防治療の算定要件が複雑であるため 6. その他(具体的に:　　)			

【⑧については、歯科疾患管理料を算定した患者のうち、**「歯周病安定期治療（SPT）」又は「歯周病重症化予防治療（P 重防）」を算定した患者**についてお伺いします。算定日の早い順に2名の患者をお選びください。歯周基本治療後、SPT のみ又は P 重防のみを実施している患者についてご回答ください。】

⑧ 令和5年6月1日～7月 31 日に「歯科疾患管理料」を算定し、**「歯周病安定期治療（SPT）」又は「歯周病重症化予防治療（P 重防）」を算定した歯周病の患者**についてお伺いします。		
	1人目の患者	2人目の患者
1) 算定している項目をお答えください。 ※〇は1つ	1. 歯周病安定期治療（SPT） 2. 歯周病重症化予防治療（P 重防）	1. 歯周病安定期治療（SPT） 2. 歯周病重症化予防治療（P 重防）
2) 直近の 1)の項目の算定月をお答えください。 ※〇は1つ	令和5年　6月 ・ 7月	令和5年　6月 ・ 7月
3) 患者の年齢をお答えください。	（　　）歳	（　　）歳
4) 患者の初診月をお答えください。	西暦（　　）年（　　）月	西暦（　　）年（　　）月
5) SPT 又は P 重防の初回の算定月をお答えください。	西暦（　　）年（　　）月	西暦（　　）年（　　）月
6) 直近の半年間の SPT 又は P 重防の実施頻度であてはまるものをお答えください。※〇は1つ	1. 1 か月に 1 回　2. 2 か月に 1 回 3. 3 か月に 1 回　4. 6 か月に 1 回程度 5. その他（　　）	1. 1 か月に 1 回　2. 2 か月に 1 回 3. 3 か月に 1 回　4. 6 か月に 1 回程度 5. その他（　　）
7) 5)で回答した SPT 又は P 重防の初回の算定月時点の歯の本数をお答えください。	（　　）本	（　　）本
8) 5)で回答した SPT 又は P 重防の初回の算定月の前又は後に、歯周病により抜歯したことがありますか。ある場合、抜歯の時期と、その本数をお答えください。	1. あり　2. なし 抜歯の時期（※あてはまる番号すべてに〇）：1.SPT 又は P 重防の初回の算定月より**前**　2.SPT 又は P 重防の初回の算定月より**後** 抜歯の本数：**前**（　　）本　**後**（　　）本	1. あり　2. なし 抜歯の時期（※あてはまる番号すべてに〇）：1.SPT 又は P 重防の初回の算定月より**前**　2.SPT 又は P 重防の初回の算定月より**後** 抜歯の本数：**前**（　　）本　**後**（　　）本
9) 5)で回答した SPT 又は P 重防の初回の算定月時点の 4mm 以上の歯周ポケットを有する歯の本数をお答えください。	（　　）本	（　　）本
10) 1)の項目の算定日に行った、診療内容についてお答えください。 ※あてはまる番号すべてに〇	1. 歯周病検査 2. 口腔内カラー写真撮影 3. 口腔清掃に係る指導 4. スケーリング　5. SRP 6. 機械的歯面清掃　7. 咬合調整 8. 暫間固定 9. 歯周治療用装置　10. 抜歯 11. 急性歯周炎への消炎処置 12. 義歯等の調整 13. その他（　　）	1. 歯周病検査 2. 口腔内カラー写真撮影 3. 口腔清掃に係る指導 4. スケーリング　5. SRP 6. 機械的歯面清掃　7. 咬合調整 8. 暫間固定 9. 歯周治療用装置　10. 抜歯 11. 急性歯周炎への消炎処置 12. 義歯等の調整 13. その他（　　）
11) 1)で「1. SPT」を選んだ方にお伺いします。この患者に対し、SPT を開始して以降、前回の算定から3月以内のSPTを算定したことはありますか。 ※〇は1つ	1. ある　2. ない	1. ある　2. ない
12) 11)で「1. ある」を回答した場合、その理由であてはまるものをお答えください。 ※あてはまる番号すべてに〇	1. かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所であるため 2. 歯周外科手術を実施したため 3. 全身的な疾患の状態による歯周病の病状への影響が考えられるため 4. 全身的な疾患の状態により歯周外科手術が実施できないため 5. 侵襲性歯周炎であるため 6. それ以外（　　）	1. かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所であるため 2. 歯周外科手術を実施したため 3. 全身的な疾患の状態による歯周病の病状への影響が考えられるため 4. 全身的な疾患の状態により歯周外科手術が実施できないため 5. 侵襲性歯周炎であるため 6. それ以外（　　）

【⑨については、歯科疾患管理料を算定した患者のうち**「エナメル質初期う蝕管理加算」又は「フッ化物歯面塗布処置　エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合」を算定した患者**についてお伺いします。条件にあてはまる患者で、算定日の早い順に2名の患者をお選びください。】

⑨　令和5年6月1日～7月 31 日に「歯科疾患管理料」を算定し、「エナメル質初期う蝕管理加算」または「フッ化物歯面塗布処置　エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合」を算定した患者についてお伺いします。		
	1人目の患者	2人目の患者
1）エナメル質初期う蝕の指導管理に際し、算定している項目をお答えください。　※〇は1つ	1. 歯科疾患管理料 　エナメル質初期う蝕管理加算 2. フッ化物歯面塗布処置エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合	1. 歯科疾患管理料 　エナメル質初期う蝕管理加算 2. フッ化物歯面塗布処置　エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合
2）直近の 1)の項目の算定月をお答えください。 ※〇は1つ	令和5年　　6月 ・ 7月	令和5年　　6月 ・ 7月
3）患者の年齢をお答えください。	（　　）歳	（　　）歳
4）患者の初診月をお答えください。	西暦（　　）年（　　）月	西暦（　　）年（　　）月
5）初診から現在まで、どのくらいの期間継続してエナメル質初期う蝕の指導管理を行っているかお答えください。 ※〇は1つ	1. 1月以内（開始したばかり） 2. 3か月未満 3. 3か月以上6か月未満 4. 6か月以上1年未満 5. 1年以上	1. 1月以内（開始したばかり） 2. 3か月未満 3. 3か月以上6か月未満 4. 6か月以上1年未満 5. 1年以上
6）初診から現在までのエナメル質初期う蝕の指導管理の実施回数をお答えください。 ※〇は1つ	1. 1回 2. 2回 3. 3回 4. 4回 5. 5回以上 10 回未満 6. 10 回以上 15 回未満 7. 15 回以上	1. 1回 2. 2回 3. 3回 4. 4回 5. 5回以上 10 回未満 6. 10 回以上 15 回未満 7. 15 回以上
7）エナメル質初期う蝕の指導管理に係る治療の実施頻度をお答えください。 ※〇は1つ	1. 1か月に1回程度 2. 2か月に1回程度 3. 3か月に1回程度 4. 6か月に1回程度 5. その他（　　）	1. 1か月に1回程度 2. 2か月に1回程度 3. 3か月に1回程度 4. 6か月に1回程度 5. その他（　　）
8）1)の項目の算定日に行った、う蝕の指導管理に係る診療内容をお答えください。 ※あてはまる番号すべてに〇	1. 口腔内カラー写真撮影 2. 口腔清掃に係る指導 3. 機械的歯面清掃 4. フッ化物洗口指導 5. フッ化物歯面塗布 6. その他（　　）	1. 口腔内カラー写真撮影 2. 口腔清掃に係る指導 3. 機械的歯面清掃 4. フッ化物洗口指導 5. フッ化物歯面塗布 6. その他（　　）

⑩ 令和5年6月の1か月間における**小児口腔機能管理料**の算定回数等をお答えください。		
1)小児口腔機能管理料の算定回数	1)-1 15歳未満の患者	(　　)回
	1)-2 15歳以上18歳未満の患者	(　　)回
2)(**小児口腔機能管理料の算定回数が0回の場合**) 算定していない理由 ※あてはまる番号すべてに○	1. 該当する患者がいない 2. 該当する患者はいるが、歯科疾患の管理のなかで口腔機能の管理も行っている 3. 診断に必要な機器を持っていない 4. 診断基準がわからない　5. 指導・管理の方法がわからない 6. 検査・診察等に時間がかかる　7. 指導のための人員が不足している 8. 算定要件が複雑である 9. 診療報酬が低い 10. その他(具体的に:　　)	

⑪ 令和5年6月の1か月間における**口腔機能管理料**の算定回数等をお答えください。		
1)口腔機能管理料の算定回数	1)-1 50歳以上65歳未満の患者	(　　)回
	1)-2 65歳以上の患者	(　　)回
2)(**口腔機能管理料の算定回数が0回の場合**) 算定していない理由 ※あてはまる番号すべてに○	1. 該当する患者がいない 2. 該当する患者はいるが、歯科疾患の管理のなかで口腔機能の管理も行っている 3. 診断に必要な機器を持っていない 4. 診断基準がわからない　5. 指導・管理の方法がわからない 6. 検査・診察等に時間がかかる　7. 指導のための人員が不足している 8. 算定要件が複雑である 9. 診療報酬が低い 10. その他(具体的に:　　)	

⑫ 令和5年6月の1か月間における**周術期等口腔機能管理**の実施状況等をお答えください。	
1) 周術期等口腔機能管理の実施状況 ※○は1つ	1. 外来診療のみ行っている　2. 訪問診療のみ行っている 3. 外来、訪問診療ともに行っている　4. 行っていない
2) 周術期等口腔機能管理に関する診療報酬を算定しましたか。※○は1つ ※ 周術期等口腔機能管理計画策定料、周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)、周術期等専門的口腔衛生処置	1. 算定した　2. 算定していない
【2)で「2. 算定していない」を選んだ方にお伺いします。】 3) 周術期等口腔機能管理を算定していない理由であてはまるものをお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○	1. 該当する患者がいないため 2. 該当する患者はいるが、従前から継続した口腔の管理を行っており周術期のための口腔管理を必要としないため 3. 周術期等口腔機能管理に関する知識が乏しいため 4. 周術期等口腔機能管理の依頼がないため 5. 手術直前や手術後の依頼のため 6. 算定要件が複雑であるため 7. その他(具体的に:　　)
【2)で「2. 算定していない」を選んだ方にお伺いします。】 4) 周術期口腔機能管理の対象となる患者に対し、周術期口腔機能管理料以外の点数を算定している場合、算定している項目をお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○	1. 歯科疾患管理料　2. 口腔機能管理料 3. 小児口腔機能管理料　4. 歯科特定疾患療養管理料 5. 歯科治療時医療管理料　6. がん治療連携指導料 7. 歯科疾患在宅療養管理料　8. 在宅患者歯科治療時医療管理料 9. 歯科矯正管理料

⑬ 令和5年6月の1か月間における**障害児者や医療的ケア児に対する歯科診療**の実施状況等をお答えください。

1）歯科診療特別対応加算の算定回数	（　　）回
2）-1 特別対応加算を算定した患者の状態 ※あてはまる番号すべてに○ ※これらに準ずる場合も含む	1. 脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態 2. 知的発達障害により開口保持ができない状態や、治療の目的が理解できず治療に協力が得られない状態 3. 重症の喘息患者で頻繁に治療の中断が必要な状態 4. 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態
2）-2 特別対応加算を算定した患者ので、対応に苦慮した場合、その状態をお答えください。 ※自由記載	（　　）
3） 障害児者に対する歯科診療の実施状況 ※○は1つ	1. 外来診療のみ行っている　2. 訪問診療のみ行っている 3. 外来、訪問診療ともに行っている　4. 行っていない
4）医療的ケア児に対する歯科診療の実施状況 ※○は1つ	1. 外来診療のみ行っている　2. 訪問診療のみ行っている 3. 外来、訪問診療ともに行っている　4. 行っていない

【3)又は4)で「1. 外来診療のみ行っている」、「2. 訪問診療のみ行っている」、「3. 外来、訪問診療ともに行っている」を選んだ方にお伺いします。】

5） 障害児者又は医療的ケア児を診療する場合の体制についてお答えください。
※患者等によって異なる場合、よく行う体制についてご回答ください。 ※それぞれ○は1つ

		障害児者の診療体制				医療的ケア児の診療体制			
外来診療	歯科医師		1名	2名	3名以上		1名	2名	3名以上
	歯科衛生士	0名	1名	2名	3名以上	0名	1名	2名	3名以上
	その他	0名	1名	2名	3名以上	0名	1名	2名	3名以上
訪問診療	歯科医師		1名	2名	3名以上		1名	2名	3名以上
	歯科衛生士	0名	1名	2名	3名以上	0名	1名	2名	3名以上
	その他	0名	1名	2名	3名以上	0名	1名	2名	3名以上

【4)で「1. 外来診療のみ行っている」、「2. 訪問診療のみ行っている」、「3. 外来、訪問診療ともに行っている」を選んだ方にお伺いします。】

6）診療したことのある医療的ケア児の患者像についてご回答ください。 ※あてはまる番号すべてに○

1. レスピレーター管理下にある　2. 気管内挿管または気管切開している
3. SpO_2が低い等、呼吸状態が不安定　4. 経管栄養している　5. 嘔吐反射を有する
6. 過敏がある　7. その他（具体的に：　　）

7） 保育所等又は幼稚園、小学校、中学校、義務教育学校、高等学校、中等教育学校、特別支援学校、高等専門学校若しくは専修学校への文書による診療情報提供を行ったことがありますか。 ※○は1つ	1. はい　2. いいえ

【3)または4)で「4. 行っていない」と回答した方（障害児者や医療的ケア児への歯科診療を行っていない方）のみお答えください。】 8） 障害児者や医療的ケア児への歯科診療を実施していない理由をお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○	1. 障害児者歯科診療に関する知識が乏しい 2. 依頼がない 3. 急変時の対応に不安がある 4. 人員の確保が困難 5. 時間の確保が困難 6. 口腔保健センターに依頼しているため 7. その他（具体的に：　　）

歯科衛生士による歯科衛生実地指導及び訪問歯科衛生指導についてお伺いします。

【院内に歯科衛生士がいる場合に、その**歯科衛生士が回答をご記入**ください。複数の歯科衛生士が勤務している場合、主として歯科衛生実地指導又は訪問歯科衛生指導を行っている歯科衛生士がご記入ください。院内に歯科衛生士がいない場合のご回答は不要です。】

⑭ あなたの勤務状況についてについてお伺いします。

1) 勤務形態を教えてください	1. 常勤　2.非常勤
2) 一週間あたりの勤務時間はどの程度ですか	(　　)時間

⑮ 歯科衛生実地指導の実施状況についてお伺いします。

1) 令和5年6月の1か月間における歯科衛生実地指導の患者数(実人数)	(　　)人
2) 令和5年6月1か月間における、平均的な1日あたりの歯科衛生実地指導の患者数	1. 1～5 人　2. 6～10 人　3. 11～15 人 4. 16～20 人　5. 21 人以上
3) 1回の歯科衛生実地指導にかかるおおよその時間をお答えください。	(　　)分

4) 令和5年6月の1か月間に実施した歯科衛生実地指導の内容をお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○

1. プラークチャートを用いたプラークの付着状況の指摘及び患者自身によるブラッシングを観察した上でのプラーク除去方法の指導
2. う蝕や歯周病の予防・重症化予防に関する内容
3. 口腔機能の回復もしくは維持に関する実地指導
4. 有床義歯や有床義歯の鉤歯に関する清掃指導
5. 間食習慣等を含めた生活習慣の助言
6. 患者の状況を踏まえた動機付け
7. その他(　　)

5) 3)で答えた時間内に、十分な指導ができているとお考えですか。	1. はい　2. いいえ
【5)で「2. いいえ」を選んだ方にお伺いします。】 6) 5)で「2. いいえ」を選んだ理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○	1. プラークチャートの作成やブラッシング観察等の時間が足りない 2. 患者の生活習慣等を十分把握できていない 3. 口腔機能等の指導ができていない 4. その他(具体的に:　　)

【訪問歯科衛生指導を行っている場合のみご回答ください。訪問歯科衛生指導を行っていない場合は、ご回答は不要です。】

⑯ 訪問歯科衛生指導の実施状況についてお伺いします。

1) 令和5年6月の1か月間における訪問歯科衛生指導の患者数(実人数)	(　　)人
2) 令和5年6月1か月間における、平均的な1日あたりの訪問歯科衛生指導の患者数 ※令和5年6月に訪問歯科衛生指導を実施していない場合、実施した直近の月の平均的な1日あたりの訪問歯科衛生指導の患者数をお答えください。	1. 1～5 人　2. 6～10 人 3. 11～15 人　4. 16 人以上
3) 1回の訪問歯科衛生指導にかかるおおよその時間をお答えください。	(　　)分

4) 令和5年6月の1か月間に実施した訪問歯科衛生指導の内容をお答えください。
※あてはまる番号すべてに○

1. 口腔内の清掃(機械的歯面清掃を含む)
2. 有床義歯や有床義歯の鉤歯に関する清掃指導
3. 口腔機能の回復もしくは維持に関する実地指導
4. 口腔衛生管理に関する実地指導
5. 摂食嚥下に関する助言指導
6. その他(　　)

5) 3)で答えた時間内に、十分な指導ができているとお考えですか。	1. はい　2. いいえ
【5)で「2. いいえ」を選んだ方にお伺いします。】 6) 5)で「2. いいえ」を選んだ理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○	1. 指導前の患者の状態確認を十分できていない 2. 患者の全身の状態を確認しながら指導するため時間が足りない 3. 患者や家族による口腔清掃の方法等を十分把握できていない 4. 口腔機能等の指導ができていない 5. 患者の食事等の観察を十分行えていない 6. その他(具体的に:　　)

4. 貴施設における、多職種連携に関する取組等についてお伺いします。

① 令和5年6月の1か月間について、医科医療機関・歯科医療機関等との患者紹介や情報提供・共有等の状況をご記入ください。	
1) 医科医療機関から、診療情報提供や共有の依頼はありましたか。 ※○は1つ	1. あり　2. なし
【1)で「1. あり」を選択した方にお伺いします。】 2) 依頼内容についてお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○	1. 糖尿病患者に対する指導や管理に必要な歯周病の状態に関する情報提供や共有の依頼 2. 薬剤性顎骨壊死等の原因となる薬剤の投薬にあたり、口腔内の状態や歯科治療に関する情報提供や共有の依頼 3. 手術や化学療法、放射線療法にあたり、口腔内の状態や歯科治療に関する情報提供や共有の依頼 4. 周術期等口腔機能管理の実施依頼 5. 在宅療養患者（施設入所者含む。）に対する指導や管理にあたり、口腔内の状態や歯科治療に関する情報提供や共有の依頼 6. 歯科訪問診療の依頼 7. その他、疾患の治療や管理を行う上で必要な歯科治療の依頼
3) 歯科医療機関からの文書による診療情報提供はありましたか。 ※○は1つ ※保険外診療の依頼は除く	1. あり　2. なし
【3)で「1. あり」を選択した方にお伺いします。】 4) 診療情報提供の内容についてお答えください。	1. 全身疾患を有する者への歯科診療 2. 障害児者や医療的ケア児に対する歯科診療 3. 歯科訪問診療等、在宅歯科医療の依頼 4. 周術期等口腔機能管理の依頼 5. その他（具体的に：　　）
5) 歯科医療機関への文書による診療情報提供（診療情報提供料を算定していないもの）はありましたか。 ※○は1つ	1. あり　2. なし
【5)で「1. あり」を選択した方にお伺いします。】 6) 診療情報提供の内容についてお答えください。	1. 全身疾患を有する者への歯科診療 2. 障害児者や医療的ケア児に対する歯科診療 3. 歯科訪問診療等、在宅歯科医療の対応 4. 周術期口腔機能管理への対応 5. その他（具体的に：　　）
② 令和5年6月の1か月間について、入院患者や施設入所者などに対する、リハビリテーション・口腔・栄養に関する多職種連携の状況についてお伺いします。	
1) 多職種連携の取組をどのように行っているか、あてはまるものをお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○	1. カンファレンスや情報共有はオンライン会議や専用アプリを活用して実施 2. 紹介された場合に貴施設（外来）で実施 3. 病院又は介護保険施設や在宅等を訪問して実施 4. 実施していない
【1)で「1. カンファレンスや情報共有はオンライン会議や専用アプリを活用して実施」を選択した方にお伺いします。】 2) 当該期間に実施した内容と、連携した職種をお答えください。※あてはまる番号すべてに○	
内容	1. NST等の専門チームでのカンファレンス　2. 病棟でのカンファレンス（簡易な情報共有や相談を含む） 3. リハビリテーション職種との情報共有や相談　4. 管理栄養士との情報共有や相談 5. 栄養状態のスクリーニング・定期的な評価　6. 口腔の状態のスクリーニング・定期的な評価 7. 摂食・嚥下状態のスクリーニング・定期的な評価　8. 口腔管理に関する計画の作成 9. ミールラウンド　10. 食事形態の検討・調整　11. 退院前の居宅への訪問指導 12. 退院時のカンファレンス　13. その他（具体的に：　　）
職種	1. 医師　2. 看護師　3. 薬剤師　4. 理学療法士 5. 作業療法士　6. 言語聴覚士　7. 管理栄養士　8. その他（具体的に：　　）
【1)で「4. 実施していない」を選んだ方にお伺いします。】 3) 実施していない理由をお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○	1. 患者や患者家族、医療介護関係者からの依頼がない 2. 体制を整備していない 3. 当該月（令和5年6月）に該当する患者がいなかった 4. どのようなことを行ったらよいかわからない 5. その他（具体的に：　　）

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

令和5年X月XX日(X)までに返信用封筒をご使用の上投函ください（切手不要）。

ID

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和5年度調査）

歯科医療に関する意識調査

歯科診療所・患者票

■この調査票は、患者さんに、歯科医療の受診内容やお考えなどをお聞きするものです。
■この調査の設問については、全て患者さんご本人のことをお答えください。
■調査結果は、診療報酬の見直しなどについて検討するための資料となります。
■本調査のご回答内容はデータ化し、集計いたします。受診した診療所に個人の回答内容をお知らせしたり、個人が特定される形で回答内容を公表することはありません。
■本調査票にご回答頂けない場合も、患者さんに不利益はございません。
■ご回答頂いた調査票は、返信用封筒を用いてX月X日（X）までにご投函ください（切手不要）。

以下の設問について、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（　）内には具体的な数字や内容・理由などをお答えください。

問1．患者さん（本日診療を受けた方）についてお伺いします。

① 性　別	1．男性　　2．女性
② 年　齢	（　　）歳
③ お住まい	（　　）都・道・府・県　※都道府県名まで
④ 本日受診している歯科診療所への通院のきっかけをお答えください。（○はいくつでも）	1．歯・口腔のチェックをするため 2．歯・口腔内に症状があったため 3．治療中の箇所があるため 4．定期的に受診しているため 5．その他（　　）
⑤ 本日受診している歯科診療所への通院頻度をお答えください。（○は1つ）	1．定期的ではないが、治療中のため通院している 2．定期的（３か月に一回未満程度の頻度）に通院している 3．定期的（３か月に一回以上程度の頻度）に通院している 4．わからない
⑥ 本日受診している歯科診療所へいつ頃から受診しているかお答えください。（○は1つ）	1．初めて受診してから３か月未満 2．初めて受診してから３か月以上６か月未満 3．初めて受診してから６か月以上１年未満 4．初めて受診してから１年以上３年未満 5．初めて受診してから３年以上５年未満 6．初めて受診してから５年以上１０年未満 7．初めて受診してから１０年以上 8．その他（具体的に　　）
⑦ 本日受診した歯科診療所に次回受診する日時は決まっていますか。（○は1つ）	1．決まっている 2．決まっていないが後日決める 3．当面受診する予定はない

⑧ 歯科医師もしくは歯科衛生士から受けた治療などの内容をお答えください。 本日受診している歯科診療所で<u>これまでに受けたことのある治療などの内容に○</u>、<u>本日受けた治療などの内容に◎</u>をつけてください。 （○、◎はいくつでも）	1. むし歯の治療（根っこの治療を含む） 2. むし歯の定期的な管理 3. 歯周病の治療 4. 歯周病の定期的な管理 5. 歯のない所（入れ歯、ブリッジなど）の治療 6. 抜歯（抜糸、消毒のみを行った場合も含む） 7. お口の中の検査、レントゲン撮影 8. お口の中のチェック 9. お口の中の清掃 10. フッ化物の塗布 11. 歯磨き習慣・方法の説明・指導 12. 食事内容に関する指導 13. 喫煙習慣に関する指導 14. 身体の病気や全身状態に応じた生活習慣の指導 15. その他（具体的に：　　）

⑨-1 むし歯や歯周病の定期的な管理は重要だと思いますか。（○は1つ）

1. はい　　2. いいえ

【前ページの⑤で「2. 定期的（3か月に一回未満程度の頻度）に通院している」または「3. 定期的（3か月に一回以上程度の頻度）に通院している」を選んだ方にお伺いします。】

⑨-2 むし歯や歯周病の定期的な管理を実施している専門職について、あてはまるものをお答えください。（○はいくつでも）

1. 歯科医師　　2. 歯科衛生士　　3. 分からない

⑨-3 むし歯や歯周病の定期的な管理の満足度について、あてはまるものをお答えください。（○は1つ）

1. 満足している　　2. 特に問題はない　　3. 見直しをして欲しいところがある

⑩ 本日受診した歯科診療所を選んだ理由は何ですか。あてはまる内容に○、最もあてはまる内容に◎をつけてください。（○はいくつでも、◎は1つ）

1. かかりつけの歯科診療所だから
2. 信頼している歯科医師がいるから
3. むし歯や歯周病の定期的な管理をしてくれるから
4. 自宅から近い場所にあるから
5. 職場（学校等）から近い場所にあるから
6. 受診しやすい時間に診療しているから
7. 待ち時間が少ないから
8. 説明がわかりやすいから
9. 歯科医師や職員の感じがよいから（雰囲気がよいから）
10. 清潔感があり、感染対策をしっかりしていると思うから
11. 公的な認定や指定を受けている歯科診療所だから
12. 必要に応じて家族等にも説明をしてくれるから
13. 他の医療機関とも連携を図り診療を行っているから
14. 地域保健活動へ参加しているから
15. 小児から高齢者まで診療してくれるから
16. その他（具体的に：　　）

問2. かかりつけ歯科医※についてお伺いします。

※かかりつけ歯科医とは、安全・安心な歯科医療の提供のみならず医療・介護に係る幅広い知識と見識を備え、地域住民の生涯に亘る口腔機能の維持・向上をめざし、地域医療の一翼を担う者としてその責任を果たすことができる歯科医師のことを言います。

① あなたは、上記の説明にある「かかりつけ歯科医」という言葉をご存知でしたか。（○は1つ）

1. 内容まで知っていた　　2. 内容は知らないが聞いたことはある　　3. 知らなかった

② あなたは、かかりつけ歯科医を決めていますか。（○は1つ）

1. 決めている　　2. 決めていない

②-1 本調査票をお渡しした歯科診療所の歯科医師は、<u>あなたにとってのかかりつけ歯科医</u>ですか。（○は1つ）

1. かかりつけ歯科医である
2. かかりつけ歯科医ではない
3. 今後、かかりつけ歯科医にするつもりである

②-2 かかりつけ歯科医を決めていない理由は何ですか。（○はいくつでも）

1. 歯科診療所にかかることがあまりないから
2. その都度、適切な歯科診療所を選ぶ方がよいと思うから
3. どのような歯科医師をかかりつけ歯科医として選んだらよいかわからないから
4. かかりつけ歯科医として求める機能を持つ歯科医師がいないから
5. かかりつけ歯科医をもつ必要性を感じないから
6. その他（具体的に：　　）

③ あなたが「かかりつけ歯科医」に求めるものは何ですか。あてはまる内容に〇、最もあてはまる内容に◎をつけてください。（〇はいくつでも、◎は1つ）

1. これまでにかかった病気や家族背景等を把握してくれる
2. 必要に応じ他の歯科医療機関を紹介してくれる
3. 通院困難となった場合等に、歯科訪問診療に対応してくれる
4. 夜間や休日等の診療時間外であっても、痛みが出た場合等に対応してくれる（診療の他、休日夜間診療所を紹介する、電話相談に応じる等も含む）
5. 全身の状態（基礎疾患や生活習慣）を踏まえた歯科診療を行ってくれる
6. 医科の医療機関と連携してくれる
7. 受診している医療機関で処方された薬を把握してくれる
8. ライフステージに応じた歯科診療や歯科疾患の継続管理を行ってくれる
9. 全身の状態（基礎疾患や生活習慣）やお口の状態を踏まえ、セルフケアの方法などの歯科保健指導を行ってくれる
10. 学校歯科健診や歯周病検診等の地域保健に携わっている
11. 地域の介護施設や障害者福祉施設等と連携している
12. 学会への参加や研修の受講等、積極的な自己研鑽を積んでいる
13. その他（具体的に：　　）
14. 分からない

④「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」という歯科診療所があることを知っていましたか。（〇は1つ）

※「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」とは、患者さんにとってより安全で安心できる歯科医療の環境の整備、在宅医療、他の医療機関などと連携して、定期的、継続的に患者さんの口腔管理などを積極的に行っている歯科診療所で、一部の継続的な治療に関して、診療報酬で高く評価をしています。

1. 知っていた
2. 知らなかった

⑤ 本日受診した歯科診療所が「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」であるかどうかをご存知ですか。（〇は1つ）

1. 知っている
2. 知らない

質問は以上です。ご協力頂き誠にありがとうございました。
令和５年X月XX日(X)までに返信用封筒をご使用の上投函ください（切手不要）。

（診療所）

令和５年●月

開設者様

管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

令和４年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和５年度調査）

「歯科医療機関における院内感染防止対策の評価等に関する実施状況調査」調査へのご協力のお願い

謹啓　時下、皆様におかれましてはますますご清栄のことと存じ上げます。社会保険の運営につきまして、日ごろ格別のご協力を頂き大変有り難く存じます。また、新型コロナウイルス感染症への対応のため、日々医療現場等の前線において尽力されている医療従事者の皆様に、心から敬意を表するとともに、深く感謝を申し上げます。

さて、令和４年４月の診療報酬改定においては、歯科医療機関における院内感染防止対策を推進する観点や歯科疾患の重症化予防の観点から診療報酬における評価の見直し等が行われました。

今般、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（以下、中医協）における診療報酬改定結果検証部会では、令和４年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、歯科診療所及び患者の方を対象に、歯科医療機関における院内感染防止対策や歯科疾患の重症化予防に関する評価等について調査・検証を行うことを目的に、本調査を実施することとなりました。**本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。**

つきましては、ご多用の折、誠に恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

なお、本調査は、厚生労働省からの委託により、PwC コンサルティング合同会社が実施しますので、調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

令和5年●月●日（●）までに「返信用封筒（切手不要）」にてご返送いただくか、電子調査票を下記のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査実施要領をご参照ください。

【連絡先】

「診療報酬改定結果検証に係る特別調査」事務局

〒100-0004　東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー
PwC コンサルティング合同会社

E-mail ：【調査へのお問合せ先】XXX@pwc.com
【電子調査票の送付先】XXX@pwc.com（受信専用）

電子調査票の入手元 ： https://XXX.jp

※電話は混み合う場合もございますので、E-mail でご連絡いただけますと幸いです。
E-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。

TEL：XXXX-XXX-XXX（受付時間　10：00～17：00、土日・祝日除く）

（患者票）

令和５年●月

各位

厚生労働省 保険局 医療課

令和４年度年度度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和５年度調査）

「歯科医療に関する意識調査」へのご協力のお願い

本日は、お疲れのところ、大変貴重なお時間をいただき、誠にありがとうございます。厚生労働省では、診療の実態を勘案しつつ、安定的な医療提供体制を支え、より適切な医療サービスが提供されるよう、２年ごとに診療報酬（病院や診療所などの保険医療機関等で提供される医療サービスごとに決められた価格）の改定を行っています。

令和４年４月の診療報酬改定では、歯科医療機関における歯科疾患の重症化予防を推進する観点等から診療報酬改定が行われました。こうした診療報酬改定の影響・効果を検証し、次期診療報酬改定の充実につなげるため、この度、厚生労働省では、「歯科医療に関する意識調査」を行うこととしました。

本調査は、むし歯や歯周病の定期的な管理やかかりつけ歯科医の認知等について調査・検証を行うことを目的とし、改定の検証結果を医療サービスのさらなる充実・強化に役立てるために実施するものであり、次の要領により皆様にご協力をお願いすることとしております。

対象者

・ この調査は、歯科診療所を受診した患者の方が対象となっております。

回答期限・返送方法

・ お手数ではございますが、**令和5年●月●日（●）まで**に同封の返信用封筒（切手不要）にて、直接、お近くの郵便ポストにご投函ください。

回答方法

・ ご回答の際には、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。調査票の各設問では、「○は１つだけ」、「あてはまる番号すべてに○」等の指定がありますので、指定の方法にて回答を選択してください。

・ （　　）内には具体的な数値や理由などを記入してください。

・ ご回答にあたっては、調査票を受け取った際に受診した患者についての回答をお願いします。

（→裏面へ続きます）

なお、本調査は令和４年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査事業について厚生労働省から委託を受けた PwC コンサルティング合同会社が実施します。

ご回答いただいた内容はすべて統計的に処理しますので、ご回答をいただいた個人が特定されることは一切ありません。また、ご回答いただいた調査票は調査事務局に直接返送されますので、歯科医師や歯科診療所等に開示されることはございません。

本調査の結果は、診療報酬のあり方を検討している厚生労働大臣の諮問機関である「中央社会保険医療協議会（中医協）」において、患者の方（及びその家族）のご意見を踏まえた実りある今後の議論が行われるための大変貴重な資料として活用されることとなり、厚生労働省が行う診療報酬の充実に役立つものとなります。

ご多用の折、大変恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

本調査で、ご不明な点等がございましたら、下記事務局までお問い合せください。

【連絡先】

「診療報酬改定結果検証に係る特別調査」事務局

〒100-0004　東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー
PwC コンサルティング合同会社

E-mail：【調査へのお問合せ先】XXX @pwc.com

※電話は混み合う場合もございますので、E-mail でご連絡いただけますと幸いです。
E-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。

TEL：XXXX-XXX-XXX（受付時間　10：00～17：00、土日・祝日除く）

令和４年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和５年度調査）
かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の
影響及び実施状況調査

調査の概要（案）

１. 調査目的

令和４年度診療報酬改定において薬局薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換を推進するため、薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し、薬剤師のかかりつけ機能の評価推進のため、重複投薬解消の取組の評価、地域支援体制加算の要件及び評価の見直し、対人業務に係る薬学管理料の評価の見直し、効率性等を踏まえた薬局の調剤基本料の適正化、オンライン服薬指導の評価の見直し等を行った。これらを踏まえ、本調査では、改定に係る影響や 、かかりつけ薬剤師・薬局の取組状況等について調査 ・検証を行う。

２. アンケート調査の構成及び調査手順

(1)アンケート調査の構成

本調査は以下の構成とする。

調査の種類	調査対象			調査方法
	条件	調査件数	抽出方法	
保険薬局調査	①地域支援体制加算の届出を行っている保険薬局	1,000 施設	無作為	自記式調査票の郵送配布・回収
	②地域支援体制加算の届出を行っていない保険薬局	1,000 施設	無作為	
診療所調査	①地域包括診療料の届出施設	1,000 施設	悉皆	自記式調査票の郵送配布・回収
	②地域包括診療加算の届出施設		無作為	
	③小児かかりつけ診療料の届出施設		無作為	
病院調査	①特定機能病院	1,000 施設	悉皆	自記式調査票の郵送配布・回収
	②地域包括診療料の届出施設		悉皆	
	③病院調査①②以外の施設		無作為	
患者調査※1	① かかりつけ薬剤師による服薬指導を受けることに同意している患者	約 2,000 名	保険薬局調査の対象１施設につき各１名程度	調査対象施設から、患者に配布し、患者から自記式調査票を郵送回収
	② 上記以外の患者	約 2,000 名		

※1 患者調査は、保険薬局調査の調査対象となった保険薬局の職員が患者調査の条件に沿って１施設あたり患者２名を抽出（特定の１日を調査日とし、当該日において午前・午後にそれぞれ最初に来局された患者で、調査協力についてご本人の同意が得られた方）し、配布する。

(2)アンケート調査の手順

アンケート調査は、保険薬局調査、診療所調査、病院調査については、調査票一式を郵便にて調査対象となる施設に送付し、当該施設の管理者、又は事務管理者にご回答いただいたうえで、郵便（料金受取人払い、返信用封筒は調査票発送時に同封）にて回収する方法にて実施する。回答者の負担軽減のため、専用ホームページより電子調査票をダウンロードし、入力の上、メールへの添付により返送する方法を選択できるようにする。

患者調査は、保険薬局調査の調査対象となった保険薬局の職員が、前掲の条件に沿って１施設あたり患者２名を無作為抽出（特定の１日を調査日とし、当該日において午前・午後にそれぞれ最初に来局された患者で、調査協力についてご本人の同意が得られた方）し、対象患者に調査票及び返信用封筒（料金受取人払い、返信用封筒は調査票発送時に同封）を手渡し、直接記入を求める（回答後の調査票は、患者自身が直接郵便にて返送)。

事務局は、回収した調査票の検票を行い、辞退（理由等を書いた文書を同封しているケースがある)、白紙（ほとんど全ての設問への記入がない）を除いた上で、調査データの電子化を行う。

3. 主な調査事項

(1)今回新設した項目

［保険薬局調査］

○　在宅対応の有無
○　地域連携薬局などの認定状況
○　夜間・休日の対応のための連携体制（医療機関・訪問看護ステーション）
○　夜間・休日の対応について、薬剤師が行った業務
○　在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算、在宅中心静脈栄養法加算の届出状況
○　麻薬小売業者の免許、高度管理医療機器販売業の許可の状況
○　麻薬処方箋の受付枚数、応需医療機関数、備蓄品目数
○　麻薬小売業者間譲渡許可、体制
○　無菌製剤処理のための体制、無菌製剤処理件数、無菌製剤処理加算の算定件数
○　現在の薬局での感染対策の状況
○　かかりつけ薬剤師として患者から相談を受けた具体的な内容
○　フォローアップの必要がある疾患
○　他職種への情報提供について　提供の有無、提供した内容　等

［患者調査］
○　かかりつけ薬剤師に相談したことがある内容　等
［診療所調査・病院調査］
○　在宅療養支援診療所/病院の届出区分
○　医薬品の処方や薬局での調剤後のフォローアップの必要があると考えられる患者の属性・疾患
○　薬局にフォローアップしてほしい薬剤
○　持参薬の整理を薬局に依頼するメリット（病院調査）
○　患者の退院時における薬局との連携の課題（病院調査）　等

（2）前回調査から削除した主な項目

［保険薬局調査］
○　集中率が最も高い医療機関の情報の詳細
○　パーテーション等により患者のプライバシーが確保され、且つ、座って服薬指導が受けられる設備の有無
○　電子版お薬手帳の導入有無、オンライン資格確認対応システムの導入予定
○　調剤感染症対策実施加算の算定の有無
○　薬剤師数の詳細（在籍年数・勤務時間別）
○　0410 対応、オンライン服薬指導の詳細
○　退院時共同指導料の算定回数等
［診療所調査・病院調査］
○　長期処方における分割指示の有無
○　吸入薬指導の薬局への指示
○　入院時に薬局に担ってほしい支援（病院調査）
○　往診の実施有無・詳細（診療所調査）
○　0410 対応の詳細（診療所調査）
［患者調査］
○　新型コロナウイルス感染症の拡大に際し、薬局の薬剤師に相談した内容　等

4. 調査スケジュール（案）

調査スケジュール（案）は、次を想定している。

		2023年																				2024年		
		4月			5月			6月		7月			8月			9月		10月		11月		12月	1月	2月	3月
1	**調査票等の作成・発送**																							
	① 調査の全体設計	■	■	■																				
	② 調査票等発送物の作成	■	■	■	■	■	■	■	■															
	③ 調査客体の抽出（客体名簿作成）							■	■															
	④ 調査票等送付物の印刷・封入									■	■	■												
	⑤ 調査票等送付物の発送											■												
2	**照会への対応**																							
	① コールセンター設置準備・照会対応マニュアル作成									■	■	■												
	② 照会対応・再発送要望対応												■	■	■	■								
	③ 照会及び回答内容の一覧の作成												■	■	■	■								
3	**調査票の電子化（Webサイト対応）**																							
	① Webサイトの開設準備・電子調査票作成									■	■	■												
	② Webサイトの運営												■	■	■	■								
4	**調査の協力依頼**																							
	① 電話協力依頼														■									
	② 督促ハガキ印刷・発送														■									
5	**調査票受付・データ化**																							
	① 回収票の受付・登録												■	■	■	■								
	② 受付票の検索（返戻・修正依頼）												■											
	③ データ入力												■	■	■	■								
6	**集計及び報告書の作成**																							
	① 集計方針・報告書構成の検討	■	■	■	■	■	■			■	■	■												
	② 集計											■	■				■	■	■	■	■			
	③ 報告書の作成													■	■			■	■	■	■	□	□	□	□	□	□	□	□	□
	④ 報告書の納品																							■
7	**調査検討委員会の設置・運営**																							
	① 調査検討委員会の開催					★												★						

※ グレー塗部分は実査期間

以上

ID 番号：

令和 4 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和 5 年度調査）
かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査
保険薬局票

※この保険薬局票は、保険薬局の開設者・管理者の方に、保険医療機関との連携方策も含め、医薬品の適正使用や患者本位の医薬分業の更なる推進を図るため、かかりつけ薬剤師の取組状況や薬局における調剤報酬改定の影響についてお伺いするものです。

＜ご回答方法＞
- あてはまる番号を〇（マル）で囲んでください。
- 「※〇は１つ」という質問については、あてはまる番号を１つだけ〇で囲んでください。
- （　）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。
- （　）内に数値を記入する設問で、該当なしは「０（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をご記入ください。
- 特に断りのない限り、令和 5 年 7 月 1 日現在の貴薬局の状況についてお答えください。
- 災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

1. 貴薬局の状況についてお伺いします。（令和 5 年 7 月 1 日現在）

① 所在地（都道府県）	（　　）都・道・府・県

② 開設者 ※法人の場合は、法人の形態等にも〇をつけてください。 ※それぞれ〇は1つ

1. 法人 ⇒（ 11. 株式会社 12. 有限会社 13. 合資会社 14. 合名会社 15. その他 ）
   ⇒（ 16. 純粋持株会社※1 17. 事業持株会社※2 18. 持株会社以外※3 ）
2. 個人
3. その他（具体的に：　　）

※1 自ら製造や販売といった事業は行わず、株式を所有することで、他の会社の事業活動を支配することのみを事業目的とする持株会社
※2 グループ各社の株式を持つことで子会社を支配しながら、自らも生産活動などの事業を営む持株会社
※3 持株会社以外（会社の総資産に対する子会社の株式の取得価額の合計が 50%以下の会社）

③ 同一グループ（財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう）等※4による薬局店舗数

（　　）店舗　※当該店舗を含めてお答えください。

※4 同一グループは次の基準により判断する（調剤基本料の施設基準における同一グループの考え方と同様）
1．保険薬局の事業者の最終親会社　2．保険薬局の事業者の最終親会社の子会　3．保険薬局の事業者の最終親会社の関連会社
4．1から3までに掲げる者と保険薬局の運営に関するフランチャイズ契約を締結している者

④ 開設年 ※当該店舗の開設年をお答えください。	西暦（　　）年
⑤ 貴薬局は、チェーン薬局（同一経営者が 20 店舗以上を所有する薬局の店舗）ですか。 ※〇は１つ	1. はい　2. いいえ

⑥ 貴薬局の処方箋の応需状況として最も近いものは、次のうちどれですか。 ※〇は1つ ※「近隣」には同一敷地内も含まれます。

1. 主に近隣にある特定の病院の処方箋を応需している薬局
2. 主に不動産賃貸借関係のある特定の病院の処方箋を応需している薬局
3. 主に近隣にある特定の診療所の処方箋を応需している薬局
4. 主に不動産賃貸借関係のある特定の診療所の処方箋を応需している薬局
5. 主に複数の近接する特定の保険医療機関（いわゆる医療モールやビル診療所など）の処方箋を応需している薬局
6. 様々な保険医療機関からの処方箋を応需している薬局
7. その他（具体的に：　　）

⑦ 最も多く処方箋を受け付けた医療機関の処方箋枚数割合（令和 5 年 4 月～6 月の月平均値）	（　　）%
⑧ 応需医療機関数（令和 5 年 4 月～6 月の月平均値）	（　　）施設

⑨ 前記⑦で回答した医療機関のうち、最も多く処方箋を受け付けた医療機関の情報

1) 診療所・病院の別 ※〇は1つだけ	1. 診療所	2. 病院

2) 在宅療養支援病院・診療所の届出区分 ※〇は1つだけ

1. 機能強化型在宅療養支援病院・診療所（単独型）	2. 機能強化型在宅療養支援病院・診療所（連携型）
3. 上記以外の在宅療養支援病院・診療所	4. 在宅療養支援病院・診療所ではない

⑩ 保険調剤に係る医薬品の備蓄品目数		（　　）品目
⑪ 貴薬局の在宅対応の有無 ※○は１つ		1. あり　2. なし
⑫ 令和５年度の調剤基本料の届出状況 ※○は1つ	1. 調剤基本料１（42 点） 3. 調剤基本料３イ（21 点） 5. 調査基本料３ハ（32 点）	2. 調剤基本料２（26 点） 4. 調剤基本料３ロ（16 点） 6. 特別調剤基本料（ 7 点）
⑫-1 貴薬局の全処方箋の受付回数（調剤基本料の根拠となる数字）		（　　）回／月
⑫-2 主たる保険医療機関に係る処方箋の受付回数の割合（調剤基本料の根拠となる数字） ※医療モールの薬局は、同一建物内医療機関の処方箋を合算した割合をご記入ください。		（　　.　　）％ ※ 小数点以下第 1 位まで
⑫-3 特定の保険医療機関との不動産の賃貸借関係の有無（調剤基本料の根拠） ※○は1つ		1. あり　2. なし
⑫-4 同一グループ薬局全体の処方箋受付回数の1か月間の合算回数		（　　）回／月
⑫-5 調剤基本料注3(80/100 減算)に該当する算定回数（複数の医療機関の処方箋を同時に受付時の 2 枚目以降の調剤基本料の算定回数）		（　　）回／月
⑬貴薬局の認定等の状況 ※あてはまる番号すべてに○	1. 地域連携薬局 3. 健康サポート薬局	2. 専門医療機関連携薬局 4. 該当なし

⑭ 貴薬局において、**他の薬局や医療機関、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業者等の関係機関の職員と情報共有・連携を行うために、ICT（情報通信技術）**を活用しているかお選びください。 ※○は１つ
また、「1. ICT を活用している」を選んだ場合、活用している ICT を全てお選びください。

1. ICT を活用している

活用している ICT ※あてはまる番号すべてに○

11. メール　12. 電子掲示板　13. グループチャット
14. ビデオ通話（オンライン会議システムを含む）
15. 地域医療情報連携ネットワーク※
16. 個々の医療機関を中心とした専用の情報連携システム
17. その他（具体的に：　　）

※地域において病診連携など、主に電子カルテ情報を用いて医療情報の連携を行っているネットワーク

2. ICT は活用していない

2. 貴薬局の体制についてお伺いします。（令和 5 年 7 月 1 日現在）

	職種	常勤職員※2	非常勤職員 実人数	非常勤職員 常勤換算※3
① 職員数 ※ 該当者がいない場合は「0」とご記入ください。	1）薬剤師	（　）人	（　）人	（　）人
	（薬剤師のうち）かかりつけ薬剤師指導料等※1における「かかりつけ薬剤師」	（　）人	（　）人	（　）人
	（薬剤師のうち）服薬管理指導の特例におけるかかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師	（　）人	（　）人	（　）人
	2）その他（事務職員等）	（　）人	（　）人	（　）人

※１ かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料を指します。
※２ 常勤職員数（常勤薬剤師数）には、貴薬局における実労働時間が週 32 時間以上である職員（保険薬剤師）の実人数を計上します。常勤薬剤師数については、届出前 3 月間の勤務状況に基づき算出します。
※３ 非常勤職員（非常勤薬剤師）は、貴薬局における実労働時間が週 32 時間に満たない職員（保険薬剤師）をいい、常勤換算数は、以下により算出します（小数点第二位を四捨五入して小数点第一位まで求める）。非常勤薬剤師数については、届出前 3 月間の勤務状況に基づき算出します。

$$\text{非常勤薬剤師数（常勤換算）} = \frac{\text{当該保険薬局における週 32 時間に満たない保険薬剤師の実労働時間の合計（時間/3 月）}}{\text{32（時間/週）} \times \text{13（週/3 月）}}$$

② 貴薬局では、どのように 24 時間対応が可能な体制を整えていますか。 ※○は1つ

1. 自薬局単独で 24 時間対応が可能な体制を整えている
   →夜間等時間外の対応を担当している薬剤師数：（ ）人
   →令和 5 年 4 月～令和 5 年 6 月の 3 か月間の対応件数：（ ）件
2. 近隣の保険薬局と連携して 24 時間対応が可能な体制（例：地域での輪番体制等）を整えている
   →夜間等時間外の対応のために連携※4 している薬局数：（ ）薬局
   →令和 5 年 4 月～令和 5 年 6 月の 3 か月間の自局での対応件数：（ ）件
   連携している薬局の対応件数：（ ）件
3. 24 時間対応が可能な体制を整えていない
4. その他 （具体的に： ）

※4 地域支援体制加算の施設基準等に限定せず、貴薬局が連携している薬局数についてお答えください。

③ 夜間・休日の対応※5 のため、医療機関や訪問看護ステーションとの連携体制を整えていますか。※それぞれ○は1つ		
③-1. 医療機関との連携体制を整えている	1. はい	2. いいえ
③-2. 在宅対応をしている場合、訪問看護ステーションとの連携体制を整えている	1. はい	2. いいえ

※5 外来・在宅問わず医療機関からの相談、臨時処方の対応がとれる。

④ 夜間・休日等の対応について、薬剤師が行った業務についてお答えください。（令和 5 年 6 月） ※それぞれ○は1つ

	実績の有無		実績「あり」の場合、件数等
体制について			
1)薬剤師が時間外勤務	1. あり	2. なし	平均（ ）日/人
2)薬剤師の休日勤務※6	1. あり	2. なし	平均（ ）日/人
業務について			
3)開局時間外の電話対応	1. あり	2. なし	（ ）件
3)-1. 3)のうち、患者からの相談件数	1. あり	2. なし	（ ）件
3)-2. 3)のうち、医療機関からの問い合わせ件数	1. あり	2. なし	（ ）件
4)開局時間外の調剤応需への対応	1. あり	2. なし	（ ）件
4)-1. 4)のうち、麻薬の調剤の対応	1. あり	2. なし	（ ）件
5)在宅対応をしている場合、開局時間外の患者宅への訪問対応	1. あり	2. なし	（ ）件
5)-1. 5)のうち、麻薬使用患者への訪問	1. あり	2. なし	（ ）件
6)その他の夜間・休日等の対応の業務（具体的に： ）	1. あり	2. なし	（ ）件

※6 法定休日に出勤し、振替の休日を取得しない場合、休日勤務となります。

⑤ 今般の診療報酬改定による調剤報酬体系の見直しを受けて、貴薬局の処方箋受付1回あたりの保険調剤収益に影響がありましたか。 ※○は1つ	1. 増えた	2. 減った
	3. 影響はなかった	

⑥ 今般の診療報酬改定を受けて、薬局薬剤師業務について対物中心から対人中心への業務の転換が進みましたか。 ※○は1つ

1. 診療報酬改定を受けて、対人業務への転換が進んだ	2. 診療報酬改定以前から、十分に対人業務への転換が進んでいる	
3. 対人業務への転換が進んでいない		

【⑦は、⑥で 1 又は2（（対人業務への転換が進んだ（進んでいる））と回答した方にお伺いします。】

⑥進んだ（進んでいる）対人業務業務についてお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 処方内容のチェック（重複投薬・飲み合わせ）、処方提案	2. 調剤時の情報提供、服薬指導	
3. 調剤後の継続的な服薬指導、服薬状況などの把握	4. 服薬状況などの処方医へのフィードバック	
5. 在宅訪問での薬学的管理	6. 残薬への対応	7. ポリファーマシー対策

3. 麻薬調剤等についてお伺いします。

① 貴薬局では麻薬小売業者の免許を取得していますか。 ※○は1つ	1. 取得している	2. 取得していない

② 麻薬の調剤の状況についてお答えください（令和 5 年 1 月～6 月の 6 か月） ※あてはまる番号すべてに○

1. 外来通院するがん患者に対して麻薬の調剤を行っている
2. 外来通院するがん以外の患者（心不全等）に対して麻薬の調剤を行っている
3. 在宅対応するがん患者に対して麻薬の調剤を行っている
4. 在宅対応するがん以外の患者（心不全等）に対して麻薬の調剤を行っている
5. 麻薬の調剤をしていない

③ 麻薬が処方された患者に対して（患者について）行っている業務についてお答えください。※あてはまる番号すべてに○

1. 麻薬の鎮痛等の効果、副作用についてフォローアップを行い、医師等へ情報提供している	
2. 麻薬の鎮痛等の効果、副作用の評価をスケール評価（NRS 等）で行って、必要に応じて医師への処方提案を行っている	
3. 麻薬の処方内容について処方前に医師と検討している	4. 麻薬の残薬の状況を確認し、医師へ情報提供している
5. 不要な麻薬の取扱について患者へ説明を行っている	6. 不要な麻薬の回収を行っている
7. 対象となる患者がいない	

④ 高度管理医療機器販売業の許可を取得していますか。 ※○は1つ	1. 取得している	2. 取得していない
⑤ 管理医療機器の販売業の届出を行っていますか。 ※○は1つ	1. 届出している	2. 届出していない
⑥ 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算の届出状況 ※○は1つ	1. 届出あり	2. 届出なし
⑥-1 （届出ありの場合）対象患者の有無 （令和 5 年 1 月～6 月の 6 か月）	1. あり	2. なし
⑥-2 （届出ありの場合）加算算定の算定件数 （令和 5 年 1 月～6 月の 6 か月）	（ ）件	
⑥-3 （届出ありの場合）算定要件を満たすが、患者が要介護または要支援認定を受けているため算定できなかった件数 （令和 5 年 1 月～6 月の 6 か月）	（ ）件	
⑦ 在宅中心静脈栄養法加算の届出状況 ※○は1つ	1. はい	2. いいえ
⑦-1 （届出ありの場合）対象患者の有無 （令和 5 年 1 月～6 月の 6 か月）	1. あり	2. なし
⑦-2 （届出ありの場合）加算算定の算定件数 （令和 5 年 1 月～6 月の 6 か月）	（ ）件	
⑦-3 （届出ありの場合）算定要件を満たすが、患者が要介護または要支援認定を受けているため算定できなかった件数 （令和 5 年 1 月～6 月の 6 か月）	（ ）件	

【⑧～⑬は、①で麻薬小売事業者の免許を「1. 取得している」と回答した方にお伺いします。】

⑧ 貴薬局の麻薬処方箋の受付枚数 （令和 5 年 1 月～6 月の 6 か月）	（ ）枚
⑨ 貴薬局の麻薬処方箋の応需医療機関数（令和 5 年 1 月～6 月の 6 か月）	（ ）機関

⑩ 貴薬局における麻薬の備蓄品目数についてお答えください。

	医薬品の成分数		品目数 ※規格単位毎
	うち、徐放剤	うち、速放剤	
1）内服薬	（ ）	（ ）	（ ）品目
2）外用剤（貼付剤、坐剤、バッカル錠、舌下錠）	（ ）		（ ）品目
3）注射薬	（ ）		（ ）品目

※例示

成分数：MS コンチンとモルヒネ硫酸塩（後発）は同一成分のため、**まとめて「1」**として数える。（この場合記載は1となる）
MS コンチン 10mg と MS コンチン 30mg は同一成分のため、**まとめて「1」**として数える。（この場合記載は1となる）
MS コンチンとパシーフは成分が異なるため、**それぞれを「1」**として数える。（この場合記載は2となる）

品目数：MS コンチンとパシーフは成分が異なるため、**それぞれを「1」**として数える。（この場合記載は2となる）
MS コンチン 10mg と MS コンチン 30mg は規格単位異なるため、**それぞれを「1」**として数える。（この場合記載は2となる）

⑪麻薬の備蓄体制に関する課題についてお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 備蓄する医薬品が多くなり管理コストがかかる
2. 突発的な麻薬の処方箋の応需により様々な規格の麻薬を取り揃える必要がある
3. 卸に発注しても該当する薬剤の手配まで時間が必要である
4. 地域の譲渡の体制が構築されていない
5. 特定の患者にしか使用されない薬剤を準備しなければならない
6. 患者の容体変化※にともない使用する薬剤が変更となるため不動在庫が発生するリスクがある ※患者が亡くなった場合も含む
7. その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
8. 課題はない

⑫ 上記⑪の選択肢 1.～7.のうち、最もあてはまる番号を 1 つだけお書きください。	

⑬ 麻薬小売業者間譲渡許可を得ていますか。 ※○は1つ	1．はい	2．いいえ

【⑭～⑱は、⑬で「1. はい」（麻薬小売業者間譲渡許可を得ている）と回答した方にお伺いします。】

⑭麻薬の譲渡の体制についてお答えください。 ※○は1つ

1. 地域の薬局間で麻薬小売業者間譲渡の体制を構築している
2. 同一グループ（※調剤基本料のグループ）のみで麻薬小売業者間譲渡の体制分譲体制を構築している
3. 分譲体制を整備していない
4. その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

⑮ 麻薬を他の薬局へ譲り渡した実績 （令和 5 年 1 月～6 月の 6 か月）	1. はい→（　　）回	2. いいえ

⑮-1（譲り渡した実績がある場合）譲渡先についてお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○	1. 地域の薬局	2. 同一グループ（※調剤基本料のグループ）内
	3. その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）	

⑯ 麻薬を他の薬局から譲り受けた実績 （令和 5 年 1 月～6 月の 6 か月）	1. はい→（　　）回	2. いいえ

⑯-1（譲り渡した実績がある場合）譲渡先についてお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○	1. 地域の薬局	2. 同一グループ（※調剤基本料のグループ）内
	3. その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）	

⑰ 麻薬の譲渡に関する課題についてお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 夜間休日対応のため麻薬小売業者間譲渡の体制が活用できないことがある。
2. 高用量の規格の薬剤など、他の薬局から譲り受けることができないことがある。
3. 高用量の規格の薬剤の不動在庫が発生しても、分譲で引き受けてくれる薬局がない。
4. 地域の譲渡の体制が構築されていない。
5. その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
6. 課題はない

⑱ 上記⑰の選択肢 1.～5.のうち、最もあてはまる番号を 1 つだけお書きください。	

【すべての方にお伺いします。】

⑲ 貴薬局では、どのように無菌製剤処理のための体制を整えていますか。 ※○は一つだけ

1. 自薬局単独で、無菌調剤室、クリーンベンチ又は安全キャビネットの設備を整えている
2. 近隣の保険薬局と共同利用で無菌調剤室の設備を整えている
3. 無菌調剤室、クリーンベンチ又は安全キャビネットの設備を整えていない
4. その他 （具体的に：　　）

⑳貴薬局における無菌製剤処理件数と無菌製剤処理加算の算定件数についてお答えください。（令和 5 年 1 月～6 月の 6 か月）

	無菌製剤処理件数	無菌製剤処理加算の算定件数
1）中心静脈栄養（TPN）	（　　）件	（　　）件
2）麻薬	（　　）件	（　　）件
3）抗悪性腫瘍剤	（　　）件	（　　）件

㉑貴薬局における下記の無菌製剤処理件数についてお答えください。（令和 5 年 1 月～6 月の 6 か月）	
1）麻薬のうち、1種類の麻薬を希釈せず原液のままシリンジ・ポンプ等に充填	（　　）件
2）TPN、麻薬、抗悪性腫瘍剤以外の薬剤	（　　）件

㉒前記㉑で回答した TPN、麻薬、抗悪性腫瘍剤以外の薬剤について、無菌製剤処理をした件数が多いものを選択肢 A～H から最大 3 つ選びお答えください。

	選択肢（A～H）	無菌製剤処理件数
㉒-1）選択肢のうち、無菌製剤処理件数が多い薬剤（1 つ目）		（　　）件
㉒-2）選択肢のうち、無菌製剤処理件数が多い薬剤（2 つ目）		（　　）件
㉒-3）選択肢のうち、無菌製剤処理件数が多い薬剤（3 つ目）		（　　）件

【選択肢】

A：ソマトスタチンアナログ	B：ステロイド	C：プロトンポンプ阻害剤	D：H2受容体拮抗剤	E：メトクロプラミド
F：ブチルスコポラミン	G：注射用抗菌剤	H：その他（具体的に：　　）		

4. 感染症対策等についてお伺いします。

① 新型コロナウイルス感染患者（疑い患者含む）の来局時における薬局でのゾーニングの状況についてお答えください。
（令和 5 年7月1日時点） ※あてはまる番号すべてに○

1. 待合室は共同とし、その中でゾーニングして距離を確保している	2. 薬局内の別室を確保している
3. 薬局の建物外に待合場所等を設置している	4. 待合患者は駐車場で待機する
5. 新型コロナウイルス感染患者（疑い患者含む）とその他で分離していない	
6. 新型コロナウイルス感染患者（疑い患者含む）の来局の時間を分けて対応している	
7. その他の方法で分離している	8. その他（具体的に：　　）

② 現在の薬局での感染対策の状況についてお答えください。（令和 5 年7月1日時点） ※あてはまる番号すべてに○

1. 入り口に体温計を設置している	2. マスク着用を案内している
3. 手指消毒剤を入り口に設置している	4. その他（具体的に：　　）

③ 現在の薬事承認された検査キットの取り扱い対応についてお答えください。（令和 5 年7月1日時点） ※あてはまる番号すべてに○

1. 抗原定性検査キットの取り扱い	2. コロナウイルス＋インフルエンザウイルス同時検査キットの取扱い
3. いずれにも対応していない	

④ 現在の新型コロナウイルス治療薬の取り扱いについてお答えください。（令和 5 年7月1日時点） ※あてはまる番号すべてに○

1. ラゲブリオ	2. パキロビッド	3. ゾコーバ	4. ベクルリー	5. いずれにも対応していない

5. かかりつけ薬剤師に関する取組についてお伺いします。

① 貴薬局における、かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準等の届出をしていますか。※○は1つ

1. 届出あり（→質問②-1、②-2、②-3 へ）	2. 届出なし（→質問③へ）

②-1 貴薬局におけるかかりつけ薬剤師指導料等の算定状況についてご記入ください。（令和 5 年 6 月）

1) かかりつけ薬剤師指導料	（　　）回	2) かかりつけ薬剤師包括管理料	（　　）回
1-1. かかりつけ薬剤指導料のうち、服薬指導料の特例（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合）の算定回数			（　　）回

②-2 貴薬局では、かかりつけ薬剤師指導料等の算定患者について、受診医療機関数を把握していますか。※○は1つ

1. すべて把握している	2. おおむね把握している	3. ほとんど把握していない	4. 把握していない

【②-1-1 で「服薬指導料の特例（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合）の算定回数」ありと回答した場合】
②-3 かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応する理由は何ですか。※あてはまる番号すべてに○

1. かかりつけ薬剤師が時短勤務であり、不在時間対応するため	2. かかりつけ薬剤師が休暇を取得し、不在時間に対応するため
3. 夜間・休日等に急遽対応が必要であったため	4. その他（具体的に：　　）

【①で「2.届出なし」と回答した場合】 ③かかりつけ薬剤師指導料の届出なしである理由は何ですか。※あてはまる番号すべてに○

1. 保険薬剤師として 3 年以上の薬局勤務経験がある保険薬剤師がいないため
2. 当該保険薬局に週 32 時間以上※1 勤務している薬剤師がいないため
3. 当該保険薬局に 1 年以上在籍している保険薬剤師がいないため
4. 薬剤師認定制度認証機構が認定している研修認定制度等の研修認定を取得している保険薬剤師がいないため
5. 医療に係る地域活動の取組に参画している保険薬剤師がいないため
6. 時間外の 24 時間電話相談が困難（人手不足等）であるため
7. 自薬局以外で調剤されている医薬品、処方薬以外のサプリメント等の内服まで含めた薬学的管理指導を行える体制が整っていないため
8. かかりつけ薬剤師の機能を患者に理解してもらえていないため
9. 患者の利用している全ての保険医療機関、服用薬を把握する体制が整っていないため
10. かかりつけ薬剤師指導料もしくはかかりつけ薬剤師包括管理料を上手く説明できないため
11. その他（具体的に：　　）

※1 32 時間以上勤務する他の保険薬剤師を届け出た保険薬局において、保険薬剤師について育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律第 23 条第 1 項、同条第 3 項又は同法第 24 条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては週 24 時間以上かつ週 4 日以上である場合を含む。

【すべての方にお伺いします。】

④ かかりつけ薬剤師として患者から相談を受けた具体的な内容についてご回答ください。※あてはまる番号すべてに○

1. 薬の効果に関する相談	2. 薬の副作用に関する相談	3. 薬の服用頻度に関する相談
4. 薬の飲み合わせに関する相談	5. 残薬に関する相談	6. ポリファーマシー解消・重複投薬の削減に関する相談
7. OTC 関する相談	8. その他（具体的に：　　）	

6. 地域支援体制加算についてお伺いします。

①地域支援体制加算の届出をしていますか。（令和 5 年 7 月 1 日現在） ※○は1つ

1. 地域支援体制加算 1	2. 地域支援体制加算 2	3. 地域支援体制加算 3
4. 地域支援体制加算 4	5. 届出なし	

②保険薬局における直近1年間の処方箋受付回数（令和4年4月1日から令和5年3月末日）	（　　）回

【すべての方にお伺いします。】

③地域支援体制加算の施設基準における、地域医療に貢献する体制を有することを示す実績の実施状況についてご回答ください。
（令和4年4月1日から令和5年3月末までの貴薬局における算定実績の内訳）

1. 麻薬小売店業の免許の有無 ※○は1つ	1．あり	2．なし
2. 在宅患者薬剤管理の実績	（　　）回	
3. かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出の有無 ※○は1つ	1．あり	2．なし
4. 服薬情報等提供料の実績	（　　）回	
5. 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議への出席の有無 ※○は1つ	1．あり	2．なし
6 夜間・休日等の対応実績	（　　）回	
7. 麻薬の調剤実績	（　　）回	
8. 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績	（　　）回	
9. かかりつけ薬剤師指導料等の実績	（　　）回	
10. 外来服薬支援料の実績	（　　）回	
11. 服用薬剤調整支援料の実績	（　　）回	
12. 単一建物診療患者が１人以上の在宅薬剤管理の実績	（　　）回	

【①で「5.届出なし」と回答した場合】

④ 地域支援体制加算の施設基準のうち、満たしている項目をご回答ください。 ※あてはまる番号すべてに○
※いずれにも○が付いていない場合はすべて満たしていないとして取り扱います。

1. 患者ごとに、適切な薬学的管理を行い、かつ、服薬指導を行っている	2. 患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する情報を提供している
3. 一定時間以上の開局	4. 十分な数の医薬品の備蓄、周知
5. 薬学的管理・指導の体制整備、在宅に係る体制の情報提供	6. 24 時間調剤、在宅対応体制の整備
7. 在宅療養を担う医療機関、訪問看護ステーションとの連携体制	8. 保健医療・福祉サービス担当者との連携体制
9. 医療安全に資する取組実績の報告	10. 集中率 85%超の薬局は、後発品の調剤割合 50%以上

【①で地域支援体制加算の届出ありと回答した場合】		
⑤ 連携強化加算の算定状況 ※○は1つ ※令和５年６月１か月の回数	1. 届出あり	2. 届出なし

【⑤で「2.届出なし」と回答した場合】

⑥連携強化加算の施設基準のうち、満たしている項目をご回答ください。 ※あてはまる番号すべてに○
※いずれにも○が付いていない場合はすべて満たしていないとして取り扱います。

1. 他の保険薬局等との連携により非常時における対応につき必要な体制が整備されていること
2. 災害や新興感染症の発生時等に、医薬品の供給や地域の衛生管理に係る対応等を行う体制を確保すること
3. 都道府県等の行政機関、地域の医療機関若しくは薬局又は関係団体等と適切に連携するため、災害や新興感染症の発生時等における対応に係る地域の協議会又は研修等に積極的に参加するよう努めること
4. 災害や新興感染症の発生時等において対応可能な体制を確保していることについて、ホームページ等で広く周知していること
5. 災害や新興感染症の発生時等に、都道府県等から医薬品の供給等について協力の要請があった場合には、地域の関係機関と連携し、必要な対応を行うこと

7. 残薬解消、ポリファーマシー解消・重複投薬の削減のための取組についてお伺いします。

(1)残薬解消のために行っている取組についてご回答ください。

① 残薬調整での問題点についてご回答ください。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 患者が全ての薬剤を持参しない
2. 患者の残薬を確認することに時間がかかる
3. 残薬整理後の残薬回避のための一包化に時間・手間がかかる
4. 複数薬局を利用している場合、他薬局の投薬状況を確認するのに手間がかかる
5. お薬手帳がなく、服用状況の確認に手間がかかる
6. 医療機関との情報共有に課題がある（具体的に： ）
7. その他（具体的に： ）

② 残薬解消への取組のうち、貴薬局が行っている取組をお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○

1. お薬手帳を患者が複数所持していないかどうかの確認	2. お薬手帳を用いた説明
3. ブラウンバッグの使用	4. 必要に応じた、服用方法の再度の説明
5. 医療機関との情報共有・連携	6. その他 （具体的に： ）

③ 上記②の選択肢 1.～6.のうち、特に効果があった取組を 1 つだけお書きください。

④ 調剤管理加算の算定実績についてご回答ください。 ※○は1つ

1. 実績あり　2. 実績なし

【⑤、⑥は、前記④で「1.実績あり」と回答した方にお伺いします。】

⑤調剤管理加算のうち、初めて処方せんを持参した場合の算定回数（令和 5 年 4 月～令和 5 年 6 月の 3 か月間）	（ ）回
⑥調剤管理加算のうち、2回目以降に処方せんを持参した場合であって処方内容の変更により薬剤の変更または追加があった場合の算定回数 （令和 5 年 4 月～令和 5 年 6 月の 3 か月間）	（ ）回

【⑦は、前記④で「2.実績なし」と回答した方にお伺いします。】

⑦ 調剤管理加算を算定していない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 対象となる患者がいなかったため
2. 過去１年間において服用薬剤調整支援料の算定実績を満せないため
3. 患者負担が増えるため
4. その他 （具体的に： ）

(2)ポリファーマシー解消・重複投薬の削減のために行っている取組についてご回答ください。

⑧ 服用薬剤調整支援料1の算定状況についてご回答ください。 ※○は1つ

1. 服用薬剤調整支援料１の算定あり	2. 服用薬剤調整支援料１の算定なし

【⑧で「1. 服用薬剤調整支援料1の算定あり」と回答した場合】 ⑧-1 貴薬局における服用薬剤調整支援料1の算定状況 （令和５年４月～令和５年６月の３か月間）	（ ）回
【すべての方にお伺いします。】 ⑨ 令和５年４月～令和５年６月の３か月間で服用薬剤調整支援料1の算定ができなかった場合も含め減薬の処方変更の提案に至った事例数をご記入ください。	（ ）件

⑩ 服用薬剤調整支援料2の算定状況についてご回答ください。 ※○は1つ

1. 服用薬剤調整支援料２イの算定あり （→質問⑪-1 へ）	2. 服用薬剤調整支援料２ロの算定あり （→質問⑪-1 へ）
3. 服用薬剤調整支援料２の算定なし （→質問⑫へ）	

【⑩で選択肢 1, 2（服用薬剤調整支援料2イ・ロ）と回答した場合】 ⑪-1 貴薬局における服用薬剤調整支援料2の算定状況についてお答えください。 【令和５年４月～令和５年６月の３か月間】	（ ）回

⑪-2 服用薬剤調整支援料２にかかる重複投薬等の解消の提案を行うきっかけをご回答ください。
※対応の多いもの上位３つに○

1. 薬歴での管理	2. 患者とのやりとり
3. お薬手帳での確認	4. アドヒアランスの不良
5. 介護者やケアマネジャー等からの申し出	6. 検査値上の問題
7. 多数のお薬手帳の持参	8. 医療機関からの情報提供
9. 異なった医療機関の受診が多い	10. 既往疾患を多数抱えていた
11. その他（具体的に： ）	

⑪-3 重複投薬等の解消提案により、重複投薬は解消されましたか。 ※○は1つ	1. 解消された	2. ある程度解消された
	3. あまり解消されなかった	4. まったく解消されなかった

【⑪-3 で「3. あまり解消されなかった」と「4. まったく解消されなかった」と回答した場合】
⑪-4 重複投薬が解消されなかった理由は何ですか。

理由（自由記載）

【すべての方にお伺いします。】

⑫ ポリファーマシー解消・重複投薬の削減のために、貴薬局が行っている取組をお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 服用状況等にもとづく、かかりつけ医への処方提案	2. お薬手帳等を利用した医療機関での服用薬の把握
3. 医療機関の薬剤師との連携による服用薬の見直し	4. 医薬品の適正使用に係る患者・家族向けの普及啓発の実施
5. 厚生労働省「高齢者の医薬品適正使用の指針」を参考にした処方の提案	
6. 薬局からかかりつけ医への服用薬の情報の提供	
7. その他 （具体的に： ）	

⑬ 上記⑫の選択肢 1.～7.のうち、特に効果があった取組を１つだけお書きください。	

(3)外来服薬支援料１の算定状況についてご回答ください。

⑭貴薬局における外来服薬支援料1の算定状況（令和５年４月～令和５年６月の３か月間）	（ ）回

8. 調剤後のフォローアップについてお伺いします。

① 調剤後薬剤管理指導加算の算定状況（令和５年４月～令和５年６月の３か月間）	（　　）回
② 貴薬局では、インスリン製剤、スルフォニル尿素系製剤(SU 剤)を調剤することがありますか。 ※○は1つ	1. ある　　2. ない
③ 吸入薬指導加算の算定状況（令和５年４月～令和５年６月の３か月間）	（　　）回

④特にフォローアップの必要がある疾患についてご回答ください。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 糖尿病	2. ぜんそく	3. COPD	4. 心不全	5. 血栓塞栓症
6. 認知症	7. 精神疾患	8. 悪性腫瘍	9. その他（具体的に：　　）	

⑤ フォローアップの必要がある患者の属性についてご回答ください。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 薬剤変更（用法用量、後発医薬品への変更も含む）があった患者	2. 長期処方（処方日数 30 日以上）の患者
3. 服薬アドヒアランスが不良な患者	4. 認知機能が低下している患者
5. 服用方法に注意が必要な薬剤を処方された患者	6. 手技を伴う薬剤（吸入剤、点鼻剤、注射剤等）を処方された患者
7. 特に副作用の頻度が高く注意すべき薬剤（抗がん剤等）を処方された患者	
8. 特に他の薬剤との相互作用を注意すべき薬剤を処方された患者	
9. その他（具体的に：　　）	

⑥ 調剤後のフォローアップの実施手段 ※あてはまる番号すべてに○

1. 電話	2. メール	3. ビデオ電話	4. チャット	5. 対面
6. その他（具体的に：　　）				

⑦フォローアップ回数をご記入ください（令和５年６月の１か月間）

1）フォローアップ実施患者数（実人数）	（　　）人
2）フォローアップで得られた情報を処方医等にフィードバックした回数	延べ（　　）回

⑧フォローアップで収集している情報をご回答ください。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 体調の変化	2. 患者の服薬状況
3. 残薬状況	4. 患者の薬剤の保管・管理の状況
5. 患者の薬剤服用後の副作用等の状況	6. フォローアップ中に受診した医療機関の併用薬
7. その他（具体的に：　　）	

⑨フォローアップした情報について処方医等に情報提供しているかご回答ください。 ※○は1つ

1. フォローアップしたときは毎回、処方医等に情報提供している
2. フォローアップを行い問題点があった場合にのみ、処方医等に情報提供している。
3. 特に処方医等への情報提供をしていない。

【⑩は、⑨で 1.～2.と回答した方（処方医等に情報提供をしている方）にお伺いします。】

⑩処方医等にフィードバックした内容をご回答ください。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 新たに追加された併用薬剤等（一般用医薬品、医薬部外品、いわゆる健康食品を含む。）の情報
2. 処方薬剤の服用状況（アドヒアランス及び残薬等）
3. 薬剤に関する提案
4. 副作用等の状況
5. 服薬指導の要点
6. その他（具体的に：　　）

9. オンライン服薬指導の実施状況※についてお伺いします。

※電話を用いた服薬指導等に関する特例（0410 対応）を除く。

① オンライン服薬指導の実施体制を整えていますか ※○は1つ	1. はい	2. いいえ

② オンライン服薬指導の実施の実績の有無 ※○は1つ		
	1. 外来患者のみに対応	2. 在宅訪問する患者のみ対応
	3. 外来患者及び在宅訪問する患者に対応	4. 実施実績なし

【③は、①で「2. いいえ」と回答した方にお伺いします。】

③ オンライン服薬指導の実施体制を整えていない理由をご回答ください。 ※あてはまる番号すべてに○	
1. 導入の費用の負担が大きい	2. 運用の費用の負担が大きい
3. インターネット接続が難しい又は時間がかかる	4. 個人情報の漏洩等のセキュリティ上の心配がある
5. オンライン服薬指導の方が対面の服薬指導に比べて、指導時間が長くなる	6. 薬剤配送に手間がかかる
7. 職員にオンライン服薬指導を実施出来る ICT 技術がない	8. 対応のための人員が確保できない
9. 処方箋を受け取る医療機関がオンライン診療を実施していない	10 患者からのニーズがない
11. その他（具体的に： ）	

【すべての方にお伺いします。】

④ 対面服薬指導と比較した場合の、薬局におけるオンライン服薬指導のメリット・デメリットと考えるものについてご回答ください。
オンライン服薬指導の実績有無にかかわらず、ご回答ください。※あてはまる番号すべてに○

メリット	1. 対面による服薬指導に比べ、プライバシーの確保がしやすい	
	2. 患者の家族等と一緒に服薬指導できる	3. 患者自宅での残薬管理状況を確認できる
	4. スケジュールの調整が容易で、他職種と同じタイミングで対応しやすい	
	5. 時間の管理がしやすい	6. その他（具体的に： ）
	7. 特になし	
デメリット	1. 機器の接続に手間がかかる	2. 通信環境や端末等の用意が必要である
	3. オンライン服薬指導をする場所を確保しなければならない	4. 端末の操作等に不慣れな患者がいる
	5. 薬剤の受け渡しに時間を要する	6. 薬剤の送付に負担がかかる
	7. 患者の様子を直接確認できない	8. 残薬が整理されていない場合、確認しにくい
	9. お薬手帳の情報が確認しにくい	10. 薬を直接示せない
	11. 対面での服薬指導に比べて十分な指導ができない	12. 患者とのコミュニケーションが十分に取れない
	13. 患者のなりすましリスクがある	14. その他（具体的に： ）
	15. 特になし	

10. 医療機関等との連携についてお伺いします。

(1)医療機関等との連携についてご回答ください。【令和 5 年 6 月の 1 か月間】		
① 服薬情報等提供料の算定回数をご回答ください。		
1) 服薬情報等提供料1の算定有無 ※○は1つ	1. あり	2. なし
1)-1. 算定回数のうち最も多く処方を受け付けた医療機関への情報提供の回数		( ) 回
1)-2. 算定回数のうち最も多く処方を受け付けた医療機関以外への情報提供の回数		( ) 回
2) 服薬情報等提供料2の算定有無 ※○は1つ	1. あり	2. なし
2)-1. 算定回数のうち患者もしくはその家族への情報提供の回数		( ) 回
2)-2. 算定回数のうち最も多く処方を受け付けた医療機関への情報提供の回数		( ) 回
2)-3. 算定回数のうち最も多く処方を受け付けた医療機関以外への情報提供の回数		( ) 回
3) 服薬情報等提供料３の算定有無 ※○は1つ	1. あり	2. なし
3)-1. 算定回数のうち最も多く処方を受け付けた医療機関への情報提供の回数		( ) 回
3)-2. 算定回数のうち最も多く処方を受け付けた医療機関への情報提供の回数		( ) 回
4) 服薬情報等提供料の算定していないが、医療機関へ情報提供をおこなった回数		( ) 回
4)-1. 4)のうち最も多く処方を受け付けた医療機関への情報提供の回数		( ) 回
4)-2. 4)のうち最も多く処方を受け付けた医療機関以外への情報提供の回数		( ) 回

② 医療機関との連携内容のうち、特に効果があったものについて◎をつけてください。
また、医療機関との連携内容にすべてに○をつけてください。(◎は1つ、○はあてはまる番号すべて)

連携方法	1. 医療機関との間で勉強会・研修会への参加	
	2. 退院時カンファレンスの参加	
	3. 患者の入院時の服用薬の情報提供	
	4. 医療機関の求めに応じた貴薬局から医療機関への患者の服用状況等の情報提供	
	5. 医療機関の求めによらない貴薬局から医療機関への患者の服用状況等の情報提供	
情報共有方法	6. 臨床検査値の情報共有	
	7. 化学療法（レジメン）の情報共有	
	8. 退院時サマリーの情報共有	
	9. 抗がん剤治療の副作用発生時の対応に関するプロトコルの共有	
その他	10. その他（具体的に： ）	
	11. 医療機関と連携していない	

(2)入退院時支援についてご回答ください。		
③患者が入院を行う際、医療機関への情報提供を行うことがありますか。 ※○は1つ	1. あり	2. なし
④患者が入院を行う際、処方薬の整理を行うことがありますか。※○は1つ	1. あり	2. なし
⑤患者の入退院について、医療機関と連携していますか。※○は1つ	1. 連携している	2. 連携していない

【⑤で「1. 連携している」と回答した場合】⑤-1 医療機関とはどのような連携をしていますか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 入院時カンファレンスへの参加による患者情報の共有	2. 退院時カンファレンスへの参加による患者情報の共有
3. 共通システムによる患者情報の共有	4. カンファレンスによらない病院薬剤師との連携による患者情報の共有
5. お薬手帳による服用薬剤情報の共有	6. その他（具体的に： ）

【すべての方にお伺いします。】

⑥医療機関から患者の退院時サマリーを受け取ったことがありますか。 ※○は1つ	1. ある	2. ない

【⑥で「1. 受け取ったことがある」と回答した場合】

⑥-1 退院時サマリーのうち特に必要な情報は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 退院時診断	2. アレルギー・不適応反応	3. デバイス情報
4. 主訴又は入院理由	5. 入院までの経過（現病歴、既往歴、入院時現症等）	6. 入院経過（投与薬剤の変化理由等）
7. 手術・処置情報	8. 退院時状況（身体状況、活動度、認知機能、嚥下機能等）	9. 退院時使用薬剤情報
10. 退院後方針	11. 検査値	12. 薬剤管理（本人又は家族、カレンダー管理等）
13. その他（		）

【すべての方にお伺いします。】

⑦他職種への情報提供について a.提供の有無 b.提供した内容を教えてください。（a.○は１つだけ b.あてはまる番号すべてに○）.

	a.提供の有無	b.提供した内容
1)医師	1. あり 2. なし	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
2)歯科医師	1. あり 2. なし	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
3)看護師	1. あり 2. なし	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
4)管理栄養士	1. あり 2. なし	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
5)PT/OT/ST	1. あり 2. なし	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
6)ケアマネジャー	1. あり 2. なし	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
7)介護士	1. あり 2. なし	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
8)生活相談員	1. あり 2. なし	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
9)その他（具体的に:＿＿＿＿＿＿）	1. あり 2. なし	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10

【b.提供した内容】の選択肢

1.患者の服薬状況に合わせた処方提案	2.薬物療法に関する助言	3.服薬状況の確認と残薬の整理
4.麻薬及び輸液製剤（注射剤）やそれに伴う機材の使用に係る支援	5.医療材料、衛生材料の提供	
6.夜間休日を含む緊急時の医薬品の提供	7.麻薬の供給	
8.医師の指示とおりの服用が難しい場合の対応策の提案（お薬カレンダー、飲みにくい錠剤を粉砕、一包化等）		
9.服用薬の副作用に関する情報提供	10.輸液等において薬剤の調製に関する助言	

11. その他

①医療機関との連携について、診療報酬改定の良い影響、問題点等がございましたら、ご記入ください。

（良い点）

（悪い点）

質問は以上です。ご協力頂き誠にありがとうございました。

令和5年●月●日（●）までに返信用封筒をご使用の上投函ください（切手不要）。

令和 4 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和 5 年度調査）

かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査

診療所票

※この診療所票は、保険薬局との連携状況、医薬品の適正使用のための残薬解消、ポリファーマシー・重複投薬の削減に関する取組等についてお伺いするものです。

＜ご回答方法＞

・あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。
・「※○は１つだけ」という質問については、あてはまる番号を１つだけ○で囲んでください。
・（　）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。
・（　）内に数値を記入する設問で、該当なしは「０（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をご記入ください。
・特に断りのない限り、令和 5 年 7 月 1 日現在の貴施設の状況についてお答えください。
・災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

1. 貴施設の概要等についてお伺いします。（令和 5 年●月●日現在）

① 所在地	（　　）都・道・府・県　　※都道府県名まで					
② 開設者※1 ※○は１つだけ	1. 国 5. 医療法人(社会医療法人を除く)	2. 公立 6. 会社	3. 公的 7. その他の法人	4. 社会保険関係団体 8. 個人		
③ 診療所の種別 ※○は１つだけ	1. 有床診療所		2. 無床診療所			
【有床診療所の場合のみ】 ④ 許可病床数	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床	病院全体
	（　　）床	（　　）床	（　　）床	（　　）床	（　　）床	（　　）床
⑤ 過去１年間の病床数の変更（令和 4 年 4 月～令和 5 年 3 月）　※○は１つだけ	1. 変更あり		2. 変更なし			
⑥ 標榜診療科 ※あてはまる番号すべてに○	1. 内科※2 5. 皮膚科 9. 耳鼻咽喉科 13. 麻酔科 16. リハビリテーション科	2. 外科※3 6. 泌尿器科 10. 放射線科 14. 救急科	3. 精神科 7. 産婦人科・産科 11. 脳神経外科 15. 歯科・歯科口腔外科 17. その他（具体的に:　　）	4. 小児科 8. 眼科 12. 整形外科		
⑧ 貴施設の在宅療養支援診療所の届出区分	1. 機能強化型在宅療養支援診療所(単独型) 3. 上記以外の在宅療養支援診療所		2. 機能強化型在宅療養支援診療所(連携型) 4. 在宅療養支援診療所ではない			
⑨ 貴施設における外来分離※4の有無 ※○は１つだけ	1. 外来分離をしている		2. 外来分離をしていない			
⑩ 地域医療情報連携ネットワーク※5への参加の有無※○は１つだけ	1. 参加あり		2. 参加なし			

※1 開設者による分類は下記の通りです。
国　：厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構、その他（国）
公　立　：都道府県、市町村、地方独立行政法人
公　的　：日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会
社会保険関係団体：健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合
医療法人　：医療法人（社会医療法人を除く）
会社　：株式会社等
その他の法人　：社会医療法人、公益法人、医療生協、その他の法人

※2 内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「1. 内科」としてご回答ください。

※3 外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「2. 外科」としてご回答ください。

※4 「外来分離」とは、入院を行う医療機関及び医療従事者と外来を行う医療機関及び医療従事者とを分けるなど、病院から外来機能を外すことを指します。

※5 「医療情報連携ネットワーク」とは、地域において病病連携や病診連携など、主に電子カルテ情報を用いて医療情報の連携を行っているネットワークを指します。

⑪ **他の医療機関や訪問看護ステーション、薬局、居宅介護支援事業者等の関係機関の職員と情報共有・連携**を行うために、**ICT（情報通信技術）**を活用しているかお選びください。　※○は１つだけ
また、「1. ICT を活用している」を選んだ場合、活用している ICT を全てお選びください。

1. ICT を活用している

活用している ICT ※あてはまる番号すべてに○	11. メール　12. 電子掲示板 13. グループチャット　14. ビデオ通話(オンライン会議システムを含む) 15. 地域医療情報連携ネットワーク※ 16. 自院を中心とした専用の情報連携システム 17. その他(具体的に:　　) ※地域において病診連携など、主に電子カルテ情報を用いて医療情報の連携を行っているネットワーク

2. ICT を活用していない

⑫ 機能強化加算の算定有無(令和５年４～７月)　※○は１つだけ	１．ある　２．ない

⑬ 職員数（常勤換算※6）をご記入ください。　※小数点以下第１位まで

１）医師	（　．　）人	６）リハビリ職※7	（　．　）人
-1 うち、常勤医師のみ	（　）人　※整数	７）管理栄養士	（　．　）人
２）歯科医師	（　．　）人	８）その他の医療職※8	（　．　）人
３）保健師・助産師・看護師	（　．　）人	９）社会福祉士	（　．　）人
４）准看護師	（　．　）人	10）その他の職員	（　．　）人
５）薬剤師	（　．　）人		

※6 非常勤職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください。
■1 週間に数回勤務の場合：（非常勤職員の 1 週間の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間）
■1 か月に数回勤務の場合：（非常勤職員の 1 か月の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間×4）
※7 リハビリ職とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を指します。
※8 その他の医療職とは、臨床工学技士、臨床検査技師等、その他の医療系資格を有する者を指します。

2. 医薬品の処方状況についてお伺いします

		初診患者数	再診延べ患者数
① 外来患者数	※令和５年６月の１か月間	（　）人	（　）人
	※令和５年６月の１か月間	（　）人	（　）人
② 外来の院内・院外処方の割合 ※令和５年６月の１か月間	院内処方(　)％＋院外処方(　)％＝100％　※算定回数ベース		
③ いわゆる門前薬局の有無　※○は１つだけ	1. あり　2. なし		
④ いわゆる敷地内薬局の有無と薬局数　※○は１つだけ	1. あり（薬局数:　）　2. なし		
⑤ 院外処方箋における問合せ簡素化プロトコル※1を保険薬局と結んでいますか。　※○は１つだけ	1. 結んでいる　2. 結んでいない		

※1　医師・薬剤師等により事前に作成・合意されたプロトコル（例：事前に同意が得られた項目を院外処方箋における疑義照会簡素化項目として設定し、処方内容が変更された場合に処方歴の代行修正ができること等をとりまとめたプロトコルであり、合意を得た保険薬局との間で運用されている。）

3. 薬局との連携状況についてお伺いします。

① 医薬品の処方・薬局での調剤後のフォローアップの必要があると考えられる患者の属性　※当てはまる番号全てに○

1．薬剤変更（用法用量、後発医薬品への変更も含む）があった患者
2．長期処方（処方日数 30 日以上）の患者
3．服薬アドヒアランスが不良な患者
4．認知機能が低下している患者
5．服用方法に注意が必要な薬剤（ビスフォス等）を処方された患者
6．手技を伴う薬剤（吸入剤、点鼻剤、注射剤等）を処方された患者
7．特に副作用に注意すべき薬剤（抗がん剤等）を処方された患者
8．特に他の薬剤との相互作用を注意すべき薬剤を処方された患者
9．その他（具体的に：　　）

② 医薬品の処方・薬局での調剤後のフォローアップの必要があると考えられる疾患　※当てはまる番号全てに○

1．糖尿病　2．ぜんそく　3．COPD　4．心不全
5．血栓塞栓症　6．認知症　7．精神疾患　8．悪性腫瘍
9．その他（具体的に：　　）

③ フォローアップに関して薬局からフィードバックされる情報のうち診療の役に立つと考えられる情報は何ですか。
※当てはまる番号全てに○

1．患者の服薬状況　2．残薬状況
3．患者の保管・管理の状況　4．患者の薬剤の副作用等のモニタリング状況
5．処方内容に関する提案情報
6．その他の患者に関する情報（具体的に：　　）

④ 薬局にフォローアップして欲しい薬剤はどのような薬剤ですか。　※当てはまる番号全てに○

1．服用方法に注意が必要な薬剤（ビスフォス等）　2．手技を伴う薬剤（点鼻剤、注射剤等）
3．特に副作用に注意すべき薬剤（抗がん剤等）　4．特に他の薬剤との相互作用を注意すべき薬剤
5．その他（具体的に：　　）　6．そのような薬剤は特にない

【全ての施設にお伺いします。】
⑤ 糖尿病患者のフォローアップについて薬局に指示したことはありますか。　※○は1つだけ

1．指示したことがある（質問⑤-1 へ）　2．指示したことはない（質問⑥へ）

【⑤で「1．指示したことがある」と回答した方にお伺いします。】
⑤-1 薬局から糖尿病患者の指導結果等に関する情報提供はありましたか。　※○は1つだけ

1．電話であった　2．文書であった　3．その他の方法であった（具体的に：　　）　4．なかった

【全ての施設にお伺いします。】
⑥ 糖尿病患者のうち、どのような患者の場合、薬局にフォローアップを指示すると考えますか。　※当てはまる番号全てに○
（フォローアップについて薬局に指示したことがない場合も、指示するときを想定してお答えください。）

経口薬を院外処方する際に	注射薬を院外処方する際に
1．初めて SU 剤を処方する患者	1．初めてインスリンを処方する患者
2．初めて DPP4 阻害薬等の SU 剤以外を処方する患者	2．初めて GLP-1 等のインスリン以外の注射薬を処方する患者
3．糖尿病薬の種類が変わった患者	3．糖尿病薬の種類が変わった患者
4．糖尿病薬の服用方法を誤って覚えている患者	4．糖尿病薬の使用方法を誤って覚えている患者
5．糖尿病薬のアドヒアランスが良くない患者	5．糖尿病薬のアドヒアランスが良くない患者
6．副作用の発生の恐れがある患者	6．糖尿病薬の補助具が必要な患者
7．他の疾病を併発している患者	7．副作用の発生の恐れがある患者
8．その他（　　）	8．他の疾病を併発している患者
	9．その他（　　）

⑦ 糖尿病患者のフォローアップを薬局に指示した場合のメリットとしては、何が考えられますか。※当てはまる番号全てに○
（フォローアップについて薬局に指示したことがない場合も、指示するときを想定してお答えください。）

1．患者が正しく服用できるようになった
2．アドヒアランスが向上した
3．服用等の状況の報告が診療の参考となった
4．糖尿病薬に関する患者からの問い合わせが減った
5．その他（具体的に：　　）
6．薬局でのフォローアップの指示にメリットを感じない
　→メリットを感じない理由をお書きください：
（　　）

⑧ 薬局との連携についての課題はありますか。　※当てはまる番号全てに○

1．在宅訪問を依頼する場合にどこの薬局へ依頼すればいいのかわからない
2．抗がん剤などの特殊な薬剤をどの薬局が取り扱っているかどうかわからない
3．TPN（中心静脈栄養）などの無菌調整を対応できる薬局がみつからない
4．麻薬処方時にどの薬局が麻薬を取り扱っているかどうかわからない
5．ターミナル期の患者対応ができる薬局がみつからない
6．患者の体調変化等により、やむを得ず急遽薬剤が必要となった場合に対応できる薬局がみつからない
7．薬局との連携の必要性がない
8．その他（　　）

4. ポリファーマシー対策の取組についてお伺いします。

① 日常診療の中で「ポリファーマシー※対策」をどれぐらい意識しますか。 ※○は1つだけ

1．常に意識する	2．必要に応じて意識する
3．あまり意識しない	4．まったく意識しない

② 薬局より患者の重複投薬等の解消に関し、処方変更の提案を受け取ったことはありますか。 ※○は1つだけ

1．受け取ったことがある（質問②-1 へ）	2．受け取ったことがない（質問５．①へ）

【②で「1. 受け取ったことがある」と回答した方にお伺いします。】

②-1 薬局の提案により処方を変更したことはありますか。 ※○は 1 つだけ

1．処方の変更をしたことがある	2．処方の変更をしなかった → 変更しなかった理由：（　　）

※「ポリファーマシー」は、単に服用する薬剤数が多いのみならず、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服用過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態を指す

ID 番号：

5. 薬局からの服薬情報等の提供についてお伺いします。

① 薬局から患者の服薬情報に関する情報提供を受け取ったことはありますか。 ※○は1つだけ

1．受け取ったことがある　（質問①-1、①-2、②へ）
2．受け取ったことはない　（質問②へ）

【①で「1. 受け取ったことがある」と回答した方にお伺いします。】

①-1 薬局から受け取った服薬情報のうち、貴院が求めた情報は何割程度ですか。

（　　）割
※1～10 の自然数

①-2 これまでに薬局から受け取った情報のうち診療に役立った情報は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1．患者の服薬状況
2．残薬状況
3．患者の医薬品の保管・管理の状況
4．患者の服薬後のモニタリング状況
5．処方内容に関する提案情報
6．副作用の発生状況
7．患者の医療機関・薬局等の利用状況
8．その他の患者に関する情報（具体的に：　　）

【すべての方にお伺いします。】

② 薬局から報告してほしい患者の情報は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1．患者の服薬状況
2．残薬状況
3．患者の医薬品の保管・管理の状況
4．患者の服薬後のモニタリング状況
5．処方内容に関する提案情報
6．副作用の発生状況
7．患者の医療機関・薬局等の利用状況
8．その他の患者に関する情報（具体的に：　　）

6. その他

①薬局との連携について、診療報酬改定の良い影響、問題点等がございましたら、ご記入ください。

（良い点）

（悪い点）

質問は以上です。ご協力頂き誠にありがとうございました。
令和5年●月●日（●）までに返信用封筒をご使用の上投函ください（切手不要）。

ID 番号：

令和 4 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和 5 年度調査）

かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査

病院票

※この病院票は、保険薬局との連携状況、医薬品の適正使用のための残薬解消、ポリファーマシー・重複投薬の削減に関する取組等についてお伺いするものです。

＜ご回答方法＞

・あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。
・「※○は１つだけ」という質問については、あてはまる番号を１つだけ○で囲んでください。
・（　）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。
・（　）内に数値を記入する設問で、該当なしは「０（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をご記入ください。
・特に断りのない限り、令和 5 年 7 月 1 日現在の貴施設の状況についてお答えください。
・災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

1. 貴施設の概要等についてお伺いします。（令和 5 年●月●日現在）

① 所在地	（　　）都・道・府・県　　※都道府県名まで					
② 開設者※1 ※○は１つだけ	1. 国 5. 医療法人(社会医療法人を除く)	2. 公立 6. 会社	3. 公的 7. その他の法人	4. 社会保険関係団体 8. 個人		
③ 承認等の状況 ※○は１つだけ	1. 特定機能病院	2. 地域医療支援病院	3. 左のいずれにも該当しない			
④ DPC 対応状況 ※○は１つだけ	1. DPC 対象病院	2. DPC 準備病院	3. DPC 対象病院・準備病院以外			
⑤ 許可病床数	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床	病院全体
	（　　）床	（　　）床	（　　）床	（　　）床	（　　）床	（　　）床
⑥ 過去１年間の病床数の変更（令和 4 年 4 月～令和 5 年 3 月）　※○は１つだけ	1. 変更あり	2. 変更なし				
⑦ 標榜診療科 ※当てはまる番号全てに○	1. 内科※2 5. 皮膚科 9. 耳鼻咽喉科 13. 麻酔科 16. リハビリテーション科	2. 外科※3 6. 泌尿器科 10. 放射線科 14. 救急科	3. 精神科 7. 産婦人科・産科 11. 脳神経外科 15. 歯科・歯科口腔外科 17. その他（具体的に:　　）	4. 小児科 8. 眼科 12. 整形外科		
⑧ 貴施設の在宅療養支援病院の届出区分 ※○は１つだけ	1. 機能強化型在宅療養支援病院(単独型) 3. 上記以外の在宅療養支援病院	2. 機能強化型在宅療養支援病院(連携型) 4. 在宅療養支援病院ではない				
⑨ 貴施設における外来分離※4の有無 ※○は１つだけ	1. 外来分離をしている	2. 外来分離をしていない				
⑩ 地域医療情報連携ネットワーク※5への参加の有無※○は１つだけ	1. 参加あり	2. 参加なし				

※1 開設者による分類は下記の通りです。

国　：厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構、その他（国）
公　立　：都道府県、市町村、地方独立行政法人
公　的　：日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会
社会保険関係団体：健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合
医療法人　：医療法人（社会医療法人を除く）
会社　：株式会社等
その他の法人　：社会医療法人、公益法人、医療生協、その他の法人

※2 内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「1. 内科」としてご回答ください。

※3 外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「2. 外科」としてご回答ください。

※4 「外来分離」とは、入院を行う医療機関及び医療従事者と外来を行う医療機関及び医療従事者とを分けるなど、病院から外来機能を外すことを指します。

※5 「医療情報連携ネットワーク」とは、地域において病病連携や病診連携など、主に電子カルテ情報を用いて医療情報の連携を行っているネットワークを指します。

⑪ **他の医療機関や訪問看護ステーション、薬局、居宅介護支援事業者等の関係機関の職員と情報共有・連携**を行うために、**ICT（情報通信技術）**を活用しているかお選びください。　※○は１つだけ
また、「1. ICT を活用している」を選んだ場合、活用している ICT を全てお選びください。

1. ICT を活用している

活用している ICT ※当てはまる番号全てに○	11. メール　12. 電子掲示板 13. グループチャット　14. ビデオ通話(オンライン会議システムを含む) 15. 地域医療情報連携ネットワーク※ 16. 自院を中心とした専用の情報連携システム 17. その他(具体的に:　　) ※地域において病診連携など、主に電子カルテ情報を用いて医療情報の連携を行っているネットワーク

2. ICT を活用していない

⑫ 機能強化加算の算定有無（令和 5 年 4～7 月）　※○は１つだけ	1. ある　2. ない

⑬ 職員数（常勤換算※6）をご記入ください。　※小数点以下第１位まで

1）医師	（　　）人	6）リハビリ職※7	（　　）人
-1 うち、常勤医師のみ	（　　）人　※整数	7）管理栄養士	（　　）人
2）歯科医師	（　　）人	8）その他の医療職※8	（　　）人
3）保健師・助産師・看護師	（　　）人	9）社会福祉士	（　　）人
4）准看護師	（　　）人	10）その他の職員	（　　）人
5）薬剤師	（　　）人		

※6 非常勤職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください。
■1 週間に数回勤務の場合：（非常勤職員の 1 週間の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間）
■1 か月に数回勤務の場合：（非常勤職員の 1 か月の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間×4）
※7 リハビリ職とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を指します。
※8 その他の医療職とは、臨床工学技士、臨床検査技師等、その他の医療系資格を有する者を指します。

2. 医薬品の処方状況についてお伺いします。

		初診患者数	再診延べ患者数
① 外来患者数	※令和 5 年 6 月の 1 か月間	（　　）人	（　　）人
	※令和 5 年 6 月の 1 か月間	（　　）人	（　　）人
② 外来の院内・院外処方の割合 ※令和 5 年 6 月の 1 か月間	院内処方（　　）％＋院外処方（　　）％＝100％　※算定回数ベース		
③ いわゆる門前薬局の有無　※○は１つだけ		1. あり　2. なし	
④ いわゆる敷地内薬局の有無と薬局数　※○は１つだけ		1. あり（薬局数:　　）　2. なし	
⑤ 院外処方箋における問合せ簡素化プロトコル※1を保険薬局と結んでいますか。　※○は１つだけ		1. 結んでいる　2. 結んでいない	

※1 医師・薬剤師等により事前に作成・合意されたプロトコル（例：事前に同意が得られた項目を院外処方箋における疑義照会簡素化項目として設定し、処方内容が変更された場合に処方歴の代行修正ができること等をとりまとめたプロトコルであり、合意を得た保険薬局との間で運用されている。）

3. 薬局との連携状況についてお伺いします。

① 処方箋を発行した患者のうち、薬局での調剤後のフォローアップの必要があると考えられる患者の属性
※当てはまる番号全てに○

1．薬剤変更（用法用量、後発医薬品への変更も含む）があった患者
2．長期処方（処方日数 30 日以上）の患者
3．服薬アドヒアランスが不良な患者
4．認知機能が低下している患者
5．服用方法に注意が必要な薬剤（ビスフォス等）を処方された患者
6．手技を伴う薬剤（吸入剤、点鼻剤、注射剤等）を処方された患者
7．特に副作用に注意すべき薬剤（抗がん剤等）を処方された患者
8．特に他の薬剤との相互作用を注意すべき薬剤を処方された患者
9．その他（具体的に：　　）

② 処方箋を発行した患者のうち、薬局での調剤後のフォローアップの必要があると考えられる疾患
※当てはまる番号全てに○

1．糖尿病　2．ぜんそく　3．COPD　4．心不全
5．血栓塞栓症　6．認知症　7．精神疾患　8．悪性腫瘍
9．その他（具体的に：　　）

③ フォローアップに関して薬局からフィードバックされる情報のうち診療の役に立つと考えられる情報は何ですか。
※当てはまる番号全てに○

1．患者の服薬状況　2．残薬状況
3．患者の保管・管理の状況　4．患者の薬剤の副作用等のモニタリング状況
5．処方内容に関する提案情報
6．その他の患者に関する情報（具体的に：　　）

④ 薬局にフォローアップして欲しい薬剤はどのような薬剤ですか。※当てはまる番号全てに○

1．服用方法に注意が必要な薬剤（ビスフォス等）　2．手技を伴う薬剤（点鼻剤、注射剤等）
3．特に副作用に注意すべき薬剤（抗がん剤等）　4．特に他の薬剤との相互作用を注意すべき薬剤
5．その他（具体的に：　　）　6．そのような薬剤は特にない

【全ての施設にお伺いします。】
⑤ 糖尿病患者のフォローアップについて薬局に指示したことはありますか。 ※○は1つだけ

1．指示したことがある（質問⑤-1 へ）　2．指示したことはない（質問⑥へ）

【⑤で「1．指示したことがある」と回答した方にお伺いします。】
⑤-1 薬局から糖尿病患者の指導結果等に関する情報提供はありましたか。 ※○は1つだけ

1．電話であった　2．文書であった　3．その他の方法であった（具体的に：　　）　4．なかった

【全ての施設にお伺いします。】
⑥ 糖尿病患者のうち、どのような患者の場合、薬局にフォローアップを指示すると考えますか。 ※当てはまる番号全てに○
（フォローアップについて薬局に指示したことがない場合も、指示するときを想定してお答えください。）

経口薬を院外処方する際に	注射薬を院外処方する際に
1．初めて SU 剤を処方する患者	1．初めてインスリンを処方する患者
2．初めて DPP4 阻害薬等の SU 剤以外を処方する患者	2．初めて GLP-1 等のインスリン以外の注射薬を処方する患者
3．糖尿病薬の種類が変わった患者	3．糖尿病薬の種類が変わった患者
4．糖尿病薬の服用方法を誤って覚えている患者	4．糖尿病薬の使用方法を誤って覚えている患者
5．糖尿病薬のアドヒアランスが良くない患者	5．糖尿病薬のアドヒアランスが良くない患者
6．副作用の発生の恐れがある患者	6．糖尿病薬の補助具が必要な患者
7．他の疾病を併発している患者	7．副作用の発生の恐れがある患者
8．その他（　　）	8．他の疾病を併発している患者
	9．その他（　　）

⑦ 糖尿病患者のフォローアップを薬局に指示した場合のメリットとしては、何が考えられますか。 ※当てはまる番号全てに○
（フォローアップについて薬局に指示したことがない場合も、指示するときを想定してお答えください。）

1．患者が正しく服用できるようになった
2．アドヒアランスが向上した
3．服用等の状況の報告が診療の参考となった
4．糖尿病薬に関する患者からの問い合わせが減った
5．その他（具体的に：　　）
6．薬局でのフォローアップの指示にメリットを感じない
→メリットを感じない理由をお書きください：
（　　）

⑧貴院では令和5年4～6月で何件のトレーシングレポートを受けとっていますか。　合計：（　　）件

【⑧で「1 件以上」の回答をした方は下記⑧-1、⑧-2 をお答えください】

⑧-1 貴施設で受領したトレーシングレポートは、医師へ連絡されていますか。 ※○は1つだけ

1．全て連絡している　2．一部連絡している　3．連絡していない　4．わからない

⑧-2 トレーシングレポートの医師への連絡に、薬剤部は関与していますか。 ※○は1つだけ

1．関与している　2．一部関与している　3．関与していない

【大問４～５は必要に応じ、貴施設の薬剤部・薬剤師へご確認しつつお答えください】

4. 入院患者に関する薬局との連携状況についてお伺いします。

① 入院前に薬局に患者の持参薬の整理を依頼することはありますか。 ※○は1つだけ

1．整理を依頼することがある（質問①-１、①-２、②へ）
2．整理を依頼することはない（質問②へ）

【①で「1.　整理を依頼することがある」と回答した方にお伺いします。】

①-1 入院前に薬局に患者の持参薬の整理を依頼するメリットは何ですか

	当てはまるもの全て○	最も必要なもの一つ○
1. 入院時の持参薬確認の負担軽減になる		
2. 薬剤総合評価調整加算等への取組に活かされる		
3. 持参薬に起因する医療事故のリスク軽減につながる		
4. カルテへの持参薬内容の反映がスムーズになる		
5. 病棟薬剤業務の充実につながる		
6. 薬剤管理業務の充実につながる		
7. 調剤業務の円滑な実施につながる		

①-2 持参薬の整理を薬局に依頼した際に、薬局から病院へ、特に提供してほしい情報は何ですか。
※当てはまる番号全てに○

1．他の医療機関からの処方状況
2．患者の服薬管理情報
3．薬剤管理において工夫を行った情報
4．入院前に中止している医薬品
5．患者自身の判断で調節している薬
6．ＯＴＣ／健康食品等の使用状況
7．アレルギー歴／副作用歴
8．患者の医療機関・薬局等の利用状況
9．その他（具体的に：　　）

【すべての方にお伺いします。】 ② 患者が入院を行う際、薬局からの情報提供を受けることがありますか。 ※○は1つだけ	1．ある 2．ない
③ 患者の入退院について、薬局と連携していますか。 ※○は1つだけ	1．連携している　（質問③-1 へ） 2．連携していない

【③で「1. 連携している」と回答した場合】

③-1 患者の入退院を、どのように薬局へ知らせていますか。 ※当てはまる番号全てに○

1．電話で知らせる　　2．文書で知らせる　　3. その他の方法で知らせる
（具体的に:　　）

③-2 薬局とはどのような連携をしていますか。 ※当てはまる番号全てに○

1．入院時カンファレンスへの参加による患者情報の共有
2．退院時カンファレンスへの参加による患者情報の共有
3．お薬手帳による服用薬剤情報の共有
4．共通システムによる患者情報の共有
5．病院薬剤師とのカンファレンスによらない連携による患者情報の共有
6．その他（具体的に：　　）

④ 入院時にポリファーマシーを解消するための取組を実施していますか。 ※○は1つだけ

1．実施している　（質問④-１、④-２へ）
2．実施していない　（質問（５）へ）

【④で「1. 実施している」と回答した方にお伺いします。】 ④-1 薬剤総合評価調整加算の算定回数をご記入ください。【令和 5 年 4 月～6 月】	（　　）回

【④-1 で「0回」と回答した方にお伺いします。】

④-1-a. 薬剤総合評価調整加算を算定していない理由は何ですか。 ※当てはまる番号全てに○

1．多職種によるカンファレンスを行うことが難しいため
2．入院前の薬剤の情報がなく、４週間以上継続しているかどうかわからない
3．他院から処方された薬剤の処方意図を把握することなどが難しいため
4．６種類以上の内服薬が処方されている対象となる患者がいない
6．患者の理解が得られないため
7．その他（具体的に：　　）

【④で「1. 実施している」と回答した方にお伺いします。】 ④-2 薬剤調整加算の算定回数をご記入ください。【令和 5 年 4 月～6 月】	（　　）回

5. 退院時共同指導についてお伺いします。

① 患者の退院時における薬局との連携の課題はありますか。 ※当てはまる番号全てに○

1．かかりつけの薬局が不明であり、退院時の薬剤の情報を提供する相手がわからない。
2．麻薬、抗がん剤など退院時の薬剤をどの薬局が取り扱っているかどうかわからない。
3．TPN などの無菌調整を対応できる薬局がみつからない。
4．在宅訪問を依頼する場合にどこの薬局へ依頼すればいいのかわからない。
5．連携する薬局は決まっているが、薬局の業務の都合で十分な連携がとれない。
6．病院薬剤師と薬局薬剤師との連携が十分にとれており、連携に関する課題はない。
7．その他（　　）

② 退院時共同指導に保険薬局の薬剤師の参加を求めることはありますか。 ※○は1つだけ
1．参加を求めることがある 2．参加を求めることはない

③ 退院時薬剤情報連携加算の算定回数をご記入ください。【令和 5 年 4 月～6 月】	（　　）回

④ 退院時、薬局に情報提供している内容は何ですか。 ※当てはまる番号全てに○
1．退院時服薬指導 2．入院中の経過 3．薬剤に関する情報 4．副作用等の状況 5．退院時服薬指導の内容 6．服薬中のフォローアップの際に特に留意してもらいたい点 7．その他

⑤ 薬局に患者の退院時サマリーを渡すことがありますか。 ※○は1つだけ
1．ある　（質問⑤-1、⑤-2 へ） 2．ない　（質問は以上です）

【⑤で「1. ある」と回答した方にお伺いします。】 ⑤-1 退院時サマリーの作成に患者1人あたり平均してどのくらい時間がかかりますか。 【令和 5 年 4 月～6 月】	（　　.　　）時間/人

⑤-2 退院時サマリーについて、保険薬局から返信はありますか。 ※○は1つだけ
1．返信は必ずある 2．返信はおおむねある 3．返信はほとんどない 4．返信は全くない

6. その他

①薬局との連携について、診療報酬改定の良い影響、問題点等がございましたら、ご記入ください。
（良い点）
（悪い点）

質問は以上です。ご協力頂き誠にありがとうございました。

令和 5 年●月●日（●）までに返信用封筒をご使用の上投函ください（切手不要）。

令和 4 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和 5 年度調査）

かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査

患者票

※この調査票は、患者さんに、薬局の利用状況やお考えなどをお聞きするものです。
※調査結果は、診療報酬の見直しなどについて検討するための資料となります。
※本調査のご回答内容は統計的に処理しますので、個人が特定されることはありません。また、医師や薬剤師に個人の回答内容をお知らせすることもありません。
※本調査票にご回答頂けない場合も、患者さんに不利益はございません。
※ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（ ）内には具体的な数字や内容・理由などをご記入ください。

0. 最初に、この調査票のご記入者についてお伺いします。

① この調査票のご記入者は、患者さんご本人でしょうか。それともご家族の方等でしょうか。 ※○は１つ
１．患者ご本人（代筆の場合も含む）　２．本人以外のご家族等

1. 患者さんご自身のことについてお伺いします。

① 性別　※○は１つ	１．男性		２．女性	
② 年齢　※○は１つ	１．10 代以下	２．20 代	３．30 代	４．40 代
	５．50 代	６．60 代	７．70 代	８．80 代以上
③ お住まい	（　　） 都・道・府・県			

④ お手持ちの健康保険証の種類　※お手持ちの健康保険証の「保険者」名称をご確認ください。　※○は１つ
１．国民健康保険（国保）　２．健康保険組合（健保組合）　３．全国健康保険協会（協会けんぽ） ４．共済組合（共済）　５．後期高齢者医療広域連合（広域連合） ６．その他（具体的に：　　）　７．わからない

⑤ 医療費の自己負担額（薬局の窓口で支払う金額のことで、お薬の容器代などは含まれません）がありますか。 ※○は１つ
１．ある　　２．ない

以降の設問について、全て患者さんのことをお答えください（ご記入者が患者ご本人でない場合も、患者さんについてご回答ください）

2. 医療機関や保険薬局の利用状況等についてお伺いします。

① あなたご自身が、定期的※1に受診している医療機関（病院・診療所）はいくつありますか。 また、診療科はいくつありますか。	医療機関数：（　　） か所 診 療 科 数：（　　） 件 ※ない場合は「0」とお書きください。

※1 定期的：180 日間で複数回

② あなたが定期的に利用（処方箋で薬をもらうときに利用）している保険薬局はいくつありますか。	薬局数：（　　） 件

③ 紙のお薬手帳、もしくは、電子版お薬手帳をお持ちですか。　※○は１つ			
１．紙のお薬手帳のみ （→質問③－１へ）	２．電子版お薬手帳のみ （→質問③－１へ）	３．両方持っている （→質問③－１へ）	４．どちらも持っていない （→２ページの質問④へ）

【２．③で「１．紙のお薬手帳のみ」、「２．電子版お薬手帳のみ」、「３．両方持っている」をご選択された方にお伺いします】

③－１ お薬手帳を何冊（何種類）使用していますか。（使い終わった手帳は数えません。）

紙：（　　） 冊	電子版：（　　） 種類

患者票

【2．③で「1．紙のお薬手帳のみ」、「2．電子版お薬手帳のみ」、「3．両方持っている」をご選択された方にお伺いします】
③-2 医療機関でお薬手帳をどのように活用していますか。　※○は1つ

1. 毎回、医師などに見せている(主に紙)
2. 毎回、医師などに見せている(主に電子版)
3. 時々、医師などに見せている(主に紙)
4. 時々、医師などに見せている(主に電子版)
5. 持っていくが見せていない
6. 持っていかない(その理由:　　)
7. その他（具体的に:　　）

③-3 薬局でお薬手帳をどのように活用していますか。　※○は1つ

1. 毎回、薬剤師などに見せている(主に紙)
2. 毎回、薬剤師などに見せている(主に電子版)
3. 時々、薬剤師などに見せている(主に紙)
4. 時々、薬剤師などに見せている(主に電子版)
5. 持っていくが見せていない
6. 持っていかない(その理由:　　)
7. その他（具体的に:　　）

③-4 お薬手帳に普段利用する薬局名をご自身で記載していますか。　※○は1つ

1. 薬局名を自ら記載している（→質問③-4-1へ）
2. 薬局名を自ら記載はしていない（→質問④へ）

【③-4で「1．薬局名を自らで記載している」をご選択された方にお伺いします】
③-4-1 記載している薬局を利用していますか。　※○は1つ

1. いつも記載している薬局を利用している
2. できるだけ記載している薬局を利用しているが、別の薬局を利用することもある
3. 記載している薬局を利用していない
（利用していない理由:　　）→質問④へ

【すべての方にお伺いします】
④ 保険薬局に「お薬手帳」を持っていくと支払額が安くなる場合※2があることをご存知でしたか。　※○は1つ

1. 知っていた
2. 知らなかった

※2 半年以内に調剤基本料1を算定している薬局に再度来局し調剤を受けた場合、服薬管理指導料が14点分安くなります（実際に支払う金額は自己負担割合に応じて異なります）。

⑤ あなたはスマートフォンやタブレット端末を使った「電子版お薬手帳」を利用したいと思いますか。※○は1つ

1. 既に利用している
2. 利用したい
3. 利用しようとは思わない
4. わからない
5. その他（具体的に:　　）

⑥ あなたには、定期的に、医療機関（病院・診療所）に行って処方してもらっているお薬がありますか。※○は1つ

1. ある（→質問⑥-1へ）
2. ない（→質問⑦へ）

【2．⑥で「1．ある」をご選択された方にお伺いします】
⑥-1 あなたは、現在、どのようなお薬を何種類飲んで（使って）いますか。

飲　み　薬：(　　) 種類
飲み薬以外：(　　) 種類
→使っているものに○（※あてはまる番号すべてに○）

1. 貼り薬　2. 塗り薬　3. 目薬　4. 注射薬
5. 吸入薬　6. 点鼻薬　7. 点耳薬　8. その他

【すべての方にお伺いします】
⑦ あなたは薬を飲み忘れ・服用忘れをしたことがありますか。

1. よくある　　2. 時々ある　　3. ほとんどない　　4. まったくない

⑧ 医療機関から出される処方せんを持っていく薬局の利用方法のうち最も当てはまるものを一つ選んでください。
※○は１つ

1. どこの医療機関の処方せんも、いつも同じ1つの薬局に持っていく
2. どこの医療機関の処方せんも、できるだけ同じ1つの薬局に持っていくようにしているが、別の薬局に持っていくこともある
3. 医療機関ごとに処方せんを持っていく薬局を変えている
4. その他（具体的に:　　）

3. オンライン服薬指導についてお伺いします。

① 薬局においてビデオ通話(音声通話のみの場合を除く)でのオンライン服薬指導※1ができることを知っていますか。
※○は１つ

1. 知っており、利用したことがある
2. 知っているが、利用したことがない
3. 知らない

※1　ご自宅にいたまま、安全にお薬のお受け取りができる仕組みのこと。ビデオ通話による服薬指導の流れは次のとおりです。
①ビデオ通話を用いて医療機関の受診・診察を行います
②医療機関から希望された薬局へＦＡＸ等で処方せんが送信されます
③希望された薬局の薬剤師が患者様へビデオ通話でお薬の説明（服薬指導）を行います
④薬局よりお薬がご自宅へ届けられます

② 今後、ビデオ通話(音声通話のみの場合を除く)によるオンライン服薬指導を利用したいですか。　※○は１つ

1. ビデオ通話を利用したい
2. ビデオ通話を利用したくない（理由:　　）
3. わからない

4. 服薬期間中のフォローアップについてお伺いします。

① 薬剤師から服薬期間中にフォローアップ※2を受けたことがありますか。　※○は１つ

1. 受けたことがある（→質問①-1 へ）　　2. 受けたことがない（→質問①-2へ）

※2　来局時ではなく服薬期間中に、薬局の薬剤師から電話等で服薬状況等について確認を受けること

【4．①で「1．受けたことがある」をご選択された方にお伺いします】
①-１ 服薬期間中のフォローアップを受けてよかったですか。※○は１つ

1. 良かった
→良かった点をお答えください。(※あてはまる番号すべてに○)
a. 薬剤師に服薬後の症状や体調の経過に問題がないことを確認してもらい安心できた
b. 薬剤師に服薬状況の確認や服薬に関する再指導をしてもらい安心できた
c. 薬剤師から担当の処方医に処方薬の確認や相談をしてもらい安心できた
d. その他（具体的に:　　）
2. 良くなかった(理由:　　)

①-2 どのような薬剤の場合に薬剤師にフォローアップをしてほしいですか。※○は1つ

1. 新しく薬が処方された場合
2. 使う薬の量や薬の使い方が変更になった場合
3. 吸入薬(※ぜんそくの治療薬など)を処方された場合
4. 注射薬(※インスリン注射など)を処方された場合
5. 副作用が心配される薬が処方された場合
6. 薬剤師によるフォローアップは必要ない(希望しない)
7. その他(具体的に:　　)

【4．①で「2．受けたことがない」をご選択された方にお伺いします】
①-3 今後、服薬期間中のフォローアップを受けたいですか。　※○は1つ

1. 服薬期間中のフォローアップを受けてみたい
2. 服薬期間中のフォローアップを受けたくない
（受けたくない理由：　　）

5. かかりつけ薬剤師についてのお考えなどをお伺いします。

① 薬の種類を減らすことについて、医師に相談したことがありますか。　※○は1つ

1. ある（→質問①-1へ）　2. ない（→質問②へ）　3. わからない（→質問②へ）

【5．①で「1．ある」をご選択された方にお伺いします】
①-1 結果的に、医師に処方してもらう薬を減らすことができましたか。　※○は1つ

1. できた　2. できなかった　3. わからない

【すべての方にお伺いします】
② 薬の種類を減らすことについて、薬剤師に相談したことがありますか。　※○は1つ

1. ある（→質問②-1へ）　2. ない（→質問③へ）　3. わからない（→質問③へ）

【5．②で「1．ある」をご選択された方にお伺いします】
②-1 結果的に、薬剤師に調剤してもらう薬を減らすことができましたか。　※○は1つ

1. できた　2. できなかった　3. わからない

【すべての方にお伺いします】
③ あなたには、「かかりつけ薬剤師※1」がいますか。　※○は1つ

1. いる（→質問③-1へ）　2. いない（→質問④へ）

※1 あなたが服用している薬をすべて知っていて、薬の飲み忘れがないか、複数の医療機関からの薬で重複しているものがないかなどをチェックしてくれる、薬のことをなんでも相談できる薬剤師（かかりつけ薬剤師指導料の施設基準を届け出た薬局であって、要件を満たした薬剤師）

【5．③で「1．いる」をご選択された方にお伺いします】
③-1 「かかりつけ薬剤師」に相談したことがある内容をお答えください。※あてはまる番号すべてに○

1．薬の効果に関する相談
2．薬の副作用に関する相談
3．薬の服用頻度に関する相談
4．薬の飲み合わせに関する相談
5．残薬（飲み忘れた/残した薬）に関する相談
6．ポリファーマシー※2解消・重複投薬の削減に関する相談
7．その他（具体的に：　　）
8．何かを相談したことはない

※2 多くのくすりを服用することで副作用が起こりやすくなったり、きちんと薬が飲めなくなったりしている状態

【5．③で「1．いる」をご選択された方にお伺いします】
③-2 「かかりつけ薬剤師」がいてよかったと実感した経験として、あてはまるものをお答えください。
※あてはまる番号すべてに○

1．生活情報や習慣などを理解した上で薬について説明などをしてくれる
2．自分の飲んでいる（使用している）薬をすべて把握してくれること
3．いろいろな医療機関で出される薬について重複しているものがないか、飲み合わせが大丈夫かなどを確認してもらえること
4．残っている薬がないかなどを確認してくれて、残っている薬がある場合は処方医に問合せを行ってくれるなど、調整してくれること
5．飲み忘れがないよう、薬を一つの小袋（一包化）に入れて渡してくれるなど、服薬管理・指導を丁寧にしてくれること
6．薬の効果についてわかりやすく説明してくれること
7．薬の副作用についてわかりやすく説明してくれること
8．薬に関する相談に対応してくれること
9．後発医薬品についての使用希望を必ず聞いてくれること
10．医療機関についての相談ができること
11．薬を処方してくれた医師・医療機関と情報共有ができていること
12．自分が使用している薬を必ず確保してくれること
13．薬局が閉まっている時間帯でも電話相談ができること
14．介護が必要になっても訪問して薬を管理してくれること
15．特にない
16．その他　（具体的に：　　）

【すべての方にお伺いします】

④ あなたは、「かかりつけ薬剤師指導料」に同意していますか。　※○は１つ

1. 同意している　2. 同意していない　3. わからない

⑤ あなたは、「かかりつけ薬剤師」について、どのようなことを重視しますか。「かかりつけ薬剤師」がいない場合については、仮に「かかりつけ薬剤師」を持つとしたらどのようなことを重視するかお答えください。
※あてはまる番号すべてに○

１．生活情報や習慣などを理解した上で薬について説明などをしてくれる
２．自分の飲んでいる（使用している）薬をすべて把握してくれること
３．いろいろな医療機関で出される薬について重複しているものがないか、飲み合わせが大丈夫かなどを確認してもらえること
４．残っている薬がないかなどを確認してくれて、残っている薬がある場合は処方医に問合せを行ってくれるなど、調整してくれること
５．飲み忘れがないよう、薬を一つの小袋（一包化）に入れて渡してくれるなど、服薬管理・指導を丁寧にしてくれること
６．薬についてわかりやすく説明してくれること
７．薬に関する相談に対応してくれること
８．後発医薬品についての使用希望を必ず聞いてくれること
９．医療機関についての相談ができること
10. 薬を処方してくれた医師・医療機関と情報共有ができていること
11. 自分が使用している薬を必ず確保してくれること
12. 薬局が閉まっている時間帯でも電話相談ができること
13. 介護が必要になっても訪問して薬を管理してくれること
14. その他　（具体的に：　　）

⑥ 上記⑤の中で最も重視することは何ですか。※あてはまる番号を１つだけお書きください。

⑦ あなたは、「かかりつけ薬剤師」を持ちたいと思いますか。　※○は１つ

1. 持ちたいと思う　2. どちらかというと持ちたいと思う
3. どちらかというと持ちたいと思わない　4. 持ちたいと思わない
5. わからない

⑧ かかりつけ薬剤師についてご意見等があればお書きください。

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。
令和５年●月●日（●）までに専用の返信用封筒（切手不要）に封入し、
お近くのポストに投函してください。

（保険薬局）

令和５年●月

開設者様

管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

令和４年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和５年度調査）

「かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査」調査へのご協力のお願い

謹啓　時下、皆様におかれましてはますますご清栄のことと存じ上げます。社会保険の運営につきまして、日ごろ格別のご協力を頂き大変有り難く存じます。また、新型コロナウイルス感染症への対応のため、日々医療現場等の前線において尽力されている医療従事者の皆様に、心から敬意を表するとともに、深く感謝を申し上げます。

さて、令和４年４月の診療報酬改定においては、薬局薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換を推進するため、薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し、薬剤師のかかりつけ機能の評価推進のため、重複投薬解消の取組の評価、地域支援体制加算の要件及び評価の見直し等が行われました。

今般、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（以下、中医協）における診療報酬改定結果検証部会では、今般の診療報酬改定による影響等を検証するために、全国の保険薬局、医療機関及び患者の方を対象に、改定に係る影響や、かかりつけ薬剤師・薬局の取組状況等を把握することを目的に、本調査を実施することとなりました。**本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。**

つきましては、ご多用の折、誠に恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

なお、本調査は、厚生労働省からの委託により、PwC コンサルティング合同会社が実施しますので、調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

令和5年●月●日（●）までに「返信用封筒（切手不要）」にてご返送いただくか、電子調査票を下記のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査実施要領をご参照ください。

【連絡先】

「診療報酬改定結果検証に係る特別調査」事務局

〒100-0004　東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー
PwC コンサルティング合同会社

E-mail ：【調査へのお問合せ先】XXX@pwc.com
【電子調査票の送付先】XXX@pwc.com（受信専用）

電子調査票の入手元 ： https://XXX.jp

※電話は混み合う場合もございますので、E-mail でご連絡いただけますと幸いです。
E-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。

TEL：XXXX-XXX-XXX（受付時間　10：00～17：00、土日・祝日除く）

（診療所・病院）

令和５年●月

開設者様

管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

令和４年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和５年度調査）

「かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査」調査へのご協力のお願い

謹啓　時下、皆様におかれましてはますますご清栄のことと存じ上げます。社会保険の運営につきまして、日ごろ格別のご協力を頂き大変有り難く存じます。また、新型コロナウイルス感染症への対応のため、日々医療現場等の前線において尽力されている医療従事者の皆様に、心から敬意を表するとともに、深く感謝を申し上げます。

さて、令和４年４月の診療報酬改定においては、薬局薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換を推進するため、薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し、薬剤師のかかりつけ機能の評価推進のため、重複投薬解消の取組の評価、地域支援体制加算の要件及び評価の見直し等が行われました。

今般、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（以下、中医協）における診療報酬改定結果検証部会では、今般の診療報酬改定による影響等を検証するために、全国の保険薬局、医療機関及び患者の方を対象に、改定に係る影響や、かかりつけ薬剤師・薬局の取組状況等を把握することを目的に、本調査を実施することとなりました。**本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。**

つきましては、ご多用の折、誠に恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

なお、本調査は、厚生労働省からの委託により、PwC コンサルティング合同会社が実施しますので、調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

令和5年●月●日（●）までに「返信用封筒（切手不要）」にてご返送いただくか、電子調査票を下記のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査実施要領をご参照ください。

【連絡先】

「診療報酬改定結果検証に係る特別調査」事務局

〒100-0004　東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー
PwC コンサルティング合同会社

E-mail ：【調査へのお問合せ先】XXX@pwc.com
【電子調査票の送付先】XXX@pwc.com（受信専用）

電子調査票の入手元 ： https://XXX.jp

※電話は混み合う場合もございますので、E-mail でご連絡いただけますと幸いです。
E-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。

TEL：XXXX-XXX-XXX（受付時間　10：00～17：00、土日・祝日除く）

（患者票）

令和５年●月

各位

厚生労働省 保険局 医療課

令和４年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和５年度調査）

「かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査」へのご協力のお願い

本日は、お疲れのところ、大変貴重なお時間をいただき、誠にありがとうございます。厚生労働省では、診療の実態を勘案しつつ、安定的な医療提供体制を支え、より適切な医療サービスが提供されるよう、２年ごとに診療報酬（病院や診療所などの保険医療機関等で提供される医療サービスごとに決められた価格）の改定を行っています。

令和４年４月の診療報酬改定では、薬局薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換、薬剤師のかかりつけ機能の評価推進を目的として診療報酬改定が行われました。こうした診療報酬改定の影響・効果を検証し、次期診療報酬改定の充実につなげるため、この度、厚生労働省では、「かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査」を行うこととしました。

本調査は、改定に係る影響や、かかりつけ薬剤師・薬局の取組状況等を把握することを目的とし、改定の検証結果を医療サービスのさらなる充実・強化に役立てるために実施するものであり、次の要領により皆様にご協力をお願いすることとしております。

対象者

・ この調査は、病院・診療所を受診し、処方箋を薬局にお持ちになった患者の方が対象となっております。

回答期限・返送方法

・ お手数ではございますが、**令和5年●月●日（●）まで**に同封の返信用封筒（切手不要）にて、直接、お近くの郵便ポストにご投函ください。

回答方法

・ ご回答の際には、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。調査票の各設問では、「○は１つだけ」、「あてはまる番号すべてに○」等の指定がありますので、指定の方法にて回答を選択してください。

・ （　　）内には具体的な数値や理由などを記入してください。

・ ご回答にあたっては、調査票を受け取った際に受診した患者／調剤を受けた患者についての回答をお願いします。

（→裏面へ続きます）

なお、本調査は令和４年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査事業について厚生労働省から委託を受けた PwC コンサルティング合同会社が実施します。

ご回答いただいた内容はすべて統計的に処理しますので、ご回答をいただいた個人が特定されることは一切ありません。また、ご回答いただいた調査票は調査事務局に直接返送されますので、医師や薬剤師等に開示されることはございません。

本調査の結果は、診療報酬のあり方を検討している厚生労働大臣の諮問機関である「中央社会保険医療協議会（中医協）」において、患者の方（及びその家族）のご意見を踏まえた実りある今後の議論が行われるための大変貴重な資料として活用されることとなり、厚生労働省が行う診療報酬の充実に役立つものとなります。

ご多用の折、大変恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

本調査で、ご不明な点等がございましたら、下記事務局までお問い合せください。

【連絡先】

「診療報酬改定結果検証に係る特別調査」事務局

〒100-0004　東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー
PwC コンサルティング合同会社

E-mail：【調査へのお問合せ先】XXX @pwc.com

※電話は混み合う場合もございますので、E-mail でご連絡いただけますと幸いです。
E-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。

TEL：XXXX-XXX-XXX（受付時間　10：00～17：00、土日・祝日除く）

令和４年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和５年度調査）
後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査

調査の概要（案）

１. 調査目的

本調査では、令和４年度診療報酬改定で実施された後発医薬品の使用促進策により、保険薬局における一般名処方の記載された処方箋の受付状況、後発医薬品の調剤状況や備蓄状況、保険医療機関における一般名処方の実施状況、後発医薬品の使用状況や医師の処方などがどのように変化したかを調査・検証するとともに、医師、薬剤師及び患者の後発医薬品に対する意識について調査・検証を行う。特にバイオ後続品の普及に向けた課題の調査・検証、医薬品の不安定供給の現状の確認と特例措置の効果及び課題の調査・検証を行う。

２. アンケート調査の構成及び調査手順

（1）アンケート調査の構成

本調査は以下の構成とする。

調査の種類	調査対象			調査方法
	条件	調査件数	抽出方法	
保険薬局調査	特段の条件なし	1,500 施設	無作為	自記式調査票の郵送配布・回収
一般診療所調査	①外来腫瘍化学療法診療料または外来化学療法の届出施設	約 400 施設	悉皆	
	②上記①以外の診療所のうち、外来後発医薬品使用体制加算の届出施設	約 550 施設	無作為	
	③上記①以外の診療所のうち、外来後発医薬品使用体制加算を届け出ていない施設	約 550 施設	無作為	
歯科診療所調査	④「外来後発医薬品使用体制加算」の届出をしている歯科医療機関	750 施設	無作為	
	⑤上記④以外の歯科医療機関	750 施設	無作為	
病院調査	⑥特段の条件なし	700 施設	無作為	
	⑦上記⑥以外の病院のうち、外来腫瘍化学療法診療料または外来化学療法加算の届出施設	300 施設	無作為	
医師調査	外来診療を担当する医師※1 ※院外処方箋を発行している医療機関の場合は、院外処方箋の発行が多い医師 ※院外処方箋を発行していない医療機関の場合は、外来患者数が多い医師	2,000 名	上記病院から２名（診療科の異なる医師２名）	調査対象施設から、医師に配布※1し、医師自身から自記式調査票を郵送回収

調査の種類	調査対象			調査方法
	条件	調査件数	抽出方法	
患者調査	郵送調査 調査対象の保険薬局に調査日に来局した患者	3,000 名	上記保険薬局から2名	調査対象施設から、患者に配布※2し、患者自身から自記式調査票を郵送回収
	インターネット調査 直近３か月間で保険薬局に処方箋を持って来局した患者	3,000 名	無作為	調査対象のモニターを有するリサーチ機関を通じて実施

※1 医師調査は、病院調査の調査対象となった病院の職員が、医師調査の条件に沿って１施設あたり外来診療を担当する医師２名を抽出し、配布する。

※2 患者調査①郵送調査は、保険薬局調査の調査対象となった保険薬局の職員が患者調査の条件に沿って１施設あたり患者２名を抽出（特定の１日を調査日とし、当該日において午前・午後にそれぞれ最初に来局された患者で、調査協力についてご本人の同意が得られた方）し、配布する。

(2)アンケート調査の手順

アンケート調査は、保険薬局調査、一般診療所調査、歯科診療所調査、病院調査については、調査票一式を郵便にて調査対象となる施設に送付し、当該施設の管理者、又は事務管理者にご回答いただいたうえで、郵便（料金受取人払い、返信用封筒は調査票発送時に同封）にて回収する方法にて実施する。回答者の負担軽減のため、専用ホームページより電子調査票をダウンロードし、入力の上、メールへの添付により返送する方法を選択できるようにする。

医師調査は、病院調査の調査対象となった病院の職員が、前掲の条件に沿って１施設あたり医師２名を無作為抽出し、対象医師に調査票及び返信用封筒（料金受取人払い、返信用封筒は調査票発送時に同封）を手渡し、直接記入を求める（回答後の調査票は、医師自身が直接郵便にて返送)。

郵送による患者調査は、保険薬局調査の調査対象となった保険薬局の職員が、前掲の条件に沿って１施設あたり患者２名を無作為抽出（特定の１日を調査日とし、当該日において午前・午後にそれぞれ最初に来局された患者で、調査協力についてご本人の同意が得られた方）し、対象患者に調査票及び返信用封筒（料金受取人払い、返信用封筒は調査票発送時に同封）を手渡し、直接記入を求める（回答後の調査票は、患者自身が直接郵便にて返送)。

なお、インターネット調査による患者調査は、調査対象のモニターを有するリサーチ機関を通じて実施する。

事務局は、回収した調査票の検票を行い、辞退（理由等を書いた文書を同封しているケースがある)、白紙（ほとんど全ての設問への記入がない）を除いた上で、調査データの電子化を行う。

３．主な調査事項

（1）新型コロナウイルスの影響に関する項目：特になし

（2）今回新設した項目

［保険薬局調査］

○　「医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置」の適用有無、適用していない場合の理由

○　地域連携薬局等の認定状況

○　備蓄しているバイオ医薬品、調剤内容

○　医薬品の不安定供給によって生じている影響

［患者調査］：特になし

［一般診療所調査・病院調査］

○　バイオ医薬品の処方の有無（院内・院外）、在庫状況

○　バイオ後続品導入初期加算を算定していない理由

○　外来腫瘍化学療法診療料、外来化学療法加算の算定実績

○　出荷調整等で入手困難な品目数（先発医薬品、後発医薬品）

○　「医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置」の適用有無、適用していない場合の理由　等

［歯科診療所調査］：新規調査

［医師調査］

○　バイオ医薬品の処方の有無

○　外来腫瘍化学療法診療料、外来化学療法加算におけるバイオ後続品導入初期加算新設の認知度

○　後発医薬品の供給体制の変化

○　「医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置」の認知度

○　クリニカルパス変更の有無　等

（3）前回調査から削除した主な項目

※処方箋における医薬品の記載状況、および後発医薬品の調剤状況の内訳等を品目ベースで集計する詳細な調査は２年に１度実施することとし、本年は実施しない。

※入院時や外来診療時の後発医薬品の処方・使用に関する考え等、昨年度実施済みであり毎年の調査を必須としない項目については、本年は実施しない。

［保険薬局調査］
○　調査期間（1 週間）に受け付けた処方箋の枚数
○　調剤用医薬品の在庫金額、購入金額、廃棄額
○　後発医薬品を積極的に調剤しない理由（剤形、患者の特徴等）
○　後発医薬品の使用に関する患者の意向確認、医療機関への情報提供
○　所属する地域における地域フォーミュラリーの有無　等
［患者調査］
○　かかりつけ薬剤師指導料の同意書へのサインした経験の有無
○　ジェネリック医薬品希望カード等の受取状況　等
［一般診療所調査］
○　生活習慣病治療のための平均的な処方日数
○　調剤用医薬品の在庫金額、購入金額、廃棄額
○　後発医薬品の採用状況及び採用する際の重視する事項
○　入院患者に対する後発医薬品の使用状況
○　外来診療時における院内投薬の状況や後発医薬品の使用に関する意向
○　「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記した処方箋発行の有無等
○　調剤した後発医薬品の銘柄等に関する情報の保管方法
○　「一般名処方の調剤」または「後発医薬品への変更調剤」を情報提供する方法、タイミング及び頻度等並びに保険薬局との事前合意状況
○　後発医薬品使用に関する患者の意向の把握・確認頻度
○　所属する地域における地域フォーミュラリーの有無　等
［歯科診療所調査］：なし（新規調査）
［病院調査］
○　DPC 対応
○　調剤用医薬品および後発医薬品の備蓄品目数の内訳
○　外来患者に院外処方する場合の後発医薬品の採用状況
○　外来診療時の院内投薬における後発医薬品の採用状況
○　入院患者に対する後発医薬品の採用状況
○　フォーミュラリー、地域フォーミュラリーの作成状況　等
［医師調査］
○　生活習慣病治療のための平均的な処方日数
○　「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記した処方箋発行の有無等
○　調剤した後発医薬品の銘柄等に関する情報の保管方法
○　一般名処方による処方箋による医薬品調剤の内容の確認
○　外来診療時の院内投薬における後発医薬品使用に関する考え方　等

4. 調査スケジュール（案）

調査スケジュール（案）は、次を想定している。

		2023年																				2024年		
		4月			5月			6月		7月			8月			9月		10月		11月		12月		1月	2月	3月
1	**調査票等の作成・発送**																								
	① 調査の全体設計	■	■	■																					
	② 調査票等発送物の作成	■	■	■	■	■	■	■	■																
	③ 調査客体の抽出（客体名簿作成）							■	■																
	④ 調査票等送付物の印刷・封入									■	■	■													
	⑤ 調査票等送付物の発送											■													
2	**照会への対応**																								
	① コールセンター設置準備・照会対応マニュアル作成									■	■	■													
	② 照会対応・再発送要望対応												■	■	■	■									
	③ 照会及び回答内容の一覧の作成												■	■	■	■									
3	**調査票の電子化（Webサイト対応）**																								
	① Webサイトの開設準備・電子調査票作成									■	■	■													
	② Webサイトの運営												■	■	■	■									
4	**調査の協力依頼**																								
	① 電話協力依頼														■										
	② 督促ハガキ印刷・発送														■										
5	**調査票受付・データ化**																								
	① 回収票の受付・登録												■	■	■	■									
	② 受付票の検索（返戻・修正依頼）												■												
	③ データ入力												■	■	■	■									
6	**集計及び報告書の作成**																								
	① 集計方針・報告書構成の検討	■	■	■	■	■	■			■	■	■													
	② 集計												■	■			■	■	■	■	■				
	③ 報告書の作成														■	■			■	■	■	■	□	□	□	□	□	□	□	□	□
	④ 報告書の納品																								■
7	**調査検討委員会の設置・運営**																								
	① 調査検討委員会の開催					★												★							

※ グレー塗部分は実査期間

以上

ID:

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和5年度調査）

後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査 保険薬局票

※この保険薬局票は、保険薬局の開設者・管理者の方に、貴薬局における後発医薬品の使用状況やお考え等についてお伺いするものです。

＜ご回答方法＞
- あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。
- 「※○は 1 つ」という質問については、あてはまる番号を 1つだけ○で囲んでください。
- （　　）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。
- （　　）内に数値を記入する設問で、該当なしは「０（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をご記入ください。
- 数値を入力する設問で、「小数点以下第１位まで」と記載されている場合は、小数点以下第２位を四捨五入してご記入ください。記載されていない場合は、整数をご記入下さい
- 特に断りのない場合は、令和5年●月●日現在の貴薬局の状況についてお答えください。
- 災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

０．ご回答者についてお伺いします。

①性別 ※○は１つ	1. 男性	2. 女性			
②年代 ※○は１つ	1. ～20代以下	2. 30代	3. 40代	4. 50代	5. 60代以上
③開設者・管理者の別 ※○は１つ	1. 開設者兼管理者	2. 開設者	3. 管理者		
	4. その他（具体的に：　　）				

１．貴薬局の状況についてお伺いします（令和5年●月●日現在）。

①所在地（都道府県）	（　　）都・道・府・県		
②開設者	1. 会社	2. 個人	3. その他
③同一グループ（財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう）等[注1]による薬局店舗数	（　　）店舗 ※当該店舗を含めてお答えください。		

注1：同一グループは次の基準により判断する（調剤基本料の施設基準における同一グループの考え方と同様）
1. 保険薬局の事業者の最終親会社　2. 保険薬局の事業者の最終親会社の子会社
3. 保険薬局の事業者の最終親会社の関連会社　4. 1から3までに掲げる者と保険薬局の運営に関するフランチャイズ契約を締結している者

④開設年 ※当該店舗の開設年をお答えください。	西暦（　　）年
⑤貴薬局はチェーン薬局（同一経営者が20店舗以上を所有する薬局の店舗）ですか。 ※○は１つ	1. はい　2. いいえ
⑥貴薬局の処方箋の応需状況として最も近いものは、次のうちどれですか。 ※○は１つ ※「近隣」には同一敷地内も含まれます。	1. 主に近隣にある特定の病院の処方箋を応需している薬局 2. 主に不動産賃貸借関係のある特定の病院の処方箋を応需している薬局 3. 主に近隣にある特定の診療所の処方箋を応需している薬局 4. 主に不動産賃貸借関係のある特定の診療所の処方箋を応需している薬局 5. 主に複数の近接する特定の保険医療機関（いわゆる医療モールやビル診療所など）の処方箋を応需している薬局 6. 様々な保険医療機関からの処方箋を応需している薬局 7. その他（具体的に：　　）
⑦最も多く処方箋を受け付けた医療機関の処方箋枚数割合（令和5年6月）	（　　）%
⑧応需医療機関数（令和5年6月）	（　　）機関
⑨貴薬局の売上高に占める保険調剤売上の割合 ※令和4年度決算 OTC医薬品等の販売がなく、保険調剤収入のみである場合は100%とご記入ください。 ※「保険調剤売上」には医療保険分の他、居宅療養管理指導費（介護保険）も含めてください。	約（　　）%
⑩調剤基本料 ※○は１つ	1. 調剤基本料１　2. 調剤基本料２　3. 調剤基本料３イ 4. 調剤基本料３ロ　5. 調剤基本料３ハ　6. 特調剤基本料
⑩-1 全処方箋の受付回数（調剤基本料の根拠となる数字） ※同一グループの保険薬局の場合、貴薬局単独の受付回数	（　　）回／月
⑩-2 主たる保険医療機関に係る処方箋の受付回数の割合（調剤基本料の根拠となる数字）	（　　．）% ※小数点以下第 1 位まで

⑪後発医薬品調剤割合（調剤報酬算定上の数値）※令和5年6月	（　　）％
⑫カットオフ値の割合[注2]（調剤報酬算定上の数値）※令和5年6月	（　　）％

⑬職員数 ※該当者がいない場合は「0」とご記入ください。	常勤職員[注3]	非常勤職員	
		実人数	常勤換算[注4]
1）薬剤師	（　　）人	（　　）人	（　　）人
2）その他（事務職員等）	（　　）人	（　　）人	（　　）人

⑭貴薬局の認定等の状況　※あてはまる番号すべてに○

1. 地域連携薬局	2. 専門医療機関連携薬局	3. 健康サポート薬局	4. 該当なし

注2：カットオフ値(%)の算出式 =（後発医薬品ありの先発医薬品 + 後発医薬品）÷ 全医薬品。

注3：常勤職員数（常勤薬剤師数）には、貴薬局における実労働時間が週32時間以上である職員（保険薬剤師）の実人数を計上します。常勤薬剤師数については、届出前3月間の勤務状況に基づき算出します。

注4：非常勤職員（非常勤薬剤師）は、貴薬局における実労働時間が週32時間に満たない職員（保険薬剤師）をいい、常勤換算数は、以下により算出します（小数点第二位を四捨五入して小数点第一位まで求める）。非常勤薬剤師数については、届出前3月間の勤務状況に基づき算出します。

$$\text{非常勤薬剤師数（常勤換算）} = \frac{\text{当該保険薬局における週32時間に満たない保険薬剤師の実労働時間の合計（時間/3月）}}{\text{32（時間/週）} \times \text{13（週/3月）}}$$

2．後発医薬品に係る最近の対応状況についてお伺いします。

①1年前（令和4年●月末日）と比較して、後発医薬品の供給体制についてどのように感じますか。 ※○は１つ

1. 改善した	2. 変わらない	3. 悪化した

②現在（令和5年●月●日）の医薬品の調達状況についてお伺いします。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 医薬品の納品までに時間がかかる
2. 医薬品の発注作業の回数が増えた
3. 卸に医薬品の注文を受け付けてもらえない
4. 卸からの医薬品の注文の取り消しが頻発している
5. 処方薬が必要量準備できず、不足医薬品を後日患者に届ける業務が頻発している
6. 処方薬が必要量準備できず、不足医薬品を近隣の薬局間で融通する業務が頻発している
7. 特に困難な状況はない

③医薬品の不安定な供給状況によって生じている影響についてお伺いします。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 後発医薬品を先発医薬品に採用品目の見直しを行った
2. 後発医薬品を別の後発医薬品に採用品目の見直しを行った
3. 同一成分の後発医薬品の入手が困難なため、代替のための後発医薬品の調達を行った
4. 同一成分の後発医薬品の入手が困難なため、同一成分の先発医薬品の調達を行った
5. 同一成分の後発医薬品の入手が困難なため、剤形の変更等を行った
6. 後発医薬品に関する患者の意向を把握または確認する頻度を増やした
7. 患者からの後発医薬品使用に関する相談や苦情等の対応を行った
8. 後発医薬品の品質や安全性に係る情報収集を行った
9. 後発医薬品メーカーや卸から供給に関する情報の収集を行った
10. 地域の薬局間で医薬品の備蓄状況の共有や医薬品の融通を行った
11. 医師と医薬品の供給・在庫の状況や使用に関する情報交換・調整を行った
12. 行政機関（都道府県、保健所等）と医薬品の供給情報等に関する連携を行った
（具体的に：　　）

④前記③の選択肢1. ～12. のうち、最もあてはまるものの番号を１つお書きください。　　

⑤医薬品の不安定な供給状況の影響を受けて、後発医薬品の調剤割合に変化はありましたか。 ※○は１つ	
1. 後発医薬品の調剤割合がかなり減った	2. 後発医薬品の調剤割合がやや減った
3. 後発医薬品の調剤割合の変化はほとんどなかった	4. 後発医薬品の調剤割合が増えた
5. 分からない	

【⑥は前記⑤で「1.後発医薬品の調剤割合がかなり減った」、「2.後発医薬品の調剤割合がやや減った」と回答した場合にお伺いします。】

⑥後発医薬品の調剤割合が減った理由は何ですか。※最も影響が大きい項目を1つ選んで○	
1. 後発医薬品の処方が減った	2. 患者（家族含む）が先発医薬品を希望した
3. 後発医薬品の在庫が無い、あるいは入庫（入手）できないのでやむをえず先発医薬品を調剤した	
4. その他（具体的に： ）	

【すべての方にお伺いします。】

⑦供給停止となっている後発医薬品等の診療報酬上の臨時的な取扱いの適用（令和5年●月●日時点）[注1]	1. あり	2. なし

注1：供給が停止されていると報告された医薬品のうち、別に示す供給停止品目と同一成分・同一投与形態の医薬品については、「後発医薬品調剤体制加算」等において後発医薬品の使用（調剤）割合（以下、「新指標の割合」）を算出する際に算出対象から除外しても差し支えないこととするもの。

⑧後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局の調剤基本料の減算対象に該当するか（令和5年●月●日時点） ※○は１つ	1. 該当する
	2. 該当しない　→該当しない理由 ※あてはまる番号すべてに○
	21. 後発医薬品の調剤数量割合が50%超 22. 処方箋の受付回数が月600回以下 23. 直近1ヶ月の処方箋受付回数の5割以上が先発医薬品変更不可

⑨後発医薬品調剤体制加算 ※○は１つ		
	1. 後発医薬品調剤体制加算１	2. 後発医薬品調剤体制加算２
	3. 後発医薬品調剤体制加算３	4. 届出（算定）なし

⑩地域支援体制加算 ※○は１つ			
	1. 地域支援体制加算1	2. 地域支援体制加算2	3. 地域支援体制加算3
	4. 地域支援体制加算4	5. 届出（算定）なし	

⑪「医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置」[注2]の適用有無（令和5年●月1日時点）	1. あり	2. なし

注2：医薬品の供給が不安定な状況を踏まえ、地域医療への貢献の観点から、地域支援体制加算について、後発医薬品の使用促進を図りながら、保険薬局が地域において協力しつつ医薬品の安定供給に資する取組を実施する場合の要件及び評価を見直したもの。（後発医薬品調剤体制加算1又は2を算定する場合であって、追加の施設基準を満たす場合、算定している当該地域支援体制加算に＋1点。後発医薬品調剤体制加算3を算定する場合であって、追加の施設基準を満たす場合、算定している当該地域支援体制加算に＋3点。）

【⑪で「2.なし」（適用なし）と回答した場合にお伺いします。】

⑫特例を適用していない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○
1. 後発医薬品調剤体制加算を算定するのが難しいから
2. 地域支援体制加算を算定するのが難しいから
3　地域において、医療機関や薬局と協力して安定供給に資する取り組みを実施していないから
4. 特例措置を知らなかったから
5. その他（具体的に： ）

【すべての方にお伺いします。】

⑬特例措置の算定の有無にかかわらず、貴施設で実施している医薬品の安定供給に関連する取組は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○
1. 地域の薬局間での医薬品の在庫状況の共有
2. 地域の薬局間での医薬品の融通
3. 医療機関への情報提供（医薬品供給の状況、自局の在庫状況等）
4. 医療機関との処方内容の調整
5. 医薬品の供給情報等に関する行政機関（都道府県、保健所等）との連携
6. その他（具体的に： ）

３．後発医薬品の使用促進に関してお伺いします。

①患者が後発医薬品を希望しないことはありますか。 ※○は１つ	1. ある	2. ない

【②は前記①で「1.ある」と回答した場合にお伺いします】

②患者が後発医薬品を希望しない理由として**最も多いもの**は何ですか。 ※○は１つ
1. 医師が処方した先発医薬品が良いから
2. 報道等により、後発医薬品について不安を感じるから
3. 後発医薬品に対する不信感があるから
4. 後発医薬品の使用感（味、色、剤形、粘着力等）に不満があるから
5. 使い慣れている等の理由により、過去に使用経験のある医薬品を希望するから
6. 後発医薬品に変更しても自己負担額に差が出ないから
7. その他（具体的に: ）

【すべての方にお伺いします。】

③今後、どのような対応がなされれば、開設者・管理者の立場として後発医薬品の調剤を積極的に進めることができると思いますか。 ※あてはまる番号すべてに○
1. 厚生労働省による、医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底
2. 後発医薬品メーカー・卸による情報提供体制の確保
3. 後発医薬品に関する安定供給体制の確保
4. 後発医薬品の価格のバラツキや品目数の整理統合
5. 後発医薬品に対する患者の理解の向上
6. 後発医薬品を調剤する際の診療報酬上の評価
7. 後発医薬品の出荷停止・出荷調整等を含む安定供給に係る特例措置
8. 医療機関が変更不可とした具体的な理由の明確化
9. 後発医薬品の原薬、製剤に関する製造方法、製造場所、製造国、共同開発などの情報開示
10. その他（具体的に： ）
11. 特に対応は必要ない →⑤へ

④前記③の選択肢 1. ～10. のうち、最もあてはまる番号を 1つだけお書きください。	

⑤貴薬局で、後発医薬品の使用を進める上で医師に望むことはありますか。 ※あてはまる番号すべてに○
1. 患者への積極的な働きかけ
2. 薬局において後発医薬品への変更調剤を行うこと
3. 患者が後発医薬品の使用を希望している場合、処方箋に変更不可の署名を行わないこと
4. 変更不可とする具体的な理由をお薬手帳や処方箋等により示すこと
5. 後発医薬品の銘柄指定をしないこと
6. 一般名処方とすること
7. お薬手帳への記載以外の医療機関（医師）へ調剤した薬品の銘柄等に関する情報提供を不要とすること
8. 疑義照会への誠実な対応
9. 後発医薬品に対する理解
10. その他（具体的に： ）
11. 医師に望むことは特にない →質問4へ

⑥前記⑤の選択肢 1. ～10. のうち、最もあてはまる番号を 1つだけお書きください。	

４．一般名処方の状況等についてお伺いします。

①1年前と比較して一般名処方の件数に変化はありましたか。 ※○は1つ	1. 増えた	2. 変わらない	3. 減った
②一般名処方が行われた医薬品について、後発医薬品を調剤しなかったことがありますか。 ※○は1つ	1. ある	2. ない	

【②で「1. ある」と回答した場合にお伺いします。】

③一般名処方が行われた医薬品について、後発医薬品を調剤しなかった場合の理由の件数[注1]
※令和5年6月

1)患者の意向	2)保険薬局の備蓄	3) 後発医薬品なし	4)その他
（　　）件	（　　）件	（　　）件	（　　）件

④1年前と比較して一般名処方が行われた医薬品について、後発医薬品を調剤しなかった場合の理由に変化はありましたか。 ※○は1つ

④-1. 患者の意向	1. 増えた	2. 変わらない	3. 減った
④-2. 保険薬局の備蓄	1. 増えた	2. 変わらない	3. 減った
④-3. 後発医薬品なし	1. 増えた	2. 変わらない	3. 減った

注1：本項目は、区分10の3の2(3)カに規定する、一般名処方が行われた医薬品については、原則として後発医薬品を調剤することとするが、患者に対し後発医薬品の有効性、安全性や品質について適切に説明した上で、後発医薬品を調剤しなかった場合は、その理由を調剤報酬明細書の摘要欄に記載することとしているところの件数。

５．貴薬局での後発医薬品の備蓄状況等についてお伺いします。

(1)調剤用医薬品の備蓄状況について、お伺いします。
※令和5年●月●日または把握可能な直近月の初日時点についてご記入ください。
※正確な数がわからない場合は、概数でご記入ください。 ※規格単位が異なる場合は、別品目として数えてください。

① 調剤用医薬品備蓄品目数（全医薬品）	約（　　）品目
② 前記①のうち、先発医薬品（バイオ医薬品は除く）	約（　　）品目
③ 前記①のうち、後発医薬品（バイオ医薬品は除く）	約（　　）品目
④ 前記①のうち、先行バイオ医薬品	約（　　）品目
⑤ 前記①のうち、バイオ後続品	約（　　）品目

(2)1年前と比較した備蓄品目数の変化についてお伺いします。

⑥先発医薬品（**バイオ医薬品は除く**）の備蓄品目数は増えましたか。 ※○は1つ	1. 増えた	2. 変わらない	3. 減った
⑦後発医薬品（**バイオ医薬品は除く**）の備蓄品目数は増えましたか。 ※○は1つ	1. 増えた	2. 変わらない	3. 減った
⑧先行バイオ医薬品の備蓄品目数は増えましたか。 ※○は1つ	1. 増えた	2. 変わらない	3. 減った
⑨バイオ後続品の備蓄品目数は増えましたか。 ※○は1つ	1. 増えた	2. 変わらない	3. 減った

⑩後発医薬品の使用促進について、国や地方自治体、製薬会社、医療関係者、国民においてどのような取組を行うことが効果的と考えますか。ご意見を自由にお書きください。

６．貴薬局におけるバイオ後続品への対応状況についてお伺いします。

注：バイオ後続品とは、国内で既に新有効成分含有医薬品として承認されたバイオテクノロジー応用医薬品（以下「先行バイオ医薬品」という。）と同等／同質の品質、安全性、有効性を有する医薬品として、異なる製造販売業者により開発される医薬品です。
本調査における「バイオ後続品」には、後発医薬品として承認されたバイオ医薬品（いわゆるバイオAG、先行品工場で製造された先行品と同一のバイオ医薬品）を含みます。

表1　国内でバイオ後続品が承認されている先行バイオ医薬品のうち在宅自己注射可能なもの

先行バイオ医薬品の一般的名称	先行バイオ医薬品　販売名
ソマトロピン	ジェノトロピン
フィルグラスチム	グラン
インスリン グラルギン	ランタス
エタネルセプト	エンブレル
テリパラチド	フォルテオ
インスリン リスプロ	ヒューマログ
インスリン アスパルト	ノボラピッド
アダリムマブ	ヒュミラ

①バイオ医薬品（表1に示す先行バイオ医薬品・及びそのバイオ後続品）のうち、貴薬局が備蓄している医薬品、及び令和5年6月１か月間で調剤した医薬品は何ですか。※あてはまる項目すべてに○

	備蓄している医薬品		調剤した医薬品（令和5年6月1か月間）	
	先行バイオ医薬品	バイオ後続品	先行バイオ医薬品	バイオ後続品
1) ソマトロピン	1	1	1	1
2) フィルグラスチム	2	2	2	2
3) インスリン　グラルギン	3	3	3	3
4) エタネルセプト	4	4	4	4
5) テリパラチド	5	5	5	5
6) インスリン　リスプロ	6	6	6	6
7) インスリン　アスパルト	7	7	7	7
8) アダリムマブ	8	8	8	8
9) 備蓄及び調剤した医薬品はない	9	9	9	9

令和5年6月1日（木）～6月30日（金）の1か月間に受け付けた処方箋に関して、表1に示すバイオ後続品に係る状況についてお尋ねします。 ※1枚の処方箋に下記③～⑥が重複して含まれている場合、各々1枚とカウントしてください。

②表1に示すバイオ後続品を調剤した処方箋枚数	（　　）枚
③前記②のうち、表1に示すバイオ医薬品の「先行バイオ医薬品　販売名」で処方され、**「変更不可」となっていない**[注1]医薬品が1品目でもある処方箋の枚数	（　　）枚
④前記②のうち、バイオ後続品の販売名[注2]で処方されている医薬品が1品目でもある処方箋の枚数	（　　）枚
⑤前記②のうち、バイオ後続品の一般的名称[注3]で処方されている医薬品が1品目でもある処方箋の枚数	（　　）枚
⑥前記②のうち、バイオ医薬品の一般的名称に「（遺伝子組換え）」が記載されていない医薬品名[注4]の処方箋が1品目でもある処方箋の枚数	（　　）枚

注1：処方医が「個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること」となっている。
注2：バイオ後続品の販売名とは、「●●● BS注射液 含量 会社名」と記載されたものをいう。
注3：バイオ後続品の一般的名称とは、「○○○（遺伝子組換え）[●●●後続1]」と記載されたものをいう。
注4：バイオ医薬品の一般的名称で「（遺伝子組換え）」が記載されていない医薬品名とは、「○○○（遺伝子組換え）」の○○○部分のみが記載されたものをいう。

【すべての方にお伺いします。】

⑦バイオ医薬品が新規で処方された患者に、バイオ後続品を調剤したことはありますか。 ※○は１つ	
1. ある　→質問⑦-1へ	2. ない　→質問⑧へ

【前記⑦で「1.ある」を選択した方にお伺いします。】

⑦-1 バイオ医薬品が新規で処方された患者に、バイオ後続品を調剤したことがある医薬品を回答ください。
※あてはまる番号すべてに○

1. ソマトロピン	2. フィルグラスチム	3. インスリン グラルギン	4. エタネルセプト
5. テリパラチド	6. インスリン リスプロ	7. インスリン アスパルト	8. アダリムマブ

⑦-2 バイオ後続品を調剤した理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 患者がバイオ後続品の使用を希望したから	2. 患者の経済的負担が軽減できるから
3. 診療報酬上の評価があるから	4. 経営上のメリットがあるから
5. 医療費削減につながるから	6. 国がバイオ後続品の使用促進を図っているから
7. いわゆるバイオＡＧ[注5]であったから	
8. その他（具体的に：　　）	

⑦－3 前記⑦-2の選択肢 1. ～8. のうち、最もあてはまる番号を 1つだけお書きください。	

注5：後発医薬品として承認されたバイオ医薬品（先行品工場で製造された先行品と同一のバイオ医薬品）を指します。

【前記⑦で「2. ない」を選択した方にお伺いします。】

⑧バイオ後続品を調剤しない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. バイオ後続品の品質や有効性、安全性に疑問があるから
2. バイオ後続品は、先発品（先行バイオ医薬品）と同等／同質の品質・安全性・有効性を有するが同一ではないから
3. バイオ後続品の安定供給に不安があるから
4. バイオ後続品に関する情報提供が不足しているから
5. バイオ後続品の説明に時間がかかるから
6. 患者の費用負担が変わらないから
7. 患者が先行バイオ医薬品を希望するから
8. 先行バイオ医薬品とバイオ後続品のデバイスのタイプが異なるから
9. 後発医薬品調剤体制加算のような調剤報酬上のメリットがないから
10. 疑義照会が必要だから
11. バイオ後続品調剤対象となる患者がいないから
12. その他（具体的に：　　）

⑨前記⑧の選択肢 1. ～12. のうち、最もあてはまる番号を 1つだけお書きください。	

【すべての方にお伺いします。】

⑩既に先行バイオ医薬品を使用している患者に、先行バイオ医薬品からバイオ後続品に変更調剤したことはありますか。 ※○は１つ	
1. ある　→質問⑩-1へ	2. ない　→質問⑪へ

【前記⑩で「1.ある」を選択した方にお伺いします。】

⑩-1 既に先行バイオ医薬品を使用している患者に、先行バイオ医薬品からバイオ後続品に変更調剤したことがある医薬品を回答ください。 ※あてはまる番号すべてに○

1. ソマトロピン	2. フィルグラスチム	3. インスリン グラルギン	4. エタネルセプト
5. テリパラチド	6. インスリン リスプロ	7. インスリン アスパルト	8. アダリムマブ

⑩-2 バイオ後続品を調剤した理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 患者がバイオ後続品の使用を希望したから	2. 患者の経済的負担が軽減できるから
3. 診療報酬上の評価があるから	4. 経営上のメリットがあるから
5. 医療費削減につながるから	6. 国がバイオ後続品の使用促進を図っているから
7. いわゆるバイオＡＧであったから	
8. その他（具体的に：　　）	

⑩-3 前記⑩-2の選択肢 1. ～8. のうち、最もあてはまる番号を 1つだけお書きください。	

【前記⑩で「2. ない」を選択した方にお伺いします。】

⑪バイオ後続品を調剤しない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○	
1. バイオ後続品の品質や有効性、安全性に疑問があるから	
2. バイオ後続品は、先発品（先行バイオ医薬品）と同等／同質の品質・安全性・有効性を有するが同一ではないため	
3. バイオ後続品の安定供給に不安があるから	
4. バイオ後続品に関する情報提供が不足しているから	
5. バイオ後続品の説明に時間がかかるから	
6. 患者の費用負担が変わらないから	
7. 患者が先行バイオ医薬品を希望するから	
8. 先行バイオ医薬品とバイオ後続品のデバイスのタイプが異なるから	
9. 後発医薬品調剤体制加算のような調剤報酬上のメリットがないから	
10. 疑義照会が必要だから	
11. バイオ後続品調剤対象となる患者がいないから	
12. その他（具体的に： ）	
⑫前記⑪の選択肢 1. ～12. のうち、最もあてはまる番号を 1つだけお書きください。	

【すべての方にお伺いします。】

⑬バイオ後続品の調剤について、最も近いものはどれですか。 ※○は１つ
1. 全般的に、積極的にバイオ後続品の説明をして調剤するように取り組んでいる
2. 患者によって、バイオ後続品の説明をして調剤するように取り組んでいる
3. 新規でバイオ医薬品が処方された患者に、バイオ後続品の説明をして調剤するように取り組んでいる
4. バイオ後続品の調剤に積極的には取り組んでいない →質問⑯へ

【前記⑬で「4.バイオ後続品の調剤に積極的には取り組んでいない」を選択した方にお伺いします。】

⑭バイオ後続品を積極的には調剤しない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○	
1. バイオ後続品の品質や有効性、安全性に疑問があるから	
2. 先行バイオ医薬品とバイオ後続品の違いが分からないから	
3. バイオ後続品は、先発品（先行バイオ医薬品）と同等／同質の品質・安全性・有効性を有するが同一ではないため	
4. バイオ後続品の安定供給に不安があるから	
5. バイオ後続品に関する情報提供が不足しているから →不足している情報を具体的に( )	
6. 患者への普及啓発が不足しているから	
7. バイオ後続品の説明に時間がかかるから	
8. 患者が先行バイオ医薬品を希望するから（自己注射）	
9. 患者の費用負担が変わらないから	
10. 先行バイオ医薬品とバイオ後続品では適応症が異なり、バイオ後続品を採用できないことがあるから	
11. 先行バイオ医薬品とバイオ後続品のデバイスのタイプが異なり、バイオ後続品を採用できないことがあるから	
12. 後発医薬品調剤体制加算のような調剤報酬上のメリットがないから	
13. 在庫管理の負担が大きいから	
14. 経営者（会社）の方針だから	
15. 先行バイオ医薬品とバイオ後続品の両方を備蓄するのは困難だから	
16. 処方箋に変更不可のチェックが付いており、バイオ後続品を調剤できないから	
17. バイオ後続品調剤対象となる患者がいないから	
18. その他(具体的に)	
⑮前記⑭の選択肢 1. ～18. のうち、最もあてはまる番号を 1つだけお書きください。	

【すべての方にお伺いします。】

⑯バイオ後続品の処方箋表記について、どのような記載を望みますか。 ※○は1つ

1. バイオ後続品の販売名（例：「●●● ＢＳ注射液 含量 会社名」）
2. バイオ後続品の一般的名称（「○○○（遺伝子組換え）［●●●後続１］」）
3. バイオ後続品の一般的名称だが（遺伝子組換え）と記載しない（「○○○［●●●後続１］」）
4. 変更不可欄にチェックを入れずに先行品の販売名
5. 変更不可欄にチェックを入れずに先行品の一般的名称（「○○○（遺伝子組換え）」）
6. その他（具体的に：　　）

⑰今後、どのような対応が進めば、バイオ後続品の使用を進めてよいと考えますか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 調剤報酬を含む経営的メリットがあること
2. 患者負担の軽減がより明確になること
3. 医師、薬剤師への国からのバイオ後続品に関する情報の周知
4. 国からの国民への啓発と患者の理解
5. バイオ後続品企業から医師、薬剤師への情報提供
6. バイオ後続品の安定供給
7. バイオ後続品の在庫負担の軽減
8. バイオ後続品の品目数の増加
9. 先行バイオ医薬品からバイオ後続品に切り替えを含む臨床試験データの充実やガイドライン等の整備
10. その他（具体的に：　　）
11. バイオ後続品の普及の必要はない　→質問⑲へ

⑱前記⑰の選択肢 1. ～10. のうち、最もあてはまる番号を 1つだけお書きください。　［　　］

⑲患者からバイオ後続品に関する相談を受けたことはありますか ※○は１つ

1. ある　→質問⑳へ　　2. ない　→質問㉒へ

【⑳は前記⑲で「1.ある」と回答した場合にお伺いします。】

⑳患者からバイオ後続品に関するどのような相談を受けましたか ※あてはまる番号すべてに○

1. バイオ後続品そのものに関する相談（患者がバイオ後続品を知らない場合など）
2. バイオ後続品の品質・有効性及び安全性に関する相談
3. バイオ医薬品全般に関する相談（患者がバイオ医薬品を知らない場合など）
4. 先行バイオ医薬品とデバイスが異なる場合の使用方法に関する相談
5. 患者負担に関する相談
6. その他（具体的に：　　）

㉑前記⑳の選択肢 1. ～6. のうち、最もあてはまる番号を 1つだけお書きください。　［　　］

【すべての方にお伺いします。】

㉒バイオ後続品について患者へ説明するにあたり、薬剤師の立場で特に必要と考える情報に○をつけてください。
※あてはまる番号すべてに○

1. バイオ後続品そのものに関する情報（患者がバイオ後続品を知らない場合など）
2. バイオ後続品の安全性に関する情報
3. バイオ医薬品全般に関する情報（患者がバイオ医薬品を知らない場合など）
4. 先行バイオ医薬品とデバイスが異なる場合の使用方法に関する情報
5. 患者負担に関する情報
6. その他（具体的に：　　）
7. 特にない

㉓前記㉒の選択肢 1. ～6. のうち、最もあてはまる番号を 1つだけお書きください。　［　　］

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。
お手数をおかけいたしますが、令和５年●月●日（●）までに専用の返信用封筒（切手不要）に封入し、お近くのポストに投函してください。

ID:

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和5年度調査）

後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査

一般診療所票

※この一般診療所票は医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設における後発医薬品の使用状況やお考えについてお伺いするものですが、開設者・管理者が指名する方にご回答いただいても結構です。
※ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（ ）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。（ ）内に数値を記入する設問で、該当なしは「０（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をご記入ください。
※数値を入力する設問で、「小数点以下第1位まで」と記載されている場合は、小数点以下第2位を四捨五入してご記入ください。記載されていない場合は、整数をご記入下さい。
※特に断りのない場合は、令和5年●月●日現在の状況についてご記入ください。
※災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

０．あなたご自身についてお伺いします（令和5年●月●日現在）。

①性別 ※○は１つ	1. 男性		2. 女性		
②年代 ※○は１つ	1. ～20代以下	2. 30代	3. 40代	4. 50代	5. 60代以上
③開設者・管理者の別 ※○は1つ	1. 開設者兼管理者	2. 開設者	3. 管理者		
	4. その他（具体的に： ）				
④主たる担当診療科 ※○は1つ	1. 内科[注1]	2. 外科[注2]	3. 精神科	4. 小児科	
	5. 皮膚科	6. 泌尿器科	7. 産婦人科・産科	8. 眼科	
	9. 耳鼻咽喉科	10. 放射線科	11. 脳神経外科	12. 整形外科	
	13. 麻酔科	14. 救急科	15. 歯科・歯科口腔外科	16. リハビリテーション科	
	17. その他（具体的に： ）				

注1：内科、腎臓内科、血液内科、リウマチ内科、糖尿病内科、消化器内科、呼吸器内科、循環器内科、感染症内科、アレルギー内科、心療内科、神経内科は、「1.内科」としてご回答ください。
注2：外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「2.外科」としてご回答ください。

１．貴施設の状況についてお伺いします（令和5年●月１日現在）。

①所在地	（ ）都・道・府・県				
②開設者 ※○は1つ	1. 個人	2. 法人	3. その他	③開設年	西暦（ ）年
④種別 ※○は1つ	1. 無床診療所		2. 有床診療所 →許可病床数（ ）床		
⑤標榜診療科 ※あてはまる番号すべてに○	1. 内科	2. 外科	3. 精神科	4. 小児科	
	5. 皮膚科	6. 泌尿器科	7. 産婦人科・産科	8. 眼科	
	9. 耳鼻咽喉科	10. 放射線科	11. 脳神経外科	12. 整形外科	
	13. 麻酔科	14. 救急科	15. 歯科・歯科口腔外科	16. リハビリテーション科	
	17. その他（具体的に： ）				

【前記⑤で「1.内科」と回答した方にお伺いします。】

⑤-1 内科の詳細 ※あてはまる番号すべてに○			
1. 腎臓内科	2. 血液内科	3. リウマチ内科	4. 糖尿病内科
5. 消化器内科	6. 呼吸器内科	7. 循環器内科	8. 1～7に該当なし

【前記⑤で「2.外科」と回答した方にお伺いします。】

⑤-2 外科の詳細 ※あてはまる番号すべてに○			
1. 呼吸器外科	2. 心臓血管外科	3. 乳腺外科	4. 気管食道外科
5. 消化器外科	6. 肛門外科	7. 小児外科	8. 1～7に該当なし

【すべての方にお伺いします。】

⑥オーダリングシステムの導入状況 ※あてはまる番号すべてに○	1. 一般名処方に対応できるオーダリングシステムを導入している
	2. 後発医薬品名が表示されるオーダリングシステムを導入している
	3. バイオ後続品[注1]が表示されるオーダリングシステムを導入している
	4. オーダリングシステムを導入している（上記 1,2,3の機能はない）
	5. オーダリングシステムを導入していない
⑦外来の院内・院外処方の割合	院内処方（　　）％＋院外処方（　　）％＝100％ [注2]

注1：バイオ後続品とは、国内で既に新有効成分含有医薬品として承認されたバイオテクノロジー応用医薬品（以下「先行バイオ医薬品」という。）と同等／ 同質の品質、安全性、有効性を有する医薬品として、異なる製造販売業者により開発される医薬品です。
本調査における「バイオ後続品」には、後発医薬品として承認されたバイオ医薬品（いわゆるバイオAG、先行品工場で製造された先行品と同一のバイオ医薬品）を含みます。

注2：算定回数ベースにて整数でご記入ください。正確な数がわからない場合は概数でご記入ください。
例えば、院内投薬のみの場合は、院内処方に「100」を、院外処方に「0」をご記入ください。また、院外処方のみの場合は、「院内処方」に「0」を、「院外処方」に「100」をご記入ください。

	1)常勤のみ ※ゼロの場合は「0」とご記入ください。	2)常勤換算
⑧-1. 医師数	（　　）人	（　　）人
⑧-2. 薬剤師数	（　　）人	（　　）人
⑨外来患者延数　令和5年6月		（　　）人
⑩在院患者延数　令和5年6月		（　　）人

【有床診療所の方、または無床診療所で院内処方を行っている施設の方にお伺いします。】

⑪医薬品の備蓄品目数（令和5年●月●日）[注3]	
1) 調剤用医薬品	約（　　）品目
2) 上記1)のうち後発医薬品	約（　　）品目
3) 上記1)のうち先行バイオ医薬品	約（　　）品目
4) 上記1)のうちバイオ後続品	約（　　）品目

注3：令和5年●月●日の数値が不明の場合は、貴施設が把握している直近月の初日の数値をご記入ください。

⑫後発医薬品使用割合＜新指標、数量ベース＞　※令和5年6月　※小数点以下第１位まで	約（　　）％
⑬カットオフ値[注4]の割合（調剤報酬算定上の数値）　※令和5年6月 ※小数点以下第１位まで	約（　　）％

注4：カットオフ値(%)の算出式 =（後発医薬品ありの先発医薬品 + 後発医薬品）÷ 全医薬品

2．後発医薬品に係る最近の対応状況についてお伺いします。

【すべての方にお伺いします。】

①1年前と比較して後発医薬品に係る対応において業務量は増えましたか。 ※○は1つ	1. 増えた	2. 変わらない	3. 減った

②1年前（令和4年●月●日）と比較して、後発医薬品の供給体制についてどのように感じますか。 ※○は1つ

1. 改善した	2. 変わらない	3. 悪化した

③現在（令和5年●月●日）の医薬品の調達状況についてお伺いします。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 医薬品の納品までに時間がかかる
2. 医薬品の発注作業の回数が増えた
3. 卸に医薬品の注文を受け付けてもらえない
4. 卸からの医薬品の注文の取り消しが頻発している
5. 特に困難な状況はない

④医薬品の不安定な供給状況によって生じている影響についてお伺いします。 ※あてはまる番号すべてに○
1. 後発医薬品を先発医薬品に採用品目の見直しを行った
2. 後発医薬品を別の後発医薬品に採用品目の見直しを行った
3. 同一成分の後発医薬品の入手が困難なため、代替のための後発医薬品の調達を行った
4. 同一成分の後発医薬品の入手が困難なため、同一成分の先発医薬品の調達を行った
5. 同一成分の後発医薬品の入手が困難なため、剤形の変更等を行った
6. 患者からの後発医薬品使用に関する相談や苦情等の対応を行った
7. 後発医薬品の品質や安全性に係る情報収集を行った
8. 後発医薬品メーカーや卸から供給に関する情報の収集を行った
9. その他（具体的に：　　）

⑤前記④の選択肢1. ～9. のうち、最もあてはまるものの番号を１つお書きください。	

⑥現在（令和5年●月●日）において、後発医薬品の処方割合に変化はありましたか。 ※○は1つ
1. 後発医薬品の処方割合がかなり減った
2. 後発医薬品の処方割合がやや減った
3. 後発医薬品の処方割合の変化はほとんどなかった
4. 後発医薬品の処方割合が増えた
5. わからない

		院内	院外
⑦出荷調整等で入手が難しくなっている品目数 ※令和5年6月1か月間	先発医薬品	（　　）品目	（　　）品目
	後発医薬品	（　　）品目	（　　）品目

⑧供給停止となっている後発医薬品等の診療報酬上の臨時的な取扱いの適用[注1]（令和5年●月●日時点）※○は1つ	1. あり	2. なし

注1：供給が停止されていると報告された医薬品のうち、別に示す供給停止品目と同一成分・同一投与形態の医薬品については、「後発医薬品調剤体制加算」等において後発医薬品の使用（調剤）割合（以下、「新指標の割合」）を算出する際に算出対象から除外しても差し支えないこととするもの。

⑨「医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置」[注2]について知っていますか。 ※○は1つ	1. 知っている	2. 知らない

注2：医薬品の供給が不安定な状況を踏まえ、患者への適切な薬剤の処方や、保険薬局の地域における協力促進などの観点から、保険医療機関・保険薬局に対する加算について、特例措置を講ずるもの。

【⑩～⑫は有床診療所の方にお伺いします。】

⑩後発医薬品使用体制加算の算定状況 ※○は1つ		
	1. 算定していない	2. 後発医薬品使用体制加算1
	3. 後発医薬品使用体制加算2	4. 後発医薬品使用体制加算3

【⑪は前記⑩で2.～4.（算定あり）と回答した方にお伺いします。】

⑪「医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置」の適用有無（令和5年●月1日時点）※○は1つ	1. あり	2. なし

【⑫は前記⑪で「2.なし」と回答した方にお伺いします。】

⑫特例を適用していない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○
1. 特例措置を知らなかったから
2. 医薬品の供給が不足等した場合に当該保険医療機関における治療計画等の見直しを行う等適切に対応する体制を有していないから
3. 医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には入院患者に十分に説明することが困難だから
4. その他（具体的に：　　）

【すべての方にお伺いします。】

⑬外来後発医薬品使用体制加算の算定状況 ※○は1つ		
	1. 算定していない	2. 外来後発医薬品使用体制加算1
	3. 外来後発医薬品使用体制加算2	4. 外来後発医薬品使用体制加算3

【⑭は前記⑬で2.～4.（算定あり）と回答した方にお伺いします。】

⑭「医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置」の適用有無（令和5年●月1日時点）	1. あり	2. なし

【⑮は前記⑭で「2.なし」と回答した方にお伺いします。】

⑮特例を適用していない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○
1. 特例措置を知らなかったから
2. 医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して十分な対応ができる体制が整備されていないから
3. 医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することが困難だから
4. その他（具体的に：　　）

3．一般名処方に係る最近の対応状況についてお伺いします。

【すべての方にお伺いします。】

①処方箋料の算定回数 ※令和5年6月1か月間		（　　）回
②現在、一般名処方による処方箋を発行していますか。※○は1つ		1. あり　2. なし
③一般名処方加算の算定回数 ※令和5年6月1か月間	一般名処方加算1	（　　）回
	一般名処方加算2	（　　）回
④「医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置」の適用有無（令和5年●月1日時点）		1. あり　2. なし

【⑤は前記④で「2.なし」と回答した方にお伺いします。】

⑤特例を適用していない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○
1. 特例措置を知らなかったから
2. 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付する場合には、医薬品の供給状況等を踏まえつつ、一般名処方の趣旨を患者に十分に説明することが困難だから
3. その他（具体的に：　　）

【⑥は前記②で「1.あり」と回答した方にお伺いします。】

⑥1年前と比較して一般名処方の件数は増えましたか。 ※○は1つ	1. 増えた	2. 変わらない	3. 減った

【⑦は前記⑥で「1.増えた」と回答した方にお伺いします。】

⑦一般名処方が増えた理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○
1. 一般名処方加算の点数が引き上げられたから
2. 医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置を適用したから
3. 後発医薬品の品質への不安が減ったから
4. 後発医薬品の安定供給への不安が減ったから
5. 先発医薬品を希望する患者が減ったから
6. オーダリングシステムの変更など一般名処方に対応できる院内体制が整備されたから
7. その他（具体的に：　　）

【⑧は前記⑥で「2.変わらない」「3.減った」と回答した方にお伺いします。】

⑨一般名処方が増えない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○
1. 後発医薬品の品質への不安があるから
2. 後発医薬品の安定供給への不安があるから
3. 先発医薬品を希望する患者が増えたから
4. オーダリングシステムの変更など一般名処方に対応できる院内体制が整備されていないから
5. その他（具体的に：　　）

【⑩は前記②で「2.なし」（一般名処方による処方箋の発行なし）と回答した方にお伺いします。】

⑩一般名処方による処方箋を発行していない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○
1. オーダリングシステムや電子カルテが未導入であるため
2. 現在のシステムが一般名処方に対応していないため
3. 処方箋が手書きのため
4. 一般名では分かりにくく、医療従事者が混乱するため
5. 一般名では分かりにくく、患者が混乱するため
6. 手間が増えるため
7. 保険薬局がメーカーを選択できることに疑問や不安があるため
8. その他（具体的に：　　）
9. 特に理由はない

【すべての方にお伺いします。】

⑪貴施設で実施している医薬品の安定供給に関連する取組は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○
1. 一般名処方に関する患者への説明
2. 一般名処方の調剤に関する保険薬局との連携
3. クリニカルパスの見直し
4. レジメンの見直し
5. その他（具体的に：　　）

⑫今後、どのような対応がなされれば、医師の立場として後発医薬品の使用を進めてもよいと思いますか。 ※あてはまる番号すべてに○
1. 厚生労働省による、医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底
2. 後発医薬品メーカー・卸による情報提供体制の確保
3. 後発医薬品に関する安定供給体制の確保
4. 後発医薬品の価格のバラツキや品目数の整理統合
5. 先発医薬品名を入力すると一般名処方できるオーダリングシステムの導入
6. 後発医薬品に対する患者の理解
7. 後発医薬品を使用する際の診療報酬上の評価
8. 後発医薬品の使用割合についての診療報酬上の評価
9. 後発医薬品の出荷停止・出荷調整等を含む安定供給に係る特例措置
10. 後発医薬品の原薬、製剤に関する製造方法、製造場所、製造国、共同開発などの情報開示
11. 患者負担が軽減されること
12. 患者からの希望が増えること
13. その他（具体的に：　　）
14. 特に対応は必要ない　→質問⑭へ

⑬前記⑫の選択肢1. ～13. のうち、最もあてはまるものの番号を１つお書きください。	

⑭後発医薬品の使用促進について、国や地方自治体、製薬会社、医療関係者、国民においてどのような取組を行うことが効果的と考えますか。ご意見を自由にお書きください。

4．バイオ後続品の使用に関するお考えについてお伺いします。

注：バイオ後続品とは、国内で既に新有効成分含有医薬品として承認されたバイオテクノロジー応用医薬品（以下「先行バイオ医薬品」という。）と同等／同質の品質、安全性、有効性を有する医薬品として、異なる製造販売業者により開発される医薬品です。
本調査における「バイオ後続品」には、後発医薬品として承認されたバイオ医薬品（いわゆるバイオAG、先行品工場で製造された先行品と同一のバイオ医薬品）を含みます。

国内でバイオ後続品が承認されている先行バイオ医薬品

先行バイオ医薬品の一般的名称[注1]	先行バイオ医薬品　販売名
ソマトロピン	ジェノトロピン
エポエチン アルファ	エスポー
フィルグラスチム	グラン
インフリキシマブ	レミケード
インスリン グラルギン	ランタス
リツキシマブ	リツキサン
トラスツズマブ	ハーセプチン
エタネルセプト	エンブレル
アガルシダーゼ ベータ	ファブラザイム
ベバシズマブ	アバスチン
ダルベポエチン　アルファ[注2]	ネスプ
テリパラチド	フォルテオ
インスリン　リスプロ	ヒューマログ
アダリムマブ	ヒュミラ
インスリン　アスパルト	ノボラピッド
ラニビズマブ	ルセンティス

注１：（遺伝子組換え）を省略して記載
注２：バイオ後続品と後発バイオ医薬品のそれぞれが承認されている

《バイオ医薬品（先行バイオ医薬品・バイオ後続品）について》

①バイオ医薬品（先行バイオ医薬品・バイオ後続品）を処方（使用）していますか。 ※○は1つ	1. 処方（使用）あり	2. 処方（使用）なし

【②～④は前記①で「1.処方（使用）あり」と回答した方にお伺いします。】

②院内処方（入院または院内の外来）の有無 ※○は1つ	1. あり	2. なし
③院外処方の有無 ※○は1つ	1. あり	2. なし

④在庫のあるバイオ医薬品（先行バイオ医薬品・バイオ後続品）についてご回答ください。 ※あてはまる番号すべてに○

1.　インスリン製剤	2.　ヒト成長ホルモン剤	3.　エタネルセプト製剤	4.　テリパラチド製剤
5.　リツキシマブ製剤	6.　トラスツズマブ製剤	7.　ベバシズマブ製剤	8.　インフリキシマブ製剤
9.　アダリムマブ製剤	10. ラニビズマブ製剤	11. アガルシダーゼ ベータ製剤	
12.　バイオ医薬品の在庫なし			

《バイオ後続品について》

【すべての方にお伺いします。】

⑤施設におけるバイオ後続品の使用に関する考え方について最も近いものはどれですか。 ※○は1つ
1. バイオ後続品が発売されているものは、積極的に処方（使用）する
2. 品質や有効性、安全性に疑問がないバイオ後続品は積極的に処方（使用）する
3. 安定供給に疑問がないバイオ後続品は積極的に処方（使用）する
4. 品目によってはバイオ後続品を積極的に処方（使用）する
5. 先行バイオ医薬品とバイオ後続品の適応症が同じ場合は積極的に処方（使用）する
6. バイオ後続品を積極的には処方（使用）していない　→質問⑧へ
7. バイオ医薬品（先行バイオ医薬品、バイオ後続品）の対象となる患者がいない →質問⑨へ
8. その他（具体的に：　　）　→質問⑨へ

【⑥⑦は前記⑤で選択肢 1.～5.(バイオ後続品を積極的に処方(使用)する)と回答した方にお伺いします。】

⑥バイオ後続品を積極的に処方(使用)する場合、その理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○	
1. 患者がバイオ後続品の使用を希望するから	2. 患者の経済的負担が軽減できるから
3. 診療報酬上の評価があるから	4. 経営上のメリットがあるから
5. 医療費削減につながるから	6. 国がバイオ後続品の使用促進を図っているから
7. いわゆるバイオＡＧ[注3]であれば積極的に使用する	
8. その他（具体的に： ）	

注3：後発医薬品として承認されたバイオ医薬品(先行品工場で製造された先行品と同一のバイオ医薬品)を指します。

⑦既に先行バイオ医薬品を処方(使用)している患者に、先行バイオ医薬品からバイオ後続品に変更を考慮する場合、その理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○	
1. 患者がバイオ後続品の使用を希望するから	2. 患者の経済的負担が軽減できるから
3. 診療報酬上の評価があるから	4. 経営上のメリットがあるから
5. 医療費削減につながるから	6. 国がバイオ後続品の使用促進を図っているから
7. いわゆるバイオＡＧであれば積極的に使用する	
8. その他（具体的に： ）	

【⑧は前記⑤で「6.バイオ後続品を積極的には処方(使用)していない」と回答した方にお伺いします。】

⑧バイオ後続品を積極的には処方(使用)していない理由としてあてはまるものお選びください。 ※あてはまる番号すべてに○
1. バイオ後続品の品質や有効性、安全性に疑問があるから
2. バイオ後続品は、先発品（先行バイオ医薬品）と同等／同質の品質・安全性・有効性を有するが同一ではないため
3. バイオ後続品に関する情報提供が不足しているから →不足している情報（ ）
4. バイオ後続品の品目が少ないから
5. バイオ後続品の安定供給に不安があるから
6. 患者への普及啓発が不足しているから
7. 患者の経済的メリットが小さいから
8. 高額療養費や公費医療費制度を利用している患者だから
9. 院内でバイオ後続品の投与や処方を行っていないから
10. 在庫管理等の負担が大きいから
11. 先行バイオ医薬品の薬価差益がバイオ後続品の薬価差益よりも大きいから
12. 先行バイオ医薬品とバイオ後続品の両方を備蓄するのは困難だから
13. 製造販売後調査（PMS）の手間が大きいから
14. 先行バイオ医薬品とバイオ後続品の適応症が異なるから
15. 先行バイオ医薬品とバイオ後続品のデバイスのタイプが異なるから
16. その他（具体的に： ）

【すべての方にお伺いします。】

⑨今後、どのような対応が進めば、バイオ後続品の処方(使用)を進めてよいと考えますか。 ※あてはまる番号すべてに○	
1. 診療報酬上の評価	2. より患者負担が軽減されること
3. 医師、薬剤師への国からのバイオ後続品に関する情報の周知	
4. 国からの国民への啓発と患者の理解	5. バイオ後続品企業からの情報提供
6. 先行バイオ医薬品からバイオ後続品に切り替えを含む臨床試験データの充実やガイドライン等の整備	
7. バイオ後続品の品目数が増えること	8. バイオ後続品の供給がより安定すること
9. バイオ後続品の在庫の負担軽減	10. 医療機関に対する経営的メリットがあること
11. その他（具体的に： ）	
12. バイオ後続品を使用する必要はない	

【⑩⑪は前記①で「1.処方(使用)あり」(バイオ医薬品(先行バイオ医薬品・バイオ後続品)処方あり)と回答した方にお伺いします。】

⑩バイオ後続品の院内処方(入院または院内の外来)の有無 ※○は1つ	1. あり	2. なし
⑪バイオ後続品の院外処方の有無 ※○は1つ	1. あり	2. なし

【⑫～㉑は前記⑩⑪のいずれかで「1.あり」(院内・院外いずれかでバイオ後続品処方あり)と回答した方にお伺いします。】

⑫令和4年度診療報酬改定で外来腫瘍化学療法診療料、外来化学療法加算におけるバイオ後続品導入初期加算が新設されたことで、貴施設におけるバイオ後続品の使用件数が増えましたか。 ※○は1つ

1. はい	2. いいえ	3. わからない

⑬令和5年●月のバイオ後続品の処方件数について対象医薬品ごとにご回答ください。

	バイオ後続品の処方件数
A. インスリン製剤	( ) 件
B. ヒト成長ホルモン剤	( ) 件
C. エタネルセプト製剤	( ) 件
D. テリパラチド製剤	( ) 件
E. リツキシマブ製剤	( ) 件
F. トラスツズマブ製剤	( ) 件
G. ベバシズマブ製剤	( ) 件
H. インフリキシマブ製剤	( ) 件
I. アダリムマブ製剤	( ) 件
J. ラニビズマブ製剤	( ) 件
K. アガルシダーゼ ベータ製剤	( ) 件

⑭令和5年●月における以下の診療報酬の算定の有無・件数についてご回答ください。

	1)算定の有無 ※それぞれ○は1つ		2)算定件数
A. 在宅自己注射指導管理料における バイオ後続品導入初期加算	1. 算定あり	2. 算定なし	( ) 件
B. 外来化学療法加算1における バイオ後続品導入初期加算	1. 算定あり	2. 算定なし	( ) 件
C. 外来化学療法加算2における バイオ後続品導入初期加算	1. 算定あり	2. 算定なし	( ) 件
D. 外来腫瘍化学療法診療料1における バイオ後続品導入初期加算	1. 算定あり	2. 算定なし	( ) 件
E. 外来腫瘍化学療法診療料2における バイオ後続品導入初期加算	1. 算定あり	2. 算定なし	( ) 件

【⑮は前記⑭におけるA～Eのいずれかで「2.算定なし」と回答した方にお伺いします。】

⑮導入初期加算を算定していない場合、その理由 ※あてはまる番号すべてに○

1. 加算点数が少ないから
2. 算定要件が厳しいから
3. 初回処方日の属する月から逆算して3カ月しか算定できないから
4. 月1回しか算定できないから
5. 対象となる患者がいないから
6. バイオ後続品の安定供給に不安があるから
7. その他(具体的に:)

⑯バイオ後続品への置換が進んでいない医薬品についてご回答ください。 ※あてはまる番号すべてに○

1. インスリン製剤	2. ヒト成長ホルモン剤	3. エタネルセプト製剤	4. テリパラチド製剤
5. リツキシマブ製剤	6. トラスツズマブ製剤	7. ベバシズマブ製剤	8. インフリキシマブ製剤
9. アダリムマブ製剤	10. ラニビズマブ製剤	11. アガルシダーゼ ベータ製剤	
12. バイオ後続品の採用状況の差は、医薬品ごとにあまりない →質問⑲へ			
13. バイオ後続品を採用していない →質問⑲へ			

【前記⑯で選択肢 1.から11.を選んだ方にお伺いします。】

⑰バイオ後続品への置換が進んでいない理由は何ですか。
前記⑯で選択した医薬品のうち特に置換が進んでいない医薬品を最大3つ選び、それぞれ理由をA～Hから選択してください。 ※選択した各医薬品について、それぞれあてはまる番号(A～H)すべてに○

	1つ目	2つ目	3つ目
特に置換が進んでいない医薬品を最大3つ記載→（前記⑯の選択肢1.～11.から選択して記入）			
A 診療報酬上の評価が十分ではないから	A	A	A
B 対象の注射薬が対象となる患者がいないから	B	B	B
C 患者負担があまり軽減されないから	C	C	C
D バイオ後続品の品目数が少ないから	D	D	D
E バイオ後続品の安定供給に不安があるから	E	E	E
F バイオ後続品導入初期加算を知らなかったから	F	F	F
G 先行バイオ医薬品との適応症の差があるから	G	G	G
H その他(具体的に:)	H	H	H

【前記⑰で選択肢A「診療報酬上の評価が十分ではないから」を選んだ方にお伺いします。】

⑱前記⑰の選択肢A「診療報酬上の評価が十分ではないから」の中であてはまる理由は何ですか。
※あてはまる番号すべてに○

	1つ目	2つ目	3つ目
前記⑰において選択した医薬品について回答ください→			
A-1 加算点数が少ないから	A-1	A-1	A-1
A-2 算定要件がわからないから	A-2	A-2	A-2
A-3 算定要件が厳しいから	A-3	A-3	A-3
A-4 初回処方日の属する月から逆算して3カ月しか算定できないから	A-4	A-4	A-4
A-5 月1回しか算定できないから	A-5	A-5	A-5

《バイオ後続品の院外処方について》

【⑲⑳は前記⑪で「1.あり」(バイオ後続品の院外処方あり)と回答した方にお伺いします。】

⑲発行する際、処方箋にどのように表記していますか。 ※○は1つ

1. バイオ後続品の販売名（例：「●●● ＢＳ注射液 含量 会社名」）
2. バイオ後続品の一般的名称（「○○○（遺伝子組換え）［●●●後続１］」）
3. バイオ後続品の一般的名称だが（遺伝子組換え）と記載しない（「○○○［●●●後続１］」）
4. 変更不可欄にチェックを入れずに先行品の販売名で処方
5. 変更不可欄にチェックを入れずに先行品の一般的名称で処方（「○○○（遺伝子組換え）」）
6. その他（具体的に： ）

⑳バイオ後続品を院外処方するにあたって薬局・薬剤師に望むことはありますか。 ※あてはまる番号すべてに○
1.「一般名処方の調剤」または「バイオ後続品への変更調剤」について、予め合意した方法で情報提供を受けること
2.「一般名処方の調剤」または「バイオ後続品への変更調剤」について、合意方法や頻度によらず情報提供を受けること
3. 患者に対して、バイオ後続品の品質や有効性、安全性について説明を行うこと
4. 患者に対して、バイオ後続品の普及啓発を行うこと
5. その他（具体的に：　　）

【㉑は前記⑪で「2.なし」（バイオ後続品の院外処方なし）と回答した方にお伺いします。】

㉑バイオ後続品の院外処方をしていない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○
1. バイオ後続品に限らず、院外処方箋を発行していないから
2. バイオ後続品の対象となる患者がいないから
3. バイオ後続品の品質や有効性、安全性に処方医師が疑問を持っているから
4. バイオ後続品の品質や有効性、安全性に患者が疑問を持っているから
5. バイオ後続品の品目が少ないから
6. バイオ後続品の安定供給に不安があるから
7. 患者の経済的メリットが小さいから
8. 先行バイオ医薬品とバイオ後続品の適応症が異なるから
9. 先行バイオ医薬品とバイオ後続品のデバイスのタイプが異なるから
10. その他（具体的に：　　）
11. 特に理由はない

《外来腫瘍化学療法診療料について》

【すべての方にお伺いします。】

㉒外来腫瘍化学療法診療料を算定していますか。 ※○は1つ	1. 算定あり	2. 算定なし

【前記㉒で「1.算定あり」と回答した方にお伺いします。】

㉓外来腫瘍化学療法診療料の算定回数 ※令和5年6月1か月間	（　　）回
㉔外来腫瘍化学療法診療料の対象患者の平均受診回数（小数点第1位まで） ※令和5年6月1か月間	（　　）回

㉕令和5年6月の1か月間における、受診回数ごとの患者数及びその受診目的の内訳

受診回数	受診回数別の受診した患者数	抗悪性腫瘍剤投与が目的の受診回数の合計	副作用による診察が目的の受診回数の合計
1回	（　　）人	（　　）回	（　　）回
2回	（　　）人	（　　）回	（　　）回
3回	（　　）人	（　　）回	（　　）回
4回	（　　）人	（　　）回	（　　）回
5回	（　　）人	（　　）回	（　　）回
6回	（　　）人	（　　）回	（　　）回
7回	（　　）人	（　　）回	（　　）回
8回	（　　）人	（　　）回	（　　）回
9回	（　　）人	（　　）回	（　　）回
10回以上	（　　）人	（　　）回	（　　）回

㉖院内で採用している外来化学療法における後発品の使用状況（※使用した規格単位の数量で算出）		
	A 後発医薬品（バイオ後続品を含む）がある先発医薬品	B 後発医薬品（バイオ後続品を含む）
1. 抗悪性腫瘍薬（バイオ医薬品）		
2. 抗悪性腫瘍薬（バイオ医薬品以外）		
3. 支持療法に用いる医薬品（抗悪性腫瘍薬以外のバイオ医薬品も含む）		

《外来化学療法加算について》

【すべての方にお伺いします。】

㉗外来化学療法加算を算定していますか。 ※○は1つ	1. 算定あり	2. 算定なし

【㉘は前記㉗で「1.算定あり」と回答した方にお伺いします。】

㉘院内で採用している外来化学療法における後発品の使用状況（※使用した規格単位の数量で算出）		
	A 後発医薬品（バイオ後続品を含む）がある先発医薬品	B 後発医薬品（バイオ後続品を含む）
1. バイオ医薬品		
2. 支持療法に用いる医薬品		

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。
お手数をおかけいたしますが、令和５年●月●日（●）までに専用の返信用封筒（切手不要）に封入し、
お近くのポストに投函してください。

ID:

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和5年度調査）

後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査

歯科診療所票

※この歯科診療所票は医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設における後発医薬品の使用状況やお考えについてお伺いするものですが、開設者・管理者が指名する方にご回答いただいても結構です。
※ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（ ）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。（ ）内に数値を記入する設問で、該当なしは「０（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をご記入ください。
※数値を入力する設問で、「小数点以下第1位まで」と記載されている場合は、小数点以下第2位を四捨五入してご記入ください。記載されていない場合は、整数をご記入下さい。
※特に断りのない場合は、令和5年●月●日現在の状況についてご記入ください。
※災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

０．あなたご自身についてお伺いします（令和5年●月●日現在）。

①性別 ※○は１つ	1. 男性	2. 女性			
②年代 ※○は１つ	1. ～20代以下	2. 30代	3. 40代	4. 50代	5. 60代以上
③開設者・管理者の別 ※○は1つ	1. 開設者兼管理者	2. 開設者	3. 管理者		
	4. その他（具体的に： ）				

１．貴施設の状況についてお伺いします（令和5年●月１日現在）。

①所在地	（ ）都・道・府・県				
②開設者 ※○は1つ	1. 個人	2. 法人	3. その他	③開設年	西暦（ ）年
④標榜診療科 ※あてはまる番号すべてに○	1. 歯科	2. 矯正歯科	3. 小児歯科	4. 歯科口腔外科	
	5. その他（具体的に： ）				
⑤医科の医療機関の併設状況 ※○は1つ	1. 併設している	2. 併設していない			
⑥外来の院内・院外処方の割合	院内処方（ ）％＋院外処方（ ）％＝100％ 注1				

注1：算定回数ベースにて整数でご記入ください。正確な数がわからない場合は概数でご記入ください。
例えば、院内投薬のみの場合は、院内処方に「100」を、院外処方に「0」をご記入ください。また、院外処方のみの場合は、「院内処方」に「0」を、「院外処方」に「100」をご記入ください。

	1)常勤のみ ※ゼロの場合は「0」とご記入ください。	2)常勤換算
⑦-1. 歯科医師数	（ ）人	（ ）人
⑦-2. 薬剤師数	（ ）人	（ ）人
⑧外来患者延数 令和5年6月		（ ）人

２．後発医薬品に係る最近の対応状況についてお伺いします。

①1年前（令和4年●月●日）と比較して、後発医薬品の供給体制についてどのように感じますか。 ※○は1つ			
1. 改善した	2. 変わらない	3. 悪化した	
②現在（令和5年●月●日）において、後発医薬品の処方割合に変化はありましたか。 ※○は1つ			
1. 後発医薬品の処方割合がかなり減った			
2. 後発医薬品の処方割合がやや減った			
3. 後発医薬品の処方割合の変化はほとんどなかった			
4. 後発医薬品の処方割合が増えた			
5. わからない			

		院内	院外
③出荷調整等で入手が難しくなっている品目数 ※令和5年6月1か月間	先発医薬品	（ ）品目	（ ）品目
	後発医薬品	（ ）品目	（ ）品目

④供給停止となっている後発医薬品等の診療報酬上の臨時的な取扱いの適用 注2（令和5年●月●日時点） ※○は1つ	1. あり	2. なし

注2：供給が停止されていると報告された医薬品のうち、別に示す供給停止品目と同一成分・同一投与形態の医薬品については、「後発医薬品調剤体制加算」等において後発医薬品の使用（調剤）割合（以下、「新指標の割合」）を算出する際に算出対象から除外しても差し支えないこととするもの。

⑤「医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置」[注3]について知っていますか。 ※〇は1つ	1. 知っている	2. 知らない

注3：医薬品の供給が不安定な状況を踏まえ、患者への適切な薬剤の処方や、保険薬局の地域における協力促進などの観点から、保険医療機関・保険薬局に対する加算について、特例措置を講ずるもの。

⑥外来後発医薬品使用体制加算の算定状況 ※〇は1つ		
	1. 算定していない	2. 外来後発医薬品使用体制加算1
	3. 外来後発医薬品使用体制加算2	4. 外来後発医薬品使用体制加算3

【⑦は前記⑥で2.～4.（算定あり）と回答した方にお伺いします。】

⑦「医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置」の適用有無（令和5年●月1日時点） ※〇は1つ	1. あり	2. なし

【⑧は前記⑦で「2.なし」と回答した方にお伺いします。】

⑧特例を適用していない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに〇
1. 特例措置を知らなかったから
2. 医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して十分な対応ができる体制が整備されていないから
3. 医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することが困難だから
4. その他（具体的に：　　）

⑨後発医薬品使用割合＜数量ベース＞ ※令和5年6月 ※小数点以下第１位まで	約（　　）％
⑩カットオフ値[注4]の割合（調剤報酬算定上の数値） ※令和5年6月 ※小数点以下第１位まで	約（　　）％

注4：カットオフ値(%)の算出式 =（後発医薬品ありの先発医薬品 + 後発医薬品）÷ 全医薬品

⑪処方料の算定回数 ※令和5年6月1か月間	（　　）回
⑫処方箋料の算定回数 ※令和5年6月1か月間	（　　）回

⑬現在、一般名処方による処方箋を発行していますか。※〇は1つ	1. あり	2. なし

【⑭は前記⑬で「1.あり」と回答した方にお伺いします。】

⑭一般名処方加算の算定回数 ※令和5年6月1か月間		
	一般名処方加算1	（　　）回
	一般名処方加算2	（　　）回

⑮「医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置」の適用有無（令和5年●月1日時点） ※〇は1つ	1. あり	2. なし

【⑯は前記⑮で「2.なし」と回答した方にお伺いします。】

⑯特例を適用していない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに〇
1. 特例措置を知らなかったから
2. 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付する場合には、医薬品の供給状況等を踏まえつつ、一般名処方の趣旨を患者に十分に説明することが困難だから
3. その他（具体的に：　　）

【⑰は前記⑬で「1.あり」（一般名処方による処方箋の発行あり）と回答した方にお伺いします。】

⑰1年前と比較して一般名処方の件数は増えましたか。 ※〇は1つ	1. 増えた	2. 変わらない	3. 減った

【⑱は前記⑰で「1.増えた」と回答した方にお伺いします。】

⑱一般名処方が増えた理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに〇
1. 一般名処方加算の点数が引き上げられたから
2. 医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置を適用したから
3. 後発医薬品の品質への不安が減ったから
4. 後発医薬品の安定供給への不安が減ったから
5. 先発医薬品を希望する患者が減ったから
6. その他（具体的に：　　）

【⑲は前記⑰で「2.変わらない」「3.減った」と回答した方にお伺いします。】

⑲一般名処方が増えない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに〇
1. 後発医薬品の品質への不安があるから
2. 後発医薬品の安定供給への不安があるから
3. 先発医薬品を希望する患者が増えたから
4. その他（具体的に：　　）

【⑳は前記⑬で「2.なし」（一般名処方による処方箋の発行なし）と回答した方にお伺いします。】

⑳一般名処方による処方箋を発行していない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○
1. 電子カルテが未導入であるため
2. 現在のシステムが一般名処方に対応していないため
3. 処方箋が手書きのため
4. 一般名では分かりにくく、医療従事者が混乱するため
5. 一般名では分かりにくく、患者が混乱するため
6. 手間が増えるため
7. 保険薬局がメーカーを選択できることに疑問や不安があるため
8. その他（具体的に：　　）
9. 特に理由はない

【すべての方にお伺いします。】

㉑貴施設で実施している医薬品の安定供給に関連する取組は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○
1. 一般名処方に関する患者への説明
2. 一般名処方の調剤に関する保険薬局との連携
3. 安定供給問題に備えた処方薬の見直しの検討
4. その他（具体的に：　　）
㉒今後、どのような対応がなされれば、歯科医師の立場として後発医薬品の使用を進めてもよいと思いますか。 ※あてはまる番号すべてに○
1. 厚生労働省による、歯科医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底
2. 後発医薬品メーカー・卸による情報提供体制の確保
3. 後発医薬品に関する安定供給体制の確保
4. 後発医薬品の価格のバラツキや品目数の整理統合
5. 先発医薬品名を入力すると一般名処方できるシステムの導入
6. 後発医薬品に対する患者の理解
7. 後発医薬品を使用する際の診療報酬上の評価
8. 後発医薬品の使用割合についての診療報酬上の評価
9. 後発医薬品の原薬、製剤に関する製造方法、製造場所、製造国、共同開発などの情報開示
10. 患者負担が軽減されること
11. 患者からの希望が増えること
12. その他（具体的に：　　）
13. 特に対応は必要ない →質問㉔へ

㉓前記㉒の選択肢1. ～12. のうち、最もあてはまるものの番号を１つお書きください。	

㉔後発医薬品の使用促進について、国や地方自治体、製薬会社、医療関係者、国民においてどのような取組を行うことが効果的と考えますか。ご意見を自由にお書きください。

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。
お手数をおかけいたしますが、令和５年●月●日（●）までに専用の返信用封筒（切手不要）に封入し、
お近くのポストに投函してください。

ID:

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和5年度調査）

後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査

病院票

※この病院票は、病院の開設者・管理者の方に、貴施設における後発医薬品の採用状況やお考えについてお伺いするものですが、開設者・管理者が指名する方にご回答いただいても結構です。
※ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（ ）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。（ ）内に数値を記入する設問で、該当なしは「０（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をご記入ください。
※特に断りのない場合は、令和5年●月●日現在の状況についてご記入ください。
※数値を入力する設問で、「小数点以下第１位まで」と記載されている場合は、小数点以下第２位を四捨五入してご記入ください。記載されていない場合は、整数をご記入下さい。
※災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

０．**あなたご自身**についてお伺いします（令和5年●月１日現在）。

①性別 ※○は1つ	1. 男性		2. 女性		
②年代 ※○は1つ	1. ～20代以下	2. 30代	3. 40代	4. 50代	5. 60代以上
③開設者・管理者の別 ※○は1つ	1. 開設者・管理者		2. 薬剤部責任者		
	3. その他（具体的に： ）				

１．**貴施設の状況**についてお伺いします（令和5年●月１日現在）。

①所在地	（ ）都・道・府・県			
②開設者[注1] ※○は1つ	1. 国	2. 公立	3. 公的	4. 社会保険関係団体
	5. 医療法人	6. その他の法人	7. 個 人	

注1：国立（国、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構）
公立（都道府県、市町村、地方独立行政法人）
公的（日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会）
社会保険関係（健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合）
医療法人（社会医療法人は含まない）
その他の法人（公益法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、社会医療法人等、その他の法人）

③開設年	西暦（ ）年			
④標榜診療科 ※あてはまる番号すべてに○	1. 内科	2. 外科	3. 精神科	4. 小児科
	5. 皮膚科	6. 泌尿器科	7. 産婦人科・産科	8. 眼科
	9. 耳鼻咽喉科	10. 放射線科	11. 脳神経外科	12. 整形外科
	13. 麻酔科	14. 救急科	15. 歯科・歯科口腔外科	16. リハビリテーション科
	17. その他（具体的に： ）			

【前記④で「1.内科」と回答した方にお伺いします。】

④-1 内科の詳細 ※あてはまる番号すべてに○			
1. 腎臓内科	2. 血液内科	3. リウマチ内科	4. 糖尿病内科
5. 消化器内科	6. 呼吸器内科	7. 循環器内科	8. 1～7に該当なし

【前記④で「2.外科」と回答した方にお伺いします。】

④-2 外科の詳細 ※あてはまる番号すべてに○			
1. 呼吸器外科	2. 心臓血管外科	3. 乳腺外科	4. 気管食道外科
5. 消化器外科	6. 肛門外科	7. 小児外科	8. 1～7に該当なし

【すべての方にお伺いします。】

⑤オーダリングシステムの導入状況 ※あてはまる番号すべてに○	1. 一般名処方に対応できるオーダリングシステムを導入している
	2. 後発医薬品名が表示されるオーダリングシステムを導入している
	3. バイオ後続品[注2]が表示されるオーダリングシステムを導入している
	4. オーダリングシステムを導入している（上記 1,2,3の機能はない）
	5. オーダリングシステムを導入していない
⑥外来の院内・院外処方の割合	院内処方（　　）％＋院外処方（　　）％＝100％ [注3]

注2：バイオ後続品とは、国内で既に新有効成分含有医薬品として承認されたバイオテクノロジー応用医薬品（以下「先行バイオ医薬品」という。）と同等／ 同質の品質、安全性、有効性を有する医薬品として、異なる製造販売業者により開発される医薬品です。
本調査における「バイオ後続品」には、後発医薬品として承認されたバイオ医薬品（いわゆるバイオAG、先行品工場で製造された先行品と同一のバイオ医薬品）を含みます。

注3：算定回数ベースにて整数でご記入ください。正確な数がわからない場合は概数でご記入ください。
例えば、院内投薬のみの場合は、院内処方に「100」を、院外処方に「0」をご記入ください。また、院外処方のみの場合は、「院内処方」に「0」を、「院外処方」に「100」をご記入ください。

⑦特定入院料の状況 ※貴施設で算定しているものすべてに○	1. 回復期リハビリテーション病棟入院料	2. 地域包括ケア病棟入院料
	3. 救命救急入院料	4. 特定集中治療室管理料
	5. 小児入院医療管理料	
	6. その他、投薬・注射に係る薬剤料が包括されている特定入院料（精神科救急入院料等）	
	7. いずれも算定していない	
⑧許可病床数[注4]	1）一般病床　（　　）床	2）療養病床　（　　）床
	3）精神病床　（　　）床	4）結核病床　（　　）床
	5）感染症病床（　　）床	6）合　　計　（　　）床

注4：回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟等の病床数は、医療法上の一般病床・療養病床の該当区分欄にその病床数も含めてご記入ください。

	1)常勤のみ ※ゼロの場合は「0」とご記入ください。	2)常勤換算
⑨-1. 医師数	（　　）人	（　　）人
⑨-2. 薬剤師数	（　　）人	（　　）人
⑩外来患者延数　令和5年6月		（　　）人
⑪在院患者延数　令和5年6月		（　　）人

調剤用医薬品の備蓄状況について、お伺いします。
※令和5年●月●日または把握可能な直近月の初日時点についてご記入ください。
※正確な数がわからない場合は、概数でご記入ください。 ※規格単位が異なる場合は、別品目として数えてください。

⑫調剤用医薬品備蓄品目数　※内服薬等、内訳の記入が難しい場合は、4）合計品目数のみ記入してください。

	全医薬品	うち、後発医薬品
1）内服薬	約（　　）品目	約（　　）品目
2）外用薬	約（　　）品目	約（　　）品目
3）注射薬	約（　　）品目	約（　　）品目
4）合計	★約（　　）品目	約（　　）品目
⑬ 前記⑫（★欄）のうち、先行バイオ医薬品		約（　　）品目
⑭ 前記⑫（★欄）のうち、バイオ後続品		約（　　）品目

【2. は**すべての施設の方**にお伺いします。】

2. 後発医薬品に係る最近の対応状況についてお伺いします。

①1年前と比較して後発医薬品に係る対応において業務量は増えましたか。 ※○は1つ	1. 増えた	2. 変わらない	3. 減った

②1年前（令和4年●月●日）と比較して、後発医薬品の供給体制についてどのように感じますか。 ※○は1つ

1. 改善した	2. 変わらない	3. 悪化した

③現在（令和5年●月●日）の医薬品の調達状況についてお伺いします。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 医薬品の納品までに時間がかかる
2. 医薬品の発注作業の回数が増えた
3. 卸に医薬品の注文を受け付けてもらえない
4. 卸からの医薬品の注文の取り消しが頻発している
5. 特に困難な状況はない

④医薬品の不安定な供給状況によって生じている影響についてお伺いします。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 後発医薬品を先発医薬品に採用品目の見直しを行った
2. 後発医薬品を別の後発医薬品に採用品目の見直しを行った
3. 同一成分の後発医薬品の入手が困難なため、代替のための後発医薬品の調達を行った
4. 同一成分の後発医薬品の入手が困難なため、同一成分の先発医薬品の調達を行った
5. 同一成分の後発医薬品の入手が困難なため、剤形の変更等を行った
6. 患者からの後発医薬品使用に関する相談や苦情等の対応を行った
7. 後発医薬品の品質や安全性に係る情報収集を行った
8. 後発医薬品メーカーや卸から供給に関する情報の収集を行った
9. その他（具体的に：　　）

⑤前記④の選択肢1. ～9. のうち、最もあてはまるものの番号を１つお書きください。	

⑥現在（令和5年●月●日）において、後発医薬品の処方割合に変化はありましたか。 ※○は1つ

1. 後発医薬品の処方割合がかなり減った
2. 後発医薬品の処方割合がやや減った
3. 後発医薬品の処方割合の変化はほとんどなかった
4. 後発医薬品の処方割合が増えた
5. わからない

		院内	院外
⑦出荷調整等で入手が難しくなっている品目数 ※令和5年6月1か月間	先発医薬品	（　　）品目	（　　）品目
	後発医薬品	（　　）品目	（　　）品目

⑧供給停止となっている後発医薬品等の診療報酬上の臨時的な取扱いの適用[注1]（令和5年●月●日時点） ※○は1つ	1. あり	2. なし

注1：供給が停止されていると報告された医薬品のうち、別に示す供給停止品目と同一成分・同一投与形態の医薬品については、「後発医薬品調剤体制加算」等において後発医薬品の使用（調剤）割合（以下、「新指標の割合」）を算出する際に算出対象から除外しても差し支えないこととするもの。

⑨後発医薬品使用体制加算の算定状況 ※○は1つ	1. 算定していない	2. 後発医薬品使用体制加算1
	3. 後発医薬品使用体制加算2	4. 後発医薬品使用体制加算3

【⑩は前記⑨で2.～4.（算定あり）と回答した方にお伺いします。】

⑩「医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置」の適用有無（令和5年●月1日時点）[注2] ※○は1つ	1. あり	2. なし

注2：医薬品の供給が不安定な状況を踏まえ、後発医薬品の使用促進を図りながら、医薬品の安定供給に資する取組を実施する場合の要件及び評価を見直したもの。（算定している後発医薬品使用体制加算に＋20点）

【⑪は前記⑩で「2.なし」と回答した方にお伺いします。】

⑪特例を適用していない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○
1. 特例措置を知らなかったから
2. 医薬品の供給が不足等した場合に当該保険医療機関における治療計画等の見直しを行う等適切に対応する体制を有していないから
3. 医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には入院患者に十分に説明することが困難だから
4. その他（具体的に：　　）

【すべての方にお伺いします。】

⑫後発医薬品使用割合＜新指標、数量ベース＞ ※令和5年6月 ※小数点以下第１位まで	約（　　）％
⑬カットオフ値[注3]の割合（調剤報酬算定上の数値） ※令和5年6月 ※小数点以下第１位まで	約（　　）％

注3：カットオフ値(%)の算出式 =（後発医薬品ありの先発医薬品 + 後発医薬品）÷ 全医薬品

⑭処方箋料の算定回数 ※令和5年6月1か月間	（　　）回	
⑮現在、一般名処方による処方箋を発行していますか。※○は1つ	1. あり	2. なし

【⑯は前記⑮で「1.あり」と回答した方にお伺いします。】

⑯一般名処方加算の算定回数 ※令和5年6月1か月間	一般名処方加算１	（　　）回
	一般名処方加算２	（　　）回
⑰「医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置」の適用有無（令和5年●月1日時点） ※○は1つ	1. あり	2. なし

【⑱は前記⑰で「2.なし」と回答した方にお伺いします。】

⑱特例を適用していない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○
1. 特例措置を知らなかったから
2. 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付する場合には、医薬品の供給状況等を踏まえつつ、一般名処方の趣旨を患者に十分に説明することが困難だから
3. その他（具体的に：　　）

【⑲は前記⑮で「1.あり」（一般名処方による処方箋の発行あり）と回答した方にお伺いします。】

⑲1年前と比較して一般名処方の件数は増えましたか。 ※○は1つ	1. 増えた	2. 変わらない	3. 減った

【⑳は前記⑲で「1.増えた」と回答した方にお伺いします。】

⑳一般名処方が増えた理由 ※あてはまる番号すべてに○
1. 一般名処方加算の点数が引き上げられたから
2. 医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置を適用したから
3. 後発医薬品の品質への不安が減ったから
4. 後発医薬品の安定供給への不安が減ったから
5. 先発医薬品を希望する患者が減ったから
6. オーダリングシステムの変更など一般名処方に対応できる院内体制が整備されたから
7. その他（具体的に：　　）

【㉑は前記⑲で「2.変わらない」「3.減った」と回答した方にお伺いします。】

㉑一般名処方が増えない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○
1. 後発医薬品の品質への不安があるから
2. 後発医薬品の安定供給への不安があるから
3. 先発医薬品を希望する患者が増えたから
4. オーダリングシステムの変更など一般名処方に対応できる院内体制が整備されていないから
5. その他（具体的に：　　）

【㉒は前記⑮で「2.なし」（一般名処方による処方箋の発行なし）と回答した方にお伺いします。】

㉒一般名処方による処方箋を発行していない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○
1. オーダリングシステムや電子カルテが未導入であるため
2. 現在のシステムが一般名処方に対応していないため
3. 処方箋が手書きのため
4. 一般名では分かりにくく、医療従事者が混乱するため
5. 一般名では分かりにくく、患者が混乱するため
6. 手間が増えるため
7. 保険薬局がメーカーを選択できることに疑問や不安があるため
8. その他（具体的に：　　）
9. 特に理由はない

【すべての方にお伺いします。】

㉓貴施設で実施している医薬品の安定供給に関連する取組は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○
1. 一般名処方に関する患者への説明を行った
2. 一般名処方の調剤に関する保険薬局との連携を行った
3. クリニカルパスの見直しを行った
4. レジメンの見直しを行った
5. その他（具体的に：　　）
㉔今後、どのような対応がなされれば、後発医薬品の使用を進めてもよいと思いますか。※あてはまる番号すべてに○
1. 厚生労働省による、医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底
2. 後発医薬品メーカー・卸による情報提供体制の確保
3. 後発医薬品に関する安定供給体制の確保
4. 後発医薬品の価格のバラツキや品目数の整理統合
5. 先発医薬品名を入力すると一般名処方できるオーダリングシステムの導入
6. 後発医薬品に対する患者の理解
7. 後発医薬品を使用する際の診療報酬上の評価
8. 後発医薬品の使用割合についての診療報酬上の評価
9. 後発医薬品の出荷停止・出荷調整等を含む安定供給に係る特例措置
10. 後発医薬品の原薬、製剤に関する製造方法、製造場所、製造国、共同開発などの情報開示
11. 患者負担が軽減されること
12. 患者からの希望が増えること
13. その他（具体的に：　　）
14. 特に対応は必要ない　→質問㉖へ

㉕前記㉔の選択肢1. ～13. のうち、最もあてはまるものの番号を１つだけお書きください。	

㉖後発医薬品の使用促進について、国や地方自治体、製薬会社、医療関係者、国民においてどのような取組を行うことが効果的と考えますか。ご意見を自由にお書きください。

３．バイオ後続品の使用に関するお考えについてお伺いします。

注：バイオ後続品とは、国内で既に新有効成分含有医薬品として承認されたバイオテクノロジー応用医薬品（以下「先行バイオ医薬品」という。）と同等／同質の品質、安全性、有効性を有する医薬品として、異なる製造販売業者により開発される医薬品です。
本調査における「バイオ後続品」には、後発医薬品として承認されたバイオ医薬品（いわゆるバイオAG、先行品工場で製造された先行品と同一のバイオ医薬品）を含みます。

国内でバイオ後続品が承認されている先行バイオ医薬品

先行バイオ医薬品の一般的名称[注1]	先行バイオ医薬品　販売名
ソマトロピン	ジェノトロピン
エポエチン アルファ	エスポー
フィルグラスチム	グラン
インフリキシマブ	レミケード
インスリン グラルギン	ランタス
リツキシマブ	リツキサン
トラスツズマブ	ハーセプチン
エタネルセプト	エンブレル
アガルシダーゼ ベータ	ファブラザイム
ベバシズマブ	アバスチン
ダルベポエチン　アルファ[注2]	ネスプ
テリパラチド	フォルテオ
インスリン　リスプロ	ヒューマログ
アダリムマブ	ヒュミラ
インスリン　アスパルト	ノボラピッド
ラニビズマブ	ルセンティス

注１：（遺伝子組換え）を省略して記載
注２：バイオ後続品と後発バイオ医薬品のそれぞれが承認されている

《バイオ医薬品（先行バイオ医薬品・バイオ後続品）について》

①バイオ医薬品（先行バイオ医薬品・バイオ後続品）を処方（使用）していますか。 ※○は1つ	1. 処方あり	2. 処方なし

【②～④は前記①で「1.処方（使用）あり」と回答した方にお伺いします。】

②院内処方（入院または院内の外来）の有無　※○は1つ	1. あり	2. なし
③院外処方の有無　※○は1つ	1. あり	2. なし

④在庫のあるバイオ医薬品（先行バイオ医薬品・バイオ後続品）についてご回答ください。※あてはまる番号すべてに○

1.　インスリン製剤	2. ヒト成長ホルモン剤	3. エタネルセプト製剤	4. テリパラチド製剤
5.　リツキシマブ製剤	6. トラスツズマブ製剤	7. ベバシズマブ製剤	8. インフリキシマブ製剤
9.　アダリムマブ製剤	10. ラニビズマブ製剤	11. アガルシダーゼ ベータ製剤	
12. バイオ医薬品の在庫なし			

《バイオ後続品について》

【すべての方にお伺いします。】

⑤貴施設におけるバイオ後続品の使用に関する考え方について最も近いものはどれですか。 ※○は1つ

1. バイオ後続品が発売されているものは、積極的に処方（使用）する
2. 品質や有効性、安全性に疑問がないバイオ後続品は積極的に処方（使用）する
3. 安定供給に疑問がないバイオ後続品は積極的に処方（使用）する
4. 品目によってはバイオ後続品を積極的に処方（使用）する
5. 先行バイオ医薬品とバイオ後続品の適応症が同じ場合は積極的に処方（使用）する
6. バイオ後続品を積極的には処方（使用）していない　→質問⑧へ
7. バイオ医薬品（先行バイオ医薬品、バイオ後続品）の対象となる患者がいない →質問⑨へ
8. その他（具体的に：　　）　→質問⑨へ

【⑥⑦は前記⑤で選択肢 1.～5.(バイオ後続品を積極的に処方(使用)する)と回答した方にお伺いします。】

⑥バイオ後続品を積極的に処方(使用)する場合、その理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○	
1. 患者がバイオ後続品の使用を希望するから	2. 患者の経済的負担が軽減できるから
3. 診療報酬上の評価があるから	4. 経営上のメリットがあるから
5. 医療費削減につながるから	6. 国がバイオ後続品の使用促進を図っているから
7. いわゆるバイオＡＧ[注3]であれば積極的に使用する	
8. その他（具体的に： ）	

注3：後発医薬品として承認されたバイオ医薬品(先行品工場で製造された先行品と同一のバイオ医薬品)を指します。

⑦既に先行バイオ医薬品を処方(使用)している患者に、先行バイオ医薬品からバイオ後続品に変更を考慮する場合、その理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○	
1. 患者がバイオ後続品の使用を希望するから	2. 患者の経済的負担が軽減できるから
3. 診療報酬上の評価があるから	4. 経営上のメリットがあるから
5. 医療費削減につながるから	6. 国がバイオ後続品の使用促進を図っているから
7. いわゆるバイオＡＧであれば積極的に使用する	
8. その他（具体的に： ）	

【前記⑤で「6.バイオ後続品を積極的には処方(使用)していない」と回答した方にお伺いします。】

⑧バイオ後続品を積極的には処方(使用)していない理由としてあてはまるものお選びください。 ※あてはまる番号すべてに○
1. バイオ後続品の品質や有効性、安全性に疑問があるから
2. バイオ後続品は、先発品（先行バイオ医薬品）と同等／同質の品質・安全性・有効性を有するが同一ではないため
3. バイオ後続品に関する情報提供が不足しているから →不足している情報（ ）
4. バイオ後続品の品目が少ないから
5. バイオ後続品の安定供給に不安があるから
6. 患者への普及啓発が不足しているから
7. 患者の経済的メリットが小さいから
8. 高額療養費や公費医療費制度を利用している患者だから
9. 院内でバイオ後続品の投与や処方を行っていないから
10. 在庫管理等の負担が大きいから
11. 先行バイオ医薬品の薬価差益がバイオ後続品の薬価差益よりも大きいから
12. 先行バイオ医薬品とバイオ後続品の両方を備蓄するのは困難だから
13. 製造販売後調査（PMS）の手間が大きいから
14. 先行バイオ医薬品とバイオ後続品の適応症が異なるから
15. 先行バイオ医薬品とバイオ後続品のデバイスのタイプが異なるから
16. その他（具体的に： ）

【すべての方にお伺いします。】

⑨今後、どのような対応が進めば、バイオ後続品の処方(使用)を進めてよいと考えますか。 ※あてはまる番号すべてに○	
1. 診療報酬上の評価	2. より患者負担が軽減されること
3. 医師、薬剤師への国からのバイオ後続品に関する情報の周知	
4. 国からの国民への啓発と患者の理解	5. バイオ後続品企業からの情報提供
6. 先行バイオ医薬品からバイオ後続品に切り替えを含む臨床試験データの充実やガイドライン等の整備	
7. バイオ後続品の品目数が増えること	8. バイオ後続品の供給がより安定すること
9. バイオ後続品の在庫の負担軽減	10. 医療機関に対する経営的メリットがあること
11. その他（具体的に： ）	
12. バイオ後続品を使用する必要はない	

【⑩⑪は前記①で「1.処方あり」(バイオ医薬品(先行バイオ医薬品・バイオ後続品)処方あり)と回答した方にお伺いします。】

⑩バイオ後続品の院内処方(入院または院内の外来)の有無 ※○は1つ	1. あり	2. なし
⑪バイオ後続品の院外処方の有無 ※○は1つ	1. あり	2. なし

【⑫～㉑は前記⑩⑪のいずれかで「1.あり」(院内・院外いずれかでバイオ後続品処方あり)と回答した方にお伺いします。】

⑫令和4年度診療報酬改定で外来腫瘍化学療法診療料、外来化学療法加算におけるバイオ後続品導入初期加算が新設されたことで、貴施設におけるバイオ後続品の使用件数が増えましたか。 ※○は1つ

1. はい	2. いいえ	3. わからない

⑬令和5年●月の1)バイオ後続品の処方件数について対象医薬品ごとにご回答ください。

	バイオ後続品の処方件数		バイオ後続品の処方件数
A. インスリン製剤	( ) 件	G. ベバシズマブ製剤	( ) 件
B. ヒト成長ホルモン剤	( ) 件	H. インフリキシマブ製剤	( ) 件
C. エタネルセプト製剤	( ) 件	I. アダリムマブ製剤	( ) 件
D. テリパラチド製剤	( ) 件	J. ラニビズマブ製剤	( ) 件
E. リツキシマブ製剤	( ) 件	K. アガルシダーゼ ベータ製剤	( ) 件
F. トラスツズマブ製剤	( ) 件		

⑭令和5年●月における以下の診療報酬の算定の有無・件数についてご回答ください。

	1)算定の有無 ※それぞれ○は1つだけ		2)算定件数
A. 在宅自己注射指導管理料における バイオ後続品導入初期加算	1. 算定あり	2. 算定なし	( ) 件
B. 外来化学療法加算1における バイオ後続品導入初期加算	1. 算定あり	2. 算定なし	( ) 件
C. 外来化学療法加算2における バイオ後続品導入初期加算	1. 算定あり	2. 算定なし	( ) 件
D. 外来腫瘍化学療法診療料1における バイオ後続品導入初期加算	1. 算定あり	2. 算定なし	( ) 件
E. 外来腫瘍化学療法診療料2における バイオ後続品導入初期加算	1. 算定あり	2. 算定なし	( ) 件

【⑮は前記⑭におけるA～Eのいずれかで「2.算定なし」と回答した方にお伺いします。】

⑮導入初期加算を算定していない場合、その理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 加算点数が少ないから
2. 算定要件が厳しいから
3. 初回処方日の属する月から逆算して3カ月しか算定できないから
4. 月1回しか算定できないから
5. 対象となる患者がいないから
6. バイオ後続品の安定供給に不安があるから
7. その他(具体的に:)

⑯バイオ後続品への置換が進んでいない医薬品についてご回答ください。 ※あてはまる番号すべてに○

1. インスリン製剤	2. ヒト成長ホルモン剤	3. エタネルセプト製剤	4. テリパラチド製剤
5. リツキシマブ製剤	6. トラスツズマブ製剤	7. ベバシズマブ製剤	8. インフリキシマブ製剤
9. アダリムマブ製剤	10. ラニビズマブ製剤	11. アガルシダーゼ ベータ製剤	
12. バイオ後続品の採用状況の差は、医薬品ごとにあまりない →質問⑲へ			
13. バイオ後続品を採用していない →質問⑲へ			

【前記⑯で選択肢 1.から11.を選んだ方にお伺いします。】

⑰バイオ後続品への置換が進んでいない理由は何ですか。
前記⑯で選択した医薬品のうち特に置換が進んでいない医薬品を最大3つ選び、それぞれ理由をA～Hから選択してください。 ※選択した各医薬品について、それぞれあてはまる番号(A～H)すべてに○

	1つ目	2つ目	3つ目
特に置換が進んでいない医薬品を最大3つ記載→（前記⑯の選択肢1.～11.から選択して記入）			
A 診療報酬上の評価が十分ではないから	A	A	A
B 対象の注射薬が対象となる患者がいないから	B	B	B
C 患者負担があまり軽減されないから	C	C	C
D バイオ後続品の品目数が少ないから	D	D	D
E バイオ後続品の安定供給に不安があるから	E	E	E
F バイオ後続品導入初期加算を知らなかったから	F	F	F
G 先行バイオ医薬品との適応症の差があるから	G	G	G
H その他(具体的に:)	H	H	H

【前記⑰で選択肢A「診療報酬上の評価が十分ではないから」を選んだ方にお伺いします。】

⑱前記⑰の選択肢A「診療報酬上の評価が十分ではないから」の中であてはまる理由は何ですか。
※あてはまる番号すべてに○

	1つ目	2つ目	3つ目
前記⑰において選択した医薬品について回答ください→			
A-1 加算点数が少ないから	A-1	A-1	A-1
A-2 算定要件がわからないから	A-2	A-2	A-2
A-3 算定要件が厳しいから	A-3	A-3	A-3
A-4 初回処方日の属する月から逆算して3カ月しか算定できないから	A-4	A-4	A-4
A-5 月1回しか算定できないから	A-5	A-5	A-5

《バイオ後続品の院外処方について》

【⑲⑳は前記⑪で「1.あり」（バイオ後続品の院外処方あり）と回答した方にお伺いします。】

⑲発行する際、処方箋にどのように表記していますか。 ※○は1つ
1. バイオ後続品の販売名（例：「●●● ＢＳ注射液 含量 会社名」）
2. バイオ後続品の一般的名称（「○○○（遺伝子組換え）［●●●後続１］」）
3. バイオ後続品の一般的名称だが（遺伝子組換え）と記載しない（「○○○［●●●後続１］」）
4. 変更不可欄にチェックを入れずに先行品の販売名で処方
5. 変更不可欄にチェックを入れずに先行品の一般的名称で処方（「○○○（遺伝子組換え））
6. その他（具体的に：　　）
⑳バイオ後続品を院外処方するにあたって薬局・薬剤師に望むことはありますか。 ※あてはまる番号すべてに○
1. 「一般名処方の調剤」または「バイオ後続品への変更調剤」について、予め合意した方法で情報提供を受けること
2. 「一般名処方の調剤」または「バイオ後続品への変更調剤」について、合意方法や頻度によらず情報提供を受けること
3. 患者に対して、バイオ後続品の品質や有効性、安全性について説明を行うこと
4. 患者に対して、バイオ後続品の普及啓発を行うこと
5. その他（具体的に：　　）

【㉑は前記⑪で「2.なし」（バイオ後続品の院外処方なし）と回答した方にお伺いします。】

㉑バイオ後続品の院外処方をしていない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○
1. バイオ後続品に限らず、院外処方箋を発行していないから
2. バイオ後続品の対象となる患者がいないから
3. バイオ後続品の品質や有効性、安全性に処方医師が疑問を持っているから
4. バイオ後続品の品質や有効性、安全性に患者が疑問を持っているから
5. バイオ後続品の品目が少ないから
6. バイオ後続品の安定供給に不安があるから
7. 患者の経済的メリットが小さいから
8. 先行バイオ医薬品とバイオ後続品の適応症が異なるから
9. 先行バイオ医薬品とバイオ後続品のデバイスのタイプが異なるから
10. その他（具体的に：　　）
11. 特に理由はない

《外来腫瘍化学療法診療料について》

【すべての方にお伺いします。】

㉒外来腫瘍化学療法診療料を算定していますか。 ※○は1つ	1. 算定あり	2. 算定なし

【㉓は前記㉒で「1.算定あり」と回答した方にお伺いします。】

㉓外来腫瘍化学療法診療料の算定回数 ※令和5年6月1か月間	（　　）回
㉔外来腫瘍化学療法診療料の対象患者の平均受診回数（小数点第1位まで） ※令和5年6月1か月間	（　　）回

㉕令和5年6月の1か月間における、受診回数ごとの患者数及びその受診目的の内訳

受診回数	受診回数別の受診した患者数	抗悪性腫瘍剤投与が目的の受診回数の合計	副作用による診察が目的の受診回数の合計
1回	（　　）人	（　　）回	（　　）回
2回	（　　）人	（　　）回	（　　）回
3回	（　　）人	（　　）回	（　　）回
4回	（　　）人	（　　）回	（　　）回
5回	（　　）人	（　　）回	（　　）回
6回	（　　）人	（　　）回	（　　）回
7回	（　　）人	（　　）回	（　　）回
8回	（　　）人	（　　）回	（　　）回
9回	（　　）人	（　　）回	（　　）回
10回以上	（　　）人	（　　）回	（　　）回

㉖院内で採用している外来化学療法における後発品の使用状況（※使用した規格単位の数量で算出）

	A 後発医薬品（バイオ後続品を含む）がある先発医薬品	B 後発医薬品（バイオ後続品を含む）
1. 抗悪性腫瘍薬（バイオ医薬品）		
2. 抗悪性腫瘍薬（バイオ医薬品以外）		
3. 支持療法に用いる医薬品（抗悪性腫瘍薬以外のバイオ医薬品も含む）		

《外来化学療法加算について》

【すべての方にお伺いします。】

㉗外来化学療法加算を算定していますか。 ※○は1つ	1. 算定あり	2. 算定なし

【㉘は前記㉗で「1.算定あり」と回答した方にお伺いします。】

㉘院内で採用している外来化学療法における後発品の使用状況（※使用した規格単位の数量で算出）

	A 後発医薬品（バイオ後続品を含む）がある先発医薬品	B 後発医薬品（バイオ後続品を含む）
1. バイオ医薬品		
2. 支持療法に用いる医薬品		

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。
お手数をおかけいたしますが、令和５年●月●日（●）までに専用の返信用封筒（切手不要）に封入し、
お近くのポストに投函してください。

ID:

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和5年度調査）

後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査

医師票

※この医師票は貴施設において、外来診療を担当する医師の方に、後発医薬品の使用状況やお考えについてお伺いするものです。
※ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。（　　）内に数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をご記入ください。
※数値を入力する設問で、「小数点以下第1位まで」と記載されている場合は、小数点以下第2位を四捨五入してご記入ください。記載されていない場合は、整数をご記入下さい。
※ご回答頂いた調査票は、専用の返信用封筒（切手不要）にて、直接事務局までご返送いただけますよう、お願い申し上げます。
※特に断りのない場合は、令和5年●月●日現在の状況についてご記入ください。

1．あなたご自身についてお伺いします（令和5年●月●日現在）。

①性別　※○は１つ	1．男性			2．女性	
②年代　※○は１つ	1．～20代以下	2．30代	3．40代	4．50代	5．60代以上
③主たる担当診療科 ※○は１つ	1．内科[注1]	2．外科[注2]	3．精神科	4．小児科	
	5．皮膚科	6．泌尿器科	7．産婦人科・産科	8．眼科	
	9．耳鼻咽喉科	10．放射線科	11．脳神経外科	12．整形外科	
	13．麻酔科	14．救急科	15．歯科・歯科口腔外科	16．リハビリテーション科	
	17．その他（具体的に：　　）				

注1：内科、腎臓内科、血液内科、リウマチ内科、糖尿病内科、消化器内科、呼吸器内科、循環器内科、感染症内科、アレルギー内科、心療内科、神経内科は、「1.内科」としてご回答ください。
注2：外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「2.外科」としてご回答ください。

【前記③で「1.内科」と回答した方にお伺いします。】

③-1 内科の詳細　※あてはまる番号すべてに○			
1．腎臓内科	2．血液内科	3．リウマチ内科	4．糖尿病内科
5．消化器内科	6．呼吸器内科	7．循環器内科	8．1～7に該当なし

【前記③で「2.外科」と回答した方にお伺いします。】

③-2 外科の詳細　※あてはまる番号すべてに○			
1．呼吸器外科	2．心臓血管外科	3．乳腺外科	4．気管食道外科
5．消化器外科	6．肛門外科	7．小児外科	8．1～7に該当なし

2．後発医薬品に係る最近の対応状況についてお伺いします。

①1年前（令和4年●月●日）と比較して、後発医薬品の供給体制についてどのように感じますか。　※○は１つ		
1．改善した	2．変わらない	3．悪化した

②現在（令和5年●月●日）において、後発医薬品の処方割合に変化はありましたか。　※○は１つ	
1．後発医薬品の処方割合がかなり減った	2．後発医薬品の処方割合がやや減った
3．後発医薬品の処方割合の変化はほとんどなかった	4．後発医薬品の処方割合が増えた
5．わからない	

③「医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置」[注3]について知っていますか。　※○は１つ	1．知っている	2．知らない

注3：医薬品の供給が不安定な状況を踏まえ、患者への適切な薬剤の処方や、保険薬局の地域における協力促進などの観点から、保険医療機関・保険薬局に対する加算について、特例措置を講ずるもの。

④クリニカルパスの変更はありましたか　※○は１つ	1．あった	2．なかった

⑤現在、一般名処方による処方箋を発行していますか。※○は１つ	1．あり	2．なし

【⑥は前記⑤で「1.あり」と回答した方にお伺いします。】

⑥1年前と比較して一般名処方の件数は増えましたか。　※○は1つ	1．増えた	2．変わらない	3．減った

【⑦は前記⑥で「1.増えた」と回答した方にお伺いします。】

⑦一般名処方が増えた理由　※あてはまる番号すべてに○
1. 一般名処方加算の点数が引き上げられたから
2. 医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置を適用したから
3. 後発医薬品の品質への不安が減ったから
4. 後発医薬品の安定供給への不安が減ったから
5. 先発医薬品を希望する患者が減ったから
6. オーダリングシステムの変更など一般名処方に対応できる院内体制が整備されたから
7. その他（具体的に：　　）

【⑧は前記⑥で「2.変わらない」「3.減った」と回答した方にお伺いします。】

⑧一般名処方が増えない理由は何ですか。　※あてはまる番号すべてに○
1. 後発医薬品の品質への不安があるから
2. 後発医薬品の安定供給への不安があるから
3. 先発医薬品を希望する患者が増えたから
4. オーダリングシステムの変更など一般名処方に対応できる院内体制が整備されていないから
5. その他（具体的に：　　）

【⑨は前記⑤で「2.なし」（一般名処方による処方箋の発行なし）と回答した方にお伺いします。】

⑨一般名処方による処方箋を発行していない理由は何ですか。　※あてはまる番号すべてに○
1. オーダリングシステムや電子カルテが未導入であるため
2. 現在のシステムが一般名処方に対応していないため
3. 処方箋が手書きのため
4. 一般名では分かりにくく、医療従事者が混乱するため
5. 一般名では分かりにくく、患者が混乱するため
6. 手間が増えるため
7. 保険薬局がメーカーを選択できることに疑問や不安があるため
8. その他（具体的に：　　）
9. 特に理由はない

【すべての方にお伺いします。】

⑩今後、どのような対応がなされれば、医師の立場として後発医薬品の使用を進めてもよいと思いますか。 ※あてはまる番号すべてに○
1. 厚生労働省による、医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底
2. 後発医薬品メーカー・卸による情報提供体制の確保
3. 後発医薬品に関する安定供給体制の確保
4. 後発医薬品の価格のバラツキや品目数の整理統合
5. 先発医薬品名を入力すると一般名処方できるオーダリングシステムの導入
6. 後発医薬品に対する患者の理解
7. 後発医薬品を使用する際の診療報酬上の評価
8. 後発医薬品の使用割合についての診療報酬上の評価
9. 後発医薬品の原薬、製剤に関する製造方法、製造場所、製造国、共同開発などの情報開示
10. 患者負担が軽減されること
11. 患者からの希望が増えること
12. その他（具体的に：　　）
13. 特に対応は必要ない　→質問⑫へ

⑪前記⑩の選択肢1. ～12. のうち、最もあてはまるものの番号を１つだけお書きください。	

⑫後発医薬品の使用促進について、国や地方自治体、製薬会社、医療関係者、国民においてどのような取組を行うことが効果的と考えますか。ご意見を自由にお書きください。

３．バイオ後続品の使用に関するお考えについてお伺いします。

注：バイオ後続品とは、国内で既に新有効成分含有医薬品として承認されたバイオテクノロジー応用医薬品（以下「先行バイオ医薬品」という。）と同等／同質の品質、安全性、有効性を有する医薬品として、異なる製造販売業者により開発される医薬品です。
本調査における「バイオ後続品」には、後発医薬品として承認されたバイオ医薬品（いわゆるバイオAG、先行品工場で製造された先行品と同一のバイオ医薬品）を含みます。

国内でバイオ後続品が承認されている先行バイオ医薬品

先行バイオ医薬品の一般的名称[注1]	先行バイオ医薬品　販売名
ソマトロピン	ジェノトロピン
エポエチン アルファ	エスポー
フィルグラスチム	グラン
インフリキシマブ	レミケード
インスリン グラルギン	ランタス
リツキシマブ	リツキサン
トラスツズマブ	ハーセプチン
エタネルセプト	エンブレル
アガルシダーゼ ベータ	ファブラザイム
ベバシズマブ	アバスチン
ダルベポエチン　アルファ[注2]	ネスプ
テリパラチド	フォルテオ
インスリン　リスプロ	ヒューマログ
アダリムマブ	ヒュミラ
インスリン　アスパルト	ノボラピッド
ラニビズマブ	ルセンティス

注１：（遺伝子組換え）を省略して記載
注２：バイオ後続品と後発バイオ医薬品のそれぞれが承認されている

《バイオ医薬品（先行バイオ医薬品・バイオ後続品）について》

①バイオ医薬品（先行バイオ医薬品・バイオ後続品）を処方していますか。 ※○は１つ	1. 処方あり	2. 処方なし

【②～④は前記①で「1.処方あり」と回答した方にお伺いします。】

②院内処方（入院または院内の外来）の有無　※○は１つ	1. あり	2. なし
③院外処方の有無　※○は１つ	1. あり	2. なし

④在庫のあるバイオ医薬品（先行バイオ医薬品・バイオ後続品）についてご回答ください。
※あてはまる番号すべてに○

1.　インスリン製剤	2.　ヒト成長ホルモン剤	3.　エタネルセプト製剤	4.　テリパラチド製剤
5.　リツキシマブ製剤	6.　トラスツズマブ製剤	7.　ベバシズマブ製剤	8.　インフリキシマブ製剤
9.　アダリムマブ製剤	10. ラニビズマブ製剤	11.　アガルシダーゼ ベータ製剤	
12.　バイオ医薬品の在庫なし			

《バイオ後続品について》

【すべての方にお伺いします。】

⑤貴施設におけるバイオ後続品の使用に関する考え方について最も近いものはどれですか。 ※○は１つ

1.　バイオ後続品が発売されているものは、積極的に使用する
2.　品質や有効性、安全性に疑問がないバイオ後続品は積極的に使用する
3.　安定供給に疑問がないバイオ後続品は積極的に使用する
4.　品目によってはバイオ後続品を積極的に使用する
5.　先行バイオ医薬品とバイオ後続品の適応症が同じ場合は積極的に使用する
6.　バイオ後続品を積極的には使用していない　→質問⑧へ
7.　バイオ医薬品（先行バイオ医薬品、バイオ後続品）の対象となる患者がいない　→質問⑨へ
8.　その他（具体的に：　　）　→質問⑨へ

【⑥、⑦は前記⑤で選択肢 1.～5.(バイオ後続品を積極的に使用する)と回答した方にお伺いします。】

⑥バイオ後続品を積極的に使用する場合、その理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○	
1. 患者がバイオ後続品の使用を希望するから	2. 患者の経済的負担が軽減できるから
3. 診療報酬上の評価があるから	4. 経営上のメリットがあるから
5. 医療費削減につながるから	6. 国がバイオ後続品の使用促進を図っているから
7. いわゆるバイオＡＧ[注3]であれば積極的に使用する	
8. その他（具体的に： ）	

注3：後発医薬品として承認されたバイオ医薬品（先行品工場で製造された先行品と同一のバイオ医薬品）を指します。

⑦既に先行バイオ医薬品を使用している患者に、先行バイオ医薬品からバイオ後続品に変更を考慮する場合、その理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○	
1. 患者がバイオ後続品の使用を希望するから	2. 患者の経済的負担が軽減できるから
3. 診療報酬上の評価があるから	4. 経営上のメリットがあるから
5. 医療費削減につながるから	6. 国がバイオ後続品の使用促進を図っているから
7. いわゆるバイオＡＧであれば積極的に使用する	
8. その他（具体的に： ）	

【前記⑤で「6.バイオ後続品を積極的には使用していない」と回答した方にお伺いします。】

⑧バイオ後続品を積極的には使用していない理由としてあてはまるものお選びください。 ※あてはまる番号すべてに○
1. バイオ後続品の品質や有効性、安全性に疑問があるから
2. バイオ後続品は、先発品（先行バイオ医薬品）と同等／同質の品質・安全性・有効性を有するが同一ではないため
3. バイオ後続品に関する情報提供が不足しているから →不足している情報（具体的に： ）
4. バイオ後続品の品目が少ないから
5. バイオ後続品の安定供給に不安があるから
6. 患者への普及啓発が不足しているから
7. 患者の経済的メリットが小さいから
8. 高額療養費や公費医療費制度を利用している患者だから
9. 院内でバイオ後続品の投与や処方を行っていないから
10. 在庫管理等の負担が大きいから
11. 先行バイオ医薬品の薬価差益がバイオ後続品の薬価差益よりも大きいから
12. 先行バイオ医薬品とバイオ後続品の両方を備蓄するのは困難だから
13. 製造販売後調査（PMS）の手間が大きいから
14. 先行バイオ医薬品とバイオ後続品の適応症が異なるから
15. 先行バイオ医薬品とバイオ後続品のデバイスのタイプが異なるから
16. その他（具体的に： ）

【すべての方にお伺いします。】

⑨今後、どのような対応が進めば、バイオ後続品の使用を進めてよいと考えますか。 ※あてはまる番号すべてに○	
1. 診療報酬上の評価	2. より患者負担が軽減されること
3. 医師、薬剤師への国からのバイオ後続品に関する情報の周知	
4. 国からの国民への啓発と患者の理解	5. バイオ後続品企業からの情報提供
6. 先行バイオ医薬品からバイオ後続品に切り替えを含む臨床試験データの充実やガイドライン等の整備	
7. バイオ後続品の品目数が増えること	8. バイオ後続品の供給がより安定すること
9. バイオ後続品の在庫の負担軽減	10. 医療機関に対する経営的メリットがあること
11. その他（具体的に： ）	
12. バイオ後続品を使用する必要はない	

【⑩⑪は前記①で「1.処方あり」(バイオ医薬品（先行バイオ医薬品・バイオ後続品）処方あり)と回答した方にお伺いします。】

⑩バイオ後続品の院内処方（入院または院内の外来）の有無 ※○は１つ	1. あり	2. なし
⑪バイオ後続品の院外処方の有無 ※○は１つ	1. あり	2. なし

【すべての方にお伺いします。】

⑫令和4年度診療報酬改定で外来腫瘍化学療法診療料、外来化学療法加算におけるバイオ後続品導入初期加算が新設されたことを知っていますか。 ※○は１つ	1. 知っている	2. 知らない

【⑬は前記⑫で「1.知っている」と回答した方にお伺いします。】

⑬令和4年診療報酬改定で外来腫瘍化学療法診療料、外来化学療法加算におけるバイオ後続品導入初期加算が新設されたことで、バイオ後続品の使用件数が増えましたか。 ※○は１つ		
1. はい	2. いいえ	3. わからない

《バイオ後続品の院外処方について》

【⑭⑮は前記⑪で「1.あり」（バイオ後続品の院外処方あり）と回答した方にお伺いします。】

⑭発行する際、処方箋にどのように表記していますか。 ※○は１つ

1. バイオ後続品の販売名（例：「●●● ＢＳ注射液 含量 会社名」）
2. バイオ後続品の一般的名称（「○○○（遺伝子組換え）［●●●後続１］」）
3. バイオ後続品の一般的名称だが（遺伝子組換え）と記載しない（「○○○［●●●後続１］」）
4. 変更不可欄にチェックを入れずに先行品の販売名で処方
5. 変更不可欄にチェックを入れずに先行品の一般的名称で処方（「○○○（遺伝子組換え）」）
6. その他（具体的に：　　）

⑮バイオ後続品を院外処方するにあたって薬局・薬剤師に望むことはありますか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 「一般名処方の調剤」または「バイオ後続品への変更調剤」について、予め合意した方法で情報提供を受けること
2. 「一般名処方の調剤」または「バイオ後続品への変更調剤」について、合意方法や頻度によらず情報提供を受けること
3. 患者に対して、バイオ後続品の品質や有効性、安全性について説明を行うこと
4. 患者に対して、バイオ後続品の普及啓発を行うこと
5. その他（具体的に：　　）

【⑯は前記⑪で「2.なし」（バイオ後続品の院外処方なし）と回答した方にお伺いします。】

⑯バイオ後続品の院外処方をしていない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. バイオ後続品に限らず、院外処方箋を発行していないから
2. バイオ後続品の対象となる患者がいないから
3. バイオ後続品の品質や有効性、安全性に処方医師が疑問を持っているから
4. バイオ後続品の品質や有効性、安全性に患者が疑問を持っているから
5. バイオ後続品の品目が少ないから
6. バイオ後続品の安定供給に不安があるから
7. 患者の経済的メリットが小さいから
8. 先行バイオ医薬品とバイオ後続品の適応症が異なるから
9. 先行バイオ医薬品とバイオ後続品のデバイスのタイプが異なるから
10. その他（具体的に：　　）
11. 特に理由はない

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。
お手数をおかけいたしますが、令和５年●月●日（●）までに専用の返信用封筒（切手不要）に封入し、
お近くのポストに投函してください。

ID:

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和5年度調査）

後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用に関する意識調査 患者票

※この患者票は、後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用状況やお考えについてお伺いするものです。

※ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（ ）内には具体的な数字や内容・理由などをご記入ください。

後発医薬品（ジェネリック医薬品）とは

先発医薬品（新薬）の特許が切れた後に販売される、先発医薬品と同じ有効成分、同様の効能・効果を持つ医薬品のことです。ジェネリック医薬品は先発医薬品より安価で、経済的です。

０．最初に、この調査票のご記入者について、お伺いします。
この調査票のご記入者は、患者さんご本人でしょうか。それともご家族の方等でしょうか。

1．患者本人（代筆の場合も含む）	2．本人以外のご家族（具体的に：　　）
3．その他（具体的に：　　）	

１．患者さんご自身のことについてお伺いします。

①性別 ※○は1つだけ	1．男性		2．女性		
②年代 ※○は1つだけ	1．9歳以下	2．10代	3．20代	4．30代	5．40代
	6．50代	7．60代	8．70代	9．80代	10.90歳以上
③お住まい	（　　）都・道・府・県				

以降の設問についても、全て患者さんのことをお答えください（ご記入者が患者ご本人でない場合も、患者さんについてご回答ください）

④お手持ちの健康保険証の種類 ※○は1つだけ ※お手持ちの健康保険証の「保険者」名称をご確認ください。	
1．国民健康保険（国保）	2．健康保険組合（健保組合）
3．全国健康保険協会（協会けんぽ）	4．共済組合（共済）
5．後期高齢者医療広域連合（広域連合）	6．その他（具体的に：　　）
7．わからない	
⑤ 医療費の自己負担額（医療機関や薬局の窓口で支払う金額）がありますか。 ※○は1つだけ	
1．ある	2．ない
⑥かかりつけ医がいますか。 ※○は1つだけ ※かかりつけ医とは、「なんでも相談でき、必要な時には専門医や専門の医療機関に紹介してくれる、身近で頼りになる医師」のことです。	
1．いる	2．いない
⑦薬について相談ができる、かかりつけの薬剤師がいますか。 ※○は1つだけ	
1．いる	2．いない
⑧病気の治療や管理のため、注射剤（抗リウマチ薬やインスリン製剤、成長ホルモン剤、骨粗鬆症治療薬など）を、あなたご自身で注射していますか。 ※○は1つだけ	
1．している	2．していない

２．本日の状況等についてお伺いします。

①本日、薬局の窓口で支払った自己負担額（一部負担金）は、いくらでしたか。 ※ない場合は「0」とお書きください。	（　　）円

②本日、薬局の窓口で支払った自己負担額（前記①の額）がどのくらい安くなれば、今後ジェネリック医薬品を使用したいと思いますか。 ※○は1つだけ ※自己負担額が0円の方は回答不要です。

1. いくら安くなるかにかかわらず、使用したい
2. 少しでも安くなるのであれば使用したい
3. 本日支払った金額よりも一定額安くなるのであれば使用したい
   →（安くなる金額の目安：　　円程度）
4. いくら安くなっても使用したくない
5. わからない
6. その他（具体的に：　　）

【前記②で「4.いくら安くなっても使用したくない」と回答した方にお伺いします。】

②-1ジェネリック医薬品を使用したくないと思われる具体的なきっかけがあれば教えてください。
※あてはまる番号すべてに○

1. 具体的なきっかけはない
2. ジェネリック医薬品に切り替えて、副作用の点で違いを感じたことがあるから
3. ジェネリック医薬品に切り替えて、効き目の違いを感じたことがあるから
4. ジェネリック医薬品に切り替えて、使用感の違いを感じたことがあるから
5. その他（具体的に：　　）

３．ジェネリック医薬品の使用に関するご経験などについてお伺いします。ここからは、本日のことだけではなく、今までのご経験についてお答えください。

①ジェネリック医薬品を知っていましたか。 ※○は1つだけ		
1. 知っていた	2. 名前は聞いたことがあった	3. 知らなかった
②今までにジェネリック医薬品を使用したことがありますか。 ※○は1つだけ		
1. ある	2. ない	3. わからない
③医師からジェネリック医薬品についての説明を受けたことがありますか。 ※○は1つだけ		
1. ある	2. ない	3. わからない
④薬剤師からジェネリック医薬品についての説明を受けたことがありますか。 ※○は1つだけ		
1. ある	2. ない	3. わからない
⑤薬剤師にジェネリック医薬品の調剤をお願いしたことはありますか。 ※○は1つだけ		
1. ある	2. ない	
⑥今までに、先発医薬品からジェネリック医薬品に変更したお薬はありますか。 ※○は1つだけ		
1. ある	2. ない	3. わからない

【前記⑥で「1. ある」と回答した方にお伺いします。】

⑥-1ジェネリック医薬品に変更したきっかけは何ですか。 ※○は1つだけ

1. かかりつけ医からの説明	2. かかりつけ医以外の医師からの説明
3. かかりつけ薬剤師からの説明	4. かかりつけ薬剤師以外の薬剤師からの説明
5. 家族・知人等からのすすめ	6. 薬剤情報提供文書[注1]を受け取って
7. ジェネリック医薬品希望カードを受け取って	
8. ジェネリック医薬品軽減額通知（差額通知等）[注2]を受け取って	
9. 健保組合・市町村国保等の保険者からのお知らせを受け取って	
10. テレビ CM 等の広告を見て	11. その他（具体的に：　　）

注1：薬剤情報提供文書とは

保険薬局から調剤したお薬と一緒に渡される文書で、薬の名前や写真、効能・効果、用法、副作用、注意事項などが書かれています。平成 24 年 4 月以降、ジェネリック医薬品についての説明（ジェネリック医薬品の有無や価格など）もこの文書に記載し、患者に情報提供することとなりました。

注2：ジェネリック医薬品軽減額通知（差額通知等）とは
処方された薬をジェネリック医薬品に切り替えることにより、どのくらい薬代（薬剤料）の自己負担額が軽減されるかを健康保険組合や市町村国保などの保険者が具体的に試算して、例えば「ジェネリック医薬品に切り替えた場合の薬代の自己負担の軽減額に関するお知らせ」のような名前で通知してくれるサービスです。

【すべての方にお伺いします。】

⑦今までに、ジェネリック医薬品から先発医薬品や他のジェネリック医薬品に変更したお薬はありますか。 ※○は1つだけ	
1. 先発医薬品に変更したことがある	2. 他のジェネリック医薬品に変更したことがある
3. 変更したことはない	4. わからない

⑧あなたは「バイオ後続品（バイオシミラー）」[注3]という名称を知っていますか。 ※○は1つだけ	
1. 知っている	2. 知らない

注3：バイオ後続品（バイオシミラー）とは国内で既に承認されたバイオテクノロジー応用医薬品と同等／同質の品質、安全性、有効性を有する医薬品として、異なる製造販売業者により開発される医薬品です。

【前記⑧で「1. 知っている」と回答した方にお伺いします。】

⑧-1「バイオ後続品（バイオシミラー）」を使用したことがありますか。 ※○は1つだけ		
1. ある	2. ない	3. わからない

⑨「バイオ後続品（バイオシミラー）」を使用したいと思いますか。 ※○は1つだけ	
1. できればバイオ後続品を使用したい	2. とりあえずバイオ後続品を試してみたい
3. バイオ後続品かどうかにはこだわらない	4. できればバイオ後続品を使いたくない
5. わからない	

【前記⑨で1. ～3. を選択（バイオ後続品を使用してもよいと回答）した方にお伺いします。】

⑨-1「バイオ後続品（バイオシミラー）」を使用したい、使用してもよいと考える理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○
1. 過去に医師から十分な説明を受けた、又は今後説明を受けられれば使用してもよい
2. 過去に薬剤師から十分な説明を受けた、又は今後説明を受けられれば使用してもよい
3. バイオ後続品でも効果（効き目）が同じであるから
4. 使用感（注入器の使い勝手など）がよかった、使用経験はないが使いやすそうだから
5. 副作用の不安が少ないから
6. 窓口で支払う薬代が安くなるから
7. 少しでも医療財政の節約に貢献できるから
8. その他（具体的に：　　）

【すべての方にお伺いします。】

⑩本日、薬局の窓口で支払った自己負担額がどのくらい安くなれば、今後「バイオ後続品（バイオシミラー）」を使用したいと思いますか。※○は1つだけ ※本日の自己負担額が0円の方は回答不要です。
1. いくら安くなるかにかかわらず、使用したい
2. 少しでも安くなるのであれば使用したい
3. 本日支払った金額よりも一定額安くなるのであれば使用したい →（安くなる金額の目安：　　円程度）
4. いくら安くなっても使用したくない
5. わからない
6. その他（具体的に：　　）

４．ジェネリック医薬品の使用に関するお考えや、使用促進の取組についてお伺いします。

①ジェネリック医薬品使用に関するお考えとして、最も近いものはどれですか。 ※○は1つだけ
1. できればジェネリック医薬品を使いたい
2. とりあえずジェネリック医薬品を試してみたい
3. できればジェネリック医薬品を使いたくない
4. ジェネリック医薬品や先発医薬品にはこだわらない
5. わからない

②あなたがジェネリック医薬品を使用するにあたって重要なことは何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○
1. 効果（効き目）が先発医薬品と同じであること
2. 使用感（味を含む）がよいこと
3. 副作用の不安が少ないこと
4. 有効成分に加え、添加剤や製法も先発医薬品と同じであること
5. 先発医薬品とジェネリック医薬品について同じ点・異なる点を説明してもらえること
6. 医師のすすめがあること
7. 薬剤師のすすめがあること
8. 窓口で支払う薬代が安くなること
9. 少しでも医療財政の節約に貢献できること
10. その他（具体的に：　　）
11. 特にない

③前記②の選択肢 1.～10.のうち、最も重要なことは何ですか。 あてはまる番号を 1つだけお書きください。	

【すべての方にお伺いします。】

５．ジェネリック医薬品を使用する上でのご意見・ご要望等をお伺いします。

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。
お手数をおかけいたしますが、**令和５年●月●日（●）**までに専用の返信用封筒（切手不要）に封入し、お近くのポストに投函してください。

（保険薬局票）

令和５年●月

開設者様
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

令和４年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和５年度調査）

「後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査」調査へのご協力のお願い

謹啓　時下、皆様におかれましてはますますご清栄のことと存じ上げます。社会保険の運営につきまして、日ごろ格別のご協力を頂き大変有り難く存じます。また、新型コロナウイルス感染症への対応のため、日々医療現場等の前線において尽力されている医療従事者の皆様に、心から敬意を表するとともに、深く感謝を申し上げます。

さて、令和４年４月の診療報酬改定においては、後発医薬品調剤体制加算における要件・評価の見直し、後発医薬品使用体制加算における要件の見直し、バイオ後続品を導入した場合の評価の新設など、後発医薬品使用促進を目的とした見直し等が行われました。

今般、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（以下、中医協）における診療報酬改定結果検証部会では、今般の診療報酬改定による影響等を検証するために、全国の保険薬局や医療機関、医師、患者の方を対象に、後発医薬品の使用状況や使用に関する意識等の変化を把握することを目的に、本調査を実施することとなりました。**本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。**

つきましては、ご多用の折、誠に恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

なお、本調査は、厚生労働省からの委託により、PwC コンサルティング合同会社が実施しますので、調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

令和5年●月●日（●）までに「返信用封筒（切手不要）」にてご返送いただくか、電子調査票を下記のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査実施要領をご参照ください。

【連絡先】

「診療報酬改定結果検証に係る特別調査」事務局
〒100-0004　東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー
PwC コンサルティング合同会社
E-mail ：【調査へのお問合せ先】XXX@pwc.com
【電子調査票の送付先】XXX@pwc.com（受信専用）
電子調査票の入手元 ： https://XXX.jp
※電話は混み合う場合もございますので、E-mail でご連絡いただけますと幸いです。
E-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。
TEL：XXXX-XXX-XXX（受付時間　10：00～17：00、土日・祝日除く）

（医療機関票）

令和５年●月

開設者様
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

令和４年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和５年度調査）

「後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査」調査へのご協力のお願い

謹啓　時下、皆様におかれましてはますますご清栄のことと存じ上げます。社会保険の運営につきまして、日ごろ格別のご協力を頂き大変有り難く存じます。また、新型コロナウイルス感染症への対応のため、日々医療現場等の前線において尽力されている医療従事者の皆様に、心から敬意を表するとともに、深く感謝を申し上げます。

さて、令和４年４月の診療報酬改定においては、後発医薬品調剤体制加算における要件・評価の見直し、後発医薬品使用体制加算における要件の見直し、バイオ後続品を導入した場合の評価の新設など、後発医薬品使用促進を目的とした見直し等が行われました。

今般、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（以下、中医協）における診療報酬改定結果検証部会では、今般の診療報酬改定による影響等を検証するために、全国の保険薬局や医療機関、医師、患者の方を対象に、後発医薬品の使用状況や使用に関する意識等の変化を把握することを目的に、本調査を実施することとなりました。**本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。**

つきましては、ご多用の折、誠に恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

なお、本調査は、厚生労働省からの委託により、PwC コンサルティング合同会社が実施しますので、調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

令和5年●月●日（●）までに「返信用封筒（切手不要）」にてご返送いただくか、電子調査票を下記のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査実施要領をご参照ください。

【連絡先】

「診療報酬改定結果検証に係る特別調査」事務局
〒100-0004　東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー
PwC コンサルティング合同会社
E-mail ：【調査へのお問合せ先】XXX@pwc.com
【電子調査票の送付先】XXX @pwc.com（受信専用）
電子調査票の入手元 ： https://XXX.jp
※電話は混み合う場合もございますので、E-mail でご連絡いただけますと幸いです。
E-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。
TEL：XXXX-XXX-XXX （受付時間　10：00～17：00、土日・祝日除く）

（患者票）

令和５年●月

各位

厚生労働省 保険局 医療課

令和４年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和５年度調査）

「後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用に関する意識調査」へのご協力のお願い

本日は、お疲れのところ、大変貴重なお時間をいただき、誠にありがとうございます。厚生労働省では、診療の実態を勘案しつつ、安定的な医療提供体制を支え、より適切な医療サービスが提供されるよう、２年ごとに診療報酬（病院や診療所などの保険医療機関等で提供される医療サービスごとに決められた価格）の改定を行っています。

令和４年４月の診療報酬改定では、後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進を目的として診療報酬改定が行われました。こうした診療報酬改定の影響・効果を検証し、次期診療報酬改定の充実につなげるため、この度、厚生労働省では、「後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用に関する意識調査」を行うこととしました。

本調査は、後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用について、その現状と効果や今後の課題等を把握することを目的とし、改定の検証結果を医療サービスのさらなる充実・強化に役立てるために実施するものであり、次の要領により皆様にご協力をお願いすることとしております。

対象者

・ この調査は、病院・診療所を受診し、処方箋を薬局にお持ちになった患者の方が対象となっております。

回答期限・返送方法

・ お手数ではございますが、**令和5年●月●日（●）まで**に同封の返信用封筒（切手不要）にて、直接、お近くの郵便ポストにご投函ください。

回答方法

・ ご回答の際には、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。調査票の各設問では、「○は１つだけ」、「あてはまる番号すべてに○」等の指定がありますので、指定の方法にて回答を選択してください。

・ （　　）内には具体的な数値や理由などを記入してください。

・ ご回答にあたっては、調査票を受け取った際に受診した患者／調剤を受けた患者についての回答をお願いします。

（→裏面へ続きます）

なお、本調査は令和４年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査事業について厚生労働省から委託を受けた PwC コンサルティング合同会社が実施します。

ご回答いただいた内容はすべて統計的に処理しますので、ご回答をいただいた個人が特定されることは一切ありません。また、ご回答いただいた調査票は調査事務局に直接返送されますので、医師や薬剤師等に開示されることはございません。

本調査の結果は、診療報酬のあり方を検討している厚生労働大臣の諮問機関である「中央社会保険医療協議会（中医協）」において、患者の方（及びその家族）のご意見を踏まえた実りある今後の議論が行われるための大変貴重な資料として活用されることとなり、厚生労働省が行う診療報酬の充実に役立つものとなります。

ご多用の折、大変恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

本調査で、ご不明な点等がございましたら、下記事務局までお問い合せください。

【連絡先】

「診療報酬改定結果検証に係る特別調査」事務局

〒100-0004　東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー
PwC コンサルティング合同会社

E-mail：【調査へのお問合せ先】XXX @pwc.com

※電話は混み合う場合もございますので、E-mail でご連絡いただけますと幸いです。
E-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。

TEL：XXXX-XXX-XXX（受付時間　10：00～17：00、土日・祝日除く）

令和４年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和５年度調査）
オンライン資格確認システムに係る診療報酬上の対応の
実施状況調査

調査の概要（案）

１．調査目的

オンライン資格確認等システムの活用により、診断及び治療等の質の向上を図る観点から、外来において、オンライン資格確認等システムを通じて患者の薬剤情報または特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施することを評価する医療情報・システム基盤整備体制充実加算が、令和４年10月から設けられた。

本調査では、オンライン資格確認等システムを通じた患者情報等の活用に関して、オンライン資格確認等システムの導入状況も踏まえ、今回改定による影響等について調査・検証を行う。

２．アンケート調査の構成及び調査手順

（1）アンケート調査の構成

本調査は以下の構成とする。

調査の種類	調査対象			調査方法
	条件	調査件数	抽出方法	
病院調査（A）	（特段の条件なし）	2,000 件	無作為	自記式調査票の郵送配布・回収
医科診療所調査（B）	（特段の条件なし）	2,000 件	無作為	
歯科診療所調査（C）	（特段の条件なし）	2,000 件	無作為	
保険薬局調査（D）	（特段の条件なし）	2,000 件	無作為	
患者調査（郵送調査）	①（A）～（C）の医療機関に調査期間中に受診した外来患者 ②（D）の保険薬局に調査期間中に来局した外来患者	最大16,000 件 ※1	無作為	調査対象施設から、患者に配布※2 し、患者自身から自記式調査票を郵送回収
患者調査 （インターネット調査）	マイナンバーカードを健康保険証として利用し、直近３か月間以内に１回以上医療機関を受診した患者又は処方箋を薬局にお持ちになった患者及びそれ以外の患者	5,000 件 ※3	層化抽出 ※4	調査対象のモニターを有するリサーチ機関を通じて実施

※1 （A）～(D)の各施設につき最大２名。

※2 患者調査（郵送調査）は、病院、医科診療所、歯科診療所及び保険薬局調査の調査対象となった当該施設の職員が患者調査の条件に沿って１施設あたり患者２名を抽出（特定の１日を調査日とし、当該日において午前・午後にそれぞれ最初に来院・来局された患者で、調査協力についてご本人の同意が得られた方）し、配布する。

※3 マイナンバーカードを健康保険証として利用し、直近３か月間以内に１回以上医療機関を受診した患者、処方箋を薬局にお持ちになった患者2,500名、それ以外の患者2,500名の計5,000件を調査する。

※4 全国の地域別、性別、年齢階級別の人口構成割合にあわせて比例配分で割付。

(2)アンケート調査の手順

アンケート調査は、病院調査、医科診療所調査、歯科診療所調査、保険薬局調査については、調査票一式を郵便にて調査対象となる施設に送付し、当該施設の管理者や事務管理者、現場担当者にご回答いただいたうえで、郵便（料金受取人払い、返信用封筒は調査票発送時に同封）にて回収する方法にて実施する。回答者の負担軽減のため、専用ホームページより電子調査票をダウンロードし、入力の上、メールへの添付により返送する方法を選択できるようにする。

郵送による患者調査は、病院調査、医科診療所調査、歯科診療所調査、保険薬局調査の調査対象となった当該施設の職員が、前掲の条件に沿って１施設あたり患者２名を無作為抽出（特定の１日を調査日とし、当該日において午前・午後にそれぞれ最初に来院・来局された患者で、調査協力についてご本人の同意が得られた方）し、対象患者に調査票及び返信用封筒（料金受取人払い、返信用封筒は調査票発送時に同封）を手渡し、直接記入を求める（回答後の調査票は、患者自身が直接郵便にて返送)。

なお、インターネット調査による患者調査は、調査対象のモニターを有するリサーチ機関を通じて実施する。

事務局は、回収した調査票の検票を行い、辞退（理由等を書いた文書を同封しているケースがある)、白紙（ほとんど全ての設問への記入がない）を除いた上で、調査データの電子化を行う。

3. 主な調査事項

(1)新型コロナウイルスの影響に関する項目:特になし

(2)今回新設した項目

［病院、医科診療所、歯科診療所調査］

○ 基本属性（所在地、開設者等）
○ オンライン資格確認等システムの導入状況
○ 電子カルテシステムの導入状況
○ オンライン資格確認等システムから電子カルテシステムへ情報の自動転記の連携環境
○ レセプトコンピュータの導入状況等
○ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算における施設基準、算定件数・理由
○ マイナンバーカードの健康保険証利用に対する医療・薬剤情報等の活用状況等

［保険薬局調査］

○ 基本属性（所在地、開設者、開設年、チェーン薬局か否か、同一グループ数、立地状況、調剤基本料届出状況、応需医療機関数、標榜診療科等）
○ オンライン資格確認等システムの導入状況
○ レセプトコンピュータの導入状況等
○ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算における施設基準、算定件数・理由
○ マイナンバーカードの健康保険証利用に対する医療・薬剤情報等の活用状況
○ 電子処方箋の導入状況、受付実績件数、導入予定時期
○ 電子薬歴システムの導入状況等
○ オンライン資格確認等システムから電子薬歴システムへ情報の自動転記の連携環境
○ 電子版お薬手帳のシステムの導入状況
○ 電子版お薬手帳のシステムとマイナポータル API 連携の実施状況

［患者調査］

○ 基本属性（調査票の記入者、代筆理由、性別、年齢、住まい）
○ 医療機関や保険薬局の利用状況（定期・継続受診している医療機関等の数）
○ マイナンバーカードの健康保険証利用に際し医師や薬剤師に過去服薬した薬や特定健診の情報提供に関する認知度、情報提供状況
○ マイナンバーカードの健康保険証利用に対応した医療機関・薬局での診療報酬の加算算定の認知度等
○ マイナンバーカードの利用状況
○ マイナンバーカードの健康保険証利用に関する認知度・メリット等

(3)前回調査から削除した主な項目

今次調査が初回実施になるため、記載事項なし

4. 調査スケジュール（案）

調査スケジュール（案）は、次を想定している。

		2023年																				2024年		
		4月			5月			6月		7月			8月			9月		10月		11月		12月		1月	2月	3月
1	**調査票等の作成・発送**																								
	① 調査の全体設計	■	■	■																					
	② 調査票等発送物の作成	■	■	■	■	■	■	■	■																
	③ 調査客体の抽出（客体名簿作成）							■	■																
	④ 調査票等送付物の印刷・封入									■	■	■													
	⑤ 調査票等送付物の発送											■													
2	**照会への対応**																								
	① コールセンター設置準備・照会対応マニュアル作成									■	■	■													
	② 照会対応・再発送要望対応												■	■	■	■									
	③ 照会及び回答内容の一覧の作成												■	■	■	■									
3	**調査票の電子化（Webサイト対応）**																								
	① Webサイトの開設準備・電子調査票作成									■	■	■													
	② Webサイトの運営												■	■	■	■									
4	**調査の協力依頼**																								
	① 電話協力依頼														■										
	② 督促ハガキ印刷・発送														■										
5	**調査票受付・データ化**																								
	① 回収票の受付・登録												■	■	■	■									
	② 受付票の検索（返戻・修正依頼）												■												
	③ データ入力												■	■	■	■									
6	**集計及び報告書の作成**																								
	① 集計方針・報告書構成の検討	■	■	■	■	■	■			■	■	■													
	② 集計											■	■				■	■	■	■	■	■			
	③ 報告書の作成													■	■			■	■	■	■	□	□	□	□	□	□	□	□	□
	④ 報告書の納品																								■
7	**調査検討委員会の設置・運営**																								
	① 調査検討委員会の開催					★												★							

※ グレー塗部分は実査期間

以上

病院・診療所票

ID 番号：

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和5年度調査）
オンライン資格確認システムに係る診療報酬上の対応の実施状況調査

ご回答方法

◎あてはまる番号を〇（マル）で囲んでください。
◎「※〇は１つ」という質問については、あてはまる番号を１つだけ〇で囲んでください。
◎（ ）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。
◎（ ）内に数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をご記入ください。
◎特に断りのない限り、令和５年 XX 月 XX 日現在の貴施設の状況についてお答えください。
◎災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

◎ 貴施設の状況についてお伺いします。（令和５年 XX 月 XX 日現在）

問１　所在地（都道府県・市区町村）	（　　）都・道・府・県　（　　）市・区・町・村
問２　開設者[注1] ※〇は１つ	01 国　02 公立　03 公的　04 社会保険関係団体 05 医療法人（社会医療法人を除く）　06 会社　07 その他の法人 08 個人

注１　国立：国、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、国立高度専門　医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構
公立：都道府県、市町村、地方独立行政法人
公的：日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会
社会保険関係：健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合
医療法人：社会医療法人は含まない
その他の法人：公益法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、社会医療法人等、その他の法人

問３　受付窓口数	（　　）箇所
問４　医療機関の種別 ※〇は１つ	01 病院　02 有床診療所　03 無床診療所

【問４で「01 病院」または「02 有床診療所」と回答した場合 、問４-１にご回答ください 】

問４-１ 許可病床数	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床	病院・診療所全体
	床	床	床	床	床	床

【すべての方が問５にご回答ください】

問５ 標榜診療科 ※該当するもの全てに〇	01 内科[注2]	02 外科[注3]	03 精神科	04 小児科
	05 皮膚科	06 泌尿器科	07 産婦人科・産科	08 眼科
	09 耳鼻咽喉科	10 放射線科	11 脳神経外科	12 整形外科
	13 麻酔科	14 救急科	15 歯科・歯科口腔外科[注4]	16 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科
	17 その他 （具体的に　　）			

注２　内科、呼吸器内 科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「01 内科」としてご回答ください。
注３　外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「02 外科」としてご回答ください。
注４　小児歯科、矯正歯科は、「15　歯科・歯科口腔外科」としてご回答ください。

◎ オンライン資格確認等の実施状況についてお伺いします。

問６　オンライン資格確認等システムの導入状況をご回答ください。　※○は１つ		
01 稼働中	02 準備中のため稼働していない	03 義務化対象外のため稼働していない

問 6 で「02 準備中のため稼働していない」または「03 義務化対象外のため稼働していない」と回答された場合でも、引き続き問 7 以降をご回答ください。

問７　電子カルテシステムの導入状況をご回答ください。　※○は１つ ＊電子カルテシステムとは、電子カルテの三原則（「真正性」「見読性」「保存性」）を満たし、電子的に管理されて いるカルテを指します。レセプトコンピュータ（いわゆるレセコン）はレセプト（診療報酬明細書）を作成するもので、電子カルテシステムとは異なります。	
01 稼働中	02 未導入

【問６で「01 稼働中」かつ問７で「01 稼働中」と回答した場合、問７-１にご回答ください】
問 7-1　オンライン資格確認等システムから電子カルテシステムに情報（資格情報や診療情報・薬剤情報・特定健診情報等）が自動転記されるよう連携していますか。　※○は１つ ＊一部の情報のみでも自動転記される場合は「01」をお選びください。
01 自動転記できるよう連携している（一部の情報のみ自動転記で連携している） 02 自動転記されないが閲覧が可能である（※PDF 等でダウンロードした閲覧も含む） 03 連携していない（02 の場合を除く）

【問 7-1 で「01」または「02」と回答した場合、問 7-2にご回答ください 】			
問 7-2　自動転記または閲覧が可能な情報として該当するものをお選びください。※該当するもの全てに○			
①自動転記している情報	01 資格情報	02 診療・薬剤情報	03 特定健診情報等
②閲覧可能な情報	01 資格情報	02 診療・薬剤情報	03 特定健診情報等

問8 レセプトコンピュータの導入状況をご回答ください。　※○は１つ		
01 導入済	02 導入予定	03 導入予定はない

【問８で「01 導入済」と回答した場合、問８-１にご回答ください 】		
問8-1 どのような方法でレセプトを請求していますか。　※○は１つ		
01 オンライン	02 電子媒体（光ディスク等）	03 紙

【問８-１で「02 電子媒体（光ディスク等）」と回答した場合、問８-２、問８-３にご回答ください 】
問８-２　医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準である「オンライン請求を行っていること」に関する特例措置として、2023 年 12 月末までにオンライン請求を開始する旨の届出[注5]をしていますか。　※○は１つ
01 届出済　　02 未届出
問８-３　届出したオンライン請求の開始予定時期をご回答ください。（届出に記載の開始時期を記入）
西暦（　　）年（　　）月

注５　医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定する保険医療機関・薬局の施設基準として、オンライン請求を行っていることが要件とされているところ、オンライン請求を行っていない保険医療機関・薬局がオンライン請求を令和５年 12 月 31 日までに開始する旨の届出を行った場合には、令和５年 12 月 31 日までの間に限り、この要件を満たすものとみなされる。

問 6 で「02 準備中のため稼働していない」または「03 義務化対象外のため稼働していない」、問 8-1 で「03 紙」と回答した施設（いわゆるオンライン資格確認システムの義務化対象外の施設）におかれましては、質問は以上です。ご協力有難うございました。それ以外の施設におかれましては、引き続き問 9 以降にご回答ください。

問９　医療情報・システム基盤整備体制充実加算における施設基準[注６]を満たしていますか。※○は１つ
01 満たしている（特例措置を含む）　　02 満たしていない

注６ (1)電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。
(2)オンライン資格確認を行う体制を有していること。オンライン資格確認の導入に際しては、医療機関等向けポータルサイトに運用開始日の登録を行うこと。
(3)次に掲げる事項を当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。(ｱ)オンライン資格確認を行う体制を有していること。(ｲ)当該保険医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと。

【問９で「01 満たしている（特例措置を含む）」と回答した場合、問 9-1～問 9-4 にご回答ください。】

問 9-1　令和５年４月～6 月末における医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定件数の合計（3か月分）をご回答ください。算定がない場合は「0」（ゼロ）とご記入ください。

①医療情報・システム基盤整備体制充実加算１	件
②医療情報・システム基盤整備体制充実加算２	件
③医療情報・システム基盤整備体制充実加算３	件

【問 9-1 で「①医療情報・システム基盤整備体制充実加算１」を１件以上算定している場合、問 9-2、問 9-3 にご回答ください。】

問 9-2 「医療情報・システム基盤整備体制充実加算１」の算定理由をご回答ください。
※該当するもの全てに○

01 患者がマイナンバーカードを持参しなかった
02 マイナンバーカードを持参したが、診療情報等の活用に同意しなかった
03 患者のマイナンバーカードが破損等により利用できなかった
04 その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

問 9-3　マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報等の取得ではなく、全ての項目を問診等により取得した場合の負担について、ご回答ください。　※該当するもの１つに○

01 過去の受診歴や薬剤情報等の取得について、マイナンバーカードの健康保険証利用による情報取得よりも業務上の負担がかかった
02 マイナンバーカードの健康保険証利用による情報取得と、負担は変わらない
03 マイナンバーカードの健康保険証利用による情報取得よりも負担は軽い
04 わからない

【問 9-1 で「③医療情報・システム基盤整備体制充実加算３」を１件以上算定している場合、問 9-4 にご回答ください。】

問 9-4 「医療情報・システム基盤整備体制充実加算３」の算定理由をご回答ください。
※該当するもの全てに○

01 患者がマイナンバーカードを持参しなかった
02 マイナンバーカードを持参したが、診療情報等の活用に同意しなかった
03 患者のマイナンバーカードが破損等により利用できなかった
04 その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

問 10　マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用状況をご回答ください。　※○は１つ

01 活用している　　02 活用していない

【問 10 で「01 活用している」と回答した場合、問 10-1～問 10-３にご回答ください】

問 10-1　マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用内容をご回答ください。

	該当するもの全てに○	最大のもの一つに○
①患者の受診歴（医療機関名、受診歴）の確認		
②患者への診療実績（診療年月日、診療行為名）の確認		
③患者の薬剤情報（過去に服薬した薬の履歴）の確認		
④患者の特定健診情報（40 歳以上の方の健診結果）の確認		
⑤その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）		

問 10-2　マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用について、どのような効果を感じましたか。該当するものをお選びください。

	該当するもの全てに○	最大のもの一つに○
①患者の過去の診療情報・薬剤情報・特定健診情報が把握でき、問診・診察がより正確になった		
②正確な問診ができるようになり、問診・診察時間の短縮につながった		
③他の医療機関での診療行為の内容を参考にした		
④薬を処方する際、患者の薬剤情報を参考に重複投薬や併用禁忌を避けることができた		
⑤特定健診の結果（BMI、体重、肝機能、腎機能等）の数値を参考にした		
⑥その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）		
⑦特にない・わからない		

問 10-3　マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用に関し、患者にとってどのようなメリットがあると感じていますか。該当するものをお選びください。

	該当するもの全てに○	最大のもの一つに○
①診療情報・薬剤情報・特定健診情報の伝え間違い／伝え忘れが減った		
②問診票に記載する内容が少なくなり手間が減った		
③医療スタッフが診察の中で診療情報・薬剤情報・特定健診情報に触れる等して、情報が診察に活用された		
④複数の医療機関で処方されている医薬品の重複や飲み合わせの問題等が分かり処方を調整できた		
⑤その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）		
⑥特にない・わからない		

ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

同封の返信用封筒で令和５年 XX 月 XX 日(X)迄にご返送下さい。

歯科診療所票

ID 番号：

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和5年度調査）
オンライン資格確認システムに係る診療報酬上の対応の実施状況調査

ご回答方法

◎あてはまる番号を〇（マル）で囲んでください。
◎「※〇は１つ」という質問については、あてはまる番号を１つだけ〇で囲んでください。
◎（ ）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。
◎（ ）内に数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をご記入ください。
◎特に断りのない限り、令和５年 XX 月 XX 日現在の貴施設の状況についてお答えください。
◎災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

◎ 貴施設の状況についてお伺いします。（令和５年 XX 月 XX 日現在）

問１　所在地 （都道府県・市区町村）	（　　）都・道・府・県（　　）市・区・町・村
問２　開設者　※〇は１つ	01 個人　　02 法人　　03 その他
問３　標榜診療科 ※該当するもの全てに〇	01 歯科　　02 矯正歯科　　03 小児歯科　　04 歯科口腔外科
問４　管理者の年齢 ※〇は１つ	01 20 代　02 30 代　03 40 代　04 50 代　05 60 代　06 70 代以上

◎ オンライン資格確認等の実施状況についてお伺いします。

問５　オンライン資格確認等システムの導入状況をご回答ください。　※〇は１つ
01 稼働中　　02 準備中のため稼働していない　　03 義務化対象外のため稼働していない

問 5 で「02 準備中のため稼働していない」または「03 義務化対象外のため稼働していない」と回答された場合でも、引き続き問 6 以降をご回答ください。

問６　電子カルテシステムの導入状況をご回答ください。　※〇は１つ ＊電子カルテシステムとは、電子カルテの三原則（「真正性」「見読性」「保存性」）を満たし、電子的に管理されているカルテを指します。レセプトコンピュータ（いわゆるレセコン）はレセプト（診療報酬明細書）を作成するもので、電子カルテシステムとは異なります。
01 稼働中　　02 未導入
【問５で「01 稼働中」かつ問６で「01 稼働中」と回答した場合、問 6-1 にご回答ください】
問 6-1　オンライン資格確認等システムから電子カルテシステムに情報（資格情報や診療情報・薬剤情報・特定健診情報等）が自動転記されるよう連携していますか。　※〇は１つ ＊一部の情報のみでも自動転記される場合は「01」をお選びください。
01 自動転記できるよう連携している（一部の情報のみ自動転記で連携している）　　02 自動転記されないが閲覧が可能である（※PDF 等でダウンロードした閲覧も含む） 03 連携していない（02 の場合を除く）
【問 6-1 で「01」または「02」と回答した場合、問 6-2 にご回答ください 】
問 6-2　自動転記または閲覧が可能な情報として該当するものをお選びください。※該当するもの全てに〇

①自動転記している情報	01 資格情報	02 診療・薬剤情報	03 特定健診情報等
②閲覧可能な情報	01 資格情報	02 診療・薬剤情報	03 特定健診情報等

問７ レセプトコンピュータの導入状況をご回答ください。　※○は１つ
01 導入済　　02 導入予定　　03 導入予定はない

【問７で「01 導入済」と回答した場合、問 7-1 にご回答ください 】
問 7-1 どのような方法でレセプトを請求していますか。　※○は１つ
01 オンライン　　02 電子媒体（光ディスク等）　　03 紙

【問 7-1 で「02 電子媒体（光ディスク等）」と回答した場合、問 7-2、問 7-3にご回答ください 】
問 7-2　医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準である「オンライン請求を行っていること」に関する特例措置として、2023 年 12 月末までにオンライン請求を開始する旨の届出[注1]をしていますか。　※○は１つ
01 届出済　　02 未届出
問 7-3　届出したオンライン請求の開始予定時期をご回答ください。（届出に記載の開始時期を記入）
西暦（　　）年（　　）月

注１　医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定する保険医療機関・薬局の施設基準として、オンライン請求を行っていることが要件とされているところ、オンライン請求を行っていない保険医療機関・薬局がオンライン請求を令和５年 12 月 31 日までに開始する旨の届出を行った場合には、令和５年 12 月 31 日までの間に限り、この要件を満たすものとみなされる。

問 5 で「02 準備中のため稼働していない」または「03 義務化対象外のため稼働していない」、問 7-1 で「03 紙」と回答した施設（いわゆるオンライン資格確認システムの義務化対象外の施設）におかれましては、質問は以上です。ご協力有難うございました。それ以外の施設におかれましては、引き続き問 8 以降にご回答ください。

問８　医療情報・システム基盤整備体制充実加算における施設基準[注2]を満たしていますか。※○は１つ
01 満たしている（特例措置を含む）　　02 満たしていない

注２　(1)電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。
(2)オンライン資格確認を行う体制を有していること。オンライン資格確認の導入に際しては、医療機関等向けポータルサイトに運用開始日の登録を行うこと。
(3)次に掲げる事項を当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。(ア)オンライン資格確認を行う体制を有していること。(イ)当該保険医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと。

【問８で「01 満たしている（特例措置を含む）」と回答した場合、問 8-1～問 8-4 にご回答ください。】	
問 8-1　令和５年４月～６月末における 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定件数の合計（３か月分）をご回答ください。算定がない場合は「０」（ゼロ）とご記入ください。	
①医療情報・システム基盤整備体制充実加算１	件
②医療情報・システム基盤整備体制充実加算２	件
③医療情報・システム基盤整備体制充実加算３	件

【問 8-1 で「①医療情報・システム基盤整備体制充実加算１」を１件以上算定している場合、問 8-2、問 8-3 にご回答ください。】
問 8-2 「医療情報・システム基盤整備体制充実加算１」の算定理由をご回答ください。 ※該当するもの全てに○
01 患者がマイナンバーカードを持参しなかった
02 マイナンバーカードを持参したが、診療情報等の活用に同意しなかった
03 患者のマイナンバーカードが破損等により利用できなかった
04 その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

問 8-3　マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報等の取得ではなく、全ての項目を問診等により取得した場合の負担について、ご回答ください。　※該当するもの 1 つに○

01 過去の受診歴や薬剤情報等の取得について、マイナンバーカードの健康保険証利用による情報取得よりも業務上の負担がかかった

02 マイナンバーカードの健康保険証利用による情報取得と、負担は変わらない

03 マイナンバーカードの健康保険証利用による情報取得よりも負担は軽い

04 わからない

【問 8-1 で「③医療情報・システム基盤整備体制充実加算 3」を 1 件以上算定している場合、問 8-4 にご回答ください。】

問 8-4　「医療情報・システム基盤整備体制充実加算 3」の算定理由をご回答ください。
※該当するもの全てに○

01 患者がマイナンバーカードを持参しなかった

02 マイナンバーカードを持参したが、診療情報等の活用に同意しなかった

03 患者のマイナンバーカードが破損等により利用できなかった

04 その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

問 9　マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用状況をご回答ください。※○は 1 つ

01 活用している　　02 活用していない

【問 9 で「01 活用している」と回答した場合、問 9-1～問 9-3 にご回答ください 】

問 9-1　マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用内容をご回答ください。

	該当するもの全てに○	最大のもの一つに○
①患者の受診歴（医療機関名、受診歴）の確認		
②患者への診療実績（診療年月日、診療行為名）の確認		
③患者の薬剤情報（過去に服薬した薬の履歴）の確認		
④患者の特定健診情報（40 歳以上の方の健診結果）の確認		
⑤その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）		

問 9-2　マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用について、どのような効果を感じましたか。該当するものをお選びください。

	該当するもの全てに○	最大のもの一つに○
①患者の過去の診療情報・薬剤情報・特定健診情報が把握でき、問診・診察がより正確になった		
②正確な問診ができるようになり、問診・診察時間の短縮につながった		
③他の医療機関での診療行為の内容を参考にした		
④薬を処方する際、患者の薬剤情報を参考に重複投薬や併用禁忌を避けることができた		
⑤特定健診の結果（BMI、体重、肝機能、腎機能等）の数値を参考にした		
⑥その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）		
⑦特にない・わからない		

問 9-3　マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用に関し、患者にとってどのようなメリットがあると感じていますか。該当するものをお選びください。		
	該当するもの全てに○	最大のもの一つに○
①診療情報・薬剤情報・特定健診情報の伝え間違い／伝え忘れが減った		
②問診票に記載する内容が少なくなり手間が減った		
③医療スタッフが診察の中で診療情報・薬剤情報・特定健診情報に触れる等して、情報が診察に活用された		
④複数の医療機関で処方されている医薬品の重複や飲み合わせの問題等が分かり処方を調整できた		
⑤その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）		
⑥特にない・わからない		

ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

同封の返信用封筒で令和５年 XX 月 XX 日(X)迄にご返送下さい。

保険薬局票

ID 番号：

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和5年度調査）
オンライン資格確認システムに係る診療報酬上の対応の実施状況調査

ご回答方法

◎あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。
◎「※○は１つ」という質問については、あてはまる番号を１つだけ○で囲んでください。
◎（　）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。
◎（　）内に数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をご記入ください。
◎特に断りのない限り、令和５年 XX 月 XX 日現在の貴施設の状況についてお答えください。
◎災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

◎ 貴薬局の状況についてお伺いします。（令和５年 XX 月 XX 日現在）

問１　所在地（都道府県・市区町村）	（　　）都・道・府・県（　　）市・区・町・村
問２　開設者　※○は１つ	01 法人　　02 個人　　03 その他
問３　開設年　※当該店舗の開設年をお答えください。	西暦（　　）年
問４　貴薬局は、チェーン薬局（同一経営者が 20 店舗以上を所有する薬局の店舗）ですか。　※○は１つ	01 はい　　02 いいえ
問５　同一グループ（財務上または営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう）等[注1]による薬局店舗数	（　　）店舗 ※当該店舗を含めてお答えください

注１　同一グループは次の基準により判断する（調剤基本料の施設基準における同一グループの考え方と同様）。
１．保険薬局の事業者の最終親会社　２．保険薬局の事業者の最終親会社の子会社　３．保険薬局の事業者の最終親会社の関連会社
４．１から３までに掲げる者と保険薬局の運営に関するフランチャイズ契約を締結している者

問６ 貴薬局はどのような場所に立地していますか。 ※○は１つ	01 医療機関の近隣にある　02 住宅街にある　03 駅前にある 04 商店街にある　05 オフィス街にある 06 大型商業施設（ｽｰﾊﾟｰ・ﾃﾞﾊﾟｰﾄ）の中にある　07 医療モールの中にある 08 医療機関の敷地内にある　09 ビル診療所と同じ建物内にある 10 その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

問７ 令和４年度の調剤基本料の届出状況　※○は１つ		
01　調剤基本料１	02　調剤基本料２	03　調剤基本料３イ
04　調剤基本料３ロ	05　調剤基本料３ハ	06　特別調剤基本料

問7-1 全処方箋の受付回数（調剤基本料の根拠となる数字） ※令和５年４月～６月の**月平均値**	（　　）回／月
問８　応需医療機関数（令和５年４月～６月の**月平均値**）	（　　）施設
問９　最も多く処方箋を受け付けた医療機関からの処方箋枚数割合 （期間：令和５年４月～６月　％：４月～６月の**月平均値**）	（　　）％
問 10 上記問９の集中率が最も高い医療機関の情報についてお伺いします。	
問 10-1 診療所・病院の別　※○は１つ	01 診療所　　02 病院

問 10-2 標榜診療科 ※該当するもの全てに○	01 内科[注2]	02 外科[注3]	03 精神科	04 小児科
	05 皮膚科	06 泌尿器科	07 産婦人科・産科	08 眼科
	09 耳鼻咽喉科	10 放射線科	11 脳神経外科	12 整形外科
	13 麻酔科	14 救急科	15 歯科・歯科口腔外科[注4]	16 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科
	17 その他 （具体的に ）			

注２　内科、呼吸器内 科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「01 内科」としてご回答ください。

注３　外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「02 外科」としてご回答ください。

注４　小児歯科、矯正歯科は、「15　歯科・歯科口腔外科」としてご回答ください。

◎ オンライン資格確認システム等の利用状況についてお伺いします。

問 11 オンライン資格確認等システムの導入状況をご回答ください。　※○は１つ		
01 稼働中	02 準備中のため稼働していない	03 義務化対象外のため稼働していない

問 11 で「02 準備中のため稼働していない」または「03 義務化対象外のため稼働していない」と回答された場合でも、引き続き問 12 以降をご回答ください。

問 12　レセプトコンピュータの導入状況をご回答ください。　※○は１つ		
01 導入済	02 導入予定	03 導入予定はない

【問 12 で「01 導入済」と回答した場合、問 12-1 にご回答ください 】

問 12-1 どのようなな方法でレセプト請求をしていますか。　※○は１つ		
01 オンライン	02 電子媒体（光ディスク等）	03 紙

【問 12-1 で「02 電子媒体（光ディスク等）」と回答した場合、問 12-2、問 12-3 にご回答ください 】

問 12-2　医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準である「オンライン請求を行っていること」に関する特例措置として、2023 年 12 月末までにオンライン請求を開始する旨の届出[注5]をしていますか。　※○は１つ	
01 届出済	02 未届出

問 12-3　届出したオンライン請求の開始予定時期をご回答ください。（届出に記載の開始時期を記入）
西暦（　　）年（　　）月

注５　医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定する保険医療機関・薬局の施設基準として、オンライン請求を行っていることが要件とされているところ、オンライン請求を行っていない保険医療機関・薬局がオンライン請求を令和５年 12 月 31 日までに開始する旨の届出を行った場合には、令和５年 12 月 31 日までの間に限り、この要件を満たすものとみなされる。

問 11 で「02 準備中のため稼働していない」または「03 義務化対象外のため稼働していない」、問 12-1 で「03 紙」と回答した施設（いわゆるオンライン資格確認システムの義務化対象外の施設）におかれましては、質問は以上です。ご協力有難うございました。それ以外の施設におかれましては、引き続き問 13 以降にご回答ください。

問 13　医療情報・システム基盤整備体制充実加算における施設基準[注6]を満たしていますか。※○は１つ	
01 満たしている（特例措置を含む）	02 満たしていない

注６　(1)電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。
(2)オンライン資格確認を行う体制を有していること。オンライン資格確認の導入に際しては、医療機関等向けポータルサイトに運用開始日の登録を行うこと。
(3)医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定する保険薬局においては、以下の事項について薬局内及びホームページ等に掲示し、必要に応じて患者に対して説明すること。(イ) オンライン資格確認を行う体制を有していること。(ロ) 当該保険薬局に処方箋を提出した患者に対し、薬剤情報、特定健診情報その他必要な情報を取得・活用して調剤を行うこと。

【問 13 で「01 満たしている（特例措置を含む）」と回答した場合、問 13-1～問 13-3 にご回答ください。】

問 13-1　令和 5 年 4 月～6 月末における 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定件数の合計（3 か月分）をご回答ください。算定がない場合は「0」（ゼロ）とご記入ください。

①医療情報・システム基盤整備体制充実加算１	件
②医療情報・システム基盤整備体制充実加算２	件

【問 13-1 で「①医療情報・システム基盤整備体制充実加算１」を 1 件以上算定している場合、問 13-2、問 13-3 にご回答ください。】

問 13-2 「医療情報・システム基盤整備体制充実加算１」の算定理由をご回答ください。
※該当するもの全てに○

01 患者がマイナンバーカードを持参しなかった
02 マイナンバーカードを持参したが、診療情報等の活用に同意しなかった
03 患者のマイナンバーカードが破損等により利用できなかった
04 その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

問 13-3　マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報等の取得ではなく、全ての項目を聞き取り等により取得した場合の負担について、ご回答ください。　※該当するもの 1 つに○

01 過去の受診歴や薬剤情報等の取得について、マイナンバーカードの健康保険証利用による情報取得よりも業務上の負担がかかった
02 マイナンバーカードの健康保険証利用による情報取得と、負担は変わらない
03 マイナンバーカードの健康保険証利用による情報取得よりも負担は軽い
04 わからない

問 14　マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用状況をご回答ください。　※○は 1 つ

01 活用している　　02 活用していない

【問 14 で「01 活用している」と回答した場合、問 14-1～問 14-3にご回答ください】

問 14-1　マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用内容をご回答ください。

	該当するもの全てに○	最大のもの一つに○
①患者の受診歴（医療機関名、受診歴）の確認		
②患者への診療実績（診療年月日、診療行為名）の確認		
③患者の薬剤情報（過去に服薬した薬の履歴）の確認		
④患者の特定健診情報（40 歳以上の方の健診結果）の確認		
⑤患者の公費負担医療制度等の受給状況の確認		
⑥その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）		

問 14-2　マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用について、どのような効果を感じましたか。該当するものをお選びください。

	該当するもの全てに○	最大のもの一つに○
①患者の過去の診療情報・薬剤情報・特定健診情報が把握でき、アセスメントがより正確になった		
②薬剤情報の一元管理がしやすくなり、アセスメントに要する時間の短縮につながった		
③薬を調剤する際、患者の薬剤情報を参考にして、重複投薬や併用禁忌を避けることができた		
④薬を調剤する際、患者の薬剤情報を参考にして、処方医への疑義照会につながった		
⑤患者の公費負担医療制度等の受給状況の確認につながった		
⑥その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）		
⑦特にない・わからない		

問 14-3　マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用に関し患者にとってどのようなメリットがあると感じていますか。該当するものをお選びください。		
	該当するもの全てに○	最大のもの一つに○
①診療情報・薬剤情報・特定健診情報の伝え間違い／伝え忘れが減った		
②問診票に記載する内容が少なくなり手間が減った		
③医療スタッフが診察の中で診療情報・薬剤情報・特定健診情報に触れる等して、情報が診察に活用された		
④複数の医療機関で処方されている医薬品の重複や飲み合わせの問題等が分かり処方を調整できた		
⑤その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）		
⑥特にない・わからない		

問 15 電子処方箋の導入状況をご回答ください。　※○は 1 つ

01 導入済　　02 導入予定　　03 導入予定はない

【問 15 で「01 導入済」と回答した場合、問 15-1 にご回答ください 】

問 15-1 令和 5 年 4 月～6 月末の電子処方箋の受付実績件数の合計（3 か月分）をご回答ください。

01 受付実績あり（　　件）　　02 受付実績なし

【問 15 で「02 導入予定」と回答した場合、問 15-2 にご回答ください 】

問 15-2　電子処方箋の導入予定時期をご回答ください。　西暦（　　）年（　　）月

問 16 電子薬歴システムの導入状況をご回答ください。　※○は 1 つ　01 導入済　02 未導入

【問 16 で「01 導入済」かつ問 15（電子処方箋の導入状況）で「01 導入済」と回答した場合、問 16-1 にご回答ください】

問 16-1 電子処方箋システムから電子薬歴システムに情報が自動転記されるよう連携していますか。※○は 1 つ
＊一部の情報のみでも自動転記される場合は「01」をお選びください。

01 自動転記できるよう連携している（一部の情報のみ自動転記で連携している）
02 自動転記されないが閲覧が可能である（※PDF 等でダウンロードした閲覧も含む）
03 連携していない（02 の場合を除く）

【問 16 で「01 導入済」かつ問 11（オンライン資格確認等システムの導入状況）で「01 稼働中」と回答した場合、問 16-2、問 16-3 にご回答ください】

問 16-2 オンライン資格確認等システムから電子薬歴システムに情報（資格情報や診療情報・薬剤情報・特定健診情報等）が自動転記されるよう連携していますか。　※○は 1 つ
＊一部の情報のみでも自動転記される場合は「01」をお選びください。

01 自動転記できるよう連携している（一部の情報のみ自動転記で連携している）
02 自動転記されないが閲覧が可能である（※PDF 等でダウンロードした閲覧も含む）
03 連携していない（02 の場合を除く）

【問 16-2 で「01」または「02」と回答した場合、問 16-3 にご回答ください 】

問 16-3 自動転記または閲覧が可能な情報として該当するものをお選びください。 ※該当するもの全てに○

①自動転記している情報	01 資格情報	02 診療・薬剤情報	03 特定健診情報等
②閲覧可能な情報	01 資格情報	02 診療・薬剤情報	03 特定健診情報等

問 17 電子版お薬手帳のシステムの導入状況をご回答ください。　※○は 1 つ

01 導入済　　02 導入予定　　03 導入する予定はない

【問 17 で「01 導入済」または「02 導入予定」と回答した場合、問 17-1 にご回答ください 】

問 17-1 電子版お薬手帳のシステムはマイナポータル API 連携を実施していますか。　※○は 1 つ
＊マイナポータル API とは、外部の WEB サービスのシステム（電子版お薬手帳）からマイナポータルにアクセスしてその機能を活用できるようにするものです。マイナポータル API 連携やシステムの対応状況についてわからない場合は、電子お薬手帳システムベンダーにご照会ください。

01 連携している　　02 連携する予定がある　　03 連携する予定はない

ご協力いただきまして誠にありがとうございました。
同封の返信用封筒で令和５年 XX 月 XX 日(X)迄にご返送下さい。

患者票

ID 番号：

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和5年度調査）
オンライン資格確認システムに係る診療報酬上の対応の実施状況調査

ご回答方法

◎ この調査票は、患者さんに、マイナンバーカードの利用状況やお考え等をお伺いするものです。
◎ 調査結果は、診療報酬の見直し等について検討するための資料となります。
◎ 本調査のご回答内容は統計的に処理しますので、個人が特定されることはありません。また、医師、歯科医師や薬剤師に個人の回答内容をお知らせすることもありません。
◎ 本調査票にご回答頂けない場合も、患者さんに不利益はございません。
◎ 回答はあてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（　）内には具体的な数字や内容・理由等をご記入ください。
※本調査の医療機関には、歯科診療所も含みます。

◎ この調査票のご記入者についてお伺いします。

問１　この調査票のご記入者は患者さんご本人ですか。　※○は１つ

01　患者ご本人　　02　本人以外のご家族等による代筆

【問１で「02 本人以外のご家族等による代筆」と回答した場合、問１-1 をご回答ください】

問１-1　代筆の理由は何ですか。　※○は１つ

01 患者ご本人が未成年のため　　02 患者ご本人が疾患等の理由により筆記が困難のため
03 認知症等により本人による回答が困難なため　　04 その他（：　　）

◎ 患者さんご自身のことについてお伺いします。

問２　性別 ※○は１つ	01 男性		02 女性	
問３　年齢 ※○は１つ	01 10 歳代以下	02 20 歳代	03 30 歳代	04 40 歳代
	05 50 歳代	06 60 歳代	07 70 歳代	08 80 歳代以上
問４　お住まい	（　　）都・道・府・県			

以降の設問についても、全て患者さんのことをお答えください（ご記入者が患者ご本人でない場合も、患者さんについてご回答ください）

◎ 医療機関や保険薬局の利用状況等についてお伺いします。

問５　あなたご自身が、定期的・継続的[注1]に受診している医療機関（病院・診療所[歯科診療所を含む]）、診療科、利用している保険薬局はいくつありますか。　※定期的・継続的な受診がない場合は「0」とご記入ください　注１　定期的・継続的：180 日間（半年間）で複数回

医療機関（病院・診療所）数：（　　）件　　診療科数：（　　）件　　保険薬局数：（　　）件

◎ 患者さんの診察時の状況についてお伺いします。

問６　診察等を受ける際、「過去に服薬したお薬」や「特定健診の結果」、「他で受けた診療内容」を、医師や歯科医師、薬剤師に伝えていますか。　※○は１つ
※問診表への記載、口頭での説明、お薬手帳の提示等、手段を問いません。

01 伝えている　　02 伝えていない

【問6で「01 伝えている」と回答した場合、問6-1 をご回答ください】

問6-1　医師、歯科医師や薬剤師に過去に服薬したお薬の情報等を伝える際、思い出すことが難しいと感じたり、伝えることを面倒だと感じたりすることはありますか。　※○は１つ

01 頻繁にある　　02 時々ある　　03 めったにない

問７　マイナンバーカードを健康保険証として利用してご本人の同意をいただくと、過去に服薬したお薬の情報等を医師、歯科医師や薬剤師に提供できます。このことをご存知でしたか。　※○は１つ

01 知っていた　　02　知らなかった

問８　マイナンバーカードの健康保険証利用に対応した医療機関・薬局では、診療報酬の加算[注1]が算定されます[注2]。このことをご存じでしたか。　※○は１つ

注１　医療費の自己負担が３割の場合、医療機関の窓口での負担額が６円～18 円上乗せになります。
注２　医療機関・薬局によっては算定するための条件を満たさず、加算が算定されない場合もあります。

01 知っていた　　02　知らなかった

問９　マイナンバーカードを健康保険証として利用すると、医療費負担が低くなります[注1]。このことをご存じでしたか。　※○は１つ

注１　医療費の自己負担が３割の場合、医療機関の窓口での負担額が 18 円→6 円になります。

01 知っていた　　02　知らなかった

問 10　マイナンバーカードを健康保険証として利用し、窓口負担額が低くなるためには、過去に服薬したお薬の情報等の患者情報の提供に同意いただくことが必要です。このことをご存知でしたか。　※○は１つ

01 知っていた　　02　知らなかった

◎ マイナンバーカードの健康保険証利用についてお伺いします。

問 11　マイナンバーカードをお持ちですか。　※○は１つ

01 持っている　　02 申請中　　03 申請予定　　04 持つ予定はない

問 12　マイナンバーカードを健康保険証として利用できることを知っていますか。　※○は１つ

01 知っている　　02 知らない　**⇒質問は以上です。**

問 13　マイナンバーカードを健康保険証として利用する場合、ご存知のメリットをご回答ください。

	該当するもの全てに○	最もメリットと考えるもの一つに○
①診療情報・薬剤情報・特定健診情報の紙媒体を忘れる等して持参しない場合でも、医療機関・薬局でこれらの情報が確認できること		
②診療情報・薬剤情報・特定健診情報の伝え間違い／伝え忘れが減ること		
③問診票に記載する内容が少なくなり手間が減ること		
④医療スタッフが診察の中で診療情報・薬剤情報・特定健診情報に触れる等して、情報が診察に活用されること		
⑤複数の医療機関で処方されている医薬品の重複や飲み合わせの問題等が分かり処方を調整できること		
⑥高額療養費の自己負担上限が窓口で分かるようになり、後日払い戻しの手続きをする必要がなくなること		
⑦その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）		
⑧特に知らない		

【問 13 で選択肢①～⑦のうち、1 つ以上〇をご記入した場合、問 13-1 をご回答ください】

問 13-1　マイナンバーカードを健康保険証として利用する際のメリットをどのように知りましたか。
※該当するもの全てに〇

01　政府広報（HP、YouTube 動画、リーフレット等）	02　医療機関・薬局内の掲示
03　加入している医療保険の保険者からの案内	04　新聞記事やテレビのニュース
05　インターネットの記事や SNS の投稿	06　家族・知人
07　その他（　　）	08　特になし

問 14　マイナンバーカードを健康保険証として利用したことはありますか。 ※〇は１つ

01 利用したことがある（今も利用している）　　02 利用したことがない

【問 14 で「01 利用したことがある（今も利用している）」と回答した場合、問 14-1～問 14-4 をご回答ください】

問 14-1　マイナンバーカードを健康保険証として利用する際、ご自身の診療情報の活用に同意したことがありますか。　※〇は１つ

01 同意したことがある　　02 同意したことがない

【問 14-1 で「01 同意したことがある」と回答した場合、問 14-2 をご回答ください】

問 14-2 マイナンバーカードを健康保険証として利用する際、ご自身のどの診療情報の提供に同意しましたか。※該当するもの全てに〇

01 診療／薬剤情報　　02 特定健診情報

問 14-3 マイナンバーカードを健康保険証として登録して以降、本日までに何回利用しましたか。

①病院	（　　）回・未受診	②医科診療所	（　　）回・未受診
③歯科診療所	（　　）回・未受診	④保険薬局	（　　）回・未利用

問 14-4 マイナンバーカードの健康保険証利用について、実際に感じたメリットを教えてください。

	該当するもの全てに〇	最もメリットと感じたもの一つに〇
①診療情報・薬剤情報・特定健診情報の紙媒体を忘れる等して持参しない場合でも、医療機関・薬局でこれらの情報が確認できたこと		
②診療情報・薬剤情報・特定健診情報の伝え間違い／伝え忘れが減ったこと		
③問診票に記載する内容が少なくなり手間が減ったこと		
④医療スタッフが診察の中で診療情報・薬剤情報・特定健診情報に触れる等して、情報が診察に活用されたこと		
⑤複数の医療機関で処方されている医薬品の重複や飲み合わせの問題等が分かり処方を調整できたこと		
⑥高額療養費の自己負担上限が窓口で分かるようになり、後日払い戻しの手続きをする必要がなくなったこと		
⑦その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）		
⑧特になし		

ご協力いただきまして誠にありがとうございました。
同封の返信用封筒で令和５年 XX 月 XX 日(X)迄にご返送下さい。

【ご参考】

<u>オンライン資格確認（マイナンバーカードの保険証利用）とは</u>

医療機関・薬局の窓口で、患者の方の直近の資格情報等（加入している医療保険や自己負担限度額等）が確認できるようになります。

また、マイナンバーカードを用いた本人確認と患者ご本人の同意のもと、医療機関や薬局において、特定健診情報（40 歳以上の方の健診結果）や薬剤情報（お薬の履歴）、診療情報（受けた診療の履歴）を閲覧できるようになり、より良い医療を受けられます。（患者ご本人のスマートフォン等でマイナポータルを通じて、ご自身の健康・医療情報を閲覧することも可能です。）

より詳しい情報はこちらから

患者票（インターネット調査票）

ID 番号：

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和5年度調査）
オンライン資格確認システムに係る診療報酬上の対応の実施状況調査

ご回答方法

◎ この調査票は、患者さんに、マイナンバーカードの利用状況やお考え等をお伺いするものです。
◎ 調査結果は、診療報酬の見直し等について検討するための資料となります。
◎ 本調査のご回答内容は統計的に処理しますので、個人が特定されることはありません。また、医師、歯科医師や薬剤師に個人の回答内容をお知らせすることもありません。
◎ 本調査票にご回答頂けない場合も、患者さんに不利益はございません。
◎ 回答はあてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（　）内には具体的な数字や内容・理由等をご記入ください。
※本調査の医療機関には、歯科診療所も含みます。

◎ この調査票のご記入者についてお伺いします。

問１　この調査票のご記入者は患者さんご本人ですか。　※○は１つ

01　患者ご本人　　02　本人以外のご家族等による代筆

【問１で「02 本人以外のご家族等による代筆」と回答した場合、問１-1 をご回答ください】

問１-1　代筆の理由は何ですか。　※○は１つ

01 患者ご本人が未成年のため　　02 患者ご本人が疾患等の理由により筆記が困難のため
03 認知症等により本人による回答が困難なため　　04 その他（：　　）

◎ 患者さんご自身のことについてお伺いします。

問２　性別 ※○は１つ	01 男性		02 女性	
問３　年齢 ※○は１つ	01 15 歳～19 歳	02 20 歳代	03 30 歳代	04 40 歳代
	05 50 歳代	06 60 歳代	07 70 歳代	08 80 歳代以上
問４　お住まい	（　　）都・道・府・県			

以降の設問についても、全て患者さんのことをお答えください（ご記入者が患者ご本人でない場合も、患者さんについてご回答ください）

◎ 医療機関や保険薬局の利用状況等についてお伺いします。

問５　あなたご自身が、定期的・継続的[注1]に受診している医療機関（病院・診療所[歯科診療所を含む]）、診療科、利用している保険薬局はいくつありますか。　※定期的・継続的な受診がない場合は「0」とご記入ください　注１　定期的・継続的：180 日間（半年間）で複数回

医療機関（病院・診療所）数：（　　）件　　診療科数：（　　）件　　保険薬局数：（　　）件

◎ 患者さんの診察時の状況についてお伺いします。

問６　診察等を受ける際、「過去に服薬したお薬」や「特定健診の結果」、「他で受けた診療内容」を、医師や歯科医師、薬剤師に伝えていますか。　※○は１つ
※問診表への記載、口頭での説明、お薬手帳の提示等、手段を問いません。

01 伝えている　　02 伝えていない

【問６で「01 伝えている」と回答した場合、問６-1 をご回答ください】

問６-1 医師、歯科医師や薬剤師に過去に服薬したお薬の情報等を伝える際、思い出すことが難しいと感じたり、伝えることを面倒だと感じたりすることはありますか。　※○は１つ

01 頻繁にある　　02 時々ある　　03 めったにない

問７　マイナンバーカードを健康保険証として利用して、ご本人の同意をいただくと、過去に服薬したお薬の情報等を医師、歯科医師や薬剤師に提供できます。このことをご存知でしたか。　※○は１つ

01 知っていた　　02　知らなかった

問８　マイナンバーカードの健康保険証利用に対応した医療機関・薬局では、診療報酬の加算[注1]が算定されます[注2]。このことをご存じでしたか。　※○は１つ

注１　医療費の自己負担が３割の場合、医療機関の窓口での負担額が６円～18 円上乗せになります。
注２　医療機関・薬局によっては算定するための条件を満たさず、加算が算定されない場合もあります。

01 知っていた　　02　知らなかった

問９　マイナンバーカードを健康保険証として利用すると、医療費負担が低くなります[注1]。このことをご存じでしたか。　※○は１つ

注１　医療費の自己負担が３割の場合、医療機関の窓口での負担額が 18 円→6 円になります。

01 知っていた　　02　知らなかった

問 10　マイナンバーカードを健康保険証として利用し、窓口負担額が低くなるためには、過去に服薬したお薬の情報等の患者情報の提供に同意いただくことが必要です。このことをご存知でしたか。　※○は１つ

01 知っていた　　02　知らなかった

◎ マイナンバーカードの健康保険証利用についてお伺いします。

問 11　マイナンバーカードをお持ちですか。　※○は１つ

01 持っている　　02 申請中　　03 申請予定　　04 持つ予定はない

問 12　マイナンバーカードを健康保険証として利用できることを知っていますか。　※○は１つ

01 知っている　　02 知らない　**⇒質問は以上です。**

問 13　マイナンバーカードを健康保険証として利用する場合、ご存知のメリットをご回答ください。

	該当するもの全てに○	最もメリットと考えるもの一つに○
①診療情報・薬剤情報・特定健診情報の紙媒体を忘れる等して持参しない場合でも、医療機関・薬局でこれらの情報が確認できること		
②診療情報・薬剤情報・特定健診情報の伝え間違い／伝え忘れが減ること		
③問診票に記載する内容が少なくなり手間が減ること		
④医療スタッフが診察の中で診療情報・薬剤情報・特定健診情報に触れる等して、情報が診察に活用されること		
⑤複数の医療機関で処方されている医薬品の重複や飲み合わせの問題等が分かり処方を調整できること		
⑥高額療養費の自己負担上限が窓口で分かるようになり、後日払い戻しの手続きをする必要がなくなること		
⑦その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）		
⑧特に知らない		

【問 13 で選択肢①～⑦のうち、1 つ以上〇をご記入した場合、問 13-1 をご回答ください】

問 13-1　マイナンバーカードを健康保険証として利用する際のメリットをどのように知りましたか。
※該当するもの全てに〇

01　政府広報（HP、YouTube 動画、リーフレット等）　02　医療機関・薬局内の掲示
03　加入している医療保険の保険者からの案内　04　新聞記事やテレビのニュース
05　インターネットの記事や SNS の投稿　06　家族・知人
07　その他（　　）　08　特になし

問 14　マイナンバーカードを健康保険証として利用したことはありますか。 ※〇は１つ

01 利用したことがある（今も利用している）　02 利用したことがない

【問 14 で「01 利用したことがある（今も利用している）」と回答した場合、問 14-1～問 14-4 をご回答ください】

問 14-1　マイナンバーカードを健康保険証として利用する際、ご自身の診療情報の活用に同意したことがありますか。　※〇は１つ

01 同意したことがある　02 同意したことがない

【問 14-1 で「01 同意したことがある」と回答した場合、問 14-2 をご回答ください】

問 14-2 マイナンバーカードを健康保険証として利用する際、ご自身のどの診療情報の提供に同意しましたか。※該当するもの全てに〇

01 診療／薬剤情報　02 特定健診情報

問 14-3 マイナンバーカードを健康保険証として登録して以降、本日までに何回利用しましたか。

①病院	（　　）回・未受診	②医科診療所	（　　）回・未受診
③歯科診療所	（　　）回・未受診	④保険薬局	（　　）回・未利用

問 14-4 マイナンバーカードの健康保険証利用について、実際に感じたメリットを教えてください。

	該当するもの全てに〇	最もメリットと感じたもの一つに〇
①診療情報・薬剤情報・特定健診情報の紙媒体を忘れる等して持参しない場合でも、医療機関・薬局でこれらの情報が確認できたこと		
②診療情報・薬剤情報・特定健診情報の伝え間違い／伝え忘れが減ったこと		
③問診票に記載する内容が少なくなり手間が減ったこと		
④医療スタッフが診察の中で診療情報・薬剤情報・特定健診情報に触れる等して、情報が診察に活用されたこと		
⑤複数の医療機関で処方されている医薬品の重複や飲み合わせの問題等が分かり処方を調整できたこと		
⑥高額療養費の自己負担上限が窓口で分かるようになり、後日払い戻しの手続きをする必要がなくなったこと		
⑦その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）		
⑧特になし		

ご協力いただきまして誠にありがとうございました。
同封の返信用封筒で令和５年 XX 月 XX 日(X)迄にご返送下さい。

【ご参考】

<u>オンライン資格確認（マイナンバーカードの保険証利用）とは</u>

医療機関・薬局の窓口で、患者の方の直近の資格情報等（加入している医療保険や自己負担限度額等）が確認できるようになります。

また、マイナンバーカードを用いた本人確認と患者ご本人の同意のもと、医療機関や薬局において、特定健診情報（40 歳以上の方の健診結果）や薬剤情報（お薬の履歴）、診療情報（受けた診療の履歴）を閲覧できるようになり、より良い医療を受けられます。（患者ご本人のスマートフォン等でマイナポータルを通じて、ご自身の健康・医療情報を閲覧することも可能です。）

より詳しい情報はこちらから

（病院・医科診療所・歯科診療所）

令和５年●月

開設者様

管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

令和４年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和５年度調査）

「オンライン資格確認システムに係る診療報酬上の対応の実施状況調査」調査へのご協力のお願い

謹啓　時下、皆様におかれましてはますますご清栄のことと存じ上げます。社会保険の運営につきまして、日ごろ格別のご協力を頂き大変有り難く存じます。また、新型コロナウイルス感染症への対応のため、日々医療現場等の前線において尽力されている医療従事者の皆様に、心から敬意を表するとともに、深く感謝を申し上げます。

さて、令和４年 10 月から、オンライン資格確認等システムの活用により、診断及び治療等の質の向上を図る観点から、外来において、オンライン資格確認等システムを通じて患者の薬剤情報または特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施することを評価する「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」が設けられました。

今般、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（以下、中医協）における診療報酬改定結果検証部会では、今般の診療報酬改定による影響等を検証するために、全国の医療機関、保険薬局、患者の方を対象に、オンライン資格確認システム等を通じた患者情報の活用状況や今回改定による影響等を把握することを目的に、本調査を実施することとなりました。**本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。**

つきましては、ご多用の折、誠に恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

なお、本調査は、厚生労働省からの委託により、PwC コンサルティング合同会社が実施しますので、調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

令和5年●月●日（●）までに「返信用封筒（切手不要）」にてご返送いただくか、電子調査票を下記のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査実施要領をご参照ください。

【連絡先】

「診療報酬改定結果検証に係る特別調査」事務局

〒100-0004　東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー
PwC コンサルティング合同会社

E-mail ：【調査へのお問合せ先】XXX@pwc.com
【電子調査票の送付先】XXX@pwc.com（受信専用）

電子調査票の入手元 ： https://XXX.jp

※電話は混み合う場合もございますので、E-mail でご連絡いただけますと幸いです。
E-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。

TEL：XXXX-XXX-XXX（受付時間　10：00～17：00、土日・祝日除く）

（保険薬局）

令和５年●月

開設者様

管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

令和４年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和５年度調査）

「オンライン資格確認システムに係る診療報酬上の対応の実施状況調査」調査へのご協力のお願い

謹啓　時下、皆様におかれましてはますますご清栄のことと存じ上げます。社会保険の運営につきまして、日ごろ格別のご協力を頂き大変有り難く存じます。また、新型コロナウイルス感染症への対応のため、日々医療現場等の前線において尽力されている医療従事者の皆様に、心から敬意を表するとともに、深く感謝を申し上げます。

さて、令和４年 10 月から、オンライン資格確認等システムの活用により、診断及び治療等の質の向上を図る観点から、外来において、オンライン資格確認等システムを通じて患者の薬剤情報または特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施することを評価する「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」が設けられました。

今般、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（以下、中医協）における診療報酬改定結果検証部会では、今般の診療報酬改定による影響等を検証するために、全国の医療機関、保険薬局、患者の方を対象に、オンライン資格確認システム等を通じた患者情報の活用状況や今回改定による影響等を把握することを目的に、本調査を実施することとなりました。**本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。**

つきましては、ご多用の折、誠に恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

なお、本調査は、厚生労働省からの委託により、PwC コンサルティング合同会社が実施しますので、調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

令和5年●月●日（●）までに「返信用封筒（切手不要）」にてご返送いただくか、電子調査票を下記のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査実施要領をご参照ください。

【連絡先】

「診療報酬改定結果検証に係る特別調査」事務局

〒100-0004　東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー
PwC コンサルティング合同会社

E-mail ：【調査へのお問合せ先】XXX@pwc.com
【電子調査票の送付先】XXX@pwc.com（受信専用）

電子調査票の入手元 ： https://XXX.jp

※電話は混み合う場合もございますので、E-mail でご連絡いただけますと幸いです。
E-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。

TEL：XXXX-XXX-XXX（受付時間　10：00～17：00、土日・祝日除く）

（患者票）

令和５年●月

各位

厚生労働省 保険局 医療課

令和４年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和５年度調査）

「オンライン資格確認システムに係る診療報酬上の対応の実施状況調査」への ご協力のお願い

本日は、お疲れのところ、大変貴重なお時間をいただき、誠にありがとうございます。厚生労働省では、診療の実態を勘案しつつ、安定的な医療提供体制を支え、より適切な医療サービスが提供されるよう、２年ごとに診療報酬（病院や診療所などの保険医療機関等で提供される医療サービスごとに決められた価格）の改定を行っています。

令和４年 10 月から、オンライン資格確認等システムの活用により、診断及び治療等の質の向上を図る観点から、外来において、オンライン資格確認等システムを通じて患者の薬剤情報または特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施することを評価する「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」が設けられました。

本調査は、オンライン資格確認システムを通じた患者情報の活用等に関して、その現状と効果や今後の課題等を把握することを目的とし、改定の検証結果を医療サービスのさらなる充実・強化に役立てるために実施するものであり、次の要領により皆様にご協力をお願いすることとしております。

対象者

・ この調査は、全国の医療機関を受診した患者の方、処方箋を薬局にお持ちになった患者の方が対象となっております。

回答期限・返送方法

・ お手数ではございますが、**令和5年●月●日（●）まで**に同封の返信用封筒（切手不要）にて、直接、お近くの郵便ポストにご投函ください。

（→裏面へ続きます）

回答方法

・ ご回答の際には、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。調査票の各設問では、「○は１つだけ」、「あてはまる番号すべてに○」等の指定がありますので、指定の方法にて回答を選択してください。

・ （　　）内には具体的な数値や理由などを記入してください。

・ ご回答にあたっては、調査票を受け取った際に受診した患者／調剤を受けた患者についての回答をお願いします。

なお、本調査は令和４年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査事業について厚生労働省から委託を受けた PwC コンサルティング合同会社が実施します。

ご回答いただいた内容はすべて統計的に処理しますので、ご回答をいただいた個人が特定されることは一切ありません。また、ご回答いただいた調査票は調査事務局に直接返送されますので、医師や薬剤師等に開示されることはございません。

本調査の結果は、診療報酬のあり方を検討している厚生労働大臣の諮問機関である「中央社会保険医療協議会（中医協）」において、患者の方（及びその家族）のご意見を踏まえた実りある今後の議論が行われるための大変貴重な資料として活用されることとなり、厚生労働省が行う診療報酬の充実に役立つものとなります。

ご多用の折、大変恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

本調査で、ご不明な点等がございましたら、下記事務局までお問い合せください。

【連絡先】

「診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」事務局

〒100-0004　　東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー
PwC コンサルティング合同会社

E-mail：【調査へのお問合せ先】XXX @pwc.com

※電話は混み合う場合もございますので、E-mail でご連絡いただけますと幸いです。
E-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。

TEL：XXXX-XXX-XXX（受付時間　10：00～17：00、土日・祝日除く）

令和４年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和５年度調査）における
電子レセプトデータの活用について（案）

○　診療報酬改定の結果検証に係る特別調査においては、調査票への記入等に係る調査対象者の負担を軽減し調査の回答率を保つ観点、また、より幅広い対象について状況を把握する観点から、各種診療報酬項目の算定医療機関件数や算定件数等について、平成２７年度調査以降、ＮＤＢ等の各種データの活用により調査の客観性の確保を図るとともに、回答率の向上にも資する調査の簡素化に努めている。

○　引き続き、令和４年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和５年度調査）においても、ＮＤＢにある電子レセプト情報の分析をもって調査の一部として報告を行うこととしてはどうか。

	主な調査内容	NDB を用いて実施するもの（※）
（１）リフィル処方箋の実施状況調査	・リフィル処方箋の実施状況等 ・リフィル処方箋導入による患者への影響等 ・薬局におけるリフィル処方箋の対応状況等 等	・リフィル処方箋に係る処方箋料等の算定状況 ・リフィル処方箋の受付回数 等
（２）歯科医療機関における院内感染防止対策の評価等に関する実施状況調査	・保険医療機関の初診料の注１に規定する施設基準の届出状況 ・歯科医療機器等の患者ごとの交換や滅菌処理、職員研修等の院内感染防止対策の取り組み状況 ・歯科疾患管理料を算定する患者の状況及び管理内容 ・かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出医療機関における診療の状況及び地域医療・地域保健への取組状況 ・歯科医療機関及び歯科外来診療におけるＩＣＴの活用状況 等	・歯周病重症化予防治療、歯周病安定期治療等の算定状況 ・歯科疾患管理料、エナメル質初期う蝕管理加算、長期管理加算、口腔機能管理料、小児口腔機能管理料等の算定状況 等
（３）かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査	・対人業務に係る取組状況等 ・重複投薬、ポリファーマシー及び残薬の削減に向けた保険医療機関や保険薬局の取組状況等 ・かかりつけ薬剤師指導料の算定状況等 ・かかりつけ薬剤師・薬局に関しての患者の意識及び同一薬局の利用状況等 ・地域支援体制加算等の届出、算定状況等 ・調剤基本料の適正化を行った薬局の状況等 ・オンライン服薬指導の算定状況等 等	・服薬管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料、重複投薬・相互作用等防止加算、服用薬剤調整支援料1/2、麻薬管理指導加算、、吸入薬指導加算、調剤後薬剤管理指導加算、服薬情報等提供料1/2/3、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者

		緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者医療用麻薬持続注射法加算、在宅中心静脈栄養法加算、経管投薬支援料等の算定状況 ・薬剤総合評価調整加算、退院時薬剤情報連携加算等の算定状況 等
（４）後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査	・保険薬局で受け付けた処方箋について、「一般名処方」の記載された処方箋の受付状況、「後発医薬品への変更不可」欄への処方医の署名の状況 ・保険薬局における後発医薬品への変更調剤の状況 ・後発医薬品の使用促進に係る加算及び減算の届出、算定状況 ・医薬品の備蓄及び廃棄の状況 ・後発医薬品についての患者への説明状況 ・後発医薬品に変更することによる薬剤料の変化 ・保険医療機関（入院・外来）における後発医薬品の使用状況 ・後発医薬品の使用に関する医師、薬剤師及び患者の意識 ・バイオ後続品の使用に関する状況 ・地域や病院における医学的妥当性や経済性の視点を踏まえた処方の取組の状況 ・後発医薬品の供給不安に関する対応等の状況 等	・後発医薬品使用体制加算、外来後発医薬品使用体制加算、一般名処方加算、バイオ後続品導入初期加算（在宅自己注射指導管理料、外来腫瘍化学療法診療料、外来化学療法加算）等の算定状況 ・後発医薬品調剤体制加算、後発医薬品減算等の算定状況 等
（５）オンライン資格確認システムに係る診療報酬上の対応の実施状況調査	・オンライン資格確認システムの導入状況 ・オンライン資格確認システムを導入した医療機関及び薬局における算定状況等 ・オンライン資格確認システムを通じた薬剤情報又は特定健診情報等の取得による診療等への活用状況等 ・患者のオンライン資格確認システムに対する理解度等 等	・医療情報・システム基盤整備充実体制加算の算定状況 等

※　原則として、検証調査に回答した医療機関以外を含む全数調査とし、改定前を含む適切な時点を選択して調査する。

中医協　総－５参考
５．６．２１

中医協　検－２参考
５．６．２１

外来医療の強化・機能分化

１．外来の機能分化の推進

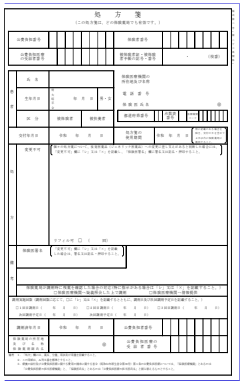
２．リフィル処方の仕組み

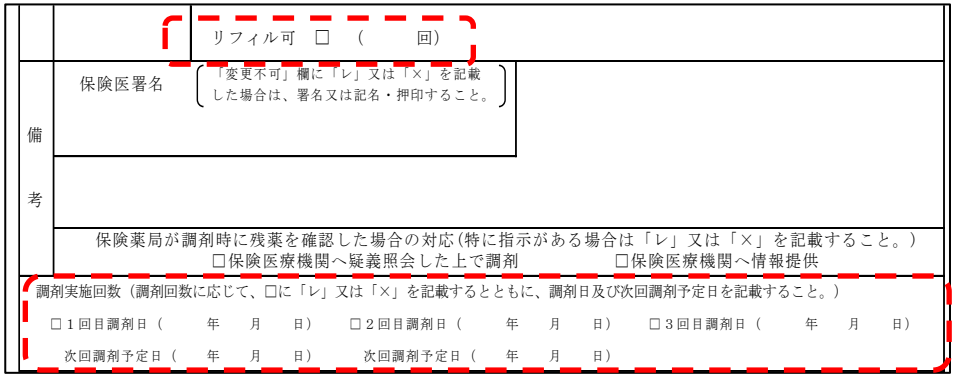
３．電子的保健医療情報活用の評価

処方箋等の見直し

処方箋様式の見直しについて

➢ 症状が安定している患者について、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の仕組みを設け、処方箋の様式を見直す。





リフィル処方箋を使用した場合の処方箋料

➢ リフィル処方箋により、当該処方箋の１回の使用による投与期間が29日以内の投薬を行った場合は、処方箋料における長期投薬に係る減算規定を適用しないこととする。

現行	改定後
【処方箋料】 ［算定要件］ 注２ 区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注２又は注３、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注２又は注３を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、１処方につき投与期間が30日以上の投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。	【処方箋料】 ［算定要件］ 注２　区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注２又は注３、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注２又は注３を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、１処方につき投与期間が30日以上の投薬を行った場合**（処方箋の複数回（３回までに限る。）の使用を可能とする場合であって、当該処方箋の１回の使用による投与期間が29日以内の投薬を行った場合を除く。）**には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。

処方箋料について（概要）

F400　処方箋料

1	向精神薬多剤投与を行った場合	28点
2	１以外の場合の多剤投与又は向精神薬長期処方を行った場合	40点
3	１及び２以外の場合	68点

➢ 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付した場合に、交付１回につき算定

［算定要件］（抜粋）

○　処方箋料１

１回の処方において、抗不安薬を３種類以上、睡眠薬を３種類以上、抗うつ薬を３種類以上、抗精神病薬を３種類以上又は抗不安薬と睡眠薬を合わせて４種類以上投与した場合に算定

○　処方箋料２

１以外の場合であって、７種類以上の内服薬の投薬（※１）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して１年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（※２）を行った場合

注２　区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注２又は注３、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注２又は注３を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、１処方につき投与期間が30日以上の投薬を行った場合**（処方箋の複数回（３回までに限る。）の使用を可能とする場合であって、当該処方箋の１回の使用による投与期間が29日以内の投薬を行った場合を除く。）**には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定

リフィル処方箋の仕組み

リフィル処方箋の仕組み

- 症状が安定している患者について、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の仕組みを設ける。

［留意事項］

（１）保険医療機関の保険医がリフィルによる処方が可能と判断した場合には、処方箋の「リフィル可」欄にレ点を記入する。

（２）リフィル処方箋の総使用回数の上限は３回までとする。また、１回当たり投薬期間及び総投薬期間については、医師が、患者の病状等を踏まえ、個別に医学的に適切と判断した期間とする。

（３）保険医療機関及び保険医療養担当規則において、投薬量に限度が定められている医薬品及び湿布薬については、リフィル処方箋による投薬を行うことはできない。

（４）リフィル処方箋による１回目の調剤を行うことが可能な期間については、通常の処方箋の場合と同様とする。２回目以降の調剤については、原則として、前回の調剤日を起点とし、当該調剤に係る投薬期間を経過する日を次回調剤予定日とし、その前後７日以内とする。

（５）保険薬局は、１回目又は２回目（３回可の場合）に調剤を行った場合、リフィル処方箋に調剤日及び次回調剤予定日を記載するとともに、調剤を実施した保険薬局の名称及び保険薬剤師の氏名を余白又は裏面に記載の上、当該リフィル処方箋の写しを保管すること。また、当該リフィル処方箋の総使用回数の調剤が終わった場合、調剤済処方箋として保管すること。

（６）保険薬局の保険薬剤師は、リフィル処方箋により調剤するに当たって、患者の服薬状況等の確認を行い、リフィル処方箋により調剤することが不適切と判断した場合には、調剤を行わず、受診勧奨を行うとともに、処方医に速やかに情報提供を行うこと。また、リフィル処方箋により調剤した場合は、調剤した内容、患者の服薬状況等について必要に応じ処方医へ情報提供を行うこと。

（７）保険薬局の保険薬剤師は、リフィル処方箋の交付を受けた患者に対して、継続的な薬学的管理指導のため、同一の保険薬局で調剤を受けるべきである旨を説明すること。

（８）保険薬局の保険薬剤師は、患者の次回の調剤を受ける予定を確認すること。予定される時期に患者が来局しない場合は、電話等により調剤の状況を確認すること。患者が他の保険薬局において調剤を受けることを申し出ている場合は、当該他の保険薬局に調剤の状況とともに必要な情報をあらかじめ提供すること。

歯科診療における院内感染防止対策の推進

基本診療料の施設基準及び評価の見直し

➢ 歯科外来診療における院内感染防止対策を推進し、新興感染症にも適切に対応できる体制を確保する観点から、歯科初診料における歯科医師及び 職員を対象とした研修等に係る要件を見直すとともに、基本診療料の評価を見直す。

現行	改定後
【初診料】 1　歯科初診料　261点 【再診料】 1　歯科再診料　53点 ［施設基準］ 1　歯科点数表の初診料の注１に規定する施設基準 (2)　感染症患者に対する歯科診療に対応する体制を確保していること。 (3)　歯科外来診療の**院内感染防止対策に係る研修**を４年に１回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が１名以上配置されていること。 (4)　職員を対象とした**院内感染防止対策にかかる標準予防策等の院内研修**等を実施していること。	【初診料】 1　歯科初診料　**264点** 【再診料】 1　歯科再診料　**56点** ［施設基準］ 1　歯科点数表の初診料の注１に規定する施設基準 (2)　感染症患者に対する歯科診療を円滑に実施する体制を確保していること。 (3)　歯科外来診療の**院内感染防止対策に係る標準予防策及び新興感染症に対する対策の研修**を４年に１回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が１名以上配置されていること。 (4)　職員を対象とした**院内感染防止対策にかかる標準予防策及び新興感染症に対する対策等の院内研修**等を実施していること。

［経過措置］
令和４年３月31日において、現に歯科点数表の初診料の注１の届出を行っている保険医療機関については、令和５年３月31日までの間に限り、１の(3)及び（4）の基準を満たしているものとみなす。ただし、令和３年４月１日から令和４年３月31日の間に（3）の研修を受講した者については、当該研修を受けた日から２年を経過する日までは当該基準を満たしているものとみなす。

かかりつけ歯科医の機能の充実

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準の見直し

- 地域の関係者との連携体制を確保しつつ、口腔疾患の重症化予防や口腔機能の維持・向上を推進する観点から、かかりつけ歯科医の機能の評価について、地域における連携体制に係る要件及び継続的な口腔管理・指導に係る要件を見直す。

現行

【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所】

［施設基準］

(2) 次のいずれにも該当すること。

ア　過去１年間に歯周病安定期治療**(Ⅰ)**又は**歯周病安定期治療(Ⅱ)**をあわせて30回以上算定していること。

イ～エ （略）

(8)　(5)に掲げる歯科医師が、以下の項目のうち、３つ以上に該当すること。

ア～ク （略）

（新設）

ケ 自治体が実施する事業に協力していること。

コ・サ （略）

改定後

【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所】

［施設基準］

(2) 次のいずれにも該当すること。

ア　過去１年間に歯周病安定期治療又は**歯周病重症化予防治療**をあわせて30回以上算定していること。

イ～エ （略）

(8)　(5)に掲げる歯科医師が、以下の項目のうち、３つ以上に該当すること。

ア～ク （略）

ケ　過去１年間に福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設、介護老人福祉施設又は介護老人保健施設における定期的な歯科健診に協力していること。

コ　自治体が実施する事業**（ケに該当するものを除く。）**に協力していること。

サ・シ（略）

総合的医療管理に係る医科歯科連携の推進

総合医療管理加算等の算定要件の見直し

➢ 口腔に症状が発現する疾患に係る医科歯科連携を推進する観点から、 総合医療管理加算等について対象疾患及び対象となる医療機関を見直す。

現行	改定後
【総合医療管理加算（歯科疾患管理料）】 ［算定要件］ 注11　**別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、**別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、総合医療管理加算として、50点を所定点数に加算する。 ［対象患者］ 糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者又は血液凝固阻止剤投与中の患者 ［施設基準］ 六の二の四　**歯科疾患管理料の注11に規定する総合医療管理加算及び**歯科治療時医療管理料の施設基準	【総合医療管理加算（歯科疾患管理料）】 ［算定要件］ 注11　別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、総合医療管理加算として、50点を所定点数に加算する。 ［対象患者］ 糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者**、**血液凝固阻止剤投与中の患者**又はHIV感染症の患者** ［施設基準］ 六の二の四　歯科治療時医療管理料の施設基準

※　在宅総合医療管理加算についても同様の見直しを行う。

歯科口腔疾患の重症化予防 の推進

歯周病安定期治療の見直し

➢ 全身の健康にもつながる歯周病の安定期治療及び重症化予防治療を更に推進する観点から、歯周病安定期治療（Ⅰ）及び（Ⅱ）について、歯科診療の実態を踏まえ、整理・統合し、評価を見直す。

現行	改定後
【歯周病安定期治療（Ⅰ）】 ［算定要件］ 注２　２回目以降の**歯周病安定期治療（Ⅰ）**の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合等の歯周病安定期治療（Ⅰ）の治療間隔の短縮が必要とされる場合は、この限りでない。	【歯周病安定期治療】 ［算定要件］ 注２　２回目以降の**歯周病安定期治療**の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合等の歯周病安定期治療の治療間隔の短縮が必要とされる場合**又はかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において歯周病安定期治療を開始した場合**は、この限りでない。 **３ かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において歯周病安定期治療を開始した場合は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として、120点を所定点数に加算する。**
（新設）	
【歯周病安定期治療（Ⅱ）】	**（削除）**

歯科口腔疾患の重症化予防 の推進

フッ化物洗口指導加算の対象患者の見直し

➢ フッ化物洗口指導について、小児のう蝕罹患状況等を踏まえ、対象患者の範囲を見直す。

現行

【フッ化物洗口指導加算（歯科疾患管理料）】

［算定要件］

注８　**13歳未満**のう蝕に罹患している患者であって、う蝕多発傾向にあり、う蝕に対する歯冠修復終了後もう蝕活動性が高く、継続的な指導管理が必要なもの（以下「う蝕多発傾向者」という。）のうち、４歳以上のう蝕多発傾向者又はその家族等に対して、当該患者の療養を主として担う歯科医師（以下「主治の歯科医師」という。）又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物洗口に係る薬液の取扱い及び洗口法に関する指導を行った場合は、歯科疾患管理の実施期間中に患者１人につき１回に限り、フッ化物洗口指導加算として、40点を所定点数に加算する。（略）

（う蝕多発傾向者の判定基準）

年　齢	歯冠修復終了歯	
	乳　歯	永 久 歯
0～4歳	1歯以上	－
5～7歳	**3歯以上**　又　は	1歯以上
8～10歳	－	2歯以上
11～12歳	－	3歯以上

改定後

【フッ化物洗口指導加算（歯科疾患管理料）】

［算定要件］

注８　**16歳未満**のう蝕に罹患している患者であって、う蝕多発傾向にあり、う蝕に対する歯冠修復終了後もう蝕活動性が高く、継続的な指導管理が必要なもの（以下「う蝕多発傾向者」という。）のうち、４歳以上のう蝕多発傾向者又はその家族等に対して、当該患者の療養を主として担う歯科医師（以下「主治の歯科医師」という。）又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物洗口に係る薬液の取扱い及び洗口法に関する指導を行った場合は、歯科疾患管理の実施期間中に患者１人につき１回に限り、フッ化物洗口指導加算として、40点を所定点数に加算する。（略）

（う蝕多発傾向者の判定基準）

年　齢	歯冠修復終了歯	
	乳　歯	永 久 歯
0～4歳	1歯以上	－
5～7歳	**2歯以上**　又　は	1歯以上
8～11歳	**2歯以上**　**又　は**	2歯以上
12～15歳	－	**2歯以上**

歯科口腔疾患の重症化予防 の推進

フッ化物歯面塗布処置の対象患者見直し

➢ フッ化物歯面塗布処置について、高齢者のう蝕罹患状況等を踏まえ、対象患者の範囲を見直す。

現行

【フッ化物歯面塗布処置（１口腔につき）】

２ 在宅等療養患者の場合　110点

［算定要件］

注２　２については、区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定し、初期の根面う蝕に罹患している在宅等で療養を行う患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、２回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行った場合に限り、月１回に限り算定する。

改定後

【フッ化物歯面塗布処置（１口腔につき）】

２ **初期の根面う蝕に罹患している患者の場合　110点**

［算定要件］

注２　２については、区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定し、初期の根面う蝕に罹患している在宅等で療養を行う患者**又は区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料（注10に規定するエナメル質初期う蝕管理加算を算定した場合を除く。）を算定し、初期の根面う蝕に罹患している65歳以上の患者**に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、２回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行った場合に限り、月１回に限り算定する。

ライフステージに応じた口腔機能管理の推進

➢ ライフステージに応じた口腔機能管理を推進する観点から、口腔機能管理料ついて、口腔機能の低下がみられる年齢等の実態を踏まえ、対象患者を見直す。

現行	改定後
【口腔機能管理料】 ［算定要件］ (1)　口腔機能管理料とは、**65歳以上**の歯の喪失や加齢、これら以外の全身的な疾患等により口腔機能の低下を認める患者に対して、口腔機能の回復又は維持・向上を目的として行う医学管理を評価したものをいい、関係学会の診断基準により口腔機能低下症と診断されている患者のうち、咀嚼機能低下（区分番号Ｄ０１１－２に掲げる咀嚼能力検査を算定した患者に限る。）、咬合力低下（区分番号Ｄ０１１－３に掲げる咬合圧検査を算定した患者に限る。）又は低舌圧（区分番号Ｄ０１２に掲げる舌圧検査を算定した患者に限る。）のいずれかに該当するものに対して、継続的な指導及び管理を実施する場合に当該管理料を算定する。 （略）	【口腔機能管理料】 ［算定要件］ (1)　口腔機能管理料とは、**50歳以上**の歯の喪失や加齢、これら以外の全身的な疾患等により口腔機能の低下を認める患者に対して、口腔機能の回復又は維持・向上を目的として行う医学管理を評価したものをいい、関係学会の診断基準により口腔機能低下症と診断されている患者のうち、咀嚼機能低下（区分番号Ｄ０１１－２に掲げる咀嚼能力検査を算定した患者に限る。）、咬合力低下（区分番号Ｄ０１１－３に掲げる咬合圧検査を算定した患者に限る。）又は低舌圧（区分番号Ｄ０１２に掲げる舌圧検査を算定した患者に限る。）のいずれかに該当するものに対して、継続的な指導及び管理を実施する場合に当該管理料を算定する。 （略）

ライフステージに応じた口腔機能管理の推進

➢ ライフステージに応じた口腔機能管理を推進する観点から、小児口腔機能管理料について、口腔機能の発達不全がみられる年齢等の実態を踏まえ、対象患者を見直す。

現行	改定後
【小児口腔機能管理料】 ［算定要件］ 注１　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の発達不全を有する**15歳未満の小児**に対して、口腔機能の獲得を目的として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。	【小児口腔機能管理料】 ［算定要件］ 注１　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の発達不全を有する**18歳未満の児童**に対して、口腔機能の獲得を目的として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。

令和４年度調剤報酬改定の概要
（調剤）

厚生労働省 保険局 医療課

※ 本資料は現時点での改定の概要をご紹介するためのものであり、必ずしも最終的な施行内容が反映されていない場合等があります。算定要件・施設基準等の詳細については、関連する告示・通知等をご確認ください。

※ 本資料は、ＨＰ掲載時に適宜修正する場合がありますのでご留意ください。

調剤報酬の体系

○　調剤報酬は、調剤基本料、調剤料、薬学管理料、薬剤料等から構成されている。

＜調剤報酬の構成＞

調剤技術料

- **調剤基本料**
  医薬品の備蓄（廃棄、損耗を含む）、建物、調剤用機器等の体制整備に関する経費
  （加算料）
  - 地域支援体制加算
  - 後発医薬品調剤体制加算
- **調剤料**
  処方内容の確認、医師への問合せ（疑義照会を含む）、薬剤調製、調剤録の作成・保存等の業務に係る技術料
  （加算料）
  - 一包化加算
  - 自家製剤加算
  - 計量混合調剤加算など

薬剤料

特定保険医療材料料

薬学管理料
薬剤師の対人業務（患者や医療関係者とのやり取り）などを評価したもの

- **薬剤服用歴管理指導料**
  患者ごとの薬歴管理、薬剤情報提供文書を用いた説明・服薬指導、後発医薬品の説明、残薬の整理など
  （加算料）
  - 麻薬指導加算
  - 重複投薬・相互作用等防止加算等
- **かかりつけ薬剤師指導料**
  （加算料）
  - 麻薬指導加算
  - 重複投薬・相互作用等防止加算等
- **服薬情報等提供料**

など

令和４年度診療報酬改定について（１）

診療報酬改定

１．診療報酬　＋０．４３％

※１　うち、※２～５を除く改定分　＋０．２３％
　　各科改定率　医科　＋０．２６％
　　歯科　＋０．２９％
　　調剤　＋０．０８％

※２　うち、看護の処遇改善のための特例的な対応　＋０．２０％

※３　うち、リフィル処方箋（反復利用できる処方箋）の導入・活用促進による効率化　▲０．１０％
（症状が安定している患者について、医師の処方により、医療機関に行かずとも、医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できる、分割調剤とは異なる実効的な方策を導入することにより、再診の効率化につなげ、その効果について検証を行う）

※４　うち、不妊治療の保険適用のための特例的な対応　＋０．２０％

※５　うち、小児の感染防止対策に係る加算措置（医科分）の期限到来　▲０．１０％
なお、歯科・調剤分については、感染防止等の必要な対応に充てるものとする。

２．薬価等

①　薬価　▲１．３５％

※１　うち、実勢価等改定　▲１．４４％

※２　うち、不妊治療の保険適用のための特例的な対応　＋０．０９％

②　材料価格　▲０．０２％

令和４年度診療報酬改定について（２）

診療報酬改定

なお、上記のほか、新型コロナ感染拡大により明らかになった課題等に対応するため、良質な医療を効率的に提供する体制の整備等の観点から、次の項目について、中央社会保険医療協議会での議論も踏まえて、改革を着実に進める。

- 医療機能の分化・強化、連携の推進に向けた、提供されている医療機能や患者像の実態に即した、看護配置７対１の入院基本料を含む入院医療の評価の適正化
- 在院日数を含めた医療の標準化に向けた、DPC制度の算定方法の見直し等の更なる包括払いの推進
- 医師の働き方改革に係る診療報酬上の措置について実効的な仕組みとなるよう見直し
- 外来医療の機能分化・連携に向けた、かかりつけ医機能に係る診療報酬上の措置の実態に即した適切な見直し
- 費用対効果を踏まえた後発医薬品の調剤体制に係る評価の見直し
- 薬局の収益状況、経営の効率性等も踏まえた多店舗を有する薬局等の評価の適正化
- OTC類似医薬品等の既収載の医薬品の保険給付範囲の見直しなど、薬剤給付の適正化の観点からの湿布薬の処方の適正化

令和４年度調剤報酬改定のポイント

薬局薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進

【薬局薬剤師業務の評価体系の見直し】

- **調剤業務の評価体系の見直し**
  - 調剤業務の評価について、対物業務である薬剤調製や取り揃え・監査業務の評価と、患者に応じた対応が必要となる処方内容の薬学的知見に基づく分析、調剤設計等及び調剤録・薬剤服用歴への記録の評価への再編
  - 重複投薬・相互作用の防止等に係る加算の位置付けの見直し
  - 複数の医療機関から６種類以上の内服薬が処方された患者が薬局を初めて利用する場合等において、必要な薬学的分析を行った場合の評価を新設
- **服薬指導等業務の評価の見直し**
  - 薬学的知見に基づく服薬指導と薬剤服用歴等への記録、薬剤の使用状況等の継続的な把握等に係る評価への再編
- **外来服薬支援に係る評価**
  - 多種類の薬剤が投与されている患者等における内服薬の一包化及び必要な服薬指導について、評価の位置付けの見直し

【対人業務の評価の拡充】

- **糖尿病患者に対する調剤後の状況の確認等の評価の拡充**
  - インスリン等の糖尿病治療薬の調剤後に、電話等で服用状況や副作用等を確認し、医師に結果を報告することなどの評価を拡充
- **医療的ケア児に対する薬学的管理の評価**
  - 医療的ケア児である患者に対して、患者の状態に合わせた必要な薬学的管理及び指導を行った場合の評価を新設
- **入院時の持参薬整理の評価**
  - 医療機関からの求めに応じて、薬局において入院予定の患者の服用薬に関する情報等の把握と持参薬の整理、医療機関への情報提供を行った場合の評価を新設
- **減薬提案に係る情報提供の評価の見直し**
  - 処方された内服薬に係る減薬の提案による実績に応じた評価への見直し
- **同一薬局の利用推進**
  - かかりつけ薬剤師と連携して必要な指導等を実施した場合を特例的に評価

薬局の機能と効率性に応じた評価の見直し

- **調剤基本料の評価の見直し**
  - 損益率の状況等を踏まえた、同一グループ全体の処方箋受付回数が多い薬局及び同一グループの店舗数が多い薬局に係る評価の見直し
- **特別調剤基本料の見直し**
  - 敷地内薬局について、医薬品の備蓄の効率性等を考慮した評価の見直し
- **地域支援体制加算の要件及び評価の見直し**
  - 調剤基本料の算定、地域医療への貢献に係る体制や実績に応じて類型化した評価体系への見直し
  - 災害や新興感染症の発生時等における医薬品供給や衛生管理に係る対応など、地域において必要な役割を果たすことができる体制を確保した場合の評価の新設
- **後発医薬品の調剤数量割合が高い薬局の評価**
  - 後発医薬品の調剤数量割合の基準の引き上げと評価の見直し
  - 後発医薬品の調剤数量割合が低い場合の減算規定の評価の見直しと範囲の拡大

在宅業務の推進

- **緊急訪問の評価の拡充**
  - 主治医と連携する他の医師の指示による訪問薬剤管理指導を実施した場合を評価
- **在宅患者への薬学的管理及び指導の評価の拡充**
  - 医療用麻薬持続注射療法が行われている患者に対する、在宅での療養の状況に応じた薬学的管理及び指導を行った場合の評価の新設
  - 中心静脈栄養法が行われている患者に対する、在宅での療養の状況に応じた薬学的管理及び指導を行った場合の評価を新設

ICTの活用

- **外来患者及び在宅患者へのオンライン服薬指導の評価**
  - 薬機法改正を踏まえたオンライン服薬指導を実施した場合の評価の見直し
- **外来患者へのオンライン資格確認システムの活用の評価**
  - オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定検診情報等を取得し、当該情報を活用して調剤等を実施することに係る評価の新設

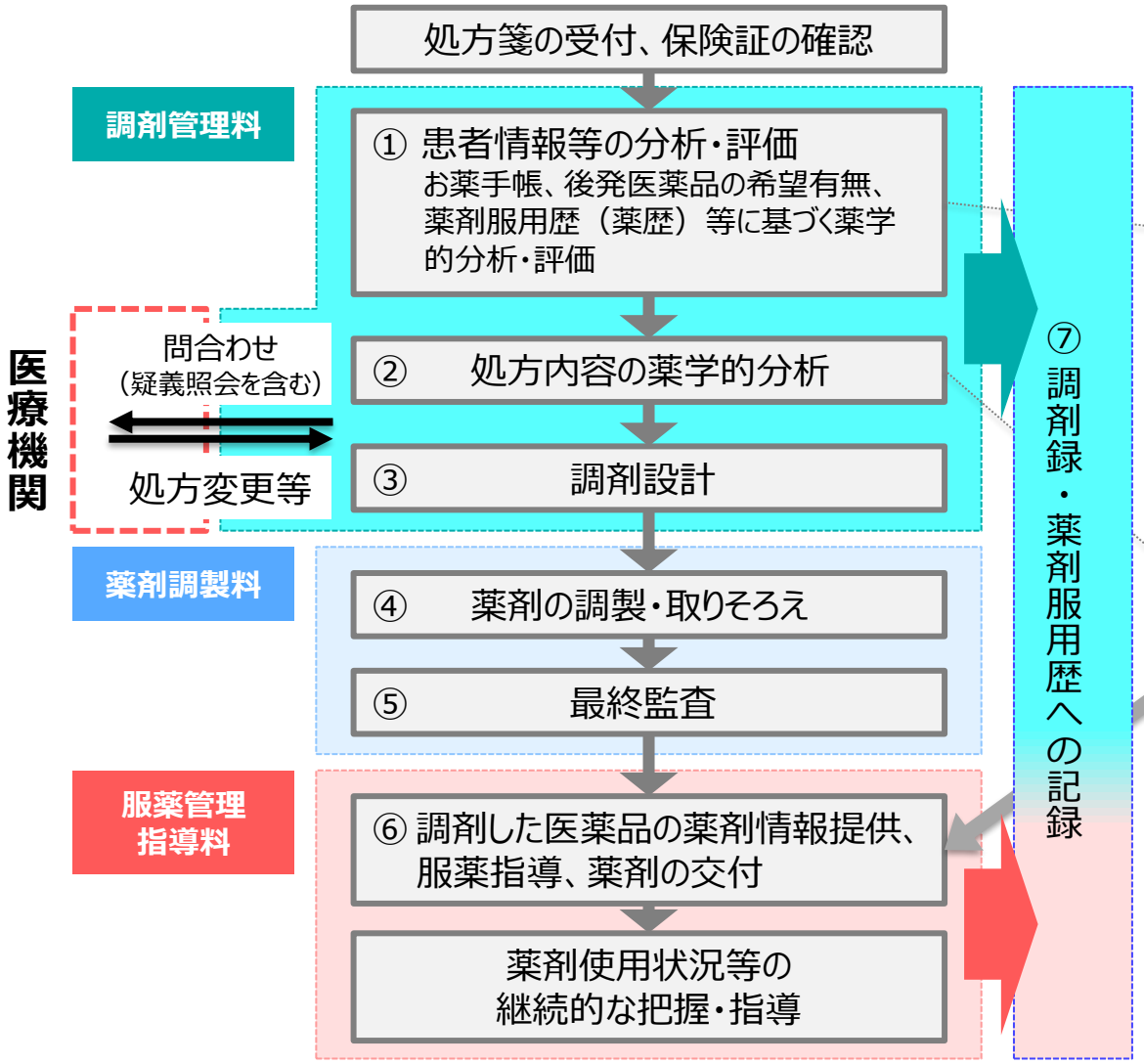
２．薬局薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進

ｉ）薬局薬剤師業務の評価体系の見直し

薬局での調剤業務の流れについて（令和４年改定）

○　薬局の調剤業務は、①患者情報等の分析・評価、②処方内容の薬学的分析、③調剤設計、④薬剤の調製・取りそろえ、⑤最終監査、⑥患者への服薬指導・薬剤の交付、⑦調剤録、薬歴の作成などのステップから構成されている。

○　このうち、①、②、③は調剤管理料、④、⑤は薬剤調製料、⑥及びその後の継続的な指導等は服薬管理指導料で評価することとし、調剤管理料及び服薬管理指導料で実施した業務の内容は、調剤録・薬剤服用歴に記録する。



① お薬手帳、患者への聞き取り、薬剤服用歴等で分析・評価する事項

ア　患者の基礎情報（氏名、生年月日、性別等）
イ　患者の体質（アレルギー歴、副作用歴）
ウ　薬学的管理に必要な患者の生活像
エ　既往歴、合併症、他科受診の状況
オ　併用薬等（処方薬、一般用医薬品、健康食品）
カ　前回処方
キ　服薬状況（残薬の状況を含む）
ク　患者の服薬中の体調の変化
ケ　臨床検査値　等

評価結果を活用

② 処方内容の薬学的分析

ア　処方箋の記載内容の確認
- 患者情報、保険情報、医療機関情報、処方箋使用期限 等

イ　処方薬に関する薬学的分析
- 承認内容との適合（用法・用量等）
- 重複投与
- 併用禁忌、配合変化　等

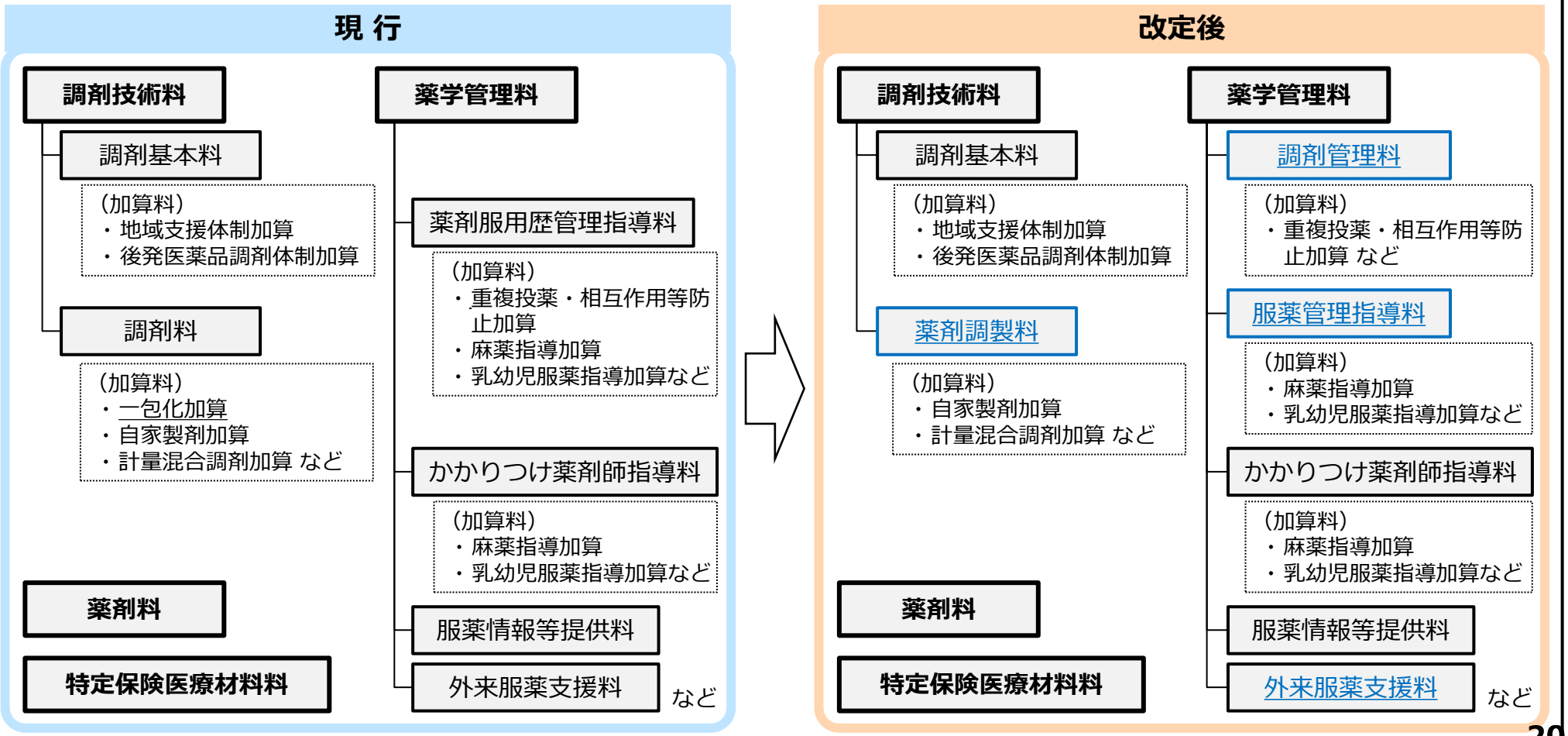
ウ　患者情報に基づく薬学的分析
- 併用禁忌、重複投与
- 患者個人の状況を踏まえた用法・用量の適正性の評価（例：腎機能、小児の体重）　等

薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し

薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し

➢ 対物業務及び対人業務を適切に評価する観点から、薬局・薬剤師業務の評価体系について見直しを行い、薬剤調製料、調剤管理料、服薬管理指導料を新設する。

＜調剤報酬の構成＞



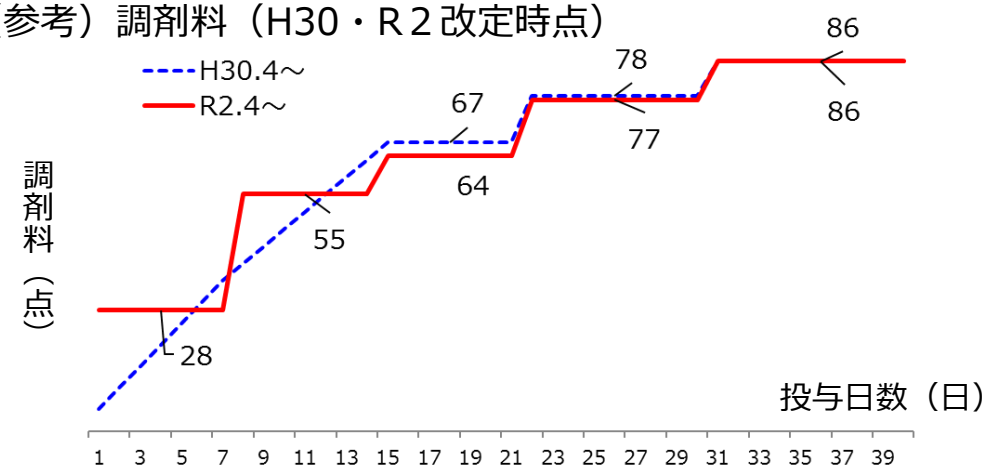
薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し

調剤料の見直し

- 調剤料を廃止し、これまで調剤料として評価されていた薬剤調製や取り揃え・監査業務の評価を新設する。
- 内服薬の調剤料について処方日数に応じた段階的な評価を見直す。

現 行	改定後
【調剤料】 1　内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（１剤につき）） イ　７日分以下の場合　28点 ロ　８日分以上14日分以下の場合　55点 ハ　15日分以上21日分以下の場合　64点 ニ　22日分以上30日分以下の場合　77点 ホ　31日分以上の場合　86点 ２～６　（略）	**【薬剤調製料】** 1　内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（１剤につき））　**24点** ２～６　（略）

（参考）調剤料（H30・R２改定時点）



薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し

自家製剤加算の見直し

➢ 自家製剤加算について、錠剤を分割した場合の評価を見直す。

現 行

【自家製剤加算】
注６　次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、自家製剤加算として、１調剤につき（イの(1)に掲げる場合にあっては、投与日数が７又はその端数を増すごとに）、それぞれ次の点数（予製剤による場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を各区分の所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない。

イ　内服薬及び屯服薬
(1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬　20点
(2) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の屯服薬　90点
(3) 液剤　45点
ロ　（略）

改定後

【自家製剤加算】
注６　次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、自家製剤加算として、１調剤につき（イの(1)に掲げる場合にあっては、投与日数が７又はその端数を増すごとに）、それぞれ次の点数（予製剤による場合**又は錠剤を分割する場合**はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を各区分の所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない。

イ　内服薬及び屯服薬
(1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬　20点
(2) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の屯服薬　90点
(3) 液剤　45点
ロ　（略）

薬局における対人業務の評価体系の見直し

➢ 調剤料を廃止し、これまで調剤料として評価されていた処方内容の薬学的分析、調剤設計等と、これまで薬剤服用歴管理指導料として評価されていた薬歴の管理等に係る業務の評価を新設する。

（新）　調剤管理料

１　内服薬（（浸煎薬及び湯薬を除く。）を調剤した場合（１剤につき）	
イ　７日分以下の場合	**４点**
ロ　８日分以上14日分以下の場合	**２８点**
ハ　15日分以上28日分以下の場合	**５０点**
ニ　29日分以上の場合	**６０点**
２　１以外の場合	**４点**

［算定要件］
- 処方された薬剤について、患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集し、必要な薬学的分析を行った上で、薬剤服用歴への記録その他の管理を行った場合に、調剤の内容に応じ、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。
- １については、服用時点が同一である内服薬は、投薬日数にかかわらず、１剤として算定する。なお、４剤以上の部分については算定しない。

➢ 重複投薬、相互作用の防止等に係る薬剤服用歴管理指導料における加算について、評価の位置付けを見直す。

現 行	改定後
【重複投薬・相互作用等防止加算（薬剤服用歴管理指導料）】	【重複投薬・相互作用等防止加算（**調剤管理料**）】
イ　残薬調整に係るもの以外の場合　４０点	イ　残薬調整に係るもの以外の場合　４０点
ロ　残薬調整に係るものの場合　３０点	ロ　残薬調整に係るものの場合　３０点

薬局における対人業務の評価体系の見直し

- 複数の医療機関から６種類以上の内服薬が処方された患者が、薬局を初めて利用する場合又は２回目以降の利用において処方内容が変更された場合であって、当該患者が服用中の薬剤について必要な薬学的分析を行った場合の評価を新設する。

（新）　調剤管理料　調剤管理加算

イ　初めて処方箋を持参した場合　３点

ロ　２回目以降に処方箋を持参した場合であって処方内容の変更により薬剤の変更又は追加があった場合　３点

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、複数の保険医療機関から６種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されている患者又はその家族等に対して、当該患者が服用中の薬剤について、服薬状況等の情報を一元的に把握し、必要な薬学的管理を行った場合は、調剤管理加算として、上記の点数をそれぞれ調剤管理料の所定点数に加算する。

［施設基準］

重複投薬等の解消に係る取組の実績（過去一年間に服用薬剤調整支援料を１回以上算定した実績）を有している保険薬局であること。

薬局における対人業務の評価体系の見直し

➢ 薬剤服用歴管理指導料として評価されていた服薬指導等に係る業務の評価を新設する。

（新）　服薬管理指導料

１　原則３月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合	**４５点**
２　１の患者以外の患者に対して行った場合	**５９点**
３　特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合	**４５点**
４　情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合	
イ　原則３月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合	**４５点**
ロ　イの患者以外の患者に対して行った場合	**５９点**

［算定要件］

- 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を薬剤情報提供文書により患者に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。
- 服薬状況等を踏まえた薬学的知見に基づき、処方された薬剤について、薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。
- 手帳を用いる場合は、調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。
- これまでに投薬された薬剤のうち、服用していないものの有無の確認に基づき、必要な指導を行うこと。
- 薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に係る情報を患者に情報提供すること。
- 処方された薬剤について、保険薬剤師が必要と認める場合は、患者の薬剤の使用の状況等を継続的かつ的確に把握するとともに、必要な指導等を実施すること。
- １の患者であって、手帳を提示しないものに対して、上記を行った場合は、２により算定する（４のイ及び口についても同様）。

薬局における対人業務の評価の充実

外来服薬支援料の見直し

➢ 多種類の薬剤が投与されている患者又は自ら被包から取り出して服用することが困難な患者に対して、医師の了解を得た上で、薬剤師が内服薬の一包化及び必要な服薬指導を行い、当該患者の服薬管理を支援した場合の評価を新設する。併せて、調剤料の一包化加算を廃止する。

現 行

【外来服薬支援料】

185点

1 自己による服薬管理が困難な患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性を確認した上で、患者の服薬管理を支援した場合に月１回に限り算定する。

2 患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、患者又はその家族等が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を保険医療機関に情報提供した場合についても、所定点数を算定できる。

3 区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。

（参考）

【調剤料　一包化加算】

２剤以上の内服薬又は１剤で３種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化を行った場合には、一包化加算として、当該内服薬の投与日数に応じ、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ　42日分以下の場合　投与日数が７又はその端数を増すごとに34点を加算して得た点数

ロ　43日分以上の場合　240点

改定後

【外来服薬支援料】

外来服薬支援料１　**185点**

外来服薬支援料２

イ　42日分以下の場合　投与日数が７又はその端数を増すごとに34点を加算して得た点数

ロ　43日分以上の場合　240点

［算定要件］

1　１については、自己による服薬管理が困難な患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性の了解を得た上で、患者の服薬管理を支援した場合に月１回に限り算定する。ただし、区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。

2　１については、患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、患者又はその家族等が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を保険医療機関に情報提供した場合についても、所定点数を算定できる。

3　**２については、多種類の薬剤を投与されている患者又は自ら被包を開いて薬剤を服用することが困難な患者に対して、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性の了解を得た上で、２剤以上の内服薬又は１剤で３種類以上の内服薬の服用時点ごとの一包化及び必要な服薬指導を行い、かつ、患者の服薬管理を支援した場合に、当該内服薬の投与日数に応じて算定する。**

２．薬局薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進

ii）対人業務の評価の拡充

薬局における服薬指導等の業務の主な評価（令和４年改定）

基本的な服薬指導

○ 薬剤の基本的な説明
薬歴を踏まえ、薬剤情報提供文書により、薬剤の服用に関する基本的な説明（薬剤の名称、形状、用法・用量、効能・効果、副作用・相互作用、服用及び保管上の注意事項等）を行う。

○ 患者への必要な指導
患者の服薬状況や服薬期間中の体調の変化、残薬の状況等を踏まえ、投与される薬剤の適正使用のために必要な服薬指導を行う。（手帳を用いる場合は、調剤を行った薬剤について、①調剤日、②当該薬剤の名称、③用法・用量等を記載する。）

○ 継続的な把握等
処方された薬剤について、保険薬剤師が必要と認める場合は、患者の薬剤の使用の状況等を継続的かつ的確に把握するとともに、必要な指導等を実施する。

➡ **服薬管理指導料（45点又は59点／１回につき）**

○ 乳幼児（６歳未満）に対する服薬指導
乳幼児等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該内容を手帳に記載

➡ **乳幼児服薬指導加算（12点／１回につき）**

○ 医療的ケア児に対する薬学的管理
医療的ケア児に対し、患者の状態に合わせた必要な薬学的管理及び指導を行い、かつ、当該内容を手帳に記載

➡ **小児特定加算（350点／１回につき）**

○ ハイリスク薬に対する管理指導
ハイリスク薬の服用状況、副作用の有無等を確認し、薬学的管理・指導

➡ **特定薬剤管理指導加算１（10点／１回につき）**

○ 麻薬に対する管理指導
麻薬の服用及び保管の状況、副作用の有無等を確認し、薬学的管理・指導

➡ **麻薬管理指導加算（22点／１回につき）**

○ 吸入薬に対する管理指導
喘息等の患者に対し吸入薬の吸入指導等を行い、その結果等を医療機関へ情報提供

➡ **吸入薬指導加算（30点／３月に１回まで）**

追加的な対応

○ 医療機関への情報提供
保険医療機関等の求めがあった場合に、必要な情報を文書により提供等した場合に算定

➡ **服薬情報等提供料（20又は30点／月１回まで、50点／３月に１回まで）**

○ 残薬への対応
① 自己による服薬管理が困難な患者に対し、一包化や服薬カレンダー等を用いて薬剤を整理
② 患者が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を実施（ブラウンバッグ運動）し、保険医療機関に情報提供した場合に算定

➡ **外来服薬支援料１（185点／月１回まで）**

○ 一包化による服薬支援
多種類の薬剤を投与されている患者等に対して、一包化及び必要な服薬指導を行い、かつ、患者の服薬管理を支援

➡ **外来服薬支援料２（34点／７日分ごと、240点／43日分以上）**

○ ポリファーマシー対策
保険薬剤師が処方医に減薬の提案を行い、処方薬が２種類以上減少した場合に算定

➡ **服用薬剤調整支援料１（125点／月１回まで）**

保険薬剤師が処方医に減薬等の提案を行った場合に算定

➡ **服用薬剤調整支援料２（110点又は90点／3月に１回まで）**

○調剤後のフォローアップ
薬局が患者のレジメン（治療内容）等を把握した上で、抗がん剤を注射された悪性腫瘍の患者に対し、必要な薬学的管理指導を行い、その結果等を保険医療機関に文書により情報提供した場合に算定

➡ **特定薬剤管理指導加算２（100点／月１回まで）**

インスリン製剤等が処方等された患者に対し、必要な薬学的管理指導を行い、その結果等を保険医療機関に文書により情報提供した場合に算定

➡ **調剤後薬剤管理指導加算（60点／月１回まで）**

薬局における対人業務の評価の充実

調剤後薬剤管理指導加算の見直し

➢ 地域において医療機関と薬局が連携してインスリン等の糖尿病治療薬の適正使用を推進する観点から、調剤後薬剤管理指導加算について、評価を見直す。

現 行	改定後
【薬剤服用歴管理指導料　調剤後薬剤管理指導加算】 調剤後薬剤管理指導加算　30点	【**服薬管理指導料**　調剤後薬剤管理指導加算】 調剤後薬剤管理指導加算　**60点**

［対象保険薬局］
地域支援体制加算を届け出ている保険薬局

［対象患者］
インスリン製剤又はスルフォニル尿素系製剤（以下「インスリン製剤等」という。）を使用している糖尿病患者であって、新たにインスリン製剤等が処方されたもの又はインスリン製剤等に係る投薬内容の変更が行われたもの

［算定要件］
患者等の求めに応じて、
① 調剤後に電話等により、その使用状況、副作用の有無等について患者に確認する等、必要な薬学的管理指導
② その結果等を保険医療機関に文書により情報提供
を行った場合に算定する。

医療的ケア児に対する薬学的管理の評価

➢ 保険薬局において、医療的ケア児である患者に対して、当該患者の状態に合わせた必要な薬学的管理及び指導を行った場合の評価を新設する。

［算定対象］
児童福祉法第56条の６第２項に規定する障害児である患者（18歳未満の患者）

【服薬管理指導料】
（新）　小児特定加算　　350点

［算定要件］
　調剤に際して必要な情報等を直接当該患者又はその家族等に確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合に加算する。

※ かかりつけ薬剤師指導料についても同様。

【在宅患者訪問薬剤管理指導料】
（新）　小児特定加算　　450点

［算定要件］
　患者又はその家族等に対して、必要な薬学的管理及び指導を行った場合に加算する。

※ 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。

医療的ケア児とは、医学の進歩を背景として、ＮＩＣＵ等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な児童のこと。
全国の医療的ケア児（在宅）は約２万人〈推計〉

児童福祉法
第五十六条の六 第二項
地方公共団体は、人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児が、その心身の状況に応じた適切な保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を受けられるよう、保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を行う機関との連絡調整を行うための体制の整備に関し、必要な措置を講ずるように努めなければならない。

薬局における対人業務の評価の充実

服薬情報等提供料の見直し

➢ 服薬情報等提供料について、医療機関からの求めに応じて、薬局において入院予定の患者の服用薬に関する情報等を一元的に把握し、必要に応じて持参した服用薬の整理を行うとともに、医療機関に対して、当該患者の服薬状況等について文書により提供した場合の評価を新設する。

（新）服薬情報等提供料３　　５０点（３月に１回に限り）

［算定要件］
- 入院前の患者に係る保険医療機関の求めがあった場合において、当該患者の同意を得た上で、当該患者の服用薬の情報等について一元的に把握し、必要に応じて当該患者が保険薬局に持参した服用薬の整理を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に３月に１回に限り算定する。
- これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。

（参考）服薬情報等提供料１・２

服薬情報等提供料１	30点
服薬情報等提供料２	20点

[算定要件]
１については、保険医療機関の求めがあった場合において、患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も当該患者の服用薬の情報等について把握し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に月１回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。

２については、患者若しくはその家族等の求めがあった場合又は保険薬剤師がその必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も患者の服用薬の情報等について把握し、患者、その家族等又は保険医療機関へ必要な情報提供、指導等を行った場合に算定する。なお、保険医療機関への情報提供については、服薬状況等を示す情報を文書により提供した場合に月１回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。

薬局における対人業務の評価の充実

服用薬剤調整支援料２の見直し

➢ 服用薬剤調整支援料２について、減薬等の提案により、処方された内服薬が減少した実績に応じた評価に変更する。

現 行	改定後
【服用薬剤調整支援料】 服用薬剤調整支援料２　100点	【服用薬剤調整支援料】 服用薬剤調整支援料２ **イ　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局において行った場合　110点** **ロ　イ以外の場合　90点** ［施設基準］ **重複投薬等の解消に係る実績を有していること。**

（参考）**服用薬剤調整支援料２**

［算定要件］

複数の保険医療機関より６種類以上の内服薬が処方されていた患者について、患者等の求めに応じて、①当該患者の服用中の薬剤について一元的把握を行うとともに、②重複投薬等のおそれがある場合には、重複投薬等の解消に係る提案（※）を検討し、当該提案や服用薬剤の一覧を含む報告書を作成し、処方医に送付した場合に算定する。

※　重複投薬の状況や副作用の可能性等を踏まえ、患者に処方される薬剤の種類数の減少に係る提案

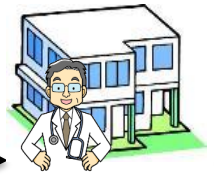
【対象患者】
合計６種類以上の薬剤が処方されている患者

相談

薬局

①患者の服用薬を一元的に把握
②重複投薬等の解消に係る提案を作成

報告書の送付



医療機関

＜報告内容（例）＞
・受診中の医療機関、診療科等
・服用中の薬剤の一覧（処方背景含む）
・重複投薬の状況
・副作用のおそれがある症状及び関連する薬剤
・その他（残薬の状況等）
・上記を踏まえた、処方変更の提案

次回の処方時に処方薬の変更を検討

薬局における対人業務の評価の充実

➢ かかりつけ薬剤師以外の薬剤師が、かかりつけ薬剤師と連携して必要な指導等を実施した場合の特例的な評価を新設する。

（新）服薬管理指導料の特例
（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合）　59点

［算定対象］
当該保険薬局における直近の調剤において、かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料を算定した患者

［算定要件］
やむを得ない事情により、当該患者の同意を得て、当該指導料又は管理料の算定に係る保険薬剤師と、当該保険薬剤師の所属する保険薬局の他の保険薬剤師であって別に厚生労働大臣が定めるものが連携して、指導等を行った場合に、処方箋受付１回につき、算定する。

［施設基準］
別に厚生労働大臣が定めるものは、かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料に係る患者の同意を得た保険薬剤師と連携した指導等を行うにつき十分な経験等を有する者※（１名に限る。）であること。

※「かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師」は以下の要件を全て満たす保険薬剤師であること。
（１）　保険薬剤師として３年以上の薬局勤務経験があること。なお、保険医療機関の薬剤師としての勤務経験を１年以上有する場合、１年を上限として保険薬剤師としての勤務経験の期間に含めることができる。
（２）　当該保険薬局に継続して１年以上在籍していること。

３．薬局の機能と効率性に応じた評価の見直し

薬局経営の効率性と薬局の機能（体制）を踏まえた調剤基本料の設定

○ 調剤基本料は医薬品の備蓄（廃棄、摩耗を含む）等の体制整備に関する経費を評価したものであり、その区分は薬局経営の「効率性」を踏まえて設定している。

○ 一方で、一定の機能（体制）を有する薬局を評価する地域支援体制加算と後発医薬品調剤体制加算がある。

薬局経営の効率性を踏まえた調剤基本料の設定

- 集中率が高い
  →医薬品の備蓄種類数が少なくてすむ
- 薬局単位での処方箋の受付回数が多い
- グループ単位での処方箋受付回数が多い
  →規模が大きいことによるメリットがある

→ 医療経済実態調査等のデータを踏まえ、「効率性の観点」で調剤基本料を設定

一定の機能を有する薬局の体制の評価

- かかりつけ薬剤師が機能を発揮し、地域包括ケアシステムの中で地域医療に貢献する薬局を評価

→ 体制・実績に応じて地域支援体制加算を設定

＜施設基準＞

（1） 地域医療に貢献する体制を有することを示す実績
　　⇒ 調剤基本料等に応じ、段階的な基準を設定
（2） 患者ごとに、適切な薬学的管理を行い、かつ、服薬指導を行っている
（3） 患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する情報を提供している
（4） 一定時間以上の開局
（5） 十分な数の医薬品の備蓄、周知
（6） 薬学的管理・指導の体制整備、在宅に係る体制の情報提供
（7） 24時間調剤、在宅対応体制の整備
（8） 在宅療養を担う医療機関、訪問看護ステーションとの連携体制
（9） 保健医療・福祉サービス担当者との連携体制
（10） 医療安全に資する取組実績の報告
（11） 集中率85%超の薬局は、後発品の調剤割合50%以上

- 後発医薬品の使用促進に取り組む薬局を評価

→ 後発医薬品の調剤数量割合に応じて後発医薬品調剤体制加算を設定

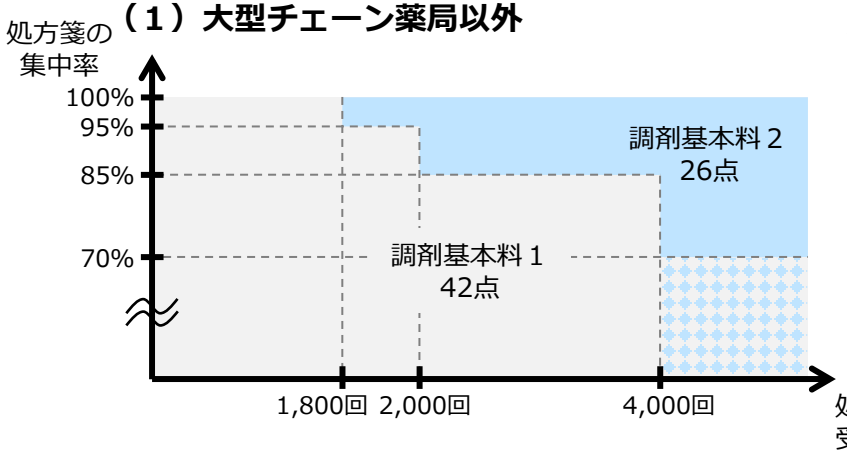
調剤基本料の見直し

大規模グループ薬局の調剤基本料の見直し

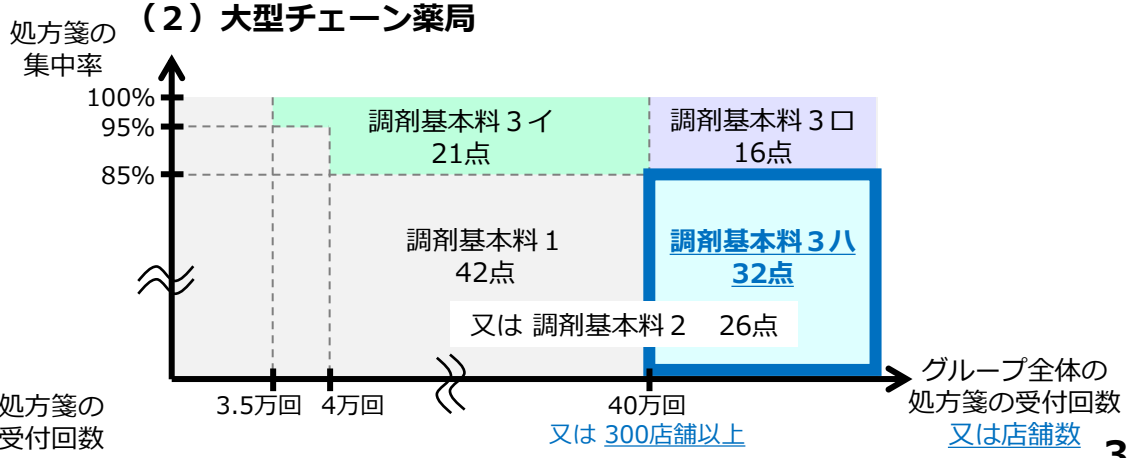
➢ 調剤基本料３のロの対象となる薬局に、同一グループの店舗数が300以上であって、特定の保険医療機関からの処方箋受付割合が85%を超える薬局を追加するとともに、85%以下の場合の評価を新設する。

		要件		点数
		処方箋受付回数等	処方箋集中率	
調剤基本料１		調剤基本料２・３、特別調剤基本料以外		42点
調剤基本料２		① 処方箋受付回数が月2,000回超～4000回 ② 処方箋受付回数が月4,000回超 ③ 処方箋受付回数が1,800回超～2,000回 ④ 特定の医療機関からの処方箋受付回数が4,000回超	① 85%超 ② 70%超 ③ 95%超 ④ －	26点
調剤基本料３	イ	同一グループで処方箋受付回数が**月３万５千回超～４万回**	95%超	21点
		同一グループで処方箋受付回数が**月４万回超～40万回**	85%超	
	ロ	同一グループで処方箋受付回数が**月40万回超又は同一グループの保険薬局の数が300以上**		16点
	（新）ハ	**同一グループで処方箋受付回数が月40万回超又は同一グループの保険薬局の数が300以上**	**85%以下**	**32点**

（１）大型チェーン薬局以外



（２）大型チェーン薬局



特別調剤基本料の見直し

いわゆる同一敷地内薬局の調剤基本料等の見直し

➢ 特別調剤基本料の点数を引き下げる。

現 行	改定後
【特別調剤基本料】 ［算定要件］ 処方箋の受付１回につき９点を算定する。	【特別調剤基本料】 ［算定要件］ 処方箋の受付１回につき**７点**を算定する。

➢ 特別調剤基本料を算定する保険薬局について、調剤基本料における加算の評価を見直す。

現 行	改定後
【地域支援体制加算】【後発医薬品調剤体制加算】 ［算定要件］ 所定点数に加算する。	【地域支援体制加算】【後発医薬品調剤体制加算】 ［算定要件］ **区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の80に相当する点数を**所定点数に加算する。

➢ 特別調剤基本料を算定する保険薬局について、保険医療機関への情報提供に係る評価を見直す。

改定後
【服薬情報等提供料】 ［算定要件］ **区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、算定できない。**

地域医療に貢献する薬局の評価

➢ 地域支援体制加算について、調剤基本料の算定、地域医療への貢献に係る体制や実績に応じて類型化した評価体系に見直す。

※青字は変更部分

【地域支援体制加算の施設基準】

（１） 地域医療に貢献する体制を有することを示す実績
（２） 患者ごとに、適切な薬学的管理を行い、かつ、服薬指導を行っている
（３） 患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する情報を提供している
（４） 一定時間以上の開局
（５） 十分な数の医薬品の備蓄、周知
（６） 薬学的管理・指導の体制整備、在宅に係る体制の情報提供
（７） 24時間調剤、在宅対応体制の整備
（８） 在宅療養を担う医療機関、訪問看護ステーションとの連携体制
（９） 保健医療・福祉サービス担当者との連携体制
（10）医療安全に資する取組実績の報告
（11）集中率85%超の薬局は、後発品の調剤割合50%以上

（１薬局当たりの年間の回数）

❶ 麻薬小売業者の免許を受けていること。
❷ 在宅薬剤管理の実績　**24回**以上
❸ かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出を行っていること。
❹ 服薬情報等提供料の実績　12回以上
❺ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に１回以上出席

（①～⑧は処方箋受付１万回当たりの年間回数、⑨は薬局当たりの年間の回数）

① 夜間・休日等の対応実績　400回以上
② 麻薬の調剤実績　10回以上
③ 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績　40回以上
④ かかりつけ薬剤師指導料等の実績　40回以上
⑤ 外来服薬支援料の実績　12回以上
⑥ 服用薬剤調整支援料の実績　１回以上
⑦ 単一建物診療患者が１人の在宅薬剤管理の実績　**24回**以上
⑧ 服薬情報等提供料の実績　60回以上
⑨ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に５回以上出席

調剤基本料１

地域支援体制加算１　**38点** ⇒ **39点**

❶～❸を満たした上で、❹又は❺を満たすこと。

（新）地域支援体制加算２　**47点**

地域支援体制加算１の要件を満たした上で、①～⑨のうち３つ以上を満たすこと。

調剤基本料１以外

（新）地域支援体制加算３　**17点**

麻薬小売業者の免許を受けている上で、①～⑨のうち④及び⑦を含む３つ以上を満たすこと。

地域支援体制加算４　**38点** ⇒ **39点**

①～⑨のうち、８つ以上を満たすこと。

［経過措置］

- 令和４年３月31日時点で地域支援体制加算を算定している保険薬局で、在宅薬剤管理の実績を満たしていると届出を行っている場合は令和５年３月31日まで当該実績を満たしているものとする。
- 令和４年３月31日時点で調剤基本料１を算定している保険薬局であって同日後に調剤基本料３のハを算定することになった薬局については令和５年３月31日まで調剤基本料１を算定しているものとみなす。

地域医療に貢献する薬局の評価

➢ 地域支援体制加算を算定している薬局が、災害や新興感染症の発生時等における医薬品供給や衛生管理に係る対応など、地域において必要な役割を果たすことができる体制を確保した場合の評価を新設する。

（新）調剤基本料　連携強化加算　　２点

［算定要件］
　地域支援体制加算に該当する場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤を行った場合に所定点数を加算する。

［施設基準］
- 他の保険薬局等との連携により非常時における対応につき必要な体制が整備されていること。
- 上記の連携に係る体制として、次に掲げる体制が整備されていること。
  ア　災害や新興感染症の発生時等に、医薬品の供給や地域の衛生管理に係る対応等を行う体制を確保すること。
  イ　都道府県等の行政機関、地域の医療機関若しくは薬局又は関係団体等と適切に連携するため、災害や新興感染症の発生時等における対応に係る地域の協議会又は研修等に積極的に参加するよう努めること。
  ウ　災害や新興感染症の発生時等において対応可能な体制を確保していることについて、ホームページ等で広く周知していること。
- 災害や新興感染症の発生時等に、都道府県等から医薬品の供給等について協力の要請があった場合には、地域の関係機関と連携し、必要な対応を行うこと。

４．在宅業務の推進（調剤報酬）

薬局における訪問薬剤管理指導業務（調剤報酬）（１）

項目	点数	内容	回数
○在宅患者訪問薬剤管理指導料 ・単一建物診療患者が１人の場合 ・単一建物診療患者が２～９人の場合 ・単一建物診療患者が１０人以上の場合	６５０点 ３２０点 ２９０点	医師の指示に基づき、薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に算定	薬剤師１人 週４０回まで 患者１人につき 月４回まで ※末期の悪性腫瘍の患者等の場合は週２回かつ月８回まで
麻薬管理指導加算 在宅患者医療用麻薬持続注射法加算	１００点 ２５０点		
乳幼児加算 小児特定加算	１００点 ４５０点		
在宅中心静脈栄養法加算	１５０点		
○在宅患者オンライン薬剤管理指導料	５９点	訪問診療の実施に伴い、処方箋が交付等されている患者に対して、オンラインで必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	
麻薬管理指導加算	２２点		
乳幼児加算 小児特定加算	１２点 ３５０点		
○在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 １　計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴うものの場合 ２　１以外の場合	１：５００点 ２：２００点	急変等に伴い、医師の求めにより、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	月４回まで
麻薬管理指導加算 在宅患者医療用麻薬持続注射法加算	１００点 ２５０点		
乳幼児加算 小児特定加算	１００点 ４５０点		
在宅中心静脈栄養法加算	１５０点		
○在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料	５９点	急変等に伴い、医師の求めにより、緊急にオンラインで必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	
麻薬管理指導加算	２２点		
乳幼児加算 小児特定加算	１２点 ３５０点		

薬局における訪問薬剤管理指導業務（調剤報酬）（２）

項目	点数	内容	回数
○在宅患者緊急時等共同指導料	７００点	急変等に伴い、医師の求めにより、医師等と共同でカンファレンスを行い、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	月２回まで
麻薬管理指導加算	１００点		
在宅患者医療用麻薬持続注射法加算	２５０点		
乳幼児加算	１００点		
小児特定加算	４５０点		
在宅中心静脈栄養法加算	１５０点		
○在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 ・残薬調整に係るもの以外 ・残薬調整に係るもの	 ４０点 ３０点	重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合に算定	
○経管投薬支援料	１００点		初回のみ
○（調剤料）在宅患者調剤加算	１５点	基準を満たした薬局において、在宅患者の処方箋1枚につき加算	

（参考） 介護報酬	○　居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合） ・単一建物居住者が１人の場合　517単位　（麻薬指導加算　＋100単位） ・単一建物居住者が２～９人の場合　378単位　（麻薬指導加算　＋100単位） ・単一建物居住者が１０人以上の場合　341単位　（麻薬指導加算　＋100単位）

患者の状態に応じた在宅薬学管理の推進

在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の見直し

➢ 在宅患者への訪問薬剤管理指導について、主治医と連携する他の医師の指示により訪問薬剤管理指導を実施した場合を対象に加える。

現 行	改定後
【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】 [算定要件] 訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、１と２を合わせて月４回に限り算定。	【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】 [算定要件] 訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医**又は当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医**の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、１と２を合わせて月４回に限り算定。

※　在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。

患者の状態に応じた在宅薬学管理の推進

➢ 在宅で医療用麻薬持続注射療法が行われている患者に対して、注入ポンプによる麻薬の使用など在宅での療養の状況に応じた薬学的管理及び指導を行った場合について、新たな評価を行う。

（新）在宅患者訪問薬剤管理指導料　在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算　　250点

［算定要件］

在宅で医療用麻薬持続注射療法を行っている患者に対して、**その投与及び保管の状況、副作用の有無等について患者又はその家族等に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合**に１回につき所定点数に加算する。この場合において、注３に規定する加算（麻薬管理指導加算）は算定できない。

［施設基準］

（１）麻薬及び向精神薬取締法第三条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。

（２）医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第三十九条第一項の規定による高度管理医療機器の販売業の許可を受けていること。

※在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。

患者の状態に応じた在宅薬学管理の推進

➢ 在宅中心静脈栄養法が行われている患者に対して、輸液セットを用いた中心静脈栄養法用輸液等の薬剤の使用など在宅での療養の状況に応じた薬学的管理及び指導を行った場合について、新たな評価を行う。

（新）在宅患者訪問薬剤管理指導料　在宅中心静脈栄養法加算　150点

[算定要件]

在宅中心静脈栄養法を行っている患者に対して、**その投与及び保管の状況、配合変化の有無について確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合**に１回につき所定点数に加算する。

[施設基準]

医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第三十九条第一項の規定による高度管理医療機器の販売業の許可を受けている又は同法第三十九条の三第一項の規定による管理医療機器の販売業の届出を行っていること。

※在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。

患者の状態に応じた在宅薬学管理の推進

退院時共同指導料の見直し

- 退院時共同指導について、患者が入院している医療機関における参加職種の範囲を医療機関における退院時共同指導料の要件に合わせ拡大する。
- 薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導に参加する場合の要件を緩和する。

現 行

【退院時共同指導料】
[算定要件]
保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は保健師、助産師、看護師若しくは准看護師と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中１回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中２回に限り算定できる。

[留意事項]
退院時共同指導料の共同指導は対面で行うことが原則であるが、保険薬局又は入院保険医療機関のいずれかが「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和２年３月５日保医発0305第２号）の別添３の別紙２に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する場合は、保険薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。
退院時共同指導料の共同指導は対面で行うことが原則であるが、当該患者に対する診療等を行う医療関係職種等の３者（当該保険薬局の薬剤師を含む。）以上が参加しており、そのうち２者以上が入院保険医療機関に赴き共同指導を行っている場合に、保険薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。

改定後

【退院時共同指導料】
[算定要件]
保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は保健師、助産師、看護師、准看護師、**薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士**と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中１回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中２回に限り算定できる。
[留意事項]
退院時共同指導料の共同指導は、保険薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。

（削除）

※在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。

情報通信機器を用いた服薬指導の評価の見直し

➢ 外来診療を受けた患者に対する情報通信機器を用いた服薬指導について、服薬管理指導料に位置付け、要件及び評価を見直す。

現 行

【薬剤服用歴管理指導料】
情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合　　43点

［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）の区分番号Ａ００３に掲げるオンライン診療料に規定する情報通信機器を用いた診療の実施に伴い、処方箋が交付された患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、当該処方箋受付において、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、月１回に限り所定点数を算定する。この場合において、注４から注10までに規定する加算※は算定できない。

※ 麻薬等加算、乳幼児服薬指導加算、吸入薬指導加算　等

［施設基準］
・薬剤服用歴管理指導料の注３に規定する保険薬局の施設基準
(1) 情報通信機器を用いた服薬指導を行うにつき十分な体制が整備されていること。
(2) 当該保険薬局において、一月当たりの次に掲げるものの算定回数の合計に占める情報通信機器を用いた服薬指導の算定回数の割合が一割以下であること。
①　区分番号１０に掲げる薬剤服用歴管理指導料
②　区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料
・薬剤服用歴管理指導料の注３に規定する厚生労働大臣が定めるもの
原則三月以内に区分番号１０に掲げる薬剤服用歴管理指導料１又は２を算定したもの

改定後

【服薬管理指導料】
情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合
イ　原則３月以内に再度処方箋を提出した患者　　45点
ロ　イの患者以外の患者　　59点

［算定要件］
情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、**処方箋受付１回につき**所定点数を算定する。**ただし、イの患者であって手帳を提示しないものに対して、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合は、ロにより算定する。**

※　服薬管理指導料の加算については、要件を満たせば対面による服薬指導を行った場合と同様に算定可能

［施設基準］
（削除）

（削除）

情報通信機器を用いた服薬指導の評価の見直し

➢ 在宅患者に対する情報通信機器を用いた服薬指導について、算定上限回数等の要件及び評価を見直す。

現 行

【在宅患者訪問薬剤管理指導料
在宅患者オンライン服薬指導料】
57点

［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、医科点数表の区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料に規定する訪問診療の実施に伴い、処方箋が交付された患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、情報通信機器を用いた服薬指導（訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。）を行った場合に、注１の規定にかかわらず、在宅患者オンライン服薬指導料として、月１回に限り57点を算定する。この場合において、注３及び注４に規定する加算並びに区分番号１５の６に掲げる在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料は算定できない。また、保険薬剤師１人につき、１から３までと合わせて週40回に限り、週10回を限度として算定できる。

［施設基準］
十一の二　在宅患者訪問薬剤管理指導料の注２に規定する施設基準
区分番号１０に掲げる薬剤服用歴管理指導料の４に係る届出を行っている保険薬局であること。

十一の三　在宅患者訪問薬剤管理指導料の注２に規定する厚生労働大臣が定めるもの
区分番号１５の在宅患者訪問薬剤管理指導料を月一回算定しているもの

改定後

【在宅患者訪問薬剤管理指導料
在宅患者オンライン薬剤管理指導料】
59点

［算定要件］
在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、情報通信機器を用いた薬学的管理及び指導（訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。）を行った場合に、注１の規定にかかわらず、在宅患者オンライン薬剤管理指導料として、患者１人につき、１から３までと合わせて月４回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあっては、週２回かつ月８回）に限り59点を算定する。また、保険薬剤師１人につき、１から３までと合わせて週40回に限り算定できる。

※　麻薬管理指導加算、乳幼児加算及び小児特定加算については、外来患者に係る点数と同じ点数を算定可能。

［施設基準］
（削除）

（削除）

※　在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料についても同様

医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置（全体像）

○　医薬品の供給が不安定な状況を踏まえ、患者への適切な薬剤の処方や、保険薬局の地域における協力促進などの観点から、保険医療機関・保険薬局に対する加算について、特例措置を講ずる。

○　この特例措置は、令和５年４月から12月まで（９か月間）時限的に適用する。

特例措置の全体像

	現行の加算	特例措置
診療報酬	処方箋料の関係 **一般名処方加算１　７点** **一般名処方加算２　５点**	＋２点
	入院基本料等の関係（※入院初日） **後発医薬品使用体制加算１（90%以上）　47点** **後発医薬品使用体制加算２（85%以上）　42点** **後発医薬品使用体制加算３（75%以上）　37点**	＋２０点
	処方料の関係 **外来後発医薬品使用体制加算１（90%以上）　５点** **外来後発医薬品使用体制加算２（85%以上）　４点** **外来後発医薬品使用体制加算３（75%以上）　２点**	＋２点
調剤報酬	調剤基本料の関係（特別調剤基本料を算定している場合は80/100に相当する点数） **地域支援体制加算１　39点** **地域支援体制加算２　47点** **地域支援体制加算３　17点** **地域支援体制加算４　39点**	＋１点　又は　＋３点

※特例措置は、医薬品の供給が不安定な状況を踏まえ、適切な提供に資する取組を実施した場合が対象（要件を追加）。

医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置（①）

①一般名処方加算

一般名処方加算について、一般名処方を推進することにより、保険薬局において銘柄によらず調剤できることで対応の柔軟性を増し、患者に安定的に薬物治療を提供する観点から、一般名処方加算の評価の特例措置を講ずる。（令和５年４～12月）

・処方箋料

一般名処方加算１　７点　→　下記「追加の施設基準」を満たしている場合は　９点（＋２点）
一般名処方加算２　５点　→　下記「追加の施設基準」を満たしている場合は　７点（＋２点）

［算定要件］

交付した処方箋に1品目でも一般名処方が含まれている場合に一般名処方加算２を、後発医薬品が存在する全ての医薬品が一般名処方されている場合には一般名処方加算１を算定する。

［追加の施設基準］

薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付する場合には、医薬品の供給状況等を踏まえつつ、一般名処方の趣旨を患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

一般名処方のイメージ

銘柄名処方	一般名処方
原則、当該銘柄を用いて調剤	有効成分が同一であれば、どの後発医薬品も調剤可能
○○○錠　２０ｍｇ　　２錠 （　銘柄名　＋　剤形　＋　含量　） 1日２回　朝食後・就寝前　○日分	【般】　ファモチジン錠　２０ｍｇ　　２錠 （　一般的名称　＋　剤形　＋　含量　） 1日２回　朝食後・就寝前　○日分

医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置（②）

②後発医薬品使用体制加算

後発医薬品使用体制加算について、医薬品の供給が不安定な状況を踏まえ、後発医薬品の推進を図りながら、医薬品の安定供給に資する取組を実施する場合の評価の特例措置を講ずる（令和５年４月～12月）。

・後発医薬品使用体制加算（入院初日）

後発医薬品使用体制加算１(90%以上) 47点 →下記「追加の施設基準」を満たしている場合は　67点（＋20点）
後発医薬品使用体制加算２(85%以上) 42点 →下記「追加の施設基準」を満たしている場合は　62点（＋20点）
後発医薬品使用体制加算３(75%以上) 37点 →下記「追加の施設基準」を満たしている場合は　57点（＋20点）

[既存の施設基準]

① 薬剤部門等が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ、後発医薬品の使用を決定する体制が整備された病院又は有床診療所であること。
② 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量が、後発医薬品使用体制加算１にあっては90%以上、後発医薬品使用体制加算２にあっては85%以上、後発医薬品使用体制加算３にあっては75%以上であること。
③ 当該医療機関において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が50%以上であること。
④ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の受付及び支払窓口等の見やすい場所に掲示していること。

[追加の施設基準]

（１）後発医薬品使用体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

（２）医薬品の供給が不足等した場合に当該保険医療機関における治療計画等の見直しを行う等適切に対応する体制を有していること。

（３）（１）及び（２）の体制に関する事項及び医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には入院患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置（③）

③外来後発医薬品使用体制加算

外来後発医薬品使用体制加算について、医薬品の供給が不安定な状況を踏まえ、後発医薬品の推進を図りながら、医薬品の安定供給に資する取組を実施する場合の評価の特例措置を講ずる（令和５年４月～12月）。

・処方料

外来後発医薬品使用体制加算１(90%以上) ５点 →下記「追加の施設基準」を満たしている場合は ７点（＋２点）
外来後発医薬品使用体制加算２(85%以上) ４点 →下記「追加の施設基準」を満たしている場合は ６点（＋２点）
外来後発医薬品使用体制加算３(75%以上) ２点 →下記「追加の施設基準」を満たしている場合は ４点（＋２点）

[既存の施設基準]

① 診療所であって、薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。

② 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量が、外来後発医薬品使用体制加算１にあっては90%以上、外来後発医薬品使用体制加算２にあっては85%以上、外来後発医薬品使用体制加算３にあっては75%以上であること。

③ 当該医療機関において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が50%以上であること。

④ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の受付及び支払窓口等の見やすい場所に掲示していること。

[追加の施設基準]

（１）外来後発医薬品使用体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

（２）医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して十分な対応ができる体制が整備されていること。

（３）（１）及び（２）の体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置（④）

④地域支援体制加算

医薬品の供給が不安定な状況を踏まえ、地域医療への貢献の観点から、地域支援体制加算について、後発医薬品の使用促進を図りながら、保険薬局が地域において協力しつつ医薬品の安定供給に資する取組を実施する場合の評価の特例措置を講ずる。（令和５年４月～12月）

調剤基本料１を算定している保険薬局
- 地域支援体制加算１　39点
- 地域支援体制加算２　47点

調剤基本料１以外を算定している保険薬局
- 地域支援体制加算３　17点※
- 地域支援体制加算４　39点※

(1)　後発医薬品調剤体制加算１又は２を算定する場合　→　下記の「追加の施設基準」を満たす場合（＋１点）
- 地域支援体制加算１　40点
- 地域支援体制加算２　48点
- 地域支援体制加算３　18点※
- 地域支援体制加算４　40点※

(2)　後発医薬品調剤体制加算３を算定する場合　→　下記の「追加の施設基準」を満たす場合（＋３点）
- 地域支援体制加算１　42点
- 地域支援体制加算２　50点
- 地域支援体制加算３　20点※
- 地域支援体制加算４　42点※

（※特別調剤基本料を算定している場合は増点後の80/100に相当する点数）

［追加の施設基準］
（１）地域支援体制加算に係る届出を行っている保険薬局であること。
（２）後発医薬品調剤体制加算に係る届出を行っている保険薬局であること。
（３）地域の保険医療機関・同一グループではない保険薬局に対する在庫状況の共有、医薬品融通などを行っていること。
（４）（３）※に係る取組を実施していることについて当該薬局の見やすい場所に掲示していること。

※取組の例
- 地域の薬局間での医薬品備蓄状況の共有と医薬品の融通
- 医療機関への情報提供（医薬品供給の状況、自局の在庫状況）、処方内容の調整
- 医薬品の供給情報等に関する行政機関（都道府県、保健所等）との連携

（参考）後発医薬品調剤体制加算１（後発医薬品の調剤数量割合80%以上）　21点
後発医薬品調剤体制加算２（後発医薬品の調剤数量割合85%以上）　28点
後発医薬品調剤体制加算３（後発医薬品の調剤数量割合90%以上）　30点

バイオ後続品に係る情報提供の評価

➢ バイオ後続品に係る患者への適切な情報提供を推進する観点から、外来化学療法を実施している患者に対して、バイオ後続品を導入した場合の評価を新設する。

改定後

【在宅自己注射管理指導料】
バイオ後続品導入初期加算　　150点
対象となる注射薬のうち、バイオ後続品が薬価収載されているもの：インスリン製剤、ヒト成長ホルモン製剤等

【外来腫瘍化学療法診療料】
（新）　バイオ後続品導入初期加算　　150点
対象となる注射薬のうち、バイオ後続品が薬価収載されているもの：抗悪性腫瘍剤（**リツキシマブ製剤**、**トラスツズマブ製剤**、**ベバシズマブ製剤**）

【外来化学療法加算】
（新）　バイオ後続品導入初期加算　　150点
対象となる注射薬のうち、バイオ後続品が薬価収載されているもの：**インフリキシマブ製剤**

［算定要件］
・　当該患者に対し、**バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、**当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して**３月を限度として**所定点数に加算する。

外来医療の強化・機能分化

１．外来の機能分化の推進

２．リフィル処方の仕組み

３．電子的保健医療情報活用の評価

オンライン資格確認システムを通じた患者情報等の活用に係る評価

電子的保健医療情報活用加算の新設

➢ オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施することに係る評価を新設する。

初診料
（新）　電子的保健医療情報活用加算　　７点
再診料
（新）　電子的保健医療情報活用加算　　４点
外来診療料
（新）　電子的保健医療情報活用加算　　４点

［対象患者］
- オンライン資格確認システムを活用する保険医療機関を受診した患者

［算定要件］
- 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第３条第13項に規定する**電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で診療を行った場合**は、電子的保健医療情報活用加算として、月１回に限りそれぞれ所定点数に加算する。

（※）
初診の場合であって、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により、**当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合又は他の保険医療機関から当該患者の診療情報の提供を受けた場合等**にあっては、**令和６年３月31日までの間に限り、３点を所定点数に加算**する。

［施設基準］
（１）オンライン請求を行っていること。
（２）電子資格確認を行う体制を有していること。
（３）電子資格確認に関する事項について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

医療DXを推進し、医療機関・薬局において診療情報を取得・活用し質の高い医療を実施する体制の評価

- 令和５年度より、保険医療機関・薬局に、医療DXの基盤となるオンライン資格確認等システムの導入が原則義務化されることを踏まえ、当該システムを通じた患者情報の活用に係る現行の評価を廃止。
- その上で、医療DXの推進により、国民が医療情報の利活用による恩恵を享受することを推進する観点から、初診時等における情報の取得・活用体制の充実及び情報の取得の効率性を考慮した評価を新設。

オンライン資格確認等システムを通じた情報活用に係る現行の評価の廃止

○　電子的保健医療情報活用加算

【医科・歯科】　マイナ保険証を利用する場合　７点（初診）４点（再診）／　利用しない場合　３点（初診）

【調剤】　　マイナ保険証を利用する場合　３点（月１回）／　利用しない場合　１点（３月に１回）

→ **廃止**

初診時等における診療情報取得・活用体制の充実に係る評価の新設（令和４年10月～）

（新）医療情報・システム基盤整備体制充実加算

1　施設基準を満たす医療機関で**初診**を行った場合　**４点**

2　１であって、**オンライン資格確認等により情報を取得等**した場合　**２点**

※調剤は、1　**３点（６月に１回）**、2　**１点（６月に１回）**

医療機関・薬局に求められること

[施設基準]

○　次の事項を当該医療機関・薬局の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること（対象はオンライン請求を行っている医療機関・薬局）。

①　オンライン資格確認を行う体制を有していること。（厚労省ポータルサイトに運用開始日の登録を行うこと）

②　患者に対して、薬剤情報、特定健診情報その他必要な情報を取得・活用（※）して診療等を行うこと。

[算定要件]

○　上記の体制を有していることについて、掲示するとともに、必要に応じて患者に対して説明すること。（留意事項通知）

（※）この情報の取得・活用の具体的な方法として、上記にあわせて、初診時の問診票の標準的項目を新たに定めることを予定（薬局については、文書や聞き取りにより確認する項目を定めるとともに、当該情報等を薬剤服用歴に記録することを求める予定）

診療情報を取得・活用する効果（例）

医療機関

- ✓ 薬剤情報により、重複投薬を適切に避けられるほか、投薬内容から患者の病態を把握できる。
- ✓ 特定健診結果を診療上の判断や薬の選択等に生かすことができる。

問診票の標準的項目を新たに定める（イメージ）

問診票（初診時）

- ●今日の症状
- ●他の医療機関の受診歴
- ●過去の病気
- ●処方されている薬
- ●特定健診の受診歴
- ●アレルギーの有無
- ●妊娠・授乳の有無
- ……

R4年8月時点でオン資により確認可能

※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています。

薬局

- ✓ 薬剤情報により、重複投薬や相互作用の確認が可能になる。
- ✓ 特定健診の検査値を踏まえた処方内容の確認や服薬指導が可能になる。

今後、閲覧可能な情報が増えること等によって
正確な情報をより効率的に取得・活用可能となり、
更なる医療の質の向上を実現

医療DXの推進のためのオンライン資格確認の導入・普及に関する加算の特例措置

中医協　総－６
４．12．23 一部改変

「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」の特例措置【令和５年４～12月】

【概要】オンライン資格確認の導入・普及の徹底の観点から、初診時・調剤時における追加的な加算、再診時における加算を設定するとともに、加算に係るオンライン請求の要件を緩和する（令和５年４月～12月の特例）

		現行の加算	特例措置（令和５年４～12月）	
初診	マイナンバーカードを利用しない	４点	<u>６点</u>	
	〃　利用する	２点	２点	
再診	マイナンバーカードを利用しない	-	<u>２点</u>	（再診での算定は１月に１回）
	〃　利用する場合	-	-	
調剤	マイナンバーカードを利用しない	３点	<u>４点</u>	（調剤での算定は６月に１回）
	〃　利用する場合	１点	１点	

※　この加算は、医療機関・薬局による薬剤情報等の患者情報の取得・活用を要件として、より質の高い診療を実施することを評価するもの

※　現行の加算は、オンライン請求を行っていることが要件となっているが、今般の特例として、令和５年12月末までにオンライン請求を開始する旨の届出を行っている保険医療機関・保険薬局に限り、この要件を満たすものとみなす（令和５年４～12月の特例）

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

中医協　総－６
５．６．２１

中医協　材－３
５．６．２１

令和５年度に実施する

特定保険医療材料価格調査について（案）

令和５年度特定保険医療材料価格調査の概要

１．趣旨

材料価格基準改定の基礎資料を得ることを目的として、保険医療機関、歯科技工所及び保険薬局に対する医療機器販売業者の販売価格及び一定率で抽出された医療機関等での購入価格を調査

２．調査期間

令和５年度中の５か月間の取引分を対象として調査を実施
（ただし、ダイアライザー、フィルム、歯科材料及び保険薬局調査分は、令和５年度中の１か月の取引分のみを対象）

３．調査の対象及び客体数

（１）　販売サイド調査

保険医療機関、歯科技工所及び保険薬局に特定保険医療材料を販売する医療機器販売業者の全数を対象　　客体数　約５，８００客体

（２）　購入サイド調査

①　病院及び一般診療所（歯科診療所を除く。以下同じ。）の全数を対象とし、以下のように抽出された病院及び一般診療所を客体とする。

ア　病院の全数から、層化無作為抽出法により８分の１の抽出率で抽出された病院を対象　　客体数　約１，０３０客体

イ　一般診療所の全数から、層化無作為抽出法により１６０分の１の抽出率で抽出された一般診療所を対象　　客体数　約６５０客体

②　歯科診療所の全数から、層化無作為抽出法により１２０分の１の抽出率で抽出された歯科診療所を対象　　客体数　約５６０客体

③　歯科技工所の全数から、層化無作為抽出法により１５分の１の抽出率で抽出された歯科技工所を対象　　客体数　約２３０客体

④　保険薬局の全数から、層化無作為抽出法により６０分の１の抽出率で抽出された保険薬局を対象　　客体数　約１，０３０客体

４．調査事項

（１）　販売サイド調査　　品目ごとの販売価格、販売数量
（２）　購入サイド調査　　品目ごとの購入価格、購入数量、購入先の卸売り販売業者情報（業者名、本店・営業所名）
※価格は、調査実施時点で最終的に価格が決定しているもの

５．調査手法

厚生労働省から直接、客体に調査票を配布・回収

令和３年度特定保険医療材料価格調査実績

１．調査期間

令和３年５月から同年９月取引分
（ただし、ダイアライザー、フィルム、歯科材料及び保険薬局調査分は、令和３年９月取引分のみを対象）

２．調査の対象及び客体数

（１）　販売サイド調査（回収率６８．８％）

保険医療機関、歯科技工所及び保険薬局に特定保険医療材料を販売する医療機器販売業者の全数を対象

客体数　５，３０６客体

（２）　購入サイド調査（回収率５９．９％）

①　病院及び一般診療所（歯科診療所を除く。以下同じ。）の全数を対象とし、以下のように抽出された病院及び一般診療所を客体とする。

ア　病院の全数から、層化無作為抽出法により８分の１の抽出率で抽出された病院を対象

客体数　１，０９５客体（うち回収率５１．２％）

イ　一般診療所の全数から、層化無作為抽出法により１６０分の１の抽出率で抽出された一般診療所を対象

客体数　６７０客体（うち回収率６５．８％）

②　歯科診療所の全数から、層化無作為抽出法により１２０分の１の抽出率で抽出された歯科診療所を対象

客体数　５９９客体（うち回収率４９．９％）

③　歯科技工所の全数から、層化無作為抽出法により１５分の１の抽出率で抽出された歯科技工所を対象

客体数　２７３客体（うち回収率３６．６％）

④　保険薬局の全数から、層化無作為抽出法により６０分の１の抽出率で抽出された保険薬局を対象

客体数　１，０００客体（うち回収率７７．９％）

３．調査事項

（１）販売サイド調査　　品目ごとの販売価格、販売数量
（２）購入サイド調査　　品目ごとの購入価格、購入数量、購入先の卸売り販売業者情報（業者名、本店・営業所名）

４．調査手法

厚生労働省から直接、客体に調査票を配布・回収

中医協　総－７
５．６．２１

中医協　薬－３
５．６．２１

令和５年度医薬品価格調査（薬価調査）について

令和５年度薬価調査の概要（案）

１．趣旨

薬価収載されている全ての医薬品について、保険医療機関及び保険薬局に対する医薬品卸売販売業者の営業所等の販売価格等並びに一定率で抽出された医療機関等での購入価格等を調査

２．調査期間

令和５年度中の１か月間の取引分を対象として調査を実施

３．調査の対象及び客体数

（１）販売サイド調査

保険医療機関及び保険薬局に医薬品を販売する医薬品卸売販売業者の営業所等の**全数**を対象

客対数　約6,700客体

（２）購入サイド調査

① 病院の全数から、層化無作為抽出法により**20分の１**の抽出率で抽出された病院を対象

客対数　約410客体

② 診療所の全数から、層化無作為抽出法により**200分の１**の抽出率で抽出された診療所を対象

客対数　約530客体

③ 保険薬局の全数から、層化無作為抽出法により**60分の１**の抽出率で抽出された保険薬局を対象

客対数　約1,030客体

４．調査事項　※価格は、調査実施時点で妥結しているもの

（１）販売サイド調査

品目ごとの販売価格、販売数量

（２）購入サイド調査

品目ごとの購入価格、購入数量、購入先の医薬品卸売販売業者情報（業者名、本店・営業所名）

５．調査手法

厚生労働省から直接客体に調査票を配布・回収

参考

令和３年度薬価調査の概要

１．趣旨

薬価収載されている全ての医薬品について、保険医療機関及び保険薬局に対する医薬品卸売販売業者の営業所等の販売価格等並びに一定率で抽出された医療機関等での購入価格等を調査

２．調査期間

令和３年度中の１か月間（９月分）の取引分を対象として調査を実施

３．調査の対象及び客体数

（１）販売サイド調査

保険医療機関及び保険薬局に医薬品を販売する医薬品卸売販売業者の営業所等の**全数**を対象

客体数　6,476客体（回収率86.1%）

（２）購入サイド調査

① 病院の全数から、層化無作為抽出法により**20分の１**の抽出率で抽出された病院を対象

客体数　410客体（回収率72.9%）

② 診療所の全数から、層化無作為抽出法により**200分の１**の抽出率で抽出された診療所を対象

客体数　512客体（回収率74.2%）

③ 保険薬局の全数から、層化無作為抽出法により**60分の１**の抽出率で抽出された保険薬局を対象

客体数　1,017客体（回収率81.3%）

４．調査事項　※価格は、調査実施時点で妥結しているもの

（１）販売サイド調査

品目ごとの販売価格、販売数量

（２）購入サイド調査

品目ごとの購入価格、購入数量、購入先の医薬品卸売販売業者情報（業者名、本店・営業所名）

５．調査手法

厚生労働省から直接客体に調査票を配布・回収

参考

令和４年度薬価調査の概要

１．趣旨

薬価収載されている全ての医薬品について、保険医療機関及び保険薬局に対する**一定率で抽出された医薬品卸売販売業者の営業所等**の販売価格等並びに一定率で抽出された医療機関等での購入価格等を調査

２．調査期間

令和４年度中の１か月間（９月分）の取引分を対象として調査を実施

３．調査の対象及び客体数

（１）販売サイド調査

保険医療機関及び保険薬局に医薬品を販売する医薬品卸売販売業者の営業所等の全数から、層化無作為抽出法により**３分の２**の抽出率で抽出された営業所等を対象

客体数　4,451客体（回収率87.6%）

（２）購入サイド調査

① 病院の全数から、層化無作為抽出法により**40分の１**の抽出率で抽出された病院を対象

客体数　200客体（回収率65.5%）

② 診療所の全数から、層化無作為抽出法により**400分の１**の抽出率で抽出された診療所を対象

客体数　256客体（回収率72.7%）

③ 保険薬局の全数から、層化無作為抽出法により**120分の１**の抽出率で抽出された保険薬局を対象

客体数　507客体（回収率74.8%）

４．調査事項　※価格は、調査実施時点で妥結しているもの

（１）販売サイド調査

品目ごとの販売価格、販売数量

（２）購入サイド調査

品目ごとの購入価格、購入数量、購入先の医薬品卸売販売業者情報（業者名、本店・営業所名）

５．調査手法

厚生労働省から直接客体に調査票を配布・回収

中医協　総－８
５．６．２１

外来（その１）

１．外来医療をとりまく環境について

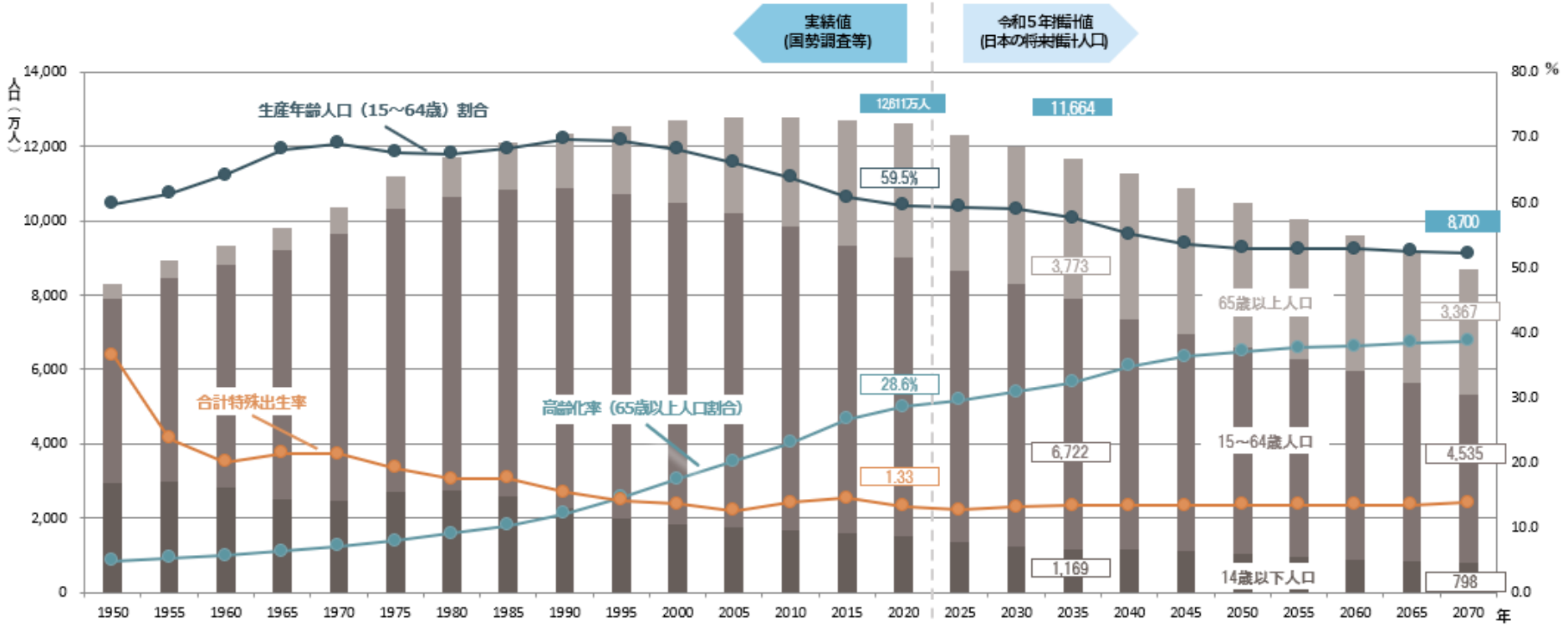
２．診療内容と医療費について

３．外来診療に係る診療報酬上の評価について

日本の人口の推移

意見交換　資料－２改
Ｒ５．３．１５

○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。 2070年には総人口が9,000 万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。



	２０１５年	２０２０年	２０２５年	２０７０年
65歳以上高齢者人口（割合）	3,387万人(26.6%)	3,604万人(28.6%)	3,653万人(29.6%)	3,367万人(38.7%)
75歳以上高齢者人口（割合）	1,632万人(12.8%)	1,861万人(14.8%)	2,155万人(17.5%)	2,180万人(25.1%)

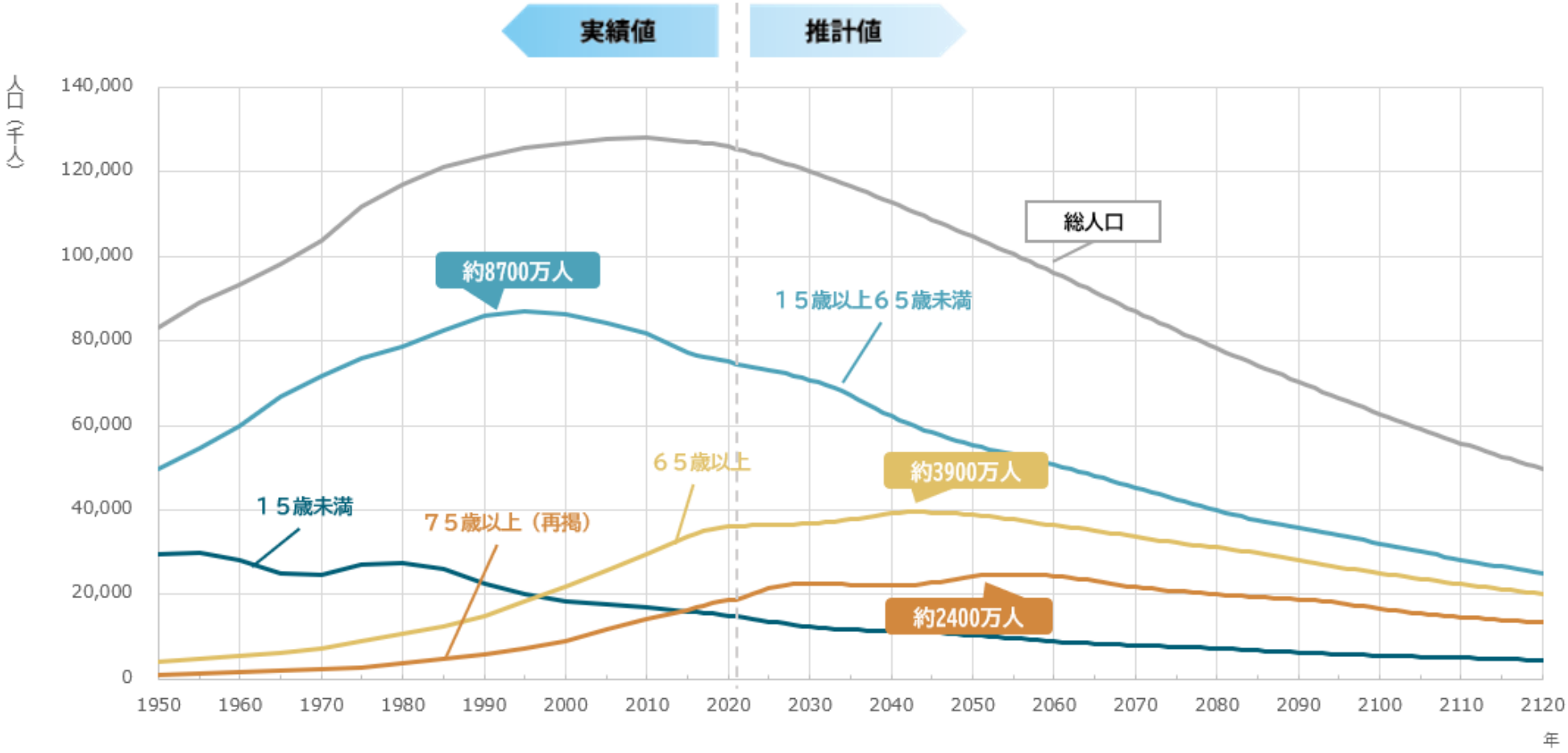
出典

2020年までの人口は総務省「人口推計」（各年10月1日現在）、高齢化率および生産年齢人口割合は、2020年は総務省「人口推計」それ以外は総務省「国勢調査」
2020年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」
2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和５年推計）：出生中位・死亡中位推計」

2040年頃に65歳以上人口のピークが到来する

意見交換　資料－２改
Ｒ５．３．１５

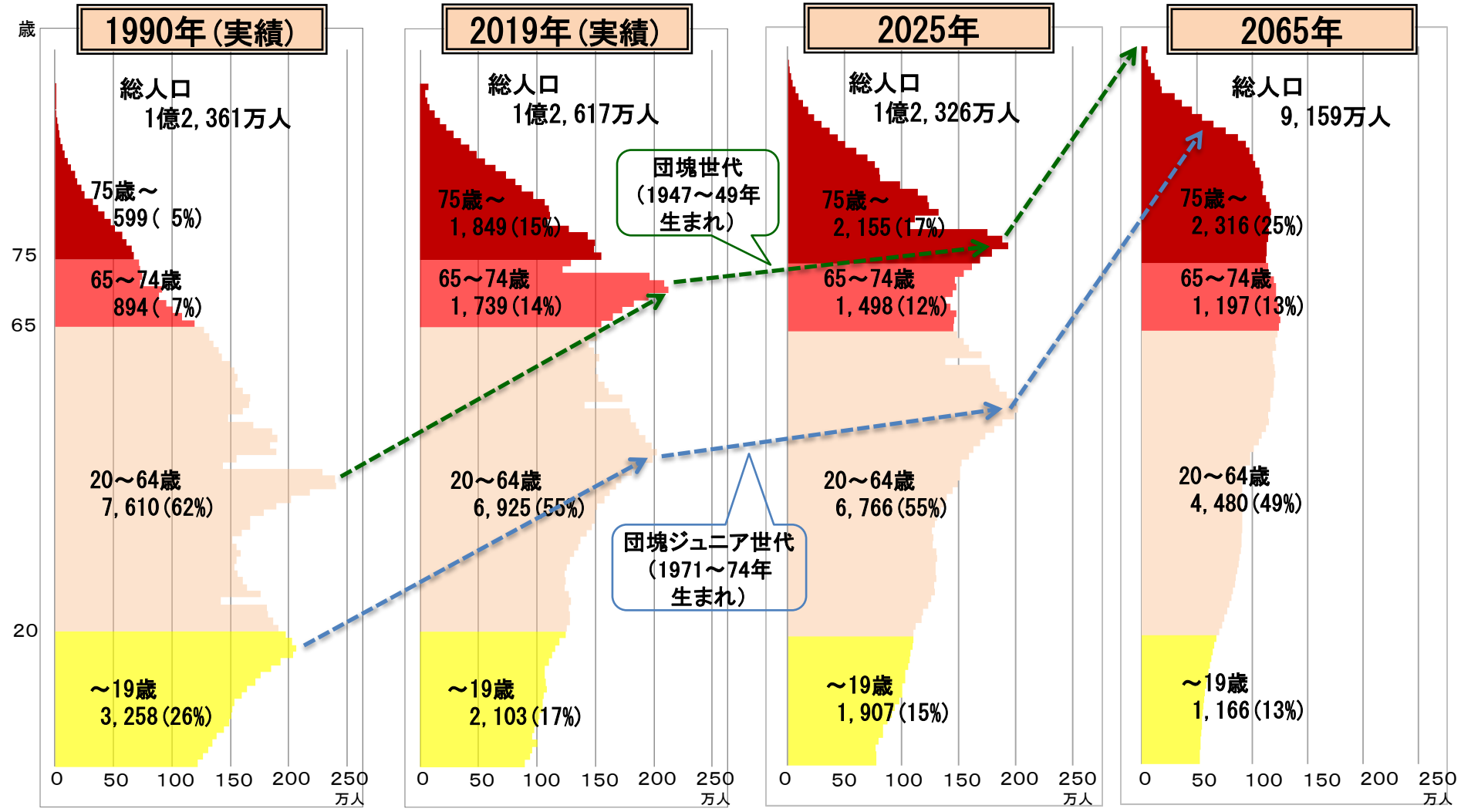
○ 現役世代（生産年齢人口）の減少が続く中、いわゆる団塊の世代が2022年から75歳（後期高齢者）となっていく。
○ その後も、2040年頃まで、65歳以上人口の増加が続く。



出典　2021年までの人口は総務省「人口推計」（各年10月1日現在）
2022年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和５年推計）：出生中位・死亡中位推計」

日本の人口ピラミッド変化

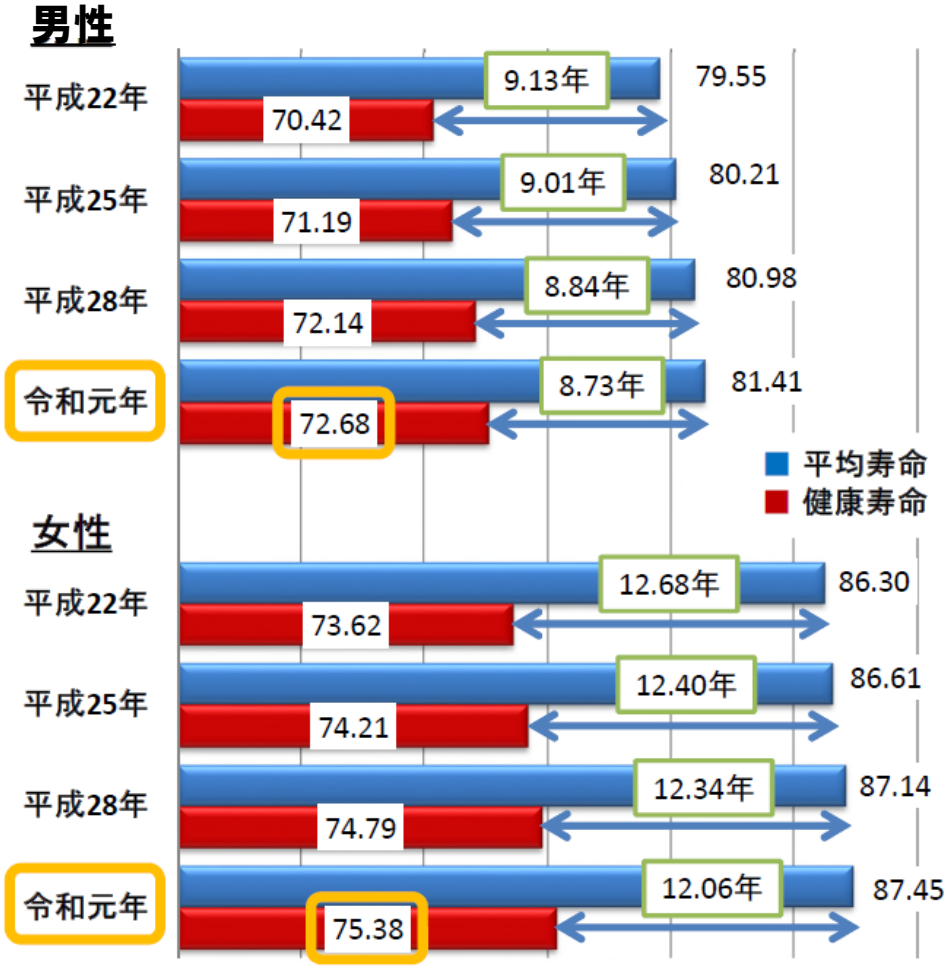
○ 団塊の世代が全て75歳となる2025年には、75歳以上が全人口の17%となる。
○ 2065年には、人口は9,159万人にまで減少するが、一方で、65歳以上は全人口の約38%となる。



出典：総務省「国勢調査（年齢不詳をあん分した人口）」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和5年推計）：出生中位・死亡中位推計」

健康寿命と平均寿命の推移

○　平成22年から令和元年については、男女ともに、
- 平均寿命・健康寿命は延伸している。
- 平均寿命と健康寿命の差である不健康期間は短縮している。
- 健康寿命の地域間格差は男性で縮小している一方で、女性では拡大している。

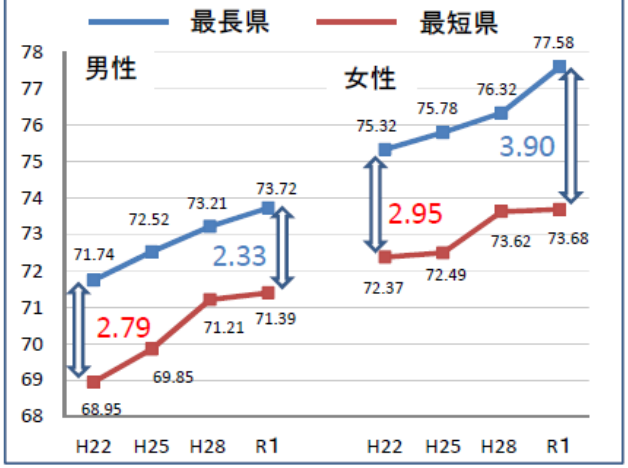


○ 平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加

H22からの増加分	男性	女性
健康寿命	+2.26	+1.76
平均寿命	+1.86	+1.15

○ 都道府県格差※の縮小

※日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差



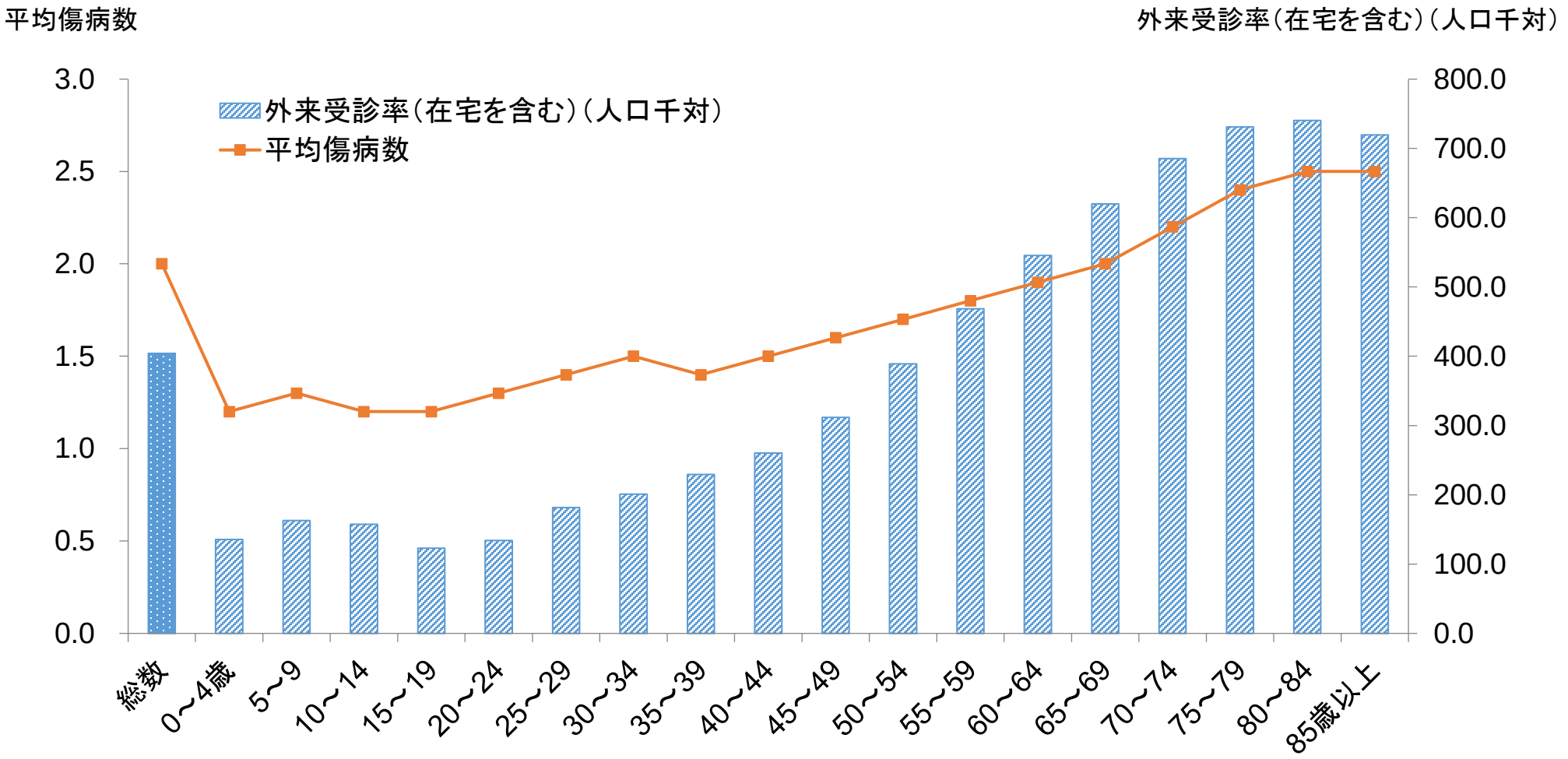
※厚生労働科学研究「健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」「健康日本21（第二次）の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」（研究代表者 辻一郎）において算出
■健康日本21（第二次）の目標：平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加（令和4年度）
■健康寿命延伸プランの目標：健康寿命を男女ともに3年以上延伸し（2016年比）、75歳以上とする（2040年）

○平均寿命：厚生労働省「平成22年完全生命表」
「平成25年/平成28年/令和元年簡易生命表」
○健康寿命：厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年/令和元年簡易生命表」
厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年/令和元年人口動態統計」
厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年/令和元年国民生活基礎調査」※
総務省「平成22年/平成25年/平成28年/令和元年推計人口」より算出
※平成28年（2016）調査では熊本県は震災の影響で調査なし。

年齢別平均傷病数と外来受診率（在宅を含む）

○ 高齢者の方が、平均傷病数および外来受診率（在宅を含む）が高くなる傾向にある。

※外来受診率（在宅を含む） ＝通院者数÷世帯人員数×1,000



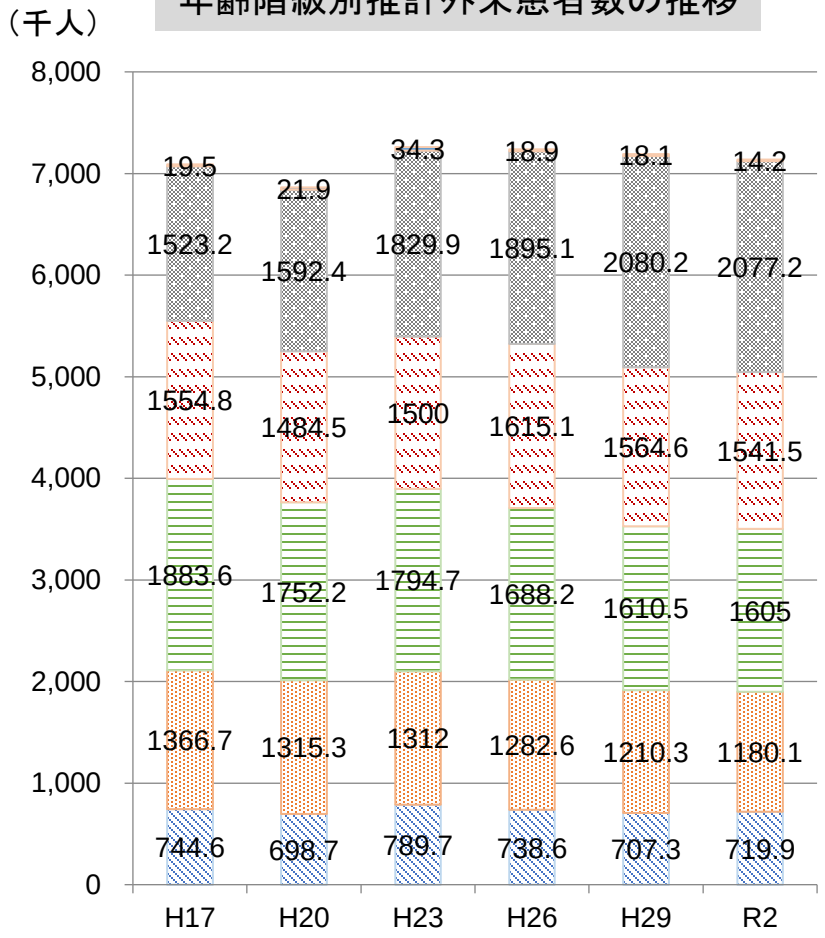
※ 通院者とは、世帯員（入院者を除く。）のうち、病気やけがで病院や診療所、あんま・はり・きゅう・柔道整復師に通っている者をいう。（往診、訪問診療を含む。）
※ 通院者には入院者は含まないが、分母となる世帯人員数には入院者を含む。

出典：令和元年 国民生活基礎調査を基に医療課で作成 ※元資料から「通院者率」の文言を「外来受診率（在宅を含む）」に修正

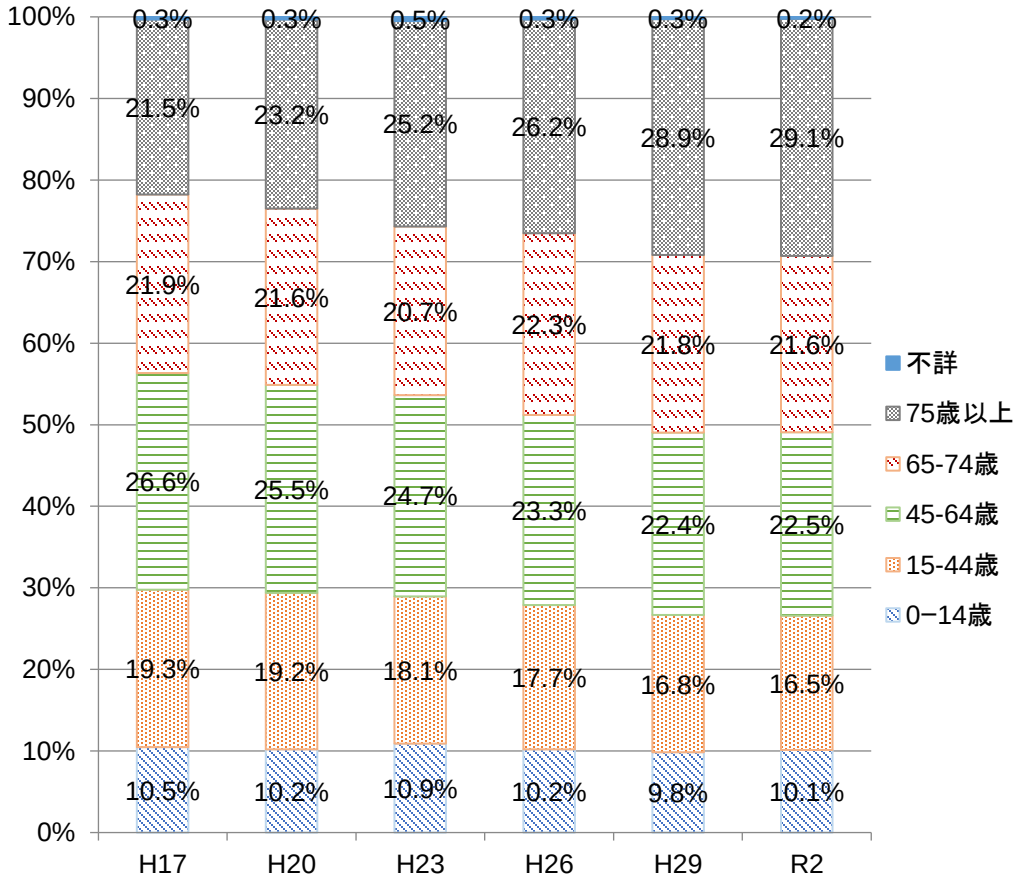
推計外来患者の年齢階級別の推移

○　推計外来患者の75歳以上の患者の割合は増加傾向である。

年齢階級別推計外来患者数の推移



推計外来患者数の年齢階級別割合の推移

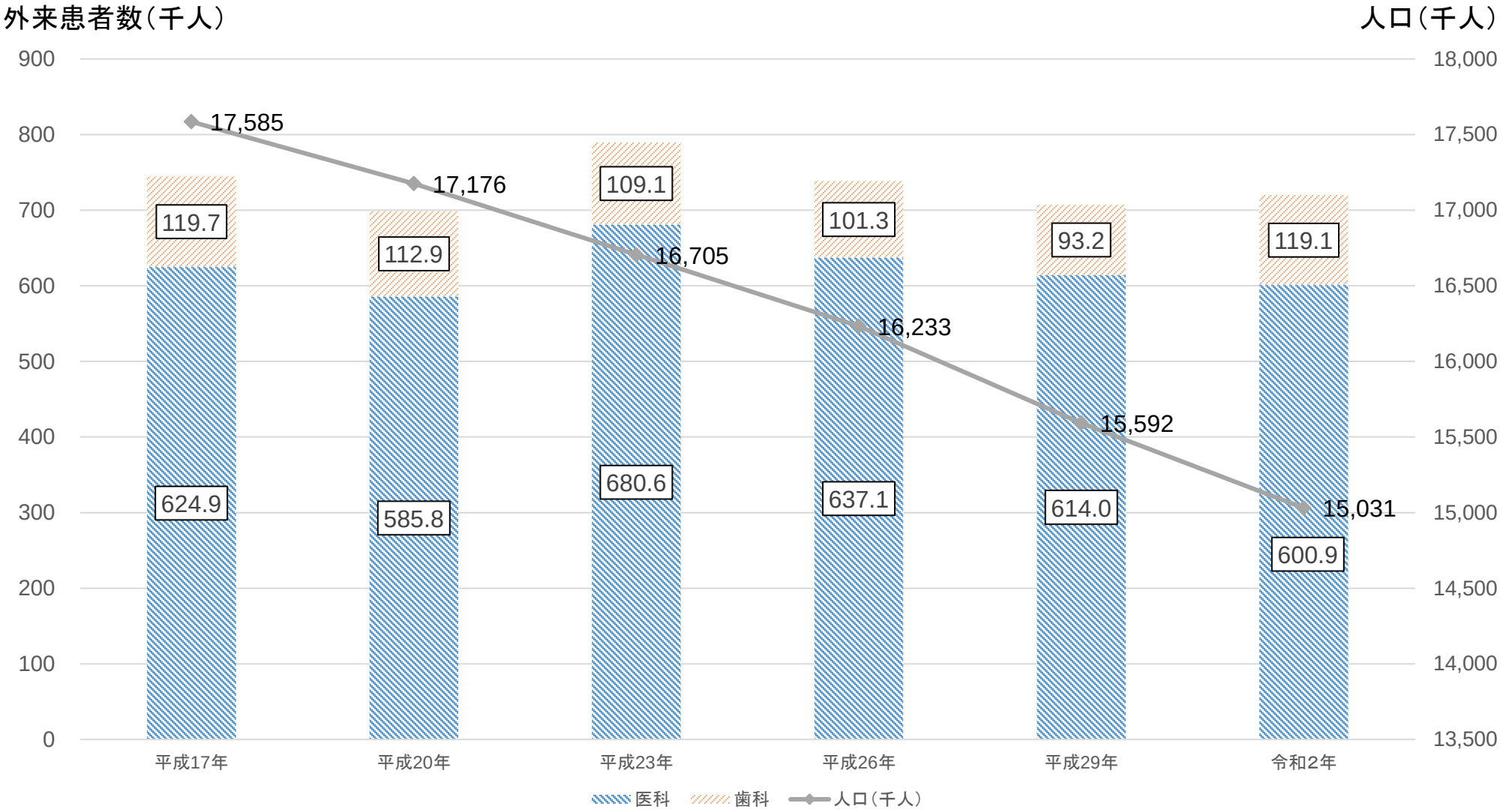


※推計外来患者数とは、調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した外来患者（往診、訪問診療を含む）の推計数である。

出典：患者調査

15歳未満の外来患者数・人口の推移

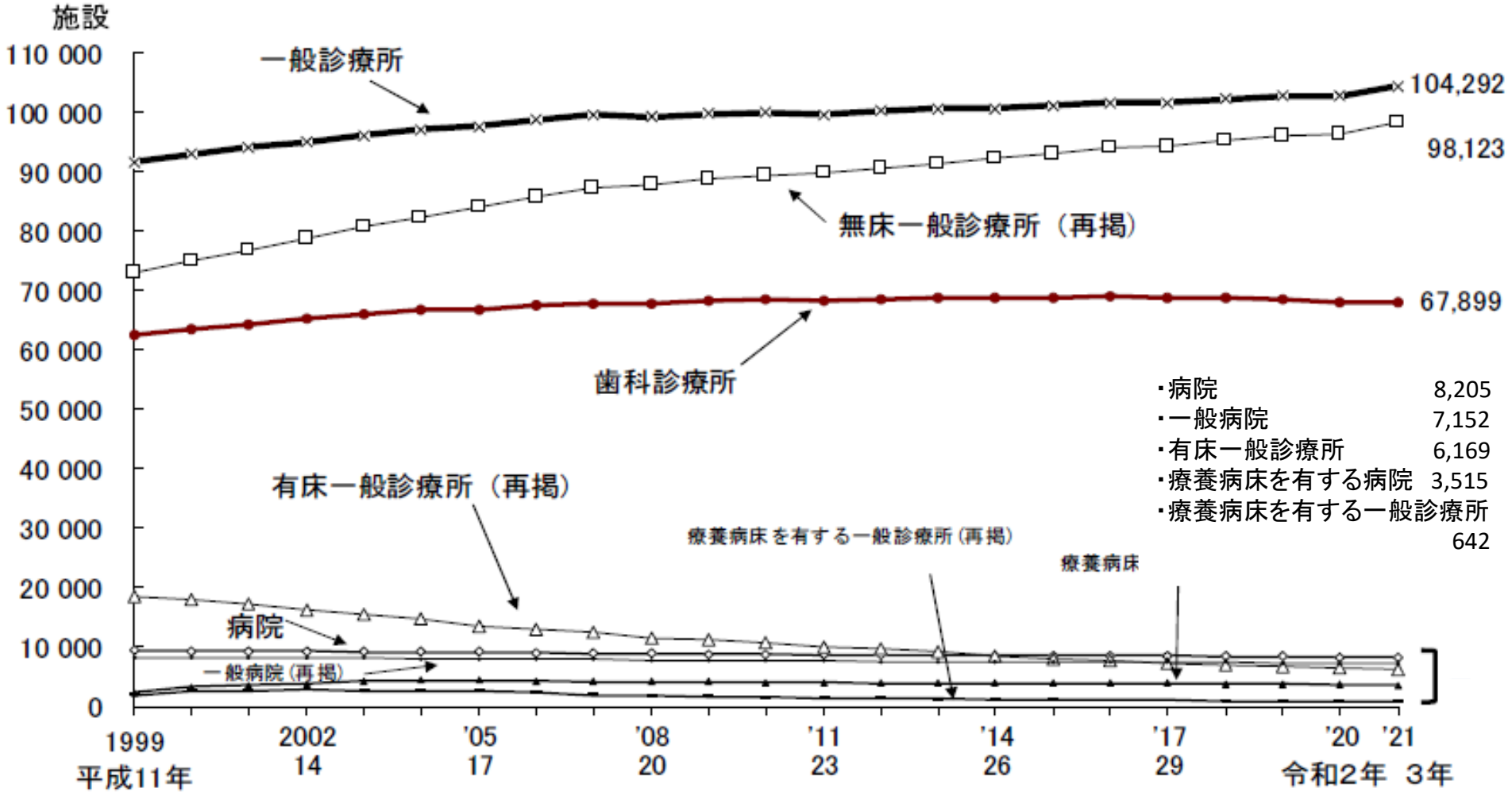
○ 15歳未満の人口は大きく減少しているが、外来患者数の減少はそれほど大きくない。



出典：人口推計、患者調査

医療施設数の年次推移

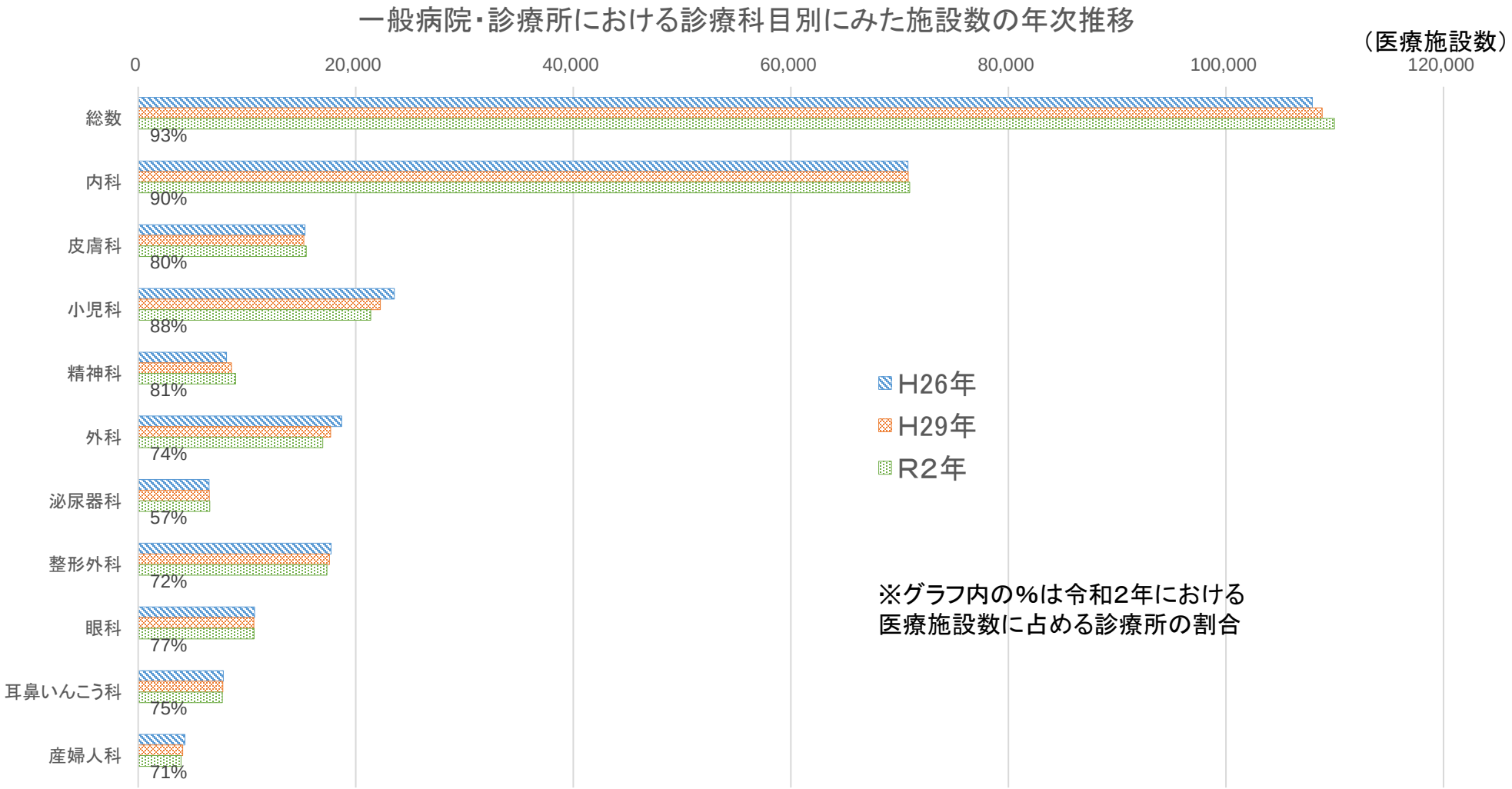
○ 医療施設数の年次推移は、無床一般診療所は増加傾向、有床一般診療所は減少傾向である。
○ 一般診療所の総数は近年増加傾向にある。



出典：医療施設調査（各年10月１日時点）

診療科別の医療施設数の年次推移

○　診療科別に見た医療施設数の傾向として、小児科と外科は減少傾向にある。



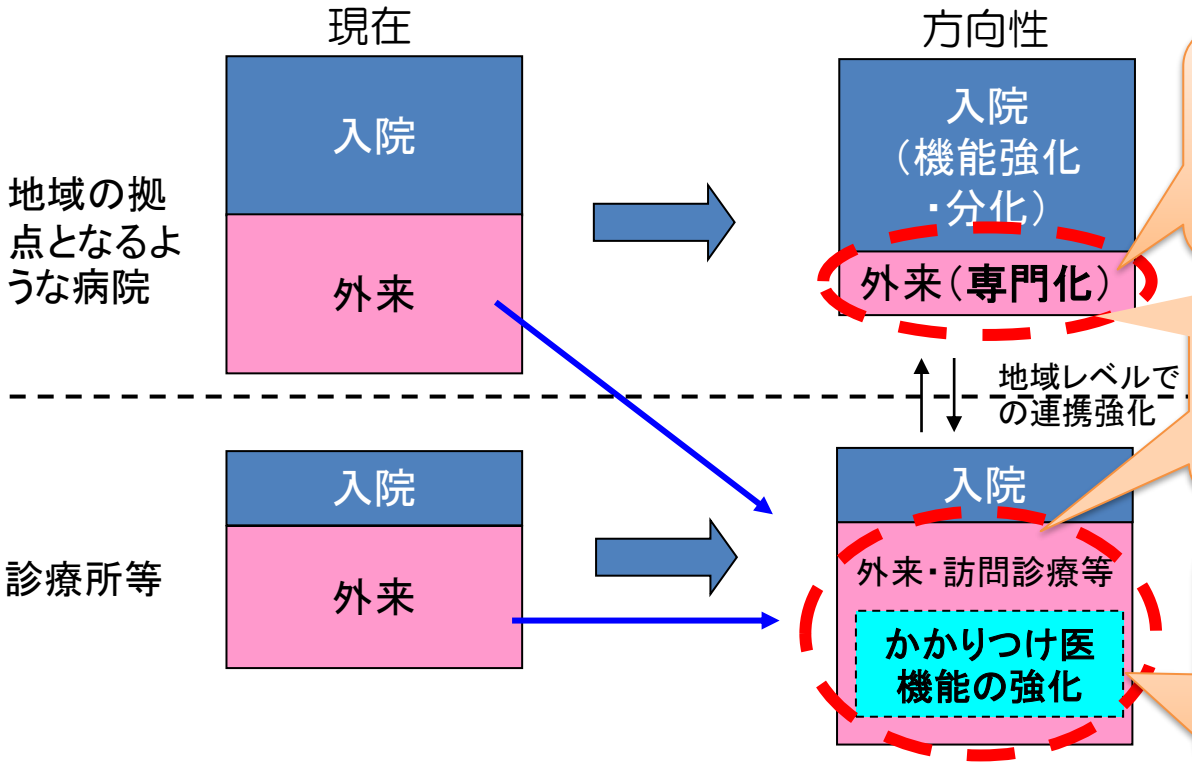
出典：令和2年医療施設（静態・動態）調査

外来医療の今後の方向性（イメージ）

社会保障制度改革国民会議報告書（H25年8月6日）抜粋

○　新しい提供体制は、利用者である患者が大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない
○　フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要
○　大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須
○　医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましい

外来医療の役割分担のイメージ



最近の診療報酬改定での主な対応

- 紹介状なしの大病院受診時の定額負担の対象医療機関の範囲を拡大【H30・R2年度】
- 紹介・逆紹介割合に基づく減算について、200床以上の紹介受診重点医療機関を追加するとともに、算出方法等を見直し【R4年度】
- かかりつけ医機能を有する医療機関等との診療情報提供の評価を新設【R2年度】、算定上限回数を変更するとともに、紹介受診重点医療機関との連携を新たに評価【R4年度】
- 地域包括診療料等を算定する医療機関について、初診料に一定の加算【平成30年度】
- 地域包括診療料等の施設基準や小児かかりつけ診療料の算定要件の緩和等、かかりつけ医機能の評価の拡充【H30・R2・R4年度】

出典：社会保障国民会議資料を基に医療課で作成

外来機能の明確化･連携、かかりつけ医機能の強化等に関する報告書（概要）①

令和2年12月11日　医療計画の見直し等に関する検討会

令和3年2月8日	第78回社会保障審議会医療部会	参考資料1

1. 外来機能の明確化･連携

〔現状及び課題〕

○ 中長期的に、地域の医療提供体制は人口減少や高齢化等に直面。外来医療の高度化も進展。このような地域の状況の変化に対応して、質の高い外来医療の提供体制を確保･調整していくことが課題。

○ 高齢化の進展により、複数の慢性疾患を抱える高齢者が増加する中で、かかりつけ医機能を強化していくことが課題。

○ 患者の医療機関の選択に当たり、外来機能の情報が十分得られている状況とは言えない。患者にいわゆる大病院志向がある中で、再診患者の逆紹介が十分に進んでいないこと等により一定の医療機関の外来患者が多くなり、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題。

○ 外来機能の明確化･連携は、これまで医療関係者の自主的な取組が進められてきたものの、地域によっては取組が進んでいないところもあり、これをさらに進めていくことが重要。

〔具体的方策・取組〕

(1) 全体の枠組み

○ 紹介患者を基本とする外来として、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に着目して、地域における外来機能の明確化･連携を図るとともに、かかりつけ医機能の強化を議論することは、外来医療全体の在り方の議論のために必要な第一歩。

○ 各医療機関から都道府県に「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に関する医療機能を報告し、その報告を踏まえ、地域における協議の場において、各医療機関の自主的な取組等の進捗状況を共有し、また、地域における必要な調整。

○ 患者の分かりやすさや地域の協議を進めやすくする観点から、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関を明確化。地域の患者の流れがより円滑になり、病院の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革に資すると期待。

(2)「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）

○「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)として、基本的に次の機能が考えられるが、具体的な内容は、今後さらに検討。(※)

① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
③ 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）

※ (2)～(4)において、「今後さらに検討」とした事項は、地域医療の担い手も参画するとともに、患者の立場も考慮した専門的な検討の場において検討。

○「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)の呼称は、患者の立場からみた呼称として、紹介状の必要な外来や紹介を基本とする外来などの意見。今般の趣旨を適切に表すことに留意しつつ、国民の理解が得られるよう、国民の分かりやすさの観点から、今後さらに検討。

外来機能の明確化･連携、かかりつけ医機能の強化等に関する報告書（概要）②

令和2年12月11日　医療計画の見直し等に関する検討会

令和3年2月8日	第78回社会保障審議会医療部会	参考資料1

(3) 外来機能報告（仮称）

○ 病床機能報告を参考に、各医療機関から都道府県に、外来機能のうち、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に関する医療機能の報告（外来機能報告（仮称））を行う。

○ 外来機能報告（仮称）を行う医療機関は、まずは、併せて報告する病床機能報告と同様、一般病床又は療養病床を有する医療機関を基本とし、無床診療所については、任意で外来機能報告（仮称）を行うことができる。

○ 外来機能報告（仮称）の具体的な報告事項は、今後さらに検討。

(4) 地域における協議の仕組み

○ 都道府県の外来医療計画において、外来機能の明確化･連携を位置付ける。外来機能報告（仮称）を踏まえ、地域における協議の場において、各医療機関の自主的な取組等の進捗状況を共有し、また、地域における必要な調整を行う。

○「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関を明確化する仕組みを設け、その方法として、外来機能報告（仮称）の中で報告する。紹介患者への外来を基本とする医療機関であることが患者に分かるよう、広告可能とする。

○「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関の報告に当たっては、(2)①～③の割合等の国の示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することにより、地域の実情を踏まえることができる仕組みとする。

○「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関の呼称や、国の示す基準は、今後さらに検討。

○ 診療科ごとの外来医療の分析、紹介･逆紹介の状況の分析等は、今後さらに検討。再診患者の逆紹介が適切に進むように配慮。

2. かかりつけ医機能の強化、外来医療における多職種の役割、外来医療のかかり方に関する国民の理解の促進

(1) かかりつけ医機能の強化

○ かかりつけ医機能について、日本医師会･四病院団体協議会合同提言（平成25年8月）、地域の実践事例等を踏まえ、予防や生活全般の視点、介護や地域との連携、休日･夜間の連携を含め、地域における役割の整理が求められている。かかりつけ医機能を発揮している事例等を調査･研究し、かかりつけ医機能に係る好事例の横展開を図る。

○ 医療関係団体による研修等の内容や研修等を受けた医師の実践事例等を国民に周知し、かかりつけ医機能に係る国民の理解を深める。

○ 医療機能情報提供制度について統一的で分かりやすい検索システムを検討するとともに、医療機能情報提供制度を周知。

(2) 外来医療における多職種の役割

○ 外来医療において、多職種が連携して、それぞれの専門性を発揮しており、チームとしての役割･連携を推進。

(3) 外来医療のかかり方に関する国民の理解の推進

○ 上手な外来医療のかかり方のポイント、かかりつけ医をもつことのメリット等を整理し、関係機関･団体が周知･啓発に活用できるツールを作成するとともに、展開方法を共有。国においても、医療関係団体等の協力の下、国民･患者に対して積極的に周知･啓発。

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律の概要

第79回社会保障審議会 医療部会
令和３年６月３日
資料１改

改正の趣旨

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進する観点から、医師の働き方改革、各医療関係職種の専門性の活用、地域の実情に応じた医療提供体制の確保を進めるため、長時間労働の医師に対し医療機関が講ずべき健康確保措置等の整備や地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組に対する支援の強化等の措置を講ずる。

改正の概要

＜Ⅰ．医師の働き方改革＞

長時間労働の医師の労働時間短縮及び健康確保のための措置の整備等　（医療法）【令和6年４月１日に向け段階的に施行】

医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始（令和6年４月１日）に向け、次の措置を講じる。

- 勤務する医師が長時間労働となる医療機関における医師労働時間短縮計画の作成
- 地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度の創設
- 当該医療機関における健康確保措置（面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等）の実施　等

＜Ⅱ．各医療関係職種の専門性の活用＞

１．医療関係職種の業務範囲の見直し　（診療放射線技師法、臨床検査技師等に関する法律、臨床工学技士法、救急救命士法）【令和3年10月１日施行】

タスクシフト/シェアを推進し、医師の負担を軽減しつつ、医療関係職種がより専門性を活かせるよう、各職種の業務範囲の拡大等を行う。

２．医師養成課程の見直し　（医師法、歯科医師法）【①は令和7年４月１日／②は令和5年４月１日施行等】 ※歯科医師も同様の措置

①共用試験合格を医師国家試験の受験資格要件とし、②同試験に合格した医学生が臨床実習として医業を行うことができる旨を明確化。

＜Ⅲ．地域の実情に応じた医療提供体制の確保＞

１．新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項の医療計画への位置付け　（医療法）【令和6年４月１日施行】

医療計画の記載事項に新興感染症等への対応に関する事項を追加する。

２．地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組の支援（地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律）【公布日施行】

令和2年度に創設した「病床機能再編支援事業」を地域医療介護総合確保基金に位置付け、当該事業については国が全額を負担することとするほか、再編を行う医療機関に対する税制優遇措置を講じる。

３．外来医療の機能の明確化・連携　（医療法）【令和4年４月１日施行】

医療機関に対し、医療資源を重点的に活用する外来等について報告を求める外来機能報告制度の創設等を行う。

＜Ⅳ．その他＞

持ち分の定めのない医療法人への移行計画認定制度の延長【公布日施行】

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議
令和３年５月20日　参議院厚生労働委員会②

令和3年6月3日
医療部会資料改

十、医師の労働時間短縮に向けた医療機関内のマネジメント改革を進めるため、医療機関の管理者、中間管理職の医師等に対し、労働法制に関する研修・教育を推進すること。また、医療機関において管理職の地位にある勤務医が、労働基準法上の管理監督者には該当しないにもかかわらず、労働時間規制が適用除外されるものと取り扱われることがないよう周知・啓発を行うこと。

十一、医療機関における医師の時間外労働・休日労働に対する割増賃金の支払状況や、健康確保措置の実施状況などの実態を踏まえ、医療機関が労働法制を遵守しつつ、医師、看護師等の医療従事者を確保できるよう、診療報酬における対応も含め、医療機関への財政支援措置を講ずること。

十二、診療以外の研究、教育においても重要な役割を担う大学病院において労働時間短縮の取組を着実に進めるため、大学病院における医師の働き方の諸課題について文部科学省と厚生労働省が連携して速やかに検討を開始するとともに、その検討結果に基づいて財政上の措置を含めた必要な支援を行うこと。

十三、在宅医療や看取りなど地域包括ケアを進める上で重要な役割を担う診療所の医師の働き方改革についても検討を加え、その結果に基づいて必要な支援を行うこと。

十四、医学部教育と臨床研修を切れ目なくつなぐ観点から、医学部における共用試験の公的化を踏まえ、診療参加型臨床実習に即した技能習得状況を確認するための試験の公的化を含め、医師国家試験の在り方を速やかに検討すること。

十五、医療機関における育児休業制度の規定状況、利用状況等について調査を実施し、臨床研修以降の研さん期間中の医師が育児休業を取得しやすくなるような方策の検討を含め、出産・育児期の女性医師を始めとする子育て世代の医療従事者が、仕事と出産・子育てを両立できる働きやすい環境を整備するとともに、就業の継続や復職に向けた支援策等の充実を図ること。

十六、外来機能の明確化･連携に当たっては、診療科ごとの外来医療の分析、紹介・逆紹介の状況の分析等をできる限り行うとともに、紹介を基本とする医療機関からの逆紹介の促進を図ること。また、かかりつけ医機能を発揮している事例等を調査･研究し、その好事例の横展開を図るとともに、国民･患者がかかりつけ医機能を担う医療機関等を探しやすくするための医療情報の提供内容等の在り方について検討すること。

十七、地域医療構想については、各地域において、新型コロナウイルス感染症の感染拡大により生じた医療提供体制に係る課題を十分に踏まえ、地域包括ケアの観点も含めた地域における病床の機能の分化及び連携の推進の在り方について検討し、その結果を踏まえつつ、必要な取組を進めること。また、検討に当たっては、地域の様々な設置主体の医療機関の参画を促すこと。

十八、新型コロナウイルス感染症の感染拡大により生じた医療提供体制に係る課題を十分に踏まえ、地域の医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携、医師の地域間及び診療科間の偏在の是正等に係る調整の在り方その他地域における良質かつ適切な医療を提供する体制の確保に関し必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずること。

十九、都道府県における適切な医療提供体制の確保を図る観点から、第八次医療計画における五疾病・六事業については、ロジックモデル等のツールを活用した実効性ある施策の策定など、医療提供体制の政策立案から評価、見直しに至るＰＤＣＡサイクルの実効性の確保に努めること。

二十、新型コロナウイルス感染症患者の受入れ等に伴い医療機関が厳しい経営状況に置かれていることに鑑み、医療機関の経営状況について速やかに把握し、その状況等を踏まえ、医療機関に対し財政上の支援等必要な措置を講ずること。また、国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある感染症がまん延した場合等において医療提供体制の確保を図るため、医療機関及び医療関係者に対する支援その他の必要な措置の在り方を検討すること。

二十一、将来に向けて、質の高い地域医療提供体制を守るため、医師の働き方改革や医師の偏在対策、地域医療構想、外来医療の機能の明確化・連携などを丁寧かつ着実に進めることが重要であり、それらを医療機関に寄り添って進める都道府県の業務体制の強化を推進すること。

右決議する。

外来医療計画

第９回第８次医療計画等に関する検討会
令和４年６月１５日
資料１

概要

- 外来医療計画とは、医療法（昭和23 年法律第205 号）第30 条の４第２項第10 号の規定に基づく、**医療計画における「外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項」を定めたもの**である。
- 都道府県は、二次医療圏その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域（以下「対象区域」という。）ごとに、**協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ協議を行い、その結果を取りまとめ公表**。
- 令和元年度中に各都道府県において外来医療計画を策定し、令和２年度から取組を進めている。令和６年度以降は３年毎に外来医療計画を見直すこととしている。

外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項　（法第30条の18の４）

① 外来医師偏在指標を踏まえた外来医療に係る医療提供体制の状況

診療所の医師の多寡を外来医師偏在指標として可視化。外来医師偏在指標や医療機関のマッピングに関する情報等、開業に当たって参考となるデータを公表し、新規開業希望者等に情報提供。

② 外来機能報告を踏まえた「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」（紹介受診重点医療機関）*

③ 外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進

病床機能報告対象医療機関等が都道府県に外来医療の実施状況を報告（外来機能報告）し、「地域の協議の場」において、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議。「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関（紹介受診重点医療機関）を明確化。

④ 複数の医師が連携して行う診療の推進

⑤ 医療提供施設の建物の全部又は一部、設備、器械及び器具の効率的な活用

地域ごとの医療機器の配置状況を可視化し、共同利用を推進。

⑥ その他外来医療に係る医療提供体制を確保するために必要な事項

＊令和４年４月施行

外来医療の協議の場　（外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン）

（区　域） 二次医療圏その他当該都道府県の知事が適当と認める区域

（構成員） 診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者

（その他） 地域医療構想調整会議を活用することが可能

外来機能報告

医療法第30条の18の２及び第30条の18の３の規定に基づき、**地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進のため**、医療機関の管理者が**外来医療の実施状況等を都道府県知事に報告をするもの**。令和３年５月に「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」（令和３年法律第49 号）が成立・公布され、医療法に新たに規定された（令和４年４月１日施行）。

参考：医療法（一部抜粋）

第30条の18の２　病床機能報告対象病院等であつて外来医療を提供するもの（以下この条において「外来機能報告対象病院等」という。）の管理者は、地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進のため、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる事項を当該外来機能報告対象病院等の所在地の都道府県知事に報告しなければならない。

第30条の18の３　患者を入院させるための施設を有しない診療所（以下この条において「無床診療所」という。）の管理者は、地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進のため、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる事項を当該無床診療所の所在地の都道府県知事に報告することができる。

目的

- **「紹介受診重点医療機関（医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関）」の明確化**
- **地域の外来機能の明確化・連携の推進**

患者の流れがより円滑になることで、病院の外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師の働き方改革に寄与。

報告項目

（1）医療資源を重点的に活用する外来の実施状況

（2）紹介受診重点医療機関となる意向の有無

（3）地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項

紹介・逆紹介の状況、外来における人材の配置状況、外来・在宅医療・地域連携の実施状況（生活習慣病管理料や在宅時医学総合管理料等の算定件数）　等

「地域の協議の場」での議論に活用。令和４年度については、外来機能報告等の施行初年度であるため、紹介受診重点医療機関の明確化に資する協議を中心に行う。

対象医療機関

義務：　病院・有床診療所
任意：　無床診療所

報告頻度

年１回
（10～11月に報告を実施）

医療資源を重点的に活用する外来（重点外来）

- **医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来**
  例）悪性腫瘍手術の前後の外来
- **高額等の医療機器・設備を必要とする外来**
  例）外来化学療法、外来放射線治療
- **特定の領域に特化した機能を有する外来**
  例）紹介患者に対する外来

紹介受診重点医療機関の基準

上記の外来の件数の占める割合が
- 初診の外来件数の40%以上
  かつ
- 再診の外来件数の25%以上

意向はあるが基準を満たさない場合

参考にする紹介率・逆紹介率の水準

- 紹介率50%以上
  かつ
- 逆紹介率40%以上

紹介受診重点医療機関として取りまとめ

外来医療の機能の明確化・連携

１．外来医療の課題

○　患者の医療機関の選択に当たり、外来機能の情報が十分得られず、また、患者にいわゆる大病院志向がある中、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題が生じている。

○　人口減少や高齢化、外来医療の高度化等が進む中、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化･連携を進めていく必要。

２．改革の方向性

○　地域の医療機関の外来機能の明確化･連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、

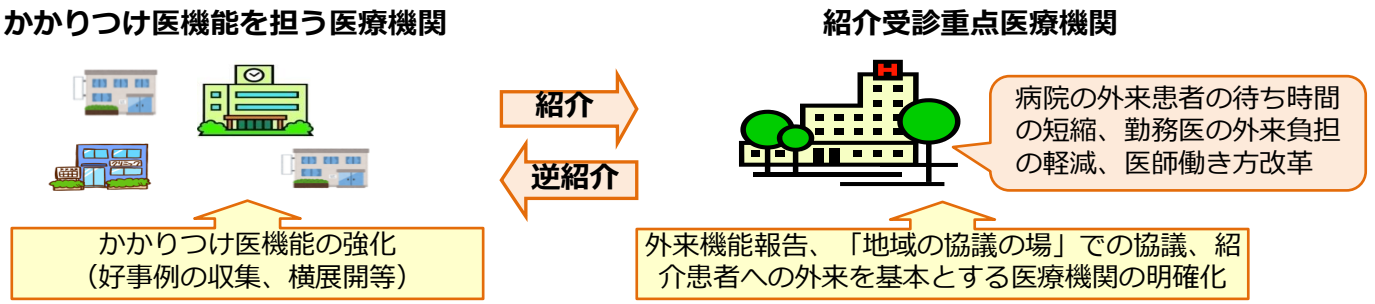
①　医療機関が都道府県に外来医療の実施状況を報告（外来機能報告）する。

②　①の外来機能報告を踏まえ、「地域の協議の場」において、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議を行う。

→　①・②において、協議促進や患者の分かりやすさの観点から、「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関（紹介受診重点医療機関）を明確化

・　医療機関が外来機能報告の中で報告し、国の示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することにより決定

➡ 患者の流れがより円滑になることで、病院の外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革に寄与



〈「医療資源を重点的に活用する外来」〉
○医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来　（悪性腫瘍手術の前後の外来　など）
○高額等の医療機器・設備を必要とする外来　（外来化学療法、外来放射線治療　など）
○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　など）

紹介受診重点医療機関について

第19回第8次医療計画等に関する検討会
令和4年11月24日
資料2

○ 外来機能の明確化・連携を強化し、患者の流れの円滑化を図るため、医療資源を重点的に活用する外来（以下「紹介受診重点外来」※1という。）の機能に着目して、以下のとおり紹介患者への外来を基本とする医療機関（紹介受診重点医療機関※2）を明確化する。

①外来機能報告制度を創設し、医療機関が都道府県に対して外来医療の実施状況や紹介受診重点医療機関となる意向の有無等を報告し、

②「地域の協議の場」において、報告を踏まえ、協議を行い、協議が整った医療機関を都道府県が公表する。

※1 令和四年三月三十一日厚生労働省告示第百十二号による。
※2 紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上の病院に限る。）は、紹介状がない患者等の外来受診時の定額負担の対象となる。

【外来機能報告】

○紹介受診重点外来等の実施状況
- 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
- 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

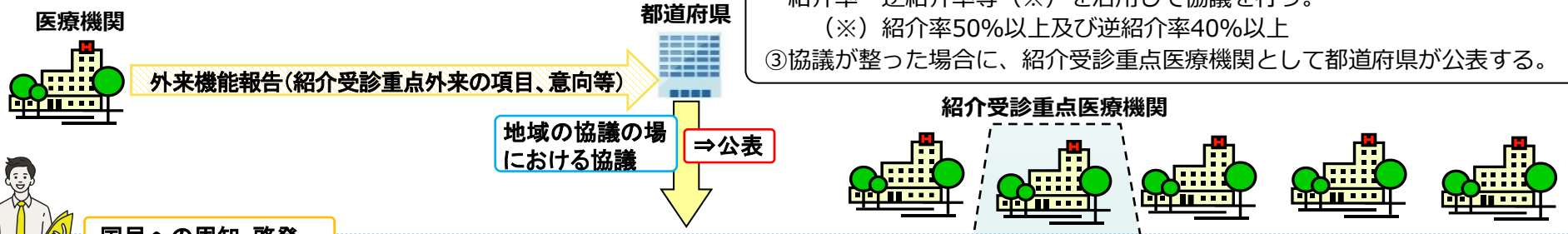
○紹介・逆紹介の状況
○紹介受診重点医療機関となる意向の有無
○その他、地域の協議の場における外来機能の明確化・連携の推進のための必要な事項

【地域の協議の場】

①紹介受診重点外来に関する基準（※）を満たした医療機関については、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を確認し、紹介率・逆紹介率等も参考にしつつ協議を行う。
（※）初診に占める紹介受診重点外来の割合40%以上　かつ
再診に占める紹介受診重点外来の割合25%以上

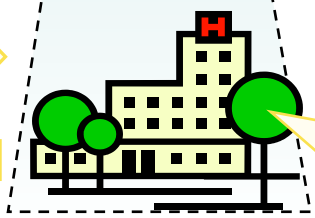
②紹介受診重点外来に関する基準を満たさない医療機関であって、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を有する医療機関については、紹介率・逆紹介率等（※）を活用して協議を行う。
（※）紹介率50%以上及び逆紹介率40%以上

③協議が整った場合に、紹介受診重点医療機関として都道府県が公表する。



国民への周知・啓発

- 患者がまずは地域の「かかりつけ医機能を担う医療機関」を受診し、必要に応じて紹介を受けて紹介受診重点医療機関を受診する。
- 状態が落ち着いたら逆紹介を受けて地域に戻る受診の流れを明確化。



・病院の外来患者の待ち時間の短縮
・勤務医の外来負担の軽減
等の効果を見込む

Ⅲ　各分野における改革の方向性　３．医療・介護制度の改革　（２）取り組むべき課題　②医療提供体制

◆　かかりつけ医機能が発揮される制度整備

今後の高齢者人口の更なる増加と人口減少を見据え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備は不可欠であり、その早急な実現に向けて、以下に整理した基本的な考え方のもとで、必要な措置を講ずるべきである。その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要がある。

また、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進めるにあたっては、医療従事者、特に医師の育成やキャリアパスの在り方について、大規模病院の果たす役割も含めて検討すべきである。さらに、必要なときに迅速に必要な医療を受けられるフリーアクセスの考え方のもとで、地域包括ケアの中で、地域のそれぞれの医療機関が地域の実情に応じて、その機能や専門性に応じて連携しつつ、かかりつけ医機能を発揮するよう促すべきである。

- ✓ かかりつけ医機能の定義については、現行の医療法施行規則 に規定されている「身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う機能」をベースに検討すべきである。
- ✓ こうした機能の一つとして、日常的に高い頻度で発生する疾患・症状について幅広く対応し、オンライン資格確認 も活用して患者の情報を一元的に把握し、日常的な医学管理や健康管理の相談を総合的・継続的に行うことが考えられる。そのほか、例えば、休日・夜間の対応、他の医療機関への紹介・逆紹介、在宅医療、介護施設との連携などが考えられる。
- ✓ このため、医療機関が担うかかりつけ医機能の内容の強化・向上を図ることが重要と考えられる。また、これらの機能について、複数の医療機関が緊密に連携して実施することや、その際、地域医療連携推進法人の活用も考えられる。
- ✓ かかりつけ医機能の活用については、医療機関、患者それぞれの手挙げ方式、すなわち、患者がかかりつけ医機能を担う医療機関を選択できる方式とすることが考えられる。そのため、医療機能情報提供制度を拡充することで、医療機関は自らのかかりつけ医機能に関する情報について住民に分かりやすく提供するとともに、医療機関が自ら有するかかりつけ医機能を都道府県に報告する制度を創設することで、都道府県が上記の機能の充足状況を把握できるようにすることが考えられる。また、医師により継続的な管理が必要と判断される患者に対して、医療機関がかかりつけ医機能として提供する医療の内容を書面交付などにより説明することが重要である。
- ✓ 特に高齢者については、幅広い診療・相談に加え、在宅医療、介護との連携に対するニーズが高いことを踏まえ、これらのかかりつけ医機能をあわせもつ医療機関を都道府県が確認・公表できるようにすることが重要である。同時に、かかりつけ医機能を持つ医療機関を患者が的確に認識できるような仕組みを整備すべきである。
- ✓ 地域全体で必要な医療が必要なときに提供できる体制が構築できるよう、都道府県が把握した情報に基づいて、地域の関係者が、その地域のかかりつけ医機能に対する改善点を協議する仕組みを導入すべきである。

これらの枠組みが導入された後、国民一人ひとりのニーズを満たすかかりつけ医機能が実現するまでには、各医療機関、各地域の取組が必要であり、今回の制度整備はそれに向けた第一歩と捉えるべきである。

「かかりつけ医」と「かかりつけ医機能」

日本医師会・四病院団体協議会合同提言（平成25年８月８日）より抜粋

「かかりつけ医」とは（定義）

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、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能力を有する医師。

「かかりつけ医機能」

- かかりつけ医は、日常行う診療においては、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、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。
- 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。

慢性疾患におけるかかりつけ医の役割の例

○　例えば、慢性心不全や慢性腎臓病等の慢性疾患の診療については、かかりつけ医における、日常的な医学管理と重症化予防、専門医療機関や介護等との連携、在宅医療の提供等を含む、継続的かつ全人的な医療の提供が求められている。

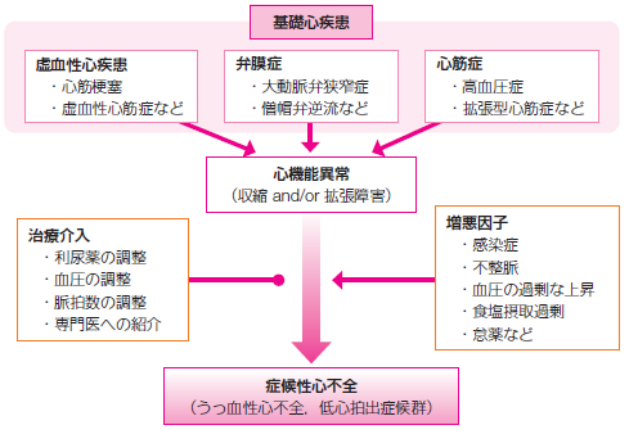
（例）

慢性心不全

- 日本における死因については、心疾患による死亡は悪性新生物（癌）に次ぎ２番目に多く、そのなかでも心不全による死亡は最も多い。
- 心不全は心収縮力に関わらず、経時的に進行しかつ入院を繰り返しやすい慢性疾患であり、症候性心不全の予防や、再発・重症化予防が必要な疾患である。
- 日常診療においては、生活習慣病を含む基礎疾患に対する治療を継続しながら、生活指導と薬物療法による継続的な加療が求められている。

慢性腎臓病（ＣＫＤ）

- 日本人のＣＫＤ患者数は約1,330万人と推計され、また、慢性透析患者数は令和元年末で34万人を超えている。
- ＣＫＤは進行すると末期腎不全に至り透析療法等が必要となる他、心血管疾患や死亡リスクを上昇させることから、重症化の予防が必要な疾患である。
- ＣＫＤ診療においては、基礎疾患の治療、生活習慣の改善、ステージに応じた食事療法、血圧・血糖・脂質等の管理など、集学的治療が求められる。



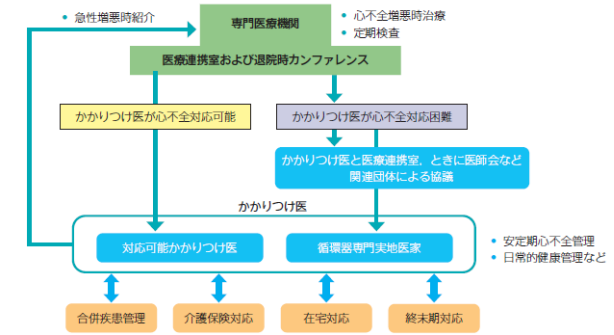


図15　専門急性期医療機関とかかりつけ医の心不全連携フローチャート
急性期病院に入院した心不全患者が退院する場合，本来のかかりつけ医が安定期の心不全治療に対応困難な場合は，退院時カンファレンスや医師会を通じて心不全対応可能な実地医家や在宅医を探してもらい，かかりつけ医の了承のもとで安定期心不全治療を，その医療機関で行ってもらうことも考慮する。

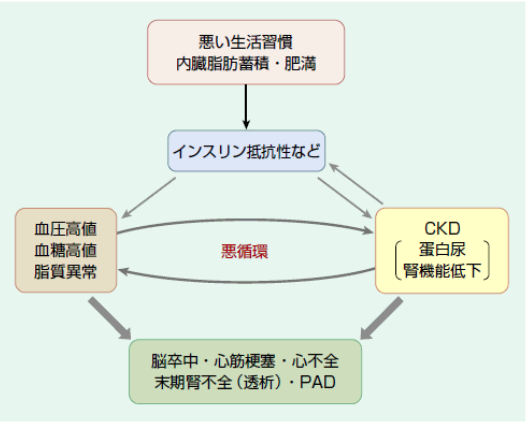


図13　生活習慣と心腎連関の概念
PAD：peripheral artery disease 末梢動脈疾患

参照：「地域のかかりつけ医と多職種のための心不全診療ガイドブック」（厚生労働科学研究費補助金「地域におけるかかりつけ医等を中心とした心不全の診療提供体制構築のための研究」研究班）、「急性・慢性心不全診療ガイドライン（2017年改訂版）」（日本循環器学会／日本心不全学会合同ガイドライン）、「CKD診療ガイド2012」（日本腎臓学会）、「CKD診療ガイドライン2018」（日本腎臓学会）、「わが国の慢性透析療法の現況（2019年12月31日現在）」（日本透析医学会）

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和５年法律第31号）の概要

改正の趣旨

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するため、出産育児一時金に係る後期高齢者医療制度からの支援金の導入、後期高齢者医療制度における後期高齢者負担率の見直し、前期財政調整制度における報酬調整の導入、医療費適正化計画の実効性の確保のための見直し、かかりつけ医機能が発揮される制度整備、介護保険者による介護情報の収集・提供等に係る事業の創設等の措置を講ずる。

改正の概要

１．こども・子育て支援の拡充【健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等】

① 出産育児一時金の支給額を引き上げる（※）とともに、支給費用の一部を現役世代だけでなく後期高齢者医療制度も支援する仕組みとする。
（※）42万円→50万円に令和５年４月から引き上げ（政令）、出産費用の見える化を行う。
② 産前産後期間における国民健康保険料（税）を免除し、その免除相当額を国・都道府県・市町村で負担することとする。

２．高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し【健保法、高確法】

① 後期高齢者の医療給付費を後期高齢者と現役世代で公平に支え合うため、後期高齢者負担率の設定方法について、「後期高齢者一人当たりの保険料」と「現役世代一人当たりの後期高齢者支援金」の伸び率が同じとなるよう見直す。
② 前期高齢者の医療給付費を保険者間で調整する仕組みにおいて、被用者保険者においては報酬水準に応じて調整する仕組みの導入等を行う。
健保連が行う財政が厳しい健保組合への交付金事業に対する財政支援の導入、被用者保険者の後期高齢者支援金等の負担が大きくなる場合の財政支援の拡充を行う。

３．医療保険制度の基盤強化等【健保法、船保法、国保法、高確法等】

① 都道府県医療費適正化計画について、計画に記載すべき事項を充実させるとともに、都道府県ごとに保険者協議会を必置として計画の策定・評価に関与する仕組みを導入する。また、医療費適正化に向けた都道府県の役割及び責務の明確化等を行う。計画の目標設定に際しては、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせた提供や、かかりつけ医機能の確保の重要性に留意することとする。
② 都道府県が策定する国民健康保険運営方針の運営期間を法定化（６年）し、医療費適正化や国保事務の標準化・広域化の推進に関する事項等を必須記載とする。
③ 経過措置として存続する退職被保険者の医療給付費等を被用者保険者間で調整する仕組みについて、対象者の減少や保険者等の負担を踏まえて廃止する。

４．医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化【地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律、医療法、介護保険法、高確法等】

① かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映する。
② 医療・介護サービスの質の向上を図るため、医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置付ける。
③ 医療法人や介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で当該情報に係るデータベースを整備する。
④ 地域医療連携推進法人制度について一定の要件のもと個人立の病院等や介護事業所等が参加できる仕組みを導入する。
⑤ 出資持分の定めのある医療法人が出資持分の定めのない医療法人に移行する際の計画の認定制度について、期限の延長(令和５年９月末→令和８年12月末)等を行う。

等

施行期日

令和６年４月１日（ただし、３①の一部及び４⑤は公布日、４③の一部は令和５年８月１日、１②は令和６年１月１日、 ３①の一部及び４①は令和７年４月１日、４③の一部は公布後３年以内に政令で定める日、４②は公布後４年以内に政令で定める日）

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律に係る附帯決議【参議院】①

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案に対する付帯決議

附帯決議

令和五年五月十一日
参議院厚生労働委員会

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

一、後期高齢者支援金及び前期高齢者納付金の増大等により、財政運営が極めて困難な健康保険組合が急増していること等を踏まえ、特に財政状況が厳しい健康保険組合に対する継続的な財政支援を行うこと。

二、前期財政調整における報酬調整については、保険者機能への配慮や保険者間の公平性の観点を踏まえ、過重な財政調整とならないようにすること。

三、後期高齢者医療制度については、現役並み所得の後期高齢者に係る医療費給付について公費負担が行われておらず、現役世代に対する過重な負担となっていること等を踏まえ、後期高齢者医療制度における財源の在り方について検討を行うこと。

四、都道府県に必置とされる保険者協議会について、保険者だけでなく、医療関係者が構成員として参画することを積極的に促すとともに、複合的なニーズを有する高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供など、実効性のある医療費適正化の取組を進めること。また、レセプト分析を通じた医療費適正化のエビデンスの収集等に関して、保険者協議会と社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会の連携を進めること。

五、住民の健康増進等を通じた医療費の更なる適正化の推進を図る観点から、第四期医療費適正化計画の策定や計画期間中の改訂に当たっては、ロジックモデル等のツールの活用を促すことなどを検討し、ＰＤＣＡサイクルに基づく計画の立案、評価及び見直しなど、実効的な計画の策定等が行われるよう努めること。

六、予防・健康づくりについて、健康や生活の質の向上に与える効果に関するエビデンスを収集し、将来的な健康寿命の延伸や医療費の削減効果が見込まれる取組が積極的に実施されるよう環境を整備すること。

七、新たに刷新・創設される医療機能情報提供制度及びかかりつけ医機能報告制度について、医療機関に報告を求める項目等の詳細が厚生労働省令に委任され、本法の審査過程において当該厚生労働省令の具体的内容が明らかとならず、その詳細が本法成立後の有識者等による検討に委ねられたこと等を踏まえ、当該有識者等による検討結果や検討過程における議論の内容について、本法施行に先立ち、明らかにすること。また、当該有識者等による検討の場やその構成員について、決定次第、明らかにすること。

八、本法のかかりつけ医機能に関する制度改正については、同機能が発揮される第一歩と位置付け、全ての国民・患者がそのニーズに応じて同機能を有する医療機関を選択して利用できるよう、速やかに検討し、制度整備を進めること。また、同機能を有する医療機関に勤務しようとする者への教育及び研修の充実に加え、処遇改善やキャリアパスの構築支援等、これらの者が増加するような取組を推進すること。

九、かかりつけ医機能報告の対象となる慢性の疾患を有する高齢者その他の継続的な医療を要する者については、障害児・者、医療的ケア児、難病患者を含めるなど適切に定め、将来は、継続的な医療を要しない者を含め、かかりつけ医機能報告の対象について検討すること。

地域完結型の医療・介護提供体制の構築

在宅を中心に入退院を繰り返し、最後は看取りを要する高齢者を支えるため、かかりつけ医機能が発揮される制度整備・各種計画との連携・情報基盤の整備により、かかりつけ医機能を有する医療機関を中心とした患者に身近な地域における医療・介護の水平的連携を進め、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築する。そのために、関係法律を一体的に改正する。

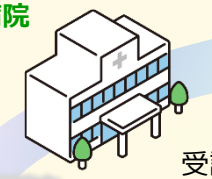
医…医療法　介…介護保険法　保…医療保険法（高確法、健保法　国保法等）　総…医療介護総合確保法

（高度）急性期の強化・集約化
高度な手術が必要な患者、重症の救急患者等の確実な受入れ

特定機能病院、地域医療支援病院
紹介受診重点医療機関

紹介/逆紹介

病院



訪問診療
受診・相談・入院

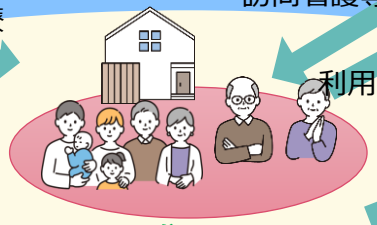
訪問看護等
利用・相談

訪問看護事業所、薬局

介護施設・事業所

介護サービス
利用・相談

地域包括
支援センター



住民

身近な地域における
日常的な医療の提供を
行う機能

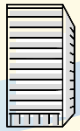
かかりつけ医機能を
有する医療機関

報告・確保

訪問診療
受診・相談

診療所

保健事業



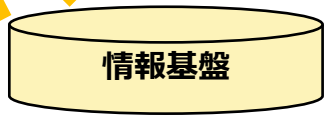
保険者

市町村

身近な地域における医療・介護の連携体制

一体的に整備

閲覧・提供



情報基盤

かかりつけ医機能が発揮される制度整備

医

❶ 国民・患者への情報提供の充実・強化
（医療機能情報提供制度の刷新）

❷ かかりつけ医機能を報告し、
地域でのかかりつけ医機能の確保のための
具体的方策の検討・公表

取組状況
考慮・留意
協議結果

計画に基づく連携した取組

- 総 医療介護総合確保計画
- 医 医療計画
- 介 介護保険事業計画
- 保 医療費適正化計画

医療・介護情報基盤整備

医療機関と介護事業者の間で利用者の医療・介護情報を共有 保 介

かかりつけ医機能が発揮される制度整備

趣旨

- かかりつけ医機能については、これまで医療機能情報提供制度における国民・患者への情報提供や診療報酬における評価を中心に取り組まれてきた。一方で、医療計画等の医療提供体制に関する取組はこれまで行われていない。
- 今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくためには、これまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める必要がある。
- その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要があることから、
  - 国民・患者が、そのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるための情報提供を強化し、
  - 地域の実情に応じて、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化することで、地域において必要なかかりつけ医機能を確保するための制度整備を行う。

概要

（１）医療機能情報提供制度の刷新（令和６年４月施行）

- かかりつけ医機能（「 身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と定義）を十分に理解した上で、自ら適切に医療機関を選択できるよう、医療機能情報提供制度による国民・患者への情報提供の充実・強化を図る。

（２）かかりつけ医機能報告の創設（令和７年４月施行）

- 慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能（①日常的な診療の総合的・継続的実施、②在宅医療の提供、③介護サービス等との連携など）について、各医療機関から都道府県知事に報告を求めることとする。
- 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表する。
- 都道府県知事は、外来医療に関する地域の関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表する。

（３）患者に対する説明（令和７年４月施行）

- 都道府県知事による（２）の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的方法又は書面交付により説明するよう努める。

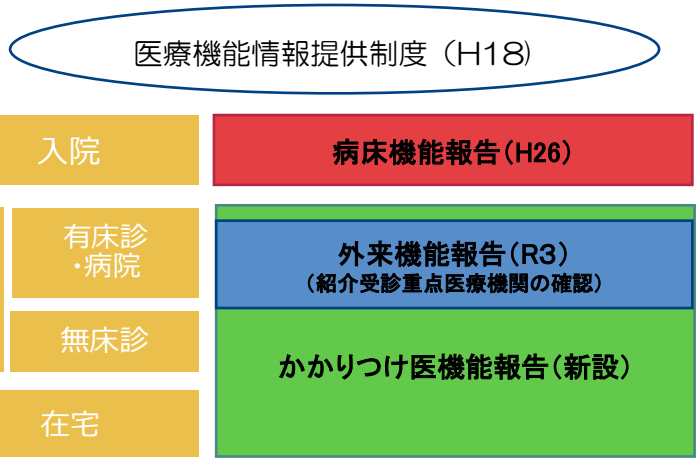
かかりつけ医機能が発揮される制度整備の骨格

○ 国民・患者はそのニーズに応じて医療機能情報提供制度等を活用して、かかりつけ医機能を有する医療機関を選択して利用。
○ 医療機関は地域のニーズや他の医療機関との役割分担・連携を踏まえつつ、かかりつけ医機能の内容を強化。

国民・患者の医療ニーズ

- ◆ 日常的によくある疾患への幅広い対応
- ◆ 休日・夜間の対応
- ◆ 入院先の医療機関との連携、退院時の受入
- ◆ 在宅医療
- ◆ 介護サービス等との連携　　等

イメージ図



制度整備の内容

医療機能情報提供制度の刷新

- 医療機関は、国民・患者による医療機関の選択に役立つわかりやすい情報及び医療機関間の連携に係る情報を都道府県知事に報告
  ❶情報提供項目の見直し
  ❷全国統一のシステムの導入

かかりつけ医機能報告による機能の確保

- 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告。
- 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表（※）。
- あわせて、外来医療に関する地域の協議の場で「かかりつけ医機能」を確保する具体的方策を検討・公表。

※　医師により継続的な管理が必要と判断される患者に対して、医療機関が提供するかかりつけ医機能の内容を説明するよう努めることとする。

経済財政運営と改革の基本方針2023（令和５年６月16日閣議決定）（抜粋）

第４章　中長期の経済財政運営

２．持続可能な社会保障制度の構築

（社会保障分野における経済・財政一体改革の強化・推進）

医療・介護サービスの提供体制については、今後の高齢者人口の更なる増加と人口減少に対応し、限りある資源を有効に活用しながら質の高い医療介護サービスを必要に応じて受けることのできる体制を確保する観点から、医療の機能分化と連携の更なる推進、医療・介護人材の確保・育成、働き方改革、医療・介護ニーズの変化やデジタル技術の著しい進展に対応した改革を早期に進める必要がある。

このため、１人当たり医療費の地域差半減に向けて、都道府県が地域の実情に応じて地域差がある医療への対応などの医療費適正化に取り組み、引き続き都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置を含め地域医療構想を推進するとともに、都道府県のガバナンス強化、かかりつけ医機能が発揮される制度整備の実効性を伴う着実な推進、地域医療連携推進法人制度の有効活用、地域で安全に分娩できる周産期医療の確保、ドクターヘリの推進、救急医療体制の確保、訪問看護の推進、医療法人等の経営情報に関する全国的なデータベースの構築を図る。実効性のある医師偏在対策、医療専門職のタスク・シフト/シェア、薬局薬剤師の対人業務の充実、対物業務の効率化、地域における他職種の連携等を推進する。その中で、医師が不足する地域への大学病院からの医師の派遣の継続を推進する。また、関係者・関係機関の更なる対応により、リフィル処方の活用を進める。

※下線は事務局が追加

外来に係る同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見

（テーマ１：地域包括ケアのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携）

○　情報提供の仕組みとして、ホームヘルパーから介護支援専門員、主治医へ報告する仕組みはできているが、主治医からも発信できるようにすることで双方向にしていく必要がある。

○　介護支援専門員は利用者の既に様々な情報（例：家族や人間関係、資産状況、本人・家族の希望、趣味、嗜好、生活習慣等）を持っており、その情報に基づき課題を分析し目標を立て、サービスの利用や社会資源の活用も含めマネジメントしている。ここに、医療の情報や医師の意見等を適切に活かすことにより、より合理的なケアマネジメントができる。

○　ケアマネジャーが医療的な知識を持つことは大切だが、それよりも主治医との連携をするほうがさらに重要。主治医意見書において医学的管理の必要性の項目にチェックをしても、ケアプランに反映されていないという意見も多い。特にリハビリテーションの重要性は、もう少し認識を高めていく必要があるのではないか。

（テーマ５：認知症）

○　認知症初期集中支援が機能的に働くためには、患者の生活背景まで知っているかかりつけ医の対応が重要。研修修了者やサポート医は連携し、積極的に地域で役割を果たすべき。

○　医療と介護の情報連携は重要であるが、医療・介護DXの活用については、本人同意の課題もあるため、丁寧な検討をしていくべき。

（テーマ６：人生の最終段階における医療・介護）

○　いずれの場面においても意思決定を支援する取組は重要であり、認知症患者の増加を踏まえると、あらかじめ本人の意思を共有していくことは推進すべき。ただし、急性疾患において性急に意思決定を促すことや、救急隊の現場での負担軽減などを目的として強制的に推進することが起こらないよう、その推進の方法は慎重であるべき。

○　日々の診療や介護の中で、丁寧に本人の意思を確認することが大切であり、その意思は刻々と変わりゆくものであることを踏まえると、リアルタイムにその情報をICT等を用いて医師が医療関係者や介護関係者と共有することが非常に有効。

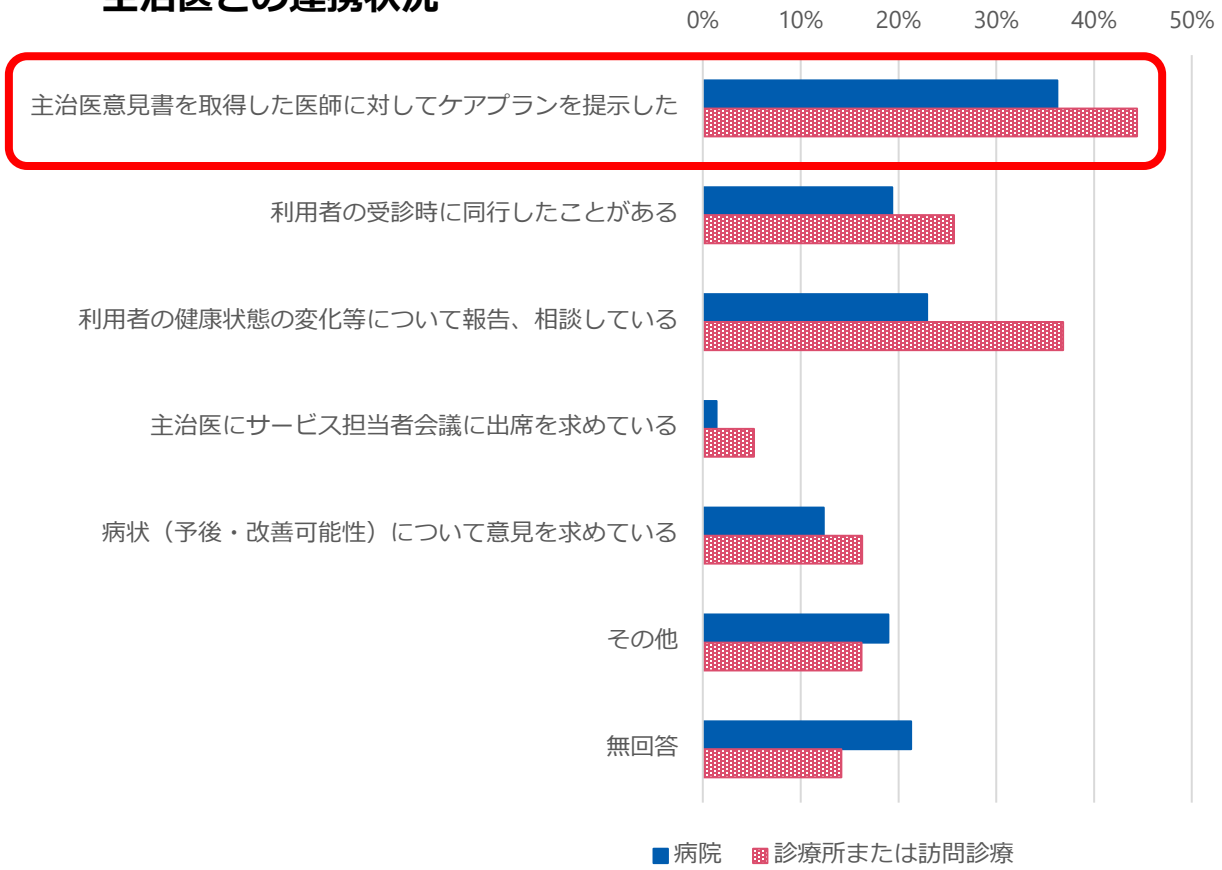
○　患者の意思決定支援は、療養病棟や在宅医療を実施している医療機関だけでなく、全ての医療機関が共通認識の下で取り組む必要があり、より多くの患者に早期から意思決定支援を行うということであれば、診療所等の外来で患者のことを最も理解している「かかりつけ医」が対応することが重要。

出典：中医協総－４（R5.6.14）「令和６年度の同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見【概要版】」より抜粋

主治医と介護支援専門員との連携状況①（H30）

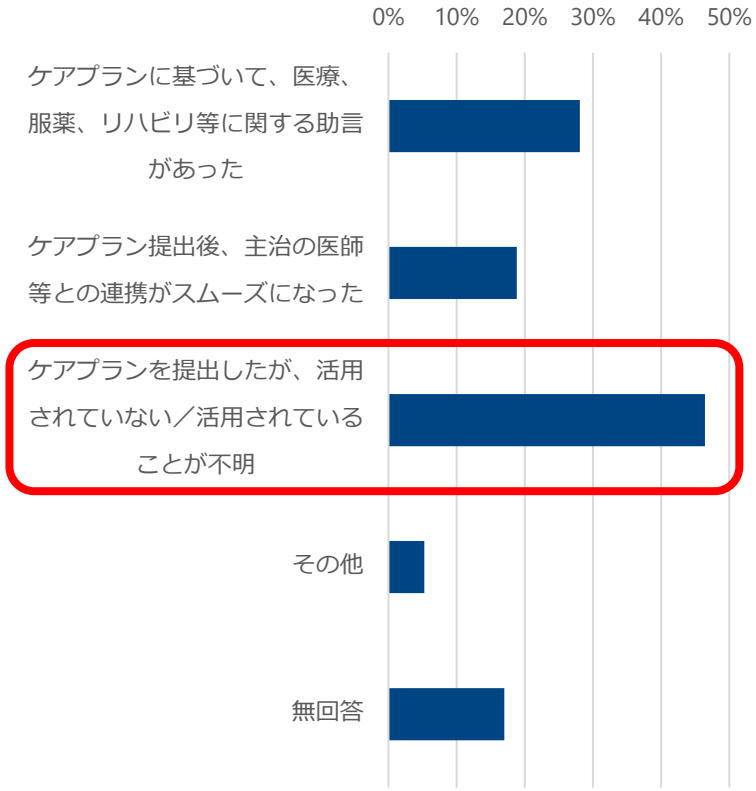
○　介護支援専門員は、約４割の利用者について、主治医意見書を取得した医師に対しケアプランを提示している。
○　一方、４割超の介護支援専門員は、主治医等にケアプランを提出しても、活用されていない／活用されていることが不明と感じている。

■入院・退院・看取りのいずれにも該当しない利用者における主治医との連携状況



n=2,381（利用者調査票）（複数回答可）
※居宅介護支援事業所のみ

■主治医等に意見を求めた後に提出したケアプランによる連携



n=3,489（ケアマネジャー調査票）（複数回答可）
※居宅介護支援事業所のみ

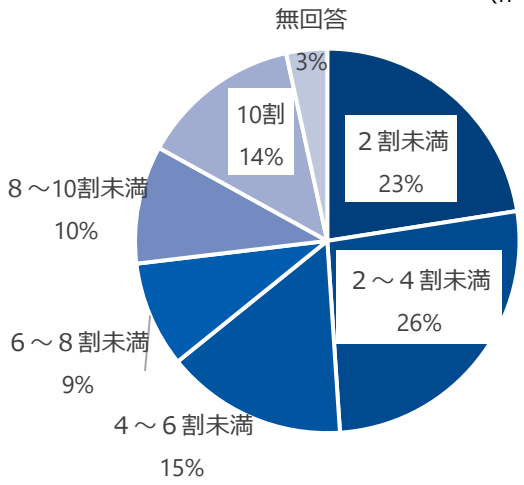
出典：平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成30年度調査）「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業報告書」

主治医と介護支援専門員との連携状況②（R2）

○　介護支援専門員は、４割超のケアプランを主治医へ提出していた。提出したケアプランのうち、５割弱は、主治医に意見を求めていた。主治医に意見を求めたうち、ケアプランについて主治医から助言があった割合は４割弱であった。
○　介護支援専門員から医療機関へのケアプラン交付方法は、手交と郵送が最も多い。

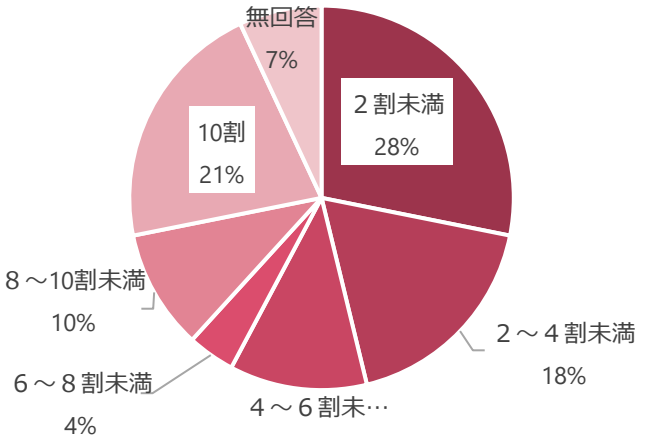
■① 主治医にケアプランを提出している割合

割合の平均：4.48
（n=1,279）



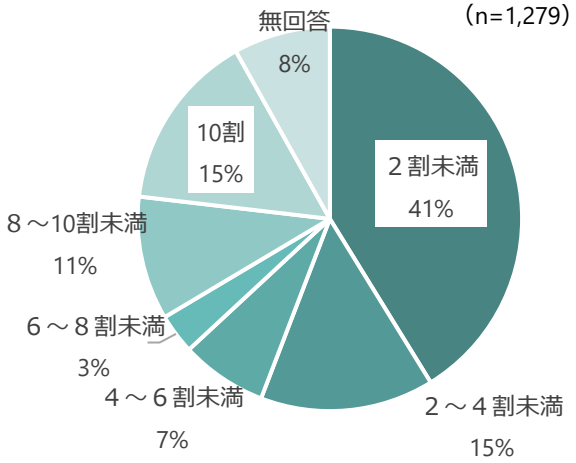
■② ①のうち、主治医に意見を求めている割合

割合の平均：4.76
（n=1,279）

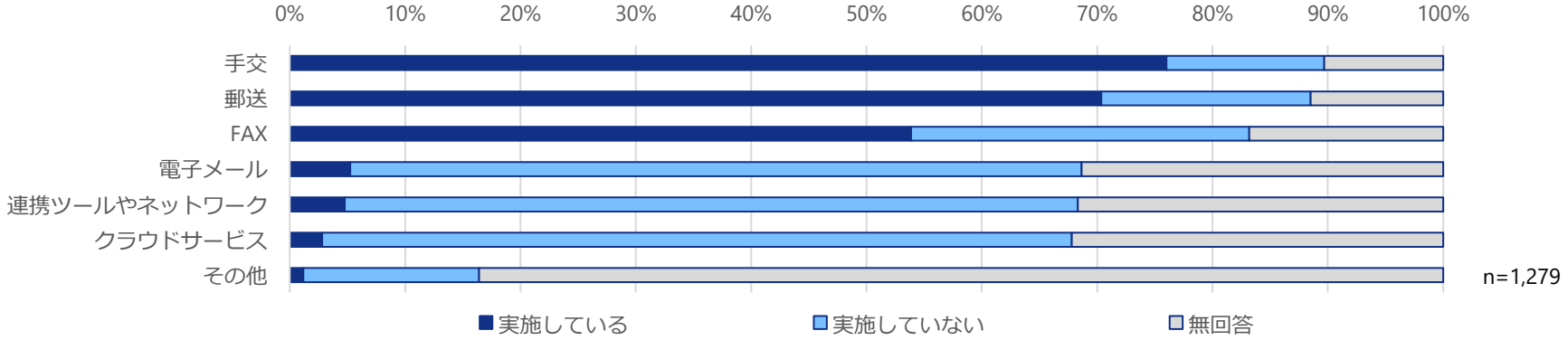


■③ ②のうち、ケアプランについて主治医から助言があった割合

割合の平均：3.85
（n=1,279）



■医療機関へのケアプラン交付方法

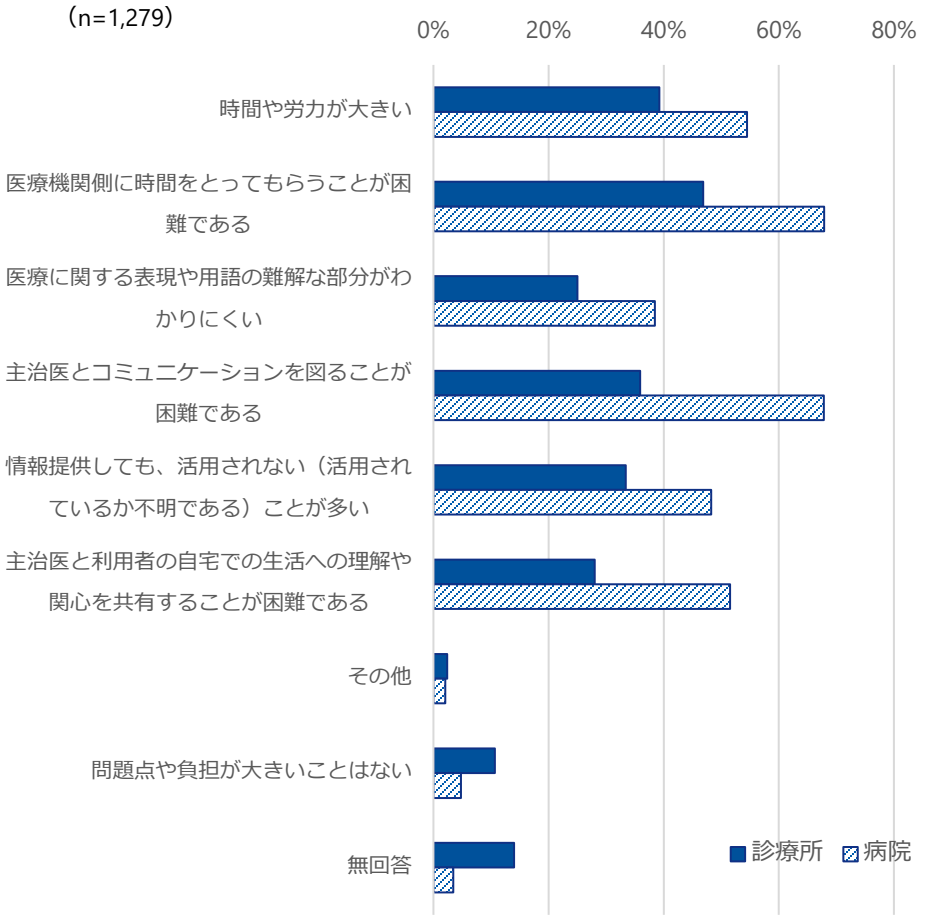


出典：令和2年度老人保健事業推進費等補助金「居宅介護支援における業務負担等に関する調査研究事業報告書」

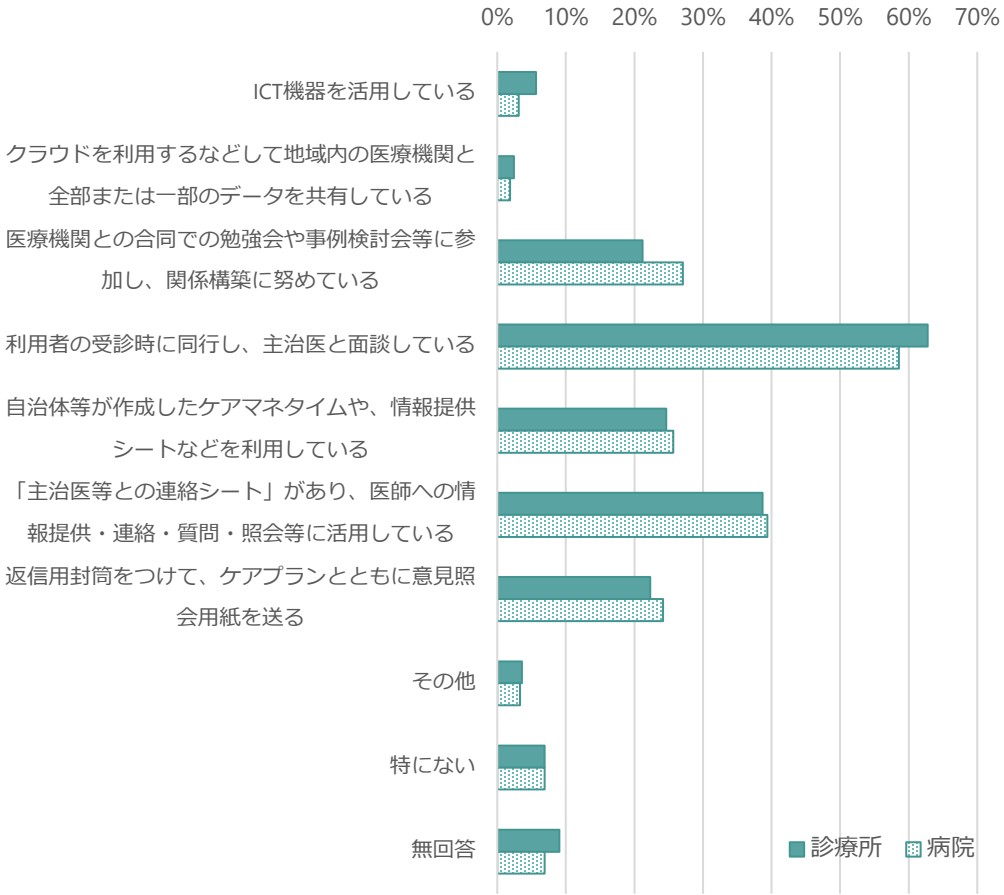
介護支援専門員から見た医療機関との情報共有の問題点や工夫

○　介護支援専門員にとって、医療機関との情報共有における問題点や負担が大きいことは、「医療機関側に時間をとってもらうことが困難」であった。
○　医療機関との情報共有における工夫として最も多いものは、「受診時に同行し主治医と面談」であった。

■ケアマネジメントプロセス全般において医療機関との情報共有における問題点や負担が大きいこと



■医療機関との情報共有における工夫



出典：令和2年度老人保健事業推進費等補助金「居宅介護支援における業務負担等に関する調査研究事業」報告書

１．外来医療をとりまく環境について

２．診療内容と医療費について

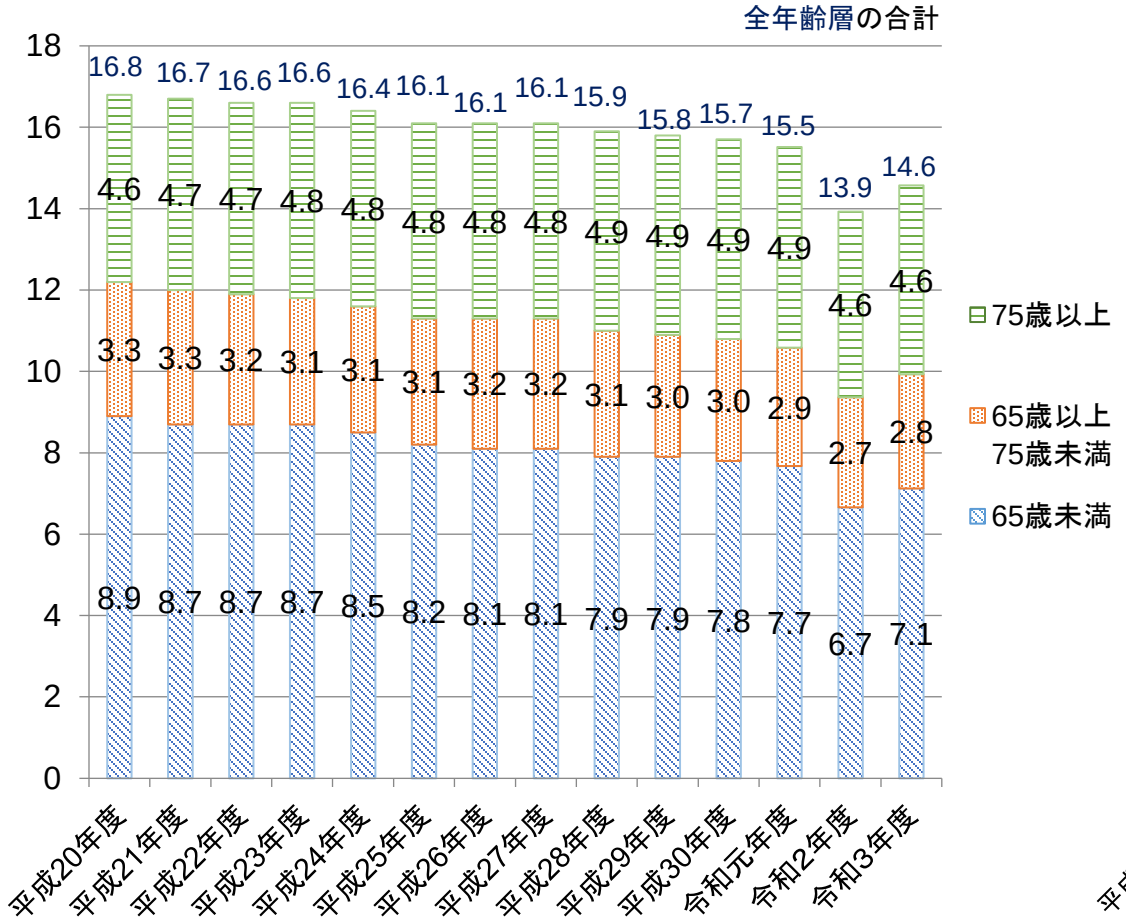
３．外来診療に係る診療報酬上の評価について

入院外受診延日数/年齢階級別の割合の推移

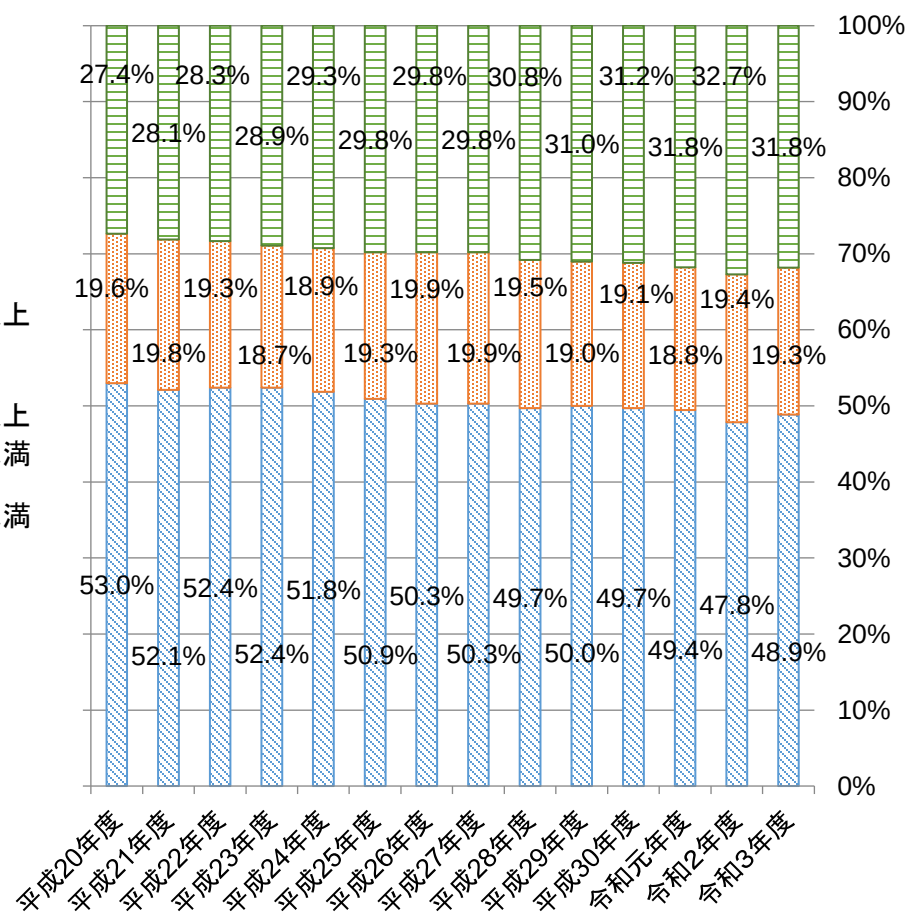
○　入院外受診延日数（※）はやや減少傾向にある。
○　特に、令和2・3年度は顕著に減少している。

入院外受診延日数

（億日）



入院外受診延日数の年齢階級別の割合



※入院外受診延日数は、入院外の診療報酬明細書に記録される診療実日数を積算したものである。
（ただし公費のみの明細書は集計対象に含まない）

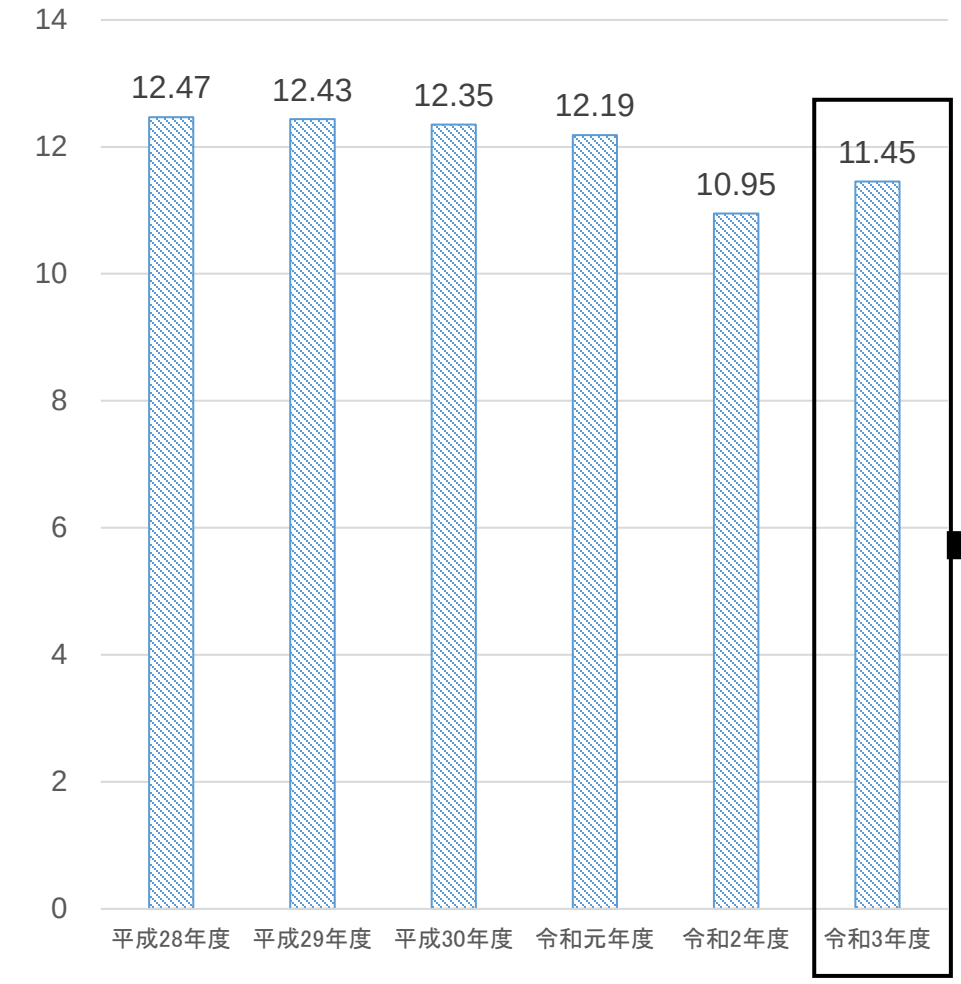
出典：医療保険医療費データベースをもとに医療課で作成

診療所の入院外受診延日数の診療科別内訳

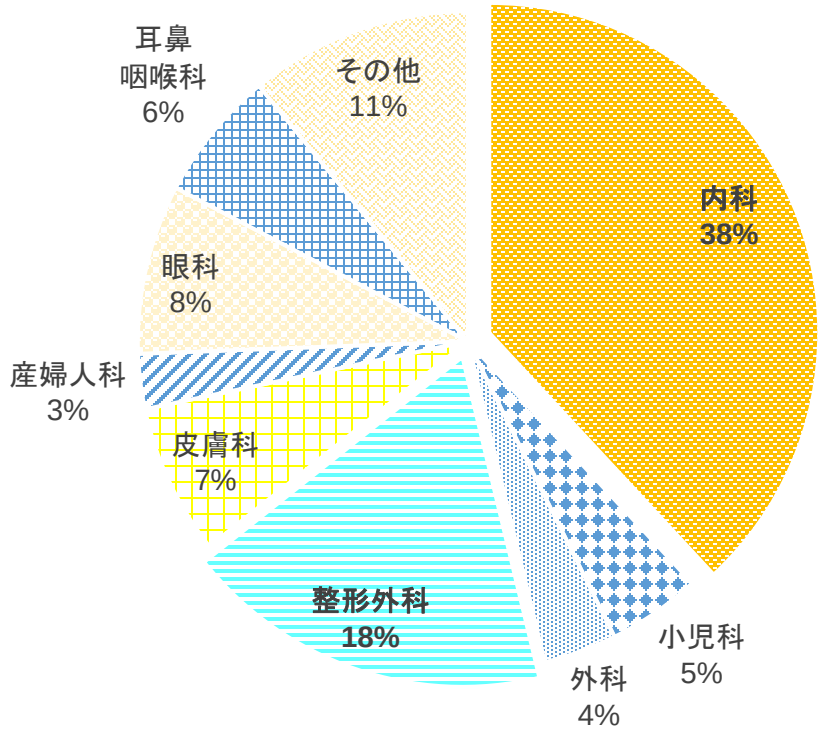
○ 診療所の入院外受診延日数を診療科別に見ると、内科が最も多く、次いで整形外科が多い。

※入院外受診延日数は、入院外の診療報酬明細書に記録される診療実日数を積算したものである。

診療所総数



主たる診療科別（令和3年度）



調査方法
審査支払機関（社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会）より、制度別、医療機関種類別の医療費(点数)、件数、受診延日数、加入者数データの 提供を受け、集計・分析を行う。

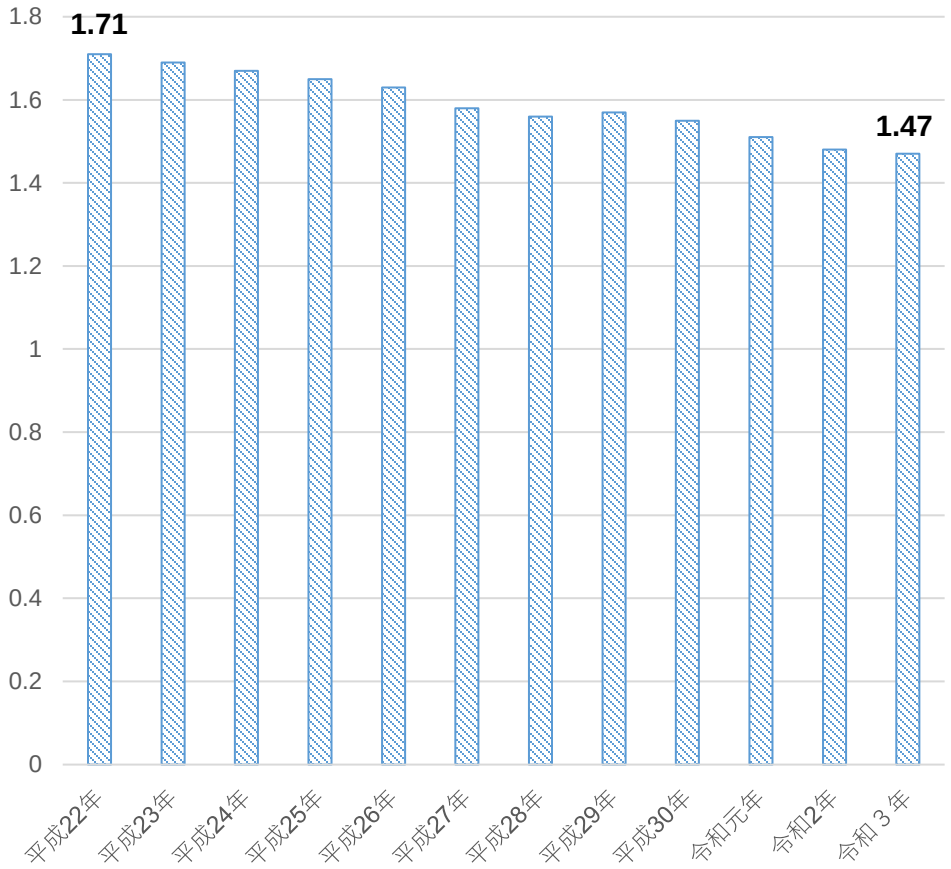
調査対象
審査支払機関において処理された令和3年度の診療報酬明細書、調剤報酬明細書、訪問看護療養費明細書の情報 約 19.5 億件分

出典：令和3年度　医療費の動向－MEDIAS－

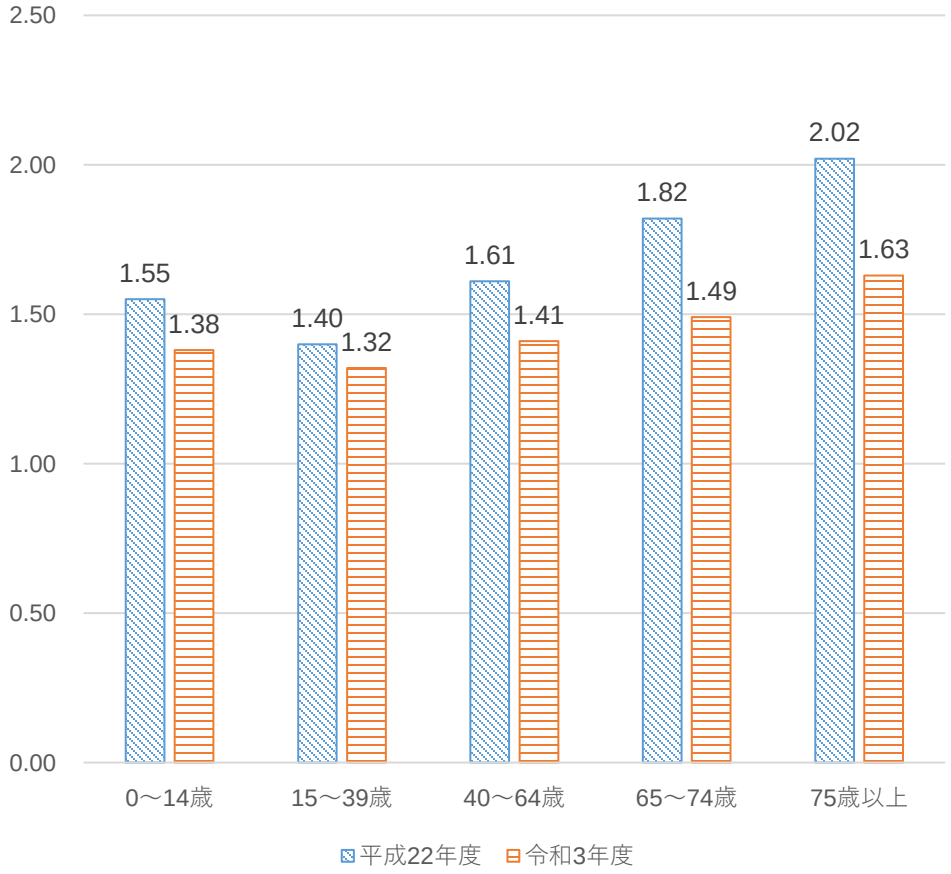
年齢別の入院外一件当たり受診日数／年齢階級別の推移

○ 入院外一件当たり受診日数は近年減少傾向である。
○ 入院外一件当たり受診日数は、平成22年と比較すると、年齢が上がるにつれ減少幅が大きくなる。

入院外一件当たり受診日数



入院外一件当たり受診日数の年齢階級別の推移



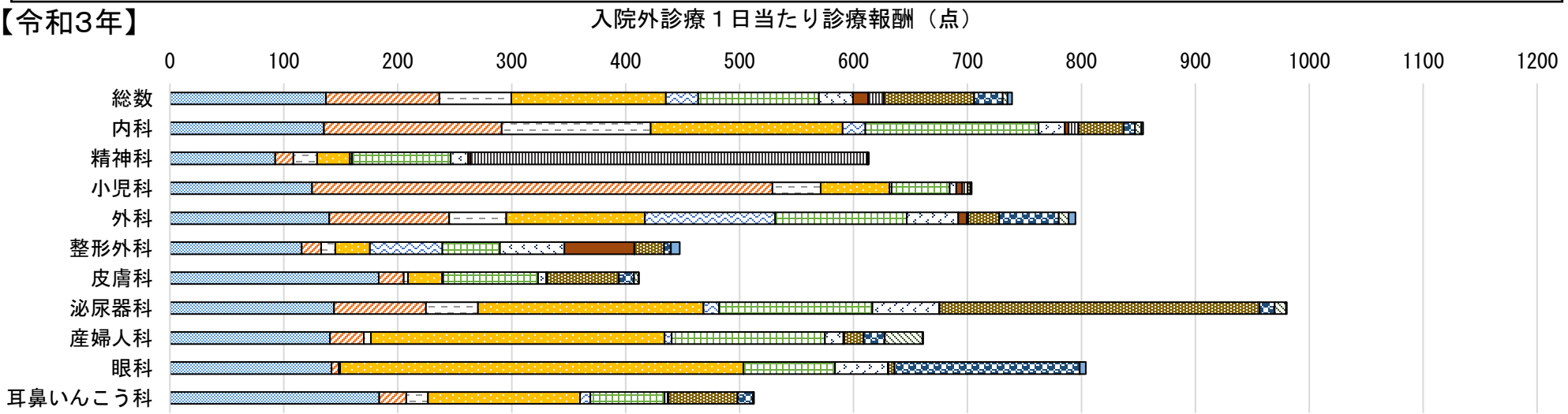
※入院外一件当たり受診日数とは、診療実日数を入院外レセプト件数で除したもの。（各医療機関において、患者個々人が1ヶ月に受診した回数の平均値。）

出典：社会医療診療行為別統計・調査（各年6月審査分）をもとに医療課で作成

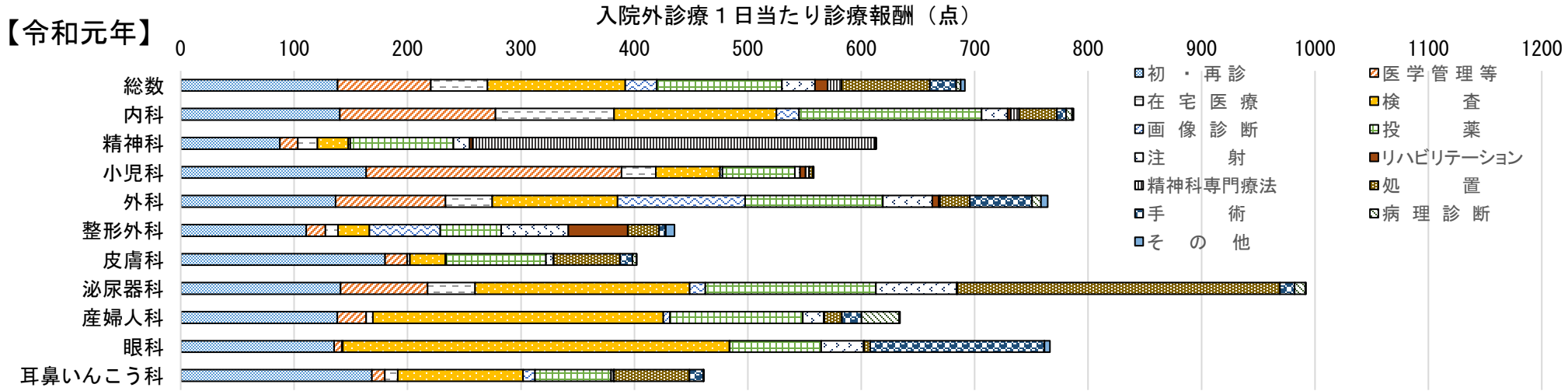
受診１回当たりの診療報酬構成（診療所、診療科別）

○　診療所受診1回当たりの診療報酬には、診療科目ごとに構成要素に多様性があり、令和3年と令和元年と比較し、変化しているものもある。

【令和3年】



【令和元年】

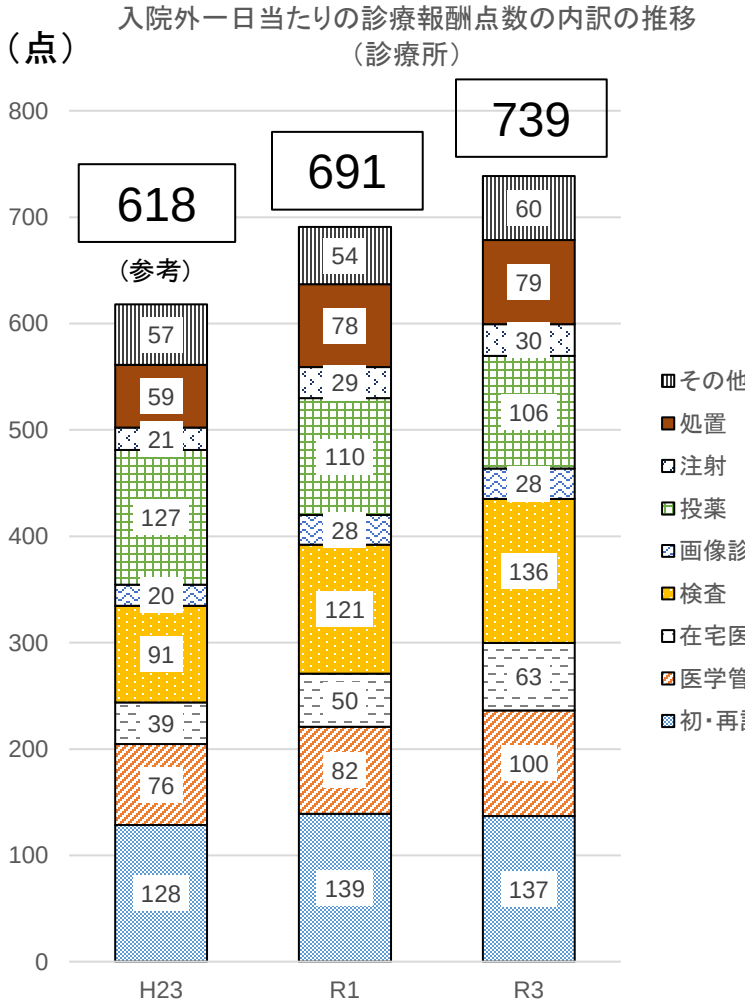


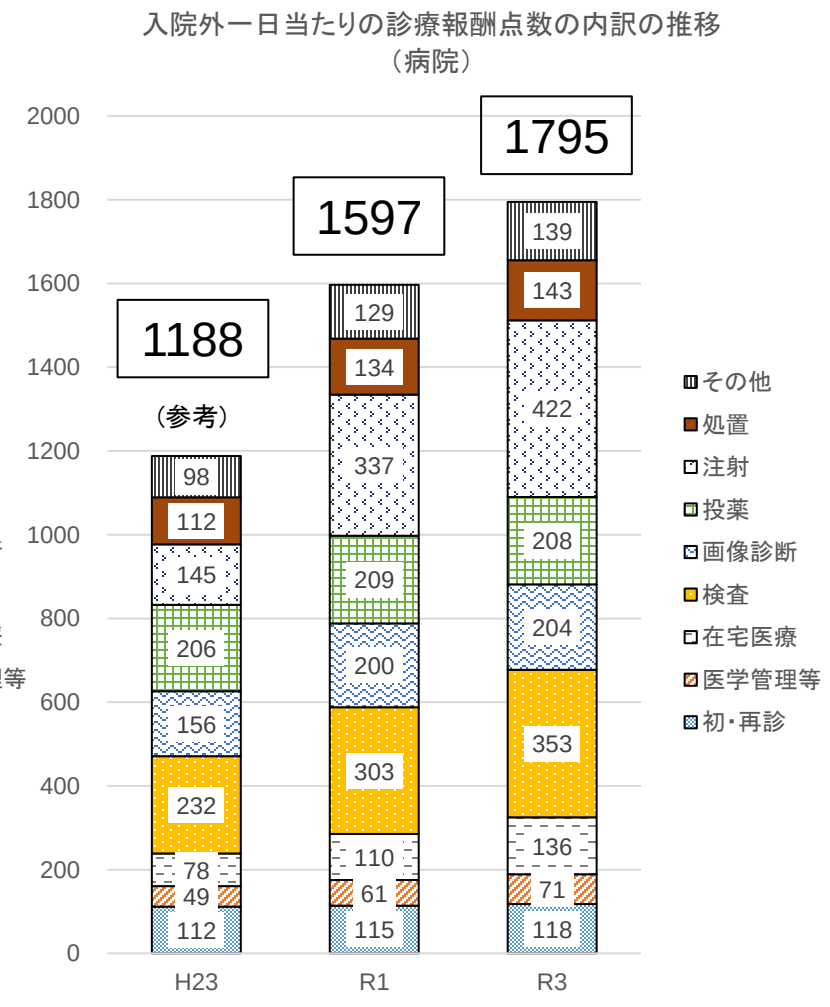
診療科目は、医療施設静態調査で、各診療所が「主たる診療科目」として回答したものに基づいて区分。「その他」には、麻酔、放射線治療、入院料等が含まれる。
「泌尿器科」の処置には、人工腎臓及び特定保険医療材料等が含まれる。「小児科」の医学管理等には、小児かかりつけ診療料等が含まれる。

出典：令和元年・令和3年社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

入院外一日当たりの診療報酬点数の推移

○　診療所における入院外一日当たりの診療報酬点数の増加には、順に、医学管理等、検査、在宅医療の診療報酬が寄与している。





※寄与率（%）＝（当該項目の増減／全体の増減）×100　R1とR3の比較

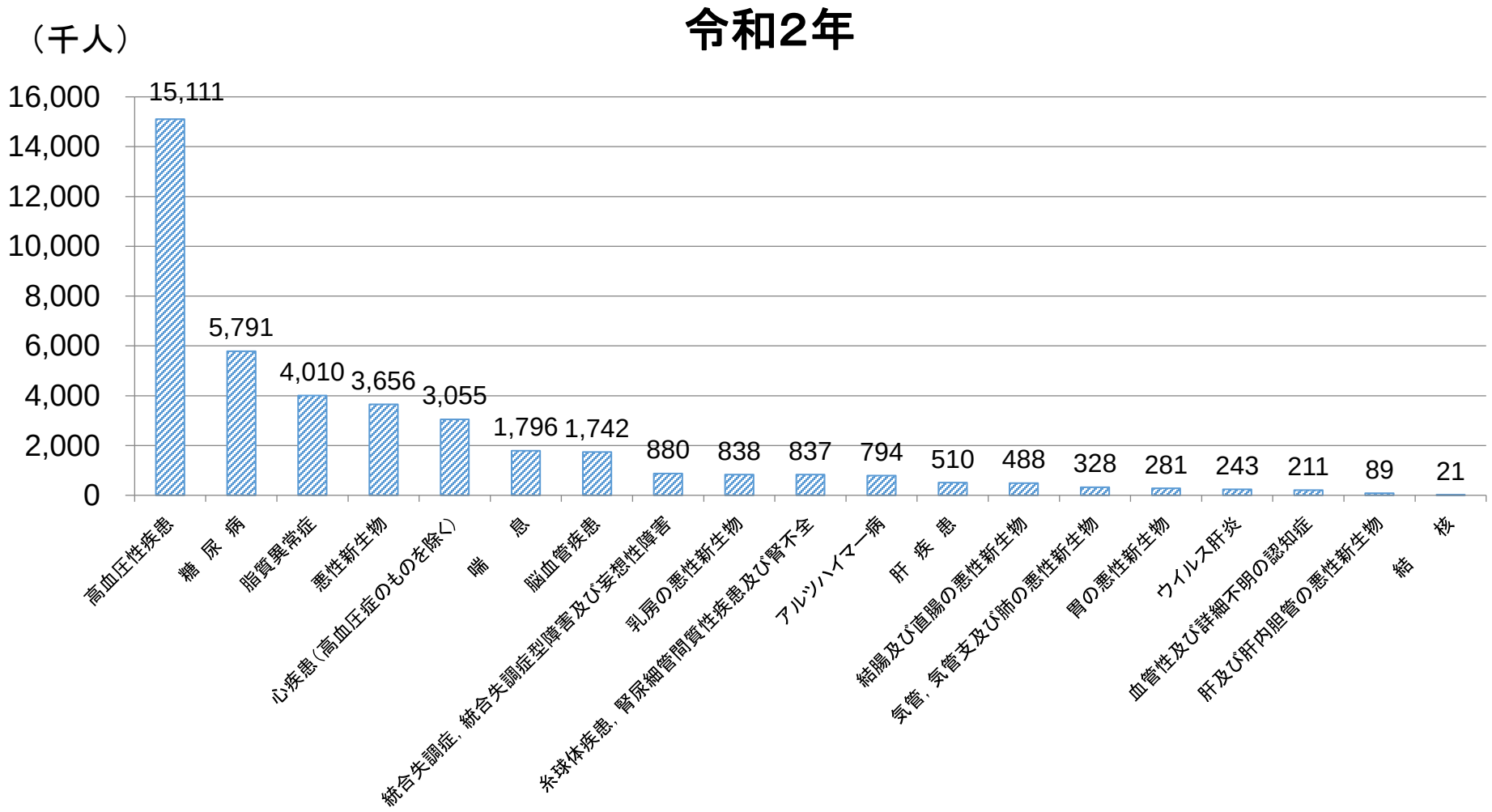
	寄与率（診療所）	寄与率（病院）
初・再診	-4%	2%
医学管理等	37%	5%
在宅医療	28%	13%
検査	31%	25%
画像診断	1%	2%
投薬	-9%	0%
注射	2%	43%
処置	3%	0%
その他	13%	10%

※「その他」には、精神科専門療法、リハビリテーション、手術、麻酔、放射線治療、病理診断等が含まれる。
※各年6月審査分の診療報酬点数の総数を、診療実日数で除したもの。

出典：社会医療診療行為別統計・調査（各年6月審査分）

主な傷病の総患者数

○　主な傷病の総患者数を比較すると、生活習慣病、悪性新生物、心疾患が上位を占める。



出典：患者調査を基に医療課で作成

１．外来医療をとりまく環境について

２．診療内容と医療費について

３．外来診療に係る診療報酬上の評価について

① 初・再診料等について

② かかりつけ医機能に係る評価について

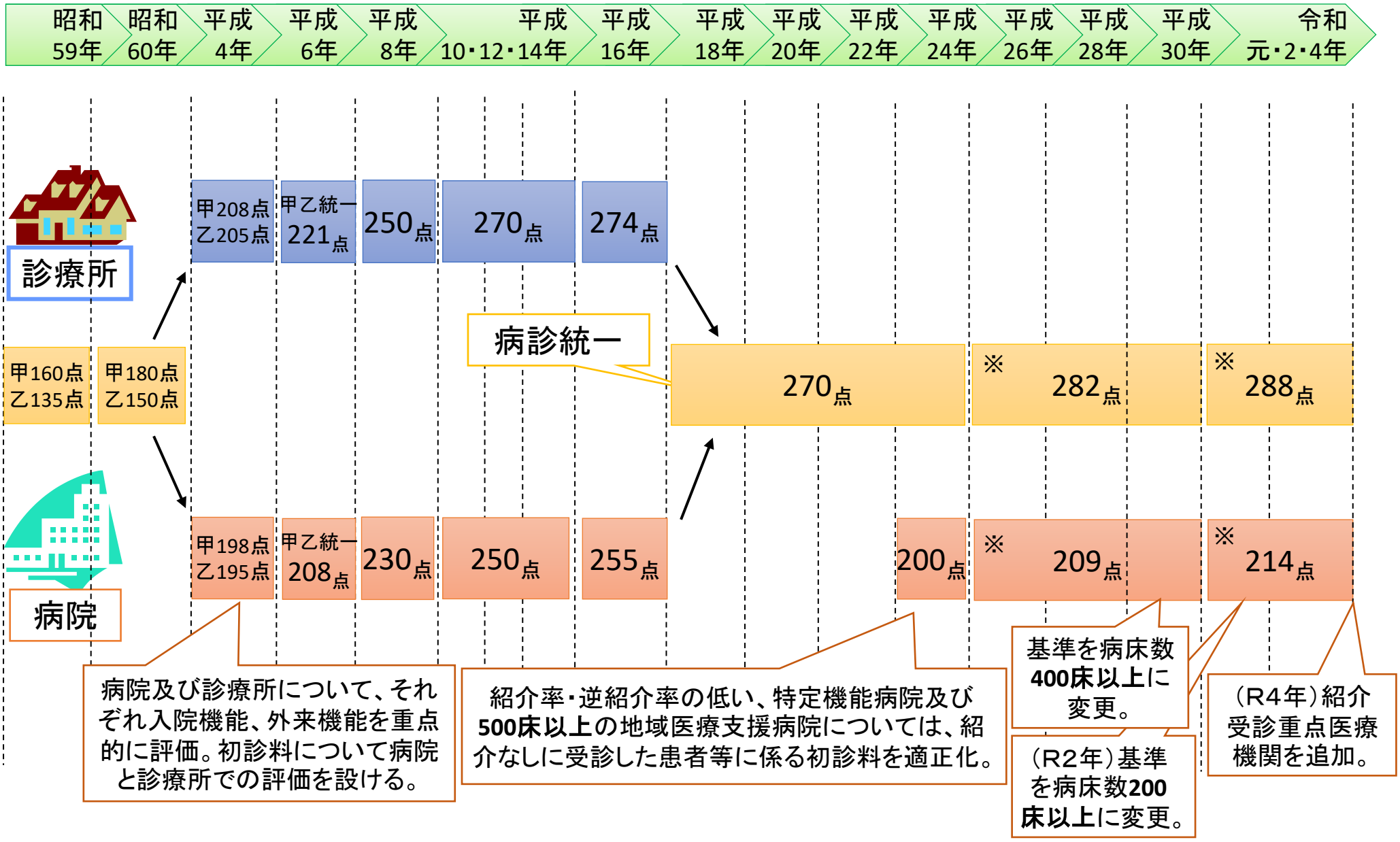
③ 生活習慣病に係る評価について

④ 外来機能の分化の推進について

⑤ 情報連携に係る評価について

⑥ オンライン診療に係る評価について

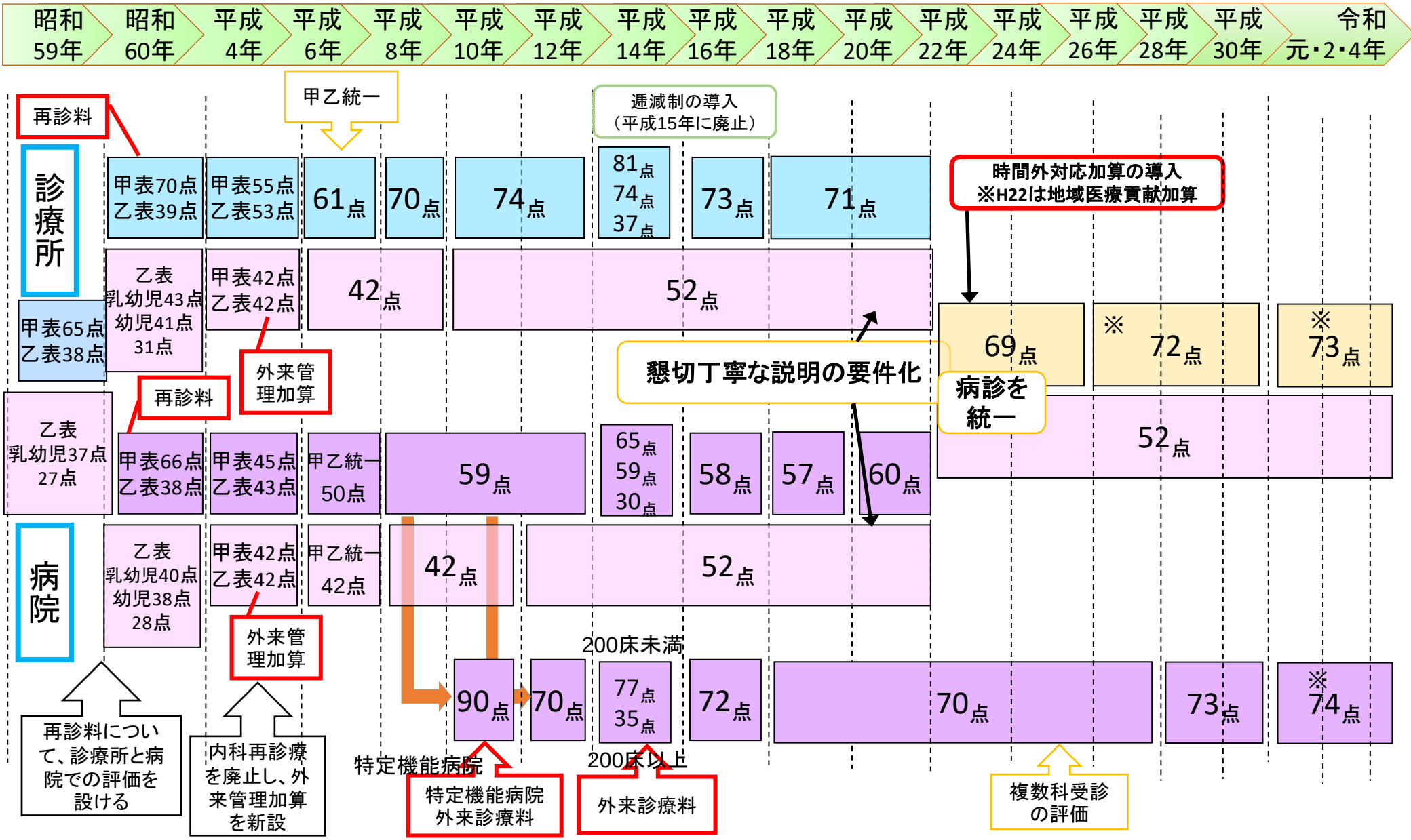
初診料の変化の変遷



※平成26年、令和元年は消費税率の引上げに伴う改定

再診料・外来管理加算の評価の変遷

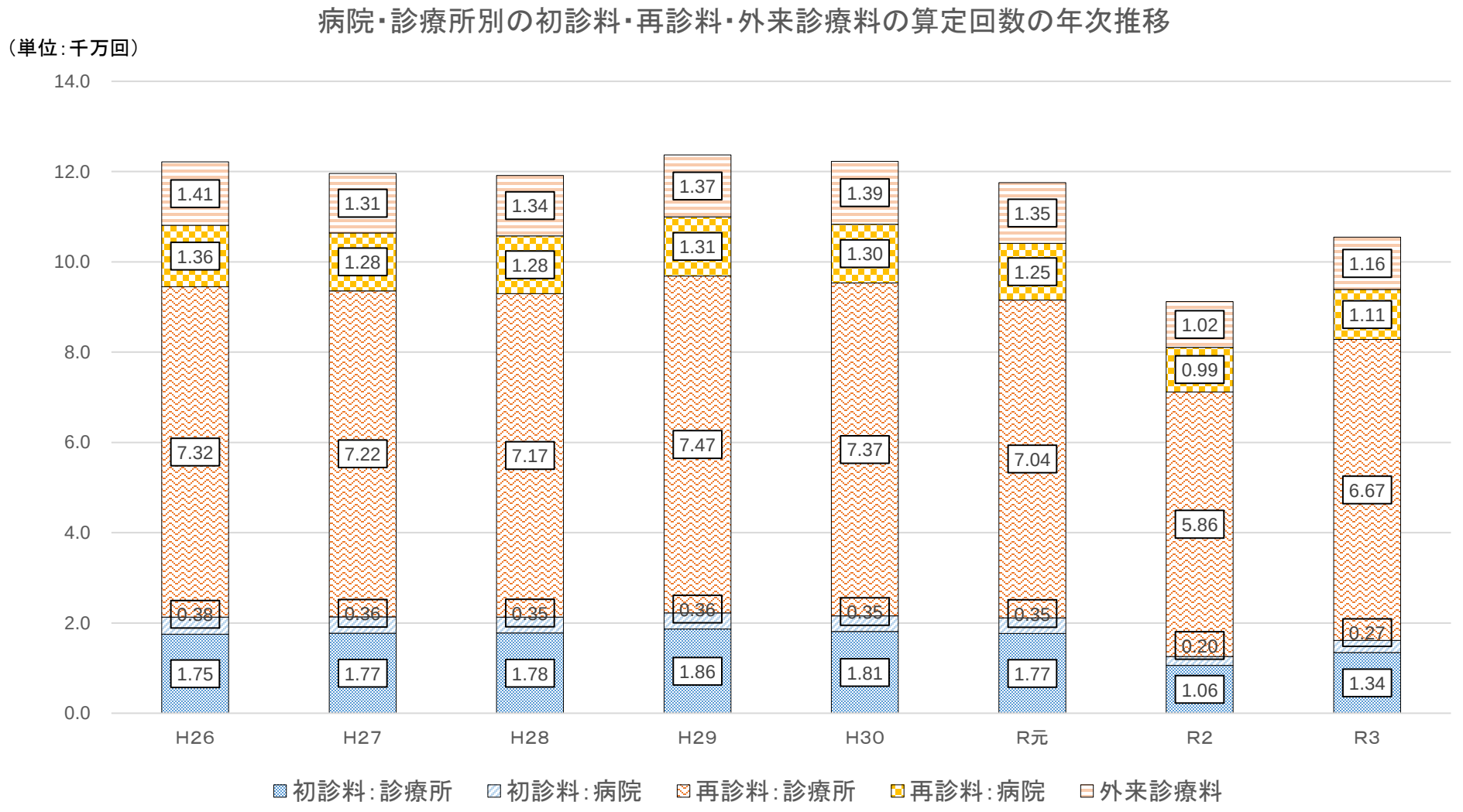
診療所、病院それぞれ上段が再診料、下段が外来管理加算の変遷を示す



※平成26年、令和元年は消費税率の引上げに伴う改定

病院・診療所別の初・再診料の算定回数の年次推移

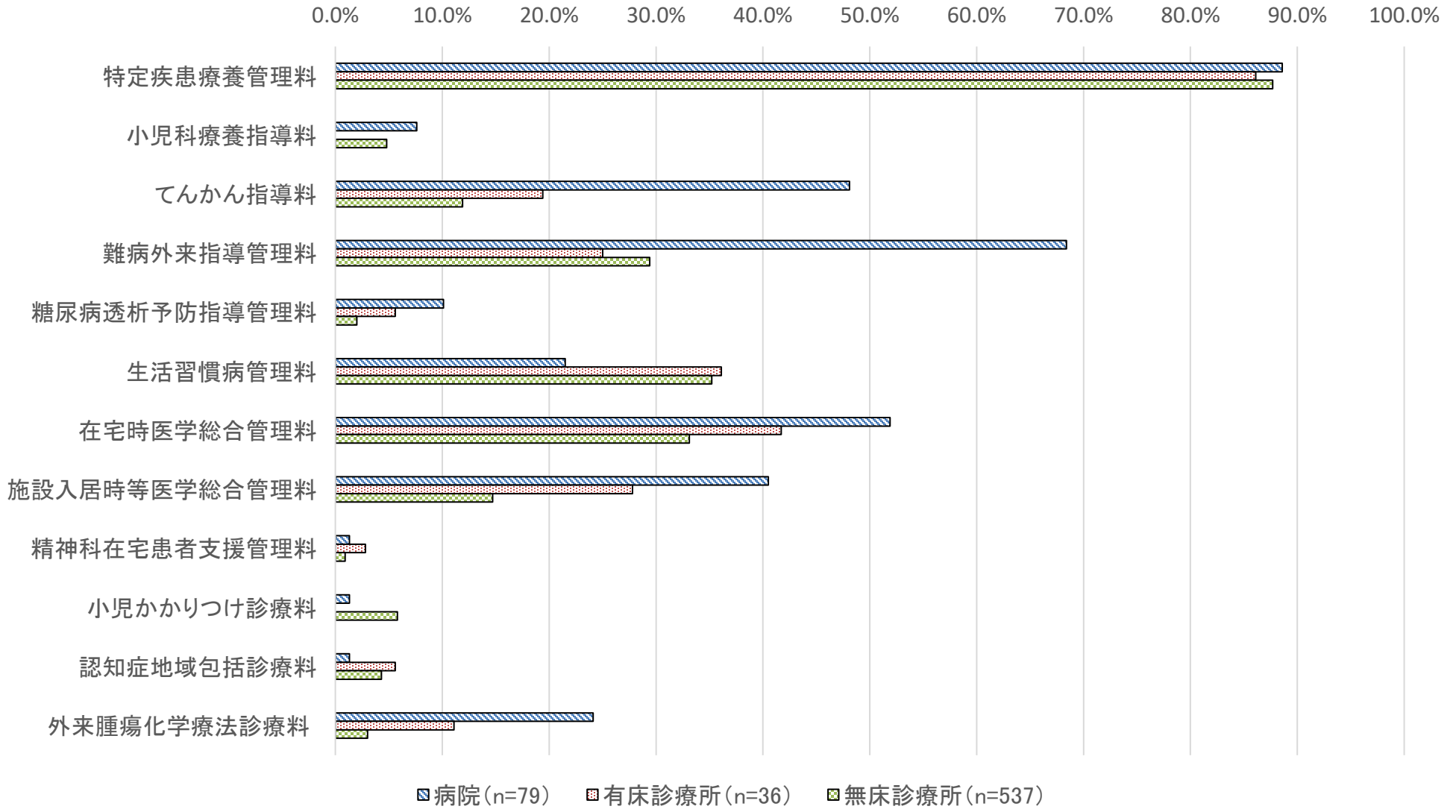
○ 初・再診料の算定回数は、令和2年に減少したが、令和3年に増加に転じた。



出典：社会医療診療行為別統計・調査（各年6月審査分）
※診療所について：平成25年以後は全数調査

特掲診療料の届出又は算定状況

○ 対象施設の特掲診療料の届出又は算定状況は以下のとおり。
○ 約9割の医療機関で特定疾患療養管理料を算定していた。

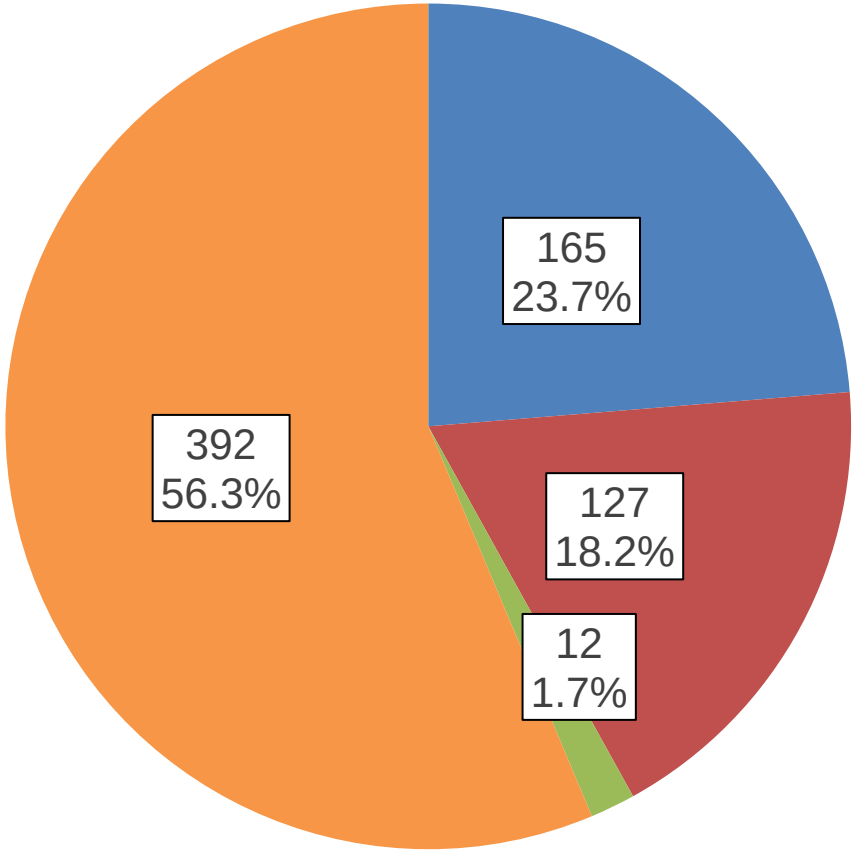


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

時間外対応加算の種類

○　時間外対応加算の届出種類は以下のとおり。
○　届け出られている時間外対応加算の種類としては、時間外対応加算１が23.7%と多かった。

n=696（診療所のみ）



時間外対応加算の施設基準

（１）　時間外対応加算１の施設基準

当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制にあること。

（２）　時間外対応加算２の施設基準

当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関において対応できる体制にあること。

（３）　時間外対応加算３の施設基準

当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関との連携により対応できる体制が確保されていること。

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

① 初・再診料等について

② かかりつけ医機能に係る評価について

③ 生活習慣病に係る評価について

④ 外来機能の分化の推進について

⑤ 情報連携に係る評価について

⑥ オンライン診療に係る評価について

かかりつけ医機能に係る評価について（概要）

① 診療行為に対する評価

■地域包括診療料、加算（H26改定で新設）

- 複数の慢性疾患（高血圧、糖尿病、脂質異常症、認知症、慢性心不全又は慢性腎臓病の6つのうち2つ以上）を有する患者に対し、継続的かつ全人的な医療を行うことについての評価。（診療料は月1回の包括点数）
- 上記の患者に対し、療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制（研修を受けた医師等）が整備されている必要がある。

【届出医療機関数(令和3年)】

診療料	病院 48	診療所　230
加算		診療所　5,873

■小児かかりつけ診療料（H28改定で新設）

- 小児に対する、継続的かつ全人的な医療を行うことについての評価。
- 小児の患者のかかりつけ医として療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されている必要がある。

【届出医療機関数(令和3年)】
病院 1　診療所 1,788

② 体制整備に対する評価

■機能強化加算（H30改定で新設）

- 専門医療機関への受診の要否の判断、一元的な服薬管理等を含めた、診療機能を評価する加算。（初診料への加算）
- 適切な受診につながるような助言及び指導を行うこと等、質の高い診療機能を有する体制（地域包括診療料の届出等や保健福祉サービスを担う医師の配置等）が整備されている必要がある。

【届出医療機関数(令和3年)】
病院 1,302　診療所 13,888

■在宅療養支援診療所・病院（H18改定で新設）

- 地域において在宅医療を支える24時間の窓口として、他の病院、診療所等と連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供する診療所・病院を評価。
（在宅時医学総合管理料等において、高い評価を設定）

【届出医療機関数(令和3年)】
病院 1,587　診療所 14,513

※1　機能強化加算は、地域包括診療料・加算あるいは小児かかりつけ診療料などの届け出が要件

③ そのほか、連携や紹介等に対する評価

■連携強化診療情報提供料（R4改定で改称等）

- 「紹介受診重点医療機関」や、かかりつけ医機能を有する医療機関において、地域の診療所等から紹介された患者について診療情報を提供した場合について評価。

※届出不要

■紹介割合等による減算（H24改定で新設）

- 紹介患者・逆紹介患者の受診割合が低い特定機能病院等（※）を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料・外来診療料を減算する規定。

※特定機能病院、地域医療支援病院、紹介受診重点医療機関、その他400床以上の医療機関

※届出不要

かかりつけ医機能に係る評価の経緯（１）

改定年度	項目	概要
平成26年度	地域包括診療料 地域包括診療加算	**（新設）** 複数の慢性疾患を有する患者に対し、継続的かつ全人的な医療を行うことについての評価を新設。
平成28年度	地域包括診療料 地域包括診療加算	**（施設基準の緩和）** 病院の場合「２次救急指定病院または救急告示病院」である必要があったところを削除。診療所における医師の配置基準を緩和。
	認知症地域包括診療料 認知症地域包括診療加算	**（新設）** 複数疾患を有する認知症患者に対し、継続的かつ全人的な医療を行うことについての評価を新設。
	小児かかりつけ診療料	**（新設）** ３歳未満の小児に対する、継続的かつ全人的な医療を行うことについての評価を新設。
平成30年度	機能強化加算	**（新設）** かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、専門医療機関への受診の要否の判断等を含めた、初診時における診療機能を評価する加算を新設。
	地域包括診療料 地域包括診療加算 認知症地域包括診療料 認知症地域包括診療加算	**（医師配置基準の緩和・在宅への移行実績を評価）** ・診療所における医師の配置基準を緩和。患者の受診医療機関・処方薬の把握を看護師等も実施可能であることを明確化。 ・在宅への移行実績を評価する診療料１・加算１を設定。 ・加算について、24時間対応の要件を緩和。

かかりつけ医機能に係る評価の経緯（２）

改定年度	項目	概要
令和２年度	地域包括診療加算	**（施設基準の緩和）** 時間外の対応に係る要件を緩和。
	小児かかりつけ診療料 小児外来診療料	**（要件緩和等）** 算定対象となる患者を３歳未満から６歳未満に拡大。院内処方を行わない場合の取扱いの見直し。
	機能強化加算	**（要件見直し）** 院内の掲示等の情報提供に係る要件について、必要に応じて専門医又は専門医療機関への紹介を行っている等を追加。また当該内容を持ち帰れる形で置くことを追加。
	診療情報提供料（Ⅲ）	**（新設）** かかりつけ医機能を有する医療機関等から紹介された患者に対して継続的な診療を行っている場合に、紹介元の医療機関等からの求めに応じて、診療情報の提供を行った場合の評価を新設。
令和４年度	地域包括診療料 地域包括診療加算	**（対象患者の拡大・算定要件及び施設基準の見直し）** ・地域包括診療料等の対象疾患に、慢性心不全及び慢性腎臓病を追加する。 ・患者からの予防接種に係る相談に対応することを要件に追加。
	小児かかりつけ診療料	**（要件見直し）** ・時間外対応に係る体制の在り方を考慮した評価体系に見直し（時間外対応加算３に係る届出を行っているところを小児かかりつけ診療料２として設定等）。
	機能強化加算	**（要件見直し）** ・かかりつけ医機能を有する医療機関および医師の実績要件をそれぞれ追加。
	連携強化診療情報提供料	**（名称変更・対象患者及び算定回数の変更）** ・診療情報提供料（Ⅲ）から連携強化診療情報提供料に名称を変更。 ・対象患者に、紹介重点医療機関からの患者等を追加、さらに算定可能回数を３月に１回から１月に１回に変更。

地域包括診療料・加算について

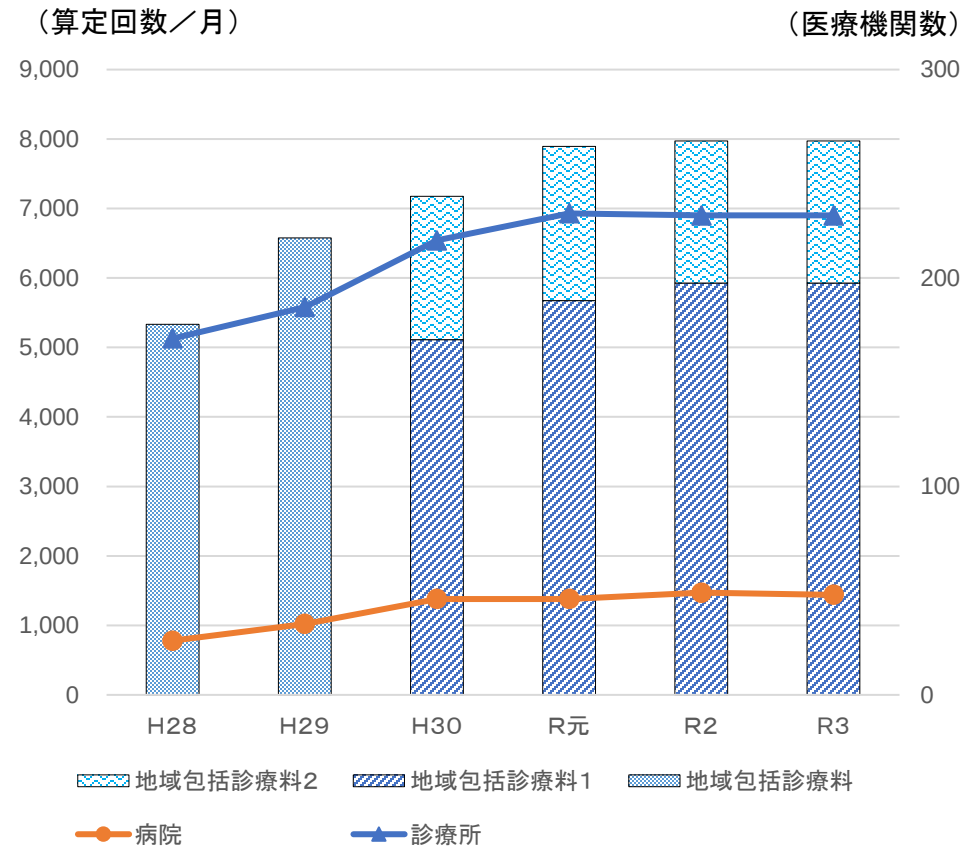
	地域包括診療料１　1,660点 地域包括診療料２　1,600点 （月１回）		地域包括診療加算１　25点 地域包括診療加算２　18点 （１回につき）
	病院	診療所	診療所
包括範囲	下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。 ・（再診料の）時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料　・診療情報提供料（Ⅱ）（Ⅲ） ・在宅医療に係る点数（訪問診療料、在宅時医学総合管理料 、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。） ・薬剤料（処方料、処方せん料を除く。） ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの		出来高
対象疾患	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は、認知症の６疾病のうち２つ以上（疑いは除く。）		
対象医療機関	診療所又は許可病床が２００床未満の病院		診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。		
服薬管理	・当該患者に院外処方を行う場合は２４時間開局薬局であること　等	・当該患者に院外処方を行う場合は２４時間対応薬局等を原則とする　等	
	・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・原則として院内処方を行う ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する ・当該点数を算定している場合は、７剤投与の減算規定の対象外とする		
健康管理	・健診の受診勧奨、健康相談及び予防接種に係る相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙　等		
介護保険制度	・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること等。		
在宅医療の提供および２４時間の対応	・在宅医療の提供及び当該患者に対し ２４時間の往診等の体制を確保していること。（在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。）		
	・下記のすべてを満たす ①地域包括ケア病棟入院料等の届出 ②在宅療養支援病院	・下記のすべてを満たす ①時間外対応加算１の届出 ②常勤換算２人以上の医師が配置され、うち１人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所	・下記のうちいずれか１つを満たす ①時間外対応加算１、２又は３の届出 ②常勤換算２人以上の医師が配置され、うち１人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所

下線部は令和4年度診療報酬改定事項

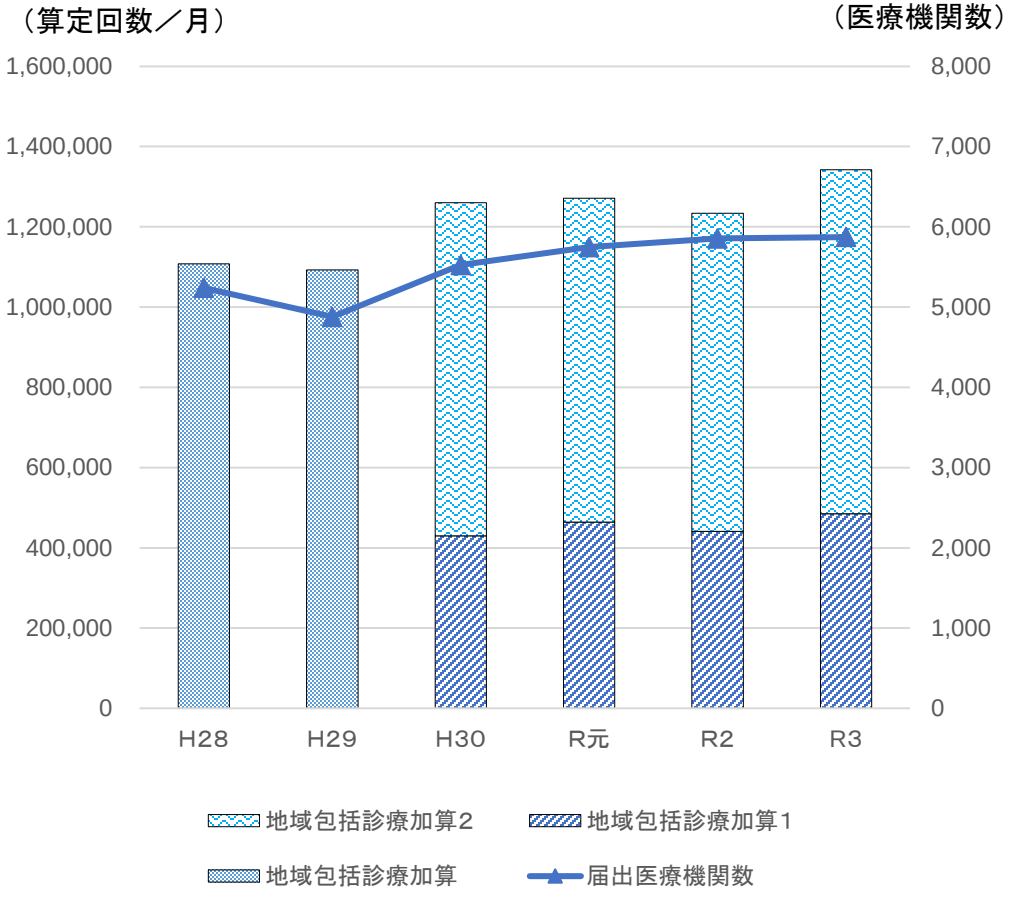
地域包括診療料・加算の算定・届出状況

○ 地域包括診療料・加算の状況については、近年は届出医療機関数・算定回数ともに横ばい。
○ 地域包括診療加算の届出医療機関数・算定回数は、地域包括診療料より多かった。

地域包括診療料
届出医療機関数・算定回数



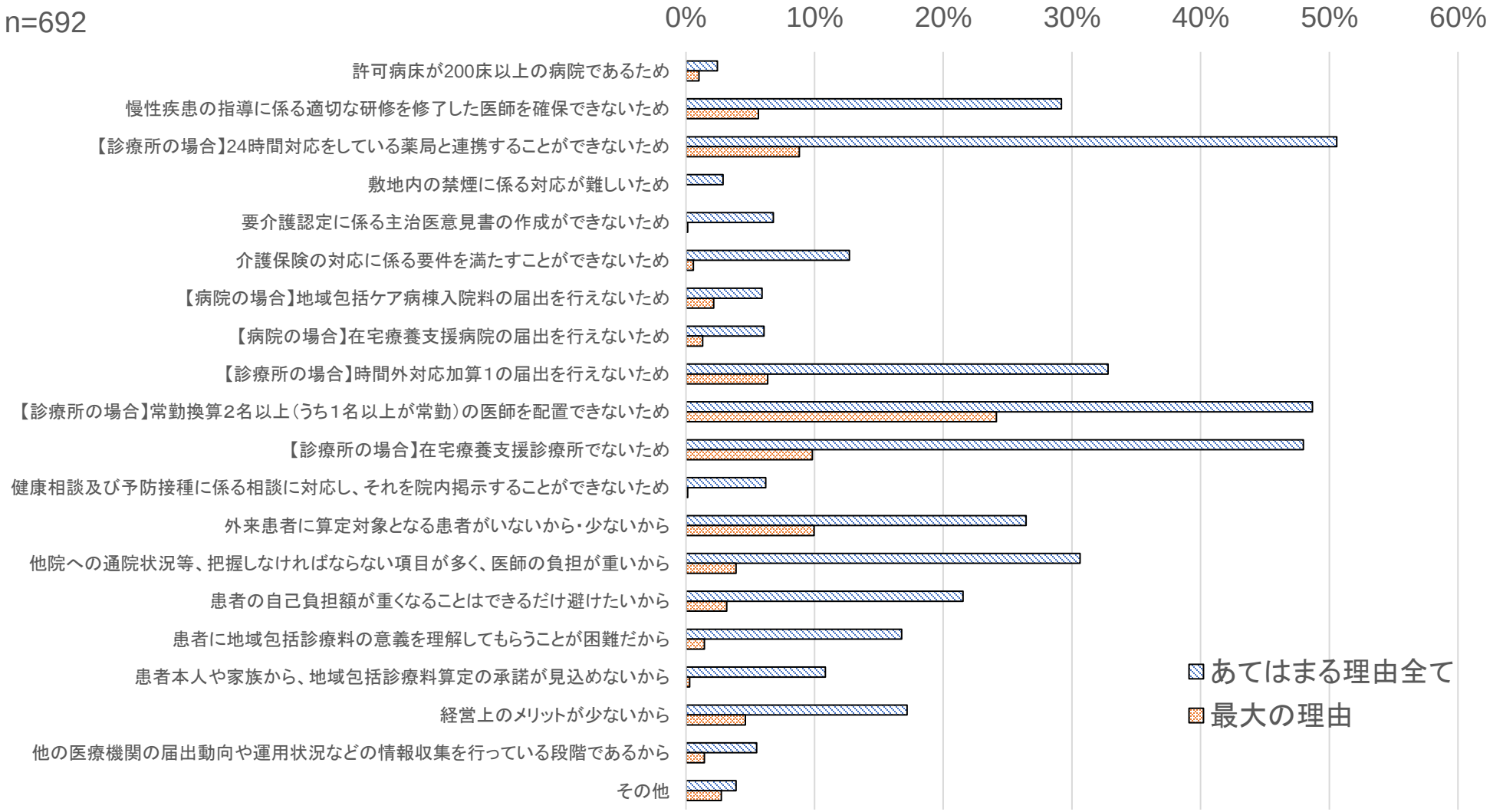
地域包括診療加算
届出医療機関数・算定回数



出典：
（届出医療機関数）各年7月1日時点の主な施設基準の届出状況
（算定回数）社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

地域包括診療料を届け出ていない理由

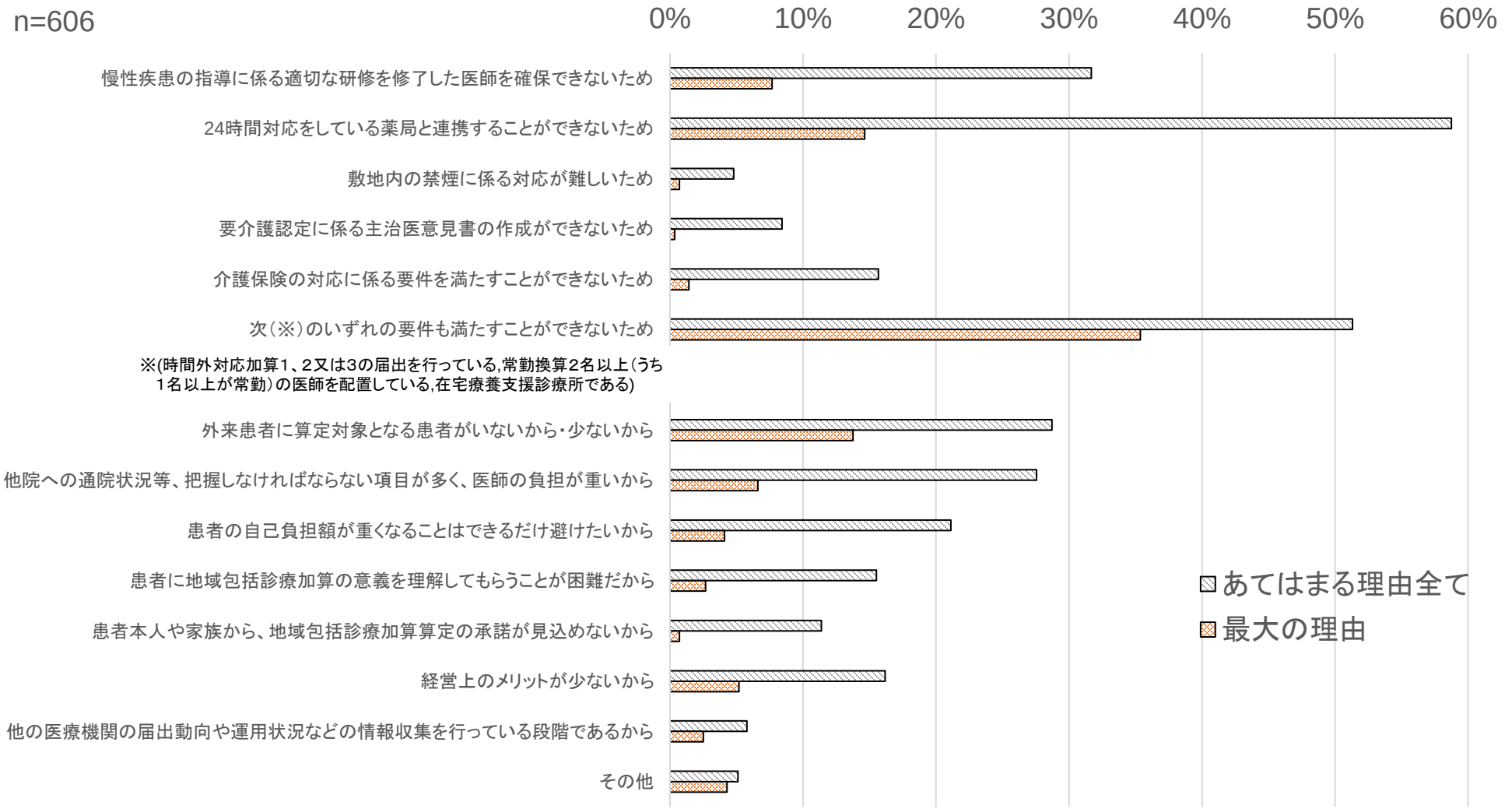
○　地域包括診療料を届け出ていない理由としては、「24時間対応薬局との連携」、「常勤医師の配置」に加え、「在宅療養支援診療所でない」を挙げた施設が多かった。



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

地域包括診療加算を届け出ていない理由

○　地域包括診療加算を届け出ていない理由として、「24時間対応薬局との連携」、「時間外対応加算等の施設基準を満たせない」、「慢性疾患に係る適切な研修終了」を挙げた施設が多かった。



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

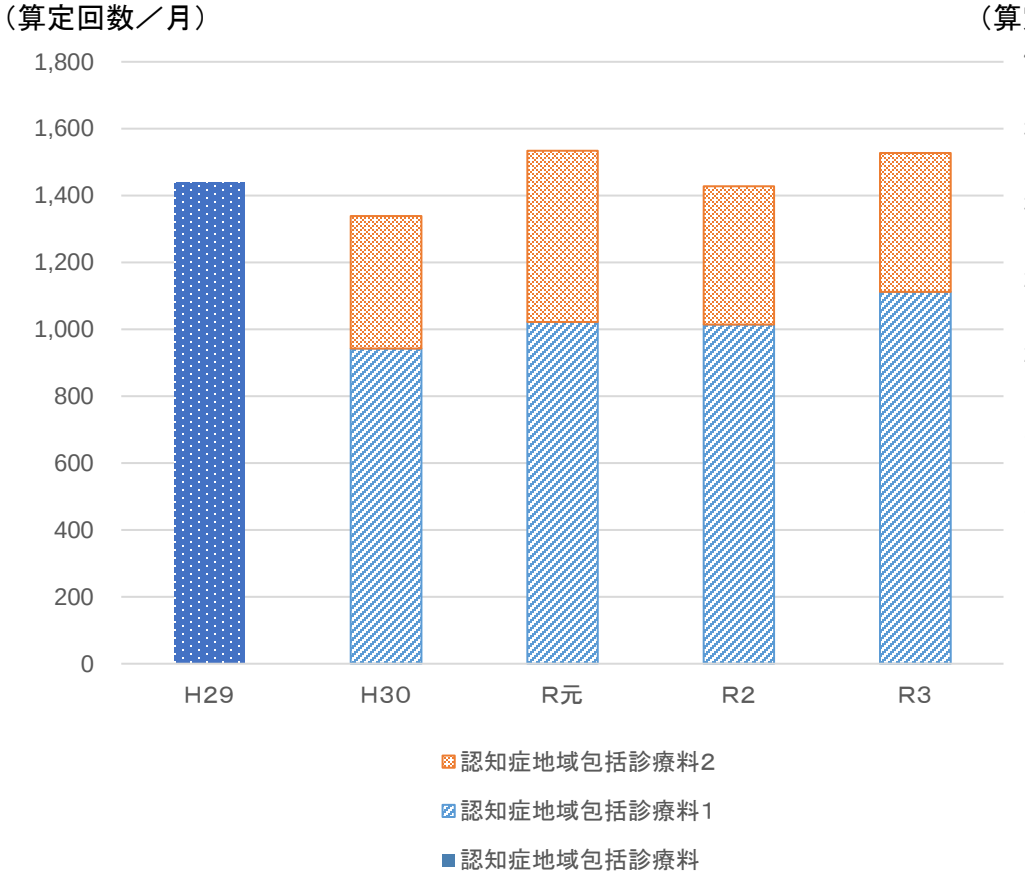
認知症地域包括診療料・加算について

<table>
<tr><th rowspan="2"></th><th colspan="2">認知症地域包括診療料１　　1,681点
認知症地域包括診療料２　　1,613点
（月１回）</th><th>認知症地域包括診療加算１　35点
認知症地域包括診療加算２　28点
（１回につき）</th></tr>
<tr><th>病院</th><th>診療所</th><th>診療所</th></tr>
<tr><td>包括範囲</td><td colspan="2">下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。
・（再診料の）時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算
・地域連携小児夜間・休日診療料　　・診療情報提供料（Ⅱ）　（Ⅲ）
・在宅医療に係る点数（訪問診療料、在宅時医学総合管理料 、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。）
・薬剤料（処方料、処方せん料を除く。）
・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの</td><td>出来高</td></tr>
<tr><td>対象患者</td><td colspan="3">以下の全ての要件を満たす認知症患者
・認知症以外に１以上の疾病を有する（疑いは除く）
・同月に、当該保険医療機関において「１処方につき５種類を超える内服薬」「１処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて３種類を超えて含むもの」のいずれの投薬も受けていない患者</td></tr>
<tr><td>対象医療機関</td><td colspan="2">診療所又は許可病床が２００床未満の病院</td><td>診療所</td></tr>
<tr><td>研修要件</td><td colspan="3">担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">服薬管理</td><td>・当該患者に院外処方を行う場合は２４時間開局薬局であること　等</td><td colspan="2">・当該患者に院外処方を行う場合は２４時間対応薬局等を原則とする　等</td></tr>
<tr><td colspan="3">・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する
・原則として院内処方を行う
・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する</td></tr>
<tr><td>健康管理</td><td colspan="3">・健診の受診勧奨、健康相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙　等</td></tr>
<tr><td>介護保険制度</td><td colspan="3">・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること等。</td></tr>
<tr><td>在宅医療の提供</td><td colspan="3">・在宅医療の提供及び当該患者に対し ２４時間の往診等の体制を確保していること。（在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。）</td></tr>
<tr><td>施設基準</td><td colspan="2">それぞれ以下の届出を行っていること
診療料１：地域包括診療料１
診療料２：地域包括診療料２</td><td>それぞれ以下の届出を行っていること
加算１：地域包括診療加算１
加算２：地域包括診加算２</td></tr>
</table>

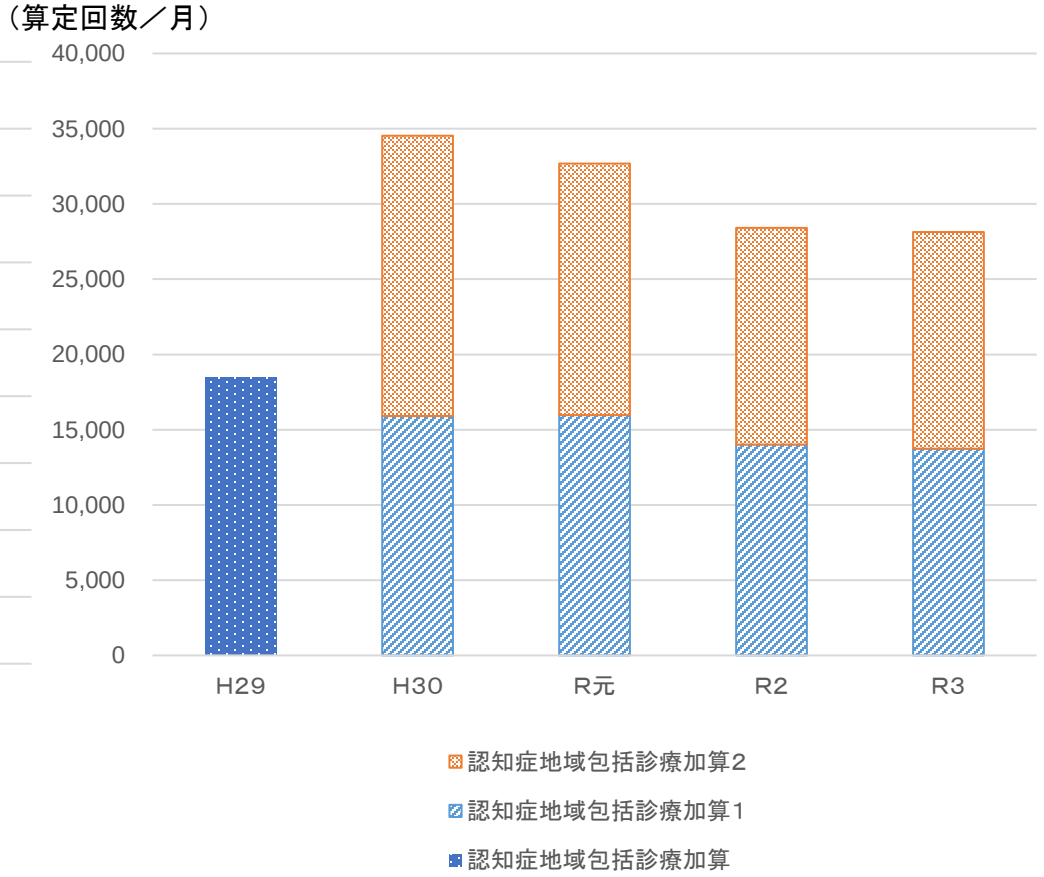
認知症地域包括診療料・加算の算定状況

○ 認知症地域包括診療料の算定回数は月当たり約1,400回で推移している。
○ 認知症地域包括診療加算の算定回数は、平成30年に増加し、以降は低下傾向である。

認知症地域包括診療料
算定回数



認知症地域包括診療加算
算定回数

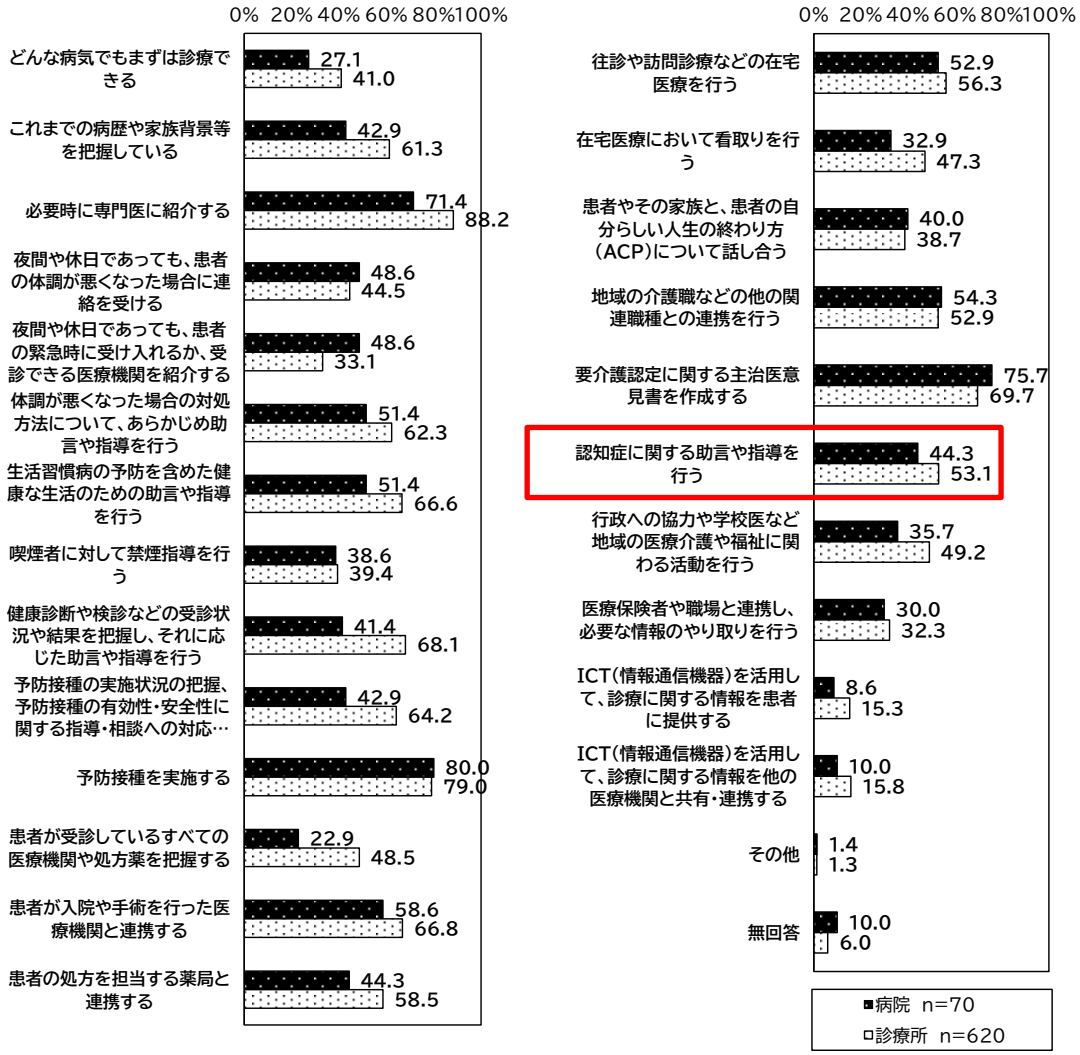


出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

かかりつけ医調査（施設調査）の結果㉕

施設が有するかかりつけ医機能について、「認知症に関する助言や指導を行う」の選択割合は病院で44.3%、診療所で53.1%であった。

図表 2-252　施設が有しているかかりつけ医機能（複数回答）
（病院・診療所別）



※　令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和3年度調査）

人生の最終段階において、医療・ケアを受けたい場所に関する希望

意見交換　資料－２
Ｒ５．３．１５

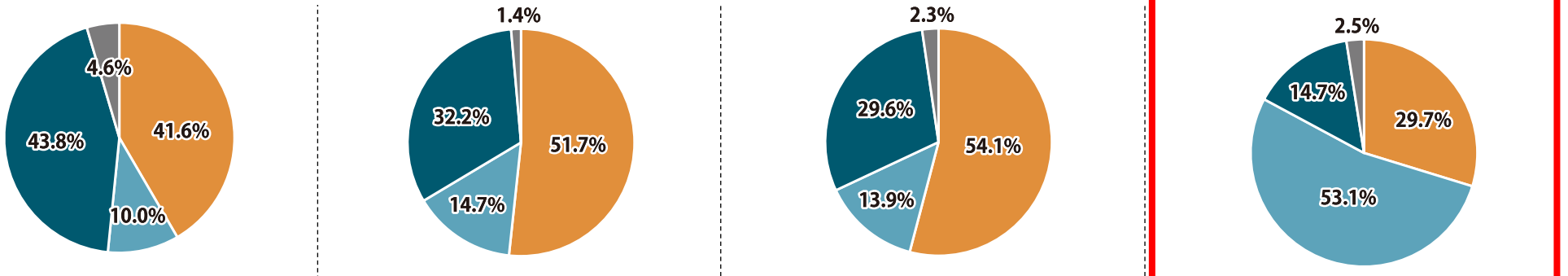
（あなたの病状）
病気で治る見込みがなく、
およそ１年以内に徐々にあるいは急に死に至ると考えたとき。

（あなたの病状）
末期がんと診断され、状態は悪化し、痛みはなく、呼吸が苦しいといった状態です。今は食事や着替え、トイレなどの身の回りのことに手助けが必要です。
意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

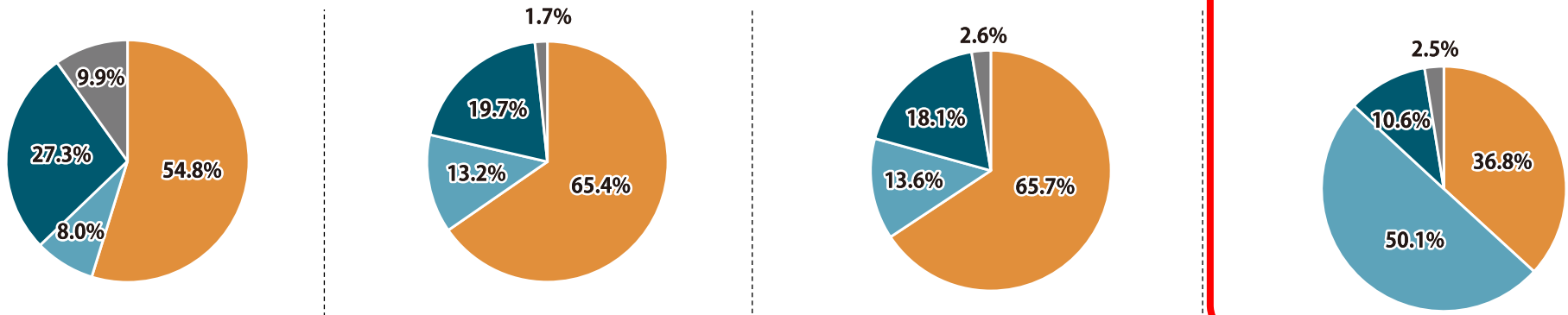
（あなたの病状）
慢性の重い心臓病と診断され、
状態は悪化し、痛みはなく、呼吸が苦しいといった状態です。今は食事や着替え、
トイレなど身の回りのことに手助けが必要です。
意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

（あなたの病状）
認知症と診断され、状態は悪化し、
自分の居場所や家族の顔が分からない状態です。
今は、食事や着替え、トイレなど身の回りのことに手助けが必要です。

最期をどこで迎えたいですか　＜一般国民（n-3,000）のみ＞



それまでの医療・ケアはどこで受けたいですか　＜一般国民（n=3,000）のみ＞



医療機関　介護施設　自宅　無回答

出典　厚生労働省「令和４年度人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」（速報値）

※　集計は、小数点第２位を四捨五入しているため、数値の合計が100%ちょうどにならない場合がある
※　回答の比率（%）は、その質問の回答者数を基数として算出しているため、複数回答の質問はすべての比率を合計すると100%を超えることがある

かかりつけ医認知症対応力向上研修

【研修の対象・目的】

※平成18年度～開始

高齢者等が日ごろ受診する診療所等の主治医（かかりつけ医）に対し、適切な認知症診療の知識・技術や認知症の人本人とその家族を支える知識と方法を習得するための研修を実施することにより、認知症サポート医との連携の下、各地域において、認知症の発症初期から状況に応じた認知症の人への支援体制の構築を図ることを目的とする。

【実施主体】

都道府県及び指定都市

※事業運営の一部を適切な事業運営が確保できると認められる関係団体等に委託可能。

【研修対象者および修了者数】

診療科名を問わず、各都道府県及び指定都市管内で勤務（開業を含む）する医師
72,229人（令和３年度実績）※「認知症施策推進大綱」KPI：2025年までに９万人

【カリキュラム内容】

○かかりつけ医の役割（30分）
　認知症を取り巻く施策、かかりつけ医に期待される役割、早期発見・早期対応の意義、
　本人の視点を重視したアプローチ、診断後支援
○基本知識（60分）
　認知症の原因疾患、診断基準、診断のポイント、認知症と鑑別すべき他の疾患
○診療における実践（60分）
　認知症初期の対応のポイント、認知症の問診・アセスメント、
　認知症の診療におけるマネジメント　（非薬物・薬物療法等）、BPSDに対する対応、
　認知症治療における留意点、本人・家族（介護者）への対応
○地域・生活における実践（60分）
　認知症ケア・支援の基本、認知症の人の意思決定支援について、
　認知症の医療・介護に関する施策・制度等、多職種連携

小児科の外来診療の評価について

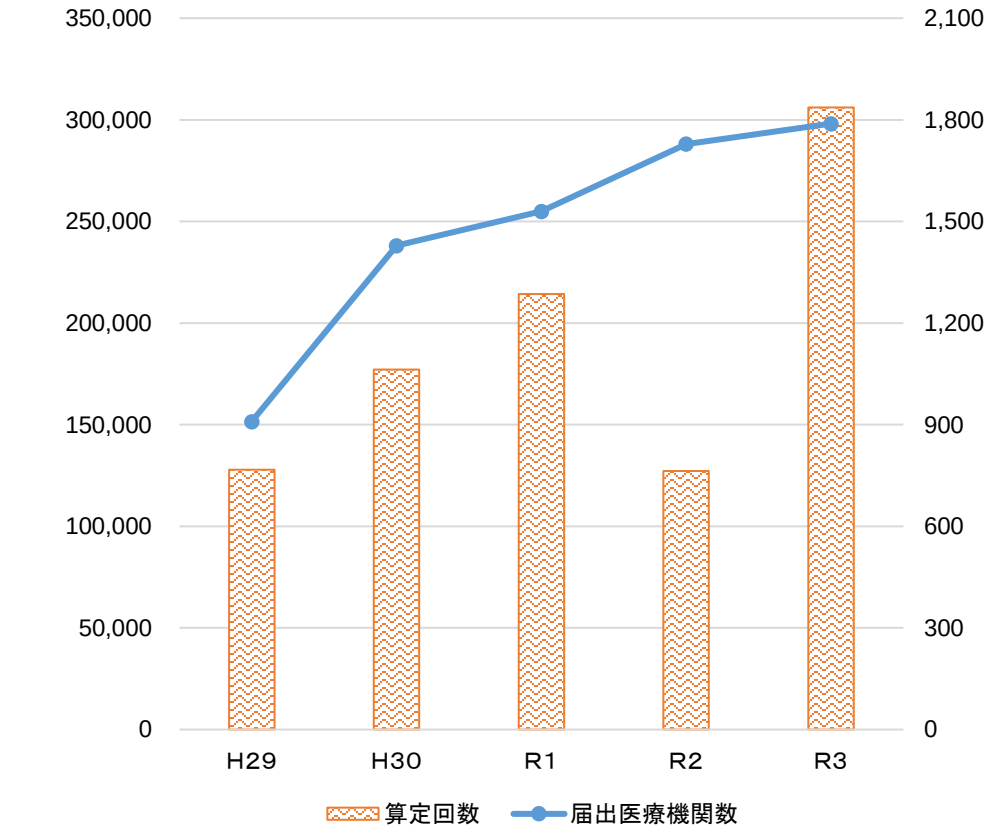
	小児科外来診療料	小児かかりつけ診療料1	小児かかりつけ診療料2
点数	（1日につき） 1．保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合　　初診時：599点、再診時：406点 2．1．以外の場合　初診時：716点、再診時：524点	（1日につき） 1．処方箋を交付する場合　初診時：641点、再診時：448点 2．処方箋を交付しない場合　初診時：758点、再診時：566点	（1日につき） 1．処方箋を交付する場合　初診時：630点、再診時：437点 2．処方箋を交付しない場合　初診時：747点、再診時：555点
包括範囲	下記以外は包括とする。 ・小児抗菌薬適正使用支援加算・機能強化加算 ・初診料、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算　・地域連携小児夜間・休日診療料　・夜間休日救急搬送医学管理料・診療情報提供料（Ⅱ）（Ⅲ）・院内トリアージ実施料・往診料	下記以外は包括とする。 ・小児抗菌薬適正使用支援加算・機能強化加算 ・初診料、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算　・地域連携小児夜間・休日診療料　・夜間休日救急搬送医学管理料・診療情報提供料（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）・電子的診療情報評価料・院内トリアージ実施料・往診料	
対象疾患	・入院中の患者以外の患者（6歳未満の乳幼児に限る）。 （小児かかりつけ診療料を算定している患者、在宅療養指導管理料を算定している患者及びパリビズマブを投与している患者（投与当日に限る。）については、算定対象とならない。）	・当該保険医療機関を4回以上受診した未就学児（6歳以上の患者にあっては、6歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る）の患者であって入院中の患者以外のもの。	
算定要件	・施設基準を満たす保険医療機関における入院中の患者以外の患者であって、6歳未満の全てのものを対象とする。また、対象患者に対する診療報酬の請求については、原則として小児科外来診療料により行うものとする。 等	・原則として1人の患者につき1か所の保険医療機関が算定する。 ・必要に応じた医療機関への紹介、乳幼児期に頻繁にみられる慢性疾患の指導、保護者からの健康相談への対応、予防接種の管理・指導等を行う。 等	
施設基準	小児科を標榜している医療機関であること。	①　小児科を標榜している医療機関であること。 ②　小児科又は小児外科を専任する常勤の医師が1名以上配置されていること。 ③　②の医師について、以下の要件のうち2つ以上に該当すること。 a.　市町村を実施主体とする乳幼児の健康診査を実施 b.　定期予防接種を実施 c.　過去1年間に15歳未満の超重症児又は準超重症児に対して在宅医療を提供 d.　幼稚園の園医又は保育所の嘱託医又は小学校若しくは中学校の学校医に就任	
施設基準（時間外要件）		時間外対応加算1又は2の届出を行っている保険医療機関であること。	次のいずれかを満たしていること。 ア　時間外対応加算3に係る届出を行っていること。 イ　在宅医当番医制等により、初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を年6回以上の頻度で行っていること。

下線部は令和4年度診療報酬改定事項

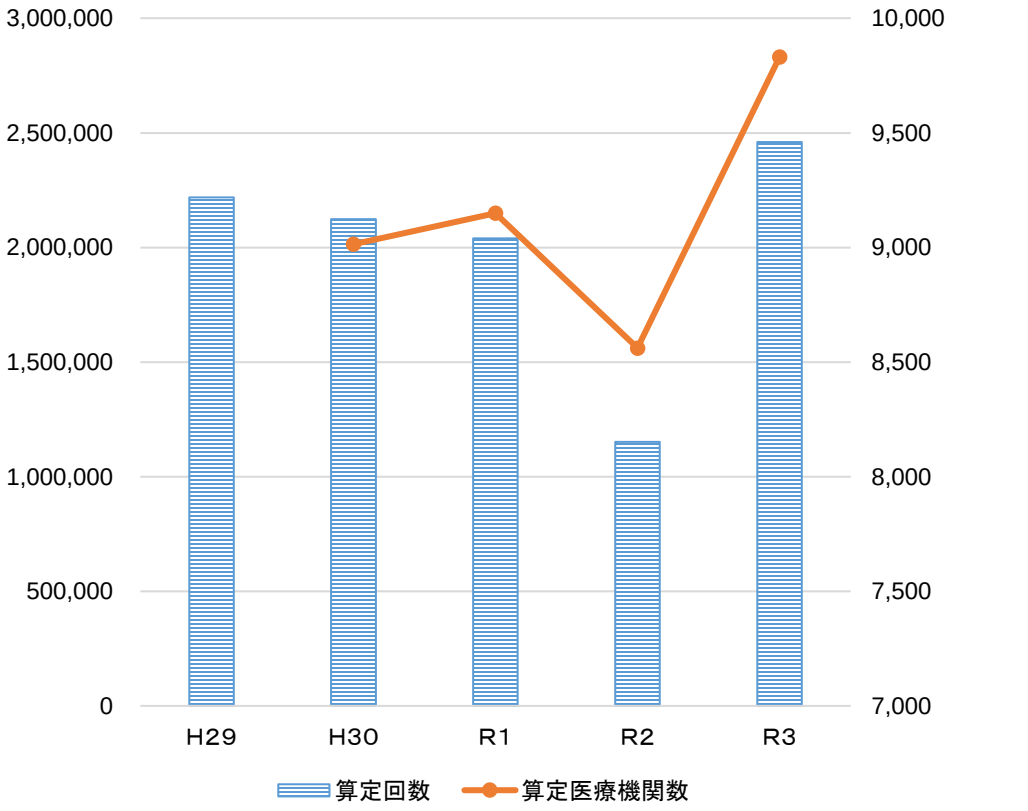
小児かかりつけ診療料・小児科外来診療料の算定・届出状況

○ 小児かかりつけ診療料の算定回数は、令和2年に一時的に減少したが、令和3年に増加した。
○ 小児科外来診療料の算定回数は、令和2年までは減少傾向であったが、令和3年は算定回数・算定医療機関数ともに増加に転じた。

小児かかりつけ診療料
算定回数・届出医療機関数



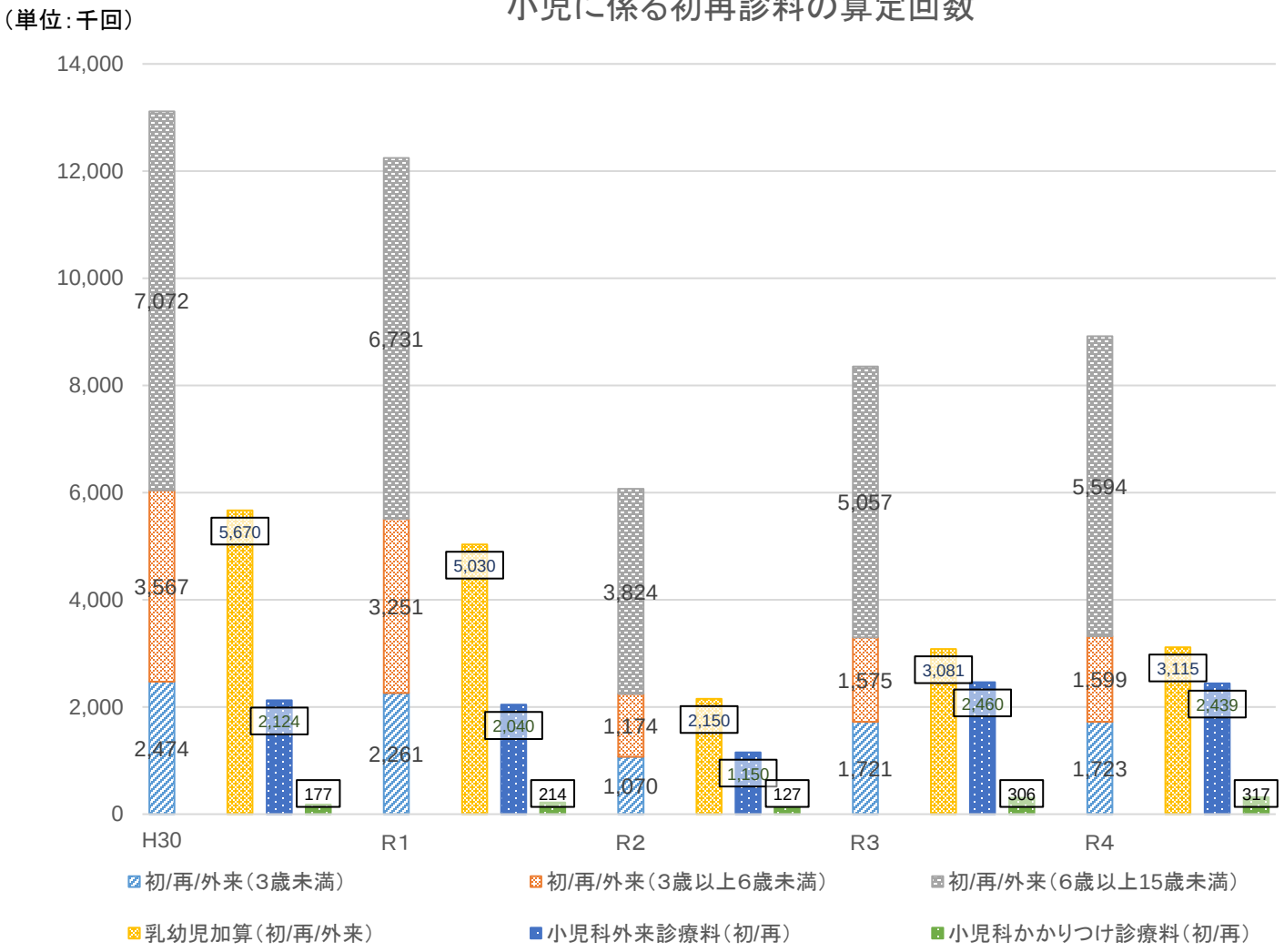
小児科外来診療料
算定回数・算定医療機関数

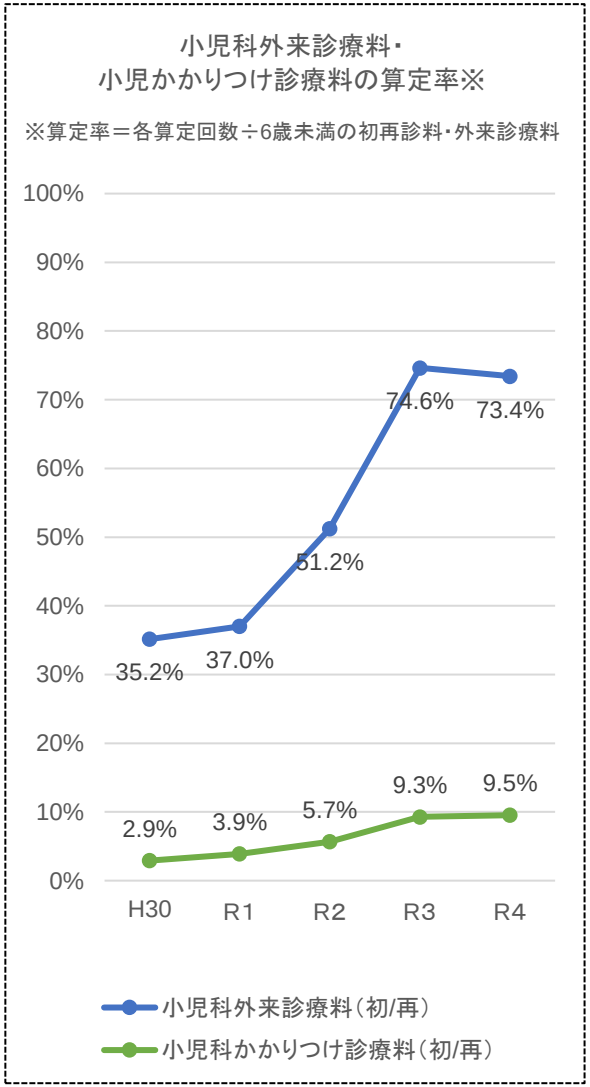


出典：
（届出医療機関数）各年7月1日時点の主な施設基準の届出状況
（算定回数、医療機関数）社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）
※平成30年～令和2年の算定回数・算定医療機関数（初診の算定医療機関数を表示）はNDBより保険局医療課にて集計。

小児に係る初再診料等の算定状況

○　令和3・4年において、初再診料・外来診療料における6歳未満の小児の算定回数と比較して、小児科外来診療料は70%程度、小児かかりつけ診療料は10%程度だった。





出典：保険局医療課にて各年5月診療分のレセプトを集計。

機能強化加算について

機能強化加算

➢ 外来医療における適切な役割分担を図り、専門医療機関への受診の要否の判断等を含めた、より的確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、初診時における診療機能を評価する。

（平成30年度診療報酬改定において新設）

初診料・小児かかりつけ診療料（初診時）

機能強化加算　　80点

[算定要件]

・外来医療における適切な役割分担を図り、専門医療機関への受診の要否の判断等を含むより的確で質の高い診療機能を評価する観点からかかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価するものであり、（略）初診料を算定する場合に、加算することができる。

・必要に応じ、患者に対して以下の対応を行うとともに、当該対応を行うことができる旨を院内及びホームページ等に掲示し、必要に応じて患者に対して説明すること。

(ｲ)　患者が受診している他の医療機関及び処方されている医薬品を把握し、必要な服薬管理を行うとともに、診療録に記載すること。なお、必要に応じ、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。

(ﾛ)　専門医師又は専門医療機関への紹介を行うこと。

(ﾊ)　健康診断の結果等の健康管理に係る相談に応じること。

(ﾆ)　保健・福祉サービスに係る相談に応じること。

(ﾎ)　診療時間外を含む、緊急時の対応方法等に係る情報提供を行うこと。

[施設基準]

①　適切な受診につながるような助言及び指導を行うこと等、質の高い診療機能を有する体制が整備されていること。

②　次のいずれかにおける届出を行っている。

　ア　地域包括診療加算

　イ　地域包括診療料

　ウ　小児かかりつけ診療料

　エ　在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る）

　オ　施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る）

③　地域において包括的な診療を担う医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示する等の取組を行っていること。

下線部は令和4年度診療報酬改定事項

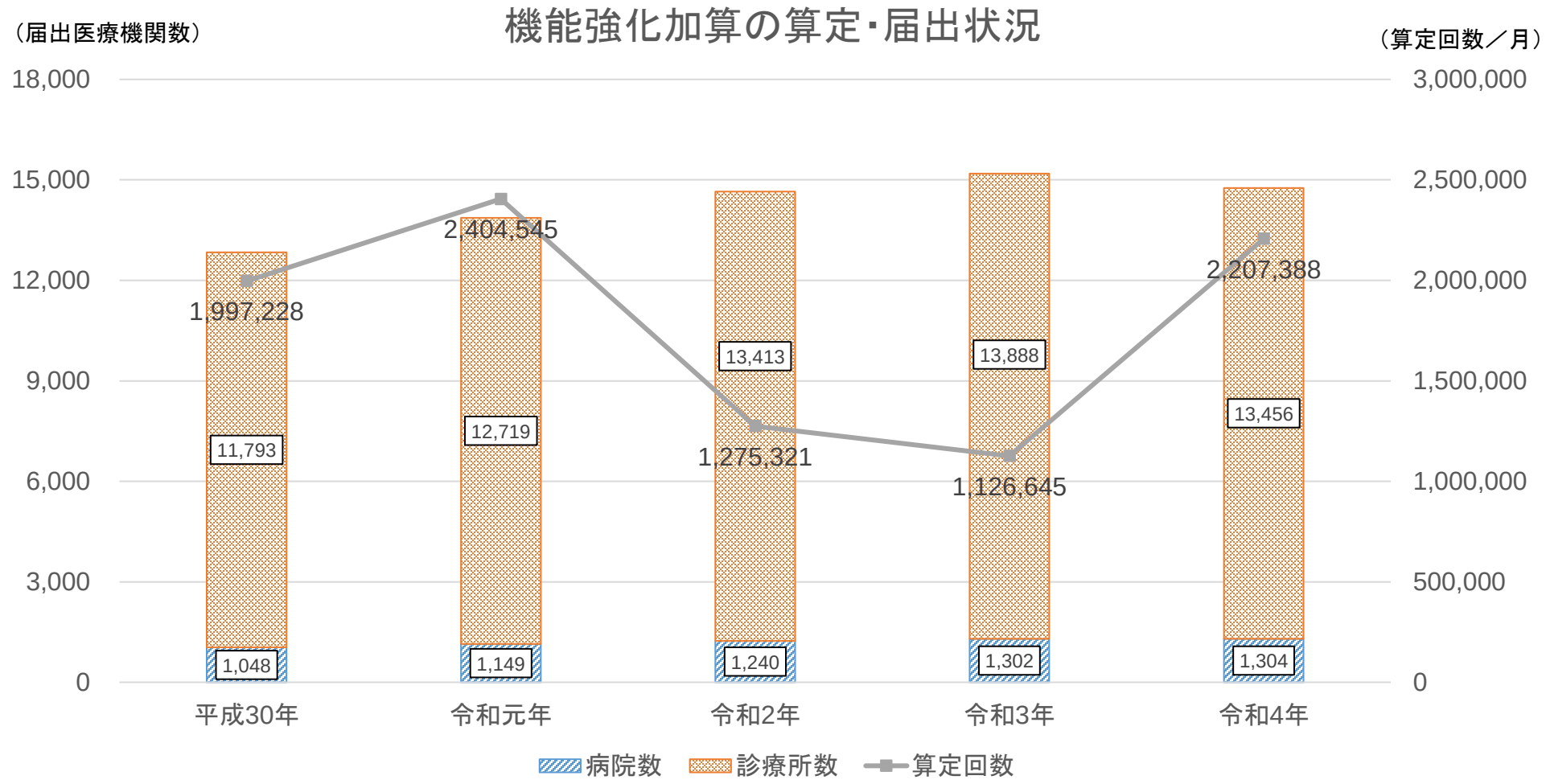
機能強化加算の届出・実績等について

令和4年改定前		改定後	
届出・実績	次のいずれかの届出	次のいずれかを満たしていること。	
	• 地域包括診療加算 • 地域包括診療料	• 地域包括診療加算1／地域包括診療料1の届出を行っていること。 （参考：地域包括加算1／診療料1の施設基準） 以下の全てを満たしていること。 ■ 直近1年間に、当該保険医療機関での継続的な外来診療を経て、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「1」、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）又は往診料を算定した患者の数の合計が、10 人以上であること。 ■ 直近1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が70%未満であること。	以下のいずれも満たすものであること。 • 地域包括診療加算2／地域包括診療料2の届出を行っていること。 • 直近1年間において、次のいずれかを満たしていること。 ■ 地域包括診療加算2／地域包括診療料2を算定した患者が3人以上。 ■ 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「1」、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）又は往診料を算定した患者の数の合計が3人以上。
	小児かかりつけ診療料	• 小児かかりつけ診療料の届出を行っていること。	
	• 在宅時医学総合管理料 • 施設入居時等医学総合管理料 （在支診又は在支病に限る）	• 在宅時医学総合管理料／施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている機能強化型の在支診又は在支病であること。 （参考：機能強化型の在支診又は在支病の施設基準） 以下のいずれにも該当していること。 過去1年間において、 ■ （在支診の場合）緊急往診の実績10件以上（連携型の場合、当該医療機関で4件以上）。 ■ （在支病の場合）緊急往診の実績10件以上（連携型の場合、当該医療機関で4件以上）又は在支診からの緊急受入の実績が31件以上。 ■ 在宅における看取りの実績又は15歳未満の超・準超重症児の在宅医療の実績が4件以上（連携型の場合、当該医療機関で2件以上）。	以下のいずれも満たすものであること。 • 在宅時医学総合管理料／施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている機能強化型以外の在支診又は在支病であること。 • 以下のいずれかを満たしていること。 過去1年間において、 ■ （在支診の場合）緊急往診の実績3件以上。 ■ （在支病の場合）緊急往診の実績又は在支診からの緊急受入の実績の合計が3件以上。 ■ 在宅における看取りの実績又は15歳未満の超・準超重症児の在宅医療の実績が1件以上。
配置医師	―	• 以下のいずれかを行っている常勤の医師を配置すること。 ア 介護保険制度の利用等の相談への対応、主治医意見書の作成　イ 警察医として協力　ウ 乳幼児健診を実施　エ 定期予防接種を実施　オ 幼稚園の園医等　カ 地域ケア会議に出席　キ 一般介護予防事業に協力	

下線部は令和４年度診療報酬改定事項

機能強化加算の算定・届出状況

○ 機能強化加算の届出施設数は、令和3年までは増加傾向であったが、令和4年に微減した。
○ 算定回数は令和元年以降減少していたが、令和4年に増加した。



出典：各年7／1時点の届出状況を基に医療課で作成、算定回数は社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）（令和4年はNDBデータ）

① 初・再診料等について

② かかりつけ医機能に係る評価について

③ 生活習慣病に係る評価について

④ 外来機能の分化の推進について

⑤ 情報連携に係る評価について

⑥ オンライン診療に係る評価について

生活習慣病に係る評価の経緯

改定年度	項目	概要
平成14年度	生活習慣病指導管理料	**（新設）** 生活習慣病の治療・指導のための評価を新設。
平成18年度	生活習慣病管理料	**（改編）** 特に院外処方の場合の点数を引き下げ、療養計画書の記載内容を具体的に定める等の改定の上、「生活習慣病指導管理料」から改編。
平成20年度	糖尿病合併症管理料	**（新設）** 糖尿病足病変ハイリスク要因を有する患者に対する、糖尿病足病変に関する指導の評価を新設。
	生活習慣病管理料	**（要件見直し）** 普及・拡大を目指し、点数の引き下げ、療養計画書の内容・頻度に係る用件の見直しを実施。
平成24年度	糖尿病透析予防指導管理料	**（新設）** 糖尿病患者に対し、外来において透析予防診療チームで行う透析予防に資する指導の評価を新設。
平成28年度	糖尿病透析予防指導管理料	**（新設）** 糖尿病透析予防指導管理料に腎臓病期患者指導加算を追加。 **（要件見直し）** 保険者から保険指導を行う目的で情報提供依頼があった場合に協力する。
令和30年度	生活習慣病管理料	**（要件見直し）** 血圧の目標値の明確化、特定健診・保健指導との連携、学会等の診療ガイドライン等の診療支援情報を、必要に応じて、参考にすることを追加。
	高度腎機能障害患者指導加算	**（名称変更・要件見直し）** 「腎臓病期患者指導加算」から名称を改めるとともに、対象疾患拡大。
令和２年度	生活習慣病管理料	**（要件見直し）** 糖尿病患者に対する眼科受診勧奨、学会のガイドラインを踏まえ、歯科受診の状況確認を追加。
令和４年度	生活習慣病管理料	**（包括範囲・評価・要件の見直し）** 投薬にかかる費用を包括評価の対象範囲から除外し、評価を見直し。 総合的な治療管理について、他職種と連携し実施して差し支えないことを明確化。

生活習慣病管理料の見直し

包括範囲及び評価の見直し

➢ 生活習慣病患者は、患者ごとに薬剤料が大きく異なっている実態を踏まえ、投薬に係る費用を生活習慣病管理料の包括評価の対象範囲から除外し、評価を見直す。

現行

【生活習慣病管理料】
（１：処方箋を交付する場合／２：それ以外の場合）
イ　脂質異常症を主病とする場合　650点／1,175点
ロ　高血圧症を主病とする場合　700点／1,035点
ハ　糖尿病を主病とする場合　800点／1,280点

［算定要件］
- 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った医学管理等、検査、投薬、注射及び病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。

改定後

【生活習慣病管理料】

（改）１　脂質異常症を主病とする場合　**570点**
２　高血圧症を主病とする場合　**620点**
３　糖尿病を主病とする場合　**720点**

［算定要件］
- 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った**医学管理等、検査、注射及び病理診断の費用**は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。

算定要件の見直し

➢ 生活習慣に関する総合的な治療管理については、多職種と連携して実施しても差し支えないことを明確化する。また、管理方針を変更した場合に、患者数の定期的な記録を求めないこととする。

現行

【生活習慣病管理料】［算定要件］
- 脂質異常症等の患者に対し、治療計画を策定し、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、算定できる。
- 糖尿病又は高血圧症の患者については、管理方針を変更した場合に、その理由及び内容等を診療録に記載し、当該患者数を定期的に記録していること。

改定後

【生活習慣病管理料】［算定要件］
- 脂質異常症等の患者に対し、治療計画を策定し、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、算定できる。**この場合において、総合的な治療管理は、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施しても差し支えない。**
- 糖尿病又は高血圧症の患者については、管理方針を変更した場合に、その理由及び内容等を診療録に記載していること。
（削除）

生活習慣病の診療の評価について

	生活習慣病管理料	糖尿病合併症管理料	糖尿病透析予防指導管理料	高度腎機能障害患者指導加算
評価	570～720点（月1回）	170点（月1回）	350点（月1回）	100点
概要	治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の計測、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に算定。	糖尿病足病変ハイリスク要因を有する通院患者に対し、専任の医師又は看護師が、患者に対し爪甲切除、角質除去、足浴等を実施するとともに、足の状態の観察方法、足の清潔・爪切り等の足のセルフケア方法、正しい靴の選択方法についての指導を行った場合に算定。	ヘモグロビンA1cが6.1%(JDS) 以上又は内服薬やインスリン製剤を使用し、糖尿病性腎症第２期以上の患者に対し、「透析予防診療チーム」が、食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を個別に実施した場合に算定。	eGFR 45ml/分/1.73㎡未満の患者に、医師が、腎機能を維持するために運動の種類、頻度、強度、時間、留意すべき点等について指導した場合に算定。
算定要件	• 療養計画書を作成。 • 少なくとも１月に１回以上の総合的な治療管理を行う。この場合、総合的な治療管理は、看護師、薬剤師、管理栄養士等の他職種と連携して実施しても差し支えない。 • 管理方針を変更した場合に、理由・内容等を記録。 • 学会等の診療ガイドライン等を参考にする。 • 糖尿病患者に対しては年１回程度眼科の診察を促す。	• 指導計画を作成。 • ハイリスク要因に関する評価結果、指導計画及び実施した指導内容を診療録又は療養指導記録に記載。	• 「透析予防診療チーム」（糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験を持つ、専任の医師、専任の看護師（保健師）及び管理栄養士からなる）が、日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」等に基づき指導を行う。 • 指導計画を作成する。 • 保険者から求めがあった場合は情報提供を行う。	• 糖尿病透析予防指導管理料を算定している。
対象疾患	脂質異常症、高血圧症、糖尿病	糖尿病	糖尿病	糖尿病
対象医療機関・施設基準	• 200床未満の病院及び診療所	• 糖尿病・糖尿病足病変の診療に従事した経験を５年以上有する専任の常勤医師１名以上配置。 • 糖尿病足病変患者の看護に従事した経験を５年以上有し、適切な研修を修了した専任の看護師を１名以上配置。	• 医師、看護師又は保健師のうち、少なくとも１名以上は常勤。 • 薬剤師、理学療法士が配置されていることが望ましい。 • 糖尿病教室を定期的に実施している。 • 算定した患者の状態の変化等を厚生局長に報告している。	次の②の①に対する割合が５割以上。 ①　３か月間に本管理料を算定しeGFRが30未満だった患者 ②　①から３月以上経過した時点で、血清クレアチニン等が改善した患者
包括範囲	在宅自己注射指導管理料、医学管理等（糖尿病合併症管理料、がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料、糖尿病透析予防指導管理料を除く）、検査、注射、病理診断		外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、特定疾患療養管理料	

下線部は令和4年度診療報酬改定事項

生活習慣病の管理を中心とした評価のイメージ

<u>200床未満の病院及び診療所</u>における
生活習慣病の管理を中心とした評価

専門的

生活習慣病
の管理

日常的

生活習慣病管理料

地域包括診療料・
地域包括診療加算

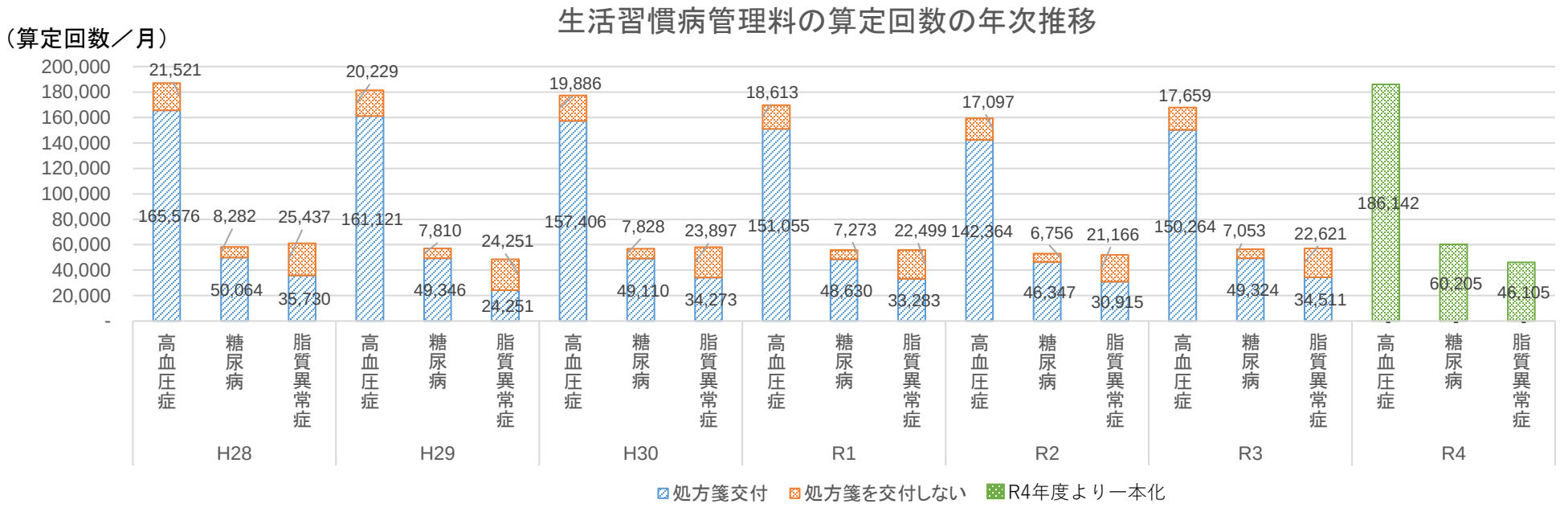
かかりつけ医機能

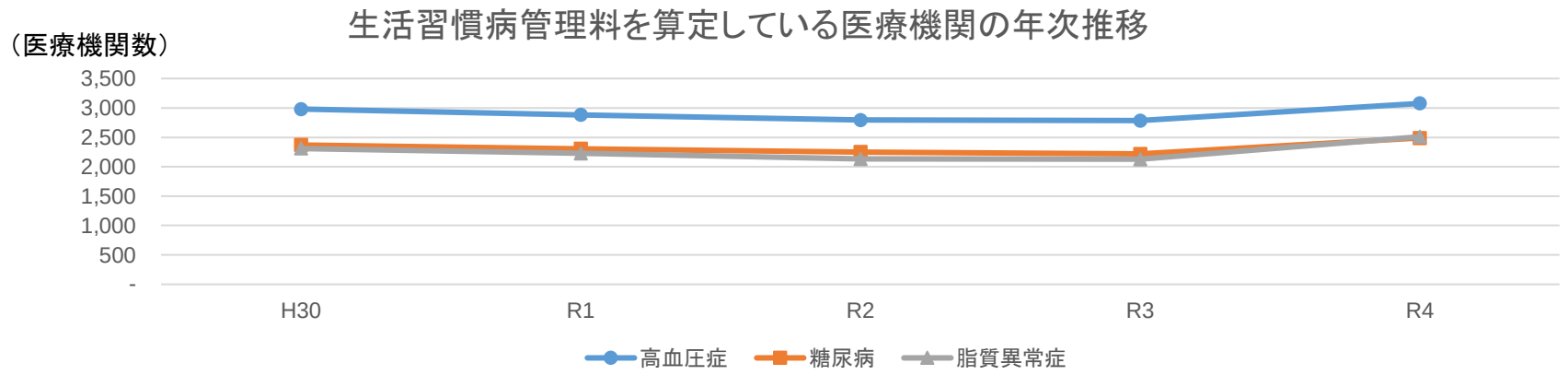
なし

充実

生活習慣病管理料の算定状況

○　生活習慣病管理料を算定している回数・医療機関ともに若干上昇している。



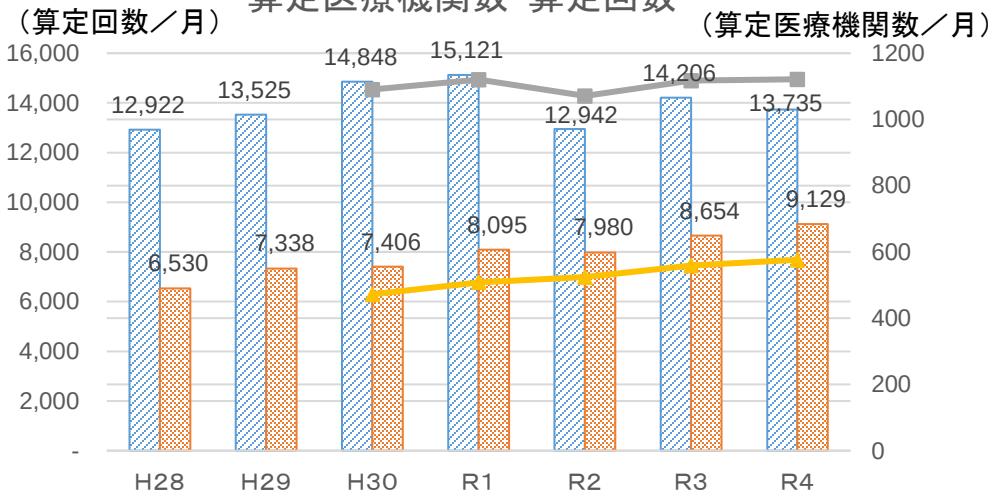


出典：H28～29年は社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）、H30～R4年はNDBデータ（各年5月診療分）

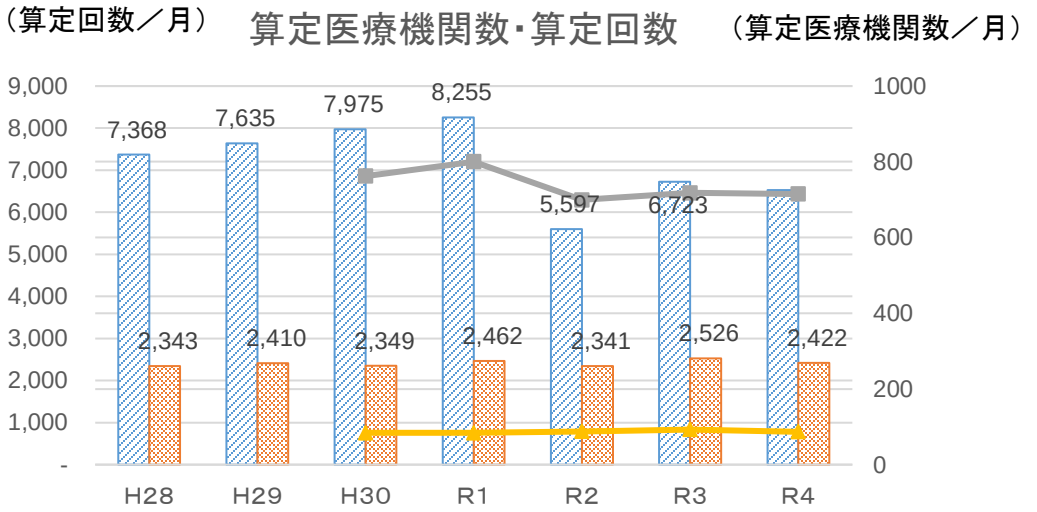
生活習慣病の管理に係る報酬の算定状況

○　生活習慣病の管理に係る報酬の算定回数はいずれも平成28年から令和元年にかけては増加傾向であるが、令和2年には特に病院における算定医療機関数・算定回数が減少し、以降横ばいで推移している。

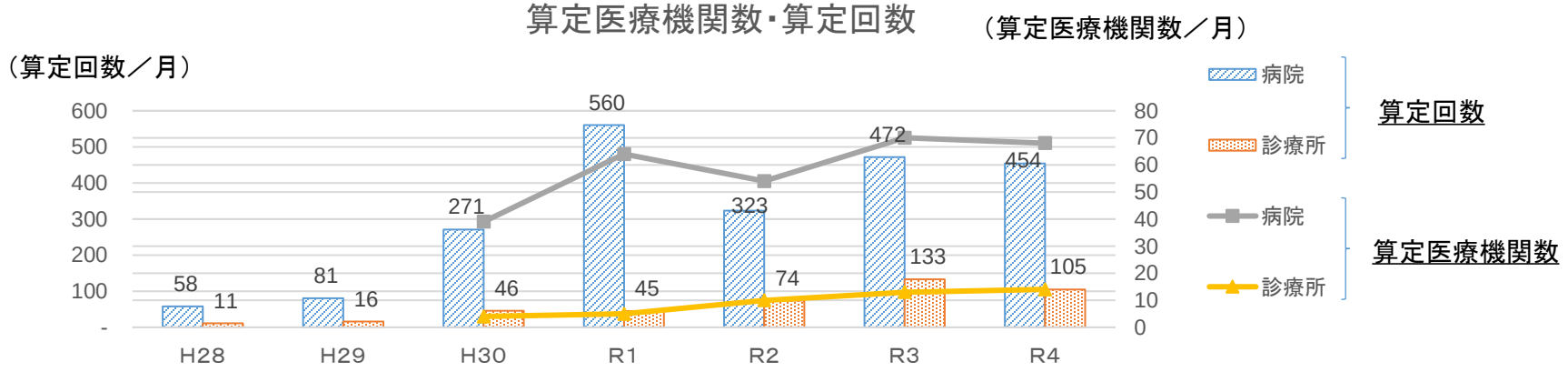
糖尿病合併症管理料
算定医療機関数・算定回数



糖尿病透析予防指導管理料
算定医療機関数・算定回数



高度腎機能障害患者指導加算
算定医療機関数・算定回数

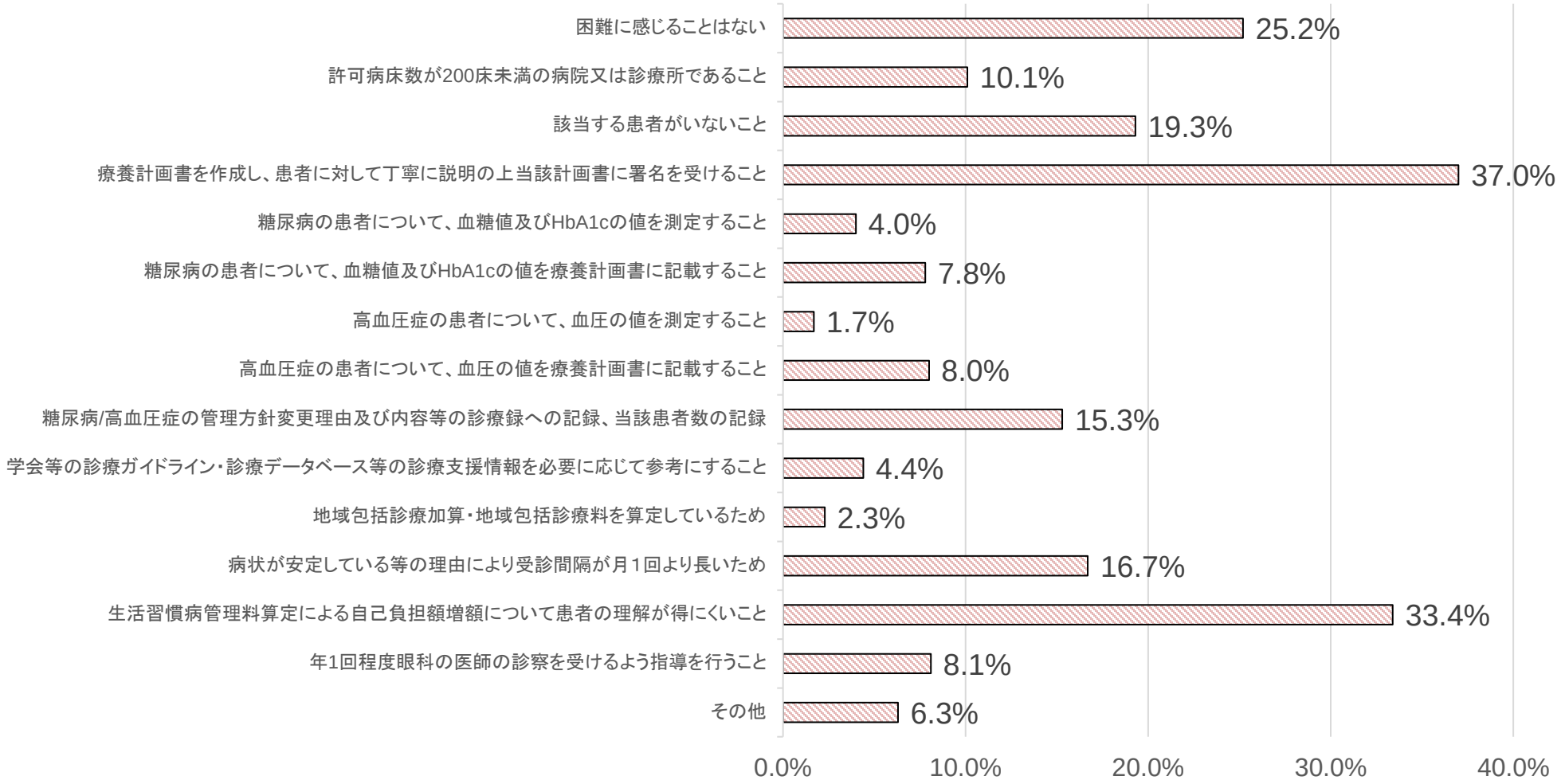


出典：H28～29年は社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）、H30～R4年はNDBデータ（各年5月診療分）

生活習慣病管理料の算定について困難を感じること

○　生活習慣病管理料の算定について困難を感じることとして、「療養計画書を作成し、説明の上計画書に署名を受けること」、「自己負担額について患者の理解が得にくいこと」が多かった。

n=652



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

生活習慣病管理料の療養計画書

○　生活習慣病管理料において、検査・問診、重点を置く領域と指導項目（食事、運動、たばこ等）、服薬指導等についての療養計画書を作成し、患者に対し説明の上当該計画書に署名を受けることが求められる。

（別紙様式9）

生活習慣病　療養計画書　初回用　（記入日：　年　月　日）

患者氏名：（男・女）	主病：
生年月日：明・大・昭・平・令　年　月　日生（　才）	□糖尿病　□高血圧症　□脂質異常症

ねらい：検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること

【検査・問診】

【検査項目】
□身　長　（　cm）
□体　重：現在（　kg）→目標（　kg）
□BMI　（　）
□腹　囲：現在（　cm）→目標（　cm）
□栄養状態　（低栄養状態の恐れ　良好　肥満）
□収縮期／拡張期血圧：現在（　／　mmHg）
→目標（　／　mmHg）
□運動負荷心電図
□その他　（　）

【血液検査項目】（採血日　月　日）
□血糖（□空腹時　□随時　□食後（　）時間）
（　mg/dl）
□HbA1c：現在　（　%）→目標（　%）
□総コレステロール　（　mg/dl）
□中性脂肪　（　mg/dl）
□HDLコレステロール　（　mg/dl）
□LDLコレステロール　（　mg/dl）
□その他　（　）

【問　診】　□食事の状況　□運動の状況　□たばこ　□歯科の受診状況　□その他の生活

【①達成目標】：患者と相談した目標
（　）

【②行動目標】：患者と相談した目標
（　）

医師氏名　（印）

【重点を置く領域と指導項目】

□食事
□食事摂取量を適正にする　□食塩・調味料を控える
□野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす　□外食の際の注意事項（　）
□油を使った料理（揚げ物や炒め物等）の摂取を減らす　□その他（　）
□節酒：〔減らす（種類・量：　を週　回）〕
□間食：〔減らす（種類・量：　を週　回）〕
□食べ方：（ゆっくり食べる・その他（　））
□食事時間：朝食、昼食、夕食を規則正しくとる
担当者の氏名　（印）

□運動
□運動処方：種類（ウォーキング・　）
時間（30分以上・　）、頻度（ほぼ毎日・週　日）
強度（息がはずむが会話が可能な強さ or　脈拍　拍/分　or　）
□日常生活の活動量増加（例：1日1万歩・　）
□運動時の注意事項など（　）
担当者の氏名　（印）

□たばこ
□非喫煙者である
□禁煙・節煙の有効性　□禁煙の実施方法等
担当者の氏名　（印）

□その他
□仕事　□余暇　□睡眠の確保（質・量）　□減量
□家庭での計測（歩数、体重、血圧、腹囲等）
□その他（　）
担当者の氏名　（印）

【服薬指導】
□処方なし　□薬の説明
担当者の氏名　（印）

【療養を行うにあたっての問題点】	
【他の施設の利用状況について】	
【特定健康診査の受診の有無】	□有　□無
【特定保健指導の利用の有無】	□有　□無
【保険者からの情報提供の求めに対する協力の同意】	□有　□無

※実施項目は、□にチェック、（　）内には具体的に記入
※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。

患者署名
医師氏名　（印）

（別紙様式9の2）

生活習慣病　療養計画書　継続用　（記入日：　年　月　日）（　）回目

患者氏名：（男・女）	主病：
生年月日：明・大・昭・平・令　年　月　日生（　才）	□糖尿病　□高血圧症　□脂質異常症

ねらい：重点目標の達成状況を理解できること・目標再設定と指導された生活習慣改善に取り組めること

【検査・問診】

【検査項目】
□体　重：現在（　kg）→目標（　kg）
□BMI　（　）
□腹　囲：現在（　cm）→目標（　cm）
□栄養状態　（低栄養状態の恐れ　良好　肥満）
□収縮期／拡張期血圧：現在（　／　mmHg）
→目標（　／　mmHg）
□運動負荷心電図
□その他　（　）

【血液検査項目】（採血日　月　日）
□血糖（□空腹時　□随時　□食後（　）時間）
（　mg/dl）
□HbA1c：現在　（　%）→目標（　%）
□総コレステロール　（　mg/dl）
□中性脂肪　（　mg/dl）
□HDLコレステロール　（　mg/dl）
□LDLコレステロール　（　mg/dl）
□その他　（　）

【目標の達成状況と次の目標】：患者と相談した目標
【①達成目標】：患者と相談した目標
（　）

【②行動目標】：患者と相談した目標
（　）
医師氏名　（印）

【重点を置く領域と指導項目】

□食事
□今回は、指導の必要なし
□食事摂取量を適正にする　□食塩・調味料を控える
□野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす　□外食の際の注意事項（　）
□油を使った料理（揚げ物や炒め物等）の摂取を減らす　□その他（　）
□節酒：〔減らす（種類・量：　を週　回）〕
□間食：〔減らす（種類・量：　を週　回）〕
□食べ方：（ゆっくり食べる・その他（　））
□食事時間：朝食、昼食、夕食を規則正しくとる
担当者の氏名　（印）

□運動
□今回は、指導の必要なし
□運動処方：種類（ウォーキング・　）
時間（30分以上・　）、頻度（ほぼ毎日・週　日）
強度（息がはずむが会話が可能な強さ or　脈拍　拍/分　or　）
□日常生活の活動量増加（例：1日1万歩・　）
□運動時の注意事項など（　）
担当者の氏名　（印）

□たばこ
□禁煙・節煙の有効性　□禁煙の実施方法等
担当者の氏名　（印）

□その他
□仕事　□余暇　□睡眠の確保（質・量）　□減量
□家庭での計測（歩数、体重、血圧、腹囲等）
□その他（　）
担当者の氏名　（印）

服薬指導
□処方なし　□薬の説明
担当者の氏名　（印）

【療養を行うにあたっての問題点】	
【他の施設の利用状況について】	
【特定健康診査の受診の有無】	□有　□無
【特定保健指導の利用の有無】	□有　□無
【保険者からの情報提供の求めに対する協力の同意】	□有　□無

※実施項目は、□にチェック、（　）内には具体的に記入
※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。

患者署名
医師氏名　（印）

糖尿病患者に対する医科歯科連携の有効性

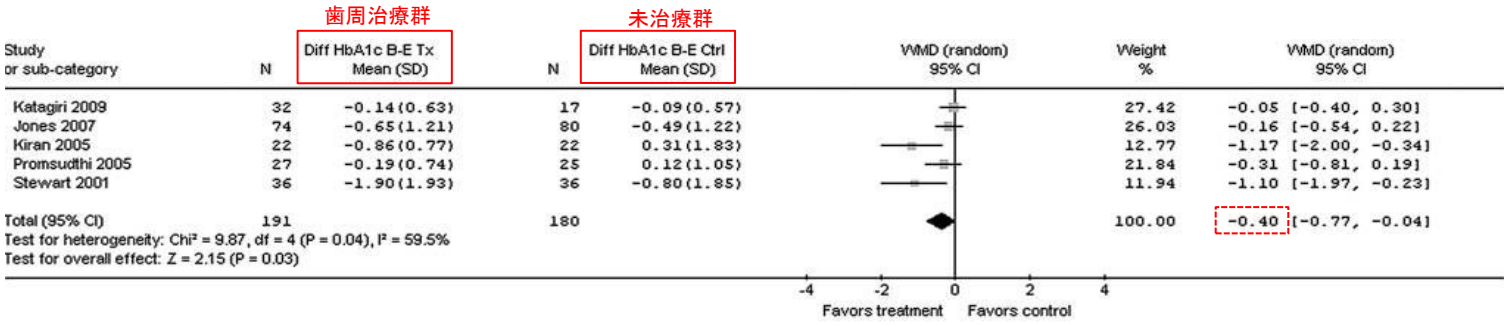
糖尿病診療ガイドライン2019（日本糖尿病学会）

・歯周病は、慢性炎症として血糖コントロールに悪影響を及ぼすことが疫学的に示されている
・２型糖尿病では歯周治療により血糖が改善する可能性があり※、推奨される（推奨グレードA）《参考１》
（※文献の相違があるものの、共通して歯周基本治療後に、HbA1cが0.29～0.66%低下することが示されている）

糖尿病患者に対する歯周治療ガイドライン 改訂第２版 2014（日本歯周病学会）

・糖尿病患者は1型か2型にかかわらず非糖尿病者に比較して有意に歯周病の発症率が高い《参考２》
・血糖コントロール不良の糖尿病は歯周病の進行に関与し、歯周病を悪化させる
・複数のメタアナリシスにおいて歯周治療による血糖コントロールの改善効果が支持されており、糖尿病患者に対しては歯周治療が勧められる

○**歯周治療による血糖コントロール改善効果**：歯周治療による炎症性サイトカイン低下により、インスリン抵抗性の改善が促されると考えられている



メタアナリシスにおいて、２型糖尿病患者に対する歯周治療介入により未治療群に比較して、HbA1cが -0.40%有意に改善されることが示された。

《参考１》出典：Teeuw WJ, Gerdes VE, Loos BG : Effect of periodontal treatment on glycemic control of diabetic patients : a systematic review and meta-analysis. Diabetes Care 33 : 421-427, 2010

○**糖尿病患者の歯周病発症率**：口腔乾燥による自浄作用低下や、歯周病細菌に対する抵抗力の低下等により、歯周病の発症率が有意に高い（「第６の合併症」とされる）

	N	Relative Risk	95%CI	p value	Relative Risk	95%CI	p value
HbA1c							
< 6.5%	5,706	1			1		
≥ 6.5%	150	1.47	1.25-1.73	0.001	1.17	1.01-1.36	0.038
Body Mass Index (BMI)							
< 22	2,319				1		
22-25	2,153				1.12	1.04-1.22	0.005
25-30	1,244				1.23	1.12-1.34	0.001
> 30	140				1.41	1.16-1.70	0.001
Smoking status							
Never smoked	2,484				1		
Former smoker	1,360				1.12	1.02-1.24	0.022
Current smoker	2,012				1.52	1.40-1.66	0.001
Sex							
Men	4,511				1		
Women	1,345				0.90	0.81-1.00	0.044
Age, yrs					1.03	1.02-1.03	0.001

健診受診者5,856人を対象とした調査で、HbA1c≧6.5の群で歯周病の発生率に係る相対危険度が1.17倍（性別・年齢・喫煙・BMIによる調整後）であることが示された。

《参考２》出典：Morita I, Inagaki K, Nakamura F et al□Relationship between periodontal status and levels of glycated hemoglobin. J Dent Res 91 : 161-166, 2012

外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設

➢ 外来医療、在宅医療及びリハビリテーション医療について、データに基づく適切な評価を推進する観点から、生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料、疾患別リハビリテーション料等において、保険医療機関が診療報酬の請求状況、治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合の評価を新設する。

生活習慣病管理料

（新）　外来データ提出加算　50点（月１回）

[算定要件]
- 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における**診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合**は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。

[施設基準]
（１）　**外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出**するために必要な体制が整備されていること。
（２）　データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料

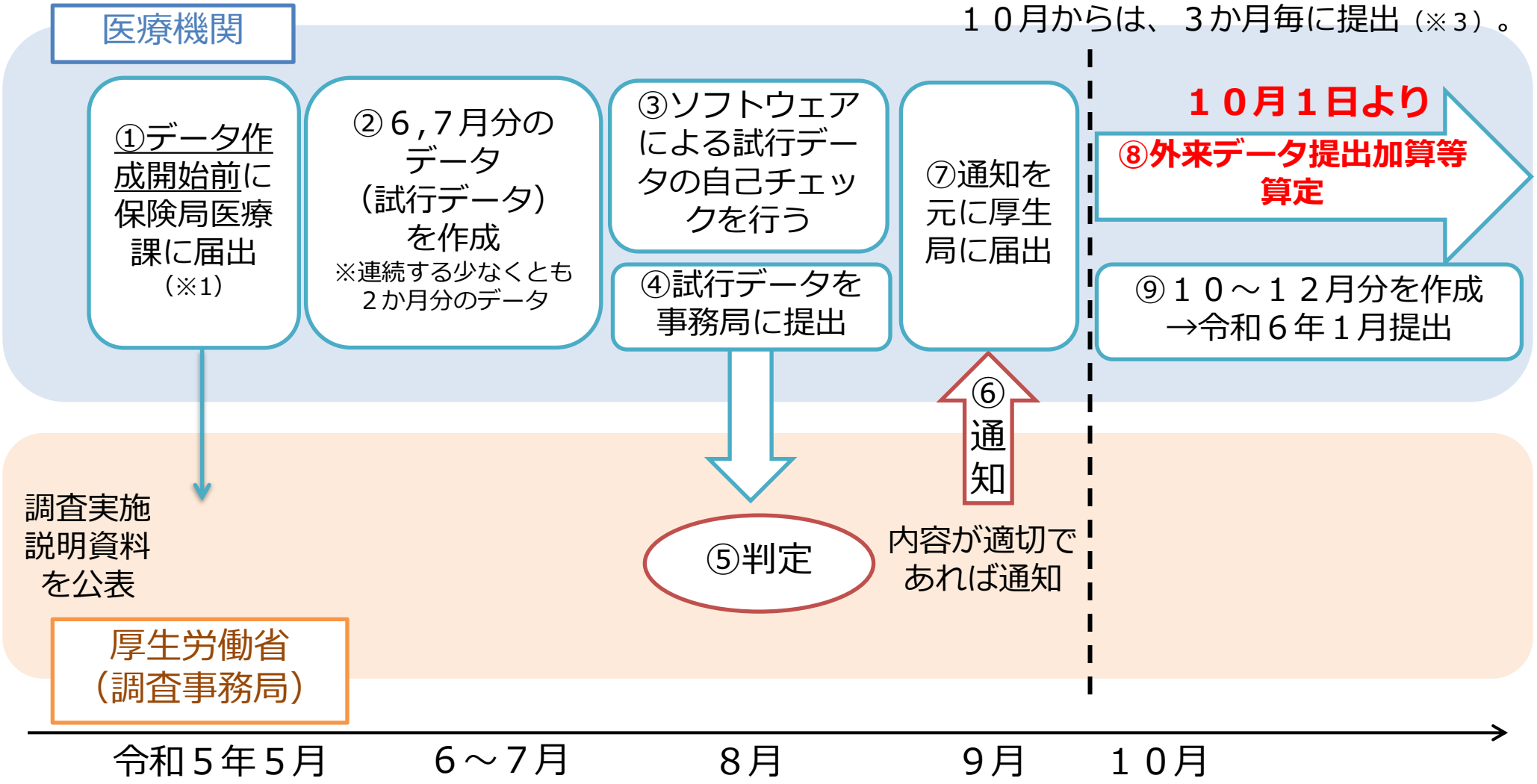
（新）　在宅データ提出加算　50点（月１回）

疾患別リハビリテーション料

（新）　リハビリテーションデータ提出加算　50点（月１回）

※　在宅データ提出加算とリハビリテーションデータ提出加算の算定要件・施設基準は外来データ提出加算と同様。

外来医療等のデータ提出を始める医療機関のスケジュール（イメージ）



※１　5/20までに厚生局を経由して届出（施設の状況により若干時期が異なる）

※２　自己チェック用のソフトは厚生労働省が追って作成・配付。医療機関側で提出前にチェックを実施（必須）。

※３　提出データについては、より詳細な点検を厚生労働省（調査事務局）にて実施し、データの追加提出を求める場合がある。

外来データ提出加算での主な入力項目について

〈共通〉

大項目	項目名
属性	生年月日
	性別
	患者住所地域の郵便番号
身長・体重	身長
	体重
喫煙歴	喫煙区分
	1日の喫煙本数
	喫煙年数
介護情報	高齢者情報
	要介護度
診断情報/傷病	自院管理の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
入院の状況	入院の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
終診情報	当月中の終診情報
	終診年月日
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名

〈外来データ提出加算〉

大項目	項目名
外来受診情報	受診年月日
	初診/再診
	他院による紹介の有無
	診療科コード
糖尿病の有無	糖尿病の有無
	自院管理の有無
糖尿病の診断年月	診断年月
血糖コントロール・慢性合併症	血糖コントロール
	慢性合併症：網膜症
	慢性合併症：腎症
	慢性合併症：神経障害
高血圧症の有無	高血圧症の有無
	自院管理の有無
高血圧症の診断年月	診断年月
血圧	血圧分類
	リスク層
	収縮期血圧
	拡張期血圧
脂質異常症の有無	脂質異常症の有無
	自院管理の有無
脂質異常症の診断年月	診断年月

大項目	項目名
リスク分類・LDLコレステロール	リスク分類
	LDLコレステロール
脳卒中の有無（初発）	脳卒中の有無（既往含む）
	脳卒中の初発の種類（既往含む）
	脳卒中の初発の発症（診断）年月
脳卒中（初発以外）	脳卒中の初発以外の種類（既往含む）
	脳卒中の初発以外の発症（診断）年月
急性冠症候群の有無（初発）	急性冠症候群の有無（既往含む）
	急性冠症候群の初発の種類（既往含む）
	急性冠症候群の初発の発症（診断）年月
急性冠症候群の（初発以外）	急性冠症候群の初発以外の種類（既往含む）
	急性冠症候群の初発以外の発症（診断）年月
心不全の有無	心不全の有無
	心不全の診断年月
急性大動脈解離の有無（初発）	急性大動脈解離の有無（既往含む）
	急性大動脈解離の初発の発症（診断）年月
急性大動脈解離（初発以外）	急性大動脈解離の初発以外の発症（診断）年月
慢性腎臓病の有無	慢性腎臓病の有無
	慢性腎臓病の診断年月
高尿酸血症の有無	高尿酸血症の有無
	高尿酸血症の診断年月
	尿酸値

2022年度「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料を元に作成

① 初・再診料等について

② かかりつけ医機能に係る評価について

③ 生活習慣病に係る評価について

④ 外来機能の分化の推進について

⑤ 情報連携に係る評価について

⑥ オンライン診療に係る評価について

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し①

➢ 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲を見直すとともに、当該医療機関における定額負担の対象患者について、その診療に係る保険給付範囲及び定額負担の額等を見直す。

現行制度

［対象病院］
・特定機能病院
・地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）
※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる

［定額負担の額］
・初診：医科 5,000円、 歯科 3,000円
・再診：医科 2,500円、 歯科 1,500円

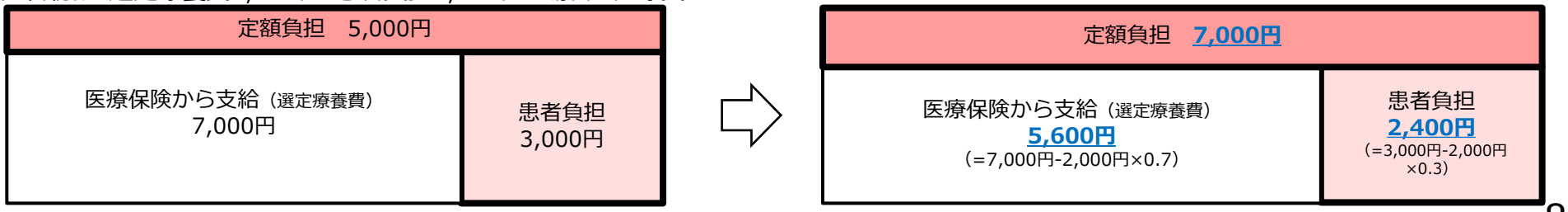
見直し後

［対象病院］
・特定機能病院
・地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）
・**紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上に限る）**
※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる

［定額負担の額］
・初診：医科 **7,000円**、 歯科 **5,000円**
・再診：医科 **3,000円**、 歯科 **1,900円**

［保険給付範囲からの控除］
外来機能の明確化のための**例外的・限定的な取扱い**として、定額負担を求める患者（**あえて紹介状なしで受診する患者等**）の初診・再診について、**以下の点数を保険給付範囲から控除**
・初診：医科 **200点**、 歯科 **200点**
・再診：医科 **50点**、 歯科 **40点**

（例）医科初診・選定療養費7,000円・患者負担3,000円の場合の医療費



［施行日等］**令和４年10月1日から施行・適用。**また、新たに紹介受診重点医療機関となってから６か月の経過措置を設ける。

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し②

現行制度

［対象患者］
・**初診**：他の病院又は診療所からの紹介状なしで受診した患者
・**再診**：他の病院（病床数200床未満に限る）又は診療所に対して、文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該医療機関を受診した患者

※　緊急その他やむを得ない事情がある場合には、定額負担を求めてはならない。
※　正当な理由がある場合には、定額負担を求めなくても良い。

«定額負担を求めなくても良い場合»　※初診・再診共通
① 自施設の他の診療科を受診している患者
② 医科と歯科との間で院内紹介された患者
③ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者
④ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
⑤ 外来受診から継続して入院した患者
⑥ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者
⑦ 治験協力者である患者
⑧ 災害により被害を受けた患者
⑨ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
⑩ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者

見直し後

➢　定額負担を求めなくても良い場合について、以下のとおり見直す。

［初診の場合］
① 自施設の他の診療科**から院内紹介されて受診する**患者
② 医科と歯科との間で院内紹介された患者
③ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者
④ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
⑤ 外来受診から継続して入院した患者
⑥ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者
⑦ 治験協力者である患者
⑧ 災害により被害を受けた患者
⑨ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
⑩ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者**（※急を要しない時間外の受診、単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合は認められない）**

［再診の場合］
~~① 自施設の他の診療科を受診している患者~~
~~② 医科と歯科との間で院内紹介された患者~~
~~③ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者~~
① 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
② 外来受診から継続して入院した患者
~~⑥ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者~~
~~⑦ 治験協力者である患者~~
③ 災害により被害を受けた患者
④ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
⑤ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者**（※急を要しない時間外の受診、単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合は認められない）**

※　再診の場合、定額負担の対象患者は、他の病院等に対して文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該医療機関を受診した患者であり、**現行制度における①、②、③、⑥、⑦に該当する場合は想定されえないため**、要件から削除。

［施行日等］**令和４年10月1日から施行・適用。**

初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し①

- 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介患者・逆紹介患者の受診割合が低い特定機能病院等を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料・外来診療料について、
  - 対象病院に、一般病床の数が200床以上の紹介受診重点医療機関を追加する。
  - 「紹介率」・「逆紹介率」について、以下のとおり、実態に即した算出方法、項目の定義及び基準を見直す。

【改定後】　初診料の注２、３　214点（情報通信機器を用いた初診については186点）　外来診療料の注２、３　55点

	特定機能病院	地域医療支援病院（一般病床200床未満を除く）	**紹介受診重点医療機関（一般病床200床未満を除く）**	許可病床400床以上（一般病床200床未満を除く）
減算規定の基準	**紹介割合**50%未満　**又は** **逆紹介割合30‰未満**			**紹介割合**40%未満　**又は** **逆紹介割合20‰未満**
紹介割合（%）	（紹介患者数＋救急患者数）／初診患者数 × 100			
逆紹介割合（‰）	**逆紹介患者数／(初診＋再診患者数) × 1,000**			
初診患者の数	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。以下を**除く**。 • 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者			
再診患者の数	**患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者以外の患者の数。以下を除く。** **• 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者、B005-11遠隔連携診療料又はB011連携強化診療情報提供料を算定している患者**			
紹介患者の数	他の病院又は診療所から紹介状により紹介された者の数（初診に限る）。 **• 情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。**			
逆紹介患者の数	紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者の数。 **• B005-11遠隔連携診療料又はB11連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む。** **• 情報通信機器を用いた診療のみ行い、他院に紹介した患者を除く。**			
救急搬送者の数	地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された初診の患者の数。			

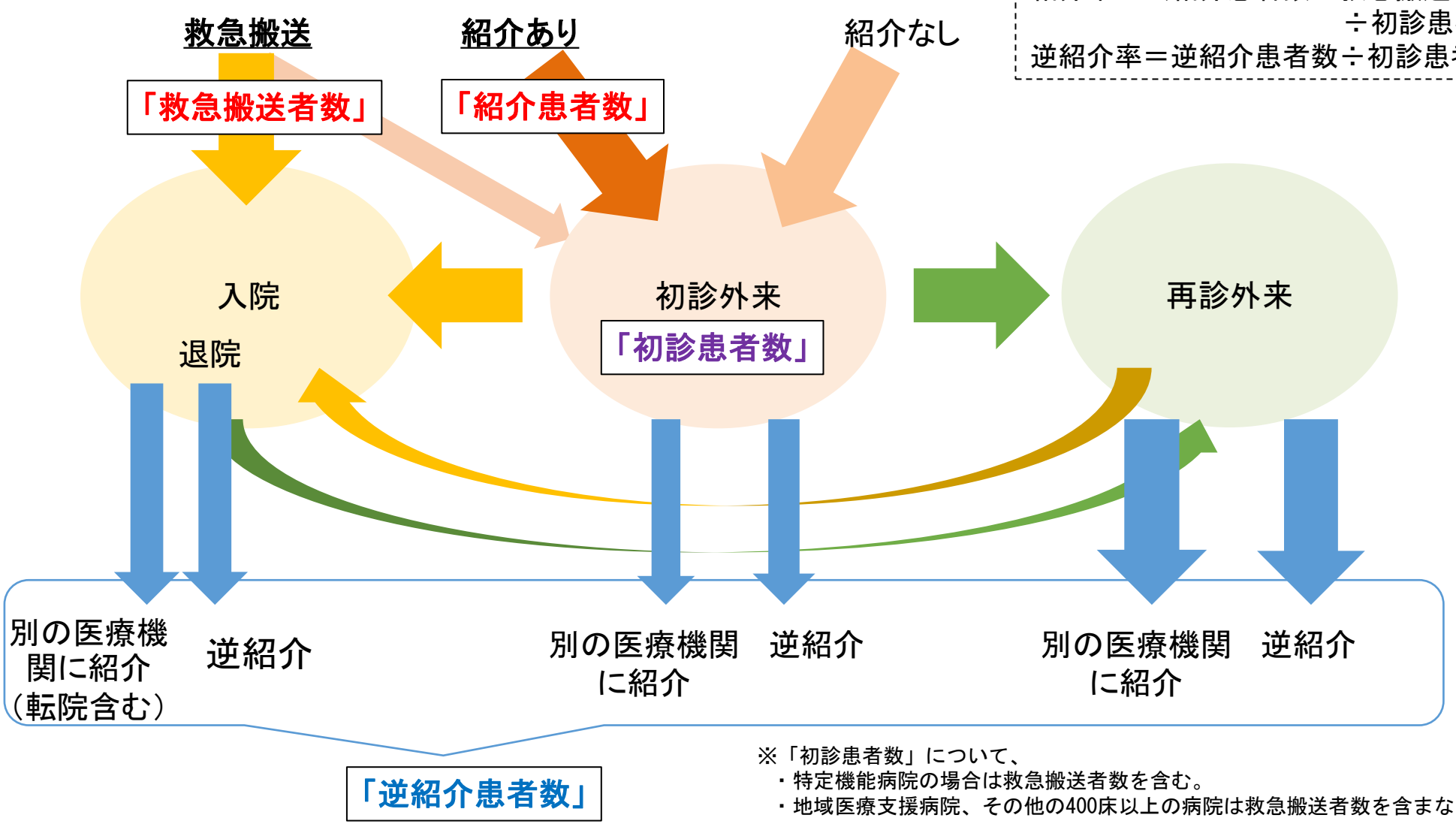
紹介率・逆紹介率による初診料・外来診療料の減算の変遷

		対象医療機関	評価
平成24年	新設	• 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のいずれか • 紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の病院	• 紹介のない場合の初診料　200点 • 他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合の外来診療料　52点
平成26年	対象拡大	• 特定機能病院、許可病床500床以上の地域医療支援病院であって、紹介率50%未満かつ逆紹介率50%未満の病院 • 許可病床500床以上の全ての病院（一般病床200床未満を除く）であって、紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の病院	• 紹介のない場合の初診料　209点 • 他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合の外来診療料　54点
平成30年	対象拡大	• 地域医療支援病院とその他の病院について、許可病床400床以上の病院に拡大。	
令和元年	点数変更		それぞれ以下のとおり点数を改定 • 紹介のない場合の初診料　209点→214点 • 他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合の外来診療料　54点→55点
令和２年	対象拡大	• 地域医療支援病院について、一般病床200床以上に拡大。	
令和４年	対象拡大	• 対象病院に、一般病床の数が200床以上の紹介受診重点医療機関を追加。 • 「紹介率」・「逆紹介率」について算出方法、項目の定義及び基準を見直し。	

外来医療における患者の流れと、紹介率・逆紹介率（イメージ）

○　外来医療における患者の流れを踏まえ、現行の紹介率・逆紹介率について、算出方法に含まれる数値を表現した場合のイメージは以下のとおり。

紹介率＝（紹介患者数＋救急搬送者数）÷初診患者数
逆紹介率＝逆紹介患者数÷初診患者数



※「初診患者数」について、
・特定機能病院の場合は救急搬送者数を含む。
・地域医療支援病院、その他の400床以上の病院は救急搬送者数を含まない。

紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設

➢ 「紹介受診重点医療機関」において、入院機能の強化や勤務医の外来負担の軽減等が推進され、入院医療の質が向上することを踏まえ、当該入院医療について新たな評価を行う。

（新）　紹介受診重点医療機関入院診療加算　　800点（入院初日）

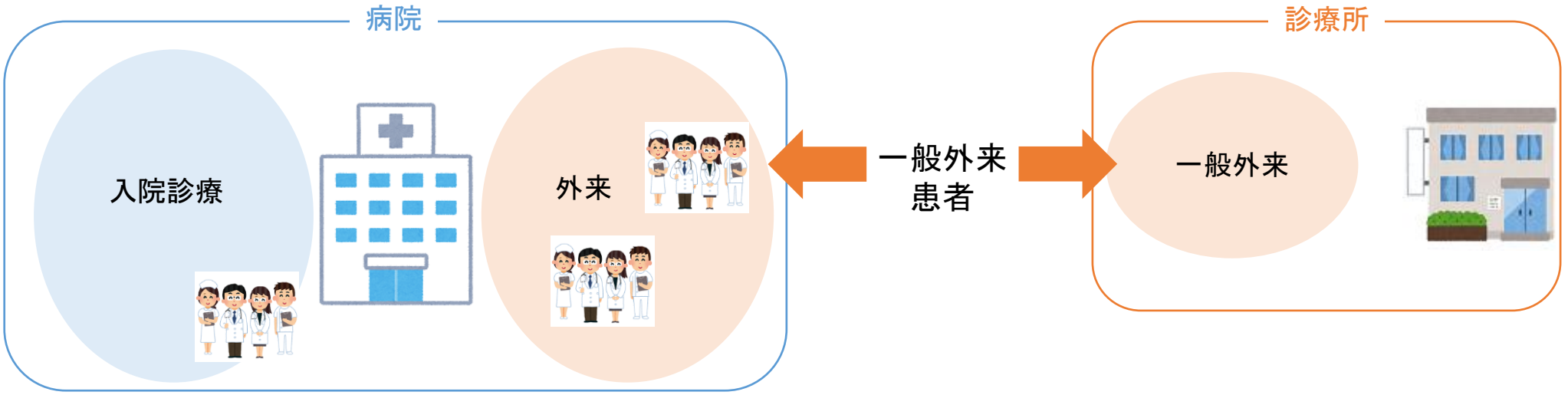
[算定要件]

（１）　**外来機能報告対象病院等**（医療法第30条の18の４第１項第２号の規定に基づき、同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものに限り、**一般病床の数が200未満であるものを除く**。）である保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、紹介受診重点医療機関入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、**入院初日に限り**所定点数に加算する。

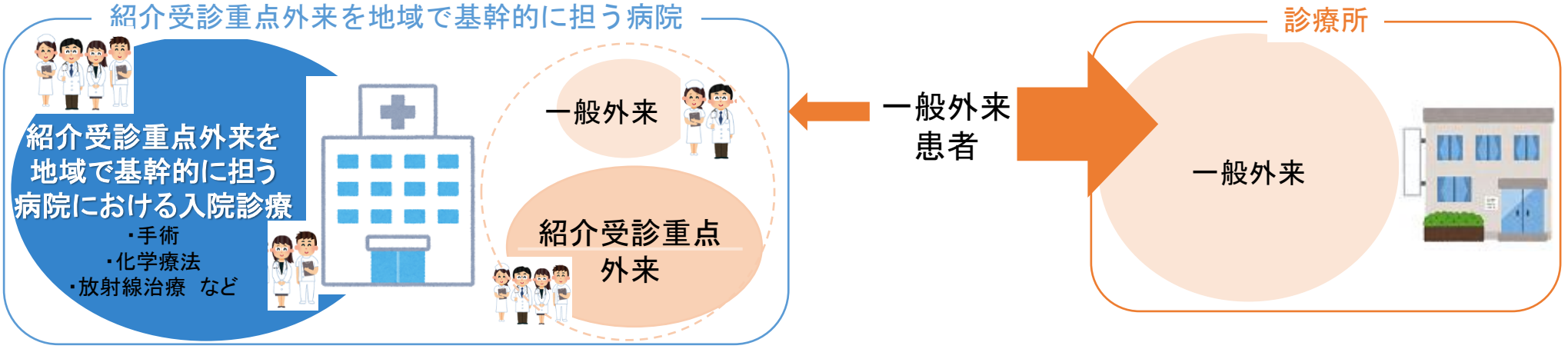
（２）　区分番号Ａ２０４に掲げる**地域医療支援病院入院診療加算は別に算定できない**。

機能分化･強化による入院医療を含む病院の機能への効果

機能分化・強化を行っていない場合



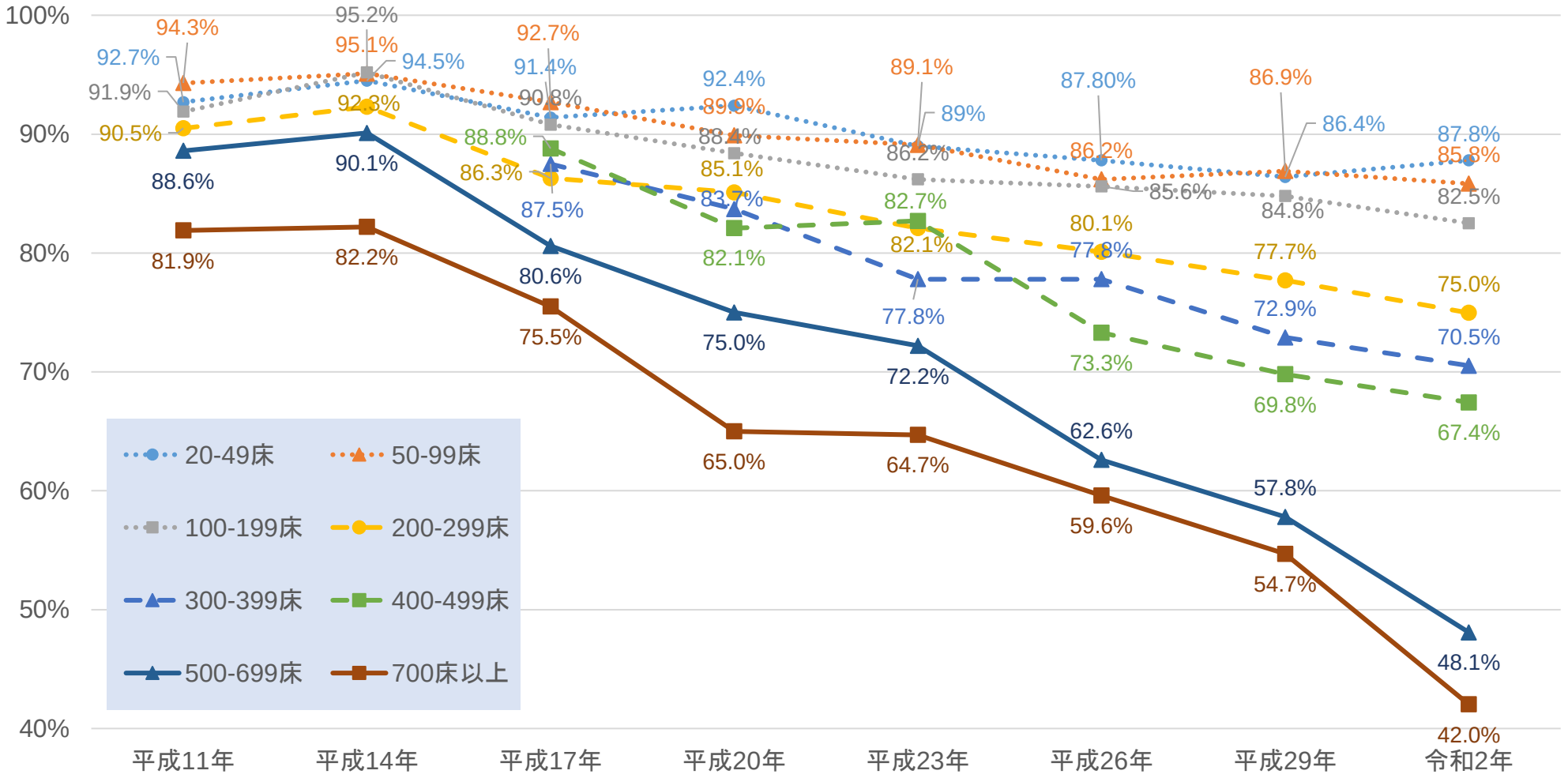
機能分化・強化を行っている場合



紹介受診重点外来を中心とした外来機能分化・強化を進めることにより、入院機能が強化され、さらに、紹介受診重点外来を地域で基幹的に担う病院において、勤務医の外来負担の軽減等、医師の働き方改革に資すると考えられる。

紹介なしで外来受診した患者の割合の推移（病床規模別）

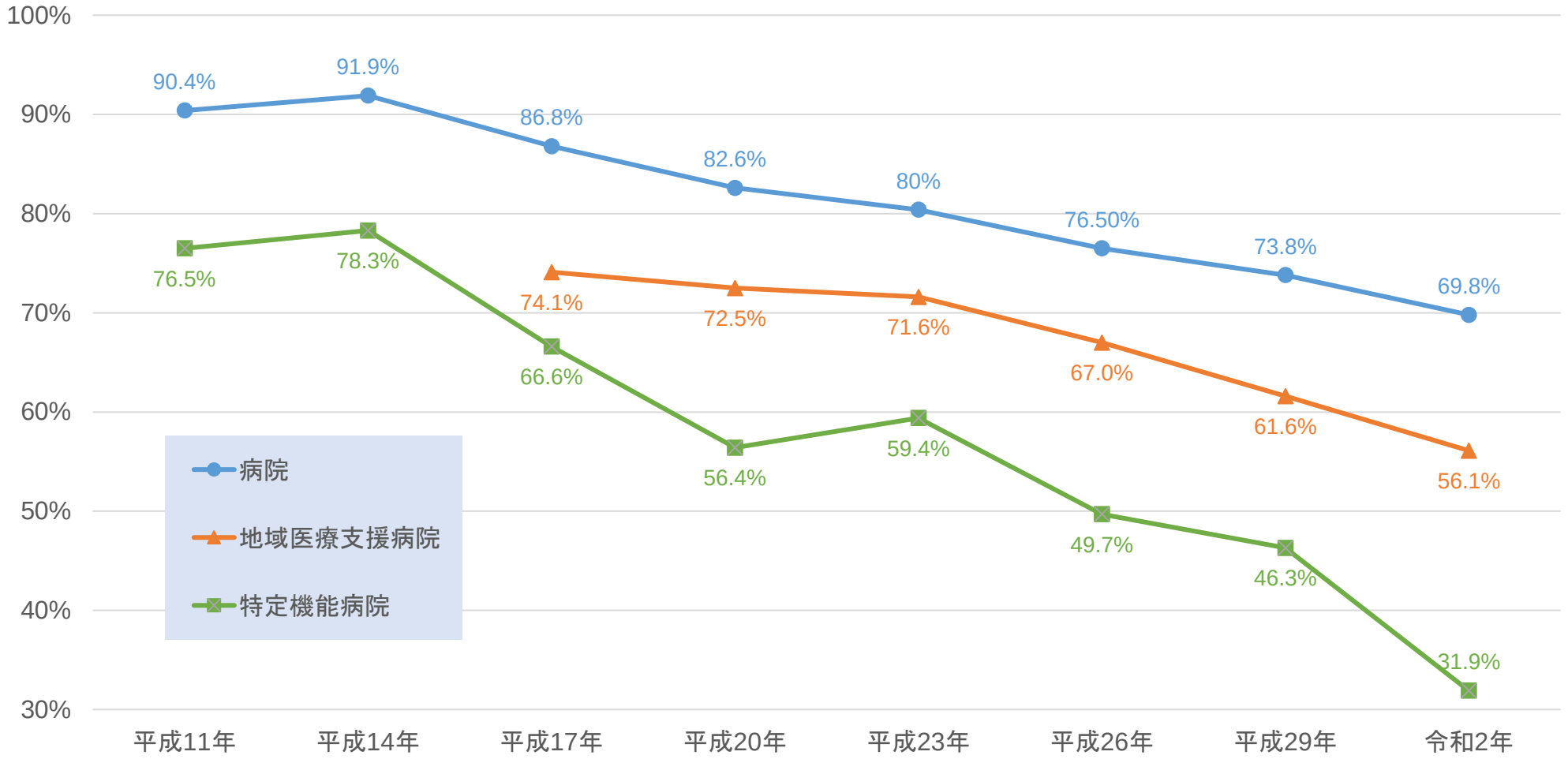
○ 紹介無しで外来受診した患者の割合を病床規模別に見たところ、全体的に減少傾向にあり、病床数が多い病院において比較的減少傾向が顕著であり、令和２年は500床以上の病床規模においては5割以下になった。



出典：平成11年から令和2年患者調査を基に作成。
注1：平成11年～平成14年については「300～499床」をまとめて集計しているため、平成17年以降より「300～399床」、「400～499床」に分けて表示。
注2：平成23年患者調査については、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値。

紹介なしで外来受診した患者の割合の推移（機能別）

○　紹介無しで外来受診した患者の割合を機能別に見たところ、全体的に減少傾向にあり、令和2年は特定機能病院では31.9%、地域医療支援病院では56.1%であった。



出典：平成11年から令和2年患者調査を基に作成。
注：平成23年患者調査については、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値。

病院区分別の紹介・逆紹介割合

○　初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定について、いずれの病院区分でも、90%を超える医療機関が基準を超えていた。
○　特定機能病院においては逆紹介割合の基準を超えていない施設が7.9%であった。地域医療支援病院では紹介割合の基準は2.0%、逆紹介割合の基準は1.3%が超えていなかった。許可病床400床以上病院では紹介割合の基準は2.3%、逆紹介割合の基準は1.2%の施設が超えていなかった。

病院区分別基準値の充足状況

特定機能病院(n=51)

		紹介割合			
		50%以上		50%未満	
逆紹介割合	30‰以上	47施設	92.2%	0施設	0.0%
	30‰未満	3施設	5.9%	1施設	2.0%

地域医療支援病院(n=296)

		紹介割合			
		50%以上		50%未満	
逆紹介割合	30‰以上	287施設	97.0%	5施設	1.7%
	30‰未満	3施設	1.0%	1施設	0.3%

許可病床400床以上(n=264)

		紹介割合			
		40%以上		40%未満	
逆紹介割合	20‰以上	256施設	97.0%	5施設	1.9%
	20‰未満	2施設	0.8%	1施設	0.4%

初診料及び外来診療料の減算対象

紹介割合・逆紹介割合の分布

紹介割合(%)

	特定機能病院 (n=51)	地域医療支援病院 (n=296)	許可病床400床以上病院 (n=264)
第3四分位点	90.4	92.1	92.9
中央値	85.3	82.8	84.0
第1四分位点	77.2	70.9	72.2
平均値	81.8	83.4	82.4

逆紹介割合(‰)

	特定機能病院 (n=51)	地域医療支援病院 (n=296)	許可病床400床以上病院 (n=264)
第3四分位点	46.3	93.0	82.4
中央値	39.7	71.6	59.3
第1四分位点	33.1	54.1	43.6
平均値	42.4	82.9	70.7

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（入院施設票（A票））

① 初・再診料等について

② かかりつけ医機能に係る評価について

③ 生活習慣病に係る評価について

④ 外来機能の分化の推進について

⑤ 情報連携に係る評価について

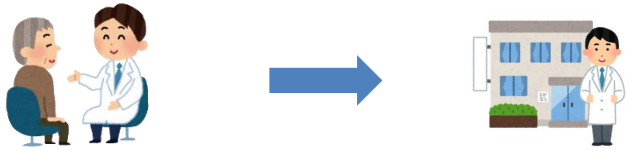
⑥ オンライン診療に係る評価について

診療情報提供料（Ⅰ）概要

医療機関間の有機的連携の強化及び医療機関から保険薬局又は保健・福祉医療機関への診療情報提供機能の評価。

① 別の保険医療機関に紹介した場合

別の保険医療機関での診療の必要を認め、診療情報を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定。

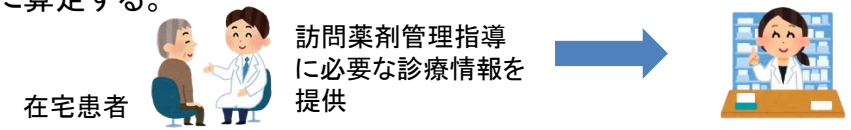


② 指定居宅介護支援事業者等に提供する場合

診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に算定する。

③ 保険薬局に提供する場合

在宅患者について、在宅患者訪問薬剤管理指導が必要と認められ、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に算定する。

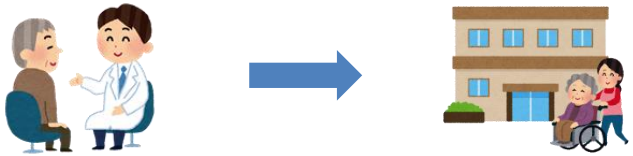


④ 精神障害者施設等に提供する場合

精神障害者である患者について、診療状況を示す文書を添えて、当該患者の社会復帰の促進に必要な情報を提供した場合に算定する。

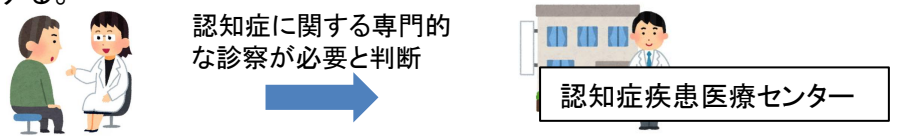
⑤ 介護老人保健施設又は介護医療院に提供する場合

介護老人保健施設又は介護医療院に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合算定する。



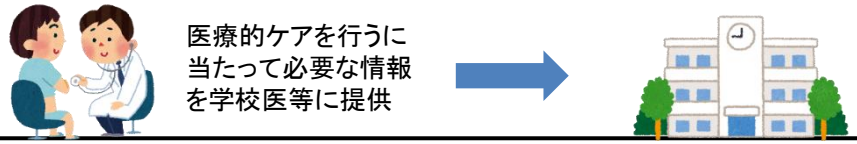
⑥ 認知症に関する専門の保険医療機関等に提供する場合

認知症の状態にある患者について、認知症に関する専門の保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定する。



⑦ 義務教育諸学校に提供する場合

障害児である患者について、当該患者が通学する義務教育諸学校に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るにあたり必要な情報を提供した場合に算定する。



診療情報提供料（Ⅰ） 250点

（患者１人につき月１回に限り）

診療情報提供料（Ⅰ）において算定可能な加算等

① 治療計画などの情報添付による加算

保険医療機関が、別の保険医療機関等に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合には200点を加算する。

② ハイリスク妊婦紹介加算

ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)の施設基準に適合している保険医療機関が、ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)に規定する別の医療機関に対して当該患者の紹介を行った場合、当該患者の妊娠中１回に限り200点を加算。

③ 認知症専門医療機関紹介加算

保険医療機関が、その必要性を認め、認知症専門医療機関に対して、診療状況を示す文書を添え、当該患者の紹介を行った場合に下記の点数を加算する。

・認知症の疑いのある患者→100点
・認知症と既に診断された患者→50点

④ 精神科医連携加算

精神科以外の診療科を標榜する保険医療機関が、うつ病等の精神疾患が疑われる患者について、精神科を標榜する別の保険医療機関に紹介を行った場合、200点を加算する。

⑤ 肝炎インターフェロン治療連携加算

長期継続的にインターフェロン治療が必要な肝炎の患者について、当該保険医療機関と連携して治療を行う肝疾患に関する専門医療機関に対して、治療計画に基づく診療状況を示す文書を添えて当該患者の紹介を行った場合に50点を加算する。

⑥ 歯科医療機関連携加算

・歯科医療機関連携加算１：患者の口腔機能の管理の必要を認め、歯科診療を行う他の保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者の紹介を行った場合に100点を加算する。
・歯科医療機関連携加算２：周術期などにおける口腔機能管理の必要性を認め、歯科を標榜する他の保険医療機関に対して、当該患者の予約を行った上で紹介を行った場合に100点を加算する。

⑦ 地域連携診療計画加算

連携する保険医療機関において地域連携診療計画加算を算定し、当該連携保険医療機関を退院した患者について、当該連携保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて当該患者の地域連携診療計画に基づく療養に係る必要な情報を提供した場合に50点を加算する。

⑧ 療養情報提供加算

保険医療機関が、当該患者が入院又は入所する保険医療機関又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に対して、定期的に療養を行っている訪問看護ステーションから得た療養に係る情報を添付して紹介を行った場合に50点を加算する

⑨ 検査・画像情報提供加算

患者の紹介を行う際に、検査結果等のうち主要なものについて、他の保険医療機関に対し、電子的方法により、閲覧可能な形式で提供した場合又は電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合、下記の点数を加算する。

イ. 退院する患者→200点
ロ. 入院中の患者以外の患者→30点

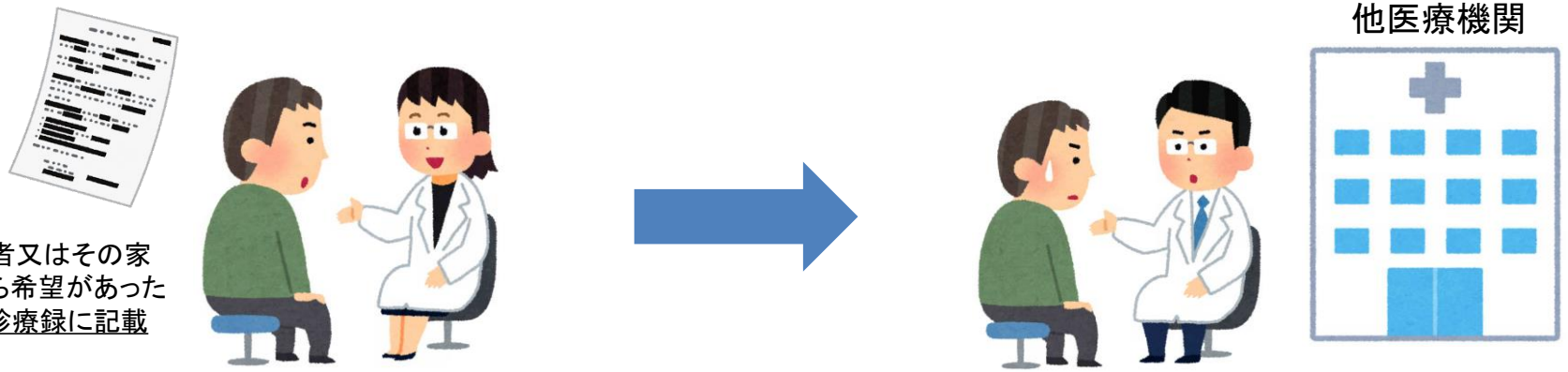
⑩ 電子的診療情報評価料

別の保険医療機関から診療情報提供書の提供を受けた患者について、同時に電子的方法により提供された検査結果、画像情報等を電子的方法により閲覧又は受信し診療に活用した場合、30点を算定する。

診療情報提供料（Ⅱ）概要

B010　診療情報提供料（Ⅱ）　500点（月１回）

【算定要件】
○　診療情報提供料（Ⅱ）は、診療を担う医師以外の医師による助言（セカンド・オピニオン）を求める患者又はその家族からの申し出に基づき、診療を担う医師が、治療計画、検査結果、画像情報等、他の医師が当該患者の診療方針について助言を行うために必要かつ適切な情報を添付した診療状況を示す文書を患者又はその家族に提供した場合に算定できる。
○　診療情報提供料（Ⅱ）は、患者又はその家族からの申し出に基づき、診療に関する情報を患者に交付し、当該患者又はその家族が診療を担う医師及び当該保険医療機関に所属する医師以外の助言を求めるための支援を行うことを評価したものであり、医師が別の保険医療機関での診療の必要性を認め、患者の同意を得て行う診療情報提供料（Ⅰ）とは明確に区別されるべきものである。
○　助言を受けた患者又はその家族の希望については、その後の治療計画に十分に反映させるものであること。



※患者又はその家族から希望があった旨を診療録に記載

他の医師が助言を行うために必要な情報を添付した文書を患者又はその家族に提出

患者又はその家族の希望は治療計画に十分反映させる

セカンド・オピニオン

かかりつけ医と他の医療機関との連携の強化

➢ かかりつけ医機能を有する医療機関等から紹介された患者に対して継続的な診療を行っている場合に、紹介元のかかりつけ医機能を有する医療機関等からの求めに応じて、患者の同意を得て、診療情報の提供を行った場合の評価を新設する。

（新）　診療情報提供料（Ⅲ）　150点

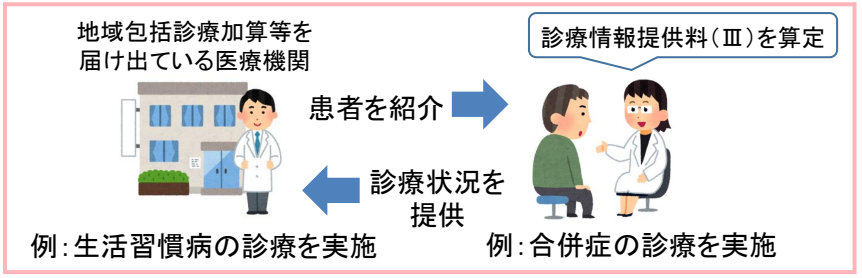
[算定要件]

（1） 他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。

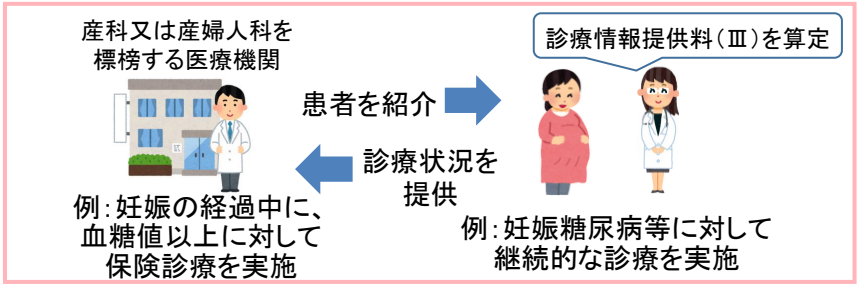
（2） 妊娠している患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要性を認め、患者の同意を得て、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合は、月1回に限り算定する。

[対象患者]

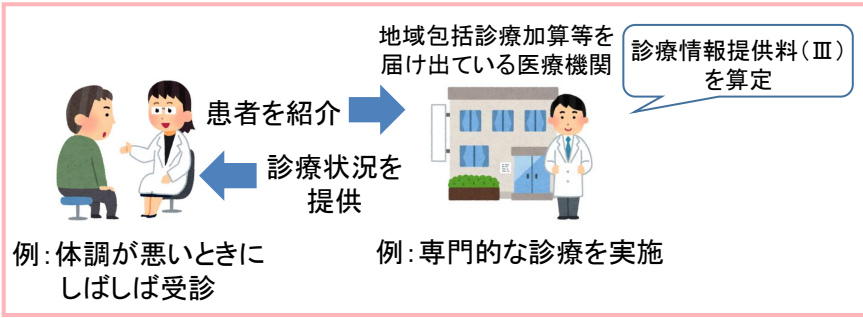
① 地域包括診療加算等を届け出ている医療機関から紹介された患者



② 産科医療機関から紹介された妊娠している患者又は産科医療機関に紹介された妊娠している患者



③ 地域包括診療加算等を届け出ている医療機関に紹介された患者



[施設基準]

（1）当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。

（2）算定要件の（2）については、当該保険医療機関内に妊娠している者の診療を行うにつき十分な経験を有する常勤の医師が配置されていることが望ましいこと。

※ 地域包括診療加算等は、地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）若しくは施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）を指す。

紹介受診重点医療機関とかかりつけ医機能を有する医療機関の連携の推進

連携強化診療情報提供料の新設

➢ 外来医療の機能分化及び医療機関間の連携を推進する観点から、診療情報提供料（Ⅲ）について、

- 名称を「連携強化診療情報提供料」に変更し、かかりつけ医機能を有する医療機関等が、診療情報を提供した場合について、算定上限回数を変更する。
- 「紹介受診重点医療機関」において、地域の診療所等から紹介された患者について診療情報を提供した場合についても、新たに評価を行う。

現行	改定後
【診療情報提供料（Ⅲ）】　150点 ［算定要件］ 他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき３月に１回に限り算定する。 ［対象患者］ 1　かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関から紹介された患者 2　かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者	**（改）**【**連携強化診療情報提供料**】　150点 ［算定要件］ 他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき**月１回**に限り算定する。 ［対象患者］ 1　かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関から紹介された患者 **2　紹介受診重点医療機関において、200床未満の病院又は診療所から紹介された患者** **3**　かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者

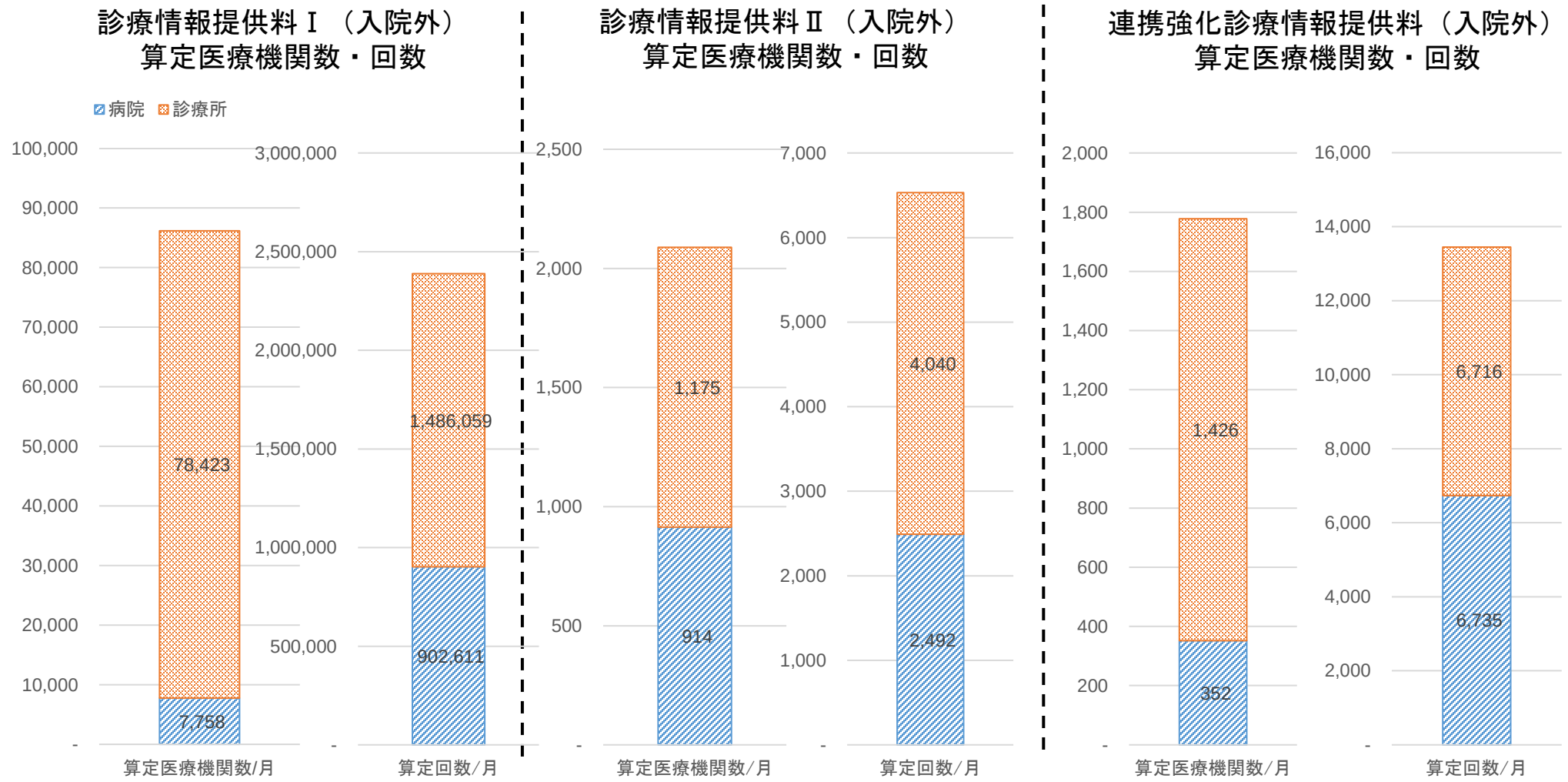
（新）

連携強化診療情報提供料の評価対象（まとめ）

注番号	紹介元	患者	紹介先 （紹介元に診療情報を提供した場合に、**連携強化診療情報提供料が算定可能**）	算定回数の制限
1	かかりつけ医機能に係る施設基準の届出あり	－	禁煙	**月に１回**
2	**以下のいずれか** • **200床未満の病院** • **診療所**	－	**以下のいずれも満たす** • **紹介受診重点医療機関** • **禁煙**	
3	－	－	以下のいずれも満たす • かかりつけ医機能に係る施設基準の届出あり • 禁煙	
4	－	**難病（疑い含む）の患者**	**以下のいずれも満たす** • **難病診療連携拠点病院又は難病診療分野別拠点病院** • **禁煙**	
		てんかん（疑い含む）の患者	**以下のいずれも満たす** • **てんかん支援拠点病院** • **禁煙**	
5	－	妊娠中の患者	－	３月に１回
	産科又は産婦人科を標榜	妊娠中の患者	禁煙	月に１回
	－		以下のいずれも満たす • 産科又は産婦人科を標榜 • 妊娠中の患者の診療につき十分な体制を整備している	

診療情報提供料に係る報酬の算定状況

○ 診療情報提供料Ⅰ・Ⅱ及び連携強化診療情報提供料の算定状況は以下のとおり。

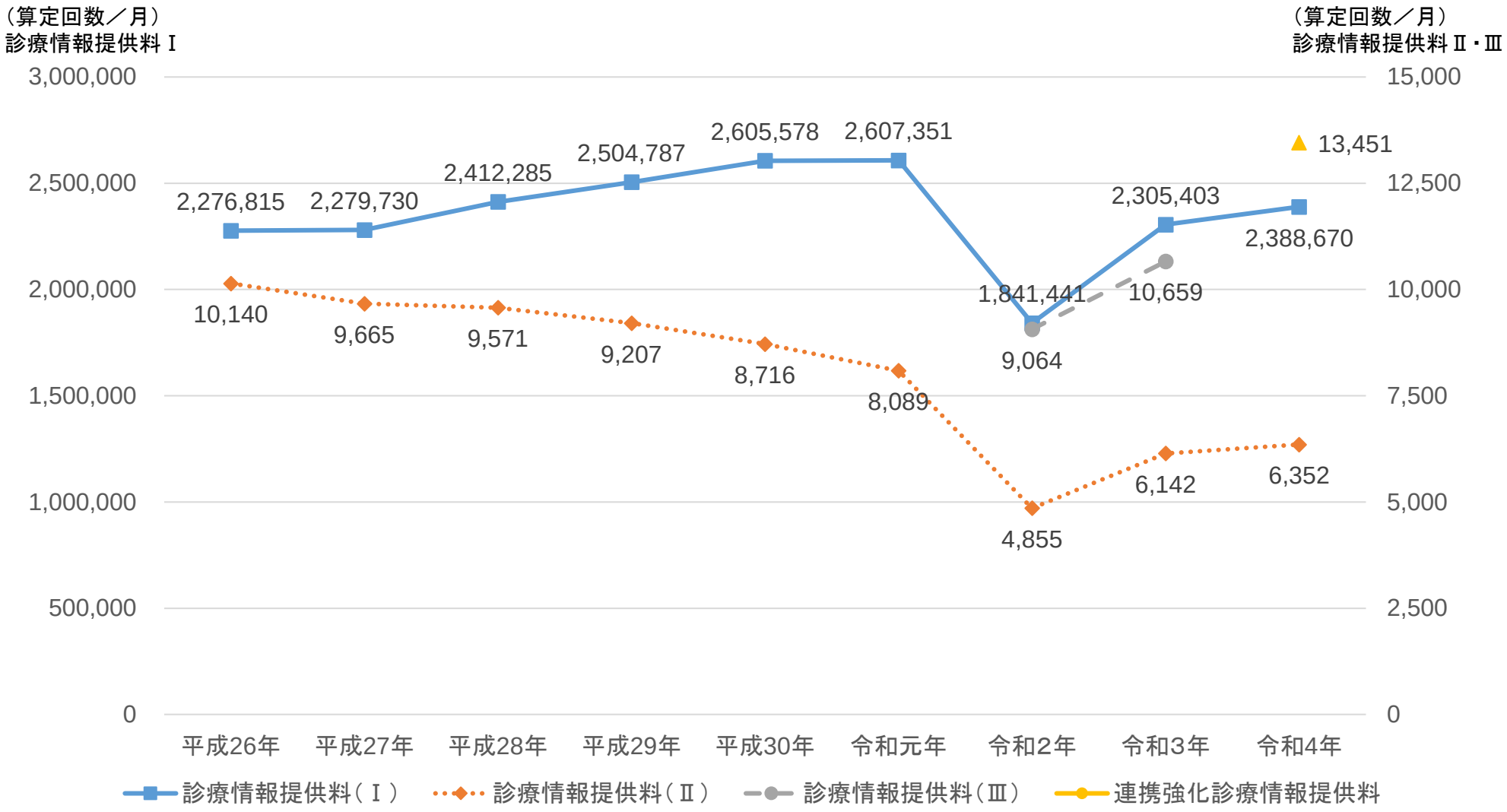


出典：NDBより保険局医療課にて集計（令和4年5月診療分）

※「算定医療機関数」は入院外において算定している医療機関数

診療情報提供料の算定回数

○ 診療情報提供料の算定回数は、令和2年に低下し、令和3年以降は増加している。



出典：社会医療診療行為別統計・調査（各年6月審査分）より

「全国医療情報プラットフォーム」（将来像）

第１回「医療DX令和ビジョン2030」厚生労働省推進チーム（令和４年９月22日）資料１を一部改変

○オンライン資格確認システムのネットワークを拡充し、レセプト・特定健診情報に加え、予防接種、電子処方箋情報、電子カルテ等の医療機関等が発生源となる医療情報（介護含む）について、クラウド間連携を実現し、自治体や介護事業者等間を含め、必要なときに必要な情報を共有・交換できる全国的なプラットフォームとする。

○これにより、マイナンバーカードで受診した患者は本人同意の下、これらの情報を医師や薬剤師と共有することができ、より良い医療につながるとともに、国民自らの予防・健康づくりを促進できる。さらに、次の感染症危機において必要な情報を迅速かつ確実に取得できる仕組みとしての活用も見込まれる。

情報を作成

医療保険者
- 医療被保険者情報
- 健診情報
- 薬剤情報
- 請求情報

医療機関等
- カルテ情報
- 処方箋情報
- 発生届

自治体
- 予診接種情報
- 検診情報
- 介護被保険者情報
- 認定情報
- 介護情報（レセプト）

介護事業者等
- ADL等
- ケアプラン

全国医療情報プラットフォーム

情報を収集

マイナポータル
（本人がデータ確認）
- 自身の保健医療介護情報
- 医療文書発行情報　等

（行政手続きの電子化）
- ワンストップサービス

緊急時を除き本人同意前提で閲覧可

✓ **国民の行動変容・健康増進**
✓ **文書の受領・申請手続き等の簡素化**　等

オンライン資格確認等システム
支払基金・中央会

診療報酬改定DX 共通算定モジュール

- 同意情報
- 特定健診情報
- 処方・調剤情報
- 薬剤情報（レセプト）
- 診療情報（レセプト）

各種データ基盤
- カルテ情報
- 診療情報提供書 退院時サマリ
- 予防接種情報：接種記録、予診情報
- 自治体検診情報：検診情報
- 介護情報：認定情報、ケアプラン、介護情報（レセプト）、ADL等
- 感染症関連：発生届
- 難病等関連：認定情報

資格情報 【医療（公費負担医療含）、介護、予防接種など】

（必要に応じ、情報を連結して提供）

情報を利活用

PHR事業者
（本人がデータ取得・確認）
- 本人のライフログデータとの連携（食事、睡眠、歩数　等）

（医療機関や日常での利用）
- 患者の生活習慣の把握、日常での予防・健康づくり等

✓ **国民の行動変容・健康増進**
✓ **事業開発・研究利用**　等

医療機関等
（医療従事者等がデータ管理）
- 報酬改定対応の負荷軽減
- 負担金計算の適正化　等

（審査支払機関への請求）
- 診療報酬計算の適正化
- レセプト情報の適正化　等

✓ **医療サービスの質、事務負担の軽減**
✓ 審査支払機関への**レセプト情報の適正化**　等

（医療従事者がデータ閲覧）
- 患者の診療情報
- 患者の健診情報　等

（施設間で文書交換）
- 電子処方箋
- 診療情報提供書　等

✓ **医療サービスの質、医療案安全の向上**
✓ 医療機関等間での**医療文書交換の効率化**　等

自治体
（自治体職員がデータ閲覧）
- 感染者情報
- 認定情報　等

（文書を確認）
- 主治医意見書
- 診断書　等

✓ **自治体業務の効率化**
✓ 自治体手続きの簡素化による**住民サービス向上**　等

介護事業者等
（介護職員がデータ閲覧）
- 利用者のADL　等

（施設間での文書交換）
- ケアプランデータ　等

✓ **介護サービスの質の向上**
✓ 介護事業所間等での**文書交換の効率化**　等

研究開発等にも利用

医療DXに関する施策の現状と課題②（電子カルテ情報の標準化等）

第１回医療DX推進本部　幹事会
（令和４年11月24日）資料２　一部改変

現状

➢　電子カルテについては、**ベンダーごとに異なる情報の出入力方式が採用**されており、**異なるベンダーの電子カルテを導入している医療機関の間では、情報の共有が困難**。

➢　これまで、データヘルス改革において、電子カルテ情報の標準化を進めるべく取り組んできており、令和４年３月に、医療現場における有用性等の観点を踏まえ、まずは３文書６情報（※）について、情報の共有にあたっての標準規格を決定（厚生労働省標準規格）し、まずは診療情報提供書・退院時サマリーに関して交換・共有の仕組みに取り組む。

（※）３文書：①診療情報提供書、②退院時サマリー、③健診結果報告書
６情報：①傷病名、②アレルギー情報、③感染症情報、④薬剤禁忌情報、⑤検査情報（救急、生活習慣病）、⑥処方情報

課題

- 標準化されている情報の種類が限定的
- 電子カルテシステムを導入している医療機関が限定的

今般の医療DXの推進により実現すること

➢　共有できる情報の範囲を広げるため、**標準規格を定める情報の範囲を拡大**
（令和４年度は、透析情報及び一部の感染症発生届について標準規格を定める予定）

➢　**医療機関にて作成される文書のうち行政手続に使用されるもの**を標準化・デジタル化し、**行政手続のワンストップ化**の促進を検討

➢　小規模な医療機関向けに、**標準規格に準拠したクラウドベースの電子カルテ（標準型電子カルテ）の開発**を検討

○　**全国医療情報プラットフォームの拡大に寄与**

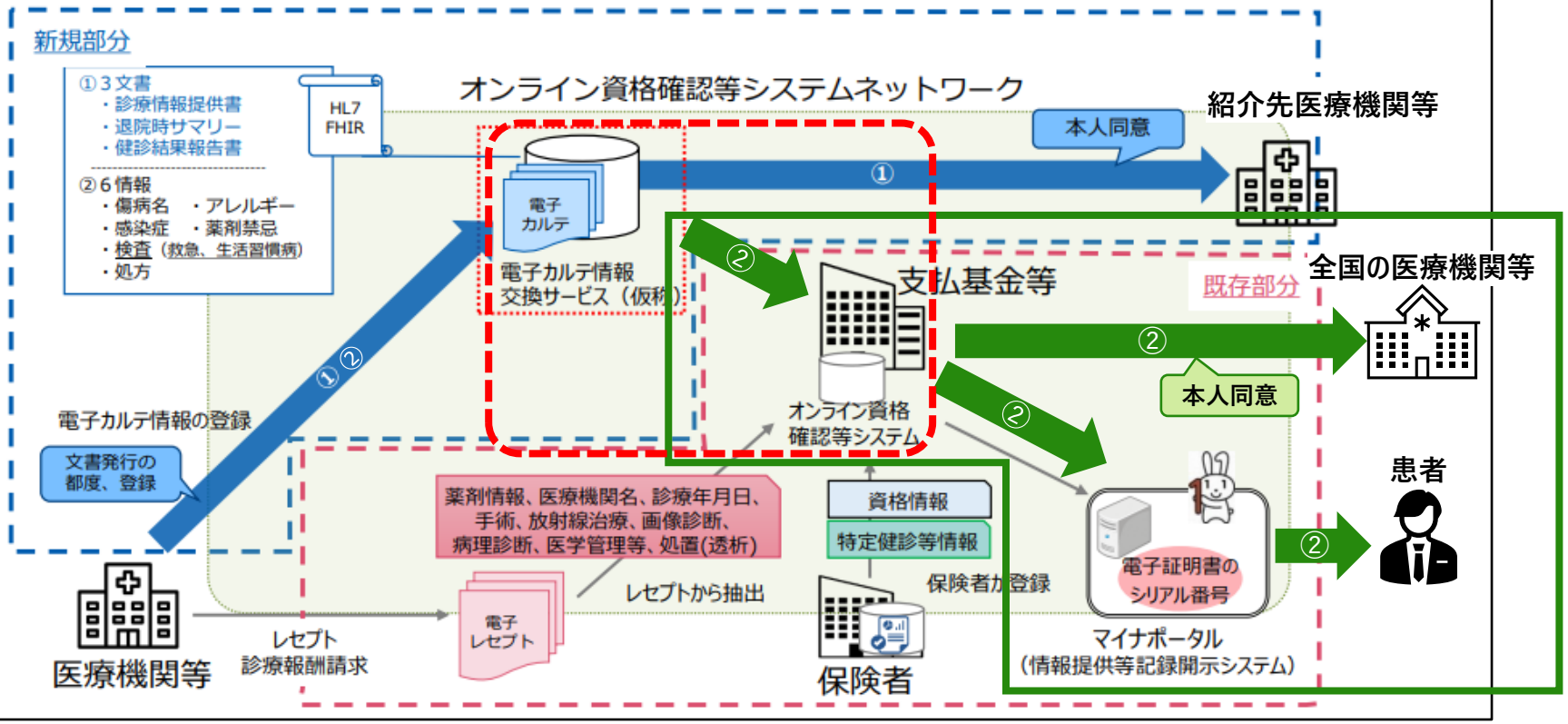
医療DXも踏まえた電子カルテ情報を共有できる仕組みの実装方法（イメージ）

具体的には患者の健康管理に有用な一部の電子カルテ情報について、マイナポータル等を通じて本人が閲覧できる仕組みとすると共に、 本人同意の下、全国の医療機関等でも患者自身が閲覧可能な情報を共有できる仕組みを検討したい

第４回 健康・医療・介護情報利活用検討会
医療情報ネットワークの基盤に関するWG
（令和４年５月16日）資料１

考えられる実装方法（イメージ）

全国的に電子カルテ情報を医療機関等で閲覧可能とするため、以下の実装方法についてどのように考えるか。



基盤を構築する上での情報の発生タイミング・登録の仕組みに関する想定

①電子カルテ情報を使用している全国の医療機関等との連携（医療機関同士での救急・災害時に有用となる情報や生活習慣病関連の情報の交換等）、②患者自身による自らの医療情報の活用等のための基盤となることを想定している。
※ 健診結果に関しては、HL7-FHIRの標準化を待たずして既に自治体間やマイナポータルとの情報連携が開始されているため、先ずは他の２文書に関して実装を進める

文書情報の発行・受領

情報発生タイミング	紹介元医療機関等	紹介先医療機関等
外来診療で診療情報提供書を発行 • 外来患者へ発行した診療情報提供書を紹介先医療機関等へ （過去の退院時サマリーの添付も可）	医療者（電カル）→ 診療情報提供書(6情報含む)をFHIR形式でアップロード（診療情報提供書）→ **電子カルテ情報交換サービス（仮称）**	診療情報提供書(6情報含む)をFHIR形式で取得（診療情報提供書）→ 医療者（電カル）
入院患者情報を含めた診療情報提供書を発行 • 退院時サマリーを添付した診療情報提供書を紹介先医療機関等へ （退院時サマリーの添付は必須とはしない）	医療者（電カル）→ 診療情報提供書、退院時サマリーをFHIR形式でアップロード（診療情報提供書 退院時サマリー）→ **電子カルテ情報交換サービス（仮称）**	診療情報提供書、退院時サマリーをFHIR形式で取得（診療情報提供書 退院時サマリー）→ 医療者（電カル）

※退院時サマリー単独の取扱いに関しては引き続き検討

６情報の閲覧

情報発生タイミング	医療機関	全国の医療機関等、患者
入院・外来全ての患者の６情報を都度登録 • 全国の医療機関等において通常診療時や救急・災害時に活用 • 患者本人がマイナポータル等を通じて、自身の健康管理に活用	医療者（電カル）→ 外来・入院全ての患者の６情報をFHIR形式でアップロード（６情報）→ **電子カルテ情報交換サービス（仮称）** → ６情報連携	**オンライン資格確認等システム**：閲覧同意患者の６情報を取得（６情報）→ 医療者（電カル） **オンライン資格確認等システム** → ６情報連携 → **マイナポータル**：患者本人の６情報を取得（６情報）→ 患者

これまでの議論を踏まえた 医療機関等の間で電子カルテ情報を電子的に交換することによるメリット

全国医療情報プラットフォームで共有される情報の一部である電子カルテ情報の共有にあたっては、それぞれの関係者がメリットを実感できるような仕組みとする必要がある。

文書の発行・受領プロセスにおいて、紙の文書の内容を電子化することによるメリット

患者	■ 文書（診療情報提供書やその添付文書を含む。)の作成による待ち時間や、事前に紹介・受診先医療機関が文書情報を確認することによる待ち時間が短縮できる。 ■ 紙の文書の持参忘れを防止でき、紛失により自身の情報が漏洩するリスクを防止できる。 ■ 文書の受け取りのための来院が不要になる。
紹介元医療機関等	■ 紹介先医療機関等以外への誤FAXの防止や、紙の文書の印刷・郵送の手間及びコストの削減が可能となる。 ■ ６情報を参考に診療情報提供書を作成し紹介先医療機関等に提供することが可能となる。
紹介先医療機関等	■ 患者の来院前に紹介先医療機関等が文書情報を確認することが可能となる。 ■ 紹介元医療機関等をシステム上で特定できることで、提供者が不明確な状態での文書の受け取りを防止できる。

患者本人、及び全国の医療機関等に電子化した電子カルテ情報を共有することによるメリット

患者	■ 患者自らが６情報を確認することができ、自身の健康管理に役立てることができる。 ■ 受診の際にマイナポータル等で６情報を閲覧しながら問診に答えられることで、正確な情報の記載・回答が可能となるとともに、その場で思い出す手間が削減できる。
全国の医療機関等	■ 救急・災害時を含めて、患者の６情報に関して迅速かつ正確に把握できる。 ■ 地域を越えた専門性の高い医療機関との連携にもつながり、より質の高い医療の提供に資することができる。 ■ 患者がマイナポータル等で電子カルテ情報を閲覧しながら問診票等を記録できること等により、患者から情報を聞き取る手間の削減、及び電子カルテ等への転記作業の省力化が可能となる。
保険者	■ 全国の医療機関等間で情報共有されることにより、一部の重複検査の防止等につながる。 ■ 救急等で６情報を把握することで、高額治療をする際の医療費の削減につながる可能性がある。

※ 今後全国医療情報プラットフォームの構築により、取り扱う情報及び当該情報を共有する機関が拡大する予定であり、より多くの関係者がメリットを享受できる見込み。

① 初・再診料等について

② かかりつけ医機能に係る評価について

③ 生活習慣病に係る評価について

④ 大病院受診の適正化に係る評価について

⑤ 情報連携に係る評価について

⑥ オンライン診療に係る評価について

オンライン診療にかかる評価の経緯

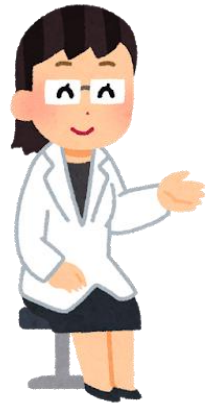
○ オンライン診療の適切な実施に関する指針は、平成30年３月に策定された。
○ その後、新型コロナの特例的な取扱いを実施するなか、令和４年１月の指針の一部改定、令和４年度診療報酬改定により、平時においても初診からのオンライン診療を可能とした。

	制度（医師法など）	診療報酬
平成30年３月	**「オンライン診療の適切な実施に関する指針」策定** ・再診でのオンライン診療は可能だが、原則初診は不可。	
４月		**平成30年度 診療報酬改定** ・「オンライン診療料」を新設（対象は再診のみ） ・ 対象疾病は限定的で、緊急時対応の要件など厳しい条件あり。
令和２年４月	**新型コロナの時限的・特例的取扱い** （４月10日付け事務連絡） ・ 医師が可能と判断した場合には、初診からのオンライン診療・電話診療が認められた。	**新型コロナの診療報酬の特例措置** （４月10日付け事務連絡）
令和３年６月	「規制改革実施計画」閣議決定 ・ オンライン診療の特例措置の恒久化の方針	
令和４年１月	**指針の一部改定** ・ 一定の要件を満たし、医師が可能と判断した場合には、初診からのオンライン診療が認められた。	
令和４年４月		**令和４年度 診療報酬改定** ・指針の改定を踏まえオンライン診療の評価を新設 ➢初診：診療報酬の評価を新設 ➢再診：対象者の制限を緩和し、緊急時対応の要件等を撤廃。

オンライン診療の適切な実施に関する指針の概要

オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会資料　一部改訂

1. 本指針の位置づけ



- ○ 情報通信機器を用いた診療を「遠隔診療」と定義していたものを、新たに「オンライン診療」と定義を変更。
- ○ 医師−患者間で情報通信機器を通じて行う遠隔医療を下図のとおり分類し、オンライン診療について、「最低限遵守する事項」と「推奨される事項」を示す。
- ○ 「最低限遵守する事項」に従いオンライン診療を行う場合には、医師法第20条に抵触するものではないことを明確化。

2. 本指針の適用範囲

情報通信機器を通じて行う遠隔医療のうち、医師－患者間において行われるもの

		定義	本指針の適用
診断等の医学的判断を含む	**オンライン診療**	診断や処方等の診療行為をリアルタイムで行う行為	全面適用
診断等の医学的判断を含む	**オンライン受診勧奨**	医療機関への受診勧奨をリアルタイムで行う行為	一部適用
一般的な情報提供	**遠隔健康医療相談**	一般的な情報の提供に留まり、診断等の医師の医学的判断を伴わない行為	適用なし

3. 本指針のコンテンツ

オンライン診療の提供に関する事項

○医師－患者関係／患者合意
○適用対象
○診療計画
○本人確認
○薬剤処方・管理
○診察方法

オンライン診療の提供体制に関する事項

○医師の所在
○患者の所在
○患者が看護師等といる場合のオンライン診療
○患者が医師といる場合のオンライン診療
○通信環境

その他オンライン診療に関連する事項

○医師教育／患者教育
○質評価／フィードバック
○エビデンスの蓄積

指針改訂の概要

令和4年3月15日
第5回 デジタル田園都市国家構想実現会議
厚生労働省資料

規制改革実施計画(令和3年6月18日閣議決定)において、初診からのオンライン診療について、原則としてかかりつけ医によるほか、それ以外に実施可能な場合について一定の要件を含む具体案を検討するとされたことを受け、「『オンライン診療の適切な実施に関する指針』の見直しに関する検討会」(第16回−19回)において検討し、令和4年1月に指針を改訂した。

初診に必要な医学的情報

初診からのオンライン診療は、原則として日頃より直接の対面診療を重ねている等、患者と直接的な関係が既に存在する医師（「かかりつけの医師」）が行うこと。ただし、既往歴、服薬歴、アレルギー歴等の他、症状から勘案して問診及び視診を補完するのに必要な医学的情報を過去の診療録、診療情報提供書、健康診断の結果、地域医療情報ネットワーク、お薬手帳、PHR等から把握でき、患者の症状と合わせて医師が可能と判断した場合にも実施できる（後者の場合、事前に得た情報を診療録に記載する必要がある。）。

診療前相談について

診療前相談は、「かかりつけの医師」以外の医師が初診からのオンライン診療を行おうとする場合（医師が患者の医学的情報を十分に把握できる場合を除く。）に、医師－患者間で映像を用いたリアルタイムのやりとりを行い、医師が患者の症状及び医学的情報を確認する行為。 適切な情報が把握でき、医師・患者双方がオンラインでの診療が可能であると判断し、相互に合意した場合にオンライン診療を実施することが可能である（オンライン診療を実施する場合においては、診療前相談で得た情報を診療録に記載する必要がある。オンライン診療に至らなかった場合にも診療前相談の記録は保存しておくことが望ましい。 ）。

なお、診療前相談は、診断、処方その他の診療行為は含まない行為である。

診療前相談により対面受診が必要と判断した場合であって、対面診療を行うのが他院である場合は、診療前相談で得た情報について必要に応じて適切に情報提供を行うこと。

診療前相談を行うにあたっては、結果としてオンライン診療が行えない可能性があることや、診療前相談の費用等について医療機関のホームページ等で示すほか、あらかじめ患者に十分周知することが必要である。

症　状　に　つ　い　て

オンライン診療の実施の可否の判断については、安全にオンライン診療が行えることを確認しておくことが必要であることから、オンライン診療が困難な症状として、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえて医師が判断し、オンライン診療が適さない場合には対面診療を実施する(対面診療が可能な医療機関を紹介する場合も含む。)こと。なお、緊急性が高い症状の場合は速やかに対面受診を促すことに留意する。

指針改訂の概要

令和4年3月15日
第5回 デジタル田園都市国家構想実現会議
厚生労働省資料

処　方　に　つ　い　て

現在行われているオンライン診療は、診察手段が限られることから診断や治療に必要な十分な医学的情報を初診において得ることが困難な場合があり、そのため初診から安全に処方することができない医薬品がある。

患者の心身の状態の十分な評価を行うため、初診からのオンライン診療の場合及び新たな疾患に対して医薬品の処方を行う場合は、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを参考に行うこと。

ただし、初診の場合には以下の処方は行わないこと。

- 麻薬及び向精神薬の処方
- 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する、特に安全管理が必要な薬品（診療報酬における薬剤管理指導料の「１」の対象となる薬剤）の処方
- 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する８日分以上の処方

対面診療の実施体制

「かかりつけの医師」以外の医師が診療前相談を行った上で初診からのオンライン診療を行うのは、

- 「かかりつけの医師」がオンライン診療を行っていない場合や、休日夜間等で、「かかりつけの医師」がオンライン診療に対応できない場合
- 患者に「かかりつけの医師」がいない場合
- 「かかりつけの医師」がオンライン診療に対応している専門的な医療等を提供する医療機関に紹介する場合（必要な連携を行っている場合、D to P with Dの場合を含む。）や、セカンドオピニオンのために受診する場合

が想定される。その際、オンライン診療の実施後、対面診療につなげられるようにしておくことが、安全性が担保されたオンライン診療が実施できる体制として求められる。

オンライン診療後に対面診療が必要な場合については、「かかりつけの医師」がいる場合には、オンライン診療を行った医師が「かかりつけの医師」に紹介し、「かかりつけの医師」が実施することが望ましい。「かかりつけの医師」がいない場合等においては、オンライン診療を行った医師が対面診療を行うことが望ましいが、患者の近隣の対面診療が可能な医療機関に紹介することも想定される（ただし、オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる。）。

オンライン診療の適切な実施に向けての対応

指針の見直し（案）

○指針に以下の内容を追加することとする。

- オンライン診療においては、対面診療と比べて、医療へのアクセスが容易になるという側面を考慮し、安全性・必要性・有効性の観点から、各学会の対面診療においても用いられる診療ガイドライン等を踏まえた適切な診療を実施しなければならない。
- オンライン診療を実施する医療機関は、ホームページや院内掲示等において、指針を遵守した上でオンライン診療を実施している旨を公表するものとする。

国民への周知

- オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤の周知
- GLP-1受容体作動薬の不適切使用の周知　　等

オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直し

指針の見直し方針（案）

○サイバー攻撃事案のリスクが高まっている現状も踏まえ、実効性が高く、より確実にセキュリティを担保できるよう、以下の方針で指針の見直しを行う。

1．情報セキュリティ対策について、医療機関等の管理者が行うべき事項を明確にするとともに、オンライン診療に伴う情報セキュリティのリスクについては、医療機関側から患者に十分に説明した上で、医療機関側と患者双方が情報セキュリティに関するリスクについて合意した旨を診療録に記載する。

2．医療機関が、医療情報を取得する目的で医療情報システムと、PHRを含む外部の健康情報システムを接続する場合には、医療情報安全管理関連ガイドラインを参照する旨を記載する。また、医療機関が医療情報システム側に影響を与えずに外部の健康情報システム を利用する場合については、指針でその取扱いについて記載する。

3．医療機関は汎用サービスと医療情報システムを連結しない設定とすること。また、汎用サービスを利用する場合は、オンライン診療実施時に第三者が紛れ込むような三者通信が起こり得るリスクが特に高いため、医師は、意図せぬ三者通信が起こらないことをオンライン診療実施時に確認する旨と、意図せぬ三者通信の例（患者が医師の説明を一緒に聞いてもらうために第三者を呼び込む場合等）を記載する。

4．チャット機能やダウンロード機能については、リスクとベネフィットのバランスが重要であり、診療上必要で、かつ、リスクが低減されているものに限って使用可能である旨を記載する。例えば、医師が患者からのリンク等のないチャットを「参照」することについては、リスクが低減されているものと考えられるが、どのような範囲であれば「参照」とされるかについて、例示する。

5．オンライン診療システム事業者と医療機関との間で、責任分界点を踏まえた記載とする。

GLP-1受容体作動薬の不適切使用に関する注意喚起

○ GLP-1受容体作動薬の不適切使用に関し、日本糖尿病学会より以下のとおり注意喚起がなされている。

2023 年 4 月 12 日

GLP-1 受容体作動薬および GIP/GLP-1 受容体作動薬の適応外使用に関する
日本糖尿病学会の見解

一般社団法人　日本糖尿病学会

今般、一部のクリニック等において、2 型糖尿病治療薬である GLP-1 受容体作動薬や GIP/GLP-1 受容体作動薬を、適応外使用である美容・痩身・ダイエット等を目的として自由診療での処方を宣伝する医療広告が散見されます。また、肥満症を適応とする新規薬剤の臨床試験では、BMI ならびに肥満に関連して有する健康障害についての参加基準が厳格に定められています。

医師とくに本学会員においては、不適切な薬物療法によって患者さんの健康を脅かす危険を常に念頭に置き、誤解を招きかねない不適切な広告表示を厳に戒め、国内承認状況を踏まえた薬剤の適正な処方を行ってください。また、特に本学会専門医による不適切な薬剤使用の推奨は、糖尿病専門医に対する国民の信頼を毀損するもので本学会として認められるものでないことを警告します。

以上

出典：一般社団法人日本糖尿病学会ウェブサイト（http://www.jds.or.jp/modules/important/index.php?content_id=191）

オンライン診療に係る算定要件、施設基準及び点数水準に係る公益裁定

➢ 令和４年１月26日の中央社会保険医療協議会総会において示された、オンライン診療に係る算定要件、施設基準及び点数水準に係る、公益委員の考えは次のとおり。

1．今回改定においては、オンライン診療について、令和２年度診療報酬改定における見直しに加え、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う時限的・特例的な対応（以下、「時限的・特例的な対応」という。）が令和２年４月から実施されたことに伴う影響、さらに、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（以下、「指針」という。）の見直しが行われたこと等を踏まえて議論が行われてきた。

2．これらの議論を踏まえ、

○ **１号側**からは、**算定要件及び施設基準は、見直しが行われた「指針」に基づいて設定するべきであり、「指針」を超える制限を設けるべきではない**との意見があった。また、**点数の水準については、対面診療と同内容・同水準で実施される行為は、対面診療と同等の水準とすることも含め、相当程度の引き上げが必要**との意見があった。

○ **２号側**からは、算定要件及び施設基準は、「指針」を踏まえつつ、オンライン診療が対面診療の補完であることも考慮し、診療報酬において必要な設定を行うべきとの意見があった。具体的には、**対面診療の実効性を担保するため、一定時間内に通院又は訪問が可能な患者に利用を限定することや、オンライン診療のみを専門に扱う医療機関により地域医療に悪影響が生じないよう、オンライン診療の実施割合に係る上限設定は維持することが必要**との意見があった。また、点数水準については、対面診療でしか実施し得ない診療行為があること等を踏まえ、対面診療と同等の評価は行い得ず、**「時限的・特例的な対応」として設定された水準を基本として設定すべき**という意見があった。

3．算定要件及び施設基準については、「指針」に基づいて見直しを行うことが今回の検討の前提であり、また、新型コロナウイルス感染症の感染拡大下において、オンライン診療が活用されてきたことも踏まえれば、**患者が適切にオンライン診療を受けることができる環境を整備することが重要**となる。一方、オンライン診療の質を確保し、医師が必要と判断した場合にはオンライン診療ではなく、対面診療が行われることも重要である。

4．以上を踏まえると、**オンライン診療の算定要件及び施設基準については、「指針」の規定を前提とし、その趣旨を明確化する観点から設定すべき**である。「指針」において、「対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められる」とされていることから、保険医療機関において、対面診療を提供できる体制を有すること、また、「指針」において、「オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる」とされていることから、**患者の状況によってオンライン診療では対応が困難な場合には、他の医療機関と連携して対応できる体制を有することを求めることが適切**である。これらも含め、「指針」に準拠した診療の実施を要件化することを前提として、**医療機関と患者との間の時間・距離要件や、オンライン診療の実施割合の上限については要件として設定しないことが適切**である。なお、今後、オンライン診療の実態の把握・検証が可能となるよう、**施設基準の定例報告において、オンライン診療の実態についての報告項目を盛り込むなど、必要な対応を講じるべき**である。

5．点数水準については、「時限的・特例的な対応」の初診料が 214 点に設定され、対面診療の場合の初診料 288 点と比較して、約 74%の水準となっている。

6．オンライン診療では、対面診療との比較において、触診・打診・聴診等が実施できないことを踏まえると、点数水準に一定程度の差を設けることは妥当であると考えられる。一方、オンライン診療のみで診療を終え得ることや、国民にオンラインでも適切に診療を届けていくことの重要性も勘案すると、**オンライン診療に係る初診料については、対面診療の点数水準と「時限的・特例的な対応」の点数水準の中間程度の水準とすることが適当**である。

7．また、医学管理料については、対面診療の場合の点数が 87 点から 1,681 点までであるところ、オンライン診療の場合では一律 100 点に設定されている。また、「時限的・特例的な対応」においては一律 147 点となっている。**オンライン診療に係る医学管理料の点数水準についても、オンライン診療の初診料の対面診療に対する割合と整合的に設定することが適当**である。

8．今後、**今回改定の影響を調査・検証**し、オンライン診療に係る適切な評価等の在り方について、引き続き、今後の診療報酬改定に向けて検討を行うこととする。

情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設

- 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の見直しを踏まえ、情報通信機器を用いた場合の初診について、新たな評価を行う。
- 再診料について、情報通信機器を用いて再診を行った場合の評価を新設するとともに、オンライン診療料を廃止する。

（新）　初診料（情報通信機器を用いた場合）　251点
（新）　再診料（情報通信機器を用いた場合）　73点
（新）　外来診療料（情報通信機器を用いた場合）　73点

［算定要件］（初診の場合）
（１）保険医療機関において初診を行った場合に算定する。**ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた初診を行った場合には、251点を算定する。**
（２）情報通信機器を用いた診療については、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行った場合に算定する。なお、この場合において、診療内容、診療日及び診療時間等の要点を診療録に記載すること。
（３）情報通信機器を用いた診療は、**原則として、保険医療機関に所属する保険医が保険医療機関内で実施すること。なお、保険医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施する場合であっても、当該指針に沿った適切な診療が行われるものであり、情報通信機器を用いた診療を実施した場所については、事後的に確認可能な場所であること。**
（４）情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関について、患者の急変時等の緊急時には、原則として、当該保険医療機関が必要な対応を行うこと。ただし、夜間や休日など、当該保険医療機関がやむを得ず対応できない場合については、患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者に説明した上で、**以下の内容について、診療録に記載**しておくこと。
ア　当該患者に「かかりつけの医師」がいる場合には、当該医師が所属する医療機関名
イ　当該患者に「かかりつけの医師」がいない場合には、対面診療により診療できない理由、適切な医療機関としての紹介先の医療機関名、紹介方法及び患者の同意
（５）**指針において、「対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められる」とされていることから、保険医療機関においては、対面診療を提供できる体制を有すること。また、「オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる」とされていることから、患者の状況によって対応することが困難な場合には、ほかの医療機関と連携して対応できる体制を有すること。**
（６）情報通信機器を用いた診療を行う際には、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行い、当該指針において示されている**一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載**すること。また、処方を行う際には、当該指針に沿って処方を行い、**一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載**すること。
（７）（８）略
［施設基準］
（１）**情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制**が整備されていること。
（２）**厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関**であること。

情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の見直し①

医学管理等に係る評価の見直し

➢ 情報通信機器を用いて行った場合の医学管理等（医学管理料）については、以下の14種類を追加する。

- **ウイルス疾患指導料**
- **皮膚科特定疾患指導管理料**
- **小児悪性腫瘍患者指導管理料**
- **がん性疼痛緩和指導管理料**
- **がん患者指導管理料**
- **外来緩和ケア管理料**
- **移植後患者指導管理料**
- **腎代替療法指導管理料**
- **乳幼児育児栄養指導料**
- **療養・就労両立支援指導料**
- **がん治療連携計画策定料２**
- **外来がん患者在宅連携指導料**
- **肝炎インターフェロン治療計画料**
- **薬剤総合評価調整管理料**

（※）検査料等が包括されている地域包括診療料、認知症地域包括診療料及び生活習慣病管理料について、情報通信機器を用いた場合の評価対象から除外する。

整理の考え方（以下を除いて対象を追加）
① 入院中の患者に対して実施されるもの
② 救急医療として実施されるもの
③ 検査等を実施しなければ医学管理として成立しないもの
④ 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」において、実施不可とされているもの
⑤ 精神医療に関するもの

情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の見直し

医学管理等に係る評価の見直し

➢ 現行においても情報通信機器を用いた場合の点数が設定されているが、評価の見直しを行った医学管理等（医学管理料）

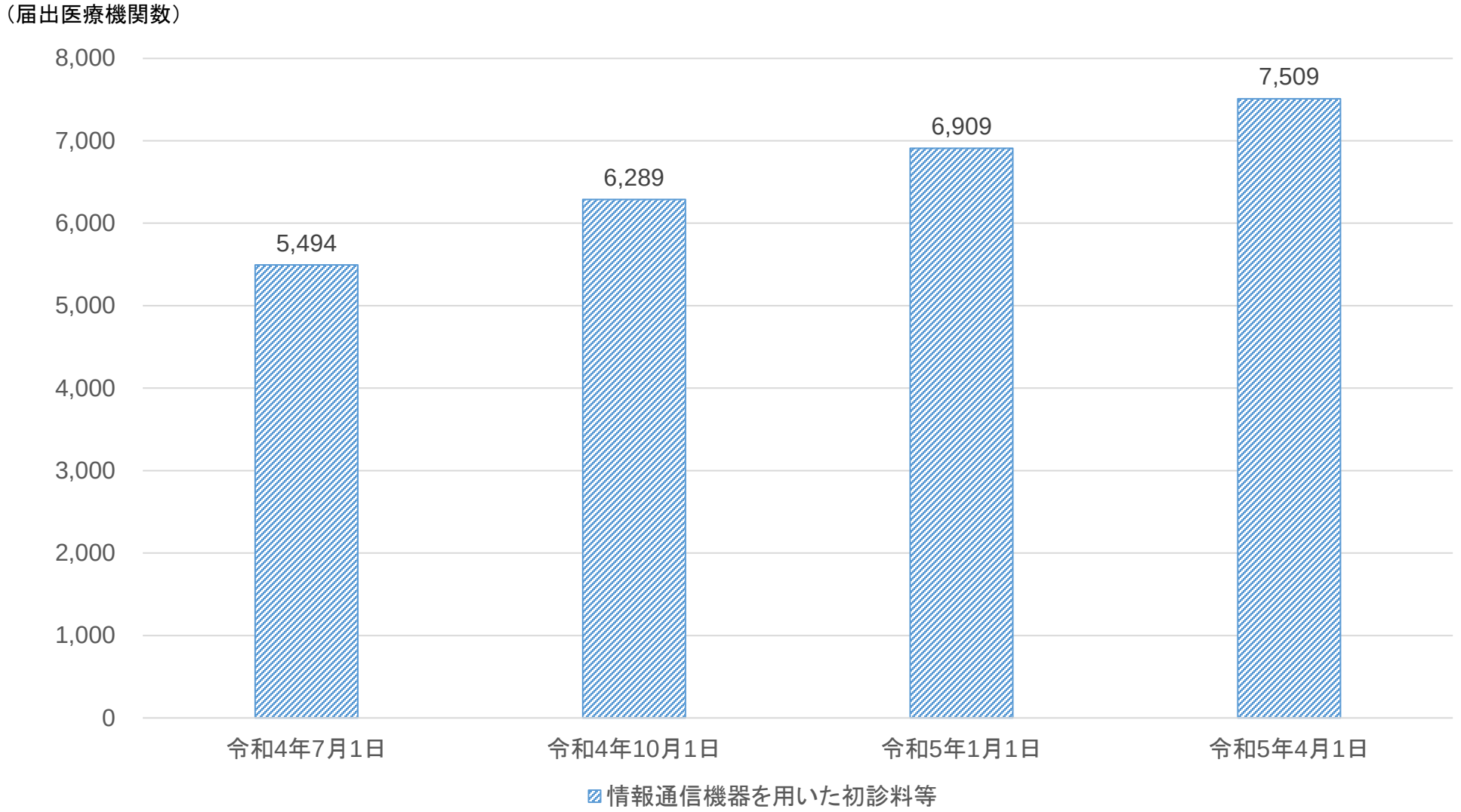
	現行の対面診療における評価	情報通信機器を用いた場合の評価
B000 特定疾患療養管理料		
1 診療所の場合	225点	196点
2 許可病床数が100床未満の病院の場合	147点	128点
3 許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合	87点	76点
B001 5 小児科療養指導料	270点	235点
B001 6 てんかん指導料	250点	218点
B001 7 難病外来指導管理料	270点	235点
B001 27 糖尿病透析予防指導管理料	350点	305点
C101 在宅自己注射指導管理料		
1 複雑な場合	1,230点	1,070点
2 1以外の場合		
イ 月27回以下の場合	650点	566点
ロ 月28回以上の場合	750点	653点

➢ 今回新たに、情報通信機器を用いて行った場合の医学管理等（医学管理料）について評価を行ったもの

	現行の対面診療における評価	情報通信機器を用いた場合の評価
B001 1 ウイルス疾患指導料		
ウイルス疾患指導料１	240点	209点
ウイルス疾患指導料２	330点	287点
B001 8 皮膚科特定疾患指導管理料		
皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅰ）	250点	218点
皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅱ）	100点	87点
B001 18 小児悪性腫瘍患者指導管理料	550点	479点
B001 22 がん性疼痛緩和指導管理料	200点	174点
B001 23 がん患者指導管理料		
イ　略	500点	435点
ロ　略	200点	174点
ハ　略	200点	174点
ニ　略	300点	261点
B001 24 外来緩和ケア管理料	290点	252点
B001 25 移植後患者指導管理料		
イ 臓器移植後の場合	300点	261点
ロ 造血幹細胞移植後の場合	300点	261点
B001 31 腎代替療法指導管理料	500点	435点
B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料	130点	113点
B001-9 療養・就労両立支援指導料		
1 初回	800点	696点
2 2回目以降	400点	348点
B005-6 がん治療連携計画策定料２	300点	261点
B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料	500点	435点
B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料	700点	609点
B008-2 薬剤総合評価調整管理料	250点	218点

情報通信機器を用いた初診料等の届出医療機関数

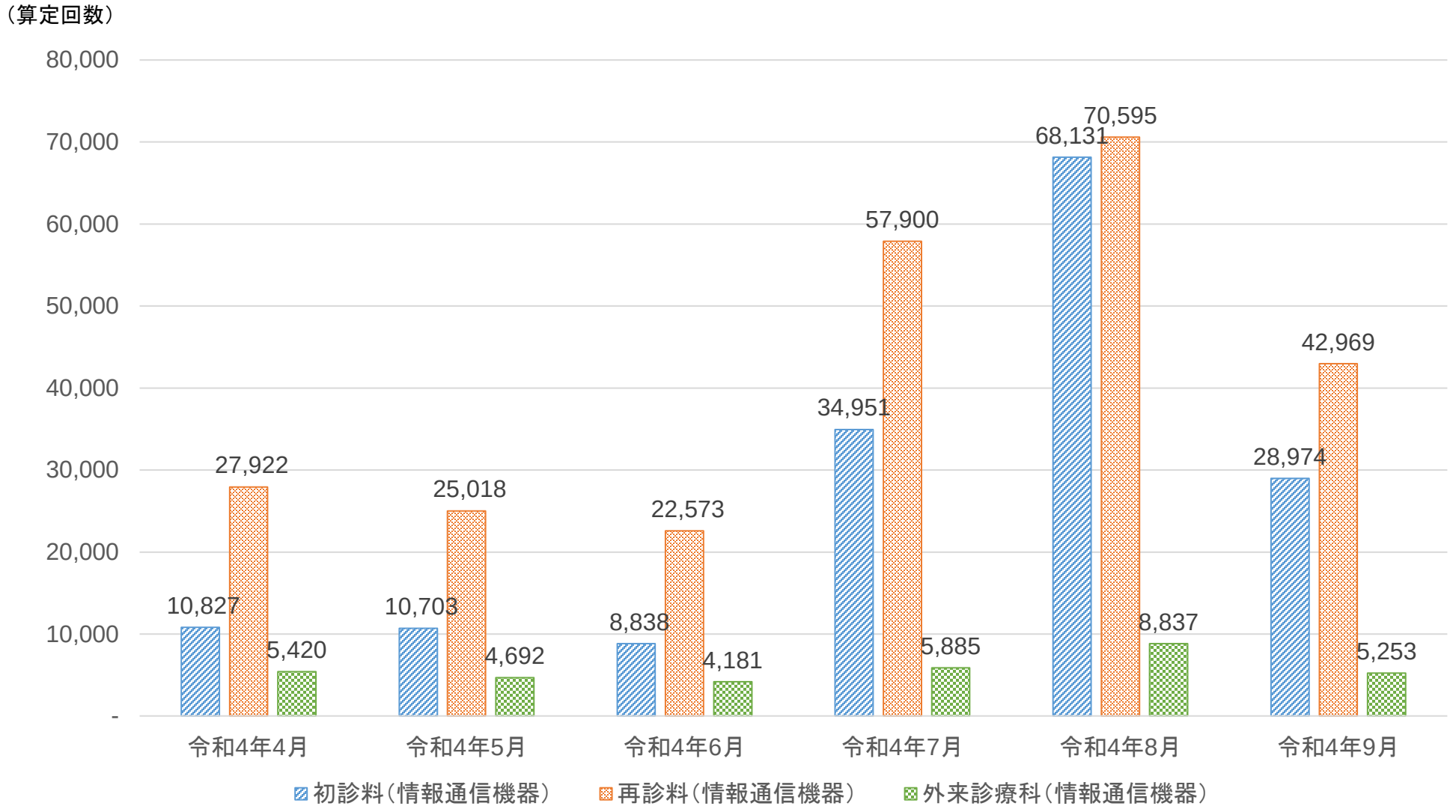
○ 情報通信機器を用いた初診料等の届出医療機関数は経時的に増加しており、令和5年4月1日時点において約7,500医療機関となっている。



出典：保険医療機関等管理システムによる「情報通信機器を用いた診療に係る施設基準に係る届出」状況の抽出結果

情報通信機器を用いた初診料等の算定回数

○ 情報通信機器を用いた初診料等の算定回数は令和４年８月まで増加し、令和４年９月には減少した。

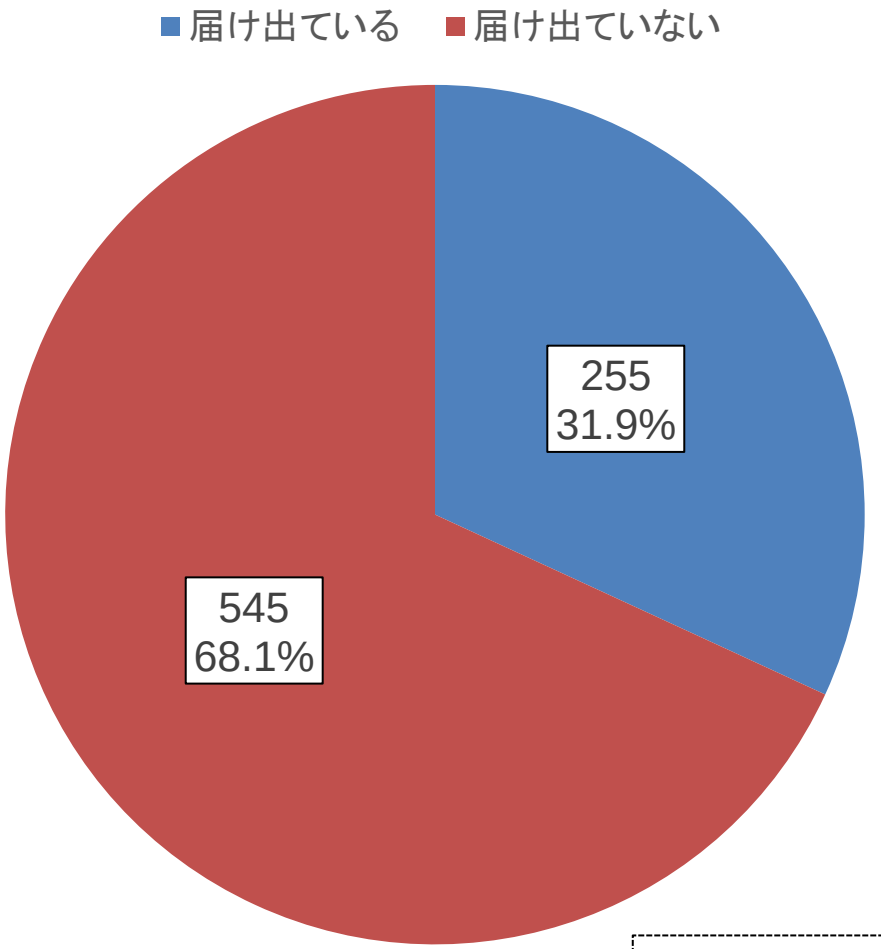


出典：NDBデータ

情報通信機器を用いた初診料等の施設基準の届出状況

○　情報通信機器を用いた初診料等の施設基準を届け出ていたのは、回答施設の31.9%であった。

n=800



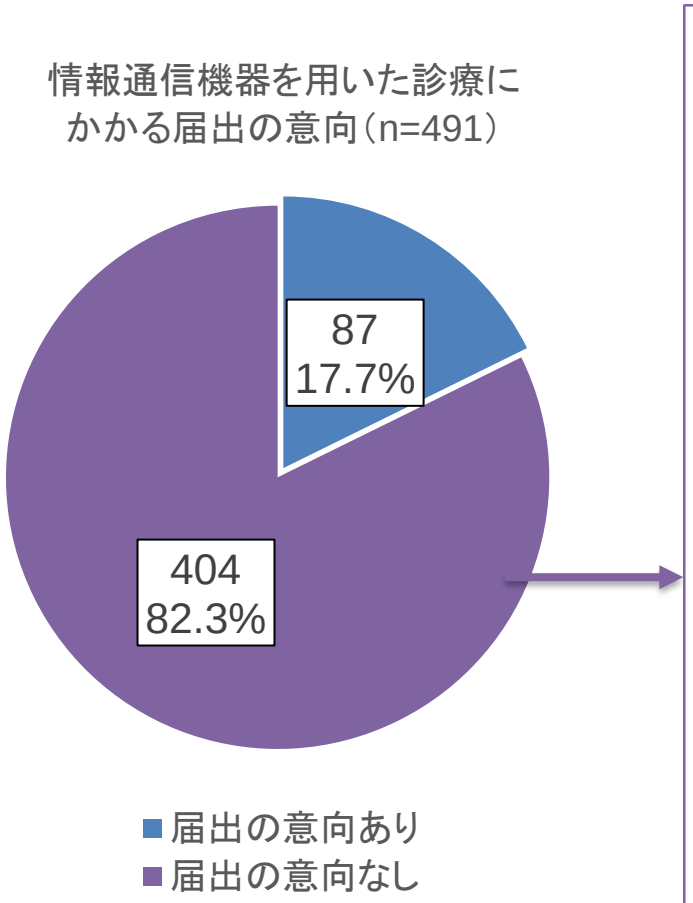
調査対象：情報通信機器を用いた診療、生活習慣病管理料、外来腫瘍化学療法診療料、外来感染対策向上加算等の届出等を行っている医療機関

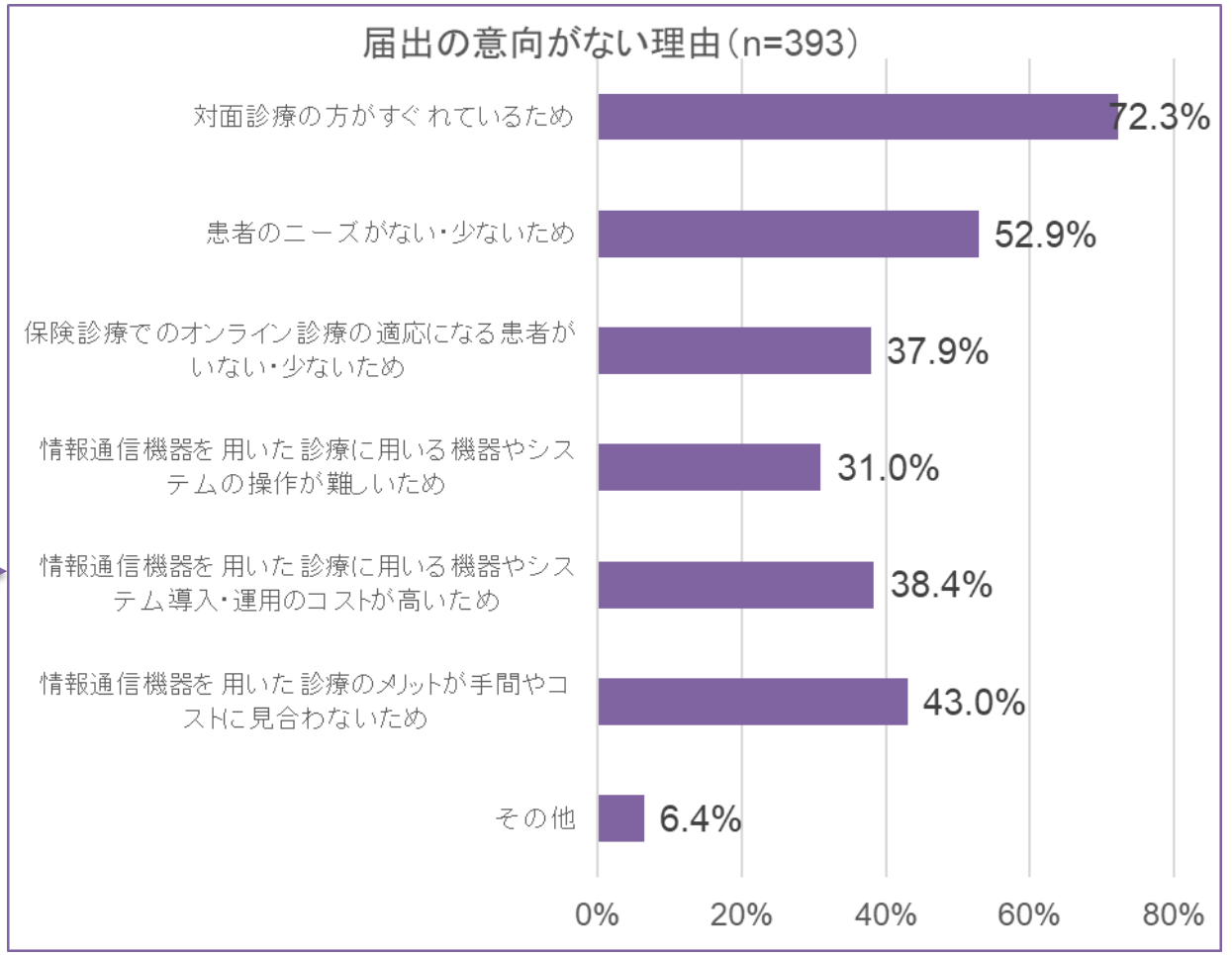
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

情報通信機器を用いた診療の届出の意向

○ 情報通信機器を用いた診療の施設基準の届出を行っていない医療機関に対して、今後、オンライン診療料の届出を行う意向について、届出の意向なしと回答した医療機関の割合が82.3%であった。

○ これらの医療機関に対して、情報通信機器を用いた診療の届出を行う意向がない理由としては、「対面診療の方がすぐれているため」との回答が284施設（72.3%）、「患者のニーズがない・少ないため」が208施設（52.9%）、「オンライン診療のメリットが手間やコストに見合わないため」が169施設（43.0%）であった。



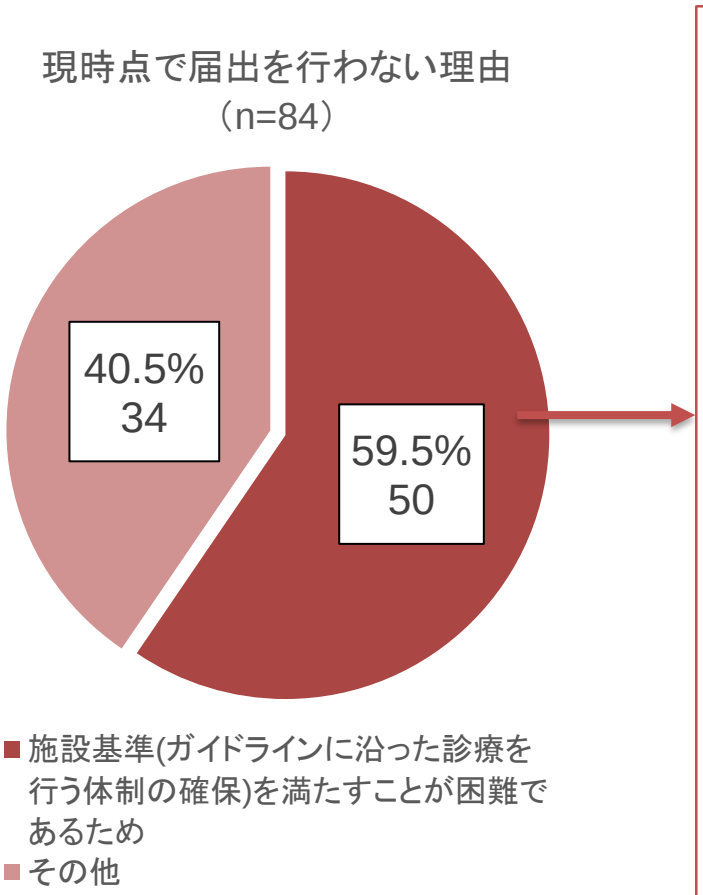


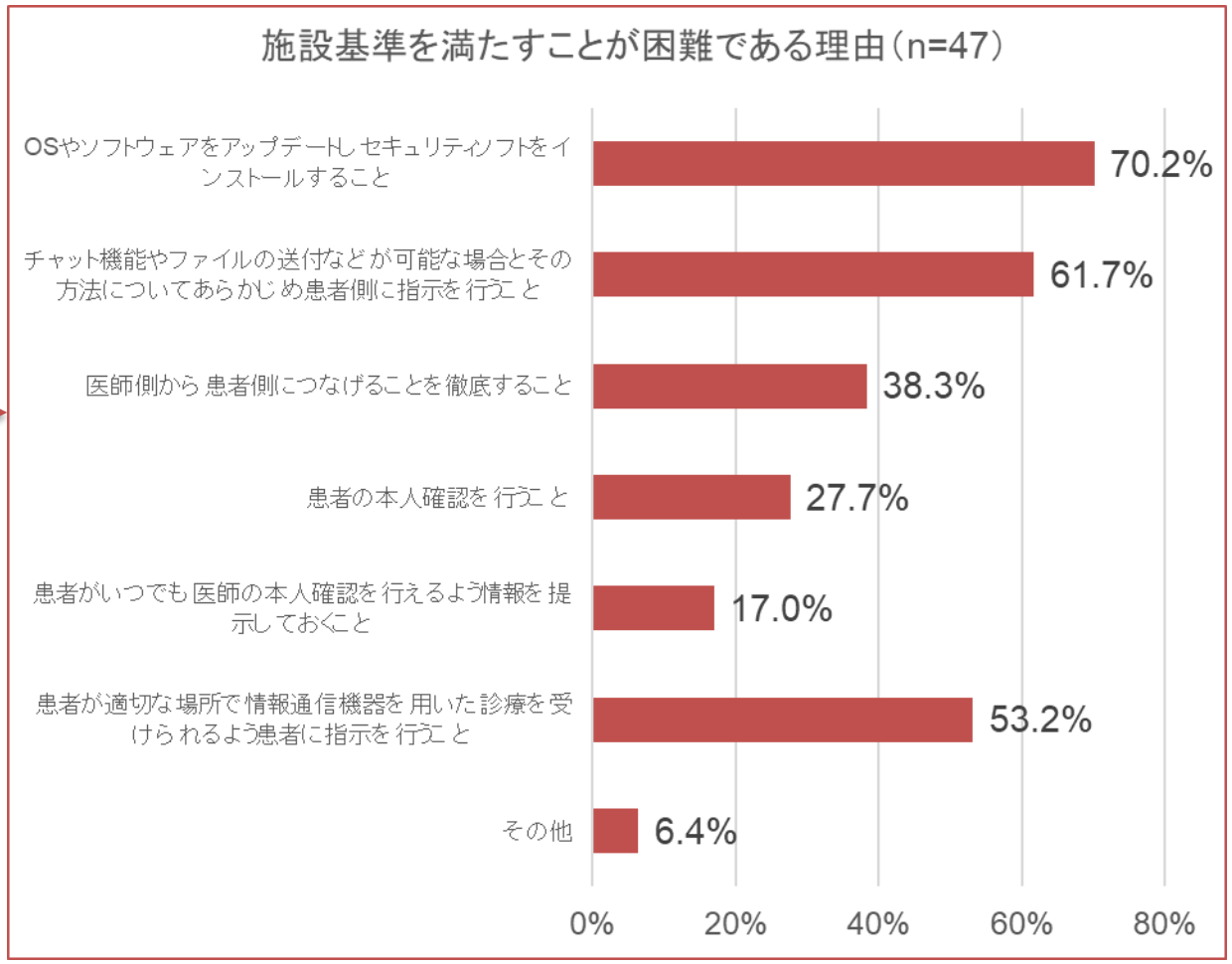
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

情報通信機器を用いた診療の届出を行わない理由

診調組　入－1
5．6．8

○ 情報通信機器を用いた診療の届出の意向があるが、回答時点において届出を行わない理由として、「施設基準を満たすことが困難であるため」と回答した施設が約60%であった。
○ 施設基準を満たすことが困難な理由として、ソフトウェアの問題が70.2%、患者へのチャット機能・ファイル送付方法に関する指示の問題が61.7%、患者への受診場所の指示の問題が53.2%であった。

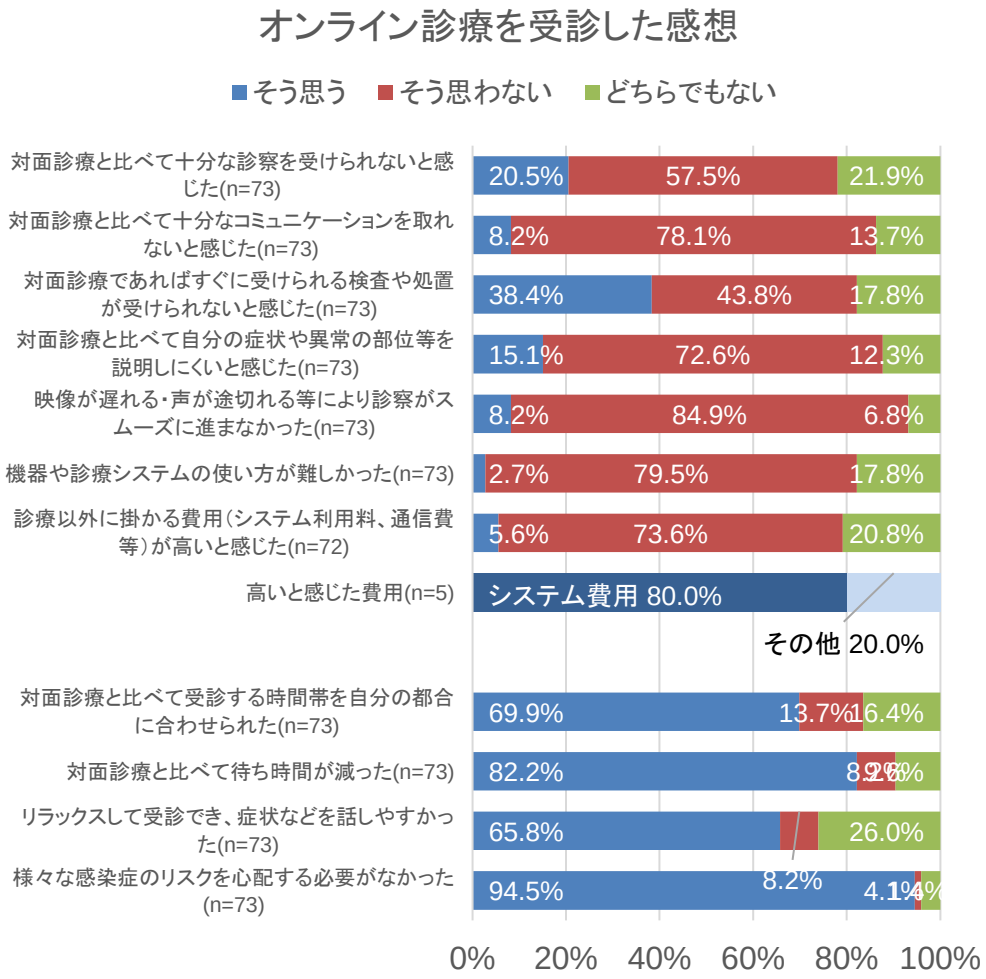


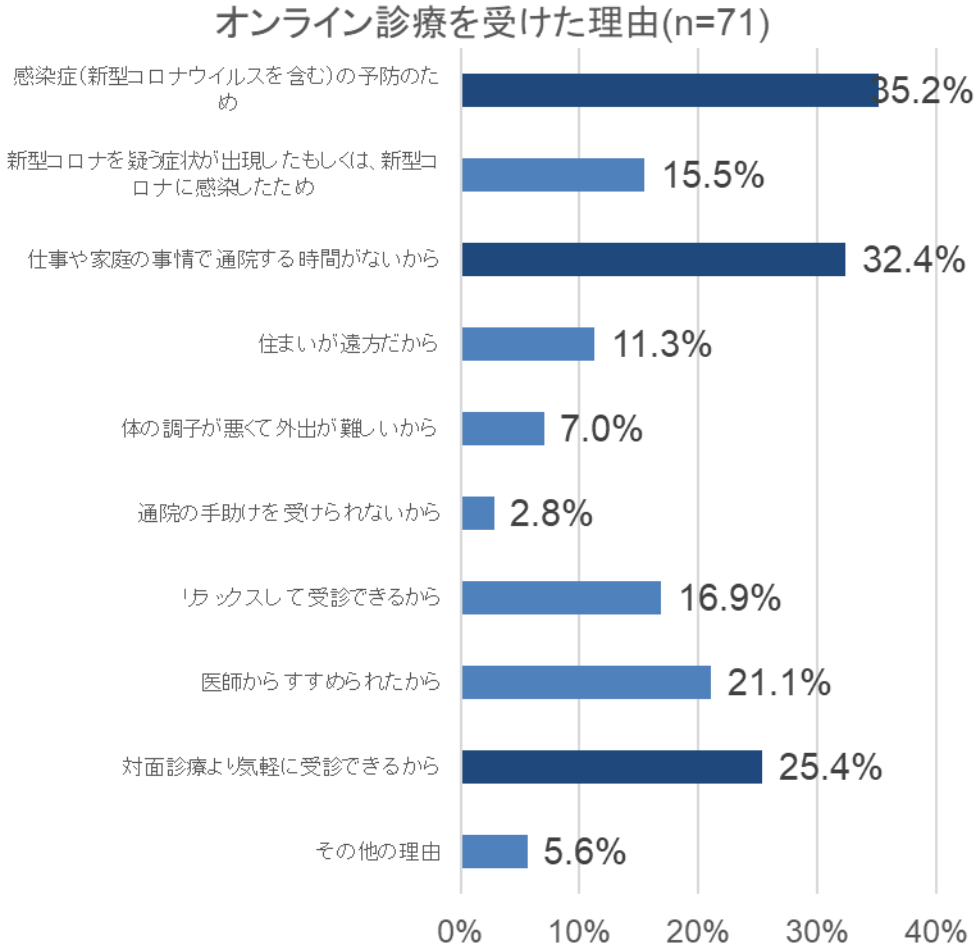


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

オンライン診療を受けた患者の状況等（患者調査）

○　オンライン診療の受診経験が「ある」と回答した患者に対象とした、オンライン診療を受診した感想については、「対面診療であればすぐに受けられる検査や処置が受けられないと感じた」が38.4% 、「対面診療と比べて十分な診療を受けられないと感じた」が20.5%であった。「診療以外に掛かる費用を高いと感じた」が5.6%であった。また、「様々な感染症のリスクを心配する必要がなかった」は94.5%であった。
○　オンライン診療を受けた理由について、「感染症の予防のため」「通院する時間がないから」が多かった。

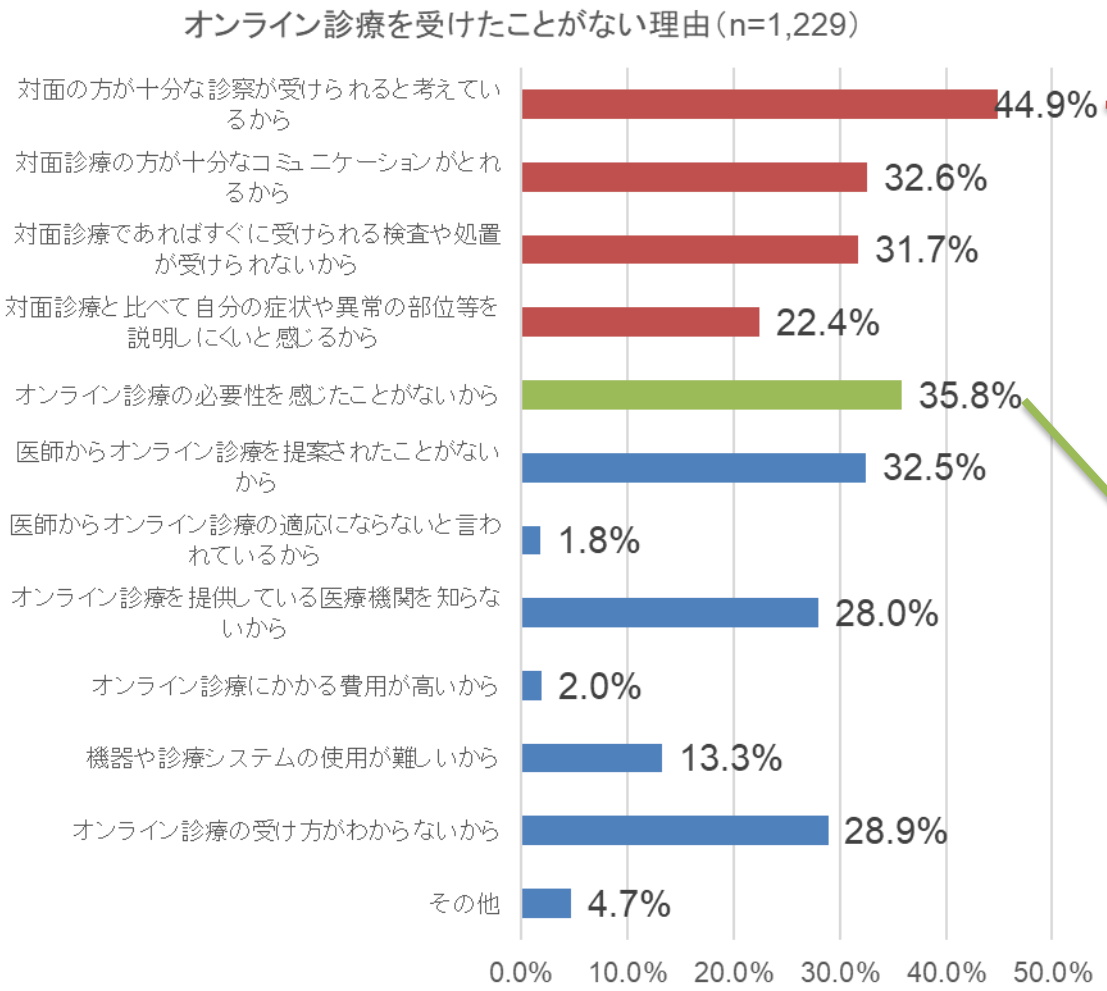


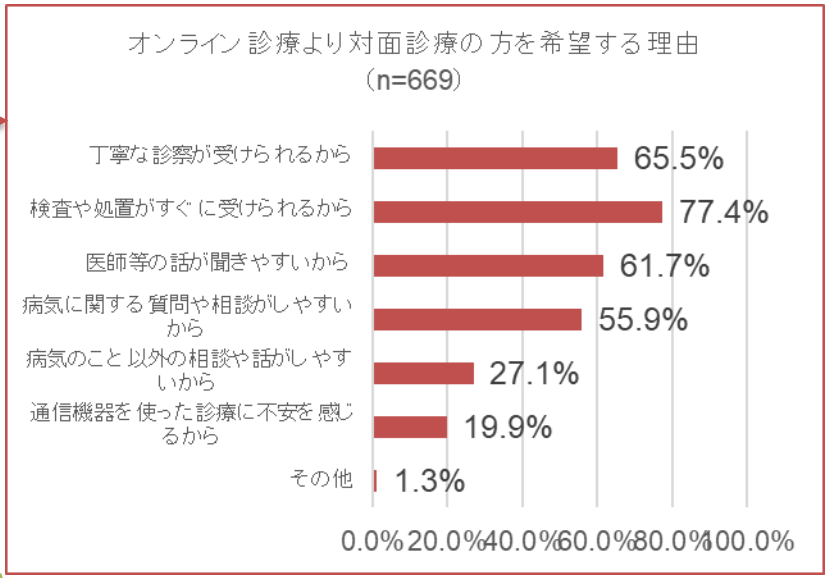


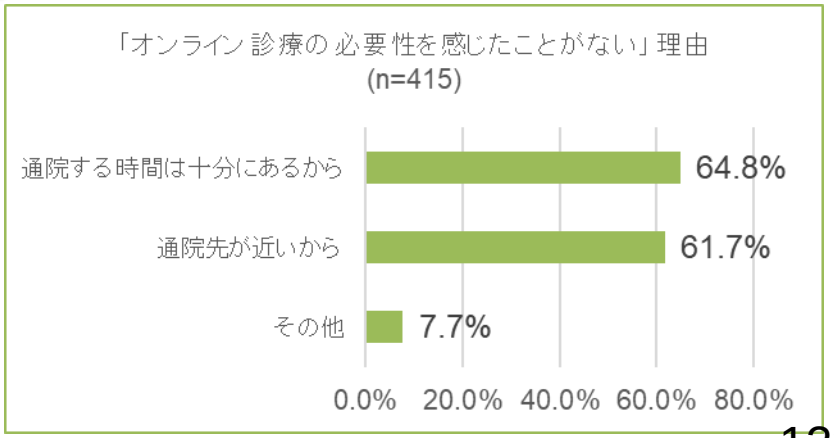
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来患者票）

オンライン診療を受けたことがない患者の状況等（患者調査）

○ オンライン診療を受診したことがない患者を対象とした、オンライン診療を受けたことがない理由については、「対面の方が十分な診察が受けられると考えているから」が44.9%と最多であった。
○ オンライン診療より対面診療を希望する理由は、「検査や処置がすぐに受けられるから」が77.4%で最も多かった。



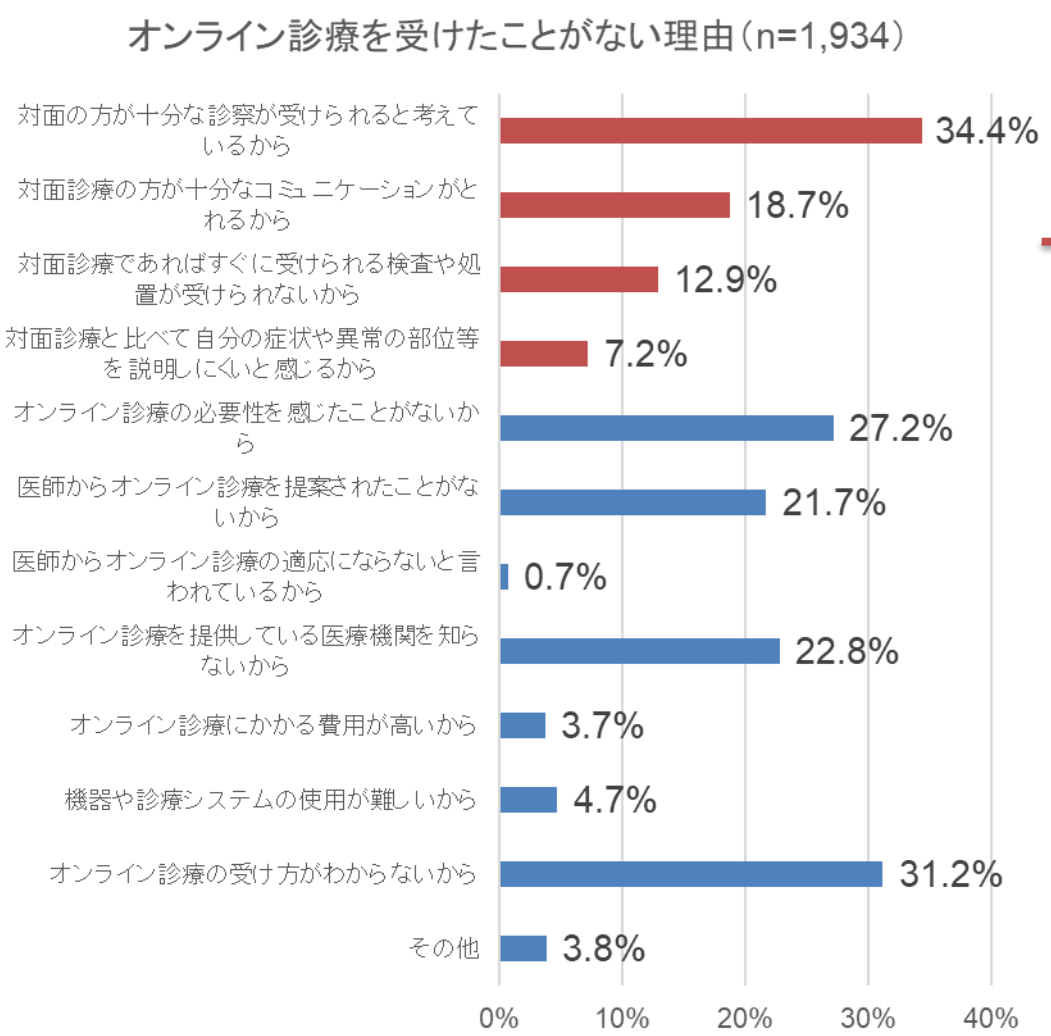


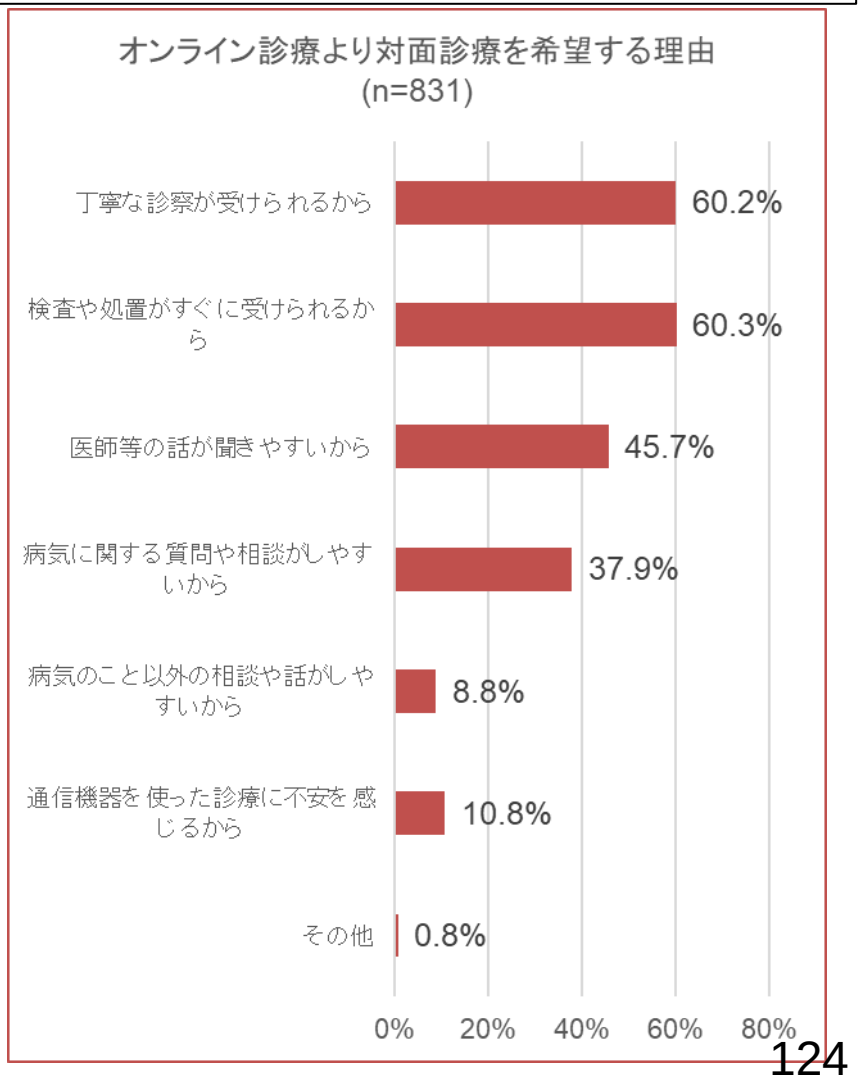


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来患者票）

オンライン診療を受けたことがない患者の状況等（インターネット調査）

○ オンライン診療を受診したことがない患者を対象とした、オンライン診療を受けたことがない理由については、「対面の方が十分な診察が受けられると考えているから」が34.4%と最多であった。
○ オンライン診療より対面診療を希望する理由は、「検査や処置がすぐに受けられるから」が60.3%で最も多かった。



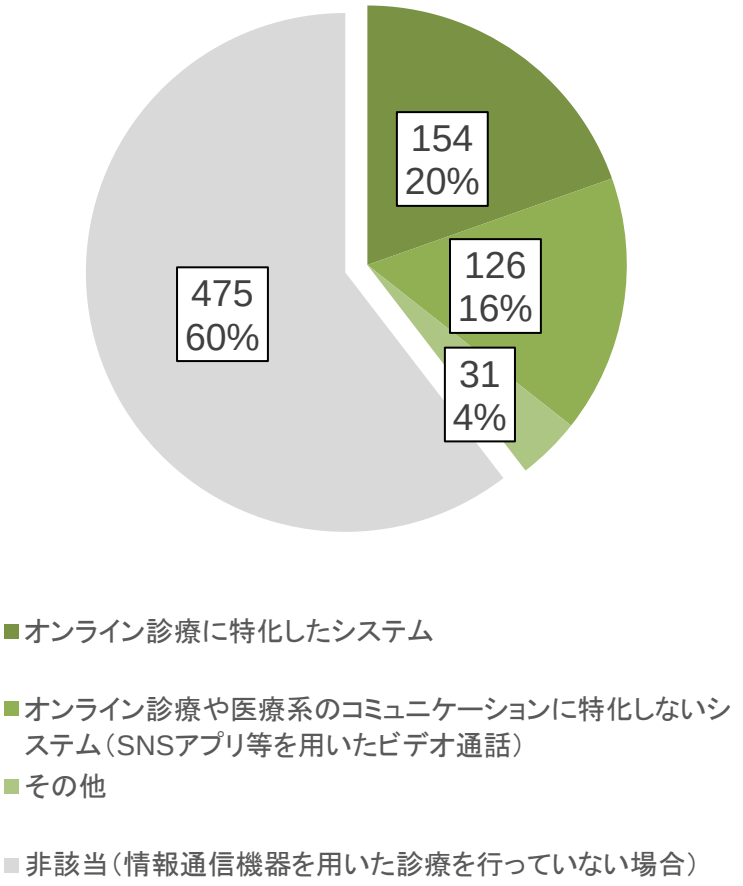


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（一般の方向け票）

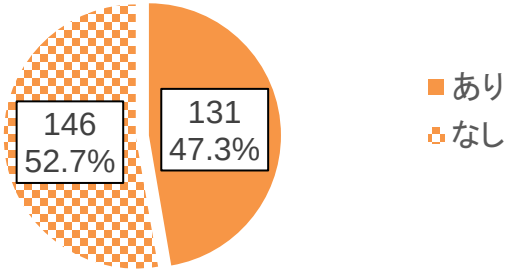
オンライン診療に使用しているシステム等について（医療機関調査）

○ オンライン診療で、オンライン診療に特化したシステムを用いている医療機関は154施設（20.3%）、オンライン診療や医療系コミュニケーションに特化しないシステムを用いている医療機関は126施設（16.6%）であった。
○ システムの利用に係る患者からの費用徴収をしている医療機関は36.6%であり、徴収額の中央値は500円であった。

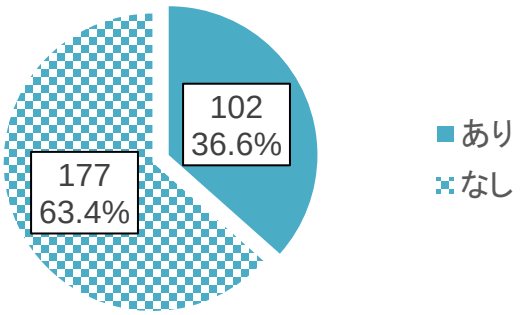
利用しているシステムの概要（n=758）



システム利用に係るシステム提供者への費用の支払い
（n=277）



システム利用に係る患者からの費用徴収の有無
（n=279）



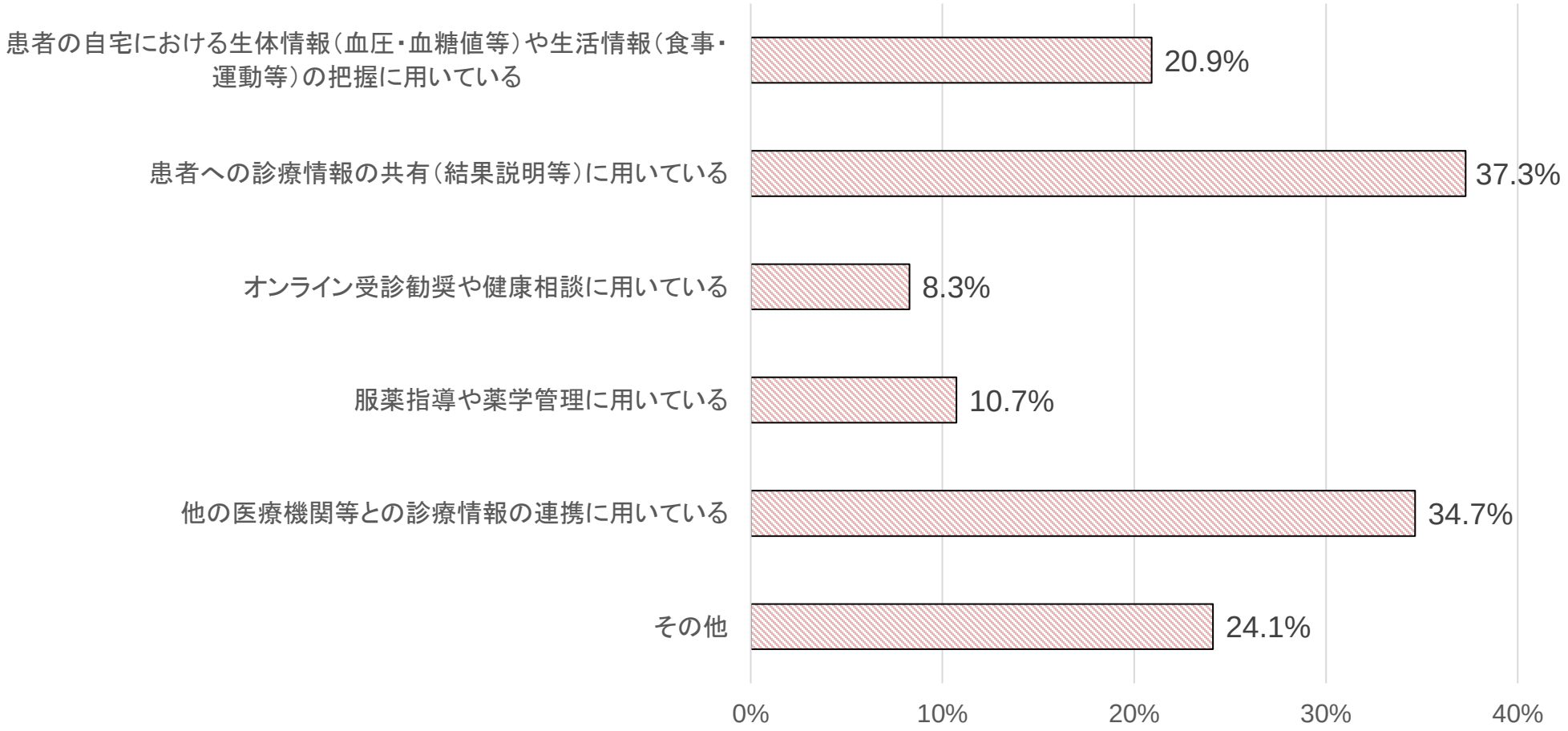
回答数		平均		四分位数 25%Tile		中央値		75%Tile	
24	件	773.3	円／月	275.0	円／月	500.0	円／月	910.0	円／月

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

オンライン診療以外のICT活用方法

○　情報通信機器・電話を用いた診療以外で、自施設の患者に対するICTの活用方法について、「患者への診療情報の共有」は37.3%、「他の医療機関との診療情報の連携に用いている」は34.7%であった。20.9%の施設が「患者の自宅における生体情報・生活情報把握」にICTを活用していた。

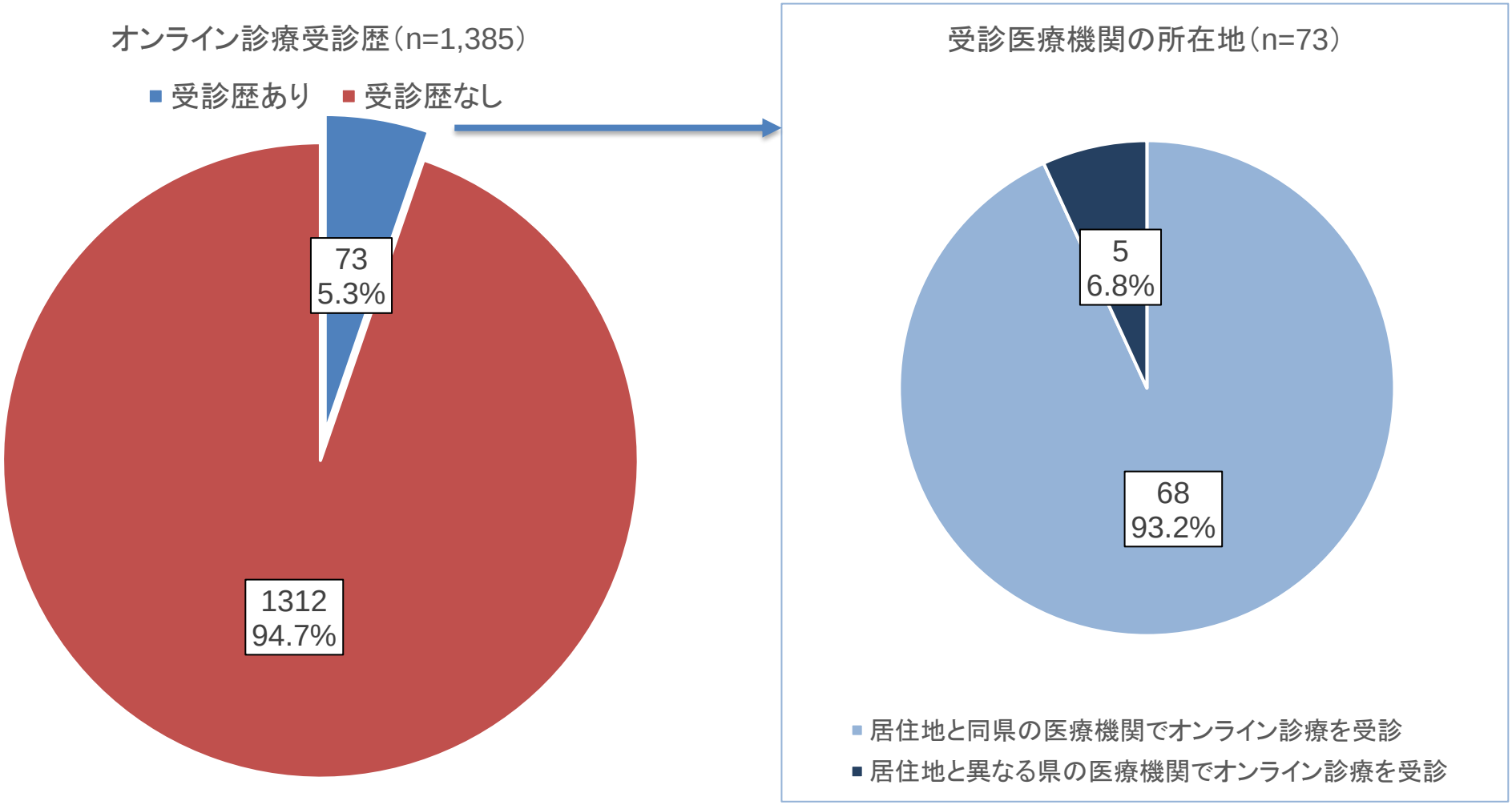
n=531



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

オンライン診療の受診歴及び受診医療機関の所在地（患者調査）

○　オンライン診療の受診者のうち受診医療機関の所在地が居住地と異なる割合は6.8%であった。



※　受診者の居住地と受診医療機関の所在地（都道府県単位）が異なる場合を抽出

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（外来患者票）

かかりつけ医と連携した遠隔医療の評価

遠隔連携診療料の創設

➢ 希少性の高い疾患等、専門性の観点から近隣の医療機関では診断が困難な疾患に対して、かかりつけ医のもとで、事前の十分な情報共有の上で遠隔地の医師が情報通信機器を用いた診療を行う場合について、新たな評価を行う。

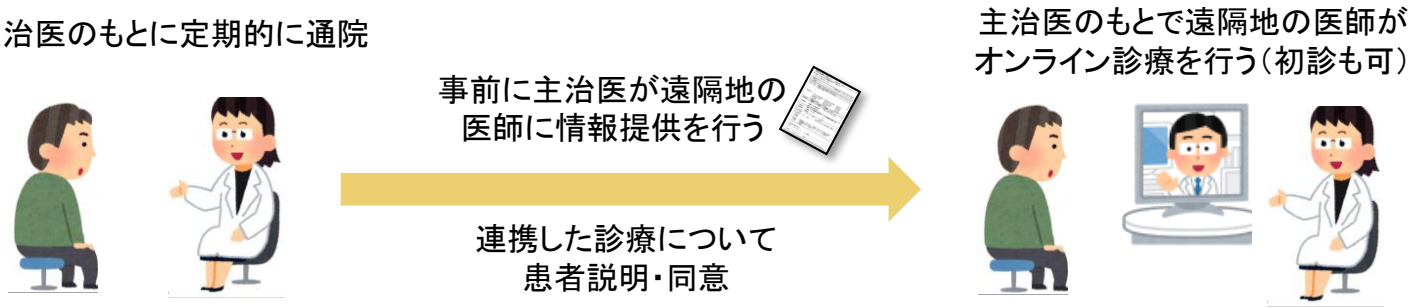
（新）　遠隔連携診療料　　500点

別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断を目的として、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている保険医療機関の医師と情報通信機器を用いて連携して診療を行った場合に、当該診断の確定までの間に3月に1回に限り算定する。

［対象患者］
- 指定難病の疑いがある患者
- てんかん（外傷性のてんかんを含む）の疑いがある患者

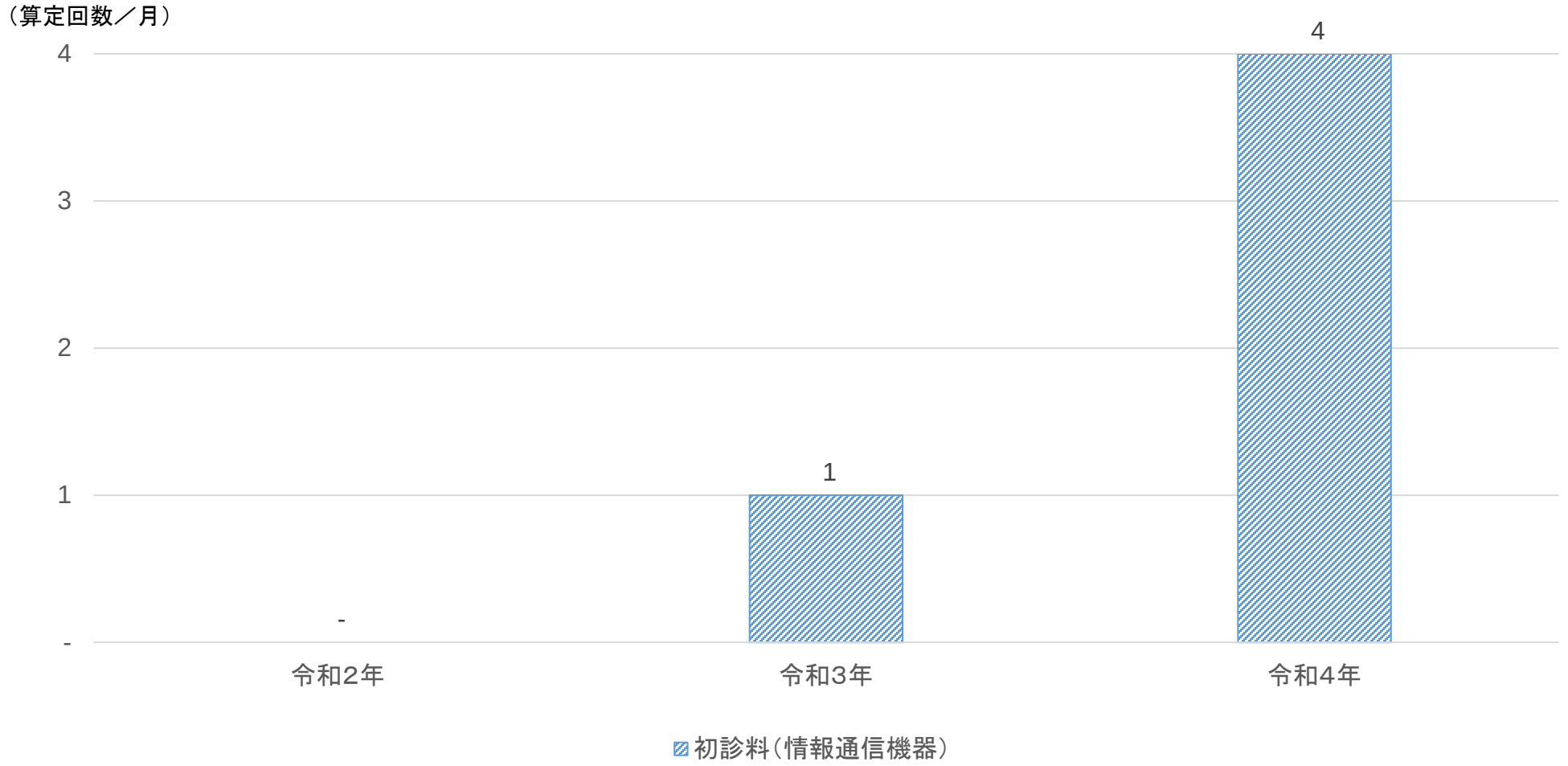
［対象医療機関］ ※連携先の医療機関
- 難病診療連携拠点病院
- てんかん診療拠点機関

［算定要件］
- 患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師が、他の保険医療機関の医師に診療情報の提供を行い、連携して診療を行うことについて、あらかじめ患者に説明し同意を得ること。
- 連携して診療を行う他の保険医療機関の医師は、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行うこと。



遠隔連携診療料の算定回数

○　遠隔連携診療料の１月あたりの算定回数は以下のとおり。



出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）、令和4年はNDBデータ

外来医療についての課題と論点

（かかりつけ医機能・医療機関連携）

- 主治医機能を持った医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて、平成26年度診療報酬改定において地域包括診療料・加算を、平成28年度改定において認知症地域包括診療料・加算を新設し、評価を行っている。
- また、小児のかかりつけ医機能を推進する観点から、小児外来医療において、継続的に受診し、同意のある患者について、適切な専門医療機関等と連携することにより、継続的かつ全人的な医療を行うことについて、小児かかりつけ診療料を平成28年度改定において新設し、評価を行っている。
- さらに、平成30年度改定においては、かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、専門医療機関への受診の要否の判断等を含めた、初診時における診療機能を評価する観点から、機能強化加算を新設した。
- 令和4年度診療報酬改定においては、慢性疾患を有する患者に対するかかりつけ医機能の評価を推進する観点から、地域包括診療料等の対象疾患に、慢性心不全及び慢性腎臓病を追加した。機能強化加算について、かかりつけ医機能を有する医療機関および医師の実績要件をそれぞれ追加した。さらに、診療情報提供料（Ⅲ）から連携強化診療情報提供料に名称を変更し、対象患者に、紹介重点医療機関からの患者等を追加した。
- 医療DXとして、全国医療情報プラットフォームの構築や電子カルテ情報の標準化において、情報の共有にあたっての標準規格化された3文書（診療情報提供書および退院サマリー、健診結果報告書）、およびそれに含まれる6情報を普及促進し、医療の質向上のために活用されていくこととされている。
- 令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会において、外来医療に関し、主治医と介護支援専門員等との連携、認知症患者への対応、人生の最終段階における医療・介護についての意思決定支援をより早期からの行うこと等についてご意見を頂いたところ。
- 令和5年の医療法改正では、かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映することとされている。

（生活習慣病対策）

- 生活習慣病患者の生活習慣に関する総合的な治療管理のため、平成14年度改定において、生活習慣病管理料が新設された。平成30年度、令和2年度診療報酬改定においては、生活習慣病の算定要件について、生活習慣病の重症化予防を推進する観点から、関係学会のガイドラインを踏まえ、算定要件を見直した。令和4年度診療報酬改定においては、投薬にかかる費用を包括評価の対象範囲から除外し評価を見直すとともに、総合的な治療管理について、他職種と連携し実施して差し支えないことを明確化した。

外来医療についての課題と論点

（外来機能の分化の推進）
- 保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、紹介率や逆紹介率が低い場合の初診料等の減算や、紹介状なしで受診する場合等の定額負担の導入を、診療報酬改定において実施してきている。
- 令和４年度診療報酬改定においては、紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲に紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上に限る）を追加し、当該医療機関における定額負担の対象患者について、その診療に係る保険給付範囲及び定額負担の額等を見直した。

（オンライン診療）
- オンライン診療に係る診療報酬上の評価については平成30年度改定において新設し、令和２年度改定では、実態等を踏まえた見直しを実施した。さらに、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえ、臨時的・特例的取扱いを実施し、オンライン診療による初診を可能とする等の対応を行ったところ。
- 令和４年１月の「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の見直しを踏まえ、令和４年度診療報酬改定においては、情報通信機器を用いた場合の初診料の新設を行い、算定できる医学管理料を拡充するとともに、算定要件の緩和等の見直しをおこなった。

【論点】

○ 中長期的に地域の医療提供体制が人口減少や高齢化等に直面する中、令和５年の医療法改正を踏まえたかかりつけ医機能の強化等や外来機能の明確化・連携を推進し、患者にとって安心・安全で質の高い外来医療の提供を実現するための、診療報酬の在り方について、今後の医療DXの推進も踏まえ、どのように考えるか。
○ 生活習慣病対策、外来機能の分化を推進していく観点から、効果的・効率的な医療を提供するための、診療報酬の在り方についてどのように考えるか。
○ 前回改定を踏まえ、今後のオンライン診療の適切な評価についてどのように考えるか。